

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

# **Diplomová práce**

Bc. Martin Semrád

**Kompenzační mechanismy jedinců s mírnější formou poruch  
autistického spektra v souvislosti s genderovými  
charakteristikami**

Compensatory mechanisms in individuals with lighter forms of autism  
spectrum disorder in relation to gender characteristics

**Poděkování:**

Velice děkuji Mgr. Veronice Šporclové, Ph.D. za odborné a laskavé vedení. Chci poděkovat také PhDr. Kateřině Thorové, Ph.D. z Národního ústavu pro autismus a MSc. Lauře Hullové, Ph.D. z University College London za jejich podněty k této práci. Dále děkuji všem lidem, kteří se účastnili výzkumu. Můj velký dík patří mým nejbližším za jejich podporu a trpělivost.

*Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

*V Praze dne 2. července 2019*

.....

*Martin Semrád*

**Abstrakt:**

Diplomová práce se zabývá kompenzačními mechanismy používanými lidmi s mírnou formou poruch autistického spektra (zkr. PAS) v sociálních situacích. Kompenzační mechanismy bývají v kontextu PAS označovány také jako kamufláž, protože skrývají projevy autismu. Kamufláž podle výzkumných zjištění může komplikovat diagnostický proces a vést k tomu, že u některých lidí a zejména u žen nebývají PAS rozpoznány. Teoretická část práce se věnuje popisu současného pojetí PAS. Předloženy jsou zde informace o diagnostickém procesu a symptomatice PAS. Jsou zde popsány rozdíly v závažnosti PAS a odlišné projevy autismu u mužů a žen. Poslední kapitola se zabývá problematikou kompenzačních mechanismů a kamufláže u lidí s PAS. V empirické části práce je realizován kvantitativní výzkum, který pomocí překladu dotazníku CAT-Q (*Camouflaging Autistic Traits Questionnaire*) distribuovaného online zjišťoval míru kamufláže u 170 respondentů. Výsledky výzkumu ukázaly vyšší míru kamufláže u skupiny lidí s mírnou formou PAS v porovnání s lidmi bez této diagnózy. Výzkum dále zjistil, že míra kamufláže byla u skupiny žen s PAS vyšší než u mužských probandů. Nalezena byla také pozitivní korelace mezi vyšší mírou kamufláže a vyšším věkem při stanovení diagnózy. Tato zjištění korespondují s hypotézou, že kamufláž může mít vliv na diagnostiku mírných forem PAS, a to zejména u žen.

**Klíčová slova:**

Autismus, poruchy autistického spektra, kamufláž, kompenzační mechanismy.

**Abstrakt:**

This thesis is concerned with compensatory mechanisms used by people with a lighter form of autism spectrum disorder (shortly ASD) in social situations. In terms of ASD, compensatory mechanisms are labeled as camouflage, because they hide symptoms of autism. Camouflage can, according to research results, complicate the diagnostic process and lead to ASD not being recognized, especially in women. The theoretical part of this thesis deals with the description of today's understanding of ASD. It shows information about the diagnostic process and the symptomatics of ASD. It also describes the differences in the severity of ASD and the different symptoms of autism in men and women. The last chapter is concerned with the issue of compensatory mechanisms and camouflage in people with ASD. The empirical part of this thesis includes a quantitative research that explored the level of camouflage in 170 respondents using a translated version of CAT-Q (*Camouflaging Autistic Traits Questionnaire*), that was distributed online. The results show a higher level of camouflage in people with a mild form of ASD, compared to people without ASD. The research also shows that the level of camouflage in people with ASD is higher in female respondents than in male respondents. The research found a positive correlation between the level of camouflage and age when determining the diagnosis. These findings correspond with the hypothesis that camouflage can affect the diagnostics of mild forms of ASD, especially in women.

**Keywords:**

Autism, autism spectrum disorders, camouflage, compensatory mechanisms

## Obsah

Úvod.....	9
TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1. Současné pojetí poruch autistického spektra .....	11
1.1. Vymezení pojmů - autismus a poruchy autistického spektra.....	11
1.2. Příčiny vzniku poruch autistického spektra .....	12
1.3. Diagnostika poruch autistického spektra .....	13
1.4. Charakteristiky poruch autistického spektra .....	17
1.5. Míra závažnosti poruch autistického spektra .....	19
1.6. Sebepojetí a identita lidí s poruchou autistického spektra .....	22
1.7. Prevalence a genderové rozdíly poruch autistického spektra .....	24
2. Kompenzační mechanismy .....	27
2.1. Koncept kompenzačních mechanismů u neurovývojových poruch.....	28
2.2. Kompenzační mechanismy u poruch autistického spektra .....	29
EMPIRICKÁ ČÁST .....	39
3. Výzkumný problém.....	39
3.1. Cíle výzkumu .....	40
3.2. Operacionalizace proměnných.....	40
3.3. Výzkumné otázky a hypotézy .....	40
4. Metodologický rámec .....	41
4.1. Metody získávání dat .....	41
4.2. Sběr dat .....	43
4.3. Etika výzkumu .....	43
4.4. Zpracování a analýza dat.....	43
5. Výzkumný soubor .....	44
6. Výsledky .....	47
6.1. Testování výzkumných hypotéz.....	47
7. Diskuse .....	60

Závěr .....	64
Seznam použité literatury .....	66
Seznam grafů .....	80
Seznam tabulek .....	81
Příloha 1: Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (překlad).....	82

## **Seznam pužitých zkratk**

CAT-Q - Camouflaging Autistic Traits Questionnaire

CARS - Childhood Autism Rating Scale

DSM - Diagnostický statistický manuál duševních nemocí

EMB - Extreme Male Brain theory

FPE - Female Protective Effect theory

MKN - Mezinárodní klasifikace nemocí

PAS - Poruchy autistického spektra



## Úvod

Poruchy autistického spektra jsou vrozené. Způsobují narušení mentálního vývoje zejména v oblasti sociální interakce a chování, komunikace a představitosti, zájmů a hry, ale mohou být doprovázeny také dalšími nespecifickými projevy. Definování poruch autistického spektra je komplikováno komplexní a různorodou povahou jejich projevů. V publikacích, které se věnují problematice autismu, se tak dočteme, že projevy poruch autistického spektra mohou být u každého člověka značně odlišné, což znesnadňuje diagnostický proces, který je založen na posouzení chování v oblastech pro autismus charakteristických. Ve výzkumech zabývajících se různorodými projevy autismu vzbuzují v poslední době stále větší zájem kompenzační mechanismy, které mohou někteří lidé s poruchou autistického spektra používat v sociálních situacích proto, aby dokázali překonávat své vrozené sociální deficity a mohli před ostatními skrývat svá oslabení a svou odlišnost. Používání kompenzačních mechanismů bývá spojováno zejména s odlišnou manifestací mírných forem poruch autistického spektra u žen. Kvůli tomu, že kompenzační mechanismy skrývají projevy autismu, jsou v současném výzkumu nejčastěji označovány jako kamufláž. Tato diplomová práce se věnuje právě problematice kompenzačních mechanismů a kamufláže používané lidmi s mírnou formou poruchy autistického spektra v sociálních situacích. Práce se snaží přispět do diskuse nad otázkou, zda může mít kamufláž vliv na diagnostický proces a vést k tomu, že je autismus u žen diagnostikován v průměru později nebo nemusí být rozpoznán vůbec.

Kapitoly teoretické části práce přibližují současné pojetí poruch autistického spektra. Zabývají se popisem diagnostického procesu. Představují různorodost projevů poruch autistického spektra a rozdíly v jejich závažnosti. Dále jsou popsány výsledky studií zabývajících se sebepojetím a identitou u lidí s autismem. Uvedeny jsou zde také informace o prevalenci poruch autistického spektra a o jejich rozdílném výskytu u mužů a žen. Stručně jsou shrnuty hlavní teoretické koncepce, které se snaží vysvětlit, proč jsou poruchy autistického spektra diagnostikovány častěji u mužů než u žen. Další část je věnována teoriím a výzkumům kompenzačních mechanismů a kamufláže u lidí s poruchou autistického spektra.

Empirická část prezentuje průběh a výsledky výzkumného projektu realizovaného v rámci této diplomové práce. Provedený výzkum zjišťoval míru kamufláže a porovnával ji mezi skupinou lidí s mírnou formou poruchy autistického spektra a kontrolní skupinou tvořenou neurotypickými<sup>1</sup> jedinci. Dále jsem srovnával míru kamufláže mezi skupinou mužů a

---

<sup>1</sup> Výraz neurotypický je označením pro jedince bez nervovýjové poruchy, jejichž psychický vývoj probíhá běžným způsobem (Watkins, 2011).

skupinou žen s mírnou formou poruchy autistického spektra. Nakonec jsem se zaměřil na hledání vztahu mezi mírou kamufláže a věkem stanovení diagnózy. Výzkumná zjištění přispívají k současným poznatkům o tom, zda kamufláž může mít vliv na rozpoznání mírné formy autismu a zda může být příčinou toho, že je autismus u žen s mírnou formou poruchy autistického spektra v průměru diagnostikován méně často a později než u mužů.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Současné pojetí poruch autistického spektra.

Od roku 1943, kdy Leo Kanner publikoval článek s názvem *Autistic Disturbances of Affective Contact* (Autistické narušení afektivního kontaktu), prošlo pojetí autismu jako diagnostické kategorie výrazným vývojem. V současnosti je pro označení autismu používáno slovní spojení poruchy autistického spektra, které lépe zastřešuje kontinuum autistických poruch.

Úvodní kapitola vytváří přehled o současném pojetí poruch autistického spektra. Z praktických důvodů se nevěnuje historickému vývoji definování autismu. Čtenáře, kteří mají zájem o historický kontext definování a vývoje diagnostických kritérií autismu, odkazujeme na publikace *Asperger and his syndrome* (Frith, 1991), *A history of autism* (Feinstein, 2010) a *Poruchy autistického spektra* (Thorová, 2016).

### 1.1. Vymezení pojmů - autismus a poruchy autistického spektra

Proces stanovování definice, terminologie, pojetí a klasifikace autismu stále probíhá a vyvíjí se. Pojem autismus často slouží k označení v minulosti používaných diagnóz (časný infantilní autismus, dětský autismus, Kannerův autismus, vysoce funkční autismus, atypický autismus, pervazivní vývojová porucha blíže nespecifikována, desintegrační porucha v dětství, Aspergerův syndrom).

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, desátá revize (2008), zařazuje autismus do skupiny pervazivních vývojových poruch. Autismus je ve skupině pervazivních vývojových poruch zastoupen diagnostickými kategoriemi dětský autismus, atypický autismus a Aspergerův syndrom. Oproti tomu jedenáctá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (2018) používá pro označení autismu slovní spojení poruchy autistického spektra. Řadí je do kapitoly Neurovývojové poruchy a již nepracuje s dříve užívanými dílčími diagnostickými kategoriemi. Místo toho se zaměřuje na detailnější popis symptomů a zaznamenává případné přidružené poruchy intelektu nebo poškození funkčního jazyka. Také páté vydání Diagnostického statistického manuálu (2013) veškeré dříve užívané diagnostické kategorie autismu<sup>2</sup> řadí do skupiny neurovývojových poruch. Již také nepoužívá

---

<sup>2</sup> Časný infantilní autismus, dětský autismus, Kannerův autismus, vysoce funkční autismus, atypický autismus, pervazivní vývojová porucha blíže nespecifikována, desintegrační porucha v dětství, Aspergerův syndrom.

jednotlivé nozologické jednotky autismu, místo toho je zastřešuje a nahrazuje slovním spojením poruchy autistického spektra (zkr. PAS).

V této práci budou termíny poruchy autistického spektra a autismus používány jako synonyma označující celé spektrum autistických poruch a budou tedy významově zastřešovat všechny jednotlivé diagnostické kategorie autismu.

Neapanuje také shoda v tom, jak nazývat osoby, u nichž byl autismus diagnostikován. Můžeme se setkat s označením „lidé s autismem“, „lidé s poruchou autistického spektra“, „lidé na spektru“. Jiní preferují, aby byl používán výraz „autisté“. V angličtině je v současnosti používáno také slovní spojení *people with/on autism spectrum conditions*, kde je pojem *disorder* (česky porucha) nahrazen slovem *conditions*, jehož význam je však do češtiny obtížně přeložitelný (česky stav/podmínky/potíže, ovlivňující způsob, jakým lidé žijí). V této práci bude pro označení lidí, u nichž byl autismus identifikován, používán termín *lidé s poruchou autistického spektra* nebo termín *lidé s autismem*, jelikož velká většina literatury a článků, z nichž tato práce vychází, používá právě tato slovní spojení.

## **1.2. Příčiny vzniku poruch autistického spektra**

Za příčinu vzniku PAS jsou považovány zejména genetické faktory (Yirmiya & Charman, 2010), konkrétní geny však dosavadní výzkum neodhalil. Současné odhady naznačují, že citlivost na vznik autismu by mohla souviset s variabilitou až tisíce různých genů (SFARI gene, 2019). Odhady vlivu dědičnosti na PAS jsou vyčísleny na 0,5 - 0,9 %. Odhadováno je také, že alespoň jeden gen z každého chromozomu (konkrétně 881 genů) je zapojený do vzniku PAS (Butler et al., 2015).

V souvislosti s etiologií PAS je zkoumán vliv mnoha faktorů, například vyšší věk rodičů (Kong et al., 2012), psychiatrické onemocnění matky a gestační zralost dítěte (Phillips, 2013), nebo rizikové faktory působící v průběhu těhotenství - například infekční onemocnění prodělané v prenatálním období (Atladottir et al., 2010). Signifikantní výsledky přineslo zkoumání souvislosti mezi vznikem PAS a vystavením organofosfátovým pesticidům v perinatálním období (Shelton et al., 2014) a užívání antiepileptických léků v prenatálním období (Bromley et al., 2013). Můžeme uvést také výzkumně prokázanou souvislost mezi zvýšeným rizikem výskytu autismu a užíváním thalidomidu (Strömmland et al., 1994), valproátových preparátů (Christensen et al., 2013) a antidepresiv (Croen, 2011; Rai et al., 2013) v průběhu těhotenství. Výzkumy také naznačují možnou souvislost mezi dysfunkcí

imunitního systému na straně matky nebo dítěte a rizikem vzniku PAS (Braunschweig et al. 2007; Singer et al. 2009; Mead & Ashwood, 2015; Croen et al., 2005).

Diskuse o tom, jaké konkrétní kauzální faktory, ať už interní nebo působící z vnějšího prostředí, odpovídají za vznik PAS, nás v současnosti dovedla k závěru, že je nezbytné zkoumat etiologii autismu komplexně. Je podstatné snažit se tak odhalit rozmanité příčiny a jejich pravděpodobné působení na potenciální vznik PAS u jednotlivce (Tordjman et al., 2014). Naopak bychom se měli vyvarovat označování jediného “viníka“ nebo příčiny způsobující autismus. V tomto kontextu se můžeme poučit z minulosti, kdy byly pod vlivem psychoanalytické teorie mylně považovány za příčinu vzniku autismu matky, které údajně nedávaly svým dětem pocítit citově vřelý a láskyplný vztah (Roth & Barson 2010). Tato teorie byla opakovaně vyvrácena. Přesto se bohužel dodnes můžeme setkat s tímto mylným tvrzením u malé skupiny laické i odborné veřejnosti (Šporclová, 2018).

### **1.3. Diagnostika poruch autistického spektra**

PAS patří mezi behaviorální syndromy (Lai et al., 2011). Je tomu tak, protože v současnosti nevíme, jaké konkrétní environmentální, genetické a epigenetické mechanismy stojí za vznikem autismu a nedisponujeme testem biologického charakteru, který by jej mohl potvrdit nebo vyvrátit (Ferri, Abel & Brodtkin., 2018; Loth et al., 2016). Autismus je proto diagnostikován na základě pozorovatelných projevů chování (American Psychiatric Association, 2013).

Diagnostika PAS je důkladným průzkumem chování. Při diagnostickém procesu je pozornost věnována zejména oblastem, které jsou s autismem typicky spojené (viz. kapitola 1.4.). Jde v první řadě o zjištění výskytu nápadností v sociální interakci např. žádný nebo omezený oční kontakt, nepružná mimika a gestikulace, nepochopení kontextu situace, nápadně pasivní nebo formální jednání, nerespektování sociálních norem. Dále o nápadnosti ve vztazích např. malý zájem o komunikaci a kontakt s lidmi, nepochopení myšlenek a pocitů druhých lidí. Zkoumány jsou také nestandardní reakce na podněty a stereotypní projevy např. rituály, stereotypie, zvyky, omezené zájmy a také výskyt maladaptivního chování např. nepružné myšlení, afekty, vzdor, pasivita, negativismus, agresivita (Thorová, 2016).

Při diagnostickém procesu, ve kterém pozorujeme chování člověka s podezřením na PAS, je potřeba mít na paměti, že jeho projev vychází z vnímání, chápání a prožívání, které může být v různé míře odlišné od běžné společenské normy. *“Je důležité si uvědomit, že to, co pozorujeme, je jen chování, což je pouhá špička ledovce. Myšlenky a prožívání dítěte nám*

*zůstávají skryty někdy i dost hluboko pod hladinou. Abychom lidem s PAS lépe porozuměli a v případě problémového chování nabídli účinnou terapii, musíme se vždy snažit proniknout pod hladinu.“ (Šporclová, 2018, str. 29).*

Tím, kdo si první povšimne neobvyklého vývoje či projevu dítěte nebo dospělého s PAS, jsou obvykle blízcí lidé (rodina, přátelé, partneři), pedagogičtí pracovníci nebo lékaři (např. pediatr, neurolog). Následuje kratší či delší cesta k vyslovení podezření na některou z poruch autistického spektra. Potvrzení nebo vyvrácení tohoto podezření náleží do odborné kompetence psychologů a psychiatrů. Vhodná je při procesu stanovení diagnózy spolupráce odborníků. Pediatr – doporučení dalších lékařských nebo specializovaných vyšetření, psycholog – diagnostika syndromu, symptomů a vývojová diagnostika, psychiatr – potvrzení diagnózy, diagnostika syndromu, doporučení dalších lékařských nebo specializovaných vyšetření, případně farmakoterapie, neurolog – diagnostika neurogenetických syndromů, topický neurologický nález, vyšetření epileptiformní aktivity (Matson, 2016).

Pro diagnostický proces je klíčové včasné vyhodnocování chování dětí s podezřením na PAS. Zejména u dětí s mírnější formou autismu (viz. kapitola 1.5.) je pro odhalení poruchy a minimalizování jejích negativních dopadů potřeba ideálně analyzovat projev dítěte již v prvních letech života. Dále je vhodné diagnostické vyšetření vývoje projevů poruchy opakovat okolo pěti let, po nástupu do školy a v průběhu dospívání. Již mezi 15. a 18. měsícem je možné stanovit předběžnou diagnózu a zahájit ranou intervenci. V případě typického průběhu poruchy lze diagnózu dětský autismus stanovit ve dvou letech. Nejvhodnější se pro kontrolní a diferenciální diagnostiku jeví období mezi 4. a 5. rokem, kdy jsou projevy poruchy obvykle nejznatelnější. Včasné zahájeným diagnostickým procesem se snižuje riziko falešně negativní diagnózy. Diagnostický proces, který je zahájen v pozdějším věku, je komplikován tím, že raný vývoj dítěte, který je pro určení diagnózy zásadní, může být pozorován pouze zprostředkovaně a retrospektivně z výpovědi rodičů nebo jiných pečujících osob a některé zásadní informace mohou v důsledku toho diagnostikovi uniknout. Při diagnostickém procesu je třeba mít na paměti to, že se klinický obraz PAS mění s věkem. To znamená, že se porucha v různých věkových obdobích projevuje rozdílně. Proto je potřeba symptomy autismu a celkový projev člověka srovnávat s jeho věkovou normou (Thorová 2016). První příznaky PAS se obvykle objevují již v raném dětství a jsou nejčastěji rozpoznány v průběhu druhého roku. Děti neprojevují zájem o sociální podněty, patrné bývá opoždění ve vývoji řeči. V některých případech dochází ke stagnaci vývoje nebo se objevuje regres manifestující se ztrátou řečových dovedností nebo vymizením dříve používaného

sociálního chování. Zachycení těchto příznaků je pro určení diagnózy klíčové (American Psychiatric Association, 2013).

Do diagnostického procesu by mělo být různými způsoby postupně zapojeno větší množství lidí (rodina, partner, pedagog, asistent pedagoga, psychoterapeut, psycholog, psychiatr), aby bylo možné získat přístup k co možná nejobsáhlejšímu množství informací z různých prostředí, ve kterých se člověk s podezřením na PAS pohybuje. Zároveň mohou být pro vyloučení jiných možných diagnóz a somatických poškození využívána lékařská vyšetření (např. genetické, neurologické, foniatické, metabolické atd.), ale také speciálně-pedagogické a logopedické vyšetření (Thorová, 2016). Diagnóza PAS je člověku stanovena ve chvíli, kdy je v různých oblastech jeho chování zaznamenáno dostatečné<sup>3</sup> množství pro autismus specifických symptomů (jinými slovy, pro určení diagnózy PAS nepostačuje pouze několik dílčích atypických projevů). Na druhou stranu pro určení diagnózy PAS není žádný konkrétní symptom, jehož absence v projevu člověka by autismus vylučovala (převládá mylný mýtus, že dítě nemůže mít autismus, pokud udržuje oční kontakt nebo má zájem o fyzický kontakt). V diagnostickém procesu by mělo vždy jít o odborné posouzení celkového obrazu symptomů a projevů člověka jako takového (First, 2013). Autismus je neoddelitelnou součástí člověka, prostupuje a přímo nebo zprostředkovaně ovlivňuje všechny složky a funkce člověka, jeho vnímání, prožívání, sebepojetí, osobnost a její složky, temperament, zájmy atd. Může být zdrojem deficitů a potíží, stejně jako kvalit a nadání.

Proces určení diagnózy se obvykle skládá z několika fází. Po fázi podezření, že se dítě neprojevuje nebo nevyvíjí obvyklým způsobem, následuje fáze zapojení lékařů nebo poradenských pracovníků. V této fázi je vhodné využít screeningové metody, které slouží k prvotnímu posouzení rizika výskytu poruchy. Jde o dotazníky pro rodiče nebo jiné pečující osoby, které mapují výskyt autistických projevů v běžném životě. Uvedme pro příklad M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers; Robins et al. 2001), ESAT (Early Screening of Autistic Traits; Swinkels et al., 2006). V případě pozitivního výsledku (riziko poruchy je potvrzeno, nebo je výsledek hraniční) by další fází mělo být odborné vyšetření u psychiatra, klinického psychologa nebo ve specializovaném diagnostickém zařízení. Samotné diagnostické vyšetření je složeno z několika kroků. Prvního setkání se člověk s podezřením na PAS obvykle neúčastní. Přicházejí pouze rodiče člověka s podezřením na PAS. Pokud nejsou k dispozici, přicházejí prarodiče, partner nebo jiná blízká osoba. Cílem úvodního setkání je

---

<sup>3</sup> Diagnostické rozhodnutí se řídí buďto diagnostickými kritérii mezinárodní klasifikace nemocí (vydávanými Světovou zdravotnickou organizací), nebo diagnostickým statistickým manuálem duševních poruch (vydáváním Americkou psychiatrickou asociací).

vytvoření co nejkomplesnější anamnézy a důkladné zmapování současné situace. Využívány jsou zprávy z předchozích lékařských a psychologických vyšetření. Vyžadovány jsou také zprávy od učitelů, které popisují fungování člověka s podezřením na PAS v pedagogických zařízeních (školky, školy atd.). Užitečné mohou být také artefakty a díla (nejčastěji kresby) vytvořené člověkem s podezřením na PAS. S rodiči (případně s jinými blízkými osobami) je podrobně mapován vývoj člověka s podezřením na PAS a dále jeho projev a fungování v každodenním životě. Na konci úvodního setkání by tak měly být kromě jiného zjištěny všechny problémové a nápadné oblasti z minulosti a současnosti, kterých si okolí u člověka s podezřením na PAS všimá. Druhé setkání začíná obvykle rozhovorem mezi rodiči dítěte s podezřením na PAS a diagnostikem (pokud se podezření na PAS týká dítě). Dítě je přítomno a jeho projev je pozorován během volné činnosti. Všimáme si zejména hry a interakce. Diagnostický proces pokračuje řízenou prací. Zadávány jsou také dílčí části vývojových škál a u zdatných dětí i celé standardizované diagnostické metody (Matson, 2016). Jako zlatý standard jsou pro diagnostiku PAS užívány metody ADI-R (ang. Autism Diagnostic Interview – Revised; Rutter, Le Couteur & Lord, 2003) a ADOS (Diagnostika a hodnocení poruchy autistického spektra; Lord et al., 2000)<sup>4</sup>.

Během diagnostického vyšetření je pozorována úroveň aktivity, schopnost spolupráce při řízené činnosti, kvalita pracovního chování. Sledováno je sociální chování, reciprocita v kontaktu, schopnosti napodobování a emoční reaktivita. Pozorovány jsou také řečové schopnosti (produkce a porozumění, slovní zásoba) a nonverbální schopnosti (oční kontakt, mimika, gestika, posturika), jemná a hrubá motorika, grafomotorika, koordinace pohybů, kvalita zrakového a sluchového vnímání. Dále je vyšetřováno analyticko-logické a kvantitativní myšlení, početní schopnosti. Jedná-li se o diagnostiku dospělého člověka s podezřením na PAS, je zpravidla dobré zapojit do diagnostického procesu rodiče nebo blízké lidi tohoto člověka. Jsou totiž důležitým zdrojem anamnestických informací. Situace je komplikovaná o časový odstup, informace týkající se dětského vývoje mohou být zapomenuty, nebo jsou zkreslené. Dospělý sám (případně jeho partner nebo jiná blízká osoba) pak mluví o svém životě, popisuje dětství a dospívání, mluví o svém fungování a problematických oblastech. Diagnostický závěr se ideálně opírá o anamnestické údaje, o subjektivní výpověď vyšetřovaného, o výpověď jiné blízké osoby a o výsledky klinického

---

<sup>4</sup> ADI-R umožňuje diagnostikovi, na základě informací získaných pomocí strukturovaného rozhovoru s pečující osobou, zmapovat současné a minulé specifické projevy dítěte s podezřením na PAS. Také metoda ADOS umožňuje posouzení autistických symptomů pomocí semistrukturovaného rozhovoru a standardizovaných úloh.



vyšetření. Na závěr jsou diskutována diagnostická shrnutí a předána doporučení (Thorová, 2016)

Cílem diagnostického procesu by nemělo být pouze určení diagnózy, ale zejména předání následných doporučení, která člověku a lidem kolem něj pomohou zlepšovat kvalitu života. Předány by měly být také informace, reference a odkazy na různé možnosti využívání dalších podpůrných terapeutických a sociálních služeb (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

#### **1.4. Charakteristiky poruch autistického spektra**

Autismus je vrozená, celoživotně působící, pervazivní, nervovývojová porucha mentálního vyzrání, typicky postihující oblasti sociální interakce a chování, komunikace, představitosti, zájmů a hry (Matson, 2016).

