



Szczególny obraz zaburzonego poczucia własnego ciała u młodego mężczyzny

A particular picture of body experience disorder in a young man

KRZYSZTOF CZUMA, DOROTA ORŁOWSKA

Z II Oddziału Psychiatrycznego Szpitala – Centrum Psychiatrii SPZOZ w Katowicach

STRESZCZENIE

Cel. Przedstawiono kolejny, obok jadłowstrętu i dysmorfobii, wariant niepsychotycznego zaburzenia odczuwania własnego ciała, który występuje u młodych mężczyzn trenujących kulturystykę, a polega na przekonaniu o niewystarczającej sile i rozmiarach mięśni.

Przypadek. 28-letni mężczyzna od lat uprawiał kulturystykę, wspomagając się anabolikami. Zaprzeszczenie używania spowodowało spadek masy ciała. Mimo nadal przeciętnej budowy, martwił się mizerną posturą, odczuwał zanik mięśni i był przekonany, że je zbyt mało. W wyniku leczenia zaakceptował własny wygląd i zrezygnował z uprawiania kulturystyki.

Komentarz. Objawy występujące u pacjenta przypominają jadłowstręt psychiczny, będąc jednocześnie ich odwrotnością. Opiswane zaburzenie określa się w piśmiennictwie jako *muscle dysmorphia*. Panująca wśród młodych mężczyzn moda na rozbudowaną muskulaturę, może prowadzić do wzrostu częstości tego typu zaburzeń.

SUMMARY

Objective. Another variation of a non-psychotic body experience disorder – in addition to anorexia and dysmorphophobia – is presented. The variation seen in young men committed to body building consists in a belief that neither the strength nor size of their muscles are sufficient.

Case. A man aged 28, engaged in body building for years, supported his efforts with anabolics. Discontinuation of anabolics resulted in a body mass reduction. Although his body build was still average, the patient was worrying about its being meagre, felt his muscles were atrophied, and was convinced he ate too little. In consequence of treatment he accepted his appearance and gave up body building exercises.

Commentary. The patient's symptoms resemble anorexia nervosa, but are an opposite of this disorder. The reported disorder is described in the literature as *muscle dysmorphia*. Since massive musculature is a fad among young men, it may lead to a rise in the incidence of this disorder.

Słowa kluczowe: zaburzenia poczucia ciała / *muscle dysmorphia*

Key words: body experience disorder / *muscle dysmorphia*

Zgodnie ze współcześnie obowiązującymi klasyfikacjami (ICD-10, DSM-IV) do niepsychotycznych zaburzeń doświadczenia własnego ciała można zaliczyć dysmorfobię i jadłowstręt psychiczny.

Termin „dysmorfobia” wprowadził ponad 100 lat temu Morselli. Był on wówczas definiowany jako „różnego rodzaju subiektywne uczucie brzydoty lub fizycznego defektu, o którym dana osoba myśli, że jest również zauważana przez inne osoby”. Kraepelin kwalifikował ten zespół jako rodzaj kompulsyjnej nerwicy, a Janet przychyliła się do tego poglądu. Część badaczy traktowała dysmorfobię jako specyficzną postać zaburzeń lękowych.

Zwracano uwagę na formalny błąd tkwiący w nazwie, gdyż istota schorzenia niewiele ma wspólnego z fobią w ścisłym tego słowa znaczeniu [1]. Według ICD-10

dysmorfobię klasyfikujemy jako zaburzenia hipochondryczne: utrwalone koncentrowanie się na domniemanej zmianie postaci lub kształtu ciała. Szczególnie chodzi tu o zaabsorbowanie jakimś wyobrażonym lub faktycznym drobnym defektem fizycznym, np. kształtem nosa, uszu, rozmiarem stóp.

Chorych z jadłowstrętem psychicznym cechuje (DSM-IV i ICD-10): nadmierna koncentracja na własnym wyglądzie, nieadekwatna ocena kształtów i rozmiarów własnego ciała, częste występowanie obsesji i kompulsji związanych z wyglądem, wagą, dietą itp. Objawom tym towarzyszy z reguły wysoki poziom lęku i obniżona samoocena [2, 3, 4].

W ostatnich latach zaczęto zwracać uwagę na zjawisko będące w pewnym zakresie (wygląd, waga, dieta) odwrotnością wyżej opisanego, a dotyczącego młodych

mężczyzn trenujących kulturystykę, lub intensywnie ćwiczących w siłowni w celu uzyskania imponującej sylwetki i muskulatury. W grupie tej pojawiają się osoby z ewidentnymi zaburzeniami w postrzeganiu schematu swego ciała, które polegają na przekonaniu o stale niewystarczającej sile i rozmiarach mięśni.

