

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

VZTAH BIGOREXIE, SEBEHODNOCENÍ A PORUCH PŘÍJMU POTRAVY U SPORTUJÍCÍCH MUŽŮ

THE RELATIONSHIP BETWEEN BIGOREXIA, SELF-ESTEEM
AND EATING DISORDERS IN MEN ENGAGED IN SPORTS



Bakalářská práce

Autor: **Mgr. Jiří Hanzl**
Vedoucí práce: **Mgr. Martin Kupka, Ph.D**

Olomouc
2024

Na tomto místě bych chtěl poděkovat svému vedoucímu práce doktoru Kupkovi, za vstřícnost, trpělivé vedení a pomoc při vypracovávání této bakalářské práce. Rád bych zde také věnoval svůj dík Jindřichovi Dospivovi za konzultace ke statistickému zpracování dat. V neposlední řadě bych také rád poděkoval všem respondentům, kteří věnovali svůj čas vyplnění dotazníku. A také srdečně děkuji všem blízkým, kteří mi při psaní této práce poskytli podporu.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Vztah mezi bigorexíí, sebehodnocením a poruchami příjmu potravy u sportujících mužů.“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 22.3.2024

Podpis

OBSAH

ÚVOD	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 Poruchy příjmu potravy	6
1.1 Mentální anorexie	7
1.2 Mentální bulimie	7
1.3 Přejídání spojené s psychickými poruchami	8
2 Bigorexie	8
2.1 Vznik a vývoj pojmu	10
2.2 Diagnostika.....	10
2.2.1 Bigorexie podle DSM-5	11
2.2.2 Tělesná dysmorfická porucha	11
2.2.3 Diferenciální diagnostika	13
2.2.4 Muskulární dysmorfie	14
2.3 Bigorexie ve vztahu k poruchám příjmu potravy	15
2.4 Symptomy a chování spojené s bigorexií	17
2.5 Rizikové faktory	18
2.5.1 Psychické faktory	18
2.5.2 Genetické faktory	19
2.5.3 Biologické faktory	19
2.5.4 Sociokulturní faktory	20
2.5.5 Etiologický model	20
3 Sebehodnocení	22
3.1 Definice sebehodnocení (self-esteem).....	22
3.2 Vývoj sebehodnocení	25
PRAKTICKÁ ČÁST	26
4 Výzkumný problém.....	27
5 Cíl výzkumu	27
6 Výzkumné otázky	27
7 Hypotézy	27
8 Metodologie	28
8.1 Výzkumný soubor	28
8.2 Nástroje pro získávání dat	29
8.2.1 Dotazník EAT-26	30
8.2.2 Rosenbergova škála sebehodnocení	31
8.2.3 Dotazník MDDI – Muscle dysmorphic disorder inventory	32
8.3 Analýza dat	33

9	Výsledky	34
9.1	Vztah mezi bigorexií a sebehodnocením	35
9.2	Vztah mezi bigorexií a poruchami příjmu potravy.....	36
9.3	Vztah mezi sebehodnocením a poruchami příjmu potravy	38
9.4	Míra bigorexie u posilující a neposilující populace	39
10	Závěr	41
11	Diskuze	42
	SEZNAM LITERATURY	46
	SEZNAM PŘÍLOH	54
	ABSTRAKT.....	55

ÚVOD

V naší současné společnosti zaujímá kult tělesného zdraví a fyzického vzhledu stále výraznější místo. Vyrůstající vliv sociálních sítí a médií přispívá k tomu, že jsou jedinci mnohem více vystaveni srovnávání se s nedosažitelnými ideály, a tím je na člověka vyvíjen stále větší tlak ohledně jeho zevnějšku. Tento tlak však často vede k rozličným psychickým poruchám. Jednou z nejrozšířenějších forem, v jakých se psychické problémy mohou projevit, jsou poruchy příjmu potravy, se kterými se dnes můžeme setkávat stále více. Některé další specifické formy duševních poruch spojené se stravováním a tělesným vzhledem postihují zejména mužskou populaci.

Jednou z nich je bigorexie, což je stav, kdy se muž obsedantně zabývá myšlenkami na nedostatky svého těla a snaží se dosáhnout ideálu svalnaté postavy, i přes negativní dopady na osobní život a psychické zdraví. Jak dokazují studie, s tímto problémem se můžeme setkat velice často. S tímto fenoménem je velice úzce spojen pojem sebehodnocení. Vztahem bigorexie a sebehodnocení u mužů, kteří se věnují posilování, se tedy budu zabývat podrobněji v této bakalářské práci.

V teoretické části se zaměřím na vymezení pojmů bigorexie, sebehodnocení a poruch příjmu potravy. Také se pokusím blíže popsat nejednoznačnosti ohledně diagnostického postavení bigorexie na pomezí obsedantně kompulzivní poruchy a poruchy příjmu potravy. Rovněž se budu zabývat souvislostmi mezi těmito koncepty a existujícími teoretickými a empirickými studiemi.

V praktické části práce se zaměřím na metodologii a popíši výzkumný soubor, jednotlivé použité metody, výzkumný design a postup sběru dat. Následně se budu věnovat analýze dat a vyhodnocení získaných výsledků. Ty pak budou prezentovány a interpretovány s ohledem na výzkumné otázky. Hlavním cílem práce je prozkoumat vztahy konceptů bigorexie, sebehodnocení a poruch příjmu potravy u mužské populace a zjistit, zda se bigorexie vyskytuje pouze u mužů věnujících se posilovacímu tréninku. Diskuze se zaměří na význam a implikace dosažených výsledků, jejich srovnání s předchozími studiemi a možnosti budoucího výzkumu v této oblasti. Závěr shrne dosažené výsledky a odpoví na výzkumné otázky a zhodnotí dosažené cíle práce.

TEORETICKÁ ČÁST

Poruchy příjmu potravy, sebehodnocení a bigorexie jsou v současnosti diskutovanými a zkoumanými tématy, kterým je právem věnována velká pozornost odborné komunity. Tyto pojmy mají mnoho společného a navzájem se ovlivňují. Lidé jsou v dnešní době vystavováni velkému mediálnímu tlaku, který vystavuje jedince častému srovnávání se s prezentovaným ideálem, a to zejména v oblasti tělesného vzhledu (Steinsbekk et al., 2021). V dnešní společnosti mají velice výrazný vliv také sociální sítě (Gupta, et al., 2023). Tento mediální tlak se následně negativně projevuje na psychickém zdraví a tyto problémy mohou nabývat rozličné podoby. Časté jsou problémy se sebehodnocením, stres, úzkosti, deprese, vztahové problémy apod. Tyto tlaky se také často podílí na vzniku poruch příjmu potravy, jejichž prevalence je v dnešní době na vzestupu (Silén et al., 2022). Nejprve bych tedy rád ve své práci vymezil poruchy příjmu potravy.

1 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (zkráceně PPP) jsou souborem rozličných psychických podmínek, které mají za následek rozvoj nezdravých či přímo zdraví poškozujících stravovacích návyků (Papežová, 2010). Mohou se začít projevovat obsedantním chováním spojeným s jídlem, tělesnou vahou či stavbou těla (Diaz-Marsa et al., 2017). Typické je také to, že lidé si nejsou vědomi závažnosti svého stavu. Toto chování má přímý negativní vliv na důležité aspekty jejich života, jako jsou zdraví, vztahy, práce apod.

Častými projevy jsou například přísné omezování stravy, nadměrné cvičení, zvracení či záchvatovité přejídání se (binge eating). Některé z těchto projevů jsou typické také pro bigorexii, které se věnuje tato práce. V krajních případech mohou neléčené PPP zanechat závažné zdravotní následky. V nejzávažnějších případech mohou končit až smrtí. PPP jsou dokonce uváděny jako druhá nejsmrtelnější psychická porucha, hned po předávkování drogami (Zipfel et al., 2022). PPP jsou výraznějším problémem u žen, nicméně v dnešní době můžeme zaznamenat prudký nárůst PPP i v mužské populaci. A to i přesto, že muži vyhledávají psychologickou či psychiatrickou pomoc méně často či své problémy vůbec nenahlásí (Mitchison et al., 2022).

Mezi tři nejčastější poruchy příjmu potravy celosvětově patří mentální anorexie, mentální bulimie a přejídání spojené s psychickými poruchami (Azzeh et al., 2022). V této práci se jim dále věnovat nebudu, proto je zde pouze krátce zmíním.

1.1 Mentální anorexie (Anorexia Nervosa)

Anorexia Nervosa je definována jako psychická porucha, při které má člověk intenzivní strach z nárůstu hmotnosti a snaží se zabránit přibírání na váze. Také se různými prostředky snaží svou váhu snížit. „Osoby trpící mentální anorexií neodmítají potravu proto, že by neměly chuť, ale proto, že nechtějí jíst. Jejich averze k jídlu je projevem narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce.“ (Krch, 2002, s. 23) S tím jsou spojené obavy o svou tělesnou hmotnost a zkreslené vnímání vlastního těla. To vede k častému odmítání jídla či až k hladovění. Toto onemocnění však není pouze o váze, ale také úzce souvisí se sebehodnocením (Papežová, 2010).

Nejčastějšími faktory vedoucími k anorexii jsou faktory psychické, sociální a biologické. Mezi psychické faktory řadíme například nízké sebehodnocení, psychická traumata, úzkostné poruchy a deprese. Sociálními faktory pak rozumíme mediální tlak, tlak okolí apod. Biologické faktory jsou genetické predispozice daného jedince k této poruše. Například hormonální nerovnováha může hrát při vzniku anorexie významný vliv (Krch, 2002).

Dopady tohoto onemocnění mají rovněž vliv na různých úrovních, a to zejména na úrovni fyzické (extrémní hubnutí, ztráta svalové hmoty, kardiovaskulární onemocnění, osteoporóza apod., kdy tyto onemocnění mohou v krajních případech vést až ke smrti), psychické a sociální.

1.2 Mentální bulimie (Bulimia Nervosa)

Bulimia nervosa či také mentální bulimie je porucha příjmu potravy, která je typická opakovaným nevhodným kompenzačním chováním, kterým se jedinec snaží zabránit přibírání na váze. S anorexií sdílí obavy z přibírání. Rozdíl je však v tom, že jedinci BN trpí neovladatelnou touhou po jídlu, často končící záchvatovitým přejídáním a následně chtějí toto chování napravit. Snaží se například zkonzumovanou potravu vyzvracet či používají přípravky jako laxativa, diuretika apod. Toto nekontrolovatelné přejídání u těchto jedinců způsobuje pocity viny, stres či deprese. Typická je střídání epizod nutriční restriktce, záchvatovitého

přejídání a následného zvracení (Krch, .2005).

Pro diagnózu mentální bulimie musí jedinec splnit tři následující kritéria:

- Neustálé zabývání se jídlem, záchvatovité přejídání a neovladatelná touha po jídle.
- Snaha napravit nezvládnuté restriktivní chování (zvracení, laxativa, hladovky).
- Strach z přibírání (Kohoutek & Kocourková, 2014).

1.3 Přejídání spojené s psychickými poruchami

Přejídání spojené s psychickými poruchami pak definujeme jako stav, kdy se jedinec snaží regulovat své emoce pomocí potravy a ztrácí kontrolu nad množstvím jídla, které přijme. Mluvíme zde o nadměrném množství jídla zkonsumovaném v krátkém čase, což vede k nadměrnému kalorickému příjmu, následné přibírání na váze a s tím spojeným zdravotním problémům (Azzeh et al., 2022).

Příčiny PPP mají spíše multifaktoriální povahu. Mezi jednotlivé faktory podílející se na vzniku PPP patří faktory genetické, stresové, vývojové a enviromentální (Papežová, 2010). Typické pro PPP je pomocí jídla dosáhnout emoční regulace, tedy například zajídání nepříjemných emocí, vyrovnávání se se stresem apod. V poslední době se často také mluví o sílícím tlaku médií a vrstevnických skupin (Azzeh et al., 2022). Specifickou formou psychické poruchy ve vztahu ke stravování je pak bigorexie, které se věnuje tato práce. V následujících řádcích bych ji tedy rád blíže popsal.

2 BIGOREXIE

Bigorexie je soubor chování a postojů, které jsou charakteristické extrémní touhou po nabrání svalové hmoty a obavami jedince o svou tělesnou stavbu, která je z jeho pohledu nedostatečně svalnatá, a to i přesto, že jsou často svalnatější než průměrný člověk (Grieve, 2007). Vzhledem k těmto obavám se v literatuře také často popisuje jako obrácená anorexie. S anorexií také sdílí mnohé společné znaky. V literatuře se synonymně používají termíny muskulární dysmorfie, dysmorfofobie či také svalová dysmorfie. Dále se můžeme setkat s označením obrácená anorexie, či adonisův komplex (Pope et al., 2000).

Jak zde můžeme vidět, existuje velké množství synonym, a v různých zdrojích a u různých autorů se použití tohoto pojmu liší, nicméně se jedná o jednu diagnózu (Jones & Morgan, 2010). V zahraničí je využíván spíše pojem muskulární dysmorfie (muscular dysmorphia), kterou pod tímto označením můžeme najít také v diagnostickém manuálu DSM-5. V české literatuře se pak častěji pracuje s pojmem bigorexie. V této práci se tedy budu držet především označení bigorexie.

Jedinci trpící bigorexií jsou fixováni na představu, že je s tím jak vypadají něco v nepořádku. To následně ovlivňuje jejich chování. To může nabývat různých podob. Jejich životní styl, pohybový a stravovací režim se točí převážně kolem toho, aby podporoval nárůst svalové hmoty, nebo aby naopak nezpůsobil její úbytek. Typickým projevem je také to, že o svém těle smýšlejí negativně, považují jej za nedostatečné a domnívají se, že je okolí vnímá stejně. Pokud není bigorexie léčena, může vyestkalovat až do zneužívání anabolických steroidů, deprese či sebevražedných myšlenek (Olivardia, 2001).

Značný vliv hrají v této problematice také média, sociální sítě a vrstevnické skupiny. Ty ve společnosti nevědomě určují ideál krásy, kterému se muži i ženy snaží přiblížit (Pope, Olivardia & Boroweicki, 2001). Mužský a ženský ideál se však liší. Zatímco ženy často usilují o štíhlou postavu, u mužů je tomu naopak. Mužský ideál, jež je společností oceňován, je charakteristický svalnatou postavou s nízkým podílem tělesného tuku (Ridgeway & Tylka, 2005). Z toho také vyplývá, že je bigorexie především mužským problémem. I přesto, že můžeme setkat s ženami trpícími tímto duševním onemocněním, je to jev spíše ojedinělý. V této práci se zaměřím čistě na mužskou populaci. Muži, kteří tomuto tlaku podlehnou, se často snaží svalnaté postavy dosáhnout nadměrným cvičením, stravovacím režimem a chováním, které má negativní dopady na jejich fyzické i duševní zdraví. Například se tito lidé vyhýbají určitým společenským, pracovním či volnočasovm aktivitám, aby nenarušili svůj přísný tréninkový a stravovací plán. Také se mohou vyhýbat situacím, kdy by jejich tělo mohlo být viděno ostatními (Olivardia, 2001). To vše je vystavuje časté a nepřiměřené stresové zátěži.

Z uvedeného definování bigorexie je logické, že lidé trpící těmito problémy, budou trénovat určitým způsobem, aby tak dosáhli svých cílů. Jejich trénink bude zaměřen na hypertrofii, tvarování postavy či hubnutí a rýsování. Těchto cílů je možné docílit pomocí různých forem silového tréninku (Dovalil et al., 2009).

Nespokojenost se svým tělem je u mužů v dnešní době velice rozšířeným fenoménem. Například studie z roku 1985 odhalila nespokojenost se svým tělem až u 95% mužů na amerických univerzitách (Mishkind et al., 1985). Prevalence bigorexie je odhadována na

5-10% u populace mužů navštěvujících posilovny. V celé populaci je to pak 1-2% (Pope & Katz, 1994; Olivardia, 2001). U adolescentů se pak uvádí 2,2% (Mitchison et al., 2022). Naměřené hodnoty se však v různých studiích liší v závislosti na měřené populaci a použitých metodách. Prevalence bigorexie je tedy stále předmětem výzkumů a její přesná hodnota není známa.

2.1 Vznik a vývoj pojmu

Bigorexie byla původně konceptualizována jako opak anorexie, tím také vzniklo její původní pojmenování obrácená anorexie (Pope, 1993). Tento termín vznikl z výsledků studie zaměřené na mužské bodybuildery, u kterých si výzkumníci všimli výrazných rysů chování a myšlení, které byly doposud těžko diagnosticky zařaditelné do již existující kategorie a v mnoha ohledech připomínaly anorexii.

