

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Julie Lukina

**Gender dysforie u osob s poruchou
autistického spektra**

**Gender dysphoria in persons with autism
spectrum disorder**

Praha 2020

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Šporclová, Ph.D.

Poděkování

Ráda bych na těchto řádcích poděkovala vedoucí mé diplomové práce Mgr. Veronice Šporclové, Ph.D. za její vlídné vedení, odborné rady a podnětné připomínky. Dále prof. PhDr. Petru Weissovi, Ph.D., DSc. za úvodní konzultaci a MUDr. Vandě Lukáčové za cenné rady a informace ohledně probíraného tématu. Děkuji všem, kteří se zúčastnili výzkumu a pomohli mi k tomu, aby byla tato práce dokončena. Nesmí chybět ani vyjádření toho největšího vděku mé mámě, která mi poskytovala oporu po celou dobu studia.

Prohlášení

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

V Praze dne 26. 7. 2020

.....

Bc. Julie Lukina

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá gender dysforií (GD) u osob s poruchou autistického spektra (PAS). Ke zkoumání této problematiky byl zvolen kvantitativní výzkum, jehož hlavním cílem bylo zjistit, zdali u jedinců s PAS s mírnou symptomatikou dochází k vyššímu výskytu GD či k vyšší míře GD v porovnání s neurotypickou populací (bez autismu; NT). Hlavní metody použité v tomto výzkumu byly: dotazník Autistického kvocientu (AQ-10) a Dotazník Gender Identity/Gender dysforie u adolescentů a dospělých (GIDYQ-AA), díky němuž bylo možné zjistit míru GD a potenciální výskyt diagnózy genderové inkongruence (GI; dle MKN-11).

Výzkumný soubor tvořilo 196 respondentů ve věku 16–74 let. Ve skupině PAS bylo 90 osob a srovnávací skupina běžné populace (NT) čítala 106 jedinců. Zatímco v NT skupině nikdo neuvedl transgender identitu, v PAS skupině 2,2 % respondentů sdělilo, že jsou transgender, a 14,4 % osob si nebylo jisto transgender identitou. Na základě výsledků GIDYQ-AA 4,4 % lidí s PAS dosahovalo nízkého skóru značící možnou přítomnost diagnózy GD (GI). Výzkum zjistil, že ženy s PAS měly signifikantně větší míru GD než ženy v běžné populaci i než muži s PAS. Celkově respondenti s PAS dosahovali statisticky významně menšího skóru v GIDYQ-AA i ve všech jeho subškálách než běžná populace. Dále se zjistil negativní vztah mezi výsledkem AQ-10 a GIDYQ-AA, tj. čím vyšší hodnota v AQ-10, tím menší skór v GIDYQ-AA, jenž značí vyšší míru GD.

Na základě výsledků tohoto výzkumu se stanovil závěr, že autismus a míra autistických rysů mají vliv nejen sexualitu, ale i genderovou identitu a s ní související gender dysforii. Budoucí studie by se měly zaměřit na hlubší porozumění této problematice.

Klíčová slova

Gender dysforie, genderová identita, transgender, transsexualismus, porucha autistického spektra, autismus

Abstract

The master thesis copes with gender dysphoria (GD) in persons with autism spectrum disorder (ASD). The quantitative research was chosen to study this topic. The main goal was to determine whether people with mild ASD have a higher prevalence of GD or higher rate of GD compared to the general neurotypical population (NT). The main methods used in this research were: Autism Quotient Questionnaire (AQ-10) and the Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire in Adolescents and Adults (GIDYQ-AA), which made it possible to determine the degree of GD and the potential co-occurrence of a diagnosis of gender incongruence (GI; according to ICD-11).

In the research there were 196 subjects with the age ranging from 16 to 74 years. The ASD group was compromised 90 persons and in the NT group there were 106 people. While in the NT group no one admitted transgender identity, in the ASD group 2.2 % of subjects informed about transgender identity and 14.4 % of the autistic group were not sure about it. Based on the GIDYQ-AA results, 4.4 % of people with ASD had a low score indicating a possible presence of a diagnosis of GD (GI). Furthermore, the research found that women with autism had significantly higher rate of GD than both women in the NT group and men with ASD. Overall, subjects with ASD achieved significantly lower scores in GIDYQ-AA and in all its subscales in comparison with the NT group. Spearman correlation found a negative relationship of AQ-10 and GIDYQ-AA, i.e. the higher score in AQ-10, the lower score in GIDYQ-AA, which indicates a higher rate of GD.

Based on the results of this research it was concluded that autism and the number of autistic traits affect not only sexuality, but also gender identity and gender dysphoria. Future research should focus on understanding this issue more in depth.

Keywords

Gender dysphoria, gender identity, transgender, transsexualism, autism spectrum disorder, autism

Obsah

Úvod.....	8
Literárně přehledová část.....	10
1 Gender identita.....	10
1.1 Vymezení pojmů	10
1.2 Pojetí genderu.....	12
1.3 Teorie vzniku genderové identity.....	14
1.3.1 Psychoanalytická identifikační teorie	14
1.3.2 Teorie sociálního učení	14
1.3.3 Kognitivní teorie	15
1.4 Vývoj genderové identity	16
1.5 Gender dysforie	20
1.5.1 Klasifikace poruchy genderové identity	23
1.5.2 Prevalence a etiologie	25
1.5.3 Diagnostika gender dysforie	27
1.5.4 Léčba gender dysforie.....	29
2 Porucha autistického spektra	31
2.1 Symptomatologie	32
2.2 Prevalence a etiologie	36
2.3 Diagnostika autismu.....	38
2.4 Terapeutické přístupy	39
3 Gender dysforie u osob s autismem.....	41
3.1 Genderová identita u osob s autismem.....	41
3.2 Gender dysforie u osob s autismem	43
3.2.1 Autistické rysy u osob s gender dysforií.....	46
Výzkumná část.....	49
4 Výzkumný problém	49
4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky a hypotézy	50

5	Design výzkumného projektu	52
5.1	Metody získávání dat	52
5.1.1	Demografický dotazník.....	52
5.1.2	Dotazník zjišťující sexualitu	52
5.1.3	Kvocient autistického spektra (AQ-10)	52
5.1.4	Dotazník Gender Identity/Gender dysforie u adolescentů a dospělých (GIDYQ-AA)	53
5.2	Zpracování a analýza dat.....	54
5.3	Etika výzkumu	54
6	Výzkumný soubor.....	55
7	Výsledky	62
8	Diskuse.....	70
	Závěr	75
	Seznam použité literatury	76
	Seznam grafů	99
	Seznam tabulek	100
	Seznam zkratk	101
	Přílohy.....	I
	Příloha 1. Informovaný souhlas	II
	Příloha 2. Demografický dotazník a dotazník zjišťující sexualitu (muži, ženy)	III
	Příloha 3. AQ – 10 (česká verze; původní anglická verze)	VII
	Příloha 4. GIDYQ-AA (česká verze; původní anglická verze)	IX

Úvod

Lidé jsou od malička vedeni k chování a jednání, jež náleží jejich biologickému pohlaví. Již v prenatálním stádiu je život ovlivněn genderovým očekáváním, kdy si nastávající rodiče pokládají otázku, zdali se jim narodí chlapeček anebo holčička. Jedinec se postupně díky rodičům, kontaktu s vrstevníky a dalšími osobami a médií učí, jak se chovat, projevovat, mluvit, oblékat v souladu se svým pohlavím. Současně si utváří vlastní genderovou identitu, která je ve většině případů totožná s fyzickou dimenzí.

Společnost vnímá pohlaví jako dichotomický konstrukt založený na primárních a sekundárních pohlavních znacích. Jsou buď muži, nebo ženy. Tento pohled je podporován biologickou stránkou pohlaví, například ženy můžou otěhotnět a porodit dítě, zatímco muži mohou oplodňovat. Většina kultur dodnes trvá na tomto tradičním pojetí genderu. Existují však lidé, kteří pocítují nesoulad mezi biologickým pohlavím a tím prožívaným. Ženy se cítí jako muži a muži jako ženy. Tento vnitřní rozpor (tzv. gender dysforie) způsobuje psychickou nepohodu a může vést ke snížené kvalitě života, a dokonce i k dalším závažným duševním poruchám. Transgender jedinci by nejspíše měli o něco jednodušší život, kdyby společnost nelpěla tolik na tradičním pojetí genderu a nevyžadovala, aby se jedinci chovali v souladu se svým biologickým pohlavím. Ne všichni zapadají do společností nastavených genderových šablon. Díky queer hnutí se dnes čím dál víc připouští fluidita genderu i sexuality, což může jedincům umožnit tzv. genderovou svobodu.

V posledních letech se zdá, že existuje vztah mezi gender dysforií a poruchou autistického spektra. Výzkumy ukazují, že se gender dysforie ve vyšší míře vyskytuje u jedinců s autismem a zároveň autistické rysy se objevují u osob s genderovou dysforií. Takoví jedinci jsou vskutku jedinečnou skupinou. Nejenže nezapadají mezi neurotypickou společnost, zároveň se nedokážou identifikovat s příslušníky svého biologického pohlaví. Tyto osoby vyžadují speciální přístup ze strany odborníků. Diagnostika i léčebné přístupy musí být komplexní a multidisciplinární tým je nezbytný.

Jak z názvu diplomové práce vyplývá, ústředním tématem je gender dysforie u jedinců s autismem. Literárně přehledová část vychází z odborné literární rešerše a je rozdělaná do tří kapitol. První kapitola se zabývá genderem, genderovou identitou a teoriemi jejího vzniku. Dále je přiblížen vývoj genderové identity. Hlavní částí této kapitoly je téma gender dysforie a poruch z ní plynoucích. Prevalence, etiologie, diagnostika a přístupy k léčbě poruch genderové identity ukončují první kapitolu. Osoby, které mají gender dysforii a označují se za příslušníka opačného pohlaví, jsou v této práci nazývané „trans ženy“ nebo MtF (mužské pohlaví při narození) a „trans muži“ či FtM (ženské pohlaví při narození). Naopak pojmy „muž“ a „žena“ se míní pohlaví, s nímž se jedinci narodili.

Druhá kapitola řeší problematiku poruchy autistického spektra. Pojednává o současné klasifikaci s propojením té nadcházející (MKN-11), která nabude platnosti v roce 2022. Dále je přiblížená symptomatika poruchy a v krátkosti jsou představeny nejnovější poznatky o prevalenci, etiologii poruchy a terapeutické přístupy. Poslední kapitola literárně přehledové části je sycená nejnovějšími výzkumy a poznatky zkoumajícími problematiku spoluvýskytu gender dysforie a poruchy autistického spektra. Avšak genderová identita u jedinců s PAS nebyla dosud příliš popsána a studie zabývající se GD u PAS jsou taktéž velmi limitované.

Empirická část diplomové práce představuje provedení kvantitativní výzkum, jehož hlavním cílem bylo zjistit, zdali se u osob s PAS s mírnou symptomatikou vyskytuje GD ve větší míře než u běžné populace. Mezi další výzkumné otázky patřilo např. zdali míra autistických rysů (zjištěných pomocí dotazníku AQ-10) souvisí s výsledným skórem dotazníku měřící GD. Výsledky přináší nové poznatky o problematice genderové identity u osob s autismem, což souvisí s vnímáním sebe sama, genderových rolí, sexuality a navazování blízkých intimních vztahů.

Literárně přehledová část

1 Gender identita

1.1 Vymezení pojmů

Dlouhá léta gender a pohlaví znamenalo více méně to samé a tyto dva termíny se navzájem často zaměňovaly. Avšak s rozvojem humanitních věd docházelo k postupnému názoru, že gender se liší od pohlaví, a to z vědeckého, sociologického a psychologického pohledu (Chattopadhyay, 2017). V anglické terminologii se rozlišuje biologické pohlaví neboli „sex“ a „gender“ neboli rod, jenž značí kulturně podmíněné chování a role příslušící maskulinitě či feminitě. Pohlaví a gender se navzájem proplétají a obvykle je nejde od sebe oddělit kompletně (Lips, 2009).

Identitu jedinec získává vývojovým procesem zahrnujícím uvědomování a definování sebe sama. Identita představuje jádro osobnosti a můžeme ji rozdělit na fyzickou (např. pohlaví), sociální (např. role) a psychologickou (např. představy o sobě). Sebepojetí, sebehodnocení a sebe prezentace úzce souvisí s identitou (Nakonečný, 2009). Dle Matějčka (2008) je identita jednou ze základních psychických potřeb, z nichž se dále rodí vlastní Já. Erikson (1968) chápe identitu jako pocit celistvosti, jedinečnosti a vlastní hodnoty.

Pohlaví či pohlavní identita je určena vrozeným biologickým nastavením. Dle Lips (2009) můžeme biologickou dimenzi rozdělit do 5 úrovní, a to chromozomální, gonadální, hormonální, vnitřních reprodukčních orgánů a externích genitálií. Na základě těchto úrovní jsou lidé při narození tříděni do jedné ze dvou matričních neboli legálních pohlaví: muž či žena (Weiss, 2013). Existují však osoby, které nesplňují veškerá kritéria pro zařazení do jednoznačné kategorie. Tyto osoby se nazývají intersexuálové. Jako příklad lze uvést syndrom testikulární feminizace, kdy se chromozomálně určený muž narodí s ženským genitálem, ale bez dělohy, má však nesestouplá varlata (Fafejta, 2016).

Intersexualita se někdy zaměňuje s termínem hermafroditismus, od něj se však postupně upouští, jelikož se považuje za dehonestující a nepřesné kvůli naznačení, že jedinec je nositelem obojího pohlaví (Fafejta, 2016; Janošová, 2008). Výzkumy u intersexuálů poukazují na distres pramenící z neurčitosti jejich pohlaví (Preves, 2003). Tyto osoby mají často pocit nesounáležitosti a ocitají se v izolaci, ve které se jejich psychický stav může zhoršovat (Janošová, 2008; Zucker, 1999). Aby se předešlo negativním dopadům, přistupuje se ke korektivnímu chirurgickému zákroku. V některých případech je tato operace dokonce životu nezbytná, např. v případě kdy se dítě nemůže vyměšovat kvůli své fyzické abnormalitě (Fafejta, 2016). Korektivní operace u intersexuálních dětí však nemusí být úspěšné z psychologického

hlediska. Operace jsou často provedeny v raném věku, kdy dítě nemůže vyslovit souhlas. Existují případy, kdy si osoba utvořila opačnou gender identitu od té, která jí byla doktorem přidělena (Slijper, Drop, Molenaar & de Muinck Keizer-Schrama, 1998). Výsledky výzkumu z roku 2005 přinesly zjištění, že u neoperovaných intersexuálů se objevuje ve větší míře psychická pohoda než u jedinců, kteří byli operováni v dětství (Meyer-Bahlburg, 2005). Proto někteří odborníci varují před unáhlenou operací u intersexuálních dětí. Domnívají se, že tyto operace by měly být provedeny pouze ve zdravě ohrožujících případech. Později by si měla intersexuální osoba sama vybrat, zdali chce podstoupit chirurgický zákrok k vymodelování pohlaví příslušící její genderové identitě (Beh & Diamond, 2000; Diamond & Sigmundson, 1997).

Jandourek (2003) definuje gender jako sociální aspekt pohlaví. Je společensky utvářený, dynamický, proměnlivý a lidé se jej do určité míry musí naučit. Zahrnuje v sobě sociální i psychosociální rozdíly mezi muži a ženami. S tímto souvisí pojem gender role značící postoje, způsob myšlení a chování, které je očekáváno od muže či ženy v dané kultuře. V literatuře se často rozdělují gender role do 4 kategorií, a to: maskulinní, femininní, androgynní (kombinace mužských a ženských znaků) a nediferencované (nízká míra ženských i mužských znaků; Abrams, 2012). Přesvědčení o genderových rolích mají velký dopad na sebepojetí (Frome, Alfeld, Eccles, & Barber, 2006), duševní zdraví (Beauboeuf-Lafontant, 2007), sexuální postoje a chování (Amaro, Raj, & Reed, 2001) a další zdravotní oblasti (Kerrigan et al., 2007). Výzkumy také zjistily, že pohled na genderové role ovlivňuje copingové strategie, rozhodování, komunikaci, intimní vztahy, přátelství a vývoj identity (Noppe, 2009).

Učení se mužským či ženským rolím, sociálním normám a hodnotám se nazývá genderová socializace. Tento proces probíhá celoživotně (Chattopadhyay, 2017). Na základě socializace, a především vnitřních dispozic, se dále utváří vlastní genderová identita, tj. vnímání sebe a přemýšlení o sobě jako o ženě či muži anebo jako o někom, kdo nezapadá do žádné z těchto dvou kategorií (Steensma, Kreukels, de Vries, & Cohen-Kettenis, 2013). Obsahuje kognitivní i emocionální složku, tj. ovlivňuje vnímání, chování a prožívání jedince. Tato identita je někdy označována také za tzv. psychické pohlaví (Weiss, 2013). Ve většině případů pramení z pohlavní identity jedince (Fafejta, 2016). Gender dysforie je pocit diskomfortu způsobený inkongruencí genderové identity s pohlavím. Money (1994) se domnívá, že genderová identita je subjektivním prožitkem genderových rolí a genderové role jsou manifestací genderové identity. Jedinci navenek projevují svou genderovou identitu skrze genderovou expresi (APA, 2009).

Genderové normy určují, jaké vzorce chování jsou v dané společnosti žádoucí od žen či mužů. Pohlavně-genderový systém představuje hluboce zakořeněné normy ve společenských

institucích (např. rodina, náboženství, politický či vzdělávací systém). Systém rozděluje lidi a jejich vlastnosti na maskulinní a femininní, přiřazuje jim určité společenské zařazení a dělbu práce. Tento systém je proměnlivý, a to kulturně i historicky (Weber et al., 2019). Na genderové normy se vážou genderové stereotypy, které jsou spojeny s tradičními představami o mužích a ženách, např. žena se stará o děti a domácnost a muži pracují (Oakley, 2000).

Sexuální orientace je definována jako eroticko-sexuální náklonnost k osobě stejného a/či opačného pohlaví. Lze rozlišit homosexuální či heterosexuální orientaci (Lips, 2009). Bisexualita, tj. touha k mužům i ženám, je často označována za neexistující. Někteří sexuologové se domnívají, že tito jedinci nechtějí přijmout svoji homosexualitu (Weiss, Zvěřina & Janáčková, 2010). Další odborníci tvrdí, že bisexualita existuje a je součástí tzv. sexuální fluidity (Katz-Wise, Reisner, Hughto & Keo-Meier, 2016). Sexuální orientace také může být k určitému objektu (např. pedofilie, zoofilie) či k žádnému objektu, tj. asexualita. Ze sexuální orientace vychází sexuální identita, na jejímž základě se jedinec ztotožňuje se sociální skupinou určité orientace (Fafejta, 2016).

Genderová role, identita a sexuální orientace nemusí být vždy v souladu. Fausto-Sterling (2000) ve své publikaci popisuje příběh chlapce, u něhož v 7 měsících proběhla operace na ženu. Tato osoba se v dospělém věku považovala za ženu, tudíž její genderová identita byla přijata v souladu s jejím pohlavím. Genderová role a sexuální orientace však nebyla v souladu, jelikož žena pracovala jako dělnice, chovala se maskulinně a přitahovaly ji ženy.

1.2 Pojetí genderu

Biologicky orientovaní vědci jsou přesvědčeni, že gender je výsledkem biologických činitelů. Tzv. mužský hormon testosteron způsobuje větší fyzickou sílu, agresivitu i vývoj mužských sekundárních pohlavních znaků (např. vousy), zatímco ženské hormony progesteron a estrogen se podílí například na menstruačním cyklu, těhotenství či vývoji ženských sekundárních znaků (např. prsa; Poněšický, 2012).

Naopak známý psycholog a sexuolog John Money byl jedním ze zastánců genderové neutrality (Money & Tucker, 1975). Money poprvé použil termín gender identita v 50. letech 20. století. Byl přesvědčen, že chromozomální výbava je irelevantní pro pozdější vývoj genderu a gender identity. Dle něj se genderová identita postupně vyvíjí od druhého roku života a do této doby lze dítě přeoperovat na jakémkoliv pohlaví, jelikož poté záleží pouze na tom, jak je dítě vychovááno. Toto pojetí může mít tragický dopad na daného jedince. Známý případ Davida Reimera podává svědectví o tom, že tento postoj je problémový. V osmi měsících byl David přeoperován na dívku kvůli neúspěšné obřízce a následně byl rodiči vychováván jako dívka. Avšak nikdy nedošlo k identifikaci s jeho ženským pohlavím. Byl obeznámen s proběhlou

operací a ve čtrnácti letech přijal mužskou genderovou identitu. Ve 22 letech podstoupil léčbu vedoucí ke změně pohlaví (injekce testosteronu, dvojitá mastektomie a dvě faloplastie). Od puberty se u něj objevovala deprese a ve věku 38 let spáchal sebevraždu. Jeho tragický příběh poukazuje na fakt, že genderová identita je z velké části vrozená a výchova má v této oblasti pouze pomocnou roli. V důsledku se snížil počet chirurgických zákroků vedoucích k přeměně pohlaví u kojenců a batolat (např. u chlapců s mikropenisem; Colapinto, 2001).

V současnosti je společností přijímán gender jakožto sociální konstrukt, který je ovlivněn bio-psycho-sociálními faktory, jež se navzájem ovlivňují a spolupodílejí na vzniku a udržování genderu a genderové identity (Poněšický, 2012). Západní společnost rozděluje gender binárně, tj. existují dvě kategorie – muži a ženy. V těchto kategoriích jsou děti vychovávány. Předpokládá se, že osoby mají vyhraněnější sklon k přijetí určité gender identity. Někteří však disponují větší tvárností a nezapadají do tohoto rigidního dichotomického schématu, a proto existuje domněnka, že gender na rozdíl od pohlaví je celé spektrum vlastností a charakteristik nacházející se mezi póly maskulinity a feminity (Oakley, 2000).

„Queer teorie“ a z ní vycházející queer hnutí vnímá sexualitu a gender jakožto fluidní a dynamický koncept, jenž se může různě proměňovat v průběhu života (Tyson, 2006). Tato teorie kritizuje rigidní pohled na biologické pohlaví, gender a sexualitu. Queer jedinci vybočují z tradiční heterosexuální šablony. Odmítají názor, že svět je rozdělen pouze na muže a ženy. Příznivci queer hnutí požadují, aby jedinec nebyl určován pouze tím, s jakým pohlavím se narodí, ale také tím, kým se cítí a jak chce, aby jej ostatní vnímali (Fafejta, 2016).

Existují však i tradiční kultury uznávající a přijímající třetí gender. Na Tahiti a Havaji se skupina jedinců třetího pohlaví nazývá Māhū. Již v historii byli respektovanými učители hula tance, zpěvu a jazyka. Dodnes plní tuto důležitou roli a podílí se na zachování tradičního umění (Robertson, 1989). Na Samoe se muži, kteří reprezentují maskulinní i femininní prvky, označují Fa'afafine. Jejich chování se pohybuje od extravagantně femininního až po konvenčně maskulinní (Bartlett & Vasey, 2006). V Angole se zase již dlouhá léta vyskytují tzv. Chibados, což je skupina lidí, kteří se narodili s mužskými pohlavními znaky, avšak většinu svého života žili jako ženy. Chibados se tradičně účastnili rozhodování týkajících se politických a armádních záležitostí. Zároveň vykonávali pohřby. Chibados mohli dokonce vstoupit do sňatku s muži, a to bez sociálního trestu. Naopak tato manželství byla ctěná. Poté co se moci ujali Portugalci a koloniální zákony vstoupily v platnost, došlo k nárůstu homofobie a trestů vůči dříve respektovaným Chibados (Tamale, 2013). Mezi další příklady uznávaného třetího pohlaví patří Hidžra v Indii (Stief, 2017), Muxe v Mexiku či Two-Spirits v indiánských kmenech v Severní Americe (Chisholm, 2018).

1.3 Teorie vzniku genderové identity

Identita představuje relativně stálé pojetí o sobě, svých vlastnostech, schopnostech a vymezení se vůči ostatním (Cresswell & Cage, 2019). Genderová identita je subjektivní vnímání sebe sama jako muže anebo ženy. Vznik a vývoj genderové identity je vysvětlován mnohými teoriemi. Mezi ty nejznámější, které jsou popsány níže, patří psychoanalytické pojetí, dále teorie sociálního učení, kognitivně-vývojová teorie, teorie pohlavních schémat a optických skel.

1.3.1 Psychoanalytická identifikační teorie

Dle psychoanalytické identifikační teorie se genderová identita formuje ve falickém období, tj. od 3 do 6 let. Důležitým bodem je uvědomění, že penis mají pouze chlapci. Následně se dítě identifikuje se svým vzorem, což je pro něj blízká osoba stejného pohlaví. Dítě reaguje a přijímá rodičovské chování, které se dále manifestuje ve vlastním chování v reálném životě či v jeho fantaziích (Sanford, 1955).

U dívek se genderová identita formuje jednodušeji než u chlapců, jelikož se ženy identifikují s matkou po celou dobu svého vývoje. Nicméně ženy mají náročnější separaci a individuaci. Muži mají naopak za úkol přetrhout původní identifikaci s matkou a ztotožnit se s otcem (Poněšický, 2012). Psychoanalytická teorie předpokládá, že motivačním zdrojem této identifikace je prožívaná silná úzkost z očekávané agrese od ohrožujícího a mocného otce (Freud, 1946). Chlapec v předškolním věku má silnou touhu incestu s matkou, avšak bojí se otcovského trestu, obzvláště kastrace. Jelikož chlapec nemůže porazit svého otce a vyhrát matku, vyrovnává se s tím tzv. identifikací s agresorem. Na základě této identifikace se přesune ztotožnění se s matkou na otce a následně se upevňuje genderová identita, která je dle psychoanalytiků neměnná (Freud, 1937). To samé platí pro dívky, které se kvůli své touze k otci identifikují s matkou.

Psychoanalytická teorie byla podrobena kritice kvůli pohledu na ženy, které jsou považovány za neúplné, jelikož jim chybí penis, a tím pádem prožívají kastrační komplex (Poněšický, 2004). Další výhradou je názor, že chování naučené v dětství přetrvává až do dospělého věku (Renzetti & Curran, 2003).

1.3.2 Teorie sociálního učení

Sociální učení také popisuje vývoj genderové identity v rámci identifikace s rodičem stejného pohlaví, avšak na rozdíl od psychoanalytické teorie neobsahuje myšlenku oidipovského či elektrina komplexu a nezabývá se nevědomými procesy a pudy. Dle této teorie jedinci pozorují, napodobují a identifikují se s osobami, které jim jsou blízké, něčím se jim podobají (např. pohlavím) a jeví se jako autority. Patří sem rodiče, sourozenci, vrstevníci,

učitelé, postavy ve filmech či celebrity (Renzetti & Curran, 2003). Dítě se postupně naučí, jaké chování je či není adekvátní pro jeho pohlaví v dané společnosti. Získané poznatky postupně internalizuje a integruje do svého chování, jednání a prožívání. Tyto genderové standardy poté aplikuje u sebe a očekává je i od dalších (Mischel, 1966).

Náklonnost k rodiči stejného pohlaví roste s věkem a v důsledku tohoto vlivu dítě začne imitovat svého rodiče, a tím následně získá genderovou identitu. Prostřednictvím odměňování či trestání je pak jeho chování a identita upevňována (Smetáčková & Vlková, 2005). Děti se učí i nepřímým posilováním, když pozorují chování dalších osob a důsledky plynoucí z tohoto chování. Dle této teorie mají rodiče velký vliv na formování genderové identity, jelikož podporují chování, které náleží pohlaví jejich potomka. Například matky s dcerami nakupují a vaří, zatímco otcové vedou syny ke hraní s autíčky (Oakley, 2000).

V případě striktního dodržování principů sociálního učení by dle této teorie chlapcova úzká vazba s matkou v prvních letech života měla vyústit v ženskou identifikaci, což se však ve většině případů nestane (Ventress, 1975). Teorie sociálního učení vychází z behaviorismu a z něj vycházejícího podmiňování. Kritici upozorňují na opomíjení aktivní participace dítěte v genderové socializaci a v utváření vlastní identity. Dle teorie je totiž chování ovlivňováno a řízeno vlivy přicházejícími z vnějšího prostředí. Dítě si však ve skutečnosti formuje svou genderovou identitu a genderová přesvědčení pomocí aktivního vyhledávání a vybírání relevantních podnětů, které následně napodobuje (Bem, 1993; Kessler & McKenna, 1978).

1.3.3 Kognitivní teorie

Alternativou k psychoanalytické teorii a teorii sociálního učení je kognitivně vývojová teorie vycházející z Piageta. Bere v potaz vývojová stádia myšlení, kterými si dítě postupně prochází (Piaget & Inhelderová, 1997). Kognitivní perspektiva vývoje genderové identity předpokládá aktivní roli dítěte v přijímání relevantních podnětů a jejich třídění do kategorií, mezi kterými se nachází i kategorie genderu. Děti si již v raném věku vytváří strukturu vnímání genderu zahrnující i vlastní genderovou identitu a genderové stereotypy. Vývoj genderové identity je přirozeným důsledkem kognitivního procesu, jenž zahrnuje kvalitativní změny ve způsobu myšlení a percepce sebe i okolního světa. (Martin & Ruble, 2004).

Kohlberg se domnívá, že proces imitace a identifikace vychází z terciálních cirkulárních reakcí, které se objevují v prvním roce života. Dítě v tomto období objevuje, zkouší nové chování a nové poznatky asimiluje do již vytvořených genderových schémat. Na základě kognitivního vývoje se dále formuje genderová identita. Motivace k udržení si své identity pochází z potřeby zachovat si stabilní a pozitivní self-image. Kohlberg předpokládá, že neměnnost ve fyzických charakteristikách pohlaví je základem pro genderovou identitu. Tyto

charakteristiky jsou v souladu s božským nebo morálním zákonem a dítě má morální povinnost se jim přizpůsobit (Kohlberg, 1966).

Dle kognitivní teorie sociální učení hraje menší roli ve vytváření genderových rolí a identit, avšak největším a hlavním faktorem je kognitivní adaptabilita dítěte a jeho aktivní selekce a organizace vnímání, znalostí a porozumění (Ventress, 1975). Je zde však zase opomíjen kulturní a výchovný vliv na dítě a jeho vnímání genderových stereotypů a následné utváření vlastní genderové identity (Oakley, 2000).

Z kognitivní teorie vychází teorie pohlavních schémat také podporující aktivní roli dítěte ve formování gender identity. Avšak na rozdíl od kognitivní teorie předpokládá i vliv kultury a sociálního učení. Dítě pozoruje okolí a přijímá informace, které kóduje a organizuje do binárních kategorií (muž či žena), na jejichž základě si poté utváří představy o sobě a dalších. Tyto kategorie se nazývají schémata a ovlivňují myšlení a chování dětí (Bem, 1993).

Kognitivní schémata jsou závislá na dané kultuře, která určuje, co je spojeno s maskulinitou a co s feminitou (např. fyzické vlastnosti, zájmy, chování). Tyto kulturní předpoklady a očekávání Bem (1993) označuje za „optická skla“, která se přenáší z generace na generaci. Na základě optických skel jedinec vnímá, kategorizuje a hodnotí svět a následně si utváří identitu a sexualitu. Dle Bem (1993) existují v západní společnosti tři optická skla, která jsou komplementární, a to genderová polarizace, androcentrismus a biologický esencialismus. Genderová polarizace značí binární rozdělení světa na muže a ženy. Děti jsou vystavené tomuto rozdělení již od narození a pochopení této kategorizace umožňuje chápání světa. Androcentrismus vnímá muže jakožto tvůrce norem, kterým jsou ženy podřízené. Biologický esencialismus poukazuje na rozdíly mezi mužem a ženou. Tyto rozdíly jsou vrozené a neměnné (Renzetti & Curran, 2005).

Podle schémat si dítě formuje vlastní genderovou identitu, kterou porovnává s již vytvořenými schématy. Cílem je být v souladu. Zmiňovaná teorie předpokládá, že jakmile se vytvoří kognitivní kategorie genderu, dítě má silnou motivaci k striktnímu dodržování genderových stereotypů (Martin, Ruble & Szkrybalo, 2002). Kognitivní teorie vidí dítě jako aktivního „genderového detektiva“, jenž vyhledává informace o genderu, poté se snaží vyvozovat závěry o genderu, a nakonec tyto závěry aplikuje i na sebe (Martin & Ruble, 2004).

1.4 Vývoj genderové identity

Genderová identita má biologický základ, jenž je v průběhu života kultivován. Její studium může být obtížné kvůli nerozvinutým řečovým dovednostem u dětí. Money, Hampson & Hampson (1955) navrhli, že se genderová identita vyvíjí od 18 měsíců života a je dokončena již ve 4,5 letech. Naopak Kohlberg (1966) byl přesvědčený, že se gender identita tvoří až po

3. roce věku. Dnes se přijímá názor, že jádro genderové identity je pevně utvořené do 3. roku (Lips, 2009).

Gender je formulován okolím prostřednictvím socializace, jež je celoživotní proces zahrnující poznávání a učení se společností vyžadovanému chování (Helus, 2001). Rodiče, sourozenci, ostatní členové rodiny, škola, vrstevníci a další instituce socializaci ovlivňují. Během genderové socializace se jedinec učí vlastnostem, způsobům chování, hodnotám a rolím, které jsou v jeho kultuře spojeny s maskulinitou anebo feminitou. Skrze socializaci si dítě vytváří přesvědčení o genderu a na základě toho si poté formuluje vlastní genderovou identitu. Díky socializaci se jedinec stává součástí společnosti (Ashcraft & Belgrave, 2005). V tomto procesu děti nemají pouze pasivní funkci, naopak se na něm aktivně podílejí (Vágnerová, 2014a). Genderová socializace probíhá od narození dítěte. Někteří autoři se však domnívají, že tento proces začíná již v prenatálním vývoji, jelikož během těhotenství si nastávající rodiče pokládají otázku, zda se jim narodí holčička anebo chlapeček. Znalost pohlaví dítěte je spojena s rodičovskými očekáváními a představami o budoucnosti (Janošová, 2008).

Výchova v rodině a rodová aliance neboli spojenectví dítěte a rodiče stejného pohlaví má velký vliv na upevňování genderových rolí i genderové identity. Interakce rodičů, postoje, chování, rozdělení rolí v rodině, způsob výchovy a emoční vztah rodičů k dítěti ovlivňuje celkový vývoj osobnosti (Šulová, 2004). Rodiče se odlišně chovají vůči synům a dcerám a očekávají od nich rovněž rozdílné chování. Stimulují a podporují syny především v motorických aktivitách. Zároveň se ukazují, že je více kontrolují. U dívek je dán důraz na rozvíjení verbálních a sociálních dovedností (Endendijk et al., 2016). Tento odlišný výchovný styl rodičů může přispívat k upevňování genderové identity dítěte (Vágnerová, 2014). Je důležité, aby dítě přicházelo do kontaktu s oběma rodiči, jelikož poskytují vzory chování, norem, názorů a postojů. V případě, že jeden z rodičů není přítomen, dítě by mělo mít kontakt s náhradním vzorem (např. s dědečkem).

Vágnerová (2014a) rozdělila vývoj genderové identity do 3 fází:

- a) fáze uvědomování rozdílů mezi muži a ženami,
- b) fáze pochopení vlastního pohlaví,
- c) fáze přijetí genderové identity.

V batolecím období nejprve dochází k fázi uvědomování si rozdílů mezi muži a ženami. Výzkumy ukazují, že v 6. až 8. měsíci věku děti rozpoznají mužský a ženský hlas (de Boisferon et al., 2015; Miller, 1983). Mezi 3. měsícem a 1 rokem mají schopnost diferencovat fotky mužů a žen (Cornell, 1974; Leinbach & Fagot, 1993; Younger & Fearing, 1999). Mezi 18. a 24. měsícem se děti poznávají v zrcadle a odliší se na fotkách od ostatních (Asendorph, Warkentin, & Baudonniere, 1996; Lewis & Ramsay, 2004). Toto sebeuvědomění je důležité pro následující

formování identity. Po pochopení trvalosti okolo 18. měsíce věku nastává fáze pochopení vlastního pohlaví a příslušnosti svého pohlaví k jedné ze základních pohlavních kategorií (Leinbach & Fagot, 1986). Dítě začíná v tomto období zpracovávat genderové stereotypy, na jejichž základě se dále projevuje. Ke konci 2. roku se pak již tvoří vlastní genderová identita, která se později diferencuje a stabilizuje (Weinraub et al., 1984). Vzhledem k tomu, že genderová kategorizace je stěžejní pro sociální vývoj, děti jsou obzvláště pozorní k modelům chování stejného pohlaví. Dítě spíše napodobuje chování, které vyzorovalo a naučilo se od stejnopohlavního modelu (např. rodič, sourozenec, vrstevníci, učitel). Znalost genderových rolí a stereotypů ovlivňuje postoje dětí k jejich genderu a genderu druhých (Perry & Bussey, 1979; Poulin-Dubois et al., 2002).

Výzkumy ukazují, že mezi 1. a 2. rokem si děti začínají vybírat genderově typické hračky (Serbin et al., 2001; Weinraub et al., 1984). Zároveň jim jsou tyto podněty poskytovány okolím a rodiči, kteří dítěti předávají svá očekávání související s určitým pohlavím. Rodiče volí oblečení, hračky a aktivity, jež jsou typické pro dané pohlaví. Například chlapečci nosí modrou barvu a hrají si s autíčky, zatímco holčičky mají růžové oblečení a na hraní panenky (Golombok & Fivush, 1994; Halim et al., 2012). Také slovní interakce typu „Muži přeci nepláčou“ podporují integraci genderových stereotypů (Jandourek, 2003). Důsledkem je formování genderových stereotypů již v raném věku.

