

Paweł Kropiwnicki, Jolanta Rabe-Jabłońska

Dysmorfia mięśniowa – wariant dysmorfofobii? Badania nad zaburzeniami obrazu ciała u mężczyzn

Muscle dysmorphia – a variant of dysmorphophobia?
Studies on the body image disorders in men

Correspondence to: Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź.
Dyrektor: Wojciech Bieńkiewicz
Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Zaburzenia obrazu ciała towarzyszą niektórym zaburzeniom psychicznym, takim jak jadłowstręt psychiczny i bulimia, niekiedy też występują samodzielnie jako dysmorfofobia. Dostyć dobrze poznano charakter tej nieprawidłowości u kobiet cierpiących z powodu zaburzeń jedzenia. Dopiero w latach osiemdziesiątych dwudziestego wieku badacze zajęli się problemem obrazu własnego ciała u mężczyzn. Stwierdzono, że już we wczesnych latach szkolnych chłopcy poświęcają dużo uwagi swemu ciału, wprowadzają różne metody celem modyfikacji wyglądu. Chłopcy i mężczyźni częściej stosują ćwiczenia fizyczne w przeciwieństwie do kobiet, które częściej praktykują różnego rodzaju diety. Dziewczynki i kobiety bardziej koncentrują się na dolnych rejonach ciała (biodra, podbrzusze, uda), chłopcy i mężczyźni – na górnych (nadbrzusze, klatka piersiowa, ramiona). W wyniku tych badań zauważono szczególną postać dysmorfofobii charakteryzującą się poczuciem posiadania niskiej masy ciała, niskiej masy mięśniowej, czemu towarzyszyło uczucie silnego dyskomfortu mające istotny wpływ na zachowania badanych: stosowali oni rygorystyczne diety, poddawali się intensywnemu treningowi siłowemu, zaniedbywali codzienne obowiązki, pogarszały się ich relacje społeczne. Wiele czasu poświęcali na sprawdzanie swojego wyglądu w lustrach, dopytywali się znajomych, czy nie wyglądają zbyt wątko, ubierali się w luźne stroje, aby wizualnie powiększyć rozmiary ciała, stosowali sterydy anaboliczne dla szybszego wzrostu masy mięśniowej. Zaobserwowane zaburzenie początkowo nazwano „odwrotną anoreksją” ze względu na podobieństwo niektórych objawów do tych, obserwowanych w jadłowstręcie, przy postrzeganiu swego ciała jako zbyt szczupłego i wątkiego. W wyniku późniejszych badań zmieniono nazwę zaburzenia na „dysmorfia mięśniowa” (*muscle dysmorphia*).

Słowa kluczowe: zaburzenia obrazu ciała, mężczyźni, odwrotna anoreksja, dysmorfia mięśniowa, sterydy anaboliczno-androgeniczne

Summary

The body image disorders are concomitant with certain mental disorders, such as anorexia nervosa and bulimia, but sometimes they also occur independently as dysmorphophobia. The nature of this disorder is quite well known in women suffering from eating disorders. It was only in the 80s of the 20th century that researchers became interested in the body image disorder in men. They found out that men as early as in their school years devoted much attention to their body and introduced various methods to modify their appearance. Unlike women who use all sorts of diets, boys and men more often do physical exercises. Girls and women more often concentrate on lower areas of their bodies (hips, underbelly, thighs), whereas boys

and men – on upper areas (epigastric region, chest, shoulders). These studies revealed a special form of dysmorphophobia characterised by a sense of having a low body weight and low muscular mass, accompanied by a strong discomfort having a significant impact on the subjects' behaviour: they used strict diets, underwent intense weight training, neglecting everyday duties and aggravating their social relationships. They devoted much time to checking their appearance in mirrors, asked their friends if they did not look too puny, and wore loose clothes to visually augment their body size, used anabolic steroids to accelerate the muscular mass increase. The observed disorder was first called a "reversed anorexia" due to the similarity of some symptoms to those observed in anorexia nervosa, when perceiving their body as too slim and puny. Subsequent studies caused a change of the name into "muscle dysmorphia".

Key words: disturbances of self-image, men, reverse anorexia nervosa, muscle dysmorphia, anabolic-androgenic steroids

ZABURZENIA OBRAZU CIAŁA

Zaburzenia obrazu własnego ciała towarzyszą wielu zaburzeniom psychicznym, z których najbardziej znane to jadłowstręt psychiczny i dysmorfobia. Pacjenci (najczęściej kobiety) cierpiący na jadłowstręt psychiczny uporczywie odczuwają swe ciało jako zbyt grube, stosują drakońskie diety, ćwiczenia fizyczne, a nawet prowokują wymioty, by pozbyć się nadmiernych (w ich mniemaniu) kilogramów. Poczucie to jest w sprzeczności ze stanem faktycznym, jednak pomimo znacznego niekiedy wychudzenia pozostaje niezwykle silne, nawet narasta w miarę rozwoju zaburzenia⁽¹⁾.

