

DOROTA MROCZKOWSKA

ORCID: 0000-0003-4410-0276

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

PROBLEM ZABURZEŃ ODŻYWIANIA WŚRÓD MŁODZIEŻY – O POTRZEBIE UZWGLĘDNIENIA MĘSKIEJ PERSPEKTYWY

STRESZCZENIE

Celem artykułu jest przedstawienie wyników badań dotyczących epidemiologii i uwarunkowań dotyczących zaburzeń odżywiania z uwzględnieniem perspektywy genderowej oraz wskazanie możliwych kierunków leczenia uwzględniającego szeroką perspektywę oddziaływań edukacyjnych, psychoterapeutycznych i socjoterapii. Artykuł opiera się na danych zebranych przy zastosowaniu analizy narracyjnej pięćdziesięciu tekstów z baz danych takich jak: Google Scholar, Research Gate, PubMed, Scirus oraz SSRN (Social Science Research Networks) z ostatniej dekady (włącznie do 2024 roku). Materiał empiryczny wskazuje, że objawy zaburzeń odżywiania u mężczyzn są częściej (niż w przypadku kobiet) związane z trudnościami w uzyskaniu prawidłowej diagnozy (public stigma), autostygmatyzacją (self stigma), współistniejącymi zaburzeniami dysmorficznymi ciała, uzależnieniami od substancji, większą aktywnością fizyczną, doświadczeniami otyłości oraz identyfikacją płciową. Zarówno metody stosowane przy zbieraniu danych dotyczących zaburzeń odżywiania, jak i precyzja kryteriów diagnostycznych do rozpoznawania zaburzeń odżywiania (zarówno w systemach DSM, jak i ICD) opierają się w dużej mierze na badaniach prowadzonych w populacjach klinicznych kobiet.

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania u kobiet, zaburzenia odżywiania u mężczyzn, anorexia, bulimia, kompulsywne objadanie się, orientacja seksualna, aktywność fizyczna, dysmorfofobia

THE PROBLEM OF EATING DISORDERS AMONG YOUNG PEOPLE – ON THE NEED TO CONSIDER THE MALE PERSPECTIVE

ABSTRACT

The aim of the article is to present research findings on the epidemiology and determinants of eating disorders from a gender perspective, as well as to identify possible treatment directions that incorporate a broad range of educational, psychotherapeutic, and sociotherapeutic interventions. The article is based on data collected through a narrative analysis of fifty texts from

databases such as Google Scholar, ResearchGate, PubMed, Scirus, and SSRN (Social Science Research Networks) from the past decade (up to and including 2024).

The empirical material indicates that symptoms of eating disorders in men are more frequently associated (compared to women) with difficulties in obtaining an accurate diagnosis (public stigma), self-stigmatization, coexisting body dysmorphic disorders, substance addictions, higher levels of physical activity, experiences of obesity, and gender identity issues. Both the methods used for data collection on eating disorders and the precision of diagnostic criteria for identifying eating disorders (in both DSM and ICD systems) are largely based on research conducted in clinical populations of women.

Keywords: eating disorders in women, eating disorders in men, anorexia, bulimia, compulsive over-eating, sexual orientation, physical activity, body dysmorphic disorder

Wprowadzenie

Zaburzenia odżywiania (ang. ED-Eating Disorder) stanowią stale narastający problem tak psychologiczny, jak i społeczny. Ich objawy powodują wiele negatywnych skutków, które w zaawansowanych stadiach choroby prowadzą zwykle do poważnych komplikacji zdrowotnych oraz stanowią jedne z najbardziej śmiertelnych zaburzeń w obszarze zaburzeń psychicznych (za: National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorder, 2000). Dotychczas większość badań nad zaburzeniami odżywiania skupiała się przede wszystkim na kobietach, co ma swoje odzwierciedlenie w klasyfikacjach nozologicznych opartych na badaniach i narzędziach dostosowanych do diagnozy płci żeńskiej (Murray i in., 2016; Lavender i in., 2017; Gorrel, Murray 2019; Brown, Keel, 2023). Murray i in. (2016) donoszą, że zaledwie niecały 1% badań dotyczących anoreksji psychicznej prowadzono jak dotąd w populacji męskiej. W badaniach nad problematyką ED u mężczyzn uwidacznia się brak doniesień, badań i prac kazuistycznych przybliżających specyfikę zaburzeń, jak również tych pogłębiających wiedzę o ich leczeniu i psychoterapii. Równocześnie od lat obserwujemy znacznie większy liczebny wzrost zachorowalności wśród płci męskiej, czego przykładem są choćby badania z lat 1999–2009 wskazujące, że liczba mężczyzn hospitalizowanych z powodu zaburzeń odżywiania i ich następstw wzrosła o 53% (Zhao, Encinosa, 2011; por. Lavender i in., 2017).

Celem tekstu jest przedstawienie wyników badań dotyczących epidemiologii, uwarunkowań i leczenia zaburzeń odżywiania u mężczyzn oraz wskazanie różnic w tym zakresie w odniesieniu do populacji kobiet. Artykuł opiera się na danych zebranych przy zastosowaniu analizy narracyjnej (ang. narrative

review) (Ferrari, 2015; Nakano, Muniz, 2018). Przeanalizowano pięćdziesiąt tekstów z baz danych takich jak: Google Scholar, Research Gate, PubMed, Scirus oraz SSRN (Social Science Research Networks) z ostatniej dekady, włącznie do 2024 roku, z zastosowaniem takich słów kluczowych jak: zaburzenia odżywiania, epidemiologia zaburzeń odżywiania, diagnoza zaburzeń odżywiania, leczenie zaburzeń odżywiania, każdorazowo uwzględniając różnice płciowe. W przypadkach niektórych tematów uwzględniono publikacje z wcześniejszych lat, jeśli temat był w nich wnikliwie eksplorowany, a późniejsze refleksje nie wnoszą nowych treści. Analiza ma charakter eksploracyjny i jest pierwszym etapem badań nad tym tematem, stąd nie uwzględniono dodatkowych kryteriów selekcji, tj. wieku, miejsca zamieszkania, orientacji seksualnej, itp.

