

Dorota Mroczkowska* <https://orcid.org/0000-0003-4410-0276>

PLEĆ I STEREOTYPY W DOŚWIADCZANIU ZABURZEŃ ODŻYWIANIA U MĘŻCZYZN PROCES STYGMATYZACJI I AUTOSTYGMATYZACJI JAKO UTRUDNIAJĄCY LECZENIE

Abstrakt. Artykuł analizuje problematykę zaburzeń odżywiania u mężczyzn z perspektywy genderowej, koncentrując się na roli stereotypów, stygmatyzacji i autostygmatyzacji jako na istotnych czynnikach psychospołecznych, które utrudniają rozpoznanie, leczenie i proces zdrowienia. Na podstawie narracyjnego przeglądu 50 publikacji naukowych z lat 2000–2024 tekst ukazuje, że stereotypowe postrzeganie ED jako „kobiecego zaburzenia” prowadzi do niedodiagnozowania mężczyzn i pogłębia ich cierpienie. Omówiono również różnice w obrazie klinicznym, bariery kulturowe oraz wpływ norm hegemonicznej męskości na opóźnianie pomocy. Artykuł wskazuje potrzebę zmiany narzędzi diagnostycznych i praktyk terapeutycznych na bardziej inkluzywne płciowo oraz apeluje o działania edukacyjne przeciwdziałające piętnowaniu mężczyzn z ED.

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania, płeć, mężczyźni, stygmatyzacja, autostygmatyzacja, bariery w leczeniu.

* Dr hab., prof. UAM, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Wydział Socjologii,
e-mail: drmrocz@amu.edu.pl



Received: 15.05.2025. Verified: 21.07.2025. Accepted: 23.09.2025.

© by the Author, licensee University of Lodz – Lodz University Press, Lodz, Poland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Funding information: Not applicable. **Conflict of interests:** None. **Ethical considerations:** The Author assures of no violations of publication ethics and takes full responsibility for the content of the publication. **Declaration regarding the use of GAI tools:** Not used.

GENDER AND STEREOTYPES IN MEN'S EXPERIENCE OF EATING DISORDERS THE STIGMATISATION AND SELF-STIGMATISATION PROCESS AS A BARRIER TO TREATMENT

Abstract. This article analyses the issue of eating disorders in men from a gender perspective, focusing on the role of stereotypes, stigmatisation, and self-stigmatisation as significant psychosocial factors that hinder diagnosis, treatment, and recovery. Based on a narrative review of 50 academic publications from 2000 to 2024, the text demonstrates that the stereotypical perception of eating disorders (EDs) as a “female disorder” leads to underdiagnosis in men and deepens their suffering. The article also discusses differences in clinical presentation, cultural barriers, and the influence of hegemonic masculinity norms on delayed help-seeking. It highlights the need to revise diagnostic tools and therapeutic practices to be more gender-inclusive and calls for educational efforts to counteract the stigmatisation of men with EDs.

Keywords: eating disorders, gender, men, stereotypes, self-stereotypes, treatment barrier, access to care

1. Wstęp

Zaburzenia odżywiania (ang. EDs – *eating disorders*) stanowią coraz poważniejszy problem w wymiarze zarówno psychologicznym, jak i społecznym. Objawy tych chorób pociągają za sobą liczne konsekwencje, które w zaawansowanych fazach prowadzą do poważnych zagrożeń zdrowotnych, a same zaburzenia uznawane są za jedno z najbardziej śmiertelnych spośród wszystkich problemów psychicznych. Jak do tej pory większość badań nad zaburzeniami odżywiania koncentrowała się głównie na kobietach, co znajduje odzwierciedlenie w klasyfikacjach nozologicznych opartych na wynikach badań i narzędziach diagnostycznych tworzonych przede wszystkim z myślą o płci żeńskiej (por. Gorrell, Murray 2019; Brown, Keel 2023; Mroczkowska 2024: 26).

Coraz liczniejsze badania, prowadzone intensywniej od początku XXI wieku, dowodzą, że mężczyźni stanowią około 25% przypadków anoreksji i bulimii, a w przypadku zaburzeń z napadami objadania się (ang. *binge eating disorder*, BED) odsetek ten jest zbliżony do około 40% (Mitchison i in. 2019). Badania Jonathana Monda (Mond, Mitchison, Hay 2014; por. Bąk 2008; Jaworski i in. 2019; Mroczkowska 2024: 27–28) wskazują, że mężczyźni z anoreksją są bardziej niż kobiety obciążeni ryzykiem przedwczesnej śmierci, w ich przypadku bowiem zaburzenie diagnozuje się zdecydowanie później niż u kobiet, co powoduje, że częściej w momencie rozpoznania symptomy są bardziej utrwalone, powikłania cięższe, a rokowania gorsze. Dla przykładu ED u mężczyzn rozpoznaje się średnio między 18. a 26. rokiem życia, podczas gdy u kobiet między 14. a 18.

W większości opracowań wskazywane jest, że zaburzenia odżywiania mają wysoce genderową naturę oraz wyraźne społeczno-kulturowe konotacje.

W pojawiających się badaniach coraz więcej uwagi poświęca się czynnikom psychospołecznym utrudniającym i ograniczającym rozpoznawanie i leczenie zaburzeń odżywiania wśród mężczyzn i w innych grupach społecznych. Można powiedzieć, że to zasadniczo stereotypowe wyobrażenia o osobach chorujących na zaburzenia odżywiania przez dekady utrudniały ich pełne zrozumienie i właściwą diagnozę. Powszechny obraz osoby z takimi zaburzeniami przedstawia młodą, wychudzoną, białą kobietę w wieku nastoletnim lub studenckim (Halbeisen, Brandt, Paskakis 2022; Strobel 2022; Halbeisen i in. 2024). Natomiast mężczyźni z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania są często naznaczani jako „zniewieściali” (stygmatyzacja zewnętrzna), a piętno to nasila psychopatologię i sprzyja autostygmatyzacji (stygmatyzacja wewnętrzna) (por. Maine, Bunnell 2010; Murray, Griffiths, Mond 2016; Pearl i in. 2023). Taki wizerunek – utrwalany przez media i kulturę popularną – od dawna dominuje w świadomości społecznej w krajach zachodnich.

Artykuł opiera się na danych zebranych przy zastosowaniu analizy narracyjnej (ang. *narrative review*) (Baumeister, Leary 1997; por. Grant, Booth 2009; Ferrari 2015), której celem było przeanalizowanie problematyki zaburzeń odżywiania (ED) u mężczyzn z perspektywy genderowej – koncentrowano się przy tym na roli stereotypów związanych z płcią, stygmatyzacji społecznej i autostygmatyzacji jako na kluczowych czynnikach psychospołecznych utrudniających rozpoznanie choroby i podjęcie leczenia. Autorce przyświecało pytanie ogólne: W jaki sposób płeć kulturowa i stereotypy wpływają na doświadczenie zaburzeń odżywiania u mężczyzn oraz na diagnozę i terapię tych zaburzeń? Tym samym zakres tematyczny przeglądu jawił się od początku jako szeroki i interdyscyplinarny, obejmował bowiem zarówno dane epidemiologiczne i kliniczne, jak i konteksty społeczno-kulturowe (stereotypy płci, normy kulturowe, tożsamość płciową, stygmatyzacje).

