

Zaburzenia odżywiania się u mężczyzn

Eating disorders in men

Daniel Bąk

Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego
Kierownik: prof. dr hab. n. hum. L. Grzesiuk
Zakład Genetyki Medycznej, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. T. Mazurczak

Summary

Despite of being perceived as ‘woman’s diseases’, eating disorders were described among boys and adult men. This article presents epidemiological data on anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder in men. The clinical presentation of eating disorders in men was described and compared with similar data from the female population. Moreover, a significance of selected risk factors, specifically those referring to men, was discussed. These are: the disturbance of body perception, personality traits and potential association of eating disorders with sexual orientation. Efficacy of different psychotherapy approaches aimed at eating disorders was summarized. Rules governing psychotherapy of men suffering from eating disorders were described. Specific features of eating disorders’ aetiology were taken into account together with characteristic difficulties influencing treatment.

Słowa kluczowe: jadłowstręt psychiczny, bulimia psychiczna, zaburzenia odżywiania się
Key words: anorexia nervosa, bulimia nervosa, eating disorders

1. Wprowadzenie

Przegląd literatury potwierdza, że mężczyźni stanowią mniejszość wśród pacjentów cierpiących na zaburzenia odżywiania się. Choć studia porównawcze kobiety–mężczyźni na ogólnym poziomie wskazują wiele cech wspólnych dla etiologii, wieku zachorowania, obrazu klinicznego oraz leczenia zaburzeń odżywiania się, to mężczyźni są specyficzną grupą pacjentów, często całkowicie odmienną, zwłaszcza jeśli chodzi o zrozumienie przyczyn, dla których „wpadają w wir” nieprawidłowych zachowań żywieniowych, ewoluujących w chorobę.

2. Zaburzenia odżywiania się u mężczyzn

W DSM-IV znajdują się kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego (anorexia nervosa), bulimii psychicznej (bulimia nervosa) oraz informacja na temat aktualnego

statusu niespecyficznego zaburzenia odżywiania się. Uwzględniając różnice w specyfice zaburzenia odżywiania się między kobietami a mężczyznami – wspomniane kryteria można stosować u pacjentów obu płci.

2.1. Epidemiologia

Przyjmuje się, że dojrzewający chłopcy oraz dorośli mężczyźni stanowią około 10% przypadków zdiagnozowanych zaburzeń odżywiania się. Najczęściej stwierdza się u nich bulimie psychiczną oraz zespół gwałtownego objadania się [1].

Szacuje się, że jadłowstręt psychiczny diagnozowany zgodnie z kryteriami określonymi w DSM-III lub DSM-III-R występuje u 0–0,16% adolescentów oraz młodych mężczyzn (dla porównania – u 0–0,90% dojrzewających dziewcząt i młodych kobiet). U mężczyzn występowanie bulimii psychicznej, określonej zgodnie ze wskazaniami zawartymi w DSM-III lub DSM-III-R, ocenia się na 0–0,70%, u kobiet zaś na 0,34–1,50% (przegląd w [1]). Hoek i van Hoeken [2] szacują częstość jadłowstrętu psychicznego u mężczyzn na < 1 , a prawdopodobnie nawet $< 0,5/100\ 000/\text{rok}$, stosunek zaś chorych kobiet do chorych mężczyzn na $> 10:1$. Według danych zgromadzonych przez wspomnianych autorów bulimia psychiczna występuje wśród mężczyzn z częstością $0,8/100\ 000/\text{rok}$.

Dane na temat niespecyficznego zaburzenia odżywiania się są bardzo ograniczone. W DSM-IV wyszczególnia się jedynie zespół gwałtownego objadania się. Podejrzewa się, że nawet do 40% osób chorujących na zespół gwałtownego objadania się to mężczyźni (przegląd w [3]).

Międzyplciowe różnice w częstości występowania zaburzeń stają się jednak mniej wyraźne, jeśli rozważy się obecność jedynie wybranych objawów, typowych dla zaburzeń odżywiania się konkretnego typu (ang. *partial syndrome eating disorders*). Diagnoza zaburzenia odżywiania się wydaje się trudniejsza u mężczyzn niż u kobiet. Mężczyźni rzadziej uciekają się do tak restrykcyjnych metod kontroli wagi, jak czynią to kobiety. Podobnie, epizody objadania się, które w przypadku kobiet uchodzą za nieprawidłowe lub niewłaściwe, wśród mężczyzn bywają sankcjonowane. Możliwe więc, że oszacowanie występowania zaburzenia odżywiania się u mężczyzn na podstawie diagnozy opartej jedynie na części objawów byłoby lepszym estymatorem występowania tych zaburzeń w populacji mężczyzn [1]. Jeśli uwzględnić w obliczeniach osoby obu płci wykazujące jedynie część objawów danego zaburzenia i umieścić je w puli osób chorych, to okazałoby się, że bulimia psychiczna występuje u 1,08% mężczyzn, wśród kobiet zaś – u 3,16% (stosunek kobiety : mężczyźni wynosi $2,9 : 1$). Występowanie jadłowstrętu psychicznego wśród mężczyzn szacuje się na 0,92%, natomiast dla kobiet szacowana wartość to 1,81% (stosunek kobiety : mężczyźni wynosi $2,0 : 1$) [4].

