

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra psychologie

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Zkušenost žen s pozdní diagnostikou poruchy autistického spektra  
The experience of women with a late diagnosis of autism spectrum disorder

Edita Výborná

Vedoucí práce: PhDr. Hana Sotáková, Ph.D.

Studijní program: Psychologie s rozšířením o speciální pedagogiku (B0313A230008)

2025

Odevzdáním této bakalářské práce na téma *Zkušenost žen s pozdní diagnostikou poruchy autistického spektra* potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Prohlašuji, že jsem při její tvorbě nepoužila nástrojů umělé inteligence jiným způsobem, než je uvedeno ve vyjádření, které je součástí textu práce. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 13. dubna 2025

Tímto velice děkuji PhDr. Haně Sotákové, Ph.D. za cenné rady, trpělivost a podporu při vedení této práce. Také jí, organizaci NAUTIS a nakladatelství Pasparta děkuji za sdílení mého výzkumu v online prostoru, díky čemuž jsem měla možnost spojit se se ženami, jejichž zkušenosti a ochota o nich hovořit umožnily naplnit můj výzkumný záměr. Všem účastnicím jsem nesmírně vděčná za jejich čas a otevřenost v této značně citlivé oblasti. Nakonec děkuji svému příteli a rodině za podporu během celého procesu vytváření práce.

## **ABSTRAKT**

Porucha autistického spektra (PAS) je neurovývojová porucha (či odlišnost), která někdy zůstává nerozpoznána, zejména u žen bez poruchy intelektového vývoje. Teoretická část práce se zaměřuje na podstatné aspekty diagnostiky PAS, specifika duševního zdraví osob s PAS, důležitost diferenciální diagnostiky a specifickou podobu PAS u žen. Empirická část je založena na zkušenosti pěti žen starších 30 let, kterým byla diagnóza stanovena až v dospělosti po předchozích diagnózách jiných psychiatrických poruch. Cílem výzkumu bylo zmapovat význam diagnózy PAS pro ženy, tedy jak reflektují svou dosavadní životní cestu (osobní i psychiatrickou) a jakou roli na ní tato diagnóza hraje. Data byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů a analyzována pomocí interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Výsledky ukazují, že ženy internalizovaly celoživotní negativní hodnocení druhých a vnímaly tlak na maskování svých obtíží, což vedlo k vyčerpání, zmatení identity a zhoršení duševního zdraví. Odbornou péčí pak hodnotily jako nedostatečnou, především z hlediska komunikace odborníků. Diagnóza PAS přináší úlevu, soucit se sebou, návod na péči o sebe i uzavření identitního hledání. Plné přijetí diagnózy je ale dlouhý proces, doprovázený i nepříjemnými pocity, a tak se jako důležitý faktor ukázala podpora chápavého odborníka, který diagnózu vysvětlí, nepatologizuje a pomůže pěstovat sebedůvěru. Inspiraci a oporu přináší zároveň komunita osob s PAS.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Diferenciální diagnostika, duševní zdraví, PAS, porucha autistického spektra, pozdní diagnostika, ženy

## **ABSTRACT**

The Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental condition (or divergence) that may sometimes go unrecognized, especially in women without intellectual developmental disabilities. The theoretical part of the study focuses on key aspects of ASD diagnosis, mental health specifics for individuals with ASD, the importance of differential diagnosis, and the specific presentation of ASD in women. The empirical part is based on the experiences of five women over the age of 30, who were diagnosed with ASD only in adulthood after receiving previous psychiatric diagnoses for other disorders. The aim of the research was to explore the significance of an ASD diagnosis for these women, examining how they reflect on their personal and psychiatric life paths and the role this diagnosis plays in them. Data was collected through semi-structured interviews and analyzed using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). The results reveal that these women internalized lifelong negative judgments from others and felt pressured to mask their difficulties, leading to exhaustion, identity confusion, and deterioration of mental health. They evaluated professional care as inadequate, primarily regarding the communication from specialists. An ASD diagnosis provides relief, self-compassion, guidance for self-care, and closure to identity-seeking efforts. However, fully embracing the diagnosis is a long process, accompanied by discomfort. Thus, the support of an understanding professional emerged as a vital factor—someone who explains the diagnosis without pathologization and helps build self-confidence. Inspiration and support can also be provided by the ASD community.

## **KEYWORDS**

Autism Spectrum Disorder, ASD, Differential diagnosis, Late diagnosis, Mental health, Women

## Obsah

Úvod.....	8
1 Teoretická východiska.....	9
1.1 Vymezení poruchy autistického spektra.....	9
1.1.1 Způsob a kritéria diagnostiky.....	10
1.1.2 Umístění diagnózy na spektru a prevalence.....	12
1.1.3 Pozdní diagnostika.....	13
1.2 Specifika prožívání a duševního zdraví osob s PAS.....	14
1.2.1 Fyzické potíže a bariéry k odborné péči.....	14
1.2.2 Osamělost, stres a závislost na druhých.....	15
1.2.3 Maskování.....	16
1.2.4 Sebepoškozování a suicidalita.....	17
1.2.5 Podmínky účinné podpory.....	18
1.3 Přidružené poruchy a diferenciální diagnostika.....	19
1.3.1 ADHD.....	20
1.3.2 Poruchy nálady a úzkostné poruchy.....	21
1.3.3 Poruchy osobnosti.....	22
1.3.4 Psychotické poruchy.....	22
1.4 Porucha autistického spektra u žen.....	23
1.4.1 PAS jako mužská porucha.....	23
1.4.2 Skutečné zastoupení žen s PAS.....	24
1.4.3 Bariéry v diagnostickém procesu.....	25
1.4.4 Specifika prožívání a chování.....	25
1.4.5 Nesprávné diagnózy.....	28
1.5 Přínosy a limity získání diagnózy PAS.....	28
2 Empirická část.....	30
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	30

2.2 Metodologický postup .....	30
2.2.1 Výběr a charakteristika výzkumného souboru .....	31
2.2.2 Metoda sběru dat .....	33
2.2.3 Postup analýzy dat .....	34
2.3 Reflexivita výzkumníka .....	35
2.4 Etické aspekty .....	36
2.5 Prezentace a analýza dat .....	37
2.5.1 Nediagnostikované já mezi druhými lidmi .....	38
2.5.2 Cesta přes odborníky na psychiku .....	43
2.5.3 Od tušení po diagnózu PAS .....	47
2.5.4 Diagnóza PAS jako bod zvratu .....	49
3 Diskuse .....	54
4 Limity práce .....	59
Závěr .....	60
Seznam použitých informačních zdrojů .....	61
Vyjádření k využití nástrojů umělé inteligence .....	72
Seznam příloh .....	73

## Úvod

Porucha autistického spektra (PAS) je neurovývojová porucha či neurologická odlišnost přítomná od raného dětství. Přináší potíže v komunikaci a interakci s druhými lidmi a pojí se s omezenými, repetitivními vzorci chování a zájmů. Osoby s PAS se dále potýkají s tělesnými potížemi, problémy s duševním zdravím, pociťují tlak své potíže skrývat a čelí překážkám k dosažení kvalitní péče. Nejčastěji (a ideálně) je PAS diagnostikována v dětství, což umožňuje včasnou intervenci, ale mírnější formy mohou zůstat nerozpoznány až do dospělosti. Právě sekundárně vzniklé psychické potíže dovedou často tyto osoby ke kontaktu s psychiatry a psychology, kteří hledají příčinu. Stává se, že místo PAS rozpoznají nějakou komorbidní poruchu a všechny projevy přisoudí jí (diagnostické zastínění) nebo stanoví diagnózu nesprávnou kvůli navenek podobným projevům. Když pak k odhalení diagnózy PAS v dospělosti dojde, znamená to nahlédnout na sebe a svůj dosavadní život novou optikou.

Častěji se nerozpoznání a pozdní diagnózy týkají žen, především těch bez poruchy intelektového vývoje. Odborníci se totiž při vytváření diagnostických kritérií a nástrojů zaměřovali na muže a ukazuje se, že u žen se stejné jádrové potíže projevují jinak. Během socializace dívky nejspíše pociťují větší tlak své potíže maskovat, dělají to efektivněji a mají tendenci stahovat je do svého vnitřního světa. Právě ženy častěji získají před diagnózou PAS jiné diagnózy duševních poruch, včetně těch nesprávných.

Cílem empirické části této práce je zachytit, jaká je zkušenost žen se získáním diagnózy PAS v dospělosti, především jaký význam jí přiřkládají a jak na jejím základě reflektují svou dosavadní životní cestu. Provedla jsem rozhovory s pěti ženami staršími 30 let s PAS bez poruchy intelektového vývoje, které obdržely i předchozí diagnózy. Data jsem analyzovala pomocí interpretativní fenomenologické analýzy a identifikovala společná témata, která mi umožnila sdílenou zkušenost uceleně prezentovat. Výsledkem práce je zodpovězení výzkumných otázek pomocí vlastních zjištění a jejich reflexe vzhledem k existujícím odborným poznatkům.

## 1 Teoretická východiska

V teoretické části práce se nejprve věnuji představení poruchy autistického spektra (dále jen PAS), převážně způsobům a podmínkám její diagnostiky. Poté pojednávám o specifikách prožívání osob s PAS, konkrétně o osobních i společenských faktorech, které ovlivňují jejich duševní zdraví. Potíže mohou vést ke kontaktu s psychology a psychiatry, kteří hledají příčinu, proto se dále věnuji diferenciální diagnostice – komorbidním i nesprávným diagnózám souvisejícím s PAS. Následně představuji současné poznatky o podobě PAS u žen a nakonec se věnuji užitečnosti i limitům získání diagnózy PAS v dospělosti.

### 1.1 Vymezení poruchy autistického spektra

PAS patří mezi neurovývojové poruchy. Podle Honeybournové a Attwooda (2016, s. 15) spočívá ve skutečnosti, že osoba „nemá vrozenou schopnost propojovat se s druhými“, sociálně či emočně. Někteří k tomu necítí potřebu, jiní ano, ale brání jim v tom často snížená schopnost druhým porozumět. Nejedná se však o pouhý nedostatek sociálních dovedností, úzkostnost nebo sebestřednost. PAS souvisí s atypickým zráním mozku, které vede ke změnám v jeho struktuře, funkcích i konektivitě (Dudová, 2022). Podle Thorové (2016, s. 53) postihuje oblasti odpovědné za tzv. „sociální mozek“ zahrnující „sociální recipocitu, sociální vnímavost, teorii mysli a imitaci“. Wingová et al. (2011, s. 769) pracují s pojmem „sociální instinkt“ a jeho absenci či narušení považují za základ všech deficitů.

O podstatě potíží u PAS se však dodnes diskutuje. Existují výzkumy podporující myšlenku, že „deficit“ vzniká až spolupůsobením dvou interakčních partnerů. Milton tento fenomén v roce 2012 pojmenoval jako tzv. „problém dvojité empatie“ (*double empathy problem*), tedy že nepochopení mezi osobami s PAS a bez PAS je vzájemné a plyne z toho, že sociální fungování obou stran je odlišné, ne nutně narušené u člověka s PAS (Milton et al., 2022). To podporuje řada výzkumů, například Cromptonové et al. (2020), kteří zaznamenali, že interakce mezi osobami se stejným neurotypem (tedy dvěma osobami s PAS, nebo dvěma osobami bez PAS) vedly k většímu vzájemnému porozumění a souznění než interakce mezi osobou s a bez PAS.

Když nazýváme diagnózu „porucha“, implikujeme medicínský model postižení, totiž že problém je uvnitř jedince a je potřeba jej napravit a vyléčit (Dwyer, 2022). Obháječi autistických práv na přelomu století představili pojem neurodiverzita, který nese myšlenku,

že žádné dva lidské mozky nejsou stejné a tato neurodiverzita může být pro lidstvo podobně důležitá jako biodiverzita, protože méně „typické“ mozky s sebou nesou kromě slabých stránek i některé výjimečné silné stránky a schopnosti, a proto stále existují v lidském genofondu (Armstrong, 2015). Neurodiverzitní přístupy se posouvají blíže sociálnímu modelu postižení, tedy k myšlence, že postižení vzniká také na základě toho, jak společnost reaguje na jedincovu odlišnost a zda uznává jeho potřeby (Dwyer, 2022). Neurodiverzitní přístup ale má své limity a problematická místa. Podle Dwyera (2022) by měl mít každý autistický člověk na výběr, nakolik se se svou odlišností chce identifikovat, anebo ji patologizovat a snažit se odstranit. Někteří například preferují pojem porucha, aby jejich potíže byly brány vážně a společnost byla motivovanější poskytovat finanční, sociální i jinou podporu (Jones, 2015).

V této práci používám zkratku PAS v souladu s medicínskou klasifikací, ale jsem si přitom vědoma problematičnosti slova „porucha“, zvláště vzhledem ke skutečnosti, že všechny participantky mého výzkumu používají a preferují termín „autismus“.

### **1.1.1 Způsob a kritéria diagnostiky**

Vědci do současnosti neobjevili jednoznačný biologický ukazatel této poruchy ani neexistuje žádný definitivní diagnostický nástroj, a PAS je tak diagnostikována na základě posouzení odborníka, který sleduje naplnění deskriptivních kritérií (Ying et al., 2023). V České republice stanovují diagnózu psychiatři a kliničtí psychologové, případně spolupracují s dalšími odborníky. Důležitou úlohu mají od roku 2016 pediatři, kteří provádí screening všech dětí v rámci preventivní prohlídky v 18 měsících věku. Samotný diagnostický proces zahrnuje klinické metody, tj. pozorování, rozhovor s danou osobou a sbírání anamnézy, které jsou pro zpřesnění doplněny výsledky standardizovaných diagnostických nástrojů, nejčastěji observační škálou ADOS a strukturovaným rozhovorem s rodiči ADI-R (Dudová, 2022).

### **Diagnostická kritéria a jejich proměny**

Je důležité si uvědomit, že diagnostická kritéria se v průběhu 20. i 21. století proměňují. V minulosti se značně lišily i mezi dvěma nejvýznamnějšími klasifikacemi pro naše prostředí, americkou a mezinárodní (platnou v ČR), dnes mají sbíhavou tendenci a jejich vytvářející organizace spolupracují (American Psychological Association, 2009).

V Diagnostickém a statistickém manuálu (dále jen DSM) vydávaném Americkou psychiatrickou asociací byl až do 3. edice z roku 1980 autismus považován za dětskou formu schizofrenie. Následně byl zařazen mezi pervazivní vývojové poruchy, ke kterým byla později přidána kategorie Aspergerův syndrom (Crucitti et al., 2018). V současné edici DSM-5 z roku 2013 (American Psychiatric Association, 2016) došlo k posunu od kategorizace mezi jednotlivými poruchami (autistickou, Aspergerovou, dětskou dezintegrační a nespecifikovanou pervazivní vývojovou poruchou) k dimenzionální klasifikaci. Poruchu autistického spektra nyní chápe jako jednu nosologickou jednotku s kontinuálním spektrem projevů a řadí ji do kategorie neurovývojových poruch. Stanovuje dvě hlavní kritéria, která musí být splněna pro diagnózu: 1) Trvalé deficity v sociální komunikaci a interakci napříč kontexty a 2) omezené, repetitivní vzorce chování, zájmů nebo aktivit. Psychiatrička Lorna Wingová, velmi známá odbornice věnující se autismu, a její spolupracovnice s tímto však nesouhlasí a navrhují vedle sociální komunikace a interakce odlišný třetí bod základní „triády“ potíží, a to narušení sociální imaginace. Tou rozumí „sníženou schopnost promýšlet a předvídat důsledky svého konání pro sebe i druhé“ a považují ho za zásadní a nejvíce znevýhodňující důsledek PAS (Wing et al., 2011, s.769). Sporným kritériem je také abnormální reaktivita na senzorní podněty, kterou DSM-5 zařazuje „jen“ jako jednu z možných manifestací omezených vzorců chování. Wingová et al. (2011) na to reagují výzkumy, které tento projev zaznamenaly u více než 90 % osob s PAS, a zvažují, zda by se neměl stát samostatným základním kritériem. I tato diskuse nám dokládá složitost vytváření diagnostických kritérií.

V České republice zatím stále platí 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN) vydávaná Světovou zdravotnickou organizací. Probíhá ale implementace její 11. revize do systému zdravotní péče, k čemuž má podle Thorové (2021) dojít přibližně v roce 2028. Mezi revizemi dochází k podobné, významné změně jako v DSM, tedy z několika kategorií na PAS jako jedinou dimenzi. Považuji za rozumné, že například Národní ústav pro autismus ve zprávách z diagnostických vyšetření uvádí „obě dvě verze, aby byla zpráva platná v našich podmínkách, a zároveň (...) drželi krok se světem“ (Redakce Autismport, 2024). Ze stejného důvodu v empirické části této práce již používám souhrnný termín PAS a nikoli Aspergerův syndrom, ačkoli jej zúčastněné ženy mají uvedený v lékařské zprávě.

Podle DSM-5 je diagnóza dále specifikována a) závažností (mírou potřebné podpory) a b) informací, zda je přidružena porucha intelektu, porucha řeči, zdravotní nebo genetické

onemocnění či faktor prostředí, jiná neurovývojová, duševní či behaviorální porucha nebo katatonie (American Psychiatric Association, 2016). MKN-11 přímo specifikuje samostatné kódy podle úrovně intelektových a jazykových schopností osoby (viz Tabulka 1).

**Tabulka 1**

*Diagnostické kódy pro poruchy autistického spektra*

	S mírným nebo žádným narušením funkčního jazyka	S narušeným funkčním jazykem	S úplnou nebo téměř úplnou absencí funkčního jazyka
Bez poruchy duševního vývoje	6A02.0	6A02.2	—
S poruchou duševního vývoje	6A02.1	6A02.3	6A02.5

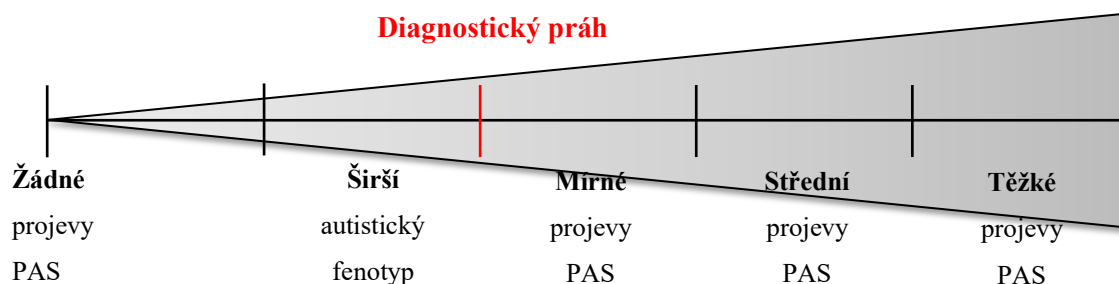
Převzato z Thorové (2021)

### 1.1.2 Umístění diagnózy na spektru a prevalence

O lidech s PAS se někdy hovoří jako o „lidech na spektru“. Šporclová (2018) však jako spektrum zobrazuje úsečku, na které dochází k plynulému zvyšování autistických projevů, a to od osob se „žádnými nebo minimálními projevy PAS“ až po ty s „těžkou symptomatikou PAS“ (viz Obrázek 1). Z toho vyplývá, že bychom všechny osoby na světě mohli označit jako „osoby na spektru“, byť někdy na jeho úplném kraji. Šporclová s nadsázkou uvádí, že téměř u každého můžeme pozorovat některé z „autistických rysů“ (např. introverzi nebo oblibu rituálů). Existuje také pojem „širší autistický fenotyp“ (*broader autism phenotype*), který označuje osoby s genetickou náchylností k PAS a autistickými projevy, které těsně nesplňují diagnostická kritéria (Stimpson et al., 2021).

**Obrázek 1**

*Autistické spektrum*



Vytvořeno podle Šporclové (2018, s. 58)

Nabízí se pak otázka, kde na plynulém spektru zahrnujícím celou populaci nakreslíme hranici pro klinickou diagnózu. S tím pak bude souviset i celková prevalence PAS. Podle některých výzkumů se v nedávné době hranice na naší pomyslné úsečce posunula doleva, tedy snížila se míra autistických projevů potřebná k získání klinické diagnózy PAS (Arvidsson et al., 2018). Podle autorů mohou být klinici pobízeni dávat oficiální diagnózu častěji, aby pacientům umožnili přístup k systému sociální podpory, jiná teorie zase říká, že rozšiřování diagnostických kritérií u různých onemocnění je projevem snižující se tolerance ve společnosti a větší tendence „nálepkovat“ všechny, kdo nesplňují obecná očekávání (Honeybourne & Attwood, 2016). Crucittiová et al. (2018) naopak uvádí několik autorů, kteří vidí v nejnovější revizi DSM posun vpravo – kritéria jsou podle nich „příliš“ omezená a podrobná a vedoucí k vyřazení lehčích forem PAS z oficiální diagnózy.

Podle Dudové (2022) se prevalence PAS v posledních desetiletích zvyšuje a uvádí současný odhad na 1–1,5 % u dětí a 1 % u dospělých. Hirota a King (2023) ve své rešerši uvádí nárůst dokonce z 1,1 % v roce 2008 na 2,3 % v roce 2018 u 8letých dětí. Zvyšování nemusí být jen důsledkem výše zmíněného posouvání diagnostických kritérií. Uvažuje se i o vyšším povědomí o PAS mezi odborníky i veřejností, menším stigmatu, které osobám bránilo diagnózu vyhledat, změnách v diagnostických nástrojích nebo o opravdovém zvýšení výskytu PAS v populaci (Honeybourne & Attwood, 2016; American Psychiatric Association, 2016).

