

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**ADONISŮV KOMPLEX VE VZTAHU
K RANÝM MALADAPTIVNÍM
SCHÉMATŮM**

The Adonis Complex in relation to Early Maladaptive Schemas



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Aneta Rychová

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Olomouc
2017

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, inspiraci pro toto téma, vstřícný přístup, trpělivost a cenné rady, které mi při psaní práce poskytoval. Děkuji Mgr. Cyrilu Kunštovi za jeho laskavost a hodnotné rady všech směrů. Za ochotu děkuji Mgr. Michalu Novotnému, Mgr. Kristýně Foubíkové, Bc. Denise Rychové a všem respondentům, bez jejichž účasti by tato práce nemohla vzniknout. Děkuji svému partnerovi, Bc. Tomáši Klímovi, za obrovskou podporu při psaní této práce. V neposlední řadě patří velký dík mým rodičům za neocenitelnou možnost studovat, za jejich obětavost, štědrost a podporu po celou dobu studia.

Své mamince, Aleně Rychové, děkuji za vše.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Adonisův komplex ve vztahu k raným maladaptivním schémátům“ vypracovala samostatně pod odborným vedením vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne.....

Podpis.....

Obsah

Úvod.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Bodybuilding, fitness a pohybová aktivita.....	8
1.1 Bodybuilding.....	8
1.2 Fitness	8
1.3 Wellness	9
1.4 Zdravotní a psychologické aspekty pohybové aktivity	9
2 Tělesné sebepojetí a body image.....	12
2.1 Tělesné sebepojetí	12
2.2 Body image	12
2.3 Tělesný ideál v pojetí dnešní doby.....	13
2.3.1 Populační studie tělesné nespokojenosti.....	14
2.3.2 Proměny hraček v průběhu času	15
2.3.3 Diskutované důvody tělesné nespokojenosti	16
3 Svalová dysmorfie a Adonisův komplex	18
3.1 Vymezení užitých termínů	18
3.1.1 Konceptualizace Adonisova komplexu	18
3.1.2 Svalová dysmorfie - diferenciacizace.....	19
3.1.3 „Reverzní anorexie“	20
3.2 Definice svalové dysmorfie.....	20
3.3 Kategorizace onemocnění dle DSM-5 a MKN-10.....	21
3.4 Diagnostická kritéria svalové dysmorfie.....	22
3.5 Charakteristika svalové dysmorfie	23
3.6 Etiologie	25
3.7 Prevalence	27
3.8 Komorbidita a příbuzné poruchy	29
3.9 Léčba.....	32
3.9.1 Antidepresivní medikace	33
3.9.2 Kognitivně behaviorální terapie.....	33
3.9.3 Další léčebné metody.....	35

4	Raná maladaptivní schémata.....	36
4.1	Pojem schéma a jeho kognitivní koncepce	36
4.2	Youngova definice schémat	37
4.3	Charakteristika raných maladaptivních schémat.....	37
4.4	Původ raných maladaptivních schémat.....	38
4.5	Copingové styly	40
4.6	Modus schémat.....	42
4.7	Domény raných maladaptivních schémat	42
4.8	Schémat terapie	47
5	Attachment	48
5.1	Definice attachmentu	48
5.2	Teorie attachmentu.....	48
5.3	Typy vztahové vazby	49
6	Studie příbuzné problematiky	53
6.1	Souvislost schémat se vztahovou vazbou	53
6.2	Raná maladaptivní schémata u příbuzných poruch.....	54
EMPIRICKÁ ČÁST		57
7	Výzkumný problém, cíle a hypotézy	57
7.1	Výzkumný problém.....	57
7.2	Výzkumné cíle	58
7.3	Výzkumné hypotézy.....	59
8	Metodika	61
8.1	Typ výzkumu	61
8.2	Metody sběru dat.....	61
8.3	Metody výzkumu	61
8.3.1	Muscle Appearance Satisfaction Scale (MASS)	61
8.3.2	Adonis Complex Questionnaire (ACQ).....	63
8.3.3	Young Schema Questionnaire - short form (YSQ-S2)	64
8.3.4	Experiences in Close Relationships (ECR)	65
8.4	Průběh výzkumu.....	65
8.4.1	Tvorba dotazníkové baterie	65
8.5	Administrace dotazníkové baterie.....	66
8.6	Analýza dat a jejich zpracování	67
8.7	Etické aspekty výzkumu	67

9	Výzkumný soubor	67
9.1	Kritéria výběru	67
9.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	68
9.3	Sociodemografické údaje	69
10	Výsledky	71
10.1	Sumarizace analýzy dat.....	81
11	Diskuze.....	83
12	Závěry	94
	Souhrn.....	95
	Seznam použitých zdrojů a literatury	98
	Seznam tabulek	
	Příloha 1: Formulář zadání diplomové práce	
	Příloha 2: Abstrakt diplomové práce - česká verze	
	Příloha 3: Abstrakt diplomové práce - anglická verze	
	Příloha 4: Histogramy rozložení dat pro MASS, ACQ, YSQ-S2 a ECR	

Úvod

Fitness, kulturistika a praktikování tělesně kultivačních aktivit se v posledních desetiletích stává oblíbenou aktivitou s narůstajícím počtem příznivců. Vzhledem k sedavému způsobu života, rostoucí prevalenci obezity a dalším, zdraví ne vždy přejícím aspektům současné doby, je orientace na fyzické cvičení a racionální výživu skutečně významným pozitivem. Nicméně i přes mnohá pozitiva se mohou někteří jedinci ocitat v zajetí vlastního body image a trýznivé touhy po dokonalém těle. Tato problematika se však netýká jen žen, ale i mužů.

Společenský tlak na fyzický vzhled se manifestuje v mnoha aspektech našeho života. Kult ideálního těla je oslavován a spojován s mnoha pozitivními atributy. Zatímco jeho opak bývá předmětem posměšků, výrazem slabé vůle, neúspěchu a jistým varovným příkladem. Není tedy divu, že se tělo, přesněji jeho žádaná podoba, stává pro mnoho lidí významným prediktorem životní spokojenosti, společenského úspěchu a štěstí (Fialová, 2006; Málková, 2008). V analogii s těmito skutečnostmi nelze opomenout, že obrovské množství osob je s jeho podobou nespokojeno. To může vést v krajním případě k závažným rizikům s mnoha psychosociálními i zdraví zasahujícími konsekvencemi. Jedním z takovýchto rizik je Adonisův komplex a vznik svalové dysmorfie.

Výzkum tohoto fenoménu je však stále v počátcích. Jelikož u nás prozatím neexistuje ucelený dokument, podrobně se zabývající touto tematikou, rozhodli jsme se pro její zmapování. Cílem této práce není jakkoliv hodnotit, nýbrž zmapovat a prozkoumat tento fenomén v kontextu raných maladaptivních schémat a vztahové vazby, čímž bychom rádi přispěli k hlubšímu porozumění a rozšíření povědomí o této problematice.

Toto téma si autorka zvolila na základě svého dlouhodobého zájmu o psychologii zdraví, problematiku body image a témata s tím spojená.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Bodybuilding, fitness a pohybová aktivita

Vzhledem k zaměření výzkumné části práce na populaci věnující se aktivnímu cvičení, především *fitness* a *bodybuildingu*, budeme v prvé řadě tyto termíny stručně charakterizovat.

1.1 Bodybuiling

Bodybuildingem (či jeho českou verzí kulturistikou) rozumíme sportovní disciplínu definovanou snahou o svalnatou postavu prostřednictvím režimu silového tréninku a na míru uzpůsobené výživy (Mosley, 2009).

Již samotný termín *bodybuilding* odkazuje na jeho hlavní účel, kterým je ovlivnění velikosti, rozměrů a tvaru těla (Stackeová, 2001). Sport kompetitivního *bodybuildingu* tkví v expozici těla před porotou, která hodnotí soutěžící na základě velikosti, symetrie a celkové vyrýsovanosti svalů. Právě tyto estetické kvality ho diferencují od vzpírání, kde je hlavní pozornost věnována tréninku a rozvoji svalové síly s cílem zvednout co největší zátěž. Oproti tomu *bodybuilding* za svůj cíl pojímá kompletní a maximální možný rozvoj celého těla. Ačkoliv se kulturistice věnují i ženy, je tento sport především doménou mužů (Mosley, 2009; Schwarzenegger & Dobbins, 1998; Stackeová, 2001).

Jak uvádí Schwarzenegger a Dobbins (1998), ideální kulturistická postava by měla mít základ ve velké a dobře tvarované svalové konstrukci s vypracovanými svaly zužujícími se do malých spojů. Obecně je vymežována širokými rameny, zády zužujícími se do pevného pasu a dolními končetinami tvarovanými v odpovídajících proporcích. Je žádoucí, aby každá část těla byla dobře vyvinuta, včetně oblastí zadního deltoideu, spodní části zad, břišních svalů či předloktí. Svalstvo by mělo být dobře definováno a separováno.

1.2 Fitness

Pojem *fitness* bývá všeobecně chápán jako kondiční a silový trénink provozovaný ve *fitness* centrech. Toto vymezení je však neúplné. Detailnější formulaci předkládá Stackeová (2001), která *fitness* vnímá jako systém cvičení silově vytrvalostního charakteru, zahrnující

i aerobní aktivity či protahovací cvičení, vedoucí k tvarování těla, zvýšení fyzické kondice a redukci tělesného tuku.

Fitness patří v posledních letech na přední příčky nejoblíbenějších aktivit, což je způsobeno zejména možností přímého ovlivnění tělesného vzhledu. Právě kultivace tělesných proporcí patří na vrchol motivů volby tohoto druhu pohybové aktivity. S postupem ontogeneze se tyto motivy z touhy po výkonnosti a estetického hlediska posunují k motivům prožitkovým a zdravotním (Stackeová, 2001). Dle Millington (2016) přichází po první manifestaci *fitness* v sedmdesátých a osmdesátých letech 20. století nové *fitness boom*. Tato nová éra *fitness* zintenzivňuje předcházející trendy, manifestuje se prostřednictvím socio-technologických sítí a je místem produkce a spotřeby více než kdy jindy (Mosley, 2009).

1.3 Wellness

Pro úplnost představíme i kategorii nadřazenou výše uvedenému *fitness*, kterou je tzv. *wellness*. Filozofie *wellness* vychází z předpokladu souhrnné tělesné, duševní, sociální i spirituální pohody. Hovoří se též o kultuře mysli, duše i těla. *Wellness* se tedy nezaměřuje pouze na fyzické zdraví, ale na zdraví v celé jeho komplexitě. *Wellness* zahrnuje nejen fyzickou kondici a krásu, ale i aspekty psychické stránky, jako je pocit životní spokojenosti, duševní kondici, pozitivní prožitek tělesné aktivity, pozitivní přístup k životu, vnitřní rovnováhu, racionální výživu či apel na osobní návyky (Poděbradský, 2008; Stackeová, 2001).

V posledních letech se *wellness* z důvodu komercializace postupně proměňuje k dnešnímu pojetí více odpovídajícímu *selfness*. *Selfness* klade (vyjma péče o tělesné a duševní zdraví, rovnováhu a životní pohodu) důraz na efektivnější ovládání života a větší kompetence (Poděbradský, 2008).

1.4 Zdravotní a psychologické aspekty pohybové aktivity

Zdravotní aspekty pohybové aktivity

Pohybová aktivita člověku poskytuje mnohé benefity napomáhající udržení optimálního tělesného i duševního zdraví. Aktivní cvičení a obecně pohybová aktivita jsou hojně studovanými oblastmi, jejichž pozitivní efekt na somatickou stránku člověka byl mnohokrát prokázán (Penedo & Dahn, 2005; Stackeová, 2010). Bylo potvrzeno, že fyzická aktivita je jedním z hlavních činitelů prevence rozvoje mnoha chronických onemocnění, jako

je například diabetes mellitus II. typu, hypertenze, cévní mozková příhoda či rakovina, přičemž je spojena i s významným snížením rizika mortality (McKinney, 2016; World Health Organization, nedat.). Dle McKinney et al. (2016) je praktikování minimálně 150 minut aerobní pohybové aktivity týdně spojeno s nižším rizikem mortality a výskytu mnoha chronických onemocnění o 20 až 30 %. Prokazatelné snížení mortality od 20 do 39 % v závislosti na doporučeném minimu fyzické aktivity sedmi a půl hodin týdně prokázala i rozsáhlá studie Arem et al. (2015) zahrnující více než půl milionu probandů. Jelikož jsou zdravotní přínosy pohybové aktivity obecně uznávané a platné, budeme v následující části pojednávat o neméně významných psychologických aspektech.

Psychologické aspekty pohybové aktivity

Svalový aparát je bohatě inervovaným těžištěm mnoha metabolických dějů, místem průtoku krve, lymfy a ukazatelem celkového stavu organismu. Sval má různorodé funkce a nelze ho tedy vnímat pouze jako vykonavatele pohybu, ale jako zpětnovazebný komplexní systém se vztahem nejen k fyzické stránce, ale i psychice jedince. Příkladem toho může být vztah mezi svalovým tonem a duševním stavem, o čemž svědčí například stresové držení těla (Stackeová, 2001). Fyzická aktivita má krátkodobý i dlouhodobý vliv na psychiku jedince. Pozitivně ovlivňuje sebepojetí, percepci stresu, anxieta, depresi a zlepšuje mentální funkce. Je-li prováděna pravidelně a dlouhodobě, značně ovlivňuje stresovou reaktivitu (Hátlová, 2003). Stackeová (2001; 2015) řadí mezi krátkodobé psychologické vlivy pohybové aktivity vliv anxiolytický, antidepresivní, abreaktivní (ve smyslu odreagování se od stresu) a dále snížení pocitu únavy či zvýšení pocitu vitality. Převážně aerobní aktivity působí díky vyplaveným endorfinům antidepresivně. Studie McKinney et al. (2016) prokázala, že fyzická aktivita může podpořit zdravé kognitivní funkce a psychosociální fungování. McKinney (2016) či Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, nedat.) řadí k psychologickým benefitům pohybové aktivity zlepšení kognitivních i psychosociálních funkcí či redukci depresivity. Studie zkoumající účinky kondičního tréninku na tělesné sebepojetí a rysy úzkosti vysokoškolských žen potvrdila, že oproti kontrolní skupině dosahovaly účastnice experimentální skupiny vyšších skóre v subškálách tělesného sebepojetí. Taktéž došlo k signifikantnímu snížení úzkosti (Aşçı, 2003). Lindwall, Ljung, Hadžibajramović a Jonsdottir (2012) na základě výzkumu fyzické aktivity a duševního stavu uvádí, že lehká až středně těžká pravidelně prováděná fyzická aktivita je ve srovnání s fyzickou inaktivitou spojena s příznivějším duševním zdravím.

Psychologické aspekty fitness tréninku

Klíčový účinek *fitness* tréninku na psychiku jedince vnímá Stackeová (2001; 2011; 2015) ve změně celkového sebepojetí prostřednictvím transformace tělesného sebepojetí. Tato změna je uskutečněna charakterem cvičení, které vyžaduje nutnou koncentraci při odděleném posilování svalových skupin. To způsobuje diferencovanější vnímání těla včetně změny emocionálního vztahu k němu. Tělesné sebepojetí poté zpětně ovlivňuje vztah k mnoha aspektům sebe sama, ač se jedná o vzhled těla či celkový vztah k sobě jako osobnosti, ke sportu a pohybové aktivitě obecně, stárnutí, zvládání náročných situací apod. *Fitness* trénink může mimo jiné výrazně ovlivnit svalový tonus a s tím spojenou kvalitu svalového posturálního systému. Právě harmonický svalový tonus a dobře fungující posturální systém má díky psychosomatické vazbě kladný vliv na psychiku člověka. Též bylo prokázáno, že *fitness* trénink má oproti aerobním aktivitám výrazný anxiolytický účinek (Stackeová, 2001; 2011; 2015).

Jak je patrné, pravidelné cvičení, sportovní participace a všeobecně pohybová aktivita velice prospívají tělesnému i duševnímu zdraví. Jak konstatuje Ústav preventivního lékařství LF MU (nedat.), pravidelná pohybová aktivita v kombinaci s racionální výživou je to nejlepší, co může člověk udělat pro své zdraví a prevenci nemocí. I přes hojné benefity se však v důsledku spletité kombinace různých faktorů mohou vyskytnout situace, kdy fyzické cvičení postupně ztrácí onu pozitivní vlastnost příjemné součásti života, přispívající ke zdravé kultivaci těla a mysli, a může se stát sebezničující kompulzí v reakci na chronickou tělesnou nespokojenost. V takovém případě jsou mnohé důvody praktikování fyzické aktivity upozaděny na úkor převládajícího a často jediného motivu - touhy po tělesné dokonalosti. O tělesném sebepojetí, *body image* a ideálu těla budeme pojednávat v následující kapitole.

2 Tělesné sebepojetí a body image

Jelikož jsou poruchy příjmu potravy, tělesná dysmorfická porucha a její subtyp svalová dysmorfie souhrnně označovány jako *poruchy body image*, je problematika *body image*, tělesného sebepojetí a tělesného ideálu s ústředním tématem této práce úzce spojena (Morris, 2013; Pope, Phillips, & Olivardia, 2002). Právě z tohoto důvodu se jí budeme níže věnovat. Některé myšlenky, uvedené v subkapitolách 2.1, 2.2 a sub-subkapitole 2.3.1, jsou inspirovány kapitolami bakalářské diplomové práce (Rychová, 2014), ve které jsme se mj. zabývali globálním a tělesným sebepojetím. Tento text doplňujeme o nové pohledy, vztahující se k zaměření této práce.

2.1 Tělesné sebepojetí

Tělesné sebepojetí je jednou z nejvýznamnějších komponent celkového (též globálního) sebepojetí, zaujímající v životě člověka signifikantní pozici. Tělesné sebepojetí Fialová (2006, 51) explikuje jako „*vytváření vlastního obrazu o svém těle a postoje k němu*“, zahrnující „*postoj okolí i vlastní uvědomění si těla a jeho hodnocení*.“ Lze ho též vymezit jako emocionálně afektivní hodnocení vlastního těla, jež zahrnuje jak osobní pohled (opírá se o minulou zkušenost), tak i význam okolí (je zde spatřován i vliv druhých osob). Obsahuje informace o vzhledu, zdraví, tělesné zdatnosti a stejně jako globální sebepojetí ho charakterizují aspekty kognitivní, afektivní i konativní. Souhrnně řečeno je tedy tělesné sebepojetí to, jak člověk své tělo vnímá a jak o něm smýšlí (Fialová, 2001, Grogan, 2000, in Rychová, 2014).

2.2 Body image

Grogan (2000, 11, in Rychová, 2014) *body image* vymezuje jako „*způsob, jakým člověk přemýšlí o svém těle, jak ho vnímá a cítí*.“ Termín *body image* je zpravidla překládán jako tělové schéma či tělesné sebepojetí, přičemž pro většinu autorů představuje ekvivalent k tělesnému sebepojetí. Pojmy vztahující se k Já však nejsou užívány jednotně. Někteří autoři užívají pro různé obsahy stejných termínů, jiní mezi nimi diferencují. Následkem toho může být ztížené pochopení a orientace v této oblasti (Rychová, 2014). Stackeová (2007, in Rychová, 2014) například mezi oběma pojmy vidí mírné odlišnosti. Tělesné schéma (neboli *body image*) vnímá spíše jako termín blízký zdravotnictví. Naopak tělesné sebepojetí prezentuje jako pojem, který je vhodné užívat v psychologickém a sociologickém kontextu. Jelikož je tato práce primárně

zaměřena na fenomén, jenž je kvůli svému zahraničnímu zázemí spojován výhradně s *body image*, bude v souladu s literaturou užíváno tohoto termínu.

2.3 Tělesný ideál v pojetí dnešní doby

Pohled na lidské tělo prošel v rámci historie různými proměnami. Jak poznamenává Fialová (2006), tělesný ideál skýtá pro každé pohlaví určité odlišnosti. Dle Fischera, Škody (2014) a Grogan (2000, in Rychová, 2014) je u žen upřednostňována především štíhlost a atraktivní vzhled. Ideálním tvarem těla je tvar tzv. přesýpacích hodin s úzkým pasem. Jak podotýká Cash a Smolak (2011), ideální žena má dle médií prezentovaného trendu dlouhé vlasy a řasy, plné rty, velká prsa, štíhlý pas, oblé hýždě a dlouhé nohy. Ideál mužského těla byl dlouhá staletí spatřován v robustním a svalnatém těle. V současnosti je nejvíce preferována mezomorfní, alespoň mírně svalnatá postava s dobře rozvinutými svaly v oblasti hrudi, ramenou a paží, se štíhlým pasem a boky (Fialová, 2001, in Rychová, 2014; Fischer & Škoda, 2014). Vystihující shrnutí přináší Cash a Smolak (2011, 174-175), shrnující současné ideály jako „*Štíhlá, sexy žena*“ a „*Svalnatý, silný muž*“, (překlad autora).

Společenský tlak je enormní. Lidé jsou v neustálé konfrontaci s ideály tělesného vzhledu, které se stávají symbolem společenského úspěchu, neomezených kompetencí a štěstí (Fialová, 2006). Tělo bývá prezentováno jako ikona úspěchu, objekt žádající své investice, a stává se tak jistým “designérským výtvořem”, postulují Fialová (2007). Někteří jedinci se při hodnocení druhých orientují výhradně jejich vzhledem. Jiní naopak posuzují sebe sama dle toho, jak vnímají své tělo. Též nelze opomenout, že mnoho pozic na pracovním trhu předpokládá, či dokonce žádá určitou *image* a tělesné vzezření. Je tedy zřejmé, že hodnota těla nabývá na významu. Jeho štíhlá, popřípadě štíhlá a svalnatá podoba se stává všeobecně akceptovaným ideálem. Člověka přitom obklopují informace, že prokáže-li odpovídající snahu, může takového ideálu dosáhnout. Je tedy patrné, že je lidské tělo vystaveno čím dál větším nárokům a případné neúspěchy ve snaze těchto ideálů dosáhnout mohou mít negativní konsekvence na psychiku jedince (Fialová, 2001, in Rychová, 2014; Fischer & Škoda, 2014; Hátlová, 2005, in Rychová, 2014).

V souvislosti s tělesným ideálem Fialová (2006; 2007) upozorňuje na tendence spojování tělesného vzhledu s charakteristikami člověka. Spojování tělesného vzhledu s psychickými vlastnostmi jsou zřejmé kupříkladu u Kretschmerovy typologie. Atraktivní

vzhled těla (dle současného pojetí tělo štíhlé s dobrým svalovým tonem) je obvykle spojován s úspěchem, přitažlivostí a štěstím, kdežto tělo kulturně neatraktivní (například s nadváhou či obezitou) je spojováno s pasivitou až leností, nedbalostí o sebe sama či nedostatkem vůle a disciplíny (Málková, 2008). I takovéto stereotypy jsou považovány za důvody tendencí k přiblížení se štíhlému/svalnatému vzoru. Lidé tedy z různých důvodů zabudovávají kulturně atraktivní podobu zevnějšku do své hodnotové hierarchie (Stárková & Luňáčková, 2004). O svůj vzhled, tělo i zdraví se zajímají ve větším počtu a intenzitě než kdykoliv jindy, což může být po mnoha stránkách prospěšné. Nicméně, stane-li se zájem o tělesnou podobu zcela převládající a internalizovaný ideál těla prioritou hodnotové hierarchie, může být zdraví paradoxně poškozováno a duševní pohoda člověka narušena. Nepřiměřené zaujetí vlastním tělem poté může nabývat patologické povahy a vést k riskantnímu chování a zásahům do těla (Fischer & Škoda, 2014; Stárková & Luňáčková, 2004).

Pope, Gruber, Choi, Olivardia a Phillips (1997) tvrdí, že ačkoliv není jisté, zda jsou formy tělesné nespokojenosti dnes více časté, či jsou jen obecně více uznávané, není pochyb o tom, že se stávají výrazně patologickými.

2.3.1 Populační studie tělesné nespokojenosti

Rumsey a Harcourt (2014) upozorňují na populační studie, dokládající roustoucí míru tělesné nespokojenosti v průběhu 25 let. Studie o rozsahu třech kohort, hodnotící v průběhu desetiletí spokojenost s vlastním vzhledem, došla k zajímavým výsledkům. Výsledky ukázaly, že s celkovým vzhledem bylo roku 1972 nespokojeno 15 % mužů a 23 % žen. Roku 1985 nespokojenost u mužů vzrostla na 34 % a u žen na 38 %. Roku 1997 bylo se svým vzhledem nespokojeno 43 % mužů a 56 % žen. Studie ukázala vzrůstající tendenci nespokojenosti se všemi zkoumanými parametry (celkový vzhled, hmotnost, prsa/hrud', boky/stehna, břicho a svalový tonus) vyjma tělesné výšky. Jedním z procentuálně nejvíce zastoupených zkoumaných znaků byla tělesná hmotnost, u níž vzrostla nespokojenost z 35 % na 53 % (muži) a ze 48 % na 66 % (ženy). Téměř 90 % žen si přálo hmotnost snížit, zatímco u mužů byly poměry mezi přáním redukce a navýšení hmotnosti vyrovnané. Pope et al. (2002) dodávají, že ačkoliv byla dříve nespokojenost se vzhledem přisuzována převážně ženám, muži se jim v průběhu let začínají přibližovat. Například ve studii poslední dekády byli muži v kategorii prsa/hrud' dokonce více nespokojeni než opačné pohlaví (Berscheid et al., 1972, Cash et al., 1986, Garder & Kearney-Cooke, 1997, in Rumsey & Harcourt, 2014).

2.3.2 Proměny hraček v průběhu času

Jedny z prvních zpráv, týkajících se *body image*, přichází prostřednictvím dětských hraček (Pope et al., 2002). Zajímavé poznatky přináší studie poukazující na proměňující se podobu oblíbených figurek akčních hrdinů či panenky Barbie. Znamé studie panenek Barbie odhalily její postupné zeštíhlování v průběhu času. Pope et al. (2002) uvádí, že pokud by panenka Barbie dosahovala průměrné velikosti žen, měřil by její pas pouhých 40,64 cm. Dle autorů je zřejmé, že dívky přijímají od raného věku zprávy, že štíhlost je výrazem krásy (Pope et al., 2002).

Jedna z realizovaných studií uvádí, že pro dosažení proporcí Barbie by asi 160 cm vysoká žena o váze 56 kg musela vyrůst do výšky téměř 220 cm, zeštíhlet v pase o více než 15 cm, zvětšit objem hrudníku o 12,7 cm a prodloužit délku krku o 8 cm (Brownell & Napolitano, 1995). V posledních letech začaly panenky Barbie v reakci na kritiku nabývat realističtějších proporcí. V současnosti prošla strategie firmy určitou revolucí a v souladu s ideou zdravějšího a realističtějšího vzhledu přibyly nové verze panenek s různými typy postav (Ellis-Petersen, 2016).

Pope et al. (2002) realizovali obdobný výzkum u chlapeckých akčních figurek. Bylo analyzováno několik verzí hraček vydaných v průběhu 30 let. Figurky Luke Skywalker, Han Solo, Batman, Iron Man, Wolverine a další se podrobily měření obvodu pasu, hrudi a bicepsu. Výsledky odhalily, že většina novějších figurek by v lidském provedení dosáhla vzhledu *bodybuilderů*, přičemž některé z nich by své podoby nedocílily bez masivních dávek steroidů.

Například tělo oblíbené figurky G. I. Joe se od roku 1964 změnilo z reálných proporcí muže s dobrou kondicí ve svalnatou postavu, které by bylo možné (bez užívání anabolických steroidů¹) dosáhnout až na hranici limitů člověka. G. I. Joe nabyl mohutných a dobře definovaných svalů, zeštíhlet v pase (z 81 cm na 74 cm) a naopak zvýšil obvod bicepsu (z 30 cm na 42 cm). Nejvýrazněji se G. I. Joe proměnil ve své zmenšené verzi G. I. Joe Extreme. Jeho hrudník dosahoval takřka 140 cm a 67cm biceps, jenž byl velký téměř jako jeho pas, by svým objemem překonal většinu kompetitivních *bodybuilderů*. Ačkoliv z výsledků nelze usuzovat příčinnost tělesné nespokojenosti či zájmu o kulturistiku, ukazuje tato studie zajímavé poznatky, jak se v průběhu desetiletí proměňovaly dětské hračky z dosažitelných proporcí po výrazně svalnaté postavy, z většiny nedocílitelné bez užívání anabolických steroidů (Pope et al., 2002; Thompson, 2000).

¹ Anabolické steroidy jsou syntetické látky podobné testosteronu, užívané při úrazech a hojení ran. Jelikož podporují systém bílkovin, jsou zneužívány ke zvětšení a zesílení svalů. Zneužívání anabolických steroidů může mít negativní vliv na fyzické i psychické zdraví (Látalová, 2013).

2.3.3 Diskutované důvody tělesné nespokojenosti

Faktické příčiny tělesné nespokojenosti a nárůstu zájmu o štíhlý, v případě mužů štíhlý a svalnatý ideál, jsou pravděpodobně multifaktoriální povahy a z důvodu četných teoretických východisek v jisté míře stále debatovány. Níže bude uvedeno několik teorií diskutujících možné příčiny tělesné nespokojenosti.

Souhrn prediktorů tělesné nespokojenosti

Pope et al. (2002) tvrdí, že závažnější nespokojenost s tělem, jež může v krajním případě přerůst v *poruchy body image*, je spletitou kombinací mnoha faktorů. Za stěžejní pokládají biologickou danost, osobní zkušenosti, sociokulturní vlivy, osobnostní faktory a další proměnné.

Souhrn předpokládaných prediktorů tělesné nespokojenosti pro obě pohlaví předložili o několik let později Rumsey a Harcourt (2014). Identifikovali tři kategorie zahrnující 11 faktorů. Jsou jimi:

- A. Biologické faktory - BMI (body mass index), těhotenství, menopauza.
- B. Psychologické faktory - internalizované ideály, osobní důležitost vzhledu, úzkost a strach ze stárnutí, negativní afektivita, sebepojetí, sociální srovnávání.
- C. Sociokulturní faktory - média, vliv rodiny a vrstevníků.

V tomto případě je třeba poznamenat, že souhrn již dále nerozlišuje váhy jednotlivých faktorů pro případný vznik poruchy, ačkoliv jsou do jisté míry individuální. Faktory, jenž mají své místo v etiologii *poruch body image* (specificky u svalové dysmorfie) budou více rozpracovány v subkapitole 3.6 Etiologie.

Teorie objektifikace

Fredrickson a Roberts (1997) přináší v rámci své teorie objektifikace možné důvody tělesné nespokojenosti žen. Dle této teorie je ženské tělo kulturně objektifikováno, sexualizováno, pozorováno a hodnoceno. Následkem objektifikace jsou ženy směřovány k internalizaci pohledu pozorovatele, který je primárně orientován k jejich fyzickému Self. Internalizace vede ke zvýšenému monitoringu těla, což může zvyšovat riziko úzkosti, studu, tělesné nespokojenosti či vznik duševních poruch jako je například deprese či mentální anorexie. Tato teorie předkládá jedno z možných vysvětlení historicky výraznější tělesné nespokojenosti žen a podává možný náhled na zvyšující se nespokojenost mužů.

Sociokulturní změny

Mishkind (1986, in Rumsey & Harcourt, 2014) identifikoval tři sociokulturní změny, které by mohly vysvětlovat zvyšující se tělesnou vnímavost a nespokojenost mužů.

- A. V důsledku společenského úpadku domény maskulinity se stala svalnatost jednou z mála možností jejího vyjádření. Právě svalnatý vzhled zvyšuje vnímání dominance a kompetitivnosti jakožto důležité součásti maskulinity, na což v rámci aktualizací upozorňují i Cash a Smolak (2011).
- B. Zájem o zdraví jakožto *self-management*, zdůrazňující vlastní podíl na prevenci i rozvoji chorob, způsobil, že muži více vnímají svoji tělesnou stránku.
- C. Následkem kulturních změn, kdy jsou mužská těla využívána v reklamním průmyslu a jsou v populární kultuře obecně více vidět, dochází vlivem požadavků na vzhled k jejich změnám. Prezentací těchto populárních vzorů jsou muži povzbuzováni k vyšší vnímavosti ke svému vzhledu.

Již několik desetiletí je zřejmé, že mnohé ženy trpí pochybnostmi týkajícími se adekvátnosti jejich *body image*. Mužům bylo v této problematice věnováno mnohem méně pozornosti, ačkoliv i oni mohou prožívat nepříjemné obavy ohledně vlastního těla. Sociokulturní tlak je ve spojitosti s dalšími spolupůsobícími faktory natolik dominantní, že ovlivňuje to, jak muži vnímají žádoucí stavbu těla, přičemž stále více z nich zjišťuje, že se svým tělesným vzezřením nejsou spokojeni (Grieve, 2007; Olivardia, 2001; Pope et al., 2002). Předpokladem je diskrepance mezi aktuálním a ideálním tělesným Já, která nespokojenost zintenzivňuje (Higgins, 1987). Jak jsme již zmiňovali, nespokojenost s tělem není stejné povahy jako u žen, toužících po objemově menším a štíhlejším těle, muži spíše touží po těle větším a svalnatém (Pope et al., 2002). V následující kapitole se zaměříme na Adonisův komplex a fundament této práce - svalovou dysmorfii.

