

Univerzita Palackého v Olomouci

Filosofická fakulta

Katedra psychologie

**SOUVISLOST BIGOREXIE A
OBSEDANTNĚ KOMPULZIVNÍCH RYSŮ U FITNESS
POPULACE**

**CONNECTION BETWEEN BIGOREXIA AND
OBSSESIVE COMPULSIVE TRAITS IN FITNESS
POPULATION**



Bakalářská diplomová práce

Autor: Andreas Aulich

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, PhD.

Olomouc

2018

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: „*Souvislost bigorexie a obsedantně kompulzivních rysů u fitness populace*“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V.....dne.....

Podpis.....

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval vedoucímu práce Mgr. Martinovi Kupkovi, Ph.D. za nespočet podnětných rad, pomoc, vstřícnost a odborné vedení. Dále bych rád poděkoval taktéž PhDr. Danielovi Dostálovi, Ph.D a Mgr. Lucii Viktorové za konzultace týkající se zpracování statistických dat a použitých metod. V neposlední řadě bych také jedno velké díky rád věnoval své rodině a nejbližším za trpělivost a podporu.

OBSAH

ÚVOD

TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Poruchy příjmu potravy	9
1.1 Co je porucha příjmu potravy	9
1.1.1 Příznaky	9
1.1.2 Faktory	10
1.1.3 Léčba	10
1.2 Mentální Anorexie	12
1.2.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0)	13
1.3 Mentální bulimie	14
1.3.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.2)	14
2 Bigorexie	15
2.1 Charakteristika bigorexie	15
2.2 Průběh vytváření pojmu bigorexie	15
2.3 Příčiny a související problematika každodenního života bigorektika	16
2.4 Rizika spojená s bigorexií	17
2.5 Diagnostika	18
2.6 Výskyt	18
2.7 Léčba	19
3 Obsedantně-kompulzivní porucha	22
3.1 Neurotické poruchy	22
3.2 Charakteristika obsedantně-kompulzivní poruchy	23
3.3 Typy obsedantně-kompulzivní poruchy	24
3.4 Příčina obsedantně-kompulzivní poruchy	25
3.5 Průběh a prognóza	26
3.6 Léčba	27
4 Kulturistika	29
4.1 Životní styl kulturisty	29
4.2 Soutěže	29
4.3 Kompulzivní cvičení	30
4.4 Poruchy příjmu potravy ve sportu	31
5 Dosavadní výzkumy	32

PRAKTICKÁ ČÁST	34
6 Výzkumný problém, výzkumný cíl, výzkumné hypotézy	35
6.1 Cíle výzkumu	36
7 Aplikovaná metodika	38
7.1 Metody získávání dat	38
7.1.1 Úvodní list	38
7.1.2 EAT - 26	38
7.1.3 Dotazník Bigorexie	40
7.1.4 OCI	41
7.2 Předvýzkum	42
7.3 Etika	42
8 Výzkumný soubor	43
8.1 Výběr vzorku z populace a sběr dat	43
8.2 Popis vzorku	44
9 Analýzy a interpretace výsledků	47
9.1 Metody zpracování a analýzy dat	47
10 Výsledky	49
10.1 Ověření hypotéz	49
11 Diskuze	54
12 Závěry	58
13 Souhrn	59
POUŽITÉ ZDROJE A LITERATURA	62
ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	
SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

V posledních letech se čím dál více můžeme setkat s rychle plynoucím časem, moderní dobou, zaměřováním se na výkon a tím i sociálním tlakem na člověka. V průběhu let se mění ideály mužské i ženské postavy, stravovací návyky, teorie toho, co je a není pro tělo dobré, a s tím přicházejí nové a nové poruchy příjmu potravy. Vzhledem k těmto všem vyjmenovaným aspektům se zde můžeme setkávat s poruchou zvanou bigorexie. Bigorexie se vykytuje zpravidla u lidí, kteří vnímají svoje tělo odlišně od reality. Tyto negativní domněnky často vedou člověka k tomu, aby se choval a jednal tak, aby se negativní myšlenky vyskytovaly co nejméně. Častokrát je schopen podstoupit a udělat mnohé ke svému vytouženému tělu. Toto byl podnět pro naše téma bigorexie v souvislosti s obsedantně kompulzivními rysy. Naším cílem bude prozkoumat poruchu samotnou a porovnat jednotlivé skupiny lidí navštěvující fitness centra. Bigorexii jak už téma napovídá, budeme porovnávat s obsedantně kompulzivními rysy.

Téma bakalářské práce také vzniklo na základě našeho zájmu o výživové poradenství, zdravý životní styl a smýšlení daných jedinců navštěvující posilovny. Zvolení daného tématu také podpořila poměrná neznámost této poruchy. Poslední a rozhodující fakt ke zvolení tématu byla přínosnost. Nejedná se totiž o často bádané téma. Výzkumy bigorexie v souvislosti s obsedantně kompulzivními rysy se nám nepodařilo dohledat v České republice ani v zahraničí

TEORETICKÁ ČÁST

1 Poruchy příjmu potravy

Tato kapitola si klade za cíl uvést čtenáře do problematiky poruch příjmu potravy. Zaměříme se tedy na historické vymezení a základní charakteristiky tohoto pojmu. Dále se budeme zabírat determinanty, prevencí, léčbou a možným nebezpečím, které nám mohou poruchy příjmu potravy přinášet. V posledních dvou podkapitolách bychom rádi čtenáře obeznámili s anorexií a bulimií, které nám pomohou do určité míry nastínit a přiblížit problematiku bigorexie.

1.1 Co je porucha příjmu potravy

S poruchou příjmu potravy se setkáme tehdy, když daný člověk vidí a vnímá jídlo jako prostředek k vyřešení svých emocionálních problémů. Když se setká nebo je vystaven složité situaci, snaží se jídlem či dietou zmírnit své pocity. Je to stejné jako například u alkoholiků, kteří své pocity zahání alkoholem nebo toxikomanů, kteří si snaží ulevit pomocí drog. Pro takového člověka již není jídlo pouhou běžnou součástí života, nýbrž stává se hlavní náplní, kolem které se veškerá jeho činnost točí (Maloney & Kranzová, 1997).

1.1.1 Příznaky

Mezi prvotními příznaky můžeme pozorovat u jedinců s poruchou příjmu potravy změnu v jídelníčku. Člověk zprvu začíná vyřazovat energeticky nevhodná jídla, až nakonec směřuje k odstranění pokrmů, jako je bílé pečivo, knedlíky či maso. Mění stravovací návyky. Nemocní se snaží redukovat množství jídel, začíná to drobnými svačinami, pokračuje to rozsáhlými výmluvami, proč nesnídat, neobědvat a ani nevečeřet. Srovnávají se s ostatními a lpí na co nejmenších porcích. Často jídlo nahrazují žvýkačkou, aby zahnali hlad. U jídelního stolu u nich můžeme zpozorovat odlišné chování. Někteří (anorektici) jedí jídlo velmi pomalu, prohlížejí si jej, vychutnávají a důkladně si vybírají co snědí a co ne. Druzí (bulimičky) naopak jedí velmi rychle, hltavě a jídlo si většinou do sebe smíchávají. Často trpí velkými změnami chutí a lehce se jim udělá z jídla nevolno. Nemají rádi, když je někdo pozoruje při konzumaci potravin a obvykle zveličují množství, co spořádali. Můžeme u těchto lidí vidět zvýšenou pohybovou aktivitu, zaujatost o vlastní tělo a neustálé hlídání hmotnosti. Nedostatek živin má za následky nedostatek energie, zácpy, pocit chladu nebo narušený menstruační cyklus. Mezi poslední příznaky anorektiček a bulimiček patří vyhrožování a emoční vydírání, když po nich člověk chce, aby se alespoň

snažili jíst. Snaží se podvádět, po jídle používají projímadla a diuretika, aby ze sebe požitě jídlo dostali a nepřibrali (Marádová, 2007).

1.1.2 Faktory

Krch (2004) chápe problematiku PPP jako soubor několika faktorů, které každý svým dílem přispívají k nemoci. Poukazuje na to, že neexistuje určitý činitel, který za vše může. Jako první faktor uvádí rozdílnost mužského a ženského pojetí. Ženy mají větší náchylnost k tomu trpět PPP. Je to zapříčiněno dospíváním, kde se ženské tělo oddaluje od těla ideálního, přičemž mužské spíše přibližuje. Ženy zpravidla drží více diet, mají nižší úctu k vlastnímu tělu a sebevědomí. Jako další rizikový činitel je chápán tzv. nebezpečný věk, který je charakterizován jako věk dospívání a puberty. Lidé se mezi sebou srovnávají a pomalu začíná přicházet věk sebeobjevování. Puberta je typická tělesnými změnami a hormonálními výkyvy. Zpravidla dívky mívají malou sebedůvěru, což se může překlenout k PPP.

Taktéž rodina má obrovský vliv na člověka. Jak už z hlediska hodnocení postavy (vysoká kritičnost, málo empatie), tak i z hlediska návyků a zažitých jídelních stereotypů. Samotné psychologické faktory člověka velmi podporují riziko upadnutí do PPP. Každý člověk je jiný a tím pádem i jeho osobnostní rysy. Kliszová (2014) také poukazuje na rapidní změny kultury, ve které jedinec vyrůstá. Lidé se velmi zaměřují na hmotnost a chtějí jí mít čím dál tím nižší, což je zapříčiněno mediálním zdrojem, s čímž se můžeme setkat v televizi, časopisech nebo na internetu. V některých zaměstnáních je atraktivita a štíhlost brána jako faktor úspěšnosti. Papežová (2010) dodává, že rizikové faktory mohou být i nenadálé situace, které člověka zastihnou (rozchod, výpověď z práce) nebo závislost na psychoaktivních látkách.

1.1.3 Léčba

Na PPP se nahlíží jako na kontinuum patologického jídelního chování. Tato porucha je chápána jako multidimenzionální onemocnění, a proto na ní nové přístupy hledí v podstatě bio-psycho-sociální souvislosti. Většinou do prvního kontaktu přijde nemocný člověk s lékařem. Zpravidla to bývá obvodní lékař, pediatr nebo gynekolog. Na těchto doktorech leží diagnosticko-motivační zodpovědnost a následné sdělení kontaktu na dalšího odborníka. Pacienti se většinou dělí na dvě skupiny, první je skupina, která spolupracuje a lehce naváže kontakt s dalšími pracovníky. Druhou skupinou jsou již nespolupracující lidé, u kterých dochází k léčbě pomocí delší ambulantní péče. Většinou se jedná o pacientky,

keré odmítají pomoc. Z největší pravděpodobnosti to zapříčiňuje strach a stud z nepřijatelnosti okolí (Krch, 2010).

Z hlediska komplexnosti PPP je potřeba zajištění všech lékařských sfér. Nemocný člověk přijde do styku se širokým spektrem specialistů, kteří se mu snaží pomoci. Při léčbě lékaři musí brát v potaz tělesný stav a úroveň vyspělosti člověka. Na těchto úkonech se podílí od psychiatra, psychologa, gynekologa, internisty až po endokrinologa. Jejich společným záměrem je přimět člověka, aby si osvojil běžné (zdravé) stravovací návyky (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Odborníci se také snaží pacienta zaktivovat. Dalšími důležitými faktory jsou nastavení mysli, kde se snaží nemocného učít bojovat s pocity strachu z tuku a obezity. Nepříjemné myšlenky a pocity nahrazovat pozitivními. Snažit se vydržet i přes to, že cesta není vůbec jednoduchá nebo korigovat ambice jedince na preferenci jeho dokonalé postavy. Lékaři jsou speciálně školeni na práci s lidmi a snaží se zastávat partnerského a kladného vztahu. Samozřejmě ne vždy to jde. V některých, životu nebezpečných, situacích musí jednat odborníci razantně (Hainer, 2011).

V dnešní době je velké zastoupení léčebných procesů. Nejvíce se jich vyskytuje v psychoterapeutickém přístupu, při kterém se terapeut snaží léčit člověka použitím terapie směřované na PPP. Každá metoda je určitým způsobem specifická a odlišná, právě proto nelze určit, jaká metoda je neúčinnější (Procházková & Sladká – Ševčíková, 2017).

Jak jsme již popisovali v prvním odstavci této kapitole, lékaři mají obrovskou zodpovědnost, aby pacienta správně motivovali. Papežová (2012) klade velký důraz na oblast motivace a říká, že pokud chce člověk dosáhnout nějakého cíle, měl by být dobře stimulovaný. Motivaci rozděluje do pěti stádií:

- 1) Popření – člověk není schopen uvědomit si, že by mohlo být něco špatně; je zaseknutý a chce nechat všechno jak momentálně je.
- 2) Úvaha – člověk přemýšlí nad sebou samým; je schopný si uvědomit, že by s ním mohlo být něco v nepořádku; to že je člověk schopný si uvědomit nějaký problém ještě neznamená, že bude konat; lidé nevykonávají žádné aktivity vedoucí k řešení.
- 3) Příprava – jedinec si plně uvědomuje problematiku dané situace a chce s ní něco dělat; vyhledává a prahne po pomoci; i kdyby změnil jídelní návyky, vládnou u něj nejistoty výsledku.

- 4) Akce – osoba vykonává změnu chování; mění svoji víru a snaží se dělat vše pro to, aby měl výsledky; opěrnými faktory tu pro něj jsou podpora a povzbuzení.
- 5) Udržení – člověk stále drží nově osvojené návyky a pokračuje směrem ke zdraví.

V dnešní době v léčbě poruch příjmu potravy převažují tyto formy: **Denní stacionář** je zaměřen na velmi motivované lidi, u kterých probíhá terapie přes den a na noc se vrací do svých domovů. U **ambulantní péče** dochází k pravidelným návštěvám svého lékaře, který kontroluje jedince v držení stanovených norem. Služby sloužící pro nemocné, rodiče nebo partnery se nazývají **svépomocné skupiny**. V těchto skupinách dochází ke vzájemnému porozumění, podpoře a pomoci. Člověk se také může dočíst, jak postupovat při PPP ve **svépomocných manuálech**, kde se píše, v jakém se nachází stádiu, jak pokračovat v léčbě, čeho se držet nebo kde hledat podpůrné kontakty.

Dále se dostáváme k samotným terapiím. Mezi jedny z nejpoužívanějších patří **rodinná terapie**, která je velmi podobná svépomocným skupinám. Také je zaměřena na pacienta nebo lidi v jeho blízkém okolí. **Vícerodinná terapie** probíhá jako jednoletý kurz, kde se blízké osoby učí nápomocným taktikám pomáhat nemocnému. V terapii se snaží učit pozitivní orientaci na jedince a podporu. **Psychodynamická a psychoanalytická psychoterapie** klade důraz na pochopení příčin onemocnění.

Farmakoterapie je pouze pomocná léčba, která tiší symptomy. **Nutriční terapie** zasvěcuje a informuje pacienta o všech oblastech týkajících se jeho nemoci (Papežová, 2010). **Kognitivně behaviorální terapie** je jedna z nejúčinnějších terapií. Tento přístup těžší z propojení kognitivního i behaviorálního směru. Věnuje se individuální interpretaci světa, kterou se snaží přeměnit na myšlení (Mahdalová, 2014).

Hospitalizace slouží ke stabilizování nemocného jedince. Člověk je hospitalizován buď v psychiatrické nemocnici, nebo na jednotkách intenzivní péče. Pacient také může zajít do **obecného sociálního poradenství**, napsat na **internetové poradenství** nebo zavolat na **telefonickou krizovou pomoc** z pohodlí domova (Papežová, 2010).

1.2 Mentální Anorexie

Janebová (2006) popisuje mentální anorexii jako poruchu, kde se lidé snaží zabránit opravdovému či jen samovolně navozenému tloustnutí a dospívání k běžným vývojovým změnám. Tvrdí, že to je zpravidla mylným vnímáním vlastního těla, kdy si lidé říkají, jak moc jsou tlustí, mohutní, zavalení či nevhlední. Mentální anorexie se projevuje

nadměrným kritickým hodnocením vlastního těla. Jelikož jsou anorektici nebo anorektičky nespokojení, snaží se mnoha způsoby svoji tělesnou váhu redukovat. Jako nejčastější techniky úbytku tělesné hmoty jsou omezení příjmu potravy, zvýšení energetického výdeje nadměrným sportováním, zvracením nebo užíváním projímadel. Základní symptom mentální anorexie je odmítání jídla, což se může zdát někdy jako obtížná věc, pokud daný jedinec chuť k jídlu má.

Hainer (2011) dělí anorexii na dva typy, které jsou od sebe lehce rozpoznatelné. První z nich je typ nebulimický neboli restriktivní, kdy člověk má sníženou hmotnost, ale nezvrací. Druhý bulimický, také známý jako purgativní typ, je charakterizován tím, že se jedinec často přejídá a navozuje si zvracení nebo užívá laxativa.

1.2.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0)

- *„Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI 17,5 (kg/m²) a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.*
- *Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.*
- *Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu (optimální nebo cílové hmotnosti).*
- *Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-hypofýzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea a u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tablet. Může se také vyskytnout zvýšená hladina růstového hormonu, zvýšená hladina kortizolu, změny periferního metabolismu tyreodního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.*
- *Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty opožděny, nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche je opožděna.“ (Krch, 2005, s. 16).*

1.3 Mentální bulimie

Mentální bulimie je velmi podobnou poruchou jako mentální anorexie. Jak jsme se dozvěděli v předchozí kapitole, mentální anorexie se projevuje odmítáním jídla, u mentální bulimie se setkáváme s chováním opačným, ale se stejným záměrem. Lidé trpící touto poruchou dostávají záchvaty přejídání, které vedou k nabývání tělesné hmotnosti. Jelikož to jsou lidé, kteří trpí nadměrnou kontrolou svého vlastního těla, snaží se pomocí různých opatření nadbytečná kila shazovat. U bulimiků se můžeme setkat se specifickými opatřeními, jako jsou vyvolané zvracení, zneužití laxativ, střídání období mezi přejídáním se a půstem, nebo užívání léků. Pokud člověk pravidelně zvrací, může to vést k mnohým komplikacím, jako jsou záchvaty epilepsie, svalová slabost, srdeční arytmie a další (Janebová, 2006).

Krch (2008) ve své knize popisuje anglického psychiatra Gerarda Russella, který se zasloužil o pojmenování tohoto termínu. Dále se také zajímal o pozorování svého pacienta Marlena Boskinda-Lodahla a tím došel k třem základním charakteristickým kritériím pro tuto poruchu příjmu potravy:

- 1) Nutkání přejídat se.
- 2) Snaha zamezení tloustnutí pomocí léku (purgativ), zvracení nebo obojího.
- 3) Nezdravý strach z obezity.

1.3.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.2)

- *„Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu tří měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.*
- *Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost).*
- *Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídav období hladovění, užívání léků typu anorektik, tyreoidálních preparátů nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulinem.*
- *Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost). Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle.“ (Hainer, 2011, s. 375).*

2 Bigorexie

V této kapitole bychom rádi navázali na poruchy příjmu potravy a blíže Vás seznámili s klíčovým tématem této bakalářské práce bigorexií. Budeme pojednávat o významu samotné bigorexie. Zaměříme se na historii, průběh vytváření pojmu a diagnostiku poruchy. Dále se budeme zabírat komorbiditou, příčinami vzniku a jednotlivými problematickými situacemi, které bigorexie do života jedince může přinášet. Závěrem bychom Vám rádi představili rizika spojené s bigorexií a léčebné přístupy.

2.1 Charakteristika bigorexie

Termín bigorexie se poprvé objevil v literatuře roku 1993. Zprvu nebyl nazýván tak, jak ho známe v dnešní době. Pope, Katz a Hudson mluvili o tomto termínu jako o „Reverzní anorexii“ a tato porucha postihovala hlavně populaci mužských kulturistů. Dnes je tento termín synonymem známé bigorexie. Pojem vznikl na základě mužských domněnek, jak už to u poruch příjmu potravy bývá, neodpovídajících realitě. Muži, i přesto že byli svalnatí, se domnívali, že jsou malí a slabí. Muži odmítali sociální pozvánky, nosili větší oblečení, než bylo potřeba a v létě se vyhýbali plážím. Pojem reverzní anorexie vznikl na základě podobnosti dřívější anorexie nervosy, kterou trpěly spíše ženy. Klíčovým faktorem této poruchy byl co největší úbytek na váze a nezkrotný pocit tloušťky. U reverzní anorexie docházelo zpravidla k pocitům málo svalnatého těla a nadbytku tělesného tuku (Mosley, 2008).

