

AGNIESZKA NOWOGRODZKA¹, BARTOSZ PIASECKI²

ZABURZENIE ODŻYWIANIA – RÓŻNICE MIĘDZYPLCIOWE

EATING DISORDERS – GENDER DIFFERENCES

¹Institut Psychologii

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Kierownik: prof. dr hab. Jerzy Brzeziński

²Zakład Psychologii Klinicznej

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Kierownik: dr hab. Ewa Mojs

Streszczenie

Zaburzenia odżywiania stanowią stale narastający problem społeczny. Objawy tych zaburzeń powodują wiele negatywnych skutków, które w zaawansowanych stadiach choroby mogą prowadzić do poważnych komplikacji zdrowotnych, a nawet śmierci. Do tej pory, ze względu na częstość występowania, większość badań nad zaburzeniami odżywiania skupiała się przede wszystkim na płci żeńskiej. Ma to swoje odzwierciedlenie w sygnalizowanych przyczynach prowadzących do powstania objawów tych chorób, jak i opisach symptomów tych chorób w klasyfikacjach. W ostatnim czasie obserwuje się jednak narastającą liczbę przypadków mężczyzn cierpiących na zaburzenia odżywiania.

Artykuł ten jest próbą podsumowania wyników przeprowadzonych do tej pory badań i porównania na ich podstawie kobiet i mężczyzn pod względem braku satysfakcji z własnego wyglądu, częstości i rodzaju stosowanych diet, aktywności podejmowanej w celu zmniejszenia masy ciała, kulturowych i społecznych czynników prowadzących do rozwoju zaburzeń odżywiania.

SŁOWA KLUCZOWE: zaburzenia odżywiania, różnice międzyplciowe, anoreksja, bulimia, gwałtowne objadanie się.

Summary

Eating disorders become a more and more serious social problem. Symptoms of these disorders bring consequences to almost every aspect of diseased person's functioning, leading to severe threat to health and life. Due to much higher prevalence, most of the research on eating disorders concentrate on female patients, which can be seen in mostly "female focused" etiology and symptoms' classification of these disorders. However, there is an increasing number of cases of men suffering from eating disorders. In order to get wider and more accurate view of eating disorders it is crucial to study gender differences in etiology and persistence of these disorders. This seems to be especially important in the face of more and more demanding male body standards. The aim of this article is to present current research on eating disorders in perspective of gender differences in body dissatisfaction, usage of severe diets and exercises, male and female cultural/social factors leading to development of eating disorders.

KEY WORDS: eating disorders, gender differences, anorexia, bulimia, binge eating disorder.

Historie osób, które dobrowolnie ograniczały czy odmawiały spożywania pokarmów można znaleźć już w średniowiecznych zapisach żywotów świętych, natomiast pierwszy znany opis kliniczny zaburzeń odżywiania – jadłowstrętu psychicznego – został przedstawiony przez angielskiego lekarza Richard'a Morton'a w 1689 roku [1]. Od tamtego czasu anoreksja, jak i inne zaburzenia odżywiania, stopniowo znajdowały zainteresowanie jak i uznanie za rzeczywisty problem zdrowotny świata nauki i medycyny. W ostatnim stuleciu notuje się wyraźny wzrost liczby rozpoznań zaburzeń odżywiania, szczególnie wśród nastolatków i osób we wczesnej dorosłości, co sprawia, że ta grupa zaburzeń staje się coraz poważniejszym problemem społecznym [2].

Zaburzenia odżywiania powodują wiele negatywnych konsekwencji dla zdrowia psychicznego i fizycznego jednostki, w zaawansowanych stadiach choroby mogą prowadzić do poważnych, często nieodwracalnych komplikacji zdrowotnych, a nawet śmierci. Do tej pory, ze względu na częstość występowania, większość badań nad zaburzeniami

odżywiania skupiała się przede wszystkim na płci żeńskiej. Ma to swoje odzwierciedlenie w sygnalizowanych przyczynach prowadzących do powstania objawów tych chorób, jak i opisach symptomów tych chorób w klasyfikacjach. W ostatnim czasie obserwuje się jednak narastającą liczbę przypadków mężczyzn cierpiących na zaburzenia odżywiania.