3 Svalová dysmorfie a Adonisův komplex

Na základě četných klinických zkušeností se předpokládá, že výrazná svalová nespokojenost s doprovodnými příznaky jako je subjektivní distress, anxiety, obavy z odhalení těla či excesivní cvičení, může v kombinaci s dalšími faktory překlenout v *poruchu body image* se závažnými psychologickými, sociálními a zdravotními důsledky - svalovou dysmorfii (Olivardia, 2001; Pope et al., 2002; Thompson & Cafri, 2007).

3.1 Vymezení užitých termínů

3.1.1 Konceptualizace Adonisova komplexu

V rámci úplnosti a objasnění užívané terminologie je nezbytné představit poněkud komplexnější fenomén Adonisův komplex.

Pojem Adonisův komplex jako první použil antropolog David Gilmore (1994, in Pope et al., 2002), který, ačkoliv Adonisův komplex přímo nedefinuje, implicitně odkazuje na jeho spojitost s kulturním zabýváním se mužskou krásou. Definice Adonisova komplexu, jak je obecně znám, již pochází od samotných autorů Pope et al. (2002). Inspirací k tomuto názvu se stal řecký mýtus o Adonisovi, mládenci natolik fyzicky krásném, že se do něj zamilovaly samotné bohyně Afrodita a Persefona (Graves, 2004).

V terminologii této problematiky však panuje jistá nejednoznačnost. V mnohých pramenech je Adonisův komplex vysvětlován jako ekvivalent reverzní anorexie, bigorexie či svalové dysmorfie (viz Kirby, 2016; Latorre-Román, Garrido-Ruiz, & García-Pinillos, 2014; Wilmshurst, 2014; Wormer & Davis, 2013). Autoři fenoménu Pope et al. (2002) však mezi nimi vidí jisté nuance. Pojmem Adonisův komplex označují touhu a doprovodné chování mužů k dosažení dokonalého těla, dominující zhruba od poloviny 90. let dvacátého století. Jedná se například o různé cvičební rituály, ale i užívání anabolických steroidů, některé symptomy poruch příjmu potravy, dále jen PPP, tělesné dysmorfické poruchy apod. Veškeré tyto charakteristiky spojuje nerealistická představa sebe sama, tělesná nespokojenost a ponoření se do vzhledu svého těla (Pope, Olivardia, Borowiecki, & Cohane, 2001; Pope et al., 2002). Souhrnně lze tedy konstatovat, že je svalová dysmorfie součástí celospolečensky rostoucího mužského zaujetí vlastním tělem, označeného jako Adonisův komplex, což tvrdí i Kelly (2016).

V analogii s Pope et al. (2002) užívá většina současných studií pro tuto oblast výhradně termínu svalová dysmorfie a Adonisův komplex již nezmiňují (viz Babusa, Czeglédi, Túry, Mayville, & Urbán, 2015; Bo et al., 2014; Cella, Iannaccone, & Cotrufo, 2012; Collis, Lewis, & Crisp, 2016; Heath, Tod, Kannis-Dymand, & Lovell, 2016; Hernández-Martínez, González-Martí, & Jordán, 2017). K problematice různých pojetí se vyjadřují také autoři Guerra-Torres a Arango-Vélez (2015). I přes vymezení obou termínů jsou Adonisův komplex a svalová dysmorfie úzce spojeny, což prezentují i Pope et al. (2002). Právě tato širší, celospolečenská perspektiva podává důležité informace o charakteristikách a kontextu poruchy.

Nicméně jelikož má svalová dysmorfie odpovídající zázemí v Diagnostickém a statistickém manuálu mentálních poruch DSM-5 Americké psychiatrické společnosti, dále jen DSM-5, je jasně definována, disponuje metodami zkoumání a většina současných studií se přiklání k tomuto diferencujícímu pojetí, budeme pro zkoumanou problematiku užívat již pouze pojmu svalová dysmorfie. K termínu Adonisův komplex, jak ho definují Pope et al. (2002), se vrátíme v empirické části u testování některých hypotéz.

3.1.2 Svalová dysmorfie - diferenciacizace

Roku 1997 byla pojmenována nová forma tělesné dysmorfické poruchy, svalová dysmorfie (Pope, Gruber, Choi, Olivardia, & Phillips, 1997). V tomto případě je stěžejní správně diferencovat svalovou dysmorfii od běžného posilování, praktikování *fitness* a *bodybuildingu*. Olivardia (2001) konstatuje, že stejně jako u mnoha nových diagnóz je zde velký prostor pro nedorozumění či mylnou představu o podstatě problému. Svalová dysmorfie může být někdy mylně vnímána jako pokus o patologizaci sportu a záliby v posilování. Tato interpretace je však nesprávná, neboť cvičení a posilování je zcela nepochybně prospěšné, především s uvážením problematiky sedavého způsobu života a zvyšující se prevalence obezity nejen v západních zemích. Pro správné diferencování tedy existuje mnoho popsanych faktorů odlišujících svalovou dysmorfii od běžného posilování a životního stylu *fitness* (Olivardia, 2001). Je podstatné zdůraznit, že běžné praktikování sportu není spojeno s negativními konsekvencemi na psychiku a sociální fungování člověka, jak je zřetelné u svalové dysmorfie. Je tedy důležité rozlišovat mezi obvyklým praktikováním aktivního sportu, včetně *fitness* a kulturistiky, a cvičením, stávajícím se kompulzí s trýznivým emocionálním, kognitivním

a behaviorálním doprovodem, narušujícím sociální vztahy, pracovní fungování a duševní pohodu člověka (Olivardia, 2001; Pope et al., 2002).

3.1.3 „Reverzní anorexie“

Za průkopníka svalové dysmorfie, jenž jako první popsal a představil tento fenomén, je považován harvardský profesor psychiatrie Harrison G. Pope Jr., který roku 1993 prezentoval se svými spolupracovníky Katz D. L. a Hudson J. I. výsledky výzkumu psychiatrických účinků anabolických steroidů na člověka (Pope, Katz, & Hudson, 1993).

Studie byla provedena u 108 *bodybuilderů* - uživatelů i neuživatelů anabolických steroidů. Výsledky ukázaly, že 2,8 % uživatelů uvádělo historii mentální anorexie, tedy mnohonásobně vyšší frekvenci, než byla míra jejího výskytu u mužů americké populace. 8,3 % probandů, též užívajících anabolické steroidy, popsal myšlenky, ve kterých věřili, že jsou malí a slabí, ačkoliv byli ve skutečnosti velcí a svalnatí. Dotyční dále uváděli, že odmítají pozvání na společenské akce, nechtějí být spatřeni na pláži nebo nosí mohutné oblečení i v letním žáru, jelikož se obávají, že jsou příliš drobní. Necelá polovina subjektů uvedla, že právě výše popsané chování je dovedlo k užívání látek. Tento nový fenomén, objevující se především u pravidelně posilujících mužů, byl kvůli podobnosti se symptomy PPP pracovním názvem nazván reverzní anorexie (Pope et al., 1993). Po prezentování dalších studií mužů i žen byl pracovní název nahrazen a pro stav, označovaný jako reverzní anorexie či bigorexie, byl vytvořen nový, dnes nejpoužívanější termín svalová dysmorfie (Olivardia, 2001; Pope et al., 1997).

3.2 Definice svalové dysmorfie

Americká psychiatrická asociace (2013) svalovou dysmorfii, dále jen MD, definuje následovně:

Forma tělesné dysmorfické poruchy, vyskytující se téměř výhradně u mužů, spočívající v zaujetí myšlenkou, že jedincovo tělo není dostatečně štíhlé či svalnaté. Jedinci s touto poruchou mají ve skutečnosti normální nebo dokonce velmi svalnaté tělo. Též mohou být zaměřeni na jiné oblasti těla, jako je například kůže či vlasy. Většina z nich (avšak ne všichni) drží speciální diety, excesivně cvičí a/nebo posilují, což může někdy způsobit až tělesné poškození. Někteří za účelem dosažení většího a svalnatějšího těla užívají potenciálně nebezpečné anabolické androgenní steroidy, (American Psychiatric Association, 2013, 243-4), (překlad autora).

Olivardia (2001) MD formuluje jako zaujetí jedince představou, že jeho tělo není dostatečně štíhlé a svalnaté. Onemocnění spojuje s obdobným narušením *body image* jako u mentální anorexie, ale s tím rozdílem, že se lidé se svalovou dysmorfii vnímají jako menší či slabší, než jak ukazuje skutečnost.

Pope et al. (1997) MD popisují jako soubor chování a postojů, který je charakteristický extrémní touhou po nárůstu tělesné hmoty.

Pope et al. (2002) MD charakterizují jako syndrom, kdy jsou jedinci, obvykle mužského pohlaví, patologicky přesvědčeni o tom, že jsou velmi málo svalnatí, ačkoliv jsou ve skutečnosti velmi osvaleni.

3.3 Kategorizace onemocnění dle DSM-5 a MKN-10

MD je v DSM-5 řazena pod Obsedantně kompulzivní a přidružené poruchy k diagnóze 300.7 Tělesná dysmorfická porucha. Ta je dle DSM-5 charakterizována zaujetím „*jedním nebo více vnímanými defekty nebo nedostatky fyzického vzhledu, které nejsou pozorovatelné nebo se ostatním jeví jako nepatrné. Toto zaujetí často způsobuje sociální anxieta a vyhýbání se,*“ (American Psychiatric Association, 2013, 207), (překlad autora).

V rámci specifikace tělesné dysmorfické poruchy, dále jen BDD, jsou identifikovány tři stupně vhledu, týkající se subjektivních tělesně dysmorfických předvědčení. V prvním stupni s dobrým či přiměřeným vhledem dotyčný rozpoznává, že jeho přesvědčení nejsou, či nemusí být pravdivá. V druhém stupni se slabým vhledem si myslí, že jsou pravděpodobně pravdivá a ve třetím stupni s absentujícím vhledem je člověk o pravdivosti svého mínění zcela přesvědčen. Obdobně jako u BDD mohou mít i lidé se MD do svých přesvědčení různou míru vhledu (American Psychiatric Association, 2013; Pope et al., 1997; Pope et al., 2002).

V aktuální verzi Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize, aktualizované ke dni 1. 3. 2017, dále jen MKN-10, není MD dosud mezi uvedenými poruchami zařazena. Bližší specifikaci je tedy možné s ohledem na zařazení poruchy dle DSM-5 a rešerši dosavadních poznatků hledat pod diagnózou F45.2 Hypochondrická porucha. A tedy pod F45.21 Tělesná dysmorfická porucha nebo specifitěji pod F45.22 Dysmorfofobie (bez bludů) (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2008).

I přes nynější zařazení je klasifikace MD kvůli své specifitě stále debatována. Mimo BDD jsou diskutovány podobnosti se symptomatologií PPP a obsedantně kompulzivní poruchy,

dále jen OCD. MD sdílí část symptomatologie výše uvedených poruch, ale nikdy je zcela nevystihuje. Někteří autoři argumentují, že její zařazení pod somatoformní poruchy v MKN-10 by bylo neopodstatněné a neslučitelné s jejími symptomy. Mezi diskutované modely se nedávno přidal navrhovaný model klasifikace MD jako závislosti, přesněji závislosti na *body image* (American Psychiatric Association, 2013; Foster, Shorter, & Griffiths, 2015; Mosley, 2009; Pope et al., 2002; World Health Organization, 2008).

Nieuwoudt, Zhou, Coutts a Booker (2015) na základě rozsáhlé rešerše literatury týkající se MD rozpracovali návrhy možných variant jejího zařazení v DSM-5. Mezi navrhované varianty patří:

1. zahrnutí MD pod kategorii PPP;
2. zachování MD jako typ BDD;
3. zavedení MD jako nové poruchy či poruchy s prozatímní diagnostikou a potřebou dalšího výzkumu.

3.4 Diagnostická kritéria svalové dysmorfie

Pope et al. (1997, 556) navrhli diagnostická kritéria MD, která jsou v praxi užívána dodnes.

1. *Jedinec je zaujat myšlenkou, že jeho tělo není dostatečně štíhlé a svalnaté. Charakteristické chování zahrnuje mnoho hodin posilování a intenzivní pozornost věnovanou stravování/dietě.*

2. *Toto zaujetí způsobuje klinicky signifikantní distress nebo zhoršení v sociálních, pracovních či dalších významných oblastech fungování, což se projevuje minimálně ve dvou z následujících čtyř kritérií:*

- a) jedinec často zanechává důležitých sociálních, pracovních nebo rekreačních aktivit kvůli nutkové potřebě zachování tréninku a stravovacího plánu;*
- b) vyhýbá se situacím, ve kterých je jeho tělo obnaženo před ostatními nebo tyto situace snáší s výrazným distressem či intenzivní úzkostí;*
- c) zaujetí nevyhovujícím svalstvem či tělesnou velikostí způsobuje klinicky signifikantní distress nebo zhoršení v sociálních, pracovních nebo dalších důležitých oblastech fungování;*

d) pokračuje v tréninku, stravování/dietě nebo užívá ergogenní substance² navzdory povědomí o jejich psychických či fyzických důsledcích.

3. Subjektivně prožívané obavy a chování jsou primárně zaměřeny na přílišnou malost nebo neadekvátní svalnatost, což je klíčová diference od strachu z otylosti u mentální anorexie nebo primárního zaujetí jinými aspekty vzhledu, jak je tomu u ostatních forem BDD (překlad autora).

3.5 Charakteristika svalové dysmorfie

Před samotnou charakteristikou MD bude pro snazší náhled do problematiky citován krátký výňatek z rozhovoru se svalově dysmorfickým pacientem:

Mám problém? Myslím, že ano. Někdy si říkám, jaký je smysl mého života. Tak tvrdě pracuji na svém těle, ale uvnitř stále nenávidím to, jak vypadám. Víím, že jsem větší než většina mužů na ulici, ale stejně se cítím nedostatečný. Neraď se svlékám před svou přítelkyní a neužívám si sex, protože jsem příliš zaneprázdněný obavami z toho, jak vypadám. Dokonce jen při pohledu na své tělo v zrcadle, když vyjdu ze sprchy, se cítím strašně, (Mosley, 2009, 195), (překlad autora).

MD postihuje především muže, ačkoliv může být přítomna i u žen (Choi, Pope, & Olivardia, 2002; Pope et al., 2002). Na rozdíl od jedinců trpících BDD, jejichž znepokojení se obvykle týká určité části těla, například obličeje, pleti či nosu, jsou jedinci se MD chorobně nespokojeni se vzhledem těla jakožto celku. Obávají se, že nejsou dostatečně velcí, štíhlí či svalnatí. Tyto obavy přetrvávají i v případě, jsou-li velmi svalnatí a to i více než ostatní lidé. V souladu se sociálním ideálem štíhlé a svalnaté postavy s nízkým podílem tuku v těle aspirují na dosažení co nejvíce svalnaté postavy s co možná nejmenším procentem tuku v těle (Grieve, 2007; Olivardia, 2001). V důsledku nespokojenosti, až odporu k fyzické podobě a touhy ji změnit jsou dotyční postupně pohlcováni posilováním, dietami a souvisejícími aktivitami (Pope et al., 1997; Pope et al., 2002; Olivardia, 2001). Osvojují si tak všepohlcující životní styl točící se kolem tréninků a striktního stravování.

² Ergogenní substance jsou výkon zvyšující látky, například větvené aminokyseliny, kofein, kreatin apod. (Svačina, 2008).

Aby skryli svá těla a vypadali větší či vypracovanější, mohou nosit několik vrstev oblečení, dokonce i v horkém počasí. Kvůli obavám z tělesného odhalení se dotyční často vyhýbají situacím, v nichž může být spatřeno jejich tělo, jako jsou veřejné bazény, pláže, převlékárny apod. Pokud je takováto situace neodvratitelná, mohou prožívat vysokou úroveň distresu. Výjimkou, při které psychické rozrušení nemusí dosahovat takové intenzity, mohou být kulturistické závody, kdy je dotyčný po náročné přípravě a cítí se být ve vrcholné kondici (Pope et al., 1997).

Jedinci se MD tráví mnoho času v posilovnách a *fitness* centrech, často až do takové míry, že mohou upozadovat vztahy i možné pracovní příležitosti. Kvůli potřebě dodržení striktního tréninkového plánu si často zařizují život dle toho, aby tyto návyky nebyly ohroženy a nemuseli by přistoupit ke kompromisům. Například ve studii žen se znaky MD 53 % uvádělo, že pracuje v posilovně, jelikož jim jejich tréninkový režim nedovolil jiný typ práce. 15 % žen zmínilo, že by upřednostnilo žití o samotě, jelikož by přítomnost další osoby mohla ohrozit jejich tréninkový a stravovací plán. Lidé se MD postupně upouští od významných sociálních, pracovních a rekreačních aktivit. V konečném důsledku může dojít k narušení interpersonálních, pracovních a dalších vztahů. V případě narušení běžného režimu a vynechání i jednoho dne tréninku jsou obvykle rozrušení, anxiózní či depresivní. Obdobné psychické rozpoložení by u nich vyvolalo, pokud by se z jakéhokoliv důvodu odchýlili od svého stravování. Zejména z tohoto důvodu se mnoho z nich může vyhýbat stravování s druhými lidmi. Pokud k takovéto odchylce dojde, pocítují tendence situaci co nejdříve vykompenzovat, například extra tréninkem, ve kterém mnohdy pokračují i přes zranění (Pope et al., 1997). MD se může nepříznivě promítat i do blízkých vztahů. Jak popisovali někteří participanti, kvůli pocitům studu, trapnosti či rozpakům z tělesné podoby docházelo k narušení vztahů osobních a intimních (Grieve, 2007; Olivardia, 2001; Pope et al., 1997; Pope et al., 2002).

Jak již bylo naznačeno výše, mohou dotyční disponovat různým vhladem do problematiky. Nicméně ani dobrý vhlad a rozpoznání neobjektivní myšlenek jim nepomůže být klidnější (Pope et al., 1997). Finančně nákladné nutriční suplementy (též výživové doplňky), látky s ergogenním efektem či jiné látky, například anabolické steroidy mohou v extrémním případě způsobit finanční potíže. Někteří mohou kombinací užívaných látek, nadměrného cvičení a striktního stravování dosáhnout bodu, ve kterém je tato kombinace zdraví škodlivá.

Mnozí odmítají změnit svůj denní režim, i když si uvědomují pravděpodobnost zdravotních důsledků (Pope et al., 1997, Pope et al., 2002).

Jedinci se MD často pociťují nutkání kontrolovat se v zrcadle, přičemž četnost tohoto chování je mnohonásobně vyšší než u ostatních *bodybuilderů* nebo lidí jiné profese. Stejně jako u PPP je u nich porovnávání vlastního těla s ostatními prostředkem sociálního srovnávání, což má negativní důsledek na psychickou pohodu (Grieve, 2007; Olivardia, 2001; Pope et al., 2002). Další chování, které může být spojeno se MD, je časté vážení a ujišťování se. Příkladem může být participant výzkumu, který pociťoval velmi časté nutkání v ujišťování. Několikrát za hodinu se ptal svého otce: „*Tati, vypadám větší? Jsi si jistý?*“ (Pope et al., 1997, 551), (překlad autora).

3.6 Etiologie

Etiologie MD je poměrně složitá především kvůli koexistenci mnoha navzájem ovlivňujících se faktorů. V této subkapitole budou rozpracovány některé modely, zabývající se možnými faktory predikujícími její vznik.

Obecně uváděné faktory ovlivňující vznik a vývoj MD jsou biologické a sociokulturní (též mediální) vlivy, osobnostní proměnné či osobní zkušenosti. Ze specifických faktorů jsou diskutovány participace na sportu s důležitostí zachování hmotnosti, tělesné zkreslení a sebeúcta zakládající se na vzhledu. Následující modely předkládají nové či rozšiřují výše uvedené rizikové faktory (Grieve, 2007; Grieve, Truba, & Browersox, 2009; Olivardia, 2001; Pope et al., 2002).

Grievého model

Existuje několik konceptuálních modelů, vysvětlujících etiologii MD. Pravděpodobně nejpropracovanější a nejznámější model vytvořil Grieve (2007). Jeho model předpokládá čtyři kategorie s celkovým počtem devíti proměnných s pravděpodobným vlivem na vznik a vývoj MD. Mezi tři nejdůležitější, jejichž kombinace vytváří základní podmínky pro rozvoj MD, jsou internalizace ideálního těla, tělesné zkreslení a tělesná nespokojenost. Zbylé, ačkoliv též významné proměnné, buď ovlivňují vývoj tří výše jmenovaných, nebo slouží jako mediátory účinku v rozvoji poruchy. Autor v tomto modelu upozorňuje na mnohé podobnosti mezi etiologií MD a PPP. Právě podobnosti v symptomech predikují vliv podobných sil na rozvoj obou onemocnění. Kategorie zastoupené v modelu jsou:

- Socioenvironmentální faktory - mediální vlivy, participace na sportu;
- emocionální faktory - negativní afektivita;
- psychologické faktory - tělesná nespokojenost, internalizace ideálního těla, sebehodnocení, tělesné zkreslení, perfekcionismus;
- fyziologické faktory - tělesné parametry.

Jako další podstatné faktory Grieve (2007) zmiňuje osobní zkušenosti, vliv významných osob, rodiny, vrstevníků či kulturní a mediální vlivy. V tomto ohledu upozorňuje na tlak k přispůsobení se předkládanému ideálu. Samotný vliv médií, prezentující tělesný ideál, však dle autora není dostačující a jako klíčové proměnné vnímá (spolu s tělesnou nespokojeností, negativním afektem, nízkým sebepojetím a tělesným zkreslením) **internalizaci**, tedy přijetí ideálního tvaru těla jakožto podoby, o kterou by se měl člověk snažit. Autor konstatuje, že internalizace je v pozitivní korelaci s tělesnou nespokojeností.

Bio-psycho-sociální model

Dalším navrženým modelem je bio-psycho-sociální model Olivardia (2001), který vnímá MD jako součást spektra OCD. Etiologický model Olivardia zahrnuje biologicko-genetické vlivy, nízké sebepojetí, témata spojená s maskulinitou či *drive* k muskularitě (tj. svalnatosti). Dále také sociokulturní a mediální vlivy související se vzhledem (s důrazem na dětství, adolescenci, vliv vrstevníků atd.), zkreslené *body image* a extrémní zaujetí *body image* a tělesnou velikostí.

Psycho-behaviorální model

Konceptuální psycho-behaviorální model Lantz, Rhea a Mayhew (2001) zkoumá vztah mezi stravovacími návyky a tělem (stavbou těla). Faktory modelu jsou uspořádány do třech kategorií. Jedná se o vyvolávající faktory, psycho-behaviorální charakteristiky a negativní konsekvence.

- Vyvolávající faktory obsahují dvě kognitivní témata a to tělesnou nespokojenost a sebepojetí.
- Psycho-behaviorální charakteristiky zahrnují tělesnou velikost a symetrii, stravovací omezení, výživové suplementy, tělesnou ochranu (např. skrývání těla, vyhýbání se situacím predikujícím vystavení těla před ostatními apod.), závislost na cvičení či farmakologické doplňky.

- Negativní konsekvence reprezentují faktory alienace, narcismu a pozitivní deviace.

Tento model předpokládá reciproční vztah mezi MD a psychobehaviorálními charakteristikami, přičemž zásadním předpokladem je, že vývoj MD je přímo ovlivněn tělesnou nespokojeností (Grieve, 2007; Hale, 2008; Lantz et al., 2001).

Sociokulturní model

Čtvrtý model byl navržen Cafri, Van den Berg a Thompson (2006). Autoři užíli tři kategorie pro predikci touhy ke zvýšení svalové hmoty:

- Sociální kategorie - vliv médií, rodičovský a vrstevnický tlak, posmívání se, vrstevnická oblíbenost;
- individuálně-psychologická kategorie - negativní afekt, nízké sebepojetí;
- biologická kategorie - tělesná kompozice/BMI (*body mass index*), pubescentní vývoj, *timing* pubescence.
- + nezařazený faktor sportovní participace;

(Cafri et al., 2006; Grieve, 2007).

Jako mediátory zprostředkující možný vliv na svalově dysmorfické a zdraví ohrožující chování byly určeny dva faktory, a to sociální srovnávání a *body image*. Sociální srovnávání se týká především muskularity a tělesného tuku. Ačkoliv tento model neuvádí specifické asociace se MD, autoři poznamenávají, že chování ilustrované jejich modelem by mohlo být ve spojitosti s rozvojem MD (Cafri et al., 2006). K tomuto modelu Grieve (2007) kriticky poznamenává, že je kombinací proměnných, které mohou přispívat k řadě různých výsledků chování, a odkazuje na důležitost uvážení dalších faktorů, jako je například internalizace ideálního těla.

3.7 Prevalence

Prevalence MD je do určité míry nejasná. Vědecké studie se shodují, že se objevuje u poměrně malého množství *bodybuilderů*, a to od 8 do 10 %. V průběhu zkoumání charakteristik MD byla prezentována následující zjištění.

Prevalence mezi bodybuildery a pacienty s tělesnou dysmorfickou poruchou

Ze 108 zkoumaných *bodybuilderů* popisovalo 8,3 % jedinců symptomy MD. Další studie ukázala, že 10 % ze 156 *bodybuilderů* vnímalo sebe sama jako slabé a malé, ačkoliv tomu

jejich reálná podoba neodpovídala. Ve studii 193 osob s BDD bylo zjištěno, že 9,3 % vykazovalo symptomy MD, přičemž se tyto symptomy objevovaly pouze u mužů. Jiná studie uvádí u mužů s BDD 12,7% a u žen s BDD 4,2% prevalenci MD (Campagna & Browser, 2016; Olivardia, 2001; Pope et al., 1993; Pope et al., 1997).

Odhad dle prevalence tělesné dysmorfické poruchy

Dalším vodítkem predikce může být prevalence BDD, která je dle provedených studií odhadována na 1 - 2 %, přesněji od 0,7 do 2,4 %. Vyšší prevalence je pozorována v patientských souborech kosmetické/plastické chirurgie, dermatologie či u pacientů psychiatrických (Bjornsson, Didie, & Phillips, 2010; Šantrůčková, Friedlová, & Chromý, 2006; Veale, Gledhill, Christodoulou, & Hodsoll, 2016;). Dle mezinárodní organizace International OCD Foundation postihuje BDD 1,7 % až 2,4 % jedinců americké populace (International OCD Foundation, nedat.). Rozsáhlá německá studie autorů Rief, Buhlmann, Wilhelm, Borkenhagen a Braehler (2006) přichází s výsledkem prevalence BDD 1,7 %. Dva aktualizované výzkumy Koran, Abujaoude, Large a Serpe (2015) a Buhlmann et al. (2015) docházejí téhož roku ke stejným výsledkům 1,8 %. U nás dosud nebyla provedena studie zjišťující prevalenci BDD či MD a je tedy vhodné vycházet alespoň z dosavadních zjištění. S uvážením předpokládaného rozmezí prevalence BDD a průměrného odhadu přítomnosti MD u osob s BDD může být s jistou mírou opatrnosti odhadnut její poměrný výskyt. Jelikož však tento předpoklad dosud nebyl ověřován, není možné prezentovat žádné kalkulace.

Pro komplexní náhled na prevalenci je třeba mít na zřeteli jisté limitace. Například Olivardia (2001) poukazuje na obtížnost participace závažně nemocných osob na výzkumu. Autor předpokládá, že pravděpodobné rozpaky či pocity studu mohou dotyčným zabraňovat referovat o MD či se na studiích vůbec podílet. Z těchto a dalších důvodů považuje Olivardia (2001) prevalenci v mnoha šetřeních za pravděpodobně podceňovanou. V neposlední řadě nelze opomenout, že mnoho probandů v realizovaných studiích splňovalo subklinické hladiny pro MD, a proto pravá prevalence není přesně známa (Goodale, Watkins, & Cardinal, 2001, in Grieve, 2007).

3.8 Komorbidita a příbuzné poruchy

U komorbidity je značným problémem četnost novějších studií, aktualizujících dosavadní poznatky. Protože jsou některé z výše uvedených poruch ve spojitosti se MD hojně diskutovány, budeme se jim samostatně věnovat.

MD je spojována s několika komorbidními poruchami nebo určitou historií psychiatrických poruch. Vyjma BDD, jejíž je také subtypem, je MD nejčastěji spojována s PPP a OCD. Dále také s afektivními poruchami (zejména s depresí či bipolární afektivní poruchou), úzkostnými poruchami a osobnostními poruchami typu B, zejména s narcistickou poruchou osobnosti (Jivanescu, Crisan, & Lazarescu, 2011; Olivardia, 2001; Phillips, 1996; Pope et al., 1997; Pope et al., 2002).

Svalová dysmorfie a tělesná dysmorfická porucha

Jelikož je MD dle DSM-5 klasifikována jako subtyp BDD, sdílí s ní některé diagnostické znaky. Zásadní rozdíl mezi poruchami je ten, že se v případě MD zaujetí netýká pouze některé tělesné části, ale těla jakožto celku. Jádro obav je soustředěno na svalnatost, případně na štíhlost a svalnatost (Pope et al., 1997; Olivardia, 2001).

I jedinci se MD mohou vykazovat znaky BDD týkající se ostatních částí těla, ale svalnatost a štíhlost zůstává dominantní obavou. Bylo prokázáno, že vyjma svalnatosti mohou být některé osoby se MD zaujaty minimálně jednou další tělesnou partií. Jak popisuje Pope et al. (1997), ve studii 32 žen věnujících se *bodybuildingu* 31 % uvedlo dříve existující nebo stávající intenzivní starosti ohledně tělesných partií, které se odlišovaly od hlavní tematiky svalnatosti. 16 % žen pocíťovalo, že určitá část těla byla natolik neakceptovatelná, že podstoupily plastickou operaci.

K těmto zjištěním je však vhodné přistupovat obezřetně, neboť byly tyto výzkumy provedeny na poměrně malém vzorku probandů a jak uvádí Pope et al. (1997), ne všechny studie výsledky potvrdily. Tyto specifické znaky pro MD tedy vnímáme jako možné, nikoliv charakteristické.

Svalová dysmorfie a poruchy příjmu potravy

MD a PPP sdílí mnoho společných prvků. Již původní konceptualizace byla kvůli vnímané podobnosti s mentální anorexií nazvána reverzní anorexií. Od počátků zkoumání Pope

et al. (1993) uvádí, že muži se MD mívají buď historii - ve studii provedené Olivardia, Pope a Hudson (2000) až 29 % - nebo vedlejší symptomy PPP. Později bylo zjištěno, že ze zkoumaných *bodybuilderů* se historie PPP objevovala převážně u žen. Ačkoliv některé studie historii PPP nepotvrdily, podobnosti v etiologii či symptomech obou poruch jsou zřejmé (Pope et al., 1993; Pope et al., 1997; Olivardia et al., 2000; Olivardia, Pope, Borowiecki, & Cohane, 2004).

Stejně jako je pozorováno u osob s PPP, jsou jedinci se MD chronicky zaujati svým tělesným tvarem a velikostí, přičemž tyto tělesné parametry velmi silně ovlivňují vnímání sebe sama. Tedy čím více se dotyčný blíží sociálně ideálnímu tvaru těla, tím pozitivnější je jeho pohled na sebe sama a naopak čím více se od sociálního ideálu vzdaluje, tím negativněji se vnímá (Olivardia et al., 2004). Zaujetí a nepokojenost s aktuální tělesnou podobou se vyskytuje ve spojitosti se změnami ve stravování a fyzické aktivitě. Tyto změny mohou vést až k rozvoji excesivního cvičení a abnormálních stravovacích návyků. Jedinci konzumují velké množství kalorií s cílem zvýšení svalové hmoty. Tento velký příjem kalorií je někdy až analogický k záchvatovitému přejídání. Přestože prozatím nebylo hodnoceno, zda mají muži se MD pocit ztráty kontroly, je jisté, že stravovací návyky jsou ovlivněny obdobně zkreslenými kognicemi jako stravovací návyky u žen s mentální anorexií a bulimií (Grieve, 2007; Jivanescu, Crisan, & Lazarescu, 2011; Olivardia, 2001). Se zaujetím vizuální podoby těla souvisí i další podobnost obou poruch, tělesné zkreslení. Studie ukazují, že stejně jako anorektické ženy vnímají sebe sama jako mohutnější, je MD determinována podobnými mechanismy tělesného zkreslení. V tomto případě se však dotyční vnímají jako menší či drobnější, než skutečně jsou (Grieve, 2007; Olivardia, 2001).

Mezi další podobnosti patří věnování nadměrné pozornosti subjektivně vnímaným tělesným defektům, projevující se například pokusy o jejich skrývání či možný abúzus různých substancí (Pope et al., 1997). Olivardia et al. (2000) ve své studii odhalili, že muži se MD vykazovali podobně perfekcionistické rysy, obavy z dospělosti, pocity zbytečnosti, neefektivity a *drive* ke štíhlosti jako probandi s PPP. Je tedy patrné, že jedinci se MD prožívají podobné obavy z nadváhy a vysokého procenta tělesného tuku jako osoby s PPP. Znepokojení z nárůstu hmotnosti neprožívají pouze tehdy, jedná-li se o přírůstek ve formě svalové hmoty (Olivardia, 2001; Olivardia et al., 2000). Jivanescu et al. (2011) doplňují další podobnosti MD s PPP, jako je nízké sebehodnocení, důraz na sociální a kulturní vliv a výrazné kompenzační chování,

například zmíněné speciální stravování, různé typy diet, užívání laxativ, diuretik nebo klystýrů (Olivardia, 2001; Olivardia et al., 2000; Jivanescu et al., 2011; Pope et al., 2002).

