

Anna Monika Cieślukowska, Izabela Łucka

Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego Uniwersytetu Gdańskiego

Zaburzenia odżywiania wśród klinicznej populacji dzieci i młodzieży płci męskiej

Eating disorders in male child and adolescent clinical population

Abstract

Introduction. The holistic perspective on male eating disorders cases remain rare. The main goal of the discussed retrospective study was to analyze the clinical manifestation as well as the dynamics of longstanding psychopathological symptoms among hospitalized male patients diagnosed with eating disorder taking into particular consideration the specificity of presented symptomatology, the realization versus non-realization of the therapeutic contract and psychiatric disorders running in the family of origin.

Material and methods. A total number of 12 male child and adolescent subjects, hospitalized between 1982 and 2007, who satisfied diagnostic criteria for anorexia nervosa or bulimia nervosa, participated in the retrospective study. The quantity analysis covered: age, height, weight as well as body mass index value at the time of baseline and follow-up assessment, weight loss as well as time of weight loss and time of hospitalization. The quality analysis covered: the specificity of presented psychopathological symptomatology as being the exemplification of the diagnostic subtypes among eating disorders spectrum, comorbid psychiatric syndromes, the attitude towards therapeutic contract as well as psychiatric disturbances running in the family of origin.

Results and conclusions. The presented findings imply that the clinical manifestation of the disturbed eating behaviour and weight regulation pattern in male child and adolescent clinical population is not homogenous. Potential directions for future research among male population are introduced. Overall, further comparative studies (male versus female both inpatient and outpatient population) as well as data obtained from prospective longitudinal studies would provide important knowledge to the field.

Psychiatry 2010; 7, 5: 173–179

key words: eating disorders, male, clinical population

Wstęp

Problematyka wpływu płci męskiej na powstawanie, przebieg i leczenie zaburzeń odżywiania się bywa niedostatecznie uwzględniana w rozważaniach teoretycznych oraz analizach empirycznych, mimo że jedne z pierwszych udokumentowanych oraz dostępnych w literaturze przedmiotu klinicznych studiów przypadków, prezentujących zaburzony wzorzec realizacji potrzeby pokarmowej oraz stosunku do własnego ciała, dotyczyły właśnie osób płci męskiej [1].

Okresem najbardziej sensywnym dla wystąpienia zaburzeń odżywiania jest faza normatywnego kryzysu rozwojowego, jakim jest adolescencja, ze szczytem zachorowalności przypadającym bimodalnie na 14.–15. oraz 18.–19. rok życia [2, 3]. Manifestacja psychopatologicznych objawów zaburzeń łaknienia u osób płci męskiej przypada zatem na okres dynamicznego rozwoju biopsychospołecznego [4–6]. Jednak stereotypowe przekonania sugerujące, że problem zaburzeń jedzenia odnosi się tylko do osób płci żeńskiej lub alternatywnie — homoseksualnych osób płci męskiej, jak również wzorzec minimalizacji występujących objawów psychopatologicznych, wpisujący się w kliniczną manifestację choroby, lub zaprzeczenie choroby, w istotny sposób

Adres do korespondencji:

dr n. med. Anna Monika Cieślukowska
Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych
i Wieku Podeszłego GUMed
ul. Srebrniki 1, 80–282 Gdańsk

Tabela 1. Podstawowe statystyki opisowe charakteryzujące grupę kliniczną (n = 12)**Table 1.** Basic descriptive statistics — clinical population

	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
Wiek (lata)	13,37	2,97	9,09	19,05
Wzrost [m]	1,57	0,12	1,43	1,83
Masa ciała przy przyjęciu [kg]	39,13	12,94	24,50	70,00
Masa ciała przy wypisie [kg]	45,21	12,10	26,90	70,00
BMI przy przyjęciu [kg/m ²]	15,33	2,85	11,18	20,90
BMI przy wypisie [kg/m ²]	17,80	2,35	13,15	20,90
Spadek masy ciała [kg]	10,64	2,90	7	15
Okres spadku masy ciała (mies.)	12,45	10,74	1	36
Okres hospitalizacji (mies.)	2,58	2,35	1	9