2.2. Czynniki ryzyka

Wśród najważniejszych czynników ryzyka wystąpienia zaburzenia odżywiania się u mężczyzn wymienia się m.in. nadwagę oraz otyłość w dzieciństwie. Próby korygowania wagi wiążą się ze stosowaniem diet odchudzających. Ocenia się, że stosowanie

diet to jeden z najważniejszych czynników ryzyka, tak dla mężczyzn, jak i dla kobiet. Za dodatkowy czynnik ryzyka uważa się uprawianie sportów, które wymagają szczupłej sylwetki (np. kolarstwo) lub utrzymywania ciężaru ciała kwalifikującego do określonej kategorii wagowej (np. zapasy) (przegląd w [1]).

Oprócz wymienionych powyżej, istnieją także inne specyficzne czynniki ryzyka, zajmujące specjalne miejsce w literaturze przedmiotu. Mowa tu m.in. o zależności między występowaniem zaburzeń odżywiania się u mężczyzn a orientacją seksualną, percepcją własnej sylwetki czy wybranymi cechami osobowości.

2.2.1. Związek z orientacją seksualną

W jednym z największych badań dotyczących zaburzeń odżywiania się u mężczyzn stwierdzono, że 41% pacjentów było heteroseksualnych, orientację zaś homoseksualną bądź biseksualną opisano u 27% chorych [5]. Jako aseksualnych¹ opisano 32% pacjentów. Orientacja homo-/biseksualna była znacząco częstsza wśród chorujących na bulimię psychiczną (42%), aseksualność zaś była raczej charakterystyczna dla mężczyzn cierpiących na jadłowstręt psychiczny (58%) oraz niespecyficzne zaburzenia odżywiania się (44%).

Zważywszy, że występowanie homoseksualizmu w populacji ogólnej zdrowych mężczyzn szacuje się na 2–6% [6], zastanawiający jest znaczny udział mężczyzn o orientacji homoseksualnej w badanych grupach. Przyczyn takiego stanu może być kilka. Po pierwsze, fakt współwystępowania homoseksualizmu mógłby być w pewien sposób związany z silniejszą manifestacją objawów zaburzeń odżywiania się. W związku z tym homoseksualiści byliby nadreprezentowani w poradniach zajmujących się terapią zaburzeń odżywiania się. Z drugiej strony – przyjmuje się, że mogłoby to być związane z przeświadczeniem tych mężczyzn o dużej roli atrakcyjności fizycznej. Opisano pacjentów, którzy twierdzili, że ich seksualność odegrała kluczową rolę w rozwoju zaburzeń odżywiania się. Po trzecie, wydaje się, że przyczyny dużego udziału pacjentów aseksualnych w grupie mężczyzn chorujących na jadłowstręt psychiczny mogłyby być głównie biologiczne. W tym przypadku efekt niedożywienia i wynikającego z niego obniżenia się poziomu testosteronu potęgowałby utratę popędu i pożądania seksualnego (przegląd w [5]).

Mężczyźni homoseksualni są bardziej niezadowoleni z własnej wagi [7] oraz mniej usatysfakcjonowani obrazem własnego ciała w porównaniu z mężczyznami heteroseksualnymi [8]. Ponadto homoseksualiści, częściej niż mężczyźni heteroseksualni, wskazują jako idealny typ sylwetkę charakteryzującą się niedowagą [9].

O tym, jak ważną rolę w etiopatogenezie zaburzeń odżywiania się u mężczyzn pełnią: płć psychologiczna (ang. gender), role płciowe oraz orientacja seksualna, świadczą dodatkowo opisy jadłowstrętu psychicznego i bulimii psychicznej u osób z zaburzeniami tożsamości płciowej [10, 11]. Zasugerowano na przykład, że dla transseksualistów typu mężczyzna/kobieta utrata wagi mogłaby być sposobem zahamowania libido oraz osiągnięcia szczupłej sylwetki – ideału kobiecej atrakcyjności. Z kolei

¹ Brak zainteresowania aktywnością seksualną przez rok poprzedzający rozpoznanie.

transseksualiści typu kobieta/mężczyzna dzięki diecie mogliby wstrzymać rozwój drugorzędowych żeńskich cech płciowych oraz menstruację. Należy pamiętać, że oba typy osób transseksualnych są w dużym stopniu niezadowolone z obrazu własnego ciała. Tak więc, zmiana zwyczajów żywieniowych (poszczenie, diety, prowokowanie wymiotów) byłaby nieadekwatną strategią redukcji stresu oraz drogą zmiany wyglądu własnego ciała, a tym samym sposobem modyfikacji fizycznej strony seksualności (tzn. związanej z cielesnością) [10].

2.2.2. Zaburzenie percepcji własnego ciała

Pomimo realistycznych wyobrażeń na temat ilości tkanki tłuszczowej, która stanowi normę u zdrowej osoby, mężczyźni cierpiący na zaburzenia odżywiania się cechują się niezgodną z rzeczywistością percepcją ilości tłuszczu we własnym ciele. Co ciekawe, kiedy mieli wskazać typ sylwetki najbardziej atrakcyjny dla kobiet, wybierali postać wskazywaną także przez mężczyzn zdrowych [12].