Základními rysy PAS jsou přetrvávající deficity v reciproční sociální interakci a v sociální komunikaci. Deficity v sociálně reciproční interakci postihují například schopnost nebo zájem o interakci s ostatními, schopnost napodobování chování, sdílení vlastních myšlenek, citů a prožitků. Narušení se může projevovat v neadekvátních reakcích nebo v nepochopení komplexních sociálních situací. Jedinci s PAS mohou v sociálních situacích prožívat úzkost či vydávat velké úsilí na pochopení toho, čemu ostatní lidé rozumí přirozeně. Deficity se vyskytují také v porozumění, navazování a udržování vztahů. Projevují se v různé míře - od naprostého nezájmu o sociální kontakt a lidi, přes pasivitu a odměřenost v sociálních situacích, potíže v navazování přátelství a nedostatečnou schopnost přizpůsobit chování různým sociálním kontextům, až po touhu o navázání přátelských vztahů bez reálné představy o tom, co přátelství obnáší. Sociální zájmy a vztahy mohou být redukovány, atypické nebo mohou zcela chybět. V dětském věku se obvykle neobjevuje sociální a fantazijní nebo napodobivá hra. Raným příznakem PAS je také narušení v oblasti sdílené pozornosti projevující se tím, že jedinec neukazuje a nesleduje to, na co ukazují ostatní, nepředvádí se nebo nereaguje na oslovení (American Psychiatric Association, 2013).

Porucha vede u lidí s autismem k vnímání, uvažování, prožívání, porozumění a chování, které se méně či více nápadně odlišuje od většinové neurotypické populace a působí komplikace při vzájemné interakci a pochopení mezi člověkem s PAS a jinými lidmi, skupinami lidí nebo společností jako celkem (Šporclová, 2018). Lidé s PAS totiž tvoří menšinovou neurodiverzní skupinu populace, která má svá specifika a v důsledku toho i odlišné potřeby. Vrozený sociální intelekt je u lidí s PAS oproti jejich mentálním schopnostem typicky deficitní. Pro mnohé lidi s PAS bývá chování ostatních lidí a průběh sociálních situací v důsledku tohoto

deficitu nečitelný, vzbuzuje u nich například nejistotu nebo zmatek, který ovlivňuje sociální sféru jejich života (Thorová, 2016). Sociální dovednosti a schopnost sociální adaptace se u lidí s PAS neformují přirozeným způsobem. Úroveň socializace lidí s PAS se odvíjí od stupně zformování jejich jednotlivých sociálních dovedností. Sociální dovednosti jsou formovány skrze proces socializace. Vrozené nedostatky v sociálních dovednostech komplikují nebo znemožňují přirozený proces socializace. Vzniká tak začarovaný kruh, který u lidí s PAS může vést k sociální izolaci (Khaustov, 2016). To ale neznamená, že by lidé s PAS zpravidla neměli zájem o interpersonální kontakt a sociální vztahy. *“Ze zkušenosti víme, že většina dětí s PAS o sociální kontakt stojí. Za zdánlivou netečností a odtazitostí dítěte se skrývá nejistota a neschopnost dítěte kontakt přiměřeně navázat. Problémy v komunikaci a z ní vyplývající nepředvídatelnost dalšího dění vyvolávají v dítěti celkem logicky úzkost a pocit chaosu a znásobují deficit v oblasti sociálního chování.”* (Thorová, 2016, str. 79).

Deficity u lidí s PAS se objevují také v nonverbální a verbální sociální komunikaci. Manifestují se například v tělesných postojích, v intonaci, v navazování očního kontaktu, v užívání gest a v používání mimických výrazů. Je možné, že tyto přirozené nonverbální projevy zcela chybí, jsou nedostatečně vyjádřené, nekonzistentní, nekoordinované nebo atypické. Stejně tak může být narušeno porozumění neverbálním projevům a komunikaci ostatních. Deficity ve verbální komunikaci mohou být velmi různorodé a odvíjejí se od míry narušení ve formální stránce řeči a od intelektové úrovně jedince. Projevují se například v opoždění vývoje řeči, v užívání echolálií, ve strojeném projevu, ve špatném porozumění nebo v doslovném chápání a používání řeči. Sociálně reciproční komunikace je v různé míře narušena i v případě, že je formální stránka verbálních schopností dobře rozvinuta. Jedinec řeč využívá spíše k dotazování nebo k označování. Řeč bývá jednostranná, není reciproční, postrádá sociálně emoční charakter, tzn. neslouží ke konverzaci nebo k sdílení pocitů. Taktéž se objevuje sociální naivita, obtíže s porozuměním ironii, lži. PAS se v některých případech projevuje omezeným nebo opakujícím se chováním, zájmy nebo činnostmi. U lidí s PAS se často objevují stereotypní, opakující se motorické pohyby (chození po špičkách, třepání rukama, roztáčení se, zaujímání a setrvávání v neobvyklých pozicích) či manipulace s předměty (např. rovnání a roztáčení předmětů). Objevují se ritualizované vzorce chování, lpění na určitých postupech. Nápadné může být rozrušení v reakci na banální změny. PAS se může manifestovat také rigiditou v různých oblastech, například v myšlení, v přizpůsobení se změnám (např. potíže se změnou známé trasy, změnou jídelníčku). Zájmy bývají neobvyklé, omezené a jejich intenzita je velmi výrazná. PAS se může pojit se zvýšenou nebo sníženou reaktivitou na některé senzorycké podněty (například termické, zrakové, haptické - včetně

bolesti, sluchové, čichové a chuťové), které mohou vést k neobvyklým reakcím nebo k atypickým smyslovým zájmům (např. pozorování světla, ohmatávání a očíhávání předmětů). Tyto výše uvedené příznaky se objevují již v dětství a narušují nebo omezují každodenní fungování. Věk, ve kterém začne být narušení patrné, se však může lišit v závislosti na podmínkách prostředí, na intervencích a podpoře, které se jedinci dostává. Narušení může být dále maskováno díky kompenzacím (viz. kapitola 2.2.) a osobním charakteristikám jedince. Tíže symptomů a celkový obraz PAS může být značně rozmanitý (American Psychiatric Association, 2013). „*Symptomy (PAS) se kombinují v nesčetných variantách, a tak prakticky nenajdeme dvě děti se stejnými projevy.*“ (Thorová, 2016, str. 29). PAS se mohou u člověka vyskytovat současně s jinými poruchami (např. s poruchami řeči, aktivity, soustředění a učení, s intelektuální oslabením, s epilepsií, se schizofrenií atd.). Symptomy autismu se navíc u každého člověka mohou projevovat jinak. Stejně tak četnost výskytu a míra nestandardního nebo neobvyklého chování může být velmi různorodá. Proto lidé s PAS mohou na první pohled působit jako velmi nesourodá skupina, ve které se vyskytují například jedinci s mentálním oslabením a podprůměrným, průměrným nebo nadprůměrným intelektem (Charman et al., 2011). Ve stejném smyslu můžeme hovořit o oblasti jazykových dovedností, nadání, zájmů, potřeb sociálního kontaktu apod. Obraz každého člověka s PAS tak může být velmi individuální.

### **1.5. Míra závažnosti poruch autistické spektra**

V předchozí podkapitole byla popsána heterogenost symptomů autismu. Nastíněna byla také možná rozdílnost v závažnosti dílčích projevů symptomů PAS a jejich vlivu na fungování člověka v každodenním životě. Právě tato různorodost vedla odborníky k rozlišování různých forem autismu dle míry jejich závažnosti. DSM 5 rozlišuje závažnost projevů PAS dle potřebného množství podpory, které je některým lidem s autismem nutné v běžném životě poskytovat. Lidé s PAS mohou být rozčleněni podle toho, kolik potřebují podpory do třech stupňů. Stupeň 1) vyžadující podporu, stupeň 2) vyžadující značnou podporu, stupeň 3) vyžadující velmi výraznou podporu.

Jedincům vyžadujícím první stupeň podpory, způsobuje deficit v sociální komunikaci zřetelné potíže. Navazování sociálních interakcí je pro ně obtížné. Na pokusy o sblížení ze strany ostatních reagují atypicky nebo neúspěšně. Zájem o sociální vztahy se zdá snížený. Funkčnost v jedné nebo ve více oblastech je narušena nepřizpůsobivým chováním. Objevují se obtíže při změně aktivity. Jejich samostatnosti brání problémy s plánováním a organizováním.

U lidí, kteří spadají do druhého stupně (vyžadují značnou podporu), je verbální a neverbální deficit výrazný, narušení v sociální oblasti je zjevné a navazování sociálních vztahů je omezené. Při pokusech o sblížení ze strany ostatních reagují tyto jedinci málo nebo abnormálně. Nepřizpůsobivé, omezené nebo repetitivní chování narušuje mnoho oblastí psychických funkcí a je tak časté, že si jej povšimne náhodný pozorovatel. Zaměření pozornosti jinam a změna činnosti je spojena s prožitkem nepohody.

Lidé na třetím stupni, kteří vyžadují velmi výraznou podporu, mají závažně narušenou oblast sociální komunikace a závažné deficity ve verbální a neverbální komunikaci. Projevují minimální odpověď na pokusy ostatních lidí o sociální sblížení se. Dále mají extrémní potíže s přizpůsobením se změnám nebo jsou jejich psychické funkce významně ovlivněny ve všech oblastech omezeným nebo repetitivním chováním. Změny činností a zaměření pozornosti jinam je doprovázeno značnými obtížemi nebo je spojeno s prožitky velké nepohody.

Občas se můžeme setkat s rozlišením formy autismu podle míry adaptability (míra přizpůsobení se běžnému životu) na nízko-středně-vysokofunkční. U lidí s autismem je adaptabilita ovlivněna mnoha faktory, například úrovní inteligence, komunikace, emoční reaktivity. Je důležité říci, že se úroveň adaptability v průběhu vývoje může měnit. Nízká úroveň adaptability je spojena s hlubokou mentální retardací, výrazným problémovým chováním, výraznou nepřiměřeností sociálního kontaktu, dále s neschopností vyjadřovat se a rozumět mluvené řeči. Oproti tomu vysoká úroveň adaptability je spojena s průměrným nebo nadprůměrným intelektem a s funkční komunikací. Také problémové chování v tomto případě není v popředí a sociální chování je pouze mírně dezinhibované (Thorová, 2016). Funkčnost souvisí s tíží sociálně-komunikačního deficitu, s přiměřeností emoční reaktivity a s mírou výskytu stereotypního, ritualizovaného nebo problémového chování (Thorová & Šporclová, 2012). Nízkofunkční autismus bývá často spojován s mentálním postižením nebo s dalšími hendikepy, jedinci s touto formou autismu nemluví či řeč neužívají funkčně a stále potřebují rozsáhlou míru podpory. Vysokofunkční autismus nezahrnuje inteligenční deficit, naopak se může pojít s nadprůměrnou inteligencí. Jedinci s vysokofunkční formou autismu jsou samostatní v řadě oblastí (Geisler, 2016). Vysokofunkční autismus někdy bývá zaměňován s Aspergerovým syndromem. K záměně mezi vysokofunkčním autismem a Aspergerovým syndromem dochází nejspíše kvůli tomu, že obě kategorie mají několik věcí společných. Hlavním společným znakem je absence inteligenčního deficitu, tzn. intelekt je u obou diagnostických kategorií v pásmu průměru nebo nadprůměru. Vysokofunkční autismus se od období školního věku projevuje stejným způsobem jako Aspergerův syndrom. Jedinci z obou

kategorií mohou mít podobné projevy ve všech oblastech symptomů spojených s PAS (např. v oblasti obtíží v motorické koordinaci, v emočním řízení, v senzorycké citlivosti, v sociální interakci, v navazování a udržování sociálních vztahů). Rozdíl mezi vysokofunkčním autismem a Aspergerovým syndromem spočívá v projevech poruchy v raném dětství. Aspergerův syndrom se vylučuje s výraznějším opožděním v oblasti vývoje jazyka a řeči, zatímco vysokofunkční autismus se v raném a předškolním věku může pojit s výraznějším deficitem ve vývoji řeči, který však během vývoje ustupuje (Ozonoff, Dawson & McPartland, 2002). Odborná veřejnost diskutovala o nozologické platnosti těchto dvou subtypů autismu. Nebylo jasné, zda představují různé poruchy nebo jsou variantami poruchy jedné. Odborníci se proto zaměřili na hledání rozdílů v projevech a schopnostech vysokofunkčního autismu a Aspergerova syndromu. Výsledky ukázaly, že obě skupiny se významně lišily ve schopnosti porozumění a expresivních jazykových dovednostech. Autoři však konstatují, že tyto rozdíly byly způsobeny především výběrovými a definičními kritérii skupin. Nebyly zjištěny významné rozdíly v neverbálním kognitivním výkonu, motorickém výkonu a úrovni psychosociální adaptace. Tyto výsledky podporují tvrzení, že vysokofunkční autismus a Aspergerův syndrom mohou být považovány za jednu skupinu na kontinuu poruch autistického spektra (Noterdaeme, Wriedt & Höhne, 2010). Od dělení autismu dle „funkčnosti“, se v současnosti ustupuje z důvodů nejednoznačnému vymezení a definování, neexistuje konkrétní metodika, která by jednoznačně definovala jednotlivé stupně funkčnosti (Thorová, 2016). Přesto se tyto kategorie (nízkofunkční, středněfunkční, vysokofunkční autismus) i nadále objevují v odborné literatuře a výzkumech, ale také v závěrech některých diagnostických zpráv.

Můžeme se také setkat s rozlišováním závažnosti PAS v závislosti na tíži symptomatiky na 1) těžkou symptomatiku, 2) středně těžkou symptomatiku, 3) lehkou symptomatiku, 4) hraniční symptomatiku, 5) výrazné osobnostní rysy, či 6) chování v populaci běžné. Tíži symptomatiky lze posuzovat pomocí různých dotazníkových škál (např. Childhood Autism Rating Scale, zkr. CARS), které odrážejí, jak hluboké je narušení v jednotlivých oblastech (např. konzistence intelektuálních reakcí, přizpůsobení se změnám, verbální a neverbální komunikace, imitace, emocionální reakce, vizuální reakce, odezva na slyšené, používání předmětů).

Zmíněné kategorizace vycházejí z různé závažnosti symptomů autismu a reflektují heterogenitu v populaci lidí s autismem. Jak lze vidět, můžeme v různých výše uvedených kontextech mluvit o těžké nebo mírné formě PAS. U lidí s mírnější formou autismu se

uvažuje spíše o deficitu nebo odlišnosti v sociálně-komunikační oblasti, která zapadá do širšího rámce normy chování, než o poruše v pravém smyslu slova (Thorová, 2016). Tato kategorizace je pro výzkum této práce klíčová, protože se výzkum věnuje právě lidem s mírnou formou autismu.

## **1.6. Sebepojetí a identita lidí s poruchou autistického spektra**

Autismus jako pervazivní (pronikající do různých oblastí lidského fungování) vývojová porucha ovlivňuje také proces vytváření vlastního sebepojetí lidí s PAS. Sebepojetí je pojem vycházející z teorií sociální psychologie, protože vyjadřuje postoje a očekávání jedince vůči sobě samému, které jsou však vytvářeny na základě sociálních interakcí, sociálního srovnávání a zpětné vazby (Výrost & Slaměník, 2008). Smékal (2012) definuje sebepojetí „*jako organizaci vlastností, kterou jedinec připisuje sobě samému.*“. Sebepojetí je dle něj formováno vlastním chováním a tím, jak si člověk myslí, že je vnímán druhými lidmi.

Na základě mnoha výzkumných poznatků existuje shoda v tom, že u osob s PAS dochází k narušení vlastního sebepojetí (Huang et al., 2017). Současné poznatky nasvědčují tomu, že jedinci s PAS mají narušenou schopnost sebepojetí spíše selektivně než globálně (Zahavi, 2010). Předpokládá se, že odlišnost v sebepojetí se u jedinců s PAS nachází spíše ve specifické oblasti kognitivního fungování, než že by šlo o narušení vnímání sebe sama jako celku.

Vermeulen (2000) ve své knize uvádí, že rozdíl mezi autistickým a neutistickým sebepojetím nespočívá v jeho rozsahu, ale v hloubce. Sebepojetí lidí s PAS je z hlediska zapamatování si zkušeností a faktů neporušené. Sebepojetí je přirozeným výsledkem myšlenkových pochodů. Autistický způsob myšlení (objektivní, absolutní, zaměřené na detail) vede jedince s PAS k uvažování o sobě samých v příliš abstraktní nebo naopak konkrétní rovině, která nezohledňuje širší situační nebo sociální kontext. Autor dále uvádí, že sebepojetí je u lidí s PAS méně ukotveno v pocitové, osobní a sociální sféře. Objevuje se tak sklon vidět sám sebe černobíle. V závislosti na okolnostech může jedinec s PAS dospět k velmi negativnímu sebepojetí (nevěřit si, shazovat se, vnímat se jako méněcenný) nebo se může začít přeceňovat (být slepý vůči vlastním slabinám a problematickým projevům).

Ukazuje se, že jedinci s PAS mají oproti neurotypické populaci sníženou schopnost percepce sebe sama v sociálně emocionální perspektivě (Farley, López & Saunders, 2010). Výzkum zabývající se sebehodnocením zaznamenal, že u dětí a dospívajících s autismem zcela chybí výpovědi o tom, že jsou součástí nějakého společenství a že se nezmiňují o svých

kamarádských vztazích (Lee & Hobson, 2003). Výzkumníci dospěli také k závěru, že jedincům s PAS činí potíže porozumět vlastním duševním stavům (Scheeren et al., 2010), že mají sklon přehlížet nebo popírat vlastní deficity v sociálních schopnostech a hodnotit vlastní sociální schopnosti pozitivněji než jejich rodiče nebo učitelé (Barnhill et al., 2010). Další výzkum odhalil, že sebepojetí je u některých jedinců s PAS srovnatelné se sebepojetím u neurotypických jedinců. Jako možné vysvětlení těchto pozorování uvedli autoři možnost, že jsou někteří jedinci s PAS svým úsilím (záměrným zvyšováním senzitivity k sobě, užíváním sémantického uvažování a vzděláváním se) schopni překonat vrozené deficity (Jackson, Skirrow & Hare, 2012). Současně se ukazuje, že to, jakým způsobem je sebepojetí lidí s PAS ovlivněno, souvisí s mírou závažnosti narušení jejich kognitivních funkcí. Výsledky výzkumů totiž svědčí o tom, že jedinci s mírnější formou PAS, kteří mají vyšší inteligenci, si více uvědomují své deficity a odlišnost v sociálním fungování. A to i přesto, že jsou jejich sociální kompetence (např. porozumění vlastním a cizím emocím) více rozvinuté oproti jedincům s PAS s nižší inteligencí (Vickerstaff et al., 2007; Capps, Sigman & Yirmiya, 1995). Zájem o sociální interakce během dospívání a dospělosti u jedinců s PAS často vzrůstá (McGovern & Sigman, 2005). Současně se s postupujícím věkem zvyšují nároky na sociální kompetence (Rosenthal et al., 2013). Oslabené sociální dovednosti a jejich důsledky v podobě sociálního odmítání, vyloučení nebo šikany mohou u lidí s PAS vést k pocitu sociální izolovanosti a k nízké úrovni sebeúcty a vnímané vlastní hodnoty (Howlin, 2016; Krasny, Williams, Provencal & Ozonoff 2003; McCauley et al., 2019). Právě toto může být příčinou toho, že u jedinců s mírnou formou autismu dochází k častějšímu rozvoji emocionálního distresu, depresivních symptomů a úzkosti (Bauminger, Shulman & Agam, 2004; Gillott, Furniss & Walter, 2016; Mazurek & Kanne, 2010).

Se sebepojetím blízce souvisí pojem osobní identita, o které Smékal (2012) píše, že *„je dána tím, jak je osobnost sžita se svým tělem a jak je zabydlena v sociálních vztazích, do nichž je včleněna.“* Psychofyzilogický aspekt identity zahrnuje přijetí svého pohlaví a věku. V kontextu PAS je v této souvislosti zkoumán výskyt genderové dysforie a genderové identity u lidí s PAS (Miesen, Vries, Steensma & Hartman, 2018; Walsh, Krabbendam, Dewinter & Begeer, 2018). Vzhledem k tématu této práce se zde se zaměříme na sociální aspekt osobní identity. Jedním ze sociálních faktorů, kterému je věnována pozornost v souvislosti s identitou u lidí s PAS, je akceptace autismu. Akceptace autismu je zkoumána na dvou rovinách. První rovinou je interní akceptace autismu jako součásti vlastní osobní identity. Druhou rovinu tvoří přijetí, kterého se dostává jedinci s autismem od sociálního okolí. Výzkum ukázal, že ti jedinci, kteří přijímají autismus jako součást vlastní identity, vykazují méně depresivních

symptomů a mají větší sebevědomí (Cooper, Smith & Russell, 2017). Autoři tohoto výzkumu předpokládají, že přijetí autistické identity může příznivě ovlivňovat sebevědomí jedinců s autismem a působit jako ochranný faktor proti potížím v oblasti duševního zdraví. Další výzkum odhalil, že u jedinců s PAS, kteří pocítují od sociálního okolí méně podpory a přijetí, je výskyt příznaků stresu vyšší (Cage, Monaco & Newell, 2018). Také další výzkum zaznamenal, že vyšší míra vnímané sociální podpory (od rodiny a vrstevníků) negativně koreluje s mírou pocitů osamělosti u dospívajících jedinců s PAS (Lasgaard, Nielsen, Eriksen & Goossens, 2010). Z hlediska problematiky autismu a identity je zajímavý také výsledek výzkumu, ve kterém většina dospělých osob s PAS uváděla autismus jako nedílnou součást své osoby a preferovala označení „*autista*“ před označením „*člověk s autismem*“. Výpovědi některých dospělých osob s PAS dokládají hrdost na to, že jsou autisté, že přijímají autismus jako svou součást. Nicméně byly evidovány také výpovědi o tom, že se někteří lidé snaží od autismu distancovat a že svoji odlišnost vnímají jako něco negativního (Cage, Bird & Pellicano, 2016). Jiné výzkumy, kterým se dále věnuje kapitola 2.2., přicházejí se zjištěními, že někteří jedinci se snaží svou odlišnost a projevy autismu skrývat proto, aby zapadli mezi neurotypické vrstevníky, nebo kvůli tomu, že je na ně vyvíjen tlak, aby se přizpůsobili (Hull et al., 2017; Lai & Baron-Cohen, 2015; Tierney, Burns & Kilbey 2016).

### **1.7. Prevalence a genderové rozdíly poruch autistického spektra**

Podle výzkumů provedených ve Spojených státech amerických v letech 2014 až 2016 je prevalence PAS u dětí a dospívajících uváděna na 2,76 %. U chlapců byla zaznamenaná prevalence vyšší 3,63%, než u dívek 1,25% (Zablotsky, Black & Blumberg, 2017). Výsledky jiného rozsáhlého výzkumu provedeného v jedenácti regionech Spojených států amerických, v roce 2014 odhalily výskyt PAS u 1 z 59 dětí (Baio et al., 2018).

Nejčastěji uváděný poměr mezi muži a ženami, u kterých byla PAS diagnostikována, je 4:1 (Nag, Nordgren, Anderlid, & Nærland, 2018). Poměr mezi muži a ženami s diagnostikovaným autismem se však mění v závislosti na přítomnosti přidruženého mentálního oslabení. S klesajícím inteligenčním kvocientem (zkr. IQ) se poměr výskytu autismu mezi muži a ženami vyrovnává (Loomes, Hull, & Mandy, 2017). Při kombinaci autismu a mentálního oslabení (IQ nižší než 70) se v jednotlivých studiích poměr mezi muži a ženami pohybuje mezi 2:1 až 4:1. Mezi muži a ženami bez mentálního oslabení (IQ vyšší 70), je uváděn poměr 6:1 až 10:1 (Brugha et al., 2011; Frazier et al., 2014; Fombonne, 2009; Kirkovski, Enticott, & Fitzgerald, 2013; Lai, Lombardo, & Baron-Cohen, 2014; Solomon et al., 2012; Yeargin-Allsopp et al., 2003).



Mužská převaha ve výskytu PAS je opakovaně potvrzována (Ferri et al., 2018). U žen s mírnější formou PAS je oproti mužům diagnóza v průměru stanovována později (Lehnhardt et al., 2016; Newschaffer et al., 2007). A také proces odhalení mírné formy PAS je u žen náročnější (Wilson et al., 2016). Otázkou je, proč tomu tak je. Vzhledem k vysoké dědičnosti PAS předpokládají některé z teorií, že jsou ženy na biologické či genetické úrovni odolnější vůči vzniku patologických změn vedoucích k rozvoji PAS. Respektive, že jsou ženy oproti mužům vůči těmto patologickým změnám na biologické úrovni lépe chráněny. Tyto teorie jsou sdružovány do kategorie ženského ochranného účinku (ang. Female Protective Effect theory – zkr. FPE). Teorie FPE hledají spojitost mezi nižším výskytem PAS u žen například s jejich menší genetickou variabilitou nebo s rozdílnou imunitní aktivací či s vlivem chromozomálních rozdílů. Teorie FPE také spekulují o souvislosti mezi nižším výskytem PAS u žen a rozdílnými hladinami hormonů (konkrétně steroidů testosteronu a estradiolu) a jejich vlivem na vývoj mozku u mužů a žen (Ferri et al., 2018).

Jiným modelem vysvětlujícím rozdíl ve výskytu PAS je teorie extrémně mužského mozku (ang. Extreme Male Brain theory – zkr. EMB). Teorie EMB vychází z morfologických a funkčních rozdílů typických mužských a ženských mozků (tzv. pohlavní dimorfismus). Některé výzkumy naznačují, že je typicky mužský mozek konstruován tak, že umožňuje lepší analytické a systematické uvažování. Oproti tomu typicky ženský mozek disponuje lepší schopností empatie a sociální vnímavosti. Autistický mozek je dle teorie EMB extrémní nebo hypermaskulizovaná verze mozku. Teorie EMB v důsledku toho tvrdí, že pro vznik PAS u mužů postačují pouze mírné psychologické a fyziologické změny proto, aby se u nich PAS projevila. Za to u žen by tyto změny musely být mnohem výraznější. Tím pádem je vznik PAS pravděpodobnější u mužů než u žen (Baron-Cohen et al., 2011).

Další skupina teorií předpokládá, že menší podíl v zastoupení žen ve skupině s diagnózou mírnější varianty PAS souvisí s odlišnými behaviorálními projevy autismu u žen a s tím, jak tyto projevy sociální okolí posuzuje (Kreiser & White, 2014). Někteří odborníci na diagnostiku autismu předpokládají, že jádrové deficity, které jsou s poruchami autistického spektra spojeny, jsou u mužů a žen srovnatelné. Nicméně způsoby, jakými se ženy a muži s těmito deficity vyrovnávají a jak se v důsledku toho autismus projevuje v chování mužů a žen, je odlišný (Muggleton, MacMahon, & Johnston, 2019).

Jak už bylo řečeno, byla pozorována tendence, že s rostoucím intelektem se zvyšuje nepoměr mezi ženami a muži s diagnózou PAS. Ve srovnání s muži je výrazně méně žen s průměrným nebo nadprůměrným intelektem, u kterých byl autismus diagnostikován. Vysvětlení této

tendence může být dvojitá. Intelektové schopnosti mohou u žen působit jako ochranný faktor proti rozvoji poruchy autistického spektra. Alternativním vysvětlením je, že současné diagnostické metody a diagnostická kritéria nezohledňují projevy žen s mírnou formou autismu bez intelektuálního oslabení. Pokud se některé ženy s mírnou formou PAS projevují způsobem, ke kterému nejsou stávající diagnostická kritéria autismu senzitivní, mohou kvůli tomu některé ženy propadnout diagnostickým sítím jako falešně negativní. Je možné, že v důsledku toho nejsou některé ženy s autismem zařazeny do výzkumných studií zabývajících se problematikou PAS. Projevy některých žen s autismem tak nemusí být zohledněny při definování diagnostických kritérií (Loomes, Hull, & Mandy, 2017).