Spośród 130 wybranych wstępnie publikacji z 1. dekady XXI wieku przeanalizowano ostatecznie 50; pochodziły one z takich baz danych jak Google Scholar, ResearchGate, PubMed, Scirus oraz SSRN (Social Science Research Networks), co zapewniło szeroki zasięg poszukiwań.

Ważnym krokiem było zdefiniowanie zakresu tematycznego – skoncentrowano się na zaburzeniach odżywiania u mężczyzn, szczególnie na trzech głównych jednostkach diagnostycznych (anoreksji, bulimii i kompulsywnym objadaniu się) oraz na wpływie płci i stereotypów płciowych na przebieg i doświadczanie tych zaburzeń. Został wykorzystany zestaw słów kluczowych w języku angielskim – na przykład *male eating disorders*; *men anorexia*, *bulimia*, *binge eating disorder (BED)*; *gender stereotypes in eating disorders*; *stigmatization and self-stigmatization of men with eating disorders* – a także ich polskie odpowiedniki: „zaburzenia odżywiania u mężczyzn”; „mężczyźni z anoreksją, bulimią i kompulsywnym objadaniem się”; „stereotypy płciowe w zaburzeniach odżywiania”, „stygmatyzacja i autostygmatyzacja mężczyzn w zaburzeniach odżywiania”. Tak szeroki dobór

słów kluczowych miał na celu wychwycenie jak największej liczby relewantnych prac, zarówno w literaturze międzynarodowej, jak i – na ile to możliwe – w literaturze polskojęzycznej. Kryteria włączenia publikacji do przeglądu były jasno sprecyzowane: 1) publikacje musiały zostać zrecenzowane naukowo (artykuły w czasopiśmie, przeglądy systematyczne, metaanalizy, raporty z badań) i wpisywać się we wskazany zakres lat; 2) tematyka powinna dotyczyć mężczyzn/chłopców z zaburzeniami odżywiania lub analizować różnice płciowe w doświadczaniu tych zaburzeń; 3) teksty miały zawierać informacje o wpływie płci i stereotypów na przebieg choroby, jej rozpoznanie, doświadczanie i leczenie.

Całość przeglądu literatury – choć narracyjnego, a więc z definicji bardziej elastycznego – została przeprowadzona zgodnie z ogólnymi wytycznymi dla artykułów przeglądowych, co oznacza, że zadbano o możliwie systematyczne podejście (na przykład wyraźne określenie kryteriów doboru źródeł, wykorzystanie wielu baz danych, raportowanie zakresu przeszukanej literatury), mimo że formalnie nie był to przegląd systematyczny *sensu stricto*.

Decyzję o zastosowaniu narracyjnego przeglądu literatury można uzasadnić przede wszystkim eksploracyjnym charakterem tematu oraz potrzebą interdyscyplinarnego spojrzenia. Problem zaburzeń odżywiania u mężczyzn w kontekście gender/stereotypów to obszar stosunkowo słabo zbadany i rozproszony – mamy do czynienia z wieloma powiązаныmi pytaniami (dotyczącymi na przykład diagnozy, terapii, stygmatyzacji, różnic kulturowych) i różnymi typami badań (ilościowymi epidemiologicznymi, jakościowymi wywiadami, studiami przypadków, przeglądami teoretycznymi). Przegląd narracyjny daje możliwość objęcia całego tego szerokiego spektrum, syntetyzuje bowiem wiedzę na tematy kompleksowe lub słabo rozpoznane, wymagające uwzględnienia różnych perspektyw. Wybór metody narracyjnej sprzyja również tworzeniu ram konceptualnych – w artykule pojawia się koncepcja „podwójnej stygmatyzacji” mężczyzn z ED czy postulat odejścia od „żeńskocentrycznej” perspektywy diagnostycznej, a to stanowi o nowych ramach myślenia o problemie – zabieg ten wymagał zebrania rozmaitych argumentów i dowodów, co skuteczniej realizuje elastyczny przegląd narracyjny niż na przykład wąsko zdefiniowany przegląd systematyczny.

Warto jeszcze na koniec wskazać, że zastosowanie przeglądu narracyjnego – mimo opisanych zalet – niesie też typowe ograniczenia związane z subiektywnością selekcji źródeł i wynikające z tego ryzyko biasu, braku formalnej, ustrukturyzowanej dokumentacji przeglądu (co utrudnia pełną transparentność), braku systematycznej oceny jakości włączonych badań i tak dalej. Ograniczenia te były brane pod uwagę podczas interpretacji uzyskanego materiału.

2. Stereotypy płciowe i stygmatyzacja mężczyzn w zaburzeniach odżywiania

Stereotypy związane z płcią są kluczowym czynnikiem modulującym doświadczanie zaburzeń odżywiania mężczyzn. W literaturze podkreśla się, że zaburzenia odżywiania należą do „najbardziej ugenderowanych” spośród wszystkich zaburzeń psychicznych (Lehe i in. 2024: 2–3). Najpowszechniejszym stereotypem jest przekonanie, że zaburzenia odżywiania to przede wszystkim „kobieca przypadłość”, a mężczyźni z tymi samymi problemami zdrowotnymi postrzegani są jako „przypadki nietypowe”, rzadkie czy też osoby cierpiące na chorobę nieprzystającą „prawdziwemu mężczyźnie” (Sala, Coll, Flamer 2024: 423–436). Stereotypowe postrzeganie sprawia, że mężczyźni długo nie identyfikują u siebie takich zachowań jak na przykład restrykcje żywieniowe, intensywne ćwiczenia czy objadanie się i wymioty w wyniku zaburzenia klinicznego. Dostrzeżenie problemu następuje często dopiero wtedy, gdy objawy są skrajnie nasilone i utrwalone (Cooney, Johnson 2022). Wyniki badań Martina S. Lehe i in. (2024: 2) wskazują, że u mężczyzn wysoki poziom „postrzeganego stygmatu” koreluje z niższym poziomem motywacji do szukania pomocy, szczególnie gdy dotyczy to objawów stereotypowo uznawanych za kobiece (między innymi chęci bycia szczuplejszym czy restrykcji żywnościowych). Mężczyźni bowiem obawiają się najbardziej tych aspektów zaburzeń odżywiania, które w społecznej percepcji kojarzą się z utratą męskości. Badania pokazują, że to nie płeć biologiczna sama w sobie, ale stopień identyfikacji z tradycyjnymi normami hegemonicznej męskości (na przykład siły, kontroli, sprawności i sprawczości) determinuje poziom stygmatyzujących przekonań i postaw (por. Austen, Griffiths 2019). Można powiedzieć, że mężczyźni dotknięci zaburzeniami odżywiania mierzą się z podwójną stygmatą – cierpią na zaburzenie stereotypowo uznawane za kobiece czy „zniewieściałe” oraz zobligowani są do szukania pomocy psychologicznej, która to postrzegana jest jako potrzeba niemęska.

