

## Muži vs. ženy s diagnózou porucha příjmu potravy

**Monika Víchová**

Psychologický ústav FFMU, Brno

info@psychologon.cz

*Anorexia nervosa and bulimia nervosa are often nicknamed as disease of models. Number of people with this diagnosis is growing, but now is not only women's diagnosis but also male. What are the gender differences in symptoms, quality of life and chances of cure?*

*Mentální anorexie a mentální bulimie jsou přezdívány nemocí modelek. Počet osob s touto diagnózou roste, avšak už dávno se netýká pouze žen, ale i mužů. Jaké jsou mezi pohlavími rozdíly v symptomech, kvalitě života a v šanci na vyléčení?*

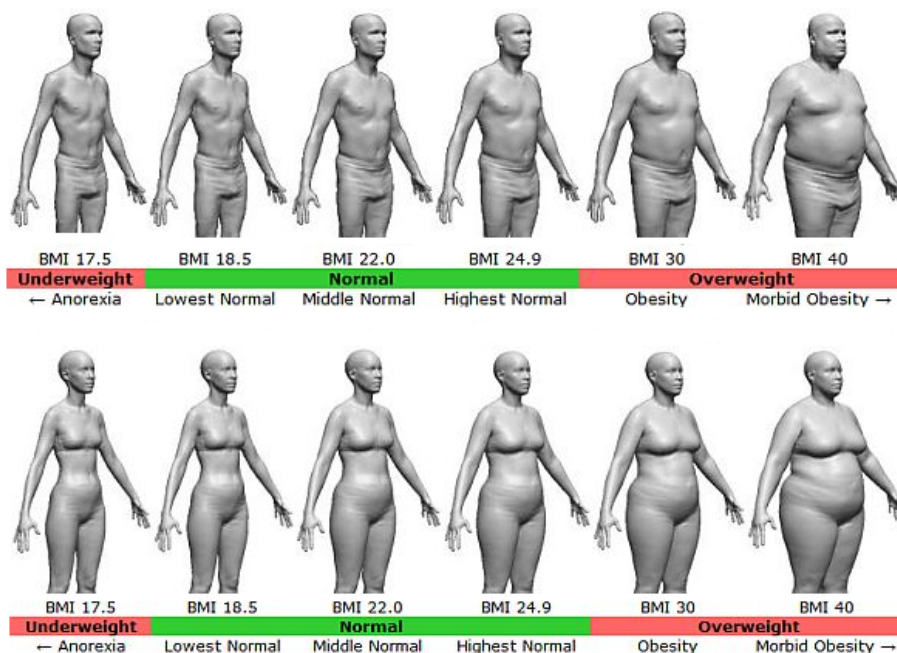
*key words: eating disorder, comparison of men and women, symptoms, quality of life*

Mezinárodní klasifikace nemocí uvádí poruchy příjmu potravy (zkráceně PPP) pod označením F50.0-F50.9, přičemž sem řadí kromě mentální anorexie a mentální bulimie, známých široké veřejnosti, například i záchvatovité přejídání. Prevalence mentální anorexie, bulimie a záchvatovitého přejídání podle DSM-IV se odhaduje na 0,9 %, 1,5 % a 3,5 % u žen a 0,3 %, 0,5 % a 2,0 % u mužů (Hudson, Hiripi, Pope, Kessler, 2007). Výskyt jednotlivých onemocnění v České republice v letech 2004-2008 je zobrazen v následující tabulce:

| Kód dg.       | Název diagnózy                 | 2004      |            |            | 2005      |            |            | 2006      |            |            | 2007      |            |            | 2008      |            |            |
|---------------|--------------------------------|-----------|------------|------------|-----------|------------|------------|-----------|------------|------------|-----------|------------|------------|-----------|------------|------------|
|               |                                | muži      | ženy       | celkem     | muži      | ženy       | celkem     | muži      | ženy       | celkem     | muži      | ženy       | celkem     | muži      | ženy       | celkem     |
| F50.0         | Mentální anorexie              | 19        | 244        | 263        | 7         | 248        | 255        | 14        | 217        | 231        | 3         | 253        | 256        | 8         | 234        | 242        |
| F50.1         | Atypická mentální anorexie     | 3         | 37         | 40         | 5         | 25         | 30         | 4         | 25         | 29         | 4         | 45         | 49         | 4         | 34         | 38         |
| F50.2         | Mentální bulimie               | 5         | 159        | 164        | 2         | 127        | 129        | 2         | 96         | 98         | 5         | 101        | 106        | 1         | 97         | 98         |
| F50.3         | Atypická mentální bulimie      | 1         | 12         | 13         | -         | 5          | 5          | -         | 12         | 12         | -         | 10         | 10         | 2         | 10         | 12         |
| F50.4         | Přejídání spoj.s psychol.por.  | -         | 2          | 2          | -         | 4          | 4          | -         | 4          | 4          | -         | 3          | 3          | 1         | 7          | 8          |
| F50.5         | Zvracení spoj.s j.psychol.por. | -         | -          | -          | -         | 2          | 2          | -         | 1          | 1          | -         | 3          | 3          | -         | 2          | 2          |
| F50.8         | Jiné poruchy přijímání jídla   | 1         | 7          | 8          | 1         | 6          | 7          | 3         | 9          | 12         | 4         | 4          | 8          | 1         | 11         | 12         |
| F50.9         | Porucha přijímání jídla, NS    | -         | 5          | 5          | 1         | 4          | 5          | -         | 5          | 5          | 1         | 3          | 4          | -         | 7          | 7          |
| <b>Celkem</b> |                                | <b>29</b> | <b>466</b> | <b>495</b> | <b>16</b> | <b>421</b> | <b>437</b> | <b>23</b> | <b>369</b> | <b>392</b> | <b>17</b> | <b>422</b> | <b>439</b> | <b>17</b> | <b>402</b> | <b>419</b> |

Tab. 1: Počty hospitalizací s diagnózami F50.0-F50.9 v psychiatrických zařízeních v ČR podle pohlaví a jednotlivých diagnóz ([uzis.cz](http://uzis.cz), 2010, s. 3).

Počet žen trpících poruchou příjmu potravy deseti až dvacetinásobně převyšuje počet mužů se stejným onemocněním. Také v učebnicích i v povědomí široké veřejnosti jsou muži s diagnózou některé z těchto poruch okrajovou záležitostí (například mužská verze body image testu, jednoho z používaných diagnostických nástrojů, je raritou). Přesto ale je důležité věnovat se při zkoumání vzniku, průběhu a šanci na vyléčení daného onemocnění oběma pohlavím.



Obr. 1. Body image test – jeden z mála testů vnímání vlastní postavy určených také pro muže, který lze vygooglit. Obrázek přejet z <http://zsirterapia.blog.hu/page/2>.

## Srovnání mezi pohlavími

Při hledání příčin PPP se uvažuje o multifaktoriálním původu, a proto se výzkumy zaměřují na různé oblasti: sociokulturní normy (ideál krásy spojený se štíhlostí typický pro euroamerickou kulturu), osobnost pacienta (úzkost, porucha sebezpečnosti, nízké sebevědomí, pocit méněcennosti), rodinná situace (důraz na fyzický vzhled, PPP u jiného člena rodiny), biologické a neuroendokrinní faktory (genetická zátěž).

Příznaky nemoci jsou mezi muži a ženami prakticky stejné – např. úbytek váhy, intenzivní zabývání se vlastním tělem, odmítání jídla, případně přehnaná fyzická aktivita či epizody

přejídání a následná snaha zbavit se přijaté potravy zvracením nebo užíváním projímadel. Výzkumy, které se soustředily na porovnání mužů s PPP a mužů bez PPP, často u první skupiny zjistily komorbiditu (tj. spoluvýskyt) s depresí a užíváním návykových látek (Striegel-Moore et al., 1999).

Co se týče povolání, lze vyzorovat, že ženy s PPP často mají povolání, v němž je primární fyzický vzhled (modelky, herečky, baletky). Analogicky se povolání jako nezávislá proměnná předpokládá i u mužů (herci, žokejové, tanečníci), o to víc překvapivé jsou informace o povolání mužů hospitalizovaných na psychiatrických klinikách s PPP, kde nejvíce hospitalizovaných osob mužského pohlaví byli buď nedospělí chlapci, studenti nebo nezaměstnaní ([uzis.cz](http://uzis.cz), s. 5), takže spojovat jejich diagnózu s povoláním je problematické.

