

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



Bc. Jakub Zámečník

Poruchy příjmu potravy u chlapců a mladých mužů

Eating disorders in boys and young men

Bakalářská práce

Školitelka: PhDr. Tamara Hrachovinová, CSc.

Praha, 2015

Poděkování:

Děkuji paní PhDr. Tamaře Hrachovinové, CSc za cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích a vypracovávání bakalářské práce. Mé poděkování patří též mojí rodině a přátelům za podporu během studia.

Jakub Zámečník

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracoval samostatně a že jsem uvedl všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze, 28.4.2015

Podpis:

Abstrakt

Cílem této bakalářské práce je shrnout dosavadní poznatky týkající se problematiky poruch příjmu potravy u mužů. Teoretická část se snaží popsat stěžejní oblasti, v kterých se poruchy příjmu potravy liší mezi pohlavími. Mezi velkým množstvím menších rozdílů lze spatřit i některé zásadní odlišnosti, především výrazně jiné pojetí mužského ideálu krásy, který zapříčiňuje většinu dalších rozdílů. Proto je v práci věnována pozornost i svalové dysmorfii, která zaujímá v této problematice důležité místo. Přestože se jedná o multioborové téma, práce se snaží zabývat především oblastmi souvisejícími s psychologii.

Praktická část je návrhem výzkumu, který má za cíl zmapovat množství symptomů poruch příjmu potravy a svalové dysmorfie, tělesnou nespokojenost a frekvenci rizikového chování mezi českou vysokoškolskou neklinickou populací mužů. Zároveň se snaží popsat některé další vztahy mezi těmito proměnnými.

Klíčová slova

Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, svalová dysmorfie, muži, sociokulturní tlak, tělesná nespokojenost

Abstract

The aim of this work is to summarize current knowledge of eating disorders in men. The theoretical part is trying to describe the key areas in which eating disorders differ between the sexes. Among the large number of small differences we can see also some major differences, especially radically different concept of the male ideal body image that causes most of the other differences. Therefore, the work paid attention to muscle dysmorphia, which occupies an important place on this issue. Although it is a multidisciplinary topic, thesis tries to target the areas related to psychology.

The practical part is the research proposal, which aims to map a number of symptoms of eating disorders and muscle dysmorphia, body dissatisfaction and frequency of risk behaviors among college Czech non-clinical populations of men. It also seeks to describe some other relationships among these variables.

Key words

Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, muscle dysmorphia, men, sociocultural pressure, body dissatisfaction

Obsah

Obsah.....	5
I. TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Úvod.....	7
2 Vymezení poruch příjmu potravy.....	8
2.1 Mentální anorexie.....	8
2.2 Mentální bulimie	9
2.3 Atypické a nespecifické PPP	9
3 Epidemiologie	10
3.1 Věk nástupu.....	12
4 Charakteristiky PPP.....	13
4.1 Rizikové faktory a koreláty	13
4.2 Průběh onemocnění	15
4.3 Zdravotní komplikace PPP.....	16
5 Mezipohlavní rozdíly u PPP.....	16
6 Mužský ideál jako sociokulturní fenomén	19
6.1 Svalová dysmorfie.....	21
7 Metody měření symptomů PPP	23
7.1 Dotazníky PPP.....	23
7.2 Další testy specifické pro muže.....	25
8 Léčba	25
9 Závěr.....	28
II. PRAKTICKÁ ČÁST	30
1 Úvod.....	30
2 Teoretický úvod a význam studie.....	30
3 Cíle studie.....	31
4 Metody	32
4.1 Soubor	32
4.2 Užití metody	33
4.2.1 Úvodní dotazník	33
4.2.2 EDI (Eating Disorder Inventory).....	33
4.2.3 MDI (Muscle Dysmorphia Inventory)	35
4.2.4 Frekvence rizikového chování	35

4.2.5	Nespokojenost s vlastním tělem.....	36
4.2.6	Deprese.....	37
4.3	Předvýzkum.....	37
4.4	Administrace	38
5	Popis, rozbor a interpretace dat	38
6	Diskuze.....	39
7	Závěr.....	40
	Použitá literatura	42
	Příloha – Ukázka testové baterie	55

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Úvod

Přestože jsou poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) považovány za onemocnění postihující převážně ženskou populaci, nelze opomenout i určité procento mužů, které se s nimi potýká. Poměr mužů a žen trpících PPP se u různých zdrojů liší, nejčastěji se však uvádí v rozmezí 1:10 až 1:6 (Sekot, 2002). Vzhledem k závažnosti onemocnění však nelze ani toto poměrně malé množství nemocných přehlížet. Existuje však množství dalších důvodů, proč se zabývat PPP u mužů. Jednak jsou charakteristiky PPP v určité míře ovlivněny pohlavím, z čehož plyne nemožnost zobecnit poznatky získané na ženských pacientech i na mužskou populaci. Jsou patrné významné rozdíly v rizikových faktorech, průběhu, epidemiologii, komorbiditě i mnoha dalších oblastech. Dalším stěžejním rozdílem je i to, že ideál štíhlosti, který je patrný u žen, bývá u mužů často nahrazován ideálem atletického sportovce s výrazně vyvinutou muskulaturou. Snaha dosáhnout tohoto ideálu může v určitých případech vést až k rozvoji svalové dysmorfie, která podobně jako PPP, může ovlivnit zdraví jedince. V neposlední řadě neexistuje na českém trhu žádná komplexní publikace, která by se zabývala výhradně mužskou populací trpící těmito onemocněními. Dostupná česká literatura na toto téma se zabývá pouze ženami s PPP a mužů se dotýká pouze okrajově.

Práce je členěna do několika kapitol, v nichž jsou nejprve vymezeny PPP podle klasifikačních kritérií. Poté jsou uvedena epidemiologická data společně s poznatky o věku nástupu onemocnění. Další kapitola se pokouší shrnout nejrůznější charakteristiky PPP – především rizikové faktory, typické znaky nemocných jedinců a průběh onemocnění. Na tuto kapitolu plynule navazuje oddíl věnovaný mezipohlavním rozdílům u PPP. Nejzásadnějším rozdílem je pak sociokulturní vliv na body image, kterému je věnována samostatná kapitola. Součástí této kapitoly je pak i uvedení do problematiky svalové dysmorfie, která je považována za nedávno vzniklou a rychle se rozvíjející chorobu. Poslední dvě části práce se zabývají diagnostickými testy a léčbou PPP. Práce se tedy snaží podat podrobnou charakteristiku všech stěžejních oblastí souvisejících nejen s PPP, nýbrž i svalovou dysmorfii. To vše s důrazným akcentem na mužskou populaci.

2 Vymezení poruch příjmu potravy

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) shodně s Diagnostickým a statistickým manuálem (DSM-IV-TR) zahrnují pod pojem poruch příjmu potravy dva nejzřetelněji vymezené syndromy: **mentální anorexii** a **mentální bulimii**. Avšak vzhledem k velkému počtu pacientů, kteří se nějak odlišují nebo nenaplnují některé z diagnostických kritérií, věnují obě příručky pozornost i atypickým, subklinickým, parciálním nebo jinak **nespecifikovaným poruchám příjmu potravy** (Krch, 2005). Přestože je v době psaní této práce již zveřejněna nová, pátá verze DSM (z roku 2013), která přináší značně pozměněnou klasifikaci PPP, vycházíme ze starší verze DSM-IV-TR (2000). Důvodem je přehlednost, jelikož naprostá většina výzkumů jmenovaných v této práci též vychází ze starších verzí DSM.

2.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie (MA) je charakterizována úmyslným snižováním váhy nebo udržováním podváhy. Klinické rysy se poznají snadno, když rodina a pacient spolupracují. U PPP je ale typické popírání, skrývání a tajení problémů a odmítání pomoci, mnohdy i několik let. Pro definitivní diagnózu musí být přítomny tyto příznaky:

- a) Tělesná váha je udržována nejméně 15% pod předpokládanou váhou (ať již byla snížena, nebo ji nikdy nebylo dosaženo) nebo BMI (body mass index) je 17,5 nebo menší. Prepubertální pacienti při růstu nesplňují očekávaný váhový přírůstek.
- b) Pacient snižuje váhu různými dietami, navozovaným zvracením, užíváním diuretik, anorektik, laxativ či excesivním cvičením.
- c) Ke specifické psychopatologii patří strach z tloušťky přetrvávající i při výrazné kachexii, zkreslené vnímání vlastního těla a vtíravé, ovládací myšlenky na udržení nízké váhy.
- d) Endokrinní porucha hypotalamo-hypofyzární-gonádové osy je patrná hlavně u žen díky nastalé amenoree, avšak projevuje se i u mužů, a to ve ztrátě sexuálního zájmu.
- e) Začátek onemocnění před pubertou vede k jejímu opoždění nebo zastavení (u chlapců dochází k zastavení růstu do výšky, zastavení zvětšování objemu svalnatosti, zachování dětských genitálů), k dokončení puberty dochází po uzdravení (Höschl et al., 2002).

Pro bližší určení lze definovat dva specifické typy MA:

- **Restriktivní typ:** během epizody MA u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání. Hmotnost je udržována pod kontrolou hlavně prostřednictvím diet, půstů a cvičení.
- **Purgativní typ:** během epizody MA u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání („binge eating“) a pročišťování („purging“). Hmotnost je udržována pod kontrolou převážně prostřednictvím zvracení, zneužívání laxativ a diuretik, případně klystýry (Manzato & Strumia, 2011).

2.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie (MB) je charakterizována opakovanými záchvaty přejídání velkým množstvím kalorické stravy a přehnanou patologickou kontrolou tělesné váhy. V anamnéze se více než v 50% vyskytují plně vyjádřené nebo skryté epizody MA s podváhou a dietní chování. Pro definitivní diagnózu musí být přítomny následující příznaky:

- a) Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle a záchvaty přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
- b) Snaha potlačit kalorický účinek jídla některým z následujících způsobů: vyprovokovaným zvracením, hladovkami, zneužíváním anorektik, laxativ, diuretik, tyreoidálních preparátů či u diabetických pacientů manipulací s inzulínem.
- c) Specifická psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky, ve snaze udržet si nižší než optimální váhu (Höschl et al., 2002).

Pro zpřesnění diagnózy se opět dá dělit na dva specifické typy:

- **Purgativní typ:** pacient pravidelně používá zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika, aby zabránil zvýšení hmotnosti.
- **Nepurgativní typ:** používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody (Krch, 2005).

2.3 Atypické a nespecifické PPP

Mezi další, méně diskutované PPP patří:

- **Atypická mentální anorexie a atypická mentální bulimie:** užívají se u pacientů, u kterých nejsou přítomny všechny kritéria MA resp. MB, ale jinak vykazují typický klinický obraz těchto onemocnění. (V DSM-IV jsou oba typy souhrnně označeny jako ED-NOS, tedy Eating Disorders Not Otherwise Specified.)

- **Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami:** může se např. jednat o přejídání jako reakci na stres. Diagnostická kritéria nejsou jasně vymezena. V nejnovější páté verzi DSM (2013) je záchvatovité přejídání považováno za samostatnou kategorii (BED – Binge Eating Disorder).
- **Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami:** se může nejčastěji objevit u disociativní poruchy, v rámci reakce na těžký stres, u hypochondrické poruchy atd.
- **Jiné poruchy jídla:** je poslední kategorie, kam se řadí ostatní poruchy jako **pica** (nutkavé požívání látek, které nejsou určeny k jídlu), **psychogenní ztráta chuti k jídlu** nebo **poruchy příjmu potravy v nočních hodinách**.

Ne všechny tyto poruchy jsou zařazeny v obou klasifikačních systémech. Jejich klasifikace je navíc poměrně rozdílná a to nejen s ohledem na to, zda se jedná o DSM či MKN, ale i s ohledem na danou verzi těchto diagnostických manuálů.

3 Epidemiologie

PPP nejsou mezi muži tolik rozšířeny jako mezi ženami. Uvádí se, že asi 5-10% pacientů s MA a 10-15% pacientů s MB je mužského pohlaví (Manzato & Strumia, 2011). Poměrně nedávná studie hovoří dokonce o neustále se zvyšujícím počtu mužů trpících PPP a uvádí, že v její studii byla ze všech sledovaných pacientů s PPP téměř čtvrtina mužů (Hudson et al., 2012).

Údaje o celoživotní prevalenci PPP se však velice liší. U MA se zjištěné údaje pohybují v rozmezí 0,3-4,2% u MB pak v rozmezí 0,3-4,6% (Papežová, 2010). Tyto údaje však nejsou příliš směrodatné, jelikož jednotlivé studie popisující prevalenci se liší v mnoha ohledech. Především kritéria pro určování PPP nejsou jednotná, jelikož vychází z různých diagnostických manuálů (MKN, DSM), které navíc mají různé verze. V některých studiích se navíc používá „širší“ definice PPP, která nevyžaduje splnění všech kritérií. Dále jsou PPP výrazně kulturně determinované (západní země mají vyšší prevalenci). Ve velké míře také záleží, na jaké věkové populaci jsou výzkumy dělané a z jakých dat výzkumy vychází (data o hospitalizovaných pacientech, data od praktických lékařů, data z celkové populace). Muži jsou navíc často diagnostikováni metodami, které byly vyvinuty pro ženy, a proto u nich nedokáží tak citlivě rozlišovat toto onemocnění.

Výzkumy, které však považovaly za nemocné poruchami příjmu potravy jen ty osoby, které splňovaly všechna kritéria, odhadují prevalenci na 0,3-1%. Poměr mužů k ženám se pak odhaduje na 1:9 až 1:10 (Sekot, 2002).

Jiné studie pak tvrdí, že až 90% mužů trpících PPP spadají do kategorie EDNOS, vzhledem k tomu, že nesplňují všechna kritéria pro diagnostikování MA resp. MB (Stanford & Lemberg, 2012a). Významný je pak i počet mužů trpících záchvatovitým přejídáním (BED – Binge Eating Disorder), kterých se uvádí 25 - 40% (Gluck, 2006; Kjelsås et al., 2003).

Z hlediska povahy této práce jsou významnější statistiky, které vychází z Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. V posledním výkazu o činnosti zdravotnických zařízení pro obor psychiatrie (Nechanská 2010; Nechanská 2012) lze najít i tabulku počtu osob hospitalizovaných pro jednotlivé diagnózy PPP v psychiatrických a lůžkových zařízeních podle pohlaví a věku:

Věková skupina	2004			2007			2010			2012		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
5-9	0	3	3	0	2	2	2	1	3	3	2	5
10-14	7	78	85	5	84	89	4	49	53	8	48	56
15-19	10	152	162	1	129	130	4	121	125	3	73	76
20-24	7	93	100	0	87	87	2	52	54	0	43	43
25-29	2	88	90	3	63	66	0	51	51	4	49	53
30-34	0	28	28	3	23	26	3	34	37	2	18	20
35-39	0	5	5	0	19	19	2	12	14	3	29	32
40-44	0	9	9	2	4	6	0	8	8	0	22	22
45-49	2	4	6	0	5	5	0	7	7	0	12	12
50-54	0	3	3	1	2	3	2	2	4	0	4	4
55-59	0	1	1	0	2	2	0	2	2	0	3	3
60-64	0	2	2	2	2	4	0	2	2	1	2	3
65-69	0	0	0	0	0	0	0	3	3	1	0	1
70+	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Celkem	29	466	495	17	422	439	19	344	363	25	305	330

A dále tabulku uvádějící počet hospitalizací s diagnózami PPP v psychiatrických zařízeních podle pohlaví a jednotlivých diagnóz:

Název diagnózy	2004			2007			2010			2012		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
Mentální anorexie	19	244	263	3	253	256	7	189	196	9	194	203
Atypická MA	3	37	40	4	45	49	1	41	42	7	29	36
Mentální bulimie	5	159	164	5	101	106	0	91	91	1	64	65
Atypická MB	1	12	13	0	10	10	0	7	7	0	8	8
Přejídání spojené s ps. poruchou	0	2	2	0	3	3	2	5	7	6	1	7
Zvracení spojené s ps. Poruchou	0	0	0	0	3	3	0	2	2	0	2	2
Jiné poruchy přijímání jídla	1	7	8	4	4	8	2	8	10	2	2	4
Porucha přijímaná jídla, NS	0	5	5	1	3	4	7	1	8	0	5	5
Celkem	29	466	495	17	422	439	19	344	363	25	305	330

Z uvedených dat se nedá posuzovat prevalence ani jiné epidemiologické údaje, jelikož se jedná o záznamy hospitalizovaných pacientů, kterých je ve srovnání s ambulantními pacienty i nezaevidovanými nemocnými výrazně menší množství. U mužů je pak tento rozdíl ještě větší, vzhledem k tomu, že PPP jsou považovány za ženské onemocnění a muži se proto často stydí přiznat, že touto nemocí trpí, a ještě více se stydí vyhledat odbornou pomoc. Podobně si praktičtí lékaři méně často všimnou, že muž trpí PPP, jelikož to není příliš časté. Olivardia (1995) např. uvádí, že pouze 16% nemocných mužů vyhledává léčbu. Z uvedených dat je však patrné, že se v psychiatrických zařízeních muži s PPP různého druhu vyskytují a je tedy potřeba se touto problematikou zabývat.