Pope u tohoto souboru populace identifikoval signifikantně vyšší symptomatologii anorexie ve srovnání s běžnou populací. Zásadně se však odlišovali v tom, že zatímco u anorexie se jedinec snaží o co nejštíhlejší postavu, u těchto sportovců byla naopak vyzorována snaha být co nejsvalnatější. Dalším sdílenými rysy bylo například jejich vyhýbání se určitým situacím. To výzkumníky vedlo k dalšímu prozkoumání tohoto jevu a důkladnější rozbor přinesl zpřesnění diagnostických kritérií (Pope et al., 1997). Toto zpřesnění posunulo bigorexii do spektra tělesných dysmorfických poruch. V této etapě se na bigorexii pohlíželo spíše jako na patologické chování ve spojitosti se cvičením, s tím že poruchy příjmu potravy s nimi spojené byly považovány za sekundární. Zde také vznikla diagnostická kritéria, která jsou v DSM-5 využívána dodnes (viz. diagnostika).

2.2 Diagnostika

I přestože bigorexii jako diagnostickou kategorii v MKN-11 nenajdeme, blíže s ní pracuje diagnostický manuál DSM-5. Soubor symptomů, které jsou diagnostikovány jako muskulární dysmorfie (MD) byly prokázány jako validní v řadě kulturních kontextů, což nám umožňuje přijímat MD jako validní diagnostickou entitu (Olivardia et al., 2000; Cafri et al., 2008). Pojďme se tedy blíže podívat na bigorexii z pohledu DSM.

2.2.1 Bigorexie podle DMS-5

V DSM-5 se s bigorexií pracuje pod synonymním pojmem „muskulární dysmorfie“, která je zde zařazena pod tělesné dysmorfické poruchy. Tato porucha pak spadá do kategorie obsedantně kompulzivních a s nimi spojených poruch, spolu s dalšími poruchami. MD je považována za jednu z forem tělesné dysmorfické poruchy a je považována za její subkategorii. V případě, že jedinec vykazuje specifické projevy MD, může mu být v tomto případě poskytnuta lepší a účinnější zdravotní a terapeutická pomoc zaměřená právě na specifika této subkategorie.

Obsedantně kompulzivní porucha je v DSM členěna následovně:

Obsedantně kompulzivní a s nimi spojené poruchy:

- obsedantně kompulzivní poruchu (OCD)
- **tělesnou dysmorfickou poruchu**
- trichotillomanií (vytrhávání chlupů a vlasů)
- shromažďovací porucha
- Dermatilománie (patologické škrábání, mačkání a trhání kůže)
- Další specifické obsedantně-kompulzivní a s nimi spojené poruchy (Zde řadíme poruchy, které nesplní všechna potřebná kritéria pro diagnostikování výše uvedených kategorií. Tato kategorie se využívá pro osoby, které nesplňují všechna kritéria, avšak vykazují výrazné problémy na rovině psychické či sociální.

2.2.2 Tělesná dysmorfická porucha

Muskulární dysmorfie (bigorexie) je subkategorií tělesné dysmorfické poruchy. Ta je dle American Psychiatric Association (2013) popsána jako:

1. Zaobírání se domnělými vadami a nedokonalostmi na svém vzhledu.
2. Tyto obavy svou intenzitou a trváním významně ovlivňují život jedince a narušují jeho zdravé fungování v různých oblastech života (sociální, pracovní apod.)
3. Tyto obavy nejsou lépe vysvětlitelné jinou duševní poruchou (např. anorexie)

Abychom mohli hovořit o tělesné dysmorfické poruše, kterou v anglicky psaných textech najdeme pod názvem *body dysmorphic disorder* (dále jen TDP), měla by být splněná následující diagnostická kritéria.

1. *Obavy o svůj vzhled*

Jedinec má obavy o neexistující či velmi mírné nedostatky svého fyzického vzhledu. Tyto obavy jsou operacionalizovány jako přemýšlení o svých nedostacích nejméně hodinu denně. Povšimněme si, že obavy či zaobírání se těmito nedostatky, které však mají reálný podklad (například v podobě obezity) do kategorie TDP nepatří a řadíme je mezi další specifické obsedantně-kompulzivní a s nimi spojené poruchy.

2. *Opakované chování*

Abychom mohli hovořit o TDP, musí se u jedince projevit opakované kompulzivní chování v reakci na obavy o svůj vzhled. Tyto obavy můžeme pozorovat v rovině behaviorální a myšlenkové. V rovině behaviorální toto chování mohou pozorovat také osoby zvenčí. Často můžeme u těchto osob pozorovat časté kontrolování se v zrcadle, přehnanou péči o tělesný zevnějšek, vyhledávání potvrzení zvenčí aj. V podobě myšlenek se mohou projevovat například jako porovnávání svého vzhledu s druhými lidmi.

3. *Klinická významnost*

Obavy o svůj zevnějšek musí vykazovat významnou míru psychické nepohody či narušení fungování v oblasti vztahů, práce nebo dalších významných oblastech lidského života. Toto kritérium pomáhá odlišit TDP, která vyžaduje léčbu, od běžných obav, které nepotřebují být léčeny.

2.2.3 Diferenciální diagnostika

Důležitá je rovněž diferenciální diagnostika, jelikož bývá TDP často chybně diagnostikována jako jiná porucha. V případě chybné diagnózy se pacientovy nemusí dostat vhodné péče. TDP a tím pádem také MD jsou často zaměňovány za:

Obsedantně kompulzivní porucha

Pokud jsou obavy a opakované chování zaměřeny na tělesný vzhled, měla by být diagnostikována TDP namísto OCD.

Sociální fobie

Pokud je úzkost a vyhýbání se společnosti zapříčiněno studem z toho, jak by byly vnímány nedostatky a chyby jedince, hovoříme o TDP, nikoliv o sociální fobii.

Depresivní porucha

Narozdíl od depresivní poruchy je TDP charakteristická neúměrným zabýváním se svým vzhledem a opakovaným chováním. TDP by měla být diagnostikována u osob s depresí, pokud splňuje potřebná kritéria.

Agorafobie

Pokud se jedinec vyhýbá situacím, ze strachu, jak bude vnímán jeho vzhled, jedná se o TDP.

Generalizovaná úzkostná porucha

V případě, že je úzkost spojena s tělesným vzhledem, jeho nedostatečností a chybami, jedná se o TDP

Trichotillománie

Pokud si osoba vytrhává vlasy za účelem vylepšení svého tělesného vzhledu či aby odstranila domnělé chyby (například nesymetrické obočí, přílišné tělesné ochlupení atd.), jedná se o TDP.

Psychotické poruchy

Psychotické symptomy spojené s TDP, jako například bludné představy o svém tělesném vzhledu, poukazují spíše na TDP než psychotické poruchy.

Důležité je také si uvědomit, že většina pacientů s TDP spontánně své problémy spojené s touto poruchou neodhalí, jelikož se příliš obávají toho, že by mohli být negativně souzeni a často si myslí, že by jejich problémy nebyly pochopeny. Je také těžké tyto osoby přesvědčit o tom, že by v této jejich situaci mohla pomoci psychiatrická medikace.

2.2.4 Muskulární dysmorfie

Jakmile je u osoby diagnostikován TDP, měl by specialista dále specifikovat konkrétní projevy, aby mohla být diagnóza zpřesněna případným zařazením do jedné ze subkategorií. Jednou z nich je právě muskulární dysmorfie (bigorexie). Z pohledu DSM-5 je muskulární dysmorfie forma TDP a je diagnostikována, pokud má jedinec obavy, že je jeho tělo nedostatečně svalnaté či příliš malé. Většinou se tato porucha vyskytuje u mužů. I přesto, že jedinec trpí i jinými znepokojujícími myšlenkami ohledně svého těla (například výška, tvar nosu apod.), měli bychom tuto osobu řadit do této subkategorie. Máme-li tedy mluvit o muskulární dysmorfii, měly by být naplněny konkrétní „specifikátory“. Jsou to tyto:

1. Jedinec je posedlý představou, že jeho tělo by mělo být více svalnaté či vyrýsované. Běžné jsou například velké množství času věnované posilování a fixace na stravovací režim.
2. Měla by být splněna alespoň 2 kritéria ze 4 následujících
 - a) Nekontrolovatelné chování ve spojitosti s tréninkovým režimem jedince, které striktně dodržuje, i přestože má negativní dopad na jeho osobní, pracovní a společenský život.
 - b) Jedinec se vyhýbá situacím, kdy by mohl být vystaven hodnocení svého těla (např. koupaliště, sprchy). V případě, že se mu nepodaří této situaci vyhnout, může to v něm vyvolávat pocity úzkosti a stresu.
 - c) Zdánlivé tělesné nedokonalosti negativně ovlivňují jeho pracovní a společenský život.

d) Jedinec ve svém chování pokračuje, i přesto, že má negativní důsledky na různé oblasti jeho života.

3. Na rozdíl od anorexie a bulimie, se jedinec domnívá, že je jeho tělo příliš malé či nedostatečně svalnaté .

Dalším specifikaátorem, ke kterému se při diagnostice přihlíží, a který může pomoci objasnit závažnost daného stavu, je míra vhledu jedince na svůj stav. Tím je myšleno, v jaké míře člověk tyto své představy o svém vzhledu považuje za pravdivé a jak je schopen si uvědomit, že tyto myšlenky nejsou založené na skutečnosti. V nejhorší formě může jít až o bludné myšlenky. Osoby s nízkou mírou vhledu jsou méně ochotné svůj stav připustit a tedy i častěji odmítají zahájit odpovídající léčbu (WHO, 2018).

Povšimněme si, že se v literatuře často setkáváme s tím, že někteří autoři bigorexii považují za poruchu příjmu potravy. Z hlediska DSM-5 však na tuto problematiku pohlížíme jinak. Je stále předmětem odborné diskuze, zda bigorexii řadit do kategorie OCD jako subkategorii tělesné muskulární dysmorfie či pod PPP (Murray et al., 2010).

2.3 Bigorexie ve vtazku k poruchám příjmu potravy

I přestože v současnosti bigorexie není formálně klasifikována jako porucha příjmu potravy, sdílí spolu řadu společných znaků jako například nezdravé chování spojené se stravováním a tělesným obrazem (Grieve, 2007). Diagnostický manuál DSM-5 řadí bigorexii pod poruchy OCD spektra, toto zařazení však není jednoznačně přijímáno. Můžeme najít autory, kteří označují bigorexii jako poruchu příjmu potravy (Murphy, 2010). Kolem tohoto pojmu můžeme najít různé debaty, které se snaží bigorexii co nejpřesněji diagnosticky zařadit (Murphy, 2010).

U bigorexie můžeme najít řadu rysů prolínajícími se napříč poruchami příjmu potravy, obsedantně kompulzivní poruchou a úzkostí. Mnoho podobností s bigorexií má například anorexie a bulimie. Vzhledem k těmto podobnostem byla původně bigorexie pojmenována jako obrácená anorexie (Pope et al., 1993). U mužů, u kterých byla diagnostikována bigorexie, také často můžeme v jejich minulosti vypátrat chování spojené s poruchami příjmu potravy (Pope et al., 1993; Olivardia et al., 2004). Správná diagnóza může být nápomocná při

následném efektivním poskytování psychologické či psychiatrické péče.

V případě, že jsou obavy jedince zaměřena na to, že je příliš tlustý či váží příliš moc, měli bychom zvážit, zda by tento stav lépe nebyl lépe podchycen z hlediska poruch příjmu potravy než jako OCD. Pokud se tedy osoba převážně zabývá svou tloušťkou a jsou naplněna kritéria PPP, jednalo by se v tomto případě o poruchu příjmu potravy. Je však možné, abychom diagnostikovali PPP i TDP zároveň, a to například v případě, kdy obavy osoby o její vzhled nejsou spojeny s tloušťkou nebo tělesným tukem. (Murray et al., 2010). Jak ve studii zjistil Nagata et al. (2019), ze 14 000 mladých lidí, 22% mužů a 5% žen vykazovalo známky poruch příjmu potravy spojené s posilováním za účelem nabrání svalové hmoty. V této studii autoři také zjistili, že osoba, která trpí jinými psychickými problémy, je k bigorexii náchylnější. Každý jednotlivý případ by tedy měl být posuzován individuálně, aby tak mohla být nastavena co nejefektivnější intervence a případná léčba.

U bigorexie i PPP je sebeobraz a sebehodnota spojena s tělesnými proporcemi. Muži se tak snaží co nejvíce přiblížit pomyslnému ideálu mužské postavy, který je současnou společností vnímán jako svalnatá postava s co nejmenším podílem tuku. U jednotlivých mužů se může tato představa mírně lišit, někteří mohou být například zaměřeni na co největší svalový objem, zatímco jiní se mohou více zaměřit na poměr svalové hmoty k procentu tělesného tuku.

Tato posedlost vzhledem zasahuje také oblast stravování, jelikož bez patřičného stravovacího režimu není možné daného ideálu dosáhnout. Tudíž je zde opět velmi patrné chování typické pro poruchy příjmu potravy. Při usilování o vytouženou postavu se tyto lidé často uchylují ke stravovacímu režimu, který vede k narušení jejich fyzického a psychického zdraví a negativně ovlivňuje jejich vztahy (Olivardia, 2001). Vztah poruch příjmu potravy a bigorexie je tedy velice úzký a navzájem se výrazně ovlivňují. Je pravděpodobné, že faktory specifické pro rozvoj PPP se také podílejí na vzniku bigorexie (Grieve, 2007). Ta se liší od ostatních PPP například také tím, že si jedinci svůj stav častěji uvědomují a připouštějí. Výzkum uvádí excelentní míru vzhledu u 42% účastníků a 50% solidní míru vzhledu. Mírou vzhledu je zde myšleno to, jak si jedinci jsou vědomi svých problémů a jaký na ně mají nadhled (Olivardia et al., 2000).

Úzký vztah také můžeme najít mezi bigorexií a ortorexií. Ta je definována jako posedlost zdravým jídlem, kdy se jedinec snaží konzumovat pouze potraviny, které jsou dle jeho přesvědčení zdravé. Rozdíl mezi bigorexií a ortorexií je především v tom, že dysfunkční stravovací návyky jsou u ortorexie vyjadřovány spíše kvalitativním způsobem. U bigorexie je

to naopak spíše kvantitativně (Olivardia et al., 2000). To znamená že ortorektický jedinec si více hlídá spíše to co jí, než kolik toho sní. Zvnitřněný ideál mužského těla, který je typický u bigorektiků, hraje rovněž významnou roli ve vztahu k ortorexii. Oba tyto stavy se však navzájem často vyskytují společně. Ortorexie bývá u lidí s MD běžná (Segura-Garcia, 2012; Hāman, 2015).

Doposud tedy neexistuje jednoznačný vědecký konsensus na přesném zařazení bigorexie. Zůstává předmětem rozsáhlých odborných debat, zda bigorexii kategorizovat jako tělesnou dysmorfickou poruchu, poruchu příjmu potravy či subkategorii obsedantně kompulzivní poruchy (Murray et al., 2017; Dos Santos Filho et al., 2016). Tyto debaty nejsou podstatné pouze pro to, aby člověk dostal svou nálepkou. Správná diagnóza a pochopení vnitřní psychické dynamiky jedince ve spojitosti s bigorexií může být nápomocná při efektivnějším poskytnutí vhodné léčby.

2.4 Symptomy a chování spojené s bigorexií

Bigorexie je duševní onemocnění, má však své typické znaky, které můžeme pozorovat zvenčí. Častými projevy, které uvádí Olivardia (2001) jsou:

- a) Obsese svým vzhledem, může se projevovat například častým kontrolováním svého těla v zrcadle. Jedinec se tak snaží zmírnit úzkost z domnělé nedostatečnosti
- b) Fixace na svůj stravovací režim a doplňky stravy.
- c) Intenzivní tréninkový režim zaměřený na svalovou hypertrofii, který může být nepřiměřeně časově náročný a vyčerpávající.
- d) Nespokojenost se svým vzhledem, to může vést k úzkostem, vzteku, v některých případech až k depresi.
- e) Zneužívání zdraví škodlivých látek (např. anabolické steroidy). Vnitřní i vnější tlak na tělesný vzhled, kterému je jedinec vystaven, může často vést až k zneužívání steroidů, které mají závažné zdravotní dopady. Negativně ovlivňují psychické i fyzické zdraví jedince. Mezi časté negativní účinky užívání steroidních látek patří problémy s agresí a nemoci kardiovaskulárního systému (Cafri et al., 2005). Zneužívání steroidů je u bigorektiků častým jevem, jelikož ideál, který chtějí dosáhnout je často nedosažitelný přirozenou cestou.
- e) Životní styl se přizpůsobuje podle toho, aby vedl k nárůstu svalové hmoty či

předcházet jejímu úbytku. Aby například jedinec nenarušil svůj tréninkový režim, může dát výpověď v práci, která by mu jej narušovala. Vynechané tréninky a odchylky v jejich stravovacím režimu způsobují signifikantní úzkost (Olivardia, 2001).

f) Vyhýbání se sociálním situacím, které by mohly vyvolat úzkost spojenou s tělesným vzhledem (může se například vyhýbat místům, kde by mohlo být viděno jeho tělo, bazén, pláž apod.). Tyto obavy také mohou mít negativní dopad na jeho sexuální život.

g) Nízké sebevědomí spojené se svým sebeobrazem a vnímáním svého těla.

h) Vyhýbání se sociálním kontaktům kvůli přísnému tréninkovému režimu.

ch) Snaha zakrýt své tělo a jeho domnělé nedostatky.

