

*Aktuelne teme/
Current topics*

POREMEĆAJI ISHRANE KOD SPORTISTA
EATING DISORDERS IN ATHLETS

Correspondence to:

Dr Marija Đurović

Odsek za adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju, Bolnica za psihijatriju, KBC „Dr Dragiša Mišović-Dedinje“
11000 Beograd, Heroja Milana Tepića 1

maki.djurovic@gmail.com

Marija Đurović

Odsek za adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju, Bolnica za psihijatriju, KBC „Dr Dragiša Mišović-Dedinje“

Ključne reči

poremećaj ishrane, anoreksija nervoza, bulimija nervosa, sport,

Key words

eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, sport

Sažetak

Poremećaji u ishrani su bolesti koje karakteriše neuobičajeni način ishrane koji s vremenom narušava fizičko i psihičko zdravlje ali i psihosocijalno funkcionisanje. Najčešće dijagnostikovani poremećaji ishrane su: anoreksija nervoza i bulimija nervoza. Anoreksija nervoza se odlikuje restriktivnim režimom ishrane, strahom od dobijanja na težini, strahom od hrane, raznim kompenzatornim ponašanjem koje pomaže održavanju male telesne mase i poremećajem telesne sheme. Za dijagnozu bulimije nervoze određeni dijagnostički kriterijumi moraju biti ispunjeni: učestalo prejedanje, stalna kompenzatorna ponašanja u cilju sprečavanja debljanja (na primer indukovano povraćanje i prekomerna fizička aktivnost), i samoevaluaciju koja je pod uticajem težine.

Poremećaji u ishrani su ozbiljne, potencijalno opasne po život mentalne bolesti. Opasne su prvenstveno jer počinju u periodu puberteta i rane adolescencije i zato što pored psihičkih problema koje prouzrokuju dovode i do fizičkih smetnji. Stopa smrtnosti za osobe sa poremećajima ishrane je najviša od svih psihijatrijskih bolesti i preko 12 puta veća u odnosu na ostatak populacije.

Poremećaji u ishrani javljaju se i među sportistima. Kao i u opštoj populaciji, i među sportistima učestaliji su među ženskom populacijom i to posebno u sportovima gde se traži vitka figura ili određena telesna težina – atletika, gimnastika, rvanje.

Lečenje poremećaja ishrane podrazumeva multidisciplinarni pristup: konsultaciju psihijatra, psihoterapiju, konsultaciju nutricioniste i neretko endokrinologa pa i kardiologa. U izvesnim slučajevima indikovana je farmakoterapija. Problem u lečenju sportista koji boluju je prvenstveno u tome što kriju svoju bolest (kao i ostali oboleli), nerado govore o njoj, te kada se lečenje započne ono traje duže.

UVOD

Poremećaji ishrane su ozbiljne i životno ugrožavajuće bolesti iz grupe psihijatrijskih poremećaja. Počinju najčešće u periodu puberteta i adolescencije. Uprkos mišljenju da se radi o novim i savremenim bolestima, poremećaji u ishrani su bolesti koje su prepoznate mnogo decenija, pa i vekova unazad. Najraniji zapisi o anoreksiji potiču iz IX veka, a svoj naziv bolest je dobila u XIX veku. Dva lekara iz Engleske i Francuske su nekako u isto vreme opisivali pacijentkinje sa simptomima odbijanja hrane, gubitka telesne težine, koje u uz to ispoljavala i strah od hrane, nervozu, nerazpoloženje. Tada je i dato ime bolesti – *anoreksija nervosa*. Bulimija je kao sindrom poznata od 70tih godina prošlog veka, a bulimično ponašanje bilo poznato još u antičkom dobu.

O poremećajima u ishrani je važno govoriti jer ukoliko se ne prepoznaju i ne leče na vreme mogu dovesti do ozbiljnih posledica kako po telesno tako i po psihičko zdravlje. Osim toga postoji i velika opasnost od hroniciteta pa i smrti.

Poremećaji ishrane, kao što su anoreksija i bulimija su česti u populaciji sportista, a razne studije pokazuju i da se radi o alarmantnom povećanju broja obolelih. Sportska kultura, u kojoj se potencira optimalni izgled tela i telesna masa kao preduslovi za bolje performanse, često mogu biti uticajan faktor za nastanak ovih opasnih bolesti. Sportisti su u povećanom riziku u odnosu na ostatak populacije za razvoj ozbiljnih posledica poremećaja ishrane, kako somatskih tako i psiholoških⁽¹⁾.

U sportskoj populaciji međutim učestaliji je takozvani *poremećen unos hrane*, kako se naziva u literaturi.

Poremećen unos hrane i poremećaji ishrane su povezani ali ne uvek i isti. Svi poremećaji ishrane uključuju poremećen unos hrane ali svi slučajevi poremećenog unosa hrane ne ispunjavaju dijagnostičke kriterijume za poremećaje ishrane. Kada je nastao, pojam „poremećenog unosa hrane“ je bio komponenta trijade kod sportistkinja–sindrom koji takodje uključuje i smanjenu gustinu kostiju (osteoporozu) i amenoreju (2).

Najčešće dijagnostikovani poremećaji ishrane su anoreksija nervoza i bulimija nervoza.

Anoreksija nervoza i bulimija nervoza spadaju u razvojne poremećaje koji imaju svoj latentni period koji se proteže kroz celo detinjstvo i manifestni, klinički period koji pod dejstvom percipirajućih faktora počinje u periodu adolescencije. Ovi poremećaji se najčešće javljaju u periodu između 10 i 20 godine života. Anoreksija počinje ranije, obično u pubertetu ili ranoj adolescenciji, kada su telesne promene brze i zahtevaju poseban napor od mlade devojkice, da ih prihvati, obradi i ugradi u svoj telesni imidž i identitet. Bulimija se obično javlja kasnije u periodu srednje ili kasne adolescencije, kada se ličnost suočava sa problemom ulaska u svet odraslih. Potrebno je napomenuti i to da čak 40-50% pacijentkinja sa anoreksijom u jednom trenutku razviju pravu kliničku sliku bulimije (3).

Uzroci poremećaja ishrane grubo se mogu podeliti na biološke, psihičke, interpersonalne i to na porodičnom i socijalnom nivou. Da bi se razvio poremećaj ishrane potrebno je da svi činioci budu ispoljeni. Oblici u kojima se ispoljavaju ovi poremećaji mogu da budu različiti, od životno ugrožavajućih koji zahtevaju kliničko lečenje, do lakših oblika koji zahtevaju ambulantni tretman. Smrtnost obolelih od anoreksije je jako velika i kreće se u proseku od 5-15%, a postoje i hronični oblici koji traju i po 20-30 godina. Bulimija takođe može da bude životno ugrožavajuća, jer usled učestalog povraćanja dolazi do dehidratacije, poremećaja elektrolitnog balansa što u najgorem slučaju može da dovede do poremećaja srčanog ritma i naprasne smrti (1,3-5).

Anorexia nervosa

Naziv anoreksija nervoza potiče od grčke reči anorexia (*an*-bez i *orexi*-apetit) što u prevodu znači gubitak apetita. U suprotnosti sa značenjem reči anorexia, osobe obolele od anoreksije nemaju gubitak apetita, one osećaju glad a ne jedu zbog izraženog straha od hrane i debljine. Uprkos značajnom gubitku na težini, brojnim emocionalnim i zdravstvenim problemima, osobe bolesne od anoreksije uporno negiraju svoju bolest (1,3-4).

Da bi se postavila dijagnoza anoreksije potrebno je da se ispuni nekoliko dijagnostičkih kriterijuma (Međunarodna klasifikacija bolesti MKB 10):

1. Težina mora da bude barem 15% ispod prosečne telesne težine za određeni uzrast i visinu, kod razvijenih oblika taj procenat ide i do 50%.

2. Stalna preokupiranost hranom, kalorijama, razmišljanje o hrani, osećanje krivice posle obroka.

3. Gubitak telesne težine se postiže izbegavanjem hrane koja goji, držanjem restriktivnih dijeta, gladovanjem, korišćenjem laksativa i diuretika, namernim povraćanjem ili preteranom fizičkom aktivnošću.

4. Poremećaj telesne slike, strah od debljine i strah od hrane.

5. Gubitak menstruacije - *amenoreja*, i drugi endokrini poremećaji (3-4).

Dijagnostički je značajno pomenuti da postoje dva oblika anoreksije i to *restriktivni*, kod koga je glavni mehanizam gubitka težine gladovanje, i *purgativni*, kada devojkice pored smanjene količine hrane i povraćaju (najopasniji i najteži za lečenje).

Na anoreksiju treba posumnjati kada se jasno izmene neke navike u ishrani i ponašanje vezano za ishranu: npr. devojkica jede značajno manje količine hrane, izbegava slatkiše i hranu koja „goji“, pije uglavnom vodu, čaj ili kafu a ne pića koja sadrže šećer i koriste veštačke zaslađivače. I posle malih obroka žali se na muku, nadutost stomaka, jede uglavnom sama, izdvaja se i ne voli da jede u prisustvu drugih, mnogo se kreće ili radi fizičke vežbe. Ukoliko uz sve ovo postoji i gubitak na težini sumnja u bolest postoji.

Bez obzira o kom obliku bolesti se radi osnovna karakteristika bolesti je izražen strah od hrane i strah od dobijanja na težini, kao i opsesivnost osobe idejom da bude mršava. Strah od dobijanja na težini nije ublažen gubitkom težine, naprotiv, strah se čak povećava kako se smanjuje telesna težina. Život osobe bolesne od anoreksije se okreće oko ideje da ne jede i da gubi na telesnoj težini ili da održava nisku telesnu težinu (4).

Simptomi anoreksije su potpuno identični kod svake obolele osobe, kako u ženskoj tako u muškoj populaciji, pa tako i kod sportista. Razlika nije u karakteristikama ličnosti ili ponašanju, već više u kontekstu u kojem je bolest nastala i manifestuje se. Sportsko okruženje i zahtevi imaju poseban uticaj na tok bolesti.

Sportisti oboleli od anoreksije kao i osobe koje to nisu, imaju velike sličnosti u smislu perfekcionizma, usmerenosti ka postizanju postavljenih ciljeva i dr. Ozbiljno se izgledaju i kompulzivno vežbaju, gubeći na telesnoj masi ili održavajući nisku telesnu masu percipirajući sebe sve vreme vide sebe kao debele osobe (5-6).

Bulimija nervosa

Reč bulimija potiče od grčke reči *boulimia* što u bukvalnom prevodu znači volovska glad. Bulimija je kompleksan poremećaj koji karakterišu epizode intenzivne i nekontrolisane potrebe za hranom koje prate pokušaji izbegavanja dobijanja na težini-nasilnim povraćanjem, vežbanjem, zlopotrebom laksativa i diuretika (1,3-4).

Dijagnoza bulimije se vrši na osnovu sledećeg (MKB 10):

1. Postoji stalna preokupacija jelom, neodoljiva želja za hranom uz epizode preteranog uzimanja hrane, kada se velike količine hrane konzumiraju u kratkom vremenskom intervalu.

2. Pacijent pokušava da se suprotstavi gojenju na jedan ili više načina: izazivanjem povraćanja, zloupotrebom laksativa, periodima gladovanja, lekovima koji suzbijaju apetit.

3. Izražen je morbidni strah od gojaznosti i pacijenti uspotavljaju za sebe jasno definisanu telesnu težinu koju mogu dostići.

4. Prosečno dve epizode prejedanja u period od najmanje tri meseca (3-4).

Postoje dva oblika bulimije-oblik bolesti u kome posle epizoda prejedanja osoba izaziva nasilno povraćanja i drugi gde postoje samo epizode nekontrolisanog prejedanja bez kompenzatornih metoda izbacivanja hrane. Slično kao i osobe koje boluju od anoreksije osobe bolesne od bulimije kao osnovni pokretač bolesti imaju želju da smanje telesnu težinu i održe vitku liniju. Međutim, u većini slučajeva izgledniji je i restrikcija u ishrani vodi u prejedanje i kada se ono jednom uspostavi kao model ponašanja teško se prekida. Tačnije, započinje „začarani krug“ – izgledniji je koje se smenjuje sa prejedanjem. U toku bulimične epizode, dešava se da unesu oko 5000 kalorija, a u literaturi su opisani i slučajevi od 12-15000 kalorija. To i objašnjava činjenicu zašto ove osobe imaju uglavnom adekvatnu kilažu, jer uprkos nasilnom povraćanju nije moguće izbaciti svu količinu hrane. Posle prejedanja, osoba bolesna od bulimije je preplavljena strahom da će se ugojiti i stidi se svog ponašanja. Nasilno povraća kako bi izbacila svu hranu i redukovala strah od dobijanja na težini. Povraćanje donosi osećanje olakšanja i time se može na neki način objasniti adiktivni aspekt ovog poremećaja (1,3-4).

Bulimija dugo može da ostane neprimećena jer ove pacijentkinje u 60% slučajeva imaju normalnu telesnu težinu. One kriju svoju bolest jer se stide prejedanja i povraćanja. Međutim ono što može da pobudi sumnju je prazan frižider, odlazak u kupatilo odmah posle jela i neuredno kupatilo. Takođe izgled može da pobudi sumnju na bulimiju i to crvene oči i hemoragija konjunktiva i sklera, podbulo lice, posebno posle povraćanja, otoci submandibularnih i parotidnih žlezda, kvarni zubi, česte upale grla, lezije na dorzalnoj strani šake (Raselov znak).

Osobe bolesne od bulimije su uglavnom ekstrovertne, lakše se druže i ulaze u kontakte sa ljudima. Deluju kao osobe pune samopouzdanja, dobro adaptirane, a sa druge strane one su preplavljene osećanjima niskog samovrednovanja i niskog samopouzdanja, ne vole sebe, nesigurne su u svoj izgled, ispoljavaju veliko nezadovoljstvo svojim telom, i sobom uopšte. Uz to kod ovih osoba česta je i zlopotreba psihoaktivnih supstanci i rizično seksualno ponašanje (1,3-4).

Sportisti koji boluju od bulimije imaju mnogo sličnosti sa drugim osobama koje imaju bulimiju. Raspoloženje, emocije, samopouzdanje i odnos prema telu su slični kao i odnos prema hrani i načinu ishrane. Kao i drugi bolesni od bulimije, sportisti takođe uglavnom jedu restriktivno tokom dana i uglavnom se uveče prejedaju i nasilno povraćaju. Međutim, razlozi za takvo ponašanje su različiti: sportistkinja koji boluje od bulimije se hrani restriktivno ne samo da bi smanjila telesnu težinu već i da bi poboljšala svoje sportske performanse. Npr. neće jesti pre treninga ili takmičenja, iz straha da ne bude troma i nedovoljno uspešna ili pak neće jesti posle takmičenja ili treninga sa ostalima iz tima da ne bi jela

previše i izgubila kontrolu. Na taj način sportistkinja ne jede ceo dan, uveče je ekstremno gladna i umorna, što vodi ka nekontrolisanom prejedanju i nasilnom povraćanju (2,5-6).

Kao što je već rečeno simptomi su isti kod sportista i u opštoj populaciji, međutim okidači uglavnom nisu. U opštoj populaciji okidač za bulimičnu krizu može biti loša ocena u školi, prekid emotivne veze, problematična porodična situacija, pa čak i dosada. Okidač za bulimičnu krizu sportiste može biti uspešnost ili neuspešnost u nekoj utakmici, truniru, takmičenju. Uspeh i dobar rezultat može biti razlog da sebe nagradi hranom koju voli a koje se dugo odričala što vodi u prejedanje i nasilno povraćanje. Neuspeh, međutim prati osećanje sniženog samopouzdanja i samovrednovanja što može voditi u potragu za utehom koju nalaze u hrani. Nije redak slučaj da sportistkinja tokom bulimičnih epizoda pokušava da reguliše svoja osećanja koja su posledica stresa, pritiska koji oseća od roditelja, trenera, kluba idr (3-5).

Telesni simptomi i znaci

- Dehidracija
- Hipotenzija
- Bradikardija
- Gastrointestinalni simptomi
- Grčevi u mišićima
- Otečene pljuvačne žlezde
- Rane ili žuljevi nadorzalnoj strani šake
- Slabost
- Malaksalost
- Oštećenje zuba i desni
- Stresfrakture
- Žuta prebojenost šaka
- Gubitak menstruacije
- Maljavost
- Anemija
- Edemi

Psihološki/bihevioralni simptomi

- Anksioznosti/ili depresivnost
- Osećanje krivice posle jela
- Poremećaj telesne slike (osećaj da su debele)
- Učestalo vežbanje
- Problemi sa koncentracijom
- Izražen strah od hrane i debljine
- Preokupiranost mislima o hrani i debljini
- Ponašanje izbegavanja
- Izolacija
- Odsustvo brige zbog gubitka telesne mase
- Konzumiranje hrane u tajnosti

Subklinički poremećaji ishrane

Anoreksija nervoza i bulimija nervoza su najekstremniji oblici poremećaja u ishrani. Svi poremećaji ishrane uključuju poremećen unos hrane ali svi slučajevi poremećenog unosa hrane ne ispunjavaju dijagnostičke kriterijume za poremećaje ishrane. Novija kategorija poremećaja bi bila poremećena ishrana ili subklinički poremećaj ishrane. Ona se odnosi na svo ponašanje koje je vezano za hranu a koje se nalazi između ove dve krajnosti. Što se sporta tiče bitno je napomenuti da simptomi poremećaja ishrane (dijeta, gubitak na težini, preterano vežbanje) mogu biti shvaćeni kao „normalni“ ili čak poželjni u sportskoj sredini.

O disfunkcionalnoj ishrani možemo govoriti kada osoba da potvrđan odgovor na više od tri pitanja iz upitnika o modelu disfunkcionalne ishrane:

1. Da li je vaša ishrana restriktivna? (male količine hrane, ograničen broj namirnica, „zdrava i nezdrava hrana“, „dobra i loša“)
2. Da li svakodnevno preskačete po neki obrok?
3. Da li često držite dijetu?

4. Da li brojite kalorije ili masti u hrani koju konzumirate; i da li merite hranu koju jedete?

5. Da li se „plašite“ izvesne hrane?

6. Da li uzimate hranu da smanjite napetost ili u situacijama stresa? Da li poričete da ste gladni ili govorite da ste siti i kada jedete veoma malo?

8. Da li izbegavate da jedete u društvu?

9. Da li posle obroka osećate napetost, krivicu?

10. Da li razmišljate o hrani, konzumiranju hrane, telesnoj težini više nego što bi želeli? (2,5,7)

Specifičnosti poremećaja ishrane u sportu

Poremećaji ishrane kod sportista su kompleksan fenomen i uključuje niz faktora. Kao i u opštoj populaciji tu spadaju genetski faktori (smatra se da se ove bolesti nasleđuju kao anksiozni i depresivni poremećaji), faktori životne sredine (npr. uticaj vršnjaka i porodice) a posebno sociokulturnološki faktori, psihološki faktori (intrapsihički i interpersonalni) i ponašajni faktori (npr. dijetetski režim). Pritisak sportiste da izgubi ili održi telesnu težinu najčešće potiče od:

(1) zahteva da ispune potrebe performansi kao što su brzina i agilnost;

(2) zahteva da ispuniodređene estetske standarde;

(3) sportska odeća koja dosta otkriva;

(4) očekivanja drugih, kao što su trener, roditelji, sudije, vršnjaci i saigrači;

(5) medijskih slika elitnih ili profesionalnih sportista koje naglašavaju stereotipno atraktivni izgled tela za sport (npr. vitko i tonirano telo);

(6) društvene zahtevi da se postigne atraktivno telo (na primer, visoke i tanke).

Poremećaji u ishrani javljaju u svim sportovima, ali rasprostranjenost je različita. Kao i društvu, poremećaji u ishrani u sportu češće javljaju kod žena nego kod muškaraca. Najučestaliji su kod sportova gde je potrebno postići određenu telesnu težinu da bi se ušlo u određenu kategoriju, ali u sportovima gde je telo dosta otkriveno. Iz mnogobrojnih razloga, teško je dobiti precizne procene poremećaja ishrane u bilo kojoj populaciji a u sportu posebno. Naime, u visoko kompetitivnoj sportskoj sredini sportista ne otkriva da boluje od poremećaja ishrane jer rizikuje da bude isključen iz tima ako se otkrije njegov/njen problem. Sportisti sa ovim tipom poremećaja, kao i drugi oboleli, su veoma skloni skrivanju i nisu voljni da podele informacije dok problem ne poprimi ekstremne razmere kada profesionalna pomoć postaje neophodna (2,5-6).

Faktori vezani za sport

Kao što društvo i kultura ističu „vitak izgled“, sličan pritisak postoji i u sportskoj sredini u pogledu mršavog tela sa niskim procentom masti i navodnog pozitivnog efekta na sportska postignuća.

Naglasak na smanjivanju telesne težine/procenta masti u cilju poboljšanja sportskih performansi može da rezultira pritiskom od strane trenera (čak i kolega sportista) što povećava rizik korišćenja strogih dijeta kao i patoloških metoda za snižavanje težine i poremećenog unosa hrane. Čak iako je percepcija sportiste takva da misli da njegov trener očekuje da treba da smanji telesnu težinu to povećava pritisak i rizik za nastajanje poremećenog unosa hrane.

Za neke sportiste, dresovi koji otkrivaju veću površinu tela mogu povećati svest o sopstvenom telu, nezadovoljstvo istidovedu do korišćenja patoloških metoda za smanjenje telesne težine. Jedna studija je utvrdila da je 45% od ukupnog broja plivača koji su obuhvaćeni studijom izjavilo da je plivački kostim koji „otkriva“ stresni faktor. Druga studija, u odbojci, otkrila je da ne samo da „otkrivajući“ dresovi dovode do smanjenja samopouzdanja već da smanjuju ometaju sportiste i imaju negativan efekat na performanse.

Odnos između slike o sopstvenom telu i nezadovoljstvo istim kod sportistkinja dovodi do veće konfuzije nego kod opšte populacije. Sportistkinje imaju dve slike o svom telu – jednu u okviru sporta i jednu van njega a poremećen unos hrane se može javiti u kontekstu jedne od slika ili obe. Dodatno, neke od sportistkinja mogu osećati sukob oko toga da li imati mišićavo telo koje doprinosi sportskim postignućima i koje nije u skladu sa socialno poželjnim izgledom tela, odnosno da ih drugi vide kao previše mišićave u poređenju sa socijalnim standardima ženstvenosti.

Treneri imaju značajan uticaj na svoje sportiste i izgleda da njihov specifično motivacioni odnos sa sportistom može uticati na razvoj poremećenog unosa hrane. Odnos *trener – sportista* u kojem ima puno konflikata i malo suportativnog je često povezan sa poremećajima ishrane kod sportista. Takođe, odsustvo motivacione klime i podržavajućeg odnosa povezana je sa većim rizikom za nastanak poremećenog unosa hrane.

Još jedan rizik koji proističe iz sportske sredine a otežava identifikovanje poremećenog unosa hrane/poremećaja je što se od sportista očekuje da razviju određeni izgled tela karakterističan za određeni sport, na primer mršavi trkači na duge staze. Ovakvi „sportski stereotipi tela“ mogu uticati na to kako ih treneri percipiraju, tako da sportista koji se uklapa u „mršav izgled“ teže može biti identifikovan kao neko sa problemom u ishrani. Identifikacija sportista sa problemom ishrane je dodatno otežana sportskim postignućima, sportista koji postiže dobre rezultate će teže biti identifikovan kao neko sa problemom. Konačno, simptomi poremećaja ishrane (dijeta, gubitak na težini, preterano vežbanje) mogu biti shvaćeni kao „normalni“ ili čak poželjni u sportskoj sredini (2,6).

Posledice poremećaja ishrane kod sportista

Kao što je već rečeno posledice poremećaja ishrane po zdravlje su mnogobrojne, i to kako telesne tako i psihološke. Posledice nastaju prvenstveno zbog neadekvatne ishrane i nedovoljnog unosa tečnosti, minerala, vitamina i oligoelemenata. Drugi značajan razlog je nasilno povraćanje i druge kompenzatorne metode održavanja težine (zloupotreba laksativa, iscrpljivanje). Telesne posledice mogu biti blage ili životno ugrožavajuće. Najčešće su mala telesna masa, dehidratacija, slabost, malaskalost, poremećaji gastrointestinalnog trakta, endokrini poremećaji. Muškarci i žene sportisti koji se neadekvatno hrane mogu imati i brojne poremećaje u hormonskom statusu (amenoreja, oligospermija i aspermija), smanjenu gustinu kostiju i povećan rizik od fraktura, uključujući stres frakture. Od psihičkih smetnji izražena je depresivnost, anksioznost kao i opsednutost hranom i kalorijama (5-6).

- Smanjen unos ugljenih hidrata dovodi do smanjenja nivoa glikogena i posledičnog kompenzatornog procesa konverzije u manje efikasan oblik energije što povećava rizik od slabosti mišića i povreda.
- Intenzivno držanje dijeta može negativno da se odrazi na VO₂ max i brzinu kod atletičara.
- Smanjenje mase srčanog mišića
- Zbog neadekvatne ishrane sportisti mogu biti neuhranjeni, dehidrirani, depresivni, uz opsesivne misli o hrani.
- Nasilno povraćanje vodi dehidraciji i poremećajima srčanog ritma što kompromituje sportska postignuća ali može biti i životno ugrožavajuće.
- Promene u hormonskom statusu nisuretke, uz smanjenu gustinu kostiju nose rizik od stresfraktura i povreda.

Prevenција

Prevenција u sportu bi trebala da se bazira na edukaciji sportista, trenera, kao i specijalista sportske medicine. Pored toga strategije prevencije poremećaja ishrane u sportu bi bile (2,5):

- Promovisanje zdravog načina ishrane,
- Fokusiranje na fizičku spremnost sportiste a ne telesnu masu,
- Ostvarivanje dobrih odnosa sa trenerom kao i jačanje timskog rada,
- Smanjenje značaja telesnog izgleda i telesna mase,
- Oprez pri kritikovanju telesnog izgleda i uopšte uvođenju tema telesnog izgleda i mase,
- Destigmatizacija obolelih od poremećaja ishrane.

Lečenje poremećaja ishrane

Kao specijalna subpopulacija pacijenata sa poremećajima ishrane sportistima je potreban specijalizovan pristup i lečenje. Međutim, lečenje kao takvo se ne razlikuje od lečenja obolelih u opštoj populaciji. Odnosno standardni pristupi koji se primenjuju daju rezultate i kod sportista i kod onih koji se ne bave sportom. Preporučene razlike u lečenju se vise odnose na osoblje koje je uključeno u proces. Profesionalci koji rade sa sportistima treba da imaju iskustvo i ekspertizu u lečenju poremećaja ishrane, ali je najvažnije da razumeju i uvažavaju značaj sporta u životu sportiste (2,6).

Sportisti imaju otpor prema lečenju obično iz istih razloga kao i oni koji se ne bave sportom-strah od dobijanja na težini, telesne promene koje slede i dr. U populaciji sportista neki odbijaju lečenje jer su u strahu da će dobiti suviše na težini i da će to uticati na postignuća. Mogu imati otpor i iz razloga što imati duševni problem može prouzrokovati da izgube stečeni status i mesto u timu. Neki su u strahu da ako budu na lečenju zbog problema sa psihičkim zdravljem mogu da razočaraju značajne ljude u svom životu (porodicu, trenere i kolege iz tima). Sportisti nekada odbijaju lečenje jer smatraju da osobe koje ih leče neće razumeti značaj sporta u njihovom životu (2,5-6).

Lečenje osoba sa poremećajem ishrane je dug i složen proces. Oboleli se na lečenje javljaju najčešće posle više godina borbe sa bolešću. Osobe koje su bolesne nerado započinju lečenje prvenstveno zbog stigme koja je povezana sa ovim poremećajima, a posebno sa bulimijom. Osobe koje boluju od anoreksije nalaze razna opravdanja za svoje ponašanje-neuobičajenu ishranu i preterano vežbanje. Kod sportista sa anoreksijom još je veći dijapazon za racionalizaciju. One se opravdavaju time da nemaju dovoljno vremena da idu u školu i da treniraju, da ne nađu vreme da jedu; da ne mogu jesti pre treninga jer onda ne mogu da treniraju; da ne mogu posle jer su umorne i dr. Neretko porodica i prijatelji imaju razumevanja za ovakva opravdanja sportista. Sportisti neretko jedu istu hranu, ili uzimaju veoma restriktivne namirnice. Kompulzivno vežbanje koje je karakteristično za obolele od anoreksije u svetu sporta se može doživeti kao prihvatljivo i nekada je teško razlikovati posvećenog sportistu od kompulzivnog vežbača (4-7).

ZAKLJUČAK

Rano prepoznavanje sportista „pod rizikom” i onih koji imaju problem je je jako važno. Lečenje poremećaja ishrane ima najviše efekta kada se započne što ranije. Pravovremeno adekvatno lečenje može sprečiti telesne i psihološke komplikacije. Suštinski se ne razlikuje od lečenja opšte populacije, standardni pristupi-somtaska stabilizacija, nutritivna korekcija i integrativna psihoterapija (kognitivno-bihejvioralna terapija u početku i kasnije psihodinamiski orjentisana psihoterapija) uz porodičnu psihoterapiju se primenjuju i daju rezultate. U pojedinim slučajevima indikovana je i medikamentozna terapija.

Zbog svega navedenog jako je važno na vreme uočiti simptome i znake i uputiti sportistu na lečenje. Profesionalci, sportski lekari ali i treneri treba da imaju na umu ove ozbiljne bolesti, da ih prepoznaju i da pomognu sportisti da započne lečenje.

Abstract

Eating disorders are conditions characterized by a persistent disturbance of eating or an eating-related behavior that significantly impairs physical and mental health and also psychosocial functioning. The most often diagnosed eating disorders are: anorexia nervosa and bulimia nervosa. Anorexia nervosa is characterized by persistent caloric intake restriction, fear of gaining weight/becoming fat, persistent behavior impeding weight gain and a disturbance in perceived weight or shape. To diagnose bulimia nervosa certain diagnostic criteria must be met: recurrent binge eating, recurrent inappropriate compensatory behaviors to prevent weight gain (for example, induced vomiting and excessive exercise) and self-evaluation unduly influenced by shape and weight.

Eating disorders are serious, potentially life threatening mental illnesses. Eating disorders defy classification solely as mental illnesses as they not only involve considerable psychological impairment and distress, but they are also associated with major wide-ranging and serious medical complications, which can affect every major organ in the body. The mortality rate for people with eating disorders is the highest of all psychiatric illnesses and over 12 times higher than that for people without eating disorders.

Eating disorders also appear in the sport environment. In sport, eating disorders occur more frequently in females than males, more frequently in „lean“ sports such as athletics, gymnastics, but also in wrestling.

Treatment of athletes suffering from eating disorders involves a multidisciplinary approach: psychotherapy, consultation with a nutritionist and endocrinologist, sometimes cardiologists. In certain cases, pharmacotherapy is indicated. The problem in the treatment of athletes suffering is primarily that they hide their illness more than the rest of sufferers and are reluctant to talk about it. When the treatment starts it can take months and years, so they are afraid it will affect their sport performance.

LITERATURA

1. Kaplan H., Sadock B. Synopsis of psychiatry. Bibehavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Williams and Wilkins, Baltimore, 2015.

2. Weinberg RS, Gould D. Foundations of sport and exercise psychology, 2011.

3. Fairburn CG, Brownell KD. Eating disorders and obesity. 2002. The Guilford press, New York London

4. Garner D, Garfinkel P. Handbook of Treatment of Eating Disorders. 1997. The Guilford press, New York London

5. Beals KA. Disordered eating among athletes- A comprehensive guide for health professionals. 2004.

6. Brown GT. Mind, Body and Sport understanding and supporting student-athlete Mental Wellness, 2014.

7. Bergh C, Callmar M, Danemar S, Hölcke M, Isberg S, Leon S, Lindgren J, Lundqvist Å, Niinimaa M, Olofsson B, Palmberg K, Pettersson A, Zandian M, Åsberg K, Effective Treatment of Eating Disorders: Results at Multiple Sites, Behavioral Neuroscience 2013; 127(6): 878 – 889