



## **D**LACZEGO KOBIECY CHORUJĄ CZĘŚCIEJ NA ZABURZENIA JEDZENIA NIŻ MĘŻCZYŹNI?

*Jolanta Rabe-Jabłońska (Łódź)*

Zaburzenia jedzenia w najnowszych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych obejmują jadłowstręt psychiczny, bulimię psychiczną, napady objadania się oraz atypowe zaburzenia jedzenia. Rozpoznawanie tych zaburzeń jako zaburzeń psychicznych ma niedługą historię, bo w najbardziej znanych na świecie klasyfikacjach znalazły się one dopiero w latach 90. XX w., choć ich wieme opisy w literaturze światowej i dokumentach istniały od dawna i zawsze dotyczyły w przypadku szczególnej ich postaci – jadłowstrętu psychicznego, tylko u kobiet. Znane są opisy świętych lub „prawie” świętych dziewic, które „żyły powietrzem”, odpowiadające wszystkim kryteriom rozpoznawania jadłowstrętu psychicznego. Można więc przypuszczać, że od wieków zaburzenie to istotnie częściej dotyczyło kobiet niż mężczyzn. Z większości badań przeprowadzonych w XX/XXI wieku wynika, że jadłowstręt psychiczny zdarza się od 10–20 razy rzadziej u osób płci męskiej niż żeńskiej, a z mojego własnego psychiatrycznego doświadczenia wynika, że przynajmniej w populacji polskiej zaburzenie to

u mężczyzn występuje jeszcze rzadziej. Powsta- je więc pytanie dlaczego tak jest? Przez długie lata szukano przede wszystkim przyczyn psychologicznych: indywidualnych, rodzinnych oraz środowiskowych, społecznych i kulturowych, udowadniając, że szereg z nich istotnie częściej dotyczy właśnie kobiet. Ewolucyjnie uwarunkowaną rolą kobiety jest wydanie potomstwa i zapewnienie mu przetrwania, a więc w dzisiejszym rozumieniu utrzymanie jak najdłużej atrakcyjności fizycznej zapewniającej partnera seksualnego i co znacznie trudniejsze – opiekuna dla dzieci. W świecie zwierzęcym często atrakcyjne są bardziej osobniki płci męskiej niż żeńskiej, wystarczy porównać lwa i lwicę, bażanty czy pawie. Samce walczą o partnerkę seksualną, aby spełnić swoje zadanie – przekazać geny, a ich udział w wychowywaniu potomstwa jest raczej rzadkością.

Człowiek nie od razu jest w stanie ocenić swą atrakcyjność fizyczną. Około 2 r. ż. (życia) zaczyna się odróżniać od innych osób, między 4 a 5 r. ż. posiada z reguły odpowiednią wiedzę o częściach

swego ciała, co znajduje odbicie w jego rysunkach. Około 9 r. ż. posiada już wiedzę na temat ich funkcjonowania, a także zdolność oceny ich rozmiarów i proporcji. Dopiero w okresie dojrzewania kształtuje się wyraźna postawa emocjonalna wobec własnego ciała. Ciało stanowi zewnętrzną powłokę „ja” danej osoby, przez którą nawiązuje kontakt z otoczeniem i jednocześnie jest ono instrumentem działania. W relacjach społecznych ciało jest nośnikiem komunikacji, dostarcza informacji, jest przedmiotem oceny i pośrednio kształtuje samoocenę. Na obraz naszego ciała, wykształcony w naszym umyśle, mają wpływ czynniki interpersonalne, środowiskowe i czasowe. Obraz ten jest nie tylko zmysłową reprezentacją kształtów i rozmiarów ciała, ale ponadto składają się nań uczucia dotyczące cech całego ciała lub tylko określonych jego części. Obraz własnego ciała jest więc bardzo subiektywny, wielowymiarowy. Niezadowolenie z własnego ciała jest przez wielu badaczy postrzegane jako zaburzenia obrazu swego ciała. Nie zawsze obiektywnie potwierdzona atrakcyjność fizyczna pokrywa się z zadowoleniem z własnego ciała. Na prawidłowy rozwój postrzegania i doświadczania swego ciała wpływa bardzo wiele czynników tworzących podatność osobniczą oraz doświadczenia własne związane z ciałem, a także wzorce kulturowe. Wiele też jest powodów utrzymywania się zaburzonego obrazu własnego ciała, np.: rozbieżność między obrazem ciała realnym a idealnym, obniżona ogólna samoocena, zaburzone relacje społeczne, a także istnienie różnorodnych zaburzeń natury fizjologicznej.

