

MENTÁLNÍ BULIMIE U MUŽŮ

MUDr. Libuše Stárková, CSc.

Psychiatrická klinika FN Olomouc

Autorka přináší přehled problematiky, které je v naší literatuře zatím věnováno málo pozornosti. Mentální anorexie u mužů je známým, i když méně často diskutovaným problémem. Poruchy příjmu potravy mají v mužské populaci nižší prevalenci. O mentální bulimii se obvykle hovoří jen v souvislosti s ženami. Autorka uvádí několik kazuistik, které mohou dokumentovat, že se do naší klinické praxe dostal i problém mentální bulimie u mužů.

Klíčová slova: mentální bulimie, muži, adolescence, léčba.

A MENTAL BULIMIA (EATING DISORDER) IN MALE-PATIENTS

The author presents a brief outline of a problem which has only until recently been described in a few medical journals. The disease, male mental anorexia, is a known but not often discussed problem. Eating disorders in men have a low prevalence. Mental bulimia, or bulimia nervosa is usually associated primarily with women. The article discloses some of the documented causes of male mental bulimia and also those encountered in clinical practice.

Key words: eating disorders, mental bulimia, men, adolescence and early adult, treatment of this disease.

Úvod

Poruchy příjmu potravy jsou příkladem nemocí, jejichž prevalence je u mužů ve srovnání s ženami mnohem nižší. Dlouhodobě víme, že se mentální anorexie objevuje u mužů asi 10 až 20krát méně často než u žen. Zahraniční zdroje hovoří o tom, že se mentální bulimie vyskytuje u mužů rovněž v poměru 1 : 10, tedy také asi 10krát méně často než u žen (5). Na druhé straně je to důkaz, že muži s bulimií v populaci existují.

Ti, kteří se zabývají etiologií poruch příjmu potravy, obvykle zkoumají, co způsobuje tento rozdíl v prevalenci. Příčina bývá spatřována v rozdílném sociokulturním působení. Zatímco jen 10 % článků v populárních časopisech pro muže nabízí dietní programy, je podobných článků v časopisech pro ženy mnohem víc (2). Chlapci jsou ve srovnání s děvčaty od mladšího školního věku méně často považováni za tlusté a méně často je jim doporučována dieta. Ženy jsou vystaveny působení hodnoty vzhledu mnohem víc. Zatímco muži považují za stejně důležitý tvar těla, výšku a váhu, ženy se zabývají jen váhou (1, 4, 6, 8). Muži, u kterých se rozvine porucha příjmu potravy, jsou mnohem častěji mezi těmi, kteří měli premorbidní obezitu. Zdá se být obecným pravidlem, které mnohé studie potvrzují, že zatímco ženy, které se rozhodnou pro dietu, se „cítí být tlusté“, až v polovině případů muži takovými „skutečně jsou...“

Už Hippokrates říkal, že muži netolerují snížení váhy tak dobře, jako ženy. Přejídání a zvracení se pak může častěji objevovat u mužů než u žen se stejnou diagnózou. Literatura uvádí, že až 0,2 % všech adolescentů a mladých dospělých naplňuje kritéria mentální bulimie.

Někteří soudí, že právě sociokulturní normy spolu s osobnostní zranitelností, charakterem rodinného fungování a náladovými změnami ve smyslu úzkostných stavů a zhoršené nálady, mohou v kritickém období dospívání představovat spouštěče poruch příjmu potravy u mužů. Biologické a neuroendokrinní faktory jsou pak spíš zodpovědné za závažnost a chronicitu nemoci (1). Zdá se také, že homosexualita (bisexualita), může být specifickým ri-

zikovým faktorem pro muže – zejména v rozvoji mentální bulimie (2, 3, 6).