Uvedené znaky chování pomáhají při diagnostice rozlišit, zda již můžeme hovořit o bigorexii či u jedince jeho starost o zevnějšek ještě není patologická.

2.5 Rizikové faktory

Existuje široká škála faktorů různé povahy, které se podílejí na rozvoji bigorexie.

2.5.1 Psychické faktory

a) Osobnostní rysy a vlastnosti

Ve studii, která zkoumala vztah mezi osobnostními rysy a bigorexií (Sandhu, 2013), bylo zjištěno, že nejsilnější korelaci s bigorexií vykazují extraverté a emocionalita.

b) Potíže se sebehodnotou, nízké sebevědomí apod.

Právě tyto problémy jsou u jedinců trpících bigorexií velmi časté. Jejich vztahem se podrobněji budu zabývat v této práci.

c) Perfekcionismu

Velice významnou roli ve spojitosti s MD zaujímá perfekcionismus, který se podílí jak na rozvoji tak na průběhu tohoto stavu. Jedinci se snaží tělo vytvarovat dle často nedosažitelných ideálů či se striktně drží stravovacích a tréninkových návyků tak, aby jejich tělo bylo „perfektní“ (Skemp et al., 2012; Grieve, 2007).

Perfekcionismus může ovlivňovat vznik MD jak přímo, tak nepřímo. Přímý vliv představuje

to, jak se osoba snaží dosahovat perfektního těla, zatímco nepřímý vliv se může projevovat v nespokojenosti se svým tělem. Tento vztah je rovněž doložen výzkumy (Mitchell, 2016; Grieve 2007).

Perfekcionismus se může projevovat na různých úrovních. Rozlišujeme perfekcionismus zaměřený na sebe, zaměřený na druhé a perfekcionismus daný společenskou normou, což na bigorexii může působit širokou škálou způsobů.

d) Narcistická porucha osobnosti

Narcistická porucha osobnosti je typická projevy nadměrné potřeby grandiozity, obdivu od druhých a nedostatečnou empatií. Tito jedinci jsou přecitlivělí vůči kritice a vyznačují se křehkým sebevědomím (Praško, 2003). Již z této definice je patrné, že se může často prolínat s bigorexií, se kterou mají mnoho společných symptomů.

Ve studii zaměřené na vztah bigorexie a narcistické poruchy osobnosti (Boulter & Sandgren. 2021) byla zjištěna silná pozitivní korelace. Tyto dva fenomény se také navzájem ovlivňují. Narcistické rysy, či přímo porucha osobnosti mohou hrát významnou roli při rozvoji bigorexie. Tito jedinci usilují o dokonalost, nadřazenost a touhu po obdivu a mohou tyto potřeby sytit právě nadměrným cvičením a usilováním o perfektní tělo, jehož prostřednictvím se jim může dostat vytouženého uznání od okolí (Murray et al., 2017).

2.5.2 Genetické faktory

Ačkoliv v této oblasti stále probíhají výzkumy, existují náznaky, že genetika může při rozvoji bigorexie mít vliv. Pokud se v rodinné historii jedince vyskytují psychické poruchy z kategorie OCD či poruch příjmu potravy, může být k bigorexii náchylnější (Vasiliu, 2023).

2.5.3 Biologické faktory

Zdravotní stav jedince se může promítnout v jeho stavu psychickém. Příkladem mohou být hormonální či neurochemická nerovnováha, chronická onemocnění či již probíhající deprese (Vasiliu, 2023).

2.5.4 Sociokulturní faktory

Člověk je tvor společenský a jednou z jeho hlavních potřeb je potřeba být ve společnosti či ve své sociální skupině pozitivně hodnocen a přijímán. V tomto úsilí zapadnout, jsou také lidé vystaveni tlaku při porovnávání se s ostatními. Do jisté míry je to pro člověka přirozené.

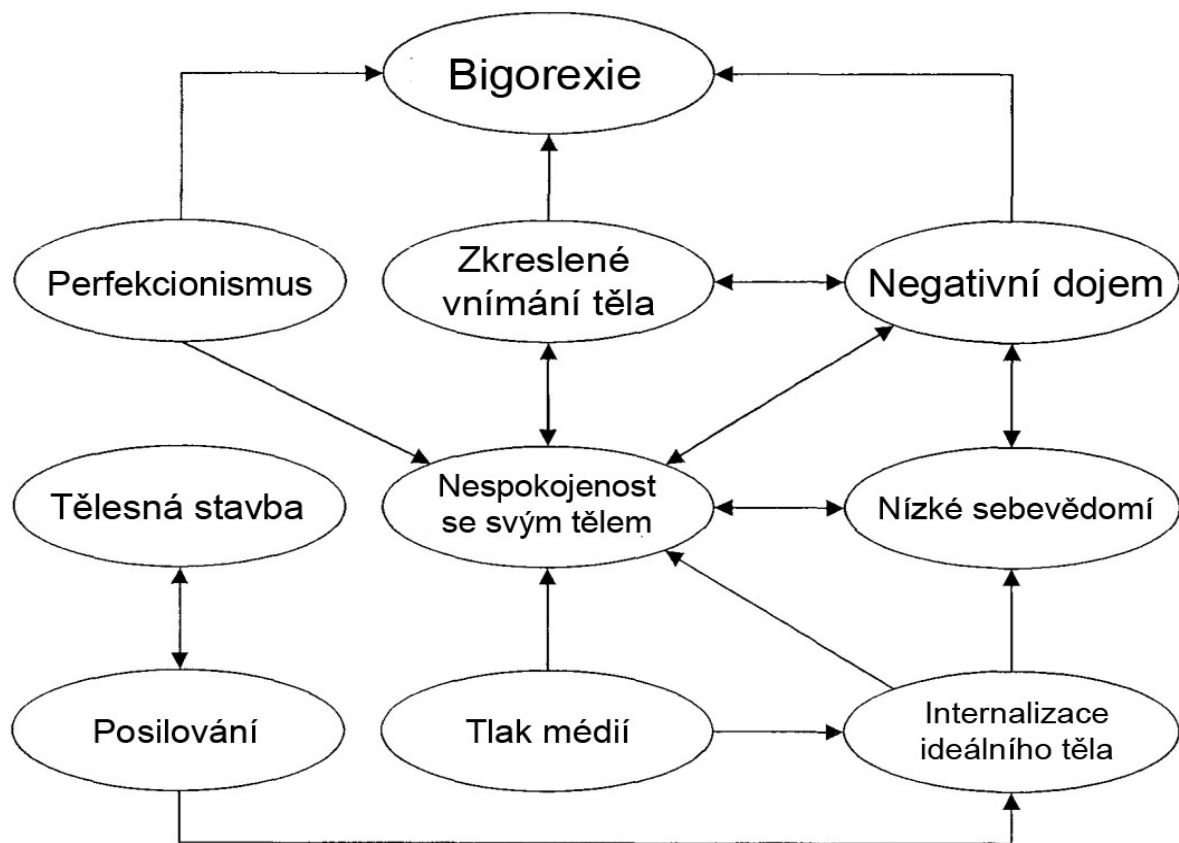
Zdravý životní styl, cvičení a zdravý jídelníček jsou druhými oceňovány. Na zdravém životním stylu a péči o své tělo ještě nemusí být nic špatného. Často však tento tlak na jedince překročí zdravou míru a má na něj spíše destruktivní vliv. To často vede až k různým formám duševních poruch. Obraz, kterému se jedinec chce přiblížit je vytvářen zejména médii (médiá, filmy, reklamy), kulturními normami dané společnosti, sociálními sítěmi a následně sociálními skupinami, ve kterých je členem. To vše vytváří velký tlak. V kontextu mužské populace je tento ideál vyobrazován jako svalnatá postava s nízkým podílem tělesného tuku.

V současné době narůstá čas, který lidé stráví na internetu. Zejména dnešní adolescenti a mladí dospělí a s tím také narůstá množství problému spojených s tímto nadužíváním. Problémy spojen s nadužíváním internetu a sociálních sítí jsou úzce spojeny s poruchami příjmu potravy (Hinojo-Lucena, 2019). Mladá populace je ovlivňována zejména sociálními sítěmi (Instagram, TikTok, facebook), na kterých je tlak na dokonalou postavu obzvláště silný (Imperatori et al., 2022; Cuzzolaro, 2018).

2.5.5 Etiologický model

Další možný pohled na rizikové faktory, které se podílejí na vzniku bigorexie nabízí Frederick C. Grieve, který ve své práci vypracoval etiologický model vycházející z modelu biopsychosociálního (Kiesler, 1999). V něm určil hlavní kategorie, které identifikoval rozsáhlou rešerší. Tyto kategorie faktorů, které popsal, jsou behaviorální, kognitivní, socioenviromentální, emocionální, psychologická a fyziologická. V těchto kategoriích následně vytyčil 9 hlavních proměnných, které můžeme vidět na následujícím grafu. Autor sám uznává, že může být model poněkud zjednodušující a do budoucna bude třeba provést další studie, prozkoumávající tyto vztahy detailněji.

Obrázek 1: Etiologický model rizikových faktorů spojených s bigorexií (Kiesler, 1999).



3 SEBEHODNOCENÍ

Jak jsem již nastínil v předešlém textu, poruchy příjmu potravy a bigorexie sdílejí mnoho společných rysů. To dokládá řada studií, které dobře dokumentují vysokou komorbiditu mezi bigorexií a PPP (Olivardia et al., 2000; Nieuwoudt et al., 2015). Důležitým z společným prvkem je sebehodnocení, který se shodně často objevuje u jedinců s PPP a bigorexií. Jak prokázala řada studií, existuje silný vztah mezi nízkým sebehodnocením a poruchami příjmu potravy jako jsou anorexie, bulimie či poruchy přejídání (Baumaister et al., 2003). U lidí s těmito problémy je jejich nízké sebehodnocení nadměrně spojené s jejich tělesným vzhledem. Časté je zkreslené vnímání svého těla a jeho domnělých chyb, přičemž se člověk vnímá jako nedostatečný, což má výrazný negativní vliv na jeho psychické i fyzické zdraví.

Jak naznačují některé studie, sebehodnocení může hrát klíčovou roli také při rozvoji a při průběhu bigorexie (Olivardia, 2001; Cafri et al., 2005). U jedinců s bigorexií můžeme často narazit na snahu vylepšit své sebehodnocení specifickým chováním, jako například posilování nebo přísnou dietou, kdy primárním účelem těchto aktivit není zdraví či příjemné prožitky, ale zmírnění úzkosti z nedosahování požadovaného ideálu (Crocker, 2002). Nízké sebehodnocení je tak často jedním z hlavních hnacích motorů rozličného chování, které podrobněji popisují v části věnující se bigorexii.

I přesto že je bigorexie často teoreticky spojována s nízkým sebehodnocením, některé studie naznačují, že se sebehodnocením může mít i obrácený vztah. Muller et al. (2004) nenašel rozdíl v sebehodnocení mezi jedinci, kteří se věnují posilování typickému pro bigorexii a jinými sporty. Picket et al. (2005) dokonce zjistili, že profesionální bodybuilderi mají vyšší sebehodnocení než kontrolní skupina. Tento vztah bych tedy rád prověřil v praktické části této práce.

3.1 Definice sebehodnocení (self-esteem)

Sebehodnocení je konceptem, který pracuje s tím, jak jedinec nahlíží sám na sebe, jak se hodnotí a jak vnímá svou hodnotu. Zatímco naše nálada a pocity, které máme sami ze sebe se mohou ze dne na den měnit, sebehodnocení popisuje spíše dlouhodobější kvalitu náhledu na sebe. Lze jej považovat jako jednu z komponent celkového konceptu o sobě (self-concept). (The University of Texas at Austin, n.d.)

Slovník americké psychologické asociace definuje sebehodnocení jako úroveň do jaké jedinec

hodnotí své kvality a charakteristiky pozitivně. Reflektuje svůj fyzický obraz, své schopnosti, to čeho dosáhl, své hodnoty a to, jak se mu daří žít v souladu s nimi. Také reflektuje to, jak s ním interaguje okolí a jak je druhými vnímán. Čím více vnímá jedinec souhrn těchto položek pozitivně, tím lepší je jeho celkové sebehodnocení. Přiměřená míra sebevědomí je považována za nezbytnou komponentu dobrého psychického zdraví, zatímco nízká míra sebehodnocení a pocity méněcennosti jsou běžné u lidí trpících různými psychickými problémy. Typická je nízká míra sebehodnocení u depresí (APA Dictionary of Psychology, 2023).

Pojem, se kterým je často sebehodnocení zaměňováno, je sebedůvěra (self-confidence). Ta představuje víru jedince ve své dovednosti a schopnosti v konkrétních situacích. Daná osoba věří v to, že je schopna úspěšně zvládnout určité situace či úkoly. Hlavním rozdílem je tedy zaměřenost na konkrétní situace. Tyto koncepty se mohou navzájem ovlivňovat, nicméně nejsou totožné. Existují jedinci s nízkou mírou sebedůvěry, avšak jejich sebehodnocení je pozitivní a naopak.

I na sebehodnocení však můžeme pohlížet z různých úhlů. U jednotlivých autorů se liší a je možné narazit na velké množství různých definic, které si navzájem někdy i odporují. Aktuálně je však globálně přijat pojem self-esteem, česky překládáno jako sebehodnocení, který zahrnuje celkový pohled na sebe sama. Souhrnně lze napříč definicemi najít shodu v tom, že sebehodnocení zahrnuje hodnocení člověka sebe sama, jak je v souladu se svými hodnotami a jaké má ze sebe pocity (Park & Park, 2019). Sebehodnocení můžeme dělit na pozitivní a negativní, podle toho, jaký u člověka převládá pocit ze sebe samého (Pant, 2009). Baumaister et. al. (2003) uvádí, že sebehodnocení vypovídá více o percepci než o skutečné realitě. Osborne (2019) pohlíží na sebehodnocení jako pocit z úspěchu, který jedinec dosáhl. Tento pocit je podle něj ovlivněn také tím, jaké měl tento člověk očekávání vzhledem k dosaženému cíli. Schunk (1985) klade větší důraz na hodnoty a považuje sebehodnocení jako uvědomování si svého hodnotového systému a emocionální hodnocení své hodnoty.

Vysoká míra sebehodnocení indikuje vysokou úroveň sociálního přizpůsobení (Martin et al., 2014). Jedinci s nízkým i vysokým sebehodnocením reagují podobně na pozitivní podněty od okolí, avšak reakce na negativní podnět se u nich liší. Lidé s nízkou úrovní sebehodnocení reagují na negativní podněty od okolí spíše negativně, zatímco ti s vysokou mírou sebehodnocení jsou těmito podněty z okolí méně ovlivněni a lépe se s nimi vyrovnávají. Lépe tak například snášejí negativní zpětnou vazbu, odmítnutí apod. (Brown & Mankowski, 1993). Sebehodnocení má také významný dopad na život člověka a na to, jak je jedinec schopen se adaptovat ve společnosti. S nízkou úrovní sebehodnocením je spojena řada negativních jevů,

což následně ovlivňuje celkovou kvalitu života a přímo ovlivňuje psychické zdraví (Body et al., 2014; Konrad et. al., 2012). Ve výzkumu Alesi a Pepi (2016) objevili silnou souvislost mezi sebehodnocením a obrazem těla (body-image). Baumaister et al. (2003) prokázal souvislost mezi nízkým sebehodnocením a poruchami příjmu potravy. Rosenberg sebehodnocení rovněž dělí na pozitivní a negativní přístup k sobě samému a definuje jej jako koncept, podle kterého člověk hodnotí své myšlenky, pocity a celkový vztah k sobě (Rosenberg, 1965).

Morris Rosenberg konceptualizoval sebehodnocení jako „jednodimenzionální konstrukt, který vyjadřuje generalizovanou, relativně stálou perцепci hodnoty vlastního já.“ (Rosenberg 1965). V poslední době se často prosazuje také pohled na sebehodnocení jako na dvoudimenzionální konstrukt (Blatný & Osecká, 1994; Tafarodi & Swann, 2001). Ten například strukturují do dvou složek. První z nich je mínění o sobě z pohledu vlastní kompetence a druhá potom z hlediska sociálně definované hodnoty. Například Tafarodi a Swann (1995) rozdělili sebehodnocení do dvou složek. Jsou jimi kompetentnost (self-competence) a sebezpřijetí (self-liking).