2.2 Průběh vytváření pojmu bigorexie

Pope a jeho kolegové (1997) se od začátku seznámení populace s tímto termínem začali aktivně zajímat o tuto poruchu. Začali provádět výzkumy a následně pojem přejmenovali na svalovou dysmorfii (SD). Pope se snažil zkoumat účinky anabolických androgenních steroidů (AAS). Seskupil 55 lidí užívajících AAS a 53 osob neužívajících AAS. Z této skupiny si vybral 9 charakteristických osob, kteří neužívali AAS, ale sami sebe označovali za malé. Muži se vyznačovali nadměrnou snahou cvičení, aby zlepšili své slabé nedostatky. Čtyři z devíti oslovených začali užívat v průběhu průzkumu AAS a dva z nich vypověděli, že dříve trpěli anorexií nervosou. Překonali obavu z tloušťky, nicméně dostavil se strach z nedostatečné svalnatosti. Je zajímavé, že samotní kulturisté si zřejmě dobře uvědomovali tento jev již brzy před tím, než byl oficiálně uveden v lékařské komunitě a nazván bigorexie (Phillips, 2017). Svalová dysmorfie (bigorexie) byla posléze

klasifikována jako podtyp tělesné dismorfické poruchy (body dysmorphic disorder - BDD) (Pope & kol. 1997).

Jelikož je bigorexie poměrně nová porucha příjmu potravy, v dnešní době se již můžeme setkat se spoustou názvů, pod kterými je tato nemoc označována. Dříve byla známa pod jmény reverzní anorexie a svalová dysmorfie. Později tyto termíny nahradil název Adonisův komplex, pod kterým ho uvádí například paní doktorka Papežová (2010). Bigorexie má spoustu synonym a každý odborník používá své označení (Morgan, 2000).

2.3 Příčiny a související problematika každodenního života bigorektika

Bigorexie je extrémně vysilující typ poruchy, který zasahuje do několika psychosociálních oblastí. Osoba s bigorexií nachází problémy v každodenních aktivitách. Lidé s touto poruchou mají velký problém s vystavováním svého těla, ať oblečeného či svlečeného. V nejdůležitějších případech se lidé mohou bát vycházet z domu a tím zameškávat své pracovní, školní nebo akademické povinnosti. U mužů s bigorexií je také obtížné udržovat mezilidské a sexuální intimní vztahy. Tyto situace většinou v lidech vyvolávají úzkost, strach, rozpaky a hanbu. Vše je zde zapříčiněno problematickým vystavováním svého těla (Griffiths & Murray, 2017).

Bigorexie je také spojena s velkou mírou sebevražd. Polovina ze všech tázaných jedinců v Popově (2005) výzkumu potvrdila, že se alespoň jednou během svého života pokusila o spáchání sebevraždy. Bigorektici se nadále vyznačují špatným obecným duševním zdravím, špatnými návyky, narušením psychosociálního chování a užíváním návykových látek. Některé osoby s bigorexií nechtějí být léčeni, jejich unikání před běžným světem si vysvětlují jako „zdravé“. Lidé s touto poruchou cíleně snižují stres nadměrným cvičením a svoji životosprávou.

Nejvíce charakteristickým chováním bigorektika je nadměrné cvičení. Někteří si pomocí cvičení kompenzují nějaké životní události, cvičí pro prožitek nebo nevnímají posilování vůbec jako radostnou věc, ale posilují jen pro svoji muskularitu. Ve fitcentrech můžeme poznat tyto lidi díky častému prohlížení svého těla u zrcadla. Další příčinou jsou trendy mediálních kampaní, které se zaměřují na propagaci stále větších objemů mužských těl, ať už televizních hvězd či akčních hrdinů. Bigorektici zpravidla užívají větší množství doplňků stravy. Většinou se snaží dostat do svého těla pomocí suplementů větší množství bílkovin. Strava je v kulturistice velmi důležitým prvkem, a proto bigorektici ke splnění svých cílů drží různé diety směřované na nabírání svalů a redukce tuků. Dalším

charakteristickým prvkem je rychlý úbytek váhy. Většinou se k tomu jedinec dopracuje pomocí již zmíněné diety nebo pomocí podpůrných látek, jako jsou například laxativa nebo diuretika. Bigorektici si potrpí na svůj zevnějšek a jsou schopni obětovat velké peněžní částky pro úpravu svého vzhledu. K tomu se taktéž váže neustálá potřeba být ujišťován okolním prostředím (Szotkowska, 2016).

Wiley (2008) ve své publikaci zmiňuje příčinu bigorexie na základě určitého mužského standartu. Veřejnost předpokládá, že svalnatá a hubená postava je ztělesněním zdravého životního stylu jedince. K takovému typu postavy by tedy všichni muži měli směřovat. Dále hovoří o určitém vyrovnání rolí ve společnosti. Ženy překonávají muže jak ve vzdělání, tak i na pracovišti, což může vyvolávat v mužích určitý druh nejistoty. Svě pochybnosti posléze řeší v posilovnách, čemuž odpovídá i nárůst kulturistiky, hypermaskulinity a narcismu. V neposlední řadě muži posilují pro obdiv žen. Ženy už od začátku historie vyhledávají muže svalnatých a atletických těl.

Papežová (2010) poukazuje na podobnost příčin bigorexie s ostatními druhy poruch příjmu potravy. Velký důraz klade na mimořádné události, pod kterými si můžeme představit rozchod, úmrtí blízké osoby, ztrátu zaměstnání, sexuální a fyzické zneužívání, nízké očekávání ze strany rodičů, posměch kvůli váze v minulosti nebo těžké onemocnění. Pro každého jedince je taktéž důležitý vztah s rodiči a to konkrétně s matkou, samotná výchova a péče o jedince. Bigorexie může vzniknout i na základě rychlého úbytku či přibrání na váze nebo vystavováním se kontaktu člověka s touto poruchou.

2.4 Rizika spojená s bigorexií

Jak už jsme zmínili, svalová dysmorfofobie je charakteristická touhou po větších svalech a nízkou mírou tuku. Na základě charakteristiky této poruchy lidé většinou velmi rychle přibírají, což má za důsledek přetěžování organismu. Dlouhotrvající, pravidelný a velice náročný trénink z dlouhodobého hlediska neblaze působí na lidskou opěrnou soustavu. Dochází k přetěžování trávicího traktu a ledvin na základě nadměrného množství surovin, které se jedinci snaží dennodenně přijímat. Pokud u nich nedochází k předem stanoveným výsledkům nebo dojde ke stagnaci růstu, jsou schopni začít užívat anabolické steroidy. Anabolické steroidy jsou primárně používány pro nárůst svalové hmoty a síly jedince. Tyto látky jsou zpravidla velmi drahé, a proto může často u bigorektiků dojít k finančním potížím (Pope, 2000).

2.5 Diagnostika

V 10. vydání Mezinárodní klasifikace nemocí (International Classification of Diseases) můžeme najít tělesnou dysmorfickou poruchu pod označením F45.2. Tato nemoc je zde klasifikována jako hypochondriální porucha a spadá do kategorie somatoformních poruch (Wiley, 2008)

Tab. 1: Navrhovaná diagnostická kritéria pro Adonisův komplex podle DSM-IV.

A	Jedinec se zvýšeně zabývá myšlenkou, že jeho svaly nejsou dostatečně veliké a bez tuku.
B	Toto zaujetí je charakterizované nejméně 2 z následujících 4 kritérií.
	1. Často vynechává sociální, pracovní a rekreační aktivity kvůli kompulzivnímu cvičení a dietnímu rozvrhu.
	2. Vyhýbá se situacím, kde by jeho tělo mohlo být pozorováno, nebo při nich je výrazně ve stresu a prožívá úzkost.
	3. Zaujetí nedostatečnými tělesnými rozměry a muskulaturou přináší klinicky významný distres a zhoršení sociálních, pracovních a jiných oblastí života.
	4. Jedinec pokračuje se cvičením, dietami a užíváním látek na zvýšení výkonnosti, přestože má nežádoucí fyzické nebo psychické následky.
C	Primární zaměření pozornosti a chování se týká pocitu nedostatečných tělesných rozměrů a neadekvátní svalnatosti.
	1. Postižený nemá strach z tuků jako u AN ani není zaměřen na jiné aspekty zevnějšku jako při dysmorfofobie (tělesná dimorfická porucha v ICD 10 patří pod hypochondrickou poruchu (F45.2))

2.6 Výskyt

S největší pravděpodobností najdeme člověka trpící bigorexii v posilovně, fitness centru nebo mezi profesionálními závodníky. Zpravidla to jsou lidé, kteří nejsou spokojeni svým fyzickým vzhledem. Jsou to jedinci, kteří jsou zaměřeni na výkon a jsou pro něj schopní udělat většinou cokoli. Vyznačují se touhou po nárůstu svalové hmoty a tím i lepšího vzhledu.

První odhad komorbidity bigorexie byl proveden již v minulém století, kdy Pope (2000) očekával zhruba deseti procentní zastoupení této populace z celkového množství

bodybuilderů. Byl to pouze odhad, jelikož tato oblast zmapována ještě nebyla. Dále odhadoval přes 2 miliony mužů ve všech věkových kategoriích, kteří užívají steroidy.

Pope (2005) také přichází na to, že u 86% lidí z celého vzorku může pozorovat symptomy, které se přidružují k jiným formám BDD (Body-dysmorphia-disorders). Tito jedinci se například nezabývali množstvím svalstva, ale obavami často směřujícími ke ztenčování a vypadávání vlasů nebo kožním skvrnám na jejich těle.

2.7 Léčba

Za nejčastější formu terapie je dnes považováno KBT. Na samotnou **kognitivně-behaviorální terapii (KBT)** se nám nepodařilo dohledat výzkumy k ověření funkčnosti. Nicméně KBT se nejčastěji používá u jiných druhů poruch příjmu potravy, a tak se i zde autoři odvolávají na její užitečnost (Article in Journal of Cognitive Psychotherapy, 2017). KBT se zaměřuje na myšlenky, představy, přesvědčení, emoce a chování. Snaží se pracovat s maximálním množstvím vědomých procesů, které člověk může nabídnout. Zásadním principem terapie je vystavení jedince mylným a porušeným vědomým procesům (změna negativního myšlení vede ke změně chování), díky kterým se jedinec může naučit plnohodnotně zvládat problematrické situace (Praško, Možný, Šlepecký & kol., 2007). Tato technika je nazývána **expoze**. Daní jedinci jsou vystavováni nepříjemným situacím a snaží se jim čelit. Situací, která přináší největší úzkost u bigorektiků je vystavování vlastního těla. Technika expoze umožňuje předcházet problémům a snižovat nadcházející strach z jednotlivých situací. Pokud se podaří snížit výskyt negativního chování, bigorektické tendence nadále nebudou podporovány (Veale & kol., 2001).

Kognitivní restrukturalizace je další formou terapie. Vychází z negativních myšlenek a kognitivního nastavení, které tvoří základ bigorexie. Restrukturalizace se zaměřuje na změnu automatických a maladaptivních myšlenek, identifikaci a hodnocení vlastní osoby. Tato technika se snaží pracovat s termíny jako „dokonalé“ a „ideální“ tělo, což bigorektici velmi často vidí zkresleně a nepřesně. Terapeut zpravidla pracuje s oblastmi těla, které danému jedinci nevyhovují a zdají se být problematrickými. Pokud dokáže změnit myšlení daného jedince, kognitivní restrukturalizace může mít velký vliv na zlepšení stavu (Blashill, 2011).

V rámci kognitivní restrukturalizace se také často pracuje s pojmem **perfekcionistické myšlení**. Úkolem této terapie je naučení pacientů zpochybňování svého myšlení, které se ubírá ke směru dokonalosti. Bigorektici vykazují vysokou míru perfekcionistického

myšlení, nízké sebevědomí a zřídka kdy se vnímají jako důležití, což vede k nekonečnému honu za vysněnou postavou. Perfekcionismus je spojován s kognitivními deformacemi a rigidními vzorci myšlení. Terapeutovým cílem je dosáhnout racionálního myšlení a náhledu na klientovo tělo (Pope, 2005).

Jako další techniku lze zvolit například **ego – syntonní víru**. Jedinci s ego-syntonní vírou považují svoje rizikové chování jako něco pozitivního a prospívajícího. Nadměrné cvičení a striktní dodržování diety vnímají jako tělu prospěšné. Většinou si berou slovní pojem cvičení pro zdraví k srdci a snaží se udělat pro něj vše. Pokud jsou aspekty zdravého životního stylu přeháněny, spíše převažují negativní účinky nad pozitivními (Pope, 2000).

Léčba **terapií přijmutí a podpory**, jak už název napovídá, se zpravidla zaměřuje na podporu, závazky a přijmutí pacienta. Vychází z anglického termínu Acceptance and commitment therapy (ACT). Terapeuti usilují o to, aby jednotlivci měli potřebné dovednosti na zvládání a přijímání negativních pocitů. Mezi primární léčebné procesy patří trénink. Jedinec podstupuje nácvik o povědomí a přijetí svých emocí, myšlenek a vzpomínek (Article in Journal of Cognitive Psychotherapy, 2017).

Jako další formu terapie lze využít **Dialektickou behaviorální terapii (DBT)**, která se zprvu používala pro léčbu poruch osobností, dnes se také používá pro léčbu poruch příjmu potravy. Cílem DBT je zaměření se na problematiku emoční regulace. Pacient zpravidla považuje svoje chování za emoční reakci, kterou tlumí negativní situací. Bigorektik například nadměrně cvičí, aby se vyrovnal s nějakou špatnou zkušeností. Tento typ chování je použit pro zvládnutí zátěže. Pokud by nepřišlo odpovídající chování, u pacienta by se mohl objevit nadměrný stres směřující až k afektům. Terapeut se snaží nahradit dysfunkční chování jednáním konstruktivním (Article in Journal of Cognitive Psychotherapy, 2017).

Rodinná terapie je také jednou z nejrozšířenějších metod v léčbě anorexie nervosy. Své uplatnění si našla i u samotné bigorexie. Cílem metody je podpora plné rodičovské autority. Rodiče vedou a jsou odpovědní za výsledky svého dítěte. Jejich úkolem je kontrola daného jedince jak ve stravování, tak i navštěvování posiloven. Sourozenec zaujímá postoj podpory (Murray & Griffiths, 2015).

Farmakoterapii jako samotnou léčbu blíže rozebíráme v kapitole s obsedantně-kompulzivní poruchou, kde popisujeme jak její historii, současnost, tak i jednotlivé složky

tvořící účinné léky. Léčba obsedantně-kompulzivní poruchy je velmi podobná farmakoterapii bigorexie (Pope, 2000).

3 Obsedantně-kompulzivní porucha

V této kapitole se budeme snažit seznámit čtenáře s neurotickými poruchami, z nichž si pak blíže rozebereme pro nás podstatnou obsedantně-kompulzivní poruchu osobnosti. Touto poruchou se budeme zabývat celou kapitolu a budeme se snažit nastínit propojení s poruchami příjmu potravy a kulturistikou. Dále se budeme zabývat jejími znaky, druhy, typy, příčinami, diagnostikou a léčbou.

3.1 Neurotické poruchy

Neurotické poruchy můžeme najít v desátém vydání Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) pod označením **F 40-49**. Toto odvětví se nazývá Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. Jejich klíčovým faktorem je neuróza, díky které mohou být zařazeny pospolu v jedné kategorii (Vymětal, 2007). „*Neuróza je porucha adaptačních mechanismů člověka. Její příznaky jsou pro jedince obtěžující, jsou jím vnímány jako nepřijatelné a cizí. Hodnocení reality není narušeno, chování nenarušuje základní sociální normy.*“ (Babiáková, Venglářová & Babiáková, 2006, str. 260). I přesto, že chování nenarušuje žádné sociální normy, můžeme občas spatřit člověka, jehož vystupování je značně odlišné a nápadné. Další znaky neurotických poruch jsou například narušení emocí, změna již zmíněného chování nebo přemýšlení (Kopecká, 2015). Raboch, Pavlovský a kol. (2013) se snaží nastínit neurotické příznaky jako běžné populaci známé. Každý z nás (zdravý i nemocný člověk) se občas ocitne v situaci, kdy má obavy, strach, neklid nebo prožívá smutek a úzkost.

V kategorii F40-49 Mezinárodní klasifikace nemocí (1992) se nachází:

- *F40 Fobické úzkostné poruchy,*
- *F41 Jiné úzkostné poruchy,*
- *F42 Obsedantně – kompulzivní poruchy,*
- *F43 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení,*
- *F44 Disociační poruchy,*
- *F45 Somatoformní poruchy,*
- *F48 Jiné neurotické poruchy.*

3.2 Charakteristika obsedantně-kompulzivní poruchy

Obsese se považuje za neodbytnou poruchu, jejímž klíčovým faktorem je nechtěnost, opakovatelnost a vtíravost. Obsese je navyklý vzorec objevující se formy nějaké události, která se projektuje a tlačí se do našeho vědomí. Pro lidi trpící touto poruchou se zpravidla tyto události jeví jako nesmyslné, stoudné nebo neodpovídající. Obsese přicházejí do vědomí člověka na základě určitého spouštěče, i když oni sami nechtějí, aby přišla. Tím, že je nemocný jedinec nechce, bojuje proti nim. Snaží se je zahnat, zbavit se jich, odmítá je a brání se jim. Obsese je tedy určitý druh vtíravé myšlenky nebo představy, která činí člověka zranitelným. Myšlenky přichází samovolně a můžeme je tedy označit jako pasivní automatický zážitek (Možný & Praško, 1999). Člověku se například mohou v hlavě honit myšlenky zabití sebe sama nebo někoho jiného. Dalším příkladem jsou obsese týkající se nákazy virem, stále špinavé končetiny, které doprovází neustálé mytí rukou (kompulze) nebo vykřikování sprostých vět ve společnosti (Kopecká, 2015).

Kompulzí, známé také pod jménem **rituál**, se zpravidla vyznačuje nutkavý akt, který daný člověk vykonává po příchodu obsese. Tento akt není povětšinou pozitivního rázu a ani nevede k prospěšným cílům. Hlavním principem tohoto chování je snižování napětí a úzkosti jedince, která přichází s obsesemi. A proto, i když je chování širší veřejnosti nevysvětlitelné, nemocný člověk jej musí udělat, aby sám sobě pomohl a zažehnal úzkost (Marková, Venglářová & Babiaková, 2006). Člověk také vykonává rituály, aby se ochránil před hrozícím nebezpečím, které mu život naskýtá. Zpravidla se jedná o vznik nějaké katastrofy nebo onemocnění. Pokud se někdo nemocného zeptá, proč takto jedná, jeho odpovědí je racionální vysvětlení věci. Problematikou pro nemocného může být změna zaměstnání, kde už není schopen dělat zaběhlé rituály a musí si nacházet nové, což může vést k dalším obsesím. Kompulze se projevuje buď v hlavě jedince (počítání do tisíce) nebo vykonáváním nějakého aktu, jakým mohou být například neustálé kontrolování dveří po odchodu z domu. Člověk si také může omývat neustále ruce z důvodu znečištění. Jakmile opustí domov, nasazuje si rukavice. Občas se také vyskytuje forma kompulze, kdy nemocný shromažďuje určité předměty (Polách, 2015).

Z diagnostického hlediska, je potřebné, abychom určili určité vlastnosti, které obsedantně – kompulzivní poruchu (Obsessive compulsive disorders – OCD) charakterizují. Pro stanovení diagnózy je podstatné, aby se myšlenky vyskytovaly každý den alespoň po sobě jdoucích čtrnáct dní. Myšlenky taktéž musí narušovat běžný chod daného jedince. OCD a její charakteristika podle Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. Revize (2000):

- a) Pacient si musí být vědom, že nežádoucí myšlenky jsou jeho vlastní.
- b) Pacient musí přicházet do kontaktu s alespoň jednou myšlenkou nebo činem, jemuž se není schopen ubránit, těchto obsesí může být větší množství.
- c) Chování pacienta nevyvolává příjemné prožitky (nevztahuje se snížení napětí nebo úzkosti kompulzivním chováním – není bráno za potěšení).
- d) Opakovatelnost nutkání, které negativně působí na jedince.