Různé zaměření hraček podporuje rozdílný vývoj kognitivních a sociálních schopností u dívek a chlapců (Millerová, 1987). Jarkovská (2005) se domnívá, že hračky hrají velkou roli ve vytváření genderové identity. Děti rovněž v médiích pozorují, jaké chování je přijatelné a oceňované vzhledem k určitému pohlaví. I v pohádkách lze spatřit jasné rozdělení rolí. Mužské postavy prezentují odvážné a silné hrdiny, zatímco ženy mají často pasivní roli s důrazem na krásu. To vše může posilovat genderové stereotypy (Louie, 2012; Renzetti & Curran, 2003). Avšak díky feministickému hnutí dochází v dnešní době ke zmenšování rozdílů mezi ženami a muži v pohádkách. Dívky tak často v pohádkových příbězích zaujímají aktivní roli, jsou nezávislé, chytré a nadané (Kik, 2016).

Poslední fází je přijetí genderové identity, během níž se dítě ztotožňuje s genderovými rolmi svého pohlaví a snaží se o začlenění do své skupiny (Vágnerová, 2014a). Mezi 3. a 6. rokem je genderové myšlení velmi rigidní a připoutané k zjevným charakteristikám a vlastnostem, např. jestli si muž obleče sukni, je považován za ženu. Ve čtyřech letech si dítě uvědomuje genderovou stálost. K genderovému rozlišení využívá fyzické vlastnosti ostatních (např. oblečení), kvůli čemuž nedochází vždy ke správnému označení. Zdokonalení této kognitivní schopnosti se objevuje kolem 5. roku, kdy již dítě začíná chápat genderovou konstantnost, tj. genderová identita je v různých situacích stále stejná (Oakley, 2000).

Předškoláci trvají na dodržování genderových pravidel a často se ztotožňují s genderovými stereotypy, např. si myslí, že pouze děvčata ráda kreslí. Obzvláště chlapci trvají na pravidlech a označení za dívku nesou velmi nelibě (Vágnerová, 2014a). O dva roky později dochází ke zvyšování flexibility, tj. děti jsou více ochotné připisovat určitý atribut oběma pohlavím (Trautner et al., 2005). Na základě výzkumu, v němž měly děti klasifikovat vhodnost předmětů pro oboje pohlaví, Huston (1983) dospěl k závěru, že zhruba po 7. roce života kvantita znalostí o genderových stereotypech stále stoupá, avšak rigidita a neměnnost těchto stereotypů začíná klesat.

Skrze interakci s vrstevníky stejného pohlaví se dítě dále učí o genderu a o tom, jaké chování je či není vhodné vzhledem k jeho pohlaví. S nástupem do mateřské školy dítě každodenně přichází do interakcí s ostatními dětmi a zde se tak k vlivu rodičů přidává i ovlivnění vrstevnickými skupinami a dalšími autoritami. Dítě se nyní učí dalším genderovým rolím a stereotypům. Dívky a chlapci v tomto věku tvoří zpravidla homogenní oddělené skupiny, tj. dívky se kamarádí s dívkami a chlapci s chlapci. Děti se snaží co nejvíce začlenit do stejnopohlavní skupiny. Výzkumy ukazují, že již v batolecím věku preferují společnost vrstevníků stejného pohlaví (Maccoby & Jacklin, 1987). Tato preference přetrvává i v dalších letech. Genderovou segregací si dítě osvojuje schopnosti typické pro jeho pohlaví a zároveň si tak utvrzuje vlastní genderovou identitu (Vágnerová, 2014a).

Na začátku školního věku, tj. okolo sedmi let, dochází k uvědomění, že gender je stálý a neměnný. Tento proces postupně stabilizuje pojetí vlastní genderové identity. V době, kdy dítě nastupuje do školy, má již rozsáhlé znalosti o tom, jaké činnosti, předměty a vlastnosti jsou spojené s mužským či ženským chováním (Trautner et al., 2005). Kromě rodičů a vrstevníků i učitelé ovlivňují genderovou socializaci. S nástupem do školy je dítě konfrontováno s institucionalizovaným tlakem. Učitelé ve škole vnímají obě pohlaví diferencovaně a podle toho se k nim staví a očekávají od nich rozdílné chování. Zároveň i učitelé tvoří model genderových rolí a posilují genderově stereotypní chování, např. volí jiné aktivity pro chlapce a pro děvčata. Žáci a žačky postupně preferují jiné typy předmětů. Od dívek se například neočekává zájem o matematiku či technické obory (Davies, 2005; Riegler-Crumb & Humphries, 2012; Stromquist, 2007).

Pro stabilizaci a větší vyhraněnost genderové identity je puberta a adolescence velmi důležitá. Dle Eriksona (1968) mají jedinci v období dospívání vývojový úkol vedoucí k nalezení osobní identity, jež by měla být v souladu s požadavky společnosti, v níž žijí. Jedinec je pod tlakem, aby se choval jako „správný muž“ či „správná žena“. V tomto období také dochází k uvědomění si vlastní sexuality. Celkově je identita adolescentů sycená sebepoznáním ve všech základních oblastech (sexuální, kognitivní, sociální, emoční a profesní). Sounáležitost

a identifikace s určitou sociální skupinou je v pubertě významnou součástí stabilizování vlastní genderové identity. Dospívající se skrze interakce s vrstevníky a dalšími autoritami učí novým vzorům chování, experimentuje, posuzuje hodnoty, role a jednání (Smetáčková & Vlková, 2005).

Vývoj identity je ovlivněn mnoha vnějšími i vnitřními faktory (Gatial & Juhásová, 2020). I přestože je patrný vliv rodičů, vrstevníků, učitelů a dalších osob na genderovou socializaci a formulování genderové identity, je potřeba brát v potaz, že genderová identita je především daná biologickými faktory, např. hormony (např. Zhu & Cai, 2006), mozkovou strukturou (např. Kranz et al., 2014) a geny (např. Hare et al., 2009). Swaab & Garcia-Falgueras (2009) tvrdí, že v závislosti na přítomnosti či absenci pohlavních hormonů (např. testosteron) se u dítěte rozvine mužská či ženská genderová identita. Tudíž genderová identita i sexuální orientace je „naprogramovaná“ do mozkové struktury již v prenatálním období. Autoři také uvádí, že pohlavní diferenciací genitálů a pohlavní diferenciací v mozku jsou dva nezávislé procesy, které mohou následně vyústit v transsexualitu. Biologickou podstatu genderové identity potvrzují rovněž výzkumy na intersexuálech, u nichž se i přes výchovný tlak vyvinula genderová identita typická pro jejich genetickou výbavu (např. Cohen-Kettenis, 2005; Reiner & Gearhart, 2004).

1.5 Gender dysforie

Pod genderovou identitou se skrývá celé spektrum lidí. Většina osob se identifikuje v souladu se svými pohlavními znaky i genderovými rolemi, např. žena se cítí být ženou a muž mužem. Ovšem existují i takoví lidé, kteří nemají pocit vyhraněné příslušnosti k jednomu genderu anebo naopak mají silný pocit ztotožnění se s opačným pohlavím. Genderová fluidita poukazuje na fakt, že genderové normy jsou naučené a buď přijaté, či zamítnuté socializovaným jedincem (Fafejta, 2016).

Gender dysforie (GD) znamená konflikt mezi biologickým pohlavím a genderovou identitou, tj. muž se cítí být ženou a naopak. Je to heterogenní skupina, avšak v základu GD se nachází velký distres a diskomfort s přiděleným pohlavím, s jeho znaky (např. genitál) a přidělenými rolemi. V důsledku jedinci s GD mohou změnit genderovou expresi. Někteří volí oblečení typické pro opačné pohlaví, další se chtějí sociálně začlenit mezi příslušníky své genderové identity a jiní navíc volí operativní přeměnu pohlaví a/či hormonální léčbu (Parekh, 2018). GD nebo transgenderismus jsou souhrnná označení poruch pohlavní aneb genderové identity. Transsexualismus je nejzávažnějším projevem GD (Weiss, 2013). GD není přímo spojena se sexuální orientací. Trans osoby mohou být jak heterosexuální, tak i bisexuální, homosexuální či asexuální. Většina jedinců má však homosexuální či bisexuální sexuální orientaci, tj. trans muže (ženy po narození) přitahují ženy a trans ženy (muži po narození) muži

(Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Fifková (2001) popisuje, že se chlapci s GD lépe adaptují na své pohlaví, s nímž souvisí i sexuální orientace, tudíž není neobvyklé, že žijí jako heterosexuální muži. Ženy s GD mají naopak spíše sexuální orientaci v souladu s jejich gender identitou, tj. žijí také jako heterosexuální muži.

Děti s GD mohou vyjadřovat přání, aby se staly opačným pohlavím, anebo tvrdí, že jsou příslušníky opačného pohlaví či se jimi stanou v dospělosti. Děti genderově nekonformní často vzbuzují pozornost svým chováním, které je netypické pro jejich biologické pohlaví, např. chlapci si hrají s panenkami anebo dívky preferují interakci s chlapci a odmítají dívčí šaty (Weiss, 2013). Mohou žádat, aby je ostatní oslovovali jiným jménem. Rodiče uvádí, že se chování odpovídající opačnému pohlaví začalo objevovat již ve 3. roce života, a některé děti samy poprvé vyjádří tuto touhu okolo 4 let věku (Hort et al., 2008). Mnoho jedinců však zjistí obtíže s identifikací s vlastním tělem až v pubertě či v dospělosti (Parekh, 2018). U většiny dětí GD nepřetrvává do adolescence či dospělosti. GD je u nich často nahrazena homosexualitou či bisexualitou (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Studie ukazují, že u pouhých 12–27 % dětí diagnóza přetrvávala do dospělosti, kdy jim byla následně diagnostikována transsexualita (Drummond, Bradley, Peterson-Badali & Zucker, 2008; Ristori & Steensma, 2016; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

Pojem transgender označuje široké spektrum jedinců, kteří se dočasně anebo trvale genderově identifikují s opačným pohlavím. Transsexuál je transgender osoba, která chce podstoupit či již podstoupila sociální tranzici na opačné pohlaví. V mnoha případech také dochází k fyzické tranzici skrze hormony a/nebo operativní zákrok přeměny pohlaví. Jedinci, kteří chtějí hormonální terapii, avšak nechtějí operativní zákrok přeměny pohlaví, jsou označováni za tzv. neoperativní transsexuály. Transsexualita je rozdělována na 2 druhy:

- a) female-to-male (FtM) aneb trans muž: biologicky daná žena, která se cítí být mužem, a
- b) male-to-female (MtF) aneb trans žena: muž cítící se být ženou (Wylie et al., 2014).

Genderqueer anebo queer jedinci zastávají genderovou a sexuální fluiditu, tj. jejich genderová identita a sexuální orientace je proměnlivá. Mohou se identifikovat jako něco mezi ženou a mužem anebo jako kombinace muže a ženy či jako třetí gender. Agender jedinci o sobě tvrdí, že nemají žádnou genderovou identitu, tj. nespojují se s muži ani ženami ani jiným pohlavím. Bigender je naopak u lidí, jejichž genderová identita je mužská i ženská. Tyto osoby mohou vnímat jednu stranu více, avšak obě jsou přítomny. Cisgender je pojem popisující osoby, jejichž genderová identita či genderová exprese je v souladu s biologickým pohlavím (Parekh, 2018). Weiss (2019) poukázal na to, že se v literatuře uvádí až 325 genderových identit.

GD není to samé jako genderová nekonformita (genderová variance). Genderová nekonformita označuje chování nebo genderovou expresi, která není v souladu s genderovými normami či stereotypy souvisejícími s maskulinitou či feminitou. Zde se nevyskytuje psychický distress vycházející z inkongruence pohlaví a genderové identity. Příkladem může být styl oblékání a chování dívky, které je společností očekáváno spíše od chlapců. Tyto osoby mohou být označovány za gender variantní/nekonformní/diverzní/atypické či nebinární (Haldeman, 2020). Parekh (2018) uvádí, že genderová variance není duševní poruchou a nekonformní chování a preference neznámá základ diagnózy GD. Ne všichni gender-variantní jedinci se identifikují za transgender. Transgender jedinci se mohou vnímat jako gender nekonformní před tranzicí (tj. přeměnou pohlaví), avšak po této tranzici se většinou již nepovažují za gender nekonformní, jelikož si zvolili to pohlaví, s nímž jsou v souladu a s kterým se identifikují.

Trans lidé často čelí tlaku společnosti, která požaduje, aby se chovali jako „správné“ ženy či „správní“ muži. V důsledku se trans osoby musí hodně snažit, aby přesvědčily okolí o své genderové identitě a aby byly akceptovány (Ju, 2014). Mezi faktory zhoršující duševní zdraví u transgender jedinců patří např. mladší věk, nízká socioekonomická úroveň, bydlení na vesnici, diskriminace, zkušenost s transfobií, stigmatizace a nízká sociální podpora (Bockting et al., 2013; Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Horvath, Iantaffi, Swinburne-Romine & Bockting 2014; Nemoto, Bödeker & Iwamoto, 2011). Studie zkoumající děti s poruchou genderové identity zjistila, že se u 57 % dětí objevují problémy s rodiči a u 52 % s vrstevníky. Tyto děti mají pocit, že okolí nerespektuje jejich identitu a odmítá jakékoliv chování narušující tradiční pojetí genderu. U dětí a adolescentů s GD čelícím tlaku ze strany rodičů a okolí se ve větší míře objevují psychické obtíže (Di Ceglie, Freedman, Mc Pherson, & Richardson, 2002). Tito jedinci také častěji zažívají fyzické, sexuální i psychologické zneužívání v dětství i v pubertě (Roberts et al., 2012). Další výzkum poukázal na to, že až 37 % trans mužů a trans žen zažilo alespoň jednou fyzické napadení (Barboza, Dominguez & Chace, 2016).

S rostoucím věkem tito lidé prožívají více diskomfortu a negativního sebeobrazu. Až 46 % transgender jedinců uvádí vysokou míru psychologického distresu souvisejícího s úzkostí, depresí, suicidálními myšlenkami či pokusy o sebevraždu (Bariola et al., 2015). Longitudinální studie Roberts et al. (2013) zjistila, že 26 % genderově variantních jedinců ve věku 23–30 let trpělo střední až středně těžkou depresí. U transgender je tato míra vyšší. Ukazuje se, že až 44,1 % trans osob trpí depresí (Bockting et al., 2013). Sebepoškozování se objevuje u 19 % jedinců s GD, přičemž u trans mužů je častějším jevem než u trans žen (Davey, Arcelus, Meyer & Bouman, 2016). Ve studii zkoumající 300 trans osob bylo popsáno, že 38 % kontemplovalo a 25 % se pokusilo o sebevraždu (Barboza et al., 2016). Další průzkum zjistil až 57% riziko sebevraždy u trans jedinců, pokud nebyli akceptováni rodinou (Haas, Rodgers & Herman,

2014). Švédský výzkum zase prokázal, že u trans mužů a žen je 5krát pravděpodobnější pokus o sebevraždu a 19krát pravděpodobnější úmrtí způsobené sebevraždou než u běžné populace (Dhejne, Öberg, Arver & Landén, 2011).

U transgender populace se vyskytuje úzkostná porucha v 16–68 % případů. Mezi nejčastější úzkostné poruchy patří specifická fobie, sociální fobie, panická porucha a obsedantně-kompulzivní porucha. Většina studií zjistila větší míru úzkostných symptomů u trans mužů než u trans žen (Millet, Longworth & Arcelus, 2017). Mezi další komorbidní stavy patří porucha přizpůsobení, která byla naměřena u 15,7 % trans jedinců (Mazaheri et al., 2014). Post-traumatická stresová porucha (PTSD), porucha autistického spektra (PAS), poruchy příjmu potravy (PPP) a poruchy osobnosti (PO) se také objevují u trans populace (Strauss et al., 2017).

Jeden z největších výzkumů řešící 859 trans a genderově diverzních jedinců byl proveden v Austrálii. Na základě svých výsledků potvrdil, že trans osoby mají zvýšené riziko horšího duševního zdraví, sebepoškozování a sebevražedných pokusů. 1 ze 3 zažívá silné úzkosti či deprese. 74,6 % subjektů obdrželo v minulosti diagnózu deprese. 4 z 5 trans jedinců se někdy sebepoškozovali a téměř 1 ze 2 (48 %) se pokusil o sebevraždu. Trans osoby mají obtíže se získáním zdravotních, sociálních či psychologických služeb. 42 % respondentů uvedlo, že se setkalo s neporozuměním a disrespektem jejich genderové identity ze strany odborníků poskytujících zdravotní služby. Mezi další obtíže uvedli transfobii a nedostatek vzdělání v oblasti genderové diverzity. Mnoho respondentů zažilo negativní situace, které ovlivnily jejich duševní zdraví, např. odmítnutí vrstevníky, šikana, problémy se školou a nedostatek rodinné podpory. Účastníci studie popsali, že k psychické pohodě jim slouží hudba, umění, kamarádi, aktivismus, sociální média a domácí mazlíčci (Strauss et al., 2017).

1.5.1 Klasifikace poruchy genderové identity

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10), rozlišuje 5 poruch pohlavní identity: transsexualismus, transvestitismus dvojí role, porucha pohlavní identity v dětství, jiné poruchy pohlavní identity a porucha pohlavní identity nespecifikovaná. Do těchto kategorií patří jedinci, u nichž se objevuje přetrvávající preference chování či prožívání spojeného s opačným pohlavím. Kategorie poruch pohlavní identity v MKN-10 spadá pod poruchy osobnosti a chování u dospělých (WHO, 1992).

Transsexualita patří mezi nejzávažnější případ gender dysforie (Weiss, 2013). U těchto osob dochází k rozvoji opačné gender identity, a to i přes výchovný tlak (Janošová, 2008). Výraz transsexualismus byl poprvé použit Cauldwellem v polovině 20. století (Hort, 2008). Transsexualismus je stav trvající alespoň dva roky. Jedinci zažívají silný pocit sounáležitosti s opačným pohlavím a chtějí tak žít, vystupovat a být přijímáni. Jsou nespokojeni se svým

tělem, hlasem a dalšími pohlavními znaky (WHO, 1992). Mohou mít nepříjemné pocity při docházení na toalety, které jsou určeny pro jejich biologické pohlaví. Ženy se mohou snažit vylučovat moč ve stoje a muži vsedě. Dochází k neerotickým snům a dennímu snění, kdy vystupují jako osoba opačného pohlaví. V erotických snech a masturbačních fantaziích si rovněž mohou představovat sami sebe v těle opačného pohlaví. Tyto osoby často volí role typické pro opačné pohlaví, např. ženy pracují jako policistky anebo řidiči a muži jako cukráři (Weiss, 2013). Mají přání podstoupit hormonální léčbu a/či operaci vedoucí k přeměně pohlaví, aby jejich tělo souhlasilo s jejich genderovou identitou (WHO, 1992). Při diagnostice je třeba dbát na další poruchy, které můžou vyvolat pocit nespokojenosti s tělem a pohlavím, např. schizofrenie. Komorbidita s intersexuální, genetickou či chromozomální abnormalitou je vyloučena (Weiss, 2013).

Mezi další poruchy pohlavní identity je řazen transvestitismus dvojí role, jenž se objevuje i u heterosexuálních mužů. Lidé s touto diagnózou se dočasně oblékají, projevují a chovají jako opačné pohlaví a přejímají také opačné role. Nepocitují však vzrušení během crossdressingu a ani nemají touhu si trvale přeměnit pohlaví (WHO, 1992). Někteří však nad touto přeměnou mohou uvažovat, v tomto případě může transvestitismus být jako přechodná fáze k budoucímu transsexualismu (Weiss, 2013).

Porucha pohlavní identity v dětství se objevuje před pubertou a trvá minimálně 6 měsíců. Děti často jeví známky této poruchy již v předškolním období. Jedinec s touto poruchou trvá na tom, že je příslušníkem opačného pohlaví anebo pocituje silnou touhu stát se jím (WHO, 1992). Pocituje nespokojenost s vlastním pohlavím, tělesnou stavbou a odmítá genderové role s tím spojené (Hort, 2008). Často volí oblečení a aktivity, jež nejsou typické pro jeho biologické pohlaví. Dále tyto osoby preferují kontakt s vrstevníky opačného pohlaví (tj. holčičky si chtějí hrát s chlapci a naopak; Kibrik & Yagubov, 2018).

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM) odstranil termín „porucha pohlavní“ či „genderové identity“, aby se předešlo patologizaci identity a stigmatizaci jedinců (Kaltiala-Heino, Bergman, Työlajärvi & Frisén, 2018). Předchozí název poruchy byl v 5. vydání nahrazen pojmem „gender dysforie“ a definuje ji jako stav inkongruence mezi zažívaným genderem a biologickým pohlavím. Je to atypický vývoj genderové identity, jenž způsobuje závažný distres a narušení v sociálních, pracovních a dalších oblastech důležitých pro život. Jedinci s gender dysforií zažívají silné přání, aby se k nim okolí chovalo jako k příslušníkovi opačného pohlaví a/nebo se chtějí zbavit svých tělesných znaků pohlaví (APA, 2013).

Nové vydání Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11), jež vstoupí v platnost 1. ledna 2022, podobně jako DSM-5, pozmění klasifikaci. Jednotlivé poruchy pohlavní identity budou

spadat do jedné kategorie s názvem Gender inkongruence (GI), která se přesunula z Poruch duševních a poruch chování do Stavů souvisejících se sexuálním zdravím. MKN-11 charakterizuje gender inkongruenci jako stav trvalé neshody mezi subjektivně zažívaným genderem a přiřazeným pohlavím. Tato inkongruence často vede k touze po tranzici aneb přeměně pohlaví, aby pak tito jedinci žili a byli akceptováni jako příslušníci opačného pohlaví. Tranzice probíhá skrze hormonální terapii, chirurgický zákrok a další služby. GI bude dále rozdělena do 3 skupin: GI u adolescentů a dospělých, GI u dětí a GI nespecifikovaná. GI u adolescentů a dospělých nemůže být diagnostikována před nástupem puberty. GI u dětí se vyskytuje u jedinců před pubertou a je charakteristická silnou touhou stát se opačným pohlavím a nelibostí se svým tělem či pohlavními prvky. Tyto děti volí hry, hračky, aktivity a kamarády, které jsou typické pro opačné pohlaví. MKN-11 upřesňuje, že genderová inkongruence musí trvat alespoň 2 roky (WHO, 2019).

V současné době se více požaduje genderová a sexuální svoboda. LGBT komunita již léta bojuje za svá práva a rozšiřování pohlavních, sexuálních a genderových identit. Jedinec má právo na vlastní identitu, a s tím souvisí uznání nejen jiné sexuální orientace, ale i různé formy transgenderu (Richardson, 2002). Ve Francii byla dokonce v roce 2009 transsexualita vyňata z MKN-10 (Weiss, 2013). Odborníci však upozorňují na důležitost zachování diagnózy v diagnostických manuálech. Jedním z hlavních důvodů ponechání je hrazení nákladů na léčbu zdravotní pojišťovnou (Di Ceglie, 2018).

1.5.2 Prevalence a etiologie

Přesná prevalence transsexualismu není známá, jelikož mnoho jedinců nevyhledá odbornou pomoc. Navíc se výsledky epidemiologických studií navzájem liší. Avšak výzkumy se shodnou na tom, že v posledních 50 letech došlo k významnému nárůstu počtu lidí s GD. Důvodem může být změna v diagnostických kritériích, větší akceptace společnosti vůči genderové fluiditě, zobrazování trans lidí v médiích a více terapeutických možností. DSM-5 uvádí prevalenci od 0,005 % do 0,014 % u mužů a 0,002–0,003 % u žen (APA, 2013). Výsledky jsou však založeny na počtu osob, které oficiálně obdržely diagnózu poruchy genderové identity (GID) anebo transsexualismu a hledaly odbornou léčbu, tudíž tato prevalence nezahrnuje jedince s GD či ty, kteří se identifikují transgender a nevyhledali odbornou pomoc (Byne et al., 2018). Studie ukazují, že se procentuálně prevalence GD v západní Evropě a Americe pohybuje okolo 0,0098–0,013 % u MtF a 0,0036–0,008 % u FtM (De Cuypere et al., 2007; Dhejne et al., 2014; Judge et al., 2014). Další studie zkoumající jedince identifikující se jako transgender anebo genderově inkongruentní uvádí větší prevalenci. Dle nich se výskyt GD pohybuje od 0,5 do 1,3 %. Přičemž u mužů se více objevuje GD než u žen (Conron, Scott, Stowell & Landers, 2012; Kuyper & Wijzen, 2014; Zucker, 2017). Výzkumy také ukazují, že k GD dochází u

8,5–20 % intersexuálů (Furtado et al., 2012). Důvodem může být přidělení matričního pohlaví, které nesouhlasí s jejich genderovou identitou, jež je kódovaná již v prenatálním vývoji (Swaab & Garcia-Falgueras, 2009). Weiss (2013) uvádí, že se v České republice objevuje ročně do 50 nových případů.

Dodnes není zcela jasné, co způsobuje transsexualitu. Biologické a psychologické teorie se mezi sebou přou. Psychoanalytici se domnívají, že transsexualita je důsledkem patologického stavu v rodině. Freud byl navíc toho názoru, že transsexualita je popřena homosexualita. Dle psychoanalytiků se transsexualita dá napravit, a to díky psychologickým metodám. Britská psychoanalytička Schumacher (2017) popisuje dvě nejčastější příčiny poruchy genderové identity, a to problematická separace a/nebo adaptace dítěte na to, co je žádoucí pro jeho objekt, kterým je blízká pečující osoba. Person a Ovesey (1983) vnímají transsexualismus jako obranný mechanismus, který se vytváří na základě rané separační úzkosti. Chlapci kvůli nepravidelné dostupnosti matek hledají způsob, jak si matku získat a udržet. Rozhodnou se pro imitaci, na jejímž základě se vytvoří gender dysforie.

Naopak zastáncem biologických teorií je profesor Dorner, jenž považuje homosexualitu a transsexualitu za výsledek odlišného prenatálního vývoje mezimozku vlivem sexuálních steroidů (MacKenzie, 1994). Biologickou podstatu transsexuality také podporují výzkumy zaměřené na osoby s intersexualitou, u nichž byla stanovena chybná identita, a i přes výchovný tlak rodiny a okolí osoba přijala genderovou identitu své genetické výbavy (Diamond & Sigmundson, 1997). Nejrozšířenější teorií je pak vliv prenatálního testosteronu na vývoj genderové identity, jenž se zdá být jedním z hlavních biologických faktorů vývoje mužské pohlavní identity (Reiner & Gearhart, 2004).

Zkoumání jednovaječných dvojčat poukázalo na 2,3% konkordanci GD, zároveň model, jenž nejlépe popsal data zahrnoval genetickou složku, která představovala 62% varianci a komponenta nesdíleného prostředí mající 38% varianci. Tyto výsledky podporují hypotézu genetického vlivu na formování poruchy genderové identity (Coolidge, Thede & Young, 2002). V roce 2013 další studie zjistila až 33% konkordanci u jednovaječných dvojčat mužského pohlaví a 22,8% konkordanci u žen. U dvouvaječných dvojčat se GD objevovala v pouhých 2,6 % případů (Diamond, 2013).

Některé výzkumy zjistily zvýšenou incidenci genetického polymorfismu (např. u genu CYP17, jehož enzym katalyzuje testosteronovou syntézu) u FtM, avšak ne u MtF (Bentz et al., 2008; Fernández et al., 2015). Další autoři objevili významnou asociaci mezi androgenním receptorem a transsexualismem u osob s mužským pohlavím po narození. Odborníci se domnívají, že snížená úroveň testosteronu během prenatálního vývoje může zabránit kompletní maskulinizaci mozku u mužů, což může zapříčinit femininní genderovou identitu (Hare et al.,

2009). Avšak další bádání zkoumající 5 možných biologických mechanismů ovlivňujících GD (androgenní receptor, estrogenní receptor alfa a beta, aromatase a progesteronní receptor) nezjistilo žádné signifikantní rozdíly mezi MtF, FtM a kontrolními skupinami (Ujike, 2009). Výsledky genetických studií jsou nekonzistentní a dodnes je míra role genů v transsexualitě nejasná.

Na základě pozorování strukturálních a funkčních charakteristik mozku se zjistila podobnost mezi transgender jedinci a kontrolní skupinou stejné genderové identity na rozdíl od osob stejného biologického pohlaví. Zde byly popsány rozdíly např. v počtu neuronů a objemu thalamu (Garcia-Falgueras & Swaab, 2008), v míře hormonu kisspeptin a neurokininu B v hypothalamu (Taziaux et al., 2016; Melanie, Dick & Julie, 2012), v neurální odpovědi na tělesný pach (Berglund, Lindström, Dhejne-Helmy & Savic, 2008) a vizuo-prostorových funkcích (Burke et al., 2016). Strukturální odlišnosti se také mimo jiné prokázaly v mikrostruktuře šedé a bílé hmoty mozkové. Analýza poukázala na menší objem šedé mozkové hmoty v pravé části mozečku, a naopak více objemu v mediálním frontálním kortexu u FtM než u dívek bez GD. U MtF byl menší objem v hypothalamu a v mozečku bilaterálně, než je tomu u mužů bez GD (Hoekzema et al., 2015). Mikrostruktura bílé hmoty u FtM je podobnější té u příslušníků stejné genderové identity (tj. u mužů) než té, která se objevuje u jejich biologického pohlaví (tj. u žen; Rametti et al., 2011a). U MtF se však mikrostruktura bílé hmoty nachází na pomezí mužské a ženské struktury. Autoři výzkumu se domnívají, že tato abnormalita je způsobená nedokončenou maskulinizací během mozkového vývoje (Rametti et al., 2011b). Významné rozdíly v difuzivitě bílé hmoty byly dále objeveny mezi všemi pozorovanými skupinami. Největší difuzivita byla pozorována u žen bez GD, u FtM se ukázaly menší hodnoty, u MtF ještě menší a muži bez GD měli nejmenší hodnotu difuzivity (Kranz et al., 2014). Interpretace některých studií jsou však komplikované kvůli nízkému vzorku či probíhající hormonální terapii u subjektů (Smith, Junger, Derntl & Habel, 2015).

1.5.3 Diagnostika gender dysforie

Diagnostického procesu se účastní sexuolog, klinický psycholog, psychiatr a případně i další odborníci (např. neurolog, endokrinolog, gynekolog). Sexuolog plní důležitou roli v diagnostickém a v léčebném procesu. Úkolem sexuologa je přímo posoudit GD u dětí, adolescentů a dospělých. Zároveň monitoruje a řídí celý proces přeměny pohlaví, ve kterém spolupracuje s dalšími odborníky (endokrinolog, praktický lékař, psychiatr, psycholog, foniatr, gynekolog, chirurg, urolog a další). Poskytuje poradenství a psychoterapii pro jedince s GD i pro jejich rodiny. V případě dalších obtíží může doporučit jiného odborníka. Mimo jiné provádí osvětovou činnost veřejnosti, aby se předcházelo stigmatizaci a viktimizaci jedinců s GD (Fifková, Weiss & Neumann, 2019).

Diagnostické metody používané u GD se dají rozdělit do 3 skupin: psychodiagnostické, psychofyziologické a anamnestické. Základní a nejspolehlivější metodou je anamnestický rozhovor, jenž zkoumá rodinnou i osobní historii, patologii, výchovu, vývoj a současné obtíže, stavy a odlišnosti od běžné populace. Rozhovor se zaměřuje na psychosexuální a sociální vývoj. Zkoumá se, zdali jedinec preferoval hry a hračky typické pro opačné pohlaví, zdali docházelo k odporu k pohlavním znakům, dále ke crossdressingu (tj. převlékání se do oblečení typického pro opačné pohlaví), k neerotickým i erotickým snům a dennímu snění, masturbačním fantaziím, zamilovanosti, partnerství, výměně genderových rolí atd. (Weiss, 2013). Psychodiagnostické testy především slouží k zjištění depresivní či úzkostné symptomatiky a jiných poruch (Byne et al., 2018). Psychofyziologické přístroje (falopletysmografie – PPG a vulvopletysmografie – VPG) se využívají ke zjištění prokrvení genitálů při pozorování či poslouchání erotických stimulů (Weiss, Fifková & Procházka, 2008). Součástí diagnostického procesu jsou i somatická vyšetření (např. gynekologická, endokrinologická, neurologická, urologická), která slouží pro diferenciální diagnostiku i posouzení vhodnosti hormonální léčby.

Real Life Test (RLT) aneb Zkouška reálného života je nedílnou složkou diagnostického procesu. Jedinec má během tohoto testu po dobu alespoň jednoho roku žít a identifikovat se jako příslušník opačného pohlaví. RLT slouží k potvrzení diagnózy a ke zjištění stavu průběhu léčby (Weiss, 2013).

U diagnostiky dětí se využívá např. kresba lidské postavy (Rekers, Rosen & Morey, 1990) či The Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001), ve kterém je položka „Přeje si být opačným pohlavím“. Tento dotazník vyplňují rodiče dítěte (Zucker, 2017). Další metodou pro rodiče dětí je Gender Identity Questionnaire (GIQ; Elizabeth & Green, 1984). Někteří odborníci využívají u adolescentů a dospělých speciální dotazníky měřící GD, např. Utrecht Gender Dysphoria Scale (UGDS; Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997) mající 12 položek a Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults (GIDYQ-AA; Deogracias et al., 2007) s 27 tvrzeními.

Diferenciální diagnostika je důležitou součástí diagnostického procesu. Mylná diagnóza může způsobit jedinci i jeho okolí velké potíže, proto se odborníci musí danou osobou a jejím stavem zabývat komplexně. Je třeba odlišit homosexualitu od GD. Mladí homosexuálové se mohou převlékat za ženy a volit ženské aktivity, ty ale pak téměř či úplně vymizí v pubertě a adolescenci. Někteří homosexuálové nejsou schopni přijmout svoji sexuální orientaci, a proto mohou považovat svůj stav za gender dysforii a chtějí podstoupit přeměnu pohlaví (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2008). Genderová nekonformita se neshoduje s GD přítomností a mírou distresu. U GD je výrazný distres a touha žít jako opačné pohlaví. Transvestitismus dvojí role se liší od GD svojí touhou být v roli příslušníka opačného pohlaví pouze dočasně. Fetišistický

transvestitismus obsahuje sexuální vzrušení během převlékání se do šatů typických pro opačné pohlaví. Jedinci s touto poruchou se mohou mylně domnívat, že mají GD, a proto si myslí, že přeměna pohlaví jim pomůže. Dále je třeba zjistit, zdali přítomné znaky GD nejsou projevem jiné závažné duševní poruchy, např. schizofrenie či porucha osobnosti (Capetillo-Ventura, Jalil-Pérez & Motilla-Negrete, 2015.) Tělesná dysmorfofobická porucha se také může plést s GD. Jedinec s dysmorfofobií si přeje, aby se část jeho těla změnila či odebrala, jelikož ji považuje za deformovanou. U GD je však typické zaměření na takové tělesné charakteristiky, které jsou inkongruentní s jeho genderovou identitou (např. prsa; Byne et al., 2018).

1.5.4 Léčba gender dysforie

V případě rozvinutí transsexualismu mají jedinci možnost rozhodnout se pro přeměnu pohlaví. Tato léčba je hrazena zdravotní pojišťovnou, probíhá alespoň dva roky a dohlíží na ni sexuolog. Přeměna pohlaví představuje náročný proces, jenž Fifková (2008) rozdělila do 6 fází, které se mohou navzájem překrývat:

- 1) diagnostika,
- 2) rozhodovací proces,
- 3) Real Life Test,
- 4) hormonální terapie,
- 5) operativní zákrok,
- 6) pooperační období.

Během diagnostické fáze jedinec podstupuje vyšetření, na jejichž základě se stanoví diagnóza, poskytne se edukace o GD a možnosti léčby, popř. se vypracuje plán dalšího postupu. Délka rozhodovací fáze je individuální. Během ní se jedinec má rozhodnout, zdali chce podstoupit přeměnu pohlaví. Jestliže se rozhodne pro, započne alespoň roční RLT a zároveň si může změnit jméno na neutrální. Hormonální terapie by měla být zahájena alespoň pár měsíců po započetí RLT (Fifková, 2008). V této fázi jsou jedinci podávány hormony náležící opačnému pohlaví, aby došlo k maskulinizaci či feminizaci těla. U dětí vykazujících dlouhodobou GD nejprve probíhá tzv. blokační terapie určená k potlačení produkce pohlavních hormonů (estrogen či testosteron), aby se zamezilo nástupu puberty. Doporučuje se začít s blokádou až po druhé fázi Tannerovy stupnice, tj. okolo 11 let. Jestliže dospívající starší 16 let bude chtít pokračovat v přeměně pohlaví, přistoupí se k hormonální terapii, která pak trvá po celý život (Fifková et al., 2019). Mezi kontraindikace hormonální terapie krom věku patří i mylně stanovená diagnóza či špatný zdravotní stav (Fifková, 2008).

Předposlední fází je chirurgický zákrok vedoucí k nevratné přeměně pohlaví. Žádost pacienta doprovobenou vždy souhlasem lékaře se specializací v sexuologii projednává a schvaluje komise, která je stanovená ministerstvem zdravotnictví (Zákon č. 373/2011 Sb.,

o specifických zdravotních službách). Po operačním zákroku je jedinci umožněna změna matričního pohlaví, na jejímž základě dostane nový rodný list a další dokumenty (Weiss, 2013). Absolutními kontraindikacemi této fáze je věk pod 18 let, právní překážky (např. manželství), špatný zdravotní stav a chybná diagnóza. Mezi relativní kontraindikace patří psychotické onemocnění, závislost na látkách, rodičovství a recentní kriminalita (Fifková, 2008). V České republice od roku 2012 do konce roku 2018 došlo k přeměně pohlaví u 428 osob (42,7 % MtF, 57,3 % FtM; Weiss, 2019).