Důležitým faktem také je, že na následky mentální anorexie umírá, podle různých zdrojů, 1-18% pacientů (tento široký rozsah je opět dán mnoha faktory, které do různých měření zasahují, podobně jako u prevalence). Obecně se však PPP považují za onemocnění s největší mortalitou v rámci duševních onemocnění (u MA až 3x větší mortalita), což také poukazuje na jejich závažnost. Mentální anorexie se pak považuje za nejzávažnější z PPP, zatímco mentální bulimie má mortalitu výrazně nižší (Stárková, 2009).

3.1 Věk nástupu

Mentální anorexie začíná nejčastěji ve věku 13 až 20 let, mentální bulimie obvykle mezi 16 až 25 lety. Někdy je poukazováno na bimodální distribuci PPP s vrcholy ve věku 14 a 18 let (Krch, 2005). Většina výzkumů navíc dokazuje, že u mužů je věk nástupu pozdější, asi o 1-3 roky, u MA i MB, což je odůvodňováno především pozdějším nástupem puberty, která je s PPP těsně spjata (Carlat, 1991; Crisp, 1986). Braun např. uvádí, že průměrný věk nástupu u PPP v jeho zkoumaném vzorku byl u mužů 20,56 let, zatímco u žen 17,15 let (Braun et al., 1998). Muži také později vyhledávají pomoc a léčbu, což zjevně plyne z povahy onemocnění, které je považováno za ženskou záležitost (Manzato & Strumia, 2011).

4 Charakteristiky PPP

4.1 Rizikové faktory a koreláty

V současné době se zdá, že existuje velké množství rizikových faktorů PPP. Je však důležité si uvědomit rozdíl mezi rizikovými faktory a koreláty. Rizikový faktor je určitá charakteristika či událost, jejíž přítomnost zvyšuje pravděpodobnost objevení se zdravotní komplikace a musí se tedy nutně vyskytovat dříve než onemocnění. Pakliže se však určitá charakteristika či událost u nemocných jedinců vyskytuje častěji než v běžné populaci, avšak nemáme dostatečné důkazy o tom, že byla přítomna i před rozvojem onemocnění, mluvíme o korelátu (Papežová, 2010). To, že nějaký faktor předcházela rozvoji onemocnění, se většinou měří pomocí náročných longitudinálních studií, které však nejsou u PPP příliš časté. Proto budou v následujícím textu uvedeny faktory, které se v odborných kruzích považují s největší pravděpodobností za rizikové pro PPP, i když nejsou vždy podloženy odpovídajícími studiemi.

Rizikové, predispoziční faktory PPP jsou převážně shodné u mužů i žen. Nejvýznamnějšími faktory jsou bezesporu ženské pohlaví a mladý věk, které však byly probrány v předcházejících kapitolách. Dále je diskutován vliv rasy – poruchy příjmu potravy jsou často považovány za nemoc „bílých“ (Papežová, 2010). Výsledky výzkumů naznačují, že muži černé pleti jsou více spokojeni se svým tělem i přesto, že mají průměrně vyšší BMI (Kelly et al., 2014). Nižší prevalence PPP mezi černým etnikem může být dána jinou genetikou či jiným sociokulturním tlakem, ale stejně tak i tím, že méně chodí do nemocnic určených pro majoritní etnikum a nejsou proto tak často diagnostikováni. Poznatky v této oblasti jsou tedy omezené (Becker et al., 2003). Zdá se, že spíše než rasa, je výraznějším faktorem národnost, resp. míra vlivu západních kultur a s ním i míra vlivu západního ideálu krásy, což lze doložit i rostoucí incidencí PPP v zemích „západního“ světa a v zemích, které jsou západní kulturou výrazně ovlivněny (Krch, 2005). Sociokulturní vliv bude pro svoji důležitost probrán v samostatné kapitole.

S rostoucí tělesnou hmotností vzrůstá u žen i nespokojenost s tělem a roste i nebezpečí redukčních diet a rozvoje bulimie či dalších PPP. Nejde však tolik o tělesnou hmotnost jako takovou, jako spíše o distribuci tělesného tuku (Krch, 2005). U mužů je nadváha a s ní spojená znepokojenost také predispozičním faktorem (Gueguen et al., 2012), avšak na rozdíl

od žen, je mezi muži i nemalé procento jedinců, kteří nechtějí váhu shodit, nýbrž nabrat (v podobě svaloviny). Tato problematika bude také probrána v samostatné kapitole.

Přítomnost PPP v historii rodiny, nejčastěji u matky nebo sourozenců, je pokládána za další z rizikových faktorů. Bohužel konkrétní údaje, které tvrdí, že se v rodinách pacientů vyskytují další osoby s PPP v 3-14% případů, vychází pouze z výzkumů s převážně ženskými probandy (Krch, 2005).

Významnými predisponujícími nebo spouštěcími faktory PPP jsou nejrůznější životní situace. Podle různých zdrojů jsou až 2/3 pacientů schopny uvést konkrétní událost či situaci, která vedla k pocitům příliš vysoké váhy a potřebě zhubnout (Hsu, 1990; NCCMH, 2004). Mezi zmiňovanými událostmi jsou následující: sexuální zneužívání (Feldman & Meyer, 2007; Vize, 1995), emocionální týrání a zanedbávání (Fischer et al., 2010), rodinné konflikty (Schmidt et al., 1997), úmrtí v rodině (Mahon et al., 2001), domácí násilí (Brady, 2008), šikana (Hutchinson et al., 2010), posměšky zaměřené na tělesný vzhled (Hutchinson et al., 2010), rozchod (Hutchinson et al., 2010), držení diety např. z krátkodobých zdravotních důvodů (Polivy & Herman, 1985) a další. Ačkoli mnoho zmíněných výzkumů vychází z převážně ženské populace, např. rozsáhlá studie Domina a jeho kolegů (2009) našla většinu těchto událostí i u chlapců.

U pacientů s PPP jsou v neposlední řadě velmi často pozorovány depresivní a úzkostné příznaky. Avšak ačkoli byla zjištěna pozitivní korelace mezi depresivními příznaky a jídelní patologií (Leung, 1991), nelze usuzovat na příčinnou souvislost. Vzhledem k tomu, že depresivní a úzkostné příznaky lze pozorovat i u mnoha jiných psychiatrických onemocnění, je nutné je považovat za obecné (tzn. nespecifické) rizikové faktory, které však mohou zvyšovat vulnerabilitu k jídelní patologii (Papežová, 2010; Krch, 2005).

Osobnost pacientů s PPP je charakteristická určitými rysy. Strober (1981) např. výstižně popisuje anorektičku jako dívku zaměřenou na dosažení úspěchu, dodržující společenské normy a rodičovské hodnoty, avšak postrádající fantazii, vynalézavost a nezávislou vůli, jako dívku zatíženou negativním sebehodnocením a obavami z přizpůsobení se novým podmínkám dospělosti, nejasným vztahům i cílům. Podle tohoto autora anorektičky ve srovnání s kontrolní skupinou více kontrolují své emoční chování, více si uvědomují a respektují společenské a etické normy, výrazněji vyjadřují pochybnosti o sobě, projevují vyšší stupeň společenské konformity, jsou méně asertivní a více inhibované v interpersonálních vztazích.

Jejich temperament popisuje jako „vyhýbající se“. Mají strach ze spontaneity, nejsou ochotni riskovat nebo zažívat něco nového (Strober, 1981 citováno dle Krch, 2005). Tyto popsané znaky lze však zcela určitě spatřit i u mužů trpících MA, jak např. dokazuje jedinečná česká kazuistika chlapce trpícího MA od Vomastka (2002), vydaná jako kniha nesoucí název *Z deníku anorektika*.

Je zřejmé, že výše uvedené znaky anorektických pacientů již nelze považovat za rizikové faktory, jedná se spíše o typické vlastnosti. Podobně bylo pomocí Eysenckova a Cattelova dotazníku zjištěno, že pacienti s MA skórují oproti kontrolní skupině signifikantně výše v dimenzích neuroticismu, introverze a úzkosti (Smart, 1976), což také nelze považovat za rizikové faktory. Mezi rysy nakonec dominují i často zmiňované obsedantně-kompulzivní a perfekcionistické rysy osobnosti (Manzato & Strumia, 2011).

Specificky u mužů je za výraznější faktory považována homosexualita či bisexualita, která bude více probrána dále. V poslední řadě jsou pravděpodobnými rizikovými faktory, které jsou statisticky významnější napříč mužskou populací, působení v pracovní oblasti vyžadující štihlou (herectví, modeling), či ve sportovní oblasti vyžadující štihlou (běhání, veslování, jezdeckví) (Fraciello & Willard, 1995; Manzato & Strumia, 2011).

4.2 Průběh onemocnění

Nemocní s PPP představují velmi různorodou skupinu s odlišným průběhem. Již bylo řečeno, že mentální anorexie začíná nejčastěji ve věku 13 až 20 let a mentální bulimie obvykle mezi 16 až 25 lety, u mužů pak navíc asi o 1-3 roky později než u žen (Carlat, 1991; Krch, 2005). Avšak jsou známy i případy, kdy se PPP u muže rozvine před 9 rokem věku či po 40 roku věku jedince (např. Nechanská, 2010; Nechanská, 2012). Vedle tohoto širokého rozpětí věku nástupu stojí pak i velké rozdíly v samotném průběhu onemocnění. PPP mohou proběhnout jako jediná epizoda s úplnou remisí, nebo s velmi dlouhodobým průběhem, nebo ve formě epizod opakujících se po mnoho let (Krch, 2005). Tomu odpovídají i často rozporuplné výsledky longitudinálních studií, které jsou nejčastěji provedeny na ženské populaci.

Z analýzy mnoha longitudinálních studií plyne, že se výrazné zlepšení pohybovalo mezi 20-77 % případů anorexie a v průměru kolem 50 % u pacientů trpících bulimií, zhoršení se vedle toho pohybovalo mezi 12-63 % u anorexie a mezi 5-40 % u bulimie (Fichter, 1995 citováno dle Krch, 2005). Podobně Fisher (2003), který zhodnotil více jak 100 studií, zaokrouhlil výsledky své analýzy do podoby několika čísel. Podle něj se v průběhu 5-10 let přibližně 50

% všech trpících PPP uzdraví, 30 % se zlepší, avšak některé příznaky jim přetrvávají, a u 20% je možné pozorovat přetrvání nebo ještě prohloubení příznaků.

Ačkoliv se výsledky výzkumů v této oblasti velmi liší, většina autorů se kloní k názoru, že mentální bulimie má, i přes často velmi trýznivé a dramatické akutní období, ve srovnání s mentální anorexií dlouhodobě příznivější vývoj (Krch, 2005). Podobně se většina autorů shoduje, že horší prognóza bývá spojena s nižší minimální váhou, výraznými výkyvy váhy, častějším zvracením, neúspěšností předchozí léčby, komorbiditou, premorbidní narušenými rodinnými vztahy a horší kvalitou života (Höschl et al., 2002).

4.3 Zdravotní komplikace PPP

Vzhledem k psychologickému zaměření této práce, nejsou zdravotní komplikace spojené s PPP stěžejním tématem, avšak domnívám se, že alespoň jejich výčet je potřebný pro uvědomění si komplexnosti a závažnosti PPP.

PPP mohou způsobovat řadu zdravotních komplikací, které významně přispívají ke zvýšení úmrtnosti jak u mentální anorexie, tak bulimie. Podvýživa, záchvatovité přejídání, časté zvracení, zneužívání různých purgativ, nedostatek důležitých živin a dalších potřebných látek či excesivní cvičení jsou důvody, které mohou vést k rozvoji problémů v nejrůznějších oblastech zdraví (Krch, 2005). Mezi nejčastěji uváděnými problémy (Höschl et al., 2002) lze najít komplikace:

- renální (hypokalemie, edémy)
- gastrointestinální (zácpa, nadýmání, poškození žaludku)
- kardiovaskulární (bradykardie, hypotenze, arytmie)
- hematologické (anémie, leukopenie, trombocytopenie)
- dermatologické (suchá, praskající kůže a nehty)
- neurologické (změny EEG, křeče)
- reprodukční a neuroendokrinní
- stomatologické a kosterní (kazivost zubů, osteoporóza).

5 Mezipohlavní rozdíly u PPP

Mnohé studie tvrdí, že charakteristiky PPP jsou velice podobné u mužů i u žen (Crisp, 1986; Fichter, 1987; Gueguen et al., 2012; Steiger, 1989; Sterling & Segal, 1985; Oyebode et al., 1988; Vandereycken, 1984; Woodside, 1994), a tedy že se poznatky získané při studiu ženské

populace s PPP dají generalizovat i na muže. Na druhou stranu existují mnohé studie poukazující na významné rozdíly mezi těmito dvěma populacemi. Před uvedením těchto rozdílů je však nezbytné opět zmínit nízkou konzistenci vědeckých poznatků na toto téma, která je opět dána velmi malou zkoumanou populací. Většina studií popisuje spíše kazuistiky několika málo, či maximálně několika desítek jedinců, z kterých lze jen obtížně vyvodit statisticky významné závěry. Proto je nutno využít komparativních studií, kterých je ale velmi omezené množství.

Mezi nejčastěji zmiňovaný genderový rozdíl patří především pozdější nástup onemocnění, který se vysvětluje pozdějším nástupem puberty (Bramon-Bosch et al., 2000; Carlat, 1991; Crisp, 2006; Gueguen et al., 2012; Sharp, 1994).

Také je často u mužů zaznamenána vyšší premorbidní nadváha, až obezita (Barry, 1990; Gueguen et al., 2012; Sharp, 1994), která však nebyla prokázána ve všech studiích (Crisp & Burns, 1983; Steiger, 1989). Tato premorbidní nadváha je u chlapců označována jako jeden z rizikových faktorů PPP, jelikož je často předmětem sociální kritiky a posměšků v době školní docházky (Frasciello & Willard, 1995). S tím souvisí i poznatek, že muži mají v době nástupu MA vyšší BMI (Gueguen et al., 2012; Sharp, 1994) a také, že mužská ideální představa o vlastním BMI je položena výše, než u žen (Gueguen et al., 2012). Obdobné výsledky potvrdily i studie MB u mužů (Schneider & Agras, 1987; Herzog et al., 1984, Carlat, 1991).

Anorektické a bulimické vzorce chování vedoucí ke kontrole váhy jsou mezipohlavně více méně podobné, avšak v mnoha studiích se objevují některé signifikantní rozdíly – muži v nižší míře zneužívají laxativa a diuretika, zatímco u nich můžeme pozorovat významně více excesivního cvičení. Kontrola tělesné hmotnosti u nich má tedy spíše povahu aktivní (Crisp & Burns, 1983; Oyeboode et al., 1988; Crisp, 2006; Sharp, 1994; Crosscope-Happel et al., 2000). Muži také méně inklinují k držení diet, což bylo prokázáno nejen ve vztahu k PPP, ale i u zdravé populace (Striegel-Moore et al., 1986; Connor-Greene, 1988). Ve vztahu k PPP pak také bylo zjištěno, že muži méně často využívají zvracení, jako prostředek ke kontrole váhy (Weltzin, 2005).

Emocionální reakce související s PPP nejsou u chlapců tak výrazné jako u dívek. Mnohé výzkumy dokazují, že chlapci jsou více spokojeni se svojí váhou (Connor-Greene, 1988), mají menší starosti s vysokou váhou či velikostí svého oblečení (Frasciello & Willard, 1995;

Núñez-Navarro et al., 2012), nemají tak striktní potřebu si váhu neustále hlídat (Schneider & Agras, 1987), bulimici nemají tak velké výčitky po záchvatu přejídání (Manzato & Strumia, 2011), nemají tolik obav ze stravování ve společnosti dalších lidí (Crisp & Burns, 1983) apod.

