

Moški in motnje hranjenja

Barbara Šegula

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Center za mentalno zdravje,
Enota za adolescentno psihiatrijo

Karin Sernec

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Center za mentalno zdravje,
Enota za motnje hranjenja

Korespondenca:

karin.sernec@psih-klinika.si

Še vedno v širši, tako v laični kot občasno tudi v strokovni javnosti, prevladuje mnenje, da so motnje hranjenja pravzaprav bolezen žensk. Znanstvenoraziskovalni krogi so v preteklosti usmerjali pozornost v raziskovanje vzrokov, odkrivanja, poteka in obravnavanje te bolezni predvsem pri ženski populaciji. Tudi klinična veja medicinskih strok je zaradi prevladujoče ženske populacije z motnjami hranjenja premalo pozornosti namenila moškemu delu populacije, ki oboleva za temi motnjami. Posledično so bili zaradi tega izredno zapostavljeni tako v diagnostiki kot v zdravljenju. Izključitev moških iz empiričnih študij v patologiji hranjenja je pripeljala do pomanjkanja znanja o moških prehranjevalnih vzorcih in doživljanju lastnega telesa. Stereotipi o motnjah hranjenja so zavirali razpoložljivost z raziskavami podprtih načinov zdravljenja za moške in tako ovirali uspešno obravnavo specifične, na moški spol vezane problematike. Pomanjkanje razumevanja pa na žalost vodi tako v slabše odkrivanje bolezni, kot tudi slabšo obravnavo in zdravljenje moških z motnjami hranjenja.

Moški, ki trpijo zaradi motenj hranjenja in problematičnih predstav o svojem telesu, posledično sami slabo prepoznavajo, minimalizirajo ali zanikajo svoje simptome, ki so odraz motenj hranjenja. Poleg tega morajo premagovati veliko stigmo ter sram pri razkrivanju svojih težav. Nekateri so svoje težave skrivali leta, ne samo zaradi socialne stigme, vezane na moške z motnjami hranjenja, ampak tudi zaradi pomanjkanja ustrezne možnosti iskanja pomoči.

V zadnjih letih se soočamo z vedno večjim številom moških, pri katerih odkrivamo motnje hranjenja. Leta 2008 je National association of Anorexia nervosa and associated disorders v sklopu NIMH (National Institut of Mental Health) objavil, da približno 1 milijon moških v ZDA trpi zaradi motenj hranjenja, vendar so mnogi avtorji temu nasprotovali in ugotavljali, da gre za podcenjujoč podatek (Wonderlich, 2009). Harvardska študija je pokazala nekoliko drugačno sliko: po njihovih izsledkih naj bi stopnja obolenja moških za motnjami hranjenja v zadnjem desetletju narasla z 10 na 25% vseh primerov oseb z motnjami hranjenja (Hudson, 2007). 60% vseh diagnoz motenj hranjenja se je uvrščalo v kategorijo EDNOS (Eating disorders not otherwise specified).

V to kategorijo je uvrščenih 90% moških, ki imajo diagnosticirano motnjo hranjenja. Vanjo sodijo

kompulzivno prenašanje, mišična dismorfija oziroma bigoreksija nervoza in druge oblike, ki niso zadostile strogim kriterijem anoreksije in bulimije nervoze (Stanford, 2012). Podatki iz nedavnih epidemioloških študij opozarjajo, da je moških z motnjami hranjenja v populaciji veliko več, kot je klinično registriranih primerov (Darcy, 2012).

Tako je postalo jasno, da je problematiki moških z motnjami hranjenja potrebno posvečati več pozornosti, tako v raziskovalnem kot tudi kliničnem smislu. Čeprav se med spoloma pojavlja kar nekaj podobnosti, pa obstaja mnogo vidikov te bolezni, ki se pri moških lahko izražajo zelo drugače kot pri ženskah (Weltzin, 2005):

- mnogi moški z motnjami hranjenja pravzaprav ne stremijo k suhosti, ampak bolj k mišičavosti;
- moški si načeloma želijo spremeniti svoje telo od pasu navzgor, medtem ko si ženske želijo spremeniti svoje telo od pasu navzdol;
- moški uporabljajo »tipična« kompenzatorna vedenja (na primer bruhanje, odvajala) manj pogosto kot ženske;
- za kontrolo svoje telesne teže raje uporabljajo pretirano telesno vadbo;
- pretirana telesna vadba ni samo kompenzatorno vedenje, ampak predstavlja patološko obsedenost z mišičastim telesom v sklopu mišične dismorfije;
- moški se manj pogosto zatekajo v restrikcijo hrane in se v večji meri prenašajo.

Kritične razlike v klinični sliki med spoloma kličejo k potrebi po razvoju specifičnih, v moško problematiko usmerjenih instrumentov, saj je pomemben razlog za nediagnosticiranje moških prav gotovo tudi ta, da so zaenkrat še vsi instrumenti (vprašalniki, ocenjevalne lestvice ...) za odkrivanje in opredeljevanje motenj hranjenja namenjeni odkrivanju motenj hranjenja pri ženskah (Stanford, 2012).

Za razumevanje nastanka motenj hranjenja pri moških, kot tudi pri ženskah, moramo upoštevati vrsto med seboj povezanih področij, ki pomembno prispevajo k razvoju, oblikovanju in vzdrževanju te motnje. Vzroki ali bolj rečeno dejavniki tveganja segajo od bioloških, kulturoloških, družinskih, razvojnih in psihodinamskih dejavnikov, ki se zlivajo v kompleksno celoto in posameznika počasi, a vztrajno vodijo do motenj hranjenja.