Pro komplexní pohled je též nutné zmínit i některé odlišnosti mezi oběma poruchami. Jedná se zejména o skutečnost, že u PPP jsou dotyční posedlí myšlenkou, že jsou příliš otlí. Aby se vyrovnali s takto narušeným *body image*, vyvíjejí patologické vzorce stravování, přičemž excesivní cvičení se objevuje až sekundárně. U MD jsou však jedinci primárně zaměřeni na cvičení a až následně na specifickou stravu či dietu, jelikož prvořadým cílem je zvýšení svalnatosti a tělesné velikosti. Další rozdíl skýtají důsledky onemocnění a vyhledání odborné pomoci. Anorektičtí jedinci jsou často v konečném důsledku kvůli nepříznivým následkům onemocnění nuceni vyhledat léčbu, kdežto jedinci se MD jsou obvykle (alespoň v krátkodobém časovém horizontu) v dobré zdravotní kondici a devastující psychologické a sociální důsledky bývají nerozpoznány, podceňovány, a tedy neléčeny (Dawes & Mankin, 2004, in Leone, Sedory, & Gray, 2005; Grieve, 2007). V neposlední řadě osoby se MD tendují spíše k omezení aerobních aktivit, jelikož příliš aerobního cvičení může snižovat celkový objem a podíl svalové tkáně (Pope et al., 1997).

Svalová dysmorfie a obsedantně kompulzivní porucha

Podobnosti mezi MD a OCD je možné zpozorovat v obsedantních myšlenkách (v tomto případě v myšlenkách týkajících se nedostatečného osvalení) a také v souvisejícím kompulzivním chování, jako je excesivní trénink, dodržování přísného dietního plánu, kontrolování, srovnávání, hledání ujištění nebo v pocitech distressu, diskomfortu, špatné náladě a strachu. Takovéto pocity jsou prožívány zejména v případě, není-li možné splnit stravovací či tréninkový plán. Mezi poruchami jsou však také zásadní odlišnosti a to například v ohnisku zaujetí, které je zde soustředěno na *body image* (Jivanescu et al., 2011).

Svalová dysmorfie, úzkostné poruchy a afektivní poruchy

Co se týče úzkostných a afektivních poruch, Olivardia et al. (2000) zjistili, že 58 % zkoumaných mužů se MD uvádělo historii poruch nálady, jako je například unipolární depresivní porucha či bipolární afektivní porucha (ve srovnání s 20% výskytem u kontrolní skupiny). Dále bylo zjištěno, že 29 % probandů uvádělo celoživotní historii úzkostných poruch ve srovnání se 3 % výskytu u kontrolního vzorku. Jivanescu et al. (2011) však poznamenávají, že komorbidita s úzkostnými poruchami je stále předmětem debat. Ačkoliv lidé se MD prožívají

symptomy úzkosti, zejména v případě, nemohou-li splnit vytyčený plán, v některých ohledech se poruchy neshodují. Například projevy charakteristické pro generalizovanou úzkostnou poruchu, například svalové napětí, psychomotorický neklid, poruchy spánku či podrážděnost nejsou nutnými manifestacemi MD (Jivanescu et al., 2011).

Svalová dysmorfie a narcistická porucha osobnosti

Z komorbidních poruch osobnosti jsou dle Olivardia (2001), Pope et al. (2002) a Jivanescu et al. (2011) nejpravděpodobnější poruchy trsu B, zejména narcistická porucha osobnosti. Tak jako u úzkostných poruch byly vyjma podobností identifikovány mnohé odlišnosti. Ačkoliv jsou narušená identita, nestabilní Self či pocity prázdnoty oběma diagnózám společné, mají narcističtí jedinci potřebu být z důvodu společenské úspěšnosti středem pozornosti, zatímco jedinci se MD se podobným situacím vyhýbají a předcházejí jim. Činí tak z přesvědčení, že takováto expozice přivádí pozornost k jejich nedostatečné svalnatosti, na základě čehož by mohli být znehodnoceni až zesměšněni. Další odlišnosti lze demonstrovat na cvičení a posilování, jelikož primárním motivem cvičení je spíše získání přijetí od ostatních než exhibice či vykazování svého vlivu. Též lidé se MD obvykle netendují k impulzivitě, jak je tomu u poruch trsu B, ale jsou spíše kompulzivní. Vysoká úroveň grandiozity, typická pro narcistickou osobnost, stojí v opozici k tomu, jak jedinci se MD vidí sami sebe. Dle Olivardia (2001) naopak referují nízké až žádné sebevědomí a nikdy se nepovažují za důležité, což částečně vysvětluje onu až zoufalou snahu o dosažení perfektního těla jakožto způsobu k získání určité významnosti nebo přijetí (Jivanescu et al., 2011; Olivardia, 2001; Olivardia et al., 2000; Pope et al., 2002)

3.9 Léčba

Jelikož dosud nebyl vyvinut žádný speciální program, zahrnující empiricky ověřenou léčbu MD, je kvůli etiologickým podobnostem využíváno obdobných metod jako u PPP, BDD či OCD (viz Grant, 2014; Grieve et al., 2009; Griffiths et al., 2015; Leone et al., 2005; Pope et al., 2002). Jak prezentují Pope et al. (2002), prvním krokem k úspěšnosti léčby je přistupovat ke MD vážně a problém pacienta nebagatelizovat. Zjednodušené reakce pramenící z nepochopení, jako je kupříkladu nabádání k mírnějším obavám či představa, že se jedná o stádium, které přirozeně pomine, jsou většinou neúspěšné. Je tedy důležité brát starosti dotyčného seriózně, vyjádřit potřebnou podporu a poskytnout profesionální péči.

Obecným problémem u osob se MD je skutečnost, že jen zřídka vyhledávají léčbu. Jelikož je dle Morgan (2008) svalově dysmorfické chování většinu času ego-syntonní³ (ego-dystonní chování s vzhledem je přítomné pouze u mírných forem MD), je největší překážkou přesvědčit dotyčné, že potřebují pomoc. Léčbu zpravidla vyhledávají až v případě zranění nebo jiných přidružených onemocnění jako jsou například úzkosti, deprese či příliš omezující stud. Dle Leone et al. (2005) tkví jeden z hlavních problémů v nastavení sociálních paradigmat a zvyklostí. Obecně se totiž předpokládá, že se muži nezabývají svým vzhledem a *image*, natož aby o nich hovořili. Klinická praxe navíc ukazuje, že jedinci trpící MD jen zřídka přiznají její symptomy. Na základě klinických zkušeností i výzkumných poznatků jsou nejvíce uznávány a praktikovány dva způsoby léčby. Jedná se o antidepresivní medikaci a zařazení kognitivně behaviorální terapie, přičemž nejefektivnějších výsledků je dosahováno při jejich vzájemné kombinaci (Grant, 2014; Grieve et al., 2009; Leone et al., 2005; Pope et al., 2002; Thompson & Cafri, 2007).

3.9.1 Antidepresivní medikace

Pro léčbu MD je indikace antidepresiv, specificky antidepresiv inhibujících zpětné vychytávání serotoninu, dále jen SSRI, účinným doplňkem kognitivně behaviorální terapie. Mimo antidepresivních účinků mají SSRI i antiobsesivní charakter a navíc tedy tlumí obsedantní myšlenky (např. posedlost vzhledem) a zamezují kompulzivité jedinců (např. kontrolování se v zrcadle) (Pope et al., 2002).

3.9.2 Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie, dále jen KBT, představuje v této problematice účinnou metodu, jelikož přímo zasahuje do kognitivních zkreslení tvořících jádro poruchy. Protože je KBT vnímána jako efektivní u PPP, předpokládá se obdobná efektivita i u MD. Jedinci potýkající se s depresí, PPP a dalšími poruchami *body image*, jako je BDD či MD, velmi často doprovází negativní myšlenky. Jejich příkladem může být dle Pope et al. (2002, 232): „*Pokud přiberu jednu libru, budu obézní.*“ „*Pokud nebudu více svalnatý, žádná dívka mě nebude považovat za atraktivního.*“ „*Každý, kdo uvidí můj ošklivý nos, se musí divit, proč jsem nešla*

³ V rámci názorů na ego-syntonii/dystonii se autoři různí. Například Griffiths, Mond, Murray a Touyz (2015) jako ego-syntonní vnímají pouze některé symptomy MD, Olivardia (2001) vnímá veškeré projevy MD jako ego-dystonní.

na plastiku,“ (překlad autora). Ačkoliv si dotyční mohou uvědomovat iracionalitu svých myšlenek, toto vědomí jim není nápomocné a i přesto mohou prožívat intenzivní distress, způsobující ještě hlubší zabřednutí do tíživé problematiky (Grieve et al., 2009; Pope et al., 2002). Osoby se MD disponují řadou zkreslených kognicí týkajících se celkového vzhledu, tvaru těla či cvičebního chování, které jsou třeba v rámci KBT identifikovat, zpochybnit a dysfunkční prvky nahradit. Se zařazením vhodných behaviorálních strategií může být v konečném důsledku dosaženo změny maladaptivního myšlení i chování (Grieve et al., 2009). Co se týče kombinace obou zmíněných metod, byly zaznamenány pozitivní výsledky nejen ve snížení anxiety a celkovém psychickém stavu jedince, ale i zlepšení fungování na veřejnosti a v sociálních vztazích (Pope et al., 2002). Vzhledem k ambivalenci, se kterou jedinci se MD léčbu podstupují, a možným nerealistickým očekáváním, je také vhodnou volbou užití technik transteoretického modelu. Grieve et al. (2009) poukazují na přínos racionálně emoční behaviorální terapie či terapie přijetí a odevzdání. Též je vhodné zahrnutí psychoedukačních témat. Ta mohou nabízet přínosnou diskuzi realistického *body image*, odpovídající výživy, nástupu a rozvoje symptomů MD, nebezpečí plynoucích z užívání anabolických steroidů, kritickou analýzu mediálních vlivů apod. (Grieve et al., 2009, Pope et al., 2002).

Základní kognitivní zkreslení osob se svalovou dysmorfii

Pope et al. (2002) identifikovali nejběžnější kognitivní zkreslení, jichž se osoby se MD dopouštějí.

1. Filtrace - filtrací definujeme proces, ve kterém jedinec ignoruje veškeré pozitivní aspekty situace a věnuje se pouze těm negativním. Příkladem takovéto filtrace může být následující rozhovor: „Potřebuji se zbavit tohoto tuku.“ „A je na tvém těle něco, co bys měl rád?“ „Nejsem si jistý. Vše, co vím, je, že tyto boky musí jít pryč,“ (Pope et al., 2002, 233), (překlad autora).

2. Dichotomní myšlení - jedná se o myšlenkový proces, ve kterém člověk nevnímá situaci v realistickém spektru hodnocení, nýbrž jako úplně dobrou nebo úplně špatnou, jako „všechno nebo nic“. V takovém případě může dotyčný kupříkladu nabývat přesvědčení, že pokud nepůjde jednou cvičit, vše tím zkazí a jeho progres bude zničen (Pope et al., 2002).

3. Výroky „měl/a bych“ - představují kognitivní zkreslení, co přesně by měl jedinec splňovat či jaký by měl být. Tato přesvědčení jsou často nerealistická a vedou k úzkosti,

neboť člověk jakožto oběť tohoto druhu myšlení nemůže svého cíle nikdy dosáhnout. V případě MD se může jednat o přesvědčení „*Měl bych být větší,*“ (Pope et al., 2002, 233), (překlad autora).

4. Čtení myšlenek - jedná se o myšlenkový proces, na základě kterého se člověk domnívá, co si ostatní myslí. V praxi se může jednat o domněnku, že se ostatní dívají na jeho tělo a myslí si, že je příliš drobné. Ačkoliv člověk tuto zkušenost nutně nemusí mít, je o svém mínění přesvědčen. Pope et al. (2002) uvádí příklad rozhovoru s tělesně dysmorfickým pacientem, často používajícím tento typ myšlenkového zkreslení:

„Vím, že se lidé dívají na mé uši a myslí si, že jsou příliš velké.“ „Už vám to někdo někdy řekl?“ „Ne. Ani nemusí. Vidím, jakým způsobem se na mě dívají. Pravděpodobně přemýšlí, proč jsem s nimi ještě nic neudělal,“ (Pope et al., 2002, 234), (překlad autora).

3.9.3 Další léčebné metody

Dle Pope et al. (2002) nebyly zaznamenány žádné vědecké důkazy o účinnosti alternativních terapií jako je herbální medicína, akupunktura či nutriční terapie. Přestože i jiné druhy terapií mohou zaznamenat v léčbě MD pozitivní efekt, autoři se k nim staví poněkud kriticky. Dodávají, že mnohé terapie založené na rozhovoru jsou dle klinické praxe u osob se závažnými problémy v oblasti *body image*, jako je PPP, MD s užíváním steroidů či BDD, málokdy účinné.

Přestože se jedná o dlouhodobý proces, k optimálnímu řešení MD by bylo nutné, aby společnost prošla posunem paradigmatu v přístupu k *body image* a tělu jako takovému, shrnují Leone et al. (2005).

4 Raná maladaptivní schémata

4.1 Pojem schéma a jeho kognitivní koncepce

Schématy, resp. „předchůdci“ jejich dnešní výkladové podoby, se ve variabilních formách zabývali myslitelé již před mnoha lety, například Chrysippus či Immanuel Kant. Koncept schémat je vyjma filosofie a psychologie v širším pojetí užíván i v dalších vědních disciplínách. V rámci psychologie má koncepce schémat poměrně bohatou historii, přičemž je nejvíce zakotvena v psychologii kognitivní (Young, Klosko, & Weishaar, 2003).

Schéma je vysvětlováno jako abstraktní reprezentace charakteristických znaků události. Též může být v kognitivní psychologii pojímáno jako myšlenka abstraktního kognitivního plánu, který slouží jako vodítko pro interpretaci informací a řešení problémů. V rámci kognitivního vývoje je schéma vnímáno jako vzorec pomáhající člověku zprostředkovat percepci, vysvětlit určitou zkušenost či realitu a směřovat či řídit odpověď (Kratochvíl, 2012; Young et al., 2003).

Termín schéma je v psychologii spojován s Jeanem Piagetem, který se věnoval schématům v různých fázích kognitivního vývoje dítěte či Fredericem Bartletttem, jenž demonstroval význam role schémat v učení se novým informacím. K důležité úloze schémat v kognitivní terapii odkazoval Aaron T. Beck. Dle jeho teorie schémata představují soubor elementárních, často nevědomých přesvědčení o sobě, druhých, světě a o tom, co je možné očekávat. Vznik těchto přesvědčení má původ v osobních zkušenostech a identifikaci s významnými osobami. Schémata mají vliv na výběr a zpracování informací včetně volby následného chování. Pomocí schémat (kognitivních struktur) se utváří osobnost. Beck v rámci své teorie mimo jiné určuje polaritu schémat na schémata, která jsou člověku v životě prospěšná, tedy adaptivní a schémata, jenž mohou způsobovat problémy, což jsou schémata dysfunkční neboli maladaptivní. Dále osvětluje význam automatických myšlenek a kognitivních zkreslení (omylů), které jsou přímými důsledky dysfunkčních schémat. Dosah dysfunkčních schémat může být demonstrován na následujícím příkladu, jímž může být pesimistické myšlení depresivního pacienta. Depresivní pacient vnímá sebe, druhé i svět negativně, což má vliv na mnoho oblastí jeho psychického a interpersonálního fungování a vede k somatickým i psychickým příznakům deprese (Hosák, Hrdlička, & Libiger et al., 2015; Kratochvíl, 2012; Raudenská & Javůrková, 2011; Young et al., 2003).

4.2 Youngova definice schémat

Za průkopníka a zakladatele koncepce maladaptivních schémat je považován americký psycholog a psychoterapeut Dr. Jeffery Young, který na počátku 90. let dvacátého století hypotetizoval, že schémata, zejména ta, která vznikají jako výsledek negativních zkušeností v dětství, mohou být jádrem mnoha psychopatologií. Uvažoval zejména o poruchách osobnosti, mírných charakterových problematikách, vztahových problémech a dalších chronických poruchách. Na základě tohoto předpokladu popsal podmnožinu schémat, kterou nazval **raná maladaptivní schémata** (Young, 1999; Young et al., 2003).

Dle Young et al. (2003) lze raná maladaptivní schémata definovat jako sebezničující emocionální a kognitivní vzorce, vznikající v časném vývoji jedince, rozvíjející a opakující se v průběhu života. Jedná se o široké, pervazivní a do značné míry dysfunkční vzorce, sestávající ze vzpomínek, emocí, kognicí a tělesných pocitů, které se týkají jedince samotného nebo jeho vztahů s druhými lidmi. Jednodušeji řečeno jsou tyto kognitivní struktury jakási dlouhotrvající negativní přesvědčení, týkající se jedince samotného, druhých i světa (Young, 1999; Young et al., 2003).

Schémata, především ta, která vznikají jako důsledek toxických zkušeností z dětství a souvisí s interpersonálním světem a Self jedince, mohou být ve svých důsledcích velice škodlivá. Právě takováto schémata nazýváme ranými maladaptivními schématy (Rafaeli, Bernstein, & Young, 2011; Young et al., 2003).

4.3 Charakteristika raných maladaptivních schémat

Schémata vznikají v raném dětství či adolescenci a elaborují se v průběhu celého života. Raná maladaptivní schémata, dále jen EMS, hrají významnou roli v tom, jak se cítíme, myslíme, jednáme a paradoxně nás v dospělém životě vedou k neúmyslnému znovuoobnovení podmínek z dětství, které pro nás byly nejvíce škodlivé. Jedná se tedy o naši zkušenost, která poměrně přesně reflektuje charakter raného prostředí. EMS a maladaptivní styly jednání jsou častým základem chronických problematik, jako je deprese, anxiety, psychosomatické choroby či závislost na substancích (Rafaeli et al., 2011; Young et al., 2003).

EMS slouží jako zkratka, která nás urychleně vede k tomu, co je dle našeho mínění pravděpodobné a ochraňuje nás tím způsobem, že nemusíme opatrně zpracovávat každý detail, s nímž se setkáme. V některých případech jsou tyto mentální zkratky poměrně efektivní

v pomoci ke správnému uchopení situace, v jiných případech nikoliv a mohou být nepřesné a zkreslené (Young et al., 2003).

Kognitivní a vývojoví psychologové předpokládají, že schémata jsou výsledkem obecné lidské tendence ke konzistenci. Pomáhají nám v udržení si stabilního pohledu na sebe sama i náš svět, ať už je tento pohled správný či nesprávný, adaptivní či maladaptivní. Schéma je tím, co jedinec zná a ačkoliv mu může způsobovat utrpení, je to něco, co je člověku dobře známé, bezpečné a pohodlné. Jedná se tedy o zdánlivě správné, avšak paradoxní fungování EMS. Příkladem fungování EMS může být předpoklad, že jedinci, mající jedno ze čtyř nejsilnějších a nejškodlivějších schémat, jako je opuštění/instabilita, emocionální deprivace, nedůvěra/zneužití či defektivita/stud, byli jako malé děti opuštěni, zanedbáni, zneužití či nepřijati. V dospělosti jsou jejich schémata spuštěna takovými událostmi, které i nevědomky vnímají jako podobné traumatickým zkušenostem z dětství. Pokud je schéma spuštěno, zažívají silné negativní emoce, jako jsou smutek, strach, stud či zlost. (Young et al., 2003; Rafaeli et al., 2011).

4.4 Původ raných maladaptivních schémat

Primárním původem a zdrojem EMS jsou toxické zkušenosti z dětství. Mohou být důsledkem dětského traumatu, neuspokojených základních potřeb a dalších negativních zkušeností. Jistou roli v jejich vzniku hraje i temperament. Schémata však nemusí vznikat pouze jako důsledek traumatizace či obdobně negativních zkušeností, ale i na základě přílišné ochrany a hyperprotektivity (Young et al., 2003).

EMS jsou dimenzionální a disponují různým stupněm závažnosti a pervazivity. Silnější schémata jsou typicky rozvinuta dříve. Často se jedná o prožitá traumata v nukleární rodině, obvykle s rodiči. Schémata, která se vyvinula později během dospívání, například v kontaktu s vrstevníky či různými společenskými skupinami, již obvykle nejsou tak silná a pervazivní (Rafaeli et al., 2011; Young et al., 2003).

Závažnější schéma předznamenává intenzivnější, negativnější a déletrvající působení na člověka. Též předpovídá více situací, které ho aktivují. Například u člověka, jenž má zkušenosti se závažnou, častou a opakující se kritikou od obou rodičů, bude pravděpodobně většina jeho sociálních kontaktů aktivovat příslušné schéma. Naopak pokud se dotyčný setkával s mírnější kritikou od jednoho rodiče, příležitostně nebo pozdějších letech, bude toto schéma

spouštěno méně často, například v náročném kontaktu s autoritami stejného pohlaví s tehdy kritizujícím rodičem (Rafaeli et al., 2011; Young et al., 2003).

Young et al. (2003) postulují pět základních potřeb, jejichž narušení predikuje vznik EMS. Jedná se o následující potřeby:

- **potřeba bezpečných vztahových vazeb s druhými** (zahrnující stabilitu, bezpečí, péčování, přijetí);
- **potřeba autonomie, kompetence a identity;**
- **potřeba svobody k vyjádření opodstatněných potřeb a emocí;**
- **potřeba spontaneity a hry;**
- **potřeba realistických limitů a sebekontroly.**

K základním potřebám v dětství Young et al. (2003) představují čtyři typy raných životních zkušeností, vytvářejících EMS.

Toxická frustrace potřeb

Tento typ zahrnuje zkušenosti, kdy dětské prostředí pozbývá naplnění důležitých potřeb jako je stabilita, porozumění, láska a další pozitivní zkušenosti. Na základě frustrace těchto potřeb se obvykle vyvíjí schémata emocionální deprivace či opuštění/instabilita (Young et al., 2003).

Traumatizace či victimizace

Zde jsou zahrnuty zkušenosti, kdy je dítě traumatizováno nebo je mu ubližováno. Rozvíjí se schémata defektivitu/studu, nedůvěry/zneužití nebo náchylnosti ke zranění/nemoci (Young et al., 2003).

Přílišné uspokojování potřeb

Jak bylo již uvedeno, schémata mohou vyjma frustrace potřeb vzniknout i jejich přílišným uspokojováním a hyperprotektivitou. V tomto případě je dítěti poskytováno „příliš mnoho dobrého“, než je pro něj přínosné a je kupříkladu nadměru hýčkáno, rozmazlováno nebo je mu poskytován excesivní stupeň svobody a autonomie bez veškerých limitů. V tomto případě jsou obvykle narušovány jádrové potřeby pro autonomii či realistické limity. Vyvíjí se schémata závislosti/inkompetence nebo nárokování/grandiozity (Young et al., 2003).

Selektivní internalizace či identifikace se špatnými vzory signifikantních druhých

Zde může být příkladem situace, kdy se oběť zneužívání v dětství identifikuje se zneužívatelem, internalizuje jeho postoje, myšlenky, chování apod. a nakonec se sama stane agresorem. Jiným, již méně extrémním příkladem může být situace dítěte, u něhož emocionálně chladné nukleární prostředí zapříčinilo emocionální chlad (Young et al., 2003).

K takovým případům však nemusí nutně docházet a ne všichni jedinci se za stejných podmínek se svými vzory identifikují. Právě k tomuto napomáhají tzv. **copingové styly**. Ve výše uvedeném příkladu se tedy dítě nemusí stát emocionálně chladným, nýbrž se s těmito zkušenostmi vypořádá tak, že se stane naopak pečujícím nebo požadujícím vyjadřování a sdílení emocí. Skutečnost, nakolik dítě internalizuje charakteristiky či se přímo identifikuje s významným druhým, do jisté míry ovlivňuje temperament. Též je temperament významnou determinantou rozvíjení různých copingových stylů (Young et al., 2003)

4.5 Copingové styly

Člověk si za účelem adaptace na EMS vyvíjí copingové styly. Copingové (zvládací) styly jsou vzorce prožívání, hodnocení a chování, které jsou uplatňovány, je-li na psychiku jedince vyvíjena neadekvátní zátěž, v tomto případě vyvolána EMS (Paulík, 2010). Ačkoliv copingové styly chrání před intenzivními a zraňujícími emocemi, které schéma vyvolává, jsou ve skutečnosti neefektivní. Člověku pomáhají vyhnout se schématu, čímž ho však pouze udržují, nikoliv léčí. Na rozdíl od schématu, které zůstává vždy stabilní, se můžeme s EMS v různých životních fázích a situacích vyrovnávat rozličnými copingovými styly. Hlavní copingovou odpovědí je chování. Vyrovnávání se schématu však probíhá i na úrovni kognitivní a emocionální (Rafaeli et al., 2011; Young et al., 2003).

Diferenciací pojmů copingový styl a copingová reakce

Young et al. (2003) diferencují pojmy copingový styl a copingová reakce (odpověď). Osvojené copingové reakce se sdružují do copingového stylu. Copingové styly vyjadřujeme prostřednictvím copingových reakcí. Příkladem může být jedinec se schématem opuštění/instability, který bude v případě spuštění schématu využívat copingový styl vyhýbání se. V situaci, kdy bude dotýčený uvažovat o rozvodu, začne pít alkohol. Právě pití alkoholu bude copingovou reakcí vyhýbavého copingového stylu.

Schéma spouští hrozba, evokující frustraci některé z jádrových emocionálních potřeb, na kterou člověk reaguje v rámci určitého copingového stylu. Tyto copingové styly jsou v dětství adaptivní a jeví se jako zdravý nástroj pro přežití. Maladaptivními se stávají až v průběhu růstu a dospívání, kdy dochází ke změně podmínek, nesoucích s sebou požadavek na zralejší reakce. Kvůli maladaptivním copingovým stylům, neustále potvrzujícím EMS, se však člověk ocitá v zajetí své minulosti (Young et al., 2003).

V analogii se základními reakcemi organismu na hrozbu uvádějí Young et al. (2003) tři copingové styly v reakcích na EMS:

1. Vzdání se

V tomto případě jednotlivci schématu plně podléhají bez síly k vyhnutí se či boji s ním. Akceptují jeho pravdivost, pociťují jeho bolest a jednají způsobem, který schéma utvrzuje. Příkladem může být člověk, který si na základě zkušeností emocionálně deprivace prostředí z dětství nachází partnera stejně emocionálně ohrožujícího jako jeho rodič. Ve spojení s tímto partnerem bude nadále v pasivitě svolný schéma udržovat (Young et al., 2003).

2. Překompensování

Osoby užívající schéma překompensování myslí, cítí a jednají opačným způsobem ke schématu. Překompensování vyvíjí, jelikož jim nabízí alternativu k bolesti, kterou schéma způsobuje. Snaží se být jak jen to je možné odlišným od dítěte, kterým byly, když získaly schéma. Příkladem může být člověk, který se v dětství cítil jako bezcenný, na základě čehož se v dospělosti snaží být perfektní. Pokud bylo dítě utlačované, může být jako dospělý vzdorující, nadměru kontrolované dítě může v dospělosti odmítat jakékoliv formy ovlivňování. Aby se narcistický jedinec necítil méněcenný a ignorovaný, bude dělat vše pro to, aby se cítil speciální a nadřazený. Překompensování je tak jeho copingovým stylem, jímž se vyrovnává se schématem deprivace a defektivity (Young et al., 2003).

3. Vyhnutí se

Tento copingový styl lidem pomáhá organizovat život takovým způsobem, aby schéma nebylo spuštěno. Snaží se chovat tak, jako by schéma neexistovalo. Příkladem může být vyhýbání se intimním vztahům nebo vzdání se pracovní výzvy. Vyhýbají se přemýšlení o schématu, blokují myšlenky a představy, které by ho mohly spustit. Tito jedinci mohou propadat závislosti na alkoholu, drogách, vyhledávat vzrušení, mohou tendovat k přejídání se, promiskuitnímu sexu, kompulzím, workoholismu apod. (Young et al., 2003).

4.6 Modus schémat

V neposlední řadě je před charakteristikou ústřední subkapitoly schémat - maladaptivních domén a samotných EMS důležité objasnit termín modus schémat. Modus schémat si lze představit jako „*Taková schémata nebo schématické operace, adaptivní či maladaptivní, které jsou momentálně u jedince aktivní,*“ (Young et al., 2003, 271), (překlad autora). Schématický modus se může u člověka měnit. V určité chvíli mohou být některá schémata zahrnující copingové odpovědi inaktivní, zatímco jiná mohou být událostmi aktivována a v současném psychickém stavu převládat. Převládající stav v daném bodě času se nazývá schématický modus. Jak jsme již naznačili, vyjma maladaptivních schémat se vyvíjí i schémata adaptivní. Pro každé maladaptivní schéma tedy existuje i korespondující adaptivní forma (Salkovskis, 1996; Schema Therapy Institute, nedat., a, odst. 5; Young et al., 2003).

4.7 Domény raných maladaptivních schémat

Young et al. (2003) na základě teorie schémat rozlišili 18 EMS, organizovaných do pěti domén. Tyto domény odpovídají pěti frustrovaným potřebám z dětství, jimž jsme se věnovali v subkapitole 4.4 Původ raných maladaptivních schémat. Níže bude popsáno pět základních domén a příslušných EMS.

A. Doména oddělení a nepřijetí (odmítnutí)

Jedinci se schématy této domény nedokáží formovat uspokojující a bezpečné vazby s ostatními lidmi. Typicky mají zkušenosti se zneužívajícím, nestabilním, chladným nebo nepřijímajícím prostředím a mnozí z nich prodělali traumatické zážitky. V důsledku toho již neočekávají naplnění stěžejních potřeb lásky, stability, bezpečí, péčování či sounáležitosti. Psychika jedinců v této doméně je obvykle nejvíce zasažena. Radíme sem schémata emocionální deprivace, defektivitu/studu, opuštění/instability, nedůvěry/zneužití a sociální izolace/odcizení (Cameron, nedat; Young et al., 2003; Rafaeli et al., 2011).

Schéma emocionální deprivace - toto schéma představuje očekávání jedince, že jeho emocionální potřeby a touha po citové vzájemnosti nemůže být ostatními naplněna. Jedná se o deprivované potřeby péčování, ochrany či empatie, vyjadřující absenci citové vřelosti, pozornosti, lásky, pochopení, sdílení, ochrany apod. (Young et al., 2003).

Schéma defektivitu/studu - v tomto případě jedinec prožívá negativní pocity ke své osobě v důležitých životních ohledech. Přítomnost tohoto schématu je doprovázena pocity

vlastní nedostačivosti, defektivitu, špatnosti, nechtěnosti, domnělé antipatie sebe sama apod. Může zahrnovat hypersenzitivitu na kritiku, odmítnutí či srovnávání, prožívat pocity studu v rámci vnímaných nedostatků a nejistotu k ostatním lidem (Young et al., 2003).

Schéma opuštění/instability - toto schéma je charakterizováno vnímanou instabilitou a nespolehlivostí blízkých osob. Dotyčný cítí, že druzí nebudou schopni pokračovat v emocionální náklonnosti a spojení, jelikož je vnímá jako nepředvídatelné, nejisté a nespolehlivé. Mohou prožívat obavy, že budou opuštěni kvůli „někomu lepšímu“ či že blízká osoba zemře apod. (Young et al., 2003).

Schéma nedůvěry/zneužití - schéma s sebou přináší očekávání zrady, zranění, podvodu, ponížení, lži, manipulace či využívání od druhých lidí. Dotyčný pociťuje, že bude zraněn a podveden (Young et al., 2003).

Sociální izolace/odcizení - schéma sociální izolace doprovází pocit izolace od ostatních lidí a zbytku světa, pocity odlišnosti od druhých a nepříslušnosti k žádné skupině či komunitě (Young et al., 2003).

B. Doména narušené autonomie a výkonu

Schémata této domény se objevují zejména u osob, jejichž rodinné prostředí bylo extrémně opatrující a starostlivé. V důsledku hyperprotektivity rodiče oslabovali sebedůvěru a neposilovali schopnost samostatného fungování dítěte mimo domov. Očekávání jedinců od sebe sama a okolního světa následně narušuje jejich schopnost autonomie, nezávislého fungování, dobrého výkonu a separace/diferenciace od svých rodičů. Dotyční si obvykle nejsou schopni vytvořit vlastní identitu a samostatný život, stanovit osobní cíle, případně zvládat nezbytné dovednosti. Patří sem schémata závislosti/inkompetence, náchylnosti ke zranění/nemoci, schéma vtažení/nevyvinutého Self a selhání (Cameron, nedat.; Rafaeli et al., 2011; Young et al., 2003).

Schéma závislosti/inkompetence - toto schéma, často se projevující bezmocí, zahrnuje přesvědčení ohledně vlastní neschopnosti kompetentně zvládat každodenní povinnosti bez výrazné pomoci druhých. Může zahrnovat obavy z neschopnosti řešit každodenní problémy, neschopnosti dobrého úsudku a rozhodování, řešení nových úkolů či se o sebe postarat (Young et al., 2003).

Náchylnost ke zranění/nemoci - schéma doprovází přehnaný strach z náhlé, neočekávané katastrofy, které dotyčný nebude schopen zabránit. Obavy se zpravidla zaměřují na zdravotní katastrofy (např. náhlý infarkt), emocionální katastrofy (např. vznik psychické poruchy) či katastrofy externí (např. pád výtahu či letadla nebo napadení pachatelem) (Young et al., 2003).