U obou pohlaví jsou rodinné problémy, problémy v partnerských vztazích (rozchody), posměšky ze strany spolužáků či strach z dospívání shodně považovány za jednu z nejčastějších příčin rozvoje PPP (Manzato & Strumia, 2011; Carlat, 1991). I v této oblasti lze však najít určité odlišnosti. Zatímco dívky jsou více motivovány k hubnutí z kosmetických důvodů, u chlapců se častěji objevují důvody objektivnější povahy. Mezi ně patří především hubnutí za účelem profesním či sportovním (Carlat, 1991). Vyšší výskyt mužů s plně diagnostikovanou či částečnou PPP byl zaznamenán mezi modely (Carlat, 1991), zápasníky závodními ve specifických váhových kategoriích (Oppliger et al., 1993), veslaři (Sykora, 1993), žokeji (King & Mezcy, 1987), cyklisty (Riebl et al., 2007) běžci (Yates, 1987) a dalšími atlety (Hausenblas & Carron, 1999).

Důležitá je i nezřídka popisovaná vyšší komorbidita u mužů. Muži s MA oproti ženám častěji trpí dalšími doprovodnými poruchami – úzkostnými a depresivními poruchami (Bramon-Bosch et al., 2000), obsesivně-kompulzivními znaky (Dally & Gomez, 1979; Sterling & Segal, 1985) i jinými poruchami osobnosti (Frasciello & Willard, 1995).

Mužskou analogií amenorei je nízká hladina testosteronu, která je pro muže s PPP a především MA typická a s kterou se pojí řada dalších jevů jako je redukce libida, absence ranních erekcí či absence masturbace (Crisp & Burns, 1983; Sterling & Segal, 1985).

S předchozím odstavcem pak souvisí i patrně nejvíce diskutovaný rizikový faktor pro muže s PPP, kterým je homosexualita. Naprostá většina studií provedených na větším vzorku probandů prokázala, že ve srovnání s heterosexuálními muži, mají homosexuálové a bisexuálové více symptomů poukazujících na PPP, stejně tak jako trpí signifikantně více částečnou či úplnou PPP (Austin et al., 2004; Carlat, 1991; Feldman & Meyer, 2007; Strong et al., 2000; Woodside et al., 2001). Procento homosexuálních a bisexuálních mužů mezi pacienty s PPP není jednotné a variuje podle různých studií mezi 14 a 42%, což je však ve všech případech signifikantně více, než jejich podíl v celkové populaci, který je uváděn kolem 4% (Carlat et al., 1997; Herzog et al., 1984; Mangweth et al., 1997; Olivardia, 1995). Podrobnější průzkumy pak dodávají, že homosexualita a bisexualita je více běžná mezi pacienty s bulimií, zatímco u pacientů s anorexií je vedle homosexuality častější i asexualita

(Carlat et al., 1997). Vyšší podíl homosexuálů mezi pacienty s PPP je vysvětlován především sociokulturními faktory – větší tlak na fyzický vzhled a atraktivitu spojený s potřebou přitahovat jiné muže, ztotožňování se s ženskými ideály krásy (Morrison et al., 2004). Naopak homosexuální ženy vyjadřují menší nespokojenost se svým tělem a vykazují méně symptomů PPP, než ženy heterosexuální, avšak výsledky nejsou tak přesvědčivé, aby mohla být ženská homosexualita považována za protektivní faktor PPP u žen (Beren et al., 1996; Brand et al., 1992; Heffernan, 1996).

Zásadním rozdílem ve vztahu k PPP je i odlišnost ženského a mužského tělesného ideálu a s ním spjatý sociokulturní tlak, který však bude probrán v následující kapitole.

6 Mužský ideál jako sociokulturní fenomén

Ideál ženské postavy, který lze vidět v mnoha médiích kolem nás, má stěžejní vliv na to, jak ženy samy sebe vnímají a hodnotí, což se v důsledku projevuje i na jejich jídelních postojích a návycích (Stice et al., 1994). Neustálá konfrontace s ideální ženskou postavou, která je v současné době charakteristická výraznou hubeností, pak u žen vyvolává nespokojenost s vlastním tělem, která může vyústit až v různé formy PPP (Davis & Oswalt, 1992; Garner et al., 1980; Silverstein, 1988). Tlak sociokulturních faktorů na ženskou krásu v souvislosti s PPP je již delší dobu poměrně dobře zmapovanou problematikou. Stejně téma, avšak ve vztahu k mužům, je však záležitostí posledních let, jak je patrné z obrovského nárůstu výzkumů v této oblasti v poslední době.

U mužů lze pozorovat jednu zcela zásadní odlišnost – mužský ideál není v současné době charakteristický jen hubeností, ale především výrazně vyvinutou muskulaturou (Duggan & McCreary, 2004). Současný mužský ideál prezentovaný médii lze tedy popsat, jako vysokého, svalnatého a vyrýsovaného muže s trupem ve tvaru „V“ – široká ramena a hrudník s relativně užším pasem a boky (Stanford, 2002). Z toho vyplývá i rozdíl v zaměření pozornosti na část těla mezi pohlavími – zatímco muži se více zaměřují na tělesné proporce od pasu výše, u žen je tomu většinou naopak – od pasu níže (Lemberg & Cohn, 1999). Ačkoliv dříve byl sociokulturní tlak na vzhled výrazný především u žen, dnes se předpokládá, že stejný tlak je vyvíjen na obě pohlaví (Miller & Halberstadt, 2005). Analýzy například poukazují na velký nárůst množství polonahých mužů, kteří se objevují v reklamách za posledních 50. let (Pope et al., 2001), podobně jako na dramatický nárůst počtu magazínů, které se zabývají mužským vzhledem (Boni, 2002). Dokonalé mužské tělo tak můžeme spatřit na každém rohu. Vedle

toho však i samotný ideál prošel určitým vývojem za poslední desítky let – rozbor proporcí mužů uvedených na stránkách dámského časopisu *Playgirl* poukázal na výrazný nárůst muskulatury v průběhu více jak tří desetiletí (Leit et al., 2001), podobně jako tomu bylo u rozboru muskulatury postaviček akčních hrdinů, které jsou prodávány dětem (Baghurst et al., 2015; Pope et al., 1991).

Panující model ideální postavy se pak k jedincům může dostávat nejrůznějšími kanály, jak dokazují studie provedené na různých (nejen mužských) populacích. Vedle již diskutovaných reklam (Toro et al., 1988) a magazínů (Utter et al., 2003) se na vytváření ideálu podílí i další média (Groesz et al., 2003), móda (Wertheim et al., 1997), rodina (Huon & Walton, 2000; Schur & Sanders, 1999; Smolak & Levine, 1999) nebo vrstevníci (Paxton et al., 1999; Stice et al., 2003). Z dalších studií plyne, že osvojení si a internalizace prezentovaných vzorů mužnosti začíná v dětství a dosahuje maxima v průběhu adolescence. V součinnosti s fyziologickými a psychologickými změnami, které jsou pro toto období typické, pak není překvapivé, že je adolescence nejrizikovějším obdobím pro rozvoj PPP (Toro et al., 2005).

Tato nadměrná expozice ideálům vede u mužů i žen ke zvyšování nespokojenosti s vlastním tělem (Blond, 2009). Tato nespokojenost je navíc větší u heterosexuálních žen a homosexuálních mužů (Duggan & McCreary, 2004). Avšak studie z roku 1997 zjistila, že mužská tělesná nespokojenost vzrostla za poslední tři dekády z 15% na 43%, čímž téměř dosáhla hodnot, které byly změřeny u žen a stále narůstá (Garner et al., 1997). Podobně se ukázalo, že kolem 2/3 adolescentních chlapců je nespokojených se svým tělem (Furnham & Calnan, 1998, Xie et al., 2006). Nespokojenost pak negativně ovlivňuje kvalitu života jedince (např. snižuje jeho sebeúctu), a zároveň může i motivovat ke kompenzačnímu chování zaměřenému k dosažení vnímaného ideálu. Zatímco nespokojené ženy v naprosté většině usilují o zhubnutí, u nespokojených mužů vidíme trendy dva – část mužů touží po zhubnutí (tuků) a část po přibrání (svalů). Konkrétní výzkum tvrdí, že 70% nespokojených žen vyjádřilo touhu po zhubnutí, zatímco 30% nespokojených mužů chtělo přibrat a 32% zhubnout (Varnado-Sullivan et al., 2006). Toto rozdělení mužů na dvě podobně velké skupiny s opačným postojem ke svému tělu bylo dokázáno i v dalších výzkumech. Je však navíc třeba podotknout, že platí především pro adolescentní chlapce, zatímco u starších mužů se s věkem stále více do popředí dostává potřeba zhubnout (McCabe & Ricciardelli, 2004).

Mnohokrát bylo dokázáno, že ti muži, kteří mají nízkou spokojenost s vlastním tělem a chtějí kvůli tomu zhubnout, vykazují více symptomů typických pro PPP (např. skórují výše

v dotaznících vyvinutých pro diagnostiku PPP) a proto je lze považovat za více ohrožené těmito poruchami (Keel et al., 1997; McCabe & Ricciardelli, 2004). Vedle toho u mužů, kteří nejsou spokojeni se svým tělem z důvodu hubenosti a chtějí získat svaly, můžeme pozorovat částečně či zcela vyvinutou svalovou dysmorfii (viz další podkapitola), kterou lze považovat za významně expandující poruchu dnešní doby.

6.1 Svalová dysmorfie

Svalová dysmorfie (SD) byla poprvé popsána ve studii bodybuilderů mužského pohlaví v roce 1993. Původně byla pojmenována jako „obrácená anorexie“, vzhledem k tomu, že někteří probandi vykazovali chování a vnímání podobné pacientům s mentální anorexií – měli narušenou představu o své body image a věřili, že navzdory své nadprůměrně vyvinuté muskulatuře, jsou stále malí a hubení (Pope & Katz, 1994). Později bylo toto onemocnění přejmenováno na svalovou dysmorfii a byla definována základní diagnostická kritéria:

- A. Zaujetí myšlenkou, že jedincovo tělo není dost štíhlé a svalnaté a s tím spojené vzorce chování zahrnující dlouhé hodiny posilování a nadměrné zabývání se dietami (stravou).
- B. Nadměrná nespokojenost se svým tělem se projevuje alespoň dvěma z následujících kritérií:
 - 1. Jedinec se často zřikává důležitých sociálních, pracovních či rekreačních aktivit kvůli kompulzivní potřebě dodržet svůj cvičební a stravovací rozvrh.
 - 2. Jedinec se vyhýbá situacím, v kterých ostatní lidé mohou vidět jeho tělo, či snáší tyto situace se značným znepokojením a velkou úzkostí.
 - 3. Znepokojení nedostatečnou tělesnou velikostí a svalnatostí vede ke klinicky významnému strádání či zhoršení v oblasti sociální, pracovní a dalších oblastech fungování.
 - 4. Jedinec pokračuje ve cvičení, dietách či užívání ergogenních (svalovou činnost podporujících) látek navzdory vědomí nepříznivých fyzických či psychických důsledků.
- C. Nespokojenost je primárně zaměřena na malé a nedostatečně svalnaté tělo, na rozdíl od strachu z tloušťky, kterou pozorujeme u mentální anorexie či nespokojenosti s ostatními aspekty vzhledu, typické pro ostatní formy tělesné dysmorfické poruchy (Pope et al., 1997).

Ačkoliv v nejnovější páté verzi Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-V) lze najít svalovou dysmorfii zařazenou pod tělesné dysmorfické poruchy (APA, 2013), její klasifikace není souhlasně přijímána všemi odborníky. Napříč mnoha výzkumy se objevují různé názory na zařazení této poruchy mezi tělesné dysmorfické poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy či poruchy příjmu potravy (Maida & Armstrong, 2005; Murray et al., 2010; Pope et al., 1997). Tato názorová rozrůzněnost je srozumitelná vzhledem k povaze SD, která sdružuje znaky všech těchto tří onemocnění. Tělesná dysmorfická porucha je charakteristická nespokojeností s viděným či subjektivně vnímaným defektem ve fyzickém vzhledu jedince. Obsesivně-kompulzivní porucha je typická nutkavými myšlenkami a jednáním. PPP jsou typické narušeným sebevnímáním a jídelním chováním. Všechny tři poruchy navíc významně negativně ovlivňují běžné fungování jedince. Tyto vyjmenované charakteristiky jsou pak společné pro svalovou dysmorfii, což činí její klasifikaci velmi problematickou (Nieuwoudt et al., 2012).

Výzkumy svalové dysmorfie nemají stále příliš silnou empirickou základnu, avšak dostupné informace tvrdí, že se jedná o převážně mužské onemocnění s typickým věkem nástupu v období kolem 19 let (Cafri et al., 2008). Také údaje o prevalenci nejsou dostupné, avšak předpokládá se, že největší zastoupení lze najít mezi bodybuildery, kde může dosahovat až 10% (Mosley, 2009).

Svalová dysmorfie je charakteristická některými znaky a vzorci chování, jako např. excesivní posilování, rušení sociálních událostí či ztráta práce za účelem dodržení tréninkového plánu, sociální izolovanost a zanedbávání rodiny kvůli velké časové náročnosti posilování, časté zranění či přetížení v důsledku enormního cvičení, pokračování ve cvičení i v době úrazu či únavy, utrácení velkého množství peněz za výživové doplňky, konzumace velkého množství výživových doplňků od proteinů až k anabolickým steroidům, vyhýbání se situacím, v kterých mohou být spatřeni druhými, nošení volného oblečení z důvodu zahalení svého těla, časté (až 50x denně) shlížení v zrcadle. Též lze pozorovat výkyvy nálad, depresivní či úzkostné stavy či ztrátu libida (Mosley, 2009; Olivardia, 2001; Readdy & Patty, 2011).

Svalová dysmorfie nejen snižuje kvalitu života jedince skrze sociální úzkost a znepokojenost vlastním tělem, ale výše zmíněné návyky a vzorce chování mohou vést k více či méně závažným zdravotním následkům. Vedle již zmíněné únavy, přetížení a vyšší náchylnosti ke zranění je nutno zmínit i jevy spojené s užíváním anabolických steroidů a nadužíváním potravinových doplňků. Jejich užívání se může projevit zvýšeným cholesterolem, poškozením

jater, srdce či ledvin, zvětšením prostaty, zmenšením varlat až impotencí. Těž mohou zapříčinit kolísání nálad (Pope & Kanayama, 2000; Mosley, 2009). Vzhledem k zjištění, že více jak 50 % mužů trpících SD přiznalo užívání steroidů, je potřeba tuto problematiku nepodceňovat (Pope, 2000 citováno dle Stanford & Lemberg, 2012a).

Vzhledem k povaze této práce považují tematiku svalové dysmorfie za neoddelitelnou od problematiky PPP u mužů, jelikož obě tato onemocnění k sobě mají velmi blízko a hranice mezi nimi je poměrně úzká. To lze dokázat na konkrétních studiích srovnávajících SD s MA. Např. se ukázalo, že obě poruchy jsou typické podobnou mírou jídelních omezení, nespokojeností s váhou a tvarem těla, nutkavou potřebou cvičit a zhoršením fungování v běžném životě (Murray et al., 2012). Stejně tak byly nalezeny podobnosti v etiologii obou onemocnění - např. sociální vlivy (Lamanna et al., 2010) a podobnosti ve vlastnostech obou druhů pacientů - perfekcionismus, obsesivní znaky, anhedonické znaky (Davis & Scott-Robertson, 2000). Proto řada autorů považuje SD a MA za opačné konce jedné dimenze - psychopatologie body image (Murray et al., 2013).

7 Metody měření symptomů PPP

V současné době existuje poměrně velké množství dotazníků, které se zabývají měřením nejen PPP, ale i nejrůznějších symptomů a faktorů, které jsou s PPP spjaty. V zahraničí lze spatřit desítky takových dotazníků odlišné kvality, do češtiny jich však bylo přeloženo jen malé množství.

7.1 Dotazníky PPP

Mezi nejčastěji používané dotazníky vyvinuté přímo za účelem diagnostiky PPP patří v českém prostředí EAT-40, EAT-26, EDI a EDE-Q. Tyto dotazníky slouží spíše k detekci onemocnění či zjištění rizika rozvoje PPP u neklinické populace, než ke kvantifikaci závažnosti onemocnění. Důvodem je především to, že pacienti s plně rozvinutou PPP, nemají na obtíže náhled a/nebo vědí, jak je utajit a proto jsou jejich skóry v těchto sebeposuzovacích dotaznících zkreslené a nevyovídající.