Přibývá výzkumů, které svými závěry podporují myšlenku, že se symptomy autismu projevují u žen odlišným způsobem. V této oblasti se hovoří o odlišném ženském fenotypu PAS, o rozdílné psychiatrické komorbiditě a o kamufláži (zahrnující copingové strategie chování, které skrývají symptomy autismu v sociálních situacích). Právě tyto faktory jsou dávány do souvislosti s diskrepancí v prevalenci mezi výskytem PAS u mužů a žen (Green, Travers, Howe, & McDougle, 2019).

Uveďme příklady rozdílných projevů PAS u žen. Ženy s mírnější formou PAS mají podle provedených výzkumů oproti mužským protějškům více rozvinuté sociální schopnosti a dovedou lépe kompenzovat obtíže v sociálních interakcích (Tierney et al., 2016). Ženy v této populaci referují také větší zájem o navazování sociálních vztahů (Hiller, Young & Weber, 2014). Dále bylo zjištěno, že ženy s mírnější formou PAS projevují méně zřejmý zájem o části objektů, objevuje se u nich méně rituálů, rutin a stereotypních manýrismů (Nicholas et al. 2008). Méně výrazné jsou také faktické odborné znalosti a nápadnosti ve hře (Mandy et al. 2012). Ženy s PAS projevují, častěji než muži s PAS, zájem o podobná témata jako jejich neurotypické vrstevnice a více se u nich objevují běžné herní aktivity (Knickmeyer, Wheelwright & Baron-Cohen, 2008). Rostoucí počet studií také naznačuje, že se u žen s mírnou formou PAS častěji vyskytují internalizační poruchy jako úzkost, deprese, poruchy příjmu potravy ve srovnání s muži s PAS, u kterých se vyskytuje více externalizačních problémů jako impulzivita, hyperaktivita, problémové a opoziční chování, nepozornost (Bargiela, Steward, & Mandy, 2016; May, Cornish, & Rinehart, 2014; Mandy et al., 2012). Dospívající ženy s PAS jsou ve srovnání s muži vystaveny většímu riziku vzniku internalizačních poruch (Solomon, Miller, Taylor, Hinshaw, & Carter, 2012). Internalizační tendence mohou být dalším důvodem, proč ženy s PAS nepřitahují tolik pozornosti jako jejich mužské protějšky (May, Cornish, & Rinehart, 2014). U později diagnostikovaných jedinců

s autismem dochází častěji k rozvoji dalších psychiatrických potíží a komorbidit, které mohou souviset s dlouhodobým stresem spojeným s potřebou přizpůsobit se každodennímu životu ve společnosti (Lai & Baron-Cohen, 2015). Jelikož je autismus u žen v průměru diagnostikován později, není dívkám s PAS k dispozici odborná včasná intervence a terapeutická podpora, která by jim mohla pomoci. Ženy s autismem tak mohou být vystaveny většímu riziku vzniku psychických potíží (Green, Travers, Howe, & McDougle, 2019).

Do skupiny teorií zabývajících se odlišným ženským fenotypem PAS spadají teorie vlivu sociokulturních norem a teorie vlivu kompenzačních mechanismů (viz kapitola 2.2.). Teorie vlivu sociokulturních norem navrhuje, aby bylo při diagnostickém procesu zohledněno potenciální působení sociokulturních norem v závislosti na genderové příslušnosti a jejich vliv na projevy mužů a žen s PAS. Sociokulturní vlivy totiž hrají důležitou roli při utváření chování. Ovlivňují také způsob, jakým je chování lidí s PAS na podkladě genderových očekávání posuzováno (Goldman, 2013). Sociokulturní vlivy mohou vést k tomu, že ženy s mírnější formou PAS vykazují méně závažné sociální deficity tím, že pod tlakem sociální normy (rodiny, kolektivu, školy, společnosti) upravují nebo cenzurují své autistické chování. Očekávání okolí, založené na genderové příslušnosti, může také ovlivňovat vnímání sociálních deficitů u žen s mírnější symptomatikou PAS. Sociální deficity žen tak mohou být považovány za plachost nebo pasivitu (Kreiser & White, 2014). Dále tato skupina teorií upozorňuje na nepřiměřeně vysoké zastoupení mužů vůči ženám ve výzkumech identifikujících fenomenologii autismu. Opírají se o přehled, který odhalil, že u empirických studií zabývajících se autismem bylo osmdesát procent probandů tvořeno muži (Thompson, Caruso & Ellerbeck, 2003). V důsledku toho může docházet ke zkreslení diagnostických kritérií v neprospěch menšinově zastoupených žen. Tyto teorie také upozorňují na informace DSM 5, které uvádí, že ženy bez mentálního oslabení nemusí být pro mírnější projevy symptomů rozpoznány. Nejsou zde však řečeny žádné konkrétní popisy specifických projevů symptomů PAS u žen (Kreiser & White, 2014).

## **2. Kompenzační mechanismy**

V současné psychologické literatuře je termín kompenzační mechanismus hojně a významově široce užíván. V terminologii neuropsychologie je užíván k pojmenování schopnosti mozku vytvářet alternativní neurální sítě v případě, kdy je obvyklé zapojení neuronů a mozkových oblastí kvůli poškození znemožněno (Price & Friston, 2002). V psychologickém výzkumu jsou zmiňovány případy působení mechanismu kompenzace, když je určitá skupina

výzkumného vzorku přes oslabení v kognitivních oblastech schopna dosahovat srovnatelných výsledků jako skupina bez kognitivního oslabení (Grady, 2012). V psychologii osobnosti je kompenzační mechanismus termín označující jednu z kategorií dynamismů adaptace a zvládnání. Dynamismy adaptace a zvládnání, označované od poslední třetiny 20. století také jako copingové styly, zajišťují funkci vyrovnávání se s úkoly a požadavky okolí a závisí na nich také uchování vnitřní integrity osobnosti. Jedná se tedy o adaptační schopnosti a strategie člověka (Smékal, 2012). Můžeme říci, že termín kompenzační mechanismus je používán pro vysvětlení neočekávaně dobrých výsledků pozorovaných na mnoha funkčních úrovních. Od úrovně molekulárních nebo genetických procesů - například synaptická plasticita umožňující potlačení atypické konektivity (Bourgeron, 2015) přes úroveň funkcí neurálních regionů a systémů - atypická neurální funkce umožňující dosahování běžných výkonů (White et al., 2014) až po úroveň jedincovy adaptace na různé situace vznikající během jeho životního vývoje – zvýšené úsilí nebo využívání ostatních schopností a zdrojů z prostředí v situacích, ve kterých jsou schopnosti jedince sníženy do té míry, že by znemožňovaly adekvátní fungování (Baltes & Smith, 2004). Výše uvedené příklady jsou ilustrativní a jejich výčet není kompletní. V této práci je uveden pouze pro vytvoření představy o tom, jak široce a na kolika rovinách jsou v současnosti v oblasti psychologie kompenzační mechanismy pojímány. Přesto, že spolu jednotlivé funkční roviny bezpochyby úzce souvisejí, bude tato práce vzhledem k výzkumným možnostem a účelu dále pojednávat pouze o dosavadních teoriích kompenzačních mechanismů na úrovni behaviorální adaptace jedince a úmyslně opomine výzkum na úrovních genetických, molekulárních a neurálních. Další podkapitola se bude zabývat kompenzačními mechanismy v perspektivě neurovývojových poruch. Právě odtud totiž vychází současná pojetí a výzkum kompenzačních mechanismů u PAS.

## **2.1. Koncept kompenzačních mechanismů u neurovývojových poruch**

Koncept kompenzačních mechanismů u neurovývojových poruch vznikl jako pokus o vysvětlení variability v behaviorálních projevech jedinců s těmito poruchami. V rámci psychologického výzkumu je známo pouze málo o mechanismech, na jejichž základě dochází ke změně v závažnosti projevů symptomů poruch. Opakovaně a hojně jsou však evidovány kazuistiky jedinců, u kterých v průběhu života dochází k výraznému zlepšení nebo naopak zhoršení behaviorálních projevů neurovývojových poruch. Dalším druhem pozorované variability, který vzbuzuje zájem odborníků, jsou rozdíly mezi jednotlivci, u kterých je rozsah jádrových neurokognitivních potíží srovnatelný, ale přesto je jejich behaviorální projev nápadně odlišný v tom smyslu, že srovnatelné deficity u některých jedinců ovlivňují celkové

fungování a projev výrazně negativním způsobem, zatímco u dalších jedinců nejsou, ve srovnání s prvními, projevy v chování výrazné. Vysvětlení uvedených druhů variability může být minimálně dvojí. Prvním vysvětlením je, že v některých případech dochází v průběhu času k úplnému nebo částečnému obnovení jádrových neurokognitivních funkcí, které byly původně poruchou zasaženy – jádrové obtíže dále nepřetrvávají a v důsledku toho dochází k vymizení nebo snížení potíží z nich vyplývajících. Druhým možným vysvětlením jsou právě kompenzační mechanismy. Ty hypoteticky umožňují snížit projevy poruchy v chování a vedou k dobrému fungování v každodenním životě jedince, přestože jsou jeho jádrové neurokognitivní oblasti oslabeny stále stejně závažným způsobem (Frith, 2013). V následující kapitole se zaměříme na různá pojetí kompenzačních mechanismů u PAS. Budeme již znát základní účel konceptu kompenzačních mechanismů, kterým je snaha o vysvětlení odlišností a variability v behaviorálních projevech jedinců.

## **2.2. Kompenzační mechanismy u poruch autistického spektra**

V kontextu poruch autistického spektra se o kompenzačních mechanismech mluví jako o strategiích, pomocí nichž někteří jedinci s autismem dokáží překonávat nebo skrývat své vrozené deficity způsobující jim potíže v sociálních interakcích. Literární rešerše, která byla podkladem k této práci, odhalila, že jsou v odborné literatuře používány odlišné názvy pro pojmenování totožných nebo obdobných fenoménů souvisejících s mechanismy kompenzace u PAS. Někteří autoři považují kompenzační mechanismy za nadřazený pojem, jehož součástí je také takzvané maskování nebo kamufláž. U jiných autorů je naopak pojem maskování či kamufláž nadřazeným označením pro kompenzační mechanismy. V následujících odstavcích budou představeny jednotlivé koncepce a závěry autorů, kteří se zabývali kompenzačními mechanismy, maskováním a kamufláží u lidí s autismem.

Frithová (1991) užívá pojem kompenzační učení pro hypotetické vysvětlení toho, jakým způsobem dokáží fungovat v sociálních interakcích dobře adaptovaní jedinci s Aspergerovým syndromem. Kompenzační učení podle autorky umožňuje produkci behaviorálních projevů, které splývají s projevem “normálním“. Kompenzační učení tak může zastínit projevy jádrových obtíží autismu. Někteří jedinci se podle autorky naučí řešit sociální situace a osvojí si vzorce chování, které vypadají jako normální. Od normálního fungování se projevy kompenzačního učení liší tím, že vznikají z abnormálních funkčních kognitivních procesů. Zatímco běžná populace “absorbuje“ sociální uvažování a fungování přirozeně a samovolně, musejí jedinci s poruchou kompenzovat vrozené deficity svým úsilím. Autorka zdůrazňuje, že jde o adaptaci a o naučené způsoby chování, které jedince s poruchou stojí zákonitě značné

úsilí. Kompenzační učení navíc nikdy nemůže být zcela komplexním druhem adaptace. Ve fungování jedinců tak může docházet k ojedinělým nápadným projevům v situacích, se kterými se dříve nesešli a na které nebyli předem připraveni. Tyto projevy a rekonstrukce raných projevů z dětství jsou vodítkem k odhalení abnormálního kognitivního fungování.

Attwood (2008) ve své knize popisuje kompenzační a regulační strategie, pomocí kterých se jedinci s Aspergerovým syndromem vyrovnávají se svou odlišností od ostatních lidí. První z uváděných strategií je sociální stažení, internalizace myšlenek a pocitů. Tato strategie jedincům umožňuje omezit výskyt nepříjemných interakcí v sociální situacích (např.: neporozumění, posměch od ostatních lidí, upozorňování na odlišnost). Díky této strategii nejsou nedostatečně rozvinuté sociální kompetence pro okolí tolik patrné, zároveň však nemůže docházet k jejich dalšímu rozvoji. Autor uvádí, že tato strategie vede k sociální izolaci a může být spojena s častějším výskytem depresí. Druhou strategií je útěk do vlastních fantazií a imaginací. Někdy si jedinci touto strategií mohou vytvářet imaginární přátele, jindy celé světy. Tato strategie může být běžným způsobem obrany proti pocitu osamělosti a sociální izolovanosti. U lidí s PAS je však nápadná svou intenzitou a trváním. Jiným projevem této strategie může být například výrazný zájem o cizí kultury nebo fantazijní příběhy a universa. V krajních případech, kdy jsou jedinci vystaveni extrémnímu stresu nebo osamělosti, může tato strategie vést k rozvoji deziluze a narušit schopnost testování reality. To může být důvodem, proč jsou u některých jedinců s PAS diagnostikovány schizofrenní poruchy. Třetí strategií, kterou autor popisuje, je externalizace sociálních problémů, kdy jedinec popírá, že má omezené kompetence v sociálním kontaktu (např.: v navazování přátelství, v orientaci v sociálních situacích) nebo odmítá přijmout, že je problém v komunikaci a interakci na jeho straně. Někdy se objevují sklony k obviňování ostatních lidí a k prožitkům ublíženectví, které vedou k neadekvátnímu odvetnému chování. Tato strategie je také mnohdy spojena s tendencí k povyšování se nad ostatní a s arogantním a dominantním chováním. Jedinec s PAS dále často odmítá podpůrné či rozvojové programy a psychiatrickou a psychologickou péči. Poslední strategií, kterou autor popisuje, je imitace. Jedinci s PAS se při ní snaží napodobovat vyznívaný chování ostatních lidí, nejčastěji těch, kteří jsou sociálně úspěšní. Může se objevovat kopírování gest a mimických výrazů, napodobování tónu a intonace hlasu, opakování dialogů. Zdánlivá sociální způsobilost není přirozená je výsledkem důsledného a cíleného napodobování ostatních, projev není spontánní, ani originální, ale naučený. Podle autora jsou kompenzační mechanismy reakcí na vlastní odlišnost, jde o kamufláž, která může přispět k sociálnímu úspěchu na povrchní úrovni, ale naopak může být zátěží v intimních a partnerských vztazích.

Livingstonová a Happéová (2017) hovoří o teorii mechanismu kompenzace. Autorky upozorňují, že v současné době není jasné, proč někteří jedinci s PAS vykazují lepší výstupy v sociálních dovednostech než jiní. Možným vysvětlením je podle nich působení mechanismu kompenzace, v jehož teoretickém rámci nemusí zmírnění příznaků PAS souviset se zmírněním kognitivních deficitů, ale se zvýšenou tendencí kompenzovat tyto deficity. Stejně tak zhoršení projevů poruchy nemusí souviset se zhoršením kognitivních deficitů, ale spíše s rozpadem nebo nefunkčností kompenzačních mechanismů, které dříve zakrývaly nebo zmírňovaly kognitivní obtíže. Koncept mechanismu kompenzace vychází z předpokladu, že redukováné sociální dovednosti u lidí s PAS souvisí s narušením kognitivní funkce, která umožňuje odvozování duševních stavů druhých lidí, tedy s narušením v teorii mysli (Happé, 2015). Teorie mysli je hypotetickým pokusem o vysvětlení procesů, které lidem běžně umožňují odvozovat duševní stavy ostatních přesto, že nejsou přímo pozorovatelné a jedinec na ně může pouze usuzovat na základě vlastní zkušenosti a pozorovatelných (behaviorálních) projevů druhých lidí. Teorie mysli je zásadní pro veškeré sociální interakce díky tomu, že umožňuje odhadovat například emoce, myšlenky, touhy, záměry a také předpovídat, jak se druzí lidé zachovají a jaké budou jejich akce a reakce (Premack & Woodruff, 1978). První, kdo vyslovil hypotézu, že lidé s autismem mají oslabenou schopnost teorie mysli, byli Baron-Cohen, Leslieová a Frithová (1985). Předpokládají, že se lidé s autismem rodí s deficitem, který narušuje schopnost připisovat ostatním lidem duševní stavy. V důsledku toho mají autističtí jedinci potíže s úkony, které vyžadují schopnost rozpoznávat duševní stavy ostatních lidí. Kompenzace je tak podle Livingstonové a Happéové (2017) proces, při kterém jsou vyvíjeny alternativní vzorce myšlení, které pomáhají obejít autismem dané sociálně kognitivní deficity. Například při potížích s rozlišením vtipu a lži může lidem s PAS pomoci vytvoření následujícího pravidla – když někdo říká nelineární sdělení a směje se při tom, jde pravděpodobně o vtip. Pokud ne, jde o lež. Podle autorek kompenzační strategie neumožňují snadné a flexibilní mentalizace, které jsou běžné a přirozené u neurotypických jedinců. Nicméně výsledkem mechanismu kompenzace je zlepšení v behaviorální prezentaci, která se může jevit jako méně závažná oproti jejich deficitům v základních kognitivních schopnostech. Provedený výzkum, který vycházel z výše uvedených předpokladů, operacionalizoval kompenzaci u PAS jako diskrepanci mezi sociálně-behaviorální prezentací a obtížemi v základních kognitivních deficitech v oblasti teorie mysli (Livingston, Colvert, Bolton & Happé, 2019). Do výzkumu bylo zapojeno 136 dospělých respondentů s PAS (z toho 112 mužů). Tento výzkum odhalil, že 74 respondentů s PAS nevykazuje v behaviorálních projevech autistické projevy (měřené pomocí metody ADOS; Lord et al., 2000) navzdory

jasným potíží v administrovaných úlohách objektivně prověřujících schopnost teorie myslí (měřeno pomocí Frith-Happé Animations; Abell, Happé, & Frith, 2000).

Tierneyová, Burns a Kilbey (2016) se ve své studii zaměřili na zkoumání ženského fenotypu autismu. Pomocí semi-strukturovaných rozhovorů s deseti dospívajícími ženami s PAS bez mentálního oslabení odhalili sociálně copingové strategie, které se tyto ženy naučily používat. Autoři uvádí, že si ženy s PAS tyto strategie osvojily poté, co byly opakovaně odmítány v sociálním kontaktu s vrstevníky, protože se nedokázaly řídit skrytými pravidly intimních (přátelských a partnerských) vztahů. V důsledku toho začaly sociální prostředí vnímat jako ohrožující. Sociálně copingové strategie slouží k překonávání sociálně komunikačních obtíží, k vyhýbání se odmítnutí ze strany ostatních a k vytváření a udržování interpersonálních vztahů a přátelství. Mezi strategie, které výzkum odhalil, patří využívání vnější podpory, používání vrozených dovedností, dále imitování a maskování. Využívání vnější podpory zahrnuje vyhledávání společnosti těch jedinců, kteří jsou ochotni přijímat odlišnost žen s PAS a nabízet jim podporu a povzbuzení v získávání sociálních dovedností. Strategie používání vrozených dovedností spočívá v překonávání sociálních potíží pomocí paměti a schopnosti pozorování. Ženy s PAS, které se účastnily výzkumu, popisovaly, jak se cíleně zaměřují na pozorování sociálních interakcí ostatních, aby si vytvořily a zapamatovaly sociální kód, který poté mohou dodržovat. Strategii imitování užívají ženy s PAS proto, aby zapadly mezi ostatní a neodlišovaly se od nich. Může jít o imitaci výrazů obličeje, držení těla, tón hlasu, téma konverzace, výběr zájmu. Imitace je často sofistikovaná, imitační chování je nějakým způsobem pozměněno, aby nešlo rozpoznat, že jde o kopírování projevu někoho jiného. Strategie maskování slouží k zakrývání skutečně prožívaných pocitů (nejčastěji strachu a úzkosti) v sociálních situacích pomocí přetvářky a nasazování neutrálních nebo šťastných mimických výrazů, a to dokonce i v blízkých přátelských vztazích. Pro většinu účastnic studie mělo však použití strategií imitace a maskování také negativní dopad na psychickou pohodu a celkový psychický stav. Uvedené sociálně copingové strategie vedly k pocitům únavy a vyčerpání, k úzkosti a depresi a dokonce ke krizi identity. Autoři navrhli, že úspěšné využívání strategií maskování a imitace může vést k tomu, že u některých žen není autismus rozeznán a může tak vysvětlovat rozdíl mezi muži a ženami v uváděné prevalenci autismu.

Také další studie se zaměřovala na zkoumání ženského fenotypu autismu a jeho vlivu na diagnostický proces u žen (Bargiela, Steward, & Mandy, 2016). Data byla získávána pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Vzorek této studie byl tvořen jedenácti dospělými ženami bez mentálního hendikepu, které obdržely diagnózu autismu v pozdní adolescenci nebo



v dospělosti. Úsilí o kamufláž, v tomto případě definované jako snaha působit normálně, bylo u žen velmi rozšířené. Respondentky hovořily o záměrné snaze naučit se používat neurotypické sociální dovednosti. Analýza výpovědí odhalila, že toto učení probíhá skrze pečlivé pozorování a napodobování vrstevníků nebo fiktivních postav, dále čtením románů a knih s psychologickou tematikou. Dalším výzkumným zjištěním bylo, že je kamufláž spojena s negativními důsledky v podobě vyčerpání, pocitů zmatku ohledně vlastní identity a zanedbávání vlastních pocíťovaných potřeb. Některé ženy uvedly prožívaný konflikt mezi svou touhou přijmout své autistické já a tlakem na plnění své genderové role. Deset žen vypovídalo o závažných projevech úzkosti. Osm žen uvedlo, že by byl jejich život snazší, kdyby obdržely diagnózu PAS dříve. Tato zjištění výzkumníky vedla k závěrům, že jsou ženy, které využívají kamufláž, vystaveny většímu riziku, že u nich nebude PAS rozpoznána nebo bude diagnostikována později a že u nich hrozí větší riziko vzniku internalizačních potíží v podobě vyčerpání, úzkosti a pocitu ztráty vlastní identity.

Výzkum copingových strategií v sociálním kontextu, který provedli Dachezová a Ndobó (2018) pomocí polostrukturovaných rozhovorů s 31 dospělými lidmi (14 mužů, 17 žen) s Aspergerovým syndromem nebo vysokofunkčním autismem odhalil, že se 21 respondentů (10 mužů, 11 žen) snaží studiem psychologie, etnometodologie nebo jiných sociálních věd prohlubovat své porozumění sociálním vztahům a lépe díky tomu chápat ostatní lidi. Vrozenou odlišnost v intuitivním emočním porozumění tak nahrazují porozuměním intelektuálním. Stejně tak se snaží analyzováním (např. hledáním kauzalit) porozumět některým sociálním situacím, kterým nerozumí intuitivně. Výzkum také u 19 respondentů (7 mužů, 12 žen) odhalil snahy o napodobování ostatních lidí a skrývání vlastních odlišností. Tito respondenti mluvili o sociální masce, kterou si před ostatními nasazují, ale také o vytváření alternativního já. Obé jim slouží k zakrývání autistické identity a tím přispívá k lepšímu společenskému přijetí.

Laiová, Lombardo, Auyeung, Chakrabarti a Baron-Cohen (2015) na základě klinických pozorování a osobních výpovědí jedinců s autismem přicházejí s hypotézou, že si dospívající a dospělí lidé s autismem mohou během života mimovolně nebo záměrně osvojit strategie, které zastíňují projevy autismu v sociálních interakcích. Autoři tyto strategie označují jako kamufláž, kterou dále popisují jako napodobování sociálního chování jiných osob. Jde o naučené používání výrazů obličeje nebo gest, navazování očního kontaktu a používání předem připravených nebo odposlechnutých frází během konverzace. Autoři dále předkládají hypotézu, že kamufláž může ovlivňovat diagnostický proces dospívajících a dospělých

jedinců s autismem, protože zakrývá behaviorální projevy, na jejich základě jsou PAS identifikovány. Jejich další hypotézou je, že se u žen s autismem kamufláž rozvíjí častěji než u mužů a v důsledku toho je u nich autismus diagnostikován vzácněji než u mužů. Na základě těchto hypotéz byl proveden výzkum, do kterého bylo zařazeno 60 dospělých respondentů (30 žen, 30 mužů) s mírnou formou poruchy autistického spektra (Lai et al. 2016). V tomto výzkumu byla kamufláž operacionalizována jako vědomé nebo nevědomé kompenzování nebo skrývání obtíží v sociálních a interpersonálních situacích, vytvářející nesoulad mezi vnějším projevem a objektivně měřitelnými sociálně kognitivními dovednostmi člověka. Vnější projevy byly měřeny pomocí metody ADOS (Lord et al., 2000). Sociálně kognitivní dovednosti byly měřeny pomocí metody AQ (Autism spectrum quotient; Baron-Cohen et al. 2001) a RMET (Reading the Mind in the Eyes; Baron-Cohen et al., 2015). Výzkum zjistil, že míra kamufláže významně nekorelovala s chronologickým věkem. Ženy vykazovaly v průměru větší míru kamufláže než muži. Zároveň srovnání odhalilo významnou interindividuální variabilitu ve výskytu kamufláže v obou skupinách. To znamená, že jak u skupiny mužů, tak u skupiny žen byly pozorovány případy vysoké ale i nízké míry výskytu kamufláže. Tato pozorovaná variabilita podle autorů výzkumu naznačuje, že pochopení kamufláže může být zásadní pro vytvoření komplexnějšího pohledu na projevy mírných forem autismu nejen u žen, ale i u určité, méně nápadně se projevující skupiny pocházející z populace mužů s PAS.

Jiná studie zabývající se výzkumem kamufláže spočívala v pozorování chování dětí během školních přestávek (Dean, Harwood, & Kasari, 2016). Vzorek této studie tvořilo 96 dětí bez oslabení intelektu (24 dívek a 24 chlapců s PAS a 24 dívek a 24 chlapců neurotypických). Výzkum odhalil, že dívky s PAS (oproti chlapcům s PAS) tráví více času v těsné blízkosti ostatních dětí a více se zapojují do společenských aktivit. Až při bližším pozorování bylo patrné, že se u těchto dívek vyskytují potíže v sociálních interakcích. Oproti tomu chlapci s PAS měli tendenci trávit čas přestávek o samotě a nezapojovat se do společných her. Pozorování vedlo výzkumníky k závěru, že odlišný sociální projev může vést k tomu, že u dívek není autismus rozpoznán.

Na uvedené výzkumy navázala další studie (Hull et al., 2017), která se zaměřila na identifikaci klíčových témat kamufláže u 90 respondentů s PAS starších šestnácti let (30 mužů, 55 žen, 7 jiná genderová příslušnost). Kamufláž byla v tomto výzkumu definována jako kategorie zastřešující kompenzační strategie a techniky, které skrývají projevy autismu během sociálních interakcí. Tato studie si kladla za cíl vytvořit koncepční model kamufláže.

