



УКРАЇНСЬКИЙ
ІНСТИТУТ
КОГНІТИВНО-
ПОВЕДІНКОВОЇ
ТЕРАПІЇ

ДИПЛОМНА РОБОТА

ОГЛЯД СВІТОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЩОДО ПОШИРЕНOSTІ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ
ПОВЕДІНКИ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ
ТА ЕФЕКТИВНОСТІ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ.

Студентки Львів-7
Распопіної Ірини

Львів, 2021

Зміст

Умовні скорочення	4
Розділ 1	5
1.1. Вступ	5
1.2. Огляд проблеми: актуальність вивчення поширеності розладів харчової поведінки у військовій галузі, наслідки ігнорування, невчасної діагностики та лікування.	6
1.3. Розлади харчової поведінки: сучасний підхід до діагностування та лікування. Діагностичні критерії DSM V.	8
1.4. Доказові втручання і рекомендації протоколу NICE.	9
1.5. Основні фактори ризику виникнення та підтримання всіх видів харчових розладів у військовослужбовців та ветеранів збройних сил країн світу та Збройних Сил України.	13
1.5.1. Бар'єри для лікування РХП у військовій галузі.	20
1.6. Аналіз досліджень щодо розповсюдження порушень харчової поведінки у військових різних країн та ефективності групової та індивідуальної когнітивно-поведінкової терапії для лікування та полегшення симптомів.	22
Розділ 2. Емпіричне дослідження ознак порушень харчової поведінки у військовослужбовців Збройних Сил України.	33
2.1. Характеристика бази дослідження, описова характеристика учасників дослідження.	33
2.2. Характеристика методів, використаних в дослідженні.	33

2.2.1. Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ - Dutch Eating behavior Questionnaire).	33
2.2.2. EAT-26 (Eating Attitudes Test).	34
2.3. Аналіз результатів дослідження.	35
Підсумкові рефлексії.	38
Бібліографія.	42

Умовні скорочення

РХП - розлади харчової поведінки (Eating disorders)

AN - нервова анорексія (Anorexia nervosa)

BN - нервова булімія (Bulimia nervosa)

BED - нападopodobне переїдання (Binge eating disorder)

EDNOS - розлад харчової поведінки, не зазначений інакше (Eating Disorder Not Otherwise Specified) в DSM-IV-TR

UFED - неуточнене порушення харчування (Unspecified feeding or eating disorder)

OSFED - інші зазначені порушення годування або харчування (Other Specified Feeding and Eating Disorder) в DSM-5

ARFID - розлад уникнення/обмеження прийому їжі (Avoidant/restrictive food intake)

ADF - збройні сили Австралії (Australian defence force)

NHMRC – Національна Рада з питань охорони здоров'я та медичних досліджень Австралії (The National Health and Medical Research Council)

<https://www.nhmrc.gov.au>

NICE – Національний інститут здоров'я і досконалості допомоги Об'єднаного Королівства (National Institute for Health and Clinical Excellence)

<https://www.nice.org.uk/>

ЦАХАЛЬ - Армія Оборони Ізраїлю

ЗСУ - Збройні Сили України

Розділ 1

1.1. Вступ.

Розлади харчової поведінки (далі - РХП), серед яких найпоширенішими є нервова анорексія (далі - AN), булімія (далі - BN) та компульсивне переїдання (далі - BED) — надзвичайно актуальна проблема, оскільки вони мають серйозні наслідки як для психологічного та фізичного здоров'я, так і найвищий рівень смертності серед усіх психічних захворювань.

В Україні, на жаль, бракує офіційних статистичних даних стосовно поширеності цих розладів та асоційованих із ними проблем. Офіційної статистики щодо розповсюдженості РХП серед військовослужбовців Збройних Сил України поки не існує, ці розлади залишаються недостатньо вивченими серед військових та ветеранів.

Для проведення аналізу досліджень на тему поширеності РХП серед військовослужбовців збройних сил різних країн світу були використані пошукова система Google Scholar, електронні наукові бібліотеки, PubMed. Пошук відбувався з використанням комбінації пошукових термінів «eating disorder», «anorexia nervosa», «bulimia», «military», «binge eating», «army», «CBT», «navy», «air Force», «marines», «compulsive exercising», «overweight», «active duty service», «armed Forces» і «military veterans», діагнозів або симптомів харчового розладу (наприклад, блювання, використання проносних засобів, використання дієтичних таблеток і припинення їжі).

Всі статті були особисто переглянуті для визначення відповідності.

1.2. Огляд проблеми: актуальність вивчення поширеності РХП у військовій галузі, наслідки ігнорування, невчасної діагностики та лікування.

Відносно невелика кількість міжнародних досліджень присвячена порушенням харчової поведінки серед військових, чоловіків та жінок в збройних силах (порівняно, наприклад з дослідженнями ПТСР або депресії). Дані таких досліджень в США, Угорщині, Британії, Ізраїлі, Канаді, Австралії свідчать про те, що рівень розповсюдженості розладів харчування та невпорядкованого харчування може бути вищим серед військовослужбовців порівняно з цивільним населенням. Наприклад, в дослідженнях McNulty (1997), Ingram S.J., Coetzee R.H. (2012) з'ясовано, що частота нервової булімії, а також використання проносних, голодування та очищення, про які повідомляється, вищі у військових ніж серед цивільного населення. Через можливість приховувати більшість симптомів, розладів та ймовірність того, що ті, хто страждає, не будуть звертатися за медичною допомогою, можна зробити припущення, що офіційно представлена в медичних звітах частота розладів харчування серед військовослужбовців є заниженою.

Ще менше досліджень щодо впровадження та ефективності індивідуальної та групової КПТ для роботи з РХП серед військових.

Я знайшла лише одне [5] — (Rinat Carter, Dana Yanykulovitch-Levy at al., 2016), хоча, в той же час є рекомендації NICE та достатня кількість досліджень щодо ефективності КПТ для терапії AN, BN, BED, ASNOS, що вказано в результатах мета-аналізу (Linardon, J., et al., 2017) [42].

Загальновідомо, що фактори, які фокусують увагу на фігуру та вагу, збільшують ризик розвитку розладів харчової поведінки у чоловіків та жінок (Keel & Forney, 2013; Argyrides & Anastasiades & Alexiou, 2020)[11;24]. Військова служба, подібно до

професійних видів спорту, є середовищем з підвищеним ризиком небезпечної дієтичної поведінки, високою ймовірністю розвитку розладів харчування та розладів настрою (Bodell et al., 2014; Litwack et al., 2014; Pearlstein, 2002). Також, важливо відзначити, що самі по собі РХП пов'язані з підвищеним ризиком самогубства: метааналіз (не військових) показав, що стандартизовані коефіцієнти смертності від самогубств для AN і BN становлять 31 і 7,5 відповідно (Preti, Rocchi, Sisti, Camboni, & Miotto, 2011) [36].

Таким чином, військові можуть представляти групу ризику для виникнення та розвитку РХП, а субкультура військових має свої унікальні проблеми, які впливають на розлади харчової поведінки і можуть гальмувати поведінку, щодо звернення за допомогою. Також важливо враховувати, що військові часто можуть не сприймати свою порушену поведінку, свої стосунки з їжею як невідповідні, тому що багато хто з них має подібну поведінку і це вважається варіантом норми.

Ще в питанні актуальності нових клінічних досліджень, превенції, діагностики, розробки та впровадження ефективних підходів до лікування РХП у військових мені здається важливим звернути увагу на дані досліджень, які свідчать про те, що:

- ✓ члени родин та діти військових можуть мати підвищений ризик розвитку харчових розладів та пов'язаної з ними психопатології [24]. Наприклад, в дослідженні Waasdorp, C. et al. (2007) 21% дітей військовослужбовців та 26% подружжя військовослужбовців мають симптоми порушення харчової поведінки [45].
- ✓ ветерани також повідомили, що звички нездорового харчування зберігалися і після проходження військової служби, часто тому, що вони залишалися в стресі і стикалися з труднощами переходу до цивільного життя.

1.3. Розлади харчової поведінки: сучасний підхід до діагностування та лікування. Діагностичні критерії DSM V.

В розділі, присвяченому розладам харчування, DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), опублікованому Американською психіатричною асоціацією (APA) в 2013 році, виділяють наступні порушення харчової поведінки:

- нервова анорексія (Anorexia nervosa);
- нервова булімія (Bulimia nervosa);
- нападopodobне переїдання (Binge eating disorder);
- розлад уникнення/обмеження прийому їжі (ARFID);
- інші зазначені розлади харчування та споживання їжі (OSFED), або «Неуточнений розлад харчової поведінки» (UFED), відомі раніше як EDNOS: атипова нервова анорексія, підпорогова нервова булімія, розлад очищення, синдром нічного харчування.

Порушення харчування характеризуються значними порушеннями в харчовій поведінці та регулюванні ваги. Вони часто співіснують з іншими розладами, такими як депресія, тривожність та зловживання наркотичними речовинами.

Таблиця 1. Ключові діагностичні ознаки основних розладів харчової поведінки [34]

	Нервова анорексія	Нервова булімія	Нападopodobне переїдання	Розлад уникнення/ обмеження прийому їжі
Харчування	Жорстке обмеження	Нерегулярне; часті пропуски прийомів їжі поряд з обмеженнями	Нерегулярне, але без особливих обмежень	Суворе обмеження всіх або певних видів їжі
Вага	Недостатня	Нормальна або надлишкова	Нормальна або надлишкова	Недостатня вага; можлива нестача поживних речовин
Образ тіла	Має надмірно велике значення; «страх повноти» може бути наявним, але не обов'язково	Має надмірно велике значення	Має надмірно велике значення — можливо, але не обов'язково	Без перебільшень
Напади переїдання	Можливі	Регулярні, з компенсацією	Регулярні, без компенсації	Немає даних
Схильність до штучного очищення організму, голодування, одержимість фізичними вправами для суворого контролю ваги	Наявна щонайменше одна із зазначених моделей поведінки	Регулярні як компенсаторна поведінка	Нерегулярні	Немає

Адаптовано згідно з Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Internal Medicine Journal*. 2020 Jan. Vol. 5, № 1. P. 24–29.

1.4. Доказові втручання і рекомендації протоколу NICE

Відповідно до рекомендацій NICE, особи з розладами харчової поведінки мають бути вчасно продіагностовані та проліковані за найближчої нагоди, оскільки ці порушення є потенційно небезпечними для життя. Для відновлення нормальної харчової поведінки та харчування необхідне лікування, що може включати психотерапію, медичну допомогу, консультування з питань харчування та ліки.

Згідно рекомендаціям NICE (2017, 2020) когнітивно-поведінкова терапія (CBT або CBT-E, Fairburn, 2003, 2008) є одним з найбільш успішних методів лікування розладів харчової поведінки та вибором терапії першої лінії. [3]

Дані щодо ефективності CBT-E (Fairburn, 2007, 2013) – 75% ефекту при РХП з ІМТ більше 17.5, та 64% при ІМТ менше 17.5.

Анорексія (AN) характеризується сильним страхом набору ваги, спотвореним образом тіла та обмеженою поведінкою в їжі.

Якщо стан пацієнта не потребує госпіталізації до реанімаційного відділення, для дорослих рекомендовано один із трьох нижчевказаних видів психологічного лікування:

- індивідуальна когнітивно-поведінкова терапія, сфокусована на лікуванні розладів харчової поведінки (CBT-ED) (Fairburn, 2008);
- психотерапія Модслі для лікування нервової анорексії у дорослих (MANTRA);
- підтримуюче клінічне лікування анорексії під контролем фахівців (SSCM).

Лікування	Тривалість та частота	Терапія спрямована на:
Індивідуальна CBT-ED	До 40 сесій упродовж 40	• пояснення ризиків недоїдання та дефіциту ваги, зменшення ризику для

	<p>тижнів, тобто раз на тиждень.</p> <p>Перші 2-3 тижні можна проводити по дві сесії на тиждень.</p>	<p>фізичного здоров'я та будь-яких інших симптомів ED,</p> <ul style="list-style-type: none"> • заохочення до здорового харчування та досягнення здорової ваги тіла, • створення індивідуального плану лікування на основі процесів, які підтримують ED; • тренування навичку самоконтролю за споживанням їжі та пов'язаними з цим думками та почуттями; • зміну патернів харчування, когнітивне реструктурування, регуляцію настрою; • тренінг соціальних навичок, зміну переконань у сприйнятті власного тіла, підвищення самоефективності та самоцінності; • профілактику рецидивів; • допомогу людині практикувати нові звички у своєму повсякденному житті.
--	--	---

Булімія (BN) характеризується регулярними періодами неконтрольованого переїдання, що супроводжується певною формою очищення (наприклад, самостійне викликання блювоти, зловживання проносними або діуретиками, сувора дієта, голодування, надмірні фізичні вправи) з метою запобігання набору ваги. Відрізняється від нервової анорексії як розлад тим, що включає епізоди переїдання та очищення на відміну від обмеження.

Для лікування нервової булімії у дорослих NICE рекомендує спочатку використовувати так звану керовану самодопомогу (Guided self-help, GSH). У випадку, якщо самодопомога неприйнятна, протипоказана, яким-небудь чином не влаштовує пацієнта, або протягом 4 тижнів не продемонструвала свою

ефективність, NICE рекомендує курс повноцінної когнітивно-поведінкової терапії - CBT-ED.

Лікування	Тривалість та частота	Терапія спрямована на:
Керована (терапевтом) самодопомога, сфокусована на булімію	16 тижнів, спочатку щотижня + короткі підтримуючі сесії з терапевтом (4-9 сесій тривалістю 20 хв.).	Використання матеріалів для самодопомоги на основі когнітивно-поведінкового підходу для розладів харчування.
Індивідуальна CBT-ED	До 20 сесій упродовж 20 тижнів, тобто раз на тиждень. Перші 2-3 тижні можна проводити по дві сесії на тиждень.	<ul style="list-style-type: none"> • залучення в терапію та психоедукація; • встановлення звичного режиму харчування та надання заохочень, порад та підтримки; • спостереження за цим, звертаючись до психопатології харчових розладів (наприклад, крайніх обмежень дієти, занепокоєнні з приводу форми та ваги тіла та схильності до переїдання у відповідь на важкі думки та почуття); • підтримку позитивних змін та мінімізацію ризику рецидивів; • залучення, за необхідності, підтримуючих значущих людей для допомоги в індивідуальному лікуванні.

Нападоподібне переїдання (BED) характеризується періодичними епізодами неконтрольованого прийому великої кількості їжі, часто до дискомфорту і пов'язані з почуттям втрати контролю, і почуттям провини. Їжа використовується, щоб впоратися із заниженою самооцінкою, стресом, емоційними конфліктами та

безсиллям. Люди з BED не обов'язково мають «зайву вагу»; вони можуть бути будь-якої форми або розміру [13].

Як і у випадку з булімією, для дорослих NICE спочатку рекомендує використовувати керовану терапевтом самодопомогу, сфокусовану на BED. У випадку, якщо самодопомога неприйнятна, протипоказана або неефективна через 4 тижні, NICE рекомендує запропонувати курс групової когнітивно-поведінкової терапії CBT-ED. Якщо особа відмовляється від неї, NICE рекомендує розглянути можливість індивідуальної CBT-ED.

Лікування	Тривалість та частота	Терапія спрямована на:
Керована (терапевтом) самодопомога, сфокусована на BED	16 тижнів, спочатку щотижня + короткі підтримуючі сесії з терапевтом (4-9 сесій тривалістю 20 хв.).	Використання матеріалів для самодопомоги на основі когнітивно-поведінкового підходу для розладів харчування. Зосередження уваги виключно на дотриманні людиною програми самодопомоги.
Групова CBT-ED	16 тижневих 90-хвилинних групових занять протягом 4 місяців.	<ul style="list-style-type: none"> • зосередження уваги на психоедукації, самоконтролі харчової поведінки та допомозі людині аналізувати свої проблеми та цілі; • включає складання щоденного плану прийому їжі та визначення ознак переїдання; • включає тілесні експозиції та допомагає людині виявити та змінити негативні переконання про своє тіло; • допомагає уникнути рецидивів та подолати поточні та майбутні ризики, навчитись помічати та толерувати тригери.

Індивідуальна CBT-ED	16–20 сесій	<ul style="list-style-type: none"> • розробку формулювання психологічних проблем людини, щоб визначити дієтичну поведінку та емоційні фактори, що сприяють переїданню; • на основі формулювання: радити людям їсти регулярні страви та закуски, щоб уникнути почуття голоду, помічати та забирати емоційні тригери, пов'язані із переїданням, використовуючи когнітивну реструктуризацію, поведінкові експерименти та експозиції; • щотижневий моніторинг переїдання, раціону харчування та ваги; • вирішування проблем у сприйнятті власного тіла, якщо вони є; • пояснення людині, що, хоча CBT-ED не націлений на втрату ваги, припинення компульсивного вживання їжі може мати такий ефект у довгостроковій перспективі; • порадити людині не намагатися схуднути (наприклад, за допомогою дієти) під час лікування, тому що це може спричинити тригерування BED.
-------------------------	-------------	---

Для людей з OSFED потрібно розглянути можливість використання методів лікування більш подібного харчового розладу.

1.5. Основні фактори ризику виникнення та підтримання всіх видів харчових розладів у військовослужбовців та ветеранів збройних сил.

Спробу виділити унікальні аспекти досвіду військових, пов'язані з розвитком та лікуванням нервової анорексії, нервової булімії та нападоподібного переїдання.

При проведенні інтерв'ю з ветеранами (Smith C, Klosterbuer A, & Levine AS, 2009) було визначено п'ять основних тем, в кожній з яких є фактори, що впливають

на розвиток, підтримку та труднощі в лікуванні порушень харчової поведінки, а саме:

- (1) військова служба впливає на умови харчування ввійськовослужбовців,
- (2) нестабільність харчування впливає на харчову поведінку та вибір їжі,
- (3) військова служба впливає на вагу під час та після закінчення військової служби,
- (4) військова служба має наслідки для здоров'я,
- (5) необхідні рішення щодо переналаштування після закінчення військової служби, щоб полегшити повернення та реадаптацію до цивільного життя.

Отже, основні фактори ризику виникнення та підтримання всіх видів харчових розладів у військовослужбовців:

1) Службова необхідність підтримувати фізичну форму, загальновійськовий зовнішній вигляд (затверджені нормативними документами вимоги до зовнішнього вигляду), стандарти ваги та тілесні параметри.

Наприклад, Збройні сили США вимагають від військовослужбовців підтримувати фізичну форму, щоб підвищити свою бойову ефективність та зменшити ризик отримання травм (Naghii, 2006). З огляду на фізичні вимоги, пов'язані з військовою службою, необхідність дотримання таких стандартів зрозуміла. Однак військова культура також породжує норми, які сприяють підтриманню худорлявої або м'язової зовнішності, незалежно від фактичної фізичної підготовленості, індексу маси тіла (ІМТ) або відсотка жиру.

Ще один момент, що варто враховувати і це теж потребує досліджень – чоловіки та жінки вразливі до РХП, що мають високі вимоги до свого тіла\ваги та можливо вже використовують дієтичну\компенсаторну поведінку, можуть самостійно обирати військову службу саме за акцент на вимогах до фізичної форми.

2) Виснажлива фізична підготовка і вимоги.

На додаток до стандартів фізичної підготовленості [51] (наприклад, необхідна кількість повторень деякого комплексу вправ: віджимань (згинання та розгинання рук в упорі лежачи) і присідань або час, щоб виконати двокілометровий пробіг), від військовослужбовців очікується підтримка стандартів ваги на зріст та максимально допустимих відсотків жиру. Невиконання цих стандартів (незалежно від результатів тестів на фізичну підготовленість) може призвести до негативних наслідків, таких як відмова у можливостях просування по службі та звільнення.

Дослідники розладів харчової поведінки та спеціалісти-терапевти вважають, що булімічні симптоми частіше проявляються у військових саме через вимоги до рівня фізичної підготовки. Від 3 до 9% жінок-військовослужбовців та від 3 до 4% чоловіків-військовослужбовців повідомляють про булімічну поведінку, випадки очищення, такі як блювота або вживання проносних [12]. Ці показники вищі за поширеність, ніж те, що повідомляється цивільними, невійськовими громадянами США.

3) Для жінок: необхідність відповідати військовим вимогам до ваги загалом і після пологів.

У військовому середовищі, де домінують чоловіки, жінки можуть відчувати значний тиск, щоб виконати стандарти фізичної працездатності, еквівалентні їх колегам-чоловікам, а також як і раніше уразливі перед тиском суспільства мати модельну зовнішність. Учасниці досліджень повідомляли, що харчові звички, отримані в армії, залишаються і після завершення служби і ускладнюють соціалізацію і перехід до більш впорядкованого харчування.

Систематичний огляд, що накопичує дані про поширеність розладів харчування у Збройних силах США, показав для жінок-військовослужбовців

поширеність нервової анорексії, що коливалась від 0,2% до 1,6% та 0,71% до 9,7% для булімії.

Поширеність BED серед жінок-військовослужбовців становить приблизно 19% у трьох дослідженнях, на відміну від 12-16% серед цивільних жінок [12].

4) Звання та просування по службі.

Наявність розладу харчової поведінки або окремих симптомів РХП може обмежити можливість кар'єрного росту в збройних силах, що може впливати на загальну якість життя військовослужбовця та членів їхніх родин.

Наприклад, в дослідженні (Andrew Christian, Bina Parekh, Gilly Koritzky, 2020) респонденти висловили меншу готовність рекомендувати солдата з надмірною вагою для підвищення, незважаючи на те, що він отримав дані, які вказували на його відповідність усім необхідним вимогам. А опитування (McCowen, 2003) показало, що старші керівники Військового коледжу армії США пов'язують зовнішній вигляд із надмірною вагою з поганими лідерськими навичками, відсутністю самодисципліни та низькою здатністю до наставництва підлеглих.

5) Обов'язкові піврічні індивідуальні оцінки фізичної готовності.

Дослідження показали, що випадки очищення, такі як блювота або вживання проносних для схуднення у військовослужбовців зростає перед здачею тестів фізичної підготовленості [12].

6) Регулярні перевірки стану фізичної підготовки та зважування.

Хоча надмірна вага не обов'язково є синонімом слова «ожиріння», важливо враховувати це, щоб не виключати придатних потенційних новобранців, ІМТ яких становить від 25,0 до 29,9, що офіційно не входить у діапазон здорової ваги, якщо вони адепти бодібілдингу. Надмірна вага може бути наслідком надмірної кількості

жиру в організмі, або високого рівня розвитку м'язів («м'язова гіпертрофія»), або від поєднання цих умов.

Наприклад, ADF (Australian defence force) визнає наступні вагові категорії на основі ІМТ: недостатня вага (<18,5); здоровий діапазон ваги (18,5–24,9); надмірна вага (25,0–29,9); ожиріння 1-го класу (30,0–34,9); ожиріння II класу (35,0–39,9) і ожирінням III класу (> 40,0). Національна рада з питань охорони здоров'я та медичних досліджень (NHMRC, 2003) зазначила, що ІМТ є обмеженням, враховуючи його нездатність «відрізнити жирову масу від нежирової маси», а також «відобразити розподіл жиру в організмі». Для ІМТ <35, NHMRC (2003:с. 47) рекомендували вимірювати окружність талії разом з вагою та зростом.

7) Акцент на дисципліні та поведінці, заснованій на правилах та наказах. Військова культура цінує людей, які мають видимий контроль над собою, своєю поведінкою та своїм фізичним та емоційним станом. У культурі, яка цінує ці риси, сором і почуття провини, завдані тим, хто їх «втратив», можуть завдати шкоди як окремій людині, так і їхній кар'єрі.

8) Колективна робота.

Військовослужбовці мають певну спеціальність та посаду, тому коли вони знаходяться на певній базі/військовому підрозділі, вони є однією з небагатьох, або, можливо, єдиною людиною, яка навчена виконувати конкретну роботу. Таким чином, складно планувати відпочинок або звернення до психолога\медичного персоналу, оскільки ніхто не може виконати роботу, яку їм належить робити. Як результат, військовослужбовці можуть відчувати тиск не шукати лікування та не брати участь у лікуванні, побоюючись, що вони «підведуть» свій підрозділ.

9) Невпорядковане харчування та харчові звички: швидке, нерегулярне, непомірне.

Військові мають викривлені стосунки з їжею, часті коливання від необхідності споживати велику кількість їжі, визначеної норми калоражу, безвідносно до почуття голоду протягом коротких періодів на базових тренуваннях або просто перебування на базі, до екстремального дефіциту калорій у деяких видах військових тренувань та в умовах бойових дій. Все це може мати тривалий вплив на ставлення до їжі і харчові звички. Також, рідко є можливість обирати їжу менш насичену жирами або швидкими вуглеводами. Немає можливості обирати їжу, прислухаючись до потреб та зважаючи на енерговитрати.

10) Травми: військові, сексуальні.

Травма в анамнезі була поширеною у військових та ветеранів, яким діагностовано розлад харчової поведінки (Brooke A. Bartlett, Karen S. Mitchell, 2015) [37]. Це свідчить про те, що травматичний досвід, пов'язаний з проходженням військової служби, крім бойових дій (наприклад, нещасний випадок, травматична втрата чи моральна травма) може бути найбільш сильно пов'язаний з РХП.

11) Участь в бойових діях. Підвищена можливість піддаватися насильству або бути свідком; спостерігати смерть та заподіяння шкоди собі чи іншим під час бою; вбивства під час бою [15]. Є дослідження (Bodell et al., 2014), що жінки-військовослужбовці, які були у відрядженнях \ місіях та мали досвід бойових дій, майже вдвічі частіше розвивали розлади харчування, як жінки, які були у відрядженнях \ місіях, але не мали бойового досвіду.

12) Унікальні труднощі, пов'язані з військовими умовами.

Наприклад, військовослужбовці, які стикалися з нестабільним харчуванням під час служби, наприклад, члени розвідувальних підрозділів та учасники спецоперацій, мають підвищений ризик нападоподібного переїдання (Smith et al., 2009).

13) Культурне стигматизоване ставлення до ожиріння.

Хоча тільки в армії США рівень надмірної ваги і ожиріння потроївся за останні 15 років, а на 2017 рік більшість військовослужбовців зараз мають надлишкову вагу або страждають ожирінням [20;21], надмірний жир в організмі «означає відсутність особистої дисципліни», «відволікає від військового виду» та «може вказувати на незадовільний стан здоров'я, фізичної підготовки або витривалості» [4].

В дослідженні (Andrew Christian, Bina Parekh, Gilly Koritzky, 2020) респонденти-військовослужбовці також зазначили, що вони будуть менш гордими тим, що в їхньому загоні є солдат із надмірною вагою, порівняно з тими, хто розглядав солдата з нормальною вагою з однаковими можливостями та досягненнями. Було встановлено, що військові ветерани, як правило, переїдають більше, коли піддаються впливу оточення, а також узагальнюють упередження та стигматизацію ваги (Rosenberger and Dorflinger, 2013).

14) Бажання уникнути переслідувань з боку командирів.

Інститут медицини США (2003) встановив, що однією з основних причин, за якою військовослужбовці розпочинають дієтичну поведінку, були домагання з боку командирів, пов'язані з вагою.

15) Надзвичайний стрес від відсутності вдома та перебування у бойових ситуаціях або ситуаціях, що загрожують життю та здоров'ю, можуть призвести до виникнення шкідливих механізмів подолання стресу внаслідок травматичних подій, що збільшує вірогідність нездорової харчової поведінки та використання їжі як механізм подолання травматичних та / або стресових переживань.

1.5.1. Бар'єри для лікування РХП у військовій галузі.

Але, незважаючи на те, що з'являється інформація щодо окремих факторів ризику, наразі не існує національних програм лікування розладів харчування, розроблених спеціально для цієї популяції. Наприклад, в Конгресі США ще з 2019 року знаходиться законопроект [46], що вимагає більш широкого доступу військових до лікування розладів харчової поведінки.

Важливим в проблемі лікування є нехватка часу на виявлення, недосвідченість або упередженість представників медичних та психологічних служб в діагностиці саме РХП, бо окрім анорексії з очевидною втратою ваги, розлади харчової поведінки можуть мати нетипові прояви, що ускладнює діагностику та відтермінує лікування. Для військових є багато перешкод для отримання цього через те, що їхня страхова та медична інформація настільки тісно пов'язана з їх роботою, а також через труднощі у використанні вільного часу.

Лікування РХП не є швидким процесом і може зайняти місяці чи роки інтенсивного лікування залежно від тяжкості розладу. Для тих, хто страждає анорексією, це може зайняти ще більше часу, оскільки може знадобитися медична стабілізація, перш ніж вони зможуть навіть почати глибшу роботу з вивчення того, які моделі мислення та переконання сприяють їхній небезпечній харчовій поведінці.

Також труднощі для людей, які залишають лікування, створює повернення назад у середовище, яке може не підтримувати їх фізичні вправи та харчову поведінку, орієнтовані на відновлення.

Для військовослужбовців, які мають проблеми з нападopodobним переїданням або булімією, лікування може бути особливо складним. Незважаючи на різницю між BN та BED щодо поведінки, пов'язаної з розладами харчової поведінки, ці два

розлади, схоже, мають спільні трансдіагностичні механізми, які беруть участь у підтримці патології ЕД: переоцінка форми, ваги та прийому їжі, що супроводжуються перфекціонізмом (Fairburn et al., 2003).

Відновлення може змінити вагу або фізичну підготовленість, і цей новий спосіб життя може не відповідати їхнім військовим вимогам. Лікування розладів харчової поведінки для всіх військових повинно включати вивчення цих протилежних цінностей та тренінг щодо того, як люди можуть захищати своє психічне та емоційне здоров'я, коли стикаються зі специфічною субкультурою чи керівництвом, яке може не розуміти.

І хоча наявність діагнозу харчових розладів позбавляють громадян США права вступу на військову службу, щороку в армії діагностуються сотні випадків.

В травні 2014 журналістка Rewire News Group отримала відповідь на офіційний запит згідно Freedom of Information Act 1966, FOIA від ВПС США, який повідомив, що між 2007 і 2012 роками 865 військовослужбовцям було поставлено діагноз та призначене лікування РХП. За цей час шість військовослужбовців з діагнозом булімія були звільнені без пільг, тоді як 16 військовослужбовців були звільнені з вихідною виплатою, а 23 військовослужбовці пішли у відставку (14 осіб повернулися на службу). З тих службовців, у яких діагностовано анорексію, семеро повернулися на службу, семеро були звільнені без пільг, а сім звільнені без вихідної допомоги. Вісім військовослужбовців з діагнозом анорексія вийшли на пенсію [38].

Все це вказує на важливість та необхідність подальшого вивчення, ефективного скринінгу, профілактики, консультування та раннього втручання для лікування РХП та окремих симптомів серед військовослужбовців, до того, як буде зменшено їхню ефективність. Також важливо проводити психоедукаційну роботу з членами сім'ї

військових, повідомляти їм про попереджувальні ознаки порушень харчової поведінки та харчування, оскільки часто вони є непомітними.

Військові готові жертвувати собою заради інших в справі захисту країни, але їм не потрібно постійно під час служби жертвувати своїм фізичним або психічним здоров'ям. Вони без сумніву заслуговують на здорові стосунки із собою, своїм розумом та своїм тілом та повинні отримувати адекватне та ефективне лікування, якщо їм це потрібно.

Є надія, що підвищення рівня знань про симптоми розладу харчової поведінки та доступність до програм КПТ може допомогти змінити це, оскільки з'явиться можливість моделювати позитивні відносини з фізичними вправами та їжею, ефективні, але безпечні способи виконання вимог щодо фізичної підготовленості та розпізнавати, якщо військовий демонструє ознаки будь-які ознаки РХП і потребує допомоги.

1.6. Аналіз досліджень щодо розповсюдження порушень харчової поведінки у військових різних країн та ефективності групової та індивідуальної когнітивно-поведінкової терапії для лікування та полегшення симптомів.

1. Дослідження впливу КПТ у груповому форматі (16 щотижневих сеансів та однієї бустерної сесії) на жінок-солдаток ЦАХАЛЬ з діагнозом BN та EDNOS [5].

64 учасниці заповнювали анкети на початковому етапі та після опитування, що оцінювали симптоми, пов'язані з харчуванням, депресію, тривогу та загальне функціонування. 42 учасниці (65,6%) закінчили лікування, а 22 учасники (34,4%) - ні. Загалом 39 осіб, які завершили лікування (92,8% осіб, які завершили лікування), та 19 осіб, які не завершили лікування (86,4% осіб, які не завершили лікування), були

оцінені на наявність симптомів, пов'язаних з харчуванням, приблизно через 12 місяців після завершення терапії.

Суттєве покращення від вихідного рівня до лікування після лікування було продемонстровано щодо переїдання\очищення та обмежувальних симптомів, депресії, тривоги та загального функціонування. На той час більше третини осіб, які закінчили лікування, утримувались від переїдання, та більше половини від очищення. Поліпшення рівня binge/purge зберігалися протягом 1 року спостереження після завершення лікування. На той час близько 60% утримувались від переїдання і більше 70% від очищення. Учасники, які не закінчили лікування, також виявили покращення, але в меншій мірі. Результати цього дослідження дозволяють припустити, що група КПТ може бути ефективною для лікування жінок-солдат з BN та EDNOS- binge/purge.

2. Дослідження впливу обов'язкової служби в Армії Оборони Ізраїлю (Цахаль) на розвиток розладів харчування серед молодих жінок-солдат.

Розповіді 19 жінок-солдаток Цахаль із минулими чи наявними РХП, були якісно проаналізовані на наявність факторів, пов'язаних з негативним та позитивним досвідом військової служби [6].

Отримані дані виявляють, що для молодих жінок-солдатів з РХП або сприйнятливостю до РХП суб'єктивний досвід призначення військових ролей має важливі емоційні та поведінкові наслідки для здоров'я. Уявлена несумісність із призначеними військовими ролями виявилась найважливішим фактором негативного досвіду служби і була пов'язана із погіршенням РХП, натомість, сенс і мета були вказані як найважливіший фактор позитивного досвіду служби.

3. Amanda J. Antczak & Teresa L. Brininger в 2008 році провели дослідження, щоб виявити частоту виникнення трьох типів розладів харчування: AN, BN та EDNOS, діагностованих у американських військових.

Це перше відоме дослідження, яке досліджувало частоту РХП у військовослужбовців за допомогою даних медичних записів з Defense Medical Epidemiology Database за 1998–2006 роки. Середній відсоток військовослужбовців із діагнозом розлад харчової поведінки становив 0,30% на рік. Порівняно з 1998 роком відсоток діагностованих РХП збільшився з 0.23% до 0.41% у 2006 році ($p < .001$). У жінок РХП діагностували значно більше, ніж у чоловіків ($p < .001$). Більшість випадків нервової анорексії (66%) були в морській піхоті. Жінки, особливо білі, мають більшу частоту порушень харчової поведінки [39].

Ще одне дослідження виявило високі показники (37,9%) невдоволення тілом та попередньої непорядкованої поведінки у харчуванні (77%) у вибірці молодих жінок-призовників морської піхоти. Порушенням харчування страждають як чоловіки, так і жінки у всіх військових галузях, однак дослідження показує, що у жінок-військовослужбовців в шість разів частіше діагностують BN, ніж у жінок у загальній популяції, і серед жінок-морських піхотинців їх ще більше.

Дослідження військових США показують, що у морських піхотинців та спецпризначенців (перші військові, які перебувають на місцях під час конфлікту), частіше, ніж у військових інших підрозділів діагностують порушення харчування та РХП.

4. У цьому дослідженні вивчалася поширеність AN, BN та NOS серед великої вибірки жінок (N = 1278), діючих військовослужбовців, які зараз проходять службу в армії, на флоті, повітряних силах та морській піхоті (Окінаві, Японія).

Дослідження показало загальну поширеність 1,1% для AN, 8,1% для BN та 62,8% для NOS серед усіх жінок військовослужбовців. Однак виявлено, що серед жінок у морській піхоті показники були значно вищими: AN у 4,9%, BN у 15,9% та NOS у 76,7%. Використання проносних, діуретиків, таблеток для схуднення, блювоти та голодування зростало під час періодів вимірювання тіла, перевірки рівня фізичної підготовки для всіх служб, але цілорічне використання багатьох з цих способів поведінки відбувалося із значно вищими показниками серед жінок-морських піхотинців ($p = 0,000$) [40].

5. Метою дослідження було визначити поширеність та ризики факторів непорядкованого харчування в популяції солдатів початкового рівня армії США — 1090 добровольців (955 чоловіків та 135 жінок) на полігоні Абердін, штат Меріленд.

Було проведене анонімне опитування, що включало вивчення демографічних факторів і дослідження минулого (включаючи випадки жорстокого поводження, сексуального насильства та психіатричне лікування), та тест на ставлення до харчування EAT-26.

Результати: Середній вік учасників був 20,9 років (SD, 3,53 року), з діапазоном від 17 до 37 років. Сорок відсотків мали надлишкову вагу ($IMT \geq 25$), майже 5% страждали ожирінням ($IMT \geq 30$). 11% повідомили про психіатричний анамнез, 26% повідомили про історію зловживання, і 9,8% усіх респондентів відповідали

критеріям невідповідного харчування, як визначено в EAT-26 (чоловіки, 7,0%; жінки, 29,6%).

Висновки продемонстрували, що невідповідне харчування, а також погані харчові звички та відсутність фізичних вправ є поширеним явищем у цій популяції початкового рівня. Жіноча стать, історія попереднього лікування психічного здоров'я, поточна вага передбачали підвищений ризик порушення харчування [9].

6. Метою дослідження було оцінити поширеність порушень харчової поведінки у жінок, які виконують військовий обов'язок.

Учасниці дослідження — 423 жінки у віці 17–53 років, які перебувають на службі в армії, заповнили опитувальник (EDI) та пройшли скринінг з використанням критеріїв DSM-IV: 1) відсутність розладів харчування, 2) AN, 3) BN, 4) BED, 5) Ситуаційний розлад харчової поведінки (будь-яке порушення харчової поведінки, що узгоджується з розладом харчової поведінки NOS, якщо практикується з перервами та у відповідь на зовнішній тиск, наприклад, військові зважування або перевірка рівня фізичної підготовки), 6) Розлад харчування, не зазначений інакше (ED-NOS).

З них 142 (33,6%) відповідали критеріям скринінгу на предмет "ризик" щодо порушення харчової поведінки та пройшли співбесіду, за результатами якої у 8% з них діагностували РХП.

Жінки з розладами харчової поведінки також займалися спортом, відчували незадоволення своєю вагою та образом тіла, мали більший потяг до худорлявості, мали більш булімічну поведінку та відчували значно більший тиск щодо своєї ваги, ніж жінки без розладів харчування. Крім того, вони також мали значно вищі

показники по підшкалах «Стремління до стрункості», «Булімія» та «Невдоволення тілом» [41].

7. Два дослідження 2004-2013 та 2013-2017 продемонстрували, що рівень захворюваності на РХП неухильно зростав у період з 2013 по 2016 р., після чого відсоткові ставки трохи знизились.

- 3527 військовослужбовців отримали діагнози AN (найменше), BN (найбільше) або EDNOS. Загальний рівень захворюваності становив 2,5 випадки на 10 000 [48].

Рівень захворюваності у жінок у 20 раз вище, ніж у чоловіків. Вищі показники були виявлені серед молодших вікових груп та в морській піхоті в порівнянні з відповідними колегами. Рівень захворюваності та поширеність цих розладів у військовослужбовців був нижчим, ніж оцінки досліджень цивільного населення.

- 1788 активних військовослужбовців отримали діагнози одного з розладів харчування: AN, BN (46,4% усіх випадів) або EDNOS. Загальний рівень захворюваності на будь-які РХП становив 2,7 випадків на 10 000. Більше двох третин випадків (67,5%) – жінки [49].

Рівень захворюваності у жінок в 11 раз вище, ніж у чоловіків. Загальні показники були найвищими серед військових наймолодших вікових груп (29 років і молодші). Результати поточного дослідження дозволяють стверджувати, що рівень захворюваності та поширеність цих розладів у військовослужбовців порівняний з показниками в цивільного населення в цілому, і що показники цих розладів потенційно зростають серед військовослужбовців.

8. Найбільше якісне дослідження (Smith C, Klosterbuer A, & Levine AS, 2009) військового досвіду та харчових звичок виявило взаємозв'язок між стресом, травмою, і невпорядкованим харчуванням.

Ціллю також було дослідити, чи впливає проходження військової служби на післявійськову харчову поведінку, і чи обумовлюють особливості харчування на службі, а саме: позитивні асоціації з переїданням, обмежений доступ до їжі, необхідність швидко їсти під час перебування в таборі, - високу захворюваність на ожиріння, виявлену у ветеранів [1].

Поглиблені співбесіди були проведені з чоловіками-ветеранами (n = 64) із середнім віком 57 років. Близько половини випробовуваних проходили військову службу під час війни у В'єтнамі, інші служили під час Другої світової війни, Корейської війни, Бурі в пустелі чи інших конфліктів.

Середній ІМТ становив 30,5 +/-6,7 кг/м (2). Лише 12,5% учасників були класифіковані як ті, що мають нормальну вагу, тоді як 37,5% мали надлишкову вагу, 46,9% страждали ожирінням, а 3,1% - надмірним ожирінням.

9. В оглядовому дослідженні 4800 чоловіків військово-морського флоту США (анонімні опитування повернули 28% потенційних суб'єктів (N = 1425)), виявлена поширеність 2,5% для AN, 6,8% для BN та 40,8% для NOS серед активних військовослужбовців ВМС.

AN та BN існували без різниці серед усіх активних військовослужбовців незалежно від рангу, посади чи віку. Використання проносних, діуретиків, таблеток для схуднення, блювоти та голодування за стандартами збільшувалось протягом

періодів вимірювання тіла та фізичної форми, але цілорічне використання цих методів існувало з тривожними показниками.

Була використана адаптована версія «Інвентаризації розладів харчування», яка є показником психологічних та поведінкових особливостей, що часто зустрічаються при нервовій анорексії та булімії, і вивчено 29 факторів навколишнього середовища, багато з яких характерні саме для військових.

Статистично важливі провісники асоційованого розладу харчування:

- 1) блювота протягом періоду фітнес-тестування чи вимірювання тіла,
- 2) використання проносних препаратів у поточному періоді,
- 3) попередній анамнез або сімейний анамнез розладу харчової поведінки.

Інші фактори навколишнього середовища, що мали велике значення для учасників опитування, включали: (1) самовідчуття надмірної ваги, (2) постійне чергування змін, (3) відсутність їжі з низьким вмістом жиру, (4) призначення на корабель або підводний човен, (5) відсутність часу на фізичну підготовку за винятком випадків, коли вони не чергують [27].

10. Надмірні фізичні навантаження, що поширені серед військових, провокують те, що багато людей, які борються з непорядкованим харчуванням, також борються з MD, підтипом BDD.

BDD характеризується нав'язливим мисленням про ваду, яку зазвичай уявляють, або, якщо вона присутня, навряд чи помітна для інших, зачіпає приблизно від 1,7 відсотка до 2,4 відсотка нормальної популяції, з приблизно рівним розподілом серед чоловіків та жінок.

Метою дослідження (Campragna, J. D., & Bowsheer, 2016) було, по-перше, визначити поширеність серед військовослужбовців США дисморфічного розладу

(BDD) та м'язової дисморфії (MD), що відзначається негативним іміджем тіла та нав'язливим бажанням мати м'язову фігуру; а по-друге, визначити вживання добавок та взаємозв'язок з BDD та MD.

З 1320 військових особового складу у Форт Сем Х'юстон, штат Техас, до яких звернулись, 1150 (87,1%) пройшли опитування, а саме заповнили опитувальник щодо проблем дисморфії, опитувальник симптомів MD, додаткову анкету та анкету вивчення демографічних факторів. Більшість учасників були чоловіки, 62,8% (n = 722). Рівень поширеності BDD становив 13,0% у чоловіків та 21,7% у жінок. Поширеність MD становила 12,7% серед чоловіків та 4,2% серед жінок. Існувала сильна кореляція між наявністю BDD та використанням добавок для схуднення та MD, щоб стати більш м'язистим [23].

Тож дослідження показує вищий за очікуваний рівень поширеності BDD та MD серед військових [22].

11. Булімія часто спостерігається серед військових Збройних сил Великобританії. Ingram S.J., Coetzee R.H., 2012 розглядають діагностику, лікування та клінічні міркування щодо лікування цього стану в первинній медичній допомозі в Збройних Силах [8].

Наскільки мені вдалось дослідити, не має окремих даних про поширеність саме розладів харчової поведінки в збройних силах Великобританії. І це вимагає подальших досліджень. Але є посилання на те, що для діагностики та лікування рекомендується використовувати настанови NICE.

12. Дослідження 2003-2009 років було спрямовано на виявлення факторів, пов'язаних з непередбачуваною зміною ваги 6352 колишніх військовослужбовців збройних сил Великобританії [7].

Опитування-самомоніторинг щодо соціально-демографічних, специфічних військових факторів та психічних характеристик здоров'я, а також скринінг загальних розладів психічного здоров'я проводили на початковому етапі (2003-2005р.р.) та подальшого спостереження (2007-2009 рр.).

Крім того, учасників попросили повідомити про непередбачені коливання ваги (жодного, <або> ніж 10 фунтів за останній місяць).

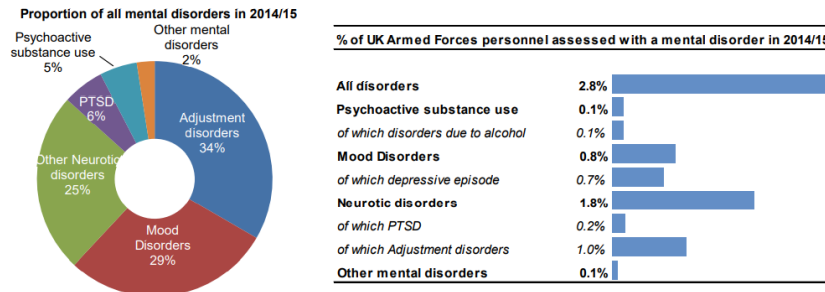
Результати: 123 (2,1%) повідомили про ненавмисне зниження ваги, а 577 (9,0%) повідомили про непередбачуване збільшення ваги за останній місяць. Під час подальшого спостереження було виявлено, що непередбачувані зміни ваги були пов'язані з проблемами психічного здоров'я, індексом маси тіла та курінням.

13. У 2014/15 році у 2,8% особового складу Збройних сил Великобританії були діагностовані психічні розлади в рамках спеціалізованих психіатричних служб (РХП не виділялися, вони є в розділі «інші розлади»).

Це вище, ніж показник у 2,4% (www.mind.org.uk) в межах загальної популяції Великобританії, і це може бути пов'язано з нижчим порогом направлення до спеціаліста-психіатра у Збройних Силах порівняно з лікарями загальної практики у

загальній популяції, які, можливо, мають більшу ймовірність лікування розладів психічного здоров'я повністю в межах первинної медичної допомоги [31].

Figure 7 : UK Armed Forces personnel mental disorders at initial assessment at MOD DCMH, 2014/15¹



Source : DS Database and DMICP

1. Percentages in doughnut may not sum 100% due to rounding.
2. Excludes personnel where Initial diagnosis was not supplied (See BQR)
3. Percentages are based on the calculation of the absolute number and are presented to 1dp (See paragraph 74)

26. **Adjustment Disorders** were the most prevalent mental disorder among UK Armed Forces personnel in 2014/15, accounting for around 34% of all mental disorders in the Armed Forces. This disorder was significantly higher than all other mental disorders in each year since 2007/08.

Ці дослідження, та дані інших, що не внесені в мій огляд, підкреслюють необхідність додаткових досліджень, відповідних зусиль щодо профілактики та лікування у цій популяції.

Особливо важливо мати статистично достовірні дані, щодо ефективності групових чи індивідуальних програм когнітивно-поведінкової терапії.

Розділ 2

Дослідження ознак порушень харчової поведінки у військовослужбовців Збройних Сил України.

2.1. Характеристика бази дослідження, опис учасників дослідження.

Учасники дослідження - 32 людини (30 чоловіків та 2 жінки): військовослужбовці ЗСУ зі стажем від 4 до 25 років та 8 ветеранів АТО, що приймали участь в бойових діях на Сході України та були на військовій службі понад 3 роки.

Середній вік учасників становив 31,75 років при діапазоні від 21 до 47 років. Середній ІМТ становив 24,6 кг/м² при діапазоні від 20,7 до 31,4 кг/м².

Інформована згода була надана всіма учасниками, які знали, що вони можуть відмовитись від дослідження в будь-який час без подальших наслідків.

2.2. Характеристика матеріалів та методів, використаних в дослідженні

2.2.1. Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ - Dutch Eating behavior Questionnaire).

Типи порушення харчової поведінки досліджувалися за допомогою Голландського опитувальника харчової поведінки (DEBQ).

DEBQ був створений в 1986 році голландськими психологами (Tatjana van Strien M.Sc.) на базі факультету харчування людини та факультету соціальної психології Сільськогосподарського університету (Нідерланди) для виявлення обмежувальної, емоціогенної та екстернальної харчової поведінки.

Опитувальник складається з 33 питань з варіантами відповіді: «ніколи», «зрідка», «іноді», «часто» і «дуже часто» та оцінюється за 5-бальною шкалою.

Тридцять перше питання оцінюється зі зворотнім значенням. Кількісне значення за шкалою дорівнює середньому арифметичному значенню балів за цією шкалою. Питання 1–10 становлять шкалу обмежувального типу харчової поведінки (10 питань), питання 11–23 — шкалу екстернального типу харчової поведінки (13 питань), питання 24–33 — шкалу емоціогенного типу харчової поведінки (10 питань). Середні значення емоціогенного, обмежувального та екстернального типу харчової поведінки при нормальній масі тіла становлять; 2,4; 1,8 і 2,7 бала відповідно.

- Емоціогенна харчова поведінка може проявлятися як компульсивне переїдання та як синдром нічної їжі, вона характеризується тим, що стимулом до приймання їжі є не голод, а емоційний дискомфорт. Їжа дає не тільки насичення, але й заспокоєння, задоволення, релаксацію, знімає емоційне напруження, підвищує настрій.

- Екстернальна харчова поведінка, пов'язана з підвищеною чутливістю до зовнішніх стимулів споживання їжі: люди з такою поведінкою їдять не у відповідь на внутрішні стимули (рівень глюкози й вільних жирних кислот у крові, порожній шлунок і т.д.), а на зовнішні: вітрина продуктового магазину, гарно накрытий стіл, вигляд людини, яка їсть, реклама харчових продуктів тощо.

- Обмежувальна харчова поведінка полягає в харчовому самообмеженні, дотриманні суворої дієти.

2.2.2. EAT-26 (Eating Attitudes Test)

Тест на ставлення до прийому їжі був розроблений David M. Garner в Інституті психіатрії Кларка університету Торонто в 1979 р, в 1982 році тест був модифікований

до 26 питань і отримав назву EAT-26. Він є одним з найбільш часто використовуваних в дослідженнях.

Тест EAT-26 складається з 26 основних і 5 додаткових питань. Відповідаючи на 26 основних питань шкали, обстежуваний відзначає ступінь вираженості різних симптомів за шкалою Лікєрта, що, за винятком 26-го, оцінюються наступним чином: «ніколи» - 0, «рідко» - 0, «іноді» - 0, «досить часто» - 1, «як правило» - 2 та «завжди» - 3 та оцінюється за 3-бальною шкалою. 26-й питання оцінюється в такий спосіб: «завжди» - 0; «Як правило» - 0; «Досить часто» - 0; «Іноді» - 1; «Рідко» - 2; «Ніколи» - 3. При відповіді на 5 додаткових питань обстежуваний вибирає один з двох варіантів відповіді - «так» чи «ні». За результатами відповідей на всі 26 основних питань визначається сумарний бал.

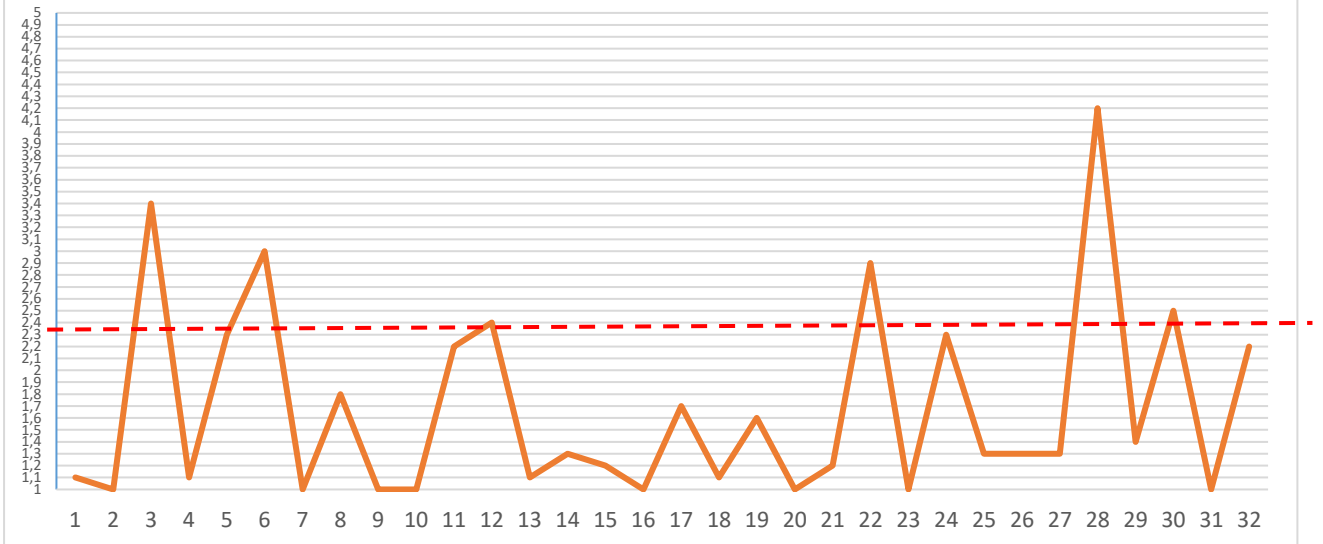
Якщо сумарний бал шкали перевищує значення 20, є висока ймовірність РХП. Проте тест EAT-26 не є самостійним діагностичним інструментом, а використовується для початкового скринінгу наявності симптомів РХП, дозволяє виявити певні поведінкові симптоми і внутрішні установки.

3. Аналіз результатів дослідження

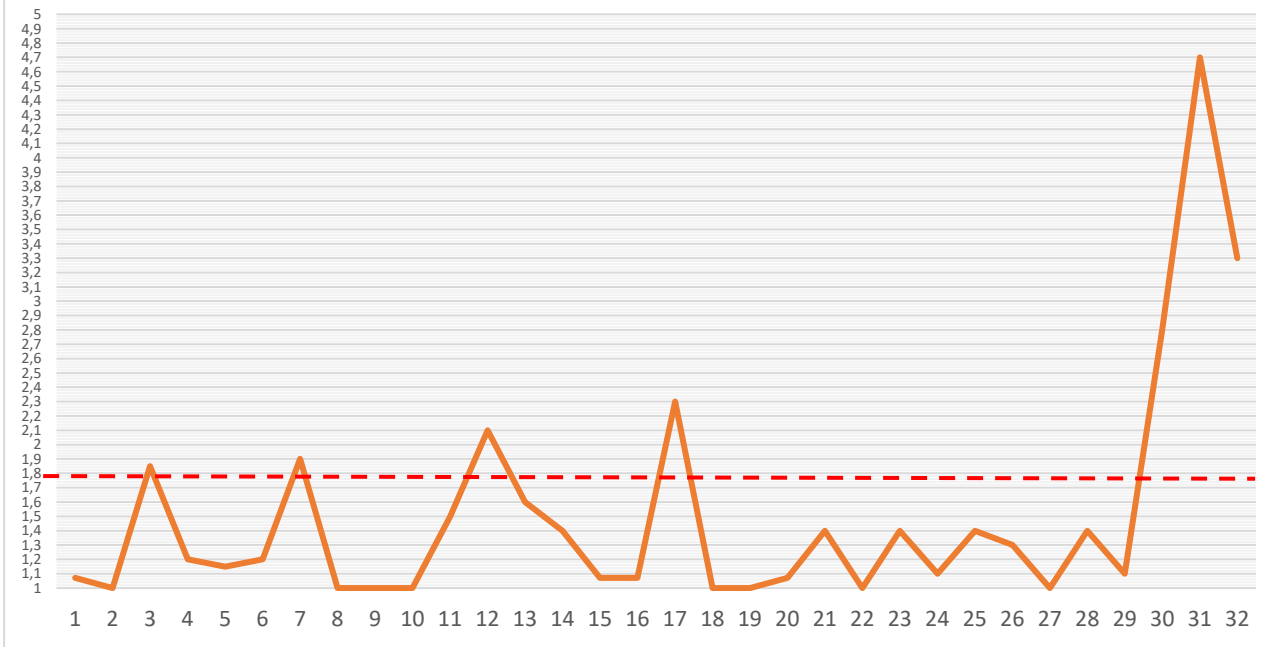
3.1. DEBQ

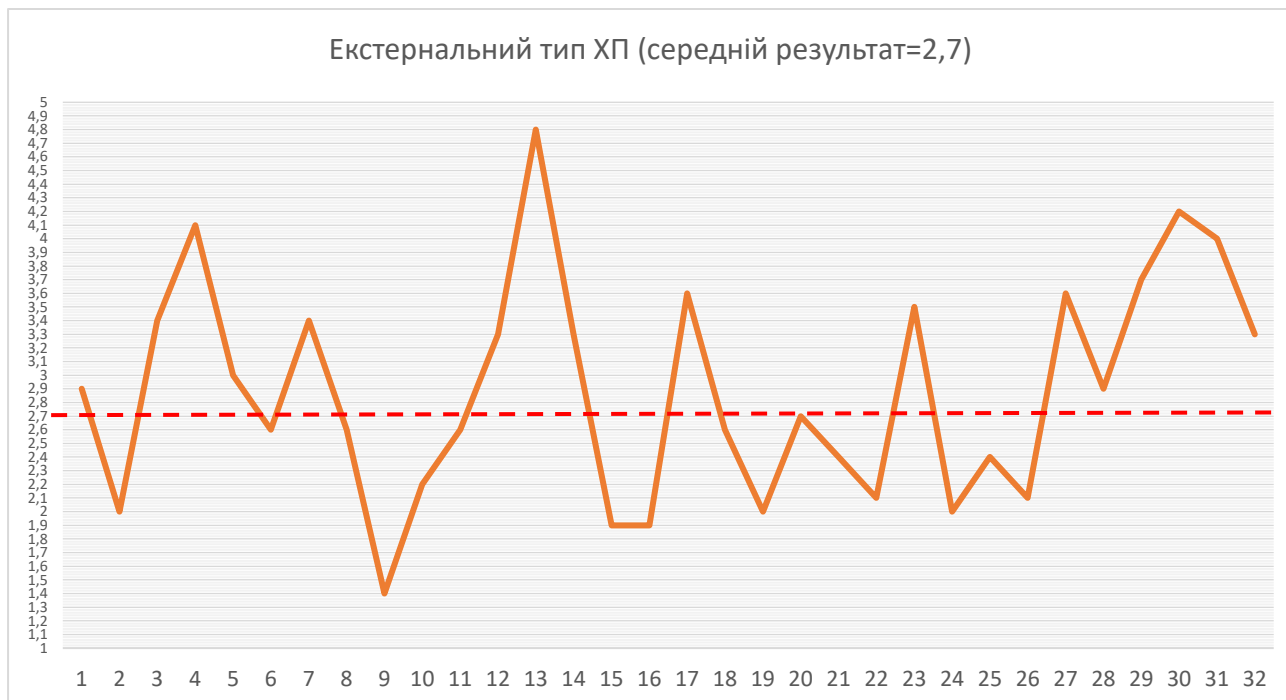
Емоціогенний тип харчової поведінки визначався при оцінці за відповідною шкалою DEBQ понад 1,8 бала, екстернальний тип - при оцінці за відповідною шкалою DEBQ понад 2,7 бала й обмежувальний тип - при оцінці за відповідною шкалою DEBQ понад 2,4 бала.

Обмежувальний тип ХП (середній результат =2,4)



Емоційний тип ХП (середній результат=1,8)





За видами порушень харчової поведінки досліджувані розподілилися таким чином: обмежувальна харчова поведінка діагностувалася в 2 (6,2%) та екстернальна — в 9 осіб (28,1%). Поєднання декількох типів порушень харчової поведінки відзначалося у 7 осіб (21,9%), з них: поєднання екстернальної та обмежувальної — у 2; емоційної та екстернальної — у 4; поєднання всіх трьох типів ХП — у 1 особи.

Тобто, в групі = 32, 18 осіб (56,2%) вірогідно мають порушення харчової поведінки.

Цікавим фактом є поєднання високих показників екстернальної ХП (≥ 3 при середньому значенні 2,7) та низьких показників обмежувальної ХП ($\leq 1,4$ при

середньому значенні 2,4). Це може свідчити про звичку абсолютно не зважати на те, що їсти і відсутність навички прислухатися до свого голоду\апетиту та потреб.

У випадку екстернальної харчової поведінки мова йдеться про некорисні звички харчування і може піддаватися корекції за допомогою когнітивно-поведінкової терапії.

3.2. EAT-26

За результатами опитувальника не було виявлено результатів вище 20. Максимальне значення було 15 в одному з випадків.

Підсумкові рефлексії.

Спочатку моєю метою було провести дослідження на виборці військовослужбовців Збройних Сил України, щоб вивчити поширеність РХП в цій окремій групі, а потім з тими, хто має ознаки порушень, провести групову когнітивно-поведінкову терапію, щоб дослідити її ефективність. Пандемія внесла свої корективи і я відмовилась від ідеї терапевтичних втручань в онлайн-форматі. Тому сталися зміни в темі: залишилось міні-дослідження і додався аналіз іноземних досліджень щодо поширеності РХП у військових та використання КПТ.

Пандемія, зростання тривоги та намагання толерувати невизначеність - це те, з чим довелось зустрітись багатьом. Але окремими викликами та точками до зросту для мене особисто в написанні дипломної роботи стали опрацювання величезної кількості матеріалів англійською та написання диплому українською.

Висновки:

1) Поширеність розладів харчової поведінки - надзвичайно актуальна проблема в сучасному суспільстві, оскільки вони мають серйозні наслідки для психологічного та фізичного здоров'я і найвищий рівень смертності серед усіх психічних захворювань.

2) За результатами різних досліджень, поширеність серед військовослужбовців збройних сил різних країн AN 0,2-4,9%, BN або субклінічну булімію 0,7-15,9%, BED або субклінічний BED - 19% та більше 40% EDNOS.

McNulty навіть надає оцінку поширеності EDNOS в межах від 35,8 до 62,8%, але неоднорідність у групах EDNOS, низькі показники відповіді військових (наприклад, 28–54% з числа тих, кому було запропоновано прийняти участь), а також відсутність чітких діагностичних алгоритмів ускладнюють інтерпретацію результатів.

Хоча ці показники і схожі з тими, що я отримала в своєму невеликому дослідженні (56,2%, що мають окремі ознаки РХП).

3) Потрібно пам'ятати, що проблеми психічного здоров'я стигматизуються в цілому в суспільстві, і збройні сили не є виключенням. Порушення харчової поведінки теж пов'язані зі значною стигматизацією, тому бажання приховати це може впливати на відповіді опитування щодо симптомів, військовослужбовці можуть неохоче розкривати інформацію, яка може вплинути на просування по службі або переведення, або навіть звільнення з лав збройних сил. Для військовослужбовців важливо підвищити обізнаність про ризик харчових розладів у військових та зменшити стигматизацію, пов'язану з цими захворюваннями, щоб мінімізувати бар'єри для лікування, щоб зменшити тягар цих серйозних психічних розладів. Краще розуміння факторів ризику, пов'язаних з симптомами розладу харчування та діагнозами у військовій сфері, може допомогти у створенні

відповідних методів профілактики та лікування для зменшення додаткового ризику травм і смерті у військовослужбовців.

4) Як для цивільного населення, так і для військових, КПТ РХП має однакові етапи, що можливо реалізувати навіть в інституалізованих умовах військової галузі.

5) Незважаючи на складності роботи в жорсткій структурі збройних сил, фактори ризику розвитку та підтримки РХП, можна виділити можливі цілі, точки впливу і навички, які можна розвивати при проведенні групових або індивідуальних сесій когнітивно-поведінкової терапії.

Що ж може бути цінним для профілактики, превенції та лікуванні РХП у військовослужбовців:

- просвітницька робота, психоедукація стосовно РХП, ризику, механізмів формування і підтримуючих циклів;
- навчання навичкам уважності, усвідомленого харчування в стабільних ситуаціях проходження служби (на базі, в підрозділі);
- навчання здібності помічати НАДи, пов'язані з негативним образом тіла, самоцінністю та забирати емоційні тригери, пов'язані із переїданням, використовуючи когнітивну реструктуризацію, поведінкові експерименти та експозиції;
- сприяння підвищенню стресостійкості та розвитку резильєнтності, підтримка вміння регуляції емоцій (тривоги, злості, роздратування, сорому, почуття провини тощо);
- розширення діапазону корисних звичок і ресурсних активностей.

6) Важливо проводити психоедукаційну роботу, консультування не тільки самих військовослужбовців, а також і членів родин, близьких, повідомляти їм про попереджувальні ознаки порушень харчової поведінки та харчування.

7) Неможливо переоцінити важливість та необхідність насамперед поглибленого вивчення, а далі ефективного скринінгу, профілактики, консультування та раннього втручання для лікування РХП та окремих симптомів серед військовослужбовців Збройних Сил України, до того, як буде зменшено їхню ефективність. Важливим є вирішити, які методи будуть найкращими для точної оцінки діагностичних даних (самостійний звіт, інтерв'ю, опитувальники або медичних дані, або і те і те).

8) Когнітивно-поведінкова терапія на теперішній час має велику доказову базу в загальній популяції, входить до основних психотерапевтичних втручань у хворих з розладами харчової поведінки. Актуальна задача - отримати доказову базу щодо її ефективності саме на виборці військовослужбовців, враховуючи специфічні фактори.

9) Маю надію, що в майбутньому буде зацікавленість відповідальних осіб в командуванні Збройними Силами України в вивченні проблематики та реалізації, впровадженні програм групової КПТ (СВТ-Е) для військових.

Бібліографія

1. Military experience strongly influences post-service eating behavior and BMI status in American veterans. Smith C, Klosterbuer A, & Levine AS (2009). *Appetite*, 52(2), 280–289. doi:10.1016/j.appet.2008.10.003 [PubMed: 19013204]
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition American Psychiatric Association. Washington: American Psychiatric Publishing, 2013.
3. Eating disorders: recognition and treatment: NICE guideline [NG69] National Institute for Health and Care Excellence. London: NICE, 2017.
4. Bias and discrimination against men with overweight in the military. Andrew Christian, Bina Parekh, Gilly Koritzky. *Health Psychology Open*. July-December 2020: 1–8. doi.org/10.1177/2055102920985374
5. Group cognitive behavioral treatment in female soldiers diagnosed with binge/purge eating disorders. Rinat Carter, Dana Yanykulovitch-Levy, Hadas Wertheim, Shirley Gordon-Erez, Meital Shahimov, Abraham Weizman & Daniel Stein show less. *Eating Disorders. The Journal of Treatment & Prevention*, Volume 24, 2016, Pages 338-353 | Published online: 29 Apr 2016. PMID: 27128883 DOI: 10.1080/10640266.2016.1174016
6. Eating Disorders During Compulsory Service in the Israeli Defense Forces. Karin Eli. *Military Behavioral Health*, Volume 2, 2014 - Issue 1: Active Duty Service Members and Their Families, Pages 89-97. DOI: 10.1080/21635781.2013.838140
7. Factors associated with unintended weight change in the UK Armed Forces: a cohort study. Sharon A, M. Stevelink and Nicola T. Fear. *Journal of the Royal Society of Medicine Open*; 7(7) 1–9 DOI: 10.1177/2054270416639481
8. Clinical The Primary Care Diagnosis and Management of Bulimia Nervosa and its Relevance in the UK Armed Forces. Ingram SJ, Coetzee R.H. *Journal of the Royal Naval Medical Service*, 2012; 98(2):6-12. PMID: 22970638
9. Disordered Eating in Entry-Level Military Personnel. MAJ Christopher Warner, MC USA; MAJCarolynn Warner, MC USA; MAJ Theresa Matuszak, MC USA; Maj James Rachal, USAF MC; Maj Julianne Flynn, USAF MC; CAPT Thomas A. Grieger, MC USN. *MILITARY MEDICINE*, 172, 2:147, 2007
10. Eating Disorders, Perfectionism, and Quality of Life. Maladaptive Perfectionism as a Mediator Between Symptoms of Disordered Eating and Quality of Life. Rutter-Eley, Emily L. MSci; James, Megan K. MSci; Jenkins, Paul E. DClInPsychol. *The Journal of Nervous and Mental Disease*: October 2020 - Volume 208 - Issue 10 - p 771-776. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001241

11. Psychosocial risk factors for eating disorders. Pamela K. Keel PhD, K. Jean Forney BA. *International Journal of Eating Disorders*. First published: 09 May 2013. DOI:10.1002/eat.22094
12. Consequences of making weight: A review of eating disorder symptoms and diagnoses in the United States military. Bodell L, Forney KJ, Keel P, et al. (2014). *Clinical Psychology: Science and Practice* 21(4): 398–409.
13. Weight stigma in men: What, when, and by whom? Himmelstein M.S., Puhl R.M., Quinn D.M. (2018) *Obesity* 26(6): 968–976.
14. Overlooked and understudied: Health consequences of weight stigma in men. Himmelstein M.S., Puhl R.M. and Quinn D.M. (2019) *Obesity* 27(10): 1598–1605.
15. PTSD and depression symptoms are associated with binge eating among US Iraq and Afghanistan veterans. Hoerster KD, Jakupcak M, Hanson R, et al. (2015). *Eating Behaviors* 17: 115–118.
16. Diagnoses of Eating Disorders, Active Component Service Members, U.S. Armed Forces, 2013–2017. Valerie F. Williams, MA, MS; Shauna Stahlman, PhD, MPH; Stephen B. Taubman, PhD
17. Stigma, barriers to care, and use of mental health services among active duty and national guard soldiers after combat. Kim P, Jeffrey MA, Thomas L, et al. (2010) *Psychiatric Services* 61(6): 582–588
18. Prevalence and contributing factors of eating disorder behaviors in active duty navy men. McNulty PA (1997) *Military Medicine* 162(11): 753–758.
19. The importance of body weight and weight management for military personnel. Naghii MR (2006). *Military Medicine* 171(6): 550–555.
20. The stigma of obesity: A review and update. Puhl RM and Heuer CA (2009) *Obesity* 17(5): 941–964
21. Weight stigma among active duty U.S. military personnel with overweight and obesity. Schvey NA, Barmine M, Bates D, et al. (2017) *Stigma and Health* 2(4): 281–291.
22. Campagna, J. D., & Bowsher, B. Prevalence of body dysmorphic disorder and muscle dysmorphia among entry-level military personnel. *Military medicine*, 2016, 181(5), 494-501.
23. Eating and Body Attitudes Related to Noncompetitive Bodybuilding in Military and General Hungarian Male Student Populations. *MILITARY MEDICINE*, 172, 2:152, 2007. Guarantor: Liza Luka'cs, PhD Contributors: Liza Luka'cs, PhD; Istva'n Mura'nyi, PhD; Ferenc Tu'ry, MD PhD

24. Risk and Protective Factors of Disordered Eating in Adolescents Based on Gender and Body Mass Index. Marios Argyrides, Elly Anastasiades, Evangelia Alexiou. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020 Dec; 17(24): 9238. PMID: 33321884 doi: 10.3390/ijerph17249238
25. Adapting evidence-based eating disorder treatments for novel populations and settings. Practical Guide. Edited By Christina C. Tortolani, Andrea B. Goldschmidt, Daniel Le Grange. 1st Edition/ first published 2021. Part 9: Eating Disorders and Disordered Eating in the Military Family (Alexandria Morettini, Natasha A. Schvey, Dakota Gillmore, Marian Tanofsky-Kraff), Pages 194-215
26. Diagnoses of Eating Disorders, Active Component Service Members, U.S. Armed Forces, 2013–2017. Valerie F. Williams, MA, MS; Shauna Stahlman, PhD, MPH; Stephen B. Taubman, PhD. *MSMR Vol. 25 No. 6 June 2018*
27. Eating Disorder in a Young Active Duty Male. LCDR Robert A. Staten, MC (FS) USN. *MILITARY MEDICINE*, 178, 7:e884, 2013
28. Eating Disorders in Military Members, Veterans, and Families. [Military-references.pdf \(gridserver.com\)](#)
29. Armed Forces Health Surveillance Center. Diagnosis of Eating Disorders Among Active Component Service Members, U.S. Armed Forces, 2004-2013. *Medical Surveillance Monthly Report (MSMR)*. 2014 Sept; 21(9): 8-12.
30. Australian Defence Force Nutritional Requirements in the 21st Century (Version 1) Chris Forbes-Ewan. Human Protection and Performance Division Defence Science and Technology Organisation DSTO-GD-0578. May 2009
31. UK Armed Forces Mental Health: Annual Summary & Trends Over Time, 2007/08 - 2014/15
32. *The Invisible Man* A self-help guide for men with eating disorders, compulsive exercising and bigorexia John F. Morgan. First published 2008 by Routledge, Pages 36-44
33. Who benefits most from guided self-help for binge eating? An investigation into the clinical features of completers and non-completers. C Jones, R Bryant-Waugh, H.M. Turner, C. Gamble, L. Melhuish, P. E. Jenkins. PMID: 22365800. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2011.11.016
34. Розлади харчової поведінки: сучасний підхід до діагностування та лікування. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. №1 (122), 2021
35. Рекомендации по лечению пациентов с расстройствами пищевого поведения. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. №5 (50) 2013

36. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. M. B. L Rocchi, D. Sisti, M. V. Camboni, P. Miotto. PMID: 21092024. DOI: 10.1111/j.1600 0447.2010.01641.x. 2011 Jul; 124 (1):6-17.
37. Eating disorders in military and veteran men and women: A systematic review. Brooke A Bartlett, Karen S Mitchell. The International Journal of Eating Disorders. 2015 Dec; 48(8):1057-69. PMID: 26310193 DOI: 10.1002/eat.22454
38. How the Military Creates a 'Perfect Storm' for Eating Disorders (Updated). ANALYSIS HEALTH SYSTEMS. Annamarya Scaccia. Feb 21, 2014, 9:35am
39. Diagnosed Eating Disorders in the U.S. Military: A Nine Year Review. Amanda J. Antczak & Teresa L. Bringer. Eating Disorders. The Journal of Treatment & Prevention. Volume 16, 2008. Pages 363-377 | Published online: 26 Sep 2008. DOI: 10.1080/10640260802370523
40. Prevalence and contributing factors of eating disorder behaviors in active duty service women in the Army, Navy, Air Force, and Marines. Anne Fisher, McNulty, NC USN. Military medicine. 2001 Jan;166(1):53-8. PMID: 11197099
41. Abnormal eating behaviors in military women. Lauder, T. D., Williams, M. V., Campbell, C. S., Davis, G. D., & Sherman, R. A. (1999). Medicine & Science in Sports & Exercise, 31(9), 1265–1271. PMID: 10487367. <https://doi.org/10.1097/00005768-199909000-00006>
42. The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. Linardon J., Wade T. D., de la Piedad Garcia X., & Brennan L. (2017). Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85(11), 1080–1094. <https://doi.org/10.1037/ccp0000245>
43. Psychosocial factors associated with binge eating among overweight and obese male veterans. Rosenberger P. H., & Dorflinger L. (2013). Eating Behaviors, 14(3), 401–404. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.06.006>
44. Победить расстройство пищевого поведения. Когнитивно-поведенческая терапия при нервной булимии и психогенном переедании, пошаговое пособие по самопомощи./В. Стюарт Аграс, Робин Ф Эпл; пер. с англ. М.Д. Насими. — Киев. : “Диалектика”, 2021. — 128 с.
45. Screening Military Dependent Adolescent Females for Disordered Eating. Waasdorp C. E., Caboot J. B., Robinson C. A., Abraham A. A., Adelman W. P. (2007). Military Medicine, 172(9), 962-967. doi:10.7205/milmed.172.9.962

46. <https://www.mhlg.org/wordpress/wp-content/uploads/2021/03/SERVE-HR-1309-S-194-Organization-Support-Letter.pdf>
47. Military experience can influence Women's eating habits. Jessica Y Breland, Rosemary Donalson, Andrea Nevedal, Julie V Dinh, Shira Maguen. 2017 Nov 1;118:161-167. PMID: 28802575. PMCID: PMC6192672. DOI: 10.1016/j.appet.2017.08.009
48. Diagnoses of eating disorders among active component service members, US Armed Forces, 2004-2013. Armed Forces Health Surveillance Center (AFHSC). (2014). MSMR, 21(9), 8.
49. Diagnoses of eating disorders, active component service members, U.S. Armed Forces, 2013-2017. Williams, V. F., Stahlman, S., & Taubman, S. B. (2018). MSMR, 25(6), 18-25.
50. The Importance of Body Weight and Weight Management for Military Personnel. Mohammad Reza Naghii, PhD. Military Medicine, Volume 171, Issue 6, June 2006, Pages 550–555, <https://doi.org/10.7205/MILMED.171.6.550>
51. Тимчасова настанова з фізичної підготовки у Збройних Силах України. Генеральний штаб ЗСУ. Наказ від 11.02.2014 №35
52. Організація забезпечення збереження психічного здоров'я військовослужбовців. Алещенко В.І., Сафін О.Д., Потапчук Є.М. (На укр.яз.) Навчальний посібник. - Київ. – 2007. – 134 с.