Epidemiologia

Zacznijmy od tego, że postawy wobec zaburzeń odżywiania mają wysoce genderową naturę oraz wyraźne społeczno-kulturowe konotacje. Kobiety głównie ze względu na naciski kulturowe znacznie częściej cierpią na anoreksję i bulimię. Dla nich też najważniejszym celem jest kontrola ilości spożywanych pokarmów w celu zmniejszenie wagi. U mężczyzn częściej mamy do czynienia z kompulsywnym objadaniem się i bulimią. Badania wskazują, że mężczyźni dążą przede wszystkim do osiągnięcia sylwetki charakteryzującej się zwiększeniem umięśnienia w górnych partiach ciała (sylwetka w kształcie V). Rzadziej stosują też restrykcyjne formy redukcji wagi takie jak środki przeczyszczające czy wyniszczającą dietę, priorytetem dla nich są intensywne i forsujące ćwiczenia fizyczne.

Szacuje się, że częstotliwość zachorowań na anoreksję psychiczną (*anorexia nervosa*, AN) wśród mężczyzn wzrosła, a proporcje w tym zakresie między kobietami i mężczyznami zmieniły się w ciągu ostatnich 20 lat z 9:1 na 4:1 (Mitchison i in., 2013). Stice i Bohon (2012) analizując i integrując informacje z rozmaitych źródeł wskazują, że w populacji żeńskiej występuje ona u 0,9% do 2,0% oraz u 0,1% do 0,3% populacji męskiej, przy czym mężczyźni stanowią 25% osób z jadłowstrętem psychicznym (Mond i in., 2014; por. Valente i in., 2017; Mitchison i in., 2019). Część badaczy problematyki (por. Mond i in., 2014; Mitchison i in., 2013; Quadflieg i in., 2019) twierdzi, że mężczyźni z AN, bardziej niż kobiety obciążeni są ryzykiem przedwczesnej śmierci, bowiem w ich przypadku zaburzenie diagnozuje się zdecydowanie później niż u kobiet. Tym samym w chwili jego rozpoznania

symptomy są bardziej utrwalone, powikłania cięższe, a rokowania gorsze. Dla przykładu, ED rozpoznaje się średnio między 18 a 26 rokiem życia u mężczyzn, podczas gdy u kobiet między 15 a 18. (Krenn, 2003). Wynika to z faktu, iż jakkolwiek w klasyfikacji DSM-5 (APA, 2013) usunięto kryterium braku miesiączki dla zdiagnozowania anoreksji psychicznej, to w przypadku dziewcząt z ED brak czy nieregularność menstruacji wskazuje często na niedożywienie, dla populacji męskiej nie wyróżniono zaś tak czytelnego wskaźnika stanu odżywienia. U mężczyzn częściej wykonuje się pomiary antropometryczne pozwalające na ocenę stanu odżywienia w kontekście choćby atrofii regionów korowych widocznych w obrazowaniu mózgu metodą tomografii komputerowej.

Dane epidemiologiczne dotyczące zachorowań na bulimię psychiczną wskazują, że częstość występowania bulimii wśród kobiet wynosi od 0,34% do 1,5%, a wśród mężczyzn od 0,1 do 0,7% (Hoek, Hoeken, 2003; Ricciardelli, McCabe, 2004; Hudson i in., 2007). Z kolei Stice i Bohon (2012), analizując doniesienia różnych badaczy na temat częstotliwości zachorowań na bulimię i zespół jedzenia kompulsyjnego (*binge eating disorder*, BED) dowodzą, że pierwsze z nich w przypadku kobiet ujawnia się u od 1,1% do 4,6%, zaś w przypadku mężczyzn u 0,1% do 0,5%. Drugie – według szacunków – występuje u maksymalnie 3,5% populacji żeńskiej i 2% męskiej, co czyni je jednym z nielicznych zaburzeń odżywiania, gdzie różnice międzypłciowe nie są tak wyraźne (Striegel-Moore, Franko, 2007; Mond i in., 2014). Wśród mężczyzn z BED częściej występuje otyłość i większa masa ciała w porównaniu z kobietami z tym zaburzeniem (Steiger i in., 2003; Striegel-Moore, Franko, 2007; Mond i in., 2014).

O ile dane epidemiologiczne jednoznacznie wskazują na większą częstość występowania ED w populacji kobiet, to do tych dotyczących jej męskiej części należy odnosić się z rezerwą. Jak bowiem wykazano, mężczyźni rzadziej zgłaszają się po pomoc, a instrumenty diagnostyczne i wiedza specjalistów w zakresie rozpoznawania u nich ED są nadal niedoskonałe. Istotnym powodem, dla którego mężczyźni cierpiący na zaburzenia odżywiania niechętnie szukają pomocy, jest strach przed krytyką, osądzeniem i zlekceważeniem (Booth i in., 2004), a etykieta „choroby psychicznej” tak buduje, jak i podtrzymuje piętno. Crisp (2005; por. Crisp i in., 2005a) donosi, że około jedna trzecia brytyjskiej opinii publicznej postrzega osoby z zaburzeniami odżywiania jako trudne w kontakcie, same sobie winne, niechące wyjść z choroby (tym samym obwiniane za trwanie w chorobie). Inne badania (por. Badura-Brzoza i in., 2023; Gruszka i in., 2019; Kochański

i in., 2017) wskazują na stygmatyzację ze strony specjalistów, dotyczącą negatywnych przekonań (np. obarczanie osób z ED odpowiedzialnością za ich stan) i emocji (np. wzbudzają frustrację i złość). W toku działań diagnostycznych specjaliści poszukują często przyczyn istniejących problemów u mężczyzn w chorobach somatycznych czy zaburzeniach psychicznych, innych niż zaburzenia odżywiania, tym samym mężczyźni częściej spotykają się z błędnymi diagnozami czy bagatelizowaniem ich objawów. Wielu mężczyzn doświadczało braku zrozumienia ze strony terapeutów, co prowadziło do poczucia, że ich potrzeby nie są dostatecznie uwzględniane (Murray i in., 2016; Reas i in., 2017; Pearl, 2023).