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV, wyróżnia jako oddzielne zaburzenie psychiczne dysmorfobię (*body dysmorphic disorder*, BDD), charakteryzującą się występowaniem silnego przekonania o istnieniu jakiegoś fizycznego defektu (twarzy, kończyny, narządów płciowych) lub nadmiernym przeżywaniem obecności drobnej niedoskonałości, np. prawie niewidocznej blizny⁽²⁾. Towarzyszy temu uczucie napięcia, nawracające natrętne myśli na temat defektu, konieczność często wielokrotnego sprawdzania swego wyglądu, czasem maskowania go, uczucie niższości i związane z nim obniżenie samopoczucia, jak również ogólne pogorszenie funkcjonowania we wszystkich sferach życia. Pacjenci z tym zaburzeniem unikają wystawiania się na widok publiczny, ograniczają kontakty towarzyskie, trudno przychodzi im nawiązywanie nowych znajomości. Przeżycia związane z zaburzonym obrazem własnego ciała mogą też w sposób istotny wpływać na zainteresowania, rozkład zajęć, promując zachowania mające na celu osiągnięcie satysfakcjonującego wyglądu. Osiągnięcie idealnego wyglądu przez te osoby nie jest jednak możliwe – zaburzone przetwarzanie informacji zmysłowych powoduje, że, niezależnie od stanu faktycznego, będą się postrzegać jako „niewłaściwie zbudowane”, oszpecone, zbyt grube albo zbyt szczupłe. Osoby mające zaburzony obraz konkretnych części ciała (np. nosa, piersi, uszu) mogą stać się bardzo trudnymi

pacjentami chirurgów plastycznych, gdyż żaden efekt leczenia operacyjnego nie będzie się równał z zamierzonym. Autorzy Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 umieścili niepsychotyczne zaburzenia obrazu własnego ciała w kategorii F45.2 – *Zaburzenia hipochondryczne*⁽³⁾.

Pacjenci cierpiący z powodu schizofrenii także miewają objawy dysmorfobii, jednak ich przeżycia dotyczące obrazu ciała mają często charakter dziwaczny, związany z poczuciem oddziaływania sił nadprzyrodzonych, z towarzyszeniem innych objawów psychotycznych i wynikają z podstawowego procesu chorobowego. Urojeniowa postać dysmorfobii w ICD-10 została ujęta w kategorii F22.8 – *Inne uporczywe zaburzenia urojeniowe*⁽³⁾.

RÓŻNICE ZWIĄZANE Z PŁCIĄ

Zaburzenia obrazu własnego ciała i brak jego akceptacji, będące jednymi z głównych objawów jadłowstrętu psychicznego, dotyczą przede wszystkim dziewcząt i kobiet. Wśród wszystkich osób cierpiących z tego powodu mężczyźni stanowią jedynie około 0,5%⁽¹⁾.

W badaniach prowadzonych w ogólnej populacji dojrzewających dziewcząt i kobiet stwierdzano również wysoki odsetek niezadowolonych z kształtów ciała, najczęściej z jego dolnych obszarów (uda, pośladki)⁽⁴⁾.

Postrzeganie własnego ciała przez mężczyzn stało się przedmiotem zainteresowania badaczy dopiero w latach osiemdziesiątych XX wieku. W badaniu przeprowadzonym przez Mishkinda i wsp. w 1986 roku wykazano, że 95% mężczyzn było niezadowolonych ze swojego wyglądu⁽⁵⁾. Przeprowadzone później badania pokazały, że ten problem dotyczy od 50 do 70% mężczyzn^(6,7).

Kolejną istotną różnicę między płciami można zauważyć w sposobie postrzegania kształtu poszczególnych obszarów własnego ciała. Jak już wspomniano wcześniej, niezadowolenie z kształtów ciała znacznie częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn, u których nie jest ono związane z rzeczywistą masą ich ciała⁽⁸⁾. O ile kobiety zwykle są niezadowolone z wyglądu dolnych partii (pośladki, uda), o tyle mężczyźni częściej koncentrują się na ob-

szarach powyżej pasa (brzuch, klatka piersiowa, ramiona)^(9,10). W badaniach tych potwierdzono wcześniej odkrytą prawidłowość, że mężczyźni dążą do zwiększenia, a kobiety do zmniejszenia masy swojego ciała, przy czym mężczyznom chodzi głównie o zwiększenie masy tkanki mięśniowej i zwiększenie rozmiarów mięśni, a kobietom o zmniejszenie udziału tkanki tłuszczowej. Ma to związek z istniejącymi stereotypami dotyczącymi idealnej sylwetki męskiej (muskularnej) i kobiecej (szczupłej, wiotkiej)⁽¹¹⁾. Jedynym wspólnym dla obu płci zaburzeniem związanym z odżywianiem się jest napadowe objadanie się⁽⁸⁾. W australijskim badaniu z 2001 roku przeprowadzonym wśród 20 dwunastolatków i 20 czternastolatków płci męskiej wykazano, że tylko 50% respondentów nie miało zastrzeżeń co do kształtu i masy ciała. Dwunastu chłopców pragnęło obniżyć, a ośmiu zwiększyć masę ciała, jednak myśli na temat zwiększenia masy nie były częste, jedynie pięciu chłopców przyznało, że dużo o tym myśli⁽⁸⁾. Podobnie jak w poprzednich badaniach, najwięcej uwagi respondenci poświęcali obszarom klatki piersiowej, brzucha i ramion. Pięciu chłopców przyznało, że rozmiary ciała są dla nich ważniejsze niż inne sprawy (np. rodzina, koledzy, szkoła), dla dziesięciu były one równie istotne, a dla dwudziestu pięciu – mniej istotne. Wyniki cytowanego badania pokazały, że już w dwunastolatków obraz własnego ciała odgrywa znaczącą rolę w odbiorze własnej osoby, a także, co zostanie przedstawione w następnym podrozdziale, może mieć istotne konsekwencje behawioralne.