Díličními cíli bylo zjistit, co je to kamufláž, jaké techniky jsou při ní využívány, proč lidé s PAS kamufláž využívají a jaké pro ně má důsledky. Participanti proto byli požádáni o vyplnění dotazníku tvořeného 23 uzavřenými a 20 otevřenými otázkami, které zjišťovaly, zda v sociálních situacích používají kamufláž. Uzavřené otázky použité v dotazníku byly formulovány na základě předešlých výzkumných zjištění. Zohledňovaly také osobní výpovědi jedinců s PAS a pozorování zkušených klinických pracovníků. Otevřené otázky byly navrženy tak, aby přinášely nové poznatky a zachycovaly zkušenosti lidí s PAS s kamufláží. Otázky zjišťovaly motivaci, techniky, zkušenosti a důsledky kamuflování. Jednotlivé výpovědi prošly tematickou analýzou. Analýza dat odhalila dva klíčové druhy motivace pro využívání kamufláže. Prvním druhem motivace ke kamufláži byla vnitřní touha po navazování sociálního kontaktu a vztahů s ostatními lidmi. Druhý druh motivace byl dán nutností přizpůsobit se vnějším požadavkům na to, jak by se měl člověk ve společnosti chovat. Vliv každé z těchto motivací se mezi jednotlivci lišil. Výzkumná zjištění podle autorů studie ale naznačují, že jsou lidé s PAS ke kamufláži silněji motivováni tím, že se chtějí vyhnout diskriminaci a negativním reakcím z okolí. Respondenti popisovali širokou škálu technik používaných při kamuflování. Maskování a kompenzace byla dvě hlavní témata, která výzkum našel. Maskování zahrnuje aspekty chování, které mají za cíl potlačovat, kontrolovat nebo skrývat projevy PAS v sociálních situacích. Respondenti popsali, že záměrně řídí své chování v sociálních interakcích, aby skryli svou odlišnost. Dále popisovali, že napodobují vyzorované chování ostatních lidí nebo postav z televize a filmů. Napodobování se týkalo také způsobu oblékání a výběru zájmů. Několik respondentů popisovalo, že nejsou sami sebou, ale doslova vstupují do různých charakterů a rolí, které přizpůsobují potřebám dané situace. Druhým hlavním aspektem kamufláže byla kompenzace, která spočívá v rozvoji explicitních strategií, které kompenzují sociální a komunikační obtíže vyplývající z PAS. Cílem uvedených strategií je působit přirozeným dojmem ve společnosti. Respondenti popisovali, že si předem připravují témata konverzace, že se naučili navazovat oční kontakt a nonverbálně vyjadřovat zájem o ostatní. Respondenti také popisovali pravidla, která si vytvořili a která jsou pro ně nezbytná v sociální interakci. Uvedeno bylo například pravidlo nemluvit pouze o svém zájmu a klást v rozhovorech otázky. Výzkum zjišťoval také důsledky kamufláže. Nejkonzistentněji uváděným důsledkem kamufláže bylo vyčerpání, které vyplývá z nutnosti intenzivní koncentrace a sebeovládání při kamufláži. Dalšími důsledky, o kterých respondenti mluvili, byla prožívaná nejistota, úzkost a stres. Pro menší část respondentů byla kamufláž spojena s uspokojivými pocity. Posledním důsledkem kamufláže, který respondenti uváděli, bylo ovlivnění vlastního sebepojetí. Mnoho respondentů považovalo vlastní kamufláž

za lhaní o tom, kým jsou. Někteří respondenti se domnívali, že vztahy, které navázali pomocí kamufláže, byly založeny na klamu. Cítili se špatně z toho, že oklamávají své přátele. Kamufláž podle výpovědí některých jedinců prohlubovala pocit osamělosti, protože je ve skutečnosti nikdo nezná v jejich pravé podobě. Někteří respondenti popsali, že v nich kamufláž vytváří rozpor mezi autistickou a prezentovanou identitou. U části respondentů kamufláž vedla k pocitu, že sami nevědí, kým jsou.

Na výše uvedený kvalitativní výzkum navázala studie, jejímž cílem bylo vyvinout a validovat sebeposuzovací dotazník, který by umožnil zjišťovat míru používané kamufláže (Hull et al., 2019). První návrh tohoto dotazníku reflektoval výsledky dosavadních výzkumů kamufláže a názory odborníků na PAS. Vznikl tak pilotní dotazník obsahující 48 položek v podobě tvrzení, která zachycovala dvě doposud známé komponenty kamufláže – kompenzaci a maskování. Tento dotazník byl administrován 354 dospělým lidem s autismem a 478 dospělým lidem bez autismu. Respondenti vyjadřovali míru souhlasu s jednotlivými položkami na sedmibodové Likertově škále. Analýza dat odhalila tři faktory kamufláže. Prvním faktor byl označen jako kompenzace postihující strategie používané k aktivní kompenzaci obtíží v sociálních situacích. Druhý faktor dostal název maskování a zastřešoval strategie, které odrážejí snahu skrývat autistické charakteristiky. Tyto faktory jsou podrobněji popsány v předešlém odstavci. Třetí faktor označený jako asimilace zachycoval strategie, které jsou výsledkem snahy zapadnout mezi ostatní lidi v sociálních situacích, ve kterých se jedinec necítí příjemně, aniž by to na něm ostatní poznali. Mezi tyto strategie patří také vyhýbání se sociálním situacím, nebo jejich zvládnání s pomocí druhých. Faktor asimilace zachycuje také chování, při kterém si jedinec uvědomuje, že není sám sebou. Celkový počet položek byl redukován na dvacet pět. Faktory maskování a asimilace byly zastoupeny osmi položkami a kompenzace položkami devíti. Vznikl tak dotazník, který dostal název Camouflaging Autistic Traits (CAT-Q). Tato studie u lidí s PAS našla pozitivní korelaci mezi mírou kamufláže (měřenou pomocí dotazníku CAT-Q; Hull, 2019) a mírou sociální úzkosti (měřenou pomocí metody LSAS; Liebowitz 1987), úzkosti (měřenou pomocí metody GAD-7; Spitzer et al. 2006) a deprese (měřenou pomocí metody PHQ-9; Kroenke et al. 2001). Míra kamufláže naopak negativně korelovala s mírou osobní pohody (měřenou pomocí metody WEMWBS; Tennant et al. 2007). Celková míra kamufláže pozitivně korelovala s výskytem vyšší míry autistických rysů (měřenou pomocí metody BAPQ; Hurley et al. 2007) a to i u lidí bez oficiálně stanovené diagnózy PAS. Současně byla u lidí s PAS zaznamenána významně vyšší míra kamufláže než u neurotypických jedinců tvořících kontrolní skupinu.

Tato zjištění vedla autory k závěru, že CAT-Q by mohl být vhodnou metodou k identifikaci jedinců s autismem, kteří kvůli kamuflování nesplňují současná diagnostická kritéria PAS.

Na základě toho, že kvalitativní výzkumy uvádějí, že kamufláž může negativně ovlivňovat psychické zdraví, byly provedeny kvantitativní studie ověřující tuto hypotézu. Výzkum, který se zabýval vlivem přijetí autismu na duševní zdraví u dospělých lidí s PAS, zaznamenal, že někteří jedinci spontánně zmiňují svou zkušenost s kamufláží<sup>5</sup> a její negativní vliv na psychické zdraví (Cage, Monaco, & Newell, 2018). Obsahová analýza výpovědí 63 dospělých lidí s PAS vedla k závěru, že jedinci, kteří uváděli, že v sociálním kontaktu využívají kamufláž, měli více příznaků úzkosti, deprese a stresu než ti, kteří kamufláž nevyužívali. Také ve studii zkoumající suicidalitu lidí s PAS, jejíž výzkumný soubor tvořilo 164 dospělých lidí s PAS (69 mužů, 99 žen), byla kamufláž<sup>6</sup> na základě analýzy dat zařazena mezi faktory, které zvyšují riziko sebevražedného chování (Cassidy, Bradley, Shaw, & Baron-Cohen, 2018). Výsledky další studie, která hledala dopady kamufláže na psychické zdraví ve skupině tvořené 262 dospělými s PAS (135 žen, 111 mužů, 16 jiná genderová příslušnost) ukázaly, že jedinci s PAS, kteří vykazují vyšší míru kamufláže (měřené pomocí metod CAT-Q; Hull et al., 2019), mají oproti jedincům s nižší mírou kamufláže, významně vyšší míru symptomů stresu a úzkosti (měřených pomocí metod DASS-21; Lovibond, 1995). Nejčastěji zmiňovanou motivací pro používání kamufláže byla snaha přizpůsobit se a fungovat v neurotypickém prostředí. Druhou nejčastější motivací byla snaha vyhnout se ostrakizaci, stigmatizaci, negativním reakcím a útokům ze sociálního okolí (Cage & Troxell-Whitman, 2019).

Můžeme vidět, že kompenzační mechanismy byly odborníky zabývajícími se autismem pozorovány již řadu let. Téma kompenzace bylo v posledních letech předmětem několika kvantitativních i kvalitativních studií. Také DSM 5 upozorňuje na možný vliv kompenzace na diagnostický proces. Můžeme si také všimnout, že v uplynulých letech byly užívány různé definice pro označení kompenzačních mechanismů. Rozdílné definice a teoretické koncepty kompenzačních mechanismů vedly k různým způsobům jejich zkoumání. Setkáváme se tak s řadou pokusů o operacionalizování kompenzačních mechanismů a s různými metodami jejich měření, které byly v jednotlivých výzkumech použity. V současnosti je pro označení kompenzačních mechanismů v kontextu PAS nejčastěji užíván termín kamufláž. Výsledky

---

<sup>5</sup> Ve výpovědích jednotlivých respondentů se opakovaně objevovaly zmínky o tom, že před ostatními maskují nebo skrývají projevy autismu, že vynakládají velké úsilí, aby působili neurotypicky a že je pro ně maskování vyčerpávající, stresující.

<sup>6</sup> V tomto výzkumu byl výskyt kamufláže zjišťován pomocí otázek: „Zkoušel jste někdy maskovat nebo skrývat své autistické projevy v sociálních situacích? Snažil jste se někdy kopírovat nebo napodobovat chování jiných lidí abyste zapadl mezi ostatní? Respondenti byli dále požádáni, aby uvedli, jak často kamufláž používají na škále jedna (nikdy) až šest (ve většině sociálních situací).

výzkumů vypovídají o tom, že kamufláž může vést k tomu, že zejména u žen ale i u některých mužů s mírnou formou PAS není autismus diagnostikován nebo je rozpoznán v pozdějším věku. Podle výzkumných zjištění kamufláž jedinci s PAS používají, protože se díky ní mohou vyhnout negativním reakcím ostatních lidí a proto, že jim umožňuje fungovat a navazovat vztahy v neurotypickém sociálním prostředí. Studie však také ukazují, že kamufláž může mít negativní dopad na duševní zdraví jedinců s PAS.

## EMPIRICKÁ ČÁST

### 3. Výzkumný problém

Poruchy autistického spektra jsou u žen v průměru diagnostikovány později a také méně často než u mužů. Zejména v populaci lidí s mírnou formou autismu je zastoupeno nápadně větší procento mužů. V teoretické části práce byly představeny teorie, které se snaží vysvětlit tento rozdíl v prevalenci autismu u mužů a žen. Některé z teorií předpokládají, že se u žen projevují mírné formy autismu způsobem, který současná diagnostická kritéria a metody nezohledňují. Tyto teorie hovoří o ženském fenotypu autismu.

Výsledky kvalitativních studií zabývajících se ženským fenotypem autismu ukázaly, že si ženy s mírnou formou poruchy autistického spektra osvojují kompenzační mechanismy, které jim umožňují skrývat projevy autismu v sociálních situacích a kompenzovat jejich vrozené sociální deficity (Bargiela, Steward, & Mandy, 2016; Tierney, Burns a Kilbey, 2016). Tyto kompenzační mechanismy budou v souladu se současnou výzkumnou terminologií označovány jako kamufláž (Hull et al, 2019).

Kvantitativní výzkumy ukázaly, že se kamufláž vyskytuje také u některých mužů s mírnou formou autismu (Cage & Troxell-Whitman, 2019; Lai et al. 2016). Jediná studie, která doposud srovnávala míru kamufláže mezi muži a ženami s mírnou formou PAS, však ukázala, že ženy vykazovaly v průměru vyšší míru kamufláže než muži (Lai et al. 2016). Na základě tohoto zjištění autoři předpokládají, že se kamufláž podílí na tom, že u žen není mírná forma autismu diagnostikována tak často jako u mužů nebo že je u žen v průměru diagnostikována v pozdějším věku než u mužů. Současně ale konstatují, že je potřeba tento předpoklad dále zkoumat.

Můžeme se také ptát, proč autismus diagnostikovat u jedinců, kteří si kamufláž osvojili. Odpověď poskytují studie, které se zabývají vlivem kamufláže na duševní zdraví. Kamufláž je podle výsledků těchto studií spojena se zvýšeným výskytem psychických potíží v podobě úzkosti, stresu, deprese a se zvýšeným rizikem suicidálního chování. Důsledkem toho, že u některých jedinců není autismus rozpoznán jako pravá příčina jejich psychických potíží, roste riziko, že se jim nedostane potřebné odborné péče, která by mohla pomoci zlepšit jejich životní spokojenost, psychickou pohodu i celkovou životní situaci.

### **3.1. Cíle výzkumu**

Hlavním cílem výzkumné části této diplomové práce je zmapovat míru kamufláže a jejích subškál kompenzace, maskování, asimilace u jedinců s mírnou formou poruchy autistického spektra. Prozkoumat vztahy mezi mírou kamufláže a:

- 1) diagnózou poruchy autistického spektra,
- 2) genderovou příslušností,
- 3) věkem stanovení diagnózy.

Výsledky výzkumu přispějí k současným poznatkům o tom, zda kamufláž může mít vliv na rozpoznání autismu a zda může být příčinou toho, že je autismus u žen s mírnou formou autismu v průměru diagnostikován méně často a v pozdějším věku než u mužů.

### **3.2. Operacionalizace proměnných**

Ve výzkumu této diplomové práce se zabýváme mírou kamufláže a jejích subškál kompenzace, maskování, asimilace. Pro účely tohoto výzkumu je míra kamufláže operacionalizována jako výsledný hrubý skór získaný součtem hodnot všech 25 položek metody Camouflaging Autistic Traits Questionnaire<sup>7</sup> (zkr. CAT-Q; Hul et al., 2019). S hrubými skóry bylo dále pracováno jako s intervalovými proměnnými. Hrubý skór kamufláže bude označován jako HS\_Kamufláž. Stejně tak tomu bude u jejích subškál<sup>8</sup>.

### **3.3. Výzkumné otázky a hypotézy**

Na základě výsledků studií uvedených v kapitole 2.2. zkoumajících kamufláž u lidí s poruchami autistického spektra byly formulovány následující výzkumné otázky a hypotézy.

VO1: Souvisí míra kamufláže s přítomností poruchy autistického spektra?

VO2: Souvisí míra kamufláže u jedinců s poruchou autistického spektra s genderovou příslušností?

VO3: Souvisí míra kamufláže u žen s přítomností poruchy autistického spektra?

VO4: Souvisí míra kamufláže u mužů s přítomností poruchy autistického spektra?

VO5: Souvisí míra kamufláže s věkem stanovení diagnózy poruchy autistického spektra?

---

<sup>7</sup> Metoda CAT-Q a je podrobněji představena v kapitole Metody získávání dat.

<sup>8</sup>Do subškály HS\_Kompenzace byly zahrnuty položky: 1, 4, 5, 8, 11, 14, 17, 20 a 23. Do subškály HS\_Maskování byly zahrnuty položky: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21 a 24. Do subškály HS\_Asimilace byly zahrnuty položky: 3, 7, 10, 13, 16, 19, 22 a 25.



H1: Míra kamufláže je vyšší u lidí s mírnou formou poruchy autistického spektra v porovnání s mírou kamufláže u lidí bez poruchy autistického spektra.

H2: Míra kamufláže u žen s mírnou formou poruchy autistického spektra je vyšší, než je míra kamufláže u mužů s mírnou formou poruchy autistického spektra.

H3: Míra kamufláže je vyšší u žen s mírnou formou poruchy autistického spektra v porovnání s mírou kamufláže u žen bez poruchy autistického spektra.

H4: Míra kamufláže je vyšší u mužů s mírnou formou poruchy autistického spektra v porovnání s mírou kamufláže u mužů bez poruchy autistického spektra.

H5: Vyšší míra kamufláže pozitivně koreluje s vyšším věkem, ve kterém byla lidem stanovena diagnóza poruch autistického spektra.

## **4. Metodologický rámec**

Jako výzkumný design byl zvolen kvantitativní výzkum. Jelikož výzkumné cíle a hypotézy mají deskriptivní a relační charakter, zkoumají míru kamufláže v závislosti na vybraných charakteristikách a porovnávají její míru mezi jednotlivými výzkumnými skupinami.

### **4.1. Metody získávání dat**

Pro hodnocení míry kamufláže byla ve výzkumu této práce použita sebehodnotící dotazníková metoda Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (zkr. CAT-Q). Tato metoda byla vytvořena autorkami Hullovou, Mandyovou, Laiovou a autory Baron-Cohenem, Allisonem a Petridesem (2018). Metoda CAT-Q byla pro výzkum vybrána, protože je v současnosti jediným validovaným<sup>9</sup> dotazníkem, který umožňuje zjišťovat míru kamufláže (Hull et al, 2019).

Vzhledem k tomu, že se jedná o metodu vyvinutou ve Velké Británii, která je k dispozici pouze v anglickém jazyce, bylo pro její použití potřeba vytvořit český překlad. Kvůli tomu byla oslovena autorka Laura Hullová a byla požádána o svolení k překladu dotazníku CAT-Q a jeho použití pro potřeby tohoto výzkumu. Ta vyslovila souhlas a navrhla, aby byl překlad

---

<sup>9</sup> Vývoj a validační proces metody CAT-Q popisuje článek (Hull et al. 2019) dostupný na <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10803-018-3792-6>.

dále sdílen s dalšími výzkumníky a kliniky, kteří budou mít zájem o jeho využití. Překlad dotazníku CAT-Q je možné nalézt v příloze č.1.

Překlad dotazníku CAT-Q proběhl v několika fázích. Sledoval dva hlavní cíle - aby co nejdůstojněji reflektoval výroky původní anglické verze a současně byl pro české respondenty srozumitelný. První fáze tak spočívala ve vytvoření co nejdůstojnějšího českého překladu anglické verze dotazníku. V této fázi byl překlad konzultován s překladatelem. Ve druhé fázi byl český překlad CAT-Q konzultován s odborníky na diagnostiku PAS. Ve třetí fázi byl český překlad CAT-Q administrován se šesti lidmi staršími patnácti let (třemi lidmi s mírnou formou PAS a třemi lidmi bez jakékoliv psychiatrické diagnózy). Ti byli požádáni, aby komentovali své porozumění dotazníku. Na základě komentářů respondentů byla provedena kvalitativní položková analýza a podle ní bylo upraveno znění některých tvrzení. Slovní spojení, jejichž význam byl pro respondenty nejasný (např. *sociální interakce*), byla nahrazena opisem (např. *v kontaktu s ostatními; při komunikaci s ostatními lidmi*).

CAT-Q se skládá z dvaceti pěti položek v podobě výroků (např. „*Když komunikuji s ostatními lidmi, úmyslně napodobuji jejich řeč těla nebo výrazy obličeje.*“), se kterými respondenti podle vlastních zkušeností vyjadřují míru souhlasu na sedmibodové Likertově škále vymezené krajními póly 1= naprosto nesouhlasí a 7= naprosto souhlasí. Pět položek je hodnoceno reverzně. Celkové skóre kamufláže tvoří součet hodnot všech položek a může se pohybovat v rozmezí od 25 do 175.

CAT-Q rozlišuje tři faktory sociální kamufláže. **Kompenzace** je prvním faktorem, zastoupeným devíti tvrzeními, která reprezentují strategie používané k aktivní kompenzaci obtíží v sociálních situacích (jedním z nich je např. „*Zkoumám pravidla mezilidské komunikace a vzájemného působení, například studiem psychologie nebo čtením knih o lidském chování, abych zlepšil své komunikační a společenské dovednosti.*“). **Maskování** je druhý faktor zastoupený osmi tvrzeními, která reprezentují strategie používané ke skrývání autistických charakteristik nebo k prezentaci sebe jako neautistické osobnosti (např. „*Upravuji řeč svého těla a výraz obličeje tak, abych působil/a uvolněně.*“). **Asimilace** je třetím faktorem taktéž zastoupeným osmi tvrzeními reprezentujícími strategie, které reflektují snahu zapadnout mezi ostatní, tak aby jedinec nevyčníval ze skupiny v sociálních situacích, ve kterých se necítí komfortně (např. „*Cítím se, jako bych před ostatními lidmi předstíral/a, že jsem normální.*“).

Po vyplnění dotazníku se hodnoty u všech položek sečtou. Součet tvoří celkovou míru kamufláže. Dále je možné součtem vybraných položek zjišťovat míru hodnot jednotlivých faktorů kompenzace, maskování a asimilace. Pro CAT-Q v současnosti nebyla publikována normativní studie. Absence norem však není pro použití v tomto výzkumu překážkou, protože výzkum srovnává míru kamufláže u jednotlivých výzkumných skupin.

CAT-Q byl doplněn o otázky zjišťující demografické údaje (věk, pohlaví, genderová příslušnost), dále o otázky týkající se diagnózy a věku jejího stanovení a o otázky, pomocí kterých bylo možné posoudit, zda respondenti splňují výběrová kritéria. Přidána byla také otázka „*Máte pocit, že se Vaše chování, vnímání nebo uvažování významně liší od většiny lidí, se kterými se setkáváte?*“.

#### **4.2. Sběr dat**

Výzkumná data byla získávána prostřednictvím online dotazníku, který byl vytvořen skrze webové rozhraní [www.docs.google.com](http://www.docs.google.com). Online dotazník byl distribuován trojím způsobem. E-mailem byli požádáni o jeho vyplnění účastníci z databáze Národního ústavu pro autismus. Dotazník byl dále distribuován mezi účastníky pomocí sociální sítě Facebook. Konkrétně byl sdílen v uzavřené skupině určené lidem s PAS. Účastníci, kteří tvoří neautistickou kontrolní výzkumnou skupinu, byli osloveni skrze sociální síť Facebook. Online dotazník byl v tomto případě veřejně sdílen na šesti profilech. Sběr dat probíhal během dubna 2019.

#### **4.3. Etika výzkumu**

Účast v provedeném výzkumu byla dobrovolná a zcela anonymní. Zjišťovány byly pouze údaje o věku, pohlaví, genderu a věku stanovení diagnózy PAS. V dotazníku se nevyskytovaly otázky na žádné další osobní údaje, které by umožnily identifikaci respondentů. Respondenti mohli od vyplňování dotazníku kdykoli upustit. V odkazu k vyplnění byly uvedeny informace o cíli výzkumu, o jeho anonymitě a o tom, že vyplněním a odesláním online dotazníku dávají respondenti souhlas se zařazením do výzkumu. Získaná data byly využita výhradně k účelu výzkumu této diplomové práce.

#### **4.4. Zpracování a analýza dat**

Při zpracování dat byly využity metody deskriptivní a neparametrické statistiky. Data byla utříděna a očištěna v programu MS Excel. Slovní odpovědi byly převedeny na odpovídající číselné hodnoty. Reverzní položky byly přepočítány. Takto připravená data byla exportována do statistického programu IBM SPSS Statistics pro Windows, verze 17.0.

## 5. Výzkumný soubor

Empirická část této práce se zabývá lidmi s mírnou formou poruchy autistického spektra. Populaci pro výzkum této práce proto tvoří lidé s diagnostikovanou poruchou autistického spektra bez oslabení v oblasti intelektu nebo řeči, kteří pro běžné samostatné fungování potřebují mírnou nebo téměř žádnou nadstandardní podporu. Dolní věková hranice pro účast ve výzkumu byla stanovena na patnáct let<sup>10</sup>.

Výběrová kritéria pro zkoumanou skupinu lidí s autismem byla následující:

- lékařem nebo psychologem stanovená diagnóza poruchy autistického spektra
- absence mentální retardace
- absence poruchy řeči a jazyka
- maximální výše přiznaného příspěvku na péči I. stupně (lehká závislost)
- věk patnáct let a více

Výběrová kritéria pro kontrolní neautistickou skupinu byla následující:

- absence diagnózy poruchy autistického spektra nebo jiné psychiatrické diagnózy
- absence mentální retardace
- absence poruchy řeči a jazyka
- věk patnáct let a více

U respondentů, kteří byli osloveni skrze sociální sítě, byla výběrová kritéria zjišťována pomocí doplňujících otázek zařazených na konec online dotazníku. Respondenti, kteří dle odpovědí výběrová kritéria nesplňovali, byli z výzkumného souboru odebráni.

Na sociální síti Facebook, v uzavřené skupině určené lidem s poruchou autistického spektra, vyplnilo dotazník 15 mužů a 32 žen s autismem. 7 mužů a 9 žen bylo z výzkumného souboru odebráno, protože nesplňovali kritéria výběru. Do výzkumného souboru bylo tedy zařazeno 8 mužů a 23 žen s poruchou autistického spektra.

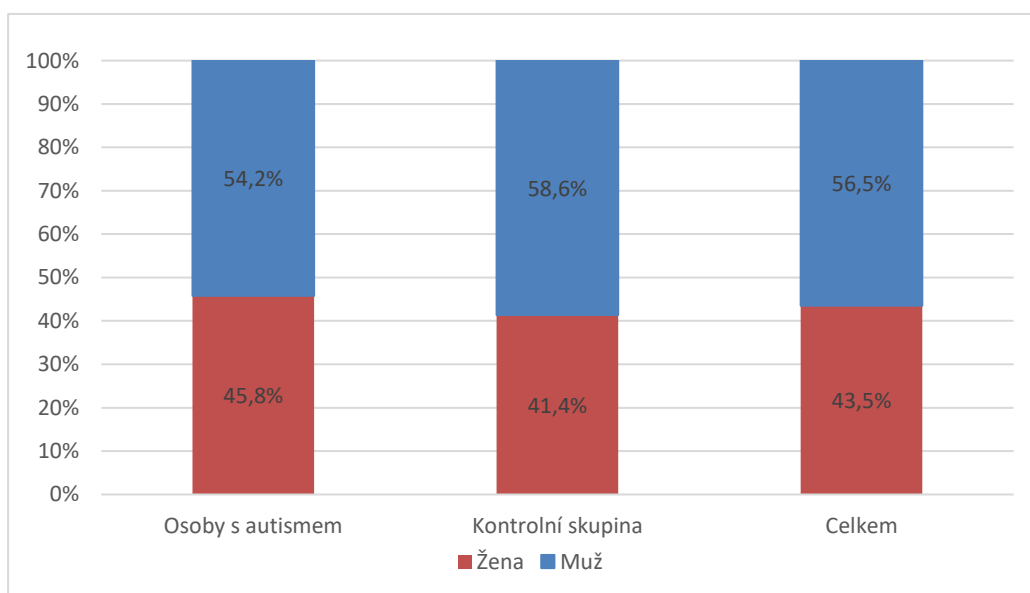
Na veřejných profilech sociální sítě Facebook vyplnilo dotazník 108 respondentů. 3 muži a 18 žen bylo z výzkumného souboru odebráno, protože nesplňovali kritéria výběru. Do kontrolní skupiny tak bylo zařazeno 87 respondentů (51 mužů, 36 žen).

---

<sup>10</sup> Tato hranice byla zvolena na základě odborného posudku schopnosti jedinců s PAS odpovídat na položky dotazníku CAT-Q (Osobní sdělení. Šporclová V., 18. dubna 2019).

U respondentů z databáze Národního ústavu pro autismu byla výběrová kritéria ověřována předem. Osloveni byli pouze ti lidé, kteří kritéria výběru splňovali dle informací uvedených v databázi Národního ústavu pro autismus. Z databáze Národního ústavu pro autismus bylo celkově osloveno 103 mužů a 32 žen. Z toho počtu se vyplněný dotazník vrátil od 37 mužů a 15 žen.

Celkově tak výzkumný soubor tvoří 170 respondentů, z toho je 83 (48,8 %) respondentů s autismem a 87 (51,2 %) respondentů v kontrolní skupině bez psychiatrické diagnózy. Ve výzkumném souboru je 96 mužů (56,5 %) a 74 žen (43,5 %). Ve skupině lidí s autismem je 45 mužů (54,2 %) a 38 žen (45,8 %), viz *graf 1*. V kontrolní skupině je 51 (58,6 %) mužů a 36 (41,4%) žen.