Niesprzyjający kontekst leczenia potęguje poczucie izolacji doświadczanej przez osoby z zaburzeniami odżywiania i utrudnia im szukanie pomocy, co podtrzymuje negatywne objawy fizyczne (np. problemy medyczne), psychologiczne (np. depresja czy niepokój) i społeczne (np. niższa jakość życia w tym wycofanie społeczne, dłuższy czas trwania zaburzenia) i liczne inne komplikacje związane z zaburzeniem (por. Corrigan, 2011). Mężczyźni dysponują także mniejszą wiedzą na temat ED i wykazują słabszy wgląd w rozwój zaburzenia, a co za tym idzie – późno zgłaszają się po pomoc. Diagnoza zaburzeń odżywiania wydaje się też trudniejsza u mężczyzn niż u kobiet, gdyż mężczyźni rzadziej uciekają się do tak restrykcyjnych metod kontroli wagi jak czynią to kobiety. Natomiast epizody objadania się, które w przypadku kobiet uchodzą za nieprawidłowe lub niewłaściwe, wśród mężczyzn bywają sankcjonowane (Maine, Bunnell, 2010; Liu i in., 2022).

Bąk (2008, za: Ricardelli, McCabe, 2004; por. Chamay-Weber i in., 2005) wskazuje, że międzypłciowe różnice w częstości występowania zaburzeń stają się jednak mniej wyraźne, jeśli rozważy się obecność jedynie wybranych objawów, typowych dla zaburzeń odżywiania konkretnego typu (*partial syndrome eating disorders*). W tym kontekście autor (2008) sugeruje, iż może lepszym estymatorem występowania zaburzeń w populacji mężczyzn jest oszacowanie ich występowania na podstawie diagnozy opartej jedynie na części objawów.

Uwarunkowania

Jak już wspomniałam, badacze weryfikujący uwarunkowania ED w populacji mężczyzn akcentują znaczenie nadmiernej masy ciała, stosunku do ciała i wyglądu, aktywności fizycznej, orientacji seksualnej, oddziaływania mediów i współwystępowania uzależnień.

Orientacja płciowa i uwarunkowania osobowościowe

Istotną kwestią w rozwijaniu symptomów ED w populacji mężczyzn jest orientacja seksualna. Doniesienie Cella i współpracowników (2010) dokumentuje, iż orientacja homoseksualna wiąże się z większym niezadowoleniem z ciała i nieprawidłowymi zachowaniami jedzeniowymi u mężczyzn, w szczególności wśród tych, którzy twierdzili, że nie są w związku sentymentalnym. Badania dotyczące mniejszości seksualnych na męskiej próbie liczącej 2733 mężczyzn (Murray i in., 2018; por. Moufaward i in., 2024) ujawniały pozytywną korelację między używaniem mediów społecznościowych a niezadowoleniem z ciała, objawami zaburzeń odżywiania i używaniem, czy też zamiarem używania sterydów anabolicznych. Udokumentowano (podobnie jak w przypadku kobiet) silne związki między korzystaniem z platform zorientowanych na wizerunek (np. Instagram) z niezadowoleniem z wyglądu i muskulatury ciała, jak i z objawami zaburzeń odżywiania.

Ray (2007) wykazał, iż młodzi homoseksualni i biseksualni mężczyźni znacznie częściej pościli, wymiotowali, przyjmowali środki przeczyszczające i specyfiki dietetyczne służące kontroli masy ciała niż ich heteroseksualni rówieśnicy. Autor twierdzi, iż u homoseksualnych i biseksualnych mężczyzn znacznie częściej występuje pełnoobjawowa bulimia psychiczna oraz subkliniczne postaci innych zaburzeń odżywiania. Z kolei Feldman i Meyer (2007) dowiedli, że 15% homoseksualistów i biseksualistów oraz 4,6% heteroseksualnych mężczyzn w pewnym momencie swojego życia ujawniało pełno- lub niepełnoobjawowe zaburzenia odżywiania. Także osoby transseksualne znacznie częściej zgłaszały diagnozę zaburzeń odżywiania w roku poprzedzającym badanie (Diemer i in., 2015). Dane te pozostają w sprzeczności z wynikami badań dotyczących kobiet bi- i homoseksualnych, gdyż w ich populacji nie obserwuje się istotnych statystycznie różnic w zakresie zapadalności na zaburzenia odżywiania (Ray, Nicholas, 2007). Chociaż zaburzenia odżywiania dotyczą częściej mężczyzn, którzy identyfikują się jako homoseksualni lub biseksualni, to jednak większość mężczyzn z zaburzeniami odżywiania jest heteroseksualna (Strother i in., 2012).

Mężczyźni z rozpoznaniem ED są często naznaczeni jako „zniewieściali” i sami w ten sposób siebie spostrzegają (Bunnell, 2010), a tego rodzaju piętno wiąże się z nasiloną psychopatologią, dłuższym czasem trwania choroby i silniejszą autostygmatyzacją (Murray in., 2016; por. Pearl i in., 2023). W ramach współlistniejącej z ED patologii najczęściej odnotowuje się depresję (nieco częściej u kobiet), zaburzenia osobowości oraz stany lękowe oraz zaburzenia

związane z używaniem substancji psychoaktywnych i uzależnieniem od alkoholu (przede wszystkim u mężczyzn) (Dunn i in., 2002; Weltzin i in., 2012). Według „American Psychiatric Association” (2006) 57% mężczyzn z zaburzeniami odżywiania wykazuje objawy nadużywania substancji, w porównaniu z 28% kobiet. Jak już wspomniano, ze względu na tendencję do niediagnozowania ED u mężczyzn, wielu z nich jest leczonych tylko z powodu nadużywania substancji, podczas gdy problemy związane z jedzeniem i ciałem są w terapii pomijane (Costin, 2007).

Istotną rolę w rozwijaniu symptomów ED w populacji mężczyzn odgrywa wykorzystanie seksualne. Doświadczyło go w przeszłości około 30% mężczyzn z ED (Connors, Worse, 1993). Dane na ten temat są prawdopodobnie zaniżone z powodu nieproporcjonalnie dużej ilości wstydu i stygmatyzacji, które towarzyszą tego rodzaju przemocy stosowanej wobec mężczyzn i dokonywanej też przez mężczyzn w większym stopniu. Zaburzenia odżywiania (przede wszystkim anoreksja psychiczna) u ofiar przemocy seksualnej są sposobem na zaprzeczanie swojej seksualności, męskości i unikanie kontaktów seksualnych. Z kolei rozwijanie symptomów dysmorfii mięśniowej służy zaakcentowaniu atrybutów swej płci (w tym siły wyrażającej się w rozbudowanych mięśniach), co ma chronić mężczyznę przed stanieniem się po raz kolejny ofiarą tego rodzaju nadużycia (Morgan, 2008; Bégin i in., 2019; Lennon i in., 2021).

