

МІНІСТЕРСТВО НАУКИ І ОСВІТИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І СПОРТУ
УКРАЇНИ

КАФЕДРА МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня магістра

за спеціальністю 091 Біологія

освітньою програмою «Спортивна дієтологія»

на тему: **«РИЗИКИ РОЗВИТКУ БУЛІМІЇ ТА АНОРЕКСІЇ
У СПОРТСМЕНІВ РІЗНИХ ВИДІВ СПОРТУ»**

здобувача вищої освіти

другого (магістерського) рівня

Бардіж Аліни Юріївни

Науковий керівник: Бабак С. В.

к.б.н., доцент

Рецензент: Белінська І. В

д.б.н., доц. ННЦ «Інститут біології та медицини»

КНУ ім. Тараса Шевченка

Рекомендовано до захисту на засіданні

кафедри (протокол № 9 від 04.03.2021 р.)

Завідувач кафедри: Пастухова В. А.

д.м.н., професор

Київ, 2021

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1 РОЗЛАДИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ: НЕРВОВА БУЛІМІЯ ТА НЕРВОВА АНОРЕКСІЯ	8
1.1. Про розлади харчової поведінки	8
1.2. Спорт і розлади харчування	9
1.3. Генетичні чинники при розладах харчової поведінки	16
1.4. Чинники зовнішнього середовища, що впливають на розвиток харчових розладів	17
1.5. Пускові механізми (тригери) виникнення розладів харчової поведінки	17
1.6. Коморбідність нервової анорексії та нервової булімії з іншими розладами	18
Висновки до розділу 1	20
РОЗДІЛ 2 СИМПТОМИ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ДІАГНОСТИЦІ НЕРВОВОЇ АНОРЕКЦІЇ ТА НЕРВОВОЇ БУЛІМІЇ	21
2.1. Методи дослідження	21
2.2. Порівняльний аналіз симптомів розладів харчової поведінки та харчування	21
2.3. Обстеження фізичного стану та психологічних симптомів	29
РОЗДІЛ 3 МЕТА-АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У СПОРТСМЕНІВ РІЗНОЇ СТАТІ, ВІКУ ТА ВИДУ СПОРТУ	32
3.1. Розлади харчової поведінки у чоловіків-спортсменів	32
3.2. Розлади харчової поведінки у жінок-спортсменок	36
3.3. Загальний досвід лікування пацієнтів з розладами харчової поведінки	42
3.4. Результати власних досліджень та їх обговорення	45

Висновки до розділу 3	58
ВИСНОВКИ.....	60
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ ТА ДЖЕРЕЛ	62
Додаток	70

ВСТУП

Актуальність теми. За даними статистики останніх років, 70% населення планети страждає від надмірної ваги. 30 - 35% з них хворіють на ожиріння, 13 - 15% на булімію та анорексію. Найчастіше люди, які страждають на ці хвороби, сприймають спотворену форму харчової поведінки (відмова від їжі, або жорсткі обмеження, або викликання блювоти або прийом проносних) як спосіб підтримки ваги. Спочатку вага контролюється подібними методами. Але не довго. Максимум, років зо три. Потім залежність набирає свої оберти, і тіло починає слабшати, системи травлення, обміну речовин, кровопостачання, органів рухового апарату, м'язової та кісткової тканин страждають. Працюють у режимі «аварійної ситуації, non-stop», не приносячи вже заповітного результату утримання ваги. Серед спортсменів такі захворювання зберігаються в найсуворішій таємниці, чим посилюється ситуація. Страх дискваліфікації змушує викладатися з останніх сил, навіть за наявності захворювання.

Неможливо змінити весь світ із стереотипами успішної супер відточеної зовнішності. Однак, можна змінити свій вибір на користь здоров'я та прийняття себе зі своїми фізіологічними та психологічними особливостями [8]. Таке твердження більше підходить людям певних професій, де зовнішність стоїть не на першому місці. Але у спортсменів ця ситуація ускладнюється вимогами тренера та виду спорту.

У зв'язку із складним середовищем, в якому мешкає сучасна людина та способом трудової діяльності в суспільстві досить актуальною є тема здорового життя.

Це обумовлено рядом чинників. Зокрема, зі збільшенням забруднення навколишнього середовища. Тому люди намагаються зменшити негативний вплив на свій організм, наприклад, заняттями спортом, при цьому прагнуть вживати тільки корисну їжу. В суспільстві також ведеться активна пропаганда фізичної привабливості (зокрема, дівчата-моделі в рекламі чи популярні люди з ідеальними формами тіла та інше).

З одного боку, це має позитивний бік. Але зациклювання людини, розвиток крайнього перфекціонізму, виводить людину зовсім у інший напрямок. Для такої людини єдиною та головною метою стає ідеальне здорове харчування та заняття спортом, що може завдати досить великої шкоди.

В даному контексті можна стверджувати про формування патологічної мотивації (наприклад, дівчина виснажує себе тренуваннями заради значного зменшення ваги тіла, а не з метою зміцнення свого здоров'я). Подібні значні виснаження при заняттях спортом є характерними для осіб, які страждають на булімію.

Фахівці розглядають таку поведінку як психічне захворювання і відмічають, його почастищення серед підлітків, юнаків та молоді.

Тому тема про роль спорту при даному типі розладів стає все актуальнішою. Дана робота присвячена розгляду питань булімії та анорексії у спортсменів

За даними науковців, булімія та анорексія можуть раптово виникнути у житті людини, хоча шлях до такого стану визначився набагато раніше. У спортивному середовищі все більше і більше стикаються з тим, що така небезпека, яка ретельно приховується спортсменами, може статися з будь-ким, хто прагне високих результатів. Це професійні захворювання у середовищі модельного та шоу бізнесу, танців, балету та спорту. Не дивно, що існує дефіцит інформації про те, що на це хворіють і чоловіки [11, 17]..

Булімія та анорексія часто супроводжуються депресією та апатією. У таких випадках, безумовно, показаний медичний та психотерапевтичний супровід, що виводить пацієнта із хвороби. В процесі розвитку даних хворобливих станів, замість гарного тіла, людина отримує протилежне: тіло втрачає пружність та бажану форму, за яку взагалі-то і велася боротьба будь-якими способами [1, 2, 17, 26].

Фахівці різних наукових напрямків досліджують та розвивають загальні та індивідуальні програми з урахуванням знання багатьох особливостей перебігу захворювання. Як свідчать результати досліджень, при правильному

підході, людське тіло – унікальна, система, що самовідновлюється – здатне знову стати здоровим та привабливим, здатне знову показувати високі результати в спорті [22, 26, 29, 32, 44, 58, 67].

Правильні фізичні навантаження, психотерапевтичний та дієтологічний супровід спроможні допомогти спортсменам з такими проблемами.

Мета роботи – провести аналіз стану проблеми булімії та анорексії у спортсменів різних видів спорту.

Завдання роботи:

1. Провести мета-аналіз причин та поширеності анорексії серед спортсменів.

2. Провести мета-аналіз причин та поширеності булімії серед спортсменів.

3. З'ясувати особливості перебігу та наслідків анорексії та булімії у спортсменів та спортсменок.

4. Зробити аналіз методів роботи з хворими спортсменами на булімію та анорексію.

5. Провести тестування спортсменів з метою визначення у них ймовірності наявності розладу харчової поведінки.

6. Проаналізувати отримані дані та розробити рекомендації спортсменам із розладами харчової поведінки.

Об'єкт дослідження – розлади харчової поведінки – булімія та анорексія.

Предмет дослідження – булімія та анорексія серед спортсменів.

Теоретична значущість роботи полягає в обґрунтуванні важливості проблеми булімії та анорексії серед спортсменів.

Практична значущість результатів дослідження полягає виявленні причин та діагностики булімії та анорексії у спортсменів та застосуванні рекомендацій, поданих у роботі.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаної літератури і джерел із 67 найменувань та додатку. Загальний обсяг роботи складає 77 сторінок.

РОЗДІЛ 1 НЕРВОВА БУЛІМІЯ ТА НЕРВОВА АНОРЕКСІЯ: ЕТІОЛОГІЯ І ФАКТОРИ РИЗИКУ ПРИ РОЗЛАДАХ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1. Про розлади харчової поведінки

Розлад харчової поведінки – це стан здоров'я. Він полягає у тому, що у особи виникає нездорова одержимість їжею, вагою та тим, як він чи вона виглядає.

Поширеними типами розладів харчової поведінки є:

- ✓ Нервова булімія. Булімія характеризується повторюваними епізодами вживання величезної кількості їжі за один раз (переїдання). Після цього з'являється відчуття крайньої провини і виведення їжі з організму (очищення). Очищення може включати самовикликану блювоту, екстремальні фізичні навантаження, голодування або використання сечогінних або проносних засобів.
- ✓ Нервова анорексія. При цьому розладі харчової поведінки людина має надзвичайну худорлявість, хронічне суворе обмеження калорій, сильно спотворений образ тіла, надзвичайний страх збільшення ваги.
- ✓ Розлад переїдання. Це пов'язано з втратою контролю над прийомом їжі. Люди з цим розладом їдять величезну кількість їжі за раз без очищення. Після цього вони відчують сильний сором і провину [20, 21].

Часто вважають, що розлади харчової поведінки відносяться лише до харчування. Тому і назва формулюється як – розлад харчової поведінки (РХП). В той же час, є така категорія розладів, як – неуточнені (невизначені) розлади харчової поведінки, які включають таке порушення, як надмірні заняття спортом. Спортивна булімія ще має синоніми – компульсивна спортивна активність, гіпергімназія, атлетична анорексія. При цьому спортсмен підлягає надзвичайним за інтенсивністю навантаженням, мета яких – спалювання калорій або очищення. Іноді, людина довго тренується, щоб уникнути ситуацій, в яких вона змушена їсти: під час обідньої перерви, між парами під час занять в

зкладах вищої освіти тощо. Тобто, до таких навантажень відносять будь-яку спортивну активність компульсивного характеру. Студенти-атлети часто тренуються для задоволення, такі спортсмени відрізняються від тих осіб, які страждають на спортивну булімію і керуються зовсім іншими цілями. Часто вони таким чином нейтралізують почуття провини після прийому їжі. Іноді, вони тренуються лише для того, щоб дозволити собі поїсти.

Часто спортивна булімія є прихованою. Оточуючі люди, замість того, щоб підказати такому спортсмену, щоб він переглянув свою поведінку, ще й хвалять його за силу волі та самодисципліну, або, навіть, і заздять йому.

Але, слід розуміти, що компульсивна спортивна активність є досить серйозним захворюванням, як і анорексія чи булімія. Такий розлад, зазвичай, має досить важкі наслідки, як для фізичного здоров'я, так і для психологічного, а навіть і для психічного.

Надмірні тренування призводять до втрати м'язової маси, пошкодженню кісткової тканини, випаданню волосся, порушення менструально-оваріального циклу, жіночого безпліддя, серцевої недостатності та ін. [10].

1.2. Спорт і розлади харчування

Булімія та анорексія є поширеними не тільки серед тих людей, які прагнуть до ідеалів красивого тіла, а також серед спортсменів-професіоналів, яким нав'язаний певний стереотип статури, маси та пропорцій тіла, які відпрацьовані десятками років у певному виді спорту. Такий спортсмен змушений прагнути до таких стандартів. Мати відповідну масу тіла спонукає у певних видах спорту (таких, як – бокс, різні види боротьби) залучення до змагань у певній ваговій категорії. Часто перед таким спортсменом стоїть мета – за короткий час набрати вагу або, навпаки, зменшити її перед змаганням. Часті коливання ваги тіла можуть викликати розлади у харчовій поведінці спортсмена.

Розлади харчової поведінки частіше вражають спортсменок і дівчат, ніж чоловіків. Але у хлопчиків також можуть бути розлади харчування.

Молоді спортсмени-чоловіки та жінки, як правило, піддаються більшому ризику розладів харчової поведінки, якщо вони займаються спортом, який зосереджується на особистісній продуктивності, зовнішньому вигляді, дієті та вимогах до ваги. До таких змагальних видів спорту належать:

- Плавання та пірнання
- Бодібілдинг
- Боротьба
- Гімнастика
- Біг
- Танці
- Фігурне катання
- Веслування (екіпаж)
- Пляжний волейбол [20, 21].

Чинники, які можуть підвищити ризик розвитку у молодого спортсмена розладу харчової поведінки:

- ⇒ Помилкове уявлення про те, що худорлявість робить спортсмена кращим, успішнішим, привабливішим.
- ⇒ Наявність тренера, який зосереджується на змаганнях та успіхах, а не на спортивній майстерності та особистості в цілому.
- ⇒ Випадки фізичного чи сексуального насильства.
- ⇒ Наявність травм.
- ⇒ Несформована особистість, залежність від думки інших людей.
- ⇒ Низька самооцінка, відсутність здатності до самоаналізу.
- ⇒ Відсутність знань про фізичне тіло, про спортивне харчування.
- ⇒ Тиск з боку родини, члени якої нагадують спортсмену про необхідність прагнення до худорлявості.
- ⇒ Наявність серед членів родини осіб із розладами харчової поведінки.
- ⇒ Постійна, дуже жорстка дієта [19, 20, 21].

В деяких видах спорту обов'язковою умовою заняттям спортом є відповідність форми, пропорцій, маси тіла до встановлених стандартів. Таке ставлення до тіла створює потенційні ризики порушення харчування. Це стосується гімнастики (особливо жіночої, художньої), фітнесу, культуризму, стрибків у воду, танцювальних видів діяльності, фігурного катання, кінного спорту, боксу, важкої атлетики та ін. [4].

Спортсмени цих видів спорту змушені або постійно підтримувати тіло в рамках своєї вагової категорії або вони прагнуть практично до спалювання жиру в організмі. Значну роль в цьому відіграє тренер та інші спортсмени команди. Часто тренер в досить грубій формі вказує на невідповідність форми та маси тіла до стандартів відповідного виду спорту. Така поведінка тренера неодноразово ставала причиною до дуже жорстких обмежень в харчуванні спортсмена, на тлі великих фізичних перевантажень, що врешті-решт може призвести до анорексії.

Протилежна ситуація – це неконтрольована обжерливість із подальшим очищенням – тобто булімія.

Ризик розвитку харчової залежності та харчового порушення особливо великий для спортсменів-підлітків. Харчова залежність, виникана на тлі такої поведінки, становить особливу небезпеку для здоров'я, а в окремих випадках може загрожувати життю спортсмена.

Після складних тренувань будь-якому спортсмену потрібен час для відновлення організму, а для цього також є необхідним посилене харчування, яке містить усі необхідні поживні речовини. При наявності анорексії чи булімії у спортсмена є величезні ризики руйнувати свого здоров'я та зведення нанівець спортивних успіхів. А крайні форми харчової залежності здатні призвести навіть до смерті [4].

Ризик виникнення харчової залежності дуже великий є і у людей, мотивація яких відвідування тренажерних залів, фітнес-центрів заради зміни фігури до ідеальної. У такому випадку зовсім не йдеться про зміцнення здоров'я.

Основними ознаками анорексії є:

- 1) найсуворіші обмеження в харчуванні, у тому числі – голодування;
- 2) прогресуюча втрата ваги;
- 3) панічний страх одужати;
- 4) постійне відчуття надмірної ваги/повноти, зокрема, певних частин тіла;
- 5) порушення сну;
- 6) при прийомі їжі – почуття провини;
- 7) ізоляція від суспільства, депресія [4, 18].

Булімія – це протилежний бік анорексії. Напади неконтрольованого переїдання з наступним очищенням організму, яке досягається: штучною блювотою, частим використанням клізм, застосуванням проносних, надмірними та виснажливими фізичними заняттями.

Діагностичні критерії нервової булімії (за DSM-IV):

- 1) напади ненажерливості (надмірне та нестримне споживання великих кількостей їжі за певний проміжок часу);
- 2) втрата контролю над харчовим потягом під час такого нападу;
- 3) компенсаторна поведінка: штучне блювання, застосування проносних або сечогінна, жорстка дієта або голодування, значні фізичні навантаження;
- 4) напади ненажерливості, що повторюються не менше 2 разів на тиждень протягом 3 місяців;
- 5) постійний надмірний страх повноти [11].

Часто булімія супроводжується:

- ✓ депресією, почуттям провини та ненависті до самого себе;
- ✓ втратою самоконтролю;
- ✓ надмірною та безпідставною самокритикою, самоїдством;
- ✓ спотвореними уявленнями про своє тіло [3, 4].

Діагностичні критерії булімії вже показують, що заняття спортом при наявності такого харчового порушення не виявляють сприятливого впливу ні на фізичне, ні на психологічне здоров'я.

Фахівці радять бачити чітку межу між поняттям спорту, яке є благом для людини і поняттям спорту, що приносить шкоду.

Як при булімії, так і при анорексії спорт використовується не за призначенням. При булімії та анорексії спортсменами використовуються досить виснажливі способи, тому про користь здоров'ю у такому випадку мова не йдеться.

Якщо розглядати спорт, який дає позитивні результати, то це – фізична активність, яка спрямована на отримання позитивних емоцій, а спортивні заняття, зазвичай, проходять у комфортному для спортсмена режимі. Такі заняття спортом, не дивлячись на великі фізичні навантаження, викликають прагнення займатися спортом. Спорт на благо це саме такий вид фізичної активності, який подобається.

При цьому не є важливим вид спортивної діяльності. Не має значення чи це фітнес, плавання, біг, баскетбол, футбол, спортивні танці, лижні гонки, акробатика, чи йогічні вправи або велосипедний спорт і т.ін. [11].

Після спортивного тренування, зазвичай, спортсмен відчуває легку втому, а не виснаженість. А при правильному харчовому раціоні і харчовому режимі спортсмен не буде відчувати надмірного голоду, і не буде виникати відчуття нудоти. Якщо ж такі відчуття виникли, то це є важливим показником того, що людина перевантажила організм.

Спорт, який є шкідливим для організму, це спорт під час булімії та анорексії.

Ознаками такого спорту є наступне. Спортсмен на тренуванні витрачає сил та енергії навіть більше, ніж потрібно. Тренується щодня, а іноді й 2 рази на день. При цьому досить часто не має бажання тренуватися і змушує себе йти на тренування. Найбільше за все спортсмен, який страждає на булімію, старанно займається після переїдання, спалюючи калорії.

Спорт при булімії часто розглядається як одна з очисних процедур і тому може стати нав'язливою ідеєю. У такого спортсмена може формуватися

почуття провини, самоїдство, якщо він не провів тренування, що часто супроводжується поганим настроєм.

Такий підхід до занять фізичною культурою сприяє формуванню дисфункціональних думок, помилкових суджень. Дисфункціональні думки руйнують психіку людини та лежать в основі деформації особистості, особливо, якщо цей спортсмен ще не досягнув зрілого віку і формування особистості ще не закінчилось.

Отже, спортивна булімія (компульсивна спортивна активність, гіпергімназія, атлетична анорексія) відноситься до неуточнених розладів харчової поведінки. Для неї характерні спортивні навантаження неймовірно високої інтенсивності, надмірні тренування, мета яких – спалювання калорій [11].

Досить часто оточуючі люди не помічають у спортсменів проявів анорексії та булімії. Не рідко, тим, хто страждає на харчозалежність, вдається приховувати свою поведінку від інших людей. Однією з проблем в даному контексті є те, що, як самі люди із харчозалежностями, так і оточуючі люди, навіть близькі родичі, в силу невігластва, схильні ставитися до проявів харчової залежності поверхнево, і не розуміють, що це є серйозна та небезпечна хвороба.

Слід розуміти, що харчову залежність можна вилікувати. Лише у тих випадках, коли виснаження всіх фізичних і психічних сил організму досягло критичної межі, допомогти буває вже неможливо.

В першу чергу, при появі ознак анорексії або булімії, спортсмену варто визнати наявність у себе хвороби. На початкових стадіях хворобу зупинити набагато легше, ніж у занедбаній формі [4].

Фахівці наголошують на важливості відрізнити прояви анорексії та булімії від класичного психіатричного діагнозу «шизофренія». Тому не має бути страху звернення до лікарів.

Вчені відмічають, що в основі анорексії та булімії лежить саме внутрішній психологічний конфлікт. Але він далеко не завжди усвідомлюється, тому що пов'язаний із глибокою підсвідомістю. Тому для виявлення

прихованих психологічних проблем вкрай необхідною є допомога фахівця. В подальшому, спортсмен із харчовою залежністю має працювати над собою та поступово повертатися до адекватного харчування та знімати заборони на певні продукти харчування.

У певних випадках людина із названими проблемами повинна звернутися за допомогою також до таких фахівців, як – гастроентеролог, ендокринолог з метою професійної допомоги у відновленні нормальної роботи шлунково-кишкового тракту та гормонального фону.

Але, все ж таки, найголовнішим є постійна внутрішня робота над собою, яку слід продовжувати і після того, як з'явиться впевненість у тому, що хвороба зупинена [3, 4, 28].

Надмірні тренування – це не тільки заняття до знесилення. Це також будь-яка спортивна активність, що має компульсивний характер. Слід розрізняти прагнення спортсмена до результативності, в основі якого лежать надмірні тренування та надмірні тренування тих осіб, які страждають на спортивну булімію, і при цих фізичних навантаженнях прагнуть досягти інших цілей, а саме – тренуватися заради спалення калорій, а іноді, навіть не для досягнення спортивного результату, а заради того, щоб знову наїстися.

Як вказувалось вище, однією з серйозних причин поширення компульсивної спортивної активності є нав'язування стандартів краси, фігури, статури. Іноді розпізнати психічне порушення важко. Але, варто знати, що компульсивна спортивна активність – це серйозне та руйнівне захворювання.

Є наукові підтвердження, що дівчата, які займаються гімнастикою (як художньою, так і спортивною), фігурним катанням, спортивними танцями і фітнесом, мають більшу схильність до ризиків булімії. Тут очевидним є взаємозв'язок напрацьованих у відповідному виді спорту стандартів зовнішності та певної дієти.

Отже, булімія при заняттях спортом має згубний вплив на людину загалом. Пріоритетом всієї діяльності людини у таких випадках є схуднення, а не підтримання здоров'я організму. Через виснажливі тренування страждає і

фізичне, і психічне здоров'я. Спортсмени, з булімією та анорексією потребують втручання психолога, дієтолога, і, навіть, терапевта та інших фахівців медицини. Значну роль у цьому відіграє тренер, який зможе не нашкодити, а допомогти правильно побудувати тренування та обрати харчування для підтримки здорової ваги [1, 5, 6, 9].

1.3. Генетичні чинники при розладах харчової поведінки

Існують вагомі докази, що наявність у людини складних генетичних чинників можуть лежати в основі її схильності до розвитку різноманітних розладів харчової поведінки, причому – не обов'язково відповідних прийнятим діагностичним категоріям. Сімейні дослідження продемонстрували накопичення випадків усередині родин, тоді як близнюкові дослідження як анорексії, так і булімії вказують на більш виражену конкордантність серед монозиготних, ніж серед дизиготних близнюків. Скандинавські дослідження (Gillberg & Råstam, 1992) показали зв'язок між анорексією та розладами аутистичного спектру, такими як синдром Аспергера, який є більш вираженим у чоловічої статі.

У випадках, коли хтось з родини страждає на анорексію, нерідко виявляється, що інші родичі часто мають такі риси особистості, як перфекціонізм і схильність до нав'язливих станів. Справа не в тому, що ці розлади прямо передаються у спадок. Вчені вважають, що індивіди успадковують окремі риси особистості, такі як перфекціонізм, підвищена тривожність, когнітивна тенденцію сприймати дрібні деталі, а не «загальну картину». Показано, що при наявності у пацієнта булімії, у його родичів, виявлено схильність до депресії та зловживання психоактивними речовинами. Розлади харчової поведінки часто поєднуються з іншими розладами особистості, що ускладнює її перебіг [35; 45, С. 235].

1.4. Чинники зовнішнього середовища, що впливають на розвиток харчових розладів

Дослідження показали, що у тих сім'ях, де, як мінімум, одна людина страждає на розлад харчової поведінки, її виникненню сприяють не тільки генетичні чинники, але й родинні. Оскільки розлади харчової поведінки виникають у сімейному середовищі з підвищеним генетичним ризиком, складно відокремити генетичний вплив на розвиток захворювання від впливу середовища.

В наукових працях Shoebridge & Gowers (2000), показана висока частота перинатальних втрат у родинх підлітків, які страждають на анорексію і було висловлено припущення про роль патологічної скорботи, як причини цього явища. Проте, в цьому дослідженні не було прийнята до уваги можливість, що в цих родинх у матерів була низька маса тіла, і за рахунок цього була більша ймовірність викиднів. У цьому ж дослідженні було встановлено, що дівчатка, які страждають на анорексію частіше, ніж у контрольній групі, залишалися на ніч поза домом віком до 12 років. Це може вказувати швидше на емпатичну реакцію на особливості характеру дітей, а не на причину розладу.

В іншому дослідженні (Eagles et al, 2001) було виявлено, що народження навесні у країнах із сезонними відмінностями у кліматі підвищує ризик виникнення нервової анорексії. Залишається нез'ясованим, чи це пов'язано з впливом чинників довкілля, чи це спостереження відображає більш високу активність у літній період батьків, які мають знижену масу тіла, які менш фертильні, коли холодна погода висуває підвищені вимоги до їх енергетичного рівня [45, С. 236].

1.5. Пускові механізми (тригери) виникнення розладів харчової поведінки

Безумовно, в онтогенезі, головними пусковими механізмами виникнення розладів харчової поведінки, незалежно від того, займається дитина спортом чи ні, є статеве дозрівання та підлітковий вік.

Молоді люди одночасно стикаються:

- з життєвими проблемами та переживають зміну та збільшення маси тіла;
- новими, зумовленими гормональними змінами, спонуканнями;
- новими культуральними очікуваннями, сексуальними і інтелектуальними та соціальними вимогами.

Всі ці процеси обробляються головним мозком, який сам по собі анатомічно та хімічно перебуває у стані постійних змін. Проте є цілком очевидним те, що ці пускові механізми є неспецифічними.

У молодих людей з різною схильною чутливістю ці механізми можуть запускати різні розлади, такі як депресивні стани, obsесивно-компульсивний розлад або зловживання психоактивними речовинами. Зокрема, виникнення як нервової анорексії, так і булімії може бути спровоковане ідентичними чинниками, і протягом деякого часу ці розлади можуть навіть виглядати однаково.

Підлітки, що страждають на булімію, можуть спочатку трохи втрачати у вазі до того, як вона буде відновлена нападами переїдання, і в деяких з них в різні періоди часу демонструвати різні діагностичні критерії і часто отримують діагноз «розлади харчової поведінки без додаткових уточнень». Такий незадовільний стан справ ускладнює використання поточних визначень і класифікацій для розмежування розладів, які цілком можливо мають різне генетичне коріння і, ймовірно, реагують на різні методи лікування [45, С. 236].

1.6. Коморбідність нервової анорексії та нервової булімії з іншими розладами

Диференціальна діагностика нервової анорексії та нервової булімії може співіснувати з іншими розладами, зокрема, проявляти психологічну коморбідність та соматичну коморбідність.

Психологічна коморбідність.

- ✓ Депресія. Може бути вторинною по відношенню до голодування.

✓ Тривога та схильність до нав'язлих станів. У деяких випадках розлад харчової поведінки – це один із багатьох симптомів вираженої тривоги. Голодування може викликати нав'язливі симптоми, що стосуються їжі та образу власного тіла (Keys, 1950).

✓ Розлади аутистичного спектру.

✓ Розвиток межового розладу особистості.

✓ Зловживання психоактивними речовинами. Опіати викликають нудоту і знижують апетит, молоді люди можуть витратити всі гроші на наркотики, а не на їжу.

✓ Синдром хронічної втоми: цей стан може асоціюватися з розладами поведінки, і мало ймовірно, що реагуватиме на лікування доти, доки не будуть усунені всі симптоми одночасно.

Соматична коморбідність:

✓ Недостатнє вироблення інсуліну – звичайне явище у людей з інсулінозалежним діабетом, особливо у дівчаток, які використовують її як метод зниження ваги. У результаті, навіть якщо вага залишається в діапазоні норми, і пацієнтка не вдається до будь-яких способів очищення організму, тіло може підлягати тривалому шкідливому впливу через незадовільний контроль глікемії. Смертність при поєднанні цукрового діабету та розладів харчової поведінки значно перевищує цей показник при кожному з цих захворювань, що окремо взяті.

✓ Муковісцидоз – ще один стан, який у разі недостатнього лікування може призводити до зниження ваги, що може підтримуватись молодією особою, але за рахунок її власного здоров'я.

✓ Захворювання шлунково-кишкового тракту, епілепсія і навіть злоякісні пухлини можуть бути в основі схильностей молодих людей, стурбованих власним зовнішнім виглядом, до такої міри, що вони будуть нехтувати будь-яким лікуванням, яке може сприяти підвищенню маси тіла [45, С. 242].

Висновки до розділу 1

Нервова булімія та нервова анорексія – це види розладів харчової поведінки. Вони можуть виникати у спортсменів тих видів спорту, де форма, пропорції та маса тіла мають дуже важливе значення для спортивної успішності та результативності. Якщо тіло спортсмена не відповідає певним стандартам і він не може досягнути в цьому плані бажаного, то у нього можуть виникнути розлади харчування.

В той же час, люди, які не займаються спортом, але прагнуть до ідеалів фігури, можуть використовувати спорт як засіб досягнення мети, що супроводжується нервовою анорексією та нервовою булімією.

Нервова анорексія та нервова булімія має низку причин, як генетичних, так і середовищних. Ці розлади харчової поведінки проявляють психологічну та соматичну коморбідність.

У будь-яких випадках наслідки таких розладів є негативними і потребують допомоги фахівців – психотерапевтів та дієтологів.

РОЗДІЛ 2 СИМПТОМИ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ДІАГНОСТИЦІ НЕРОВОЇ АНОРЕКЦІЇ ТА НЕРОВОЇ БУЛІМІЇ

2.1. Методи дослідження

- ✓ Аналіз наукової літератури та науково-методичних джерел.
- ✓ Опитування з двох частин – коротке (6 питань) та тестова методика – тест ставлення до їжі (англ. Eating Attitudes Test) – EAT-26.
- ✓ Лекції та бесіди.
- ✓ Аналітична обробка отриманого матеріалу.

2.2. Порівняльний аналіз симптомів розладів харчової поведінки та харчування

До кінця ХХ ст., коли 1978 року американський психоаналітик німецького походження Хільда Брух (Hilde Bruch) опублікувала свою популярну книгу «Золота клітка: загадка нервової анорексії» (The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa), суть цього захворювання була зрозуміла, переважно, лише медичним фахівцям. У цей же час клініцисти дізналися про новий «грізний варіант нервової анорексії» або «нервової булімії» після того, як Russell (1979) описав цей стан. В його класичній статті був опис булімічного підтипу анорексії – стану, при якому втрата ваги підтримується переїданням та очищенням шлунка та кишечника, так само як і обмеженням прийому їжі. Однак термін нервова булімія використовувався для позначення нової епідемії, що характеризується розрегульованим харчуванням, при якому дедалі частіші напади переїдання перешкоджають спробам індивіда схуднути [45, С. 230].

Розлади харчування є не точним визначенням для вираження суті захворювання, при якому порушення харчування – тільки один з симптомів. Фахівці пропонують розглядати їх як розлади obsesивного страху збільшення маси тіла, що поєднуються з цілим рядом компульсивних дій, спрямованих на

те, щоб уникнути наслідків. Особливо не відповідає захворюванню, при якому пацієнти постійно відчують нав'язливі думки (і навіть сни) про їжу та одержимі розрахунками, як уникнути збільшення маси тіла і не піддатися непомірному відчуттю голоду, термін анорексія, що дослівно означає «відсутність відчуття голоду».

Поза всяким сумнівом, вираженою ознакою буде обмеження харчування, проте спостерігаються й багато інших компенсаторних форм поведінки, таких як надмірні заняття спортом, різноманітні форми очищення організму, а також часті зважування або пошуки інших способів підтвердження ваги, наприклад, шляхом вимірювання тіла або розгляд себе в дзеркалі. Точне визначення є до певної міри спірною темою, оскільки психіатричні діагнози постійно еволюціонують. DSM (American Psychiatric Association, 2000) і МКХ (World Health Organization, 1992) поступово зближуються в описі синдромів, які втілюють у собі статистично обґрунтовані кластери симптомів, відображають зростаючу генетичну та неврологічну розуміння і прогнозують реакцію на лікування [45, С. 231].

З цих міркувань цілком доцільним, навіть серед дітей та підлітків, буде поділ розладів на нервову анорексію та нервову булімію, визнаючи той факт, що вони частково нашаровуються один на одного, а також те, що використання ваги або індексу маси тіла (ІМТ) як змінної для розмежування цих двох станів відповідає природі основного психологічного розладу. Молоді люди з нервовою булімією, які мають за визначенням нормальну вагу, мають спільну ознаку – прагнення до худорлявості. Однак люди, які підтримують низьку масу тіла лише за допомогою обмежень у їжі або з фізичними вправами, можуть відрізнитися генетично від тих, хто після нападів переїдання вдається до очищення (Kiezebrink at al, 2009).

Для внесення ясності в поняття термінів, нижче наведено таблиці із симптомами, що використовуються в діагностиці нервової анорексії та нервової булімії (табл. 2.1., табл. 2.2.).

Таблиця 2.1.

**Симптоми, що використовуються
в діагностиці нервової анорексії та булімії**

Нервова анорексія	Нервова булімія
<i>Порушення харчування</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Обмеження прийому їжі та втрата ваги нижче рівня, очікуваного для даного віку, статі та стадії розвитку (наприклад, < 85% від очікуваного, ІМТ <17,5 у дорослих) 	<ul style="list-style-type: none"> Напади переїдання, що повторюються. Почуття втрати контролю над їжею під час таких нападів
<i>Страх набрати надлишкову вагу</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Постійна поведінка, спрямована на те, щоб не погладшати (наприклад, дотримання дієти, заняття спортом – обмежувачий тип; виклик блювання, очищення, використання проносних – тип з переїданням/очищенням) 	<ul style="list-style-type: none"> Компенсаторна поведінка, спрямована на попередження збільшення маси тіла після переїдання (наприклад, блювання після переїдання, очищення – очисний тип; часті періоди постів, надмірні заняття спортом – неочисний тип) Зазвичай вага середня або вища за середню
<i>Викривлення образу власного тіла</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Надмірний вплив маси тіла або його форми на самооцінку індивіда Відсутність розуміння серйозності проблеми 	
<p align="center">В DSM-5 пропонується виключити аменорею як діагностичний симптом; ІМТ – індекс маси тіла.</p>	

[45, С. 232].

Таблиця 2.2.

Порівняльна таблиця симптомів розладів харчової поведінки та харчування

Розлад	Вага	Стурбованість образом свого тіла	Наявність переїдання	Очищення	Коментарі
Недоїдання, пов'язане з нестачею продуктів харчування	Низька	Ні	Коли доступна їжа	Ні	Голодування само по собі призводить до психічних проблем
Втрата ваги при фізичному захворюванні	Низька	Ні	Зазвичай, ні	Ні, хоча може спостерігатися блювота та діарея, як симптом захворювання	
Нервова анорексія, обмежувачий тип (НА-О)	Низька, і зазвичай, стабільна	Так, чітко виражена, хоча, зрідка, худорлявість та голодування цінується з релігійних міркувань	Ні	Ні, за визначенням, тим не менш, компульсивні фізичні тренування нерідко є частиною загальної картини	Навмисні самопошкодження можуть використовуватися для самопокарання або призначенні обов'язкового годування
Нервова анорексія, тип з	Низька, коливається	Так, як при НА-О	Так, але зазвичай меншого	Так, за допомогою викликаного	Див. вище

переїданням /очищенням			обсягу, ніж при НА- ПО з нормаль- ною вагою	блювання, компуль- сивних фізичних вправ або надмірної активності	
Нервова булімія	Нормаль- на	Так	Так, часто значне	Так	
Розлад харчової поведінки при психозі	Низька або нормальна	Іноді. Пояснення можуть бути дивними або маривними	Час від часу	Рідко	
Розлад аутистичного спектру	Низька або надмірна	Іноді і може бути ексцентричною	Час від часу	Досить рідко	Заняття спортом також можуть бути компульсивними
Емоційний розлад з уникненням їжі	Зазвичай низька або така, що знижує- ться	Ні	Зазвичай ні		Пацієнт може бути надто ослабленим та демонструвати хронічну втому
Обсесивно- компульсив- ний розлад	Низька, нормальна або надмірна	Часто (дисморфо- фобія)	Непостійне	Непостійне	Всі звички можуть обумовлюватись обсесивністю
НА-О: нервова анорексія, обмежувачий тип; НА-ПО: нервова анорексія, тип з переїданням/очищенням					

[45, С. 232-233; 60].

Фахівцями використовується найпопулярніша тестова методика для оцінки ймовірності нервової анорексії та булімії. Вона використовується у

багатьох дослідженнях розладів харчової поведінки – тест ставлення до їжі (англ. Eating Attitudes Test; EAT) [66].

EAT-26 використовують як перший крок у двоетапному процесі діагностики анорексії або булімії. Цей тест не повинен використовуватись замість професійного діагнозу чи консультації.

Ймовірність наявності розладу харчової поведінки підвищується, якщо за останні 6 місяців у людини мало місце було хоча б одне нижче переліченого:

- Ви об'їдалися їжею, відчуваючи, що не можете зупинитися.
- Ви викликали блювоту, щоб контролювати фігуру.
- Ви використовували проносні, сечогінні або спеціальні засоби, щоб контролювати фігуру.
- Ви щодня витрачали понад 60 хвилин на фізичні вправи, щоб контролювати фігуру.
- Ви скинули понад 9 кілограм.
- Ваш індекс маси тіла нижчий за норму.

Тест ставлення до їжі – EAT-26: потрібно дати відповідь на кожне з 26-ти питань і позначити в кожному рядку відповідь, яка найбільше відповідає стану людини.

При отриманні більше 20 балів або збігу по одному з 6 пунктів вище слід звернутися до фахівця.

Тестова методика для оцінки ймовірності нервової анорексії та булімії (EAT-26) [7, 66] (Додаток 1).

Для виявлення хвороби (нервової анорексії) фахівці використовують психіатричні класифікації, зокрема МКХ-10 (Міжнародна класифікація хвороб) DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders IV – діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів IV видання) – багатоосьова нозологічна система, що використовується в США.

Відповідно до МКХ-10 для того, щоб відповідати діагностичним критеріям, втрата ваги у пацієнта повинна становити як мінімум 15% від нормального, або індекс маси тіла (ІМТ) у дорослої людини, повинен бути

нижчим за 17,5. Менструальний цикл, як правило, відсутній (хоча у жінок, які приймають протизаплідні таблетки, може спостерігатися відсутність кровотечі). У чоловіків низький рівень тестостерону призводить до атрофії геніталій та зникнення ранкових ерекцій. При обмежувальному типі низька вага досягається лише за допомогою голодування або підвищеної активності. Тип з переїданням/очищенням має на увазі очищення шлунка та кишечника за допомогою блювоти, вживання проносних медикаментів, діуретиків або таблеток для схуднення, для того, щоб позбутися калорій. Загальновизнано, що ці критерії виключають тих, хто може відповідати суті діагнозу. Наприклад, у молодій жінки з ІМТ 18 можуть зникнути менструації при диспропорційному розвитку м'язів у результаті нав'язливих фізичних тренувань. З іншого боку, у деяких східних жінок із тендітною статуєю при низькій ІМТ спостерігаються менструації і вони можуть завагітніти. Навіть у дорослих пацієнтів суворе дотримання формальних критеріїв призводить до того, що більшість клінічних пацієнтів відносять до «атипової» або «без додаткових уточнень» категорій.

У дітей і підлітків важливим є не обмежуватися цими діагностичними критеріями. Зокрема, вага і зростання тіла є непостійними. У здорового 12-річного хлопчика зі співвідношенням росту та ваги, що відповідає 50-й перцентилі, ІМТ буде 17,5 – що могло б бути підставою для діагностики анорексії у дорослої жінки. З іншого боку, дівчинка – підліток – дочка батьків з високим ростом, може мати ІМТ у межах норми, але сильно обмежує себе у вживанні їжі, що призводить до уповільнення швидкості обміну речовин; вона, зрештою, відстає у розвитку і відчуває важкі симптоми нав'язливостей [45, С. 234].

Доцільно наносити показники росту та ваги молодих пацієнтів на стандартну карту фізичного розвитку для того, щоб порівнювати зміни та тенденції з очікуваними. Інформація про ріст батьків сприяє більш точній оцінці розвитку. Наочна крива співвідношення росту і ваги дитини – найкращий непрямий показник здорового харчування головного мозку, що розвивається.

Пацієнти, які страждають на нервову анорексію, зазвичай захищають свої звички або настільки сконцентровані на зниженні ваги, що більше не помічають або не приймають фізичних та соціальних наслідків голодування, тому доцільно вислухати також батьків, братів і сестер, а також інших інформантів. Корисно задокументувати історію втрати ваги, найвищу і найнижчу масу тіла пацієнта, вагу та особливості перебігу менструальних циклів. Клініцистам необхідно знати про поточне добове споживання їжі, рідких продуктів, включаючи низькокалорійні напої, що містять кофеїн, алкоголь, наркотики та медикаменти. Чи має місце блювота, що самотійно викликаються, компульсивні дії та заняття спортом, вживання проносних, таблеток для схуднення, препаратів, приготованих на основі трав, і навмисне переохолодження? Такі дії шкодять здоров'ю та перешкоджають соціальному функціонуванню, так само як і збільшенню маси тіла. Дії пацієнтів, як правило, поєднують у собі оцінку параметрів власного тіла (безперервні зважування, вимірювання, розгляд себе у дзеркалі, торкання, обмацування, примірки певного одягу та порівняння себе з іншими) та уникнення (не з'являються перед іншими людьми у купальних костюмах або без макіяжу або не здатні прийняти ванну, тому що зневажають власне тіло). Часто спостерігаються як соціальна ізоляція, так і конфлікти, при цьому сором'язливі, слухняні дівчатка можуть ставати жорстокими, поганословити або завдавати собі самопошкоджень, якщо заперечуються їхні правила, що сформувалися під впливом розладу харчової поведінки.

Особи, які страждають на булімію, можуть відчувати настільки сильне почуття голоду, що крадуть продукти або запасують і приховують їх [45, С. 240].

Підставою для діагностики нервової булімії, як правило, є переїдання-очищення за нормальної ваги. Опитувальник BITE (BITE; Freeman & Henderson, 1997) – ефективний інструмент для оцінки діапазону та ступеня вираження симптомів. Порушення менструального циклу, проблеми з фертильністю, судоми, «дивні запаморочення» та хронічна втома повинні

насторожувати у плані можливого розладу харчової поведінки. Скарги з боку шлунково-кишкового тракту можуть бути як наслідками, так і виправданнями. У більшості випадків до психологічних проявів відносяться: депресія, тривога, симптоми нав'язливостей та проблеми із взаємовідносинами. Дівчатка, звичайно, схильні до більш високого ризику, проте хлопчиків з незрозумілою втратою ваги також необхідно розпитати про їхню дієту, заняття спортом і ставлення до власної статури. Спостереження за умов стаціонару чи денного стаціонару може виявити симптоми, про які пацієнт не говорить [45, С. 240].

2.3. Обстеження фізичного стану та психологічних симптомів

Розлади та порушення харчування вимагають мультидисциплінарної оцінки, включаючи обстеження фізичного стану, щоденники прийому їжі, графіки зростання та психіатричний огляд. Важливе значення має дослідження сімейного анамнезу та залучення сім'ї; багато що може пояснити вивчення переваг, що стосуються прийому їжі вдома.

Необхідно вимірювати параметри тіла та зважувати пацієнтів. Якщо пацієнт вкрай неохоче зважується, це, ймовірно, може бути ознакою вираженої заклопотаності своїм тілом. Цим можна пояснити, чому пацієнтів, які сприяють моніторингу фізичних параметрів безпечніше лікувати в амбулаторних умовах, ніж тих, що ухиляються від такого спостереження, і єдине, що можна оцінити – це відсутність або наявність кахексії. Терапевти іноді відмовляються приймати пацієнтів, які мають тільки психіатричний діагноз, і можуть потребувати спеціалізованих психіатричних медсестер для того, щоб психопатологічні проблеми пацієнта не завдавали шкоди лікуванню фізичних наслідків голодування.

Стандартні аналізи крові дають змогу виключити більшість найпоширеніших диференційних діагнозів втрати ваги. При анорексії відзначається низький рівень цукру в крові (за винятком коморбідного, погано контрольованого цукрового діабету). При нервовій анорексії спостерігається

оборотне адаптаційне зниження функції щитоподібної залози, при цьому відзначається нормальний або трохи знижений рівень тиреотропного гормону (ТТГ), тоді як у разі зниження ваги, пов'язаного з тиреотоксикозом, рівень тетраїодтироніну (Т4) буде високим при одночасному зниженні рівня ТТГ. Визначення вмісту електролітів може виявити низький рівень сечовини (через низьке споживання білка з їжею) та зниження рівня калію (за рахунок блювоти). Тестування функції печінки може виявити коморбідні алкогольні або наркотичні проблеми, хоча екстремальне голодування саме по собі може призвести до пошкодження печінки. Анорексія нерідко викликає анемію, і якщо немає зниження кількості лейкоцитів крові, це може свідчити про інфекцію. У пацієнтів, що голодують, зазвичай спостерігається нейтропенія і при значному зниженні кількості нейтрофілів у крові необхідно обережати від можливого впливу інфекцій. Електроцефалограма (ЕКГ) допомагає оцінити кардіологічний статус та обмін електролітів. Щорічне сканування щільності кісткової тканини, дозволяє оцінити ризик виникнення остеопорозу, але не контролювати зміни [45, С. 240-241].

Розлади харчової поведінки, навіть у субклінічній формі, можуть впливати на фертильність і підвищувати ризик пошкодження дитини, яка ще не народилася. Як сама вагітність, так і пологи можуть протікати з ускладненнями. При прийнятті рішень потрібно керуватися найсучаснішою інформацією, так у період вагітності та грудного вигодовування доводиться робити вибір між відносним ризиком від прийому медикаментів та можливих наслідків непролікованого захворювання. Самі матері, які страждають на розлад харчової поведінки, можуть потребувати підтримки та навчання. Необхідно оцінювати настрій та наявність тривоги – це один із способів досягнення порозуміння з пацієнтами, які відкидають соматичні проблеми. Крім того, при нервовій анорексії підвищується ризик самоушкоджень та суїциду [45, С. 242].

Ми провели онлайн опитування з двох етапів:

- 1) перший крок – тестування з 6 питань для первинного виявлення порушення харчової поведінки.

2) другий крок тестова методика «Тест ставлення до їжі – ЕАТ-26» .

В опитуванні прийняли участь спортсмени віком 17-21 років обох статей. Опитуванням охоплено 82 спортсмени. З них: 44 – чоловічої статі та 38 – жіночої статі.

РОЗДІЛ 3 МЕТА-АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У СПОРТСМЕНІВ РІЗНОЇ СТАТІ, ВІКУ ТА ВИДУ СПОРТУ

3.1. Розлади харчової поведінки у чоловіків-спортсменів

Розлади харчової поведінки у спортсменів-чоловіків є потенційно виснажливими розладами зі значними медичними, психологічними та спортивними наслідками.

З даної теми Eichstadt Madison et al. (2020) проводили пошуки в PubMed, EBSCOhost і PSYCinfo з 1990 по 2019 роки. В результаті було виявлено наступне: розлади харчової поведінки серед чоловіків-спортсменів можуть призвести до серйозних негативних наслідків, включаючи підвищену схильність до травм, непостійну результативність, проблематичне відновлення, дефіцит м'язів, порушення оптимального спортивного функціонування, а також – медичні, соціальні та емоційні проблеми. У спортсменів-чоловіків з такою проблемою важче ідентифікувати та діагностувати розлад через низку причин, пов'язаних з диференційованим проявом симптомів, скритністю чи соромом [22].

Як вважають Milano Walter et al. (2020), збалансовану спортивну діяльність слід розглядати як ресурс у лікуванні розладів харчової поведінки, зокрема, при ожирінні, а також при деяких формах анорексії та булімії, якщо вони проводяться та керуються спеціалістами з підготовки та реабілітації.

При надмірній фізичній активності, яка переважно заважає повсякденній діяльності, виникають ризики більшого споживання енергії, що призводить до втрати ваги, а в подальшому – булімії та нервової анорексії.

Низка літературних досліджень також повідомляє про поширеність розладів харчової поведінки в спорті, що становить 13,5% порівняно з 4,5% у контрольних суб'єктів.

Тенденція до маніпулювання вагою в спорті може призвести до розладу харчової поведінки або так званої спортивної анорексії [43].

До таких висновків прийшли й Joy Elizabeth, Kussman Andrea, Nattiv Aurelia (2016). Розлади харчування, такі як нервова анорексія та нервова булімія, можуть мати руйнівний вплив як на здоров'я, так і на працездатність спортсменів. У порівнянні з не спортсменами, як жінки, так і чоловіки мають більш високий ризик розвитку розладу харчової поведінки. Це особливо актуальним є для спортсменів, які займаються спортом, де низька маса тіла або худорлявість дають конкурентну перевагу. Скринінг безладної харчової поведінки, розладів харчової поведінки та пов'язаних із ними наслідків для здоров'я має бути стандартним компонентом передпочаткових оглядів, а лікарі команди повинні знати оновлені діагностичні критерії розладів харчової поведінки (в Діагностичному та статистичному посібнику). Спортсмени з розладами харчової поведінки повинні пройти ретельне обстеження та лікування досвідченою багатопрофільною командою. Лікарі команд відіграють важливу роль у прийнятті рішень щодо дозволу на участь та повернення до гри. Використання заснованих на доказах рекомендацій щодо дозволу та повернення до гри сприяє прозорості та підзвітності між командою спортивної медицини та спортсменом. Зусилля щодо попередження розладів харчової поведінки мають бути спрямовані на спортсменів, тренерів, батьків та спортивних адміністраторів та зосереджені на розширенні знань про здорове харчування для підтримки спортивних результатів і здоров'я [32].

Існують переконливі докази того, що розлади харчової поведінки є поширеними в спорті і особливо в чутливих до ваги видах спорту, таких як витривалість, вагові категорії та естетичні види спорту, а також змагання зі стрибками. Ці захворювання є не тільки поширеними, але й призводять до значної фізичної та психологічної захворюваності та погіршення працездатності. Спортивні організації та, відповідно, професіонали, чия робота полягає в тому, щоб допомагати й підтримувати спортсменів, відіграють важливу роль у боротьбі з цими станами. Профілактичні методи можуть бути

прийняті, якщо є розуміння того, як спортивне середовище сприяє розвитку розладів харчової поведінки. Деякі розлади важко виявити, особливо в спортивних умовах. Спортсменам також може знадобитися допомога, щоб отримати відповідне лікування, поки вони одужують. У багатьох видах спорту були розроблені програми профілактики та підтримки для різних захворювань або травм, пов'язаних зі спортом. Подібні програми слід розробити для розладів харчової поведінки [18].

Спортсмени ризикують отримати травми та приносять особисті жертви у своїй освіті, кар'єрі та особистих стосунках у прагненні до досконалості. Добре підготовлені спортсмени та їхні команди підтримки вживають заходів, щоб мінімізувати ці ризики. З 1980-х років стало очевидним, що розвиток розладу харчової поведінки є ризиком, пов'язаним із значною захворюваністю та значною смертністю, а також із коротшою кар'єрою, що характеризується непостійністю та повторюваними травмами.

Для вирішення таких проблем фахівці в своїх дослідженнях ставлять ряд питань:

- ◆ Наскільки ймовірно, що у спортсмена розвинеться розлад харчової поведінки?
- ◆ Хто в групі ризику?
- ◆ Чи можна запобігти розладам харчової поведінки?
- ◆ Як можна визначити порушення харчової поведінки?
- ◆ Які наслідки розвитку розладу харчової поведінки?
- ◆ Що можна зробити, щоб допомогти спортсмену з розладом харчової поведінки? [18].

Mathisen Therese Fostervold et al. (2017) вважають, що хворі на нервову булімію і розлад переїдання недооцінюють серйозність ризику свого захворювання і, отже, роками відкладають звернення за професійною допомогою. Більше того, менше ніж кожен п'ятий дійсно звертається за професійною допомогою і лише 50% реагують на поточні методи лікування, такі як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Поштовхом до цього

дослідження є вивчення нового комбінованого підходу до лікування, адаптованого з фізичними вправами та дієтотерапією. Терапевтичні основи цих окремих компонентів лікування добре відомі, але їх комбінація для лікування нервової булімії і розладу переїдання ніколи раніше не тестувалася [39].

Fairburn C. G, Harrison P. J. (2003) звертали увагу спільноти на те, що розлади харчової поведінки можуть вражати деяких спортсменів набагато частіше, ніж загальне населення. І не тільки серед жінок-спортсменок ця проблема є досить актуальною, але й серед чоловіків-спортсменів, у яких останнім десятиліттям спостерігається зростання розладів харчової поведінки. Дослідження показують, що чоловіки, які займаються спортом, у якому худорлявість дає конкурентну перевагу, можуть мати більший ризик розладів харчової поведінки. Жодне дослідження не показало, що можна запобігти розладам харчової поведінки у групі ризику. Виникаючи, розлади харчової поведінки можуть бути складними для лікування. Психотерапія та ліки виявилися корисними. Необхідно використовувати командний підхід до лікування розладів харчової поведінки, включаючи регулярну взаємодію з дієтологом, спеціалістом із психічного здоров'я, лікарем групи та іншими спеціалістами, якщо це необхідно. Щоб підтримувати участь, спортсмени повинні співпрацювати з командою охорони здоров'я в лікуванні, підтримувати здорову вагу [26].

Bratland-Sanda Solfrid et al. (2013) вивчали розлади харчової поведінки у спортсменів стосовно поширеності, чинників ризику та рекомендації щодо профілактики та лікування. Вони відмічають, що поширеність розладів харчової поведінки коливається від 0-19% у спортсменів-чоловіків і 6-45% у жінок-спортсменів. З огляду на гендерні відмінності частоти розладів харчової поведінки, з метою раннього виявлення, лікування та профілактики розладів харчової поведінки автори пропонують розглядати гендерно-специфічні фактори ризику. Вчені піднімають питання нагальної потреби в знаннях щодо можливих гендерно-специфічних факторів ризику та спортивних і гендерних профілактичних програм для розладів харчової поведінки в спорті; пропозиції

щодо довгострокового спостереження за жінками та чоловіками-спортсменами з розладами харчової поведінки [14].

3.2. Розлади харчової поведінки у жінок-спортсменок

Тема порушення харчової поведінки у жінок-спортсменок є досить актуальною.

Knapp Jessica et al. (2014) своїми дослідженнями показують, що розлади харчової поведінки є більш поширеними серед жінок-спортсменок, ніж серед населення в цілому, і мають короткострокові та довгострокові наслідки, які можуть вплинути на спортивні результати. Існує кілька доступних засобів скринінгу цього питання, які були вивчені в загальній популяції, але не були перевірені спеціально для жінок-спортсменок. Жінки-спортсменки з патологією харчових розладів часто мають різні фактори та вплив навколишнього середовища, що сприяють їх патології, які найкраще ідентифікувати за допомогою спеціального засобу для скринінгу для спортсмена. Автори стверджують, що скринінг розладів харчової поведінки у всіх жінок-спортсменок є важливою частиною іспиту перед початком участі, і його слід проводити за допомогою спеціально перевірених методик для жінок-спортсменок [34].

Thein-Nissenbaum Jill et al. (2011) в свої дослідженнях ставили мету: визначити поширеність та зв'язок між порушенням харчування (DE), менструальною дисфункцією (MD) та скелетно-м'язовою травмою (IM) серед спортсменок середньої школи. Тобто, дослідити синдром тріади спортсменки – це взаємозв'язок порушенням харчування, менструальної дисфункції та низької кісткової маси. Вибірку досліджуваних склали 311 спортсменок старших класів, які змагалися у 33 міжшкільних командах середньої школи протягом одного навчального року. Спортсмени заповнили анкету для перевірки розладів харчової поведінки (EDE-Q) та опитування серед жінок-спортсменок у

Вісконсині (HWHSFAS). Спортсменок класифікували за видами спорту на естетичні (AES), витривалі (END) або командні/анаеробні (T/A).

В результаті у 35,4% опитаних виявили порушення харчування, у 18,8% – хворобу, а 65,6% повідомили, що отримали травму опорно-рухового апарату, пов'язану зі спортом, протягом поточного спортивного сезону. Спортсменки, які повідомляли про порушення харчування, мали вдвічі більше шансів отримати травми, ніж ті, хто повідомляв про нормальну харчову поведінку. Багатоваріантний логістичний регресійний аналіз показав, що спортсменки, які повідомляли про порушення харчування, частіше отримували травми під час спортивного сезону. Отже, було виявлено, що серед спортсменок старших класів спостерігається висока поширеність порушення харчування та менструальної дисфункції. Крім того, спортсмени з порушенням харчування мали в 2 рази більше шансів отримати травми, пов'язані зі спортом під час спортивного сезону [51, 61].

Аналогічне дослідження проводили Ravi S. et al. (2021). Вони ставили мету дослідження – не тільки виявити поширеність обмежувального харчування, поточного або минулого розладу харчової поведінки, менструальної дисфункції та їх зв'язку з травмами, а також – порівняти ці дані між молодшими (віком 15-24) і старшими (віком 25-45) спортсменками, між елітними і неелітними спортсменками, а також між спортсменками, які змагаються в «худих» і «нехудих» видах спорту. Дані були зібрані за допомогою веб-анкети. Учасниками стали 846 спортсменок, які представляли 67 видів спорту. Результати показали, що 25%, 18% і 32% спортсменок повідомили про обмеження в їжі, розлади харчування та менструальну дисфункцію відповідно. Більш високі показники худорлявих спортсменок у порівнянні з спортсменками, які не мають «худих» видів спорту, повідомляли про ці симптоми, при цьому відмінностей між елітними та неелітними спортсменками виявлено не було. Молодші спортсменки повідомляли про високі показники менструальної дисфункції та меншу поширеність розладів харчування протягом життя. Як обмеження в їжі, так і розлади харчової

поведінки були пов'язані з травмами, тоді як менструальна дисфункція була пов'язана з більшою кількістю пропущених днів у порівнянні з регулярним менструальним циклом. Результати цих досліджень показують, що симптоми розладу харчової поведінки та менструальна дисфункція є поширеними проблемами у спортсменок, з якими слід належним чином боротися, оскільки вони пов'язані з травмами та пропущеними днями тренувань/змагань [50].

Як вважають Kennedy Samantha F. et al. (2021), порушення харчування є зростаючою проблемою серед усіх спортсменів, особливо підлітків. Щоб запобігти прогресуванню таких порушень в клінічний розлад харчової поведінки, короткий скринінг може розглядатись як ефективний метод для раннього виявлення цих порушень у спортсменів і полегшити лікування. Вчені проводять перевірку інструменту скринінгу на порушення харчування, який дозволить ідентифікувати підлітків-спортсменів-чоловіків і жінок усіх видів спорту та рівнів змагань, які піддаються ризику розвитку розладів харчування. Перелік розладів харчування для спортсменів (DESA-6) складається з 6 пунктів і був розроблений для використання як у чоловіків, так і у жінок.

Валідація включала два етапи: фаза I полягала в скринінгу спортсменів середньої школи за допомогою тесту на їжу (EAT-26) і DESA-6; та фаза II включала запрошення всіх спортсменів середньої школи, віднесених до категорії «групи ризику» після скринінгу, а також спортсменів, які відповідали за віком і статтю, віднесених до категорії «не в групі ризику», пройти ті самі опитування вдруге разом із клінічним інтерв'ю. Для порівняння DESA-6 з EAT-26 та EDE 17.0D використовували аналіз валідності та регресії.

В результаті отримали наступне: у порівнянні з клінічним інтерв'ю DESA-6 мав загальну чутливість 92% і специфічність 85,96% відповідно. При порівнянні одночасної валідності, фаза II DESA-6 мала сильну значущу позитивну кореляцію як для чоловіків, так і для жінок у порівнянні з фазою II EDE 17.0D.

Автори прийшли до висновку, що короткий, простий у застосуванні інструмент скринінгу для розпізнавання порушення харчування, який можуть

використовувати лікарі, психологи, спортивні тренери, зареєстровані дієтологи та інший спортивний/медичний персонал, є надзвичайно важливим для раннього втручання, яке може призвести до покращення результатів лікування. DESA-6 і є перспективним інструментом для оцінки ризику розвитку розладів харчування у спортсменів [33].

Як і спортсмени, артисти балету є групою ризику щодо спотворення образу тіла (BI), незадоволеності та розладів харчової поведінки (ED), але є лише окремі дослідження, присвячені цій темі. Вчені Eufrásio Ruty Eulália de Medeiros et al. (2021) вивчали дорослих танцівниць класичного балету на наявність розладу харчової поведінки і порівнювали їх із жінками, які регулярно відвідують тренажерні зали та із жінками, які ведуть неактивний, сидячий спосіб життя. Оцінювався індекс маси тіла, а для оцінки спотворення/незадоволеності образом тіла застосовувалася шкала оцінки фігур. Опитувальник форми тіла (BSQ) був використаний для вимірювання занепокоєння образом тіла. Для визначення поведінки щодо анорексії та булімії використовували: тест харчового ставлення (EAT-26) і тест дослідження булімії, Единбурзький тест (BITE) [66].

Було виявлено, що ІМТ був значно нижчим у артисток балету, ніж у відвідувачів тренажерного залу та неактивних жінок ($F, p = 0,04$). Незадоволеність образом тіла була нижчою у артисток балету (75,0%) і користувачів тренажерного залу (70,6%) порівняно з жінками, які ведуть сидячий спосіб життя (100%) [25].

У дослідженні PED-t використовується рандомізований контрольований дизайн. Він розподіляє жінок у віці від 18 до 40 років (діапазон ІМТ 17,5-35,0) у групи, що складаються з 5-8 членів, які отримують або СВТ, або PED-t протягом 16 тижнів. Усіх учасників оцінюють на початковому етапі, після лікування, через 6, 12 та 24 місяці після спостереження відповідно, а також контролюють зміни біологічних, психологічних та терапевтичних змінних. Первинний результат відноситься до тяжкості симптомів нервової булімії, тоді як вторинні результати пов'язані з впливом лікування на фізичне здоров'я,

задоволеність лікуванням, терапевтичний альянс та економічну ефективність. Автори очікують, що нове лікування буде рівним КПТ з точки зору поведінкових та психологічних симптомів, але краще з точки зору зменшення соматичних симптомів та ускладнень. А також, що нове лікування покращить фізичну форму, а отже, і якість життя [39].

Підтвердженням даних результатів є праці Silverii G A et al. (2021), присвячені мета-аналізу перехресних досліджень, що порівнюють результати однієї або кількох перевірених психопатологічних шкал харчування між артистами балету та будь-якими контрольними групами. В мета-аналіз було включено дванадцять досліджень. Потяг до худоби був вищим у артистів балету (SMD 0,62 [0,01, 1,22]), а також за шкалою булімії (SMD 0,38 [0,02, 0,73], $p = 0,04$) і шкалою Незадоволення тілом (SMD 0,34 [0,15]). Дані про перфекціонізм, міжособистісні проблеми, неефективність і страхи були виявлені в усіх трьох дослідженнях: найвищі бали з перфекціонізму (SMD 0,68 [0,24, 1,12] $p = 0,02$), міжособистісних проблем (SMD 0,24 [0,02, 0,47], з недосконалою образу тіла, (SMD 2,18 [1,31, 3,06]) були виявлені саме у артистів балету. Автори роблять висновок, що артисти балету демонструють більш високий рівень обмежень і прагнення до худорлявості, ніж представники контрольних груп, і, отже, вони можуть піддаватися більшому ризику розвитку розладів харчової поведінки [56].

Sharpe H. et al. (2018) вивчали відносну важливість незадоволеності, переоцінки та заклопотаності вагою і формою тіла для прогнозування зростання безладної харчової поведінки та симптомів депресії від підліткового віку до раннього дорослого віку. У дослідженні взяли участь 1830 учасників (60% жінок), які завершили опитування Project EAT в підлітковому віці (середній вік = 14,90 років, SD = 1,65 років) і знову, через 15 років, у ранньому дорослому віці. Учасники дали оцінку незадоволеності, переоцінки та заклопотаності вагою та формою, а також безладного харчування та симптомів депресії в різні часи. Результати: невдоволення передбачало депресивні симптоми, а також широкий спектр харчових порушень, включаючи дієту,

нездорову поведінку контролю ваги (UWCBs) і переїдання, особливо у жінок-учасниць. Заклопотаність була пов'язана з усіма цими розладами харчової поведінки (але не з симптомами депресії) і була, зокрема, найсильнішим предиктором дієти та UWCB у жінок-учасниць. Переоцінка була пов'язана як з порушенням харчування, так і з депресивними симптомами, хоча зазвичай була менш потужним провісником труднощів, ніж інші аспекти образу тіла.

Невдоволення, переоцінка та заклопотаність пов'язані між собою, але мають певний внесок у клінічно значущі результати. Моделі розладів харчової поведінки повинні перейти від фокусування виключно на незадоволеності або переоцінці до ширшої концептуалізації образу тіла. Результати цього дослідження, зокрема, свідчать про важливість розгляду заклопотаності вагою та формою [57].

Неправильне харчування та розлади харчування мають величезний вплив на спортивне здоров'я та продуктивність. Розуміння чинників ризику розвитку порушеного харчування має першорядне значення для захисту здоров'я та продуктивності спортсменів. Stoyel Hannah al. (2021) перевіряли, чи невдоволення тілом (опосередковане негативним впливом) і соціальний тиск (опосередковане інтерналізацією) передбачають булімічну симптоматику через 1 рік. У дослідженні взяли участь 1017 чоловіків і жінок у різних видах спорту в три періоди протягом року. Для перевірки гіпотезованої моделі було використано моделювання медитації. Результати показали, що суспільний тиск, опосередкований загальною інтерналізацією, призвів до симптоматики булімії, а стать і вид спорту пом'якшують ці ситуації. Однак, проблеми з вимірюванням показують, що шкали, які спочатку не були створені для спортсменів, можуть не достовірно вимірювати досвід спортсменів. Це дослідження підкреслює, що розуміння того, як краще оцінити чинники ризику та поняття, пов'язані з порушенням харчування у спортсменів, є ключовим наступним кроком. Дослідження є унікальним у своєму поздовжньому дизайні та в його вибірці з широкого спектру видів спорту як для чоловіків, так і для жінок [58].

Порушення харчової поведінки (DE) та розлади харчової поведінки (ED) викликають велике занепокоєння, оскільки вони пов'язані з ризиками для фізичного та психічного здоров'я, а у випадку спортсменів – зі зниженням працездатності. Синдром, спочатку відомий як триада жіночої атлетки, який зосереджується на взаємодії доступності енергії, репродуктивної функції та здоров'я кісток у спортсменок, нещодавно був розширений, щоб визнати, що відносний енергетичний дефіцит у спорті (RED-S) має більш широкий діапазон негативного впливу на системи організму з функціональними порушеннями як у спортсменів, так і у жінок. Спортсмени, які займаються спортом, що вимагає стрункості, мають підвищений ризик розвитку RED-S і розвитку ED/DE. До особливих чинників ризику у водних видах спорту, пов'язаних із керуванням вагою та композицією тіла, відноситься носіння вузьких та обтягуючих купальних костюмів, а у випадку стрибків у воду та синхронного плавання – залучення суб'єктивних оцінок продуктивності. Повідомляється, що поширеність DE та ED у спортсменів, включаючи спортсменів, що займаються водними видами спорту, коливається від 18 до 45% у жінок-спортсменок і від 0 до 28% у спортсменів-чоловіків. Щоб запобігти ED, водні спортсмени повинні практикувати здорове харчування на всіх періодах шляху розвитку, а тренери та члени команди охорони здоров'я спортсменів повинні мати можливість розпізнавати ранні симптоми, що вказують на ризик дефіциту енергії, DE та ED. Тренери повинні визнати, що DE/ED можуть бути проблемою у водних дисциплінах і що відкритість щодо цього виклику важлива [42].

3.3. Загальний досвід лікування пацієнтів з розладами харчової поведінки

Близько 3-5% підлітків і дорослих в цілому страждають на розлади харчової поведінки, в основному на нервову булімію та розлад переїдання [48, 52]. Пацієнти з розладами харчової поведінки стурбовані їжею, їжею чи не їжею та зовнішнім виглядом. Ця заклопотаність проявляється у дієті та часто

екстремальних фізичних вправах, енергетичному та/або харчовому дисбалансі, а також у поведінці, яка компенсує переїдання. Така поведінка може вказувати на нездорову регуляцію афектів. Розлади харчової поведінки можуть бути важкими і тривалими, а рівень тяжкості та тривалість зазвичай визначають ступінь порушення фізичного здоров'я, когнітивного, емоційного та міжособистісного функціонування пацієнтів, а також якість їхнього життя [26].

Найбільш добре дослідженими методами лікування розладів харчової поведінки є сімейна терапія та когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) [13]. Ці методи лікування, як правило, прийняті як засновані на доказах і рекомендовані в багатьох провідних рекомендаціях з лікування [12, 46, 62, 67]. Тим не менш, близько половини пацієнтів, які госпіталізовані для лікування, реагують неоптимально або навіть не реагують на ці методи [30]. Однією з можливих причин є те, що психологічні методи лікування можуть упускати деякі важливі підтримуючі фактори, зокрема ті, які пов'язані з енергетичним дисбалансом, недоїданням та основними афективними регуляторними механізмами, такими як надмірні фізичні навантаження. Іншою причиною може бути неповне знання ефективності та того, як пацієнти відчують та оцінюють лікування.

На сьогодні все ж таки мало відомим є аспекти задоволеності терапевтів і пацієнтів доступними методами лікування [48]. Тому існує потреба дослідити терапевтичний вплив нових методів лікування. Попереднє рандомізоване контрольоване дослідження (РКД) [59] надало докази того, що керована фізична активність дорівнює КПТ у зменшенні симптомів розладу харчової поведінки, де фізична активність може служити меті регулювання негативних впливів і сприяти позитивному образу тіла.

Відповідно до логіки аналізу наміру лікувати в РКД, аналіз досвіду також повинен включати досвід тих, хто відмовився від лікування. Така інформація може фіксувати негативний і несприятливий досвід лікування, про який інакше можна було б занижувати. Однак про природу таких переживань відомо небагато.

Існують певні наукові дані про загальний досвід лікування пацієнтів з розладами харчової поведінки, отримані в результаті тематичних досліджень, опитувань та якісних досліджень. Ці знання обмежуються якостями терапевта, наприклад, бути вмілим і співчутливим, або рівнями задоволеності при порівнянні загальних методів лікування, наприклад, будь-яких видів індивідуальної терапії, групової терапії або сімейного лікування [15, 63]. Загалом, попередні результати дають високий рівень задоволеності лікуванням, особливо якщо існує відповідність між початковими очікуваннями від лікування та задоволеністю результатом, якщо надається медична та дієтична допомога та якщо доступність допомоги висока [24, 47]. Що стосується задоволеності пацієнтів конкретними методами або підходами лікування, дослідження психодинамічної [49] та сімейної терапії [36] повідомляють про досить змішані результати, тоді як когнітивна терапія нервової анорексії виявила високу доцільність та прийнятність [44]. У сфері аналізу вдосконаленого методу РКД повідомлялося про позитивний досвід пацієнтів з нервовою булімією, які отримували комп'ютерну КПТ [55], і пацієнтів з нервовою анорексією, які отримували два спеціалізовані підходи до лікування [37].

В науковій літературі багато написано про ризик втоми та вигорання терапевта, а також про проблеми, пов'язані з роботою терапевта, наприклад, у роботі з пацієнтами з розладами харчової поведінки [16].

Аспекти прийнятності та переносимості як тими, хто отримує лікування, так і тими, хто його надає, можуть допомогти в розробці та модифікаціях лікування перед розповсюдженням серед інших хворих на розлад харчової поведінки в інших контекстах. Таким чином, нестача досліджень досвіду, особливо в контрольованих випробуваннях нових втручань, викликає подив у фахівців. Pettersen Gunn зі співав. (2018) ставили задачу розглянути три дослідницькі питання, пов'язані зі специфічною програмою комбінованого лікування (PED-t) для пацієнтів із нервовою булімією та розладом переїдання,

яку надають терапевти під час фізичних вправ та дієтотерапії через 6–24 місяці після закінчення лікування [48]. Це питання:

1. Який досвід пацієнтів щодо результатів та переваг програми PED-t?
2. Який досвід терапевтів щодо їхнього внеску в програму PED-t?
3. Який досвід і пояснення мають учасники, які вибули з програми PED-t?

3.4. Результати власних досліджень та їх обговорення

В нашому дослідженні добровільно приймали участь 82 спортсмени та спортсменки віком 17-21 років. Серед них були представники наступних видів спорту (табл. 3.1.):

Таблиця 3.1

Види спорту та кількість опитаних спортсменів (n=82)

№	Вид спорту	Спортсмени (n=44)	Спортсменки (n=38)
1	Бокс	8	-
2	Спортивна гімнастика	7	8
3	Художня гімнастика	-	8
4	Єдиноборства	7	4
5	Фігурне катання	6	8
6	Спортивні танці	8	9
7	Футбол	8	1

В першу чергу, опитуваним спортсменам ми запропонували дати відповідь на 6 питань (табл. 3.2).

Ймовірність наявності розладу харчової поведінки підвищується, якщо за останні 6 місяців у людини мало місце було хоча б одне нижче переліченого.

Отже, ми виявили досить високий рівень ймовірності наявності розладу харчової поведінки за даним опитувальником.

Практично у кожного спортсмена було більше, ніж по дві позитивні відповіді на питання. Найбільше за все, для контролю фігури, спортсмени

використовували проносні, сечогінні або спеціальні засоби, а також викликали блювоту.

Штучною блювотою користувались і боксери, і єдиноборці, і гімнасти і танцівники.

Таблиця 3.2

Результати 1 кроку виявлення ймовірності наявності порушення харчової поведінки (відповіді опитуваних спортсменів на 6 питань)

Питання опитувальника	Спортсмени (n=44)	Спортсменки (n=38)	Всього (n=82)
Ви об'їдалися їжею, відчуваючи, що не можете зупинитися	7	5	12
Ви викликали блювоту, щоб контролювати фігуру	32	28	60
Ви використовували проносні, сечогінні або спеціальні засоби, щоб контролювати фігуру	30	30	60
Ви щодня витрачали понад 60 хвилин на фізичні вправи, щоб контролювати фігуру	22	24	46
Ви скинули понад 9 кілограм	9	3	12
Ваш індекс маси тіла нижчий за норму	8	32	40

Для більш ясної картини щодо ймовірності наявності ознак нервової анорексії та нервової булімії, ми використовували загально прийняту тестову методику (EAT-26). Вона дає можливість виявити ступінь прояву даних розладів.

Результати опитування показали ймовірність наявності розладів харчової поведінки серед всіх видів спорту, як у спортсменів, так і у спортсменок (табл. 3.3, табл. 3.4).

Таблиця 3.3

**Ймовірність наявності розладів харчової поведінки
серед чоловіків-спортсменів (Тест ЕАТ-26)**

Вид спорту	Низька	Знижена	Середня	Підвищена	Висока
Бокс	1	2	4	0	0
Спортивна гімнастика	0	1	4	2	0
Єдиноборства	1	3	2	1	0
Фігурне катання	1	1	2	2	0
Спортивні танці	0	0	3	3	2
Футбол	2	3	3	1	0
$\Sigma = 44$	5	10	18	9	2
%	11,4	22,7	40,9	20,4	4,6

Як видно з таблиці 3.3, у опитаних боксерів найбільша ймовірність розладів харчової поведінки досягає лише середнього рівня. Немає підвищеного та високого рівня. Спількування з цими спортсменами показало, що вони порушують звичайний харчовий режим лише у випадку необхідності швидко зігнати вагу тіла для переходу в іншу вагову категорію. Це стосується і єдиноборців.

Футболістам, як виявилось, також притаманні порушення харчової поведінки. Обмеження харчового раціону та збільшення фізичного навантаження застосовується футболістами для зниження ваги тіла, щоб легше пересуватись по футбольному полю під час змагань.

У спортсменок, які займаються єдиноборствами ймовірність розладу харчової поведінки невисока. Але зовсім інша картина в тих видах спорту, які потребують досягнення таких фізичних властивостей, як: легкість, витонченість, елегантність, ідеальні параметри та рельєфність тіла, гнучкість.

Таблиця 3.4

**Ймовірність наявності розладів харчової поведінки
серед жінок-спортсменок (Тест ЕАТ-26)**

Вид спорту	Низька	Знижена	Середня	Підвищена	Висока
Спортивна гімнастика	0	0	2	3	3
Художня гімнастика	0	0	1	4	3
Єдиноборства	1	3	0	0	
Фігурне катання	0	2	2	2	2
Спортивні танці	0	0	2	4	3
Футбол	1	0	0	0	0
$\Sigma = 38$	2	5	7	13	11
%	5,3	13,1	18,4	34,3	28,9

Це – фігурне катання, танці, гімнастика, особливо, художня гімнастика. В таких видах спорту формується поняття про красу тіла. Тому, безумовно, що будь-який спортсмен чи спортсменка цих видів спорту просто змушені щоденно турбуватись про підтримку відповідної форми та маси тіла. Це надзвичайно складно, особливо тим спортсменам, у яких є генетичні схильності до підвищеної маси тіла. Маса тіла може бути більша у конкретного спортсмена, ніж уявлення про неї в певному виді спорту не тому, що у нього чи у неї є зайвий жировий компонент, а тому що, у нього (неї) більш масивний скелет чи м'язи. Ось тоді і виникають великі проблеми. Опитані спортсмени, особливо спортсменки говорили, про великий пресинг з боку тренера та інших спортсменів, у яких немає проблем при підтриманні форми тіла, що зумовлено у них генетичними чинниками.

Тому спортсмени змушені доводити себе до стану анорексії чи булімії. З усіх учасників 17 спортсменів погодилось на діалог. Вони прослухали певну інформацію про наявність анорексії та булімії у спортсменів, про суть цих розладів, їх ризиків та наслідків для психіки та фізичного тіла. Також ми дали певні рекомендації.

Рекомендації:

- 1) звернутись до психотерапевта, щоб підтвердити або відкинути виявлені нами ознаки порушення харчової поведінки;
- 2) звернутись до спортивного дієтолога;
- 3) під керівництвом спортивного дієтолога вивчити основи спортивного харчування, з урахуванням віку, статі та фізичного навантаження;
- 4) скласти харчовий раціон, який забезпечить організм всіма необхідними елементами та енергією, але при цьому допоможе утримувати потрібну вагу тіла.

Ми радили ознайомитися з поняттям правильне спортивне харчування, з урахуванням віку, статі та фізичного навантаження, а також з огляду на розуміння необхідного хімічного складу та енергетичної цінності харчових продуктів.

Харчування при заняттях спортом має бути максимально різноманітним та збалансованим. Складні вуглеводи (каші, макарони з твердих сортів пшениці, хліб (тільки не білий), тваринний білок: яйця, риба, м'ясо, жири (олія і не тільки)). Обов'язкові – фрукти, овочі, горіхи та насіння [3].

Корисні продукти при булімії. Спортсмен, який має ознаки булімії має почати правильно харчуватися. Тобто, впродовж дня у нього має бути правильний харчовий режим: сніданок, обід, вечеря та 2-3 перекушування на день. Спочатку їжу слід вживати дрібно, харчуватися легкими для шлунка продуктами. Добре засвоюються і є легкими – овочеві та фруктові пюре, вегетаріанські супи, каші, нежирні кисло-молочні продукти. На початку, варто не вживати м'ясних продуктів, щоб нормалізувався порушений баланс

електролітів в організмі. Хліб краще вживати з цільнозернового борошна. Порції потрібно збільшувати поступово, щоб не розтягувати надмірно стінки шлунка. Помаранчеві, жовті та червоні фрукти та овочі в раціоні сприятимуть позбавленню від депресивного стану.

Основні критерії правильного харчування при булімії – це дробове харчування. Обов'язковими є вживання гарячих перших страв та продуктів харчування, що містять макро- та мікроелементи, які вимиваються при штучній блювоті та проносах.

Народна медицина радить вгамувати постійне почуття голоду прийомом настою з петрушки та м'яти ($\frac{1}{2}$ ст. л. петрушки і $\frac{1}{2}$ ст. л. м'яти). Залити 200 мл води і настояти 20-30 хв. Вживати перед прийомом їжі. Також рекомендується , настій із гіркового полину.

Можна використовувати проти голоду і часник: часник натерти та залити $\frac{1}{5}$ літра гарячої води. Після 24 год. профільтрувати. Вживати перед сном по 3 ч. л.

Пити компот із суміші інжиру та слив (на 3 л води – по 0,25 кг інжиру та слив).

Не рекомендується при булімії споживати жирну, надто гостру, кислу, солону їжу; напівфабрикати, фаст-фуд. Протипоказані – алкогольні напої, газовані солодкі напої, свіжий білиц дріжджовий хліб; обсмажена кава [2].

Ми підкреслювали, що слід усвідомлювати, що причини булімії не пов'язані з дієтою і лежать в психологічній площині [54].

В бесідах особливу увагу ми приділяли наступному: одним з найпоширеніших харчових наслідків нервової булімії є дисбаланс електролітів у сироватці крові. Електроліти – це поживні речовини, такі як солі та мінерали, які відіграють важливу роль у проведенні електричних сигналів в організмі. Основними електролітами, які часто порушуються у людей з нервовою булімією, є калій, натрій, хлорид і бікарбонат. Електричні сигнали необхідні для клітинної функції, серцевої діяльності, скорочення м'язів, балансу рідини, а також функції центральної та периферичної нервової системи. Таким чином,

дисбаланс електролітів може вплинути на всі основні системи органів, включаючи шлунково-кишковий тракт, нирки, серце та мозок (McArdle, Katch, & Katch, 2007).

Порушення електролітного балансу в організмі часто є результатом очисної поведінки, такої як блювота, надмірні фізичні навантаження та вживання діуретиків і проносних засобів. Така поведінка призводить до втрати рідини та електролітів організмом, що викликає зневоднення, зниження концентрації електролітів у крові, зменшення об'єму крові та зниження артеріального тиску (Forney, Buchman-Schmitt, Keel, & Frank, 2016). Організм реагує на цей виснажений стан збільшенням викиду гормонів, таких як альдостерон і антидіуретичний гормон. Ці гормони стимулюють нирки збільшувати поглинання води, натрію та калію, щоб запобігти подальшому виснаженню цих необхідних поживних речовин (Mehler & Walsh, 2016). Оскільки організм намагається боротися з дисбалансом рідини та електролітів, викликаним симптомами нервової булімії, нирки піддаються величезному напруженню. При тривалому очищенні вони більше не можуть компенсувати втрати рідини та електролітів. Це може призвести до значного швидкого зниження рівня електролітів у крові, що було пов'язано з серйозними медичними ускладненнями і навіть смертю (Mehler, 2011; Mehler & Rylander, 2015).

Дві системи, на які впливає електролітний дисбаланс, – це шлунково-кишковий тракт і серце. Шлунково-кишковий тракт містить гладкі м'язи. При гіпокаліємії уповільнюються скорочень гладких м'язів, що призводить до нудоти, запору та здуття живота (Mehler, 2011, 2015; Mehler & Rylander, 2015; Mehler & Walsh, 2016).

Гіпокаліємія часто призводить до серцевої аритмії, серцебиття та збільшення частоти серцевих скорочень при фізичному навантаженні (Mehler, 2015; Mehler & Rylander, 2015; Nussinovitch et al., 2012). Крім того, гіпокаліємія, що супроводжується зневодненням, часто викликає вивільнення альдостерону у відповідь на низький об'єм крові та низький кров'яний тиск. Це може

призвести до збільшення вмісту бікарбонату в крові. Підвищений рівень бікарбонату в сироватці крові, стан, який називається метаболічним алкалозом, збільшує ризик серцевої аритмії та судом (Bahia, Mascolo, Gaudiani, & Mehler, 2012; Mehler & Walsh, 2016; Sachs & Mehler, 2016; Westmoreland, Кранц, і Мелер, 2016). Низький рівень електролітів у сироватці крові також може мати значний вплив на функцію нервової системи. У деяких випадках люди з нервовою булімією можуть різко збільшити споживання води, намагаючись знизити апетит або запобігти епізоду переїдання. Значне збільшення споживання води призводить до гіпонатріємії. Цей стан може викликати головні болі, нудоту, блювоту, сонливість, сплутаність свідомості та, в деяких випадках, постійне пошкодження мозку. Пацієнти з діагнозом нервова булімія, які мають гіпонатріємію, повинні лікуватися з особливою обережністю фахівцями охорони здоров'я, знайомими з ризиками, які цей стан становить для цієї групи пацієнтів (Mehler & Walsh, 2016).

Люди з діагнозом нервова булімія часто відчують набряк або затримку рідини в результаті постійних зусиль нирок по збереженню водно-сольового балансу, оскільки очищення припиняється, а поживні речовини поповнюються під час лікування (Mehler, 2011; Mehler & Rylander, 2015; Мелер і Уолш, 2016).

Таким чином, нервова булімія може призвести до дефіциту поживних речовин, що становить значний ризик для здоров'я людей, у яких діагностовано це захворювання. Своєчасне лікування розладів харчової поведінки та належний рівень допомоги зменшує ймовірність тривалих медичних наслідків та підвищує ймовірність повного одужання [27, 38, 40, 41, 54, 65].

Спортсмени, хворі на анорексію, мають знати, що нервова анорексія (AN) має погані результати лікування та найвищий рівень смертності серед будь-яких психічних розладів (Arcelus et al., 2011). В даний час реабілітація харчування та відновлення ваги під ретельним моніторингом вважаються золотим стандартом лікування анорексії, виключаючи фармакологічні втручання та психотерапію (Bulik et al., 2007; Hay et al., 2014).

Мікробіом кишечника є недостатньо врахованим фактором у патофізіології та лікуванні анорексії. Оскільки дієта є одним із основних впливів на мікробний склад кишечника як у короткостроковій перспективі (David et al., 2014), так і в довгостроковій перспективі (Wu et al., 2011), вона є актуальною і для анорексії. Крім того, мікробіом кишечника відіграє важливу роль у регуляції настрою (Slyerchenko et al., 2017), поведінки (Dinan et al., 2015), апетиту (van de Wouw et al., 2017), шлунково-кишкових симптомів (Guinane and Cotter, 2013) і метаболізму (Mithieux, 2017). Було продемонстровано, що мікробіом кишечника діє на нейробиологічні, імунні та запальні шляхи, які причетні до цих основних і коморбідних ознак анорексії через вісь кишечник-мозок (Nguyen et al., 2018; Slyerchenko et al., 2017).

Склад дієти, зокрема, споживання харчових волокон, було визначено як основний детермінант складу та функцій мікробіома, а також, відповідно, бактеріальних метаболітів, таких як коротколанцюгові жирні кислоти (SCFAs; Ma et al., 2017). Кілька інших факторів, включаючи генетику, етнічну приналежність, вік, вплив мікробів у навколишньому середовищі, інфекції, ліки, хронічні захворювання, стрес, фізичні вправи та сон, можуть впливати на мікробний склад кишечника (Goodrich et al., 2014; Singh et al., 2017). Таким чином, існує ряд потенційних шляхів, завдяки яким мікробіом кишечника пацієнтів з анорексією може відрізнитися від мікробіома здорових людей.

Дослідження вчених показують, що мікробне різноманіття мікробів та їхній склад у пацієнтів з анорексією відрізняються від здорових людей та контрольної групи із зайвою вагою/ожирінням.

Існують докази, що підтверджують роль мікробіома кишечника в регуляції настрою та тривоги (Сліпченко та ін., 2017). Коморбідність між депресією, тривогою та анорексією є значущою.

Реабілітаційні дієти для відновлення ваги при анорексії зазвичай містять багато жирів (Mask et al., 2016), оскільки жир є найбільш калорійною поживною речовиною. Але, дієти з високим вмістом жирів і білків і низьким вмістом неперетравлюваних вуглеводів та іншої клітковини можуть призвести

до зміни мікробного різноманіття та потенційного дисбактеріозу (De Filippo et al., 2010); Сімпсон і Кемпбелл, 2015; Сінгх та ін., 2017). Рекомендується включати в протоколи реабілітації харчування при анорекії більш високий і різноманітний вміст клітковини та пребіотичні продукти. Це може надати користь для кишкових мікробів та їх метаболітів і запобігти шлунково-кишковим наслідкам, особливо запорам (Mack et al., 2016) [53].

Одним з потенційних ризиків, які слід враховувати перед початком реабілітації харчування, є синдром повторного годування (рефідінг-синдром).

Синдром повторного годування викликається швидким повторним годуванням людини в стані голодування, зазвичай хронічного, і це може бути смертельним. Він характеризується електrolітними та рідинними зрушеннями, пов'язаними з метаболічними порушеннями у пацієнтів з недостатнім харчуванням, які проходять реабілітацію харчування.

Кетонові тіла та вільні жирні кислоти в результаті розпаду (катаболізму) м'язової та жирової тканини замінюють глюкозу як основне джерело енергії при голодуванні. Відбувається перехід від жирового обміну до вуглеводного. Утворений інсулін, що вивільняється з підшлункової залози, збільшує поглинання клітинами глюкози, фосфатів, калію, магнію, натрію та води. Організм також переходить у будівельний (анаболічний) стан синтезу білка, який вимагає більше поглинання поживних речовин клітинами.

Тоді організм піддається ризику через недостатню кількість цих життєво важливих поживних речовин у крові. Клінічні наслідки можуть включати нерегулярний серцевий ритм, застійну серцеву недостатність, дихальну недостатність, кому, судоми, скелетно-м'язову слабкість, втрату контролю над рухами тіла та неврологічні симптоми.

Щоб уникнути синдрому повторного годування, необхідно контролювати рівень фосфору, магнію, калію, кальцію і тіаміну протягом перших 5 днів і через день протягом кількох тижнів. Також необхідно зробити електрокардіограму (ЕКГ). Потрібен суворий медичний нагляд.

Ризик синдрому повторного годування значно зростає у пацієнтів, які мають один із наступних показників:

- ➔ **ІМТ** : індекс маси тіла менше 16
- ➔ **Дисбаланс електролітів**: низький рівень калію, фосфату та/або магнію перед повторним годуванням
- ➔ **Недавнє споживання**: мало або зовсім не споживали поживних речовин більше 10 днів
- ➔ **Втрата ваги**: Втрата більш ніж 15% маси тіла за останні 3–8 місяців

Пацієнти з двома або більше з наступних показників також мають більш високий ризик синдрому повторного годування:

- ➔ **ІМТ**: індекс маси тіла менше 18,5
- ➔ **Анамнез**: зловживання алкоголем або наркотиками, включаючи інсулін, хіміотерапію, антациди або діуретики
- ➔ **Недавнє споживання** мало або взагалі не споживалося більше 5 днів
- ➔ **Втрата ваги**: втрата більше ніж на 10% маси тіла за останні 3–6 місяців.

Нерідкі випадки, коли щоденні потреби в калоріях людей, які одужують від анорексії, досягають 3000-5000 щоденних калорій для достатнього збільшення ваги від 227 г до 900 г на тиждень до досягнення цільової ваги. Особливо це стосується підлітків, які ще ростуть, і молодих людей.

Вчені дають такі рекомендації щодо реабілітації харчування для 40-кілограмового пацієнта, який не піддається ризику синдрому повторного годування:

День 1–4: 1200–1600 калорій на день.

День 5–7: якщо не спостерігається збільшення ваги, слід збільшити на 400 калорій на день до 1600–2000 калорій на день

День 10–14: збільшити щоденне споживання знову на 400–500 калорій на день до 2000–2500

День 15–21: 2500–3000 калорій на день

День 20-28: 3000-3500 калорій на добу

Хорошим початковим правилом для базового плану харчування є три прийоми їжі від 500 до 800 калорій і принаймні три перекуси по 300 калорій, але тільки після того, як початкові оцінки калорійності розраховані та відстежені, а синдром повторного годування буде виключено.

План харчування системи обміну 3000 калорій на день може включати таке співвідношення: 12 вуглеводів : 4 фруктів : 4 молочних продуктів : 5 овочів : 9 м'яса : 7 жирів. Режим дня може бути таким:

Сніданок: 2 вуглеводів : 1 жирів : 2 м'яса : 1 молочних продуктів : 2 фруктів

Обід: 2 вуглеводів : 2 овочів : 3 м'яса : 2 жиру : 1 молока

Вечеря: 4 вуглеводів : 3 м'яса : 3 жиру : 2 овочів, 1 фруктів

Перекус №1: 2 вуглеводів : 1 молока

Перекус №2: 1 фруктів : 1 молока

Перекус №3: 1 м'яса : 2 вуглеводів : 1 овочів : 1 жиру

Інші стратегії збільшення ваги при анорексії.

Для того, щоб збільшити калорійність, щоб досягти стабільного курсу набору ваги, варто пам'ятати кілька простих правил:

Калорійність : під час приготування додавати жир, наприклад олію, вершкове масло, вершки, сир, які можуть збільшити кількість калорій без збільшення розміру порції.

Скоротити споживання сирих фруктів і овочів : хоча ці продукти є поживними, вони можуть сприяти ранньому насичення і запобігати набору ваги.

Частота прийому їжі : збільшити прийоми їжі до шести разів на день.

Добавка з рідким харчуванням : Рідке харчування в рекомендується відразу як заміна пропущених або неповних прийомів їжі або перекусів [29].

При роботі з спортсменами, у яких опитування виявило ймовірність розладу харчування, ми підкреслювали (опираючись на дані наукової літератури), що відновлення організму, який страждає від нервової анорексії, може зайняти багато місяців або навіть років. Пацієнти з нервовою анорексією,

як правило, повинні перебувати під наглядом лікувальної групи, до якої зазвичай входять лікар, дієтолог, психотерапевт і психіатр.

При анорексії в кінцевому підсумку нестача калорій і харчування, по суті, призведе до руйнування власних тканин, м'язів тощо як засобу виживання. Отже, системи організму в кінцевому підсумку починають вимикатися і виходять з ладу. Нестача макро- і мікроелементів, у тому числі вуглеводів, білків, жирів, вітамінів, мінералів і рідини, поставить під загрозу здатність організму нормально функціонувати.

Особливо, варто зрозуміти, що при сильному голодуванні та недоїданні мозок фактично зменшується в розмірах, що зменшує кількість сірої та білої речовини. Це явище ще називають «мозковий туман» або ж «синдром органічного мозку» або когнітивні труднощі, які є результатом фактичного фізичного пошкодження мозку.

Такий стан мозку може призвести до сплутаності свідомості, нездатності зосередитися, забудькуватості, депресії, апатії тощо. Людина стає так ніби відключена, не може брати участь у розмові та стає закритою.. Реальність полягає в тому, що мозок буквально не в змозі функціонувати належним чином через брак поживних речовин, доступних для організму.

З цих причин перший аспект лікування анорексії, безумовно, включає харчування, насичення організму до належного рівня. Людина з буквальним пошкодженням мозку внаслідок голодування не може ефективно проходити психотерапію, не кажучи вже про раціональне мислення.

Цей стан пошкодження мозку також допомагає пояснити ірраціональне мислення, яке люди можуть проявляти: страх перед жиром або збільшенням ваги, страх перед вживанням певної їжі. Мозок був скомпрометований, тому пізнання також змінено.

Спортсменам із проблемами анорексії варто усвідомити, що велика частина шкоди організму від анорексії може бути оборотною за допомогою тривалого відновлення.

Відновлення ваги разом із поповненням живлення дозволяє організму відшкодувати те, що було втрачено через виснаження. Хоча це поступовий і повільний процес, тіло можна відновити фізично, і харчування є ключовим компонентом цього процесу відновлення.

Початковий етап відновлення годування після анорексії може здаватися більш роботизованим і автоматичним, ніж будь-що. У стані недоїдання багато основних органів чуття втрачаються. Після постійного ігнорування та відключення сигналів голоду в організмі основні інтуїтивні харчові інстинкти пригнічуються.

Через це людина, яка одужує від анорексії, не може покладатися на себе, щоб знати, що і скільки їсти на самих ранніх етапах одужання.

Організм фізично не в змозі розрізнити, що потрібно, перебуваючи в постійному голодному стані. Важливими частинами головоломки є професійне керівництво та підтримка. Дієтолог, який часто є важливим компонентом лікувальної групи, може допомогти контролювати та вести пацієнта.

У міру одужання та фізичного здоров'я з часом організм перебуватиме в стані, в якому можна буде заново вивчати інтуїтивні сигнали.

Відновлення від анорексії може здатися складним процесом, і розуміння основ одужання може стати вирішальним у досягненні прогресу. Отже, оздоровлення організму за допомогою адекватного харчування має вирішальне значення для життя під час одужання від анорексії [23].

Висновки до розділу 3

В проведених дослідженнях виявлено розлади харчової поведінки у добровольців спортсменів, які погодились пройти тестування на виявлення ймовірності розладів харчової поведінки. У спортсменів різних видів спорту – різний рівень вираження даного розладу. У спортсменів естетичних видів спорту є високий та підвищений рівень ймовірності наявності досліджуваного розладу.

Спілкування з певною частиною опитуваних спортсменів показала відсутність знань про нервову анорексію та нервову булімію, а також необізнаність щодо спортивної дієтології. Нами були проведені бесіди, в яких були роз'яснені основні ознаки нервової булімії та нервової анорексії, ризику та наслідки. А також дані рекомендації щодо раціонального харчування спортсменів.

ВИСНОВКИ

Розлади харчової поведінки – це руйнівні психічні розлади. Вони мають неприпустимо високий рівень смертності і викликають значну захворюваність серед постраждалих. Поширеними типами розладів харчової поведінки є: нервова булімія та нервова анорексія. Ризик передчасної смерті в 6–12 разів вищий у жінок з нервовою анорексією.

Нервова булімія – це серйозне захворювання, яке ставить людину під загрозу харчових і медичних наслідків. На відміну від людей з нервовою анорексією, яка характеризується значною втратою ваги або виснаженням, що часто викликає занепокоєння у опікунів та медичних працівників, особи з діагнозом нервова булімія часто мають вагу, що відповідає їхньому віку та типу статури. У результаті багато медичних наслідків нервової булімії можна не помітити або недооцінити. Однак часті переїдання та очищення, характерні ознаки нервової булімії, можуть бути небезпечними для життя.

Спортсмени піддаються більшому ризику розладів харчової поведінки з огляду на тиск, щоб досягти форми та статури тіла, яка оптимізує продуктивність. У той час як жінки страждають частіше, ніж чоловіки, обидві статі піддаються найбільшому ризику харчових розладів у спорті, де худорлявість забезпечує конкурентну перевагу.

Порушення харчової поведінки, такі як обмежене споживання дієти, надмірні фізичні навантаження, переїдання, самовикликана блювота, зловживання проносними, вживання сечогінних засобів, їжа та сплювання калорій, можуть вплинути майже на кожну систему людського тіла. Хоча деякі люди практикують одну поведінку, таку як обмеження, дослідження показують, що до третини людей займаються двома або більше патогенними видами поведінки. Крім того, особи, які повідомляють про використання кількох компенсаторних форм поведінки, мають більш серйозні прояви розладів харчової поведінки, нижчий рівень функціонування та підвищений рівень загальної психопатології.

Проведені нами дослідження спортсменів при опитуванні показали у них великий відсоток ймовірності наявності розладів харчової поведінки. При цьому спортсмени не мають базових знань щодо порушень харчової поведінки та спортивної дієтології.

Медичні команди спортсменів повинні систематично перевіряти спортсменів (як чоловіків, так і жінок) як частину оцінки перед участю у спорті. Після встановлення діагнозу найкращою практикою вважається звернення до досвідченої мультидисциплінарної команди. На додаток до командного лікаря, дієтолога та спеціаліста з психічного здоров'я, спортивні тренери відіграють ключову роль в охороні здоров'я на тренувальному полі та змаганнях, а також часто служать довіреною особою та особою підтримки для спортсмена, який бореться з розладом харчової поведінки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ ТА ДЖЕРЕЛ

1. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. Практикум по психотерапии / А. Бек, А. Фримен. СПб.: Питер; 2002. 544 с.
2. Булимия. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://edaplus.info/feeding-in-sickness/bulimia.html>
3. Луцкий К. Особенности занятия физкультурой при пищевой зависимости. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.bulimiastop.ru/content/view/155/2/>
4. Луцкий К. Спорт и пищевые нарушения. Потенциальные факторы риска. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.bulimiastop.ru/content/view/154/2/>.
5. Матусевич М.С. Особенности формирования пищевых нарушений у подростков. Молодой ученый. 2013;12: 814–817.
6. Менделевич В.Д. Пищевые зависимости, аддикции — нервная анорексия, нервная булимия / В.Д. Менделевич. Руководство по аддиктологии. СПб.: Речь; 2007. 25 с.
7. Тест ЕАТ-26: тест на вероятность наличия расстройств пищевого поведения – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://centrsna.by/articles/testy/test-eat-26-test-na-veroyatnost-nalichiya-rasstroystv-pishchevogo-povedeniya/>
8. Фоменко А. Булимия среди спортсменов. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.bulimiastop.ru/content/view/195/2/>
9. Фролова Ю. Г., Скугаревский О.А. Социальные факторы формирования негативного образа тела. Социология. 2004;2:61–68.
10. Центр интуитивного питания Светланы Бронниковой. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://intueat.ru/journal/chto-nuzhno-znat-o-sportivnoj-bulimii/>
11. Янкевич Е.В. Вопрос о булимии в спорте. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://files.scienceforum.ru/pdf/2017/38227.pdf>

12. American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2006;163:4–54.
13. Bell L. What can we learn from consumer studies and qualitative research in the treatment of eating disorders? *Eat Weight Disord*. 2003;8:181–7. doi: 10.1007/BF03325011
14. Bratland-Sanda Solfrid, Sundgot-Borgen Jorunn. Eating disorders in athletes: overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment. *Eur J Sport Sci*. 2013;13(5):499–508. doi: 10.1080/17461391.2012.740504.
15. Clinton D, Björck C, Sohlberg S, et al. Patient satisfaction with treatment in eating disorders: cause for complacency or concern? *Eur Eat Disord Rev* 2004;12:240–6. doi: 10.1002/erv.582.
16. Chorpita BF, Park A, Tsai K, et al. Balancing effectiveness with responsiveness: therapist satisfaction across different treatment designs in the child STEPs randomized effectiveness trial. *J Consult Clin Psychol*. 2015;83:709–18. doi: 10.1037/a0039301.
17. Currie A. Sport and eating disorders - understanding and managing the risks. *Asian J Sports Med*. 2010 Jun;1(2):63-8. doi: 10.5812/asjism.34864.
18. Currie Alan, Morse Eric D. Eating disorders in athletes: managing the risks. *Clin Sports Med*. 2005 Oct;24(4):871-83. doi: 10.1016/j.csm.2005.05.005.
19. Eating Disorders & Athletes. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.nationaleatingdisorders.org/eating-disorders-athletes>
20. Eating Disorders and Young Athletes. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.stanfordchildrens.org/en/topic/default?id=eating-disorders-and-young-athletes-160-28>
21. Eating Disorders in Sports 23.11.2020. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.tpoftampa.com/eating-disorders-and-sports/>
22. Eichstadt Madison, Luzier Jessica, Cho Daniel, Chantel Weisenmuller. Eating Disorders in Male Athletes. *Sports Health*. Jul/Aug 2020;12(4):327-333. doi: 10.1177/1941738120928991.

23. Ekern Jacquelyn. Anorexia and Nutrition. 2015. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.eatingdisorderhope.com/information/anorexia/anorexia-and-nutrition>
24. Escobar-Koch T, Banker JD, Crow S, et al. Service users' views of eating disorder services: an international comparison. *Int J Eat Disord*. 2010;43:549–59. doi: 10.1002/eat.20741
25. Eufrásio Ruty Eulália de Medeiros, Ferreira Rannapaula Lawrynhuk Urbano, Leal Leilane Lílian Araújo, Avelino Erikarla Baracho, Pelonha Rafaela Nayara da Costa, Carvalho Maria Clara da Cruz. Amateur ballet practicing, body image and eating behaviors: a comparative study of classical ballet dancers, gym users and sedentary women. *J Eat Disord*. 2021 Aug 28;9(1):106. doi: 10.1186/s40337-021-00459-9.
26. Fairburn C. G, Harrison P. J. Eating disorders. *Lancet*. 2003;361:407–16. doi: 10.1016/S0140-6736(03)12378–1.
27. Forney K. J., Buchman-Schmitt J. M., Keel P. K., Frank G. K. The medical complications associated with purging. *Int J Eat Disord*. 2016;49(3):249-259. doi:10.1002/eat.22504.
28. Glazer James L. Eating disorders among male athletes. *Curr Sports Med Rep*. Nov-Dec 2008;7(6):332–7. doi: 10.1249/JSR.0b013e31818f03c5.
29. Grubiak K. Restoring Nutritional Health in Anorexia Nervosa. 2019. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.verywellmind.com/restoring-nutritional-health-in-anorexia-nervosa-recovery-4115081>
30. Herpertz S, Hagenah U, Vocks S, et al. The diagnosis and treatment of eating disorders. *DeutscheÄrztblatt Int*. 2011;108:678–85.
31. Holtzman Bryan, Ackerman Kathryn E. Recommendations and Nutritional Considerations for Female Athletes: Health and Performance. *Sports Med*. 2021 Sep;51(Suppl 1):43-57. doi: 10.1007/s40279-021-01508-8.
32. Joy Elizabeth, Kussman Andrea, Nattiv Aurelia. 2016 update on eating disorders in athletes: A comprehensive narrative review with a focus on clinical assessment

- and management. *Br J Sports Med.* 2016 Feb;50(3):154–62. doi: 10.1136/bjsports-2015-095735.
33. Kennedy Samantha F, Kovan Jeffrey, Werner Emily, Mancine Ryley, Gusfa Donald, Kleiman Heather. Initial validation of a screening tool for disordered eating in adolescent athletes. *Eat Disord.* 2021 Feb 15;9(1):21. doi: 10.1186/s40337-020-00364-7.
34. Knapp Jessica, Aerni Giselle, Anderson Jeffrey. Eating disorders in female athletes: use of screening tools. *Curr Sports Med Rep.* Jul-Aug 2014;13(4):214-8. doi: 10.1249/JSR.0000000000000074.
35. Kong P, Harris LM. The sporting body: body image and eating disorder symptomatology among female athletes from leanness focused and nonleanness focused sports. *J Psychol.* 2015 Jan-Apr;149(1-2):141–60. doi: 10.1080/00223980.2013.846291.
36. Krautter T, Lock J. Is manualized family-based treatment for adolescent anorexia nervosa acceptable to patients? Patient satisfaction at the end of treatment. *J Fam Ther* 2004;26:66–82. doi: 10.1111/j.1467-6427.2004.00267.x
37. Lose A, Davies C, Renwick B, et al. Process evaluation of the maudsley model for treatment of adults with anorexia nervosa trial. Part II: Patient experiences of two psychological therapies for treatment of anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2014;22:131–9. doi: 10.1002/erv.2279.
38. Mathes Wendy Foulds. Nutritional Consequences of Bulimia Nervosa. 2017. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.edcatalogue.com/nutritional-consequences-bulimia-nervosa>
39. Mathisen Therese Fostervold, Jan H Rosenvinge, Pettersen Gunn, Friborg Oddgeir, Vrabel KariAnne, Bratland-Sanda Solfrid et alt. The PED-t trial protocol: The effect of physical exercise -and dietary therapy compared with cognitive behavior therapy in treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder. *BMC Psychiatry.* 2017 May 12;17(1):180. doi: 10.1186/s12888-017-1312-4.

40. Mehler P. S., Krantz M. J., Sachs K. V. Treatments of medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Eat Disord.* 2015;3:15. doi:10.1186/s40337-015-0041-7.
41. Mehler P. S., Walsh K. Electrolyte and acid-base abnormalities associated with purging behaviors. *Int J Eat Disord.* 2016;49(3):311–318. doi:10.1002/eat.22503.
42. Melin Anna, Torstveit Monica Klungland, Burke Louise, Marks Saul, Sundgot-Borgen Jorunn. Disordered eating and eating disorders in aquatic sports. *J Sport Nutr Exerc Metab.* 2014 Aug;24(4):45–9. doi: 10.1123/ijsnem.2014-0029.
43. Milano Walter, Milano Luca, Capasso Anna. Eating Disorders in Athletes: From Risk Management to Therapy. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets.* 2020;20(1):2-14. doi: 10.2174/1871530319666190418121446.
44. Money C, Genders R, Treasure J, et al. . A brief emotion focused intervention for inpatients with anorexia nervosa: a qualitative study. *J Health Psychol.* 2011;16:947–58. doi: 10.1177/1359105310396395
45. Morris Jane, Nahman Caz. *New to Eating Disorders.* Copublisher: Royal College of Psychiatrists; 2020. 108 p.
46. NICE. *Eating disorders: recognition and treatment.* 2017. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
47. Nishizono-Maher A, Escobar-Koch T, Ringwood S, et al. . What are the top five essential features of a high quality eating disorder service? A comparison of the views of US and UK eating disorder sufferers, carers and health professionals. *Eur Eat Disord Rev.* 2011;19:411–6. doi: 10.1002/erv.1062.
48. Pettersen Gunn, Rosenvinge Jan H, Bakland Maria, Wynn Rolf, Mathisen Therese Fostervold, Sundgot-Borgen Jorunn. Patients' and therapists' experiences with a new treatment programme for eating disorders that combines physical exercise and dietary therapy: the PED-t trial. A qualitative study protocol .*BMJ Open.* 2018 Jan 8;8(1):e018708. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018708.
49. Poulsen S, Lunn S, Sandros C. Client experience of psychodynamic psychotherapy for bulimia nervosa: An interview study. *Psychother Theory Res Pract.* 2010;47:469–83. doi: 10.1037/a0021178.

50. Ravi S, Ihalainen JK, Taipale-Mikkonen RS, Kujala UM, Waller B, Mierlahti L, Lehto J, Valtonen M. Self-Reported Restrictive Eating, Eating Disorders, Menstrual Dysfunction, and Injuries in Athletes Competing at Different Levels and Sports. *Nutrients*. 2021 Sep 19;13(9):3275. doi: 10.3390/nu13093275.
51. Rauh Mitchell J, Nichols Jeanne F, Barrack Michelle T. Relationships among injury and disordered eating, menstrual dysfunction, and low bone mineral density in high school athletes: a prospective study. *J Athl Train*. May-Jun 2010;45(3):243–52. doi: 10.4085/1062-6050-45.3.243
52. Rosenvinge JH, Pettersen G. Epidemiology of eating disorders part II: an update with a special reference to the DSM-5. *Adv Eat Disord*. 2015;3:198–220. doi: 10.1080/21662630.2014.940549.
53. Ruusunen Anu, Rocks Tetyana, Jacka Felice, Loughman Amy. The gut microbiome in anorexia nervosa: relevance for nutritional rehabilitation. *Psychopharmacology (Berl)*. 2019 May;236(5):1545–1558. doi: 10.1007/s00213-018-5159-2.
54. Sachs K., Mehler P. S. Medical complications of bulimia nervosa and their treatments. *Eat Weight Disord*. 2016;21(1):13–18. doi:10.1007/s40519-015-0201-4.
55. Sánchez-Ortiz VC, House J, Munro C, et al. ‘A computer isn’t gonna judge you’: a qualitative study of users’ views of an internet-based cognitive behavioural guided self-care treatment package for bulimia nervosa and related disorders. *Eat Weight Disord*. 2011;16:e93–e101. doi: 10.1007/BF03325314
56. Silverii G A, Benvenuti F, Morandin G, Ricca V, Monami M, Mannucci E, Rotella F. Eating psychopathology in ballet dancers: a meta-analysis of observational studies. *Eat Weight Disord*. 2021 May 22. doi: 10.1007/s40519-021-01213-5.
57. Sharpe H, Griffiths S, Choo TH, Eisenberg ME, Mitchison D, Wall M, et al. The relative importance of dissatisfaction, overvaluation and preoccupation with weight and shape for predicting onset of disordered eating behaviors and

- depressive symptoms over 15 years. *Int J Eat Disord.* 2018;51(10):1168–1175. doi: 10.1002/eat.22936.
58. Stoyel Hannah, Stride Chris, Shanmuganathan-Felton Vaithehy, Serpell Lucy. Understanding risk factors for disordered eating symptomatology in athletes: A prospective study. *PLoS One.* 2021 Sep 24;16(9):e0257577. doi: 10.1371/journal.pone.0257577.
59. Sundgot-Borgen J, Rosenvinge JH, Bahr R, et al. The effect of exercise, cognitive therapy, and nutritional counseling in treating bulimia nervosa. *Med Sci Sports Exerc.* 2002;34:190–5. doi: 10.1097/00005768-200202000-00002
60. The Eating Attitudes Test. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://psychology-tools.com/test/eat-26>
61. Thein-Nissenbaum Jill M, Rauh Mitchell J, Carr Kathleen E, Loud Keith J, McGuine Timothy A. Associations between disordered eating, menstrual dysfunction, and musculoskeletal injury among high school athletes. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2011 Feb;41(2):60–9. doi: 10.2519/jospt.2011.3312.
62. The Norwegian Directorate of Health. National guidelines for treating eating disorders. 2017. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
63. Vanderlinden J, Buis H, Pieters G, et al. . Which elements in the treatment of eating disorders are necessary ‘ingredients’ in the recovery process?—A comparison between the patient’s and therapist’s view. *Eur Eat Disord Rev.* 2007;15:357–65. doi: 10.1002/erv.768.
64. Vescovi Jason D. The Menstrual Cycle and Anterior Cruciate Ligament Injury Risk. Implications of Menstrual Cycle Variability. *Sports Medicine.* 2011; 41(2):91–101. doi: 10.2165/11538570-000000000-00000.
65. Westmoreland P., Krantz M. J., Mehler P. S. (2016). Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *Am J Med.* 2016;129(1):30-37. doi:10.1016/j.amjmed.2015.06.031.

66. Why do athletes struggle with eating disorders? – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.magnolia-creek.com/eating-disorder-recovery-blog/why-do-athletes-struggle-with-eating-disorders/>
67. Wilson G.T, Grilo C.M, Vitousek K.M. Psychological treatment of eating disorders. *Am Psychol.* 2007;62:199–216. 10.1037/0003-066X.62.3.199.

Тестова методика для оцінки ймовірності нервової анорексії та булімії (EAT-26):

1. Мене лякає думка про те, що я збільшу вагу

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Дуже часто
- Завжди

2. Я утримуюсь від їжі, будучи голодним(ою)

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Дуже часто
- Завжди

3. Я знаходжу, що я поглинений думками про їжу

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Дуже часто
- Завжди

4. У мене бувають напади неконтрольного споживання їжі, під час яких я не можу зупинити себе

- Ніколи
- Рідко

- Іноді
- Часто
- Дуже часто
- Завжди

5. Я поділяю свою їжу на дрібні шматочки

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Дуже часто
- Завжди

6. Я знаю, скільки калорій у їжі, яку я їм

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Дуже часто
- Завжди

7. Я особливо утримуюся від їжі, що містить багато вуглеводів (хліб, рис, картопля)

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Дуже часто
- Завжди

8. Я відчуваю, що оточуючі хотіли би, щоб я більше їв(ла)

- Ніколи

- Рідко
- Іноді
- Часто
- Дуже часто
- Завжди

9. У мене блювотний рефлекс після їжі

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Дуже часто
- Завжди

10. Я відчуваю загострене почуття провини після їжі

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Дуже часто
- Завжди

11. Я стурбований бажанням схуднути

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Дуже часто
- Завжди

12. Коли я займаюся спортом, то думаю, що спалюю калорії

- Ніколи
- Рідко

- Іноді
- Часто
- Дуже часто
- Завжди

13. Оточуючі вважають мене занадто худим(ою)

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Дуже часто
- Завжди

14. Я стурбований думками про жир, що є в моєму тілі

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Дуже часто
- Завжди

15. На те, щоб з'їсти їжу, у мене йде більше часу, ніж в інших людей

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Дуже часто
- Завжди

16. Я утримуюсь від їжі, що містить цукор

- Ніколи
- Рідко
- Іноді

- Часто
- Дуже часто
- Завжди

17. Я їм дієтичні продукти

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Дуже часто
- Завжди

18. Я відчуваю, що питання, пов'язані з їжею, контролюють моє життя

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Дуже часто
- Завжди

19. У мене є самоконтроль у питаннях, пов'язаних із їжею

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Дуже часто
- Завжди

20. Я відчуваю, що оточуючі чинять на мене тиск, щоб я їв(а)

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто

Дуже часто

Завжди

21. Я витрачаю надто багато часу на питання, пов'язані з їжею

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

Завжди

22. Я відчуваю дискомфорт після того, як споживаю солодощі

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

Завжди

23. Я дотримуюсь дієти

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

Завжди

24. Мені подобається відчуття порожнього шлунка

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

Завжди

25. Після їжі у мене буває імпульсивне бажання її виблювати

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

Завжди

26. Я отримую задоволення, коли пробую нові та смачні страви

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

Завжди

Інтерпретація даних анкетування:

0-15 балів. Низька ймовірність наявності розладів харчової поведінки.

16-30 балів. Знижена можливість наявності розладів харчової поведінки.

31-45 балів. Середня ймовірність наявності розладів харчової поведінки.

46-60 балів. Підвищена ймовірність наявності розладів харчової поведінки.

61-75 балів. Висока ймовірність наявності розладів харчової поведінки [7].