Za jeden z určujících faktorů PPP u mužů se mezi veřejností, ale i v odborné sféře, považuje homosexualita (srov. např. Herzog, Norman, Gordon, Pepose, 1984), avšak Stárková (2002) uvádí, že například mezi bulimickými pacienty je pouze 20 % mužů homosexuální orientace.

Pozoruhodným fenoménem typickým pro muže s diagnózou PPP je fakt, že velká většina z nich v premorbidní fázi (tj. předtím, než se projevila porucha) trpěla nadváhou (srov. např. čtyři kazuistiky in Stárková, 2002; 60 % hospitalizovaných mužů v průběhu 14letého výzkumu v General Hospital Massachutes in Stárková, 2002; 13 pozorovaných subjektů in Crisp a Toms, 1972). Oproti tomu ženy s PPP bývají z hlediska BMI normální váhy, či dokonce podváhy. To opět nabízí téma k uvažování, nakolik hrají při rozvoji onemocnění roli sociokulturní okolnosti. Avšak jak vidno, samotný vliv ideálu krásy nestačí, spíše bývá spouštěčem, a to zejména v kritickém období adolescence, tedy mezi 15.-19. rokem, v němž se objevuje nejvíce hospitalizovaných dívek i chlapců (viz např. statistiku dle věku a pohlaví [uzis.cz](http://uzis.cz), s. 4). „Biologické a neuroendokrinní faktory jsou pak spíš zodpovědné za závažnost a chronicitu nemoci“ (Stárková, 2002, s. 250).

Podle Crispa a Tomse (1972) je u mužů významná psychiatrická anamnéza někoho z rodičů pacienta, zejména deprese a další úzkostné poruchy (typicky [agorafobie](#), [sociofobie](#)). Dalším výrazným jevem, o němž muži s PPP vypovídali, byla hyperprotektivita (nadměrná péče) zejména ze strany matky.

Studie Woodside et al. (2001) zjišťovala kvalitu života. Ve svém rozsáhlém výzkumu oproti předchozím studiím založeným na pozorování hospitalizovaných jedinců Woodside s kolegy pracovali také s kontrolní skupinou. Muži trpící PPP vyjadřovali podle očekávání menší spokojenost a více problémů v životě, oproti mužům bez PPP. To lze dávat do souvislosti s chronickou různými onemocněními, která se u osob s PPP v důsledku nedostatečné výživy vyskytují. Překvapivé ale je, že významně se tito muži ve vypovídané kvalitě života neliší od žen s PPP.

Pro léčbu PPP se jeví jako nejvhodnější spojení soustavné individuální terapie a ambulantní léčby celé rodiny (Vašina, 2008). Pokud je zvolena skupinová terapie, na základě klinických zkušeností se doporučuje zařadit do skupiny více než jednoho muže. Mnohdy totiž dochází k tomu, že muž pak bývá ostatními členkami skupiny ostrakizován, což výrazně narušuje soudržnost skupiny i terapeutickou práci se skupinou.

Úspěšnost léčby PPP se podle Krcha (2005) pohybuje v průměru následovně: 50 % žen s mentální anorexií a téměř 2/3 s mentální bulimií se vyléčí. Ve statistickém výkazu je uvedeno, že v roce 2008 byla u téměř 68 % pacientů propuštěných z psychiatrického lůžkového zařízení nutná další trvalá hospitalizace a u 28 % dočasná hospitalizace. V 8,3 % byla potřeba další ústavní léčba (uzis.cz). Krch (2005) uvádí úmrtnost v rozmezí 2-8 % u anorexie a 0-2 % u bulimie.

Crisp s Toms (1972) tvrdí, že muži mají horší prognózu než ženy. Bohužel u nás vzhledem k malému počtu hospitalizovaných mužů není k dispozici přímo srovnání úspěšnosti léčby v závislosti na pohlaví.