EAT (Eating Attitude Test, Test jídelních postojů) je dotazník sestavený Garnerem a Garfinklem roku 1979 jako čtyřicetipoložková škála (EAT-40), jež byla později zkrácena na 26 položek (EAT-26). Dotazník je doporučován jako citlivá screeningová metoda pro detekci zejména MA. EAT-26 je tvořen třemi subškálami: Anorexie a dietní chování, Bulimie a trvalé

zabývání se jídlem a Orální kontrola. Dotazník sám o sobě však nediodnostikuje MA či MB a je vhodný spíše pro screening v široké populaci (Lébllová, 2010).

EDI (Eating Disorder Inventory, Inventář PPP) sestavil Garner, Olmsted a Polivy roku 1983. 64 položkový dotazník obsahuje 8 dílčích subškál zaměřených na specifické osobnostní a behaviorální rysy. Používá se ve studiích zaměřených na detekci rizikových jedinců v populaci. Jednotlivé škály jsou: nutkání být štíhlý, bulimie, tělesná nespokojenost, inefektivita (pocit celkové nejistoty a bezcennosti), perfekcionismus, interpersonální nedůvěra (pocit odcizení a nechuť vytvářet blízké vztahy, oslabení pozitivních emocí vůči ostatním), narušené interoceptivní vnímání, strach z dospívání (Papežová, 2010).

EDE-Q (Eating Disorder Examination – Questionnaire, Dotazník vyšetření PPP) je dotazníková verze strukturovaného klinického interview EDE od Coopera a Fairburna z roku 1987. Dotazník posuzuje klíčové behaviorální rysy a psychopatologii PPP za posledních 28 dní. 41 položek testu měří 4 škály: Restrikce, Zaujetí jídlem, Zaujetí váhou, Zaujetí vlastními tvary (Papežová, 2010)

Ve vztahu k mužům s PPP je nezbytné jmenovat několik nedostatků všech uvedených testů. Především jsou všechny tyto testy vytvořeny pro ženskou populaci a na ženské populaci jsou i vytvořené normy. Ačkoliv byly některé dotazníky otestovány na mužské populaci, nelze je považovat za naprosto spolehlivé. Výzkumy např. dokazují, že muži skórují v těchto dotaznících mnohem níže než ženy a to především v položkách, které nejsou pro muže tak specifické jako pro ženy (což může v důsledku vést k nižšímu diagnostikování PPP u mužů). Naopak chybí otázky pro muže specifické. Např. otázky na spokojenost s tvarem a velikostí stehen a zadku by měly u mužů být nahrazeny otázkami na spokojenost s vrchnějšími tělesnými partiemi (hrudník, ramena). Podobně otázky na zneužívání laxativ či zvracení, které jsou vhodné pro ženy, by měly být u mužů vyváženy dostatečným množstvím otázek mapujících excesivní cvičení a pohyb (Stanford & Lemberg, 2012a).

Narůstající potřeby dotazníku měřícího PPP u mužů si všiml i Stanford (2012a), který společně s dalšími odborníky sestavil v roce 2012 jeho předběžnou verzi – EDAM (Eating Disorder Assessment for Men). Dotazník čítá 50 položek, které se snaží postihnout všechny stěžejní oblasti mužské problematiky. Mezi čtyřmi faktory, které test měří, stojí vedle Přejídání, Tělesné nespokojenosti a Poruch příjmu potravy i Svalová dysmorfie. Dotazník tedy vypadá jako velice komplexní a kvalitní nástroj pro diagnostikování narušeného jídelního chování i narušeného tělesného vnímání (Stanford & Lemberg, 2012a). Autor se v další studii

pokusil ověřit kvalitu svého testu a zjistil, že sice výborně rozlišuje mezi zdravými a nemocnými muži, avšak muži opět skórovali níže než ženy, které tvořily kontrolní skupinu. Tento neočekávaný výsledek autor připisuje pravděpodobně špatně zvolenému vzorku mužských pacientů (Stanford & Lemberg, 2012b). Informace o dalším vývoji tohoto či podobného dotazníku zatím nejsou dostupné. Stejně tak zatím chybí údaje o validitě a reliabilitě. Dotazník není dostupný v češtině.

7.2 Další testy specifické pro muže

Vedle testů, které slouží přímo k diagnostice PPP, jsou celé skupiny testů, které měří další doprovodné jevy spjaté s PPP. Patří sem např. nejrůznější testy měřící depresi, sebevnímání, sebeúctu, hyperaktivní sklony, testy kognitivních funkcí atd. Z hlediska povahy této práce jsou však důležitější testy, které souvisí s mužskou problematikou.

Mezi testy, které se nejčastěji vyskytují ve studiích s touto tematikou lze např. jmenovat DMS (Drive for Muscularity Scale), který měří postoje a chování spojené se spokojeností s vlastní muskulaturou. Jinou užitečnou metodou na měření body image (vlastní i ideální) je SMM (Somatomorphic Matrix). Tento test se skládá ze sta fotografií uspořádaných do tabulky 10×10. Na fotografiích jsou figury, jejichž procento tělesného tuku roste zleva doprava, zatímco shora dolů rostou procenta svalstva. Vlevo nahoře je tedy nesvalnatá, vyhublá postava, zatímco vpravo dole je extrémně svalnatá a tlustá postava. Jedinci pak z této tabulky vybírají tu postavu, která jim připadá jako korespondující s jejich tělesným vzezřením a postavu, které by chtěli dosáhnout (Cafri & Thompson, 2004). Na podobném principu je založen i test BIG (Bodybuilder Image Grid), který bude blíže popsán v praktické části.

V poslední řadě je významný poměrně mladý test MDI (Muscle Dysmorphia Inventory) – inventář měřící symptomy svalové dysmorfie. Dotazník se skládá z 27 položek, které tvoří 6 subškál: Stravování, Doplňky, Ochrana postavy, Závislost na cvičení, Velikost/symetrie a Farmakologie (Rhea et al., 2004). Ani jeden z těchto tří uvedených testů však nebyl oficiálně přeložen do češtiny.

8 Léčba

Navzdory rozšiřujícímu se zájmu o problematiku PPP u mužů a rostoucímu počtu studií a publikací na toto téma je zarážející, jak málo zdrojů se zabývá léčebnými postupy, které jsou specifické pro muže. Před uvedením do této problematiky je vhodné poukázat na některé studie, které s tématem léčby souvisí. Bylo totiž prokázáno, že muži trpící PPP nejen

podstupují léčbu v menší míře v poměru k ženám, ale i že jejich léčba (hospitalizace) trvá kratší dobu (Striegel-Moore & Leslie, 2000). Příčina tohoto jevu se vysvětluje několika faktory – menší závažnost onemocnění u mužů, podceňování symptomů u mužů a s ním spojené přehlížení mužů trpících PPP (jejich nižší diagnostika) či stereotypní vnímání PPP jakožto ženského onemocnění, které vede u nemocných mužů ke studu a strachu ze sociální reakce v případě, že by se léčili (Manzato & Strumia, 2011).

Léčba PPP má výrazný interdisciplinární charakter. Navíc je třeba rozlišovat léčbu somatických obtíží a psychologických obtíží. Bezprostředním cílem léčby somatických obtíží je nutriční rehabilitace, navození normálního jídelního režimu a odstranění somatických i psychologických následků malnutrice (Höschl et al., 2002). Vzhledem k psychologické povaze této práce, zde není prostor pro bližší seznámení s postupy léčby somatických obtíží, avšak blíže bude popsána psychoterapeutická léčba.

Psychoterapie, která řeší psychologické obtíže, je stěžejním prostředkem léčby PPP poté, co u pacienta dojde k akutní realimentaci a pacient již tedy není ohrožen na životě. Její podmínkou je kvalitní terapeutický vztah a motivace pacienta ke změně a léčbě. Pacienti s PPP často přicházejí k lékaři jen proto, aby vyhověli přání své rodiny (přátel, školy) a dokázali, že obavy okolí jsou přehnané. Jejich postoj k onemocnění i léčbě je většinou odmítavý a proto je primární úlohou terapeuta poskytnout informace a vytvořit takové podmínky, které motivaci pacienta ke změně a léčbě zlepší, což pak umožní spolupráci na dalších cílech léčby (Papežová, 2010).

Výběr adekvátního psychoterapeutického přístupu má pro léčbu zásadní význam a řídí se podle motivace pacienta, úrovně, na jaké je schopen co nejefektivněji pracovat z hlediska aktuální symptomatiky, podle osobnostní zralosti a sociálního (rodinného) kontextu. Běžně tedy u jedinců dochází ke změnám v psychoterapeutických postupech s ohledem na zmíněné faktory (Papežová, 2010).

V současné době je velice široká nabídka různých psychoterapeutických přístupů, z nichž se ve vztahu k PPP využívá především:

- **Psychoedukace**, která spočívá v adekvátním informování pacienta a jeho rodiny o povaze nemoci, nepříznivých následcích hladovění a možnostech léčby (Papežová, 2010).

- **Motivační terapie** je stěžejní v počátcích léčby. Pracuje s motivací pacienta ke změně a léčbě (Papežová, 2010).
- **Kognitivní a behaviorální terapie** mají nejen dlouho historii v léčbě PPP, ale jsou i výborně prozkoumané a dosahují skvělých výsledků. Hlavním cílem behaviorální terapie je zvýšení váhy pacienta pomocí techniky podmiňování (např. stupňování sociálních výhod v průběhu hospitalizace, spojených s váhovým příbytkem) se současným zaměřením pozornosti na další oblasti, jako je prožívání, myšlení a vztahy pacienta k dalším lidem. Kognitivní přístup pak vychází z přesvědčení, že patologické prožívání a chování je odvozeno od patologického myšlenkového procesu a že primárním cílem terapeutické intervence je změnit tento kognitivní proces (Kocourková, 1997).
- **Interpersonální psychoterapie** se nezaměřuje přímo na jídlo, nýbrž na vztahové a osobnostní problémy, nízké sebevědomí a nízkou frustrační toleranci (Papežová, 2010).
- **Rodinná terapie** je stěžejní především u mladých pacientů žijících se svojí rodinou. Vychází z přesvědčení, že PPP mohou odrážet určité dysfunkční role, spojení, konflikty nebo interakční vzorce v rodině, a proto se zaměřuje na tyto oblasti (Krch, 2005).
- **Psychodynamická terapie** je oproti ostatním dlouhodobější a je tedy doporučována tam, kde krátkodobá intervence selhává, často u případů PPP s psychiatrickou komorbiditou, hraniční osobností, s anamnézou traumatizace a sexuálního zneužití a posttraumatické stresové reakce. Oproti ostatním přístupům zdůrazňuje význam nevědomých obsahů a fantazií, které ovlivňují prožívání, myšlení a chování pacienta (Kocourková, 1997; Papežová, 2010).
- **Skupinová terapie** je metoda, kterou nacházíme prakticky ve všech léčebných programech pro pacienty s PPP. Měla by pomoci pacientům v bezpečném prostředí vyjadřovat vlastní pocity, pozorovat vlastní reakce druhých jak k sobě navzájem, tak k terapeutovi, propracovávat vztahy s vrstevníky a autoritami. Také dochází k získání velké opory, porozumění, předávání názorů a zkušeností mezi lidmi na skupině (Kocourková, 1997).

Vedle psychoterapeutických metod pak stojí ještě metody farmakoterapeutické, které tvoří také významnou součást léčby PPP. Patří sem např. léčiva používaná k nutriční podpoře (např. vitamíny), suplementy pohlavních a růstových hormonů či psychofarmaka. Mezi

psychofarmaky se využívají především antidepresiva a anxiolytika, která pomáhají pacientům zvládnout náročné emoční stavy (Höschl et al., 2002).

Jak již bylo řečeno v úvodu této kapitoly, zmínek o specifikách přístupu k léčbě mužů je velice omezené množství. Většina autorů se shoduje na tom, že léčba mužů i žen probíhá podle stejného schématu, s přihlédnutím k obecným pohlavním rysům (např. že kalorický příjem musí být u mužů vyšší než u žen) či mužským specifikám spojeným s PPP (např. zohlednění nižších emocionálních reakcí ve vztahu k PPP u mužů či uvědomění si vyšší prevalence PPP u homosexuálních mužů) (Andersen & Holman, 1997). Dokonce ani Příručka pro léčbu pacientů s poruchami příjmu potravy vydaná Americkou psychiatrickou asociací v roce 2006, nezmiňuje žádné rozdíly v přístupu k mužům trpícím PPP, až na jednu poznámku. Touto poznámkou je fakt, že muži mohou nekomfortně vnímat skupinovou terapii ve skupině složené ze samých žen. Podle této příručky by měla skupina obsahovat i určité procento mužů, nebo by jí alespoň měl vést odborník mužského pohlaví (APA, 2006).

9 Závěr

Ze zde předložené rozsáhlé analýzy literatury zabývající se problematikou PPP u mužů lze vyvodit několik závěrů. Především je patrné, že PPP jsou v mnoha směrech velice odlišné mezi pohlavími, což naznačuje potřebu přistupovat k pacientům s vědomím těchto odlišností. Nejzásadnějším rozdílem je pravděpodobně odlišný tlak sociokulturního prostředí na muže. Ten po mužích vyžaduje nejen štíhlost, ale zároveň i poměrně vyvinutou muskulaturu, což u mužů vede k ambivalenci mezi touhou shodit či přibrat kilogramy. Porucha tělesného vnímání, s níž úzce souvisí i patologie v jídelním chování se tak může u mužů projevat na jakési dimenzi, v níž stojí poruchy příjmu potravy na jedné straně a svalová dysmorfie na straně druhé. Oba tyto póly však mohou závažně poškodit zdraví jedince. Navíc je patrný rostoucí vliv sociokulturních faktorů na muže, který pozitivně koreluje s jejich tělesnou nespokojeností a tím i pravděpodobností rozvoje PPP i SD, což dokazuje aktuálnost této problematiky.

Zároveň je důležité si uvědomit, že ačkoliv je mezi muži nižší prevalence PPP, jsou často více ohroženi na zdraví, jelikož jsou ze stereotypních důvodů přehlíženi či později diagnostikováni jako jedinci trpící onemocněním, které je považováno za typicky ženské. To by mělo být motivem nejen pro citlivou práci s chlapci, u nichž se objevují některé znaky PPP, ale i pro

další bádání v této oblasti. Existuje sice narůstající množství výzkumů zabývající se PPP u mužů, avšak některé oblasti jsou zatím nedostatečně prostudované.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

1 Úvod

Praktická část bakalářské práce navazuje na poznatky předložené v části teoretické. Cílem navrhovaného výzkumu je zmapování nejrůznějších oblastí více či méně přímo souvisejících s poruchami příjmu potravy a poruchou tělesného vnímání se zaměřením na mužská specifika. Jedná se o rozsáhle dotazníkové šetření screeningové povahy na neklinické populaci (tzn. populaci bez diagnostikované jídelní patologie). Šetření proběhne mezi studenty třech různých oborů – práv, tělesné výchovy a filozofie. Probandům bude předložena testová baterie sestávající z dotazníků a otázek měřících PPP (EDI), symptomy svalové dysmorfie (MDI), spokojenost s vlastní váhou, spokojenost s muskulaturou a depresi (BDI). V poslední řadě jim též budou předloženy otázky ohledně frekvence chování rizikového pro PPP i SD. Na základě výsledků dotazníků, budou předloženy důkazy o tom, jaká část české mužské vysokoškolské populace je ohrožena rizikem rozvoje PPP či SD, v jaké míře se u nich vyskytuje rizikové chování. Též budou popsány některé vztahy mezi tělesnou nespokojeností, depresivními příznaky a symptomy PPP a SD.

2 Teoretický úvod a význam studie

Obecná teoretická východiska pro studium PPP i SD u mužů byla probrána do hloubky v první části bakalářské práce. Zde již budou jen krátce uvedeny některé výzkumy, které mají podobnou koncepci, jako zde předložený návrh výzkumu.

Cílem této studie, jak již bylo naznačeno, je důkladné zmapování vztahů mezi několika kategoriemi souvisejícími s PPP a SD na neklinické mužské populaci. V zahraniční literatuře se můžeme setkat s celou řadou screeningových studií zaměřených na PPP ve smíšené populaci (např. Haine, 2011; Szabó et al., 2015) i u čistě mužské populace (např. DeFeciani, 2011). Stejně tak jsou dostupné studie zaměřené na svalovou dysmorfii (Babusa, 2013; Wolke & Sapouna, 2008) a tělesnou nespokojenost (Dakanalis et al., 2014; Fallon et al., 2014; Salmons et al., 1988). Oproti tomu v českém prostředí je podobných výzkumů pouze omezené množství, jedním z nich je např. studie Hrachovinové et al.(2005) zkoumající psychologický kontext spokojenosti s vlastním tělem u VŠ studentů či výzkum Krcha & Csémyho (2007)

zkoumající PPP a dietní postoje českých dětí. V prvně jmenovaném výzkumu Hrachovinová et al. došla k mnoha zajímavým závěrům. Vzhledem k této studii jsou významné především nálezy, že 11% mužů chtělo zhubnout o 5 a více kilogramů, zatímco 30% mužů chtělo přibrat rovněž 5 a více kilogramů. Dále zjistila, že ačkoli průměrné BMI respondentů bylo v pásmu normy, 76% jich nebylo spokojeno se svým tělem. Více mužů (41%) než žen (35%) bylo nespokojených se svojí hmotností. 38% mužů uvedlo cvičení kvůli postavě a 5,5% mužů užívá prostředky na tvorbu svalové hmoty (Hrachovinová et al., 2005). Tyto nálezy jsou poměrně závažné a měly by být podrobněji prozkoumány právě v navrhované studii.