Stereotypy feminizujące zaburzenia odżywiania odnoszą się również do orientacji seksualnej, przez lata bowiem obecność anoreksji czy bulimii u osoby płci męskiej utożsamiano przede wszystkim z homoseksualizmem, co dodatkowo zniechęcało heteroseksualnych mężczyzn do ujawniania choroby¹. Badania

¹ Przez lata utrzymywało się przekonanie, że typowy pacjent z zaburzeniami odżywiania to heteroseksualna kobieta, rzadziej – homoseksualny mężczyzna. Taki obraz wynikał po części z danych epidemiologicznych (większość zdiagnozowanych pacjentów składała się z kobiet, a wśród mężczyzn relatywnie wysoki odsetek stanowili geje), a po części ze skojarzeń kulturowych (anoreksja jako „choroba grzecznych dziewcząt”). W konsekwencji osoby o orientacji innej niż heteroseksualna były jeszcze do niedawna niemal niewidoczne w literaturze – zarówno lesbijki, jak i osoby biseksualne czy transpłciowe rzadko pojawiały się w próbach badawczych. Co więcej, istniał pewien paradoks: spośród wszystkich mężczyzn ci homoseksualni tworzyli jedyną grupę, której skłonni byliśmy „przyznać prawo” do zaburzeń odżywiania.

Stefanii Celli i jej współpracowników (2010) udokumentowały, iż orientacja homoseksualna wiąże się z większym niezadowoleniem z ciała i zwiększonym ryzykiem nieprawidłowych zachowań żywieniowych u mężczyzn, w szczególności wśród tych, którzy twierdzą, że nie są w związku sentymentalnym (por. Mroczkowska 2024: 30). Młodzi homoseksualni i biseksualni mężczyźni znacznie częściej niż ich heteroseksualni rówieśnicy stosowali głodówki, prowokowali wymioty i używali środków przeczyszczających oraz preparatów odchudzających w celu kontrolowania masy ciała. W tej grupie więcej razy zaobserwowano również zarówno pełnoobjawową bulimię psychiczną, jak i subkliniczne formy innych zaburzeń odżywiania (por. Ray 2007). Jednocześnie podobne tendencje zauważono u osób transpłciowych, które znacznie częściej deklarowały diagnozę zaburzeń odżywiania (zob. Diemer i in. 2015)².

Powody wskazanej sytuacji mogą być co najmniej dwa: z jednej strony presja atrakcyjności fizycznej w społeczności gejowskiej bywa bardzo silna (idealne umięśnione ciało jest wysoko cenione, co może prowadzić do ekstremalnych działań), z drugiej strony mniejszy konformizm odnośnie do tradycyjnej męskości może sprawiać, że homoseksualni mężczyźni mniej obawiają się samego faktu zajmowania się dietą czy wagą.

U mężczyzn cierpiących na zaburzenia odżywiania częściej niż u kobiet odnotowuje się nadmierną masę ciała przed rozwinięciem symptomów zaburzeń. 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 redukcji masy ciała, co wiąże się z „kobięcym” aspektem chudnięcia. W społeczeństwach zachodnich istnieją bowiem istotne różnice w zakresie żeńskiego i męskiego wzorca atrakcyjności z uwagi na masę człowieka: ciało kobiece powinno być szczupłe, męskie zaś muskularne, o niskiej zawartości tłuszczu, w kształcie litery V (Pope, Phillips, Olivardia 2000; Striegel-Moore, Bulik 2007; Popek i in. 2011; Ahuja i in. 2024; Moufawad i in. 2024; Mroczkowska 2024: 32). W przekonaniu Douglasa Bunnella (2010) klinicyści bagatelizują uporczywe ćwiczenia fizyczne w grupie mężczyzn (jako potencjalnie czynność kompensacyjną), jako że wysiłek fizyczny i dbałość o muskulaturę w naszym społeczeństwie są uznawane za właściwe i służące zdrowiu (por. Mroczkowska 2024: 32).

Należy jednak pamiętać, że choć mężczyźni homoseksualni i biseksualni rzeczywiście wykazują wyższe wskaźniki zaburzeń odżywiania niż mężczyźni heteroseksualni, to w liczbach bezwzględnych wielu cierpiących to wciąż heteroseksualni mężczyźni (Strother i in. 2012).

² 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 2007).

3. Proces stygmatyzacji i konsekwencje autostygmatyzacji w percepcji i przebiegu zaburzeń odżywiania u mężczyzn

Z najogólniejszej perspektywy stygmatyzacja to proces społeczny polegający na przypisywaniu jednostce napiętnowanych cech na podstawie pewnej odróżniającej ją charakterystyki, co prowadzi do jej dyskredytacji w oczach otoczenia (por. Corrigan 2006; Corrigan, Shapiro 2010; Corrigan, Rafacz, Rüşch 2011). Klasyczne koncepcje ujmują stygmatyzację jako proces związany z nadaniem etykiety (oznaczeniem kogoś mianem „innego”), przypisaniem negatywnych stereotypów i stworzeniem podziału na „my” i „oni” (separacją) – może to doprowadzić do utraty statusu społecznego, a w konsekwencji do dyskryminacji osoby lub grupy. Cały ten proces zachodzi w kontekście nierównowagi władzy społecznej, a piętno jest utrwalane i narzucane przez dominujące normy i grupy społeczne.

Mężczyźni z zaburzeniami odżywiania często doświadczają stygmatyzacji w różnych obszarach życia – zarówno w relacjach rodzinnych i towarzyskich (bywają oceniani jako „dziwni” z powodu swoich nawyków żywieniowych lub wyglądu), jak i w pracy (na przykład w ramach wyśmiewania restrykcyjnej diety jako nieprzystającej do „męskiego” wizerunku) czy w kontaktach z opieką zdrowotną i profesjonalistami. Stygmatyzacja wobec nich może przybierać różne formy: od jawnej dyskryminacji i stygmatu doświadczanego (drwiny, wykluczenie i tak dalej), przez stygmatyzację postrzeganą (tj. świadomość osoby chorej, że społeczeństwo ma negatywne nastawienie do podobnych przypadków), aż po stygmatyzację antycypowaną, czyli przewidywanie przez pacjenta, że spotka się z odrzuceniem lub szykaną, jeśli ujawni swój problem (Link i in. 2004; Pattyn i in. 2014; Stangl i in. 2019; Maloney i in. 2024).