Osoby atrakcyjne fizycznie przeżywają tzw. efekt aureoli, postrzegane są przez otoczenie jako posiadające ponadto szereg innych cech atrakcyjnych. Z perspektywy socjokulturowej atrakcyjna fizycznie jest ta osoba, która najbardziej odpowiada aktualnym standardom kulturowym. Podstawowe wyznaczniki atrakcyjności to obszar twarzy i kształt całego ciała (proporcje, masa ciała). Piękno jest ważną częścią kulturowego stereotypu kobiety, dlatego też koncentracja na wyglądzie i niezadowolenie ze swego ciała są istotnie większe u kobiet niż mężczyzn. Przez wieki istniała duża międzykulturowa zgodność dotycząca szczegółów atrakcyjności twarzy kobiecej i duże różnice dotyczące kształtu i masy ciała, które aktualnie wyraźnie maleją. Przez stulecia, a nawet w ciągu ostatnich 50 lat wyraźnie zmienił się też ideał urody kobiecej, wystarczy porównać Marilyn Monroe, Twiggy i Anję Rubik, aby zobaczyć co je łączy i co je dzieli. Lansowany przez media wizerunek kobiety odbiega o wiele kilogramów i kilka rozmiarów od przeciętnej populacyjnej. Co więcej ten ideał – lansowany jako wzór atrakcyjności, zdrowia

i szczęścia, dla większości kobiet z powodów uwarunkowań genetycznych ich budowy nie jest możliwy do zrealizowania.

Jadłowstręt psychiczny rozwija się w okresie dojrzewania, najczęściej między 13 a 18 r. ż. Właśnie wówczas atrakcyjność fizyczna zaczyna mieć istotne znaczenie. Z danych wynika, że ponad 1% dziewcząt w okresie adolescencji choruje na to zaburzenie jedzenia. Zapadalność na jadłowstręt psychiczny w ostatnich 30 latach istotnie wzrosła – np. w Polsce 5-krotnie. Co więcej emigrantki z krajów o niskim wskaźniku występowania tego zaburzenia po kilku latach pobytu w krajach zachodnich podobnie często cierpią z tego powodu jak ich stałe mieszkanki. Wśród osób wykonujących zawody, w których wygląd jest ważny, sprzyjający karierze, np. modelki, tancerki, gimnastyczki, zaburzenie to występuje istotnie częściej, niż w odpowiedniej wiekowo populacji ogólnej.

Aktualnie „panująca” klasyfikacja zaburzeń psychicznych WHO (ICD-10) podaje ściśle kryteria pozwalające na diagnozę jadłowstrętu psychicznego. Aby postawić to rozpoznanie należy stwierdzić:

- A. Zmniejszenie masy ciała (u dzieci brak przyrostu), prowadzące do osiągnięcia masy co najmniej o 15% poniżej prawidłowej/oczekiwanej przy danym wzroście i w danym wieku. BMI dla dorosłych < 17.5.
- B. Zachowania mające na celu zmniejszenie masy ciała są sobie narzucone przez unikanie „tuczącego” pożywienia.
- C. Ocenianie siebie jako osoby otyłej oraz pojawienie się lęku przed przytyciem, co prowadzi do narzucenia sobie niskiego progu masy ciała.
- D. Zaburzenia endokrynne przejawiające się u kobiet utratą miesiączki, a u mężczyzn – utratą zainteresowań seksualnych i potencji.

W postaci atypowej – pacjenci uznają, że są zbyt chudzi (nie mają poważnych zaburzeń obrazu ciała), lecz nie są w stanie przerwać restrykcji dietetycznych.

Jadłowstręt psychiczny może prowadzić do ogromnego wyniszczenia, czasem do nieodwracalnych lub zagrażających życiu konsekwencji somatycznych. Z przeprowadzonych badań wynika, że ok. 15–20% chorych nadal umiera z tego powodu. Wymienione dane stały się powodem poszukiwań biologicznych przyczyn tego zaburzenia. Rozpoczęły się m.in. liczne poszukiwania genów odpowiedzialnych za wystąpienie tego zaburzenia. Historia tych poszukiwań jest bardzo interesująca, ale efekt niezadawalający. Ostatecznie można powiedzieć, że obecnie jest pewny model poligeniczny jadłowstrętu psychicznego, znaczenie ma więc współdziałanie dużej liczby genów