Wydaje się, że ze względu na potrzebę głębszego zbadania przyczyn zaburzeń odżywiania, sposobów utrzymywania wagi oraz możliwości ich leczenia zasadne jest pogłębienie wiedzy o obrazie opisywanego zjawiska u mężczyzn i dokonanie międzyplciowych porównań. Może mieć to szczególne znaczenie w związku z dokonującymi się przemianami kulturowymi i stale zwiększającymi się wymaganiami dotyczącymi męskiej sylwetki.

Charakterystyka zaburzeń odżywiania

Podstawowymi rodzajami zaburzeń odżywiania są jadłowstręt psychiczny (*anoreksia nervosa*) oraz żarłoczność psychiczna (*bulimia nervosa*). Termin anorek-

sja pochodzi od dwóch greckich słów: „an” mającego znaczenie ujemne oraz „orexis” oznaczającego apetyt, co w połączeniu oznacza wstręt, odrazę, awersję w stosunku do jedzenia [1]. Jadłowstręt psychiczny charakteryzuje się odczuwaniem silnego lęku przed przytyciem, który prowadzi do drastycznego ograniczenia przyjmowania pokarmów często razem ze stosowaniem innych środków, które umożliwią redukcję wagi. W konsekwencji osoba chora utrzymuje wagę ciała poniżej 85% przeciętnej wagi w danym kraju i kulturze, która jest uznawana za odpowiednią dla danej płci, grupy wiekowej i posiadanej wysokości [3, 4, 5]. Osoby chore na anoreksję unikają spożywania posiłków, ograniczają do minimum ilość przyjmowanych kalorii, stosują często drakońskie diety i głodówki. Dodatkowo chory może zażywać środki hamujące łaknienie, przyspieszające metabolizm, czy środki przeczyszczające. Często jest stosowanie długich i wyczerpujących ćwiczeń fizycznych. Świat anorektyka skoncentrowany jest na kontroli swojego jedzenia i wagi. Charakterystyczną cechą jest zaburzone postrzeganie swojego ciała – chorzy oceniają się za zbyt grubych i ciężkich, o niepożądaną sylwetkę, niezależnie od obiektywnych danych świadczących o poważnym wyczerpaniu organizmu.

Anoreksja prowadzi do wyniszczenia całego organizmu, skutkując zaburzeniami somatycznymi, jak i psychicznymi. Stopień nasilenia skutków jadłowstrętu psychicznego zależy przede wszystkim od czasu trwania choroby i poziomu niedożywienia i odwodnienia organizmu, który miał miejsce w związku z zachowaniami anorektyka. Chorzy wskutek utraty masy mięśniowej i tkanki tłuszczowej mają trudność w termoregulacji ciała, nie tolerują wysokich i niskich temperatur. Występuje meszek (lanugo) na ciele, skóra jest wysuszona i nieelastyczna, paznokcie i włosy stają się kruche i łamliwe. Często są bóle żołądka, wymioty, zaparcia, zaburzenia perystaltyki jelit. Następują zmiany w obrębie układu krwionośnego, pojawiają się spadki ciśnienia krwi i tętna, anemia, bradykardia, może dojść do zaników mięśnia sercowego, arytmii serca, zawrotów głowy i omdleń. W obrębie układu mięśniowo-kostnego występuje osteoporoza, znaczne osłabienie siły mięśni, częste bóle i skurcze mięśni. Skutki anoreksji dotyczą także układu rozrodczego, występuje zanik miesiączkowania, zachodzą zmiany w wielkości jajników, macicy, może dojść nawet do bezpłodności. W obrębie OUN może dochodzić do zaników korowych i zaników istoty białej. W związku z fizycznym wyczerpaniem organizmu pojawiają się deficyty poznawcze: zaburzenia koncentracji uwagi, elastyczności myślenia, pamięci, zdolności uczenia się. Anoreksja często towarzyszy depresja, silnie wahania nastrojów, bezsenność, zahamowanie popędu płciowego. Zachowania chorego często prowadzą do wycofania społecznego i licznych konfliktów z bliskimi, mogą pojawiać się myśli i próby samobójcze [3, 4, 5, 6].