Psychoterapie je nezanedbatelnou součástí celého procesu léčby. Někteří odborníci měli snahu změnit gender identitu pomocí psychoterapie, což se však jeví být neetické a nefunkční (Fifková et al., 2008). Zmírnění distresu, poskytnutí podpory a pochopení jsou jedny z hlavních cílů terapie. Ta přináší pozitivní změny v myšlení klientů, vyšší spokojenost s procesem přeměny i osobního růstu (Rachlin, 2002). Terapeutická sezení mohou být obzvláště přínosná pro lidi, kteří netouží po chirurgické přeměně pohlaví. Terapie tak umožňuje jedincům vyrovnat se s negativními pocity souvisejícími s inkongruencí těla a genderové identity (Coleman et al., 2012). Někteří odborníci se domnívají, že se léčba u dětí a adolescentů má zaměřit především na zpracování stresu a naučení se žít s GD (Hill, Rozanski, Carfagnini & Willoughby, 2005).

Odhodlání pacienta podstoupit přeměnu pohlaví bylo dlouho kontroverzním tématem. Psychoanalytické myšlení toto považovalo za „kolizi s bludem“ a předpovídalo pooperační psychózu a/či sebevraždu, jelikož byly odebrány poslední psychické obrany (MacKenzie, 1994). Avšak v případě zamítnutí chirurgického zákroku může docházet ke zvyšování psychického distresu (Fifková et al., 2019). Výzkumy ukazují pozitivní účinek těchto operací (Weinforth, Fakin, Giovanoli & Nuñez, 2019). Po přeměně pohlaví osoby často pociťují úlevu a dochází ke snížení depresivních a úzkostných symptomů a ke zvýšení celkové kvality života (Lindqvist et al., 2017). Úspěšnost této transformace je tedy velmi vysoká. Pouze ve výjimečných případech dochází k přání návratu k původnímu pohlaví (Weiss, 2013). Odborníci by neměli GD bagatelizovat či se k ní stavět negativně. Je důležité poukázat na možnosti léčby a poskytnout podporu jedinci i jeho rodině (Fifková et al., 2019).

2 Porucha autistického spektra

Porucha autistického spektra (PAS) spadá pod neurovývojové poruchy. Není na první pohled viditelná, jelikož se manifestuje v chování a prožívání. Je vrozená a ovlivňuje vývoj psychických funkcí a má dopad na každodenní život jedince s autismem i jeho rodiny. Je charakterizovaná autistickou triádou, do které patří narušení v sociální interakci a komunikaci, abnormality v chování, zájmech a hře (Hill & Frith, 2003). Dle MKN-10 autismus spadá do tzv. pervazivních vývojových poruch, kam zařazuje dětský autismus, Aspergerův syndrom, atypický autismus, Rettův syndrom, jinou dezintegrační poruchu v dětství a hyperaktivní poruchu sdruženou s mentální retardací a stereotypními pohyby (WHO, 1992).

Dětský autismus je nejčastější a zároveň nejzávažnější porucha ve skupině pervazivních vývojových poruch. Poprvé jej popsal Leo Kanner (1943) ve své práci obsahující charakteristiky 11 klientů s narušenou sociální vazbou, řečí a potřebou neměnnosti. Dětský autismus se objevuje před třetím rokem života a je charakteristický poruchou intelektového vývoje, narušením v expresivní a/či receptivní řeči, obtížemi v sociální interakci, stereotypními prvky v chování, hře a zájmech. Množství a intenzita symptomů se liší napříč spektrem (Hrdlička, 2014).

Atypický autismus se diagnostikuje u jedinců, kteří nenaplnují všechna diagnostická kritéria dětského autismu, např. k rozvinutí poruchy může docházet po třetím roce života či nesplňuje všechny prvky autistické triády (Thorová, 2006).

Lidé s Aspergerovým syndromem byli kdysi označováni jako „autističtí psychopati“. Wing (1981) však prosadila nový název nesoucí jméno Hanse Aspergera, jenž publikoval práci popisující 4 pacienty se specifickou symptomatikou (Asperger, 1944). Aspergerův syndrom se nachází v mírném pásmu PAS. Symptomy jsou sice podobné jako u dětského autismu, avšak dosahují menší intenzity. Zároveň u těchto jedinců nedochází k poruše intelektových schopností a jejich řečový vývoj je obvykle v normě, popř. může docházet k mírnému zrychlení. Hlavní obtíže mají v sociálních interakcích, komunikaci, v stereotypním chování a zájmech obsedantního charakteru. Navíc u nich bývá přítomna motorická neobratnost (Hrdlička, 2014).

Nejasné hranice mezi dětským autismem s mírnou symptomatikou (tzv. vysoce funkční dětský autismus) a Aspergerovým syndromem byly předmětem diskusí odborníků, jelikož působily značné obtíže při diagnostikování. Někteří se domnívají, že Aspergerův syndrom je mírnější formou dětského autismu (Ozonoff, South & Miller, 2000). Tato nejednoznačnost byla jedním z faktorů změny diagnostických kritérií a celé diagnostické kategorie autismu. Nová klasifikace MKN-11 (WHO, 2019), podobně jako DSM-5, seskupuje jednotlivé poruchy do jedné kategorie nesoucí název Poruchy autistického spektra, která spadá pod Neurovývojové

poruchy. DSM-5 dále dělí jedince s autismem dle úrovně podpory na: vyžadující podporu, vyžadující výraznou podporu a vyžadující velmi výraznou podporu (APA, 2013). Beta verze MKN-11 (WHO, 2019) rozděluje autismus do 8 kategorií:

- PAS bez poruchy intelektového vývoje a s mírným či žádným narušením funkční komunikace,
- PAS s poruchou intelektového vývoje a s mírným či žádným narušením funkční komunikace,
- PAS bez poruchy intelektového vývoje a s narušením funkční komunikace,
- PAS s poruchou intelektového vývoje a s narušením funkční komunikace,
- PAS bez poruchy intelektového vývoje a s absencí funkční komunikace,
- PAS s poruchou intelektového vývoje a s absencí funkční komunikace,
- Jiná specifická PAS,
- PAS nespecifikovaná.

V odborné literatuře se mimo jiné uvádí rozdělení autismu do tří kategorií dle přítomnosti a hloubky poruchy intelektu a úrovně adaptability neboli funkčnosti (Hrdlička, 2014). Adaptabilita je definována jako schopnost přizpůsobit se získávaným informacím a fungovat v běžném životě. Úzce souvisí se sociálními schopnostmi, problémy v chování, představitivostí a zájmy. Vysoce funkční autismus je u osob s inteligencí a s řečovými dovednostmi v normě či nadprůměru. Jejich sociální chování však bývá nepřiměřené, jelikož mají obtíže s porozuměním sociálnímu kontextu a normám. Středně funkční autismus se vyskytuje u jedinců s lehkou až středně těžkou poruchou inteligence a poruchou řeči, v níž se objevují zvláštnosti (např. echolálie, záměna zájmen). Mívají velké obtíže s navazováním sociálních kontaktů. Těžká až hluboká porucha inteligence, nerozvinuté řečové dovednosti, malá až žádná schopnost navazování vztahů, problémové chování a vysoká míra autostimulační aktivity se nachází u nízko funkčního autismu (Čadilová, Thorová & Žampachová, 2012).

2.1 Symptomatologie

Jak je v názvu obsaženo, PAS představuje celé spektrum osob s různou mírou poruchy, a to od nejmírnější symptomatiky až po tu nejtěžší. Jedinci se liší průběhem poruchy, symptomy a jejich intenzitou. Výše již bylo zmíněno, že k diagnóze PAS je třeba, aby byla přítomná autistická triáda, tudíž mezi hlavní postižené oblasti patří deficit v sociální interakci a komunikaci, stereotypní chování a zájmy (Vágnerová, 2014b).

Většina rodičů zpozoruje znaky abnormálního vývoje již v prvních dvou letech života dítěte. Mezi první zaznamenané symptomy patří absence očního kontaktu, nezáměr o okolí, snížená sdílená pozornost, neobjevuje se anebo v menší míře dochází ke žvatlání

a napodobování slov, chybí sociální úsměv a/či dítě působí, že neslyší (Maestro et al., 2001; Maestro et al., 2002). K dalším známkám poruchy náleží atypické používání předmětů (Ozonoff et al., 2008). Vývoj dětí s autismem je většinou opožděný či nerovnoměrný. U vážnějších případů dochází k autistické regresi, kvůli které dítě částečně či úplně ztrácí nabyté dovednosti. Průměrný věk regrese se pohybuje okolo 19–21 měsíců a objevuje se u 10–50 % dětí s autismem (Davidovitch et al., 2000; Hrdlička et al., 2004). U těch s mírnou symptomatikou se mohou naplno projevit symptomy až v předškolním či školním věku, kdy dítě přichází do kontakt s vrstevníky a učiteli (Thorová, 2006).

PAS způsobuje narušení především v sociální oblasti, do které patří komunikace, vztahy, emoce, empatie a porozumění. U dětí s mírnou symptomatikou se nejvíce objevují obtíže s budováním vztahu s vrstevníky. Okolí mohou takové děti připadat zvláštní kvůli svému chování a jednání. Jedinci s PAS často působí jako neteční, lhostejní, arogantní či nevychovaní. Mají obvykle obtíže s očním kontaktem a porozuměním mimice a gestům. Sdělení vnímají doslovně a zpravidla nechápou vtip či ironii. Mívají naivní představy o přátelství, jehož komplexitě obtížně rozumí. Mohou například mylně považovat za přítele člověka, jenž se na ně usměje a je k nim milý. Osoby s autismem bývají terčem šikany, posměchu anebo manipulace (Howlin, 2005).

Wing & Gould (1979) rozdělují osoby s autismem do tří kategorií dle sociálního chování. Typ aktivní, ale zvláštní má potřebu vyhledávat kontakt s ostatními, avšak neví, jak toho úspěšně docílit, jelikož nerozumí sociálním pravidlům a kontextu. Tito jedinci často mluví o svých vyhraněných zájmech bez ohledu na to, zdali to posluchače zajímá. Z dialogu se tak stává monolog. Mohou se chovat nepřiměřeně, např. se dotýkají cizích lidí či na ně promlouvají. Typ pasivní akceptuje ostatní, avšak má problémy se spontánním navazováním vztahů. Navíc nemusí projevovat radost ze sociálního kontaktu. Typ osamělý nemá zájem o sociální interakce. Může se od druhých odtahovat, vyhýbat se jim či je ignorovat. Později k těmto třem typům dodala Wing (1996) typ formální, jenž klade důraz na pravidla a řád v sociální interakci. Jeho řečový projev může působit mechanicky a nespontánně.

Schopnost tvořit úsudky o mentálním stavu druhých lidí souvisí s teorií mysli, jež bývá u osob s PAS dle řady výzkumů silně narušená. Důsledkem je snížené porozumění úmyslům, příčinám chování a emocím druhých. Simon Baron-Cohen (1995) tento kognitivní stav nazval „sociální slepota“ anebo „slepota mysli“ (angl. *mindblindness*). S empatií je spojena neschopnost uvědomění důsledků svého jednání vůči druhým lidem. Osoby s PAS umějí být velmi upřímné. Nevědí, co se do dané sociální situace hodí a čemu se naopak vyhnout. V důsledku toho se může druhá osoba naštvat anebo urazit, což bývá pro mnohé jedince s autismem překvapující a matoucí. Silné emoce (např. láska, žárlivost) představují neznámé

kategorie, které bývají pro osoby s PAS těžko uchopitelné (Howlin, 2005). Často se objevuje alexitymie, což je stav, kdy má jedinec potíže s vnímáním a popisem vlastního vnitřního prožívání. Osoby s PAS mívají obtíže nejen s vyjadřováním, ale také s regulací svých emocí, obzvláště těch negativních (Ben Shalom et al., 2006; Fitzgerald & Bellgrove, 2006). Abnormálně reagují, když zažívají zvýšenou míru stresu a úzkosti. I zdánlivě neutrální podnět může vyvolat bouřlivou reakci, např. pláč, křik, sebepoškozování či agrese zaměřená na ostatní (Jahromi, Meek & Ober-Reynolds, 2012; Wagels et al., 2020). Osoby emočně stabilnější se mohou uchýlovat k rituálnímu chování, které následně zmírňuje jejich tenzi. (Thorová, 2006).

Děti s PAS mívají opožděný vývoj řeči a narušení v porozumění a interpretaci verbálních i neverbálních složek řeči. Avšak i zde záleží na míře postižení. Mezi jedinci s autismem lze nalézt i ty, kteří po celý život zůstávají neverbální a mají obtíže s porozuměním mluvenému slovu. U osob s těžkou symptomatikou je řeč nevyvinutá či není funkční, tj. neslouží ke komunikaci a dorozumívání se. Objevují se echolálie, tj. opakování slyšeného bez komunikačního záměru. U těchto jedinců však komunikační záměr může nést jejich chování, např. agrese či pláč (Vágnerová, 2014b). Na druhé straně spektra jsou osoby plynně mluvící a rozumějící řeči. U těch s mírnou symptomatikou se zpravidla neobjevuje porucha ve vývoji řeči. Avšak mívají narušení v kvalitativní stránce řeči. Začít nebo udržet konverzaci pro ně představuje obtíže. Mají problémy s porozuměním neverbálnímu chování, metaforám či vtipům. Jejich verbální projev může být jednotvárný a monotónní a často zní příliš formálně až absurdně (Howlin, 2005). Mohou o sobě mluvit ve 3. osobě, používat neologismy, agramatismy, verbální stereotypie a repetice. Způsob mluvy někdy neodpovídá věku jedince, např. dítě používá slovní výrazy typické pro starší věk (Rapin et al., 2009). Tyto deficity nezřídka přinášejí jedinci velkou míru stresu, nejistoty a úzkosti, v jejichž důsledku se mohou vyhýbat sociálním interakcím.

Dále u jedinců s PAS dochází ke stereotypnímu a repetitivnímu chování a k omezeným zájmům. Často se uchylují k rituálům a dodržování fixních pravidel, které jsou pro ně srozumitelné. Narušení jejich činnosti mohou nést nelibě. Mají obtíže s adaptací na nové podněty a situace. Náhlé změny či neznámé situace vyvolávají úzkostnou reakci. U dětí se obvykle neobjevuje fantazijní a symbolická hra, naopak má často pouze repetitivní manipulační charakter. Mají zúžené zájmy, které bývají nepřiměřené svým zaměřením anebo intenzitou, např. zájem o jízdní řády (Vágnerová, 2014b). Někteří však díky této fixaci dosahují úspěchů v pracovním životě, např. u Temple Grandin pomohl nutkavý zájem o dobytek k zdárné profesní kariéře (Grandin, 1995). To vše souvisí s rigiditou jejich myšlení, narušením v exekutivních funkcích a v imaginaci (Wing, 1997). Mají obvykle obtíže s plánováním,

řešením problémů a anticipací důsledků. Abstraktní pojmy, hypotetické myšlení a přemýšlení o budoucnosti taktéž představuje pro osoby s autismem problém (Howlin, 2005).

Mimo jiné se u jedinců s PAS mohou objevovat abnormality ve smyslovém vnímání, např. mohou být hypersenzitivní anebo naopak hyposenzitivní. Tato abnormalita ve smyslovém vnímání je zahrnuta v DSM-5 (APA, 2013). Některé osoby využívají smysly k poznávání objektů, např. hmatem či čichem. Mohou být fascinováni zrakovými vjemy, např. pozorují detaily předmětů, světla či pohyb svých prstů. Jiní jsou citliví na sluchové vjemy. Další mohou špatně snášet horko anebo zimu, hlad, žízeň či bolest. U mnohých se také objevují problémy se spánkem a jídlem, např. odmítání určitých potravin (Cortesi, Giannotti, Ivanenko & Johnson, 2010; Sharp et al., 2013). Dále se vyskytují neúčelné pohybové nápadnosti (např. kývání se, třepetání rukou). V dospělém věku jsou většinou nápadnější a mohou znamenat zvýšenou úzkost a napětí, které se jedinec snaží ventilovat (Attwood et al., 2006).

Může docházet k poruchám chování, které však pramení z deficitů v kognitivních, komunikačních i sociálních schopnostech a z nevhodného prostředí (Lecavalier, 2016). Kvůli svému atypickému chování jedinci s autismem zažívají signifikantně častěji šikany než jejich vrstevníci. Meta-analýza zjistila, že se verbální šikana objevuje až u 50 % dětí s autismem (Maïano et al., 2016). Následkem šikany bývají psychosomatické obtíže (Gini & Pozzoli, 2009), psychické poruchy (Hansen, Steenberg, Palic & Elklit, 2012; van Schalkwyk et al., 2018) a zhoršený studijní výkon (Nakamoto & Schwartz, 2010). Jedinci s autismem zažívající šikany mají větší riziko suicidality než ti, kteří nebyli šikanováni (Mayers et al., 2013).

Prognóza je u každého jedince individuální. Záleží na mnoha faktorech, např. množství a intenzita symptomů, intelekt, postoj rodičů, komorbidita a přístup k terapeutickým metodám (Šporclová, 2018). Až 65 % dospělých s PAS zůstává alespoň částečně závislá na rodině či institucích (Booth, 2016). Přejít z adolescence do dospělosti může působit i jedinci s mírnou symptomatikou velké obtíže. Narušení v sociálních dovednostech způsobují problémy při hledání práce. Výzkum ukazuje, že pouhých 15–36 % osob s PAS má zaměstnání (Buckley, 2015; Redman Downie, Rennison & Batten, 2009). V České republice existují centra podpory zaměstnání pro osoby s postižením poskytující široký rámec sociální rehabilitace, díky níž pomáhají lidem s PAS s uplatněním na pracovním trhu. Tyto služby poskytuje např. NAUTIS.

Psychiatrické komorbidní onemocnění se objevuje až u 80,9 % pacientů s PAS (de Bruin et al., 2007; Doshi-Velez, Ge, Kohane, 2014). Nejčastěji je autismus spojen s vývojovou poruchou intelektových schopností, která se uvádí u 33 až 79 % klientů s PAS (Hrdlička et al., 2004). Mnoho jedinců také splňuje kritéria pro diagnózu ADHD (Gordon-Lipkin, Marvin, Law & Lipkin, 2018; Lai, Lombardo & Baron-Cohen, 2014). U 10–28 % pacientů se realizuje výjimečné nadání na jednu či více oblastí, např. kreslení či paměť (Bölte & Poustka, 2004;

Howlin, Goode, Hutton & Rutter, 2009). Až 52 % jedinců s PAS splňuje kritéria pro diagnózu poruchy osobnosti, konkrétně schizoidní, vyhýbavou či anankastickou (Cook, Zhang, Constantino, 2020; Lugnegard, Hallerbäck & Gillberg, 2012). Autismus se také objevuje u dalších poruch a onemocnění, např. syndrom fragilního X či tuberózní skleróza (Tanguay, 2000). Dále se vyskytuje epilepsie v 16–40 % případů, avšak u mírné symptomatiky dochází k epilepsii v pouhých 6–8 % případů (Tuchman & Rapin, 2002). Dospívající a dospělí s mírnou symptomatikou si mnohdy uvědomují své obtíže, a to může vést ke zvýšené frustraci a zhoršené kvalitě života. Úzkostné poruchy zažívá 30 až 70 % osob s autismem (de Bruin et al., 2007; Syriopoulou-Delli, Polychronopoulou, Kolaitis & Antoniou, 2019; Tantam, 2000; White et al., 2009). Nejčastěji se jedná o specifické a sociální fobie, dále se projevuje obsedantně-kompulzivní porucha a separační úzkost. Afektivní poruchy se vyskytují u 1,5–30 % klientů s autismem (Lainhart & Folstein, 1994; Morie et al., 2019; Simonoff et al., 2008). Riziko suicidálního chování je přítomno u 10,9–50 % jedinců s PAS (Segers & Rawana, 2014). Výzkumy zjistily, že 7,3–15 % suicidální populace tvoří osoby s autismem (Kato et al., 2013; Mikami et al., 2009; Rydén, Rydén & Hetta, 2008).

2.2 Prevalence a etiologie

Nejnovější údaje poukazují na prevalenci PAS 18,5/1000 (1 z 54 osob; Maenner et al., 2020). Avšak je také třeba mít na mysli, že mnoho osob s mírnou symptomatikou, tj. s Aspergerovým syndromem, nebylo diagnostikováno anebo má udělenou mylnou diagnózu, např. psychotické onemocnění, schizoidní poruchu osobnosti anebo obsedantně-kompulzivní poruchu (Kim et al., 2011). Autismus se u chlapců vyskytuje častěji než u dívek. Výzkumy ukazují poměr 4:1 (Rivet & Matson, 2011). Mnoho dívek zůstává nediodagnostikovaných anebo obdrží diagnózu daleko později než chlapci (Sifferlin, 2015). Ze studií vyplývá, že dívky svou poruchu dokáží lépe maskovat, mají lepší komunikační a emoční schopnosti, vyskytují se u nich v menší míře poruchy chování než u chlapců, a zvládají se tak lépe začlenit do společnosti (Mandy et al., 2011). Dalším možným důvodem je odlišná manifestace stereotypních zájmů u dívek (Attwood et al., 2006).

Díky výzkumům osob s PAS a jejich rodin se ukazuje, že autismus má neurobiologickou (Courchesne, Carper, & Akshoomoff, 2003) a genetickou podstatu (Bailey et al., 1995; Chakrabarti et al., 2009), avšak dodnes vědci neznají jednoznačné biologické, neurologické či genetické markery (Allison, Auyeung & Baron-Cohen, 2012).

Studie odhalují, že rodiče často vykazují autistické rysy ve svém chování a osobnosti. Pro širší spektrum autismu je konkordance u jednovaječných dvojčat dokonce uváděna až v 92 % subjektů a u dvouvaječných dvojčat v 10 % (Bailey et al., 1995). Tato zjištění podporují

hypotézu, že autismus je ovlivněn genetickými faktory. U sourozenců je konkordance autismu uvedena v přibližně 7 % případů (Gronborg, Schendel & Parner, 2013).

U pacientů s PAS jsou často přítomné strukturální odchylky v mozkové kůře, mozečku, limbickém systému, v bazálních gangliích a v corpus callosum (Ha et al., 2015). V porovnání s běžnou populací byl u osob s PAS zjištěn větší objem v šedé i bílé mozkové hmotě, a to především ve frontálním a temporálním laloku (Schumann et al., 2010). Studie poukázaly na neobvyklé funkční spojení mezi jednotlivými částmi mozku (King et al., 2018). Abnormality v elektroencefalografickém vyšetření se vyskytují u 20–60 % klientů s PAS. Někteří odborníci tímto poukazují na souvislost s epileptickými záchvaty (Wang et al., 2013). Neurofyziologické výzkumy kladou obzvlášť důraz na vliv poruchy limbického systému, jenž zajišťuje integritu duševních procesů a kontroluje úzkost, strach, sociální a emoční chování (Casanova, 2007). Dále se uvádí dysfunkce serotoninergního systému ovlivňující kognitivní schopnosti, sociální fungování a repetitivní chování (Muller, Anacker & Veenstra-VanderWeele, 2016). Abnormality se také našly v systému endogenních opioidů, jenž může vysvětlit hyposenzitivitu vůči bolesti (Sher, 1997). U dětí s autismem se dále zjistilo, že mají odchylku v oxytocinových receptorech způsobujících nižší hladinu oxytocinu. Mezi funkce oxytocinu patří např. porozumění sociálním interakcím a následné budování sociálních vztahů. Výzkumy zjistily, že po podávání syntetického oxytocinu si osoby s PAS lépe vedly v sociálních dovednostech, např. rozpoznávání emocí, oční kontakt a sociální interakce (Guastella et al., 2010; Yatawara et al., 2015).

Simon Baron-Cohen (2002) je autorem teorie extrémního mužského mozku u osob s autismem (angl. *extreme male brain theory*) anebo jinak nazývané E–S teorie (empatizace–systematizace). Dle této teorie je kognitivní profil lidí s PAS spíše podobný tomu mužskému nežli ženskému, což značí, že jejich tzv. systematizující myšlení je na signifikantně lepší úrovni než empatizující. Empatizační vnímání jedincům umožňuje identifikovat emoce a myšlení druhých a následně dle toho vhodně jednat. Ženy ve výzkumech si vedly v empatizaci mnohem lépe než muži, a naopak muži preferovali systematizaci (Greenberg, Warrier, Allison & Baron-Cohen, 2018). Systematické uvažování má tendenci vytvářet systémy, řady a pravidla, na jejichž základě se lidé chovají a předpovídají události. Existuje alespoň šest systému, které lidé mohou systematicky analyzovat: technické (např. počítač), přírodní (např. rostliny), abstraktní (např. matematika), sociální (např. právo), organizační (např. sbírky) a pohybové (např. sportovní technika). Baron-Cohen (2002) se domnívá, že autismus je ovlivněn vývojem extrémního mužského mozku, může tudíž i vysvětlit vyšší výskyt PAS u mužů než u žen.

Výsledky studií zkoumající fyziologické rozdíly mezi pohlavími tuto teorii podporují. Dívky měly třikrát větší pravděpodobnost, že se u nich objeví autismus, jestliže se jejich

floušťka kortexu podobala té, kterou mají obvykle chlapci (Ecker et al., 2017). Výsledky výzkumů vlivu steroidních hormonů (progesteron, 17 α -hydroxy-progesteron, androstenedion a testosteron) na autistické chování jsou různorodé. Některé studie našly významnou spojitost (např. Auyeung et al., 2009; Baron-Cohen et al., 2015), další však neobjevily žádné signifikantní rozdíly (např. Kung et al., 2016; Osório et al., 2019).

V posledních letech byl zaznamenán prudký nárůst osob s diagnostikovanou PAS. Mezi možná vysvětlení zvýšení prevalence patří lepší porozumění této poruše a osvěta veřejnosti i odborníků. Mimo jiné došlo ke změnám v metodologii a v diagnostických kritériích, větší dostupnosti screeningových metod a diagnostických služeb odborníků (Baron-Cohen et al., 2009). Je zde však i obava, že příčinou mohou být také exogenní vlivy (např. znečištění životního prostředí), které ovlivňují vývoj mozkového kmene a cerebelárně-limbických funkcí (Weintraub, 2011). Mezi další rizikové faktory podílející se na autismu patří např. vyšší věk rodičů (Lee & McGrath, 2015), psychiatrické onemocnění rodičů (Daniels et al., 2008), užívání valproátových preparátů (Chomiak, Truner & Hu, 2013) anebo antidepresiv matkou během těhotenství (Croen et al., 2011), nízká hodnota vitamínu D (Eyles, Burne & McGrath, 2013), předčasný porod a velmi nízká porodní váha (Chen et al., 2019).

2.3 Diagnostika autismu

Už v raném věku se dají využít screeningové nástroje, které mohou poukázat na eventuální PAS. Mezi ně patří např. dotazník pro rodiče DACH (Dětské autistické chování; Thorová, 2003), M-CHAT-R/F (Modified Checklist for Autism in Toddlers-Revised/Follow-up; Robins, Fein, & Barton, 2009) anebo pozorovací škála CARS-2 (Childhood Autism Rating Scale 2; Schopler & Bourgondien, 2010). Pro osoby s mírnou symptomatikou existují sebeposuzovací škály, např. AQ (Kvocient autistického spektra). Podezření na autismus je dále zhodnoceno dle kritérií Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN). I přestože si rodiče všimají odlišností ve vývoji již mezi 1. a 2. rokem života dítěte, diagnóza je určena až o několik let později. Průměrný věk se pohybuje okolo 4 let života a v případě mírných forem autismu je věk stanovení diagnózy okolo 6 let a 3 měsíců (Zuckerman, Lindly & Chavez, 2017).

Klinické vyšetření bývá komplexní a zahrnuje více odborníků, např. psychiatr, psycholog, neurolog, foniatr. Pozorování dítěte ve vícero situacích (např. doma, ve škole) je nepostradatelnou součástí diagnostického procesu. Sleduje se chování, řeč, imitace, způsob hry, interakce s ostatními, motorika, gesta a emoce. Anamnestický rozhovor poskytuje důležité informace o rodině, vývoji dítěte a průběhu poruchy. Rozhovor s rodiči a učiteli dále přináší cenné poznatky o současných obtížích. Pro zhodnocení chování dítěte se využívají standardizované diagnostické metody. Tzv. zlatý standard diagnostiky autismu zahrnuje strukturovaný rozhovor dle ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised; Lord, Rutter & Le

Couteur, 1994) a observační metodu ADOS (Autism Diagnostic Observation Scale; Lord et al., 1989). Dále se využívají vývojové škály, zkoušky inteligence, zkoušky schopností či kresebné testy. Vývojový profil dětí s autismem často bývá nerovnoměrný, tj. objevuje se diskrepance mezi jednotlivými oblastmi (např. u 6letého chlapce receptivní řeč a hrubá motorika dosahuje 5 let, zatímco expresivní řeč se pohybuje na 4 letech a imitace a hra na úrovni 3letého dítěte; Thorová, 2006).

Diferenciální diagnostika je nezbytnou součástí celého diagnostického procesu. Je třeba vyloučit jiné genetické a neurologické poruchy či metabolické vady. Psychopatologický rozbor pomůže k odlišení autismu od dalších psychiatrických poruch, např. schizofrenie, specifické poruchy řeči a jazyka, elektivní mutismus, sociální úzkostná porucha v dětství, obsedantně-kompulzivní porucha, hyperkinetické poruchy či schizoidní porucha osobnosti (Hrdlička, 2014).

2.4 Terapeutické přístupy

Včasná diagnóza a zahájení pravidelné komplexní terapie vycházející z kognitivní, vývojové a behaviorální psychologie má za následek lepší prognózu u dětí s autismem (Estes et al., 2015; Fenske, Zalski, Krantz & McClannahan, 1985). Odborníci vyvinuli řadu intervencí pro tyto děti. Nejprověřenější a nejrozšířenější terapeutickou metodou je aplikovaná behaviorální analýza (ABA), která modifikuje chování využíváním principů podmiňování a pozitivního či negativního posilování (Vágnerová, 2014b). Mezi další přístupy patří např. TEACCH, FloorTime, Son-Rise, biofeedback, ergoterapie či neuro-vývojová stimulace. Ke kompenzaci poruch řeči se využívá alternativní a augmentativní komunikace, např. Makaton či VOKS. Učení se sociálním a komunikačním dovednostem patří k hlavním metodám využívaným u osob s mírnou symptomatikou (Tse et al., 2007). Tito pacienti také docházejí na psychoterapeutická sezení v případě, že zažívají stres, úzkosti, deprese a další psychické obtíže. Kognitivně-behaviorální terapie je u těchto klientů účinná především díky své strukturovanosti (Scarpa & Reyes, 2011; Wood et al., 2009). Pravidelné relaxační techniky řídící hloubku a frekvenci dechu pomáhají se zmírněním stresu a úzkosti. Pro osoby s nižším intelektem a narušenou komunikační dovedností jsou však tyto techniky často nepoužitelné. U této skupiny se spíše aplikují behaviorální techniky, masáže, hudba, terapie se zvířaty aj. (Howlin, 2005) Mezi základní principy výchovy, vzdělávání a terapeutických metod patří fyzická struktura, vizuální podpora, zajištění předvídatelnosti a individuální přístup (Thorová, Jůn, Čadilová, 2014). Důležitou součástí jakékoliv terapie je pak zapojení rodiny, vychovatelů a učitelů (McConachie & Diggle, 2007).

Farmakoterapie je taktéž užívána v práci s osobami s PAS, avšak léky neovlivňují hlavní příznaky autismu, tzv. autistickou triádu. Léky spíše míří na komorbidní poruchy

a problémy v chování (Persico, Ricciardello & Cucinotta, 2019). U osob se zvýšenou agresivitou, dráždivostí a sklonem k sebepoškozování se často užívají atypická antipsychotika, především risperidon (Kent et al., 2013). Antidepresiva se podávají k ovlivnění obsedantně kompulzivního, stereotypního, repetitivního chování a emotivity. K impulzivitě, hyperaktivitě a nepozornosti se předepisují stimulační léky (např. atomexetin) či atypická antipsychotika (Earle, 2016). Na obtíže se spánkem je brán melatonin, klonidin, hydroxyzin, trazodon nebo mirtazapin (Rossignol & Frye, 2011). Studie přinesly zjištění, že až 75 % osob s PAS užívalo během svého života psychiatrická léčiva (Mohiuddin & Ghaziuddin, 2012; Seltzer et al., 2004). Výzkumy potvrzují, že kombinace farmakologické léčby a terapeutických sezení přináší největší zmírnění obtíží (Cortesi et al., 2012; Wang et al., 2017).

3 Gender dysforie u osob s autismem

V první kapitole je blíže charakterizován vývoj genderové identity a popis genderové dysforie, poté se práce věnovala problematice poruchy autistického spektra. Na následujících řádcích se obě témata spojí dohromady, poukáže se na možné obtíže osob s PAS s jejich genderovou identitou a zároveň se nastíní souvislost mezi gender dysforií a autismem.

3.1 Genderová identita u osob s autismem

Identita představuje sebeuvědomění a uvědomění si vlastní jedinečnosti a odlišnosti od ostatních (Cresswell & Cage, 2019). Identifikace ovlivňuje sebehodnocení a sebereprezentaci (Nakonečný, 2009). Frith & Happé (1999) tvrdí o autismu, že je to „*devastující porucha, jelikož narušuje nejen pochopení druhých a sociálních vztahů, ale také pochopení sebe sama*“ (str. 19). Zahavi (2010) dodal, že ačkoliv je porucha primárně spojená se sociálními deficity, slovo autismus pochází z řeckého slova „autos“ značící „sám“, a proto je PAS také porucha sebezporozumění a sebepojetí. Odborníci se domnívají, že jedinci s PAS mají do určité míry narušen sebenáhled, a to kvůli deficitům ve třech schopnostech: 1) schopnost introspektivního uvažování o pocitech, 2) schopnost užívání konceptů a jazyka důležitého pro formování sebeznalosti, 3) schopnost zapojit se do sociálních interakcí, které podporují sebepoznání skrze příležitosti internalizovat si pohled ostatních na ně samotné (Schriber, Robins & Solomon, 2014).

Někteří odborníci (Frith & Happé, 1999; Lombardo & Baron-Cohen, 2011) se domnívají, že neurokognitivní mechanismus, jenž je u jedinců s PAS narušen, umožňuje připisovat význam mentálních stavů druhých i vlastních. A proto jedinci s PAS mají také obtíže s vyvozováním vlastních pocitů, postojů a dalších duševních procesů. Toto podporují výzkumy mozku, ve kterých se zjistilo, že regiony spojené s introspekcí a mentalizací stavů ostatních fungují abnormálně u osob s PAS (Assaf et al., 2010; Di Martino, 2009) anebo pokud jsou tyto oblasti poškozeny, objevují se sociální deficity podobné PAS (Umeda, Mimura, & Kato, 2010).

S identitou úzce souvisí sebepojetí, které představuje soubor myšlenek, soudů a pohledů na sebe samého. Na základě výsledků provedených výzkumů lze konstatovat, že sebepojetí osob s PAS bývá narušené a někteří jedinci mívají obtíže s porozuměním a uchopením vlastní identity (Huang et al., 2017; Nguyen Ownsworth, Nicol & Zimmerman, 2020). Studie porovávající děti s PAS s dětmi s opožděným vývojem zjistily, že děti s PAS hovoří méně často a méně do hloubky o tématech souvisejících s jejich sebepojetím (Lee & Hobson, 1998). Teorie sociální identity předpokládá, že část sebepojetí je určena příslušností do určité sociální skupiny (Tajfel & Turner 1979). Vědomí své výrazné odlišnosti od ostatních a stigmatizace může mít výrazný dopad na vývoj sebepojetí a sebeuvědomí u dětí a adolescentů s PAS (Cresswell & Cage, 2019), což může dále vést k rozdílnému vnímání genderové identity.

První studie zkoumající genderovou identitu u dětí s autismem pochází z roku 1981. Aby se zjistilo, zda osoby s PAS mohou vnímat genderovou identitu, byl 30 subjektům zadán Michigan Gender Identity Test, v němž měli za úkol označit nejprve neutrální obrázky (např. pes, míč), poté identifikovat chlapce a dívky, a nakonec sebe označit za chlapce či dívku. Data byla následně korelována s vývojovými indexy. Výsledky ukázaly signifikantní vztah mezi gender identitou a mentálním věkem, kognitivními, komunikačními a sociálními schopnostmi. Tyto oblasti jsou u jedinců s PAS často silně narušeny, a proto se u nich může častěji objevovat gender dysforie. Autor studie se domnívá, že děti s PAS, u nichž se nevyvine genderová identita, se nesoustředí na specifické vlastnosti, vzorce a charakteristické rysy přispívající k rozlišení mužů a žen (Abelson, 1981),

Typické charakteristiky autismu mohou přispívat k větší genderové diverzitě a menší genderové identifikaci, avšak výzkumy zabývající se problematikou vnímání genderu osobami s autismem jsou velmi limitované. Dle výsledků kvalitativních studií ženy s PAS preferují sociální kontakt více s muži než s ženami (Bargiela, Steward & Mandy, 2016) a mají obtíže s identifikací s ženami a konstruktem feminity (Kanfiszer, Davies & Collins, 2017). Další studie měřící genderovou identifikaci, genderové sebevědomí a další aspekty genderové exprese (maskulinita a feminita) u osob s PAS zjistila, že na rozdíl od kontrolní skupiny lidé s PAS mají nižší genderovou identifikaci i sebevědomí. Navíc mají ve větší míře negativní pohled na svoji genderovou skupinu. Přičemž ženy s PAS vykazovaly horší výsledky v genderové identifikaci než muži s PAS (Cooper, Smith & Russell, 2018). Zároveň oproti neurotypické populaci osoby s PAS projevovaly v menší míře chování, které je genderově stereotypní (Bejerot & Eriksson, 2014).