Mnożenie się zewnętrznych uprzedzeń i reakcje otoczenia to jednak tylko część problemu. Równie istotny jest proces autostygmatyzacji, czyli uwewnętrznienie przez jednostkę społecznie przypisywanych jej negatywnych charakterystyk (por. Hunt, Räisänen 2014; Griffiths i in. 2015; Cooney, Johnson 2022). Na przykład mężczyzna, który wielokrotnie słyszy (jawnie lub między wierszami), że zaburzenie odżywiania czyni go „mniej męskim”, może zacząć w to wierzyć i postrzegać samego siebie jako kogoś mniej męskiego, czyli w tej sytuacji gorszego i słabszego. Dodatkowo badania wskazują, że u mężczyzn występuje silna zależność między normami męskości a poczuciem własnej wartości w chorobie – pacjenci obawiają się, że z jej powodu zostaną uznani za „słabych” i „niemęskich” (Hunt, Räisänen 2014: 5; por. Stangl i in. 2019; Cooney, Johnson 2022; Maloney i in. 2024).

Proces autostygmatyzacji zwykle przebiega stopniowo, zanim stanie się immanentnym elementem tożsamości. Patrick Corrigan, Amy Watson i ich współpracownicy (2002; por. Brelet i in. 2021) w opracowanym progresywnym modelu autostygmatyzacji zbadali i opisali czteroetapową sekwencję prowadzącą

do pełnego rozwoju autostygmatu. Proces zaczyna się od uświadomienia sobie stereotypów (ang. *aware*); później następują kolejne etapy: zgoda z tymi stereotypami (ang. *agree*), odniesienie ich do siebie (ang. *apply*) oraz wynikające z tego procesu konsekwencje w postaci stygmy związanej z doświadczaniem krzywdy (ang. *self-stigma harm*). Innymi słowy najpierw osoba jest świadoma społecznych stereotypów na temat swojej choroby (na przykład wie, że „anorektyczki to słabe nastolatki, a nie dorośli faceci”). Następnie może zgodzić się z tymi stereotypami na poziomie ogólnym („to prawda, większość ludzi tak myśli i coś w tym jest”). Kolejny krok – najważniejszy w autostygmatyzacji – stanowi odniesienie stereotypów do siebie („skoro *ja* choruję na anoreksję, to znaczy, że jestem słaby i nie jestem prawdziwym mężczyzną”), co powoduje negatywne konsekwencje dla samooceny, w tym odczuwany spadek poczucia własnej wartości czy motywacji do działania. W późniejszych badaniach Corrigan wraz ze swoimi zespołami (Corrigan, Druss, Perlick 2014; Corrigan i in. 2016) podkreślał efekt „po co próbować” (ang. „*why try*” effect), w ramach którego jednostka pod ciężarem autostygmatyzacji traci wiarę w siebie, rezygnuje z pracy nad sobą i ignoruje potrzebę leczenia, uznając, że i tak „nie da rady” lub „nie zasługuje na pomoc bądź jej nie otrzyma”.

Proces autostygmatyzacji miewa poważne, negatywne konsekwencje dla zdrowia psychicznego, fizycznego oraz funkcjonowania społecznego tych mężczyzn, którzy mając zaburzenia odżywiania, internalizują negatywne przekazy na temat swojej choroby i tożsamości (por. Maine, Bunnell 2010; MacNeil, Hudson, Leung 2018; Ziółkowska, Mroczkowska 2020). Jedną z najczęściej odnotowywanych konsekwencji autostygmatyzacji jest obniżenie poczucia własnej wartości oraz narastanie objawów depresyjnych. Mężczyźni zmagający się z zaburzeniami odżywiania nierzadko wycofują się z życia towarzyskiego, na przykład unikają wspólnych posiłków, spotkań wymagających rozbierania się (choćby na basenie lub siłowni) czy innych aktywności, które mogłyby zwrócić uwagę na ich wygląd lub nawyki. Czują się niezrozumiani przez bliskich, którzy mogą bagatelizować problem lub żartować z ich diety, co w konsekwencji prowadzi do poczucia osamotnienia.

Autostygmatyzacja wpływa także na funkcjonowanie zawodowe (por. Griffiths i in. 2015; Cooney, Johnson 2022). Wstyd i obniżone poczucie własnej wartości mogą przekładać się na ograniczenie możliwości życiowych, spadek produktywności czy absencje w pracy, w tym unikanie miejsca zatrudnienia z powodu lęku przed wspólnym posiłkiem ze współpracownikami czy przed ich komentarzami na temat wyglądu. Piętno zaburzenia odbiera też pewność siebie potrzebną między innymi do tego, by awansować i podejmować nowe wyzwania. W skrajnych przypadkach silna autostygmatyzacja może prowadzić do utożsamienia się z rolą chorego i rezygnacji z dotychczasowych ról społecznych. Mężczyzna może na przykład wycofać się z życia rodzinnego i przestać aktywnie odgrywać rolę partnera czy ojca, gdyż czuje się zbyt zawstydzony i przytłoczony swoją chorobą.

Badania (Griffiths i in. 2015; Cooney, Johnson 2022) wykazały, że odczuwane piętno procesu autostygmatyzacji przekłada się na silniejsze poczucie wyobcowania i izolacji społecznej, a te czynniki pośredniczą w nasileniu objawów zaburzeń odżywiania, chociażby samotność może intensyfikować epizody objadania się lub depresję towarzyszącą anoreksji. W ten sposób tworzy się błędne koło polegające na tym, że im silniejszy autostygmat i wynikające z niego wycofanie, tym cięższy przebieg choroby, co z kolei może utwierdzać pacjenta w negatywnych przekonaniach na swój temat: „jestem beznadziejny, skoro nie umiem normalnie jeść”.

Patrick Corrigan (2004) w innych badaniach podkreśla dodatkowo zjawisko stygmatyzacji leczenia (ang. *self-stigma of seeking help*), związane z tym, że sama myśl o potrzebie terapii może stać się źródłem wstydu, a pomoc medyczna czy psychologiczna utożsamiana jest z przyznaniem się do słabości, co jak wiemy, kłóci się z kulturowo zinternalizowanym poczuciem męskości. Badania nad stygmatyzacją mężczyzn z zaburzeniami psychicznymi sugerują, że postrzegane i antycypowane stygmaty są u nich częste i sprawiają, że boją się czy wstydzą przyznać do choroby, a to z kolei odracza szukanie pomocy (Foran, O'Donnell, Muldoon 2020; por. Wingfield i in. 2011). Mężczyźni silnie przeżywający stygmat „słabości” mogą opóźniać leczenie lub w ogóle go nie podejmować. Jest to jedna z najpoważniejszych konsekwencji, jako że nieleczone zaburzenie odżywiania może się pogłębiać, prowadząc do wyniszczenia organizmu i licznych powikłań (Brel et al. 2021). Stygmat (zewnątrzny i wewnętrzny) negatywnie wpływa na przebieg oraz skuteczność leczenia – osoby nim obarczone częściej przerywają terapię i w mniejszym stopniu korzystają z jej efektów (por. Gorell, Murray 2019). Ostatecznie autostygmatyzacja może pośrednio pogarszać rokowania zaburzeń odżywiania u mężczyzn. Część badaczy wskazuje, że mężczyźni, którzy już trafią na leczenie, są zdolni do uzyskiwania poprawy porównywalnej z wynikami kobiet, jednak należy pamiętać, że ci, którzy przełamali barierę wstydu, mogą stanowić szczególnie zmotywowaną grupę (selekcja najbardziej zdecydowanych pacjentów), a wielu pozostałych w ogóle nie dociera na leczenie z powodu piętna.