*Graf 1 – Zastoupení mužů a žen ve zkoumaném souboru*

Informace o věku respondentů v jednotlivých výzkumných skupinách udávají *tabulky 1, 2*.

		Osoby s autismem	Kontrolní skupina	Celkem
Věk	Počet	83	87	170
	Průměr	28,8	36,0	32,5
	Medián	29,0	33,0	30,0
	Modus	15,0	23,0	30,0
	Minimum	15,0	17,0	15,0
	Maximum	60,0	71,0	71,0
	Směr. Odchylka	11,0	11,7	11,9

*Tabulka 1 – Věk respondentů v jednotlivých výzkumných skupinách*

Věk				
	Ženy s autismem	Muži s autismem	Ženy - kontrolní skupina	Muži - kontrolní skupina
Počet	38	45	36	51
Průměr	31,5	26,5	39,3	33,6
Medián	30,0	25,0	40,0	31,0
Minimum	15,0	15,0	17,0	18,0
Maximum	60,0	56,0	71,0	67
Směr. Odchylka	11,0	10,5	12,6	10,4
Modus	30	25	40	31

*Tabulka 2 – Věk respondentů v jednotlivých výzkumných skupinách*

Respondenti byly dále tázány, zda mají pocit, že se ve svém chování, vnímání a uvažování liší od ostatních lidí, se kterými se setkávají. Ve skupině lidí s autismem uvedlo 69 respondentů (33 žen, 36 mužů), že má tento pocit. V kontrolní skupině mělo tento pocit 23 respondentů (8 žen, 15 mužů).

U respondentů s autismem byla dále zjišťována diagnóza a věk, kdy u nich byla diagnóza stanovena. 68 respondentů obdrželo diagnózu Aspergerův syndrom. Porucha autistického spektra (blíže nespecifikovaná) byla diagnostikována u 10 respondentů. Dětský autismus byl diagnostikován u 5 respondentů. V *tabulce 3* můžeme vidět, že průměrný věk stanovení diagnózy je v našem výzkumném souboru 21,8.

Průměr	21,8
Medián	18,0
Modus	12,0
Minimum	3,0
Maximum	54,0
Směr. Odchylka	13,3

*Tabulka 3 – Věk při stanovení diagnózy*

## 6. Výsledky

Před vlastním vyhodnocením míry kamufláže a jejích subškál byla zjišťována reliabilita dotazníku. Použit byl odhad Cronbachovo  $\alpha$ . Dle Helmstadterova pravidla by měla reliabilita testu nabývat různých hodnot podle cíle měření. V našem případě, kdy chceme hodnotit rozdíly v úrovni dvou skupin, by hodnota měla být minimálně  $\alpha = 0,9$ . Námi zjištěná vnitřní konzistence dotazníku byla  $\alpha = 0,919$ , dotazník proto lze považovat za vnitřně konzistentní.

V prvním kroku bylo ověřeno, zda proměnné pocházejí z normálního rozdělení. Výsledky testů vidíme v *tabulce 4*. Výsledky poukazují, že proměnná HS\_Maskování jako jediná pochází z normálního rozdělení a že ostatní proměnné z normálního rozdělení nepocházejí. Proto bylo nutné používat neparametrické metody pro ověřování hypotéz.

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Testové kritérium	Stupně volnosti	P-hodnota	Testové kritérium	Stupně volnosti	P-hodnota
HS_Kompenzace	0,086	170	0,004	0,976	170	0,005
HS_Maskovani	0,040	170	0,200*	0,989	170	0,207*
HS_Asimilace	0,096	170	0,001	0,961	170	0,000
HS_Kamuflaž	0,079	170	0,011	0,969	170	0,001

Pozn. \* statisticky významná normalita na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$

*Tabulka 4 – Testy normality pro proměnné HS*

### 6.1. Testování výzkumných hypotéz

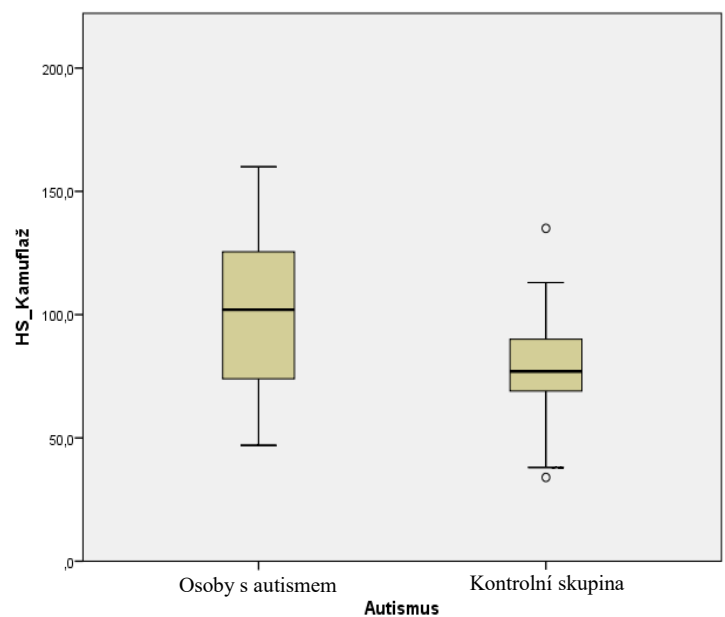
Přistoupíme k testování výzkumných hypotéz (H1 až H5) a zodpovíme výzkumné otázky (VO1 až VO5).

Začneme s testováním H1 (*Míra kamufláže je vyšší u lidí s mírnou formou poruchy autistického spektra v porovnání s mírou kamufláže u lidí bez poruchy autistického spektra.*) a zodpovíme VO1 (*Souvisí míra kamufláže s přítomností poruchy autistického spektra?*).

Pro testování H1 byla použita proměnná HS\_Kamufláž a použit byl Mann-Whitneyův U test pro 2 nezávislé výběry. Základní statistické charakteristiky proměnné HS\_Kamufláž u skupiny respondentů s mírnou formou poruchy autistického spektra a u kontrolní skupiny uvádí *tabulka 5*. Vidíme, že medián míry kamufláže u respondentů s mírnou formou poruchy autistického spektra je 102 a u kontrolní skupiny je 77. Rozdíl v míře kamufláže mezi skupinami vidíme i na *grafu 2*. Po provedení testu ( $U = 2025,0$ ;  $p < 0,001$ ; *Cliffovo delta* = 0,44 – střední efekt), kdy  $p$ -hodnota je nižší než námi zvolená hladina významnosti  $\alpha = 0,05$ , **zamítáme H0** – „Existují statisticky významné rozdíly v míře kamufláže mezi lidmi s mírnou formou poruchy autistického spektra a lidmi z kontrolní skupiny. Z *tabulky 5* vidíme, že míra kamufláže je v mediánu vyšší u lidí s mírnou formou poruchy autistického spektra v porovnání s mírou kamufláže u lidí z kontrolní skupiny. Na základě tohoto zjištění můžeme formulovat odpověď na výzkumnou otázku VO1: „Souvisí míra kamufláže s přítomností poruchy autistického spektra?“. Výsledky poukazují na to, že míra kamufláže souvisí s přítomností poruchy autistického spektra – míra kamufláže je u lidí s mírnou formou autistického spektra vyšší než u lidí bez poruchy autistického spektra.

HS_Kamufláž	Osoby s autismem	kontrolní skupina
Průměr	101,0	79,3
Medián	102,0	77,0
Modus	67,0	95,0
Minimum	47,0	34,0
Maximum	160,0	135,0
Směr. odchylka	28,9	16,8

*Tabulka 5 - Charakteristiky HS\_Kamufláž u osob s autismem a kontrolní skupiny*

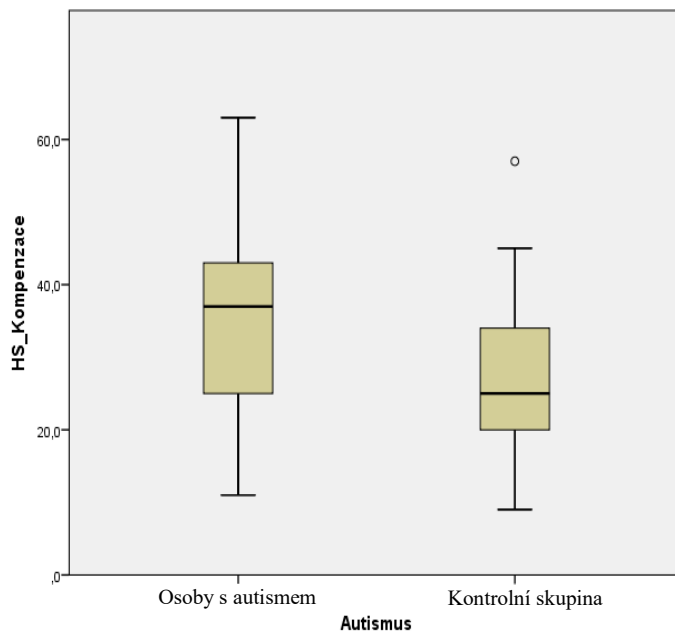


*Graf 2 - Rozdělení proměnné HS\_Kamufláž u osob s autismem a kontrolní skupiny*



Hodnoty HS\_kompence, HS\_maskování, HS\_asimilace uvádí následující tabulky a grafy.

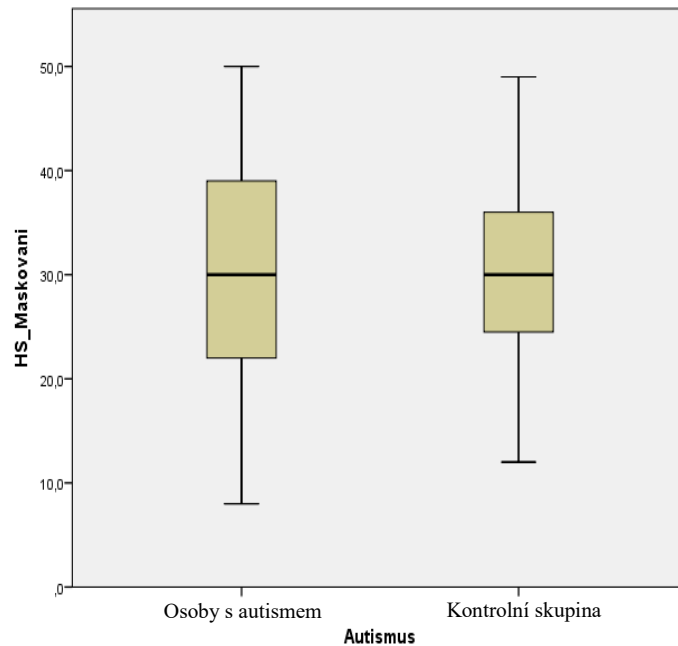
HS_Kompence	Osoby s autismem	Kontrolní skupina
Průměr	35,1	26,7
Medián	37,0	25,0
Modus	43,0	18,0
Minimum	11,0	9,0
Maximum	63,0	57,0
Směr. odchylka	11,9	8,9



Tabulka 6 - Charakteristiky HS\_Kompence u osob s autismem a kontrolní skupiny

Graf 3 - Rozdělení proměnné HS\_Kompence u osob s autismem a kontrolní skupiny

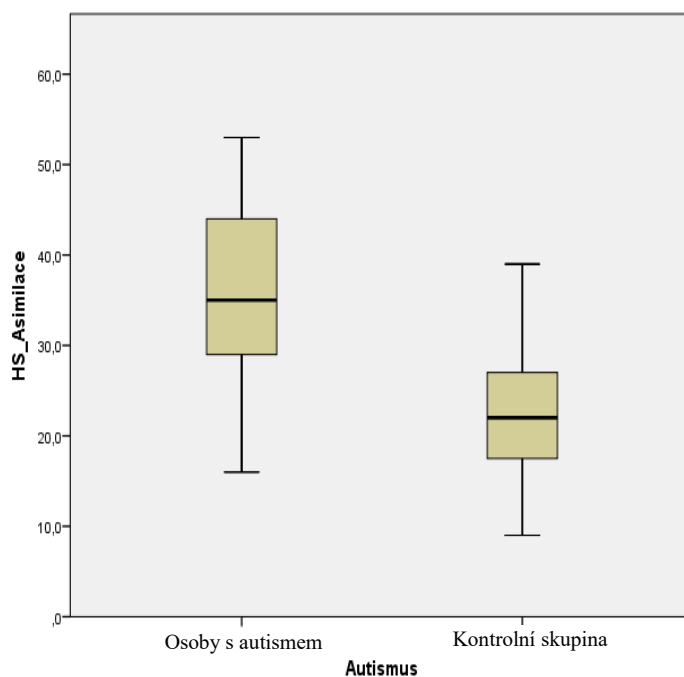
HS_Maskovani	Osoby s autismem	Kontrolní skupina
Průměr	30,1	29,9
Medián	30,0	30,0
Modus	25,0	23,0
Minimum	8,0	12,0
Maximum	50,0	49,0
Směr. odchylka	10,9	7,5



Tabulka 7 - Charakteristiky HS\_Maskování u osob s autismem a kontrolní skupiny

Graf 4 - Rozdělení proměnné HS\_Maskování u osob s autismem a kontrolní skupiny

HS_Asimilace	Osoby s autismem	Kontrolní skupina
Průměr	35,7	22,7
Medián	35,0	22,0
Modus	39,0	16,0
Minimum	16,0	9,0
Maximum	53,0	39,0
Směr. odchylka	9,5	6,4



Tabulka 8 - Charakteristiky HS\_Maskování u osob s autismem a kontrolní skupiny

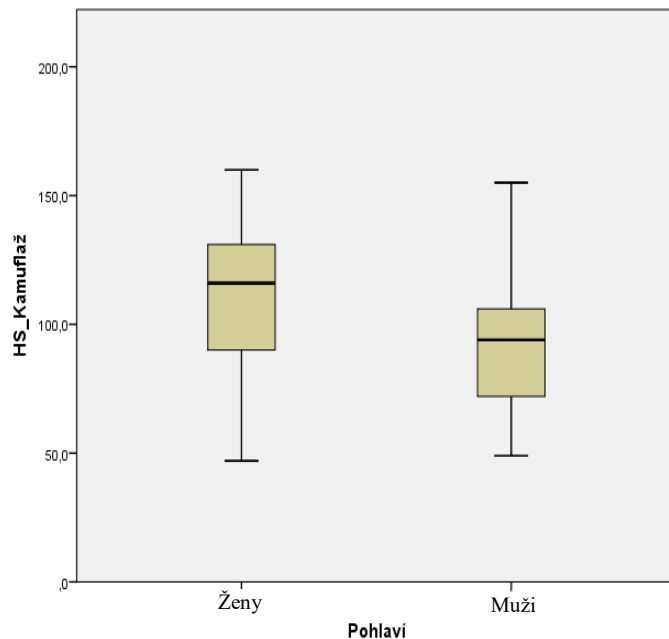
Graf 5 - Rozdělení proměnné HS\_Asimilace u osob s autismem a kontrolní skupiny

Dále přistoupíme k testování H2 (*Míra kamufláže u žen s mírnou formou poruchy autistického spektra je vyšší, než je míra kamufláže u mužů s mírnou formou autistického spektra.*) a zodpovíme VO2 (*Souvisí míra kamufláže u jedinců s poruchou autistického spektra s genderovou příslušností?*).

Pro testování H2 byla použita proměnná HS\_kamufláž a použit byl Mann-Whitneyův U test pro 2 nezávislé výběry. Základní statistické charakteristiky proměnné HS\_Kamufláž u skupin podle pohlaví uvádí *tabulka 9*. Vidíme, že medián kamufláže u respondentek (žen) s mírnou formou poruchy autistického spektra je 116 a u respondentů (mužů) s mírnou formou poruchy autistického spektra je 94. Rozdíl v míře kamufláže mezi skupinami vidíme také na *grafu 6*. Po provedení testu ( $U = 562,0$ ;  $p = 0,007$ ; *Cliffovo delta* = 0,34 – střední velikost efektu), kdy  $p$ -hodnota je nižší než námi zvolená hladina významnosti  $\alpha = 0,05$ , **zamítáme H0** - existují statisticky významné rozdíly v míře kamufláže mezi ženami a muži s mírnou formou poruchy autistického spektra. V *tabulce 9* vidíme, že míra kamufláže je v mediánu vyšší u žen s mírnou formou poruchy autistického spektra v porovnání s mírou kamufláže u mužů s touto poruchou. Na základě toho zjištění můžeme formulovat odpověď na výzkumnou otázku VO2: „Souvisí míra kamufláže u jedinců s poruchou autistického spektra s genderovou příslušností?“. Na základě statistického vyhodnocení lze konstatovat, že

míra kamufláže souvisí s genderovou příslušností - míra kamufláže, je u žen s poruchou autistického spektra vyšší než u mužů s touto poruchou.

HS_Kamufláž	Ženy s autismem	Muži s autismem
Průměr	110,2	93,1
Medián	116,0	94,0
Modus	67,0	60,0
Minimum	47,0	49,0
Maximum	160,0	155,0
Směr. odchylka	30,8	25,0

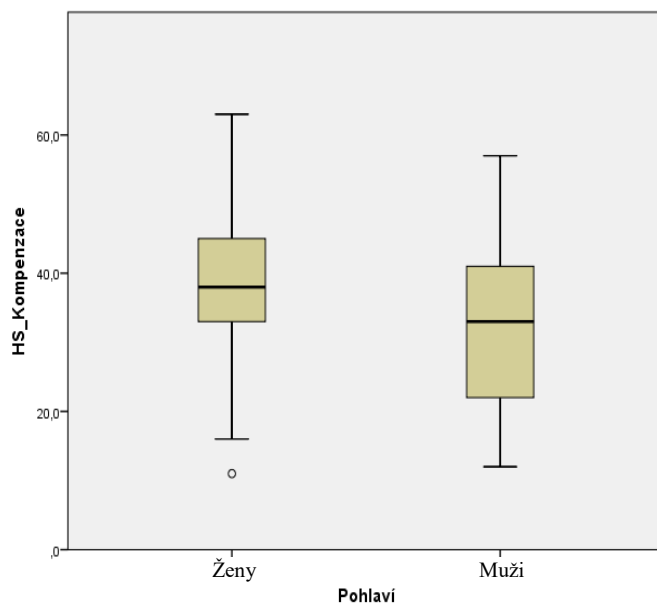


Tabulka 9 - Charakteristiky HS\_Kamufláž u mužů a žen s autismem

Graf 6 - Rozdělení proměnné HS\_Kamufláž u mužů a žen s autismem

Hodnoty HS\_kompence, HS\_maskování, HS\_asimilace u skupiny mužů a žen s poruchou autistického spektra uvádí následující tabulky a grafy.

HS_Kompence	Ženy s autismem	Muži s autismem
Průměr	38,6	32,1
Medián	38,0	33,0
Modus	38,0	24,0
Minimum	11,0	12,0
Maximum	63,0	57,0
Směr. odchylka	11,8	11,3

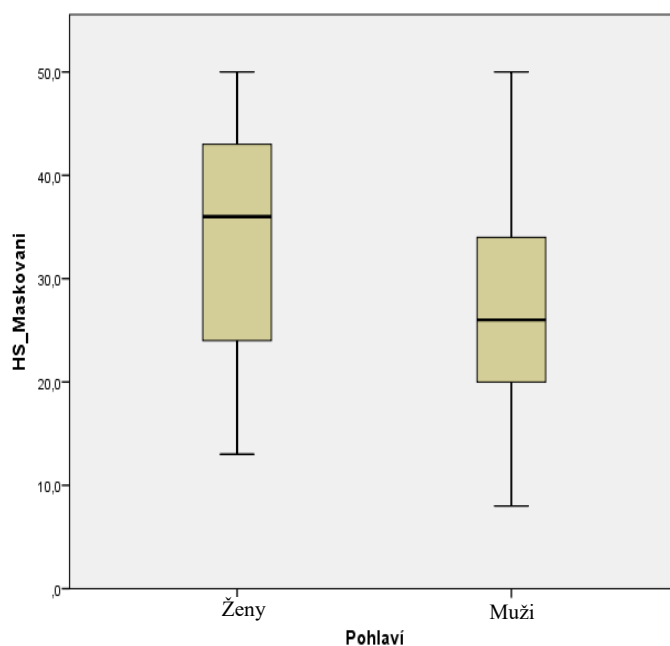


Tabulka 10 - Charakteristiky HS\_Kompence u mužů a žen s autismem

Graf 7 - Rozdělení proměnné HS\_Kompence u mužů a žen s autismem

HS_Maskovani	Ženy s autismem	Muži s autismem
Průměr	33,3	27,4
Medián	36,0	26,0
Modus	13,0	25,0
Minimum	13,0	8,0
Maximum	50,0	50,0
Směr. odchylka	11,6	9,7

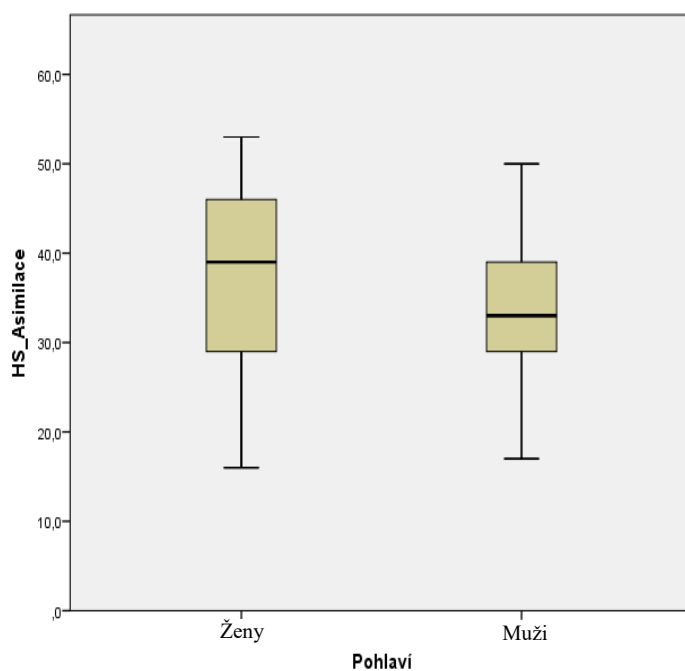
Tabulka 11 - Charakteristiky HS\_Maskování u mužů a žen s autismem



Graf 8 - Rozdělení proměnné HS\_Maskování u mužů a žen s autismem

HS_Asimilace	Ženy s autismem	Muži s autismem
Průměr	38,3	33,6
Medián	39,0	33,0
Modus	39,0	29,0
Minimum	16,0	17,0
Maximum	53,0	50,0
Směr. odchylka	10,6	8,0

Tabulka 12 - Charakteristiky HS\_Asimilace u mužů a žen s autismem



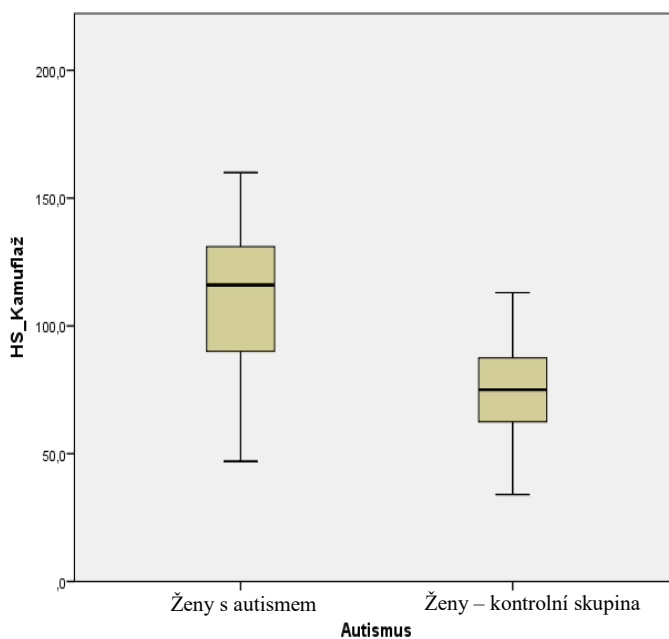
Graf 9 - Rozdělení proměnné HS\_Asimilace u mužů a žen s autismem

Dále přistoupíme k testování H3 (*Míra kamufláže je vyšší u žen s mírnou formou poruchy autistického spektra v porovnání s mírou kamufláže u žen bez poruchy autistického spektra.*) a zodpovíme VO3 (*Souvisí míra kamufláže u žen s přítomností poruchy autistického spektra?*).

Pro ověření H3 byla použita proměnná HS\_Kamufláž a použit byl Mann-Whitneyův U test pro 2 nezávislé výběry. Základní statistické charakteristiky proměnné HS\_Kamufláž u skupiny respondentek s mírnou formou poruchy autistického spektra a u respondentek z kontrolní skupiny uvádí *tabulka 13*. Je patrné, že medián míry kamufláže u žen s mírnou formou poruchy autistického spektra je 116 a u žen z kontrolní skupiny je 75. Rozdíl v míře kamufláže mezi skupinami vidíme i na *grafu 10*. Po provedení testu ( $U = 242$ ;  $p < 0,001$ ; *Cliffovo delta* = 0,65 – velký efekt), kdy  $p$ -hodnota je nižší než námi zvolená hladina významnosti  $\alpha = 0,05$ , **zamítáme H0** - existují statisticky významné rozdíly v míře kamufláže mezi ženami s mírnou formou poruchy autistického spektra a ženami z kontrolní skupiny. Z *tabulky 10* již víme, že míra kamufláže je v mediánu vyšší u respondentek s mírnější formou poruchy autistického spektra v porovnání s mírou výskytu kamufláže u respondentek z kontrolní skupiny. Na základě toho zjištění můžeme formulovat odpověď na výzkumnou otázku VO3: „Souvisí míra kamufláže u žen s přítomností diagnózy poruchy autistického spektra?“. Výsledky poukazují na skutečnost, že je míra kamufláže u žen s poruchou autistického spektra vyšší než u žen bez poruchy autistického spektra. Lze proto konstatovat, že míra kamufláže u žen souvisí s přítomností poruchy autistického spektra.

HS_Kamufláž	Ženy s autismem	Ženy - kontrolní skupina
Průměr	110,2	75,1
Medián	116,0	75,0
Modus	67,0	62,0
Minimum	47,0	34,0
Maximum	160,0	113,0
Směr. Odchylka	30,8	17,7

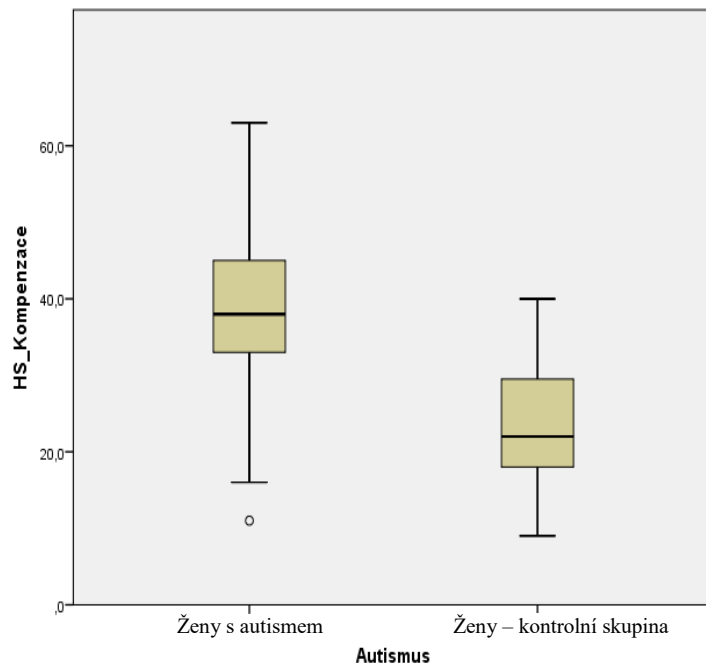
*Tabulka 13 - Charakteristiky HS\_Kamufláž u žen s autismem a z kontrolní skupiny*



*Graf 10 - Rozdělení proměnné HS\_Kamufláž u žen s autismem a z kontrolní skupiny*

Hodnoty HS\_kompence, HS\_maskování, HS\_asimilace u skupiny žen s poruchou autistického spektra a u žen z kontrolní skupiny uvádí následující tabulky a grafy.