### **1.1.3 Pozdní diagnostika**

Metaanalýza studií z let 2012 až 2019 zahrnující 55 kohort ze 35 zemí odhalila průměrný věk získání diagnózy 5 let (van 't Hof et al., 2021). DSM-5 (American Psychiatric Association, 2016, s. 24) zahrnuje diagnostické kritérium, podle kterého „projevy PAS musí být přítomné již od raného vývojového období“. Připouští ale i dvě trajektorie vývoje: Jednak že se projevy plně ukáží až v pozdějším věku (vlivem vyšších nároků sociálního prostředí, které převyšují jedincovy možnosti), jednak že se projevy mohou s věkem zmírňovat (vlivem naučených strategií maskování). V dospívání nebo dospělosti je složité sehnat druhou osobu, která dokáže podat přesný popis chování v raném dětství. DSM-5 na tento problém reaguje tím, že diagnóza může být udělena, když jsou současné potíže podle pozorování a vlastní výpovědi jedince dostatečně velké a zároveň neexistuje důkaz o dobrých sociálních a komunikačních dovednostech během dětství. Samotná absence informací z raného dětství tedy nemá znemožnit diagnózu PAS. Naopak, pokud byly projevy

omezených, repetitivních vzorců chování/zájmu/aktivit výrazné v minulosti a v současnosti ne (například vlivem maskování), může být toto kritérium přesto považováno za naplněné. Nad vším ale stojí požadavek, aby diagnóza byla stanovena pouze v tom případě, že její projevy v době diagnostiky způsobují významná narušení v důležitých oblastech fungování, například sociální nebo pracovní (American Psychiatric Association, 2016).

PAS je každopádně považována za vrozenou, což ospravedlňuje, proč diagnózu získanou až v dospělosti můžeme považovat za „pozdní“. Včasná diagnostika, intervence a nácvikové programy přispívají samostatnosti v dospělosti (Dudová, 2022) a ty, kterým se jich v dětství nedostalo, dnes výzkumníci označují jako „ztracenou generaci“ (Nyrenius et al., 2023), kterou lze identifikovat právě díky novým diagnostickým podmínkám, které přinesl DSM-5. Za významné faktory podílející se na pozdní diagnóze PAS považují výzkumníci ženské pohlaví, dobré verbální schopnosti, nepřítomnost poruchy intelektu nebo stresující či traumatické zážitky v dětství (Nyrenius et al., 2023). Vliv může mít i zmiňovaná teorie, že se diagnostický práh pro PAS během let snížil, a osoba tak na diagnózu dosáhla až v dospělosti.

## **1.2 Specifika prožívání a duševního zdraví osob s PAS**

Byla identifikována řada individuálních i společenských faktorů, které negativně ovlivňují duševní zdraví osob s PAS, stejně jako bariéry k adekvátní podpoře. V běžné populaci patrně výraznější autistické rysy souvisí s nižším psychickým well-beingem (Stimpson et al., 2021). Optimální duševní zdraví je podle Jonesové (2015) založené na fyzickém zdraví, síti sociální podpory, pocíťování úspěchu a pravidelného vykonávání smysluplných aktivit. Všechny tyto oblasti mohou být vlivem PAS narušené. Tato kapitola tak poskytne východisko pro pochopení vysokého výskytu komorbidních psychiatrických diagnóz u PAS, kterému se věnujeme v kapitole následující.

### **1.2.1 Fyzické potíže a bariéry k odborné péči**

S PAS jsou často spojené fyzické potíže, například poruchy spánku, gastrointestinální potíže, migrény, chronické bolesti nebo epilepsie (Thorová a Šporclová, 2012). Ukazuje se i souvislost s problémy s pohybovým aparátem, konkrétně s poruchami pojivové tkáň projevující se hypermobilitou kloubů (Baeza-Velasco, 2021). Tělesné zdraví často dále zhoršuje nedostatek pestré stravy a fyzického cvičení a potíže s vyhledáváním lékařské péče (Jones, 2015).

Arnold et al. (2024) kvantitativně zjišťovali, do jaké míry čelí osoby s PAS překážkám ke zdravotní péči. Zatímco tři čtvrtiny osob bez PAS nevnímaly žádnou překážku, 80 % osob s PAS pocívalo alespoň jednu a průměrně téměř 5 z nabízených sedmnácti. Specificky se často jednalo o potíže s prostředím čekáren nebo s udržováním návaznosti péče. To mohou dokreslit zjištění kvalitativní studie Wilsonové et al. (2024), která se zabývala zkušeností dospělých osob s PAS s péčí v oblasti duševního zdraví. Participantů uváděli nesnášenlivost ostrých světel a hluku v čekárnách, nebo potíže s objednáváním se na vyšetření. Ty souvisely například s potížemi v exekutivních funkcích, s plánováním, komunikací přes telefon a chápáním sociálních pravidel při kontaktování odborníků. Podle Strunzové (2024) je většině osob s PAS vlastní řešit problémy samostatně, a tak pro ně bývá ještě těžší než pro běžnou populaci přiznat cizímu odborníkovi svůj osobní problém a říci si o pomoc. Na samotných vyšetřeních u odborníků osoby s PAS často čelí vzájemnému nepochopení v komunikaci, vyvracení potíží a jejich diagnózy, patologizaci jejich odlišnosti nebo stereotypům o PAS. Sdílet diagnózu PAS poskytovatelům služeb vnímají i přesto jako důležité, aby se jim dostalo užitečné podpory. Náročné je také samostatně vyhledávat a koordinovat různé druhy podpory (lékaře, terapii, intervence apod.) (Wilson et al., 2024).

## **1.2.2 Osamělost, stres a závislost na druhých**

### **Osamělost**

Není pravidlem, že osoby s PAS nestojí o sociální interakce a vztahy. Mohou se také cítit osamělí a osamělost se často zvyšuje během adolescence. Může být důsledkem, ale také příčinou potíží se sociálním fungováním a sociální úzkostí. Ze studie Deckersové et al. (2017) si můžeme odnést představu o začarovaném kruhu, do kterého se dostávají mladé osoby s PAS. Vlivem dlouhodobých zkušeností se sociálním neúspěchem a případně šikanou se cítí čím dál osamělejší, ale zároveň cítí nižší touhu po sociální interakci. Volí obranné chování, spíše se stahují a vyhýbají sociálnímu kontaktu. Tím osamělost a sociální izolace přetrvává dál, což pak potvrzuje výzkum Stewarta et al. (2024), který ukazuje že osoby s PAS mezi 40 a 93 lety se cítí osamělejší a mají méně sociálních vazeb a zdrojů sociální podpory než osoby bez PAS a že se u nich na rozdíl od osob bez PAS s věkem osamělost zvyšuje.

## **Menšinový stres**

V psychologii existuje model menšinového stresu, kterým se rozumí nadměrný stres, kterému jsou vystavovány osoby spadající do stigmatizované minoritní sociální kategorie. Tento stres je charakterizován jako chronický, existující nad rámec běžných životních stresorů a vycházející ze sociálních procesů a struktur, tedy ne z individuálních okolností ani například z genetických charakteristik dané skupiny (Meyer, 2013). Bothová a Frost (2020) ve svém výzkumu ukázali, že tento model lze aplikovat i na osoby s PAS a vysvětlit tak jejich potíže s duševním zdravím. Objevili u nich „minoritní stresory“, jako je šikana, diskriminace, internalizované stigma, očekávání odmítnutí a fyzické skrývání diagnózy, které snižovaly jejich well-being. Potíže s duševním zdravím se objevovaly také spolu s odhalením diagnózy svému okolí, což autoři přičítají labelu a negativním stereotypům, které ve společnosti stále panují. Můžeme přemýšlet, zda se společenské vnímání PAS bude posouvat lepším směrem například díky neurodiverzním přístupům nebo celkově vyššímu povědomí (a prevalenci).

## **Náročnost samostatného života**

Samostatná pracovní činnost souvisí s vyšším subjektivním well-beingem (Clarke et al., 2021). Dvě třetiny dospělých s PAS však zůstávají trvale závislé na rodině nebo instituci (Dudová, 2022). V nedávné studii 30letých osob s PAS nebyla polovina účastníků nikdy zaměstnaná, a i v podskupině osob bez poruchy intelektu a s vysokým vzděláním vidíme, že pětina zůstala nezaměstnaná a pouze polovina byla někdy zaměstnaná na plný úvazek (Clarke et al., 2024). Vyšší intelektové schopnosti v dětství sice předpovídají lepší fungování v dospělosti, ale ne vyšší well-being a emoční spokojenost (Pickles et al., 2020). Z těchto dat můžeme vyvodit, že i akademicky úspěšné dospívající a mladé dospělé s PAS je potřeba podpořit při přechodu do zaměstnání, které je předpokladem pro subjektivní spokojenost.

### **1.2.3 Maskování**

Maskování (někdy kamuflování) je koncept, který byl původně spojován výhradně se ženami s PAS, ale dnes se předpokládá, že se týká obou pohlaví. Vymezuji jej proto nyní a v kapitole 1.4 se věnuji jeho specifikům u žen.

Maskování můžeme definovat jako různé způsoby chování se stejným účelem, a sice vypadat „méně autisticky“. Jedná se o vědomé i nevědomé kontrolování a upravování svého chování, aby zapadalo do sociálních konvencí většinové společnosti. Může jít o úpravy

jednoduché (např. pravidlo dívat se druhým do očí), ale i velmi propracované (např. dlouhodobé studování a přebírání chování jiného člověka). Maskování (*camouflaging*) považujeme za multidimenzionální konstrukt, kdy za jednotlivé dimenze bývají považovány: maskování (*masking*; skrývání viditelných projevů, např. upravování výrazu tváře a postoje), kompenzace (používání nestandardních/alternativních kognitivních strategií k překonání potíží, např. vytváření scénářů pro sociální situace) a asimilace (vědomá snaha zapadnout do sociálních situací) (Hull et al., 2020; Mandy, 2019; Williams, 2022). Někteří výzkumníci ale upozorňují, že maskování není doposud dostatečně teoreticky konceptualizované a že by měl být vytvořen model, který bude brát v potaz kontinuální rozložení různé míry maskovacích tendencí napříč celou populací (Cremone et al., 2023).

Částečně jej lze považovat za adaptivní chování, které umožňuje dosahovat cílů, jako jsou vzdělání, zaměstnání a vztahy; nebo za strategii ke zvládnutí pocitů sociální izolace, nízké sebeúcty a nízkého sebepřijetí. Osoby s PAS zároveň často vnímají maskování jako nutnost, aby se vyhnuly ostrakismu nebo šikaně, spíše než vlastní volbu (Cremone et al., 2023; Mandy, 2019). Je zajímavé, že Keating et al. (2024) neodhalili souvislost mezi vyšším pocíťovaným přijetím (od okolí i sám sebou) a nižší mírou maskovacího chování. Můžeme usoudit, že důvody pro maskování jsou mnohvrstevnatější než jen „být přijímán“. Maskování každopádně vyžaduje spoustu úsilí a literatura ukazuje množství negativních důsledků na duševní zdraví a well-being, mezi které patří vyčerpání, stres, úzkost, deprese, zmatení identity i sebevražedné tendence (Mandy, 2019; Cremone et al., 2023). Podle kvalitativní studie Raymakerové et al. (2020) je jedním z hlavních faktorů vedoucí k tak zvanému „autistickému vyhoření“.

#### **1.2.4 Sebepoškozování a suicidalita**

Ve studii Schwartzmannové et al. (2024) se 54 % osob s PAS bez poruchy intelektu někdy sebepoškozovalo, což může mít různé funkce (Moseley et al., 2019): Často se jedná o regulaci stavů deprese a disociace. Mezi socio-emočními a komunikačními deficity u PAS bývá uváděna i alexithymie, totiž problém rozpoznat, chápat a vyjadřovat své emoce, a autoři studie zjistili, že vyšší míra alexithymie předpovídá sebepoškozování. Prostřednictvím něj totiž osoby mohou regulovat své intenzivní emoční stavy (především úzkost, rozrušení, hněv a frustraci), a zároveň může být toto chování nástrojem ke komunikaci a vyjádření emocí navenek. Autoři se také zaměřili na sensorické potíže spojené s PAS a zjistili, že hypo- i hypersenzitivita předpovídají rozsah a frekvenci sebepoškozování.

Ze vzorku Bentumové et al. (2024), čítajícího téměř 1200 osob s PAS starších 16 let, zažilo 80 % myšlenky na sebevraždu a 15 % se o ni i pokusilo. Hedley et al. (2024) ve své metaanalýze odhadují, že u osob s PAS existuje 3 až 5krát vyšší riziko úmrtí sebevraždou než u běžné populace. S tím, že vyšší je u osob bez přidružené poruchy intelektu. I v českém Národním akčním plánu prevence sebevražd 2020–2030 jsou mezi osobami se zvýšeným rizikem sebevraždy jmenované osoby s vývojovými poruchami včetně PAS (Ministerstvo zdravotnictví České republiky & Národní ústav duševního zdraví, 2020). Jako rizikové faktory, kterých je potřeba si všimnout, protože zvyšují pravděpodobnost suicidality, se ukazuje vyšší počet i míra autistických rysů, osamělost, maskování, sebepoškozování, psychiatrické komorbidity a nenaplněná potřeba podpory (Bentum et al., 2024; Cassidy et al., 2018; Hedley et al., 2021).

### **1.2.5 Podmínky účinné podpory**

Duševní zdraví osob s PAS patrně není spojené s tím, jak „silné“ projevy osoba má, ale spíše s tím, nakolik tuto diagnózu osoba a její okolí přijímají a jak kvalitní podporu kolem sebe vnímá (Pantazakos a Vanaken, 2023). Například speciální zájmy a opakované pohyby k sebestimulaci (*stimming*) zlepšují well-being osob s PAS (Dwyer, 2022) a dává smysl, že snížení míry repetitivního chování během mladšího školního věku je spojené s vyšší mírou úzkosti během dospívání (Waizbard-Bartov et al., 2024). Krize duševního zdraví u osob s PAS by tak mohla být řešena pomocí klinických intervencí uznávajících neurodiverzitu (*neurodiversity-affirming*) (Pantazakos a Vanaken, 2023), jejichž cílem není neurodivergentní osoby léčit, ale nanejvýš učit strategiím zvládnání (Dwyer, 2022), a intervencí zvyšujících soulad mezi jedincem a jeho prostředím (Mandy, 2019).

Podle některých mají osoby s PAS řadu specifických silných stránek, například paměť, všímavost vůči detailům, efektivitu, kreativitu, upřímnost, smysl pro spravedlnost i starost o druhé (Hedley et al., 2024). Jiní uvádí, že subjektivně vnímané silné stránky se mezi osobami s PAS a bez PAS příliš neliší (Taylor et al., 2023), ale rozdíl pozorují v tom, že osoby s PAS jsou si jich méně vědomy a méně je využívají. Vyšší míra využívání vlastních silných stránek přitom u osob s PAS předpovídá vyšší subjektivní well-being a kvalitu života a nižší míru úzkosti, deprese a stresu. Intervence zaměřené na využívání silných stránek by tedy mohly mít velmi pozitivní dopad na duševní zdraví osob s PAS. Měly by však být vždy individuální, ne zaměřené na nějaké obecně stanovené schopnosti specifické pro PAS.

S přijetím vlastní neurologické odlišnosti a využíváním silných stránek jde ruku v ruce také pěstování soucitu sám se sebou (*self-compassion*). Caiová et al. (2024) zkoumali dopad online programu zaměřeného na jeho zvyšování u dospělých s PAS. Po absolvování se soucit účastníků se sebou zvýšil společně s psychickým well-beingem, zvýšením míry pozitivních emocí a snížením míry deprese, úzkosti a potíží s emoční regulací. Autoři však zjistili, že u psychicky zranitelnějších osob s PAS, které měly přidružené psychiatrické poruchy nebo myšlenky na sebepoškození, často trénování soucitu vyvolávalo také negativní pocity a reakce. U této skupiny je proto potřeba být opatrnější a autoři navrhuji především individuální spolupráci se „soucitným“ odborníkem na duševní zdraví, který je tímto náročným zvyšováním soucitu může provést.

### 1.3 Přidružené poruchy a diferenciální diagnostika

DSM-5 uvádí, že 70 % osob s PAS má jednu komorbidní duševní poruchu a 40 % dvě a více (American Psychiatric Association, 2016). Čísla se značně liší napříč studii i metaanalýzami kvůli odlišné metodologii, ale celkově se potvrzuje vysoká zátěž (Hossain et al., 2020). Zajímají-li nás specificky dospělí s PAS, pak Lugo-Marín et al. (2019) ve své metaanalýze došli k výskytu nějaké přidružené psychiatrické poruchy u 54,8 % z této populace, tedy častějšímu než u populace běžné. Uvádí tyto souhrnné prevalence nejčastějších psychiatrických komorbidit: porucha pozornosti s hyperaktivitou u 25,7 %, poruchy nálady u 18,8 %, úzkostné poruchy u 17,8 %, poruchy osobnosti u 12,6 %, poruchy schizofrenního spektra u 11,8 %, poruchy způsobené užíváním návykových látek u 8,3 % a poruchy příjmu potravy u 3,6 %. U třech častých komorbidit – schizofrenie, poruch aktivity a pozornosti a poruch nálady – vědci dokonce objevili společné genetické kořeny s PAS (Thorová, 2016).

Mnoho studií však upozorňuje na nebezpečí nesprávných diagnóz (zaměňování PAS s jinými poruchami kvůli podobným projevům) a zastiňování diagnóz (kdy PAS není odhalena kvůli přisuzování všech projevů předchozí diagnóze, nebo naopak nemusí být odhalena komorbidita kvůli přisuzování všech projevů PAS). Ukazuje se tak důležitost diferenciální diagnostiky, čímž se rozumí „proces rozhodování, kterou ze dvou nebo více poruch s překrývajícími se projevy daná osoba má“ (American Psychological Association, 2018). Klíčové je všimnout si i jemných projevů, které mohou znamenat přítomnost PAS, ale zároveň se běžně vyskytují u mnoha psychiatrických diagnóz, a detailně posoudit jejich pravou příčinu – zda pramení z jádrových potíží PAS, nebo odjinud (Duvall et al., 2022).

Lidé, kteří získali diagnózu PAS až v dospělosti, měli významně více psychiatrických diagnóz než ti diagnostikovaní dříve a významně častěji se u nich vyskytovala diagnóza úzkosti a deprese (Jadav & Bal, 2022). Fusar-Poliová et al. (2022) objevili, že přibližně tři čtvrtiny osob, které vyhledaly diagnostiku PAS v dospělosti, byly již dříve v kontaktu s odborníky na duševní zdraví, přičemž první posouzení proběhlo průměrně 11–12 let před diagnózou PAS. Dvě třetiny obdržely nějaké předchozí psychiatrické diagnózy, ale pouze u 49 % z nich byly při diagnostice PAS tyto diagnózy jako komorbidity potvrzené. Podobně Kentrouová et al. (2021) zjistili, že 38 % dospělých s PAS mělo alespoň jednu předchozí diagnózu, která po diagnóze PAS přestala být považována za platnou nebo relevantní.

Osoby s PAS často dokáží reflektovat, že jiná diagnóza, kterou obdržely, není správná. Ve smíšené studii Au-Yeungové et al. (2018) osoby s PAS (a podezřením na PAS) častěji obdržely diagnózy duševních poruch a zároveň s nimi častěji nesouhlasily. Cítily, že jejich autistické projevy byly špatně interpretovány jako symptomy jiných poruch, nebo že přidružené poruchy vznikly jako důsledek PAS. Měly zkušenost, že s nimi odborníci tyto diagnózy nediskutovali a nemohly pronést svůj názor. Dostat diagnózu, o které je člověk přesvědčený, že neseďí na jeho potíže, často vede ze zmatení a nedůvěře ve vlastní úsudek (Leedham et al., 2020). Strunzová (2024) zmiňuje své klienty s PAS v psychoterapii, kteří obdrželi nesprávné diagnózy, a jejich zkušenost zahrnovala hospitalizace na psychiatrii, užívání psychofarmak s vedlejšími účinky a socio-emoční důsledky získání vážné a často stigmatizující psychiatrické diagnózy.

Dále se věnuji podobnostem a odlišnostem mezi PAS a čtyřmi dalšími kategoriemi poruch, které se podle Lugo-Marína et al. (2019) vyskytují u dospělých s PAS nejčastěji:

### **1.3.1 ADHD**

Zatímco autistické rysy se u osob s ADHD objevují výjimečně, někteří autoři uvádějí, že projevy a diagnóza ADHD jsou zaznamenávány velmi často u osob s PAS. Hoursová et al. (2022) ve své rešerši dochází k myšlence, že problémy s pozorností a psychomotorický neklid jsou možná součástí jádrových obtíží PAS (měly by být součástí klinické definice) a mezi jedinci s PAS se pouze liší míra jejich závažnosti. Upozorňují, že jejich neuropsychologický podklad je jiný než u ADHD. Projevy, které považujeme za nepozornost u ADHD mohou být u PAS naopak nadměrná pozornost (tzv. *hyperfocus*) související s nadměrnou aktivitou v určitých oblastech mozku, případně zaměřenost na

detaily (Lugo-Marín et al., 2019). Osoby s PAS mají také, na rozdíl od osob s ADHD, schopnost soustředit se na zadaný úkol, pokud o něj mají zájem, například čtení, kreslení a rébusy. U osob s PAS můžeme také pozorovat hyperaktivitu vyvolanou senzoryckým přehlcením (Lugo-Marín et al., 2019).

I u osob s ADHD lze pozorovat potíže se socio-emoční reciprocitou a sociálními interakcemi. Ta je ale způsobená nepozorností vůči sociálním vodítkům a/nebo impulzivitou a roztěkaností, ne neschopností sociálních interakcím rozumět a reagovat na ně (jako u PAS). Potíže s vytvářením vztahů mohou být důsledkem nadměrné povídavosti, nepředvídatelného chování nebo potíží se sebekontrolou a respektováním osobního prostoru druhých (Duvall et al., 2022).