4. Podsumowanie i dyskusja: zmiany w podejściu badawczym i inne wyzwania

Częstość występowania zaburzeń odżywiania w populacji mężczyzn z pewnością znacznie przewyższa częstość występowania leczonych zaburzeń odżywiania wśród mężczyzn, co – jak zostało wcześniej zasygnalizowane – może mieć związek między innymi z zastosowaniem diagnostycznego schematu klasyfikacji oraz narzędzi do rozpoznawania zaburzeń opracowanych przede wszystkim dla kobiet, niesprawdzających się w diagnostyce osób płci męskiej (por. Murray, Griffiths, Mond 2016; Gorrell, Murray 2019; Brown, Keel 2023).

Od początku XXI wieku wiele badań na temat zaburzeń odżywiania opierało się na próbach klinicznych lub „wygodnych” grupach badawczych, w skład których wchodziły studentki uniwersytetów, co w konsekwencji prowadziło do nadreprezentacji młodych, białych kobiet z klasy średniej, w typie tak zwanej SWAG (*skinny, white, affluent girl*) (Sonneville, Lipson 2018). Taki sposób prowadzenia badań działał jak samospełniająca się przepowiednia, uzyskane wyniki potwierdzały bowiem, że głównie chorują białe kobiety, podczas gdy mężczyźni, osoby starsze, mniejszości etniczne i LGBT byli pomijani, co utrudniało pełne zrozumienie i diagnozowanie zaburzeń odżywiania. W rezultacie jeszcze kilkanaście lat temu mężczyźni byli grupą dalece niedodiagnozowaną, a w placówkach klinicznych stanowili znikomą mniejszość pacjentów (por. Parker, Harriger 2020; Sala, Coll, Flamer 2024).

Przełom nastąpił w drugiej dekadzie XXI wieku, kiedy to wzrosła liczba badań skupionych na męskich doświadczeniach zaburzeń odżywiania, a co za tym idzie, zwiększyła się także świadomość, że mężczyźni równie często chorują. Rozszerzenie pola badań ujawniło wyraźne różnice w przebiegu i obrazie klinicznym zaburzeń odżywiania w zależności od płci, co skłoniło środowisko naukowe do krytycznej rewizji dotychczasowych metod diagnostycznych. Okazało się, że wiele narzędzi oceny skonstruowano na podstawie kobiecych doświadczeń, a to skutkowało brakiem adekwatności w diagnozowaniu mężczyzn. W klasycznych kwestionariuszach diagnostycznych nadal pojawiają się pytania dotyczące między innymi motywacji do (nie)jedzenia czy czynników rozwoju choroby, chociaż ich znaczenie potwierdzono głównie w badaniach z udziałem kobiet. Przykładowo silny akcent położony na dążenie do szczupłości nie oddaje w pełni specyfiki męskich doświadczeń, w których często dominuje obsesja na punkcie umięśnionej sylwetki. W konsekwencji zaburzenia odżywiania u mężczyzn były słabiej wykrywalne, a stosowane terapie niedostosowane do ich potrzeb. Ostatnia dekada przyniosła próby opracowania bardziej neutralnych płciowo kryteriów diagnostycznych (skal neutralnych płciowo i kulturowo) i programów leczenia, co jest bezpośrednią odpowiedzią na długo ignorowane stereotypy płciowe (Maine, Bunnell 2010; Halbeisen i in. 2024).

Liczniej przeprowadzane są badania jakościowe (przede wszystkim wywiady biograficzne i pogłębione) z udziałem niedoreprezentowanych grup, aby lepiej zrozumieć specyfikę ich doświadczeń, na przykład badania z mężczyznami chorującymi na anoreksję lub z osobami z mniejszości etnicznych czy studia przypadków zaburzeń odżywiania u osób transpłciowych (Flores i in. 2022; por. Hunt, Räisänen 2014). Taki zwrot jakościowy pozwala wychwycić niuanse wymykające się statystyce, również mechanizmy stygmatyzacji mężczyzn („to babskie choroby”) czy bariery kulturowe, choćby utrudniające Azjatkom zgłaszanie się po pomoc (ze względu na silne tabu rodzinne i tak dalej) (Parker, Harriger 2020; por. Marques i in. 2011).

Poszerzeniu ulega też problematyka badawcza. Jeszcze w początkach XXI wieku dominowały prace skupione na idealnym obrazie ciała promowanym przez media i jego wpływie na nastolatki (szczególnie na dziewczęta) (Javier, Belgrave 2019). Temat ten był oczywiście ważny, ale w pewnym sensie jednostronny – wpisywał się bowiem w stereotyp białej nastolatki na diecie. Ostatnie kilkanaście lat wnosi badania obrazu ciała u mężczyzn (w tym zasadniczo kultu muskularności), norm męskości czy stygmatyzacji (por. Gorrell, Murray 2019). Wysiłki koncentrują się też na różnicach w zestawach symptomów poszczególnych zaburzeń, na barierach kulturowych i ograniczonym dostępie do leczenia (Marques i in. 2011). Do badań włączono problematykę dotyczącą osób transpłciowych, niebinarnych, homoseksualnych i biseksualnych, uwzględniając ich zwiększoną podatność na ED oraz wpływ stresu mniejszościowego (Feldman, Meyer 2007; Diemer i in. 2015; Parker, Harriger 2020; Flores i in. 2022). W tym kontekście podejmowane są też badania intersekcyjne, które uwzględniają nakładanie się różnych tożsamości społecznych (na przykład płci, rasy, orientacji seksualnej, klasy społecznej) oraz związanych z nimi form opresji lub wykluczenia. Badania intersekcyjne analizują, jak różne wymiary tożsamości wpływają na doświadczanie zaburzeń odżywiania, ich diagnozę, stygmatyzację i dostęp do leczenia (Flores i in. 2022).

Reasumując, aby wyjść poza „niewidzialność” mężczyzn w statystykach ED i urealnić skalę problemu, konieczne są systematyczne, wielośrodkowe badania prowadzone na męskich próbach. Priorytety obejmują: 1) rzetelne oszacowanie rozpowszechnienia (w tym przypadków nierozpoznanych) zaburzeń w różnych kohortach wiekowych i różnych środowiskach; 2) walidację narzędzi diagnostycznych pod kątem męskich profili objawów (na przykład ukierunkowanych na muskularność, ćwiczenia kompensacyjne); 3) longitudinalne śledzenie przebiegu choroby i rokowań (w tym momentu pierwszego kontaktu z systemem ochrony zdrowia); 4) analizy intersekcyjne (uwzględniające orientację, tożsamość płciową, status społeczno-ekonomiczny, kontekst kulturowy). Tylko takie dane pozwolą skorygować niedoszacowania, zaprojektować ścieżki diagnostyczno-terapeutyczne inkluzywne dla mężczyzn i realnie zmniejszyć opóźnienia w podejmowaniu leczenia.