M. Rosenberg je autorem v současnosti nejvyužívanějšího nástroje pro měření sebehodnocení tzv. Rosenbergovy škály sebehodnocení (Rosenberg, 1965). Tomuto nástroji se budu dále podrobněji věnovat v metodologické části a je v této práci také využit pro měření úrovně sebehodnocení.

U českých autorů se můžeme rovněž setkat s různým pojetím, které se od zahraničního liší. Například Blatný (in Blatný & Plháková, 2003) upozorňuje na nepřesné zaměňování pojmů sebezpjetí a sebehodnocení, kdy za sebehodnocení považuje „představu sebe z hlediska vlastní kompetence“. Pojem sebehodnocení také považuje za pojem podřazený pojmu sebezpjetí, které definuje jako „souhrn představ a hodnotících soudů, které o sobě člověk chová“ (Blatný, 2003, 92). Kohoutek (2001) považuje sebehodnocení za centrum osobnosti člověka. Jinou definici můžeme najít v Psychologickém slovníku Hartla a Hartlové (2004), kde popisují sebehodnocení jako vědomé prožívání vlastní sociální pozice. Nakonečný (2009) pojímá sebehodnocení jako „proces, v němž subjekt hodnotí svou vlastní činnost, své schopnosti a vlastnosti. Tento proces zahrnuje i jeho pocity a představy, jak je vnímán druhými lidmi“.

3.2 Vývoj sebehodnocení

Základy vývoje sebehodnocení lze spatřovat již v raném dětství. Dítě je v začátcích svého života závislé na hodnocení svých nejbližších rodinných příslušníků. V pozdějším věku se vliv přesouvá mimo rodinu také na vrstevníky. Tento vliv nabývá na významnosti v období puberty, kdy je citlivost na názory okolí výrazně vyšší. Změny však také probíhají i v pozdějším věku zejména při významných životních událostech, jako je například nová práce, rozvod apod. (Fialová & Krch, 2012)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Výzkumný problém

Jak již vyplývá z předchozího textu, bigorexie je psychická porucha stojící na pomezí mezi poruchami příjmu potravy, tělesnou dysmorfickou poruchou, obsedantně kompulzivní poruchou. Je charakteristická nespokojeností se svou tělesnou stavbou a neustálou touhou po dosahování ideální svalnaté postavy. V posledních letech byl zaznamenán výrazný nárůst touhy mužů po svalnaté postavě (White et al., 2019). Tento vnitřní psychický tlak těmto jedincům výraznou měrou negativně ovlivňuje jejich osobní, pracovní a vztahový život. Typickým znakem bigorexie je rovněž negativní pojetí sebe sama, přehnané nároky na sebe a další negativní jevy spojené se sebehodnocením. Jelikož řada studií prokazuje silnou korelaci mezi tělesnou spokojeností, poruchami příjmu potravy a sebehodnocením (Tiggemann & Williamson, 2000; Tylka & Hill, 2004; Murray et al., 2010), rád bych tento vztah prověřil přímo u bigorexie a sebehodnocení. Ten zatím nebyl předmětem mnoha studií. Doposud provedené studie se zaměřovaly buďto na vztah sebehodnocení s jinými typy poruch příjmu potravy, či u bigorexie hledali vztah s jinými koncepty jako sebevědomí, sebeúcta apod.

Podobně je tomu i u vztahu mezi bigorexií a jinými poruchami příjmu potravy. Vzhledem k tomu, že je bigorexie mnohými považována za poruchu příjmu potravy, v této práci jsem se pokusil tento vztah prověřit a pokusit se zjistit míru korelace mezi těmito koncepty.

Jelikož je bigorexie charakteristická touhou po svalnaté postavě, je logické, že aby muži této postavy dosáhli, musejí vyvinout specifické úsilí pro naplnění tohoto cíle. K tomu, aby tělo získalo požadovanou svalovou hmotu, je třeba kromě patřičné výživy pravidelně posilovat. K růstu svalové hmoty mohou vést rozličné typy posilovacích tréninkových režimů. Je tedy na daném jedinci, který z nich si zvolí. Nejčastěji se s touto poruchou příjmu potravy setkáváme u klientů posiloven a fitness-center (Cohane & Pope, 2001). Většina studií zabývající se bigorexií tedy zkoumala populaci mužů věnujících se posilovacímu tréninku. Rád bych v této práci odpověděl na otázku, zda se se symptomy bigorexie můžeme setkat i u mužů, kteří neposilují.

5 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je tedy prozkoumat míru korelace mezi koncepty bigorexie, sebehodnocení a poruch příjmu potravy u mužské populace a zjistit, zda se bigorexie vyskytuje pouze u mužů věnujících se posilovacímu tréninku. Z uvedeného cíle vyplývají následující výzkumné otázky.

6 Výzkumné otázky

- (1) Jaký je vztah mezi bigorexií a sebehodnocením?
- (2) Jaký je vztah mezi bigorexií a predispozicemi k poruchám příjmu potravy?
- (3) Jaký je vztah mezi sebehodnocením a predispozicemi k poruchám příjmu potravy?
- (4) Vyskytuje se bigorexie pouze u jedinců, kteří se věnují posilování?

7 Hypotézy

- (H1)** Předpokládáme statisticky významnou negativní korelaci mezi mírou bigorexie a sebehodnocením.
- (H2)** Předpokládáme statisticky významnou pozitivní korelaci mezi mírou bigorexie a poruchami příjmu potravy.
- (H3)** Předpokládáme statisticky významnou negativní korelaci mezi sebehodnocením a poruchami příjmu potravy.
- (H4)** Předpokládáme, že jedinci věnující se posilovacímu tréninku, budou vykazovat statisticky významnou vyšší míru bigorexie.

8 METODOLOGIE

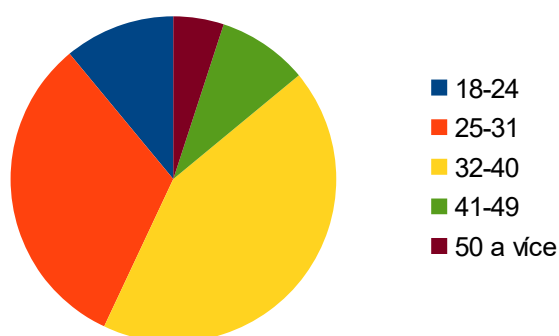
8.1 Výzkumný soubor

Pro tento výzkum jsem použil metodu kriteriálního výběru. Jelikož je bigorexie převážně mužským fenoménem, pro výzkum jsem hledal pouze muže. Online dotazník vyplnily také 3 ženy, které byly z výzkumu vyřazeny. Kritériem pro zahrnutí respondenta do výzkumu bylo to, že se aktivně věnuje nějakému sportu. Původním kritériem pro výběr bylo to, že se jedinec pravidelně věnuje některému z uvedených typů posilovacího tréninku. Při šíření dotazníku však došlo k tomu, že jsem získal velké množství respondentů, kteří neposilují, avšak se věnují jiným sportům. Na základě toho jsem se tedy rozhodl, že tyto respondenty ve výzkumu ponechám a rozšířím cíl výzkumu o porovnání symptomů bigorexie u posilujících a neposilujících populace.

Vzhledem k tomu, že se živím jako sportovní trenér a mezi sportovci se pohybuji, oslovoval jsem pro tento výzkum muže z prostředí ostravských posiloven a sportovních klubů. Těmto jedincům jsem zaslal odkaz na anonymní online dotazník vytvořený na webové platformě [Survio.com](https://www.surveymonkey.com).

Kompletně dotazník vyplnilo 103 respondentů. 3 z nich byly ženy, které jsem do výzkumu nezařadil. Všichni muži, kteří dotazník vyplnili, splňovali potřebná kritéria. Pracoval jsem tedy s daty od 100 mužských respondentů, kteří se aktivně věnují sportu. Tito muži byli ve věku 18-59 let. Průměrný věk respondentů byl 33 let, medián rovněž 33 let a směrodatná odchylka tohoto souboru je 8,2 let. Respondenty jsem rozdělil do pěti věkových kategorií.

Obrázek 2: Věkové složení respondentů



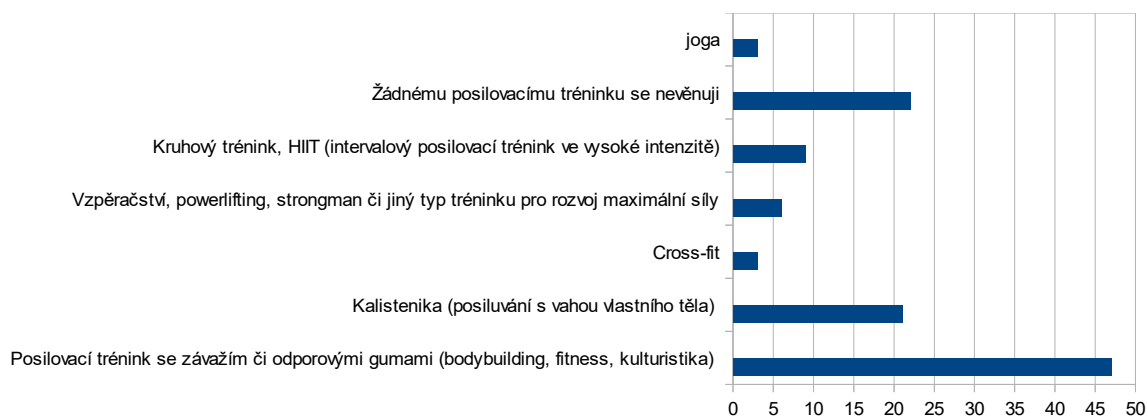
Z výše uvedeného grafu je patrné, že nejčastěji se průzkumu účastnili respondenti ve věkové kategorii 32-40 let (43 respondentů), následováni respondenty ve věkové kategorii 25-31 let (32 respondentů). Méně častá byla účast respondentů ve věkových kategoriích 18-24 let (11 respondentů) a 41-49 let (9 respondentů). Nejméně respondentů se účastnilo věkové kategorie 50 a více let (5 respondentů).

8.2 Nástroje pro získávání dat

Pro účely této studie byl vytvořen online dotazník, který se skládal ze čtyř částí. V první respondenti vyplňovali své demografické údaje. Byli dotazováni na pohlaví, věk, výšku, váhu a nejvyšší dosažené vzdělání.

Stěžejní součástí první části dotazníku byly také 2 otázky dotazující se na sportovní aktivitu. První otázka zjišťovala, kterému typu posilování se jedinci věnují, či zda se nevěnují posilování vůbec. Vybrat mohli více možností najednou. Typy posilovacího tréninku jsem rozdělil dle kategorií, které jsou uvedeny v následující tabulce. Jedna z odpovědí byla otevřená a respondenti tak mohli vypsát jiný typ silového tréninku, kterému se věnují a není v možnostech uveden. Zde 3 respondenti shodně uvedli jógu, kterou lze také považovat za typ silového tréninku a tudíž jsem tuto odpověď ponechal. Ostatní respondenti zvolili nabízené kategorie. Jak jsem již uvedl výše, 22 respondentů odpovědělo, že se žádnému posilovacímu tréninku nevěnuje, přičemž se věnují jiným sportům. Na základě těchto získaných dat jsem se tudíž rozhodl v tomto výzkumu odpovědět také na otázku, zda se liší míra symptomů bigorexie u posilující a neposilující skupiny mužů.

Na další sporty, kterým se respondenti věnují jsem se dotazoval v další otevřené otázce ve znění „Jakým dalším sportům se pravidelně věnujete?“.



Obrázek 3: Typy posilovacího tréninku mezi respondenty

8.2.1 Dotazník EAT-26

Pro zmapování oblasti stravovacích návyků, poruch příjmu potravy a postoji ke svému tělu jsem zvolil dotazník EAT-26 (The Eating Attitudes Test), který tvořil druhou část online dotazníku. Tento standardizovaný dotazník je v oblasti poruch příjmu potravy jedním z celosvětově nejvyužívanějších. Lze jej využít jak v klinickém tak i neklinickém prostředí. Může být administrován skupinově i individuálně. Byl vytvořen tak, aby jej mohla administrovat široká škála odborníků, kteří potřebují zmapovat oblast stravovacích návyků a možných poruch u svých klientů či svěřenců. V případě, že výsledky poukážou na možný problém, měl by být tento jedinec odkázán na odbornou pomoc. Je široce využíván nutričními specialisty, psychology, pedagogy a trenéry. Vhodné využití najde EAT-26 například ve školách, sportovních klubech, fitness-centrech či v ordinacích různých specialistů. Může být využit i jako sebesposuzovací nástroj. Určen je pro dospělé a dospívající (EAT-26, 2021). V praxi se ukázal jako velmi užitečný nástroj pro posuzování poruch příjmu potravy na středních školách a sportovních klubech. Screening PPP je založen na předpokladu, že časně rozpoznání problému vede k efektivnější léčbě (Garner et al., 1979).

Výsledky neslouží pro diagnostiku poruch příjmu potravy, avšak poukazují na možné problémy, které by měly dále být posouzeny psychologem či psychiatrem. Dotazník nemá nahrazovat profesionální diagnostiku a ani nemá sloužit k přímé diagnostice poruch příjmu potravy bez dalšího zhodnocení odborníkem. Skóre vyšší než 20 bodů vypovídá o narušeném vztahu k jídlu. Podle metodologie jedinec, který získá skóre 20 a více bodů, by měl být dále posouzen kvalifikovaným odborníkem, který by posoudil, zda tato osoba splňuje diagnostická kritéria pro poruchu příjmu potravy. Tuto diagnózu však nelze vyloučit ani u osob se skóre nižším než 20 bodů. Například osoby trpící nekontrolovaným přejídáním obvykle mají nižší skóre, a přitom trpí závažnou poruchou. Z toho vyplývá, že nižší skóre samo o sobě neznamená, že bychom daného jedince měli odrazovat od vyhledání odborné pomoci. Předpokládá se, že čím vyšší je dosažené skóre respondenta, tím jsou u jedince pravděpodobnější problémy spojené s PPP.

Verze dotazníku EAT-26 je přepracovanou a zjednodušenou verzí z původního dotazníku EAT-40, který byl poprvé publikován v roce 1979 (Garner et al., 1979). Originální verze dotazníku se skládá ze tří částí. V první části je uveden popis, jak s dotazníkem pracovat. Druhá část zjišťuje základní informace o respondentovi a třetí část je již vlastní dotazník, který se skládá z části A a B. Část A zahrnuje 26 položek s možností odpovědi na škále odpovědí

vždy – obvykle – často – někdy – zřídka - nikdy. S výjimkou otázky 25 se odpovědi bodují takto. Vždy – 3 body, obvykle – 2 body, často – 1 bod. Odpovědi někdy, zřídka a nikdy se hodnotí za 0 bodů. U otázky 25 je tomu naopak, kdy stejně bodujeme odpovědi nikdy, zřídka a někdy. Otázky z této části jsou věnovány stravovacím návykům. Část B potom mapuje chování s těmito návyky spojené.

Výsledky se pak posuzují podle celkového dosaženého skóre z 26 otázek části A a B, otázek mapující chování spojené se stravovacími návyky a úbytky na váze a BMI jedince, které je vypočítáno dle jeho váhy a výšky.

Některé otázky se snaží zmapovat specifické poruchy příjmu potravy jako anorexie, bulimie či přejídání. I přesto, že některé otázky se s bigorexií přímo vylučují, v dotazníku je ponechám, abych zanechal jeho validitu. Většina otázek v dotazníku však souvisí s problematikou bigorexie. O problému vztahu bigorexie a PPP podrobněji pojednávám v teoretické části.

Skóre respondentů v rámci této práce bylo vyhodnoceno na základě těchto oficiálních kritérií (Garner et al., 1982) a výsledný skór byl využit pro stanovení míry korelace mezi dalšími testy. Otázky, které byly v online dotazníku použity, můžete nalézt v příloze.

8.2.2 Rosenbergova škála sebehodnocení

Třetí část dotazníku byla zaměřena na sebehodnocení. To můžeme vyhodnocovat velkou řadou nástrojů a metod. Jednou z nejvyužívanějších je právě Rosenbergova škála sebehodnocení (Rosenberg self-esteem scale - RSES) (Rosenberg, 1965). Je využívána zejména pro měření úrovně sebehodnocení. Jedná se o široce využívaný a uznávaný nástroj k měření subjektivního posuzování vlastní hodnoty a celkového pozitivního či negativního sebehodnocení. Slouží především pro výzkumné účely a neměla by být používána jako diagnostický nástroj.

Tato škála byla přeložena do 28 jazyků v 53 zemích, byla citována více než 40 000krát, a prokázala srovnatelnou stabilitu v různých kulturách. Byla využita zhruba v 50% empirických studií zaměřených na sebehodnocení publikovaných ve významných vědeckých časopisech (Monteiro et al., 2022). Byla také využita již ve více než tisícovce výzkumných projektů (Owens, 2001). Její popularita pramení především z její snadné administrace, rychlému vyhodnocení a širokému využití v různých populacích.