Termin bulimia dosłownie oznacza „byczy głód” (od *bulimis: limos* – głód, *bous* – byk). U osób cierpiących na żarłoczność psychiczną charakterystyczne jest wystę-

powanie regularnie nawracających, niepohamowanych epizodów objadania się, podczas których chorzy przyswajają jednorazowo bardzo duże ilości pokarmów, często przekraczając 20 000 kalorii [3, 4]. Epizodom tym towarzyszy subiektywny przymus jedzenia i poczucie utraty kontroli na własnym zachowaniem. Po napadach objadania się chorzy odczuwają zwykle duże poczucie winy związane z utratą panowania nad sobą oraz ilością pokarmów, które spożyli, co w połączeniu z nadmierną koncentracją na własnej wadze i wyglądzie prowadzi do zachowań mających skompensować przyjęte kalorie. Bulimicy próbują wypróżnić się stosując środki przeczyszczające i moczopędne, wywołują wymioty, stosują intensywne ćwiczenia fizyczne oraz restrykcyjne diety czy głodówki. Występujące napady kompulsywnego objadania się powodują, że pomimo utrzymywanego na co dzień reżimu dietetycznego, ćwiczeń i innych sposobów kontroli wagi, osoby chore na bulimie często mają wagę oscylującą w okolicach normy [5]. Podobnie jak w przypadku anoreksji również żarłoczność psychiczna prowadzi do poważnych dysfunkcji somatycznych, psychicznych i społecznych [3, 4]. Jednym z pierwszych widocznych skutków bulimii są uszkodzenia szkliva, postępująca próchnica oraz zrogowacenia na opuszkach palców. Chorzy mogą również skarżyć się na ciągłe uczucie palenia w gardle. Jest to spowodowane działaniem kwasu żołądkowego uwalnianego podczas prowokowania wymiotów. Powiększone ślinianki prowadzą do obrzmień twarzy i policzków. W związku z przemiennymi zachowaniami redukującymi wagę i napadami objadania się chorzy doświadczają częstych i silnych wahań swojej wagi. Pojawiają się bóle brzucha, mdłości, wzdęcia i zatwardzenia. Stosowanie środków farmakologicznych, intensywne ćwiczenia i wymioty są powodem odwodnienia i poważnych zaburzeń elektrolitowych, niedoboru potasu, sodu, chloru co prowadzi do osłabienia organizmu. Występują bóle, skurcze i osłabienie siły mięśni, poczucie wyczerpania, bóle głowy, zaburzenia miesiączkowania. Chorzy mają zwiększone ryzyko zaburzeń pracy nerek i arytmii serca. Podobnie jak w anoreksji także u bulimików często współwystępuje depresja. W związku z poczuciem utraty kontroli nad własnym zachowaniem chorzy odczuwają przygnębienie, poczucie winy, odrazę do samego siebie. Występują wahania nastroju, duże rozdrażnienie związane z chronicznie odczuwanym napięciem i niepokojem. Dochodzi do częstego unikania sytuacji społecznych, przede wszystkim związanych z jedzeniem, co może prowadzić do wycofania społecznego.

Gwałtowne objadanie się (binge eating disorder – BED) jest zaburzeniem odżywiania, które charakteryzuje się występowaniem nawracających epizodów objadania się, które nie podlega kontroli [7]. Podczas napadów chory zjada znaczne ilości pożywienia, aż do niekomfortowego poczucia przepełnienia żołądka. Epizody objadania się pojawiają się nawet gdy osoba nie jest głodna, w czasie których chory je znacznie szybciej niż ma w zwyczaju, najczęściej w samotności. Po skończeniu