METODY ZMIANY ROZMIARÓW I BUDOWY CIAŁA

Diety i ćwiczenia fizyczne

Z badania przeprowadzonego przez Steena i wsp. wynika, że tylko 49% chłopców otyłych stosowało kiedykolwiek dietę w celu schudnięcia, a jedynie 13% było na diecie w czasie prowadzenia badania⁽¹²⁾. Chłopcy z nadwagą rzadziej postrzegali się jako otyli i byli znacznie bardziej zadowoleni ze swego ciała niż dziewczęta o podobnych wartościach wskaźnika masy ciała (*body mass index*, BMD).

W przeciwieństwie do dziewcząt, chłopcy nie pragnęli schudnąć. Przedstawione wyniki wykazują, że zagadnienia związane z postrzeganiem własnego ciała mają swo-

je zdrowotno-behawioralne konsekwencje. Dziewczęta są skłonne do stosowania diety nawet wtedy, kiedy nie jest to konieczne i może prowadzić do szkód zdrowotnych, natomiast chłopcy, nawet gdy mają nadwagę, wolą zachować swą dotychczasową masę ciała, pomimo że jej redukcja byłaby wskazana ze względów zdrowotnych.

Wyniki badania australijskiego przeprowadzonego przez McCabe i Ricardelli w 2001 roku⁽⁸⁾ dotyczące gotowości do zmiany zachowania w celu osiągnięcia zadowalającej sylwetki bądź masy ciała przedstawiono w poniższej tabeli. Autorzy pytali respondentów obojga płci o preferowane metody zmiany rozmiarów swojego ciała.

Trzech chłopców przyznało ponadto, że chętnie noszą luźne ubrania, aby odwrócić uwagę od kształtów i rozmiarów ich ciała lub, aby sprawiać wrażenie większych. Podobne zachowania obserwowano u dziewcząt z jądłowstrętem psychicznym.

Uzyskane wyniki potwierdzają wcześniejsze ustalenia, że chłopcy chętniej stosują ćwiczenia fizyczne niż diety w celu osiągnięcia oczekiwanej zmiany masy bądź budowy ciała.

Stosowanie sterydów anaboliczno-androgenicznych (SAA)

Wobec powyższych odkryć i stwierdzeń oczywistym wydaje się fakt, że używanie sterydów anabolicznych – środków zwiększających masę ciała przede wszystkim poprzez zwiększenie udziału masy mięśniowej, będzie charakterystyczne raczej dla mężczyzn niż dla kobiet. W badaniach prowadzonych przez Wang i wsp. (1994), Drewnowskiego i wsp. (1995), Wroblewską (1997) stwierdzono, że choć używanie sterydów anabolicznych pozostaje w związku z niezadowolaniem z rozmiarów ciała u mężczyzn, występuje ono istotnie częściej u sportowców, a zwłaszcza u mężczyzn intensywnie uprawiających trening siłowy^(cyt. za 13).

W populacji siedemnastolatków amerykańskich (Komoroski, Rickert, 1992) stwierdzono używanie sterydów przez 7,6% badanych chłopców i 1,5% dziewcząt^(cyt. za 13). Osoby przyjmujące sterydy uważały za dopuszczalne stosowanie ich przez sportowców wyczynowych, ponadto wierzyły, że substancje te mogą wpłynąć dodatnio na stan ich zdrowia. Wśród tych osób najczęstszym źródłem informacji o tych środkach byli rówieśnicy, rzadko lekarze. Głównymi motywami ich stosowania było używanie

Stosowałem:	Często	Czasami	Rzadko/nigdy
Zmianę diety, aby zmniejszyć kształt/rozmiary	5	5	30
Zmianę diety, aby schudnąć	1	7	32
Zmianę diety, aby zwiększyć kształt/rozmiary	1	1	38
Zmianę diety, aby zwiększyć masę	2	2	36
Ćwiczenia fizyczne, aby zmienić masę	10	6	24
Ćwiczenia fizyczne, aby zmienić kształt	8	9	23
Ćwiczenia, aby zwiększyć mięśnie	11	11	18

Tabela 1. Zmiany zachowania w celu osiągnięcia pożądanego kształtów, rozmiarów i masy ciała

sterydów wśród znajomych, oczekiwanie pozytywnych rezultatów i nieznamość bądź zaprzeczanie ich niekorzystnemu wpływowi na zdrowie.

ANOREKSJA I „ODWRÓCONA ANOREKSJA”

W 1993 roku ukazał się artykuł pod takim właśnie tytułem, w którym po raz pierwszy użyto terminu „odwrócona anoreksja”⁽¹⁴⁾. Autorzy porównali niektóre aspekty wymienionych zaburzeń, takie jak zaburzenie obrazu własnego ciała, brak zadowolenia z wyglądu, podejmowanie różnych działań, w tym ćwiczeń fizycznych, w celu poprawy wyglądu, itd. W grupie badanej 8,3% osób wyrażało brak satysfakcji z wyglądu. Uważali się za słabych i wątłych, w rzeczywistości będąc silnymi i masywnymi mężczyznami, co odpowiadałoby „odwróconej” sytuacji w porównaniu z jadłowstrętem psychicznym, kiedy to wychudzone dziewczęta uważają się za zbyt grube. Istnieją jednak istotne różnice niepozwalające na tak proste sklasyfikowanie zaburzenia. Po pierwsze, problem w jadłowstręcie psychicznym dotyczy przede wszystkim tkanki tłuszczowej, mężczyźni są częściej przekonani o niedoborze tkanki mięśniowej. Pacjenci cierpiący na jadłowstręt psychiczny jako podstawową metodę osiągnięcia pożądanej masy ciała stosują dietę, podczas gdy mężczyźni na pierwszym miejscu stawiają ćwiczenia fizyczne. Istnieją też oczywiście podobieństwa, jak np. noszenie luźnych ubrań, by ukryć niewłaściwą we własnym odczuciu sylwetkę, podporządkowanie planu dnia czynnościom mającym za zadanie zmianę sylwetki, zawężenie obszaru zainteresowań do diet, ćwiczeń i wiele innych. Poprzez analogię do anoreksji zaburzenie to występowało także pod nazwą bigoreksja, która została utworzona z połączenia słów „big”, czyli „duży” i „anoreksja”, jednak termin ten nie przyjął się w piśmiennictwie.