Aby wyjaśnić, jak dochodzi do wspomnianych zaburzeń percepcji obrazu ciała u mężczyzn, oraz jak różne jest to postrzeganie u mężczyzn zdrowych i chorych, należy przeanalizować sposób percepcji tkanki tłuszczowej przez dojrzewające dziewczęta i chłopców. Ponadto przedyskutowany powinien być problem zmian w odczuwaniu satysfakcji z własnego ciała przez mężczyzn na przestrzeni całego życia.

Uważa się, że podstawowe różnice w rozkładzie tkanki tłuszczowej, ujawniające się w okresie dojrzewania płciowego między dziewczętami a chłopcami, są kluczowe dla zrozumienia związku pomiędzy obrazem własnego ciała a płcią [13]. Młode kobiety w większym stopniu niż mężczyźni skupiają się na aspektach cielesności związanych z tkanką tłuszczową, a także ich powiązaniu z płodnością oraz znaczeniem kulturowym i biologicznym. Mężczyźni natomiast koncentrują się raczej na kwestiach związanych z muskulaturą, ich powiązaniem z siłą, dominacją i szeroko rozumianą męskością. Oznakami dojrzewania płciowego dziewcząt są: powiększenie się piersi, bioder oraz podskórne odkładanie się tłuszczu na pośladkach, udach, brzuchu. Natomiast jakakolwiek rozbudowa tkanki tłuszczowej w ciele dojrzewającego chłopca jest w mniejszym stopniu postrzegana jako wskaźnik pokwitania [13].

Choć, jak sugeruje powyższy akapit, obie płcie zdają się kłaść nacisk na zupełnie inne aspekty obrazu własnego ciała, zarówno kobiety, jak i mężczyźni doświadczają braku satysfakcji związanego z własnym ciałem. Większość literatury dotyczy kobiet, niemniej jednak prowadzone badania wskazują na powiązanie wspomnianego braku satysfakcji u mężczyzn z obniżonym przystosowaniem, zaburzeniami odżywiania się, przyjmowaniem steroidów oraz uzależnieniem od ćwiczeń fizycznych (przegląd w [14]). Wydaje się, że ów brak satysfakcji nie jest stałą charakterystyką, ale ewoluuje z wiekiem. Badania 10- oraz 11-latków wskazują, że dziewczynki częściej wyrażają wolę bycia smuklejszymi oraz doświadczają negatywnych uczuć w związku z ciałem (np. [15]). Z drugiej strony jednak, im chłopcy są starsi, tym bardziej chcą być szczupli [16]. Badacze interpretują to jako dowód na wzrost, wraz z wiekiem, świadomości wymagań socjokulturowych, swoistego „ciśnienia” na męskosc wyrażaną poprzez

muskularną posturę. Zdaniem Oliver i Thelen [17] dziewczynki częściej niż chłopcy wierzą, że smukła sylwetka zapewni im sympatię rówieśników.

Wydaje się, że dojrzewający chłopcy, w porównaniu z młodymi kobietami, generalnie są bardziej usatysfakcjonowani obrazem swego ciała (np. [18]). W populacji kobiet to dziewczęta, wchodzące wcześniej lub później (niż zwykle) w okres dojrzewania, są bardziej zagrożone brakiem satysfakcji z własnego ciała. Wśród mężczyzn to chłopcy późno rozpoczynający okres pokwitania częściej komunikują brak satysfakcji z ciała [19]. Z dostępnych danych wynika, że dojrzewający chłopcy koncentrują się na wzroście masy mięśniowej, podczas gdy dorośli mężczyźni skupiają się raczej na utracie masy ciała (utracie tkanki tłuszczowej) oraz wzroście siły mięśni (przeгляд w [14]). Dorośli mężczyźni dzielą się więc prawie równo na dwie grupy. Jedna chce stracić na wadze (pozbyć się nadmiaru tkanki tłuszczowej), druga przeciwnie – przybrać (wzrost masy mięśniowej). To sytuacja inna niż w populacji kobiet, w której niezależnie od wieku dominuje chęć bycia szczupłą, bez względu na aktualną wartość indeksu BMI² (przeгляд oraz dyskusja wyników innych prac w [14]).

Mogłoby się wydawać, że w literaturze rysuje się wyraźne zróżnicowanie satysfakcji z własnego ciała w zależności od płci. Autorzy tacy, jak np. Jackson, Sullivan i Rostker [20], sugerują jednak, że obraz może być bardziej skomplikowany, niż się wydaje. Okazało się, że nie płeć, a role płciowe decydują o poziomie satysfakcji z własnego ciała. Sfeminizowani mężczyźni, inaczej niż zmaskulinizowane kobiety, wskazywali na deficyty w obrazie własnego ciała w wielu dziedzinach. Zdaniem autorów to nie płeć bezpośrednio jest odpowiedzialna za postrzeganie swego ciała w określony sposób przez dorosłych mężczyzn, ale fakt, że biologiczni mężczyźni najczęściej przyjmują męską rolę płciową. Przyjęcie zaś męskiej roli płciowej związane jest ze stereotypizacją wizerunku męskiego ciała.

2.2.3. Uwarunkowania osobowościowe

Dyskusja nad związkiem pomiędzy predyspozycjami do zachorowania na zaburzenia odżywiania się a cechami osobowości trwa od dawna (przeгляд w [21]).