5. Zakończenie i rekomendacje

Wzrastająca świadomość i wiedza na temat problemu zaburzeń odżywiania uświadamia nam potrzebę zmiany perspektywy myślenia o tych zaburzeniach z żeńskocentrycznej na bardziej inkluzywną. W tej kwestii potrzebne są jednak nadal liczne regulacje na wielu poziomach życia społecznego. Wskazana jest edukacja społeczna ukierunkowana na przełamywanie szkodliwych stereotypów i społecznego tabu, nadal bowiem mężczyźni zmagający się z ED są „ukryci

w cieniu” i niewidoczni dla otoczenia (C o o p e y, J o h n s o n 2022). Tu konieczne są inicjatywy i kampanie informacyjne, miejsca i grupy wsparcia dla mężczyzn, jasno pokazujące, że zaburzenia odżywiania nie dotyczą wyłącznie kobiet – mogą wystąpić u każdego, w tym także u mężczyzn. Tworzenie „męskoprzyjaznych” usług (na przykład grup wsparcia dla mężczyzn i materiałów nieposługujących się wyłącznie żeńskimi przykładami) ma przełamać barierę tabu i wstydu i zachęcić pacjentów do ujawnienia się i uaktywniania w sferze publicznej. Normalizacja rozmowy o problemie ma istotny wpływ na zmianę postrzegania choroby – wielu mężczyzn wskazuje, że ogromną ulgę przynosi im świadomość, że nie są sami i że inni mężczyźni również doświadczają trudności. System opieki zdrowotnej powinien zostać uwrażliwiony na problem chorujących mężczyzn i obejmować szkolenia dla lekarzy pierwszego kontaktu i terapeutów, aby potrafili oni rozpoznawać objawy zaburzeń odżywiania bez uprzedzeń i adekwatnie leczyć swoich pacjentów. Pomoc dla mężczyzn powinna również uwzględniać ich specyficzne doświadczenia, takie jak konflikt tożsamości męskiej i poczucie wstydu wynikające z postrzegania ED jako „kobiecej choroby”. Istotne jest redefiniowanie pojęcia siły – pokazanie, że prośenie o pomoc to oznaka odwagi, a nie słabości (C o o p e y, J o h n s o n 2022). W pracy klinicznej z już zdiagnozowanymi mężczyznami działania pomocowe muszą skupiać się na próbach zrozumienia i kwestionowaniu zinternalizowanych stereotypów, odbudowywaniu poczucia własnej wartości niezależnie od choroby oraz rozwijaniu strategii radzenia sobie z ewentualną negatywną reakcją otoczenia. Istnieją przesłanki, że zwiększanie odporności na stygmat – na przykład poprzez wzmacnianie innych aspektów tożsamości pacjenta niż bycie osobą chorą, a także grupowe zajęcia z innymi mężczyznami w podobnej sytuacji i z osobami, które wyzdrowiały – istotnie chroni przed konsekwencjami autostygmatyzacji.

Na zakończenie należy podkreślić, że praca ze stereotypami to nie kwestia poprawności politycznej, lecz realny sposób na poprawę diagnozy, leczenia i profilaktyki zaburzeń odżywiania. Im lepiej rozumiemy, że choroba może dotyczyć różnych osób, tym skuteczniej możemy im pomóc. Stereotypy upraszczają myślenie, ale w medycynie są przeszkodą – dlatego współczesna nauka konsekwentnie je obala. Przegląd badań z lat 2005–2025 pokazuje, że wiedza o zróżnicowaniu ED rośnie, co daje szansę na bardziej sprawiedliwą i skuteczną opiekę – niezależnie od płci, wieku, pochodzenia czy tożsamości pacjenta.

Bibliografia

- A h u j a L. i in. (2024), *A Systematic Review Exploring the Effectiveness of Body Image Interventions among Boys*, „Adolescent Research Review”, Vol. 10, s. 97–143, <https://doi.org/10.1007/s40894-024-00246-y>
- A u s t e n E., G r i f f i t h s S. (2019), *Why Do Men Stigmatize Individuals with Eating Disorders More Than Women? Experimental Evidence That Sex Differences in Conformity to Gender*

- Norms, Not Biological Sex, Drive Eating Disorders' Stigmatization*, „The Journal of Treatment & Prevention”, Vol. 27, Iss. 3, s. 267–290, <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1499337>
- Baumeister R.F., Leary M.R. (1997), *Writing Narrative Literature Review*, „Review of General Psychology”, Vol. 1, Iss. 3, s. 311–320, <https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.3.311>
- Bąk D. (2008), *Zaburzenia odżywiania się u mężczyzn*, „Psychiatria Polska”, t. 42, nr 2, s. 167–178.
- Becker A.E. i in. (2003), *Ethnicity and Differential Access to Care for Eating Disorder Symptoms*, „International Journal of Eating Disorders”, Vol. 33, Iss. 2, s. 205–212, <https://doi.org/10.1002/eat.10129>
- Brelet L. i in. (2021), *Stigmatization toward People with Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge Eating Disorder: A Scoping Review*, „Nutrients”, Vol. 13, No. 8, <https://doi.org/10.3390/nut13082834>
- Brown T.A., Keel P.K. (2023), *Eating Disorders in Boys and Men*, „Annual Review of Clinical Psychology”, Vol. 19, s. 177–205, <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-080921-074125>
- Bunnell D.W. (2010), *Men with Eating Disorders. The Art and Science of Treatment Engagement*, [w:] M. Maine, B. McGilley, D.W. Bunnell (red.), *Treatment of Eating Disorders. Between Science and Practice*, Elsevier, Amsterdam–London–Heidelberg, s. 301–310.
- Cella S. i in. (2010), *Body Dissatisfaction, Abnormal Eating Behaviours and Eating Disorder Attitude in Homo- and Heterosexuals*, „Eating and Weight Disorders. Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity”, Vol. 15, No. 3, s. 180–185.
- Chamay-Weber Ch., Narring F., Michaud A.P. (2005), *Partial Eating Disorders among Adolescent. A Review*, „Journal Adolescent Health”, Vol. 37, Iss. 5, s. 416–426, <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.09.014>
- Collier R. (2013), *Gender Perceptions on Eating Disorders Slow to Change*, „Canadian Medical Association Journal”, Vol. 185, No. 3, s. 151–152, <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-4360>
- Coopey E., Johnson G. (2022), *The Male Elephant in the Room”. A Qualitative Evidence Synthesis Exploring Male Experiences of Eating Disorders*, „Journal of Eating Disorders”, Vol. 10, Art. No. 131, <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00614-w>
- Corrigan P.W. (2000), *Mental Health Stigma as Social Attribution. Implications for Research Methods and Attitude Change*, „Clinical Psychology. Science and Practice”, Vol. 7, No. 1, s. 48–67, <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.1.48>
- Corrigan P.W. (2004), *How Stigma Interferes with Mental Health Care*, „American Psychologist”, Vol. 59, No. 7, s. 614–625, <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan P.W., Penn D.L. (1999), *Lessons from Social Psychology on Discrediting Psychiatric Stigma*, „American Psychologist”, Vol. 54, No. 9, s. 765–776, <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.9.765>
- Corrigan P.W., Shapiro J.R. (2010), *Measuring the Impact of Programs that Challenge the Public Stigma of Mental Illness*, „Clinical Psychology Review”, Vol. 30, No. 8, s. 907–922, <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.004>
- Corrigan P.W., Watson A.C. (2002), *The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness*, „Clinical Psychology. Science and Practice”, Vol. 9, No. 1, s. 35–53, <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- Corrigan P.W., Druss B.G., Perlick D.A. (2014), *The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care*, „Psychological Science in the Public Interest”, Vol. 15, Iss. 2, s. 37–70, <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- 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”, Vol. 189, Iss. 3, s. 339–343, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>
- Corrigan P.W. i in. (2016), *What Is the Impact of Self-Stigma? Loss of Self-Respect and the „Why Try” Effect*, „Journal Mental Health”, Vol. 25, Iss. 1, s. 10–15, <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1021902>