BMI (body mass index) — wskaźnik masy ciała

wpływają na obniżenie tendencji do poszukiwania profesjonalnej interwencji medycznej czy terapeutycznej u chłopców i młodych mężczyzn, przyczyniając się tym samym do nieadekwatnego oszacowania rozpowszechnienia dyskutowanej patologii zarówno w populacji klinicznej, jak i wśród osób o subklinicznym nasileniu psychopatologicznych objawów [5, 7]. Wskaźniki zachorowalności wśród chłopców i młodych mężczyzn mieszczą się w granicach 5–10% osób chorujących na jadłowstręt psychiczny [4, 8] oraz 10–15% osób chorujących na żarłoczność psychiczną [6, 9]. Jednocześnie szacunkowe dane sugerują, że tylko około 15% osób chorych płci męskiej podejmuje specjalistyczne leczenie [5].

W literaturze przedmiotu dominują badania prowadzone na podstawie heterogennych grup klinicznych oraz subklinicznych płci żeńskiej, a w konsekwencji generalizacja uzyskanych danych podkreślających podobieństwa obrazu klinicznego chorujących dzieci, młodzieży czy młodych dorosłych płci męskiej może się okazać nieuprawniona. Wobec tego istotna wydaje się podjęta przez autorki próba charakterystyki obrazu klinicznego oraz dynamiki objawów zaburzeń odżywiania się wśród hospitalizowanej populacji pacjentów płci męskiej. Szczegółowa analiza ilościowa oraz jakościowa może się przyczynić do pogłębienia rozumienia specyfiki dyskutowanej psychopatologii w kontekście płci pacjenta oraz może stanowić punkt wyjścia do genderowych badań porównawczych.

Materiał i metody

Do retrospektywnej analizy włączono dzieci oraz adolescentów płci męskiej (n = 12), hospitalizowanych w latach 1982–2007 w Klinice Psychiatrii Rozwojo-

wej, Zaburzeń Psychotycznych i Wiekii Podeszłego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, spełniających kryteria diagnostyczne dla rozpoznania zaburzeń odżywiania. Procedurę diagnostyki psychiatrycznej prowadzono, w zależności od okresu historycznego hospitalizacji oraz dostępności obowiązujących wówczas wytycznych, na podstawie standardów diagnostycznych *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)* [10] lub zaktualizowanej klasyfikacji DSM-IV [11]. Ograniczający podtyp *anorexia nervosa* rozpoznano u 10 z 12 hospitalizowanych pacjentów (83,3%), żarłoczno-wydalający podtyp jadłowstrętu psychicznego u 1 z pacjentów (8,3%), zaś przeczyszczający podtyp *bulimia nervosa* u 1 pacjenta (8,3%). Szczegółowe statystyki opisowe charakteryzujące grupę kliniczną przedstawiono w tabeli 1.

Wyniki

Analiza jakościowa historii chorób prezentowanej grupy klinicznej, pozwalająca na identyfikację oraz eksplanację specyfiki psychopatologii w zakresie realizacji potrzeby pokarmowej oraz stosunku do własnego ciała wśród hospitalizowanych osób płci męskiej, obejmowała: symptomatologię stanowiącą ilustrację podtypów diagnostycznych w ramach spektrum zaburzeń odżywiania się, stosunek do realizacji kontraktu terapeutycznego, współwystępujące zaburzenia psychiczne oraz obciążenia psychiatryczne w wywiadzie. Uzyskane na podstawie retrospektywnej analizy wyniki dostarczyły wielu informacji dotyczących obrazu klinicznego oraz specyfiki manifestacji symptomów zaburzeń odżywiania się wśród hospitalizowanych pacjentów płci męskiej.