Výzkumy ukazují rozdíly v sexuálním chování a sexuální orientaci u osob s PAS. Ženy s autismem dosahují v dotaznících měřících sexuální orientaci signifikantně menšího skóre heterosexuality než muži s PAS i než ženy a muži v kontrolní skupině. Zároveň byla u žen i mužů s PAS zjištěna větší míra asexuality (Gilmour, Schalomon & Smith, 2012). Výsledky dalších výzkumů však nenašly významný rozdíl mezi asexualitou lidí s PAS a běžnou populací (Hellemans et al., 2007; Kellaher, 2015). V jiné studii až 55 % respondentů s PAS konstatovalo, že byli do určité míry přitahováni muži i ženami (Byers, Nichols, Voyer & Reilly, 2012). Meta-analýza z roku 2016 prozkoumala studie zabývající se sexuální orientací u jedinců s vysoce funkčním autismem. Výsledky shrnují, že 15 až 35 % respondentů s PAS označilo jinou než heterosexuální orientaci (Pecora, Mesibov & Stokes, 2016). Novější mezinárodní online studie navrhuje dokonce větší procento, podle ní 69,7 % dospělých s PAS uvedlo neheterosexuální orientaci v porovnání s 30,3 % subjektů v kontrolní skupině (George & Stokes, 2018). Další výzkum zjistil, že adolescenti a dospělí s autismem zažívají méně romantických vztahů

a pociťují menší spokojenost v těchto vztazích než neurotypičtí vrstevníci. V porovnání s výsledky kontrolní skupiny (70 %) pouze 50 % respondentů s PAS bylo v romantickém vztahu (DeWinter, De Graaf & Begeer, 2017).

3.2 Gender dysforie u osob s autismem

Gender dysforie znamená subjektivní pocit diskomfortu, jenž je způsoben nesouladem mezi genderovou identitou a biologickým pohlavím. Tento fenomén není dosud příliš prozkoumaný u osob s autismem. Avšak výsledky předchozích studií zabývajících se genderovou variací a GD u osob s PAS (např. Kraemer et al., 2005; Jacobs, Rachlin, Erickson-Schroth & Janssen, 2014) anebo zkoumajících autistické rysy či diagnózu PAS u osob s GD (např. de Vries et al., 2010; Kaltaila-Heino et al., 2015) podpořily tvrzení, že se genderová identita u osob s autismem liší od intaktní společnosti.

Landen & Rasmussen (1997) byli jedni z prvních odborníků, kteří publikovali kazuistiku dívky s PAS s projevy GD. Uvádí 3 možné důvody její GD a k nim navrhuje možnosti léčby. Zaprvé, gender inkongruentní projevy mohou být součástí symptomů primární poruchy (PAS). Výzkumníci ve svém článku popisují GD jako možný „*parafilický důsledek postižení v sociální interakci*“ (s. 171) a navrhuje graduální korekci směřující ke genderově kongruentním zájmům a chování. Zadruhé, znaky GD jeví se být součástí jejího OCD a k léčbě navrhuje klomipramin (lék spadající do tricyklických antidepresiv). Nakonec připouští možnost, že GD je komorbidní porucha a přeměna pohlaví je možnou léčebnou metodou.

I další kazuistiky obsahovaly charakteristiky dětí s autismem a poruchou genderové identity. Williams, Allard & Sears (1996) popsali případy dvou neverbálních chlapců, kteří preferovali hračky, oblečení a chování typické pro dívky. Autoři usoudili, že tato preference je spojená spíše s autismem a neobvyklými zájmy nežli s poruchou genderové identity. Mukkades (2002) studovala 2 chlapce s autismem vyjadřující nespokojenost se svým tělem a mající touhu stát se ženami. Na základě jejího pozorování přišla k závěru, že porucha genderové identity je u osob s autismem možná. Od začátku tisíciletí bylo popsáno více případů jedinců s autismem, u kterých se zároveň objevovala gender dysforie (Gallucci, Hackerman & Schmidt, 2005; Kraemer et al., 2005; Lemaire, Thomazeau & Bonnet-Brilhault, 2013; Parkinson, 2013; Perera, Gadambanathan, & Weerasiri, 2011; Tateno, Tateno & Saito, 2008)

Lemaire, Thomazeau & Bonnet-Brilhault (2013) ve své kazuistice popsali 23letou ženu s poruchou genderové identity (GID) a autismem. Její rodiče vylíčili typické obtíže spojené s PAS (absence očního kontaktu a imitace, opožděný vývoj řeči, deficity v emoční reciprocitě, neschopnost spontánně konverzovat). Na počátku školní docházky se začala zajímat o aktivity a předměty specifické pro opačné pohlaví (odmítala hračky typické pro holčičky, oblékala se do otcova oblečení, dávala si kelímek do kalhot). V 9 letech viděla obrázek FtM a představovala

si takto sama sebe. Ve 13 letech přemýšlela o žití jako chlapec, dávala si ponožky do kalhotek, snažila si schovat prsa a odmítala nosit sukně či šaty. Žena pocítovala silné deprese a začala se sebezpoškozovat. Po získání diagnózy GID se rozhodla pro hormonální terapii s přeměnou pohlaví. Díky psychoterapii u ní došlo k významnému zlepšení v socio-emocionálních a adaptačních dovednostech.

Gender variance/nekonformita je definována jako genderová identita či genderová exprese, která nezapadá do tradičních genderových norem maskulinity a feminity. Genderová nekonformita byla identifikovaná u osob s PAS ve větší míře než u neurotypické populace, přičemž u žen s PAS se objevuje častěji, a to u 22–33 % klientek. Muži s autismem byli genderově variantní v 7–22 % případů (Bejerot & Eriksson, 2014; Dewinter et al., 2017; George & Stokes, 2018). V intaktní populaci se počet genderově variantních lidí pohybuje okolo 4–5,7 % (Kuyper & Wijzen, 2014). Janssen, Huang & Duncan (2016) zjistili, že GD je 7,76krát pravděpodobnější u osob s PAS nežli u kontrolní skupiny. Jejich výsledky podpořily ideu zvýšeného spoluvýskytu PAS a GD.

Genderová identita je tvořena biologickými faktory i učením se od ostatních, jejich imitací a asimilací získaných poznatků do již utvořeného schématu. U dítěte s PAS je však spontánní napodobování velmi oslabeno, a to ve všech oblastech (motorické, verbální i sociální). Navíc výzkumy ukazují, že děti s PAS preferují neživé objekty před lidmi, kteří pro ně mohou být matoucí (Gale, Eikeseth & Klintwall, 2019). Kognitivní deficity mají dopad na vnímání a formování gender identity (Abelson, 1981). Teorie mysli, která je u osob s PAS narušená, může mít také vliv na vývoj genderové identity. Dodnes však nebyl proveden výzkum teorie mysli u populace s GD (Jacobson et al., 2014). Sociální, kognitivní a emocionální obtíže mohou deformovat sociální učení, jež slouží k osvojování složitějších vzorců chování, genderových rolí a norem.

Jedním z dalších možných důvodů genderové variance je také deficit v sebekategorizaci. Jedinci s autismem mají obtíže s přiřazením se do určité sociální skupiny a s ní související genderové kategorie (Skorich et al., 2016). Výzkumy prokazují, že sociální identifikace se objevuje v menší míře u osob s PAS než u kontrolní skupiny. Následně si tito jedinci mohou častěji vytvořit idiosynkratickou genderovou identitou v porovnání s neurotypickou skupinou lidí. Parkinson (2014) uvádí, že období nejistoty v genderové identitě a sexualitě může být také jedním ze symptomů PAS. De Vries et al. (2010) se domnívají, že u osob s PAS je důležité určit, zdali jejich gender dysforie představuje obecný pocit odlišnosti od ostatních anebo ve skutečnosti souvisí s jejich genderovou identitou.

Dalším relevantním vysvětlením je deficit v komunikaci a sociální interakci, jenž může vyústit ve zhoršené porozumění a uchopení genderových norem. Kvůli tomu také dochází

u osob s PAS v menší míře k sociální reciprocitě a afiliaci k příslušníkům genderové skupiny. Tzv. svoboda od genderových norem může dovolit rozmanitější genderovou expresi (Cooper et al., 2018). Genderová nekonformita bývá nejspíš také důvodem, proč se ve vyšší míře vyskytuje u žen s PAS atraktivita ke stejnému pohlaví (Bejerot & Eriksson, 2014). Horší sociální porozumění může vést jedince s PAS k vytvoření GD (Landen & Rasmussen, 1997). Tateno et al. (2008) uvádí příklad chlapce s PAS, jenž byl šikanován druhými hochy. Kvůli vzniklé averzi vůči mužskému pohlaví si tak mohl vytvořit pocit příslušnosti k pohlaví ženskému.

Biologické faktory mohou hrát rovněž roli ve vývoji genderové diverzity u dívek s PAS. Prenatální testosteron je důležitým determinantem pro formování mužské genderové identity, sexuální orientace a chování. Výsledky biologických výzkumů podporují výše zmíněnou teorii extrémního mužského mozku a vliv biologických faktorů na formování genderové identity, a to především u dívek (Auyeung et al., 2009; Ingudomnukul, Baron-Cohen, Wheelwright & Knickmeyer, 2007). Studie zkoumající genderovou varianci u osob s PAS zjistila, že dívky mají signifikantně větší genderovou inkongruenci než muži. Zároveň se ženy s PAS více označují za maskulinní než jejich vrstevnice. Avšak ženy, které byly genderově inkongruentní, se více identifikovaly s genderem mimo binární kategorie muž–žena. Pouhých 7 % žen se identifikovalo jako muž a 26,5 % žen zvolilo nebinární „jinou“ identitu (Cooper et al., 2018).

Vliv fetálního testosteronu je spojen s vyšším výskytem homosexuality a bisexuality u žen s PAS (Ingudomnukul et al., 2007). Podobné výsledky získala studie zkoumající ženy s kongenitální adrenální hyperplazií (CAH), což je dědičné onemocnění vedoucí k nadvýrobě mužských pohlavních hormonů (testosteron). Ženy s CAH preferovaly aktivity typické pro muže, maskulinní chování a vyskytovala se u nich častěji homosexualita a bisexualita (Hines, Brook & Conway, 2006). U jedinců s CAH se zároveň ve vyšší míře objevují autistické rysy než u obecné populace, a proto lze uvažovat nad možným spojením testosteronu s autismem i gender dysforií (Ingudomnukul et al., 2007).

Zvyšující se míra ftalátu (změkčovadla na výrobu plastů) v ovzduší se také uvádí jako jeden z možných vlivů na rostoucí hladinu fetálního testosteronu, jenž může přispívat ke zvýšenému riziku PAS i GD, a způsobovat tak jejich spoluvýskyt (Bejerot, Humble & Gardner, 2011). Jedna studie zjistila vztah mezi genderovou nekonformitou, autistickými symptomy a zvýšenou porodní váhou (Vanderlaan et al., 2015).

Genderová identifikace a pocit příslušnosti do určité skupiny je silně asociován s well-beingem (Good & Sanchez, 2010). Výsledek analýzy ukázal, že transgender ženy vykazující pozitivní vztah ke své gender identitě korelovaly s lepším psychickým well-beingem (Sanchez & Vilain, 2009). Další výzkum zaměřený na jedince s PAS se známkami GD naopak

poukazuje na zhoršené psychické zdraví. Jejich identifikace se sociální skupinou je obtížnější a v důsledku zažívají více stresu, depresivity a úzkosti. Zároveň jsou ve častěji terčem šikany, stigmatizace a nepochopení ze strany okolí (Schroeder et al., 2014; Forrest, Kroeger & Stroope, 2020). Adolescenti a dospělí s PAS, kteří pozitivně odpověděli na položku „Přeji si být opačným pohlavím“, dosahovali vyšší míry úzkostnosti a depresivity než ti s negativní odpovědí (van der Miesen, Hurley, Bal & de Vries, 2018). Mahouda et al. (2019) ve svém výzkumu zjistili, že PAS je signifikantním prediktorem psychických obtíží u dětí a dospívajících s GD. Jedinci s pravděpodobným spoluvýskytem PAS dosahovali horších výsledků v subškálách úzkosti, depresivity a somatických stesků v dotazníku měřícím kvalitu života než jedinci s GD, ale bez PAS. Na základě těchto výsledků výzkumníci tvrdí, že genderově diverzní děti a adolescenti s indikovaným autismem tvoří zranitelnou skupinu s výrazným rizikem psychických obtíží, obzvláště afektivních poruch a lze u nich předpokládat sníženou kvalitu života. Někteří odborníci se domnívají, že tato specifická skupina musí bojovat hned se dvěma společnostmi stigmatizovanými identitami a dvakrát zažívat „coming out“ (Cooper et al., 2018). Závěrem těchto studií je teze, že sociální afiliace a sociální podpora jsou důležitými prvky pro přijetí své odlišnosti a vyrovnání se s ní (George & Stokes, 2018).

3.2.1 Autistické rysy u osob s gender dysforií

Výzkum provedený na dětech a adolescentech s GD poukázal na výrazně vyšší incidenci PAS (7,8 %), než je v běžné populaci. 10,4 % chlapců a 4,5 % dívek splňovalo kritéria diagnózy PAS (De Vries et al., 2010). Výskyt PAS byl mnohem větší u osob, které dle DSM-4 spadaly pod diagnózu Porucha genderové identity jinak nespecifikovaná (17 %). Tento výsledek by mohl znamenat, že se jedinci s GD a zároveň PAS jinak manifestují než ti s GD, ale bez PAS (Jacobs et al., 2014).

Ve výzkumech cílených na autistické rysy u populace s gender dysforií se často využívá dotazník „Kvocient autistického spektra“ (AQ). Studie identifikující autismus u osob navštěvujících sexuologické kliniky kvůli GD zjistily, že se u 5,5–26 % klientů vyskytují autistické znaky (Kaltiala-Heino et al., 2015; Pasterski, Gilligan & Curtis, 2014). Další studie ukazují, že FtM dosahují signifikantně vyššího skóre v AQ než MtF či muži a ženy v kontrolní skupině. V porovnání s 2 % žen se v autistickém fenotypu umístilo téměř 30 % trans mužů. Nejistily se však žádné významné rozdíly mezi MtF a muži (Jones et al., 2012; Levi et al., 2011). Pasterski et al. (2014) porovnali výsledky 91 transgender jedinců s kontrolní skupinou. V komparaci s ženami trans muži dosahovali horších výsledků na subškálách sociálních dovedností a přepínání pozornosti. Výsledky naznačovaly spoluvýskyt diagnózy PAS u 7,1 % trans mužů na rozdíl od 1 % žen v kontrolní skupině. Ani v této analýze se však nezjistily významné rozdíly mezi MtF a muži. Online studie z roku 2016 zahrnuje 446 dospělých jedinců,

kterí se identifikují za transgender. Téměř 40 % respondentů dosáhlo skóre indikující autismus. 14 % subjektů uvedlo, že mají diagnostikovanou PAS (17 % FtM a 10 % MtF; Kristensen & Broom, 2016). V zatím největší studii provedené na trans lidech až 22,5 % respondentů uvedlo, že jim byl diagnostikován autismus (Strauss et al., 2017). Pro připomenutí, prevalence autismu v běžné populaci se pohybuje okolo 1–2 % (Baird et al., 2006; Maener et al., 2020).

George & Stokes (2018) ve svém výzkumu objevili významný vztah mezi subškálami dotazníku AQ a měřením gender dysforie. Přičemž nejsilnější asociace se vyskytovala se sociální a komunikační subškálou. I další analýzy poukázaly především na sociální problémy, jimž jedinci s GD čelí (Nobili et al., 2018). Tyto výsledky naznačují, že sociální a komunikační deficity, které jsou součástí autismu, mohou přispívat k rozdílnému vnímání gender identity. Zároveň gender dysforie se může podílet na obtížích v sociálních schopnostech (Cooper et al., 2018).

Někteří odborníci jsou toho názoru, že se u transgender jedinců ve skutečnosti nevyskytuje vyšší míra autismu než v běžné populaci. Důvodem pro jejich tvrzení je absence dalších autistických rysů, např. deficity v představitosti (Turban & van Schalkwyk, 2018). Výzkumníci předpokládají, že jedinci s GD skórují vysoko v dotazníku AQ kvůli sociálním obtížím způsobeným úzkostí, depresí a viktimizací. Jedinci s GD se mohou vyhýbat sociálním interakcím v důsledku jejich předchozí zkušenosti s předsudky, diskriminací a transfobií (Levi et al., 2011). Sociální úzkost může také vysvětlit zvýšené skóre v subškále „Přepínání pozornosti“. Předchozí výzkumy totiž prokázaly, že osoby s PAS vykazují podobné skóre jako jedinci se sociální fobií (Cath et al., 2008).

Intenzivní až obsesivní zájmy a zaměření na specifické aktivity také mohou vysvětlit možné spojení mezi GD a PAS (Zucker et al., 2017). Jedním z diagnostických kritérií PAS je nepřiměřenost zájmů zaměřením či intenzitou. Výzkum ukázal, že se u dětí s GD objevují intenzivní či obsesivní zájmy ve vyšší míře než u běžné populace. Tyto zájmy jsou patrné u 40–50 % dětí s GD, přičemž u chlapců se objevují více než u dívek (VanderLaan et al., 2015). Autoři se domnívají, že děti s PAS, které se intenzivně zajímají o předměty a aktivity typické pro opačné pohlaví, mohou začít projevovat charakteristiky GD (Strang et al., 2014). Zároveň jestliže dítě s GD vykazuje tyto zájmy, může docházet ke klinické manifestaci PAS (Zucker et al., 2017).

Di Ceglie et al. (2014) zkoumali u adolescentů s GD další konstrukty spojené s PAS, a to systematizací (SQ) a empatizací (EQ; Baron-Cohen, 2002). Průměrné EQ bylo sice signifikantně nižší u FtM i MtF než u kontrolní skupiny žen, avšak podobalo se výsledku v kontrolní skupině mužů. Rozdíly v SQ se nenašly v žádné skupině. Na základě tohoto zjištění výzkumníci doporučují poskytnutí trans jedincům psychologické intervence sloužící ke

zlepšení komunikačních dovedností a schopností vedoucích k lepšímu porozumění druhým (Di Ceglie et al., 2014).

Dle mnohých odborníků mohou mít PAS a GD společné etiologické prvky. Existující empirické důkazy naznačují, že se vysoká míra autistických rysů u jedinců s GD objevuje především u osob, které se narodily jako ženy (Nobili et al., 2018). Toto může být vysvětleno již zmíněnou teorií extrémního mužského mozku (Baron-Cohen, 2002) naznačující, že jsou autistické rysy spojené s odchylkami v mozkových strukturách a s expozicí vyšší hladině fetálního testosteronu (Baron-Cohen et al., 2015). Zároveň se odborníci domnívají, že transsexualita je pravděpodobně také ovlivněna hladinou prenatálního testosteronu (Hare et al., 2009). Tyto závěry poukazují na potencionální prenatální mechanismy, které spojují GD a PAS.

I přestože jsou výsledky odborných šetření v některých případech nekonzistentní, zdá se, že autistické znaky u jedinců s GD jsou především spojeny se sociálními dovednostmi, které mohou být způsobeny vysokou mírou sociální úzkosti a nízkého sebevědomí (Bouman et al., 2016; Nobili et al., 2018). Celkově výzkumy poukazují na společné prvky GD a PAS. Především je patrné spojení mezi GD a PAS u žen. Avšak v dnešní době je stále velmi omezené množství empirických důkazů a odborných článků zabývajících se touto problematikou.

Výzkumná část

4 Výzkumný problém

Gender dysforie je v současné době výzkumně sledovaným jevem především u běžné populace. V posledních letech se však také zjišťuje souvislost mezi gender dysforií a poruchou autistického spektra (Glidden, Bouman, Jones & Arcelus 2016). Nedávné výzkumy ukazují, že se u mužů i žen s autismem objevuje vyšší míra genderové variance, která se vyskytovala u 5,4–11,5 % subjektů s PAS na rozdíl od 0,07–3,6 % respondentů ve srovnávací skupině (Bejerot & Eriksson, 2014; Cooper et al., 2018; George & Stokes, 2018; Strang et al., 2014). De Vries et al. (2010) popsali, že 7,8 % klientů s GD splňuje kritéria PAS a u 4,7 % osob s PAS byla zjištěna GD. Zároveň se prokázalo, že až 17 % respondentů s PAS má GD jinak nspecifikovanou. Výzkumy dále přináší zjištění, že se u osob s PAS více vyskytuje diverzita v sexuální orientaci na rozdíl od neurotypické populace (Cooper et al., 2018). Přesto témata sexuality a genderové identity u jedinců s PAS nejsou dodnes příliš prozkoumanými oblastmi. Jejich porozumění je však důležité, jelikož souvisí se sebepojetím a vnímáním sama sebe, což dále ovlivňuje kvalitu života a celkové psychické prožívání jedince (Koller, 2000).

Transgender a genderově nekonformní jedinci, kteří také naplňují kritéria poruchy autistického spektra, reprezentují jedinečnou populaci. GD a PAS sdílí několik společných charakteristik. Zaprvé, obě tyto skupiny jsou velmi heterogenní. Zadruhé, i přestože diagnóza PAS vyžaduje přítomnost symptomů už v dětství na rozdíl od GD, obě poruchy jsou často evidentní již v dětském věku. Zatřetí, někteří odborníci se domnívají, že obě poruchy sdílí podobné etiologické faktory, např. biologické faktory (genetika, prenatální hormony či environmentální toxiny; Bejerot, Humble & Gardner, 2011), sociální faktory (rozdílná výchova vůči chlapcům a děvčatům) anebo psychologické faktory (abnormality v kognitivních funkcích; Jacobs, Rachlin, Erickson-Schroth & Janssen, 2014).

Velká část kvantitativních prací zkoumajících spoluvýskyt PAS a GD byla provedena na trans osobách, u nichž se analyzovaly autistické rysy a potencionální komorbidní diagnóza PAS. Menší část výzkumů se věnovala jedincům s PAS a jejich genderové identitě a příp. GD. Navíc většina těchto studií je v podobě kazuistik (např. Lemaire et al., 2013; Mukkades, 2002; Perera et al., 2011; Williams et al., 1996).

4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky a hypotézy

Na základě získaných informací z předchozích výzkumů analyzujících gender dysforii a autismus je v této části diplomové práce představen kvantitativní výzkum provedený na osobách s PAS a neurotypické populace (tj. běžná populace bez autismu; NT). Je třeba zdůraznit, že na české populaci do této doby nebyla provedena podobná studie.

Výzkum si klade za hlavní cíl zaznamenat procentuální výskyt GD u autistické skupiny a běžné populace a tento jev poté statisticky zkoumat. Dalším hlavním cílem je zhodnotit míru GD u jedinců s PAS a porovnat ji s výsledkem NT skupiny. Tudíž se mezi sebou posoudí hrubé skóre dotazníku GIDYQ-AA obou skupin. Záměrem je také srovnat jednotlivé pohlavní skupiny mezi sebou (např. ženy s PAS vs. ženy bez PAS). Zároveň je účelem zjistit, na jaké subškály GIDYQ-AA má autismus vliv. Mezi důležité cíle bezesporu patří posouzení, zdali existuje vztah mezi výsledky v dotaznících AQ-10 a GIDYQ-AA a jak silný tento vztah je.

Tato práce obsahuje také vedlejší cíle, které mají rovněž přispět k většímu porozumění problematice. Jedním z nich je prozkoumat souvislost jednotlivých subškál AQ-10 a celkového skóre v GIDYQ-AA a jeho subškál. Zároveň je stanoveno za cíl zjistit, v jakých subškálách GIDYQ-AA jsou rozdíly mezi skupinami. Také bude provedena statistická analýza položek zkoumající sexualitu respondentů, na základě které se poukáže na asociaci mezi autismem a danými oblastmi.

GD je zde operacionalizována jako subjektivní pocit nesouladu mezi biologickým pohlavím a genderovou identitou. V tomto výzkumu se analyzuje pomocí výsledku dotazníku GIDYQ-AA. Jestliže se výsledné skóre nachází pod 3 body (z 5), dá se předpokládat, že jedinec má GD. Doprovodnou položkou k určení GD je také otázka na začátku dotazníku, zdali se jedinec o sobě domnívá, že je transgender. Celková míra GD se rovněž zjistí pomocí dotazníku GIDYQ-AA. Rozsah možného skóre je od 1 do 5. Čím nižší skóre, tím větší míra GD. Poskytnutý údaj o přítomnosti diagnózy PAS se u jedinců ověřoval na základě výsledku dotazníku AQ-10 (tj. nad 6 bodů).

Výzkumné otázky a z nich plynoucí hypotézy zní následovně:

- 1) *Jak velký je výskyt gender dysforie u osob s PAS a u běžné populace?*
- 2) *Existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu gender dysforie u osob s autismem v porovnání s běžnou populací?*

H_{1a}: GD se statisticky významně vyskytuje více u osob s PAS než u běžné populace.

H_{1b}: GD se statisticky významně vyskytuje více u žen s PAS než u žen v běžné populaci.

H_{1c}: GD se statisticky významně vyskytuje více u mužů s PAS než u mužů v běžné populaci.

3) *Souvisí míra gender dysforie s poruchou autistického spektra?*

H_{2a}: Míra GD je statisticky významně vyšší u osob s PAS v porovnání s běžnou populací.

H_{2b}: Míra GD je statisticky významně vyšší u žen s PAS v porovnání s ženami v běžné populaci.

H_{2c}: Míra GD je statisticky významně vyšší u mužů s PAS v porovnání s muži v běžné populaci.

4) *Existuje významný rozdíl v míře gender dysforie mezi muži a ženami s autismem?*

H_{3a}: Mezi muži a ženami s PAS existuje statisticky významný rozdíl v míře GD.

H_{3b}: Ženy s PAS mají statisticky významně vyšší míru GD než muži s PAS.

Vedlejší výzkumné otázky a hypotézy:

1) *Koreluje míra GD s výsledkem v AQ-10?*

2) *Jaké subškály AQ-10 souvisí se subškálami a výsledným skórem v GIDYQ-AA?*

3) *V jakých subškálách GIDYQ-AA existuje významný rozdíl mezi skupinami?*

4) *Souvisí autismus se sexualitou?*

5 Design výzkumného projektu

Za účelem prozkoumání výskytu a míry gender dysforie u osob s autismem došlo ke zvolení kvantitativního výzkumu. Sběr dat probíhal online pomocí Google forms. Byly 2 verze dotazníků: verze A určená pro muže (biologické pohlaví) a verze B pro ženy (biologické pohlaví). Důvodem těchto verzí bylo odlišné formulování některých položek. Respondenti měli neomezený čas k vyplnění dotazníkové baterie.

Jelikož dotazník GIDYQ-AA nebyl dosud přeložen a ověřen na české populaci, bylo potřeba tento dotazník přeložit z angličtiny do českého jazyka. Snahou bylo zachování co nejpřesnějšího znění položek tak, aby se dodržela srozumitelnost a jednoznačnost. K ověření kvality sestavené dotazníkové baterie se uskutečnila v lednu a únoru 2020 pilotní studie, které se zúčastnilo celkem 20 osob (9 mužů a 11 žen), z toho byli 4 jedinci s PAS (2 muži a 2 ženy). Na základě zpětné vazby došlo k menšímu poupravění gramatiky a stylistiky v některých položkách. Respondenti v pilotní studii uvedli, že jednotlivé položky byly srozumitelné a průměrný čas strávený vyplňováním se pohyboval okolo 6–8 minut.

5.1 Metody získávání dat

Ke zkoumání problematiky GD u osob s PAS byla dotazníková baterie tvořena 3 dotazníky. Nejprve respondenti odpovídali na demografické položky a otázky zjišťující sexualitu. Další metoda (AQ-10) byla zvolena k ověření PAS a poslední část obsahovala dotazník GIDYQ-AA zkoumající GD. Níže jsou jednotlivé metody přiblíženy.

5.1.1 Demografický dotazník

Po úvodních informacích o výzkumu a odsouhlasením účasti respondenty čekal demografický dotazník zjišťující pohlaví, věk, vzdělání, rodinný stav, diagnózu PAS, přítomnost jiné duševní poruchy, příp. jaká porucha u nich byla diagnostikována.

5.1.2 Dotazník zjišťující sexualitu

V další části respondenti vyplňovali 3 položky. Jedna otázka zkoumala transgender identitu, druhá se doptávala na sexuální přitažlivost a poslední se týkala zkušenosti s pohlavním stykem. (Příloha 2 obsahuje Demografický dotazník i dotazník zjišťující sexualitu.)

5.1.3 Kvocient autistického spektra (AQ-10)

Aby se ověřilo tvrzení, že jedinci mají autismus, byl zahrnut dotazník Kvocient autistického spektra (angl. *Autism Quotient; AQ-10*). Tento dotazník pro jedince s alespoň průměrným IQ byl vyvinut odborným týmem, který vedl Baron-Cohen. Původní verze obsahovala 50 otázek a zkoumala následujících 5 oblastí: sociální interakce (např. „*Je pro mě těžké odhadnout úmysly druhých lidí.*“), komunikace (např. „*Umím rozpoznat, když se můj*

posluchač začíná nudit.“), důraz na detail (např. *„Obvykle se víc soustředím na obraz jako celek než na malé detaily.“*), přepínání pozornosti (např. *„Je pro mě snadné dělat více věcí naráz.“*) a představivost (např. *„Rád/a sbírám informace o kategoriích určitých věcí.“*; Baron-Cohen, Wheelwright, Skinner, Martin & Clubley, 2001). Aby se zrychlil screening PAS, tým vytvořil a následně ověřil novou metodou na více než 1000 jedinců s PAS (děti, adolescenti i dospělí) a 3000 osob v kontrolní skupině. Výzkumníci pomocí analýzy vybrali 10 položek nejvíce sytících výše zmíněných 5 domén (tj. 2 otázky na 1 doménu).

Respondenti na každou otázku odpovídají na Likertově škále 1–4 (1 – zcela souhlasím, 2 – spíše souhlasím, 3 – spíše nesouhlasím, 4 – zcela nesouhlasím). Jednotlivé položky se kódují binárně (0 – nepřítomnost daného rysu; 1 – přítomnost daného rysu). Za každou položku může jedinec dostat 1 bod, maximálně lze tedy mít 10 bodů. Výsledek nad 6 bodů poukazuje na riziko autismu. Senzitivita nového dotazníku u dospělých činí 0,88, specificita 0,91 a predikční hodnota 0,85. U adolescentů je senzitivita 0,93 a specificita 0,95 s predikční hodnotou 0,86. U dětí je senzitivita nejvyšší, a to 0,95, specificita 0,97 a predikční hodnota 0,94. Cronbachovo alfa se pohybuje od 0,85 do 0,90 (Allison, Auyeung & Baron-Cohen, 2012). Tato metoda je v současné době využívána především v anglicky mluvících zemích. Do češtiny byl originál přeložen Dostálem, Plhákovou a Záškodnou (2014). (Dotazník je k dispozici v Příloze 3.)

5.1.4 Dotazník Gender Identity/Gender dysforie u adolescentů a dospělých (GIDYQ-AA)

Ke zjištění výskytu a míry gender dysforie byl použit Dotazník Gender Identity/Gender dysforie u adolescentů a dospělých (angl. *The Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults; GIDYQ-AA*; Deogracias et al., 2007). Při tvoření této metody výzkumníci předpokládali, že GD je bipolární kontinuum s mužským a ženským pólem. GD se dle nich může nacházet mezi těmito póly. Respondenti u každé položky určují, jak často se u nich dané tvrzení vyskytovalo v posledních 12 měsících na Likertově škále 1–5 (1 – vždy; 2 – často; 3 – někdy; 4 – málokdy; 5 – nikdy). Dotazník má dvě paralelní verze (pro osoby s mužským a osoby s ženským biologickým pohlavím) s 27 položkami a měří GD ve 4 dimenzích: subjektivní (13 položek; např. *„Byl jste v posledních 12 měsících spokojený s tím, že jste muž?“*), sociální (9 položek; např. *„Pociťoval jste v posledních 12 měsících nátlak ze strany okolí, abyste se choval jako muž, i přesto že jste se tak necítil?“*), somatická (3 položky; např. *„Byl jste v posledních 12 měsících nespokojený se svým tělem, jelikož má mužské znaky (např. penis, chlupy na hrudi)?“*) a sociolegální (2 položky, např. *„Cítil jste se v posledních 12 měsících nepříjemně, když jste se měl identifikovat jako muž či když Vás někdo identifikoval jako muže?“*).

Metoda má vysokou validitu a reliabilitu. Cronbachovo alfa dosahuje 0,97. Hranice mezi osobami s GD a běžnou populací jsou 3 body. Čím nižší je celková hodnota, tím větší je míra GD a riziko diagnózy GD. Senzitivita je 90,4 % pro jedince s GD a specificita 99,7 % pro kontrolní skupinu (Deogracias et al., 2007). Pro účely diplomové práce bylo potřeba tento dotazník přeložit z angličtiny do češtiny. Překlad byl poté ověřen v pilotní studii, která zkoumala stylistiku, jednoznačnost a srozumitelnost položek. (Příloha 4 obsahuje dotazník.)

5.2 Zpracování a analýza dat

Sběr dat byl uskutečněn online formou od března 2020 do poloviny června 2020. Získaná data byla převedena do MS Excel, kde se následně utřídila a vyřadila ta, která nesplňovala podmínky pro zařazení do výzkumu. Poté proběhla deskriptivní analýza a testování ve statistickém programu SPSS.

Zprvu byla provedena deskriptivní statistika zkoumající demografické údaje (pohlaví, věk, rodinný stav a vzdělání) a otázky zaměřené na sexualitu a transgender identitu. Před testováním získaných dat z dotazníku GIDYQ-AA bylo potřeba ověřit reliabilitu pomocí Cronbachovo alfa. Vnitřní konzistence činila $\alpha = 0,926$. Výsledek tudíž poukázal na dostatečně vysokou reliabilitu. Po použití Kolmogorova-Smirnova a Shapiro-Wilkova testování normality se zjistilo narušení normálního rozdělení dat ($p < ,05$), na jehož základě došlo ke zvolení neparametrických testů. Následně se přešlo k testování stanovených hypotéz. Test chí-kvadrát (χ^2) poskytl informace o kategoriálních proměnných v kontingenčních tabulkách. V případě, kdy nebylo možné testovat pomocí chí-kvadrátu, např. kvůli nízkým četnostem pozorování (<5) či větším tabulkám, se použil Fisherův anebo Fisher-Freeman-Haltonův exaktní test (Freeman & Halton, 1951). Mann-Whitney U-test zkoumal rozdíl mezi skupinami v dotazníku GIDYQ-AA. Spearmanův korelační test se zaměřil na vztah mezi dotazníkem GIDYQ-AA a AQ-10. Regresní analýza popsala vztah mezi mírou GD a autistickými rysy (tj. subškály AQ-10). Hladina významnosti byla u všech testů stanovena na $\alpha = 0,05$.

5.3 Etika výzkumu

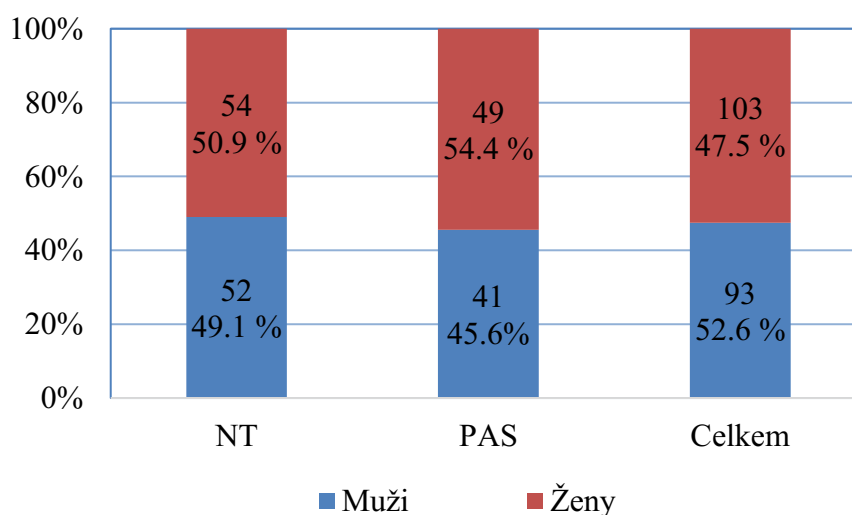
Před tím, než respondenti začali vyplňovat online dotazník, obdrželi základní informace o výzkumu, podmínkách účasti a anonymitě získaných údajů. Na začátku dotazníkové baterie byl poskytnut informovaný souhlas s anonymním zpracováním dat (viz. Příloha 1). Každému subjektu byl přidělen kód, dle kterého se dále vyhodnocovaly údaje. Účast na výzkumu byla dobrovolná a respondenti mohli vyplňování dotazníku kdykoliv ukončit. Získaná data se použila pouze ke zpracování této diplomové práce a nebyla šířena dále.

6 Výzkumný soubor

Respondenti byli získáváni nenáhodným výběrem – tzv. metodou sněhové koule. Výzkumný soubor tvořili jedinci s mírnou symptomatikou poruchy autistického spektra, jejichž výsledky byly následně porovnány se srovnávací skupinou. K hledání respondentů byly využity uzavřené skupiny na Facebooku, mezi ně patří např. „Aspergerův syndrom“, „Aspergerův syndrom (podpora, pochopení, láska a pomoc)“, „ASPERGERŮV SYNDROM“. Do těchto skupin byl vložen příspěvek s nabídkou účasti na výzkumu v rámci diplomové práce. Dále byly osloveny organizace pomáhající lidem s autismem, např. NAUTIS, Autistik, AutisTV, Mikasa.