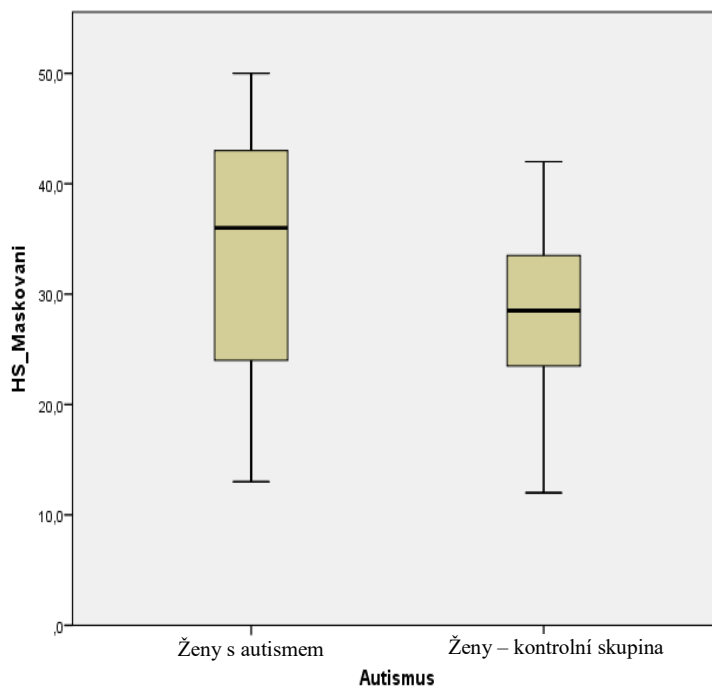
HS_Kompence	Ženy s autismem	Ženy - kontrolní skupina
Průměr	38,6	23,8
Medián	38,0	22,0
Modus	38,0	18,0
Minimum	11,0	9,0
Maximum	63,0	40,0
Směr. odchylka	11,8	8,1



Tabulka 14 - Charakteristiky HS\_Kompence u žen s autismem a z kontrolní skupiny

Graf 11 - Rozdělení proměnné HS\_Kompence u žen s autismem a z kontrolní skupiny

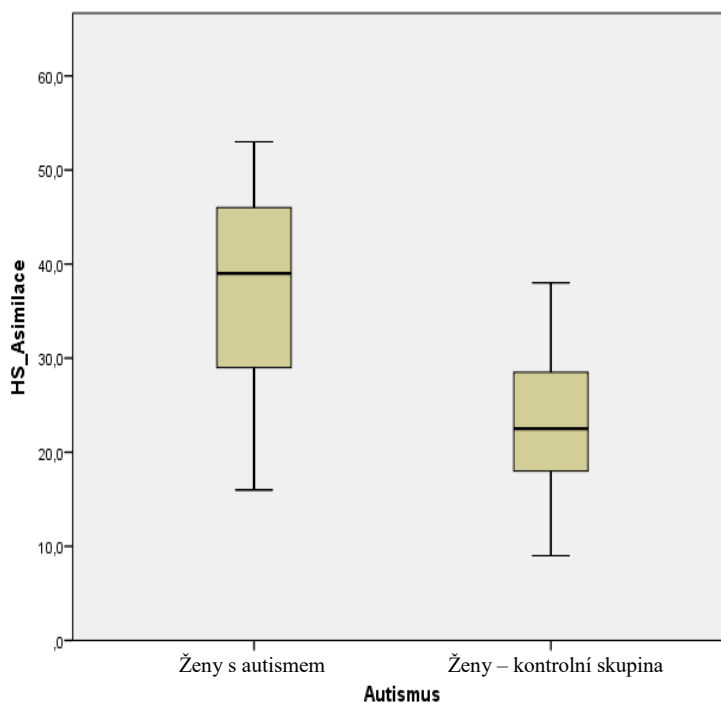
HS_Maskovani	Ženy s autismem	Ženy - kontrolní skupina
Průměr	33,3	28,0
Medián	36,0	28,5
Modus	13,0	28,0
Minimum	13,0	12,0
Maximum	50,0	42,0
Směr. odchylka	11,6	7,6



Tabulka 15 - Charakteristiky HS\_Maskování u žen s autismem a z kontrolní skupiny

Graf 12 - Rozdělení proměnné HS\_Maskování u žen s autismem a z kontrolní skupiny

HS_Asimilace	Ženy s autismem	Ženy - kontrolní skupina
Průměr	38,3	23,3
Medián	39,0	22,5
Modus	39,0	13,0
Minimum	16,0	9,0
Maximum	53,0	38,0
Směr. odchylka	10,6	7,3



Tabulka 16 - Charakteristiky HS\_Asimilace u žen s autismem a z kontrolní skupiny

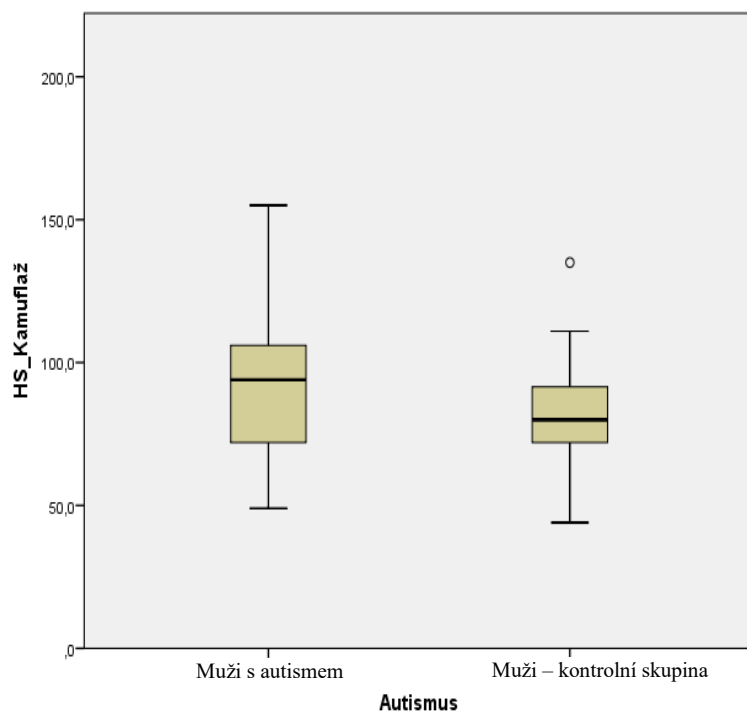
Graf 13 - Rozdělení proměnné HS\_Asimilace u žen s autismem a z kontrolní skupiny

Dále přistoupíme k testování H4 (*Míra kamufláže je vyšší u mužů s mírnou formou poruchy autistického spektra v porovnání s mírou kamufláže u mužů bez poruchy autistického spektra.*) a zodpovíme VO4 (*Souvisí míra kamufláže u mužů s přítomností poruchy autistického spektra?*).

Pro ověření H4 byla použita proměnná HS\_Kamufláž a použit byl Mann-Whitneyův U test pro 2 nezávislé výběry. Základní statistické charakteristiky proměnné HS\_Kamufláž u skupiny respondentů s mírnou formou poruchy autistického spektra a u respondentů z kontrolní skupiny uvádí *tabulka 17*. Vidíme, že medián míry kamufláže u respondentů s mírnou formou poruchy autistického spektra je 94 a u mužů z kontrolní skupiny je 80. Rozdíl v míře kamufláže mezi skupinami vidíme i na *grafu 14*. Po provedení testu ( $U = 854,5$ ;  $p = 0,031$ ; *Cliffovo delta* = 0,26 – malý efekt), kdy  $p$ -hodnota je nižší než námi zvolená hladina významnosti  $\alpha = 0,05$ , **zamítáme H0** - existují statisticky významné rozdíly v míře kamufláže mezi muži s mírnou formou poruchy autistického spektra a muži z kontrolní skupiny. Z *tabulky 17* již víme, že míra kamufláže je v mediánu vyšší u respondentů s mírnou formou poruchy autistického spektra v porovnání s mírou výskytu kamufláže u respondentů z kontrolní skupiny. Na základě toho zjištění můžeme formulovat odpověď na výzkumnou otázku VO4: „Souvisí míra kamufláže u mužů s přítomností poruchy autistického spektra?“

Výsledky poukazují na skutečnost, že míra kamufláže u mužů souvisí s přítomností poruchy autistického spektra - míra kamufláže je u mužů s poruchou autistického spektra vyšší než u mužů bez poruchy autistického spektra.

HS_Kamufláž	Muži s autismem	Muži - kontrolní skupina
Průměr	93,1	82,3
Medián	94,0	80,0
Modus	60,0	72,0
Minimum	49,0	44,0
Maximum	155,0	135,0
Směr. odchylka	25,0	15,7

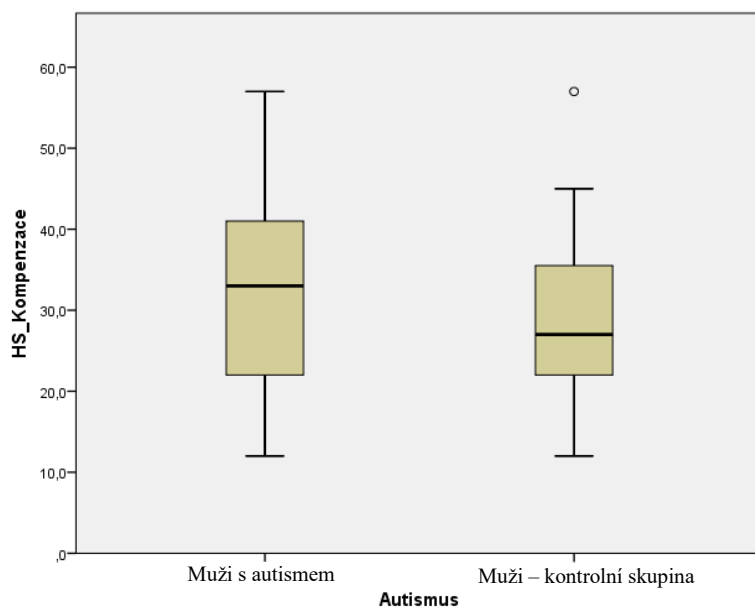


Tabulka 17 - Charakteristiky HS\_Kamufláž u mužů s autismem a z kontrolní skupiny

Graf 14 - Rozdělení proměnné HS\_Kamufláž u mužů s autismem a z kontrolní skupiny

Hodnoty HS\_kompence, HS\_maskování, HS\_asimilace u skupiny mužů s poruchou autistického spektra a u mužů z kontrolní skupiny uvádí následující tabulky a grafy.

HS_Kompence	Muži s autismem	Muži - kontrolní skupina
Průměr	32,1	28,8
Medián	33,0	27,0
Modus	24,0	24,0
Minimum	12,0	12,0
Maximum	57,0	57,0
Směr. odchylka	11,3	9,0

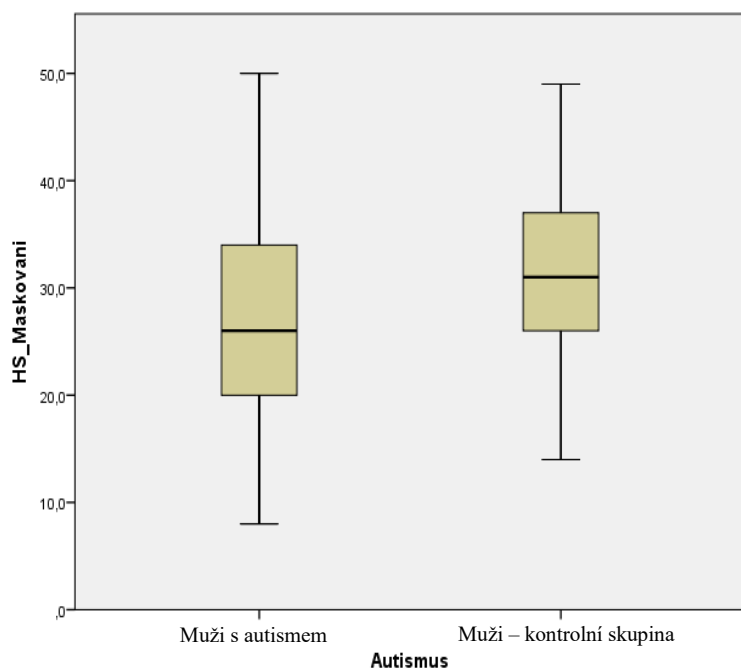


Tabulka 18 - Charakteristiky HS\_Kompence u mužů s autismem a z kontrolní skupiny

Graf 15 - Rozdělení proměnné HS\_Kompence u mužů s autismem a z kontrolní skupiny



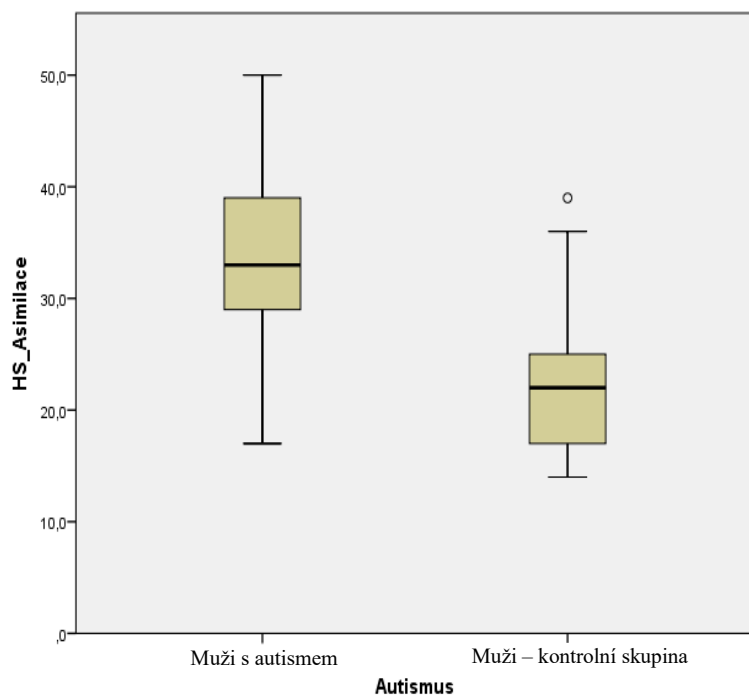
HS_Maskovani	Muži s autismem	Muži - kontrolní skupina
Průměr	27,4	31,2
Medián	26,0	31,0
Modus	25,0	23,0
Minimum	8,0	14,0
Maximum	50,0	49,0
Směr. odchylka	9,7	7,3



Tabulka 19 - Charakteristiky HS\_Maskování u mužů s autismem a z kontrolní skupiny

Graf 16 - Rozdělení proměnné HS\_Maskování u mužů s autismem a z kontrolní skupiny

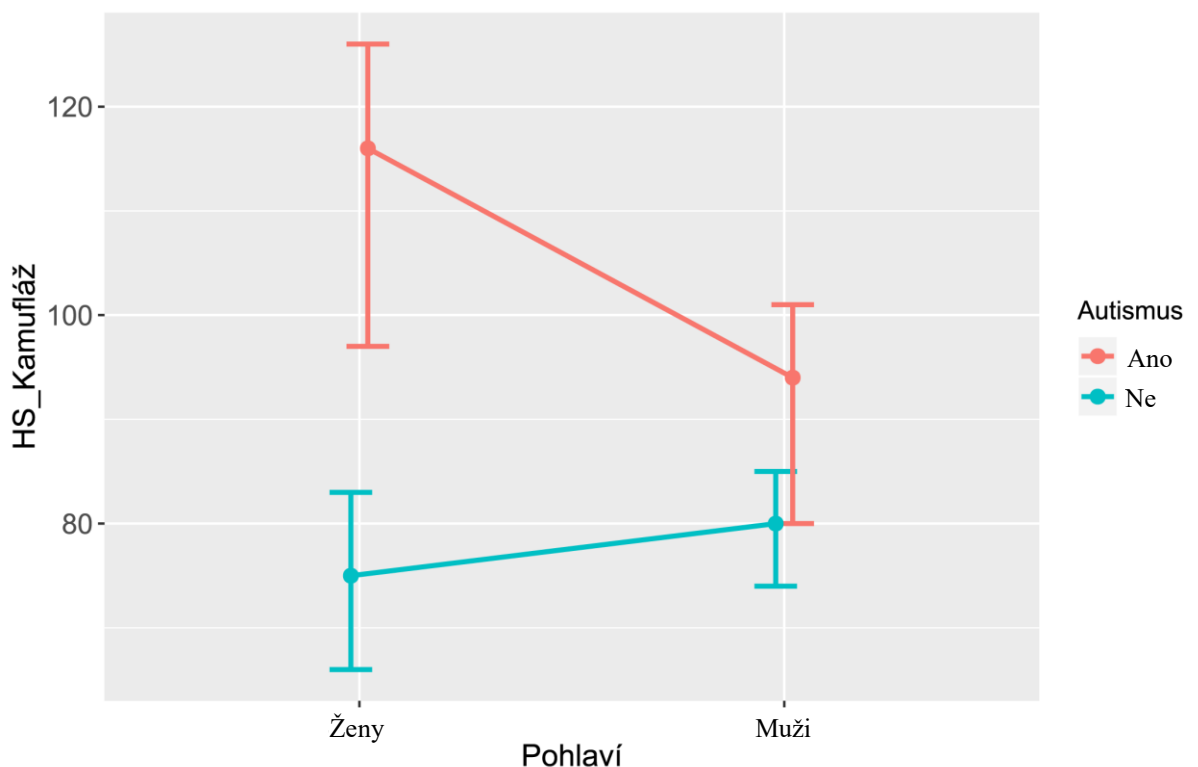
HS_Asimilace	Muži s autismem	Muži - kontrolní skupina
Průměr	33,6	22,3
Medián	33,0	22,0
Modus	29,0	16,0
Minimum	17,0	14,0
Maximum	50,0	39,0
Směr. odchylka	8,0	5,8



Tabulka 20 - Charakteristiky HS\_Asimilace u mužů s autismem a z kontrolní skupiny

Graf 17 - Rozdělení proměnné HS\_Asimilace u mužů s autismem a z kontrolní skupiny

Můžeme vidět, že efekt přítomnosti poruchy autistického spektra na míru kamufláže je u žen (*Cliffovo delta* = 0,65 – velký efekt) více než dvakrát větší než u mužů (*Cliffovo delta* = 0,26 – malý efekt). Z tohoto důvodu byla provedena faktoriální (2×2) ANOVA, kde byla testována interakce faktoru přítomnost autismu a faktoru pohlaví. Jak už víme, HS\_Kamufláž není v našem výzkumném souboru normálně rozložena (viz *tabulka 4*) a jednotlivé skupiny nemají podle Levenova testu shodné rozptyly, a tudíž bychom neměli použít konvenční test ANOVA<sup>11</sup>. Proto byla použita robustní varianta popsaná Wilcoxem (2016), kde výše popsaná interakce vyšla signifikantní ( $Q = 12,84$ ;  $p = 0,001$ ). Tato interakce je názorně zobrazena na *grafu 18*. Tyto výsledky poukazují na to, že dopad poruchy autistického spektra na míru kamufláže může být významně vyšší u žen než u mužů.



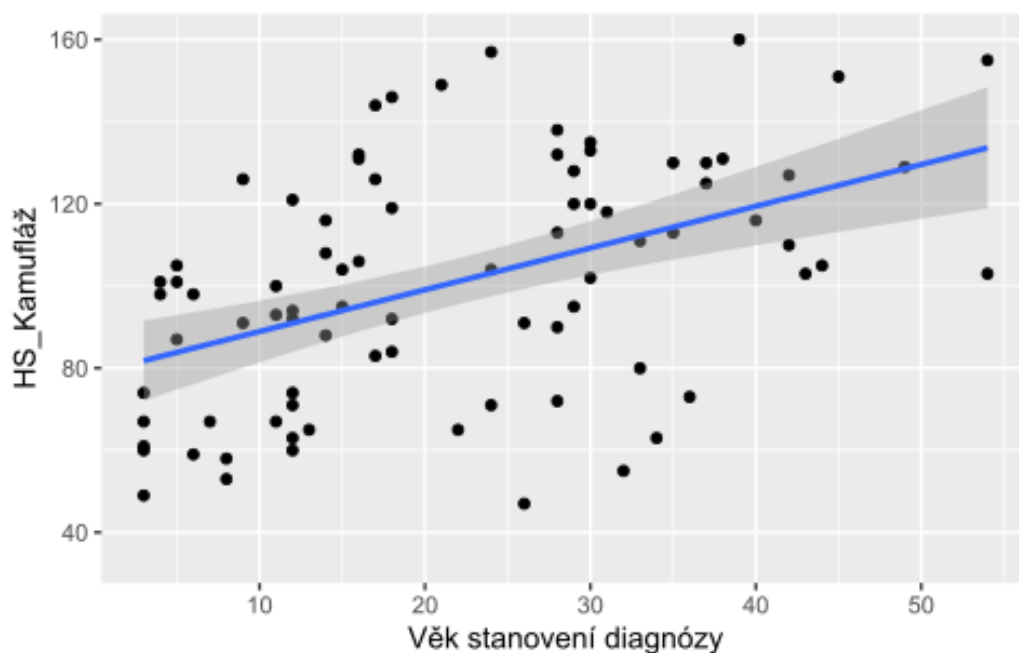
Pozn. graf zobrazuje mediány a 95% intervaly spolehlivosti.

*Graf 18 - Interakce faktorů přítomnosti autismu a faktoru pohlaví na míru kamufláže*

<sup>11</sup> Dodejme, že reziduály u tohoto modelu ANOVA, byly normálně rozložené a závěry byly kongruentní s robustní variantou.

Nakonec přistoupíme k testování H5 (*Vyšší míra kamufláže pozitivně koreluje s vyšším věkem, ve kterém byla lidem stanovena diagnóza poruch autistického spektra.*) a zodpovíme VO5 (*Souvisí míra kamufláže s věkem stanovení diagnózy poruchy autistického spektra?*).

Pro testování H5 byly použity proměnné HS\_Kamufláž a věk stanovení diagnózy. Dále byl vypočítán Spearmanův korelační koeficient ( $r_s = 0,496$ ;  $p < 0,001$ ). Tato hodnota značí středně silný pozitivní vztah mezi mírou kamufláže a věkem, ve kterém byla lidem stanovena diagnóza poruch autistického spektra. Na *grafu 19* pak můžeme vidět, že vyšší míra kamufláže pozitivně koreluje s vyšším věkem, ve kterém byla respondentkám a respondentům stanovena diagnóza poruch autistického spektra. Na základě tohoto výsledku **zamítáme H0** a formulujeme odpověď na výzkumnou otázku VO5: „Souvisí míra kamufláže s věkem stanovení diagnózy poruchy autistického spektra?“. Výsledky poukazují na to, že vyšší míra kamufláže souvisí s vyšším věkem, ve kterém byla respondentkám a respondentům stanovena diagnóza poruch autistického spektra.



Poznámka: regresní přímka je doprovodena 95% intervalem spolehlivosti

*Graf 19 - Vztah míry kamufláže a věku, ve kterém byl respondentům diagnostikován autismus*

## 7. Diskuse

Výzkum této práce navázal na předchozí studie uvedené v teoretické části práce, které se zabývaly kompenzačními mechanismy a kamufláží u lidí s poruchou autistického spektra. Vycházel také ze studií, které zkoumaly ženský fenotyp autismu. Výzkumné otázky a hypotézy se inspirovaly závěry autorů předešlých studií. Provedený výzkum se proto zaměřil i na hledání souvislosti mezi kamufláží a pozdějším věkem určení diagnózy autismu. Současně ověřoval dříve vyslovenou hypotézu, že kamufláž může souviset s tím, že je u žen s mírnou formou poruchy autistického spektra diagnóza autismu v průměru stanovována později a méně často než u mužů.

V diskusi se nejprve budeme zabývat metodologickými úskalími a limity provedené studie, které mohou ovlivňovat její výsledky. Prvním limitem je, že v této studii byla pro zjišťování míry kamufláže použita metoda CAT-Q, která spočívá v sebespozování. Nejde tedy o objektivní měření, ale o zaznamenávání subjektivních hodnocení respondentů. Výsledky proto mohou být ovlivněny schopností sebereflexe a introspekce samotných respondentů. Současně je potřeba říci, že metoda CAT-Q je jedinou validovanou metodou, která umožňuje zjišťovat míru kamufláže jak u lidí s autismem, tak u neurotypických jedinců. Kladem této metody je, že její položky byly vytvořeny na základě výpovědí rozsáhlého souboru respondentů s poruchou autistického spektra, že se na její tvorbě současně podíleli přední odborníci na problematiku autismu a že při jejím vývoji byly zohledněny poznatky v minulosti uskutečněných kvalitativních i kvantitativních studií. Limity přináší také metoda sběru dat. Část respondentů byla pro účast ve studii oslovena záměrně na základě toho, že podle údajů v databázi Národního ústavu pro autismu splňovala kritéria výběru. návratnost dotazníku od této části respondentů byla u mužů pouze 35,9 % a u žen 46,8 %. Pro získání většího množství dat byla proto další část respondentů oslovena skrze sociální síť Facebook. Tato část respondentů byla do výzkumu zařazena na základě jejich rozhodnutí reagovat na výzvu k účasti na studii umístěné na sociální síti. Tento postup se pojí s dalším úskalím, protože splnění výběrových kritérií bylo u části respondentů oslovených skrze sociální síť ověřováno pouze na základě jejich výpovědí, jejichž pravdivost nebyla ověřována. V obou variantách oslovení respondentů pro účast ve výzkumu šlo o metodu samovýběru, která je spojená s rizikem nereprezentativnosti výzkumného souboru. Specifické charakteristiky, kvůli kterým se respondenti rozhodli do studie zapojit, mohou vytvářet abnormální podmínky ve výzkumném vzorku, výsledky studie proto mohou být ovlivněny těmito specifickými charakteristikami respondentů. Dalším limitem je výrazný rozptyl ve věku respondentů a

rozdílný věk respondentů v jednotlivých výzkumných skupinách. Naše testování korelace mezi věkem a mírou kamufláže v jednotlivých výzkumných skupinách neodhalilo žádný významný vztah mezi těmito proměnnými. Tato zjištění se shodují s výsledky předchozího výzkumu, který rovněž nenašel vztah mezi mírou kamufláže a věkem u dospělých respondentů s mírnou formou autismu (Lai et al., 2016). Přesto nelze vyloučit, že věk může mít vliv na míru kamufláže a celkově tak zkreslovat výsledky našeho výzkumu. Všechny uvedené limity je nutno brát na zřetel při interpretaci dosažených výsledků a konzervativně přistupovat k jejich zobecnění na zkoumanou populaci.