### **1.3.2 Poruchy nálady a úzkostné poruchy**

Deprese a úzkost patří mezi nejčastější komorbidní poruchy u osob s PAS. Mohou se rozvinout sekundárně, například jako důsledek stresu z příliš vysokých nároků, které na osobu s PAS klade její prostředí (Au-Yeung et al., 2018). Depresivní porucha může vzniknout ze skutečnosti, že si osoba uvědomuje svou odlišnost a sociální potíže, zažívá pocity nedostatečnosti, ztrácí sebevědomí, neúspěšně se snaží zapadnout a zažívá odmítnutí. Potíže v sociální komunikaci mohou vést k rozvoji sociální fobie (Lugo-Marín et al., 2019).

Někdy je přítomná jen PAS a diagnostik ji nesprávně označí za poruchu nálady. Vyčerpání, způsobené náročností běžného života pro osoby s PAS, se může jevit jako symptom deprese. Speciální zájmy mohou být interpretovány jako manické projevy a zamlklost v situacích diskomfortu jako depresivní projevy, což vede k nesprávné diagnóze bipolární poruchy (Au-Yeung et al., 2018).

Jindy jsou přítomné jen deprese a/nebo úzkost, ale jsou označené za PAS, jelikož se projevují i potížemi v sociální oblasti (např. sociální izolací). Rozlišujícím znakem je, že depresivní a úzkostné osoby bez PAS zpravidla v minulosti měly období s nižší závažností, kdy byly schopné běžně a kvalitně vyjadřovat emoce, například navazovat typické vztahy a interakce v raném dětství. U osob s úzkostí se navíc často objevují rozdíly v úrovni sociálně komunikačních dovedností napříč situacemi. Mohou být oslabené v situacích, které vyvolávají úzkost, jako je vyšetření neznámým člověkem, ale naopak na vysoké úrovni při interakci s bezpečným a komfortním člověkem. Proto je potřeba osobu pozorovat ve více různých kontextech (Duvall et al., 2022).

### 1.3.3 Poruchy osobnosti

V MKN-11 dochází u poruch osobnosti (dále jen PO) k podobnému posunu jako u PAS a místo dřívějších podtypů existuje jen jedna diagnóza, která představuje kontinuum možných projevů a je dále specifikována závažností. Klasifikace uznává, že projevy PAS mohou být podobné PO, ale přidružená PO má být diagnostikována pouze v případě, že projevy nelze vysvětlit pomocí PAS a její typické souběžné psychopatologie, jako jsou deprese, úzkost, sebepoškozování a poruchy příjmu potravy (Bach & Vestergaard, 2023).

Osoby s PAS i PO většinou vnímají své chování jako ego-syntonní (na rozdíl od jiných duševních poruch), projevy bývají nejzřetelnější v sociálních kontextech a projevují se napříč vztahy i oblastmi života (De Cagna et al., 2019). U PO lze zaznamenat nestabilní pocit identity podobný „chameleonské“ identitě u PAS (vyplývající z maskování), negativní nebo nestabilní sebehodnocení. Ve vztazích mohou být osoby s PO submisivní a v roli oběti, aby se vyhnuli odmítnutí druhými, zatímco osoby s PAS mohou být využívány kvůli své sociální naivitě. Zoufalá potřeba udržet si vazby k druhým lidem u PO je navenek podobná zoufalé potřebě neměnnosti u PAS. Obě poruchy mohou vést ke konfliktním vztahům, u PAS spíše kvůli nekompromisnímu lpění na stálosti a vlastních zájmech. U PO je typická nezvykle vysoká nebo nízká emoční reaktivita, což může připomínat výbuchy vzteku a rozrušení u osob s PAS (kvůli změnám a sensorickým potížím) nebo alexithymii. Ve stavech přehlcení mohou mít osoby s PAS dezorganizované myšlení, podobně jako je u PO často narušené testování reality ve stresových situacích (Bach & Vestergaard, 2023).

Klíčovým pro diferenciální diagnostiku se zdá vývoj projevů, které jsou u PAS přítomné od raného dětství a pokud se projeví v dospělosti, tak často společně s rozpadem některých vztahů nebo přehlcením nároky prostředí, zatímco projevy PO se často postupně zvyšují během adolescence a mladé dospělosti a bývají dále stabilní (Bach & Vestergaard, 2023).

### 1.3.4 Psychotické poruchy

Pojem „autismus“ byl poprvé použit Bleulerem roku 1908 pro označení jednoho ze čtyř základních příznaků schizofrenie. Znamenal inhibici emočního projevu a „vnitřní život“ špatně přístupný druhým lidem (Zubáková, 2021). Ještě v DSM-2 tak autismus spadal mezi dětské formy schizofrenie (Crucitti et al., 2018).

Rozlišujícím znakem je, že schizofrenie má zpravidla počátek až v mladém věku (Ying et al., 2023). Prodromální stádium se ale může vyznačovat narušením v sociální oblasti a atypickými zájmy a přesvědčeními, což může být zaměněno s PAS (American Psychiatric Association, 2016). Negativní symptomy psychóz se velmi podobají odměřenosti, sociální pasivitě a nedostatku emoční reciprocity u osob s PAS (Ghaziuddin & Ghaziuddin, 2020, Ying et al., 2023). Také sociálně nepřiměřené chování nebo netypické a nesmyslné vyjadřování (např. rozbíhavost, nenávaznost, neologismy) mohou být společné pro obě poruchy (Fusar-Poli et al., 2022).

Co se týče pozitivních symptomů, halucinace a bludy nejsou součástí PAS (American Psychiatric Association, 2016). Kognitivní rigidita u PAS ale může být bludům podobná (Ying et al., 2023). Děti s PAS a dobrými verbálními dovednostmi někdy zmiňují, že vidí nebo slyší věci, které neexistují. Je potřeba posoudit, zda se nejedná spíše o nesprávnou interpretaci okolí, výsledek představivosti, autistickou fixaci, odloženou echolalii a podobně (Ghaziuddin & Ghaziuddin, 2020). DSM-5 upozorňuje i na doslovné chápání otázek u osob s PAS, které může vést k tomu, že na otázku, zda „slyší hlasy, když není nikdo kolem“, odpoví ano, protože mívá zapnuté rádio (American Psychiatric Association, 2016).

## **1.4 Porucha autistického spektra u žen**

### **1.4.1 PAS jako mužská porucha**

V DSM-5 i MKN-11 je uvedeno, že PAS je 4× častěji diagnostikována u mužů než u žen (American Psychiatric Association, 2016; World Health Organization, 2025). Metaanalýza Loomesové et al. (2017) ukázala, že poměr mužů k ženám se blíží spíše 3:1, mimo jiné na základě studií vybírajících vzorek z celé populace spíše než z klinické s již diagnostikovanou PAS.

Některé teorie říkají, že ženy jsou určitým genetickým či biologickým způsobem chráněny od rozvinutí PAS, například díky protektivnímu genu na otcovském chromozomu X, nižšímu množství androgenů (Hull et al., 2020) nebo působení estrogenů (Hirota & King, 2023). Baron-Cohen (2002) se věnoval dvěma procesům, které lidem umožňují porozumět událostem a předvídat jejich další vývoj: empatii (schopnost identifikovat myšlenky a emoce druhých a s náležitou emocí na ně reagovat) a systematizaci (schopnost analyzovat systémy a odvodit pravidla jejich chování). V tzv. E–S teorii pak tvrdí, že v běžné populaci ženy průměrně skórují v empatii výše než muži a muži zase v systematizaci výše než ženy.

Z poměru úrovně těchto schopností pak odvozuje jednotlivé typy mozku (ženský, mužský, vyvážený ad.), přičemž PAS spojuje s tzv. extrémně mužským typem mozku (*extreme male brain, EMB theory*), tedy nadprůměrnou schopností systematizovat a podprůměrnou schopností empatie. Vyvinutí tohoto typu mozku může být způsobené biologicky i kulturně, každopádně se má průměrně jednat o větší změnu od běžného stavu pro ženy než pro muže. Slovo průměrně je zde důležité. Autor a kolegové (Greenberg et al., 2018) se brání výrazné kritice teorie, zdůrazňují, že vycházejí čistě ze statistických dat (teorii potvrzují na souboru více než 600 000 osob) a nezpochybňují, že každý jednotlivec může být více nebo méně typický pro své pohlaví. Zároveň netvrdí, že osoby s PAS mají extrémní míru ostatních stereotypně mužských charakteristik (např. agrese) ani že by nebyly vůbec schopné empatie (spíše se ukazuje, že jde o deficity v empatii kognitivní, ne afektivní).

#### **1.4.2 Skutečné zastoupení žen s PAS**

V literatuře se v současnosti však spíše analyzuje tzv. ženský autistický fenotyp (*female autism phenotype*): ženy vykazují stejné jádrové obtíže, zahrnuté v diagnostických kritériích, jako muži, ale jejich behaviorální projev je kvalitativně odlišný od toho typicky mužského (Hull et al., 2020). Patrně je tedy žen s PAS více než ukazují statistiky, ale zůstávají častěji nerozpoznány a nediodagnostikovány. To platí především pro ženy s normálním či vyšším intelektem, protože mezi diagnostikovanými ženami jsou více zastoupeny ty s přidruženou poruchou intelektového vývoje (World Health Organization, 2025).

McCrosin (2022) induktivně kvantifikoval zkreslení, která brání rozpoznání a diagnostice žen, a vypočítal, že skutečný poměr může být spíše 3 muži ku 4 ženám. 80 % žen podle něj zůstává nediodagnostikovaných do věku 18 let. Mnoho studií ukazuje, že ženy dostávají diagnózu PAS významně později než muži. Významně později přichází již jakékoli první posouzení odborníkem na duševní zdraví, přičemž ženy při něm dostanou méně častěji správnou diagnózu PAS a častěji diagnózu nesprávnou (Fusar-Poli et al., 2022; Gesi et al., 2021; Rutherford et al., 2016). Poměr mezi muži a ženami s PAS se tak snižuje s věkem, například od přibližně 6 chlapců ku 1 dívce v dětství (do 9 let) po přibližně 2 muže ku 1 ženě v dospělosti (nad 40 let) (Rutherford et al., 2016). Pozdější diagnóza se týká samostatně osob s ženským připsaným pohlavím, s ženskou genderovou identitou i genderově různorodých osob (McQuaid et al., 2024).

### 1.4.3 Bariéry v diagnostickém procesu

Nástroje používané k diagnostice PAS byly standardizovány převážně na mužských souborech a nemají normy pro jednotlivá pohlaví (D'Mello et al., 2022). Observační škála ADOS vykazuje nižší senzitivitu a přesnost u žen mezi verbálně zdatnými dospělými a dospívajícími (Langmann et al., 2017), obsahuje několik položek, které systematicky zkreslující výsledky dívek oproti chlapcům (Kalb et al., 2022) a její používání pro ověření diagnózy participantů vedlo k nepoměrně většímu vyloučení žen z výzkumů (D'Mello et al., 2022). Jsou proto již vytvářeny nástroje specificky pro ženy, například sebesuzovací dotazník GQ-ASC (*Girls Questionnaire for Autism Spectrum Condition*), který se jeví jako užitečný screeningový nástroj pro dívky i dospělé ženy, včetně těch s přidruženými duševními poruchami (Brown et al., 2020).

Diagnostici mohou mít mylnou představu o podobě PAS u žen a statistiky ukazující nízký výskyt žen s PAS mohou dále zkreslovat jejich úsudek (Duvall et al., 2022). Tsirgiotisová et al. (2022) zjistili, že stejné behaviorální projevy PAS byly odborníky hodnoceny jako závažnější, pokud bylo řečeno, že se jedná o popis dívky. U obou pohlaví (která byla popisům přiřazována náhodně) si ale byli stejně jisti diagnózou PAS. Z toho vyplývá, že odborníci mají možná pro obě pohlaví odlišné prahy závažnosti symptomů pro diagnózu PAS, přičemž u žen o něco vyšší. Také při diagnostice spoléhají u obou pohlaví stejnou měrou na psychometrické nástroje, přestože řada z nich nedůvěřuje správnosti jejich výsledků u žen.

### 1.4.4 Specifika prožívání a chování

#### Maskování u žen

Koncept maskování původně vznikl jako vysvětlení, proč má diagnózu PAS o tolik méně žen. Uvažuje se o tom, že ženy mají biologické predispozice k lepším kompenzačním schopnostem i že sociální očekávání a posilování mají na ženy větší vliv, tudíž cítí větší tlak zapadnout (Hull et al., 2020). Maskování v jakékoli míře používá srovnatelné množství mužů s PAS jako žen, ale ženy ve více situacích, častěji a po celkově více času (Cassidy et al., 2018). Rodiče dívek hovoří o vyšší míře napodobování a maskování projevů a emocí v sociálních situacích (Ormond et al., 2018). Víceero způsobů měření ukázalo, že ženy s PAS mají oproti mužům jak silnější úmysl maskovat, tak vyšší efektivitu (Milner et al., 2023). Ženy mohou prostřednictvím ADOS dosahovat nižších skóre v potížích se sociální

komunikací právě proto, že nástroj míru maskování neměří (D'Mello et al., 2022). Maskování je ale během vývoje čím dál složitější, což podporuje zjištění, že procento žen s diagnózou PAS se v adolescenci významně zvyšuje (Rutherford et al., 2016).

V různých prostředích a situacích se ženy přizpůsobují různou měrou podle aktuálně pocíťovaného tlaku (Hull et al., 2020). Ve škole často potlačují své projevy, bývají tiché a poslušné, aby si jich učitelé nevšimli, a doma naopak projevují emoce velmi intenzivně. Nezapomínejme pak na negativní důsledky tohoto „střídání masek“. Může vést k nestálé osobní identitě, neznalosti svého pravého já. Přátelství a vztahy, které se podaří navázat, ženy mohou vnímat jako založené na klamu a falešné identitě, což zintenzivňuje hlubokou vnitřní osamělost (Attwood & Grandin, 2019). Navíc lze vlastní projevy a potíže maskovat jen do určité míry a okolí si často nějaké odlišnosti všimá. Ženám s PAS bez poruchy intelektu bývá dáváno jejich chování za vinu, druzí je osočují, že „dělají naschvál potíže“, zatímco ony samy často nerozumí, co dělají špatně, a velmi se snaží zavděčit a chovat správně. Pocit, že nikam nezapadají a ostatním nerozumí, může přerůst až v představu, že se omylem ocitly na nesprávné planetě (Simone, 2018).

### **Sociální zapojení a potíže**

Ženy používají živější gesta a při konverzacích používají typičtější výplňová slova než muži se stejně závažnými autistickými rysy (Hull et al., 2020). Při pohledu na školní hřiště si lze snáze všimnout chlapců s PAS, kteří tráví čas spíše sami stranou od ostatních, zatímco dívky mají tendenci se pohybovat v blízkosti sociálních skupin, a tím navenek skrývat své sociální potíže a častěji získávat příležitost pro sociální interakce. Naráží ale na nedostatek dovedností k úspěšnému zapojení se (Dean et al., 2017).

Ukazuje se, že sociální chování a přátelství dívek s PAS se více podobá tomu u neurotypických dívek než u chlapců s PAS. Tedy že obecné genderové rozdíly možná převažují nad odlišnostmi, které přináší diagnóza. Tak jako běžné dívky mají spíše méně, zato bližších přátelství než chlapci, oceňují především emoční a sociální oporu, zažívají konflikty pramenící hlavně z pomlouvání a snaží se zapadnout mezi ostatní. Maskování podle autorů může být běžnou součástí dívčího dospívání. Oproti neurotypickým dívkám však mají ty s PAS více sociálních potíží: Je pro ně náročnější přátelství udržovat a řešit konflikty. Často volí strategii vše (omluvit se) nebo nic (přátelství ukončit) a častěji se stávají obětí šikany. Také si spíše nejsou vědomy hierarchie v kolektivech a nevnímají soutěživost o vyšší sociální pozice (Sedgewick et al., 2018). Je pro ně náročné fungovat ve skupině kvůli

střetu příliš mnoha názorů, obtížně přizpůsobují své chování skupinovým normám a interpretují neverbální vodítka (jako významné pohledy a protáčení očí v sloup) (Dean et al., 2017; Vine Foggo & Webster, 2017).

### **Zájmy**

Ormondová et al. (2018) zaznamenali u dívek vyšší úroveň představivosti, konkrétně více imaginativní hry a zájmu o fantasy a fikci. Této hře se věnují spíše samy, vytváří si imaginativní světy a přátele, což jim umožňuje přehrávat, analyzovat a nacvičovat sociální situace. Čtení fikce zase poskytuje vhled do myšlenek a pocitů druhých lidí (Attwood & Grandin, 2019). Speciální zájmy žen bývají více zaměřené na osoby, vztahy, zvířata či módu, což jsou typičtější zájmy než ty u mužů s PAS, které mívají spíše mechanickou povahu (dopravní prostředky, fyzika apod.) (Hull et al., 2020; Jones, 2015).

### **Genderové stereotypy a identita**

Rodiče dívek reportují více projevů nesouladných s jejich genderem např. v otázce vzhledu a výběru hraček (Ormond et al., 2018). V mladším školním věku mohou preferovat aktivity s chlapci, protože bývají jednodušší, logičtější a méně konverzační (Attwood & Grandin, 2019) a v adolescenci negativně hodnotit ústřední zájem svých vrstevnic o opačné pohlaví (Vine Foggo & Webster, 2017). Kvalitativní studie Kanfiszzerové et al. (2017) ukázala, že dospělé ženy s PAS s nižšími intelektovými schopnostmi se v otázce své ženskosti zaměřovaly především na fyziologii, zatímco ty s vyššími spíše na kulturní genderové stereotypy a to, jak tyto představy a očekávání nenaplnují. Často nepocitovaly mateřský instinkt a neusilovaly o femininní vzhled, čímž nesplňovaly stereotyp „módně-uvědomělé pečovatelky“. To v nich vytvářelo pochybnosti a konflikty v otázce vlastní genderové identity a také to vnímaly jako důvod negativních reakcí vrstevníků, jako je ostrakizace a označování za „divnou“ (Attwood & Grandin, 2019).

### **Internalizace potíží**

Zatímco chlapci s PAS reagují na potíže a frustraci spíše externalizujícím chováním, tedy behaviorálními a vztahovými problémy jako například agresí, dívky reagují spíše chováním internalizujícím, tedy vnitřními emočními změnami a sociálním stažením se (Hull et al., 2020; World Health Organization, 2025). To u nich opět snižuje pravděpodobnost, že bude PAS rozpoznána, a zároveň vede k častějšímu rozvoji duševních poruch projevujících

se internalizujícími symptomy, jako jsou depresivní a úzkostné poruchy a poruchy osobnosti (Fusar-Poli et al., 2022).

#### **1.4.5 Nesprávné diagnózy**

Zkušenost osob s PAS u žen častěji zahrnuje pocit neschopnosti zbavit se nálepky předchozích diagnóz, kterou vnímají jako překážku pro diagnózu PAS. Často dostávají nesprávné diagnózy poruch považovaných ze „typicky ženské“ (Kiehl et al., 2024). V souboru tisíce osob s PAS měly ženy významně častěji předchozí diagnózu, a také diagnózu, která po diagnóze PAS přestala platit. Mezi těmito přehodnocenými diagnózami se významně častěji objevovaly poruchy osobnosti, nálady, příjmu potravy, úzkostné poruchy a poruchy spojené s vyhořením (Kentrou et al., 2021).

Gesiová et al. (2021) zjistili, že narušení ve verbální komunikaci souvisí s dřívějším získáním diagnózy PAS u mužů, ale s pozdější diagnózou PAS u žen. To naznačuje, že u žen mají tyto komunikační potíže specifickou podobu, která neodpovídá představám diagnostiků o PAS, a ti je přiřazují jiným poruchám, například sociální úzkosti. Vyšší sensorické potíže (které u dívek zaznamenali Ormondová et al. /2018/) zase zvyšují riziko nesprávné diagnózy hraniční poruchy osobnosti, protože často souvisejí se sebepoškozováním.

### **1.5 Přínosy a limity získání diagnózy PAS**

Ačkoli je PAS sociálně konstruovaná diagnostická kategorie, která zastřešuje osoby s velmi heterogenními projevy a která se často překrývá s jinými, má tato „nálepka“ svou užitečnost – umožňuje osobám přístup k podpoře, podporuje vytváření komunity, politickou mobilizaci a slouží výzkumu (Dwyer, 2022). Kvalitativní meta-syntéza 24 studií o zkušenosti se získáním diagnózy PAS v dospělosti (Kiehl et al., 2024) ukázala, že valná většina participantů ji vnímala jako prospěšnou. Studie zahrnující 11 žen diagnostikovaných v dospělosti (Wilson et al., 2023) ukázala zkušenost s nabytým soucitem sama se sebou (*self-compassion*).

Diagnóza nebývá sama o sobě řešením všech potíží, spíše důležitým katalyzátorem pro přijetí a zahojení bolesti a zmatku, které osoby zažívaly předtím. Často se objevuje úleva a euforie ze získání vysvětlení pro vlastní odlišnost a porozumění sám sobě. Časem se ale přidávají složitější emoce, například nejistota, smutek a truchlení nad představou toho, co člověk mohl dokázat a jaké štěstí zažívat, kdyby diagnóza přišla dříve. Někteří diagnózu

vnímají jako patologizaci vlastní osobnosti a ztrácí naději na změnu. Většina osob ve studiích přijala PAS za důležitou, ne však ústřední součást své identity. Autoři meta-syntézy vyzdvihují, že diagnóza by měla být s odborníkem diskutována na více sezeních, jelikož prvotní zjištění přináší zahlcující množství emocí a informací, které je potřeba zpracovat (Kiehl et al., 2024; Wilson et al., 2023).