jedzenia osoba chora zazwyczaj czuje poczucie winy, obrzydzenie wobec siebie, często z BED współwystępuje depresja. W przeciwieństwie do bulimii w przypadku gwałtownego objadania się nie występują zachowania, które miałyby skompensować przyjmowane kalorie i pozwolić zmniejszyć wagę ciała. Chorzy najczęściej są klasyfikowani jako mający znaczną nadwagę lub otyłość, chociaż zdarzają się przypadki normalnej wagi. BED w klasyfikacjach diagnostycznych DSM-IV i ICD-10 zaliczane jest do niespecyficznych zaburzeń odżywiania wymagających dalszych badań. Zdaniem Striegel-Moor i Franko [8] istnieje wiele empirycznych doniesień potwierdzających istnienie BED jako odrębnej jednostki diagnostycznej, która prawdopodobnie zostanie formalnie włączona w kolejnych edycjach klasyfikacji. Badania Hudson i współpracowników [9] wskazują, że gwałtowne objadanie się może być najczęściej występującym zaburzeniem odżywiania się.

Etiologia

Rozwój przemysłowo-technologiczny, zmiany w światowej gospodarce, rolnictwie, ekonomii, które miały miejsce w XX wieku, szczególnie po II wojnie światowej, przyczyniły się do bogacenia i poprawy dobrobytu wielu społeczeństw świata, przede wszystkim zachodniego. Dzięki zwiększeniu efektywności rolnictwa, rozwojowi przemysłu przetwórczego, sposobów dystrybucji i magazynowania, dostęp do pożywienia stał się względnie powszechny, a sama żywność przestała być uznawana za wyznacznik statusu społecznego. Konsekwencją tych zmian było również przededefiniowanie kanonów dotyczących naszego wyglądu, pożądanej idealnej sylwetki i wagi – obfite kształty przestały być łączone z wysoką pozycją społeczną, a w przekazach medialnych zaczęły stopniowo dominować szczupłe, smukłe sylwetki kobiet oraz wysportowane, w kształcie litery V (szerokie ramiona, wąskie biodra) sylwetki mężczyzn [3]. Walsh i Devlin [9] zwracają uwagę na większy wskaźnik występowania zaburzeń odżywiania w krajach rozwiniętych, co wydaje się potwierdzać znaczenie zwiększenia dostępności pożywienia i zmian kulturowych z tego wynikających. W ostatnich latach tendencja wydaje się pogłębiać. Na pokazach mody, w magazynach, filmach można zaobserwować coraz chudsze sylwetki kobiet, ze słabo zarysowanymi cechami żeńskimi, natomiast w przypadku mężczyzn z jednej strony widoczne jest preferowanie w dalszym ciągu sylwetki V, jednak również sylwetek bardzo szczupłych czy wręcz kobiecych. Dodatkowo szczupła sylwetka łączona jest ze zdrowym stylem życia, atrakcyjnością, powodzeniem, co razem powoduje, że taki wygląd stał się w naszej kulturze niezwykle pożądany, szczególnie w przypadku kobiet. Z drugiej strony powszechny dostęp do żywności, ułatwienia w przemieszczaniu się, często stacjonarny tryb pracy i spędzania czasu wolnego powoduje, że nigdy wcześniej nie było tak łatwo o przybranie na wadze. Sama żywność natomiast, jest prostym sposobem na dostarczenie swojemu organizmowi przyjemności, co może prowadzić do stosowania jedzenia jako sposobu na redukcję napięcia emocjonalnego. Nie

sprostanie zinternalizowanym wymogom kulturowym dotyczącym wyglądu prowadzić może do wykształcenia negatywnego postrzegania własnego ciała, które często skutkuje generalizacją negatywnej oceny na całą osobę, nasze „Ja”.

Idealizacja szczupłej sylwetki i obawa przed przytyciem jest podstawowym czynnikiem ryzyka w zaburzeniach odżywiania [10], które pojawiają się zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, przede wszystkim w okresie dojrzewania i wczesnej dorosłości. Zdaniem Obuchowskiej [11] przejście z okresu dzieciństwa w dorosłość jest etapem kryzysowym dla człowieka, który wymaga adaptacji do znacznych przemian w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej. Pierwszymi widocznymi przejawami dojrzewania są zmiany w budowie ciała, które stopniowo konfrontują adolescenta ze swoją płciowością i seksualnością, co z kolei prowadzi do identyfikowania się z nowymi rolami społecznymi oraz przeformułowania obrazu własnej osoby i stosunków ze światem społecznym. Osobom z zaburzeniami odżywiania często trudno jest zaakceptować zachodzące zmiany i zaadaptować się do sytuacji, w której wygląd i budowa ciała stają się przedmiotem oceny.