DYSMORFIA MIĘŚNIOWA (MUSCLE DYSMORPHIA, MD)

Termin „dysmorfia mięśniowa” (*muscle dysmorphia*) został po raz pierwszy użyty w opisie przypadku 23-letniego kulturysty⁽¹⁵⁾, a następnie w pracy *Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder*⁽¹⁶⁾. Zaburzenie zostało sklasyfikowane jako wariant dysmorfobii (BDD) w ujęciu DSM-IV. Jako kryteria diagnostyczne przyjęto ogólne kryteria BDD ze szczególnym uwzględnieniem nadmiernego zainteresowania budową ciała i wielkością mięśni, a dodatkowo użyciem substancji zwiększających masę mięśniową, w tym sterydów anabolicznych.

W badaniu przeprowadzonym przez autorów wśród 193 osób z rozpoznaniem BDD rozpoznano MD u 9,3% badanych płci męskiej⁽¹⁶⁾. Byli oni przekonani, że są zbyt mali, zbyt szczupli lub niedostatecznie umięśnieni. Wszyscy

mieli dodatkowe zastrzeżenia do swojego wyglądu obejmujące członka, włosy, skórę, uszy i podbródek. Najczęstsze towarzyszące zachowania to: ćwiczenia siłowe, spożywanie obfitych posiłków, stosowanie specjalnych diet, nieustanne przeglądanie się w lustrze, porównywanie się z innymi, wielokrotne dopytywanie się o rozmiar ciała i mięśni, noszenie luźnej odzieży a także wielu jej warstw, aby mięśnie wydawały się większe. Biorąc pod uwagę to, jak i inne badania (obejmujące również kobiety uprawiające trening siłowy) przeprowadzone przez autorów, zaproponowano zastąpienie terminu *reverse anorexia nervosa* terminem *muscle dysmorphia* (MD) dla określenia zaburzenia obrazu własnego ciała charakteryzującego się szczególnym zainteresowaniem masą ciała i stopniem umięśnienia. Większość osób spełniająca kryteria odwróconej anoreksji spełnia też kryteria dysmorfii mięśniowej, jednak jej wyznaczniki są bardziej precyzyjne i mają zastosowanie do przedstawicieli obu płci.

KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE DYSMORFII MIĘŚNIOWEJ

Zaabsorbowanie

Głównym objawem dysmorfii mięśniowej jest ciągłe zaabsorbowanie stopniem umięśnienia i przekonanie, że jest ono niedostateczne, a w przypadku kobiet – że sylwetka nie jest dostatecznie szczupła i umięśniona. Wywołuje to znaczny dyskomfort i napięcie, pomimo że obiektywnie dana osoba jest znacznie bardziej umięśniona niż przeciętnie⁽¹⁶⁾.

Zamartwianie się

Osoby dotknięte MD spędzają wiele godzin, martwiąc się swoim wyglądem, a zwłaszcza domniemanymi niewielkimi rozmiarami swego ciała. Poświęcają przeciętnie ponad 5 godzin każdego dnia, zamartwiając się faktem posiadania niedostatecznej masy mięśniowej i myśląc nad sposobami jej zwiększenia⁽¹⁷⁾. Myśli te wywołują uczucie lęku, podobnie jak myśli o posiadaniu nadmiaru tłuszczu u osób cierpiących na anoreksję. Wiele osób z MD twierdzi, że ich poczucie własnej wartości całkowicie zależy od rozmiarów ich mięśni. Te natrętne myśli powodują niemożność skupienia uwagi na innych czynnościach i pochłaniają znaczne ilości energii.

Wgląd

Nieco ponad 40% osób z MD ma znaczny wgląd w istotę swojego zaburzenia: obiektywnie dostrzegają, że są umięśnieni bardziej niż inni, jednak nie powoduje to zmniejszenia dyskomfortu⁽¹⁷⁾. Inni (ok. 50%) mogą nie mieć takiego wglądu – twierdzą, że wyglądają wątłe i słabiej niż osoby o identycznych rozmiarach ciała. Całkowicie pozbawionych wglądu w swoje zaburzenie było 8% badanych i pomimo przedstawianych dowodów ponadprzeciętnego umięśnienia, te osoby nadal uważały się za wątłe w porównaniu z innymi.

Unikanie

Osoby spełniające ww. kryteria mają tendencję do unikania pokazywania swojego ciała w miejscach publicznych. Noszą luźne spodnie (np. dresy) i bluzy, niekiedy kilka warstw i nawet latem, aby ukryć kształty ciała. Unikają plaż, basenów, wspólnych szatni i innych miejsc, gdzie ich ciała mogą być wystawione na widok. Jeśli nie da się uniknąć takiej sytuacji, doświadczają uczucia zagrożenia. Jedynym wyjątkiem jest udział w zawodach, na których zawodnicy występują niekiedy po tygodniach intensywnych przygotowań. Niektórzy z nich z powodu zakłopotania swoim wyglądem doświadczają problemów w zakresie stosunków międzyludzkich, w tym także intymnych. Unikanie kontaktów społecznych powoduje czasowe zmniejszenie napięcia.

