

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Rizikové faktory v etiologii poruch příjmu
potravy u mužů**

Jaroslav Horák

Vedoucí práce:

Mgr. Daniel Kořínek

Praha 2017

Prague College of Psychosocial Studies



Risk factors in the aetiology of eating disorders in men

Jaroslav Horák

The bachelor's thesis work supervisor:

Mgr. Daniel Kořínek

Prague 2017

Anotace

Bakalářská práce se zabývá analýzou rizikových faktorů v etiologii poruch příjmu potravy u mužů z perspektivy biopsychosociálního modelu nemoci. Na základě tohoto přístupu jsou identifikovány faktory na úrovni biologické, psychologické a psychosociální, které mohou k rozvoji poruch příjmu potravy přispívat. Zvláštní pozornost je věnována svalové dysmorfofobii, jíž jsou statisticky více ohroženi muži. Následně je proveden pokus o sestavení preventivního programu, který tyto faktory zohledňuje.

Klíčová slova

Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, přejídání, zvracení, svalová dysmorfofobie, biopsychosociální model, heritabilita, genetická vulnerabilita, neuropsychologické koreláty, perinatální a perinatální faktory, osobnost, impulzivita, perfekcionismus, sebevdomí, nespokojenost s tělem, komorbidita, obsedantní-kompulzivní porucha, homosexualita, sebevražda, sociokulturní ideály, rodinné faktory, sexuální zneužívání, rizikové prostředí, adolescence, prevence.

Abstract

This bachelor thesis concerns the analysis of risk factors in the aetiology of eating disorders in men in the context of the biopsychosocial model of disease. Based on this perspective, factors are identified on the biological, psychological and psychosocial levels of analysis that may influence the onset of eating disorders. A special attention is given to muscle dysmorphia, with which men, more than women, are at risk. Consequently, an attempt is made to design a preventive programme that takes these factors into consideration.

Key words

Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, overeating, purging, muscle dysmorphia, biopsychosocial model, heritability, genetic vulnerability, neuropsychological correlates, prenatal and perinatal factors, personality, impulsivity, perfectionism, self-esteem, body dissatisfaction, comorbidity, obsessive-compulsive disorder, homosexuality, self-objectification, socio-cultural ideals, family factors, sexual abuse, risk environment, adolescence, prevention.

estné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracoval pod vedením Mgr. Daniela Koínka samostatně a uvedl jsem všechny použité prameny a literaturu.

Dále prohlašuji, že odevzdaná písemná verze bakalářské práce a verze elektronická jsou totožné.

.....

Jaroslav Horák

Pod kování

Rád bych pod koval vedoucímu mé bakalářské práce, Mgr. Danielu Koínkovi, za odborné vedení při vypracovávání mé bakalářské práce a za jeho podněty a trpělivost.

OBSAH

ÚVOD	9
1 Poruchy p íjmu potravy: obecný p ehled	10
1.1 Mentální anorexie	10
1.2 Atypická mentální anorexie	11
1.3 Mentální bulimie	11
1.4 Atypická mentální bulimie	11
1.5 P ejídání spojené s psychologickými poruchami	12
1.6 Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami	12
1.7 Jiné poruchy p íjmu potravy	12
1.8 Porucha p íjmu potravy NS.....	12
1.9 Svalová dysmorfofobie jako specificky mužská porucha p íjmu potravy.....	13
2 Biopsychosociální model nemoci a jeho význam pro etiologii duševních poruch	14
3 Etiologie poruch p íjmu potravy	15
3.1 Biologické faktory.....	15
3.1.1 Genetické vlivy	16
3.1.2 Neuropsychologické koreláty.....	17
3.1.3 Prenatální a perinatální faktory	18
3.2 Psychologické a osobnostní faktory	19
3.2.1 Impulzivita	20
3.2.2 Perfekcionismus	21
3.2.3 Sebev domí.....	22
3.2.4 Nespokojenost s t lem (Body dissatisfaction)	22
3.2.5 P ítomnost jiných psychických poruch i onemocn ní.....	23
3.2.6 Vztah Obsedantn kompulzivní poruchy a Poruch p íjmu potravy	24
3.3 Psychosociální faktory	26
3.3.1 Homosexualita a homosexuální komunita	26
3.3.2 Teorie sebezvc ování	27
3.3.3 Internalizace sociokulturních norem	28
3.3.4 Rodinné faktory	29
3.3.5 Sexuální zneužívání	30
3.3.6 Riziková prostředí.....	31
3.4 Adolescence jako rizikové vývojové období.....	32
4 Preventivní pé e o muže ohrožené poruchami p íjmu potravy	34
4.1 Obecné charakteristiky preventivních program	34

4.2 Zaměření preventivního programu u PPP	34
4.2.1 Prevence na biologické úrovni	35
4.2.2 Prevence na psychologické úrovni	36
4.2.3 Prevence na psychosociální a rodinné úrovni	37
Závěr.....	39
Seznam použitých zdrojů	40

ÚVOD

Poruchy p íjmu potravy jsou asto chápány pouze ve vztahu k ženám. Hovo í se o nich jako o ženské nemoci. Ženy skute n onemocní poruchami p íjmu potravy ast ji. P estože statisticky jsou ženy více ohrožené, domnívám se, že chápání poruch p íjmu potravy pouze v ženském kontextu m že být zavád jící, reduktivní a m že též p ispívat ke stigmatizaci, takže muži trpící tímto onemocn ním nap íklad mén vyhledávají odbornou pomoc.

Motivací v novat se tomuto opomíjenému tématu, byla moje osobní zkušenost s mentální anorexií. Dnes se považuji za vylé eného a jsem odhodlán dostát slibu, který jsem si tenkrát dal, že o poruchách p íjmu potravy u muž napíší odbornou práci a podniknu tak aspo malý krok na cest k v tšímu p íjetí a pochopení pro ty, kte í dosud bojují za své uzdravení.

Domnívám se, že dokud nebude poruchám p íjmu potravy u muž v nováno více pozornosti a zájmu, bude nadále obtížné jim porozum t, diagnostikovat a lé it je. Jelikož bych tomuto porozum ní rád p ispl, zam ůji se ve své práci na etiologii poruch p íjmu potravy u muž v kontextu biopsychosociálního modelu nemoci a na základ této analýzy se zamýšlím nad možnostmi preventivní pé e. Z d vodu dostupnosti a p ehledného srovnání uvádím též relevantní výzkumy týkající se žen. V ím, že moje práce by mohla být impulzem k dalšímu a tolik pot ebnému výzkumu v této oblasti psychopatologie.

1 Poruchy p íjmu potravy: obecný p ehled

V této obecné ásti se zam ím na diagnostické spektrum poruch p íjmu potravy podle MKN 10, standardního evropského klasifika ního systému diagnóz. Pro základní p ehled a orientaci v diagnostických kategoriích uvedu základní symptomy a syndromy, p í emž podrobn jší analýze etiologických faktor se budu v novat ve 4. kapitole.

Poruchy p íjmu potravy (dále uvád ny pod zkratkou PPP) jsou charakterizovány narušeným vztahem k jídlu, a zpravidla také narušeným vztahem k sob sama, ke svému t lu. Jedná se o pom rn široké diagnostické spektrum, které je v MKN 10 ozna eno jednotkou F50. Rozlišujeme sedm diagnostických kategorií, které jsou níže stru n popsány.

1.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie (MA), ozna ená jako F50.0, je ásto první diagnóza, která se v myslích laik í odborník vybaví, když se hovo í o PPP. T lesné projevy této poruchy, jako je kachexie, zajisté poutají pozornost ve ejnosti, a ástá je í jejich mediální prezentace. Faktem z stává, že mentální anorexie je psychickou poruchou s nejvyšší mortalitou, kdy riziko úmrtí je dvanáctkrát vyšší než u b žné populace. Symptomy zahrnují úmyslnou ztrátu hmotnosti a udržování váhy pod BMI 17,5, obsedantní myšlení týkající se vzhledu t la, porucha vnímání t lesného schématu (pacienti sami sebe nevnímají reáln), poci ují strach z p íbrání. U žen je d ležitým symptomem zástava menstruace (amenorea). Behaviorální symptomy se ásto projevují nadm rným t lesným cvi ením a užíváním anorektik (lék ur ených k potla ení chuti k jídlu) za ú elem zvýšení energetického výdeje. U purgativního typu pak m žeme pozorovat epizody, kdy nemocní po konzumaci potravy zvrací, í užívají projímadla,

aby se p íjaté energie zbavili. Horní hranice prevalence mentální anorexie v západních zemích je odhadována na 4,3% u žen a 0,3% u muž (Smink et al., 2012).

1.2 Atypická mentální anorexie

Jako F50.1 je označena Atypická mentální anorexie. Diagnostikuje se v případě, že nejsou přítomny všechny určující symptomy, například pravidelnost menstruace u žen je dosud zachována. Dosud nejsou známy rozdíly v prevalenci mezi muži a ženami (Woodside et al., 2001).

1.3 Mentální bulimie

Mentální bulimie, známá jako F50.2, se v psychických příznacích mentální anorexii velmi podobá. Jedinci trpící bulimií mají tutéž touhu zhubnout a udržovat nízkou váhu, ve svých myšlenkách jsou nadměrně zaměřeni na své tělo, jehož proporce nevnímají realisticky. Obsedantní myšlení, týkající se jídla, váhy a vzhledu těla, je kompenzováno kompulzivním zbavováním se potravy, která je konzumována ve velkých množstvích, pomocí zvracení nebo užívání laxativ. Opakované zvracení může vyústit v závažné somatické obtíže; zvyšuje se například riziko elektrolytické nerovnováhy. Prevalence mentální bulimie u mužů je 0,5% (Hudson, 2007), z žen trpí MB 1,1% populace (Rand & Kulda, 1990).

1.4 Atypická mentální bulimie

U atypické mentální bulimie (F50.3) nejsou přítomny veškeré příznaky mentální bulimie, případně je též možné, že pacienti n které své symptomy tají. V současné době nejsou k dispozici prevalence šetření týkající se atypické formy MB.

1.5 P ejídání spojené s psychologickými poruchami

Diagnostická jednotka F50.4 se také nazývá „psychogenní p ejídání“. Jak již napovídá název, jedná se o záchvaty zvýšeného p íjmu potravy, které ale zpravidla nejsou kompenzovány zvracením. Psychogenní p ejídání je vysv tlováno jako reakce na stres, jakým m že být nap íklad úmrtí blízké osoby. Prevalence u mužské populace je neobvykle vysoká. Hudson (2007) uvádí 2% u mužů a 3,5% u žen.