Percepcja wyglądu i wizerunek ciała

Percepcja ciała wśród mężczyzn obejmuje różnorodne aspekty, w tym niezadowolenie z wyglądu, presję społeczną na posiadanie określonej sylwetki oraz wpływ mediów społecznościowych na samopoczucie i zachowania związane z ciałem. W badaniach często używa się kwestionariuszy takich jak Appearance Schemas Inventory-Revised (ASI-R) (Troisi, 2020) oraz Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI) (Compte i in., 2022), które oceniają różne aspekty związane z percepcją ciała i zaburzeniami dysmorficznymi. Wyniki badania nad kwestionariuszem Body Image Dissatisfaction (BID) (Poraj-Weder i in., 2024) wskazują na istotne czynniki ryzyka dla zaburzeń odżywiania i dotyczą zarówno zaburzeń percepcyjnych (np. zniekształcone postrzeganie ciała), jak i attitudinalnych (np. niezadowolenie z wyglądu).

U mężczyzn cierpiących na zaburzenia odżywiania częściej niż u kobiet odnotowuje się nadmierną masę ciała przed rozwinięciem symptomów zaburzenia, jednak celem ich zabiegów związanych ze sferą jedzenia i ciała nie

jest zmniejszenie ogólnej masy, a uzyskanie odpowiednich proporcji sylwetki, choć wskazuje się tu, że heteroseksualni mężczyźni częściej wyrażają chęć zwiększenia masy mięśniowej, a homoseksualni mężczyźni mają tendencję do dążenia do redukcji masy ciała (Pope i in., 2000; Striegel-Moore i in., 2009; Ahuja, 2024). Fakt ten pozostaje w sprzeczności wobec tendencji do osiągnięcia szczupłości, która służy jako podstawa kryteriów diagnostycznych ED (Lavander i in., 2017). W społeczeństwach zachodnich istnieją bowiem istotne różnice w zakresie żeńskiego i męskiego wzorca atrakcyjności z uwagi na jego masę: ciało kobiece powinno być szczupłe, zaś męskie muskularne, o niskiej zawartości tłuszczu, w kształcie litery V (Pope i in., 2000; Popek i in., 2011). Tym samym mężczyźni bardziej niż kobiety koncentrują się na muskulaturze ciała, jej powiązaniu z siłą i dominacją, utożsamianych z szeroko rozumianą męskością. Kobiety z kolei w większym stopniu skupiają się na aspektach cielesności związanych z tkanką tłuszczową (np. biust, pośladki, brzuch), a także ich powiązaniu z płodnością oraz znaczeniem kulturowym i biologicznym (Bąk, 2008; por. Murray i in., 2016; Griffiths, Yager, 2019).

Badacze wskazują jednak, iż dojrzewający chłopcy, w porównaniu z młodymi kobietami, ujawniają większe zadowolenie z własnej cielesności (Murray i in., 2016; Ahuja, 2024). Dziewczęta wchodzące w okres dojrzewania (zarówno punktualnie, jak niepunktualnie) są bardziej zagrożone brakiem satysfakcji z własnego ciała, jego masy, proporcji oraz ogólnego wyglądu, natomiast u chłopców to przede wszystkim ci, którzy późno rozpoczynają okres pokwitania częściej komunikują brak satysfakcji z ciała, jego masy i wzrostu.

Zauważa się także różnice dotyczące stosowania zachowań kompensacyjnych służących regulacji masy ciała i korygowaniu jego proporcji z uwagi na płeć. U mężczyzn są to przede wszystkim intensywne ćwiczenia fizyczne i post, podczas gdy u kobiet wymioty i nadużywanie środków przeczyszczająco-moczopędnych (Valente i in., 2017). W przekonaniu Bunella (2010) klinicyści bagatelizują uporczywe ćwiczenia fizyczne w grupie mężczyzn (jako potencjalnie czynność kompensacyjną), bowiem wysiłek fizyczny i dbałość o muskulaturę w naszym społeczeństwie jest uznawany za właściwy i służący zdrowiu. Sytuacja ta wskazuje, iż zróżnicowany płciowo obraz satysfakcji z własnego ciała nie wynika wprost z płci biologicznej, ale z ról płciowych, co wiąże się ze wspomnianą stereotypizacją wizerunku męskiego i kobiecego ciała i wyglądu (Jackson i in., 1988, za: Bąk, 2008, s. 171).

Ustosunkowanie do własnego ciała to także wynik oddziaływania wzorców społeczno-kulturowych kreowanych przez kulturę popularną oraz media, które odgrywają znaczącą rolę w postrzeganiu tego, jak powinno wyglądać

„idealne” męskie ciało. Obecnie standard ten – jak wspomniano – uwzględnia siłę i muskularność, w tym wąską talię, dobrze rozwiniętą klatkę piersiową, barki i ramiona. Wizerunek ten, podobnie jak ideał piękna kobiety, może stać się zarówno punktem odniesienia w ocenie własnej fizyczności i atrakcyjności, jak i wzbudzać motywację do zmiany kształtów i proporcji własnego ciała (Sharp i in., 1994; Hobza i in., 2007; Moufawad i in., 2024).

U mężczyzn jednym ze sposobów modelowania sylwetki są wyťažające i wyniszczające ćwiczenia fizyczne o charakterze uzależniającym określane też mianem *anorexia athletica* (Morgan i in., 2008; Ströhle, 2019; Vasiliu, 2023). Sportowcy są grupą podwyższonego ryzyka dla zaburzeń odżywiania, mimo że często raportują mniejsze problemy z percepcją ciała w porównaniu z osobami nieaktywnymi fizycznie. Wysoki wskaźnik masy ciała (BMI) i procent tłuszczu w ciele (% BF) są silnie związane z większym niezadowoleniem z ciała wśród sportowców. Zależności te są szczególnie widoczne w sportach, gdzie wygląd ciała odgrywa kluczową rolę w ocenie i wynikach. W badaniach odnotowano, iż problem zaburzeń odżywiania u osób uprawiających sport dotyczy 20.1% kobiet z ED i 7.7% mężczyzn z ED w odniesieniu do 0.5% i 9% mężczyzn i kobiet z grupy kontrolnej (por. Bennet, 2016).