Okres dojrzewania jest także czasem, w którym kształtuje się tożsamość adolescenta, co wiąże się z koniecznością konfrontacji z dotychczasowymi wzorcami rodzinnymi, ideałami, normami, wartościami. Zdaniem Eriksona [12] jest to etap poszukiwania i weryfikacji nowych idei, który jest niezbędny w kształtowaniu się indywidualnej osobowości jednostki. Niezbędnym elementem tego procesu jest przyzwolenie świata społecznego, przede wszystkim rodzinnego, na pewien stopień samodzielności, niezależności, autonomii, pozwolenie na konstruktywne kwestionowanie istniejącego ładu i poszukiwanie nowych możliwości. Opiekunowie powinni zapewnić warunki do bezpiecznej eksploracji nastolatki, jednocześnie będąc w dalszym ciągu stałym punktem oparcia i wyznacznikiem dopuszczalnych granic. W rodzinach z zaburzeniami odżywiania, przede wszystkim z przypadkami anoreksji, zachowania budujące samodzielny obraz dziecka są często mocno ograniczane [4]. Młoda osoba spotyka się z bardzo wysokimi oczekiwaniami i wymaganiami, którym nie towarzyszy odpowiednie wsparcie, brak jest przyzwolenia na popełnianie błędów i poszukiwanie indywidualnych rozwiązań. Stopniowo u nastolatki kształtuje się skrajnie wysoki perfekcjonizm, któremu nie jest w stanie sprostać, co prowadzi do niskiego poczucia wartości, wysokiego samokrytycyzmu, braku satysfakcji z własnych osiągnięć czy ze swojego wyglądu. Trudności te, mimo pojawiających się zmian, dotyczą przede wszystkim płci żeńskiej, mężczyznom przyznaje się więcej prawa do okazywania swojego indywidualizmu, niezadowolonia, niezależności, zwłaszcza w adolescencji.

Występowanie

Występowanie jest jednym z najważniejszych czynników różnicujących płciowo zaburzenia odżywiania. Przyjmuje się, że jedynie około 10–15% pacjentów z zaburzeniami odżywiania to mężczyźni, a najczęściej

rozpoznawane są u nich gwałtowne objadanie się oraz żarłoczność psychiczna [13]. Anoreksja jest chorobą, która dotyczy przede wszystkim dziewcząt w okresie dojrzewania oraz kobiet we wczesnej dorosłości. Występowanie jadłowstrętu psychicznego w krajach zachodnich szacowana jest na 0,2–0,9%, a wśród kobiet nawet do 5,7% [14, 15]. Mężczyźni rzadko są w grupie pacjentów z anoreksją. Występowanie tego zaburzenia u płci męskiej szacowane jest na ok. 0,1% [13], jednak wskazuje się na małą liczbę badań epidemiologicznych nad anoreksją u mężczyzn oraz fakt, iż jednym z kryteriów do niedawna niezbędnym do rozpoznania anoreksji były zaburzenia miesiączkowania [16].

Także w przypadku żarłoczności psychicznej widoczna jest znaczna przewaga występowania zaburzenia wśród kobiet. Ostrożne szacunki mówią, że 0,34–1,5% kobiet cierpi na bulimię. W przypadku mężczyzn występowanie jest częstsze niż w anoreksji i wynosi 0,1–0,7% [13]. Różnice międzypłciowe w kontekście występowania zaburzeń zaczynają się zacierać w przypadku gwałtownego objadania się. Szacuje się, że nawet do 20–40% osób z BED to mężczyźni [16]. Występowanie gwałtownego objadania się w ogólnej populacji szacowane jest na 1–5%, wśród kobiet do 3,5%, a wśród mężczyzn do 2% [17].