Przykładem najnowszych badań może być praca Kjelsasa i Augestad [22]. Autorzy ci przebadali 1482 studentów norweskich uniwersytetów (905 kobiet oraz 577 mężczyzn) z wykorzystaniem testów EDI-1 (ang. Eating Disorder Inventory-1 [23]) oraz KSP (ang. Karolinska Scale of Personality [24]). EDI-1 mierzy cechy kliniczne charakterystyczne dla zaburzeń odżywiania się oraz określa czynniki mające wyjaśniać powstawanie tych zaburzeń. KSP służy do pomiaru cech osobowości. Celem autorów było przeanalizowanie zależności pomiędzy cechami osobowości, nieprawidłowymi zachowaniami związanymi z odżywianiem się, intensywnością ćwiczeń fizycznych a płcią. Potraktowali w swojej pracy ćwiczenia fizyczne jako potencjalny czynnik ryzyka wystąpienia zaburzeń odżywiania się. Analiza czynnikowa wyników testu KSP ujawniła istnienie trzech czynników, którym nadano Eysenckowskie miana: ekstrawersji, neurotyczności oraz psychotyczności.

² BMI (ang. body mass index) to stosunek: (masa ciała [kg]/wzrost² [m]).

Wymiar neurotyczności (podskale KSP: lęk psychiczny i somatyczny, napięcie mięśniowe, psychastenia, zahamowanie agresji, wrogość, brak zsojalizowania) oraz wielkość współczynnika BMI najlepiej odróżniały podpopulację mężczyzn wykazujących zaburzone zachowanie związane z jedzeniem od grupy mężczyzn nie wykazujących takiego zachowania. Mężczyzn z pierwszej grupy charakteryzowała większa neurotyczność oraz większa wartość współczynnika BMI. W ten sam sposób neurotyczność różnicowała również grupy kobiet o zaburzonych i prawidłowych wzorcach zachowań związanych z odżywianiem się. Pomimo ogólnych międzypłciowych różnic osobowościowych, układ cech osobowości był bardzo podobny u osób obu płci osiągających podwyższone wyniki w EDI-1. Zdaniem autorów mógłby to być dowód przemawiający za dużym podobieństwem psychopatologii stojącej za zaburzeniami odżywiania się u obu płci. Wykazano ponadto, że zaburzone zachowania związane z odżywianiem się nie pozostawały w zależności z liczbą godzin przeznaczanych na ćwiczenia fizyczne.

Inne badanie, w którym również analizowano bardzo dużą grupę z populacji ogólnej (6313 norweskich studentów — w tym 1178 mężczyzn), przeprowadzili Perry, Silvera, Rosenvinge i Holte [25]. Autorzy ci podjęli próbę prześledzenia zależności pomiędzy zaburzeniami zachowania związanego z przyjmowaniem pokarmu a zdefiniowanymi na gruncie teorii psychoanalitycznej cechami osobowości: oralnymi, histerycznymi oraz obsesyjnymi.

Do pomiaru cech osobowości wykorzystano test BCI (ang. Basic Character Inventory [26]). Zaburzone wzorce zachowań żywieniowych analizowano za pomocą testu EDS-5 (ang. Eating Disorder Scale-5 [27]). EDS-5 składa się jedynie z 5 pytań dotyczących zachowań i uczuć związanych z jedzeniem, jest więc wygodnym narzędziem do wykorzystania w dużych badaniach populacyjnych.

W przypadku obu płci najlepszym predyktorem wystąpienia nieprawidłowych zachowań żywieniowych był czynnik oralny wyjaśniający u kobiet i mężczyzn odpowiednio 13 i 11% wariacji. U mężczyzn były to zwłaszcza podskale: wątpienie w siebie, niestabilność emocjonalna oraz wrażliwość. Dla obu płci wyniki w EDS-5 korelowały pozytywnie i znacząco z oralnymi podskalami: wątpienie w siebie, brak pewności siebie, wrażliwość, zależność, użalanie się oraz emocjonalna niestabilność. W porównaniu z czynnikiem oralnym, czynniki histeria i obsesja korelowały słabo z wynikami w ESD-5. Zdaniem autorów, stwierdzenie o istnieniu zależności pomiędzy cechami osobowości składającymi się na czynnik oralny a zaburzeniami zachowań żywieniowych potwierdzają wcześniejsze doniesienia o związku zaburzeń odżywiania się z niską samooceną, zależnością emocjonalną, potrzebą aprobaty społecznej i kontroli (przegląd w [25]). Wyniki potwierdziły także teoretyczne założenia o związku między cechami oralnymi osobowości a zaburzeniami odżywiania się. Zgodnie z tymi założeniami nieprawidłowe zachowania związane z przyjmowaniem pokarmu miałyby być sposobem radzenia sobie z istnieniem wewnętrznego konfliktu oraz problemów interpersonalnych. Ponadto, zgodnie z teorią relacji z obiektem oraz psychologią self, zaburzenia odżywiania się mogłyby być odzwierciedleniem deficytów we wczesnych wzorcach oddziaływań rodzic–dziecko.

Przedstawione wyniki badań wskazują na istnienie osobowościowych korelatów w patogenezie zaburzeń odżywiania się zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet.