Obsesyjne zaabsorbowanie wyglądem zewnętrznym, w tym jego muskulaturą, masą ciała, oraz stosowanie rozmaitych diet i środków mających wspomóc rozwój tkanki mięśniowej (np. sterydów anabolicznych) częściej niż kobiety predystynują mężczyzn do rozwijania dysmorfii mięśniowej (*muscle dysmorphia*, MD), zwanej niekiedy bigoreksją lub „odwróconą anorexią” (Czepczor, Brytek-Matera, 2017; Bégin i in., 2019; Lennon, Johnson, 2021). Wskazuje się, że społeczne naciski na osiągnięcie promowanej przez media idealnej sylwetki odgrywają kluczową rolę w rozwoju dysmorfii mięśniowej. Mężczyźni, którzy wewnętrznie przyjmują te ideały, są bardziej narażeni na niezadowolenie ze swojego ciała i podejmowanie drastycznych działań w celu jego zmiany. Badania prowadzone przez Convertina i jego zespół (Convertino i in., 2022) na 452 mężczyznach w wieku od 18 do 35 lat w odniesieniu do internalizacji ideałów dotyczących męskości (szczupłości i muskularności) oraz ich związku z niezadowoleniem z ciała, objawami zaburzeń odżywiania i objawami dysmorfii mięśniowej, wskazują m.in., że dążenie do zwiększenia masy mięśniowej (ang. *drive for size*) było najwyższe u mężczyzn, którzy silnie internalizowali zarówno ideał szczupłości, jak i muskularności. To oznacza, że te dwa ideały mogą działać synergicznie, prowadząc do zwiększonej presji na budowanie masy mięśniowej przy jednoczesnym utrzymaniu niskiego poziomu tłuszczu w ciele. Z kolei w kontekście interakcji między internalizacją

szczupłości i muskularności wyniki sugerują, że mężczyźni, którzy wysoko internalizują oba te ideały, mogą być bardziej narażeni na rozwój niezdrowych zachowań związanych z budowaniem mięśni, takich jak nadużywanie suplementów, stosowanie sterydów anabolicznych lub ekstremalne programy treningowe.

Potrzeba podejścia interdyscyplinarnego i wieloaspektowego

Wiemy już, że zaburzenia jedzenia są wielowymiarowe z natury, że są wynikiem oddziaływania sił tkwiących w kulturze, rodzinach i w samych jednostkach. Stąd ich leczenie powinno być kompleksowe i zróżnicowane. Zasadniczym celem jest nie tylko przywrócenie lub wyrobienie prawidłowych nawyków żywieniowych, ale też zmiana na poziomie przekonań, emocji, wewnętrznych konfliktów i podejmowanych działań, czy budowania satysfakcjonujących relacji z otoczeniem (por. Mroczkowska i in., 2007, s. 86–92; Mroczkowska, Ziółkowska, 2011, s. 94–103; Cron i in., 2023).

Po pierwsze, jak wskazuje M. Starzomska (2006, s. 398) w praktyce różnorodność zaburzeń odżywiania wyraża się różnorodnością poglądów na temat ich leczenia. Tym samym sposób pracy zależy od podejścia i warsztatu terapeuty. Wybór określonej koncepcji wpływa na wybór strategii i technik terapeutycznych oraz często też na formy pracy (np. indywidualna, grupowa, rodzinna) i na specyfikę oraz przebieg spotkań, sposób rozumienia symptomów i innych problemów chorego, a także refleksję nad procesem zdrowienia. Równocześnie każdy pacjent wymaga indywidualnego podejścia uwzględniającego obraz kliniczny choroby, przebieg i czas trwania choroby, motywację do leczenia oraz możliwości i zakres współpracy. Najczęściej stosowane w leczeniu zaburzeń odżywiania podejścia terapeutyczne to terapia poznawczo-behawioralna (CBT) i rozszerzona terapia poznawczo-behawioralna (CBT-E), terapia dialektyczno-behawioralna (DBT), terapia rodzinna, psychoterapia psychodynamiczna czy terapia akceptacji i zaangażowania (ACT) – (por. Abbate i in., 2016; Jewell i in., 2016; Minati i in., 2018; Gorell i in., 2019; Brown i in., 2020; Kaidesoja i in., 2023).

Po drugie, zaprezentowany przegląd badań pokazywał, że mimo istnienia wspólnych kryteriów diagnostycznych, zaburzenia odżywiania mają nieco odmienną specyfikę (objawy i przebieg) w zależności od płci. Różnice w obrazie klinicznym zaburzeń odżywiania między kobietami a mężczyznami są

znaczące i wymagają dostosowanego podejścia w diagnostyce i modelach leczenia. Dla przykładu, kobiety częściej doświadczają presji społecznej dotyczącej szczupłości, mężczyźni z kolei częściej koncentrują się na budowaniu masy mięśniowej i mogą doświadczać niezadowolenia z ciała w odniesieniu do tej kwestii.