Tato škála je veřejně dostupná, byla tedy adaptována pro různé účely a existuje v různých verzích. Je často využívána v psychologických výzkumech, jelikož je její použití jednoduché,

přímočaré a pohodlné.

Reliabilita a validita této metody byla podpořena mnoha výzkumy (Robins, Hendin, & Trzesniewski, 2001), ačkoliv se názory autorů na její nejvhodnější použití a interpretaci liší. Je doporučováno nepoužívat tuto škálu samostatně jako jediný nástroj pro měření sebehodnocení, ale spíše jako součást celkové analýzy (University of Maryland, 2022). Výzkumy také potvrdili pozitivní korelace mezi vysokým skóre a blahobytem jedince, zatímco nízké skóre poukazuje na různé psychické problémy spojené s nízkým sebehodnocením (Robins et al., 2001).

Tento dotazník se skládá z 10 položek hodnocených dle čtyřbodové Likertovy škály. Respondenti mohli odpovídat na škále od rozhodně souhlasím až po rozhodně nesouhlasím. Polovina otázek je položena pozitivně a druhá polovina negativně. Tento dotazník měří současný stav sebehodnocení respondentů pomocí otázek zaměřených na jejich aktuální pocity ve vztahu k sebehodnocení, přičemž vyšší skóre poukazuje na pozitivnější sebehodnocení (Owens, 2001).

Administrace a skórování

RSES se skládá z 10 položek, které respondent hodnotí na základě svých aktuálních pocitů ve vztahu k položeným otázkám. Odpovědi by měly být rychlé a spontánní. U každé otázky vybírá z možností Rozhodně souhlasím, souhlasím, nesouhlasím a rozhodně nesouhlasím. Tyto možnosti jsou skórovány následovně. U položek 1,2,4,6,7: Rozhodně souhlasím = 3, souhlasím = 2, nesouhlasím = 1, rozhodně nesouhlasím = 0. Položky 3, 5, 8, 9, 10 (které mají obrácenou valenci) jsou hodnoceny: Rozhodně souhlasím = 0, souhlasím = 1, nesouhlasím = 2, rozhodně nesouhlasím = 3.

Škála se pohybuje v rozmezí 0-30 bodů. Toto skórování bylo využito v této práci. Můžeme se v praxi také setkat s jiným typem skórování například 1-4, tím pádem je celkový skór v rozmezí 10-40 bodů. Setkat se také můžeme s Likertovou škálou využívající 5 – 7 položek. Vyšší celkové skóre naznačuje pozitivnější sebehodnocení. Výsledný skór byl rovněž použit pro zjištění míry korelace mezi dalšími použitými dotazníky.

8.2.3 Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI)

Poslední čtvrtá část dotazníku byla zaměřena na zmapování oblasti bigorexie. Dotazník MDDI

je jedním z nejvyužívanějších nástrojů pro zhodnocení symptomů bigorexie. Obsahuje 13 položek, kde respondent odpovídá na Likertově škále na otázky vztahující se k problematice bigorexie. Hlavními kategoriemi otázek jsou zaměření jedince na svůj vzhled a svalový objem, netoleranci vůči tělesným nedostatkům a problémy spojené s běžným fungováním v životě, což jsou hlavní diagnostická kritéria pro bigorexii. Tento dotazník je často používán v rámci klinických a výzkumných studií pro zhodnocení závažnosti symptomů bigorexie a pro identifikování rizikových osob, které by mohly tímto onemocněním trpět. Jeho použití slouží nejen vědeckým účelům, ale také pro identifikaci osob s danými problémy, kterým může být následně poskytnuta odpovídající psychologická či psychiatrická péče.

Jednotlivé položky se skórují následovně: Pořád = 5, Obvykle = 4, Často = 3, Občas = 2, Nikdy = 1. Výsledný skór pak poukazuje na možné psychické problémy spojené s bigorexií. Vyšší celkové skóre naznačuje větší pravděpodobnost výskytu psychického onemocnění a větší závažnost symptomů spojených s bigorexií. Tyto tři hlavní oblasti jsou vysoce konzistentní napříč různými studiemi (Compe et al., 2019; Subaşı, Okray, & Çakıcı, 2018).

8.3 Analýza dat

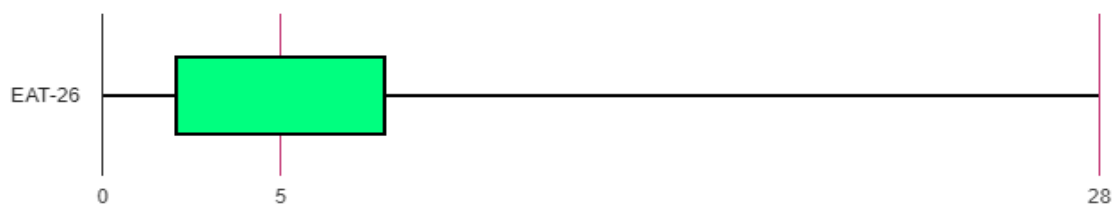
Data, která byla získána z dotazníku, byla převedena do datové matice ve formátu tabulky pro program Microsoft Excel. Ta byla následně upravena pro statistické výpočty, které byly provedeny ve statistickém programu R. Ze získaných dat byly v rámci popisné statistiky využity demografické údaje. Pro samotné statistické výpočty byly využity součty skóru jednotlivých dotazníků (Sebehodnocení, bigorexie, poruchy příjmu potravy). Mezi nimi poté byly provedeny výpočty míry korelace. K těmto výpočtům byl zvolen Spearmanův korelační koeficient. Toto rozhodnutí bylo učiněno na základě předpokladu, že data nemají normální rozdělení. Spearmanův korelační koeficient je robustní vůči odchylkám od normálního rozdělení a poskytuje spolehlivou míru lineárního vztahu mezi proměnnými.

K porovnání míry bigorexie mezi posilující a neposilující skupinou byl zvolen Mann-Whitney U test pro dvě nezávislé skupiny, u kterých jsme rovněž nepředpokládali normální rozdělení. U těchto skupin bylo pro zhodnocení velikosti efektu vypočítáno Cohenovo *d*. Pro všechny statistické analýzy byla stanovena hladina významnosti na hodnotu $p < .05$.

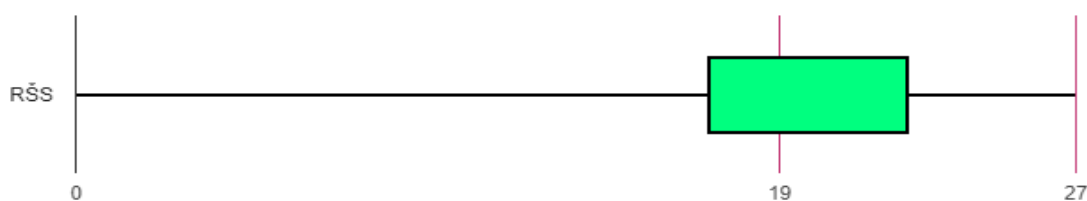
9 VÝSLEDKY

Data ze všech dotazníků jsme souhrnně získali od 100 respondentů. V analýze vztahů mezi vybranými psychometrickými nástroji byly prozkoumány souvislosti mezi hodnotami získanými z dotazníku EAT-26 (Mean=5,85; MD=5; SD=4,869), Rosenbergovy škály sebehodnocení (Mean=19,3; MD=19; SD=4,14) a Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (Mean=22,48; MD=21; SD=6,511). Mezi jejich výslednými hodnotami jsme pomocí Spearmanova korelačního koeficientu zjišťovali míru korelace a tím testovali výše uvedené hypotézy. V dalších odstavcích se budu zabývat analýzou příslušných vztahů. Pro názornost si ukážeme výsledné skóry jednotlivých testů.

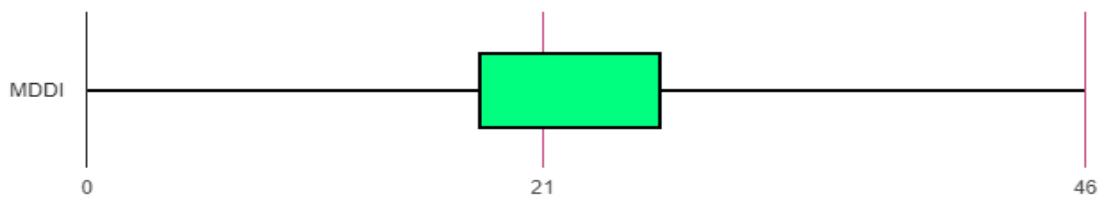
Obrázek 4 : rozložení výsledného skóre dotazníku EAT-26



Obrázek 5 : rozložení výsledného skóre Rosenbergovy škály sebehodnocení



Obrázek 6 : rozložení výsledného skóre dotazníku MDDI

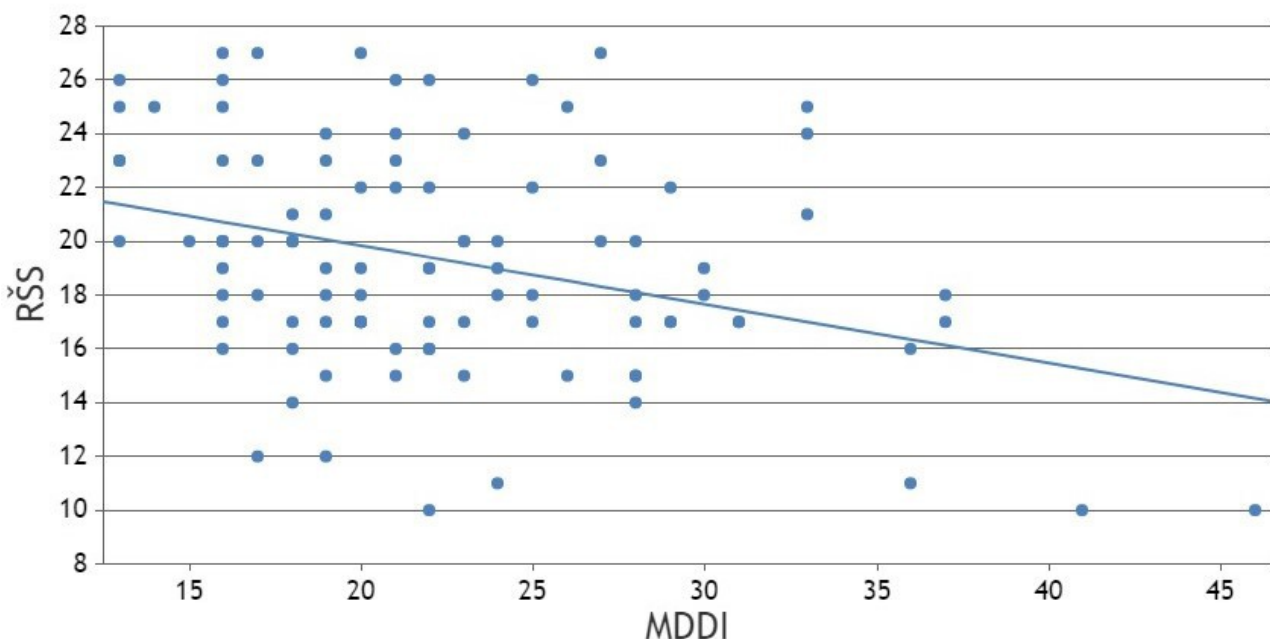


9.1 Vztah mezi bigorexií a sebehodnocením (H1)

Mezi výslednými skóry dotazníků MDDI, měřící míru závažnosti symptomů bigorexie a Rosenbergovou škálou sebehodnocení byla prokázána středně silná Spearmanova korelace $r_s = -0,2922$, $p=0,003$, a tudíž můžeme výsledek považovat za statisticky významný. Na základě těchto výsledků můžeme vysoce signifikantně přijmout hypotézu H1 prokazující vztah mezi bigorexií a sebehodnocením.

Tato záporná Spearmanova korelace poukazuje na středně silný vztah, který naznačuje, že jedinci s nižším sebehodnocením projevují větší měrou symptomy bigorexie. Můžeme tedy předpokládat, že jedinci s nižším sebehodnocením mohou být problémy spojenými s bigorexií více ohroženi.

Obrázek 7: Korelace mezi výslednými skóry dotazníku MDDI a Rosenbergovy škály sebehodnocení (RŠS).



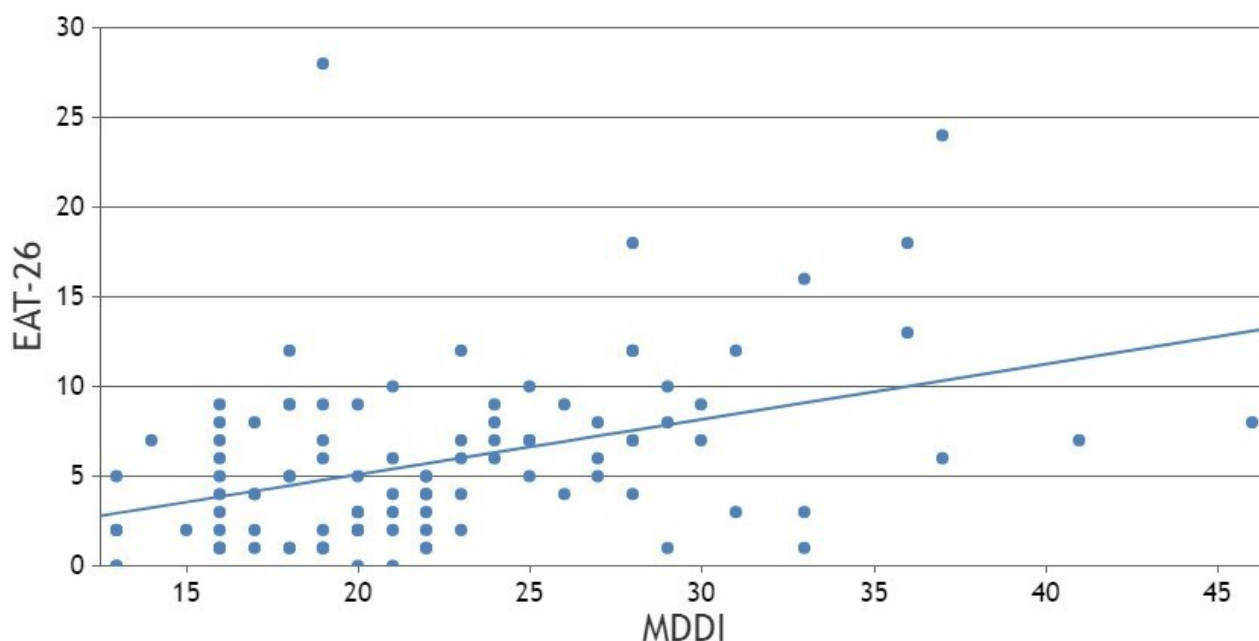
Jak vyplývá z teoretické části, bigorexie je spojená s řadou jevů, kterými jsou například obsedantně-kompulzivní symptomatologie, perfekcionismus, úzkost, deprese, problémy ve vztazích a řada dalších. Jedním z typických symptomů je prokazatelně nízké sebehodnocení, což také dokládá řada studií (Mitchell et al., 2017; Olivardia et al., 2004). Uvedený vztah se také podařilo prokázat v této práci.

Na základě těchto výsledků lze usoudit, že jedinci s nízkým sebehodnocením častěji projevují symptomy bigorexie. Může to být způsobeno jejich snahou kompenzovat nedostatečné sebehodnocení prostřednictvím snahy o dokonalé tělo. Avšak pouhá fixace na fyzický vzhled představuje jenom povrchní záplatu na hlubší problém, který zůstává nevyřešen. Tito jedinci, často usilující o perfektní tělesný vzhled, mohou pocit nízkého sebehodnocení kompenzovat právě touto snahou o dosažení dokonalosti, což však může vyvolat další tlak na jejich vzhled a prohloubit symptomatiku bigorexie a souvisejících problémů v různých oblastech jejich života (práce, vztahy, psychika). Tento intrapsychický tlak je často zesílen tlakem z vnějšku, například z blízkého okolí, médií a společnosti, kterému lidé s nižším sebehodnocením snadněji podléhají. Obecně jsou lidé s nižším sebehodnocením náchylnější k rozličným psychickým problémům, včetně bigorexie a poruch příjmu potravy (Mitchell et al., 2017).

9.2 Vztah mezi bigorexií a poruchami příjmu potravy (H2)

Mezi výslednými skóry dotazníků MDDI, který měří míru závažnosti symptomů bigorexie a dotazníku EAT-26 měřící míru závažnosti symptomů poruch příjmu potravy, byla prokázána středně silná korelace $r_s=0,4153$. Hodnota p je u tohoto vztahu velmi vysoce signifikantní $p<0,001$. Můžeme tedy přijmout hypotézu H2, kterou prokazujeme, že mezi těmito hodnotami existuje středně silný vztah. Tyto výsledky poukazují na to, že spolu obě tyto poruchy silně souvisí. Z výsledků je patrné, že vyšší hodnoty skóru u bigorexie jsou spojené s vyššími hodnotami skóru poruch příjmu potravy.