K zařazení do výzkumu bylo třeba, aby respondenti splňovali určitá kritéria. Jedinci museli být starší 16 let a nesměla se u nich vyskytovat schizofrenie anebo jiné psychotické onemocnění. K začlenění do výzkumné skupiny museli mít diagnostikovanou poruchu autistického spektra. V případě vyslovení podezření odborníkem či jejich vlastního podezření na PAS byla tato informace prověřena s výsledkem dotazníku AQ-10. Jestliže dosáhli výsledku nad 6 bodů, byli tito jedinci také zařazení do skupiny s PAS. Jestliže skórovali pod 6 bodů, došlo k vyřazení dotyčného z výzkumu.

Celkem vyplnilo dotazník 199 osob. Po kontrole podmínek pro zapojení do výzkumu byly vyřazeny 3 osoby – 2 kvůli věku (mladší 16 let) a 1 kvůli uvedené schizofrenii. Výsledný vzorek tedy tvořilo 196 osob (průměrný věk = 28,9, SD = 9,9). Neurotypickou skupinu (NT) tvořilo 106 osob (54,1 %; průměrný věk = 26,8, SD = 7,6), z toho 52 mužů (49,1 %) a 54 žen (50,9 %). Ve skupině s PAS bylo 90 osob (45,9 %; průměrný věk = 31,5; SD = 11,8), z toho 41 mužů (45,6 %) a 49 žen (54,4 %). Věk se pohyboval od 16 let do 74 let. V grafu 1 je znázorněné rozložení pohlaví v jednotlivých skupinách. Informace o věku ve výzkumném souboru obsahuje tabulka 1. Věk se statisticky významně lišil mezi skupinou PAS a NT skupinou – $U = 5935$, $p < ,05$, avšak signifikantní rozdíl se našel pouze u žen – $U = 1685$, $p < ,05$.

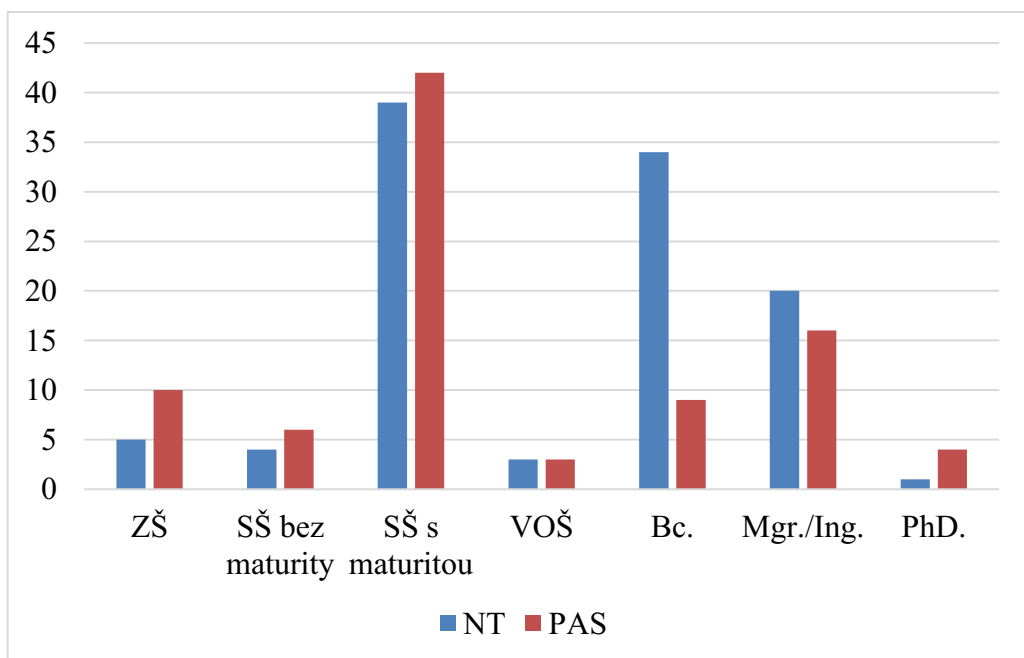


Graf 1: Zastoupení mužů a žen ve výzkumném souboru

Věk	NT		PAS	
	Pohlaví		Pohlaví	
	Muži (n = 52)	Ženy (n = 54)	Muži (n = 41)	Ženy (n = 49)
Průměr	27,6	26,0	32,6	30,6
Medián	26,5	24,0	30,0	30,0
Maximum	69,0	53,0	74,0	62,0
Minimum	16,0	16,0	16,0	16,0
Směr. odchylka	7,6	7,6	13,3	10,4

Tabulka 1: Věkové rozložení dle pohlaví ve skupinách

U respondentů obou skupin se nejčastěji objevovalo středoškolské vzdělání s maturitou (PAS – 36,8 %; NT – 46,7 %). 32,1 % v NT skupině mělo bakalářské vzdělání na rozdíl od PAS, kde bakalářský titul figuroval u 10 % respondentů. Dalším nejčastějším vzděláním bylo magisterské, které uvedlo 18,9 % respondentů v NT skupině a 17,8 ve skupině s PAS. Celkové rozdělení vzdělání je zobrazeno v grafu 2 a v tabulce 2 je vzdělání diferencováno dle jednotlivých pohlaví ve skupinách. Fisher-Freeman-Haltonův test poukázal na asociaci mezi vzděláním a autismem ($T_{fi} = 18,77$, $p < ,05$). Po prozkoumání jednotlivých pohlavních skupin se asociace vzdělání a autismu zjistila u mužů ($T_{fi} = 19,97$, $p < ,05$), avšak ne u žen ($T_{fi} = 8,53$, $p > ,05$).

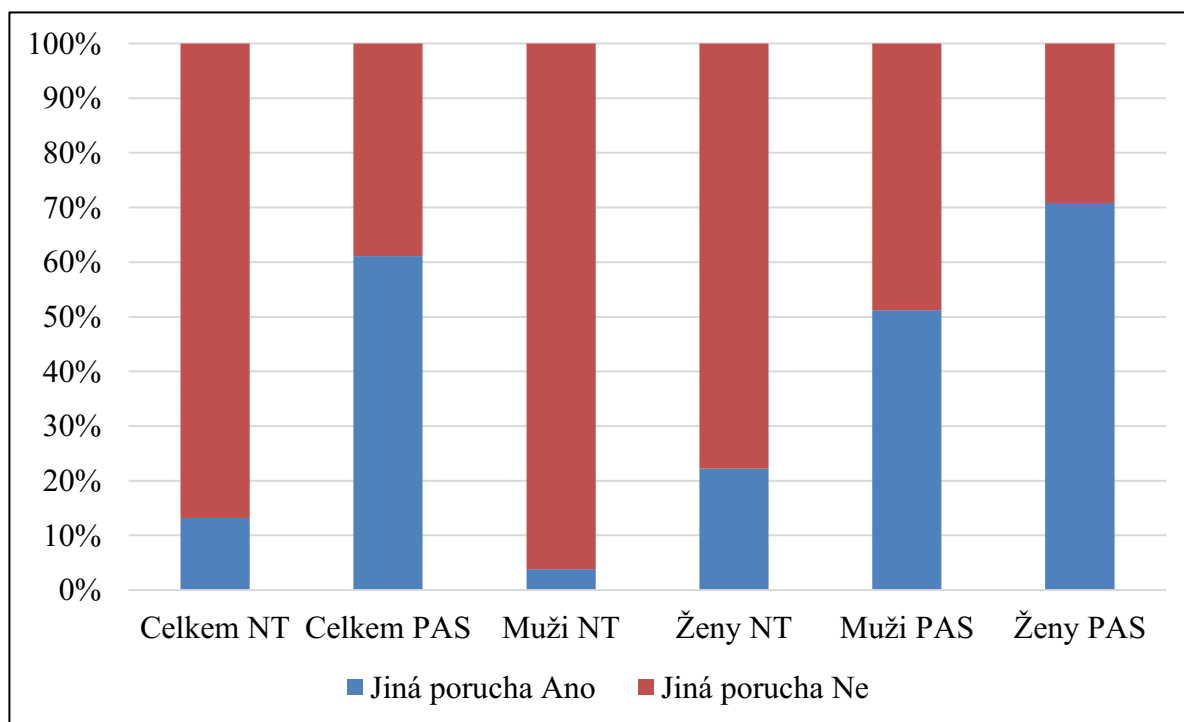


Graf 2: Dosažené vzdělání dle skupin

Vzdělání	NT				PAS			
	Muži (n = 52)		Ženy (n = 54)		Muži (n = 41)		Ženy (n = 49)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ZŠ	4	7,7	1	1,9	4	9,8	6	12,2
SŠ bez maturity	0	0,0	4	7,4	2	4,9	4	8,2
SŠ s maturitou	19	36,5	20	37,0	22	53,7	20	40,8
VOŠ	1	1,9	2	3,7	3	7,3	0	0,0
VŠ – Bc.	17	32,7	17	31,5	1	2,4	8	16,3
VŠ – Mgr., Ing.	11	21,2	9	16,7	7	17,1	9	18,4
VŠ – Ph.D.	0	0,0	1	1,9	2	4,9	2	4,1

Tabulka 2: Dosažené vzdělání dle pohlaví ve skupinách

Respondenti s PAS více uváděli komorbiditu s dalším duševním onemocněním. Na rozdíl od 13,2 % NT se v PAS skupině vyskytovalo jiné psychické onemocnění u 61,1 % respondentů, přičemž u žen s PAS se realizovalo v 69,4 % případů a u mužů s PAS v 51,2 % případů. Fisherův exaktní test objevil signifikantní asociaci mezi přítomností PAS a jinou duševní poruchou ($p < ,05$). Tento vztah se zjistil u obou pohlaví s PAS ($p < ,05$). NT muži uvedli duševní poruchu ve 3,8 % odpovědí a NT ženy ve 22,2 %. Celkově byl pomocí Fisherova testu popsán významný rozdíl mezi muži a ženami. U žen v obou skupinách docházelo k větší míře jiných duševních poruch ($p < ,05$). Přítomnost jiné poruchy je zobrazena v grafu 3.



Graf 3: Přítomnost jiné duševní poruchy dle pohlaví ve skupinách

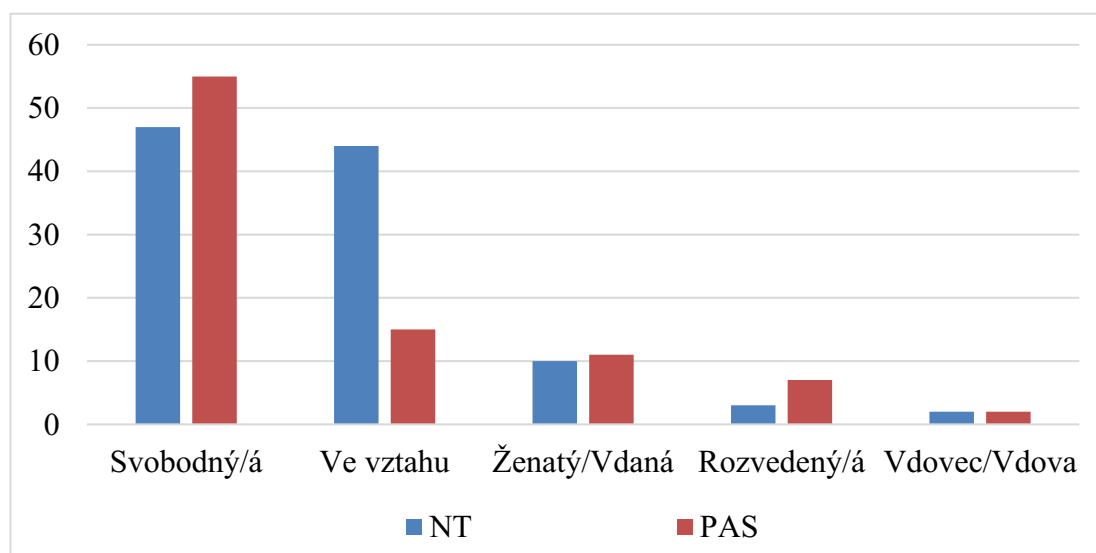
Nejvíce se napříč skupinami objevovala deprese (NT: 5,7 %; PAS: 17,8 %) a úzkostná porucha (NT: 2,8 %; PAS: 16,7 %). Jedinci, kteří zaškrtnuli odpověď „Jiná“, nejčastěji uváděli úzkostně-depresivní poruchu (NT: 1,9 %; PAS: 11,1 %), ADHD (NT: 1,9 %; PAS: 2,2 %) a ADD (NT: 0 %; PAS: 4,4 %). Tabulka 3 prezentuje souhrn jiných duševních poruch dle pohlaví napříč skupinami.

<i>Jiná duševní poruch a</i>	NT				PAS			
	Muži (n = 52)		Ženy (n = 54)		Muži (n = 41)		Ženy (n = 49)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Deprese	0	0,0	6	11,5	3	7,3	13	26,5
Úzkost	1	1,9	2	3,8	8	19,5	7	14,3
OCD	0	0,0	2	3,8	1	2,4	0	0,0
PPP	0	0,0	0	0,0	1	2,4	1	2,0
PO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	6,1
Nespecifikovaná	0	0,0	1	1,9	1	2,4	1	2,0
Jiná	1	1,9	1	1,9	7	17,1	9	18,4
Celkem	2	3,8	12	23,1	21	51,2	34	69,4

OCD = Obsedantně-kompulzivní porucha, PPP = Porucha příjmu potravy, PO = Porucha osobnosti

Tabulka 3: Jiné duševní poruchy dle pohlaví ve skupinách

Taktéž se zjistila asociace mezi rodinným stavem a výskytem autismu ($T_{fi} = 18,17$, $p < ,05$). Zatímco 50,9 % NT respondentů uvedlo, že jsou v současné době v partnerském vztahu či v manželství, pouhých 27,9 % osob s PAS oznámilo vztah. U žen byla nalezena statisticky významná asociace autismu a rodinného stavu ($T_{fi} = 12,55$, $p < ,05$), avšak u mužů toto nebylo zjištěno ($T_{fi} = 7,02$, $p > ,05$). Zastoupení jednotlivých rodinných stavů dle zkoumané skupiny je v grafu 4 a dle pohlaví ve skupinách v tabulce 4.



Graf 4: Rodinný stav dle skupin

Rodinný stav	NT				PAS			
	Muži (n = 52)		Ženy (n = 54)		Muži (n = 41)		Ženy (n = 49)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Svobodný/á	28	53,8	19	35,2	31	75,6	24	49,0
Ve vztahu	16	30,8	28	51,9	5	12,2	10	20,4
Vdaný/á	4	7,7	6	11,1	1	2,4	10	20,4
Rozvedený/á	2	3,8	1	1,9	3	7,3	4	8,2
Vdovec/Vdova	2	3,8	0	0,0	1	2,4	1	2,0

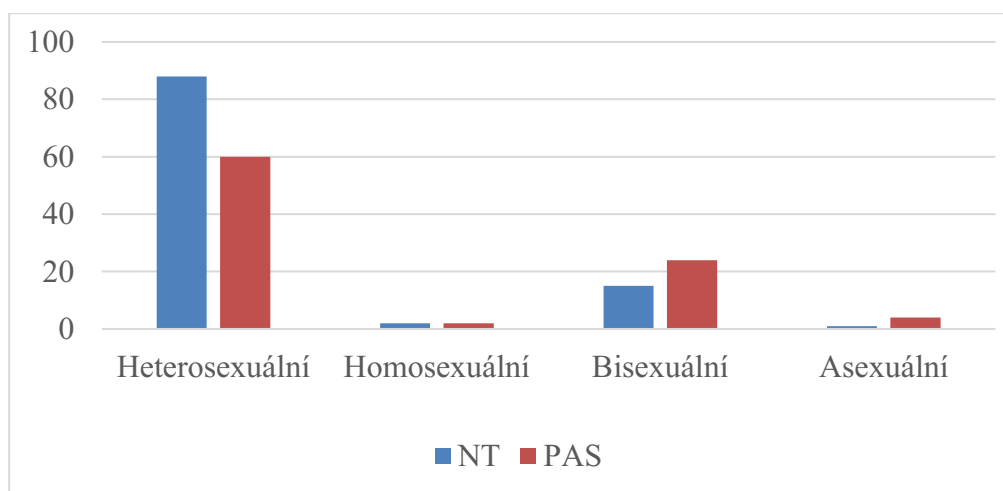
Tabulka 4: Rodinný stav dle pohlaví ve skupinách

V PAS skupině celkem 2,2 % respondentů uvedlo transgender identitu, 14,4 % osob odpovědělo „Nevím“. V NT skupině se nikdo neoznačil za transgender, 3,8 % si nebylo jisto. Po provedení Fisher-Freeman-Haltonova exaktního testu se zjistila významná asociace mezi transgender identitou a autismem ($T_{fi} = 9,18$, $p < ,05$). Po prozkoumání mužů a žen ve skupinách se však signifikantní asociace ukázala jen u mužů ($T_{fi} = 4,59$, $p < ,05$), ale ne u žen ($T_{fi} = 4,65$, $p > ,05$). Ženy a muži s PAS se mezi sebou významně nelišili ($T_{fi} = 3,10$, $p > ,05$). Rozdělení odpovědí na položku zkoumající transgender je dostupné v tabulce 5.

Transgender	NT				PAS			
	Muži (n = 52)		Ženy (n = 54)		Muži (n = 41)		Ženy (n = 49)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ano	0	0,0	0	0,0	1	2,4	1	2,0
Ne	50	96,2	52	96,3	31	75,6	41	83,7
Nevím	2	3,8	2	3,7	6	14,6	7	14,3

Tabulka 5: Transgender dle pohlaví ve skupinách

V sexuální orientaci se také objevila zřetelná asociace s autismem ($T_{fi} = 7,84$, $p < ,05$). Heterosexuální orientaci uvedlo 83 % respondentů v NT skupině a 66,7 % subjektů v PAS skupině. Homosexualita byla v obou skupinách podobná (PAS: 2,2 %, NT: 1,9 %). Bisexuální přitažlivost sdělilo až 26,7 % jedinců s PAS, oproti tomu v NT skupině bisexualitu uvedlo 14,2 % osob. Asexualita byla zjištěna u 4,4 % subjektů s PAS a u 0,9 % NT osob. Statisticky významná asociace byla nalezena u žen ($T_{fi} = 6,37$, $p < ,05$), avšak ne u mužů ($T_{fi} = 2,43$, $p > ,05$). Pohlaví v jednotlivých skupinách se od sebe signifikantně nelišila. V grafu 5 je zobrazeno rozložení sexuální orientace dle skupiny a tabulka 6 poskytuje informace o rozdělení orientace u žen a mužů v jednotlivých skupinách.

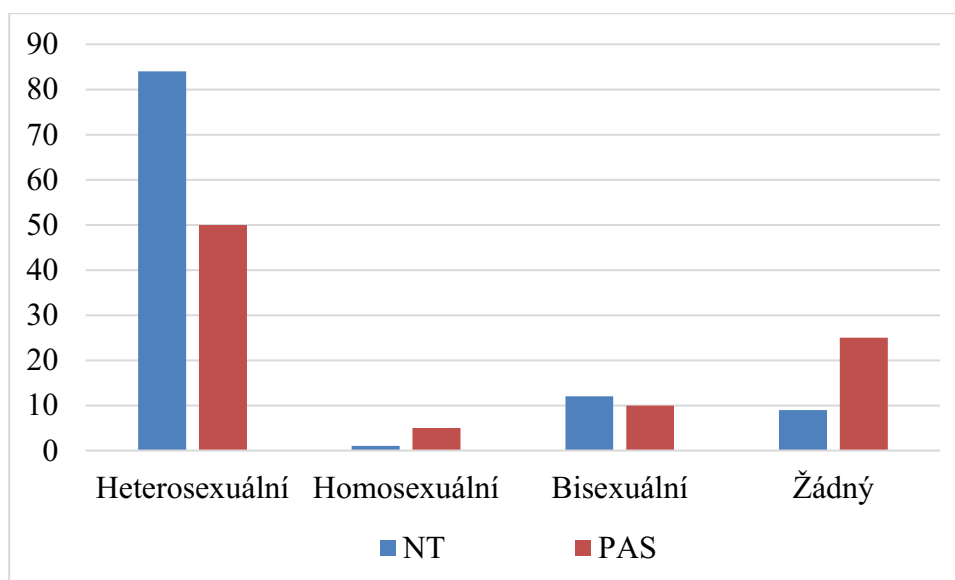


Graf 5: Sexuální orientace dle skupin

<i>Atraktivita</i>	NT				PAS			
	Muži (n = 52)		Ženy (n = 54)		Muži (n = 41)		Ženy (n = 49)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Heterosexuální	44	84,6	44	81,5	30	73,2	30	61,2
Homosexuální	2	3,8	0	0,0	2	4,9	0	0,0
Bisexuální	5	9,6	10	18,5	8	19,5	16	32,7
Asexuální	1	1,9	0	0,0	1	2,4	3	6,1

Tabulka 6: Sexuální orientace dle pohlaví ve skupinách

Významná statistická asociace byla taktéž popsána mezi pohlavním stykem a autismem ($T_{fi} = 17,67$; $p < ,05$). Pouhých 55,6 % respondentů s PAS uvedlo heterosexuální pohlavní styk na rozdíl od 79,2 % NT skupiny. Osoby s autismem dále sdělily v 5,6 % výskyt homosexuálního pohlavního styku, 11,1 % mělo pohlavní styk s muži i ženami a až 27,8 % jedinců nemělo žádný pohlavní styk. V NT skupině 0,9 % respondentů uvedlo homosexuální pohlavní styk, 11,3 % zažilo pohlavní styk s muži i ženami a 8,5 % pohlavní styk nezažilo. Signifikantní asociace autismu s pohlavním stykem byla nalezena u mužů ($T_{fi} = 23,68$; $p < ,05$), avšak ne u žen ($T_{fi} = 2,32$; $p > ,05$). V PAS skupině se muži a ženy mezi sebou statisticky významně lišili ($T_{fi} = 14,23$; $p < ,05$). Muži častěji uváděli homosexuální pohlavní styk či žádný, zatímco ženy více sdělovaly, že měly pouze heterosexuální styk.



Graf 6: Pohlavní styk dle skupin

<i>Pohlavní styk</i>	NT				PAS			
	Muži (n = 52)		Ženy (n = 54)		Muži (n = 41)		Ženy (n = 49)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Heterosexuální	44	1,9	40	74,1	15	36,6	35	71,4
Homosexuální	1	84,6	0	0,0	5	12,2	0	0,0
Bisexuální	3	5,8	9	16,7	5	12,2	5	10,2
Žádný	4	7,7	5	9,3	16	39,0	9	18,4

Tabulka 7: Pohlavní styk dle pohlaví ve skupinách

7 Výsledky

Po vyhodnocení dotazníku GIDYQ-AA se ukázalo, že celkem 5 respondentů (4 PAS, 1 NT) mělo pod 3 body, tudíž je vysoké riziko, že se u nich vyskytuje porucha GD. V položce zkoumající transgender tito respondenti uvedli následující odpovědi: 1x negativní, 1x pozitivní odpověď a 3x „Nevím“. Zjištěné procento výskytu GD (GI dle MKN-11) u osob s PAS je 4,4 %, zatímco v NT skupině se GD vyskytuje v 0,9 % případů. U 6,1 % žen s PAS se objevuje GD a u mužů s PAS ve 2,4 % případů, viz tabulka 8. Fisherův test zjistil, že se přítomnost GD u osob s PAS statisticky významně neliší od běžné populace ($p > ,05$). Signifikantní rozdíl nebyl pozorován ani mezi muži a ženami s PAS ($p > ,05$), ani v jednotlivých pohlavních skupinách: muži s PAS a NT muži ($p > ,05$) či žena s PAS a NT ženy ($p > ,05$). Na základě tohoto výsledku nezamítáme nulovou hypotézu, která tvrdí, že se riziko výskytu diagnózy GD mezi osobami s autismem a běžnou populací statisticky významně neliší. I přesto že se nenašel statisticky významný rozdíl, tyto výsledky souhlasí s předchozími studii, které také poukázaly na vyšší procento GD u jedinců s PAS v porovnání s neurotypickou populací (de Vries et al., 2010).

Skupina				GD	
				Ne	Ano
NT	Pohlaví	Muži	n	51	1
			%	98,1%	1,9%
	Ženy	n	54	0	
		%	100,0%	0,0%	
	Celkem	n	105	1	
		%	99,1%	0,9%	
PAS	Pohlaví	Muži	n	40	1
			%	97,6%	2,4%
	Ženy	n	46	3	
		%	93,9%	6,1%	
	Celkem	n	86	4	
		%	95,6%	4,4%	
Celkem	Pohlaví	Muži	n	91	2
			%	97,8%	2,2%
	Ženy	n	100	3	
		%	97,1%	2,9%	
	Celkem	n	191	5	
		%	97,4%	2,6%	

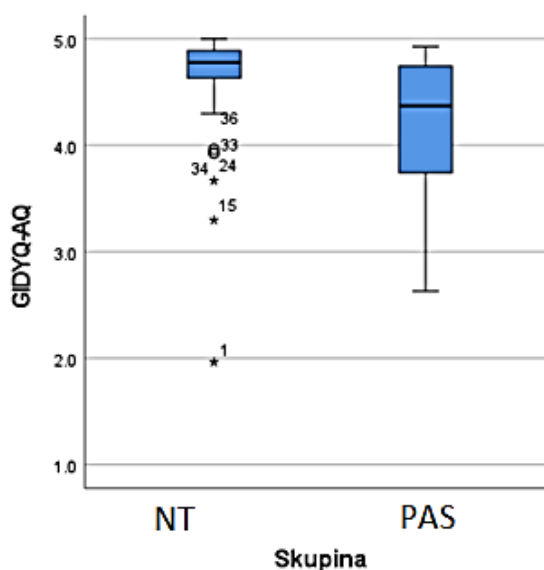
Tabulka 8: Výskyt gender dysforie

Dále se přešlo ke zkoumání míry GD mezi jednotlivými skupinami. Míra GD se pohybovala od 1 do 5, přičemž menší hodnota znamená vyšší míru GD. Tabulka 9 zobrazuje hodnoty nabyté ve skupinách. Po provedení Mann-Whitney U testu bylo zjištěno, že se míra GD u jedinců s PAS ($M = 4,18$, $SD = 0,63$) statisticky významně liší od běžné populace

($M = 4,68$, $SD = 0,39$) – $U = 2136,5$, $p < ,05$. Tímto můžeme zamítnout nulovou hypotézu a přijímáme alternativní, která tvrdí, že existuje signifikantní rozdíl v míře GD mezi NT a PAS. V grafu 7, jenž obsahuje boxplot, lze vidět, že zatímco v NT skupině většina nabývá hodnot okolo 5 bodů a mizivé množství respondentů dosahuje nižších hodnot, v autistické skupině je proměnlivost hodnot větší. To může znamenat, že jedinci s PAS mají odlišné pojetí vlastní genderové identity, která není dostatečně ukotvená a stabilizovaná.

<i>GIDYQ-AA</i>	NT			PAS		
	Muži	Ženy	Total	Muži	Ženy	Total
Průměr	4,70	4,67	4,68	4,38	4,02	4,18
Median	4,81	4,70	4,78	4,56	4,26	4,37
Minimum	1,96	3,67	1,96	3,00	2,63	2,63
Maximum	5,00	5,00	5,00	4,89	4,93	4,93
Směr. odchylka	0,47	0,29	0,39	0,49	0,69	0,63

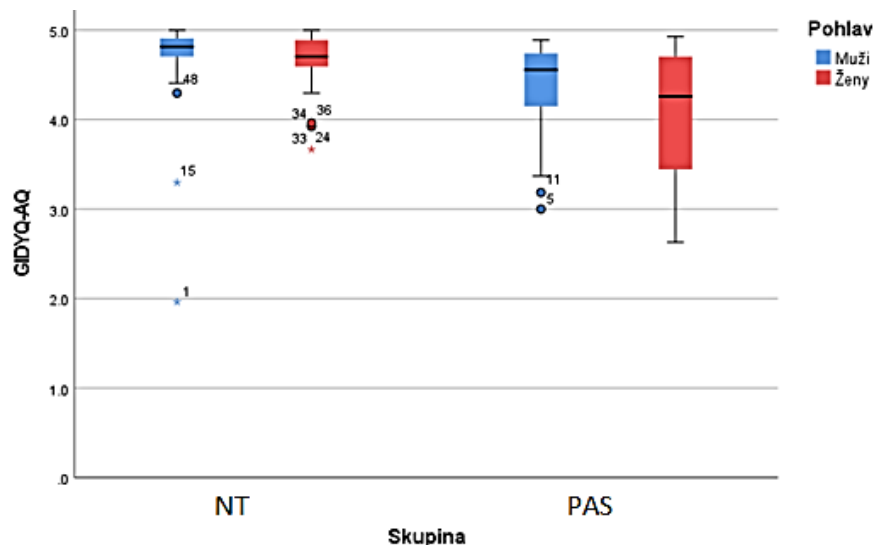
Tabulka 9: Celkový hrubý skór z *GIDYQ-AA*



Graf 7: Boxplot *GIDYQ-AA* u NT a ES

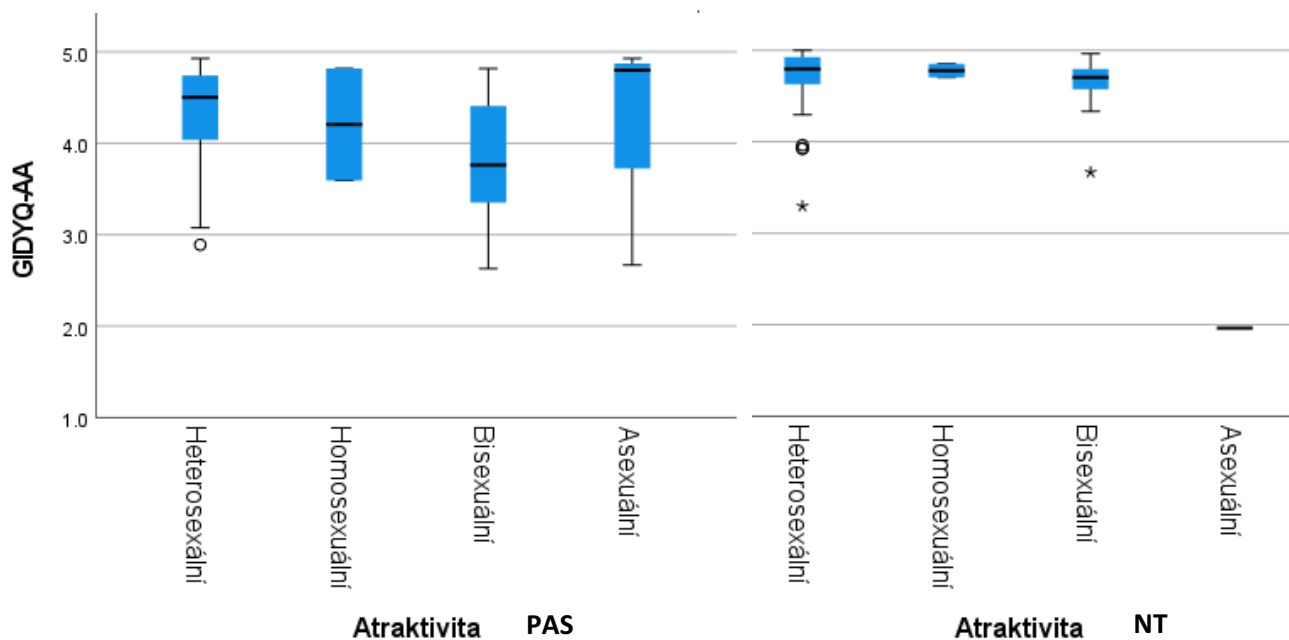
Jedním z cílů bylo zjistit, zdali se míra GD liší mezi ženami s PAS a ženami v běžné populaci. Graf 8 s boxplotem znázorňuje rozdělení hrubého skóru mezi pohlavními skupinami. Statistický test prokázal, že se míra GD u žen s PAS ($M = 4,02$, $SD = 0,69$) významně liší od žen ve srovnávací skupině ($M = 4,67$, $SD = 0,29$) – $U = 552,5$, $p < ,05$. Míra GD se také u mužů s PAS ($M = 4,38$, $SD = 0,49$) signifikantně odlišuje od mužů v běžné populaci ($M = 4,7$, $SD = 0,47$) – $U = 461,5$, $p < ,05$. Ženy s PAS dosahovaly menšího skóre než ženy ve srovnávací skupině a to samé platí i pro muže. Na základě výsledků testování můžeme zamítnout nulovou hypotézu, která tvrdí, že mezi jednotlivými skupinami není statisticky významný rozdíl. V NT skupině se pohlaví mezi sebou významně nelišila – $U = 1172$, $p > ,05$. Avšak ve skupině PAS

měli muži a ženy mezi sebou statisticky signifikantní rozdíl – $U = 731$, $p < ,05$. Ženy s PAS nabývaly signifikantně nižších hodnot než muži s PAS, tudíž jejich genderová identita je méně diferencovaná.



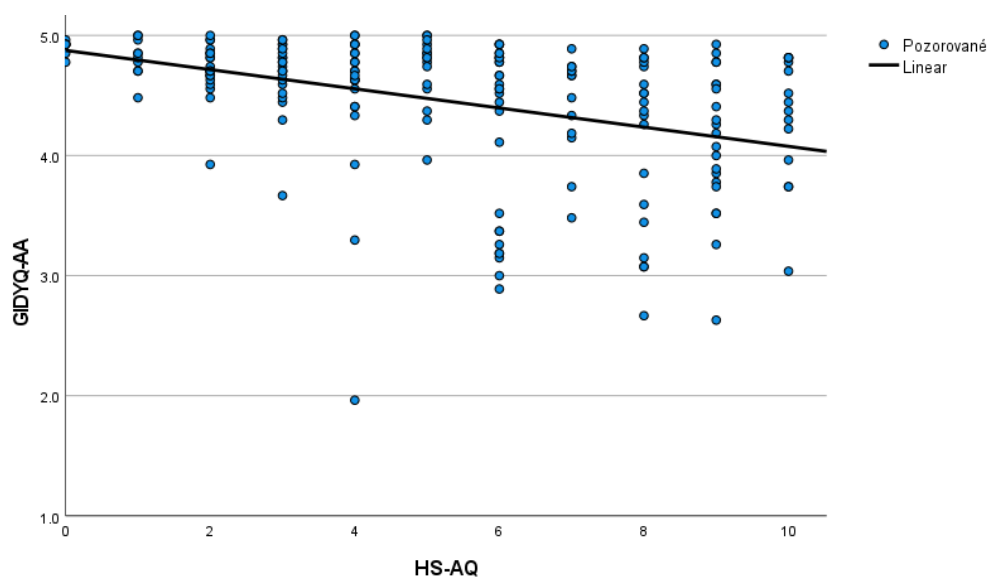
Graf 8: Boxplot GIDYQ-AA obou skupin dle pohlaví

Zatímco přítomnost jiné duševní poruchy neměla významný vliv na výsledek GIDYQ-AA u žádné ze skupin, sexuální orientace tento vliv má. V PAS skupin Kruskal-Wallisův test poukázal na signifikantní rozdíl v dosažených skórech v GIDYQ-AA mezi jednotlivými sexuálními orientacemi – $H(3) = 9,18$, $p < ,05$. Tato diference však nebyla nalezena v NT skupině – $H(3) = 5,09$, $p > ,05$, viz graf 9. Po další analýze se zjistilo, že jedinci s PAS s bisexuální orientací skórovali signifikantně níže než heterosexuálové a asexuálové.



Graf 9: Boxplot GIDYQ-AA ve skupinách PAS a NT dle sexuální orientace

Pro zjištění, zdali existuje vztah mezi výsledkem v GIDYQ-AA a v AQ-10, byla provedena Spearmanova korelace, která následně potvrdila signifikantní vztah mezi výsledky dotazníků ($r_{sp} = -0,463$; $p < ,05$). Zdá se, že vyšší skóre v AQ-10 negativně koreluje s výsledkem dotazníku GIDYQ-AA, tj. čím vyšší je autistický kvocient, tím menší skóre v dotazníku GIDYQ-AA, což znamená vyšší míru GD, viz graf 10. Dá se tudíž předpokládat, že míra autistických rysů koreluje s mírou gender dysforie. Proto zamítáme nulovou hypotézu tvrdící, že mezi dotazníky není vztah.



Graf 10: Regresní přímka AQ-10 a GIDYQ-AA

V další části statistického testování byla provedena korelační matice pomocí Spearmanova korelačního koeficientu, viz. tabulka 10. Celkové skóre GIDYQ-AA signifikantně negativně koreluje se všemi subškálami dotazníku AQ-10. Největší korelace je se subškálou Důraz na detail, poté s Komunikací, Imaginací, Sociální interakcí a nejmenší významný vztah byl popsán se subškálou Přepínání pozornosti. Subškály Subjektivní, Sociální a Sociolegální komponenty GD signifikantně negativně korelovaly se všemi subškálami dotazníku AQ-10, přičemž největší vztah byl s následujícími: Důraz na detail a Komunikace. Somatická subškála dotazníku GIDYQ-AA měla významný negativní vztah s jedinou: Důraz na detail. Subjektivní a Sociální komponenty GD nejzřetelněji pozitivně korelovaly s celkovým skórem dotazníku GIDYQ-AA. Celkové skóre AQ-10 mělo signifikantní nepřímý vztah se všemi subškálami dotazníku GIDYQ-AA, přičemž největší korelace byla zjištěna se Subjektivní a následně se Sociální komponentou GD. Tyto výsledky podporují předchozí výzkumy, které zjistily, že se u jedinců s GD nejčastěji objevují obtíže s komunikací a sociálními interakcemi (George & Stokes, 2018). Zároveň PAS nejvíce souvisí se subjektivní a sociální komponentou GD, což odpovídá deficitům v kognitivních, sociálních a komunikačních dovednostech.