2.3. Różnice międzypłciowe w obrazie klinicznym

Obraz kliniczny jadłowstrętu psychicznego u mężczyzn generalnie można uznać za podobny do opisywanego u kobiet, jednak wielu autorów wskazuje na czasem subtelne różnice (przegląd w [28]). U mężczyzn nie występuje odpowiednik bardzo czytelnego objawu znacznego niedożywienia (lub wręcz wygłodzenia organizmu), jakim jest u kobiet brak kolejnych menstruacji. W przypadku podejrzenia choroby sugeruje się wykonanie u nich pomiarów antropometrycznych, m.in.: BMI, stosunku wysokość/waga z uwzględnieniem wieku, grubości fałdu skórniego w okolicy tricepsa. Komplikacje kliniczne opisywane u mężczyzn, a będące skutkiem niedożywienia, to m.in. objawy ze strony układu krążenia (np. tachykardia), ale także atrofia regionów korowych widoczna w obrazowaniu mózgu metodą tomografii komputerowej. Sugeruje się, że krytyczny stan niektórych pacjentów jest m.in. wynikiem zwlekania ze zwróceniem się po specjalistyczną pomoc. Wydaje się ponadto, że mężczyźni nie skupiają się tak bardzo jak kobiety na osiągnięciu konkretnej wagi ciała, ale raczej na uzyskaniu kształtów/muskulatury zgodnych z wyidealizowanym obrazem (szerokie ramiona, wąskie biodra etc.). Wiek wystąpienia pierwszych objawów wydaje się zbliżony dla obu płci (choć istnieje szereg sprzecznych doniesień, np. [29]). Choć część autorów wskazuje na duże podobieństwo u pacjentów obu płci przebiegu klinicznego choroby, charakterystyki psychologicznej oraz historii życia, to stwierdzono, że większy odsetek mężczyzn niż kobiet zajmował się lekkoatletyką w okresie poprzedzającym rozpoznanie choroby. Przypuszcza się, że wspomniana populacja mężczyzn może być niedostatecznie zdiagnozowana pod względem zaburzeń odżywiania się. Należy dodać, że obraz zaburzeń odżywiania się u mężczyzn jest często komplikowany przez współistniejące zaburzenia osobowości, nastroju oraz uzależnienie od substancji psychoaktywnych [28].

Wydaje się, że pierwsze objawy bulimii psychicznej mogą być stwierdzane u mężczyzn później niż u kobiet. Nie musiałyby to być związane z rzeczywistym późniejszym wiekiem zachorowania, ale z brakiem „męskiej otwartości” oraz deklarowanym przez mężczyzn wstydem, związanym z „kobiecą” chorobą. W przypadku mężczyzn zachorowanie na bulimię psychiczną, częściej niż u kobiet, poprzedzone było występowaniem otyłości. Z drugiej strony, mężczyźni wydają się mniej zaniepokojeni epizodami objadania się oraz kontrolowaniem wagi. Tak jak u kobiet, również u nich stwierdza się, towarzyszące zaburzeniom odżywiania się, zaburzenia nastroju, lękowe oraz osobowości. Warto zauważyć natomiast, że mężczyźni częściej niż kobiety uzależnieni są dodatkowo od substancji psychoaktywnych, np. alkoholu czy kokainy [28].

Zespół gwałtownego objadania się zdefiniowano jako nawracające epizody objadania się, bez towarzyszących im niewłaściwych zachowań kompensacyjnych. W rzeczywistości pacjenci ponoszą często porażkę, gdy chcą stracić na wadze, i w rezultacie cierpią z powodu otyłości. W grupie pacjentów z zespołem gwałtownego objadania się mężczyźni jedzą więcej niż kobiety. Natomiast osoby obu płci mają podwyższone wyniki w skalach mierzących depresję [28].

2.4. Leczenie

W swoim podręczniku poświęconym zaburzeniom odżywiania się u mężczyzn, Andersen [30] szczegółowo opisuje zasady ich terapii i leczenia w klinice leczenia zaburzeń odżywiania się w Johns Hopkins Medical Institutions (Baltimore, USA). Przyjmuje, że jadłowstręt psychiczny jest początkowo jedynie zaburzeniem zachowania. Później dopiero choroba zaczyna odgrywać konkretne role w życiu danego mężczyzny, a ostatecznie ulega utrwaleniu dzięki wtórnym mechanizmom biologicznym. Przykładowe „zadania”, jakie może spełniać choroba, to m.in. przetrwanie kryzysów rozwojowych (zwłaszcza chłopcy przed okresem dojrzewania oraz adolescenci), kryzysów w związkach małżeńskich i pozamałżeńskich (głównie mężczyźni o późnym okresie wystąpienia pierwszych objawów), dawanie poczucia efektywności podejmowanych działań oraz kontroli nad własnym życiem. Bulimia psychiczna i jadłowstręt psychiczny są postrzegane przez Andersena jako punkty na kontinuum obrazu klinicznego zaburzeń odżywiania się. Takie rozumienie problemu pozwala badaczowi na pewną unifikację postępowania leczniczego oraz bardziej całościowe ujęcie tematyki.