Obrázek 8: Korelace mezi skóry dotazníků MDDI a EAT-26.



Vztah mezi poruchami příjmu potravy byl prokázán řadou studií (Giardino & Procidano, 2012; Pope et al., 2000; Mitchell et al., 2017). Stejně tak můžeme najít studie, které tento vztah nepotvrzují (Cafri et al., 2007; Maida & Armstrong, 2005) . Může to být způsobeno různými metodami výběru souboru populace či různými metodami měření (pro měření symptomů bigorexie existuje několik dotazníkových metod) a celkově rozdílnou metodologií. To může také ještě prohlubovat rozpor v tom, zda považovat bigorexii za poruchu příjmu potravy či nikoliv.

Jak jsem podrobněji popsal v podkapitole zabývající se souvislostí bigorexie s poruchami příjmu potravy, je patrné, že oba tyto fenomény mají mnoho společných znaků. Tím nejpatrnějším je asi nespokojenost s nedokonalostí vlastního těla, která se však u obou zmíněných fenoménů projevuje v opačném pólu. Bigorektik usiluje o co nejsvalnatější postavu zatímco u ostatních poruch příjmu potravy jde převážně o snižování váhy. I přesto u nich můžeme najít podobný psychický základ pramenící z touhy po dosažení určitého požadovaného vzhledu. Tato motivace může mít různý původ, od sociálního tlaku až po nízké sebehodnocení, jak rovněž dokládá řada studií (Grieve, 2007), včetně této práce, která daný vztah také potvrdila.

Dalším významným společným faktorem, které se často v různých studiích objevuje u obou fenoménů jsou další psychické problémy, které se mohou podílet na jejich vzniku či naopak

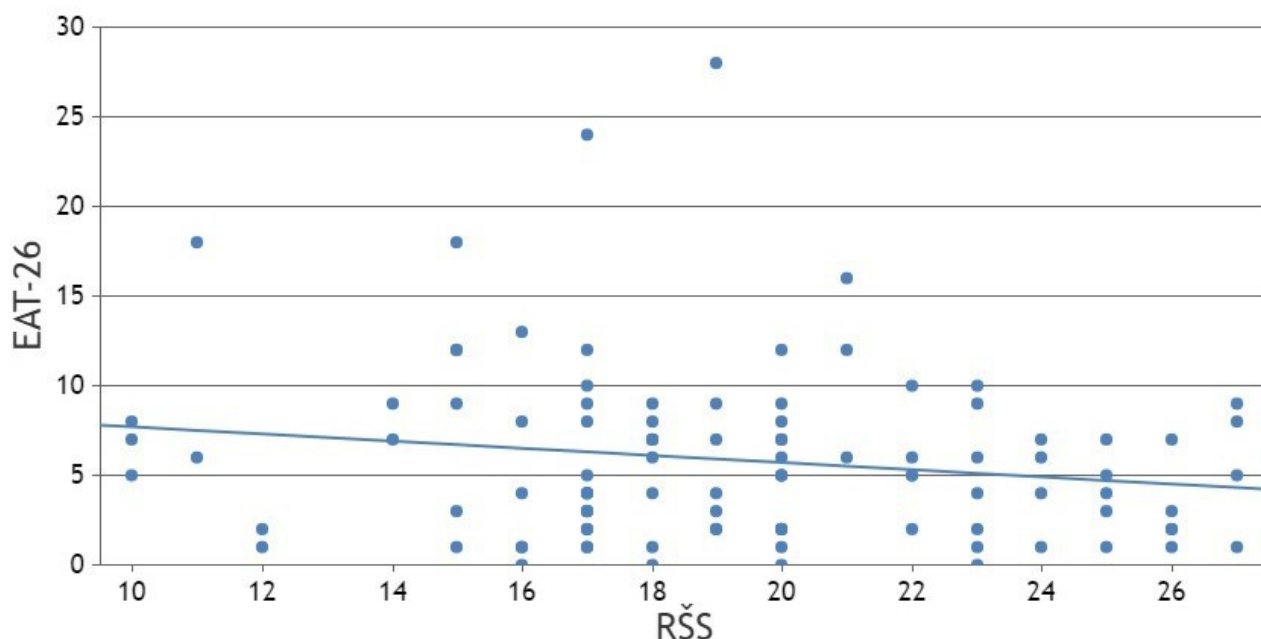
podmiňují vznik různých psychických problémů. Často jsou to právě problémy se self, často se také můžeme s bigorexií a PPP setkat u lidí majících problémy s úzkostí, depresemi apod. Jak bigorektici tak lidé trpící PPP mohou používat tyto mechanismy pro zvládnání svých emocí. Mohou například cvičení a kontrolu nad svým stravováním používat jako způsob vyrovnavání se se svými emocemi.

Kauzalita tohoto vztahu však není jednoznačná. Ze studií je však možno konstatovat, že se jedná o úzce propojené fenomény (Grieve, 2007).

9.3 Vztah mezi sebehodnocením a poruchami příjmu potravy (H3)

Výpočet Spearmanovy korelace byl proveden rovněž pro výsledné skóry dotazníků sebehodnocení a EAT-26. Výsledky ukazují, že mezi uvedenými fenomény sebehodnocení a poruch příjmu potravy v této práci nebyla nalezena statisticky signifikantní korelace. Hodnota p je zde 0,2 ($p=0,2$) což je vyšší než stanovená hladina významnosti 0,05, tím pádem hypotézu H3 nemůžeme přijmout. Navzdory tomu však byla nalezena slabá záporná korelace s hodnotou $r_s=-0,1281$, což naznačuje, že existuje určitý trend směrem k negativnímu vztahu mezi poruchou příjmu potravy a sebehodnocením. I když tato korelace není statisticky významná, může naznačovat potenciální tendenci jedinců s vyšším sebehodnocením vykazovat symptomy poruchy příjmu potravy s menší pravděpodobností. Tento závěr však doposud provedené studie nepotvrzují (Baumaister et al., 2003). Osobně se domnívám, že je tento výsledek zkreslen výběrem respondentů či metodologickými omezeními studie.

Obrázek 9: Korelace mezi výsledným skóre Rosenbergovy škály sebehodnocení (RŠS) a dotazníku EAT-26.



9.4 Míra bigorexie u posilující a neposilující populace (H4)

Vzhledem k tomu, že oproti původnímu záměru, dotazník také vyplnilo větší množství mužů, kteří se nevěnují žádnému typu posilovacího tréninku, rozhodl jsem se pro porovnání posilující a neposilující skupiny, a tím jsem tento výzkum rozšířil o otázku, zda se symptomy bigorexie budou vyskytovat pouze u jedinců, kteří posilují. Vzhledem k tomu, že bigorektici usilují o svalnatou postavu, lze předpokládat, že se tito jedinci budou věnovat různým formám posilovacích tréninků, což je v podstatě jediná cesta, jak této vytoužené postavy dosáhnout. Nabízí se však otázka, zda se skutečně s určitými symptomy a druhem chování typické pro bigorexii nemůžeme setkat také u lidí, kteří se posilování nevěnují. Pro toto srovnání jsem porovnal výsledný skóre z dotazníku MDDI a porovnal tyto výsledky mezi skupinami posilujících a neposilujících osob.

Medián skóru MDDI byl u posilující skupiny 22, u necvičící skupiny to bylo 18. Průměr skóru těchto skupin vykazoval podobný rozdíl, u posilující skupiny bylo průměrné skóre 23,42, u neposilující pak 19,14. Tento rozdíl ve výsledném skóre již poukazuje na rozdíl mezi jednotlivými skupinami.

Na základě Mann-Whitney U testu jsme vypočítali, že p hodnota tohoto testu pro skupiny

posilujících a neposilujících je rovna 0,004 ($p=0,004$), a tím pádem můžeme vysoce signifikantně zamítnout nulovou hypotézu a přijmout hypotézu H4, z čehož vyplývá, že se porovnávané skupiny posilujících a neposilujících ve skóru bigorexie liší. Na základě výpočtu Cohena d ($d=0,68383$) můžeme usoudit, že to zda člověk posiluje, má na projevy bigorexie středně silný efekt. Vysoce signifikantně jsme tedy prokázali středně silný efekt posilovacího tréninku na míru symptomů bigorexie.

Vliv posilovacího tréninku je zde tedy patrný, nicméně je třeba se zamyslet nad tím, proč tomu tak může být. To, že pro nárůst svalové hmoty je zapotřebí svalstvo stimulovat určitým typem posilovacího tréninku je známý fakt, nicméně může být předmětem dalších výzkumů, zda samotné posilování může u jedinců vést k rozvoji bigorexie či spíše osoby se sklony k bogorexii budou častěji inklinovat k posilování. Lze předpokládat, že u jedince, který se začne intenzivně věnovat posilování, se mohou objevit symptomy bigorexie, které dříve nebyly patrné, a to i přes to, že původní motivace začít cvičit mohla být jiná. Tato situace může nastat, když jedinec začne spojovat svou touhu po přijetí s ideálem svalnaté postavy, která je ve společnosti často ceněná a obdivovaná. Postupně se tak může stát, že tato osoba začne upřednostňovat fyzický vzhled a svalovou hmotu jako prostředek k dosažení svého cíle být přijímán, což může vést k rozvoji bigorexie. Nabízí se však otázka, zda k tomu tento jedinec neměl psychické předpoklady již předtím. Tuto svou nedosycenou potřebu a jiné psychické problémy by si zřejmě kompenzoval jiným způsobem.

Stejně tak můžeme předpokládat, že jedinci pociťující silný tlak zvenčí na určitou postavu, začnou posilovat, aby byli v okolí lépe přijímáni. Kauzalita zde není jednoznačná a je stále předmětem dalších výzkumů. To jen dokládá to, že bigorexie je komplexní problém a proto může být tak obtížné jej jednoznačně diagnosticky zařadit.

10 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na podrobnější prozkoumání fenoménu bigorexie, jehož prevalence je v dnešní době na vzestupu. Hlavním cílem bylo prozkoumat vztah bigorexie s koncepty sebehodnocení a poruch příjmu potravy, které spolu velmi úzce souvisí. K vyjádření míry těchto vztahů byl využit Spearmanův korelační koeficient. Výsledky této práce nabízejí několik důležitých poznatků, které mohou přispět k hlubšímu porozumění této problematice. Na základě statistické analýzy dat z dotazníků EAT-26, MDDI a Rosenbergovy škály sebehodnocení jsem došel k následujícím závěrům.

Prvním důležitým zjištěním této práce je prokázání středně silného negativního vztahu mezi bigorexií a sebehodnocením (self-esteem). Tento výsledek je v souladu s teorií, že u jedinců s nižším sebehodnocením je větší tendence k projevům symptomů bigorexie. To naznačuje, že nedostatečné sebehodnocení může přispívat k větší náchylnosti k tomuto psychickému onemocnění.

Dalším klíčovým bodem je prokázání středně silné pozitivní korelace mezi bigorexií a poruchami příjmu potravy. Výsledky tedy poukazují na provázanost těchto fenoménů, které sdílejí mnoho společných znaků. Zda je však na bigorexii vhodnější pohlížet jako na poruchu příjmu potravy či jako na obsedantně kompulzivní poruchu je stále předmětem vědeckých diskuzí a bude třeba provést další studie. Tato práce také ukazuje, že jedinci s vyšší mírou bigorektických symptomů mají větší tendence vykazovat symptomy poruch příjmu potravy a naopak. Tato provázanost může být důsledkem různých psychických faktorů jako například vnější společenský tlak na určitý vzhled, nespokojenost se svým tělem či jiná psychopatologie. I přestože kauzalita tohoto vztahu není jednoznačná, mohou tyto výsledky přispět k prohloubení porozumění vztahu mezi bigorexií a poruchami příjmu potravy.

I přes očekávání tato práce neobjevila statisticky významnou korelaci mezi poruchami příjmu potravy a sebehodnocením. Jelikož se výsledky liší od doposud provedených studií, může to poukazovat na to, že vztah PPP a sebehodnocení může být komplikovaný a může být ovlivněn řadou dalších faktorů.

Výsledky ukázaly, že medián i průměr skóre MDDI byly vyšší u skupiny mužů věnujících se

posilovacímu tréninku ve srovnání s neposilující skupinou, což naznačuje rozdíl v míře projevů bigorexie. Potvrdil se signifikantní rozdíl mezi oběma skupinami a středně silný efekt posilovacího tréninku na projevy bigorexie. Tyto výsledky jasně podporují hypotézu, že posilování je spojeno s vyšší mírou projevů bigorexie.

Celkově tedy můžeme konstatovat, že bigorexie, poruchy příjmu potravy a sebehodnocení jsou velice úzce propojené fenomény, které spolu navzájem souvisí a mají významný dopad na život a psychické zdraví člověka.

11 DISKUZE

Tato práce se zaměřila především na prozkoumání bigorexie ve vztahu k sebehodnocení a poruchám příjmu potravy. Při analýze vztahu bigorexie a sebehodnocení byla prokázána středně silná záporná Spearmanova korelace, tento výsledek lze považovat za statisticky významný. Tyto hodnoty potvrzují spojitost mezi bigorexií a sebehodnocením, přičemž jedinci s nižším sebehodnocením vykazovali symptomy bigorexie ve větší míře. Toto zjištění potvrzuje doposud provedené studie zabývající se tímto vztahem (Mitchell et al., 2017; Olivardia et al., 2004). To také zapadá do celkového kontextu problematiky bigorexie, která nízké sebehodnocení považuje za jeden z klíčových faktorů doprovázející toto psychické onemocnění (Olivardia, 2001; Cafri et al., 2005).

Důležité je brát v potaz, že bigorexie je komplexní problém, na němž se podílí řada dalších faktorů a je úzce spojena s obsedantně-kompulzivní problematikou, poruchami příjmu potravy, depresiemi úzkostí, narcismem apod. Touto prací se podařilo potvrdit, že nízké sebehodnocení je jedním z charakteristických rysů bigorexie a poukazuje tak na důležitost tohoto aspektu při diagnostice a léčbě. Často se právě jedinci své nízké sebehodnocení snaží kompenzovat snahou o dokonalé tělo, to však přináší do jejich života také značné negativní dopady na jejich osobní i pracovní život (Pope et al., 2005; Crocker, 2002).

Na základě těchto získaných poznatků můžeme předpokládat, že lidé trpící bigorexií budou častěji projevovat nižší sebehodnocení. Nelze však předpokládat, že by tento vztah fungoval i opačně, tedy že jedinci s nižším sebehodnocením budou automaticky vykazovat závažnější symptomy bigorexie. Rovněž to také neznamená, že jedinci s vyšším sebehodnocením jsou vůči bigorexii imunní, jak dokládá například Picket et al. (2005). Tento vztah je tedy komplexní a multidimenzionální a nelze ho zredukovat pouze na lineární kauzální spojitost.

Bude zapotřebí provést další výzkumy, které by pomohly lépe porozumět interakci mezi bigorexií a sebehodnocením a identifikovaly další faktory, které mohou hrát roli v této dynamice.

Osobně se domnívám, že pokud by se pro studii podařilo získat respondenty z širšího okruhu posilujících jedinců, výsledná korelace by mohla být o něco vyšší. Z okruhu sportovců, kteří byli pro výzkum osloveni většina z nich se suspektními bigorektickými rysy vyplnění dotazníku odmítla. Tímto mohou být data vůči realitě zkreslená a domnívám se tedy, že je v celkové populaci bigorexie více rozšířená, což je rovněž doloženo studemi (Mitchison et al., 2022; Pope & Katz, 1994; Olivardia, 2001).

Další důležitou částí bylo prozkoumání vztahu mezi bigorexií a poruchami příjmu potravy. Tento vztah je v současnosti předmětem řady výzkumů z nichž některé kladnou korelaci potvrzují (Giardino & Procidano, 2012; Pope et al., 2000; Mitchell et al., 2017), můžeme však najít studie, které tento vztah nepotvrdily (Cafri et al., 2007; Maida & Armstrong, 2005). Za rozdílností těchto výsledků může stát například výběr odlišných metod v jednotlivých výzkumech, odlišná skupina osob, u kterých byla data získávána či použití jiných dotazníků. Pro měření bigorexie v současnosti existuje řada dotazníků používaných jak pro vědecké, tak klinické účely. V této práci se existence tohoto vztahu potvrdila. Ze získaných dat je patrné, že lidé s vyšší hodnotou konečného skóre bigorexie častěji vykazovali problematické chování typické také pro poruchy příjmu potravy. Často například skórovali vysoko v otázkách, které zkoumaly spokojenost se svým tělem.

Některé otázky z dotazníku EAT-26 jsou však v přímém rozporu s bigorexií a není tedy překvapením, že ani jediný respondent, který se výzkumu zúčastnil po jídle nezvrací. Dotazník EAT-26 obsahuje mimo jiné otázky zaměřené na anorexii a bulimii. Bigorexie je však z pohledu stravování téměř pravým opakem, jelikož se bigorektik nesnaží svou váhu snížit, ale naopak zvýšit. I přesto však tento dotazník obsahuje řadu otázek, které s bigorexií souvisí a vyšší skóre v tomto dotazníku může odhalit problematické oblasti ve vztahu k bigorexii. Je tedy patrné, že bigorexie má s PPP mnoho společných znaků. Stejně tak je v některých aspektech pravým opakem. I proto je její zařazení tak problematické.

Toto zařazení je v současnosti diskutovaným tématem. Bigorexie stojí na pomezí mezi poruchami příjmu potravy a obsedantně kompulzivní poruchou. Názory na dominantní faktory podílející se na tomto onemocnění se různí. I přesto však společně sdílí řadu znaků jakými jsou například nespokojenost s vlastním tělem, perfekcionismus, úzkosti či deprese. To vše souvisí se společenským tlakem, který je na jedince vyvíjen, jelikož společností je

oceňován určitý typ postavy. Tento vztah je komplikovaný a blíže jsem se mu věnoval v kapitole bigorexie a její vztah k poruchám příjmu potravy. V současnosti neleze jednoznačně určit, zda je výhodnější na bigorexii pohlížet z pohledu poruchy příjmu potravy či OCD, bude proto třeba dalších výzkumů, které by pomohly lépe tomuto vztahu porozumět.

Při prozkoumávání vztahů jsem se rovněž zaměřil na korelaci mezi sebehodnocením a PPP. Na rozdíl od vztahu mezi bigorexií a poruchami příjmu potravy jsme zde nenašli statisticky signifikantní korelaci mezi uvedenými koncepty.

Je však důležité zdůraznit, že byla nalezena slabá záporná korelace mezi skóry Rosenbergovy škály sebehodnocení a dotazníku EAT-26. I když tato korelace není statisticky významná, naznačuje určitý trend, který by mohl poukazovat na to, že jedinci s vyšším sebehodnocením mají menší pravděpodobnost vykazovat symptomy poruchy příjmu potravy. Tento trend však vyžaduje další zkoumání a potvrzení v dalších studiích s většími vzorky a metodologicky robustnějšími přístupy. Jedním z možných vysvětlení nedostatečného potvrzení hypotézy může být zkreslení výběru respondentů či metodologická omezení naší studie. Budoucí výzkum by měl proto důkladněji zkoumat tento vztah a zohlednit další možné faktory ovlivňující tento vztah, jako jsou například sociodemografické charakteristiky, psychické faktory a další relevantní proměnné.

Rovněž se tato práce zaměřila na prozkoumání toho, zda je bigorexie skutečně výhradně problémem mužů, kteří se věnují některému z typů posilovacího tréninku, či se můžeme s určitými symptomy setkat i u lidí, kteří neposilují. Vzhledem k tomu, že v jádru bigorexie stojí touha po svalnaté postavě, lze předpokládat, že se budou tyto osoby snažit daného ideálu dosáhnout prostřednictvím posilování, které dosažení této postavy umožňuje. V určitých krajních případech se také mohou uchýlit k užívání anabolických steroidů (Olivardia, 2001). Je tedy logické, že ti, kteří chtějí vybudovat svalovou hmotu nebo si udržet tu stávající, budou muset posilování věnovat určitý prostor ve svém životě. Chtěl jsem však tuto zdánlivě samozřejmou hypotézu blíže prozkoumat. Nabízí se totiž také alternativa, že lidé, kteří po svalnaté postavě touží, mohou například zůstat pouze ve fázi fantazií a úzkosti z nedosaženého ideálu a k samotnému cvičení se neodhodlali. Dalším vysvětlením by mohlo být, že si ani nemusí být vědomi toho, že pro nárůst svalové hmoty je potřeba pravidelné stimulace svalstva určitého typu.

Při porovnání skupin posilujících a neposilujících mužů se v této práci podařilo dokázat středně silný efekt posilovacího tréninku na míru projevů symptomů bigorexie. Muži z posilující skupiny dosahovali celkové vyšší hodnoty skóru v dotazníku MDDI, který je zaměřen

na projevy symptomů bigorexie u jednotlivců. Vyšší průměrné skóre u posilující skupiny tedy poukazuje na to, že bigorexii můžeme častěji a ve větší míře pozorovat u mužů, kteří posilují.

Směr vztahu však z výsledků nemůžeme určit. Důležitou otázkou je role kauzality mezi posilováním a projevy bigorexie. Tato práce neodpovídá na otázku, zda posilování může být příčinou či spíše důsledkem bigorexie. Jedinci se sklony k bigorexii by mohli nalézt v posilování prostředek k dosažení svých ideálů tělesného vzhledu, zatímco u jiných může intenzivní posilování vést ke vzniku a rozvoji projevů bigorexie, které dříve nebyly patrné.

Tato práce tedy na řadu otázek odpověděla, nicméně poukázala také na mnoho neznámých a proto bude třeba do budoucna provést další výzkumy, jež by na dané otázky dokázaly přinést odpověď.

SEZNAM LITERATURY

- 1) American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- 2) Azzeh, M., Peachey, G., & Loney, T. (2022). Prevalence of high-risk disordered eating amongst adolescents and young adults in the Middle East: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 5234. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095234>
- 3) Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1-44. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.01431>
- 4) Blatný, M., & Osecká, L. (1994). Rosenbergova škála sebehodnocení: Struktura globálního vztahu k sobě. *Československá psychologie*, 38(6), 481-488.
- 5) Blatný, M., Plháková, A. (2003). *Temperament, inteligence, sebepojetí*. (87-130). Psychologický ústav AV ČR.
- 6) Boulter, M. W., & Sandgren, S. S. (2021). Me, myself, and my muscles: Associations between narcissism and muscle dysmorphia. *Eating disorders*, 30, (110-116). <https://doi.org/10.1080/10640266.2021.1930348>
- 7) Boyd, J. E., Otilingam, P. G., & Deforge, B. R. (2014). Brief version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: Psychometric properties and relationship to depression, self-esteem, recovery orientation, empowerment, and perceived devaluation and discrimination. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(1), 17-23. <https://doi.org/10.1037/prj0000035>
- 8) Brown, J. D., & Mankowski, T. A. (1993). Self-esteem, mood, and self-evaluation: Changes in mood and the way you see you. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(3), 421-430. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.3.421>
- 9) Cafri, G., Thompson, J. K., Ricciardelli, L., McCabe, M., Smolak, L., & Yesalis, C. (2005). Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors. *Clinical Psychology Review*, 25(2), 215-239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.09.003>
- 10) Cafri, G., Olivardia, R., & Thompson, J. K. (2008). Symptom characteristics and psychiatric comorbidity among males with muscle dysmorphia. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 374-379. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.01.003>
- 11) Cohane, G. H., & Pope, H. G., Jr. (2001). Body image in boys: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 373-379. <https://doi.org/10.1002/eat.1033>

- 12) Compte, E. J., Nagata, J. M., Sepúlveda, A. R., Rivas, A., Sbdar, L. S., Menga, S., ... & López Sbdar, L. S. (2019). Assessment and validation of a Spanish version of the Muscle Dysmorphia Disorder Inventory in Argentinian men who exercise: Inventario de Dismorfia Muscular. *Body Image*, 31, 24–34.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.08.002>
- 13) Crocker, J. (2002). The costs of seeking self-esteem. *Journal of Social Issues*, 58(3), 597–615. <https://doi.org/10.1111/1540-4560.00279>
- 14) Cuzzolaro, M. (2018). Body dysmorphic disorder and muscle dysmorphia. *Body image, eating, and weight*, 67-84. DOI:10.1007/978-3-319-90817-5
- 15) Dell'Arte, S., Lenzo, V. (2021). Personality, Exercise Addiction and Orthorexia: A research contribution. *Journal of Clinical and Developmental Psychology*, 3(2), 63-83. <https://doi.org/10.13129/2612-4033/0110-3050>
- 16) Diaz-Marsa, M., Alberdi-Paramo, I., & Niell-Galmes, L. (2017). Nutritional supplements in eating disorders. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 45, 26–36.
Dos Santos Filho, C. A., Tirico, P. P., Stefano, S. C., Touyz, S. W., & Claudino, A. M. (2016). Systematic review of the diagnostic category muscle dysmorphia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50, 322–333.
<https://doi.org/10.1177/0004867415614106>
- 17) Dovalil, J., & kolektiv. (2009). *Výkon a trénink ve sportu* (4. vydání). Olympia.
- 18) Eat-26. (2021). *The Eating Attitude Test (EAT-26)*. <https://www.eat-26.com>
- 19) Fialová, L., & Krch, F. D. (2012). *Pojetí vlastního těla - zdraví, zdatnost, vzhled*. Karolinum.
- 20) Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279.
<https://doi.org/10.1017/S0033291700030762>
- 21) Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871-878.
<https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>
- 22) Giardino, J. C., & Procidano, M. E. (2012). Muscle dysmorphia symptomatology: A cross-cultural study in Mexico and the United States. *International Journal of Men's Health*, 11(1), 83–103. <https://doi.org/10.3149/jmh.1101.83>
- 23) Grieve, F. G. (2007). *A Conceptual Model of Factors Contributing to the Development of Muscle Dysmorphia*. *Eating Disorders*, 15(1), 63–80. doi:10.1080/10640260601044535
- 24) Gupta, M., Jassi, A., & Krebs, G. (2023). The association between social media use and body dysmorphic symptoms in young people. *Frontiers in Psychology*, 14, 1231801. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1231801>

- 25) Håman, L., Barker-Ruchti, N., Patriksson, G., & Lindgren, E. C. (2015). Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10(1), 26799. <https://doi.org/10.3402/qhw.v10.26799>
- 26) Hartl, P., & Hartlová, H. (2004). *Psychologický slovník*. Portál.
- 27) Hinojo-Lucena, F. J., Aznar-Diaz, I., Caceres-Reche, M. P., Trujillo-Torres, J. M., & Romero-Rodriguez, J. M. (2019). Problematic internet use as a predictor of eating disorders in students: a systematic review and meta-analysis study. *Nutrients*. <https://doi.org/10.3390/nu11092151>
- 28) Imperatori, C., Panno, A., Carbone, G. A., Corazza, O., Taddei, I., Bernabei, L., Massullo, C., Prevetè, E., Tarsitani, L., Pasquini, M., Farina, B., Biondi, M., & Bersani, F. S. (2022). The association between social media addiction and eating disturbances is mediated by muscle dysmorphia-related symptoms: a cross-sectional study in a sample of young adults. *Eat Weight Disord*, 27(3), 1131–1140. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01232-2>
- 29) Kiesler, D. J. (1999). *Beyond the disease model of mental disorders*. Praeger.
- 30) Konrad, A. M., Moore, M. E., Doherty, A. J., Ng, E. S., & Breward, K. (2012). Vocational status and perceived well-being of workers with disabilities. *Equality, Diversity and Inclusion*, 31, 100–123. <https://doi.org/10.1108/02610151211202772>
- 31) Koutek, J., & Kocourková, J. (2014). Poruchy příjmu potravy - spolupráce psychiatra s pediatrem a gynekologem. *Pediatric pro praxi*, 15(4), 213-215.
- 32) Krch, F. D. (2002). *Mentální anorexie* (1. vyd.). Portál.
- 33) Krch, F. D. (2005). *Poruchy příjmu potravy* (2. vyd.). Grada Publishing.
- 34) Leone, E. J., Sedory, J. E., Gray, A. K. (2005). Recognition and Treatment of Muscle Dysmorphia and Related Body Image Disorders. *Journal of Athletic Training*, 40(4), 352- 359.
- 35) Maida, D. M., & Armstrong, S. L. (2005). The classification of muscle dysmorphia. *International Journal of Men's Health*, 4(1), 73–91. <https://doi.org/10.3149/jmh.0401.73>
- 36) Mitchell, L. (2016). Muscle dysmorphia symptomatology and associated psychological features in bodybuilders and non-bodybuilder resistance trainers: A systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine*, 47, 233–259. <https://doi.org/10.1007/s40279-016-0564-3>

- 37) Mitchell, L., Murray, S. B., Cobley, S., Hackett, D., Gifford, J., Capling, L., & O'Connor, H. (2017). Muscle dysmorphia symptomatology and associated psychological features in bodybuilders and non-bodybuilder resistance trainers: A systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine*, 47(2), 233–259. <https://doi.org/10.1007/s40279-016-0564-3>
- 38) Mitchell, L., Murray, S. B., Hoon, M., Hackett, D., Prvan, T., & O'Connor, H. (2017). Correlates of muscle dysmorphia symptomatology in natural bodybuilders: Distinguishing factors in the pursuit of hyper-muscularity. *Body Image*, 22, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.04.003>
- 39) Mitchison, D., Mond, J., Bussey, K., Griffiths, S., Trompeter, N., Lonergan, A., Pike, K. M., Murray, S. B., & Hay, P. (2020). DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents: Prevalence and clinical significance. *Psychological Medicine*, 50(6), 981-990. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000898>
- 40) Mitchison, D., Mond, J., Griffiths, S., Hay, P., Nagata, J. M., Bussey, K., Trompeter, N., Lonergan, A., & Murray, S. B. (2022). Prevalence of muscle dysmorphia in adolescents: findings from the EveryBODY study. *Psychological Medicine*, 52(14), 3142-3149. <https://doi.org/10.1017/S0033291720005206>
- 41) Mishkind, M. E., Rodin, J., Silberstein L. R. (1986). The embodiment of masculinity: *Cultural, psychological, and behavioural dimensions*. *Am Behav Scientis*, 29, 545–562. <https://doi.org/10.1177/0002764860290050>
- 42) Monteiro, R. P., Coelho, G. L. de H., Hanel, P. H. P., de Medeiros, E. D., & da Silva, P. D. G. (2022). The efficient assessment of self-esteem: Proposing the brief Rosenberg self-esteem scale. *Applied Research Quality Life*, 17(2), 931-947. <https://doi.org/10.1007/s11482-021-09936-4>
- 43) Muller, S. M., Dennis, D. L., Schneider, S. R., & Joyner, R. L. (2004). Muscle dysmorphia among selected male college athletes: An examination of the Lantz, Rhea, and Mayhew model. *International Sports Journal*, 8, 119–125. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-27176-9>
- 44) Muller, A., Loeber, S., Sochtig, J., Te Wildt, B., & De Zwaan, M. (2015). Risk for exercise dependence, eating disorder pathology, alcohol use disorder and addictive behaviours among clients of fitness centers. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(4), 273-280. <http://dx.doi.org/10.1556/2006.4.2015.044>
- 45) Murray, S. B., Nagata, J. M., Griffiths, S., Calzo, J. P., Brown, T. A., Mitchison, D., ... & Mond, J. M. (2017). The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis. *Clinical Psychology Review*, 57, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.001>

- 46) Murray, S. B., Rieger, E., Touyz, S. W., & De la Garza García Lic, Y. (2010). Muscle dysmorphia and the DSM-V conundrum: where does it belong? A review paper. *International Journal of Eating Disorders*, 43(6), 483-491. <https://doi.org/10.1002/eat.20828>
- 47) Nagata, J. M., Murray, S. B., Bibbins-Domingo, K., Garber, A. K., Mitchison, D., & Griffiths, S. (2019). Predictors of muscularity-oriented disordered eating behaviors in U.S. young adults: A prospective cohort study. *Eating Behaviors*, 52, 1380 – 1388. <https://doi.org/10.1002/eat.23094>
- 48) Nakonečný, M. (2009). *Psychologie osobnosti*. Academia.
- 49) 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. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 29, 1406–1414. <https://doi.org/10.1519/JSC.0000000000000763>
- 50) 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. <https://doi.org/10.1080/hrp.9.5.254.259>
- 51) Olivardia, R., Pope, H. G. Jr., Borowiecki, J. J. III, & Cohane, G. H. (2004). Biceps and Body Image: The Relationship Between Muscularity and Self-Esteem, Depression, and Eating Disorder Symptoms. *Psychology of Men & Masculinity*, 5(2), 112–120. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.5.2.112>
- 52) Olivardia, R., Pope, H. G. Jr., & Hudson, J. I. (2000). Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1291-1296. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.8.1291>
- 53) Osborne, R. E. (2019) Self-esteem. *Salem Press Encyclopedia of Health*
- 54) Owens, T. J. (2001). *Extending Self-Esteem Theory and Research*. Cambridge: University Press.
- 55) Pant, R. (2009). *Adolescent self-esteem and sexual behavior: The role of ascribed and achieved status*. University of Missouri-Kansas City.
- 56) Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy*. Grada Publishing.
- 57) Park, J. Y., & Park, E. Y. (2019). The Rasch analysis of Rosenberg self-esteem scale in individuals with intellectual disabilities. *Frontiers in Psychology*, 10, 1992. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01992>
- 58) Phillips, K. A. (2017). *Body dysmorphic disorder: Advances in Research and Clinical Practice*. Oxford University Press.