OPIS PRZYPADKU

Pacjent 28-letni, urodzony w rodzinie pełnej jako najstarsze dziecko. Ma młodszą o 7 lat siostrę. Ojciec był malarzem budowlanym, obecnie jest na rencie, leczony psychiatrycznie z powodu „nerwowości”. Matka jest sprzątaczką w banku. Zawsze bardziej związany emocjonalnie z matką, z ojcem nie ma wspólnego języka. Dzieciństwo ocenia jako średnie – bywało raz dobrze, raz źle. Uczył się słabo, powtarzał V klasę. Zaraz po ukończeniu szkoły podstawowej rozpoczął pracę jako ochroniarz w firmie chroniącej różne obiekty. Zawsze interesował się sportem. Trenował boks od 18 roku życia przez 3 lata, potem kulturystykę. Ważył 94 kg przy wzroście 181 cm, ale patrząc na innych kolegów, którzy brali hormony, stwierdził, że „nigdy na sucho nie osiągnie takich wyników”. Wtedy zdecydował się na sterydy. Przez trzy miesiące brał testosteron w iniekcjach, omadryny i metanabol. Po 3 miesiącach osiągnął wagę 105 kg, jednak pojawiły się niepokój, agresywność, rozstępy na skórze, zaburzenia snu. Przerwał stosowanie anaboliów, lecz nadal czuł się źle, w końcu trafił na oddział wewnętrzny z powodu tachykardii, wzrostu RR i podwyższenia poziomu bilirubiny. Wypisany z rozpoznaniem jatrogennego zespołu Cushinga, upośledzenia funkcji wątroby i nadciśnienia tętniczego, wkrótce zgłosił się na oddział psychiatryczny ze względu na narastający niepokój, napięcie, obawy o stan zdrowia. Lekarz prowadzący odnotował w historii choroby, że pacjent przejawiał „postawę lękowo-zagrozeniową, obniżoną kontrolę emocji, znaczne skupienie na ciele, wypowiadał treści hipochondryczne bez cech urojeń”. Wypisany z niewielką poprawą, z rozpoznaniem: reakcja sytuacyjna lękowo-depresyjna, nadużywanie pochodnych sterydowych w wywiadzie. Po 5 dniach trafił ponownie do szpitala psychiatrycznego, tym razem pod naszą opiekę.

Przy przyjęciu w pełni zorientowany, w logicznym kontakcie, napięty, drażliwy, skarżąc się głównie na osłabienie i brak łaknienia. W 17 punktowej skali Hamiltona osiągnął 21 pkt. W trakcie pobytu był obsesyjnie skupiony na ciele, zamartwiał się niską wagą (81 kg), brakiem apetytu, „mizernym” wyglądem. Pojawiły się odczucia, że mięśnie się kurczą, tracą wodę, zmniejszyły się jądra i będzie niewydolny seksualnie. Konsultacja urologiczna nie wykazała odchylenia od normy. W trakcie pobytu pojawiły się także myśli samobójcze, które ustąpiły dość szybko. Cały czas utrzymywały się skargi na wychudzenie i słabe łaknienie, co nie miało żadnego potwierdzenia w wyglądzie pacjenta i ilości zjadanych posiłków.

W badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono wyraźnych odchylenia. Poziom testosteronu wynosił 29,6 pg/ml (norma do 27), poziom kortyzolu 624 nmol/l (norma do 638). Badanie psychologiczne: wyniki testów organicznych mieściły się w obszarze normy. W skali Wechslera uzyskał I.I. = 90. Profil MMPI wskazywał na osobę: o niskiej samoocenie, małym poczuciu własnej wartości, z trudnościami w kontaktach interpersonalnych, posiadającą silną potrzebę uznania, akceptacji, nadmiernie koncentrującą się na własnym wyglądzie, z negatywnym obrazem własnego ciała, zależną w relacjach społecznych, obawiającą się porażki, szukającą potwierdzenia własnej atrakcyjności w otoczeniu, z problemem przy podejmowaniu decyzji i przewidywaniu negatywnych skutków swoich działań, niedojrzałą.