1.6 Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami

Jedná se o rekurentní epizody zvracení, které mohou být asociovány s disociativní poruchou i hypochondrickou poruchou. M že mít podobu syndromu cyklického zvracení. Dosud však nejsou k dispozici údaje o prevalenci ve sv tové populaci.

1.7 Jiné poruchy p íjmu potravy

Do této kategorie spadají patologické behaviorální projevy týkající se p íjmu potravy, které nem žeme za adit mezi výše uvedené diagnostické jednotky. Pat í sem pica u dosp lých, což je požívání b žn nepoživatelných materiálů nebo také psychogenní ztráta chuti k jídlu.

1.8 Porucha p íjmu potravy NS

Do kategorie nspecifikovaných PPP spadají všechny p ípady výše uvedených poruch, které nespl ují n které z konstituentních symptomů. Prevalence je neobvykle vysoká, Machado et al. (2007) uvádí až 2,4% u žen. U adolescentních chlapců je prevalence 3,9%, zatímco u dosp lých mužů se jedná o 3,4% (Allen et al., 2013).

1.9 Svalová dysmorfofobie jako specificky mužská porucha p íjmu potravy

Jak je evidentní z výše uvedených prevalen ních údaj , m že se u muž vyvinout jakákoliv z výše uvedených poruch. Relativn nedávno však byly za azeny i diagnostické jednotky, které definují více genderov specifické symptomy. Americký klasifika ní systém Diagnostický a statistický manuál duševních poruch za adil v roce 2013 do páté edice (DSM-5) diagnózu svalové dysmorfofobie (muscle dysmorphia), která je také známá pod názvem „bigorexie“ i „Adonis v komplex“. Symptomy zahrnují p esv d ení, že t lo jedince je p íliš hubené s nedostate n rozvinutou muskulaturou. Jedinec postižený svalovou dysmorfofobií tyto pocity kompenzuje excesivním posilovacím cvi ením, nadm rným p íjmem potravy, zejména bílkovin za ú elem tvorby svalové hmoty, a asto také dochází k abúzu anabolických steroid . Schopnost jedince postiženého svalovou dysmorfofobií fungovat v b žném život je výrazn narušena a nadm rný p íjem bílkovin se m že stát zát ží pro trávicí systém. Rozsáhlá meta-analytická studie mapující specifika této poruchy (Tod et al., 2016) uvádí, že dosavadní prevalen ní šet ení jsou ve svých výsledcích nejednotná. Tradi n citovaná studie Pope et al. (2000) p ínáší informaci o tom, že svalovou dysmorfofobií je ve sv t postiženo až 100000 jedinc . Jiné studie uvádí prevalenci v rozmezí od 1% do 54%. Podle Toda et al., (2016), jsou d vodem takto zna n rozdílných výsledk skute nosti, že byly použity p íliš malé vzorky, a že je svalová dysmorfie fenoménem vyskytujícím se podstatn ast ji ve specifických sociálních skupinách, nap íklad u kulturist a fitness model . Svalovou dysmorfofobií mohou trp t i ženy, jak je patrné ze studie Campagna et al. (2016), která uvádí prevalenci 4.2% u žen a 12.7% u muž . Tyto výsledky nazna ují, že by mohlo jít o jednu z PPP, kterou jsou více postiženi muži. Avšak vzhledem k velké variabilit výsledk prevalen ních studií je v této oblasti rozhodn zapot ebí dojít konsensu a provést další výzkum.

2 Biopsychosociální model nemoci a jeho význam pro etiologii duševních poruch

Ve své práci se identifikuji s biopsychosociálním modelem onemocnění a z této perspektivy i přistupuji k analýze etiologických faktorů PPP. Biopsychosociální model nemoci poprvé navrhl americký psychiatr George L. Engel v roce 1977, který vyzdvihoval „nutnost nového medicínského modelu“. Ve stejném roce přijala tento model Světová zdravotnická organizace. Biopsychosociální model úzce souvisí s psychosomatickou medicínou, jejímž základním teoretickým principem je, že příčiny nemoci mohou vznikat i na psychické a sociální úrovni.

Tento multifaktoriální model tedy chápe vztah onemocnění a nemoci ve více kontextech než klasický biomedicínský model, který se omezuje na somatickou složku. Chápání etiologie a mechanismů, které nemoc umožňují, v co nejvíce kontextech, je klíčové, protože na základě tohoto pochopení je možné nastavit komplexní léčebný program, který je určen konkrétnímu jedinci. Multifaktoriální a multikontextuální chápání vzniku nemoci na obecné úrovni také otevírá cestu k možnosti vytvoření preventivního programu, který by se zaměřoval na potenciálně ohrožené sociální skupiny i jednotlivce.

Biopsychosociální model můžeme chápat jednak jako model zdraví a nemoci a jednak jako model onemocnění samotného. Přístup k onemocnění jako k bytosti, která existuje v biologickém, psychologickém a sociálním kontextu, je jistě úplnější, než pokud se omezíme pouze na složku biologickou. Domnívám se, že pokud onemocnění vykládáme z něj samotného, z jeho konstituujících kontextů, můžeme mu nabídnout lepší porozumění a respektive lepší lékařskou a psychologickou péči, než když ho biomedicínskou optikou redukuje pouze na tělesnou složku.

3 Etiologie poruch p íjmu potravy

Etiologie je disciplína, která se zabývá hledáním a objas ováním p í in poruch a nemocí. V souladu s biopsychosociálním modelem se pokusím analyzovat etiologické faktory z oblasti biologické, psychologické a sociální.

V klinické praxi, ale i pro ú ely této práce, je d ležitá terminologická klarifikace. Chceme-li zjistit, jak máme nastavit a vést preventivní pé i, je klí ové rozlišovat mezi p í inami a následky. Jak je patrné z následující analýzy, mnohdy není nasnad zjistit, zda n který faktor je p í inou i následkem poruchy p íjmu potravy. N které symptomy mohou být sice d sledkem patologického jídelního chování, zároveň se ale na udržování poruchy podílejí. Vzpome me nap íklad na známý Minnesotský experiment, kdy muži-dobrovolníci snížili svou hmotnost o 25% a v jejich behaviorálních projevech byly patrné p íznaky typické pro PPP, jako je fascinace jídlem, deprese, i nadm rné zaujetí sebou samým (Tucker, 2006). Pokud se však zabýváme prevencí, musíme klást d raz na tzv. rizikové faktory, které p sobí premorbidn , a které zvyšují pravd podobnost vzniku PPP. Pokud máme ur itý rizikový faktor ozna it za kauzální, je nutné jeho experimentální manipulací dokázat, že po jeho p sobení dochází ke zvýšení pravd podobnosti výskytu PPP.

3.1 Biologické faktory

Biologické hledisko se zam ůje na p í iny pocházející z t lesné oblasti. Zohled ůje genetické dispozice, prenatalní (faktory p sobící b hem t hotenství) a perinatální (faktory p sobící b hem porodu) vlivy, hledá mozkové koreláty psychických fenomén a vykládá somatickou etiopatogenezi dané poruchy.

3.1.1 Genetické vlivy

Pro výzkum genetického vlivu na vznik určitých poruch jsou klíčovou metodou studie dvojčat. Porovnává se výskyt určitého jevu u jednovaječných (monozygotních) dvojčat, která sdílejí 100% genů, s výskytem u dvojčat dvojvaječných (dizygotních), která mají shodných 50% genů, jako bližní sourozenci. Pokud je vyšší výskyt sledovaného jevu u jednovaječných dvojčat, můžeme to připisovat vlivu genů.

Studie v této oblasti se této problematice potvrdily genetický vliv na rozvoj poruch příjmu potravy. Holland et al. (1984) zkoumal výskyt PPP u 30 párů dvojčat ženského pohlaví, z nichž 16 párů bylo monozygotních a 14 párů dizygotních. U monozygotních párů byl 56% výskyt AN u obou dvojčat. Oproti tomu u dizygotních párů byla AN přítomna jen u 7%. Je však problematické určit, do jaké míry hrají roli v rozvoji PPP geny a do jaké míry se uplatňuje vliv prostředí. Jednovaječná dvojčata totiž často sdílejí stejné prostředí, zážitky.

Další možnou metodou, která by mohla klarifikovat roli genů u poruch příjmu potravy, je longitudinální studie jednovaječných dvojčat, která vystala odděleně, čímž se eliminuje, nebo aspoň snižuje, vliv prostředí. Někteří odborníci (Fichter a Noegel, 1980), jsou toho názoru, že geny jsou zodpovědné za nespecifickou predispozici k určitým typům psychických poruch. Genetická vulnerabilita, kterou studie prokázaly u monozygotních dvojčat, může vést nejen k rozvoji PPP, ale také například k depresi. Přesto se výzkumníci shodují v názoru, že podíl genů u poruch příjmu potravy je významný. Na PPP můžeme tedy pohlížet jako na dědičné onemocnění s heritabilitou 33-84% (mentální anorexie) a 28-83% (mentální bulimie) (Bulik a Tozzi, 2004 in Papežová, 2012), přičemž zkoumaný vzorek zahrnoval obě pohlaví.

3.1.2 Neuropsychologické koreláty

Mezi somatické faktory patří také ty, které souvisí s funkcí mozku. Neuropsychologie se zabývá mimo jiné hledáním mozkových korelátů psychických fenoménů, což znamená, že zjišťuje, které centrum v mozku má být odpovědné za dané psychické jevy.

Jednou z cest, kudy se ubírat, jsou případové studie pacientů s lézemi, tedy s mechanickým poškozením mozku například traumatu hlavy. Abnormality v jejich chování a prožívání souvisí se specifickým poškozením určitého loku v mozku.

Z dostupných publikovaných případových studií vyplývá, že léze v několika oblastech mozku způsobují narušení jídelního chování, avšak pouze léze v mozkové kůře pravé hemisféry v oblasti frontální a temporální vedou k rozvoji psychopatologie typické pro PPP, jako je narušení tělesného schématu, fobie ze ztloustnutí a myšlení obsedantního charakteru (Uher a Treasure, 2005 in Papežová, 2012). Pro smysl této práce je důležité zmínit, že se nejedná o genderově specifický faktor, protože případové studie zahrnovaly jak muže, tak ženy.