Přes uvedené limity a úskalí přináší výzkum této práce výsledky, které korespondují s výzkumnými závěry dříve provedených studií. Aplikací Mann-Whitneyho U testu jsme zjistili, že u skupiny tvořené respondenty s poruchou autistického spektra je míra kamufláže významně vyšší, než je tato míra u skupiny neurotypických jedinců. Toto pozorování je v souladu s dříve provedenou studií (Hull et al., 2019). Tento vztah se potvrdil i v rámci jednotlivých genderových skupin, kde ale nabýval výrazně jiných podob – u respondentek (žen) byl zaznamenán statisticky významný vliv přítomnosti poruchy autistického spektra na míru kamufláže, a to s více než dvakrát větší velikostí účinku než u respondentů (mužů): *Cliffovo delta* = 0,65 – velký efekt, resp. *Cliffovo delta* = 0,26 – malý efekt. Porovnání míry kamufláže v rámci skupiny jedinců s poruchou autistického spektra ukázalo, že celková míra kamufláže je u skupiny žen významně vyšší, než ve skupině tvořené muži (statistická významnost byla i zde zjištěna pomocí Mann-Whitneyova U testu). Také toto pozorování odpovídá výsledkům dříve provedené studie (Lai et al., 2016). Tyto výsledky podporuje také statisticky významná interakce faktoru přítomnosti poruchy autistického spektra a faktoru pohlaví na míru kamufláže (zaznamenaná pomocí robustní varianty ANOVy; Wilcox, 2016), která poukazuje na to, že dopad poruchy autistického spektra na míru kamufláže je významně vyšší u žen než u mužů (interakci znázorňuje *graf 18*). Jinými slovy, přestože ženy a muži z neurotypické populace mají prakticky shodnou míru kamufláže, u jedinců s poruchou autistického spektra se muži a ženy v míře kamufláže výrazně různí. Tato zjištění podporují závěry předešlých studií, které uvádějí, že při zkoumání ženského fenotypu autismu by měla být kamufláž zohledňována jako faktor, který může ovlivňovat celkovou prezentaci autismu u žen (Bargiela, Steward, & Mandy, 2016; Dean, Harwood, & Kasari, 2016; Tierney, Burns & Kilbey, 2016). Dále byla v našem provedeném výzkumu zaznamenána pozitivní korelace mezi vyšším věkem stanovení diagnózy poruchy autistického spektra a vyšší mírou kamufláže. Tato pozitivní korelace podporuje hypotézu o vlivu kamufláže na riziko

pozdějšího odhalení nebo nerozpoznání autismu, kterou vyslovili autoři předešlé studie (Lai & Baron-Cohen, 2015). Podotkneme však, že pozorovaná korelace nemusí vypovídat nic o kauzalitě mezi vyšší mírou kamufláže a jejím vlivem na pozdější věk stanovení diagnózy. Otázkou vyžadující další zkoumání je to, zda kamufláž může hrát důležitou roli a být jedním z důvodů toho, proč jsou ženy a dívky s mírnější formou poruchy autistického spektra diagnostikovány vzácněji (Baxter et al., 2015; Idring et al., 2012; Kim et al., 2011; Zablotsky, Black & Maenner, 2015), nebo je jim diagnóza PAS stanovována v průměrně vyšším věku (Lehnhardt et al., 2016; Begeer et al., 2013; Giarelli et al., 2010; Rutherford et al., 2016; Shattuck et al., 2009) a proces určení diagnózy je u nich náročnější (Wilson et al., 2016; Russell, Steer & Golding, 2011), než je tomu u mužů a chlapců. Zároveň je potřeba zdůraznit, že interindividuální variabilita v míře kamufláže pozorovaná jak u skupiny žen, tak u skupiny mužů s poruchou autistického spektra naznačuje, že kamufláž může ovlivňovat rozpoznání autismu nejen u žen (dívek) ale také u některých mužů (chlapců).

Na tomto místě se zamyslíme nad praktickým využitím výzkumných zjištění, která mohou mít přesah do diagnostického procesu poruch autistického spektra. Míra kamufláže může být dalším cenným zdrojem informací, zejména u dospívajících a dospělých jedinců, u kterých existuje podezření na přítomnost mírné formy poruchy autistického spektra, kteří ale současně ve svém behaviorálním projevu nesplňují stávající kritéria pro stanovení diagnózy poruchy autistického spektra. Zjišťování míry kamufláže může klinickým pracovníkům posloužit k identifikaci toho, zda si tito jedinci během svého vývoje osvojili techniky, kterými skrývají nebo kompenzují projevy autismu. Zohlednění míry kamufláže by tak mohlo pomoci snížit riziko falešně negativních výsledků diagnostického procesu. Ve výzkumném souboru většina respondentů s autismem uvedla, že si uvědomuje svou odlišnost od ostatních. Někdy se setkáváme s mýtem, že lidé s autismem žijí ve vlastním světě a že jsou k sociálnímu okolí lhostejní. To, že si lidé s autismem uvědomují vlastní odlišnost a využívají kamufláž ke skrývání a kompenzování vlastních projevů autismu, naopak poukazuje na jejich snahu o začlenění se do společnosti. A to i přes to, že je kamufláž stojí značné úsilí a může mít negativní vliv na jejich psychickou pohodu. Toto zjištění je potřeba mít na paměti během terapeutického procesu a také v běžném kontaktu s lidmi s autismem.

Nakonec si dovolíme nastínit možnosti navazujícího výzkumu. Ten by přinejmenším mohl předejít některým metodologickým úskalím a limitům výzkumu provedeného v této práci. V první řadě by měla být výběrová kritéria ověřována objektivním způsobem. Dále by bylo přínosné, aby ve výzkumných a kontrolních skupinách byli rovnoměrně zastoupeni

respondenti jednotlivých věkových kategorií. V navazujícím výzkumu by dále mohly být využity jak sebehodnotící, tak objektivní způsoby pro zjišťování míry kamufláže, jejichž výsledky by mezi sebou mohly být porovnávány. Další důležité poznatky o kamufláži by mohl přinést longitudinální výzkum. Ten by mohl přispět k lepšímu pochopení toho, jakým způsobem se mění míra kamufláže v průběhu času a umožnil by odhalit kauzální vztahy mezi mírou kamufláže a věkem stanovení diagnózy. Dále by bylo zajímavé porovnávat míru kamufláže mezi jedinci, kteří obdrželi diagnózu v prvních letech života, a jedinci, kteří byli diagnostikováni až v průběhu dospívání nebo dospělosti. Toto porovnání by mohlo přispět k pochopení úlohy stanovení diagnózy na míru kamufláže. V navazujícím výzkumu by bylo vhodné zohlednit také vliv sociokulturních vlivů a přijetí autismu jako součásti vlastní identity jedince na míru kamufláže. Pozornost by měla být věnována také dalšímu zkoumání pozitivních a negativních důsledků kamufláže a identifikaci jejích adaptivních a maladaptivních složek. Předpokládáme, že důkladné zkoumání kamufláže by mohlo pomoci zlepšit diagnostický proces, ale také následnou péči a podporu poskytovanou lidem s mírnou formou poruchy autistického spektra.

## **Závěr**

Autismus je vrozená nervovývojová porucha s celoživotním dopadem na každodenní fungování jedince. Charakteristické je výrazné oslabení v oblasti sociální interakce a chování, komunikace, představitivosti, zájmů a hry. Příčina vzniku této poruchy není doposud známá. Nedisponujeme testem biologického charakteru, který by dokázal autismus odhalit. Proto je autismus diagnostikován pouze na základě pozorovatelných projevů v chování jedince. Míra závažnosti poruchy autistického spektra a jejího dopadu na život může značně variovat v závislosti na tíži symptomatiky, ale také v závislosti na komunikačních schopnostech a úrovni intelektu. Hovoří se proto o těžkých a mírných formách poruchy autistického spektra. Dle dosavadních výzkumných zjištění je autismus čtyřikrát častější u mužů než u žen. U jedinců s mírnou formou autismu je tento nepoměr mezi muži a ženami ještě větší. Autismus je u žen bez mentálního oslabení také v průměru diagnostikován v pozdějším věku než u mužů. Jedním z možných vysvětlení těchto skutečností je, že se mírnější formy autismu u žen projevují odlišným způsobem, který současná diagnostická kritéria a metody nezachycují. V tomto kontextu se hovoří o vlivu kompenzačních mechanismů umožňujících některým jedincům a zejména ženám s mírnou formou poruchy autistického spektra skrývat projevy a překonávat sociální deficity, které se s autismem pojí. V současném výzkumu jsou proto tyto kompenzační mechanismy u lidí s autismem označovány jako kamufláž. Výsledky kvalitativních a kvantitativních výzkumů provedených v posledních letech podporují hypotézu, že kamufláž může v důsledku vést k tomu, že u některých jedinců není autismus rozpoznán nebo je diagnostikován v pozdějším věku. Kvantitativní studie ukázaly, že se kamufláž objevuje také u mužů s autismem, u žen však byla kamufláž zaznamenána v průměru ve větší míře. Současně podle výzkumných zjištění může mít kamufláž negativní vliv na duševní zdraví. Kamufláž je také uváděna jako jeden z faktorů, který zvyšuje riziko suicidálního chování u lidí s autismem.

Výzkum této diplomové práce se zaměřil právě na problematiku kamufláže. Za cíl si stanovil zmapovat pomocí metody CAT-Q míru kamufláže u lidí s mírnou formou poruchy autistického spektra a porovnat míru kamufláže mezi skupinou mužů a žen s poruchou autistického spektra. Dále zjišťoval, zda existuje vztah mezi mírou kamufláže a věkem, ve kterém byla diagnóza poruchy autistického spektra stanovena. Míra kamufláže byla porovnávána také mezi skupinou lidí s autismem a kontrolní skupinou tvořenou lidmi bez psychiatrické diagnózy.



Ve všech výzkumných skupinách byly zaznamenány interindividuální rozdíly v míře kamufláže. Vysokou míru kamufláže jsme pozorovali zejména u žen s autismem, ale také u některých mužů s touto poruchou. Na základě statistického testování jsme zjistili, že míra kamufláže je u skupiny jedinců s poruchou autistického spektra vyšší než u skupiny kontrolní. Dále jsme zjistili, že u žen s poruchou autistického spektra byla míra kamufláže vyšší než u mužů s touto poruchou. Pozorovali jsme také vliv interakce faktoru pohlaví a autismu na míru kamufláže. Výsledky této interakce poukazují na to, že dopad autismu na míru kamufláže je u žen významně vyšší než u mužů. Nakonec jsme zjistili, že vyšší míra kamufláže pozitivně koreluje s vyšším věkem stanovení diagnózy poruchy autistického spektra.

Výsledky výzkumu provedeného v této práci odpovídají závěrům dříve provedených studií. Všechny výzkumné předpoklady se potvrdily. Také v tomto výzkumu pozorovaná pozitivní korelace mezi vyšším věkem stanovení diagnózy autismu a vyšší mírou kamufláže byla v minulosti autory kvalitativních studií předpokládána, doposud však nebyla ověřena kvantitativně. Výsledky provedeného výzkumu mohou přispět k lepšímu pochopení vlivu kamufláže na diagnostický proces. Dalším přínosem práce je, že upozorňuje na problematiku kamufláže a ženského fenotypu autismu v českém prostředí, ve kterém mu doposud byla věnována pouze malá pozornost. Diplomová práce současně přináší překlad metody CAT-Q. Míra kamufláže díky ní může být klinickými pracovníky zohledněna jako další zdroj informací při diagnostickém procesu u dospívajících a dospělých lidí s mírnou symptomatikou poruch autistického spektra.

## Seznam použité literatury

1. Abell F., Happé F., & Frith U. (2000). Do triangles play tricks? Attribution of mental states to animated shapes in normal and abnormal development. *Cognitive Development*, 15, 1–16. doi:10.1016/S0885-2014(00)00014-9Get
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. doi:10.1176/appi.books.9780890425596
3. Atladottir, H. Ó., Thorsen, P., Østergaard, L., Schendel, D. E., Lemcke, S., Abdallah, M., & Parner, E. T. (2010). Maternal Infection Requiring Hospitalization During Pregnancy and Autism Spectrum Disorders. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 40(12), 1423-1430. doi:10.1007/s10803-010-1006-y
4. Attwood, T. (2008). *The complete guide to Asperger's syndrome*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
5. Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D. L., Maenner, M. J., Daniels, J., & Warren, Z. (2018). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years. Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *Mmwr. Surveillance Summaries*, 67(6), 1-23. doi:10.15585/mmwr.ss6706a1
6. Baltes, P. B., & Smith, J. (2004). Lifespan Psychology: From Developmental Contextualism to Developmental Biocultural Co-constructivism. *Research In Human Development*, 1(3), 123-144. doi:10.1207/s15427617rhd0103\_1
7. Bargiela, S., Steward, R., & Mandy, W. (2016). The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation of the Female Autism Phenotype. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 46(10), 3281-3294. doi:10.1007/s10803-016-2872-8
8. Barnhill, G. P., Hagiwara, T., Myles, B. S., Simpson, R. L., Brick, M. L., & Griswold, D. E. (2016). Parent, Teacher, and Self-Report of Problem and Adaptive Behaviors in Children and Adolescents with Asperger Syndrome. *Diagnostique*, 25(2), 147-167. doi:10.1177/073724770002500205
9. Baron-Cohen, S., Bowen, D. C., Holt, R. J., Allison, C., Auyeung, B., & Lombardo, M. V. (2015). The “Reading the Mind in the Eyes” Test: Complete Absence of Typical Sex Difference in ~400 Men and Women with Autism. *Plos One*, 10(8). doi:10.1371/journal.pone.0136521
10. Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, 21(1), 37-46. doi:10.1016/0010-0277(85)90022-8

11. Baron-Cohen, S., Lombardo, M. V., Auyeung, B., Ashwin, E., Chakrabarti, B., & Knickmeyer, R. (2011). Why Are Autism Spectrum Conditions More Prevalent in Males? *Plos Biology*, *9*(6). doi:10.1371/journal.pbio.1001081
12. Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., & Clubley, E. (2001). The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger Syndrome/High-Functioning Autism, Males and Females, Scientists and Mathematicians. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, *31*(1), 5-17. doi:10.1023/A:1005653411471
13. Bauminger, N., Shulman, C., & Agam, G. (2004). The Link Between Perceptions of Self and of Social Relationships in High-Functioning Children with Autism. *Journal Of Developmental And Physical Disabilities*, *16*(2), 193-214. doi:10.1023/B:JODD.0000026616.24896.c8
14. Baxter, A. J., Brugha, T. S., Erskine, H. E., Scheurer, R. W., Vos, T., & Scott, J. G. (2015). The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. *Psychological Medicine*, *45*(03), 601-613. doi:10.1017/S0033291714-00172X
15. Begeer, S., Mandell, D., Wijnker-Holmes, B., Venderbosch, S., Rem, D., Stekelenburg, F., & Koot, H. M. (2013). Sex Differences in the Timing of Identification Among Children and Adults with Autism Spectrum Disorders. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, *43*(5), 1151-1156. doi:10.1007/s10803-012-1656-z
16. Bourgeron, T. (2015). From the genetic architecture to synaptic plasticity in autism spectrum disorder. *Nature Reviews Neuroscience*, *16*(9), 551-563. doi:10.1038/nrn3992
17. Braunschweig, D., Ashwood, P., Krakowiak, P., Hertzpicciotto, I., Hansen, R., & Croen, L. (2007). Autism: Maternally derived antibodies specific for fetal brain proteins. *Neurotoxicology*. doi:10.1016/j.neuro.2007.10.010
18. Bromley, R. L., Mawer, G. E., Briggs, M., Cheyne, C., Clayton-Smith, & J., Garcia-Finana, M. (2013). The prevalence of neurodevelopmental disorders in children prenatally exposed to antiepileptic drugs. *Journal Of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, *84*(6), 637-643. doi:10.1136/jnnp-2012-304270
19. Brugha, T. S., McManus, S., Bankart, J., Scott, F., Purdon, S., & Smith, J. (2011). Epidemiology of Autism Spectrum Disorders in Adults in England. *Archives Of General Psychiatry*, *68*(5). doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.38

20. Butler, M., Rafi, S., Hossain, W., Stephan, D., & Manzardo, A. (2015). Whole Exome Sequencing in Females with Autism Implicates Novel and Candidate Genes. *International Journal Of Molecular Sciences*, *16*(1), 1312-1335. doi:10.3390/ijms16011312
21. Cage, E., & Troxell-Whitman, Z. (2019). Understanding the Reasons, Contexts and Costs of Camouflaging for Autistic Adults. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, *49*(5), 1899-1911. doi:10.1007/s10803-018-03878-x
22. Cage, E., Bird, G., & Pellicano, L. (2016). 'I am who I am': Reputation concerns in adolescents on the autism spectrum. *Research In Autism Spectrum Disorders*, *25*, 12-23. doi:10.1016/j.rasd.2016.01.010
23. Cage, E., Monaco, J., & Newell, V. (2018). Experiences of Autism Acceptance and Mental Health in Autistic Adults. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, *48*(2), 473-484. doi:10.1007/s10803-017-3342-7
24. Capps, L., Sigman, M., & Yirmiya, N. (1995). Self-competence and emotional understanding in high-functioning children with autism. *Development And Psychopathology*, *7*(1), 137-149. doi:10.1017/S0954579400006386
25. Cassidy, S., Bradley, L., Shaw, R., & Baron-Cohen, S. (2018). Risk markers for suicidality in autistic adults. *Molecular Autism*, *9*(1). doi:10.1186/s13229-018-0226-4
26. Cooper, K., Smith, L. G. E., & Russell, A. (2017). Social identity, self-esteem, and mental health in autism. *European Journal Of Social Psychology*, *47*(7), 844-854. doi:10.1002/ejsp.2297
27. Croen, L. A. (2011). Antidepressant Use During Pregnancy and Childhood Autism Spectrum Disorders. *Archives Of General Psychiatry*, *68*(11). doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.73
28. Croen, L. A., Grether, J. K., Yoshida, C. K., Odouli, R., & Van de Water, J. (2005). Maternal Autoimmune Diseases, Asthma and Allergies, and Childhood Autism Spectrum Disorders. *Archives Of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *159*(2). doi:10.1001/archpedi.159.2.151
29. Dachez, J., & Ndobu, A. (2018). Coping Strategies of Adults with High-Functioning Autism: A Qualitative Analysis. *Journal Of Adult Development*, *25*(2), 86-95. doi:10.1007/s10804-017-9278-5
30. Dean, M., Harwood, R., & Kasari, C. (2016). The art of camouflage: Gender differences in the social behaviors of girls and boys with autism spectrum disorder. *Autism*, *21*(6), 678-689. doi:10.1177/1362361316671845

31. Farley, A., López, B., & Saunders, G. (2010). Self-conceptualisation in autism. *Autism, 14*(5), 519-530. doi:10.1177/1362361310368536
32. Feinstein, A. (2010). *A history of autism: conversations with the pioneers*. Malden, MA: Wiley-Blackwell.
33. Ferri, S. L., Abel, T., & Brodtkin, E. S. (2018). Sex Differences in Autism Spectrum Disorder: a Review. *Current Psychiatry Reports, 20*(2). doi:10.1007/s11920-018-0874-2
34. First, M. B. (2013). *DSM-5® Handbook of Differential Diagnosis*. American Psychiatric Publishing. doi:10.1176/appi.books.9781585629992
35. Fombonne, E. (2009). Epidemiology of Pervasive Developmental Disorders. *Pediatric Research, 65*(6), 591-598. doi:10.1203/PDR.0b013e31819e7203
36. Frazier, T. W., Georgiades, S., Bishop, S. L., & Hardan, A. Y. (2014). Behavioral and Cognitive Characteristics of Females and Males With Autism in the Simons Simplex Collection. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry, 53*(3), 329-340.e3. doi:10.1016/j.jaac.2013.12.004
37. Frith, U. (1991). Asperger and his syndrome. *Autism and Asperger syndrome* (pp. 1-36). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511526770.001
38. Frith, U. (2013). Autism and Dyslexia. *Perspectives On Psychological Science, 8*(6), 670-672. doi:10.1177/1745691613507457
39. Geisler, M. (2016). Autismus jako společenskovední téma. *Historická Sociologie, 2016*(1), 95-110. doi:10.14712/23363525.2016.5
40. Giarelli, E., Wiggins, L. D., Rice, C. E., Levy, S. E., Kirby, R. S., Pinto-Martin, J., & Mandell, D. (2010). Sex differences in the evaluation and diagnosis of autism spectrum disorders among children. *Disability And Health Journal, 3*(2), 107-116. doi:10.1016/j.dhjo.2009.07.001
41. Gillott, A., Furniss, F., & Walter, A. (2016). Anxiety in High-Functioning Children with Autism. *Autism, 5*(3), 277-286. doi:10.1177/1362361301005003005
42. Goldman, S. (2013). Opinion: Sex, gender and the diagnosis of autism - A biosocial view of the male preponderance. *Research In Autism Spectrum Disorders, 7*(6), 675-679. doi:10.1016/j.rasd.2013.02.006
43. Grady, C. (2012). The cognitive neuroscience of ageing. *Nature Reviews Neuroscience, 13*(7), 491-505. doi:10.1038/nrn3256

44. Green, R. M., Travers, A. M., Howe, Y., & McDougle, C. J. (2019). Women and Autism Spectrum Disorder: Diagnosis and Implications for Treatment of Adolescents and Adults. *Current Psychiatry Reports*, 21(4). doi:10.1007/s11920-019-1006-3
45. Happé, F. (2015). Autism as a neurodevelopmental disorder of mind-reading. *Journal Of The British Academy*, 3. doi:10.5871/jba/003.197
46. Hiller, R. M., Young, R. L., & Weber, N. (2014). Sex Differences in Autism Spectrum Disorder based on DSM-5 Criteria: Evidence from Clinician and Teacher Reporting. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 42(8), 1381-1393. doi:10.1007/s10802-014-9881-x
47. Howlin, P. (2016). Outcome in Adult Life for more Able Individuals with Autism or Asperger Syndrome. *Autism*, 4(1), 63-83. doi:10.1177/1362361300004001005
48. Huang, A. X., Hughes, T. L., Sutton, L. R., Lawrence, M., Chen, X., Ji, Z., & Zeleke, W. (2017). Understanding the Self in Individuals with Autism Spectrum Disorders (ASD): A Review of Literature. *Frontiers In Psychology*, 8. doi:10.3389/fpsyg.2017.01422
49. Hull, L., Mandy, W., Lai, M. -C., Baron-Cohen, S., Allison, C., Smith, P., & Petrides, K. V. (2019). Development and Validation of the Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q). *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 49(3), 819-833. doi:10.1007/s10803-018-3792-6
50. Hull, L., Petrides, K. V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M. -C., & Mandy, W. (2017). "Putting on My Best Normal": Social Camouflaging in Adults with Autism Spectrum Conditions. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 47(8), 2519-2534. doi:10.1007/s10803-017-3166-5
51. Hurley, R. S. E., Losh, M., Parlier, M., Reznick, J. S., & Piven, J. (2007). The Broad Autism Phenotype Questionnaire. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 37(9), 1679-1690. doi:10.1007/s10803-006-0299-3
52. Charman, T., Pickles, A., Simonoff, E., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2011). IQ in children with autism spectrum disorders: data from the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Psychological Medicine*, 41(03), 619-627. doi:10.1017/S0033291710000991
53. Christensen, J., Grønberg, T. K., Sørensen, M. J., Schendel, D., Parner, E. T., Pedersen, L. H., & Vestergaard, M. (2013). Prenatal Valproate Exposure and Risk of Autism Spectrum Disorders and Childhood Autism. *Jama*, 309(16). doi:10.1001/jama.2013.2270

54. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (2018). In ICD-11 International Classification of Diseases 11th Revision. Ženeva: World Health Organization. [Online]. Retrieved from <http://id.who.int/icd/entity/437815624>. Citováno dne 10. 7. 2019.
55. Idring, S., Rai, D., Dal, H., Dalman, C., Sturm, H., & Zander, E. (2012). Autism Spectrum Disorders in the Stockholm Youth Cohort: Design, Prevalence and Validity. *Plos One*, 7(7). doi:10.1371/journal.pone.0041280
56. Jackson, P., Skirrow, P., & Hare, D. J. (2012). Asperger Through the Looking Glass: An Exploratory Study of Self-Understanding in People with Asperger's Syndrome. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 42(5), 697-706. doi:10.1007/s10803-011-1296-8
57. Kanner, L. (1943). Autistic Disturbances of Affective Contact. *Nervous Child*, 1943(2), 217-250. [Online]. Retrieved from: [mail.neurodiversity.com/library\\_kanner\\_1943.pdf](mailto:neurodiversity.com/library_kanner_1943.pdf). Citováno dne 16. 6. 2019.
58. Khaustov, A. V., & Rudneva, E. V. (2016). Measuring the Level of Socialization in Children with Autism Spectrum Disorder. *Psychological Science And Education*, 21(3), 16-24. doi:10.17759/pse.2016210303
59. Kim, Y. S., Leventhal, B. L., Koh, Y. -J., Fombonne, E., Laska, E., & Lim, E. -C. (2011). Prevalence of Autism Spectrum Disorders in a Total Population Sample. *American Journal Of Psychiatry*, 168(9), 904-912. doi:10.1176/appi.ajp.2011.10101532
60. Kirkovski, M., Enticott, P. G., & Fitzgerald, P. B. (2013). A Review of the Role of Female Gender in Autism Spectrum Disorders. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 43(11), 2584-2603. doi:10.1007/s10803-013-1811-1
61. Knickmeyer, R. C., Wheelwright, S., & Baron-Cohen, S. B. (2008). Sex-typical Play: Masculinization/Defeminization in Girls with an Autism Spectrum Condition. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 38(6), 1028-1035. doi:10.1007/s10803-007-0475-0
62. Kong, A., Frigge, M. L., Masson, G., Besenbacher, S., Sulem, P., & Magnusson, G. (2012). Rate of de novo mutations and the importance of father's age to disease risk. *Nature Reviews Neuroscience*, 488(7412), 471-475. doi:10.1038/nature11396
63. Krasny, L., Williams, B. J., Provencal, S., & Ozonoff, S. (2003). Social skills interventions for the autism spectrum: essential ingredients and a model

- curriculum. *Child And Adolescent Psychiatric Clinics Of North America*, 12(1), 107-122. doi:10.1016/S1056-4993(02)00051-2
64. Kreiser, N. L., & White, S. W. (2014). ASD in Females: Are We Overstating the Gender Difference in Diagnosis? *Clinical Child And Family Psychology Review*, 17(1), 67-84. doi:10.1007/s10567-013-0148-9
65. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. *Journal Of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
66. Kroncke, A. P., Willard, M., & Huckabee, H. (2016). *Assessment of Autism Spectrum Disorder*. Cham: Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-319-25504-0
67. Lai, M. -C., & Baron-Cohen, S. (2015). Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions. *The Lancet Psychiatry*, 2(11), 1013-1027. doi:10.1016/S2215-0366(15)00277-1
68. Lai, M. -C., Lombardo, M. V., & Baron-Cohen, S. (2014). Autism. *The Lancet Psychiatry*, 383(9920), 896-910. doi:10.1016/S0140-6736(13)61539-1
69. Lai, M. C., Lombardo, M. V., Auyeung, B., Chakrabarti, B., & Baron-Cohen, S. (2015). Sex/Gender Differences and Autism: Setting the Scene for Future Research. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 11-24. doi:10.1016/j.jaac.2014.10.003
70. Lai, M. C., Lombardo, M. V., Pasco, G., Ruigrok, A. N. V., Wheelwright, S. J., & Sadek, S. A. (2011). A Behavioral Comparison of Male and Female Adults with High Functioning Autism Spectrum Conditions. *Plos One*, 6(6). doi:10.1371/journal.pone.0020835
71. Lai, M. -C., Lombardo, M. V., Ruigrok, A. N. V., Chakrabarti, B., Auyeung, B., & Szatmari, P. (2016). Quantifying and exploring camouflaging in men and women with autism. *Autism*, 21(6), 690-702. doi:10.1177/1362361316671012
72. Lasgaard, M., Nielsen, A., Eriksen, M. E., & Goossens, L. (2010). Loneliness and Social Support in Adolescent Boys with Autism Spectrum Disorders. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 40(2), 218-226. doi:10.1007/s10803-009-0851z
73. Lee, A., & Hobson, R. P. (2003). On Developing Self-concepts: A Controlled Study of Children and Adolescents with Autism. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 39(8), 1131-1144. doi:10.1111/1469-7610.00417
74. Lehnhardt, F. -G., Falter, C. M., Gawronski, A., Pfeiffer, K., Tepest, R., Franklin, J., & Voegeley, K. (2016). Sex-Related Cognitive Profile in Autism Spectrum Disorders