3.3 Typy obsedantně-kompulzivní poruchy

Samotná obsedantně – kompulzivní porucha je dále rozdělena do čtyř podskupin (Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. Revize, 2000, str. 131):

- *F42.0 Převážně obsedantní myšlenky a ruminace,*
- *F42.1 Převážně nutkavé akty (kompulzivní rituály,)*
- *F42.2 Smíšené obsedantní myšlení a jednání,*
- *F42.8 Jiné obsedantně kompulzivní poruchy,*
- *F42.9 Obsedantně kompulzivní porucha nespécifikovaná.*

Hrdlička a Hort (2008) se zabývají obsedantně - kompulzivními rysy. I přes to, že zdání poukazuje na velké zastoupení obsesí a kompulzí, autoři nejčastější vlastnosti rozřadili do pěti hlavních kategorií. První skupině obsese a impulze vyvolává **strach znečištění, které tlumí kompulzivní očištěním**. Tato skupina je v naší populaci nejčastěji zastoupena a literatura odkazuje na 83% pacientů s tímto typem poruchy. Lidé mají obavy z nečistot, mikrobů a tělesných sekretů.

Další skupina nese název **patologické pochybení, magické a kontrolní rituály**. Tato skupina se vyznačuje obavou neuskutečnění určité věci. Může to být zavření kohoutku vody, plynu nebo oken. V této kategorii se také vyskytuje magické ritualizování, které se projevuje opakováním určitého vzorce, počtu nebo času. I přes to, nemusí dojít u pacienta k úlevě. Tato skupina je rozdělena na 80% lidí trpících kontrolou a 20% lidí trpících rituálním počítáním.

Třetí skupina je charakteristická **chováním obsahujícím sexuální nebo agresivní prvky**. Tato skupina trpí strachem, že někomu ublíží. Myšlenky směřují jedince ke smrti, vedou nemocného k modlitbám, počítání a shromažďování věcí.

Přesnost a symetrie je název další skupiny, kterou pacienti mohou trpět. Lidé dbají na pořádek, přesný počet a úhledné systematizování věcí. Poslední skupinu lze pojmenovat jako **obsedantní zpomalenost**, která člověka omezuje v každodenním fungování. Pacienti s tímto typem v podstatě provádějí kompulze celý den. Theiner (2015) jako jeden z mála odborníků poukazuje na **vyhýbavé chování**, které také charakterizuje tento druh pacientů. Spoustu nemocných se snaží určitým věcem a situacím vyhýbat, aby sebe samotné ubránili před obsedantními myšlenkami a neztráceli čas nad potřebnou kompulzí.

3.4 Příčina obsedantně-kompulzivní poruchy

Jako u většiny poruch, ani u OCD nemůžeme s jistotou určit jeden zdroj, který se na všem podílí. U obsedantně – kompulzivní poruchy se hovoří o navzájem navazujících vlivech, které mohou jak způsobovat, tak i prohlubovat nemoc (Praško & kol., 2016).

Vrozené faktory neboli genetika je prvním vlivem, který se může podílet na vzniku obsedantně – kompulzivní poruchy. Některé rodiny mají větší predispozice pro trpění touto poruchou. Rodinné studie poukazují až na 35% shodu mezi příbuznými prvního stupně. Nicméně musí do toho být také zahrnut prototyp naučeného chování, který percentil může snížit. Lepším ukazatelem genetických faktorů jsou studie prováděné na jednovaječných a dvojvaječných dvojčatech. U jednovaječných dvojčat dochází k většímu skóru shody dědičnosti (Praško & Prašková, 2008).

OCD z hlediska **neurobiologie** je charakterizována jako problém pochybování a opakovaného chování. V mozku můžeme najít určitá místa, v kterých je již dnes potvrzeno aktivní chování zodpovědné za tyto vlastnosti. Lékaři přisuzují tento druh poruchy orbitofrontální kůře (OFC), přední singulární kůře (ACC), bazálním gangliím a thalamu. Pomocí pitev a elektrod jsme mohli dojít k tomu, že zejména orbitofrontální kůra vykazuje určitou míru dysfunkce. Dysfunkcí je zde nadměrná aktivita, která musí být pomocí léčby snižována do běžných hodnot (Abramowitz, Taylor & McKay, 2009).

Mnohé výzkumy a **neurochemické** bádání také nasvědčují, že klíčovým faktorem ovlivňujícím obsedantně – kompulzivní poruchu je serotonin. Serotoninový systém je tedy důležitým zprostředkovatelem této poruchy i poruch jiných. Nejstarší důkazy vycházejí z léčby, kdy nemocnému byl podáván klomipramin (tricyklické antidepresivum), který je charakteristický jako inhibitor zpětného vychytávání serotoninu. Nemocný po podání těchto látek jevil zlepšení, což znamenalo velký obrat v začátku léčby. Jedinci se zpravidla vyznačují přecitlivělými postsynaptickými receptory serotoninu. Dalším předpokladem by

mohly být dysfunkční genetické kódy serotoninových přenašečů (5-HTT), serotoninové receptory (5HT2A), glutamátový a dopaminový systém. Nicméně dnes ještě s jistotou nemůže zaručit jejich podíl u obsedantně – kompulzivní poruchy (Stein, 2002).

Velmi důležitým faktorem pro člověka, ať už zdravého či nemocného je jeho okolí, **vývoj a dětství**. Lidé v práci, ve volnočasových aktivitách, škole, kamarádi či známí. Člověk nejvíce času tráví s rodinou, která hraje klíčovou roli jak ve výchově, tak i při učení (Langmeier & Krejčířová, 2006). S OCD se může jedinec setkat téměř brzy. Pokud má své rodiče jako vzor, což je vysoce pravděpodobné, napodobování mu dopomůže, aby určité chování okoukal a přivlastnil si jej. Pokud dítě vidí dospělého, který je nadměrně čistotný, kontroluje se, čistí se a provádí rituály, může to od něj pochytit. Další varianta příčiny může být nadměrný tlak ze strany rodičů na dítě. Rodiče chtějí, aby jejich dítě dodržovalo čistotu, a dělají vše pro to, aby tomu tak bylo. Tento typ výchovy je symbolický pro perfekcionistický nebo velmi přísný styl rodičovství. Avšak ani přesně o opačném stylu vedení rodiny nemůžeme říct, že by pro dítě bylo prospěšné. Ba naopak se podílí stejnou mírou jako velmi přísný styl rodičovství na vznik této poruchy. Pokud daný jedinec žije soustavně v nepořádku a v rodině, kde vládne chaos. Snaží se alespoň sám pro sebe vytvořit nějaký systém tím, že kontroluje například nedůležité věci, což může být začátek špatného návyku (Praško & Prašková, 2008).

Každý člověk je individuální osobnost, která při narození dostane určitou výbavu. Důležitým faktorem vzniku OCD jsou tedy také **osobnostní rysy**. Rysy jsou psychické vlastnosti, které utvářejí jednání, chování a prožívání. V průběhu života člověku napomáhají nebo škodí, někdy jsou pozitivní, jindy negativní. Každý jedinec je tedy jinak citlivý na přicházející vlivy, které se mohou nabourat do jedincova vnitra a ovlivnit tak vznik obsedantně – kompulzivní poruchy (Strejček, 2010).

Stres jako samotný nemůžeme sice označit za okolnost určující vznik poruchy, je ale poměrně spolehlivým „pomocníkem“, který se objevuje na počátku nebo vede nemoc ke zhoršení. V dnešní době skoro každý čelí stresu, ať jen v rodinném kruhu, práci, škole či jiných situacích. Stres je velmi negativní a podněcuje nemoc k propuknutí (Praško & Prašková, 2008).

3.5 Průběh a prognóza

Obsedantně – kompulzivní porucha se začíná u člověka objevovat velmi často v raném dětství. Z časového hlediska je vyhraničená v průběhu adolescence a časného věku

dospělosti. Nicméně většinou započne dříve. Ve většině případů začíná mezi šestým a patnáctým rokem života u mužů. U žen začíná v průměru déle a to až mezi dvacátým a devětadvacátým rokem. Nástup této poruchy je jen málokdy náhlý, většinou přichází postupně. U 15% populace dochází k nepřetržitému zhoršování, v 5% se vyskytují časové úseky bez symptomů (Smolík, 2002). V devadesátých letech se pohybovala OCD zhruba u 2-3% populace (Perse, 1988). V dnešní době se zastoupení odhaduje na 1,9 – 3,2% (Praško & Prašková, 2008).

3.6 Léčba

Kognitivně – behaviorální terapie (KBT) je jedna z možností, jak úspěšně léčit OCD. KBT se začalo používat u této poruchy v 60. letech minulého století. Zprvu to byla samotná behaviorální terapie a poté se k ní přidala i terapie kognitivní (Theiner, 2015).

Samotný popis KBT se nachází již v kapitole vyhrazené bigorexii a její léčbě. V začátcích obsedantně – kompulzivní poruchy se tedy nemocný snaží stavět vůči obsesím. Cílem terapie bylo zpochybnění negativních myšlenek. Tato strategie nebyla tolik účinná, a tak se přešlo k vystavení jedince záporné myšlence. Tato technika se nazývá **expoze** a taktéž byla popisována v kapitole věnující se bigorexii. Průběh této techniky probíhal nejdříve jako podrobné vysvětlení pacientovi jeho nemoci. Dále nastává již samotná terapie. Když se pacientovi dostaví obsese, jeho úkolem je neprovést kompulzi. Tím, že neprovede kompulzi, se vystavuje obrovské úzkosti. Čím častěji je člověk schopen odolat rituálu, tím více získává schopnost desenzibilace, kdy se organismus stává silnějším a nepodléhá strachu. Proces pokračuje tak dlouho, dokud se pacient nenaučí zvládat stresové situace. Jako příklad si můžeme představit jedince, který se dotkl kliky a následně si nešel omýt ruce (Theiner, 2015).

Druhou možnou léčbou u OCD jsou psychofarmaka. Tento druh léčby byl poprvé použit v roce 1967, kdy autoři Fernandez-Cordoba a Lopez-Ibor přišli na svět s novým objevem. Jak jsem zmiňoval již u kapitoly příčin OCD, jednalo se o objev klomipraminu. Tento objev vedl lékaře k zjištění, že použití antidepressiv je mnohem účinnější než léčba pomocí jiné skupiny psychofarmak. I přesto že dnes můžeme říct, že se jednalo o velké odhalení v lékařském odvětví, v té době tomu nebyla přisuzována taková váha. Většího průlomu u OCD jsme se dočkali až v letech 70 (Pidrman, 1999). Roku 1989 byl klomipramin oficiálně schválen v USA, jako nástroj pro léčbu OCD. Postupem času se přicházelo na nové inhibitory vycytávající serotonin (uvádíme v tabulce číslo 2). Tato skupina farmak

je dnes známá jako selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), která tvoří spolu s klomipraminem základní kámen léčiv této poruchy (Theiner, 2015). Z posledních výzkumů můžeme vyčíst, že klomipramin a SSRI (citalopram, escitalopram, fluoxetin, flovoxamin, paroxetin a sertralin) účinně napomáhají při léčbě dětí a dospívajících, snižují závažné příznaky a zlepšují kvality související se zdravím. Výzkumy také vypovídají, že klomipramin působí o trochu lépe než SSRI v experimentálních studiích, přičemž v kontrolních je lepší snášenlivost SSRI. Podáním větší dávky SSRI není zaručeno, že se dostaví lepší výsledky. Zhruba v polovině výzkumu jedinci s vyšší dávkou SSRI vykazovali lepší výsledky, v druhé polovině se významné zlepšení nedostavilo (Baldwin & kol. 2014).

Theiner (2015) tvrdí, že účinnost psychofarmak může být zřetelná po 10 - 12 týdnech. U některých pacientů se účinek může dostavit až mnohem později. Baldwin & kol. (2014) se snaží cílit pacienty na roční užívání, aby s jistotou mohl zaručit, zda fungují či nikoliv. Běžné dávkování nalezneme v tabulce níže.

Tab. 2: Dávkování SSRI u OCD (dle SÚKL, FDA a American Psychiatric Association 2007) (Theiner, 2015).*

	Dospělí	Děti
Klomioramin	250 – 300 mg/d	Do 200 mg/d
Sertralin	200 – 400 mg/d	Do 200 mg/d
Citalopram	80 -120 mg/d	10 – 60 mg/d
Escitalopram	40 -60 mg/d	10 – 40 mg/d
Paroxetin	60 – 100 mg/d	10 – 60 mg/d
Fluoxetin	80 – 120 mg/d	10 – 80 mg/d
Flovuxamin	300 – 450 mg/d	Do 200 mg/d

Dostat nemocného do léčebného procesu je občas velice obtížné, Bednářová (2017) tvrdí, že léčit se s obsedantně – kompulzivní poruchou začne jen malá část nemocných. U většiny lidí tedy se setkáme jen s podezřením, málo kdo se k nemoci přizná. Většina pacientů se snaží symptomy zamaskovat, když už se začnou léčit, většinou to jsou doprovodné příznaky, jako je deprese nebo vyrážka způsobená nadměrnou hygienou. U pacientů, kteří se přece jen k léčbě odhodlají, je 70% úspěšnost s pomocí KBT a zhruba 65 – 70% úspěšnost u lidí, kteří užívají psychofarmaka.

4 Kulturistika

V poslední kapitole bychom se rádi zaměřili na jednotlivá témata spojená s bigorexíí a životem kulturisty. Budeme se zaměřovat na vysvětlení pojmu kulturistika a vším, co tento životní styl obnáší. Dále nastíníme závodní kategorie, ve kterých jednotlivci mohou závodit. Závěrem rozebereme témata vztahující se k bigorexii (kompulzivní cvičení a PPP ve sportu).

4.1 Životní styl kulturisty

Kulturistika neboli bodybuilding je typ sportu, kde je člověk sám sobě pánem. Rozhoduje a koná na základě svých chtíčů, ambicí a vůle. Cílem kulturistiky je dosáhnout maximálního vzhledu, který je pro určitou soutěž potřebný. V bodybuildingu se zpravidla hodnotí množství svalů, vyrýsovanost těla (procentuální zastoupení tuku), estetika, symetrie, hloubka a tvrdost svalů. Důraz se klade na široká ramena, úzký pas a stehna s velkým objemem svaloviny. Jedinec může posilovat jak doma, tak ve fitcentrech. Kulturistika závisí na specificky nastaveném jídelním plánu, samotném posilování, psychice a odpočinku (Roubík, 2012). Sportovec si může pomoci anabolickými steroidy, které se používají k nárůstu svalové hmoty, regeneraci a zvýšení fyzického výkonu. V dnešní době je taktéž můžeme nalézat u mladých sportovců, kteří si pomocí steroidů chtějí ušetřit námahu a docílit své vysněné postavy mnohem dříve. Z hlediska legislativy ale povoleny nejsou (pouze pro léčebné a terapeutické užití). Steroidy nám přinášejí jak léčebné účinky, tak i účinky negativní, které si ale většina lidí neuvědomuje nebo je bagatelizuje (Fojtíková, Goselová & Holubová, 2015).

Arnold Schwarzeneger v roce 1975 řekl, že: „*to nejlepší, co můžete udělat pro svoje zdraví, je cvičit*“ (Kennedy, 1997, s.116).

4.2 Soutěže

Soutěže se rozlišují dle **pohlaví, výšky, váhy a věku**. Z hlediska pohlaví jej můžeme rozlišit do kategorie **muži** a kategorie **ženy**. Výška nám zpravidla říká, do ještě jakého vzrůstu může být jedinec zařazen do určitého oddílu. Váha je velmi podobná výšce a taktéž nám sděluje, kolik musíme mít maximálně kilogramů, abychom mohli závodit v nějaké kategorii. Věk je rozlišován na celkem 5 kategorií. Nejmladší je kategorie **děti** (6-15 let), poté přichází kategorie **dorost** (16-18 let), **junioři** (do 23 let), **muži a ženy** (též nazývána – **senior**) a poslední nejstarší oddíl **masters** (ženy nad 35 let a muži nad 40 let) (Jebas, 2014).

Dalším typem rozdělení závodních soutěží jsou jednotlivé kategorie, ve kterých jedinec může závodit. **Kulturistika** je soutěžní disciplína pro muže i ženy, kde se nejvíce hledí na svalový rozvoj, symetrii a maximální vyrýsovanost. Závodníci mohou taktéž závodit v kategorii **klasické kulturistiky**, která je již pouze pro muže a zpravidla je oddělena váhovými limity. Každý jedinec přijde na závodní molo a je porovnáván odbornou porotou v předem daných pozicích. Dále lidé mohou závodit v kategorii **fitness**, která je jak pro muže, tak i pro ženy. Tato kategorie je velmi podobná klasické kulturistice s tím, že daný jedinec provádí tzv. volnou sestavu (90 vteřin na to, aby závodník ukázal své tělo jakýmkoliv způsobem). **Bodyfitness** je zaměřena na symetrii postavy a je výhradně určena ženám. Další z řady kategorií žen je **bikiny fitness**, kde je hodnocen celkový vzhled ženy, jak ze svalového hlediska, tak třeba i z nalíčení a úpravy vlasů. Pro muže jsou speciální kategorie **atletické fitness** zaměřující se na fyzický a pohybový rozvoj a **physique**. Physique je nejnovější kategorie jak pro ženy, tak i muže. V této kategorii se hodnotí taktéž celkový vzhled závodníka a středně osvalená figura (Jebas, 2014).

4.3 Kompulzivní cvičení

Pojem kompulzivní cvičení vzniklo v 70. letech minulého století. V této době se William Glasser zajímal o závislosti na běhu. Zajímal se o pocity lidí, kteří pravidelně běhali, a došel k závěru, že běhání může mít za následek pozitivní psychické stavy. V roce 1982 byl ale tento argument vyvrácen vědcem Morganem, který se domníval, že ne vždy převažují pozitivní následky. Tato doba byla klíčová pro rozmach psychologie sportu a podpořila spoustu výzkumů zabývajících se touto problematikou (Lichtenstein & kol., 2017).

Sport jde provozovat v extréměch a jak je známo, žádný extrém není zdravý. Kompulzivní cvičení může mít za následek zranění jedinců, poškození zdraví a ovlivnění mezilidských vztahů. Může vést k násilnickým sklonům, spojit se například s poruchou příjmu potravy nebo zapříčiňovat somatické problémy (Furst, Germone, 1993).

Diagnostické kritéria kompulzivního cvičení nenajdeme v žádném vydaném statistickém manuálu nemocí. Jelikož byl o tuto problematiku obrovský zájem, Hausenblas a Down (2002) se snažili porovnávat kompulzivní cvičení se závislostí na látce. Tyto dvě závislosti se nakonec jevily jako velmi podobné a dnes je závislost na cvičení vyznačována jako: multidimenzionální, maladaptivní vzorec cvičení, který významně vede osobnost ke klinickému poškození nebo stresu.

Lichtenstein & kol. (2017) poukazují na to, že toto diagnostické porozumění bylo později nahrazeno teorií behaviorálních závislostí. Brown vytvořil model, kde je popsáno 6 charakteristik popisujících kompulzivní cvičení:

1. Význačnost – cvičení je brána jako nejdůležitější věc v životě.
2. Konflikt – konflikt mezi jedincem a osobami kolem něj.
3. Euforie.
4. Odolnost – potřeba vyššího množství cvičení k uspokojení jedince.
5. Abstinenční příznaky – nepříjemné pocity, podrážděnost.
6. Relaps – návrat k dřívějším návykům, když se jedinec snaží omezit cvičení.

4.4 Poruchy příjmu potravy ve sportu

V mnoha sportech je tělesná hmotnost a složení těla základní predispozicí k tomu stát se šampionem. Sportovci jsou tedy často vedeni k tomu, aby jejich tělo mělo „ideální“ proporce. Sportovci omezují energetický příjem snižováním surovin, což může zapříčinit změny v endokrinním systému, který ovlivňuje metabolismus. Dále to může postihovat reprodukční systém, samotné zdraví a kosti sportovce, imunitní systém, kardiovaskulární systém a tvorbu svalových bílkovin. Pokud jedinec nemá dostatek energie, nemůže zkrátka podávat výkony odpovídající přání trenéra a má větší pravděpodobnost ke zranění. Nejvíce ohrožení jsou závodníci, u kterých se lpí na váhové kategorie nebo na svalnaté tělo s minimálním množstvím tuku. Sporty jako gymnastika, potápění a synchronizované plavání jsou označovány jako náročné. Dále jsou rizikové sporty, kde nadměrné míry v tělesném složení mohou ovlivňovat výkon sportovce. Těmito soutěžemi jsou myšleny bojové sporty, vytrvalostní sporty, sporty váhových kategorií a cyklistiky (Melin & kol., 2014).