Rozvoj zobrazovacích technik umožnil odborníkům podrobnější studium strukturálních i funkčních změn mozku, které jsou při PPP patrné. Funkční změny mozku můžeme měřit několika způsoby: metodou SPECT, která měří průtok krve, fMRI, neboli funkční magnetickou rezonancí, EEG a PET scanem, který měří spotřebu glukózy v různých oblastech mozku. Výzkum fungování mozku u PPP konzistentně potvrdil nižší aktivitu než u zdravé populace. Průtok krve mozkem je celkově nižší (Krieg et al., 1989; Nozoe et al., 1995; Rastam et al., 2001; vše in Papežová, 2012), spotřeba glukózy klesá (Delvenne et al., 1995; Delvenne et al., 1997) a dochází k retardaci elektrických odpovědí na standardní podněty (Bradley et al., 1997; Otagaki et al., 1998; Rothenberger et al., 1991; vše in Papežová, 2012).

V mozku pacient trpících poruchami p íjmu potravy dochází také ke zm nám strukturálním, zejména k atrofii mozkové tkán a k rozší ení komor vypln ných mozkomíšním mokem. Krieg et al. ve své rozsáhlé studii z roku 1989 zjistil mozkovou atrofii u jedné t etiny bulimických a u dvou t etin anorektických pacientek (in Papežová, 2012). U AN je atrofie celkov v tší, než u BN, což je dáno celkovým podvyživením organismu, které je kvantitativn v tší u AN než u BN. Jsou zde však také rozdíly v lokalizaci atrofovaných oblastí. U AN atrofují p edevším podkorové struktury a hipokampus, u BN dochází k atrofii korových oblastí.

Funk ní i strukturální zm ny v mozku jsou však spíše d sledkem než p í inou poruchy p íjmu potravy. Zejména u AN m že jít o sou ást celkového katabolismu v d sledku sníženého energetického p íjmu. Connan et al. (2003) však p íchází s alternativním vysv tlením, že k atrofii mozku m že docházet p edevším již b hem prenatálního a raného postnatálního vývoje a p ípisuje jí úlohu predispozice (in Papežová, 2012). V této oblasti však p etrvává pot eba dalšího výzkumu, který by vztah mozkové atrofie a PPP up esnil.

3.1.3 Prenatální a perinatální faktory

Prenatálním a perinatálním faktor m se v novalo v posledních dvaceti letech nemálo studií. Cnattingius a jeho tým provedl longitudinální šet ení incidence poruch p íjmu potravy u dívek. Vysoké procento dívek, které byly hospitalizovány pro AN, se narodilo p ed asn nebo u nich došlo k porodnímu traumatu, spojenému s hypoxií, tedy nedostate ným okysli ením mozku (Cnattingius et al., 1999 in Papežová, 2012). Americká studie z roku 2001(Foley et al., 2001 in Papežová, 2012) potvrdila, že p ed asný porod a porodní trauma jsou rizikovými faktory, které však vyústí v PPP jen v 5% p ípad .

Bohužel dosud nebyl proveden obdobný výzkum, který by stejné faktory a jejich vliv na vývoj PPP zkoumal u mužského vzorku. Zajímavé a relevantní výsledky však přinesla studie z roku 2015 (Xiujuan et al.) zabývající se vlivem stresu u matky na pozdější vývoj PPP. Mítkem stresu byla ztráta blízké příbuzné osoby. Prožitek ztráty u matky krátce před po etím, i během t hotenství, byl d ív jšími výzkumy asociován s vývojem mnoha psychických poruch u d tí, které zahrnovaly mimo jiné také poruchy autistického spektra (Class et al., 2014), ADHD (Li et al., 2010) a afektivní psychózu (Abel et al., 2014). U PPP se korelace potvrdila pouze u chlapc , jejichž matky v šestim sí ním období před po etím ztratily blízkého příbuzného nebo manžela, u dívek nikoliv. Z stává ovšem otázkou, zda na základ jediného výzkumu, můžeme ozna it mate ský stres před po etím za specifický rizikový faktor pro rozvoj PPP u muž . Pro stanovení tohoto záv ru je nutný další výzkum, který by výsledky potvrdil.

3.2 Psychologické a osobnostní faktory

Na rozdíl od biologické perspektivy, psychologické faktory zohled ují individuální subjektivní zkušenost, osobnostní rysy, kognitivní styl. asto hovo íme o psychosociálních faktorech, jelikož vztah lov ka k druhým lidem a ke sv tu, v n mž žije, ovliv uje do zna né míry jeho zp sob myšlení a prožívání. Z dvodu přehlednosti jsou tyto faktory v mé práci uvedeny odd len .

Pokud jde o osobnostní faktory daného jedince, zastávají v etiologii PPP velmi d ležitou úlohu. Osobnostní profil totiž do zna né míry ovliv uje zp sob, jakým jedinec p emýšlí, jak zpracovává své emoce a jedná na jejich základ , jak vnímá sám sebe a druhé, i to, jaké zastává hodnoty ve svém život , přestože toto je již na pomezí vliv sociálních.

3.2.1 Impulzivita

U mentální bulimie (MB) dochází k nekontrolovatelným záchvatům nadměrného příjmu potravy. Klíčovou charakteristikou těchto záchvatů je impulzivní jednání, které Hartl definuje jako „uskutečnění okamžitého nápadu, bez zábrán, provedené se značnou energií“. Jedna z teorií kompulzivního přejídání staví paralelu mezi impulzivitu spojenou se zneužíváním psychoaktivních látek (Sher a Trull, 1994 in Papežová, 2012) a impulzivní jednání v podobě záchvatového přejídání. Bylo provedeno několik studií, které tuto hypotézu ověřovaly. Výzkum Zanariniho (Zanarini et al., 1998 in Papežová, 2012) se zaměřil na manifestaci impulzivního jednání u osob s emocionálně nestabilní poruchou hranicního typu. U mužů se jim docházelo k abúzu psychotropních látek, kdežto u žen se jim rozvinula PPP.

Ve stejném roce provedli Davis a Claridge výzkum pomocí Eysenckova osobnostního dotazníku, který vyplňovaly pacientky s MA a MB. Výsledky ukázaly významně vyšší skóre v závislostní škále, která zároveň pozitivně korelovala s nadměrným cvičením a obsedantním myšlením ohledně jídla.

Existuje však studie, která korelační vztah mezi impulzivním jednáním a PPP nepotvrdila. Wonderlich provedl dotazníkové šetření impulzivity u adolescentních probandů, které pak dále sledoval. Výsledky naznačují, že není možné předpovídat rozvoj PPP pouze na základě přítomnosti impulzivity, ale je potřeba se zaměřit úžeji na určité behaviorální projevy impulzivity, jako je abúzus návykových látek a delikvence. Osoby, které tyto vlastnosti vykazovaly, také se jim rozvinuly PPP.

Protože z dosavadního výzkumu vyplývá, že mezi impulzivitou a PPP existuje korelační, nikoliv kauzální vztah, není to dostatečně jasně ukázané, že jeden z rizikových faktorů pro rozvoj PPP a je to tedy budoucího

výzkumu, který by klarifikoval vztah této charakteristiky k PPP a potvrdil, že je impulzivita schopna tento rozvoj predikovat.

3.2.2 Perfekcionismus

Další osobnostní charakteristikou, která byla zkoumána v souvislosti s PPP, je perfekcionismus, definovaný Hartlem jako „sklon podávat bezchybný, dokonalý výkon, posuzovat se nadměrně přísně“. Může perfekcionismus jako osobnostní dispozice hrát roli v tom, že lidé s touto charakteristikou pokračují v hubnutí až za mez normality? Bastiani et al. (1995) prokázali těsný vztah mezi perfekcionismem a MA, přičemž zajímavým zjištěním bylo, že účastníci výzkumu nevnímali svůj perfekcionismus jako požadavek okolí či rodiny, nýbrž jako svou volbu. Halmi et al. (2000) zjistil zvýšené úrovně perfekcionismu u dívek trpících MA i MB. Perfekcionismus však přetrvává i u pacientek v dlouhodobé remisi (Fairburn et al., 1997; 1998; 1999). Zmíněné studie však poukazují pouze na korelační vztah, pokud chceme označit perfekcionismus za rizikový faktor, je třeba se opírat z prospektivních studií. Bulik et al. (2003) například zjistili, že některé konstituující rysy perfekcionismu, konkrétně úzkost týkající se chybování, dokáží specificky predikovat PPP.

Zatím nebyl proveden výzkum, který by potvrdil, že perfekcionismus u mužů predikuje vývoj PPP. Predikativní hodnotu mají pouze některé konkrétní projevy perfekcionismu; zejména strach z chybování se jeví jako možný rizikový faktor pro rozvoj svalové dysmorfie u mužů (Henson, 2004).

Z dosavadních poznatků tedy vyplývá, že perfekcionismus má v souhrnu rizikových faktorů zásadní pozici. Domnívám se, že může přispívat k perzistenci, s jakou lidé trpící PPP ve svém hubnutí pokračují daleko za hranice normality.

3.2.3 Sebev domí

Dalším osobnostním faktorem, který u PPP hraje důležitou roli, je úroveň sebev domí. Hartl (2015, s. 525) definuje sebev domí jako: „Sebev domí, v domí vlastní ceny, kvalit a schopností“. Sebev domí pozitivně koreluje se spokojeností s vlastním tělem u žen i mužů (Mintz & Betz, 1986). Olivardia et al. (2004) se specificky v novém vztahu sebev domí a svalové dysmorfie u mužů a zjistil, že muži s nízkým sebev domím vykazují více nespokojenosti se svým tělem. Protože však byl jeho výzkum uskutečněn se vzorkem 154 vysokoškolských studentů, zůstává otázkou, nakolik jsou výsledky závěry validní pro jiné sociální skupiny, a přestože se sebev domí a PPP u žen v novém mnoho studií, je žádoucí Olivardiho v experimentu replikovat za účelem zjištění variability úrovně sebev domí napříč různými sociálními skupinami.

3.2.4 Nespokojenost s tělem (Body dissatisfaction)

Nespokojenost s vlastním tělem byla již mnoha studiemi identifikována jako rizikový faktor pro poruchu tělového schématu, tedy narušený způsob vnímání tělesných proporcí (Sarwer et al., 1998) a je též vnímána jako riziková pro rozvoj PPP (Witcomb et al., 2015; Krch, 2002).

Je důležité zmínit, že tělové schéma (body image) odpovídá individuální mentální reprezentaci těla, která nemusí odpovídat objektivní realitě, a může se proměňovat v závislosti na faktorech, jako je sebev domí nebo například internalizací sociokulturních tělesných ideálů, které mohou způsobit tak, že se jedinec ve srovnání s nimi cítí nedostatečně atraktivní, krásný, štíhlý, svalnatý, atd.