## **Závěr**

Z výsledků několika studií a klinického pozorování vyplývá, že mezi muži a ženami s PPP nejsou významné rozdíly. Nejvíce hospitalizovaných osob je ve věku 15-19 let, což by mohlo souviset s adolescentním obdobím a hledáním identity, které je pro něj typické. Symptomy jsou podobné u obou pohlaví.

Pro muže je typická zejména nadváha, která předchází drastickému hubnutí či bulimickému chování. Významná je také přítomnost nějakého psychiatrického onemocnění u jednoho

z rodičů (nejčastěji deprese nebo úzkostné poruchy), dominantní otec a celkový zájem rodiny o fyzický vzhled (často některý s rodičů pracuje v oblasti výživy), nebo naopak velká nadváha otce. Častá je také hyperprotektivita ze strany matky.

Úspěšnost léčby není evidovaná zvláště pro mužské pohlaví. Vzhledem k malému vzorku osob zároveň by asi nebylo možné vytvořit závěr. Obecně se však u mužů vyskytuje horší prognóza, možná vzhledem k přístupu okolí k této diagnóze, kterou společnost stále vnímá jako diagnózu typicky ženskou.



Zdroje:

Andersen, A. E. (1999). Eating Disorder in Males: Critical Questions. In Lemberg, R. (ed.). *Eating Disorders: A Reference Sourcebook*. Phoenix: Oryx Press, s. 73-78. Dostupné z <[www.google.cz/books](http://www.google.cz/books)>.

Crisp, A. H. & Toms, D. A. (1972). Primary Anorexia Nervosa or Weight Phobia in the Male: Report on 13 Cases. *British Medical Journal*, 1, s. 334-338. Dostupné v pdf z <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1787291/pdf/brmedj02188-0026.pdf>>.

Herzog, D. B. & Norman, D. K. & Gordon, C. & Pepose, M. (1984). Sexual conflict and eating disorders in 27 males. *Am J Psychiatry*, 141, s. 989-990 Dostupné po přihlášení z <<http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=161723>>.

Hudson, J. I. & Hiripi, E. & Pope, G. H. & Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*, 61 (3), s. 348-358. Dostupné z <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1892232/>>.

Krch, F. D. (2005). Poruchy příjmu potravy. *Prevence*, 2, s. 8-12. Dostupné v pdf z <<http://www.sekceppp.eu/doc/050300.pdf>>.

Krch, F. D. (2000). Vztah mezi tělesnou spokojeností a kvalitou života českých adolescentů. *Psychiatrie*, 4, s. 231-235. Dostupné v pdf z <<http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2000/04/03krch.pdf>>.

*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize: Nemoci duševní a poruchy chování* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2013-07-15]. Dostupné z <<http://www.uzis.cz/>>.

*Péče o pacienty s diagnózami F50.0–F50.9 – poruchy přijímání potravy v psychiatrických lůžkových zařízeních ČR*. ÚZIS ČR, Aktuální informace [online], 3, 2010. Dostupné v pdf z <<http://uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-diagnozami-f500-f509-poruchy-prijimani-potravy-psychiatrickych-luzkovych-zarizenich-cr-0>>.

Stárková, L. (2002). Mentální bulimie u mužů. *Psychiatrie pro praxi*, 5, s. 202-205. Dostupné v pdf z <<http://www.solen.cz/pdfs/int/2003/05/09.pdf>>.

Striegel-Moore, R. H. & Garvin, V. & Dohm, F. A. & Rosenheck, R. A. (1999). Psychiatric comorbidity of eating disorders in men: a national study of hospitalized veterans. *Int J Eat Disord*, 25, s. 399-404. Dostupné po přihlášení z <[www.onlinelibrary.wiley.com](http://www.onlinelibrary.wiley.com)>.

Vašina, L. (2008). *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. Brno: Institut mezinárodních studií.

Woodside, B. D.; et al. (2001). Comparisons of Men With Full or Partial Eating Disorders, Men Without Eating Disorders, and Women With Eating Disorders in the Community. *Am J Psychiatry*, 158 (4). Dostupné z <<http://journals.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=174698>>.

Úvodní obrázek přejat z <http://www.zdravky.cz/kongresovy-list/archiv/vzp-podporuje-primarni-prevenci-u-poruch-prijmu-potravy>