Schéma vtažení/nevyvinutého Self - vyjadřuje přítomnost excesivní citové vazby s jednou či více blízkými osobami na úkor vlastní individualizace a sociálního rozvoje. Schéma může zahrnovat přesvědčení o nemožnosti prožívání štěstí či dokonce přežití alespoň jedné z osob v případě rozvolnění těsného citového spojení (často s rodiči). Tito jedinci mohou pociťovat prázdnotu, zmítání se ve vlastních problémech a „životních křížovatkách“ bez schopnosti najít směr, jakožto i nedostatečnou individuální identitu až „dušení“ se v tomto vztahu (Young et al., 2003).

Schéma selhání - doprovází pocity o vlastní neúspěšnosti, nešikovnosti, neznalosti a hlouposti či pocity o nízkém statusu své osoby a nedostačivosti vzhledem k ostatním (např. vrstevníkům, spolupracovníkům apod.). Schéma doprovází domnělé přesvědčení o minulém či nevyhnutelném selhání sebe sama (Young et al., 2003).

C. Doména narušených limitů

Jedinci z této domény disponují neadekvátně vyvinutými limity ve vztahu k reciprocitě a sebedisciplíně, na základě čehož mohou mít problémy v kooperaci, respektu k ostatním, držení závazků, povinností nebo dosahování dlouhodobých cílů. Lidé se schématy této domény obvykle vyrůstali v příliš liberálním a benevolentním prostředí a mohou se jevit jako egoističtí, nezodpovědní, narcističtí nebo rozmazlení. Řadíme sem schémata nárokování/grandiozity a insuficientní sebekontroly/sebedisciplíny (Cameron, nedat.; Rafaeli et al., 2011; Young et al., 2003).

Schéma nárokování/grandiozity - zahrnuje subjektivní vnímání vlastní výjimečnosti, nadřazenosti až grandiozity ve srovnání s ostatními. Schéma bývá doprovázeno přesvědčením o zvláštních právech a výsadách své osoby, o nevázanosti k pravidlům reciprocity a možnosti činit nebo mít vše bez ohledu na přiměřenost a realnost požadavků. Může se projevovat přílišnou dominancí za účelem dosažení kontroly, síly a moci. Dále také soutěživostí, snahou o řízení chování druhých či neempatickým sebezprosazováním na úkor ostatních (Young et al., 2003).

Schéma insuficientní sebekontroly/sebedisciplíny - je charakterizováno odmítáním sebekontroly, zodpovědnosti, disciplíny, tolerování frustrace a možných omezení za účelem dosažení osobních cílů. Může být doprovázeno značným důrazem na pohodlí, vyhýbání se bolesti, konfliktu, závazku či přetížení ve prospěch vlastního naplnění (i přes možné překročení osobních morálních zásad apod.) (Young et al., 2003).

D. Doména zaměřená na druhé

Lidé se schématy této domény kladou větší důraz na potřeby druhých než na své vlastní. V kontaktu s druhými lidmi tendují výhradně k potřebám, tužbám a reakcím ostatních a naplňují tak svoji potřebu o udržení emocionálního kontaktu, uznání nebo vyhýbání se pomstě. Často pozbývají povědomí o vlastním hněvu a preferencích. Tito jedinci většinou nedostávali příliš volnosti k jejich přirozeným inklinacím. Typickým rodinným prostředím bylo prostředí podmíněného přijetí, ve kterém museli často potlačovat důležité aspekty vlastní osoby, aby získali uznání a lásku. Radíme sem schémata podmanění, sebeobětování a vyhledávání souhlasu/uznání (Cameron, nedat.; Rafaeli et al., 2011; Young et al., 2003).

Schéma podmanění - schéma doprovází přílišné odevzdání kontroly druhým v důsledku pocitu donucení, obvykle ve snaze vyhnout se opuštění, hněvu či odplatě. Podmanění se týká zejména vlastních potřeb či emocí (potlačování emocionálního projevu, zejména hněvu, nadměrná kompliance apod.). Schéma obvykle zahrnuje vnímanou neoprávněnost/neplatnost vlastních názorů, popřípadě jejich nedůležitost pro ostatní. Potlačování potřeb a emocí často vede pocitům „uvěznění“, hromadění až výbuchům hněvu, psychosomatickým symptomům, užívání návykových látek, pasivní agresivité apod.

Schéma sebeobětování - je definováno přílišným důrazem na plnění potřeb druhých na úkor vlastního uspokojení, často ve snaze o pomoc druhým, zabránění jejich bolesti atd. V případě, že by druhým nebylo vyhověno, mohou tito (často emočně velmi senzitivní) jedinci prožívat pocity viny a sobectví. V rámci tohoto schématu může dotyčný pociťovat, že na jeho potřeby není brán ohled. Jejich chronické neuspokojení se může v důsledku městnání negativních emocí projevat zlobou či mrzutostí k těm, o něž je postaráno (Young et al., 2003).

Schéma vyhledávání souhlasu/uznání - je vyjádřeno přílišným zaměřením se na získání uznání, souhlasu a pozornosti druhých osob. Sebepojetí těchto jedinců často závisí na názoru a reakcích druhých, než na sobě samém. Též se mohou snažit „zapadnout“ i na úkor potlačení vlastních pocitů. Tito jedinci mohou klást důraz na vlastní vzhled, společenské

postavení, peníze či úspěch jako prostředek k získání sociální akceptace, pozornosti nebo obdivu (nikoliv primárně k získání kontroly a moci) (Young et al., 2003).

E. Doména ostražitosti a inhibice

Jedinci této domény potlačují vlastní pocity a impulzy a usilují o rigidní pravidla týkající se jejich výkonu na úkor vlastního sebevyjádření, štěstí, odpočinku, blízkých vztahů nebo zdraví. Rodinné prostředí těchto osob bylo zpravidla represivní, striktní a vážné. Nad radostí a spontaneitou převládala sebekontrola a sebezapření. Místo povzbuzování ke hře, radosti a pozitivnímu vnímání světa byly tyto děti směřovány k citlivosti na negativitu životních událostí a pochmurnost života jako takového. V dospělosti tendují k pesimismu, obavám a strachu ze zhroucení života v případě, že nebudou dostatečně ostražití a opatrní. Tato doména obsahuje schémata negativity/pesimismu, emocionální inhibice, neústupných zásad/hyperkriticizmu a punitivity (Cameron, nedat.; Rafaeli et al., 2011; Young et al., 2003).

Schéma negativity/pesimismu - je vyjádřeno pervazivním zaměřením se na negativní aspekty života (chyby, konflikty, problémy, bolest, smrt atd.), zatímco význam pozitivních/optimistických aspektů je opomíjen a bagatelizován. Dotyční se často obávají vlastních chyb, obvykle pociťují chronické znepokojení a často si stěžují, mohou být ostražití, opatrní či nerozhodní (Young et al., 2003).

Schéma emocionální inhibice - je vyjádřeno nadměrnou inhibicí pocitů, komunikace nebo spontánního jednání za účelem vyhnout se nesouhlasu, ztrátě kontroly či pocitům studu. Inhibice může být patrná u agrese a hněvu, u pozitivních prožitků (např. radosti, náklonnosti či sexuálního vzrušení), též se může projevovat obtížemi v citovém sebeodhalení a nadměrnou racionalitou v emoční oblasti (Young et al., 2003).

Schéma neústupných zásad/hyperkriticizmu - jedinec je přesvědčen o nutnosti usilovat o to, aby splňoval vysoké internalizované normy ohledně chování a výkonu. Schéma je obvykle doprovázeno perfekcionismem, subjektivními pocity tlaku na výkon, nadměrnou pozorností k detailu, hyperkriticizmem k sobě i druhým, zaujetím efektivitou a časem apod. Bývá doprovázeno významným snížením potěšení a radosti, pocitu úspěchu, sebevědomí či schopnosti relaxace s možným dopadem na blízké vztahy a zdraví (Young et al., 2003).

Schéma punitivity - tito jedinci obvykle tendují k netrpělivosti k sobě i druhým, hněvu, odplatě a intoleranci. Též mohou klást přehnaný důraz na plnění očekávaných standardů.

Schéma charakterizuje přesvědčení, že by lidé za své chyby měli být tvrdě potrestáni. Kvůli insuficientní empatii a obtížím s uznáním lidské nedokonalosti dotyční obvykle nesnadno odpouští chyby své i druhých lidí (Young et al., 2003).

4.8 Schématerapie

Za účelem pomoci lidem nalézt adaptivní způsob uspokojení jádrových emocionálních potřeb byla vyvinuta schématerapie. Jedná se o integrativní přístup spojující prvky kognitivní a kognitivně behaviorální terapie, gestalt terapie, attachmentu, teorie objektních vztahů a dalších empirických terapií. Ohniskem zaměření schématerapie jsou EMS.

Její hlavním cílem je oslabení maladaptivních copingových modů, posílení modu „zdravého dospělého“ a znovunavázání kontaktu s jádrovými potřebami a pocity. Schématerapie léčí EMS, rozbíjí schémata řízené životní vzorce a pomáhá dovést jádrové potřeby k uspokojení v každodenním životě (Schema Therapy Institute, nedat., a, odst. 6). Pomocí schématerapie je postupně dosaženo změny kognitivních vzorců spojených s EMS. Též je snížena intenzita emočních vzpomínek i tělesných pocitů, které schéma provází. Maladaptivní reakce a zvládací styly jsou tak postupně nahrazeny adaptivními vzorci chování (Rafaeli et al., 2011; Young et al., 2003).

5 Attachment

5.1 Definice attachmentu

Jelikož se v této práci vyjma ústředních konstruktů zabýváme i vztahovou vazbou, představíme stručně její principiální teoretické zázemí se zaměřením na typy vztahové vazby.

Je nesporné, že první vztah jedince s pečující osobou ovlivňuje pozdější vztahové prožívání, očekávání i celkový charakter budoucích vztahů. Vytváření citové vazby k pečující osobě je vrozenou tendencí nejen u lidí, ale u celé řady živočichů (Slaměník, 2011; Vavrda, 2004).

Attachment (neboli citová vazba, pouto, přichylnost či přilnutí) je základní potřeba dítěte bezpečného vztahu s pečovateli, zejména s matkou. Jedná se o proces vznikající v raném dětství, kdy dítě postupně přilíná osobě, u níž hledá bezpečí. Takovýto vztah vzniká v interakci s pečující osobou, která je k dítěti vřelá, vnímavá a otevřená. Právě u osoby připoutání hledá dítě jistotu a bezpečí, na základě čehož může později přirozeně poznávat a objevovat svět, explikuje Slaměník (2011).

Léčbych (2013) vztahovou vazbu popisuje jako jedinečné citové pouto mezi dítětem a pečující (nejčastěji mateřskou) osobou, vznikající na základě bazální důvěry či nedůvěry a tvořící základ pro pozdější budování komplexních vztahů.

5.2 Teorie attachmentu

Zakladatelem teorie attachmentu je anglický psychoanalytik a psychiatr John Bowlby, inspirovaný teoriemi Williama Blatze, Reného Spitze či Karla Lorentze (Slaměník, 2011). Bowlby tento biologicky determinovaný pudový systém popisuje jako „*trvalé emoční pouto, charakterizované potřebou vyhledávat a udržovat blízkost s určitou osobou, zejména v podmínkách stresu,*“ (Bowlby, 1969, in Kulíšek, 2000, 406). Dle Bowlbyho se dítě rodí s přirozenou potřebou budování těsného vztahu s pečující osobou, přičemž jeho vytvoření a zdárný průběh závisí na obou stranách, na matce i dítěti. Pokud tato potřeba není naplněna, povede u dítěte k částečné či plné deprivaci. Na základě předchozích terapeutických zkušeností Bowlby dochází k závěru, že kvalita attachmentu je stěžejní nejen pro zdravý psychický vývoj člověka, ale i pro jeho přežití. Citovou vazbu vnímá jako základní potřebu nejen během dětství, ale v průběhu

celého života (Hosák et al., 2015; Léčbych & Pospíšilíková, 2012; Slaměník, 2011; Vavrda, 2004).

Jak prezentuje Vágnerová (2012), nejsnazší období pro vytváření standardní citové vazby je období tzv. senzitivní fáze vývoje dítěte, zatímco po jejím uplynutí může být její navázání obtížné. Pro počáteční vývoj vztahu je významným mezníkem kojení. Blízkost mezi osobou attachmentu a dítětem budí pocit lásky a bezpečí, přičemž její znemožnění způsobuje úzkost, případně smutek a hněv (Slaměník, 2011). Pro vytvoření citové vazby jsou stěžejní sociální interakce. Dítě může navázat citovou vazbu ke komukoliv, kdo se pro něj stane útočištěm bezpečí a důvěry. Přestože je významnost matky nepopíratelná, Bowlby za mateřskou osobu neoznačuje výlučně biologickou matku, ale jakéhokoliv jedince, který bude schopen navázat s dítětem takovýto vztah. Mechanismus citové vazby se projevuje po celý život člověka, na raných letech však záleží, jaký typ vazby se utvoří. Proces vytváření attachmentu vrcholí mezi druhým a třetím rokem života a končí schopností dítěte separace od pečující osoby. Pečující osobu, s níž je navázána citová vazba, nazýváme **attachmentovou figurou** (Slaměník, 2011; Vavrda, 2004, Willerton, 2012).

Prvotní zkušenosti vztahu s mateřskou osobou přetrvávají v nevědomí a mohou se v životě člověka demonstrovat různým způsobem. Dle Bowlbyho je attachment jakýmsi předobrazem budoucích interpersonálních vztahů. Pokud je pečující osoba dítěti dostupná, stabilní, podporující a citlivě naplňuje jeho potřeby, vedou tyto interakce k rozvinutí bezpečné vazby a pozitivních **vnitřních pracovních modelů**. Ty Bowlby definuje jako mentální reprezentace sebe sama, pečující osoby, druhých lidí a obecného fungování vztahů. Zatímco je-li vztahová osoba odmítavá, v náročných situacích nedostupná či ve svém chování nepředvídatelná, bude dítě tendovat k nejistotě, úzkosti, strachu či pocitům bezcennosti. Jak pozitivní, tak negativní zkušenosti se postupně fixují jako mentální reprezentace vztahu a stávají se základem pro psychosociální vývoj a fungování dítěte (Léčbych, 2013; Léčbych & Pospíšilíková, 2012; Vágnerová, 2012; Willerton, 2012).

5.3 Typy vztahové vazby

Bowlbyho teorii attachmentu rozvinula jeho spolupracovnice Mary Ainsworthová, která svým experimentálním pozorováním zvládnutí krátkodobé separace dětí od matek položila základy typologie vztahové vazby. Ainsworthová identifikovala tři typy vztahové vazby

mezi dítětem a pečující osobou a to bezpečnou, úzkostně vyhýbavou a úzkostně ambivalentní. Úzkostně vyhýbavá (též vyhýbavá) a úzkostně ambivalentní (též úzkostná) vazba je dle Léčbycha a Pospíšilíkové (2012) základním projevem problematických pracovních modelů. Právě vnitřní pracovní modely slouží jako šablona pro budoucí utváření vztahů (Léčbych & Pospíšilíková, 2012; Slaměník, 2011; Willerton, 2012).

Jistý typ (*secure attachment*)

Jistý typ attachmentu je ideálním a také nejčastějším typem připoutání. Pro děti s tímto typem vazby je osoba attachmentu jakousi bezpečnou základnou, ke které se mohou v případě nejistoty či ohrožení kdykoliv vrátit. Takovéto děti zpravidla disponují pozitivním sebepojetím. V případě nepřítomnosti pečovatele prožívají nepohodu, která po navrácení vztahové osoby mizí. Pečovatele radostně vítají, projevují mu kladné emoce a těší se z tělesného kontaktu. Pokud je osoba attachmentu přítomna, aktivně se pouští do explorační prostředí (Léčbych, 2013; Willerton, 2012).

V dospělosti jsou osoby s jistým typem připoutání schopny otevřenosti, seberegulace, blízkosti, sebeodhalení a intimity. Tito jedinci se ve vztazích cítí uvolněně, bezpečně a nečiní jim potíže důvěra v sebe sama i druhé. Též jsou schopni dobře reagovat na chování a emoce druhých, prožívají menší psychickou zátěž a lépe se vyrovnávají se zátěžovými situacemi (Obegi & Berant, 2009, in Léčbych, 2013; Slaměník, 2011).

Úzkostný (nadměrně zaujatý) typ (*preoccupied attachment*)

Charakteristickým znakem úzkostného typu je ambivalence. Po odloučení od pečující osoby prožívá dítě silný diskomfort a reaguje značnou nespokojeností, zatímco po jejím návratu jedná ambivalentně a osciluje mezi tendencí k blízkosti a odporu z kontaktu. Tyto děti jsou oproti prvnímu typu více úzkostné, závislé na pečovateli a mohou se až jevit jako nešťastné či bezmocné. Ačkoliv jsou matky svolné k tělesnému kontaktu a o dítě projevují zájem, jejich chování je nestálé. Také velmi často nesprávně interpretují dětské emoční projevy, oproti prvnímu typu projevují méně empatie a citlivosti na dětský pláč a reagují nedůsledně (tedy někdy reagují a někdy nikoliv). Zpravidla oscilující mezi laskavým přijetím a odmítáním dítěte. Výsledkem tohoto chování je, že dítě nenabyde potřebné jistoty a naučí se, že na zájem rodiče se nelze spolehnout. Takovéto děti se později projevují jako úzkostné, nejisté rodičovskou láskou, s menší důvěrou ve vztahy (Léčbych, 2013; Vavrda, 2007; Willerton, 2012).

V dospělém věku se tito jedinci jeví jako úzkostní, závislí, bojácní a emocionálně labilní. Mívají negativnější sebepojetí, v partnerských vztazích mohou tendovat k nedůvěře, žárlivosti a chronickému hledání nedostatků, zejména na emocionální úrovni. V takovém případě je přílišné sebeodhalení a prosazování potřeb doprovázeno nedůvěrou, necitlivostí a kritikou partnera především kvůli jeho nedůvěryhodnosti, nejistotě a nedostačivé péči. Případný rozchod je prožíván velmi intenzivně (Hazan & Shaver, 1987, 1994, in Slaměník, 2011; Léčbych, 2013).

Vyhýbavý (distancovaný) typ (*dismissing avoidant attachment*)

Charakteristickým znakem tohoto typu je vyhýbání se. Děti s tímto typem vazby po matčině odchodu nebyly úzkostné, po jejím návratu nevyhledávaly útěchu a matku spíše ignorovaly. Takovýto typ vazby predikuje méně častá komunikace a tělesný kontakt matky s dítětem či jeho úplné odmítání. V důsledku toho dítě potlačuje emoce, až dochází k přerušení kontaktu s nimi. Matky těchto dětí bývají zpravidla nestabilní, netrpělivé a poměrně snadno se rozzlobí. Za jistých okolností se mohou ve vztahu k dítěti projevovat až negativně (Léčbych, 2013; Slaměník, 2011; Vavrda, 2007).

Pro tento typ vztahové vazby je typická určitá distancovanost a emoční chlad. Tito jedinci se vyhýbají interpersonálním vztahům vyžadujícím emoční angažovanost, blízkost a intimitu. Cítí se diskomfortně v těsných vztazích, které s sebou nesou požadavek na sebeodhalení, otevřenost a emoční vzájemnost. Na partnerství nahlíží pesimisticky a ke svým partnerům bývají necitliví a nedůvěřiví. Bezpečně se cítí až tehdy, nejsou-li v blízkých vztazích angažováni. Mají spíše pozitivní sebehodnocení a disponují sklony k perfekcionismu. Vyhýbání se je konsekvencí obav z blízkosti a intimity (Hazan & Shaver, 1987, 1994, in Slaměník, 2011; Léčbych, 2013; Winnicot, 1998, in Léčbych, 2013).

Bázlivě vyhýbavý typ (*fearful avoidant attachment*)

Čtvrtý typ attachmentu doplnily Main a Solomon (1990, in Léčbych, 2013), které si povšimly dezorganizovaného a protichůdného chování u dětí, jejichž způsob vazebného chování nebylo možné zařadit do předchozích třech typů. Tyto děti se chovaly nepředvídatelně a chaoticky, kdy afiliativní počínání střídala náhlá vyhýbavost. U dětí se objevovalo excentrické chování jako je *freezing*, chůze v kruhu, strnulost výrazu či stereotypie. Bylo zjištěno, že se takovéto chování objevuje u dětí se závažnou traumatickou zkušeností, jako je sexuální zneužívání či týrání (Léčbych, 2013). Jak poznamenává Vavrda (2005, in Léčbych, 2013),

přestože jsou behaviorální charakteristiky těchto dětí během předškolního věku nahrazeny organizovanějšími vzorci chování, promítají se v určité podobě i do dospělosti. Jejich vztahy provází chaos, dezorganizace, nejistota a nepředvídatelnost. Často prožívají útrpné pocity viny, nejistoty a je opakován tragický scénář z dětství, kdy dítě, ačkoliv je velmi nešťastné, není schopné opustit svoji vztahovou osobu.

Dvojdimenzionální pojetí vztahové vazby

Autoři Brennan, Clark a Shaver (1998) a Fraley a Waller (1998, in Léčbých, 2013) navrhli vhodnější pojetí vztahové vazby v dospělosti jakožto dvojdimenzionálního prostoru vyjádřeného **vztahovou úzkostí** a **vztahovou vyhýbavostí**. Vztahovou úzkostí lze charakterizovat jako strach z opuštění, odmítnutí a separace a v rámci dvojdimenzionálního prostoru vyjádřit „*vysokou mírou úzkosti a nízkou mírou vyhýbavosti*,” (Léčbých, 2013, 104). Zatímco vztahová vyhýbavost je vyjádřena prožívaným diskomfortem v intimních situacích a situacích předpokládajících závislost na jiné osobě. Vztahovou vyhýbavost lze vyjádřit „*vysokou mírou vyhýbavosti a nízkou mírou úzkosti*,” (Léčbých, 2013, 104). V rámci komplexity je třeba zmínit i třetí definovaný typ bázlivě-vyhýbavý, jenž je vyjádřen vysokými skóry v obou zmiňovaných dimenzích (Léčbých & Pospíšilíková, 2012).

6 Studie příbuzné problematiky

Jelikož dosud nebyly nalezeny studie ozřejmující vztah mezi EMS a MD (či BDD), pokládáme za nejbližší „záchytný bod“ výsledky studií EMS u etiologicky, komorbidně či jinak blízkých poruch. Pro přiblížení problematiky tedy uvedeme několik studií vztahu EMS a attachmentu a následně EMS u poruch, které dle rešerše pramenů pokládáme za MD velmi blízké.

6.1 Souvislost schémat se vztahovou vazbou

V souladu s teorií attachmentu a teorií objektních vztahů Young et al. (2003) předpokládají, že rané zkušenosti s pečovatelskou figurou formují pozdější blízké vztahy člověka. Jak jsme již zmiňovali výše, jistá citová vazba, vznikající v důsledku bezpečného naplňování potřeb, se později manifestuje v naší schopnosti formovat zdravé blízké vztahy. Pokud je však citová vazba v dětství narušena, je naše schopnost tvořit důvěrné a vzájemně naplňující vztahy nepříznivě ovlivněna. Výsledkem toho je vytvoření EMS, tedy nevědomého očekávání, že blízké vztahy budou stejně nepříznivé jako v minulosti. Young a jeho kolegové tedy předpokládají, že původ EMS tkví v dětství (či adolescenci) a vyvíjí se z neuspokojených či nadměrně uspokojovaných potřeb. Jako nejsilnější schémata se jeví právě ta ve zkušenosti s attachmentovou figurou (Strack, 2006; Young et al., 2003).

K zajímavým výsledkům došli ve své longitudinální studii attachmentu a EMS Simard, Moss a Pascuzzo (2011). U participantů byl ve věku pěti až sedmi let zjišťován attachment Testem neznámé situace Ainsworthové a ve věku 21 let vztahová vazba v dospělosti prostřednictvím Experiences in Close Relationships (ECR) a EMS prostřednictvím Young Schema Questionnaire (YSQ). Výzkum dokončilo 60 osob. Výsledky potvrdily vyšší zastoupení EMS u ambivalentního typu vazby v dětství a úzkostného typu vazby v dospělosti. Autoři predikují, že právě nejistota a nespolehlivost v attachmentové figurě by mohla předznamenávat vznik EMS.

Studie Mason, Platts a Tyson (2005) našla spojitost nejisté citové vazby s EMS u 72 klinických pacientů. Výsledky ukázaly, že 81 % participantů mělo nejistou vazbu. Nejsilnější schémata byla identifikována u bázně vyvíbavého typu, přičemž počtem schémat hojně zastoupený se ukázal i typ úzkostný.

V neposledním případě doplňujeme studii Fabris, Longobardi, Prino a Settanni (v tisku), kteří jako první prozkoumali vztah mezi MD a vztahovou vazbou v dospělosti. U 170 jedinců zabývajících se *bodybuildingem* bylo metodou Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI) zjišťováno riziko přítomnosti MD a metodou Attachment Style Questionnaire (ASQ) dimenze vztahové vazby. Bylo zjištěno, že participanti s rizikem MD vykazovali oproti skupině nerizikové signifikantně vyšší skóry ve všech dimenzích vztahové vazby v dospělosti, vyjma dimenze sebedůvěry. Přítomnost rizika MD tedy byla spojena s nejistou vztahovou vazbou, zejména s vazbou vyhýbavou. Autoři studie dodávají, že srovnání výsledků jedinců s rizikem MD s populační normou nevykázalo signifikantní rozdíl. A dále, srovnání jedinců zabývajících se *bodybuildingem* bez rizika poruchy (původně komparativní skupiny) s populační normou ukázalo, že skórovali výrazně níže než obecná populace (především v dimenzích představujících úzkostný typ). Autoři vyslovují myšlenku o možných pozitivních faktorech participace na *bodybuildingu*.

6.2 Raná maladaptivní schémata u příbuzných poruch

Raná maladaptivní schémata a obsedantně kompulzivní porucha

Kim, Lee a Lee (2014) provedli studii zjišťující EMS u 57 pacientů s OCD. Jedinci s OCD vykazovali oproti komparativní skupině signifikantně vyšší skóry ve schématech nárokování/grandiozita, sociální izolace/odcizení a selhání. Signifikanci schématu selhání potvrdila i studie Thiel et al. (2014), zkoumající 70 pacientů s OCD. Vyjma schématu selhání prokázalo významost i schéma emocionální inhibice.

K jiným výsledkům došli Yoosefi et al. (2016), zjišťující EMS u pacientů s OCD a úzkostnými poruchami. Pacienti s OCD vykazovali silnější EMS, než jedinci ze skupiny úzkostných poruch i ze skupiny komparativní. Oproti úzkostným pacientům vykazovali silnější schémata defektivitu/studu, nedůvěry/zneužití a emocionální deprivace. Taktéž bylo zjištěno, že schémata defektivitu/studu, náchylnosti ke zranění/nemoci, neústupných standardů/hyperkriticizmu a sociální izolace/alienace nejvíce vysvětlovala varianci symptomů OCD. Významnost schématu neústupných standardů/hyperkriticizmu u OCD potvrdila i studie Jovev a Jackson (2004).

Studie Atalay, Atalay, Karahan a Çaliskan (2008), zkoumající EMS u 45 pacientů s OCD, uvedla jako signifikantní schémata sociální izolace/odcizení, pesimismu a náchylnosti ke zranění/nemoci. Již s nižší signifikancí, ale přesto významných, se oproti komparativní skupině ukázalo dalších osm schémat. Jednalo se o schémata emocionální deprivace, defektivitu/studu, selhání, závislosti/inkompetence, podmanění, neústupných zásad/hyperkriticizmu, nárokování/grandiozity a vyhledávání schválení/uznání.

Studie Shariatzadeh, Vaziri a Mirhashemi (2015) 38 pacientů s OCD a 44 pacientů s anankastickou poruchou osobnosti našla jako významná všechna EMS vyjma schémat sebeobviňování a insuficientní sebekontroly/sebedisciplíny.

Raná maladaptivní schémata a poruchy příjmu potravy

Mačik a Sas (2015) posuzovali efekt schématerapie na intenzitu EMS u 30 anorektických žen. Participantky byly mimo jiné podrobeny vyplnění dotazníku YSQ-S3, který jako nejsilnější schémata odhalil neústupné zásady/hyperkriticizmus a opuštění/instabilitu. Studie prokázala, že intenzita všech schémat po dokončení terapeutického programu poklesla, přičemž většina změn prokázala statistickou významnost. Co se týče nejsilnějších schémat, jejich kompozice se statisticky signifikantně nezměnila, ale byla zjištěna změna ve vzájemných vztazích mezi schématy. EMS se tedy ukázala jako perspektivní konstrukt pro lepší porozumění mentální anorexii a schématerapie jako efektivní program pro její léčbu.

Waller, Ohanian, Meyer a Osman (2000) zkoumali EMS u 50 žen s PPP. Participantky byly rozděleny do třech skupin dle typů poruch - mentální bulimie, bulimie-anorexie a záchvatovité přejídání. Oproti komparativní skupině ženy vykazovaly signifikantně více EMS. Byly identifikovány tři typy schémat, diferencující mezi uvedenými skupinami. Schémata defektivitu/studu a insuficientní sebekontroly/sebedisciplíny se ukázala jako určující pro skupinu mentální bulimie. Schéma selhání dosahovalo vysoké významnosti u záchvatovitého přejídání. Všechna tři zmíněná schémata byla významná pro skupinu bulimie-anorexie.

Studie Pauwels et al. (2013) zkoumala mimo jiné rozsáhlý vzorek žen s PPP (n = 218). Největší podíl zaujímaly pacientky s mentální anorexií (n = 143), dále pacientky s mentální bulimií (n = 67) a osm participantek nespecifikovaných PPP. Participantky byly rozděleny do několika skupin dle subtypů jednotlivých druhů PPP. Nejvyšších skóreů dosahovaly

ve schématu neústupné zásady/hyperkriticismus (což se jako nejvýznamnější schéma ukázalo i u jedinců se závislostí na alkoholu a jiných substancích) a dále sebeobviňování. Další vysoký skór byl nalezen u schémat sociální nevhodnost⁴ a selhání.

Ve studii 36 adolescentních dívek se dvěma subtypy mentální anorexie Damiano, Reece, Reid, Atkins a Patton (2015) identifikovali (v komparaci se skupinou 111 středoškolských studentek) u závažně patologické mentální anorexie charakteristická schémata sociální izolace a emocionální inhibice. Též bylo zjištěno, že závažnější patologie mentální anorexie predikovala vyšší míru psychologické maladjustace.

Shrnutí uvedených studií

Dle uvedených studií vztahové vazby a EMS vykazovali celkově silnější schémata jedinci s **nejistou vazbou**. Ve studii vztahové vazby u jedinců zabývajících se *bodybuildingem* byla přítomnost rizika MD spojena s nejistou vztahovou vazbou, zejména s vazbou vyhýbavou. Vyjma shodně identifikovaných schémat, jako je například emocionální deprivace, selhání a náchylnost ke zranění/nemoci u OCD či neústupné zásady/hyperkriticismus a selhání u PPP se výzkumy ve svých poznatcích různí. Jádrem výše zmíněných studií je však zjištění, že jedinci s příslušným onemocněním vykazovali **signifikantně silnější schémata**, než jedinci z komparativních skupin. Jak postulují Young et al. (2003) a dokládají uvedené studie, EMS se ukazují jako konstrukt, zaujímající významné místo v jádru některých duševních poruch, včetně PPP či OCD. Jistou spojitost s EMS prokázala i vztahová vazba.

Ačkoliv jsou uvedená zjištění pro konstrukt EMS či *poruchy body image* (v případě studií EMS u PPP) významná, bohužel nevypovídají o charakteristice MD, a tak je potřebné možné predikce pro MD pojmát opatrně. Shrnutím této kapitoly přecházíme do empirické části diplomové práce, kde se budeme věnovat MD ve spojitosti s EMS a vztahovou vazbou.

⁴ Schéma sociální nevhodnost (*social undesirability*), přítomné v YSQ-L2, již ve zkrácené verzi dotazníku a ve verzích pozdějších nefiguruje, neboť není považováno za samostatný faktor, nýbrž za podmnožinu schématu defektivitu/studu (Schema Therapy Institute, nedat., b; Young et al., 2003).

EMPIRICKÁ ČÁST

7 Výzkumný problém, cíle a hypotézy

V následující kapitole se orientujeme na vymezení zkoumané problematiky, stanovení výzkumných cílů a hypotéz.

7.1 Výzkumný problém

V teoretické části jsme se vyjma souvisejících témat podrobně zaměřili na ústřední problematiku výzkumu - svalovou dysmorfii⁵. Jak jsme již zmiňovali, svalová dysmorfie je u nás poměrně novou oblastí s minimálním teoretickým a empirickým zázemím. Více informací poskytují zahraniční studie. Nicméně i přes jejich vzrůstající počet v posledních letech se jedná o fenomén z mnoha úhlů neprobádaný a v detekci poměrně problematický, neboť vzniká extrémizací zdraví prospěšných aktivit. Teoretický rámec poznání (včetně aktuálnější literatury) je z většiny ukotven v původních pramenech a studiích z konce 20. a počátku 21. století. Ačkoliv se jedná o prameny kvalitní, žádá si tato problematika aktualizovaných poznatků a hlubšího bádání, které by pomohly problému lépe porozumět. Zejména v posledních letech, kdy nabývá důraz na kult těla značných rozměrů, se tato tematika stává stále aktuálnější. Na základě inspirace předchozími výzkumy jsme se zaměřili na populaci praktikující zejména *fitness* a *bodybuilding*. Rozhodli jsme se u našeho českého vzorku prozkoumat riziko svalové dysmorfie a porovnat ho s rizikem Adonisova komplexu, který je dle některých autorů vnímán jako její ekvivalent (např. Latorre-Román et al., 2014; Wilmschurst, 2014), zatímco jiní autoři je mírně odlišují (např. Kelly, 2016; Pope et al., 2002). V analogii s Young et al. (2003), kteří upozornili na původ mnoha psychopatologií v raných zkušenostech a nenaplněných potřebách, jsme tento fenomén zkoumali v kontextu EMS. Právě prostřednictvím EMS je možné získat hlubší náhled do jedinečných charakteristik mnoha psychických problémů a onemocnění. Jako doplnění jsme zvolili zjištění vztahové vazby, která dle Young et al. (2003) a některých studií,

⁵ Kvůli zvýšení přehlednosti empirické části opouštíme od zkratk MD a BDD a budeme používat pouze jejich plnou verzi. Zkratka EMS bude vzhledem ke své délce zachována.

jinž jsme se věnovali v předchozích kapitolách, hraje v rámci EMS důležitou roli. V návaznosti na výše zmíněné skutečnosti jsme si stanovili několik cílů diplomové práce.

7.2 Výzkumné cíle

Za hlavní cíl pojmáme rozšíření výzkumného poznání ohledně fenoménu svalové dysmorfie. Cílem je též studium svalové dysmorfie u českého vzorku dospělé populace v kontextu vybraných proměnných. V následujících bodech budeme zvolené cíle charakterizovat konkrétněji:

- 1.** Jako první cíl pojmáme zjištění možného rozdílu mezi muži a ženami v riziku Adonisova komplexu a svalové dysmorfie, včetně vztahu mezi těmito dvěma koncepty.
- 2.** Druhým cílem je porovnání dvou skupin jedinců, skupiny s rizikem přítomnosti svalové dysmorfie a skupiny nerizikové v kontextu EMS a dimenzí vztahové vazby.
- 3.** Jako třetí cíl jsme si stanovili studium vztahu proměnné MASS, představující svalovou dysmorfii, s EMS a dimenzemi vztahové vazby.
- 4.** Čtvrtým stanoveným cílem je studium vztahu mezi výsledky nástroje zjišťujícího EMS a dimenzemi vztahové vazby.

7.3 Výzkumné hypotézy

V této kapitole vyjadřujeme cíle odpovídajícími hypotézami. Teoretické zázemí hypotéz více rozvádíme v rámci diskuze výsledků v kapitole 11. Níže uvádíme stručný přehled jejich teoretického zázemí. Ke stanoveným hypotézám uvádíme doplňkovou explorační část.

Ad 1. cíl: Tvorba hypotéz H1 až H3 je teoreticky ukotvena v pojetí termínů dle Pope et al. (2002) a inspirována nejasnou terminologií o jejich odlišnosti (např. Babusa et al., 2015, Pope et al., 2002) či totožnosti (např. Latorre-Román et al., 2014; Wilmschurst, 2014). Dle inspirace studií žen v této oblasti (Pope et al., 1997), klinickými poznatky Pope et al. (2002) a blízkostí obou konceptů byly stanoveny následující hypotézy:

H1: Existuje statisticky významný pozitivní vztah mezi MASS a ACQ.

H1a: Existuje statisticky významný pozitivní vztah mezi MASS a ACQ u mužů.

H1b: Existuje statisticky významný pozitivní vztah mezi MASS a ACQ u žen.

H2: Muži vykazují statisticky významně vyšší skóry v MASS než ženy.

H3: Muži vykazují statisticky významně vyšší skóry v ACQ než ženy.

Ad 2. cíl: Young et al. (2003) předpokládají relevanci EMS u mnoha poruch. Ty se dle autorů rozvíjejí v dětství a adolescenci a promítají do blízkých vztahů jedince. Teoretické ukotvení jsme našli v teorii EMS, attachmentu a provedených studiích u klinických skupin (např. Kim et al., 2014; Mason et al., 2005; Waller et al., 2000).

H4: Jedinci výzkumné skupiny dosahují v YSQ-S2 celkově vyšších skóre než komparativní skupina.

H5: Existuje rozdíl ve vztahové úzkostnosti dotazníku ECR mezi jedinci z výzkumné a komparativní skupiny.

H6: Existuje rozdíl ve vztahové vyhýbavosti dotazníku ECR mezi jedinci z výzkumné a komparativní skupiny.

Ad 3. cíl: V predikci možného vztahu mezi proměnnými jsme se inspirovali jednak provedenými studiemi, například u PPP či OCD (viz Atalay et al., 2008; Kim et al., 2014; Waller et al., 2000), ale především možnými souvislostmi vyvstávajícími z pramenů věnujících se EMS (Young et al., 2003), prediktorům tělesné nepokojenosti, například předpoklad vlivu osobních zkušeností, rodinného prostředí či vrstevníků (viz Pope et al., 2002; Rumsey & Harcourt, 2014), etiologii a dalším charakteristikám svalové dysmorfie (Grieve, 2007; Olivaria, 2001).

H7: Existuje statisticky významný vztah mezi MASS a YSQ-S2.

H8: Existuje statisticky významný vztah mezi MASS a vztahovou úzkostností dotazníku ECR.

H9: Existuje statisticky významný vztah mezi MASS a vztahovou vyhýbavostí dotazníku ECR.

Ad 4. cíl: Teoretické predikce Young et al. (2003), studie vztahové vazby autorů Mason et al. (2005) či Moss et al. (2011) atd., kteří poukázali na spojitost mezi vztahovou vazbou a EMS, byly mimo jiné inspirací pro následující hypotézy.

H10: Existuje statisticky významný vztah mezi YSQ-S2 a vztahovou úzkostností dotazníku ECR.

H11: Existuje statisticky významný vztah mezi YSQ-S2 a vztahovou vyhýbavostí dotazníku ECR.

Explorace:

Jelikož prozatím neexistuje teoretické ani empirické zázemí pro jednotlivá EMS u svalové dysmorfie, rozhodli jsme se pro jejich zmapování. V rámci explorace tématiky jsme se rozhodli zjistit, zda a popřípadě jaká schémata jsou pro výzkumnou skupinu signifikantní. Exploraci EMS pojímáme jako doplňkovou analýzu.

8 Metodika

8.1 Typ výzkumu

Pro uskutečnění výzkumu a získání dat jsme zvolili kvantitativní přístup za použití metody dotazníkového šetření. Vzhledem k povaze zkoumané oblasti, která prozatím nedisponuje dostatečným teoretickým i empirickým zázemím, jsme pojali výzkum zejména explorativně. Výzkum zaměřený na exploraci problému se orientuje na zkoumání podstaty jevu, jeho charakteristik a vzájemných vztahů. Právě odkrytí možných souvislostí a vlastností fenoménu může přinést nová zjištění a rozvoj dosavadního poznání (Reichel, 2009). Přesněji bylo pro realizaci výzkumu využito neexperimentálních výzkumných projektů a to kombinace korelačního výzkumu a komparativní (srovnávací) studie, přičemž cílem bylo především explorovat. Pomocí korelačního výzkumu jsou zjišťovány souvislosti mezi danými proměnnými včetně těsnosti vztahu mezi nimi. Cílem srovnávacího výzkumu je porovnání souborů populací v kontextu zvolených charakteristik (Jeřábek, 1992; Ferjenčík, 2010). Prostřednictvím korelačního výzkumu jsme zjišťovali některé souvislosti mezi zkoumanými proměnnými. Pomocí komparativního výzkumu jsme porovnávali výsledné skóry mužů a žen v dotaznících zjišťujících Adonisův komplex či svalovou dysmorfii a dále pak výsledné skóry výzkumné a komparativní skupiny v dotaznících zjišťujících raná maladaptivní schémata a vztahovou vazbu. V rámci explorace jsme se zaměřili na detekci možných významných EMS pro výzkumnou skupinu.

8.2 Metody sběru dat

Výzkumná data jsme sebrali prostřednictvím dotazníkové baterie.

8.3 Metody výzkumu

8.3.1 Muscle Appearance Satisfaction Scale (MASS)

Pro zjištění rizika svalové dysmorfie a zařazení respondentů do výzkumné a komparativní skupiny jsme použili Muscle Appearance Satisfaction Scale, dále jen MASS. MASS je jedním ze základních a v současnosti hojně užívaných nástrojů pro detekci svalové dysmorfie (Reel, 2013). Jedná se o multidimenzionální sebesposuzovací nástroj, vyvinutý autory Mayville, Williamson, White, Netemeyer a Drab (2002), hodnotící symptomy svalové

dysmorfie. MASS sestává z 19 položek a zaměřuje se na pět stěžejních domén odrážejících hlavní symptomy fenoménu. Jedná se o domény závislosti na *bodybuildingu*, svalové spokojenosti, kontrolování svalů, užívání substancí a zranění.

- **Doména závislosti na bodybuildingu** - první doména je soustředěna na nadměrné posilování a kompulzivní tendence vztahující se k tréninku.
- **Doména svalové spokojenosti** - udává spokojenost jedince s velikostí a definicí svých svalů.
- **Doména kontrolování svalů** - reprezentuje symptomy týkající se vzhledu svalů, například vyhledávání ujištění ohledně jejich velikosti či definice a kontrolování se v zrcadle.
- **Doména užívání substancí** - zaměřuje se na tendence k užívání anabolických steroidů a dalších substancí podporujících svalový růst.
- **Doména zranění** - reflektuje excesivní trénink až přetrénování a přesvědčení vedoucí k nebezpečným tréninkovým návykům (Babusa, 2013; González-Martí, Bustos, Jordán, & Mayville, 2012; Mayville et al., 2002).

V současné verzi jsou odpovědi reprezentovány pětibodovou Likertovou škálou, přičemž 1 odpovídá tvrzení „zcela nesouhlasí“ a 5 „zcela souhlasí“. Celkový skóre dosahuje rozmezí 19 - 95, přičemž vyšší skóre predikuje vyšší riziko svalové dysmorfie (Jin et al., 2015). Dle empirických důkazů dosahuje MASS dobré vnitřní konzistence v rámci celého konstruktů i jednotlivých subškál. Dle Nieuwoudt (2014) dosahoval odhad spolehlivosti MASS $\alpha = 0,89$. V jednotlivých subškálách se hodnoty Cronbachovy alfy pohybovaly mezi 0,72 až 0,86, přičemž nejnižšího odhadu reliability dosahovala subškála zranění ($\alpha = 0,72$) a nejvyššího subškála svalové spokojenosti ($\alpha = 0,86$). Dobrá spolehlivost konstruktů byla potvrzena i dalšími studii. Například Chaney (2008) uvádí vnitřní konzistenci $\alpha = 0,88$. Adaptace MASS na maďarskou populaci též ukázala dobrou spolehlivost v rámci jednotlivých subškál ($\alpha = 0,73 - 0,83$) i v rámci celého nástroje ($\alpha = 0,87$). Pro ověření test-retestové reliability byl užit Pearsonův korelační koeficient, kdy následující měření proběhlo po dvou týdnech. Síla korelace nabyla hodnot: $r = 0,84$ a $r = 0,91$ (Babusa, 2013).

K psychometrickým vlastnostem se též vyjadřují autoři tohoto dotazníku Mayville et al. (2002). Signifikantní pozitivní korelace s nástroji měřícími symptomy tělesné dysmorfické poruchy prokázaly dobrou konstruktovou validitu. Stejně tak autoři uvádějí dobrou vnitřní

konzistenci a test-retestovou reliabilitu. Odhad spolehlivosti se pohyboval v rozmezí 0,73 až 0,82. Test-retestová reliabilita dosahovala dva týdny od testování hodnot 0,76 až 0,89.

Z uvedených studií lze tedy spolehlivě vyvozovat, že MASS je psychometricky přijatelným nástrojem (Jin et al., 2015; Mayville et al., 2002). Jelikož Mayville et al. (2002) nenavrhl *cut-off point* pro rozlišení rizika svalové dysmorfie, byl tento skór na základě pozdějších výzkumů dodatečně stanoven na 62 a následně aktualizován na hodnotu 63 (Babusa, 2013; Babusa et al., 2015; Babusa, Urbán, Czeglédi, & Túry, 2012). V našem výzkumu budeme využívat aktuálně uznávané verze *cut-off pointu* (skór 63), který dle provedených studií s nejvyšší senzitivitou a přesností (98 %) maximalizuje přítomnost a absenci vysokého rizika svalové dysmorfie (Babusa et al., 2015).

8.3.2 Adonis Complex Questionnaire (ACQ)

Pro detekci rizika Adonisova komplexu jsme využili Adonis Complex Questionnaire, dále jen ACQ. Jedná se o 13 položkový dotazník, který je původním nástrojem autorů konceptů Adonisova komplexu a svalové dysmorfie Pope et al. (2002). V rámci pojetí Adonisova komplexu je zájem o fyzickou podobu těla pojímán poněkud širěji než výše charakterizovaný MASS orientující se zejména na muskularitu. Vyjma zájmu o fyzické cvičení se zaměřuje na celkové *body image* a cílí i na obavy z tělesné konstituce, vzhledu jakožto celku, související návyky a možné konsekvence v každodenním životě. Celkový skór se pohybuje v rozmezí 0 - 39 bodů, přičemž vyšší skór značí vyšší riziko Adonisova komplexu (Pope et al., 2002). V závislosti na úrovni souhlasu participanti vybírají jednu ze tří možností různých znění. Jelikož autoři dotazníku neposkytují psychometrické informace, uvedeme výsledky z jiných validizovaných verzí.

Jak konstatuje Petersen (2005), pozitivní korelace s nástrojem hodnotícím symptomy svalové dysmorfie $r = 0,64$, $p < 0,001$ a negativní korelace s nástrojem měřícím tělesnou spokojenost $r = -0,35$, $p < 0,05$ prokázaly dobrou konstruktovou validitu. Vnitřní konzistence dotazníku byla vypočtena na 0,72. Španělští autoři Latorre-Román et al. (2014), adaptující ACQ pro španělskou populaci, taktéž prezentovali dobré psychometrické hodnoty dotazníku. Vnitřní konzistence ACQ se ukázala jako poměrně vysoká ($\alpha = 0,88$). Dále byly zjišťovány důkazy o existenci konvergentní validity s testy Exercise Dependence Scale - Revised (EDS-R) a Eating Attitudes Test (EAT-26), která vykázala hodnoty pro EDS-R ($r = 0,613$, $p < 0,001$)

a pro EAT-26 ($r = 0,422$, $p < 0,001$). Nižší korelace s EAT-26 je považována vzhledem k testovanému konstruktovi za odpovídající, neboť EAT-26 detekuje zejména symptomy PPP, s nimiž Adonisův komplex sdílí pouze některé charakteristiky. Dotazník ACQ tedy vykazuje dostačující psychometrické vlastnosti a jeví se jako vhodný nástroj pro měření Adonisova komplexu (Latorre-Román et al., 2014).

8.3.3 Young Schema Questionnaire - short form (YSQ-S2)

EMS jsme zjišťovali pomocí dotazníku Young Schema Questionnaire - short form, dále jen YSQ-S2. YSQ-S2 je sebeposuzující dotazník vytvořený autory Young a Brown hodnotící EMS (Lawrence, Allen, & Chanen, 2011). Byl vyvinut z původní verze YSQ-L2 o 205 položkách (Mauchand, Lachenal-Chevallet, & Cottraux, 2011). YSQ-S2 čítá 75 položek o pěti doménách (subškálách). Tento nástroj měří 15 nejvýznamnějších z původních 18 EMS. Jednotlivá schémata jsou seskupena do pěti domén. Jedná se o následující domény a schémata:

- **Doména oddělení a nepřijetí (DON)** - zahrnuje schémata emocionální deprivace, opuštění/instability, nedůvěry/zneužití, sociální izolace/odcizení a defektivitu/studu.
- **Doména narušené autonomie a výkonu (DAV)** - zahrnuje schémata selhání, závislosti/inkompetence, náchylnosti ke zranění/nemoci a vtažení/nevyvinutého Self.
- **Doména narušených limitů (DNL)** - obsahuje schémata insuficientní sebekontroly/sebedisciplíny a nárokování/grandiozity.
- **Doména zaměření na druhé (DZD)** - obsahuje schémata podmanění a sebeobětování.
- **Doména ostražitosti a inhibice (DOI)** - zahrnuje schémata emocionální inhibice a neústupných zásad/hyperkriticizmu (Young et al., 2003).

Každá položka je hodnocena na šestibodové Likertově škále od „vůbec mě nevystihuje“ po „zcela mě vystihuje“. Celkový skóre se pohybuje od 75 do 450. Dosažení vyššího skóru reprezentuje silnější zastoupení schémat. McLean, Bailey a Lumley (2014) ve svém výzkumu prezentují dobrou vnitřní konzistenci dotazníku. Koeficient Cronbachova alfa se v rámci jednotlivých škál při $n = 146$ pohyboval v rozmezí 0,73 až 0,93. K podobným výsledkům docházejí i Hoffart et al. (2005), kdy se Cronbachova alfa pohyboval v rozmezí 0,76 až 0,95. Spolehlivost konstruktovi potvrzují i Renner, Van Goor, Huibers, Arntz, Butz a Bernstein (2013).

8.3.4 Experiences in Close Relationships (ECR)

K posouzení typu vztahové vazby jsme použili škálu Experiences in Close Relationships, dále jen ECR, autorů Brennan et al. (1998). ECR sestává ze dvou subškál hodnotících vztahovou vazbu v dospělosti: vztahovou úzkostnost (*attachment anxiety*) a vztahovou vyhýbavost (*attachment avoidance*). Škálu tvoří celkem 36 položek. Odpovědi jsou zaznamenány na sedmibodové Likertově stupnici od 1 - rozhodně nesouhlasím po 7 - rozhodně souhlasím. Kombinací vztahové úzkostnosti a vyhýbavosti vznikají čtyři typy attachmentu. Vztahová úzkostnost je charakterizována obavami a úzkostí z odmítnutí či opuštění. Vztahová vyhýbavost je spojena s prožívaným diskomfortem ohledně blízkosti, závislosti na druhých a intimity (Léčbých, 2013). Do českého jazyka ECR přeložili Léčbých a Pospíšilíková (2012), kteří původní anglickou a českou verzi porovnávali u českého a amerického výzkumného souboru. Cronbachova alfa ukázal pro oba soubory přijatelné hodnoty, tedy $\alpha > 0,7$ (vztahová úzkostnost u českého vzorku $\alpha = 0,842$, u amerického vzorku $\alpha = 0,915$; vztahová vyhýbavost u českého vzorku $\alpha = 0,838$, u amerického vzorku $\alpha = 0,907$). Mezi anglickou a českou verzí se mezi průměry obou škál neukázal statisticky signifikantní rozdíl a škála prokázala svoji kulturní přenositelnost. Údaje pro normy ECR i její zkrácené verze ECR-CZ připravili Seitl, Charvát a Léčbých (2016). ECR je tedy vhodným nástrojem pro měření vztahové vazby v dospělosti.

8.4 Průběh výzkumu

8.4.1 Tvorba dotazníkové baterie

Jelikož u nás prozatím není k dispozici nástroj pro detekci svalové dysmorfie, bylo nutným předpokladem výzkumu provést detailní rešerši výzkumného zázemí problematiky. Po zvážení všech poznatků jsme se rozhodli pro využití metod MASS a ACQ. V případě ACQ se jedná o původní dotazník autorů Adonisova komplexu a svalové dysmorfie Pope et al. (2002) užívaný k detekci Adonisova komplexu. MASS je jedním v současnosti z nejpoužívanějších, dostupných a výzkumníky ověřených dotazníků s požadovanými psychometrickými vlastnostmi. Další metodou, též v původní zahraniční verzi, byl dotazník YSQ-S2. Kvůli velké časové náročnosti dotazníkové baterie jsme místo původní verze o 205 položkách využili zkrácenou verzi YSQ-S2. Dotazníky jsme přeložili a následně podrobili dalším dvěma nezávislým kvalifikovaným překladům: univerzitním expertem na anglický jazyk a odborným

překladačem. Z výsledných překladů jsme po konzultaci s překladačem sestavili pracovní verze tří dotazníků. Následně bylo nutné provést zpětné překlady do anglické verze. Po porovnání nových překladů s původní anglickou verzí - s přihlédnutím k zachování smyslu původních položek – jsme vytvořili finální verze všech tří dotazníků.

V neposlední řadě jsme využili dotazník ECR. Jelikož je jeho český překlad včetně návrhů norem dostupný, nebylo třeba realizovat žádné další operace. Celá dotazníková baterie byla doplněna o položky sociodemografie. Samotný sběr dat probíhal od července 2016 do října 2016.

8.5 Administrace dotazníkové baterie

Jak bylo naznačeno výše, dotazníková baterie, dále jen „baterie“, sestávala z ACQ (Adonis Complex Questionnaire), MASS (Muscle Appearance Satisfaction Scale), ECR (Experiences in Close Relationships) a YSQ-S2 (Young Schema Questionnaire - short form). Ke stávajícím nástrojům byl připojen úvodní anamnestický dotazník zjišťující základní sociodemografické údaje.

Po sestavení předběžné verze baterie jsme provedli pilotní studii čítající 14 respondentů, na jejímž základě jsme ověřovali například pochopení textu a instrukcí, přítomnost možných nejasností, čas vyplnění či funkčnost *online* verze baterie. Dle pilotní studie jsme učinili odhad časové dotace vyplnění na 30 až 35 minut. Po realizaci pilotáže a upravení potřebných nuancí jsme vytvořili její finální podobu. Pro typ administrace jsme po konzultaci a zvážení možností zvolili elektronickou verzi. K tomuto kroku bylo přistoupeno z několika zásadních důvodů, kterým se budeme detailněji věnovat v diskuzi. Odkaz na dotazník pro výzkumnou i komparativní skupinu jsme rozesílali e-mailem a prostřednictvím sociálních sítí. V rámci sociálních sítí jsme odkaz na průvodní dopis a baterii rozeslali do cílových skupin, které umožnily sdílení výzvy k participaci na výzkumu. Jednalo se o skupiny sdružujících jedince se zájmem o *bodybuilding*, *fitness* a aktivní sport. Celkově jsme vyjma pilotní studie a kritériím nevyhovujících dotazníků zaznamenali 304 platných odpovědí. Do výzkumu nebylo zařazeno sedm jedinců kvůli nedosažení 18 let a jeden respondent, který uvedl, že nepraktikuje žádnou tělesně kultivační a sportovní aktivitu (více viz subkapitola 9.1 Kritéria výběru). Jelikož se v tomto výzkumu jednalo o elektronickou verzi baterie, její návratnost nelze zjistit.

8.6 Analýza dat a jejich zpracování

Získaná data jsme analyzovali v programu Microsoft Excel 2013, ve kterém jsme provedli nezbytné úkony jako je výpočet skóru, převedení verbálních dat do numerické podoby, převedení reverzních položek apod. Po čišění, klasifikaci dat a dalších nutných operacích jsme pro ověření některých hypotéz odpovědi rozdělili do dvou skupin; na muže (= skup. 0) a ženy (= skup. 1) a dále na jedince s rizikem svalové dysmorfie (= skup. 0) a jedince nevykazující riziko svalové dysmorfie (= skup. 1). Další manipulace byly prováděny dle stanovených hypotéz. Po konečné úpravě jsme data analyzovali ve statistickém programu SPSS 21 pomocí Spearmanova korelačního koeficientu pořadí a Mann-Whitney U testu. Vnitřní konzistenci jsme zjišťovali testem Cronbachova alfa. Normalitu rozložení dat jsme ověřovali Shapiro-Wilk testem.

8.7 Etické aspekty výzkumu

Obeznamení respondentů s etickými aspekty výzkumu k diplomové práci bylo součástí elektronické verze baterie. Jelikož jsme dotazníky administrovali elektronickou formou, je v tomto případě anonymita zaručena samotným způsobem *online* vyplňování. Všichni respondenti byli na úvodní straně baterie vyjma představení výzkumu a objasnění jeho účelu obeznamení o naprosté anonymitě, důvěrnosti získaných dat a jejich použití pouze k výzkumným účelům. Každý z účastníků měl svobodnou možnost v jakékoliv fázi vyplňování výzkum nedokončit, což v praxi značí vymazání všech dat. V rámci výzkumu jsme nezjišťovali žádné identifikační údaje. Jediný soukromý údaj respondenta byl možností volby. Jednalo se o e-mailovou adresu, kterou dotyčný mohl v případě zájmu o zaslání výsledků vyplnit. S e-mailovou adresou stejně jako s veškerými získanými informacemi bylo zacházeno v souladu se Zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění účinném od 6. října 2016.

9 Výzkumný soubor

9.1 Kritéria výběru

V případě výběru participantů výzkumné i komparativní skupiny se jednalo o kombinaci lavinového a příležitostného účelového výběru. Lavinový výběr (též metoda sněhové koule, tzv. *snowball*) je založen na prvotním kontaktu na jednoho či více jedinců zkoumané populace,

příčemž jsou další osoby oslovovány a vybírány dle jejich doporučení. Podstatou příležitostného výběru je konstituování výzkumného vzorku na základě dostupnosti participantů a jejich ochotě se na výzkumu podílet. Účelový výběr (též výběr záměrný, úsudkový či kritériální) je založen na výzkumníkem stanovených kritériích, která by měli participanté splňovat (Ferjenčík, 2010; Hirt et al., 2012). Pomocí příležitostného výběru jsme realizovali pilotní studii. V případě pilotáže se jedná o první praktický vhled do zkoumaného problému umožňující ověření výzkumných nástrojů, seznámení se s cílovým sociálním prostředím či odstranění případných nedokonalostí (Ferjenčík, 2010; Jeřábek, 1992).

Pro zařazení do výzkumu jsme pro výzkumnou i komparativní skupinu vymezili několik kritérií. Byla stanovena dvě společná kritéria a jedno kritérium diferencující:

1. Prvním společným kritériem byl věk. Jelikož se tento výzkum zaměřuje výhradně na dospělou populaci, byl stanoven minimální věk participantů na 18 let.
2. Druhým společným kritériem bylo praktikování fitness, kulturistiky, aktivního sportu či jiných tělesně kultivačních aktivit včetně silového tréninku a cvičení v domácím prostředí (domácí posilovny apod.).
3. Jako rozlišující kritérium výzkumné a komparativní skupiny jsme užili uznávaný *cut-off point* pro diferenciaci přítomnosti a absence rizika svalové dysmorfie. Ten v dotazníku MASS dosahoval skóru 63 (Babusa et al., 2015). Na problematiku kritérií výzkumné a komparativní skupiny se více zaměříme v diskuzi.

9.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro přehlednost výsledky deskriptivních statistik zaokrouhlujeme na dvě desetinná místa. Relativní četnosti vzhledem k údajům s přesným 0,5% či nižším zastoupením a dalším údajům, u nichž by zaokrouhlení představovalo nepřesné interpretace (a nedosažení součtu 100 %), prezentujeme s jedním desetinným místem.

Po aplikaci všech kritérií jsme do výzkumu zahrnuli celkem 304 participantů. V celkovém vzorku představovali muži 41,4 % (n = 126) a ženy 58,6 % (n = 178). Výzkumná skupina zastupovala 13,2 % (n = 40) a skupina komparativní 86,8 % (n = 264). Ve výzkumné skupině zastoupené jedinci s rizikem svalové dysmorfie představovali muži 72,5 % (n = 29) a ženy 27,5 % (n = 11). V komparativní skupině zahrnující jedince bez rizika svalové dysmorfie bylo zastoupení mužů 36,7 % (n = 97) a žen 63,3 % (n = 167).

9.3 Sociodemografické údaje

Ohledně sociodemografie jsme zjišťovali věk, partnerství a rodinný stav, pracovní status, úroveň dosaženého vzdělání a bydliště. Přehled sociodemografie výběrového souboru zobrazujeme v následujících tabulkách.

Tabulka 1: Přehled věkového rozložení souboru (n = 304)

	<i>N</i>	<i>MAX</i>	<i>MIN</i>	Medián	Modus	<i>AM</i>	<i>SD</i>
Muži	126	66	18	25	18	26,69	8,09
Ženy	178	53	18	25	26	25,98	6,22
Celý soubor	304	66	18	25	26	26,27	7,06

Poznámka: *N* – počet, *MAX* - maximum, *MIN* - minimum, *AM* - aritmetický průměr, *SD* - směrodatná odchylka.

Z tabulky můžeme například vyčíst, že věkové rozložení zkoumaného vzorku se pohybovalo mezi 18 a 66 lety. Medián dosahoval hodnoty 25. Nejvíce zastoupený věk byl u mužů 18 let a u žen 26 let. Průměrný věk byl v rámci celého souboru 26,27 let.

V tabulkách 2, 3, 4 a 5 je zobrazen výběrový soubor z hlediska partnerství a rodinného stavu, pracovního statutu, vzdělání a bydliště. Jelikož jsou informace zobrazeny v tabulkách, slovní zápis již neuvádíme.

Tabulka 2: Výběrový soubor (n = 304) z hlediska partnerství a rodinného stavu

Četnost	V partnerství	Bez partnera	Svobodný/á	Manželství	Rozvedený/á
Absolutní	202	102	257	38	9
Relativní	66,4 %	33,6 %	84,5 %	12,5 %	3,0 %

Poznámka: Stav „ovdovělý/á“ ve výběrovém souboru nebyl zastoupen.

Tabulka 3: Výběrový soubor (n = 304) z hlediska pracovního statusu

Pracovní status	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plný/částečný pracovní úvazek	171	56,2 %
Student	76	25,0 %
OSVČ	41	13,5 %
V domácnosti/MD	10	3,3 %
Nezaměstnaný/á	3	1,0 %
Starobní důchod	2	0,7 %
Invalidní důchod	1	0,3 %

Poznámka: OSVČ - osoba samostatně výdělečně činná, MD - mateřská dovolená.

Tabulka 4: Výběrový soubor (n = 304) z hlediska vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Středoškolské (s maturitou)	139	45,7 %
Vysokoškolské 1. stupně	64	21,1 %
Vysokoškolské 2. stupně	41	13,5 %
Středoškolské (s výučním listem)	25	8,2 %
Základní	23	7,6 %
Vyšší odborné	11	3,6 %
Vysokoškolské + vyšší kvalifikace	1	0,3 %

Tabulka 5: Výběrový soubor (n = 304) z hlediska bydliště

Četnost	Velkoměsto	Město	Obec I	Obec II
Absolutní	103	103	58	40
Relativní	33,9 %	33,9 %	19,1 %	13,1 %

Poznámka: Velkoměsto $\geq 100\ 000$ obyvatel, město $\geq 10\ 000 \wedge < 100\ 000$ obyvatel, obec I $\geq 1000 \wedge < 10\ 000$ obyvatel, obec II < 1000 obyvatel.

10 Výsledky

V této kapitole budeme prezentovat výsledky našeho výzkumu. Než přistoupíme k interpretaci výsledků, uvedeme následující deskriptivní statistiky.

Tabulka 6: Přehled deskriptivní statistiky pro celý vzorek

	N	MAX	MIN	Medián	Modus	AM	SD
YSQ-S2	304	375	86	199,5	192	205,75	48,57
ECR VÚ	304	112	20	71	67	68,98	21,49
ECR VV	304	123	24	66	68	65,88	18,33
MASS	304	86	23	46	33	47,91	12,73
ACQ	304	34	1	8	8	9,52	5,76

Poznámka: ECR VÚ - škála vztahové úzkostnosti dotazníku ECR, ECR VV - škála vztahové vyhýbavosti dotazníku ECR.

Z popisné statistiky můžeme například vyčíst, že v celkovém vzorku bylo zahrnuto 304 jedinců. V dotazníku YSQ-S2 dosahoval maximální skóre hodnoty 375, zatímco skóre minimální byl 86. Nejčastější výsledek MASS dosahoval v rámci celého souboru hodnoty 33. Na škále vztahové úzkostnosti byl průměrný skóre 68,98 a na škále vztahové vyhýbavosti 65,88.

Tabulka 7: Přehled deskriptivní statistiky pro muže a ženy u ACQ a MASS

		N	MAX	MIN	Medián	Modus	AM	SD
ACQ	Muži	126	34	1	8	8	9,80	6,19
	Ženy	178	29	1	8	5	9,33	5,43
MASS	Muži	126	86	30	53	39	53,46	13,10
	Ženy	178	83	23	43	33	43,98	10,87

Z deskriptivní statistiky pro muže (n = 126) a ženy (n = 178) je například patrné, že průměrný skóre v ACQ dosahoval u mužů 9,80 a u žen 9,33, zatímco v MASS muži průměrně

skórovali oproti ženám podstatně výše. Medián u ACQ dosahoval u obou pohlaví shodné hodnoty 8, zatímco v MASS vykazoval u mužů hodnotu 53 a u žen 43.

Tabulka 8: Přehled deskriptivní statistiky pro výzkumnou a komparativní skupinu

	SK	N	MAX	MIN	Medián	Modus	AM	SD
YSQ-S2	VS	40	375	132	202	160	206,15	49,94
	KS	264	323	86	199	192	205,69	48,36
ECR VÚ	VS	40	112	31	75	96	73,13	21,21
	KS	264	120	20	71	67	68,36	21,46
ECR VV	VS	40	99	30	68,5	63	65,5	16,81
	KS	264	123	24	65	68	65,93	18,54

Poznámka: SK- skupina, VS - výzkumná skupina, KS - komparativní skupina.

Z popisné statistiky pro výzkumnou a komparativní můžeme například vyčíst, že v dotazníku YSQ-S2 dosahoval medián u výzkumné skupiny hodnoty 202 a u komparativní skupiny 199. Nejčastější výsledek na škále vztahové úzkostnosti dle ECR byl u výzkumné skupiny 96 a u komparativní 67. Maximální skóre u výzkumné skupiny v YSQ-S2 dosáhl hodnoty 375 a u skupiny komparativní 323.

Pro výpočet velikosti účinku u neparametrických statistických metod, přesněji řečeno u Willcoxonova testu a námi užitého Mann-Whitney U testu, není možné spočítat Cohenův koeficient účinku d standardní cestou, ale nejprve je třeba spočítat r . To jsme získali vydělením Z skóre a odmocniny z n (Field, 2009). Po získání r byla užitá formule ke korekci pro převod na Cohenovo d , o které píše Rosenthal (1994). Výsledné d uvádíme v tabulce 9. Při pohledu na hodnoty d je zřejmé, že nejvýznamnější míry účinku (*effect size*) dosahuje dotazník MASS.

Tabulka 9: Cohenův koeficient d pro YSQ-S2, MASS, ACQ a škály ECR

Cohenův koeficient d				
YSQ-S2	MASS	ACQ	ECR-VÚ	ECR-VV
0,02	0,75	0,04	0,16	0,06

Co se týče samotného testování hypotéz, nejprve jsme pomocí testu Cronbachova alfa otestovali vnitřní konzistenci použitých dotazníků ACQ, MASS a YSQ-S2. Výsledné hodnoty ukázaly uspokojivou vnitřní konzistenci všech měřících nástrojů. Výsledky testování shrnuje tabulka 10. Dle Hendla (2012) je tedy možné konstatovat, že použité nástroje jsou vnitřně konzistentní.

Tabulka 10: Analýza reliability pro ACQ, MASS a YSQ-S2

Analýza reliability			
	ACQ	MASS	YSQ-S2
Cronbachova Alfa	0,743	0,753	0,700

Dále bylo pro volbu statistických metod nutné otestovat, zda jsou data normálně rozložena. To jsme provedli pomocí Shapiro-Wilk testu. Jelikož výsledky v tabulce 11 odkazují na nenormální rozložení dat, přistoupili jsme k užití neparametrických metod a to Mann-Whitney *U* testu a Spearmanova korelačního koeficientu. Histogramy rozložení dat jsou k nahlédnutí v příloze 4.

Tabulka 11: Test normality rozložení dat pro metody MASS, ACQ, YSQ-S2 a ECR

Shapiro-Wilk test			
	Statistika	<i>sv</i>	<i>p</i>
MASS	0,973	304	0,000
ACQ	0,919	304	0,000
YSQ-S2	0,985	304	0,003
ECR	0,989	304	0,020

H1: Existuje statisticky významný pozitivní vztah mezi MASS a ACQ.

V rámci hypotézy H1 jsme zjišťovali vztah mezi proměnnou MASS představující riziko přítomnosti svalové dysmorfie a proměnnou ACQ zastupující riziko přítomnosti Adonisova komplexu u celkového vzorku ($n = 304$). Spearmanův korelační koeficient zjistil mezi proměnnými MASS a ACQ následující sílu vztahu: $r_s(303) = 0,534$; $p < 0,001$.

Hypotézu lze tedy na základě výsledků přijmout. Mezi MASS a ACQ existuje v rámci celkového vzorku poměrně silný⁶ pozitivní vztah. Výsledky jsou k nahlédnutí v tabulce 12.

Tabulka 12: Korelační matice pro MASS a ACQ u celkového vzorku

			MASS	ACQ
Spearmanovo ρ	MASS	r_s	1	0,534
		p		0,000
	ACQ	r_s	0,534	1
		p	0,000	

H1a: Existuje statisticky významný pozitivní vztah mezi MASS a ACQ u mužů.

Spearmanův korelační koeficient našel silnou pozitivní souvislost mezi MASS a ACQ u mužů ($n = 126$), kdy: $r_s(125) = 0,689$; $p < 0,001$. Požadované signifikance tedy bylo dosaženo a tuto subhypotézu na základě získaných důkazů přijímáme. Míra rizika svalové dysmorfie u mužského vzorku tedy pozitivně koreluje s mírou rizika Adonisova komplexu. Výsledky si je možné prohlédnout v tabulce 13.

Tabulka 13: Korelační matice pro MASS a ACQ u mužů

			MASS	ACQ
Spearmanovo ρ	MASS	r_s	1	0,689
		p		0,000
	ACQ	r_s	0,689	1
		p	0,000	

H1b: Existuje statisticky významný pozitivní vztah mezi MASS a ACQ u žen.

V rámci této subhypotézy jsme zjišťovali vztah mezi oběma metodami u vzorku žen ($n = 178$). I tuto subhypotézu můžeme přijmout, jelikož: $r_s(177) = 0,471$; $p < 0,001$. Spearmanův korelační koeficient tedy odhalil středně silnou pozitivní souvislost mezi MASS a ACQ u žen. Výsledky naznačují, že riziko svalové dysmorfie u žen pozitivně souvisí s rizikem Adonisova

⁶ Síly korelací jsou interpretovány dle De Vaus (2002).

komplexu. Při pohledu na tabulku 13 i 14 je zřejmé, že těsnost vztahu mezi oběma proměnnými je u žen oproti mužům slabší. Výsledky pro subhypotézu H1_b zobrazuje tabulka 14.

Tabulka 14: Korelační matice pro MASS a ACQ u žen

			MASS	ACQ
Spearmanovo ρ	MASS	r_s	1	0,471
		p		0,000
	ACQ	r_s	0,471	1
		p	0,000	

H2: Muži vykazují statisticky významně vyšší skóry v MASS než ženy.

V rámci hypotézy H2 jsme se zaměřili na zjištění možného rozdílu v riziku svalové dysmorfie mezi muži ($n = 126$) a ženami ($n = 178$). Jak je zřejmé z Mann-Whitney U testu: $U(302) = 6589$; $p < 0,001$, nebyla překročena kritická hodnota a p nabylo potřebné signifikance. To znamená, že hypotézu můžeme spolehlivě přijmout. Skupina mužů tedy dosahuje statisticky významně vyšších skóru v MASS, než skupina žen. Z těchto výsledků můžeme konstatovat, že zkoumaní muži jsou v rámci svalové dysmorfie rizikovější skupinou.

H3: Muži vykazují statisticky významně vyšší skóry v ACQ než ženy.

U hypotézy H3 jsme testovali možný rozdíl mezi výslednými skóry mužů ($n = 126$) a žen ($n = 178$) v ACQ. Na základě Mann-Whitney U testu bylo zjištěno, že: $U(302) = 10934$; $p = 0,711$. Hladina $p < 0,001$ tedy byla překročena a hypotézu zamítáme. Ženy se tedy od mužů ve výsledcích dosažených v ACQ statisticky významně neliší. Na základě výsledků je zřejmé, že Adonisův komplex nepředstavuje pro skupinu mužů signifikantně vyšší riziko než pro skupinu žen. Výsledky pro hypotézy H2 a H3 zobrazuje tabulka 15.

Tabulka 15: Mann-Whitney U test MASS a ACQ pro rozdíl mezi pohlavími

	MASS	ACQ
Mann-Whitney U	6589,000	10934,000
Z	6,128	0,371
p	0,000	0,711

H4: Jedinci výzkumné skupiny dosahují v YSQ-S2 celkově vyšších skóre než komparativní skupina.

U hypotézy H4 jsme se zaměřili na to, zda jedinci z výzkumné skupiny ($n = 40$) vykazují celkově silnější EMS než jedinci ze skupiny komparativní ($n = 264$). Na základě Mann-Whitney U testu jsou výsledky následující: $U(302) = 5196,5$; $p = 0,872$. Takováto zjištění značí, že nebyly splněny požadované parametry, neboť $p > 0,001$ a hypotézu tedy zamítáme. Obě skupiny se v YSQ-S2 statisticky významně neliší. To znamená, že jedinci s rizikem svalové dysmorfie nevykazují celkově silnější EMS než jedinci neriziková. Výsledky jsou zobrazeny v tabulce 16.

Tabulka 16: Mann-Whitney U test mezi výzkumnou a komparativní skupinou pro YSQ-S2

	YSQ-S2
Mann-Whitney U	5196,500
Z	0,161
P	0,872

H5: Existuje rozdíl ve vztahové úzkostnosti dotazníku ECR mezi jedinci z výzkumné a komparativní skupiny.

V rámci hypotézy H5 jsme se zaměřili na zjištění možného rozdílu v dimenzi vztahové úzkostnosti dle ECR mezi skupinou osob s rizikem svalové dysmorfie ($n = 40$) a skupinou nerizikovou ($n = 264$). Tuto hypotézu na základě výsledků Mann-Whitney U testu zamítáme, jelikož: $U(302) = 4870,5$; $p = 0,165$. Můžeme tedy konstatovat, že jedinci z výzkumné skupiny nedosahují ve zkoumané dimenzi signifikantně vyšších hodnot a nejsou tedy vztahově úzkostnější než komparativní skupina. Viz tabulka 17.

H6: Existuje rozdíl ve vztahové vyhýbavosti dotazníku ECR mezi jedinci z výzkumné a komparativní skupiny.

Na druhou dimenzi vztahové vazby jsme se zaměřili v rámci hypotézy H6, kdy jsme zjišťovali možný rozdíl ve vztahové vyhýbavosti u obou skupin (výzkumná skupina: $n = 40$; komparativní skupina: $n = 264$). Mann-Whitney U test mezi skupinami nenalezl signifikantní rozdíl, neboť: $U(302) = 5312,5$; $p = 0,576$. Hypotézu tedy zamítáme a konstatujeme, že jedinci s rizikem svalové dysmorfie nejsou vztahově vyhýbavější než jedinci neriziková. Výsledky pro H5 a H6 jsou k nahlédnutí v tabulce 17.

Tabulka 17: Mann-Whitney U test mezi výzkumnou a komparativní skupinou pro škály ECR

	ECR VÚ	ECR VV
Mann-Whitney U	4870,500	5312,500
Z	1,388	0,560
p	0,165	0,576

H7: Existuje statisticky významný vztah mezi MASS a YSQ-S2.

Tato hypotéza byla testována pomocí Spearmanova korelačního koeficientu. Na základě uvedených výsledků nemůžeme hypotézu přijmout, neboť: $r_s(303) = 0,076$; $p = 0,189$. Mezi dotazníky MASS a YSQ-S2 nebyl u celkového vzorku ($n = 304$) nalezen statisticky signifikantní vztah, a proto hypotézu zamítáme. Výsledky naznačují, že míra rizika svalové dysmorfie nekoreluje se silou EMS. Viz tabulka 18.

Tabulka 18: Korelační matice pro MASS a YSQ-S2

		MASS	YSQ-S2
Spearmanovo ρ	MASS	r_s	1
		p	0,189
	YSQ-S2	r_s	0,076
		p	0,189

H8: Existuje statisticky významný vztah mezi MASS a vztahovou úzkostí dotazníku ECR.

Tuto hypotézu na základě korelační analýzy zamítáme, jelikož: $r_s(303) = 0,103$; $p = 0,072$. Dle Spearmanova korelačního koeficientu u celkového vzorku ($n = 304$) nebyla zjištěna signifikantní souvislost, neboť $p > 0,001$, na základě čehož shledáváme, že vztahová úzkostnost s MASS nekoreluje. Míra rizika svalové dysmorfie tedy nesouvisí se vztahovou úzkostí dle ECR. Viz tabulka 19.

H9: Existuje statisticky významný vztah mezi MASS a vztahovou vyhýbavostí dotazníku ECR.

Ani v tomto případě požadovaná kritéria nebyla naplněna. Spearmanův korelační koeficient nenalezl signifikantní souvislost mezi MASS a vztahovou vyhýbavostí, jelikož:

$r_s(303) = -0,057$; $p = 0,318$. Hypotézu tedy dle uvedených výsledků zamítáme, což značí, že míra rizika svalové dysmorfie v našem vzorku ($n = 304$) nesouvisí se vztahovou vyhýbavostí dle ECR. Výsledky jsou zobrazeny v tabulce 19.

Tabulka 19: Korelační matice pro MASS a škály ECR

			MASS	ECR VÚ	ECR VV
Spearmanovo ρ	MASS	r_s	1	0,103	-0,057
		p		0,072	0,318
	ECR VÚ	r_s	0,103	1	-0,141
		p	0,072		0,014
	ECR VV	r_s	-0,057	-0,141	1
		p	0,318	0,014	

H10: Existuje statisticky významný vztah mezi YSQ-S2 a vztahovou úzkostí dotazníku ECR.

V rámci hypotézy H10 jsme se zaměřili na zjištění možného vztahu mezi celkovou silou EMS a vztahovou úzkostí dle ECR u vzorku $n = 304$. Na základě výsledků korelační analýzy tuto hypotézu přijímáme, jelikož: $r_s(303) = 0,532$; $p < 0,001$. Pomocí Spearmanova korelačního koeficientu byl mezi YSQ-S2 a vztahovou úzkostí nalezen poměrně silný pozitivní vztah, což dokládá, že síla EMS pozitivně koreluje se vztahovou úzkostí. Výsledky jsou k nahlédnutí v tabulce 20.

H11: Existuje statisticky významný vztah mezi YSQ-S2 a vztahovou vyhýbavostí dotazníku ECR.

I tuto hypotézu jsme testovali Spearmanovým korelačním koeficientem u celkového vzorku $n = 304$ a vzhledem k výsledkům hypotézu přijímáme, jelikož: $r_s(303) = 0,354$; $p < 0,001$. Spearmanův korelační koeficient tedy mezi YSQ-S2 a vztahovou vyhýbavostí dle ECR odhalil středně silný pozitivní vztah, což dokládá, že síla EMS pozitivně souvisí se vztahovou vyhýbavostí. Viz tabulka 20.

Tabulka 20: Korelační matice pro YSQ-S2 a škály ECR

			YSQ-S2	ECR VÚ	ECR VV
Spearmanovo rhó	YSQ-S2	r_s	1	0,532	0,354
		p		,000	0,000
	ECR VÚ	r_s	0,532	1	-0,141
		p	0,000		,014
	ECR VV	r_s	0,354	-0,141	1
		p	0,000	0,014	

Doplňková analýza v rámci explorace:

Níže uvedeme doplňující výsledky v rámci explorace problematiky, ve které jsme se zaměřili na detekci významných EMS u výzkumné skupiny ve srovnání se skupinou komparativní. V tomto případě jsme použili Mann Whitney U test, který u skupiny jedinců s rizikem svalové dysmorfie ($n = 40$) ve srovnání se skupinou nerizikovou ($n = 264$) zjistil signifikanci následujících schémat.

Schémat emocionální deprivace, opuštění/instability, nedůvěry/zneužití, sociální izolace/odcizení, defektivitu/studu, vtažení/nevyvinutého Self, emocionální inhibice, neústupných zásad/hyperkriticizmu a nárokování/grandiozity.

Nejvyšší signifikance $p < 0,001$ přitom dosáhla schémata emocionální deprivace a nárokování/grandiozity a na hladině významnosti $p < 0,005$ schémata opuštění/instability a emocionální inhibice. Schémata nedůvěry/zneužití, sociální izolace, defektivitu/studu, vtažení/nevyvinutého Self a neústupných zásad/hyperkriticizmu byla významná na hladině $p < 0,05$. Výsledky jsou zobrazeny v tabulce 21.

Při aplikaci příslušných domén, které jsme specifikovali v sub-subkapitole 8.3.3 empirické části, je z tabulky možné vyčíst, že nejvíce signifikantních schémat vykazovala doména oddělení a nepřijetí a doména ostražitosti a inhibice. Pro snazší orientaci v tabulce jsme signifikantní údaje zvýraznili tučně. Detailnější interpretaci výsledků se budeme věnovat v diskuzi.

Tabulka 21: Mann-Whitney *U* test pro EMS u YSQ-S2

	Mann-Whitney <i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
ED (DON)	3252,000	3,921	,000
OI (DON)	3706,000	3,042	,002
NZ (DON)	4070,000	2,338	,019
IO (DON)	4008,000	2,460	,014
DS (DON)	4207,500	2,124	,034
SE (DNV)	4881,000	,781	,435
ZI (DNV)	4884,500	,782	,434
ZN (DNV)	4314,500	1,870	,062
VS (DNV)	4124,000	2,250	,024
PO (DZD)	4447,000	1,613	,107
SE (DZD)	4675,000	1,170	,242
EI (DOI)	3808,500	2,845	,004
ZH (DOI)	3970,500	2,531	,011
NG (DNL)	2522,500	5,332	,000
SS (DNL)	4728,000	1,067	,286

Poznámka: **ED** - emocionální deprivace, **OI** - opuštění/instabilita, **NZ** - nedůvěra/zneužití, **IO** - sociální izolace/odcizení, **DS** - defektivita/stud, **SE** - selhání, **ZI** - závislost/inkompetence, **ZN** - náchylnost ke zranění/nemoci, **VS** - vtažení/nevyvinuté Self, **PO** - podmanění, **SE** - sebeobětování, **EI** - emocionální inhibice, **ZH** - neústupné zásady/hyperkriticismus, **NG** - nárokování/grandiozita, **SS** - insuficientní sebekontrola/sebedisciplína.

DON - doména oddělení a nepřijetí; **DNV** - doména narušené autonomie a výkonu; **DZD** - doména zaměření na druhé; **DOI** - doména ostražitosti a inhibice; **DNL** - doména narušených limitů.

10.1 Sumarizace analýzy dat

Na základě statistické analýzy byly přijaty čtyři hypotézy a dvě subhypotézy. Naopak nebyly nalezeny požadované důkazy k přijetí sedmi hypotéz. Shrnutí doplňujících výsledků uvádíme na konci této subkapitoly.

H1: Existuje statisticky významný pozitivní vztah mezi MASS a ACQ.

Hypotézu **přijímáme**.

H1a: Existuje statisticky významný pozitivní vztah mezi MASS a ACQ u mužů.

Subhypotézu **přijímáme**.

H1b: Existuje statisticky významný pozitivní vztah mezi MASS a ACQ u žen.

Subhypotézu **přijímáme**.

H2: Muži vykazují statisticky významně vyšší skóry v MASS než ženy.

Hypotézu **přijímáme**.

H3: Muži vykazují statisticky významně vyšší skóry v ACQ než ženy.

Hypotézu **zamítáme**.

H4: Jedinci výzkumné skupiny dosahují v YSQ-S2 celkově vyšších skóre než komparativní skupina.

Hypotézu **zamítáme**.

H5: Existuje rozdíl ve vztahové úzkostnosti dotazníku ECR mezi jedinci z výzkumné a komparativní skupiny.

Hypotézu **zamítáme**.

H6: Existuje rozdíl ve vztahové vyhýbavosti dotazníku ECR mezi jedinci z výzkumné a komparativní skupiny.

Hypotézu **zamítáme**.

H7: Existuje statisticky významný vztah mezi MASS a YSQ-S2.

Hypotézu **zamítáme**.

H8: Existuje statisticky významný vztah mezi MASS a vztahovou úzkostností dotazníku ECR.

Hypotézu **zamítáme**.

H9: Existuje statisticky významný vztah mezi MASS a vztahovou vyhýbavostí dotazníku ECR.

Hypotézu **zamítáme**.

H10: Existuje statisticky významný vztah mezi YSQ-S2 a vztahovou úzkostností dotazníku ECR.

Hypotézu **přijímáme**.

H11: Existuje statisticky významný vztah mezi YSQ-S2 a vztahovou vyhýbavostí dotazníku ECR.

Hypotézu **přijímáme**.

Explorace:

Na hladině $p < 0,001$ vykazovala signifikanci schémata emocionální deprivace a nárokování/grandiozity.

Na hladině $p < 0,005$ byla signifikantní schémata opuštění/instability a emocionální inhibice.

Na hladině $p < 0,05$ byla signifikantní schémata nedůvěry/zneužití, sociální izolace, defektivitu/studu, vtažení/nevyvinutého Self a schéma neústupných zásad/hyperkriticizmu.

11 Diskuze

V této kapitole shrneme a postupně rozebereme všechny stanovené hypotézy včetně doplňujících výsledků, přičemž se budeme snažit naše poznatky konfrontovat se závěry předchozích studií, doplnit je o kritickou rozvahu či zasadit do kontextu teoretického poznání. Taktéž věnujeme potřebný prostor limitacím práce, jejímu přínosu, včetně možných doporučení pro rozšíření výzkumu. V analogii se stanovenými cíli jsme testovali celkem jedenáct hypotéz, dvě subhypotézy a realizovali doplňující zkoumání.

Již v začátku diskuze považujeme za důležité zmínit významný limit, kterým je nejednotná terminologie tématu. Jak jsme již uvedli v části teoretické i empirické, Adonisův komplex je v rámci některých pramenů užíván jako ekvivalent svalové dysmorfie, přičemž je mu přisuzován i její význam (např. Latorre-Román et al., 2014; Wilmschurst, 2014; Wormer & Davis, 2013). Autoři Pope et al. (2002) je však mírně odlišují. K rozlišujícímu pojetí inklinuje i většina současných studií, které pro význam zkoumané problematiky užívají výhradně termín svalová dysmorfie dle DSM-5 (např. Babusa et al., 2015; Bo et al., 2014; Cella et al., 2012; Collis et al., 2016; Heath et al., 2016; Hernández-Martínez et al., 2017). Přesto tato nejednotnost ztěžuje orientaci v tématu, což bylo pro náš výzkum poměrně komplikujícím faktorem, znesnadňujícím nejen výběr odpovídajících metod. Před zvolením pojetí problému a výzkumných nástrojů bylo ve snaze o zjištění „pravé podstaty věci“ nezbytné provést detailní rešerši studií a odborných pramenů. Na základě nabytých poznatků jsme se rozhodli přiklonit k pojetí Pope et al. (2002). Ačkoliv jsme použili metody zjišťující Adonisův komplex i svalovou dysmorfii (ACQ i MASS), pro rozlišení výzkumné a komparativní skupiny jsme následovali zmíněné pojetí a vycházeli pouze z analýz MASS. Právě MASS se v rámci rešerše ukázal jako vhodný nástroj, jenž poměrně přesně odráží kritéria poruchy a je v její diagnostice ověřen, což dokazují studie Babusa (2013), Babusa et al. (2015), Jin et al. (2015), Mayville et al. (2002), Reel (2013) a dalších autorů.

Domníváme se, že synonymizace či nejednoznačné užívání termínů může být z části důsledkem obecného definování Adonisova komplexu, jeho těsného spojení až prolínání se se svalovou dysmorfii. Dle našeho názoru však nelze vyloučit, že ztotožňování obou termínů je spíše dezinterpretací původní charakteristiky. Adonisův komplex nepředstavuje oproti

svalové dysmorfii diagnózu (není zaveden v DSM-5), ale je souhrnným termínem pro tělesnou nespokojenost, tužby/tendence a doprovodné chování mužů k dosažení dokonalého těla, jejichž zpravidla nejčtetnějším vyjádřením je touha po těle svalnatém. Adonisův komplex tedy vnímáme jako zastřešující pojem (spíše celospolečenského charakteru) pro zaměření se na mužskou tělesnou krásu, zahrnující nejen tendenci k muskularitě, ale i celkový vzhled a další aspekty (Pope et al., 2002). Pojímáme ho jako konstrukt, z něhož vychází hlavní předmět našeho zkoumání - svalová dysmorfie. Z důvodu uvedené nejednoty jsme se mj. rozhodli oba nástroje (a fenomény) u našeho souboru porovnat. Naším záměrem však nebylo z výzkumu vyloučit ženy, ale naopak je do něj zahrnout a následovat pouze kritéria pro detekci rizika poruchy. K tomuto kroku jsme byli inspirováni výzkumem autorů Pope et al. (1997), ve kterém ženy také vykazovaly svalově dysmorfické symptomy. Jelikož je svalová dysmorfie jakýmsi subtypem či jedním z přímých vyústění Adonisova komplexu, nebyly ženy vyloučeny ani v analýze ACQ.

V zamyšlení nad výše uvedeným shledáváme i zde posun ve vymezení termínů, kdy je Adonisův komplex vysvětlován jako zaměření se na mužskou tělesnou krásu, zatímco z něho vycházející svalová dysmorfie může být přítomna i u žen. Rozporuplnosti v rámci mnoha aspektů jsme si plně vědomi a obáváme se, že se jim vzhledem k povaze tématu nebylo možné zcela vyhnout. S vědomím těchto skutečností jsme se s tématem snažili pracovat co možná nejobjektivněji.

Prvním cílem diplomové práce bylo zjištění možného rozdílu mezi pohlavími v riziku Adonisova komplexu a svalové dysmorfie a dále detekce vztahu mezi těmito koncepty. Tento cíl jsme vyjádřili třemi hypotézami a dvěma subhypotézami.

V rámci hypozézy **H1: *Existuje statisticky významný pozitivní vztah mezi MASS a ACQ*** Spearmanův korelační koeficient našel poměrně silný pozitivní vztah mezi naměřenými výsledky, na základě čehož jsme mohli hypotézu spolehlivě přijmout. V rámci první hypotézy jsme shledali, že MASS a ACQ, tedy predikce rizika svalové dysmorfie a Adonisova komplexu, spolu pozitivně korelují.

Dále jsme se rozhodli tuto hypozézu specifikovat a ověřit i v rámci pohlaví. Subhypotézu **H1a: *Existuje statisticky významný pozitivní vztah mezi MASS a ACQ u mužů*** jsme taktéž na základě Spearmanova korelačního koeficientu přijali a v námi zkoumaném vzorku mezi oběma nástroji odhalili silnou pozitivní souvislost. Můžeme tedy konstatovat, že vyšší riziko svalové dysmorfie u mužů predikovalo i vyšší riziko Adonisova komplexu.

Druhá subhypotéza **H1_b: Existuje statisticky významný pozitivní vztah mezi MASS a ACQ u žen** byla také testována Spearmanovým korelačním koeficientem. V tomto případě byla opět prokázána pozitivní korelace, ale s menší silou než u mužů. Takovýto výsledek mohl být z části ovlivněn odlišnostmi, o nichž referují Pope et al. (2002). Vzhledem k zaměření ACQ se mohlo stát, že ženy výlučně se neorientující na svalnatost přesto v ACQ skórovaly výše kvůli možné nespokojenosti se vzhledem či tělovým schématem obecně, což mohlo snížit sílu korelace.

Pomocí hypotézy H2 a H3 jsme se rozhodli prozkoumat, zda se muži a ženy v rámci užitých metod liší. **H2: Muži vykazují statisticky významně vyšší skóry v MASS než ženy.** Dle Mann-Whitney *U* testu dosahovali zkoumaní muži v míře rizika svalové dysmorfie signifikantně vyšších skóru než ženy a v našem vzorku tedy byli svalovou dysmorfii více ohroženi. Zjištění podporuje předpoklad autorů Pope et al. (2002), kteří tvrdí, že ačkoliv se svalová dysmorfie může vyskytovat i u žen, jedná se především o doménu mužů.

Co se týče hypotézy **H3: Muži vykazují statisticky významně vyšší skóry v ACQ než ženy**, taktéž testované Mann-Whitney *U* testem, nebyly obdobné výsledky prokázány. Muži v riziku Adonisova komplexu nedosahovali signifikantně vyšších skóru, než jak tomu bylo v předchozím případě, a obě pohlaví se mezi sebou nelišila.

Závěry hypotéz H1_b a H3 by mohly podpořit pojetí Pope et al. (2002), dle kterého se Adonisův komplex od svalové dysmorfie mírně odlišuje, ačkoliv s ní sdílí mnoho společných charakteristik, na což odkazuje poměrně silná korelace hypotézy H1 ($r_s = 0,534$). Na rozdíl od svalové dysmorfie, kde se muži ukázali jako rizikovější skupina, se v riziku Adonisova komplexu mezi sebou obě pohlaví nelišila (H3). Dalším poznatkem je, že ačkoliv byla pozitivní korelace mezi oběma nástroji nalezena u obou pohlaví (vyšší skór v MASS předznamenával i vyšší skór ACQ a naopak), u mužů byl tento vztah silnější (muži: $r_s = 0,689$; ženy: $r_s = 0,471$; $p < 0,001$). Je tedy možné předpokládat, že u žen nemuselo kritérium svalnatosti zaujímat natolik dominantní pozici jako u mužů. A jak jsme již zmiňovali, snížení korelace u H1_b mohla mít na svědomí nespokojenost i s jinými aspekty vzhledu, které jsou mimo jiné součástí ACQ. Naopak u mužů se mohla nespokojenost více orientovat na svalnatost, což by podpořila uvedená silnější korelace. Jedinců s rizikem přítomnosti Adonisova komplexu bylo méně ($n = 24$) než u svalové dysmorfie ($n = 40$), což považujeme vzhledem k teoretickému poznání za překvapivé. S jistou mírou opatrnosti lze uvažovat, že se vysoká nespokojenost

s muskularitou nemusí natolik progresivně promítat do *body image*, celkové ne/spokojenosti s vlastním vzhledem včetně důsledků pro každodenní život. Nicméně tuto a další myšlenky pokládáme za hypotetické. Pro ověření takovýchto úvah by bylo potřebné rozšíření výzkumu. Jako podnětnou kupříkladu vnímáme srovnávací studii obou fenoménů v rámci dalších charakteristik, například zařazení dotazníků zjišťujících globální a tělesné sebepojetí či kvalitu života. V neposlední řadě je dle našeho názoru z výsledků patrné, že Adonisův komplex je pravděpodobně mírně odlišný a není vhodné ho se svalovou dysmorfii zaměňovat.

Ohniskem výzkumné části byl druhý cíl orientující se na porovnání skupiny s rizikem svalové dysmorfie a skupiny nerizikové v kontextu EMS a dimenzí vztahové vazby. Ten jsme vyjádřili následujícími hypotézami. Hypotézu **H4: Jedinci výzkumné skupiny dosahují v YSQ-S2 celkově vyšších skóre než komparativní skupina** jsme na základě výsledků zamítli. Mann-Whitney *U* test neodhalil signifikantní odlišnost a jedinci s rizikem svalové dysmorfie tedy nevykazovali silnější EMS, než jedinci ze skupiny komparativní. Toto zjištění považujeme v rámci této práce za stěžejní a odkazující k dalšímu studiu. V tomto případě je třeba poznamenat, že EMS se u výzkumné skupiny taktéž vyskytovala, neboť jak explikují Young et al. (2003), schémata jsou přítomna u všech lidí, ale rozdíly pozorujeme v jejich intenzitě a počtu. Ačkoliv statistická analýza jasně prokázala zmíněný závěr, je nutné neopomenout možné limitace.

Limitující může být problematika výzkumné a kontrolní skupiny. Jelikož byl výzkum dle inspirace studii svalové dysmorfie (např. Babusa, 2013; Babusa et al., 2015; Cella et al., 2012; Olivardia et al., 2000; Petersen, 2005; Pope et al., 1993 atd.) orientován na jedince věnující se *fitness*, *bodybuildingu* a aktivnímu sportu, je možné, že mnohé participanty vedly k těmto aktivitám podobné motivy. Výzkumnou a komparativní skupinu diferenoval skóre určující vysoké riziko svalové dysmorfie (Babusa et al., 2015). Mohlo se však stát, že jedinci, kteří do výzkumné skupiny nebyli zařazení, taktéž vykazovali silnější EMS, jež mohla být kompenzována více či méně intenzivní participací na tělesné kultivaci apod. Ačkoliv je tento předpoklad poměrně diskutabilní, je nutné ho zmínit, neboť by se v tomto případě vyskytla jedinečná skupina. Bohužel takovýmto rizikům je obtížné se vyvarovat, neboť naopak rekrutování komparativní skupiny z jedinců nesportujících by mohlo přirozeně zvýšit rozdíl

mezi oběma skupinami a snížit tak přesnost výsledků. Z tohoto důvodu společné charakteristiky výběrového souboru vnímáme spíše jako pozitivum, zvyšující přesnost zjištění.

Podobně problematickým mohlo být i nestejně složení výzkumné a komparativní skupiny, neboť komparativní skupina zahrnovala větší počet žen (v našem vzorku muži: $n = 97$; ženy $n = 167$). Mohlo se tedy stát, že ženy, které nedosahovaly rizika svalové dysmorfie, přesto vykazovaly silnější EMS (či vyšší míru vztahové úzkostnosti a vyhýbavosti u H5 a H6), a mohly tak v jistém smyslu zkreslit výsledky. Nicméně kritéria byla stanovena stanovena a všemi participanty naplněna. Přesto na tuto možnost upozorňujeme a sledujeme za podnětné zkoumání těchto charakteristik i v rámci pohlaví, včetně dalšího porovnávání mužů a žen, neboť i takováto skutečnost by odkazovala na zajímavé vlastnosti zkoumané populace. Jelikož výzkum v rámci obou pohlaví dle našich vědomostí dosud nebyl proveden, jednalo by se jistě o jeden z dalších možných směrů studia této oblasti.

Též pokládáme v rámci budoucích výzkumů za podnětné srovnání se vzorkem populace, jenž se těmito aktivitám nevěnuje či v případě standardizace YSQ-S2 (či jiné verze YSQ) srovnání s populační normou. V zamyšlení nad výsledky (vyjma výše uvedeného) zvažujeme také hypotézu, že u svalové dysmorfie mohou působit vzhledem k souvisejícím návykům jako je intenzivní trénink a striktní, avšak ve srovnání s PPP či obezitou podstatně racionálnější stravování, určité **protektivní faktory**. Ty mohou mít ochranný efekt na případný vliv sebezničujících emocionálních a kognitivních vzorců. Neboť nejen fyzická aktivita obecně (viz Lindwall et al., 2012), ale právě specificky organizovaná aktivita, jako je fitness trénink, má v důsledku samotného charakteru cvičení, založeného na odděleném posilování svalových skupin, na psychiku prokazatelně pozitivní vliv (Stackeová, 2001; 2010; 2015). Jedná se například o vliv anxiolytický či zvýšení globálního a tělesného sebepojetí. Na obdobnou myšlenku upozorňují Fabris et al. (v tisku). V jejich studii participanti praktikující *bodybuilding* skórovali v dimenzích vztahové vazby signifikantně níže než populační norma a to především v dimenzích pro úzkostný typ. V důsledku toho autoři naznačují, že by *bodybuilding* mohl představovat (pravděpodobně účinnou) kompenzační strategii anxiety či vztahových obtíží. Možné protektivní faktory participace na *fitness/bodybuildingu* dle našeho názoru disponují velice zajímavým potenciálem pro další zkoumání.

Za limitaci v rámci výzkumu EMS u svalové dysmorfie pokládáme nedostatek studií k tématu. Jelikož dle našich vědomostí dosud nebyla publikována studie oztřejmující vztah EMS,

svalové dysmorfie nebo dle DSM-5 jí nadřazené tělesné dysmorfické poruchy, není v tomto případě možné srovnat výsledky s předchozími výzkumy. Nejbližší informace tak přináší studie EMS u poruch svalové dysmorfie alespoň z části blízkých. Závěry těchto studií, např. autorů Atalay et al. (2008), Damiano et al. (2015) či Yoosefi et al. (2016) prokazující silnější EMS u klinických skupin však naše výsledky nepotvrzují. Je tedy možné, že jedinci s rizikem takto specifické poruchy skutečně nejsou v silném zajetí EMS, jak je tomu u příbuzných poruch.

Hypotézu **H5: Existuje rozdíl ve vztahové úzkostnosti dotazníku ECR mezi jedinci z výzkumné a komparativní skupiny** jsme zamítli, neboť nebylo dosaženo potřebné signifikance. Jedinci s rizikem svalové dysmorfie se tedy ve vztahové úzkostnosti od jedinců z komparativní skupiny nelišili. Další hypotéza **H6: Existuje rozdíl ve vztahové vyhýbavosti dotazníku ECR mezi jedinci z výzkumné a komparativní skupiny** soustředící se na druhou dimenzi vztahové vazby dle ECR byla taktéž zamítnuta, neboť dle Mann-Whitney *U* testu výsledek nebyl signifikantní. Závěry hypotéz H5 a H6 podporují závěr hypotézy H4 prezentovaný výše. Neboť jak naznačili Young et al. (2003), vztahová vazba má na vznik EMS významný vliv. Naše výsledky podporují tuto premisu, neboť jedinci s rizikem svalové dysmorfie nevykazovali silnější EMS než srovnávaná skupina a zároveň nebyli vztahově úzkostnější ani vyhýbavější. Výsledky se naopak neshodují se závěry autorů Fabris et al. (v tisku), kteří u jedinců s rizikem svalové dysmorfie detekovali vyhýbavý typ attachmentu.

Na třetí cíl orientující se na studium proměnné MASS s EMS a dimenzemi vztahové vazby odpovídaly následující hypotézy. Hypotézu **H7: Existuje statisticky významný vztah mezi MASS a YSQ-S2** nebylo možné na základě korelační analýzy přijmout. Je tedy zřejmé, že svalová dysmorfie, resp. výše jejího rizika, v našem výzkumném vzorku nesouvisí se silou EMS. Vztah dimenzí dotazníku ECR a svalové dysmorfie jsme zjišťovali v rámci hypotéz H8 a H9. Hypotézu **H8: Existuje statisticky významný vztah mezi MASS a vztahovou úzkostností dotazníku ECR** jsme zamítli, neboť Spearmanův korelační koeficient nenalezl mezi proměnnými signifikantní souvislost. Ke stejným závěrům jsme došli i v hypotéze **H9: Existuje statisticky významný vztah mezi MASS a vztahovou vyhýbavostí dotazníku ECR**. Dle hypotéz H7, H8 a H9 tedy výše rizika svalové dysmorfie nesouvisela se silou EMS ani s mírou vztahové úzkostnosti či vyhýbavosti. Tyto výsledky podporují zjištění u H4, H5, H6 a souhrnně naznačují, že v našem výzkumu pro jedince s rizikem svalové dysmorfie EMS či nejistá citová vazba nehrály natolik dominantní roli, jak je tomu u jiných poruch.

Opačné výsledky ukázala analýza vzťahu medzi silou EMS a dimenziami vzťahovej väzby, na čož jsme se zaměřovali v rámci čtvrtého stanoveného cíle. Hypotézu **H10: Existuje statisticky významný vztah mezi YSQ-S2 a vztahovou úzkostí dotazníku ECR** jsme mohli spolehlivě přijmout. Výsledky naznačují, že v rámci celkového vzorku síla EMS poměrně silně koreluje se vztahovou úzkostí. Středně silná korelace byla zjištěna i v rámci **H11: Existuje statisticky významný vztah mezi YSQ-S2 a vztahovou vyhybavostí dotazníku ECR**. Výsledky testování hypotéz H10 a H11 tedy odkazují na pozitivní souvislost mezi dimenzemi vztahové väzby dle ECR a silou EMS. K podobným výsledkům došli například Platts et al. (2005) i ve své diplomové práci Medalová (2014). Závěry též podporují předpoklad vztahu EMS s citovou väzbou dle Young et al. (2003).

V rámci komplexity jsme naše výsledky doplnili o exploraci EMS. Jelikož prozatím neexistuje teoretické a výzkumné zázemí ohledně dílčích EMS u svalové dysmorfie, rozhodli jsme se je v našem výzkumu zmapovat. V rámci doplňkové explorace jsme tedy zjišťovali, zda existují pro jedince s rizikem svalové dysmorfie nějaká signifikantní schémata, jež by specifikovala tuto skupinu od skupiny komparativní. Na základě analýzy dat se pro účastníky s rizikem svalové dysmorfie ve srovnání s ostatními *bodybuildery* a jedinci praktikujícími *fitness*, vzpírání a příbuzné aktivity ukázala jako významná schémata emocionální deprivace (ED), nárokování/grandiozity (ET), opuštění/instability (AB) a emocionální inhibice (EI). Všechna tato EMS byla signifikantní na hladině $p < 0,001$ nebo na hladině $p < 0,005$. Ačkoliv první dvě schémata dosáhla nejvyšší signifikance, jeví se všechna výše jmenovaná pro výzkumnou skupinu jako podstatná. Nižší, přesto přijatelné signifikance $p < 0,05$, dosáhla schémata nedůvěry/zneužití, sociální izolace/odcizení, defektivitu/studu, vtažení/nevyvinutého Self a schéma neústupných zásad/hyperkriticizmu. Výsledky tohoto zkoumání nás vedly k myšlence, že ačkoliv výzkumná skupina oproti skupině komparativní nevykazovala silnější EMS (viz H4), je možné, že v případě tohoto fenoménu nelze v rámci EMS očekávat celkovou odlišnost, jak tomu může být u jiných poruch. Naopak se specifická porucha může ukazovat pouze v některých schématech, jejichž význam v celkovém měřítku a hodnocení zaniká. Výsledky tedy ukazují významnost zejména čtyř schémat, která mohou dle našeho mínění nabývat zajímavé výpovědní hodnoty.

Jak jsme naznačili dříve, bohužel není možné provést srovnat naše výsledky s dalšími studii EMS u svalové dysmorfie, neboť dle našich znalostí prozatím takový výzkum nebyl

publikován. Nejbližší informace tedy poskytují studie příbuzných poruch. Ačkoliv jsou EMS u jednotlivých poruch vcelku specifická, uvedeme některá srovnání s předchozími studii. Nalézáme shodu s částí výsledků autorů Atalay et al. (2008), Kim et al. (2014) a Yoosefi et al. (2016), kteří taktéž prokazují u pacientů s OCD významnost schématu emocionální deprivace či nárokování/grandiozity. Dále se naše výsledky shodují s některými závěry autorů Maçik a Sas (2015), kteří u anorektických žen identifikovali významné schéma opuštění/instability, zatímco Damiano et al. (2015) našli u anorektických pacientek významnost schématu emocionální inhibice. V případě výše uvedených EMS signifikantních na hladině významnosti $p < 0,05$ jsme našli shody s některými studii EMS u pacientů s PPP a závislostmi. Jedná se o schémata neústupných zásad/hyperkriticizmu, sociální izolace a defektivitu/studu (Damiano et al., 2015; Maçik & Sas, 2015; Pauwels et al., 2013; Waller et al., 2000).

V rámci shrnutí všech signifikantních EMS se po aplikaci příslušných domén ukazují pro svalovou dysmorfii jako nejvíce významné dvě domény - doména oddělení a nepřijetí a doména ostražitosti a inhibice. Při zamyšlení nad zjištěnými EMS spatřujeme, že některá z nich odrážejí charakteristiku či přímo diagnostické znaky svalové dysmorfie, jako je například schéma defektivitu/studu, sociální izolace či neústupné zásady/hyperkriticizmu. Za zajímavý též pokládáme pohled na schémata, která se u výzkumné skupiny ukázala jako nejméně významná, jako je například schéma selhání, závislosti/inkompetence či insuficientní sebekontroly/sebedisciplíny. Při pohledu na opačnou charakteristiku schémat vnímáme některá až překvapující připodobnění charakteristik poruchy. Ačkoliv výše uvedená zjištění odkazují na pozoruhodné souvislosti, netroufáme si hlubších interpretací, neboť se prozatím jednalo jen o první vhled do tématu. Pro takovéto interpretace by bylo vhodné detailnější zkoumání na větším počtu osob. Naše výsledky bohužel nemohou být zobecněny. Nicméně naším záměrem nebylo vytvoření reprezentativního vzorku, a to již z důvodu, že se jedná o korelační a srovnávací výzkum s cílem exploračního daného tématu. Výsledky tedy vnímáme jako první proniknutí do problematiky svalové dysmorfie a raných maladaptivních schémat s potřebou dalšího zkoumání.

V rámci diskuze se dále budeme věnovat limitacím, které z důvodu diskutování hypotéz a doplňující explorační nebyly uvedeny výše. Za limitaci může být považováno využití *cut-off pointu* rozřazujícího jedince do výzkumné a komparativní skupiny. Původní aspirace pro

testování hypotézy H4 vyjma *cut-off pointu* také porovnáním horního a dolního kvartilu však nemohla být uskutečněna. Neboť při takto vysoké početní rozdílnosti (v našem vzorku horní kvartil $n = 10$ a dolní kvartil $n = 78$) výpočet neparametrickou statistikou není možné provést. Obdobně vysoká početní rozdílnost by zcela jistě narušila přesnost daných zjištění. Vyjma výše uvedených omezení může při porovnávání extrémních skóre také dojít ke zkreslení, a to právě díky vysoké rozdílnosti a chybění středových kvartilů, které jinak zmírní přirozeně vysokou rozdílnost. Nízký počet jedinců dosahujících skóre horního kvartilu však pokládáme za pochopitelný, neboť nízká prevalence svalové dysmorfie i při relativně vysokém počtu získaných odpovědí ($n = 304$) predikuje nízký počet jedinců s rizikem poruchy. Testování hypotézy H4 a diferenciaci skupin jsme tedy provedli pomocí užívaného *cut-off pointu*. Jak uvádí Babusa et al. (2015), užití *cut-off pointu* s nejvyšší senzitivitou 98 % maximalizuje přítomnost a absenci vysokého rizika poruchy a je tak vhodným kritériem pro určení rizika svalové dysmorfie.

Omezením může být i rozdílná velikost srovnávaných skupin (výzkumná skupina $n = 40$, komparativní skupina $n = 264$), jelikož při vyšší početní rozdílnosti může docházet ke zkreslení výsledků. Dle Groningera (1990) však empirické distribuce bohužel nikdy plně neodpovídají populaci. Jako výhodný tedy považujeme poměrně četný soubor participantů ($n = 304$). Též je dle poměrně vysoké signifikance možné předpokládat určitou věrohodnost získaných výsledků.

V rámci výzkumu jsme vyjma základních sociodemografických údajů zjišťovali i další doplňkové údaje ohledně sportovní participace, motivace, suplementace a dalšího chování. Tyto aspekty se však ukázaly spíše jako další směr výzkumu, odchylovající se od stanoveného cíle diplomové práce. S doplňkovými daty jsme tedy nezacházeli a zanecháváme je jako další možný směr pro budoucí rozšíření výzkumu.

Limitací může být také samotná *online* forma dotazníku. Tento způsob administrace jsme však vzhledem ke specifikům cílové populace a zkonzultování možných přínosů a rizik zvolili za nejvhodnější. Naše rozhodnutí vycházelo z předpokladů, bez nichž by nebylo možné výzkum realizovat. Prvním z nich byla nutnost získání velkého počtu participantů. Kvůli předpokládané prevalenci bylo pro uskutečnění výzkumu nezbytné získat až několik set odpovědí. To by bylo u prvního typu testování velmi obtížně proveditelné. Jelikož lidé do *fitness* center a posiloven dochází především za účelem tělesné kultivace a doba strávená v těchto

zařízeních je zpoplatněna, ukázalo se získání dostatečného počtu participantů v době jejich návštěvy zařízení jako problematické. Obdobný problém vyvstával i v případě samotného testování. To vyžadovalo nejen dostatek času (min. 30 - 35 minut), ale vzhledem k důvěrnosti a citlivé povaze tématu především klid, dostatečnou dobu na rozmyšlení a absenci rušivých podnětů, což potréningová fyziologická aktivizace i prostory takovýchto center prakticky znemožňují. Žádoucí tedy bylo testování v klidových podmínkách, nikoliv těsně po tréninku, kdy by vzhledem k externím i organismickým vlivům mohlo dojít ke zkreslení. Možnost obsáhnutí co nejvyššího počtu *fitness* a *bodybuildingové* populace tedy poskytla *online* verze. Též uvažujeme, že i přes limitace *online* formy, jako je nepřítomnost výzkumníka, nemožnost kontroly podmínek testování apod., mohla právě naprostá anonymita tohoto typu dotazování minimalizovat stylizaci a podpořit upřímnost u citlivých položek. U *online* formy mohlo nastat riziko nesprávného pochopení položek, které jsme se v rámci celé baterie snažili omezit provedením pilotní studie a detailním objasněním instrukcí ke každému z dotazníků. V neposledním případě bychom rádi uvedli poslední analýzu výzkumného projektu NetMonitor, dle které představuje internetová populace ve věku deseti a více let 76 % obyvatel, přičemž stále mírně narůstá (Kolář, 2016). Ačkoliv je rizikem *online* výzkumu nemožnost zachycení jedinců, kteří internet nevyužívají, pokládáme toto procento za poměrně dobrý předpoklad kvalitních výsledků. Z výše uvedených důvodů pojmáme tuto formu pro realizaci výzkumu a získání alespoň minimálního zastoupení výzkumné skupiny za nejvhodnější.

Omezením mohou být i specifické charakteristiky zkoumaného vzorku populace. Předpokládáme, že jedinci, kteří se podíleli na výzkumu, k němu byli z určitého důvodu motivováni a nemuseli tedy vždy vystihovat průměrného návštěvníka *fitness* centra či aktivního sportovce. Takovéto limitace bohužel realizace studie přináší a není možné se jim zcela vyvarovat. Též by bylo prospěšné získání většího počtu respondentů, neboť s vyšším počtem dat by mohla stoupat výpovědní hodnota zjištění. Výsledky mohly ovlivnit i situační faktory jako je aktuální psychický/psychofyzický stav respondenta, dlouhodobější emocionální stav apod. I takovéto faktory bohužel není možné zcela postihnout.

V neposlední řadě pojmáme za určité omezení skutečnost, že i novější odborné prameny týkající se svalové dysmorfie vesměs vychází z původní literatury a aktualizované či nové poznatky jsou prozatím v silném nedostatku. I přes snahu o zařazení nejaktuálnějších

pramenů jsme tedy v takovýchto případech z důvodu upřednostnění primárních zdrojů volili prameny původní.

V konceptu EMS vidíme u svalové dysmorfie velký potenciál - zejména pro terapeutické využití. Další studie by se tedy mohly zaměřit na jejich hlubší zkoumání. Podnětné rozšíření vidíme i ve větším vzorku respondentů, obohacení výzkumu o skupinu uživatelů anabolických steroidů, odděleném zkoumání mužů a žen včetně porovnávání obou skupin, popřípadě v zařazení dalších výzkumných metod, například metod zjišťujících tělesné sebepojetí či kvalitu života. V rámci budoucích studií by byla velkým přínosem standardizace nástroje pro detekci svalové dysmorfie včetně některé verze z dotazníků YSQ. Potenciál také vidíme ve výzkumu a ověření možných protektivních faktorů *fitness* a *bodybuildingu*.

Přínos této práce vnímáme v exploraci tématu a prozkoumání nových kvalit svalové dysmorfie. Přínosem by mohlo být i zpracování této tematiky v českém prostředí. Doufáme, že by tato práce mohla přispět ke snazší dostupnosti informací o svalové dysmorfii, ale i její prevenci. Právě uvědomění si vyjma pozitiv i možných rizik, které se mohou objevit i na pozadí jinak prospěšné tělesné kultivace, může předejít mnoha komplikacím a přispět tak ke zvýšení psychické pohody, kvality života i podpoře pozitivních účinků sportovní participace.

12 Závěry

Na základě statistické analýzy dat jsme dospěli k následujícím závěrům.

- Byl nalezen statisticky významný pozitivní vztah mezi skóry dosaženými v MASS a ACQ. Tento pozitivní vztah byl zjištěn jak u celkového vzorku, tak v rámci obou pohlaví, přičemž silnější těsnost vztahu byla zjištěna u mužů.
- Muži dosahovali statisticky významně vyšších skóre v MASS než ženy.
- Nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi výslednými skóry mužů a žen v ACQ.
- Jedinci s rizikem svalové dysmorfie nedosahovali statisticky významně vyšších skóre v YSQ-S2 než komparativní skupina.
- Jedinci s rizikem svalové dysmorfie nedosahovali statisticky významně vyšších skóre v dimenzích vztahové úzkosti a vyhýbavosti dle ECR než komparativní skupina.
- V rámci celkového vzorku nebyl nalezen statisticky významný vztah mezi výslednými skóry v MASS a YSQ-S2.
- V rámci celkového vzorku nebyl nalezen statisticky významný vztah mezi výslednými skóry v MASS a dimenzemi vztahové úzkosti a vyhýbavosti dle ECR.
- V rámci celkového vzorku byl zjištěn pozitivní vztah mezi výslednými skóry v YSQ-S2 a dimenzemi vztahové úzkosti a vyhýbavosti dle ECR, přičemž silnější těsnost vztahu byla zjištěna mezi YSQ-S2 a dimenzí vztahové úzkosti.
- Jako signifikantní se pro jedince s rizikem svalové dysmorfie ve srovnání se skupinou komparativní ukázala schémata emocionální deprivace a nárokování/grandiozity ($p < 0,001$), schémata opuštění/instability a emocionální inhibice ($p < 0,005$) a schémata nedůvěry/zneužití, sociální izolace, defektivita/studu, vtažení/nevyvinutého Self a neústupných zásad/hyperkriticizmu ($p < 0,05$).

Po aplikaci statisticky významných schémat do maladaptivních domén byla u výzkumné skupiny nejvíce zastoupena doména oddělení a nepřijetí a doména ostražitosti a inhibice.

Souhrn

Tato diplomová práce se zabývá svalovou dysmorfii, jejím vztahem s ranými maladaptivními schémata (EMS) a vztahovou vazbou. Diplomová práce navazuje na dosavadní teoretické a empirické poznání fenoménu, jakožto i na jeho původní autory H. G. Pope, A. J. Gruber, P. Choi, R. Olivardia a K. A. Phillips (Pope et al., 1997; Pope et al., 2002). Práce je koncipována do části teoretické a empirické.

Svalová dysmorfie vycházející z celospolečenského fenoménu Adonisův komplex je charakterizována souborem chování a postojů, kdy je jedinec patologicky přesvědčen o nedostačivosti vlastní svalnatosti (případně štíhlosti a svalnatosti), ačkoliv je zpravidla velmi osvalen (American Psychiatric Association, 2013; Pope et al., 1997; Pope et al., 2002). Vcelku časté připodobnění je připisováno mentální anorexii s tím rozdílem, že jedinci se svalovou dysmorfii vnímají sebe sama jako menší a slabší než ve skutečnosti jsou (Olivardia, 2001). Ačkoliv je racionální stravování a fyzické cvičení bezesporu pozitivním atributem, může se i zde v důsledku mnoha vlivů objevit riziko, jehož konsekvence mohou mít tíživý dopad na osobnost jedince (Grieve, 2007; Pope et al., 2002, Thompson & Cafri, 2007). Vzhledem k trendům současné doby, dle kterých zastává fyzický vzhled stále dominantnější pozici (Fischer & Škoda, 2014), je třeba se těmto rizikům více věnovat.

Teoretická část čítá šest kapitol. V rámci komplexního obsažení problematiky věnujeme prostor samotnému vymezení oblasti *fitness* a *bodybuildingu* či zdravotním a psychologickým aspektům pohybové aktivity a *fitness* tréninku. Též je zde rozpracována problematika tělesného sebepojetí, *body image* a tělesného ideálu současné doby. Ohniskem zaměření práce je fenomén svalové dysmorfie, kterému jsme také věnovali nejvíce pozornosti. Vyjma představení svalové dysmorfie od počátečních studií, definice a kategorizace dle MKN-10 a DSM-5 rozpracováváme etiologii, prevalenci, komorbiditu či léčbu. Kapitola je prokládána provedenými studiemi doplňujícími teoretickou základnu. Problematiku EMS vymezuje s odkazem na jejich zakladatele Jeffreyho Younga a spoluautory (2003). Vymezuje jejich charakteristiku, fungování, původ a další ústřední oblasti. Jedná se například o maladaptivní domény a jednotlivá EMS, copingové styly či léčbu EMS - schématerapii. Dále objasňujeme principiální teoretické poznatky vztahové vazby se zaměřením na její typologii včetně

dvojdimenzionálního pojetí. Teoretickou část uzavíráme kapitolou věnující se studiím vztahové vazby a EMS.

V rámci výzkumu jsme se zaměřili na detekci svalové dysmorfie a prozkoumání jejího vztahu s EMS a vztahovou vazbou u dospělé populace věnující se *fitness*, *bodybuildingu* či jinému druhu aktivního sportu. Tuto populaci jsme určili na základě inspirace předchozími studii svalové dysmorfie (např. Babusa et al., 2015; Cella et. al., 2012; Olivardia et al., 2000; Petersen, 2005). Pro výzkum jsme zvolili kvantitativní design a to kombinaci korelační a srovnávací studie. Vzhledem k charakteru nově zkoumaných vztahů a tematiky jsme výzkum pojímali zejména explorativně. Hlavní cíl, rozšíření povědomí a výzkumného poznání ohledně svalové dysmorfie a studium tohoto fenoménu u českého vzorku dospělé populace v kontextu vybraných proměnných, jsme podrobněji specifikovali ve čtyřech cílech. Ty jsme vyjádřili 11 hypotézami a dvěma subhypotézami. Výzkum jsme doplnili o exploraci EMS. Pro výzkum bylo využito čtyř metod a to Adonis Complex Questionnaire (ACQ), Muscle Appearance Satisfaction Scale (MASS), Young Schema Questionnaire - short form (YSQ-S2) a Experiences in Close Relationships (ECR). Dotazníková baterie byla doplněna o položky týkající se sociodemografie. Před realizací výzkumu jsme pro ověření baterie a eliminaci možných nedostatků provedli pilotní studii. Výběr výzkumného souboru jsme realizovali prostřednictvím kombinace lavinového a příležitostného účelového výběru. Celkově na výzkumu participovalo 304 jedinců, z toho 126 mužů a 178 žen. Do výzkumné skupiny bylo zahrnuto 40 jedinců a do skupiny komparativní 264 jedinců. Konstituování výzkumné skupiny značilo zjištění existence rizika svalové dysmorfie. Jelikož dle Shapiro-Wilk testu data nevykazovala normální rozložení, užili jsme neparametrické statistické metody. Data jsme analyzovali v programu SPSS 21 pomocí Mann-Whitney U testu a Spearmanova korelačního koeficientu. Hypotézy byly testovány na stanovené hladině signifikance $p < 0,001$. Doplnkovou exploraci EMS jsme prezentovali na hladině významnosti $p < 0,001$; $p < 0,005$ a $p < 0,05$. Na základě statistické analýzy jsme dospěli k následujícím závěrům.

Byl identifikován poměrně silný pozitivní vztah mezi nástroji MASS a ACQ v rámci celého výzkumného vzorku ($r_s = 0,534$). Tato souvislost se potvrdila jak u mužů ($r_s = 0,689$), tak u žen ($r_s = 0,471$), přičemž u mužů byla zaznamenána silnější korelace. Výše rizika svalové dysmorfie tedy pozitivně souvisela s výší rizika Adonisova komplexu. Muži v MASS dosahovali signifikantně vyšších skóre než ženy, zatímco v případě ACQ se mezi muži

a ženami neukázal signifikantní rozdíl. Obě pohlaví se tedy v riziku Adonisova komplexu na rozdíl od rizika svalové dysmorfie nelišila. Jedinci z výzkumné skupiny, tedy jedinci s rizikem svalové dysmorfie, nedosahovali v YSQ-S2 signifikantně vyšších skóre než jedinci ze skupiny komparativní. Mezi výzkumnou a komparativní skupinou nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v dimenzích vztahové úzkostnosti i vyhýbavosti dle ECR. Jedinci s rizikem svalové dysmorfie tedy v našem vzorku nevykazovali celkově silnější EMS než komparativní skupina. Zároveň nebyli vztahově úzkostnější ani vyhýbavější. Nebyla nalezena signifikantní souvislost mezi skóre dosaženými v MASS a YSQ-S2. Výše rizika svalové dysmorfie tedy nesouvisela s celkovou silou EMS. Nebyl nalezen vztah mezi skóre dosaženými v MASS a dimenzích vztahové úzkostnosti a vyhýbavosti dle ECR. Byla však zjištěna poměrně silná pozitivní korelace mezi skóre dosaženými v YSQ-S2 a oběma dimenzemi vztahové vazby. Silnější těsnost vztahu s YSQ-S2 vykazovala dimenze vztahové úzkostnosti ($r_s = 0,532$). Souvislost mezi YSQ-S2 a vztahovou vyhýbavostí byla také signifikantní a představovala středně silnou korelaci ($r_s = 0,354$). Jako statisticky významná se pro výzkumnou skupinu ukázala schémata emocionální deprivace a nárokování/grandiozity ($p < 0,001$). Na hladině $p < 0,005$ vykazovala signifikanci schémata opuštění/instability a emocionální inhibice. Na hladině $p < 0,05$ byla signifikantní schémata nedůvěry/zneužití, sociální izolace, defektivita/studu, vtažení/nevyvinutého Self a schéma neústupných zásad/hyperkriticizmu. Za fundament výzkumu považujeme zjištění, že svalová dysmorfie v našem výzkumném vzorku nesouvisela s celkovou silou EMS a dimenzemi vztahové vazby, ale byla zjištěna významnost některých dílčích schémat.

Tato práce by mohla být přínosem pro výzkum *poruch body image* a svalové dysmorfie. Další studium této oblasti vnímáme jako potřebné, neboť může významně pomoci k hlubšímu porozumění této specifické problematice. Za podnětné pokládáme zkoumání dalších charakteristik, například globálního a tělesného sebepojetí, porovnání skupin mužů a žen či ověření možných protektivních faktorů *fitness* a *bodybuildingu*.

Seznam použitých zdrojů a literatury

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5®)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
2. Arem, H., Moore, S. C., Patel, A., Hartge, P., de Gonzalez, A. B., Visvanathan, K., ... & Linet, M. S. (2015). Leisure time physical activity and mortality: a detailed pooled analysis of the dose-response relationship. *JAMA internal medicine, 175*(6), 959-967.
3. Aşçı, F. H. (2003). The effects of physical fitness training on trait anxiety and physical self-concept of female university students. *Psychology of sport and exercise, 4*(3), 255-264. doi: 10.1016/S1469-0292(02)00009-2
4. Atalay, H., Atalay, F., Karahan, D., & Çaliskan, M. (2008). Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-sectional study. *International journal of psychiatry in clinical practice, 12*(4), 268-279. doi: 10.1080/13651500802095004
5. Babusa, B. (2013). *Muscle dysmorphia in Hungarian high risk populations* (Disertační práce). Získáno 3. ledna 2016 z http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/babusabernadett.d.pdf
6. Babusa, B., Czeglédi, E., Túry, F., Mayville, S. B., & Urbán, R. (2015). Differentiating the levels of risk for muscle dysmorphia among Hungarian male weightlifters: A factor mixture modeling approach. *Body image, 12*, 14-21. doi: 10.1016/j.bodyim.2014.09.001
7. Babusa, B., Urbán, R., Czeglédi, E., & Túry, F. (2012). Psychometric properties and construct validity of the Muscle Appearance Satisfaction Scale among Hungarian men. *Body image, 9*(1), 155-162. doi: 10.1016/j.bodyim.2011.08.005
8. Bjornsson, A. S., Didie, E. R., & Phillips, K. A. (2010). Body dysmorphic disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 12*(2), 221–232.
9. Bo, S., Zoccali, R., Ponzio, V., Soldati, L., De Carli, L., Benso, A., ... & Abbate-Daga, G. (2014). University courses, eating problems and muscle dysmorphia: are there any associations? *Journal of translational medicine, 12*(1), 1-8. doi: 10.1186/s12967-014-0221-2

10. Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (46–76). New York: Guilford Press.
11. Brownell, K. D., & Napolitano, M. A. (1995). Distorting reality for children: Body size proportions of Barbie and Ken dolls. *International Journal of Eating Disorders*, *18*(3), 295-298. doi: 10.1002/1098-108X(199511)18:3<295::AID-EAT2260180313>3.0.CO;2-R
12. Buhlmann, U., Glaesmer, H., Mewes, R., Fama, J. M., Wilhelm, S., Brähler, E., & Rief, W. (2015). Updates on the Prevalence of Body Dysmorphic Disorder: A Population-Based Survey. *Focus*, *13*(2), 252-257. doi: 10.1176/appi.focus.130217
13. Cafri, G., Van den Berg, P., & Thompson, J. K. (2006). Pursuit of muscularity in adolescent boys: Relations among biopsychosocial variables and clinical outcomes. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *35*(2), 283-291. doi: 10.1207/s15374424jccp3502_12
14. Cameron, M. (nedat.). *Schema therapy*. Získáno 20. ledna 2016 z http://www.cognitivetherapy.me.uk/schema_therapy.htm/
15. Campagna, J. D., & Bowsher, B. (2016). Prevalence of Body Dysmorphic Disorder and Muscle Dysmorphia Among Entry-Level Military Personnel. *Military medicine*, *181*(5), 494-501. doi: 10.7205/MILMED-D-15-00118
16. Cash, T. F., & Smolak, L. (Eds.). (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. New York: Guilford Press.
17. Cella, S., Iannaccone, M., & Cotrufo, P. (2012). Muscle dysmorphia: A comparison between competitive bodybuilders and fitness practitioners. *Journal of Nutritional Therapeutics*, *1*(1), 12-18. doi: 10.6000/1929-5634.2012.01.01
18. Collis, N., Lewis, V., & Crisp, D. (2016). When Is Buff Enough? The Effect of Body Attitudes and Narcissistic Traits on Muscle Dysmorphia. *The Journal of Men's Studies*, *24*(2), 213-225. 10.1177/1060826516641097
19. Damiano, S. R., Reece, J., Reid, S., Atkins, L., & Patton, G. (2015). Maladaptive schemas in adolescent females with anorexia nervosa and implications for treatment. *Eating behaviors*, *16*, 64-71. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.10.016
20. De Vaus, D. (2002). *Surveys in Social Research* (5. vyd.). St Leonards: Routledge. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.0533

21. Ellis-Petersen, H. (28. ledna 2016). Barbie finally becomes a real woman - with a more realistic figure. *The Guardian*. Získáno z <https://www.theguardian.com/>
22. Fabris, M. A., Longobardi, C., Prino, L. E., Settanni, M. (v tisku). Attachment Style and Risk of Muscle Dysmorphia in a Sample of Male Bodybuilders. *Psychology of Men & Masculinity*. doi: 10.1037/men0000096
23. Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu* (2. vyd.). Praha: Portál.
24. Fialová, L. (2006). *Moderní body image. Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada Publishing, a. s.
25. Fialová, L. (2007). *Jak dosáhnout postavy snů aneb Možnosti a limity korekce postavy*. Praha: Grada Publishing, a. s.
26. Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (3. vyd.). New York: SAGE Publishing.
27. Fischer, S., & Škoda, J. (2014). *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení* (2. vyd.). Praha: Grada Publishing, a. s.
28. Foster, A., Shorter, G., & Griffiths, M. (2015). Muscle dysmorphia: Could it be classified as an addiction to body image? *Journal of Behavioral Addictions*, 4(1), 1–5. doi:10.1556/JBA.3.2014.001
29. Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Objectification theory. *Psychology of women quarterly*, 21(2), 173-206. doi:10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x
30. González-Martí, I., Bustos, J. G. F., Jordán, O. R. C., & Mayville, S. B. (2012). Validation of a Spanish version of the Muscle Appearance Satisfaction Scale: escala de satisfacción muscular. *Body Image*, 9(4), 517-523. doi: 10.1016/j.bodyim.2012.05.002
31. Grant, J. (2014). Commentary on: Muscle dysmorphia: Could it be classified as an addiction to body image? *Journal of behavioral addictions*, 4(1), 6-7. doi:10.1556/JBA.3.2014.021
32. Graves, R. (2004). *Řecké mýty*. Praha: Levné knihy KMa.
33. Grieve (2007). A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eating disorders*, 15(1), 63-80. doi: 10.1080/10640260601044535
34. Grieve, F. G., Truba, N., & Bowersox, S. (2009). Etiology, assessment, and treatment of Muscle Dysmorphia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 306-314. doi: 10.1891/0889-8391.23.4.306

35. Griffiths, S., Mond, J. M., Murray, S. B., & Touyz, S. (2015). Positive beliefs about anorexia nervosa and muscle dysmorphia are associated with eating disorder symptomatology. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(9), 1-9. doi: 10.1177/0004867415572412
36. Groninger, L. D. (1990). *Beginning statistics within a research context*. New York: Harper & Row.
37. Guerra-Torres, J. H., & Arango-Vélez, E. F. (2015). Muscle dysmorphia among competitive bodybuilders. *Revista Politécnica*, 11(20), 39-48.
38. Hale, W. D. (2008). *Scale development in Muscle Dysmorphia* (Disertační práce). Získáno 15. prosince 2015 z <https://shareok.org/>
39. Hátlová, B. (2003). *Kinezioterapie*. Praha: Karolinum.
40. Heath, B., Tod, D. A., Kannis-Dymand, L., & Lovell, G. P. (2016). The relationship between objectification theory and muscle dysmorphia characteristics in men. *Psychology of Men & Masculinity*, 17(3), 297-308. doi: 10.1037/men0000022
41. Hendl, J. (2012). *Přehled statistických metod*. Praha: Portál.
42. Hernández-Martínez, A., González-Martí, I., & Jordán, O. R. C. (2017). Detection of Muscle Dysmorphia symptoms in male weightlifters. *Anales de Psicología*, 33(1), 204-210. doi: 10.6018/analesps.33.1.233311
43. Higgins, E. T. (1987). Self-Discrepancy: A Theory Relating Self and Affect. *Psychological Review*, 94, 319–340. Získáno 5. června 2016 z <http://www.columbia.edu/>
44. Hirt, T. et al. (2012). *Vybrané kapitoly z aplikované sociální antropologie*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni.
45. Hoffart, A., Sexton, H., Hedley, L. M., Wang, C. E., Holthe, H., Haugum, J. A., ... & Holte, A. (2005). The structure of maladaptive schemas: A confirmatory factor analysis and a psychometric evaluation of factor-derived scales. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 627-644. doi: 10.1007/s10608-005-9630-0
46. Hosák, L., Hrdlička, M., & Libiger, J. et al. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum.