Zarówno wobec mężczyzn, jak i kobiet z ED stosuje się podobne procedury lecznicze, jednak ci pierwsi walczą o uznanie roli płci w terapii i innych formach leczenia zaburzeń odżywiania (Maine i in., 2010). Rozumienie i akceptowanie męskości wydaje się zatem ważnym tematem szerokich oddziaływań pomocowych (edukacji, psychoterapii, socjoterapii), podkreślając potrzebę dalszych badań i dostosowania programów oddziaływań i leczenia do specyficznych potrzeb każdej płci oraz różnorodnych tożsamości płciowych (Greenberg, Schoen, 2008). Tym samym skuteczne leczenie mężczyzn z zaburzeniami odżywiania powinno obejmować interwencje specyficzne dla płci, takie jak terapia ukierunkowana na dysmorfie mięśniową (*muscle dysmorphia*), programy socjoterapeutyczne – w tym edukacyjne i rozwojowe (Koperna, 2020, s. 41; por. Jankowiak, Soroko 2013, s. 84–95; Jankowiak, Soroko, 2021; Wilk, 2023). Weltzin i współpracownicy (2005) wskazują wręcz na potrzebę i znaczenie grupowych programów terapeutycznych i socjoterapeutycznych przeznaczonych wyłącznie dla mężczyzn, aby zapewnić im komfort i bezpieczeństwo ujawniania swoich problemów, m.in. tych dotyczących doświadczania przemocy (w tym seksualnej) bez narażenia się na śmieszność, zdziwienie itp., ale także, by dać mężczyznom możliwość nabywania określonych zachowań i umiejętności pozwalających na efektywne funkcjonowanie w grupie i społeczeństwie, pomoc mężczyznom w rozwijaniu umiejętności społecznych i emocjonalnych, ułatwiając nawiązywanie relacji oraz doskonalenie ich osobistych zdolności i cech (por. Koperna, 2020).

Podsumowanie i rekomendacje

Choć zaburzenia odżywiania statystycznie częściej pojawiają się w populacji kobiet, to ich liczba wśród mężczyzn rośnie, a ponadto widoczne są różnice w obrazie klinicznym, objawach i współistniejącej z ED patologii z uwagi na płeć (Valente i in., 2017). Najistotniejsze cechy zaburzeń odżywiania u mężczyzn to:

1. Większa niż w przypadku kobiet (auto)stygmatyzacja wynikająca z ujawniania symptomów zaburzeń odżywiania.

2. Dłuższa diagnostyka (niż w przypadku kobiet) kończąca się prawidłowym rozpoznaniem, a co za tym idzie – wdrożeniem odpowiednich form pomocy.

3. Wzrastający odsetek ED u mężczyzn – sportowców, z osobowością lękową, otyłych w dzieciństwie czy osób hetero nienormatywnych.

4. Wysokie prawdopodobieństwo występowania u mężczyzn z ED współistniejących zaburzeń dymorficznych i uzależnień substancjalnych.

5. Nadmierna troska o wygląd takich części ciała jak brzuch, klatka piersiowa, ramiona, ręce oraz wzmożona aktywność fizyczna służąca kreowaniu cielesności.

Wydaje się, że wyróżnienie odrębnych (specyficznych) kryteriów diagnozy ED z uwagi na płeć pacjentów mogłoby ułatwić diagnozę zaburzeń, a to z kolei przyspieszyć planowanie i wdrażanie działań interwencyjnych.

LITERATURA I ŹRÓDŁA INTERNETOWE

- Abbate-Daga, G., Marzola, E., Amianto, F., Fassino, S. (2016). A comprehensive review of psychodynamic treatments for eating disorders. *Eating and weight disorders*, 21(4), 553–580. Pobrano z: <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0265-9>.
- Ahuja, L., Schneider, J., Budhraj, B., Diedrichs, P.C., Williamson, H. (2024). A Systematic Review Exploring the Effectiveness of Body Image Interventions Among Boys. *Adolescent Research Review*. Pobrano z: <https://doi.org/10.1007/s40894-024-00246-y> [dostęp: 2024.08.02].
- American Psychiatric Association. (2006). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3rd edition. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1–54.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bardone-Cone, A., Alvarez, A., Gorlick, J., Koller, K., Thompson, K., Miller, A. (2019). Longitudinal follow-up of a comprehensive operationalization of eating disorder recovery: Concurrent and predictive validity. *International Journal of Eating Disorders*, 52(9), 1052–1057. Pobrano z: <https://doi.org/10.1002/eat.23128>.
- Badura-Brzoza K., Dębski P., Głowczyński P., Ścisło P., Piegza M., Błachut M., Gorczyca P. (2023). Ocena postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi wśród studentów medycyny – doniesienie wstępne. *Psychiatria Polska*, 57(5), 1077–1098. Pobrano z: <https://doi.org/10.12740/PP/152318>.
- Bąk, D. (2008). Zaburzenia odżywiania się u mężczyzn. *Psychiatria Polska*, XLII, 2, 167–178.
- Beaumont, P.J. V., Beardwood, C.J., Russell, G.F.M. (1972). The occurrence of the syndrome of anorexia nervosa in male subjects. *Psychological Medicine*, 2, 216–231, Pobrano z: <https://doi.org/10.1017/s0033291700042513>.
- Bégin, K., Turcotte, O., Rodrigue, Ch. (2019). Psychosocial factors underlying symptoms of muscle dysmorphia in a nonclinical sample of men. *Psychiatry Research*, 272, 319–325. Pobrano z: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.120>.