Ačkoli existují ještě některé další studie zabývající se více či méně těmito tématy, žádná se nesnaží komplexně zmapovat tuto problematiku u mužů. Přitom by tato problematika neměla být opomíjena z několika důvodů – jednak se jedná o závažné zdravotní téma, dále se zdá, že nejen PPP, ale především SD má stoupající prevalenci, kterou je potřeba více zmapovat. Prozkoumání této problematiky v českém prostředí je důležité i vzhledem k tomu, že PPP i SD jsou do značné míry sociokulturně determinovány a proto nelze výsledky cizích studií jednoduše aplikovat na domácí prostředí. V poslední řadě by přítomnost podobného výzkumu mohla vést k vytvoření preventivních programů a otevření nového pole bádání. V tomto ohledu lze říct, že je tento návrh výzkumu jedinečný a přínosný.

3 Cíle studie

Probandi (více viz Soubor), budou vybráni ze tří různých fakult – právnické, filozofické a tělesné výchovy a sportu. Hlavním cílem výzkumu tedy bude prozkoumání toho, zda existují rozdíly ve sledovaných proměnných ve vztahu k různým studijním zaměřením. Předpokládáme, že odlišné studijní zaměření bude mít vliv na námi sledované proměnné. Např. vycházíme z předpokladu, že studenti právnické fakulty jsou cílevědomí, perfekcionista a je u nich kladen velký důraz na vzhled, proto by mohli skórovat výše např. v některých subškálách (Perfekcionismus, Tělesná nespokojenost) dotazníku EDI. Vedle toho studenti FTVS by mohli mít větší sklony skórovat výše na jednotlivých škálách MDI, vzhledem k sportovnímu zaměření studia. Předpokládáme, že studenti FF pak nebudou vyčnívat ani na jedné škále. V první řadě tedy bude provedena korelační analýza těchto tří skupin probandů s jejich BMI, nespokojeností s váhou a muskulaturou a výsledky v dotaznících EDI a MDI.

Z testové baterie však vychází celá řada dalších proměnných, které budou sledovány.

- Budeme sledovat vztah mezi BMI a jednotlivými subškálami (Nutkání být štíhlý, Bulimie, Tělesná nespokojenost, Inefektivita, Perfekcionismus, Interpersonální nedůvěra, Interoceptivní vnímání a Strach z dospívání) dotazníku EDI.
- Podobně se zaměříme na vztah mezi BMI a jednotlivými subškálami (Stravování, Doplnky, Ochrana postavy, Závislost na cvičení, Velikost/symetrie a Farmakologie) dotazníku MDI.
- Pokusíme se zjistit, jaký je vztah mezi EDI a MDI? Předpokládáme, že zde bude negativní korelace, jelikož se jedná o dva opačné fenomény. Na druhou stranu mají obě poruchy mnoho společných znaků (např. zneužívání látek, zakrývání svého těla, excesivní cvičení), proto výsledek této korelace poukáže, do jaké míry jsou tyto fenomény stejné či protikladné.
- Dále budou ověřeny 4 hypotézy ve vztahu k depresivním příznakům. U všech očekáváme pozitivní korelaci.
 - Vztah mezi výsledkem v testu EDI a depresivními příznaky měřenými pomocí BDI.
 - Vztah mezi výsledkem v testu MDI a depresivními příznaky měřenými pomocí BDI.
 - Vztah mezi nespokojeností s váhou a depresivními příznaky měřenými pomocí BDI.
 - Vztah mezi nespokojeností s muskulaturou a depresivními příznaky měřenými pomocí BDI.

4 Metody

4.1 Soubor

Vzorek populace, na kterém bude dotazníkové šetření provedeno, bude složen z vysokoškolských studentů prvního ročníku studia. Tato skupina byla vybrána vzhledem k tomu, že by její průměrný věk měl zhruba korespondovat s věkem nástupu PPP i SD. Studenti budou navíc vybráni ze tří různých fakult – právnické, filozofické a tělesné výchovy a sportu. Tyto tři fakulty byly vybrány z důvodu předpokládaného rozdílného zaměření studijních oborů. Na každé fakultě bude otestováno 200 až 300 probandů, což je množství dostatečné na kvalitní statistické vyhodnocení dat. Z ekonomických důvodů bude výběr probandů nenáhodný. Probandi budou vybráni metodou sebevýběru, což znamená, že otestujeme ty probandy, kteří se nám dobrovolně přihlásí. Motivace studentů k účasti bude

zvýšena nabídnutím drobné finanční odměny a také tím, že se o sobě studenti mohou něco dozvědět. Pro účel náboru probandů bude výzkum pojmenován jako Studie zkoumající životní styl studentů. Tím, že v názvu studie nebude uvedeno zaměření na jídelní postoje, doufáme, že zamezíme tomu, že se do studie nepřihlásí ti studenti, kteří mají s daným tématem určité negativní zkušenosti.

Vedle této hlavní studie bude proveden navíc i předvýzkum (viz dále), který bude proveden na studentech psychologie Filozofické fakulty. Těchto probandů bude 20.

4.2 Užití metody

Soubor bude vyšetřen rozsáhlou dotazníkovou baterií zaměřenou na oblasti poruch příjmu potravy, jídelního chování a postojů, vztahu k vlastnímu tělu a spokojenosti s ním. Vedle jídelního chování budou dotazníky mapovat i chování vedoucí k růstu muskulatury, které je zásadním specifickým mužské populace. Krátce budou zmapovány i depresivní příznaky probandů. Celá testová baterie je uvedena v příloze.

4.2.1 Úvodní dotazník

V úvodní části budou probandi dotazováni na demografické, somatometrické a další obecné údaje. Probandům bude položena otázka na jejich věk, pohlavní orientaci, VŠ obor, výšku a váhu. Z údajů o výšce a váze bude vypočítán Body Mass Index (BMI, Index tělesné hmotnosti) ze vzorce $BMI = \text{hmotnost} / \text{výška}^2$, kde hmotnost je uvedena v kilogramech a výška v metrech. BMI je indikátorem normality váhy.

4.2.2 EDI (Eating Disorder Inventory)

Ačkoliv v zahraničí existuje celá řada dotazníků měřících symptomy PPP či dokonce dotazníky snažící se přímo o diagnostiku PPP, výběr jednoho vhodného dotazníku byl poměrně náročný. Z mnoha dotazníků, které jsou na výběr, jsou pouze 3 přeloženy do českého jazyka – EDI, EAT a EDE (viz kapitola Testy symptomů PPP). Z dostupných informací se zdá, že ani jeden z těchto českých překladů dotazníků není standardizován na českou populaci. Pro účely tohoto výzkumu to však není problém, jelikož se nebudeme snažit diagnostikovat PPP, nýbrž spíše kvantifikovat míru závažnosti (rizikovitost) jídelního a dalšího chování spojeného s PPP. Ze tří jmenovaných dotazníků byl nakonec vybrán dotazník EDI (Eating Disorder Inventory, Inventář PPP) a to především ze dvou důvodů. Prvním důvodem je jeho poměrně široký úhel pohledu na PPP. V porovnání s ostatními dvěma testy se snaží

zmapovat hned osm faktorů PPP. Druhým důvodem je pak to, že byl oproti zbylým dvěma testům, poměrně dobře zmapován s ohledem na mužskou populaci.

EDI je jedním z nejčastěji užívaných metod pro měření symptomů PPP a především výborný screeningový nástroj (Podar & Allik, 2009). Metoda byla vyvinuta v roce 1983 D. M. Garnerem (1983) jako 64 položkový dotazník měřící 8 dílčích subškál. První tři škály – Nutkání být štíhlý (DT), Bulimie (B) a Tělesná nespokojenost (BD) – se doptávají především na postoje a chování přímo související s PPP. Zbylých pět škál – Inefektivita (I), Perfekcionismus (P), Interpersonální nedůvěra (ID), Interoceptivní vnímání (IA) a Strach z dospívání (MF) – mapuje další oblasti, které jsou s PPP nejčastěji spjaté. Později byly publikovány další dvě verze EDI, v kterých navíc přibýly škály Asketismu, Impulzivní regulace a Sociální nejistoty (Podar & Allik, 2007). Tyto pozdější verze nemají dosud český překlad, proto je v předkládaném výzkumu použita první verze EDI.

Ačkoliv byl dotazník vytvořen a ověřen v závislosti na ženské populaci, existují studie, které se snaží zjistit jeho účinnost v populaci mužské. Bylo tak zjištěno, že muži v dotazníku skórují signifikantně níže než ženy téměř ve všech subškálách (Spillane et al., 2004, Shore, 1990). Ze závěrů těchto studií však vyplývá, že ačkoli má EDI nižší spolehlivost při jeho aplikování na mužskou populaci, stále se jedná o kvalitní nástroj měření PPP. Nižší spolehlivost testu je třeba mít na zřeteli především v klinických podmínkách, kde by špatná diagnostika mohla vést k závažným důsledkům, avšak pro účely této screeningové studie je dotazník dostačující.

Dotazník EDI bude probandům podán v té podobě, kterou uvádí např. Papežová (2005), avšak otázky, které jsou psány v ženském rodě, budou převedeny do mužského rodu (viz Příloha). Na všech 64 otázkách se odpovídá na šestibodové škále (vždy – obvykle – často – někdy – zřídka - nikdy). V jednotlivých položkách se skóruje podle následujícího schématu: odpověď, která je nejvíce charakteristická pro nemocného pacienta je bodována třemi body, za další odpověď jsou 2 body a za třetí odpověď 1 bod. Zbylé tři odpovědi, které jsou nejméně „patologické“ nejsou bodově ohodnoceny. Rozpětí bodů, které lze v dotazníku získat je 0 až 192 bodů (Garner et al., 1983). Hraniční skór 40 bodů bývá používáno k identifikování jedinců s PPP, dosažení této hranice je již velmi rizikové (Kjelsås et al., 2003). Tato hranice však vychází z anglického originálního dotazníku. U mužů tato hranice leží ještě níže.

4.2.3 MDI (Muscle Dysmorphia Inventory)

Vedle testu měřícího symptomy PPP bude ve studii použit i dotazník zaměřený na převážně mužskou problematiku, tedy svalovou dysmorfii a jevy s ní spjaté. V současné době existuje více nástrojů, které se snaží měřit projevy svalové dysmorfie, avšak žádný nebyl doposud oficiálně přeložen do českého jazyka. V této studii bude použit český překlad dotazníku MDI (Muscle Dysmorphia Inventory). Z anglického originálu jsme dotazník přeložili do českého jazyka ve spolupráci s rodilým mluvčím z Ameriky a učitelkou anglického jazyka. Vzhledem k pečlivému překladu nebyl proveden zpětný překlad do českého jazyka. Přeložený dotazník je uveden v příloze.

Dotazník MDI byl zvolen pro tuto práci především proto, že se snaží postihnout behaviorální i psychologické stránky mnoha oblastí souvisejících se svalovou dysmorfii, což se o jiných příbuzných metodách říci nedá. Anglický originál dotazníku vytvořil Rhea (2004) jako 27 položkový sebesposuzující test. Položky jsou rozděleny do šesti subškál vycházejících z diagnostických kritérií pro SD. Subškály jsou následující: Stravování, Doplňky, Ochrana postavy, Závislost na cvičení, Velikost/symetrie a Farmakologie. Stejně jako u EDI se na otázky odpovídá na šestibodové škále (vždy – obvykle – často – někdy – zřídka - nikdy). Avšak v případě MDI jsou skórovány všechny odpovědi – 6 bodů za odpověď nejvíce korespondující s patologií až 1 bod za odpověď na druhém pólu. Proband tedy může získat minimálně 27 bodů a maximálně 162. Není zde určena žádná limitní hranice rozlišující normu od patologie (Rhea et al., 2004).

4.2.4 Frekvence rizikového chování

Součástí testové baterie bude dále série položek, které se budou doptávat na frekvenci chování specifického pro populaci trpící PPP a SD, podobně jako to ve svém výzkumu provedla Hrachovinová (2005). Probandi budou dotazováni na frekvenci tohoto rizikového chování: držení diet, cvičení kvůli zhubnutí, cvičení kvůli růstu svalů, záchvaty přejídání, navození zvracení, užívání projímadel, braní prostředků na zhubnutí, na odvodnění, na snížení chuti k jídlu a na tvorbu svalové hmoty, braní anabolických steroidů. Frekvence bude měřena také na šestistupňové škále (více jak jednou denně – jednou denně – 2-6x týdně – 1-3x měsíčně – méně než jednou měsíčně – nikdy).

4.2.5 Nespokojenost s vlastním tělem

Zatímco u žen je nespokojenost s vlastním tělem často vyjádřitelná množstvím kilogramů, které by chtěla žena shodit, u mužů sledujeme dvě tendence – touhu po zhubnutí (tuku) i po přibrání (svalstva). Nespokojenost u mužů tedy může mít podobu nespokojenosti s váhou či nespokojenosti s tvarem těla (muskulaturou). Z tohoto důvodu se bude nespokojenost s vlastním tělem měřit v obou těchto dimenzích.

První způsob, kterým bude kvantifikována nespokojenost s vlastním tělem (resp. váhou) spočívá v rozporu mezi reálnou a ideální (tj. kterou si respondent přeje mít) váhou. Jako hranice jasně vyjádřené nespokojenosti, pak bude považován rozdíl minimálně 5 kg. Tato hranice vychází z výzkumu Hrachovinové (2005), kde se osvědčila, jako vhodná a dobře rozlišující.

Vedle této metody bude navíc použit dotazník BIG (Bodybuilder Image Grid), zveřejněný v roce 2004 (Hildebrandt et al., 2004). BIG je dotazník měřící tělesnou nespokojenost ve vztahu k tělesnému tuku i svalstvu. Test vykazuje výbornou reliabilitu i validitu (Hildebrandt et al., 2004). Test je tvořen jakousi mřížkou 6×5 tvořenou 30 mužskými siluetami s rozdílným stupněm svalové hmoty a tělesného tuku (viz příloha). Horní levá silueta reprezentuje muže s nejmenším množstvím tukové i svalové hmoty. Zleva doprava pak přibývá množství tuku, zatímco shora dolů množství svaloviny. Co se týče tuku, levá silueta odpovídá 3,5 % tělesného tuku a každá další má o 6,5 % tuku více. Pravá má tedy 36 % tuku. V této studii bude mít proband za úkol vybrat tři obrázky: (a) figuru, která podle jeho názoru nejlépe vystihuje jeho vlastní tělo, (b) figuru, kterou by v ideálním případě chtěl mít a (c) figuru, kterou si myslí, že by považovaly ženy za nejvíce atraktivní. Nespokojenost s množstvím tuku se posléze vypočítá jako rozdíl mezi vnímanou a reálnou figurou tak, že se odečte číslo sloupečku, v němž je ideální figura, od čísla sloupečku, v němž je reálná (vnímaná) figura. Obdobně, se vypočítá rozdíl mezi řádky, čímž dostaneme nespokojenost s množstvím svalové hmoty (Mayo & George, 2014).

Ze siluet, které probandi vyberou, tedy můžeme usuzovat na jejich tělesnou nespokojenost. Navíc však můžeme posoudit, zda je jejich ideální postava, kterou by chtěli mít, dosažitelná bez použití anabolických steroidů. To lze vypočítat ze vzorce pro výpočet indexu netučné hmoty (FFMI, Fat-Free Mass Index):

$$FFMI = \frac{W[(1 - BF)/100]}{H^2} + 6,1 \cdot (1,8 - H)$$

Ze vzorce získáme index netučné hmoty, poté, co dosadíme výšku člověka v metrech (W), ideální váhu člověka v kilogramech (H) a procento tuku, které má preferovaná silueta (BF). FFMI u siluet v mřížce variuje od 15,5 do 29. Průměrný americký muž má FFMI rovno 20,0, zatímco FFMI větší než 25 se podle výzkumů nedá dosáhnout bez pomoci anabolických steroidů (Kouri et al., 1995; Hildebrandt et al., 2004).