W swojej pracy Andersen dużą rolę w terapii przypisuje rodzinie. Ważne jest uzyskanie możliwie wielu informacji od każdego z członków rodziny na temat osobowości chorego w czasie poprzedzającym wystąpienie objawów oraz początków i rozwoju objawów zaburzenia. Sama rodzina również podlega analizie. Badana jest jej struktura, sposoby komunikacji między członkami, występujące w niej normy i oczekiwania, istniejące granice, wypełnianie funkcji rodzicielskich, reakcje na zmiany zachodzące w pacjencie na skutek dojrzewania i rozwoju. Przyjmuje się, że dla każdej rodziny powinna być zaproponowana indywidualna strategia postępowania. Jako ogólną wskazówkę Andersen podaje, że im większy udział rodziny w wystąpieniu zaburzenia odżywiania się u jednego z jej członków, tym pomyślniejsze rokowanie dla pacjenta. Pacjent uniezależniając się od rodziny ma szansę na prawidłowy rozwój i poprawę stanu zdrowia. Jeśli objawy choroby warunkowane są w przeważającym stopniu specyfiką osobowości pacjenta, to rokowanie jest dużo gorsze.

Według Andersena skuteczna interwencja psychologiczna w zaburzeniach odżywiania się ma trzy charakterystyczne cechy: (1) jest skoncentrowana na zrozumieniu roli, jaką odgrywa zaburzone zachowanie w życiu pacjenta (ang. central dynamic formulation), (2) integruje wiele technik oraz podejść teoretycznych w celu zwiększenia skuteczności leczenia, (3) wykorzystywany zestaw technik terapeutycznych jest dostosowany do potrzeb pacjenta. Informacje o pacjencie oraz praca z nim pozwalają zwykle na stawianie hipotez dotyczących tego, w jaki sposób oraz dlaczego różne sfery życia chorego powiązane są z objawami zaburzonego zachowania. Wyróżnia się więc „centralny temat”, wokół którego tworzy się struktura zaburzenia. Pozwala to zaproponować adekwatny schemat leczenia. Andersen wyróżnił kilka takich „tematów”, częściej spotykanych u mężczyzn niż u kobiet, m.in. (1) obawa przed przybraniem na wadze, tak jak miało to miejsce przed wystąpieniem objawów zaburzenia, (2) obawa przed zdrowotnymi konsekwencjami otyłości – obecnej u rodziców, (3) pragnienie osiągnięcia sylwetki gwarantującej sukcesy sportowe. Psychoterapia powinna łączyć w sobie elementy interwencji indywidualnej, grupowej oraz strategię rodzinne. Powinna wychodzić naprzeciw potrzebom pacjenta poprzez wykorzystanie

wielu metod leczenia. Jako najskuteczniejszą, Andersen opisuje następującą sekwencję metod: wsparcie i edukacja, terapia poznawczo-behawioralna, psychoterapia psychodynamiczna oraz podejście egzystencjalne. Edukacja mężczyzn cierpiących na zaburzenia odżywiania się odbywa się przede wszystkim w pięciu obszarach: (1) objawy i przebieg choroby, (2) przyjmowanie posiłków, (3) umiejętności społeczne, (4) lecznicze oddziaływanie psychoterapii, (5) seksualność. Pomocne dla wielu pacjentów okazuje się przekazanie wiedzy na temat szeroko rozumianej seksualności. Celem takiej edukacji jest oswojenie z myślami dotyczącymi zachowań seksualnych oraz dostarczenie informacji, które pomogą zachowywać się w przyszłości w sposób odpowiedzialny w kwestiach związanych z życiem płciowym. Część mężczyzn cierpiących na jadłowstręt psychiczny czuje się nieswojo na samą myśl o seksie, nawet bez podejmowania współżycia. U nastolatków, częściej niż u dorosłych mężczyzn, mogą ujawniać się zagadnienia związane z zaburzeniami tożsamości płciowej oraz różnego rodzaju wewnętrzne konflikty związane z seksualnością. Analiza seksualnego kontekstu zachowań pacjenta wspomaga ponadto śledzenie pozytywnych zmian towarzyszących leczeniu. Ponownej obecności myśli i uczuć o charakterze erotycznym u pacjenta leczonego z powodu jadłowstrętu psychicznego towarzyszy zwykle powrót do normy poziomu testosteronu we krwi [31]. Andersen [30] wskazuje na dużą różnicę na poziomie emocjonalnym i behawioralnym między młodym, seksualnie wycofanym pacjentem chorym na jadłowstręt psychiczny a starszym, gwałtownym, chorym na bulimię psychiczną, którego waga utrzymuje się na poziomie normy. Ten drugi jest często bardzo aktywny seksualnie, jego zaś postępowanie w sferze życia płciowego może nosić znamiona impulsywności i braku odpowiedzialności. Opisane typy pacjentów to ekstrema pewnego kontinuum, na którym lokują się chorzy mężczyźni. W przypadku leczenia mężczyzn zagadnienia związane z seksualnością mają prawdopodobnie szczególne znaczenie. Mężczyźni, częściej niż kobiety, skłonni są oddzielać życie płciowe od emocji oraz wchodzenia w bliskie relacje.

Przy założeniu podobieństwa ogólnych zasad postępowania leczniczego w przypadku pacjentów obu płci, Fairburn i Harrison [32] podsumowują dane o skuteczności różnych form psychoterapii w leczeniu zaburzeń odżywiania się. Wyróżnia się całkowity brak danych na temat leczenia atypowych postaci zaburzeń odżywiania się. Bezwzględnie najskuteczniejszą okazała się terapia poznawczo-behawioralna, którą z najlepszym skutkiem stosowano w leczeniu bulimii psychicznej i zespołu gwałtownego objadania się, z gorszym – w przypadku jadłowstrętu psychicznego. W leczeniu jadłowstrętu psychicznego najwyżej oceniono terapię rodzinną, natomiast w leczeniu zespołu gwałtownego objadania się, obok wspomnianej terapii poznawczo-behawioralnej, wskazywano na terapię interpersonalną.