Domnívám se, že nespokojenost s tělem můžeme chápat jako postoj, který se projevuje na kognitivní, emotivní a behaviorální úrovni. Kognitivní úroveň zahrnuje hodnocení vlastního těla oproti sociokulturním ideálům. Na emotivní úrovni je pak dominantní emocí stud (Keith et al., 2009). Stud

není p irozenou lidskou emoci, nabýváme ho teprve výchovou a socializací a poci ujeme jej, když vnímáme porušení sociokulturních norem. U PPP se stud týká jednak vnímaných t lesných nedostatk a také, v souvislosti s perfekcionismem, s v domím selhání kontroly nad sebou samým (tamtéž).

P estože se v tšina studií v nuje nespokojenosti s t lem u žen, objevuje se tento fenomén ím dál ast ji i u muž (Olivardia et al., 2004). Zajímavé je, že tato nespokojenost se u muž a žen vztahuje k r zným ástem t la (Cafri & Thompson, 2004) a ob pohlaví vnímají svou t lesnou nedostate nost v jiných aspektech. Zatímco ženy zd raz ují nespokojenost s váhou a p ejí si být štíhlejší, muži jsou v tšinou nespokojení s objemem sval zejména v oblasti horní poloviny t la (Garner, 1997). Toto zjišt ní je odrazem sou asných t lesných ideál v naší kultu e a m že objasnit, pro se u muž ast ji rozvíjí svalová dysmorfofobie než jiné PPP a také rozdíly mezi muži a ženami v behaviorálních projevech PPP.

3.2.5 P ítomnost jiných psychických poruch i onemocn ní

Do oblasti psychologických rizikových faktor spadá i p ítomnost jiných psychiatrických diagnóz, zejména poruch osobnosti a neurotických poruch. Abychom psychopatologii mohli ozna it za rizikový faktor, je t eba dokázat, že premorbidní psychické onemocn ní i porucha zvyšuje pravd podobnost rozvoje PPP. K dispozici jsou dv studie z devadesátých let, které se této problematice v novaly. Rastam (1992) provedl porovnání skupiny dívek s diagnózou MA a zdravé kontrolní skupiny, p i emž u nemocných dívek se premorbidní poruchy osobnosti vyskytovaly v 66% oproti 27% u kontrolní skupiny. Nejvíce zastoupená zde byla obsedantn kompulzivní porucha, která se premorbidn vyskytla u 35% dívek s MA a pouze u 4% zdravých dívek. Obsedantn -kompulzivní poruše ve vztahu k PPP bude v nována samostatná podkapitola (3.2.6).

Další relevantní výzkum (Bulik et al., 1997 in Papežová, 2012) zohlednil více diagnostických kategorií; konkrétně srovnával ženy s diagnózou MA, MB, depresí a kontrolní skupinu zdravých žen. U skupiny žen s diagnózou MA se premorbidně nejvíce vyskytovaly obsedantní - kompulzivní poruchy a separační úzkosti. U skupiny s depresí byly časté panické poruchy a u skupiny s MB sociální úzkosti.

Kromě komparativních anamnestických studií jsou k dispozici také výsledky studií longitudinálních. Psychické onemocnění obecně se ukazuje být dostatečným předpokladem pro vývoj PPP a tedy rizikovým faktorem (Patton et al., 1999). V kapitole pojednávající o biologických rizikových faktorech jsem zmínil genetickou vulnerabilitu, jež je důležitá. Může to být právě tato vulnerabilita, náchylnost a zranitelnost, která je příčinou toho, že tyto jedinci psychicky onemocní, přičemž toto onemocnění může nabývat různých podob, mimo jiné i PPP.

3.2.6 Vztah Obsedantní kompulzivní poruchy a Poruch přejímání potravy

Je však zajímavé, že z dosavadního výzkumu vyvstává vztah PPP a obsedantní - kompulzivní poruchy. Jaké povahy je tento vztah? Na první pohled jsou patrné jisté podobnosti v behaviorálních i psychických symptomech obou poruch.

Symptomy PPP zahrnují kognice týkající se jídla, těla, respektive jeho vnímaných nedostatků. Tyto myšlenky jsou obsedantního charakteru, přicházejí samy od sebe, nekontrolovatelné a navozují pocity úzkosti, která je kompenzována rigidními vzorci chování, jako je vyhýbání se některým složkám potravy, celkové hladovění (MA restriktivního typu), zbavování se nadbytečné energie excesivním cvičením, odstraňování zkonsumované potravy vyvolaným zvracením i užíváním laxativ (MA purgativního typu, MB). Tyto kompulze úzkost do sebe snižují, ale trvale neodstraní.

Opakované vyhledávání této do asné úlevy pak celou poruchu cyklí a sled obsedantního myšlení a kompulzivních rituál se opakuje. U svalové dysmorfofobie má kompulzivní chování podobu abnormáln astého i nadm rn zat žujícího posilovacího cvi ení, dodržování diety za ú elem udržení co nejv tšího množství svalové hmoty a sou asn nízké úrovn podkožního tuku.

Zdá se, že OCD i poruchy p íjmu potravy fungují podle stejného algoritmu. Neziroglu & Sandler dokonce uvádí, že vzhledem k velké podobnosti p íznak obou poruch je n kdy obtížné stanovit správnou diagnózu. Existuje dokonce návrh, aby PPP byly za azeny do OCD spektra (Yaryura-Tobias & Neziroglu, 1983), který dosud nebyl realizován. Faktem z stává, že komorbidity PPP s OCD je vysoká. Kaye et al. (2004) zjistil, že 41% jedinc trpících PPP má sou asn i OCD. Chandler et al. (2009) se zabýval vztahem OCD a svalové dysmorfofobie a ve svém experimentu zjistil, že n které rysy OCD, konkrétn tendence k obsedantnímu myšlení, m že predikovat ur ité symptomy spojené se svalovou dysmorfofobií, jako je neustálé zabývání se vlastním t lem a muskulaturou.

Bohužel dosud nebyl provedený výzkum, který by zkoumal prediktivní hodnotu OCD pro pozd jší rozvoj PPP. Vztah, který je zde popisován, existuje pouze na korela ní rovin . Budoucí výzkum by se m l zam ít na kauzální vztah mezi ob ma poruchami, prozatím však m žeme ozna it alespo obsedantní myšlení za rizikový faktor pro rozvoj svalové dysmorfofobie. Chandler et al. se také p íklání k návrhu chápat svalovou dysmorfofobii jako sou ást OCD spektra, a p íhlédneme-li k o ividné p íbuznosti a podobnosti obou poruch, je zde nad je, že by se výzkumem a praxí ov ené postupy p í lé b OCD daly využít i v p ípad MD. I zde je však nutný výzkum, který by m il efektivitu terapií využívaných u OCD p í jejich aplikaci na MD.

3.3 Psychosociální faktory

Sociální faktory jsou klíčové pro pochopení lidského chování a prožívání. Kultura, do které se narodíme, rodina, školní výchova a vzdělání, lidé, se kterými se setkáváme, referenční skupiny, které si vybíráme, to vše do značné míry hraje úlohu ve způsobu, jakým o sobě i ostatních uvažujeme, jaké hodnoty zastáváme, jak se chováme, a také, v kontextu této práce, jaká psychopatologie se v našem životě může objevit.

3.3.1 Homosexualita a homosexuální komunita

Prozkoumáme-li statistiky týkající se výskytu PPP u mužů, zjistíme, že 27% je orientováno homosexuálně. U mentální bulimie tvoří homosexuálové dokonce 42%, tedy téměř polovinu všech případů (Carlat et al., 1997, in Papežová, 2012). Zajímavé je, že jiná studie, vztahující se také k prevalenci PPP u homosexuálních jedinců, jejíž vzorek tvořili kromě mužů také ženy, nezjistila statisticky významný rozdíl mezi heterosexuálními a homosexuálně orientovanými ženami (Feldman & Mayer, 2007). Můžeme se tedy domnívat, že homosexualita je rizikovým faktorem pro rozvoj PPP specificky u mužů. Možné důvody pro toto zjištění najdeme v kvalitativní studii (Morgan & Arcelus, 2009), která se zaměřovala na vztah, který mají homosexuální muži ke svému tělu. Účastníci upozorňovali na vlivy médií, která zobrazují dokonalé prototypy mužských těl. Naproti tomu heterosexuální muži tento vliv nikterak nezdůrazňovali. Dále byli uváděni tlak homosexuální komunity na to vypadat dobře a přítomnost soutěživosti v tomto kontextu. Homosexuálové účastníci připouštěli, že se cítí být hodnoceni podle vzhledu svého těla, ne tak heterosexuálové. Yager (2000) také tvrdí, že vypadat dobře a přiblížit se souasnému tělesnému ideálu, je v homosexuální komunitě dležitou hodnotou a muži cítí tlak připodobit se jí, což může vést k nespokojenosti s vlastním tělem.

3.3.2 Teorie sebezv c ování

V poslední době je často diskutovaná tzv. teorie sebezv c ování (anglicky *Self-objectification theory*). Je skv lým p íkladem zp sobu, jakým sociální faktory ovliv ují sebepercepci a konkrétn vnímání vlastního t la a spokojenost s ním. Sebezv c ování znamená, že na sebe a své t lo pohlížíme jednak z perspektivy t etí osoby, tedy odosobn n , a také jako na fyzikální objekt s fyzickými vlastnostmi, které m žeme m nit. Z toho plyne, že p í sebezv c ování je primární d raz kladen na vzhled. Calogero (2012) uvádí negativní dopad sebezv c ování na psychické zdraví, což se projevuje studem týkajícím se t la, úzkostí ohledn vzhledu a bezpeč í, sníženou koncentrací na duševní i t lesné úkony a sníženou pozorností k t lesným pocit m jako je hlad, únava i somatický emo ní projev.

