

## **הפרעות באכילה בקרב בני נוער הומוסקסואלים: סקירת ספרות**

**המאמר מוגש על ידי ד"ר אורי שפר-שלו, מטעם התוכנית**

**'הכשרה פסיכודינמית בזהות מינית ומגדר' באוניברסיטת ת"א**

### **תקציר**

הפרעות באכילה (Eating Disturbances) הן דפוסי התנהגות, תפישות, גישות, מחשבות ורגשות הקשורות למזון ולהרגלי אכילה לקויים. הן קיימות בכל השכבות הסוציו-אקונומיות, המעמדות החברתיים והקבוצות האתניות. שכיחותן באוכלוסייה גדלה במהלך העשורים האחרונים ויש הרואים בשכיחות זו ממדי מגיפה, בפרט בעולם המערבי. ממצאי מחקרים בעשורים האחרונים, 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 הינם: דימוי עצמי נמוך והומופוביה מופנמת, דימוי גוף נמוך ו/או חוסר סיפוק מהגוף, דחף גבוה להיות שרירי, לחץ מהקהילה ההומוסקסואלית בפרט דרך מסרים מהמדיה לפתח גוף רזה ושרירי, סטיגמה שלילית המתקשרת הן לבעלי הפרעות באכילה והן להומוסקסואליות וקונפליקט עם המיניות המאפיין זהות מינית לא מגובשת. לעומת זאת, גורמי החיסון המרכזיים שנמצאו במחקרים למניעת הפרעות באכילה בקרב נערים הומוסקסואלים הינם: דימוי עצמי גבוה, דימוי גוף גבוה ו/או סיפוק מהגוף וזהות מינית מגובשת. נעשה שימוש בתיאורית האינטראקציה הסימבולית על מנת לקשור בין גורמי הסיכון והחיסון השונים ולבחון דרכי טיפול ומניעה בתופעה.

## **הפרעות באכילה בקרב בני נוער הומוסקסואלים: סקירת ספרות**

ממצאי מחקרים מצביעים על עלייה בשיעור הפרעות באכילה בקרב צעירים הומוסקסואלים<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> כך למשל, עולה מסקר אוכלוסין שנערך בארה"ב, לפיו בעוד שב-1972 18% מהגברים הנשאלים היו בעלי רמות

( Carlat, Camargo & Herzog, 1997; 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 הסימבולית, הבוחנת את הקשרים בין גורמי הסיכון והחיסון הללו. בהתאם לכך, יבחנו דרכי התערבות אפשריים למניעה ולטיפול בהפרעות באכילה בקרב אוכלוסיה זו.

### **הפרעות באכילה**

הפרעות באכילה (Eating Disturbances) הן דפוסי התנהגות, תפישות, גישות, מחשבות ורגשות הקשורות למזון ולהרגלי אכילה לקויים (Landau, 2003), הנמצאות על פני רצף של סיכון וחומרה (Attie & Brooks-Gunn, 1992). בקצהו האחד של הרצף קיים העדר הפרעה לגבי מזון ומשקל ובקצהו האחר קיימת הפרעת אכילה קלינית (Swearingen, 2006). התנהגויות בקצה הלא רצוי של הרצף עשויות להיות הרעבה-עצמית, גרימה עצמית להקאה, לקיחת משלשלים או ממריצים, פעילות גופנית עודפת, דחף עז לרזות ו/או עיסוק בדיאטות כרוניות. הקוגניציות הקשורות לדפוס זה כוללות עיוותים בתפיסה של האדם לגבי צורת גופו ומשקלו (APA, 2000). להפרעות באכילה יכולה להיות תחלואה נלווית, כמו: הפרעות פסיכיאטריות שונות (כמו סכיזופרניה; Striegel-Moore, Garvin, Dohm & Rosenheck, 1999), הפרעות מצב-רוח (בפרט דיכאון), פוביות חברתיות, שימוש בחומרים ממכרים, הפרעות חרדה ואישיות (Sadock & Sadock, 2003) ומגוון רחב של סיבוכים רפואיים הכרוכים בירידה התלולה במשקל, עד כדי מוות בשיעור של כ-10% מהמקרים, בפרט במצבי אנורקסיה נרוזה (בכר, 2001; Landau, 2003; Muise et al., 2003; Paulson, 1999).

### **שכיחותן של הפרעות באכילה בקרב גברים ובני נוער**

שכיחותן של הפרעות אכילה קליניות באוכלוסייה נע כיום בין 2%-4% (Weltzin et al., 2005) כאשר בקרב נשים האחוז נע בין 3%-1% ופחות מ-0.5% בקרב גברים (Feldman & Meyer, 2007b). לגבי בני נוער, נמצא כי שכיחות הפרעת אכילה מסוג אנורקסיה לדוגמא, נעה בין

---

גבוהות של חוסר סיפוק מגופם ובסיכון לפתח הפרעה באכילה, ב-1982 מספר הגברים בסיכון עלה ל-28% וב-1996 ל-38% (Cash & Deagle, 1997).

0% ל-0.16% לגבי נערים ו-0% ל-0.9% לגבי נערות (Ricciardelli & McCabe, 2004). בהשוואה להפרעות אכילה קליניות, הפרעות באכילה (Eating Disturbances) נפוצות הרבה יותר (Landau, 2003). בעבר, ייחסו את התופעה של הפרעות באכילה בעיקר לנשים (Crisp & Burns, 1983), אולם כאשר החלו לבדוק את התופעה גם בקרב גברים (Dawn, 1998) נמצא כי בקרב נפגעי הפרעות באכילה בין 5% ל-20% הינם גברים (Perez, 2005; Weltzin et al., 2005) ויש הסבורים אף שיותר מכך (Landau, 2003).

את הקושי לאמוד את היקף השכיחות של הפרעות באכילה באוכלוסייה בכלל ובקרב גברים בפרט באופן מדויק יותר ניתן לייחס למספר סיבות: ההגדרה הרחבה של התופעה והכללת הסימנים במצבים המוגדרים קליניים וגם באלו שמופיעים בקצה הלא קליני של התופעה (Landau, 2003); שימוש במתודולוגיה שונה להערכת שיעור התופעה; מחסור בקריטריונים אבחוניים סטנדרטיים; התייחסות, במחקרים רבים, רק למקרים קליניים; והתמקדות במטופלים המקבלים טיפול. בנוסף, קיימת נטייה של אנשים עם הפרעה באכילה להכחיש את מחלתם ולא ללכת לטיפול או לסלף מידע אודות מחלתם במחקרים או בשאלוני אבחון (Couturier & Loch, 2006; Greenberg & Schoen, 2008).

הקושי לאמוד את היקף התופעה באוכלוסיית הגברים גדול, אפילו יותר, בגלל הסטיגמה החברתית הכרוכה בקיומן של הפרעות אלה (Holstein & Gubrium, 2000) הנתפסות כמחלה נשית (Weltzin et al., 2005). על כן, עשויים גברים הסובלים מההפרעה להימנע מלהכיר בה או לקבל טיפול, מחשש שתדבק בהם הסטיגמה (Stewart, Keel & Schiavo, 2006). גברים גם נוטים 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 יותר מתבגרים ישראלים מוטרדים מדיאטה ומרצון לרדת במשקל בהשוואה ל-28 ארצות אחרות מערביות (לצר, 2007). עוד נמצא כי קבוצת הגברים אשר נמצאת בסיכון הגבוה ביותר לפתח הפרעות באכילה הינה נערים וגברים הומוסקסואלים (Austin et al., 2009; Feldman & Meyer, 2007b; Kaminski, Chapman, Haynes & Own, 2005; Reilly & Rudd, 2006;

Yelland & Tiggemann, ) (Wichstrøm, 2006), המהווים כ-30% מהגברים עם הפרעות באכילה (Yelland & Tiggemann, 2003).

### **האטיולוגיה של הפרעות באכילה לגבי נערים וגברים הומוסקסואלים**

הפרעה באכילה הינה תופעה מורכבת ורב-ממדית (לצר, 1999). עד כה, אין הסכמה מלאה לגבי 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; Paulson, 1999; Michelle, 2002; Ricciardelli & McCabe, 2004; Womble et al., 2001). את המשתנים שנבדקו במחקרים כקשורים למידת הסיכון לפתח הפרעות באכילה בקרב נערים וגברים הומוסקסואלים, ניתן לסווג להיבטים סוציו-תרבותיים, ביולוגיים ופסיכו-סקסואליים.

#### **א. ההיבט הסוציו-תרבותי :**

לחץ מהתרבות ההומוסקסואלית להיות חטוב ומושך (Wiseman & Moradi, 2010).

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 אידיאלי (בפרט דרך אמצעי התקשורת והמדיה), יהווה גורם סיכון להפרעות באכילה (Siever, 1994; Taylor & Goodfriend, 2008). 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, 2007b). מנגד הועלתה הטענה כי לא הטיב ולא האופן של האינטראקציה אל מול התרבות ההומוסקסואלית היא שתקבע את מידת הסיכון של האדם לפתח הפרעות באכילה, אלא האופן בו הוא מפרש ומפנים מסרים מהתרבות ומהמדיה (Dittmar, 2005; McCabe & Ricciardelli, 2004; Taylor & Goodfriend, 2008). יש שלא מצאו כלל קשר בין חשיפה לתרבות ההומוסקסואלית לבין הפרעות אכילה או דימוי גוף שלילי (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 (Ball & Lipton, 2005; Elizur & Ziv, 2001; Peters, 1997) ואת הסיפוק מגופם (Levesque & Vichesky, 2006). תמיכה זו, עשויה להפחית את שיעור ההפרעות באכילה בקרבם (Stout, 2000). השערות לגבי המידה והאופן בו מושפע האדם מלחצים סוציו-תרבותיים זקוקות אם כן לתימוכין ולמחקרים נוספים.

### **ב. ההיבט הביולוגי:**

מן הזווית הביולוגית נטען כי קיימים קווי דמיון בין מבנה המוח של גברים הומוסקסואלים ונשים הטרוסקסואליות (LeVay, 1991) ולכן גברים הומוסקסואלים עשויים להגיב לגורמי לחץ סביבתיים בדרך התמודדות "נשית", דבר אשר מעלה בהם את הסיכון לפתח הפרעות באכילה (Carlat et al., 1997). עם זאת, ממצאי המחקרים שנעשו בתחום לא היו מובהקים, המדגם בהם היה קטן וכל הנבדקים ההומוסקסואלים היו אנשים שנפטרו מאיידיס, דבר אשר היה עשוי להשפיע על הממצאים. כמו-כן לא צוין כיצד נקבע כי הנבדקים היו אכן הומוסקסואלים.

### **ג. ההיבט הפסיכו-סקסואלי:**

תפקוד מגדרי, כלומר רמת הגבריות והנשיות באדם (Austin et al., 2004; Blashill & Vander Wal, 2009; Hospers & Jansen, 2005; Weltzin et al., 2005; Winston, 2004; Acharya, Chaudhuri & Fellowes, 2004). בהתייחס למשתנה זה, נבדקה השערה כי נערים וגברים הומוסקסואליים יהיו בעלי רמת נשיות גבוהה, כלומר ינכסו לעצמם תכונות נשיות יותר בהשוואה לנערים ולגברים הטרוסקסואלים (Weltzin et al., 2005) וכי רמת נשיות גבוהה מהווה גורם סיכון לפתח 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). בעוד שמעט מחקרים מצאו מתאם שלילי בין רמת גבריות לבין סממני בולימיה ( $r = -0.56, p < 0.01$ ) ומתאם חיובי בין רמת נשיות לבין ריסון אוראלי ( $r = 0.46, p < 0.01$ ) לגבי

נערים הומוסקסואלים (Meyer, Blissett & Oldfield, 2001), מרבית המחקרים בתחום זה לא הוכיחו באופן חד משמעי כי נערים וגברים הומוסקסואלים הנם בעלי רמת נשיות גבוהה מגברים הטרוסקסואלים (Hospers & Jansen, 2005) ולא הוכח בצורה חד משמעית הקשר בין תפקוד מגדרי לבין מידת הסיכון להפרעות באכילה בקרב נערים וגברים (Austin et al., 2004).

קונפליקט עם המיניות (Reilly & Rudd, 2006; Winston et al., 2004) והתעללות

מינית בילדות (Feldman & Meyer, 2007a). חוקרים מציינים כי גברים יכולים לשמור על הופעה טרום-התבגרותית ולדכא ייצר מיני בעזרת הפרעת אכילה כאנוורקסיה. בדרך זו, הם לא צריכים להתמודד עם לחץ חברתי לאמץ לעצמם זהות מינית גברית הטרוסקסואלית, בפרט אם הם חשים קונפליקט לגבי זהותם המינית (Olivardia, Pope, Mangweth & Hudson, 1995). כמו כן, קונפליקט זה עשוי להוביל לדחף אצל הומוסקסואלים להעניש את גופם או לפצות על תחושת נחיתות שהם חשים דרך ניסיון לקרב את גופם לכיוון של שלמות על ידי התנהגויות של זליחה, הרעבה ופעולות טיהור שונות (Williamson & Hartley, 1998).

בסקירתה של Heffernan (1994) אודות מחקרים שבדקו נטייה מינית כגורם סיכון לסכימפטומים של הפרעות באכילה נמצא, כי קונפליקט עם המיניות מהווה גורם סיכון להפרעות באכילה ואילו השלמה עם המיניות מהווה גורם מחסן. לטענתה, יש להבחין בין הומוסקסואלים הנמצאים בקונפליקט עם נטייתם המינית לעומת הומוסקסואלים אשר מאמצים את נטייתם באופן חיובי.

רוב המחקרים אשר בדקו את הקשר בין נטייה מינית להפרעות באכילה בקרב גברים, התמקדו **בהשוואה** בין גברים ונערים הומוסקסואלים להטרוסקסואלים לגבי מידת הסיכון לפתח הפרעה באכילה (Levesque & Vichesky, 2006; Williamson & Hartley, 1998). השערותיהם לסיבות מדוע גברים הומוסקסואליים נמצאים בסיכון ייתר לא נבדקו בצורה אמפירית. יתר על-כן, מחקרים אלה בחנו את אוכלוסיית הומוסקסואלים כמקשה אחת, ולא כקבוצה הטרוגנית (מבחינת מידת התפקוד המגדרי, התרבות או מידת גיבוש הזהות המינית). ביקורת ברוח זו ניתן למצוא אצל: זיו, 1996; כפכפי, 1989; מינצר, 1998; Lakkis, 1998; Wagenbach, 1998; Ricciardelli & Williams, 1999). מידת ההתאמה בין קבוצות ההומוסקסואלים לקבוצת הטרוסקסואלים במחקרי השוואה רבים מסוג זה לקתה בחסר

ברמת הגיל, ההשכלה, הפיזור הגיאוגרפי ופרמטרים נוספים (Williamson & Hartley, 1998). זאת ועוד, המחקרים אשר בדקו את הקשר בין מידת הקונפליקט כלפי הנטייה המינית של האדם לבין הפרעות באכילה, לא בדקו לאשורו עם אילו אלמנטים במיניות יש לאדם קונפליקט וכן לא הבדילו בין התנסות הומוסקסואלית לבין זהות הומוסקסואלית.

מידת גיבוש הזהות המינית. מאז שנות השבעים הייתה התעניינות הולכת וגוברת בחקר התהליך שבו גברים הומוסקסואלים מפתחים תחושה של זהות (Halpin & Allen, 2004). יש להבחין בין נטייה מינית, שהיא פרה-דיספוזיציה מולדת<sup>2</sup> להימשך רגשית ומינית לפרטנר ממגדר מסוים, לבין זהות מינית, שמכילה אף את הפן החברתי והנפשי (Eliason, 1996). אדם בעל זהות מינית הומוסקסואלית הינו גבר אשר מגדיר עצמו כהומוסקסואל, נמשך לגברים אחרים הן פיזית והן רגשית, ומקבל את האפשרות לקיים מערכת יחסים מחויבת עם גבר אחר. גבר בעל נטייה מינית הומוסקסואלית, לעומת זאת, עשוי להימשך לגברים אחרים, אך לא להגדיר עצמו כהומוסקסואל או לממש משיכה זו הלכה למעשה (Reilly & Rudd, 2005; Woolwine & McCarthy, 2006). כך, למשל, יכול אדם להגדיר את זהותו המינית כהטרסקסואל, חרף משיכתו לגברים, או חרף התנסות (אחת או יותר) ביחסי-מין עם גברים, דבר שנפוץ מאוד בגיל ההתבגרות (Savin-Williams, 2005).

גיבוש זהות מינית הומוסקסואלית מלווה בקשיים רבים. גברים ונשים בעלי זהות הומוסקסואלית עלולים להידחות חברתית בעיקר בשל העובדה שזהותם קוראת תיגר על הנורמות המגדריות (Fields, 2001). על פי תיאורית האינטראקציה הסימבולית, תגובה עוינת של החברה כלפי נטיות הומוסקסואליות, מעבירה מסר המגלם בתוכו הערכה שלילית היוצרת קיטוב: "הטרסקסואליות זה טוב, הומוסקסואליות זה רע". לתוך הקיום ההומוסקסואלי, נשזרות, לפיכך, חוויות כגון בדידות, אשמה, הערכה עצמית נמוכה וזהות אמורפית (חקלאי, 2002). התחושה הפנימית של "עצמי שלילי" (הומופוביה מופנמת) מתחזקת בהעדר דמויות חיקוי הומוסקסואליות חיוביות ובשל הומופוביה של קבוצת השווים והחברה בכללותה (Boysen, 2006; Vogel, Madon & Waster, 2006; Reilly & Rudd, 2006; Russell, 2006). צעירים

---

<sup>2</sup> כיום רווחת הגישה המהותנית, לפיה נטייה הומוסקסואלית הינה מולדת (שילה, 2007). גישה זו שמה דגש על גנים מסוימים האחראים על היווצרות הנטייה המינית, תוך הכרה בכך שגם אם עצם המשיכה המינית היא בעלת מקורות ביולוגיים, קיומה של משיכה מינית הומוסקסואלית אינו מחייב כי האדם יחיה את חייו כהומוסקסואל (Perez et al. 2000), וכי ממדים חברתיים משפיעים על גיבוש הנטייה המינית (Cass, 1996; Eliason, 1996; Troiden, 1993).

הומוסקסואליים ניצבים תכופות בפני בידוד חמור בגדילתם בסביבה עוינת וחסרת הבנה לגבי הצרכים הייחודיים שלהם. בשל כך הם בסיכון יתר לאובדנות (Eisenberg & Resnick, 2006), הידבקות באיידס, שימוש מזיק בסמים, וחשיפה לאלימות ולהצקות (Coker, Austin & Schuster, 2010; Peters, 1997). יחס עוין זה מצד הסביבה קורה גם בתקופה בת זמננו ונמצא כמתקשר חיובית למצוקה פסיכולוגית ולסיכון לפתח הפרעות נפש בקרב הומוסקסואלים החווים ומפנימים אותו (שילה, 2008; Szymanski, 2009; Meyer, 2003; Coker et al., 2010).

גם בישראל, ניצבים בפני הומוסקסואלים קשיים בתהליך גיבוש זהותם. החברה הישראלית נחשבת כשמרנית בשל התנגדות מוסדות דת, צבא וארגונים פוליטיים, כמו-גם התרבות היהודית כנגד אורח חיים הומוסקסואלי. באווירה זו אמור המתבגר ההומוסקסואל לגבש את זהותו תוך שהוא נתון ללחצים חברתיים ומשפחתיים קשים, מעבר ללחצים הרגילים שבהם נתון כל מתבגר (זיו, 1996; שילה, 2007; שילה, פזמוני-לוי, קמה, לביא ופנחסי, 2006; קמה, 2003; Kama, 2005).

מחקרים מוקדמים, אשר בדקו את הקשר בין הומוסקסואליות להפרעות באכילה (לדוגמא Herzog, Dennis, Christopher & Maura, 1984) הגדירו הומוסקסואליות בדרכים שונות (Sell, 1997) ולא סיפקו הסברים מגובים אמפירית לקשר בין השניים. כתוצאה מכך, הוצגה הומוסקסואליות לא אחת כגורם סיבתי פתולוגי להפרעות באכילה וכהפרעה בהתפתחות פסיכוסקסואלית (Dawn, 1998).

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 בו נמצאים הומוסקסואלים בתהליך גיבוש הזהות המינית שלהם לבין מידת הסיכון לפתח הפרעות באכילה. עם זאת, נמצאו חילוקי דעות בין החוקרים לגבי טיבו של קשר זה. חלק מהחוקרים (לדוגמא: 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, לא יחוו לכן רמות גבוהות של חוסר סיפוק מגופם ולא יהיו בסיכון גבוה לפתח הפרעות באכילה (השערה שלא קיבלה תמיכה אמפירית). עם זאת, נמתחה ביקורת על השערות אלה, שהן מציגות הומוסקסואלים באור שלילי כפסיביים וכצרכנים חסרי



יכולת הבחנה (Williamson & Hartley, 1998). יתרה לכך, מצאה Stout (2000) במחקרה קשר חיובי מובהק בין מידת גיבוש הזהות המינית לדימוי עצמי חיובי, כלומר ככל שהזהות המינית מגובשת יותר, כך הדימוי העצמי עולה. לטענתה, דימוי עצמי גבוה מסייע להפחית את מידת הסיכון לפתח הפרעות באכילה ומכאן שרמת גיבוש זהות מינית גבוהה, מהווה גורם חיסון להפרעות באכילה אף היא.

מגבלותיהם של כלל המחקרים בתחום זה, נעוצים במדגמים הקטנים עליהם הם נשענים; בבדיקת משתתפים רק מעל גיל 18, הנמצאים ברובם בשלבי גיבוש מתקדמים של זהותם המינית; ושימוש במודלים שלביים לבדיקת מידת גיבוש הזהות המינית, עליהם נמתחה ביקורת רבה (לדוגמא: Savin-Williams, 2004; Kaufman & Johnson, 2004; Diamond, 2006; 2005).

דימוי עצמי והומופוביה מופנמת (Heffernan, 1994). הדימוי העצמי מהווה אינדיקציה לבריאות הנפשית הכוללת של האדם (בר-סלע, 1992). כמו-כן הוא מתקשר באופן עקיף לנטייה מינית, במובן שהומוסקסואלים נוטים להיות בעלי רמות נמוכות של דימוי עצמי מאשר הטרוסקסואלים (Stout, 2000). אין משתמע מכך שהומוסקסואלים הינם בעלי דימוי עצמי נמוך מעצם נטייתם המינית גרידא, אלא בשל גורמים המתקשרים לנטייה המינית, כסטיגמה ולחץ (Reilly & Rudd, 2006). מאידך, דימוי עצמי גבוה בקרב הומוסקסואלים, נמצא כגורם עמידות המסייע להתמודד עם הקשיים הייחודיים המאפיינים את תהליך גיבוש הזהות המינית ההומוסקסואלית (שילה, 2007). דימוי עצמי נמוך נמצא במחקרים רבים, שנעשו על גברים ומתבגרים, כקשור להפרעות באכילה (Ricciardelli & Hospers & Jansen, 2005; 2006; McCabe, 2004; Wichstrøm, 2006). לעומת זאת, דימוי עצמי גבוה נמצא כגורם חיסון כללי, המהווה חלק ממערך החוסן האישי של האדם כנגד קשיים ולחצים (בר-סלע, 1992).

אנשים בעלי הפרעות באכילה סבורים שהם משעממים, לא מיוחדים וחסרי כשרון. 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 והומוסקסואלים נמצאים בסיכון גבוה לפתח דימוי עצמי נמוך בהשוואה להטרוסקסואלים (Yelland & Tiggemann, 2003), בעקבות לדוגמא הומופוביה מופנמת (Heffernan, 1994), הם נמצאים בסיכון אף לפתח הפרעות באכילה (Hospers & Jansen, )

2004; Picot, 2005). בהלימה לכך נמצא במחקרם של Reilly & Rudd (2006) שככל שהומוסקסואלים תפסו בצורה שלילית את הנטייה המינית שלהם ושל אחרים, כך הם היו יותר בסיכון לפתח הפרעות באכילה. לטענת החוקרים, הסיבה לכך טמונה הן בדימויים העצמי והן בדימוי גופם שהיו נמוכים. במחקר בקרב בני נוער מצאו החוקרים קשר חזק בין דימוי עצמי לבין מידת הסיפוק מהגוף והפרעות באכילה לגבי הנערים ההומוסקסואלים. קשר זה לא נמצא לגבי הנערים ההטרוסקסואלים. החוקרים משערים שנערים הומוסקסואלים אשר גדלו בסביבה עוינת והומופובית, פיתחו הומופוביה מופנמת אשר הובילה אותם להיות בפגיעות גבוהה לפתח 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 בניסיונות לקרב את גופם לכיוון של שלמות ויזואלית (Williamson & Hartley, 1998).

חוסר סיפוק מהגוף. חוסר סיפוק מהגוף מוגדר כחוסר הלימה בין התפיסות, הגישות והרגשות הקשורות לעצמי הפיזי של האדם לבין העצמי הפיזי האידיאלי שלו. חוסר סיפוק בדימוי גוף מוגדר לרוב על רצף: רוב האוכלוסייה נמצאת במרכז וחשה מצוקה קלה או מתונה סביב הגוף. אנשים בקצה הרצף, בעלי הרמות הגבוהות של חוסר סיפוק בדימוי גוף, סובלים לעיתים קרובות מרמות גבוהות של חרדה, הערכה עצמית נמוכה, דיכאון וסיכון גבוה לפתח הפרעות באכילה (Perez, 2005; Wrench & Knapp, 2008). הקשר בין חוסר סיפוק מהגוף לבין הפרעות באכילה עולה גם במחקרי אורך. כך למשל, במחקר אורך שערך Wichstrøm (2006) המבוסס על נתוני מדגם ארצי של בני נוער נמצא שמידת הסיפוק מהגוף היוותה משתנה מתערב בין נטייה מינית לבין הסיכון לפתח סימפטומים של בולימיה לאחר מעקב של חמש שנים.

מחקרים רבים מצאו שגברים ונערים הומוסקסואלים נוטים להיות בעלי דימוי גוף נמוך ופחות מסופקים מגופם בהשוואה לגברים ולנערים הטרוסקסואלים וכן נוטים לשים יותר דגש וחשיבות על מראה חיצוני (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). אחת הסיבות לכך שגברים הומוסקסואלים הינם בעלי דימוי עצמי נמוך, הינה דימוי גוף נמוך בקרב אוכלוסייה זו. לדוגמה, Wagenbach (1998) מצאה במחקרה, כי גברים

הומוסקסואלים הינם בעלי רמה גבוהה של חוסר סיפוק מגופם בהשוואה לגברים הטרוסקסואלים. חוסר סיפוק זה, פוגע לטענתה בהערכתם ובדימויים העצמי ומהווה סיכון לפתח הפרעות באכילה. במחקרם של Williamson & Hartley (1998) אף עלה כי ככל שרמת הסיפוק של האדם ממיניותו הייתה גבוהה יותר, כך רמת חוסר הסיפוק מגופו הייתה נמוכה יותר. החוקרים שיערו שחוסר הסיפוק מהמיניות בקרב הנערים ההומוסקסואלים השפיע על דימויים העצמי והובילם לחוסר סיפוק מגופם.

דחף להיות שרירי. גברים מתמודדים עם דימוי גוף שלילי בצורה שונה מנשים: הם נוטים לעשות פחות דיאטות ומעדיפים פעילות גופנית על מנת לשלוט במשקלם ולכן, פעילות גופנית כפייתית או עודפת נוטה להיות שכיחה בקרב גברים ונערים עם הפרעות באכילה (Swearingen, 2006; Wagenbach, 1998). על-כן חוקרים ממליצים לבחון לגבי נערים וגברים גם סימפטומים שאינם נלקחים כיום בחשבון, כמו הנטייה לקחת סטרואידים<sup>3</sup>, צריכה עודפת של תוספי תזונה להעלאת מסת שריר (כמו אבקות פרוטאין וקריאטין) ומוצרי דיאטה שונים (Harvey & Robinson, 2003; Ricciardelli & McCabe, 2004; Weltzin et al., 2005; Yelland & Tiggemann, 2003). מבין הסימפטומים הייחודיים לגברים עם הפרעות באכילה, ממליצים כיום חוקרים בתחום לשים דגש על הרצון להיות יותר שרירי בניגוד לרצון לרדת במשקל (מה שמכונה במחקרים שונים בתור "אנורקסיה הפוכה"; Landau, 2003; Picot, 2004 או "הדחף לשריריות"; McCreary & Sasse, 2000) הן בקרב אנשי טיפול והן בקרב מחקרים (Greenberg & Schoen, 2008; Levesque & Vichesky, 2006; McCabe & Ricciardelli, 2004; Olivardia, Pope, Borowiecki & Cohane, 2004; Reilly & Rudd, 2006; Tiggemann, Martins & Kirkbride, 2007). לפי Swearingen (2006) גברים רבים מתמקדים יותר בהפיכת גופם לרחב מימדים ושרירי במקום לרזה ולשם כך נוטים לעסוק בפעילות גופנית, במקום בדיאטה. על כן, הגדרותיו של ה-DSM לגבי הפרעות אכילה, המתארות את הדחף לרזות בתור קריטריון עיקרי לאבחון, עשויות שלא לתפוש את הבעיות

<sup>3</sup> סטרואידים אנאבוליים נמצאו כמסוכנים לא רק בשל השפעתם הבריאותית (סיכון מוגבר למחלות לב, שבץ וסרטן), אלא גם בשל הנזק הפסיכולוגי (שינויי מצב-רוח חמורים, התמכרות פסיכולוגית ואפילו סימפטומים פסיכוטיים). הנזק של סטרואידים טמון אף בכך שהם תורמים לתפיסה של סטנדרטים גופניים לא מציאותיים: גברים הרואים ייצוגי גברים בעלי גוף שרירי אשר מוצגים במדיה כ"נורמאליים", בעוד שגזרת גופם השרירי הושגה בעזרת סטרואידים, עלולים לפנות לדרכים לא טבעיות ומסוכנות על מנת להיראות כמו ייצוגי גברים אלה או שהם ייאבקו בדיכאון ובביקורת ודימוי עצמי נמוכים בשל כישלון לעמוד בסטנדרטים הגופניים הללו (Halkitis, Moeller & DeRaleau, 2008; Swearingen, 2006).

הקשורות להתאמנות לשם השגת גוף שרירי וחסוב. זו עשויה להיות לדעתה סיבה נוספת לכך שמאבחנים פחות סימפטומים של הפרעות אכילה בקרב גברים.

ניתן להשתמש בדחף לשריריות ככלי סינון לבדיקת קיומם של סימפטומים של הפרעות באכילה בקרב גברים, ממש כשם שבודקים פחד מהשמנה בקרב נשים כאומדן להפרעות באכילה בקרבן (Olivardia et al., 2004). כך למשל מציעים חוקרים שנערים הרוצים להיות יותר שריריים, נוטים לעסוק בזלילה בולמוסית, ללא הקאה לאחריה (Moore, 1990).

חוקרים טוענים כי גברים ונערים הומוסקסואלים המפנימים את אידיאל הגוף השרירי, עשויים להיות בסיכון גבוה לפתח הפרעות בדימוי הגוף ובאכילה (Sañchez, Greenberg & Liu, 2009). הדחף להשגת גוף שרירי וחסוב, נפוץ במיוחד בקרב גברים ונערים הומוסקסואלים (Martins, Tiggemann & Churchett, 2008; Tiggemann, Mrtins & Kirkbride, 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 (Levesque & Vichesky, 2006). זאת ועוד, לדברי Halperin (1995), הספרות המחקרית בשנות התשעים שעסקה בחקר הומוסקסואלים, כללה מחקרים רבים אשר בחנו מאפיינים פיסיים וביוכימיים של גברים הומוסקסואלים. מחקרים אלה, טענו טענות מגוחכות, שבהשוואה לגברים הטרוסקסואלים, לגברים הומוסקסואלים יש שרירים ועצמות פחות מפותחים, פחות שומן תת-עורי, היקף מותניים צר יותר ופחות חוזק שרירים. על-כן, סבור Halperin (1995), כי הומוסקסואלים יצאו כנגד קביעות "מדעיות" אלה, באמצעות עבודה אינטנסיבית בחדר כושר ופיתוח גוף שרירי וחסון.

בנוגע לאיידס אף נמצא במחקרם של Halkitis, Moeller & DeRaleau (2008) כי גברים הומוסקסואלים נשאי נגיף ה-HIV, נוטים יותר להשתמש בסטרואידים בהשוואה לגברים הומוסקסואלים שאינם נשאים. לטענת החוקרים הסיבה לכך עשויה לנבוע ממצבם הבריאותי והטיפול התרופתי שהם עוברים, אשר גורמים לירידה בנפח השרירים. על כן הם נוטים לנקוט באמצעים קיצוניים כגון נטילת סטרואידים בכדי לפצות על אובדן מסת השרירים.

סיבה נוספת לפיתוח גוף שרירי בקרב גברים הומוסקסואלים הינה הלחץ המופעל מצד הקהילה ההומוסקסואלית לפתח גוף מושלם, חסר פגמים, שרירי, חטוב וצעיר. התרבות ההומוסקסואלית, סוגדת לנעורים, ליופי ולגזרת גוף גברית קלאסית שהינה חלקה, מפוסלת ושרירית. בתרבות זו אין מקום לגוף חולה, פגום או מיוסר (Padva, 2002). במחקרם של Levesque & Vichesky (2006) נמצא כי גברים הומוסקסואלים היו בעיקר מעוניינים להעלות במשקל גופם ולפתח מסת שריר על מנת להשיג את גזרת גופם האידיאלית. החוקרים משערים שלמסרים ולדמויות גבריות בתקשורת יש השפעה על דימוי גופם של גברים הומוסקסואלים השואפים להיות יותר שריריים. הלחץ של התרבות ההומוסקסואלית לפתח גוף שרירי וחטוב, עשוי להיות חזק במיוחד בקרב גברים הומוסקסואלים, אשר אינם חשים שייכות, ואשר מנסים להימנע מביקורת. גברים אלה, עלולים לחפש אמצעים כמו אכילה מרוסנת או אימון גופני מופרז על מנת לחוש שייכות לתרבות ההומוסקסואלית (Blashill & Vander Wal, 2009).

הרצון לפתח שרירי נובע אף מהתפיסה הרווחת בקהילה ההומוסקסואלית שגוף שמן נתפס כנשי ולא מושך (Padva, 2002). תפיסה זו מקבלת חיזוק בחברה המערבית, המדגישה את הקשר בין שריריות לגבריות (McCreary & Sasse, 2000). גברים נשיים נתפסים לעתים כמבוכה בקרב הקהילה ההומוסקסואלית, בשל התרעומת והלעג שיש להומוסקסואלים כלפי החלקים הנשיים שבהם. חלקים אלה, מייצגים עבורם תזכורת לבעיה שלא ניתן להתגבר עליה, שקיימת בלב הזהות ההומוסקסואלית: שהתיעוב העצמי האמיתי של גברים הומוסקסואלים הינו חלק מובנה בהווייתם ואינו אופציונאלי עבורם. על כן גברים הומוסקסואלים מודרניים מחויבים לאמץ ולהפגין סממנים גבריים (Simpson, 2001).

הרצון לפתח גוף שרירי בקרב גברים הומוסקסואלים, עשוי אף לנבוע מרצונם להפוך למושא תשוקה עבור גברים אחרים. לדברי Halperin (1995), גברים הומוסקסואלים הולכים לחדר כושר כדי להשיג גוף שרירי וחטוב. מעבר לשיקולים של יופי ואסתטיקה, גוף זה מהווה פרסומת למושאי התשוקה של אותו גבר שרירי. במילים אחרות, שריריהם של אותם גברים הומוסקסואלים המתאמנים באינטנסיביות בחדרי כושר, אינם מייצגים כוח או עמל כפיים. אין לשרירים אלה ייעוד פרקטי כלשהו. אלה הם שרירים מפוסלים מן הסוג שיכול רק להיווצר בחדר כושר ומטרתם הבלעדית הינה לעורר תשוקה אירוטית בקרב גברים אחרים ולאותת לאחרים שלגוף מסוג זה הם נמשכים מינית.

במחקרים שונים אף נמצא כי גברים הומוסקסואלים עושים לגברים אחרים החפצה (=הפיכה לאובייקט) במידה רבה יותר מאשר גברים הטרוסקסואלים עושים לנשים. החוקרים מסיקים כי גברים הומוסקסואלים נוטים להתמקד בהופעה חיצונית במידה רבה יותר מגברים הטרוסקסואלים, כאשר הם שופטים את הגוף שלהם או את גופם של גברים אחרים. מכאן, שבקרב גברים הומוסקסואלים, ככל שאדם מגדיר עצמו בעזרת מאפיינים חיצוניים הקשורים להופעה חיצונית, כך הוא יותר יגדיר בני זוג פוטנציאליים עבורו (גברים אחרים) בדרכים דומות של החפצה. החוקרים מוסיפים כי החפצה זו מציבה גברים הומוסקסואלים בסיכון מוגבר לפתח חוסר סיפוק מגופם והפרעות באכילה (Kozak, Frankenhauser & Roberts, 2009; Martins et al., 2007).

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

#### **המסגרת התיאורטית - תיאורית האינטראקציה הסימבולית**

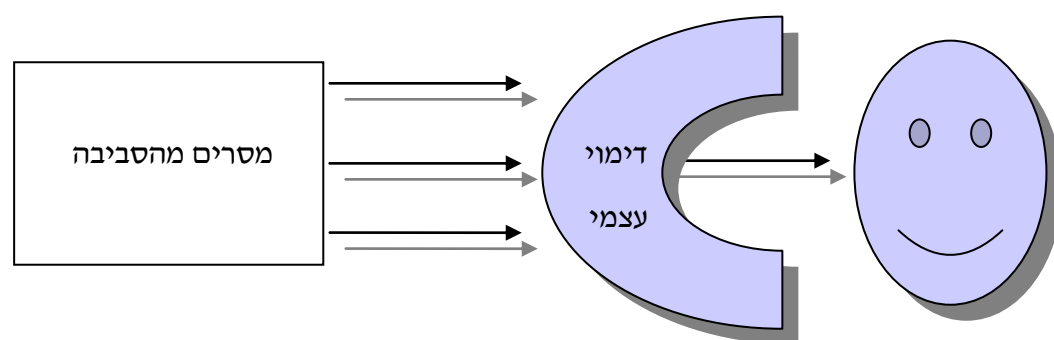
ניתן לבחון את האטיולוגיה להפרעות באכילה באמצעות תיאורית האינטראקציה הסימבולית (Symbolic Interaction) הקושרת בין גורמי הסיכון והחיסון. יחידת הניתוח של תיאוריה זו, היא האינטראקציה החברתית ויחסי הגומלין בין אנשים והיא תלויה בקיומם של סמלים משותפים באמצעותם מועברים תכנים ומשמעויות. הסמל החשוב ביותר הינו השפה, דרכה מועברים משמעויות ומסרים בין החברה והפרט. התיאוריה בודקת כיצד מגדירים אנשים את עצמם ואת האחרים במצב נתון, מהי המשמעות שהם מעניקים להתנהגות וכיצד הם מפרשים אותה (Longmore, 1998). זהו התהליך באמצעותו נבנית זהותו האישית של האדם, דימוי ותפיסת הגוף ודימוי ותפיסת העצמי שלו (Burr, Leigh, Day & Constantine, 1979).

#### **הקשר בין גורמי הסיכון לגורמי החיסון מבעד למשקפי התיאוריה**

לפי תיאורית האינטראקציה הסימבולית, בכל אדם קיים "מסנן" דרכו עוברים אליו המסרים מהסביבה החיצונית. המעבר באותו מסנן גורם למסרים לעבור אדפטציה 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 קירבתו למקבל המשוב), סוג המשוב שמועבר, הצורה בה מועבר המשוב, טיבו של מקבל המשוב, המצב הרגשי בו נתונים מוסר ומקבל המשוב (Lundgren, 2004).

פאולסון (1999), השתמש בתיאורית האינטראקציה הסימבולית, על-מנת לחקור את המשמעויות והסמלים שמפיקים בעלי הפרעות אכילה לגבי מושגים כמו עצמי, מזון וגוף. ממצאיו מורים כי אנשים עם משקל ייתר נתפסים על ידי החברה כפחות אינטליגנטים, בעלי פחות חברים, פחות מושכים, 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 ודחוייה. כתוצאה מכך, בעלי הפרעות אכילה קישרו את דימוי גופם עם תפיסתם העצמית. החוקר הסיק כי הגדרות המשתתפים לגבי מושגים כמו עצמי, גוף ומזון, המתקשרים להתנהגויות של הפרעות אכילה, נובעות מיחסי הגומלין שיש לפרטים אלה עם אחרים משמעותיים בסביבתם החברתית (Paulson, 1999).

ניתן אם כן לשער, שקיים קשר בין דימוי ותפיסה העצמית 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 אידיאלי (כלומר שרירי, מעוצב וחסוב) לחדור פנימה בעוצמה רבה. כתוצאה מכך, האדם יטה פחות לפעול בהתאם לאותם לחצים לפתח גוף אידיאלי. בניגוד לכך, אדם בעל דימוי עצמי נמוך (=גורם סיכון), יוכל פחות להתנגד לאותם מסרים ולחצים מהסביבה לפתח גוף חטוב ושרירי. עקב כך הוא יפנים יותר מסרים אלה, דבר אשר ישפיע הן בהנמכת דימויו ותפיסתו העצמית עוד יותר משהיו והן בנקיטת אמצעים לצמצום הפער בין תפיסת הגוף והמשקל הנוכחיים שלו לבין תפיסת הגוף והמשקל האידיאליים. ככל שהפער גדול יותר, כך תגדל מצוקתו של האדם והלחץ יגבר לנקוט בפעולות קיצוניות לצמצום הפער (כגון: התעמלות אובססיבית, שימוש בסטרואידים, דיאטות "כסח", שימוש במשלשלים, הקאות וכדומה).



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 התפתחותנו אנו קולטים את מכלול הדיעות של אחרים כלפינו, שמתגבש והופך למרכיב מרכזי בזהותנו. ה"אני במראה" מכיל שלושה מרכיבים: (1) הדימוי שיש לנו על הופעתנו בפני אחרים (2) הערכתנו את התרשמות האחרים מהופעתנו (3) תגובותינו על הערכותינו אלה (Holstein & Gubrium, 2000). קולי הדגיש כי הפרט והחברה הינם שני צדדים של אותו מטבע: אין חברה ללא פרטיה, ולא יכול להיות עצמי בנפרד מאחרים. העצמי מתפתח בתוך הקונטקסט של קבוצות ראשיות. קבוצות אלה מספקות לפרט הערכה רפלקטיבית לגבי עצמו, ודרך נרכשות ונלמדות ציפיות חברתיות להתנהגות, לרבות התנהגות מינית (Kaufman & Johnson, 2004; Longmore, 1998).

העצמי אינו מולד אלא מתפתח מינקות. הוא מתגבש דרך מגע עם הסביבה תוך הערכה מתמדת מה דומה ומה שונה בין הפרט לזולת. זהו תהליך מתמשך ודינאמי, הכולל מחד את התגבשות העצמי האישי (שמירה על ייחודיותו של הפרט, תכונותיו ומאפייניו, לרבות הפן הפיזי של גופו) ומאידך את התגבשות העצמי החברתי (על בסיס דברים שאמרו, חשבו וציפו ממני ועל בסיס קשרים ויחסים אינטימיים עם הזולת). מתוך תהליך זה מתגבשים אף הדימוי העצמי האישי (Burr et al., 1979). במסגרת תהליך זה, הפרט אינו רק מגבש את הדימוי וההערכה העצמית שלו על סמך ההערכה הרפלקטיבית של אחרים, אלא לוקח תפקיד פעיל בתהליך ומדמיין את ההערכה ואת שיפוט הזולת לגביו (Colley, 1902; Mead, 1934). כפועל יוצא מכך שהפרט אינו מקבל באופן סביל את ההערכה הרפלקטיבית של אחרים, הוא עשוי לדחות, לשנות



או לאמץ באופן מלא או חלקי את המידע והמשוב שהוא מקבל מהסביבה לגביו (Lundgren, 2004).

בספרות המחקרית, נמצא קשר בין הדימוי וההערכה העצמית לבין דימוי הגוף<sup>4</sup> (Hospers & Jansen, 2005; Olivardia et al., 2004; Ricciardelli & McCabe, 2004); בפרט בקרב גברים הומוסקסואלים (Reilly & Rudd, 2006; Tiggemann, Mrtins & Kirkbride, 2007; Wrench & Knapp, 2008).

לפי תיאורית האינטראקציה הסימבולית, דימוי גוף מהווה גורם מכריע בשלב הגיבוש המוקדם של האישיות והזהות העצמית של הילד, בפרט עבור רכישת דיפרנציאציה של העצמי מהעולם, בעת שתחושת גבולות הגוף מתגבשת (Kearney-Cooke & Steichen-Asch, 1990). יתר על-כן, העצמי הפיזי, המתייחס לגוף האדם ותכונותיו, הינו אחד מהרכיבים של זהותו (Burr et al., 1979). קיימות שלוש תפיסות לגבי האופן בו ניתן לתפוס את הגוף: 1) כתופעה הנחווית אצל הפרט בין הגוף לעצמי 2) כגוף חברתי, סמל לחשיבה לגבי היחסים בין טבע, חברה ותרבות 3) כגוף פוליטי, חפץ של שליטה חברתית ופוליטית. תיאורטיקנים מהאינטראקציה הסימבולית מתמקדים בקשר בין דימוי הגוף לחברה. לטענתם, דימוי גוף צריך להיות מוגדר בתוך קונטקסט תרבותי-היסטורי פרטיקולרי. מגפת הפרעת האכילה; שיגעון הכושר; העיסוק הכפייתי בדימוי העצמי, החברתי, המקצועי והעסקי, אלה דוגמאות מהקונטקסט הנוכחי בו אנו חיים המשפיע על דימוי גופנו ושיש לקחתו בחשבון (Barron, 1998).

מתוך אותו קשר הדוק בין דימוי ותפיסה עצמית לבין דימוי ותפיסת הגוף, ניתן לשער כי ככל שהדימוי העצמי של האדם יהיה גבוה יותר, כך הוא יתפוס את גופו בצורה חיובית יותר ויהיה יותר מסופק מגופו. מאידך, ככל שהדימוי העצמי יהיה נמוך יותר, כך גם מידת הסיפוק מהגוף תהא נמוכה יותר והאדם ינקוט באמצעים שונים כדי להיות יותר מסופק מגופו.

מדוע, אם כן, נמצאים נערים הומוסקסואלים בסיכון גבוה לפתח הפרעה באכילה בהשוואה לנערים הטרוסקסואלים? גופמן (Goffman, 1963) בחן כיצד סטיגמות חברתיות משפיעות על הזהות והדימוי העצמי של בני האדם מבעד למשקפי תיאורית האינטראקציה הסימבולית. לטענתו הומוסקסואלים הינם קבוצה חברתית הטעונה בסטיגמה חברתית שלילית. כתוצאה מכך, הומוסקסואלים עלולים לפתח דימוי עצמי נמוך, להסתיר את זהותם

<sup>4</sup> יש חוקרים הרואים בדימוי גוף לא כרכיב נפרד, אלא כחלק מהמושג "דימוי עצמי" (Smith & Parrott, 2007). עם זאת, מרבית המחקרים בתחום הפרעות אכילה ודימוי גוף, נוטים לראות במושגים "דימוי עצמי" ו"דימוי גוף" כנפרדים אך בעלי קשר זה עם זה (Stout, 2000).

המינית ולגבש זהות מעוותת הגורמת להם להיות פגיעים יותר לבעיות נפשיות ובריאותיות (Goffman, 1963). לטענת תיאורית האינטראקציה הסימבולית, תגובה עוינת של החברה כלפי נטיות הומוסקסואליות, מעבירה מסר המגלם בתוכו הערכה שלילית היוצרת קיטוב: "הטרוסקסואליות זה טוב, הומוסקסואליות זה רע". לתוך הקיום ההומוסקסואלי, נשזרות, לפיכך, חוויות כגון בדידות, אשמה, הערכה עצמית נמוכה וזהות אמורפית (חקלאי, 2002). התחושה הפנימית של "עצמי שלילי" (הומופוביה מופנמת) מתחזקת בהעדר דמויות חיקוי הומוסקסואליות חיוביות ובשל הומופוביה של קבוצת השווים והחברה בכללותה (Boysen et al., 2006; Reilly & Rudd, 2006; Russell, 2006).

### **סיכום ומסקנות**

החברה של ימינו שמה יותר ויותר דגש על 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 לגבי דימוי גופם (Petrie & Rogers, 2001), רצון להיות יותר שרירי (McCreary & Sasse, 2000), לקיחת סטרוואידים (Halkitis et al., 2008), פציעות ותאונות הקשורות לאימוני כושר אינטנסיביים (Martins et al., 2008; McCreary & Sasse, 2000; Olivardia et al., 2004) והפרעות באכילה (Greenberg & Schoen, 2008).

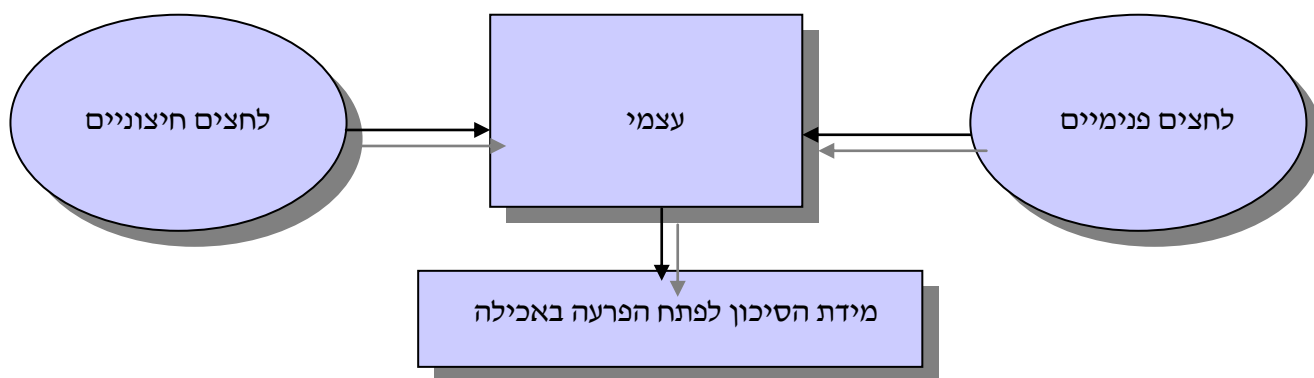
מסקירת הגורמים שעשויים להתקשר למידת הסיכון לפתח הפרעות באכילה בקרב נערים הומוסקסואלים, ניתן לראות הן גורמי סיכון והן גורמים בעלי פוטנציאל מחסן. גורמי הסיכון המרכזיים לפתח הפרעה באכילה בקרב נערים הומוסקסואלים שנמצאו במחקרים הינם: דימוי עצמי נמוך (Williamson & Hartley, 1998), דימוי גוף נמוך ו/או חוסר סיפוק מהגוף (French, Story, Remafedi, Resnick, & Blum, 1996), דחף גבוה להיות שרירי (McCreary & Sasse, 2000), לחץ מהקהילה ההומוסקסואלית, בפרט דרך מסרים מהמדיה לפתח גוף רזה ושרירי (Taylor & Goodfriend, 2008), סטיגמה שלילית המתקשרת הן לבעלי הפרעות באכילה (Holstein & Gubrium, 2000) והן להומוסקסואליות (Goffman, 1963), קונפליקט עם המיניות המאפיין זהות מינית לא מגובשת (Stout, 2000) והומופוביה מופנמת (Boysen et al., 2006).

לעומת זאת, גורמי החיסון המרכזיים שנמצאו במחקרים למניעת הפרעות באכילה בקרב נערים הומוסקסואלים הינם: דימוי עצמי גבוה (Wichstrøm, 2006), דימוי גוף גבוה ו/או סיפוק מהגוף (Wagenbach, 1998) וזהות מינית מגובשת (Stout, 2000).

למרות שגברים ונערים הומוסקסואלים מהווים קבוצת סיכון לפתח הפרעות באכילה (Austin et al., 2009; Feldman & Meyer, 2007b; Hospers & Jansen, 2005; Kaminski, Chapman, Haynes & Own, 2005; Reilly & Rudd, 2006; Weltzin, 2005; Wichstrøm, 2006) לא כל הומוסקסואל יפתח הפרעה באכילה. מה מציב נער הומוסקסואל אחד להיות בסיכון מוגבר לפתח הפרעה באכילה בהשוואה לנער הומוסקסואל אחר?

לפי תיאורית האינטראקציה הסימבולית, העצמי של האדם (זהות עצמית, דימוי עצמי ודימוי גוף) נבנה לאורך זמן תוך כדי אינטראקציה עם הסביבה. ככל שהומוסקסואלים יקבלו מסרים חיוביים מהסביבה של קבלת נטייתם המינית, כך יוכלו לגבש לעצמם דימוי עצמי ודימוי גוף חיוביים וזהות מינית מגובשת, אשר יהוו "מסנן" למסרים וללחצים הן חיצוניים (לחץ מהקהילה ומהתרבות ההומוסקסואלית לפתח גוף חטוב ושרירי, סטיגמה שלילית המתקשרת להפרעות באכילה ולהומוסקסואליות) והן ללחצים פנימיים (חוסר סיפוק מהגוף, קונפליקט עם המיניות, דחף לשריריות, הומופוביה מופנמת) השמים אותם בסיכון לפתח הפרעה באכילה. מכאן משתמע הקשר ההדוק עליו מצביעה תיאורית האינטראקציה הסימבולית בין הפרט לסביבה (Lundgren, 2004) בפרט לגבי האטיולוגיה והטיפול בהפרעות באכילה (גולדין, 2002).

תרשים 2: גורמי החיסון והסיכון לפתח הפרעה באכילה בקרב גברים הומוסקסואלים



**המלצות למניעה ולטיפול בהפרעות באכילה בקרב בני נוער הומוסקסואלים**

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

יש להבהיר כי הומוסקסואליות לכשעצמה אינה נחשבת יותר בספרות כפתולוגיה או כסטייה. הגישה כיום הינה שזהות הומוסקסואלית יכולה לספק את הבסיס לקידום הבריאות של האדם. גברים הומוסקסואלים לא נתפסים יותר כאנשים שבהכרח נמצאים בסיכון מעצם נטייתם המינית, אלא כאנשים העשויים מחד להיות בקבוצת סיכון בשל לחצים וסטיגמה שלילית, אך מאידך גם כבעלי יכולת לנהל סיכונים (Coker et al., 2010; Keogh, 2008).

על כן, דרכי המניעה בהפרעות באכילה בקרב נערים הומוסקסואלים צריכות להתמקד במתן דרכים לחיזוק דימויים העצמי ולחימה בסטיגמה השלילית המתקשרת להומוסקסואליות, הפוגעת בדימוי העצמי ואשר מפתחת הומופוביה פנימית ומונעת לא אחת מהליכה לקבל טיפול<sup>5</sup>. עם זאת, גם כאשר מגיעים גברים עם הפרעות באכילה לטיפול, הם עשויים להימנע בעקבות הסטיגמות מלהעלות בטיפול סוגיות הקשורות להרגלי אכילתם (Petrie & Rogers, 2001). על כן, מומלץ שאנשי הטיפול ינסו תחילה לבחון עם הגברים הפונים לטיפול סוגיות נלוות כגון הרגלי כושר, מידת הדחף שלהם לשריריות, חוסר סיפוק מהגוף ודימוי עצמי נמוך ורק לאחר ביסוס יחסי אמון, לבחון אצלם סימפטומים הקשורים להפרעה באכילה.

### **המלצות למחקרי המשך בתחום הפרעות באכילה**

אחת הבעיות שעולות במחקרים בנוגע לאבחון וטיפול בנערים ובגברים עם הפרעות באכילה הינה היעדר כלי אבחון הולמים לתופעה אצל גברים בכלל לרבות הומוסקסואלים (Stewart et al., 2006). שאלונים הבודקים סימפטומים של הפרעות אכילה מכוונים כיום בעיקר לנשים ושואלים שאלות כגון: "אני חושבת/ שהירכיים שלי רחבות מידי". דוגמא זו ממחישה את חוסר ההתאמה של כלים אלו לגברים, שירכיהם אינן מתרחבות באותה מידה בעת עליה במשקל. על כן חשוב לשים לב הן במחקרים והן בטיפול בגברים באילו כלים עושים שימוש. חשוב לפתח כלים המותאמים לגברים עם הפרעות באכילה, אשר בהם ייבדקו

<sup>5</sup> על אופנים לעידוד בני נוער הומוסקסואלים ללכת לטיפול ר' אצל קוקר ועמיתיו (Coker et al., 2010).

סימפטומים כגון רצון לעלות במשקל או במסת שריר במקום לרזות, נטילת שייקים ופרוטאין והתאמנות אובססיבית בחדר כושר<sup>6</sup>.

בעיה נוספת במחקרים על הפרעות באכילה בקרב נערים הומוסקסואלים הינם אופני הערכת הנטייה המינית של הנבדקים, הסובלים מחוסר עקביות. חוסר עקביות זו נובעת מכמה סיבות. ראשית, חלק מהמחקרים בודק נטייה מינית הומוסקסואלית באמצעות הגדרה עצמית של הנבדקים, חלק על ידי קיום יחסי מין ודפוסי התנהגות מסוימים וחלק באמצעות רגשות ומחשבות הקשורות אל בני אותו המין (Elizur & Mintzer, 2003). שנית, במהלך גיבוש הזהות המינית, נתון הפרט 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, עשויים להשפיע על האופן בו הפרט יגדיר את זהותו המינית, עוד לפני אפילו שיחוש רגש או משיכה כלפי בן אותו המין (Elizur & Mintzer, 2003). הפרנן (Heffernan, 1994) מוסיפה כי מחקרים רבים על הומוסקסואלים משתמשים לצורך סינון קבוצת המחקר (על-מנת שתכיל רק הומוסקסואלים) בהגדרה העצמית של הנבדקים באמצעות הקטגוריות "הומוסקסואל", "הטרוסקסואל" ו"ביסקסואל". הבעיה בקטגוריות אלה, הינה שנבדקים עלולים לא לסמן עצמם בקטגורית "הומוסקסואל" עקב הכחשה, הומופוביה פנימית או חיצונית, נזילות ועמימות המושג (חוסר הבנה של הנבדק האם הכוונה בהומוסקסואליות לתחושה, משיכה מינית, התנסות חד-פעמית, קיום יחסי מין בתדירות גבוהה, זהות אישית, רגש וכדומה). גם הסטיגמה השלילית הכרוכה בהומוסקסואליות מקשה על ההגדרה העצמית של הנבדקים.

על כן חשוב שמחקרים המשתמשים בהגדרה עצמית למיניות המשתתפים, יוודאו שהכלי בו ישתמשו יאפשר בחירה מרובה ולא קטגוריאלית של הגדרות למיניות ושיימנעו ככל האפשר מהעברת תחושה של תיוג או שיפוטיות כלפי הנבדקים. כמו-כן חשוב להכליל גם מתלבטים לגבי מיניותם או כאלה שלא מגדירים בהכרח דיכוטומית עצמם כ"הומוסקסואל" או "הטרוסקסואל". בפרט במחקרים הבודקים משתתפים בעלי דרגות שונות של גיבוש זהות מינית.

המלצתי הינה כי מחקרים עתידיים בתחום יהיו מחקרי אורך, אשר יבדקו אילו מגורמי הסיכון משפיעים לאורך זמן. מחקרי המשך נחוצים גם מן הסיבה שנטייה מינית עשויה להשתנות עם הזמן (Savin-Williams, 2005) ובכך ניתן לראות, בפרט בגיל ההתבגרות, האם

<sup>6</sup> החוקרים גרינברג ושון (Greenberg & Schoen, 2008) מרכזים במאמרם את כלי המחקר המומלצים לשימוש לגבי גברים (ר' בעמוד 467).

קיים קשר בין שינוי בנטייה המינית לאורך זמן לבין מידת הסיכון לפתח הפרעה באכילה. פן נוסף שיש להרחיב עליו את היריעה המחקרית הינו בדיקת גורמי הסיכון הייחודיים לאוכלוסייה ההומוסקסואלית. מרבית המחקרים נוטים לערוך השוואה בין הומוסקסואלים להטרוסקסואלים מבלי לבחון באופן אמפירי את גורמי הסיכון הייחודיים בתוך הקהילה ההומוסקסואלית. בפרט גורמים כגון דימוי עצמי, דימוי גוף ומידת גיבוש זהות מינית. כמו-כן חשוב לחקור בתוך הקהילה ההומוסקסואלית האם קיימות קבוצות סיכון שונות, כגון: ביסקסואלים וטרנסג'נדרים. זאת מאחר ומחקרים רבים מכלילים את הקטגוריה "ביסקסואל" עם "הומוסקסואל" כמקשה אחת, אך מחקרים שונים מצאו שביסקסואלים למשל מפקים ציוני בריאות נפשית נמוכים מהומוסקסואלים (ר' לדוגמא אצל שילה, 2008) וכן שטרנסג'נדרים מתבגרים נמצאים בסיכון מוגבר למגוון בעיות בריאותיות ונפשיות עקב חוסר סובלנות כלפיהם מצד החברה והיותם חשופים לבידוד חברתי, אפליה וקורבנות למעשי אלימות (Coker et al., 2010). המלצה נוספת למחקרי המשך הינה להסתייע באינטרנט על מנת להגיע לנערים הומוסקסואלים הנמצאים "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"ב מקדישים יותר זמן לגלישה באינטרנט מאשר הטרוסקסואלים (Harris Interactive, 2001) והם מהווים שיעור מייצג דרך מדיה זו (Mustanski, 2001). בנוסף, נמצא במחקרים כי אנשים נוטים לענות על שאלונים דרך האינטרנט בפתירות, בחשיפה ובכנות רבות יותר מאשר בשיטות בהן הם באים במגע עם החוקר או נציגו. דרך האינטרנט, החוקר אינו נראה ואינו נשמע, וכך המשתתף עשוי לתפוש את המחקר כמאפשר יותר פרטיות ואנונימיות מאשר בצורות מסורתיות, כגון: שאלונים המועברים פנים אל 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 הינה הליך מהימן לאיסוף נתונים, בפרט בקרב להט"ב (Duggan & McCreary, 2001; Dibb, Rushmer, & Stern, 2001; Mehta & Sivadas, 1995; Reilly & Rudd, 2006; 2004). מוסיף על כך שילה (2007), כי בשלושת העשורים האחרונים התפתחו אמצעי התקשורת הקהילתית ההומו-לסבית ברחבי

העולם. מהפכת האינטרנט הפכה אף היא לגורם תקשורת ומידע זמין עבור הקהילה ההומו- לסבית. היותו של האינטרנט כלי המאפשר אנונימיות מחד וגישה לאתרים רבים ומגוונים בעולם כולו מאידך, מתאימה לאופי הייחודי של גיבוש זהות מינית הומוסקסואלית.

חשוב לעשות מחקרים על האוכלוסייה ההומוסקסואלית אשר יכללו מדגמים גדולים. זאת מאחר ורוב המחקרים על האוכלוסייה הזו מכילים מדגם קטן אשר רובו נמצא בשלבי גיבוש מתקדמים של הזהות המינית (בר-סלע, 1992; Savin-Williams, 2001). על כן חשוב 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 כי הפרעות באכילה עלולות להתפרץ אצל גברים עוד בגיל ההתבגרות המוקדם (Austin et al., 2009; Crisp & Burns, 1983; Harvey & Robinson, 2003).

הכותב הוא ד"ר אורי שפר-שלו, מנהל הקליניקה הטיפולית של המרכז הקהילתי הגאה ומנהל השירותים הפסיכו-סוציאליים של ארגון הנוער הגאה בישראל. דוקטור לעבודה סוציאלית אוניברסיטת תל אביב בבית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש בוב שאפל. ד"ר אורי שפר שלו הוא ממייסדי תכנית ההכשרה הפסיכודינמית בזהות מינית ומגדרית באוניברסיטת ת"א. לפרטים נוספים על התוכנית:

[http://www.socialwork.tau.ac.il/swce/%D7%AA%D7%9B%D7%A0%D7%99-%D7%95%D7%AA-%D7%94%D7%9C%D7%99%D7%9E%D7%95%D7%93%D7%99%D7%9D/466-2010-11-16-22-30-08.html?utm\\_source=betipulnet&utm\\_medium=LeftAd&utm\\_content=SexualIdentity&utm\\_campaign=NewProgramRegistration](http://www.socialwork.tau.ac.il/swce/%D7%AA%D7%9B%D7%A0%D7%99-%D7%95%D7%AA-%D7%94%D7%9C%D7%99%D7%9E%D7%95%D7%93%D7%99%D7%9D/466-2010-11-16-22-30-08.html?utm_source=betipulnet&utm_medium=LeftAd&utm_content=SexualIdentity&utm_campaign=NewProgramRegistration)