- Diagnosed Late in Life: Implications for the Female Autistic Phenotype. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 46(1), 139-154. doi:10.1007/s10803-015-2558-7
75. Liebowitz, M. R. (1987). Social Phobia. *Anxiety* (pp. 141-173). S. Karger. doi:10.1159/000414022
76. Livingston, L. A., & Happé, F. (2017). Conceptualising compensation in neurodevelopmental disorders: Reflections from autism spectrum disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 80, 729-742. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.06.005
77. Livingston, L. A., Colvert, E., Bolton, P., & Happé, F. (2019). Good social skills despite poor theory of mind: exploring compensation in autism spectrum disorder. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 60(1), 102-110. doi:10.1111/jcpp.12886
78. 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 & Adolescent Psychiatry*, 56(6), 466-474. doi:10.1016/j.jaac.2017.03.013
79. Lord, C., Risi, S., & Lambrecht, L. J. (2000). The Autism Diagnostic Observation Schedule - Generic: A Standard Measure of Social and Communication Deficits Associated with the Spectrum of Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 30: 205. doi:10.1023/A:1005592401947
80. Loth, E., Spooren, W., Ham, L. M., Isaac, M. B., Auriche-Benichou, C., & Banaschewski, T. (2016). Identification and validation of biomarkers for autism spectrum disorders. *Nature Reviews Drug Discovery*, 15(1), 70-70. doi:10.1038/nrd.2015.7
81. Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). Manual for the depression anxiety stress scales. Sydney: *Psychology Foundation of Australia*.
82. Mandy, W., Chilvers, R., Chowdhury, U., Salter, G., Seigal, A., & Skuse, D. (2012). Sex Differences in Autism Spectrum Disorder: Evidence from a Large Sample of Children and Adolescents. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 42(7), 1304-1313. doi:10.1007/s10803-011-1356-0
83. Matson, J. L. (2016). *Handbook of Assessment and Diagnosis of Autism Spectrum Disorder*. Cham: Springer International Publishing. doi:10.1007/978-3-319-27171-2

84. May, T., Cornish, K., & Rinehart, N. (2014). Does Gender Matter? A One Year Follow-up of Autistic, Attention and Anxiety Symptoms in High-Functioning Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 44(5), 1077-1086. doi:10.1007/s10803-013-1964-y
85. Mazurek, M. O., & Kanne, S. M. (2010). Friendship and Internalizing Symptoms Among Children and Adolescents with ASD. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 40(12), 1512-1520. doi:10.1007/s10803-010-1014-y
86. McCauley, J. B., Harris, M. A., Zajic, M. C., Swain-Lerro, L. E., Oswald, T., & McIntyre, N. (2019). Self-Esteem, Internalizing Symptoms, and Theory of Mind in Youth With Autism Spectrum Disorder. *Journal Of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(3), 400-411. doi:10.1080/15374416.2017.1381912
87. McGovern, C. W., & Sigman, M. (2005). Continuity and change from early childhood to adolescence in autism. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 46(4), 401-408. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00361.x
88. Mead, J., & Ashwood, P. (2015). Evidence supporting an altered immune response in ASD. *Immunology Letters*, 163(1), 49-55. doi:10.1016/j.imlet.2014.11.006
89. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 - desátá revize.* (2008). (2. vyd.). Praha: Bomton Agency.
90. Muggleton, J. T. B., MacMahon, K., & Johnston, K. (2019). Exactly the same but completely different: A thematic analysis of Clinical Psychologists' conceptions of Autism across genders. *Research In Autism Spectrum Disorders*, 62, 75-84. doi:10.1016/j.rasd.2019.03.004
91. Nag, H. E., Nordgren, A., Anderlid, B. -M., & Nærland, T. (2018). Reversed gender ratio of autism spectrum disorder in Smith-Magenis syndrome. *Molecular Autism*, 9(1). doi:10.1186/s13229-017-0184-2
92. Newschaffer, C. J., Croen, L. A., Daniels, J., Giarelli, E., Grether, J. K., & Levy, S. E. (2007). The Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. *Annual Review Of Public Health*, 28(1), 235-258. doi:10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144007
93. Nicholas, J. S., Charles, J. M., Carpenter, L. A., King, L. B., Jenner, W., & Spratt, E. G. (2008). Prevalence and Characteristics of Children With Autism-Spectrum Disorders. *Annals Of Epidemiology*, 18 (2), 130-136. doi:10.1016/j.annepidem.2007.10.013

94. Noterdaeme, M., Wriedt, E., & Höhne, C. (2010). Asperger's syndrome and high-functioning autism: language, motor and cognitive profiles. *European Child & Adolescent Psychiatry, 19*(6), 475-481. doi:10.1007/s00787-009-0057-0
95. Ozonoff, S., Dawson, G., & McPartland, J. C. (2002). *A parent's guide to asperger syndrome and high-functioning autism: how to meet the challenges and help your child thrive*. New York, NY: Guilford Press.
96. Phillips, C. (2013). Predictors for an autism spectrum disorder diagnosis: A risk modeling endeavor. [příspěvek na konferenci]. *10th International Autism-Europe Congress 2013*. Budapest: Autism Europe.
97. Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral And Brain Sciences, 1*(04). doi:10.1017/S0140525X00076512
98. Price, C. J., & Friston, K. J. (2002). Degeneracy and cognitive anatomy. *Trends In Cognitive Sciences, 6*(10), 416-421. doi:10.1016/S1364-6613(02)01976-9
99. Rai, D., Lee, B. K., Dalman, C., Golding, J., Lewis, G., & Magnusson, C. (2013). Parental depression, maternal antidepressant use during pregnancy, and risk of autism spectrum disorders: population based case-control study. *TheBmj, 346*(1), f2059-f2059. doi:10.1136/bmj.f2059
100. Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L., & Green, J. A. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An Initial Study Investigating the Early Detection of Autism and Pervasive Developmental Disorders. *Journal Of Autism & Developmental Disorders, 31*(2), 131.
101. Rosenthal, M., Wallace, G. L., Lawson, R., Wills, M. C., Dixon, E., Yerys, B. E., & Kenworthy, L. (2013). Impairments in real-world executive function increase from childhood to adolescence in autism spectrum disorders. *Neuropsychology, 27*(1), 13-18. doi:10.1037/a0031299
102. Roth, I., & Barson, C. (2010). *The autism spectrum in the 21st century: exploring psychology, biology and practice*. London: Jessica Kingsley.
103. Russell, G., Steer, C., & Golding, J. (2011). Social and demographic factors that influence the diagnosis of autistic spectrum disorders. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology, 46*(12), 1283-1293. doi:10.1007/s00127-010-0294-z
104. Rutherford, M., McKenzie, K., Johnson, T., Catchpole, C., O'Hare, A. & McClure, I. (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. doi:10.1177/1362361315617879

105. Rutter, M., Le Couteur, A., & Lord, C. (2003). *ADI-R. Autism diagnostic interview revised. Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
106. Sanders, J. L. (2009). Qualitative or Quantitative Differences Between Asperger's Disorder and Autism? Historical Considerations. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 39(11), 1560-1567. doi:10.1007/s10803-009-0798-0
107. SFARI Gene (2019) [Online]. Retrieved from: [gene.sfari.org/about-sfari-gene/data/](http://gene.sfari.org/about-sfari-gene/data/). Citováno dne 10. 6. 2019.
108. Shattuck, P. T., Durkin, M., Maenner, M., Newschaffer, C., Mandell, D. S., & Wiggins, L. (2009). Timing of Identification Among Children With an Autism Spectrum Disorder: Findings From a Population-Based Surveillance Study. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(5), 474-483. doi:10.1097/CHI.0b013e31819b3848
109. Shelton, J. F., Geraghty, E. M., Tancredi, D. J., Delwiche, L. D., Schmidt, R. J., & Ritz, B. (2014). Neurodevelopmental Disorders and Prenatal Residential Proximity to Agricultural Pesticides: The CHARGE Study. *Environmental Health Perspectives*, 122(10), 1103-1109. doi:10.1289/ehp.1307044
110. Scheeren, A. M., Begeer, S., Banerjee, R., Meerum, Terwogt, M., & Koot, H. M. (2010). Can you tell me something about yourself? *Autism*, 14(5), 457-473. doi:10.1177/1362361310366568
111. Singer, H. S., Morris, C., Gause, C., Pollard, M., Zimmerman, A. W., & Pletnikov, M. (2009). Prenatal exposure to antibodies from mothers of children with autism produces neurobehavioral alterations: A pregnant dam mouse model. *Journal Of Neuroimmunology*, 211(1-2), 39-48. doi:10.1016/j.jneuroim.2009.03.011
112. Smékal, V. (2012). *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání* (3., opr. vyd). Brno: Barrister & Principal.
113. Solomon, M., Miller, M., Taylor, S. L., Hinshaw, S. P., & Carter, C. S. (2012). Autism Symptoms and Internalizing Psychopathology in Girls and Boys with Autism Spectrum Disorders. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 42(1), 48-59. doi:10.1007/s10803-011-1215-z
114. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. *Archives Of Internal Medicine*, 166(10). doi:10.1001/archinte.166.10.1092

115. Strömmland, K., Nordin, V., Miller, M., Akerström, B., & Gillberg, C. (1994). Autism in thalidomide embryopathy: a population study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 36(4), 351-356. doi:10.1111/j.1469-8749.1994.tb11856.x
116. Swinkels, S. N., van Dietz, C., Daalen, E. M., Kerkhof, I. M., van Engeland, H., & Buitelaar, J. K. (2006). Screening for Autistic Spectrum in Children Aged 14 to 15 Months. I: The Development of the Early Screening of Autistic Traits Questionnaire (ESAT). *Journal Of Autism & Developmental Disorders*, 36(6), 723-732. doi:10.1007/s10803-006-0115-0
117. Šporclová, V. (2018). *Autismus od A do Z*. Praha: Pasparta.
118. Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., & Weich, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 5(1). doi:10.1186/1477-7525-5-63
119. Thompson, T., Caruso, M., & Ellerbeck, K. (2003). Sex Matters in Autism and Other Developmental Disabilities. *Journal Of Learning Disabilities*, 7(4), 345-362. doi:10.1177/1469004703074003
120. Thorová, K., & Šporclová, V. (2012). Poruchy autistického spektra v dospělosti. *Psychiatrie pro praxi*, 13(3), 116-119.
121. Thorová, K. (2016). *Poruchy autistického spektra (Rozšířené a přepracované vydání)*. Praha: Portál.
122. Tierney, S., Burns, J., & Kilbey, E. (2016). Looking behind the mask: Social coping strategies of girls on the autistic spectrum. *Research In Autism Spectrum Disorders*, 23, 73-83. doi: 10.1016/j.rasd.2015.11.013
123. Tordjman, S., Somogyi, E., Coulon, N., Kermarrec, S., Cohen, D., Bronsard, G., & Chaste, P. J. (2014). Gene x environment interactions in autism spectrum disorders: role of epigenetic mechanisms. *Frontiers In Psychiatry*, 51-17. doi:10.3389/fpsy.2014.00053
124. Miesen, A., Vries, A., Steensma, T. & Hartman, C. (2018). Autistic Symptoms in Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 48(5), 1537-1548. doi:10.1007/s10803-017-3417-5
125. Vermeulen, P. (2000). *I am special: introducing children and young people to their autistic spectrum disorder*. Philadelphia: J. Kingsley.
126. Vickerstaff, S., Heriot, S., Wong, M., Lopes, A., & Dossetor, D. (2007). Intellectual Ability, Self-perceived Social Competence, and Depressive Symptomatology in

- Children with High-functioning Autistic Spectrum Disorders. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 37(9), 1647-1664. doi:10.1007/s10803-006-0292-x
127. Výrost, J., & Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie* (2., přeprac. a rozš. vyd). Praha: Grada.
128. Walsh, R. J., Krabbendam, L., Dewinter, J., & Begeer, S. (2018). Brief Report: Gender Identity Differences in Autistic Adults. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 48(12), 4070-4078. doi:10.1007/s10803-018-3702-y
129. Watkins, C. (2011). *The American heritage dictionary of Indo-European roots* (3rd ed). Boston: Houghton Mifflin Harcourt.
130. White, S. J., Frith, U., Rellecke, J., Al-Noor, Z., & Gilbert, S. J. (2014). Autistic adolescents show atypical activation of the brain's mentalizing system even without a prior history of mentalizing problems. *Neuropsychologia*, 56, 17-25. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2013.12.013
131. Whitlock, J., Exner-Cortens, D., & Purington, A. (2014). Assessment of nonsuicidal self-injury: Development and initial validation of the Non-Suicidal Self-Injury Assessment Tool (NSSI-AT). *Psychological Assessment*, 26(3), 935-946. doi:10.1037/a0036611
132. Wilcox, R. R. (2016). *Introduction to robust estimation and hypothesis testing* (4th edition). Waltham, MA: Elsevier.
133. Wilson, C. E., Murphy, C. M., McAlonan, G., Robertson, D. M., Spain, D., & Hayward, H. (2016). Does sex influence the diagnostic evaluation of autism spectrum disorder in adults? *Autism*, 20(7), 808-819. doi:10.1177/1362361315611381
134. Yeargin-Allsopp, M., Rice, C., Karapurkar, T., Doernberg, N., Boyle, C., & Murphy, C. (2003). Prevalence of Autism in a US Metropolitan Area. *Jama*, 289(1). doi:10.1001/jama.289.1.49
135. Yirmiya, N., & Charman, T. (2010). The prodrome of autism: early behavioral and biological signs, regression, peri- and post-natal development and genetics. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 51(4), 432-458. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02214.x
136. Zablotsky, B., Black, L. I., & Blumberg, S. J. (2017). Estimated Prevalence of Children With Diagnosed Developmental Disabilities in the United States, 2014-2016. *NCHS Data Brief*, (291), 1-8.

137. Zablotsky, B., Black, L. I., & Maenner M. J. (2015). Estimated prevalence of autism and other developmental disabilities following questionnaire changes in the 2014. *National Health Interview Survey. National Health Statistics Reports.*
138. Zahavi, D. (2010). Complexities of self. *Autism, 14(5)*, 547-551.  
doi:10.1177/1362361310370040

## Seznam grafů

Graf 1 – Zastoupení mužů a žen ve zkoumaném souboru

Graf 2 - Rozdělení proměnné HS\_Kamufláž u osob s autismem a kontrolní skupiny

Graf 3 - Rozdělení proměnné HS\_Kompenzace u osob s autismem a kontrolní skupiny

Graf 4 - Rozdělení proměnné HS\_Maskování u osob s autismem a kontrolní skupiny

Graf 5 - Rozdělení proměnné HS\_Asimilace u osob s autismem a kontrolní skupiny

Graf 6 - Rozdělení proměnné HS\_Kamufláž u mužů a žen s autismem

Graf 7 - Rozdělení proměnné HS\_Kompenzace u mužů a žen s autismem

Graf 8 - Rozdělení proměnné HS\_Maskování u mužů a žen s autismem

Graf 9 - Rozdělení proměnné HS\_Asimilace u mužů a žen s autismem

Graf 10 - Rozdělení proměnné HS\_Kamufláž u žen s autismem a z kontrolní skupiny

Graf 11 - Rozdělení proměnné HS\_Kompenzace u žen s autismem a z kontrolní skupiny

Graf 12 - Rozdělení proměnné HS\_Maskování u žen s autismem a z kontrolní skupiny

Graf 13 - Rozdělení proměnné HS\_Asimilace u žen s autismem a z kontrolní skupiny

Graf 14 - Rozdělení proměnné HS\_Kamufláž u mužů s autismem a z kontrolní skupiny

Graf 15 - Rozdělení proměnné HS\_Kompenzace u mužů s autismem a z kontrolní skupiny

Graf 16 - Rozdělení proměnné HS\_Maskování u mužů s autismem a z kontrolní skupiny

Graf 17 - Rozdělení proměnné HS\_Asimilace u mužů s autismem a z kontrolní skupiny

Graf 18 - Interakce faktorů přítomnosti autismu a faktoru pohlaví na míru kamufláže

Graf 19 - Vztah míry kamufláže a věku, ve kterém byl respondentům diagnostikován autismus



## **Seznam tabulek**

Tabulka 1 – Věk respondentů v jednotlivých výzkumných skupinách

Tabulka 2 – Věk respondentů v jednotlivých výzkumných skupinách

Tabulka 3 – Věk při stanovení diagnózy

Tabulka 4 – Testy normality pro proměnné HS

Tabulka 5 - Charakteristiky HS\_Kamufláž u osob s autismem a kontrolní skupiny

Tabulka 6 - Charakteristiky HS\_Kompenzace u osob s autismem a kontrolní skupiny

Tabulka 7 - Charakteristiky HS\_Maskování u osob s autismem a kontrolní skupiny

Tabulka 8 - Charakteristiky HS\_Maskování u osob s autismem a kontrolní skupiny

Tabulka 9 - Charakteristiky HS\_Kamufláž u mužů a žen s autismem

Tabulka 10 - Charakteristiky HS\_Kompenzace u mužů a žen s autismem

Tabulka 11 - Charakteristiky HS\_Maskování u mužů a žen s autismem

Tabulka 12 - Charakteristiky HS\_Asimilace u mužů a žen s autismem

Tabulka 13 - Charakteristiky HS\_Kamufláž u žen s autismem a z kontrolní skupiny

Tabulka 14 - Charakteristiky HS\_Kompenzace u žen s autismem a z kontrolní skupiny

Tabulka 15 - Charakteristiky HS\_Maskování u žen s autismem a z kontrolní skupiny

Tabulka 16 - Charakteristiky HS\_Asimilace u žen s autismem a z kontrolní skupiny

Tabulka 17 - Charakteristiky HS\_Kamufláž u mužů s autismem a z kontrolní skupiny

Tabulka 18 - Charakteristiky HS\_Kompenzace u mužů s autismem a z kontrolní skupiny

Tabulka 19 - Charakteristiky HS\_Maskování u mužů s autismem a z kontrolní skupiny

Tabulka 20 - Charakteristiky HS\_Asimilace u mužů s autismem a z kontrolní skupiny

## **Příloha 1: Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (překlad)**

### **Instrukce:**

Přečtěte si, prosím, každé z níže uvedených tvrzení a zvolte tu z možností, která nejlépe vystihuje Vaše běžné zkušenosti z kontaktu a komikace s ostatními lidmi.

1. Když komunikuji s ostatními lidmi, úmyslně napodobuji jejich řeč těla nebo výrazy obličeje.

Naprosto nesouhlasí – Nesouhlasí - Spíše nesouhlasí - Nemohu souhlasit ani nesouhlasit -  
Spíše souhlasí – Souhlasí - Naprosto souhlasí

2. Hlídám řeč svého těla a výraz obličeje, abych před ostatními vypadal/a uvolněně.

Naprosto nesouhlasí – Nesouhlasí - Spíše nesouhlasí - Nemohu souhlasit ani nesouhlasit -  
Spíše souhlasí – Souhlasí - Naprosto souhlasí

3. Málokdy cítím potřebu něco předstírat v průběhu sociálních situací.

Naprosto nesouhlasí – Nesouhlasí - Spíše nesouhlasí - Nemohu souhlasit ani nesouhlasit -  
Spíše souhlasí – Souhlasí - Naprosto souhlasí

4. Mám vymyšlený scénář, kterým se řídím ve většině sociálních situací (například seznam otázek nebo témat konverzace).

Naprosto nesouhlasí – Nesouhlasí - Spíše nesouhlasí - Nemohu souhlasit ani nesouhlasit -  
Spíše souhlasí – Souhlasí - Naprosto souhlasí

5. Naprosto stejným způsobem opakuji to, co jsem dříve slyšel/a říkat někoho jiného (například slovní obraty, fráze).

Naprosto nesouhlasí – Nesouhlasí - Spíše nesouhlasí - Nemohu souhlasit ani nesouhlasit -  
Spíše souhlasí – Souhlasí - Naprosto souhlasí

6. Záměrně upravuji řeč svého těla nebo výrazy obličeje tak, abych budil/a dojem, že mám zájem o osobu, se kterou jsem v kontaktu.

Naprosto nesouhlasí – Nesouhlasí - Spíše nesouhlasí - Nemohu souhlasit ani nesouhlasit -  
Spíše souhlasí – Souhlasí - Naprosto souhlasí

7. V sociálních situacích často cítím, jako bych se spíše přetvařoval/a, než že bych byl/a sám/sama sebou.

Naprosto nesouhlasí – Nesouhlasí - Spíše nesouhlasí - Nemohu souhlasit ani nesouhlasit -  
Spíše souhlasí – Souhlasí - Naprosto souhlasí

8. Během komunikace s ostatními mnohdy používám chování, které jsem se naučil/a záměrným pozorováním projevů ostatních lidí.

Naprosto nesouhlasí – Nesouhlasí - Spíše nesouhlasí - Nemohu souhlasit ani nesouhlasit -  
Spíše souhlasí – Souhlasí - Naprosto souhlasí

9. Pokaždé přemýšlím o tom, jaký dojem dělám na ostatní lidi.

Naprosto nesouhlasí – Nesouhlasí - Spíše nesouhlasí - Nemohu souhlasit ani nesouhlasit -  
Spíše souhlasí – Souhlasí - Naprosto souhlasí

10. Potřebuji podporu ostatních, abych se dokázal/a správně zapojit do běžných společných aktivit s lidmi. (například povídat si s někým atd.)

Naprosto nesouhlasí – Nesouhlasí - Spíše nesouhlasí - Nemohu souhlasit ani nesouhlasit -  
Spíše souhlasí – Souhlasí - Naprosto souhlasí

11. Procvičuji si výrazy obličeje a řeč těla, aby působily přirozeně.

Naprosto nesouhlasí – Nesouhlasí - Spíše nesouhlasí - Nemohu souhlasit ani nesouhlasit -  
Spíše souhlasí – Souhlasí - Naprosto souhlasí

12. Necítím potřebu navázat oční kontakt s ostatními lidmi, když se mi do toho nechce.

Naprosto nesouhlasí – Nesouhlasí - Spíše nesouhlasí - Nemohu souhlasit ani nesouhlasit -  
Spíše souhlasí – Souhlasí - Naprosto souhlasí

13. Do kontaktu a rozvíjení komunikace s ostatními lidmi se musím často nutit.

Naprosto nesouhlasí – Nesouhlasí - Spíše nesouhlasí - Nemohu souhlasit ani nesouhlasit -  
Spíše souhlasí – Souhlasí - Naprosto souhlasí

14. Záměrným pozorováním ostatních lidí se snažím pochopit dovednosti, které lidé používají během komunikace.

Naprosto nesouhlasí – Nesouhlasí - Spíše nesouhlasí - Nemohu souhlasit ani nesouhlasit -  
Spíše souhlasí – Souhlasí - Naprosto souhlasí

15. V běžných situacích si hlídám řeč svého těla nebo výrazy obličeje, abych budil/a dojem, že mám zájem o osobu, se kterou jsem v kontaktu.

Naprosto nesouhlasí – Nesouhlasí - Spíše nesouhlasí - Nemohu souhlasit ani nesouhlasit -  
Spíše souhlasí – Souhlasí - Naprosto souhlasí

16. Když jsem mezi lidmi, snažím se najít způsob, jak se vyhnout vzájemnému kontaktu a komunikaci.

Naprosto nesouhlasí – Nesouhlasí - Spíše nesouhlasí - Nemohu souhlasit ani nesouhlasit -  
Spíše souhlasí – Souhlasí - Naprosto souhlasí

17. Zkoumám pravidla mezilidské komunikace a vzájemného působení (například studiem psychologie nebo čtením knih o lidském chování), abych zlepšil své komunikační a společenské dovednosti.

Naprosto nesouhlasí – Nesouhlasí - Spíše nesouhlasí - Nemohu souhlasit ani nesouhlasit -  
Spíše souhlasí – Souhlasí - Naprosto souhlasí

18. Vždy si dávám pozor na to, jak působím na ostatní lidi.

Naprosto nesouhlasí – Nesouhlasí - Spíše nesouhlasí - Nemohu souhlasit ani nesouhlasit -  
Spíše souhlasí – Souhlasí - Naprosto souhlasí

19. Obvykle se nebojím být sám/sama sebou, když jsem s ostatními lidmi.

Naprosto nesouhlasí – Nesouhlasí - Spíše nesouhlasí - Nemohu souhlasit ani nesouhlasit -  
Spíše souhlasí – Souhlasí - Naprosto souhlasí

20. Sledováním televize (videí) nebo četbou knih se učím, jak ostatní lidé ke vzájemné komunikaci používají tělo a obličej.

Naprosto nesouhlasí – Nesouhlasí - Spíše nesouhlasí - Nemohu souhlasit ani nesouhlasit -  
Spíše souhlasí – Souhlasí - Naprosto souhlasí

21. Upravuji řeč svého těla a výraz obličeje tak, abych působil/a uvolněně.

Naprosto nesouhlasí – Nesouhlasí - Spíše nesouhlasí - Nemohu souhlasit ani nesouhlasit -  
Spíše souhlasí – Souhlasí - Naprosto souhlasí

22. Většinou, když s někým mluvím, mám pocit, že hovor plyne přirozeně.

Naprosto nesouhlasí – Nesouhlasí - Spíše nesouhlasí - Nemohu souhlasit ani nesouhlasit -  
Spíše souhlasí – Souhlasí - Naprosto souhlasí

23. Sleduji televizní pořady a filmy, abych se z nich naučil/a komunikačním dovednostem a společenskému chování, které se dále snažím využívat ve vlastním kontaktu s lidmi.

Naprosto nesouhlasí – Nesouhlasí - Spíše nesouhlasí - Nemohu souhlasit ani nesouhlasit -  
Spíše souhlasí – Souhlasí - Naprosto souhlasí

24. Většinou si v kontaktu s druhými lidmi úmyslně nehlídám výraz tváře a to, co vyjadřuji svým tělem.

Naprosto nesouhlasí – Nesouhlasí - Spíše nesouhlasí - Nemohu souhlasit ani nesouhlasit -  
Spíše souhlasí – Souhlasí - Naprosto souhlasí

25. Cítím se, jako bych před ostatními lidmi předstíral/a, že jsem “normální“.

Naprosto nesouhlasí – Nesouhlasí - Spíše nesouhlasí - Nemohu souhlasit ani nesouhlasit -  
Spíše souhlasí – Souhlasí - Naprosto souhlasí

### **Skórování:**

Každá položka je skórována od jednoho bodu = naprosto nesouhlasí, do sedmi = naprosto souhlasí. Vyšší skóre značí vyšší míru kamufláže. Položky 3, 12, 19, 22, 24 jsou hodnoceny reverzně.

### **Subškály:**

Kompenzace je zastoupena položkami 1, 4, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23.

Maskování je zastoupeno položkami 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24.

Asimilace je zastoupena položkami 3, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25.