A koliv je zm na perspektivy p í sebezv c ování intrapsychickým procesem, faktory, které jej spoušt jí, spadají do sociálního kontextu. Podle autor této teorie, Fredricksona a Robertse (1997), jde p edevším o „sexuální zv c ování ženského t la ve vizuálních masmédiích i ve skute ných mezilidských vztazích“. Sebezv c ování bylo prokázáno jako rizikový a kauzální faktor, který nep ízniv ovliv uje jídelní chování u žen. Fredrickson, Roberts, Noll, Quinn a Twenge (1998) sestavili komplexní experiment, kterého se ú astnili jak ženy, tak muži. Probandi si zkoušeli nejzn jší od vy, mimo jiné i plavky, jež byly k dispozici v r zných velikostech a tato podmínka m la navodit stav sebezv c ování. Když p íšel posléze na ádu matematický test, podávaly ženy, které si p edtím vyzkoušely plavky, horší výkony, než ženy, které si plavky nezkoušely. Výkony muž nebyly na vyzkoušení plavek závislé. To potvrzuje teoretický p edpoklad, že stav sebezv c ování neumož uje plné soust ed ní. Ú astník m experimentu byla také nabídnuta k ochutnání sladká tyinka. Ženy, které si zkoušely plavky, sn dly výrazn mén , než ženy, které si plavky nezkoušely, a rovn ž mén , než mužští ú astníci. I toto zjišt ní je v souladu s teorií sebezv c ování: ženy, které si zkoušely plavky, si byly

více v domy svého těla. Pociťovaný stud a nespokojenost, týkající se těla, navodily změnu v jídelním chování. Domnívám se, že bychom zacházeli příliš daleko s tvrzením, že uvedený výzkum proináší kauzální důkazy vzniku PPP. Přesto poukazuje na to, že sebezcovávání je funkční model, který se může podílet na vzniku patologického jídelního chování.

Výše uvedená studie prokázala, že sebezcovávání je mechanismus, kterému více podléhají ženy. Z kvalitativního výzkumu o homosexuální komunitě ale víme, že homosexuálně orientovaní muži se cítí být více posuzováni podle vzhledu svého těla, a tudíž by se dalo logicky očekávat, že i u nich se sebezcovující mechanismus uplatňuje. Tuto hypotézu ověřila Martins et al. (2007), která provedla modifikovanou replikaci experimentu se zkoušením plavek za účelem vyvolání sebezcovávání. Na rozdíl od svých předchůdců se zaměřila pouze na muže a na rozdíly mezi homosexuálními a heterosexuálními muži v úrovni sebezcovávání. Výsledky potvrdily hypotézu, že homosexuální muži více podléhají sebezcovávání, jelikož tito probandí, zkoušeli-li si plavky, snížili výrazně nabídnuté jídlo, než skupina, která si plavky nezkoušela, a než heterosexuální muži. Sami výzkumníci upozorují na možné problémy s validitou výsledků kvůli malému vzorku zkoumaných osob. Budoucí výzkum by se měl tedy zaměřit na prozkoumání sebezcovujícího mechanismu u většího, a tedy reprezentativnějšího vzorku mužů pro případné vyloučení jeho identifikace jako rizikového faktoru pro všechny muže, nezávisle na sexuální orientaci.

3.3.3 Internalizace sociokulturních norem

Odkud se bere ona norma, která se v lidské mysli v okamžiku sebezcovávání aktivuje? Většina souasných odborníků v oblasti PPP se shoduje na tom, že jde o internalizaci kulturně sociálních tělesných ideálů, které jsou také zobrazovány v médiích (Morry & Staska, 2001). Konkrétně se jedná o velmi štíhlou, až hubenou postavu u žen, a atletickou, svalnatou

postavu s minimem podkožního tuku u muž (Olivardia, Pope, Borowiecki, & Cohane, 2004). Výše citovaný výzkum odhalil, že tení fitness časopis pro muže vede k internalizaci společenského tělesného ideálu, k většímu zabývání se vzhledem a k patologickým změnám v jídelním chování. Jiné studie uvádí vzrůstající počet sexuálně zvráceného zobrazování muž v médiích (Rohlinger, 2002).

Rozdílné kulturní sociální tělesné ideály u muž a žen by mohly vysvětlovat rozdíly v klinických projevech PPP u obou pohlaví a skutečnost, že svalovou dysmorfofobií jsou mnohem více ohroženi muži. Tuto hypotézu je však třeba anamnesticky ověřit a případně dlouhodobě sledovat muže, kteří fitness časopis i návštěvníky fitness center, pro symptomy PPP a svalové dysmorfofobie.

3.3.4 Rodinné faktory

Ve výčtu sociálních faktorů nemohu opomenout ani vliv rodiny, jakožto iniciátora primární socializace. Je to právě rodina, která jedince uvádí do světa, do kultury, v níž sama existuje, pomáhá formovat jeho identitu, předává mu základní hodnoty, podle nichž si pak jedinec utváří koncept světa, vztahových vazeb, v etn vztahu k sobě sama a sebeschématu.

V kapitole o psychických faktorech v etiologii PPP jsem zmínil roli perfekcionismu a impulzivity. Dovolím si postulovat hypotézu, že a koliv mohou být tyto rizikové osobnostní charakteristiky získané zkušenostmi, nabízí se také možnost, že jde o požadavky i vzorce chování, které pocházejí z rodiny daného jedince, kde platí za hodnoty a normy, které jsou od dříve vyžadovány, například v podobě tlaku na výkon (Hoersch et al., 1996 in Papežová, 2012). Bohužel je dosavadní výzkum v této oblasti omezen pouze na ženy a navrženou hypotézu je třeba experimentálně ověřit, abychom zjistili, zda můžeme rodičovské hodnoty a vzorce chování považovat za rizikové faktory pro rozvoj PPP u mužů.

V analýze rodinných faktorů nemžeme opomenout teoretický přínos Salvadora Minuchina, představitel strukturalní rodinné terapie, který se v novém výzkumu rozvoje PPP v rodinném kontextu. Hlavním východiskem Minuchinovy práce je pojetí rodiny jako systému, jehož dynamika je utvářena vztahy mezi jeho členy, a prostoru, ve kterém se v důsledku dysfunkčních interakcí může rozvinout patologie, včetně PPP. Z pohledu této teorie není PPP problémem jednotlivce, ale celé rodiny, která poruchu uvádí do chodu a udržuje. Minuchin zastává názor, že rozdíl mezi zdravým rodinným fungováním a rozvojem patologie spoívá v nastavení hranic a způsobu komunikace. Jako každý systém i rodina musí mít své hranice, které jí definují a vydělují od okolního prostředí. Pro existenci a funkčnost rodiny je také nutné, aby spolu členové komunikovali; komunikace má sloužit uspokojování potřeb jednotlivých členů i rodiny jako nadsumativního celku. V kontextu PPP popisuje Minuchin specifický patologický způsob rodinného fungování, který nazývá „psychosomatickou rodinou“ (Minuchin, 2009). Tento systém je charakteristický přílišnou provázaností jednotlivých členů, takže jednotliví členové nemají adekvátní soukromí. Tato provázanost existuje na komunikační, sociální a citové rovině a často nabývá podoby neúměrného až úzkostného ochráníství. Konflikty mezi členy jsou vnímány jako nežádoucí a nebezpečné, proto se o nich nemluví a často zůstávají neřešeny. Minuchin toto dává do souvislosti s neschopností rodiny akomodovat vývojové potřeby svých členů. Tyto neprojevené a neřešené konflikty a vývojové potřeby se pak mohou projevit na psychosomatické úrovni jako PPP (proto označení „psychosomatická rodina“). Přestože je třeba tyto poznatky ověřit i výzkumem s muži, nevidím důvod domnívat se, že patologické fungování „psychosomatické rodiny“ by mohlo ovlivňovat pouze dívky.

3.3.5 Sexuální zneužívání

Velmi závažným rizikovým faktorem z psychosociální oblasti je i sexuální zneužívání, zejména v dětství. Jedna z teorií interakce sexuálního zneužívání a PPP vychází z psychodynamické psychologie Anny Freudové,

kdy je omezený nebo patologický p íjem potravy symbolicky vykládán jako vyhýbání se t lesné dosp losti, asociované se samostatností a sexuálním životem a regresí do nižšího stádia vývoje.

ada výzkum v novaná tomto tématu odhalila podstatné skute nosti. Sexuální zneužívání se objevuje v anamnéze až 30% pacient s PPP (Connors & Worse, 1993). P estože muži z d vodu stigmatizace zneužívání mén ásto p iznávají (Strother et al., 2012), každý sedmý muž se stane ob tí sexuálního násilí. Jedná se zatím o pouhou hypotézu, kterou Strother ve své meta-analýze postuluje a na studie, p inášející kauzální d kazy, si musíme ješt po kat. P esto se také p ikláním k identifikaci sexuálního zneužívání jako rizikového faktoru i u mužské populace, a v ím, že s pokračující osv tou, která dodá muž m odvalu o svých zkušenostech promluvit, jich více vyhledá odbornou pomoc.

3.3.6 Riziková prost edí

Posledním sociálním faktorem, kterým se budu zabývat, jsou riziková prost edí a povolání. Panují zde hodnoty, které by mohly potenciálně facilitovat rozvoj PPP. Takovými hodnotami m že být požadavek na udržování nízké hmotnosti a štíhlosti nebo svalnatosti a vyrýsovanosti. ásto se uvádí povolání baletek, letušek, modelek; v kontextu svalové dysmorfofobie pak fitness modeling, kulturistika a prost edí fitness center. Jak uvádí Pavlová, „studie týkající se rizikových prost edí jsou vesm s pr ezové a neur ují tedy s jistotou, zda balet, modeling i gymnastika opravdu zvyšují riziko pro propuknutí PPP“ (Pavlová in Papežová, 2012).

Zam íme-li se na riziková prost edí u svalové dysmorfofobie, Grieve (2007) ve svém etiologickém modelu zahrnuje participaci ve sportu za nedílnou sou ást, která riziko rozvoje svalové dysmorfofobie zvyšuje. Vyzdvihuje skute nost, že atleti provozující sporty, které vyžadují udržení

urité váhy, jako je krom kulturistiky kupříkladu i ecko ímský zápas nebo americký fotbal, jsou pod tlakem tohoto požadavku dostát (Haase, Prapavessis, & Owens, 2002) a ast ji například zneužívají anabolické steroidy (Irving, Wall, Neumark-Sztainer, & Story, 2002).

Potvrzený vyšší výskyt PPP u lidí pracujících nebo navšt vujících riziková prostředí m že být vysv tlen také tím, že si tato povolání a prostředí volí jedinci, kteří již PPP mají nebo se u nich vyskytují vlastnosti, které jsou samy o sob rizikové, například zam enost na vzhled t la i perfekcionismus. Jedná se tedy o korela ní faktor, jehož kauzální hodnotu je nutné ov it longitudinálním výzkumem.

