

УДК 616.89-008.48::616-055.2



М. В. Савіна

ФІТНЕС-АДДИКЦІЯ У ЖІНОК: КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЯ ФЕНОМЕНУ ТА ОБҐРУНТУВАННЯ ПСИХОДІАГНОСТИЧНОГО ІНСТРУМЕНТУ

М. В. Савіна

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Анотація.

В роботі проаналізовано феномен фітнес-аддикції, наведено основні наукові погляди на його патогенез і клінічні прояви. Представлено авторську методику виявлення розладів, пов'язаних із захопленістю спортом (фітнесом) для непрофесіоналів (SPORT-UDIT), наведено результати її апробації. Отримані результати свідчили, про надійність нового психодіагностичного інструменту та точність у визначенні виразності клінічних проявів досліджуваного патологічного феномену. Переважна більшість жінок продемонструвала захоплення аддиктивним об'єктом, вираженим до рівня залежності у межах поведінкових та/або фізіологічних аддикцій. Зроблено висновок про існування фітнес-аддикції як патологічного феномену, який концептуалізовано як прояв фізіологічного типу аддиктивної поведінки.

Ключові слова:

аддиктивна поведінка, жінки, фітнес-аддикція, тест для виявлення розладів, пов'язаних із захопленістю спортом (фітнесом) для непрофесіоналів SPORT-UDIT.

Вступ

В останні десятиліття в науковій літературі з'явилися публікації, присвячені так званій «аддикції вправ» [1] або фітнес-аддикції. За свідомством А.Ю.Єгорова і А.Сцабо [1], які здійснили ґрунтовний аналіз цього феномену, дефініція «аддикція вправ» вперше була використана П. Бекленд [2], коли він досліджував ефект депривації фізичного навантаження на патерни сну. Вчений зіткнувся з великими труднощами при наборі спортсменів-аддиктів (тих, хто тренувався 5–6 днів на тиждень), які були б готові відмовитися від своїх тренувань на один місяць. Фактично, вони відмовлялися від участі в експерименті навіть тоді, коли їм пропонували грошову винагороду. Йому вдалося набрати спортсменів, які тренувалися лише 3–4 рази на тиждень. Протягом місяця депривації спортсмени, які погодилися на участь у дослідженні, повідомляли про зниження психологічного благополуччя, яке виражалося в підвищеній тривозі, нічних пробудженнях і сексуальній напрузі. Узагальнюючи отримані результати, П. Бекленд виявив, що:

1) спортсмени, що тренувалися 5–6 разів на тиждень, відмовилися перервати свою програму тренувань на місяць;

2) спортсмени, які тренувалися 3–4 рази на тиждень, під час депривації проявили явні симптоми відміни.

Надалі концепція «аддикції вправ» була популяризована і розроблялася М.Сакс і Д.Паргман [3], які запропонували термін «аддикція бігу» (running addiction). Автори описали своєрідний синдром відміни, який

розвивається при депривації бігу: тривога, напруга, дратівливість, посмикування м'язів тощо. Ще раніше В.Морган [4] наводив багато прикладів, коли бігуни продовжували тренування, незважаючи навіть на травми, які передбачали скорочення або перерву в заняттях.

Є.Ейдман і С.Вуллард [5] як критерій для визначення «аддикції вправ» розглядали різні симптоми відміни, які виникали у спортсменів при неможливості тренуватися протягом 24–36 годин. Ці симптоми включали занепокоєння, нетерплячість, почуття провини, напругу і дискомфорт, а також апатію, повільність, втрату апетиту, безсоння та головні болі. Посилаючись на більш ранні дослідження, автори писали про те, що важливим фактором у прогнозі симптомів відміни була тривалість депривації фізичного навантаження, яку зазнає спортсмен. Тривале утримання від тренувань викликало яскраво виражені симптоми: було показано, що бігуни проявляли ознаки важких порушень настрою і зниження самооцінки після того, як їх було усунуто від тренувань на два тижні. В іншій вибірці спортсменів після тижня позбавлення тренувань спостерігалися емоційні розлади, проблеми зі сном і сумніви в тому, що вони здатні впоратися з життєвими труднощами.

Крім того, Є. Ейдман і С. Вуллард намагалися перевірити, чи може один день депривації тренувань викликати у спортсменів-аддиктів симптоми відміни – такі, як мінущі зміни настрою і серцевого ритму в стані спокою. Їх експерименти показали, що всі спортсме-

ни, яким довелося пропустити всього одне заплановане тренування, проявляли більш високий рівень напруги, депресії, злості, стомлення і сум'яття, підвищення серцевого ритму, а також значний занепад сил.

Як підсумовує А. Сцабо зі співавт. [6; 7], при спортивній аддикції найбільш часто зустрічаються такі симптоми відміни: почуття провини, депресія, збудливість, занепокоєння, напруга, стрес, тривога та ідеаторна малорухливість.

Стандартного та загальноновизнаного визначення спортивної аддикції не існує. Її опис включає поведінкові (наприклад, частота тренувань), психологічні (патологічна прихильність) і фізіологічні (толерантність) чинники.

Найбільше визнання одержало визначення, запропоноване Д. Велє [8–10], який запропонував набір критеріїв для діагностики цього виду залежності, заснований на критеріях DSM-IV для хімічної залежності, які включають і біомедичні (толерантність, симптоми відміни), і психосоціальні (порушення соціального й професійного функціонування) ракурси. Ґрунтуючись на визначенні Д. Велє, фітнес-аддикція описується як багатовимірний малоадаптивний патерн тренувань, що призводить до клінічно значимого погіршення або нездужання, що виявляється у вигляді трьох і більше з наведених нижче ознак:

- толерантність** – потреба в зростаючій кількості тренувань для досягнення бажаного ефекту або ослаблення ефекту колишнього обсягу тренувань;
- симптоми відміни** (тривога, втома), для усунення яких потрібен звичний (або навіть більший) обсяг фізичного навантаження;
- ефекти наміру** – коли людина виконує більш інтенсивне або тривале фізичне навантаження, ніж те, на який мала намір;
- втрата контролю** – наполегливе бажання або невдалі спроби знизити обсяг тренувань або взяти їх під контроль;
- час** – величезна кількість часу витрачається на діяльність, необхідну для отримання фізичного навантаження;
- конфлікт** – скорочення важливої діяльності, спрямованої на спілкування, роботу або відпочинок, тому що вона перешкоджає запланованому обсягу тренувань;
- тривалість** – тренування тривають, незважаючи на знання про існування фізичних або психологічних проблем, які були викликані цими тренуваннями або посилені ними.

Пізніше Г. Хаусенблас і Д. Доунс [11] визначили спортивну аддикцію як тягу до фізичної

активності у вільний час, яка виражається в неконтрольованих, надмірних заняттях спортом і проявляється фізіологічними (толерантність/скасування) і/або психологічними (тривога, депресія) симптомами.

В огляді, присвяченому спортивній аддикції, М. Мьорфі [12] вказує на три психофізіологічних пояснення її виникнення: термогенічна, катехоламінова і ендорфінова гіпотеза.

1. **Термогенічна гіпотеза** припускає, що вправи збільшують температуру тіла, яка знижує тонус м'язів і знижує соматичну тривогу.

2. **Катехоламінова гіпотеза** припускає, що фізичне навантаження призводить до вироблення катехоламінів, які значною мірою включені в контроль за увагою, настроєм, рухами, а також за реакціями ендокринної та серцево-судинної систем. Катехоламіни контролюють реакції на стрес (дофамін, адреналін, норадреналін). Крім того, вважається, що високий рівень катехоламінів пов'язаний зі станами ейфорії і підвищеним настроєм. Д. Адамс і Р. Кіркбі [13] припустили, що спортивна аддикція є результатом викликаного вправами вивільненням катехоламінів, що призводить до гіперактивації симпатичної нервової системи. Більше того, зростаюча під час вправ стимуляція дофамінергічних мозкових структур, а також їх залученість у формування всіх поведінкових і хімічних залежностей сприяють закріпленню аддикції. На користь цього свідчить і стан ангедонії, який розвивається у спортсменів, особливо тих, що займаються екстремальними видами спорту, при обмеженні занять [14]. Відомо, що прояви ангедонії безпосередньо пов'язані зі зменшенням рівня дофамінових рецепторів [15].

3. **Третя гіпотеза – ендорфінова** – є найбільш відомою, визнаною і емпірично дослідженою. Ця теорія припускає, що фізичні вправи сприяють виробленню ендогенних морфінів (ендорфінів), що призводить до посилення підвищеного настрою. Але, не зважаючи на загальну прихильність ендорфіновій теорії, існує вкрай мало переконливих даних, які вказували б на точний механізм цього ефекту. На користь ендорфінової гіпотези виникнення спортивної аддикції побічно свідчать дані Є. Пірс зі співавт. [16], які виявили істотне збільшення плазмового бета-ендорфіну в жінок після 45-хвилинного заняття аеробікою.

Говорячи про особливості спортивної аддикції, Д. Велє [8–10] виділяє дві її форми: первинну і вторинну, яка виникає на основі харчової аддикції (eating disorder). При пер-

винній аддикції сама фізична активність є об'єктом залежності. При вторинній аддикції нездоланна мотивація до фізичної активності пов'язана з необхідністю зменшити вагу або змінити власну фігуру.

Група дослідників на чолі з Д. Бамбер [17; 18] виділила два критерії, які були визначені як порушення функціонування і симптоми відміни, які виявляються або у вигляді ворожої реакції на припинення тренувань, або в нездатності контролювати обсяг навантажень.

Критерій порушення функціонування може проявлятися в чотирьох сферах:

- психічній;
- соціальної чи професійній;
- фізичній;
- поведінковій.

Характерною особливістю життя людей, які страждають на фітнес-аддикцію, стає спотворення нормального розпорядку і укладу. Вся діяльність таких людей замикається на постійних тренуваннях, їм не вистачає сил і енергії на спілкування з близькими та інші справи (соціальна сфера), вони продовжують тренуватися, незважаючи на травми і заборони лікаря (фізична сфера). Крім того, їхні тренування відрізняються жорсткою стереотипністю і повинні повторюватися в чітко запланованому порядку і обсязі (поведінкова сфера). Порушене функціонування в психічній сфері проявляється в нездатності сконцентруватися на будь-якій діяльності через постійні думки про тренування.

Крім бігу, в сучасній літературі є описи клінічних випадків виникнення спортивної аддикції під час занять різними видами спорту: східними єдиноборствами, важкою і легкою атлетикою, бодібілдингом тощо [12; 19–21].

Визначено, що у спортивних аддиктів існує підвищений ризик розвитку хімічної залежності [22–24]. Французький психіатр і спортивний лікар Дж.Сезнек [25] зазначає, що професійний спорт сприяє розвитку хімічної залежності, й тому спортсмени потребують превентивної допомоги. Пізніше ним і доктором Е.Волле [26] було проаналізовано два випадки, коли відомі в минулому спортсмени ставали хімічними аддиктами. Автори вважають, що інтенсивні заняття спортом являли собою спортивну аддикцію, яка згодом перейшла в замісну аддикцію (*l'addiction de remplacement*) у вигляді споживання ПАР. Цьому передують неминуча в кінці кар'єри втрата статусу, яку атлет не в змозі прийняти, знижена самооцінка, депресія. Причому, чим вище був рівень спортсмена,

тим він більш вразливий і має більше шансів стати хімічним аддиктом.

Тим часом, деякі дослідники ставлять під сумнів існування спортивної аддикції як первинного і самостійного виду залежності [18]. Автори вказують на частий спільний прояв тяги до надмірних тренувань і різних аддикцій до їжі. На підставі цього вони роблять припущення про те, що так звана «аддикція вправ» може бути лише вираженням харчової аддикції, яка лежить в його основі.

А. Йейтс зі співавт. [27] обстежив 99 бігунів, 36 велосипедистів і 55 веслярів на предмет виявлення у них розладів харчової поведінки та інших психіатричних симптомів. Дослідники виявили, що у веслярів, особливо жіночої статі, частіше, ніж у інших, бувають напади тривоги/паніки. Крім того, 12% бігунів, 14% велосипедистів і 18% веслярів мали розлад харчової поведінки.

З психологічних особливостей спортивних аддиктів привертають увагу емоційна холодність, черствість, схильність до перфекціонізму [8]. Є.Ейдман і С.Вуллард [5] відзначають такі показники, як підвищений нейротизм, психотизм, гіпоманію та імпульсивність, а також низький рівень екстраверсії. Разом з тим, С.Мазерс і М.Уолкер [28] не виявлено відмінностей за показниками екстраверсії між спортивними аддиктами і особами, які займаються спортом без ознак залежності. Д.Дрегер зі співавт. [29] підсумовував поведінкові та особистісні особливості спортивного аддикта. Поведінковими особливостями визначені:

- злість, тривожність або відчуття провини після пропуску тренування;
- продовження тренування незважаючи на травми або хвороби;
- не скорочення тренувань після поради лікаря;
- фокусування на зниженні ваги, форми тіла;
- збільшення обсягу вправ після пропущеного тренування;
- ведення докладних записів навантажень;
- дотримання жорсткої дієти;
- дотримання суворого порядку в тренуваннях з мінімумом варіацій;
- структурування соціальної активності відповідно до порядку тренувань.

Особистісні особливості:

- орієнтація на успіх;
- аддиктивність;
- компульсивність;
- незалежність;
- нарцисичність;

- невротичність;
- обесивність;
- прагнення до перфекціонізму;
- наполегливість.

Спортивна аддикція виявлена і в осіб, що займаються спортом для здоров'я (фітнес-аддикція) [30]. У роботі Е.К'елсас зі співавт.[31] було показано, що у жінок існує пряма залежність між кількістю годин на тиждень, які вони приділяти спорту, і ризиком розвитку залежності. Проте, найчастіше дослідженню на предмет виникнення фітнес-аддикції підлягали біг (50%), загальна фізичне навантаження (27,7%) і важка атлетика (7,8%) [11].

Виявлено також зв'язок між надмірними тренуваннями і нервовою анорексією. Так, в одному дослідженні у 48% жінок, які страждали на нервову анорексію, було виявлено ознаки фітнес-аддикції. При цьому відзначалася позитивна кореляція між ступенем вираженості анорексії і залежністю [32]. В іншому дослідженні було показано, що 25% жінок, які пробігали більше 30 миль на тиждень, мали високий ризик анорексії [33].

С.Девіс [34] вказує, що численні дослідження виявили чіткий зв'язок між «спортивним запоєм» і занепокоєнням з приводу своєї фігури у жінок. Очевидно також, що компульсивна спортивна активність виступає як регулятор настрою.

За свідомством М.Лежуайє зі співавт.[35], після обстеження 300 відвідувачів фітнес-центрів у 125 (42%) осіб були виявлені ознаки фітнес-аддикції. Крім того, в групі спортивних аддиктів, порівняно з неаддиктами, достовірно частіше зустрічалися компульсивний шопінг (63% проти 38%) і ознаки булімії (70% проти 47%), а також виявлено достовірно вищий індекс іпохондрії.

В іншому дослідженні було показано, що у жінок існує пряма залежність між кількістю годин на тиждень, які вони приділяти відвідуванню фітнес-клубу, і ризиком розвитку залежності [30].

Фітнес-аддикція частіше зустрічається серед осіб молодого і середнього віку, які ведуть активний спосіб життя. Як показали дослідження серед студентів американських коледжів, де прийнято займатися спортом, фітнес-аддикція була виявлена у 21,8% серед студентів, що тренувалися 360 хвилин і більше на тиждень [36]. Разом з тим, М. Гриффіт зі співавт.[37] повідомляє, що в його дослідженні серед 200 осіб, що займаються спортом непрофесійно, виявлено лише 3% спортивних аддиктів.

Для діагностики та виміру фітнес-аддикції, рекомендується використовувати скринінгову шкалу «аддикції вправ» (EAI – Exercise Addiction Inventory) [37], створену для суб'єктивної оцінки випробуванням шести компонентів аддикції. В літературі також зустрічається інформація про існування опитувальника аддикції вправ (EDQ – Exercise Dependence Questionnaire), шкали пристрасті до тренувань (CES – Commitment to Exercise Scale) тощо [1].

Exercise Addiction Inventory, запропонована М.Д.Гриффіт, А.Сцабо, А.Террі [37], складається з шести оціночних тверджень, які респонденту пропонується оцінити за 5-бальною шкалою: 1 – повністю не згоден, 2 – не згоден, 3 – сумніваюся, 4 – погоджуюся, 5 – повністю згоден.

Твердження, що потребують оцінки:

- тренування – це найважливіше в моєму житті;
- у мене виникають конфлікти з близькими через кількість моїх тренувань;
- використовую тренування, щоб покращити настрій;
- кількість тренувань останнім часом збільшується;
- якщо я змушений пропустити тренування, то відчуваю смуток і дратівливість;
- якщо я намагаюся скоротити звичайний обсяг тренувань, а потім відновлюю колишній, то потім знову намагаюся скоротити їх обсяг, як я робив раніше.

За результатом використання шкали, якщо набрали 24 і більше балів, можна говорити про дуже високу ймовірність фітнес-аддикції.

Проблема фітнес-аддикції, хоча й не дуже розповсюджена, все ж таки актуальна й для України. За даними різних джерел, в Україні лише 9–11% населення користуються фітнес-послугами, в той час як в Європі ця кількість досягає 25%, а в США – 40% [38]. Із загальної кількості відвідувачів фітнес-центрів 1,8% роблять це кожен день, а 9,3% – кілька разів на тиждень [39]. Основними відвідувачами фітнес-залів є люди 27–45 років з вищою освітою і середнім або вище середнього доходом, причому 60% відвідувачів складають жінки [40].

Мета дослідження

Враховуючи встановлену тенденцію наявності фітнес-аддикції серед жителів країн з більш високим рівнем розвитку фітнес-індустрії, а також оптимістичні прогнози фахівців щодо розвитку цього виду бізнесу

в нашій країні в найближчі роки, ми вважаємо, що вивчення цієї проблеми актуальне для вітчизняного наукового простору.

Зважаючи на відсутність на сьогодні єдиного визнаного методологічно обґрунтованого інструменту ідентифікації і виміру фітнес-аддикції як патологічного стану, нами розроблено психодіагностичний інструментарій, що здатен відповісти на зазначені питання.

Отже, метою цієї роботи була розробка та апробація психодіагностичного інструменту, спрямованого на визначення фітнес-аддикції в осіб, що не займаються спортом професійно.

Матеріали та методи дослідження

Керуючись створеною групою вітчизняних дослідників під керівництвом І. В. Лінського батареї AUDIT-подібних тестів [41, 42], узявши їх за прототип, нами створено тест для виявлення розладів, пов'язаних із захопленістю фітнесом у непрофесійних спортсменів.

Під фітнес-аддикцією ми мали на увазі патологічне заняття спортом у непрофесійних спортсменів. У свою чергу, *під патологічним заняттям* малося на увазі таке, яке супроводжується наведеними нижче ознаками:

– систематичність, пов'язана з антисоціальною: фітнес стає перешкодою для повноцінного особистого, сімейного або соціального життя (перевага тренування над сімейними святами або приховування від рідних, що пріоритетності фітнесу перед будь-яким іншим відпочинком);

– синдром відміни після пропущеного тренування: головний та м'язовий біль, безсоння, відсутність апетиту тощо.

До групи ризику фітнес-аддикції (спортивний трудовізм) можна віднести таких осіб:

людина молодого або середнього віку, яка веде активний спосіб життя;

жінки в стані стресу, перфекціоністки (чий девіз – бути завжди на першому місці);

замкнуті та самотні (не обов'язково холості або незаміжні) індивіди, яким не вистачає спілкування і самовираження;

ті, хто «лікують» особисті проблеми, сімейну невлаштованість або розлучення, застій у кар'єрі тощо.

До ознак фітнес-аддикції нами віднесено:

1) бажання залишатися в залі довше передбаченого для тренування часу;

2) відкладання домашніх справ заради відвідування спортивного залу;

3) почуття провини через пропущений візит у фітнес-клуб;

4) звичка під час емоційних навантажень заспокоювання себе думками про тренування;

5) презирство до людей, що не мають ідеальної фігури;

6) нездатність відмовитися від занять через погане самопочуття;

7) почуття туги і тривоги в ті дні, коли тренувань немає.

До загальної характеристики осіб з фітнес-аддикцією можна віднести:

1) визначення спорту як сенсу життя (під час дослідження);

2) готовність проведення дня та ночі в гонці за підтягнутим тілом;

3) нехтування побутовими справами;

4) дратівливість при найменшому згадуванні про надзвичайну захопленість фізичними вправами, спроби наводити аргументи на користь необізнаності інших з приводу здорового способу життя.

До симптомів фітнес-аддикції належать:

1) схильність до тренувань поодиночі, ізолювано від інших;

2) постійне виконання одного і того ж набору вправ;

3) тренування в залі як мінімум дві-три години, продовження заняття вдома;

4) заняття незалежно від погодних умов 7 днів на тиждень;

5) зацикленість на втраті ваги або спаленні калорій;

6) тренування навіть у разі хвороби або поранення.

7) продовження заняття, незважаючи на болісні відчуття;

8) пропуски роботи, навчання, уникання соціальні активності заради тренування.

Тест для виявлення розладів, пов'язаних із захопленістю спортом (фітнесом), SPORT-UDIT (версія «самозвіт») для непрофесіоналів представлено в **табл. 1**.

Для апробації запропонованої методики нами на основі інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології було обстежено 321 жінку з ознаками аддиктивної поведінки різних видів та вираженості, які звернулися за медико-психологічною допомогою з приводу проблем залежності та/або порушення сімейних відносин (досліджувана група, ДГ), та 50 умовно психічно здорових жінок без проблем аддиктивного характеру (група порівняння, ГП).

**Тест для виявлення розладів, пов'язаних із захопленістю спортом (фітнесом),
SPORT-UDIT (версія «самозвіт») для непрофесіоналів**

Для кожного питання виберіть, будь ласка, *тільки один варіант відповіді*.

Бал відповідного варіанту відповіді вкажіть цифрою в *останній комірці кожного рядка*.

Запитання	Варіант відповіді та відповідний бал					Бал, відповіді
	0 балів	1 бал	2 бала	3 бала	4 бала	
1. Ви надаєте перевагу тренуванню над сімейними святами або приховуєте тренування від рідних?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
2. Після пропущеного тренування у вас болить голова, а тіло ниє?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
3. Як часто у вас від хронічних перевантажень є відчуття безсоння, відсутність апетиту?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
4. Як часто ви «лікуєте» особисті проблеми (сімейну невлаштованість, розлучення, застій у кар'єрі тощо) тренуванням?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
Найбільший з балів у відповідях на питання 1–4						
5. Як часто ви відчуваєте бажання залишатися в залі довше відведеного на тренування часу?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
6. Як часто ви відкладаєте домашні справи заради відвідування спортивного залу?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
7. Як часто у вас виникає почуття провини через пропущене тренуванням?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
8. Як часто ви під час емоційних навантажень заспокоюєте себе думками про тренування?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
9. Чи відчуваєте презирство що до людей, які не мають ідеальну фігуру?	Ні	Трохи	Істотно	Сильно	Дуже сильно	
10. Як часто ви не в змозі відмовитися від занять через погане самопочуття?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
11. Як часто у вас виникає почуття туги і тривоги в ті дні, коли тренувань немає?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
Найбільший з балів у відповідях на питання 5–11						
12. Чи є спорт сенсом вашого життя?	Ні	Трохи	Істотно	Сильно	Дуже сильно	
13. Ви занадто захоплені фізичними вправами?	Ні	Трохи	Істотно	Сильно	Дуже сильно	
Найбільший з балів у відповідях на питання 12–13						
14. Ви прихильник тренувань поодиночі, ізольовано від інших?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
15. Ви завжди виконує один і той же набір вправ?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
Найбільший з балів у відповідях на питання 14–15						
16. Ви виділяє на тренування в залі як мінімум дві години та окремо проводить тренування вдома?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
17. Ви займається незалежно від погодних умов 7 днів на тиждень?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
18. Втрата ваги або спалення калорій є обов'язковим для вашого тренування?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
19. Ви тренується навіть у разі хвороби або незважаючи на болісні відчуття?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
20. Ви пропускає роботу, заняття, соціальні активності заради тренування?	Ніколи	1 раз на місяць та <	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та >разів на тиждень	
Найбільший з балів у відповідях на питання 16–20						
Сума БАЛІВ сума балів ЛІШЕ з осередків, відокремлених жирними лініями						

Дослідження проходило в декілька етапів.

Спочатку здійснювали загальний аналіз аддиктивного статусу респонденток, який робили з використанням тесту AUDIT Т. Бабур [43] та батареї AUDIT-подібних тестів, розроблених колективом авторів під керівництвом І. В. Лінського [41; 42]: TOBACCO-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із уживанням тютюну), STIMULANTS-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із уживанням психостимуляторів), Cannabis-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із уживанням канабіноїдів), Sedative-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із уживанням седативно-снодійних засобів), OPIATES-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із вживанням опіоїдів), Psychodelics-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із уживанням галюциногенів), Solvents-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із уживанням летючих органічних розчинників), INTERNET-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із надмірним захопленням Інтернетом, окрім ігор), COMP-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із захопленістю іграми з телеприставками або комп'ютерними іграми), GAMBLING-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із захопленістю азартними іграми), SHOPPING-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із захопленістю шопінгом), READING-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із захопленістю читанням, крім навчальної або професійної літератури), TV-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із захопленістю переглядом телепередач), WORKING (EDU)-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних із захопленістю роботою), SEX-UDIT (для виявлення сексуального дискомфорту/залежності), FOOD-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних зі вживанням їжі), Coffee (Tea)-UDIT (для виявлення розладів, пов'язаних зі вживанням кави/чаю).

Потім здійснювали вивчення наявності й вираженості фітнес-аддикції в обох обстежених груп.

На наступному етапі отримані дані підлягали аналізу з метою вивчення цього феномену та його ролі у структурі аддиктивного статусу респонденток, а також для встановлення надійності й валідності запропонованої методики.

Обробку даних здійснювали методами математичної статистики на ПЕВМ за допомогою програми Excel з пакету Microsoft Office 2003 [44; 45].

Результати дослідження та їх обговорення

Отримані результати свідчили, що переважна більшість жінок ОГ продемонструвала захоплення аддиктивним об'єктом, вираженим до рівня залежності у межах поведінкових та/або фізіологічних аддикцій, на відміну від хімічних [46].

Досвід вживання більшої частини об'єктів хімічної аддикції на її невисокому рівні був притаманний усім обстеженим ДГ (вживання летючих розчинників, опіоїдів, галюциногенів не виявлено). Виключення становив тютюн, залежність від якого діагностовано у 22,1%, небезпечний рівень його вживання – у 38,9%, шкідливий рівень – 23,4%. Вживання алкоголю виявлено на небезпечному рівні – у 10,9%, а шкідливому – у 23,4%; усі інші – 65,7% – мали безпечні показники вживання алкоголю.

Фізіологічна аддикція була представлена їжею у вигляді захоплення аддиктивним об'єктом, вираженим до рівня залежності (13,7%), небезпечного рівня – у 37,1% та шкідливого – 34,0%. Вживання кави/чаю на рівні залежності було притаманне 12,3%, небезпечного рівня – 34,4%, шкідливого – 36,1%. Така фізіологічна аддикція, як секс була виявлена у вигляді небезпечного рівня – у 19,0%, шкідливого рівня – у 41,3%.

Поведінкова аддикція реалізовувалась через роботу (15,6% залежних осіб, у 35,8% – небезпечне, 34,6% – ризиковане «вживання»), шопінг (24,5% залежних, у 25,7% – небезпечний, а у 39,7% – шкідливий рівень), телебачення (8,9% залежних, 28,8% небезпечне, а 33,5% – шкідливе «вживання»), Інтернет (10,6% осіб із залежністю, по 23,8% – з небезпечним та шкідливим рівнями «вживання»), читання (5,0% залежних, 14,0% – з небезпечним, 23,8% – зі шкідливим рівнем «вживання»).

На основі аналізу й узагальнення результатів вивчення аддиктивного статусу жінки ДГ були розділені нами залежно від типу аддиктивної поведінки:

– ДГ1 – жінки з хімічною аддикцією (вживання алкоголю, тютюну, психостимуляторів, канабіноїдів, седативно-снодійних препаратів) – 33,3% (107 осіб);

– ДГ2 – жінки з поведінковою аддикцією (надмірне захоплення роботою, шопінгом, переглядом телебачення, Інтернетом, читанням, комп'ютерними або азартними іграми) – 34,6% (111 осіб);

– ДГ3 – жінки з фізіологічною аддикцією (надмірне захоплення їжею, сексом, чаєм/кавою) – 32,1% (103 особи).

Таблиця 2

Розподіл жінок ДГ і ГП за наявністю та вираженістю фітнес-аддикції у % \pm m та за середнім балом

Група	Відносно безпечне вживання (0–7 балів)			Вживання зі шкідливими наслідками (7–15 балів)			Небезпечне вживання (15–19 балів)			Залежний стан (20 і більше балів)		
	N	%	С. б.	N	%	С. б.	N	%	С. б.	N	%	С. б.
ДГ	104	32,4	4,5	114	35,5	12,1	71	22,1	18,6	32	10,0	23,0
ГП	39	78,0	2,0	8	16,0	9,8	3	6,0	16,1	–	–	–

Серед жінок ГП проявів аддикції на рівні залежної поведінки не виявлено за жодним аддиктивним об'єктом. Встановлено випадки небезпечного вживання або вживання зі шкідливими наслідками, які не мали клінічних ознак, та у більшості були обумовлені соціокультурними чинниками, або – як у випадку з седативно-снодійними препаратами та психостимуляторами – необхідністю їх медичного застосування.

Результати розподілу досліджених жінок ОГ за наявністю та вираженістю фітнес-аддикції у % \pm m, представлено у **табл. 2**.

Серед жінок ДГ відносно безпечне захоплення спортом виявлено у 32,4% (сер. б. – 4,5), захоплення зі шкідливими наслідками у 35,5% (середній бал – 12,1), небезпечне захоплення у 22,1% (середній бал – 18,6), залежний стан у 10% (середній бал – 23,0). Серед обстежених ГП відносно безпечне захоплення спортом виявлено у 78,0% (середній бал – 2,0), захоплення зі шкідливими наслідками у 16,0% (середній бал – 9,8), небезпечне захоплення у 6,0% (середній бал – 16,1), залежний стан – не виявлено.

Ретельне клініко-анамнестичне й клініко-психологічне дослідження підтвердили діагностовану за розробленою SPORT-UDIT наявність фітнес-аддикції вираженого (10%) та небезпечного рівня (22,1%) у 103 жінок ДГ.

Для них характерною виявилась більшість із перерахованих нами ознак, віднесених до діагностичних критеріїв фітнес-аддикції: прагнення займатися в залі кожен день, не зважаючи на настанови лікарів, бажання залишатися в залі довше відведеного для тренування часу, відкладання домашніх справ заради відвідування спортивного залу, відчуття провини через пропуск спортивного заняття, спроби нормалізації психічного стану під час психоемоційних навантажень думками про майбутнє тренування, презирство до людей, що не займаються фітнесом, нездатність відмовитися від занять через погане самопочуття або іншу важливу причину, почуття туги і тривоги в день без тренування.

Паралельне дослідження цього контингенту жінок за допомогою Exercise Addiction Inventory (в перекладі [34]) виявило ось що: показник від 25 до 30 балів виявлено у 27 осіб (8,4% загальної кількості обстежених), від 21 до 24 балів – у 83 (25,9%) жінок. У всіх жінок з амплітудою показників 25–30 балів та 5 осіб з результатом 22–24 бали за розробленою SPORT-UDIT діагностовано стан залежності (більше 20 балів), у 71 респондентки з результатом 21–24 бали – стан небезпечного вживання фітнесу як об'єкта залежності.

Таким чином, враховуючи відносну схожість результатів застосування визнаної скринінгової шкали та розробленої методики, можна стверджувати, з одного боку, про надійність нового психодіагностичного інструменту, а з іншого – про його більшу точність у визначенні вираженості клінічних проявів досліджуваного патологічного феномену.

Подальший аналіз показав, що зазначені жінки також мали проблеми різного ступеня вираженості із захопленням їжею, сексом або вживанням кави/чаю, тобто демонстрували наявність фізіологічного типу аддиктивної поведінки.

Висновки

Таким чином, керуючись отриманими даними, можна зробити такі висновки. Фітнес-аддикція існує як патологічний феномен аддиктивної поведінки. Створено надійний валідний психодіагностичний інструмент визначення наявності та вираженості фітнес-аддикції.

Враховуючи попередні дані про поєднаність у жінок з симптомами фітнес-аддикції ознак інших фізіологічних аддикцій, однозначної відповіді про патогенетичну первинність й самостійність феномену фітнес-аддикції або її існування в структурі фізіологічної аддикції наразі дати неможливо, однак ми схильні концептуалізувати цей феномен як прояв фізіологічного виду аддиктивної поведінки. У подальших дослідженнях ми маємо намір навести доказову базу для підтвердження нашої гіпотези.

Література

1. Egorov A. Y., Szabo A. The exercise paradox: An interactional model for a clearer conceptualization of exercise addiction. *Journal of Behavioral Addictions*, 2013, vol. 2, no. 4, pp. 199-208.
2. Baekeland P. Exercise deprivation. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1970, vol. 22, pp. 365-369.
3. Sachs M., Pargman D. Running addiction. (Running as Therapy: An Integrated Approach [eds. M. I. Sachs, G. W. Bulfone]. Lincoln, NE, University of Nebraska Press, 1984, pp. 231-25.
4. Morgan W. P. Negative addiction in runners. *The Physician and Sports Medicine*, 1979, vol. 7, pp. 57-77.
5. Aidman E. V., Woollard S. The influence of self-reported exercise addiction on acute emotional and physiological responses to brief exercise deprivation. *Psychology of Sport and Exercise*, 2003, vol. 4, no. 3, pp. 225-236.
6. Szabo A. Studying the psychological impact of exercise deprivation: Are experimental studies hopeless? *Journal of Sport Behavior*, 1998, vol. 21, pp. 139-147.
7. Szabo A., Frenkl R., Caputo A. Relationship between addiction to running, commitment, and deprivation from running: A study on the internet. *European Yearbook of Sport Psychology*, 1997, vol. 1, pp. 130-147.
8. Veale D. Does primary exercise dependence really exist? Exercise addiction: Motivation for participation in sport and exercise [eds. J. Annett, B. Cripps, H. Steinberg]. British Psychological Society, Leicester, UK, 1995, pp. 1-5.
9. Veale D. Exercise Dependence. *British Journal of Addiction*, 1987, vol. 82, pp. 735-740.
10. Veale D. Psychological aspects of staleness and exercise dependence. *International Journal of Sports Medicine*, 1991, vol. 12, pp. S19-S22.
11. Hausenblas H. A., Downs D. S. Exercise dependence: a systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, 2002, vol. 3, no. 2, pp. 89-123.
12. Murphy M. H. Sport and drugs and runner's high (Psychophysiology). *Psychology of Sport* [eds. J. Kremer, D. Scully]. London, Taylor & Francis, 1993.
13. Adams J., Kirkby R. J. Excessive exercise as an addiction: A review. *Addiction Research and Theory*, 2002, vol. 10, no. 5, pp. 415-437.
14. Franken I. H. A., Zijlstra C., Muris P. Are nonpharmacological induced rewards related to anhedonia? A study among skydivers. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2006, vol. 30, no. 2, pp. 297-300.
15. Volkow N. D., Fowler J. S., Wang G. J. The addicted human brain: insights from imaging studies. *J. Clin. Invest*, 2003, vol. 111, pp. 1444-1451.
16. Pierce E. F. [et al.] Beta-endorphin response to endurance exercise: relationship to exercise dependence. *Percept Mot Skills*, 1993 Dec, vol. 77, no. 3, pt. 1, pp. 767-70.
17. Bamber D. J., Cockerill I. M., Rodgers S., Carroll D. Its exercise or nothing [A qualitative analysis of exercise dependence]. *Br. J. Sports Med.*, 2000, vol. 34, pp. 423-430.
18. Bamber D. J., Cockerill I. M., Rodgers S., Carroll D. Diagnostic criteria for exercise dependence in women. *Br. J. Sports Med.*, 2003, vol. 37, pp. 393-400.
19. Griffiths M. D. Exercise addiction: a case study. *Addiction Research*, 1997, vol. 5, no. 2, pp. 161-168.
20. Griffiths M. D. Workaholism is still a useful construct. *Addiction Research and Theory*, 2005, vol. 13, no. 2, pp. 97-100.
21. Hurst R., Hale B., Smith D., Collins D. Exercise dependence, social physique anxiety, and social support in experienced and inexperienced bodybuilders and weightlifters. *British Journal of Sports Medicine*, 2000, vol. 34, no. 6, pp. 431-435.
22. Bell J. A., Doege T. C. Athletes use and abuse of drugs. *Phys. Sport Med.*, 1987, vol. 15, pp. 99-108.
23. Carrier C. La pratique sportive intensive en tant que conduite addictive. *Nervure*, 1993, vol. VI, pp. 51-58.
24. Furst D. M., Germone K. Negative addiction in male and female runners and exercisers. *Percept. Mot. Skills*, 1993 Aug., vol. 77. - N 1P. - 192-194.
25. Seznec J. C. Toxicomanie et cyclisme professionnel. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 2002, vol. 160, no. 1, pp. 72-76.
26. Volle É., Seznec J.-C. Larrêt du sport intensif: révélation addictions? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 2006, vol. 164, no. 9, pp. 775-779.
27. Yates A., Edman J. D., Crago M., Crowell D. Eating disorder symptoms in runners, cyclists and paddlers. (rapid communication). *Addictive Behaviors*, 2003, vol. 28, no. 8, pp. 1473-1480.
28. Mathers S., Walker M. B. Extraversion and exercise addiction. *Journal of Psychology*, 1999, vol. 133, no. 1, pp. 125-128.
29. Draeger J., A. Yates, D. Crowell The Obligatory Exerciser. Assessing an Over commitment to Exercise. *The Physician and Sports medicine*, 2005, vol. 33, no. 6. Available at: www.physsportsmed.com/issues/2005/0605/toc0605.htm.
30. Egorov A. Yu., Fel'sendorff O. V. Sportivnaya addiktsiya [Obzor literatury] [Sport addiction [Review of the literature]]. *Ural'skiy zhurnal psikiatrii, narkologii i psikhoterapii (Ekaterinburg)*, 2013, issue 1, pp. 44-57. (In Russ.)
31. Kjelsas E., Augestad L. B., Gotestam K. G. Exercise dependence in physically active women. *Eur. J. Psychiatry*, 2003, vol. 17, no. 3, pp. 145-155.
32. Klein D. A. [et al.] Exercise "addiction" in anorexia nervosa: Model development and pilot data. *CNS Spectrums*, 2004, vol. 9, no. 7, pp. 531-537.
33. Estok P. J., Rudy B. Physical, psychosocial, menstrual changes/risks, and addiction in the female marathon and nonmarathon runner. *Health Care for Women International*, 1996, vol. 7, pp. 187-202.
34. Davis C. Exercise abuse. *International Journal of Sport Psychology*, 2000, vol. 31, no. 2, pp. 278-289.
35. Lejoyeux M. [et al.] Prevalence of exercise dependence and other behavioral addictions among clients of a Parisian fitness room. *Compr Psychiatry*, 2008, vol. 49, no. 4, pp. 353-358.
36. Garman J. F., Hayduk D. M., Crider D. A., Hodel M. M. Occurrence of exercise dependence in a college-aged population. *J. Am. Coll. Health*, 2004, vol. 52, no. 5, pp. 221-228.
37. Griffiths M. D., Szabo A., Terry A. The Exercise Addiction Inventory: A quick and easy screening tool for

health practitioners. *British Journal of Sports Medicine*, 2005, vol. 39, no. 6, pp. 30.

38. Obzor rynku fitness-uslug Ukrainy [Overview of the Ukrainian market of fitness services]. Available at: <http://www.marketing-ua.com/articles.php?articleId=4388>.

39. Razvitie fitnes-industrii Ukrainy [tendentsii i perspektivy] [Development of the fitness industry of Ukraine [Trends and Prospects]]. Available at: <http://nbr.com.ua/news-anons/856-razvitie-fitnes-industrii-tendentsii-i-perspektivy>. (In Russ.)

40. Analiz rynku fitnes-poslug Ukrainy [Analysis of market fitness services Ukraine]. Available at: <http://mybiblioteka.su/tom2/8-73174.html>. (In Ukr.). Linskiy I.V., Minko A. I., Artemchuk A. F. [et al.] Metod kompleksnoy otsenki addiktivnogo statusa individa i populyatsii s pomoshch'yu sistemy AUDIT-podobnykh testov [The method of integrated assessment addictive status of the individual and the population using the AUDIT-like system tests]. *Visnyk psyhiatrii ta psyhofarmakoterapii*, 2009, no. 2 (16), pp. 56-70. (In Russ.)

41. Linskiy I. V., Minko A. I., Artemchuk A. F. [et al.] Addiktivnyy status i metod ego kompleksnoy otsenki pri pomoshchi sistemy AUDIT-podobnykh testov [Addictive status and method of its comprehensive assessment

using the AUDIT-like system tests]. *Psikhicheskoe zdorov'e*, 2010, no. 6(49), pp. 33-45. (In Russ.)

42. Saunders J. B., Aasland O. G., Babor T. F., de la Fuente J. R., Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. *Addiction*, 1993, vol. 88, pp. 791-804.

43. Gubler E. V. Vychislitel'nye metody analiza i raspoznavaniya patologicheskikh protsessov [Computational methods of analysis and detection of pathological processes]. Moscow, Medicine Publ., 1978, 294 p. (In Russ.)

44. Lapach S. N., Chubenko A. V., Babich P. N. Statisticheskie metody v mediko-biologicheskikh issledovaniyakh s ispol'zovaniem Excel [Statistical methods in biomedical research using Excel]. Kiev, Morion Publ., 2000, 320 p. (In Russ.)

45. Savina M. V. Porivnjal'nyy analiz addyktivnogo statusu podruzhzhya v rodyah z riznym stanom zdorov'ja sim'i ta zaleznoi' povedinky u zhinok [Comparative analysis addictive status spouses in families with different family and health as dependent behavior in women]. *Medychna psykologija*, 2016, vol. 11, no. 1, pp. 30-43. (In Ukr.)

ФИТНЕС-АДДИКЦИЯ У ЖЕНЩИН: КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ ФЕНОМЕНА И ОБОСНОВАНИЕ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТА

М. В. Савина

Харьковский национальный университет имени
В. Н. Каразина

Аннотация. В работе проанализирован феномен фитнес-аддикции, приведены основные научные взгляды на его патогенез и клинические проявления. Представлена авторская методика выявления расстройств, связанных с увлеченностью спортом (фитнесом) для непрофессионалов (SPORT-UDIT), приведены результаты ее апробации. Полученные результаты свидетельствовали о надежности и точности нового психодиагностического инструмента в определении выраженности клинических проявлений исследуемого патологического феномена. Подавляющее большинство женщин продемонстрировали увлечение аддиктивным объектом, выраженным до уровня зависимости в пределах поведенческих и / или физиологических аддикций. Сделан вывод о существовании фитнес-аддикции как патологического феномена, который концептуализован как проявление физиологического типа аддиктивного поведения.

Ключевые слова: аддиктивное поведение, женщины, фитнес-аддикция, тест для выявления расстройств, связанных с увлеченностью спортом (фитнесом) для непрофессионалов SPORT-UDIT.

FITNESS ADDICTION IN WOMEN: THE CONCEPTUALIZATION OF THE PHENOMENON AND FOUNDATION OF PSYCHODIAGNOSTIC TOOL

M. V. Savina

V. N. Karazin Kharkiv National University

Summary. The paper analyzes the basic scientific views on its pathogenesis and clinical features of the fitness addiction phenomenon. Presented by the author's method of detection of disorders associated with enthusiasm for sports (fitness) for non-professionals (SPORT-UDIT), the results of testing. Received results indicated by the reliability and accuracy of the new psycho-diagnostic tool in determining the severity of the clinical manifestations of the studied pathological phenomenon. The overwhelming majority of women have demonstrated addictive fascination entity expressed according to the level in the range of behavioral and / or physiological addiction. The conclusion about the existence fitness addiction as a pathological phenomenon, which is conceptualized as a manifestation of a physiological type of addictive behavior.

Key words: addictive behavior, women, the test to detect disorders, associated with capture for sports (fitness) for non-professionals SPORT-UDIT.