

Jadranka Protić
Marko Prahović

KINEZIOLOŠKI SADRŽAJI ZA MLADE OSOBE OBOLJELE OD POREMEĆAJA U PREHRANI

1. UVOD

Medicinsko definiranje problema poremećaja u prehrani datira iz 1873.g., ali se opisi samoizgladnjivanja mogu naći već i u srednjovjekovnim spisima. Poremećaje u uzimanju hrane stručnjaci su kategorizirali latinskim pojmovima *anorexia nervosa* i *bulimia nervosa*, a rezultat su međusobnog djelovanja niza faktora, od emocionalnih, genetskih, bioloških do kulturoloških faktora, kao i uvjetovani pritiskom u obitelji, te poremećajem same ličnosti. I kod anorexie nervose i bulimie nervose isti je cilj, mršavljenje i izgladnjivanje, samo što se do tog cilja dolazi različitim putovima (www.vasezdravlje.com).

Oboljeli od anoreksije (u grčkom prijevodu AN OREXIS = bez apetita) smanjuju težinu prestrogim i kontinuiranim dijetama, ili na opsesivan način dijetu nadopunjuju pretjeranim tjelesnim vježbanjem sve do potpunog iscrpljenja, koristeći aerobiku, fitness, jogging i sl. aktivnosti, a kretanje postaje vrstom instrumenta samoozljeđivanja. (www.anorexia.com). Osobe oboljele od bulimije svoj put ka teškom poremećaju započinju u glavnom u ranoj adolescenciji kad su sklone cikličnom isprobavanju različitih dijeta na čiji neuspjeh reagiraju pretjeranim uzimanjem hrane, a potom i namjernim izbacivanjem (povraćanjem, uzimanjem laksativa, dijetnih pilula, lijekova za smanjenje tekućine u tijelu.....), što uz opasnosti gubitka elektrolita predstavlja dodatni stres za pothranjeno tijelo. (www.bulimia.com).

Oba poremećaja su izuzetno opasna po zdravlje i ne rijetko ta toliko željena kontrola nad vlastitim životom vodi u smrt. Ustanovljeno je da upravo anoreksija ima najveći stupanj smrtnosti od svih psihičkih bolesti (oko 10%), s naglaskom da svega 30% oboljelih zatraži pomoć, a ozdravljenje zahtjeva dugoročan proces. Tek oko 50% osoba se potpuno oporavi nakon standardne terapije, a 30% - 40% može voditi normalan život uz povremena liječenja. Procjenjuje se da je raznim poremećajima prehrane u zapadnom svijetu obuhvaćeno od 0,5% – 3% tinejdžerki i dok ta brojka posljednjih godina stagnira, utrostručio se broj oboljelih mladih žena. Anoreksija se čak u 85% slučajeva pojavljuje kod ženske populacije u dobi od 13 do 20 godina, a prema nekim autorima već i od 10. godine, dok se u novije vrijeme sve više susreće i kod mlade muške populacije. Anoreksija kod muškaraca naziva se *manoreksija* i najrasprostranjenija je u grupi tzv. metroseksualaca i u posljednjih pet godina je

porasla za nevjerojatnih 67%. Uzroci manoreksije su slični uzrocima anoreksije, duboko su vezani uz emocionalne traume iz perioda ranog odrastanja, kao npr. kod prekomjerne težine, pri čemu je osoba bila izvrgnuta porugama vršnjaka. Pri tome se ne smije zanemariti utjecaj medija, mode, reklama, gdje se i od muškarca očekuje savršen izgled.

I kod žena i kod muškaraca divljenje drugih zbog vitke linije može biti jedan od ključnih uzroka u patološkom poremećaju prehrane. Tu konstataciju stručnjaci povezuju s personifikacijom i globalističkim načinom razmišljanja potrošačkog društva, gdje mlade djevojke osim što kontroliraju svoju tjelesnu težinu nastoje kontrolirati i vlastitu okolinu i svijet u kojem žive, a koji im uporno izmiče, svijet koji izgled stavlja ispred zdravlja, a mršavost ispred ljepote Osobe sklone anoreksičnom poremećaju uglavnom su nadprosječno inteligentne s visokim sustavom vrijednosti i zahtjeva prema samima sebi, ali vrlo niskim pragom samopoštovanja, nepopustljive i pored svega izvrsni manipulatori. S obzirom na oslabljenu kontrolu nad vlastitim impulsima, sklone su naglostima, povećanoj, ili potpuno ugušenoj seksualnoj aktivnosti, pa čak alkoholu i drogi. Zbog patološkog straha od debljine imaju rigidan stav prema unosu hrane, posebno ugljikohidrata i masti. Izbjegavaju konzumirati hranu u krugu obitelji i javnosti, ali su istodobno na razne načine okupirane hranom. Većinom su depresivne, povučene, uredne osobe s velikom potrebom udovoljavanja drugima. (Vidović, V.: Anoreksija i bulimija-psihodinamski pogled na uzroke i posljedice bitke protiv tijela u adolescentica, Biblioteka časopisa „Psiha”, Zagreb 1998.; Claude-Pierre, P.: Tajni jezik prehranbenih poremećaja - anoreksija & bulimija, Miš Zagreb, 2000.)

U rizičnu skupinu mogućeg razvoja poremećaja u prehranbenom ponašanju spadaju i sportašice i sportaši. Uzrok tzv. *sportske anoreksije* u glavnom nije u izgledu, već u želji za postizanjem boljeg rezultata, odnosno pobjede. Povećani rizik je kod sportaša u disciplinama gdje su tjelesni izgled i tjelesna masa od velike važnosti, npr. gimnastici, plesu, umjetničkom klizanju, sinhroniziranom plivanju, te atletici i biciklizmu, odnosno sportovima u kojima se češće prakticiraju redukcijske dijetete, gdje je prikrivena opasnost od ulaska u začarani krug anoreksije.

Osobe oboljele od poremećaja u prehrani možemo prepoznati po tjelesnim i emotivnim simptomima, od kojih su najuočljiviji: znatan gubitak na težini, ortopedski problemi, koža suha, žućkasta i prekrivena tankim dlakama, vlasi kose tanke, preopterećenost tjelesnom masom, depresija, česte promjene raspoloženja, nesanica, izbjegavanje veza, izolacija od prijatelja i porodice. (www.pliva.hr).

2. CILJ

Mnogobrojne i kompleksne tegobe oboljelih od poremećaja u prehrani zahtijevaju i kompleksan pristup cijelog tima stručnjaka širokog spektra poput psihologa, dijetologa, kardiologa, gastroenterologa, pulmologa, dermatologa, ginekologa, fizijatra, odnosno

svih onih koji imaju iskustvo u liječenju osoba sa poremećajem jedenja. (Vidović, V.: Anoreksija i bulimija-psihodinamski pogled na uzroke i posljedice bitke protiv tijela u adolescentica, Biblioteka časopisa „Psiha”, Zagreb 1998.; www.pliva.hr).

S obzirom na mogućnost brojnih, iznenadnih komplikacija, te činjenice da je u radu s takvim osobama prisutna opasnost tanke niti do tragičnih posljedica, pa tako i same smrti, kineziolozi trebaju za pripremu i realizaciju rada s oboljelom osobom uložiti mnogo veći trud od onog na koji su navikli u uobičajenim situacijama. Naš prioritetan cilj je bio podići osjećaj zadovoljstva i vrijednosti, a potom utjecati na olakšanje nekih tegoba. Zbog spomenute kompleksnosti zadatka naši programi su realizirani prije svega individualno, osigurana je potpuna intimnost garderobnog prostora, dok je u pripremi programa naglasak stavljen na vježbe disanja i medicinske gimnastike.

3. METODE RADA

1/ Bitni aspekti u pripremi trenažnog programa:

- Opće poznavanje poremećaja u prehrani, te stupnja i vremenskog trajanja oboljenja
- Individualnost
- Kontakt s obiteljskim liječnikom
- Koordinacija s psihoterapeutskim tretmanima
- Permanentno praćenje stanja i mogućnosti
- Izgradnja visoke razine povjerenja
- Autoritativnost u poznavanju kinezioloških sadržaja
- Dosljednost, bez povlađivanja i prkošenja
- Izbjegavanje moguće manipulacije
- Ideje i želje korisnika, uz kontroliranu korekciju koristiti kao nagradu za razvoj dobrih prehrambenih navika.

2/ Na što treba posebno obratiti pozornost:

- Na sklonost kostiju frakturama, zbog gubitka koštane mase. S obzirom na kroničnu pothranjenost, usporen je koštani razvoj, dolazi do demineralizacije kostiju i osteoporoze. Česti su i ortopedski problemi, posebno kod sportaša i plesača.
- Na srčane probleme, kao što je aritmija i zatajenje srca, problemi s plućima, bubrezima, bol u abdominalnom dijelu tijela, zatvor, kod žena gubitak menstrualnog ciklusa.

(Vidović, V.: Anoreksija i bulimija-psihodinamski pogled na uzroke i posljedice bitke protiv tijela u adolescentica, Biblioteka časopisa „Psiha”, Zagreb 1998.).

3/ Učestalost i trajanje treninga:

Imajući na umu da se kod anoreksije mogu razviti srčani problemi opasni po život, koji su prema nekim autorima vidljivi tek pri tjelovježbi, ali i da bi spriječili mogućnost da se trening iskoristi za dodatno samouništenje, koristili smo optimalnu varijantu od dva termina tjedno u vremenskom trajanju od 45 do 50 minuta. Pri tome smo rad često prekidali stankama za odmor, koje su korisnice programa koristile za uzimanje tekućine, pripremu eventualno potrebnih rekvizita, te sličnih relaksirajućih aktivnosti.

4/ Programski sadržaji:

a/ Vježbe disanja:

Kontrolirano disanje u sjedećem, ležećem, stojećem položaju i u laganom kretanju. Trbušno disanje u vježbama opuštanja, npr. u ležanju na leđima s nogama u ugodno povišenom položaju (lopta, stolac...), ruke položene uz tijelo dlanovima gore, ili na trbuhu.

b/ Vježbe istezanja:

Naglasak staviti na vježbe istezanja leđa, a općenito pri izvođenju vježbi istezanja posebno obratiti pozornost na pravilnost tehnike izvođenja, te koristiti pokrete kraćih izdržaja i optimalnih amplituda.

c/ Vježbe snage:

Medicinske vježbe jačanja miškulature trupa, izometrijske za noge i ruke, te sve raditi samo snagom vlastitog tijela.

d/ Elementarne igre:

Dobro je koristiti neke elemente manje zahtjevnih igara, te ovisno o težini poremećaja, a prioritetno radi podizanja razine zadovoljstva i osjećaja sigurnosti „igrati” igre preciznosti i koordinacije, koristeći npr. manje i laganije lopte, bez agresivnih amplituda pokreta uz optimalnu dinamiku.

e/ Aerobne vježbe i vježbe poboljšanja cirkulacije ruku i nogu:

- Lagano hodanje na traci (šetnja) uz savladavanje manje udaljenosti, pri čemu treba pratiti stanje pulsa, te imati kontrolu nad opuštenim i smirenim disanjem. U pogodnim vremenskim uvjetima koristiti šetnje u prirodi uz vježbe disanja.
- Sjedeći na lopti, ili stolcu, s rukama oslonjenim na natkoljenicama u položaju predručenja pogrčenog, lagano zatvarati i otvarati cijelu šaku, kružiti zglobov šake u oba smjera, širiti i privlačiti prste ruku, dodirivati palac sa svakim prstom. Nježno šakama pritiskati spužvastu, ili gumenu lopticu i sve to u ritmu bez jačih pritisaka.

- U sjedećem i stojećem položaju podizati stopala na prste-spuštati na puno stopalo, ili petu. Raditi naizmjenično jednom, zatim drugom nogom i istodobno obim nogama.

4. REZULTATI RADA

Ispitanice su koristile dva termina tjedno u trajanju od 45 do 50 min, ritam vježbi je bio prilagođen inicijalnom stanju, a koristile su se manje serije i s manjim brojem ponavljanja. Početna koncepcija frekvencije rada bazirala se na dvije serije s pet ponavljanja naizmjenično opterećujući dijelove tijela, kako bi se osiguralo potrebno vrijeme za oporavak. U periodima redovitih dolazaka na treninge postepeno smo kod manje zahtjevnih vježbi povećavali broj ponavljanja do maksimalnih 10, ali smo nakon nekoliko izostanaka smanjivali broj ponavljanja i do 50%.

Efekti treninga su u najvećem dijelu bili percepcijsko-psihološki. Postignut je veći osjećaj samopouzdanja i sveopćeg zadovoljstva što je i bio postavljeni cilj, a konstatiran je ublažen osjećaj nerвозe želuca i crijeva, kao i olakšana probava.

5. ZAKLJUČAK

Tijekom dvogodišnjeg praktičnog iskustva u pripremi i provođenju kinezioloških programa za mlade osobe koje imaju dugogodišnji poremećaj u prehrani, došli smo do izvjesnih zaključaka, koji se ne smiju uzeti kao znanstveno-postavljene činjenice, ali mogu poslužiti kao mali segment potrebnih daljnjih sveobuhvatnijih ispitivanja.

6. LITERATURA

1. Claude-Pierre, P.: Tajni jezik prehrambenih poremećaja - anoreksija & bulimija, Miš Zagreb, 2000.
2. Vidović, V.: Anoreksija i bulimija-psihodinamski pogled na uzroke i posljedice bitke protiv tijela u adolescentica, Biblioteka časopisa „Psiha”, Zagreb 1998.
3. Vidović, V.; Jureša, V.; Marković, J.; Nemčić-Moro, I: Dieting Behaviour and Eating Attitudes in Croatian Female, Collegium Antropologicum (0350 – 6134) 20 (1996.), 2; 337 – 344.

IZVORI:

1. www.anorexia.com
3. www.vasezdravlje.com
4. www.bulimia.com
5. www.pliva.hr