Tabela 2. Specyfika wzorca realizacji potrzeby pokarmowej oraz stosunku do własnego ciała wśród hospitalizowanych dzieci i młodzieży płci męskiej**Table 2.** Eating patterns and body image attitudes among hospitalized male child and adolescent clinical population

Symptomy zaburzeń odżywiania się oraz prezentowane zachowania kompensacyjne	Spełnione kryterium diagnostyczne (liczba pacjentów)	Niespełnione kryterium diagnostyczne (liczba pacjentów)
Spadek masy ciała lub brak należytego przyrostu	12 (100%)	–
Restrykcyjne ograniczanie ilości oraz jakości pożywienia	12 (100%)	–
Intensywny lęk przed przybraniem na wadze lub otyłością	7 (58,3%)	5 (41,7%)
Zaburzenia sposobu doświadczania własnej masy i kształtu ciała	10 (83,3%)	2 (16,7%)
Epizody gwałtownego, niekontrolowanego objadania się	2 (16,7%)	10 (83,3%)
Intensywny wysiłek fizyczny	8 (66,7%)	4 (33,3%)
Wymioty	2 (16,7%)	10 (83,3%)
Środki przeczyszczające	2 (16,7%)	10 (83,3%)

Restrykcyjne ograniczanie ilości oraz jakości spożywanych pokarmów, a w konsekwencji spadek masy ciała lub brak należytego przyrostu stwierdzono u wszystkich spośród hospitalizowanych pacjentów; 83,3% z nich w repertuarze swoich zachowań prezentowało zaburzony sposób doświadczania własnej masy oraz kształtu ciała, zaś intensywny lęk przed przybraniem na wadze lub otyłością, pomimo utrzymującej się rzeczywistej niedowagi, obserwowano u 58,3% badanych. Epizody gwałtownego objadania się deklarowało 16,7% osób z grupy klinicznej. Wśród stosowanych przez pacjentów nieadekwatnych zachowań kompensacyjnych dominowały intensywne ćwiczenia fizyczne (66,7%), stwierdzono również wymioty (16,7%) oraz szkodliwe używanie środków przeczyszczających (16,7%). Zestawienie psychopatologicznych objawów prezentowanych przez pacjentów płci męskiej, ze szczególnym uwzględnieniem zróżnicowania w zakresie spełnionego w stosunku do niespełnionego kryterium diagnostycznego, przedstawiono w tabeli 2.

Należy podkreślić fakt, że w podgrupie prezentującej restrykcyjny, ograniczający stosunek do realizacji potrzeby pokarmowej 60% pacjentów stosowało intensywne wysiłki fizyczne jako mechanizm obronny oraz kompensujący wobec lęku przed przybraniem na wadze czy otyłością. Pozostali pacjenci (40%) nie stosowali wymienionych mechanizmów. U 80% osób z tej podgrupy diagnostycznej stwierdzono zaburzenia obrazu własnego ciała. Lęk przed przybraniem na wadze okazał się również objawem różnicującym

dla podgrup diagnostycznych w ramach spektrum bulimicznych zaburzeń odżywiania.

Obciążenia zaburzeniami oraz chorobami psychicznymi w rodzinie identyfikowanych pacjentów dotyczyły: alkoholizmu (41,7%), epizodu depresyjnego (16,7%) oraz zaburzeń odżywiania się (8,3%). W rodzinach hospitalizowanych dzieci i młodzieży płci męskiej nie stwierdzono zaburzeń nerwicowych. Z powodu schizofrenii leczono babcię jednego pacjenta, historia rodziny trzech osób była obciążona stratami spowodowanymi nagłą śmiercią (poronienie, śmierć brata, samobójstwo dziadka). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 3.

W badanej grupie z objawami zaburzeń odżywiania współwystępowały: u 7 osób (58,3%) — zaburzenia depresyjne, u 3 (25%) — moczenie nocne, u 2 (16,7%) — zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, u 2 (16,7%) — fragmentaryczne deficyty rozwojowe, u 2 (16,7%) — wada wymowy, u jednego (8,3%) — rozpoznano szkodliwe używanie alkoholu.

Charakterystyczna wydaje się pozycja badanych w strukturze rodziny — siedmiu pacjentów było najmłodszymi z rodzeństwa (58,3%), pięcioro było jednakami (41,7%), tak więc zawsze były to dzieci szczególnie uprzywilejowane, ale i pozostające w niezwykle silnym związku z matkami. Pozycja ta być może miała wpływ zarówno na początek choroby (u 5 osób występowały nadwaga poprzedzająca odchudzanie oraz rozwój rozpatrywanych tutaj, pełnoobjawowych zaburzeń odżywiania się), jak i na przebieg leczenia pacjentów, w tym na realizację zawartych kontraktów terapeutycznych.