Zajímavé výsledky přinesla práce, která se zaměřila na vyhledávání všech mužů, kteří byli v letech 1980–1994 přijati do General Hospital Massachusetts s nějakým typem poruchy příjmu potravy. Jednalo se o aktivní vyhledávání ze zdravotní dokumentace, nejen psychiatrické. Autoři zjistili, že v uvedeném období 15 let bylo v nemocnici léčeno celkem 135 mužů s poruchou příjmu potravy, z nich 62 (42 %) byli bulimici, 30 (22 %) anorektici a 42 (32 %) mělo nějakou atypickou formu poruchy příjmu potravy, blíže nespecifikovanou. Zjistili dále, že 42 % bulimických mužů bylo homosexuální nebo bisexuální orientace. Z komorbidních diagnóz byla nejčastěji zastoupena velká deprese, zneužívání látek a poruchy osobnosti. Počátek poruchy příjmu potravy měl vztah k profesi (modeling, herectví, tradičně ženské profese jako ošetrovatelství, práce s jídlem, nejčastěji v restauraci). Je uveden příklad mladého muže, který nejdříve užíval tablety na zhubnutí, protože dostal roli, která vyžadovala štíhlost. Během několika dalších měsíců rozvinul přejídání a zvracení, pro které vyhledal pomoc. Celkem 60 % pacientů z celkového počtu mělo před vznikem poruchy nadváhu. Přicházeli do nemocnice obvykle pro zdravotní komplikace (poškození zubní skloviny, zvětšení příušních žláz, elektrolytovou dysbalanci, ezofagitidu, obezitu). Na rozdíl od anorektických pacientů přicházeli k léčbě hodně pozdě. Nejčastějším důvodem byl stud – styděli se za to, že trpí takovou čistě ženskou nemocí a skrývali ji před okolím. Nejzajímavější ovšem bylo, že 1/3 pacientů nikdy nenavštívila ani psychiatra, ani Jednotku pro poruchy příjmu potravy. Kdyby nebyli aktivně vyhledáni v dokumentaci celé všeobecné nemocnice, nikdy by jejich porucha nebyla odhalena.

Jiná studie se zabývala srovnáním stravovacích postojů ve vztahu k tělesné nespokojenosti u homosexuálních a heterosexuálních jedinců (6). Homosexuálové dosahovali vyššího skóre ve všech měřeních, což potvrdilo předchozí americkou zkušenost, že homosexuální jedinci jsou skutečně víc zranitelní pro poruchu příjmu potravy. Adolescence je zvlášť křehkým obdobím pro utváření sebepřijetí a sebe-

koncepte. Zdá se, že je o to těžším obdobím pro ty, kteří mají navíc problém se sexuální orientací a identitou. Typicky hostilní prostředí, nepřátelsky zaměřené vůči homosexualitě jako jevu, stejně jako odmítavé postoje vrstevníků, mohou zesilovat projekci negativních pocitů přes tělo a zvyšovat tak vulnerabilitu k jídelní poruše. Přejídání, hubnutí, purgativní kompenzatorní chování může být součástí touhy „potrestat tělo“ (6). Přestože se zdá být homosexualita v tomto směru určitým rizikovým faktorem, zvlášť pro rozvoj mentální bulimie, je ve skutečnosti přítomná jen u 20 % pacientů, kteří skutečně bulimií trpí.

Vlastní pozorování

Máme v ambulantní péči řadu dívek, které trpí některým typem poruchy příjmu potravy, a evidujeme rovněž několik chlapců s mentální anorexií. Jde zřejmě o běžné zastoupení, které odpovídá prevalenci nemoci a stavu, který jistě znají v jiných pedopsychiatrických ambulancích. Dlouhodobě jsme očekávali, kdy se objeví první muž, který bude mít projevy mentální bulimie. Přišel v říjnu 2000.

Kazuistika 1.

Osmnáctiletý mladík, odeslaný praktickým lékařem pro poruchu příjmu potravy, v. s. psychického původu. Dopravá ho matka, která, po dohodě s ním, sděluje základní informace o problému.

V rodině se vždy dbalo na životosprávu, a to hlavně kvůli mladšímu bratrovi pacienta, který býval „otesánek“. Pacient sám býval vždy zdravý, ve všem průměrný, sám moc ambicí neměl. Bude maturovat na střední průmyslové škole, chce se pokusit o studium na vysoké škole, což je hlavně přání otce.

Matčina výpověď se od počátku jasně orientuje na dlouhodobý vztahový problém mezi pacientem a otcem, který ona sama vnímá. Otec, voják z povolání, hodně autoritativní, s relativně hodně úspěšnou kariérou, výrazně preferující mladšího syna. Ten je skutečně na rozdíl od pacienta zvědavější, živější a úspěšnější. Pacient se podle ní musel cítit otcem nemilovaný a odstrkovaný. Vždy chtěl dobře vypadat, zkoušel diety, protože inklinoval k nadváze. Hlídal si kalorie, zhubl. Pak začal hodně jíst, protože se začal věnovat závodnímu plavání. Překvapovalo ji, že tak moc jí a „nic to s ním nedělá“. Nejdřív to přičítala energetickému výdeji ve sportu, pak zjistila, že chodí po jídle zvracet. Dokázal vyjít lednici. Jindy připravil oběd pro sebe, bratra a otce, nakonec snědl všechny tři porce sám. Ví, že mu hodně záleží na figuře a ona se ani nediví, doma to bylo dost často diskutované téma.