- Costin C. (2007), *The Eating Disorder Sourcebook. A Comprehensive Guide to the Causes, Treatments, and Prevention of Eating Disorders*, McGraw Hill, New York.
- Crisp A.H. (2005), *Stigmatization of and Discrimination against People with Eating Disorders Including a Report of Two Nationwide Surveys*, „European Eating Disorders Review”, Vol. 13, Iss. 3, s. 147–152, <https://doi.org/10.1002/erv.648>
- Crisp A.H. i in. (2005), *Stigmatization of People with Mental Illnesses. A Follow-Up Study within the Changing Minds Campaign of the Royal College of Psychiatrists*, „World Psychiatry. Official Journal of the World Psychiatric Association”, Vol. 4, No. 2, s. 106–113.
- Crone C. i in. (2023), *The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders*, „American Journal of Psychiatry”, Vol. 80, No. 2, s. 167–171, <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.23180001>
- Diemer E.W. i in. (2015), *Gender Identity, Sexual Orientation, and Eating-Related Pathology in a National Sample of College Students*, „Journal of Adolescent Health”, Vol. 57, Iss. 2, s. 144–149, <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.03.003>
- Eliasson M. (2000), *Systematic Review is the Foundation of the Evidence Based Medicine. One of the Most Important Contributions to Clinical Medicine of the Past Decade*, „Läkartidningen”, Vol. 97, No. 22, s. 2726–2728.
- Feldman M.B., Meyer I.H. (2007), *Eating Disorders in Diverse Lesbian, Gay, and Bisexual Populations*, „International Journal of Eating Disorders”, Vol. 40, Iss. 3, s. 218–226, <https://doi.org/10.1002/eat.20360>
- Ferrari M. (2015), *Understanding the Feasibility of Integrating the Eating Disorders and Obesity Fields. The Beyond Obesity and Disordered Eating in Youth (BODY) Study*, „Eating and Weight Disorder. Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity”, Vol. 20, No. 2, s. 257–269, <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0172-x>
- Flores L.E. i in. (2022), *Analysis of Age, Race, Ethnicity, and Sex of Participants in Clinical Trials Focused on Eating Disorders*, „JAMA Network Open”, Vol. 5, No. 2, Art. No. e220051, <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0051>
- Foran A.M., O’Donnell A.T., Muldoon O.T. (2020), *Stigma of Eating Disorders and Recovery-Related Outcomes. A Systematic Review*, „European Eating Disorders Review”, Vol. 28, Iss. 4, s. 385–397, <https://doi.org/10.1002/erv.2735>
- Gordon K.H. i in. (2006), *The Impact of Client Race on Clinician Detection of Eating Disorders*, „Behavior Therapy”, Vol. 37, Iss. 4, s. 319–325, <https://doi.org/10.1016/j.beth.2005.12.002>
- Gorrell S., Murray S.B. (2019), *Eating Disorders in Males*, „Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America”, Vol. 28, Iss. 4, s. 641–651, <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.012>
- Grant M.J., Booth A. (2009), *A Typology of Reviews. An Analysis of 14 Review Types and Associated Methodologies*, „Health Information and Libraries Journal”, Vol. 26, Iss. 2, s. 91–108, <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Griffiths S., Yager Z. (2019), *Gender, Embodiment, and Eating Disorders*, „Journal of Adolescent Health”, Vol. 64, Iss. 4, s. 425–426, <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.01.016>
- Griffiths S. i in. (2015), *Self-Stigma of Seeking Treatment and Being Male Predict an Increased Likelihood of Having an Undiagnosed Eating Disorder*, „International Journal of Eating Disorders”, Vol. 48, Iss. 6, s. 775–778, <https://doi.org/10.1002/eat.22413>
- Halbeisen G., Brandt G., Paslakis G. (2022), *A Plea for Diversity in Eating Disorders Research*, „Frontiers in Psychiatry”, Vol. 13, Art. No. 820043, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.820043>
- Halbeisen G. i in. (2024), *Eating Disorders in Men. An Underestimated Problem, an Unseen Need*, „Deutsches Ärzteblatt International”, Vol. 121, No. 3, s. 86–91, <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0246>