Myśli o byciu zbyt wątłym mogą zaburzać relacje międzyludzkie osób z dysmorfia mięśniową. Jeden z badanych nie utrzymywał intymnych kontaktów ze swoją żoną, gdyż chciał zminimalizować niepotrzebne wydatki energetyczne poza siłownią. Inny unikał całowania się ze swoją dziewczyną z lęku, że poprzez ślinę może przyswoić nadmiar kalorii⁽¹⁸⁾.

Plan dnia i treningi

Aby osiągnąć zamierzony wygląd, wiele osób dotkniętych MD dokonuje znacznych zmian w swoim planie dnia, który jest budowany w oparciu o plan ćwiczeń i stosowanie ścisłych diet. Niektórzy spędzają tyle czasu na ćwiczeniach, że zwyczajnie brak im go na utrzymywanie relacji intymnych czy np. poszukiwanie pracy. Jeden z badanych nie przyszedł do szpitala na poród własnego dziecka, gdyż obawiał się, że opuszczenie jednego treningu spowoduje skurczenie się jego mięśni. Pewien prawnik został zwolniony z pracy, ponieważ nie mieścił się z treningiem w czasie godzinnej przerwy na lunch i spędzał na siłowni codziennie 3-4 godziny. Student ostatniego roku nie przyszedł na jeden z ważniejszych egzaminów, ponieważ musiałby opuścić trening. Osoby z dysmorfia mięśniową mówią o uczuciu zdenerwowania i poirytowania towarzyszącemu konieczności pominięcia nawet pojedynczego treningu siłowego.

Dieta

Podobnie odstępianie od ściśle wytyczonej diety (zwykle wysokobiałkowej, niskotłuszczowej, z wyliczoną dzienną ilością kalorii) wywołuje uczucie napięcia i pobudzenia, które musi zostać szybko rozładowane, na przykład poprzez wykonanie dodatkowej serii ćwiczeń. Z tego powodu wielu badanych unika wspólnego spożywania posiłków. Wysoki koszt suplementów, odżywek i środków farmakologicznych (w tym sterydów), sięgający w warunkach amerykańskich kilkuset dolarów na miesiąc, często zmusza ćwiczące osoby do obniżenia standardów życia. Niektórzy badani z MD stosują kombinację środków farmakologicznych, ścisłej diety i ćwiczeń tak intensywnych, że mogą być niebezpieczne dla zdrowia.

Wielu odmawia zmiany swojego reżimu ćwiczeń, pomimo świadomości zagrożenia dla zdrowia. Jeden z badanych mężczyzn stracił pracę, gdyż co godzinę przygotowywał sobie odżywkę wysokobiałkową, używając do tego celu hałaśliwego miksera w pokoju, który dzielił z innymi współpracownikami. Mając do wyboru pracę albo mikser, wybrał mikser⁽¹⁷⁾.

Przeglądanie się i dopytywanie

Inne zachowania charakterystyczne dla MD to: częste porównywanie się z innymi, częste przeglądanie się w lustrze, ważenie się i dopytywanie o swój wygląd najbliższego otoczenia. Jeden z badanych mężczyzn potrafił do 20 razy dziennie pytać ojca, czy jego mięśnie już urosły. W badaniu Olivardii i wsp.⁽¹⁹⁾ osoby te przyznawały się do przeglądania się w lustrze średnio 9,2 ($\pm 3,4$) raza dziennie w porównaniu z ok. 3 razami zgłaszanymi przez kontrolną grupę ćwiczących. Osoby z zaburzeniami często przeglądają się w wystawach sklepowych, kieszonkowych lusterkach, a nawet w łyżeczkach do herbaty. Jeden z badanych spowodował kilka poważnych wypadków, ponieważ przeglądał się w lusterku podczas prowadzenia samochodu, aby sprawdzić, czy jego mięśnie nie zmniejszają się. Takie osoby były zwykle niezadowolone ze swojego odbicia i obiecywały sobie, że nie będą się więcej przeglądać, ale niepokój związany z zaburzeniem był tak silny, że nie mogli się oprzeć narastającej potrzebie ponownego sprawdzenia swoich rozmiarów. Opisane objawy mają często charakter obsesji i kompulsji.

Stosowanie sterydów anabolicznych

Jak już wcześniej wspomniano, środki te są stosowane w celu zwiększenia rozmiarów i masy mięśni, a rozpowszechnienie ich używania w populacji chłopców amerykańskich sięga 7,6%. W badaniu Olivardii i wsp.⁽¹⁹⁾ do używania sterydów przyznało się 46% mężczyzn z MD, w porównaniu z 7% ćwiczących mężczyzn bez tego zaburzenia. W 73% przypadków wystąpienie objawów MD poprzedzało fakt przyjęcia pierwszej dawki sterydów, zatem MD może być uważana za czynnik ryzyka stosowania tych środków.