Tabela 3. Obciążenia psychiatryczne w rodzinach hospitalizowanych pacjentów płci męskiej**Table 3.** *Psychiatric disorders running in the families of origin*

Choroby/zaburzenia psychiczne w rodzinach	Liczba pacjentów
Alkoholizm	5
Epizod depresyjny	2
Zaburzenia odżywiania	1
Zaburzenia nerwicowe	–
Schizofrenia	1

Tabela 4. Stosunek do realizacji kontraktu terapeutycznego**Table 4.** *Psychotherapeutical protocol — realization and attitudes among hospitalized male child and adolescent clinical population*

Rodzaj wypisu	Liczba pacjentów
Po wypełnieniu warunków kontraktu	5
Na żądanie pacjenta przed ukończeniem realizacji wymogów	2
Na żądanie rodziny pacjenta przed ukończeniem realizacji	3
Przeniesienie na specjalistyczny oddział somatyczny	2

Wypis nastąpił: po wypełnieniu warunków kontraktu terapeutycznego (41,7%), na żądanie badanego przed ukończeniem realizacji wymogów kontraktu (16,7%), na żądanie rodziny pacjenta przed ukończeniem realizacji kontraktu terapeutycznego (25%); miało miejsce także przeniesienie na specjalistyczny oddział somatyczny (16,7%), z których chorzy już nie powrócili, aby kontynuować rozpoczęte leczenie psychiatryczne. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 4.

Wnioski

Nieadekwatne wzorce odżywiania się, jak również poznawcze przekonania dotyczące ilości i jakości spożywanych pokarmów oraz stosunku do własnego ciała wśród zarówno klinicznej, jak i subklinicznej populacji osób płci męskiej wydają się wymagać dalszych badań oraz szczególnej klinicznej uwagi i obserwacji. W dostępnej literaturze przedmiotu, pomimo niejednoznaczności obrazu klinicznego zaburzeń jedzenia oraz dynamiki symptomów w klinicznej populacji chłopców i mężczyzn, wciąż niewiele miejsca poświęca się analizie oraz dyskusji nad adekwatnością współczesnych klasyfikacji oraz kryteriów diagnostycznych w kontekście płci osoby prezentującej zaburzony wzorec realizacji potrzeby pokarmowej. W zaprezentowanej próbie klinicznej wszyscy pacjenci odmawiali utrzymania masy ciała na granicy masy minimalnej dla wieku i wzrostu lub powyżej tej granicy.

Uwzględniając zmiany społeczno-kulturowe oraz dynamikę rozwoju biologicznego, istotnym wydaje się rozpatrzenie, czy i do jakiego stopnia utrata masy ciała może być kryterium diagnostycznym oraz różnicującym w relacji do biologicznej płci pacjenta. Niektórzy z autorów postulują, że krytyczna wartość indeksu masy ciała (BMI, *body mass index*) dla osób płci męskiej powinna być równa lub niższa niż 19–19,5 kg/m², przy założeniu, że norma wśród tej populacji jest wyższa w stosunku do normy oczekiwanej u osób płci żeńskiej i waha się w zakresie 22–27 kg/m² [12]. Na uwagę zasługuje też fakt, że nie wszyscy z włączonych do badania pacjentów doświadczali intensywnego lęku przed przybraniem masy ciała lub otyłością, mimo utrzymującej się rzeczywistej niedowagi. Również nie wszyscy z pacjentów prezentowali zaburzenia sposobu doświadczania własnej masy i kształtu ciała. Wcześniejsze doniesienia prezentują odwrotny wzorec, wskazując na zaburzenia obrazu własnego ciała w relacji do braku spadku jego masy [13, 14], jako kryterium nieuwzględniane w klasyfikacji DSM-IV [11]. Z drugiej zaś strony autorzy podkreślają, że nadmierna koncentracja na mięśniach, ich wielkości czy kształcie wydaje się mieścić w ramach psychopatologicznego sposobu doświadczania własnego ciała u chłopców i mężczyzn [15, 16]. Dążenie za wszelką cenę do uzyskania idealnej rzeźby ciała, przy ciągłym niez-