4.2.6 Deprese

V poslední řadě bude probandům předložen dotazník deprese. Konkrétně se bude jednat o Beckovu sebesposuzovací stupnici deprese (BDI, Beck Depression Inventory), jenž byla ověřena jako vhodná metoda pro posuzování depresivních rysů u pacientů s PPP (Pulos, 1996). Původní verze BDI byla publikována Beckem (1961) v roce 1961. Od té doby vzniklo mnoho více či méně pozměněných verzí. Jedna z nich – zkrácená verze o 13 položkách – je dostupná i v českém překladu a vysoce koreluje i s původní delší verzí (Filip, 1997), proto bude použita. Dotazník měří afektivní, kognitivní, motivační a vegetativní symptomy deprese. Každá položka má 4 odpovědi, jež jsou hodnoceny 0 až 3 body. Celkový skóre se vypočítá součtem všech jednotlivých skóre. Proband může získat minimálně 0 bodů a maximálně 39. Jedinec, který v testu získá méně jak 9 bodů je v normě, získání 9 až 24 bodů poukazuje na lehkou až střední depresi, zatímco jedinci skórující nad 25 bodů pravděpodobně trpí těžkou depresí (Cetlová et al., 2012).

4.3 Předvýzkum

Předvýzkum bude proveden na 20 studentech psychologie. Tito studenti jsou vybráni s tím předpokladem, že mají určité znalosti a zkušenosti v oblasti psychologického testování a proto mohou přinést důležité podněty týkající se předkládaných dotazníků. Hlavním záměrem předvýzkumu bude ověření srozumitelnosti a časové náročnosti testů a dále identifikace možných intervenujících proměnných (např. vysoká únava, nízká motivace, kvalita nástrojů, osobní odhad cíle výzkumu atd.) Velká pozornost bude věnována také kvalitě českého překladu dotazníku MDI, který je v této studii použit poprvé v této podobě. Probandi budou požádáni o vyplnění testové baterie a posléze s nimi bude proveden polostrukturovaný rozhovor zaměřený na zmíněné oblasti. Na základě jejich zpětné vazby bude případně testová baterie více či méně upravena.

4.4 Administrace

Konečná, upravená podoba testové baterie bude účastníkům předkládána v papírové podobě. Účastníci budou vyzváni, aby se dostavili k výzkumu v kterémkoliv z vypsaných termínů. Termínů bude velké množství a pokusí se korespondovat s potřebami respondentů. Testy budou předkládány v učebnách na jednotlivých fakultách. Ve výzkumných místnostech bude přítomna váha a metr, pro získání přesnějších proporcí zkoumaného vzorku. Probandi budou ujištěni o anonymitě a obeznamení s účelem testování. Bude jim doporučeno, aby si udělali přestávku, kdykoli pocítí únavu. Testování nebude časově omezeno. Respondenti budou vyzváni, aby se v případě nejasností obrátili na administrátora. Administrátor bude mužského pohlaví.

5 Popis, rozbor a interpretace dat

Námi administrované dotazníky poskytnou velké množství převážně číselných údajů. Na základě těchto údajů bude možno dále analyzovat pracovní otázky, které si klade tato studie (viz Cíle studie). Všechny tyto pracovní hypotézy, budou ověřeny s využitím korelační analýzy. Korelační analýza, která bude provedena prostřednictvím některého z dostupných statistických softwarů, poukáže na sílu závislosti mezi jednotlivými proměnnými. Tyto výsledky pak budou okomentovány.

Vedle ověření těchto hypotéz však studie poskytne i velké množství popisných dat. Mezi nejprínosnější budou patřit především údaje o frekvenci rizikového chování, které se mezi muži vyskytuje. Zajímavý bude také údaj o tom, kolik mužů si přeje mít postavu, která není dosažitelná bez použití anabolických steroidů. V poslední řadě výsledky ukáží, kolik procent mužů není spokojených se svým tělem (resp. se svojí váhou nebo muskulaturou), kolik mužů dosahuje limitní hranice v testu EDI a testu deprese, či jaká je mužská představa o tom, jaký tvar mužského těla preferují ženy.

V případě, že bude ve zkoumaném vzorku větší množství homosexuálních a bisexuálních mužů, bude navíc provedena statistická analýza jejich výsledků v testu EDI, s předpokladem, že budou dosahovat vyšších naměřených hodnot. V tomto případě by se jednalo o porovnání středních hodnot skóre pomocí t-testu.

Vzhledem k velkému množství informací, které tato studie přinese, bude vhodné znázornit většinu výsledků v přehledné grafické podobě či ve formě tabulek.

6 Diskuze

Výsledky této rozsáhle zaměřené studie by měly poukázat na závažné oblasti ve vztahu k této problematice. Vzhledem k tomu, že se jedná o první takovou studii v ČR, lze její přínos spatřit především v širokém zmapování problematiky a nastolení dalších, konkrétnějších výzkumných otázek.

Na druhou stranu prvenství tohoto výzkumu v českém prostředí může vést k některým nedostatkům, vyplývajícím z nedostatečné teoretické základny pro podobně zaměřené studie. Tyto nedostatky pak mohou negativně ovlivnit výsledky studie, proto zde budou některé z nich zmíněny. Patrně největší problém vyplývá z použitých metod. Dotazník EDI byl vyvinut ve vztahu k ženské populaci a pro jeho českou verzi dosud nebyly vytvořeny normy. Ani validita a reliabilita není známa. Podobně je tomu u testu MDI, jehož český překlad se v této studii používá poprvé. Nelze tedy předvídat, jak budou oba nástroje citlivé a spolehlivé a jestli dostatečně rozliší často drobné nuance mezi jednotlivými probandy.

Další oblastí, která by mohla ovlivnit výsledky studie je zvolená metoda výběru probandů. Vzhledem k tomu, že budou probandi do studie zařazeni na základě sebevýběru, je možné, že vzorek nebude dostatečně reprezentativní. S nadsázkou by se dalo říci, že např. lidé trpící PPP nebudou chtít být konfrontováni se sociálně podmíněným stresem, který je s podobným výzkumem spjat, či např. lidé se svalovou dysmorií nebudou mít čas se zúčastnit studie, aby mohli dodržet tréninkový plán. Pomineme-li však tyto extrémní situace, je i tak nutné připustit, že metoda sebevýběru je obecně považována za nejvíce problematickou metodu výběru vzorku z populace, avšak i přesto je vhodná pro svoji nízkou náročnost (finanční, časovou apod.) V neposlední řadě je možné, že nebude dodržen limit počtu probandů, který si tento návrh výzkumu klade, což by mohlo vést k nižší hodnotě výsledků.

Poslední skupina intervenujících proměnných je ta, která přímo souvisí s probandy. Vzhledem k délce testu je třeba brát v potaz pravděpodobnou únavu, která může ovlivnit probandy při vyplňování testové baterie. Podobně může testování ovlivnit nízká motivace probandů, neupřímnost odpovědí na osobní otázky (např. pohlavní orientaci, ale i další osobní otázky, které jsou součástí jednotlivých dotazníků) či naopak snaha odpovídat ve směru osobního odhadu cíle výzkumu.

Výsledky jednotlivých pracovních otázek budeme posléze konfrontovat s dostupnými výzkumy. V českém prostředí především s výsledky Hrachovinové (2005) a Krcha &

Csémyho (2007), případně se statistickými údaji o množství pacientů trpících PPP (Nechanská, 2013). Vhodnější však bude konfrontace našich výsledků s výsledky zahraničních výzkumů, kterých je nejen mnohonásobně větší množství, ale zabývají se i tématy, které nejsou v českém prostředí prozkoumány (např. svalová dysmorfie).

Bude-li prokázán signifikantní rozdíl v proměnných mezi jednotlivými studijními obory, pokusíme se tyto výsledky náležitě okomentovat možnými důvody, případně navrhnout navazující výzkum, který by tyto důvody mohl postihnout (např. polostrukturovaný rozhovor s jednotlivými studenty).

Výsledky korelačních studií mezi jednotlivými proměnnými (BMI, EDI, MDI, BDI, nespokojenost s váhou a nespokojenost s muskulaturou), budou porovnány s výsledky hojných zahraničních studií. To by mohlo poukázat na specifika české populace v této problematice (kulturní rozdíly). Zároveň by mohly výsledky při porovnání s předchozími studii potvrdit, zda je např. svalová dysmorfie onemocnění s rostoucí prevalencí, což se obecně předpokládá, avšak mladý výzkum tohoto tématu zatím nepřinesl jednoznačnou odpověď.

Velice zajímavý bude i závěr o vztahu mezi výsledky v testu EDI a MDI, jejichž přímé porovnání, dle dostupné literatury, nikdo doposud neprovedl. Ačkoliv předpokládáme negativní korelaci mezi celkovými skóry jedinců v obou testech, je možné, že nebude prokázána, jelikož mnoho znaků (resp. škál) mezi těmito dvěma onemocněními (resp. dotazníky) je podobných. To by mohlo poukázat na vzájemné postavení těchto dvou poruch, které nebylo dosud řádně objasněno.

V poslední řadě bychom se v diskuzi rádi zaměřili na zhodnocení kvality českého překladu dotazníku MDI a to především tak, že bychom posoudili jeho citlivost (tj. jak dobře rozlišuje mezi různými probandy).

7 Závěr

V praktické části této práce navrhuji vědecký výzkum, který se snaží postihnout základní vztahy mezi proměnnými souvisejícími s poruchami příjmu potravy, svalovou dysmorfii, tělesnou nespokojeností a depresivními příznaky. Dále se snaží popsat frekvenci výskytu chování, které se považuje za rizikové ve vztahu k PPP i SD. Výsledky studie by měly především poukázat na míru závažnosti této problematiky mezi českou vysokoškolskou

populací mladých mužů a tím udat směr a nutnost dalších výzkumů v této oblasti. Výsledky by též měly naznačit, je-li potřeba zabývat se edukací a primární prevencí žáků a studentů nižšího věku. Výzkum by mohl být přínosný i pro praktické lékaře, psychiatry a další pracovníky, kteří se mohou dostat do styku s populací ohroženou těmito problémy. To by v důsledku mohlo vést ke zvýšení pozornosti vůči mužům, kteří mohou trpět těmito často přehlíženými nemocemi. V poslední řadě by mohla být v testu ověřena užitečnost českého překladu dotazníku MDI, což by mohlo vést k jeho ustanovení jako vhodné metody k diagnostice symptomů SD.

Použitá literatura

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2006). *Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Andersen, A., & Holman, J. (1997). Males with eating disorders: Challenges for treatment and research. *Psychopharmacology Bulletin*, 33(3), pp. 391-397.

Austin, S., Ziyadeh, N., Kahn, J., Camargo, C. (2004). Sexual orientation, weight concerns, and eating-disordered behaviors in adolescent girls and boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(9), pp. 1115-1123.

Babusa, B. (2013). *Muscle dysmorphia in Hungarian high risk populations* (Doktorská práce). Mental Health Sciences Doctoral School Semmelweis University, Budapest.

Baghurst, T., Hollander, D., Nardella, B., & Haff, G. (2006). Change in sociocultural ideal male physique: An examination of past and present action figures. *Body Image*, 3(1), pp. 87-91

Barry, A. (1990). Anorexia nervosa in males. *Postgraduate Medicine*, 87(8), pp. 161-8.

Beck, A. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), pp. 561-71.

Becker, A., Burwell, R., Navara, K., & Gilman, S. (2003). Binge eating and binge eating disorder in a small-scale, indigenous society: The view from Fiji. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), pp. 423-431.

Beren, S., Hayden, H., Wilfley, D., & Grilo, C. (1996). The influence of sexual orientation on body dissatisfaction in adult men and women. *International Journal of Eating Disorders*, 20(2), pp. 135-141.

- Blond, A. (2008). Impacts of exposure to images of ideal bodies on male body dissatisfaction: A review. *Body Image*, 5(3), pp. 244-250.
- Boni, F. (2002). Framing media masculinities: Men's lifestyle magazines and the biopolitics of the male body. *European Journal of Communication*, 17(4), pp. 465-478.
- Brady, S. (2008). Lifetime family violence exposure is associated with current symptoms of eating disorders among both young men and women. *Journal of Traumatic Stress*, 21(3), pp. 347-351.
- Bramon-Bosch, E., Troop, N., & Treasure, J. (2000). Eating disorders in males: A comparison with female patients. *European Eating Disorders Review*, 8(4), pp. 321-328.
- Brand, P., Rothblum, E., & Solomon, L. (1992). A comparison of lesbians, gay men, and heterosexuals on weight and restrained eating. *The International Journal of Eating Disorders*, 11(3), pp. 253.
- Braun, D., Sunday, S., Huang, A., & Halmi, K. (1999). More males seek treatment for eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 25(4), pp. 415-24.
- Cafri, G., & Thompson, J. (2004). Measuring Male Body Image: A Review of the Current Methodology. *Psychology of Men & Masculinity*, 5(1), pp. 18-29.
- Cafri, G., Olivardia, R., & Thompson, J. (2008). Symptom characteristics and psychiatric comorbidity among males with muscle dysmorphia. *Comprehensive Psychiatry*, 49(4), pp. 374-379.
- Carlat, D. (1991). Review of bulimia nervosa in males. *The American Journal of Psychiatry*, 148(7), pp. 831-43.
- Carlat, D., Camargo, C., & Herzog, D. (1997). Eating disorders in males: A report on 135 patients. *The American Journal of Psychiatry*, 154(8), pp. 1127-1132.
- Cetlová, L., Drahošová, L., & Točíková, I. (2012). *Hodnotící a měřící škály pro nelékařské profese*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava.
- Connor-Greene, P. (1988). Gender differences in body weight perception and weight-loss strategies of college students. *Women & Health*, 14(2), pp. 27-42.

Crisp, A., & Burns, T. (1983). The clinical presentation of anorexia nervosa in males. *International Journal of Eating Disorders*, 2(4), pp. 5-10.

Crisp, A. (1986). Primary anorexia nervosa in the male and female: A comparison of clinical features and prognosis. *British Journal of Medical Psychology*, 59(2), pp. 123-32.

Crisp, A. (2006). Anorexia nervosa in males: Similarities and differences to anorexia nervosa in females. *European Eating Disorders Review*, 14(3), pp. 163-167.

Crosscope-Happel, C., Hutchins, D., Getz, H., & Hayes, G. (2000). Male anorexia nervosa: A new focus. *Journal of Mental Health Counseling*, 22(4), pp. 365-370.

Dakanalis, A., Zanetti, A., Riva, G., Colmegna, F., Volpato, C. (2014). Male body dissatisfaction and eating disorder symptomatology: Moderating variables among men. *Journal of Health Psychology*, 20(1), pp. 80-90.

Dally, P., & Gomez, J. (1979). *Anorexia nervosa*. London: Heinemann Medical Books.

Davis, J., & Oswalt, R. (1992). Societal influences on a thinner body size in children. *Perceptual and Motor Skills*, 74(3), pp. 697-698.

Davis, C., & Scott-Robertson, L. (2000). A psychological comparison of females with anorexia nervosa and competitive male bodybuilders: Body shape ideals in the extreme. *Eating Behaviors*, 1(1), pp. 33-46.

DeFeciani, L. (2011). Disordered eating in college men: The influence of developmental and sociocultural risk factors. *Dissertation Abstracts International*, 71(10), pp. 3791.

Dominé, F., Berchtold, A., Akre, C., Michaud, P., & Suris, J. (2009). Disordered eating behaviors: What about boys?. *Journal of Adolescent Health*, 44(2), pp. 111-117.

Duggan, S., & McCreary, D. (2004). Body image, eating disorders, and the drive for muscularity in gay and heterosexual men: The influence of media images. *Journal of Homosexuality*, 47(3/4), pp. 45-58.

Fallon, E., Harris, B., & Johnson, P. (2014). Prevalence of body dissatisfaction among a United States adult sample. *Eating Behaviors*, 15(1), pp. 151-158.

Feldman, M., & Meyer, I. (2007). Eating disorders in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), pp. 218-226.

Feldman, M., & Meyer, I. (2007). Childhood abuse and eating disorders in gay and bisexual men. *International Journal of Eating Disorders*, 40(5), pp. 418-423.

Fichter, M. (1987). Symptomatology, psychosexual development and gender identity in 42 anorexic males. *Psychological Medicine*, 17(2), pp. 409-18.

Filip, V. (1997). *Praktický manuál psychiatrických posuzovacích stupnic*. Praha: Psychiatrické centrum.