Różnice w obrazie klinicznym

Pomimo stosowania tych samych kryteriów diagnostycznych widoczne są różnice w obrazie klinicznym kobiet i mężczyzn z zaburzeniami odżywiania. W przypadku anoreksji jedną z najważniejszych różnic międzypłciowych jest brak u mężczyzn tak znaczącego i wyraźnego objawu fizjologicznego jakim jest u kobiet zaprzestanie miesiączkowania. Uważa się to za jedną z możliwych przyczyn tak rzadkiego diagnozowania jadłowstrętu psychicznego wśród mężczyzn [16, 18]. Wraz z mniejszą gotowością do szukania profesjonalnej pomocy, późniejszym dojrzewaniem płciowym może to także być przyczyną późniejszego rozpoznawania anoreksji wśród mężczyzn [16]. W historii pacjentów z anoreksją wśród mężczyzn częstsze są przypadki uprawiania zawodowego czy pół-zawodowego sportu, szczególnie lekkoatletyki i kolarstwa przed rozpoznaniem choroby [16, 18]. Mężczyźni również częściej niż kobiety stosują wyczerpujące ćwiczenia fizyczne w celu redukcji wagi, rzadziej natomiast zażywają środki przeczyszczające i odchudzające, rzadziej także sprawdzają swoją wagę. Także cel kontroli swojego jedzenia i odchudzania wydaje się różnić obie płcie. Mężczyźni częściej koncentrują się na osiągnięciu odpowiedniej sylwetki niż bezpośrednio na redukcji swojej wagi [16, 18, 19, 20].

Bulimia podobnie jak anoreksja jest później rozpoznawana wśród mężczyzn (18–26 lat wobec 15–18 lat u kobiet) [16]. Mężczyźni częściej niż kobiety przed wystąpieniem objawów choroby mają nadwagę bądź otyłość, częściej także przyznają się do objadania, jednak z drugiej strony to kobiety częściej mają poczucie utraty kontroli nad swoim jedzeniem [16, 18, 20]. Ta subiektywna utrata panowania nad swoim zachowaniem może być przyczyną częstszego i bardziej nasilonego

odczuwania poczucia winy wśród kobiet z bulimią. U mężczyzn z żarłocznością psychiczną natomiast częściej występuje nadużywanie bądź uzależnienie od substancji psychoaktywnych. Meyer ze współpracownikami [21] zwrócili uwagę na różnice międzypłciowe w regulacji złości u osób z bulimią. Kobiety wydają się stosować zachowania bulimiczne, by nie dopuścić do pojawienia się negatywnej emocji, podczas gdy mężczyźni raczej stosują je do bezpośredniego rozładowania już obecnej emocji.

W przypadku BED mężczyźni częściej mają epizody objadania się, podczas których zjadają zazwyczaj większe ilości pokarmów niż kobiety [16, 18, 20]. W związku z tym w grupie mężczyzn z BED jest większy odsetek osób z otyłością niż wśród kobiet. Jednak podobnie jak w bulimii, także w BED to kobiety częściej odczuwają poczucie winy oraz niezadowolenie z własnego ciała.

Spostrzeganie własnego ciała

Percepcja własnego ciała, pożądana idealna sylwetka oraz wynikający z rozbieżności pomiędzy nimi brak satysfakcji z własnego ciała są jednymi z najważniejszych psychologicznych cech zaburzeń odżywiania, szczególnie w przypadku anoreksji oraz bulimii. Kobiety na ogół częściej oceniają siebie jako zbyt grube, częściej kontrolują swoją wagę i stosują diety, są również bardziej niezadowolone ze swojego wyglądu niż mężczyźni, jednak w ostatnich latach obserwuje się rosnącą dyssatisfakcję z własnego ciała u płci męskiej [16]. Brak satysfakcji ze swojego ciała dotyczy więc zarówno kobiet, jak i mężczyzn, jednak występują znaczne różnice międzypłciowe w tym jak obie płcie spostrzegają swoje ciała i do jakich idealnych sylwetek dążą.