Diagnóza vede k reflektování a porozumění minulosti i sobě samému, což přeměňuje dřívější pocity selhání a viny na méně kritické vnímání sebe sama a vede k větší sebedůvěře i soucitu se sebou. Někteří pociťují hrdost za to, co dokázali navzdory svým potížím, případně si uvědomují silné stránky, které jim jejich odlišnost přináší. Diagnóza také poskytuje rámec pro vysvětlení vlastního chování druhým a oporu pro prosazování vlastních potřeb. Umožňuje se více vědomě rozhodovat, nakolik se snažit maskovat a zapadnout. Proces směřující k zbavení se masky ale trvá dlouho, zvláště když diagnóza přichází v životě tak pozdě. Některé ženy se navíc obávají, že soucit se sebou je projevem slabosti a vede k přílišné shovívavosti vůči sobě (Kiehl et al., 2024; Wilson et al., 2023).

Překážkou v soucitu se sebou jsou mylné společenské představy o PAS a tendence tyto osoby napravovat a léčit. Při rozhodování o sdělování diagnózy druhým se obávají stigmatu a negativních důsledků, především v zaměstnání. Někteří zažijí po sdělení diagnózy podporující reakce od blízké rodiny a přátel, někteří narazí na odpor a nepřijetí. Často ale diagnóza přináší cenný pocit propojení s komunitou osob s PAS, ať už prostřednictvím knih nebo osobních interakcí (online i tváří v tvář). Ačkoli mnoho účastníků studií vidělo diagnózu jako prostředek k získání podpory, mnozí narazili na to, že služby jsou zaměřené převážně na děti a osoby se závažnějšími formami PAS, a pro ně nedostatečné (Kiehl et al., 2024; Wilson et al., 2023).

## 2 Empirická část

### 2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu v rámci této práce je zmapovat zkušenost žen, kterým byla diagnostikována PAS v dospělosti a zároveň dříve obdržely diagnózy jiných duševních poruch. Pokouší se popsat, jak ženy svou zkušenost vnímají a prožívají a jaký význam přiřkládají diagnózám ve svém životě. Snaží se tak přispět do diskuse o aktuálních tématech (tj. PAS u žen, diagnostice PAS včetně té diferenciální, významu psychiatrických diagnóz) pohledem žen, kterých se to týká. Dává jim možnost sdělit, co v rámci své zkušenosti s PAS potřebovaly a potřebují. Pokud je nám známo, v odborné literatuře z českého prostředí tento fenomén doposud nebyl zachycen.

Výzkum je veden jednou hlavní výzkumnou otázkou a třemi podotázkami:

**VO: Jaká je zkušenost žen se získáním diagnózy PAS v dospělosti?**

VO1: Jak ženy po diagnóze PAS nahlíží zpětně na svůj život bez ní?

VO2: Jaká byla cesta žen k diagnóze PAS?

VO3: Jak ženy vnímají dopad diagnózy PAS v dospělosti na svůj život?

Podotázky VO2 i VO3 se obě týkají toho, jak ženy reflektují období před diagnózou. V první je kladen důraz na vše směřující k diagnostice (kontakt s psychologem a psychiatry, podezření na PAS a diagnostika), zatímco druhá se soustředí na samotnou zkušenost žití s neodhalenou PAS. Ta je základem pro plné pochopení dopadu diagnózy.

### 2.2 Metodologický postup

Pro výzkum jsem zvolila kvalitativní přístup založený na interpretativní fenomenologické analýze (dále IPA), protože mě zajímá, jaké významy ženy přiřkládají své žité zkušenosti, konkrétně velké životní změně, která je přirozeně vede k reflektování, jejímu prožívání a uvažování o ní. IPA v sobě zahrnuje jednak fenomenologický požadavek dostat se co nejbližší osobní zkušenosti participantek, jednak princip dvojité hermeneutiky, kdy si výzkumník uvědomuje, že výsledkem je vždy interpretace interpretace samotných účastníků (Smith et al., 2009).

### 2.2.1 Výběr a charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl podle Miovského (2006) vybrán kombinací metody samovýběru a záměrného výběru. Nejprve jsem vytvořila online dotazník prostřednictvím webové aplikace *Formuláře Google* (viz Příloha 1). Ten jsem sdílela ve čtyřech facebookových skupinách zaměřených na PAS. Dále jsme já a vedoucí této práce oslovovaly organizace a jednotlivce věnující se klientům s PAS. Jedno nakladatelství a jedna nezisková organizace dotazník sdílely prostřednictvím svých účtů na sociálních sítích a webových stránkách.

Cílem dotazníku bylo získat kontaktní údaje na ženy s PAS, které byly ochotné účastnit se rozhovoru o své zkušenosti. V této fázi se jednalo o samovýběr, protože jsem nikoho neoslovovala přímo a ženy musely aktivně projevit zájem zapojit se. Druhou funkcí dotazníku bylo sbírat základní demografické údaje a informace o získaných diagnózách. To mi umožnilo záměrným výběrem sestavit výzkumný soubor podle zvolených kritérií. Usilovala jsem o homogenní soubor s podobnou zkušeností relevantní pro mou výzkumnou otázku, tak aby bylo možné přiblížit se Husserlově esenci zkušenosti a detailně prozkoumat variabilitu (jednotnost a odchylky) napříč jednotlivými případy (Smith et al., 2009).

V dotazníku zanechalo své kontaktní údaje celkem 49 osob, z nichž jsem oslovila 7 na základě těchto zvolených kritérií: ženské pohlaví; oficiální diagnóza PAS získaná po 30. roce věku; jedna nebo více předchozích psychiatrických diagnóz. Hranici 30 let jsem zvolila proto, že takové ženy prožily s neodhalenou PAS nejen dětství, ale i část dospělého života, kterou můžeme charakterizovat jako mladou dospělost nebo v případě zejména absolventů vysokých škol vynořující se dospělost (Arnett, 2024). Tu lze v současných vyspělých zemích vymezit až do 29 let, kdy se teprve lidé posouvají k dlouhodobým závazkům, jako je manželství, rodičovství a stálé zaměstnání. Šlo mi tedy také již o určitou samostatnou, nezávislou životní zkušenost žen.

Jedna z žen na můj e-mail neodpověděla, provedla jsem tedy 6 rozhovorů. Všechny probíhaly v druhé polovině listopadu roku 2024. Jeden rozhovor byl proveden jako pilotní, a to s participantkou, která splňovala mnou stanovená kritéria, a zároveň s její dcerou, která se také dozvěděla diagnózu PAS v dospělosti (v 19 letech). Tento skupinový rozhovor mi poskytl řadu zajímavých témat a myšlenek, ale nebyl zařazen do finální analýzy z důvodu metodologické nekonzistentnosti.

Výzkumný soubor tedy tvoří pět participantek, což odpovídá doporučenému rozpětí tří až šesti participantů pro IPA podle Smithe et al. (2009). Tato relativně malá velikost souboru mi umožňuje nahlédnout zkoumaný jev z více perspektiv a zároveň postupovat idiograficky a detailně prozkoumat zkušenost jednotlivých žen. Nyní představím jejich základní charakteristiky:

**Tabulka 2**  
*Výzkumný soubor*

<i>Participantka</i>	<i>Věk</i>	<i>Věk dg. PAS</i>	<i>Jiné dg.</i>	<i>Nejv. dosažené vzdělání</i>	<i>Kraj</i>
Paní R.	49	45	Deprese, úzkost, p. osobnosti	Magisterské	Středočeský
Paní S.	37	36	Deprese, úzkost, smíšená p. osobnosti, ADHD	Magisterské	Jihomoravský
Paní T.	42	30	Deprese, paranoidní schizofrenie	Doktorské	Olomoucký
Paní U.	30	30	SPU, LMD, deprese, ADHD	Magisterské	Hl. město Praha
Paní Z.	42	42	Deprese, úzkost	Magisterské	Hl. město Praha

### **Paní R.**

Paní R. je 49letá žena, která pochází ze Středočeského kraje. Má syna, který má také diagnózu PAS. Nedávno dokončila magisterské studium a nyní kvůli psychickým problémům není zaměstnaná a pobírá invalidní důchod. PAS jí byla diagnostikována klinickou psycholožkou ve 45 letech, tedy před 4 lety. Dříve obdržela diagnózu deprese (20 let), později úzkosti a poruchy osobnosti (46 let). Rozhovor byl proveden online a trval 1 hodinu.

### **Paní S.**

Paní S. je 37letá žena, která pochází z Jihomoravského kraje z malé vesnice. V současnosti žije sama, má magisterský titul a před několika lety se requalifikovala z předchozího oboru pro práci v IT sektoru. PAS jí byla diagnostikována klinickou psycholožkou ve 36 letech, tedy přibližně před rokem. Dříve obdržela diagnózu deprese a úzkosti (15 let), smíšené poruchy osobnosti (19 let) a ADHD (35 let). Rozhovor byl proveden online a trval 1 hodinu.

### **Paní T.**

Paní T. je 42letá žena, která pochází z Olomouckého kraje a žije s manželem. Má doktorský titul a pracuje nyní ve výzkumu. Aspergerův syndrom jí byl diagnostikován psychiatrickou při pobytu v nemocnici ve 30 letech, tedy před 12 lety. Dříve obdržela diagnózu deprese (24 let) a paranoidní schizofrenie (26 let), kterou po diagnóze PAS lékaři změnili na přechodnou psychotickou poruchu. Rozhovor byl proveden online a trval 2 a půl hodiny.

### **Paní U.**

Paní U. je 30letá žena, která pochází z Prahy. Kvůli psychickým potížím přerušila studium i pracovní činnost, aktivně se věnuje dobrovolnictví a má vážný vztah. Aspergerův syndrom jí byl diagnostikován klinickou psycholožkou ve 30 letech, tedy méně než před rokem. Dříve obdržela diagnózu dyslexie, dysgrafie a lehké mozkové dysfunkce (5 let), deprese (26 let) a ADHD (27 let). Rozhovor byl proveden osobně v čajovně a trval 1 a půl hodiny.

### **Paní Z.**

Paní Z. je 42letá žena, která pochází z Prahy. Bydlí s manželem a synem, o kterém je přesvědčená, že má také projevy PAS. Má magisterský titul a stálé zaměstnání. Aspergerův syndrom jí byl diagnostikován klinickou psycholožkou ve 42 letech, tedy méně než před rokem. Dříve obdržela diagnózu deprese a úzkosti (40 let). Rozhovor byl proveden osobně v obchodním centru a trval 1 hodinu.

## **2.2.2 Metoda sběru dat**

Pro sběr dat jsem zvolila metodu rozhovoru (ukázka přepisů viz Příloha 2), protože mě zajímaly jevy nepozorovatelné zvenčí – perspektiva účastnic, významy, které přikládají své žité zkušenosti, jejich prožívání a porozumění sociální realitě (Novotná, 2019). Mým cílem bylo „facilitovat diskusi na relevantní témata“ (Smith et al., 2009, s. 58), proto jsem zvolila polostrukturovanou formu rozhovorů. Definovala jsem si podle Miovského (2006, s. 160) závazné „jádro interview“ ve formě 12 otázek/témat, které jsem měla probrat se všemi participantkami. Tyto otevřené otázky jsem doplnila o konkrétnější pobídky (podtémata) pro případ, že by byly příliš abstraktní a ženy nevěděly, o čem hovořit (viz Příloha 3). Pořadí otázek jsem během rozhovorů flexibilně měnila, abych následovala témata, která přinášely samy ženy. Hlavní otázky zněly následovně:

1. Co Vás přivedlo k tomu, abyste vyhledala diagnostiku PAS?
2. Jaký pro vás byl celý diagnostický proces PAS?
3. Můžete mi říct něco o tom, jak jste prožívala samotné sdělení diagnózy?
4. Jak se proměnil Váš život od chvíle, kdy jste obdržela diagnózu PAS?
5. Jakou roli hraje diagnóza PAS ve Vašich vztazích s druhými lidmi?
6. Jak nahlížíte sama na sebe po obdržení diagnózy PAS?
7. Jaké všechny odborníky nebo instituce jste za svůj život navštívila?
8. Jaké diagnózy jste během svého života obdržela?
9. Jaké bylo žít s předchozí diagnózou (...)?
10. Jak se na tuto diagnózu díváte teď?
11. Jaké bylo žít bez jakékoli diagnózy?
12. Co ještě ohledně Vašich diagnóz je pro Vás důležité, ale zatím to tu nezaznělo?

### 2.2.3 Postup analýzy dat

Při analýze jsem postupovala podle následujících kroků IPA (Smith et al., 2009):

1. Čtení a opakované čtení
2. Iniciální poznámkování
3. Utváření vynořujících se témat
4. Hledání spojitostí napříč vynořujícími se tématy
5. Posun k dalšímu případu
6. Hledání vzorců napříč případy

Přepisy rozhovorů jsem vložila do dokumentů MS Word s velkými okraji stránek. Každý případ jsem nejdříve vpravo doplnila barevně odlišenými poznámkami: deskriptivními (jednalo se převážně o kódování procesů, emocí, hodnot a postojů, atributů), lingvistickými (často in vivo kódy) a konceptuálními (ve formě otázek). Postupovala jsem podrobně řádek po řádku, často i simultánně. Ve druhé fázi jsem vlevo zapisovala vynořující se témata. Nevolila jsem zatím opakující se názvy, spíše jsem se snažila krátkými frázemi vystihnout všechny důležité myšlenky a dávala jsem si prostor slučovat je do kategorií až v další fázi (ukázka viz Příloha 4). Při hledání spojitostí v seznamu vynořených témat jsem využívala techniky abstrakce a podřazování, kontextualizace (sdružování kolem životního okamžiku) a numerace, kdy jsem si zaznamenávala, když se určité téma objevilo na více místech rozhovoru. Pro každou účastnici jsem vytvořila poměrně dlouhý hierarchický seznam kategorií a vynořených témat, který obsahoval všechny (pro mě) relevantní myšlenky (ukázka viz Příloha 5). Při hledání vzorců napříč případy jsem tak měla stále na očích drobné nuance a souvislosti ve zkušenosti každé z žen a mohla jsem společná témata ihned vztahovat k jejich jedinečným podobám. Stále jsem se tedy pohybovala v hermeneutickém kruhu mezi celkem a částí.

## 2.3 Reflexivita výzkumníka

Výzkumník v kvalitativním bádání má být transparentní a vědomý si svého vlivu na všechny fáze výzkumu. Novotná (2019) rozlišuje reflexivitu subjektivní (tj. vědomí individuality své i participantů a jejich vzájemného vztahu) a epistemologickou (tj. vlastní porozumění vybraným metodologickým postupům a jejich provedení). V rámci IPA hraje reflexivita důležitou roli, protože umožňuje pracovat s vlastním předporozuměním jevu a „uzávorkovat“ jej (Smith et al., 2009).

Mé předporozumění PAS u žen, které jsem si vytvořila během studia a při formulování tématu práce, zahrnovalo především výchovu dívek k poslušnosti, internalizaci psychických problémů, maskování a standardizaci diagnostických nástrojů na mužích. Snažila jsem se tyto koncepty uzavřít a nepoužívat je při analýze, pokud je nepoužily samy participantky.

S výzkumným tématem nemám osobní zkušenost. Před výzkumem jsem předpokládala, že ženy budou diagnózu považovat za vysvětlení svých potíží, cítit převážně hněv na psychology a psychiatry, kteří PAS neodhalili dříve a dali jim jiné diagnózy, a smutek z nezměnitelnosti daných potíží. Očekávala jsem, že budou vyhledávat specializovanou podporu pro osoby s PAS a že budou diagnózu sdělovat všem svým blízkým, aby na ni mohli brát ohledy.

Fakt, že jsem žena, mohl vést k větší ochotě žen sdílet se mnou feministické postoje ke zdravotnictví nebo „typicky ženské“ zkušenosti. Všechny participantky mají vysokoškolské vzdělání a samy psaly bakalářské práce, což mohlo formovat to, jaké informace považovaly za relevantní (často se mnou sdílely poznatky o PAS, které se přímo netýkaly jejich osobní zkušenosti). Myslím, že jsem také působila poměrně angažovaně, například když jsem autenticky reagovala na sdělené negativní zkušenosti, což mohlo podporovat další sdílení spíše negativních zkušeností.

## 2.4 Etické aspekty

Prováděla jsem rozhovory se ženami, které mají diagnózu PAS, deprese a dalších duševních poruch. Hovořila jsem s nimi o jejich životní zkušenosti, která zahrnovala řadu negativních zážitků vedoucích právě k psychickým problémům. Uvědomovala jsem si citlivost těchto témat, stejně jako možné negativní pocity, které mohou při rozhovoru vzniknout. Zvolila jsem proto metodu samovýběru účastnic, abych na nikoho nevytvářela nátlak přímou nabídkou. Přihlásily se samy ty ženy, které o své zkušenosti hovořit chtěly. Již v anotaci online formuláře byl uveden cíl výzkumu a otázky se týkaly i předchozích diagnóz, tudíž ženy před odesláním věděly, jakých témat se dotýkám. Vybrané ženy jsem oslovovala e-mailem a přikládala dokument s informovaným souhlasem (viz Příloha 6), ve kterém byla opět uvedena témata rozhovoru a možnost na kterékoli otázky neodpovídat či rozhovor kdykoli přerušit. Účastnice měly možnost zvolit si formu, případně i místo rozhovoru a svůj souhlas s účastí stvrdily buď vlastnoručním podpisem nebo ústní formou nahranou na záznamník.

Na začátku rozhovorů jsem představila připravenou strukturu otázek a připomenula možnost neodpovídat či přerušit a ukončit rozhovor. Ptala jsem se také, jaký termín pro diagnózu PAS preferují a ten respektovala. Na konci rozhovorů jsem se žen ptala, jak se cítí. Měla jsem připravené kontakty na krizové linky pro případ negativních pocitů a napětí, ale z odpovědí žen jsem s nejlepším svědomím usoudila, že nebyla potřeba je nabízet. Ženy nehovořily o negativních pocitech, spíše o dobrém pocitu ze šíření povědomí o PAS u žen. Rozhovory jsem nahrávala za účelem přepisu, nahrávky uložila do zabezpečeného úložiště a po přepsání a provedení analýzy je smazala. Osobní informace žen jsem v prepisech anonymizovala, aby nebyla rozpoznatelná jejich identita.

## 2.5 Prezentace a analýza dat

Analýzou jsem identifikovala čtyři společná témata prvního řádu a k nim 2–6 témat druhého řádu. Uvádím jednak jejich hierarchický seznam (obrázek 2), jednak vizualizaci naznačující vztahy mezi nimi (obrázek 3). Za výsledek analýzy považuji především toto schéma zobrazující sdílenou zkušenost žen jako směřování k momentu diagnózy, která zpětně vrhá světlo na dosavadní příběh.

### Obrázek 2

*Souhrnné schéma společných témat prvního a druhého řádu*

---

#### **Nediagnostikované já mezi druhými lidmi**

Potíže v sociálním životě  
Hodnocení a postoje druhých  
Negativní sebepojetí  
Skrývání potíží

---

#### **Cesta přes odborníky na psychiku**

Předchozí diagnózy a jejich tehdejší význam  
Celkový postoj k odborníkům

---

#### **Od tušení po diagnózu PAS**

Podezření a motivace k oficiální diagnostice  
Diagnostické vyšetření

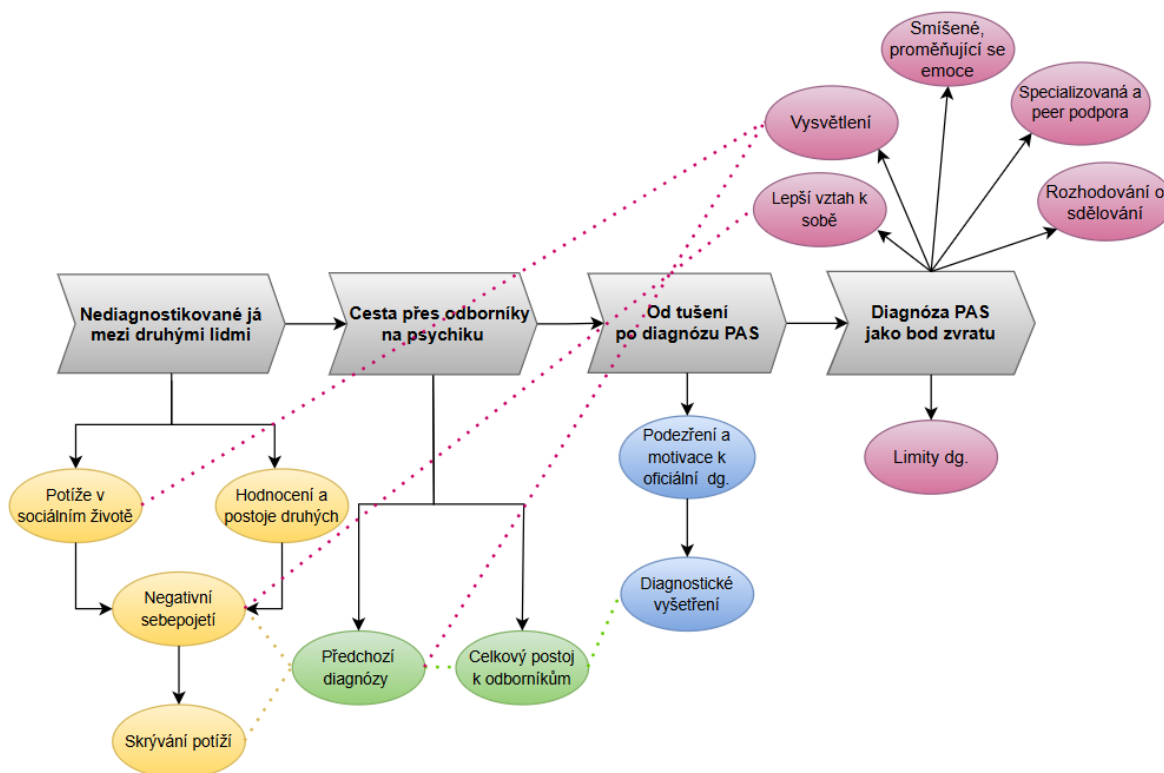
---

#### **Diagnóza PAS jako bod zvratu**

Smíšené, proměňující se emoce  
Vysvětlení a dodání smyslu předchozím zkušenostem  
Lepší vztah k sobě a svým potřebám  
Limity diagnózy  
Specializovaná a peer podpora  
Rozhodování o sdělování diagnózy druhým

### Obrázek 3

Vizualizace vztahů mezi společnými tématy



#### 2.5.1 Nediagnostikované já mezi druhými lidmi

Všechny participantky mají zkušenost s potížemi v sociálních interakcích, komunikaci a vztazích, jejichž podstatu minimálně prvních 30 let svého života neznaly. Ve vzpomínání na dobu před diagnózou PAS se často objevuje téma negativního hodnocení druhými. To se odráželo jednak v tom, jak hodnotily samy sebe, jednak v tom, jak se chovaly a s jakým cílem. Snažily se potlačit to, co k nim inherentně patří, aby mezi druhé „zapadly“, tedy nebyly „jiné“. A to bylo vyčerpávající.