Fischer, S., Stojek, M., & Hartzell, E. (2010). Effects of multiple forms of childhood abuse and adult sexual assault on current eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 11(3), pp. 190-192.

Fisher, M. (2003). The course and outcome of eating disorders in adults and in adolescents: A review. *Adolescent medicine*, 14(1), pp. 149-58.

Furnham, A., & Calnan, A. (1998). Eating disturbance, self-esteem, reasons for exercising and body weight dissatisfaction in adolescent males. *European Eating Disorders Review*, 6(1), pp. 58-72.

Frasciello, L., & Willard, S. (1995). Anorexia nervosa in males: A case report and review of the literature. *Clinical Social Work Journal*, 23(1), pp. 47-58.

Garner, D., Garfinkel, P., Schwartz, D., & Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports*, 47(2), pp. 483-491.

Garner, D., Olmstead, M., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), pp. 15-34.

Gluck, M. (2006). Stress response and binge eating disorder. *Appetite*, 46(1), pp. 26-30.

Groesz, L., Levine, M., & Murnen, S. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1), pp. 1-16.

- Gueguen, J., Godart, N., Chambry, J. (2012). Severe anorexia nervosa in men: Comparison with severe AN in women and analysis of mortality. *International Journal of Eating Disorders*, 45(4), pp. 537-545.
- Hausenblas, H., & Carron, A. (1999). Eating disorder indices and athletes: An integration. *Journal of Sport*, 21(3), pp. 230.
- Heffernan, K. (1996). Eating disorders and weight concern among lesbians. *International Journal of Eating Disorders*, 19(2), pp. 127-138.
- Herzog, D., Norman, D., Gordon, C., & PePOSE, M. (1984). Sexual conflict and eating disorders in 27 males. *The American Journal of Psychiatry*, 141(8), pp. 989-990.
- Hildebrandt, T., Langenbacher, J., & Schlundt, D. (2004). Muscularity concerns among men: development of attitudinal and perceptual measures. *Body Image*, 1(2), pp. 169-181.
- Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: TIGIS.
- Hrachovinová, T., Csémy, L., & Chudobová, P. (2005). Psychologický kontext spokojenosti s vlastním tělem u VŠ studentů. *Československá psychologie*, 49(1), pp. 9-18.
- Hsu, L. (1990). *Eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Hudson, J., Hiripi, E., & Pope, H. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), pp. 348.
- Huon, G., & Walton, C. (2000). Initiation of dieting among adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*, 28(2), pp. 226-230.
- Hutchinson, D., Rapee, R., & Taylor, A. (2010). Body dissatisfaction and eating disturbances in early adolescence: A structural modeling investigation examining negative affect and peer factors. *The Journal of Early Adolescence*, 30(4), pp. 489-517.
- Keel, P., Fulkerson, J., & Leon, G. (1997). Disordered eating precursors in pre- and early adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 26(2), pp. 203-216.
- Kelly, N., Cotter, E., Tanofsky-Kraff, M., & Mazzeo, S. (2014). Racial variations in binge eating, body image concerns, and compulsive exercise among men. *Psychology of Men & Masculinity*, 15(3).

King, M., & Mezey, G. (1987). Eating behaviour of male racing jockeys. *Psychological Medicine*, 17(1), pp. 249-253.

Kjelsås, E., Augestad, L., & Flanders, D. (2003). Screening of males with eating disorders. *Eating and Weight Disorders. Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 8(4), pp. 304-310.

Kocourková, J. (1997). *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén.

Kouri, E., Pope, H., Katz, D., & Oliva, P. (1995). Fat-free mass index in users and nonusers of anabolic-androgenic steroids. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 5(4), pp. 223-228.

Krch, F. (2005). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada.

Krch, F., & Csémy, D. (2007). Poruchy příjmu potravy a dietní postoje českých dětí: Abstrakt konferenčního příspěvku. *Česká a slovenská psychiatrie: Program konference PPP 2007*, 103(Supplementum 1), pp. 29.

Lamanna, J., Grieve, F., Derryberry, W., Hakman, M., & McClure, A. (2010). Antecedents of eating disorders and muscle dysmorphia in a non-clinical sample. *Eating and Weight Disorders*, 15(1-2), pp. 23-33.

Léblová, P. (2010). Poruchy příjmu potravy: vztah k imaginaci a závislosti na poli. *E-psychologie*, 4(3), pp. 1-12.

Leit, R., Pope, H., & Gray, J. (2001). Cultural expectations of muscularity in men: the evolution of playgirl centerfolds. *The International Journal Of Eating Disorders*, 29(1), pp. 90-3.

Lemberg, R., & Cohn, L. (1999). *Eating disorders: a reference sourcebook*. Phoenix: Oryx Press.

Mahon, J., Bradley, S., Harvey, P. (2001). Childhood trauma has dose-effect relationship with dropping out from psychotherapeutic treatment for bulimia nervosa: A replication. *International Journal of Eating Disorders*, 30(2), pp. 138-148.

Maida, D., & Armstrong, S. (2005). The classification of muscle dysmorphia. *International Journal of Men's Health*, 4(1), pp. 73-91.

Mangweth, B., Pope, Jr., H., Hudson, J. (1997). Eating disorders in Austrian men: An intracultural and crosscultural comparison study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66(4), pp. 214-221.

Manzato, E., & Strumia, R. (2011). *Eating disorders in males: muscularity and fragility: the two-faced ianus of male identity*. Hauppauge, N.Y.: Nova Science Publishers.

Mayo, C., & George, V. (2014). Eating disorder risk and body dissatisfaction based on muscularity and body fat in male university students. *Journal of American College Health*, 62(6), pp. 407-415.

McCabe, M., & Ricciardelli, L. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(6), pp. 675-685.

Miller, E., & Halberstadt, J. (2005). Media consumption, body image and thin ideals in New Zealand men and women. *New Zealand Journal of Psychology*, 34(3), pp. 189-195.

MKN-10. (2008). Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná verze k 1. 1. 2009. Praha: Bomton Agency.

Morrison, M., Morrison, T., & Sager, C. (2004). Does body satisfaction differ between gay men and lesbian women and heterosexual men and women?. *Body Image*, 1(2), pp. 127-138.

Mosley, P. (2009). Bigorexia: Bodybuilding and muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review*, 17(3), pp. 191-198.

Murray, S., Rieger, E., Touyz, S., & De la Garza García, L. (2010). Muscle dysmorphia and the DSM-V conundrum: Where does it belong? A review paper. *International Journal of Eating Disorders*, 43(6), pp. 483-491.

Murray, S., Rieger, E., Hildebrandt, T., Karlov, L., Russell, J., Boon, E., Dawson, R., & Touyz, S. (2012). A comparison of eating, exercise, shape, and weight related symptomatology in males with muscle dysmorphia and anorexia nervosa. *Body Image*, 9(2), pp. 193-200.

Murray, S., Rieger, E., Karlov, L., & Touyz, S. (2013). An investigation of the transdiagnostic model of eating disorders in the context of muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review*, 21(2), pp. 160-164.

National Collaborating Centre for Mental Health. (2004). *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. Leicester: British Psychological Society.

Nechanská, B. (2010). *Péče o pacienty s diagnózami F50.0–F50.9 - poruchy přijímání potravy v psychiatrických lůžkových zařízeních ČR*. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-diagnozami-f500-f509-poruchy-prijimani-potravy-psychiatrickych-luzkovych-zarizenich-cr-0> (citováno 12. 2. 2015)

Nechanská, B. (2013). *Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v psychiatrických ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2007–2012*. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-poruchami-prijmu-potravy-psychiatrickych-ambulantnich-luzkovych-zarizenich-cr-letech-2> (citováno 12. 2. 2015)

Nieuwoudt, J., Zhou, S., Coutts, R., & Booker, R. (2012). Muscle dysmorphia: Current research and potential classification as a disorder. *Psychology of Sport and Exercise*, 13(5), pp. 569-577.

Núñez-Navarro, A., Agüera, Z., Krug, I. (2012). Do men with eating disorders differ from women in clinics, psychopathology and personality?. *European Eating Disorders Review*, 20(1), pp. 23-31.

Olivardia, R. (1995). Eating disorders in college men. *The American Journal of Psychiatry*, 152(9), pp. 1279-85.

Olivardia, R. (2001). Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harvard Review of Psychiatry*, 9(5), pp. 254-259.

Oppliger, R., Landry, G., Foster, S., & Lambrecht, A. (1993). Bulimic behaviors among interscholastic wrestlers: A statewide survey. *Pediatrics*, 91(4), pp. 826-831.

Oyebode, F., Boodhoo, J., & Schapira, K. (1988). Anorexia nervosa in males: Clinical features and outcome. *International Journal of Eating Disorders*, 7(1), pp. 121-124.

Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada.

- Paxton, S., Schutz, H., Wertheim, E., & Muir, S. (1999). Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight-loss behaviors, and binge eating in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(2), pp. 255-266.
- Podar, I., & Allik, J. (2009). A cross-cultural comparison of the eating disorder inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 42(4), pp. 346-355.
- Polivy, J., & Herman, P. (1985). Dieting and binge eating: A causal analysis. *American Psychologist*, 40(2), pp. 193.
- Pope, H., & Katz, D. (1994). Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroid use. A controlled study of 160 athletes. *Archives of General Psychiatry*, 51(5), pp. 375-382.
- Pope, H., Gruber, A., Choi, P., Olivardia, R., & Phillips, K. (1997). Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38(6), pp. 548-557
- Pope, H., & Olivardia, R. (1999). Evolving ideals of male body image as seen through action toys. *International Journal of Eating Disorders*, 26(1), pp. 65-72.
- Pope Jr., H., & Kanayama, G. (2000). Abuse of anabolic-androgenic steroids. *Pharmaceutical News*, 7(5), pp. 13-20.
- Pope Jr., H., Olivardia, R., Borowiecki III, J., & Cohane, G. (2001). The growing commercial value of the male body: a longitudinal survey of advertising in women's magazines. *Psychotherapy*, 70(4), pp. 189-192.
- Pulos, S. (1996). Validity of the Beck Depression Inventory with eating disorder patients. *Educational and Psychological Measurement*, 56(1), pp. 139-141.
- Readdy, T., & Patty, W. (2011). Muscle dysmorphia, gender role stress, and sociocultural influences: An exploratory study. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 82(2), pp. 310.
- Rhea, D., Lantz, C., & Cornelius, A. (2004). Development of the Muscle Dysmorphia Inventory (MDI). *Journal of Sports Medicine*, 44(4), pp. 428-435.
- Riebl, S., Subudhi, A., Broker, J., Schenck, K., & Berning, J. (2007). The prevalence of subclinical eating disorders among male cyclists. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(7), pp. 1214-1217.

- Salmons, P., Lewis, V., Rogers, P., & Gatherer, A. (1988). Body shape dissatisfaction in schoolchildren. *The British Journal of Psychiatry*, 153(2), pp. 27-31.
- Sekot, M. (2002). Problematika mužů hospitalizovaných pro poruchy příjmu potravy. *Česká a slovenská psychiatrie*, 98(7), pp. 393-397.
- Sharp, C. (1994). Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases. *The International Journal of Eating Disorders*, 15(2), pp. 125-34.
- Schmidt, U., Tiller, J., Blanchard, M. (1997). Is there a specific trauma precipitating anorexia nervosa?. *Psychological Medicine*, 27(3), pp. 523-530.
- Schneider, J., & Agras, W. (1987). Bulimia in males: A matched comparison with females. *International Journal of Eating Disorders*, 6(2), pp. 235-242.
- Schur, E., & Sanders, M. (2000). Body dissatisfaction and dieting in young children. *International Journal of Eating Disorders*, 27(1), pp. 74-82.
- Smart, D. (1976). Some personality characteristics of patients with anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, (5), pp. 57-60.
- Smolak, L., & Levine, M. (1999). Parental input and weight concerns among elementary school children. *International Journal of Eating Disorders*, 25(3), pp. 263-271.
- Spillane, N., Boerner, L., & Anderson, K. (2004). Comparability of the eating disorder inventory-2 between women and men. *Assessment*, 11(1), pp. 85-93.
- Stanford, J., & McCabe, M. (2002). Body image ideal among males and females: sociocultural influences and focus on different body parts. *Journal of Health Psychology*, 7(6), pp. 675-684.
- Stanford, S., & Lemberg, R. (2012a). Measuring eating disorders in men: Development of the Eating Disorder Assessment for Men (EDAM). *Eating Disorders*, 20(5), pp. 427-436.
- Stanford, S., & Lemberg, R. (2012b). A clinical comparison of men and women on the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) and the Eating Disorder Assessment for Men (EDAM). *Eating Disorders*, 20(5), pp. 379-394.

- Stárková, L. (2009). Riziko smrti a zákeřných komplikací u poruch příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 10(3), pp. 112-116.
- Steiger, H. (1989). Anorexia nervosa and bulimia in males: lessons from a low-risk population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34(5), pp. 419-24.
- Sterling, J., & Segal, J. (1985). Anorexia nervosa in males: A critical review. *International Journal of Eating Disorders*, 4(4), pp. 559-572.
- Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H., & Stein, R. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: An examination of mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), pp. 836-840.
- Stice, E., Maxfield, J., & Wells, T. (2003). Adverse effects of social pressure to be thin on young women: An experimental investigation of the effects of "fat talk.". *International Journal of Eating Disorders*, 34(1), pp. 108-117.
- Striegel-Moore, R., Silberstein, L., & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, 41(3), pp. 246-263.
- Striegel-Moore, R., & Leslie, D. (2000). One-year use and cost of inpatient and outpatient services among female and male patients with an eating disorder: Evidence from a National Database of Health Insurance Claims. *International Journal of Eating Disorders*, 27(4), pp. 381-389.
- Strong, S., Williamson, D., Netemeyer, R., & Geer, J. (2000). Eating disorder symptoms and concerns about body differ as a function of gender and sexual orientation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(2), pp. 240-255.
- Szabó, K., Czeglédi, E., Babusa, B., Szumska, I. (2015). The European Initiative ProYouth for the promotion of mental health and the prevention of eating disorders: Screening results in Hungary. *European Eating Disorders Review*, 23(2), pp. 139-146.
- Toro, J., Cervera, M., & Pérez, P. (1988). Body shape, publicity and anorexia nervosa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23(2), pp. 132-136.

- Toro, J., Castro, J., Gila, A., & Pombo, C. (2005). Assessment of sociocultural influences on the body shape model in adolescent males with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 13(5), pp. 351-359.
- Utter, J., Neumarksztainer, D., Wall, M., & Story, M. (2003). Reading magazine articles about dieting and associated weight control behaviors among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 32(1), pp. 78-82.
- Vandereycken, W. (1984). Anorexia nervosa in males. A comparative study of 107 cases reported in the literature (1970 to 1980). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70(5), pp. 447-54.
- Varnado-Sullivan, P., Horton, R., & Savoy, S. (2006). Differences for gender, weight and exercise in body image disturbance and eating disorder symptoms. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 11(3), pp. 118-125.
- Vize, C. (1995). Sexual abuse in patients with eating disorder, patients with depression, and normal controls. A comparative study. *British Journal of Psychiatry*, 167(1), pp. 80-5.
- Vomastek, P. (2000). *Z deníku anorektika*. Praha: Tomáš Houška.
- Weltzin, T. (2005). Eating disorders in men: Update. *The Journal of Men's Health & Gender*, 2(2), pp. 186.
- Wertheim, E., Paxton, S., Schutz, H., & Muir, S. (1997). Why do adolescent girls watch their weight? An interview study examining sociocultural pressures to be thin. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(4), pp. 345-355.
- Wolke, D., & Sapouna, M. (2008). Big men feeling small: Childhood bullying experience, muscle dysmorphia and other mental health problems in bodybuilders. *Psychology of Sport and Exercise*, 9(5), pp. 595-604.
- Woodside, D. (1994). Day hospital treatment in males with eating disorders - response and comparison to females. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(5), pp. 471-5.
- Woodside, D., Garfinkel, P., Lin, E. (2001). Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), pp. 570-574.

Xie, B., Chou, C., Spruijt-Metz, D. (2006). Weight perception and weight-related sociocultural and behavioral factors in Chinese adolescents. *Preventive Medicine*, 42(3), pp. 229-234.

Yates, A. (1987). Eating disorders and long-distance running: The ascetic condition. *Integrative Psychiatry*, 5(3), pp. 201-204.