dowoleniu z osiągniętych rezultatów, mimo stosowania restrykcyjnych diet, forsownych ćwiczeń fizycznych, a nierzadko także przyjmowania substancji stymulujących wzrost mięśni — taka postać zaburzeń psychicznych nazwaną bigoreksją lub „kompleksem Adonisa”, wydaje się częstą dolegliwością, na którą cierpi płeć męska. Podobnie ortoreksja, gdy osoby w trosce o swe zdrowie obsesyjnie wręcz skupiają się na jakości spożywanych pokarmów, w dbałości o to, by były one zdrowe i ekologiczne, stopniowo eliminują produkty uznane przez siebie za szkodliwe. Spora grupa starszych chłopców i młodych mężczyzn prezentujących tego typu zaburzenia działa według mechanizmu, który kieruje jadłowstrętem psychicznym: osoby skoncentrowane na sobie, jednocześnie niepewne swej wartości, dążące do perfekcji, nadmiernie kontrolują przyjmowanie pokarmów, narzucają sobie restrykcyjne ograniczenia lub ćwiczenia fizyczne, w nadziei na uzyskanie kontroli nad swoim życiem, a często i panowania nad otoczeniem. Diety i/lub treningi wypełniają im pustkę emocjonalną, nadają sens ich życiu. Tacy pacjenci trafiają do leczenia stacjonarnego (także w klinice autorów pracy), ale stosunkowo rzadko, nie spełniają też kryteriów diagnostycznych dla jadłowstrętu psychicznego oraz bulimii, stąd nie mogą być rozpatrywani w aktualnym badaniu.

W prezentowanej retrospektywnej analizie dominującym rozpoznaniem jest ograniczający podtyp jadłowstrętu psychicznego, co wydaje się zgodne z najnowszymi badaniami epidemiologicznymi [17, 18]. Również w zgodzie ze światowymi doniesieniami pozostają dane odnoszące się do zachowań kompensacyjnych powszechnie stosowanych przez włączonych do badania pacjentów [17, 18]. Rozpatrując specyfikę kryteriów diagnostycznych zaburzeń odżywiania się w kontekście płci pacjenta, nie można pominąć zaburzeń hormonalnych, których obecność u dziewcząt i kobiet znajduje odzwierciedlenie zarówno w klasyfikacji DSM-IV, jak i *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision* (ICD-10), a utrata menstruacji stanowi często pierwszy spostrzegany przez rodziny objaw choroby [11]. Kryteria zastępcze zaburzeń hormonalnych u chłopców i mężczyzn obejmują utratę zainteresowań seksualnych i spadek libido, co wobec trudności, jakie odczuwa zarówno duża część personelu medycznego, jak i rodzin (zwłaszcza wobec pacjentów młodszych wiekiem), w rozmowach dotyczących spraw związanych z funkcjami seksualnymi, czyni je nieprecyzyjnymi i mało uchwytymi [12].

Wiele z prowadzonych współcześnie badań koncentruje się na problematyce czynników predysponujących oraz podtrzymujących dyskutowane formy psychopatologii odżywiania się. Obserwuje się szczególne zainteresowanie zagadnieniem obciążenia chorobami oraz zaburzeniami psychicznymi w rodzinie pochodzenia pacjenta. Uzyskane wyniki pozostają w zgodzie z doniesieniami prezentowanymi w literaturze przedmiotu wskazującymi na obciążenie między innymi alkoholizmem, zaburzeniami jedzenia oraz przebytych epizodami depresyjnymi, jako czynnikami ryzyka dla klinicznej manifestacji jadłowstrętu psychicznego czy żartoczności psychicznej [17, 19]. Z drugiej zaś strony, w wielu doniesieniach podkreśla się znaczącą rolę zaburzeń psychotycznych oraz otyłości jako czynników kontekstu rodzinnego wpływających na kształtowanie się psychopatologii w zakresie realizacji potrzeby pokarmowej oraz stosunku do własnego ciała [17, 19]. Biorąc pod uwagę fakt, że wzajemne powiązania oraz zależności pomiędzy czynnikami indywidualnymi, rodzinnymi oraz społeczno-kulturowymi mogą wyznaczać zarówno adaptacyjne, jak i dezadaptacyjne formy przystosowania biopsychospołecznego badanych osób, uwzględnienie analizy czynników ryzyka w prowadzonych badaniach retrospektywnych oraz prospektywnych może się przyczynić do pogłębienia rozumienia patomechanizmu ekspresji objawów zaburzeń odżywiania się, a tym samym wpływać na prowadzenie skutecznych oddziaływań profilaktycznych i terapeutycznych.