#### Potíže v sociálním životě

Potíže v sociálním kontaktu se objevovaly **celý dosavadní život**: „Jo, prostě školka, škola, práce, tak vlastně na všechno to mělo vliv“ (Z.). Někdy se i s věkem zhoršovaly, když už člověk „musí vystupovat prostě sám a už za ním nikdo nestojí“ (R.).

Častým pocitem bylo **neporozumění**. A to sociálním situacím jako takovým (R.: „Nechápala jsem vůbec, co se kolem mě děje.“), sociálním normám (U.: „Já jsem nechápala ten rozdíl mezi tykáním a vykáním.“) nebo významu sdělení druhých osob (T.: „Protože to psala tak, jakože pro běžný lidi a mně to nedošlo.“) včetně vtipů (U., Z.) nebo pokynů od

pracovníků na úřadech (U.). Paní T. si na neporozumění druhým lidem vytvořila kompenzační strategii a místo intuitivní kategorizace osob věnovala mnoho energie jejich „analýze“ podle vlastního modelu člověka: charakter + motivace + historie. Vyvinula ho natolik, že se nikdy nestalo, že by ji její známý „negativně překvapil“.

Překážkou v interakcích je pro ženy často **neschopnost reagovat na druhého okamžitě a spontánně**. Paní T. a U. kvůli tomu nerady telefonují, paní T. by si navíc přála, aby bylo možné svět „zastavit“ jako videohru. Paní U. proto mívá potíže s ústní formou školního zkoušení, paní R. se semináři a prezentacemi.

Objevuje se problém i z opačné strany, a to **neschopnost nezapojit se** do konverzací a dát v nich prostor druhým. Paní Z. nemá „filtr, takže když se o něčem mluví, tak o tom prostě (mluví),“ paní U. neumí „držet zavřenou hu\*u“ a často se musí „hlídat, (aby) nebyla ta dominantní,“ paní T. to nazývá „Hulk mode: Jakože předtím nic a když potom na to přijde, tak člověk prostě nepřestane mluvit“.

Z uvedených důvodů mají ženy spíše **nízkou potřebu sociálního kontaktu**: „Prostě vy to nepotřebujete (...) a ideální den pro vás je, že jste zavřená doma s knížkou, no“ (Z.). Často se ženám vyvinul až „strach někde promluvit a zareagovat“ (R.) nebo „sociální fobie“ (T.). Paní U. nejevila zájem o kontakt s vrstevníky v dětství, ale nyní cítí vysokou potřebu sociálního kontaktu a má řadu přátel, což ji však vyčerpává: „Tím, že mám autismus a ADHD dohromady, tak mě lidi hrozně vyčerpávají, ale nedokážu bez nich být.“

Nižší potřeba sociálního kontaktu neznamena, že by ženy nepotřebovaly vztahy založené na **emoční blízkosti**. Paní Z. zažívala už od adolescence konflikt mezi potřebou romantického vztahu a neschopností jej navázat. Nikdy nebyla na romantické schůzce, protože to pro ni byla „nepředstavitelná situace“. Paní S. dodnes vnímá totéž: „Najít vážnej vztah, nějaký trvalej, prostě je pro mě složitý, byť bych ho chtěla.“ Paní T. až do okamžiku seznámení se současným manželem považovala za normální pocit „propasti“ mezi sebou a druhými.

### **Hodnocení a postoje druhých**

Všechny ženy vnímaly, že je jejich okolí hodnotí jako „divné“, tedy (spíše negativně) **vybočující**. Paní T. se neustále cítila „jako na cizí párty“, nepřijímaná a nerespektovaná jako součást tohoto světa. Projevy PAS okolí někdy interpretovalo jako **špatné osobní vlastnosti**, například lenost, vybíravost, stydlivost (R: „Tak řeknou: ‚No, ona se stydí.‘“), jako

nedostatek snahy, nebo jako projevy adolescence (Z: „*Všichni to shazovali, že mám prostě blbou pubertu.*“).

Paní S., U. a Z. si shodně uvědomují, že byly vychovávány k tomu být „**hodnou holčičkou**“, a tedy kárány za chování, které tomuto stereotypu neodpovídalo: „*Mají být hodný a poslušný a s každým dobře vycházet.*“ (S.); „*Sed', bud' potichu, nezlob.*“ (Z.); „*Hodná holčička dělá tohle a nedělá tohle, takže já jsem furt byla (...) učená jako potlačit to, jak to vnímám, a nedávat to najevo.*“ (U.)

K projevům svých dcer **rodiče** přistupovali různě. Rodiče paní T. ji vnímali celé předškolní období jako náročné dítě kvůli hyperaktivitě (to mohlo být podobné i u dalších participantek s ADHD, paní S. a U.). Rodiče paní S. vnímali jako problém, že se izoluje od vrstevníků doma, a psychické problémy považovali za nutné tajit, „*protože by si (lidé) mysleli, že (je) magor*“. Naopak matka paní Z. jí setkávání zakazovala i v okamžicích, kdy o něj ona výjimečně cítila zájem. Rodiče paní U. ji kvůli brzkým čtenářským dovednostem a nezájmu o děti v MŠ chtěli zapsat na ZŠ o rok dříve a doporučení na odklad školní docházky nebrali v potaz. Zdá se tedy, že si jakékoli potíže nechtěli připustit. Matka paní T. si zase psychických problémů své dcery všímala, ale otevírala s ní toto téma nevhodným způsobem, který paní T. neumožňoval se svěřit: „*Jako když ti vynadává, jo. A já se v ten moment prostě zaseknu.*“

Ve **školním kolektivu** se paní S. a T. označovaly za „*outsidery*“, paní S. to přisuzovala svému intelektovému nadání a odlišným zájmům (např. zájmu o četbu). Paní Z. a U. zažívaly přímo šikanu. Ta byla pro paní U. náročná také v tom, že jí vyučující vyčítaly, že je příliš citlivá. To nejspíš pramenilo z jejího dlouhodobého smyslu pro spravedlnost a ukazování na nevhodné chování spolužáků: „*Byla jsem jako dost hnusně šikanovaná, protože velmi rychle zjistili, že jim to projde. Že u těch učitelek ta problémová budu já, protože já na to ukazuju.*“

Negativní postoj **vyučujících** zažívaly ženy po celou studijní kariéru, od nástupu školní docházky: „*Tak mi ta učitelka hrozně dávala najevo, že jsem do školy ještě jít neměla, že nejsem sociálně připravená a podobně.*“ (U.), po zkoušky na vysoké škole, kde se na paní T. vyučující zlobil, když nechtěla využít jeho velkorysou nabídku ústního přezkoušení k opravě známky.

**Pozitivní a empatické hodnocení** zažívaly ženy až později v životě při navazování vyspělejších vztahů. Paní U. od adolescence působí jako dobrovolnice ve volnočasové organizaci, kde „každý má svoje místo“ a „přispívá se svými možnostmi,“ tedy i ona se cítí přijímaná. Jeden z jejích přátel zpětně přiznal, že si specifických projevů vždy všimal, „nepotřeboval pro to to jméno a prostě (ji) tak bral“. Paní S. díky vysokoškolskému studiu poznala přátele s podobnými zájmy, kteří ji také přijímali takovou, jaká je. Paní T. zažila všímavost a zájem svých kamarádů, kteří jí doporučili psycholožku či seznámili s psychiatrickou.

Ženy si často našly **partnery** s podobnými potížemi či autistickými rysy (S., T., U.). Prošly si některými neúspěšnými vztahy; paní U. zažila posměch za smyslovou přecitlivělost („jak malý dítě“) a s paní S. se partner rozešel kvůli jejímu přání nemít děti, které by zdědily její „divnost“. Tři ale zažily výjimečné přijetí od současných partnerů: „On byl první člověk, kterému jsem tohle vlastně říkala, (...) znal to, takže mě dokázal chápat.“ (T.); „...první člověk, kterej mě vůbec vlastně v ničem nechtěl změnit (Z.); „... kdo mě nepřesvědčuje, že nepotřebuju psychologa, někdo, kdo nedělá, že to neexistuje, někdo, kdo nedělá, že to je můj problém, a nedistančuje se od toho.“ (U.).

### **Negativní sebepojetí**

Vlivem svých specifík a postojů okolí se všechny ženy před zjištěním diagnózy PAS hodnotily **velmi negativně**. Opakovaly se přívlastky jako: „divná, neschopná, hloupá, vadná, špatná“. Intenzivně vnímaly své slabé stránky, přehlížely ty silné (např. mimořádný intelekt u paní S., T. i U.) a měly dojem vlastního selhávání. Pro paní T. bylo hlavním zdrojem tohoto pocitu nezvládání běžných interakcí s pracovníky ve službách. Sociálním srovnáváním ženy nabyly dojmu, že „dělají něco špatného“ (U.), že to „dělají naschvál“, je to jejich „vina“ a že se „nesnaží“ (Z.). „Jsem si vždycky vyčítala, že teda, když už jsem neměla sílu vstát z té postele, že nic nedělám.“ (R.) Pocit, že za to může sama, vedl paní Z. i k dlouhému odkládání vyhledání psychologické pomoci. Intenzitu negativního sebehodnocení zvyšoval fakt, že vnímala potíže ve spoustě dílčích oblastí svého života a nevěděla, že všechny vycházejí z jednoho zdroje, diagnózy PAS: „Vyvolávalo to ve mně dojem, že já mám prostě se vším problém, jo.“ Paní T. v důsledku nevěřila ani komplimentům od druhých. Paní R. si připadala „divná“ za každý svůj projev, ať už mlčení nebo promluvení.

Takové sebepojetí u některých vedlo k tendenci „*nadávat si*“ (R.), „*ublížovat si*“ (T.) a u paní T. dokonce k existenciálním úvahám o tom, **zda má smysl**, aby na tomto světě byla, když je buď ona, nebo svět špatně. O sebevraždu se nikdy nepokusila a tyto úvahy vyřešila představou, „*že možná já i ten svět jsou asi v pořádku, ale prostě že jsem se trefila o jeden svět vedle.*“ Až později, díky partnerovi, jí na těchto úvahách „*přestalo záležet*“. Paní Z. pomohlo k lepšímu vztahu k sobě to, když se odstěhovala od rodičů a poprvé zjistila, že je schopná se o sebe postarat.

### **Skrývání potíží**

Všechno zmíněné ženy vedlo k **přizpůsobování jejich chování okolí**. Nevyjadřovat své pocity a potřeby: „*...neobtěžuj tím, že ti něco nevyhovuje, když přece podívej, nikomu jinému to nevadí.*“ (S.) „*Kejvat*“ druhým (U.). Vědomě věnovat mentální kapacitu „*vyhodnocování*“, jak by se měly chovat (T.), a řídit se tím: „*Nám v hlavě permanentně běží program 'Chovej se normálně.exe', který nejde vypnout a zabírá padesát procent procesoru.*“ Paní S. i své předchozí psychiatrické diagnózy vnímala tak, že sice má potíže, ale jejím úkolem je „*předstírat a tvářit se*“, že žádné nemá.

Paní T. a U. popisují, že neustále hrály různé **role jako v divadle**, což paní T. vedlo k určitému zmatení identity: „*A (člověk) potom měl pocit, že sám jako neví, kdo je.*“ Podobně paní Z. popisuje, že „*odmalička vy vlastně jste někdo jinej*“. Jednou z jejich strategií, jak toho docílit, byl alkohol.

Zdá se také, že nešlo pouze o vnější konformitu, tj. vyhovění normám, ale i o vnitřní, **internalizovanou změnu** vlastních názorů: „*Že jako sám sobě si to nedovolil, ani kdyby byl sám, protože to je prostě divný.*“ (T.) Případně vnitřní konflikt: „*Jste vlastně sama k sobě nějakým způsobem neupřímná.*“ (Z.) I paní U. se sama v sobě snažila „*potlačovat*“ to, co není považované za normální.

Celkově se participantky shodly, že všechny tyto snahy často **nebyly úspěšné**, velmi je vyčerpávaly a zpětně v nich vidí příčinu svých psychických problémů.

## 2.5.2 Cesta přes odborníky na psychiku

Jako druhé téma uvádím zkušenost žen s odborníky na psychiku, tj. psychiatry, psychology a psychoterapeuty, a to proto, že všechny ženy s nimi byly v kontaktu již před diagnózou PAS. Získaly řadu diagnóz, z nichž některé nyní považují za správné, ale neúplné, jiné za nesprávné. Reflektují, jak se k nim dostaly i co pro jejich život znamenaly. Ze své zkušenosti si odnáší spíše negativní postoj k odborníkům.

### Předchozí diagnózy a jejich tehdejší význam

Všechny participantky dostaly při prvním kontaktu s psychiatry **diagnózu „deprese“** a většina také **„úzkosti“** (tedy depresivní a úzkostné poruchy). Paní S. začala v 15 letech užívat antidepresiva a anxiolytika, dnes už užívá „akorát“ jedna antidepresiva pro lepší spánek. Paní R. užívá antidepresiva od 20 let dodnes, jelikož se její depresivní stavy navzdory očekávání nepodařilo „překonat“. Rok po diagnóze PAS jí navíc byla předepsána medikace na úzkost v souvislosti s psychickým zhroucením během VŠ studia. Tato psychiatricka však nevěděla o předchozí diagnóze PAS a nemohla ji brát v úvahu. Paní T. byla diagnostikována depresivní porucha až ve 24 letech, kdy navštívila prvního psychologa (a následně psychiatra), přestože vzpomíná, že zažívala depresivní epizody již od 12 let a postupně se k nim přidávaly *„úzkostné a obsesivní stavy, psychotické zkušenosti a paranoidní představy“*. Paní U. vyhledala ve 26 letech psychiatricku kvůli svému podezření na ADHD, ta s ním však nesouhlasila a usoudila na *„depresi a úzkostnost“*. Paní Z. vyhledala psychiatricku ve 40 letech na doporučení své praktické lékařky, která měla podezření, že její dlouhodobé tělesné potíže, jejichž fyzickou příčinu se nedařilo odhalit, pramení z psychických problémů: *„Ta mi nasadila antidepresiva a do tří týdnů jako veškerý fyzický obtíže zmizely úplně jak mávnutím proutku.“*

Diagnóza deprese a úzkosti měla pro ženy **různý význam**. Paní S. a R. se za ni styděly a tajily ji. Paní Z. naopak. Když zjistila, že jde o problémy nutné řešit medikací, začala to vnímat jako vážný zdravotní problém, a ne jako „ostudu“. Navíc jí pomohlo vědět, že nějaké řešení existuje. Paní R. cítila zoufalství a nerozuměla tomu, proč ani vysoké dávky antidepresiv nezabírají. Zato paní Z. medikace účinkovala dobře, ustoupily její úzkostné i depresivní stavy a ona vnímá, že díky tomu měla možnost získat náhled na svůj život a *„díky tomu, že (...) trávila spoustu času různým přemýšlením o sobě a o minulosti, tak (...) došla až k diagnostice“*. Paní U. s diagnózou deprese ani úzkosti nesouhlasila, protože viděla jasnou příčinu jinde: *„Já jsem říkala, ale já nemám úzkosti jako z ničeho.“*

Tři z žen dříve slyšely také **diagnózu ADHD**. Paní T. pouze neformálně, retrospektivním posouzením raného chování pediatričkou, ale jelikož symptomy s věkem ustoupily, nebyla potřeba to dále „řešit“. Paní U. měla už od 18 let podezření na základě pozorování několika dětí s ADHD, ale rozhodla se to řešit s odborníky až ve 26 letech, kdy nároky pracovního života a vedení samostatné domácnosti předčily její možnosti. První psychiatrička usoudila na depresi a psychodiagnostické vyšetření ADHD přineslo negativní výsledek. Paní U. to připisuje formě testu: „*On když má člověk hyperfocus na různý hádanky a kvízy (...). Ještě tím, že mi dali kvízčky a šifričky pro šestiletý děti.*“ Druhá psychiatrička uznala, že u těchto testů je „*možný, že jima člověk propadne, u žen je to docela častý*“ a nasadila paní U. medikaci. Tím, že na soustředění léky účinkovaly, dostala oficiální diagnózu. Paní S. měla podezření na ADHD, které první psychiatr zpochybňoval, ale druhá psychiatrička „*sama ADHD má, takže na něj věří. Dokonce věří, že ho můžou mít i ženy*“. Tudíž jí jej diagnostikovala a nasadila medikaci. Paní S. hodnotí, že jí to „*významně zlepšilo život*“, například díky možnosti dělat dobře placené zaměstnání, které je náročné na pozornost. Obě ženy jsou přesvědčené, že je ADHD správnou diagnózou, byť neúplnou: „*Ale nevysvětlovalo to všechny potíže, který mám.*“ (S.)

Dvěma participantkám byla v minulosti diagnostikovaná i **porucha osobnosti**. Paní R. to zjistila ze zprávy od současné psychiatričky, která však neví o diagnostikované PAS. Paní S. podstoupila v 19 a 26 letech psychologické vyšetření, jejichž výsledkem byla diagnóza smíšené poruchy osobnosti. Znamenala pro ni však jen potvrzení „*divnosti*“: „*...všichni, kdo říkají, že jsem divná, tak měli pravdu;*“ a žádný přínos, protože jí nebylo vysvětleno, jak s touto diagnózou pracovat. Ve světle PAS spolu s psychologkou soudí, že to „*pravděpodobně není pravda*“.

Jedinečným případem je vyšetření paní U. v pedagogicko-psychologické poradně v 5 letech, ze kterých byla vyvozena **dyslexie, dysgrafie a lehká mozkové dysfunkce** spolu s doporučením na odklad školní docházky. Rodiče s tím však nesouhlasili, považovali ji za normální a dále to „*neřešili*“. Paní U. vidí zpětně příčinu dysgrafie v tom, že ji v MŠ přeučovali z leváctví na praváctví.

Paní T. dostala ve 26 letech diagnózu **paranoidní schizofrenie**, s čímž se velmi těžce srovnávala. Diagnóza pro ni znamenala strach z progresu, ale také stigma, například když se kvůli ní zdráhali ji ošetřit v jednom zdravotnickém zařízení. Od začátku se domnívala, že lékaři špatně interpretovali její projevy během hospitalizace na psychiatrii, které pramenily

ze stresu, a že diagnóza nesedí a snažila se jí zbavit, ale bylo to velmi náročné. Až když jí psychiatrička diagnostikovala PAS, reklasifikovali po skupinové poradě lékařů paranoidní schizofrenii na Aspergerův syndrom a přechodnou psychotickou poruchu. I po této události však stigma předchozí diagnózy přetrvávalo: „...to, že jsem kdysi měla nějakou jinou diagnózu, se evidentně dařilo použít proti mně v momentě, když já jsem (...) hledala nějaký místo nebo něco.“ Nejspíše kvůli této zkušenosti nyní vnímá jakékoli jiné diagnózy jako potenciální překážku k diagnóze PAS: „Naštěstí v té době ta diagnostika ničeho nebyla, protože jinak by mi dali tady ten ten (ADHD) a už by se vůbec nic nezjistilo nikdy.“

### **Celkový postoj k odborníkům**

Paní S. a R. odjakživa cítily za docházení na psychiatrii **stud**. Paní Z. ze stejného důvodu nevyhledala psychiatra, až dokud nebyly její problémy opravdu vážné. V přístupu žen k odborníkům se objevovala **nedůvěra**: „Nerada chodím k doktorům, nevěřím jim.“ (R.); a **strach**. Paní T. zažívala „*panickou hrůzu*“ z toho, že by byla zavřena do psychiatrické léčebny, a trvalo půl roku odhodlat se k návštěvě svého prvního psychologa. Paní U. měla strach z nesprávné diagnózy, která by jí zabránila pracovat s dětmi, a proto vyhledávala odborníky, kteří se zaměřují přímo na její problém (tj. diagnostika ADHD a PAS u dospělých žen). Ve výběru je velmi **pečlivá**, zjišťuje si dosažené vzdělání i reference.