Korelační matice											
	AD	AS	CO	IM	SO	AQ	SubGD	SocGD	SomGD	SoclegGD	GIDYQ-AA
AD	1,000	,231**	,325**	,190**	,201**	,531**	-,369**	-,290**	-,218**	-,193**	-,371**
AS	,231**	1,000	,526**	,317**	,516**	,746**	-,280**	-,212**	-0,108	-,156*	-,293**
CO	,325**	,526**	1,000	,381**	,634**	,824**	-,327**	-,331**	-,190**	-,316**	-,352**
IM	,190**	,317**	,381**	1,000	,393**	,625**	-,249**	-,278**	-0,134	-,141*	-,309**
SO	,201**	,516**	,634**	,393**	1,000	,790**	-,323**	-,257**	-,176*	-,161*	-,310**
AQ	,531**	,746**	,824**	,625**	,790**	1,000	-,437**	-,389**	-,240**	-,280**	-,463**
SubGD	-,369**	-,280**	-,327**	-,249**	-,323**	-,437**	1,000	,669**	,548**	,470**	,923**
SocGD	-,290**	-,212**	-,331**	-,278**	-,257**	-,389**	,669**	1,000	,420**	,448**	,863**
SomGD	-,218**	-0,108	-,190**	-0,134	-,176*	-,240**	,548**	,420**	1,000	,542**	,598**
SoclegGD	-,193**	-,156*	-,316**	-,141*	-,161*	-,280**	,470**	,448**	,542**	1,000	,513**
GIDYQ-AA	-,371**	-,293**	-,352**	-,309**	-,310**	-,463**	,923**	,863**	,598**	,513**	1,000

AD = Důraz na detail, AS = Přepínání pozornosti, CO = Komunikace, IM = Představitost, SO = Sociální interakce, AQ = Celkový hrubý skór AQ-10, SubGD = Subjektivní komponenta GD, SocGD = Sociální komp. GD, SomGD = Somatická komp. GD, SoclegGD = Sociolegální komp. GD, GIDYQ-AA = Celkový hrubý skór GIDYQ-AA

** . p<.01
* . p<.05

Tabulka 10: Spearmanova korelační matice

Regresní analýza byla zvolena pro ověření vztahu míry GD s autistickými rysy (subškály AQ-10). Ukázalo se, že model s prediktory obsahující jednotlivé škály AQ-10 byl statisticky signifikantní $F(5, 195) = 8,81, p < ,05$. Model vysvětluje 18,8 % rozptylu GIDYQ-AA ($R = 0,43, R^2 = 0,18, \text{adjustovaný } R^2 = 0,17$). Významným prediktorem se zdají být subškály „Důraz na detail“ a „Komunikace“. Model byl zřetelný jak u žen $F(5,102) = 5,93, p < ,05$ ($R = 0,48, R^2 = 0,23, \text{adjustovaný } R^2 = 0,20$), tak i mužů $F(5) = 3,15, p < ,05$ ($R = 0,39, R^2 = 0,15, \text{adjustovaný } R^2 = 0,10$). Regresní koeficienty jsou zobrazeny v tabulkách 11–13. Celkové skóre AQ-10 predikuje 15,7 % rozptylu GIDYQ-AA. I tento model s prediktorem AQ-10 byl statisticky nezanedbatelný $F(5,196) = 36,21, p < ,05$.

	B	SE	Beta	t	p
(Konstanta)	4.887	.086		56.636	.000
AD	-.172	.052	-.231	-3.319	.001
AS	-.023	.055	-.034	-.416	.678
CO	-.160	.064	-.231	-2.525	.012
IM	-.014	.058	-.018	-.242	.809
SO	-.039	.060	-.058	-.654	.514

AD = Důraz na detail, AS = Přepínání pozornosti, CO = Komunikace, IM = Představivost, SO = Sociální interakce

Tabulka 11: Regresní koeficienty GIDYQ-AA s prediktory subškál AQ-10

	B	SE	Beta	t	p
(Konstanta)	4.800	.125		38.550	.000
AD	-.165	.068	-.25	-2.427	.017
AS	.040	.074	0.66	.540	.591
CO	-.149	.081	-.241	-1.846	.068
IM	.045	.079	.060	.563	.575
SO	-.025	.084	-.04	-.302	.763

Tabulka 12: Regresní koeficienty GIDYQ-AA s prediktory subškál AQ-10 u mužů

	B	SE	Beta	t	p
(Konstanta)	4.894	.123		39.705	.000
AD	-.131	.080	-.162	-1.643	.104
AS	-.105	.088	-.142	-1.189	.237
CO	-.143	.098	-.193	-1.452	.150
IM	-.083	.086	-.102	-.969	.335
SO	-.034	.087	-.048	-.391	.696

Tabulka 13: Regresní koeficienty GIDYQ-AA s prediktory subškál AQ-10 u žen

Ve všech subškálách dotazníku GIDYQ-AA došlo k signifikantnímu rozdílu mezi respondenty s autismem a neurotypickou populací. Po rozdělení do pohlavních skupin byla významná diference nalezena mezi ženami s PAS a NT ženami. To samé se zjistilo i u mužů ve všech subškálách. V PAS skupině se muži a ženy signifikantně lišili pouze v jedné subškále: Subjektivní komponenta GD. To samé se objevilo i mezi muži a ženami v NT skupině. Toto zjištění může souviset s odlišným vnímáním genderové identity u mužů a žen. Na základě těchto výsledků zamítáme nulovou hypotézu, která tvrdí, že není mezi PAS a NT signifikantní rozdíl v subškálách GIDYQ-AA. Lze se tudíž domnívat, že přítomnost autismu má vliv nejen na celkovou míru GD, ale i na všechny jednotlivé subškály. V tabulce 14 je zobrazena deskriptivní statistika a výsledky testování pomocí Mann-Whitney U testu jsou obsaženy v tabulce 15.

		NT	ES	NT		PAS	
				Muži	Ženy	Muži	Ženy
SubGD	Průměr	4.70	4.07	4.75	4.64	4.33	3.86
	Median	4.77	4.31	4.85	4.69	4.54	4.15
	Minimum	1.85	2.23	1.85	2.77	2.31	2.23
	Maximum	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
	Směr. odchylka	0.45	0.82	0.48	0.41	0.66	0.89
SocGD	Průměr	4.55	4.12	4.56	4.55	4.27	3.99
	Median	4.56	4.28	4.56	4.56	4.44	4.00
	Minimum	2.11	2.33	2.11	3.67	3.22	2.33
	Maximum	5.00	5.00	5.00	5.00	4.89	5.00
	Směr. odchylka	0.42	0.59	0.50	0.34	0.43	0.67
SomGD	Průměr	4.84	4.53	4.78	4.90	4.67	4.41
	Median	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	4.67
	Minimum	2.00	2.67	2.00	3.33	2.67	3.00
	Maximum	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
	Směr. odchylka	0.44	0.64	0.55	0.29	0.49	0.72
SoclegGD	Průměr	4.93	4.66	4.88	4.97	4.73	4.60
	Median	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
	Minimum	2.00	2.50	2.00	3.50	3.00	2.50
	Maximum	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
	Směr. odchylka	0.38	0.61	0.50	0.20	0.49	0.69
GIDYQ-AA	Průměr	4.68	4.18	4.70	4.67	4.38	4.02
	Median	4.78	4.37	4.81	4.70	4.56	4.26
	Minimum	1.96	2.63	1.96	3.67	3.00	2.63
	Maximum	5.00	4.93	5.00	5.00	4.89	4.93
	Směr. odchylka	0.39	0.63	0.47	0.29	0.49	0.69

SubGD = Subjektivní komponenta GD, SocGD = Sociální komp. GD, SomGD = Somatická komp. GD, SoclegGD = Sociolegální komp. GD, GIDYQ-AA = Celkový hrubý skóre GIDYQ-AA

Tabulka 14: Deskriptivní statistika – Subškály GIDYQ-AA

	PAS vs. NT		Ženy PAS vs. Ženy NT		Muži PAS vs. Muži NT		PAS: Muži vs. Ženy		NT: Muži vs. Ženy	
	U	p	U	p	U	p	U	p	U	p
SubGD	2333.0	<.05	593.5	<.05	593.5	<.05	689.5	<.05	1040.0	<.05
SocGD	2540.5	<.05	662.5	<.05	581.5	<.05	785.0	>.05	1278.0	>.05
SomGD	3298.5	<.05	811.0	<.05	831.0	<.05	853.5	>.05	1520.0	>.05
SoclegGD	3475.5	<.05	918.5	<.05	817.5	<.05	960.5	>.05	1486.0	>.05

SubGD = Subjektivní komponenta GD, SocGD = Sociální komp. GD, SomGD = Somatická komp. GD, SoclegGD = Sociolegální komp. GD

Tabulka 15: Výsledky subškál GIDYQ-AA

8 Diskuse

Výzkumná část diplomové práce zaznamenávala výskyt a míru gender dysforie (GD) u osob s poruchou autistického spektra (PAS). Výzkum navazoval na předchozí zahraniční studie. Hlavním cílem bylo přinést nové poznatky týkající se této problematiky.

Ve výzkumu 2,2 % jedinců s autismem uvedlo, že patří do transgender skupiny, a až 14,4 % si transgender identitou nebylo jisto. Tyto údaje se statisticky signifikantně lišily od běžné populace, kde nikdo neměl transgender identitu a pouhých 3,8 % uvedlo, že neví, zdali jsou transgender. Dá se tudíž tvrdit, že autismus má vliv na genderovou identitu. Na základě výsledků dotazníku zkoumajícího gender identitu a gender dysforii (GIDYQ-AA) se zjistilo, že se u 4,4 % osob s autismem pravděpodobně vyskytuje GD, tj. tito jedinci skórovali pod 3 body. U žen s PAS byl výskyt GD vyšší než u mužů s PAS (6,1 % vs. 2,4 %), rozdíl mezi nimi však nebyl signifikantní. V NT skupině se GD ukázala u 0,9 % respondentů. I přestože nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi PAS a srovnávací skupinou, zjištěné procento je v souladu s výsledkem jiného výzkumu, jenž popsal 4,7% výskyt GD u jedinců s PAS (de Vries et al., 2010). V další studii mělo 6,5 % adolescentů a 11,4 % dospělých přání být opačným pohlavím v porovnání 3–5 % respondentů v běžné populaci (Van Der Miesen et al., 2018). George & Stokes (2018) ve svém vzorku s autismem taktéž objevili vyšší míru GD charakteristik v porovnání s kontrolní skupinou.

Další výzkumná otázka se týkala míry GD, která se stanovila na základě celkového skóru z dotazníku GIDYQ-AA. V důsledku statistického testování se došlo k závěru, že se míra GD statisticky signifikantně liší u osob s PAS v komparaci s běžnou populací. Jedinci s PAS nabývali signifikantně menších hodnot než respondenti v NT skupině, a to napříč všemi subškálami. Po prozkoumání pohlavních skupin byl prokázán významný rozdíl mezi ženami s PAS a NT ženami. To samé platilo i u mužů. Tyto výsledky jsou ve shodě s předchozími výzkumy, které poukázaly na genderovou varianci a míru gender dysforie u osob s PAS v porovnání s běžnou populací (Janssen et al., 2016; Strang et al., 2014). Zároveň bylo zjištěno, že ženy s PAS dosahovaly markantně menších hodnot v dotazníku GIDYQ-AA než muži s PAS. Dřívější výzkumy taktéž vyhodnotily vyšší míru subjektivní GD u žen s PAS než u mužů s PAS (George & Stokes, 2018) a silnější přání žen stát se opačným pohlavím (van der Miesen et al., 2018). Zároveň ženy vykazují menší skupinovou identifikaci a větší míru negativních pocitů spojených s ženským genderem (Cooper et al., 2018). Tyto výsledky poukazují na to, že se genderová identita u osob s autismem odlišuje od neurotypické populace.

Jednou z dalších hypotéz bylo, že míra GD statisticky významně koreluje s výsledkem v dotazníku AQ-10. Existoval předpoklad, že je zde přítomen negativní vztah. Tato hypotéza byla na základě testování přijata, jelikož se zjistil středně silný vztah. Čím vyššího skóre

respondent dosahoval v AQ-10, tím menší byl výsledný hrubý skór v dotazníku GIDYQ-AA. Toto tvrzení souvisí s výzkumy, jež rovněž shledaly vyšší míru autistických rysů u respondentů s GD v porovnání s běžnou populací (Kristensen & Broom, 2016; Jones et al., 2012; Nobili et al., 2018). George & Stokes (2018) také objevili signifikantní korelaci mezi autistickými rysy a charakteristikami GD. Tato zjištění poukazuje na vztah mezi autistickými rysy a genderovou identitou a z ní plynoucí gender dysforií.

Po zjištění, že výsledky obou dotazníků spolu signifikantně korelují, bylo vedlejším cílem prozkoumat jednotlivé subškály AQ-10. Všechny měly statisticky významný vztah s konečným výsledkem GIDYQ-AA, avšak největší vazba byla se subškálami „Důraz na detail“ a „Komunikace“. K podobnému závěru dospěli i výzkumníci zabývající se transgender populací (Nobili et al., 2018). Korelační analýza dále objevila statisticky prokazatelný vztah mezi výsledným skórem AQ-10 a všemi subškálami dotazníku GIDYQ-AA. Největší asociace byla se Subjektivní a Sociální komponentou GD. Tudíž se předpokládá, že míra autistických rysů má vliv na všechny subškály GIDYQ-AA, a tím pádem i na celkovou míru GD. Zjištění této studie a těch předchozích (např. George & Stokes, 2018) podporují hypotézu, že jedinci s vysokou mírou GD mívají deficity v komunikaci, a navíc se u nich vyskytují ve vyšší míře obtíže s globálním vnímáním, což se často objevuje u jedinců s PAS.

Mezi vedlejší výzkumné otázky patřila souvislost přítomnosti autismu se sexualitou. Rozdíly mezi skupinami se ukázaly být statisticky signifikantní. Obzvláště u mužů s PAS byla asociace silnější než u žen s PAS. Zatímco homosexuální sexuální orientace byla v obou skupinách na téměř stejné úrovni (okolo 2 %), bisexualita se ve skupině s PAS vyskytovala skoro dvakrát častěji než v neurotypické skupině. Až 26,7 % respondentů s autismem uvedlo, že je přitahují ženy i muži. Asexualita byla 5krát častější u jedinců s autismem než u běžné populace. Polovina osob s PAS popsala, že zažila pouze heterosexuální pohlavní styk. Zatímco ve srovnávací skupině byl homosexuální pohlavní styk u 0,9 % respondentů, ve skupině s PAS se vyskytoval až v 11,1 % případů. Až 27,8 % osob s PAS tvrdilo, že nikdy nezažilo pohlavní styk (v porovnání s 8,5 % NT populace). Celkem 32,3 % osob s PAS přiznalo neheterosexuální orientaci. Toto procento odpovídá výsledku metaanalýzy, která zjistila, že se neheterosexuální orientace objevuje u 15–35 % jedinců s PAS (Pecora et al., 2016). Na základě tohoto zkoumání a předchozích výzkumů ukazujících častější neheterosexuální orientaci u osob s PAS (Byers et al., 2013; Dewinter et al., 2017; George & Stokes, 2018) lze říci, že tato skupina může mít odlišnou sexualitu v porovnání s běžnou populací.

Výzkum má zajisté své limity a určitá úskalí. Prvním je fakt, že dotazník GIDYQ-AA nebyl před výzkumem přeložen z angličtiny do češtiny a jeho překlad nebyl ověřen, validován a standardizován na české populaci. Byla snaha se tomuto úskalí vyhnout pomocí pilotní studie,

kteřá proběhla na 20 osobách, přičemž 4 z nich měly autismus. Zahrnutí jedinců s PAS do pilotní studie bylo esenciální kvůli tomu, aby byl přeložený dotazník vsutku srozumitelný a jednoznačný i pro cílovou skupinu. Na základě komentářů pak došlo k odstranění překlepů a úpravě stylistiky některých vět. Samozřejmě bylo potřeba zachovat co nejpodobnější strukturu původního dotazníku, jenž byl standardizován na kanadské populaci. Ale již samotný sebeposuzovací formát dotazníku je problematický, jelikož jedinci s PAS mívají obtíže se sebepojetím a sebereflexí (Huang et al., 2017; Lee & Hobson, 1998; Nguyen et al., 2020; Williams, 2010; Zahavi, 2010). Zároveň se dotazník GIDYQ-AA často ptá na pocity a myšlenky, s jejichž reflexí může mít cílová skupina také těžkosti (Hill, Berthoz & Frith, 2004).

Respondenti ve skupině s autismem uváděli, že jim buď byla diagnostikovaná PAS anebo mají na ni podezření či podezření vyslovil odborník. Jejich odpověď však nebyla ověřena žádným konkrétním důkazem. Aby se tak alespoň něčím ověřila existence autismu, byl do dotazníkové baterie přidán dotazník AQ-10, jenž má vysokou senzitivitu i specificitu (Allison et al., 2012). Ani ten však nebyl standardizován na české populaci, a navíc tento nástroj slouží pro screeningové účely a ne diagnostické. Existuje tudíž pravděpodobnost, že ne všichni jedinci s PAS měli skutečně autismus. Mimo to 3 ženy v experimentální skupině uvedly, že mají krom autismu diagnostikovanou i poruchu osobnosti. Ve srovnávací skupině žádný ze subjektů poruchu osobnosti nespecifikoval. Po diskusi s odborníkem byly tyto respondentky ponechány ve vzorku, jelikož samotný autismus představuje určité abnormality ve vývoji osobnosti a v osobnostních charakteristikách (Schriber, Robins & Solomon, 2014). Zároveň predikuje specifický způsob myšlení, prožívání i chování, což také nalézáme u osob s poruchou osobnosti. Navíc mnohé výzkumy ukazují, že až 52 % osob s vysoce funkčním autismem splňuje kritéria poruchy osobnosti, především se to týká schizoidní, vyhýbavé a anankastatické (Cook et al., 2020; Lugenard et al., 2012).

Dalším omezením byl způsob výběru respondentů. Prosba o účast na výzkumu byla rozeslána organizacím pomáhajícím lidem s autismem. Aby však výzkum obsahoval co největší počet respondentů, vyvěsil se rovněž příspěvek na sociální síť Facebook, což mohlo způsobit nereprezentativnost vzorku. Navíc po ukončení sběru dat a statistickém porovnání věku mezi skupinami byl zjištěn statisticky významný rozdíl, a to přestože byla snaha získat respondenty napříč věkovými kategoriemi, tak aby byly obě skupiny srovnatelné. Výsledný výzkumný vzorek tvořilo 196 lidí, přičemž v experimentální skupině bylo 90 jedinců s PAS (41 mužů a 49 žen). Tento počet respondentů je sice dostatečný, avšak větší výzkumný vzorek by byl uspokojivější.

I přes popsané limity má tato diplomová práce přínos pro doposud ne příliš probádanou oblast genderové identity u osob s autismem. Je třeba zdůraznit, že na české populaci mající autismus nebyl dodnes proveden podobný výzkum sledující poruchu genderové identity. Předností této práce je především komplexní pohled na problematiku gender dysforie u osob s autismem. Výzkum se mimo jiné také zaměřil na konkrétní subškály dotazníku GIDYQ-AA a jejich vztah s přítomností PAS anebo s mírou dosaženou v AQ-10 zkoumající autistické rysy. Zároveň se domnívám, že pilotní studie přispěla ke zkvalitnění výsledné dotazníkové baterie.

Tato práce navázala samozřejmě na ty předchozí. Avšak mnoho provedených studií zkoumalo autistické rysy u jedinců s GD a méně výzkumníků se zabývalo osobami s PAS a jejich pohledem na vlastní gender identitu a případnou gender dysforii. Výzkum v této práci přispěl dalšími poznatky k ozřejmění problematiky a jeho výstupy mohou sloužit jako základ komplexnějším studiím s větším výzkumným vzorkem. Výsledky této studie souhlasí s předchozími výzkumy, které poukázaly na vztah mezi PAS a GD. Především v kvalitativních studiích jsou popsány případy jedinců s PAS zažívající zároveň GD (Glidden et al., 2016; Jacobs et al., 2014; Mukaddes, 2002). Toto poukazuje na reálnost dané problematiky, kterou je třeba se i nadále zabývat. Avšak je potřeba mít na paměti, že i přes potvrzení či vyvrácení některých hypotéz, nelze z těchto výsledků přímo vyvozovat kauzální vztahy.

Praktickým přínosem této práce je poukázání na spojení mezi autismem a gender dysforií. Jedinci s PAS mají obtíže s vnímáním a porozuměním nejen druhých lidí, ale i sobě samým. To může mít velký dopad na jejich identitu, a to sexuální i genderovou. Tento i předchozí výzkumy vskutku zjistily, že PAS má vliv na genderovou identitu i sexualitu daných jedinců. Je třeba myslet na to, že tyto dvě skupiny poruch mohou mít společné rysy, mohou se vyskytovat spolu a představovat tak jedinečnou kategorii, která vyžaduje specifický přístup. Odborníci pracující s klienty s autismem i s klienty s gender dysforií by měli být seznámeni se spoluvýskytem těchto dvou poruch a měli by tudíž přizpůsobit edukační, diagnostický i terapeutický proces. Edukace klientů mající PAS a zároveň GD je taktéž velmi důležitá. Klientům se musí vysvětlit, že jejich pocity nejsou ojedinělé, jelikož GD zažívá více osob s PAS v porovnání s běžnou populací. Během terapie je třeba poskytnout klientům porozumění a akceptování jejich obtíží, aby mohli svobodně hovořit o svém prožívání. Jelikož mají osoby s PAS obtíže s vnímáním a porozuměním vlastní identity je nezbytné podporovat rozpoznávání jejich genderové identity. Po komplexním vyšetření se klientům může nabídnout podstoupení RLT (Real life test) a hormonální léčby a/či operativní přeměny pohlaví, aby se zmírnil prožívaný diskomfort, jenž je spojený s inkongruencí těla a genderové identity. Osoby s PAS mívají problémy s plánováním a představování si budoucnosti, proto je důležité jim poskytnout strukturovaný plán terapeutického a léčebného procesu, který může probíhat u této skupiny

delší dobu než u jedinců s GD ale bez PAS. Mimo jiné je nezbytné edukovat a zapojit do procesu i rodinu a okolí (např. učitele, kamarády), jelikož sociální podpora je pro osoby s GD esenciální a má velký vliv na psychický well-being.

Tento výzkum zjistil odlišnosti v genderové identitě a sexualitě mezi jedinci s autismem a neurotypickou populací. Budoucí výzkumy by měly směřovat k hlubšímu porozumění těchto oblastí u osob s PAS. Longitudinální výzkum na velkém vzorku jedinců s PAS a GD je potřeba k pochopení vývoje genderové identity. Budoucí studie by měly popsat, jak se jejich genderová identita formuje od raného věku a jaký má dopad na kvalitu života. Je třeba blíže porozumět i tomu, jak osoby s autismem vnímají a zažívají svoji genderovou identitu a sexualitu. Zároveň je nezbytné nahlédnout do gender dysforie u této populace a zjistit, jak se u nich projevuje a jak ji sami jedinci vnímají. Neméně důležitou součástí je pak analýza vhodné diagnostiky a léčby jedinců s PAS a GD.

Navíc by se budoucí studie měly zaměřit na souvislosti mezi GD a PAS a jejich možnou společnou etiologii. Někteří odborníci diskutují nad teorií extrémního mužského mozku a jeho rolí ve spojení PAS a GD (Jones et al., 2012; Pasterski et al., 2016). Zároveň se domnívají, že vysoká míra prenatálního testosteronu způsobuje onen „extrémní mužský mozek“. Tato hypotéza by mohla vysvětlit spoluvýskyt GD a PAS u trans mužů, avšak ne u trans žen (Auyeung et al., 2009; Ingudomnukul et al., 2007). Možným vysvětlením jsou také kognitivní, sociální a komunikační deficity vedoucí ke zhoršenému vnímání a chápání sebe i těch druhých. Jiní badatelé uvádí možnost, že spoluvýskyt PAS a GD může být také způsoben deficitem v empatii. V důsledku osoby s PAS nezohledňují názory a předsudky ostatních a vymykají se z genderových norem a rolí. Tudíž si na základě této genderové svobody budují vlastní genderovou identitu (Glidden et al., 2016).

Závěr

Genderová identita u osob s autismem není dosud příliš prozkoumaná. V posledních letech se však začaly objevovat studie, především kvalitativního charakteru, zkoumající vnímání genderové identity a výskyt gender dysforie u osob s PAS. Další badatelé se zaměřili na analýzu autistických rysů u populace s poruchou genderové identity. Mnoho prací tedy přináší informace o souvislosti mezi PAS a GD a zároveň odborníci poskytují možná vysvětlení tohoto jevu. Avšak odborná literatura obsahující empirické důkazy na toto téma je velmi limitovaná, a tak v současné době nelze vyvodit jednoznačné závěry o kauzalitě vztahů.

Výzkum v této diplomové práci se zabýval problematikou GD u osob s PAS. Výsledky poukázaly na 4,4% výskyt GD u jedinců s PAS v porovnání s neurotypickou populací, kde k GD dochází v 0,9 % případů. Dále bylo zjištěno, že se míra GD u skupiny s PAS významně liší od neurotypické populace. Jedinci s PAS dosahovali menšího skóre v dotazníku zkoumajícím genderovou identitu a s ní spojenou GD. Navíc v porovnání s muži s PAS měly ženy s PAS vyšší míru GD. Vliv autistických vlivů sledovaly rovněž zahraniční studie. I v tomto výzkumu byla popsána významná asociace míry autistických rysů a míry GD. Po prozkoumání sexuality bylo shledáno, že i ona je ovlivněna autismem. Skupina s PAS více uváděla neheterosexuální orientaci či asexualitu v komparaci s běžnou populací. Veškerá zjištění tohoto šetření jsou v souladu s předchozími studii zkoumajícími dané oblasti. Lze se tudíž domnívat, že genderová identita a sexualita je odlišná u lidí s PAS v porovnání s neurotypickými osobami. Je ale důležité, aby se budoucí výzkumy zaměřily na hlubší porozumění vývoje genderové identity a gender dysforie.

Závěrem lze říci, že sexualita a gender identita patří mezi důležitá témata pro většinu lidí, a o to víc pro jedince s autismem, kteří mívají obtíže s uchopením a porozuměním sociálním interakcím s druhými i s pochopením vlastních duševních procesů a identity. Výzkumy shrnují, že vlastní prožitek a exprese sexuality a genderu se u této populace liší od neurotypické společnosti. Osoby s autismem a gender dysforií patří mezi velmi jedinečnou skupinu klientů, a proto je i nadále potřeba se tímto tématem do hloubky zabývat.

Seznam použité literatury

- Abelson A. G. (1981). The development of gender identity in the autistic child. *Child: care, health and development*, 7(6), 347–356.
- Abrams, J. A. (2012). *Blurring the lines of traditional gender roles: beliefs of African American women*. (diplomová práce). Virginia: Virginia State University. Dostupné z: <https://scholarscompass.vcu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3781&context=etd>
- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Allison, C., Auyeung, B., & Baron-Cohen, S. (2012). Toward Brief “Red Flags” for Autism Screening: The Short Autism Spectrum Quotient and the Short Quantitative Checklist in 1,000 Cases and 3,000 Controls. *New Research*, 51(2), 202-217.
- Amaro, H., Raj, A., & Reed, E. (2001). Women’s sexual health: The need for feminist analyses in public health in the decade of behavior. *Psychology of Women Quarterly*, 25(4), 324 - 334.
- APA. (2009). *Report of the American Psychological Association task force on gender identity and gender variance*. Washington, DC: American Psychological Association.
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Association.
- Assaf, M., Jagannathan, K., Calhoun, V. D., Miller, L., Stevens, M. C., Sahl, R., O'Boyle, J. G., Schultz, R. T., & Pearlson, G. D. (2010). Abnormal functional connectivity of default mode sub-networks in autism spectrum disorder patients. *NeuroImage*, 53(1), 247–256.
- Asendorph, J. B., Warkentin, V., & Baudonniere, P. M. (1996). Selfawareness and other-awareness: II. Mirror self-recognition, social contingency awareness, and synchronic imitation. *Developmental Psychology*, 32(2), 313–321.
- Asperger, H. (1944). Die autistischen psychopaten im kindesalter. *Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76-136.
- Attwood, T., Grandin, T., Bolick, T., Faherty, C., Iland, L., Myers, J. M., & Wroble, M. (2006). *Asperger’s and girls*. Texas: Future Horizons. ISBN 9781932565409
- Auyeung, B., Baron-Cohen, S., Ashwin, E., Knickmeyer, R., Taylor, K., & Hackett, G. (2009). Fetal testosterone and autistic traits. *British Journal of Psychology*, 100(1), 1–22.
- Bailey, A., Le Couteur, A., Gottesman, I., Bolton, P., Simonoff, E., Yuzda, E., & Rutter, M. (1995). Autism as a strongly genetic disorder: evidence from a British twin study. *Psychological medicine*, 25(1), 63–77.
- Baird, G., Simonoff, E., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T., Meldrum, D., & Charman, T. (2006). Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Lancet*, 368(9531), 210-215.

- Barboza, G. E., Dominguez, S., & Chace, E. (2016). Physical victimization, gender identity and suicide risk among transgender men and women. *Preventive Medicine Reports*, 4, 385–390.
- Bargiela, S., Steward, R., & Mandy, W. (2016). The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation of the Female Autism Phenotype. *J Autism Dev Disord*, 46(10), 3281-94.
- Bariola, E., Lyons, A., Leonard, W., Pitts, M., Badcock, P., & Couch, M. (2015). Demographic and Psychosocial Factors Associated With Psychological Distress and Resilience Among Transgender Individuals. *American journal of public health*, 105(10), 2108–2116.
- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. Cambridge, MA: The MIT Press. ISBN 9780262522250
- Baron-Cohen S. (2002). The extreme male brain theory of autism. *Trends in cognitive sciences*, 6(6), 248–254.
- Baron-Cohen, S., Auyeung, B., Nørgaard-Pedersen, B., Hougaard, D. M., Abdallah,... & Lombardo, M. V. (2015). Elevated fetal steroidogenic activity in autism. *Molecular psychiatry*, 20(3), 369–376.
- Baron-Cohen, S., Scott, F.J., Allison, C., Williams, J., Bolton, P., Matthews F. E., & Brayne, C. (2009). Prevalence of autism-spectrum conditions : UK school-based population study. *The British Journal of Psychiatry*, 194(6), 500–509.
- 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.
- Bartlett, N. H., & Vasey, P. L. (2006). "A Retrospective Study of Childhood Gender-Atypical Behavior in Samoan Fa'afafine". *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 659–66.
- Beauboeuf-Lafontant, T. (2007). You have to show strength: An exploration of gender, race, and depression. *Gender and Society*, 21(1), 28-51.
- Beh, H. G. & Diamond, M. (2000). Surgical treatment of infants with ambiguous genitalia: Deficiencies in Standard of care and Informed Consent. *Michigan Journal of Gender and Law*, 7(1), 1-63.
- Bejerot, S. & Eriksson, J. M. (2014). Sexuality and gender role in autism spectrum disorder: a case control study. *PLoS One*, 9(1), 87861.
- Bejerot, S., Humble, M. B., & Gardner, A. (2011). Endocrine disruptors, the increase of autism spectrum disorder and its comorbidity with gender identity disorder--a hypothetical association. *International journal of andrology*, 34(5), 350.
- Bem, L. S. (1993). *The lenses of gender: Transforming the debate on sexual inequality*. Yale University Press.
- Ben Shalom, D., Mostofsky, S. H., Hazlett, R. L., Goldberg, M. C., Landa, R. J.,... & Hoehn-Saric, R. (2006). Normal physiological emotions but differences in expression of conscious

- feelings in children with high-functioning autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 36(3), 395–400.
- Bentz, E. K., Hefler, L. A., Kaufmann, U., Huber, J. C., Kolbus, A., & Tempfer, C. B. (2008). A polymorphism of the CYP17 gene related to sex steroid metabolism is associated with female-to-male but not male-to-female transsexualism. *Fertility and sterility*, 90(1), 56–59.
- Berglund, H., Lindström, P., Dhejne-Helmy, C., & Savic, I. (2008). Male-to-female transsexuals show sex-atypical hypothalamus activation when smelling odorous steroids. *Cerebral cortex*. 18(8), 1900–1908.
- Blanchard, R., Zucker, K. J., Cavacas, A., Allin, S., Bradley, S. J., & Schachter, D. C. (2002). Fraternal birth order and birth weight in probably prehomosexual feminine boys. *Hormones and Behavior*, 41, 321–327
- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American journal of public health*, 103(5), 943–951.
- Bölte, S., & Poustka, F. (2004). Comparing the intelligence profiles of savant and nonsavant individuals with autistic disorder. *Intelligence*, 32(2), 121–131.
- Booth, J. (2016). *Autism Equality in the Workplace: Removing Barriers and Challenging Discrimination*. London: Jessica Kingsley Publishers. ISBN 978-1849056786
- Bouman, W. P., Davey, A., Meyer, C., Witcomb, G. L., Arcelus, J. (2016). Predictors of psychological well-being among trans individuals. *Sexual and Relationship Therapy*, 31(3), 357-373.
- Buckley, B. (2015) *Submission on National Disability Employment Framework*. Autism Asperger's Advocacy Australia. Canberra: A4.
- Burke, S. M., Kreukels, B. P., Cohen-Kettenis, P. T., Veltman, D. J., Klink, D. T., & Bakker, J. (2016). Male-typical visuospatial functioning in gynephilic girls with gender dysphoria - organizational and activational effects of testosterone. *Journal of psychiatry & neuroscience*, 41(6), 395–404.
- Butler, J. (1988). "Performative Acts and Gender Constitution: An Essay in Phenomenology and Feminist Theory". *Theatre Journal*. 40 (4): 519–531.
- Butler, J. (2004). *Undoing gender*. New York/London: Routledge. ISBN 9780203499627.
- Butler, J. (1990). *Gender trouble: feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge. ISBN 9780415389556.
- Byers, E. S., Nichols, S., Voyer, S. D., & Reilly, G. (2012). Sexual well-being of a community sample of high-functioning adults on the autism spectrum who have been in a romantic relationship. *Autism*, 17(4), 418–433.
- Byne, W., Karasic, D. H., Coleman, E., Eyler, A. E., Kidd, J. D., Meyer-Bahlburg, H., Pleak, R. R., & Pula, J. (2018). Gender Dysphoria in Adults: An Overview and Primer for Psychiatrists. *Transgender health*, 3(1), 57–70.

- Capetillo-Ventura, N. C., Jalil-Pérez, S. I., & Motilla-Negrete, K. (2015). Gender dysphoria: An overview. *Medicina Universitaria*, 17(66), 53–58.
- Casanova M. F. (2007). The neuropathology of autism. *Brain pathology (Zurich, Switzerland)*, 17(4), 422–433.
- Cath, D. C., Ran, N., Smit, J. H., van Balkom, A. J., & Comijs, H. C. (2008). Symptom overlap between autism spectrum disorder, generalized social anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder in adults: a preliminary case-controlled study. *Psychopathology*, 41(2), 101–110.
- Chakrabarti, B., Dudbridge, F., Kent, L., Wheelwright, S.,... & Baron-Cohen, S. (2009). Genes related to sex steroids, neural growth, and social-emotional behavior are associated with autistic traits, empathy, and Asperger syndrome. *Autism research : official journal of the International Society for Autism Research*, 2(3), 157–177.
- Chattopadhyay, S. K. (2017). *Gender Socialization and the Making of Gender in the Indian Context*. New Delhi: SAGE Publications. ISBN 978-9386602565
- Chen, L., Wang, S., Wang, L., Kao, Y., Chu, Ch., ... & Huang, Ch. (2019). Behavioral characteristics of autism spectrum disorder in very preterm birth children, *Molecular Autism*, 10(32).
- Chisholm, J. (2018). Muxe, Two-Spirits, and the myth of Indigenous transgender acceptance. *International Journal of Critical Indigenous Studies*, 11(1), 21-35.
- Chomiak, T., Turner, N., & Hu, B. (2013). What We Have Learned about Autism Spectrum Disorder from Valproic Acid. *Pathology research international*, 2013, 712758.
- Cohen-Kettenis, P.T., & van Goozen, S. H. M. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(2), 263–271.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2008). Poruchy pohlavní identity v období dětství a dospívání. In Fifková, H. et al. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. (s. 49-76). Praha: Grada. ISBN 978802471696.
- Colapinto, J. (2001). *As Nature Made Him: The Boy Who Was Raised as a Girl*. New York: Harper Perennial. ISBN 0-06-092959-6.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., ... & Zucker, K. J. (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *Int J Transgen*, 13(4), 165–232.
- Cook, M. L., Zhang, Y., & Constantino, J. N. (2020). On the Continuity Between Autistic and Schizoid Personality Disorder Trait Burden: A Prospective Study in Adolescence. *The Journal of nervous and mental disease*, 208(2), 94–100.
- Coolidge, F. L., Thede, L. L., & Young, S. E. (2002). The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behavior Genetics*, 32(4), 251–257.
- Cooper, K., Smith, L. G. E., & Russell, A. J. (2018). Gender Identity in Autism: Sex Differences in Social Affiliation with Gender Groups. *J Autism Dev Disord.*, 48(12), 3995-4006.