5 Dosavadní výzkumy

V této kapitole bychom rádi čtenáře seznámili s dosavadními výzkumy, které byly na téma bigorexie provedeny. Cílem je nastínit výsledky předchozích studií a propojit tím tak teoretickou část s částí praktickou. I po podrobném prozkoumání zahraničních zdrojů se nám bohužel nepodařilo najít studii, která by se zabývala souvislostí bigorexie s obsedantně kompulsivními rysy. Proto, zde pojednáváme o samostatných výzkumech bigorexie, jakožto hlavním tématem naší bakalářské práce. I přes to, že výzkumů na svalovou dysmorfii je velké množství, tato kapitola obsahuje jen ty nejvýznamnější.

První výzkum bigorexie byl proveden roku 1993, kdy Pope (1993) nachází u vzpěračů opačné rysy anorexie. Tento rok je průkopníkem a bigorexie je prvně nazvána „reverzní anorexií“.

Průlom začal roku 1997, kdy Pope začal zkoumat skupiny 55 sportovců užívajících anabolické androgenní steroidy (dále jako AAS) a 53 lidí neužívajících AAS. Tento výzkum je podrobně nastíněn v kapitole věnující se průběhu vytváření pojmu bigorexie (Pope, 1997).

Olivardia roku 2000 spolu se skupinou vědců zkoumali komorbiditu svalové dysmorfie taktéž u vzpěračů s jinými psychiatrickými poruchami. Nicméně nepožádali účastníky o výčet dalších symptomů body dysmorfofobic disorders (dále jako BDD), což zanechalo nejisté výsledky výskytu bigorexie společně s jinými formami BDD. Olivardia a kol. (2000) zjistil, že 9,3% ze vzorku 193 probandů s BDD taktéž vykazuje znaky svalové dysmorfie. Jelikož nebyly zaznamenány další symptomy BDD, výsledná zpráva sloužila pouze jako shrnutí klinického teoretického přehledu bigorexie.

Na dalším výzkumu komorbidity bigorexie s jinými psychiatrickými poruchami se podílel Cafri se svým týmem. V jedné studii Cafri et al. (2008) bylo zkoumáno 23 mužů, kteří soustavně navštěvují posilovnu. Tento výzkum nám přinesl velmi zajímavá data. Zjistilo se, že z 23 bigorektiků jich 17 (74%) trpí celoživotními změnami nálad, 8 (29%) lidem slouží posilovna jako obranný mechanismus vůči okolnímu světu, u 10 (43%) jedinců se vyskytuje celoživotní prevalence úzkostné poruchy. Tyto jsou vždy uváděny na vzorku 23 respondentů. Z toho vyplývá, že někteří respondenti spadají do dvou a více zkoumaných kategorií. Jiná studie poukazuje na pouhé 2 (7%) osoby z celkového počtu 28 lidí, kteří mají posilování v rámci zdravého životního stylu.

O pět let později Hildebrandt a kol. (2005) zkoumá svalovou dysmorfofobie (dále jako SD) u 237 mužů, kteří vzpírají. Vzorek je složen z mužů ze dvou univerzit, komunitní posilovny a obchodu prodávajícího suplementy. Probandi dosahovali věku v rozmezí od 18 do 72 let. Hildebrandt ve své studii zjišťuje, že u 16,9%, což činí 40 probandů, se vyskytuje SD. Dalších 26,6% (63 respondentů) je nespokojeno s poměrem svalů na těle a 27,8% (66 respondentů) tuk vysloveně obtěžuje. Negativní mínění o svém těle měli sportovci i přesto, že z 237 mužů 164 jedinců vypovědělo o svém percentilu tuku v těle, které v průměru dosahovalo 12,52%.

V tomtéž roce Pope s kolegy (2005) získali 63 probandů, kteří prošli úvodním kolem pohovoru pro další výzkum. Tento pohovor selektoval muže, kteří neměli příznaky BDD. Přes pohovor se nedostalo 137 lidí. Respondentům byly dány dotazníky, které zjistili, že 14 mužů (22,2%) trpí bigorexii. U většiny z nich (12 lidí, 86%) se vyskytovali také doprovozné BDD. Druhý opakovaný výzkum přinesl hodnoty ještě výraznější. Celkově 18 lidí (28,6%) z populace trpělo bigorexii.

Dalšími přínosnými informacemi k tomuto oboru přispěl Hale roku 2013. Hale a kol. (2013) zkoumal 74 ženských vzpěraček, z kterých 26 bylo více jak na deseti závodech, 29 „nováčků“ a 19 žen chodilo pravidelně do posilovny minimálně půl roku. Probandům bylo v rozmezí od 18 do 48 let. Výzkum probíhal v Pensylvánii a ženy obdržely 27 složkový inventář, který se dělil na subškály: velikost souměrnosti, používání doplňků, závislost na výkonu, farmakologické použití, dietního chování a postoje ke schovávání se. Halovi vyšly čtyři statisticky významné subtesty. V celku 24,43% žen dosahovalo statisticky významných hodnot v kategorii dietního chování. Dalších 21,80% v používání doplňků, 27,24% v závislosti na výkonu a 11,09% ve velikosti souměrnosti. Na tomto výzkumu bylo také pozoruhodné, že ženy začínající chodit do posilovny („nováčci“), dosahovaly statisticky významnějších hodnot než ženy, které už pravidelně cvičí a soutěží.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Výzkumný problém, výzkumný cíl, výzkumné hypotézy

Tato kapitola slouží pro spojení teoretických znalostí s praktickými. Budeme se zaměřovat na vysvětlení a objasnění výzkumných problémů, cílů a z nich vycházejících stanovených hypotéz.

Jak už bylo několikrát zmíněno v naší teoretické části, bigorexie je řazena mezi poruchy příjmu potravy. Jak už to u poruch příjmu potravy bývá, zpravidla je toto onemocnění zapříčiněno zkreslenými domněnkami jedince. U člověka se objevují myšlenky, které odvádí jeho mysl od reality. V rámci kompenzačních schopností musí bigorektik vynakládat úsilí do činností, které alespoň značnou část těchto myšlenek zažehnávají. U bigorektika to jsou zpravidla činnosti nadměrného cvičení a dokonale naplánovaného stravovacího režimu. Tyto dvě aktivity jsou nejčastějšími, jelikož mají největší podíl na formování těla člověka. I přesto, že je jedinec nadměrně svalnatý a má malé množství tuku, může svoje tělo vnímat přesně opačně (Mosley, 2008).

Na základě teoretických stanovisek jsme se snažili shrnout tři základní kritéria problematiky bigorexie do našeho výzkumu. Tyto **tři kritéria** nám přijdou jako velmi důležitá témata k prozkoumání a zároveň ke stanovení vycházejících hypotéz:

- Predispozice k poruchám příjmu potravy
- Bigorexie
- Obsedantně kompulzivní rysy

Dosavadní výzkumy Popa (1993,1997), Olivadiho (2000), Hildebrandta (2005), Popa a kolektivu (2005) uskutečněné do roku 2005 směřují výzkumnou část na procentuální zastoupení bigorexie v populaci sportovců. Jejich cílem je povětšinou ze vzorku probandů určit, u kolika z nich se svalová dysmorfofobie vyskytuje. O osm let později přichází Hale (2013) s výzkumem žen, které rozřazuje do jednotlivých skupin. Jeho výzkumný vzorek již s posilováním zkušenosti má. Vzhledem k rozdělení jednotlivých kategorií žen od „začátečnic“ až po „profesionály“ je schopen podrobněji určit rozdíly mezi jednotlivými skupinami.

Naším výzkumným cílem bakalářské práce bude prozkoumat tři hlavní problematická kritéria bigorexie. Dále považujeme za velmi důležité, zaměřit se na bigorexii jako samotnou oblast a porovnat jednotlivé skupiny probandů mezi sebou. Jelikož v České republice nebyl doposud publikován výzkum na bigorexií v souvislosti s obsedantně

kompulzivními rysy u fitness populace, sledáváme toto téma jako velmi přínosné. V zahraniční literatuře jsme propojení těchto témat také nenašli.

6.1 Cíle výzkumu

Výzkumný cíl:

- Zjistit zda existuje rozdíl mezi skupinou experimentální („muži závodníci“, „ženy závodnice“ a „muži anabolické steroidy“) a skupinou kontrolní („muži ne-závodníci“ a „ženy ne-závodnice“).
- Ověřit rozdíl v celkovém skóru dotazníku bigorexie mezi muži a ženami.
- Ověřit informace vedoucí k bigorexii.

Výzkumné hypotézy:

H_{1a}: Výskyt bigorexie v dotazníku Bigorexie sebekontrola je vyšší u experimentální skupiny než u skupiny kontrolní.

H_{1b}: Výskyt bigorexie v dotazníku Bigorexie vystavování se je vyšší u kontrolní skupiny než u skupiny experimentální.

H_{2a}: Výskyt bigorexie v dotazníku Bigorexie sebekontrola je vyšší u mužů v experimentální skupině než u mužů v kontrolní skupině.

H_{2b}: Výskyt bigorexie v dotazníku Bigorexie vystavování se je vyšší u mužů v kontrolní skupině než u mužů v experimentální skupině.

H_{3a}: Výskyt bigorexie v dotazníku Bigorexie sebekontrola je vyšší u žen v experimentální skupině než u žen v kontrolní skupině.

H_{3b}: Výskyt bigorexie v dotazníku Bigorexie vystavování se je vyšší u žen v kontrolní skupině než u žen v experimentální skupině.

H₄: Ženy dosahují vyššího skóru v testové metodě EAT-26 než muži.

H_{5a}: Existuje statisticky významný vztah mezi testovými metodami EAT-26 a Bigorexie sebekontrola.

H_{5b}: Existuje statisticky významný vztah mezi testovými metodami EAT-26 a Bigorexie vystavování se.

H_{6a}: Existuje statisticky významný vztah mezi testovými metodami Bigorexie sebekontrola a OCI.

H_{6b}: Existuje statisticky významný vztah mezi testovými metodami Bigorexie vystavování se a OCI.

Proměnné:

1. Pohlaví – je nezávislá proměnná. Tuto proměnnou lze charakterizovat jako kategoriální - dichotomická, která nabývá hodnot: „muž“, „žena“
2. Skupina – je nezávislá proměnná. Tuto proměnnou lze charakterizovat jako kategoriální – dichotomická, která nabývá hodnot: „kontrolní“, „experimentální“
3. Kategorie – je závislá proměnná. Tuto proměnnou lze charakterizovat jako kategoriální – vícekategoriální, která nabývá pěti hodnot: „muž ne-závodník“, „muž závodník“, „muž anabolické steroidy“, „žena ne-závodník“, „žena závodník“.

7 Aplikovaná metodika

V této kapitole bychom Vás rádi obeznámili s metodou získávání dat a jejich zpracováním. Na základě výzkumných cílů jsme usoudili, že zvolení kvantitativní cesty výzkumu bude správná metoda k získání nutných informací. Data byla sbírána pomocí tří dotazníků (EAT-26, dotazník Bigorexii a OCI), s kterými čtenáře obeznámíme v následujících podkapitolách. Dále popíšeme předvýzkum a samotný průběh výzkumu.

7.1 Metody získávání dat

7.1.1 Úvodní list

První list dotazníkového šetření byl vyhrazen pro seznámení s naší osobou, záměrem našeho výzkumu a sběrem sociodemografických údajů. V první části listu jsme se snažili obeznámit respondenta s tím, co máme v plánu zkoumat a jakým způsobem bude probíhat sběr dat. Respondent byl informován, o anonymitě dotazníku. Jejich vyplnění je dobrovolné a kdykoliv jej může zanechat. Výsledky vyplněných inventářů slouží jen pro účely naší bakalářské práce a veškeré získané informace jsou důvěrné. Poděkovali jsme mu za případný čas strávený vyplňováním a odkázali ho pro případné dotazy na emailovou adresu.

Ve druhé polovině úvodního listu jsme sbírali sociodemografické údaje. Respondenti byli tázání na pohlaví, věk (celé číslo), vzdělání, váhu (kg) a výšku (cm). Další otázka zjišťovala informaci, zdali se jedinec chystá na soutěž nebo již někdy závodil v kulturistické soutěži (kulturistika, bikiny fitness, body fitness, physique, aj.). Poslední položkou bylo, zda jedinec užívá nebo někdy užil anabolické steroidy.

7.1.2 EAT - 26

Na tvorbě dotazníku EAT-26 se v roce 1979 podíleli dva autoři. Byl to Garner a Garfinkel. Dotazník EAT-26 byl zkonstruován na základě předurčení jídelních postojů. Inventář je cílen na skupinu pacientů s poruchou příjmu potravy. Garner a Garfield nejdříve vytvořili 40 složkový inventář, který nesl název: EAT-40. Později byl přetvořen na pouhých 26 položek, které shrnují předchozí rozšířený dotazník. EAT-26 je tedy pojmenován číselnou hodnotou shodující se s počtem otázek a v dnešní době je v Americe již standardizovaným nástrojem. Autoři tento typ dotazníku vidí jako ideální nástroj pro předurčení narušeného jídelního chování a způsob, jakým je možno měřit klinický vývoj mentální anorexie (Berland, Thomson&Linton, 1986).

Od této doby se stal EAT-26 jedním z nejvíce používaných dotazníků k předurčení poruch příjmu potravy. Na základě jeho slávy a využitelnosti byl přeložen do mnoha odlišných jazyků a použit ve více jak stovkách různých výzkumů. Dotazník může být použit jak v klinickém, tak i ne-klinickém prostředí. Administrace je velmi jednoduchá a může být zadávána jak ve skupině, či jen pro jednotlivce. Zadávat jej může profesionál zabývající se duševním zdravím, školní poradce, trenér, táborový poradce nebo kdokoliv jiný, kdo se zabývá o jedince s možným rizikem tohoto onemocnění. Pokud by se po vyplnění inventáře dostavily vysoké hodnoty výsledného skóru, je ideální, aby byl jedinec předán odborné péči (The Eating Attitudes Test, nedat.).

Dotazník se skládá ze **tří škál** a z toho každé uspořádání položek jistou mírou přikládá na významu samotného dotazníku. Rozdělení škál:

- Anorexie a dietní chování.
- Bulimie a neustálé zabývání se stravou.
- Orální kontrola.

Inventář EAT-26 je složen, jak jsme již zmiňovali, z 26 otázek. Respondent má na výběr z 6 možností u každé otázky, aby výstup co nejvíce charakterizoval přístup jedince k dané položce. Respondent může volit z následujících tvrzení: vždy, velmi často, často, někdy, zřídka a nikdy. Pro zhodnocovatele jsou klíčové zpravidla hodnoty vždy, velmi často a často. Odpověď vždy je nazývána pojmem „patologický“. Vzhledem k našemu výzkumu jsme zvolili vyhodnocení v podobě součtu hrubého skóru podle manuálu k dotazníkovému šetření EAT-26. Nejextrémnější odpověď „vždy“ byla hodnocena 3 body, hodnota „velmi často“ byla za 2 body, hodnota „často“ za bod 1. Ostatní hodnoty dosahovaly bodového skóru 0. Prvních 25 otázek se tedy vyhodnocuje pomocí schématu: 3 – 2 – 1 – 0 – 0 – 0. Poslední 26 položka je tzv. inverzní, což znamená, že její bodový systém je obrácený. Její vyhodnocení je proto následovné: 0 – 0 – 0 – 1 – 2 – 3. Cílem zhodnocovatele je sečíst získané hodnoty a dojít k výsledné hodnotě. Pokud výsledná hodnota je rovna nebo vyšší celkovému součtu 20 bodů, říká nám o jedinci, že je zde možný narušený postoj stravování. Jelikož se jedná pouze o screeningovou metodu, nemůžeme s přesností určit jistou problematiku poruch příjmu potravy (The Eating Attitudes Test, nedat.).

Dotazník EAT-26 je volně stažitelný na stránkách <http://www.eat-26.com/downloads/>. Na této doméně můžeme získat inventář v podobě PDF nebo v Microsoft Office Word

aplikaci. Nadále se zde nacházejí klíče k vyhodnocení, dotazník EAT-40, potřebná literatura a publikace k tomuto tématu. (The Eating Attitudes Test, nedat.).

7.1.3 Dotazník Bigorexie

U dotazníku Bigorexie jsme se nechali inspirovat diplomovou prací „*Bigorexie – nová porucha příjmu potravy*“ napsanou Mgr. Lenkou Vymyslickou, Dis.. Tato diplomová práce byla napsána roku 2016 v Brně a autorka zde použila 19 položkový inventář, který samostatně vytvořila. Jednotlivé otázky poté vyhodnocovala jako samostatné a výpovědi respondentů vyhodnocovala pomocí koláčových grafů (Vymyslická, 2016).

Z inventáře Mgr. Lenky Vymyslické, Dis. jsme přebrali položky, které se nám zdály pro naši práci důležité. Některé položky jsme upravili a některé rozšířili. Náš dotazník byl nakonec tvořen z 15 položek.

Dotazník paní magistry byl tvořen prvními třemi otázkami cílenými na zjištění sociodemografických údajů, pro které jsme vyčlenili úvodní list dotazníkového šetření, proto do našeho inventáře zahrnutý nebyly. Další otázka byla: „*Jak často navštěvujete posilovnu?*“. V nabídce odpovědí jsme nenašli zahrnutí všech možností ke správnému vyplnění, a tak jsme byli nuceni nabídku odpovědí rozšířit. Rozšiřovali jsme ji o odpověď „5-6x týdně“. Pátá položka v našem pořadí dotazníku byla taktéž upravena. U otázky „*Jak často přemýšlíte nad svým vzhledem, svoji postavou?*“ jsme zvolili možnost odpovědi jako: „Často“, „Zřídka“, „Vůbec“. Zbylé položky paní magistry byly dichotomické, pro zjištění více informací jsme volili nabídku odpovědí - Likertovu škálu: „Naprosto souhlasím“, „Spíše souhlasím“, „Spíše nesouhlasím“ a „Naprosto nesouhlasím“.

Pro vyhodnocení našeho inventáře jsme zvolili taktéž součet hrubého skóru. Jednotlivé odpovědi jsme ohodnotili skórem v pravidelné posloupnosti, sečetli je a následně vložili do programu Statistica 13. U otázky číslo jedna „*Jak často navštěvujete posilovnu?*“ jsme odpovědi ohodnotili v následujícím schématu: 1 – 2 – 3 – 4 – 5 („Nepravidelně“, „1-2x týdně“, „3-4x týdně“, „5-6x týdně“, „každý den“). Otázka číslo pět „*Jak často přemýšlíte nad svým vzhledem, svou postavou?*“ byla ohodnocena schématem: 1 – 2 – 3 („Vůbec“, „Zřídka“, „Často“). Ostatní odpovědi byly ohodnoceny schématem: 4 – 3 – 2 – 1 („Naprosto souhlasím“, „Spíše souhlasím“, „Spíše nesouhlasím“, „Naprosto nesouhlasím“) s výjimkou druhé otázky a jejích položek. Tato otázka je tzv. inverzní a proto jsme ji byli nuceni hodnotit následovně: 1 – 2 – 3 – 4 („Naprosto souhlasím“, „Spíše souhlasím“, „Spíše nesouhlasím“, „Naprosto nesouhlasím“).

7.1.4 OCI

Inventář Obsessive Compulsive Inventory (OCI) byl navržen na základě společné práce dvou univerzit. Jednalo se o King's College London a Edna Foa's team, který sídlil na Temple University a v dnešní době se nachází v Pensylvánii (Salkovskis & kol., 2000).

OCI dotazník je komplexní sebesposuzovací inventář, který je schopen měřit příznaky obsedantně - kompulzivní poruchy. Dotazník je celkem složen ze 42 položek, které se následovně dělí do 7 kategorií:

- Kontrola (9 položek),
- umývání (8 položek),
- obsese (8 položek),
- neutralizování (6 položek),
- upořádávání (5 položek)
- hromadění (3 položky),
- pochybování (3 položky).