Leczenie zaburzeń odżywiania się opiera się głównie na psychoterapii. Psychoterapia może być jednak w wybranych sytuacjach wsparta farmakoterapią. Ogólne zalecenie Andersena [30] mówi o braku konieczności leczenia psychofarmakologicznego w zaburzeniach odżywiania się, chyba że wystąpią objawy depresji. Niemniej jednak w zaburzeniach odżywiania się stosuje się wiele grup leków – prócz przeciwdepresyjnych, również przeciwłękowe, normotymiczne oraz przeciwpsychotyczne [33].

Нарушения питания у мужчин

Содержание

Несмотря на то, что нарушения питания рассматриваются, как обычно, „женскими нарушениями” они могут присутствовать также и у подростков и взрослых мужчин. В настоящей работе приведены данные, относящиеся к появлению психической анорексии, булимии и синдрома обжарства в популяции мужчин. Представлена клиническая картина нарушений питания у мужчин в сопоставлении с данными популяции женщин с такими же нарушениями питания. Кроме того, проведена дискуссия над значением некоторых факторов риска, особенно относящихся к группе мужчин. К таким факторам относятся нарушения перцепции собственного тела, личностные обусловливания и потенциальная связь между появлением нарушения питания и сексуальной ориентировкой. Суммирована эффективность разных форм психотерапии при лечении пациентов с нарушениями питания. Описаны основы проведения психотерапии мужчин с такими нарушениями. Учтены специфические черты этиологии указанных нарушений в той группе пациентов, а также характерные трудности, имеющие влияние на течение лечения.

Essstörungen bei Männern

Zusammenfassung

Trotzdem, dass Essstörungen gewöhnlich als „Frauenbeschwerde” betrachtet werden, können sie sowohl bei Jungen als auch bei erwachsenen Männern erscheinen. In der vorliegenden Arbeit wurden die Angaben zur Erscheinung Anorexia nervosa, Bulimie und Syndrom des übermäßigen Essens bei Männern besprochen. Man besprach das klinische Bild der Essstörungen bei Männern und verglich es mit den Angaben, die aus der Population der kranken Frauen kommen. Außerdem diskutierte man über die Bedeutung ausgewählter Risikofaktoren, die sich auf eine besondere Weise auf die Patienten - Männer - beziehen, u.a. Störungen zur Perzeption des eigenen Körpers, Persönlichkeitsbedingungen und über den potentiellen Zusammenhang zwischen den Essstörungen und sexueller Orientierung. Die Wirksamkeit unterschiedlicher Formen der Psychotherapie bei der Behandlung der Patienten mit Essstörungen wurde zusammengefasst. Man beschrieb die Grundsätze der Psychotherapie der Männer, die unter Essstörungen leiden. Man berücksichtigte spezifische Eigenschaften der Ätiologie der erwähnten Störungen in dieser Patientengruppe und charakteristische Schwierigkeiten, die den Verlauf der Behandlung beeinflussen.

Les troubles des conduites alimentaires chez les hommes

Résumé

Bien que les troubles des conduites alimentaires soient perçus comme « troubles féminins », ils peuvent se manifester également chez les jeunes garçons ainsi que chez les hommes adultes. Cet article présente les données épidémiologiques concernant l'anorexie mentale, la boulimie et le syndrome de l'hyperphagie chez les hommes. On décrit aussi leurs images cliniques en les comparant avec celles des femmes. De plus on discute les facteurs choisis du risque concernant avant tout les hommes tels que: troubles de perception du corps, traits de personnalité, corrélation potentielle de ces troubles alimentaires et d'orientation sexuelle. On analyse aussi l'efficacité de différentes formes de la psychothérapie de ces troubles des conduites alimentaires ainsi que l'on décrit les principes de ces thérapies. En même temps on prend en considération les traits spécifiques de l'étiologie de troubles en question et les difficultés qui influent sur le cours de leurs thérapies.

Piśmiennictwo

1. Ricciardelli LA, McCabe MP. *A biopsychosocial model of disordered eating and the pursuit of muscularity in adolescent boys*. Psychol. Bull. 2004; 130: 179–205.