- Conron, K. J., Scott, G., Stowell, G. S., & Landers, S. J. (2012). Transgender health in Massachusetts: results from a household probability sample of adults. *American journal of public health, 102*(1), 118–122.
- Cornell, E. H. (1974). Infants' discrimination of photographs of faces following redundant presentations. *Journal of Experimental Child Psychology, 18*(1), 98–106.
- Cortesi, F., Giannotti, F., Ivanenko, A., & Johnson, K. (2010). Sleep in children with autistic spectrum disorder. *Sleep medicine, 11*(7), 659–664.
- Cortesi, F., Giannotti, F., Sebastiani, T., Panunzi, S., & Valente, D. (2012). Controlled-release melatonin, singly and combined with cognitive behavioural therapy, for persistent insomnia in children with autism spectrum disorders: a randomized placebo-controlled trial. *Journal of sleep research, 21*(6), 700–709.
- Courchesne, E., Carper, R., & Akshoomoff, N. (2003). Evidence of brain overgrowth in the first year of life in autism. *JAMA, 290*(3), 337–344.
- Cresswell, L., & Cage, E. (2019). “Who Am I?”: An Exploratory Study of the Relationships between Identity, Acculturation and Mental Health in Autistic Adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 49*(7), 2901–2912.
- Croen, L. A., Grether, J. K., Yoshida, C. K., Odouli, R., & Hendrick, V. (2011). Antidepressant use during pregnancy and childhood autism spectrum disorders. *Archives of general psychiatry, 68*(11), 1104–1112.
- Čadilová, V., Thorová, K., Žampachová, Z. a kol. (2012). *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb: Část II. (diagnostické domény pro žáky s poruchami autistického spektra)*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3054-6
- Daniels, J. L., Forssen, U., Hultman, C. M., Cnattingius, S., Savitz, D. A., Feychting, M., & Sparen, P. (2008). Parental psychiatric disorders associated with autism spectrum disorders in the offspring. *Pediatrics, 121*(5), 1357–1362.
- Davey, A., Arcelus, J., Meyer, C., & Bouman, W. P. (2016). Self-injury among trans individuals and matched controls: prevalence and associated factors. *Health & social care in the community, 24*(4), 485–494
- Davidovitch, M., Glick, L., Holtzman, G. et al. (2000). Developmental Regression in Autism: Maternal Perception. *J Autism Dev Disord 30*(2), 113–119.
- Davies, J. (2005). Expressions of gender: An analysis of pupils' gendered discourse styles in small group classroom discussions. *Discourse and Society, 14*(2), 115–132.
- de Boisferon, A. H., Dupierriex, E., Quinn, P. C., Løevenbruck, H., Lewkowicz, D. J., Lee, K., & Pascalis, O. (2015). Perception of Multisensory Gender Coherence in 6- and 9-month-old Infants. *Infancy : the official journal of the International Society on Infant Studies, 20*(6), 661–674.
- de Bruin, E. I., Ferdinand, R. F., Meester, S., de Nijs, P. F., & Verheij, F. (2007). High rates of psychiatric co-morbidity in PDD-NOS. *Journal of autism and developmental disorders, 37*(5), 877–886.

- De Cuypere G, Van Hemelrijck M, Michel A, Carael B, Heylens G, Rubens R, et al. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *Eur Psychiatry*, 22(3):137–41.
- de Vries, A. L., Noens, I. L., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(8), 930–936.
- Deogracias, J. J., Johnson, L. L., Meyer-Bahlburg, H. F., Kessler, S. J., Schober, J. M., & Zucker, K. J. (2007). The gender identity/gender dysphoria questionnaire for adolescents and adults. *Journal of sex research*, 44(4), 370–379.
- Dewinter, J., De Graaf, H., & Begeer, S. (2017). Sexual Orientation, Gender Identity, and Romantic Relationships in Adolescents and Adults with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*, 47(9), 2927-2934.
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PloS one*, 6(2), e16885
- Dhejne, C., Öberg, K., Arver, S., & Landén, M. (2014). An analysis of all applications for sex reassignment surgery in Sweden, 1960-2010: prevalence, incidence, and regrets. *Archives of sexual behavior*, 43(8), 1535–1545.
- Di Ceglie, D. (2018). The use of metaphors in understanding atypical gender identity development and its psychosocial impact. *Journal of Child Psychotherapy*, 44(1), 5-28.
- Di Ceglie, D., Freedman, D., Mc Pherson, S., Richardson, D. (2002). Children and adolescents referred to a specialist gender identity development service: clinical features and demographic characteristics. *International journal of transgenderism*, 6(1).
- Di Ceglie, D., Skagerberg, E., Baron-Cohen, S., & Auyeung, B. (2014). Empathising and systemising in adolescents with gender dysphoria. *Opticon*, 16(6), 1-8.
- Di Martino, A., Ross, K., Uddin, L. Q., Sklar, A. B., Castellanos, F. X., & Milham, M. P. (2009). Functional brain correlates of social and nonsocial processes in autism spectrum disorders: an activation likelihood estimation meta-analysis. *Biological psychiatry*, 65(1), 63–74.
- Diamond, M. (2013). Transsexuality among twins: Identity concordance, transition, rearing, and orientation. *International Journal of Transgenderism*, 14(1), 24–38.
- Diamond, M. & Sigmundson, K. (1997). Sex reassignment at birth. Long-term review and clinical implications. *Archives of Pediatrics and Adolescent medicine*, 151(3), 298-304.
- Doshi-Velez, F., Ge, Y., & Kohane, I. (2014). Comorbidity clusters in autism spectrum disorders: an electronic health record time-series analysis. *Pediatrics*, 133(1), 54–63.
- Dostál, D., Plhánková, A., & Zášková, T. (2014). Rozdíly v autistických rysech, empatii a systemizaci mezi studenty exaktních a humanitních věd. *Československá psychologie*, 58(3), 206-221.
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental psychology*, 44(1), 34–45.

- Earle, J. F. (2016). An Introduction to the Psychopharmacology of Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 29(2), 62–71.
- Ecker, C., Andrews, D. S., Gudbrandsen, C. M., Marquand, A. F., Ginestet, C... & Medical Research Council Autism Imaging Multicentre Study (MRC AIMS) Consortium (2017). Association Between the Probability of Autism Spectrum Disorder and Normative Sex-Related Phenotypic Diversity in Brain Structure. *JAMA psychiatry*, 74(4), 329–338.
- Elizabeth, P. H., & Green, R. (1984). Childhood sex-role behaviors: Similarities and differences in twins. *Acta Geneticae Medicae et Gemellologiae*, 33(2), 173–179.
- Endendijk, J. J., Groeneveld, M. G., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Mesman, J. (2016). Gender-Differentiated Parenting Revisited: Meta-Analysis Reveals Very Few Differences in Parental Control of Boys and Girls. *PLOS ONE*, 11(7), e0159193.
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: W. W. Norton & Company. ISBN 9780393097863.
- Estes, A., Munson, J., Rogers, S. J., Greenson, J., Winter, J., & Dawson, G. (2015). Long-Term Outcomes of Early Intervention in 6-Year-Old Children With Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(7), 580–587.
- Eyles, D. W., Burne, T. H., & McGrath, J. J. (2013). Vitamin D, effects on brain development, adult brain function and the links between low levels of vitamin D and neuropsychiatric disease. *Frontiers in neuroendocrinology*, 34(1), 47–64.
- Fafejta, M. (2016). *Sexualita a sexuální identita: sociální povaha přirozenosti*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1030-6
- Fausto-Sterling, A. (2000). *Sexing the Body: Gender politics and the construction of sexuality*. New York: Basic Books. ISBN 0465077145.
- Fenske, E. C., Zalenski, S., Krantz, P. J., & McClannahan, L. E. (1985). Age at intervention and treatment outcome for autistic children in a comprehensive intervention program. *Analysis & Intervention in Developmental Disabilities*, 5(1-2), 49–58.
- Fernández, R., Cortés-Cortés, J., Esteva, I., Gómez-Gil, E., Almaraz,... & Pásaro, E. (2015). The CYP17 MspA1 Polymorphism and the Gender Dysphoria. *The journal of sexual medicine*, 12(6), 1329–1333.
- Fifková, H. (2001). Transsexualita z pohledu sexuoložky. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*, 3, 2-3.
- Fifková, H., Weiss, P., Procházka, I. (2008). Diagnostika transsexuality. In Fifková, H. et al. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. (s. 31-41). Praha: Grada. ISBN 978802471696.
- Fifková, H., Weiss, P., Procházka, I., Cohen–Kettenis, P. T., Pfäfflin, F., ... & Weiss, V. (2008). Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity. Praha: Grada. ISBN 978802471696.
- Fifková, H., Weiss, P., & Neumann, D. (2019). *Doporučený postup péče o děti a dospívající s poruchami pohlavní identity (GID)*. Sexuologická společnost. Dostupné z: <http://www.sexuologickaspolecnost.cz/materialy-ke-stazeni>

- Fitzgerald, M., & Bellgrove, M. A. (2006). The overlap between alexithymia and Asperger's syndrome. *Journal of autism and developmental disorders*, 36(4), 573–576.
- Forrest, D. L., Kroeger, R. A., & Stroope, S. (2020). Autism spectrum disorder symptoms and bullying victimization among children with autism in the United States. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(2), 560–571.
- Freud, A. (1937). *The Ego and the Mechanisms of Defense*. New York: International Universities Press. ISBN 978-0823680351.
- Freud, S. (1946). *Three Essays on the Theory of Sexuality*. London: Imago. ISBN 9781614270539.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Cook-Daniels, L., Kim, H. J., Erosheva, E. A., Emler, C. A., Hoy-Ellis, C. P., Goldsen, J., & Muraco, A. (2014). Physical and mental health of transgender older adults: an at-risk and underserved population. *The Gerontologist*, 54(3), 488–500.
- Freeman, G., & Halton, J. (1951). Note on an Exact Treatment of Contingency, Goodness of Fit and Other Problems of Significance. *Biometrika*, 38(1/2), 141-149.
- Frith, U., & Happé, F. (1999). Theory of mind and self-consciousness: What is it like to be autistic? *Mind & Language*, 14(1), 1–22.
- Frome, P. M., Alfeld, C. J., Eccles, J. S., & Barber, B. L. (2006). Why don't they want a maledominated job? An investigation of young women who changed their occupational aspirations`1. *Educational Research and Evaluation*, 12(4), 359 – 372.
- Furtado, P. S., Moraes, F., Lago, R., Barros, L. O., Toralles, M. B., & Barroso, U., Jr (2012). Gender dysphoria associated with disorders of sex development. *Nature reviews. Urology*, 9(11), 620–627.
- Gale, C. M., Eikeseth, S., & Klintwall, L. (2019). Children with Autism show Atypical Preference for Non-social Stimuli. *Scientific reports*, 9(1), 10355.
- Gallucci, G., Hackerman, F., & Schmidt, C. W. (2005). Gender Identity Disorder in an Adult Male with Asperger's Syndrome. *Sexuality and Disability*, 23(1), 35-40.
- Garcia-Falgueras, A., & Swaab, D. F. (2008). A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: relationship to gender identity. *Brain : a journal of neurology*, 131(12), 3132–3146.
- Gatjal, V. & Juhászová, A. (2020). Intersexual Differences in Executive Functions in Adolescents. *SAR Journal*, 3(1), 31-36.
- George, R., & Stokes, M. A. (2018). Sexual Orientation in Autism Spectrum Disorder. *Autism Res.*, 11(1), 133-141.
- Gilmour, L., Schalomon, P. M., & Smith, V. (2012). Sexuality in a community based sample of adults with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(1), 313–318
- Gini, G., & Pozzoli, T. (2009). Association between bullying and psychosomatic problems: A meta-analysis. *Pediatrics*, 123, 1059–1065.

- Glidden, D., Bouman, W. P., Jones, B. A., & Arcelus, J. (2016). Gender Dysphoria and Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review of the Literature. *Sexual medicine reviews*, 4(1), 3–14.
- Goffman, E. (1976). Gender Display. *Studies in the Anthropology of Visual Communication*, 3(2), 69-77.
- Golombok, S. & Fivus, R. (1994). *Gender development*. Cambridge University Press. ISBN 978-0-521-408-622
- Good, J. J., & Sanchez, D. T. (2010). Doing gender for different reasons: Why gender conformity positively and negatively predicts self-esteem. *Psychology of Women Quarterly*, 34(2), 203–214.
- Gordon-Lipkin, E., Marvin, A. R., Law, J. K., & Lipkin, P. H. (2018). Anxiety and mood disorder in children with autism spectrum disorder and ADHD. *Pediatrics*, 141(4), 1–8.
- Grandin, T. (1995). *Thinking in pictures*. Michigan: the University of Michigan. ISBN 9780385477925
- Greenberg, D. M., Warrier, V., Allison, C., & Baron-Cohen, S. (2018). Testing the Empathizing-Systemizing theory of sex differences and the Extreme Male Brain theory of autism in half a million people. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 115(48), 12152–12157.
- Grønberg, T. K., Schendel, D. E., & Parner, E. T. (2013). Recurrence of autism spectrum disorders in full- and half-siblings and trends over time: a population-based cohort study. *JAMA pediatrics*, 167(10), 947–953.
- Guastella, A. J., Einfeld, S. L., Gray, K. M., Rinehart, N. J., Tonge, B. J., Lambert, T. J., & Hickie, I. B. (2010). Intranasal oxytocin improves emotion recognition for youth with autism spectrum disorders. *Biological psychiatry*, 67(7), 692–694.
- Ha, S., Sohn, I. J., Kim, N., Sim, H. J., & Cheon, K. A. (2015). Characteristics of Brains in Autism Spectrum Disorder: Structure, Function and Connectivity across the Lifespan. *Experimental neurobiology*, 24(4), 273–284.
- Haas, A. P., Rodgers, P. L., & Herman, J. L. (2014). Suicide attempts among transgender and gender non-conforming adults. *Work*, 50, 59.
- Haldeman, D. C. (2000). Gender atypical youth: Clinical and social issues. *School Psychology Review*, 29(2), 192.
- Halim, M. L., Ruble, D. N., Lurye, L., Greulich, F., Zosuls, K., & Tamis-LeMonda, C. S. (2013). The case of the pink frilly dress and the avoidance of all things “girly”: Girls’ and boys’ appearance rigidity and cognitive theories of gender development. *Developmental Psychology*, 50(4), 1091-1101.
- Hansen, T.B., Steenberg, L.M., Palic, S., & Elklit, A. (2012). A review of psychological factors related to bullying victimization in schools. *Aggression & Violent Behavior*, 17, 383–387.

- Hare, L., Bernard, P., Sánchez, F. J., Baird, P. N., Vilain, E., Kennedy, T., & Harley, V. R. (2009). Androgen receptor repeat length polymorphism associated with male-to-female transsexualism. *Biological psychiatry*, *65*(1), 93–96.
- Hellemans, H., Colson, K., Verbraeken, C., Vermeiren, R., & Deboutte, D. (2007). Sexual behavior in high-functioning male adolescents and young adults with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, *37*(2), 260–269.
- Helus, Z. (2001). *Úvod do sociální psychologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN 80-7290-054-4.
- Hill, D. B., Rozanski, C., Carfagnini, J., & Willoughby, B. (2005). Gender identity disorders in childhood and adolescence: A critical inquiry. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, *17*(3-4), 7–33.
- Hill, E., Berthoz, S., & Frith, U. (2004). Brief report: cognitive processing of own emotions in individuals with autistic spectrum disorder and in their relatives. *Journal of autism and developmental disorders*, *34*(2), 229–235.
- Hill, E., & Frith, U. (2003). Understanding autism: insights from mind and brain. *Philosophical transactions biological sciences*, *358*(1430), 281–289.
- Hoekzema, E., Schagen, S. E., Kreukels, B. P., Veltman, D. J., Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H., & Bakker, J. (2015). Regional volumes and spatial volumetric distribution of gray matter in the gender dysphoric brain. *Psychoneuroendocrinology*, *55*, 59–71.
- Hort, V. (2008). Psychosexuální vývoj a porucha pohlavní identity v dětství. In Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie* (s. 342-349). Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-404-5
- Horvath, K. J., Iantaffi, A., Swinburne-Romine, R., & Bockting, W. (2014). A comparison of mental health, substance use, and sexual risk behaviors between rural and non-rural transgender persons. *Journal of homosexuality*, *61*(8), 1117–1130.
- Howlin, P. (2005). *Autismus u dospívajících a dospělých*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-041-0
- Howlin, P., Goode, S., Hutton, J., & Rutter, M. (2009). Savant skills in autism: psychometric approaches and parental reports. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, *364*(1522), 1359–1367.
- Hrdlička, M., Komárek, V., Propper, L., Kulisek, R.,... & Urbánek, T. (2004). Not EEG abnormalities but epilepsy is associated with autistic regression and mental functioning in childhood autism. *Eur. Child. Adolesc. Psychiatry*, *13*(4), 209 – 213.
- Hrdlička, M. (2014). Klinický obraz dětského autismus. In Hrdlička, M. & Komárek, V. (Ed.). *Dětský autismus* (s. 34 – 46). Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0686-6
- 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*, 1422.

- Huston, A. C. (1983). Sex-typing. In P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology* (4th ed., s 387-467). New York: Wiley. ISBN 978-0471051947.
- Ingudomnukul, E., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., & Knickmeyer, R. (2007). Elevated rates of testosterone-related disorders in women with autism spectrum conditions. *Hormones and Behavior*, 51(5), 597–604.
- Jacobs, L. A., Rachlin, K., Erickson-Schroth, L., & Janssen, A. (2014). Gender Dysphoria and Co-Occurring Autism Spectrum Disorders: Review, Case Examples, and Treatment Considerations. *LGBT health*, 1(4), 277–282.
- Jahromi, L. B., Meek, S. E., & Ober-Reynolds, S. (2012). Emotion regulation in the context of frustration in children with high functioning autism and their typical peers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(12), 1250–1258.
- Jandourek, J. (2003). *Úvod do sociologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-749-3
- Janošová, P. (2008). *Dívčí a chlapecká identita*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2284-9
- Janssen, A., Huang, H., & Duncan, C. (2016). Gender variance among youth with autism spectrum disorders: A retrospective chart review. *Transgender Health*, 1(1), 63–68.
- Jarkovská, L. (2013). *Etnografický výzkum genderové reprodukce v každodennosti školní třídy*. Praha: Slon. ISBN 978-80-7419-119-0.
- Jones, R. M., Wheelwright, S., Farrell, K., Martin, E., Green, R., Di Ceglie, D., & Baron-Cohen, S. (2012). Brief report: female-to-male transsexual people and autistic traits. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(2), 301–306.
- Ju, D. (2014). *Trans kultura v hierarchizaci a homogenizaci odolává*. Femag. Dostupné z: <http://www.femag.cz/osobni-je-politicke/trans-kultura-hierarchizaci-a-homogenizaci-odolava/>
- Judge, C., O'Donovan, C., Callaghan, G., Gaoatswe, G., & O'Shea, D. (2014) Gender dysphoria – prevalence and co-morbidities in an Irish adult population. *Front. Endocrinol.* 5(87), 1-5.
- Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työlajärvi, M., & Frisén, L. (2018). Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. *Adolesc Health Med Ther*, 9, 31–41.
- Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työlajärvi, M., & Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.*, 9(1), 1-9.
- Kanfiszer, L., Davies, F., & Collins, S. (2017). 'I was just so different': The experiences of women diagnosed with an autism spectrum disorder in adulthood in relation to gender and social relationships. *Autism*, 21(6), 661 – 669.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Kato, K., Mikami, K., Akama, F., Yamada, K., Maehara, M.,... & Matsumoto, H. (2013). Clinical features of suicide attempts in adults with autism spectrum disorders. *General hospital psychiatry*, 35(1), 50–53.

- Katz-Wise, S. L., Reisner, S. L., Hughto, J. W., & Keo-Meier, C. L. (2016). Differences in Sexual Orientation Diversity and Sexual Fluidity in Attractions Among Gender Minority Adults in Massachusetts. *Journal of sex research*, 53(1), 74–84.
- Kellaher, D. C. (2015). Sexual behavior and autism spectrum disorders: An update and discussion. *Current Psychiatry Reports*, 17(4), 1-8.
- Kent, J. M., Hough, D., Singh, J., Karcher, K., & Pandina, G. (2013). An open-label extension study of the safety and efficacy of risperidone in children and adolescents with autistic disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 23(10), 676–686.
- Kerrigan, D., Andrinopoulos, K., Johnson, R., Parham, P., Thomas, T., & Ellen, J. M. (2007). Staying strong: Gender ideologies among African-American adolescents and the implications for HIV/STI prevention. *Journal of Sex Research*, 44(2), 172-180.
- Kessler, S. J., McKenna, W. (1978). *Gender: an ethnomethodological approach*. Chicago: University of Chicago Press. ISBN 0-226-43206-8
- Kibrik, N.D., & Yagubov M.I. (2018). Clinical features of gender identity disorders and patient management. *Andrology and Genital Surgery*, 19(3), 35-41. (In Russ.)
- Kik, F. J. (2016). *Growing Up with Disney: Gender Representation and Spectatorship of Fairytale Cinemas*. Proceedings of Arts & Humanities Conferences.
- Kim, Y. S., Leventhal, B. L., Koh, Y. J., Fombonne, E., Laska, E., Lim, E. C., ... & Grinker, R. R. (2011). Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *The American journal of psychiatry*, 168(9), 904–912.
- King, J. B., Prigge, M. B. D., King, C. K., Morgan, J., Dean, D. C.,... & Anderson, J. S. (2018). Evaluation of Differences in Temporal Synchrony Between Brain Regions in Individuals With Autism and Typical Development. *JAMA Network Open*, 1(7), e18477.
- Koller, R. (2000). Sexuality and Adolescents with Autism. *Sexuality and Disability* 18(2), 125–135.
- Kraemer, B., Delsignore, A., Gundelfinger, R., Schnyder, U., & Hepp, U. (2005). Comorbidity of Asperger syndrome and gender identity disorder. *European child & adolescent psychiatry*, 14(5), 292–296.
- Kranz, G. S., Hahn, A., Kaufmann, U., Küblböck, M., Hummer, A.,... & Lanzenberger, R. (2014). White matter microstructure in transsexuals and controls investigated by diffusion tensor imaging. *The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience*, 34(46), 15466–15475.
- Kristensen, Z. E., & Broome, M. R. (2016). Autistic Traits in an Internet Sample of Gender Variant UK Adults. *International Journal of Transgenderism*, 16(4), 234–245.
- Kung, K. T. F., Spencer, D., Pasterski, V., Neufeld, S., Glover, V.,... & Hines, M. (2016). No relationship between prenatal androgen exposure and autistic traits: Convergent evidence from studies of children with congenital adrenal hyperplasia and of amniotic testosterone concentrations in typically developing children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(12), 1455–1462

- Kuyper, L., & Wijzen, C. (2014). Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 43(2), 377–385.
- Lai, M., Lombardo, M.V. & Baron-Cohen, S. (2014). Autism. *Lancet*, 383, 896–910.
- Lainhart, J. E., & Folstein, S. E. (1994). Affective disorders in people with autism: a review of published cases. *Journal of autism and developmental disorders*, 24(5), 587–601.
- Landen, M., & Rasmussen, P. (1997). Gender identity disorder in a girl with autism: A case report. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 6(3), 170–3.
- Langmeier, J. & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1284.
- Leeper, C., & Friedman, C. K. (2007). The Socialization of Gender. In J. E. Grusec & P. D. Hastings (Eds.), *Handbook of socialization: Theory and research* (p. 561–587). The Guilford Press.
- Lecavalier L. (2006). Behavioral and emotional problems in young people with pervasive developmental disorders: relative prevalence, effects of subject characteristics, and empirical classification. *Journal of autism and developmental disorders*, 36(8), 1101–1114.
- Lee, A., & Hobson, R. P. (1998). On developing self-concepts: a controlled study of children and adolescents with autism. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 39(8), 1131–1144.
- Lee, B. K., & McGrath, J. J. (2015). Advancing parental age and autism: multifactorial pathways. *Trends in molecular medicine*, 21(2), 118–125.
- Leinbach, M. D., & Fagot, B. I. (1986). Acquisition of gender labels: A test for toddlers. *Sex Roles*, 15, 655–666.
- Leinbach, M. D., & Fagot, B. I. (1993). Categorical habituation to male and female faces: Gender schematic processing in infancy. *Infant Behavior and Development*, 16, 317–332
- Lemaire, M., Thomazeau, B., & Bonnet-Brilhault, F. (2013). Gender Identity Disorder and Autism Spectrum Disorder in a 23-Year-Old Female. *Archives of Sexual Behavior*, 43(2), 395–398.
- Levi, I., Herman, L.I., Meier, S.C., et al. (2011). The effects of exogenous testosterone on social cognition in female to-male transsexuals. *WPATH Biennial International Symposium Transgender Beyond Disorder: Identity, Community, and Health*, 24–28.
- Lewis, M., & Ramsay, D. (2004). Development of Self-Recognition, Personal Pronoun Use, and Pretend Play during the 2nd Year. *Child Development*, 75(6), 1821-1831.
- Lindqvist, E. K., Sigurjonsson, H., Möllermark, C., Rinder, J., Farnebo, F., & Lundgren, T. K. (2017). Quality of life improves early after gender reassignment surgery in transgender women. *European journal of plastic surgery*, 40(3), 223–226.
- Lips, H. M. (2009). *Gender: the basics*. New York: Routledge. ISBN 978-1-138-03688-8
- Lombardo, M. V., & Baron-Cohen, S. (2011). The role of the self in mindblindness in autism. *Consciousness and cognition*, 20(1), 130–140.

- Lord, C., Rutter, M., Goode, S., Heemsbergen, J., Jordan, H., Mawhood, L., & Schopler, E. (1989). Autism diagnostic observation schedule: a standardized observation of communicative and social behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19(2), 185–212.
- Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. (1994). Autism diagnostic interview-revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24(5), 659–685.
- Louie, P. (2012). Not so happily ever after? The truth about gender representations in fairy tales. *Ignite*, 4(1), 74–82.
- Lugnegård, T., Hallerbäck, M. U., & Gillberg, C. (2012). Personality disorders and autism spectrum disorders: what are the connections? *Comprehensive Psychiatry*, 53(4), 333–340.
- Maccoby, E. E., & Jacklin, C. N. (1987). Gender segregation in childhood. *Advances in child development and behavior*, 20(8), 239–287.
- MacKenzie, G. O. (1994). *Transgender Nation*. Ohio: Bowling Green State University Popular Press. ISBN 978-0879725969
- Maenner, M.J., Shaw, K.A., Baio, J., et al. (2020). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. *MMWR Surveill Summ*, 69 (4),1–12.
- Maestro, S., Muratori, F., Barbieri, F., Casella, C., Cattaneo, V., Cavallaro, M.C., et al. (2001). Early behavioral development in autistic children: The first 2 years of life through home movies. *Psychopathology*, 34(3), 147–152.
- Maestro, S., Muratori, F., Cavallaro, M.C., Pei, F., Stern, D., Golse, B., et al. (2002). Attentional skills during the first 6 months of age in autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(10), 1239–1245.
- Mahfouda, S., Panos, C., Whitehouse, A., Thomas, C. S., Maybery, M.,... & Lin, A. (2019). Mental Health Correlates of Autism Spectrum Disorder in Gender Diverse Young People: Evidence from a Specialised Child and Adolescent Gender Clinic in Australia. *Journal of clinical medicine*, 8(10), 1503.
- Maïano, C., Normand, C. L., Salvas, M., Moullec, G., & Aimé, A. (2016). Prevalence of school bullying among youth with autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Autism Research*, 9(6), 601–615.
- 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.
- Martin, C.L., Ruble, D.N., & Szkrybalo, J. (2002). Cognitive theories of early gender development. *Psychological Bulletin*, 128(6), 903–933.
- Martin, C. L., & Ruble, D. (2004). Children's Search for Gender Cues: Cognitive Perspectives on Gender Development. *Current Directions in Psychological Science*, 13(2), 67–70.
- Matějček, Z. (2008). *Co děti nejmíc potřebují*. 5. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-736-750-42.

- Mayes, S.D., Gorman, A.A., Hillwig-Garcia, J., & Syed, E. (2013). Suicide ideation and attempts in children with autism. *Res Autism Spectr Disord*, 7(1), 109–19.
- Mazaheri Meybodi, A., Hajebi, A., & Ghanbari Jolfaei, A. (2014). Psychiatric Axis I Comorbidities among Patients with Gender Dysphoria. *Psychiatry journal*, 2014, 971814.
- McConachie, H., & Diggle, T. (2007). Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: a systematic review. *Journal of evaluation in clinical practice*, 13(1), 120–129.
- Melanie, T., Dick F., S., & Julie, B. (2012). Sex Differences in the Neurokinin B System in the Human Infundibular Nucleus. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 12(1), 2210-2220.
- Millarová, S. (1978). *Psychologie hry*. Praha: Panorama.
- Miller, C. L. (1983). Developmental changes in male/female voice classification by infants. *Infant Behavior and Development*, 6, 313–330.
- Millet, N., Longworth, J., & Arcelus, J. (2017). Prevalence of anxiety symptoms and disorders in the transgender population: A systematic review of the literature. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 27–38.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2005). Gender identity outcome in female-raised 46 XY persons with penile agenesis, cloacal exstrophy of the bladder, or penile ablation. *Archives of sexual behavior*, 34(4), 423-438.
- Mikami, K., Inomata, S., Hayakawa, N., Ohnishi, Y., Enseki, Y., Ohya, A., Haruki, Y., Kishi, Y., Shinohara, Y., Ichimura, A., & Matsumoto, H. (2009). Frequency and clinical features of pervasive developmental disorder in adolescent suicide attempts. *General hospital psychiatry*, 31(2), 163–166.
- Mischel, W. (1966). A Social-Learning View of Sex Differences in Behavior. pp. 56-81 in Eleanor E. Maccoby (ed.). *The Development of Sex Differences*. Stanford, CA: Stanford University Press. ISBN 9780804703086.
- Money, J. (1994). The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years. *J Sex Marital Ther*, 20(3):163-177.
- Money, J., Hampson, J. G., & Hampson, J. L. (1955). Hermaphroditism: Recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychologic management. *Bull. Johns Hopkins Hospital*, 97, 284-300.
- Money, J. & Tucker, P. (1975). *Sexual Signatures on Being a Man or a Woman*. New York, NY: Little Brown & Co. ISBN 0-316-57825-8
- Morie, K. P., Jackson, S., Zhai, Z. W., Potenza, M. N., & Dritschel, B. (2019). Mood disorders in high-functioning autism: The importance of alexithymia and emotional regulation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(7), 2935–2945.
- Mukaddes, N. M. (2002). Gender identity problems in autistic children. *Child: Care, Health and Development*, 28(6), 529–532.

- Muller, C. L., Anacker, A., & Veenstra-Vanderweele, J. (2016). The serotonin system in autism spectrum disorder: From biomarker to animal models. *Neuroscience*, 321, 24–41.
- Nakamoto, J., & Schwartz, D. (2010). Is peer victimization associated with academic achievement? A Meta-analytic review. *Social Development*, 19(2), 221–242.
- Nakonečný, M. (2009). *Psychologie osobnosti*. 2. vyd. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1680-5.
- Nemoto, T., Bödeker, B., & Iwamoto, M. (2011). Social support, exposure to violence and transphobia, and correlates of depression among male-to-female transgender women with a history of sex work. *American journal of public health*, 101(10), 1980–1988.
- Nguyen, W., Ownsworth, T., Nicol, C., & Zimmerman, D. (2020). How I See and Feel About Myself: Domain-Specific Self-Concept and Self-Esteem in Autistic Adults. *Frontiers in psychology*, 11, 913.
- Nobili, A., Glazebrook, C., Bouman, W. P., Glidden, D., Baron-Cohen, S., Allison, C., Smith, P., & Arcelus, J. (2018). Autistic Traits in Treatment-Seeking Transgender Adults. *Journal of autism and developmental disorders*, 48(12), 3984–3994.
- Noppe, I., C. (2009). *Gender role development the development of sex and gender*. Dostupné z: <http://social.jrank.org/pages/272/Gender-Role-Development.html>
- Oakley, A. (2000). *Pohlaví, gender a společnost*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-403-6
- Osório, A. A. C., do Egito, J. H. T., Martins, G. C., Kim, C. A., Honjo, R. S.,... & Teixeira, M. C. T. V. (2019). Associations between Fetal Testosterone and Pro-Social Tendencies, Anxiety and Autistic Symptoms in Williams Syndrome: A Preliminary Study. *International Journal of Developmental Disabilities*, 65(2), 82–88.
- Ozonoff, S., Macari, S., Young, G. S., Goldring, S., Thompson, M., & Rogers, S. J. (2008). Atypical object exploration at 12 months of age is associated with autism in a prospective sample. *Autism*, 12(5), 457–472.
- Ozonoff, S., South, M., & Miller, J. N. (2000). DSM-IV defined Asperger syndrome: cognitive, behavioral and early history differentiation from high-functioning autism. *Autism*, 4(1), 29-46.
- Pasterski, V., Gilligan, L., & Curtis, R. (2014). Traits of autism spectrum disorders in adults with gender dysphoria. *Arch Sex Behav*, 43(2), 387-93.
- Parekh, R. (2018). "What Is Gender Dysphoria?". American Psychiatric Publishing. Dostupné z: <https://www.psychiatry.org/patients-families/gender-dysphoria/what-is-gender-dysphoria>
- Parkinson, J. (2013). Gender dysphoria in Asperger's syndrome: a caution. *Australasian Psychiatry*, 22(1), 84–85
- Pecora, L. A., Mesibov, G. B., & Stokes, M. A. (2016). Sexuality in high-functioning autism: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(11), 3519–3556.
- Perera, H., Gadambanathan, T. and Weerasiri, S., 2011. Gender identity disorder presenting in a girl with Asperger's disorder and obsessive compulsive disorder. *Ceylon Medical Journal*, 48(2), 57–58.

- Perry, D. G., & Bussey, K. (1979). The social learning theory of sex differences: Imitation is alive and well. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(10), 1699–1712.
- Persico, A. M., Ricciardello, A., & Cucinotta, F. (2019). The psychopharmacology of autism spectrum disorder and Rett syndrome. *Handbook of Clinical Neurology*, 165, 391–414
- Person, E. & Ovesey, L. (1983). Psychoanalytic theories of gender identity. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 11(2), 203–226.
- Poulin-Dubois, D., Serbin, L. A., Eichstedt, J. A., Sen, M. G., & Beissel, C. F. (2002). Men don't put on make-up: Toddlers' knowledge of the gender stereotyping of household activities. *Social Development*, 11(2), 166–181.
- Piaget, J., & Inhelderová, B. (1997). *Psychologie dítěte*. Praha: Portál. ISBN 80–7178–146–0
- Poněšický, J. (2012). *Fenomén ženství a mužství: psychologie ženy a muže, rozdíly a vztahy*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-546-6
- Preves, S. E. (2003). *Intersex and Identity: The contested self*. New Brunswick: Rutgers University Press. ISBN 978-0813532295
- Rachlin, K. (2002). Transgender individuals' experiences of psychotherapy. *International Journal of Transgenderism*, 6(1).
- Rametti, G., Carillo, B., Gomez-Gil, E., Junque, C., Zubiarre-Elorza, L., Segovia, S., ... Guillamon, A. (2011a). The microstructure of white matter in male to female transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A diffusion tensor imaging study. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 949–954.
- Rametti, G., Carrillo, B., Gomez-Gil, E., Junque, C., Segovia, S., Gomez, A., & Guillamon, A. (2011b). White matter microstructure in female to male transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A diffusion tensor imaging study. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 199–204.
- Rapin, I., Dunn, M. A., Allen, D. A. et al. (2009). Subtypes of language disorders in school-age children with autism. *Developmental neuropsychology*, 34(2), 66-84.
- Redman, S., Downie, M., Rennison, R. and Batten, A. (2009). *Don't Write Me Off: Make the System Fair for People with Autism*. London: The National Autistic Society.
- Reiner, W. G., & Gearhart, J. P. (2004). Discordant sexual identity in some genetic males with cloacal exstrophy assigned to female sex at birth. *The New England journal of medicine*, 350(4), 333–341.
- Rekers, G. A., Rosen, A. C., & Morey, S. M. (1990). Projective Test Findings for Boys with Gender Disturbance: Draw-a-Person Test, IT Scale, and Make-a-Picture Story Test. *Perceptual and Motor Skills*, 71(3), 771–779
- Renzetti, C., & Curran, D. (2003). *Ženy, muži a společnost*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0525-2
- Richardson, D. (2002). Constructing sexual citizenship: theorizing sexual rights. *Critical Social policy*, 20(1), 105-135.