Více žen považovalo **pečí psychiatrů za nedostatečnou**. Jednak kvantitativně: „*Tam jsem vždycky strávila pět minut a čau*“ (T.); 15minutovou konzultaci hodnotí paní R. jako výjimečný případ. Jednak kvalitativně v tom smyslu, že lékaři většinou „*nevysvětlují*“ diagnózy a jejich možná řešení: „*Člověk k nim přijde, oni si něco usouděj, řeknou: ‚Tady máte léky,‘ ale žádný jako vysvětlování, rozhovory tam nejsou prostě.*“ (R.) Paní S. dostala řadu neúčinných rad ohledně své poruchy osobnosti, především že je „*chytrá holka*“ a „*dospělá*“, tak se nemá „*stresovat*“ a má se „*snažit*“. Nevysvětlili však o co: „*...když jsem se zeptala, o co se mám teda snažit, tak to doktor vyhodnotil, jako že jsem drzá.*“ Paní R. zase měla pocit, že lékaři nevěnují pozornost tomu, že antidepresiva nezabírají ani přes vysoké dávky. Paní S. a U. zažily bagatelizaci svých potíží týkajících se ADHD: „*Právě to odbyval různě, jakože takový problémy a to má každé.*“ (S.); „*Ta prostě od stolu, bez nějakýho vyšetření, poslání k psychologovi a tak prostě řekla, že jsem jenom úzkostná a tady máte předpis a nazdar.*“ (U.)

Odesly si také řadu **negativních zkušeností s psychology a psychoterapeuty**. Paní U. vyhovovala až šestá psychoterapeutka (podle jedné předstírá „*meltdowny*“ pro

pozornost), paní S. nevyhovoval „*autoritativní*“ přístup psychoanalytičky a paní T. měla dlouhodobě pocit, že si s ní psychologka pouze „*povídá*“ a nechce se věnovat tomu, co by si přála. Také zažila psychologické vyšetření, které jí bylo uděláno krátce po nepříjemném zákroku, tedy ve špatném fyzickém stavu, což vedlo k velmi špatným výsledkům.

Co se týče **dostupnosti**, paní S. měla v malém rodném městě potíže, protože psychoterapeut tam nebyl žádný a psychiatři pouze dva nebo tři, tudíž „*výběr ani moc nebyl*“. Zmiňovala i finanční stránku, kdy si mohla dovolit chodit k vyhovujícímu terapeutovi jen krátkodobě kvůli vysoké ceně. Paní Z. zmiňovala, že ačkoli na její škole působil „*psychologický poradce*“, nikdo žákům nevysvětlil, s jakými osobními potížemi se na něj mohou obrátit, takže jeho služby nevyužila.

Ženy si stěžovaly na obecné **povědomí ve zdravotnictví**. Paní T. vnímá, že „*paradoxně skoro nejmenší (znalosti o PAS) mají vždycky jako doktoři*“, a ona jim ji musí vysvětlovat. Paní S. a U. si všimají role genderu ve zdravotnictví. Paní U. byl zjištěn problém se srdeční svalovinou až po více než 10 letech přehlížené srdeční arytmie, což označuje jako „*gender medical gap jako kráva*“. Paní S. se označuje za „*feministku*“ v otázce zdravotních potíží u žen: „*Vim, že ženský potíže často třeba nejsou brány vážně a tak.*“

Objevily se však i **pozitivní zkušenosti s odborníky**. Paní S. vyhovovala Gestalt terapie, paní T. zase psycholog, který říká své názory přímočaře, a je tak pro ni „*čitelný*“. Díky němu pochopila některé své vzorce prožívání a chování a začala pracovat na jejich zlepšení, což vedlo k vyššímu sebevědomí: „*(Člověk) když se jako za sebou podíval dozadu, tak vlastně viděl, že ušel fakt dobrou cestu.*“ Ženy oceňovaly všímavost některých odborníků, například paní U. u psychologky, která při diagnostice brala v potaz i stav jejích nehtů, nebo paní Z. u praktické lékařky, která z její hyperventilace odvodila úzkost jako příčinu zdravotních potíží. Paní T. oceňovala chápající přístup fyzioterapeutky, která ji s ohledem na PAS vždy předem upozorňovala na to, co se bude dít, a přeje si, aby takový přístup panoval ve zdravotnictví obecně: „*Nikomu by se nic nestalo. Bylo by to asi jednodušší pro všechny.*“ Zcela výjimečným případem je pak přátelství paní T. s psychiatrickou, která jí pomohla k diagnóze PAS a pochopení projevů a zároveň poskytovala emoční blízkost a provázení diagnózou.

### 2.5.3 Od tušení po diagnózu PAS

#### Podezření a motivace k oficiální diagnostice

Podezření žen na PAS vzniklo vždy určitou kombinací **informací z internetu a knih, podezření od kamarádek a přítomnosti PAS v rodině**. Paní S. zaznamenávala v médiích informace o opomíjení PAS u žen a rozpoznala své prožitky v knize *Autistky*. Podezření jí pak ještě posílila diagnóza PAS u příbuzného. Paní U. rozpoznala své projevy v knize, kterou jí za tímto účelem půjčila známá. Paní Z. si všímala podobných projevů u sebe a svého syna, což ji vedlo k vyhledávání informací o dědičných potížích, a tím k rozpoznání PAS. Paní R. má syna, který diagnózu PAS má, ale ona ho u sebe dlouho neodhalila, zejména proto, že měla představu o PAS, „že autista je člověk, který buší hlavou do zdi a nekomunikuje a tak. Takže (ji) vůbec nenapadlo, že to může mít i jemnější projevy a že u žen se to projevuje jinak než u mužů“. K podezření ji navedl až článek o PAS u žen, který objevila náhodou.

Paní T. svou cestu k diagnostice vnímá jako **souhru šťastných náhod**. Kamarád ji záměrně, neformálně seznámil s psychiatrickou, která později jako první a jediná vyslovila podezření na PAS a ihned ji otestovala. Paní T. se tak o PAS a jejích podobách u žen dozvíдалa až po získání diagnózy. Zajímavé je, že už několik let zpět vyplňovala se známými „ze srandy“ sebespozovací online dotazník na Aspergerův syndrom, ve kterém obdržela velmi vysoký výsledek, ale kvůli omezené představě o této diagnóze jej vůbec nebrala v potaz. Sebediagnostiku navíc vnímá jako nepřesnou. Paní U. naopak podobný dotazník vyplňovala k podpoře svého podezření a vysoký výsledek z něj uznává.

Ženy měly různé důvody, proč se nespokojit se sebediagnostikou a informacemi o PAS u žen, ale **získat diagnózu oficiálně**. Paní Z. chtěla po léčbě deprese a úzkosti zjistit, proč jim propadla a jak jim dále předejít. Ke svému podezření na PAS vnímala z okolí nedůvěru a zlehčování a chyběla jí jistota, že když se vzdělává o PAS, tak se jí to opravdu týká a „nevymýšlí si to“. Ani paní S. si nebyla jistá a oficiální diagnózou se snažila dobrat pravdy, vysvětlit své problémy a získat návod „jak si upravit svoje okolí sobě příjemněji“. Stejně jako paní U. nehledala „papír na výmluvu“. Paní T. v diagnostice viděla naději na změnu předchozí diagnózy. Paní U. jediná vnímá diagnostiku také jako projev zodpovědnosti vůči okolí: „Přišlo mi správný mít papír třeba kvůli škole a tak... I třeba kvůli té organizaci, kde dělám tu dobrovolnici.“

## Diagnostické vyšetření

**Časový interval** od kontaktování odborníka po získání diagnózy se velmi různil. Od jednoho týdne během hospitalizace (T.) přes 5 týdnů (Z.), 6 měsíců (S.) po rok a půl (tedy rok marného čekání jinde a půl roku u konečné psychologky) (R.). Podle paní U. je dostat se k diagnostice velmi únavné a kvantifikuje to takto: „*Už jen formulovat ty maily. Já jsem psala třeba šedesát, sedmdesát mailů.*“ Náročné bylo hledat jednak odborníky, jednak recenze osob s PAS na ně.

Paní U. a Z. přišly za psychiatry velmi připravené, jako by čekaly **nesouhlasné reakce** a cítily potřebu své podezření na PAS obhájit. Paní U. s sebou nosila 5–6stránkový soupis svých potíží. „*Samozřejmě na první dobrou to (psychiatricka) taky jako shodila ze stolu, (...) ale měla jsem už přesně vychytané ty věci, který s tím pravděpodobně souvisí, takže jsem to tam hnedka prostě vystřelila*“ (Z.). Poté už ona ani psychologka její podezření „*nezlehčovaly*“. Psychiatricka paní R. také nesouhlasila, ale na psychologické vyšetření ji odeslala. Paní U. a R. si odnesly nepříjemnou zkušenost z vyšetření, když klinická psychologka nesouhlasila s podezřením na PAS: „*Už od dveří, kdy mě viděla první půl minuty, mi řekla, že nemůžu být autista.*“ (R.); *Tý se nezdálo, že bych byla autistka, a začala mi dělat testy na všechno ostatní. Prostě na deprese, schizofrenii, úzkostnou poruchu, na všechno, co vlastně asi jde.*“ (U.). Paní U. měla pocit, že se ji „*snaží nachytat*“ a při rozhovoru jen hledá důkaz, že nemá PAS. Podobně u paní R.: „*Nezapomněla mi připomenout, že ty dotazníky jsou sofistikované, takže poznají (s důrazem), jestli mám takovýhle problém.*“

Diagnostické vyšetření probíhalo u paní S. a R. nadvakrát a pouze u paní T. byl součástí diagnostiky i rozhovor s rodiči. Během dlouhého vyšetření ženy cítily **únavu** i **napětí** z nejistého výsledku (U., R.). Paní T. a R. měly **potíže** s chápáním položek v dotazníku a volbou odpovědí. Paní T. se cítila zavázána za poskytnutí diagnostiky, a tak chtěla test vyplnit „*co nejpřesněji*“, což pro ni byl stres. U řady položek se nedokázala plně rozhodnout pro jednu z nabízených možností, a tak vytvořila ke svým odpovědím doplňující komentáře a „*legendu*“. Tento samotný akt pak psychiatricka považovala za projev PAS.

Zatímco paní Z. šla po vyšetření ke klinické psychologce znovu na **konzultaci** výsledku, paní R. tuto nabídku odmítla kvůli nesympatiím, a tak o diagnóze s nikým z odborníků od té doby nehovořila.

## 2.5.4 Diagnóza PAS jako bod zvratu

### Smíšené, proměňující se emoce

Dozvědění se diagnózy PAS přináší **mix emocí**, převážně (ale ne zcela) pozitivních. Paní S. a Z. cítily velkou „úlevu“, paní S. se v prvním okamžiku rozplakala. Paní R. „byla ráda“, že zná podstatu svého problému, paní U. to vnímala jako „uzavření“ dlouhodobějšího projektu a možnost začít s tím pracovat. Paní T. zažívala „nadšení“ a optimistický „pocit, že teďka už bude prostě všechno jiný, jakože teď už budou samá pozitiva a sociální jistoty“. Ženy si ale uvědomovaly, že tento moment mohl přijít mnohem dříve. Paní S. a T. cítily hněv, že „to do teďka nikdo nepoznal“ (S.), paní Z. a T. smutek, především z toho, že musely samy přicházet na věci, se kterými jim dávno někdo mohl pomoci, což významně ztížilo celý jejich život. I paní R. konstatuje, že s dřívější diagnózou by byl život „o něco snazší“. Přesto byly vděčné: „Ale jako zaplat'pánbůh, že to přišlo aspoň teď.“ (Z.)

Paní T., která se diagnózu dozvěděla před 12 lety, komentuje, že pochopení významu diagnózy je **proces**, „takový postupný uvědomování“. Paní S. popisovala vývoj svých emocí od úlevy přes hněv po „zpracování“ v řádu měsíců, zatímco paní R. cítí, že se s diagnózou po 4 letech „ještě asi úplně nesrovnala“. Paní Z. se ji dozvěděla necelý měsíc před rozhovorem a popisuje, že „posledních pár tejdnu je fakt pro (ni) jako úplněovej svět“. Je nyní nejspíš zahlcená něčím, co bude trvat zpracovat dlouhou dobu.

### Vysvětlení a dodání smyslu předchozím zkušenostem

Ženy po diagnóze intenzivně přemýšlely o své minulosti a zjistily, že „**vysvětluje strašně moc věcí**“ (T.). Předtím se marně snažily svému příběhu porozumět, ale až diagnózou „to najednou zapadlo do sebe“ (Z.) „jako poslední krok celé skládačky“ (T.) a vše začalo „dávat smysl“ (T., Z.). Paní U. to přineslo „validaci“ a „pochopení sama sebe“, podobně paní S. si uvědomila, že má „úplně jiné nastavení“ než druzí, a tak je najednou „pochopitelné“, že si s nimi nerozumí.

Diagnóza znamenala důležité uvědomění, že **část sebe nelze změnit**, a tudíž je potřeba ji přijmout: „Nemá smysl do toho investovat energii, jako abych to změnila.“ (U.); „Holt se nedá nic dělat.“ (R.); „Prostě funguju jinak, tudíž nikdy takováhle nebudu.“ (Z.). Paní Z. to přineslo klid. Paní S. přijala, že navázat dlouhodobý vztah je pro ni složité, a proto se rozhodla být ekonomicky zcela nezávislá. Paní U. navíc vyvozuje, že to, co k „autismu nepatří“, měnit může.

Diagnóza pomohla pochopit **příčinu stavů nepohody**: „*Já jsem třeba nevěděla, proč mi vadí nakupování, proč mi vadí tamto...*“ (T.); „*Aha, protože tady je hroznej hluk a tím pádem mě to přetěžuje sensoricky.*“ (S.) Umožnila tak přerámovat „*úzkostné reakce*“ (U., S.) nebo „*výbuchy vzteku*“ (Z.) na stavy sensorického přetížení či strach z interakce s lidmi (R.)

Smysl začaly dávat i **předchozí diagnózy a jejich nedostatečnost**: „*Když jsem si vzala dřív Lexaurin nebo něco, tak to prostě nevyřešilo to, že jsem v nějakém diskomfortu.*“ (S.). Paní Z. teď vnímá příčinu úzkosti v tom, že nevěděla, „*co se s (ní) děje*“ a že se neustále snažila „*předělat*“. Paní T. vnímá, že marná snaha „*zapadat*“ přinášela stres, vedoucí k paranoidním představám, a vyčerpání, vedoucí k poruchám nálady. Stejně nachází paní Z. a R. příčinu deprese v přetížení a vyčerpání. Paní S. bylo při diagnostice řečeno, že diagnóza smíšené poruchy osobnosti „*od nich byla spíš bezradnost než diagnóza*“, nejspíše kvůli nízkému povědomí o PAS u žen. Paní U. si uvědomila, že její slabá mimika souvisí s PAS, zatímco psychiatricka to označovala za „*typický projev deprese*“.

Díky diagnóze mají participantky vysvětlení **i pro druhé**. Paní U. oznamuje „*Jsem autistka.*“ při jednorázové komunikaci s lidmi na veřejnosti, když potřebuje obhájit své potřeby (například sezení v divadle blízko východu, užívání bezbariérových toalet). Paní T. to naopak oznamuje až po delším kontaktu s druhými, když to „*líp vysvětluje to, co už stejně sami vidí*“. Je totiž snazší „*odkázat*“ na diagnózu jako zastřešující pojem než vysvětlovat jednotlivé projevy. Paní S. diagnózu sdělila bývalému příteli jako vysvětlení, proč nechce mít vlastní děti. Paní U. ji použila jako návod pro kamaráda, jak se k ní má chovat v situacích smyslového přetížení. Paní Z. se na ni odkazuje ve chvílích, kdy kolegům potřebuje vysvětlit svůj náhlý odchod ve stavu přetížení. Paní R. má naopak pocit, že když ji blízcí dlouho znají takovou, jaká je, pak není potřeba jim to sdělovat.

### **Lepší vztah k sobě a svým potřebám**

Diagnóza pomohla ženám zvýšit svůj **soucit se sebou**. Paní R. má „*pro sebe trošku víc pochopení*“, paní U. si přestala „*vyčítat*“ své prožitky, paní Z. si „*odpustila*“ a uvědomila si, že to, jaká je, není „*špatně, ale že je to prostě jinak*“. Paní T. diagnóza pomohla přerámovat své „*nedostatky*“ na slabé stránky, na kterých lze pracovat a které ale existují vedle silných stránek. Najednou se ženy „*nenutí*“ (U., R.) do nekomfortních situací a nekladou na sebe nároky dělat věci stejně jako ostatní: „*Já jsem já a není tady nikdo jinej.*“ (S.); „*Že se nesnažím být stejná jako ostatní, všechno zvládat.*“ (R.)

Ženy zjistily, že sice nemohou změnit samy sebe, ale **mohou změnit, jak se sebou zacházejí**: „*Hlavně mi pomohlo vědět, že já s tím můžu něco udělat.*“ (T.) Označují diagnózu jako „*návod na sebe*“ (Z.) a na „*úpravu svého okolí sobě příjemněji*“ (S.). Paní U. se například naučila kompenzovat mimiku vyjadřováním emocí slovy, šije si oblečení z pohodlnějších materiálů nebo hledá, jaký zubní kartáček jí sensoricky nejméně vadí.

Diagnóza tak vedla ke schopnosti **předcházet nepříjemným situacím**. Ženy si více všímají svého těla a únavy (U.), uvědomují si nepříjemné pocity hned v začátku a jsou schopné situaci včas změnit či opustit (S., U., Z., R.). Paní R. například pochopila, že „*některý povolání, zaměstnání, že pro (ni) opravdu nejsou vhodné*“.

Své potřeby začaly **prosazovat i u druhých**. Nedělají činnosti jen „*protože chce někdo jiný*“ (U.), nečekají „*až (jim) někdo dospělý něco dovolí*“ (S.). Paní U. a Z. začaly v práci „*stát si za sebou*“ a nenechat se ovlivňovat výčitkami a tlakem. Ženy patrně přestaly se skrýváním svých pocitů a projevů: „*Už nechci maskovat, nechci předstírat. A (...) je to osvobozující.*“ (Z.) Přestaly si zakazovat různé typy chování jen kvůli pocitu, „*že jsou divný*“ (T.) a „*že to není normální*“ (U.).

Paní T. vnímá diagnózu jako **klíčový moment** ve svém životě, protože díky ní a pochopení všech psychických problémů tyto „*víceméně postupně úplně zmizely*“. Bez ní „*to mohlo skončit hodně, hodně špatně*“ ve smyslu horších psychických problémů, které by znemožnily dokončení studia, práci apod.

### **Limity diagnózy**

Mít diagnózu PAS ale není jen pozitivní ani všespásné. Paní T. mluví o **stigmatu**, které jakékoli diagnózy přináší, byť považuje PAS za mnohem méně stigmatizující než schizofrenii. Přesto vnímá, že by ji někdo mohl „*použít proti (ní)*“ a že by mohla ztížit například přijetí do zaměstnání. Paní Z. zažívá „*zvláštní reakce*“, když se s diagnózou svěří: „*Bud' to řeknou, že ,No, nemáš, ' anebo vám řeknou ,Tak to já ho mám taky,*“ které hodnotí jako negativnější než například reakce na diagnózu deprese nebo na fyzická zranění. Paní T. cítí, že povědomí o PAS ve společnosti je, ale pochopení ještě ne, což jsou dvě odlišné věci.

Paní R. znalost diagnózy **život neusnadňuje**, protože „*široké okolí to neví, takže (ji) bere pořád (...) jako normálního člověka*“. Zároveň zažívá vnitřní konflikt, kdy na sebe na jednu stranu klade nižší nároky, ale na druhou stranu má pocit, „*jako (by) toho zneužívala*“ a „*že (by) se měla i tak víc snažit*“.

Paní U. cítí velkou nespravedlnost a „*diskriminaci*“ v tom, že česká legislativa upírá všem osobám s pervazivními vývojovými poruchami **řidičské oprávnění**. Považuje se za kvalitní řidičku a nesouhlasí, aby jí to bylo znemožněno kvůli dobrovolnému vyhledání diagnostiky. (Od roku 2025 toto již pro osoby bez poruchy intelektu neplatí /Národní ústav pro autismus, z.ú., 2025/).

Paní R. a T. se shodnou, že **samotná diagnóza nestačí**, je potřeba následná „*práce*“ s odborníkem. Tu paní T. zažila, ale paní R. ne: „*Takže vlastně ona ta diagnóza je k ničemu. Nebo takhle, ona by k něčemu byla, ale narazit na to správného lékaře.*“ Dvě psychiatričky, které o diagnóze PAS věděly, ji totiž s paní R. nekonzultovaly a jejich přístup a léčba se nijak nezměnily, což zklamalo její očekávání. Z tohoto důvodu „*nemá odvalu*“ o PAS říct své nové psychiatrice. Cítí ale, že by potřebovala individuální konzultace s odborníkem, který bude „*chápavý*“, pomůže jí diagnóze více porozumět a nebude se snažit jí ji „*vymluvit*“ nebo ji „*opravit*“ pomocí „*příkazů a zákazů*“.

### **Specializovaná a peer podpora**

Všechny participantky se během čekání na diagnózu nebo po ní začlenily do **skupin osob s PAS**. Většinou stačí online kontakt na sociálních sítích, paní T. se účastní i osobních setkání, a to i v rámci mezinárodní komunity. Tím se seznamuje s trendy v západní společnosti a má na některé aspekty PAS jiný pohled, než převládá v ČR. Například je citlivá na slovo „porucha“ v názvu PAS nebo vnímá příčinu sociálních deficitů v tom, jak na osoby s PAS reaguje majoritní společnost. Skupiny ženám přináší hlavně informace, vědomí, že nejsou samy (T., Z.) a autentické zkušenosti, které jsou inspirací k řešení vlastních potíží. Paní Z. vnímá „*reálnou zkušenost*“ druhých lidí jako nápomocnější než „*zprostředkované*“ znalosti lékařů. Paní S. jiné ženy inspirovaly k tomu, aby se sama finančně zajistila a nespolehala na partnera. Dalším přínosem skupin jsou „*memy*“ ke sdílení s přáteli: „*To jsou takový prostě rychlý pointy, na kterých se ale vypíchne to důležité.*“ (U.) Nebo možnost zvenčí „*sledovat někoho jiného, kdo to úplně sociálně nedává*“ (T.).