Na Oddziale Dziecięcym oraz Młodzieżowym Kliniki Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego proces leczenia oraz oddziaływań terapeutycznych wobec osób z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania opiera się na tak zwanym kontrakcie terapeutycznym. Jak wynika z klinicznych obserwacji autorek, na podstawie umowy, podpisywanej pomiędzy pacjentem a multiprofesjonalnym zespołem terapeutycznym, deleguje się pacjenta do podjęcia współodpowiedzialności za proces leczenia, a w konsekwencji również zdrowienia, stanowi istotny początek współpracy między osobą chorą a lekarzem psychiatrą, psychologiem oraz pielęgniarkami. W dostępnej literaturze przedmiotu brakuje jednak analizy oraz dyskusji nad postawą osób z rozpoznaniem zaburzeń jedzenia w stosunku do realizacji wymogów kontraktu terapeutycznego. W badanej grupie większa część pacjentów nie zrealizowała zawartej umowy, co może potwierdzać dane mówiące o niekorzystnym wpły-

wie płci męskiej na rokowanie w przebiegu zaburzeń odżywiania. Jak jednak sugerują pojedyncze doniesienia, właśnie płęć męska w przebiegu zwłaszcza jadłowstrętu psychicznego okazała się pozytywnym czynnikiem prognostycznym dla psychiatrycznej remisji oraz adekwatnego funkcjonowania biospochospołecznego pacjentów [18]. Zdaniem autorki stosunek do realizacji kontraktu terapeutycznego (realizacja kontraktu, wypis na żądanie pacjenta, wypis na żądanie rodziny pacjenta, przeniesienie na inny, specjalistyczny oddział somatyczny) może stanowić potencjalny czynnik prognostyczny dla remisji lub nawrotu nieprawidłowych form funk-

cjonowania, wobec czego wymaga dalszej, szczegółowej analizy oraz interpretacji.

Rozpatrując dalszy kierunek rozważań, zarówno teoretycznych, jak i empirycznych, nad aspektem płci w kontekście manifestacji klinicznej psychopatologii w zakresie realizacji potrzeby pokarmowej oraz stosunku do własnego ciała, należałoby rozważyć, czy i do jakiego stopnia zmienna ta determinuje różnice w zakresie ekspresji dyskutowanych zaburzeń, co w dalszej kolejności mogłoby znaleźć odzwierciedlenie w doborze odpowiednich strategii interwencyjnych zarówno profilaktycznych, jak i terapeutycznych.

Streszczenie

Wstęp. W pracy podjęto próbę charakterystyki obrazu klinicznego oraz dynamiki symptomów zaburzeń odżywiania się wśród męskiej populacji hospitalizowanych dzieci oraz młodzieży, ze szczególnym uwzględnieniem specyfiki objawów psychopatologicznych, obciążenia zaburzeniami psychicznymi w rodzinie, pochodzenia oraz realizacji zawartego z pacjentem kontraktu terapeutycznego.