- Bennett, K. (2016). *Eating Disorders in Athletes*. W: J. Fries, V. Sullivan (red.), *Integrative Psychological, Medical, and Nutritional Approaches to the Treatment of Eating Disorders*. Pobrano z: https://appliedsportpsych.org/site/assets/files/1113/aas-pedsig-detection_referral_guidelines-final.pdf.
- Brown, T.A., Wisniewski, L., Anderson, L.K. (2020). Dialectical Behavior Therapy for Eating Disorders: State of the Research and New Directions. *Eating disorders*, 28(2), 97–100. Pobrano z: <https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1728204>.
- Brown, A.T., Keel, K.P. (2023). Eating Disorders in Boys and Men. *Annual Review of Clinical Psychology*, 19, 177–205. Pobrano z: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-080921-074125>.
- Cella, S., Iannaccone, M., Ascione, R., Cotrufo, P. (2010). Body dissatisfaction, abnormal eating behaviours and eating disorder attitude in homo- and heterosexuals. *Eating and Weight Disorders*, 15(3), 180–185.
- Chamay-Weber, C., Narring, F., Michaud A-P., (2005). Partial eating disorder among adolescent: a review. *Journal Adolescent Health*, 37(5), 417–27. Pobrano z: <https://10.1016/j.jadohealth.2004.09.014>.
- Compte, J.E., Cattle, J.Ch., Lavender, M.J., Brown, A.T., Murray, B.S., Capriotti, R.M., Flentje, A., Lubensky, E.M., Obedin-Maliver, J., Lunn, R.M., Jason, M. Nagata, M.J. (2022). Psychometric evaluation of the muscle dysmorphic disorder inventory (MDDI) among gender-expansive people. *Journal of Eating Disorders*, 10(95).
- Connors, M.E., Worse, W. (1993). Sexual abuse and eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 1–11.
- Convertino, D.A., Elbe, C.I., Mendoza, R.R., Calzo, J.P., Brown, A.T., Siegel, J.A., Corliss, H.L., Blashill, A.J. (2022). Internalization of muscularity and thinness ideals: Associations with body dissatisfaction, eating disorder symptoms, and muscle dysmorphic symptoms in at risk sexual minority men. *International Journal Eating Disorder*, 55, 1765–1776. Pobrano z: <https://doi.org/10.1002/eat.23829>.
- Corrigan, P.W., Rafacz, J., Rüsch, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness, *Psychiatry Research*, 189, 339–343. Pobrano z: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>.
- Costin, C. (2007). *The eating disorder sourcebook* (3rd ed.). New York: McGraw Hill.
- Crisp, A.H., Burns, T. (1990). Primary anorexia nervosa in the male and female: a comparison of clinical features and prognosis. W: A.E. Andersen (red.), *Males with eating disorders*, wyd. 1, 77–99. New York: Brunner-Routledge. Pobrano z: <https://doi.org/10.4324/9781315825892>.
- Crisp, A.H. (2005). Stigmatization of and discrimination against people with eating disorders including a report of two nationwide surveys. *European Eating Disorders Review*, 13(3), 147–152. Pobrano z: <https://doi.org/10.1002/erv.648>.
- Crisp, A., Gelder M., Goddard E., Meltzer H. (2005a). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists, *World Psychiatry* 4(2), 106–113.
- Crone, C., Anzia, D.J., Fochtmann, L.J., Dahl, D. (2023). The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with eating disorders,

- American Psychiatric Association. Pobrano z: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890424865> [dostęp w dniu: 10.07.2024].
- Czepczor, K., Brytek-Matera, A. (2017). *Jedzenie pod wpływem emocji*. Warszawa: Wydawnictwo Difin..
- Dunn, E., Larimer, M., Neighbors, C. (2002). Alcohol and drug-related negative consequences in college students with bulimia nervosa and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 32(2), 171–178.
- Diemer, E.W., Grant, J.D., Munn-Chernoff, M.A., Patterson, D.A., Duncan, A.E.(2015). Gender Identity, Sexual Orientation, and Eating-Related Pathology in a National Sample of College Students. *Journal of Adolescent Health*, 57(2), 144–149. Pobrano z: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.03.003>.
- Eisenberg, D., Speer, N., Hunt, J.B. (2012). Attitudes and beliefs about treatment among college students with untreated mental health problems. *Psychiatric Services*, 63(7), 711–713. Pobrano z: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100250>.
- Feldman, M.B., Meyer, I.H. (2007). Eating disorders in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 218–226.
- Fichter, M.M., Krenn, H. (2003). *Eating disorders in males*. W: J. Treasure, U. Schmidt, E. van Furth (red.), *Handbook of Eating Disorders* (2nd ed.). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Gorrell, S., Murray, S.B. (2019). Eating Disorders in Males. *Child and Adolescence Psychiatric Clinics of North America*, 28(4), 641–651. Pobrano z: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.012>.
- Gorrell, S., Loeb, K.L., Le Grange, D. (2019). Family-based Treatment of Eating Disorders: A Narrative Review. *The Psychiatric clinics of North America*, 42(2), 193–204. Pobrano z: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.004>.
- Gruszka, M., Kudela G., Koszutski T. (2019). Stygmatyzacja pacjentów z nieprawidłową masą ciała przez personel medyczny – badania pilotażowe. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 4(61). Pobrano z: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.64>.
- Jankowiak, B.A., Soroko, E. (2021). *Socjoterapia młodzieży. Studium psychologiczno-pedagogiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jankowiak, B., Soroko, E. (2013). Czynniki pomocowe w socjoterapii dzieci i młodzieży – refleksja teoretyczna. W Jankowiak (red.), *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno – pedagogicznej. Teoria i praktyka* (s. 83-105). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Jewell, T., Blessitt, E., Stewart, C., Simic, M., Eisler, I. (2016). Family Therapy for Child and Adolescent Eating Disorders: A Critical Review. *Family process*, 55(3), 577–594. Pobrano z: <https://doi.org/10.1111/famp.12242>.
- Kaidesoja, M., Cooper, Z., Fordham, B. (2023). Cognitive behavioral therapy for eating disorders: A map of the systematic review evidence base. *The International Journal of eating disorders*, 56(2), 295–313. Pobrano z: <https://doi.org/10.1002/eat.23831>.
- Kochański A., Cechnicki A. Postawy polskich psychiatrów wobec osób chorujących Psychiczenie, *Psychiatria Polska*, 2017, 51(1), 29–44. Pobrano z: <https://doi.org/10.12740/PP/62400>.