Pacient pohledný, sportovního vzhledu. Sám sděluje, že si postavu hlídá asi tři roky. Začal ji udržovat hlavně prostřednictvím diet a sportu. Zhruba před rokem mu začaly vadit časté návštěvy u prarodičů s nadměrnou konzumací jídla. Sám je označil jako „žranice“. Nutili ho do jídla a on je nechtěl urazit. Nakonec se překonal, nabízené snědl, pak to šel zvracet. Zvracel s použitím prstů jen dvakrát, pak už zvracel automaticky (pil hodně tekutin během jídla). Po zvracení se cítil líp. Jak uvádí, „jídlo prostě v žaludku

nesnesl“. Vůbec se nepřejídá a nezvrací, když tráví víkend s přáteli, eventuálně se svou dívkou. Ta o jeho problémech vůbec neví. Celou záležitost odhalila matka, zvracel prakticky denně. Maximálně vydržel pět dní nezvracet, pak se k tomu vrátil. Sám to vnímá jako psychologický a ne fyzický problém. Otec hodnotí jako člověka, který si zakládá na svém egu. Nejvíce ho zranilo, když se otec vyjádřil, že mu na něm a na matce vůbec nezáleží, záleží mu jen na bratrovi. Sám má otce rád a chce vystudovat VŠ, aby naplnil jeho ambice. Výška: 184 cm, hmotnost 73,10 kg.

Další dvě kazuistiky naplňují diagnózu mentální bulimie rovněž, vztahují se k adolescentnímu věku. Zvlášť poslední kazuistika dokumentuje, jak není na bulimii u mužů pomýšleno.

Kazuistika 2.

Téměř 15letý hoch, odeslaný praktickou lékařkou pro podezření na mentální anorexií. Matka uvádí, že měl ve 4,5 letech těžký úraz. Prodělal kraniocerebrální trauma s následnou reziduální hemiparézou vlevo. Byl hodně fixován na babičku, která o něho pečovala. Zemřela asi před půl rokem na karcinom. Chlapec chodí do ZŠ, učí se na lepší průměr. Mezi dětmi není příliš oblíbený, protože se nemůže zúčastnit žádných společných sportovních aktivit. Míval nadváhu a děti se mu posmívaly. Měl přezdívku „medvěd“, což bylo zřejmě dáno jeho pouhým zhoršením hybnosti a nadváhou.

Matka rovněž sděluje, že otec měl potvrzenou obezitu, začal redukovat a zhubl 30 kg. Váhu mají doma skoro na každém kroku, otec se pořád kontroluje.

Před půl rokem zpozorovali, že syn dost zhubl. Říkali si, že se vytáhl – vyrostl o 10 cm a zhubl 10 kg. Přijali to, slušelo mu to. V posledních měsících však zjistili, že se začal hodně přejídat a pak jídlo zvrací. Jí velmi rychle a s chutí. Zvracení je hodně časté, několikrát týdně. Původně se domnívali, že mu je asi z nějakého jídla špatně, to se ale nepotvrdilo. Byl vyšetřen praktickou lékařkou s negativním nálezem.

Chlapec sám uvádí, že „byl tlustej a chtěl zhubnout“. Nechtěl, aby se mu posmívali. Pak zase začal víc jíst. Snědl třeba velkou porci a dostal strach, že zase ztloustne. Tak šel zvracet. Nemusel používat prsty, šlo to samo. Když předtím zhubl, byl sice unavený, ale spokojený, že se mu neposmívali.

Výška 176 cm, hmotnost 65,40 kg, původní hmotnost 75 kg.

Kazuistika 3.

Mladík 16,5 let, který byl v roce 1999 v péči naší ambulance pro mentální anorexií. Měl tehdy BMI 16,5, klasický obraz anorexie. Když začal hubnout, vyřadil vše sladké, včetně ovoce, jedl jen knuspi a müsli tyčinky. Předcházela doba, kdy byl podle matky velký jedlík, dokázal sníst 10 knedlíků. Dělal tehdy sportovní gymnastiku a bojové umění.

Rodinná atmosféra byla dle matky někdy dost neúnosná pro otcovu povahovou nevyrovnanost a výbušnost, sklon k větší konzumaci alkoholu. O děti nejevil zájem.

Během ambulantní léčby se stav pacienta zlepšil, hmotnost se upravila na 53 kg (z původní hmotnosti 49,70/166 cm).