Materiał i metody. Do retrospektywnej analizy włączono pacjentów płci męskiej ($n = 12$), hospitalizowanych w latach 1982–2007, spełniających kryteria diagnostyczne dla rozpoznania zaburzeń odżywiania się (jadłowstrętu psychicznego lub żarłoczności psychicznej) na podstawie obowiązujących standardów diagnostycznych. Analizie ilościowej poddano następujące zmienne: wiek, wzrost, masę ciała przy przyjęciu oraz przy wypisie, wskaźnik masy ciała przy przyjęciu oraz przy wypisie, spadek masy ciała, okres, w którym nastąpił spadek masy ciała, a także długość hospitalizacji. W analizie jakościowej uwzględniono: specyfikę prezentowanych symptomów stanowiących ilustrację podtypów diagnostycznych w ramach spektrum zaburzeń odżywiania się, stosunek do realizacji kontraktu terapeutycznego, współwystępujące zespoły psychopatologiczne oraz obciążenia psychiatryczne w wywiadzie.

Wyniki i wnioski. Uzyskane wyniki pokazują, że obraz psychopatologiczny zaburzeń odżywiania się wśród populacji hospitalizowanych pacjentów płci męskiej nie jest obrazem homogenym. Dalszym krokiem wydaje się analiza porównawcza specyfiki przedstawianego obrazu zaburzeń odżywiania się w obrębie płci męskiej i żeńskiej, jak również prospektywne badania longitudinalne hospitalizowanych pacjentów.

Psychiatria 2010; 7, 5: 173–179

słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania się, mężczyźni, populacja kliniczna

Piśmiennictwo

- Keel P.K., Klump K.L. Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychol. Bull.* 2003; 129: 747–769.
- Garfinkel P.E., Garner D.M. *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective.* Brunner/Mazel, New York; 1982.
- Józefik B. *Epidemiologia zaburzeń odżywiania się.* W: Józefik B. (red.). *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się.* Wyd. 2. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999: 22–29.
- Sharp C.W., Clark S.A., Dunan J.R., Blackwood D.H.R., Shapiro C.M. Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases. *Int. J. Eat. Disord.* 1994; 15: 125–134.
- Olivardia R., Pope H.G., Mangweth B., Hudson J.I. Eating disorders in college men. *Am. J. Psychiatry* 1995; 152: 1279–1285.
- Carlat D.J., Camargo C.A., Herzog D.B. Eating disorders in males: a report on 135 patients. *Am. J. Psychiatry* 1997; 154: 1127–1132.
- Andersen A.E. Gender related aspects of eating disorders: a guide to practice. *Journal of Gender Specific Medicine* 1999; 2: 47–54.
- Striegel-Moore R.H., Garvin V., Dohm F.A., Rosenheck R.A. Psychiatric comorbidity of eating disorders in men: a national study of hospitalized veterans. *Int. J. Eat. Disord.* 1999; 25: 399–404.
- Carlat D.J., Camargo C.A. Review of bulimia nervosa in males. *Am. J. Psychiatry* 1991; 148: 831–843.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual, Third Edition – Reverse: American Psychiatric Association, Washington DC 1987.*
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition.* American Psychiatric Association, Washington DC 1994.

12. Woodside D.B. Eating disorders in men: an overview. *Healthy Weight Journal* 2002; 7/8: 52–55.
13. Andersen A.E., DiDomenico L. Diet versus shape content of popular male and female magazines: A dose response relationship to the incidence of eating disorders? *Int. J. Eat. Disord.* 1992; 11: 283–287.
14. Gillett J., White P.G. Male bodybuilding and the reassertion of hegemonic masculinity: a critical feminist perspective. *Play and Culture* 1992; 5: 358–369.
15. Olivardia R., Pope H.G., Hudson J.I. Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case control study. *Am. J. Psychiatry* 2000; 157: 1291–1296.
16. Petrie T.A., Rogers R. Extending the discussion of eating disorders to include men and athletes. *Counseling Psychologist* 2001; 29: 743–753.
17. Crisp A. Anorexia nervosa in males: Similarities and differences to anorexia nervosa in females. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 2006; 14: 163–167.
18. Lindblad F., Lindberg L., Hjern A. Anorexia nervosa in young men: a cohort study. *Int. J. Eat. Disord.* 2006; 39: 662–666.
19. Nicholls D. Aetiology. W: Lask B., Bryant-Waugh R. (red.). *Eating Disorders in Childhood and Adolescence*. Wyd. 3. Routledge, Taylor & Francis Group, London and New York 2007: 51–74.