3.4 Adolescence jako rizikové vývojové období

Adolescencí rozumíme vývojové období, které za íná nástupem puberty (12/13 let) a ústí v ranou dosp lost (cca 19 let), p estože v tomto rozmezí mohou být individuální rozdíly. Na té nejjednodušší úrovni m žeme adolescenci chápat jako p echod mezi d tstvím a dosp lostí, a již u tohoto zjednodušeného pohledu je z ejmé, že se jedná o období charakteristické velkým po tem zm n. lov k prochází vývojem t lesným, emo ním, kognitivním i sociálním, což je d vodem, pro adolescenci uvádím v samostatné podkapitole. S prožívanými vývojovými zm nami souvisí i zvýšená úroveň stresu (Thorová, 2015), která íní jedince citliv jším a zraniteln jším. Není proto p ekvapivé, že adolescence je považována za kritické období pro rozvoj PPP, kdy je také jejich výskyt nejvyšší (mezi 13.-16. rokem). Svalová dysmorfofobie se oproti tomu nej ast ji rozvíjí v pozdní adolescenci (Olivardia, 2004).

Výrazné t lesné zm ny b hem puberty, jako je zrychlený r st, vývoj sekundárních pohlavních znak í například menstruace u dívek, mohou být prožívány nelib a bou liv . Dochází k porovnávání s vrstevníky, a, jak podotýká Vágnerová, vzhled m že být chápán jako „prost edek k dosažení

sociální akceptace a prestiže“ (Vágnerová, 2000 in Thorová, 2015, s. 425). Ve zvýšené míře se může objevit také sebezvědomování. Změny ve fyzickém vzhledu mohou ovlivňovat tělové schéma (body image), tedy způsob, jakým člověk o svém těle uvažuje, jak jej vnímá, jaký má k němu vztah. Výzkumy odhalily, že vztah adolescentů ke svým tělům je většinou negativní. Krch uvádí, že „60% českých středních školáků je nespokojených se svými těly a přejí si zhubnout“ (Krch, 2002 in Thorová, 2015, s. 426).

Adolescence je také obdobím krize identity, kdy člověk zkoumá sám sebe, své hodnoty, plány do budoucna, vytváří první partnerské vztahy, prožívá nové emoce. Při tom všem vyžaduje jak podporu a pochopení ze strany rodiny, tak dostatečnou autonomii. V sekci o rodinných faktorech jsem zmínil Minuchinovu teorii „psychosomatického“ rodinného systému, který je charakteristický svou rigiditou a neschopností přijmout a uspokojit nové potřeby svých členů. Minuchin se domnívá, že je to právě období adolescence, kdy je potřeba autonomie zvláště naléhavá, které je pro rozvoj PPP, jakožto reakce na rigidní a uzavřený systém, nejvíce rizikové.

4 Preventivní péče o muže ohrožené poruchami p říjmu potravy

4.1 Obecné charakteristiky preventivních program

Preventivní péče je široký pojem, který zahrnuje celé spektrum aktivit zaměřených na „předcházení nežádoucím jevům, nehodám, úrazům, nemocem, aj.“ (Hartl, 2015, s. 450). Prevence je vždy zaměřená na určitou populaci, a v souvislosti s tímto zaměřením rozlišujeme prevenci primární, sekundární a terciární. Primární prevence má nejširší zaměření, cílí na celkovou ohroženou populaci a „podporuje žádoucí formy chování obecně“ (tamtéž). Sekundární prevence se již účelově zaměřuje na rizikové sociální skupiny, které mohou být náchylnější k rozvoji určité nemoci či poruchy. Terciární prevence je nejvíce konkrétní a v ní se jedná o jedince, u nichž je porucha už rozvinutá. V tomto případě se preventivní péče snaží o „zmírnění následků“ (tamtéž) dané poruchy a o předcházení relapsům (oproti patologickým projevům po období bez příznaků).

4.2 Zaměření preventivního programu u PPP

Pro naše účely je výhodnější zaměřit se na jedince nebo skupiny, kteří jsou již určitým způsobem ohroženi, než na celkovou nespécifikovanou populaci.

Jak vyplývá z výše provedené analýzy rizikových faktorů v etiologii PPP u mužů, příčiny PPP jsou multifaktoriální; jedná se o souhrn mnoha vlivů téměř ze všech oblastí lidské existence. Abychom zamezili všem možným rizikovým faktorům, museli bychom je všechny umístit do sterilního prostředí, kde by se mu dostávalo jen takových stimulů, které nejsou považovány za rizikové. Z morálního i praktického hlediska je jasné, že se jedná o nemožný požadavek, a že nemůžeme odstranit které rizikové faktory prostě odstranit a uniknout před nimi. Můžeme se však zaměřit na to, aby tyto faktory měly na potenciálně ohrožené jedince a skupiny co nejmenší

dopad. V této souvislosti vidím dle ležitou hodnotu v edukaci a výchově, která by napomáhala informovanosti, vybudování zdravého úsudku a sebevědomí. V souladu s Minuchinovou teorií (3.3.4) by se mělo jednat o konzistentní, ne však rigidní vedení výchovy, jak dále uvedu (4.2.3).

Rizikovým věkem pro rozvoj PPP je období adolescence (viz 4.4). Z tohoto důvodu je vhodné cílit prevenci právě na tuto věkovou kategorii. Je důležité také volit přiměřené jazykové a komunikační prostředky, informovat o rizicích, která se v souvislosti s PPP vyskytují, ale nevystupovat z pozice autority.

4.2.1 Prevence na biologické úrovni

Může prevence existovat na biologické úrovni? Zajisté nemůžeme biologickým faktorům zamezit. Můžeme však s pomocí znalostí biologických faktorů identifikovat jednotlivce, kteří mohou disponovat genetickou vulnerabilitou, a mohou být náchylnější k rozvoji psychických poruch, včetně PPP. Z analýzy vyplývá, že PPP jsou heritabilní onemocnění, jejichž riziko stoupá, vyskytuje-li se PPP u rodičů, sourozenců nebo blízkých příbuzných (viz 4.1.1). Domnívám se, že rodičům dříve, v jejichž rodinách se již PPP vyskytly či vyskytují, by mělo být poskytnuto poradenství týkající se varovných signálů PPP, výchovy, a také kontakty, na které by bylo dobré neprodleně se obrátit, pokud u dítěte zpozorují neobvyklé jídelní chování nebo úzkosti ohledně těla. Stejný postup navrhuji i u dětí, jejichž porod byl komplikovaný nebo jejichž matky byly vystaveny neobvyklému a nadměrnému stresu v období před porodem nebo během těhotenství (viz 4.1.3).

Dalším faktorem, který se ukazuje být rizikovým, jsou traumata mozku, konkrétně léze ve frontální a temporální oblasti pravé mozkové hemisféry (viz 4.1.2). A koliv je jisté vhodné informovat o bezpečnosti například u sportovního řízení motorových vozidel, těžko takto předjdeme

všem nehodám. Pacient m s tímto poškozením mozku ale m žeme v novat zvýšenou pozornost a pé i, a m žeme také v as terapeuticky zasáhnout, jakmile se objeví varovné signály PPP.

Je d ležitě též podotknout, že výzkumy na úrovni biologických a genetických faktor nazna ují spíše nespecifickou predispozici k duševnímu onemocn ní obecn . Je proto vhodné rodi e upozornit i na riziko rozvoje jiných poruch a vysv tlit, jaké chování jejich d tí by mohlo indikovat nap íklad deprese, OCD nebo emo n nestabilní poruchy osobnosti.

4.2.2 Prevence na psychologické úrovni

Rizikové faktory spadající do psychologické oblasti mají vesm s podobu maladaptivních vzorc fungování, jak v rovin kognitivní a emocionální, tak v rovin osobnostní integrity. Do rizikových faktor z této oblasti spadá rovn ž komorbidita s OCD, emo n nestabilní poruchou3.2.5; 3.2.6) a sklony k návykovým poruchám. Jelikož k vývoji osobnosti do velké míry p íspívá výchova a subjektivní zkušenost, zdá se, že v této oblasti m že prevence p ínést v tší užitek. Zejména rodi ovská výchova je velmi d ležitá, jelikož jejím prost ednictvím je dít uvád no do spole nosti a kultury a nabývá základních hodnot.

Jedním z identifikovaných osobnostních faktor je impulzivita. Je však otázkou, nakolik je jí výchova schopná p edejít. Rozhodn je t eba zd raznit výchovné vedení k otev ené komunikaci, ke sd lování svých pot eb a ke kultivaci kompromisních ešení. Impulzivita se asto vyskytuje u uživatel návykových látek nebo u osob trpících emo n nestabilní poruchou osobnosti. T mto lidem je t eba v novat zvláštní pozornost v podob psychické podpory a edukace vzhledem k astým komorbiditám emo n nestabilní poruchy a PPP.

Další rizikovou charakteristikou může být perfekcionismus. V tomto ohledu je třeba zajistit dítěti zkušenosti, ze kterých pochopí, že není možné ani žádoucí mít pod kontrolou všechny proměnné, že je lidské dopustit chyby, že láska a přijetí rodiče nejsou závislé a podmíněné bezchybným provedením určitého úkolu.

Nízké úrovně sebevdomí korelují s negativistickým pohledem na sebe sama (viz 4.2.3). Je tedy třeba věnovat pozornost k udržování optimální míry sebevdomí, neboť můžeme jednak docílit rodinnou výchovou, která by měla kultivovat stabilní v domí vlastní hodnoty, která se neodvíjí pouze od současných sociokulturních tělesných ideálů. Stejně by se dalo postupovat i v případě zvýšené míry nespokojenosti s tělem, která nesouvisí jen s úrovní sebevdomí, ale podstatnou roli hraje i hodnotový systém rodiny. (viz 4.2.4; 3.3.4).

4.2.3 Prevence na psychosociální a rodinné úrovni

Výzkum konzistentně potvrzuje vyšší riziko rozvoje PPP u mužů s homosexuální orientací a zdrazňuje negativní vliv homosexuální komunity v kontextu utváření vzácného pohledu na vlastní tělo (viz. 4.3.1). Možností prevence by tedy bylo cílit na homosexuální komunity a zprostředkovat jim možnost hovořit o svých zkušenostech v této oblasti a podílet se o ně, upozorovat na možná rizika nadměrného zaměření se na vlastní tělo.

Mediální prezentace sociokulturních tělesných ideálů a konzistentní sexualizované zobrazování ženských a v poslední době i mužských těl vede k fenoménu, kterým je sebezvalcování (3.3.2). Domnívám se, že je třeba prezentovat i alternativní názor, a sice že fyzický vzhled není konstituentní charakteristikou lidské hodnoty, a že sociokulturní ideály týkající se vzhledu jsou relativní.

asto hovo ím o preventivní hodnot rodinné výchovy. Jak ale postupovat v p ípad , že je to práv rodina, která vytvá í patologické prost edí a zvyšuje riziko rozvoje PPP? Rodina je intimním prostorem, zp sob výchovy a funk ní model rodinného systému mají podobu norem, které se p edávají z generace na generaci, ímž nabývají vážnosti a hodnoty. Dysfunk nost a sklon k patologii mohou tedy být odhaleny pom rn obtížn , a asto je to teprve v terapii, kdy vyvstávají na povrch narušené interakce mezi jednotlivými leny rodiny, nebo t eba rigidní komunika ní styl a udržování moci v rodin . V rámci prevence je rodi m možno nabídnout poradenství týkající se n kterých obecných princip , které by m ly ve zdrav fungujícím rodinném systému platit (viz 4.3.4).