W leczeniu zastosowano fluwoksaminę w dawce 50 mg/die, mianserynę w dawce do 80 mg/die, alprazolam w dawce 0,25 mg/die, pindolol w dawce 10 mg/die, witaminy z grupy B i magnez. Pacjenta wypisano do domu po 6 tygodniach z rozpoznaniem: organiczne zaburzenia nastroju w przebiegu stosowania sterydów anabolicznych, z zaburzoną percepcją ciała; nadciśnienie tętnicze. Był w wyrównanym nastroju (w 17 punktowej skali Hamiltona 6 pkt.), zadowolony z subiektywnej poprawy łaknienia, z wagą 88,5 kg. Kontynuował terapię w warunkach ambulatoryjnych. Stopniowo podjął ponownie pracę, zaczął redukować dawki leków. Wtedy powróciły wolnoplłynący lęk i przygnębienie. Po 7 miesiącach stan psychiczny pacjenta ustabilizował się. Odstawił całkowicie alprazolam. Przestał trenować kulturystykę i przejmować się swoim wyglądem. Osiągnął ponownie wagę sprzed choroby (90 kg) i jest z niej zadowolony.

KOMENTARZ

Pacjent został skierowany na nasz oddział z rozpoznaniem zespołu depresyjnego, który wstępnie zdiagnozowaliśmy jako posterydowy. Po kilkudniowej obserwacji zwróciło naszą uwagę podobieństwo pomiędzy objawami zgłaszanymi przez pacjenta koncentrującego się na swoim wyglądzie i diecie a występującymi w jadłowstręcie. Objawom o charakterze lękowo-depresyjnym z dominującą obniżoną samooceną towarzyszyła przeżywana w formie natręctw zaburzona percepcja własnego ciała – zamartwianie się bardzo niską wagą (81 kg), niemającym uzasadnienia w faktach zanikiem jąder i tkanki mięśniowej, ubolewanie nad tym, że np. na śniadanie zjadł jedynie 3 kanapki, a na obiad nie był w stanie wchłonąć podwójnej porcji zupy i drugiego dania.

W fachowej literaturze amerykańskiej zaproponowano dla tego typu zespołu objawów nazwę *muscle dysmorphism* [5]. Natomiast w popularnych tygodnikach i miesięcznikach poświęconych ćwiczeniom, diecie i dbałości o wygląd, karierę zrobiło określenie bigoreksja lub kompleks Adonisa. Zaburzenie to dotyczy młodych mężczyzn, którzy chcąc zmienić swoją sylwetkę, zaczynają intensywnie trenować, ćwiczyć kulturystykę,

by dopracować się imponującej masy mięśniowej. Chcą być silni i piękni, marzą o powtórzeniu kariery swego filmowego idola Arnolda Schwarzenegera, stając się kolejnymi ofiarami pop-kultury. W kilkunastu siłowniach w Polsce, gdzie trenują młodzi ludzie, dość szybko dowiadują się, że same ćwiczenia to nie wszystko. Łatwiej i efektywniej można „nabić bicepsy” stosując różnorodne odżywki, preparaty witaminowe, a w końcu „koks”, jak w żargonie bywalców siłowni określa się sterydy anaboliczne. Specjaliści medycyny sportowej ostrzegają, że wszystkie negatywne zdrowotne, w tym psychiczne, następstwa obecnego kultu obfitej masy mięśniowej ujawniają się w pełni za kilka, kilkanaście lat.

PIŚMIENNICTWO

1. Rabe-Jabłońska J. Dysmorfofobia. Obraz kliniczny, kryteria rozpoznania, rozpowszechnienie, przebieg i leczenie. *Psychiatr Pol* 1998; 32 (2): 133–42.
2. Józefik B. Anoreksja i bulimia psychiczna. Kraków: Coll Med UJ; 1996.
3. Rabe-Jabłońska J. Zaburzenia obrazu własnego ciała w jadłowstręcie psychicznym. *Psychiatr Pol* 31 (4): 397–408.
4. Rabe-Jabłońska J. Lęk a zaburzenia doświadczenia swego ciała. *Lęk i Depresja* 1999; 4 (2): 197–207.
5. Pope HG, Gruber AJ, Mangweth B, Bureau B, Decol Ch, Jouvent R, Hudson JI. Body image perception among men in there countries. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 (8): 361.

Adres: Dr Krzysztof Czuma, II Oddział Psychiatryczny Szpitala – Centrum Psychiatrii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej, ul. Korczaka 27, 40-340 Katowice