Pregled posameznih področij, kritičnih za prepoznavo, razumevanje in obravnavo motenj hranjenja pri moških

Telesna masa

Ena pomembnejših razlik, po kateri se moški z motnjami hranjenja razlikujejo od žensk z enakim obolenjem, je zgodovina telesne mase. Premorbidna debelost je pomembna biološka komponenta moških z motnjami hranjenja. Medtem ko dekleta hujšajo, ker se počutijo debele, fantje hujšajo, ker dejansko so bili ali so pretežki (Anderson, 2000).

Moški z motnjami hranjenja v svoji anamnezi tudi velikokrat opisujejo zgodovino zbadanja in trpinčenja zaradi prekomerne telesne teže (Andersen, 2000). Izkazalo se je, da so hipersenzitivni na draženje zaradi polnosti, okroglosti, debelušnosti. Vrstniško zbadanje zaradi telesne mase je bilo omenjeno kot precipitirajoči dejavnik v več različnih študijah (Sterling, 1985).

Kljub vsemu pa moški ne izpostavljajo strahu pred debelostjo, kot ženske, ampak poudarjajo potrebo po dobri telesni pripravljenosti in zdravju, preprečevanju telesnih posledic debelosti, ki so se pojavljale v družini, ali pa po povečanju telesne moči, ki se postopoma razvije v bolj restriktivne vzorce in vedenja, prepletene s prenajedanjem in pretirano telesno aktivnostjo (Darcy, 2012). Manj se zatekajo v restrikcijo hrane in se v večji meri prenajedajo (Weltzin, 2005).

Vključevanje v visoko rizične skupine prav tako poviša tveganje za razvoj motenj hranjenja pri moških, na primer vključevanje v visoko rizične službe, ki temeljijo na doseganju določenega videza (manekenstvo, igralstvo) ali službe, ki so jih tradicionalno opravljale ženske (cvetličarstvo, zdravstvena nega) ter s hrano povezane službe (natakarji, kuharji) (Wooldridge, 2012). Prav tako so porast motenj hranjenja ugotavljali tudi pri športnikih – predvsem na področjih, kjer sta estetika in videz telesa pomembna za doseganje boljših rezultatov ali kjer je telesna teža pomemben dejavnik za optimalen dosežek ali sploh za doseganje pogojev za sodelovanje. Taki športi so na primer umetnostno drsanje, ples, gimnastika, potapljanje, body building, wrestling, jahanje, tek (Baum, 2006). Prav tako se med poškodbami zatekajo v izogibanje pridobivanja telesne teže zaradi nezmožnosti telesne aktivnosti (Andersen, 2000).

Telesna podoba in nezadovoljstvo

Motnje telesne podobe delimo v dve kategoriji: izkrivljanje in nezadovoljstvo. Pri izkrivljeni telesni podobi je posameznik prepričan, da se njegova telesna oblika,

zgradba ali masa pomembno razlikujejo od podobe, ki jo vidijo drugi. Osebe, ki so nezadovoljne s svojo telesno podobo, pa realno ocenjujejo telesno velikost, a so bodisi s svojim telesom kot celoto bodisi z določenimi deli telesa izjemno nezadovoljne.

Stopnja telesnega nezadovoljstva je po nekaterih podatkih pri moških povsem enaka kot pri ženskah, predvsem skrb zbudajoče pa je to, da je stopnja nezadovoljstva moških v precejšnjem porastu (Ricciardelli, 2001). Čeprav je odstotek nezadovoljnih moških in žensk v splošni populaciji podoben, je pomembno tudi na tem področju razumeti razlike med spoloma. Moški večinoma mislijo, da bi morali biti večji in bolj mišičasti, medtem ko ženske mislijo, da bi morale biti vitkejše (Tylka, 2002). Telesno nezadovoljstvo se pri moških kaže drugače kot pri ženskah, s fokusom na različnih delih telesa in večji želji po mišičastem telesu brez telesne maščobe (McCreary, 2000) ter manj z obsedenostjo po izgubi telesne teže oziroma strahu pred pridobivanjem telesne teže. Večkrat poročajo o želji po pridobivanju mišične mase raje kot pa izgubljanju telesne teže (Grieve, 2006). Moški na splošno si želijo sprememb od pasu navzgor, medtem ko si ženske želijo spremembe od pasu navzdol (Andersen, 2000). Moški se ne ukvarjajo toliko z obliko zadnjice ali stegen, ki so težišče ženskih skrbi. Glavni telesni deli, ki povzročajo preokupacijo pri moških, so večje, mišičaste roke ter prsi in trebuh – želja po širokem prsnem košu in utrjenih trebušnih mišicah. V povprečju si želijo pridobiti 13 kg mišične mase, da bi dosegli lasten telesni ideal. Obsedenost s potrebo po mišičnosti je v veliki meri povezana s slabšo samopodobo in depresijo (McCreary, 2000).

Telesno nezadovoljstvo s celotno obliko telesa ali posameznimi deli ali regijami telesa so vir hude zaskrbljenosti in preokupacije pri osebah z motnjami hranjenja. Neustrezno zaznavanje telesa so raziskovalci bolj kot motnjam hranjenja pripisovali tako imenovani telesni dismorfni motnji, pri kateri posameznik neustrezno zaznava realne ali celo fiktivne napake delov telesa.

Mišično dismorfijo opredeljuje nerealistična percepcija telesa, kombinirana z obsedenostjo po mišičastem telesu, ki se kaže v pretirani telesni aktivnosti in pretiranem ukvarjanju z dietami (Olivardia, 2000). Mišično dismorfijo ameriška klasifikacija DSM 5 uvršča med telesne dismorfne motnje, pri kateri se oseba pretirano ukvarja z določenimi deli telesa, za katere je povsem prepričana, da so nepravilni ali ekstremno neatraktivni, v Evropi pa se za ta sindrom uporablja izraz bigoreksija nervoza, in jo na ta način

umešča med druge motnje hranjenja. Gre za pretirano zaskrbljenost, ukvarjanje in obsedenost z mišičastim telesom. Obolevajo pretežno moški v poznem mladostniškem ali zgodnjem odraslem obdobju. V ozadju te motnje je slaba samopodoba, nizko samospoštovanje, motena telesna podoba in izrazita potreba po nadzoru.

Čeprav kriteriji po ameriški DSM 5 ne vključujejo težav s hranjenjem, gre za prekrivanje obeh motenj, saj moški z mišično dismorfijo hkrati trpijo tudi zaradi motenj hranjenja. V gonji po masivnem, vitkem mišičastem telesu brez maščevja razvijejo motene prehranjevalne navade, kot so prenajedanje, purgativna vedenja in restrikcija hrane, hkrati s pretirano telesno aktivnostjo ter zlorabo hormonov (Blouin, 1994). Zato je tudi priporočljivo, da obravnava te motnje poteka hkrati z obravnavo motenj hranjenja.

Mišično dismorfijo pogosto spremlja tudi zloraba anabolnih steroidov in rastnih hormonov, ki je zelo specifična prav za moške. Raziskave kažejo, da več kot 50% moških z mišično dismorfijo uporablja ali je uporabljala steroide (Pope, 2002). Steroide uporabljajo predvsem moški, ki imajo težave s sprejemanjem lastne telesne podobe in imajo manjšo telesno težo glede na višino. Stopnja zlorabe anabolnih steroidov pri mladih moških dosega stopnjo anoreksije in bulimije pri mladih ženskah (Schooler, 2006). Te snovi povzročajo hitre spremembe v mišični masi in imajo le malo začetnih stranskih učinkov, dolgotrajnejša uporaba pa povzroča hude zaplete, kot so povečanje prostate, visoka koncentracija holesterola, motnje spolnih funkcij ali celo zgodnji srčni infarkti, kapi, tumorji jeter, odpovedi ledvic in resnejše duševne težave, kot so motnje razpoloženja, predvsem depresija, ter suicidalne ideacije ob odtegnitvi.

Pretirana telesna aktivnost

Ena izmed najočitnejših razlik med spoloma pri motnjah hranjenja se kaže tudi v vedenjski komponenti pretirane telesne aktivnosti. Pretirana telesna aktivnost ter moteno hranjenje so tesno povezane pri večini moških z motnjami hranjenja (Strother, 2012).

Čeprav imajo mnogi moški »tipične« simptome motenj hranjenja z restrikcijo, prenajedanjem in purgativnimi vedenji, izsledki mnogih raziskav kažejo, da se moški veliko manj kot ženske zatekajo v tipična kompenzatorna vedenja, kot so stradanje, bruhanje in uporaba odvajal. Moški veliko pogosteje kot kompenzatorno metodo uporabljajo pretirano telesno aktivnost (Weltzin, 2005, Button, 2008). Pretirana telesna aktivnost pri moških velikokrat temelji na

prepričanju, da bo le-ta preprečila pojavljanje telesnih bolezni, ki jih s sabo prinaša prekomerna telesna teža, medtem ko sta pri ženskah najbolj pogosti kompenzatorni vedenji bruhanje in stradanje, ki ne temeljita na preprečevanju posledic debelosti, temveč sta namenjeni doseganju vitkosti in nizke telesne mase (Andersen, 1999).

Simptom pretirane telesne aktivnosti se pri moških z motnjami hranjenja torej lahko pojavlja kot kompenzatorno vedenje pri restriktivni obliki anoreksije nervoze ter nepurgativni obliki bulimije nervoze, lahko pa je tudi glavna komponenta že opisane posebne entitete mišične dismorfije oziroma bigoreksije nervoze. Velikokrat pa sta obe obliki med seboj povezani in prehajata iz ene v drugo. Moški z motnjami hranjenja lahko razvijejo mišično dismorfijo ob uporabi pretirane telesne vadbe kot kompenzatorne metode. Obsedenost, podobno kot pri boleznih odvisnosti, pomembno vpliva na druga področja človekovega življenja, kot so delo, socialno udejstvovanje ali običajne dnevne obveznosti (Olivardia, 2000).

Pridružene psihične motnje

Raziskave kažejo, da ima vsaj 70% oseb z bulimijo nervozo in od 40 do 60% oseb z anoreksijo nervozo pridruženo depresivno motnjo (Perlstein, 2002). Prikrita depresija pri moških je pogosto vzrok za številne težave, ki si jih tako pogosto razlagamo kot »tipično« moške: telesne bolezni, zloraba alkohola in drog, nasilje v družini, težave z intimnostjo in bližino. Danes lahko sem prav zagotovo prištejemo še motnje hranjenja.

Visoka stopnje depresije spremlja tudi moške z motnjami hranjenja, vendar naj bi se le-ta pojavila predvsem po nastanku motnje hranjenja (Gadalla, 2008). Depresivni simptomi so v veliki meri odvisni od frekvence simptomov motenj hranjenja in stopnje podhranjenosti. Pacienti, ki so močno podhranjeni, ob pridobivanju telesne teže začitijo izboljšanje simptomov motnje razpoloženja. Tudi zmanjševanje ali abstinenca od prenajedanja in purgativnih vedenj velikokrat pomembno prispevata k izboljšanju razpoloženskih motenj (Weltzin, 2005).

Na drugi strani so pogosto prisotne tudi motnje anksioznega spektra, ki pa se po navadi pojavijo pred motnjami hranjenja in najverjetneje predstavljajo dejavnik tveganja za njihov razvoj. Obsesivno-kompulzivna motnja pri osebah z motnjami hranjenja je 5- do 10-krat pogostejša kot pri splošni populaciji, socialna anksioznost pa se pojavlja pri približno 40% pacientov z motnjo hranjenja (Kaye, 2004).

Če primerjamo odstotek anksioznih motenj med moškimi in ženskami z motnjami hranjenja, so stopnje sopojavnosti med njimi primerljive, po nekaterih študijah jih je celo nekoliko več med moškimi (Gadalla, 2008).

Skoraj 60% oseb z motnjami hranjenja ima tudi osebnostno motnjo, ki je definirana kot utrjen vzorec nefunkcionalnega oziroma okolju neprilagojenega vedenja, mišljenja in čustvovanja (Perlstein, 2002). Pri restriktivnih oblikah motenj hranjenja so bolj prisotne osebnostne motnje izogibalnega in obsesivno-kompulzivnega tipa, pri purgativnih oblikah pa se je kot bolj značilna pokazala borderline oziroma čustveno neuravnovešena osebnostna motnja.

Raziskave že dalj časa razkrivajo, da osebe z motnjo hranjenja pogosteje zlorabljuje psihoaktivne substance (PAS) kot osebe brez motenj hranjenja. Po drugi strani imajo osebe, odvisne od PAS, pogosteje motnje hranjenja kot osebe, ki PAS ne zlorabljuje (Dunn, 2002). Perlsteinova pregledna študija iz leta 2002 je pokazala, da je prevalenca odvisnosti od PAS (vključno z alkoholom) pri osebah z anoreksijo nervozo 22%, medtem ko pri osebah z bulimijo nervozo dosega med 30 in 70% (Perlstein, 2002). Ameriška psihiatrična zveza (APA) je v letu 2006 objavila podatke, da psihoaktivne snovi zlorabljuje 57% moških s kompulzivnim prenašanjem, v primerjavi z 28% žensk, ki obolevajo za enako motnjo. Velika kanadska študija na nekliničnem vzorcu populacije je ugotovila, da imajo ženske, ki poročajo o visoki stopnji simptomov motenj hranjenja, približno trikrat večjo sopojavnost odvisnosti od PAS, medtem ko imajo tudi moški dvakrat večjo sopojavnost odvisnosti (Gadalla, 2008). Med drugim naj bi psihoaktivne snovi, predvsem kokain in drugi stimulanse, pomagale nadzorovati telesno težo z zmanjševanjem apetita in pospeševanjem restriktivnih vzorcev hranjenja, hkrati pa jih veliko oseb z motnjo hranjenja uporablja tudi kot samomedikacijo ob občutkih tesnobe in žalosti, ki so v ozadju motenj hranjenja (Gadalla, 2008). Na žalost je pri osebah, diagnosticiranih z odvisnostjo od PAS, sočasna motnja hranjenja pogosto spregledana, obravnava pa je nepopolna in neustrezna, saj se usmerja le v problematiko odvisnosti, ne pa tudi v obravnavo motenj hranjenja.

Vpliv družbe in medijev

Veliko dejavnikov pripomore k izkrivljeni predstavi lastnega telesa moških ter želji po idealiziranem moškem telesu. Ti vsekakor vključujejo tudi kulturološke spremembe, ki vodijo v nerealistične predstave

o moškem telesu in njegovi mišičavosti. Med mladimi moški je poraslo nezadovoljstvo s svojim telesom (Halliwell, 2007), ta porast pa lahko ima svoje korenine v večji izpostavitvi idealnim telesom v popularni kulturi (Pope, 2002).

Moška telesa so v popularni kulturi predstavljena kot mišičasta in natrenirana (Andersen, 2000), številne revije danes krasijo podobe takih teles. Analiza vsebin popularnih revij je odkrila močan porast prikazovanja razgaljenih moških teles v zadnjih 30 letih. Ta usmerjenost, skupaj z vedno večjim fokusom moderne kulture na dobri telesni pripravljenosti, kondiciji in mišičnosti (kultura fitnes), ima močan vpliv na trenutne ideale moškega telesa (Halliwell, 2007).

Poraslo je tudi število člankov na temo moške zunanjosti, v oglaševanju je namenjeno vedno več prostora moškemu telesu kot spolnemu objektu, celo otroške figurice različnih akcijskih junakov so postale bolj mišičaste in odražajo nerealistične in nedosegljive ideale moškega telesa z ozkimi pasovi, širokimi prsi in velikimi bicepsi (Pope, 2002). Isti raziskovalec je analiziral tudi popularne revije, v katerih se pojavljajo moški modeli, in ugotovil, da je med letoma 1974 in 1997 povprečen moški model izgubil 6 kg maščobe in pridobil 13 kg mišične mase-rezultat, ki je mnogokrat realno nedosegljiv brez uporabe anaboličnih steroidov. Trenutni ideal mišičastega moškega telesa postaja bolj in bolj nerealističen in moškimi nedosegljiv ter tako pomembno vpliva na porast nezadovoljstva s telesom ter pretirano telesno aktivnost in zlorabo steroidov (Halliwell, 2007).

Naraščajoča spolna objektifikacija moškega telesa, definirana kot obravnava telesa ali posameznih delov telesa kot spolni objekt za užitek drugih, je prek prikazovanja golih mišičastih moških manekenov v vizualnih medijih dramatično vplivala na način, kako mladi moški dandanes doživljajo in sprejemajo svoje telo (Dakanalis, 2012). Veliko znanstvenih raziskav je potrdilo vpliv medijev na doživljanje telesne podobe pri moških (Bartlett, 2008). Moderna družba se vse bolj fokusira na telesni videz, izpostavitve medijem s seksualiziranimi upodobitvami ima negativne vedenjske, čustvene in na duševno zdravje vezane posledice, še posebej dovzetna zanjo pa je skupina homoseksualno usmerjenih moških (Dakanalis, 2012).

Spolna usmerjenost in spolnost

V zadnjem desetletju je veliko študij raziskovalo povezavo med homoseksualno spolno usmerjenostjo in motnjami hranjenja pri moških. Skrb za telo ter ukvarjanje s telesom in njegovo težo je med

homoseksualnimi moškimi pogosto in lahko postane patološko. Pri homo- in biseksualno usmerjenih moških se 10-krat pogosteje pojavljajo simptomi motenj hranjenja kot pri heteroseksualnih moških (Strong, 2000). Odstotek homoseksualno usmerjenih moških v populaciji moških z motnjami hranjenja je približno dvakrat višji kot med splošno populacijo (Fitcher, 1987). Homoseksualno usmerjeni moški nimajo samo večje incidence diagnoz motenj hranjenja v primerjavi s heteroseksualno usmerjenimi moškimi, ampak so tudi bolj podvrženi psihopatologiji hranjenja in zaskrbljenosti zaradi telesne podobe (Russel, 2001), vplivom medijev in imajo višjo, s telesno podobo povezano anksioznost (Carper, 2010). Poročajo o višji stopnji internalizacije medijskih idealov, višji stopnji nezadovoljstva s telesom, višji stopnji želje po mišičavosti, višji stopnji motenj hranjenja in depresije v primerjavi s heteroseksualno usmerjenimi moškimi (Carper, 2010, Feldman, 2007).

Moški z motnjami hranjenja večinoma nimajo spolnih odnosov in tudi večinoma niso v aktivni heteroseksualni zvezi (Herzog, 1990). Moški z anoreksijo nervozo imajo zmanjšan libido ter spolno disfunkcijo. Delno je to rezultat znižane koncentracije testosterona (Herzog, 1990), delno pa posledica psihodinamskih vplivov, saj predstavljajo umik pred pritiskom vzpostaviti moško spolno identiteto (Romero, 1994). Tudi motnje spolne identitete vplivajo na povišano tveganje za razvoj motenj hranjenja. Moški z nediferencirano ali feminilno spolno vlogo imajo višjo prevalenco motenj hranjenja kot moški z maskulino, androgeno spolno vlogo (Prichard, 2008). Aktivne seksualne fantazije, masturbacija in spolna aktivnost so pri moških močni napovedni dejavniki za ozdravitev (Burns, 1985).

Kljub vsemu pa ima motnje hranjenja več heteroseksualno usmerjenih žensk kot homoseksualno usmerjenih moških. Iz tega izhaja, da homoseksualna usmerjenost moških sama po sebi ne more biti vzrok za razvoj motnje hranjenja, temveč je dejavnik tveganja za razvoj teh motenj. Je pomemben del mozaika pri razvoju motenj hranjenja. Homoseksualnost je v današnji družbi še vedno podvržena ogromni stigmatizaciji in nesprejetosti, celo homofobičnosti. Homoseksualno usmerjeni moški poročajo o doživljanju več splošnega ter na telo vezanega žaljenja kot katera koli druga skupina (Beren, 1996). Mladi, predvsem težji in prekomerno prehranjeni homoseksualno usmerjeni moški imajo veliko večje tveganje za razvoj motenj hranjenja (Boisvert, 2009). Raziskave tudi ugotavljajo, da imajo homoseksualno

usmerjeni moški povišano tveganje za razvoj motenj hranjenja tudi zaradi večje incidence spolnih zlorab v otroštvu pri tej populaciji. Motnje hranjenja razvijajo kot način spoprijemanja s čustvi, ki so povezana z zlorabo (Feldman, 2007).

Spolna zloraba in druge travme

Eden pomembnejših sprožilnih dejavnikov pri razvoju motenj hranjenja je izkušnja zlorabe v preteklosti. Ločimo fizične, psihične in spolne zlorabe. Bolj zgodaj kot se pojavljajo in bolj kot so dolgotrajne in intenzivne, hujše so posledice za osebnost in funkcioniranje v nadaljnjem življenju. Veliko študij je raziskovalo vpliv zlorabe na razvoj motenj hranjenja. Po podatkih naj bi približno 30% pacientov z motnjami hranjenja v preteklosti doživelo spolno zlorabo (Mitchison, 2014).

Pri spolno zlorabljenih moških se pojavljajo še močnejši občutki krivde in sramu ter so še bolj izpostavljeni stigmatizaciji kot ženske, zato je pri njih še manj prijav kot pri ženskah, posledično pa tudi manj pozornosti s strani stroke. Ker je večina storilcev moškega spola, lahko imajo moški žrtve težave pri spolni usmerjenosti in identiteti ter strah pred izražanjem lastne seksualnosti. Preko motenj hranjenja zlorabljeni moški z zatiranjem naravnih hormonskih dogajanj rešujejo svoje stiske glede spolne usmeritve in postanejo aseksualni (znižanje testosterona vodi v nizek libido) ter se na ta način izognejo svojim stiskam, vezanih na spolnost (Ross, 2009). Svojo samopodobo gradijo na osnovi hranjenja, telesne mase in oblike ter s tem prikrivajo osnovne težave, ki jih ne morejo nadzirati. Nadzor nad seboj prenesejo na področje hranjenja in s tem pridobivajo občutek ustreznosti in veljave.

Primerjave med osebami z anoreksijo nervozo in bulimijo nervozo so pokazale, da so imele slednje več neugodnih izkušenj v razvojnem obdobju (Mitchison, 2014). Tudi raziskave o družinskih vzorcih funkcioniranja so pokazale, da je v družinah oseb z bulimijo, ki so bolj zavračajoče, sovražne in destruktivne, večje tveganje za pojav zlorab (Webster, 2000).

Družina

Družina ima v razvoju posameznika osrednjo in najpomembnejšo vlogo. Poleg nege, varovanja in zaščite mu omogoča pogoje za biološki, osebnostni in socialni razvoj. Preteklo raziskovanje se je osredotočalo bolj na družine adolescentnih deklet z anoreksijo nervozo, predvsem s problematičnim odnosom mati-hči. Vendar pa je tudi pri moških z motnjami hranjenja pomembno odkrivati posamezne ravni družinskega

funkcioniranja, da bi razumeli in pripomogli k ozdravitvi motnje hranjenja. Raziskovalci, ki so se ukvarjali s preučevanjem družinskih značilnosti pri moških z motnjami hranjenja, so ugotovili kar nekaj skupnih točk. Moški z anoreksijo nervozo so večinoma odrasli v enostarševskih družinah (Lindblat, 2006), njihovi očetje so večinoma živeli ločeno od njih ali so zgodaj umrli (Nelson, 1999). Mame moških z motnjami hranjenja naj bi bile pretirano intruzivne, kontrolirajoče in zaščitniške (Romero, 1994). Zaradi pomanjkanja neodvisnosti in avtonomije fantom v razvoju primanjkuje izkušenj, potrebnih za pridobitev samozavesti za lastna vedenja in so tako nezmožni spoprijemanja z zahtevami in nalogami, povezanimi z adolescentnim obdobjem (Felker, 1994). Tudi Hilde Bruch je poudarjala pomembnost materine pretirane vključenosti v vzgojo in neustrezno odzivanje na otrokovo samopotrditveno vedenje, kar naj bi bil vzrok za primanjkljaj v avtonomiji in trajne občutke neučinkovitosti pri osebah z motnjami hranjenja (Bruch, 1971). Sterling in Segal sta leta 1985 poročala, da se pri moških z motnjami hranjenja v družinah velikokrat pojavljajo izredno visoka pričakovanja staršev do svojih moških potomcev. Veliko moških z motnjami hranjenja je s strani očetov občutilo močan pritisk po izjemnih športnih in intelektualnih dosežkih ali zgolj po izklesani mišičasti postavi (Romero, 1994).

Obravnavanje in zdravljenje motenj hranjenja

V povprečju mine 4 do 6 let, preden obolela oseba poišče strokovno pomoč. Moški se zaradi sramu in stigmatizacije, pa tudi zaradi pomanjkanja informacij za zdravljenje odločajo kasneje v poteku bolezni kot ženske. Lastna motivacija za zdravljenje je eden najpomembnejših pogojev za uspešno zdravljenje.

Pristop k zdravljenju je multidimenzionalen ter mora upoštevati in obravnavati veliko ravni zdravljenja. Od telesnih zapletov kot posledice motenega hranjenja in uporabe kompenzatornih mehanizmov, do pridruženih komorbidnih motenj (depresivnosti, anksioznosti, odvisnosti ...), motivacijskih postopkov, izobraževalnih programov, treninga socialnih spretnosti in reševanja težav ter seveda osnove zdravljenja, ki jo predstavlja psihoterapevtska obravnava ob upoštevanju individualnih vzrokov nastanka pri vsakem posamezniku. Sestavljena je iz vedenjsko-kognitivne in psihodinamske psihoterapije (Serneck, 2012).

Posamezne subspecializirane klinične enote, namenjene moškimi z motnjami hranjenja, poročajo o dobrih terapevtskih rezultatih in priporočajo zdravljenje v izključno moških skupinah. Take skupine med moškimi omogočajo razbijanje stereotipov o ženski bolezni in pomagajo premagovati sram, povezan z doživljanjem bolezni. Hkrati pa omogočajo ustrezno izražanje ranljivosti in čustev brez bojazni, da bodo nanje gledali kot na šibke, feminilne moške (Weltzin, 2012). Čeprav o zdravljenju moških z motnjami hranjenja zaenkrat obstaja le malo kliničnih raziskav in znanstvene literature, je nedavna študija pokazala, da sta prognoza in izid zdravljenja pri moških še celo boljši kot pri ženskah (Stoeving, 2011). V zadnjem desetletju je zaznati opazen napredek v razumevanju dejavnikov, ki vplivajo na razvoj motenj hranjenja, kot tudi v razumevanju dejavnikov, ki vplivajo na zdravljenje. Nekateri raziskovalci so se osredotočali tudi na pacientov vidik pomena ozdravitve – katere so tiste spremembe, pomembna področja, ki za njih pomenijo ozdravitev. Ženske občutijo izboljšanje in ozdravitev v smislu sprejemanja svojega telesa, izboljšanja samozavesti in reševanja težav (Bjork, 2008). Kljub vsemu pa je še vedno zelo malo podatkov o tem, kako ozdravitev doživljajo moški. Bjorkova je nedavno objavila eno prvih takih študij, ki je sicer ne odlikuje velik vzorec, vendar ima pomembno sporočilo ali vsaj idejo o tem, kaj vse moramo upoštevati, ko zdravimo moške z motnjami hranjenja in na katerih ravneh funkcioniranja moški sami občutijo izboljšanje oziroma ozdravitev (Bjork, 2012). Prvi je sprejemanje telesnega videza, drugi pa občutek lastne vrednosti. Sprejemanje telesnega videza pomeni, da so svojo prejšnjo potrebo po močnem in mišičastem telesu nadomestili z bolj sproščnim odnosom do svojega telesa, kakor tudi z novimi vedenjskih vzorci:

- telesna aktivnost brez kompulzivnosti – kompulzije in strah so nadomestili občutki rekreacije in veselja ob vadbi, manj so pod vplivom idealov moškega telesa;
- sproščenost v povezavi s hrano – hrana več ne kontrolira njihovega življenja, kot ga je prej, ampak je namesto tega postala del njihovega življenja;
- strategije za izogibanje relapsa – orodja, s katerimi vzdržujejo distanco do načinov razmišljanja in vedenja, ki so povezani z motnjami hranjenja (izogibanje nakupovanju prevelikih količin hrane, pitje

prevelikih količin alkohola, neredno hranjenje, hitro pridobivanje telesne teže ter pogosta uporaba tehtnice).

Občutek lastne vrednosti pa predstavlja razvoj novega odnosa do sebe kot posameznika ter do okolja, v katerem živijo:

- sprejemanje samega sebe – novi načini v skrbi zase, v obvladovanju oziroma zmanjševanju lastnih potreb po visoki učinkovitosti in dosežkih, kar je prispevalo k občutku svobode;
- avtonomija – predstavlja zaupanje v lastna čustva, mnenja in odločitve, upoštevanje lastnih želja, asertivnost ter manj oziranja na mnenja drugih;
- uživanje v socializaciji – ob lastni boljši samopodobi so bolj sproščeni v družbi, medsebojni odnosi in druženje so prioriteta, boljše je spoprijemanje z zavrnitvijo in obvladovanje neprijetnih čustev.

Zaključek

Motnje hranjenja so vedno večji javnozdravstveni problem, ki je povezan z visoko morbiditeto in tudi mortaliteto obolelih. Niso samo bolezen žensk, vedno bolj jasno je, da zaradi njih zbolijo in trpijo tudi moški. Incidenca moških z motnjami hranjenja strmo narašča, razloge je potrebno poiskati tako pri obolelem posamezniku kot tudi v času in družbi, v kateri živimo. Obstajajo podobnosti in razlike med moškimi in ženskami z motnjami hranjenja, ki segajo od dejavnikov tveganja za razvoj teh motenj, prek simptomov in klinične slike do obravnave in pristopov k zdravljenju. Zavedati se moramo, da je poznavanje razlik med spoloma pomembno pri odkrivanju, obravnavi in prognozi motenj hranjenja. Veliko moških, ki trpijo zaradi motenj hranjenja, je še vedno neodkritih, nerazumljenih in nezdravljenih. Zapostavljeni so zaradi stereotipov, ohromljeni od občutka sramu in premalo informirani glede možnosti zdravljenja, deloma tudi zaradi premajhne pozornosti zdravstvene stroke, ki bi morala biti bolj dovzetna za tovrstno problematiko ter ob pojavljanju raznih stisk pomisliti tudi na motnje hranjenja pri moškem. Visok odstotek komorbidnih stanj, dovzetnost za pretirano telesno vadbo, pomembne predstave o telesu ter moška seksualnost in razvoj spolne identitete so ključne točke za obravnavno motenj hranjenja pri moških, ki naj bodo tudi vodilo pri njihovem odkrivanju v našem vsakodnevnem kliničnem delu.

Literatura:

1. Andersen,A.E., Cohn,L. Holbrook,T. (2000). Making weight: Men's conflicts with food, weight, shape and appearance.Carlsbad,CA: Gurtze Books
2. Bartlett, C.P., Vowels, C.L., Saucier,D.A. (2008). Meta-analyses of the effects of media images on men's body image concerns. *Journal of Social and Clinical Psychology*,27, 279-310
3. Baum,A. (2006). Eating disorders in male athlete. *Sports Medicine*,36(1),1-6
4. Beren,S.E., Hayden,H.A., Wilfley,D.E., Grilo,C.M. (1999). The influence of sexual orientation on body dissatisfaction in adult men and women. *International Journal of Eating Disorders*,20, 135-141
5. Bjork,T., Wallin,K., Pettersen,G. (2012). Male experiences of life after recovery from an eating disorder. *Eating Disorders*,20, 460-468
6. Blouin,A., Goldfield,G. (1994). Body image and steroid use in male bodybuilders. *International Journal of Eating Disorders*, 18,159-165
7. Boisvert,J., Harrell,W.A. (2009). Homosexuality as a risk factor for eating disorder symptomology in men. *The Journal of Men Studies*,17, 210-225
8. Bruch,H. (1971). Anorexia nervosa in male. *Psychosomatic Medicine*, 35, 31-47
9. Burns,T., Crisp,A.H. (1985). Factors affecting prognosis in male anorexics. *Journal of Psychiatric research*,19,323-328
10. Button,E, Aldridge,S., Palmer,R. (2008). Males assessed by a specialized eating disorders services: Patterns over time and comparisons with females. *International Journal of Eating Disorders*,41, 758-761
11. Carper,T.L.M., Negy,C., Tantleff-Dunn, S. (2010). Relations among media influence, body image, eating concerns, and sexual orientation in men: A preliminary investigation. *Body image*, 7,301-309
12. Dakanalis,A., Di MATtei,V.E., Bagliacca,E.P., Prunas,A., Sarno,L., Riva,G., Zanetti, M.A. (2012). Disordered eating behaviours among Italian men: Objectifying media and sexual orientation differences. *Eating Disorders*, 20,356-367
13. Darcy,A., Hsiao-Jung Lin, I. (2012). Are we asking the right questions? A review of males with eating disorders. *Eating Disorders*,20, 416-426
14. 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*, 32,171-178
15. Feldman, M.B., Meyer,I.H. (2007). Childhood abuse and eating disorders in gay and bisexual men. *International Journal of Eating Disorders*,40, 418-423
16. Felker,K.R., Meyer,I.H. (1994). The relationship of gender and family environment to eating disorder risk in adolescence. *Adolescence*, 29(116), 821-834
17. Fitcher,M.M., Daser,C. (1987) Symptomatology, psychosexual development, and gender identity in 42 anorexic males. *Psychosocial Medicine*,17, 409-418
18. Gadalla,T.(2008) Psychiatric comorbidity in eating disorders: A comparison of men and women. *Journal of Men's Health*,5, 209-217
19. Grieve,F.G., Wann,D., Henson,C.T., Ford,G. (2006). Healthy and unhealthy weight management practises in collegiate men and women. *Journal of Sport Behavior*,29, 229-241
20. Halliwell,E., Dittmar,H., Orsborn,A. (2007). The effects of exposure to muscular male models among men: Exploring the moderating role of gym use and exercise motivation. *Body Image*,4,278-287
21. Herzog,D.B., Bradburn,I.S., Newman,K. (1990). Sexuality in males with eating disorders. In A.E.Andersen(Ed.). *Males with eating disorders* (pp.40-53). New York,NY: Brunner/Mazel
22. Hudson,J., Hiripi,E., Pope,H., Kessler,R. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*,61, 348-358
23. Kaye,W.H., Bulik,C.M., Thornton,L., Barbarich,N., Masters,K., Group PFFC (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bilimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*,161, 2215-2221
24. Lindblat,F, Lindberg,L., Hjern,A. (2006). Anorexia nervosa in young men: A cohort study. *International Journal of Eating Disorders*,39,662-666

25. McCreary,D.R., Sasse,D.K. (2000). An explanation of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health*,48, 297-304
 26. Mitchison,D.H., Hay,P.J. (2014). The epidemiology of eating disorders: genetic, enviromental, and social factors. *Clinical epidemiology*,6,89-97.
 27. Nelson,W.L., Hughes,H.M., Katz,B., Searight,H.R. (1999). Anorexic eating attitudes and behaviours in male and female college students. *Adolescence*,34(135),621-633
 28. Olivardia,R., Pope,H.G., Hudson,J.I. (2000). Muscle dysmorphia in male weightlifters: A case control study. *American Journal of Psychiatry*,157, 1291-1296
 29. Perlstein,T. (2008). Eating disorders and comorbidity. *Archives of Womens Mental Health*,4,67-78
 30. Pope,H., Phillips,K., Olivardia,R. (2002). *The Adonis complex: How to identify, treat, and prevent body obsession in men and boys*. New York, NY: Touchstone
 31. Prichard,M., (2008). Disordered eating in undergraduates: Does gender role orientation influence men and women the same way? *Sex Roles*,59,282-289
 32. Ricciardelli,R., Clow,K.A., White,P. (2010). Investigating hegemonic masculinity: Portrayals of masculinity in men's lifestyle magazines. *Sex Roles*,63, 64-78
 33. Romero,F. (1994). Adolescent boys and anorexia nervosa. *Adolescence*, 29(115), 643-647
 34. Ross,C.A. (2009). Psychodynamics of eating disorder behavior in sexual abuse survivors. *American journal of psychotherapy*, 63(3), 211-226
 35. Russel,C.J., Keel,P.K. (2001). Homosexuality as a special risk factor for eating disorders in men. *International Journal of Eating Disorders*,31, 300-306
 36. Schooler,D., Ward,M. (2006). Average Joes: Men's relationships with media, real bodies, and sexuality. *Psychology of Men & Masculinity*, 7(1), 27-41
 37. Sernek K. (2012). Obravnava oseb z motnjah hranjenja. V *Motnje hranjenja – zbornik, Psihiatrična klinika Ljubljana*, 145-151
 38. Stanford,C.S., Lemberg,R. (2012). A clinical comparison of men and women on Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) and Eating Disorder Assasment for men (EDAM). *Eating Disorders*,20,379-394
 39. Stanford,S.C., Lemberg,R. (2012). Measuring eating disorders in men: Development of teh Eating Disorder Assessment for Men (EDAM). *Eating disorders*,20, 427-436
 40. Sterling,J.W., Segal,J.D. (1985). Anorexia nervosa in males: A critical rewiev. *International Journal of Eating disorders*,4, 559-572
 41. Sterling,J.W., Segal,J.D. (1985). Anorexia nervosa in males: A critical rewiev. *International Journal of Eating disorders*,4, 559-572
 42. Stoving,K.R., Andreis,A., Brixen,K., Bilenberg,N., Horder,K. (2011). Gender differences in outcome of eating disorders: A retrospective cohort study. *Psychiatry Research*,186, 362-366
 43. Strong,S.M., Williamson,D.A., Netemeyer,R.G., Geer,J.H. (2000). Eating disorder symptoms and concerns about body dofer as a function of gender and sexual orientation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(2),240-255
 44. Strother,E., Lemberg,R., Stanford,S.C., Turberville,D. (2012). Eating disorders in men: underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eating Disorders*, 20,346-355
 45. Tylka,T., Subich,L.M. (2002). A preliminary investigation of the eating disorder continuum with men. *Journal of Counseling Psychology*,49, 273-279
 46. Webster,J.J., Palmer,R.L. (2000). The childhood and family background of women with major depression and women without psychiatric disorder. *Psychological Medicine*,30,53-60
 47. Weltzin,T. (2005). Eating disorders in men:Update. *Journal of Men's Health & Gender*, 2,186-193
 48. Weltzin,T.E., Cornella-Carlson,T., Fitzpastrick,M.E., Kenningtin,B., Bean,P., Jefferies,C. (2012). Treatment issues and outcomes for males with eating disorders. *Eating Disorders*,20, 444-459
 49. Wonderlich,S.A., Gordon,K.H., Mitchell,J.E., Crosby,R.D., Engels,S.G. (2009). Validity and utility of bindge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*,42, 687-705
 50. Wooldridge,T., Lytle, P. (2012). An Overwiev of Anorexia Nervosa in Males. *Eating Disorders*,20, 368-378
-