Znoszenie bólu

Wielu mężczyzn z MD kontynuuje ćwiczenia, pomimo doznanych kontuzji i związanego z nimi uczucia bólu⁽¹⁸⁾. U jednego z badanych wystąpiła przepuklina z powodu intensywnych ćwiczeń. U innych miały miejsca złamania i uszkodzenia stawów i ścięgien. Fakt kontynuowania ćwiczeń mimo urazów tłumaczyli lękiem przed stanieniem się wątłymi w razie ich zaprzestania. Ostatecznie ustalono następujące kryteria diagnostyczne DM:

Kryteria diagnostyczne dysmorfii mięśniowej

1. Zaabsorbowanie rozmiarami własnego ciała i poczucie, że jest ono niedostatecznie szczupłe i umięśnione.

- ne. Związane z tym charakterystyczne zachowania obejmują spędzanie wielu godzin na ćwiczeniach fizycznych i przykładanie nadmiernej wagi do diety.
2. Towarzyszące temu zaabsorbowaniu poczucie cierpienia lub pogorszenie funkcjonowania w sferze społecznej, zawodowej lub innej ważnej sferze życia, przy jednoczesnym spełnianiu co najmniej dwu z czterech poniżej wymienionych zbiorów symptomów:
 - a. częste zaniedbywanie ważnych zajęć – społecznych, zawodowych czy związanych z wypoczynkiem, w związku z kompulsywną potrzebą stosowania się do diety czy harmonogramu ćwiczeń,
 - b. unikanie sytuacji, w których mogłoby dojść do wystawienia ciała na widok innych osób, a gdy dojdzie do takich sytuacji – związany z nimi niepokój, zażenowanie lub wyraźne cierpienie,
 - c. uczucie zagrożenia lub cierpienia bądź pogorszenie funkcjonowania w ważnych obszarach życia (społecznym, zawodowym i in.) związane z ciągłym poczuciem posiadania zbyt niskiej masy mięśniowej,
 - d. kontynuowanie stosowania diet, intensywnych ćwiczeń czy środków farmakologicznych (w tym sterydów), pomimo wiedzy o ich szkodliwości dla zdrowia fizycznego i psychicznego.
 3. Głównym przedmiotem zainteresowania i powodem zmiany zachowań jest poczucie bycia zbyt wątłym lub niedostatecznie umięśnionym.

Autorzy podkreślają, że objawów dysmorfii mięśniowej nie należy mylić z entuzjastycznym podejściem do uprawiania sportu, co na pierwszy rzut oka może okazać się trudne do rozróżnienia. Nie jest szkodliwe samo zainteresowanie rozwojem fizycznym, w tym i stopniem umięśnienia – szkodliwe jest ekstremalne podejście do tych zagadnień, prowadzące *de facto* do pogorszenia stanu zdrowia i ogólnego funkcjonowania, zaburzające życie rodzinne, zawodowe i społeczne, wynikające z natrętnych myśli i impulsów o charakterze chorobowym, a nie z troski o zdrowie i kondycję fizyczną.

Zainteresowanie obrazem własnego ciała jest normalnym zjawiskiem występującym w okresie dojrzewania⁽²⁰⁾. Ciało przechodzi wtedy szereg przemian, co pobudza do zastanawiania się nad własnym wizerunkiem. Istnieją jednak istotne różnice pomiędzy „zdrowym” zainteresowaniem, a tym wynikającym z choroby⁽¹⁷⁾. Po pierwsze, MD rozwija się wobec znacznych zaburzeń obrazu własnego ciała, z dużym niedoszacowaniem rozmiarów mięśni. Po drugie, u osób cierpiących z powodu dysmorfii mięśniowej poczucie własnej wartości zależy silnie – jeśli nie wyłącznie – od rozmiarów ciała, a zwłaszcza mięśni, podczas gdy u zdrowych nastolatków wygląd jest tylko jednym z wielu czynników składających się na samoocenę. Po trzecie, MD zaburza normalne funkcjonowanie rodzinne, społeczne i zawodowe (szkolne), co nie ma miejsca wśród zdrowych osób ćwiczących na siłowni. Po czwarte, z MD związane są zachowania antyzdro-

wotne, jak stosowanie sterydów anabolicznych, restrykcyjnych diet, przeczyszczania i odwadniania, które nie występują jako elementy dojrzewania u zdrowych osób.

ROZPOWSZECHNIENIE MD

Na świecie

Autorzy badań⁽¹⁶⁾ nad MD podkreślają, że trudno jest oszacować faktyczną częstość występowania tego zaburzenia w populacji ogólnej. Z badań przeprowadzonych wśród mężczyzn uprawiających trening siłowy wynika, że jego rozpowszechnienie może wynosić od 10% (badanie osób ćwiczących regularnie, bez innych dodatkowych kryteriów włączenia) do 84%. Ponadto u 9,8% chorych z dysmorfofobią stwierdzono występowanie MD. Istnieje wiele czynników mogących wpływać na wielkość tych liczb. Prawdopodobne jest, że wiele osób z tym zaburzeniem odmawia przystąpienia do badania lub udziela nieprawdziwych odpowiedzi z powodu wstydu lub lęku przed ujawnieniem jakichś nieprawidłowości.

Autorzy badania przedstawili dane szacunkowe – przeprowadzili *screening* wśród 21 bostońskich siłowni, do których uczęszcza w sumie około 49 000 osób, co stanowi około połowę osób ćwiczących w obszarze całej metropolii Bostonu w ponad 100 siłowniach przypadających na ok. 2-3-milionową populację. Ekstrapolacja tych danych na całą populację amerykańską dałaby liczbę około 5-10 milionów osób posiadających karty członkowskie komercyjnych siłowni. Oczywiście, nie wszyscy z nich ćwiczą regularnie, ale nawet jeśli tylko 5% spośród tych osób przejawia objawy MD, ogólna liczba osób dotkniętych tym zaburzeniem na terenie USA może być znacząca i sięgać nawet 500 000. Nie są znane badania epidemiologiczne nad występowaniem MD w populacjach innych krajów.