2. Hoek HW, van Hoeken D. *Review of the prevalence and incidence of eating disorders*. Int. J. Eat. Disord. 2003; 34: 383–396.
3. Becker AE, Grinspoon SK, Klibanski A, Herzog D. *Eating disorders*. N. Engl. J. Med. 1999; 340: 1092–1098.
4. Woodside DB, Garfinkel PE, Kin PE, Goering P, Kaplan AS, Goldbloom DS, Kenedy SH. *Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community*. Am. J. Psychiatry 2001; 158: 570–574.
5. Carlat DJ, Camargo CA, Herzog DB. *Eating disorders in males: a report of 135 patients*. Am. J. Psychiatry 1997; 154: 1127–1132.
6. Lew-Starowicz Z, Lew-Starowicz M. *Homoseksualizm*, wyd. I. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1999, s. 9–54.
7. French SA, Story M, Remafedi G, Resnick MD, Blum RW. *Sexual orientation and prevalence of body dissatisfaction and eating disordered behaviors: A population-based study of adolescents*. Int. J. Eat. Disord. 1996; 19: 119–126.
8. Beren SE, Hayden HA, Wilfley DE, Grilo CM. *The influence of sexual orientation on body dissatisfaction in adult men and women*. Int. J. Eat. Disord. 1996; 20: 135–141.
9. Herzog DB, Newman KL, Warshaw M. *Body image dissatisfaction in homosexual and heterosexual males*. J. Nerv. Ment. Dis. 1991; 179: 356–359.
10. Hepp U, Milos G. *Gender identity disorder and eating disorders*. Int. J. Eat. Disord. 2002; 32: 473–478.
11. Hepp U, Milos G, Braun-Scharm H. *Gender identity disorder and anorexia nervosa in male monozygotic twins*. Int. J. Eat. Disord. 2004; 35: 239–243.
12. Mangweth B, Hausmann A, Walch T, Hotter A, Rupp CI, Biebl W, Hudson JI, Harrison GP Jr. *Body fat perception in eating-disordered men*. Int. J. Eat. Disord. 2004; 35: 102–108.
13. Crisp AH, Burns T. *Primary anorexia nervosa in the male and female: a comparison of clinical features and prognosis*. W: Andersen AE, red. *Males with eating disorders*, wyd. 1. New York: Brunner-Routledge; 1990, s. 77–99.
14. McCabe MP, Ricciardelli LA. *Body image dissatisfaction among males across the lifespan. A review of past literature*. J. Psychosom. Res. 2004; 56: 675–685.
15. Polce-Lynch M, Myers BJ, Kilmartin CT, Forssmann-Falck R, Kliewer W. *Gender and age patterns in emotional expression, body image and self-esteem: a qualitative analysis*. Sex Roles 1998; 38: 1025–1041.
16. Parkinson KN, Tovee MJ, Cohen-Tovee EM. *Body shape perceptions of preadolescent and young adolescent children*. Eur. Eat. Disord. Rev. 1998, 6: 126–135.
17. Oliver KK, Thelen MH. *Children's perceptions of peer influence on eating concerns*. Behav. Ther. 1996; 27: 25–39.
18. Rosenblum GD, Lewis M. *The relations among body image, physical attractiveness and body mass in adolescence*. Child Dev. 1999; 70: 50–64.
19. Siegel JM, Yancey AK, Aneshensel CS, Schuler R. *Body image, perceived pubertal timing, and adolescent mental health*. J. Adolesc. Health. 1999; 25: 155–165.
20. Jackson LA, Sullivan LA, Rostker R. *Gender, gender role, and body image*. Sex Roles 1988; 19: 429–443.
21. Cassin SE, von Ranson KM. *Personality and eating disorders: A decade in review*. Clin. Psychol. Rev. 2005; 25: 895–916.
22. Kjelsas E, Augestad LB. *Gender, eating behavior, and personality characteristics in physically active students*. Scand. J. Med. Sc. Sports 2004; 14: 258–268.
23. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. *Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia and bulimia*. Int. J. Eat. Disord. 1983; 2: 15–34.

24. Schalling D, Edman G. *Personality and vulnerability to psychopathology. The development of KSP Inventory Manual*. Stockholm: Department of Psychology, Karolinska Institute, University of Stockholm; 1987.
25. Perry J, Silvera D, Rosenvinge JH, Holte A. *Are oral, obsessive, and hysterical personality traits related to disturbed eating patterns? A general population study of 6313 men and women*. J. Person. Assessm. 2002; 78: 405–416.
26. Torgersen S. *The oral, obsessive and hysterical personality syndromes. A study of hereditary and environmental factors by means of the twin method*. Arch. Gen. Psychiatry 1980; 37: 1272–1277.
27. Rosenvinge JH, Perry JA, Bjorgum L, Bergersen TD, Silvera DH, Holte A. *A new instrument measuring disturbed eating patterns in community populations: Development and initial validation of a 5-item scale (EDS-5)*. Eur. Eat. Disorders Rev. 2001; 9: 123–132.
28. Muike AM, Stein DG, Arbess G. *Eating disorders in adolescent boys: a review of adolescent and young adult literature*. J. Adolesc. Health. 2003; 33: 427–435.
29. Braun DL, Sunday SR, Huang A, Halmi KA. *More males seek treatment for eating disorders*. Int. J. Eat. Disord. 1999; 25: 415–424.
30. Andersen A. *Diagnosis and treatment of males with eating disorders*. W: Andersen AE, red. *Males with eating disorders*, wyd. I. New York: Brunner-Routledge; 1990, s. 133–162.
31. Andersen AE, Wirth JB, Strahlman ER. *Reversible weight-related increase in plasma testosterone during treatment of male and female patients with anorexia nervosa*. Int. J. Eat. Disord. 1982; 1: 74–83.
32. Fairburn CG, Harrison PJ. *Eating disorders*. Lancet 2003; 361: 407–416.
33. Rabe-Jabłońska J, Melcer P. *Psychofarmakoterapia jadłowstrętu psychicznego*. W: Bomba J, Józefik B, red. *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej*, wyd. I. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne; 2003, s. 115–121.

Adres: Daniel Bąk
Zakład Genetyki Medycznej, Instytut Matki i Dziecka
01-221 Warszawa, ul. Kasprzaka 17 A

Otrzymano: 13.04.2007
Zrecenzowano: 6.08.2007
Przyjęto do druku: 2.10.2007