- 59) Pickett, T. C., Lewis, R. J., & Cash, T. F. (2005). Men, muscles, and body image: Comparisons of competitive bodybuilders, weight trainers, and athletically active controls. *British Journal of Sports Medicine*, *39*, 217–222. <https://doi.org/10.1136/bjism.2004.012013>
- 60) Pope, H. G. Jr., 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. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(97\)71400-2](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(97)71400-2)
- 61) Pope, H. G. Jr., Katz, D. L., & Hudson, J. I. (1993). Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, *34*(6), 406-409. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(93\)90066-d](https://doi.org/10.1016/0010-440x(93)90066-d)
- 62) Pope, H. G. Jr., Olivardia, R., Boroweicki, J. J., III, & 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*, 189–192. <https://doi.org/10.1159/000056252>
- 63) Pope, H. G. Jr., Phillips, K. A., Olivardia, R. (2000) *The Adonis Complex: The Secret Crisis of Male Body Obsession*. The Free Press.
- 64) Praško, J. (2003). *Poruchy osobnosti*. Portál.
- 65) Sandhu, J. S., Kishore, S., Shenoy, S., & Randhawa, H. S. (2013). Muscle dysmorphia and personality trait: A significant link in bodybuilders. *Journal of Postgraduate Medicine Education and Research*, *47*, 77-82. DOI:10.5005/jp-journals-10028-1060
- 66) Segura-García, C., Papaiani, M. C., Caglioti, F., Procopio, L., Nisticò, C. G., Bombardiere, L., Ammendolia, A., Rizza, P., De Fazio, P., & Capranica, L. (2012). Orthorexia nervosa: A frequent eating disordered behavior in athletes. *Eat Weight Disorder*, *17*(4), e226-e233. <https://doi.org/10.3275/8272>
- 67) "Self-esteem." (2023). APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/self-esteem>
- 68) Ridgeway, R. T., & Tylka, T. L. (2005). College men's perceptions of ideal body composition and shape. *Psychology of Men and Masculinity*, *6*, 209–220. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.6.3.209>
- 69) Robins, R. W., Hendin, H. M., & Trzesniewski, K. H. (2001). Measuring global self-esteem: Construct validation of a single-item measure and the Rosenberg self-esteem scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *27*(2), 151-161. <https://doi.org/10.1177/0146167201272002>
- 70) Rosenberg, M. (1965). Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES). APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t01038-000>

- 71) Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press. eating disordered behavior in athletes. *Eating and Weight Disorders*, 17(4), e226-e233. <https://doi.org/10.3275/8272>
- 72) Schunk, D. (1985). *Self-efficacy and classroom learning*. *Psychology in the Schools*, 22(2), 208. [https://doi.org/10.1002/1520-6807\(198504\)22:2<208::AID-PITS2310220215>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/1520-6807(198504)22:2<208::AID-PITS2310220215>3.0.CO;2-7)
- 73) Silén, Y., & Keski-Rahkonen, A. (2022). Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current Opinion in Psychiatry*, 35(6), 362-371. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000818>
- 74) Skemp, K. M., Mikat, R. P., Schenck, K. P., & Kramer, N. A. (2013). Muscle dysmorphia: Risk may be influenced by goals of the weightlifter. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 27, 2427–2432. <https://doi.org/10.1519/JSC.0b013e3182825474>
- 75) Smolak, L., Murnen, S. K., & Thompson, J. K. (2005). Sociocultural influences and muscle building in adolescent boys. *Psychology of Men and Masculinity*, 6, 227–239. DOI:10.1037/1524-9220.6.4.227
- 76) Steinsbekk, S., Wichstrøm, L., Stenseng, F., Nesi, J., Hygen, B. W., & Skalická, V. (2021). The impact of social media use on appearance self-esteem from childhood to adolescence – A 3-wave community study. *Computers in Human Behavior*, 114, 106528. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106528>
- 77) Subaşı, B., Okray, Z., & Çakıcı, M. (2018). Validity and reliability of Turkish Form of Muscle Dysmorphia Disorder Inventory among elite bodybuilder men. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 19, 47–54. doi:10.5455/apd.298210
- 78) Tafarodi, R. W., & Swann, W. B., Jr. (1995). Self-liking and self-competence as dimensions of global self-esteem: Initial validation of a measure. *Journal of Personality Assessment*, 65(2), 322–342.
- 79) Tafarodi, R., & Swann, W. B., Jr. (2001). Two-dimensional self-esteem: Theory and measurement. *Personality and Individual Differences*, 31(4), 653–673. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00169-0](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00169-0)
- 80) The University of Texas at Austin (n.d.). *Self-esteem*. <https://cmhc.utexas.edu/selfesteem.html>
- 81) Tiggemann, M., & Williamson, S. (2000). The effect of exercise on body satisfaction and self-esteem as a function of gender and age. *Sex Roles*, 43(1-2), 119-127.
- 82) Tylka, T. L., & Hill, M. S. (2004). Objectification theory as it relates to disordered eating among college women. *Sex Roles*, 51(11-12), 719-730. DOI:10.1007/s11199-004-0721-2
- 83) University of Maryland (2022, 3. února). *Rosenberg self-esteem scale*. <https://socy.umd.edu/about-us/rosenberg-self-esteem-scale>

- 84) Vasiliu, O. (2023). At the Crossroads between Eating Disorders and Body Dysmorphic Disorders—The Case of Bigorexia Nervosa. *Brain Sciences*, 13(9), 1234. <https://doi.org/10.3390/brainsci13091234>
- 85) White, E. K., Mooney, J., & Warren, C. S. (2019). Ethnicity, eating pathology, drive for muscularity, and muscle dysmorphia in college men: A descriptive study. *Eating Disorders*, 27(2), 137-151. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1585717>
- 86) World Health Organization. (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). <https://icd.who.int>
- 87) Zipfel, S., Schmidt, U., & Giel, K. E. (2022). The hidden burden of eating disorders during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 9, 9–11. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00435-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00435-1)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1: Otázky v administrovaném online dotazníku, 1. část, úvodní strana a demografické údaje

Příloha č. 2: Otázky v administrovaném online dotazníku; 2. část, dotazník EAT-26

Příloha č. 3: Otázky v administrovaném online dotazníku; 3 část, Rosenbergova škála sebehodnocení

Příloha č. 4: Otázky v administrovaném online dotazníku; 4. část, dotazník MDDI

ABSTRAKT

Cílem této práce je prozkoumání vztahu mezi bigorexií (muskulární dysmorfii), sebehodnocením a poruchami příjmu potravy u sportujících mužů. Dalším cílem je zjistit, zda se symptomy bigorexie vyskytují pouze u mužů, kteří posilují. Data byla získána prostřednictvím online dotazníku, který se skládal ze čtyř částí (demografické údaje, EAT-26, Rosenbergova škála sebehodnocení, MDDI). Mezi výslednými skóry těchto dotazníků byl pro zjištění míry vztahu využit Spearmanův korelační koeficient. Pro porovnání symptomů bigorexie u skupin posilujících a neposilujících mužů byl proveden Mann-Whitney U test. Mezi bigorexií a sebehodnocením a mezi bigorexií a poruchami příjmu potravy se podařilo prokázat středně silný vztah, což je v souladu se soudobými teoriemi, které pracují se vzájemnou provázaností těchto konceptů. Vztah mezi sebehodnocením a PPP se prokázat nepodařilo. Efekt toho, zda jedinec posiluje či ne, se ve vztahu k bigorexii prokázal jako středně silný .

Klíčová slova: bigorexie, muskulární dysmorfie, poruchy příjmu potravy, sebehodnocení

ABSTRACT

The aim of this study is to explore the relationship between muscle dysmorphia (bigorexia), self-esteem, and eating disorders in men engaged in sports. Another aim is to investigate whether symptoms of bigorexia occur only in men who engage in strength training. Data were obtained through an online questionnaire consisting of four parts (demographic information, EAT-26, Rosenberg Self-Esteem Scale, MDDI). Spearman's correlation coefficient was used to determine the extent of the relationship between the resulting scores of these questionnaires. The Mann-Whitney U test was conducted to compare symptoms of bigorexia in groups of men who engage in strength training and those who do not. A moderate-strong relationship was found between bigorexia and self-esteem, and between bigorexia and eating disorders, which is consistent with contemporary theories that consider the interconnection of these concepts. The relationship between self-esteem and eating disorders could not be established. The effect of whether an individual engages in strength training or not was demonstrated to have a moderate-strong effect on the relationship with bigorexia.

Keywords: bigorexia, muscle dysmorphia, eating disorders, self-esteem.

Příloha č.1: Otázky v administrovaném online dotazníku, 1. část, úvodní strana a demografické údaje

Úvodní strana

Vítejte v online dotazníku.

Děkuji Vám, že jste si našli čas na účast ve výzkumu v rámci mé bakalářské práce oboru psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. Vaše odpovědi pomohou lépe porozumět tomu, jak spolu souvisí životní styl a sebehodnocení.

Vyplňování tohoto dotazníku by mělo trvat přibližně **5-10 minut**.

Dotazník je zcela **anonymní**. Vaše odpovědi budou použity pouze pro účely této studie.

Děkuji za Vaše upřímné odpovědi, které jsou pro tento výzkum velmi cenné. V případě dotazů ohledně výzkumu či dotazníku mě můžete kontaktovat na e-mail: jiri.hanzl1@gmail.com

Přeji Vám krásný zbytek dne.

Mgr. Jiří Hanzl

Otázky v 1. části dotazníku

1. Jaké je vaše pohlaví

- a) muž
- b) žena

2. Jaký je váš věk?

Uved'te svůj věk číslovkou, např. 34

3. Jaká je vaše výška?

Uved'te číslovkou svou výšku, např. 180 cm

4. Jaká je vaše váha?

Uved'te číslovkou svou váhu, např. 78 kg

5. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- a) základní
- b) středoškolské (s vyučením/bez vyučení)
- c) středoškolské (s maturitou)
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

6. Kterému z těchto typů posilování se pravidelně věnujete?

Zvolte variantu, které se věnujete nejčastěji

- a) Posilovací trénink se závažím či odporovými gumami (bodybuilding, fitness, kulturistika)
- b) Kalistenika (posilování s vahou vlastního těla)
- c) Cross-fit
- d) Vzpěračství, powerlifting, strongman či jiný typ tréninku pro rozvoj maximální síly
- e) Kruhový trénink, HIIT (intervalový posilovací trénink ve vysoké intenzitě)
- f) Žádnému posilovacímu tréninku se nevěnuji
- g) Jiný typ posilovacího tréninku (uved'te)

7. Kolik času týdně strávíte posilovacím tréninkem?

Vyberte jednu odpověď.

- a) Méně než 1 hodinu
- b) 1 - 2 hodiny
- c) 3 - 4 hodiny
- d) 4 - 5 hodin
- e) 6 - 7 hodin
- f) 8 hodin a více

8. Kterým dalším sportům se pravidelně věnujete?

Uved'te prosím všechny ostatní sporty, kterým se pravidelně věnujete a nebyly zahrnuty v předchozí otázce (např. běh, cyklistika, horská turistika, tenis). Pokud se žádným dalším sportům pravidelně nevěnujete, do pole napište "žádný".

Příloha č. 2: Otázky v administrovaném online dotazníku; 2. část, dotazník EAT-26

U otázek 1-26 z části dotazníku EAT-26 respondenti vybírali jednu z těchto možností:

a) vždy

b) obvykle

c) často

d) někdy

e) zřídka

f) nikdy

SEZNAM OTÁZEK

1. Mám obavy z toho, že mám nadváhu.
2. Vyhýbám se jídlu, když jsem hladový.
3. Myslím si o sobě, že se příliš starám o jídlo.
4. Mám stavy přejídání, při kterých mám pocit, že nemohu přestat.
5. Děním si jídlo na malé části.
6. Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím.
7. Vyhýbám se jídlům s vysokým obsahem sacharidů (např. pečivo, rýže, brambory).
8. Mám pocit, že by si ostatní přáli, abych více jedl.
9. Po jídle zvracím.
10. Po jídle se cítím extrémně provinile.
11. Zabývám se touhou být štíhlejší
12. Při cvičení myslím na spalování kalorií.
13. Ostatní si myslí, že jsem příliš hubený.
14. Zabývám se myšlenkou, že mám na svém těle příliš mnoho tuku.
15. Sníst si své jídlo mi trvá déle než ostatním.
16. Vyhýbám se jídlům, která obsahují cukr.
17. Jím dietní jídla.

18. Mám pocit, že jídlo ovládá můj život.
19. Pokud jde o jídlo, projevuji sebeovládání.
20. Cítím, že mě ostatní nutí do jídla.
21. Věnuji příliš mnoho času a pozornosti jídlu.
22. Když sním sladké, cítím se nepříjemně.
23. Držím diety
24. Mám rád, když mám prázdný žaludek.
25. Po jídle mám nutkání ke zvracení.
26. Rád zkouším nová, výživově hodnotná jídla.
27. V posledních 6 měsících jste trpěl stavy přejídání, kdy jste měl pocit, že nemůžete přestat.

Vyberte jednu odpověď.

- nikdy
- jednou měsíčně a méně
- 2 - 3 x měsíčně
- jednou týdně
- 2 - 6 x týdně
- každý den

28. V posledních 6 měsících jsem se pokusil vyzvracet sněžené jídlo, abych kontroloval svou váhu.

Vyberte jednu odpověď.

- nikdy
- jednou za měsíc a méně
- 2 - 3 x za měsíc
- jednou týdně
- 2 - 6 x týdně
- každý den

29. V posledních 6 měsících jste pro kontrolu vaší váhy využil laxativa či diuretika.

Vyberte jednu odpověď.

- nikdy
- jednou za měsíc a méně
- 2 - 3 x za měsíc
- jednou týdně
- 2 - 6 x týdně

- každý den
30. V posledních 6 měsících jste cvičil více než 60 minut za den, abyste zhubnul či kontroloval svou váhu.
Vyberte jednu odpověď.
- nikdy
 - jednou měsíčně a méně
 - 2 - 3 x měsíčně
 - jednou týdně
 - 2 - 6 x týdně
 - každý den
31. V posledních 6 měsících jste ztratil více než 9 kg.
Vyberte jednu odpověď.
- ano
 - ne
32. Léčil jste se někdy s poruchami příjmu potravy?
Vyberte jednu odpověď.
- ano
 - ne
33. Byl jste někdy léčen u psychiatra?
Vyberte jednu odpověď.
- ano
 - ne

Příloha č. 3: Otázky v administrovaném online dotazníku; 3 část, Rosenbergova škála sebehodnocení

U všech tvrzení respondenti vybírali jednu z těchto možností:

a) rozhodně souhlasím b) souhlasím c) nesouhlasím d) rozhodně nesouhlasím

SEZNAM TVRZENÍ

1. Mám pocit, že jsem jako člověk přinejmenším stejně hodnotný, jako ostatní.
2. Myslím si, že mám řadu dobrých vlastností.
3. Celkově mívám tendenci považovat se za neúspěšného člověka.
4. Mám pocit, že nemám moc vlastností, na které mohu být hrdý.
5. Mám k sobě kladný vztah
6. Celkově jsem se sebou spokojený.
7. Chtěl bych si sám sebe více vážit.
8. Občas mám dost pocit, že nejsem užitečný.
9. Někdy si myslím, že jsem naprosto nemožný.

Příloha č. 4: Otázky v administrovaném online dotazníku; 4. část, dotazník MDDI

U otázek z části dotazníku MDDI respondenti vybírali jednu z těchto možností:

a) pořád

b) obvykle

c) často

d) občas

f) nikdy

SEZNAM OTÁZEK

1. Myslím si, že je mé tělo příliš hubené.
2. Nosím volné oblečení, aby lidé neviděli mé tělo.
3. Nesnáším své tělo.
4. Přál bych si, abych vážil více.
5. Myslím si, že je můj hrudník příliš malý.
6. Myslím si, že jsou mé nohy příliš malé.
7. Cítím, že mám příliš mnoho tělesného tuku.
8. Přál bych si, aby mé ruce byly silnější.
9. Cítím se trapně, když mě lidé vidí bez trička.
10. Cítím úzkost, když vynechám trénink jeden nebo více dní.
11. Ruším společenské aktivity s přáteli kvůli svým tréninkům.
12. Cítím se špatně, když vynechám cvičení jeden nebo více dní.
13. Kvůli svému tréninkovému rozvrhu přicházím o možnost seznámit se s novými lidmi.