W Polsce

Pierwsze polskie badania nad opisywanym zjawiskiem zostały przeprowadzone przez autora niniejszego opracowania wśród osób ćwiczących w dwóch łódzkich siłowniach oraz samodzielnie w domu. Wyniki tych badań są aktualnie opracowywane statystycznie i zostaną opublikowane w późniejszym terminie.

WSPÓŁWYSTĘPOWANIE INNYCH ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

U osób z MD częściej niż w populacji ogólnej stwierdzano występowanie innych zaburzeń psychicznych. W badaniu przeprowadzonym przez Pope'a i wsp.⁽²¹⁾ u 16 spośród 160 przebadanych kulturystów (10%) dostrzeżono cechy odwróconej anoreksji. Dwóch z nich chorowało w przeszłości na jadłowstręt. W innym badaniu prowadzonym przez Pope'a 2 z 15 mężczyzn z MD potwierdziło występowanie w przeszłości epizodów bulimicznych. W jeszcze innym badaniu tych samych au-

torów nie wykazano występowania zaburzeń jedzenia wśród osób z MD.

Zdecydowanie częstsze wydaje się nadużywanie różnych substancji psychoaktywnych w tej grupie osób. W niektórych badanych grupach stosowanie sterydów anabolicznych sięga 100%. W przeciwieństwie do mężczyzn, kobiety z cechami dysmorfii mięśniowej często nadużywały substancji obniżających zawartość tłuszczu, jak sympatykomimetyki (amfetaminy, efedryna), preparaty tarczycy czy agonści receptorów Beta (np. klenbustrol).

Istotnie częściej (3-28%) występują również w tej grupie zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Jak wcześniej wspomniano, niektórzy autorzy proponują klasyfikację MD jako wariantu OCD, większość jednak skłania się ku kwalifikowaniu MD jako odmiany BDD i traktowaniu innych objawów OCD (jeśli istnieją) jako symptomów współwystępującego zaburzenia.

W innym badaniu⁽²²⁾ porównywano między innymi stan psychiczny mężczyzn intensywnie ćwiczących ze stanem psychicznym mężczyzn z zaburzeniami jedzenia i z grupą kontrolną. Wykazano w nim, że mężczyźni intensywnie uprawiający trening siłowy byli w podobny sposób nadmiernie skoncentrowani na własnym wyglądzie, diecie i ćwiczeniach, jak osoby z zaburzeniami odżywiania – jadłowstrętem i bulimią. 93% badanych potwierdziło stosowanie sterydów. W grupie tej częstsze niż w kontrolnej były także zaburzenia nastroju – u 82% występowało poczucie winy z powodu złamania diety (dni takie nazywali „garbage days” – „paskudne dni”), u czterech spośród 28 uczestników badania (16%) stwierdzono epizody depresji, które miały ścisły związek z zażywaniem sterydów. Dystymię stwierdzono u jednej osoby. Ośmiu badanych miało w przeszłości epizody nadużywania alkoholu (7) lub/i narkotyków (3), u żadnego nie występowały objawy zaburzeń jedzenia, aktualnie lub w przeszłości. Pojedyncze osoby potwierdziły występowanie objawów lęku napadowego (1), fobii społecznej (1) i fobii prostych (4).

Dość znaczny odsetek (9 osób – 32%) badanych potwierdzał brak popędu płciowego, u dwóch osób (7%) występowały problemy ze wzwodem, wytryskiem i orgazmem.

Olivardia i wsp.⁽¹⁹⁾ przeprowadzili badania za pomocą SCID (*structured clinical interview for DSM-IV*) i udowodnili, że 29% badanych miało w wywiadzie zaburzenia jedzenia. Co więcej, osoby z MD osiągały podobne wyniki we wszystkich podskalach Inwentarza zaburzeń odżywiania (*Eating Disorders Inventory*, EDI), co sugerowało posiadanie perfekcjonistycznych cech osobowości, lęk przed dojrzewaniem, poczucie braku efektywności i potrzebę bycia szczupłym (*sic!*). To ostatnie odkrycie musi zastanawiać i jest tłumaczone wspólną potrzebą osób cierpiących z powodu anoreksji i dysmorfii na posiadanie jak najmniejszej zawartości tłuszczu w ciele.

W żadnej z prac nie wykazano występowania zaburzeń psychotycznych u osób ćwiczących.

PODSUMOWANIE

W niniejszym opracowaniu przedstawiono aktualny stan wiedzy na temat zaburzeń obrazu własnego ciała u mężczyzn. Jednym z ich przejawów może być dysmorfia mięśniowa, zaburzenie słabo poznane i trudne do rozpoznania z wielu względów, odbierające radość z życia i uniemożliwiające prawidłowe funkcjonowanie wielu młodym mężczyznom na całym świecie. Wiele wskazuje na to, że z dysmorfia współwystępują inne zaburzenia psychiczne i behawioralne, które mogą być potencjalnie niebezpieczne dla życia, jak choćby zespoły depresyjne z towarzyszącymi myślami samobójczymi czy tendencje do nadużywania środków psychoaktywnych, w szczególności sterydów anaboliczno-androgenicznych.