Paní R. se dozvěděla o organizaci poskytující **specializovanou pomoc** osobám s PAS a docházela na skupinové nácviky sociálních dovedností. Přineslo jí to „*informace, uvědomění a pomoc*“, ale v reálných situacích si stále nevěděla rady. Cítí, že by jich potřebovala „*víc nebo aspoň dřív*“, protože v jejím věku se velmi těžko učí novým způsobům chování. Paní S. „*provází diagnózou*“ psychoterapeutka zaměřená na pomoc osobám s PAS. Paní U. má o specializovanou podporu zájem, ale o spoustě služeb dlouho nevěděla anebo

nemají kapacitu: „...co by mi pomohlo nejvíc, tak by to byl prostě jeden web, kam můžu přijít a tam budou všechny informace najednou. (...) Mít někde přehledně, na jakou pomoc má člověk s autismem nárok.; Všude stopstav. (...) Na psychoterapii, na diagnostiku, chráněný bydlení, jako terénní sociální pracovníci, (...) jednorázová krizová pomoc. V RIAPSu akorát řeknou, že autisty nedělaj. (...) Prostě autismus končí v devatenácti.“ Za užitečný považuje nárok na Euroklíč od bezbariérových toalet.

Paní R. během magisterského **studia** dostala na základě svých specifických potřeb podporu a úpravy požadavků. Paní U. podporu také potřebovala, ale škola ji v doktorském studiu neposkytuje, což vedlo například k neúspěchu u ústní zkoušky.

### **Rozhodování o sdělování diagnózy druhým**

Čtyři z pěti žen diagnózu **nesdělily svým rodičům a blízké rodině**. Důvodem jsou obavy z „*nevěřících nebo odsuzujících komentářů*“ (S.), rodinné „*tendence tyhle věci jako vyvracet, zpochybňovat*“ (R.), „*neuznávání*“ těchto diagnóz (U.) a to, že „*duševní zdraví nebo takovýchle věci nejsou moc téma*“ (Z.) a příbuzní by to ignorovali. Rodiče paní T. o diagnóze věděli, jelikož podstoupili přímo diagnostický rozhovor. Matka některé problémy bagatelizovala, později měla „*pocit, že udělali oni jako rodiče něco špatně*“. Paní T. však tento pocit nemá. Z podobného důvodu to paní S. nesdělila svým rodičům: „*Můžou kolem sebe začít třeba kopat, nebo mít pocit, že jim něco vyčítám, a to já jako ne.*“

Všechny ženy diagnózu **oznámily v zaměstnání**, vedoucím a/nebo kolegům. Paní U. a Z. aby předcházely problémům. Kolegyně paní U. na ni berou ohled, aby nepřekračovala své možnosti a neohrozila děti na aktivitách, kde je potřeba být soustředěná a v dobrém rozpoložení. Paní R. „*měla pocit, že (by to říct) měla*“, ale nemělo to žádný „*následek*“. Paní T. by diagnózu neoznamovala „*dopředu*“, „*minimálně ne v momentě, když to může ovlivnit jako třeba přijetí někam*“.

Paní S., T., U. a Z. diagnózu **probíraly s partnery**, paní S., T. a U. to také sdělily pár **nebližším přátelům**.

### 3 Diskuse

Kvalitativním výzkumem jsem se pokusila odpovědět na výzkumnou otázku: Jaká je zkušenost žen se získáním diagnózy PAS v dospělosti? Ženy reflektovaly převratné dopady diagnózy, které je nutné dávat do souvislosti s předchozí životní zkušeností bez vědomí o PAS. Získala jsem bohatá data. Nyní pomocí výsledků zodpovím výzkumné podotázky, souhrnně je interpretuji a nakonec diskutuji s existující literaturou.

#### **VO1: Jak ženy po diagnóze PAS nahlíží zpětně na svůj život bez ní?**

Ženy od dětství zažívaly sociální neúspěch ve formě nepřijetí od vrstevníků (včetně šikany) i kritiky od autorit, které přisuzovaly jejich nestandardní projevy různým osobnostním nedostatkům. Byly negativně hodnocené jako sociálně nepřipravené, problémové, líné a nesnažící se, stydlivé, vybíravé v jídle i vztazích, s těžkou pubertou, dětské a podobně, což neodpovídalo žádoucímu obrazu „hodné holčičky“. Vývojové či psychické potíže svých dcer rodiče buď přehlíželi, vnímali jako stigmatizující nebo nedokázali vytvořit prostor pro svěřeni se. Ženy se dlouhodobě viděly jako určitým způsobem vadné. Snažily se předstírat „normalitu“ (skrývaly neobvyklé projevy, kompenzovaly je kognitivním úsilím), ve výsledku ale nevěděly, kým jsou, nedovolovaly si být autentické ani samy před sebou. Přesto byly stále vnímány jako „divné“, cítily se provinile a vyčerpaně. Někdy zažívaly konflikt mezi potřebou emoční blízkosti a nízkými sociálními schopnostmi. Většinou až v adolescenci nebo mladé dospělosti navázaly vztahy s přáteli a partnery, kteří měli podobné zájmy či potíže, přijímali je, jaké jsou, bez tlaku na změnu, a pomáhali řešit jejich psychické problémy.

#### **VO2: Jaká byla cesta žen k diagnóze PAS?**

Participantky procházely psychiatrickou i terapeutickou péčí, ale odnesly si z ní často dojem vzájemného nepochopení. První kontakt s psychiatry proběhl mezi 15 a 40 lety, nejčastěji v letech dvacátých. Psychické potíže ženy vnímaly jako ostudu, k lékařům cítily nedůvěru a strach. Psychiatři jim obecně věnovali málo času, a především nevysvětlovali stanovené diagnózy ani jak s nimi efektivně pracovat, dávali spíše neužitečné rady a léky. Nevyslechli si názor žen, což se zdá jako škoda, protože ony samy často cítily, že předchozí diagnózy nevysvětlovaly vše, léčba nebyla efektivní, případně že zcela „neseděly“ a přinášely pouze stigma nebo neužitečné potvrzení vlastní „divnosti“. U deprese a úzkostí se ženy zpětně shodly, že vznikly sekundárně vlivem stresu a vyčerpání z dlouhodobého

marného boje s vlastní odlišností. Psychologové a psychoterapeuti byli někdy příliš direktivní nebo nechtěli pracovat na tom, co ženy potřebovaly. U ne-psychiatrických lékařů participantky vnímaly nízké povědomí o PAS i zdravotních potížích u žen celkově. Pozitivně naopak hodnotily všímavost odborníků vůči detailům (nehty, dech), předvídatelnost a přímočarost.

Jen u jedné z žen vzešlo podezření na PAS od psychiatra, ostatní cíleně žádaly o diagnostiku poté, co se setkaly s PAS v médiích nebo rodině. Překážkou oddalující diagnózu však byly omezené představy o možných podobách PAS (PAS jako závažná mužská porucha, Aspergerův syndrom jako populární termín). Oficiální diagnózu ženy chtěly, nikoli aby se na ni mohly vymlouvat, ale aby s jistotou věděly, s čím mohou pracovat, případně to vnímaly jako zodpovědnost nebo příležitost ke změně předchozí stigmatizující diagnózy. K diagnostice se dostaly po obepisování odborníků a čekání v řádu několika měsíců. Očekávaly a často také zažily nesouhlas diagnostiků se svým podezřením ve formě: „Vy nemůžete být autistka,“ což znepříjemňovalo vyšetření, jež je samo o sobě únavné, náročné na chápání a přinášející napětí. Ženy, které očekávaly popírání již předem, se mu bránily pečlivou přípravou seznamu všech svých symptomů.

### **VO3: Jak ženy vnímají dopad diagnózy PAS v dospělosti na svůj život?**

Získání diagnózy odstartovalo dlouhý vnitřní proces plný mnoha emocí, především pozitivních, ale i smutku a hněvu, že nepřišel dřív. Diagnóza posloužila jako vysvětlení toho, že vlastní odlišnost souvisí s PAS, která nejde odstranit ani změnit, tudíž není potřeba se o to snažit, a kterou lze ale pochopit (např. připsat příčinu svých nežádoucích reakcí sensorickému přetížení), a tak předcházet nepříjemným situacím. Ženy se přestaly tolik kritizovat, a dokonce i maskovat. Ze tří dimenzí maskování si ale kompenzaci (užívání alternativních kognitivních strategií) patrně ponechávají, jednak protože fungují, jednak protože je „nelze vypnout“. Všechny vyhledávaly specializovanou podporu, která má však pro dospělé buď omezený účinek (např. nácviky sociálních dovedností), nebo nedostatečnou kapacitu (např. sociální služby a terapie). Podporu ale ve velké míře sytila nově nabytá sounáležitost s komunitou osob s PAS. Také partneři o PAS často věděli už od chvíle podezření a poskytovali důležitou oporu. Jako problém se každopádně ukázalo sdělování diagnózy druhým. Ženy mají zkušenost, že to může pomoci vysvětlit a obhájit vlastní potřeby (využívaly ji nejvíce v zaměstnání), ale zároveň zažily i negativní reakce a nepochopení. Rozhodování o sdělování je tak ovlivněné strachem z neuznání a

bagatelizování (zvláště u vlastních rodičů, kterým ji většina žen nesdělila) a ze stigmatizace (při přijímacím řízení do zaměstnání). Objevil se také významný rozdíl: participantka, která s nikým diagnózu individuálně nekonzultovala (a psychiatři ji přehlíželi) má obavy ze soucitu vůči sobě a s diagnózou se nevyrovnala, zatímco ženy, které ano (např. využívaly psychoterapii zaměřenou na PAS, měly osobní vztah s psychiatrickou) diagnózu do velké míry přijaly pozitivně.

### **VO: Jaká je zkušenost žen se získáním diagnózy PAS v dospělosti?**

Celkově se zdá, že ženy dlouho žily ve velkém zmatku. Jediné, co věděly samy o sobě, bylo, že mají nějaký problém a žádné řešení (ani s pomocí odborníků). Diagnóza pak funguje jako aha-moment: jednak dodává návod na samu sebe, jednak uzavírá doposud nedokončené identitní hledání. Je zajímavé, že ženy nyní mají menší potřebu skrývat své projevy, přestože získáním diagnózy se jejich potíže s fungováním nezměnily. Změnila se ale nálepka, která jim je přisuzována. Dříve byl nálepkou „osobní nedostatek“, který bylo potřeba odstranit a skrýt sama před sebou, zatímco nyní se jedná o „PAS, kterou mají i další lidé“, tudíž je možné ji přijmout. Ukázalo se ale, že ženy jsou v celém příběhu do velké míry samy – samy musely dojít k podezření, vyhledat diagnostiku, obhájit se před diagnostikem, a ani tím to neskončilo, protože se nadále musí obhajovat svému okolí. Na základě porovnání odlišností v příbězích žen se jako zásadní ukázala role odborníka, který ženě diagnózu vysvětlí, nebude ji patologizovat, pomůže pěstovat lepší vztah k sobě, nabýt sebedůvěru ke sdělení diagnózy druhým a ustát případné negativní reakce. Také by měl pomoci dohledat a zkoordinovat dostupnou podporu. Ženy se ale odborníkům mohou paradoxně vyhýbat na základě dřívějších bagatelizujících zkušeností a zkušeností s nesprávnou předchozí diagnózou.

Mé výsledky do velké míry potvrzují výsledky zahraničních studií, ve kterých diagnóza vyvolala především (ale ne zcela) pozitivní emoce, zvýšila soucit se sebou a umožnila začít se vědomě rozhodovat, nakolik maskovat (Kiehl et al., 2024; Wilson et al., 2023). Williams (2022) definuje maskování jako snahu vypadat „méně autisticky“ – podle mých dat je tato snaha silnější, dokud ženy nevědí, že „autistické“ jsou. Odpovídá to i zjištění Hickeyové et al. (2018) o „externalizaci autismu“ – diagnóza PAS je vyčleněna mimo vlastní já a negativní zkušenosti jsou „přepsány“ na ni. Na rozdíl od Kiehla et al. (2024) jsem nezaznamenala ztrátu naděje pramenící z nezměnitelnosti diagnózy, spíše sejmutí tlaku.

Dřívější studie také identifikovaly zásadní roli odborníka, který má diagnózu a další kroky vysvětlit na více sezeních (Kiehl et al., 2024), rozumět osobám s PAS a navázat s nimi vztah (Wilson et al., 2024), přijímat neurodiverzitu a pomáhat objevit silné stránky (Dwyer, 2022). Caiová et al. (2024) ve kvantitativní studii odvodili, že zranitelné osoby potřebují podporu odborníka pro vyrovnání se s nepříjemnými pocity při nabývání soucitu se sebou, což se v našich datech potvrdilo. Také se ukázalo, že i v českém prostředí je spíše nedostatečná kapacita služeb pro dospělé s PAS, ale dobře funguje začlenění do komunity (Dwyer, 2022; Kiehl et al., 2024; Wilson et al., 2024). Tento výzkum podpořil i myšlenku menšinového stresu u osob s PAS, jelikož ve shodě s Bothovou a Frostem (2020) objevil stresory ve formě šikany, diskriminace (nemožnost mít řidičské oprávnění) a skrývání diagnózy / očekávání odmítnutí (nesdělení diagnózy při ucházení o zaměstnání). Jedna z žen zažila odmítnutí od partnera, protože nechtěla mít děti, což odpovídá zkušenostem žen s negativními důsledky toho, že nenaplnují kulturně očekávanou genderovou roli pečovatelky s mateřským instinktem, jak uvádí ve svém výzkumu i Kanfiszzerová et al. (2017).

Dřívější studie o osobách s PAS také dokumentují nedostatečnou komunikaci ze strany odborníků (Au-Yeung et al., 2018) a potřebu komunikace tzv. explicitní, přímočaré (Wilson et al., 2024). Všechny ženy měly diagnostikované deprese a úzkosti ukazující na tendenci žen internalizovat své potíže (Fusar-Poli et al., 2022; Hull et al., 2020). Paní U. má „hyperfocus“ na určitý typ úloh, což ztížilo první rozpoznání ADHD. Literatura (Hours et al., 2022; Lugo-Marín et al., 2019) uvádí, že schopnost soustředit se na zajímavé úkoly obvykle vylučuje ADHD, přesto paní U. vnímá potíže s pozorností, které zmírnila medikace, tudíž diagnózu dostala. Tento případ ukazuje zmiňovanou složitost odlišení příznaků PAS a ADHD nebo jejich kombinace. Některé předchozí diagnózy (PO, schizofrenie, deprese) přestaly být po diagnóze PAS považovány za platné, což Kentrouová et al. (2021) zaznamenali u žen jako významně časté. Roli zde mohla hrát nedostupnost informací o vývojové trajektorii potíží (Bach & Vestergaard, 2023) a nesprávné představy diagnostiků o podobě a výskytu PAS u žen (Duvall et al., 2022). Dalším studiím také odpovídá zkušenost participantky, jejíž nervozita byla interpretována jako projev schizofrenie (Au-Yeung et al., 2018). Přineslo jí to obavy, stigma (Strunz, 2024), zmatek a pochybování o vlastním úsudku (Leedham et al., 2020) i nálepku, které se dlouho nedalo zbavit (Kiehl et al., 2024) – dokonce ani po reklasifikaci.

V životní zkušenosti žen se také objevil výjimečně brzký zájmem o čtení fikce (Attwood & Grandin, 2019; Ormond et al., 2018) nebo potíže kvůli poukazování na nesprávné chování druhých, což patří mezi silné stránky osob s PAS podle Hedleyho et al. (2024). Ve shodě s předchozími výzkumy měly ženy přesvědčení, že jsou špatné, vadné (Leedham et al., 2020), selhávající, proviněné (Wilson et al., 2023), a neuvědomovaly si své silné stránky (Taylor et al., 2023). U jedné z žen se objevovaly i pocity, že se nějakou chybou ocitla ve špatném světě (Simone, 2018), který ji nerespektuje jako jeho součást, což vedlo k sebepoškozování i suicidálním myšlenkám, které jsou u osob s PAS časté (Bentum et al., 2024; Schwartzman et al., 2024). Tento výzkum také přidává evidenci o velmi negativních dopadech maskování na identitu a psychické zdraví člověka (Attwood & Grandin, 2019; Cremone et al., 2023) a o jeho neefektivitě. Ve shodě s Hullovou et al. (2020) vnímám jako užitečné ve výzkumech rozlišovat, jak velký je úmysl versus úspěšnost maskování u daného jednotlivce, a ty zvláště, případně jejich rozdíl, vztahovat k dalším proměnným a charakteristikám prožívání.

## 4 Limity práce

Omezením samotného výzkumu byla má nezkušenost s vedením rozhovorů. Některé participantky hovořily více samy od sebe, tudíž jsem je nepobízela ke všem podtématům, abych nevkládala něco, co nepovažují samy od sebe za důležité. Jiné naopak konkrétní pobídky potřebovaly, což přineslo zajímavá témata navíc, která by mohla mít zajímavou podobu i u ostatních (například pohled na budoucnost). Vidím v tom určitou nekonzistentnost.

Tím, že kritériem mého výzkumu byly diagnóza PAS, pohlaví, minimální věk i přítomnost předchozích diagnóz, měla jsem potřebu představit teoretická východiska a výzkumnou evidenci pro všechna dílčí témata, což vzhledem k požadovanému rozsahu bakalářské práce vedlo k určité povrchnosti a každá kapitola by zasloužila prohloubení.

## Závěr

Cílem této práce bylo uchopit zkušenost žen, které po celé dětství, dospívání a vynořující se dospělost žily s neodhalenou diagnózou PAS. Navíc propadaly diagnostickým sítem, když u nich byly diagnostikovány primárně jiné poruchy. V teoretické části jsem se snažila představit, z jakých příčin a za jakých podmínek se pozdní diagnózy u osob s PAS (a zvláště žen) dějí. V empirické části jsem provedla výzkum založený na rozhovorech analyzovaných metodou IPA. Snažila jsem se zachytit, jak ženy svou zkušenost vnímají a hodnotí, jak na základě ní reflektují sebe a svou dosavadní cestu.

Ženy se celoživotně cítily odlišné, internalizovaly negativní hodnocení od druhých i pocity viny. Pociťovaly tlak být „hodnou holčičkou“ a snažily se své projevy maskovat před druhými i samy před sebou, což narušovalo hledání vlastní identity. Maskování nebylo zcela úspěšné, zato vyčerpávající a zhoršující duševní zdraví. Protektivním faktorem se zdá být navázání partnerských a přátelských vztahů s těmi, kteří se ženy nesnaží měnit.

V psychiatrické péči ženy potřebovaly, aby s nimi lékaři více komunikovali, vysvětlovali diagnózy, byli všímaví a přímočaří. Předchozí diagnózy se nyní jeví jako správné, ale neúplné (ADHD), správné, ale vzniklé kvůli stresu a vyčerpání způsobeného neodhalenou PAS (deprese a úzkosti), nebo zcela nesprávné, přinášející pouze stigma (schizofrenie, porucha osobnosti). Své podezření na PAS i samotnou diagnózu musely ženy obhajovat před odborníky i dál v osobním životě.

Ukázalo se, že získání diagnózy v dospělosti má pozitivní dopad, především ve formě úlevy od tlaku na změnu, většího soucitu se sebou a návodu na zacházení se sebou. Srovnat se s diagnózou je však proces, který obnáší nový náhled na vlastní identitu, a jako zásadní vyvstala role provázejícího odborníka, který diagnózu nepatologizuje. Nedostupnost takové podpory může jistým způsobem nahradit i dobře přístupná komunita osob s PAS i podpora ze strany blízkých osob. Často však ženy narážejí na neuznávání této diagnózy (hl. u rodičů).

Budoucí výzkum by se mohl zaměřit přímo na odborníky, jejich představy o ženách s PAS a úskalí, kterým čelí při diagnostice. Užitečné by bylo věnovat se samostatně tématu sdělování diagnózy druhým – zda a jak mohou terapie a intervence ženám pomoci, aby získaly odvahu ji sdělit (a tím docílit pochopení ve svém okolí) a zároveň jejich sebedůvěra neutrpěla případnými nesouhlasnými reakcemi. Na základě pilotního rozhovoru též vnímám jako velmi zajímavé téma soužití více rodinných příslušníků s PAS (která je silně dědičná).

## Seznam použitých informačních zdrojů

American Psychiatric Association. (2016). *Neurodevelopmental Disorders: DSM-5® Selections*. American Psychiatric Association Publishing.

<https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=04ad0d66-e069-3ed3-b0f1-52840e55ff24>

American Psychological Association. (2009, October 1). ICD vs. DSM. *Monitor on Psychology*, 40(9). <https://www.apa.org/monitor/2009/10/icd-dsm>

American Psychological Association. (2018, 19. dubna). *APA dictionary of psychology: differential diagnosis*. <https://dictionary.apa.org/differential-diagnosis>

Armstrong, T. (2015). The Myth of the Normal Brain: Embracing Neurodiversity. *AMA Journal of Ethics*, 17(4), 348–352.

<https://doi.org/10.1001/journalofethics.2015.17.4.msoc1-1504>

Arnett, J. J. (2024). *Emerging Adulthood: The Winding Road from the Late Teens Through the Twenties* (Third edition). Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/oso/9780197695937.001.0001>

Arnold, S. R. C., Bruce, G., Weise, J., Mills, C. J., Trollor, J. N., & Coxon, K. (2024). Barriers to healthcare for Australian autistic adults. *Autism*, 28(2), 301–315.

<https://doi.org/10.1177/13623613231168444>

Arvidsson, O., Gillberg, C., Lichtenstein, P., & Lundström, S. (2018). Secular changes in the symptom level of clinically diagnosed autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(7), 744–751. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12864>

Attwood, T., & Grandin, T. (2019). *Autism and Girls: World-Renowned Experts Join Those with Autism Syndrome to Resolve Issues That Girls and Women Face Every Day! New Updated and Revised Edition*. Future Horizons.