- Koperna P. (2020). *Sociotherapy as a support for social and emotional development of preschoolers and elementary school children*. W: E. Silva, C. Pais, L.S. Pais (red.), *Teaching Crossroads: 15th and 16th IPB Erasmus Weeks*. Braganca: Instituto Politecnico.
- Krenn, H. (2003). *Eßstörungen bei Männern: Charakteristika des Verlaufs von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bei Männern im Vergleich zu einer weiblichen Stichprobe* (doctoral dissertation in German). Pobrano z: <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2004/0101/pdf/dhk.pdf> [dostęp: 10.07.2024].
- Lavender, J.M., Brown, T.A., Murray, S.B. (2017). *Men, Muscles, and Eating Disorders: An Overview of Traditional and Muscularity-Oriented Disordered Eating*. *Current Psychiatry Reports*, 19(6), 32. Pobrano z: <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0787-5>.
- Lennon1, S.J., Kim, K. Johnson, P. (2021). *Men and muscularity research: a review*. *Fash Text* 8(20). Pobrano z: <https://doi.org/10.1186/s40691-021-00245-w>.
- Liu, L., Hay, P., Conti, J. (2022). *Perspectives on barriers to treatment engagement of people with eating disorder symptoms who have not undergone treatment: a qualitative study*. *BMC Psychiatry*, 22, 239. Pobrano z: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03890-7>.
- Longobardi, C., Prino, L.E., Angelo, M., Settanni, F.M. (2017). *Muscle dysmorphia and psychopathology: Findings from an Italian sample of male bodybuilders*. *Psychiatry Research*, 256, 231–236. Pobrano z: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.065>.
- MacNeil, B.A., Hudson, C.C., Leung, P. (2018). *It's raining men: descriptive results for engaging men with eating disorders in a specialized male assessment and treatment track (MATT)*. *Eating and Weight Disorders*, 23, 817–824. Pobrano z: <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0586-y>.
- Maine, M., Bunnell, D. (2010). *Eating disorders in men*. W: M. Maine, B. McGilley, D. Bunnell (red.), *Treatment of eating disorders. Between science and practice* (s. 3–18). Amsterdam, London, Heidelberg: Elsevier.
- Miniati, M., Callari, A., Maglio, A., Calugi, S. (2018). *Interpersonal psychotherapy for eating disorders: current perspectives*. *Psychology research and behavior management*, 11, 353–369. Pobrano z: <https://doi.org/10.2147/PRBM.S120584>.
- Mitchison, D., Mond, J., Bussey, K., Griffiths, S., Trompeter, N., Lonergan, A., Pike, K.M., Murray, S.B., Hay, P. (2019). *DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents: Prevalence and clinical significance*. *Psychological Medicine*, 50(6), 981–990. Pobrano z: <https://doi.org/10.1017/s0033291719000898>.
- Mond, J., Mitchison, D., Hay, P. (2014). *Eating disordered behavior in men: Prevalence, impairment in quality of life, and implications for prevention and health promotion*. W: L. Cohn, R. Lemberg (red.), *Current Findings on Males with Eating Disorders*, 195–215. Abingdon-on-Thames: Taylor & Francis. Pobrano z: <https://doi.org/10.4324/9780203495650>.
- Moufawad, M., Hoque, A., Kells, M., Sonnevile, K.R., Hahn, S.L. (2024). *Social media use and weight bias internalization: association moderated by age and weight per-*

- ception, *Journal of Eating Disorders*, 12(84). Pobrano z: <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01043-7>.
- Mroczkowska, D., Ziółkowska B., Cwojdzińska, A. (2007). *Zaburzenia odżywiania. Poradnik dla rodziców i bliskich*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Mroczkowska, D., Ziółkowska B. (2011). *Bulimia od A do Z. Kompendium wiedzy dla rodziców, nauczycieli i wychowawców*. Warszawa: Wydawnictwo Diffin.
- Nowogrodzka, A., Piasecki, B. (2012). *Zaburzenia odżywiania – różnice międzypłciowe*, *Nowiny Lekarskie*, 81(4), 381–385.
- Pearl, L.R., Austin, S.B., Jebeile, H., D'Adamo, L., Wilfley, D. (2023). Opportunities to advance research, intervention, and policy on stigma, eating disorders, and body image. *Journal of Eating Disorders*, 11(132). Pobrano z: <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00857-1>.
- Poraj-Weder, M., Szulawski, M., Rogoza, R., Jasielska, D., Pios, A. (2024). Appearance Schemas Inventory – Revised: Validation on Polish sample. *Annals of Psychology*, 1, 27(24), 27–48. Pobrano z: <https://doi.org/10.18290/rpsych2024.0002>.
- Pearl R.L., Bryn Austin S., Jebeile H., D'Adamo L., Wilfley D.E. (2023). Opportunities to advance research, intervention, and policy on stigma, eating disorders, and body image. *Journal of Eating Disorders* 11(132). Pobrano z: <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00857-1>.
- Quaddflieg, N., Strobel, C., Naab, S., Voderholzer, U., Fichter, M.M. (2019). Mortality in males treated for an eating disorder – a large prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 52(12), 1365–1369. Pobrano z: <https://doi.org/10.1002/eat.23135>.
- Striegel-Moore, R., Bulik, C. (2007). Risk Factors for Eating Disorders. *American Psychologist*, 62(3), 181–198.
- Ströhle, A. (2019). Sports psychiatry: mental health and mental disorders in athletes and exercise treatment of mental disorders. *European Archives Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269, 485–98. Pobrano z: <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0891-5>.
- Starzomska, M. (2006). *Psychoterapia osób z zaburzeniami odżywiania*. W: L. Grze-siuk (red.), *Psychoterapia. Praktyka. Podręcznik akademicki* (s. 398). Warszawa: Eneteia.
- Troisi, A. (2020). *Body Image and Body Dissatisfaction*. W: *Bariatric Psychology and Psychiatry*. Cham: Springer. Pobrano z: https://doi.org/10.1007/978-3-030-44834-9_4.
- Valente, S., Di Girolamo, G., Forlani, M., Biondini, A., Scudellari, P., De Ronchi, D., Atti, A.R. (2017). Sex-specific issues in eating disorders: a clinical and psychopathological investigation. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22, 707–715.
- Vasiliu, O. (2023). Current trends and perspectives in the exploration of anorexia athletica-clinical challenges and therapeutic considerations, *Frontier Nutrition*, 10. Pobrano z: <https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1214398>.
- Weltzin, T.E., Cornella-Carlson, T., Fitzpatrick, M.E., Kennington, B., Bean, P., Jefferies, C. (2012). Treatment issues and outcomes for males with eating disorders. *Eating*

- Disorders, 20(5), 444–459. Pobrano z: <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.715527>.
- Westerberg, D.P., Waitz, M. (2013). Binge-eating disorder. *Osteopathic Family Physician*, 5(6), 230–233.
- Wilk, M. (2023). Cztery oblicza socjoterapii. *Biuletyn Socjoterapeutyczny*, 1, 43–56.
- Wisting, L., Bang, L., Rø, Ø. (2015) Adolescents with T1D – The impact of gender, age, and health-related functioning on eating disorder psychopathology. *PLOS ONE*, 10(11). Pobrano z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141386>.
- Zhao, Y., Encinosa, W. (2011). An Update on Hospitalizations for Eating Disorders, 1999 to 2009. Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs. Pobrano z: <https://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb120.pdf> [dostęp: 20.06.2024].