Za dva roky přicházejí znovu. Matka uvádí, že téměř půl roku běhali po různých vyšetřeních, protože měl potíže se žaludkem a dost zvracel. Vždy se najedl a pak to vyzvracel. Ji samotné se zdálo, že jídla konzumuje příliš mnoho. Za jídlo dokázal utratit hodně peněz, rád si dopřál. Třeba před tanečními – to snědl kvantum jídla a pak to šel vyzvracet.

Sám uvádí, že se snažil v jídle kontrolovat. Když vydržel ráno nejíst, dokázal nejíst celý den a pak mu bylo dobře. Když se najedl víc, šel zvracet. Prsty nepoužíval, zvracel automaticky. Už nedělá gymnastiku, dál se věnuje karate a začal chodit do posilovny, formuje tělo.

Dle matky se rodinná atmosféra zhoršila, rovněž mladší syn začal navštěvovat psychologa a psychiatra pro úzkostnou poruchu.

Terapie, prognóza

Základní principy léčby bulimie u mužů jsou podobné, jako u žen. Cílem je obnova normální hmotnosti, přerušení abnormálního chování, jako je přejídání a zvracení, léčba komorbidních problémů. Přesvědčování pacientů, aby se zabývali jinými hodnotami, než je pouze váha těla a jeho tvar, je součástí léčby, stejně jako příprava jejich reintegrace do běžné sociální skupiny. U našich pacientů by jistě pedopsychiatr uvažoval o smysluplnosti rodinné terapie.

Studie uvádějí, že být mužem, nepředstavuje samo o sobě žádný nepříznivý prognostický faktor. Muži se mo-

hou během léčby hodně zlepšit a často tomu tak skutečně je. Přesto bývá doporučováno, aby byl do terapeutické skupiny raději zařazován víc než jeden muž, neboť muži s poruchou příjmu potravy pocítují osamělost a necítí se být součástí skupiny, pokud je tvořena jen ženami. Velmi zajímavé je navíc i zjištění, že dokonce dívky, které mají samy nějakou poruchu příjmu potravy, mají tendenci stigmatizovat muže s anorexií či bulímií (2).

Zatímco krátkodobé studie zjišťují, že jsou výsledky léčby u žen a mužů srovnatelné, dlouhodobé studie chybějí (2). Závěry citované studie z Massachusetts uvádějí, že po jednoročním sledování vykazovala polovina mužů špatný stav, podobně, jak tomu bývá u žen (3).

Závěr

Zdá se, že existuje hodně společných projevů, pokud jde o poruchy příjmu potravy u žen a mužů. Klinický obraz a rozvoj nemoci, jak zachytily naše kazuistiky, je skutečně velmi podobný tomu, který vidíme u dívek a žen, včetně psychologického pozadí. Za významný faktor specifický pro muže bývá považována reálná nadváha před rozvojem bulimie. Vzhledem k tomu, že přibývá obézních jedinců ve společnosti, je možné předpokládat, že někteří budou řešit konflikt mezi obezitou a štihlostí cestou bulimie, podobně, jak je tomu u žen. Homosexualita je také považována za specifický rizikový faktor, přítomný ale jen u pětiny těch, kteří bulimii rozvinou. Rizikovým obdobím je podobně jako u dívek zejména pozdní adolescence a časná dospělost.

Literatura

1. Andersen AE. Eating Disorders in Males: Sociocultural Norms, Clinical Course, Biomedical Factors, and Outcome. In: Ferrari E, Brambilla F, Solerte SB. Primary and Secondary Eating Disorders (Proceedings of the 2nd International Symposium on Disorders of Eating Behaviour held in Pavia, Italy on 15-19 September 1992). 519 s.
2. Brownell KD, Fairburn CG. Eating Disorders and Obesity, The Guilford Press New York London 1995; 583 s.
3. Carlat DJ, Camargo CA Jr, Herzog DB. Eating Disorders in Males: A Report on 135 Patients. Am J Psychiatr 1997; 8: 1127-1132.
4. Faltus F, Janečková E, Papežová H. Intenzivní psychiatrická péče o nemocné s psychogenními poruchami příjmu potravy. Čs Psychiatr 1992; 2: 91-96.
5. Kaplan HI, Sadock BJ. Pocket Handbook of Clinical Psychiatry, 2nd edition. Williams and Wilkins 1996; 406 s.
6. Krcch FD. Vztah mezi tělesnou spokojeností a kvalitou života českých adolescentů. Psychiatr 2000; 4: 231-235.
7. Williamson I, Hartley P. British Research Into The Increased Vulnerability of Young Gay Men To Eating Disturbance and Body Dissatisfaction. Europ Eat Dis Review 1998; 6: 160-170.
8. Woodside DB, et al. Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. Am J Psych 2001; 4: 570-574.