47. Chaney, M. P. (2008). Muscle dysmorphia, self-esteem, and loneliness among gay and bisexual men. *International Journal of Men's Health*, 7(2), 157-170. doi: 10.3149/jmh.0702.157
48. Choi, P. Y. L., Pope, H. G., & Olivardia, R. (2002). Muscle dysmorphia: a new syndrome in weightlifters. *British Journal of Sports Medicine*, 36(5), 375-376. doi: 10.1136/bjism.36.5.375
49. International OCD Foundation (nedat.). *Prevalence of BDD*. Získáno z <https://bdd.iocdf.org/professionals/prevalence/>
50. Jeřábek, H. (1992). *Úvod do sociologického výzkumu*. Praha: Karolinum.
51. Jin, X., Jin, Y., Zhou, S., Li, X., Yang, S. N., Yang, D., ... & Yao, J. (2015). The Muscle Appearance Satisfaction Scale: A factorial analysis of validity and reliability for its use on adult Chinese male weightlifters. *Body image*, 14, 94-101. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.04.004
52. Jivanescu, D., Crisan, I., & Lazarescu, M. (2011). Psychological characteristics and personality traits in prodromal stages of body dysmorphic disorder. *Fiziologia - Physiology*, 21(1), 33-40. Získáno 13. ledna 2016 z http://revista_fiziologia.umft.ro
53. Jovev, M., & Jackson, H. J. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*, 18(5), 467-478. doi: 10.1521/pedi.18.5.467.51325
54. Kelly, E. B. (2016). *The 101 Most Unusual Diseases and Disorders*. Santa Barbara: ABC-CLIO, LLC.
55. Kim, J. E., Lee, S. W., & Lee, S. J. (2014). Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, 215(1), 134-140. doi: 10.1016/j.psychres.2013.07.036
56. Kirby, J. K. (2016). An existential-phenomenological investigation of women's experience of becoming less obsessed with their bodily appearance. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, 16(1), 1-15. doi: 10.1080/20797222.2016.1164989
57. Kolář, P. (březen, 2016). *NetMonitor. Trendy v návštěvnosti internetu - ročenka 2015*. Získáno 20. prosince 2016 z <http://www.netmonitor.cz/sites/default/files/prilohy/IAC%202016%20-%20NetMonitor%20ro%C4%8Denka%202015.pdf>

58. Kolařík, M., Dolejš, M., Dostál, D., Charvát, M., Pechová, O., Seitlová, K. ... Vtípil, Z. (2015). *Manuál pro psaní diplomových prací na katedře psychologie FF UP v Olomouci*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
59. Koran, L. M., Abujaoude, E., Large, M. D., & Serpe, R. T. (2008). The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectrums*, *13*(4), 316-322. doi: 10.1017/S1092852900016436
60. Kratochvíl (2012). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
61. Kulíšek, P. (2000). Problémy teorie raného citového přilnutí (attachment). *Československá psychologie*, *44*(5), 404-423.
62. Lantz, C. D., Rhea, D. J., & Mayhew, J. L. (2001). The drive for size: A psycho - behavioral model of muscle dysmorphia. *International sports journal*, *5*(1), 71-86.
63. Látalová, K. (2013). *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a. s.
64. Latorre-Román, P. Á., Garrido-Ruiz, A., & García-Pinillos, F. (2014). Versión española del cuestionario del complejo de Adonis; un cuestionario para el análisis del dimorfismo muscular o vigorexia. *Nutrición hospitalaria*, *31*(3), 1246-1253. doi: 10.3305/nh.2015.31.3.8292
65. Lawrence, K. A., Allen, J. S., & Chanen, A. M. (2011). A study of maladaptive schemas and borderline personality disorder in young people. *Cognitive therapy and research*, *35*(1), 30-39. 10.1007/s10608-009-9292-4
66. Léčbych, M. (2013). *Rorschachova metoda: integrativní přístup k interpretaci*. Praha: Grada Publishing, a. s.
67. Léčbych, M., & Pospíšilíková, K. (2012). Česká verze škály Experiences in Close Relationships (ECR): Pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti. *E-psychologie*, *6*(3), 1-11. Získáno 19. listopadu 2015 z <http://e-psycholog.eu/pdf/lecbych-pospisilikova.pdf>
68. Leone, J. E., Sedory, E. J., & Gray, K. A. (2005). Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders. *Journal of Athletic Training*, *40*(4), 352 - 359.
69. Lindwall, M., Ljung, T., Hadžibajramović, E., & Jonsdottir, I. H. (2012). Self-reported physical activity and aerobic fitness are differently related to mental health. *Mental Health and Physical Activity*, *5*(1), 28-34. doi: 10.1016/j.mhpa.2011.12.003

70. Maçik, D., & Sas, E. (2015). Therapy of anorexia and Young's early maladaptive schemas. Longitudinal study. *Current Issues in Personality Psychology*, 3(4), 203–213. doi: 10.5114/cipp.2015.54713
71. Málková, I. (srpen, 2008). Pohled psychologa na obezitu. Získáno 12. května 2016 z http://www.hravezijzdrave.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=64&Itemid=73
72. Mason, O., Platts, H., & Tyson, M. (2005). Early maladaptive schemas and adult attachment in a UK clinical population. *Psychology and psychotherapy: Theory, research and practice*, 78(4), 549-564. doi: 10.1348/147608305X41371
73. Mauchand, P., Lachenal-Chevallet, K., & Cottraux, J. (2011). Empirical validation of the Young Schema Questionnaire-Short Form (YSQ-S2) in borderline personality disorder and control subjects. *L'Encephale*, 37(2), 138-143. doi: 10.1016/j.encep.2010.04.014
74. Mayville, S. B., Williamson, D. A., White, M. A., Netemeyer, R. G., & Drab, D. L. (2002). Development of the Muscle Appearance Satisfaction Scale A Self-Report Measure for the Assessment of Muscle Dysmorphia Symptoms. *Assessment*, 9(4), 351-360. doi: 10.1177/1073191102238156
75. McKinney, J., Lithwick, D. J., BHK, H. N., Isserow, S. H., Heilbron, B., & Krahn, A. D. (2016). The health benefits of physical activity and cardiorespiratory fitness. *British Columbia Medical Journal*, 58(3), 131-137.
76. McLean, H. R., Bailey, H. N., & Lumley, M. N. (2014). The secure base script: Associated with early maladaptive schemas related to attachment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 87(4), 425-446. doi: 10.1111/papt.12025
77. Medalová, K. (2014). *Rané maladaptívne schémy v dospelých vzťahoch* (Diplomová práca). Univerzita Palackého v Olomouci.
78. Millington, B. (2016). Fit for prosumption: interactivity and the second fitness boom. *Media, Culture & Society*, 38(8), 1184-1200. doi: 10.1177/0163443716643150
79. Morgan, J. (2008). *The invisible man: A Self-help Guide for Men with Eating Disorders, Compulsive Exercise, and Bigorexia*. New York: Routledge.

80. Morris, K. (2013). Body image disorders. In K. W. M. Fulford, M. Davies, R. Gipps, G. Graham, J. Sadler, G. Stanghellini, & T. Thornton (Eds.). (2013). *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry* (592-611). Oxford: Oxford University Press.
81. Mosley, P. E. (2009). Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review*, 17(3), 191-198. doi:10.1002/erv.897
82. Nieuwoudt, J. E. (2014). *An investigation of the characteristics of muscle dysmorphia in a non-clinical population of adult male weight lifters in Australia* (Disertační práce). Získáno 1. ledna 2016 z ePublications@SCU.
83. Nieuwoudt, J. E., Zhou, S., Coutts, R. A., & Booker, R. (2015). Symptoms of muscle dysmorphia, body dysmorphic disorder, and eating disorders in a nonclinical population of adult male weightlifters in Australia. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 29(5), 1406-1414. doi:10.1519/JSC.0000000000000763
84. Olivardia, R. (2001). Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harvard review of psychiatry*, 9(5), 254-259.
85. Olivardia, R., Pope Jr, H. G., & Hudson, J. I. (2000). Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1291-1296. doi:10.1176/appi.ajp.157.8.1291
86. Olivardia, R., Pope, H. G., Borowiecki, J. J., & Cohane, G. H. (2004). Biceps and body image: The relationship between muscularity and self-esteem, depression, and eating disorder symptoms. *Psychology of Men & Muscularity*, 5(2), 112-120. doi: 10.1037/1524-9220.5.2.112
87. Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing, a. s.
88. Pauwels, E., Claes, L., Smits, D., Dierckx, E., Muehlenkamp, J., Peuskens, H., & Vandereycken, W. (2013). Validation and Reliability of the Young Schema Questionnaire in a Flemish Inpatient Eating Disorder and Alcohol and Substance Use Disorder Sample. *Cognitive Therapy and Research*, 37(3), 647-656. doi:10.1007/s10608-012-9501-4
89. Penedo, F. J., & Dahn, J. R. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current opinion in psychiatry*, 18(2), 189-193. doi: 10.1097/00001504-200503000-00013

90. Petersen, I. (2005). *Bodydysmorphic disorder and Bodybuilding: Influence of a workout on body-image perception and - satisfaction* (Disertační práce). Získáno 18. listopadu 2015 z Deutsche National Bibliothek.
91. Phillips, K. A. (1996). *The broken mirror: Recognizing and treating body dysmorphic disorder*. New York: Oxford University Press.
92. Poděbradský, J. (2008). *Wellness v ČR*. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj ČR.
93. Pope Jr, H. G., Olivardia, R., Borowiecki, J. J., & Cohane, G. H. (2001). The growing commercial value of the male body: A longitudinal survey of advertising in women's magazines. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(4), 189-192. doi: 56252
94. Pope, G. H., Katz, D. L., & Hudson, J. I. (1993). Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. *Comprehensive psychiatry*, 34(6), 406-409.
95. Pope, H. G., Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R., & Phillips, K. A. (1997). Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38(6), 548-557. doi: 10.1016/S0033-3182(97)71400-2
96. Pope, H. G., Phillips, K. A., & Olivardia, R. (2002). *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*. New York: Simon and Schuster.
97. Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. (2011). *Schema Therapy: Distinctive Features*. New York: Routledge.
98. Raudenská, J., & Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, a. s.
99. Reel, J. J. (2013). *Eating disorders: An encyclopedia of causes, treatment, and prevention*. Santa Barbara: ABC-CLIO.
100. Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Grada Publishing, a. s.
101. Renner, F., van Goor, M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., & Bernstein, D. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behaviour research and therapy*, 51(8), 487-492. doi: 10.1016/j.brat.2013.05.011

102. Rief W., Buhlmann U., Wilhelm S., Borkenhagen A., & Brahler E. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychological Medicine* 36(6), 877-885. doi: 10.1017/S0033291706007264
103. Rosenthal, R. (1994). Parametric measures of effect size. In H. Cooper, & L. V. Hedges (Eds.), *The Handbook of Research Synthesis* (231-244). New York: SAGE Publishing.
104. Rumsey, N., & Harcourt, D. (2014). *Oxford handbook of the psychology of appearance*. Oxford: Oxford University Press.
105. Rychová, A. (2014). *Problematika obezity ve vztahu k sebepojetí a kvalitě života* (Nepublikovaná bakalářská práce). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
106. Salkovskis, P. M. (Ed.). (1996). *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
107. Šantrůčková, V., Friedlová, D., & Chromý, K. (2006). Příklad tělesné dysmorfické poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, 2, 80-81. Získáno 2. února 2016 z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/>
108. Schema Therapy Institute (nedat., a). *Schema Theory*.
109. Schema Therapy Institute (nedat., b). *Young Schema Questionnaires: Informal Clinical Scoring Instructions*. Získáno z <http://www.schematherapy.com/id111.htm>
110. Schwarzenegger, A., & Dobbins, B. (1998). *The new encyclopedia of modern bodybuilding*. New York: Simon and Schuster.
111. Seitl, M., Charvát, M., & Lečbych, M. (2016). Psychometrické charakteristiky české verze škály Experiences in Close Relationships (ECR). *Československá psychologie*, 60(4), 351-371.
112. Shariatzadeh, M., Vaziri, S., & Mirhashemi, M. (2015). Comparison of Early Maladaptive Schemas in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, Patients with Obsessive-Compulsive Personality Disorder with Healthy Individuals. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(4), 171-181. doi: 10.5901/mjss.2015.v6n4s2p171
113. Simard, V., Moss, E., & Pascuzzo, K. (2011). Early maladaptive schemas and child and adult attachment: A 15-year longitudinal study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(4), 349-366. doi: 10.1111/j.2044-8341.2010.02009.x
114. Slaměník, I. (2011). *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada Publishing, a. s.

115. Stackeová, D. (2001). Psychologické aspekty fitness. In P. Tilinger, A. Rychtecký, & T. Perič (Eds.), *Sport v ČR na začátku nového tisíciletí: sborník příspěvků národní konference* (176-180). Praha: FTVS UK.
116. Stackeová, D. (2010). Zdravotní benefity pohybové aktivity. *Hygiena*. 55(1), 25-28. Získáno z <http://apps.szu.cz/svi/hygiena/>
117. Stackeová, D. (2011). *Relaxační techniky ve sportu*. Praha: Grada publishing, a. s.
118. Stackeová, D. (2015). Physical Self in the context of psychosomatics. In T. Loutková, B. Hátlová, M. Adámková-Ségard (Eds.), *Psychomotor therapy* (29-42). Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně.
119. Stárková, L., & Luňáčková, M. (2004). Štíhlost v hodnotové hierarchii žen a mužů moravského regionu. *Psychiatrie pro praxi*, 6, 325-328. Získáno 14. ledna 2016 z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/>
120. Strack, S. (Ed.). (2006). *Differentiating normal and abnormal personality* (2. vyd.). New York: Springer Publishing Company.
121. Svačina, Š. (2008). *Klinická dietologie*. Praha: Grada Publishing, a. s.
122. Thiel, N., Tuschen-Caffier, B., Herbst, N., Külz, A. K., Nissen, C., Hertenstein, E., ... Voderholzer, U. (2014). The prediction of treatment outcomes by early maladaptive schemas and schema modes in obsessive-compulsive disorder. *BMC psychiatry*, 14(1), 1-13. doi: 10.1186/s12888-014-0362-0
123. Thompson, J., & Cafri, G. E. (2007). *The muscular ideal: Psychological, social, and medical perspectives*. Washington D. C.: American Psychological Association.
124. Thompson, K. (říjen, 2000). *Vnímání těla, kulturistika a kulturní ideál svalnatosti*. Získáno z http://svajgl.sweb.cz/thompson/vnimani_tela_kulturistika_a_kulturni_ideal_svalnatosti.html
125. Ústav preventivního lékařství LF MU (nedat.). *Pohybová aktivita*. Získáno z <http://www.med.muni.cz/centrumprevence/informace-pro-vas/zdravy-zpusob-zivota/14-pohybova-aktivita.html>
126. Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.

127. Vavrda, V. (2004). Psychoterapeutický vztah a psychoterapeutický proces. In J. Vymětal et al., *Obecná psychoterapie 2., rozšířené a přepracované vydání* (91-114). Praha: Grada Publishing, a. s.
128. Vavrda, V. (2007). Ontogeneze úzkosti a strachu. In Vymětal, J. et al., *Speciální psychoterapie-2., přepracované a doplněné vydání* (41-63). Praha: Grada Publishing, a. s.
129. Veale, D., Gledhill, L. J., Christodoulou, P., & Hodsoll, J. (2016). Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image, 18*, 168-186. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.07.003
130. Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., & Osman, S. (2000). Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. *International Journal of Eating Disorders, 28*(2), 235-241. doi: 10.1002/1098-108X(200009)28:2<235::AID-EAT15>3.0.CO;2-1
131. Willerton, J. (2012). *Psychologie mezilidských vztahů*. Praha: Grada Publishing, a. s.
132. Wilmhurst, L. (2014). *Essentials of child and adolescent psychopathology*. Hoboken: John Wiley & Sons.
133. World Health Organization (2008). *MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Desátá revize*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.
134. World Health Organization (nedat.) *Physical Activity and Adults*. Získáno z http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/
135. Wormer, S. V. K., & Davis, K. (2013). *Addiction treatment: a strengths perspective* (3. vyd.). Belmont: Brooks/Cole, Cengage Learning.
136. Yoosefi, A., RajeziEsfahani, S., Pourshahbaz, A., Dolatshahee, B., Assadi, A., Maleki, F., & Momeni, S. (2016). Early Maladaptive Schemas in Obsessive-Compulsive Disorder and Anxiety Disorders. *Global Journal of Health Science, 8*(10), 167-177. doi: 10.5539/gjhs.v8n10
Získáno z <http://www.schematherapy.com/id30.htm>
137. Young, J. E. (1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach* (3. vyd.). Sarasota: Professional Resource Press.
138. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.

139. Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění účinném od 6. října 2016. Získáno z <https://www.uoou.cz/>

Seznam tabulek

Tabulka 1: Přehled věkového rozložení souboru ($n = 304$)

Tabulka 2: Výběrový soubor ($n = 304$) z hlediska partnerství a rodinného stavu

Tabulka 3: Výběrový soubor ($n = 304$) z hlediska pracovního statusu

Tabulka 4: Výběrový soubor ($n = 304$) z hlediska vzdělání

Tabulka 5: Výběrový soubor ($n = 304$) z hlediska bydliště

Tabulka 6: Přehled deskriptivní statistiky pro celý vzorek

Tabulka 7: Přehled deskriptivní statistiky pro muže a ženy u ACQ a MASS

Tabulka 8: Přehled deskriptivní statistiky pro výzkumnou a komparativní skupinu

Tabulka 9: Cohenův koeficient d pro YSQ-S2, MASS, ACQ a škály ECR

Tabulka 10: Analýza reliability pro ACQ, MASS a YSQ-S2

Tabulka 11: Test normality rozložení dat pro metody MASS, YSQ-S2, ACQ a ECR

Tabulka 12: Korelační matice pro MASS a ACQ u celkového vzorku

Tabulka 13: Korelační matice pro MASS a ACQ u mužů

Tabulka 14: Korelační matice pro MASS a ACQ u žen

Tabulka 15: Mann-Whitney U test MASS a ACQ pro rozdíl mezi pohlavími

Tabulka 16: Mann-Whitney U test mezi výzkumnou a komparativní skupinou pro YSQ-S2

Tabulka 17: Mann-Whitney U test mezi výzkumnou a komparativní skupinou pro škály ECR

Tabulka 18: Korelační matice pro MASS a YSQ-S2

Tabulka 19: Korelační matice pro MASS a škály ECR

Tabulka 20: Korelační matice pro YSQ-S2 a škály ECR

Tabulka 21: Mann-Whitney U test pro EMS u YSQ-S2

Seznam příloh

Příloha 1: Formulář zadání diplomové práce

Příloha 2: Abstrakt diplomové práce - česká verze

Příloha 3: Abstrakt diplomové práce - anglická verze

Příloha 4: Histogramy rozložení dat pro MASS, ACQ, YSQ-S2 a ECR

Příloha 1: Formulář zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2014/2015

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

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bo. KYCHOVÁ Aneta	Nové Hrády 57, Nové Hrády	F140162

TÉMA ČESKY:

Adonisov komplex ve vztahu k raným maladaptivním schémátům

TÉMA ANGLICKY:

The Adonis Complex in relation to Early Maladaptive Schemas

VEDOUcí PRÁCE:

PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Studium a výběr odborné literatury týkající se Adonisova komplexu, raných maladaptivních schémat, attachmentu a souvisejících oblastí. 2. Příprava výzkumu, formulace hypotéz, výběr výzkumného vzorku, stanovení metody výzkumu. 3. Typ výzkumu: kvantitativní. 4. Parametry práce: v souladu s metodickými pokyny katedry. 5. Základní metody: AQQ-R (The Adonis Complex Questionnaire - Revised), YSQ (Young Schema Questionnaire), ERC (Experiences in Close Relationships). 6. Pravidelný cíl práce: Zmapování soudobých poznatků ohledně problematiky Adonisova komplexu. Praktickým cílem je detekce přítomnosti tohoto fenoménu u zkoumaného vzorku a jeho vztah s ranými maladaptivními schématy a attachmentem. 7. Statistické zpracování získaných dat a jejich interpretace. 8. Vlastní vypracování magisterské diplomové práce včetně kritické diskuse získaných výsledků, formulace závěrů a souhrnu, přičemž bude postupováno dle úvah aktuálního poznání.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Bowlby, J. (1952). *Maternal care and mental health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Ivanescu, D., Chisan, I., & Lazararu, M. (2011). Psychological characteristics and personality traits in prodromal stages of body dysmorphic disorder. *Fiziologia - Physiology*, 21, 33-40.

Lowe, J. E., Sedory, E. J., & Gray, K. A. (2005). Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders. *Journal of Athletic Training*, 40(4), 352.

Mairut, K., Boag, S., & Warburton, W. (2014). How important is temperament? The relationship between coping styles, early maladaptive schemas, and social anxiety. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2), 171-190.

Morgan, J. F. (2008). *The invisible man: A self-help guide for men with eating disorders, compulsive exercise and bingeing*. New York: Routledge.

Pope, H., Phillips, K. A., & Olivardia, R. (2000). *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*. Simon & Schuster.

Pope, H., Phillips, K. A., & Olivardia, R. (2002). *The Adonis complex: How to identify, treat, and prevent body obsession in men and boys*. Simon & Schuster.

Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S. C., & Turberville, D. (2012). Eating disorders in men: underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eating Disorders*, 20(5), 346-355. doi: 10.1080/10640266.2012.715512

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

Abstrakt diplomové práce

Název práce: Adonisův komplex ve vztahu k raným maladaptivním schématům

Autor práce: Bc. Aneta Rychová

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 110/217 912

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 139/217 912

Abstrakt (800–1200 zn.): Cílem diplomové práce bylo zmapování fenoménu svalové dysmorfie u českého vzorku dospělé populace a dále zjištění možné souvislosti s konceptem raných maladaptivních schémat (EMS) a dimenzemi vztahové vazby. Byl realizován kvantitativní výzkum formou srovnávací a korelační studie u 304 jedinců. Data byla získána pomocí dotazníků MASS, ACQ, YSQ-S2 a ECR. Pro statistickou analýzu dat byl využit Spearmanův korelační koeficient a Mann-Whitney *U* test. Byla zjištěna existence rizika svalové dysmorfie. Souvislost míry rizika svalové dysmorfie s EMS či dimenzemi vztahové vazby však nebyla nalezena. Naopak byl nalezen vztah mezi EMS a vztahovou vazbou u celkového vzorku ($n = 304$). Jedinci s rizikem svalové dysmorfie neskórovali signifikantně výše v YSQ-S2 a ECR než komparativní skupina ($n = 264$). Signifikance však byla nalezena u některých dílčích schémat s dominantním zastoupením dvou maladaptivních domén.

Klíčová slova: svalová dysmorfie, Adonisův komplex, raná maladaptivní schémata, vztahová vazba, body image

Abstract of thesis

Title: Adonis Complex in relation to Early Maladaptive Schemas

Author: Bc. Aneta Rychová

Supervisor: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Number of pages and characters: 110/217 912

Number of appendices: 4

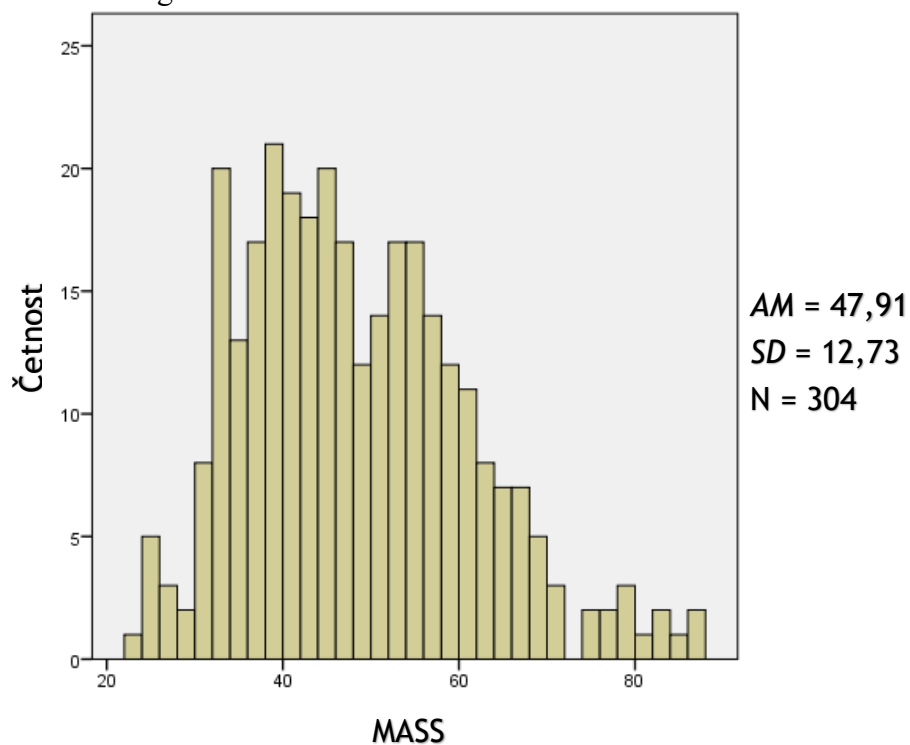
Number of references: 139

Abstract (800–1200 characters): The aim of the master thesis was to map Muscle Dysmorphia phenomenon in the Czech sample of adult population, further to find potential connection with the concept of Early Maladaptive Schemas (EMS) and attachment dimensions. The quantitative research was carried out as a comparative and correlative study of 304 individuals. Data were obtained by using MASS, ACQ, YSQ-S2 and ECR questionnaires. The Spearman correlation coefficient as well as Mann-Whitney *U* test were used for statistical analysis. The existence of the risk of Muscle Dysmorphia was found. No connection between the risk of Muscle Dysmorphia and EMS or attachment dimensions was found. On the contrary a correlation between EMS and attachment for the total sample ($n = 314$) was ascertained. The individuals with the risk of Muscle Dysmorphia didn't score significantly higher in YSQ-S2 and ECR than a comparative group ($n = 264$). However, a significance of some separated schemas with the dominant presentation of two maladaptive domains was identified.

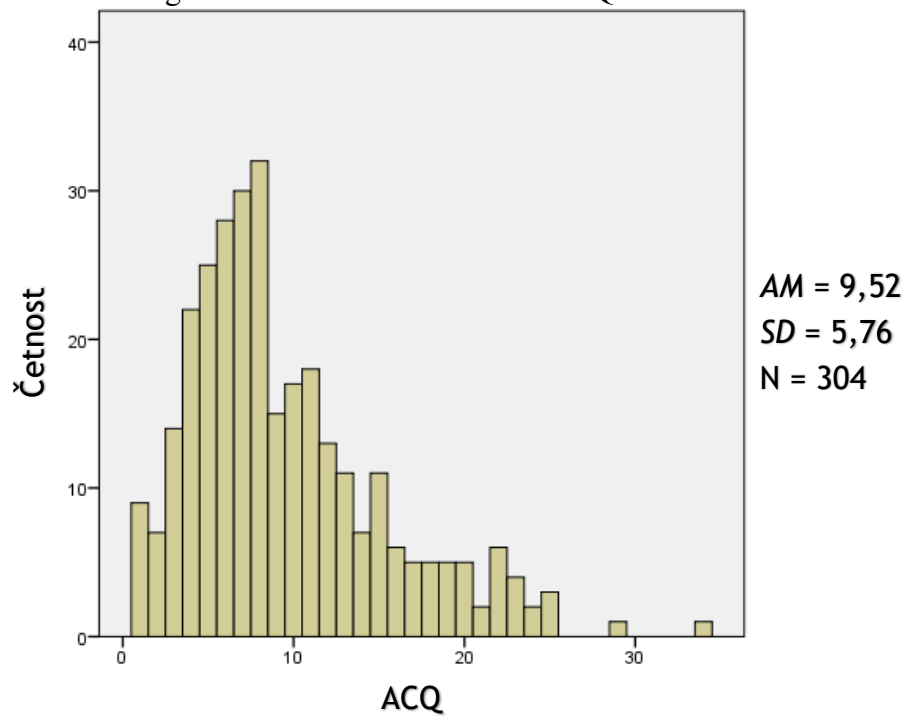
Key words: Muscle Dymorphia, The Adonis Complex, Early Maladaptive Schemas, Attachment, Body image

Příloha 4: Histogramy rozložení dat pro MASS, ACQ, YSQ-S2 a ECR

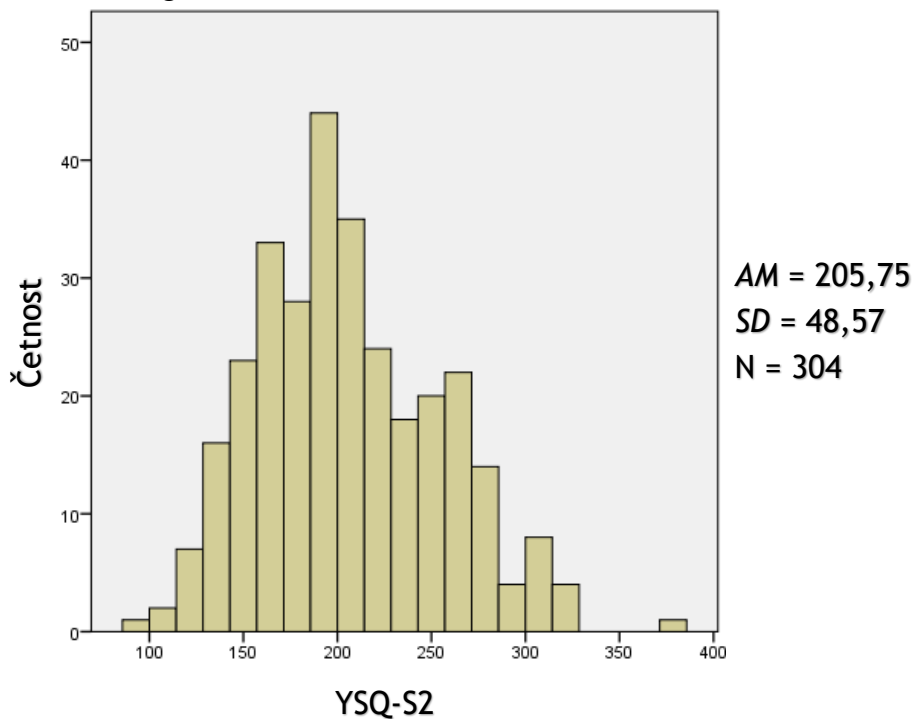
Histogram rozložení dat dotazníku MASS



Histogram rozložení dat dotazníku ACQ



Histogram rozložení dat dotazníku YSQ-S2



Histogram rozložení dat dotazníku ECR.