- Riegle-Crumb, C., & Humphries, M. (2012). Exploring Bias in Math Teachers' Perceptions of Students' Ability by Gender and Race/Ethnicity. *Gender & society: official publication of Sociologists for Women in Society*, 26(2), 290–322.
- Ristori, J., & Steensma, T. D. (2016). Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 13–20.
- Rivet, T. T., & Matson, J. L. (2011). Review of gender differences in core symptomatology in autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(3), 957–976.
- Roberts, A. L., Rosario, M., Corliss, H. L., Koenen, K. C., & Austin, S. B. (2012). Childhood gender nonconformity: a risk indicator for childhood abuse and posttraumatic stress in youth. *Pediatrics*, 129(3), 410–417.
- Roberts, A. L., Rosario, M., Slopen, N., Calzo, J. P., & Austin, S. B. (2013). Childhood gender nonconformity, bullying victimization, and depressive symptoms across adolescence and early adulthood: an 11year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(2), 143–152.
- Robertson, C. E. (1989). "The Māhū of Hawai'i". *Feminist Studies*, 15(2), 318.
- Robins, D. L., Fein, D., & Barton, M. (2009). *Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised, with Follow-Up (M-CHAT-R/F)*. Self-published.
- Rossignol, D. A., & Frye, R. E. (2011). Melatonin in autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Developmental medicine and child neurology*, 53(9), 783–792.
- Rydén, G., Rydén, E., & Hetta, J. (2008). Borderline personality disorder and autism spectrum disorder in females: A cross-sectional study. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 5(1), 22–30.
- Sánchez, F. J., & Vilain, E. (2009). Collective Self-Esteem as a Coping Resource for Male-to-Female Transsexuals. *Journal of counseling psychology*, 56(1), 202–209.
- Sanford, N. (1955). The dynamics of identification. *Psychological Review*, 62(2), 106–118.
- Scarpa, A., & Reyes, N. M. (2011). Improving emotion regulation with CBT in young children with high functioning autism spectrum disorders: a pilot study. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 39(4), 495–500.
- Schopler E., & Bourgondien M. (2010). *CARS™2 - Childhood Autism Rating Scale™*. 2nd ed. Torrance, CA: WPS.
- Schriber, R. A., Robins, R. W., & Solomon, M. (2014). Personality and self-insight in individuals with autism spectrum disorder. *Journal of personality and social psychology*, 106(1), 112–130.
- Schriber, R. A., Robins, R. W., & Solomon, M. (2014). Personality and self-insight in individuals with autism spectrum disorder. *Journal of personality and social psychology*, 106(1), 112–130.
- Schroeder, J. H., Cappadocia, M. C., Bebko, J. M., Pepler, D. J., & Weiss, J. A. (2014). Shedding light on a pervasive problem: a review of research on bullying experiences among

children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(7), 1520–1534.

Schumacher, B. (2017). 'We are all born naked' – is the rest drag? Some thoughts on gender identity development and psychoanalysis. Dostupné z: <https://cspap.cz/wp-content/uploads/2019/05/EFPP-Schumacher-We-are-all-born-naked.pdf>

Schumann, C. M., Bloss, C. S., Barnes, C. C., Wideman, G. M., Carper, R. A., ... & Courchesne, E. (2010). Longitudinal magnetic resonance imaging study of cortical development through early childhood in autism. *The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience*, 30(12), 4419–4427.

Segers, M., & Rawana, J. (2014). What do we know about suicidality in autism spectrum disorders? A systematic review. *Autism research: official journal of the International Society for Autism Research*, 7(4), 507–521.

Seltzer, M. M., Shattuck, P., Abbeduto, L., & Greenberg, J. S. (2004). Trajectory of development in adolescents and adults with autism. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 10(4), 234–247.

Serbin, L. A., Poulin-Dubois, D., Colburne, K. A., Sen, M. G., & Eichstedt, J. A. (2001). Gender stereotyping in infancy: Visual preferences for and knowledge of gender-stereotyped toys in the second year. *International Journal of Behavioral Development*, 25(1), 7–15

Sharp, W. G., Berry, R. C., McCracken, C., Nuhu, N. N., Marvel, E., Saulnier, C. A., et al. (2013). Feeding problems and nutrient intake in children with autism spectrum disorders: A metaanalysis and comprehensive review of the literature. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(9), 2159–2173.

Sher L. (1997). Autistic disorder and the endogenous opioid system. *Medical hypotheses*, 48(5), 413–414.

Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921–929.

Skorich, D. P., May, A. R., Talipski, L. A., Hall, M. H., Dolstra, A. J., Gash, T. B., & Gunningham, B. H. (2016). Is Social Categorization the Missing Link Between Weak Central Coherence and Mental State Inference Abilities in Autism? Preliminary Evidence from a General Population Sample. *Journal of autism and developmental disorders*, 46(3), 862–881.

Slijper, F. M., Drop, S. L., Molenaar, J. C., & de Muinck Keizer-Schrama, S. M. (1998). Long-term psychological evaluation of intersex children. *Archives of sexual behavior*, 27(2), 125–144.

Smetáčková, I., & Vlková, K. (2005). *Gender ve škole*. Praha: Otevřená společnost, o. p. s. ISBN 80-903331-2-5

Smith, E. S., Junger, J., Derntl, B., & Habel, U. (2015). The transsexual brain--A review of findings on the neural basis of transsexualism. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 59, 251–266.

- Steensma, T. D., Kreukels, B. P. C., de Vries, A. L. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior*, *64*(2), 288-297.
- Stief, M. (2017). The sexual orientation and gender presentation of hijra, kothi, and panthi in mumbai, india. *Archives of Sexual Behavior*, *46*(1), 73-85.
- Strang, J. F., Kenworthy, L., Dominska, A., Sokoloff, J., Kenealy, L. E., & Wallace, G. L. (2014). Increased gender variance in autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of sexual behavior*, *43*(8), 1525–1533.
- Strauss, P., Cook, A., Winter, S., Watson, V., Wright Toussaint, D., Lin, A. (2017). *Trans Pathways: the mental health experiences and care pathways of trans young people. Summary of results*. Perth, Australia: Telethon Kids Institute. ISBN 978-0-6481297-1-4
- Stromquist, N. P. (2007). *The gender socialization process in schools: A cross-national comparison*. *EFA Global Monitoring Report 2008, Education for All by 2015: will we make it?* UNESCO. Dostupné z: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000155587>
- Swaab, D. F., & Garcia-Falgueras, A. (2009). Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation. *Functional neurology*, *24*(1), 17–28.
- Syriopoulou-Delli, C. K., Polychronopoulou, S. A., Kolaitis, G. A., & Antoniou, A.-S. G. (2019). Views of Teachers on Anxiety Symptoms in Students with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, *49*(2), 704–720.
- Šporclová, V. (2018). *Autismus od A do Z*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88163-98-5
- Šulová, L. (2004). *Raný psychický vývoj*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0877-4
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. *The Social Psychology of Intergroup Relations*, *33*(47), 74.
- Tamale, S. (2013). Confronting the Politics of Nonconforming Sexualities in Africa. *African Studies Review*, *56*(2), 31-45.
- Tanguay P. E. (2000). Pervasive developmental disorders: a 10-year review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*(9), 1079–1095.
- Tantam, D. (2000). Psychological disorder in adolescents and adults with asperger syndrome. *Autism*, *4*(1), 47–62.
- Tateno, M., Tateno, Y., & Saito, T. (2008). Comorbid childhood gender identity disorder in a boy with Asperger syndrome. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *62*(2), 238–238
- Taziaux, M., Staphorsius, A. S., Ghatei, M. A., Bloom, S. R., Swaab, D. F., & Bakker, J. (2016). Kisspeptin Expression in the Human Infundibular Nucleus in Relation to Sex, Gender Identity, and Sexual Orientation. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, *101*(6), 2380–2389.
- Thorová, K. (2003). *Od časně diagnózy k účinné pomoci, diagnostika poruch autistického spektra. Pilotní studie k vytvoření screeningového testu*. [Disertační práce]. Praha: FF UK.
- Thorová, K. (2006). *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál. ISBN 80–7367–091–7.

- Thorová, K., Jůn, H., & Čadilová, V. (2014). *Výchovné a vzdělávací intervence u dětí s autismem*. In Hrdlička, M. & Komárek, V. (Eds.) *Dětský autismus*. (s. 171-182). Praha: Portál.
- Trautner H.M., Ruble, D.N., Cyphers, L., Kirsten, B., Behrendt, R., & Hartmann, P. (2005). Rigidity and flexibility of gender stereotypes in children: Developmental or differential? *Infant and Child Development*, 14(4), 365–381.
- Tse, J., Strulovitch, J., Tagalakis, V., Meng, L., & Fombonne, E. (2007). Social skills training for adolescents with Asperger syndrome and high-functioning autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 37(10), 1960–1968.
- Tuchman, R., & Rapin, I. (2002). Epilepsy in autism. *The Lancet. Neurology*, 1(6), 352–358.
- Turban, J. L., & van Schalkwyk, G. I. (2018). "Gender Dysphoria" and Autism Spectrum Disorder: Is the Link Real?. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(1), 8–9.
- Tyson, L. (2006). *Critical Theory Today: A User-friendly Guide*. New York: Routledge. ISBN 978-0415974097.
- Ujike, H., Otani, K., Nakatsuka, M., Ishii, K., Sasaki, A.,... & Kuroda, S. (2009). Association study of gender identity disorder and sex hormone-related genes. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 33(7), 1241–1244.
- Umeda, S., Mimura, M., & Kato, M. (2010). Acquired personality traits of autism following damage to the medial prefrontal cortex. *Social neuroscience*, 5(1), 19–29.
- Vágnerová, M. (2014a). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1
- Vágnerová, M. (2014b). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5
- van der Miesen, A. I. R., Hurley, H., Bal, A. M., & de Vries, A. L. C. (2018). Prevalence of the wish to be of the opposite gender in adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 47(8), 2307–2317.
- van Schalkwyk, G., Smith, I.C., Silverman, W.K., & Volkmar, F.R. (2018). Bullying and anxiety in high-functioning adolescents with ASD. *J Autism Dev Disord*, 48(5), 1819–24.
- Vanderlaan, D.P., Leef, J.H., Wood, H., Hughes, S.K. & Zucker, K.J. (2015). Autism Spectrum Disorder Risk Factors and Autistic Traits in Gender Dysphoric Children. *J Autism Dev Disord*, 46, 1742–1750.
- VanderLaan, D. P., Postema, L., Wood, H., Singh, D., Fantus, S., Hyun, J., Leef, J., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2015). Do children with gender dysphoria have intense/obsessional interests? *Journal of sex research*, 52(2), 213–219.
- Ventress, K. (1975). *A cognitive developmental study of children's sex-role development* (diplomová práce). Cape Town: University of Cape Town. Dostupné z: https://open.uct.ac.za/bitstream/handle/11427/12458/thesis_hum_1975_1975_ventress_k.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Wagels, L., Schneider, I., Menke, S., Ponge, A. K., Kohn, N., Schneider, F., & Habel, U. (2020). Autism and Reactions to Provocation in a Social and Non-social Context. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 50(2), 402–414.
- Wallien, M. S., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413–1423.
- Wang, J., Barstein, J., Ethridge, L. E., Mosconi, M. W., Takarae, Y., & Sweeney, J. A. (2013). Resting state EEG abnormalities in autism spectrum disorders. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 5(1), 1–14.
- Wang, Z., Whiteside, S., Sim, L., Farah, W., Morrow, A. S., ... & Murad, M. H. (2017). Comparative Effectiveness and Safety of Cognitive Behavioral Therapy and Pharmacotherapy for Childhood Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 171(11), 1049–1056.
- Weber, A. M., Cislighi, B., Meausoone, V., Abdalla, S., Mejía-Guevara, I.,... & Darmstadt, G. L. (2019). Gender norms and health: insights from global survey data. *Lancet (London, England)*, 393(10189), 2455–2468.
- Weinforth, G., Fakin, R., Giovanoli, P., & Nuñez, D. G. (2019). Quality of Life Following Male-To-Female Sex Reassignment Surgery. *Deutsches Arzteblatt international*, 116(15), 253–260.
- Weintraub, K. (2011). Autism counts. *Nature*, 479(7371), 22–24.
- Weintraub, M., Clemens, L. P., Sockloff, A., Etheridge, R., Gracely, E., & Myers, B. (1984). The development of sex role stereotypes in the third year: Relationships to gender labeling, gender identity, sex-typed toy preferences, and family characteristics. *Child Development*, 55, 1493–1503.
- Weiss, P. (2013). Poruchy pohlavní identity. *Psychiatr. praxi*, 14(2), 69–71.
- Weiss, P. (2019). *Sexuální identity*. Příspěvek prezentovaný na konferenci 32. Československou psychoterapeutickou konferenci, listopad 2019. Přerov, Česká republika.
- Weiss, P., Zvěřina, J., & Janáčková, L. (2010). Existuje bisexualita? *Prakt. Lék.* 90(5), 311–312.
- West, C., & Zimmerman, D. H. (1987). Doing gender. *Gender & Society*, 1(1): 125–151.
- White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clinical psychology review*, 29(3), 216–229.
- Williams D. (2010). Theory of own mind in autism: Evidence of a specific deficit in self-awareness?. *Autism : the international journal of research and practice*, 14(5), 474–494.
- Williams, P. G., Allard, A. M. & Sears, L. (1996). Case study: Cross-gender preoccupations in two male children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 26, 635.
- Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychol. Med.*, 11(1), 115–129.

- Wing L. (1996). Autistic spectrum disorders. *BMJ (Clinical research ed.)*, 312(7027), 327–328.
- Wing, L. (1997). The history of ideas on autism. *Autism*, 1, 13–23.
- Wing, L., & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interactions and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *J Autism Dev. Disord.*, 9(1), 11–29.
- WHO. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision)*. World Health Organization. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Wood, J. J., Drahota, A., Sze, K., Har, K., Chiu, A., & Langer, D. A. (2009). Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: a randomized, controlled trial. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 50(3), 224–234.
- Wylie, K., Barrett, J., Besser M, & Ward, D. (2014). Good Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Adults with Gender Dysphoria. *Sex Relat Ther*, 29(2), 154–214.
- Yatawara, C. J., Einfeld, S. L., Hickie, I. B., Davenport, T. A., & Guastella, A. J. (2016). The effect of oxytocin nasal spray on social interaction deficits observed in young children with autism: a randomized clinical crossover trial. *Molecular psychiatry*, 21(9), 1225–1231.
- Younger, B. A., & Fearing, D. D. (1999). Parsing items into separate categories: Developmental change in infant categorization. *Child Development*, 70(2), 291–303.
- Zábrodská, K. (2009). *Variace na gender: Poststrukturalismus, diskurzivní analýza a genderová identita*. Praha: Academia. ISBN 978-80-2001-7529
- Zahavi D. (2010). Complexities of self. *Autism: the international journal of research and practice*, 14(5), 547–551.
- Zákon č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách
- Zhu, Y. S., & Cai, L. Q. (2006). Effects of male sex hormones on gender identity, sexual behavior, and cognitive function. *Zhong nan da xue xue bao. Yi xue ban = Journal of Central South University. Medical sciences*, 31(2), 149–161
- Zucker K. J. (1999). Intersexuality and gender identity differentiation. *Annual review of sex research*, 10, 1–69.
- Zucker, K. J. (2017). Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sex Health*, 14(5), 404–411.
- Zucker, K. J., Nabbijohn, A. N., Santarossa, A., Wood, H., Bradley, S. J., Matthews, J., & VanderLaan, D. P. (2017). Intense/obsessional interests in children with gender dysphoria: a cross-validation study using the Teacher's Report Form. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 11, 51.
- Zuckerman, K., Lindly, O. J., & Chavez, A. E. (2017). Timeliness of Autism Spectrum Disorder Diagnosis and Use of Services Among U.S. Elementary School-Aged Children. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 68(1), 33–40.

Seznam grafů

Graf 1: Zastoupení mužů a žen ve výzkumném souboru

Graf 2: Dosažené vzdělání dle skupin

Graf 3: Přítomnost jiné duševní poruchy dle pohlaví ve skupinách

Graf 4: Rodinný stav dle skupin

Graf 5: Sexuální orientace dle skupin

Graf 6: Pohlavní styk dle skupin

Graf 7: Boxplot GIDYQ-AA u KS a ES

Graf 8: Boxplot GIDYQ-AA obou skupin dle pohlaví

Graf 9: Boxplot GIDYQ-AA v ES a KS dle sexuální orientace

Graf 10: Regresní přímka AQ-10 a GIDYQ-AA

Seznam tabulek

Tabulka 1: Věkové rozložení dle pohlaví ve skupinách

Tabulka 2: Dosažené vzdělání dle pohlaví ve skupinách

Tabulka 3: Jiné duševní poruchy dle pohlaví ve skupinách

Tabulka 4: Rodinný stav dle pohlaví ve skupinách

Tabulka 5: Transgender dle pohlaví ve skupinách

Tabulka 6: Sexuální orientace dle pohlaví ve skupinách

Tabulka 7: Pohlavní styk dle pohlaví ve skupinách

Tabulka 8: Výskyt gender dysforie

Tabulka 9: Celkový hrubý skóre z GIDYQ-AA

Tabulka 10: Spearmanova korelační matice

Tabulka 11: Regresní koeficienty GIDYQ-AA s prediktory subškál AQ-10

Tabulka 12: Regresní koeficienty GIDYQ-AA s prediktory subškál AQ-10 u mužů

Tabulka 13: Regresní koeficienty GIDYQ-AA s prediktory subškál AQ-10 u žen

Tabulka 14: Deskriptivní statistika – Subškály GIDYQ-AA

Tabulka 15: Výsledky subškál GIDYQ-AA

Seznam zkratek

APA	American Psychological Association/ Americká psychologická asociace
AQ-10	Autism Spectrum Quotient / Kvocient autistického spektra
AS	Aspergerův syndrom
DSM-V	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
FTM	Female-to-Male/ Trans muž
GD	Gender dysforie
GI	Genderová inkongruence
GIDYQ-AA	Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults
MKN-11	Mezinárodní klasifikace nemocí
MTF	Male-to-Female/ Trans žena
NT	Neurotypická skupina
PAS	Porucha autistického spektra
RLT	Real life test

Přílohy

Příloha 1 – Informovaný souhlas

Příloha 2 – Demografický dotazník a dotazník zjišťující sexualitu

Příloha 3 – Kvocient autistického spektra (AQ-10; český překlad)

Autism quotient (AQ-10; původní anglická verze)

Příloha 4 - Dotazník Gender Identity/Gender dysforie u adolescentů a dospělých

(GIDYQ-AA; český překlad)

The Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults (GIDYQ-AA; původní anglická verze)

Příloha 1. Informovaný souhlas

Vážený pane/Vážená paní,

děkuji Vám, že se chcete podílet na výzkumu v rámci diplomové práce zkoumající genderovou identitu. Genderová identita je subjektivně vnímaný pocit sounáležitosti či naopak rozporu s vlastním tělem, s jeho primárními a sekundárními pohlavními znaky (např. penis, prsa, ochlupení, prohloubení hlasu), i se sociální rolí přisuzovanou danému pohlaví.

Celý dotazník má čtyři části. Vyplnění zabere 5 až 8 minut a neexistuje správná ani špatná odpověď. Odpovězte, prosím, na každou otázku.

Dotazník je zcela dobrovolný a anonymní. Získaná data budou použita pouze pro účely zpracování diplomové práce a nebudou šířena dále.

Výsledky přispějí k lepšímu porozumění málo probádané problematice genderové identity, což souvisí s vnímáním sebe sama, vnímání genderových rolí a navazováním blízkých vztahů.

Děkuji Vám předem za vyplnění!

Bc. Julie Lukina

Souhlasím s účastí na tomto výzkumu v rámci diplomové práce.

- Ano
- Ne

Souhlasím se zpracováním dat v anonymní podobě.

- Ano
- Ne

Příloha 2. Demografický dotazník a dotazník zjišťující sexualitu (muži, ženy)

Demografický dotazník a dotazník zjišťující sexualitu pro muže

1. Část: Demografický dotazník

Kolik je Vám let (číslo)? _____

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Bez vzdělání
- Základní škola
- Střední škola bez maturity
- Střední škola s maturitou
- Vysoká odborná škola
- Vysoká škola – bakalářský diplom (Bc.)
- Vysoká škola – magisterský diplom (Ing., Mgr.)
- Vysoká škola – doktorský diplom (Ph.D.)

Jaký je Váš rodinný stav?

- Svobodný
- Ve vztahu
- Ženatý
- Rozvedený
- Ovdovělý

Byla Vám diagnostikována porucha autistického spektra (PAS)?

- Ano
- Ne
- Bylo vysloveno podezření odborníkem
- Mám u sebe podezření na PAS

Byla Vám diagnostikována jiná duševní porucha?

- Ano
- Ne

Pokud odpověď na předchozí otázku je "Ano", prosím, uveďte, jaká duševní porucha Vám byla diagnostikována.

- Úzkostná porucha
- Deprese
- Obsedantně kompulzivní porucha
- Schizofrenie
- Porucha příjmu potravy
- Porucha osobnosti
- Ano, ale nechci specifikovat
- Jiná: _____

2. Část: Dotazník zjišťující sexualitu

Jaké bylo Vaše pohlaví při narození?

- Muž
- Žena

Někteří jedinci se popisují jako transgender, což znamená, že zažívají jinou pohlavní identitu, než je ta, s kterou se narodili. Například, osoba narozená v mužském těle se cítí jako žena a může se tak i projevovat. Považujete se za transgender?

- Ano
- Ne
- Nevím

Kdo Vás přitahuje?

- Muži
- Ženy
- Muži i ženy
- Nikdo

S kým jste měl během Vašeho života pohlavní styk?

- S muži
- S ženami
- S muži i ženami
- S nikým

Demografický dotazník a dotazník zjišťující sexualitu pro ženy

1. Část: Demografický dotazník

Kolik je Vám let (číslo)? _____

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Bez vzdělání
- Základní škola
- Střední škola bez maturity
- Střední škola s maturitou
- Vysoká odborná škola
- Vysoká škola – bakalářský diplom (Bc.)
- Vysoká škola – magisterský diplom (Ing., Mgr.)
- Vysoká škola – doktorský diplom (Ph.D.)

Jaký je Váš rodinný stav?

- Svobodná
- Ve vztahu
- Vdaná
- Rozvedená
- Ovdovělá

Byla Vám diagnostikována porucha autistického spektra (PAS)?

- Ano
- Ne
- Bylo vysloveno podezření odborníkem
- Mám u sebe podezření na PAS

Byla Vám diagnostikována jiná duševní porucha?

- Ano
- Ne

Pokud odpověď na předchozí otázku je "Ano", prosím, uveďte, jaká duševní porucha Vám byla diagnostikována.

- Úzkostná porucha
- Deprese
- Obsedantně kompulzivní porucha
- Schizofrenie
- Porucha příjmu potravy
- Porucha osobnosti
- Ano, ale nechci specifikovat
- Jiná: _____

2. Část: Dotazník zjišťující sexualitu

Jaké bylo Vaše pohlaví při narození?

- Muž
- Žena

Někteří jedinci se popisují jako transgender, což znamená, že zažívají jinou pohlavní identitu, než je ta, s kterou se narodili. Například, osoba narozená v mužském těle se cítí jako žena a může se tak i projevovat. Považujete se za transgender?

- Ano
- Ne
- Nevím

Kdo Vás přitahuje?

- Muži
- Ženy
- Muži i ženy
- Nikdo

S kým jste měla během Vašeho života pohlavní styk?

- S muži
- S ženami
- S muži i ženami
- S nikým

Příloha 3. AQ – 10 (česká verze; původní anglická verze)

Kvocient autistického spektra

Instrukce: Níže najdete řadu tvrzení. Každé z nich si pozorně přečtete a posuďte, do jaké míry s ním souhlasíte nebo nesouhlasíte. Nejsou zde žádné správné nebo špatné odpovědi ani "chytáky".

1 - zcela souhlasím, 2 - spíše souhlasím, 3 - spíše nesouhlasím, 4 - zcela nesouhlasím

- 1) ____ Často si všímám nepatrných zvuků, zatímco ostatní nikoli.
- 2) ____ Obvykle se víc soustředím na obraz jako celek než na malé detaily.
- 3) ____ Je pro mě snadné dělat více věcí naráz.
- 4) ____ Pokud mě při činnosti něco vyruší, umím se k ní velmi rychle vrátit.
- 5) ____ Je pro mě jednoduché „číst mezi řádky“, když se mnou někdo mluví.
- 6) ____ Umím rozpoznat, když se můj posluchač začíná nudit.
- 7) ____ Při četbě příběhu je pro mě těžké zjistit úmysly postav.
- 8) ____ Rád/a sbírám informace o kategoriích určitých věcí (např. typy aut, druhy ptáků, typy vlaků, druhy rostlin...)
- 9) ____ Je pro mě snadné poznat, co si druhý myslí nebo cítí jen na základě pohledu do jeho tváře
- 10) ____ Je pro mě těžké odhadnout úmysly druhých lidí.

Autism Quotient; AQ – 10 (původní anglická verze)

Instructions: For each of the questions below, choose one of these answers:

1 - definitely agree, 2 - slightly agree, 3- slightly disagree, 4 - definitely disagree

- 1) ____ I often notice small sounds when others do not.
- 2) ____ I usually concentrate more on the whole picture, rather than the small details.
- 3) ____ I find it easy to do more than one thing at once.
- 4) ____ If there is an interruption, I can switch back to what I was doing very quickly.
- 5) ____ I find it easy to 'read between the lines' when someone is talking to me.
- 6) ____ I know how to tell if someone listening to me is getting bored.
- 7) ____ When I'm reading a story I find it difficult to work out the characters' intentions.
- 8) ____ I like to collect information about categories of things (e.g. types of car, types of bird, types of train, types of plant, etc).
- 9) ____ I find it easy to work out what someone is thinking or feeling just by looking at their face.
- 10) ____ I find it difficult to work out people's intentions.

Příloha 4. GIDYQ-AA (česká verze; původní anglická verze)

Dotazník Gender Identity/Gender dysforie u adolescentů a dospělých **verze A pro muže (český překlad)**

Instrukce: Prosím, u každé otázky vyberte, jak často se daná situace vyskytovala v posledních 12 měsících.

1 - vždy, 2 - často, 3 - někdy, 4 - málokdy, 5 – nikdy

- 1) ____ Byl jste v posledních 12 měsících spokojený s tím, že jste muž?
- 2) ____ Cítil jste se v posledních 12 měsících nejistý svým pohlavím, tj. cítil jste se někdy něco mezi ženou a mužem?
- 3) ____ Pociťoval jste v posledních 12 měsících nátlak ze strany okolí, abyste se choval jako muž, i přesto že jste se tak necítil?
- 4) ____ Měl jste v posledních 12 měsících pocit, že se musíte snažit, abyste se choval jako muž?
- 5) ____ Měl jste v posledních 12 měsících pocit, že nejste pravým mužem?
- 6) ____ Měl jste v posledních 12 měsících pocit, že by bylo lepší, kdybyste byl ženou vzhledem k tomu, jaký jste (tj. jaké máte koníčky, jak se chováte apod.)?
- 7) ____ Měl jste v posledních 12 měsících sny, ve kterých jste vystupoval jako žena?
- 8) ____ Cítil jste se v posledních 12 měsících nešťastný, protože jste muž?
- 9) ____ Cítil jste se v posledních 12 měsících někdy více jako žena a jindy více jako muž?
- 10) ____ Cítil jste se v posledních 12 měsících více jako žena než jako muž?
- 11) ____ Měl jste v posledních 12 měsících pocit, že nemáte nic společného s muži ani s ženami?
- 12) ____ Cítil jste se v posledních 12 měsících nepříjemně, když jste se měl identifikovat jako muž (např. zaškrtnutím políčka muž v dotazníku), či když Vás někdo identifikoval jako muže?
- 13) ____ Cítil jste se příjemně v posledních 12 měsících, když jste měl použít veřejný pánský záchod?
- 14) ____ Chovali se k Vám cizí lidi jako k ženě v posledních 12 měsících?
- 15) ____ Chovali se k Vám známí (přátelé, rodina) jako k ženě v posledních 12 měsících?
- 16) ____ Měl jste touhu stát se ženou v posledních 12 měsících?
- 17) ____ Převlékal jste se za ženu a choval se jako žena v posledních 12 měsících?

- 18) ___ Představil jste se jako žena na oslavě či jiné společenské události v posledních 12 měsících?
- 19) ___ Představil jste se jako žena v práci či ve škole v posledních 12 měsících?
- 20) ___ Byl jste nespokojený se svým tělem, jelikož má mužské znaky (např. penis, chlupy na hrudi) v posledních 12 měsících?
- 21) ___ Přál jste si v posledních 12 měsících začít hormonální změnu, abyste měl ženské tělo?
- 22) ___ Přál jste si v posledních 12 měsících podstoupit operaci, abyste měl ženské tělo (např. odstranit genitál)?
- 23) ___ Pokusil jste se v posledních 12 měsících změnit si legální pohlaví (např. na řidičském průkazu či kreditní kartě)?
- 24) ___ Myslel jste si o sobě, že jste spíše „hermafrodit“ či „intersexuál“ než muž či žena v posledních 12 měsících? Hermafrodit/Intersexuál = člověk s kombinací mužských a ženských pohlavních orgánů .
- 25) ___ Myslel jste si o sobě, že jste transgender v posledních 12 měsících?
Transgender = osoba, jejíž pohlavní identita není v souladu s pohlavím, které jí bylo určeno při narození.
- 26) ___ Přemýšlel jste o sobě jako o ženě v posledních 12 měsících?
- 27) ___ Přemýšlel jste o sobě jako o muži v posledních 12 měsících?

Dotazník Gender Identity/Gender dysforie u adolescentů a dospělých
verze B pro ženy (český překlad)

Instrukce: Prosím, u každé otázky vyberte, jak často se daná situace vyskytovala v posledních 12 měsících.

1 - vždy, 2 - často, 3 - někdy, 4 - málokdy, 5 – nikdy

- 1) ___ Byla jste v posledních 12 měsících spokojená s tím, že jste žena?
- 2) ___ Cítila jste se v posledních 12 měsících nejistá svým pohlavím, tj. měla jste někdy pocit, že jste něco mezi ženou a mužem?
- 3) ___ Pociťovala jste v posledních 12 měsících nátlak ze strany okolí, abyste se chovala jako žena, i přesto že jste se tak necítila?
- 4) ___ Měla jste v posledních 12 měsících pocit, že se musíte snažit, abyste se chovala jako žena?
- 5) ___ Měla jste v posledních 12 měsících pocit, že nejste pravá žena?
- 6) ___ Měla jste v posledních 12 měsících pocit, že by bylo lepší, kdybyste byla mužem vzhledem k tomu, jaká jste (tj. jaké máte koníčky, jak se chováte apod.)?
- 7) ___ Měla jste v posledních 12 měsících sny, ve kterých jste vystupovala jako muž?
- 8) ___ Cítila jste se v posledních 12 měsících nešťastná, protože jste žena?
- 9) ___ Cítila jste se v posledních 12 měsících někdy více jako muž a jindy více jako žena?
- 10) ___ Cítila jste se v posledních 12 měsících více jako muž než jako žena?
- 11) ___ Měla jste v posledních 12 měsících pocit, že nemáte nic společného s muži ani s ženami?
- 12) ___ Cítila jste se v posledních 12 měsících nepříjemně, když jste se měla identifikovat jako žena (např. zaškrtnutím políčka žena v dotazníku) či když Vás někdo identifikoval jako ženu?
- 13) ___ Cítila jste se příjemně v posledních 12 měsících, když jste měla použít veřejný dámský záchod?
- 14) ___ Chovali se k Vám cizí lidi jako k muži v posledních 12 měsících?
- 15) ___ Chovali se k Vám známí (přátelé, rodina) jako k muži v posledních 12 měsících?
- 16) ___ Měla jste touhu stát se mužem v posledních 12 měsících?
- 17) ___ Převlékala jste se za muže a chovala se jako muž v posledních 12 měsících?
- 18) ___ Představila jste se jako muž na oslavě či jiné společenské události v posledních 12 měsících?
- 19) ___ Představila jste se jako muž v práci či ve škole v posledních 12 měsících?

- 20) ____ Byla jste nespokojená se svým tělem, jelikož má ženské znaky (např. prsa) v posledních 12 měsících?
- 21) ____ Přála jste si v posledních 12 měsících začít hormonální změnu, abyste měla mužské tělo?
- 22) ____ Přála jste si v posledních 12 měsících podstoupit operaci, abyste měla mužské tělo (např. odstranit prsa či vytvořit penis)?
- 23) ____ Pokusila jste se v posledních 12 měsících změnit si legální pohlaví (např. na řidičském průkazu či kreditní kartě)?
- 24) ____ Myslela jste si o sobě, že jste spíše „hermafrodit“ či „intersexuál“ než muž či žena v posledních 12 měsících?
Hermafrodit/Intersexuál = člověk s kombinací mužských a ženských pohlavních orgánů
- 25) ____ Myslela jste si o sobě, že jste transgender v posledních 12 měsících?
Transgender = osoba, jejíž pohlavní identita není v souladu s pohlavím, které jí bylo určeno při narození.
- 26) ____ Přemýšlela jste o sobě jako o muži v posledních 12 měsících?
- 27) ____ Přemýšlela jste o sobě jako o ženě v posledních 12 měsících

The Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults (původní anglická verze) – verze A

Instructions: Please answer the questions below, rating yourself on each of the items shown using the scale on the right side of the page. Place an X in the box that best describes how you have felt over the past 12 months.

1 – Always, 2 – Often, 3 – Sometimes, 4 – Rarely, 5 - Never

- 1) ____ In the past 12 months, have you felt satisfied being a man?
- 2) ____ In the past 12 months, have you felt uncertain about your gender, that is, feeling somewhere in between a man and a woman?
- 3) ____ In the past 12 months, have you felt pressured by others to be a man, although you don't really feel like one?
- 4) ____ In the past 12 months, have you felt, unlike most men, that you have to work at being a man?
- 5) ____ In the past 12 months, have you felt that you were not a real man?
- 6) ____ In the past 12 months, have you felt, given who you really are (e.g., what you like to do, how you act with other people), that it would be better for you to live as a woman rather than as a man?
- 7) ____ In the past 12 months, have you had dreams in which you were a woman?
- 8) ____ In the past 12 months, have you felt unhappy about being a man?
- 9) ____ In the past 12 months, have you felt uncertain about yourself, at times feeling more like a woman and at times feeling more like a man?
- 10) ____ In the past 12 months, have you felt more like a woman than like a man?
- 11) ____ In the past 12 months, have you felt that you did not have anything in common with either women or men?
- 12) ____ In the past 12 months, have you been bothered by seeing yourself identified as male or having to check the box "M" for male on official forms (e.g., employment applications, driver's license, passport)?
- 13) ____ In the past 12 months, have you felt comfortable when using men's restrooms in public places?
- 14) ____ In the past 12 months, have strangers treated you as a woman?
- 15) ____ In the past 12 months, at home, have people you know, such as friends or relatives, treated you as a woman?
- 16) ____ In the past 12 months, have you had the wish or desire to be a woman?

- 17) ____ In the past 12 months, at home, have you dressed and acted as a woman?
- 18) ____ In the past 12 months, at parties or at other social gatherings, have you presented yourself as a woman?
- 19) ____ In the past 12 months, at work or at school, have you presented yourself as a woman?
- 20) ____ In the past 12 months, have you disliked your body because it is male (e.g., having a penis or having hair on your chest, arms, and legs)?
- 21) ____ In the past 12 months, have you wished to have hormone treatment to change your body into a woman's?
- 22) ____ In the past 12 months, have you wished to have an operation to change your body into a woman's (e.g., to have your penis removed or to have a vagina made)?
- 23) ____ In the past 12 months, have you made an effort to change your legal sex (e.g., on a driver's licence or credit card)?
- 24) ____ In the past 12 months, have you thought of yourself as a "hermaphrodite" or an "intersex" rather than as a man or woman?
- 25) ____ In the past 12 months, have you thought of yourself as a "transgendered person"?
- 26) ____ In the past 12 months, have you thought of yourself as a woman?
- 27) ____ In the past 12 months, have you thought of yourself as a man?

**The Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents
and Adults (původní anglická verze) – verze B**

Instructions: Please answer the questions below, rating yourself on each of the items shown using the scale on the right side of the page. Place an X in the box that best describes how you have felt over the past 12 months.

1 – Always, 2 – Often, 3 – Sometimes, 4 – Rarely, 5 - Never

- 1) ___ In the past 12 months, have you felt satisfied being a woman?
- 2) ___ In the past 12 months, have you felt uncertain about your gender, that is, feeling somewhere in between a woman and a man?
- 3) ___ In the past 12 months, have you felt pressured by others to be a woman, although you don't really feel like one?
- 4) ___ In the past 12 months, have you felt, unlike most women, that you have to work at being a woman?
- 5) ___ In the past 12 months, have you felt that you were not a real woman?
- 6) ___ In the past 12 months, have you felt, given who you really are (e.g., what you like to do, how you act with other people), that it would be better for you to live as a man rather than as a woman?
- 7) ___ In the past 12 months, have you had dreams in which you were a man?
- 8) ___ In the past 12 months, have you felt unhappy about being a woman?
- 9) ___ In the past 12 months, have you felt uncertain about yourself, at times feeling more like a man and at times feeling more like a woman?
- 10) ___ In the past 12 months, have you felt more like a man than like a woman?
- 11) ___ In the past 12 months, have you felt that you did not have anything in common with either men or women?
- 12) ___ In the past 12 months, have you been bothered by seeing yourself identified as female or having to check the box "F" for female on official forms (e.g., employment applications, driver's license, passport)?
- 13) ___ In the past 12 months, have you felt comfortable when using women's restrooms in public places?
- 14) ___ In the past 12 months, have strangers treated you as a man?
- 15) ___ In the past 12 months, at home, have people you know, such as friends or relatives, treated you as a man?
- 16) ___ In the past 12 months, have you had the wish or desire to be a man?

- 17) ____ In the past 12 months, at home, have you dressed and acted as a man?
- 18) ____ In the past 12 months, at parties or at other social gatherings, have you presented yourself as a man?
- 19) ____ In the past 12 months, at work or at school, have you presented yourself as a man?
- 20) ____ In the past 12 months, have you disliked your body because it is female (e.g., having breasts or having a vagina)?
- 21) ____ In the past 12 months, have you wished to have hormone treatment to change your body into a man's?
- 22) ____ In the past 12 months, have you wished to have an operation to change your body into a man's (e.g., to have your breasts removed or to have a penis made)?
- 23) ____ In the past 12 months, have you made an effort to change your legal sex (e.g., on a driver's licence or credit card)?
- 24) ____ In the past 12 months, have you thought of yourself as a "hermaphrodite" or an "intersex" rather than as a man or woman?
- 25) ____ In the past 12 months, have you thought of yourself as a "transgendered person"?
- 26) ____ In the past 12 months, have you thought of yourself as a man?
- 27) ____ In the past 12 months, have you thought of yourself as a woman?