Co se tý e prevence v oblasti rizikového sociálního prost edí, vnímám zde ur itou výhodu v tom, že je zde možnost zam ít se na konkrétní skupinu lidí, kte í mohou být PPP více ohrožení než celková populace (viz 4.3.6). V závislosti na tom, jaké riziko dané prost edí prezentuje í zastává, m žeme volit formu a obsah preventivního programu.

Jakým zp sobem lze vést preventivní pé i, bez toho, abychom se uchylovali ke stereotypizaci í nátlaku? Jednou možností je na základ identifikovaných rizikových faktor selektovat sociální skupiny, ve kterých se tyto faktory perzistentn objevují, a cílit specifickou prevencí konkrétn na n . Na druhou stranu nev ím, že je správné selektovat a exponovat jedince pro preventivní program pouze na základ nap íklad jejich sexuální orientace. Mnohem lepší možností se mi jeví prevence formou edukativních besed na školách, které by byly vedeny ve spolupráci s p íslušnými odborníky, a které by se p ednostn zam ovaly na adolescenty, jakožto nejvíce ohroženou v kovou skupinu, která je v kontextu rizikových faktor pro PPP heterogenní. Tím mám na mysli, že zde lze najít zástupce mnoha rizikových skupin nebo nositele rizikových osobnostních charakteristik, pro které mohou být prezentované informace relevantní a p ínosné.

Závěr

V mé práci jsem se pokusil analýzou rizikových faktorů pro PPP u mužů poukázat na skutečnost, že a koliv je prevalence těchto poruch ve své populaci vždy vyšší u žen, není možné PPP pojímat exkluzivně v ženském kontextu, protože takový přístup vede ke stigmatizaci a ke skutečnosti, že muži nevyhledávají odbornou pomoc tak často, jako ženy. Přestože si uvědomuji, jak obtížné může být provádět výzkum při relativní neexistenci mužského vzorku, je i přes to nezbytné vnovat mužům, ohroženým PPP, patřičnou pozornost a péči.

Na vznik PPP můžeme pohlížet jednak z hlediska biologického, které zdrazuje vlivy jako je prokázaná heritabilita, jako na syndromy, které se vyvinou v důsledku traumatu mozku nebo jako na onemocnění ovlivněné komplikacemi v těhotenství i při porodu. Psychologické hledisko vidí možné zdroje těchto poruch v nich kterých osobnostních charakteristikách, jakými je například impulzivita nebo perfekcionismus. Psychosociální hledisko popisuje souhru mezi osobnostními dispozicemi, které ovlivní i kognitivní styl daného jedince, a socio-kulturními faktory, jako je například rodina a v širším kontextu i vliv mediální prezentace sociokulturních tělesných ideálů.

Na etiologii PPP nelze nahlížet jednostranně, jako na kauzální důsledky jediné příčiny. V souladu s biopsychosociálním modelem nemoci je nutné připustit multifaktoriální, mnohotěpné působení, které se na vzniku poruch podílí, a je též nutné tuto komplexitu zohlednit v navrhovaném preventivním programu.

V současné době je bohužel stále nedostatek potřebné výzkumné činnosti, která by problematiku PPP u mužů mapovala a soustředila se na specifika etiologická, symptomatická a terapeutická. Ve své práci poukazují na několik oblastí, které si další výzkum a pozornost odborníků zasluhují. Doufám, v tomto směru budu moci být sám v budoucnu nápomocen.

Seznam použitých zdroj

ABEL, K. M., et al., 2014. Severe bereavement stress during the prenatal and childhood periods and risk of psychosis in later life: population based cohort study. *The BMJ* [online]. 348. Dostupné z: doi: 10.1136/bmj.f7679

ALLEN, K., et al., 2013. DSM-IV-TR and DSM5 eating disorders in adolescents: prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology* [online]. 720-732. Dostupné z: <https://www.nationaleatingdisorders.org/research-males-and-eating-disorders>

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.

BASTIANI, A. M., et al., 1995. Perfectionism in anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders* [online]. 147-152. Dostupné z: doi: 10.1002/1098-108X(199503)17:2<147::AID-EAT2260170207>3.0.CO;2-X

BULIK, Cynthia M., Federica, TOZZI, 2004. Genetics in Eating Disorders: State of the Science. *CNS Spectrums* [online]. 511-515. Dostupné z: doi: <https://doi.org/10.1017/S1092852900009597>

BULIK, C. M., et al., 2003. The relation between eating disorders and components of perfectionism. *The American Journal of Psychiatry* [online]. 366-368. Dostupné z: doi: 10.1176/appi.ajp.160.2.366

CAFRI, Guy, J. Kevin, THOMPSON, 2004. Measuring Male Body Image: A Review of the Current Methodology. *Psychology of Men & Masculinity* [online]. 18-29. Dostupné z: doi: 10.1037/1524-9220.5.1.18

CALOGERO, Rachel M., 2012. Objectification theory, self-objectification, and body image. In: Cash, Thomas, ed. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*. Academic Press, 574-580. ISBN 9780123849250.

CAMPAGNA, J. D., B. BOWSHER, 2016. Prevalence of BodyDysmorphic Disorder and Muscle Dysmorphia Among Entry-Level Military Personnel. *Military Medicine* [online]. 494-501. Dostupné z: doi: 10.7205/MILMED-D-15-00118

CLASS, Q. A., et al., 2014. Offspring psychopathology following preconception, prenatal and postnatal maternal bereavement stress. *Psychological Medicine* [online]. 71-84. Dostupné z: doi: 10.1017/S0033291713000780

CONNORS, M.E., W., WORSE, 1993. Sexual abuse and eating disorders: a review. *The International Journal of Eating Disorders* [online]. 1-11. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8477269>

DAVIS, C., G. CLARIDGE, 1998. The eating disorders as addiction: a psychobiological perspective. *Addictive Behaviors* [online]. 463-475. Dostupné z: doi: 10.1016/S0306-4603(98)00009-4

ENGEL, George, 1977. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* [online]. 535-544. Dostupné z: doi: 10.1176/ajp.137.5.535

FAIRBURN, C. G., et al., 1999. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry* [online]. 468-476. Dostupné z: doi: 10.1001/archpsyc.56.5.468

FELDMAN, M.B., I.H., MAYER, 2007. Eating disorders in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. *The International Journal of Eating Disorders* [online]. 218-226. Dostupné z: doi: 10.1002/eat.20360

FREDRICKSON, Barbara L., Tomi-Ann, ROBERTS, 1997. Objectification Theory: Toward Understanding Women's Lived Experiences and Mental Health Risks. *Psychology of Women Quarterly* [online]. 173-206. Dostupné z: doi: 10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x

FREDRICKSON, Barbara L., Tomi-Ann, ROBERTS, S. M., NOLL, D. M., QUINN, J. M., TWENGE, 1998. That swimsuit becomes you: sex differences in self-objectification, restrained eating, and math performance. *Journal of Personality and Social Psychology* [online]. 269-284. Dostupné z: http://psy.haifa.ac.il/~ep/Students_Post/Projects/Project_1/2010-11/fredrickson%201998.PDF

GARNER, D. M., 1997. The 1997 body image survey results. *Psychology Today* [online]. 75-84. Dostupné z: <https://www.psychologytoday.com/articles/199702/survey-says-body-image-poll-results>

GRIEVE, F. G., 2007. A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eating Disorders* [online]. 63-80. Dostupné z: doi: 10.1080/10640260601044535

HAASE, Anne M., Harry, PRAPAVESSIS a Glynn, OWENS, 2002. Perfectionism, social physique anxiety and disordered eating: A comparison of male and female elite athletes. *Psychology of Sport and Exercise* [online]. 209-222. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S1469-0292\(01\)00018-8](https://doi.org/10.1016/S1469-0292(01)00018-8)

HALMI, K. A., et al., 2000. Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior. *The American Journal of Psychiatry* [online]. 1799-1805. Dostupné z: doi: 10.1176/appi.ajp.157.11.1799

HARTL, Pavel, Helena HARTLOVÁ, 2015. *Psychologický slovník*. Portál. ISBN 978-80-262-0873-0

HENSON, Crystal, 2003. *Potential Antecedents of Muscle Dysmorphia*. Masters Theses & Specialist Projects. Paper 598. [online]. Dostupné z: <http://digitalcommons.wku.edu/theses/598>

HOLLAND, A. J., et al., 1984. Anorexia nervosa: a study of 34 twin pairs and one set of triplets. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* [online]. 414-419. Dostupné z: doi: 10.1192/bjp.145.4.414

HUDSON, J.I., et al., 2007. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry* [online]. 348-358. Dostupné z: doi: 10.1016/j.biopsych.2006.03.040

CHANDLER, Christopher, G., et al., 2009. Are Anxiety and Obsessive-Compulsive Symptoms Related to Muscle Dysmorphia? *International Journal of Men's Health* [online]. 143-154. Dostupné z: http://www.mensstudies.info/OJS/index.php/IJMH/article/view/568/pdf_21

KAYE, Walter H., et al., 2004. Comorbidity of Anxiety Disorders With Anorexia and Bulimia Nervosa. *The American Journal of Psychiatry* [online]. 2215-2221. Dostupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/6e3c/741d1c68808c9b28f24c796cc50855966ac9.pdf>

KEITH, Laura, et al., 2009. An Exploration of the Main Sources of Shame in an Eating-Disordered Population. *Clinical Psychology and Psychotherapy* [online]. 317-327. Dostupné z: doi: 10.1002/cpp.629

KRCH, František D., 2002. *Mentální anorexie*. Portál. ISBN 978-80-7367-807-4

LI, J., et al., 2010. Attention-deficit/hyperactivity disorder in the offspring following prenatal maternal bereavement: a nationwide follow-up study in Denmark. *European Child & Adolescent Psychiatry* [online]. 747-753. Dostupné z: doi: 10.1007/s00787-010-0113-9.