Mężczyźni wydają się dużo bardziej niż kobiety skoncentrowani na osiągnięciu odpowiedniej sylwetki, niż byciu szczupłym jako takim, co wiąże się z ich stosunkiem do utraty wagi. Traktują go raczej jako środek niż cel [22]. Jak już było wspomniane we wcześniejszym akapicie, ideał męskiej sylwetki w kulturze zachodniej zakłada posiadanie szerokich barków i klatki piersiowej, dużego bicepsa oraz szczupłych bioder (kształt litery V). Natomiast ideał kobiecej sylwetki koncentruje się na byciu bardzo szczupłą, szczególnie w odniesieniu do bioder, ud i pośladków. W związku z tymi różnicami dojrzewający chłopcy częściej koncentrują się na zwiększeniu masy mięśniowej górnych partii ciała, podczas gdy dziewczęta przede wszystkim dążą do zmniejszenia wagi. W badaniach nastolatków Furnham i wsp. [22] wykazali, że 73% chłopców pragnęło zwiększyć masę górnej części ciała w porównaniu do 22% dziewcząt, natomiast zmniejszenia wielkości dolnych części ciała chciało 41% chłopców oraz 61% dziewcząt. W przypadku kobiet tendencja do uzyskania szczupłej sylwetki się nie zmienia, w każdej grupie wiekowej widoczna jest chęć bycia szczupłą [13]. Cele mężczyzn nie są tak stałe w czasie. Wraz z wiekiem można zaobserwować wyraźne rozwarstwienie mężczyzn na dwie praktycznie równoliczne grupy [13, 22]. Z jednej strony wciąż obecna jest chęć zwiększania masy mięśniowej górnych partii

ciała, jednak z drugiej pojawiają się dążenia do zmniejszenia wagi swojego ciała, co jest spójne z doniesieniami o późniejszym rozpoznawaniu anoreksji i bulimii u mężczyzn. Niezależnie od wieku to kobiety są bardziej narażone na odczuwanie konsekwencji związanych z niską satysfakcją z własnego ciała. Kobiety częściej łączą ocenę swojego wyglądu z innymi swoimi cechami, z tego też powodu brak satysfakcji z własnego ciała częściej wpływa u kobiet na obniżenie poczucia własnej wartości niż jest to w przypadku mężczyzn [2, 13, 22].

Ze względu na częstość występowania oraz poważne, zagrażające nawet życiu objawy, zaburzenia odżywiania stanowią grupę chorób, które są stale badane, a wiedza odnośnie czynników sprzyjających ich pojawianiu się stale się pojawia. Pomimo stałego zainteresowania niewiele jest nadal doniesień odnoszących się do specyfiki tych chorób u mężczyzn oraz występujących różnic międzypłciowych. Zaprezentowany przegląd badań wykazuje, że mimo istnienia wspólnych kryteriów diagnostycznych zaburzenia odżywiania mają inną specyfikę u mężczyzn, niż u kobiet.

Kobiety głównie ze względu na naciski kulturowe znacznie częściej cierpią na anoreksję i bulimię. Dla nich też najważniejszym celem, który chcą osiągnąć przez kontrolę ilości spożywanych pokarmów jest zmniejszenie wagi. U mężczyzn najczęstszym zaburzeniem z tej grupy jest gwałtowne objadanie się i rzadziej występująca bulimia. Z badań wynika, iż płęć męska dąży przede wszystkim do osiągnięcia sylwetki charakteryzującej się zwiększeniem umięśnienia w górnych partiach (sylwetka w kształcie V). Mężczyźni rzadziej stosują też restrykcyjne formy pracy nad ciałem, takie jak środki przeczyszczające, a skupiają się raczej na pracy nad ciałem poprzez aktywność fizyczną.

Zaznaczony w dotychczasowych badaniach różny obraz kliniczny występujący u obu płci, odmienne sposoby dążenia do idealnej sylwetki, a także obserwowane różnice w postrzeganiu własnego ciała wskazują, iż dociekania w tym nurcie powinny być nadal prowadzone. Obserwowane różnice mogą bowiem skutkować wyróżnieniem różnych kryteriów odpowiednich dla obu płci, co mogłoby ułatwić diagnozę zaburzeń odżywiania, zwłaszcza u mężczyzn. Rozpoznanie specyfiki tych chorób w porównaniach międzypłciowych może też skutkować stworzeniem lepszych, bardziej dostosowanych do jednostki programów terapeutycznych.

Piśmiennictwo

1. Pilecki M.: Historia zaburzeń odżywiania. W: Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania. Józefik B. (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999, 11-30.
2. Van Hoeken D., Seidell J., Hoek H. W.: Epidemiology. W: The handbook of Eating Disorders. Treasure J., Schmidt U., van Furth E. (red.), Second edition, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex 2003, 11-35.
3. Abraham S., Llewellyn-Jones D.: Anoreksja, bulimia, otyłość, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995.

4. Seligman M.E.P., Walker E.F., Rosenhan D.L.: Psychopatologia, Zysk i S-ka, Poznań 2003.
5. Keca J., Cook-Cottone C.: Middle-School and High-School Programs Help Beat Eating Disorders. W: The Education Digest Vol. Eating Disorders, 2005, October, 33-39.
6. Albisetti V.: Pułapka anoreksji. Dlaczego się choruje, jak wyzdrowieć, Jedność, Kielce 2006.
7. White M.A., Grilo C.M.: Diagnostic Efficiency of DSM-IV Indicators for Binge Eating Disorders. *J. Consult Clin. Psychol.*, 2011, 79, 75-83.
8. Striegel-Moore R.H., Franko D.L.: Should binge eating disorder be included in the DSM-V? A critical review of the state of the evidence. *Ann. Rev. Clin. Psychol.*, 2007, 4, 305-324.
9. Walsh S., Devlin E.: Eating disorders: progress and problems. *Science*, 1998, 280, 5368, 1387-1390.
10. Massey-Stokes M. S.: Prevention of Disordered Eating among Adolescents. *The Clearing House*, 2000, 73, 6, 335-340.
11. Obuchowska I.: Adolescencja. W: Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka, Harwas-Napierała B., Trempała J. (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, 163-197.
12. Erikson H.E.: Dopelniony cykl życia, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2002.
13. Ricciardelli L.A., McCabe M.P.: A biopsychosocial model of disordered eating and the pursuit of muscularity in adolescent boys. *Psychol. Bull.* 2004, 130, 179-205.
14. Hoek H.W., van Hoeken D.: Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2003, 34, 383-396.
15. Makino M., Tsuboi K., Dennerstein L.: Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries. *Medscape General Medicine*, 2004, 6, 3, 49-51
16. Fichter M., Krenn H.: Eating disorders in Males. *Handbook of Eating Disorders*, John Wiley & Sons, Ltd., 2003.
17. Steiger H., Bruce K.R., Israel M.: Eating Disorders. W: *Handbook of Psychology. Volume 8. Clinical Psychology*. Stricker, G., Widiger, T.A. (red.), John Wiley & Sons, New Jersey, 2003, 173-195.
18. Muike A.M., Stein D.G., Arbess G.: Eating disorders in adolescent boys: a review of adolescent and young adult literature. *J. Adolesc. Health*, 2003, 33, 427-435.
19. Bąk D.: Zaburzenia odżywiania się u mężczyzn. *Psychiatria Polska*, 2008, XLII, 2, 167-178.
20. Striegel-Moore R.H., Rosselli F., Perrin N.: Gender Difference in the Prevalence of Eating Disorder Symptoms. *Int. J. Eat. Disord.*, 2009, 42, 471-474.
21. Meyer C., Leung N., Waller G.: Anger and Bulimic Psychopathology: Gender Differences in a Nonclinical Group. *Int. J. Eat. Disord.*, 2005, 37, 69-71.
22. Furnham A., Badman N., Sneade I.: Body Image Dissatisfaction: Gender Differences in Eating Attitudes, Self-Esteem, and Reasons for Exercise. *J. Psychol.* 2002, 136(6), 581-596.

Adres do korespondencji:

Instytut Psychologii
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
ul. Szamarzewskiego 89
60-568 Poznań