Do lepszego poznania opisywanego zjawiska niezbędne są jednak dalsze badania, gdyż nadal więcej jest znaków zapytania niż odpowiedzi.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Scully J.H.: *Psychiatria*. Wyd. I polskie pod red. J. Rybakowskiego. Urban&Partner, Wrocław 1998.
2. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (Text Revision)*, American Psychiatric Association, Washington DC 2000.
3. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, UWM „Vesalius”, IPiN, Kraków-Warszawa 2000.
4. Moses N., Baniliv M.M., Lifshitz F.: Fear of obesity among adolescent girls. *Pediatrics* 1989; 83: 393-398.
5. Mishkind M.E., Rodin J., Silberstein L.R., Striegel-Moore R.H.: The embodiment of masculinity: cultural, psychological and behavioral dimensions. *Am. Behav. Sci.* 1986; 29: 545-562.
6. Drewnowski A., Kurth C.L., Krahn D.D.: Effects on body image on dieting, exercise and anabolic steroid use in adolescent males. *Int. J. Eat. Disord.* 1995; 17: 381-386.
7. Raudebunsch B., Zellner D.A.: Nobody's satisfied: effects of abnormal eating behaviors and actual and perceived weight status on body image satisfaction in males and females. *J. Soc. Clin. Psychology* 1997; 16: 95-110.
8. McCabe M.P., Ricardelli L.A.: Body image and body change techniques among young adolescent boys. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2001; 9: 335-347.
9. Nowak M., Spear R., Crawford D.: Gender differences in adolescent weight and shape-related beliefs and behaviour. *J. Paediatr. Child. Health* 1996; 32: 148-152.
10. Moore D.C.: Body image and eating behaviour in adolescent boys. *Am. J. Dis. Child.* 1990; 144: 475-479.
11. Ohzeki T., Otahara H., Hanaki K. i wsp.: Eating attitudes test in boys and girls aged 6-18 years: decrease in concerns with eating in boys and the increase in girls with their ages. *Psychopathology* 1993; 26: 117-121.
12. Steen S.N., Wadden T.A., Foster G.D., Anderson R.E.: Are obese adolescent boys ignoring an important health risk? *Int. J. Eat. Disord.* 1996; 20: 281-286.
13. Miller K.E., Barnes G.M., Sabo D.F. i wsp.: Anabolic-androgenic steroid use and other adolescent problem behaviors: rethinking the male athlete assumption. *Sociol. Perspect.* 2002; 45: 467-489.

14. Pope H.G. Jr, Katz D.L., Hudson J.I.: Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. *Compr. Psychiatry* 1993; 34: 406-409.
15. Phillips K.A., O'Sullivan R.L., Pope H.G.: Muscle dysmorphia [Letter]. *J. Clin. Psychiatry* 1997; 58: 361.
16. Pope H.G. Jr, Gruber A.J., Choi P. i wsp.: Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosom.* 1997; 38: 548-557.
17. Olivardia R.: Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harv. Rev. Psychiatry* 2001; 9: 254-259.
18. Pope H.G., Phillips K.A., Olivardia R.: *The Adonis Complex: The Secret Crisis of Male Body Obsession*. Free Press, New York 2000.
19. Olivardia R., Pope H.G., Hudson J.I.: Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. *Am. J. Psych.* 2000; 157: 1291-1296.
20. Rosenblum G.D., Lewis M.: The relations among body image, physical attractiveness, and body mass in adolescence. *Child. Dev.* 1999; 70: 50-64.
21. Pope H.G. Jr, Katz D.L.: Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroids use. A controlled study of 160 athletes. *Arch. Gen. Psychiatry* 1994; 51: 375-382.
22. Mangweth B., Pope H.G., Kemmler G. i wsp.: Body image and psychopathology in male bodybuilders. *Psychother. Psychosom.* 2001; 70: 38-43.

Szanowni Koledzy!

Zapraszam Państwa do udziału w dwudniowej konferencji, już drugiej z cyklu „**Leczmy duszę i ciało**”, tym razem poświęconej problemom terapeutycznym związanym z leczeniem depresji u ludzi z poważnymi, różnorodnymi schorzeniami somatycznymi.

Konferencja odbędzie się w dniach **14 i 15.10.2005 r.** w Centrum Szkoleniowo-Konferencyjnym w Łodzi przy ul. Kopcińskiego 16/18.

Wykłady poprowadzą wybitni, powszechnie znani specjaliści z różnych ośrodków klinicznych w Polsce.

Będą one dotyczyły leczenia depresji u osób z chorobami układu krążenia, cukrzycą, różnorodnymi zaburzeniami endokrynologicznymi, kobiet w ciąży, chorych z otępieniami, chorobą Parkinsona, depresji poudarowej. Przewidujemy również sesję poświęconą związkom bólu i depresji oraz leczeniu przewlekłych zespołów bólowych i depresji z dominującymi objawami somatycznymi, a także warsztaty dotyczące rozpoznawania i leczenia zespołu odstawienia SSRI, serotoninowego oraz zasad terapii depresji u osób uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych.

Mamy nadzieję, że program ten zagwarantuje uczestnikom, iż będą mieli możliwość zapoznać się z najnowszą wiedzą na wspomniane tematy, która okaże się bardzo przydatna w ich codziennej praktyce lekarskiej.

Serdecznie zachęcam do wzięcia udziału w konferencji.

Prof. dr hab. n. med. Jolanta Rabe-Jabłońska

Uczestnicy konferencji otrzymają certyfikat uczestnictwa oraz punkty edukacyjne PTP

Koszt uczestnictwa:

100 zł – zgłoszenie do 31.08.2005 r.

150 zł – zgłoszenie po tym terminie

Zgłoszenie udziału w konferencji

Sekretariat Organizatorów:

tel.: (0*42) 675 73 71

fax: (0*42) 675 74 03

e-mail: adomagala@b1kpsa.am.lodz.pl