MACHADO, P. P., et al., 2007. The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 212-217. Dostupné z: doi: 10.1002/eat.20358

MARTINS, Y., et al., 2007. Those speedos become them: the role of self-objectification in gay and heterosexual men's body image. *Personality & Social Psychology Bulletin* [online]. 634-637. Dostupné z: doi: 10.1177/0146167206297403

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008-. ISBN 978-80-904259-0-3. Dostupné také z: <http://www.digitalniknihovna.cz/mzk/uuid/uuid:b99b5460-d6ca-11e4-b880-005056825209>

MINTZ, Laurie B., Nancy E., BETZ, 1986. Sex differences in the nature, realism, and correlates of body image. *Sex Roles: A Journal of Research* [online]. 1573-2762. Dostupné z: doi: 10.1007/BF00287483

MINUCHIN, Salvador, Bernice L., ROSMAN, Lester, BAKER, 2009. *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Harvard University Press. ISBN 0674041100

MORGAN, J. F., J., ARCELUS, 2009. Body image in gay and straight men: a qualitative study. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association* [online]. 435-443. Dostupné z: doi: 10.1002/erv.955

MORRY, Marian M., Sandra L., STASKA, 2001. Magazine Exposure: Internalization, Self-Objectification, Eating Attitudes, and Body Satisfaction in Male and Female University Students. *Canadian Journal of Behaviour Science* [online]. 269-279. Dostupné z:

https://www.researchgate.net/publication/232464085_Magazine_Exposure_Internalization_Self-Objectification_Eating_Attitudes_and_Body_Satisfaction_in_Male_and_Female_University_Students

NEZIROGLU, Fugen, Jonathan, SANDLER. *The Relationship Between Eating Disorders and OCD Part of the Spectrum*. International OCD Foundation [online]. Dostupné z: <https://iocdf.org/expert-opinions/expert-opinion-eating-disorders-and-ocd/>

NOLEN-HOEKSEMA, Susan, 2012. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Portál. ISBN 978-80-262-0083-3.

OLIVARDIA, Roberto, et al., 2004. Biceps and Body Image: The Relationship Between Muscularity and Self-Esteem, Depression, and Eating Disorder Symptoms. *Psychology of Men & Masculinity* [online]. 112-120. Dostupné z: doi: 10.1037/1524-9220.5.2.112

PAPEŽOVÁ, Hana, et al., 2012. *Spektrum poruch p íjmu potravy: interdisciplinární p ístup*. Grada, ISBN 978-80-247-7369-8

PATTON, C. G., et al., 1999. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *The BMJ* [online]. 765-768. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27789/>

POPE, Harrison, Katherine A. PHILLIPS a Roberto OLIVARDIA, 2000. *The Adonis Complex: The Secret Crisis of Male Body Obsession*. Simon and Schuster. ISBN 0684869101

RAND, Colleen S. W., John M. KULDAU, 1992. Epidemiology of Bulimia and Symptoms in a General Population: Sex, Age, Race, and Socioeconomic Status. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 37-44. Dostupné z: <http://web.simmons.edu/~turnerg/MCC/Eating%20Disorders/Rand%26Kuldau1992.pdf>

RASTAM, M., 1992. Anorexia nervosa in 51 Swedish adolescents: premorbid problems and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* [online]. 819-829. Dostupné z: doi: 10.1097/00004583-199209000-00007

ROHLINGER, Deana A., 2002. Eroticizing Men: Cultural Influences on Advertising and Male Objectification. *Sex Roles* [online]. 61-74. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1016575909173>

SARWER, D. B., et al., 1998. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plastic and Reconstructive Surgery* [online]. 1644-1649. Dostupné z: doi: 10.1097/00006534-199805000-00035

SMINK, Frédérique R.E., Daphne VAN HOEKEN a Hans W. HOEK, 2012. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports* [online]. 406-414. Dostupné z: doi: 10.1007/s11920-012-0282-y

STROTHER, Eric, et al., 2012. Eating Disorders in Men: Underdiagnosed, Undertreated, and Misunderstood. *Eating Disorders* [online]. 346-355. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3479631/>

THOROVÁ, Kateřina, 2015. *Vývojová psychologie: Proměny lidské psychiky od počátku do smrti*. Portál. ISBN 978-80-262-0714-6

TOD, David, et al., 2016. Muscle dysmorphia: current insights. *Psychology Research and Behavior Management* [online]. 179-188. Dostupné z: doi: 10.2147/PRBM.S97404

TUCKER, Todd, 2006. *The Great Starvation Experiment: The Heroic Men Who Starved so That Millions Could Live*. Free Press, A Division of Simon & Schuster, Inc. ISBN 978-0-7432-7030-4

WITCOMB, G. L., et al., 2015. Body image dissatisfaction and eating-related psychopathology in trans individuals: a matched control study. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association* [online]. 287-293. Dostupné z: doi: 10.1002/erv.2362

WONDERLICH, S. A., et al., 2004. Impulsivity as a risk factor for eating disorder behavior: Assessment implications with adolescents. *The International Journal of Eating Disorders* [online]. 401-412. Dostupné z: doi: 10.1002/eat.20033

WOODSIDE, D.B., et al., 2001. Comparison of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *The American Journal of Psychiatry* [online]. 570-574. Dostupné z: doi: 10.1176/appi.ajp.158.4.570

XIUJUAN, Su, et al., 2015. Prenatal maternal bereavement and risk of eating disorders in infants and toddlers: a population-based cohort study. *BMC Psychiatry* [online]. 229. Dostupné z: doi: 10.1186/s12888-015-0612-9

YAGER, J., 2000. Weighty perspectives: Contemporary challenges in obesity and eating disorders. *American Journal of Psychiatry* [online]. 851-853 Dostupné z: 10.1176/appi.ajp.157.6.851

YARYURA-TOBIAS, J. A., FUGEN, NEZIROGLU, 2001. The integration of primary anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Eating Weight Disorder Journal* [online]. 174-180. Dostupné z: <https://iocdf.org/expert-opinions/expert-opinion-eating-disorders-and-ocd/>

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Jaroslav Horák

Studijní program: Bakalářský

Studijní obor: Psychologie

Název práce: Rizikové faktory v etiologii poruch příjmu potravy u mužů

Počet stran (bez příloh): 46

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů české literatury a pramenů: 6

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 52

Počet internetových odkazů: 17

Vedoucí práce: Mgr. Daniel Kořínek

Rok dokončení práce: 2017

**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Jaroslav Horák

Obor studia: Psychologie

Název práce: Rizikové faktory v etiologii poruch příjmu potravy u mužů

Vedoucí/oponent* práce: Mgr. Daniel Kořínek

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 47

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 59

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		2		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

0				
---	--	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

0				
---	--	--	--	--

Využití praktických zkušeností

0				
---	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

0				
---	--	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaké klíčové emoce hrají rozhodující roli v etiologii PPP u mužů?

Jak se lze při prevenci PPP u mužů na psychologické úrovni (posilování sebevědomí), zároveň vyhnout posilování jejich narcismu?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autor se ve své bakalářské práci zabývá teoretickou analýzou etiologie a rizikovými faktory poruch příjmu potravy u mužů (PPP). Domnívám se, že si zvolil ne zcela snadný námět práce, jednak pro svou malou klinickou prevalenci v praxi a jednak pro dosud značně omezený počet výzkumných studií na dané téma a nedostatek literatury (cizojazyčné) vůbec.

Tematicky považuji volbu dané problematiky za originální příspěvek, který rozšiřuje fakta a dokládá, že problematika PPP není zdaleka vyhrazena pouze (stereotypně) ženám.

Celkově práci považuji za velmi zdařilou, autor prokázal dobrou schopnost samostatné práce i se zahraniční odbornou literaturou. Zajímavá kapitola o důsledcích tzv. „sebezvěčňování“ (Fredrickson & Roberts, 1997), vlivu externího nahlížení na sebe sama v souvislosti se sebehodnocením a negativní emotivitou v etiologii PPP. Autor nezůstává u pouhého teoretizování, ale v závěru své práce nabízí i nástin preventivních postupů.

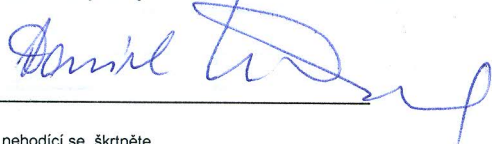
Text je dobře strukturovaný, členění kapitol je přehledné, úroveň vyjadřování pregnantní.

Vytkl bych jen dosud určitou, ale pochopitelnou, nezkušenost s užíváním odborných termínů a nejistotu při citování literatury.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji*

Navrhovaná klasifikace: Výborně

Datum, podpis: 6. 9. 2017



* nehodící se, škrtněte

**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta: Jaroslav Horák
 Obor studia: Psychologie
 Název práce: Rizikové faktory v etiologii poruch příjmu potravy u mužů
 Oponent práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 46
 Počet stránek příloh: 0
 Počet titulů v seznamu literatury: 75

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

			3	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

		2		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

--	--	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

			3	
--	--	--	---	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost

výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Otázka k obhajobě:

Co si autor myslí o tzv. asketické hypotéze vysvětlující poruchy příjmu potravy z hlediska privace spirituality?

Předkládaná práce splňuje nároky kladené na bakalářskou práci. Jedná se o teoretickou práci.

Obsah práce:

Práce obsahuje základní pojmy, diferenciální dg., charakteristiky poruch příjmu potravy, etiologii poruch příjmu potravy dle bio-psycho-sociálního modelu onemocnění, druhy prevence a léčby, specifika poruch příjmu potravy u mužů, a rešerše na výzkumy z této oblasti. Z teoretického hlediska autor nevynechal, dle mého názoru, nic podstatného, kromě spirituální hypotézy o vzniku poruch příjmu potravy.

Kolega v teoretické části prokázal schopnost práce s odbornou literaturou a systematického shromažďování informací o daném tématu. Autor je poměrně stylisticky zdatný a v teoretické části popisuje všechny podstatné pojmy a teoretické koncepty spojené se studovanou problematikou.

Připomínky:

Formální: Neshledávám závažnější nedostatky, kromě toho, že v práci chybí zmínka o posledním článku bio-psycho-sociálního modelu a totiž spirituální hypotéza o etiologii onemocnění. (Podr. viz otázka k obhajobě.)

Obsahové:

Celkově: **Ocenit musíme poměrně bohaté cizojazyčné bibliografické prameny a schopnost autora sestavit výzkumná rešerše. Práci hodnotím jako velmi dobrou a doporučuji ji k obhajobě.**

Navrhovaná klasifikace: **velmi dobře**

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Datum, podpis:

