

מפגש

לעבודה חינוכית-סוציאלית

גיליון מיוחד בנושא

**נוער לסבי, הומוסקסואלי, טרנסג'נדרי
וביסקסואלי (להט"ב): התבגרות, זהות וסיכון
בתוך חברה הטרוסקסואלית**

עורך-אורח: ד"ר גידי רובינשטיין

הפרעות אכילה בקרב נערים הומוסקסואלים

אורי שפר

תקציר

הפרעות באכילה (eating disturbances) הן דפוסי התנהגות, תפיסות, גישות, מחשבות ורגשות הקשורים לדימוי גוף, לזמן ולהרגלי אכילה לקויים. הן קיימות בכל השכבות הסוציו-אקונומיות, המעמדות החברתיים והקבוצות האתניות. שכיחותן באוכלוסייה גדלה במהלך העשורים האחרונים, ויש הרואים בשכיחות זו ממדי מגפה, בעיקר בעולם המערבי. ממצאי מחקרים מהעשורים האחרונים של המאה העשרים ואילך מצביעים אף על עלייה בשכיחותן של הפרעות באכילה בקרב בני נוער בכלל ובקרב בני נוער הומוסקסואלים בפרט.

במאמר זה נסקרו הגורמים הייחודיים להפרעות באכילה בקרב בני נוער הומוסקסואלים ונבדקה השאלה, מי מבין בני הנוער ההומוסקסואלים יהיה בסיכון מוגבר לפתח הפרעה באכילה. גורמי הסיכון שנמצאו בספרות המחקרית והתיאורטית להפרעות באכילה בקרב בני נוער הומוסקסואלים הם: דימוי עצמי נמוך והומופוביה מופנמת, חוסר סיפוק מהגוף, דחף גבוה להיות שרירי, לחץ מהקהילה ההומוסקסואלית, בעיקר דרך מסרים מאמצעי התקשורת לפתח גוף רזה ושרירי, תיוג שלילי המתקשר הן לבעלי הפרעות באכילה והן להומוסקסואליות וקונפליקט עם המיניות המאפיין זהות מינית לא מגובשת. לעומת זאת, גורמי החיסון המרכזיים למניעת הפרעות באכילה בקרב נערים הומוסקסואלים, שנמצאו במחקרים, הם: דימוי עצמי גבוה, סיפוק מהגוף וזהות מינית מגובשת. נעשה שימוש בתיאורית האינטראקציה הסימבולית על מנת לקשור בין גורמי הסיכון והחיסון ולבחון דרכי טיפול בתופעה ודרכים למניעתה.

מילות מפתח: הפרעות אכילה, הפרעות באכילה, דימוי עצמי, דימוי גוף, גורמי סיכון, גורמי חיסון, הומוסקסואליות, בני נוער, זהות מינית, נטייה מינית, תפקוד מגדרי, דחף לשריריות, אינטראקציה סימבולית, גיל ההתבגרות, טיפול בהפרעות אכילה, הומופוביה

הפרעות באכילה בקרב נערים הומוסקסואלים

ממצאי מחקרים מצביעים על עלייה בשיעור ההפרעות באכילה בקרב צעירים הומוסקסואלים (Landau, 2003; Lewinsohn, Seeley, Moerk & Striegel-Moore, 2002; Muise, Stein & Arbess, 2003; Picot, 2004). במאמר זה יוצגו גורמי הסיכון והחיסון שנבדקו בספרות המחקרית, תוך התייחסות לתיאורית האינטראקציה

* המאמר מבוסס בחלקו על סקירת הספרות בעבודת הדוקטור של המחבר, הנמצאת בהכנה. תודה מקרב לב לפרופ' ריקי סויה על הנחיית העבודה.

1 כך למשל עולה מסקר אוכלוסין שנערך בארצות הברית, ולפיו בעוד שב-1972 18% מהגברים הנשאלים היו בעלי רמות גבוהות של חוסר סיפוק מגופם ובסיכון לפתח הפרעה באכילה, ב-1982 מספר הגברים בסיכון עלה ל-28% וב-1996 – ל-38% (Cash & Deagle, 1997).

הסימבולית, הבוחנת את הקשרים בין גורמי הסיכון והחיסון הללו. בהתאם לכך, ייבחנו דרכי התערבות אפשריות למניעת הפרעות באכילה בקרב אוכלוסייה זו ולטיפול בהן.

הפרעות באכילה

הפרעות באכילה (eating disturbances) הן דפוסי התנהגות, תפיסות, גישות, מחשבות ורגשות הקשורים למזון ולהרגלי אכילה לקויים (Landau, 2003), הנמצאים על פני רצף של סיכון וחומרה (Attie & Brooks-Gunn, 1992). בקצהו האחד של הרצף קיים היעדר הפרעה בנוגע למזון ולמשקל, ובקצהו האחר קיימת הפרעת אכילה קלינית (Swearingen, 2006). התנהגויות בקצה הלא רצוי של הרצף עשויות להיות: הרעבה עצמית, גרימה עצמית להקאה, נטילת משלשלים או ממריצים, פעילות גופנית עודפת, דחף עז לרזות ועיסוק בדיאטות כרוניות. הקוגניציות הקשורות לדפוס זה כוללות עיוותים בתפיסה של האדם בנוגע לצורת גופו ומשקלו (APA, 2000).

לעומתן, הפרעות אכילה קליניות (eating disorders) הן עיוותים בחשיבה, בהתנהגות וברגש ביחס למזון, לאכילה ולתפיסת הגוף (Landau, 2003) העונים לאמות המידה המוגדרות ב-DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). קיימים מספר סוגים של הפרעות אכילה קליניות, והשכיחות ביותר הן אנורקסיה נרוזה (Anorexia Nervosa) ובולימיה נרוזה (Bulimia Nervosa). אנורקסיה נרוזה מאופיינת בסירוב לשמור על משקל גוף מינימאלי ופחד עז לעלות במשקל, המלווה בעיוות דימוי ותפיסת הגוף. לאנורקסיה קיימים שני תת-סוגים: צום (או הרעבה עצמית) המלווה בהתקפי זלילה נלווים וצום (או הרעבה עצמית) ללא התקפים אלו (APA, 2000). בולימיה נרוזה מאופיינת בהתקפי זלילה בלתי נשלטים, המלווים בפעולות פיצוי שונות למניעת עלייה במשקל (כמו התעמלות אינטנסיבית) עם פעולות טיהור, כגון גרימה עצמית להקאה וצריכת חומרים משלשלים, ממריצים או משתנים, או בלעדיהן (בכר, 2001; Sadock & Sadock, 2003).

שכיחותן של הפרעות באכילה בקרב גברים ובני נוער

שכיחותן של הפרעות אכילה קליניות (eating disorders) באוכלוסייה נעה כיום בין 2%-4% (Weltzin et al., 2005): 1%-3% בקרב נשים, ופחות מ-0.5% בקרב גברים (Feldman & Meyer, 2007). בקרב בני נוער, נמצא כי שכיחות הפרעת אכילה מסוג אנורקסיה לדוגמה, נעה בין 0% ל-0.16% אצל נערים ובין 0% ל-0.9% אצל נערות (Ricciardelli & McCabe, 2004). הפרעות באכילה (eating disturbances) נפוצות הרבה יותר מאשר הפרעות אכילה קליניות (Landau, 2003). בעבר, ייחסו את התופעה של הפרעות באכילה בעיקר לנשים (Crisp & Burns, 1983), אולם כאשר החלו לבדוק זאת בקרב גברים (Dawn, 1998), נמצא כי בין 5% ל-20% מנפגעי הפרעות באכילה הם גברים (Perez, 2005; Weltzin et al., 2005), ויש הסבורים שאף יותר מכך (Landau, 2003).

את הקושי לאמוד ביתר דיוק את היקף השכיחות של הפרעות באכילה באוכלוסייה בכלל ובקרב גברים בפרט, ניתן לייחס למספר סיבות: ההגדרה הרחבה של התופעה והכללת הסימנים במצבים המוגדרים קליניים וגם באלו שאינם מוגדרים קליניים

(Landau, 2003); שימוש במתודולוגיה שונה להערכת שיעור התופעה; מחסור באמות מידה אבחוניות סטנדרטיות; התייחסותם של מחקרים רבים למקרים קליניים בלבד; התמקדות במטופלים המקבלים טיפול. כמו כן, קיימת נטייה של אנשים בעלי הפרעה באכילה להכחיש את מחלתם ולא ללכת לטיפול או לסלף מידע על מחלתם במחקרים או בשאלוני אבחון (Greenberg & Couturier & Loch, 2006; Freeman, 2005; Schoen, 2008).

הקושי לאמוד את היקף התופעה באוכלוסיית הגברים גדול אפילו יותר, בגלל התיגו החברתי השלילי הכרוך בקיומן של הפרעות אלה (Holstein & Gubrium, 2000), הנתפסות כמחלה נשית (Weltzin et al., 2005). על כן, גברים הסובלים מהפרעה עשויים להימנע מלהכיר בה או לקבל טיפול, מחשש שייחשבו נשיים (Stewart, Keel & Schiavo, 2006). גברים נוטים גם לתת סיבות רפואיות להצדקת היותם בדיאטה, כגון שמירה על רמת כולסטרול תקינה ומניעת סוכרת או מחלות לב, ועל כן עלולים שלא להיות מאובחנים כבעלי הפרעות באכילה (Greenberg & Schoen, 2008).

השכיחות של הפרעות באכילה בישראל דומה לזו שבעולם המערבי. עם זאת, נמצא כי מתבגרים ישראלים רבים יותר מוטרדים מדיאטה ומרצון לרדת במשקל בהשוואה למתבגרים מ-28 ארצות מערביות אחרות (לצר, 2007). עוד נמצא כי קבוצת הגברים הנמצאת בסיכון הגבוה ביותר לפתח הפרעות באכילה היא נערים וגברים הומוסקסואלים (Austin et al., 2009; Feldman & Meyer, 2007; Reilly & Rudd, 2006; Wichstrøm, 2006), והם מהווים עד 40% מהגברים הסובלים מהפרעות באכילה מיעוט המקרים הקליניים, אין נתונים בספרות המחקרית על אודות השכיחות היחסית של אנוורקסייה לעומת בולימיה או לעומת הפרעת אכילה לא ספציפית בקרב גברים הומוסקסואלים.

האטיולוגיה של הפרעות באכילה בקרב נערים וגברים הומוסקסואלים

הפרעה באכילה היא תופעה מורכבת ורב-ממדית (לצר, 1999). עד כה, אין הסכמה מלאה על הגורמים לתופעה, וגם לא זוהה גורם יחיד שמסביר אותה (Paulson, 1999; Ricciardelli & McCabe, 2004). קיימים מודלים והסברים רבים ושונים לאטיולוגיה, המצביעים על אנשים הנמצאים בסיכון לפתח הפרעות אלה (גולדין, 2002; Michelle, 2001; Womble et al., 2002). את המשתנים שנבדקו במחקרים כקשורים למידת הסיכון לפתח הפרעות באכילה בקרב נערים וגברים הומוסקסואלים, ניתן לסווג להיבטים ביולוגיים, סוציו-תרבותיים ופסיכו-סקסואליים.

ההיבט הביולוגי

מחקרים שונים בחנו את הגורמים הביולוגיים והתורשתיים שעשויים לגרום להפרעות באכילה (Carlat, Camargo & Herzog, 1997), לרבות שינויים הורמונליים

וביוכימיים המשפיעים על התיאבון ועל מצב הרוח (Herzog, Newman, Yeh & Ricciardelli & McCabe, 2004; Warshaw, 1992) ועל תזמון ההבשלה המינית (Sadock & Sadock, 2003). עם זאת, מחקרים אלה לא בחנו גורמים ייחודיים לגברים הומוסקסואלים. כמו כן, הביקורת המרכזית המושמעת כלפיהם מתייחסת לטענת הסיבתיות; כלומר, רוב התופעות הביולוגיות שנמצאו עלולות להיות תוצר של קיצוניות בדיאטה או פעולות טיהור ופיצוי, והפן הביולוגי בהפרעות אכילה עשוי להשפיע יותר על התחזוקה של הפרעות האכילה מאשר להיות הגורם להן (Yasuhara, Kojima, Nozoe & Naruo, 2004).

מחקרים בודדים התייחסו להיבט הביולוגי באטיולוגיה של הפרעות באכילה בקרב גברים הומוסקסואלים. נטען כי קיימים קווי דמיון בין מבנה המוח של גברים הומוסקסואלים ונשים הטרוסקסואליות באזור ההיפותלמוס, ולכן גברים הומוסקסואלים עשויים להגיב לגורמי לחץ סביבתיים בדרך התמודדות "נשית" (LeVay, 1991). חוקרים סבורים כי נשים נמצאות בסיכון גבוה לפתח הפרעות באכילה בהשוואה לגברים (Feldman & Meyer, 2007), בעיקר בשל נטייתן לעשות דיאטה כדי לרדת או לשלוט במשקל (Hsu, 1989). על כן, ישנם חוקרים הסבורים כי בשל קווי הדמיון במבנה המוח ביניהם, גם גברים הומוסקסואלים נמצאים בסיכון גבוה כמו נשים לפתח הפרעה באכילה (Carlat et al., 1997). עם זאת, השערותיהם לא נבדקו אמפירית. כמו כן, ממצאי המחקרים שנעשו בתחום לא היו מובהקים, המדגם בהם היה קטן, וכל הנבדקים היו אנשים שנפטרו מאיידס, דבר אשר היה עשוי להשפיע על הממצאים. נוסף על כך, לא צוין כיצד נקבע כי הנבדקים אכן היו הומוסקסואלים.

ההיבט הסוציו-תרבותי

חוקרים טענו, כי החברה ההומוסקסואלית שמה דגש יתר על מין, ומתוך כך – גם על הופעה חיצונית, כדי להרשים בני זוג פוטנציאליים (Yelland & Tiggemann, 2003). לפיכך הועלתה השערה כי לחץ מהתרבות ההומוסקסואלית לפתח גוף אידאלי (בעיקר דרך אמצעי התקשורת), יהווה גורם סיכון להפרעות באכילה (Siever, 2010; Wiseman & Moradi, 2010; Taylor & Goodfriend, 2008; 1994). עם זאת, קיימת מחלוקת בין החוקרים; חלקם מצאו כי מידת המעורבות של האדם בתרבות ההומוסקסואלית נמצאת במתאם חיובי לרמות גבוהות של חוסר סיפוק מהגוף (body dissatisfaction) ולסיכון להפרעות באכילה (Beren, Hayden, Wilfley & Grilo, 1996). אחרים טענו כי לא מידת המעורבות בתרבות ההומוסקסואלית מהווה גורם סיכון להפרעות באכילה, אלא טיב המעורבות (Feldman & Meyer, 2007). מנגד הועלתה הטענה, כי לא הטיב ולא האופן של האינטראקציה של הפרט אל מול התרבות ההומוסקסואלית היא שתקבע את מידת הסיכון לפתח הפרעות באכילה, אלא האופן שבו הוא מפרש ומפנים מסרים מהתרבות ומאמצעי התקשורת (Dittmar, 2005; McCabe & Ricciardelli, 2004; Taylor & Goodfriend, 2008). יש שלא מצאו כלל קשר בין חשיפה לתרבות ההומוסקסואלית לבין הפרעות אכילה (Picot, 2004; Wrench & Knapp, 2008). חוקרים שונים אף טוענים כי קיימת

חשיבות רבה להשתייכות של הומוסקסואלים לקהילה ההומוסקסואלית, המספקת להם משאב פסיכו-חברתי ופוליטי והזדמנות לגבש את זהותם, ליצור לכידות רבה יותר בין הזהות החברתית והאישית ולהעלות את הדימוי העצמי שלהם (Ball & Levesque & Vichesky, 2006). תמיכה זו עשויה להפחית את שיעור ההפרעות באכילה בקרבם (Stout, 2000). השערות בנוגע למידה ולאופן שבהם מושפע האדם מלחצים סוציו-תרבותיים זקוקות אם כן לתימוכין ולמחקרים נוספים.

ההיבט הפסיכו-סקסואלי

מן ההיבט הפסיכואנליטי, מאבקם של מתבגרים סביב נושאים של אוטונומיה, אינדיווידואליות והתפתחות מינית מעורר צורך בשליטה. השליטה באוכל ובמשקל הגוף מסמלת את הניסיון של המתבגרים לשלוט על חייהם ולרכוש תחושה של זהות עצמית (בכר, 2001; Paulson, 1999). הקושי ליצור נפרדות מאחרים נובע מתחושות חסך של צרכים לא מסופקים. אנורקסייה, אכילה כפייתית ובולימיה נמצאות כולן על פני רצף, אשר משתנה בהתאם למידת היכולת לבטא נזקקות וצרכים (Gerzi & Latzer, 2000).

בורנשטיין (Bornstein, 2001) טוען במחקר מטה-אנליטי שערך, כי מתבגרים החווים מעורבות יתר הורית, תופסים את ה"עצמי" שלהם כחלש וכלא יעיל ומתקשים לגבש זהות אוטונומית ונפרדת. מנקודת מבט זו, הפרעה באכילה משקפת את מאמץ האדם להשיג שליטה על תהליכים פנימיים (כגון צריכת מזון וממדי הגוף) כדי לפצות על תחושת היעדר השליטה על אירועים חיצוניים. במחקרו נמצא קשר חלש בין הפרעות באכילה לתלותיות בין-אישית, שהיא הנטייה להישען על אחרים לצורכי הגנה ותמיכה. לטענתו, הן הפרעות באכילה והן תלותיות בין-אישית נובעות מתחושות של לחץ ומצוקה. להערכתו, הצירוף בין לחץ לבין תלותיות בין-אישית מגביר את הסיכון להפרעות באכילה, אך קשר זה טרם נבדק אמפירית.

אף שנקודת השקפה זו כוונה לנשים עם הפרעות באכילה, ניתן לייחסה גם לגברים הומוסקסואלים. הומוסקסואלים נמצאים במצבי מצוקה ולחץ תמידיים בעקבות היותם מיעוט מיני. לחץ זה מכונה "לחץ של מיעוט" (minority stress), והוא נובע מהתיג השלילי, מהדעות הקדומות ומהאפליה הקשורים להומוסקסואליות (Meyer, 2003). החברה הישראלית נחשבת כשמרנית בשל התנגדות מוסדות דת, צבא וארגונים פוליטיים, כמו גם התרבות היהודית, לאורח חיים הומוסקסואלי. באווירה זו אמור המתבגר ההומוסקסואל לגבש את זהותו, תוך שהוא נתון ללחצים חברתיים ומשפחתיים קשים, נוסף על הלחצים הרגילים שבהם נתון כל מתבגר (בן-עמי, 2010; זיו, 1996; שילה, 2007; שילה, פזמוני-לוי, קמה, לביא ופנחסי, 2006; קמה, 2003; Kama, 2005). גורמים אלה יוצרים סביבה חברתית עוינת ומעוררת לחץ, אשר עלולה להוביל לבעיות נפשיות ולקשיים בגיבוש ה"עצמי" (Coker, Austin & Schuster, 2010; Meyer, 2003; Szymanski, 2009; Udall-Weiner, 2009). המינית (Fields, 2001).

מחקרים מועטים בלבד בדקו את הקשר בין מידת גיבוש זהות הומוסקסואלית לבין הפרעות באכילה (Siever, 1994; Stout, 2000; Wagenbach, 1998). חוקרים אלה טענו כי קיים קשר בין השלב שבו נמצאים הומוסקסואלים בתהליך גיבוש הזהות המינית שלהם לבין מידת הסיכון לפתח הפרעות באכילה. עם זאת, נמצאו חילוקי דעות בין החוקרים באשר לטיבו של קשר זה. חלק מהחוקרים (לדוגמה Siever, 1994; Wagenbach, 1998) טענו כי קיים קשר חיובי בין מידת גיבוש זהות הומוסקסואלית למידת חוסר הסיפוק מהגוף ולהפרעות באכילה, מתוך השערה שגברים בשלבים מוקדמים של גיבוש זהותם המינית ההומוסקסואלית לא יראו עצמם כגורם משיכה עבור גברים, ולכן לא יחוו רמות גבוהות של חוסר סיפוק מגופם ולא יהיו בסיכון גבוה לפתח הפרעות באכילה. השערה זו לא קיבלה תמיכה אמפירית ואף נמתחה עליה ביקורת, שהיא מציגה הומוסקסואלים באור שלילי, כמקבלים את המסרים על הופעתם החיצונית בפסיביות חסרת יכולת הבחנה (Williamson & Hartley, 1998). יתרה מזו, מחקרים אחרים מצאו קשר חיובי מובהק בין מידת גיבוש הזהות המינית לדימוי עצמי חיובי, כלומר ככל שהזהות המינית מגובשת יותר, כך הדימוי העצמי עולה. לטענת החוקרים, דימוי עצמי גבוה מסייע להפחית את מידת הסיכון לפתח הפרעות באכילה, ומכאן שרמת גיבוש גבוהה של זהות מינית מהווה אף היא גורם חיסון להפרעות באכילה (Stout, 2000; Udall-Weiner, 2009).

מחקרים אלו מוגבלים משלוש סיבות: (א) הם נשענים על מדגמים קטנים; (ב) הם בודקים רק משתתפים מעל גיל 18, הנמצאים ברובם בשלבי גיבוש מתקדמים של זהותם המינית; (ג) הם משתמשים לבדיקת מידת גיבוש הזהות המינית במודלים שלביים, מודלים שעליהם נמתחה ביקורת רבה (לדוגמה: Kaufman & Diamond, 2006; Johnson, 2004; Savin-Williams, 2005).

כפי שצוין לעיל, חוסר סיפוק מהגוף עשוי אף הוא להיות קשור להפרעות באכילה, ואכן מחקרים מצאו קשר ביניהם (Perez, 2005; Wrench & Knapp, 2008). גברים מתמודדים עם חוסר סיפוק מגופם בצורה שונה מנשים: הם נוטים פחות לעשות דיאטות ומעדיפים פעילות גופנית על מנת לשלוט במשקלם, ולכן פעילות גופנית כפייתית או עודפת נוטה להיות שכיחה בקרב גברים ונערים בעלי הפרעות באכילה (Swearingen, 2006; Wagenbach, 1998). בהתאם לכך, חוקרים ממליצים לבחון גם תסמינים שאינם נלקחים כיום בחשבון, כמו הנטייה לקחת סטרואידים,² צריכה עודפת של תוספי תזונה להעלאת מסת שריר (כמו אבקות חלבון וקריאטין) ומוצרי הרזיה שונים (Harvey & Robinson, 2003; Ricciardelli & McCabe, 2003; Yelland & Tiggemann, 2003; Weltzin et al., 2004). מבין התסמינים

2 סטרואידים אנבוליים נמצאו מסוכנים לא רק בשל השפעתם הבריאותית (סיכון מוגבר למחלות לב, שבץ וסרטן), אלא גם בשל הנזק הפסיכולוגי הטמון בהם (שינויים חמורים במצב הרוח, התמכרות פסיכולוגית ואפילו תסמינים פסיכטיים). הנזק של הסטרואידים טמון אף בכך שהם תורמים לתפיסה של סטנדרטים גופניים לא מציאותיים: גברים הרואים בגברים בעלי גוף שרירי, המוצגים במדיה כ"נורמליים", מייצגים של הגוף הגברי האידיאלי, בעוד שגזרת גופם של אלו הושגה בעזרת סטרואידים, עלולים לפנות לדרכים מלאכותיות ומסוכנות על מנת להיראות כמוהם או לסבול מדיכאון, מדימוי עצמי נמוך ומביקורת עצמית, בשל כישלון לעמוד בסטנדרטים הגופניים הללו (Halkitis, Moeller & DeRaleau, 2008; Swearingen, 2006).

הייחודיים לגברים בעלי הפרעות באכילה, חוקרים בתחום ממליצים כיום לשים דגש על הרצון להיות שרירי יותר (ולא על הרצון לרדת במשקל), מה שמכונה במחקרים שונים "אנורקסייה הפוכה" (Landau, 2003; Picot, 2004) או "הדחף לשריריות" (McCreary & Sasse, 2000), הן בטיפול והן במחקרים (Greenberg & Schoen, 2008; Levesque & Vichesky, 2006; McCabe & Ricciardelli, 2004; Reilly & Rudd, 2006; Tiggemann, Martins & Kirkbride, 2007; Swearingen, 2006). גברים רבים מתמקדים בהפיכת גופם לרחב ממדים ושרירי במקום לרזה, ולשם כך הם נוטים לעסוק בפעילות גופנית, במקום בדיאטה. על כן, הגדרותיו של ה-DSM להפרעות אכילה, המתארות את הדחף לרזות בתור אמת מידה עיקרית לאבחון, עשויות שלא לכלול את הבעיות הקשורות לאימוני יתר לשם השגת גוף שרירי. לדעתה, זו עשויה להיות סיבה נוספת לכך שמאבחנים תסמינים מעטים יותר של הפרעות אכילה בקרב גברים.

ניתן להשתמש בדחף לשריריות ככלי סינון לבדיקת קיומם של תסמינים של הפרעות באכילה בקרב גברים, ממש כשם שמשמשים בפחד מהשמנה כאומדן להפרעות באכילה בקרב נשים (Olivardia, Pope, Borowiecki & Cohane, 2004). כך למשל חוקרים סבורים, שנערים הרוצים להיות יותר שריריים נוטים לעסוק בזלילה בולמוסית מבלי להקיא אחריה (Moore, 1990).

מחקרים רבים מצאו שגברים ונערים הומוסקסואלים נוטים להיות בעלי דימוי גוף נמוך יותר מאשר גברים ונערים הטרוסקסואלים ומסופקים מגופם פחות מהם וכן נוטים להדגיש יותר מראה חיצוני ולהעניק לו חשיבות רבה יותר (Duggan & McCreary, 2004; Hospers & Jansen, 2005; Kaminski, Chapman, Haynes & Own, 2005; Levesque & Vichesky, 2006; Martins, Tiggemann & Kirkbride, 2007; McCabe & Ricciardelli, 2004; Perez, 2005; Weltzin et al., 2005; Wichstrøm, 2006). גברים ונערים הומוסקסואלים המפנימים את אידאל הגוף השרירי, עשויים להיות בסיכון גבוה לפתח הפרעות בדימוי הגוף ובאכילה (Sanchez, Greenberg & Liu, 2009). הדחף להשגת גוף שרירי וחסוב נפוץ במיוחד בקרב גברים ונערים הומוסקסואלים (Martins, Tiggemann & Churchett, 2008; Tiggemann et al., 2007), וזאת מכמה סיבות: סיבה אחת היא הרצון של גברים הומוסקסואלים להתנער מתדמית "ההומוסקסואל החלש והחולה", שהוצמדה להם בעקבות מגפת האיידס. גוף שרירי וחסון מסמל גוף חזק ובריא (Halperin, 1995; Levesque & Vichesky, 2006). בנוגע לאיידס אף נמצא במחקרם של הלקיטיס ועמיתים (Halkitis, Moeller & DeRaleau, 2008), כי גברים הומוסקסואלים נשאי נגיף ה-HIV נוטים להשתמש בסטרואידים יותר מאשר גברים הומוסקסואלים שאינם נשאים, וזאת להשערותם, כדי לפצות על אבדן מסת השרירים שגרמה המחלה.

סיבה נוספת לפיתוח גוף שרירי בקרב גברים הומוסקסואלים היא הלחץ המופעל מצד הקהילה ההומוסקסואלית לפתח גוף שרירי, חטוב וצעיר. בתרבות זו אין מקום לגוף חולה, פגום או מיוסר (Padva, 2002). הלחץ של התרבות ההומוסקסואלית לפתח גוף שרירי עשוי להיות חזק במיוחד בקרב הומוסקסואלים שאינם חשים שייכות

ואשר מנסים להימנע מביקורת. בקרב גברים אלה, אכילה מרוסנת או אימון גופני מופרז עלולים לשמש כאמצעים להשגת תחושת שייכות לתרבות ההומוסקסואלית (Blashill & Vander Wal, 2009).

הרצון לפתח גוף שרירי נובע אף מהתפיסה הרווחת בקהילה ההומוסקסואלית שגוף שמן הוא נשי ולא מושך (Padva, 2002). תפיסה זו מקבלת חיזוק בחברה המערבית, המדגישה את הקשר בין שריריות לגבריות (McCreary & Sasse, 2000). בהקדמתו של סימפסון לספרו של ברגלינג, הוא מציין כי גברים נשיים חשים לעתים מבוכה בקרב הקהילה ההומוסקסואלית, בשל התרעומת והלעג המופגנים על ידי חברי הקהילה כלפי החלקים הנשיים שבהם. חלקים אלה מהווים עבור קהילה זו תזכורת לכך שתיעוב עצמי הוא חלק מובנה בהווייתם ואינו אופציונלי עבורם. על כן גברים הומוסקסואלים מודרניים מחויבים לאמץ ולהפגין סממנים גבריים (Bergling, 2001, עמ' 9-12).

הרצון לפתח גוף שרירי בקרב גברים הומוסקסואלים עשוי לנבוע אף מרצונם להפוך למושא תשוקה עבור גברים אחרים (Halperin, 1995). במחקרים נמצא כי גברים הומוסקסואלים עושים לגברים אחרים החפצה (=הפיכה לחפץ, לאובייקט) במידה רבה יותר מאשר גברים הטרוסקסואלים עושים לנשים. החוקרים מסיקים כי גברים הומוסקסואלים נוטים להתמקד בהופעה חיצונית במידה רבה יותר מגברים הטרוסקסואלים בשפטם את גופם שלהם או את גופם של גברים אחרים. החפצה זו מציבה גברים הומוסקסואלים בסיכון מוגבר לפתח חוסר סיפוק מגופם והפרעות באכילה (Kozak, Frankenhauser & Roberts, 2009; Martins et al., 2007).

גורם סיכון נוסף להפרעות באכילה הוא תפקוד מגדרי (gender role), כלומר רמת הגבריות והנשיות באדם (Austin et al., 2004; Blashill & Vander Wal, 2009; Hoppers & Jansen, 2005; Winston, Acharya, Chaudhuri & Fellowes, 2004). בהתייחס למשתנה זה, נבדקו ההשערות כי נערים וגברים הומוסקסואלים יהיו בעלי רמת נשיות גבוהה, כלומר ינכסו לעצמם תכונות נשיות יותר מאשר נערים וגברים הטרוסקסואלים (Lippa, 2005; Weltzin et al., 2005), וכי רמת נשיות גבוהה מהווה גורם סיכון לפיתוח הפרעות באכילה אצל נערים וגברים בכלל (Lakkis, Ricciardelli & Williams, 1999) ואצל נערים וגברים הומוסקסואלים בפרט (Weltzin et al., 2005; Wichstrøm, 2006). בדומה, שוער כי רמת גבריות גבוהה מהווה גורם חיסון כנגד הפרעות באכילה (Harvey & Robinson, 2003) וחוסר סיפוק מהגוף (Strong, Singh & Randall, 2000). מספר מחקרים אכן מצאו מתאם שלילי בין רמת גבריות לבין סממני בולימיה ($r = -0.56, p < .01$) ומתאם חיובי בין רמת נשיות לבין ריסון אוראלי ($r = 0.46, p < .01$) בקרב נערים הומוסקסואלים (Meyer, Blissett & Oldfield, 2001). במחקר מטה-אנליטי שערך ליפה (Lippa, 2005) אף נמצא כי גברים הומוסקסואלים הם בעלי רמת נשיות גבוהה, אך מחקרים אחרים בתחום לא הוכיחו חד-משמעית כי נערים וגברים הומוסקסואלים הם בעלי רמת נשיות גבוהה מגברים הטרוסקסואלים (ראו לדוגמה Hoppers & Jansen, 2005). כמו כן, במחקר מטה-אנליטי שערך בלשהיל (Blashill, 2010) נמצא כי לרמת

נשיות אין קשר מובהק עם הפרעות באכילה ועם חוסר סיפוק מהגוף או ממידת השריריות. קיימים אף מחקרים שלא מצאו כל קשר בין תפקוד מגדרי לבין מידת הסיכון להפרעות באכילה בקרב נערים וגברים הומוסקסואלים (Austin et al., 2004; Russell & Keel, 2002).

ניתן אם כן לראות, כי קיימים גורמים רבים ומגוונים המנבאים סיכון לפיתוח הפרעות באכילה בקרב גברים ונערים הומוסקסואלים. חרף ריבוי המודלים בספרות המקצועית, טרם נמצא מודל אשר ינבא ויסביר בלעדית את הסיבות והגורמים להיווצרותן של הפרעות באכילה (Attie & Brooks-Gunn, 1992). תאוריית האינטראקציה הסימבולית עשויה לסייע לבחון כיצד גורמים אלה מתקשרים זה לזה.

תאוריית האינטראקציה הסימבולית

ניתן לבחון את האטיולוגיה של הפרעות באכילה באמצעות תאוריית האינטראקציה הסימבולית (symbolic interaction), הקושרת בין גורמי הסיכון והחיסון. התאוריה בודקת כיצד מגדירים אנשים את עצמם ואת האחרים במצב נתון, מהי המשמעות שהם מעניקים להתנהגות וכיצד הם מפרשים אותה (Longmore, 1998).

לפי תאוריית האינטראקציה הסימבולית, בכל אדם קיים "מסנן" שדרכו עוברים אליו המסרים מהסביבה החיצונית. המעבר באותו מסנן גורם למסרים לעבור התאמה בהתאם למערך הידיעות והפרשנות של האדם. על כן, כל מסר מהסביבה משתנה במידה מסוימת בטרם נקלט אצל האדם. שינויים בהשפעת המשוב מהסביבה על האדם עשויים לנבוע ממספר גורמים, לרבות: טיב המקור המוסר את המשוב (ומידת קרבתו למקבל המשוב), סוג המשוב שמועבר, הצורה שבה המשוב מועבר, טיבו של מקבל המשוב והמצב הרגשי שבו נתונים מוסר המשוב ומקבלו (Lundgren, 2004).

פאולסון (Paulson, 1999) השתמש בתאוריית האינטראקציה הסימבולית על מנת לחקור את המשמעויות שמפיקים בעלי הפרעות אכילה כלפי מושגים כמו "עצמי", מזון וגוף. ממצאיו מורים כי אנשים בעלי משקל יתר נתפסים על ידי החברה כאינטליגנטים פחות, בעלי חברים מעטים יותר, מושכים פחות, ביישנים, רעבים לחיבה, תלותיים ובודדים. לטענתו, השקפה זו מתחילה להתגבש עוד מהילדות. רזון קיבל משמעות חברתית סמלית של הצלחה ומקובלות חברתית, בעוד ששומן קיבל משמעות שלילית ודחוויה. כתוצאה מכך, בעלי הפרעות אכילה קישרו את דימוי גופם עם תפיסתם העצמית. החוקר הסיק כי הדרך שבה המשתתפים תופסים מושגים, כמו "עצמי", גוף ומזון, המתקשרים להתנהגויות של הפרעות אכילה, נובעת מיחסי הגומלין שיש לפרטים אלה עם אחרים משמעוטיים בסביבתם החברתית.

ניתן אם כן לשער, שקיים קשר בין דימוי עצמי ותפיסה עצמית לבין טיב ההשפעה של המסרים המועברים מהסביבה אל האדם: ככל שהדימוי העצמי של האדם גבוה יותר (=גורם חיסון), כך אותו "מסנן" פנימי ימנע מהמסרים החיצוניים הלוחצים על האדם לפתח גוף אידאלי (כלומר שרירי וחטוב) לחדור פנימה בעצמה רבה. כתוצאה מכך, האדם ייטה פחות לפעול בהתאם ללחצים לפתח גוף אידאלי. בניגוד לכך, אדם בעל

דימוי עצמי נמוך (=גורם סיכון) יוכל להתנגד פחות לאותם מסרים ולחצים מהסביבה. עקב כך הוא יפנים מסרים אלה ביתר שאת, דבר אשר ישפיע עליו השפעה כפולה: (א) ינמיך את דימויו ותפיסתו העצמיים עוד יותר; (ב) יגרום לו לנקוט אמצעים לצמצום הפער בין תפיסת גופו ומשקלו הנוכחיים לבין תפיסת הגוף והמשקל האידאליים. ככל שהפער יהיה גדול יותר, כך תגדל מצוקתו של האדם ויגבר הלחץ לנקוט פעולות קיצוניות לצמצום הפער (כגון: התעמלות אובססיבית, שימוש בסטרואידים, דיאטות קיצוניות, שימוש במשלשלים והקאות).

כיצד נוצר אותו דימוי עצמי, החשוב כל כך לתהליך סינון המסרים מהסביבה? קולי (Cooley, 1902) כינה את התהליכים המעצבים את הדימוי העצמי – "האני במראה" (looking glass self). זהותו ודימויו העצמי של אדם נקבעים לפי הפירוש שהוא נותן למה שאחרים חושבים עליו; תוך כדי התפתחותו, אנו קולטים את מכלול הדעות של אחרים כלפינו, מכלול שמתגבש והופך למרכיב מרכזי בזהותנו. "האני במראה" מכיל שלושה מרכיבים: (א) הדימוי שיש לנו על הופעתנו בפני אחרים; (ב) הערכתנו את התרשמות האחרים מהופעתנו; (ג) תגובתנו על הערכתנו זו (Holstein & Gubrium, 2000).

ה"עצמי" אינו מולד, אלא מתפתח מינקות. הוא מתגבש דרך מגע עם הסביבה, תוך הערכה מתמדת של הדברים הדומים והשונים בין הפרט לזולת. זהו תהליך מתמשך ודינמי, הכולל מחד גיסא את התגבשות ה"עצמי" האישי (שמירה על ייחודיותו של הפרט, תכונותיו ומאפייניו, לרבות הפן הפיזי של גופו) ומאידך גיסא – את התגבשות ה"עצמי" החברתי (על בסיס דברים שאחרים אמרו לפרט, חשבו עליו וציפו ממנו, ועל בסיס קשרים ויחסים אינטימיים עם הזולת). במסגרת תהליך זה, הפרט אינו רק מגבש את הדימוי וההערכה העצמיים שלו על סמך ההערכה הרפלקטיבית של אחרים, אלא לוקח תפקיד פעיל בתהליך ומדמיין כיצד הזולת שופט אותו וְמַעְרִיכו (Colley, 1902; Mead, 1934). כפועל יוצא מכך, הוא עשוי לדחות, לשנות או לאמץ בשלמות או חלקית את המידע והמשוב שהוא מקבל מהסביבה (Lundgren, 2004).

במחקרים נמצא כי הומוסקסואלים נוטים להיות בעלי רמות נמוכות של דימוי עצמי מאשר הטרוסקסואלים (בר-סלע, 1992; Stout, 2000), וזאת עקב הפנמת התיג השלילי ופיתוח יחס שלילי כלפי ה"עצמי", תופעה המכונה "הומופוביה מופנמת" (Heffernan, 2006; Reilly & Rudd, 1994). במחקרים רבים שנעשו על גברים ומתבגרים דימוי עצמי נמוך נמצא קשור להפרעות באכילה (Hospers & Jansen, 2005; Ricciardelli & McCabe, 2006; Wichström, 2004). אנשים בעלי הפרעות באכילה סבורים שהם משעממים, לא מיוחדים וחסרי כישרון. הם חשים שהם חסרי ערך ללא מחלתם, ולכן אינם רוצים לוותר עליה במודע. הדימוי העצמי הנמוך מקשה על הטיפול בהם (Crago, Shisslak & Ruble, 2001). מאחר שהומוסקסואלים נמצאים בסיכון גבוה לפתח דימוי עצמי נמוך בהשוואה לטרוסקסואלים (Yelland & Tiggemann, 2003), הם נמצאים בסיכון אף לפתח הפרעות באכילה (Hospers & Jansen, 2005; Picot, 2004). כך למשל ויליאמסון והרטלי מצאו במחקרם קשר חזק בין דימוי עצמי לבין מידת הסיפוק מהגוף והפרעות

באכילה בקרב נערים הומוסקסואלים. החוקרים משערים שנערים הומוסקסואלים אשר גדלו בסביבה עוינת והומופובית פיתחו הומופוביה מופנמת, וזו גרמה להם להיות פגיעים מאוד לפיתוח הפרעות באכילה. לדבריהם, התנהגויות של זלילה, הרעבה עצמית ופעולות טיהור שונות עשויות לבוא בהלימה עם הדחף של הומוסקסואלים להעניש את גופם או לפצות על תחושות נחיתות שהם חשים בניסיונותיהם לקרב את גופם לכיוון של שלמות מבחינה חיצונית (Williamson & Hartley, 1998).

חוקרים אף מציינים כי גברים יכולים לשמור על הופעה טרום-התבגרותית ולדכא יצר מיני בעזרת הפרעת אכילה כאנורקסייה. בדרך זו, הם אינם צריכים להתמודד עם לחץ חברתי לאמץ לעצמם זהות מינית גברית הטרוסקסואלית, בעיקר אם הם חשים קונפליקט בנוגע לזהותם המינית (Carlat et al., 1997; Olivardia, Pope, Mangweth & Hudson, 1995). כמו כן, קונפליקט זה עשוי לדחוף הומוסקסואלים להעניש את גופם או לפצות על תחושת הנחיתות שהם חשים באמצעות ניסיון לקרב את גופם לדימוי הגוף המושלם, וזאת על ידי התנהגויות של זלילה, הרעבה ופעולות טיהור שונות (Williamson & Hartley, 1998).

סיכום ומסקנות

החברה של ימינו מדגישה יותר ויותר את טיפוח הגוף. מסרים אלה אינם מופנים רק לנשים, וגם גברים חשים את הלחצים לפתח גוף חטוב ושרירי. עם שינוי הנורמות החברתיות הללו, אנו עשויים לראות יותר ויותר גברים ונערים הניצבים בפני דאגות בנוגע לדימוי גופם (Petrie & Rogers, 2001), המתאווים להיות שריריים יותר (McCreary & Sasse, 2000), הנוטלים סטרואידיים (Halkitis et al., 2008) והסובלים מפציעות ותאונות הקשורות לאימוני כושר אינטנסיביים (Martins et al., 2008; Greenberg & Schoen, 2008).

מסקירת הגורמים שעשויים להתקשר למידת הסיכון לפיתוח הפרעות באכילה בקרב נערים הומוסקסואלים, ניתן להבחין הן בגורמי סיכון והן בגורמים בעלי פוטנציאל מחסן. גורמי הסיכון המרכזיים שנמצאו במחקרים הם: דימוי עצמי נמוך (French, Story, Williamson & Hartley, 1998), דימוי גוף נמוך וחוסר סיפוק מהגוף (Remafedi, Resnick, & Blum, 1996; McCreary & Sasse, 2000), דחף גבוה להיות שרירי (Taylor & Goodfriend, 2008), תיוג שלילי המתקשר הן לבעלי הפרעות באכילה (Holstein & Gubrium, 2000) והן להומוסקסואליות (Stout, 1963), קונפליקט עם המיניות המאפיין זהות מינית לא מגובשת (Boysen, Vogel, Madon & Waster, 2006), לעומת זאת, גורמי החיסון המרכזיים שנמצאו במחקרים הם: דימוי עצמי גבוה (Wichström, 2006), דימוי גוף גבוה או סיפוק מהגוף (Wagenbach, 1998) וזהות מינית מגובשת (Stout, 2000).

אף שגברים ונערים הומוסקסואלים מהווים קבוצת סיכון לפיתוח הפרעות באכילה (Austin et al., 2009; Feldman & Meyer, 2007), לא כל הומוסקסואל יפתח הפרעה כזו. מה גורם לנער הומוסקסואל מסוים להיות בסיכון מוגבר לפיתוח הפרעה באכילה בהשוואה לנער הומוסקסואל אחר? לפי תאוריית האינטראקציה הסימבולית, ה"עצמי" של האדם (זהות עצמית, דימוי עצמי ודימוי גוף) נבנה לאורך זמן, תוך כדי יחסי גומלין עם הסביבה. ככל שהומוסקסואלים יקבלו מהסביבה מסרים חיוביים של קבלת נטייתם המינית, כך יוכלו לגבש לעצמם דימוי עצמי ודימוי גוף חיוביים יותר וזהות מינית מגובשת יותר. אלו יהיו "מסנן" למסרים וללחצים, הן חיצוניים (לחץ מהקהילה ומהתרבות ההומוסקסואלית לפתח גוף חטוב ושרירי ותיוג שלילי המתקשר להפרעות באכילה ולהומוסקסואליות) והן פנימיים (חוסר סיפוק מהגוף, קונפליקט עם המיניות, דחף לשריריות והומופוביה מופנמת), המציבים אותם בסיכון לפיתוח הפרעה באכילה. מכאן משתמע הקשר ההדוק בין הפרט לסביבה שעליו מצביעה תאוריית האינטראקציה הסימבולית (Lundgren, 2004), במיוחד בנוגע לאטיולוגיה של הפרעות באכילה ולטיפול בהן (גולדין, 2002).

איור 1: גורמי החיסון והסיכון לפיתוח הפרעה באכילה בקרב גברים הומוסקסואלים



המלצות למניעת הפרעות באכילה בקרב בני נוער הומוסקסואלים ולטיפול בהן

מכל הנאמר לעיל משתמע כי היקף התופעה בקרב נערים בכלל ונערים הומוסקסואלים בפרט עשוי להצטמצם, אם היחס של החברה כלפי הומוסקסואלים ישתפר. בעיקר חשובה ההתערבות מגיל צעיר לשינוי הגישה כלפי הומוסקסואלים בבתי הספר ובמוסדות החינוך (שילה, 2007). זאת לאור מחקרים שמצאו, כי בישראל קיימת גישה שלילית כלפי הומוסקסואלים במערכת החינוך (בן-עמי, 2010; פזמוני-לוי, קמה, לביא, פנחסי ומנחם, 2005).

יש להבהיר כי הומוסקסואליות כשלעצמה אינה נחשבת יותר בספרות פתולוגיה או סטייה. הגישה כיום היא שזהות הומוסקסואלית יכולה לספק את הבסיס לקידום הבריאות של האדם. גברים הומוסקסואלים אינם נתפסים יותר כאנשים שבהכרח נמצאים בסיכון מעצם נטייתם המינית, אלא מחד גיסא – כאנשים העשויים להיות

בקבוצת סיכון בשל לחצים ותיוג שלילי, אך מאידך גיסא – גם כבעלי יכולת לנהל סיכונים (Coker et al., 2010).

על כן, דרכי המניעה של הפרעות באכילה בקרב נערים הומוסקסואלים צריכות להתמקד במתן דרכים לחיזוק דימוים העצמי (Udall-Weiner, 2009) ובלחימה בתיוג השלילי המתקשר להומוסקסואליות, שפוגע בדימוי העצמי ואשר מפתח הומופוביה פנימית ומונע לא אחת פנייה לקבלת טיפול.³ עם זאת, גם אם גברים בעלי הפרעות באכילה מגיעים לטיפול, בגלל התיוג השלילי, הם עלולים להימנע מלהעלות בו סוגיות הקשורות להרגלי אכילתם (Petrie & Rogers, 2001). על כן, מומלץ שאנשי הטיפול ינסו תחילה לבחון עם הגברים הפונים אליהם סוגיות נלוות, כגון: הרגלי כושר, מידת הדחף שלהם לשריריות, חוסר סיפוק מהגוף ודימוי עצמי נמוך, ורק לאחר ביסוס יחסי אמון, יבחנו אצלם תסמינים הקשורים להפרעה באכילה.

המלצות למחקרי המשך בתחום הפרעות באכילה

אחת הבעיות שעולות במחקרים בנוגע לאבחון נערים וגברים בעלי הפרעות באכילה וטיפול בהם, היא היעדר כלי אבחון הולמים לתופעה אצל גברים בכלל, לרבות הומוסקסואלים (Stewart et al., 2006). שאלונים הבודקים תסמינים של הפרעות אכילה מכוונים כיום בעיקר לנשים ושואלים שאלות, כגון: "אני חושב/חושבת שהירכיים שלי רחבות מדי". דוגמה זו ממחישה את חוסר ההתאמה של כלים אלו לגברים, שהתרחבות הירכיים, המאפיינת נשים בעת עלייה במשקל, אינה תופעה אופיינית אצלם. על כן חשוב לשים לב, הן במחקרים והן בטיפול בגברים, באילו כלים משתמשים. חשוב לפתח כלים המותאמים לגברים בעלי הפרעות באכילה, אשר בהם ייבדקו תסמינים, כגון: רצון לעלות במשקל או במסת שריר במקום לרזות, נטילת אבקות חלבון ואימונים כפייתיים בחדר כושר.⁴

בעיה נוספת במחקרים על הפרעות באכילה בקרב נערים הומוסקסואלים הם אופני הערכת הנטייה המינית של הנבדקים, הסובלים מחוסר עקיבות. חוסר עקיבות זה נובע מכמה סיבות: ראשית, חלק מהמחקרים בודק נטייה מינית הומוסקסואלית באמצעות הגדרה עצמית של הנבדקים – חלק מהם על ידי התייחסות ליחסי מין ודפוסי התנהגות מסוימים, וחלקם – באמצעות התייחסות לרגשות ומחשבות הקשורות אל בני אותו המין (Elizur & Mintzer, 2003); שנית, במהלך גיבוש הזהות המינית, הפרט נתון ללחצים רבים מהסביבה להפגין נטייה מינית הטרוסקסואלית, דבר אשר עלול לעורר בו מצוקה, התכחשות למיניותו ופחד מפני ההשלכות של אימוץ והגדרה של זהות מינית הומוסקסואלית (Elizur & Ziv, 2001). קשיים אלה עלולים להשפיע על האופן שבו הפרט יגדיר את זהותו המינית, אפילו לפני שיחוש רגש או משיכה כלפי בן אותו המין (Elizur & Mintzer, 2003). הפרנן (Heffernan, 1994) מוסיפה, כי מחקרים

3 על אופנים לעידוד בני נוער הומוסקסואלים ללכת לטיפול, ראו אצל קוקר ועמיתיו (Coker et al., 2010). על גורמים שנמצאו מחזקים את החוסן האישי כנגד לחץ מיעוט והומופוביה, ראו אצל בן-עמי (2010).

4 החוקרים גרינברג ושון (Greenberg & Schoen, 2008) מרכזים במאמרם את כלי המחקר המומלצים לשימוש בקרב גברים (Greenberg & Schoen, 2008, עמ' 467).

רבים על הומוסקסואלים משתמשים לצורך סינון קבוצת המחקר (על מנת שתכיל רק הומוסקסואלים) בהגדרה העצמית של הנבדקים, באמצעות הקטגוריות "הומוסקסואל", "הטרנסקסואל" ו"ביסקסואל". הבעיה בקטגוריות אלה היא שנבדקים עלולים לא לסמן עצמם בקטגוריית "הומוסקסואל" עקב הכחשה, הומופוביה פנימית או חיצונית, נזילות ועמימות המושג (חוסר הבנה של הנבדק, האם הכוונה ב"הומוסקסואליות" היא לתחושה, למשיכה מינית, להתנסות חד-פעמית, לקיום יחסי מין בתדירות גבוהה, לזהות אישית או לרגש וכדומה). גם התיוג השלילי הכרוך בהומוסקסואליות מקשה על ההגדרה העצמית של הנבדקים.

על כן חשוב שמחקרים המשתמשים בהגדרה עצמית של מיניות המשתתפים, יודאו שכלי זה יאפשר בחירה מרובה ולא קטגוריאלית של הגדרות מיניות, ויימנעו ככל האפשר מהעברת תחושה של תיוג או שיפוטיות כלפי הנבדקים. כמו כן חשוב להכליל בכלי גם את המתלבטים בנוגע למיניותם או כאלה שאינם מגדירים עצמם בהכרח דיכוטומית "הומוסקסואל" או "הטרנסקסואל". הדבר חשוב במיוחד במחקרים הבודקים משתתפים בעלי דרגות שונות של גיבוש זהות מינית.

המלצתי היא כי מחקרים עתידיים בתחום יהיו מחקרי אורך, אשר יבדקו אילו מגורמי הסיכון משפיעים לאורך זמן. מחקרי המשך נחוצים גם משום שנטייה מינית עשויה להשתנות עם הזמן (Savin-Williams, 2005), וכך ניתן לראות, בעיקר בגיל ההתבגרות, האם קיים קשר בין שינוי בנטייה המינית לאורך זמן לבין מידת הסיכון לפתח הפרעה באכילה. פן נוסף שיש להרחיב עליו את היריעה המחקרית הוא בדיקת גורמי הסיכון הייחודיים לאוכלוסייה ההומוסקסואלית. מרבית המחקרים נוטים לערוך השוואה בין הומוסקסואלים להטרנסקסואלים, מבלי לבחון אמפירית את גורמי הסיכון הייחודיים בתוך הקהילה ההומוסקסואלית, בפרט גורמים, כגון: דימוי עצמי, דימוי גוף ומידת גיבוש זהות מינית. כמו כן חשוב לחקור בתוך הקהילה הלהט"בית, האם קיימות קבוצות סיכון שונות, כגון ביסקסואלים וטרנסג'נדרים. זאת מאחר שמחקרים רבים מכלילים את הקטגוריות "ביסקסואל" ו"הומוסקסואל" כמקשה אחת, אך מחקרים שונים מצאו שביסקסואלים למשל, מפקים ציוני בריאות נפשית נמוכים מהומוסקסואלים (ראו לדוגמה אצל שילה, 2008), וכן שטרנסג'נדרים מתבגרים נמצאים בסיכון מוגבר למגוון בעיות בריאותיות ונפשיות, עקב חוסר סובלנות כלפיהם מצד החברה והיותם חשופים לבידוד חברתי ואפליה וקרבתנות למעשי אלימות (Coker et al., 2010). המלצה נוספת למחקרי המשך היא להסתייע באינטרנט על מנת להגיע לנערים הומוסקסואלים ה"נמצאים בארון", קרי שטרם חשפו את נטייתם המינית. העברת שאלונים באמצעות האינטרנט מאפשרת להגיע למדגם הטרוגני יותר, ובכך – לצמצם הטיות הנובעות משיטת דגימה לא הסתברותית (Diamond & Savin-Williams, 2003; Tikkanen & Ross, 2000). כמו כן נמצא כי להט"בים מקדישים זמן רב יותר לגלישה באינטרנט מאשר הטרנסקסואלים (Harris Interactive, 2001), וכי הם מהווים שיעור מייצג דרך אמצעי תקשורת זה (Mustanski, 2001). נוסף על כך, נמצא במחקרים כי אנשים נוטים לענות על שאלונים דרך האינטרנט בפתחות ובכנות רבות יותר מאשר בשיטות שבהן הם

באים במגע עם החוקר או נציגיו. דרך האינטרנט, החוקר אינו נראה ואינו נשמע, וכך המשתתף עשוי לתפוס את המחקר כמאפשר פרטיות ואנונימיות רבות יותר מאשר בדרכים מסורתיות, כגון שאלונים המועברים פנים מול פנים או דרך הטלפון (Binik, Mah & Kiesler, 1999; Riggle, Rostosky & Reedy, 2005). כך, המידע שנאסף ממשתתפים דרך האינטרנט עשוי להיות חשוף פחות להטיות של רצייה וחרדה חברתית (Mustanski, 2001). לבסוף, מחקרים שונים (לרבות בתחום הפרעות באכילה בקרב הומוסקסואלים) מצאו כי העברת שאלונים באמצעות האינטרנט היא הליך מהימן לאיסוף נתונים, בפרט בקרב להט"בים (Dibb, Rushmer & Stern, 2006; Duggan & McCreary, 2004; Reilly & Rudd, 2006). שילה (2007) מוסיף, כי משנות התשעים של המאה העשרים התפתחו אמצעי התקשורת הקהילתית ההומו-לסבית ברחבי העולם. היותו של האינטרנט כלי המאפשר אנונימיות מחד גיסא וגישה לאתרים רבים ומגוונים בעולם כולו מאידך גיסא, מתאים לאופי הייחודי של גיבוש זהות מינית הומוסקסואלית.

חשוב לבצע בקרב האוכלוסייה ההומוסקסואלית מחקרים אשר יכללו מדגמים גדולים. זאת מאחר שרוב המחקרים על האוכלוסייה הזו מכילים מדגם קטן, ורובו נמצא בשלבי גיבוש מתקדמים של הזהות המינית (Savin-Williams, 2001). לפיכך חשוב גם לבדוק מדגמים שיכללו בני נוער הומוסקסואלים מתחת גיל 18, וזאת מכמה סיבות: ראשית בשל העובדה שזהותם המינית של בני נוער צעירים טרם הספיקה ברוב המקרים להתגבש לגמרי; שנית, בשל הירידה ההדרגתית המדווחת בשנים האחרונות בגילם של נערים המתלבטים בנוגע לזהותם המינית או המגדירים עצמם כהומוסקסואלים (שילה, 2007; Diamond & Savin-Williams, 2003); לבסוף, חוקרים מצביעים על כך שהפרעות באכילה עלולות להופיע אצל גברים כבר בגיל ההתבגרות המוקדם (Austin et al., 2009; Harvey & Robinson, 2003).

מקורות

- בכר, א' (2001). **הפחד לתפוס מקום – אנורקסיה ובולימיה: טיפול לפי גישת הפסיכולוגיה של העצמי**. ירושלים: מאגנס.
- בן-עמי, א' (2010). **להיות תלמיד גאה: החוויה הבית ספרית של תלמידים בעלי נטיות חד-מיניות**. עבודת מוסמך, אוניברסיטת תל-אביב.
- בר-סלע, מ' (1992). **מרכיבים בזהות ובדימוי העצמי של גברים הומוסקסואלים**. עבודת מוסמך, אוניברסיטת בר-אילן.
- גולדין, ס' (2002). **אנורקסיה בישראל או "אנורקסיה ישראלית"? כמה הערות על "תסמונת-תלויית-תרבות" בהקשר "גלוקאלי"**. *סוציולוגיה ישראלית*, ד(1), 105–141.
- זיר, מ' (1996). **הקשר בין תמיכה משפחתית ודימוי עצמי לבין התפתחות האוריינטציה המינית וההסתגלות הנפשית בקרב גברים הומוסקסואלים בישראל**. עבודת מוסמך, האוניברסיטה העברית בירושלים.
- לצר, י' (1999). **הפרעות אכילה – סקירת ספרות מקצועית**. ירושלים: מכון הנרייטה סאלד.
- לצר, י' (2007). **הפרעות אכילה ועמדות כלפי אכילה בישראל: סקירת מחקר וטיפול**. *חברה ורווחה*, כז(3), 453–477.

- פזמוני-לוי, א', קמה, ע', לביא, ש', פנחסי, ב' ומנחם, מ' (2005). **מבט ורוד 2004: מערכת החינוך הישראלית מנקודת המבט של תלמידים הומואים, לסביות, ביסקסואלים וטרנסג'נדרים: דוח מחקר**. תל אביב: ארגון הנוער הגאה.
- קמה, ע' (2003). **העיתון והארון: דפוסי תקשורת של הומואים**. תל אביב: הקיבוץ המאוחד.
- שילה, ג' (2007). **החיים בוורוד – בני נוער וצעירים הומואים, לסביות, ביסקסואלים וטרנסג'נדרים**. תל אביב: רסלינג.
- שילה, ג' (2008). **גיבוש נטייה מינית בקרב נוער הומו-לסבי: בחינת מימדים סביבתיים המשפיעים על גיבוש הנטייה המינית והשפעתם על בריאותם הנפשית של בני הנוער**. עבודת דוקטור, אוניברסיטת תל-אביב.
- שילה, ג', פזמוני-לוי, א', קמה, ע', לביא, ש' ופנחסי, ב' (2006). **גאים במדים – מצבם של חיילים וחיילות הומואים ולסביות בצה"ל: דוח מחקר**. תל אביב: ארגון הנוער הגאה.
- APA (American Psychiatric Association) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Attie, I., & Brooks-Gunn, J. (1992). Developmental issues in the study of eating problems and disorders. In J. H. Crowther, D. L. Tennenbaum, S. E. Hobfoll & M. A. P. Stephens (Eds.), *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context* (pp. 35–59). Washington, DC: Hemisphere Pub.
- Austin, S. B., Ziyadeh, N. J., Croliss, H. L., Rosario, M., Wypij, D., Haines, J., et al. (2009). Sexual orientation disparities in purging and binge eating from early to late adolescence. *Journal of Adolescent Health, 45*, 238–245.
- Austin, S. B., Ziyadeh, N. J., Kahn, J. A., Kahn, J. A., Camargo, C. A., Colditz, G. A., & al. (2004). Sexual orientation, weight concerns, and eating-disorders behaviors in adolescent girls and boys. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 1115–1123.
- Ball, S., & Lipton, B. (2005). Group work with gay man. In G. L. Greif & P.H. Ephross (Eds.), *Group work with populations at risk* (2nd ed., pp. 309–331). New York : Oxford University Press.
- Beren, S. E., Hayden, H. A., Wilfley, D. E., & Grilo, C. M. (1996). The influence of sexual orientation on body dissatisfaction in adult men and women. *International Journal of Eating Disorders, 20*(2), 135–141.
- Bergling, T. (2001). *Sissyphobia: Gay men and effeminate behavior*. New York, London and Oxford: Harrington Park Press.
- Binik, Y. M., Mah, K., & Kiesler, S. (1999). Ethical issues in conducting sex research on the internet. *The Journal of Sex Research, 36*, 82–90.
- Blashill, A. J. (2010). Gender roles, eating pathology, and body dissatisfaction in men: A meta-analysis. *Body Image, 328*, 1–11.
- Blashill, A. J., & Vander Wal, J. S. (2009). Mediation of gender role conflict and eating pathology in gay men. *Psychology of Men & Masculinity, 10*, 204–217.
- Bornstein, R. F. (2001). A meta-analysis of the dependency–eating-disorders relationship: Strength, specificity, and temporal stability. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 2*(3), 151–162.

- Boysen, G. A., Vogel, D. L., Madon, S., & Waster, R. (2006). Mental health stereotypes about gay men. *Sex Roles, 54*(1–2), 69–82.
- Carlat, D. J., Camargo, C. A., & Herzog, D. B. (1997). Eating disorders in males: A report on 135 patients. *The American Journal of Psychiatry, 154*(8), 1127–1132.
- Cash, T. F., & Deagle, A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders, 22*(2), 107–125.
- Coker, T. R., Austin, S. B., & Schuster, M. A. (2010). The health and health care of lesbian, gay, and bisexual adolescents. *The Annual Review of Public Health, 31*, 457–477.
- Cooley, C. H. (1902). *Human nature and the social order*. New York: Schocken Books.
- Couturier, J. L., & Loch, J. (2006). Denial and minimization in adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 39*(3), 212–216.
- Crago, M., Shisslak, C. M., & Ruble, A. A. (2001). Protective factors in the development of eating disorders. In R. H. Striegel-Moor & L. Smolak (Eds.), *Eating disorders: Innovative directions in research and practice* (pp. 75–88). Washington, DC: American Psychological Association.
- Crisp, A. H., & Burns, T. (1983). The clinical presentation of anorexia nervosa in males. *International Journal of Eating Disorders, 2*(4), 5–10.
- Dawn, A. (1998). *Looking queer: Body image and identity in lesbian, bisexual, gay and transgender communities*. New York: Harrington Park Press.
- Diamond, L. M. (2006). What we got wrong about sexual identity development: Unexpected findings from a longitudinal study of young women. In A. M. Omoto & H. S. Kurtzman (Eds.), *Sexual orientation and mental health: Examining identity and development in lesbian, gay, and bisexual people* (1st ed., pp. 73–95). Washington, DC: American Psychological Association.
- Diamond, L. M., & Savin-Williams, R. C. (2003). Explaining diversity in the development of same-sex sexuality among young women. In L. D. Garnets & D. C. Kimmel (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian, gay, and bisexual experiences* (pp. 130–149). NY: Columbia University Press.
- Dibb, S., Rushmer, A., & Stern, P. (2001). New survey medium: Collecting marketing data with e-mail and the World Wide Web. *Journal of Targeting Measurement and Analysis for Marketing, 10*(1), 17–25.
- Dittmar, H. (2005). Vulnerability factors and processes linking sociocultural pressure and body dissatisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*, 1081–1087.
- Duggan, S. J., & McCreary, D. R. (2004). Body image, eating disorders, and the drive for muscularity in gay and heterosexual men: The influence of media images. *Journal of Homosexuality, 47*(3–4), 45–58.
- Elizur, Y., & Mintzer, A. (2003). Gay males' relationship quality: The roles of attachment security, gay identity, social support and income. *Personal Relationships, 10*, 411–435.
- Elizur, Y., & Ziv, M. (2001). Family support and acceptance, gay male identity formation, and psychological adjustment: A path model. *Family Process, 40*, 125–145.

- Feldman, M. B., & Meyer, I. H. (2007). Eating disorders in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. *International Journal of Eating Disorders, 4*, 218–226.
- Fields, J. (2001). Normal queers: Straight parents respond to their children's "coming out". *Symbolic Interaction, 24*(2), 165–187.
- Freeman, A. C. (2005). Eating disorders in males: A review. *South African Psychiatry Review, 8*, 58–64.
- French, S. A., Story, M., Remafedi, G., Resnick, M. D., & Blum, R. W. (1996). Sexual orientation and prevalence of body dissatisfaction and eating disordered behaviors: A population-based study of adolescents. *International Journal of Eating Disorders, 19*(2), 119–126.
- Gerzi, S., & Latzer, Y. (2000). Autistic patterns: Managing the "black-hole" in eating disorders. *Psychoanalytic Social Work, 7*, 29–55.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Greenberg, S. T., & Schoen, E. G. (2008). Males and eating disorders: Gender-based therapy for eating disorder recovery. *Professional Psychology: Research and Practice, 39*, 464–471.
- Halkitis, P. N., Moeller, R. W., & DeRaleau, L. B. (2008). Steroid use in gay, bisexual, and nonidentified men-who-have-sex-with-men: Relations to masculinity, physical, and mental health. *Psychology of Men & Masculinity, 10*, 106–115.
- Halperin, D. M. (1995). *Saint Foucault: Towards a gay historiography*. New York: Oxford University Press.
- Harris Interactive. (2001). Gay and lesbian e-commerce activity beats that of non-gay web users. Available at <http://www.harrisinteractive.com/news>
- Harvey, J. A., & Robinson, J. D. (2003). Eating disorders in men: Current considerations. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 10*(4), 297–306.
- Heffernan, K. (1994). Sexual orientation as a factor in risk for binge eating and bulimia nervosa: A review. *International Journal of Eating Disorders, 16*(4), 335–347.
- Herzog, D. B., Newman, K. L., Yeh, C. J., & Warshaw, M. (1992). Body image in homosexual and heterosexual women. *International Journal of Eating Disorders, 11*(4), 391–396.
- Holstein, J. A., & Gubrium, J. F. (2000). *The self we live by: Narrative identity in a postmodern world*. New York: Oxford University Press.
- Hospers, H. J., & Jansen, A. (2005). Why homosexuality is a risk factor for eating disorders in males. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*(8), 1188–1201.
- Hsu, L. K. G. (1989). The gender gap in eating disorders: Why are the eating disorders more common among women? *Clinical Psychology Review, 9*, 393–407.
- Kama, A. (2005). An unrelenting mental press: Israeli gay men's ontological duality and its discontent. *The Journal of Men's Studies, 13*, 169–184.
- Kaminski, P. L., Chapman, B. P., Haynes, S. D., & Own, L. (2005). Body image, eating behaviors, and attitudes toward exercise among gay and straight men. *Eating Behaviors, 6*, 179–187.

- Kaufman, J. M., & Johnson, C. (2004). Stigmatized individuals and the process of identity. *The Sociological Quarterly, 45*(4), 807–833.
- Kozak, M., Frankenhauser, H., & Roberts, T. A. (2009). Objects of desire: Objectification as a function of male sexual orientation. *Psychology of Men & Masculinity, 10*, 225–230.
- Lakkis, J., Ricciardelli, L. A., & Williams, R. J. (1999). Role of sexual orientation and gender-related traits in disordered eating. *Sex Roles, 41*(1–2), 1–16.
- Landau, R. (2003). *The relationship between adult attachment and eating disturbances in men*. Unpublished Ph.D. dissertation, Alliant International University, Los Angeles.
- LeVay, S. (1991). A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science, 253*, 1034–1037.
- Levesque, M. J., & Vichesky, D. R. (2006). Rising the bar on the body beautiful: An analysis of the body image concerns of homosexual men. *Body Image, 3*, 45–55.
- Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Moerk, K. C., & Striegel-Moore, R. H. (2002). Gender differences in eating disorders symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorders, 32*, 426–440.
- Lippa, R. A. (2005). Sexual orientation and personality. *Annual Review of Sex Research, 16*, 119–153.
- Longmore, M. A. (1998). Symbolic interactionism and the study of sexuality. *The Journal of Sex Research, 35*(1), 44–57.
- Lundgren, D. C. (2004). Social feedback and self-appraisals: Current status of Mead-Cooley hypothesis. *Symbolic Interaction, 27*, 267–286.
- Martins, Y., Tiggemann, M., & Churchett, L. (2008). The shape of things to come: Gay men's satisfaction with specific body parts. *Psychology of Men & Masculinity, 9*, 248–256.
- Martins, Y., Tiggemann, M., & Kirkbride, A. (2007). Those speedos become them: The role of self-objectification in gay and heterosexual men's body image. *Personality and Social Psychology Bulletin, 33*, 634–647.
- McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan. *Journal of Psychosomatic Research, 56*(6), 675–685.
- McCreary, D. R., & Sasse, D. K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health, 48*, 297–304.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self, and society*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Meyer, C., Blissett, J., & Oldfield, C. (2001). Sexual orientation and eating psychopathology: The role of masculinity and femininity. *International Journal of Eating Disorders, 29*, 314–318.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin, 129*, 674–697.
- Michelle, J. D. (2002). *A model for the development of disordered eating among lesbians*. Ph.D. dissertation, University of North Texas.

- Moore, D. C. (1990). Body image and eating behavior in adolescent boys. *American Journal of Diseases in Children, 144*, 475–479.
- Muise, A. M., Stein, D. G., & Arbess, G. (2003). Eating disorders in adolescent boys: A review of the adolescent and young adult literature. *Journal of Adolescent Health, 33*(6), 427–435.
- Mustanski, B. S. (2001). Getting wired: Exploiting the internet for the collection of valid sexuality data. *The Journal of Sex Research, 38*(4), 292–301.
- Olivardia, R., Pope, H. G., Borowiecki, J. J., & Cohane, G. H. (2004). Biceps and body image: The relationship between muscularity and self-esteem, depression, and eating disorder symptoms. *Psychology of Men & Masculinity, 5*, 112–120.
- Olivardia, R., Pope, H. G., Mangweth, B., & Hudson, J. I. (1995). Eating disorders in college men. *American Journal of Psychiatry, 152*(9), 1279–1285.
- Padva, G. (2002). Heavenly monsters: The politics of the male body in the naked issue of *Attitude* magazine. *International Journal of Sexuality and Gender Studies, 7*, 281–292.
- Paulson, A. R. (1999). *A qualitative exploration of the relationship between meaning and eating disorder behavior: Case studies of anorexia and bulimia nervosa*. Unpublished Ph.D. dissertation, The Saybrook Institute, San-Francisco.
- Perez, J. A. (2005). *An investigation of body image dissatisfaction in homosexual and heterosexual males*. Unpublished Ph.D. dissertation, Hofstra University, Hempstead.
- Peters, A. J. (1997). Themes in group work with lesbian and gay adolescents. *Social Work with Groups, 20*(2), 51–69.
- Petrie, T. A., & Rogers, R. (2001). Extending the discussion of eating disorders to include men and athletes. *The Counseling Psychologist, 29*(5), 743–753.
- Picot, A. K. (2004). *The relationship among community affiliation, self-esteem, and eating disorder symptomatology in gay and lesbian individuals*. Unpublished Ph.D. dissertation, College of Arts and Sciences, Georgia State University.
- Reilly, A., & Rudd, N. A. (2006). Is internalized homonegativity related to body image? *Family and Consumers Research Journal, 35*(1), 58–73.
- Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. P. (2004). A biopsychosocial model of disordered eating and the pursuit of muscularity in adolescent boys. *Psychological Bulletin, 130*(2), 179–205.
- Riggle, E. D. B., Rostosky, S. S., & Reedy, C. S. (2005). Online surveys for BGLT research: Issues and techniques. *Journal of Homosexuality, 49*(2), 1–21.
- Russell, C. J., & Keel, P. K. (2002). Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. *International Journal of Eating Disorders, 31*, 300–306.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Sánchez, F. J., Greenberg, S. T., & Liu, W. M. (2009). Reported effects of masculine ideals on gay men. *Psychology of Men & Masculinity, 10*, 73–87.
- Savin-Williams, R. C. (2001). A critique of research on sexual-minority youths. *Journal of Adolescence, 24*, 5–13.

- Savin-Williams, R. C. (2005). *The new gay teenager*. London: Harvard University Press.
- Siever, M. D. (1994). Sexual orientation and gender as factors in socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 252–260.
- Stewart, M. C., Keel, P. K., & Schiavo, R. S. (2006). Stigmatization of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 39*(4), 320–325.
- Stout, M. L. (2000). *The influence of sexual orientation and gender on body dissatisfaction, self-esteem, collective self-esteem, and eating disorder symptoms*. Unpublished Ph.D. dissertation, University of Missouri, Columbia.
- Strong, S. M., Singh, D., & Randall, P. K. (2000). Childhood gender nonconformity and body dissatisfaction in gay and heterosexual men. *Journal of Sex Roles, 43*(7–8), 427–439.
- Swearingen, C. (2006). *The role of internalized homophobia, sexual orientation concealment and social support in eating disorders and body image disturbances among lesbian, gay and bisexual individuals*. Unpublished Ph.D. dissertation, University of Oregon.
- Szymanski, M. (2009). Examining potential moderators of the link between heterosexist events and gay and bisexual men's psychological distress. *Journal of Counseling Psychology, 1*, 142–151.
- Taylor, K. C., & Goodfriend, W. (2008). The simulacra effect: The effect of media simulations on eating disorder symptomology in gay men. *Journal of Homosexuality, 55*, 106–123.
- Tiggemann, M., Martins, Y., & Kirkbride, A. (2007). Oh to be lean and muscular: Body image ideals in gay and heterosexual men. *Psychology of Men & Masculinity, 8*, 15–24.
- Tikkanen, R., & Ross, M. W. (2000). Looking for sexual compatibility: Experiences among Swedish men in visiting internet gay chat rooms. *Cyber Psychology & Behavior, 3*, 605–616.
- Udall-Weiner, D. (2009). Sexual identity development and self-esteem as predictors of body image in a racially diverse sample of gay men. *Journal of Homosexuality, 56*(8), 1011–1029.
- Wagenbach, P. M. (1998). *The relationship between body image, sexual orientation and gay identity*. Unpublished Ph.D. dissertation, University of Colorado.
- Weltzin, T. E., Weisensel, N., Franczyk, D., Burnett, K., Klitz, C., & Bean, P. (2005). Eating disorders in men: Update. *Journal of Men's Health and Gender, 2*(2), 186–193.
- Wichstrøm, L. (2006). Sexual orientation as a risk factor for bulimic symptoms. *International Journal of Eating Disorders, 39*, 448–453.
- Williamson, I., & Hartley, P. (1998). British research into the increased vulnerability of young gay men to eating disturbance and body dissatisfaction. *European Eating Disorders Review, 6*, 160–170.
- Winston, A. P., Acharya, S., Chaudhuri, S., & Fellowes, L. (2004). Anorexia nervosa and gender identity disorder in biologic males: A report of two cases. *International Journal of Eating Disorders, 36*, 109–113.

- Wiseman, M. C., & Moradi, B. (2010). Body image and eating disorder symptoms in sexual minority men: A test and extension of objectification theory. *Journal of Counseling Psychology, 57*, 154–166.
- Womble L. G., Willianson, D. A., Martin, C. K., Zucker, N. L., Thaw, J. M., Netemeyer, R., et al. (2001). Psychological variables associated with binge eating in obese males and females. *International Journal of Eating Disorders, 30*, 217–221.
- Wrench, J. S., & Knapp, J. L. (2008). The effects of body image perceptions and sociocommunicative orientations on self-esteem, depression, and identification and involvement in the gay community. *Journal of Homosexuality, 55*, 471–503.
- Yasuhara, D., Kojima, S., Nozoe, S., & Naruo, T. (2004). Intense fear of caloric intake related to severe hypoglycemia in anorexia nervosa. *General Hospital Psychiatry, 26*, 243–245.
- Yelland, C., & Tiggemann, M. (2003). Muscularity and the gay ideal: Body dissatisfaction and disordered eating in homosexual men. *Eating Behaviors, 4*, 107–116.