

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

ZAKLJUČNA PROJEKTNA NALOGA

IVANA SKOK MUROVEC

Izola, 2015

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**MOTNJE HRANJENJA PRI MOŠKIH IN
PREHRANSKO SVETOVANJE**

DISORDERS IN MEN AND AND NUTRITIONAL COUNSELING

Študent: IVANA SKOK MUROVEC

Mentor: doc.dr. MAŠA ČERNELIČ BIZJAK

Študijski program: Prehransko svetovanje - dietetika, 1. stopnja

Izola, 2015

IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisana Skok Murovec Ivana, izjavljam, da je predložena diplomska naloga izključno rezultat mojega dela;

-sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženi nalogi, navedena oziroma citirana v skladu s pravili UP Fakultete za vede o zdravju;

-se zavedam, da je plagijatorstvo po Zakonu o avtorskih in sorodnih pravicah UL št. 16/2007 (v nadaljevanju ZASP) kaznivo.

KLJUČNE INFORMACIJE O DELU

Naslov	Motnje hranjenja pri moških in prehransko svetovanje
Tip dela	zaključna projektna naloga
Avtor	SKOK MUROVEC, Ivana
Sekundarni avtorji	doc. dr., ČERNELIČ BIZJAK, Maša (mentorica) / JAKUS, Tadeja (recenzentka)
Institucija	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju
Naslov inst.	Polje 42, 6310 Izola
Leto	2015
Strani	VII, 55 str., 3 pregl., / sl., / pril., 172 vir
Ključne besede	motnje hranjenja, anoreksija, bulimija, kompulzivno prenajedanje, bigoreksija, ortoreksija, pomoč prehranskega svetovalca.
UDK	613.2-055.1
Jezik besedila	slv
Jezik povzetkov	slv/eng
Izvleček	Motnje hranjenja pri moških so odraz notranjih globokih bojev, ki jih moški ne zna in ne zmore drugače izraziti, zato kaže to z svojo zunanostjo. Obravnava motenj hranjenja je zahtevna, potrebuje dober tim strokovnjakov, ki morajo skupno delovati kot eden za dobro pacienta. Naloga prehranskega svetovalca je v prehranski obravnavi moškega z motnjo hranjenja, v prehranskem svetovanju, predvsem pa v empatičnem odnosu, v katerem moški začuti, da lahko zaupa.

KEY WORDS DOCUMENTATION

Title	Eating disorders in men and nutritional counseling
Type	Final project assignment
Author	SKOK MUROVEC, Ivana
Secondary authors	doc. dr. ČERNELIČ BIZJAK, Maša (supervisor) / JAKUS, Tadeja (reviewer)
Institution	University of Primorska, Faculty of Health Sciences
Address	Polje 42, 6310 Izola
Year	2015
Pages	VII, 55 p., 3 tab., / fig./ ann., 172 ref.
Keywords	eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating, bigoreksija, ortoreksija, helping nutritional consultant.
UDC	613.2-055.1
Language	slv
Abstract language	slv/eng
Abstract	Eating disorders in men are a reflection of the deep internal struggles that men can not and could not otherwise be expressed, and therefore suggests that the their outward appearance. The treatment of eating disorders is complex, needs a good team of professionals who need to work together as one for the good of the patient. The task nutrition adviser in the food treatment of men with eating disorder in nutritional counseling, especially in empathic relationship in which men feel that they can trust.

KAZALO VSEBINE

IZJAVA O AVTORSTVU	I
Ključne informacije o delu	II
Key words documentation.....	III
Kazalo vsebine	IV
Kazalo preglednic.....	V
Seznam kratic	VI
1 Uvod.....	1
2 Raziskovalno vprašanje.....	2
3 Metode dela in materiali.....	3
4 Rezultati	4
4.1 Motnje hranjenja pri moških.....	4
4.1.1 Klasifikacija MH	6
4.1.2 Diagnostični kriteriji MH:	6
4.1.3 Fizični znaki MH.....	8
4.1.4 Psihični znaki MH.....	10
4.2 Značilnosti MH pri moških.....	11
4.2.1 Prevalenca MH.....	12
4.3 Zdravljenje MH	17
4.3.1 Medikamentozno zdravljenje	18
4.3.2 Vedenjsko kognitivno zdravljenje.....	19
4.3.3 Terapevtske in podporne skupine.....	19
4.3.4 Prisilno zdravljenje.....	19
4.4 Vloga prehranskega svetovalca- dietetika pri zdravljenju MH	20
4.4.1 Poglavitna področja delovanja prehranskega svetovalca - dietetika	20
4.4.2 Prehranska podpora in svetovanje moškemu z MH.....	23
4.4.3 Primer jedilnika moškega z anoreksijo nervozo	25
4.4.4 Izračun celodnevnih energijskih potreb	25
4.4.5 Izdelava prehranskega načrta	26
5 Razprava.....	31
6 Zaključek.....	32
7 Viri	33
Povzetek	53
Summary	54
Zahvala	55

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Energijska vrednost in količina posameznih mikrohranil v jedilniku	26
Preglednica 2: Jedilnik	27
Preglednica 3: Prikaz energijske in hranilne vrednosti celodnevnega jedilnika.....	30

SEZNAM KRATIC

MH Motnje hranjenja

EDA Eating disorders association

ICD -10 Mednarodna klasifikacija

DSM-IV-TR Klasifikacija ameriške psihiatrične zveze

AN anoreksija nervoza

BN bulimija nervoza

MKP motnja kompulzivnega prenajedanja

VKT vedenjsko kognitivna terapija

EEG elektroencefalogram

ITM indeks telesne mase

TM telesna masa

BSO vprašalnik o zaznavanju telesnih oblik

EAT test prehranskih stališč

MKP motnja kompulzivnega prenajedanja

APA American Psychological Association

PAS psiho aktivne substance

NEDA National Eating Disorders Association

DACH priporočila za vnos hranil

NG sonda : nazogastrična sonda

PEG perkutana endoskopska gastrostoma

KPP kompletna parenteralna prehrana

EMH enota za motnje hranjenja

CŽS centralni živčni sistem

LDL Low density lipoprotein= lipoprotein z nizko gostoto

HDL High density lipoprotein = lipoprotein z visoko gostoto

GPRD General Practice Research Database

EDNOS Eating disorder not otherwise specified

EBC European Builders Confederation

CINDI Coupled Ion Neutral Dynamic Investigation

BED Kompulzivna motnja hranjenja

ARFID Avoidant Restrictive food intake disorder

1 UVOD

Raziskovalni podatki podpirajo stališče, da ima prehrana, kot glavni spremenljivi dejavnik kroničnih bolezni, močne učinke, tako pozitivne kot negativne, na zdravje skozi vse življenje (Report of a Joint WHO/FAO, 2003). Način prehranjevanja posameznika vključuje izbor in količino živil, delež posameznih živil v prehrani, način priprave hrane, pogostost in razporejenost uživanja posameznih obrokov hrane preko dneva. Na prehranjevalne navade vplivajo socialne, etične, ekonomske in kulturne danosti okolja, pa tudi izobraženost ljudi, dostopnost in cena hrane. Neustrezna hranilna in energijska vrednost zaužite hrane, uporaba neustreznega ritma uživanja hrane vpliva na zdravje človeka. (Gabrijelčič Blenkuš in Kuhar, 2009).

Motnje hranjenja (MH) so hude kronične duševne motnje, povezane z negativnimi rezultati in z najvišjo smrtnostjo med psihiatričnimi motnjami (Arcelus in sod., 2011; Field in sod., 2012). So odraz osebne stiske, trpljenja, nezadovoljstva (Fatič, 2010), velikokrat opredeljene kot »žensko« vprašanje (Andersen in sod., 2000; McCabe in Ricciardelli, 2004; Dakanalis in sod., 2012 a; Strother in sod., 2012), ki se kaže kot škodljivo ravnanje s svojim telesom (stradanje, prenejedanje, bruhanje, uporaba odvajal, diuretikov, pretirana telesna vadba, obsedenost z zdravo hrano, steroidi) (Fatič, 2010).

Velja omeniti, da je bilo v svetu, pa tudi v Sloveniji narejenih le malo raziskav v zvezi z MH pri moških in zato imamo le malo podatkov. Neuravnotežena, preobilna ali pomanjkljiva prehrana, pa lahko predstavlja dejavnik tveganja za razvoj mnogih kroničnih bolezni (Pokorn in sod., 1998). Zdravljenje poteka na različne načine. Podpomo zdravljenju in varovanje pred neugodnimi posledicami bolezni predstavlja skrbno načrtovana prehrana bolnika, oziroma moškega z MH. Le pravilno sestavljen obrok prispeva k hitrejšemu okrevanju, nižjim stroškom zdravljenja in višji kakovosti življenja (Cerović in sod., 2008). Pomoč prehranskega svetovalca moškemu z MH, je pri preoblikovanju prehranskih navad, učenju primerne načina hranjenja ter vzdrževanju optimalne TM, ob dobrih in ustreznih medsebojnih odnosih ter sodelovanju z njegovimi domačimi in ostalim timom strokovnjakov, ki se medsebojno trudijo za njegovo zdravje (Kobal Grum in Seničar, 2012).

Z zaključno projektno nalogo želimo ugotoviti, kakšne so razlike med moškimi in ženskami z MH, katere vrste MH se pojavljajo, kako MH vplivajo na telo in duševnost moškega, kakšni so vzroki za nastanek, kolikšna je prevalenca in incidenca. Zanima nas še, kakšna je preventiva, kje naj moški poišče pomoč, kako mu pomagati in kako poteka zdravljenje. Cilji zaključne projektne naloge so s pregledom domače in tuje strokovne in znanstvene literature predstaviti pomen, vlogo in naloge prehranskega svetovanja, pri obravnavi zdravljenja MH moških.

2 RAZISKOVALNO VPRAŠANJE

Cilj diplomske naloge je analizirati obstoječe in dostopne podatke v domači in tuji strokovni in znanstveni literaturi o prevalenci MH pri moških, pa tudi ugotavljanje prehranskega stanja moškega z MH, ob nujenju prehranske podpore in svetovanja, kot ene od nalog prehranskega svetovaleca-dietetika.

3 METODE DELA IN MATERIALI

V diplomski nalogi bodo predstavljeni rezultati raziskav, ki so dostopni v slovenski in tuji strokovni in znanstveni literaturi na področju MH pri moških. Največ podatkov je dostopnih v sistemu COBISS in SCHOLAR. Uporabili bomo tudi vire iz specializiranih bazah podatkov, EBSCO Scencedirect, ELSEVIER Scendidirect, BMJ Open, BMC Public Health, JAMA Network, JAMA Psychiatry, Nutrition org., BJGP org, alphahelpcenter org, Jurnal of Public health, niv.gov, Jurnal of Eating Disorders, BioMedCentral... Iskali bomo tudi preko Narodne univerzitetne knjižnice, Fakultete za vede o zdravju Izola, Filozofske fakultete, Pedagoške fakultete, Visoke socialne šole, mestne knjižnice Idrija. Za pomoč iskanja podatkov o prevalenci MH pri moških v Sloveniji v letih 2010 do 2015 smo se obrnili tudi na statistično pisarno Nacionalnega inštituta za javno zdravje v RS, kjer so povedali, da podatkov še nimajo.

Uporabljene so bile naslednje ključne besede:

MH (angl.eating disorders), mednarodna klasifikacija (angl.international classification), AN (angl. anorexia nervosa), BN (angl.bulimia nervosa), MKP (angl. disorders compulsive overeating) bigoreksija (angl.bigoreksija), ortoreksija (angl.ortoreksija), prevalenca (angl.prevalense), prehranski svetovalec (angl.nutritional consultant) in njihove kombinacije.

Iskanje po bazah podatkov je potekalo od 20.8.2014 do 4. 6.2015.

4 REZULTATI

V nalogi gre za analizo dostopnih podatkov, ki opisujejo in preučujejo MH pri moških.

4.1 Motnje hranjenja pri moških

Ženske in moški so bolj podobni kot različni, kar potrjujejo v različnih raziskavah, glede na samo bistvo prehranjevalne motnje vedenja (Hudson in sod., 2006; Striegel-Moore in sod., 2009) in zmanjšanje prehranjevalnega vprašanja (Striegel-Moore in sod., 2012). Razlike, ki pa vendar obstajajo so v:

- Teži zgodovine: moški so bolj občutljivi, če so bili v otroštvu zmerno debeli ali debeli, medtem, ko je večina žensk pred pojavom kompenzatornega vedenja imela normalno telesno maso (Strother in sod., 2012).
- Spolnih zlorabah in drugih travmah: med moškimi z MH jih je 30% v preteklosti imelo spolne zlorabe, vendar se o njih govori veliko manj kot pri ženskah (Ehrensaft in sod., 2003; Gonzalez in sod., 2008; Chen in sod., 2010; Ascalend in Heir, 2014; Strother in sod., 2012).
- Spolni usmerjenosti: Moški imajo težave z oblikovanjem svoje identitete, anoreksična dekleta pa s svojo spolno vlogo (Peterka Novak, 2002).
- Zaskrbljenosti nad obliko telesa in težo, ki največkrat nastane zaradi medijskih pritiskov in je značilna za homoseksualne moške, vendar je ta skrb pogostejša pri heteroseksualnih ženskah (Monteath in McCabe, 1997; Leit in sod., 2002; Frederick in sod., 2005; Karazsia in Crowther, 2010; Strother in sod., 2012).

Izpostavljenost privlačnih podob žensk ima negativen učinek na mišljenje nekaterih žensk o svojem telesu (Groesz in sod., 2002; Morrison in sod., 2003., Lorenzen in sod., 2004). Podoben vpliv ima ogledovanje privlačnih moških teles na nezadovoljstvo moških (McCabe in Ricciardelli, 2004; Cafri in sod., 2005 a; Grogan, 2007; Bartlett in sod., 2008; Blond, 2008; Riva, 2011; Wertheim in Paxton, 2011, Cash, 2012, Riva, 2012). Zlasti od 1970 do 1990 se je dramatično povečala predstavitev moških o mišičavosti teles v nedosegljivi meri, idealne oblike telesa v obliki črke V, z dobro razvitim zgornjim delom telesa (prsi, ramena in roke) ravnim želodcem in ozkimi boki (Brownell in Napolitano, 1995, Harrison in sod., 2000; McCreary in Sasse 2000; McCabe in Ricciardelli, 2001, 2004; Vartanian in sod., 2001; Hatoum in Belle 2004; Hildebrint in sod., 2004; Cafri in sod., 2005b; Bergeron in Tylka, 2007, Gray in Ginsberg 2007; Thompson in Cafri, 2007; Blashill, 2011; Tylka, 2011; Dakanalis in sod., 2012b; Tod in sod., 2012), to pa je enako nedosegljivo kot barbie punčke ideala ženskega telesa (Edwards in Lauder, 2000; Leit in sod., 2002; Olivardia in sod., 2004).

Ženske ponavadi želijo postati vitkejše, osredotočijo se na izgubo telesne maščobe od pasu navzdol (stegna, zadnjica, boki) (Cohane in Pope, 2001; Cafri in Thompson, 2004; Darcy in Hsiao-Jung, 2012). V puberteti so fantje bolj zadovoljni z svojim telesom kot dekleta, ocenjujejo se po fizičnih sposobnostih in učinkovitosti svojega telesa, medtem, ko se dekleta ocenjujejo po privlačnosti (Hoyt in Kogan, 2001; Morrison in sod., 2003; Ridgeway in Tylka, 2005).

- Občutenju: Moški hočejo prekriti svojo ranljivost, depresijo in sram, zato, da jih drugi ne bi imeli za poženščene (Fijavž in sod., 2007; Strother in sod., 2012). Jeza pri njih sproži kompulzivno prenajedanje, ženske pa popivajo, da bi zatrla čustva jeze (Meyer in sod., 2005).
- Kompenzacijskem vedenju: kot je samoizzvano bruhanje ali uporaba odvajal pri prenajedanju je bolj značilna za ženske, moški doživljajo ob tem manj pritiska in imajo manj subjektivnega občutka izgube nadzora, se pa kompulzivno prenejajo in bolj posegajo po povečani telesni vadbi namesto bruhanja za nadzorovanje TM (Smolak in Striegel-Moore, 2004), pogostokrat opravljajo kompenzacijsko vedenje v naravi (Abebe in sod., 2012; Dakanalis in sod., 2012) ne samo za odpravljanje kalorij pridobljenih pri prenajedanju, ampak predvsem za spodbujanje mišične mase (Inerson in Bulik 2004).
- Zlorabljanju snovi: kot so anabolični steroidi in rastni hormoni, so pogostejši pri moških (Strother in sod., 2012; McCabe in Ricciardelli, 2001; McCreary McCreary in sod., 2007; Parent in Moradi, 2011). Zlasti je opaziti večjo razširjenost, razpoložljivost in odvisnost od alkohola (Carlat, in sod., 1997; Striegel-Moore in sod., 1999; Woodside, in sod., 2001; Norris in sod., 2012) mamil pri moških, pri ženskah pa več primerov anksioznosti, depresije, prehranjevalnih motenj in fobij (tiha odvisnost) (Tonofsky, in sod., 1997; Peterka Novak; 2002; Johnson in sod., 2002). Moškimi jeza lahko sproži kompulzivne epizode, ženske pa pijejo, da bi omejile občutek jeze (Meyer in sod., 2005; Strother in sod., 2012).
- Posvetovanju: moški in ženske se različno poslužujejo posvetovanj (Briscoe, 1987) prav zaradi različnih bioloških faktorjev (Bird in Rieker, 1999; Wizemann in Pardue, 2001) in vedenja o zdravju (Waldron, 2000; McCartney in sod., 2011) in tako lahko predstavlja posvetovanje pomemben dejavnik razlik med spoloma, ki vodijo v smrt (Banks, 2001), ob tem moški pogosteje izražajo odpor do posvetovanj (Bendelow, 2006; Galdasat in sod., 2005).
- Šport: Večina moških je motiviranih za to, da izgubijo ali pridobijo TM za doseg optimalnih rezultatov v športu (Strother in sod., 2012), za razliko od žensk želijo moški povečati svojo mišično maso (McCreary in Sasse 2000; Hildebrint in sod., 2004; Ricciardelli in McCabe, 2004; Cafri in sod., 2005; Weltzin in sod., 2005; Blashill, 2011; Tylka, 2011; Tod in sod., 2012). Moški z MH so slabše diagnosticirani in slabše raziskani (Wonderlich in sod., 2009; Cohn, 2012; Strother in sod., 2012) kot ženske. Predvsem pa manjka kvalitativnih raziskav o moških z MH in nadaljnim dojetanjem MH kot ženskih bolezni (Woodside in sod., 2001; Greenberg in Schoen, 2008).
- Številčnost je pri moških manjša. Ne ve pa se, ali so prezrta populacija, ali je pri njih število reš manjše (Peterka Novak, 2002).
- Spremembe: Ženske so dovzetnejše na vpliv sprememb glede možganske kemije v smislu lakote (Haider in Haleem, 2000), odzivajo se na spremembe serotonina, na zmanjšanje trombocitov serotoninske dejavnosti, moški pa ne (Goodwin in sod., 1987; Kobal Grum in Seničar, 2012) ob tem prihaja do spremembe TM (Roca in sod., 1999). Oba spola se odzoveta na akutno podhranjenost z zmanjšanjem izločanja luteinizirajočega hormona in hormona foliklov.

4.1.1 Klasifikacija MH

Eating disorders association (EDA) označuje MH pri moških kot: mehanizem izogibanja, način soočenja in način izražanja kontrole nad lastnim življenjem in telesom, reakcijo na nerešen stres (Fatič, 2010). MH so zajete v poglavje o duševnih motnjah po mednarodni klasifikaciji bolezni ICD-10, in sodijo med vedenjske simptome povezane s fiziološkimi, duševnimi in hormonskimi motnjami ter telesnimi dejavniki, za katere je značilno, da prizadenejo moške v kateremkoli življenjskem obdobju (APA.,1994).

Klasifikacija ameriške psihiatrične zveze DSM-IV-TR prišteva MH moških k motnjam v duševnem zdravju (APA.,1994; Erzar, 2007). DSM-V od leta 2013 priznava kompulzivno prenašanje kot ločeno motnjo z lastnim potekom in izidom ter frekvenco enkrat do dvakrat na teden. Ta sprememba velja tudi za BN. Sprememba AN v DSM-V: tudi pri hudi obliki AN imajo nekateri moški AN in nekatere ženske menstrualne cikle, prej je veljal izostanek menstruacije. Spremenil se je tudi opis. Odstotek TM opisan pri hujšanju se želi nadomestiti z izrazom znatna izguba TM. Pojem zavrnitev pa z izogibanjem. Uporaba motnje sesanja hrane ARFID (Machado in sod., 2013; Ornstein in sod., 2013; Stice in sod., 2013).

DSM-IV MH, ki sodijo med 16 glavnih kategorij duševnih motenj deli na: priznane motnje (AN, BN, KP ter drugače specifične MH in pica) in nepriznane MH (APA.,1994). V zadnjih letih se pojavljata še ortoreksija nervoza in bigoreksija nervoza (Serneck, 2010), ki pa nista še uradno priznani motnji. ICD 10 deli MH na:

F 50 - F 59 Vedenjski sindromi , povezani z fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki

F 50,0 Anoreksija nervoza

F 50,1 Atipična anoreksija nervoza

F 50,2 Bulimija nervoza

F 50,3 Atipična bulimija nervoza

F 50,4 Preobjedanje povezano z drugimi psihološkimi motnjami

F 50,5 Bruhanje, povezano z drugimi duševnimi motnjami

F 50,8 Druge motnje prehranjevanja

F 50,9 Motnja hranjenja – neopredeljena (Sternad, 2001).

4.1.2 Diagnostični kriteriji MH:

Moški z AN vzdržujejo TM pri ali nad minimalno normalno TM glede na starost in višino. Telesna masa je manj kot 85%. Imajo intenziven strah pred pridobivanjem TM, bojijo se, da so predebeli, čeprav so prelahki, izčrpani. Na lastno TT ali obliko imajo izkrivljen pogled, zanikajo resnost sedanje nizke TM. Pri ženskah nastopi amenoreja za vsaj tri mesece. Obstajata restriktivna in purgativna oblika AN. Pri restriktivni se oseba

redno ne ukvarja s prenajedanjem ali čistilnim vedenjem kot sta samoizvana bruhanje ali zloraba odvajal, diuretikov, klistirja, odklanja pa hrano (vso hrano, ogljikove hidrate, visoko kalorično hrano) in je ob tem prekomerno telesno aktiven. Pri vrsti prenajedanja, kateremu sledi čiščenje, se oseba redno ukvarja z prenajedanjem ali čistilnim vedenjem kot sta samoizvana bruhanje ali zloraba odvajal, diuretikov, klistirja (Weltzin in sod., 2005; Sernec, 2010). Motnja se prične pri moškem ob prehodu iz otroštva v mladostništvo, lahko že z šestim letom, najpogosteje v starosti 16 do 17 let (Hrast in sod, 2008).

Pri BN je ITM vedno nad $17,5 \text{ kg/m}^2$. Sledijo si epizode kompulzivnega prenajedanja, za katere je značilno, da bolniki jedo v diskretnem časovnem obdobju, (Gotestam in Agras, 1995) npr. na vsake dve uri, količine hrane, ki so večje, kot bi jih večino drugih ljudi pojedla v podobnem časovnem obdobju in podobnih okoliščinah, (Carlat in sod., 1997) ob tem imajo občutek pomanjkanja nadzora nad prehranjevanjem. Za preprečitev neprimernega pridobivanja TM, uporabljajo kompenzacijsko vedenje, kot je samoinduktivno bruhanje; zloraba odvajal, diuretikov, klistirjev, uporabljajo druga zdravila ali pretirano telesno vadbo. Vedenje prenajedanja, kateremu sledi kompenzacijsko vedenje poteka v povprečju dvakrat tedensko po tri mesece. Samoevalvacija neupravičeno vpliva na obliko telesa in telesno maso. Te motnje se ne pojavijo izključno med epizodami AN. Obstaja purgativna in nepurgativna vrsta. Pri purgativni obliki oseba redno samoinduktivno bruha ali zlorablja odvajala, diuretike, klistir, pri nepurgativni vrsti pa uporablja oseba samoinduktivno ne bruha, ne zlorablja odvajal, klistir ali diuretike, se pa posti in izvaja povečano telesno vadbo. Obstaja tudi kombinirana BN (Taraisden in sod., 1996). MH se prične pri moškem v starosti 18 do 19 let (Hrast in sod, 2008).

EDNOS: vključuje KP in druge motnje, ki niso drugje navedene. Pri ženskah so izpolnjeni kriteriji z tem, da imajo ženske redne menstruacije. Izpolnjena so vsa merila za AN, razen tega da je kljub znatni izgubi TM posameznikova trenutna TM v normalnem območju. Lahko so izpolnjena vsa merila za BN, razen, da se KP ali neprimerno kompenzacijsko vedenje pojavi najmanj dvakrat tedensko ali traja manj kot tri mesece. Posameznik uporablja samoinduktivno bruhanje po zaužitju manjših količin hrane npr. dveh piškotih. Večkrat žveči in pljuva vendar ne požira velikih količin hrane. Pri motnjah prenajedanja se ponavljajo epizode prenajedanja v odsotnosti nepravilnega vedenja značilne za BN, ob tem pa obstajajo tveganja za razvoj odvisnosti od telesne vadbe (Hausenblas in Downs, 2002). KP se pri moških prične v najstniških letih ali na začetku dvajsetih, do viška te bolezni pa pride od tridesetega do štiridesetega leta, ko so moški že pridobili povečano TM ali pa so debeli (Hrast in sod, 2008).

Bolniki nimajo skrbi z težo ali obliko, omejujejo pa vnos zaradi zaskrbljenosti z okusom, teksturo, barvo, vonjem. Ali pa ne jedo zaradi strahu pred požiranjem, bruhanjem. Kot rezultat ne dosegajo ustreznih prehranskih ali energijskih potreb (APA, 2013).

Pri bigoreksiji je moški obseden z potrebo po mišičnem telesu in moteno telesno shemo. Doživlja se kot presuh, premalo možat, kljub temu, da je njegovo telo izrazito mišičasto ima nizko samozavest, slabo samopodobo. O svojem telesu razmišlja 5 ur dnevno, svojo podobo preverja v ogledalu do 12x dnevno. Je nesproščen ob razgaljenem telesu. Ima moten odnos do hrane (uživa hrano z veliko proteinov, brez maščob, uživa nadomestke ali dodatke: kreatina, vitamine, beljakovinske praške, aminokisliline, anabolne steroide,

ima strog režim prehranjevanja vezan na program vadbe, izogiba se drugi pripravljene hrani). Budybuilderji potrebujejo za povečanje mišične mase veliko kakovostne hrane, veliko količino treninga moči in veliko počitka. Značilni sta fazi pridobivanja telesne oziroma mišične mase, v katerem je povečan vnos ogljikovih hidratov in beljakovin ob intenzivnem treningu moči ter faza izoblikovanja telesa pred tekmovanji, kjer gre za energetske omejitve ob nadaljevanju intenzivnega treninga moči (Černelič Bizjak, 2009; Dervišević in Vidmar, 2009; Bordo, 2013)

Za ortoreksika je značilna obsedenost z zdravo hrano, biološko čisto, ki vodi že v skrajnost. Gre za nizko samopodobo, potrebo po nadzoru, težnjo k popolnosti, pretirano storilnost in potrebo po pohvali iz okolice. Ni ga strah debelosti ne vitkosti. Motnja ga vodi v podhranjenost v čustvene motnje in izgubo socialnih stikov (Serneck, 2010). Začetek obolevanja je v poznem mladostniškem do srednje odraslem obdobju.

4.1.3 Fizični znaki MH

Posledice MH so lahko zelo različne in dolgo časa neopazne. Odvisne so od posameznega človeka in njegove odpornosti, od resnosti in trajanja MH. Nekatere se pojavijo na različnih področjih, druge so skupne vsem MH, tretje pa specifične na posebnosti posamezne MH. Pri AN nastopijo fizični znaki kot posledica stradanja in vedenja praznjenja. AN in BN spremlja osteoporoza, zapleti v prebavilih, srčno žilnem in endokrinem sistemu (Klein in Walsh, 2003; Mehler in Krantz, 2003) ter povečano tveganje za samomor. Motnje krvnega obtoka povzročajo preslabo prekrvavitev perifernih tkiv telesa (noge, roke, obraz) in povečano občutljivost na mraz (Reich in sod., 2009), nastanejo edemi. Stradanje vpliva na mišično skeletni sistem, ki daje občutek šibkosti in izgubo mišične moči, kar ima vpliv tudi na srce, pride do izgube kostne gostote, okvaro linearne rasti in ovirano rast. Oslabljen imunski sistem vodi v bronhialne pljučnice, sepso velikokrat pa tudi v smrt (Morris, 2008). Pri fantih, pri katerih se razvoj v puberteti še ni končal nastane nepopolen razvoj sekundarnih spolnih znakov. Laboratorijsko je dokazano, da imajo moški z anoreksijo nizke vrednosti reproduktivnih hormonov (nizek FSH, nizek LH), znižan TSH, povišane vrednosti kortizola, rezistentnost na rastni hormon. Nastanejo erozije zobne sklenine, včasih uničenje celotnega zobovja. Zmanjša se prostornina možganov, nastane trajen primanjkljaj v sivi možganovini, bela možganovina pa se obnovi. Veliko anoreksičnih moških ima težave pri vzpostavitvi intimnih odnosov. Na testih hitrosti zaznavanja, vztrajnosti, menjave delovnih nalog imajo višji odklon od norm ter moteno sposobnost hitrega koordiniranega menjavanja antagonističnih gibov (Hrast in sod, 2008). Zaradi hormonskih motenj izostanejo pri ženskah in dekletih redne mesečne krvavitve, značilnih je več splavov in lahko neplodnost. Njihovi otroci so pogostokrat prezgodaj rojeni in imajo ob rojstvu nižjo porodno težo kot otroci zdravih žensk. Zaradi težav pri hranjenju so otroci lahko podhranjeni in je njihova rast zmanjšana (Morris, 2008). Smrtnost moških z AN največkrat nastane zaradi zmanjšanja bazalnih dendritskih polj in gostote spinalnih dendritov, je pokazala večkrat narejena obdukcija (Hrast in sod, 2008).

Moški z BN ima večkrat težave z napenjanjem, zaprtjem, utrujenostjo, bolečinami v trebuhu, pomanjkanjem energije. Telesno prihaja do samopoškodovanj (praskanje, rezanje) Zaradi bruhanja ima erozije zobne sklenine (zaradi izpostavljenosti zob želodčni kislini pride do spremembe barve, oblike, občutljivosti zob, nastane karies) zlasti zgornjih zob. Lahko so povečane žleze slinovke, zlasti obušesna, prisotnost žuljev

na hrbtni strani dlani (Russelov znak). Nenormalnosti žlez z notranjim izločanjem se kažejo kot okvara rasti, okvare stimulacije hormona ščitnice. Pride lahko do vnetja požiralnika, razširjenega želodca, zaprtja, steatoreje, gastroenteropatije z izgubo proteinov, nenormalnosti v delovanju srca (DT za mitralni prolaps), nenormalnih elektroencefalogramov, v sistemu žlez z notranjim izločanjem pa do okvare stimulacije in izločanja hormona ščitnice, odziva ravnega hormona (Hrast in sod, 2008). Uporaba odvajal in diuretikov ga vodi v lokalne edeme, izgubo tekočin in dehidracijo (zmanjšanje prostornine krvi, ki privede do padca krvnega tlaka in povišanje srčnega utripa) vodi v oslabitev ledvične funkcije, zastoj tekočin in periferne edeme, ta pa v metabolično alkalozo. Vse spremlja hipokaliemija (nizka koncentracija kalija, ki povzroča šibkost mišic, srčne aritmije, ogroženost ledvične funkcije, metabolično alkalozo izločanje kalija in natrija), hipokloremija, nizko koncentracijo natrija in magnezija (pri nizki koncentraciji natrija pride do motnje delovanja ČŽS, pri nizki koncentraciji magnezija pa do mišične šibkosti, srčne aritmije, spremembe razporeditve, hipokalcemija, hipokaliemija) nenormalnost elektrolitov. Zloraba odvajal ga lahko vodi v metabolično acidozo zaradi izgube bikarbonatov iz črevesja, hiponatriemijo, hipofosfatemijo, hipokalcemijo, hipomagnezemijo. Zaradi nenormalnosti v količini tekočin in elektrolitov lahko nastanejo nenormalni elektroencefalogrami EEG. Zmanjša se gibčnost debelega črevesa in pride do zaprtosti (Hrast in sod, 2008). Do visokih koncentracij izločenega inzulina z velikimi nihanjem koncentracije krvnega sladkorja pride, kadar gre za postenje in kompulzivno prenašanje s hrano, ki ima visoko vsebnost rafiniranih ogljikovih hidratov, pri čemer prenašanju sledi bruhanje. Moteno je uravnavanje sproščanja faktorjev, vključenih v periferni odziv na hrano: holecistokinin, grelin in leptin. Predhodnik MH je lahko diabetes tipa 1, kar lahko vodi v retinopatijo (Hrast in sod, 2008).

MKP je povezana s psihiatrično komorbiditeto in hudo debelostjo (Hudson in sod.,2007) pa tudi s številnimi negativnimi posledicami za zdravje, kot so vnetje požiralnika, razširjen želodec, ezofagitis, želodčna ruptura in oslabitev delovanje prebave (APA, 1994; Herzog in sod.,1997; Marcus in Kalarchian 2003; Yanovski, 2003; Haines in Neumark-Sztainer, 2006). Moški z MKP imajo pogosto bolečine v sklepih, mišicah, v prsnem košu, glavobole, težave z dihanjem, so hitro zasopli, imajo povišan holesterol v krvi, artritis. Zaradi zlorabe odvajal nastane gastroenteropatija z izgubo proteinov in kardiomiopatijo. Nenormalnosti v delovanju srca in posledično mitralni prolaps. Velikokrat se samopoškodujejo z praskanjem, rezanjem. Pri sladkorni bolezni tipa 2 je MKP prevladujoča motnja (Hrast in sod, 2008).

Pri bigoreksiji nervozi se lahko pokažejo stranski učinki uporabe anabolnih steroidov na kardiovaskularnem sistemu, kjer pride do porasta LDL in holesterola ter znižanja HDL in retence vode, visokega krvnega pritiska, kapi in infarkta. Na jetrih lahko nastane hepatitis, tumor. Zaradi okvar skeletno mišičnega sistema pride do nizke rasti in ruptur. Na koži pa nastanejo akne in ciste, mastno lasišče ali zlatenica. Feminizacija pri moških se kaže kot tekstikularna atrofija, oligospermija, pogoste, ponavljajoče boleče erekcije, sterilnost, povečanje prostate, trajno hormonsko neravnovesje, plešavost, ginekomastija (Černelič Bizjak, 2009). Fizični znaki, ki nastanejo pri budybuilderjih zaradi močne dehidracije pred nastopi so padec krvnega pritiska, hemokonzentracija, zapleti kot je srčni infarkt, tromboza in odpoved ledvic. Zaradi prevelikih količin proteinov v prehrani pride do zakisanosti, izsušenosti organizma, obremenitev ledvic izjemoma odpoved

ledvic. Ortoreksik zaradi nadzora nad prisilnim izločanjem škodljivih živil iz prehrane hujša, lahko bruha, ali je pretirano telesno dejaven (Sternad, 2001).

Resne fizične spremembe, so spremembe elektrolitov ali presnove, hematemesis, vitalne spremembe z ortostatsko hipertenzijo in srčnim utripom manjšim od 40 ali večjim od 110 na minuto, nezmožnostjo ohranjanja TM, z sočasnimi psihiatričnimi boleznimi (depresivnostjo samomorilnost), ki vsekakor sodijo v bolnišnico (Mikuš Pandel, 2012).

4.1.4 Psihični znaki MH

Pri anoreksiji si sledita faza *evforije* in faza *dekompenzacije*. V *evforiji* ima moški, ki hujša prvič občutek, da ga okolica opazi, mu posveča pozornost ima moč in lahko nadzoruje svoje življenje. Na ta način poizkuša lažje živeti. *Dekompenzacija* nastopi, ko se moški zave, da nima več v svojih rokah nadzora, ob tem ima vse večji občutek neuspešnosti, slabšo samopodobo in nižje samospoštovanje kot na začetku tega začaranega kroga. Anoreksični moški imajo nizko samospoštovanje, slabo samopodobo, niso sposobni subjektivnega zaznavanja in ustreznega izražanja čustev. Anoreksikove osebnostne lastnosti so odločnost, aktivnost, perfekcionizem, doslednost. (Ser nec, 2010). Bulemičen moški ima motnje razpoloženja, simptome tesnobe, napetosti, samozaničevalne misli (iz gnusa pred prenajedanjem, praznjenjem), nizko samospoštovanje, gnus do svojega telesa (iz pretekle spolne ali telesne zlorabe) (Hrast in sod, 2008) ima negativen vpliv na socialne odnose, kaotičen življenjski stil, impulzivnost, nizka stopnja samokontrole (Hrast in sod, 2008). Počuti se odrinjenega, nesprejetega, ni odločen, aktiven, dosleden, ni perfekcionista (Sternad, 2001). Pogosto lahko zapada v različne oblike zasvojenosti (npr. alkoholizem, droge, nakupovanje) (Reich in sod., 2009). Psihični znaki moškega s MKP so nizko samospoštovanje, depresije, občutki krivde, sramu, gnusa po epizodi pretiranega hranjenja in težko soočanje s čustvi kot je jeza in stres, imajo pogosto samomorilne misli ob negativnih čustvih do hrane in nezadovoljstvo s TM in postavo. Ob tem imajo tudi različne oblike zasvojenosti (alkoholizem, nakupovanje) (Reich in sod., 2009). Zaradi občutka gnusenja se ne hranijo v družbi drugih ljudi (Hrast in sod, 2008).

Bigoreksiki imajo nizko samopodobo, slabo samospoštovanje (Ser nec, 2010). Zanj je značilna prisilna nervoza, pri kateri moški podredi večino svojih aktivnosti izgrajevanju in ohranjanju mišične mase, ne glede na to, če mora za dosego teh ciljev žrtvovati pomembne stvari v svojem življenju. Stranski učinki uživanja anabolnih steroidov so agresija, nestrpnost, razdražljivost, motnje spanja, blodnje, depresije, zasvojenost, odtegnitvene krize (1 do 3 tedne), samomorilne motnje, slabost, glavoboli, hude depresije, pomanjkanje energije, apetita, potenje, craving po steroidih (Černelič Bizjak, 2009). Pri drugi motnji, ortoreksiji nervozi, ortoreksik zaničuje samega sebe, če krši postavljena pravila glede prehranjevanja in občuti večvrednosti, kadar se strogo drži zastavljene diete, strogost do sebe in drugih (Černelič Bizjak, 2009). Ob pregreških ima občutke krivde, panike. Prepovedana hrana mu zbuja strah, fobije. Omejujejo družabno življenje in se iz njega izolirajo. Ima nizko samopodobo, slabo samospoštovanje in potrebo po nadzoru (Sternad, 2001). Ortoreksik sprejema samo določeno sprejemljivo čustveno vsebino. Samopodoba se zopet znižuje, povečuje se tesnoba in opuščanje družabnih stikov, upada storilnost, učinkovitost, pojav depresivnih simptomov. Značilnosti ortoreksije pri moškem se kaže v izrazite prehrabeni restrikciji, potrebi po kontroli kot posledici patološke obsedenosti z biološko čisto hrano. Ortoreksija vodi v podhranjenost, čustvene motnje in izgubo socialnih stikov (Ser nec, 2010).

4.2 Značilnosti MH pri moških

Dejavniki tveganja pri moških so različni. Biološka in psihosocio-kulturološka pot pogojujeta raziskovanje dejavnikov tveganja za razvoj MH (Bevc in sod., 2003). Raziskave biokemičnih procesov pri MH so pokazale, da imajo moški z AN znižane vrednosti nevrottransmitterjev in norepinefrina, podobno kot ljudje z depresijo. Prav tako je pri osebah z AN pogosto zvišana raven kortizola (hormona, ki se sprošča pod vplivom stresa) in vazopresina (hormona, ki ga v normalnih koncentracijah opažamo pri bolnikih s kompulzivnimi obsesivnimi motnjami) (Eivors in Nesbitt, 2007). Pri nastanku MH gre za preplet več dejavnikov, ki se kažejo v neustreznih navadah hranjenja. Večinoma gre za kombinacijo večjega števila dejavnikov, ki osebo vodijo vztrajno, čeprav počasi v eno izmed MH (Croll in sod., 2002; Bevc in sod., 2003). Ti vzroki so odvisni od posameznikove ranljivosti, predispozicijskih faktorjev ter izpostavljenosti sprožilnim in zaščitnim dejavnikom. Kadar pa je moški že razvil začetek določene MH, pa je ohranjanje bolezenskega stanja odvisno od cele vrste kombinacijskih in zaščitnih dejavnikov, ki bodo odločili, ali bo moški ozdravel ali ne (Hrast in sod., 2008).

Dejavniki tveganja so lahko socio-kulturni, stigmatizacija debelosti, povečevanje vitkosti. Pomen TM in postave v različnih kulturah, vpliv oglaševanja in različnih medijev, povzroča pritisk k ohranitvi vitkosti in nezadovoljstva z lastnim telesom, vse pa vodi v razne diete in končno v patologijo hranjenja. Zaznavanje pritiska vitkosti lahko pomeni začetek KP, simptome BN in patološkega hranjenja (Hrast in sod., 2008).

Biološko genetski dejavniki tveganja so prevelika telesna masa novorojenčka, določene izrazite posameznikove lastnosti (Wizemann in Pardue, 2001). Dejavniki tveganja v družini (kronične duševne in telesne bolezni staršev, stalni prepiri med starši, nasilnost in gospodovalnost enega od roditeljev, neustrezno starševstvo, hrana kot sredstvo nadzora, telesne, spolne in duševne zlorabe (Serneck, 2010). Zgodovinska teža, psihične in fizične travme v otroštvu, depresije in sramote, telesna vadba, spolne zlorabe in spolna usmerjenost, komorbidna kemična usmerjenost, medijski pritisk telesna podoba (Horesh in sod., 1996; Strother in sod., 2012). Debelost v preteklosti ali pa vitkost pred nastopom bolezni botruje AN v 7 do 20% in BN v 18 do 40%. Model dietnega omejevanja kaže, da se tveganje za MKP in BN zvišuje pri omejevanju kalorij (Hrast in sod., 2008). Ogrožajoči življenjski dogodki, težave: So v 70% primerov sprožili vzroke za AN in BN (na področju tesnih dogodkov z družinskimi člani in prijatelji). Pri četrtini mladostnikov se zgodi hud neodvisen negativen dogodek v letu pred začetkom bolezni (Hrast in sod., 2008).

Dedni dejavniki tveganja kažejo dokaze več študij, da se v družinah kjer, je v preteklosti že bila prisotna AN ali BN, ponovno pojavi. Lahko se pojavijo MH v milejši obliki, ali v podobnih oblikah. Sklepa se, da je vzrok genetsko pogojen ter, da so enojajčni in dvojajčni dvojčki enako izpostavljeni vzorčnim dejavnikom okolja (Hrast in sod., 2008). Pri družinskih dejavnikih gre za porast motenj med sorodniki moških z AN in BN v prvem in drugem kolenu, obstaja višja stopnja zlorabe alkohola med sorodniki oseb z BN v prvem kolenu. Zloraba substanc v družini je dejavnik za BN, narašča tudi dokaz o MH pri fantih mater z MH, kot posledica porodniške travme, pokaže se tudi pretirano skrbno starševstvo pri AN v adolescenci (Hrast in sod., 2008).

Impulzivnost in dejavniki tveganja za patologije hranjenja se kažejo kot splošne težave na področju nadzora impulzov, posameznega moškega lahko naredijo občutljivega za epizode nekontroliranih MKP. Obstaja povezava med zlorabo substanc in patologijo BN (Hrast in sod, 2008). Perfekcionizem lahko neprestano spodbuja k idealu vitkosti, predstavlja dejavnik tveganja pri vzdrževanju patologije BN. Želja nastopati na modnih pistah marsikoga pripelje v kremplje AN (Hrast in sod, 2008). Kadar je moški že razvil začetek določene MH, pa je ohranjanje bolezenskega stanja odvisno od cele vrste kombinacijskih dejavnikov tveganja in zaščitnih dejavnikov, ki bodo odločili, ali bo moški ozdravel ali ne (Hrast in sod, 2008).

4.2.1 Prevalenca MH

Epidemiološke študije zagotavljajo podatke o pojavljanju motenj in trendov v določenem časovnem obdobju. V splošni populaciji so MH relativno redke. Bolniki ponavadi zanikajo ali prekrivajo svojo bolezen in se izogibajo strokovni pomoči. Prav to naredi skupne študije drage in neučinkovite. Veliko epidemioloških študij uporablja primere registrov ali zdravstvenih zapisov iz bolnišnic v omejenem območju in pogosto podcenjuje pojav MH pri splošnem prebivalstvu, saj niso vse primere zaznali splošni zdravniki ali pa v bolnišnicah za duševno zdravje. Razlike v stopnjah skozi čas pa so lahko posledice izboljšane zaznavanja primera, tudi zaradi povečanega javnega zavedanja, zgodnejšega odkrivanja in širše dostopnosti do storitev zdravljenja, namesto resničnega povečanja pojava (Hoek in van Hoeken, 2003). Dolgoročne epidemiološke študije so občutljive na manjše spremembe v absolutnih številkah (Williams and King, 1987; Hoek, 2006).

Incidenca je število novih primerov motenj v populaciji v določenem obdobju. Incidenčna stopnja MH je običajno izražena v smislu na 100 000 oseb na leto. Incidenčna stopnja, ki izhaja iz splošne prakse predstavlja MH v najzgodnejši fazi odkrivanja z strani sistema zdravstvenega varstva. Študija novega primera zagotavlja namige na etiologijo (Smink in sod., 2012). Razširjenost se lahko izrazi kot točka razširjenosti v enoletnem obdobju, je stopnja razširjenosti in prevalence. Prevalenca je razširjenost v določenem trenutku, npr. 1. januarja določenega leta. Enoletna razširjenost je točka plus letna incidenca (število novih primerov na leto). Prevalenca je delež ljudi, ki so imeli določeno motnjo na katerikoli točki v svojem življenju in je najbolj uporaben ukrep za načrtovanje, saj kaže povpraševanje po oskrbi. Dvostopenjsko presejanje je standardni postopek za oceno razširjenosti MH (Hoek in van Hoeken, 2003; VAN SON, Gabriele, E., in sod., 2006; Pelaez-Ferninez in sod., 2008).

4.2.1.1 Incidenca MH med letoma 2000 in 2009: ugotovitve iz splošne raziskovalne baze podatkov (GPRD)

To je bila najbolj celovita in prva študija do sedaj v osnovnem zdravstvu na področju MH, hkrati pa tudi prva študija o EDNOS. Gre za spremljanje 40 milijonov oseb. Pokazala je, da je letna starostna incidenca MH v Veliki Britaniji močno narasla med letom 2000 – 2009 kot posledica večjega števila novih diagnoz EDNOS v zadnji tretjini desetletja, medtem, ko je število novih diagnoz AN in BN je v teh letih ostalo nespremenjeno. Za ženske je bil vrhunec MH med 15 – 19 letom, incidenca 0,2% prebivalstva v letu 2009. Pri moških je bil vrh starosti pojava od 15-19 let za AN, od 10 - 14 za EDNOS in od 20 - 29 let za BN. Moški v Veliki Britaniji pogosteje prejmejo

diagnozo EDNOS. Prevalenca dosmrtna BN je pokazala 2-kratno pojavnost v splošni praksi, vendar je bilo razmerje bližje 1 za diagnosticiranje BN in AN kar kaže, da moški niso diagnosticirani v splošni praksi. Pokazala se je povečana pogostnost AN med mladostnicami leta 1990, kar kaže, da je to lahko najpogostejša novo nastala MH najstnic po depresiji, medtem ko je bila starost 15-19 let vrhunec ob diagnozi AN. V tej raziskavi so ugotovili stopnjo pojavnosti za dekleta v tej starostni skupini 49,6 / 100 000 v letu 2009, nižji od 109,2 / 100 000 oseb na leto, kot so poročali v nizozemski študiji. Prihodnje raziskave, bi morale razjasniti ali je povečanje v tej študiji odraz resnično povečane skupnosti ali boljšega zaznavanja. Te ugotovitve so pomembne za zagotavljanje zdravstvenega varstva in razumevanje težav MH (Micali in sod.,2013). GPRD je eden največjih virov podatkov primarne nege na svetu.

Namen te raziskave je bila tudi ocena letne incidence diagnoze MH (glede na razliko v letih, glede na spol in na podvrste MH: AN, BN in druga, nespecifična MH EDNOS v primarni skrbi v obdobju 10 let v Združenem Kraljestvu. Namen je bil tudi preučiti spremembe v omenjenem obdobju in opisati najpogostejšo starost ob prvi diagnozi.

Podatki so bili vzeti iz registra General Practice Research Database, ki predstavlja približno podatke 5% prebivalstva Velike Britanije (podatke je prispevalo 400 splošnih zdravnikov, ki so spremljali kumulativno več kot 40 milijonov oseb na leto: demografski podatki, medicinske diagnoze, nenadno smrt, informacije, ki so jih dali posamezniki. Sodelovali so vsi pacienti, ki so bili prvič diagnosticirani z AN, BN ali EDNOS in bili pri zdravnikih registrirani najmanj 6 mesecev pred prvim zabeleženjem diagnoze, ter bili v tem času stari od 10 - 49 let). Izbrali so ta starostni razpon, ker je zelo redko število primerov pred 10 in po 49 letom (Currin in sod., 2005). Veljavnost diagnoz in narava informacij o kliničnih diagnozah v GPRD je bila večkrat potrjena, ugotovljena je bila tudi visoka kakovost za namen epidemioloških raziskav (Jick in sod.,1992; Jick, in sod., 2003), imele pa so tudi pozitivno napovedno vrednost > 90% (Turnbull in sod., 1996, Herrett in sod., 2010). Primeri so razvrstili glede na MH, pri čemer EDNOS primeri niso imeli predhodne ali naknadno diagnoze AN ali BN v tem obdobju. Pridobilo se je informacije o TM, višini, ITM. Evidenco bolnikov, ki so imeli več kot eno diagnozo AN in BN v 3 mesecih so uporabljali za razvrstitev bolnikov v vrste MH z algoritmi. Izračunane so bile splošne letne in starostno-standardizirane stopnje incidence. 9072 pacientov je bilo prvič diagnosticirano z MH. Starostno-standardizirana stopnja incidence za vse, ki so bili diagnosticirani z MH, se je za starosti od 10- 49 let povečala iz 32.3 na 37.2 na 100 000 prebivalci med 2000 in 2009 letom. Incidenca AN in BN je bila stabilna, ampak incidenca EDNOS je narasla. Incidenca za diagnosticirane paciente z MH je bila najvišja za deklice med letom 15-19 letom in za dečke med 10 in 14 letom. Študija je bila izvedena s podatki od 1. januarja 2000 do 31. decembra 2009. Identificirali so 9120 bolnikov z prvokrat postavljeno diagnozo MH (AN, BN ali EDNOS). Skupno 2.134 primerov (23,5%) je bilo razvrščenih kot primeri obravnavani v času študijskega obdobja; 3.433 primerov (37,8%) je bilo obravnavanih kot primeri BN; in 3505 (38,6%) so bili razvrščeni kot primeri EDNOS. Sklep, ki ga raziskava navaja je, da se je starostna incidenca MH povečala v primarni negi med 2000-2009. Nova diagnoza EDNOS se je povečala in prav EDNOS je najbolj pogost v primarni negi. Ključno sporočilo je, da se je incidenca spreminjala glede na vrsto in spol MH. V 10 letih je v okviru študije prišlo do znatnega povečanja diagnosticiranih MH, tako pri ženskah kot pri moških. Letna stopnja pojavnosti je bila v letu 2000 z

diagnosticirano motnjo hranjenja 33,0 (95% interval zaupanja 30,7-35,3) in 36,8 (95% interval zaupanja 34,4-39,2) na 100 000 prebivalcev v letu 2009.

Stopnja pojavnosti med spoloma je specifična. Obstajajo dokazi, da se je celotna pojavnost MH v tem obdobju enakomerno povečevala, pri ženskah in moških v starosti od 10-49 let. Incidenca diagnosticiranih MH v zadnjih 3 letih v obdobju od 2007- 2009 je bila višja kot v obdobju 2000- 2002 z vrhom 63,8 (59,7- 68,2) na 100 000 v letu 2008. Starost MH pri ženskah se je znatno povečala med letoma 2000 in 2009 od 51,8 (95% interval zaupanja 50,6-52,9) na 62,6 (95% interval zaupanja 61,4-63,8) v letu 2009 ($p < 0,00001$). Incidenca AN pri ženskah pa je bila stabilna v času študija kljub nekaterimi manjšim nihanjem po letih. Incidenca BN je ostala stabilna, je pa stalno naraščala EDNOS. Leta 2000 je bilo pojavnost 17,7 (95% interval zaupanja 15,5-20,0) na 100 000 v primerjavi s 28,4 (95% interval zaupanja 25,6-31,4) na 100 000 v letu 2009. Prišlo je do znatnega povečanja v letu 2009 v primerjavi z letom 2000 ($p < 0,00001$) in tako v tem času postala najpogostejša MH pri ženskah starih 10 - 49 let.

Moškim se je v obdobju raziskave incidenca diagnosticiranih MH povečala od 5,6 (95% interval zaupanja 5,3-6,0) v letu 2000 na 7,1 (95% interval zaupanja 6,7-7,5) v letu 2009 ($p < 0,00001$). V tem času je ostala incidenca diagnosticirane AN nespremenjena. Razlika med letoma 2000 in 2009 ni bila statistično značilna. Incidenca BN pri moških je tudi med letoma 2000 in 2009 ostala stabilna. EDNOS je bila pri moških najpogosteje diagnosticirana v času študija 3,4 (95% CI 2,4-4,7) v letu 2000 in 4,2 (95% CI 3,1-5,5) v letu 2009, kar predstavlja 24% povečanje med 2000-2009 letom. Starost pojava v letu 2009 je bila najvišja za AN, BN in EDNOS za dekleta med 15 in 19 let.

Leta 2009 je bila stopnja pojavnosti za diagnosticirano MH pri moških, starih do 10 do 49 let 7,1 (95% interval zaupanja 5,7- 8,8) na 100, 000 prebivalcev. Vrhunec starosti pri moških za AN je bil pri 15-19 letih. Diagnosticirana BN doseže vrhunec med 20 in 29 letom z 4,7 (95% CI 2,6-7,8) na 100 000 prebivalcev. V nasprotju z ženskami, so EDNOS diagnoze pri fantih v starosti 10 do 14 let (IR 15,0 / 100 000, 95% CI 9,1-23,2). EDNOS je najpogosteje diagnosticiran MH pri moških, starih od 10- 49 let (IR 4,2 / 100 000, 95% interval zaupanja 3,1-5,5). Leta 2009 so bile MH v razmerju ženska moški 11,8: 1 za AN, 14,9: 1 za BN in 7,7: 1 za EDNOS.

4.2.1.2 Evropa

Zdravje je pomembna prednostna naloga za Evropo, zato pa je potrebno sprejeti ustrezno zdravstveno varstvo. EU ima pooblastilo za dopolnjevanje nacionalnih ukrepov na področju zdravja, zaščite ljudi pred nevarnostmi za zdravje in boleznimi, spodbujanje zdravega načina življenja in pomoč nacionalnim organom v EU, pri sodelovanju glede zdravstvenih vprašanj (Social statistic, 2012). Evropski statistični podatki o zdravju so pridobljeni iz upravnih podatkov in raziskovanj. Upravni podatkovni viri so osnova za pomembne zbirke statističnih podatkov kot so vzroki smrti, nesreč pri delu, zdravstvenega varstva izdatkov človeških in tehničnih virov ter dejavnosti. Zdravstvena statistika EU zbira statistične podatke za ocenitev zdravstvenih vprašanj, učinkovito oblikovanje politike in ciljev prihodnjih ukrepov, za to pa potrebuje statistične informacije, ki morajo temeljiti na nizu skupnih zdravstvenih kazalcev EU, ki je vseevropski dogovor glede definicije, zbiranja in uporabe (npr. EU zdravstveni kazalniki skupnosti in kazalniki let zdravega življenja). Prvo obdobje ukrepov na področju javnega zdravja je zajel obdobje od leta 2003 – 2008, drugi od leta

2008 – 2013. Strateški okvir ima štiri glavna načela in tri strateške teme za izboljšanje zdravja v EU. Ta načela so: pristop, usmerjen v vrednosti, prepoznavanje povezav med zdravjem in gospodarsko blaginjo, vključevanje zdravja v vse politike, okrepitev glasu EU v globalnih zdravstvenih vprašanjih. Strateške teme pa vključujejo spodbujanje dobrega zdravja v starajoči se Evropi, varovanje državljanov pred nevarnostmi za zdravje in prizadevanje za razvoj dinamičnih zdravstvenih sistemov in novih tehnologij. Po uredbi 1338 / 2008, ki jo je sprejel evropski parlament in Svet decembra 2008 mora statistika zagotoviti ustrezne informacije za vse države članice EU za spremljanje ukrepov Skupnosti na področju javnega zdravja ter zdravja in varnosti pri delu, na področjih zdravstvenega stanja in determinante zdravja, zdravstvenega varstva, vzrokov smrti, nesreč pri delu in poklicnih boleznih ter drugih zdravstvenih težav in boleznih (Social statistic, 2012). Ker je incidenca duševnih motenj med vsemi boleznimi v najbolj strmem vzponu, se bo ekonomsko breme (izguba produktivnosti, stroški zdravstvenega in socialnega varstva) zaradi duševnih boleznih iz sedanjih 10% do leta 2020 dvignilo na 15%, kar bo preseglo ekonomsko breme koronarne bolezni (Šprah in sod., 2011).

4.2.1.3 Rezultati raziskave EBC leta 2010

Raziskava je zajela 19 večjih skupin možganskih boleznih v 30 evropskih državah, vključenih je bilo 514 milijonov prebivalcev (EU 27 držav, Islandija, Norveška in Švica). Prispevek je podal tudi oceno stroškov motenj v delovanju možganov tudi za Slovenijo v letu 2010.

Cilj je bil oceniti število bolnikov z določenimi možganskimi boleznimi v Sloveniji za leto 2010, skupne stroške posamezne bolezni na bolnika ter skupne stroške posamezne bolezni. Pripravili so ocene prevalence in stroškov za 19 skupnih možganskih boleznih in motenj (skupaj preko 100 diagnoz, definiranih v MKB-10): bolezni odvisnosti, anksiozne motnje, motnje razpoloženja, neoplazme možganov, razvojne bolezni, demenco, epilepsijo, duševno manj razvitost, migreno, multiplo sklerozo, živčno mišične bolezni, Parkinsonovo bolezen, osebnostne motnje, psihotične motnje, motnje spanja, somatomorfne motnje, poškodbe možganov pa tudi MH. Podatke so obdelali s pomočjo statističnega modela skupnih stroškov bolezni na evropski ravni. Upoštevani so bili nacionalni statistični podatki, dostopni preko Eurostata. Nacionalne stroške so v evropskem modelu prilagodili na vrednosti za leto 2010. Ekonomski in epidemiološki podatki so bili združeni po načelu, ki upošteva prevalenco bolezni. Tak pristop je manj občutljiv za letna nihanja v incidenci, smrtnosti zaradi bolezni, velikosti populacije in stroškov zdravstvene obravnave. Rezultat so skupni stroški možganskih boleznih v Sloveniji in so za leto 2010 ocenjeni na 2.425 milijarde EUR, to je 7 % bruto domačega proizvoda. Razres skupnih stroškov po bolezenskih skupinah za Slovenijo je v tem letu predstavljal 2,6 bolnikov z MH pa je bilo 5.951 .

Zaključek raziskave Evropskega sveta o stroških možganskih boleznih v letu 2010 temelji na najboljših trenutno dostopnih podatkih o teh boleznih v Evropi. Uporabljeni stroškovni model omogoča pridobitev podatkov tudi za države, kjer je na voljo le malo izvirnih podatkov. Zaključki raziskave EBC kažejo, da so možganske bolezni najpomembnejši zdravstveni problem v evropski, pa tudi slovenski družbi. Rezultati raziskave so skladni z administrativnimi podatki o splošni porabi denarja za zdravstvo v Evropi in so lahko v pomoč zdravstvenim službam, zdravstveni politiki, farmacevtski industriji, bolniškim, nevladnim organizacijam, pri premisleku o ustreznosti trenutnih

vlaganj v raziskave, razne obravnave in izobraževanje. Ob predstavitvi rezultatov prve raziskave Evropskega sveta za možgane 2010 o stroških možganskih boleznih v letu 2004 so opozorili isto, kar velja za leto 2010, da v Sloveniji še vedno nimamo na voljo dovolj epidemioloških in zdravstveno-ekonomskih podatkov o možganskih boleznih (Bon in sod.,2013).

4.2.1.4 Slovenija

Velja omeniti, da je bilo v Sloveniji narejenih le malo raziskav v zvezi z MH pri moških in zato imamo le malo podatkov. V letih 1972, 1985 in 1996 pa je bil opravljen BSQ (vprašalnik o zaznavanju telesnih oblik), ki je pokazal naraščanje MH pri moških že od leta 1972. EAT (Eating attitude test) je test prehranskih stališč in zanesljivo merilo ugotavljanja prehranskih motenj v vedenju. BSQ je vprašalnik o telesni obliki in merilo zaznavanja lastnega telesa. Če je moški dosegel visok rezultat na testu EAT, ga je tudi na testu BSQ. To dokazuje, da lahko uporabimo BSQ kot eno od mer za diagnosticiranje, pridobivanje informacij o posameznikovih mislih in rokovanju pri MH. Nezadovoljstvo z lastnim telesom in naraščajoči trend rezultatov na BSQ lahko kaže povečan vpliv medijev. (Mikuš Pandel, 2012)

Podatki Statističnega urada Republike Slovenije (NPDZ. 2014-2018) v januarju 2009 o aktivnem prebivalstvu (med 18 – 65 letom) poročajo o 946.157 osebah. Podatkov za leto 2010 oziroma 2011 še ni na voljo. V Republiki Sloveniji ne zbiramo rutinskih podatkov o pozitivnem duševnem zdravju in varovalnih dejavnikih, nimamo natančnih podatkov o obolevnostni za duševnimi motnjami odraslih, zato sklepamo na pojavnost duševnih motenj iz podatkov iskanja pomoči in treh presečnih raziskav. V letu 2006 je bila izvedena raziskava o Duševnem zdravju Slovencev, v letu 2007 anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu, in 2008 rezultati CINDI o presejanju, sistematičnem odkrivanju in celostni obravnavi depresij v Sloveniji. Podatki raziskave Eurobarometer (duševno zdravje iz leta 2010) prikazujejo podatke o duševnem zdravju v primerjavi s EU poprečjem (NPDZ. 2014-2018).

Med letoma 2004 - 2008 se je povečalo doživljanje stresa zaradi obremenitev na delovnem mestu. V osrednjeslovenski, gorenjski in notranjsko-kraški regiji je najbolj ugodna ocena MH glede dimenzije zdravja, v zasavski, koroški, savinjski regiji pa najmanj ugodna ocena. Po izsledkih raziskav naj bi 60-70% slovenskega prebivalstva pilo alkohol v mejah manj tveganega pitja, 13-20% pa naj bi to mejo preseglo. Med letoma 1981-2005 smo Slovenci vsako leto presegli kritično količino 10 litrov popitega čistega alkohola na prebivalca, kar pomeni veliko tveganje za razvoj zdravju škodljivih posledic in ogrožanje blaginje ljudi. Zaradi vzrokov, ki jih pripisujemo alkoholu smo v stopnji umrljivosti presegli povprečje evropskih držav, ki imajo podobno stopnjo umrljivosti in rodnosti kot mi. Podatkov o prevalenci duševnih motenj za Slovenijo nimamo (NPDZ. 2014-2018).

Razlogi prvih obiskov primarne in sekundarne zdravstvene mrežem, zaradi duševnih motenj v starostni skupini 20 do 64 let v Sloveniji l. 2010, je bila v skupini duševnih motenj F50 - F59 (vedenjski sindromi povezani s fiziološkimi motnjami) na primarni ravni 3992 vseh oseb, od tega 1941 moški in 2051 žensk, na sekundarni ravni pa 209 moških in 492 žensk, skupno 701. Skupno je bilo hospitaliziranih 40 oseb od tega 6 moških in 34 žensk. Podatek 2006 kaže, da je bilo od 1,2 % vseh hospitalizacij 0,21 % bolniškega staleža zaradi alkohola. Prav zaradi alkohola je bilo večino smrti,

hospitalizacij in bolniškega staleža pri moških. Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola ter alkoholna bolezen jeter prevladujejo pri obeh spolih Slovenija se uvršča med države z najvišjim količnikom samomorov (NPDZ, 2014-2018).

Incidenca v Sloveniji je bila 1998 leta za AN pri moških na 100 000 prebivalcev 0,7 kar je 12 krat manj kot žensk, za BN je zbolelo 0,7 moških na 100 000 prebivalcev, kar pomeni 1:18 v primerjavi z ženskami (Peterka Novak, 2007). Incidenca v Sloveniji za AN in BN je bila 1 na 1000 moških. Incidenca in prevalenca od leta 2004 ne naraščata (Serbec, 2010).

4.2.1.5 Prevalenca MH pri moških

Swanson in sodelavci (Swanson in sod., 2011) so po podatkih iz National Survey komorbiditete naredili raziskavo na vzorcu 10.123 mladostnikov, od 13 – 18 leta in odkrili stopnjo AN 0,3%, BN 0,9%, MKB 1,6%, SAN 0,8%, SBED 2,5%. MH pri mladostnikih je pogosto povezana s funkcionalno okvaro in samomorilnostjo. Večina najstnikov, ki so imeli diagnozo AN, BN in MKB, je v zadnjih 12 mesecih poročala o pomembni okvari pri AN v 97%, BN v 78% in MKB v 63%. BN in SAN so povezani s samomorilnim načrtovanjem, BN in BED pa s poskusi samomora AN v 4,0%, BN v 3,9%, MKP v 5,2%.

Razširjenost MH s pomočjo DSM- IV meril še ni na voljo. Uporaba merila DSM IV za AN kaže razširjenost AN pri moških, vendar obstaja le malo podatkov (Machado in sod., 2007; Swanson in sod., 2011; Stice in sod., 2013). Ugotovili so večji delež med moškimi z omejevalnimi MH (Madden in sod., 2009; Nicholls in sod., 2011; Pinhas in sod., 2011). Razširjenost BN med moškimi mladostniki je 0,5% (Swanson in sod., 2011; Stice in sod., 2013). Pojavljanje BED je pri 0,3 do 1 % moških in je povezan z razvojem debelosti (Sonneville in sod., 2013) in pogostejše pojavljanje bolezni med moškimi kot ženskami (Fisher in sod., 2014; Forman in sod., 2014; Nicely in sod., 2014).

4.3 Zdravljenje MH

Danes poteka odkrivanje, posredovanje in zdravljenje MH na več načinov, tako se lahko zmanjša tveganje za napredovanje bolezni, ponovitve in zdravstvene zaplete (Greenfield in Shore, 1995). Pomembno pa je, da se MH odkrije dovolj zgodaj in je oseba motivirana za zdravljenje, saj so le tako tudi uspehi zdravljenja večji. Po priporočilih Ameriške psihiatrične zveze pred začetkom zdravljenja zdravnik opravi pregled in oceno obolele osebe, tako lahko določijo ustrezne cilje zdravljenja. Opredeli zdravstvene zaplete, določi TM, oceno suicidalnosti in motivacije za okrevanje, sočasno odkriva druga obolenja, načrtuje pristope k hranjenju in spremembi TM ter oceni sposobnosti obolelega, da skrbi sam zase, oceni njegovo vedenje povezano z bruhanjem in čiščenjem, pritisk okolja in razpoložljivosti zdravljenja. Po oceni bolniku ponudi različne možnosti zdravljenja in pri izraziti podhranjenosti bolnika napoti direktno k internistu

Zdravljenje MH je pri moških lahko ambulantno, bolnišnično, psihosocialno ali v skupinah za samopomoč. Obsega tehnike kognitivnih vedenjskih principov z obvladovanjem čustev na drugačen nov način in spremenjenim načinom prehranjevanja ob sodelovanju družinskih članov, kadar TM še ni padla pod 70% sicer normalne TM in

bolnik ni življenjsko ogrožen, biokemični status pa je v mejah normalne vrednosti in je metabolično stabilen. Gre za vključitev v skupinsko in kognitivno vedenjsko terapijo, medosebne psihoterapije, vodeno samopomoč in manualno terapijo, zdravljenje z antidepressivi in zdravili za druge psihiatrične zdravstvene težave ter izobraževanje o prehrani (APA, 2006). Cilj je doseči ITM 19 do 25 ter mu pomagati, da se bo začel normalno prehranjevati, glede na njegovo starost, opravljeno delo in življenjski slog. Obenem pomagati pri izogibanju raznim načinom nižanja TM in spopadanju z vsakodnevnimi težavami na konstruktiven način z izboljšanjem predstave in ocene samega sebe ne glede na videz in TM (Černelič Bizjak, 2009). *Bolnišnično zdravljenje* je odvisno od pacientove TM, srčnega in presnovnega stanja, ki pogojujeta stopnjo bolezni in potrebo po sprejemu v bolnišnico, ki pa je nujna, kadar je posameznikova zdrava TM manjša od 75%, ITM pod 15 in še vedno odklanja hranjenje ali pa TM še vedno pada kljub maksimalnim ambulantnim posegom in nastane fizična nestabilnost. Resne fizične spremembe so spremembe elektrolitov ali presnove, hematemesi, vitalne spremembe z ortostatsko hipertenzijo in srčnim utripom manjšim od 40 ali večjim od 110 na minuto, nezmožnostjo ohranjanja TM, z sočasnimi psihiatričnimi boleznimi (depresivnostjo, samomorilnost). Prepoznavanje MH se pri moškem prične z dolgim razgovorom, ob prehranski rehabilitaciji se vzpostavi pravilnost elektrolitov in istočasno zdravi psihiatrične motnje. Cilj zdravljenja je pridobitev TM, nato nadaljevanje zdravljenja v obliki psihoterapij (Černelič Bizjak, 2009), potrebno je vzpostaviti zdrave prehranjevalne odnose, spremeniti nefunkcionalne misli, povezane z motnjami prehranjevanja, pridobiti družinsko podporo in zagotoviti družinsko svetovanje (Fairburn in sod., 2009). Zdravljenje pri BN in MKP je potrebno v bolnišnici, kadar se napadi prenejanja pojavljajo vsak dan ali večkrat tekom dneva, ob telesnih težavah, šibkosti in vrtoglavosti, pri drugih duševnih motnjah, strahu in depresiji (Reich in sod., 2009). Adolescentne bolnike se zdravi tako kot odrasle z vključevanjem družine in prilagoditvijo glede na starost, stopnjo razvoja in okoliščine (Hrast in sod., 2008).

V bolnišnicah so usposobljeni za delo z pacienti z MH psihiatri, psihologi, dietetiki, medicinske sestre. Delo z moškimi, ki imajo MH je za zaposlene zelo naporno, čustveno izčrpavajoče, zato je še kako pomembna supervizija, ki omogoča zaposlenim integracijo poklicnih znanj in spretnosti, ter osebni razvoj strokovnih delavcev, ki so v stalnem odnosu z ljudmi. Pri interviziji 3 do 6 članov skupine strokovnjakov s podobno stopnjo profesionalne usposobljenosti in delovnih izkušenj opravljajo supervizijo drug z drugim na osnovi vprašanj, iz njihovega delovnega okolju. Gre za osebno učenje in pomoč drug drugemu ob opravljanju poklicnih nalog (Pandel Mikuš, 2003). Kasneje kot so MH diagnosticirane, manjša je možnost predelave in učinkovitih terapevtskih posegov, to pa vodi v povečano tveganje resnih posledic, vključno smrti.

4.3.1 Medikamentozno zdravljenje

Medikamentozno zdravljenje se izvaja pri BN in MKP z antidepressivi za omejitev napadov hranjenja ter istočasno zdravljenje depresij, anksioznosti in obsesij (Reich in sod., 2009). Prozac kot selektivni zaviralec ponovnega privzema serotonina je edino odobreno zdravilo pri zdravljenju BN (Powers in Bruty, 2008; Wilfey in sod., 2008), kadar gre za psihozo pa je zdravljenje z nevroleptiki. Pri AN je zdravljenje z antidepressivi v fazi obnavljanja telesne mase, normalnega vedenja prehranjevanja in lajšanja z zdravljenjem povezanih psihiatričnih simptomov, zmanjšanje anksioznosti (Zerbe, 2008; Crow in sod., 2009). Z zaviralci ponovnega privzema serotonina pri

depresivnih, obsesivnih ali kompulzivnih simptomih, pri veliki anksioznosti pa z benzodiazepini. Pri zdravljenju MH, se uporablja tudi triciklične antidepresive, vendar je večje tveganje za srčne zaplete, aritmije in hipotenzijo (Reich in sod., 2009).

4.3.2 Vedenjsko kognitivno zdravljenje

Je uspešnejše, ob predpisanem novem režimu prehrane, vpliva na spremembo vedenja in stališč (Černelič Bizjak, 2009). Psihoterapija pomaga pri spreminjanju vzorcev čustvovanja in socialnih vzorcih ob vključitvi družinskih članov (Erzar, 2007). Terapevtova naloga je pomoč bolniku, da le ta opusti nadzor nad apetitom in se začne zavedati nevarnosti svojega početja in prodre v lastna čustva, saj se le tako lahko počuti osvobojen krive, sramu in strahu. Psihosocialno zdravljenje je potrebno med hospitalizacijo pa tudi po odpustu (Hudson, 2006; Keski, 2008; Hebebrin in Hinney, 2009; Lee in sod., 2010). Vključuje podporne terapije in kognitivne vedenjske tehnike, ki so se izkazale za koristne zlasti pri izgubi TM, kjer je cilj zmanjšanje popivanja (Wilson in sod., 2010), pa tudi pri zdravljenju AN, še zlasti z dodatkom hranilne sestavine (Attia in Walsh, 2009).

4.3.3 Terapevtske in podporne skupine

So lahko koristne kot dodatno zdravljenje in preprečevanje ponovitev. Družinska in zakonska terapija je koristna v primerih neurejenih družinskih vzorcev in medosebne stiske. Vodeni priročniki za samopomoč lahko zmanjšajo število čistilnih epizod pri nekaterih bolnikih z BN (Bailer in sod., 2004). Računalniško podprta zdravstvena vzgoja izboljša znanje in odnos bolnika (Durang in King, 2003).

Na začetku zdravljenja se večino moških počuti slabo, niso jezni, ne razočarani, ne osramočeni ali zavistni imajo pa izkrivljeno zaznavanje telesa in telesnih potreb. Med zdravljenjem se naučijo sprejeti boljši odnos do svojih občutij (Reich in sod., 2009). Pravočasen začetek terapije, uspešno sodelovanje in medsebojno zaupanje med bolnikom in timom pogojuje uspešnost psihoterapije. Moški so za zdravljenje včasih slabo motivirani, prisotne so lahko druge bolezni (droge, alkohol), bolezen poteka z poslabšanji in ponovitvami (Reich in sod., 2009).

4.3.4 Prisilno zdravljenje

Prisilno zdravljenje je bilo vedno sporno za katerekoli psihiatrično motnjo, zlasti še za MH in obstajajo kljub pravnim obveznostim različna mnenja. Bolniki, ki imajo MH in z tem ogrožajo svoja življenja pogosto zavrnejo sprejem v bolnišnico, niso globalno nesposobni, imajo pa oslABLJENE misli, zaznavanje, obnašanje, presojo in sposobnost izpolnjevanja navadnih zahtev (Applebaum in Rumpf, 1998). Prisilno zdravljenje je lahko neproduktivno in negativno vpliva na terapevtski odnos. Pravne obveznosti za neprostovoljno zdravljenje so dokaz, da je psihiatrična motnja prisotna, nevarna za življenje bolnika zaradi samomora ali malomarnosti, bistvenega pomena za nego, ki jih je motnja povzročila in bolnik zavrača zdravljenje. Varovala v pravnem postopku za zaščito pravic posameznika pa so: kodeks etike zdravstvenih delavcev, pravno zaslišanje v 48 urah (sodišče, zagovornik, zunanji psihiater). Opravljena 7 letna študija na 397 bolnikih sprejetih na bolnišnično zdravljenje je pokazala, da je trajalo zdravljenje, pri neprostovoljnih zdravljenih pacientih z MH bistveno dalj časa in z več hospitalizacijami. Ti bolniki so ob sprejemu imeli nižjo TM, in so potrebovali več

zdravljenj, ni pa bilo podatkov o stopnji obnove TM med prostovoljnimi in neprostovoljnimi bolniki. Študija je tudi pokazala, da manjši del bolnikov z MH ne bo iskal pomoči, razen, če bodo z zakonom prisiljeni v zdravljenje. Določen del bolnikov, ki se je moral pričeti zdraviti prisilno pa je pokazal dober odziv zdravljenja. Večina prisilnih bolnikov je kasneje tudi potrdila nujnost hospitalizacije in dobro sprejela postopke zdravljenja. Nekateri raziskovalci so odkrili, da so imeli prisilno zdravljeni pacienti od zdravljenja malo ali sploh nobene koristi, ali pa so prav ti pacienti, ki so sprva odklanjali zdravljenje imeli pozitivne poglede na hospitalizacijo in bi želeli ob ponovitvi svoje nevarne težave ponovno v bolnišnico (Shannon, 1976; Gove in Fain, 1977; Weinstein, 1979; Kane in sod., 1983; Beck in Golowka, 1988). To kaže negativen odnos bolnikov do njihove hospitalizacije in pomoči, ki jim je bila nudena (Hiday, 1996).

4.4 Vloga prehranskega svetovalca- dietetika pri zdravljenju MH

Zdravljenje MH zahteva sodelovanje različnih strokovnjakov in timski pristop zdravljenja prav zaradi kompleksnosti in večplastnosti. Tak pristop ima pomembno vlogo pri zagotavljanju prehranske podpore in preprečevanju zapletov (Beverly, Ozier, 2006). Prehranski svetovalci imajo ključno vlogo pri zdravljenju oseb, ki trpijo zaradi MH, v timu je nepogrešljiv (Mahan in sod., 2012) in je vključen v ocenjevanje, zdravljenje, spremljanje oseb z MH. Ima spretnosti in znanja na številnih področjih, vključno s prehrano, fiziologijo, sociologijo in psihologijo (Cockfield in Philpot, 2009). Vsa ta znanja uporablja pri podpori osebam, katerim hrana, TM, apetit predstavljajo vsakodnevno preokupacijo.

Bistveni del zdravljenja oseb z MH predstavlja prehranska podpora vključno z prehranskim svetovanjem, ki pripomore k normalizaciji prehranskih vzorcev in prehranskega statusa (Cockfield in Philpot, 2009). Dietetik ocenjuje prehranske potrebe posameznika, seznanjen je z najnovejšimi informacijami o hranilni sestavi posameznih živil ter se neprestano izobražuje na področju prehrane in MH. Na ta način lahko obolelim za MH posreduje natančne, verodostojne, pomembne informacije, ki bodo bolniku v pomoč pri zdravljenju (Birmingham in Beumont, 2004; Ozier in Henry, 2011). Dietetik pri zdravljenju MH lahko deluje kot specialist v multidisciplinarnem timu, kot svetovalci drugim zdravstvenim delavcem, vodi prehranska izobraževanja in predavanja, ki zajemajo učenje zdravega prehranjevanja in osnove fiziologije, deluje kot soterapevt pri zdravljenju in v terapevtskih skupinah, kjer ima hrana pomembno vlogo (skupine za samopomoč pri hujšanju), vodi posvete in sestanke z obolelo osebo. Z bolnikom sodeluje tudi po končanem zdravljenju, skupaj z obolelim pregleduje prehranski dnevnik, oblikuje prehranski načrt, spremlja napredovanje hujšanja ali pridobivanja TM in po potrebi prilagaja prehranski načrt, sodeluje z družinskimi člani in jim nudi oporo (NHS. 2006).

4.4.1 Poglavitna področja delovanja prehranskega svetovalca - dietetika

Prehransko ocenjevanje in prehranska ocena se od bolnika do bolnika razlikuje, saj je prehransko ocenjevanje odvisno od: a) ali je bolnik ambulantno zdravljen ali hospitaliziran, b) časa, ki je minil od zadnjega prehranskega ocenjevanja in c) ugotovljenega prehranskega stanja bolnika.

Prehranska ocena vključuje: trenutni in pretekli prehranski vnos, prehranjevalne navade in informacije o TM, uporabo drugih oblik oziroma pripomočkov za hujšanje, npr. bruhanje, uporaba odvajal, diuretikov in tablet za hujšanje, preteklo hujšanje in zatekanje k dietam, vključno tudi z drugimi družinskimi člani, znanje o zdravi prehrani, štetju kalorij, razporeditvi posameznih obrokov, združevanju posameznih živil, telesni aktivnosti (kdaj, kolikokrat, intenzivnost), oceno motiviranosti in postavitev ciljev, izračun prehranskih potreb za vzdrževanje in povečanje TM (po potrebi), načrt zdravljenja.

Prehransko izobraževanje se osebam z MH zdi nepotrebno in se ga velikokrat spregleda, prav zaradi njihovega »obširnega« znanja o prehrani. Vendar pa izobraževanje predstavlja pomemben del na poti k njihovi ozdravitvi. Osebe z MH se pogosto osredotočajo na štetje kalorij, izogibajo maščobam in ogljikovim hidratom. Ne moremo govoriti, da je izogibanje OH in M manj pomemben vidik prehrane. Zgoraj omenjena restrikcija lahko privede do pomanjkanja makro in mikro hranil v prehrani. Pri nekaterih je rezultat MH, pri drugih pa je k temu botrovalo neustrezno prehranjevanje že pred nastopom MH. Dietetik skupaj z obolelo osebo pregleda zdajšnji prehranski vnos, povpraša po njegovih prehranskih »pravilih« in zagotovi natančne informacije o prehrani in fiziologiji ter obolelim tako pomaga pri prehodu na ustrezno prehrano (Loria, 2009).

Določanje ciljev mora biti skupno z dietetikom in obolelo osebo, ki določi realističen in dosegljiv prehranski vnos, ciljno TM ter potek pridobivanja TM. Cilji morajo biti majhni, saj so lažje dosegljivi, važen je pogovor o bolnikovih pričakovanjih in željah glede ozdravitve. Potrebno je poudariti, da se ciljno TM v ambulantnem zdravljenju doseže počasneje kot v bolnišničnem zdravljenju.

Prehranska podpora je v pomoči dietetika osebam z MH pri ponovnem vzpostavljanju normalnega odnosa in zaupanja v hrano in hranjenje. Ker so osebe dolgo časa sledile omejevalnim in nenormalnim prehranskim vzorcem, lahko postane njihovo prepričanje o hrani in prehranjevanju zelo izkrivljeno in togo. Slabe prehranske vzorce je težko spremeniti, tudi pri zelo motiviranih osebah. To vsekakor zahteva kršenje številnih prehranskih »pravil« ter vključuje tveganje in eksperimentiranje. Dietetik predstavlja najboljšo osebo, kateri uspe vzpostaviti zaupanje pri oboleli osebi in ji pomaga doseči spremembe (NHS.- 2006). Dietetik naj bi v procesu zdravljenja po navodilu ameriškega združenja dietetikov, osebo, ki trpi zaradi MH, seznanil in poučil tudi o naslednjih temah: koliko in kakšno hrano potrebuje posameznik za normalno delovanje telesa, o simptomih stradanja in sindromu ponovnega hranjenja, posledicah pomanjkanja maščob in beljakovin, posledicah zlorabe odvajal in diuretikov, presnovi, kako omejevanje prehranskega vnosa in uporaba odvajal ali diuretikov vpliva na hidracijski status, o prehrani pred in po telesni aktivnosti, o pojavu osteoporoze, razliki med telesno in čustveno lakoto, o lakoti in občutku sitosti, vzdrževanju TM. Priprava uravnoveženih obrokov je glavna tema prehranskega izobraževanja. Ob piramidi zdrave prehrane se v sestavo obrokov vključi vse skupine živil. Učenje vloge beljakovin, maščob, ogljikovih hidratov v prehrani pokaže bistvenost pomena za zdravje. Pogosto osebam z MH primanjkuje tudi vitaminov, zlasti B1, B6, B12, folne kisline in mineralov kot so kalij, kalcij in magnezij (Reich in sod., 2009). Dietetik lahko ozavesti pacienta s pogovorom o porabi energije in neustreznosti hranilnega in energijskega vnosa. Ustrezen vnos hranil je potreben za pravilno delovanje srca, pljuč, ledvic, jeter pa tudi delovanja možganov.

Takšne teme lahko privedejo do dragocenih razprav med dietetikom in obolelimi o fizičnih in psihičnih spremembah, povezanim z nepravilnim hranilnim in energijskim vnosom, z napačno predstavo o hrani in TM. Možno je, da senzorična odzivnost na sladko in mastno hrano v otroštvu in zgodnji adolescenci vpliva na spremembe v TM in služi kot psiho-biološki pokazatelj MH (Drewnowski in sod., 1987). Z kognitivno-vedenjsko terapijo v prehranskem izobraževanju posameznika ali skupin se nauči oboleli preusmeriti negativne misli o hrani in telesu v pozitivne misli. Skozi empatijo in s spodbujanjem razmišljanja o slabostih neustreznega prehranjevanja si dietetik prizadeva izboljšati motivacijo po spremembah tako, da si posameznik lahko ponovno povrne zdravje in še naprej živi polno in ustvarjalno življenje. Dietetik v procesu zdravljenja izvaja prehransko oceno, podaja prehranska priporočila ter izvaja terapevtske posege, katerih rezultate sporoča tudi drugim članom tima. Prehranska podpora in psihoterapija predstavljata sestavni del zdravljenja MH. Dietetik, obravnava probleme, povezane s hrano, ki so razvidni iz miselnih procesov obolele osebe, njenega vedenja in telesnega stanja. Poleg tega je dietetik pristojen tudi za ocenjevanje fizioloških posledic podhranjenosti in pomaga pri spremljanju vitalnih znakov ter telesnih simptomov (Herrin, 2003). Delo z osebami z MH je uspešno le, če temelji na medsebojnem sodelovanju. Prav zato je vzdrževanje tesne komunikacije med člani tima zelo pomembno in nudi obolelim najboljšo podporo na poti k ozdravitvi. Prehranska podpora predstavlja enega izmed temeljev zdravljenja MH. Vendar pa se pri pregledu literature srečujemo s pomanjkanjem priporočil oz. smernic, po katerih bi se dietetiki in drugi strokovnjaki lahko ravnali. Za uspešno zdravljenje mora prehranska podpora upoštevati tudi psihološko ozadje bolezni (Royal College of Psychiatrists, 2008).

Bolniki z MKP pogosto iščejo hujšanje z bariatrično kirurgijo, ki pa je kontraindicirana (Kulick in sod., 2010). Prav člani skupine presejanja neurejenega prehranjevanja in zdravljenja bolnikov, kamor sodi tudi dietetik, bi morali bolnikom z MKP pomagati pri razumevanju vloge te motnje v prehranjevalnem in življenjskem slogu sprememb pred in po operaciji (Bacon in sod., 2005).

Prehranska obravnava bolnika temelji na dietetikovi oceni prehranskega stanja in prehranske diagnoze po kateri se odloči, kako bo prehransko ukrepal in spremljal izvajanje ter kasneje vrednotil uspešnost (Fink in sod., 2012). Prehranska ocena zajema: merjenje telesne višine, TM in ITM, merjenje srčnega utripa, krvnega tlaka, telesne temperature, pregled kože (prekrvavitev, edemi), beleženje bruhanja, zlorabe odvajal in uživanja alkohola ter ugotavljanje mišične moči (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004). V ambulantnem zdravljenju se obolele tehta ob vsakem obisku, pri zdravljenju v bolnišnici pa dvakrat tedensko (Beumont in sod., 2004).

Nato prehranski svetovalec oblikuje *jedilnik*, ki temelji na načelih zdrave prehrane razen v primerih, ko je TM potrebno povečati (Herrin, 2003). Odločitev o sestavi jedilnika je v začetku v rokah dietetika in pacient nanj nima vpliva, kasneje pa se osebam pod stalnim nadzorom strokovnjaka prepusti odločanje o sestavi jedilnika (Birmingham in Beumont, 2004) s tem pridobiva znanje o pravilnem hranjenju, velikosti porcij in sestavi hrane. Želja prehranskega strokovnega svetovanja je odprava motenega prehranskega vedenja in vzpostavitev normalnega pristopa k hranjenju in nadzoru telesne mase (Herrin, 2003). Prehranska rehabilitacija je cilj prehranske podpore oz. svetovanja. Dietetik razloži vlogo, ki jo ima motnja v njegovem življenju, in mu pomaga postaviti realne in dosegljive cilje za doseganje vedenjskih sprememb,

povezanih s hrano. Zdrava prehrana oziroma zdravo prehranjevanje vključuje varno, energijsko in hranilno uravnoteženo ter varovalno hrano, ki ohranja in krepi človekovo zdravje (Hlastan Ribič, 2010). Za varno in zdravo prehranjevanje ter doseganje priporočenih vrednosti hranil in prehranskih ciljev je pomemben pravilen izbor živil, način priprave obrokov ter sam ritem prehranjevanja (NPDZ, - 2014-2018)

Prehranski načrt je opredeljen kot načrt, ki vključuje določene količine hrane, razdeljene na glavne in vmesne obroke. Ko je takšen načrt izdelan, bolnik porabi manj časa za razmišljanje o hrani. Načrt z normalno razdeljenimi obroki da bolniku občutek samokontrole nad prehranskim vedenjem in TM. Bolniku pomaga, da se hrani, ko je to potrebno in pripomore, k temu, da uspešno pokrije dnevne energijske in hranilne potrebe (Herrin, 2003).

4.4.2 Prehranska podpora in svetovanje moškemu z MH

Moškemu z *anoreksijo* pomagamo pri ustavljanju hujšanja, obnavljanju TM, normaliziranju vedenjskega prehranjevanja, določanju normalne TM. Nizke energijske vnose, ki jih imajo bolniki, povečamo za (300 do 400 kcal / dan). Odvisno od tega kako moški sprejema povečane vnose. Moški z AN naj v prehranskem dnevniku vodi vnos zaužite hrane, pijače ter telesne aktivnosti. Upoštevamo njegove želje pri prehrani. Obroki naj bodo majhni, pomagamo mu pri sestavi jedilnikov in vzdrževanju TM. V *prehranski podpori bulemiku* pomagamo pridobiti občutek kontrole. Postopoma moškemu povečujemo zavedanje hranjenja in užitek ob tem. Obroki morajo biti ob določenih urah, vedno zaužiti sede s priborom. Ponovno mu pomagamo pri vključevanju po bolnikovem mnenju prepovedanih jedi v obroke. Jedilni plan ni manj kot 6300kJ (1500 kcal), ki se postopoma zvišuje. Velikokrat priporočamo zdravljenje z multivitaminskimi in multimineralnimi dodatki, saj jih anoreksiku pogosto primanjkuje. Pri pomanjkanju tiamina priporočamo profilaktično uporabo tiamina 25 mg na dan. Ker pa je bila dokazana povečana umrljivost pri uporabi železovih prehranskih dodatkov na začetku ponovnega hranjenja, moramo biti z njegovo uporabo previdni. Zaradi tveganja pojava osteoporoze dodajamo vitamin D in priporočamo gibanje na soncu v ustreznih urah (Wakefield in Williams, 2009). Hkrati pa moramo biti previdni, da ne pride do toksičnosti vitaminov (zlasti A in D) pri visokih dozah.

Moškemu z *bigoreksijo* svetujemo, da je šport koristen, če se z njim ukvarja zmerno, saj zmerna vadba izboljša duševno in telesno počutje. Brez pomisleka lahko zmerno trenira, če ima ITM 18,8 do 25 kg/m², eno uro 3x tedensko. Primerne so vrste športa kjer je v stiku z drugimi ljudmi in trenira celo telo, npr. vodna gimnastika, vodni džoging, kolesarjenje, nordijska hoja, joga, plavanje (Reich in sod., 2009). Šport mu mora predstavljati zabavo. Pri prenizki TM, naj se pogovori z zdravnikom o intenzivnosti vadbe in opravi pregled srca ter ožilja, in laboratorijske preglede. Če je bil v preteklosti pri MH odvisen od športa, naj sedaj izbere drugo vrsto športa, bolj nežno (golf, lokostrelstvo, tai-či). Na trening ne sme takoj po napadih prenajedanja, bruhanja, trening mu ne sme predstavljati kazni. Če ima ITM vsaj 18,5 kg/m² je redni zmerni trening zanj bolj koristen za krepitev njegovih kosti in samopodobe, če pa ima ITM manj kot 18,5 je potrebno trening omejiti. Popije naj 0,5l tekočine vsakih 30 minut športne aktivnosti. Ob zelo povečani TM, ob dnevnih treninga in napadih prenajedanja naj ne uporablja shujševalnih diet in naj se prehranjuje tako kot običajno. Njegova TM se bo rahlo zmanjševala. Pri pojavu bolezenskega načina vedenja in nihanju TM, depresivnosti naj čimprej obišče strokovno posvetovalnico (Reich in sod., 2009). Med

napadi prenejedanja pri uživanju zelo obdelanih živil lahko pride do pomanjkanja folne kisline, zato svetujemo uživanje prehranskih dodatkov s folno kislino (Reich, in sod., 2009). *Bodybuilderju* svetujemo, naj vsaj do faze definiranja telesa uživa dovolj tekočin in skrbi, da bo vedno užival dovolj vitaminov in mineralov, naj se izogiba uporabi steroidov in prekoračitvi predpisanih količin proteinskih dodatkov (Dervišević in Vidmar, 2009). *Ortoreksiku*, ki je prepričan, da pomoči in zdravljenja ne potrebuje, saj je na svoje vedenje ponosen in je prepričan, da je povprečen način prehranjevanja zdravju škodljiv povemo, kako naj njegov odnos do hrane postane bolj sproščen, spontan in poln užitkov, naj se ponovno nauči normalnega prehranjevanja, prisluhne svojemu apetitu, vadi prilagodljivost (naj je dokler je lačen, dokler ni sit, izbere hrano, ki jo ima rad in v njej uživa). Nauči naj se prilagajati hrani v skladu z lakoto, počutjem in okoljem, naj ne uživa enostranske diete. Kot prehranski svetovalec poskušamo spremeniti njegovo predstavo o hrani, pomagamo mu omiliti njegova stroga pravila glede izbora hrane. V hrani naj uživa, spoznava, da je hrana dobra stvar in ne le del obsesije, ki ga izčrpava. Kadar ima strah pred varnostjo živil, pred nečistočami v hrani, pred neoporečnostjo hrane, pred škodljivimi stvarmi, negotovost zaradi poročil v medijih se z njim pogovorimo, ga seznanimo, da se je zdravo prehranjevati uravnoteženo, raznoliko, da zdravstveno tveganje pomeni tudi izogib določenemu živilu. Pokvarjena živila in plesnivo hrano naj raje zavrže. Kadar ortoreksik zavrača vso zelenjavo in sadje, zaradi bojazni pred zaščitnimi snovmi za rastline, okoljskimi strupi (kadmij, svinec, gnojili, ostanki zdravil živalskega izvora), mu svetujemo uporabo živil ekološke pridelave kjer se uporablja manj škodljivih snovi (Reich in sod., 2009). *Športniku z MH* pomagamo z ozaveščanjem, svetovanjem o primerni prehrani pri določeni aktivnosti in s sestavo jedilnikov. Prvi pogoj za uspešnost pri treningih in tekmah sta primerna prehranjenost in hidriranost. Prejeti mora potrebne snovi za obstoj, razvoj in pravilno delovanje telesa. Seznanimo ga s prehransko piramido namenjeno prav športnikom, ki vključuje tudi priporočila, glede potrebne količine vode kot pomembnega dela prehrane ob telesnih vadbi. Važna je optimalna sestava živil in način prehranjevanja, kar omogoča optimalno športno aktivnost ob čim manjšem obremenjevanju organizma s prebavo hrane ter obenem varovanje zdravja. Upoštevati mora tudi izgubo soli z znojenjem. Nekatere športne zvrsti imajo posebne zahteve glede prehrane (količina, vrsta prehrane, režim prehranjevanja) v obdobju tekmovanj (Dervišević in Vidmar, 2009). Vegetarijanci, ki ne uživajo mesa imajo velikokrat pomanjkanje vitamina B12 (Reich, 2009), kadilci pa pomanjkanje vitamina C. Najprej oboje poučimo o hrani, ki vsebuje te vitamine nato če je potreba svetujemo uživanje potrebnih dodatkov (Wakefield in Williams, 2009).

Telesno maso, vitalne znake, vnos tekočin in izločanje urina moramo stalno meriti in beležiti. Za odkrivanje preobremenitve krvnega obtoka, ponovnega nastajanja edemov in napenjanja moramo večkrat ponoviti fizične preglede. Redno spremljati vrednosti elektrolitov v serumu (nizek kalij ali fosfor) in po potrebi narediti elektrokardiogram. Pri zaprtju moramo dati sredstva za mehčanje blata in hrano dopolniti z vitamini in minerali. Zelo je pomembno, dati bolniku pohvalo kot podporo in negativno kritiko kadar gre za preveč gibanja in uporabo odvajal. Po obrokih je potrebna omejitev dostopa do kopalnic, vsaj za 2 uri. Potrebujejo skrben nadzor. Kadar obnova TM napreduje, se lahko začne postopoma uvajati aerobno vadbo (Franco, 2012).

4.4.3 Primer jedilnika moškega z anoreksijo nervozo

Praktičen primer: Bolnik, moškega spola, star 38 let, visok 178 cm, TM 55 kg, ITM 17,35 kg / m²

Diagnoza: anoreksija nervoza.

4.4.4 Izračun celodnevni energijskih potreb

Izračun celodnevni energijskih potreb zajema izračun zaželene TM pacienta, izračun BMR, ocenitev PAL količnika in izračun CEP.

a) Izračun primerne TM pacienta

Primerno TM pacienta izračunamo na podlagi ITM. Normalne vrednosti ITM so 18,5 – 25 kg / m²

ITM= telesna teža v kg / (telesna višina v metrih)²

ITM anoreksičnega moškega = 55 kg / (1,78)² = 17,3 kg/ m²

Priporočena TM pacienta = 58,6 – 79,2 kg.

Izračun celodnevni energijskih potreb računamo po Harris Benedictovi enačbi.

b) Izračun BMR

BMR smo izračunali s pomočjo Harris Benedictove enačbe.

T= telesna masa (55 kg), TV (178 cm), S= starost (38 let)

BMR = 66,47 + (13,75 x T) + (5,03 x TV) - (6,75 x S)

BMR= 66,47 + (13,75 x 55) + (5,03 x 178) - (6,75 x 38)=

= 66,47 + 756,25 + 895,34 - 256,5=

=1461,56 kcal

c) Izračun celodnevni energijskih potreb (CEP)

CEP izračunamo iz pridobljenega BMR in upoštevanjem količnika dnevne telesne aktivnosti (PAL). Predvidevamo, da ima naš bolnik izključno ležeč ali sedeč način življenja in smo zato predvideli PAL = 1,2. Zaradi podhranjenosti pa smo mu dodali še 394 kcal na dan.

CEP = BMR x PAL

CEP = 1461,56 kcal x 1,2 + 394 kcal

= 1754 kcal + 394 kcal

$$= 2187\text{kcal} = 9156\text{ kJ} = 9,2\text{ MJ}$$

4.4.5 Izdelava prehranskega načrta

Pacientu smo izdelali prehranski načrt za 9156 kJ (2187kcal). Upoštevali smo, da ima pacient v prehrani 50 % ali več OH, 15-20 % B, 25-30 % M. Po izračunu CEP smo dodali zaradi podhranjenosti 394 kcal v prehrani in jih upoštevali pri izdelavi prehranskega načrta. Med obroki se mora pacient hidrirati, najbolje da uživa vodo, nesladkan čaj. Pacientu priporočimo uživanje multivitaminskih in multimineralnih dodatkov, profilaktično uporabo tiamina 25 mg / dan in gibanje na soncu in svežem zraku.

Preglednica 1: Energijska vrednost in količina posameznih mikrohranil v jedilniku

Makrohranilo	Delež energije v jedilniku (%)	Energijska vrednost kJ (kcal)	Količina (g)
Ogljikovi hidrati	51	4667 (1115)	274
Beljakovine	20	1830 (437)	104
Maščobe	29	2654 (634)	69
SKUPAJ	100	9156 (2187)	447

Preglednica 2: Jedilnik

Obrok	Živilo	Enota živila	Količina (g)	OH (g)	B (g)	M (g)	EV kJ (kcal)
ZAJTRK	Musli z rozinami, lešniki, pusto skuto in mlekom						
	Mleko polnomastno (1,6 % m.m)	1	150,00	7,05	5,01	5,36	402 (96)
	Sport musli	1,5	50,00	28,20	5,25	3,80	712 (170)
	Lešniki	1	15,00	1,05	1,20	6,16	268 (64)
	Rozine	1	20,00	13,60	0,49	0,11	306 (58)
	Skuta z 20% m.m. v suhi snovi	1	50,00	1,35	6,25	2,55	226 (54)
SKUPAJ		6,5	280,00	51,25	18,20	17,98	1851 (441)
DOPOLDANSKA MALICA	Jogurt, bio keksi, lešniki in jabolko						
	Tekoči jogurt (1 % m. m.)	1	200,00	9,60	8,00	3,20	414 (99)
	Bio keksi	1	25,00	13,90	2,87	6,55	528 (126)
	Jabolko	1	120,00	13,68	0,41	0,70	264 (63)
SKUPAJ		3	345,00	37,23	11,28	10,45	1210 (288)

Obrok	Živilo	Enota živila	Količina (g)	OH (g)	B (g)	M (g)	EV kJ (kcal)
KOŠILO	Riba v zeliščni omaki s krompirjem v oblicah in kruhom						
	Por	1	100,00	8,66	2,07	0,17	188 (45)
	Potočna postrv gojena	1,5	130,00	0	24,64	6,50	662 (158)
	Stročji fižol	2	50,00	2,99	0,77	0,03	67 (16)
	Olivno olje	1	10,00	0	0	10,00	368 (88)
	Paradižnik	2	75,00	2,95	0,64	0,06	63 (15)
	Krompir	3	300,00	44,40	8,18	0,33	216 (216)
	Kisla smetana	2	35,00	1,37	0,98	7,00	297 (71)
	Črni kruh	1,5	60,00	27,40	5,82	1,00	603 (144)
SKUPAJ		14,5	760,00	87,77	43,10	25,09	3157 (752)
POPOLDANSKA MALICA	Pinjenec, ovsen kruh z avokadom in banana						
	Pinjenec	1,5	150,00	6,02	3,44	0,78	188 (45)
	Banana	1	80,00	16,00	0,92	0,14	393 (70)
	Avokado	1	20,00	0,08	0,38	4,70	180 (43)
	Ovsen kruh	2	50,00	24,25	4,09	2,20	565 (135)
SKUPAJ		5	300,00	46,35	8,82	7,82	1645 (393)

Obrok	Živilo	Enota živila	Količina (g)	OH (g)	B (g)	M (g)	EV kJ (kcal)
VEČERJA	Goveji file z jajčevcem in zelenjavo, solato, kruhom in češnjami						
	Govedina, zunanje stegno	1	35,00	0	7,69	1,12	172 (41)
	Jajčevcevec	1	150,00	3,74	1,86	0,27	105 (25)
	Praženi šampinjoni	1/4	50,00	2,02	1,79	0,17	54 (13)
	Kitajsko zelje	1/4	50,00	1,62	0,60	0,10	33 (8)
	Motovilec	1,5	75,00	2,51	1,72	0,15	75 (18)
	Radič, rdeč	1	200,00	10,43	3,69	0,36	255 (61)
	Repično olje	1	5,00	0	0	5,00	184 (44)
	Polnozrnat kruh	1	50,00	20,35	3,75	0,28	419 (100)
	Češnje	1	120,00	10,25	1,67	0,09	205 (49)
SKUPAJ		8	735,00	50,91	22,77	7,54	1507 (360)

Legenda: EV, energijski vnos; OH, ogljikovi hidrati; B, beljakovine; M, maščobe.

Preglednica 3: Prikaz energijske in hranilne vrednosti celodnevnega jedilnika

Obrok (% CEP)	EV kJ (kcal)	OH (g)	B (g)	M (g)
Zajtrk (20 %)	2047 (442)	51,25	18,93	17,98
D.malica (14 %)	1650 (289)	37,23	11,28	10,45
Kosilo (35 %)	2763 (754)	87,77	43,10	25,09
P.malica (14 %)	1357 (293)	46,35	8,82	7,82
Večerja (17 %)	1340 (360)	50,91	22,77	7,54
Skupaj (% EV)	8955 (2139)	51	20	29

Legenda: CEP, celodnevne energijske potrebe; EV, energijski vnos; OH, ogljikovi hidrati; B, beljakovine; M, maščobe.

Jedilnik upošteva smernice zdravega prehranjevanja. Ritem prehranjevanja: zajtrk, kosilo, večerja in dve malici. Način zauživanja hrane je počasen in sicer 20 do 30 minut za glavne in 10 minut za vmesne obroke. Energijski vnos je razdeljen 18-22% za zajtrk, 10-15% za dopoldansko malico, kosilo 35-40%, popoldano malico 10-15 % ,večerjo 15-20%. Hrana je sestavljena pravilno glede na kritje dnevnih energijskih potreb v skladu s priporočili za vnos hranil in glede uživanja zdravju koristnih živil. Jedilnik vključuje sadje in zelenjavo, ki sta bogata z prehranskimi vlakninami, mineralnimi snovmi in antioksidanti. Pripravljena je na zdrav način (primerna mehanska in toplotna obdelava, kuhanje, dušenje in priprava hrane v konvekcijski pečici).

5 RAZPRAVA

Pogostokrat ostanejo MH na primarni ravni neodkrite in prav opravljeni presejalni testi z vključitvijo dietetika bi lahko pripomogli k zaznavanju mladostnika z večjim tveganjem in posledično zdravljenje v zgodnejši fazi. Vključenost dietetikov že na sistematskih pregledih, kjer bi lahko vodili predavanja o zdravem načinu življenja in zdravem prehranjevanju, zdravih življenjskih vzorcih in navadah, bi bilo zelo koristno, kar poudarjajo tudi drugi strokovnjaki (Ozier in Henry, 2011).

Različni mediji in družbena prepričanja glede meril zunanosti vsiljujejo sporočila o tem, kako naj oseba zgleda, kakšen naj bo idealni moški. Vsako odstopanje od teh norm se kritizira, čeprav so te norme nerealne. Fantje, ki imajo že tako pomanjkanje zaupanja vase, ter izredno nizko samopodobo, še hitreje opazijo svoje napake, podoba v njihovih očeh se še poslabša. Dietetiki bi lahko tudi na tej stopnji delovali v kot član izobraževalnega tima (Mahan in sod., 2012) in preventivno ter opozarjali na nerealnost ponazorjenih idealov glede vitkosti, in neusterznost hujšanja zaradi tovrstnih vzrokov in v javnosti bolj poudarjati vrednost pozitivnega notranjega jaza.

Moškim z MH je potrebno nuditi ustrezno pomoč, saj sami le težko prosijo za pomoč, pri iskanju pozitivnejše samopodobe, zaupanju vase in svoje sposobnosti, pomagati, da se bodo naučili sprejemati sebe in ceniti take kot so. Moški so za zdravljenje včasih slabo motivirani (Reich in sod., 2009). Tudi spodbujanje zmerne telesne aktivnosti, ki spodbuja osredotočenost na sedanjí trenutek, razvija pozornost na občutenje svojega telesa, misli in občutja.

Prehranski svetovalci- dietetiki naj bi se ob delu z moškim z MH posluževali supervizij in intervizij, saj le na tak način bodo tudi sami notranje rasli in ne bodo pregoreli (Cockfield in Philpot, 2009). Spodbujali naj bi pozitivno mišljenje, saj če bodo ti moški prepričani, da ne bodo nikoli ozdraveli, bo ozdravljanje res težje. Pomembno je tudi poudariti, da teža ni sestavni del tega kar si drugi mislijo o nas, naj bomo ponosni na svoje dosežke.

6 ZAKLJUČEK

Zaključna naloga zajema podrobni pregled strokovne in znanstvene literature o pojavnosti motenj hranjenja pri moških, vrstah in znakih ter zdravljenju. Obenem se v analizi literature podrobneje osredotoči na vlogo prehranskega svetovalca, ki deluje v multidisciplinarnem timu in je nepogrešljiv del zdravstvenega tima. Opisan je pristop k moškemu v težavah, saj le tako lahko z njim vzpostavimo osnovne pogoje za zdravljenje. Prehranski svetovalec lahko preko pogovora pridobi informacije, ki jih uporabi kasneje pri prehranskem svetovanju. Pomembno je pridobiti zaupanje, saj le tako izvemo kako se oseba počuti, misli. Prehranski svetovalec lahko usmerja k boljšemu nadzoru in uravnavanju prehrane, skupaj z osebo načrtuje njegove jedilnike, pouči ga lahko o večji ali manjši stopnji fizične aktivnosti, o uporabi škodljivih snovi (odvajal, diuretikov), pomaga pri pridobivanju večje samozavesti. Fizična aktivnost je odvisna od motivacije, zmožnosti in želje. Moški se razlikujejo od žensk, tudi to je vidik, ki bi ga pri zdravljenju morali upoštevati in morda načrtovali ločeno zdravljenje. Kako pomembni so prehranski ukrepi, je stvar, ki jo mora prehranski svetovalec pokazati moškemu z motnjo. Svetovati mu mora individualno. Notranja motivacija posameznika in pretekle prehranske navade lahko predstavljajo oviro pri načrtovanju in ritmu prehrane. Prehranski svetovalec pomaga moškemu sestavljati jedilnike po shemi zdravega prehranjevanja z uporabo prehranske piramide. Dopovedati mu mora naj se ne kaznuje, če bo naredil prekršek. Naj se tedaj raje z nekom pogovori. Ali bo moški zdržal prehranjevanje po novem vzorcu, po koncu prehranskega svetovanja pa je odvisno od njegove motivacije, znanja, pomoči okolja in želje po spremembi. Prehransko svetovanje predstavlja skupno medsebojno borbo v želji po spremembi. Pregled literature je odkril, da obstajajo potrebe po nadaljnem raziskovanju in ozaveščanju otrok v osnovnih šolah, pa tudi ozaveščanje že starejših ljudi preko medijev. Potrebno bi bilo uvesti presejalne teste za zgodnejše odkrivanje bolezni. Potrebno, bi bilo razviti in testirati nova zdravila, ki bi vplivala na manjšo porabo energije in spremljajoče psihiatrične simptome. Potrebno, bi bilo iskati čimboljše načine zdravljenja posledic MH, kot so osteopenija, osteoporoz. Danes so dietetiki specializirani za zdravljenje MH edini, ki obolelim pomagajo pri postopnem pridobivanju TM in vzpostavitvi normalnega prehranjevanja. Še veliko raziskav je potrebnih na področju delovanja dietetika, izvajanja intervencij pri MH in še veliko z dokazi podprtih priporočil. Možnosti raziskovalnih področij obsegajo smernice za oceno prehranskih in vedenjskih motenj pri MH, načine za zagotavljanje prehranskih intervencij, doseg optimalne TM, sprememb prehranskega vnosa in normalizacijo prehranskega vedenja, pri pojavu ponovnega hranjenja oceno tveganja ob ustreznem usposabljanju dietetika.

7 VIRI

- ABEBE, S., LIEN, L., TORGERSON, L. in VON SOEST, T., 2012. Binge eating, purging in non-purging compensatory behaviours decrease from adolescence to adulthood: a population based, longitudinal study [spletni vir]. *BMC Public Health*, letn. 12, št.1, str.32. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/32/>
- ANDERSEN, A. E., COHN, L., in HOLBROOK, T., 2000. *Making weight: men's conflicts with food, weight, shape in appearance* [spletni vir]. Carlsbad, CA: Gurze Books. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://jktompson.myweb.usf.edu/articles/Social%20Comparison%20in%20Body%20Image.pdf>
- ANDERSON, C. B., in BULIK, C. M., 2004. Gender differences in compensatory behaviors, weight in shape salience, in drive for thinness [spletni vir]. *Eating Behaviors*, letn. 5, št.1, str.1-11. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015303000606>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington: American psychiatric association.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2006. *American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders: compendium 2006*. American Psychiatric Publishing. [spletni vir]. American Psychiatric Publishing, str. 222-372. [Datum dostopa 19.6.2015]. Dostopno na <https://books.google.si/books?hl=sl&lr=&id=zql0AqtRSrYC&oi=fnd&pg=PR7&dq=American+Psychiatric+Association+Practice+Guidelines+for+the+treatment+of+psychiatric+disorders:+compendium+2006&ots=T9Z5A6hEQI&sig=ZModRQ4ggK6VBpFMOOsbqOHxjso#v=onepage&q=American%20Psychiatric%20Association%20Practice%20Guidelines%20for%20the%20treatment%20of%20psychiatric%20disorders%3A%20compendium%202006&f=false>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION in sod., 2013. *Diagnostic in statistical manual of mental disorders. (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing, 2013. . [Datum dostopa 19.6.2015]. Dostopno na [https://books.google.si/books?hl=sl&lr=&id=-JivBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT18&dq=Diagnostic+in+statistical+manual+of+mental+disorders.+ \(DSM5&ots=cdQO61HGyf&sig=vses5CNvhVAnmramqEEnPu3bMz8#v=onepage&q=Diagnostic%20in%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders.%20\(DSM-5&f=false](https://books.google.si/books?hl=sl&lr=&id=-JivBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT18&dq=Diagnostic+in+statistical+manual+of+mental+disorders.+ (DSM5&ots=cdQO61HGyf&sig=vses5CNvhVAnmramqEEnPu3bMz8#v=onepage&q=Diagnostic%20in%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders.%20(DSM-5&f=false)
- APPLEBAUM, P.S., in RUMPF, T., 1998. Civil commitment of the anorexia patient [spletni vir]. *General hospital psychiatry*, letn. 20, št. 4, str. 225 -230. [Datum dostopa 19.6.2015]. Dostopno na [http://www.ghpjournal.com/article/S0163-8343\(98\)00027-9/pdf](http://www.ghpjournal.com/article/S0163-8343(98)00027-9/pdf)
- ARCELUS, J., MITCHELL, A.J. in WALES, 2011. Mortality rates in patients with anorexia nervosa in other eating disorders: a meta analysis of 36 studies [spletni

- vir]. *Archives of General Psychiatry*, letn. 68, št7, str. 724–731. [Datum dostopa 19.6.2015]. Dostopno na <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1107207>
- ASKELAND, I.R. in HEIR, T. 2014. Psychiatric disorders among men voluntarily in treatment for violent behaviour: a cross-sectional study [spletni vir]. *British Medical Journal open*, letn. 4, št. 4, e004485. Dostopno na <http://bmjopen.bmj.com/content/4/4/e004485.full.html>
- ASKELIN, I.R., EVANG, A. in HEIR, T. 2011. Association of violence against partner in former victim experiences: a sample of clients voluntarily attending therapy. *Journal of interpersonal violence* št.26, str. 1095–1110. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://jiv.sagepub.com/content/early/2015/05/13/0886260515586359.full.pdf+html>
- ATTIA, E. in WALSH, B.T., 2009. Behavioral management for anorexia nervosa [spletni vir]. *New England Journal of Medicine*, letn. 360, št. 5, str. 500-506. Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMct0805569>
- BACON, L., STERN, J.S., VAN LOAN, M.D. in KEIM, N.L., 2005. Size acceptance in intuitive eating improve health for obese, female chronic dieters. *Journal of the American Dietetic Association*, letn. 105, št. 6, str. 929-936. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na http://www.researchgate.net/profile/Nancy_Keim2/publication/7798925_Size_acceptance_and_intuitive_eating_improve_health_for_obese_female_chronic_dieters/links/0fcfd510aadb117688000000.pdf
- BAILER, V. D. E., ZWAAN, M., LEISCH, F. in sod., 2004. Guided self-help versus cognitive-behavioral group therapy in the treatment of bulimia nervosa [spletni vir]. *International Journal of Eating Disorders*, 2004, letn.35, št.4, str.522-537. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na http://www.researchgate.net/profile/Ursula_Bailer/publication/8603794_Guided_self-help_vs_cognitive_behavioral_group_therapy_in_the_treatment_of_bulimia_nervosa/links/00b495184a4e60356d000000.pdf
- BANKS, I., 2001. No man's land: men, illness, in the NHS [spletni vir]. *BMJ British Medical Journal*, št.323, str.1058–1058. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1121551/>
- BECK, J.C., in GOLOWKA, E. A., 1988. A study of enforced treatment in relation to Stone's "thank you" theory. *Behavioral Sciences in the Law*, letn. 6, št. 4, str. 559–566. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bsl.2370060411/pdf>
- BENDELOW, G., 2006. Pain, suffering in risk. [spletni vir]. *Health, Risk in Society*, letn. 8, št. 1, str.59-70. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.tinonline.com/doi/abs/10.1080/13698570500532298>
-

- BERGERON, D., in TYLKA, T. L., 2007. Support for the uniqueness of body dissatisfaction from drive for muscularity among men [spletni vir]. *Body Image*, letn. 4, št. 3, str. 288–295. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na http://www.researchgate.net/profile/Tracy_Tylka/publication/5760065_Support_f_or_the_uniqueness_of_body_dissatisfaction_from_drive_for_muscularity_among_men/links/544953cf0cf244fe9ea2ac93.pdf
- BEUMONT, P., BEUMONT, R., HAY, P. in sod., 2004. Australian in New Zealin clinical practice guidelines for the treatment of anorexia nervosa [spletni vir]. *Australian in New Zealin Journal of Psychiatry*, letn. 38, št. 9, str. 659–670. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://anp.sagepub.com/content/38/9/659.abstract>
- BEVC-STANKOVIČ, M., BOBEN-BARDUTZKY, D., BURNIK, S., ČEBAŠEK-TRAVNIK, Z., ČEH, F., 2003. *Preprečimo odvisnosti od kajenja, alkohola, drog, hranjenja, dela, iger na srečo...: živimo zdravo!* Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, str. 216–264.
- BEVERLY, W. H., in OZIER A.D., 2006. Position of the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa in other eating disorders [spletni vir]. *Journal of The American Dietetic Association*, letn. 106, št. 12, str. 2073-2082. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17186637>
- BIRD, C.E., RIEKER, P.P., 1999. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. [spletni vir]. *Social Science and Medicine*, letn. 48, št. 6, str. 745–755. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795369800402X>
- BIRMINGHAM, C., in BEUMONT, P., 2004. *Medical management of eating disorders: a practical handbook for health care professionals* [spletni vir]. Cambridge; New York: Cambridge University Press, str. 254 do 255. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na http://www.hkam.org.hk/publications/hkmj/article_pdfs/hkm0504p138.pdf
- BLASHILL, A. J., 2011. Gender roles, eating pathology in body dissatisfaction in men: a metaanalysis [spletni vir]. *Body Image*, letn. 8, št. 1, str. 1–11. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1740144510000926>
- BLOND, A. , 2008. Impacts of exposure to images of ideal bodies on male body dissatisfaction: A review. [spletni vir]. *Body Image*, Letn. 5, št. 3, str. 244–250. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1740144508000120>
- BON, J., KORITNIK, B., BRESJANAC, M., REPOVŠ, G., PREGELJ, P., DOBNIK, B. in sod., 2013. Cost of disorders of the brain in Slovenia in 2010 [spletni vir]. *Zdravniški Vestnik*, št. 82, str. 164-174. [Datum dostopa 3.6.2015]. Dostopno na <http://scholar.google.si/scholar?hl=sl&q=Bon%3A+stro%C5%A1ki+mo%C5%B7Eganskih+bolezni+v+sloveniji+v+letu+2010&btnG>
-

- BORDO, S., 2013. The changing face of food in body image problems [spletni vir]. V: COUNIHAN, C., VAN ESTERIK, P., ur. *Food in Culture: a Reader* [spletni vir], str. 265.). [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <https://books.google.si/books?hl=sl&lr=&id=EQmTAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA265&dq=THE+RENFREW+CENTER+FOUNDATION+FOR+EATING+DISORDERS.+2003.&ots=JmhcoU4L4m&sig=QS8bREz8VjSkePygleJit4H8s7E#v=onepage&q=THE%20RENFREW%20CENTER%20FOUNDATION%20FOR%20EATING%20DISORDERS.%202003.&f=false>
-
- BRISCOE, M.E., 1987. Why do people go to the doctor? Sex differences in the correlates of GP consultation [spletni vir]. *Social Science and Medicine*, letn. 25, št. 5, str. 507–513. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953687901742>
- BROWNELL, K.D., in NAPOLITANO, M.A., 1995. Distorting Reality for Children:body Size Proportiortions of Barbie in Ken Dolls [spletni vir]. *International Journal of Eating Disorders*, letn. 18, št. 3, str. 295-298. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na : [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-108X\(199511\)18:3%3C295::AID-EAT2260180313%3E3.0.CO;2-R/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-108X(199511)18:3%3C295::AID-EAT2260180313%3E3.0.CO;2-R/pdf)
- CAFRI, G., in THOMPSON, J. K., 2004. Measuring male body image: a review of the current methodology [spletni vir]. *Psychology of Men in Masculinity*, letn. 5, št. 1, str. 18–29. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na http://www.researchgate.net/profile/Joel_Thompson5/publication/232585937_Measuring_Male_Body_Image_A_Review_of_the_Current_Methodology/links/0912f510d7a228ca0c000000.pdf
- CAFRI, G., THOMPSON, J. K., RICCIARDELLI, L. A., MCCABE, M. P., SMOLAK, L., in YESELIS, C., 2005a. Pursuit of the muscular ideal: physical in psychological consequences in putative risk factors [spletni vir]. *Clinical Psychology Review*, letn. 25, št. 2, str. 215–239. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na http://www.researchgate.net/profile/Joel_Thompson5/publication/8088067_Pursuit_of_the_muscular_ideal_Physical_in_psychological_consequences_in_putative_risk_factors/links/0912f5063bf45cbd61000000.pdf
- CAFRI, G., YAMAMIYA, Y., BRANNICK, M., in THOMPSON, J. K., 2005b. The influence of sociocultural factors on body image: a meta-analytic review [spletni vir]. *Clinical Psychology: Science in Practice*, letn.12, št. 4, str. 421–433. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1093/clipsy.bpi053/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>
- CARLAT, D. J., CAMARGO, C. A., and HERZOG, D. B. 1997. Eating disorders in males: A report on 135 patients. [spletni vir]. *American Journal of Psychiatry*, št. 154, str. 1127–1132. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.154.8.1127>

- CEROVIĆ, O., HREN, I., KNAP, B., KOMPAN, L., LAINŠČAK, M., LAVRINEC, J. in SOD., 2008. *Priporočila za prehransko obravnavo bolnikov v bolnišnicah in starostnikov v domovih za starejše občane*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, št.3.
- CHEN, L. P., in sod., 2010. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis [spletni vir]. *Mayo Clinic Proceedings*. Elsevier, str. 618-629. [Datum dostopa,30.9.2014]. Dostopno na: <http://sciencedirect.com/science/article/pii/S0025619611601663>
- COCKFIELD, A., in PHILPOT, U., 2009. Symposium 8: Feeding size 0: the challenges of anorexia nervosa. Managing anorexia from a dietitians perspective [spletni vir]. *Proceedings of the Nutrition Society*, letn. 68, št.03, str. 281-288.[Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na:<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=5969644&fileId=s0029665109001281>
- COHANE, G. H., in POPE, H. G., 2001. Body image in boys: a review of the literature [spletni vir]. *International Journal of Eating Disorders*, letn. 29, št. 4, str. 373–379. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.1033/pdf>
- COHN, L.,2012. Introduction to the special issue on males with eating disorders [spletni vir]. *International Journal of Eating Disorders*, letn. 20, št. 5, str. 345-345. [Datum dostopa 1.6.2015]. Dostopno na <http://www.tinfonline.com/doi/pdf/10.1080/10640266.2012.715511>
- CROLL, J., NEUMARK- SZTAINER, D., STORY, M., IRELIN, M., 2002. Prevalence in risk in protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: relationship to gender in ethnicity. [spletni vir]. *Journal of Adolescent Health*, letn.31, št.2, str. 166-75. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X02003683>
- CROW, S.J., MITCHELL, J.E., ROERIG, J.D., in sod., 2009. What potential role is there for medication treatment in anorexia nervosa [spletni vir]. *International Journal of Eating Disorders*, letn. 42, št., str. 1-8. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20576/pdf>
- CURRIN, L., SCHMIDT, U., TREASUR, J., JICK, H., 2005. Time trends in eating disorderIncidence [spletni vir].*The British Journal of Psychiatry*, letn. 186, št. 2, str. 132-135. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://bjp.rcpsych.org/content/186/2/132.long>
- ČERNELIČ BIZJAK, M., 2009. *Motnje regulacije vzemanja hrane. Psihologija prehrane in prehranjevanja*. Izola: Univerza na Primorskem, Visoka šola za zdravstvo Izola, str. 31- 44.
- DAKANALIS, A., DI MATTEI, V. E., PAGANI BAGLIACCA, E., PRUNAS, A., SARNO, L., RIVA,G., in ZANETTI, M.A. 2012 a. Disordered eating behaviors among Italian men: objectifying media in sexual orientation [spletni vir]. *Eating*

- disorders*, letn. 20, št. 5, str. 356-367. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.tinonline.com/doi/abs/10.1080/10640266.2012.715514>
- DAKANALIS, A., TIMKO, C. A., RIVA, G., MADEDDU, F., CLERICI, M., DI MATTEI, V.E., in sod, 2012 b. Refinement in comprehensive examination of the transdiagnostic cognitive behavioral model of Eating Disorders in males. Manuscript submitted for publication, 2012.
- DARCY, A. M., in HSIAO-JUNG LIN, I., 2012. Are we asking the right questions? A review of assessment of males with Eating Disorders [spletni vir]. *Eating Disorders*, letn. 20, št. 5, str. 416-426. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.tinonline.com/doi/abs/10.1080/10640266.2012.715521>
- DERVIŠEVIĆ, E., VIDMAR, J., 2009. *Vodič športne prehrane*. Ljubljana: Fakulteta za šport , str. 177, 178, 200-202.
- DREWNOWSKI, A., HALMI, K. A., PIERCE, B., GIBBS, J., SMITH, G. P., 1987. Taste in eating disorders [spletni vir]. *The American Journal of Clinical Nutrition*, letn. 46, št. 3, str. 442-450. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://ajcn.nutrition.org/content/46/3/442.short>
- DSM-IV, 1994. *Diagnostični in statistični priročnik duševnih. Bolezni*. – 4. izdaja (DSM-IV). Ameriški. Psihijatrija Press, 1994.
- DURIN, M., in KING, M., 2003. Specialist treatment versus self-help for bulimia nervosa: a randomized, controlled trial in general practice [spletni vir]. *British Journal of General Practice*, letn. 53, št. 490, str. 371-377. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://bjgp.org/content/bjgp/53/490/371.full.pdf>
- EDWARDS, S., in LAUDER, C., 2000. Investigating Muscularity Concerns in Male Body Image: development of the Swansea Muscularity Attitudes Questionnaire [spletni vir]. *International Journal of Eating Disorders*, letn. 28, št. 1, str. 120-124. [Datum dostopa 28.5.2015]. Dostopno na [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1098108X\(200007\)28:1%3C120::AID-EAT15%3E3.0.CO;2-H/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1098108X(200007)28:1%3C120::AID-EAT15%3E3.0.CO;2-H/pdf)
- EIVORS, A., NESBITT, S., 2007. *Lačni razumevanja: priročnik, ki naj mladim pomaga razumeti in premagati anoreksijo nervozo*. Maribor: Obzorja, str.15–51.
- ERZAR, T., 2007. *Duševne motnje: psihopatologija v zakonski in družinski terapiji*. Celje: Celjska Mohorjeva družba, str. 145-152.
- , 2005. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*.
- Mitchell, J.E., 2002. Medical complications of bulimia nervosa. V: FAIRBURN, C., BROWNELL, K.D., ur. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* [spletni vir]. New York: Guilford Press, str. 271-275. [Datum dostopa 30.5.2015]. Dostopno na <https://books.google.si/books?hl=sl&lr=&id=mM7SAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=MITCHELL,+J.E.,+1995.+Medical+complications+of+bulimia+nervosa>.

[+In:+Brownell+KD,+Fairburn+CG,+editors&ots=Gy6gvKwgrU&sig=81Id8jv8pn3toGnWQPOV0VyL2tU#v=onepage&q&f=false](#)

FAIRBURN, C.G., COOPER, Z., DOLL, H.A., in sod., 2009. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders two site trial with 60-week follow-up [spletni vir]. *The American Journal of Psychiatry*, letn.166, št.3, str.311-319. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3035831/>

FETIČ, M., 2010. *Zdravstvena nega mladostnika in motnje hranjenja* : diplomska naloga. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, str. 3-19.

FIELD, A.E., SONNENVILLE, K., MICALI, N. in sod., 2012. Common eating disorders predictive of adverse outcomes are missed by the DSM-IV in DSM-5 classifications [spletni vir]. *Neuropsychiatrie del Enfance et del Adolescence*, letn. 60, št.5, str.65 [Datum dostopa 28.5.2015]. Dostopno na <http://bmjopen.bmj.com/content/3/5/e002646.full.pdf+html>

FIJAVŽ, M., HAJD, K., KOCBEK, U., 2007. Motnje hranjenja. [spletni vir]. [Datum dostopa 30.9.2012]. Dostopno na http://www.mb.sik.si/datoteke/struktura/Raziskovalne_naloge_2007/Motnje%20hranjenja.pdf

FINK, A. , FLERIN, Š., KOBILŠEK, P., MATIČ, L., VETTORAZZI, R., JENKO, K., 2012. Temeljna življenjska aktivnost prehranjevanje in pitje. V: MATI, L., FINK, A., VETTORAZZI, R., ur. *Motnje požiranja in načini hranjenja: zbornik predavanj/ Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ljubljana*, [spletni vir]. Zveza društev medicinskih sester , babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju, str. 58- 68. [Datum dostopa 21.1. 2015]. Dostopno na http://sekcija-ms-v-rehabilitaciji-in-zdraviliski.dejavnosti.si/ attachments/023_Zbornik% 202012. Pdf

FISHER, M.M., ROSEN, D.S., ORNSTEIN, R.M., in sod., 2014. Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children in adolescents: a “new disorder” in DSM-5 [spletni vir]. *Journal of Adolescent Health*, letn. 55, št. 1, str. 49-52. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X13007714>

FORMAN ,S.F., MCKENZIE, N., HEHN, R., in sod., 2014. Predictors of outcome at 1 year in adolescents with DSM-5 restrictive eating disorders: report of the National Eating Disorders Quality Improvement Collaborative [spletni vir]. *Journal of Adolescent Health*, letn.55, št. 6, str. 750-756. [Datum dostopa 28.5.2015]. Dostopno na [http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(14\)00273-0/pdf](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(14)00273-0/pdf)

FRANCO, K. N., 2012. Eating Disorders: disease management project Clinical Decisions [spletni vir]. *Eating disorders* [Datum dostopa 17.3. 2015]. Dostopno na <http://www.clevelinclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/psychiatry-psychology/eating-disorders/Default.htm#top/>

- FREDERICK, D. A., FESSLER, D. M. in HASELTON, M. G., 2005. Do representations of male muscularity differ in men's in women's magazines [spletni vir]. *Body Image*, letn. 2, št. 1, str. 81–86. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na *Eating disorders* <http://www.danielmtfessler.com/wp-content/uploads/2013/12/Frederick-et-al-2005-magazines-male-muscularity.pdf>
- GABRIJELČIČ BLENKUŠ, M., in KUCHAR, D., 2009. Prehranjevalne navade in prehranski status- pregled stanja v Sloveniji in svetu. V: BLENKUŠ GABRIJELČIČ, M., GREGORIČ, B. TIVADAR, V., KOCH, S., KOSTANJEVEC, V., FAJDIGA TURK in sod. *Prehranske navade odraslih prebivalcev Slovenije z vidika varovanja zdravja*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
- GALDAS, P. M., CHEATER, F., MARSHALL, P., 2005. Men in health help-seeking behaviour: literature review [spletni vir]. *Journal of Advanced Nursing*, letn.49, št.6, str. 616–23.[Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2004.03331.x/pdf>
- GOODWIN, G.M., FAIRBURN, C.G., COWEN, P.J., 1987. Dieting changes serotonergic function in women, not men: implications for the aetiology of anorexia nervosa [spletni vir]? *Psychological Medicine*, letn.17, št. 4, str. 839–42 [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=4988032&fileId=S0033291700000635>
- GOVE, W. R., FAIN, T., 1977. A comparison of voluntary in committed psychiatric Patients [spletni vir]. *Archives of General Psychiatry*, letn. 34, št. 6, str. 669–676. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=491731>
- GOTESTAM, K.G., AGRAS, W.S., 1995. General population-based epidemiological study of eating disorders in Norway. [spletni vir]. *International Journal of Eating Disorders*, letn. 18, št. 2, str. 119–26. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-108X\(199509\)18:2%3C119::AID-EAT2260180203%3E3.0.CO;2-U/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-108X(199509)18:2%3C119::AID-EAT2260180203%3E3.0.CO;2-U/pdf)
- GRAY, J. J., in GINSBERG, R. L. 2007. *The muscular ideal: psychological, social, and medical perspectives* [spletni vir]. Washington, DC, US: American Psychological Association, str. 15-39. [Datum dostopa 19. 6. 2015]. Dostopno na <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2007-04854-001>
- GREENFIELD, S. F., SHORE, M. F., 1995. Prevention of psychiatric disorders [spletni vir]. *Harvard Review of Psychiatry*, letn. 3, št. 3, str. 115-29. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/10673229509017177>
- GROESZ, M. P., LEVINE, S. K., in MURNEN, S. K., 2002. The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: a meta-analytic review [spletni vir]. *International Journal of Eating Disorders*, letn. 31, št. 1, str. 1–16. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://athena.uwindsor.ca/users/j/jarry/main.nsf/032ecd0df8f83bdf852569990057>

[1a93/aa9ed943e56182bf85256abe005bc3f6/\\$FILE/Groesz%20et%20al%20\(2002\).pdf](#)

- GROGAN, S., 2007. *Body image: understining body dissatisfaction in men, women, in children*. [spletni vir]. New York: Routledge. [Datum dostopa 1.6. 2015]. Dostopno na <https://books.google.si/books?hl=sl&lr=&id=oAZ9e31O2sIC&oi=fnd&pg=PP1&dq=GROGAN,+S.,+2007.+Body+image:+&ots=SvpSn9y3ZM&sig=EuXmHXbhond5lmevOPeRYAveg4#v=onepage&q=GROGAN%2C%20S.%2C%202007.%20Body%20image%3A&f=false>
- HAIDER, S., in HALEEM, D.J., 2000. Decreases of brain serotonin following a food restriction schedule of 4 weeks in male in female rats [spletni vir]. *Medical Science Monitor*, letn. 6, št. 6, str. 1061-1067. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.medscimonit.com/download/index/idArt/507584>
- HAINES, J., in NEUMARK-SZTAINER, D., 2006. Prevention of obesity in eating disorders: a consideration of shared risk factors [spletni vir]. *Health Education Research*, letn. 21, št. 6, str. 770-82. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://her.oxfordjournals.org/content/21/6/770.full>
- HATOUM, I. J., in BELLE, D., 2004. Mags in abs: media consumption in bodily concerns in men [spletni vir]. *Sex Roles*, letn. 51, št. 7-8, str. 397–407. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na http://www.idahatoum.com/resources/articles/Hatoum_SexRoles_2004.pdf
- HEALTH, S. C. D. O. M., 2006. Eating Disorder Statistics [spletni vir]. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.state.sc.us/dmh/anorexia/statistics.htm>
- HERRETT E, THOMAS SL, SCHOONEN WM, in sod., 2010. Validation in validityof diagnoses in the General Practice Research Database: a systematic review [spletni vir]. *British journal of clinical pharmacology*, letn. 69, št. 1, str. 4–14. [Datum dostopa 3.6.2015]. Dostopno na <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2125.2009.03537.x/full>
- HERRIN, M., 2013. *Nutrition Counselling in the Treatment of eating disorders*. New York: routledge, [spletni vir]. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na https://books.google.si/books?hl=sl&lr=&id=NX1tK8IYphUC&oi=fnd&pg=PP2&dq=Nutrition+Counselling+in+the+Treatment+of+eating+disorders.+&ots=0dSlucn70z&sig=ZTpkVQUvmlz2_CzJwaWTfe2_7TA#v=onepage&q=Nutrition%20Counselling%20in%20the%20Treatment%20of%20eating%20disorders.&f=false
- HERZOG W, DETER HC, FIEHN W, PETZOLD E.1997. Medical findings and predictors of long-term physical outcome in anorexia nervosa: a prospective, 12-year follow-up study [spletni vir]. *Psychological Medicine*, letn. 27, št. 2, str. 269-79. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=25299&fileId=S0033291796004394>

- HIDAY, V. A., 1996. Involuntary commitment as a psychiatric technology [spletni vir]. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, letn. 12, št. 4, str. 585–603. [Datum dostopa 28.5.2015]. Dostopno na <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=4227652&fileId=S0266462300010904>
- HILDEBRINT, T., LANGENBUCHER, J., in SCHLUNDT, D. G., 2004. Muscularity concerns among men: development of attitudinal in perceptual measures [spletni vir]. *Body Image*, letn.1, št. 2, str. 169–181. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na http://icahn.mssm.edu/static_files/MSSM/Files/Research/Programs/Appearance%20in%20Performance%20Enhancing%20Drug%20Program/Hildebrint2004.pdf
- HLASTAN, RIBIC, C., in sod., 2008. *Praktikum jedilnikov zdravega prehranjevanja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah* (od prvega leta starosti naprej) [spletni vir]. [Datum dostopa 3. 6. 2015]. Dostopno na http://www.os-danilekumar.si/data/jedilniki/ZRSS_Praktikum.pdf
- HOEK, H.W., in VAN HOEKEN, D., 2003. Review of the prevalence in incidence of eating disorders [spletni vir]. *International Journal of Eating Disorders*, letn. 34, št.4, str. 383–96. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.10222/pdf>
- HOEK, H.W., 2006. Incidence, prevalence in mortality of anorexia nervosa in other eating disorders [spletni vir]. *Current Opinion in Psychiatry*, letn. 19, št. 4, str. 389–94. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.10222/abstract;jsessionid=97DB9037BFB778332A5684F5C482E9B3.f01t01>
- HOYT, W., KOGAN, L. R., 2001. *Satisfaction with body image in peer relationships for males in females in a college environment* [spletni vir]. *Sex Roles*, letn. 45, št. 3-4, str. 199-216. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1013501827550#page-1>
- HORESH, N., APTER, A., ISHAI, J. O., DANZIGER, Y., MICULINCER, M., STEIN, D. IN DR. 1996. Ab-normal Psychosocial Situations and Eating Disorders in Adolescence [spletni vir]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, letn. 35, št.7, str. 921-927. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709624722>
- HRAST, I., SMRDU, M., GORENC, M., PEČENIK, S., DRNOVŠEK, M. Z., 2018. *Motnje hranjenja: intervencije zdravljenja in obravnave anoreksije nervoze, bulimije nervoze in sorodnih motenj hranjenja*. Nacionalne smernice klinične prakse. V. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozara, št. 27, str.15-159.
- HUDSON, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2006. *Work Group on Eating Disorders: practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. [spletni vir]. Arlington: American psychiatric association. [Datum dostopa 28.5.2015]. Dostopno na

<https://books.google.si/books?hl=sl&lr=&id=zql0AqtRSrYC&oi=fnd&pg=PR7&dq=AMERICAN+PSYCHIATRIC+ASSOCIATION.+2006.+Work+Group+on+Eating+Disorders:+Practice+guideline+for+the+treatment+of+patients+with+eating+disorders.+&ots=T9Z3BcgAUk&sig=tIKJm7oLML4w7dw2WrpWxRb3MBQ#v=onepage&q=AMERICAN%20PSYCHIATRIC%20ASSOCIATION.%202006.%20Work%20Group%20on%20Eating%20Disorders%3A%20Practice%20guideline%20for%20the%20treatment%20of%20patients%20with%20eating%20disorders.&f=false>

YANOVSKI, S.Z., 2003. Binge eating disorder in obesity in 2003: could treating an eating disorder have a positive effect on the obesity epidemic [spletni vir]? *International Journal of Eating Disorders*, letn. 34, št. 1, str. 117-120. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.10211/pdf>

JICK H, TERRIS BZ, DERBY LE, in sod., 1992. Further validation of information recorded on a general practitioner based computerized data resource in the UK [spletni vir]. *Pharmacoepidemiol*, letn. 1, št. 6, str. 347–349. [Datum dostopa 3.6.2015]. Dostopno na <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pds.2630010607/abstract>

JICK, S.S., KAYE, J.A., VASILAKIS-SCARAMOZZA, C., et al. 2003. Validity of the general practice research database [spletni vir]. *Pharmacotherapy*, letn. 23, št. 5, str. 686–689. [Datum dostopa 3.6.2015]. Dostopno na <http://onlinelibrary.wiley.com/resolve/openurl?genre=article&sid=nlm:pubmed&issn=0277-0008&date=2003&volume=23&issue=5&spage=686>

JOHNSON, J.G., COHEN, P., KASEN, S., BROOK, J.S., 2002. Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood [spletni vir]. *American Journal of Psychiatry*, letn. 159, št. 3, str. 394-400. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.159.3.394>

KANE, J. M., QUITKIN, F., RIFKIN, A., 1983. Attitudinal changes of involuntarily committed patients following treatment [spletni vir]. *Archives of General Psychiatry*, letn. 40, št. 4, str. 374–377. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=493014>

KARAZSIA, B. T. in CROWTHER, J. H., 2010. Sociocultural in psychological links to men's engagement in risky body change behaviors [spletni vir]. *Sex Roles*, letn. 63, št. 9-10, str. 747–756. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://link.springer.com/article/10.1007/s11199-010-9802-6#page-1>

KESKI, 2008. *American Psychiatric Association: Eating disorders measures*. Washington: American Psychiatric Association, Hinbook of Psychiatric Measures.

KLEIN, D.A., in WALSH, B.T., 2004. Eating disorders: clinical features in psychophysiology [spletni vir]. *Physiology in behavior*, letn. 81, št. 2, str. 359 -

374. [Datum dostopa 2. 6.2015]. Dostopno na <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031938404000526>
- KOBAL GRUM, D.in SENIČAR, M., 2012. *Uvod v psihologijo prehrane* [spletni vir], [Datum dostopa 30.9.2014]. Dostopno na http://www.bf.unilj.si/fileadmin/groups/2752/Uvod_v_psihologijo_prehrane.pdf
- KULICK, D., HARK, L., DEEN, D., 2010. The bariatric surgery patient: a growing role for registered dietitians [spletni vir]. *Journal of the American Dietetic Association*, letn. 110, št.4, str. 593-599. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002822309020914>
- LEE, S., NG, K.L., KWOK, K., FUNG, C., 2010. The changing profile of eating disorders at a tertiary psychiatric clinic in Hong Kong (1987- 2007) [spletni vir]. *International Journal of Eating Disorders*, letn. 43, št. 4, str. 307-314. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20686/pdf>
- LEIT, R. A., GRAY, J. J., in POPE, H. G. 2002. The media's representation of the ideal male body: a cause for muscle dysmorphia [spletni vir]? *International Journal of Eating Disorders*, letn.31, št. 3, str. 334–338. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.10019/pdf>
- LORENZEN, L., GRIEVE, F., in THOMAS, A., 2004. Exposure to muscular male models decreases men's body satisfaction [spletni vir]. *Sex Roles*, letn. 51, št. 11-12, str. 743–748. [Datum dostopa 1.6. 2015]. Dostopno na <http://link.springer.com/article/10.1007/s11199-004-0723-0#page-1>
- LORIA, K.V.,GOMEZ, C.C., NOGUEIRA, L.T.,TORRES, P.A., CASTILLO, RABANEDA, R. in sod.,2009. Evaluation of the utility of a nutrition education program with eating disorders [spletni vir]. *Nutricion Hospitalaria*, št. 24, str. 558–567. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://europepmc.org/abstract/med/19893866>
- MACHADO, P.P., MACHADO, B.C., GONCALVE, S., in sod., 2007.The prevalence of eating disorders not otherwise specified [spletni vir]. *International Journal of Eating Disorders*, letn. 40, št. 3, str. 212-217. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5722/1/EDNOS%20IJED%20accepted>.
- MACHADO, P. P., GONCALVES, S., HOEK, H.W., 2013. DSM-5 reduces the proportion of EDNOS cases: evidence from community samples [spletni vir]. *International Journal of Eating Disorders*, letn. 46, št. 1, str. 60-65. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.22040/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>

- MADDEN, S., MORRIS, A., ZURYNSKI, Y.A., in sod., 2009. Burden of eating disorders in 5-13-year-old children in Australia [spletni vir]. *Medical Journal of Australia*, letn. 190, št. 8, str. 410-414. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na https://mjainsight.com.au/system/files/issues/190_08_200409/mad10866_fm.pdf
- MAHAN, I. K., ESCOTT-STUMP, S., RAYMOND, J.L., 2012. *Krause's food in the nutrition care process* [spletni vir]. Elsevier Health Sciences, str. 489-506. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na https://books.google.si/books?hl=sl&lr=&id=da4sx4IdLIMC&oi=fnd&pg=PP1&dq=.,+Krause's+food+%26+the+nutrition+care+process.+13th+ed.+St.+Louis&ots=rB_Aidy3VU&sig=qPfohUcgRc8hLAARUtz2AofblJk#v=onepage&q=.%2C%20Krause's%20food%20%26%20the%20nutrition%20care%20process.%2013th%20ed.%20St.%20Louis&f=false
- MARCUS, M. D., in KALARCHIAN, M.A., 2003. Binge eating in children in adolescents. International [spletni vir]. *Journal of Eating Disorders*, št. 34, str. 47-57. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.10205/pdf>
- MCCREARY, D. R., in SASSE, D. K., 2000. An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys in girls [spletni vir]. *Journal of American College Health*, letn. 48, št. 6, str. 297-304. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.tinfonline.com/doi/abs/10.1080/07448480009596271>
- MCCABE, M. P., in RICCIARDELLI, L. A., 2001. Body image in body change techniques among young adolescent boys [spletni vir]. *European Eating Disorders Review*, letn. 9, št. 5, str. 335-347. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.389/abstract>
- MCCABE, M., in RICCIARDELLI, L., 2004. Body image dissatisfaction among males across the lifespan: a review of past literature [spletni vir]. *Journal of Psychosomatic Research*, letn. 56, št. 6, str. 675-685. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399903001296>
- MCCARTNEY, G., MAHMOOD, L., LEYLIN, A.H. in sod., 2011. Contribution of smoking-related in alcohol-related deaths to the gender gap in mortality: evidence from 30 European countries [spletni vir]. *Tobacco Control*, letn. 20, št. 2, str. 166-168. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/20/2/166.short>
- MCCREARY, D. R., HILDEBRINT, T. B., HEINBERG, L. J., BOROUGHS, M., in THOMPSON, J. K. 2007. A review of Body Image influences on men's fitness goals in supplement use [spletni vir]. *American Journal of Men's Health*, letn.1, št. 4, str. 307-316. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://jmh.sagepub.com/content/1/4/307.short>
- MEHLER, P. S., in KRANTZ, M., 2003. Anorexia nervosa medical issues [spletni vir]. *Journal Womens Health*, letn. 12, št. 4, str. 331-340. [Datum dostopa 28.5.2015]. Dostopno na <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/154099903765448844>

- MEYER, C., BLISSETT, J., OLDFIELD, C., 2001. Sexual orientation in eating psychopathology: the role of masculinity in femininity [spletni vir]. *International Journal of Eating Disorders*, letn. 29, št. 3, str. 314-318. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.1024/pdf>
- MEYER, C., LEUNG, N., WALLER, G., PERKINS, S., PAICE, N., in MITCHELL, J., 2005. Anger in bulimic psychopathology: gender differences in a non clinical group [spletni vir]. *International Journal of Eating Disorders*, letn. 37, št. 1, str. 69–71. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20038/abstract>
- MIKUŠ PANDEL, R., 2012. Globalizacija prehranskih praks-motnje hranjenja. V: Matić L, Fink A, Vettorazzi R, ur. *Temeljna življenjska aktivnost prehranjevanje in pitje*[spletni vir]. Zbornik predavanj. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju, str. 58–69, 70-78. [Datum dostopa 16.10.2014]. Dostopno na http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/publication_attachments/prehranjevanje_in_pitje.pdf
- MONTEATH, S. A., in MCCABE, M. P., 1997. The influence of societal factors on female body image [spletni vir]. *Journal of Personality in Social Psychology*, letn. 137, št. 6, str. 708–727. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.tinonline.com/doi/abs/10.1080/00224549709595493>
- MORRIS, J., 2011. *Abc of eating disorders*. Edinburgh. [spletni vir].. John Wiley in Sons, str.1- 4.[Datum dostopa 28.5.2015]. Dostopno na <https://books.google.si/books?hl=sl&lr=&id=ME7rMQqLzI8C&oi=fnd&pg=PR6&dq=Abc+of+eating+disorders.+Edinburgh:&ots=E8IoaWwTH5&sig=de7CFpHLGD8Az9uqHqIrbI0joQ#v=onepage&q=Abc%20of%20eating%20disorders.%20Edinburgh%3A&f=false>
- MORRISON, T., MORRISON, M., in HOPKINS, C. 2003. Striving for bodily perfection? An exploration of the drive for muscularity in Canadian men [spletni vir]. *Psychology of Men in Masculinity*, letn. 4, št. 2, str. 111–120 [Datum dostopa 30.5.2015]. Dostopno na <http://psycnet.apa.org/journals/men/4/2/111/>
- NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH. 2004. *Eating disorders: core interventions in the treatment in management of anorexia nervosa, bulimia nervosa in related eating disorders* [spletni vir]. London: British Psychological Society (UK), str. 80–115. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23346610>
- NHS, 2006. *Quality improvement Scotlin*. Eating disorders in Scotlin: Recommendations for management in treatment. Edinburgh: The Mental Welfare Commission for Scotlin, str. 5–10.
- NICELY, T.A., LANE-LONEY, S., MASCIULLI, E., in sod., 2014. Prevalence in characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders [spletni vir]. *Journal of Eating*

- Disorders*, letn. 2, št. 1, str. 21. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/s40337-014-0021-3.pdf>
- NICHOLLS, D.E., LYNN, R., VINER, R.M., 2011. Childhood eating disorders: british national surveillance study [spletni vir]. *The British Journal of Psychiatry*, letn. 198, št. 4, str. 295-301. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://bjp.rcpsych.org/content/198/4/295.short>
- NORRIS, M. L., APSIMON, M., HARRISON, M., OBEID, N., BUCHHOLZ, A., HENDERSON, K. A., in SPETTIGUE, W. 2012. An examination of medical in psychological morbidity in adolescent males with eating disorders [spletni vir]. *Eating Disorders: the Journal of Treatment in Prevention*, letn. 20, št. 5, str. 405-415. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.tinonline.com/doi/pdf/10.1080/10640266.2012.715520>
- NPDZ. 2014-2018. *Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014-2018*[spletni vir]. [Datum dostopa 30.5.2015]. Dostopno na http://www.sent.si/fck_files/file/NOVICE/NPDZ_3_J.pdf 13.3.2015
- OLIVARDIA, R., POPE, H., BOROWIECKI, J. III, in COHANE, G., 2004. Biceps in body image: the relationship between muscularity in self-esteem, depression, in eating disorder symptoms [spletni vir]. *Psychology of Men and Masculinity*, letn. 5, št. 2, str. 112. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na [http://cronus.uwindsor.ca/users/j/jarry/main.nsf/0/aa9ed943e56182bf85256abe005bc3f6/\\$FILE/Olivardia%20et%20al%20\(2004\).pdf](http://cronus.uwindsor.ca/users/j/jarry/main.nsf/0/aa9ed943e56182bf85256abe005bc3f6/$FILE/Olivardia%20et%20al%20(2004).pdf)
- ORNSTEIN, R. M., ROSEN, D.S., MAMMEL, K.A., in sod., 2013. Distribution of eating disorders in children in adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding in eating disorders [spletni vir]. *Journal of Adolescent Health*, letn. 53, št. 2, str. 303-305. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X13002097>
- OZIER, A.D. in HENRY, B.W., 2011. Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Eating Disorders [spletni vir]. *Journal of The American Dietetic Association*, letn. 111, št. 8, str. 1236 - 1241. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002822311007127>
- PINEL MIKUŠ R., 2003. Različni vidiki motenj hranjenja pri ženskah (1.Del). Different aspects of Eating disorders in women (part 1). *Obzornik zdravstvene nege*, št. 37, str. 29-36.
- PARDUE, M., WIZEMANN, T. M., 2001. Exploring the Biological Contributions to Human health: does sex matter [spletni vir]. *The National Academies Press*, [Datum dostopa 2.6.2015]. Dostopno na <https://books.google.si/books?hl=sl&lr=&id=KDicAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT19&dq=Exploring+the+biological+contributions+to+human+health:+does+sex+matter&ots=SUicrTXiVh&sig=Pk6h56MUSqw7g7VBdNU8uQpwdw#v=onepage&q=Exploring%20the%20biological%20contributions%20tohuman%20health%3A%20does%20sex%20matter&f=false>

- PARENT, M. C., in MORADI, B., 2011. His biceps become him: a test of objectification theory's application to drive for muscularity in propensity for steroid use in college men [spletni vir]. *Journal of Counseling Psychology*, letn. 58, št. 2, str. 246-256. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://psycnet.apa.org/journals/cou/58/2/246/>.
- PELAEZ-FERNINEZ, M. A., LABRADOR, F.J., RAICH, R.M., 2008. Comparison of single- in double-stage designs in the prevalence estimation of eating disorders in community samples [spletni vir]. *The Spanish Journal of Psychology*, letn.11, št. 2, str. 542–50. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=8895689&fileId=S1138741600004546>
- PETERKA NOVAK, J., 2002. *Duševno zdravje, spol in čustva bolnic z anoreksijo nervozo* [spletni vir]. [Datum dostopa 19.12.2014]. Dostopno na <http://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-CV1YGIJ8/472d0a3d-e521-4b3c-ae66-d03b5306ccbb/PDF>
- PETERKA NOVAK, J., 2007. Perspektiva spola na področju motenj hranjenja: ženske in dekleta zbolijo pogosteje kot moški [spletni vir]. *Obzornik zdravstvene nege*, letn. 41, št. 1, str. 43- 48. [Datum dostopa 11. 1 2015]. <http://www.dlib.si>
- POKORN D, ROZMAN FATTORI, I, PAJK, M., KOROŠEC, L.,1998. *S prehrano do zdravja. Hrana-čudežno zdravilo II: recepti in diete*. Ljubljana: Mladinska knjiga, str. 25.
- POMPILI, M., GIRARDI, P., TATARELLI, G., RUBERTO, A., TATARELLI, R., 2006. Suicide in attempted suicide in eating disorders, obesity in weight-image concern [spletni vir]. *Eating behaviors*, letn. 7, št. 4, str. 384-894. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na http://www.researchgate.net/profile/Maurizio_Pompili/publication/6740341_Suicide_in_attempted_suicide_in_eating_disorders_obesity_in_weightimage_concern/links/0fcfd50e692d870e46000000.pdf
- POWERS, P., in BRUTY, H., 2008. Pharmacotherapy foreating disorders in obesity[spletni vir]. *Child in Adolescent Psychiatric Clinics of North Americ*, letn. 18, št.1, str. 175-187. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S105649930800059X>
- REICH, G., KRÖ GER, S., HAFNER, A., ŠAVLI, M., ŠIRCA-ČAMPA, A., JURIČ, N., 2009. *Motnje hranjenja: ponovno odkrivanje zdrave prehrane: koristne informacije in 56 slastnih receptov, da bo nakupovanje, kuhanje in prehranjevanje spet zabavno, zaščita pred ponovnim pojavom bolezni: zanesljivi gradniki zdrave prehrane in tedenski jedilniki*. 1. Izd. Ptujška gora: In obs medicus: str. 12 □ 54.
- RICCIARDELLI, L. A., in MCCABE, M. P., 2004. A biopsychosocial model of disordered eating in the pursuit of muscularity in adolescent boys [spletni vir]. *Psychological Bulletin*, letn. 130, št. 2, str. 179–205. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://psycnet.apa.org/journals/bul/130/2/179/>

- RIDGEWAY, R., in TYLKA, T., 2005. College men's perceptions of ideal body composition in shape [spletni vir]. *Psychology of Men in Masculinity*, letn. 6, št. 3, str. 209–220. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://psycnet.apa.org/journals/men/6/3/>
- ROCA, P., PROENZA, A.M., PALOU A., 1999. Sex differences in the effect of obesity on human plasma tryptophan/large neutral amino acid ratio [spletni vir]. *Annals of Nutrition in Metabolism*, letn. 43, št. 3, str. 145–51. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.karger.com/Article/Abstract/12780>
- ROYAL, COLLEGE, O.F., PSYCHIATRISTS., 2008. *Guidelines for nutritional management of anorexia nervosa* [spletni vir]. London, str. 12-33. [Datum dostopa 31.5.2015]. Dostopno na <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/cr130.pdf>
- SERNEC K., 2010. *Sodobni vidiki in načini zdravljenja motenj hranjenja*. Strokovno glasilo slovenske farmacije, [spletni vir]. *Pharmaceutical Journal of Slovenia*, letn. 61, št. 2, str. 106 . [Datum dostopa 19.6. 2015]. Dostopno na http://scholar.google.si/scholar?q=SERNEC+K.%2C+2010.+Sodobni+vidiki+in+na%C4%8Dini+zdravljenja+motenj+hranjenja.+&btnG=&hl=sl&as_sdt=0%2C5
- SHANNON, P. J., 1976. Coercion in compulsory hospitalization: some patient's attitudes [spletni vir]. *The medical Journal of Australia*, letn. 2, št. 21, str. 798–800. [Datum dostopa 19.6.2015]. Dostopno na <http://europepmc.org/abstract/med/1004346>
- SMINK, FRE, HOEKEN, D., HOEK HW., 2012. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence in Mortality Rates [spletni vir]. *Current psychiatry reports*, letn. 14, št. 4. str. 406–414. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://link.springer.com/article/10.1007/s11920-012-0282-y#page-1pdf>
- SMOLAK, L., STRIEGEL-MOORE, R.H., 2004. Future directions in eating disorder in obesity research. V: THOMPSON, J.K., editor. *Handbook of Eating Disorders in Obesity*. Hoboken, NJ: John Wiley in Sons, str. 738–754.
- SOCIAL STATISTIC. 2012. *Statistic Explained Archive*. Luxembourg: publications Office of the European Union, 2013 [spletni vir]. [Datum dostopa 18.3.2015]. Dostopno na <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/4031688/5930084/KS-FM-13-002-EN.PDF/>
- SONNEVILLE, K.R., HORTON, N. J., MICALI, N. in sod., 2013. Longitudinal associations between binge eating in overeating in adverse outcomes among adolescents in young adults: Does loss of control matter? [spletni vir]. *JAMA Pediatrics*, št. 167, str. 149-155. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleID=1476811>
- STERNAD, D.M., 2001, *Motnje hranjenja: od besed, ki ranijo k besedam, ki celijo*. Ljubljana: samozaložba, str. 54 – 80.

- STICE, E., MARTI, C.N., ROHDE, P., 2013. Prevalence, incidence, impairment, in course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women [spletni vir]. *Journal of Abnormal Psychology*, št. 122, str. 445-447. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3980846>
- STRIEGEL – MOORE, R.H., GARVIN, V., DOHM, F., ROSENHECK, R.A. ,1999. Psychitric comorbidity of eating disorders in men:a national study of hospitalized veterans [spletni vir]. *International Journal of Eating Disorders* , letn. 25, št. 4 str. 399-404. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199905\)25:4%3C399::AID-EAT4%3E3.0.CO;2-0/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1098-108X(199905)25:4%3C399::AID-EAT4%3E3.0.CO;2-0/abstract)
- STROTHER, E., LEMBERG, R., STANFORD, S. C., in TURBERVILLE, D. , 2012. Eating Disorders in men: underdiagnosed, undertreated, in misunderstood [spletni vir]. *Eating Disorders*, letn. 20, št. 5, str. 346-355. [Datum dostopa 29.9.2014]. Dostopno na <http://www.tinfonline.com/doi/full/10.1080/10640266.2012.715512>
- STRIEGEL-MOORE, R. H., ROSSELLI, F., PERRIN, N., DEBAR, L., WILSON, G. T., MAY, A., in sod., 2009. Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. [spletni vir]. *International Journal of Eating Disorders*, letn. 42, št. 5, str. 471–474. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20625/pdf>
- STRIEGEL-MOORE, R. H., BEDROSIAN, R., WANG, C., in SCHWARTZ, S. 2012. Why men should be included in research on binge eating: results from a comparison of psychosocial impairment in men in women [spletni vir]. *International Journal of Eating Disorders*, št. 45, str. 233–240. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20625/abstract>
- SWANSON, S.A., CROW, S.J., LE GRANGE, D., in sod.2011., Prevalence in correlates of eatingdisorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement [spletni vir]. *Archives of General Psychiatry*, letn. 68, št. 7, str. 714-723. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1107211&maxtoshow=&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=Merikangas&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT>
- ŠPRAH, L., NOVAK, T., DERNOVŠEK, M.Z., 2011. *Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije: analiza tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije v posameznih statističnih regijah s pomočjo prilagojene metodologije Indeksa boljšega življenja: elaborat* [spletni vir]. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, str. 10-70. [Datum dostopa 5.1. 2015]. Dostopno na http://www.zrc-sazu.si/sites/default/files/assessment_of_well-being_indicators.pdf
- TARAIDSEN, K.W., ERIKSEN, L., GOTESTAM,K.G.,1996. Prevalence of eating disorders among norwegian women and men in a psychiatric outpatient unit [spletni vir]. *International Journal of Eating Disorders*, letn. 20, št. 2, str. 185–90. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na

[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199609\)20:2%3C185::AID-EAT9%3E3.0.CO;2-C/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1098-108X(199609)20:2%3C185::AID-EAT9%3E3.0.CO;2-C/abstract)

THOMPSON, J., in CAFRI, G.E., 2007. The muscular ideal: psychological, social, in medical perspectives [spletni vir]. *American Psychological Association*, str. 107-120. [Datum dostopa 31.5.2015]. Dostopno na <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2007-04854-000>

TYLKA, T. L., 2011. Refinement of the tripartite influence model for men: dual body image pathways to body change behaviors [spletni vir]. *Body Image*, št. 8, str. 199–207. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1740144511001380>

TOD, D., MORRISON, T. G., in EDWARDS, C.; 2012. Psychometric properties of Yellin in Tiggemann's Drive for Muscularity Scale [spletni vir]. *Body Image*, št. 9, str. 421–424. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1740144511000532>

TONOFSKY, M.B., WILFEY, D.E., SPURRELL, E.B., WELCH, R., BROWNELL, K.D., 1997. Comparison of Men and Women with Binge Eating Disorder. [spletni vir]. *International Journal of Eating Disorders*, letn. 21, št. 1, str. 49- 54. [Datum dostopa 31.5.2015]. Dostopno na [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199701\)21:1%3C49::AID-EAT6%3E3.0.CO;2-3/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1098-108X(199701)21:1%3C49::AID-EAT6%3E3.0.CO;2-3/pdf)

TURNBULL S, WARD A, TREASURE J, in sod., 1996. The demin for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database [spletni vir]. *The British Journal of Psychiatry*, letn. 169, št. 6, str. 705-712. [Datum dostopa 3.6.2015]. Dostopno na <http://bjp.rcpsych.org/content/169/6/705.short>

VAN SON, GABRIELE, E., in sod., 2006. Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlins [spletni vir]. *International Journal of Eating Disorders*, letn. 39, št. 7, str. 565–9. [Datum dostopa 31.5.2015]. Dostopno na <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20316/pdf>

VARTANIAN, L. R., GIANT, C. L., in PASSINO, R. M. 2001. “Ally McBeal vs. Arnold Schwarzenegger”: comparing mass media, interpersonal feedback in gender as predictors of satisfaction with body thinness in muscularity [spletni vir]. *Social Behavior in Personality*, št. 29, str. 711–723. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.ingentaconnect.com/content/sbp/sbp/2001/00000029/00000007/art00009>

WALDRON, I., 2000. Trends in gender differences in mortality: relationships to changing gender differences in behaviour in other causal factors [spletni vir]. *Gender inequalities in health*, št. 1, str. 150–181. [Datum dostopa 19.6.2015]. Dostopno na <https://www.mheducation.co.uk/openup/chapters/0335203647.pdf>

- WAKEFIELD, A., WILLIAMS, H., 2009. Practice Recommendations for the Nutritional Management of Anorexia Nervosa in Adults [spletni vir]. *Dietitians association of Australia*. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.nedc.com.au/resource/97/practice-recommendations-for-the-nutritional-management-of-anorexia-nervosa-in-adults?page=17>
- WEINSTEIN, R.M., 1979. Patient attitudes toward mental hospitalization: a review of quantitative research [spletni vir]. *Journal of Health in Social Behavior*, št. 20, str. 237–258. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na http://www.jstor.org/stable/2136449?seq=1#page_scan_tab_contents
- WELTZIN, T. E., WEISENSEL, N., FRANCZYK, D., BURNETT, K., KLITZ, C., BEAN, P., 2005. Eating disorders in men : update [spletni vir]. *The journal of mens health in gender*, letn. 2, št. 2, str 186-193. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1571891305000725>
- WILFEY, D.E., CROW, S.J., HUDSON, J.I., in sod., 2008. Efficacy of sibutramine for the treatment of binge eating disorder: a randomized multicenter placebo-controlled double-blind study [spletni vir]. *American Journal of Psychiatry*, letn. 165, št. 1, str. 51-58. [Datum dostopa 31.5.2015]. Dostopno na <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2007.06121970>
- WILLIAMS, P., KING, M., 1987. The "epidemic" of anorexia nervosa: another medical myth? [spletni vir]. *The Lancet*, letn. 7, št. 1, str.205–207 [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673687900158>
- WILSON, G.T., WILFEY, D.E., AGRAS, W.S. in sod., 2010. Psychological treatments of binge eating disorder [spletni vir]. *Archives of General Psychiatry*, letn. 67, št. 1, str. 94-101. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=210525>
- WOODSIDE, D. B., GARFINKEL, P. E., LINE, E., GOERING, P., KAPLAN, A. S., GOLDBLOOM, D. S., & KENNEDY, S. H. 2001. Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community [spletni vir]. *American Journal of Psychiatry*, letn. 158, št. 4, str. 570-574. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.158.4.570>
- WONDERLICH, S. A., GORDON, K. H., MITCHELL, J. E., CROSBY, R. D., in ENGEL, S. G. 2009. Validity in utility of binge eating disorder [spletni vir]. *International Journal of Eating Disorders*, letn. 42, št. 8, str. 687–705. [Datum dostopa 27.5.2015]. Dostopno na <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20719/references>
- ZERBE K.J., 2008. *Integrated Treatment of Eating Disorders: beyond the Body Betrayed* [spletni vir]. New York, UK: W.W. Norton in Company, str. 38-39. [Datum dostopa 31.5.2015]. Dostopno na http://eatingdisordersreview.com/print/nl_edr_24_6print.html

POVZETEK

Motnje hranjenja pri moških so duševne motnje in so odraz osebne stiske, trpljenja, nezadovoljstva in ne samo želja po vitkejši postavi in lepšem videzu. Moški, ki boleha za motnjemai hranjenja ima nizko stopnjo samozavesti in samospoštovanja. Osvoboditev notranjih bolečin in neprepoznanih čustev, središče njegovih misli, slabe vesti in bojev predstavlja spremenjen odnos do hrane, odklanjanje hrane ali hranjenja, bruhanje ali jemanje odvajala. Naloga povzema pregled slovenske in tuje strokovne in znanstvene literature o tej temi, pa tudi o temi kako kot prehranski svetovalec pristopiti k moškemu z motnjo hranjenja, kako ga prehransko oceniti in mu ustrezno svetovati .V zaključku naloge so povzete glavne ugotovitve.

Ključne besede: motnje hranjenja, anoreksija, bulimija, kompulzivno prenajedanje, bigoreksija, ortoreksija, pomoč prehranskega svetovalca.

SUMMARY

Eating disorders are mental disorders: men have a reflection of personal hardship, frustration in not just a desire for a slimmer in better appearance. Such a man has a low level of self-esteem in self respect. The liberation of inner pain in emotions, his mind Center unidentified, quit in struggles of a revised relationship to food, food or feeding, the rejection of the vomiting or taking laxatives. The diploma summarizes Slovenian in foreign professional in scientific literature on this topic, in also about how as a nutritional Advisor to approach a man with an eating disorder, how to assess in advise the food properly. In the completion of the task, I gave an overview of the main findings.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating, bigoreksija, ortoreksija, helping nutritional consultant.

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. Maši Černelič Bizjak za strokovno vodenje in usmerjanje pri pripravi in izdelavi diplomskega dela.

Zahvaljujem se knjižničarki Martini Kocbek Gajšt in recenzentki Jakus Tadeji za pomoč ob dokončanju te naloge.

Zahvaljujem se prijateljem, sošolcem (zlasti Maruši in Luku) za vso moralno in fizično pomoč v času študija.

Zahvaljujem se sodelavcem PBI in SPIZ.

Hvala moji družini, sinovoma Tadeju in Simonu ter možu Valterju, ki so me ves čas ob študiju podpirali in mi stali ob strani.