o małym efekcie działania. W dziedziczeniu wielogenowym, pomiędzy genami dochodzi do interakcji lub sumowania się ich działania, a czynniki środowiskowe mogą dodatkowo modulować ekspresję i wzajemne oddziaływanie między genami. Nie ma więc prostej zależności między genotypem a fenotypem. Większość przeprowadzonych badań wykazuje zwiększone ryzyko rozwoju zaburzenia wśród krewnych chorego, szczególnie I stopnia, wielokrotnie wyższy stopień zgodności zachorowania u bliźniąt monozygotycznych niż dizygotycznych. Brak 100% zgodności występowania zaburzenia u bliźniąt monozygotycznych zdecydowanie wskazuje na udział czynników środowiskowych. Próbowano nawet ocenić stopień odziedziczalności jadłowstrętu psychicznego – tzn. stopień, w jakim zaburzenie to jest determinowane przez czynniki genetyczne i stwierdzono, że jest on równy 33–84%. Analiza sprzężeń wykazała, że istnieje kilka różnych *loci* w genomie człowieka związanych potencjalnie z zachorowaniem na zaburzenia jedzenia. Wykazano, że różne zaburzenia jedzenia mają sprzężenia z chromosomem 1,4,11,13 i 15. W rodzinach z przypadkami restrykcyjnego jadłowstrętu psychicznego wskazano na długie ramię chromosomu 1 (1p33-36), gdzie obecne są m.in. geny receptora opioidowego delta (OPRD1) i genu kodującego receptor serotoninowy 1D (5-HTR1D -1 p36.1-p34.3) oraz geny wykazujące w innych badaniach asocjacje z tym zaburzeniem. Przy pomocy analizy Quantitative Trait Loci (QTL) w określonych rejonach genomu stwierdzono silne sprzężenie z określoną cechą osobowości – obsesyjnością oraz z lękiem (rozumianym jako cecha). Wykazano też inne interesujące związki w innych rejonach, np. z niskim wskaźnikiem masy ciała, z obawami przed popełnieniem błędu, obsesjami związanymi z jedzeniem.

Badania asocjacyjne genów kandydujących, tzn. typowanie genów w oparciu o koncepcje biochemiczne związane z etiopatogenezą jadłowstrętu psychicznego (zaburzeniami w zakresie układu serotonergicznego, noradrenergicznego, dopaminergicznego, hormonów i przekaźników modulujących łaknienie, funkcji neurotrofin, układu endokannabinoidowego, regulacji metabolizmu energetycznego, układu hormonalnego i immunologicznego) niestety nie przyniosły jednoznacznych wyników, być może dlatego, że nadal nie wiadomo, czy stwierdzane dysfunkcje

mają charakter pierwotny czy wtórny, tzn. wynikający z postępującego wyniszczenia. Nie znaleziono także odpowiedzi na pytanie dlaczego zaburzenie to istotnie rzadziej pojawia się u mężczyzn, jako że w większości badań uczestniczyły wyłącznie kobiety. Niektórzy badacze sugerują, że geny podatności na jadłowstręt psychiczny mogą być przekazywane przez matkę i/lub ojca, ale ekspresja fenotypu zachodzi głównie u kobiet i członków rodziny z tego samego pokolenia, a najczęściej współwystępowanie dotyczy sióstr. Przyjęcie koncepcji podatności powoduje, że poszukiwanie różnic w częstości występowania tego zaburzenia między płciami nadal koncentruje się na czynnikach pozabiologicznych: rodzinnych, społecznych i kulturowych. Co więcej są dane wskazujące, że być może mężczyźni i w tej dziedzinie „gonią kobiety”. Ponad 25 lat temu H. G. Pope i K. A. Philips oraz R. Olivardia opublikowali książkę pod tytułem „Kompleks Adonisa”, w której opisali chorobliwe dążenie mężczyzn do perfekcyjnego wyglądu. Początkowo sądzono, że syndrom ten występuje wyłącznie w społeczeństwach bogatych. Zaobserwowano jednak, że po postawieniu przekaźnika TV na pewnej wyspie na Filipinach, pięciokrotnie wzrosła liczba młodych chłopców cierpiących na zaburzenia odżywiania. Młodzi mężczyźni szybko zauważyli, że współczesny ideał męskiego piękna lansowany przez media to szczupła sylwetka i muskularność. Chłopcy z Filipin zapragnęli zostać współczesnymi „bogami”. Zwrócono też uwagę na fakt, że zmienił się obraz mężczyzny lansowany w mediach, najpierw nastąpiła moda na kulturystykę, co poszło w parze z łatwym dostępem do anaboliów, a obecnie coraz częściej pojawiają się w mediach modele o cechach kobiecych lub „neutralnych”. Zdaniem Pope’a i jego kolegów, źródłem omawianych problemów jest także rozwój feminizmu. Równouprawnienie kobiet zachwiało tradycyjną pozycję mężczyzny, który w związku z tym zaczął poszukiwać sposobów odróżnienia się od rzekomo „słabej płci”. Pojawiły się też nowe terminy psychologiczno-psychiatryczne, takie jak: *muscle dysmorphia* lub *bigorexia* (Portugalia, Hiszpania – *vigorexia*, „odwrócony” jadłowstręt psychiczny i wspomniany powyżej zespół Adonisa), które jednak najprawdopodobniej są raczej zaburzeniami z grupy dysmorfofobii\*, a nie „klasycznym” jadłowstrętem psychicznym.

\*Dysmorfofobia należy do zaburzeń hipochondrycznych. Pacjenci są nadmiernie zaabsorbowani wyimaginowanym defektem w wyglądzie lub nadmiernie koncentracją się na rzeczywistej, niewielkiej anomalii fizycznej. Staje się to powodem ich cierpienia i istotnego pogorszenia funkcjonowania. Zaburzenie to nie wynika z obecności innych zaburzeń psychicznych.