Příloha – Ukázka testové baterie

Vážený pane,

děkujeme Vám, že se zúčastníte mapující studie zkoumající nejrůznější aspekty jídelních návyků a cvičení ve vztahu ke svému tělu u mužů. Před Vámi je nyní několik dotazníků a otázek. Prosíme Vás o jejich co nejpečlivější vyplnění. Vyplňování zabere přibližně 60-90 minut, avšak není nijak časově omezeno. Budete-li cítit únavu, neváhejte si dát mezi jednotlivými dotazníky pauzu. Dotazník je zcela anonymní a jeho výsledky budou použity pro vědecké účely. V případě jakýchkoliv nejasností se prosím obraťte na administrátora testu.

Nejprve Vás poprosíme o vyplnění několika osobních údajů:

1. Uveďte prosím Váš věk: _____
2. Jaká je Vaše pohlavní orientace:
 - a. heterosexuální
 - b. homosexuální
 - c. bisexuální
 - d. nepřeji si odpovídat
3. Na jaké VŠ v současné době studujete:
 - a. Fakulta Tělesné Výchovy a Sportu UK
 - b. Právnická Fakulta UK
 - c. Filozofická Fakulta
4. Jaká je Vaše váha: _____
5. Jaká je Vaše výška: _____

EDI (Eating Disorder Inventory, Inventář PPP) (Papežová, 2005)

Tento dotazník obsahuje množství postojů, pocitů a způsobů chování. Některé otázky se vztahují k potravě a jídelním zvyklostem. Jiné se zaměřují na Vaše pocity k sobě samému. Protože neexistují správné ani nesprávné odpovědi, snažte se odpovídat, co nejpoctivěji. Vaše odpovědi jsou považovány za přísně důvěrné.

Přečtěte si každou otázku a zakřížkujte tu odpověď, která je pro Vás **v poslední době** nejnvtižnější. Prosim odpovídejte na každou otázku velmi odpovědně. Děkujeme!

		vždy	obvykle	často	někdy	zřídka	nikdy
1	Jím sladkosti a uhlovodany, aniž bych byl přítom nervózní.						
2	Mám pocit, že je mé břicho příliš tlusté.						
3	Přál bych si, abych se mohl vrátit do jistoty mého dětství.						
4	Jím, když se cítím velmi zmaten nebo nervózní.						
5	Cpu se jídlem až k prasknutí.						
6	Přál bych si, abych byl mladší.						
7	Myslím na diety.						
8	Dostanu strach, když se mé pocity stanou příliš silnými.						
9	Pociťuji, že má stehna jsou příliš silná.						
10	Cítím, že jsem jako člověk nemožný.						
11	Cítím se velmi provinile, když jsem přejeden.						
12	Myslím si, že mé břicho je právě, jaké má být.						
13	V naší rodině platí jen vynikající výkony.						
14	Dětství je nejšťastnějším obdobím života.						
15	Otevřeně dávám najevo své pocity.						
16	Mám strach přibrat.						
17	Důvěřuji druhým.						
18	Cítím se na světě sám.						
19	Jsem spokojen se svým tělem.						
20	Mám celkem pocit, že mám svůj život „pod kontrolou“.						
21	Často jsem zmatený ze svých pravých pocitů.						
22	Raději bych byl dospělý než dítětem.						
23	Je pro mne snadné jednat/hovořit s druhými.						
24	Přál bych si být někým druhým.						
25	Přeháním důležitost váhy.						
26	Dokážu své pocity jasně rozlišit.						
27	Připadám si „nemožný“.						
28	Už jsem měl „záchvaty žravosti“, kdy jsem cítil, že nedokážu přestat jíst.						
29	Jako dítě jsem vždy přísně dbal na to, abych své rodiče a učitele nezklamal.						

30	Udržuji úzké mezilidské vztahy.							
31	Líbí se mi tvar mého zadku.							
32	Plně mě duševně zaměstnává přání být štíhlejší.							
33	Nevím sám, co se ve mně děje.							
34	Činí mi potíže, abych projevils druhým své city.							
35	Nároky světa dospělých jsou příliš vysoké.							
36	Nenávidím se, když nejsem ten nejlepší.							
37	Cítím se sám v sobě v bezpečí/jsem si sám sebou jistý.							
38	V myšlenkách se zaměstnávám přejídáním.							
39	Jsem šťastný, že už nejsem dítětem.							
40	Často nevím, zda mám nebo nemám hlad.							
41	Nemám o sobě zvlášť dobré mínění.							
42	Věřím si, že mohu dosáhnout svých cílů.							
43	Rodiče ode mne očekávali vynikající výsledky.							
44	Mám strach, že ztratím kontrolu nad svými city.							
45	Považuji své boky za příliš široké.							
46	Před ostatními jím umírněně, a když jsem sám, nacpu se.							
47	Již po malé porci jídla se cítím nacpaný.							
48	Myslím si, že lidé jsou nejšťastnější, když jsou dětmi.							
49	Když přiberu ½ kg, mám strach.							
50	Myslím si, že jsem hodnotný člověk.							
51	Když se cítím nervózní, nevím, zda jsem smutný, úzkostný nebo zlostný.							
52	Mám pocit, že buď věci vyřídím perfektně, nebo vůbec ne.							
53	Myslím na to, zda zvracet, abych zhubl.							
54	Musím si lidi udržovat v určitém odstupu/necítím se dobře, když se někdo pokusí přiblížit.							
55	Myslím, že má stehna mají správný tvar.							
56	Myslím, že se vnitřně cítím prázdný.							
57	Mohu mluvit o osobních myšlenkách a pocitech.							
58	Nejlepší léta jsou, když je člověk dospělý.							
59	Můj zadek je příliš široký.							
60	Mám pocity, které nemohu správně zařadit.							
61	Jím nebo piji potají.							
62	Jsem spokojen s tvarem svých boků.							
63	Mám velmi vysoká měřítka.							
64	Jsem-li nervózní, bojím se, že bych mohl jíst.							

Dotazník symptomů specifických pro muže

MDI (Rhea et al., 2004)

V následujícím dotazníku je série výroků zjišťujících Vaše postoje k cvičení, specifickým jídelním návykům a vztahu k Vašemu tělu. Opět zakřížkujte odpověď, která je nejbližší Vašemu názoru. Děkujeme.

		vždy	obvykle	často	někdy	zřídka	nikdy
1	Reguluji svůj kalorický příjem tak, abych maximalizoval svalový nárůst.						
2	Před cvičením konzumuji přípravky dodávající energii.						
3	Dodržuji přísný režim cvičení.						
4	Důkladně sleduji svoji dietu, abych omezil příjem tuků.						
5	Nosím volné oblečení, abych zakryl svoji postavu před ostatními.						
6	Mám strach ze ztráty svalů.						
7	Užívám doplňky, abych se zotavil po vysilujícím cvičení.						
8	Užívám doplňky, abych zvýšil svůj výkon.						
9	Můj tréninkový plán je udělán tak, abych získal co nejvíce svalů.						
10	Obávám se, že nejsem dost svalnatý.						
11	Užívám potravinové doplňky, které mi pomohou cvičit v době zranění.						
12	Štve mě, když nedodržím tréninkový plán.						
13	Raději cvičím, když mě nikdo nevidí.						
14	Být hodně svalnatý je pro mě důležité.						
15	Moje dieta je tak přísná, že jím stejné jídlo i několik dní za sebou.						
16	Je výhodné mít velké svaly.						
17	Jsem naštvaný, když vynechám tréninkový den.						
18	Vyhýbám se jídlům s vysokým obsahem soli.						
19	Neustále se zabývám touhou být větší a silnější.						
20	Vyhýbám se situacím, v kterých mohou ostatní sportovci vidět mé svaly.						
21	Nosím oblečení, které mi pomáhá zakrýt mé tělesné proporce.						
22	Je pro mě důležité, aby ostatní sportovci viděli mé svaly.						
23	Raději ostatním zabráním, aby viděli, jak jsem svalnatý.						
24	Užívám steroidy.						
25	Užívám laxativa.						
26	Užívám diuretika.						

V následující tabulce prosím zaškrtněte frekvenci určitých druhů chování, tak jak se u Vás objevuje:

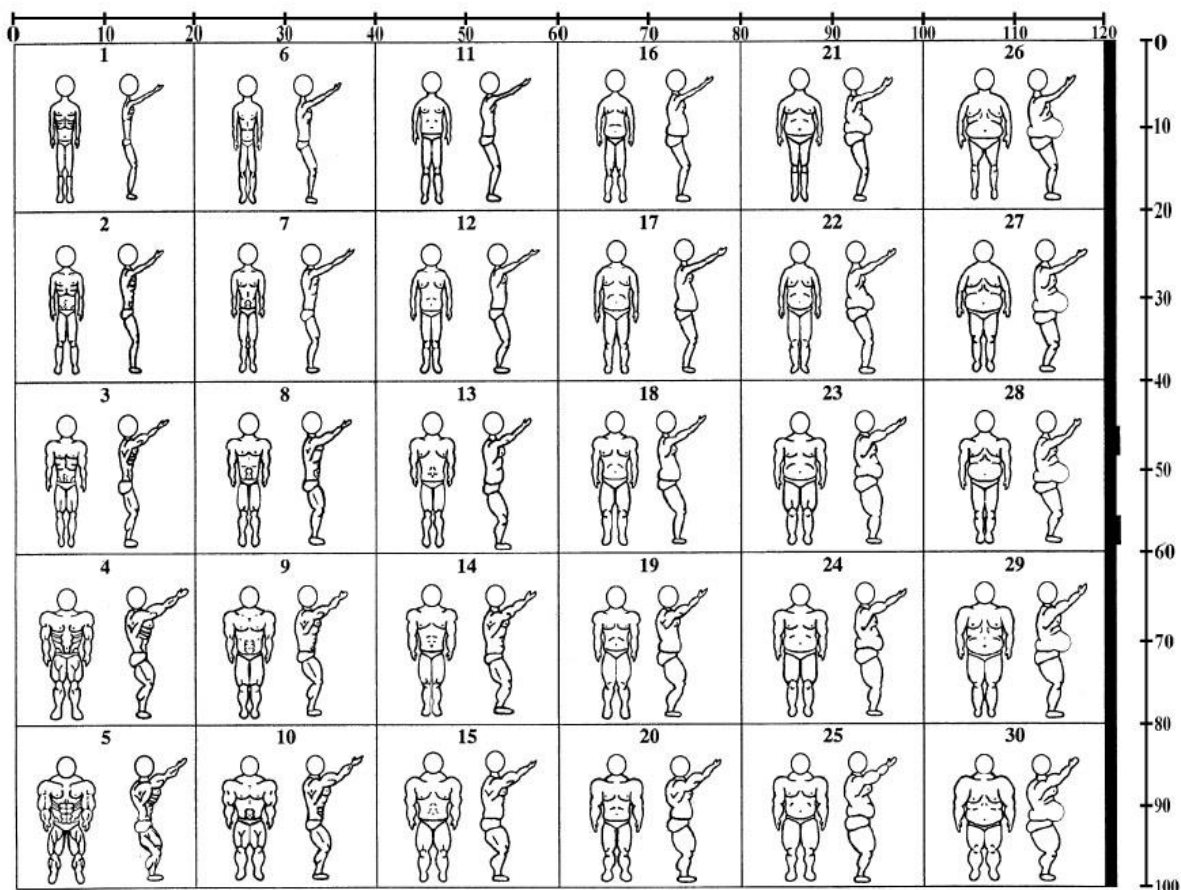
		více jak jednou denně	jednou denně	2-6x týdně	1-3x měsíčně	méně jak jednou měsíčně	nikdy
1	Držím diety (jím dietní jídla)						
2	Cvičím kvůli tomu, abych zhubnul						
3	Cvičím kvůli tomu, abych byl svalnatější						
4	Cvičím kvůli tomu, abych byl zdravější						
5	Mám záchvaty přejídání (sním obrovské množství jídla během krátkého času)						
6	Navozuji si zvracení						
7	Užívám projímadla (laxativa)						
8	Užívám prostředky na odvodnění (diuretika)						
9	Užívám prostředky na zhubnutí						
10	Užívám prostředky na snížení chuti k jídlu (anorektika)						
11	Užívám prostředky na tvorbu svalové tkáně						
12	Užívám anabolické steroidy						

Nespokojenost s vlastním tělem

1. Kolik v současné době vážíte kilogramů: _____
2. Kolik byste v ideálním případě vážit chtěl: _____

V následující tabulce je 30 různých figur mužských těl s různými proporcemi. Napište prosím číslo obrázku, který:

1. Nejlépe vystihuje vaší současnou postavu: _____
2. Nejlépe vystihuje Vaši ideální představu o Vaší postavě (jak byste chtěl ideálně vypadat): _____
3. Považujete za ten, který budou hodnotit ženy jako nejatraktivnější: _____



Beckova sebeposuzovací stupnice deprese (Filip, 1997)

Máte před sebou poslední dotazník obsahující skupiny tvrzení. Nejdříve přečtete všechna tvrzení v určité skupině a označte to, které Vás nejlépe charakterizuje v poslední době. Pokud Vám vyhovuje více tvrzení, zvolte to, které Vás charakterizuje nejlépe. Děkujeme.

01. Nálada

- 0 - nemám smutnou náladu
- 1 - cítím se poněkud posmutnělý, sklíčený
- 2 - jsem stále smutný nebo sklíčený a nemohu se z toho dostat
- 3 - jsem tak smutný nebo nešťastný, že to už nemohu snést

02. Pesimismus

- 0 - do budoucnosti nepohlížím nijak pesimisticky nebo beznadějně
- 1 - poněkud se obávám budoucnosti
- 2 - vidím, že se už nemám na co těšit
- 3 - vidím, že budoucnost je zcela beznadějná a nemůže se zlepšit

03. Pocit neúspěchu

- 0 - nemám pocit nějakého životního neúspěchu
- 1 - mám pocit, že jsem měl v životě více smůly a neúspěchů než obvykle lidé mívají
- 2 - podívám-li se zpět na svůj život, vidím, že je to jen řada neúspěchů
- 3 - vidím, že jsem jako člověk (otec, manžel apod.) v životě zcela zklamal

04. Neuspokojení z činnosti

- 0 - nejsem nijak zvlášť nespokojený
- 1 - nemám z věcí takové potěšení, jako jsem mívával
- 2 - už mě netěší skoro vůbec nic
- 3 - ať dělám cokoli, nevzbudí to ve mně sebemenší potěšení

05. Vina

- 0 - necítím se nijak provinile
- 1 - občas cítím, že jsem méněcenný, horší než ostatní
- 2 - mám trvalý pocit viny
- 3 - ovládá mě pocit, že jsem zcela bezcenný, zlý, provinilý člověk

06. Nenávist k sobě samému

- 0 - necítím se zklamán sám sebou
- 1 - zklamal jsem se sám v sobě
- 2 - jsem dost znechucen sám sebou
- 3 - nenávidím se

07. Myšlenky na sebevraždu

- 0 - vůbec mi nepřipadne na mysl, že bych si měl něco udělat
- 1 - mám někdy pocit, že by bylo lépe nežít
- 2 - často přemýšlím, jak spáchat sebevraždu
- 3 - kdybych měl příležitost, tak bych si vzal život

08. Sociální izolace

- 0 - neztratil jsem zájem o lidi v okolí
- 1 - mám poněkud menší zájem o společnost lidí než dříve
- 2 - ztratil jsem většinu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní
- 3 - ztratil jsem veškerý zájem o lidi a nechci s nikým nic mít

09. Nerozhodnost

- 0 - dokážu se rozhodnout v běžných situacích
- 1 - někdy mám sklon odkládat svá rozhodnutí
- 2 - rozhodování v běžných věcech mi dělá obtíže
- 3 - vůbec v ničem se nedokážu rozhodnout

10. Vlastní vzhled

- 0 - vypadám stejně jako dříve
- 1 - mám starosti, že vyhlížím staře nebo neatraktivně
- 2 - mám pocit, že se můj zevnějšek trvale zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně
- 3 - mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě

11. Potíže při práci

- 0 - práce mi jde od ruky jako dříve
- 1 - musím se nutit, když chci začít něco dělat
- 2 - dá mi velké přemáhání, abych cokoli udělal
- 3 - nejsem schopen jakékoli práce

12. Únavnost

- 0 - necítím se více unaven než obvykle
- 1 - unavím se snáze než dříve
- 2 - všechno mě unavuje
- 3 - únava mně zabraňuje cokoli dělat

13. Nechutenství

- 0 - mám svou obvyklou chuť k jídlu
- 1 - nemám takovou chuť k jídlu, jako jsem míval
- 2 - mnohem hůře mi teď chutná jíst
- 3 - zcela jsem ztratil chuť k jídlu

Toto byla poslední otázka testu. Velice Vám děkujeme za Váš čas a ochotu při vyplňování dotazníku.