Respondent si v každé ze 42 otázek může vybírat z 5 možností výběru. Tato pěti bodová škála se jmenuje Likertova škála a je jednou z nejpoužívanějších škál užívanou v inventářích pro měření postojů (Hayes, 1998). Likertova škála nabízí tyto možnosti odpovědí: Vůbec ne, Trochu, Středně, Dost a Velmi. Stejně jako u dotazníku EAT-26 jsme použili vyhodnocení na základě součtu celkové skóru. Tento typ vyhodnocení se nám jeví jako nejlepší možný pro předurčení rizikových postojů obsedantně kompulzivních rysů. Každá odpověď je bodována příslušnou hodnotou: 0 – 1 – 2 – 3 – 4 (Vůbec ne – Trochu – Středně – Dost – Velmi). Pokud po sečtení všech odpovědí získáme u probanda hodnotu vyšší nebo rovnou než 42, považujeme ho za rizikového v souvislosti s obsedantně kompulzivními rysy (Salkovskis & kol, 2002). Dotazník jde taktéž vyhodnotit na základě jednotlivých subškál. Sečteme-li všechny skóry odpovědí zapadajících do jednotlivých kategorií. Jejich průměr nesmí být větší nebo roven hodnotě 2,5. Pokud tuto hodnotu převyšuje, říká nám, že jednotlivý druh subškály je rizikový (Foa & kol. 1998).

Foa a kolektiv (1998) hovoří o dotazníku OCI jako o skvělé metodě vykazující vysokou vnitřní konzistenci jak pro celou škálu, tak i jednotlivé subškály. Inventář nabývá vysoké vnitřní konzistence u pacientů s OCD, klientů s generalizovanou sociální fobií a posttraumatickou stresovou poruchou. Foa také vykazuje vysokou míru reliability, která

byla zjištěna v test - retest výzkumu. Tento výzkum byl prováděn u pacientů trpících OCD s odstupem 14 dnů a u pacientů s úzkostmi s odstupem jednoho týdnu mezi testy.

Salkovskis a kolektiv (2002) tvrdí, že u dotazníkového šetření OCI došlo k výraznému zlepšení v měření oproti předešlým inventářům směřovaným pro zjišťování obsedantně kompulzivních predispozic. Autoři se domnívají, že to je zapříčiněno vložením Likertovy škály, která je schopna říct o člověku mnohem více. Nicméně taktéž tvrdí, že jednotlivé subškály doposud nebyly vyrovnány, což nutí člověka k zprůměrování jednotlivých kategorií a pro řadu kliniků to může být náročné, proto se využívá hlavně v ne-klinických případech.

Dotazníkové šetření můžeme najít v publikaci Foa a kolektivu (1998). Zde se taktéž nachází jeho základní charakteristika a manuál k vyhodnocení.

7.2 Předvýzkum

Cílem předvýzkumu bylo zjistit a případně opravit chyby, které jsme v našem samotném výzkumu byly nežádoucí. Předvýzkum probíhal krátce před samotným výzkumem v srpnu roku 2017 ve Fitcentru Na tribuně v Olomouci. Celkem bylo osloveno 7 osob, které nám prvotní dotazníky vyplnili. Na základě vyplnění a zpětné vazby jsme byli upozorněni na špatnou formulaci otázky číslo jedna v dotazníku bigorexie. V otázce „*Jak často navštěvujete posilovnu?*“ jsme byli nuceni přidat položku. Právě většině zúčastněným chyběla možnost odpovědi „5 – 6x týdně“. Dále jsme byli upozorněni, že v dotazníku bigorexie nebyly přiřazeny možnosti odpovědí. Proband zprvu nevěděl, z jakých možností má na výběr. Následně došlo k úpravě a korekci.

7.3 Etika

V úvodní části dotazníkového šetření byl vytvořen text týkající se etických aspektů. V tomto textu jsme poukazovali na záměr našeho výzkumu. Klíčovým tématem zde byl informovaný souhlas o využitelnosti získaných dat a osobních údajů pouze pro naše osobní účely, tj. pro bakalářské účely. Bylo zde sděleno, že vyplňování je anonymní, dobrovolné a respondent jej může kdykoliv zanechat. Veškeré získané informace jsou důvěrné.

8 Výzkumný soubor

Tato kapitola slouží k tomu, aby byl čtenář obeznámen s tím, s jakým vzorkem lidí jsme ve výzkumu pracovali. Dále bychom rádi čtenáře seznámili s tím, jakou metodu výběru vzorku jsme použili, jak jsme probandy oslovovali a jak samotný sběr probíhal. V druhé polovině bychom rádi čtenáři charakterizovali náš vzorek probandů.

8.1 Výběr vzorku z populace a sběr dat

Ke zvýšení efektivity byly použity dva typy sběru dat. První typ byl tzv. pomocí tužky a papíru. Respondenti obdrželi vytištěné dotazníky k vyplnění. Tato metoda byla aplikována ve Fitcentru Na tribuně, kde inventáře byly zanechávány na recepcii. Druhou metodou sběru dat bylo šíření dotazníku pomocí internetového rozhraní. Inventář byl vytvořen na internetové stránce docs.google. Dotazník byl šířen v sociálních skupinách týkajících se posilování, fitness a kulturistiky. Dále byl taktéž zasílán na vybrané emailové adresy a sdílen na populárních skupinách fitness závodníků a lidí, kteří se zabývají o zdravý životní styl. Sociální sítě byly voleny podle dostupnosti probandů. Aktivně jsme sbírali data na sociální síti Facebook a Instagram.

V našem výzkumu byla použita nepravděpodobnostní metoda sběru dat. Především se jednalo o metodu samovýběrového souboru a výběr metodou sněhové koule.

K prvnímu kontaktu na sociálních sítích jsme použili **oslovovací dopis**. Tento text měl případného probanda seznámit s naší osobou, zasvětit do výzkumu a požádat o pomoc. Oslovovací dopis vypadal následovně:

„Dobrý den,

jmenuji se Andreas Aulich a jsem student Psychologie Univerzity Palackého v Olomouci. Jelikož jsem na facebooku/instagramu zjistil, že navštívujete posilovnu nebo se účastníte/jste se účastnil/a kulturistických, bikini fitness nebo jiných soutěží. Chtěl bych Vás touto cestou poprosit, jestli byste si našel/a chvíli času a vyplnil/a mi 3 krátké dotazníky k mé bakalářské práci. Moje bakalářská práce se zabývá Bigorexii (poruchou příjmu potravy). Pokud byste byl/a tak ochotný/á, obratem bych Vám zaslal dotazník k online vyplnění.

Mockrát děkuji“

Pokud tázaný souhlasil a byl ochotný spolupracovat. Obratem mu byl zaslán internetový link (odkaz) obsahující testové metody.

Sběr probíhal jednofázově. Začal dne 9.10.2017 a byl ukončen 14.12.2017. Za tuto dobu skoro dvou měsíců se nám podařilo nasbírat přesných 214 výpovědí. Dotazníky byly předávány a zasílány celé období, dokud jsme nenasbírali potřebný počet odpovědí. Jakmile jsme této hodnoty dosáhli, podávání inventářů skrz internetové rozhraní docs.google bylo pozastaveno.

Aby mohl být člověk zahrnut do výzkumu, bylo nutné, aby splnil určité kritérium. Naším hlavním a zásadním kritériem bylo vyplnění všech položek dotazníků a úvodního listu. Jednalo se tedy o 7 položek úvodního sdělení, 26 položek dotazníku EAT-26, 15 položek dotazníku Bigorexie a 42 položek dotazníku OCI. Pokud respondent nevyplnil třeba jen jedinou otázku, do našeho výzkumu zahrnut nebyl.

8.2 Popis vzorku

Na konci sběru dat jsme se dostali k finálnímu číslu 214 vyplněných dotazníků. Náš soubor byl tvořen z lidí, kteří aktivně navštěvují posilovnu. Jednalo se o jedince, kteří cvičí pro radost nebo zdraví. Jednalo se taktéž o jedince, kteří závodí v soutěžních kategoriích popisovaných v kapitole kulturistika nebo jedince, kteří užívají anabolické steroidy. Výzkumný vzorek byl tvořen celkově z pěti skupin, z čehož každá kategorie nabývala přesně 30 respondentů. Těchto 5 skupin bylo rozděleno na 2 skupiny kontrolní a 3 skupiny experimentální. Jednalo se o 40% zastoupení žen a 60% zastoupení mužů. Z 214 vyplněných dotazníků jsme byli nuceni 1 inventář vyčlenit na základě nepravděpodobných výpovědí respondenta. Zbylých 63 výpovědí do výzkumu nebylo zahrnuto díky naplnění maximálního množství kapacity jednotlivých skupin. Skupiny se dělily následovně:

První skupina - kontrolní

První kontrolní skupina (dále KS) je složena z 30 respondentů, kteří navštěvují posilovny a fitness centra. Jsou to lidé, kteří posilují pro zábavu, radost nebo třeba pro zdraví. Vzorek této KS je složen z 30 mužů a nazýváme ji „*Muži ne-závodníci*“. Jedinci dosahují věku od 16 do 58 let, průměrný věk je 21,33 se směrodatnou odchylkou (dále SD) = 7,78. Muži váží od 68 do 100 kg, průměrná váha je 84,13 kg s SD = 8,58. Výška dosahuje hranic od 166 cm do 192 cm. Jejím průměrem je 181,37 cm s SD = 6,73. Vzdělání jedinců najdeme níže v *Grafu 1*.

Druhá skupina - experimentální

Jak jsme již popisovali výše, každá skupina se skládá z 30 respondentů. Tato kategorie je složena také čistě z mužů, nicméně s jinými náhledem na posilování. Zde můžeme najít pouze muže, kteří se buď na závody připravují, nebo již aktivně soutěží. Tato kategorie je experimentální (dále EXP) a v nadcházející práci ji nazýváme „*Muži závodníci*“. Muži dosahují věkového průměru 21,7 let s SD = 3,93. Nejmladšímu jedinci je 15 a nejstaršímu 30 let. Závodníci váží od 72 kg do 127 kg s průměrnou hodnotou 90,03 kg s SD = 11,29. Nejnižší závodník dosahuje výšky 165 cm a nejvyšší 189 cm. Průměrnou hodnotou je zde 178,63 cm s SD = 5,71. Vzdělání jedinců najdeme níže v *Grafu 1*.

Třetí skupina - kontrolní

Tato KS je velmi podobná skupině číslo 1 s tím rozdílem, že místo mužů se zde nachází pouze ženy. Její název je „*Ženy ne-závodnice*“. Ženy dosahují věku od 15 do 33 let. Průměrným věkem zde je hodnota 20,5 s SD = 4,20. Váha žen se pohybuje v rozmezí od 48 kg do 83 kg s průměrnou hodnotou 57,23 kg a SD = 7,62. Ženy měří od 157 cm do 178 cm s průměrnou hodnotou 166,03 cm s SD = 5,99. Vzdělání žen je popsáno v *Grafu 1*.

Čtvrtá skupina - experimentální

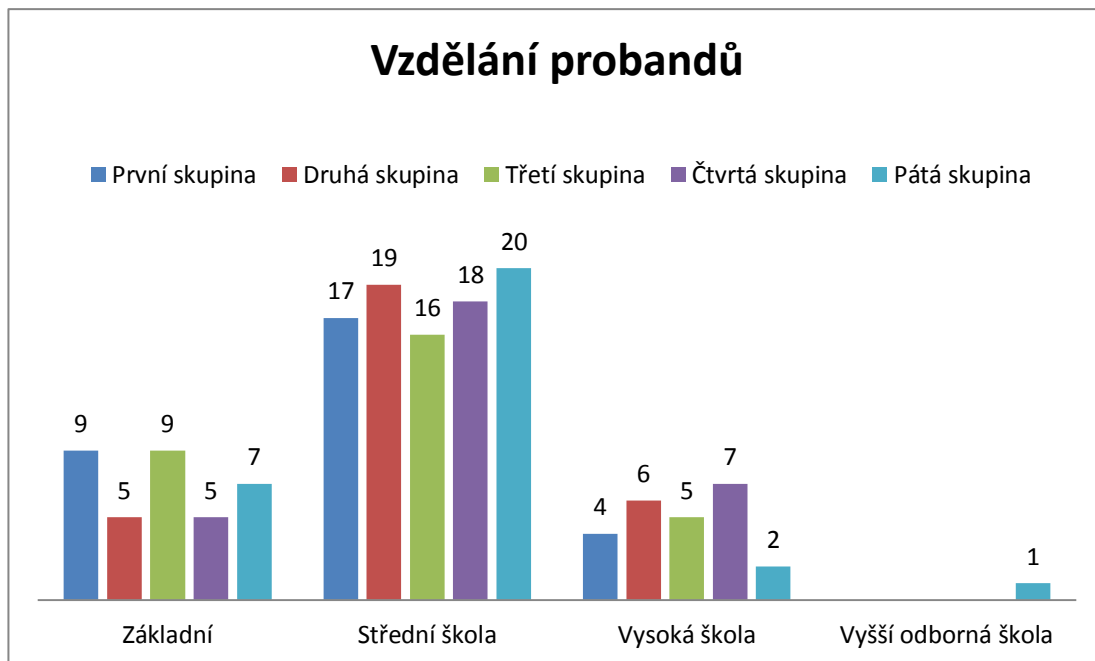
Čtvrtá EXP je charakteristická stejným kritériem jako skupina druhá. V této kategorii je brán ohled pouze na lidi připravující se nebo aktivně účastníci se soutěží. Na rozdíl od skupiny druhé, v této kategorii se nacházejí jen ženy. Skupina nese název „*Ženy závodnice*“. Ženy dosahují průměrného věku 24,3 let s SD = 6,37. Nejmladší účastníci je 16 let a nejstarší je let 43. Závodnice váží od 50 kg do 69 kg s průměrnou hodnotou 60,67 kg s SD = 5,81. Výška závodnic kolísá od 158 cm do 191 cm, přičemž průměrná hodnota dosahuje čísla 166,53 cm s SD = 6,81. Vzdělání žen můžeme najít v *Grafu 1*.

Pátá skupina - experimentální

Poslední kategorií je skupina experimentální. Do této EXP byli zařazeni pouze muži, kteří jsou charakterističtí tím, že užívají nebo někdy užili anabolické steroidy. Ve statistickém zpracování a následně v naší bakalářské práci tuto skupinu pojmenováváme jako „*Muži anabolické steroidy*“. EXP dosahuje průměrného věku 24,4 let s SD = 6,19. Jedinci nabývají věkových hranic od 16 do 42 let. Nejlehčí muž váží 65 kg a nejtěžší 113 kg. Průměrnou hodnotou váhy je 91,07 s SD = 10,53. Nejvyšší jedinec měří 195 cm a nejnižší

160 cm. Průměrná hodnota výšky je 177,57 cm s SD = 6,96. Graf 1 nám nabízí nejvyšší získané vzdělání jedinců.

Graf 1: Vzdělání probandů



9 Analýzy a interpretace výsledků

9.1 Metody zpracování a analýzy dat

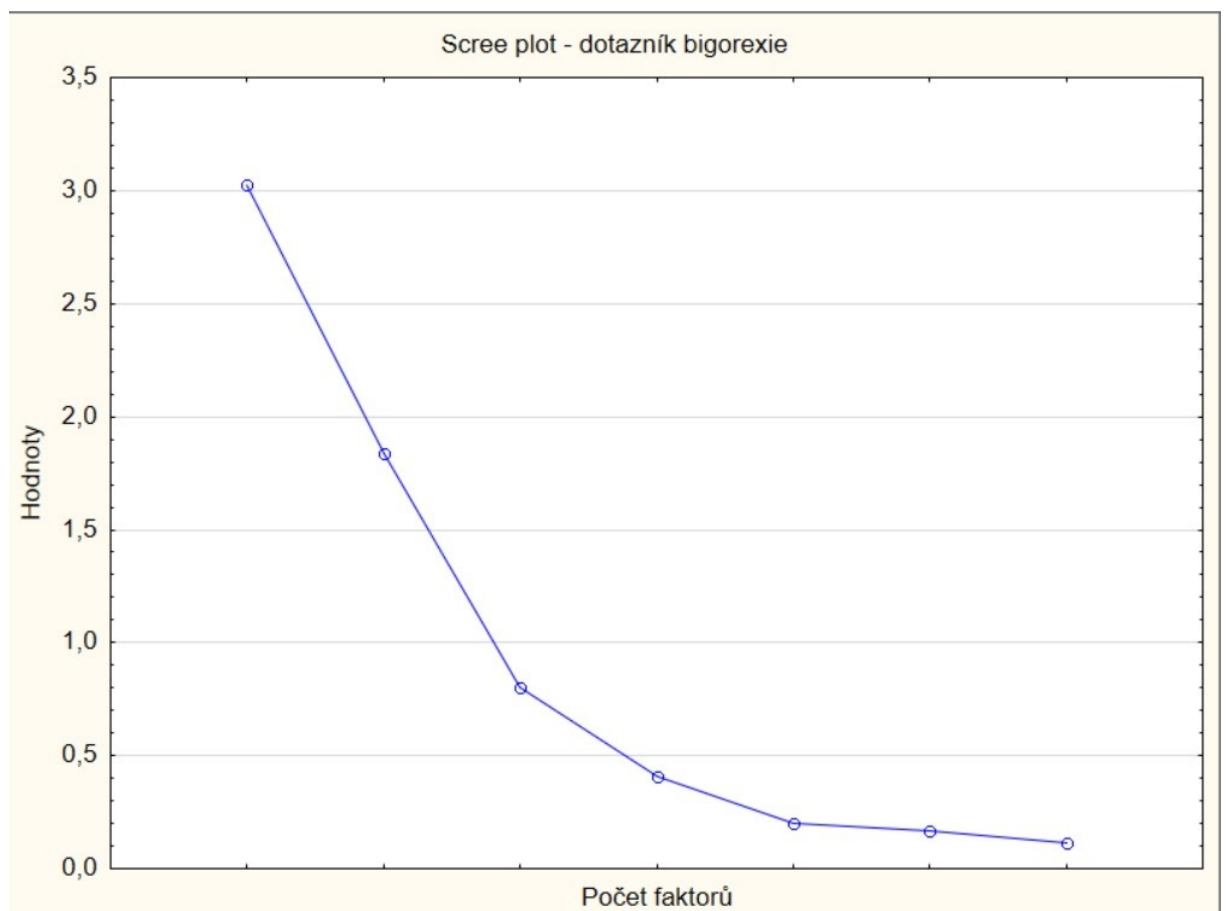
Po dokončení sběru dat byl vytvořen dokument aplikace Microsoft Office Excel, do kterého byly veškeré hodnoty zaznamenány. Jelikož byl dotazník z velké části administrován pomocí docs.google.com (internetové rozhraní sběru dat pomocí online dotazníku), výsledný záznam nám byl poskytnut již v této aplikaci. Zbylé odpovědi byly do Aplikace Excel přepsány ručně.

Pro třídění dat do skupin a deskriptivní statistiku byl taktéž použit program Excel. S upravenými hodnotami jsme nadále pracovali v aplikaci Statistica 13.

Jak jsme již zmiňovali v kapitole věnující se metodám sběru dat, dotazník Bigorexie není standardizovaným nástrojem. Dotazník je přejatý od magistry Lenky Vymyslické, dis. z Brněnské fakulty a následně byl upraven pro účely naší bakalářské práce. U dotazníku jsme ověřovali počet faktorů, zdali můžeme pracovat se všemi 15 položkami inventáře. Na základě faktorové analýzy a výpočtu faktorů v programu statistica 13 jsme zjistili, že tento dotazník nabývá dvou faktorů. Scree plot jednotlivých faktorů můžeme najít v *Grafu 2*. První faktor je obsáhlý celkem 9 položkami („1. Jak často navštěvujete posilovnu?“, „3. Chtěl/a byste mít více svalové hmoty?“, „6. Užíváte doplňky stravy pro nárůst svalové hmoty?“, „7. Upravujete svou stravu proto, abyste zvýšil svou svalovou hmotu?“, „9. Hlídáte si příjem sacharidů, bílkovin a tuků?“, „10. Často kritizujete nebo komentujete, co jedí lidé okolo Vás?“, „11. Dáváte přednost návštěvě posilovny před jinými aktivitami ve svém volném čase?“, „12. Většinu kamarádů a známých máte z posilovny?“ a „15. Je Vaším častým tématem konverzace s ostatními cvičení nebo strava?“). Výčet těchto položek je směřován na vlastní osobu ve smyslu kontroly jídelních návyků a aktivit. Z tohoto důvodu jsme pojmenovali tento faktor jako „Bigorexie – sebekontrola“ a dále v této bakalářské práci s tímto faktorem pracujeme jako s podnázvem dotazník Bigorexie sebekontrola. Druhý faktor je obsažen zbylými 6 položkami („2. Jste spokojen se svou postavou?“, „4. Připadá Vám, že máte více podkožního tuku než byste si přál?“, „5. Jak často přemýšlíte nad svým vzhledem, svou postavou?“, „8. Cítíte se podrážděný, pokud nemůžete z nějakého důvodu konzumovat jídlo, na které jste zvyklý a v daný čas jako obvykle?“, „13. Máte obavy ukazovat svou postavu před ostatními? (koupaliště, šatna ve fitness.)“ a „14. Cítíte se bez nálady nebo podrážděně pokud vidíte někoho svalnatějšího, než jste Vy?“). Tento faktor se především zabývá míněním o vlastním těle. Otázky jsou

věnovány pocitům a náhledu na tělesnou stavbu, ze kterého pramení strach z vystavování se na veřejnosti. Tento podnět byl klíčovým pro pojmenování druhého faktoru jako „Bigorexie – vystavování se“. V naší bakalářské práci je tento faktor pojmenován podnázvem dotazník Bigorexie vystavování se. Ověření počtu faktorů nám napomohlo orientovat se v prvotním inventáři a dovedlo nás ke zjištění, že je potřeba pracovat s dotazníkem jako s dvěma rozdílnými faktory. Po rozdělení položek ke svým faktorům jsme spočítali hrubé skóry jednotlivých inventářů, se kterými jsme nadále pracovali.

Graf 2: Scree plot dotazníku Bigorexie



10 Výsledky

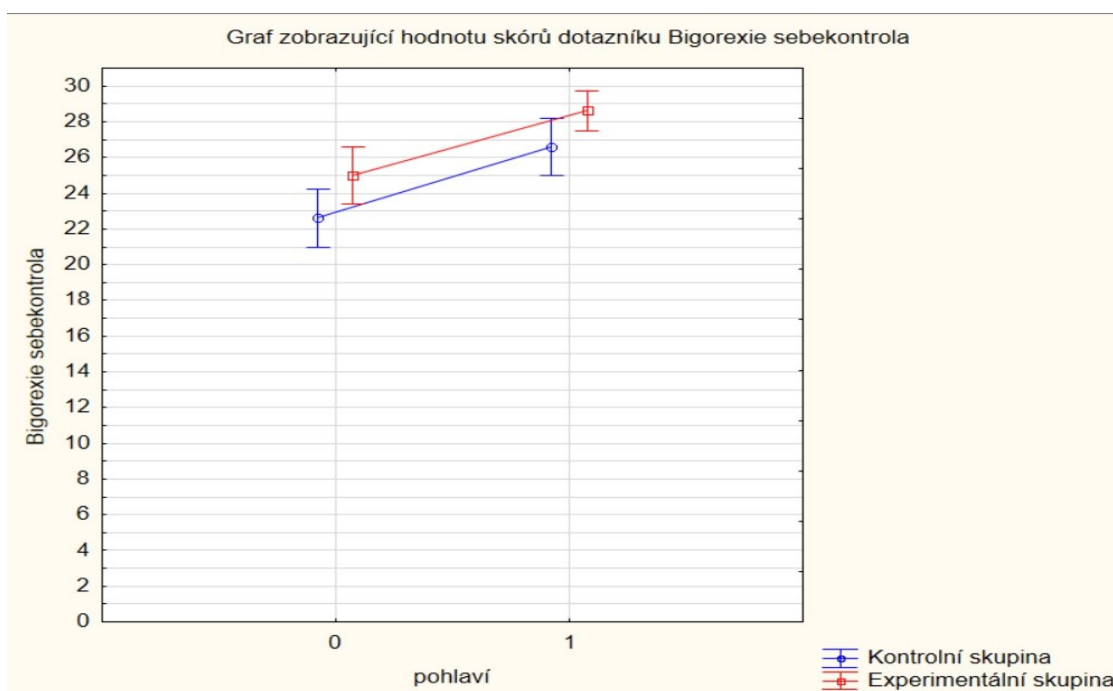
10.1 Ověření hypotéz

V programu Statistica 13 jsme pokračovali i nadále při ověřování hypotéz. Vzhledem k našemu výzkumnému vzorku, který činil rovných 30 respondentů v každé skupině, jsme zvolili metodu parametrických testů. První 3 hypotézy, které rozdělujeme na typ *a* a *b* podle dotazníků Bigorexie, jsme souhrnně ověřovali pomocí dvoufaktorové analýzy variance (ANOVA, faktor skupiny a faktor pohlaví). Hypotéza H_4 byla ověřována pomocí t-testu pro nezávislé výběry. U hypotézy H_5 a H_6 jsme byli znovu nuceni rozdělit hypotézy na typ *a* a *b*, jelikož zde pracujeme s odlišnými dotazníky bigorexie. Pro ověření pátých a šestých hypotéz byl vybrán Pearsonův korelační koeficient, z důvodu práce s metrickými proměnnými. Hladina významnosti byla stanovena na hodnotu $\alpha = 0,05$ (Dostál, 2016).

H_{1a} : Výskyt bigorexie v dotazníku Bigorexie sebekontrola je vyšší u experimentální skupiny než u skupiny kontrolní.

Hypotézy H_{1a} i b byly ověřovány pomocí dvoufaktorové ANOVY. Na základě výsledků tuto hypotézu **přijímáme** ($F = 8,528$; $p = 0,002$). Pro podrobnější náhled na srovnání experimentální a kontrolní skupiny, zde přikládáme *Graf 3*.

Graf 3: Graf zobrazující hodnotu skóre dotazníku Bigorexie sebekontrola

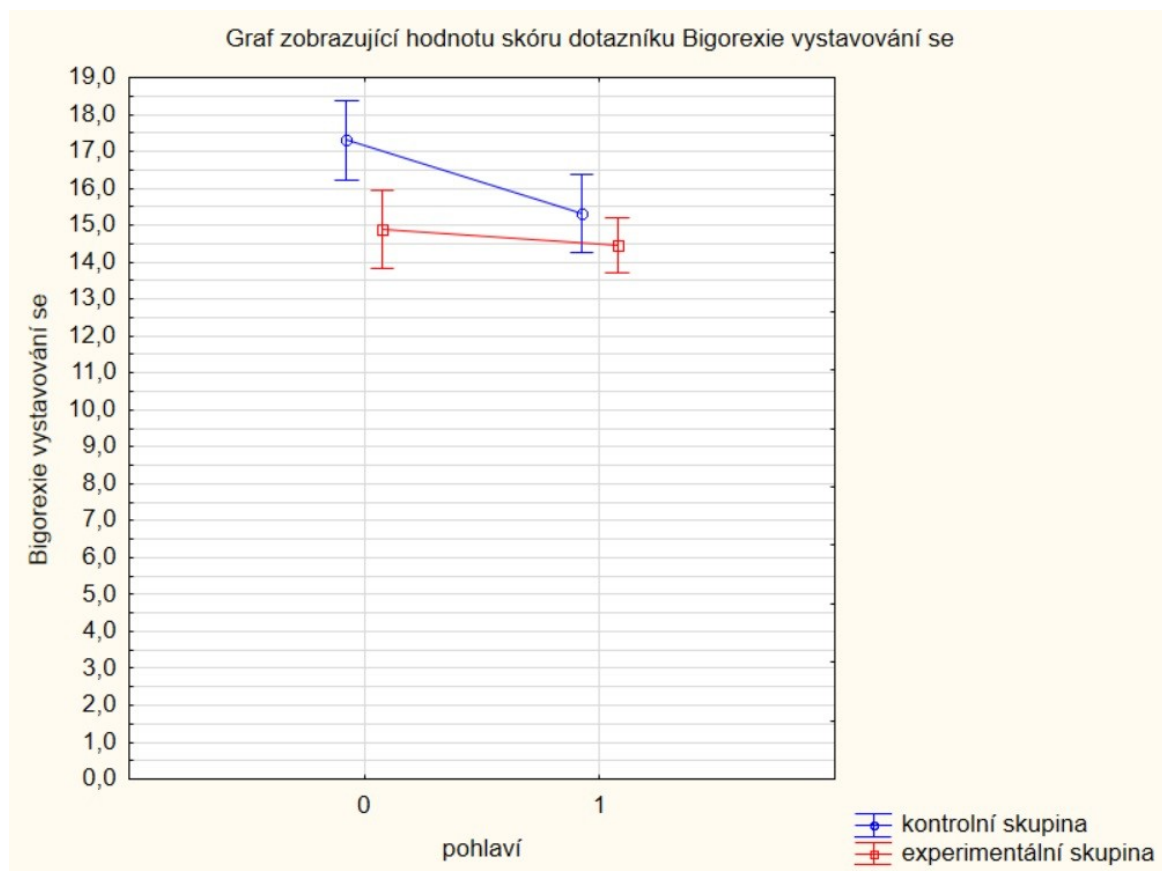


Na ose x jsou naneseny dva kódy pohlaví. Pod kódem „0“ jsou označeny ženy, pod kódem „1“ jsou označeni muži. Na ose y je vyznačena hladina skóre dotazníku Bigorexie sebekontrola. Na grafu lze vidět vyšší hodnotu skórování u skupiny experimentální, osa značená červenou barvou. Modrou barvu nese osa skupiny kontrolní.

H_{1b}: Výskyt bigorexie v dotazníku Bigorexie vystavování se je vyšší u kontrolní skupiny než u skupiny experimentální.

U hypotézy H_{1b} jsme postupovali stejné kroky jako u hypotézy H_{1a}, s rozdílem srovnávání dat z dotazníku Bigorexie vystavování se. Dále je nutné zmínit, že hypotézy typu *b* vychází z opačného předpokladu skupin kontrolních a experimentálních, než jejich verze typu *a*. Na základě dvoufaktorové ANOVY jsme našli signifikantní rozdíl mezi oběma skupinami ($F = 10,593$; $p < 0,001$). Tuto hypotézu **přijímáme**. Pro podrobnější náhled na srovnání jednotlivých skupin přikládáme graf č. 4.

Graf 4: Graf zobrazující hodnotu skóru dotazníku Bigorexie vystavování se



Znak „0“ na ose x vyznačuje skupinu pohlaví žen, znak „1“ je charakteristickým symbolem pro skupinu mužů. Na ose y jako v předchozím grafu u první hypotézy nalezneme skóry dotazníku Bigorexie vystavování se.

Z grafu lze vyčíst, že u experimentální skupiny dosahují skóry nižších hodnot, než u skupiny kontrolní, což potvrzuje naši hypotézou.

H_{2a}: Výskyt bigorexie v dotazníku Bigorexie sebekontrola je vyšší u mužů v experimentální skupině než u mužů v kontrolní skupině.

Na ověření druhé hypotézy jsme zvolili post - hoc testy v rámci dvoufaktorové ANOVY, konkrétně se jednalo o Fisherův LSD test. Vzhledem k výsledkům této testové metody hypotézu **přijímáme** ($p = 0,021$). Podrobnější data můžeme vyčíst v *Grafu 3*, ve kterém je náležitě vidět vyšší hodnota skórování u skupiny mužů v experimentální skupině, než skupině kontrolní.

H_{2b}: Výskyt bigorexie v dotazníku Bigorexie vystavování se je vyšší u mužů v kontrolní skupině než u mužů v experimentální skupině.

Na základě dat z Fisherova LSD testu ($p = 0,095$) nás tato hodnota vede k nepřijetí hypotézy. Jak můžeme vidět v *Grafu 4*, muži v experimentální skupině nedosahují vyššího počtu bodů, než muži ve skupině kontrolní, což nám dává pádný důvod k **přijmutí** hypotézy.

H_{3a}: Výskyt bigorexie v dotazníku Bigorexie sebekontrola je vyšší u žen v experimentální skupině než u žen v kontrolní skupině.

Třetí hypotézy byly testovány stejným způsobem jako hypotézy druhé s tím rozdílem, že zde jsme se zaměřovali na skupinu žen. Na základě výsledků z Fisherova LSD testu ($p = 0,019$) tuto hypotézu **přijímáme**. Klíčová data jsou k nalezení v *Grafu 3*, který nás opět vede k interpretaci, že ženy v experimentální skupině dosahují vyššího skóru, než ženy ve skupině kontrolní.

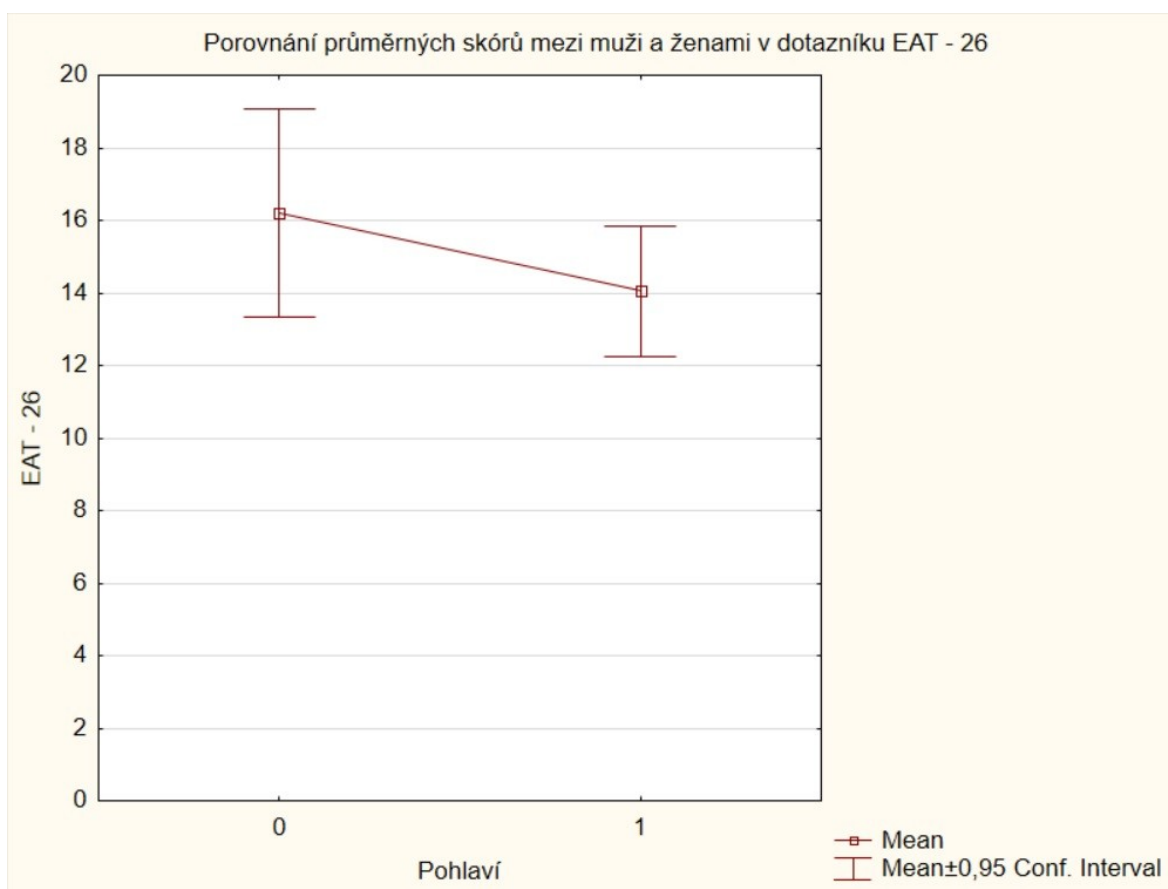
H_{3b}: Výskyt bigorexie v dotazníku Bigorexie vystavování se je vyšší u žen v experimentální skupině než u žen v kontrolní skupině.

Hodnoty Fisherova LSD testu ukazují signifikantní rozdíl mezi oběma skupinami. P hodnota dosahuje nižších hodnot než 0,001. Tuto hypotézu **přijímáme**. Bližší náhled najdeme v příloženém *Grafu 4*.

H₄: Ženy dosahují vyššího skóru v testové metodě EAT-26 než muži.

Hypotézu H₄ jsme ověřovali pomocí T testu pro nezávislé výběry. Na základě výsledků tuto hypotézu **přijímáme** ($t_{148} = -4,442$; $p < 0,001$). Jak můžeme vidět v tabulce níže, jednotlivé průměry skóru testové metody se mezi muži a ženami liší o 6,73 bodů, což u tohoto testu lze považovat za vysokou hodnotu ($d = -0,74$). Samotné hodnoty skórování dosahují u mužů počtu 14,04 bodů v průměru, ženy dosahují průměrného počtu 16,22 bodů.

Graf 5: Porovnání průměrných skóru mezi muži a ženami v dotazníku EAT-26



Pro důkladnější ukázkou výsledků přikládáme graf znázorňující jednotlivé průměry jak u mužů, tak u žen. Tento graf byl vytvořen v programu Statistica 13. Na ose x označení „0“ náleží skupině žen a označení „1“ skupině mužů.

H_{5a}: Existuje statisticky významný vztah mezi testovými metodami EAT-26 a Bigorexie sebekontrola.

Hypotéza H_{5a} byla ověřována pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Jelikož jsme rozdělili dotazník Bigorexie podle faktorů, snažili jsme se nejdříve prokázat statisticky významný vztah mezi dotazníky Bigorexie sebekontrola a EAT – 26, a poté Bigorexie vystavování se a EAT – 26. U prvně jmenovaných dotazníků Pearsonův korelační koeficient neprokázal statisticky významný vztah ($r = 0,084$; $p = 0,307$). Tuto hypotézu proto **nepřijímáme**.

H_{5b}: Existuje statisticky významný vztah mezi testovými metodami EAT-26 a Bigorexie vystavování se.

U dotazníků Bigorexie vystavování se a EAT – 26 se již statisticky významný vztah objevil ($r = 0,536$; $p < 0,001$). Byla nalezena středně silná pozitivní souvislost mezi skórem EAT- 26 a Bigorexie vystavování se. Hypotézu **přijímáme**.

H_{6a}: Existuje statisticky významný vztah mezi testovými metodami Bigorexie sebekontrola a OCI.

Hypotéza H_{6a} byla taktéž jako předchozí hypotézy ověřována pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Tuto hypotézu **nepřijímáme** ($r = 0,037$; $p = 0,655$).

H_{6b}: Existuje statisticky významný vztah mezi testovými metodami Bigorexie vystavování se a OCI.

Na základě vypočítaných hodnot ($r = 0,367$; $p < 0,001$) testovou metodou Pearsonůvým korelačním koeficient tuto hypotézu **přijímáme**. Byla zde nalezena slabší pozitivní souvislost mezi dotazníky Bigorexie vystavování se a OCI.

11 Diskuze

Tato kapitola slouží k zamyšlení se nad naší celkovou prací. Budeme se zde zaměřovat na výsledky našeho výzkumu, které budeme srovnávat s odpovídajícími závěry prací se stejnou problematikou. Dále se podíváme blíže na možná úskalí našeho výzkumu, jeho kladné a negativní stránky. Probereme výzkum z hlediska užitečnosti a případné nadcházející práce na toto téma.

Cílem naší práce bylo dopodrobna prozkoumat problematiku bigorexie včetně její souvislosti s třemi hlavními kritérii zmiňujícími se v této práci. Prvním kritériem bylo zkoumání predispozic příjmu potravy, druhým samotná bigorexie a posledním obsedantně kompulzivní rysy. U zkoumání bigorexie jsme se snažili porovnat skupiny kontrolní a skupiny experimentální, skládající se z různých druhů kategorií probandů. Dále jsme se zaměřili na porovnání mužů a žen. Další hypotézy vycházely z teoretických předpokladů, které jsme zkoumali testovými metodami EAT-26, OCI a dotazníkem Bigorexie.

Před diskuzí samotných hypotéz by bylo dobré odůvodnit, proč jsme u prvních třech hypotéz a jejich typů volili opačné směry. U prvních třech hypotéz typu *a* se domníváme, že skupiny experimentální dosahují vyšších výsledků, než skupiny kontrolní. Hypotézy typu *a* se stahují na dotazník Bigorexie sebekontrola. Na základě tohoto typu inventáře se domníváme, že jedinci, kteří závodí nebo užívají anabolické steroidy, se již nějakou dobu v kulturistickém světě pohybují. Což nás vede k domněnce, že tito jedinci již svoje tělo znají, ví co je pro ně dobré, co jim ve zdravém životním stylu prospívá a co nikoliv. Druhým důležitým faktorem je, že aby se člověk umístil na předních příčkách na kulturistické soutěži, jeho tělo musí být dokonale zbaveno tuku, s co největším podílem svalové hmoty. Do tohoto bodu dojde jedinec pečlivou přípravou a velkou mírou sebekontroly. Vzhledem k těmto předpokladům jsme volili vyšší získaný skóre u jedinců ve skupině experimentální.

U prvních třech hypotéz typu *a* se náš předpoklad potvrdil. Jak můžeme vidět v *Grafu 3*, skupiny experimentální dosahují vyššího skóre, než skupiny kontrolní. Tento jev se vyskytuje i u kategorie mužů a žen napříč skupinami.

U hypotéz typu *b* týkajících se dotazníku Bigorexie, konkrétně faktoru vystavování se, jsme volili směr hypotéz v opačném směru. Naše hypotézy předpokládají, že skupiny kontrolní dosahují vyšších výsledků, než skupiny experimentální. U tohoto druhu hypotéz

jsme se nechali inspirovat výzkumem Hala (2013), který ve svém výzkumu žen zjišťuje, že „ženy nováčky“ dosahují statisticky významnějších hodnot, než ženy, které cvičí déle nebo závodí. Další faktor vedoucí k otočení směru hypotéz je již zmíněná zkušenost závodících probandů a užívajících anabolické steroidy. Tito lidé s největší pravděpodobností již řadu let posilují, což vede ke kvalitnějšímu vytvarování jejich těl a celkové estetiky. Jejich obavy z vystavování se před ostatními lidmi, by měly být menší, než u skupiny kontrolní, už jen z hlediska déle trvajících úsilí o změnu své vlastní postavy.

I první tři hypotézy typu *b* jsou v souladu s našimi očekáváními. U hypotézy H_{1b} a H_{3b} získáváme statisticky signifikantní hodnotu $\alpha < 0,005$, což potvrzuje naši domněnku vycházející z výzkumu Hala (2013). Hypotéza H_{2b} statisticky významné hodnoty nedosahuje, nicméně jak můžeme vidět v *Grafu 4*, skupina kontrolních mužů dosahuje podstatně vyšších hodnot, než skupina mužů experimentálních, což nás vede k potvrzení i této hypotézy.

Čtvrtá hypotéza týkající se dosahování vyššího skóru žen, než mužů v testové metodě EAT-26 se taktéž potvrdila. Na základě tohoto statistického podkladu můžeme potvrdit teoretické stanovisko Krcha (2004), který tento fakt píše ve své publikaci.

V páté a šesté hypotéze se snažíme najít souvislost mezi dotazníky Bigorexie – EAT-26 a dotazníky Bigorexie – OCI. U faktoru sebekontrola nenacházíme souvislost ani s jedním zmíněným dotazníkem. Druhý faktor - vystavování se nám ale koreluje s oběma dotazníky. Toto úskalí si vysvětlujeme statistickým rozdílem v jednotlivých faktorech. Faktorová analýza a její sycení jednotlivých nábojů (faktorů) rozdělila test na dvě nerovnoměrné poloviny. Dotazník Bigorexie sebekontrola se skládá z 9 položek, přičemž dotazník Bigorexie vystavování se je složen jen z 6 položek.

Toto úskalí nás vede k úvaze nad kvalitnější testovou metodou, která by mohla přinést přínosnější data v budoucích výzkumech. Budoucí autor nové testové metody by se měl zaměřit na vyvážení jednotlivých faktorů týkajících se jak faktoru sebekontroly, tak faktoru vystavování se.

Po vyhodnocení dat přicházíme taktéž k tomu, že by bylo možné přidat jednu další skupinu. Vzhledem ke skupinám vyskytujícím se v našem výzkumu, se zde nenachází párová skupina „ženy anabolické steroidy“. Tato skupina byla zavržena na základě malého předpokladu žen, které užívají anabolické steroidy. I přesto, že náš výzkum nebyl cílen na

tuto populaci, 10 žen vypovědělo, že anabolické steroidy již někdy užilo nebo stále užívají. Budoucí výzkumy by se tedy mohly skládat z vyvážených skupin a tím přinést podrobnější informace a rozdíly v pohlaví.

Dále bychom zde rádi sdíleli a rozebrali teoretické stanovisko Praška (2016), které v naší práci nebylo záměrně řešeno, vzhledem k doprovodné součásti týkající se bigorexie. Praško se domnívá, že výskyt obsedantně – kompulzivní poruchy se vyskytuje jak u mužů, tak i u žen ve stejném zastoupení. Z našich dat lze vyčíst, že muži skórují v testové metodě OCI v průměru 33,03 body. Ženy dosahují průměrného skóru 30,13 bodů. Tyto hodnoty jsou velmi podobné a rozdíl je zde minimální. Výzkum tedy potvrzuje i tento fakt.

V rámci sbírání dat jsme se setkali také s nějakými potížemi. Oslovovaní probandi se často odvolávali na nadměrný počet a vysokou podobnost otázek v testové metodě OCI. Tento dotazník je takto stavěn záměrně. Domníváme se, že na základě této zpětné vazby mohlo dojít ke zkreslení výsledků nebo k zanechání vyplňování dotazníků. K dalšímu zkreslení dat mohlo dojít na základě termínu sběru dat, který se konal souběžně s finální přípravou jednotlivých probandů na soutěže. Kulturistické soutěže zpravidla probíhají buď na podzim, nebo na jaře. Je možné, že jednotliví probandi přistupovali na konci přípravy na soutěž vůči své osobě přísněji a tím dosahovali větších skóre v dotazníku Bigorexie sebekontrola. Určitý díl zde také hrálo momentální rozpoložení jednotlivce, motivace a množství sil investovaných do vyplňování.

Ve výzkumu Hala (2013) se můžeme setkat s rozčleněním jednotlivých kategorií podle dlouhodobosti posilování. Náš výzkum se zaměřuje na porovnávání skupin z hlediska očekávání a přínosu zdravého životního stylu (cvičení pro zdraví nebo ze záliby, cvičení zaměřené na soutěže a cvičení maximalizovaného výkonu). Pro budoucí výzkumy by bylo vhodné tyto faktory sloučit a začlenit do výzkumu i délku cvičení.

Testové metody EAT-26 a OCI jsou charakterizovány jako screeningové metody. I přesto, že tyto dotazníky jsou velmi často užívány ve výzkumech, pro českou populaci doposud nebyly vytvořeny normy. Těmito dotazníky je tedy možné zkoumat určité predispozice, které jsou popřípadě potvrzeny až odborníkem. Ze samotných dat jsme získali 34 probandů (22,67%) dosahujících rizikových hodnot v dotazníku EAT-26 a 41 probandů (27,33%) dosahujících rizikových hodnot v dotazníku OCI.

Domníváme se, že tento výzkum je velmi hodnotným objevem nových informací a dat k tématu bigorexie. Taktéž považujeme souvislost bigorexie s obsedantně kompulzivními rysy u fitness populace jako shrnutí nejkličovějších faktorů objevujících se u lidí trpící touto poruchou. Vzhledem ke stále častějšímu výskytu a medializaci tohoto problému, může tato práce posloužit jako souhrn informací sloužící k podrobnější diagnostice poruchy. Bigorexie je poměrně rozšířenou poruchou, které je potřeba věnovat pozornost, jako kdysi Anorexii.

Doporučení pro nastávající výzkumy bigorexie:

1. Vytvořit kvalitnější testovou metodu, v které budou souměrně zastoupeny jednotlivé faktory: Bigorexie sebekontrola, Bigorexie vystavování se
2. Rozšířit počet skupin o „Ženy anabolické steroidy“, aby zastoupení kategorií bylo párově vyrovnané a tím dojít k podrobnějším informacím
3. Začlenit do výzkumu, jak daný proband dlouho posiluje a následně s touto informací pracovat

12 Závěry

V této kapitole se budeme snažit čtenáře seznámit s nejdůležitějšími informacemi vyplývajícími z našeho výzkumu, kterými jsou:

1. Bigorexie v dotazníku Bigorexie sebekontrola je statisticky významně vyšší jak mezi kategoriemi, tak i mezi pohlavími u skupiny experimentální, než u skupiny kontrolní.
2. Bigorexie v dotazníku Bigorexie vystavování se je statisticky významně vyšší jak mezi kategoriemi, tak i mezi pohlavími u skupiny kontrolní, než u skupiny experimentální.
3. Ženy dosahují statisticky významnějších hodnot v dotazníku EAT-26 (predispozice příjmu potravy).
4. Mezi dotazníky Bigorexie sebekontrola – OCI a Bigorexie sebekontrola – EAT-26 neexistuje statisticky významný vztah.
5. Mezi dotazníky Bigorexie vystavování se – OCI a Bigorexie vystavování se – EAT-26 existuje statisticky významný vztah.

13 Souhrn

Tato bakalářská práce se zabývá propojením tématu bigorexie s obsedantně kompulzivními rysy u fitness populace. Téma bylo zvoleno na základě obeznámení širší společnosti s problematikou bigorexie. Jelikož se tato problematika dostává do popředí až v posledních letech, je důležité zabývat se tím podrobněji a rozsáhleji.

Bigorexie se podle Papežové (2010) řadí mezi poruchy příjmu potravy. Samotný název se utvářel dlouhou historií. Zprvu byla bigorexie brána jako reverzní anorexie. Pope (2000) jí pojmenoval jako svalovou dysmorfobii, později známá jako Adonisův komplex, pod kterým ho uvádí i ve své publikaci Papežová. V posledních letech se veřejnost nejčastěji setkává s názvem Bigorexie, nicméně i pod dřívějšími termíny je možná k dohledání.

Bigorexie, jak již bylo několikrát zmíněno, se řadí mezi poruchy příjmu potravy. Jako u většiny těchto poruch se jedinec střetává s nepřesnými domněnkami o svém těle a fyzickém aparátu. Bigorexie zpravidla postihuje muže, kteří se domnívají, že trpí nadměrným množstvím tuku a nízkým zastoupením svalové hmoty. Svůj vzhled vnímají odlišně a jsou schopni pro svoji ideální postavu udělat leckdy mnohé. Aby bigorektik zahnal nebo předešel negativním myšlenkám, snaží se redukovat tělesný tuk a budovat svalovou hmotu, což často vede k nadměrnému cvičení, nezdravým dietám nebo aplikaci anabolických steroidů (Mosley, 2008).

Bigorexie s sebou nese spoustu omezení. Jedinci trpící touto poruchou mají většinou problém s vystavováním vlastního těla jak oblečeného, tak svlečeného. To jim činí problémy v pracovní, školní, akademické nebo intimní sféře. V nejkrajnějších případech se bigorektici mohou bát vycházet z domu a tím sami sebe izolovat od společenského života (Griffiths & Murray, 2017). Bigorexii je věnována celá druhá kapitola.

Teoretický rámec jde ruku v ruce kapitolám, které jsou pro představení bigorexie nutno čtenáři obeznámit. V první kapitole se zabýváme poruchami příjmu potravy. S poruchou příjmu potravy se setkáme tehdy, když daný člověk bere jídlo jako prostředek k vyřešení svých emocionálních problémů. Jedinec zpravidla jídlo vnímá jako něco, co mu pomůže od negativních myšlenek nebo ho oprostí od svých pocitů (Maloney & Kranzová, 1997). Také zde vymezujeme anorexii a bulimii, jakožto dvě nejčastější poruchy příjmu potravy, svoji podstatou velmi podobné bigorexii.

Třetí kapitola se věnuje obsedantně – kompulzivní poruše. Obsese, též známá jako negativní napadající myšlenky, které je nechtěná a charakteristická svou vtíravostí. Obsesi většinou doprovází i kompulze, která má pozitivní náboj a slouží člověku jako prostředek k vyrovnání se s nepříjemnou obsesí. Pod kompulzí si zpravidla představíme akt nebo činnost zasluhující se o úlevu jedince od tíživé myšlenky (Možný & Praško, 1999). Tato porucha se vyskytuje i u bigorektiků v podobě nespokojenosti se svým tělem a následným vykonáváním aktivit (Mosley, 2008).

Čtvrtá kapitola se shrnuje život kulturisty, soutěže a kompulzivní cvičení, které poukazuje na časté neblahé známky nadměrného cvičení. Nadměrné cvičení může způsobovat přetrénovanost, zranění a vést k somatickým potížím. Hausenblas a Down (2002) na základě výzkumu zjistili, že závislost na cvičení a návykové látce je velmi podobná.

V poslední kapitole se věnujeme výzkumům, ze kterých se snažíme inspirovat pro tvorbu našeho samotného výzkumu. Náš výzkum vychází z části z výzkumu Hale (2013), který srovnává jednotlivé skupiny cvičenců mezi sebou a hledá prvky bigorexie. Hale nás inspiroval k položení prvních třech hypotéz, které se snaží srovnávat mezi sebou kontrolní a experimentální skupiny a kategorie mužů a žen. Druhá část výzkumu se skládá z teoretického stanoviska naší práce a propojení témat poruch příjmu potravy, bigorexie a obsedantně kompulzivních rysů. Čtvrtá hypotéza je založena na předpokladu Krcha (2004) tvrdícího vyšší výskyt poruch příjmu potravy u žen, než u mužů. Pátá a šestá hypotéza se snaží hledat souvislost mezi bigorexií, predispozicemi poruch příjmu potravy a obsedantně kompulzivních rysů. Jelikož spojitosti mezi těmito tématy doposud nebyly zkoumány, naším cílem bylo tuto oblast probádat.

Vzhledem ke stanoveným cílům bakalářské práce jsme zvolili kvantitativní typ výzkumu. Data byla sbírána pomocí tří dotazníků: dotazník Bigorexie (posléze rozdělený na dva dotazníky podle faktorů – Bigorexie sebekontrola; Bigorexie vystavování se), dotazník EAT – 26 a dotazník OCI. Samotný sběr probíhal od 9.10.2017 do 14.12.2017 metodou samovýběrového souboru a pomocí výběrové metody sněhové koule.

Výzkumný vzorek se skládal celkem z 214 výpovědí, které byly nejdříve selektovány a poté rozřazeny do skupin po 30 probandech. Data byla rozřazena do 5 následujících skupin: *Muži ne-závodníci*, *Ženy ne-závodnice*, *Muži závodníci*, *Muži anabolické steroidy* a *Ženy závodnice*. První dvě jmenované kategorie tvořily skupinu kontrolní, zbylé tři skupinu experimentální.

Data byla zpracovávána pomocí aplikace Microsoft Excel, kde probíhaly úpravy před vložením do programu Statistica 13. Tento program se stal klíčovým pro ověření platnosti hypotéz. Při ověřování prvních třech hypotéz jsme volili dvoufaktorovou ANOVU, post-hoc testy a Fisherův LSD test. Čtvrtá hypotéza byla ověřována t-testem pro nezávislé výběry a poslední dvě hypotézy byly analyzovány Pearsonovým korelačním koeficientem.

U prvních třech hypotéz typu *a*, týkajících se dotazníku Bigorexie sebekontrola jsou výsledky v souladu s naším předpokladem. Jak z celkového hlediska skupin, tak i v zastoupení pohlaví. Experimentální skupiny dosahují vyšších skóre, než skupiny kontrolní. U prvních třech hypotéz typu *b* se naše hypotézy také potvrdily, i přesto že se u hypotézy H_{2b} nedostavila statisticky významná hodnota $\alpha < 0,005$, můžeme tvrdit, že skupiny kontrolní dosahují vyšších hodnot, než skupiny experimentální. Čtvrtá hypotéza taktéž potvrzuje náš předpoklad, který předpokládá, že ženy budou dosahovat statisticky významnějších hodnot v dotazníkovém šetření EAT-26. V páté a šesté hypotéze se zaměřujeme na souvislost mezi jednotlivými dotazníky. Naším cílem bylo najít souvislosti mezi dotazníky: Bigorexie sebekontrola – EAT-26; Bigorexie sebekontrola – OCI; Bigorexie vystavování se – EAT-26 a Bigorexie vystavování se – OCI. Pearsonův korelační koeficient nenašel souvislost mezi prvními dvěma jmenovanými, u porovnávání metod EAT-26 a OCI s dotazníkem Bigorexie vystavování se, se statisticky významné hodnoty objevily. Tyto výsledky posledních dvou hypotéz dáváme za vinu nesouměrnému rozdělení jednotlivých faktorů dotazníku Bigorexie.

Na základě tohoto výzkumu jsme schopni tvrdit, že tato práce je velmi hodnotným objevem nových informací a dat k tématu bigorexie. Jelikož téma: Souvislost bigorexie s obsedantně kompulzivními rysy u fitness populace nebylo doposud zkoumáno, domníváme se, že tato práce přinesla spoustu důležitých informací a může motivovat další autory zabývat se touto problematikou. Taktéž považujeme toto téma jako shrnutí nejklíčovějších faktorů objevujících se u lidí trpících touto poruchou. Vzhledem ke stále častějšímu výskytu a medializaci tohoto problému, může tato práce také posloužit jako souhrn informací sloužící k podrobnější diagnostice poruchy. Bigorexie je poměrně rozšířenou poruchou, které je potřeba věnovat pozornost, jako kdysi Anorexii.

POUŽITÉ ZDROJE A LITERATURA

1. Abramowitz, J., Taylor, S. & McKay, D. (2009). Obsessive – compulsive disorders. *Lancet* 2009, 374, 491-99. doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60240-3
2. Baldwin, D. & kol. (2014). *Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder*. *Journal of psychopharmacology*, 28(5), 403-439. <https://doi.org/10.1177/0269881114525674>
3. Berland, N. W., Thompson, J. K. & Linton, P. H. (1986). *Correlation between the EAT-26 and the EAT-40, the Eating Disorders Inventory, and the Restrained Eating Inventory*. 5(3), 569–574. doi: 10.1002/1098-108X(198603)5:3<569::AID-EAT2260050314>3.0.CO;2-3
4. Blashill, A. J. (2011). Gender roles, eating pathology, and body dissatisfaction in men: *A meta-analysis*, 8(1):1-11. doi: 10.1016/j.bodyim.2010.09.002.
5. Bednářová, H. (2017). *Léčba obsedantně – kompulzivní poruchy – znáte možnosti?* [online]. cit. 2017-11-11. Dostupné z <https://dusevni-zdravi-a-psychologie.zdrave.cz/lecba-obsedantne-kompulzivni-poruchy-znate-moznosti/>
6. Dostál, D. (2016). *Statistické metody v psychologii*. Nepublikovaná skripta. Olomouc: Univerzita Palackého.
7. EAT-26 Self Test. (nedat.). The Eating Attitude Test (EAT-26) [online]. cit. 2018-02-08. Dostupné z <http://www.eat-26.com/>
8. Faltus, F. (1979). *Anorexia Mentalis (Anorektické syndromy, jejich diagnostika a léčba)*. Avicenum.
9. Foa, E. B., Kozak, M. J., Goodman, W. K., Hollander, E., Jenike, M. A., & Rasmussen, S. (1995). DSM–IV field trial: Obsessive–compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 90–96.
10. Foa, E.B., Kozak, M.J., Salkovskis, P.M., Coles, M.E., and Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 10(3), 206-214
11. Fojtíková, L., Goselová, S. & Holubcová, B. (2015). *Anabolické androgenní steroidy – nebezpečí v doplňcích stravy*. *Chem. listy*, 109, 913-917
12. Furst D. M., Germone K. (1993) Negative addiction in male and female runners and exercisers. *Percept Mot Skills*. 1993;77(1), 192–194. doi:10.2466/pms.1993.77.1.192

13. Griffiths, S., & Murray, S. B. (2017). Muscle dysmorphia: Strategies for treating a muscularity-oriented eating disorder. In L. K. Anderson, S. B. Murray, W. H. Kaye (Eds.), *The clinical handbook of complex and atypical eating disorders* (pp. 235–252). London, United Kingdom: Oxford University Press.
14. Hainer, V. (2011). *Základy klinické obezitologie*. Nakladatelství Grada Publishing.
15. Hausenblas HA, Downs DS. Exercise dependence: a systematic review. (2002) *Psychol. Sport Exerc.* 3(2), 89–123.
16. Hale, B. D., Diehl, D., Weaver, K & Briggs, M. (2013). *Exercise dependence and muscle dysmorphia in novice and experienced female bodybuilders*. *Journal of Behavioral Addictions*, 2(4), 244–248. doi: 10.1556/JBA.2.2013.4.8
17. Hildebrandt, T., Schlundt, D., Langenbucher, J & Chung, T. (2005). *Presence of muscle dysmorphia symptomology among male weightlifters*. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 127 – 135.
18. Hrdlička, M. & Hort, V. (2008). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Nakladatelství Portál.
19. Hayes, N. (1998). *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál
20. Janebová, R. (2006). *Sociální problémy z aspektu gender*. Nakladatelství Gaudeamus.
21. Jebas, M. (2014). Soutěže v kulturistice a fitness v České republice [online]. cit. 2018-01-24. Dostupné z <http://kulturistika.ronnie.cz/c-19366-souteze-v-kulturistice-a-fitness-v-ceske-republice.html>
22. Kennedy, R. (1997). *Arnold Schwarzenegger: kompletních 50 let retrospektivy*. Pardubice: svět kulturistiky.
23. Kliszová, V. (2014). *Poruchy příjmu potravy 3 – příčiny vzniku* [online]. cit 2017-10-21. Dostupné z <http://psychologicke-poradenstvi.com/2015/06/23/poruchy-prijmu-potravy-3-priciny-vzniku/>
24. Kopecká, I. (2015). *Psychologie 3. Díl*. Nakladatelství Grada Publishing.
25. Krch, F. (2004). *Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory* [online]. cit. 2017-10-21. Dostupné z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/01/04.pdf>
26. Krch, F. & kolektiv. (2005). *Poruchy příjmu potravy*. Nakladatelství Grada Publishing.
27. Krch, F. (2008). *Bulimie jak bojovat s přejídáním*. Nakladatelství Grada Publishing.
28. Langmeier, J., Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Nakladatelství Grada Publishing

29. Lichtenstein, M. B. & kol. (2017). *Compulsive exercise: links, risks and challenges faced*. *Psychology research and Behavior Management*, 10, 85-95.
30. Mahdálková, T. (2014). *Kognitivně behaviorální terapie – naučme se novému chování* [online]. cit. 2017-10-21. Dostupné z <http://www.opsychologii.cz/clanek/21-kognitivne-behavioralni-terapie-naucme-se-novemu-chovani/>
31. Maloney, M. & Kranzová, R. (1997). *O poruchách příjmu potravy*. Nakladatelství NLN.
32. Marádová, E. (2007). *Poruchy příjmu potravy*. Nakladatelství Vzdělávací institut ochrany dětí.
33. Marková, E., Venglářová, M., Babiaková, M. (2006). *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Nakladatelství Grada Publishing.
34. Melin, A. & kol. (2014). Disordered Eating and Eating Disorders in Aquatic Sports. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*, 24, 450-459. <http://dx.doi.org/10.1123/ijsnem.2014-0029>
35. Mezinárodní klasifikace nemocí 10. Revize. (2000). *Duševní poruchy a poruchy chování*. Nakladatelství: Psychiatrické centrum Praha.
36. Mosley, E. (2008). *Bigorexia: Bodybuilding and muscle dysmorphia*. Trafford general Hospital, Menchester UK, 17, 191-198. doi: 10.1002/erv.897.
37. Možný, P., Praško, J. (1999). *Kognitivně-behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton.
38. Murray, S. B., & Griffiths, S. (2015). *Adolescent muscle dysmorphia and family-based treatment: A case report*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(2), 324–330. <http://dx.doi.org/10.1177/1359104514521639>
39. Neškudla, B. (2003). *Encyklopedie řeckých bohů a mýtů*. Nakladatelství Libri Praha.
40. Olivardia, R., Pope, H. G. & Hudson, J. I. (2000). *Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study*. *American Journal of Psychiatry*, 157 (2000), pp. 1291-1296
41. Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy*. Nakladatelství Grada Publishing.
42. Papežová, H. (2012). *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven*. Praha: Psychiatrické centrum.

43. Phillips, A. K. (2017). *Body dysmorphic disorder: Advances in Research and Clinical Practice*. Oxford University Press 2017.
44. Pidrman, V. (1999). *Obsedantně – kompulzivní porucha: Příručka pro lékaře*. Praha: Galén.
45. Polách, L. (2015). *Obsedantně – kompulzivní porucha* [online]. cit. 2017-10-24. Dostupné z <http://www.upsychiatra.cz/obsedantne-kompulzivni-porucha/>
46. Pope, H. G., Jr., Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R., & Phillips, K. A. (1997). *Muscle dysmorphia. An underrecognised form of body dysmorphic disorder*. *Psychosomatics*, 38, 548–557.
47. Pope, H. G., Jr., Gruber, A.J., Mangweth, B., Bureau, B., deCol, C., Jouvent, R. et al. (2000). Body image perception among men in three countries, *American Journal of Psychiatry*, 157, 1297-1301.
48. Pope, C., Pope, H. G., Jr., Menard, W., Fay, C., Olivardia, R., & Phillips, K. (2005). Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body Image*, 2, 395–400. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.09.001>
49. Psychiatrické centrum Praha. (2000). *Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. Revize*. Praha: Psychiatrické centrum.
50. Praško, J., Možný, P., Slepěcký, M. & kol. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton.
51. Praško, J. & Prašková, H. (2008). *Obsedantně – kompulzivní porucha a jak jí zvládat*. Nakladatelství Galen.
52. Praško, J. & kol. (2016). *Obsedantně – kompulzivní porucha a jak se jí bránit*. Nakladatelství Portál.
53. Procházková, L., Sladká Ševčíková, J. (2017). *Poruchy příjmu potravy: Odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Nakladatelství: Pasparta.
54. Raboch, J. Pavlovský, P. & kol. (2013). *Psychiatrie*. Nakladatelství Karolinum Press.
55. Roubík, L. (2012). *Příprava na soutěž v kulturistice od A do Z*. Nakladatelství Grafixon (Ronnie.cz).
56. Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Thorpe, S. (2000). *Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder* *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347-372.

57. Salkovskis, P. M., Foe, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G. (2002). *The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and Validation of a Short Version*. *Psychological Assessment* 2002, 14(4), 485-496.
58. Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy 2*. Nakladatelství: MAXDORF JESSENIUS.
59. Stein, D. (2002). *Seminar obsessive – compulsive disorder*. 360, 397-405. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)09620-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)09620-4)
- Szotkowska, J. (2016). *Bigorexie (dysmorfofobie, muskulární dysmorfie, Adonisův komplex) – příznaky, projevy, symptomy* [online]. cit. 2018-01-17. Dostupné z <http://www.priznaky-projevy.cz/psychiatrie-sexuologie/bigorexie-dysmorfofobie-muskularni-dysmorfie-adonisuv-komplex-priznaky-projevy-symptomy>
60. Strejček, J. (2010). *Osobnost 4. – vlastnosti a rysy osobnosti* [online]. cit. 2017-11-10. Dostupné z http://wiki.rvp.cz/Kabinet/Ucebni_texty/Psychologie_pro_st%C5%99edn%C3%AAD_%C5%A1koly/Osobnost_3._-_vlastnosti_a_rysy_osobnosti
61. Theiner, P. (2015). *Pediatrica pre prax* [online]. cit. 2017-11-25. Dostupné z http://www.pediatricapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=7830&magazine_id=4
62. Wiley, J. (2008). *Eur. Eat. Disorders*. 17, 191-198
63. Veale, D. & kol. (1996). Body dysmorphic disorder: A cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 717–729. [http://dx.doi.org/10.1016/00057967\(96\)00025-3](http://dx.doi.org/10.1016/00057967(96)00025-3)
64. Vymětal, J & kol. (2007). *Speciální psychoterapie*. Nakladatelství Grada Publishing.
65. Vymyslická, L. (2016). *Bigorexie – nová porucha příjmu potravy*. Brno, Diplomová práce. Masarykova univerzita. Fakulta sportovních studií. Katedra podpory zdraví.

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce: Souvislost bigorexie a obsedantně kompulzivních rysů u fitness populace

Autor práce: Andreas Aulich

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D

Počet stran a znaků: 66, 115 271

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 65

Abstrakt:

Diplomová práce se zaměřuje na souvislost bigorexie a obsedantně kompulzivních rysů u fitness populace. Obeznamuje čtenáře s nejčastějšími poruchami příjmu potravy, samotnou bigorexií, obsedantně kompulzivními rysy a životem kulturisty. Výzkumným problémem této práce je doposud neprobádaná oblast spojitosti bigorexie a obsedantně kompulzivních rysů. Výzkumnými cíly bylo prozkoumání 3 souvisejících problematických kritérií: predispozice k poruchám příjmu potravy, bigorexie a obsedantně kompulzivních rysů. Dále také porovnání odlišných skupin lidí navštěvující fitness centra. Ve výzkumu jsme pracovali se 150 probandy, kteří byli rozřazeni do 5 skupin po 30 lidech. Dvě kategorie tvořily kontrolní skupinu, tři tvořily skupinu experimentální. Data byla získána pomocí třech dotazníků: dotazník Bigorexie, EAT – 26 a OCI. Z výsledků vyplynulo, že v dotazníku Bigorexie sebekontrola statisticky významnějších hodnot dosahují experimentální skupiny, v dotazníku Bigorexie vystavování zase skupiny kontrolní, ženy skórují častěji v dotazníku EAT-26, než muži. Dále se také zjistil statisticky významný vztah mezi dotazníky Bigorexie vystavování se – EAT-26 a Bigorexie vystavování se – OCI. Dotazník Bigorexie sebekontrola nekoreluje ani s EAT-26, ani s dotazníkem OCI.

Klíčová slova: bigorexie; poruchy příjmu potravy; obsedantně kompulzivní rysy; fitness populace

ABSTRACT OF THESIS

Title: Connection between bigorexia and obsessive compulsive traits in fitness populations

Author: Andreas Aulich

Supervisor: Mgr. Martin Kupka, Ph.D

Number of pages and characters: 66, 115 217

Number of appendices: 5

Number of references: 65

Abstract:

The thesis focuses on the connection bigorexia with obsessive compulsive traits in fitness populations. It familiarizes readers with the most common rating disorders, bigorexia, obsessive compulsive traits and the life of bodybuilders. The research problem is an unexplored area of connections between bigorexia and obsessive compulsive traits. Research goals were examination of three connection problems: predisposition to eating disorders, bigorexia and obsessive compulsive traits. Furthermore, comparison of different groups of people visiting the fitness center. On the research we have worked with 150 probands, which were divided into 5 groups of 30 people. Two categories consisted of a control group, three formed an experimental group. Data were obtained using three questionnaires: Bigorexie, EAT - 26 and OCI. The results came out that in the Bigorexia questionnaire, the experimental groups achieved a statistically significant value; in the Bigorexia questionnaire the exposure of the control groups were more frequent, the women scored more often in the EAT-26 questionnaire than men. Furthermore, there was a statistically significant relationship between Bigorexia Exposing – EAT-26 and Bigorexia Exposing - OCI.

Key words: bigorexia; eating disorders; obsessive compulsive traits; fitness population

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Zadání bakalářské práce

Příloha č. 2: Úvodní dopis a sociodemografický dotazník

Příloha č. 3: Dotazník EAT – 26

Příloha č. 4: Dotazník Bigorexie

Příloha č. 5: Dotazník OCI

Příloha č. 1: Zadání bakalářské práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2016/2017

Studijní program: Psychologie
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Psychologie (FCH)

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PREDKLADA:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
AULICH Andreas	Hostovského 204, Hronov	F160422

TEMA ČESKY:

Souvislost bigorexie a obsedantně kompulzivních rysů u fitness populace

TÉMA ANGLICKY:

Connection between bigorexia and obsessive-compulsive traits in fitness populations

VEDOUcí PRÁCE:

Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Rešerše literatury. 2. Zpracování teoretické části práce – poruchy příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie), bigorexie, fitness životní styl, obsedantně kompulzivní rysy. 3. Zpracování výzkumné části práce - výzkumné cíle, výzkumný soubor (cca 50 respondentů), stanovení hypotéz, popis použitých dotazníků (kvantitativní typ výzkumu). 4. Realizace výzkumu - zpracování dat, interpretace údajů. 5. Vyvození závěrů, diskuze.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

1. Fialová, L. (2006). *Moderní body image*. Grada. 2. Křeh, D. a kol. (2005). *Poruchy příjmu potravy*. Grada. 3. Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy*. Grada. 4. Praško, J. (2014). *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit: příručka pro klienta a jeho rodinu*. Praha: Portál. 5. Stoppani, J. (2008). *Velká kniha posilování*. Grada.

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

Příloha č. 2: Úvodní dopis a sociodemografický dotazník

Dobrý den,

Moje jméno je Andreas Aulich a jsem student třetího ročníku jednooborové Psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Touto cestou bych Vás chtěl požádat o vyplnění níže uvedených dotazníků k mé bakalářské práci, která se zabývá bigorexíí (porucha příjmu potravy).

Dotazníky jsou zcela anonymní. Vyplnění je dobrovolné a kdykoliv jej můžete zanechat. Výsledky vyplněných dotazníků poslouží pouze pro účely mé bakalářské práce a veškeré informace jsou důvěrné.

Tímto bych Vám chtěl taktéž poděkovat za Váš čas a pomoc. V případě jakýchkoliv otázek či dotazů týkajících se dotazníku nebo samotných výsledků výzkumu mě kontaktujte na emailovou adresu: andreas.aulich@gmail.com

Andreas Aulich

Osobní údaje:

Pohlaví: Muž - Žena

Věk:

Vzdělání:

Váha (kg):

Výška (cm):

Chystám se nebo jsem někdy závodil/závodím v kulturistice, bikini fitness, body fitness, physique, a jiných kategoriích: Ano - Ne

Někdy jsem užil anabolické steroidy: Ano – Ne



Příloha č. 4: Dotazník Bigorexie

Bigorexie - dotazník

Přečtete si jednotlivá sdělení a vyberte číslo 1 (**naprosto nesouhlasím**), 2 (**spíše nesouhlasím**), 3 (**spíše souhlasím**) nebo 4 (**naprosto souhlasím**) tak, aby nejlépe popsalo, jak Vás daná věc charakterizuje. V tomto dotazníku nejsou žádné špatné ani správné odpovědi. Nezůstávejte u žádného tvrzení příliš dlouho. Tento dotazník není diagnostický nástroj, slouží pouze jako metoda sběru dat pro moji bakalářskou práci.

		1	2	3	4
1.	Jak často navštěvujete posilovnu?	Nepravidelně	<input type="checkbox"/>		
		1-2x týdně	<input type="checkbox"/>		
		3-4x týdně	<input type="checkbox"/>		
		5-6x týdně	<input type="checkbox"/>		
		Každý den	<input type="checkbox"/>		
2.	Jste spokojen se svou postavou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Chtěl byste mít více svalové hmoty?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Připadá Vám, že máte více podkožního tuku než byste si přáli?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Jak často přemýšlíte nad svým vzhledem, svou postavou?	Často	<input type="checkbox"/>		
		Zřídka	<input type="checkbox"/>		
		Vůbec	<input type="checkbox"/>		
6.	Užíváte doplňky stravy pro nárůst svalové hmoty?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Upravujete svou stravu proto, abyste zvýšil svou svalovou hmotu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Cítíte se podrážděný, pokud nemůžete z nějakého důvodu konzumovat jídlo, na které jste zvyklý a v daný čas jako obvykle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Hlídáte si příjem sacharidů, bílkovin a tuků?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Často kritizujete nebo komentujete, co jedí lidé okolo Vás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Dáváte přednost návštěvě posilovny před jinými aktivitami ve svém volném čase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Většinu kamarádů a známých máte z posilovny?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Máte obavy ukazovat svou postavu před ostatními? (koupaliště, šatna ve fitness, aj.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Cítíte se bez nálady nebo podrážděně pokud vidíte někoho svalnatějšího, než jste Vy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Je Vaším častým tématem konverzace s ostatními cvičení nebo strava?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Příloha č. 5: Dotazník OCI

Obsedantně kompulzivní inventář

Přečtete si prosím jednotlivá sdělení a vyberte číslo 0, 1, 2, 3 nebo 4 tak, aby nejlépe popsalo, jak moc vás daná událost během posledního měsíce rozrušila nebo obtěžovala. Nejsou žádné správné ani špatné odpovědi. Nezůstávejte u žádného tvrzení příliš dlouho. Tento dotazník naslouží jako diagnostika

0 = Vůbec ne	1 = Trochu	2 = Středně	3 = Dost	4 = Velmi
1. Nepříjemné myšlenky mi přicházejí na mysl proti mé vůli a já se jich nemohu/nedokážu zbavit.				
2. Domnívám se, že kontakt s tělesnými tekutinami (pot, sliny, krev, moč,...) může znečistit mé oblečení nebo mi jinak ublížit.				
3. Zádám lidi, aby mi věci několikrát opakovali, i když jsem jim rozuměl/a hned napoprvé.				
4. Nutkavě se myji a očišťuji.				
5. Musím si v hlavě promítat uběhlé události, konverzace a jednání, abych se ujistil/a, že jsem neudělal/a nic špatně.				
6. Nashromáždil/a jsem tolik věcí, že už se mi pletou pod nohy.				
7. Kontroluji věci častěji než je nutné.				
8. Vyhýbám se používání veřejných toalet, protože se bojím znečištění či onemocnění.				
9. Opakovaně kontroluji dveře, okna, zásuvky atd.				
10. Opakovaně kontroluji vodovodní a plynové kohoutky po té, co je zavřu.				
11. Sbíráím věci, které nepotřebuji.				
12. Mívám myšlenky, že jsem někomu ublížil/a, aniž bych o tom věděl/a.				
13. Mívám myšlenky, že bych mohl/a chtít ublížit sobě nebo jiným.				
14. Znepokojím se, pokud věci nejsou uspořádány správně.				
15. Cítím se svázán/a dodržovat přesné pořadí při oblékání, svlékání a umývání.				
16. Když něco dělám, cítím nutkání počítat.				
17. Bojím se, že náhle udělám nějakou trapnou či škodlivou věc.				
18. Musím se pomodlit, abych se zbavil/a zlých myšlenek nebo pocitů.				
19. Opakovaně kontroluji vyplněné formuláře či jiné věci, které jsem napsal/a.				
20. Znepokojuje mě pohled na nože, nůžky a jiné ostré předměty, abych nad nimi náhodou neztratil/a kontrolu.				
21. Jsem nutkavě zaujal/a čistotou.				
22. Je pro mne těžké dotknout se věci, o kterých vím, že na ně sahalí jiní lidé.				
23. Musím mít věci uspořádané konkrétním způsobem.				
24. Jsem v práci pozadu, protože opakuji věci stále dokola.				
25. Cítím potřebu opakovat určitá čísla.				
26. Po tom, co něco pečlivě provedu, mám stále pocit, že jsem to ještě nedokončil/a.				
27. Je pro mne těžké dotknout se odpadků či špinavých věcí.				
28. Je pro mne těžké ovládat své myšlenky.				
29. Musím věci dělat znovu a znovu, dokud mi nepřipadají v pořádku.				
30. Jsem znepokojen/a nepříjemnými myšlenkami, které mi přicházejí na mysl proti mé vůli.				
31. Než jdu spát, musím udělat určité věci určitým způsobem.				
32. Vracím se na různá místa, abych se ujistil/a, že jsem nikomu neublížil/a.				
33. Často mám nepříjemné myšlenky, kterých mám problém se zbavit.				
34. Vyhýbám se vyhazování věcí, protože se bojím, že bych je později mohl/a potřebovat.				
35. Znepokojím se, pokud někdo změni způsob, kterým jsem si své věci uspořádal/a.				
36. Cítím potřebu v mysli opakovat určitá slova či věty, abych se zbavil/a špatných myšlenek, pocitů nebo činů.				
37. Po tom, co něco provedu, mám neustále pochybnosti, zdali jsem to opravdu udělal/a.				
38. Někdy se musím omýt či očistit, protože si prostě přijdu znečištěný/a.				
39. Mám pocit, že existují dobrá a špatná čísla.				
40. Opakovaně kontroluji cokoliv, c by mohlo založit požár.				
41. I když něco udělám pečlivě, mám pocit, že to není úplně v pořádku.				
42. Myji si ruce častěji nebo déle, než je nutné.				