Au-Yeung, S. K., Bradley, L., Robertson, A. E., Shaw, R., Baron-Cohen, S., & Cassidy, S. (2018). Experience of mental health diagnosis and perceived misdiagnosis in autistic, possibly autistic and non-autistic adults. *Autism*, 23(6), 1508–1518.

<https://doi.org/10.1177/1362361318818167>

- Bach, B., & Vestergaard, M. (2023). Differential Diagnosis of ICD-11 Personality Disorder and Autism Spectrum Disorder in Adolescents. *Children, 10*(6), 1–18. <https://doi.org/10.3390/children10060992>
- Baeza-Velasco, C. (2021). Neurodevelopmental atypisms in the context of joint hypermobility, hypermobility spectrum disorders, and Ehlers-Danlos syndromes. *American Journal of Medical Genetics. Part C, Seminars in Medical Genetics, 187*(4), 491–499. <https://doi.org/10.1002/ajmg.c.31946>
- Baron-Cohen, S. (2002). The extreme male brain theory of autism. *Trends in Cognitive Sciences, 6*(6), 248–254. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(02\)01904-6](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(02)01904-6)
- Bentum, J. van, Sijbrandij, M., Huibers, M., & Begeer, S. (2024). Occurrence and predictors of lifetime suicidality and suicidal ideation in autistic adults. *Autism, 28*(9), 2282–2294. <https://doi.org/10.1177/13623613231225901>
- Botha, M., & Frost, D. M. (2020). Extending the Minority Stress Model to Understand Mental Health Problems Experienced by the Autistic Population. *Society and Mental Health, 10*(1), 20–34. <https://doi.org/10.1177/2156869318804297>
- Brown, C. M., Attwood, T., Garnett, M., & Stokes, M. A. (2020). Am I Autistic? Utility of the Girls Questionnaire for Autism Spectrum Condition as an Autism Assessment in Adult Women. *Autism in Adulthood, 2*(3), 216–226. <https://doi.org/10.1089/aut.2019.0054>
- Cai, R. Y., Edwards, C., Love, A. M. A., Brown, L., & Gibbs, V. (2024). Self-compassion improves emotion regulation and mental health outcomes: A pilot study of an online self-compassion program for autistic adults. *Autism, 28*(10), 2572–2585. <https://doi.org/10.1177/13623613241235061>
- Cassidy, S., Bradley, L., Shaw, R., & Baron-Cohen, S. (2018). Risk markers for suicidality in autistic adults. *Molecular Autism, 9*(42), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s13229-018-0226-4>
- Clarke, E. B., Sterrett, K., & Lord, C. (2021). Work and well-being: Vocational activity trajectories in young adults with autism spectrum disorder. *Autism Research, 14*(12), 2613–2624. <https://doi.org/10.1002/aur.2606>

Clarke, E., Singer, H., Schiltz, H., & Lord, C. (2024). Autism at 30: Conceptualizations for adult research and clinical practice. *American Psychologist*, 1–14.

<https://doi.org/10.1037/amp0001452>

Cremonese, I. M., Carpita, B., Nardi, B., Casagrande, D., Stagnari, R., Amatori, G., & Dell’Osso, L. (2023). Measuring Social Camouflaging in Individuals with High Functioning Autism: A Literature Review. *Brain Sciences*, 13(3), 1–15.

<https://doi.org/10.3390/brainsci13030469>

Crompton, C. J., Sharp, M., Axbey, H., Fletcher-Watson, S., Flynn, E. G., & Ropar, D. (2020). Neurotype-Matching, but Not Being Autistic, Influences Self and Observer Ratings of Interpersonal Rapport. *Frontiers in Psychology*, 11, 1–12.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586171>

Crucitti, M., Muscatello, M. R. A., Bruno, A., Pandolfo, G., Zoccali, R., & Mento, C. (2018). The hidden faces of autism and misdiagnosis in the lifespan: Clinical observations in adults with Autism Spectrum Disorders. *Life Span and Disability*, 21(1), 31–45.

De Cagna, F., Squillari, E., Rocchetti, M., Fusar-Poli, L. (2019). Personality Disorders and ASD. In: R. Keller (Ed.), *Psychopathology in Adolescents and Adults with Autism Spectrum Disorders* (s. 157–174). Springer Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-26276-1\\_10](https://doi.org/10.1007/978-3-030-26276-1_10)

Dean, M., Harwood, R., & Kasari, C. (2017). The art of camouflage: Gender differences in the social behaviors of girls and boys with autism spectrum disorder. *Autism*, 21(6), 678–689. <https://doi.org/10.1177/1362361316671845>

Deckers, A., Muris, P., & Roelofs, J. (2017). Being on Your Own or Feeling Lonely? Loneliness and Other Social Variables in Youths with Autism Spectrum Disorders. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(5), 828–839. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0707-7>

D’Mello, A. M., Frosch, I. R., Li, C. E., Cardinaux, A. L., & Gabrieli, J. D. E. (2022). Exclusion of females in autism research: Empirical evidence for a “leaky” recruitment-to-research pipeline. *Autism Research*, 15(10), 1929–1940. <https://doi.org/10.1002/aur.2795>

Dudová, I. (2022). Poruchy autistického spektra. *Česko-Slovenská Pediatrie*, 77(3), 143–147.

Duvall, S., Armstrong, K., Shahabuddin, A., Grantz, C., Fein, D., & Lord, C. (2022). A road map for identifying autism spectrum disorder: Recognizing and evaluating characteristics that should raise red or “pink” flags to guide accurate differential diagnosis. *The Clinical Neuropsychologist*, *36*(5), 1172–1207.

<https://doi.org/10.1080/13854046.2021.1921276>

Dwyer, P. (2022). The Neurodiversity Approach(es): What Are They and What Do They Mean for Researchers? *Human Development*, *66*(2), 73–92.

<https://doi.org/10.1159/000523723>

Fusar-Poli, L., Brondino, N., Politi, P., & Aguglia, E. (2022). Missed diagnoses and misdiagnoses of adults with autism spectrum disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *272*(2), 187–198. <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01189-w>

Gesi, C., Migliarese, G., Torriero, S., Capellazzi, M., Omboni, A. C., Cerveri, G., & Mencacci, C. (2021). Gender Differences in Misdiagnosis and Delayed Diagnosis among Adults with Autism Spectrum Disorder with No Language or Intellectual Disability. *Brain Sciences*, *11*(7), 1–9. <https://doi.org/10.3390/brainsci11070912>

Ghaziuddin, M., & Ghaziuddin, N. (2020). Bipolar Disorder and Psychosis in Autism. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *29*(3), 433–441.

<https://doi.org/10.1016/j.chc.2020.02.004>

Greenberg, D. M., Warrier, V., Allison, C., & Baron-Cohen, S. (2018). Testing the Empathizing–Systemizing theory of sex differences and the Extreme Male Brain theory of autism in half a million people. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *115*(48), 12152–12157. <https://doi.org/10.1073/pnas.1811032115>

Hedley, D., Haschek, A., Brown, C., Batterham, P., Dwyer, P., Gibbs, V., den Houting, J., John, T., Lawson, W., Rabba, A. S., Revill, J., Robinson, J., Santomauro, D., Staheli, N., Stokes, M., Templin, C., Trollor, J., & Wilson, J. (2024). Suicide in autism: Research evidence and policy brief (Version 1). *La Trobe*. <https://doi.org/10.26181/26401519.v1>

Hedley, D., Uljarević, M., Cai, R. Y., Bury, S. M., Stokes, M. A., Evans, D. W., & De Luca, V. (2021). Domains of the autism phenotype, cognitive control, and rumination as transdiagnostic predictors of DSM-5 suicide risk. *PLOS ONE*, *16*(1), 1–17.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245562>

- Hickey, A., Crabtree, J., & Stott, J. (2018). ‘Suddenly the first fifty years of my life made sense’: Experiences of older people with autism. *Autism*, 22(3), 357–367. <https://doi.org/10.1177/1362361316680914>
- Hirota, T., & King, B. H. (2023). Autism Spectrum Disorder. *JAMA*, 329(2), 157–168. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.23661>
- Honeybourne, V., & Attwood, T. (2016). *Educating and supporting girls and young women with Asperger's and autism: a resource for education and health professionals*. Speechmark.
- Hossain, M. M., Khan, N., Sultana, A., Ma, P., McKyer, E. L. J., Ahmed, H. U., & Purohit, N. (2020). Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatry Research*, 287, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112922>
- Hours, C., Recasens, C., & Baleyte, J. -M. (2022). ASD and ADHD Comorbidity: What Are We Talking About? *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1–6. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.837424>
- Hull, L., Petrides, K. V., & Mandy, W. (2020). The Female Autism Phenotype and Camouflaging: a Narrative Review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 7(4), 306–317. <https://doi.org/10.1007/s40489-020-00197-9>
- Jadav, N., & Bal, V. H. (2022). Associations between co-occurring conditions and age of autism diagnosis: Implications for mental health training and adult autism research. *Autism Research*, 15(11), 2112–2125. <https://doi.org/10.1002/aur.2808>
- Jones, G. (2015). Missing and misdiagnosis on the autism spectrum: Potential consequences and implications for practice. *Social Work and Social Sciences Review*, 18(1), 15–30. <https://doi.org/10.1921/swssr.v18i1.846>
- Kalb, L. G., Singh, V., Hong, J. S., Holingue, C., Ludwig, N. N., Pfeiffer, D., Reetzke, R., Gross, A. L., & Landa, R. (2022). Analysis of Race and Sex Bias in the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2). *JAMA Network Open*, 5(4), 1–13. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.9498>

- Kanfisz, L., Davies, F., & Collins, S. (2017). 'I was just so different': The experiences of women diagnosed with an autism spectrum disorder in adulthood in relation to gender and social relationships. *Autism*, 21(6), 661–669. <https://doi.org/10.1177/1362361316687987>
- Keating, C. T., Hickman, L., Geelhand, P., Takahashi, T., Leung, J., Monk, R., Schuster, B., Rybicki, A., Girolamo, T. M., Clin, E., Papastamou, F., Belenger, M., Eigsti, I. -M., Cook, J. L., & Kosaka, H. (2024). Cross-cultural variation in experiences of acceptance, camouflaging and mental health difficulties in autism: A registered report. *PLOS ONE*, 19(3), 1–32. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299824>
- Kentrou, V., Oostervink, M., Scheeren, A. M., & Begeer, S. (2021). Stability of co-occurring psychiatric diagnoses in autistic men and women. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 82, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2021.101736>
- Kiehl, I., Pease, R., & Hackmann, C. (2024). The adult experience of being diagnosed with autism spectrum disorder: A qualitative meta-synthesis. *Autism*, 28(5), 1060–1074. <https://doi.org/10.1177/13623613231220419>
- Langmann, A., Becker, J., Poustka, L., Becker, K., & Kamp-Becker, I. (2017). Diagnostic utility of the autism diagnostic observation schedule in a clinical sample of adolescents and adults. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 34, 34–43. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2016.11.012>
- Leedham, A., Thompson, A. R., Smith, R., & Freeth, M. (2020). 'I was exhausted trying to figure it out': The experiences of females receiving an autism diagnosis in middle to late adulthood. *Autism*, 24(1), 135–146. <https://doi.org/10.1177/1362361319853442>
- Loomes, R., Hull, L., & Mandy, W. P. L. (2017). What is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(6), 466–474. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.013>
- Lugo-Marín, J., Magán-Maganto, M., Rivero-Santana, A., Cuellar-Pompa, L., Alviani, M., Jenaro-Rio, C., Díez, E., & Canal-Bedia, R. (2019). Prevalence of psychiatric disorders in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 59, 22–33. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.12.004>

- Mandy, W. (2019). Social camouflaging in autism: Is it time to lose the mask? *Autism*, 23(8), 1879–1881. <https://doi.org/10.1177/1362361319878559>
- McCrossin, R. (2022). Finding the True Number of Females with Autistic Spectrum Disorder by Estimating the Biases in Initial Recognition and Clinical Diagnosis. *Children*, 9(2), 1–18. <https://doi.org/10.3390/children9020272>
- McQuaid, G. A., Ratto, A. B., Jack, A., Khuu, A., Smith, J. V., Duane, S. C., Clawson, A., Lee, N. R., Verbalis, A., Pelphrey, K. A., Kenworthy, L., Wallace, G. L., & Strang, J. F. (2024). Gender, assigned sex at birth, and gender diversity: Windows into diagnostic timing disparities in autism. *Autism*, 28(11), 2806–2820. <https://doi.org/10.1177/13623613241243117>
- Meyer, I. H. (2013). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(S), 3–26. <https://doi.org/10.1037/2329-0382.1.S.3>
- Milner, V., Colvert, E., Mandy, W., & Happé, F. (2023). A comparison of self-report and discrepancy measures of camouflaging: Exploring sex differences in diagnosed autistic versus high autistic trait young adults. *Autism Research*, 16(3), 580–590. <https://doi.org/10.1002/aur.2873>
- Milton, D., Gurbuz, E., & López, B. (2022). The ‘double empathy problem’: Ten years on. *Autism*, 26(8), 1901–1903. <https://doi.org/10.1177/13623613221129123>
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky, & Národní ústav duševního zdraví. (2020). *Národní akční plán prevence sebevražd 2020–2030*. <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2020/08/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-prevence-sebevra%C5%BEd-2020-2030.pdf>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Moseley, R. L., Gregory, N. J., Smith, P., Allison, C., & Baron-Cohen, S. (2019). A ‘choice’, an ‘addiction’, a way ‘out of the lost’: exploring self-injury in autistic people without intellectual disability. *Molecular Autism*, 10(1), 1–23. <https://doi.org/10.1186/s13229-019-0267-3>
- Národní ústav pro autismus, z.ú. (2025, 17. ledna). *Průlomová zpráva ohledně řídičských oprávnění pro osoby s PAS*. <https://autismport.cz/#news-section>

Novotná, H. (2019). Kvalitativní strategie výzkumu. In H. Novotná, O. Špaček, & M. Šťovíčková Jantulová (Eds.), *Metody výzkumu ve společenských vědách* (s. 257–288). Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií.

Nyrenius, J., Eberhard, J., Ghaziuddin, M., Gillberg, C., & Billstedt, E. (2023). The ‘lost generation’ in adult psychiatry: psychiatric, neurodevelopmental and sociodemographic characteristics of psychiatric patients with autism unrecognised in childhood. *BJPsych Open*, 9(3), 1–8. <https://doi.org/10.1192/bjo.2023.13>

Ormond, S., Brownlow, C., Garnett, M. S., Rynkiewicz, A., & Attwood, T. (2018). Profiling Autism Symptomatology: An Exploration of the Q-ASC Parental Report Scale in Capturing Sex Differences in Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(2), 389–403. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3324-9>

Pantazakos, T., & Vanaken, G. J. (2023). Addressing the autism mental health crisis: the potential of phenomenology in neurodiversity-affirming clinical practices. *Frontiers in psychology*, 14, 1–15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1225152>

Pickles, A., McCauley, J. B., Pepa, L. A., Huerta, M., & Lord, C. (2020). The adult outcome of children referred for autism: typology and prediction from childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(7), 760–767. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13180>

Raymaker, D. M., Teo, A. R., Steckler, N. A., Lentz, B., Scharer, M., Delos Santos, A., Kapp, S. K., Hunter, M., Joyce, A., & Nicolaidis, C. (2020). “Having All of Your Internal Resources Exhausted Beyond Measure and Being Left with No Clean-Up Crew”: Defining Autistic Burnout. *Autism in Adulthood*, 2(2), 132–143. <https://doi.org/10.1089/aut.2019.0079>

Redakce Autismport. (2024, 2. února). *Porucha autistického spektra dle Mezinárodní klasifikace nemoci (MKN 11): Názory*. Národní ústav pro autismus, z.ú. <https://autismport.cz/o-autistickem-spektru/detail/porucha-autistickeho-spektra-dle-mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>

Rutherford, M., McKenzie, K., Johnson, T., Catchpole, C., O’Hare, A., McClure, I., Forsyth, K., McCartney, D., & Murray, A. (2016). Gender ratio in a clinical population sample, age of diagnosis and duration of assessment in children and adults with autism spectrum disorder. *Autism*, 20(5), 628–634. <https://doi.org/10.1177/1362361315617879>

- Schwartzman, J., McMorris, C.A., Williams, Z. J., Brown, C. M., Trollor, J. N., Uljarević, M., Stokes, M. A., & Hedley, D. (2024). Elevated Suicidal Thoughts and Behaviors and Non-suicidal Self-injury in Autism Across the Lifespan and Sexes: A Multinational Study. *ResearchGate (Preprint)*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.11256.66568>
- Sedgewick, F., Hill, V., & Pellicano, E. (2018). ‘It’s different for girls’: Gender differences in the friendships and conflict of autistic and neurotypical adolescents. *Autism*, 23(5), 1119–1132. <https://doi.org/10.1177/1362361318794930>
- Simone, R. (2018). *Aspergerka: posila pro ženy s Aspergerovým syndromem*. Portál.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. Sage.
- Stewart, G. R., Luedecke, E., Mandy, W., Charlton, R. A., & Happé, F. (2024). Experiences of social isolation and loneliness in middle-aged and older autistic adults. *Neurodiversity*, 2, 1–16. <https://doi.org/10.1177/27546330241245529>
- Stimpson, N. J., Hull, L., & Mandy, W. (2021). The Association Between Autistic Traits and Mental Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 22(1), 287–304. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00229-5>
- Strunz, R. M. (2024). *Neurodiversity-affirming psychotherapy: Clinical pathways to autistic mental health*. Routledge, Taylor & Francis Group.
- Šporclová, V. (2018). *Autismus od A do Z*. Pasparta.
- Taylor, E. C., Livingston, L. A., Clutterbuck, R. A., Callan, M. J., & Shah, P. (2023). Psychological strengths and well-being: Strengths use predicts quality of life, well-being and mental health in autism. *Autism*, 27(6), 1826–1839. <https://doi.org/10.1177/13623613221146440>
- Thorová, K., & Šporclová, V. (2012). Poruchy autistického spektra v dospělosti. *Psychiatrie pro praxi*, 13(3), 116–120.
- Thorová, K. (2016). *Poruchy autistického spektra* (Rozšířené a přepracované vydání). Portál.

Thorová, K. (2021, 12. ledna). *Porucha autistického spektra dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 11)*. Národní ústav pro autismus, z.ú. <https://autismport.cz/o-autistickem-spektru/detail/porucha-autistickeho-spektra-dle-mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>

Tsirgiotis, J. M., Young, R. L., & Weber, N. (2022). A Mixed-Methods Investigation of Diagnostician Sex/Gender-Bias and Challenges in Assessing Females for Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(10), 4474–4489. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05300-5>

van 't Hof, M., Tisseur, C., van Berckeleer-Onnes, I., van Nieuwenhuyzen, A., Daniels, A. M., Deen, M., Hoek, H. W., & Ester, W. A. (2021). Age at autism spectrum disorder diagnosis: A systematic review and meta-analysis from 2012 to 2019. *Autism*, 25(4), 862–873. <https://doi.org/10.1177/1362361320971107>

Vine Foggo, R. S., & Webster, A. A. (2017). Understanding the social experiences of adolescent females on the autism spectrum. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 35, 74–85. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2016.11.006>

Waizbard-Bartov, E., Ferrer, E., Heath, B., Andrews, D. S., Rogers, S., Kerns, C. M., Wu Nordahl, C., Solomon, M., & Amaral, D. G. (2024). Changes in the severity of autism symptom domains are related to mental health challenges during middle childhood. *Autism*, 28(5), 1216–1230. <https://doi.org/10.1177/13623613231195108>

Williams, Z. J. (2022). Commentary: The construct validity of ‘camouflaging’ in autism: psychometric considerations and recommendations for future research - reflection on Lai et al. (2020). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(1), 118–121. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13468>

Wilson, J., Brown, C. M., Hayward, S. M., Stokes, M. A., Nicholas, D. B., & Hedley, D. (2024). Autistic adults' experiences seeking and receiving support for mental health and suicidality. *OSF Preprints*. <https://doi.org/10.31219/osf.io/32xqz>

Wilson, R. B., Thompson, A. R., Rowse, G., Smith, R., Dugdale, A. -S., & Freeth, M. (2023). Autistic women’s experiences of self-compassion after receiving their diagnosis in adulthood. *Autism*, 27(5), 1336–1347. <https://doi.org/10.1177/13623613221136752>

Wing, L., Gould, J., & Gillberg, C. (2011). Autism spectrum disorders in the DSM-V: Better or worse than the DSM-IV? *Research in Developmental Disabilities, 32*(2), 768–773. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.11.003>

World Health Organization. (2025). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). <https://icd.who.int/>

Ying, J., Zhang, M. W., Sajith, S. G., Tan, G. M. -Y., & Wei, K. -C., Tamam, L. (Ed.). (2023). Misdiagnosis of Psychosis and Obsessive-Compulsive Disorder in a Young Patient with Autism Spectrum Disorder. *Case Reports in Psychiatry, 2023*, 1–5. <https://doi.org/10.1155/2023/7705913>

Zubáková, M. (2021). Konštituovanie autizmu v prvej polovici 20. storočia – nedocenené osobnosti v histórii porúch autistického spektra. *Speciální pedagogika, 31*(3–4), 187–206.

## **Vyjádření k využití nástrojů umělé inteligence**

Při přípravě této bakalářské práce jsem využila nástroj Microsoft Copilot za účelem vytvoření překladu abstraktu do anglického jazyka na odpovídající akademické úrovni.

## **Seznam příloh**

Příloha 1 – Online dotazník pro předvýběr participantek

Příloha 2 – Úryvky z přepisů rozhovorů

Příloha 3 – Otázky a podotázky pro rozhovory

Příloha 4 – Ukázka první a druhé fáze analýzy dat

Příloha 5 – Ukázka schématu vynořených témat z jednoho rozhovoru

Příloha 6 – Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu