



اختلالات خوردن در ورزشکاران



خواکوبین دوسیل
ترجمه: پویان ثابت

www.ketab.ir

اختلالات خوردن در ورزشکاران

خواکوبین دوسیل

ترجمه: پویان ثابت

ویراستار ادبی: ناصر فتوگرافی

صفحه‌آرایی: کیانقش (حسینی لر)

نوبت چاپ: نخست - بهار ۱۳۹۵

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

قطع: رقعی - ۳۲۰ صفحه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۷۳۵۶-۵۲-۴

کپی - توتو برای ناشر محفوظ است.

فروست: ۱۵۶

ناشر: به به اد کتاب

قیمت: ۲۴۹۰۰ تومان

مرکز بخش و فروشگاه: تهران خیابان ولیعصر، نبش خیابان فخر رازی، کوچه نیک‌پور، پلاک ۶
تلفن: ۴-۶۶۴۸۱۲۴۳
نمابر: ۶۶۹۷۴۱۶۲
www.bamdadketab.com
varzesh_pub@yahoo.com

سرشناسه	دوسیل، خواکوبین : Douil, Joaquin
عنوان و نام پدیدآور	اختلالات خوردن در ورزشکاران / خواکوبین دوسیل؛ مترجم پویان ثابت.
مشخصات نشر	تهران: نشر ورزش، ۱۳۹۴.
مشخصات ظاهری	۳۲۰ص: مصور، جدول.
شابک	۹۷۸-۶۰۰-۷۳۵۶-۵۲-۴
وضعیت فهرست‌نویسی	فپا
یادداشت	عنوان اصلی: Eating disorders in athletes, c ۲۰۰۸.
عنوان دیگر	اصول تغذیه سالم در ورزشکاران (ارزیابی اختلال‌های تغذیه‌ای - تشخیص - درمان).
موضوع	غذا خوردن -- اختلالات -- ورزشکاران -- تغذیه -- بهداشت روانی -- پزشکی ورزشی
شناسه افزوده	ثابت، پویان، ۱۳۴۳ - مترجم
رده‌بندی کنگره	۱۳۹۴ ۹۴۵۲/غ RC۵۵۲
رده‌بندی دیویی	۱۹۶۸۵۲۶/۳۶۲
شماره کتابشناسی ملی	۳۹۸۲۹۷۷

۹	 سخن ناشر
۱۰	 دیباچه
۱۷	 پیشگفتار نویسنده
۳۳	 فصل ۱ / عادات مناسب خوردن در ورزش
۳۴	 ۱-۱ مقدمه
۲۵	 ۲-۱ یک رژیم غذایی متعادل در ورزش
۲۵	 ۱-۲-۱ یک رژیم غذایی متعادل چیست؟
۲۷	 ۲-۲-۱ نیازهای انرژی
۲۸	 ۳-۲-۱ تهیه یک برنامه تغذیه‌ای
۳۱	 ۱ مواد مغذی مورد نیاز برای افراد عادی و ورزشکاران
۳۱	 ۱-۳-۱ درشت مغذی‌ها
۴۰	 ۲-۳-۱ ریز مغذی‌ها
۴۴	 ۳-۳-۱ آب
۴۶	 ۴-۱ کمک‌های انرژی
۴۹	 ۵-۱ نیاز به اطلاعات تغذیه‌ای برای ورزشکاران
۵۲	 ۶-۱ نتیجه‌گیری
۵۳	 فصل ۲ / اهمیت وزن در برخی ورزش‌ها
۵۵	 ۱-۲ مقدمه
۵۶	 ۲-۲ ورزش‌های پرخطر
۶۱	 ۳-۲ شیوه‌های کاهش وزن در ورزش
۶۷	 ۴-۲ تفاوت میان وزن واقعی، وزن مطلوب و وزن ورزشی
۶۹	 ۱-۴-۲ وزن واقعی در مقابل وزن مطلوب
۷۲	 ۲-۴-۲ وزن واقعی در مقابل وزن ورزشی
۷۴	 ۳-۴-۲ وزن مطلوب در مقابل وزن ورزشی
۷۶	 ۵-۲ نتیجه‌گیری
۷۹	 فصل ۳ / اختلالات خوردن و محیط ورزشکار
۸۰	 ۱-۳ مقدمه
۸۲	 ۲-۳ فشارهای موجود در محیط ورزشکار

۱-۲-۳	نقش خانواده	۸۶
۲-۲-۳	نقش مربی	۹۱
۳-۲-۳	نقش هم‌تیمی‌ها	۹۶
۳-۳	پیشگیری از اختلالات خوردن در ورزش	۹۸
۴-۳	برنامه‌های پیشگیری از اختلال خوردن برای ورزشکاران	۱۰۱
۵-۳	نتیجه‌گیری	۱۰۸
فصل ۴ / تشخیص و ارزیابی اختلالات خوردن در ورزش		
۱-۴	مقدمه	۱۱۱
۲-۴	معیارهای تشخیصی برای اختلالات خوردن در ورزش	۱۱۲
۲-۴	بی‌اشتهایی عصبی	۱۱۴
۲-۴	اشتهایی عصبی	۱۱۵
۲-۴	عضو پروری عصبی و سالم‌خواری عصبی	۱۲۲
۴-۴	اختلال خوردن به شکلی تصریح نشده (EDNOS)	۱۲۴
۳-۴	شیوه‌های تشخیص اختلالات خوردن در ورزش	۱۳۰
۱-۳-۴	مصاحبه‌ها	۱۳۲
۳-۳-۴	ارزیابی وزن بدن: شاخص‌های برگردانی	۱۳۳
۳-۳-۴	درک تصویر بدن: نارضایتی و اختلال	۱۳۳
۴-۳-۴	عوارض سه‌گانه در زنان ورزشکار	۱۳۷
۵-۳-۴	مشاهده	۱۳۸
۶-۳-۴	پرسشنامه‌ها	۱۴۰
۴-۴	نتیجه‌گیری	۱۴۳
فصل ۵ / اختلالات خوردن در ورزش‌های گوناگون		
۱-۵	مقدمه	۱۴۸
۲-۵	سبب‌شناسی اختلالات خوردن در ورزش	۱۵۱
۳-۵	پژوهش درباره اختلالات خوردن در ورزش‌های "پرخطر"	۱۵۸
۱-۳-۵	ورزش‌های زیباشناختی: ژیمناستیک، پاتیناژ نمایشی و باله	۱۶۳
۲-۳-۵	ورزش‌های مبتنی بر وزن‌کشی: جودو، کشتی و قایقرانی	۱۶۵
۳-۳-۵	ورزش‌های باشگاهی: ایروبیک و پرورش اندام	۱۷۳
۴-۳-۵	ورزش‌های استقامتی و رشته‌هایی که برای عملکرد بهینه نیاز به وزن پایین دارند: دوی استقامتی، شنا و سوارکاری	۱۷۹
		۱۸۲

۱۸۵.....	۴-۵ نشانه‌های اختلال خوردن: رشته ورزشی و جنسیت
۱۸۷.....	۴-۵-۱ تاثیر رشته ورزشی
۱۸۹.....	۴-۵-۲ تاثیر جنسیت
۱۹۳.....	۵-۵ نتیجه‌گیری
۱۹۵.....	فصل ۶ / درمان اختلالات خوردن در ورزش
۱۹۶.....	۶-۱ مقدمه
۱۹۷.....	۶-۲ رژیم‌درمانی
۱۹۸.....	۶-۳ مراحل درمان
۱۹۸.....	۶-۳-۱ ایجاد انگیزش برای تغییر
۲۰۲.....	۶-۳-۲ اهداف درمان
۲۰۸.....	۶-۳-۳ فنون و شیوه‌های مورد استفاده در درمان اختلالات خوردن
۲۱۱.....	۶-۳-۴ ترتیب درمان
۲۲۱.....	۶-۴ انواع درمان
۲۲۲.....	۶-۴-۱ سرد درمانی
۲۲۳.....	۶-۴-۲ خانواده‌درمانی / زوج‌درمانی
۲۲۴.....	۶-۴-۳ دوه درمانی
۲۲۵.....	۶-۴-۴ دارودرمانی
۲۲۵.....	۶-۵ نتیجه‌گیری
۲۲۷.....	فصل ۷ / روان‌شناسی مجازی و استفاده از اینترنت در خوردن در ورزش
۲۲۸.....	۷-۱ مقدمه
۲۲۹.....	۷-۲ روان‌شناسی و فنون نوین: روان‌شناسی مجازی
۲۳۳.....	۷-۳ روان‌شناسی ورزشی مجازی و اختلالات خوردن
۲۳۵.....	۷-۴ اینترنت: اطلاعاتی درباره اختلالات خوردن در ورزش
۲۴۱.....	۷-۵ تشخیص و درمان روی خط اختلالات خوردن در ورزش
۲۴۴.....	۷-۵-۱ شروع درمان روی خط یک اختلال خوردن در ورزش
۲۴۶.....	۷-۵-۲ تماس با افراد حرفه‌ای
۲۴۹.....	۷-۵-۳ ارزیابی اولیه
۲۵۰.....	۷-۵-۴ اهداف درمان روی خط
۲۵۲.....	۷-۵-۵ جلسات روی خط
۲۵۴.....	۷-۵-۶ روانشناس ورزشی و درمان روی خط
۲۵۶.....	۷-۵-۷ پرداخت هزینه برای جلسات روی خط

۷-۵-۸ فواید و زیان های استفاده از درمان روی خط برای مداوای اختلالات

۲۵۶..... خوردن در ورزش

۲۶۱..... ۶-۷ نتیجه گیری

فصل ۸ / موردشناسی های اختلالات خوردن در ورزش..... ۲۶۳

۲۶۴..... ۱-۸ مقدمه

۲۶۵..... ۲-۸ یک موردشناسی اختلالات خوردن در دوی استقامتی

۲۶۵..... ۱-۲-۸ توصیف مورد

۲۶۶..... ۲-۲-۸ تحلیل شرایط

۲۶۷..... ۳-۲-۸ درمان و پیگیری

۲۷۴..... ۳-۸ یک مورد اختلالات خوردن در تکواندو

۲۷۴..... ۳-۲-۸ توصیف مورد

۲۷۵..... ۲-۲-۸ تحلیل شرایط

۲۷۶..... ۳-۳-۸ درمان اضطرابی

۲۷۷..... ۴-۸ یک مورد اختلالات خوردن در ژیمناستیک

۲۷۷..... ۱-۴-۸ توصیف مورد

۲۷۸..... ۲-۴-۸ تحلیل شرایط

۲۷۹..... ۳-۴-۸ درمان

۲۸۰..... ۵-۸ یک مورد اختلالات خوردن در ابرو یک

۲۸۰..... ۱-۵-۸ توصیف مورد

۲۸۲..... ۲-۵-۸ تحلیل شرایط

۲۸۲..... ۳-۵-۸ درمان

۲۸۴..... ۶-۸ ورزش: راه حلی برای مبارزه با بی اشتهاهی عصبی

۲۸۴..... ۱-۶-۸ توصیف مورد

۲۸۴..... ۲-۶-۸ درمان

۲۸۶..... ۷-۸ نتیجه گیری

۲۸۹..... واژه نامه

۲۹۹..... پسگفتار مترجم

۳۰۳..... منابع

پیشگام و ماندگار در پیوند ورزش با دانش

سپاس و آفرین ایزد جهان آفرین راست. آن که اختران رخشان به پرتو روشنی و پاکی او تابنده‌اند و چرخ گردون به خواست و فرمان او پاینده. آفریننده‌ای که پرستیدن اوست سزاهار. دهنده‌ای که خواستن جز از او نیست خوش‌گوار.

خداوند را شاکریم که توفیق ارایه خدمات فرهنگی آموزشی در گستره فرهنگ بی‌پهن سلامی را به ما ارزانی داشت و از برکت این منت بی‌انتها توانستیم با نشر آثار متعدد در حیطه علمی و تربیتی بدنی انتقال تجارب علمی و آموزشی دانشمندان و سایر اساتید و همکاران گرامی را به آحاد جامعه و تمام نقاط کشور فراهم کنیم.

استقبال کم‌نظیر ستا و دانشجویان و ورزش‌دوستان از آثار ارایه‌شده نه تنها موجب غرور گردید بلکه راه را برای برابر جامعه ورزش کشور سنگین‌تر کرد و ما را بر آن داشت تا با گام‌های مستقیم در راه نشر آثار غنی و ارایه کتاب‌هایی با قیمت مناسب و کیفیت بالا در مسیر اهداف خود به پیش رویم و خشنودیم که گام‌های اولیه را با استواری هر چه تمام‌تر در طریق نشر آثار پدید آورده‌ایم و اعتقاد به خشنودی خداوند از اعمال و کردارمان داریم.

در این راستا و برای دستیابی به اهداف، تمامی توان خود را به کار گرفته‌ایم تا با کمک نیروهای متخصص و ماهر کتاب‌هایی منتشر کنیم که نیاز جامعه علمی غنی بوده و نیاز جامعه ورزش کشور را برطرف سازد؛ و این میسر نمی‌گردد مگر با تلاش بی‌وقفه و خستگی‌ناپذیر واحدهای مختلف این انتشارات.

موفقیت این انتشارات بدون همفکری و همیاری صاحب‌نظران فنی و ادبی، اندرکاران دانش تربیت‌بدنی و علوم ورزشی میسر نمی‌گردد؛ بنابراین از پیشنهادات و انتقادهای سازنده شما استقبال می‌نماییم و به دیده منت داریم که در این راه، یار و همگام ما

مهدی صادقی
زمستان ۱۳۹۴



دیباچه

به نظر می‌رسد اختلالات خوردن و رفتارهای آسیب‌زای کنترل وزن نه فقط در ورزش‌های زیباشناختی و آنهایی که بر اساس وزن‌کشی انجام می‌شوند وجود دارد؛ بلکه در طیف گسترده‌ای از ورزش‌ها نیز قابل مشاهده است. گرچه وجود اختلالات خوردن در بسیاری از ورزشکاران به دلایل مختلف پنهانی است. اختلالی که یکی از مهم‌ترین انگیزه‌ها برای پنهان‌کاری، احساس شرم است. ورزشکاران، مربیان، والدین و تمام کسانی که به‌نوعی دست‌اندرکار ورزش‌اند - حتی تماشاگران - از اعمالی همچون پرخوری و پاکسازی (مانند استفراغ و استفاده از مسهل‌ها) کم‌وبیش تنفر دارند. این احساس شرم و انزجار بیشتر در میان ورزشکارانی که با کنترل وزن و تغذیه دست‌وپنجه نرم می‌کنند «درونی» می‌شود و پنهان‌کاری به آن کمک می‌کند تا از واکنش‌های احساسی منفی از سوی کسانی که مشکل آنها را می‌انند، در امان بمانند.

مردانی که اختلال خوردن دارند، دال دیگری (افزون بر موارد بالا) هم برای این پنهان‌کاری دارند. آنها علاوه بر احساس شرم در مورد اختلالات خوردن، مشکل «جنسیتی» نیز دارند. در دنیای بیش‌ازحد مردانه و خشن ورزش، اقرار به داشتن مشکلاتی که عمدتاً در ورزش‌های دختران و زنان وجود دارد، مثل این است که کسی بگوید: «من مردی ضعیف و لطیفم (زن گونه‌ام)». چندین سال پیش در یکی از خشن‌ترین ورزش‌های مردان یعنی فوتبال استرالیایی یکی از بازیکنان حرفه‌ای این ورزش به‌طور علنی از تلاش‌های طولانی مدت خود درباره تغذیه و ورزش سخن گفت. گرچه مطبوعات در این باره با او همدردی کردند، اما «اعترافات» او سبب نشد که دیگر بازیکنان نیز تشویق به واگویی مشکلات خود شوند. من چندین روانشناس ورزشی که با بازیکنان حرفه‌ای فوتبال استرالیایی کار کردند را می‌شناسم، همه‌ی آنها به من گفته‌اند که می‌توانند محتاطانه حدس بزنند حدود ۱۵ - ۱۰ درصد از مردان لیگ فوتبال استرالیایی (AFL) دارای اختلالات خوردن هستند، اما هیچ‌کدام از آنها حرفی نمی‌زنند. متقابلاً در دو سال گذشته در استرالیا ورزشکاران مرد و زن، پای خود را از این ماجرا کنار کشیده‌اند

و موافق و مخالف به نوعی به افسردگی مبتلا شده‌اند. افسردگی مانند «سرماخوردگی معمولی» برای سلامتی روانی ورزشکاران زیان‌آور است؛ و گروه‌ها و سازمان‌های حمایتی فراوانی وجود دارد که علاقه‌مند کمک به افراد افسرده هستند. در استرالیا ما حتی گروه حمایت از مبتلایان به افسردگی داریم که به‌وسیله یک بازیکن سرشناس و خوشنام سابق AFL اداره می‌شود. البته در چنین شرایطی نمی‌توان گفت که بیماران مبتلا به اختلالات خوردن حتماً تحت حمایت قرار می‌گیرند زیرا درهای پنهان کاری هنوز بسته و قفل است.

تازگی پژوهش جدیدی بر روی سوارکاران حرفه‌ای در صنعت اسب‌دوانی انجام شد. نتایج نشان‌دهنده آمار نگران‌کننده‌ای درباره شیوع علایم کاهش توده استخوانی و پوکی استخوان در مردان جوان سوارکار بود. به‌طور کلی مردان جوان معمولاً بیشتر از نظر هورمونی و تغذیه‌ای از آسیب‌چگالی استخوان در امان هستند؛ اما چون سوارکاران باتجربه از مسهل‌ها، مدرها، روزه‌داری استفاده می‌کنند، بخشی از وقت خود را برای کاهش وزن در سونا می‌گذرانند، الکل و نیکوتین مصرف می‌کنند، کم‌تر به تمرینات ورزشی می‌پردازند، همچنین فرصتی برای آگیری مجدد در روزهای مسابقه ندارند (ممکن است آنها در پایان روز سوارکاری کمترین وزن را داشته باشند). سبب می‌شود این گروه در معرض خطر جدی باشند. با توجه به بیشتر معیارهای اختلالات خوردن یا کنترل وزن آسیب‌زا، بیشتر سوارکاران به‌طرز نگران‌کننده‌ای تناسب اندام جری دارند، آیا این مشکل صرفاً به سوارکاران بازمی‌گردد؟ آیا تنها آنها مقصرند؟ آیا این مشکل برآمده از مطالبات پرهزینه محیط مسابقه و شرایط فرهنگی‌ای که رویار آسب‌زا برای کسب افتخار و پول و شهرت را استمرار می‌بخشد، نیست؟ در برخی کشورها تقویم مسابقات بیش از ۳۶۰ روز در سال است. سوارکاران در این روزها که در موقعیت‌های برجسته‌ای قرار دارند، ممکن است استراحتی داشته باشند (اینها همان برندگان جوایز نقدی [پول‌های هنگفت] هستند)؛ اما بیشتر آنها تمام سال را به رقابت می‌پردازند و تلاش آنها نشان‌دهنده پیامدهای سوءاستفاده‌های نهادینه‌شده از سرمایه‌های انسانی است.

روان‌شناسی ورزشی در پیشینه خود، پاسخ‌های بسیاری درباره این «افسانه» دارد که چرا مردم می‌اندیشند ورزشکاران بیش از افراد عادی از سلامت روانی برخوردارند (نگاه کنید به ویلیام مورگان و کار همکاران او در دهه‌های ۸۰-۱۹۷۰) و اینکه اختلالات خوردن در ورزش عمدتاً در دختران و زنان نمایان می‌شود (کار روبرتا شرمن و ترنت پتری در دهه ۱۹۹۰). هر چند ممکن است علل مشکلات خوردن در دختران و زنان بروز یابد اما تضمینی بر مصونیت مردان نیست. رییس استرالیایی انجمن روان‌شناسی عملکرد ورزشی ایالات متحده چند سال پیش گفت:

«مردم در کل [در ورزش] تمایل دارند که کارایی بیشتری داشته باشند. فرایند انتخاب طبیعی و بیله‌ای است که عمدتاً سبب می‌شود برخی افراد آن طور که انتظار می‌رود عمل نمی‌کنند نادیده باشند و مجالی برای پیشرفت در ورزش مورد علاقه خود نیابند. تا جایی که برخی (مانند ورزشکاران جوان) نمی‌توانند خود را به سطح نازل ورزش ریزه‌پایه از این دست راضی کنند... ما دوست نداریم ببینیم خیل عظیمی از ورزشکاران گرفتار مسایل کلینیکی و مشاوره‌ای هستند. (فینک، ۲۰۰۴ ص ۷۵)»

یکی از مشهورترین روانشناسان ورزشی استرالیا، به افکار این سخن برخاسته که یکی از دلایل پنهان کاری در ورزشکاران، افسانه‌هایی است که درباره آنها وجود دارد؛ اما واقعیت این است که ما دوست داریم ببینیم ورزشکاران مان قهرمانانی فرا بشری‌اند و مانند داستان‌های جادویی، نیازها و انتظارات معقولی از آنها - نسبت به سایر مردم - داریم.

بیشتر متون روان‌شناسی ورزشی روی اختلالات خوردن در شرایطی که ورزشکاران آن مشکلات را «داشته‌اند» تمرکز کرده‌اند و تاکید بیش از حدی بر درمان ورزشکاران مبتلا دارند. ما باید توجه بیشتری به محیط آسیب‌زای ورزشی (مثل صنعت سوارکاری) کنیم و این محیط‌ها را به دقت بررسی کنیم. در این کتاب یک فصل به‌طور کامل به مشکل محیط‌هایی که به پرورش اختلالات خوردن کمک می‌کنند، اختصاص دارد. بیش از ۲۰ سالی که در خدمات ورزشی

بودم، از محیط‌های ورزشی بسیاری دیدن کردم که توهین‌آمیز و غیرانسانی بودند. دیدن رفتارهای توهین‌آمیز روانی و جسمانی و اعمالی که توسط مربیان تحت عنوان «ورزش» انجام می‌شد و توسط ورزشکاران و خانواده‌های آنها تحمل می‌شد، حیرت‌انگیز بود. اگر رفتارهایی شبیه به آنها (همچون فریاد کشیدن بر سر آنها، اهانت به ورزشکاران، ورزشکاران را «چاق» خطاب کردن و....) در کلاس‌های درس می‌داد قطعاً معلم مربوطه بازخواست می‌شد. با این حال ما ایستاده‌ایم و این بدرفتاری‌ها را نگاه می‌کنیم و شاید سکوت خود را معقول هم می‌پنداریم زیرا مربی مشهوری است و رکوردهای ارزنده‌ای را با ثبت بزرگان ورزشی به ثبت رسانده است. روانشناسان ورزشی هم کم مقصر نیستند زیرا ضمن آنکه تماشاگر این گونه بدرفتاری‌ها هستند، خدماتی را هم برای کمک به ورزشکاران برای تحمل این بدرفتاری‌ها ارائه می‌دهند! «مربی بددهن است» در اینجا برخی «بازسازی‌های شناختی» وجود دارد که به شما کمک می‌کند تا با مربی که شما را «موجودی پست و ضعیف و آشغال و به‌دردنخور» می‌خواند رفتار کنید. اما این به چه معناست؟ در واقع این همان تبانی همراه با توهین نسبت به من است و سبب می‌شود تا جایی که مشکل به راستی در آن نهفته است مورد توجه رسانه‌های شنافی قرار نگیرد.

شیوه درمان ورزشکار مبتلا به اختلال خوردن چیست؟ این پرسش معقولانه اما ساده‌لوحانه است. درمان یک مسیر یک‌سویه از پزشک به بیمار نیست. در این کتاب برنامه‌های «تیمی - درمانی» بسیاری را می‌بینیم که برای ورزشکاران مبتلا به اختلالات خوردن طراحی شده و در آنها چندین پزشک (همچون پزشک عمومی، متخصص تغذیه، روانپزشک و روانشناس) در قالب یک «تیم راهبردی» با هم تشریک مساعی دارند. این شیوه به‌عنوان یک روش خدمتی خوب تلقی می‌شود. آیا به راستی این گونه است؟ شاید باشد، شاید هم نباشد. در حقیقت بهترین نوع شروع درمان برای ورزشکاران، رفتن پیش گروهی از پزشکان و بازگو کردن داستان‌های دردناک و خجالت‌آوری است که بارها اتفاق افتاده است. واژه «بدرفتاری» دوباره در ذهن متبادر می‌شود.

پیمان همکاری

اصل درمان «مشکل» ورزشکار (مثل پراشتهایی عصبی) نیست؛ بلکه پیمان همکاری یا ارتباطی است که بین ورزشکار و پزشک شکل می‌گیرد. برای ایجاد تغییر و بهبودی اوضاع تنها کافی نیست که نمودار رفتار تغذیه‌ای فرد را ترسیم کرد یا علایم پرخوری را شناسایی کرد، بلکه باید چشم‌انداز کیفی میان کسانی را که با هم کار می‌کنند را بهبود بخشید. درمانگر می‌تواند ورزشکار مبتلا به اختلال خوردن را با استفاده از سیم‌هایی چون گشتالت، روان‌پویشی، شناختی- رفتاری درمان کند، اما این رویکرد به اهمیت این سیم‌ها بستگی ندارد. آیا ورزشکار و پزشک واقعا متناسب هم هستند و می‌توانند یک کار گروهی خوب انجام دهند؟ ما از پژوهشی که پیشتر در زمینه روان‌درمانی ایجاد شده در فیتیم که کیفیت پیمان همکاری بیشترین تفاوت را در نتیجه درمان ایجاد می‌کند (کستل و ویستون ۱۹۹۴)، ما وقت زیادی را برای آموزش روانشناسان ورزشی در مورد پویایی توسعه و ارایه برنامه‌های درمانی برای ورزشکاران مبتلا به اختلالات خوردن صرف کرده‌ایم، در مقابل تقریبا هیچ زمانی را برای رشد و توسعه پیمان‌های همکاری و ارتباط کاری در نظر نگرفته‌ایم. هر دوی این موارد مهم‌اند، اما در مورد دوم اغلب، هزینه فنون مداخله «آموزش مبتنی بر شواهد» تضعیف می‌شود. متأسفانه بیشتر پژوهش‌های مبتنی بر شواهد، اصلا مستندات واقعی نیستند. افراد هرگز به صورت هدفمند برای درمان مشخص نمی‌شوند. مداخلات به‌ندرت «طبق قاعده» منسجم ارائه می‌شوند. درمان، هر چه باشد، تقریبا همیشه «رخدادانگر» است و اجزای کلیدی «درمان» اغلب در پژوهش‌ها فراموش می‌شود. بیشتر آزمایشات کلینیکی تصادفی، پژوهش‌هایی «فل‌از‌اثر درمانگر» هستند که در آنها از شخصیت درمانگر و کیفیت رابطه بین پزشک و بیمار صرف‌نظر می‌شود. راهبردهای روان‌پویشی برای اختلالات خوردن (مانند سوریس ۱۹۹۲) بر روی عواملی همچون شخصیت و روابط موجود به‌عنوان مسایل اصلی درمان تأکید می‌کند، اما تعداد روانشناسان ورزشی پویشی یا «روابط شیئی» در زمینه کاری ما بسیار محدود است. امیدوارم این کتاب به گسترش افکار روانشناسان ورزشی درباره اینکه چه شیوه یا شیوه‌های درمانی واقعا همه‌جانبه‌اند، کمک کند.

ورزش خوب است!

روانشناسان ورزشی اغلب متعصبانه می‌گویند که ورزش خوب است و ما باید به ورزشکاران کمک کنیم تا خود را با نیازهای رشته ورزشی سازگار کنند تا بتوانند بیشترین فایده‌ها را از این دنیای پرتلاش بی‌نظیر به‌دست آورند. روانشناسان ورزشی، اگر می‌خواهند شایسته عنوان خود باشند، باید برنامه‌ای فراگیر و گسترده برای سلامتی و شادی بیماران خود داشته باشند؛ بنابراین باید توجه کنیم که کنار گذاشتن ورزش و ترک رویای عظمت و شکوه (و خوشبختی کوتاه مدت) آن ممکن است کاملاً به نفع ورزشکار باشد. در چندین مورد که شاهد آن بوده‌ام، با ورزشکارانی روبه‌رو شدم که علت ابتلای آنها به اختلالات خوردن نیازهای رشته ورزشی و خواسته‌های کادر مربیگری بود. برای مثال یک زن شیرجه روی دانشگاهی نیم توپ‌یچ داد، پس از ۲ هفته استراحت بازگشته «وقتی که خانه و دور از استخر برم، هیچ چیزی [پرخوری و پاکسازی] در کار نبود، اما بلافاصله پس از برگشتنم به استخر، دوباره همه چیز شروع شد». ما تلاش می‌کنیم ورزشکاران را با محیط دانشگاهی و بین‌آمیز سازگار کنیم، یا به آنها کمک کنیم که سایر راه‌هایی که می‌توانند سبب سلامتی بهتر و شادی بیشتر (مانند کناره‌گیری از ورزش) شود را، بررسی کنند. نتیجه دوم موفق نخواهد شد چون هرگز چنین بحث و گفت‌وگوهایی مورد توجه مدیران و مدیران قرار نخواهد گرفت و حتی ممکن است ماهیت حرفه‌ای ما را نیز زیر سؤال ببرد. وان رالت و اندرسون (۲۰۰۷) درباره این موضوع بحث کردند که برخی روانشناسان ورزشی با ورزشکاری روبه‌رو می‌شوند که ورزش را رها کرده، بهتر می‌کنند که می‌توانند انجام دهند چیست؟ وقتی سلامتی و خوشبختی فردی فدای شرکت در ورزش، بهبود عملکرد ورزشی و کسب نشان‌های بیشتر می‌شود، حل این مسائل آسان نیست، این امر نشان‌دهنده ناکارآمدی در وضعیت آرایه خدمات روان‌شناسی ورزشی است.

امیدوارم این کتاب به روشن شدن برخی رازداری‌ها، شرم‌ها و بدنامی‌ها درباره اختلالات خوردن در ورزش کمک کند، ورزش کردن می‌تواند تجربه

شگفت‌انگیزی باشد و شاید درس‌های خوب بسیاری درباره زندگی به ما بیاموزد. گرچه افراد درس‌های زبان‌آوری نیز فرامی‌گیرند. همیشه خواسته‌ام از والدین بپرسم: «چرا می‌خواهید پسران یا دختران‌تان در فعالیتی شرکت کنند که مناسب آن نیستند و احتمال زیادی دارد که به‌خاطر آن رشته ورزشی خاص، از بدن خود خجالت بکشند و برای داشتن بدنی مناسب با آن فعالیت، به استخوان‌ها و اندام‌های خود زیان برسانند و در نهایت کلاً از ورزش ناراضی و منزجر شوند؟» شاید این کتاب به دنیای ورزش کمک کند تا محیطی سالم‌تر برای کسانی شود که می‌خواهند به هر چه ابعاد رشد کنند و خود را بهتر بشناسند.

(nosce teipsum : خود را بشناس «سقراط». مترجم)

مارک بی. اندرسن

(دانشگاه ویکتوریا- استرالیا)

رابطه بین ورزش، جامعه و اختلالات خوردن

در سال‌های اخیر اختلالات خوردن موجب نگرانی و بحث در بخش‌های گوناگون جامعه شده است. این نگرانی به‌حدی بود که در سال ۱۹۹۹ در اسپانیا کمیسیون دولتی ویژه‌ای برای بررسی همه‌جانبه و دقیق این موضوع تشکیل شد. در همان سال وزارت سلامتی و مصرف اسپانیا، برخی آمار هشداردهنده درباره شیوع اختلالات خوردن منتشر کرد که در آن اعلام شد ۱/۵٪ از نوجوانان بین ۱۴ تا ۲۱ سال - تقریباً ۸۰ هزار نفر - از مشکلات مربوط به خوردن رنج می‌برند. سایر منابع مانند انجمن حمایت از بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی (AN, AN, ER-Spin) آمار بسیار چشمگیری را نشان دادند و اظهار داشتند که حدود ۵۰۰ هزار نفر به نوعی تحت تاثیر این بیماری‌ها هستند که ۹۰٪ آنها زنان بین ۱۸-۱۴ ساله هستند.

با این وجود، تایید اطلاعات بالا دشوار است، زیرا تنوع رفتارهای مربوط به اختلالات خوردن بسیار زیاد است و طیف از رفتارهای تغذیه‌ای ناهنجاری که از یک شیوه آسیب‌شناسی خاص پیروی نمی‌کنند تا آنهایی که به‌عنوان یک اختلال خوردن خاص مانند بی‌اشتهایی عصبی قابل تشخیص‌اند را در بر می‌گیرد. از سوی دیگر، افرادی که مبتلا به این گونه بیماری‌ها هستند به‌ندرت به‌صورت داوطلبانه درخواست کمک‌های حرفه‌ای می‌کنند و در بسیاری مواقع حتی نمی‌توانند مشکل خود را تشخیص دهند. افزون بر این، کم‌اشتباه‌شناسی این گونه اختلالات مانند ارزیابی، تشخیص و به‌ویژه درمان، فداکارانه دشوار است؛ بنابراین سه ویژگی اصلی را می‌توان برشمرد و در این کتاب مورد بحث قرار داد:

- اصولاً اختلالات خوردن متعلق به کشورهای پیشرفته است. بی‌تردید کشورهای صنعتی بیشترین میزان اختلالات خوردن را دارا هستند. دلایل

فرهنگی در این مورد مانند مدهای گذرا، دلبستگی فوق‌العاده به شکل بدن و ... در فصل اول بحث و بررسی می‌شوند. این عامل با استفاده از آماري که در کشور اسپانیا به دست آمده، توضیح داده خواهد شد؛ زیرا اطلاعات یاد شده می‌تواند معرف همه‌ی کشورهایی باشد که ویژگی‌های اجتماعی-اقتصادی و سیاسی مشابهی دارند.

- دسترسی دقیق به اطلاعات معتبر دشوار است. همان‌گونه که پیشتر گفته شد، متغیرهای پیش‌بینی برای اختلالات خوردن معمولاً پنهانند؛ زیرا افراد مبتلا به این مشکلات پنهان‌کاری می‌کنند و یا در صورت آرایه کمک از سوی دوستان و خانواده موضوع را انکار می‌کنند. بنا بر واقعیتی که روانشناسان در روش‌های آن مواجه‌اند، همچنین برای داشتن بالاترین میزان دقت در تشخیص نهایی، این عامل باید وقتی سیستم‌های ویژه ارزیابی روان‌شناختی تعیین می‌شوند، مورد توجه قرار گیرد.
- میزان شیوع این اختلالات بسیار بالاست. نه تنها باید گفت اگرچه تایید اطلاعاتی که میزان مشکلات روان‌شناختی خوردن را نشان می‌دهند، دشوار است، اما روشن است که بروز این اختلالات در حد بالایی است. حتی اگر تأثیر «گزارش‌هایی» که به کمک رسانه‌ها موجب شناسایی هر چه بیشتر این اختلالات در سال‌های اخیر شده‌اند نیز در نظر گرفته نشود، روشن است که افزایش بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی و همچنین سایر اختلالات جدیدتر مانند عضله‌پروری عصبی در حد بسیار بالایی است.
- در ادامه تحلیل این گفتمان، آماری را که توسط مجله آموزشی اسپانیا (Nuestros Hijos چاپ ۱۹۹۹) ارائه شده است را بیان می‌کنیم:
- سن بیماران تدریجاً پایین‌تر می‌رود (بیشتر دختران بین ۱۰ - ۸ سال اعتراف می‌کنند که از ترس چاق شدن، از غذا خوردن اجتناب می‌کنند و برای همین حتی به بیمارستان هم رفته‌اند).

- ۶ درصد از آسیب دیدگان در نتیجه وسواس بیش از حد به خاطر لاغر شدن، زندگی خود را از دست داده‌اند، از هر پنج بیمار، یک نفر در نتیجه غذا نخوردن مفرط از بین رفته است.

- سرانجام و شاید از همه نگران کننده‌تر: میزان رشد سالانه این بیماری‌ها حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد است.

افزایش مشکلات روان‌شناختی مربوط به خوردن مانند بی‌اشتهایی عصبی شاید توسط مجموعه‌ای از عوامل به هم پیوسته قابل توضیح باشد (گاردون ۱۹۹۹). این عوامل عبارتند از:

• تغییر نقش زنان

با پیشرفت و بهبود نقش اجتماعی و حرفه‌ای زنان، آنان در زمینه‌های گوناگون بسیار فعال شده‌اند. یکی از این زمینه‌ها صنعت زیبایی (مد) است، جایی که بسیاری از بهائت «تقیاد مدهای تحمیلی قرار دارند و عجیب آنکه از این «بیداد مدرن» به‌عنوان «جزیی از «حق آزادی» شان یاد می‌کنند!

• دشواری فزاینده غذا، از مرحله نوجوانی به بزرگسالی

جریان پیچیده گذار از دوران نوجوانی به بزرگسالی بر روی بسیاری از نوجوانان به‌ویژه دختران اثر می‌گذارد. افزون بر موانع ویژه‌ای که برای همه وجود دارد، نیاز به تلاش برای یک زن فعال و آزاداندیش شدن و میل بسیار به پیشرفت حرفه‌ای، به افزایش دشواری این دور گذار دامن می‌زند. این عوامل با آرزوهایی که هرگز برآورده نمی‌گردند، مصادف می‌شوند و نتیجه آن سرخوردگی و ناامیدی است که اغلب در اشکال اختلالات روان‌شناختی، مانند مشکلات مربوط به خوردن نمود می‌یابد.

• اهمیت جامعه نسبت به ظاهر بدن

لاغر بودن از معیارهای زیبایی است (زیرا نشانه سلامتی و شکل جسمانی متناسب است). به شکل متناقضی، در حالی که لاغری ظاهراً نشانه سلامتی مطلوب است، کاهش وزن بیش از حد معقول نسبت به قد یا ترکیب جسمی، خطر

مشکلات مربوط به سلامتی را افزایش می‌دهد. همچنین مصرف و تخلیه مداوم مواد غذایی سبب افزایش تنش‌های جسمانی می‌شود که می‌تواند به سرعت منجر به تخریب بدن گردد. با وجود دگرگونی در وضعیت جاری، پیچیدگی همچنان باقی است، زیرا علایق اقتصادی در موجودیت مشاغل ویژه در خدمت صنعت مد و زیبایی همچنان رو به فزونی است و این دستیابی به یک تصویر بدن «مطلوب» را تقریباً ناممکن ساخته است. دو نمونه متضاد می‌توان نقل کرد: از یک سو شرکت‌ها با عرضه «غذای آماده» به بازار موجب افزایش تعداد بچه‌های حاکی می‌شوند؛ و از سوی دیگر مشاغلی که با مد و خلق مدل‌های رسانه‌ای سروکار دارند و افراد را ناخودآگاه برای تقلید از آنها به اختلالات خوردن مانند بی‌اشتهایی عصبی تشویق می‌کنند.

به‌طور خلاصه، روشن است که یک‌سری مشکلات روان‌شناختی، بیشتر روی مردم کشورهای صنعتی تأثیر می‌گذارند. در مقابل پژوهشی که توسط ناصر (۱۹۸۸) انجام شد نشان داد که هیچ نوع اختلال خوردن در کشورهای در حال توسعه همچون سودان و مصر وجود ندارد.

یک توضیح ملموس‌تر برای این تفاوت‌های جغرافیایی این است که در کشورهای غربی مجموعه‌ای از فشارهای اجتماعی برای لاغر شدن وجود دارد که در سال‌های اخیر بسیار تشدید شده است. در فرهنگ کوز، رب، مردم معمولاً رژیم‌های غذایی می‌گیرند و درباره وزن خود نگرانند زیرا هال «مد روز» را در نظر دارند. برای بسیاری، در جوامع امروزی تلاش برای داشتن بدن «مطلوب» راهی است تا احساس امنیت بیشتر و پذیرش بهتر کنند، چنین رفتارهایی در میان نوجوانان و جوانان، به‌ویژه در زنان، افزایش یافته است. با این همه بیشتر افرادی که رژیم‌های غذایی را دنبال می‌کنند و «وسواس» کاهش وزن دارند، در واقع باید نگران وزن متناسب با سن و پیکر خود باشند (تورو و همکاران ۱۹۸۸).

علاوه بر رژیم غذایی، افرادی که از اختلالات خوردن رنج می‌برند معمولاً به فعالیت‌های جسمانی و ورزشی به‌عنوان راهی برای کاهش وزن، روی می‌آورند. به این دلیل فعالیت‌های ورزشی می‌تواند رابطه مستقیمی با این مشکلات پیدا

کنند؛ اما آیا می‌توان جهت عملکرد این رابطه را تغییر داد؟ یعنی می‌توان گفت ورزشکاران خودشان سبب ابتلا به اختلال غذایی می‌شوند؟ نتایج پژوهش‌های گوناگون پاسخ این پرسش را به شدت تایید می‌کند؛ طیف وسیعی از ورزشکاران هستند که خود را گرفتار بی‌اشتهایی عصبی، پراشتهایی عصبی، عضله‌پروری عصبی، سالم خواری عصبی و سایر مشکلات خوردن می‌کنند. همه پژوهش‌هایی که در ۱۵ سال اخیر انجام شده و رابطه اختلال خوردن و ورزش را تایید می‌کنند، در زیر آورده شده‌اند:

- وایت و همکاران (۱۹۹۰) تحقیقی را با عنوان چگونگی تاثیر ساختارهای رفتاری بر گسترش اختلالات خوردن در زنان ورزشکار انجام دادند.
- پروت و همکاران (۱۹۹۱) پژوهشی درباره ارتباط تمرینات جسمانی و ورزش مغرط و بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی در ورزشکاران، انجام دادند.
- بروئل و رزین (۱۹۹۱) شیوع میزان اختلالات خوردن در ورزشکاران را تشریح کردند و جگگی، به این اطلاعات را با مجموعه عوامل موجود در جوامع مدرن توضیح دادند.
- استوت جسدیک و جون (۱۹۹۲) فراوانی اختلالات خوردن و عادات غذایی آسیب‌زا را در ورزشکاران نخبه تحلیل کردند.
- تامپسون و شرمن (۱۹۹۳) پژوهش گسترده‌ای را درباره منشا و گسترش اختلالات خوردن در ورزشکاران و همچنین، اسباب‌های ممکن، انجام دادند.
- استوک و رادی (۱۹۹۶) تحقیقی را درباره اختلالات خوردن در زنان دونه انجام دادند و نتایج آن را با ورزش‌های دیگر مقایسه کردند.
- ویرنیک و مک لود (۱۹۹۶) چگونگی نگرش ورزشکاران به گونه‌گون، دربارۀ تغذیه و فعالیت‌های جسمانی مختلف و همچنین تفاوت‌های بین بدن‌های ورزشکاران سه گانه را تحلیل کردند.
- هالی و هیل (۲۰۰۱) مطالعه‌ای درباره شیوع اختلالات خوردن در زنان نخبه دوی استقامتی انجام دادند.

- پتری و راجرز (۲۰۰۱) به تازگی درباره افزایش تعداد مردان ورزشکار مبتلا به اختلالات خوردن - بدون اینکه نخست بخش‌های پرخطر را بررسی کنند - هشدار می‌دهند.
 - سیلا (۲۰۰۱) درباره میزان اختلالات خوردن در ورزشکاران پرتغالی پژوهشی مقایسه‌ای انجام داد.
 - بروئ و پتری (۲۰۰۲) در یک تحقیق عام درباره روان - آسیب شناختی در بیای ورزش، اختلالات خوردن را به عنوان یکی از مهم‌ترین مشکلات در ورزشکاران دانستند.
 - دوریل و ... (۲۰۰۲) بر وجود نشانه‌های اختلال خوردن در رشته‌های ورزشی، مانند ایر بیک - تقریباً بدون مستندات در گذشته - تاکید کردند.
 - دوسیل (۲۰۰۳) فراوانی و اختلالات خوردن را در ورزش‌های گوناگون مقایسه کرد و بین ورزش‌هایی که زیر عنوان «پرخطر» بررسی شده‌اند و آنهایی که به دلیل داشتن ویژگی‌های ذاتی، احتمال ابتلای ورزشکاران به اختلالات خوردن پایین‌تر است، تمایز قائل شد.
 - کوگن (۲۰۰۵) عناصری را که پس از مشخص شدن اختلالات خوردن در ورزشکاران بررسی می‌شوند، تحلیل کرد.
- این کتاب را، با اهمیت عوامل همچون ادراکات، کنترل وزن و محیط‌های ورزشی که تعیین‌کننده گسترش اختلالات رفتاری خوردن هستند، شروع می‌کنیم. در فصول بعد جنبه‌هایی همچون ارزیابی، تشخیص و درمان مشکلات خوردن در ورزش، طرح استفاده از فن‌آوری‌های نوین و رابطه آنها با اختلالات خوردن در ورزشکاران را بررسی می‌کنیم. سرانجام، در فصل پایانی، شیوه‌های گوناگون کارکردن با ورزشکارانی که در ورزش‌های پرخطر فعال‌اند را، نشان می‌دهیم.