- Hunt K., Räisänen U. (2014), *The Role of Gendered Constructions of Eating Disorders in Delayed Help-Seeking in Men. A Qualitative Interview Study*, „BMJ Open”, Vol. 4, No. 4, Art. No. e004342, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004342>
- Javier S.J., Belgrave F.Z. (2019), „I'm Not White, I Have to Be Pretty and Skinny”. *A Qualitative Exploration of Body Image and Eating Disorders among Asian American Women*, „Asian American Journal of Psychology”, Vol. 10, No. 2, s. 141–153, <https://doi.org/10.1037/aap0000133>
- Jaworski M. i in. (2019), *Eating Disorders in Males. An 8-Year Population-Based Observational Study*, „American Journal of Men's Health”, Vol. 13, No. 4, <https://doi.org/10.1177/1557988319860970>
- 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”, Vol. 19, No. 6, Art. No. 32, <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0787-5>
- Lehe M.S. i in. (2024), *Invisible Walls? Stigma-Related Perceptions Are Associated with Reduced Help-Seeking Intentions for Disordered Eating in Men*, „Journal of Eating Disorders”, Vol. 12, Art. No. 200, <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01152-3>
- Link B.G. i in. (2004), *Measuring Mental Illness Stigma*, „Schizophrenia Bulletin”, Vol. 30, No. 3, s. 511–541, <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098>
- 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”, Vol. 22, Art. No. 239, <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03890-7>
- MacNeil B.A., Hudson Ch.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. Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity”, Vol. 23, No. 6, s. 817–824, <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0586-y>
- Maloney R. i in. (2024), *Stigma Experience of Men with Eating Disorders. A Scoping Review*, „Journal of Social Care”, Vol. 4, Iss. 1, Art. No. 4, <https://doi.org/10.21427/tcqd-k745>
- Marques L. i in. (2011), *Comparative Prevalence, Correlates of Impairment, and Service Utilization for Eating Disorders across U.S. Ethnic Groups. Implications for Reducing Ethnic Disparities in Health Care Access for Eating Disorders*, „International Journal of Eating Disorders”, Vol. 44, Iss. 5, s. 412–420, <https://doi.org/10.1002/eat.20787>
- Mitchison D. i in. (2019), *DSM-5 Full Syndrome, Other Specified, and Unspecified Eating Disorders in Australian Adolescents. Prevalence and Clinical Significance*, „Psychological Medicine”, Vol. 50, Iss. 6, s. 981–990, <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*, Routledge, Taylor & Francis, New York, s. 195–215.
- Moufawad M. i in. (2024), *Social Media Use and Weight Bias Internalization. Association Moderated by Age and Weight Perception*, „Journal of Eating Disorders”, Vol. 12, Art. No. 84, <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01043-7>
- Mroczkowska D. (2012), *Postrzeganie i rozumienie zaburzeń jedzenia – fakty i mity*, „Forum Medycyny Rodzinnej”, t. 6, nr 2, s. 82–91.
- Mroczkowska D. (2024), *Problem zaburzeń odżywiania wśród młodzieży – o potrzebie uwzględniania męskiej perspektywy*, „Biuletyn Socjoterapeutyczny”, nr 2, s. 25–41.
- Mroczkowska D., Ziółkowska B. (2021), *Eating Disorders among Men in the Context of Mental Health and Socio-Cultural Gender Issues*, „Przegląd Krytyczny”, t. 3, nr 1, s. 65–78, <https://doi.org/10.14746/pk.2021.3.1.4>

- Murray S.B., Griffiths S., Mond J.M. (2016), *Evolving Eating Disorder Psychopathology. Conceptualising Muscularity-Oriented Disordered Eating*, „The British Journal of Psychiatry”, Vol. 208, Iss. 5, s. 414–415, <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.168427>
- Murray S.B. i in. (2018), *Locating the Mechanisms of Therapeutic Agency in Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. A Pilot Study of Clinician/Researcher Perspectives*, „Eating Disorders. The Journal of Treatment & Prevention”, Vol. 26, Iss. 5, s. 477–486, <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1481306>
- Parker L.L., Harriger J.A. (2020), *Eating Disorders and Disordered Eating Behaviors in the LGBT Population. A Review of the Literature*, „Journal of Eating Disorders”, Vol. 8, Art. No. 51, <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00327-y>
- Pattyn E. i in. (2014), *Public Stigma and Self-Stigma. Differential Association with Attitudes Toward Formal and Informal Help Seeking*, „Psychiatric Services”, Vol. 65, No. 2, s. 232–238, <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200561>
- Pearl L.R. i in. (2023), *Opportunities to Advance Research, Intervention, and Policy on Stigma, Eating Disorders, and Body Image*, „Journal of Eating Disorders”, Vol. 11, Art. No. 132, <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00857-1>
- Pope H., Phillips K.A., Olivardia R. (2000), *The Adonis Complex. The Secret Crisis of Male Body Obsession*, Free Press, New York.
- Poppek L. i in. (2011), *Rozumienie zaburzeń odżywiania się u adolescentów płci męskiej w ujęciu psychodynamicznym, systemowym i behawioralno-poznawczym*, „Psychoterapia”, t. 4, nr 159, s. 5–15.
- Ray N. (2007), *Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Youth. An Epidemic of Homelessness*, National Gay and Lesbian Task Force Policy Institute, National Coalition for the Homeless, Washington.
- Rother E.T. (2007), *Systematic Literature Review and Narrative Review*, „Acta Paulista de Enfermagem”, Vol. 20(2), s. 5–6, <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>
- Sala M., Coll S., Flamer R. (2024), *Gender Stereotypes in Eating Disorder Recognition*, „Eating and Weight Disorders. Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity”, Vol. 29, s. 423–436, <https://doi.org/10.1007/s40519-024-01672-6>
- Silverman J.A. (1990), *Anorexia Nervosa in the Male. Early Historic Cases*, [w:] A.E. Anderssen (red.), *Males with Eating Disorders*, Brunner-Routledge, New York, s. 13–22.
- Sonneville K.R., Lipson S.K. (2018), *Disparities in Eating Disorder Diagnosis and Treatment According to Weight Status, Race/Ethnicity, Socioeconomic Background, and Sex among College Students*, „International Journal of Eating Disorders”, Vol. 51, Iss. 6, s. 518–526, <https://doi.org/10.1002/eat.22846>
- Stangl A.L. i in. (2019), *The Health Stigma and Discrimination Framework. A Global, Crosscutting Framework to Inform Research, Intervention Development, and Policy on Health-Related Stigmas*, „BMC Medicine”, Vol. 17, Art. No. 31, <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3>
- Striegel-Moore R.H., Bulik C.M. (2007), *Risk Factors for Eating Disorders*, „American Psychologist”, Vol. 62, No. 3, s. 181–198, <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.181>
- Strobel C.B.S. (2022), *The Shadow that Hovered Over. Gender Salience in Eating Disorder Recovery*, „Gender Issues”, Vol. 39, s. 368–386, <https://doi.org/10.1007/s12147-022-09294-x>
- Strother E. i in. (2012), *Eating Disorders in Men. Underdiagnosed, Undertreated, and Misunderstood*, „Eating Disorders. The Journal of Treatment & Prevention”, Vol. 20, Iss. 5, s. 346–355, <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.715512>
- Trompeter N. i in. (2021), *Emotion Dysregulation across the Span of Eating Disorder Symptoms. Findings from a Community Sample of Adolescents*, „International Journal of Eating Disorders”, Vol. 54, Iss. 11, s. 1946–1955, <https://doi.org/10.1002/eat.23609>

- Valente S. i in. (2017), *Sex-Specific Issues in Eating Disorders. A Clinical And Psychopathological Investigation*, „Eating and Weight Disorders. Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity”, Vol. 22, No. 4, s. 707–715, <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0432-7>
- Weltzin T.E. i in. (2012), *Treatment Issues and Outcomes for Males with Eating Disorders*, „Eating Disorders. The Journal of Treatment & Prevention”, Vol. 20, Iss. 5, s. 444–459, <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.715527>
- Wingfield N. i in. (2011), *College Students' Perceptions of Individuals with Anorexia and Bulimia Nervosa*, „International Journal of Eating Disorders”, Vol. 44, Iss. 4, s. 369–374, <https://doi.org/10.1002/eat.20824>
- Ziółkowska B., Mroczkowska D. (2020), *Eating Disorders in Men – Epidemiology, Determinants and Treatment. A Narrative Review of Empirical Evidence*, „Polish Psychological Bulletin”, Vol. 51, No. 4, s. 273–279, <https://doi.org/10.24425/ppb.2020.135459>