

КИЇВСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ БОРИСА ГРІНЧЕНКА
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ФАТЄЄВА МАРИНА СЕРГІЇВНА

УДК 159.923.2

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ САМОУСВІДОМЛЕННЯ
ОСІБ З ОРТОРЕКСІЄЮ

053 – Психологія

Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ **М.С. Фатєєва**

Науковий керівник: Лозова Ольга Миколаївна, доктор психологічних наук,
професор

Київ – 2021

АНОТАЦІЯ

Фатеєва М.С. Психологічні особливості самоусвідомлення осіб з орторексією. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 «Психологія» (05 – Соціальні та поведінкові науки). – Київський університет імені Бориса Грінченка, Київ, 2021.

У роботі представлено результати дослідження особливостей самоусвідомлення осіб з порушенням харчової поведінки – орторексією. Актуальність дослідження зумовлена тим, що практична допомога особам з орторексією вимагає всебічного аналізу та осмислення психологічних механізмів виникнення й розвитку цього порушення, тоді як більшість сучасних наукових пошуків присвячено медичним аспектам орторексії та не розкривають суспільного значення зазначених її механізмів.

Здійснено теоретичний аналіз досліджуваної проблеми, що дозволило розглядати орторексію як індивідуальну модель (порушення) харчової поведінки та як соціокультурний феномен. Визначальними симптомами виступають: нав'язливість та ригідність харчової поведінки; наявність надцінних ідей щодо їжі; інтенсивне уникання продуктів, що сприймаються як нездорові; перебільшені емоційно-стресові реакції при невідповідності власної дієти суб'єктивно-прийнятому стандарту; нетолерантність стосовно харчових переконань інших людей; залежність Я-концепції від харчової поведінки; серйозні негативні наслідки на пізніх етапах (порушення фізіологічних функцій та соціального життя). Нервова орторексія має спільні риси з анорексією, обмежувальною та вибірковою харчовою поведінкою, а також з obsesивно-компульсивним розладом. Її унікальними визначальними ознаками є ірраціональні переконання та «специфічні відчуття» стосовно їжі; соціальна і суб'єктивна бажаність поведінки; сприйняття дієтичних самообмежень як моральної чесноти, псевдодуховність. Соціальне занепокоєння і незадоволеність собою компенсуються відчуттям власної переваги над оточенням.

Емпіричне дослідження залучило 326 дорослих респондентів віком від 18 до 68 років. Особи з ознаками орторексії були відібрані серед дорослих індивідів, що цікавляться здоровим способом життя та є дописувачами відповідних груп у Facebook і Telegram з міст: Запоріжжя, Києва, Краматорська, Мінська, Одеси, Санкт-Петербурга, Харкова та ін. Таким чином, вибірка являє собою доросле населення великих і середніх міст, причетне до культури здорового способу життя (ЗСЖ). Поширеність орторексії в окремих соціальних і професійних групах дає підстави вважати її культурним феноменом. Увага до корисності їжі є сучасним трендом, що має об'єктивні передумови (стурбованість екологічними проблемами, культура спортивного тіла, перегляд цінностей споживання), викликає суспільне схвалення та об'єднує навколо себе зацікавлених осіб. У пошуках нових правил харчування згідно з індивідуальними потребами людина звертається до альтернатив традиційній харчовій культурі. Послідовники орторексичної субкультури мають спільні переконання й цінності, інформаційне поле, особливості дискурсу, на підставі яких виробляють власні стандарти харчової поведінки – суворі обмеження в харчуванні, що не мають під собою медичних або релігійних підстав.

Формування орторексії визначається ступенем реагування людини на добровільно прийняту модель харчування, яке з базової необхідності й способу емоційного заспокоєння переходить у ранг вищої цінності – основи соціальності, ознаки духовності й способу самоактуалізації. При орторексії харчовий стандарт включений в ідеальний Я-образ, тісно пов'язаний із самоусвідомленням та самооцінкою. Нестабільність і неадекватність самооцінки осіб з орторексією, внутрішня суперечливість Я-концепції робить їх залежними від зовнішніх стандартів правильної поведінки, якими в певний період життя стають харчові теорії.

Укладено структурно-функціональну модель харчової поведінки при орторексії, де визначено внутрішній стандарт харчової поведінки, тобто надцінні ідеї та переконання, які полягають у самоусвідомленні власного «Я», при цьому фізичне «Я» відповідає за альтернативну харчову субкультуру і відповідно

викликає почуття сорому, провини і тривоги, а ідеальне «Я» проявляється у задоволеності, безпеці і самоповазі. При невідповідності власної харчової поведінки наявному стандарту в особи виникають сильні негативні переживання та зниження самооцінки. В подальшому можливі такі поведінкові маршрути особи, спрямовані на зменшення розбіжностей: активна зміна власної поведінки (за рахунок ще більших вольових зусиль для дотримання дієти); зміна (переобрання) харчового стандарту; зміна фокусу уваги, уникання самоконцентрації (стимулів та обставин, які знижують її самооцінку); зниження рівня самоусвідомлення власного «Я». У рамках орторексичного сценарію думки та дії зосереджені на різноманітних питаннях харчування (що дозволяє не думати про себе), виникає соціальна ізоляція та відірваність від реальності. Самоусвідомлення як процес являє собою сприйняття численних Я-образів у різних ситуаціях і поєднання їх у цілісну Я-концепцію; при цьому на особистість впливає соціально-культурне середовище, до якого вона належить, і діяльність, яку вона виконує.

Емпірично констатовано:

1. Особи, що цікавляться правильним харчуванням, представляють групу ризику стосовно формування розладів харчової поведінки. 64,1 % респондентів відповідають діагностичним критеріям нервової орторексії. Кількість осіб з орторексією суттєво більша серед юнацтва 18-19 років, порівняно з іншими віковими групами, у зв'язку з несформованістю особистісної ідентичності, збільшується ризик патологізації особистості на фоні захопленості здоровим способом життя.

2. Прояви орторексії пов'язані зі зниженням харчової інтуїції, що найбільш яскраво виявляється у встановленні жорстких обмежень на прийняття їжі. Перебільшена задоволеність гармонійними відносинами між їжею та тілом свідчить про викривлення самосвідомості осіб з орторексією. Чим більш вираженою є орторексія, тим менше особа прислуховується до сигналів власного організму, що вкорінює нав'язливі дієтичні обмеження ($p < 0,01$). Збереженість безумовного дозволу на прийняття їжі слугує

чинником, що відрізняє від орторексії здорову захопленість правильним харчуванням (значущість різниці $p=0,00$).

3. Майже однакова частина прихильників ЗСЖ незалежно від наявності або відсутності орторексії має порушене сприйняття тілесного «Я» (39,2 % осіб з орторексією та 41,0 % осіб, у яких орторексія відсутня). Вважаючи свій зовнішній вигляд недосконалим, вони переконані, що інші ставляться до них так само критично – це спричиняє почуття внутрішнього дискомфорту, тривожність, невпевненість і соціальну відгородженість. Позитивність тілесного Я-образу корелює ($p<0,001$) з показниками харчової інтуїції.

4. Самоусвідомлення осіб, захоплених ідеями правильного харчування, характеризується глобальним позитивним самоствавленням: надмірним прийняттям себе (з тенденцією до ідеалізації власних недоліків) та саморефлексією, постійним вивченням свого внутрішнього світу і фізичних можливостей (з тенденцією до зацикленості на собі та небажання отримувати сигнали ззовні, які суперечать уявленням про себе). Виявлено внутрішню суперечливість самоствавлення: декларована впевненість у власній цікавості для інших не підтримується конкретними діями та внутрішніми установками; натомість очікується неприйняття та антипатія з боку соціального оточення. Неусвідомлене негативне самоствавлення виявляється в очікуванні негативних оцінок з боку інших людей і зумовлює ризик виникнення внутрішніх конфліктів і харчових розладів. Патологізація харчової поведінки супроводжується змінами самоствавлення на поведінковому рівні: зниженням прихильності та довіри до себе, збільшенням готовності до самозвинувачення (почуттів провини, сорому, осуду, агресії, спрямованих на себе) - 46,99 порівняно з 41,45 в осіб, що не мають орторексії (значущість міжгрупової різниці становить $p=0,04$).

5. Позитивна кореляція між схильністю слідувати інтуїтивному харчуванню, прислухатися до потреб організму та показниками самоусвідомлення (самоповага ($p<0,001$), самовпевненість ($p<0,001$), самоприйняття ($p<0,001$), аутосимпатія ($p<0,001$), інтерес до себе ($p<0,05$))

окреслює шляхи психологічної допомоги при орторексії. Встановлено, що інтуїтивне харчування приводить до відмови від харчових заборон та знижує почуття провини стосовно вибору продуктів ($p < 0,01$). Відновлення харчової інтуїції підвищує впевненість, цікавість до себе, сприяє прийняттю себе як особистості.

6. Реконструйовано семантичний простір концепту «їжа» у свідомості осіб з орторексією та без такої. В ході вільного асоціативного експерименту отримано 1168 асоціатів у осіб з орторексією та 829 слів у осіб з відсутньою орторексією. Семантичним ядром асоціативного поля їжі в обох підгрупах є її смак, корисні властивості та задоволення. В осіб з орторексією спостережено високу семантичну пов'язаність їжі з поняттям здоров'я; для осіб без орторексії характерними є асоціати радість, енергія, поживність, солодкість, готувати, м'ясо, життя, друзі та їжа.

За даними семантичної диференціації семантичний простір сприйняття їжі в осіб з орторексією охоплює критерії тактильної привабливості (смачна, легка, гаряча); впорядкованості (організована, високоякісна, повільна, стабільна, легкодоступна); корисності (свіжа, корисна, правильна, натуральна, вишукана) та емоційної атрибуції (добра, красива, радісна). Семантика їжі прямо не пов'язана з вираженістю орторексії; виняток становить критерій повільності ($p < 0,05$), що відображає прихильність до усвідомленого та ритуалізованого споживання. Натомість виявлено численні кореляції з компонентами харчової інтуїції.

7. Розроблено «Програму корекції процесів самоусвідомлення осіб з орторексією», обґрунтовано етапи, принципи, форми, методи роботи у програмі. За результатами формувального експерименту засвідчено достатню ефективність вказаної програми ($t = -7,42$, $p = 0,000$). Підтверджено робочу гіпотезу про те, що поглиблення самоусвідомлення осіб з орторексією шляхом підвищення харчової інтуїції (з $2,60 \pm 0,54$ до $3,13 \pm 0,79$) приводить до зменшення орторексичних ознак (з 35,63 до 39,97). Доведено, що саме харчова інтуїція, яка включає в себе розвиток інтероцептивної усвідомленості,

співнастроєності з відчуттями тіла, використання їжі для задоволення фізичних, а не емоційних потреб, збільшення довіри до сигналів власного тіла, сприяє гармонізації ставлення до себе та оточення через гармонізацію Я-образу.

Дані формувального експерименту показали суттєві зміни особистісних показників респондентів в експериментальній групі, які відобразилися у помітному зростанні загального показника – глобального самоствавлення та підвищення харчової інтуїції (з $68,07 \pm 27,39$ до $73,99 \pm 27,18$). Водночас вираженість орторексичних патернів поведінки та рівень самозвинувачення показали тенденцію до зниження (з $59,81 \pm 30,68$ до $47,79 \pm 27,88$). Відтак унаслідок корекційно-формувального впливу сприйняття себе (самоусвідомлення) учасниками програми трансформується і стає більш гармонійним. Аналогічної динаміки змін у контрольній групі не відбулося.

Наукова новизна отриманих результатів дослідження полягає у тому, що:

- систематизовано та узагальнено головні критерії орторексії як психічного стану (патологічного потягу): порушення самоусвідомлення та нав'язлива поведінкова активність, спрямована на дотримання «правильного» харчування;

- уперше розроблено модель харчової поведінки при орторексії, яка охоплює такі феномени: стандарти харчової поведінки, «Я» та фокус самоусвідомлення; виявлено та описано соціально-культурні детермінанти обмежувально-вибіркових харчових патернів: харчові стандарти при орторексії включені в ідеальний Я-образ, тісно пов'язаний з самоусвідомленням та самооцінкою, й фокусуються на якості їжі. Увага до якості, корисності їжі, що має об'єктивні екологічні передумови, є сучасним трендом й викликає суспільне схвалення. Харчова поведінка стає способом задоволення психологічних та соціальних потреб найвищого рівня й визначає загальний спосіб життя людини.

- уточнено місце орторексії серед інших порушень харчової поведінки як окремої субкультури, де визначено її в межах девіантної, альтернативної харчової поведінки та як симптом більш складного та глибокого психічного розладу;

- поглиблено уявлення про прямий зв'язок орторексії та харчової інтуїції;

- удосконалено психологічний зміст поняття «самоусвідомлення особистості» як процесу безпосереднього сприйняття індивідом власних психічних актів і результату формування безпосереднього образу самого себе;

- набуло подальшого розвитку наукове уявлення стосовно семантичного простору сприйняття їжі особами з порушеннями харчової поведінки, які визначено критеріями тактильної привабливості, впорядкованості, корисності та емоційної атрибуції;

- розроблено рекомендації для фахівців-психологів, психотерапевтів приватної практики, викладачів-психологів та установ різного типу власності щодо процесу психотерапії осіб з орторексією шляхом самопізнання, самоусвідомлення та самоприйняття.

Практичне значення результатів дослідження:

- розроблено комплекс діагностичних методик, спрямованих на визначення психологічних ефектів, що супроводжують формування орторексичного порушення харчової поведінки;

- створено й апробовано авторську «Програму корекції процесів самоусвідомлення осіб з орторексичними порушеннями харчової поведінки», доведено її ефективність завдяки зростанню загального показника – глобального самоставлення та підвищення харчової інтуїції, підвищенню показників самосприйняття, тоді як вираженість орторексичних патернів поведінки та рівня самозвинувачення мали тенденцію до зниження.

Ключові слова: орторексія, самоусвідомлення, орторексична субкультура, семантичний простір осіб з орторексією, порушення харчової поведінки, харчова інтуїція, психологічна допомога.

ABSTRACT

M.S. Fatieieva. Psychological characteristics of self-awareness of people with orthorexia. - Scientific manuscript for an academic qualification.

Thesis paper for obtaining the academic degree of Doctor of Philosophy (Ph.D.) in "Psychology" (053) (05 - Social and Behavioral Sciences). – Borys Grinchenko Kyiv University, Kyiv, 2020. The paper presents the results of a study of the characteristics of self-awareness of people with disordered eating – orthorexia. The relevance of the study is due to the fact that practical assistance to persons with orthorexia requires a comprehensive analysis and understanding of the psychological mechanisms of the beginning and development of this disorder, while most modern scientific researches are devoted to the medical aspects of orthorexia and do not reveal the social significance of its mechanisms.

A conducted theoretical analysis of the problem made it possible to consider orthorexia as an individual model (violation) of eating behavior and as a socio-cultural phenomenon. The defining symptoms are obsession and rigid control of eating behavior; the presence of overvalued food ideas; strict avoidance of products perceived as unhealthy; exaggerated emotional and stressful reactions when one's diet does not correspond to subjectively accepted standards; intolerance of other people's food beliefs; dependence of the self-concept on eating behavior; serious negative consequences in the later stages (decline of physiological functions and social life). Orthorexia nervosa shares similarities with anorexia nervosa, restrictive and selective eating behaviors, and obsessive-compulsive disorder. Its unique characteristics are irrational beliefs and "specific feelings" about food; social and subjective desirability of behavior; the perception of dietary self-restraint as a moral virtue, pseudo-spirituality. Social anxiety and dissatisfaction with oneself are compensated by a sense of superiority over others.

The empirical study included 326 adult respondents aged 18 to 68. Persons with signs of orthorexia nervosa were selected among adult individuals interested in a healthy lifestyle and subscribed to the corresponding Facebook and Telegram groups from the cities: Kyiv, Kharkiv, Kramatorsk, Minsk, Moscow, Odesa, St. Petersburg, Zaporizhzhia, etc. Thus, the sample represents the adult population of large and medium-sized cities, showing an interest in the culture of a healthy lifestyle. The prevalence of orthorexia in certain social and professional groups gives reason to

consider it a cultural phenomenon. Attention to the healthiness of food is a modern trend, which has objective reasons (concern about environmental problems, the culture of a fit body, the revision of the consumption values), causes public approval and unites interested people around it. A person searching for new dietary rules according to individual needs turns to alternatives to traditional food culture. Followers of the orthorexic subculture have common beliefs and values, information field, discourse features, based on which they produce their standards of eating behavior – strict dietary restrictions that are not based on medical or religious grounds.

The formation of orthorexia is determined by the degree of a person's response to a voluntarily adopted nutritional model, which, from a basic need and a way of emotional tranquility, goes to the rank of the highest value – the basis of sociality, a sign of spirituality and a way of self-actualization. With orthorexia, the food standard is included in the ideal self-image, and closely related to self-awareness and self-esteem. The instability and inadequacy of the self-esteem of persons with orthorexia, the internal inconsistency of the self-concept make them dependent on external standards of proper behavior. Food theories become such a standard at a certain period of life.

A structural and functional model of eating behavior in orthorexia has been determined, where the internal standards of eating behavior consist from overvalued ideas and beliefs that lie in the self-awareness of one's self, while the physical self is responsible for an alternative food subculture and, accordingly, causes a feeling of shame, guilt, and anxiety, and the ideal self is manifested in satisfaction, security and self-respect. When a person's eating behavior does not correspond to the existing standards, a person has strong negative experiences and a decrease in self-esteem. It is possible, that in some time, the person will choose another behavioral route, aimed at reducing disagreements: active change in person's behavior (with even greater efforts to maintain a diet); change (re-election) of the food standard; changing the focus of attention, avoiding self-concentration (stimuli and circumstances that reduce self-esteem); lowering the level of self-awareness of one's self. Within the orthorexic scenario, thoughts and actions are focused on various issues of nutrition (which allows

a person not to think about oneself), social isolation, and isolation from reality arise. Awareness as a process is the perception of numerous self-images in various situations and their combination into an integral self-concept; at the same time, the personality is influenced by the socio-cultural environment to which it belongs and the activity that it performs.

The empirical research has shown:

1. Individuals interested in healthy eating represent a risk group for the development of eating disorders. 64.1% of the respondents meet the diagnostic criteria for orthorexia nervosa. The number of persons with orthorexia increases significantly among young people 18-19 years old, whose unformed personal identity increases the risk of personality pathologization due to a passion for a healthy lifestyle.

2. Presentations of orthorexia are associated with a decrease in food intuition, which is most clearly seen in the establishment of severe restrictions on food intake. Exaggerated satisfaction with the harmonious relationship between food and body is indicative of a distorted self-awareness of a person with orthorexia. The more pronounced orthorexia is, the less a person listens to the signals of his own body, rooting obsessive dietary restrictions ($p < 0.01$). The preservation of the unconditional permission to eat is a factor that distinguishes adequate interest in healthy eating from orthorexia (significance of the difference $p = 0.00$).

3. Almost the same part of the supporters of a healthy lifestyle, regardless of the presence or absence of orthorexia, have impaired perception of the physical self (39.2% of people with orthorexia and 41.0% of people who do not have orthorexia). Considering their appearance imperfect, they are convinced that others are critical of them as well. This causes feelings of inner discomfort, anxiety, insecurity, and social isolation. The positiveness of the physical self-image correlates ($p < 0.001$) with indicators of food intuition.

4. The self-awareness of individuals who are passionate about the ideas of healthy eating is characterized by a global positive attitude towards themselves: excessive self-acceptance (with a tendency to idealize their weaknesses) and self-reflection, constant study of their inner world and physical capabilities (with a tendency

to be fixated on themselves and unwillingness to receive signals from the outside that contradict self-image). The internal inconsistency of self-attitude was revealed: the declared confidence in one's being the subject of interest for others is not supported by specific actions and internal attitudes; instead, rejection and disgust from the social environment is expected. Unconscious negative self-attitude is expressed in the expectation of negative assessments from other people and justifies the risk of internal conflicts and eating disorders. Pathological eating behavior is accompanied by changes in self-attitude at the behavioral level: a decrease in adherence and confidence in oneself, an increase in the readiness for self-blame (feelings of guilt, shame, condemnation, aggression directed at oneself) - 46.99 compared with 41.45 in persons without orthorexia, (the significance of the intergroup difference is $p = 0.04$).

5. A positive correlation between the tendency to follow an intuitive diet, listen to the needs of the body and indicators of self-awareness (self-esteem ($p < 0.001$), self-confidence ($p < 0.001$), self-acceptance ($p < 0.001$), autosympathy ($p < 0.001$), self-interest ($p < 0.05$), determines the ways of psychological help for people with orthorexia. It has been found that intuitive nutrition leads to the rejection of food restrictions and reduces the feeling of guilt in choosing products ($p < 0.01$). Restoration of food intuition increases confidence, interest in oneself, promotes acceptance of oneself as a person.

6. The semantic space of the concept "food" was reconstructed in the minds of persons with orthorexia and without. 1168 associates were obtained in persons with orthorexia and 829 words in persons with no orthorexia during the free-associative experiment. The semantic core of the associative field of food in both subgroups is its taste, nutritive facts, and pleasure. A high semantic connection between food and the concept of health was found in persons with orthorexia; while people without orthorexia have associations with joy, energy, nutrition, sweetness, cooking, meat, life, friends, and food.

According to the data of semantic differentiation, the semantic space of food perception in persons with orthorexia covers the criteria of tactile attractiveness (tasty, light, hot); order (organized, high quality, slow, stable, readily available);

usefulness (fresh, healthy, right, natural, gourmet) and emotional attribution (kind, beautiful, joyful). The semantics of food is not directly related to the intensity of orthorexia; the exception is the criterion of slowness ($p < 0.05$), which reflects adherence to conscious and ritualized consumption. On the other hand, numerous correlations with the components of food intuition were found.

7. A "Program for correcting the processes of self-awareness of persons with orthorexia" has been developed with grounded stages, principles, forms, methods of work in the program. According to the results of the formative assessment, the sufficient efficiency of the abovementioned program was verified ($t = -7.42$, $p = 0.000$). The working hypothesis was confirmed that the deepening of self-awareness of persons with orthorexia by increasing food intuition (from 2.60 ± 0.54 to 3.13 ± 0.79) leads to a decrease in orthorexic symptoms (from 35.63 to 39.97). It has been proven that it is food intuition, which includes the development of interoceptive awareness, attunement with body sensations, the use of food to satisfy physical rather than emotional needs, an increase in confidence in the signals of one's own body, helps to harmonize attitudes towards oneself and others through the harmonization of the self-image.

The data of the formative assessment showed significant changes in the personal indicators of the respondents in the experimental group, which were reflected in a noticeable increase in the general indicator - global self-attitude and an increase in food intuition (from 68.07 ± 27.39 to 73.99 ± 27.18). At the same time, the intensity of orthorexic patterns of behavior and the level of self-accusation showed a downward trend (from 59.81 ± 30.68 to 47.79 ± 27.88). Therefore, as a result of the corrective-forming influence, the self-perception (self-awareness) of the program participants is transformed and becomes more harmonious. The control group did not show similar dynamics of changes.

The scientific novelty of the obtained research results is in the next:

- systematized and summarized the main criteria of orthorexia as a mental state (pathological attraction): impaired self-awareness and obsessive behavioral activity aimed at having the "right" food;

- for the first time was developed a model of eating behavior in orthorexia, which covers the following phenomena: standards of eating behavior, self, and focus of self-awareness;
- clarified the place of orthorexia among other eating disorders as a separate subculture, where it is defined within the deviant, alternative eating behavior and as a symptom of a more complex and profound mental disorder;
- deepened understanding of the direct connection between orthorexia and food intuition;
- the psychological content of the concept of "self-awareness of a personality" as a process of direct perception by an individual of his mental acts and the result of the formation of an immediate image of himself has been improved;
- the scientific understanding of the semantic space of food perception by persons with disordered eating was further developed, and was determined by the criteria of tactile attractiveness, orderliness, usefulness, and emotional attribution;
- recommendations have been developed for psychologists, psychotherapists in private practice, teachers-psychologists, and institutions of various types of property on the process of psychotherapy for persons with orthorexia through self-knowledge, self-awareness, and self-acceptance.

The practical significance of the research results:

- A complex of diagnostic techniques aimed at determining the psychological effects accompanying the formation of orthorexic eating disorders was developed;
- The author's "Program for correcting the processes of self-awareness of persons with orthorexic disordered eating" was created and tested, its effectiveness was proved due to an increase in the overall indicator - global self-attitude and increased food intuition, an increase in self-perception indicators, while the intensity of orthorexic patterns of behavior and the level of self-blame tended to decrease.

Keywords: orthorexia, self-awareness, orthorexic subculture, semantic space of persons with orthorexia, eating disorders, food intuition, psychological help.

СПИСОК НАУКОВИХ ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Публікація в періодичному науковому виданні іншої держави, яка входить до Організації економічного співробітництва та розвитку та Європейського Союзу

1. Фатеева М.С. (2021) "Orthorexia Nervosa: история возникновения термина, диагностические критерии и место среди известных расстройств пищевого поведения". *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*. V IX (96), Iss. 245, p. 64-71. ISSN: 2308-5258 (Print), 2308-1996 (Online). https://seanewdim.com/uploads/3/4/5/1/34511564/ped_psy_245_96.pdf

Публікації у виданнях, включених до переліку наукових фахових видань України з присвоєнням категорії "Б"

1. Фатеева М. С. (2019) Інтуїтивне харчування у світлі наукових вітчизняних та зарубіжних розшукувань. *Теорія і практика сучасної психології*. Вип. 3 Том 1. С. 153-157. ISSN: 2663-6026 (Print), 2663-6034 (Online)

2. Фатеева М. С. (2020) Перспективи використання програм корекції процесів самоусвідомлення у осіб з орторексичними порушеннями харчової поведінки. *Габітус*. №16. С. 243–250. ISSN: 2663-5208 (Print), 2663-5216 (Online)

Публікації, у яких додатково відображені результати дослідження (статті в інших виданнях, матеріали конференції, тощо)

1. Фатеева М. С. (2017) Еволюція поняття самоусвідомлення у психологічній науці. *Психологія свідомості: теорія і практика наукових досліджень* : матеріали I Міжнар. наук.-практ. конф., м. Переяслав-Хмельницький, 21 берез. 2017 р. Переяслав-Хмельницький. С. 196-199.

2. Лозова О. М., Дробот О. В., Фатеева М. С. (2017) Парадокси потребово-мотиваційної сфери осіб з нервовою орторексією. *Лікарська справа*. № 7. С. 104-110. ISSN: 1019-5297 (Print), 2706-8803 (Online).

3. Фатеева М. С. (2019) Асоціативне сприйняття поняття «їжа» особами з наявною та відсутньою орторексією (результати емпіричного дослідження, 2016-2018рр. в містах України та за її межами). *РАЦІОГУМАНІСТИЧНІ СТУДІЇ*.

Збірник наукових статей. С. 245-256.

4. Фатєєва М. С. (2019) Дослідження порушень харчової поведінки (орторе́ксія) у форматі вивчення сучасних субкультур. *Педагогіка і психологія: актуальні проблеми досліджень на сучасному етапі* : тези Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 5-6 квіт. 2019 р.). Київ. С.131-133.

5. Фатєєва М.С. (2019) Перспективи дослідження особливостей самоусвідомлення осіб з орторексією. *Психологія свідомості: теорія і практика наукових досліджень*: тези III міжнар. наук.-практ. конф.198-202 К.: Талком. - 207 с.

6. Fatieieva M. (2019) Associative perception of the concept of “food” by persons of 18 to 68 years old (with and without orthorexia). Materials of international conference ECED (European Council for Eating Disorders) *Eating Disorders: A Transdisciplinary approach to understanding and care*. Paris. P. 82

7. Fatieieva M. (2019) The variability of perception of the concept of «food» by persons with disordered eating (orthorexia nervosa). *EATING DISORDERS: MODERN EXPERIENCE*. №1. Pp. 12-21.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ

НО – нервова орторексія

РХП – розлади харчової поведінки

ЗСЖ – здоровий спосіб життя

ОКР – obsesивно-компульсивний розлад

ARFID – avoidant/restrictive food intake disorder

DSM – Діагностичний і статистичний довідник психічних захворювань

МКХ – Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям

СД – вербальний семантичний диференціал

ІХ – інтуїтивне харчування

ЗМІСТ

Вступ.....	20
Розділ I. Теоретико-методологічні основи дослідження проблеми розладів харчової поведінки у сучасному світі.....	29
1.1. “Orthorexia Nervosa”: історія виникнення терміну, діагностичні критерії та місце серед відомих розладів харчової поведінки.....	29
1.2. Соціокультурні детермінанти порушень харчової поведінки.....	48
1.3. Орторексичне порушення харчової поведінки в контексті проблеми самоусвідомлення особистості.....	61
Висновки до розділу I.....	74
Розділ II. Емпіричне дослідження психологічних особливостей самоусвідомлення осіб з орторексією.....	78
2.1. Обґрунтування вибору методів дослідження та характеристика вибірки....	78
2.2. Результати діагностики харчової поведінки осіб з орторексією, що дотримуються здорового способу життя.....	87
2.2.1. Поширеність орторексії у вибірці та виділення груп для наступного порівняльного аналізу.....	87
2.2.2. Аналіз результатів діагностики інтуїтивного харчування в контексті схильності до орторексії.....	95
2.3. Особливості сприйняття образу тіла та ставлення до тіла у прихильників здорового способу життя та правильного харчування з наявною та відсутньою орторексією.....	101
2.4. Структура самоствавлення осіб з орторексією.....	105
2.5. Аналіз взаємозв’язків між показниками самоствавлення та параметрами харчової поведінки.....	115
2.6. Семантична репрезентація властивостей їжі у свідомості осіб з орторексією.....	121
2.7. Асоціативна структура уявлень про їжу в осіб з орторексією.....	138
Висновки до розділу II	143

Розділ III. Психокорекція процесів самоусвідомлення осіб з орторексичними порушеннями харчової поведінки.....	147
3.1. Методичне обґрунтування та організація впровадження Програми корекції процесів самоусвідомлення осіб з орторексичними порушеннями харчової поведінки.....	148
3.2. Програма корекції процесів самоусвідомлення осіб з орторексичним порушеннями харчової поведінки: структура, зміст.....	151
3.3. Оцінка ефективності Програми корекції процесів самоусвідомлення осіб з орторексичними порушеннями харчової поведінки.....	167
Висновки до розділу III.....	176
Висновки.....	178
Список використаних джерел.....	182
Додатки.....	204

ВСТУП

Питання розладів харчової поведінки людини посідають особливе місце в актуальній проблематиці психології. Сучасна психологічна думка, як вітчизняна, так і зарубіжна, на жаль, не завжди вчасно й в повному обсязі встигає оцінити загрози, що їх несуть в собі розлади харчової поведінки. Недостатньо вивчено симптоматику розладів, відсутні стандарти їх визначення. Зокрема, поряд з анорексією та булімією, нападоподібне переїдання було внесене до реєстру розладів лише в 2014 році.

Розвиток комунікаційних технологій, створення сучасного інформаційного простору загострює проблему самоусвідомлення осіб із розладами харчової поведінки. Особливості подання інформації у ЗМІ, як об'єктивної, так і суб'єктивної, є передумовою стрімкого поширення такого феномену, як орторексія. Остання трактується як нав'язливе прагнення особи до «здорового й правильного» харчування, як патологічний потяг до споживання певної їжі. Явище орторексії лише починає досліджуватися, тому ще не набуло чітких наукових контурів: одні вчені вбачають в орторексії психічний розлад, інші – лише певну соціальну тенденцію.

Особа почувається в сучасному світі незахищеною, невпевненою, такою, яка підпадає під вплив модних, іноді радикальних течій. Людина переконується, що не здатна змінити оточуючий світ й обставини, які спричиняються багатьма суспільними, культурними факторами. Однією з доступних можливостей уникнути вірогідних негараздів для людини залишається їжа, яка може здаватися рятівним засобом подолання труднощів і перемоги над обставинами. При цьому перекручені стратегії харчової поведінки – стратегії переїдання або стратегії обмеження в їжі (аж до повної відмови від неї) – обираються суб'єктом в якості способу вирішення внутрішнього конфлікту. Останнє веде до розладу, який потребує корекції психолога, обізнаного саме у цій сфері.

Однією з причин тривоги та психологічного напруження є незадоволення сучасної людини власним виглядом. Шляхом до змін тіла стають різноманітні

дієти, які можуть завдати шкоди як фізичному здоров'ю, так і психологічному стану людини. За даними численних опитувань, середній вік початку розладів харчової поведінки – 11-13 років (В. Шебанова). Понад 50% дівчат у віці між 13 і 15 років вважають, що вони мають надлишкову вагу (хоч і це не відповідає об'єктивним показникам), близько 80% тринадцятирічних дівчат за допомогою різноманітних дієт або в інший спосіб намагалися скинути вагу. За результатами опитування жінок після 40 років, 85% з них мають бажання знизити вагу, що призводить до погіршення якості життя та переживання хронічного стресу.

Проблематиці порушень харчової поведінки присвячено низку вітчизняних і зарубіжних досліджень. Так, харчову поведінку та корекцію ваги розглядають: у біологічній парадигмі О. Вейн, М. Гінзбург, А. Володькіна, Н.Зубар, І. Терещенко, Л. Єфімова; у психологічній традиції – Н. Платонова, Т. Вознесенська, Б. Девіс, Х. Долл, В. Менделевич, Е. Рейш, Л. Абсалямова, Дж. Фрайберн, В. Шебанова, О. Марциняк-Дорош. На пострадянському просторі І. Малкіна-Пих узагальнила різні напрямки психотерапевтичного впливу при харчових розладах; у реабілітаційному аспекті проблему висвітлила А. Пріленська.

Більшість сучасних наукових пошуків носить медичний характер і розгортається з галузі психіатрії, в той час як практична допомога особам з орторексією вимагає всебічного аналізу і осмислення саме психологічних механізмів виникнення та розвитку цього порушення. Незважаючи на проведені дослідження, досі залишаються не вивченими психологічні особливості самоусвідомлення представників цієї групи, в той час як кількість людей з порушеннями харчової поведінки неухильно зростає.

Проблематика орторексії, що привертає увагу науковців в більшості розвинених країн світу, для української науки є відносно новою та маловідомою. Не вистачає достовірних емпіричних даних про поширеність орторексії серед українських споживачів, хоча гострота екологічних проблем та низька якість продуктів харчування примушує припускати, що цей відсоток є досить великим. Ця тема вимагає багатостороннього вивчення із залученням широкого кола

вчених: лікарів, дієтологів, психологів, культурологів, та інших фахівців. Особливостей самосвідомості осіб з орторексією є одною з визначальних ознак, які відрізняють це порушення від інших розладів харчової поведінки. Проте саме ці особливості маловивчені. На заповнення цієї білої плями буде спрямоване наше дослідження.

З огляду на наведені аргументи, соціально-психологічну значущість, недостатнє експериментальне вивчення феномену, було обрано темою дослідження **«Психологічні особливості самоусвідомлення осіб з орторексією»**.

Актуальність дослідження проблеми орторексії впливає з необхідності вирішення і подолання таких протиріч:

- між методологією медико-біологічного підходу до орторексії, яка передбачає медичне втручання (зазвичай – маніпуляції з тілом як об'єктом та реорганізацію способу життя), з одного боку, та психологічним підходом, який розглядає соціо-культурні чинники виникнення орторексії, психічні механізми її перебігу, психокорекційні засоби впливу, індивідуальні та суспільні наслідки – з іншого.
- між необхідністю надання психологічної допомоги людям з розладами харчової поведінки та відсутністю чітких протоколів роботи, обмеженістю психодіагностичного інструментарію, недостатньою адаптацією зарубіжних методик до вітчизняних реалій.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та експериментальному виявленні психологічних особливостей самоусвідомлення осіб з орторексією.

Об'єкт дослідження – орторексія як індивідуальна модель (порушення) харчової поведінки та соціокультурний феномен.

Предмет дослідження – психологічні особливості самоусвідомлення осіб з орторексією.

Для розв'язання поставлених завдань і досягнення мети дослідження було використано такі методи:

а) теоретичні методи: теоретичний аналіз, індукція, абстрагування, узагальнення, систематизація, моделювання, що застосовувалися для вивчення концептуальних засад дослідження проблеми самосвідомості осіб з орторексією та визначення її провідних компонентів;

б) емпіричні методи: психологічний експеримент (констатувальний і формувальний етапи), психодіагностичні методи: Римський опитувальник нервової орторексії ОРТО-15 Л.Доніні, вербальний семантичний диференціал, асоціативний експеримент, опитувальник образу власного тіла О.Скугаревського, С.Сівухи, опитувальник самовідношення В.Століна, опитувальник Шкала інтуїтивного харчування-2 Т.Тілка (в адаптації Ю.Ящишиної, М.Фатєєвої), які забезпечили реалізацію експерименту;

в) методи математичної обробки даних (коефіцієнт кореляції r -Пірсона, кутове перетворення Фішера ϕ , t -критерій Стьюдента для незалежних вибірок; для порівняльного аналізу використано парний t -критерій Стьюдента) з подальшою їх інтерпретацією та змістовим узагальненням.

Поставлена мета конкретизована в наступних **завданнях дослідження**:

- на основі теоретичного аналізу наукових джерел охарактеризувати орторексію як психічний синдром, визначити її місце серед інших порушень харчової поведінки;
- виявити й описати соціально-культурні детермінанти обмежувально-вибіркових харчових патернів;
- розкрити особливості самоусвідомлення людини в контексті орторексичної субкультури;

- методологічно обґрунтувати, розробити та апробувати «Програму корекції процесів самоусвідомлення осіб з орторексичними порушеннями харчової поведінки».

Теоретико-методологічну основу дослідження складають такі

- методологічні принципи: психічного детермінізму (С. Рубінштейн та ін.), принцип єдності свідомості й діяльності (О. Леонтьєв, Б. Ломов та ін.), принцип самодетермінації та самоактуалізації людини (Т. Василенко, Д. Леонтьєв, І. Десі, Р. Райан та ін.);

- наукові парадигми: психосемантичний підхід до вивчення свідомості (О.Лозова, В. Петренко, С.Симоненко та ін.); психологічна концепція самовідношення (В.Столін, М. Сарджвеладзе, О. Соколова, В. Петровський та ін.), концепція самопроектування та життєвого самовизначення особистості (Т. Титаренко, А. Рождественський та ін.); синергетична модель розвитку проблемної харчової поведінки (В. Шебанова).

Експериментальна база дослідження. Вибірку загальною чисельністю 410 осіб, (з яких в дослідницьку вибірку увійшли 326 дорослих респондентів, які надали повний комплект діагностичних вимірів), склали особи віком від 18 до 68 років. Середній вік опитаних склав 30,64 років, стандартне відхилення 11,61.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційне дослідження виконано в межах комплексної теми науково-дослідної роботи Інституту людини Київського університету імені Бориса Грінченка «Особистість в умовах суспільних трансформацій сучасної України» (державний реєстраційний номер 0116U002960). Тему дисертаційного дослідження затверджено Вченою радою Київського університету імені Бориса Грінченка (протокол № 12 від 27 грудня 2016 року) та узгоджено в бюро Міжвідомчої ради з координації наукових досліджень з педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол № 2 від 27 березня 2018 р.).

Наукова новизна та теоретичне значення одержаних результатів:

- *систематизовано та узагальнено* головні критерії орторексії як психічного стану (патологічного потягу): порушення самоусвідомлення та нав'язлива поведінкова активність, спрямована на дотримання «правильного» харчування;
- *уперше* розроблено модель формування розладів (порушень) харчової поведінки, яка охоплює такі феномени: «Я», стандарти харчової поведінки та фокус самоусвідомлення; виявлено та описано соціально-культурні детермінанти обмежувально-вибіркових харчових патернів: харчові стандарти при орторексії включені в ідеальний Я-образ, тісно пов'язаний з самоусвідомленням та самооцінкою, й фокусуються на якості їжі. Увага до якості, корисності їжі, що має об'єктивні екологічні передумови, є сучасним трендом й викликає суспільне схвалення. Харчова поведінка стає способом задоволення психологічних та соціальних потреб найвищого рівня й визначає загальний спосіб життя людини;
- *уточнено* місце орторексії серед інших порушень харчової поведінки як окремої субкультури, де визначено її в межах девіантної, альтернативної харчової поведінки та як симптом більш складного та глибокого психічного розладу;
- *поглиблено уявлення* про зв'язок орторексії та харчової інтуїції (чим вищий рівень орторексичних проявів, тим нижчий рівень харчової інтуїції);
- в процесі розкриття особливостей самоусвідомлення людини в контексті орторексичної субкультури *удосконалено психологічний зміст* поняття «самоусвідомлення особистості» як процесу безпосереднього сприйняття індивідом власних психічних актів і результату формування безпосереднього образу самого себе;

- *набули подальшого розвитку* наукові уявлення стосовно семантичного простору сприйняття їжі особами з порушеннями харчової поведінки, які визначено критеріями тактильної привабливості, впорядкованості, корисності та емоційної атрибуції;
- *розроблено рекомендації* для фахівців-психологів, психотерапевтів приватної практики, викладачів-психологів та установ різного типу власності щодо процесу психотерапії клієнтів з орторексією шляхом самопізнання, самоусвідомлення та самоприйняття.

Практичне значення отриманих результатів полягає в розробці комплексу діагностичних методик, спрямованих на визначення психологічних ефектів, що супроводжують формування орторексичного порушення харчової поведінки й адаптації англomовної методики «Шкала інтуїтивного харчування-2» на українській вибірці; створенні й апробації авторської «Програми корекції процесів самоусвідомлення осіб з орторексичними порушеннями харчової поведінки»; доведенні ефективності вищезазначеної програми завдяки зростанню загального показника – глобального самооставлення та підвищення харчової інтуїції, підвищенню показників самосприйняття, тоді як вираженість орторексичних патернів поведінки та рівня самозвинувачення мали тенденцію до зниження.

Результати дослідження можуть бути використані: в навчальному процесі у закладах вищої освіти у викладанні навчальних дисциплін «Психологія здоров'я», «Психосоматика», «Психологія самосвідомості», «Профілактика та корекція відхилень поведінки»; у практичній діяльності психолога, психотерапевта, під час надання психологічної допомоги особам з обмежувальними порушеннями харчової поведінки; у просвітницькій діяльності, психоедукаційній роботі з превенції розладів харчової поведінки.

Особистий внесок здобувача. Основні положення та результати дисертації отримані автором самостійно на основі критичного аналізу вітчизняних і закордонних наукових джерел, а також здійсненого емпіричного дослідження. У статті «Парадокси потребово-мотиваційної сфери осіб з

нервовою орторексією», написаної у співавторстві, дисертанту належить обґрунтування проблеми, самостійний збір емпіричного матеріалу, проведення статистичної обробки даних, що охоплює 50 % тексту статті.

Апробація результатів дослідження. Результати дисертаційного дослідження апробовано на *міжнародних науково-практичних конференціях*: I Міжнародна науково-практична конференція «Психологія свідомості: теорія і практика наукових досліджень» (м. Переяслав-Хмельницький, 2017 р.); «Розлади харчової поведінки у мультикультурному оточенні» (м. Вільнюс, 2017 р.); «Психічне здоров'я: глобальні виклики XXI століття» (м. Київ, 2017 р.); «Важкі та стійкі розлади харчової поведінки та супутні захворювання» (м. Каунас, 2018 р.); «Розлади харчової поведінки: Трансдисциплінарний підхід до діагностики та піклування» (м. Париж, 2019 р.); III Міжнародна науково-практична конференція «Психологія свідомості: теорія і практика наукових досліджень» (м. Київ, 2019 р.), «Психіатрія XXI століття: глобальний вплив на сучасне суспільство та нові практики на місцях» (VIII міжнародна науково-практична онлайн-конференція, 2020 р.), а також на Міжнародних Круглих столах Асоціації лікарів і психологів «Розлади харчової поведінки: терапія та превенція» (м. Київ, 2018, 2019, 2021рр).

Результати дослідження **впроваджено** у практику роботи Асоціації лікарів і психологів «Розлади харчової поведінки: терапія та превенція» (Україна).

Публікації. Основні результати дослідження висвітлено у 10 публікаціях автора: у 3 статтях – у фахових виданнях, що входять до переліку ДАК України, у 4 тезах Міжнародних та Всеукраїнських наукових конференцій.

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел, додатків. Список використаних джерел налічує 223 найменувань, з них 79 англійською мовою. Зміст дисертації викладено на 181 сторінках. Текст роботи ілюструють 30 таблиць та 16 рисунків, і 24 додатки.

Надійність та вірогідність результатів дослідження забезпечувалися теоретико-методологічним обґрунтуванням вихідних положень, застосуванням

надійних і валідних діагностичних методик, належною репрезентативністю вибірки, поєднанням якісного та кількісного аналізу емпіричних даних, що відповідають специфіці досліджуваного явища, коректним застосуванням методів математико-статичної обробки даних.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ САМОУСВІДОМЛЕННЯ ОСІБ З ОРТОРЕКСІЄЮ

У розділі описано історію виникнення терміну «нервова орторексія», розглянуто ключові роботи, що розкривають загальне бачення проблеми. Виокремлено основні наукові підходи до тлумачення орторексії: як нового симптому в межах відомих розладів порушень харчової поведінки, як самостійного порушення, як прояву тривожних та obsесивно-компульсивних станів, а також як соціально-культурного феномену. Окреслено соціальні передумови поширення орторексії та особливості субкультури «здорового способу життя». Оглянуті психологічні теорії, що пояснюють формування і подолання розладів харчової поведінки в контексті самоусвідомлення особистості. Укладено концептуальну модель поведінки осіб з орторексією як системи: «Я» – «Фокус усвідомлення» – «Стандарт харчової поведінки».

1.1. Orthorexia Nervosa: історія виникнення терміну, діагностичні критерії та місце серед відомих розладів харчової поведінки

Харчова поведінка вміщує в себе складний комплекс настанов, форм поведінки, звичок та емоцій, що стосуються їжі, та є індивідуальними для кожної людини. Це ціннісне ставлення людини до їжі та процесу її прийому, стереотипи харчування у звичайних умовах та в ситуаціях стресу, орієнтація на образ власного тіла та діяльність з його формування. Харчова поведінка може бути гармонійною (адекватною) або девіантною залежно від місця, котре займає процес прийому їжі в ієрархії цінностей, від кількісних та якісних показників харчування, а також від її естетики [84, с.382].

Термін *орторексія* (від грец. *orthos* – правильний, істинний та *orexis* – апетит) визначає специфічне порушення харчової поведінки, яке характеризується патологічною фіксацією на правильному харчуванні. Патологічно-нав'язливі ідеї «здорової їжі» супроводжуються жорсткою дієтою, ритуалізованими моделями вибору і споживання їжі, уникненням продуктів, які вважаються шкідливими або засміченими [186]. Хоча в основі такої поведінки лежить бажання поліпшити власне здоров'я та благополуччя, орторексія призводить до дефіциту поживних речовин, викликає загострення соматичних хвороб й інші медичні ускладнення, руйнує міжособистісні стосунки, спричиняє численні психологічні проблеми та суттєво погіршує загальну якість життя людини [155; 160; 154].

Вперше в клінічну практику це поняття ввів лікар С. Бретмен, чия життєва історія містить класичний приклад орторексичного розладу. Будучи з юнацтва прихильником альтернативної медицини (дієтетики), в 1970-их роках він деякий час керував органічною фермою і був членом комуни харчових ідеалістів, де пройшов через етап «крайньої дієтичної чистоти», відчувши на собі всі неоднозначні наслідки маніакального захоплення здоровою їжею. Згодом, отримавши докторський ступінь з медицини, С. Бретмен опублікував есе з яскравою назвою «Health food junkie» (Наркоман здорової їжі, 1997), в якому переконливо аргументував негативні побічні ефекти дієтичної медицини і оголосив про нову унікальну форму порушення харчової поведінки – *нервову орторексію*. Автор поставив орторексію в один ряд з відомими розладами харчової поведінки – анорексією і булімією. Розлади харчової поведінки відводять харчуванню надмірне місце у життєвих практиках людини: булімія і анорексія фокусуються на кількості їжі, тоді як орторексія фокусуються на її якості: «Перенесення всієї життєвої цінності в акт прийому їжі робить орторексію справжнім розладом» [158]. Згадана публікація, розрахована на широке коло читачів, вважається відправною точкою в історії наукового аналізу проблеми орторексії.

Незабаром по тому вийшла однойменна книга (S. Bratman, D. Knight, 2000), де було концептуалізовано термін «орторексія», запропоновано діагностичні критерії та деякі терапевтичні підходи [159]. Суспільної спрямованості праці додають численні приклади з багаторічної лікарської практики авторів, а також безпосередні відгуки-сповіді людей, що страждають через одержимість здоровим харчуванням. Ця публікація спричинила значну інформаційну хвилю та стимулювала велику кількість наукових досліджень, спрямованих на підтвердження або спростування викладених в ній тверджень.

В той час як науковці шукали емпіричні докази та розмірковували над доцільністю включення орторексії в офіційні класифікатори хвороб, світові ЗМІ активно підхопили і розтиражували це поняття. У численних публікаціях було змальовано соціальний *портрет особи з орторексією* як людини (зазвичай після 30 років), одержимої здоровим способом життя, яка дотримується незвичайно суворого регламенту харчування, присвячуючи йому більшу частину свого часу та думок. Особа з орторексією ретельно перевіряє походження та якість продуктів; обирає їжу, що не відповідає власним смаковим уподобанням, виходячи з уявлень про її харчову цінність та користь для організму. Залізна самодисципліна підкріплюється відчуттям переваги над тими, хто харчується аби як; уникаючи «нездорової» їжі, особа з орторексією перестає відвідувати ресторани і навіть друзів, та з часом стає відлюдьком. Така поведінка зазвичай асоціюється з псевдо-духовними конотаціями: наповнюючи себе «здоровою та чистою їжею», людина почувається майже святою і вважає своїм обов'язком повчати навколишніх, пропагувати дієтичні принципи, котрі сама вважає істинними.

Через 20 років після перших публікацій, коли концепція орторексії стала популярною і почала впливати на масову свідомість, С. Бретмен (2017) висловив стурбованість неправильним тлумаченням цього терміну, поширеним у ЗМІ. Автор застерігає від помилки передчасного нав'язування ярлика харчового розладу та закликає зберігати повагу та емпатію до прихильників альтернативної культури харчування [157].

С. Бретмен пояснює, що формування орторексії проходить два етапи. Перший – це вибір здорової дієти, пов'язаний з модою, наслідуванням, соціальним зараженням. При цьому людина обирає з численних теорій та рекомендацій ті, які відповідають її фізіологічним та психологічним потребам. Важливо розуміти, що більшість прихильників дієт дотримуються їх роками і при цьому не мають орторексії. Другий етап наступає, якщо інтерес до здорового харчування посилюється до нав'язливості і стає *патологічним*: проявляється обсессивне мислення та компульсивні дії, самопокарання, ескалація обмежень, інші відомі прояви розладів харчової поведінки [157]. Тобто, при орторексії мова йде не про критику конкретної дієти або необґрунтованість її вибору, а про ступінь, в якому вибір альтернативної харчової поведінки впливає на інші сфери життя людини, її картину світу та самосвідомість.

Слід відмітити, що пропонуючи термін «нервова орторексія», С. Бретмен переслідував суто практичну мету. У випадках, коли потяг до здоров'я приймає викривлені форми і народжує жорсткі та потенційно-шкідливі обмеження, лікар має поліпшити якість життя пацієнта та рекомендувати йому послабити дієтичні обмеження. Але на практиці цю пораду виявилось важко донести до пацієнта: «Мої пацієнти розглядали здорове харчування як базову чесноту. Як можна відмовитись від чесноти? Попросити пацієнтку послабити дієту рівнозначно пропозиції побути злочинцем» [157, с. 381]. Щоб вирішити цю проблему, він використав когнітивно-терапевтичний прийом іменування (*naming*). Влучна аналогія з відомим терміном «нервова анорексія» (заміна префіксу ано- на орто-) дозволила привертати увагу пацієнтів до неочевидної, але серйозної проблеми, викликаючи бажання виправити ситуацію: «кожного разу, коли пацієнтка питала мене, від якої їжі вона повинна відмовитись, я тихо відповідав: «Нам потрібно попрацювати над вашою орторексією». Це слово перегортало очікування і відкривало шлях для подальшого обговорення» [те саме]. Отже, впровадження терміну «орторексія» в психотерапевтичну та медичну практику дозволило деконструювати сприйняття пацієнтом власної поведінки як виключно

позитивної та схвальної, переключити увагу з вибору правильної дієти на необхідність зміни установок та способу життя.

Очевидно, що вивчення орторексії має ґрунтуватись на зрозумілих та однозначних *критеріях*. Найбільш чіткими й перспективними для операціоналізації в конкретних діагностичних інструментах вбачаються критерії, сформульовані F. Barthels [149].

Таблиця 1.1

Діагностичні критерії нервової орторексії в працях сучасних вчених

Автори	Зміст діагностичних критеріїв
Moroze, Dunn, Hollan, Yager, Weintraub, 2014	<p>A: Нав'язлива захопленість харчуванням «здоровою їжею», сфокусованість на якості і сумісності продуктів (два або більше з зазначених нижче):</p> <ul style="list-style-type: none"> - дотримання незбалансованої дієти через нав'язливі переконання про «чисту їжу»; - заклопотаність і занепокоєність вживанням нечистої або нездорової їжі, впливом якості й сумісності продуктів на фізичне і емоційне здоров'я; - ригідне уникнення продуктів, які суб'єкт вважає «нездоровими», включаючи продукти, що містять жири, консерванти, харчові домішки, продукти тваринного походження, тощо; - надмірна кількість часу (напр., 3 і більше годин на день), яку людина присвячує вивченню, придбанню та приготуванню специфічних типів продуктів, виходячи з їх сприйнятої якості та сумісності (що не пов'язано з професійною діяльністю в сфері харчування); - відчуття провини та неспокою після відступу від дієти, вживання «нездорових» або «нечистих» продуктів; - нетолерантність щодо інших харчових переконань; - надмірні (невідповідні власному заробітку) фінансові витрати на продукти харчування через їх суб'єктивно сприйняту якість і склад.
Barthels, 2015	<p>B: Нав'язлива захопленість перетворюється у порушення за наступних умов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - погіршення фізичного здоров'я через незбалансовану дієту і нестачу поживних речовин; - важкий стрес або погіршення соціального, навчального, професійного функціонування через нав'язливі думки і дії, сфокусовані на переконаннях про «здорове» харчування. <p>Критерій C: Порушення не представляє собою загострення симптомів іншої хвороби: обсесивно-компульсивного розладу, шизофренії або інших розладів психотичного спектру.</p> <p>Критерій D: Поведінку не можна пояснити неухильним дотриманням релігійних обрядів або особливими вимогами до продуктів через алергічні реакції та інші медичні причини, що вимагають спеціальної дієти.</p> <p>A. Тривала та інтенсивна стурбованість з приводу здорового харчування і продуктів для здоров'я.</p> <p>B. Виразна тривожність, а також стійке уникання продуктів, що вважаються нездоровими згідно суб'єктивних переконань</p>

Продовження таблиці 1.1

Barthels, 2015	<p>C (1). Принаймні дві надцінні ідеї щодо дії та потенційні переваги для здоров'я певних продуктів I / АБО</p> <p>C (2). Ритуалізована зайнятість купівлею, приготуванням та споживанням їжі, що обумовлена не кулінарними причинами, а надцінними ідеями. Відхилення або неможливість дотримуватися правил харчування викликає інтенсивні негативні переживання, яких можна уникнути жорстким дотриманням правил.</p> <p>D (1). Фіксація на здоровому харчуванні спричиняє клінічно-релевантні порушення або труднощі в соціальній, професійній та інших важливих сферах життя та/або негативно впливає на дітей (наприклад, годування невідповідно віку)</p> <p>I / АБО D (2). Дефіцит поживних речовин через порушену харчову поведінку. Усвідомлення хвороби не є необхідним, в деяких випадках відсутність розуміння може виступати показником ступеня тяжкості розладу.</p> <p>E. Навмисне схуднення та втрата ваги можуть бути присутні, але турбота про вагу та форму тіла не є домінуючою для цього синдрому.</p> <p><i>Для діагностики орторексії повинні бути чітко виконані критерії А, В, С та Е. Критерій D має бути виконаний як мінімум частково. Якщо критерій Е чітко не виконується, рекомендується діагностувати атипову нервову анорексію</i></p>
Bratman, Dunn, 2016	<p>Критерій А. Нав'язлива фіксація на «здоровому» харчуванні, визначеному дієтичною теорією або сталими переконаннями, конкретні деталі яких можуть варіюватись; перебільшені стресово-емоційні реакції у зв'язку з вибором їжі, що сприймається як нездорова; втрата ваги може настати внаслідок дієтичного вибору, але не є головною метою. Це підтверджується наступним:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Нав'язлива поведінка дії та/або психологічна захопленість дієтичними практиками, які, за переконанням індивіда, сприяють оптимальному здоров'ю 2. Порушення самонав'язаних дієтичних правил викликає перебільшений страх захворювання, почуття особистої нечистоти та/або негативні фізичні відчуття, супроводжується тривогою і соромом. 3. Дієтичні обмеження з часом посилюються і можуть призводити до виключення цілих груп харчових продуктів, прогресивно зростає частота та суворість «чисток» (періодів посту), які розглядаються як способи очищення або детоксикації. Ця ескалація зазвичай призводить до втрати ваги, але бажання схуднути відсутнє, приховане або підпорядковане уявленням про здорове харчування. <p>Критерій В. Нав'язлива поведінка та психологічна захопленість набуває клінічної форми при наступних умовах:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Недоїдання, сильна втрата ваги та інші медичні ускладнення внаслідок обмежувальної дієти. 2. Внутрішньо особистісні страждання або порушення соціального, академічного чи професійного функціонування, що впливають з харчової поведінки та переконань про здорову дієту. 3. Позитивний образ тіла, самоцінність, ідентичність та/або задоволеність надмірно залежні від дотримання само-визначеної «здорової» харчової поведінки. <p>Примітка: зазначені в таблиці критерії є перекладом англомовних публікацій [149, 167, 196].</p>

Зміст таблиці 1.1 дає вичерпне уявлення про сутність нервової орторексії як порушення харчової поведінки. Найбільш детально представляють цей розлад діагностичні критерії, запропоновані R. Meroze та співавторами у 2014 р.; вони включають в себе також соціально-культурні фактори [196]. Пізніше ці критерії були уточнені T. Dunn та S. Bratman (2016) з метою відділити специфіку альтернативної дієтичної моделі від її патологічного посилення [167]. Автори

слушно зауважують, що діагностичні критерії орторексії не повинні посилатися на конкретні елементи традиційної теорії харчування, тому що вони постійно змінюються. Крім того, не повинна підлягати оцінці «неправильність» дієтичної теорії, якої дотримується особа. Критерії та інструменти діагностики мають розрізняти «винятковий ентузіазм щодо здорового харчування» та подальше посилення нав'язливого мислення і компульсивної поведінки [157].

В 2018 р. Н. Сена та співавт. опублікували результати метааналізу 141 публікації, присвяченої проблемі НО і звели все різноманіття її ознак до трьох основних симптомів: А) нав'язлива або патологічна захопленість здоровим харчуванням; Б) емоційні наслідки (стрес, занепокоєння) від недотримання добровільних обмежень і правил харчування; С) психосоціальні порушення у відповідних сферах життя, а також недоїдання і втрата ваги [163].

Діагностика орторексії вимагає ***розмежування цього розладу та раніше відомих клінічних порушень***. Орторексію також можна розглядати як *девіантну харчову поведінку*, зумовлену надмірною суб'єктивною цінністю процесу харчування, його глобальним впливом на стиль життя та поведінки.

В. Д. Менделевич (2008) виокремив три типи девіантної харчової поведінки залежно від клінічної основи (* означає, як часто порушення обумовлене даною формою: *** - часто, ** - іноді, * - рідко):

* У межах адиктивного відходу від реальності, що передбачає зміну психічного стану шляхом вживання певних речовин або фіксації уваги на певних видах діяльності. Такі особи не сприймають того, що вважається в суспільстві нормальним, і не бажають дотримуватись прийнятих в сім'ї і суспільстві традицій. Вибіркова активність спрямована на дії, що приносять людині інтенсивні бажані емоції, відволікаючи від незадоволеності повсякденним життям і власної стагнації. Для осіб з адиктивними порушеннями характерні стереотипність та нав'язливість поведінки, страх близьких стосунків, а також прихований комплекс неповноцінності, що поєднується з зовнішніми проявами

відчуття переваги над іншими [84]. Всі ці риси, як буде показано далі, властиві особам з орторексією.

**** У межах психопатологічної поведінки, обумовленої патологічними змінами характеру людини, сформованими в процесі виховання (акцентуації характеру та психопатії). Дисгармонійність характеру змінює всю структуру психічної діяльності. Поведінкою часто керують неадекватні реальності «мотиви психопатичної самоактуалізації», сутністю яких є ліквідація особистісного дисонансу, неузгодженості між ідеальним «Я» і самооцінкою. Цей тип девіацій пов'язаний з невротичними симптомами та obsesіями (цим можна пояснити надцінні ідеї, ритуалізовану і нав'язливу поведінку при НО).**

***** В межах патохарактерологічних симптомів порушення харчової поведінки, в тому числі орторексія, визначені симптомами психічних захворювань: ілюзіями сприйняття, порушеннями мислення, нав'язливими ідеями, страхами і т. ін.**

Л. Абсалямова (2014) запропонувала розмежувати поняття «розлади харчової поведінки» та «порушення харчової поведінки»:

1. Порушення харчової поведінки – система поведінкових актів, що мають місце у процесі харчування (стереотип харчування), які перешкоджають повноцінному функціонуванню людини внаслідок надмірного або недостатнього споживання їжі, але не є хворобою (обмежувальна, емоціогенна та екстернальна харчова поведінка)

2. Розлади харчової поведінки зумовлюють фізичне та психологічне нездоров'я, і являють собою комплексну медико-психологічну проблему (нервова анорексія, нервова булімія) [2].

Ми цілком погоджуємося з необхідністю поділити РХП на клінічні та неклінічні форми, разом з тим зауважуючи, що в психологічній літературі існує давня традиція використовувати поняття «розлад» та «порушення» як синоніми, адже семантика цих слів досить близька. Вирішення даної проблеми потребує уточнення та оновлення термінології, яка стосується харчової поведінки. Для остаточного визначення орторексії як клінічного розладу або поведінкового

порушення потрібні доказові дослідження, спрямовані на підтвердження її клінічних ознак.

Сьогодні загально визнаними є два розлади харчування – нервова анорексія та нервова булімія. Розлад у вигляді *нервової анорексії* полягає в зникненні апетиту (відмові від їжі) через психологічні причини і страж ожиріння, що призводить до небезпечно-низької маси тіла. *Нервова булімія* характеризується протилежними ознаками: частими приступами голоду і переїдання, а також активним контролем ваги шляхом компенсаторної поведінки – штучно-викликаного блювання чи спорожнення [84], або надмірних фізичних навантажень. Найчастіше ці розлади виникають у молодих жінок; поширеність анорексії складає від 0,5 до 1%, нервової булімії – 1-3% [51]. Зазвичай, коли пишуть анорексія чи булімія, мають на увазі синдром, а коли додають «нервова анорексія» чи «нервова булімія», то мова йде про діагноз. У нашій роботі ми будемо дотримуватись цього ж принципу.

Визнання хворобою певного психічного синдрому та поведінкового порушення залежить від того, чи включений цей феномен до нормативних документів, що регламентують призначення діагнозів і забезпечують їх єдине розуміння лікарями, науковцями, роботодавцями, страховими компаніями та іншими зацікавленими особами в усьому світі. Таких документів два: МКХ (Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям, розроблена ВООЗ) та DSM (Діагностичний і статистичний довідник психічних захворювань, створений Американською психіатричною асоціацією). Хоча сьогодні нервова орторексія часто спостерігається клініцистами [207] і сприймається ними як серйозна проблема, що має фізіологічні, психологічні, соціальні та фінансові наслідки [154], формально вона досі не визнана як окреме захворювання або розлад. Голова робочої групи АРА з питань харчових розладів Т. Волш пояснив це недостатністю наукових публікацій, присвячених дослідженню орторексії.

Діюче видання МКХ-10 (1995) містить рубрику «Розлади прийому їжі» (F50), що включає нервову анорексію, нервову булімію, їх атипові форми,

психогенне переїдання та психогенну втрату апетиту, а також блювоту, пов'язану з іншими психологічними розладами [32, с. 355-356]. DSM-5 (2013) містить розділ «Порушення годування та харчування» з наступним переліком діагнозів: нервова анорексія, нервова булімія, уникнення/обмеження прийому їжі, нападоподібне переїдання (Binge Eating Disorder, так зване «харчове пияцтво»), розлад румінації (пережовування), піка (збочений апетит або поїдання неїстівних речей) [145].

Нагадаємо, що довгий час Anorexia Nervosa також не була визнана хворобою і навіть не мала назви; вона була описана наприкінці XVIII століття, а віднесена до психосоматичних розладів тільки в середині XX століття. Булімія спочатку була виділена як симптом анорексії, отримала самостійний статус в DSM-III (1980), а до МКХ увійшла тільки в 1992 р.

Клініцисти та дослідники розуміють, що симптоми значної кількості людей з РХП не вписуються в наявні діагностичні критерії (такі за умовчанням відносять до категорії «інші специфічні розлади харчування»). Тому діагностичні нормативи регулярно переглядаються відповідно до актуальних даних медичної статистики, прогресу наукових досліджень та суспільного запиту. Під час написання дисертації відбулися суттєві зміни в офіційній класифікації хвороб – у травні 2019 р. була прийнята МКХ 11-го перегляду, яка вступить в дію в 2022 р. Зміни, які ми спостерігаємо в останніх редакціях МКХ-11 та DSM-5, приводять до висновку, що праці С. Бретмена і його послідовників суттєво вплинули на наукові уявлення про РХП та відповідну систему діагностичних критеріїв. Це особливо помітно в МКХ-11, яка багато в чому слідує рекомендаціям експертів АРА.

По-перше, уточнено критерії анорексії та булімії, що стосуються мотивації харчової поведінки. Так, діагноз «нервова анорексія» відтепер не вимагає «жирової фобії», що розширює спектр *різноманітних в культуральному аспекті обґрунтувань відмови від їжі і проявів заклопотаності власним тілом*. Нервова булімія може бути діагностована незалежно від кількості з'їденої їжі – на основі *суб'єктивного переїдання*, коли людина їсть більше або інакше, ніж зазвичай, і

відчуває втрату контролю над харчуванням, що супроводжується дистресом [203].

По-друге, суттєво розширений перелік окремих клінічних форм РХП, зокрема, з'явився термін ARFID (avoidant/restrictive food intake disorder, код 6B83), що охоплює уникнення та обмеження харчування поза критеріями анорексії. ARFID характеризується свідомим униканням прийому їжі або обмеженням вживання певних харчових продуктів на основі суб'єктивних критеріїв (таких як колір, текстура або запах їжі, її виробник, попередній негативний досвід, переконання про «небезпечні» продукти). Обмежений асортимент бажаних продуктів з часом стає більш вузьким. Це призводить до виразних негативних наслідків, в тому числі: суттєвої втрати ваги, дефіциту поживних речовин, порушень психосоціальної діяльності. При цьому розлад не пов'язаний з медичними призначеннями або релігійними переконаннями. На відміну від анорексії та булімії, він не включає в себе переживання щодо форми або ваги тіла (МКХ-11, 2019) [165].

Описані зміни покликані зменшити кількість неуточнених діагнозів РХП. Неважко помітити, що вони вміщують в себе критерії НО, перераховані у таблиці 1.1. Поряд з тим, безпосередньо термін «орторексія» у МКХ та DSM відсутній. Також відсутні згадування про здоровий спосіб життя як фундамент, на якому розвивається порушення, що, вочевидь, суперечило б ідеологічним цінностям офіційної медицини.

Тим не менше, можна констатувати патологізацію вибіркового харчування і визнання його психічним розладом. Це має збільшити обізнаність лікарів та психіатрів щодо випадків обмежувальної дієти, які не відповідають клінічній картині анорексії, допоможе спеціалістам розпізнати подібних пацієнтів і надати їм адекватну допомогу, а також дозволить виявити реальну статистику поширення подібних діагнозів [166; 193].

Поки ARFID залишається маловідомим та малознаним діагнозом, орторексія найчастіше асоціюється з *анорексією* (що не випадково з огляду на

походження цього поняття). S. Bratman, D. Knight (2000) вказують, що подібність цих розладів полягає в надмірному контролі за власним харчуванням, вибірковістю в продуктах. Головна відмінність полягає у мотивації – стурбованості не кількістю, а якістю їжі: «В той час, як особа з анорексією насамперед хоче схуднути, особа з орторексією насамперед хоче відчувати себе чистою [157]. Крім цього, підкреслюється стійкий характер цих розладів і тривалий період (декілька років), необхідний для відновлення нормального способу життя [158].

О. Саволкова (2014) зауважила, що засновник концепції НО висловлюється стосовно унікальної мотивації осіб з орторексією, в той час як потяг до досконалості характерний також і для осіб з анорексією. Крім того, існують численні клінічні дані про те, що особи з РХП занепокоєні типом їжі, яку вони можуть дозволити собі вживати [103].

Вивчаючи клінічні основи орторексії, N. Koven та A. Abry (2015), відзначили, що багато з описаних в літературі ознак НО є *ехо-симптомами* нервової анорексії, obsесивно-компульсивного розладу, соматоформних та тривожних розладів. Дослідниці розробили схему, яка наочно відображає подібності та розбіжності між орторексією і найбільш близькими до неї клінічними станами: анорексією та obsесивно-компульсивним розладом (ОКР) (рисунок 1.1).

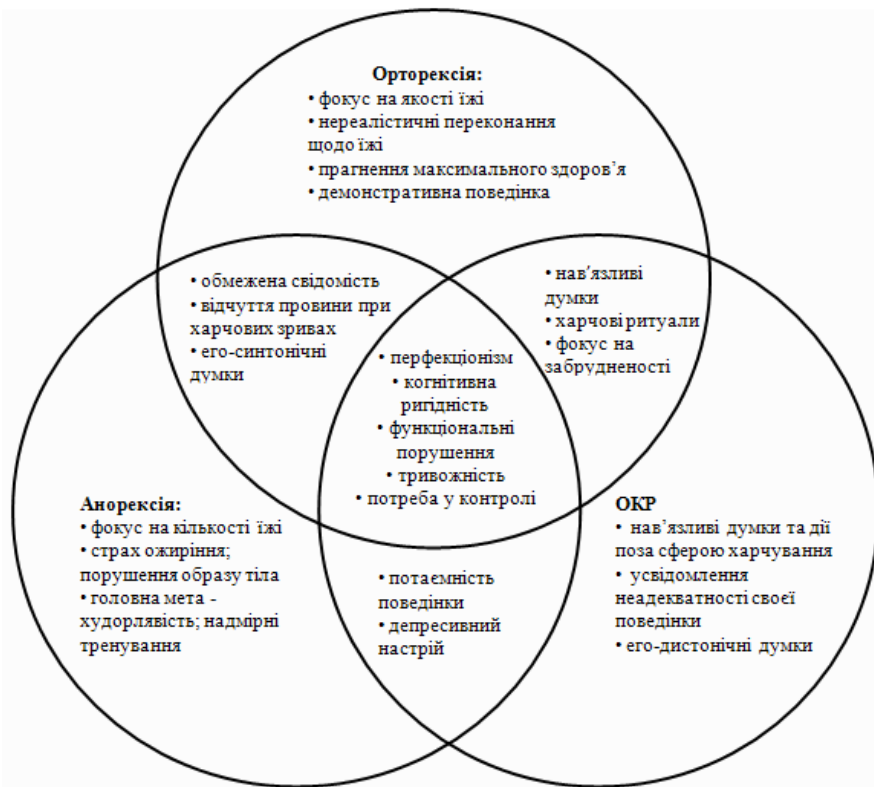


Рис. 1.1. Подібності та розбіжності між орторексією, анорексією та obsесивно-компульсивним розладом (N. Koven, A. Abry, 2015; переклад).

НО та анорексія мають спільні риси перфекціонізму, когнітивної ригідності й функціональних порушень, високої тривожності та потреби здійснювати контроль. Як орторексичні, так і анорексичні особи орієнтовані на досягнення й оцінюють своє слідування дієті як маркер самооцінки; вони мають обмежене уявлення про власний стан і часто заперечують функціональні порушення, пов'язані з харчовим розладом. Подібно до ОКР, орторексія характеризується нав'язливістю: думки про дієту та здоров'я, стурбованість з приводу забрудненості або домішок у їжу, нав'язлива потреба організувати харчування у певний спосіб (що обмежує час на інші види діяльності) [186].

Головною відмінністю орторексії від анорексії автори називають мотивацію – зосередженість не на схемі тіла, а на впливі їжі на власне здоров'я. Найбільш істотною відмінністю НО від ОКР є те, що зміст нав'язливості при орторексії сприймається як егосинтонічний, а не егодистонічний. Термін *ego-dystonic* описує конфлікт самоусвідомлення: думки, імпульси чи емоції

сприймаються як такі, що не належать особистості; *ego-syntonic* описує протилежну тенденцію: думки і поведінка сприймаються як гармонійні з Я-образом [185]. За нашими спостереженнями, особи з анорексією зазвичай приховують свій стан, тоді як особи з орторексією, навпаки, пишаються ним, що в терапевтичному плані збільшує ймовірність своєчасного виявлення розладу та надання допомоги.

F.Barthels та N.Koven зазначають *психотичні особливості орторексії*: магічне мислення та ірраціональні переконання, пов'язані з харчуванням [149; 186]. Наші практичні спостереження також підтверджують, що особам з орторексією властиві помилкові уявлення про їжу, які часто мають культурне походження. Наприклад, уявлення про забруднення: що продукти, котрі між собою контактували, продовжують впливати один на одного у часі і просторі (наприклад, пластикова упаковка), а також численні псевдонаукові уявлення про вплив способу харчування на функції організму (шкідливість глютену, лактози, жирів, вуглеводів, животної білків, молочні продукти викликають рак та ін.). Однак у цьому випадку слід розрізняти міфи та *надцінні ідеї*, які сприймаються як еґо-синтонічні та не супроводжуються порушеними сприйняття реальності.

Отже, найактуальнішою теоретико-методологічною проблемою досліджуваної теми є знаходження місця орторексії в системі вже відомих РХП та інших психічних патологій. Сьогодні спеціалісти не мають спільної думки з приводу нозології цього феномену. Аналіз останніх наукових публікацій дозволив виділити чотири основні точки зору на орторексію:

1) як окреме, самостійне порушення харчової поведінки (S. Bratman, D. Knight, 2000; T. Dunn, S. Bratman 2016; I. Łucka et al., 2019; M. Kiss-Leizer, A. Rigó, 2019; F. Ryman, E. Syurina, Z. Bood, T. Cesuroglu, 2019; J. Strahler, R. Stark, 2020 та ін.) [159, 167, 189, 187, 207, 211];

2) як симптом обмежувальної харчової поведінки в межах діагнозів нервова анорексія або ARFID (R. Moroze, P.Weintraub, 2014), [196];

3) як специфічний різновид обсесивно-компульсивного розладу (A. Brytek-Matera, 2012; N. Goutaudier, A. Rousseau, 2019) [160, 178];

4) як соціально-культурний феномен (А. Neliubina, 2020, А. Fixsen, А. Cheshire, М. Berry, 2020) [196, 175].

Важливо зрозуміти, чи взагалі обґрунтовано вважати орторексію психічним розладом, чи це крайня точка у континуумі «нормального» ставлення до їжі [192]. Деякі дослідники запропонували класифікувати нервову орторексію не як РХП, а як *фактор ризику* для виникнення розладів харчової поведінки [190].

Е. Mcinerney-Ernst (2011) ставить питання таким чином: чи є орторексія реальним конструктом, чи новітньою соціальною тенденцією? Авторка, досліджуючи прояви цього феномену у студентському середовищі, дійшла висновку, що прояви НО «перекриваються» характеристиками ОКР та інших РХП, визначеними у DSM, тобто немає необхідності виділяти орторексію як окреме захворювання [193].

Результати емпіричних досліджень щодо поширеності та серйозності проявів орторексії доволі суперечливі: вони залежать від наукової позиції автора, обраного діагностичного інструменту та вибірки, наякій проводилось дослідження. Так, асоціативне сприйняття поняття «їжа» чітко висвітлено у доповіді автора на конференції ECED у Парижі. Проведений мета-аналіз поширеності симптомів орторексії в окремих популяціях узагальнено в таблиці 1.2.

Таблиця 1.2

Мета-аналіз даних емпіричних досліджень стосовно розповсюдженості симптомів орторексії в окремих популяціях

Автори	Вибірка	Результати
L.Donini, D.Marsili, M. Graziani, M.Imbriale, C.Cannella, 2004 [166]	404 обстежених	Виявлено 28 осіб (6,9 %) з перебільшеною моделлю здорового харчування та рисами ОКР; серед них переважали чоловіки та особи з низьким рівнем освіти.
J. Kinzl, K. Hauer, C. Traweger, I.Kiefer, 2006 [186]	283 жінок-дієтологів, (середній вік 36,2 років), Австрія	52,3 % не виявили симптомів орторексії, 34,9% мали деякі симптоми орторексичної поведінки, у 12,8% діагностовано НО.
F.Bosi, D.Samur, C.Güler, 2007 [155]	318 лікарів (149 жінок, середній вік 27,2 років), Туреччина	45,5% осіб мали симптоми орторексії або проявляли «високу чутливість» в тому, що стосується харчових звичок.

L.Eriksson, F.Baigi, B.Marklund, E.Lindgren, 2008 [169]	251 осіб, що займалися фітнесом (166 жінок, середній вік 30 років), Швеція	Більш високий рівень симптомів НО спостерігався в учасників, які тренувалися частіше за інших (3-4 рази в тиждень).
E.Aksoydan, N.Camci, 2009 [146]	94 представників сфери мистецтв (55 жінок, середній вік 33,4 роки), Туреччина	54,6% учасників мали симптоми НО: 81,8 % серед оперних співаків, 32,1 % серед танцюристів балету, 36,4% серед музикантів симфонічного оркестру
N.Fidan, V.Ertekin, S.Isikay, I.Kirpinar, 2010 [174]	878 студентів-медиків(359 жінок, середній вік 21,3), Туреччина	43,6% майбутніх лікарів виказали симптоми орторексії

Продовження таблиці 1.2

Автори	Вибірка	Результати
A. Korinth, S.Schiess, J.Westenhoefer 2010 [188]	«nutrition students»: 123 першого року навчання та 96 старшокурсників, 114 студентів інших спец-тей, Німеччина	Студенти з нутриціології показали вищий рівень дієтичної стриманості, ніж контрольна група. При цьому орторексичні тенденції нижче у «просунутих» студентів старших курсів.
E.Mcinerney-Ernst, 2011 [193]	163 студентів різного етнічного походження віком 18-40 років (135 жінок, середній вік 19,9), США	135 учасників дослідження (83%) задовольнили критеріям наявності НО (загальна оцінка ORTO-15 менше 40), розповсюдженість не залежить від статі або віку
J.Valera, P.Ruiz, B.Valdespino, F.Visioli, 2014 [217]	136 членів спільноти аштанха-йоги, Іспанія	У 86% респондентів діагностовано орторексію (ORTO-15 нижче 40); немає зв'язку з віком або ІМТ, виразність НО вища серед вегетаріанців.
P. Turner, C.Lefevre, 2017 [213]	680 жінки 18-75 років з 40 країн світу, користувачі соціальних мереж	Поширеність орторексії серед активних користувачів Instagram складає 49 % (ORTO-15), в інших соціальних мережах немає цього ефекту. Симптоматика не залежить від віку, ІМТ.
R.Reynolds, 2018 [205]	92 студентів та співробітників університету, Австралія	Рівень поширеності НО склав 21% при використанні порогового значення ORTO-15 менше 35 балів; при комплексному використанні різних критеріїв харчової поведінки рівень поширеності склав 6,5%

Згідно з розрізненими емпіричними даними, рівень поширеності орторексії складає від 6,5 до 86 % популяції, що зумовлює постановку питання щодо точності діагностичних інструментів, які можуть переоцінювати вираженість цього розладу. Необхідні подальші дослідження в галузі точного діагнозу та валідазації методик з визначення нервової орторексії.

Стосовно окремих закономірностей виникнення орторексії сьогодні накопичено значну кількість емпіричних даних, що потребують належного наукового роз'яснення і систематизації.

У контексті предмета нашого дослідження найбільший науковий інтерес викликають особливості самоусвідомлення при орторексії. S. Bratman (2000), спираючись на клінічні спостереження, назвав деякі особистісні риси та відчуття *прихованими причинами*, що призводять до НО: ілюзія безпеки, прагнення до тотального контролю, пошук духовності на кухні, ідентифікація з групою, страх інших людей. Автор зазначає, що принаймні одна з цих особливостей є характерними для пацієнтів з орторексією. Відмінною особливістю такої поведінки є те, що прагнення дотримуватися суворої дієти, виконання певних ритуалів дозволяє особам, схильним до орторексії, почуватися більш здоровими, доскональними та «чистими». Своєрідні цінності та спосіб життя зумовлюють відчуття власної моральної переваги над оточенням у зв'язку з вибірковістю і «правильністю», що призводить до подальшого поглиблення розладу та погіршення психологічного стану [159]. Ідея знайшла своє підтвердження у результатах подальших емпіричних досліджень – С. Oberle та S. Lipschuetz (2018) довели, що особи з орторексією мають більш виразне *почуття переваги*, як в цілому, так і стосовно звичок харчування [199].

У осіб з орторексією спостерігається схильність наділяти продукти харчування якостями, не притаманними їжі (ворожість, злість, порочність) [186]. Особам з нормативною харчовою поведінкою, подібні дії не властиві, вони є більш гнучкими у виборі продуктів харчування [135]. Зустрічаючись із неприйняттям своїх поглядів оточенням, особи з орторексією уникають їх обговорення та усамітнюються – врешті, це призводить до соціальної ізоляції [159; 192]. А. Borgida (2011) назвала найпоширенішими супутніми дисфункціями при НО соціальне занепокоєння, фобії, депресію та когнітивну ригідність, посилену недоїданням [154]. С. Oberle, S. Lipschuetz (2018) виявили зв'язок симптоматики НО із незадоволеністю в романтичних стосунках. Зазначена незадоволеність у стосунках осіб з орторексією також асоціюється з

надзвичайною зосередженістю на собі, особистісною рисою *agency* (не існує україномовного аналогу цього терміну, найближче за значенням поняття – суб'єктність) [200].

Особи, що страждають на НО, мають *нейротичні риси*: відчують сильну тривогу, коли їм перешкоджають вчиняти дії, пов'язані з питаннями планування, закупівлі, приготування, контролю за споживанням їжі. У них з'являється відчуття провини й ненависті до оточення і до самих себе, якщо не вдається виконати власні ритуали та правила (J. Mathieu, 2005). Нав'язливе прагнення чистоти і здоров'я, яке спочатку залежить тільки від якості вживаної їжі, з часом починає позначатися на інших сферах життя [191]. S. Bratman і D.Knight відмічають, що порушення сталого порядку харчування можуть викликати бажання до самопокарання у вигляді більш жорсткої дієти або очисних процедур [159]. Разом з тим, особи з орторексією відчують сильне або неконтрольоване бажання їсти, коли відчують сильні емоції: знервованість, збудження, щастя або смуток. У дослідженнях L. Donini та співавт. (2004) описано «специфічні відчуття» осіб з орторексією стосовно їжі: «небезпечні» – для опису консервованих продуктів, «штучні» – для продуктів промислового виробництва, «здорові» – для біологічних продуктів [166].

Таким чином, новий психологічний термін «орторексія» характеризує прояви надмірного ентузіазму щодо здорового харчування, який виходить за межі адаптивної та гармонійної харчової поведінки і набуває ознак клінічного розладу. Орторексію можна розглядати як девіантну харчову поведінку, зумовлену надмірною суб'єктивною цінністю процесу харчування, його глобальним впливом на стиль життя та поведінки. Поширеність орторексії складає від 6,5 до 86 % в різних соціальних групах.

Динаміка формування нервової орторексії розділяється на два етапи:

- а) фаза здорового способу життя (нормального харчового ентузіазму);
- б) фаза набуття та поглиблення клінічних симптомів. Критерії розладу включають в себе: нав'язливу захопленість здоровим харчуванням (активна

спрямованість на забезпечення себе «корисною» або «чистою» їжею, інтенсивне уникання продуктів, що сприймаються як шкідливі); наявністю надцінних ідей про глобальний і глибинний вплив їжі на якість життя; ригідність власних переконань, відсутність толерантності до відмінних харчових переконань інших людей; перебільшена занепокоєність відповідністю власної дієти суб'єктивно-прийнятому (нереалістичному) стандарту, що викликає стресові стани; залежність Я-концепції від харчової поведінки; на пізній етапах – розлад фізичних та психічних функцій через незбалансовану дієту, порушення соціальних відносин та професійної діяльності. Критерії та інструменти діагностики мають уникати оцінки раціональності альтернативних дієтичних обмежень самих по собі, а також розрізняти нормальний ентузіазм в сфері здорового харчування та патологічне посилення нав'язливого мислення і поведінки.

Порушення харчової поведінки супроводжуються комплексом характерологічних (невротичних, психотичних) ознак: когнітивною ригідністю, ірраціональними переконаннями та «специфічними відчуттями» стосовно їжі, висока тривожність, перфекціонізм, надмірна потреба у досягненнях та контролі, неадекватність самооцінки та обмежене уявлення про власний стан, псевдо-духовність. Соціальне занепокоєння і незадоволеність компенсуються відчуттям власної переваги – як стосовно звичок харчування, так і в цілому.

Психологічний супровід цієї проблеми потребує концептуалізації та емпіричного обґрунтування симптоматичних ознак нервової орторексії, а також чіткої диференціації з уже відомими клінічними розладами, в першу чергу, анорексією та ОКР. Обмежувальний тип харчування поступово набуває офіційного визнання як окреме порушення (ARFID), що потребує спеціальної діагностики, розробки відповідних методів медичного та психотерапевтичного втручання.

1.2. Соціокультурні джерела порушень харчової поведінки

Харчування є могутнім соціальним чинником, що визначає спільність людей, їх комунікацію та взаємодію. У цьому аспекті важливо проаналізувати феномен орторексії в контексті сучасної харчової культури та визначити соціальні передумови цих поведінкових патернів, а також уточнити місце орторексії серед інших порушень харчової поведінки як окремої субкультури.

Вагомою причиною поширення орторексії є надзвичайна популярність культури «здорового способу життя» (ЗСЖ) в сучасному світі. Наприкінці ХХ сторіччя завдяки технологічному та науковому прогресу була нарешті вирішена проблема дефіциту їжі для людства, але їй на зміну прийшла *проблема низької якості доступної їжі*. Поширеність ожиріння серед населення розвинених країн спричинила активну пропаганду ЗСЖ як способу нормалізації ваги (в першу чергу, через фізичну активність та здорові харчові звички). Цей фактор дослідники А. Bosi, D. Camur, C Güler (2007) розглядають як справжній культурний зсув [155]. З іншого боку, людину атакують потоки спокусливої реклами та потужні маркетингові стратегії, спрямовані на активізацію споживання. Тобто, широка пропозиція харчування ставить особистість перед необхідністю самообмеження, пошуку балансу між аскетизмом і гедонізмом у споживанні їжі.

Поряд із цим, слід зазначити загострення і накопичення екологічних проблем: забруднення довкілля та збільшення токсичних викидів, появу генетично модифікованих продуктів, неконтрольоване використання добрив та хімічних засобів захисту рослин, непрогнозоване вживання антибіотиків і стимуляторів росту в гонитві за прибутком. Суспільна стурбованість підкріплюється регулярними скандалами, пов'язаними з масовими інфекційними зараженнями або отруєннями через харчові продукти. Все це являє собою реальні загрози здоров'ю.

Отже, існує низка об'єктивних причин, які викликають обґрунтоване занепокоєння щодо впливу харчування на здоров'я людини. Увага до якості і

корисності їжі стає трендом, що викликає значний інтерес і соціальне схвалення. Це проявляється у різних аспектах:

- пропаганда спортивного та молодого тіла, що передбачає регулярну фізичну активність, збалансоване харчування, в т. ч. харчові обмеження;
- активний обмін інформацією про здорову їжу в соціальних мережах: популярність контенту, пов'язаного з продуктами харчування; тренд на фотографування їжі «світ має знати, що я їм»; #food є однією з восьми найпопулярніших категорій в Instagram (поряд з автопортретами, друзями, діями, модою та домашніми тваринами) [215];
- поширеність пропозицій різноманітних авторських дієтичних систем, їх доступність та привабливість;
- численні приклади знаменитостей, які пропагують вегетаріанство, макробіотику, детокс та інші альтернативні системи харчування; лідери думок надають приклади та стандарти «елітарної» харчової поведінки;
- маркетинг, спрямований на просування товарів та послуг «корисного» харчування (еко-магазини, ресторани здорової їжі тощо);
- створення інструментів контролю за харчовою поведінкою (мобільні додатки, які рахують калорійність та склад їжі, кількість випитої води).

Широкий суспільний інтерес зумовлює численні просвітницькі пропозиції. Рекомендації в галузі харчування в різних країнах розробляють ВООЗ, профільні міністерства, медичні установи та наукові інститути, а також сотні окремих авторів. Загальний настрій цих рекомендацій влучно описує висловлення Гіппократа «*Ти – це те, що ти їси*». Оскільки в усьому світі неухильно зростає увага людей до якості свого харчування, поширюються крайні прояви цієї моделі поведінки – випадки нервової орторексії. Ми прогнозуємо, що в наступні десятиліття тривожні настрої в суспільстві зростатимуть і проблема орторексії стане ще більш актуальною.

Як було показано в попередньому підрозділі, динаміку орторексії можна розділити на два етапи: *фаза ЗСЖ* (в межах нормативних проявів) та *фаза нервової орторексії* (набуття клінічних симптомів). Це викликає необхідність

уточнення ознак *нормальної харчової поведінки* в межах традиційної та альтернативної харчової культури.

Перш за все, слід відзначити, що їжа являє собою базову потребу та життєву цінність людини. Довкола споживання продуктів розгортається повсякденна індивідуальна та соціальна активність, адже це важливий аспект буттєвості (приготування та споживання їжі займає в середньому 1,5-2,5 години на день).

Харчування є однією з *первинних біологічних потреб*. Їжа необхідна для виживання організму: підтримання гомеостазу, отримання енергії для життєдіяльності, побудови нових клітин тощо. Проте, раціон сучасної людини не обмежений лише життєво необхідними калоріями і поживними речовинами. Харчова поведінка зумовлена не тільки фізіологічними потребами, але й індивідуальними звичками, бажаннями, традиціями родини та суспільства, релігійними догмами, порадами лікарів, життєвим досвідом, модою і багатьма іншими факторами.

Харчова поведінка відображає *емоційні потреби та психічний стан людини*. Тісний зв'язок емоційного стану з харчуванням формується в ранньому дитинстві, тому найчастіше є неусвідомлюваним. Під час годування немовля відчуває тісний зв'язок з матір'ю і позбавляється тілесного дискомфорту, тож *відчуття насичення* міцно пов'язується з *відчуттям комфорту та захищеності*. І. Малкіна-Пих звертає увагу на те, що хоча в сучасній цивілізації смерть людини від голоду є надзвичайно рідкісним явищем, страх голодної смерті залишається основою відчуття незахищеності та страху майбутнього [78, с. 21]. Окрім відчуття захищеності, насичення асоціюється з *відчуттям, що тебе люблять*. Для дитини ситуація «бути нагодованою» є еквівалентом ситуації «мене люблять» [4, с. 89]. Отже, відчуття ситості, захищеності та любові у дитини тісно пов'язані між собою; цей зв'язок є неусвідомленим, але суттєво впливає на харчову поведінку дорослої людини.

Харчування також має *соціальну значущість*, оскільки з моменту народження людини пов'язано з міжособистісною взаємодією, є невід'ємною складовою процесу спілкування та соціалізації. Їжа супроводжує святкування і горювання, встановлення ділових та дружніх контактів, романтичні моменти життя і багато іншого [56]. В. Шебанова (2014) відзначає, що стратегії харчування (відмінності в раціоні й «цінності смаку») мають символічне значення та виступають фундаментом соціальної стратифікації, об'єднуючи людей у групи «свої–чужі», «еліта–плебеї», «жінки–чоловіки», «здорові–хворі» [132].

Крім того, їжа часто використовується батьками як засіб покарання або винагороди дитини, що визначає формування паттернів харчової поведінки [135]. Дослідження Р. Олександрової (2011) доводять, що дитина може відмовлятися від їжі в якості протесту проти батьківської фігури або надмірної опіки [5].

Отже, харчова поведінка спрямована на задоволення численних фізіологічних, психологічних та соціальних потреб. Ми порівняли функції їжі, описані в науковій літературі [56, 78, 135] з відомою класифікацією потреб А.Маслоу [81] у таблиці 1.3.

Таблиця 1.3

Функції харчування та піраміда потреб А. Маслоу

Рівень	Потреби	Функції харчової поведінки
1	Фізіологічні потреби, необхідні для виживання	Отримання поживних речовин та енергії для життєдіяльності
2	Потреби в безпеці (захист від фізичних і психологічних небезпек навколишнього світу і впевненість у майбутньому).	Відчуття насичення, тісно пов'язане з відчуттям захищеності і безпеки. Споживання їжі в стресових ситуаціях як засіб самозаспокоєння.
3	Соціальні потреби (в підтримці приналежності, дружбі, любові).	Організація спілкування (харчування відбувається в колективі) Супровід соціальних ритуалів (релігійні, сімейні, національні традиції) Компенсація незадоволених потреб (в спілкуванні, батьківській турботі, тощо)

- | | | |
|---|--|--|
| 4 | Потреби в повазі: в особистих досягненнях, компетентності, повазі з боку оточуючих, визнанні | Самоствердження і самоідентифікація («престиж» їжі, уявлення про «солідну» зовнішність, дієтичні обмеження як модель «елітарної» поведінки т. ін.)
Нагорода чи само-заохочення за рахунок смакових якостей їжі. |
| 5 | Естетичні та пізнавальні потреби | Гурманство, смаковий авантюризм, висока кулінарія (естетичні і смакові якості їжі). |
| 6 | Потреби в самореалізації – реалізації своїх потенційних можливостей і зростанні як особистості (творчість, моральність, самовираження) | <i>РХП та орторексія:</i>
- досягнення бажаного ідеалу стрункості та форми тіла,
- псевдо-духовність дієтичних обмежень,
- «правильне» харчування як сенс життя. |

Як бачимо, функції харчової поведінки охоплюють всі рівні ієрархії людських потреб, але саме для респондентів з орторексією вони сягають найвищого рівня і стають способом самоактуалізації. Отже, рівень мотивації складає важливу характеристику орторексії, що дозволяє диференціювати її від інших РХП. Сформована мотивація визначає активну цілеспрямовану поведінку людини, спрямовану на задоволення потреби. При цьому, не завжди відповідна потреба усвідомлюється людиною: за відсутності причинно-наслідкового зв'язку між потребою і мотивацією виникає дисоціація, оскільки не всі потреби запускають відповідні поведінкові реакції та формують мотиваційні стани. Дисоціація може бути тимчасовою (у більшості випадків) та постійною, коли задоволенню потреби заважає суспільна мораль, культурні правила соціуму, настанови виховання. Тоді потреба не зникає, а витісняється у підсвідомість і спричиняє порушення психіки: неврози, тривожність тощо.

Диференціація відхилень від нормальної харчової поведінки обов'язково має враховувати етно-культуральні особливості та соціальний стереотип харчування.

Харчова культура включає в себе культуру приготування, споживання, виробництва їжі; вона є яскравим і чутливим репрезентатором консервативних традицій, що передають особливий «дух» етносу або нації та інноваційних культурних трансформацій, що відбуваються в суспільстві [28]. Культурні

традиції харчування кожна людина засвоює в батьківській родині поряд з іншими соціально-важливими цінностями.

На нашу думку, традиційна харчова культура соціуму формується під дією трьох визначальних чинників:

1. Локальна місцевість, з властивими їй природними та кліматичними ресурсами, продуктами рослинництва та тваринництва, визначає звичний раціон.

2. Релігійні норми та обмеження, пов'язані з харчуванням. Наприклад, перемога волі над фізіологічними потребами, що була однією з найбільших чеснот християнської релігії, знайшла відображення в сучасній системі цінностей і практик. Зокрема, православна культура передбачає регулярні періоди посту.

3. Історичні та соціально-культурні особливості. Зокрема, для українців притаманні традиції «щедрого столу» та ситної їжі; гостинність, що супроводжуються обов'язковим пригощанням. Слід враховувати пережиті в ХХ ст. періоди голоду та дефіциту продуктів, несприятливу екологічну ситуацію та наслідки Чорнобильської катастрофи. Харчова культура є предметом психологічних, філософських, історичних та культурологічних досліджень [47; 55; 135].

Харчова культура визначає *харчові стандарти та стереотипи (харчову норму)*, котра змінюється в різні історичні епохи. Цей феномен масової, групової свідомості об'єднує уявлення членів певної культури про вимоги до харчування та поведінки, пов'язаної з харчуванням.

Будь-яка поведінка, що відхиляється від критеріїв норми за ступенем вираженості, спрямованістю чи мотивами, визначається як відхилення, ненормальність [84]. На основі загального визначення девіантності, *порушення харчової поведінки* можна визначити як модель поведінки або окремі вчинки, що суперечать прийнятним у суспільстві харчовим нормам і проявляються в неадаптивності, незбалансованості психічних процесів та порушенні процесу самоактуалізації особистості. У випадку орторексії можна припустити, що порушення адаптивності відбувається внаслідок активної протидії індивіда

реальності, яку він вважає ворожою та дисгармонійною. Людина переконана, що важливі проблеми (здоров'я, зовнішності, соціальної взаємодії, власної продуктивності тощо), з якими вона стикається в житті, обумовлені неправильним харчуванням, тож намагається «переробити реальність під себе» і змінити загальноприйняті правила харчування відповідно до власних установок і цінностей. Природною відповіддю з боку реальності (соціуму) по відношенню до такого індивіда стає також протидія: вигнання або спроба підлаштувати під традиційні вимоги.

Більш м'який варіант відходу від загальноприйнятої норми пов'язаний із входженням особистості до певної *субкультури* – частини макро-культури суспільства, що відрізняється своєю поведінкою від переважної більшості. Це відносно автономне, цілісне соціальне утворення всередині домінуючої культури, що об'єднує людей з певним стилем життя і мислення, має свої способи організації та регуляторні інститути. Субкультура може відрізнятися власною системою цінностей, переконаннями, інтересами, мовою, манерою поведінки, одягом та іншими аспектами. Розрізняють субкультури, які в тій чи іншій мірі протистоять традиційній культурі суспільства (нонконформістські субкультури) і ті, що виникають для задоволення окремих суспільних потреб (професійні, релігійні, вікові, за видом дозвілля тощо) [110]. Субкультура надає індивіду альтернативний набір моральних цінностей та очікувань, до яких він може звернутися, якщо не може прийняти шляхи до цілей, що їх висуває суспільство [112].

У зв'язку з усім вищезазначеним, ми пропонуємо розрізняти *традиційну харчову культуру*, що є джерелом харчових норм, та *альтернативні харчові субкультури*, до яких звертається людина, шукаючи нові правила харчування відповідно до індивідуальних потреб та цінностей.

Різноманітні дієтичні системи та культури харчування існують тисячоліттями. Впродовж віків у всіх країнах люди обирали харчову модель відповідно до національних та сімейних традицій, власних можливостей, стану

здоров'я. Деякі харчові рекомендації є загально визнаними, вони послідовно змінювали одна одну в межах різних історичних періодів та культур (культура спочивання сирих продуктів в Японії, вегетаріанство як складова буддизму, відмова від окремих продуктів в мусульманстві та іудаїзмі, аскетизм та культура посту в християнстві тощо).

Давно відомо, що певні продукти харчування впливають на стан здоров'я людини. З цього приводу існують численні рекомендації, в цьому числі й офіційної медицини. Слід зазначити, що дієтичні теорії іноді містять суперечливі інструкції і досить динамічно змінюються: наприклад, в різні часи рекомендували вживати маргарин замість вершкового масла; пропагували, а потім забороняли вживати яйця як джерело холестерину та ін. Часто недовіра людей до офіційних рекомендацій підкріплена підозрами в лобіюванні інтересів агропромислового та харчового бізнесу.

Разом з харчовою культурою та харчовими нормами еволюціонує й *уявлення про відхилення від норми.*

Достеменно відомо, що РХП існують з прадавніх часів. В літературі часто згадується звичка давньоримських аристократів викликати блювоту після тривалих трапез, схвалення аскези в християнській релігії. Ці приклади, трактовані на основі сучасних діагностичних критеріїв, дають класичну картину булімії та анорексії. Так, свята Катерина Сієнська (1347-1380) з дитинства практикувала голодування як присвяту свого життя Богові: «той, хто слідує за Богом, не може ослабнути від голоду, оскільки Правда стає його їжею»; змушена розділяти трапезу з іншими людьми, вона викликала у себе блювоту, щоб позбавитися від їжі, і зрештою померла у віці 33 років від виснаження [174]. Подібні хрестоматійні випадки стосуються найбільш відомих розладів харчової поведінки – анорексії та булімії, оскільки вони досить давно перебувають у фокусі уваги фахівців. Ми вважаємо, що ретельний пошук серед історичних та літературних джерел дозволить відшукати такі ж яскраві приклади орторексичної моделі поведінки (це є цікавою перспективою для подальших міждисциплінарних досліджень із залученням широкого кола фахівців). З іншого

боку, історичний аналіз приводить до висновку про існування певних періодів, коли ті чи інші порушення харчової поведінки були «модними» та викликали соціальне схвалення, що, на нашу думку, є беззаперечним свідченням їх соціокультурної природи.

В постіндустріальному суспільстві виникають численні рухи «за чисту їжу», створюються все більш оригінальні, зазвичай специфічні та складні, а іноді псевдонаукові теорії харчування (наприклад, безглютенна дієта, харчування за кольором їжі або за групою крові). Такі альтернативні дієти зазвичай друкуються в спеціальній літературі, поширюються через онлайн-ресурси та ЗМІ, підтримуються відомими та впливовими особистостями. Досить швидко навколо них виникає спільнота прихильників, які об'єднуються в більш чи менш організовані мережі.

Важливо розуміти, що добровільний вибір альтернативної моделі харчування та наступне дотримання дієти потребують від особистості неабияких вольових зусиль, самодисципліни, самомотивації. Цьому сприяють як харчове обмеження саме по собі, так і спротив традиційним уявленням про належне харчування та неминучий суспільний тиск, що відбувається в ситуаціях спільного прийняття їжі.

Оскільки відхід від харчових традицій є суб'єктивно та об'єктивно важким, то індивід намагається знайти однодумців, які поділяють відповідні цінності, надають йому необхідну інформацію і групову підтримку. Логічно припустити, що чим більш нестандартною є дієта, тим більш міцні зв'язки виникають між її послідовниками і тим більше вони протиставляють себе іншим людям, які не розділяють цих поглядів.

У підрозділі 1.1 було показано, що дослідження НО охоплюють досить обмежені вибірки – переважно це студенти та дорослі, що опікуються власним здоров'ям. Можна впевнено стверджувати, що поширеність орторексії є значно більшою в окремих соціальних та професійних спільнотах: у сфері охорони здоров'я (серед лікарів, дієтологів), в йога-спільноті, серед освіченої молоді та в

популяціях, які приділяють багато уваги своїй зовнішності й тілу (табл. 1.1.). Причини такої поширеності різноманітні, деякі з них охарактеризовано нижче.

Оскільки здорова дієта є невід'ємним компонентом йога-практики, то досить часто «акт вживання чистої їжі» серед її послідовників починає носити псевдо-духовні конотації (H.Valera et al., 2014). Подібні прояви часто спостерігаються у власній клінічній практиці.

L. Eriksson та співавт. (2008) пояснили зв'язок між інтенсивністю занять спортом і орторексією тим, що деякі сучасні ідеали зовнішності не є «ані здоровими, ані реалістичними», вони знижують самооцінку людини, викликають соціальну тривогу, неприйняття власної зовнішності та розлади харчування [169]. P. Turner та C. Lefevre (2017) звернули увагу на вплив візуальної культури соціальних мереж на психологічне благополуччя сотен тисяч людей, що має наслідки на розвиток і подолання РХП [213].

Причиною високого поширення орторексії в лікарському середовищі може бути те, що лікар відіграє роль своєрідного «зразка», еталону, демонструючи високий рівень освіти, навички правильного харчування і здорового способу життя (T. Fidan et.al., 2010) [175]. Ці висновки підтверджують дослідження в середовищі професійних дієтологів: загалом 47,7 % опитаних жінок мали більш або менш виразні симптоми орторексичної поведінки: із них 8,8% відповіли, що мають підвищене бажання споживати здорову їжу, 4,6% відчувають провину, коли не дотримуються певного раціону, 2,5% уникають харчуватися не вдома через певні страхи, пов'язаних з їжею, 2,5% уникають їсти в товаристві інших людей і 1,1% приносять з собою їжу, якщо доводиться їсти не вдома [186].

Інші автори стверджують, що робота у сфері дієтології і здорового харчування має зв'язок з орторексією. Цікавими в цьому плані є висновки A.Korinth та інш. (2010), які показали, що студенти-нутриціологи, обмежують споживання їжі і в процесі навчання демонструють зростання схильності до вибору здорових продуктів [188].

Наші власні спостереження дозволяють пояснити високу локалізованість НО тим, що люди, котрі дотримуються суворої дієти, потребують соціальної

підтримки і шукають або самі організують середовище, яке поділяє їхні погляди та цінності.

Отже, *орторексична субкультура* об'єднує прихильників ЗСЖ (здорового способу життя) і харчових обмежень та послідовників численних альтернативних дієтичних систем, які поділяють схожі уявлення, переконання, цінності та стиль життя. Орторексична субкультура свідомо протиставляє себе традиційним цінностям (в українській культурі – багато накритому столу), а також сучасним трендам (швидкому харчуванню). Вона є міжнаціональною, об'єднує представників різного віку та статі, різних етнічних та релігійних груп, видів зайнятості.

Ми погоджуємось з S. Bratman (2017), який застерігав від помилки перенесення тлумачення орторексії як розладу харчової поведінки на *критику дієтичних теорій і альтернативних харчових культур*. При орторексії йдеться тільки про ступінь індивідуального реагування індивіда на ту чи іншу прийнятну нею модель харчування, переконаність, що «шлях до щастя лежить через їжу». Але саму модель харчування ми сприймаємо принципово нейтрально. Впродовж свого життя при зміні обставин людина може почати дотримуватися ірраціональних моделей харчування (див. таблиці 1.3). Навіть ненаукові та хибні харчові переконання мають чисельних прихильників, адже люди вірять в те, що вони читають, що кажуть експерти, що прийнято вважати правильним у спільноті, до якої вони належать [157].

Слід визнати, що характер конкретної дієти може впливати на виникнення РХП, але опосередковано, через особисті схильності людини. Чим більш ірраціональною є дієта, тим менше особа потребує обґрунтованої аргументації і тим у більшій мірі спирається на віру і переконаність. Чим більш складна та сувора дієта, тим більше самодисципліни потрібно для її дотримання; крім того, недоїдання впливає на когнітивні функції та саморегуляцію особистості. Теорії, засновані на «чистоті» їжі, стимулюють виникнення почуття провини та сорому; концепції чутливості до певних продуктів посилюють страх захворіти; духовно-орієнтовані теорії харчування призводять до відчуття переваги та соціальної

ізоляції. Отже, характер дієтичних обмежень частково впливає на «розвиток орторексичного прискорення» та відповідні психологічні проблеми [157].

У розумінні норми та відхилень від неї слід розрізняти *харчову культуру* як соціальні настанови, ідеали і стереотипи, певний звід правил належного харчування (вона може бути загально визнаною, традиційною або альтернативною, нетрадиційною) і *харчову поведінку* окремої людини, яка формується на фундаменті цих соціально-культурних уявлень.

Людина може наслідувати альтернативну харчову культуру, зберігаючи гармонійність і адекватність власної харчової поведінки (рис. 1.2). Також слід розрізняти *клінічні розлади харчової поведінки*, що є серйозними захворюваннями і вимагають медичного та психотерапевтичного втручання, та варіанти *нестандартної харчової поведінки* в межах психічної норми.

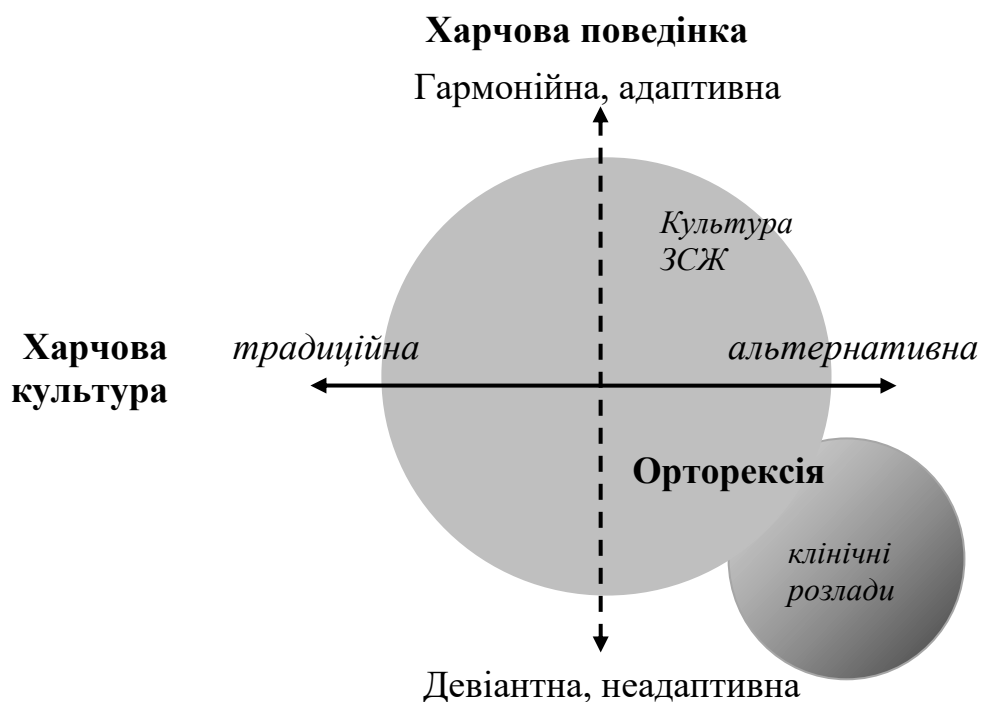


Рисунок 1.2. Місце орторексії в системі традиційної та альтернативної харчової культури.

Розгляд орторексії в системі традиційної та альтернативної харчової культури призводить до розуміння трьох можливих джерел її виникнення:

- в межах девіантної харчової поведінки, що порушує загальноприйняті харчові норми (слідування культурі ЗСЖ, що набуває ознак надцінних ідей, обмежувальний тип дієти);

- в межах альтернативної харчової культури (слідування хибній дієтичній теорії та викривленим уявленням про здорове харчування);

- як симптом більш складного та глибокого психічного розладу, що проявився в харчовій поведінці.

Таким чином, розповсюдженість орторексії в окремих соціальних та професійних групах дає підстави вважати її історичним та культурним феноменом. Оскільки їжа є важливим елементом буттєвості людини, харчова поведінка віддаляється від своєї фізіологічної основи і стає способом задоволення багатьох психологічних та соціальних потреб найвищого рівня. Увага до якості, корисності їжі є сучасним трендом, що має об'єктивні екологічні передумови, викликає суспільне схвалення і об'єднує навколо себе зацікавлених осіб (тобто формує субкультуру).

Послідовники орторексичної субкультури мають особливі цінності та переконання, спільне інформаційне поле, особливості дискурсу, на основі яких виробляють власні стандарти харчової поведінки. Вони разом проповідують певні правила приготування та споживання їжі, протистоять традиційній культурі харчування і в деякій мірі – іншим субкультурам. Спільна мета визначає схожий спосіб життя: суворі обмеження в харчуванні, що не мають під собою медичних або релігійних підстав, намагання вести здоровий і «правильний» спосіб життя та досягти в ньому досконалості. Така харчова поведінка може бути нестандартною з точки зору традиційної харчової культури, але здоровою та гармонійною стосовно конкретної людини (з урахуванням всього спектру її фізіологічних, психологічних та соціальних потреб).

Характер дієтичних обмежень лише частково впливає на розвиток орторексії і супутні психологічні проблеми. Формування РХП, насамперед, визначається ступенем реагування людини на добровільно прийняту модель харчування. Надмірність полягає в тому, що людина: нереалістично сприймає

вплив харчування на власне самопочуття; підпорядковує безпосередні фізіологічні та емоційні реакції власній волі, використовує харчові зриви і «перемоги» як критерій самоствалення. Харчування з базової необхідності набуває рангу вищої цінності – основи соціальності, ознаки духовності і способу самоактуалізації.

1.3. Орторексичні порушення харчової поведінки в контексті проблеми самоусвідомлення особистості

Порушення самоусвідомлення є важливим, хоча й неочевидним діагностичним критерієм багатьох РХП. Відомо, що анорексія та булімія супроводжуються перебільшеним впливом характеристик зовнішності і маси тіла на самооцінку людини [51].

За даними DSM-5 (2013) та МКХ-11 (2019), при анорексії відзначається психопатологічне порушення у сприйнятті власної фігури і ваги, спотворення образу свого тіла; заперечення очевидних фактів (наприклад, ненормально малої ваги, доцільності медичного чи психотерапевтичного втручання); страх ожиріння зберігається як нав'язлива або надцінна ідея [145]. Ці особливості анорексиків підтверджені в багатьох клінічних дослідженнях: спотворене сприйняття власної тілесності (А. Дорожевець, 2005) [40], розколотість цілісної структури «Я» і стресодоступність самоствалення (О. Соколова, В. Ніколаєва, 1995) [110]; поширеність алекситимії, низький рівень рефлексії, труднощі у сприйнятті власних почуттів та емоцій інших людей (М. Келіна, Т. Мешкова, 2012 [49]; J. Beadle, S. Paradiso, A. Salerno, L. McCormick, 2013 [153] та ін.).

З іншого боку, переїдання також супроводжується низьким рівнем самоприйняття та незадоволеністю власним тілом, що трактується як неприйняття своєї тілесності, відсутність контакту з тілом, самовідчуження, небажання бути «тут і зараз», різновид «усіченої самосвідомості» (А. Дорожевець, 2005; В. Шебанова, Л. Онуфрієва, 2019) [40; 133]. Цікаві результати отримані стосовно того, що жінки, які страждають від анорексії та булімії, малюють себе інакше, ніж ті, хто не має розладів харчової поведінки та

має нормальну вагу (J. Guez et.al. 2010) [181]. О. Скугаревський (2007) зазначає, що у більшості випадків такі прояви не є наслідком порушених процесів сприйняття, проблема полягає саме в характері суджень людини [107].

У випадку орторексії також виникають надцінні ідеї, а харчова поведінка сильно впливає на самосприйняття, викликаючи самопіднесення або самоприниження. Якщо такі люди порушують дієту, вони соромляться цього, відчують провину, збентеження і переляк, тоді як при дотриманні встановлених дієтичних обмежень вони почуваються «чистими», «повними досконалості» [158]. Проте ці аспекти малодосліджені і потребують уточнення.

З метою розуміння того, як особи з орторексією усвідомлюють себе у контексті субкультури «здорового способу життя», оглянемо теоретичні підходи до понять «самосвідомість» та «самоусвідомлення».

Самосвідомість (усвідомлення людиною себе як істоти, що відчуває, мислить та діє) є однією з фундаментальних психологічних та філософських категорій. Від перших наукових робіт, де розглядалась тематика (праці З. Фрейда, У. Джеймса) до сьогодні навколо цієї теми точаться активні дискусії. Вивчення самоусвідомлення як психічного феномену та його операціоналізація в емпіричному дослідженні ускладнені існуванням багатьох схожих за змістом, споріднених понять: самопізнання, самосприйняття, рефлексія, самоідентичність тощо. У західній літературі часто вживаються терміни «*self-awareness*» (самоусвідомлення) та «*self-consciousness*» (самосвідомість), що мають змістові відмінності.

Нами розглянуто проблему самоусвідомлення (*self-awareness*), де ми трактуємо поняття як самопізнання, процес безпосереднього сприйняття індивідом власних психічних актів, серед яких представлені фізичні, психічні та особистісні риси, результатом чого є формування безпосереднього образу самого себе (цит. за М. Фатєєва) [113, с.198]. Британська енциклопедія трактує самоусвідомлення як процес переживання людиною власного «Я», або «Self», яке у сучасній психології замінило більш ранні уявлення про душу. Згідно з Оксфордським словником, *self-awareness* визначається як свідоме знання та

розуміння власного характеру й почуттів. А. Morin (2011) визначив самоусвідомлення як «активне виявлення, обробку та зберігання інформації про себе» і пов'язав його з поняттями самосприйняття, самоспостереження, самоаналізу [113].

На відміну від self-awareness (усвідомлення себе як індивідуальності, пізнання власного характеру, почуттів, мотивів, бажань), self-consciousness пов'язане з надмірною фіксацією людини на своїй зовнішності або поведінці, що має більш проблемний відтінок. Останнє поняття часто асоціюється з критичною або низькою самооцінкою, сором'язливістю, збентеженням. Рівень self-consciousness визначає, наскільки людина «залучена в себе» (що пов'язане з постійним самомоніторингом та самоконтролем) або, навпаки «забуває про себе» [156]. У вітчизняній психології не існує відповідного терміну, але схожі ознаки описані стосовно поняття «рефлексія».

А. Карпов (2003) розглядає *рефлексію* через класичну психологічну тріаду (процес, властивість, стан): це одночасно унікальна властивість, притаманна лише людині, стан усвідомлення і процес репрезентації психіці свого власного змісту [48]. Д. Леонтьєв диференціював її «гарні» та «погані» форми: *системна рефлексія*, що об'єднує внутрішню позицію та самодистанціювання, погляд на себе збоку (саме вона забезпечує адаптацію і самодетермінацію особистості); *інтроспекція* – фокусування уваги на власних переживаннях і внутрішніх станах (самокопання малодієве у повсякденному житті, але ефективно в психотерапії); та *квазірефлексія*, спрямована на об'єкти, що не мають відношення до актуальної життєвої ситуації (психологічний захист, відхід у фантазії) [67]. Існування неадаптивних форм рефлексії підтверджене емпіричними дослідженнями; так, Р. Trapnell, J. Campbell (1999) виділили румінативний і рефлексивний типи самоусвідомлення особистості [218]. Рефлексія передбачає здорову цікавість до себе, саморегуляцію та самовдосконалення; румінація (самопоглинання) пов'язана з надмірним зосередженням уваги на собі, що супроводжується пригніченням та соціальною тривогою. Отже, у практичній роботі психолога та психотерапевта важливо відділити корисну, конструктивну рефлексію від

самопоглиненості або уникання самоусвідомлення, які однаково шкодять формуванню здорової харчової поведінки.

Серед сучасних вітчизняних дослідників ми поділяємо погляди О. Продан (2016) на самоусвідомлення як психічний процес, в якому фокус уваги суб'єкта переводиться з навколишньої реальності в його внутрішній світ, що «має змістову динаміку кіл усвідомлення (від безвідносного відчуття власного існування до здатності самостійно змінювати, оцінювати, аналізувати свої психічні процеси) і має вияв у формі почуттів, думок, переживань» [98].

А. Muzet та Р. Tassi розглядали самоусвідомлення як усвідомлення внутрішніх процесів і життєвих подій в контексті власного знання про дані явища [213]. Е. Sterrett (2014) уточнила, що самоусвідомлення відбувається на різних рівнях: тіла та фізичних реакцій, емоцій, вподобань, намірів, цілей і цінностей, стосунків з іншими. Д. Гоулмен (2017) описує самоусвідомлення (здатність розпізнавати власні емоції та їхній вплив) як одну з важливих складових емоційного інтелекту [38].

Значний внесок у розробку теорії самосвідомості належить працям радянських та вітчизняних теоретиків: сформульовано розуміння самосвідомості як *вищої форми психіки* та вищого ступеню розвитку індивідуальної свідомості (Л. Виготський, В. Столін, О. Спіркін, Л. Божович та ін.), а також як *центрального утворення особистості*, що виконує функції інтеграції та регулювання (К. Абульханова-Славська, В. Мухіна, А.Налчаджян, М. Сарджавеладзе, І. Кон та ін.). Обґрунтовано визначальний вплив на формування самосвідомості *соціально-культурного середовища*, до якого належить особистість, а також *діяльності*, яку вона виконує (П. Чамата, С. Рубінштейн, О.Леонт'єв, В. Мерлін та ін.). У структурі самосвідомості поєднано пізнавальний (самопізнання), емоційно-ціннісний (самоставлення) та дієво-вольовий (саморегулювання) аспекти.

У контексті теми нашого дослідження окремо зазначимо концепцію І. Чеснокової (1977), в якій самосвідомість особистості трактовано як процес сприйняття чисельних образів себе в різних ситуаціях та поєднання їх у цілісний

«Я-образ» (уявлення про себе, а потім розуміння власного «Я»). Авторка підкреслює процесуальність самосвідомості, котра не зводиться до якогось кінцевого знання про себе, а щоразу робить це знання більш глибоким та адекватним. Узагальнення численних Я-образів визначає «суперечливу єдність мінливого та стійкого у відношенні особистості до себе» [130]. Ця концепція корисна для пояснення «прив'язаності» самовідчуття осіб з орторексією до власної харчової поведінки: «злетити» у вигляді почуття переваги над іншими та «падіння» в ситуаціях харчових зривів.

Розглядаючи співвідношення мінливості та стійкості самосвідомості, А. Налчаджян (1988) виділив «ядерне» утворення особистості – «Я», що зберігає свої характерні особливості, ідентичність і неперервність протягом всього життя індивіда (при відсутності патологічних змін). Структурою самосвідомості, що належить «Я», виступає *Я-концепція*, котра складається з взаємозв'язаних *Я-образів* (реальне Я, ідеальне Я, динамічне Я і т. ін.). Ситуативні образи, що оточують центральне «Я» та Я-концепцію, досить швидко змінюють один одного залежно від зміни зовнішніх ситуацій, утворюючи «потік свідомості» [91]. На думку О. Моткова (2016), необхідність появи в еволюції центрального керуючого механізму «Я» зумовлена природою біологічних обмежень у первинній структурі психіки, а саме – можливістю організації тільки односпрямованої поведінки (фокус уваги та усвідомлення завжди один, хоча людина здатна виконувати автоматизовані дії паралельно основній проблемній поведінці). Тому формується «Я»-система психіки – природний інструмент, що вибирає з усього набору активних потреб, бажань і намірів тільки *одне пріоритетне прагнення* для його реалізації в поведінці [86].

Отже, психологічне пояснення нав'язливої сфокусованості на дієті при орторексії (та інших РХП) має враховувати існування особливої центральної структури, яка співвідносить, інтегрує, вибирає, планує, запускає і регулює поведінку особистості. Серед стійких структур самосвідомості слід окремо

виділити *тілесний Я-образ* – базис, на якому розгортається розвиток Я-концепції [91].

Вагомий внесок у розробку теорії «Я» належить психологам гуманістичного напрямку. Психотерапія К. Роджерса (1961) заснована на розумінні того, що людина сприймає й інтерпретує реальність суб'єктивно, відповідно до власних уявлень про неї. Тому пояснення мотивів поведінки особистості можливе тільки через феноменологічне дослідження способів її сприйняття і пізнання [101]. У випадку НО самосприйняття опосередковане ригідними та нав'язливими когнітивними переконаннями про вплив харчових продуктів, їх завищено-високим рангом в системі життєвих цінностей особистості.

При здійсненні психологічного супроводу РХП слід враховувати, що «Я» - це гнучка і рухлива система, що постійно змінюється, але при спостереженні в певний момент часу воно здається постійним і передбачуваним. Важливими аспектами самосвідомості виступають *ідеальне Я* (уявний образ, якому людина хоче відповідати), а також *помилковий Я-образ* – позитивна Я-концепція людини, що ігнорує або заперечує наявні проблеми і перебільшує власні можливості. Останній аспект особливо важливий для розуміння самоусвідомлення осіб з орторексією; при цьому кожне зіткнення з реальністю підсилює захисні реакції та поглиблює особистісний дисбаланс. Згідно з К. Роджерсом, особистість, що повноцінно функціонує, повністю усвідомлює своє *реальне «Я»*: живе в сьогоденні, відкрита новому досвіду, довіряє собі та не боїться спонтанно реагувати [101].

Р. Бернс (1982) описав Я-концепцію як сукупність настановлень, спрямованих на самого себе і виділив в ній три складові елементи, які сьогодні вважаються класичними: *когнітивний* (образ Я, уявлення та переконання індивіда про себе, що можуть бути обґрунтованими або необґрунтованими); *емоційно-оцінний* (самооцінка – афективне ставлення до цих уявлень; прийняття або осуд конкретних рис Я-образу, що можуть мати різну інтенсивність);

поведінковий (потенційні реакції і конкретні дії, зумовлені Я-образом і самооцінкою) [13].

В. Мерлін (1986) поставив самосвідомість у центр «інтегральної індивідуальності», визначивши її як здатність людини усвідомлювати себе суб'єктом діяльності та одночасно суб'єктом зі специфічними соціально-етичними і психологічними характеристиками. У структурі самосвідомості виокремлено чотири основні компоненти: усвідомлення власного «Я» як активного, дієвого начала; усвідомлення своєї тотожності («Self» або самість); усвідомлення власних психічних властивостей і якостей; а також система соціально-моральних самооцінок. Всі ці елементи пов'язані один з одним функціонально і генетично, проте формуються неодноразово [85]. Діагностика та подолання РХП мають враховувати ці компоненти.

З генетичної точки зору, стартом процесів самоусвідомлення вважається вік трьох років, коли дитина починає вживати займенник «Я», тобто відокремлює себе від навколишнього середовища (F. Goodenough, 1938) [180]. Найбільш активно і бурхливо ці процеси відбуваються в підлітковому і юнацькому віці, під час становлення психосоціальної ідентичності та життєво-професійного самовизначення. В дорослому віці самосвідомість особистості формується у спілкуванні та діяльності, і у свою чергу, зумовлює її успішність (Дятленко, 2002) [42]. У цьому контексті цікавим є той факт, що *розлад вибіркового харчування* давно відомий лікарям як характерна властивість дітей 2-6 років, що минає з віком. Більше того, прискіпливість та перебірливість у їжі визнана нормальною, поширеною ознакою дитячого віку [198]. Це викликає припущення про інстинктивну основу подібної поведінки та відкриває нові перспективи для наукових пошуків причин орторексії.

Важливим моментом виникнення порушень самоусвідомлення та відповідних РХП є *нормативні кризи*, що знаменують переходи між стадіями розвитку особистості. Хоча кризи є невід'ємним атрибутом розвитку, вони суб'єктивно важко переживаються і супроводжуються низкою негативних станів

[198]. Зазвичай, в ці періоди відбувається значна перебудова психічних структур, трансформації цінностей та життєвої позиції. Теорія Е. Еріксона пояснює, що в кожній особистісній якості, котра проявляється в певному віці, закладене глибинне ставлення індивіда до світу і до самого себе; воно може бути позитивним, пов'язаним з прогресивним розвитком або негативним, що викликає регрес [137]. На періоди вікових криз припадає маніфестація багатьох психічних розладів, в тому числі анорексії; відповідну динаміку орторексії ще належить з'ясувати.

У контексті формування орторексичної субкультури цікавою є думка С. Carver та М. Scheier (2003) про те, що самоусвідомлення є тимчасовим станом, спричиненим оточенням [162]. Ч. Кулі вважав основним джерелом даних про себе уявлення людини про оцінку себе значущими іншими (зворотний зв'язок, що одержує індивід від соціального середовища), що сформульовано в концепції «дзеркального Я» [56]. У теорії символічного інтеракціонізму «Я» та суспільство не протиставлені, а виступають двома взаємо проникними сторонами «явища інтерсуб'єктивності світу». З цієї точки зору, особливості орторексичної субкультури притаманні кожній людині, яка входить до цієї спільноти (і навпаки).

Поняття *ідентичності* є ключовим в епігенетичній теорії Е. Еріксона, згідно з якою особистість розвивається завдяки включенню в різні соціальні спільноти й переживанню нерозривного зв'язку з ними. Ідентичність – психосоціальна тотожність – дозволяє особистості сприймати навколишній світ, сформувати достатньо чітке уявлення про себе і знайти власне місце в суспільстві: обрати систему цінностей, ідеали, життєві плани, потреби, соціальні ролі з відповідними формами поведінки [136]. Не є винятком і харчова культура. Спочатку батьки, а пізніше більш широке соціальне оточення, впливають на індивіда, передаючи йому певні цінності та моделі поведінки. Відносини всередині соціальних груп (сімейних, етнічних, релігійних, професійних і багатьох інших) задають критерії особистісної оцінки, що переходить у

самооцінку. Так, шлях особистісної ідентифікації закладає основи сприйняття власного тіла та його сигналів, харчові цінності та інтереси, цінності споживання та відповідні стратегії харчової поведінки.

Важливо розуміти, що середовище соціалізації завжди зумовлює характер розвитку особистості, тип та структуру її самосвідомості [63]. Починаючи з віку немовляти і до дорослого життя самоусвідомлення розвивається та підтримується через соціальну взаємодію. Відомо, що соціальне середовище, яке підкреслює унікальні характеристики людини (наприклад, єдиний чоловік у жіночій групі), призводить до індивідуалізації та тимчасово підсилює самоконцентрацію (Phemister, Crewe, 2004) [204]. Водночас, обставини, що заохочують подібність у поведінці, зовнішності та цінностях (наприклад, військовий загін або субкультурна група), зменшують самоконцентрацію і, таким чином, знижують рівень соціальної тривоги, підкреслюючи єдність та приналежність до соціальної групи (Wicklund, 1975; Diener, 1979). Все це дозволяє нам розглядати самоусвідомлення як *інструмент для дослідження й корекції взаємодії індивіда та середовища* [113].

Дослідження цього феномену в соціальній психології почалося з праці Ш. Дюваль та Р. Віклунда «Теорія об'єктивного самоусвідомлення» (1972), в якій закладене найпоширеніше визначення самоусвідомлення: «здатність стати об'єктом власної уваги» [168, с. 3]. Автори відмітили, що людина може зосереджувати увагу на зовнішньому середовищі або на собі; зосередження уваги на собі запускає процес самооцінки. Коли суб'єкт усвідомлює себе, він порівнює себе зі *стандартами правильності* – ментальними уявленнями про правильну поведінку, належні відносини та особисті риси. Взяті разом, ці стандарти визначають, що таке «правильна людина» [168, с. 4]. Відповідність або невідповідність стандартам викликає відчуття задоволення або незадоволення собою, що стимулює індивіда дотримуватись певних дій або змінювати власну поведінку. За роки свого існування теорія об'єктивного самоусвідомлення зазнала суттєвого переосмислення: сьогодні самооцінка вже не сприймається як «невблаганна гонитва за правильним станом», визнано, що стандарти податливі

та підлягають змінам задля відновлення рівноваги (P. Silvia, T. Duval, 2001) [210]. З огляду на це особливої уваги потребує пояснення впливу суспільних очікувань на харчову поведінку людини, чинники інтерналізації культурних традицій та споживчих цінностей, а також шляхи трансформації зовнішніх та внутрішніх стандартів, які особи з орторексією використовують для самооцінювання.

В. А. Жмуров (2012) пояснює, що складність проблеми самосвідомості полягає в недоступності цього процесу дослідженню методами природничих наук, тому головним джерелом інформації про механізми самоусвідомлення є феноменологія його розладів [113]. Хоча сьогодні нейропсихологи активно досліджують діяльність мозкових структур в процесі самоусвідомлення (наприклад, визначення впливу інтероцептивної самоорієнтації на емоційну пам'ять в роботі С. Pais-Vieira, E. A. Wing, R. Cabeza (2016) [202], слід визнати, що ця галузь залишається «білою плямою» в науці.

Багато уваги зазначеній проблемі сьогодні приділяють представники гештальт-терапії. Вони розглядають самоусвідомлення як інструмент дослідження взаємодії індивідуума і середовища, оскільки самоусвідомлення представляє терапевту та клієнту найкращу картину наявних в їх розпорядженні ресурсів. Особливу значущість процеси усвідомлення себе мають у вирішенні внутрішніх конфліктів особистості, які руйнують якість життя. Ф. Перлз відзначав, що цьому можна запобігти «не тільки шляхом ослаблення конфлікту, а й посиленням самості й самоусвідомлення. ... людина усвідомлює, що це її власний конфлікт і вона сама розриває себе на шматки» [113]. Процес розширення зон самоусвідомлення асоціюється з психологічним зростанням: «усвідомлювати – означає приділяти увагу фігурам, що постійно виникають у власному сприйнятті, прямо стикатися, незважаючи на перешкоди фантазії, зі світом та собою» (Березін, 1995). Таким чином, самоусвідомлення як процес має терапевтичні властивості, які доцільно використовувати в роботі з подолання РХП, зокрема орторексії.

В. І. Шебанова (2015) уточнює, що субклінічні й клінічні форми РХП зумовлені внутрішнім конфліктом особистості внаслідок неузгодженості між

зовнішніми та внутрішніми вимогами. Перекручені стратегії харчової поведінки (переїдання або обмеження в їжі аж до повної відмови від неї) обираються суб'єктом у якості способу вирішення внутрішнього конфлікту [134]. Однак внаслідок перекрученого (компенсаторного) характеру цих стратегій вони не здатні вирішити внутрішній конфлікт, і лише ініціюють формування порушеного циклу харчової поведінки.

Незадоволення собою зазвичай викликає важкі відчуття. Порівнюючи себе з ідеальним уявленням і усвідомлюючи себе як «не ОК», індивід може відчувати злість, сором. Прагнення уникнути негативних емоцій призводить до уникання самоусвідомлення. Як відмічає Р. Баумайстер (2019), «найефективнішими із способів уникання традиційно залишаються переїдання, зловживання алкоголем та спроби суїциду – все це дозволяє не звертати увагу на власне Я» [10].

Виходячи із завдань дисертаційного дослідження ми сформулювали *робоче визначення самоусвідомлення* як динамічного процесу концентрації уваги, спрямованої на себе (почуттів, думок, переживань, образів), а також здатності особистості самостійно аналізувати, оцінювати та змінювати свою поведінку в контексті усталених соціально-культурних правил та актуальних вимог ситуації. Самоусвідомлення є важливим інструментом дослідження та корекції взаємодії індивідуума і середовища (соціальних груп, які надають стандарти для самооцінки та з якими людина себе ідентифікує) і значно впливає на регуляцію харчової поведінки.

На підставі аналізу літературних джерел харчову поведінку особи з орторексією можна пояснити як систему, що складається з «Я», стандартів харчової поведінки та фокусу самоусвідомлення – рис. 1.3.



Рис. 1.3. Модель харчової поведінки при орторексії

Відповідно до моделі харчової поведінки при орторексії визначено внутрішній стандарт харчової поведінки, тобто надцінні ідеї та переконання, які полягають у самоусвідомленні власного «Я», при цьому фізичне «Я» відповідає за альтернативну харчову субкультуру і відповідно викликає почуття сорому, провини і тривоги, а ідеальне «Я» навпаки проявляється у задоволеності, безпеці і самоповазі і відноситься до традиційної харчової культури.

Стандарти харчової поведінки задає соціальне оточення у вигляді національних та сімейних традицій, еталонних уявлень про красу та здоров'я, а також альтернативних теорій харчування. На певному етапі свого життя людина дізнається та інтеріоризує ті чи інші стандарти під впливом зовнішніх навіювань, життєвих обставин та власних переконань. Для особи з орторексією таким стандартом виступає дієтична теорія з більш чи менш складними рекомендаціями та суворими обмеженнями.

При невідповідності власної харчової поведінки наявному стандарту в особи виникають сильні негативні переживання та зниження самооцінки. Далі можливі різні поведінкові маршрути, спрямовані на *зменшення розбіжності*:

А) особа активно змінює власну поведінку (докладає ще більше вольових зусиль для дотримання дієти);

Б) особа змінює (переобирає) харчовий стандарт на менш суворий (наприклад, переходить з сиродіння або сокоїдіння на лакто-вегетаріанство);

В) особа змінює фокус уваги, уникаючи самоконцентрації (уникає стимулів та обставин, які знижують її самооцінку); знижує рівень самоусвідомлення власного «Я».

У межах орторексичного сценарію думки та дії зосереджені на різноманітних питаннях харчування, що дозволяє не думати про себе. Незважаючи на те, що у осіб з орторексією є спільне інформаційне поле, й схожий спосіб життя – суворі обмеження в харчуванні без медичних або релігійних підстав, стратегії уникання й нав'язливості призводять до відірваності від реальності, ускладненої комунікації та соціальної ізоляції осіб з орторексією.

Таким чином, розгляд орторексії в контексті проблем самоусвідомлення особистості дає можливість пояснити механізм формування надцінного вибірково-обмежувального ставлення до їжі та запропонувати відповідні стратегії психологічної допомоги. Самоусвідомлення як процес представляє собою сприйняття чисельних Я-образів в різних ситуаціях та поєднання їх у цілісну Я-концепцію; при цьому на особистість впливає соціально-культурне середовище, до якого вона належить, та діяльність, яку вона виконує. Стійкі та мінливі компоненти самосвідомості забезпечують з одного боку, сталість та єдність особистості, а з іншого – адаптивність психіки. Для тлумачення РХП особливе значення мають «тілесне Я», «ідеальне» та «помилкове Я», соціалізоване «дзеркальне Я», що відображує орторексичну субкультуру, а також внутрішні конфлікти між складовими самосвідомості.

Шлях особистісної ідентифікації закладає емоційні та когнітивні основи самосприйняття: сприйняття власного тіла і його сигналів, харчові інтереси,

установки та переконання, мотиви споживання їжі, що обумовлює відповідні стратегії харчової поведінки. Інтерналізація культурних традицій закладає стандарти «правильності», які індивід використовує для самооцінювання. Для осіб з орторексією таким стандартом виступає дієтична теорія з більш чи менш складними рекомендаціями та суворими обмеженнями. При цьому виникає глобальна помилка сприйняття – характеристики їжі (чистої, правильної, корисної) переносяться на властивості особистості, що викликає специфічну залежність від харчових ритуалів. Тому в роботі з особами з орторексією важливо вивчати не тільки властивості ХП (її адекватність, нав'язливість, тощо), але й особливості суб'єктивного сприйняття, зокрема символічне значення їжі для людини. У цьому ми бачимо шлях до виявлення специфічних критеріїв орторексії і її диференціації серед інших РХП.

Висновки до розділу 1

Термін «орторексія» характеризує надмірний ентузіазм щодо здорового харчування, який виходить за межі адаптивної та гармонійної харчової поведінки та набуває ознак клінічного розладу. Визначальними симптомами орторексії виступають: нав'язливість та ригідність харчової поведінки, наявність надцінних ідей щодо їжі, інтенсивне уникання продуктів, що сприймаються як нездорові, перебільшені емоційно-стресові реакції при невідповідності власної дієти суб'єктивно-прийнятому стандарту; нетолерантність стосовно харчових переконань інших людей; залежність Я-концепції від харчової поведінки; серйозні негативні наслідки на пізніх етапах (порушення фізіологічних функцій та соціального життя).

У науковій спільноті точаться дискусії щодо доцільності визнання орторексії як окремого розладу, як різновиду вже існуючих психічних розладів або як суспільного та культурного феномену, крайнього варіанту «нормальної» харчової поведінки. Обмежувальний тип харчування поступово набуває

офіційного визнання як окреме порушення (ARFID), що потребує спеціальної діагностики, розробки відповідних методів медичного та психотерапевтичного втручання.

Нервова орторексія має спільні риси з анорексією, обмежувальною та вибірковою харчовою поведінкою (уникнення та/або обмеження харчування, перебірливість у їжі, тривожність, потяг до досконалості і контролю), а також obsесивно-компульсивним розладом (нав'язливість, ритуалізованість думок та дій). Її унікальними визначальними ознаками є ірраціональні переконання та «специфічні відчуття» стосовно їжі; соціальна і суб'єктивна бажаність поведінки; сприйняття дієтичних самообмежень як моральної чесноти, псевдо-духовність. Соціальне занепокоєння і незадоволеність компенсуються відчуттям власної переваги над оточенням. Харчова поведінка розглядається як «шлях до щастя» і визначає загальний спосіб життя людини.

Розповсюдженість орторексії в окремих соціальних та професійних групах дає підстави вважати її культурним феноменом. Зосередженість уваги на корисності їжі є сучасним трендом, що має об'єктивні передумови (стурбованість екологічними проблемами, культура спортивного тіла, перегляд цінностей споживання), викликає суспільне схвалення і об'єднує навколо себе зацікавлених осіб. У пошуках нових правил харчування відповідно до індивідуальних потреб людина звертається до альтернатив традиційній харчовій культурі. Послідовники орторексичної субкультури мають загальні переконання і цінності, спільне інформаційне поле, особливості дискурсу, на основі яких виробляють власні стандарти харчової поведінки. Спільна мета визначає схожий спосіб життя: суворі обмеження в харчуванні, що не мають під собою медичних або релігійних підстав, намагання вести «правильний» спосіб життя та досягти в ньому досконалості.

Харчова поведінка може бути нестандартною з точки зору традиційної харчової культури, але здоровою та гармонійною стосовно конкретної людини (с урахуванням всього спектру її фізіологічних, психологічних та соціальних потреб). Формування орторексичного розладу визначається ступенем реагування

людини на добровільно прийнятій моделі харчування. Харчування з базової необхідності та способу емоційного заспокоєння переходить в ранг вищої цінності – основи соціальності, ознаки духовності і способу самоактуалізації. При орторексії харчовий стандарт включений в ідеальний Я-образ, тісно пов'язаний з самоусвідомленням та самооцінкою. Нестабільність та неадекватність самооцінки осіб з орторексією, внутрішня суперечливість Я-концепції робить їх залежними від зовнішніх стандартів правильної поведінки, якими в певний період життя стають харчові теорії.

У межах огляду літератури нам не вдалося відповісти на важливе питання про місце орторексії в структурі вже відомих розладів харчування. Ми припускаємо, що в основі патологізації поведінки лежить глобальна помилка сприйняття – характеристики їжі (чистої, правильної, корисної) переносяться на властивості особистості, що викликає специфічну залежність від харчових ритуалів. Це супроводжується перетворенням їжі на диспозицію високого рангу, пов'язану з духовними цінностями, життєздійсненням та самореалізацією. Дослідження символічного та семантичного значення їжі буде одним із завдань в емпіричному дослідженні.

Матеріали даного розділу висвітлені в публікаціях автора:

3. Фатєєва М. С. Проблеми висвітлення явища орторексії у працях сучасних зарубіжних психологів. М.С. Фатєєва. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЇ: Збірник наукових праць Інституту Психології імені Г.С. Костюка 9 (7), 336-341, 2016.

4. Фатєєва М. С. Еволюція поняття самоусвідомлення у психологічній науці. *Психологія свідомості: теорія і практика наукових досліджень* : матеріали I Міжнар. Наук.-практ. Конф., м. Переяслав-Хмельницький, 21 берез. 2017 р. Переяслав-Хмельницький, 2017. С. 196-199.

5. Фатєєва М. С. Дослідження порушень харчової поведінки (орторексія) у форматі вивчення сучасних субкультур. *Педагогіка і психологія: актуальні*

проблеми досліджень на сучасному етапі : тези Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 5-6 квіт. 2019 р.). Київ, 2019. С.131-133.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ САМОУСВІДОМЛЕННЯ ОСІБ З ОРТОРЕКСІЄЮ

У цьому розділі обґрунтовано процедуру та висвітлено результати емпіричного дослідження дорослих осіб з орторексією. Виявлено характерні ознаки харчової поведінки та ставлення до їжі, з'ясовано проблемні аспекти сприйняття власного тіла, визначено структуру самоусвідомлення та розкрито взаємозв'язки між цими параметрами. Проведено порівняльний аналіз двох груп – осіб з наявністю та відсутністю орторексії, в результаті чого виокремлено специфічні особливості самоставлення, що супроводжують орторексичні порушення харчової поведінки.

2.1. Обґрунтування вибору методів дослідження та характеристика вибірки

Головним науковим завданням емпіричного дослідження було визначення психологічних особливостей, що супроводжують формування орторексичного розладу харчової поведінки. Воно передбачало порівняльний аналіз діагностичних параметрів у двох групах осіб з наявністю орторексії та без наявності орторексії, а також кореляційний аналіз отриманих даних. Нас цікавили, в першу чергу, характерні особливості самоусвідомлення осіб з орторексією, але проведення подібного дослідження неможливе без детального аналізу особливостей харчової поведінки та сприйняття їжі. Організація роботи відбувалася в три етапи:

1. На підготовчому етапі були дібрані психодіагностичні методики для оцінки харчової поведінки та особливостей самоусвідомлення; адаптована англomовна Шкала інтуїтивного харчування-2 Т. Тілки; укладена методика вербального семантичного диференціала; сформульовані та апробовані авторські списки питань стосовно сприйняття їжі; розроблені діагностичні

бланки та інструкції; сформована вибірка (запрошені учасники дослідження, отримана інформована згода на збір даних); проведені пілотажні дослідження.

2. Етап вимірювання: збір даних відбувався як очно, так і дистанційно – за допомогою онлайн-листування; всього до нього було залучено 410 осіб, в дослідницьку вибірку увійшли 326 респондентів, які надали повний комплект діагностичних вимірів.

3. Етап аналізу включав у себе первинну обробку діагностичних бланків, інтерпретацію отриманих результатів із залученням апарату математичної статистики, оформлення таблиць із кількісними даними та відповідних графічних матеріалів, формулювання висновків. На цьому етапі для аналізу отриманих результатів використовувалися комп'ютерні програми IBM SPSS 21.0 for Windows, STATISTICA-12 та Microsoft Excel 15.0.

У результаті попередньо проведеного теоретичного аналізу були систематизовані та узагальнені головні критерії орторексії як психічного стану (патологічного потягу): порушення самоусвідомлення та нав'язлива поведінкова активність, спрямована на дотримання «правильного» харчування. Відповідно, збір даних в емпіричному дослідженні був спрямований на ці аспекти психічної сфери, для чого було застосовано комплекс інструментів: Римська методика дослідження орторексії (ORTO-15), Шкала інтуїтивного харчування-2 Т. Тілки (адаптація Ю. М. Ящишиної, М. С. Фатєєвої), Опитувальник самовідношення В. В. Століна, опитувальник сприйняття власного тіла (О. О. Скугаревський, С. В. Сивуха), метод вербального семантичного диференціала, ланцюговий асоціативний експеримент. Нижче дана більш детальна психометрична характеристика обраних методів, обґрунтоване їх використання в контексті завдань дослідження.

1. Для з'ясування наявності/відсутності орторексичних патернів поведінки використано *Римський опитувальник нервової орторексії ORTO-15* (Додаток А1). Методика була запропонована в 2005 р. спеціалістами Інституту харчових наук римського університету «La Sapienza» (L. M. Donini, D. Marsili, M. P. Graziani, M. Imbriale, C. Cannella). В основу її змісту та структури

покладений опитувальник С. Бретмена, який був розширений і уточнений. Методика містить 15 запитань, що стосуються звичок, переконань та переживань, пов'язаних з їжею. Респондент обирає один з чотирьох варіантів відповіді: «завжди», «часто», «іноді», «ніколи», які при обробці оцінюються від 1 до 4 балів. Валідація та перевірка психометричних характеристик методики здійснена на вибірці 525 добровольців старших за 16 років. Отримані тестові норми: $39,4 \pm 4,0$ (Mean \pm SD), порогове діагностичне значення складає 40 балів. Менша оцінка інтерпретується як схильність до нервової орторексії – тривалого розладу харчової поведінки, «маніакальної одержимості здоровою їжею», що чинить істотний негативний вплив на якість життя людини [166]. Автори зазначають, що тест має високі прогностичні властивості у діагностиці прихильності до здорового харчування, але є менш ефективним щодо іншого компонента орторексії – наявності нав'язливих (обсесивних) рис.

2. *Шкала інтуїтивного харчування-2 (Intuitive Eating Scale-2)* була запропонована американськими дослідницями Т. Л. Тылка та А. М. Кроон Ван Діест (2013) для оцінки харчової поведінки і пов'язаної з нею харчової інтуїції – «схильності людей слідувати власним фізичним ознакам голоду та ситості при визначенні того, коли і що їм з'їсти» [217]. Опитувальник містить 23 питання, стосовно яких респондент висловлює свою згоду чи незгоду за допомогою 5-бальної шкали Лікерта (від «повністю згоден» до «повністю не згоден»). Окрім підрахунку загального середнього балу, оцінки розподіляються за чотирма субшкалами – вимірами інтуїтивного харчування: безумовний дозвіл на прийом їжі; їжа з фізіологічних, а не зовнішніх або емоційних причин; відчуття сигналів голоду та насичення; відповідність вибору, гармонія їжі та тіла (Додаток А2).

Психометричні якості методики перевірені авторами на виборці 1405 жінок та 1195 чоловіків: доведено достовірний зв'язок шкал IES-2 із інтроцептивною обізнаністю, показником ІМТ та суб'єктивною оцінкою власного тіла, відчуттям сорому, самооцінкою, загальним психологічним благополуччям і задоволеністю життям; показані прогностичні можливості щодо

симптоматики розладів харчової поведінки, а також низька кореляція з показниками соціальної бажаності (Т. Tylka, А. Kroon Van Diest, 2013) [217].

Шкали відображають оцінки у п'ятибальній шкалі, що відповідає різним рівням інтуїтивного харчування, виділених нами у результаті математично-статистичного аналізу дисперсії показників стосовно загальної шкали IES-2:

- від 2,3 до 3,13 балів інтерпретуються як низький рівень інтуїтивного харчування,

- 3,14 – 3,70 балів – середній рівень інтуїтивного харчування,

- 3,71 – 4,60 балів – рівень інтуїтивного харчування вище середнього.

- 4,70 – 5,00 – високий рівень інтуїтивного харчування.

Сьогодні інструмент адаптований у багатьох країнах і широко використовується як у клінічних дослідженнях, так і в практичній роботі з розладами харчової поведінки. В Україні адаптація Шкали інтуїтивного харчування-2 розпочата Ю. М. Ящишиною та М.С. Фатєєвою (за схваленням авторів). Українська вибірка складалася з основної та клінічної груп, основна була представлена 298 учасниками, яку склали учні шкіл та студенти вищих навчальних закладів різних регіонів України віком від 12 до 29 років у 2019 р., середній вік випробовуваних склав $18,9 \pm 2,9$ років. Клінічна група складалася з 73 осіб віком від 15 до 62 років, середній вік учасників становив – $30,8 \pm 9,8$ років.

Апробація першого етапу адаптації опитувальника планувалася в Каунасі, Литва, на конференції з важких розладів харчової поведінки EEED-2018. Робочими мовами конференції були англійська та російська, в зв'язку з цим первинний переклад було зроблено російською мовою, згодом переклад корегувався фахівцями-білінгвами з Асоціації лікарів і психологів «РХП: терапія і превенція» (Україна). Після встановлення еквівалентності перекладу було зроблено психометричну перевірку опитувальника [143], згодом було опубліковано тестові норми шкал харчової інтуїції у осіб з орторексією та без неї на вибірці 326 дорослих респондентів [114].

3. «Опитувальник образу свого тіла» (ООСТ) О. О. Скугаревського, С. В. Сивухи складається з 16 пунктів-тверджень, зміст яких відображує

невдоволення власним тілом у осіб, які страждають порушеннями харчової поведінки. Респондент оцінює кожне твердження за чотирибальною шкалою: 0 – «ніколи», 1 – «іноді», 2 – «часто», 3 – «завжди» (Додаток А3). За шкалою розраховується загальний бал, його максимально можливе значення дорівнює 48 (показник вище 13 говорить про виражену незадоволеність власним тілом). Сирі бали переводяться в шкалу стейнів. Автори заявляють про високі психометричні властивості ООСТ і рекомендують використовувати його для скринінгових досліджень та в якості допоміжного інструменту в процесі клінічної діагностики [108].

4. Діагностика ставлення особи до самої себе здійснювалась за допомогою «*Опитувальника самоствавлення*» В. В. Століна (Додаток А4). Теоретичним базисом методики є положення про відмінність змісту Я-образу (знань та уявлень про себе, накопичених в ході життя) і *самоствавлення* як особистісного сенсу цих знань і уявлень [111]. Самоствавлення розглядається як структурно складне утворення, що включає в себе як загальне, глобальне почуття за чи проти самого себе, так і специфічні параметри: самоповагу, аутосимпатію, самоінтерес або близькість до самого себе, очікуване ставлення інших [17]. Опитувальник містить 57 питань-суджень, на які респондент відповідає «так» або «ні». Отримані результати дозволяють виявити три рівні самоствавлення, що відрізняються ступенем узагальненості:

1. Шкала S вимірює *глобальне самоствавлення* (інтегральне почуття за чи проти стосовно власного «Я»)

2. *Рівень функціональних блоків* об'єднує самоповагу (Шкала I), аутосимпатію (Шкала II), очікуване ставлення від інших (Шкала III) та самоінтерес (Шкала IV).

3. *Рівень конкретних дій стосовно власного «Я»* включає сім факторів:

Шкала 1 – самовпевненість («У мене досить здібностей й енергії втілити в життя задумане»).

Шкала 2 – очікуване ставлення інших людей («Навряд чи я викликаю симпатію у більшості моїх знайомих»).

Шкала 3 – самоприйняття («Моє ставлення до самого себе можна назвати дружнім», «В цілому мене влаштовує те, яким я є»).

Шкала 4 – самокерівництво, самопослідовність («Нажаль, якщо я і сказав щось, це зовсім не означає, що саме так я і буду робити»).

Шкала 5 – самозвинувачення («Якщо я і ставлюся до кого-небудь з докором, то перш за все до самого себе»).

Шкала 6 – самоінтерес («Якби моє інше Я існувало, то для мене це був би найнудніший партнер по спілкуванню»).

Шкала 7 – саморозуміння («Іноді я сам себе погано розумію»).

Стандартизація опитувальника була проведена на вибірці 260 осіб, автор наводить дані про його достатню надійність та валідність [17]. Отримані сирі бали за шкалами за допомогою спеціальних таблиць переводяться в накопичені частоти, які інтерпретуються наступним чином: менше 50 балів – ознака не виражена; 50-74 бали – ознака виражена; більше 74 балів – ознака яскраво виражена.

5. Для визначення асоціативного поля ключового поняття «їжа» з метою більш якісного розуміння ставлення до продуктів харчування в осіб з орторексією використано метод *асоціативного експерименту*. Дана методика дозволяє виявити не тільки свідоме, а й несвідоме уявлення про їжу. Переваги асоціативного експерименту визначаються його простотою, зручністю використання, свободою описів, можливостями групової роботи, застосуванням будь-якого стимулу та можливістю провести не тільки кількісну, але й якісну характеристику. При проведенні аналізу важливо врахувати також і недоліки асоціативного експерименту, що визначаються його чутливістю до фонетичного складу слова, мовних штампів та дуже великими обсягами асоціативної продукції для обробки. Лінгвістичний асоціативний експеримент не може бути використаний як основний метод дослідження, проте в поєднанні з іншими інструментами він дозволяє дослідити й порівняти сприйняття їжі особами з орторексією і без орторексії.

В нашій роботі найбільший інтерес представляло дослідження динамічних процесів свідомості, ефективним в цьому є ланцюговий різновид асоціативного експерименту. Досліджувані давали необмежену кількість асоціацій на стимул впродовж однієї хвилини. Зрозуміло, що самі респонденти не усвідомлювали, які процеси відбуваються в їх свідомості. Наше завдання полягало у створенні ситуації спонтанної відповіді згідно з заданим контекстом, за якого ці процеси будуть перебігати найбільш природно. Зважаючи на поставлене завдання було вирішено не ставити умов до асоціацій, окрім часового обмеження. Враховуючи те, що асоціативний експеримент може проводитися як в усній, так і в письмовій формі, було вибрано саме письмову форму з максимальним рівнем анонімізації. Це дозволило зняти напругу з досліджуваних та уникнути бажання давати соціально бажані відповіді. Інструкція та бланк відповідей наведено в Додатку А5.

б. *Вербальний семантичний диференціал* (далі СД) використано як інструмент дослідження семантичних просторів сприйняття їжі, тобто для вивчення ставлення респондентів до смислового конструкту «їжа». Відомо, що система настанов індивіда стосовно значущих для нього об'єктів виявляється в його оцінних судженнях, які класифікуються свідомістю за схемою логічних дихотомій, наприклад «хороший – поганий» [54]. Метод СД дозволяє кількісно індексувати значення та смисли за допомогою двополюсних шкал, що задаються парами антонімічних значень, між якими розташовані 7 градацій ступеню входження того чи іншого слова в цю якість. При цьому дослідник сам обирає критерії та складає список конструктів, котрі відображують зміст феномену, що його цікавить.

У створенні списку семантичних конструктів ми керувались чотирма напрямками аналізу, в яких відображено загальні характеристики взаємодії досліджуваних з їжею: перцептивна привабливість, упорядкованість харчування, оцінка користі та емоційна атрибуція певної їжі. Ці характеристики виступили базовими координатами семантичного простору. На їх основі ми розробили список із двадцяти пар прикметників – кожній загальній характеристиці

взаємодії суб'єкта з їжею відповідають п'ять семантичних конструктів, що уточнюють її зміст (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Перелік семантичних конструктів для оцінки сприйняття їжі

№	Характеристика взаємодії людини з їжею	Семантичні конструкти, що відображують сприйняття їжі
1	<i>Перцептивна привабливість</i> об'єкта, яка сприймається шляхом безпосередньої взаємодії з ним	несмачна – смачна холодна – гаряча тяжка – легка складна – проста пісна – жирна
2	<i>Упорядкованість</i> , «менеджмент» харчування, його формальні характеристики	спонтанна – організована повільна – швидка важкодоступна – легкодоступна неякісна – якісна мінлива – стабільна
3	<i>Корисність</i> як міра впливу на організм та суб'єктивна оцінка отриманої користі від споживання певної їжі	неправильна – правильна шкідлива – корисна зіпсована – свіжа вишукана – груба штучна – натуральна
4	<i>Емоційна атрибуція</i> певної їжі для індивіда	зла – добра збуджуюча – заспокійлива потворна – красива сумна – радісна реальна – ідеальна

Наведені в табл. 2.1 пари прикметників респонденти оцінювали за допомогою біполярної семибальної шкали (Додаток А6). Поєднання цих характеристик створює досить цілісну картину ставлення індивідів до їжі і реконструює образ оцінюваного об'єкта, який складається у свідомості респондентів, завдяки чому обраний нами метод визнано валідним для характеристики сприйняття об'єкта. Отримані дані відображають реальну картину сприйняття їжі та підтверджуються іншими методами, зокрема, асоціативним експериментом.

В процесі діагностики сприйняття їжі можна порівняти оцінку за даними показниками у осіб, що мають орторексію, та тих, у кого вона відсутня. Таким

чином, метод СД дає змогу побудувати загальний семантичний простір сприйняття їжі, а також виявити відмінності сприйняття окремих її характеристик у осіб з різною харчовою поведінкою.

Характеристика вибірки. Емпіричне дослідження проводилося у 2016-2018 рр. і залучило загалом 326 дорослих респондентів віком від 18 до 68 років. Середній вік опитаних склав 30,64 років, стандартне відхилення 11,61.

Особи з ознаками орторексії були відібрані серед дорослих індивідів, що цікавляться здоровим способом життя та є дописувачами відповідних груп в Facebook та Telegram. Залучення онлайн-спільнот дало змогу розширити географію дослідження і включити у вибірку мешканців багатьох міст України та світу: Києва, Харкова, Одеси, Запоріжжя, Краматорська, Санкт-Петербурга, Мінська та ін. Частина вибірки (25 осіб) була сформована зі студентів і викладачів Військового інституту телекомунікацій та інформатизації (м. Київ), важливою частиною професійної підготовки та особистісних захоплень яких є фізично-спортивна активність.

Отже, дослідницька вибірка являє собою доросле населення великих та середніх міст, причетне до культури здорового способу життя (так звані ЗОЖники). У Додатку В1 наведено дані про соціально-демографічні характеристики респондентів (стать, сімейний стан, наявність дітей). Серед опитаних переважають представниці жіночої статі (249 осіб, 76 % вибірки), що відповідає особливостям «орторексичної субкультури» та контингенту осіб, котрі звертаються за допомогою психолога з приводу порушень харчової поведінки. Жінки частіше і завзятіше впроваджують здоровий спосіб життя, зокрема, активно беруть участь у діагностиці особливостей власної харчової поведінки.

Методи обробки та інтерпретації даних: отримані результати психологічної діагностики узагальнено за допомогою частотного аналізу (підсумовано частоту прояву певних характеристик у вибірці та переведено у відсотковий еквівалент), розраховано середні тенденції та міри розподілу даних в групах з проявами орторексії та без проявів орторексії. Для порівняльного

аналізу груп використано критерій χ^2 Пірсона, ϕ^* - кутове перетворення Фішера (при порівнянні відсоткових часток) та t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок (при порівнянні різниці середніх оцінок). Для виявлення взаємозв'язків між вимірними показниками проведено кореляційний аналіз.

Таким чином, дизайн дослідження передбачав збір емпіричних даних у трьох напрямках: 1) виявлення специфіки харчової поведінки та діагностика патологічного потягу до «правильного» харчування (вираженість орторексії), 2) особливості самоусвідомлення: сприйняття власного тіла та структурно-функціональні компоненти самовідношення; 3) семантичне та асоціативне значення їжі. Вибірка налічувала 326 респондентів, що представляють доросле населення великих та середніх міст, причетне до культури здорового способу життя (76 % склали жінки, які є не тільки основними «провайдерами» харчування, але також частіше та активніше звертаються за психологічними послугами).

Достовірність отриманих результатів та висновків забезпечена залученням репрезентативної вибірки, застосуванням діагностичних методик з високими психометричними якостями, поєднанням кількісного та якісного аналізу отриманих даних, адекватним використанням математично-статистичного апарату відповідно до поставлених в роботі завдань.

2.2. Результати діагностики харчової поведінки осіб, що дотримуються здорового способу життя

2.2.1. Поширеність орторексії у вибірці та виділення груп для наступного порівняльного аналізу

За результатами проведеної діагностики за допомогою методики ORTO-15 середня оцінка складає $37,82 \pm 4,19$ балів (Додаток В2). У вибірці виявилось 209 опитуваних, які мають показники, що свідчать про наявність орторексії. В усіх цих випадках ідея

правильного харчування як складової здорового способу життя набула нерационального, нав'язливого характеру. Харчові обмеження, дієта, стурбованість пошуком та вибором «корисних» продуктів перетворились на нездорове захоплення, що витісняє інші інтереси та вподобання, і в кінцевому рахунку погіршує якість життя людини.

Таблиця 2.2.

**Результати діагностики проявів орторексії
за методикою ORTO-15 (n / %)**

Результати ORTO-15	Вибірка загалом	Розподіл за статтю:	
		Чоловіки	Жінки
Наявна орторексія (≤ 40 балів)	209 / 64,1	51 / 66,2	158 / 63,5
Відсутня орторексія (>40 балів)	117 / 35,9	26 / 33,8	91 / 36,5
<i>Всього</i>	<i>326 / 100</i>	<i>77 / 100</i>	<i>249 / 100</i>

Серед активних прихильників здорового способу життя більша частина (64,1 %) має орторексичні патерни поведінки. При цьому стать людини суттєво не впливає на формування порушення – розподіл чоловіків та жінок серед осіб з орторексією приблизно такий самий, як серед частини вибірки без даного порушення.

Треба зазначити, що статистика орторексії залежить від використаного порогового значення. Деякі автори пропонують переглянути нормативи, запропоновані розробниками ORTO-15 (L. M. Donini, D. Marsili, M. P. Graziani та інші) і використовувати в якості діагностичного порогу показник 35 балів. В такому випадку доля осіб з наявною орторексією у вибірці знижується до 23,3 %.

Отриманий результат актуалізує проблему знаходження тієї психологічної межі, що відділяє дійсно здоровий спосіб життя від порушення харчової поведінки. Автори ORTO-15 підкреслюють, що саме тільки бажання споживати здорову та корисну їжу – це не розлад, але втрата поміркованості та рівноваги, одержимість своїми харчовими звичками, що поширюється на інші сфери життя, може призвести до орторексії [166]. Особи, що страждають на орторексію, витрачають багато часу та сил на придбання, приготування та споживання тієї

їжі, яку вони вважають здоровою, часто думають про їжу, планують своє життя на основі раціону харчування (наприклад, подорожі, сімейне дозвілля, похід у гості, тощо). Вони вважають свої переконання та поведінку щодо їжі єдино можливими, беззаперечно правильними, що породжує почуття переваги над іншими людьми.

В попередніх дослідженнях за участю автора (О. М. Лозова, О. В. Дробот, М. С. Фатєєва, 2017) були виявлені подібні тенденції – орторексичні прояви були констатовані в 66,6 % досліджуваних з перевагою представниць жіночої статі [71]. Повторюваність результатів свідчить про стійкість описаної тенденції та правильність зроблених висновків.

За даними мета-аналізу попередніх досліджень, поширеність орторексії складає 6,9 % для населення в цілому, 17 % серед студентів, 35–58 % для груп високого ризику [221]. Фактори ризику полягають в обсессивно-компульсивних особливостях, розладах харчової поведінки, високому соціально-економічному статусі, а також у належності до певної професійної групи: дієтологи, медичні працівники, артисти. На поширеність орторексії серед вузько-специфічних соціальних груп вказують результати досліджень J. Herranz Valera, P. Acuña Ruiz, B. Romero Valdespino & F. Visioli (2014), проведеного у спільноті аштанга-йоги, невід'ємним атрибутом якої є вегетаріанство та здорова дієта. У 86 % осіб, що практикують йогу, бал ORTO-15 виявився нижче діагностичного порогу в 40 балів і вище, який притаманній людині без орторексичних ознак [219]. Отримана нами статистика поширеності орторексії серед прихильників «здорового способу життя» підтверджує ці дані та дозволяє розширити існуючі наукові уявлення про групи ризику.

У зв'язку з цим постало закономірне питання про поширеність проявів орторексії серед різних соціальних груп. В першу чергу нас цікавила **вікова динаміка**. Відомо, що розвиток особистості, з одного боку, біологічно детермінований, з іншого – визначається тим, які завдання ставить суспільство перед нею на різних вікових етапах, які цінності та ідеали пропонує (Sameroff, 2010). Впродовж розвитку індивід проходить ряд стадій, на кожній з яких

набуває певної якості (особистісне новоутворення), що фіксується в структурі особистості та зберігається в наступні періоди життя.

Очевидно, що ставлення до їжі з віком змінюється. Ці зміни можуть відбуватися двома різноспрямованими шляхами: а) набуття досвіду, пізнання себе та психологічна зрілість формують інтуїтивний тип харчування, який відповідає природним потребам організму; б) соціальний вплив та турбота про власне здоров'я, що посилюється з віком, врешті призводить до орторексичних патернів поведінки. Щоб вирішити це протиріччя та виявити вікову динаміку орторексичних проявів, ми розділили вибірку на чотири групи відповідно до періодизації Е. Еріксона, яка представляє життєвий цикл в системі суспільних зв'язків як формування Я-концепції, що проходить закономірні конфліктно-кризові етапи [136]:

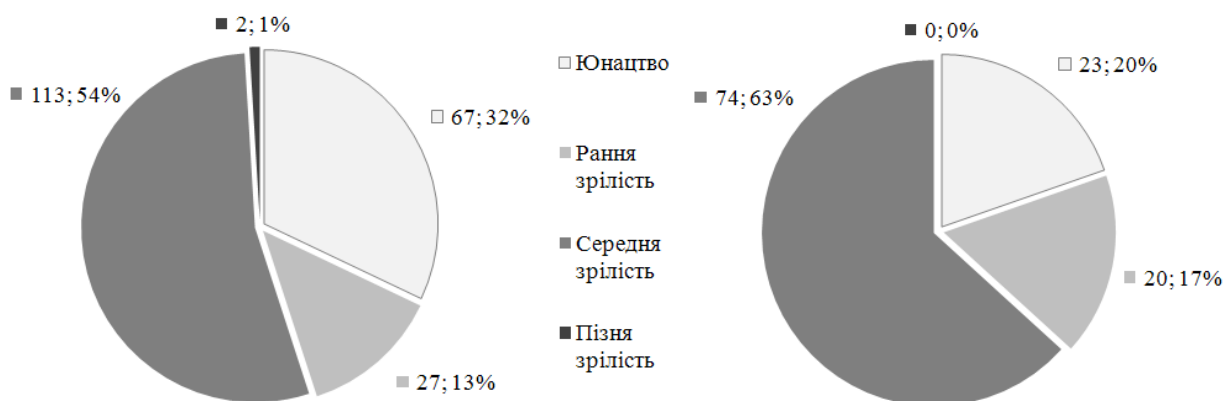
1. Юнацтво: 90 осіб віком 18-19 років (у вибірці представлений верхній віковий діапазон юнацького періоду, головним завданням якого є встановлення ідентичності).

2. Молодість, рання зрілість: 47 осіб віком 20-25 років (формальний початок дорослого життя та встановлення довірчих інтимних відносин).

3. Середня зрілість 187 осіб віком від 26 до 64 років (етап найвищої продуктивності, найбільш тривалий; його характерною ознакою є формування здатності до «турботи» на основі виховання власних дітей).

4. Пізня зрілість (старше 65 років): у вибірці виявилось всього дві особи, що належать до цього вікового діапазону, їхні дані представлено в розрахункових таблицях, але виключено з подальшої інтерпретації.

Підраховано частоту проявів орторексії в різних вікових групах, при цьому відсоткова доля розрахована відповідно до загальної кількості осіб з наявністю (N=209) або з відсутністю (N=117) орторексії. Результати частотного аналізу схематично представлені на рис. 2.1.



А) наявна орторексія (209 осіб)

Б) відсутня орторексія (117 осіб)

Рис. 2.1. Представленість різних вікових груп серед прихильників здорового способу життя з проявами орторексії та без проявів орторексії (n; %).

Представники юнацького віку (від 18 до 19 років) складають 32 % осіб з орторексією та 20 % осіб без орторексії; особи віком від 20 до 25 років (рання зрілість) складають 12,9 % підвибірки з наявною орторексією та 17 % підвибірки з відсутньою орторексією; зрілі індивіди 26-64 років складають 54 % осіб з орторексією та 63 % осіб без орторексії.

В цілому, підвибірка осіб з орторексією виглядає молодшою – в ній порівняно більша частка юнаків та менша частка осіб зрілого віку, ніж у загальній вибірці. Середній вік в групі з наявною орторексією складає $29,8 \pm 11,7$ років, у групі з відсутньою орторексією – $32,2 \pm 11,4$ років. Порівняння середніх за допомогою t-критерію Стьюдента свідчить про статистично-значущу різницю: $t = (-1,80)$ при $p = 0,04$.

З метою порівняння частоти ефекту у двох вибірках було застосовано статистичний критерій ϕ^* (кутове перетворення Фішера), який дозволяє оцінити, наскільки достовірні відмінності між процентними долями двох вибірок, в яких зареєстрований ефект, що цікавить дослідника [105]. В отриманому розподілі даних звертає на себе увагу масштабне представництво юнацької групи. При найбільш вузькому віковому діапазоні 18-19 років юнаки склали майже третину (27,6 %) від загальної чисельності вибірки осіб, яких цікавить правильне харчування – табл. 2.3.

Таблиця 2.3

**Порівняння вікових груп за критерієм наявності орторексії
(ϕ^* - кутове перетворення Фішера)**

Параметри	Розподіл за віком:				Всього:
	юнацтво (18-19 р.)	рання зрілість (20-25 р.)	середня зрілість (26-64 р.)	пізня зрілість (більше 65)	
Загальна вибірка	90 (27,6 %)	47 (14,4 %)	187 (53,4 %)	2 (0,6 %)	326 (100 %)
Розподіл за результатами ORTO-15:					
Наявна орторексія	64 (32,1 %)	27 (12,9 %)	113 (54,1 %)	2 (1,0 %)	209 (100 %)
Відсутня орторексія	26 (19,7 %)	20 (17,1 %)	74 (63,2 %)	0 (0,0 %)	117 (100 %)
Порівняння частоти ефекту	$\phi^* = 2,183$ $p \leq 0,05$	$\phi^* = 1,022$ $p > 0,05$	$\phi^* = 1,602$ $p > 0,05$	не розраховувався	X

Примітка: показник $p \leq 0,05$ свідчить, що в даних вибірках доли осіб, у яких проявляється ефект, значуще відрізняються; критерій ϕ^* не розраховується, якщо одна з відсоткових долей, що порівнюються, дорівнює 0 [сидоренко].

Більше того, в юнацькому віці виявлено найбільшу розповсюдженість проявів орторексії. Показники ORTO-15 за межами діагностичного порогу отримали 64 особи із 90, тобто 71,1 % у цій віковій групі. Таким чином, «молодшання» підвибірки респондентів з орторексією зумовлене саме великою часткою юних осіб віком 18-19 років. Таку закономірність можна пояснити тим, що юні особи занадто схильні до впливу соціального оточення, при цьому їх особистісна зрілість та механізми психічної саморегуляції (вольові, когнітивні, емоційні) ще недостатньо сформовані, що порушує гармонійність та збалансованість харчової поведінки. Таким чином, збільшується ризик того, що захопленість здоровим способом життя трансформується в орторексію. Дане спостереження важливе, оскільки часто в цьому віці людина вперше відокремлюється від батьків і починає реалізувати харчову поведінку самостійно.

Крім того, при інтерпретації отриманих даних слід враховувати, що перевага молодій аудиторії може відображати не тільки особливості осіб, що захоплюються правильним харчуванням, але й соціально-демографічні особливості активних інтернет-користувачів.

Розуміння соціальної стратифікації є неповним, якщо не розглянули сімейний статус особи. При аналізі було використано такі характеристики: незаміжня/неодружений, заміжня/одружений, розлучена(ий), громадянський шлюб («в стосунках»), вдова/вдівець –рис. 2.2.

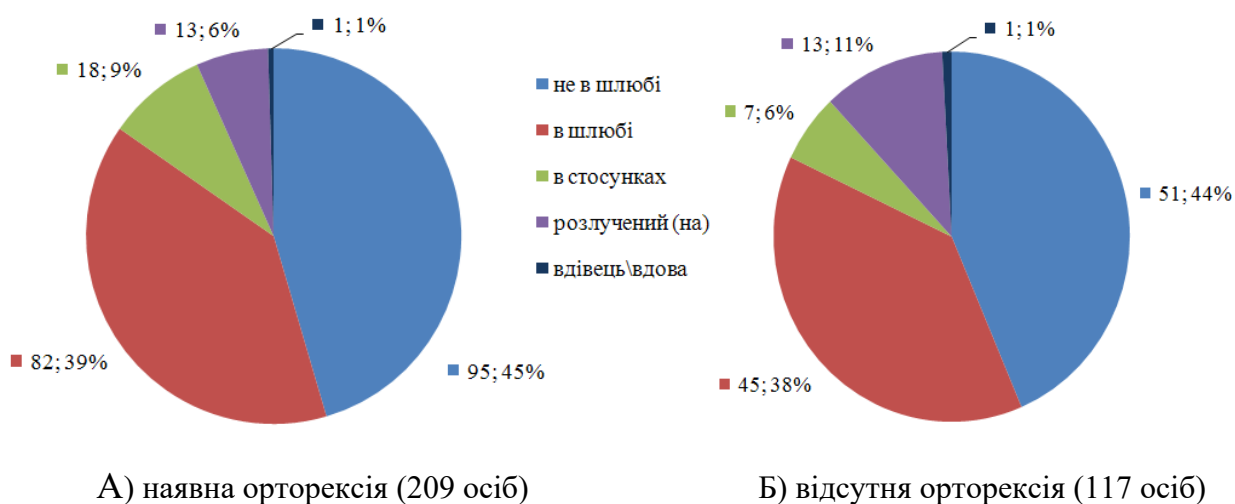


Рис. 2.2. Представленість сімейного статусу прихильників здорового способу життя з проявами орторексії та без таких (n; %).

Детальна представленість видів сімейного статусу дозволяє досліджуваним безпомилково віднести себе до певної соціальної групи та унеможливорює хибну інтерпретацію даного параметру. Як видно з діаграм, представленість різних сімейних статусів серед осіб з проявами орторексії та осіб із зрівноваженим потягом до здорового способу життя є приблизно однаковою. Відсутність статистичних відмінностей підтверджується розрахунками критерію ϕ^* - кутового перетворення Фішера (табл. 2.4). Критичне значення критерію ϕ^* при $p \leq 0,05$ складає 1,64, тож в усіх випадках порівнювані групи статистично не відрізняються за частотою прояву орторексії.

Таблиця 2.4

Поширеність проявів орторексії в осіб з різним сімейним станом (n / %)

Результати ORTO-15	Розподіл за сімейним станом:					Всього
	не в шлюбі	в шлюбі	в стосунках	розлучений (на)	вдівець, вдова	
Загальна вибірка	146/ 44,8	127/38,9	25/ 7,7	26/ 8,0	2/ 0,6	326/100
Розподіл за результатами ORTO-15:						
Наявна орторексія	95/ 45,5	82/ 39,2	18/ 8,6	13/ 6,2	1/ 0,5	209/ 100
Відсутня орторексія	51/ 43,6	45/ 38,5	7/ 6,0	13/ 11,1	1/ 0,8	117/ 100
Порівняння частоти ефекту	$\varphi^*=0,338$ $p > 0,05$	$\varphi^*=0,121$ $p > 0,05$	$\varphi^*=0,866$ $p > 0,05$	$\varphi^*=1,524$ $p > 0,05$	$\varphi^*=0,416$ $p > 0,05$	X

Як бачимо з таблиці 2.4, поза шлюбом перебуває значна частина респондентів-прихильників здорового способу життя: 45,5 % осіб з наявною орторексією та приблизно така ж частка, 43,6 % осіб, у яких вона відсутня.

Загалом 38,9 % прихильників здорового харчування мають зареєстрований шлюб (доля осіб з орторексією та без неї рівна). У суспільстві шлюб вважається прийнятною, соціально схваленою і закріпленою законом формою не тільки дозволених, але і обов'язкових відносин. Шлюб являє собою сукупність формальних приписів, що визначають права, обов'язки і привілеї; це контракт, який поєднує людей до кінця життя. При цьому шлюб не є чинником, який впливає на виникнення орторексії.

Стан «у стосунках» відображає таку характеристику, як громадянський шлюб, не визнаний державою соціальний інститут. Відсоткова частка таких респондентів невелика й складає 8,6 % серед осіб з орторексією та 6,0 % серед осіб без орторексії. Між цими частками немає значимої різниці.

Частка розлучених складає 6,2 % серед опитаних з орторексією та 11% серед опитаних без орторексії.

Категорія вдівець/вдова була введена заради того, щоб дані показники не змішувалися з рештою і результати були максимально точними. Звісно, про взаємозв'язок даної категорії з орторексією не йдеться.

Відтак, сімейний стан не є ключовою ознакою у визначенні орторексії, проте досить точно характеризує вибірку за даним параметром.

Таким чином, особи, які цікавляться правильним харчування та здоровим способом життя, становлять групу ризику стосовно формування орторексичного розладу харчової поведінки. Доля осіб з орторексією у цій вибірці складає більше половини опитаних. Статистика орторексії суттєво залежить від діагностичного порогу: при зміні порогового показника ORTO-15 з 40 до 35 балів частка респондентів з орторексією знижується майже втричі. Перспективою подальших досліджень в цьому напрямку є знаходження психологічної межі, що відділяє дійсно здоровий спосіб життя від порушення харчової поведінки.

Стать та сімейний статус опитаних суттєво не впливають на вираженість орторексії (при цьому поза шлюбом перебуває значна частина респондентів – прихильників здорового способу життя). Порівняльний аналіз вікових груп відповідно до періодизації розвитку ідентичності показав, що юнаки є найбільш вразливими до розвитку порушення. Особи віком 18-19 років склали майже третину від загальної чисельності осіб, яких цікавить правильне харчування. Водночас, серед них виявлена найбільша розповсюдженість проявів орторексії ($p \leq 0,05$). Отримані результати призводять до висновків, що сформована особистісна ідентичність є фактором, що знижує ризик формування орторексії на фоні захопленості здоровим способом життя.

2.2.2. Аналіз результатів діагностики інтуїтивного харчування в контексті схильності до орторексії

Харчова інтуїція – це своєрідна протипага орторексії, що дозволяє збалансувати процес прийому їжі. Для її вивчення ми використали Шкалу інтуїтивного харчування-2 (Т. Tylka, А. Kroon Van Diest, 2013) в адаптації Ящишиної-Фатєєвої [143]. Аналіз мав на меті уточнити знання про умови та механізми формування орторексичного розладу як «побічного ефекту» захоплення правильним харчуванням.

Для порівняння середніх показників у підвбірках було використано t-критерій Стьюдента, відповідні розрахунки проведені в програмі Microsoft Excel (двовибірковий t-тест з однаковими дисперсіями). Критичне значення показника t для даного об'єму вибірок складає 1,65. Всі результати, що дорівнюють або перевищують цю величину за абсолютним значенням, свідчать про статистично-значущі відмінності між параметрами, що порівнюються (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Порівняльний аналіз середніх показників інтуїтивного харчування у підвбірках з наявною та відсутньою орторексією (M ± SD)

Шкали опитувальника інтуїтивного харчування	Досліджувані, у яких наявна орторексія (209 осіб)	Досліджувані, у яких відсутня орторексія (117 осіб)	Значення t-критерію Стьюдента
Безумовний дозвіл на прийом їжі	3,10 ± 0,72	3,47 ± 0,71	-4,46 p = 0,00
Їжа з фізіологічних, а не зовнішніх або емоційних причин	3,19 ± 0,91	3,26 ± 0,83	-0,67 p = 0,25
Чутливість до сигналів голоду та ситості	3,25 ± 1,05	3,37 ± 1,09	-0,90 p = 0,18
Гармонія їжі та тіла	3,45 ± 0,88	3,25 ± 0,91	1,98 p = 0,02
Загальний показник	3,22 ± 0,62	3,34 ± 0,63	-1,70 p = 0,04

Примітка: величини $p \leq 0,05$ дозволяють зробити висновок про те, що середні значення у вибірках статистично відрізняються (виділено жирним шрифтом).

За загальною шкалою, яка вимірює інтегральний показник інтуїтивного харчування (далі IX) середній показник у вибірці дорівнює 3,25. Особи без орторексії мають порівняно вищі показники IX, ніж з орторексією ($p = 0,04$). Отже, досліджувані з орторексією не схильні до інтуїтивного харчування, а схильні до орторексичних ознак при прийомі їжі. Натомість досліджувані, які не мають орторексії, більш схильні до інтуїтивного харчування.

Найбільш помітна відмінність між групами з наявністю та відсутністю орторексії виявлена стосовно шкали «Безумовний дозвіл на прийом їжі». Досліджувані, у яких відсутня орторексія, демонструють вищий рівень цієї якості (середня оцінка 3,47 порівняно із 3,10 в підвибірці осіб з орторексією), при цьому значущість різниці $p = 0,00$ – див. рис. 2.3.

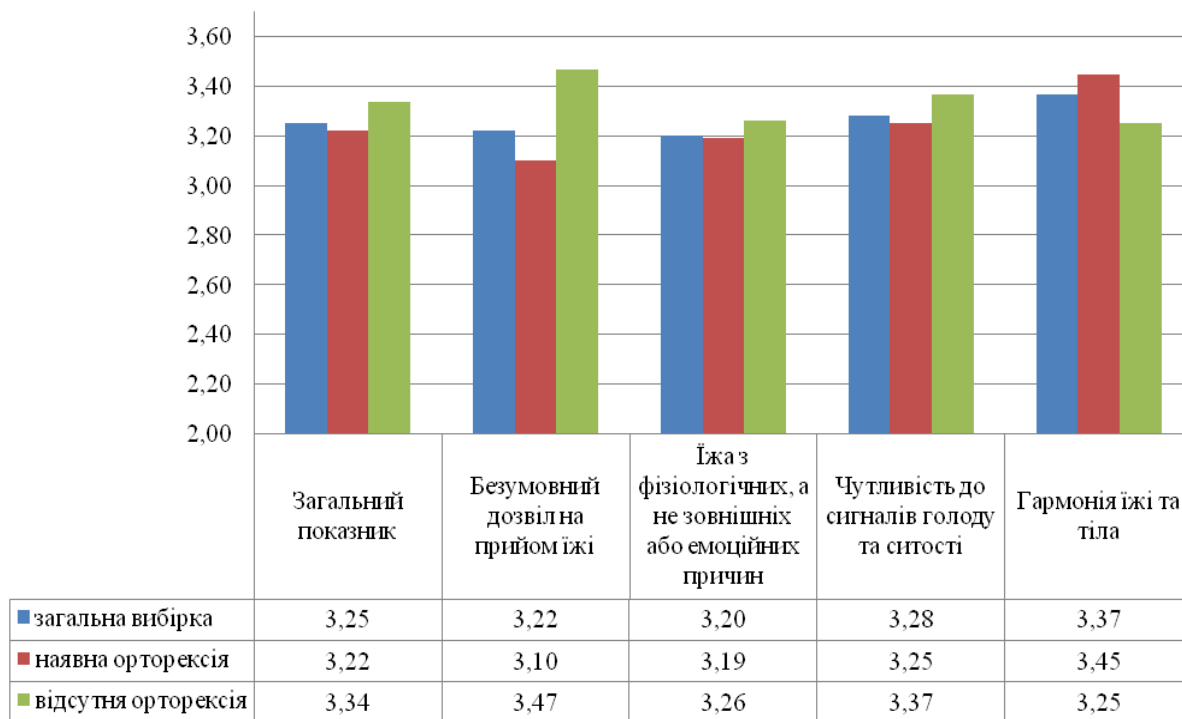


Рис. 2.3. Середні показники Шкали інтуїтивності харчування в осіб з наявною та відсутньою орторексією

За шкалою «Прийняття їжі через фізичний голод, а не емоційні чи зовнішні впливи», середнє значення за загальною вибіркою дорівнює 3,20. Інтуїтивні їдоки схильні спиратися на відчуття фізичного голоду, а не вирішувати свої внутрішні конфлікти за допомогою їжі. Статистично-значущої різниці між підвибірками з наявною та відсутньою орторексією за цим показником не виявлено (середня оцінка підвибірки з відсутньою орторексією дещо вища, але ця відмінність невелика).

За Шкалою «Чутливість до сигналів голоду та ситості» можна визначити здатність людини зупинити прийняття їжі в момент, коли вона відчуває насичення. Середнє значення за загальною вибіркою становить 3,28. Особи з

орторексією мають дещо знижені показники, але різниця не є статистично значимою (табл. 2.5). Загалом у досліджуваних досить непогана здатність розпізнавати сигнали голоду та насичення.

За Шкалою «Гармонія їжі та тіла», яка демонструє суб'єктивну оцінку досліджуваними задоволеності своїм тілом, середнє значення загалом по вибірці складає 3,37, що відповідає середнім нормам у вибірці стандартизації методики. На відміну від інших шкал ІХ, у даному випадку особи з орторексією мають більш високі показники, ніж особи, в яких немає даного порушення харчової поведінки (3,45 порівняно з 3,25), і різниця є статистично значущою при $p = 0,02$. Це приводить нас до висновку, що особи з орторексією схильні до переоцінки власного бачення гармонійних стосунків з їжею та тілом. Зазначена переоцінка може лежати в основі формування нав'язливості думок і дій та відповідного розладу харчової поведінки.

Таким чином, внутрішні механізми виникнення орторексичного розладу харчової поведінки розкриваються в феноменах, що відносяться до сфери інтуїтивного харчування. Переоцінка власної задоволеності гармонійними стосунками між їжею та тілом супроводжує розвиток симптомів орторексії. Безумовний дозвіл на прийняття їжі, навпаки, слугує чинником, що вирізняє здорову і ненав'язливу захопленість правильним харчуванням.

Для перевірки цих висновків було проведено кореляційний аналіз (Додаток В9). Розрахунки підтвердили лінійні взаємозв'язки між діагностичними параметрами двох методик, що вимірюють харчову поведінку – Римського опитувальника нервової орторексії ORTO-15 та Шкали інтуїтивності харчування. У табл. 2.6. відмічені значущі кореляції, що свідчать про достатньо сильний зв'язок між кількісними показниками.

Таблиця 2.6

Кореляційні зв'язки між результатом Римського опитувальника нервової орторексії ORTO-15 та шкалами інтуїтивності харчування

Шкали інтуїтивності харчування	Кореляції з показником ORTO-15	
	R	значущість
Безумовний дозвіл на прийом їжі	0,352	0,000***
Їжа з фізіологічних, а не зовнішніх або емоційних причин	-0,026	0,642
Чутливість до сигналів голоду та ситості	0,036	0,515
Гармонія їжі та тіла	-0,144	0,010**
Загальний показник	0,085	0,127

Примітка: * значущий коефіцієнт кореляції при $p < 0,05$, ** значуща кореляція при $p < 0,01$, *** значущий коефіцієнт при $p < 0,001$. При інтерпретації слід враховувати, що виразність орторексії тим більша, чим менший кількісний показник ORTO-15.

Отримані кореляційні зв'язки свідчать про те, що між виразністю симптомів нервової орторексії та результатами шкали «Безумовний дозвіл на прийом їжі» існує статистично значущий обернений зв'язок на рівні значимості ($p < 0,01$) та прямий зв'язок зі шкалою «Гармонія їжі та тіла» на рівні значимості ($p < 0,05$). Інтуїтивність вибору продуктів харчування самим фактом свого існування показує відношення індивіда до внутрішнього насичення, що виражається у схильності суб'єкта обирати продукти орієнтуючись не на об'єктивну харчову цінність, а на суб'єктивну потребу у змістовому наповненні та бажанні з'їсти певний продукт.

Отримані дані дозволяють зробити висновок про взаємозалежність інтуїтивності харчування та ступеню вираженості орторексії. Чим більше особа буде спиратися на суб'єктивно значимий інтуїтивний вибір їжі, тим менше ризик виникнення орторексії. Людина може жити повноцінним життям, без надмірної концентрації на правильності обраної нею їжі, калорійності чи інших суспільно прийнятних, проте невротичних за своєю природою ідеалах. Натомість, чим

більш вираженою є орторексія, тим менше особа прислуховується до власного організму та більше прагне орієнтуватися на соціальні норми та уявлення про якість їжі, що сприяє розвитку обмежувальної харчової поведінки й укорінює «дієтичне мислення».

Таким чином, внутрішні механізми виникнення орторексичного розладу харчової поведінки розкриваються в феноменах, що відносяться до сфери інтуїтивного харчування. Отримані в дослідженні діагностичні результати засвідчують загальні характеристики, що стосуються харчової інтуїції осіб, котрі дотримуються здорового способу життя: розвинена здатність розпізнавати сигнали голоду та насичення, неохильність до емоціогенного харчування, гармонійні стосунки між їжею та тілом.

Порівняльний аналіз середніх показників інтуїтивного харчування у підвбірках з наявною та відсутньою орторексією довів, що формування орторексії пов'язане з загальним зниженням інтуїтивності харчування, що найбільш яскраво проявляється у встановленні жорстких обмежень на прийняття їжі. Водночас, розвиток симптомів орторексії супроводжується перебільшеною оцінкою задоволеності гармонійними стосунками між їжею та тілом. Ця неадекватність свідчить про викривлення самосвідомості, що може лежати в основі клінічного розладу харчової поведінки.

Найбільш виражена відмінність між групами стосується шкали «Безумовний дозвіл на прийом їжі» (значущість різниці $p=0,00$). Отже, патологізація харчової поведінки має в основі вибіркового дозвіл на їжу за принципом «правильності». З іншого боку, збереженість безумовного дозволу на прийняття їжі є механізмом, що вирізняє здорову і ненав'язливу захопленість правильним харчуванням та протидіє розвитку орторексичного порушення.

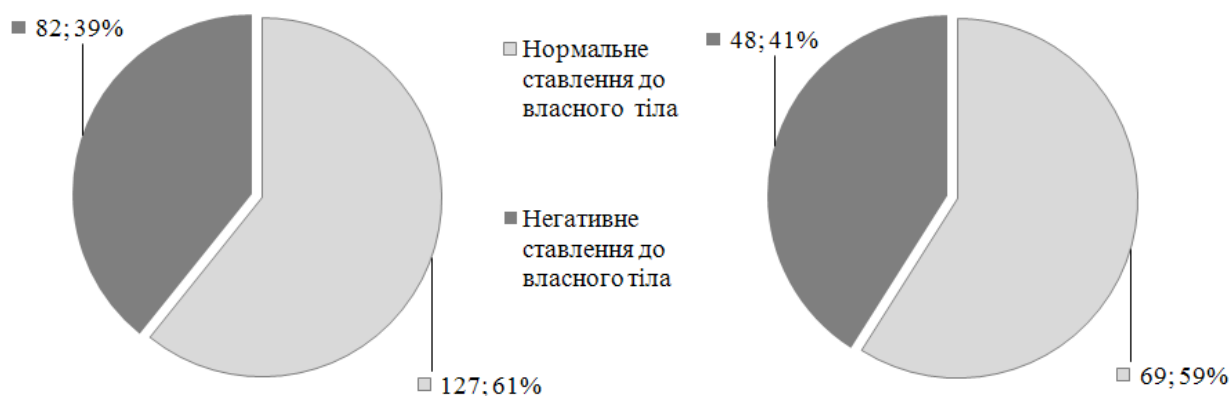
2.3. Особливості сприйняття образу тіла та ставлення до тіла у прихильників здорового способу життя та правильного харчування з наявною та відсутньою орторексією

Образ власного тіла («тілесне Я») є одним з найважливіших компонентів Я-концепції особистості. Успішність соціальної адаптації людини безпосередньо залежить від ступеня задоволеності станом «тілесного Я», а також від рівня адекватності сприйняття свого тіла. Ми досліджували цей параметр за допомогою Опитувальника сприйняття свого тіла (ОССТ), розробленого О. Скугаревським та С. Сивухою [108].

В рамках когнітивної теорії психіки незадоволеність власним тілом має два компоненти: оцінний (заснований на мисленні) і перцептивний (заснований на сприйнятті). Оцінний компонент ставлення до тіла може відобразити: глобальну оцінку тіла (задоволеність або незадоволеність його вагою, формою, певними частинами), емоції і почуття з приводу зовнішності, когнітивні переконання щодо зовнішності та схему тіла, а також певну поведінку стосовно власного «тілесного Я» (небажання дивитися на себе в дзеркало, оголятися в присутності інших людей, зважуватися, тощо).

Позитивне ставлення до тіла зумовлює впевненість в спілкуванні і почуття внутрішнього комфорту. За результатами опитування з використанням ОССТ, ця характеристика властива 196 респондентам, тобто 60,1 % загальної вибірки. Водночас, у 130 опитаних (тобто 39,9 % вибірки) діагностовано негативне ставлення до власного тіла, що може привести до соціальної відгородженості і тривожності.

Логічно припустити, що серед осіб з порушеннями харчової поведінки (орторексією) негативне ставлення до власного тіла представлене більш виразно, ніж серед осіб без проявів орторексії. Для перевірки цього припущення ми провели частотний аналіз у підвибірках та порівняли отриманий розподіл за допомогою критерію χ^2 Пірсона.



А) наявна орторексія (209 осіб)

Б) відсутня орторексія (117 осіб)

Рис. 2.4. Розподіл показників ставлення до власного тіла серед прихильників здорового способу життя з проявами орторексії та без проявів орторексії

Як унаочнюють діаграми на рис 2.4, негативне ставлення до власного тіла виявлено у 39,2 % осіб з орторексією та 41,0 % осіб, у яких орторексія відсутня. Ці індивіди не люблять своє тіло, відчують за нього сором та провину, постійно стурбовані власною вагою, вважають свій зовнішній вигляд неприємним; мало того – вважають, що інші, навіть близькі люди, ставляться до них так само критично. Постійно порівнюючи власну зовнішність з іншими, вони вишуковують підтвердження своїх вад та почуваються пригніченими в присутності більш привабливих (на їхню думку) людей. Вони не люблять дивитися в дзеркало, уникають ситуацій, що передбачають повне або часткове оголення: примірка одягу, відвідування басейну або пляжу та ін. З цієї ж причини вони зазвичай не бажають привертати увагу навколишніх, що передбачає широкий спектр соціальних ситуацій (в тому числі ситуації успіху). Таким людям складно отримати задоволення від своєї діяльності через те, що вони відчують незручність через свій зовнішній вигляд. Отже, негативне ставлення до власного тіла має широкі наслідки, що стосуються соціального життя та загального психологічного благополуччя.

Відомо, що ставлення до тіла розвивається в результаті інтерналізації соціальних оцінок, які суб'єкт отримує від однолітків, членів сім'ї та інших значущих осіб. Ці оцінки можуть бути як прямими так і опосередкованими.

Такого роду соціальний зворотній зв'язок носить двосторонній характер. Оцінки оточуючих впливають на сприйняття своєї зовнішності, а переконання людини і особливості її поведінки можуть відбиватися на характері зворотного зв'язку з боку навколишніх. Феномен атрибутивної проекції, коли індивід робить припущення про те, що навколишні сприймають його так само, як він сприймає себе, може чинити драматичний вплив на когнітивні і поведінкові складові ставлення до власного тіла.

Було застосовано критерій χ^2 (критерій узгодженості Пірсона) – непараметричний метод, що дозволяє встановити відповідність емпіричного і теоретично-очікуваного розподілу даних або порівняти два та більше рядів емпіричного розподілу [105]. Проведені розрахунки демонструють, що підвибірки статистично не відрізняються за ознакою ставлення до власного тіла: $\chi^2_{\text{емп}}$ дорівнює 0,014 при критичному значенні 3,841 (достовірність отриманої різниці $p=0,75$), отже розподіли співпадають (табл.2.7).

Таблиця 2.7

Розрахунок критерію χ^2 Пірсона для порівняння частоти незадоволеності власним тілом у підвбірках з наявною та відсутньою орторексією (з поправкою на безперервність)

N	Емпірична частота	Теоретична частота	$(f_{\text{Емп.}} - f_{\text{Теор.}})$	$(f_{\text{Емп.}} - f_{\text{Теор.}} - 0,5)$	$(f_{\text{Емп.}} - f_{\text{Теор.}} - 0,5)^2$	$(f_{\text{Емп.}} - f_{\text{Теор.}} - 0,5)^2 / f_{\text{Теор.}}$
1	39,2	40,1	-0.9	0,4	0,16	0,004
2	41,0	40,1	0.9	0,4	0,16	0,004
3	60,8	59,9	0.9	0,4	0,16	0,003
4	59,0	59,9	-0.9	0,4	0,16	0,003
Сума	200	200	-	-	-	0,014

Отже, отримані результати приводять до висновку, що значна кількість осіб, котрі дотримуються здорового способу життя, мають порушене сприйняття тілесного Я-образу. Близько 40 % досліджуваних, незалежно від наявності або відсутності орторексії, схильні до негативної оцінки своєї зовнішності та зайво критичного ставлення до власного тіла.

Кореляційний аналіз підтвердив (Додаток В9), що показники ОССТ та ORTO-15 незалежні один від одного. При цьому показник незадоволеності тілом від'ємно та сильно корелює з усіма шкалами інтуїтивного харчування – таблиця 2.8.

Таблиця 2.8

Кореляційні зв'язки між незадоволеністю власним тілом та показниками харчової поведінки

Показники харчової поведінки	Незадоволеність тілом (показник ОССТ)	
	R	значущість
ORTO-15	-0,058	0,294
<i>Шкали інтуїтивності харчування-2</i>		
Безумовний дозвіл на прийом їжі	-0,217	0,000***
Їжа з фізіологічних, а не зовнішніх або емоційних причин	-0,398	0,000***
Чутливість до сигналів голоду та ситості	-0,286	0,000***
Гармонія їжі та тіла	-0,172	0,002**
Загальний показник	-0,419	0,000***

Примітка: * значущий коефіцієнт кореляції при $p < 0,05$, ** значуща кореляція при $p < 0,01$, *** значущий коефіцієнт при $p < 0,001$.

Отже, чим більш виражені такі властивості, як здатність людини розпізнавати сигнали голоду та насичення, схильність слідувати власним фізіологічним сигналам при харчуванні, гармонійні стосунки між їжею та тілом, тим більш позитивний образ власного тілесного Я особистості.

За результатами огляду теоретичного матеріалу нами було констатовано, що мотивація мати красиве та струнке тіло не є провідною при орторексичному порушенні. Отримані емпіричні результати підтвердили цю тезу. Тим не менш, врахування фактора ставлення до власного тіла необхідне для пояснення динаміки розвитку харчових порушень та пошуку шляхів їх подолання.

Таким чином, особи, котрі дотримуються здорового способу життя, часто мають порушене сприйняття тілесного «Я». Майже половина респондентів, незалежно від наявності або відсутності орторексії, виявились схильні до критичної оцінки своєї зовнішності: вони не люблять своє тіло і вважають свій зовнішній вигляд неприємним; постійно намагаються його «виправити», відчують сором та провину; крім того, переконані, що інші люди, ставляться до них так само критично. Негативне ставлення до власного тіла збільшує тривожність на може привести до соціальної відгородженості.

Позитивність тілесного Я-образу значуще корелює з показниками харчової інтуїції: здатністю людини розпізнавати сигнали голоду та насичення, схильністю слідувати власним фізіологічним сигналам при харчуванні, гармонійністю стосунків між їжею та тілом. Суб'єктивна задоволеність власним тілом обумовлює впевненість в спілкуванні і почуття внутрішнього комфорту.

2.4. Структура самоствавлення осіб з орторексією

На наступному етапі емпіричного аналізу було досліджено структуру самоствавлення респондентів із застосуванням опитувальника В. Століна з метою зрозуміти: який особистісний сенс приписують власному Я-образу особи з орторексією. Відомо, що уявлення про власне Я, презентовані людині у вигляді певних особливостей поведінки, властивостей та рис (в тому числі тілесних), зазвичай мають особистісний сенс, який відображає те, наскільки ці особливості дозволяють задовольнити потреби, пов'язані з тими чи іншими мотивами. Отже, «Я» може володіти негативним (що перешкоджає досягненню мотиву) або позитивним (що створює сприятливі умови досягнення мотиву) особистісним сенсом [111].

Середні показники самоствавлення у вибірці представлено на рис. 2.5.

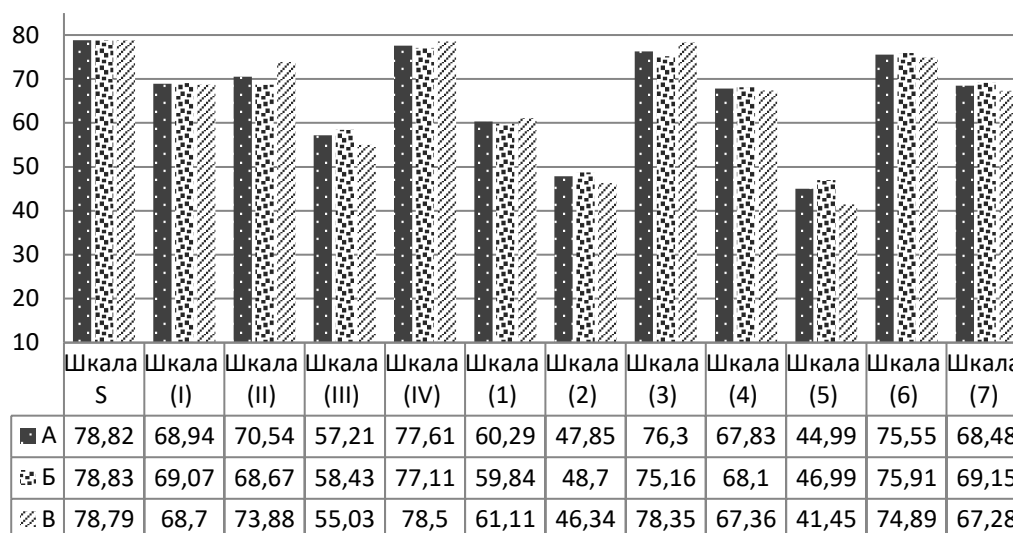


Рис. 2.5. Середні показники самоствавлення прихильників здорового способу життя та правильного харчування: А – вся вибірка, Б – досліджувані з наявною нервовою орторексією, В – досліджувані з відсутньою нервовою орторексією.

Як бачимо, за більшістю шкал у вибірці отримано показники, що свідчать про завищену самооцінку та позитивне самоствавлення (виходячи зі статистичної норми в 45-55 балів). Порівняльний аналіз в даному випадку ми здійснювали за допомогою t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок (табл. 2.9).

Таблиця 2.9

Середні тенденції та міри розкиду показників самоствавлення ($M \pm SD$):

порівняльний аналіз

Шкали опитувальника самоствавлення	Досліджувані з наявною орторексією (n = 209)	Досліджувані з відсутньою орторексією (n = 117)	Значення t-критерію Стьюдента
Шкала S – глобальне самоствавлення	78,83 ± 20,46	78,79 ± 24,15	0,014 p=0,49
Шкала I – самоповага	69,07 ± 25,82	68,70 ± 28,06	0,122 p=0,45
Шкала II – аутосимпатія	68,67 ± 25,84	73,88 ± 25,56	-1,754 p=0,04
Шкала III – очікуване ставлення від інших	58,43 ± 25,24	55,03 ± 27,48	1,127 p=0,13

Шкала IV – самоінтерес	77,11 ± 26,87	78,50 ± 27,01	-0,448 p=0,33
Шкала 1 – самовпевненість	59,84 ± 24,39	61,11 ± 27,34	-0,430 p=0,33
Шкала 2 – ставлення інших	48,70 ± 21,19	46,33 ± 20,09	0,984 p=0,16
Шкала 3 – самоприйняття	75,16 ± 27,94	78,35 ± 24,52	-1,036 p=0,15
Шкала 4 – самокерівництво	68,10 ± 19,93	67,35 ± 19,45	0,325 p=0,37
Шкала 5 – самозвинування	46,99 ± 27,51	41,45 ± 26,85	1,762 p=0,04
Шкала 6 – самоінтерес	75,91 ± 26,28	74,89 ± 31,04	0,315 p=0,37
Шкала 7 – саморозуміння	69,15 ± 23,29	67,28 ± 25,01	0,676 p=0,25

Шкала S, яка вимірює глобальне самоставлення, інтегральну оцінку «за» чи «проти» власного «Я», отримала у вибірці середній бал 78,82, що набагато перевищує показники статистичної норми. Загалом досліджувані схильні в позитивному ключі переоцінювати можливості свого «Я», що провокує завищену самооцінку.

Розглянемо отримані показники самоставлення більш детально. На *функціональному рівні* структура самоставлення визначається параметрами самоповаги, самоінтересу, аутосимпатії та очікуваного ставлення інших.

За шкалою I (самоповага) середній показник у вибірці дорівнює 68,94, що свідчить про достатньо виражену самовпевненість, розуміння себе, внутрішню послідовність. Цей аспект самоставлення емоційно та змістовно об'єднує віру у власні сили та здібності, високу оцінку своєї самостійності, можливості контролювати власне життя. Порівняння груп не виявило статистично значущих відмінностей, тож висока самоповага властива всім особам, що дотримуються здорового способу життя, незалежно від прояву орторексії.

За шкалою II, яка вимірює аутосимпатію, середній показник у вибірці становить 70,54; при цьому підвибірці досліджуваних, у яких наявна або відсутня орторексія, значуще відрізняються між собою (середній показник 68,67

порівняно з 73,88, $p = 0,04$). Отже, у осіб з орторексією спостерігається суттєве зниження аутосимпатії: вони поступово втрачають прихильне ставлення до себе, все менше довіряють собі, не схвалюють свої особистісні риси та поведінку, бачать власні недоліки, схильні до самозвинувачень, самовироків та інших негативних емоційних реакцій стосовно власного «Я».

За шкалою III (очікуване ставлення від інших) середнє значення по загальній вибірці склало 57,21. Отже, загалом для прихильників правильного харчування та здорового способу життя характерний баланс між очікуванням позитивного та негативного ставлення до себе з боку навколишніх. Особи з орторексією мають середній показник вище (58,43) порівняно з групою, де немає порушення (55,03), отже вони демонструють дещо вищий рівень очікувань і бажання знати, як відносяться до них інші люди. Аля ця відмінність не сягає рівня статистичної значущості.

За шкалою IV, яка вимірює самоінтерес, середнє значення по вибірці становить 77,61, що характеризує завищений рівень «близькості до себе». Виразних відмінностей між групами не виявлено. Тож, для всієї вибірки характерний сильно виражений інтерес до власних думок та дій, а також впевненість у власній цікавості для інших. Слід відзначити, що бажання індивідів досліджувати себе при надмірній вираженості може переходити у самокопання (що важливо в контексті виникнення нав'язливої поведінки).

Третій ієрархічний рівень опитувальника структури самоствавлення вимірює *установки на певні внутрішні дії на адресу «Я»* досліджуваного. Цей рівень розкритий за допомогою семи шкал, описаних нижче.

Шкала 1 вимірює самовпевненість. Загалом по вибірці середнє значення за даною шкалою становить 60,29 що характеризує завищений рівень цієї риси. Дані результати свідчать про високу впевненість у собі, своїх можливостях, здібностях, що може штовхати індивіда на необдумані вчинки.

Шкала 2 вимірює очікуване ставлення інших. Середнє значення загалом по вибірці становить 47,85, що є одним з найнижчих показників у структурі самоствавлення і свідчить про деяку суперечність у проявах цього компоненту на

різних ієрархічних рівнях. На поведінковому рівні респонденти частіше очікують неприйняття своїх внутрішніх чеснот, а також антипатії до власної зовнішності; при цьому вони ніби приймають антипатію інших (яку самі постулюють) і насправді не бажають добра самі собі. Така установка сприяє відособленню особистості від навколишніх, виникненню ідей про власну унікальність. Ця інформація дозволяє уточнити внутрішні закономірності виникнення орторексичного розладу на основі захопленості здоровим способом життя.

Шкала 3 вимірює самоприйняття. Середнє значення по даній шкалі становить загалом по вибірці 76,3 і є одним з найвищих в структурі самоствавлення (рис. 2.5). Дані результати свідчать про надмірне схвалення себе та можливу схильність індивіда приймати себе не таким, яким він є в дійсності, з усіма об'єктивно значимими перевагами та недоліками, без самоосуду а, навпаки, заміна свого реального «Я» на «Я» ідеалізоване.

Шкала 4 вимірює самоорганізованість. Середнє значення по вибірці за даною шкалою становить 67,83 бали. Результати свідчать про достатньо високу самопослідовність, бажання індивіда упорядковувати своє життя, що може приводити до нав'язливого бажання мати порядок у всьому, в тому числі у сфері харчування.

Шкала 5 вимірює рівень осуду, спрямованого на себе, агресію по відношенню до власного «Я». Середнє значення по даній шкалі у вибірці дорівнює 44,99, що характеризує низький рівень самозвинувачення. Але при виникненні орторексії спостерігається значуще збільшення схильності до самоосуду. Підвибірка з орторексією має середній показник 46,99 порівняно з 41,45 у осіб, що не мають орторексії (значущість міжгрупової різниці складає 0,04). Дані результати дозволяють припустити, що вагомим чинником виникнення орторексії є схильність людини до осуду по відношенню до самої себе, почуття провини або сорому в зв'язку з власними вчинками або відсутністю певних дій.

Шкала 6 вимірює цікавість до себе – спрямованість особистості на самопізнання, отримання інформації про себе. Середнє значення по вибірці за даною шкалою становить 75,55, що відповідає високому рівню прояву (міжгрупова різниця незначуща). Цей результат характеризує осіб, захоплених ідеями правильного харчування та здорового способу життя, як таких, що мають занадто високе бажання до отримання інформації про самих себе, схильні до постійного вивчення свого внутрішнього світу, своїх думок, почуттів, а також до аналізу власних можливостей, особистісного та суб'єктного потенціалу. Надмірна саморефлексія може провокувати зацикленість на собі та небажання отримувати сигнали із зовнішнього світу, які суперечать уявленням про себе.

Шкала 7 (саморозуміння) вимірює здатність сприймати, осягати і усвідомлювати мотиви своєї поведінки та уміння пояснити це собі. Загалом по вибірці середнє значення за даною шкалою становить 68,48. Дані результати свідчать про достатній рівень саморозуміння: уміння пояснити собі, навіщо були вчинені певні дії, здатність розуміти природу своїх пригнічених бажань, намірів, почуттів, а також загальну орієнтацію на самопізнання та накопичення знань про себе. Такі особливості можуть спричинити когнітивні викривлення, де індивід може кожний вчинок раціоналізувати, та пояснити важливість його для себе, навіть якщо це не так. З іншого боку, знання про себе стають об'єктом емоцій, оцінок, а також стають предметом стійкого самоусвідомлення свого «Я».

Порівнюючи отримані результати з даними попередніх дослідників, перш за все згадаємо про висновки наших власних досліджень, в яких було розкрито *специфіку потребово-мотиваційної сфери осіб з ознаками орторексії* [71]. В 2015 р. було проведено емпіричне дослідження у вибірці 60 чоловіків та жінок середнього віку, мешканців м. Києва. Методичну базу склали Римський опитувальник нервової орторексії ORTO-15, метод парних порівнянь В. В. Скворцова (модифікація І. А. Акіндінової), спрямований на виявлення актуальності потреб та рівня їх задоволення; Опитувальник «Багатовимірна шкала перфекціонізму» П. Х'юїтта – Г. Флетта (в адаптації І. Грачової). Визначалися середні значення показників, кореляції між ними та фактори, що

впливають на виникнення й розвиток орторексії. В результаті проведеного дослідження наявність орторексії було констатовано в 66,6 % досліджуваних, причому більша відсоткова частина припадала на жінок, менша – на чоловіків (серед жінок орторексію виявлено у 64,3%, серед чоловіків – у 35,7 %).

За допомогою методики «Парних порівнянь» було діагностовано актуальні потреби досліджуваних із орторексією: потреба в безпеці (середнє значення 16,4 бали), соціальні потреби (середнє значення 14,4), потреба в самоствердженні -18,7, потреба в самоактуалізації – 18,3 (рис. 2.6). Найменш важливими для респондентів з орторексією виявились соціальні потреби (у зв'язку з їх більш ніж частковою задоволеністю). Важливішими постали потреби в безпеці, самоактуалізації, а найактуальнішою – потреба у самоствердженні.

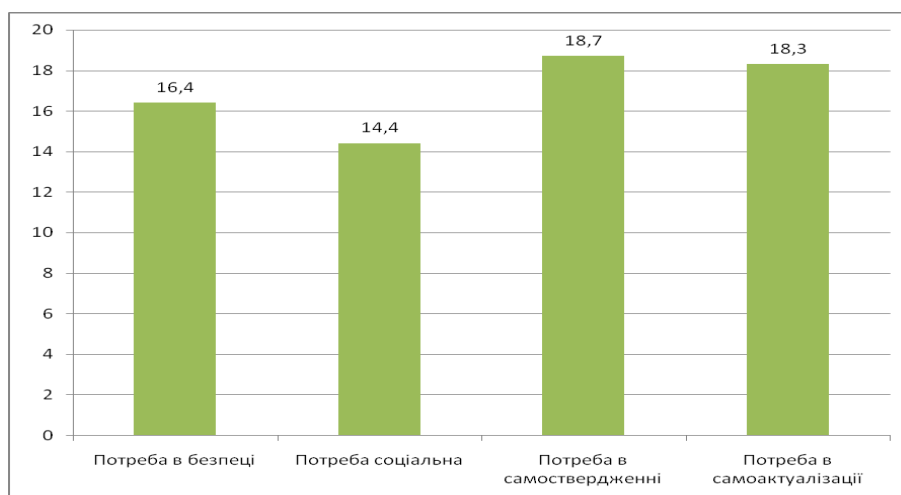


Рис. 2.6. Гістограма середніх значень актуальні потреби досліджуваних із орторексією («Метод парних порівнянь» В. В. Скворцова, модифікація І. А. Акіндінової)

У осіб з ознаками орторексії середні групові показники за шкалою «Перфекціонізм, орієнтований на себе» свідчать про високий рівень особистісно-орієнтованого перфекціонізму. Цей факт припускає наявність у респондентів високих особистісних стандартів, намагання бути досконалими, бездоганними у всьому – внутрішню мотивацію самовдосконалення, схильність зосереджуватися на меті, тенденцію ставити перед собою важкодоступні цілі й готовність прикладати зусилля заради їх досягнення. Нав'язлива стурбованість

можливою невдачею («тільки б не зробити чогось не так»), може викликати в таких суб'єктів стан тривоги, або й паніку.

«Перфекціонізм, орієнтований на інших» розвинений на середньому рівні, що передбачає наявність високих стандартів, які особа встановлює іншим, проте не надто завищених, як для себе. Дещо нижчий у респондентів рівень *соціально приписаного перфекціонізму*. Це означає переконаність в тому, що інші особи не мають відносно суб'єкта високих очікувань, але відповідати цим стандартам необхідно, щоб заслужити схвалення і прийняття, уникнути негативної оцінки. Такий індивід вважає, що вимоги, висунуті до нього суспільством, є досить справедливими і помірними.

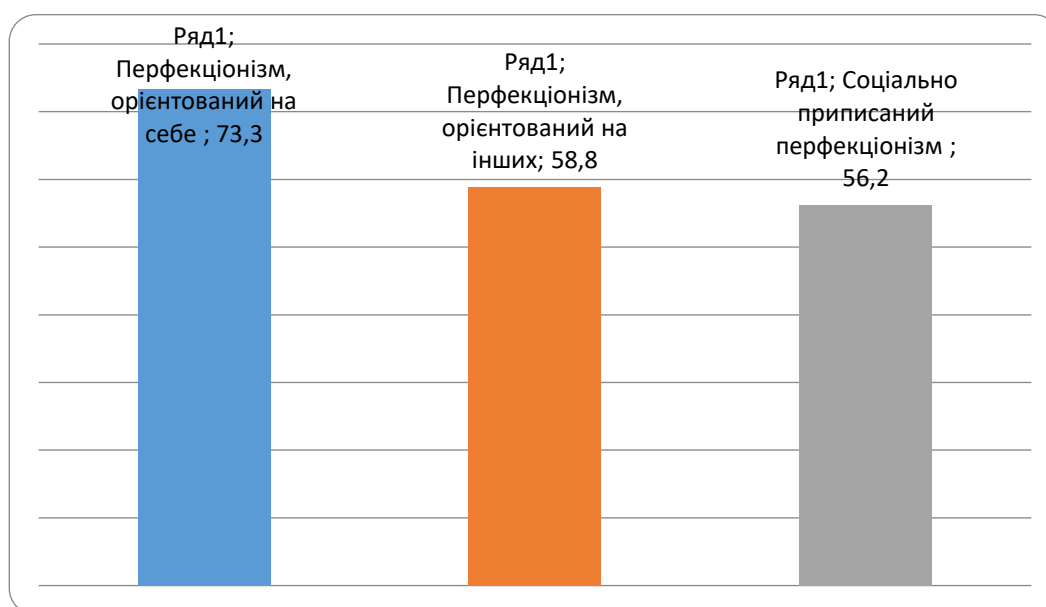


Рис. 2.7. Гістограма середніх значень перфекціонізму (за «Багатовимірною шкалою перфекціонізму» П. Х'юїтта – Г. Флетта, адаптація І. І. Грачової)

За результатами кореляційного аналізу було встановлено позитивну значущу кореляцію між перфекціонізмом, орієнтованим на себе, та перфекціонізмом, орієнтованим на інших. Це припускає як наявність високих особистісних стандартів, так і вимогливість до інших; як внутрішню мотивацію самовдосконалення і тенденцію ставити перед собою важкодоступні цілі, готовність прикладати зусилля заради їх досягнення, так і тенденцію мотивувати до цього інших [71].

Також виявлено позитивний кореляційний зв'язок між потребою в повазі (самоствердженні) та потребою в самоактуалізації. Дана кореляція може свідчити про наступне: бажання домогтися визнання і поваги, підвищувати рівень майстерності та компетентності, забезпечити собі положення збільшує бажання досліджуваних розвивати свої сили і здібності, прагнути до нового і незвіданого, займатися справою, що вимагає повної віддачі. В даному випадку у осіб з проявами орторексії «справа, що вимагає повної віддачі» – це все, що пов'язано з їжею, її приготуванням, пошуком найчистіших, найправильніших продуктів, складання планів покупок тощо.

Виявлено прямий зв'язок між орторексією, перфекціонізмом і потребою в самоствердженні (повазі) та самоактуалізації. Чим вищими сприймаються вимоги, висунуті суспільством до індивіда, тим вищим є рівень орторексії. Чим вищі вимоги людина висуває до самої себе, тим сильніше орторексія проявляється як проблема. Чим вищі вимоги індивід висуває до оточення, тим більше він потребує самоствердження, і тим більше залежить від зовнішньої оцінки свого оточення. Відтак, особи, що страждають на орторексію, можуть висувати завищені вимоги до оточуючих, тим самим самостверджуючись за рахунок останніх [71].

Аналогічні результати трохи пізніше було отримано в дослідженні М. А. Barnes та М. L. Caltabiano (2016), які у виборці 220 осіб вивчали зв'язки нервової орторексії з перфекціонізмом та образом тіла. Авторки дійшли висновків, що орторексія демонструє схожість з нервовою анорексією та нервовою булімією у перфекціонізмі та ставленні до образу тіла. Історія розладу харчової поведінки в анамнезі передбачає появу нервової орторексії [148]. Ці пошукування підкріплюють позицію оксфордського професора К. Ферберна (С. Fairburn) стосовно того, що дані розлади є різними етапами або різними проявами єдиного розладу харчової поведінки [172].

Таким чином, отримані результати дозволили зробити узагальнений опис самоставлення осіб, захоплених ідеями здорового способу життя. Для прихильників правильного харчування характерне глобальне відчуття «за власне

«Я» (позитивне самоствавлення): достатньо висока самоповага, саморозуміння, віра у власні сили та здатність контролювати власне життя, виражений інтерес до власних думок і дій, самоорганізованість та самопослідовність. Але структура самоствавлення на різних ієрархічних рівнях характеризується внутрішньою суперечністю: декларована на функціональному рівні впевненість у власній цікавості для інших людей недостатньо проявляється в конкретних діях та внутрішніх установках. На поведінковому рівні респонденти очікують неприйняття своїх внутрішніх чеснот та антипатії до власної зовнішності, при цьому вони внутрішньо погоджуються з антипатією інших, яку самі ж постулюють. Ці установки можуть слугувати базисом для виникнення орторексичного розладу.

Серед найбільш конкретизованих, дієвих проявів самоствавлення у вибірці переважає надмірне прийняття себе (що має ризик перетворитись в ідеалізацію власних недоліків) та саморефлексія, заснована на підвищеному самоінтересі, схильності до постійного вивчення свого внутрішнього світу і аналізу власних фізичних можливостей. Це може провокувати зацикленість на собі і небажання отримувати сигнали із зовнішнього світу, які суперечать уявленням про себе.

Розвиток орторексії супроводжується значущими змінами структури самоствавлення – зниженням аутосимпатії та збільшенням готовності до самозвинувачення. Такі особи поступово втрачають прихильне ставлення до себе, менше довіряють собі, виділяють та підкреслюють власні недоліки, стають схильними до самозвинувачень, самовироків та інших негативних емоційних реакцій стосовно власного «Я». Підвищення схильності осіб з орторексією до самозвинувачення супроводжується готовністю до конкретних дій: осуду, роздратування, агресії спрямованих на себе, почуття провини або сорому в зв'язку з власними вчинками або їх відсутністю.

Особи з орторексією мають виражену мотивацію самостввердження і високий рівень перфекціонізму, орієнтованого на себе, що передбачає наявність високих особистісних стандартів, схильність ставити перед собою важкодоступні цілі і досягати їх, але разом з тим – нав'язливу стурбованість

можливою невдачею.

2.5. Аналіз взаємозв'язків між показниками самоствавлення та параметрами харчової поведінки

В ході попереднього аналізу ми з'ясували, що важливим чинником самосвідомості, який зумовлює ризик виникнення орторексії у вибірці прихильників здорового способу життя, виступає неусвідомлене негативне самоствавлення, яке не допускається індивідом у свідомість, але проявляється у вигляді очікування негативних оцінок з боку інших людей та захисній ідеалізації власного «Я»-образу. Кореляційний аналіз дозволив уточнити зроблені висновки.

В першу чергу, звернемо увагу на статистично значущі кореляційні зв'язки між показником вираженості орторексичних поведінкових патернів та шкалами Опитувальника самоствавлення В. В. Століна (табл. 2.10).

Таблиця 2.10

Значущі кореляційні зв'язки між параметрами харчової поведінки та шкалами самоствавлення особистості (n=326)

№	Шкали само відношення	Показник ORTO-15	
		R	Значущість
1	Шкала II Аутосимпатія	0,116*	0,046
2	Шкала 7 Самопізнання	-0,114*	0,050

Примітка: * значущий коефіцієнт кореляції при $p < 0,05$, ** значуща кореляція при $p < 0,01$, *** значущий коефіцієнт при $p < 0,001$. При інтерпретації слід враховувати, що виразність орторексії тим більша, чим менший кількісний показник ORTO-15.

На рівні тенденції встановлено, що між шкалами «нервова орторексія» та «самопізнання» існує статистично значущий зв'язок на рівні $p \leq 0,05$. Для осіб з вираженими проявами орторексичної поведінки характерна висока схильність до самопізнання та низький рівень аутосимпатії. Через самопізнання людина здобуває певні знання про себе, які складають змістову основу її самоусвідомлення. При взаємодії з зовнішнім світом особа, маючи активну

життєву позицію, постійно пізнає не лише світ, а разом з тим актуалізує самопізнання. Чим більше особистість прислухається до себе і спирається на власні ресурси, тим менше вона має бажання слідувати нав'язаним ідеалам «правильності» у доборі їжі. І навпаки – чим більш вираженою є орторексія, тим більше прагнення спиратися на зовнішні умови, і менше залишається мотивації для пізнання людиною своїх переваг у виборі їжі.

На рівні тенденції до існування закономірності виявлено кореляції між складовими компонентами самоствавлення та схильністю респондентів до інтуїтивного харчування (табл. 2.11).

Таблиця 2.11

Значимі кореляційні зв'язки показників самоствавлення та інтуїтивності харчування (n=326)

Шкали Опитувальника самоствавлення В. Століна	Шкали інтуїтивного харчування				
	Загальний показник	Безумовний дозвіл на прийом їжі	Їжа з фізіологічних, а не емоційних причин	Чутливість до сигналів голоду та ситості	Гармонія їжі та тіла
Шкала S. Загальне самоствавлення	0,215***	0,149**	0,163**	0,144**	0,140*
Шкала I. Самоповага	0,245***	–	0,280***	0,126*	0,142**
Шкала II. Аутосимпатія	0,214***	0,247***	0,114*	0,163**	–
Шкала IV. Самоінтерес	0,128*	–	–	0,158**	0,180***
Шкала 1. Самовпевненість	0,177***	–	0,209***	–	0,135**
Шкала 3. Самоприйняття	0,219***	0,191***	0,118*	0,191***	–
Шкала 5. Самозвинувачення	-0,159**	-0,205***	-0,117*	–	–
Шкала 6. Самоінтерес	0,137*	–	–	0,165**	–
Шкала 7. Самопізнання	0,233***	–	0,320**	0,117*	–

Примітка: де * – значущий коефіцієнт кореляції при $p < 0,05$, ** – значущий коефіцієнт кореляції при $p < 0,01$, *** – значущий коефіцієнт кореляції при $p < 0,001$.

Між загальним показником інтуїтивності харчування та самоусвідомленням особистості є статистично значимі прямі та обернені зв'язки. Результати показників за такими шкалами: «загальне самовідношення», «самоповага», «самовпевненість», «самоприйняття», «аутосимпатія», «цікавість до себе», на рівні значущості $p < 0,001$, а також «інтерес до себе» на рівні значущості $p < 0,05$. Виявлений зворотній зв'язок – «самообвинувачення» $p < 0,01$ відповідно.

Отримані дані свідчать про те, що при зростанні таких складників самоусвідомлення, як «загальне самовідношення», «самоповага», «самовпевненість», «самоприйняття», «цікавість до себе», а також «аутосимпатія», «інтерес до себе», зростає і схильність особи загалом слідувати інтуїтивному харчуванню, прислухатися до потреб організму і загалом меншою є схильність до появи почуття провини. В контексті інтуїтивного харчування, особистість відчуває менше почуття провини, відмовившись від дієт при схудненні, а також менше звинувачує себе у разі харчового «зриву», знімаючи харчові заборони, вже не так хочеться з'їсти калорійне і «шкідливе». Слід зазначити, що при цьому підвищується впевненість у собі, зростає інтерес до самодослідження, цікавість до себе, що загалом має позитивну динаміку у позитивному ставленні до себе та загальному прийнятті себе як особистості.

Вираженість такого компонента ІХ, як *безумовний дозвіл на прийом їжі* прямо корелює з показником глобального самоприйняття ($p \leq 0,01$), шкалами «аутосимпатія» та «самоприйняття» ($p \leq 0,001$), має обернений зв'язок із схильністю до самозвинувачення ($p \leq 0,001$). Отримані дані свідчать про те, що із зростанням свободи у виборі та вживанні харчових продуктів зростає прихильне ставлення людини до самої себе, бажання аналізувати свої вчинки, виділяти себе з поміж інших, збільшується задоволеність своїми зовнішніми даними та уявлення про власну самоцінність. «Інтуїтивні їдоки» засновують свою самоцінність на реальному знанні про себе та здатності приймати себе такими, які вони є в дійсності, з усіма об'єктивно значущими перевагами і недоліками, без самообвинувачення, що може розглядатися як важливий індикатор

усвідомлення особистістю самої себе. Інтуїтивність вибору продуктів харчування самим фактом свого існування показує ставлення індивіда до внутрішнього насичення, що виражається у здатності обирати продукти харчування, орієнтуючись не на об'єктивну дієтичну цінність, а на суб'єктивне бажання з'їсти певний продукт.

Чим менше індивід схильний до інтуїтивного харчування, тим більша схильність до самозвинувачення та незадоволеність своїми зовнішніми даними. Вибудовується модель поведінки, яка призводить до незадоволення собою, до становлення нестабільної та неадекватної самооцінки, що в межах харчування зумовлює «харчові зриви», провокує готовність до самоосуду.

Стосовно *схильності їсти на основі фізіологічного голоду, а не емоційних причин* отримано прямі кореляційні зв'язки зі шкалами «глобальне самовідношення», «самоповага», «самопевненість» та «самопізнання» на рівні значимості $p < 0,01$. Дані результати можуть свідчити про важливість насичення потреби саме у фізичному голоді, а не емоційному. Чим більше індивід впевнений в собі, позитивно оцінює свої навички та прагне до самопізнання, тим більше буде опора на потребу організму в їжі, тим більше потреби організму в поживних речовинах та бажання отримати їх. Даний вид голоду прагне вгамувати саме фізіологічну потребу в прийомі їжі.

Особи, що мають більш виражений емоційний голод, який виражається у необхідності «заїсти» будь-яку неприємну емоцію, схильні негативно оцінювати себе. У них знижена впевненість у собі, прагнення самопізнання, повага до себе, а також менш виражено намагання прислухатися до потреб організму, що призводить до бажання «заїсти» проблему. В цьому випадку фізіологічного голоду немає, а індивід таким чином справляється з глобальним негативним відношенням до себе та бажає замінити невпевненість у собі переїданням.

Стосовно показника *чутливість до сигналів голоду та ситості* отримана велика кількість значимих кореляцій із шкалами самоставлення: «загальне самовідношення», «аутосимпатія», «самоприйняття», «інтерес до себе» є прямі зв'язки на рівні $p < 0,01$; «самоповага» та «самопізнання» на рівні $p < 0,05$. Дані

результати свідчать, що самоусвідомлення особистості та орієнтація на сигнали голоду та ситості пов'язані між собою. Інтуїтивне харчування передбачає задоволення потреби в їжі тільки в результаті виникнення фізіологічного голоду, що передбачає прийом їжі саме тоді, коли людина відчуває голод та завершення, коли настає відчуття ситості. Подібний стиль харчування базується на правильній інтерпретації сигналів свого тіла. Саме тому самоусвідомлення особистістю самої себе, прихильне ставлення до себе, орієнтація на саморефлексію, прийняття себе справжньою допомагає правильно інтерпретувати сигнали поступового наростання голоду та настання ситості. В той же час, негативне ставлення до себе, бажання слідувати нав'язаним ідеалам, а не рефлексувати може призводити до складнощів у розумінні сигналів свого тіла та подальшого розладу харчової поведінки, що зрештою призводить до компульсивного переїдання.

Кореляції між шкалою «Гармонія їжі та тіла» та шкалами самовідношення мають прямий характер: зі шкалами «самоповага», «інтерес до себе», «самовпевненість» є позитивні зв'язки на рівні значимості $p < 0,01$ та «загальне самовідношення» на рівні значимості $p < 0,05$.

Дані результати свідчать про те, що чим краще особа ставиться до себе, поважає себе, зважаючи на об'єктивні переваги й успіхи, має високу схильність до самоаналізу, впевненість у власних силах тим більше буде прислуховуватися до потреб свого тіла та задовольняти їх через інтуїтивне прийняття їжі. Тілесна гармонія формує позитивне ставлення до себе або, навпаки, у зв'язку з провиною чи помилками особа матиме значно нижчі показники самовідношення, що в свою чергу провокує негативне ставлення до свого тіла та неможливість перейти на інтуїтивне харчування. Особи, що намагаються схуднути, починають буквально ненавидіти своє тіло за зайвий кілограм жиру, який воно має, і не можуть цілком позбутися від негативного відношення до себе.

Таким чином, патологізація харчової поведінки достовірно пов'язана з особливостями самоусвідомлення особистості. Вираженість орторексичних

патернів супроводжується змінами в структурі самоствавлення: зниження аутосимпатії супроводжується саморефлексією, збільшенням уваги до себе.

Схильність до інтуїтивного харчування, яку ми розглядаємо, як протипагу та антитезу орторексичного розладу, прямо корелює із рівнем глобального самоствавлення, самоприйняття і самоповаги, самовпевненості, аутосимпатії та зацікавленістю щодо себе; водночас зменшується показник самообвинувачення. Отримані кореляції не дають інформації про причинно-наслідкові зв'язки, тому їм можна тлумачити двома способами. З одного боку, при зростанні позитивних складників самоусвідомлення, зростає також і гармонійність людини у стосунках із власним тілом, що проявляється в забезпеченні харчових потреб власного організму без самообмеження або відчуття провини. З іншого боку, прихильність до інтуїтивного харчування, врахування потреб організму, свобода у виборі та вживанні продуктів виховує прихильне ставлення до себе, збільшує задоволеність власними зовнішніми даними та уявлення про власну самоцінність.

Ці закономірності корисні для психологічного втручання при РХП, оскільки надають фахівцю ефективні важелі впливу. Найбільшу кількість кореляцій з показниками харчової інтуїції мають два функціональні компоненти самоствавлення: самоповага та аутосимпатія. При цьому кожен з компонентів ІХ має специфічні асоціації з окремими складовими самоствавлення на рівні конкретних дій. Наприклад, безумовний дозвіл на прийом їжі достовірно знижує потяг до самозвинувачення, а схильність їсти на основі фізіологічного голоду, а не емоційних причин, найтісніше корелює з показником самопізнання.

Чим більше індивід впевнений у собі, чим більш позитивно оцінює свої навички та прагне самопізнання, тим більше він у харчовій поведінці спирається на внутрішні відчуття, справжні потреби організму. Натомість негативне ставлення до себе, відсутність саморефлексії та бажання слідувати нав'язаним ідеалам може призвести до складнощів у розумінні сигналів свого тіла та до розладу харчової поведінки. Особа, що позитивно ставиться до себе, поважає себе, має високу схильність до самоаналізу, впевненість у власних силах, буде

прислуховуватися до потреб свого тіла та задовольняти їх через інтуїтивне прийняття їжі.

2.6. Семантична репрезентація властивостей їжі в осіб з орторексією

З метою дослідження семантичної репрезентації властивостей їжі у свідомості осіб з орторексією було використано методику семантичного диференціала (СД), де семибальні шкали-дескриптори представляли собою слова-антоніми, які характеризують різні властивості їжі. Методика спрямована на вивчення загального (як усвідомленого, так і неусвідомленого) сприйняття їжі досліджуваними з орторексією та без такої. В ході дослідження перевірялася гіпотеза про те, чи мають властивості їжі значущий зв'язок з орторексією та рівнями харчової інтуїції суб'єкта.

При розробці конкретної методики емпіричного вивчення соціальних уявлень про їжу ми обрали оптимальний для цієї мети лінгво-семантичний рівень дослідження. Метод семантичного диференціала дозволив вивчити особливості взаємозв'язку функціонування системи значень, яка визначає сприйняття суб'єктом характеристик їжі. Дана індивідуальна система значень, що існує у вигляді інтеріоризованих еталонів, зумовлює процеси самоусвідомлення через відношення до їжі.

Методика СД дозволяє досить чітко за допомогою простих статистичних характеристик провести обробку результатів та інтерпретувати їх. В якості таких характеристик взято середні значення вимірюваних величин, міри розкиду (середньоквадратичне відхилення), коефіцієнти кореляції. Отримані середні значення дозволили побачити цілісну картину ставлення до їжі в осіб з орторексією та в осіб, у яких вона відсутня.

Обробку результатів проведено шляхом складання статистичного ряду вимірюваних величин, що характеризують взаємодію людини з їжею: тактильної привабливості, упорядкованості харчування, оцінки корисності та емоційного наповнення їжі. Ці характеристики виступили базовими координатами семантичного простору.

У таблицях 2.12 та 2.13 представлено статистику суб'єктивних виборів стосовно шести параметрів відношення до їжі, що відповідають критерію «перцептивна привабливість».

Таблиця 2.12

**Статистичний ряд дихотомічних шкал за характеристикою їжі
«перцептивна привабливість» у осіб з орторексією (n=209)**

Назва дихотомічних шкал	Сума виборів щодо кожного варіанту оцінки:						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
Несмачна – Смачна	36	32	6	4	7	47	77
Холодна – Гаряча	15	23	15	47	33	55	21
Тяжка – Легка	23	31	20	35	36	48	16
Складна – Проста	20	26	29	42	37	36	19
Пісна – Жирна	19	28	39	49	38	27	9
Сумарно	113	140	109	177	151	213	142

Як бачимо із таблиці 2.12, в дихотомічній шкалі «несмачна-смачна», яка оцінює таку ознаку їжі як смак, серед 209 осіб з орторексією 77 досліджуваних дали найвищу оцінку «3» та 47 трохи нижчу оцінку «2», що може свідчити про важливість даної характеристики у цієї групи. Щодо шкали «холодна – гаряча», то 21 респондент обирає найбільш гарячу температуру, 55 досліджуваних надають перевагу помірно гарячій їжі, 33 досліджуваних надають перевагу трохи гарячій їжі. Тож особи з орторексією більше надають перевагу теплій шкалі температурного показника, ніж холодній. За шкалою «важка – легка», яка дозволяє виміряти суб'єктивну тяжкість спожитої їжі, більшість осіб з орторексією надає перевагу їжі більш легкій, ніж важкій. За шкалою «складна – проста», що визначає міру складності їжі для досліджуваних, 42 респондента обирають середню оцінку «0», тобто надають перевагу і не простій і не складній їжі, трохи менше – помірній простоті (37 осіб) та середній простоті (36 осіб), що може свідчити про бажання споживати більш просту їжу. В останній шкалі

«пісна – жирна» оцінки розділилися: більшості важко визначитись, тому вони надають перевагу і не пісній і не жирній їжі (49 осіб), 39 осіб надають перевагу помірно пісній їжі, 38 – помірно жирній, що може свідчити про бажання споживати або їжу з невеликим відсотком жирності або в міру пісну.

Таблиця 2.13 демонструє загальну частоту оцінок в дихотомічних шкалах, отриману від 117 осіб з відсутньою орторексією.

Таблиця 2.13

Статистичний ряд дихотомічних шкал за характеристикою «перцептивна привабливість» у осіб без орторексії (n=117)

Назва дихотомічних шкал	Сума виборів щодо кожного варіанту оцінки:						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
Несмачна – смачна	17	10	5	7	2	29	47
Холодна – гаряча	7	7	8	28	27	26	14
Тяжка – легка	5	14	16	24	27	23	8
Складна – проста	4	15	19	32	15	21	11
Пісна – жирна	3	14	15	44	24	11	6
Сума	36	60	63	135	95	110	86

За критерієм «несмачна – смачна» 47 досліджуваних дали найвищу оцінку та 29 середню, що може свідчити про важливість даної характеристики для досліджуваних (так само як і для осіб з проявами орторексії). Щодо шкали «холодна – гаряча», більшість надає перевагу теплій їжі (14 досліджуваних обирають оцінку «3», що відповідає сильній гарячості, 27 осіб обирають помірну гарячість, а 26 – середню). Тож досліджувані без орторексії, так само як і з орторексією, обирають їжу в теплому спектрі шкали. За шкалою «важка – легка», яка дозволяє виміряти суб'єктивну тяжкість спожитої їжі, більшість респондентів без орторексії надає перевагу їжі більш тяжкій, ніж легкій. Шкала «складна – проста» визначає міру складності їжі для досліджуваних; за нею більшість надає перевагу і не простій і не складній їжі (32 досліджуваних), трохи

менше – середній простоті (21 особа), та 19 надмірної складності, що може свідчити про бажання споживати більш просту їжу. В останній шкалі «пісна – жирна» оцінки розділилися – більшості важко визначитись: 44 особи надають перевагу і не пісній і не жирній їжі; 24 особи надають перевагу помірно жирній їжі, 15 – в міру пісній, що може свідчити про бажання споживати або їжу з великим відсотком жирності, або надто пісну.

Семантичний критерій «впорядкованість», описаний в таблицях 2.14 та 2.15, характеризує формальні характеристики харчування, його організацію.

Таблиця 2.14

**Статистичний ряд дихотомічних шкал за характеристикою
«впорядкованість» у осіб з орторексією (N=209)**

Назва дихотомічних шкал	Сума виборів щодо кожного варіанту оцінки:						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
Спонтанна – організована	20	33	28	34	24	50	20
Неякісна – якісна	33	20	9	9	15	55	68
Швидка – повільна	14	34	31	38	42	38	12
Мінлива – стабільна	12	29	23	54	29	47	15
Важкодоступна – легкодоступна	13	19	17	43	30	49	38
Сума	92	135	108	178	140	239	153

Таблиця 2.14 показує загальну картину частотних оцінок серед осіб з орторексією. В дихотомічній шкалі «спонтанна – організована», яка оцінює організаційний процес прийому їжі, майже четверть респондентів (50 осіб) обирають середню оцінку, для 34 досліджуваних не важливий процес організації їжі, 33 надають перевагу спонтанному харчуванню, що може свідчити як про бажання організувати процес прийому їжі, так і про прагнення не замислюватися над організацією процесу харчування. Шкала «неякісна – якісна» дозволяє виміряти суб’єктивну якість спожитої їжі: 68 осіб надають перевагу їжі

високої якості, 55 середньо якісній, таким чином більшість надає перевагу якісній їжі. В наступній шкалі «швидка-повільна», що визначає швидкість прийому їжі, більшість надає перевагу повільному полюсу шкали. В шкалі «мінлива – стабільна», що вимірює надання переваги конкретній їжі, особам з орторексією важко визначитись (54 особи), а 47 осіб надають перевагу стабільному полюсу шкали, що може свідчити про бажання споживати чітко визначені продукти, зберігати стабільність у виборі їжі. Також більшість осіб з орторексією (49 та 38 відповідно), надають перевагу легкодоступній їжі. Проте варто зауважити, що погляди на шкали не однотайні і спостерігається великий розмах відповідей досліджуваних.

Зведена таблиця 2.15 демонструє, що критерій «впорядкованість» має значення для досліджуваних, у яких відсутня орторексія.

Таблиця 2.15

**Статистичний ряд дихотомічних шкал за характеристикою
«впорядкованість» у осіб без орторексії (n=117)**

Назва дихотомічних шкал	Сума виборів щодо кожного варіанту оцінки:						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
Спонтанна – організована	5	20	20	19	20	27	6
Неякісна – якісна	5	18	10	6	15	25	38
Повільна – швидка	6	15	15	36	23	15	7
Мінлива – стабільна	3	15	20	32	26	16	5
Важкодоступна – легкодоступна	6	8	9	24	20	25	25
Сума	25	76	74	117	104	108	81

Частота оцінок в дихотомічній шкалі «спонтанна – організована» приблизно однакова на протилежних полюсах, що може свідчити про неоднозначність даної характеристики. За даними шкали «неякісна – якісна» більшість досліджуваних надають перевагу високій якості їжі (38 осіб), а 25 –

середній. Шкала «повільна – швидка», яка дозволяє виміряти швидкість спожитої їжі, не так однозначна, адже 36 досліджуваних не можуть визначитися, а 23 надають перевагу швидкому полюсу шкали. Наступна шкала «мінлива – стабільна» визначає міру різноманітності споживаної їжі. Більшість досліджуваних, як і в попередньому випадку, надають перевагу більш стабільному полюсу шкали, проте дані тяжіють до центральної тенденції. В останній шкалі «важкодоступна – легкодоступна», що вимірює ступінь доступності їжі, для більшості досліджуваних їжа видається легкодоступною.

Критерій «корисність» характеризує міру впливу на організм та суб'єктивну оцінку отриманої користі від споживання певної їжі.

Таблиця 2.16 показує загальну картину частотних оцінок в дихотомічних шкалах серед 209 осіб з орторексією.

Таблиця 2.16

Статистичний ряд дихотомічних шкал за характеристикою «корисність» у осіб з орторексією (n=209)

Назва дихотомічних шкал	Сума виборів щодо кожного варіанту оцінки:						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
Зіпсована-свіжа	40	16	3	9	8	29	104
Неправильна-правильна	19	31	22	23	32	56	26
Шкідлива-корисна	31	28	12	14	24	63	37
Вишукана-груба	23	37	41	51	31	19	7
Штучна-натуральна	20	19	15	18	26	53	58
Сума	133	131	93	115	121	220	232

За шкалою «зіпсована-свіжа», 104 досліджуваних дали найвищу оцінку свіжості їжі, що може свідчити про важливість даної характеристики для цієї категорії респондентів. Щодо шкали «неправильна-правильна», що вимірює сприйняття їжі з точки зору правильності, більшість досліджуваних надають перевагу правильній їжі. У шкалі «шкідлива-корисна» респонденти надають

перевагу саме корисній їжі, проте незначний розкид все ж спостерігається. Шкала «вишукана-груба» тяжіє до середніх значень, а в останній шкалі «штучна-натуральна», більшість осіб з орторексією обирають натуральну їжу.

Таблиця 2.17

Статистичний ряд дихотомічних шкал за характеристикою «корисність» у осіб без орторексії (n=117)

Назва дихотомічних шкал	Сума виборів щодо кожного варіанту оцінки:						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
Зіпсована – свіжа	14	10	3	6	5	19	60
Неправильна – правильна	2	7	13	41	19	25	10
Шкідлива – корисна	8	11	14	21	26	21	16
Вишукана – груба	6	28	24	37	13	6	3
Штучна – натуральна	3	10	12	16	23	31	22
Сума	33	66	66	121	86	102	111

Зведена таблиця 2.17 показує загальну картину частотних оцінок в дихотомічних шкалах «зіпсована-свіжа», яка оцінює таку ознаку їжі, як свіжість. Із 117 осіб, в яких відсутня орторексія, 60 досліджуваних дали найвищу оцінку, що може свідчити про важливість даної характеристики для досліджуваних без вираженої орторексії, як і особи з орторексією, вони тяжіють до свіжої їжі. Шкала «неправильна-правильна», не така однозначна, як у осіб з орторексією, більшості досліджуваних важко визначитись, якій їжі надати перевагу, частина респондентів все ж надає перевагу правильному раціону харчування. Щодо шкал «шкідлива-корисна», «вишукана-груба» та «штучна-натуральна» більшості досліджуваних складно визначитись: частина респондентів надає перевагу корисності, вишуканості, натуральності, проте спостерігається набагато більший розкид значень, ніж у осіб з орторексією.

Семантичні характеристики емоційного сприйняття їжі відображені в таблицях 2.18 та 2.19.

Таблиця 2.18

Статистичний ряд дихотомічних шкал за характеристикою їжі «емоційна атрибуція» у осіб з орторексією (n=209)

Назва дихотомічних шкал	Сума виборів щодо кожного варіанту оцінки:						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
Зла-добра	21	13	10	45	19	53	48
Збуджуюча-заспокійлива	14	22	29	66	24	39	15
Потворна-красива	16	19	19	32	34	52	37
Печальна-радісна	16	14	11	41	25	43	59
Реальна-ідеальна	22	30	22	61	32	23	19
Сума	89	98	91	245	134	210	178

Загальна картина частотних оцінок у підвибірці осіб з орторексією (табл. 2.18) демонструє, що в дихотомічній шкалі «зла-добра» більшість респондентів схиляються до того, що їжа все-таки добра, в шкалі «збуджуюча-заспокійлива» багатьом досліджуваним важко визначитись, хоча решта віддає перевагу заспокійливій функції їжі. Щодо шкали «потворна-красива», більшість досліджуваних надають перевагу красивій їжі, це ж стосується шкали «печальна-радісна», де більшість осіб з орторексією визнають радісний вплив їжі. Щодо останньої шкали «ідеальна-реальна», то більшості важко визначитись, дані тяжіють до середніх значень.

У підвибірці з відсутньою орторексією (табл. 2.19) більшість досліджуваних тяжіє до середніх оцінок, їм важко визначитись з приналежністю їжі до певної емоційної шкали. В шкалі «добра-зла» 40 осіб воліють не визначати приналежність до певної групи, більшість називають їжу доброю (оцінки 1, 2 та 3). Така ж ситуація стосовно шкал «збуджуюча-заспокійлива», «потворна-

красива», «печальна-радісна», «реальна-ідеальна», що може свідчити про те що, емоційний компонент їжі більш важливий для осіб з орторексією.

Таблиця 2.19

Статистичний ряд дихотомічних шкал за характеристикою «емоційна атрибуція» у осіб без орторексії (n=117)

Назва дихотомічних шкал	Сума виборів щодо кожного варіанту оцінки:						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
Зла-добра	2	8	9	40	11	23	24
Збуджуюча-заспокійлива	3	11	12	45	19	19	8
Потворна-красива	5	6	12	28	24	23	19
Печальна-радісна	5	6	7	30	20	26	23
Реальна-ідеальна	17	19	11	43	15	5	7
Сума	32	50	51	186	89	96	81

Щоб узагальнити характеристики підвибірок за чотирма описаними вище критеріями взаємодії з їжею, були розраховані середні тенденції та міри розкиду оцінок Середнє значення (M) служить показником сукупного оцінювання даної якості їжі, будучи при цьому досить об'єктивною характеристикою. Стандартне відхилення (SD) демонструє міри розсіювання оцінок відносно середнього значення та свідчить про однастайності, згуртованості відповідей в оцінці даної якості їжі. Описані статистичні параметри виявляють картину сприйняття їжі досліджуваними з наявною та відсутньою орторексією (табл. 2.20).

Таблиця 2.20

Середні тенденції та міри розкиду загальних характеристик семантичного простору сприйняття їжі (M±SD)

№	Шкали опитувальника само ставлення	Досліджувані з орторексією (209 осіб)	Досліджувані без орторексії (117 осіб)
1.	Перцептивна привабливість	0,26 ± 1,93	0,48 ± 1,76
2.	Впорядкованість	0,40 ± 1,90	0,45 ± 1,73
3.	Корисність	0,48 ± 2,11	0,56 ± 1,82
4.	Емоційність	0,51 ± 1,85	0,47 ± 1,66

Отримані дані дозволяють зробити висновок про те, що така складова сприйняття їжі, як перцептивна привабливість, є найменш привабливою для осіб з орторексією, тим не менш вони досить суттєво емоційно реагують на їжу. Користь, отримана від їжі, є досить важливою характеристикою для осіб з орторексією, при цьому спостерігається найбільш широке розсіювання оцінок досліджуваних.

Щодо осіб без орторексії, важливими аспектами для них є корисність та перцептивна привабливість їжі, при цьому емоційна складова має менше значення, ніж у респондентів з орторексією, також спостерігається розсіювання думок досліджуваних.

Таким чином, семантичний простір сприйняття їжі у осіб з орторексією характеризується перевагою таких характеристик: смачна, легка, досить гаряча (критерій перцептивної привабливості); організована, високоякісна, помірно-повільна, досить стабільна, легкодоступна (критерій впорядкованості); свіжа, корисна, правильна, натуральна, помірно вишукана (критерій корисності); добра, красива, радісна (критерій емоційної атрибуції).

Результати кореляційного аналізу результатів застосування семантичного диференціала дозволив встановити зв'язки між семантичними характеристиками сприйняття їжі та діагностичними показниками харчової поведінки, які наведені в таблиці 2.21.

Таблиця 2.21

**Значущі кореляційні зв'язки між семантичними характеристиками
сприйняття їжі та діагностичними показниками харчової поведінки**

Семантичні характеристики їжі	Результати діагностики харчової поведінки					
	Римський опитувальник нервової орторексії	Загальний показник інтуїтивності	Безумовний дозвіл на прийом їжі	Їжа з фізіологічних, а не емоційних причин	Чутливість до сигналів голоду та ситості	Гармонія їжі та тіла
«Швидкість»	-0,111*	–	–	–	-0,124*	–
«Смачність»	–	0,157**	0,144**	–	0,149**	–
«Організованість»	–	0,124*	–	0,145**	–	0,182**
«Якість»	–	0,200**	–	0,136*	0,204**	0,172**
«Свіжість»	–	0,126*	–	–	0,137*	–
«Правильність»	–	0,125*	–	0,152**	–	0,210**
«Тяжкість»	–	–	–	–	0,164**	0,147**
«Корисність»	–	0,149**	–	0,168**	0,140*	0,216**
«Жирність»	–	0,125*	0,208**	0,138*	–	–
«Грубість»	–	-0,124*	–	–	-0,149**	–
«Краса»	–	0,155**	–	–	0,158**	0,169**
«Натуральність»	–	0,165**	–	0,115*	0,142*	0,253**
«Хорошість»	–	–	–	–	–	0,132*
«Радість»	–	0,114*	–	–	–	0,174**
«Доступність»	–	–	–	–	–	0,110*

Примітка: * – значущий коефіцієнт кореляції при $p < 0,05$, ** – значущий коефіцієнт кореляції при $p < 0,01$, *** – значущий коефіцієнт кореляції при $p < 0,001$.

Виявлено єдиний значущий коефіцієнт, що пов'язує вираженість орторексичних патернів та сприйняття їжі. Він стосується характеристики «швидкість» – особи з наявною орторексією схильні давати більш високу оцінку за цим критерієм ($p < 0,05$). Такі дані можуть свідчити, що швидкість (точніше – повільність) вживання їжі є індикатором нервової орторексії.

Викликають науковий та практичний інтерес численні взаємозв'язки, що стосуються інтуїтивності харчування та ставлення до їжі. Оцінки за шкалами: «смачність», «якість», «корисність», «краса», «натуральність» прямо корелюють із загальним показником *IX* на рівні значущості $p < 0,01$; «організованість», «свіжість», «правильність», «радість» на рівні значущості $p < 0,05$. Виявлений зворотній зв'язок – «грубість» $p < 0,05$ відповідно (Додаток В13).

Дані результати свідчать, що ті, хто харчується інтуїтивно, надають перевагу їжі, яка дає смакову насолоду, якісна, свіжа, жирна, корисна для організму, гарно зовнішньо прикрашена, відзначається добірністю, з тонким смаком, природного походження, викликає відчуття задоволення. Отже, для осіб, хто харчується інтуїтивно, загалом більш привабливою є їжа, яку також можна назвати здоровою, проте на відміну від осіб з «дієтичним мисленням», інтуїтивні їдоки вибирають її, спираючись на внутрішні потреби організму. Дані індивіди схильні організовувати свій процес харчування та опиратися на внутрішню суб'єктивну правильність у процесі підбору продуктів.

Показник шкали «*Безумовний дозвіл на прийом їжі*» прямо пов'язаний з оцінками, які опитувані ставлять семантичним характеристикам «смачність» та «жирність» ($p < 0,01$). Це можна пояснити тим, що продукти з такими якостями є найбільш «забороненими», тож особи, які високо їх оцінюють, дійсно мають внутрішню свободу вибору раціону харчування (Додаток В12).

Можна також припустити, що люди, які харчуються інтуїтивно, надають перевагу їжі, що дає смакову насолоду та з певним вмістом жиру. Для них привабливою є їжа, яка стереотипно не вважається здоровою, проте орієнтація на внутрішні «налаштування» тіла дозволяє отримати від неї максимальну користь. Водночас, особи з «дієтичним мисленням» схильні, на відміну від інтуїтивних їдоків, обирати їжу з пониженим рівнем жирності та не зважати на таку характеристику, як смакова насолода. Отже, їжа з пониженим рівнем жирності та низькими смаковими характеристиками, скоріш за все, не привабить осіб з інтуїтивним харчуванням, а навпаки буде більш цікавою для осіб з «дієтичним мисленням».

Шкала, яка вимірює *схильність до прийому їжі з фізіологічних, а не емоційних причин*, має численні прямі кореляції з семантичними характеристиками їжі: «організованість», «правильність», «корисність» (на рівні значущості $p < 0,01$), «якість», «натуральність» та «жирність» (на рівні значущості $p < 0,05$) (Додаток В 16).

Дані результати можна інтерпретувати таким чином: чим вища організованість прийому їжі, тим вища орієнтація на фізіологічне відчуття голоду. Отже, організованість прийому їжі сприяє насиченню саме тілесної потреби, і навпаки – спонтанне харчування може бути ознакою емоційного голоду, а не тілесного. Варто звернути увагу на таку характеристику, як «правильність» обраної індивідом їжі: чим вища впевненість індивіда у правильному виборі продуктів харчування, тим більше індивід задовольняє саме свій фізіологічний голод. Корисність є ще однією із ключових характеристик задоволення індивідом свого фізичного голоду, тож чим вища корисність їжі, тим більше індивід схильний задовольняти свою природну потребу в їжі, а не заїдати свій «голод» психогенного походження.

Ще однією з важливих, проте менш виражених характеристик прийому їжі є її якість: чим вища якість обраної індивідом їжі, тим більшою є схильність насичувати саме фізичний голод. І навпаки – вибір менш якісної їжі може бути ознакою емоційного голоду, а не бажанням наситити організм. Жирність обраних продуктів є невід'ємною частиною задоволення фізіологічного голоду: чим вища жирність їжі, тим більше бажання задовольнити фізіологічний голод. Натуральність продуктів є важливим індикатором задоволення фізіологічної складової голоду, тож чим більше індивід схильний обирати продукти натурального походження, тим більш вираженою буде схильність задовольнити саме фізіологічну складову голоду.

Особи, що мають більш виражений емоційний голод (виражається у необхідності «заїсти» будь-яку неприємну подію), менше схильні організовувати процес прийому їжі, менше обирають «правильну» їжу та загалом схильні обирати пісню їжу. Також в них менш виражене намагання прислухатися до

потреб організму, що призводить до бажання «заїсти» проблему. В цьому випадку фізіологічного голоду немає, а індивід таким чином справляється зі своїми внутрішніми конфліктами шляхом переїдання.

Між шкалою «Чутливість до сигналів голоду та ситості» та ставленням до їжі виявлені статистично значущі прямі та обернені зв'язки. Результати показників за такими шкалами: «смачність», «якість», «тяжкість», «краса», на рівні значущості $p < 0,01$, а також «корисність», «свіжість», «натуральність», на рівні значущості $p < 0,05$. Виявлений зворотній зв'язок – «грубість» на рівні значущості $p < 0,01$ та «швидкість» на рівні значущості $p < 0,05$ (Додаток В14).

Дані результати свідчать про те, що смакові характеристики, висока якість, важкість, зовнішня привабливість їжі, а також її корисність, свіжість та натуральність мають позитивний взаємозв'язок із такою складовою ІХ, як орієнтація на сигнали голоду та ситості. Тож, чим вища оцінка смакових якостей, тим краще індивід буде орієнтуватися на сигнали голоду та ситості.

Чим грубіша їжа, тим менше передбачається задоволення потреби в їжі тільки в результаті виникнення фізіологічного голоду, натомість, чим більш вишуканою є їжа, тим краще особа буде усвідомлювати настання ситості та менше плутати фізіологічний голод та психологічний.

Чим швидше особа споживає продукти харчування, тим менше орієнтується на сигнали власного тіла про настання голоду та виникнення ситості (що є характерною особливістю осіб з орторексією). Даний критерій об'єднує людей, які мають орторексію, та осіб, що орієнтуються на сигнали настання голоду та ситості, для яких характерним є повільне споживання їжі. Проте, хоч ми і спостерігаємо зовнішню схожість, внутрішня мотивація в них різна, що й було описано вище.

Як відомо, інтуїтивне харчування передбачає задоволення харчових потреб тільки в результаті виникнення фізіологічного голоду, що передбачає прийоми їжі саме згідно з відчуттям голоду та завершення процесу після відчуття ситості. Даний стиль харчування скерований не тільки на ціннісні орієнтації, але й на характеристики обраної для споживання їжі.

Між шкалою «Гармонія їжі та тіла» та характеристиками відношення до їжі є статистично значущі прямі зв'язки. Оцінки за такими шкалами: «організованість», «якість», «правильність», «тяжкість», «корисність», «краса», «натуральність», «радість» отримали прямі зв'язки на рівні значущості $p < 0,01$, а також «хорошість» та «доступність» на рівні значущості $p < 0,05$ (Додаток В15).

Дані результати свідчать про те, що чим краще організований процес прийому їжі, тим людина перебуває у кращому балансі зі своїм тілом. Чим вища якість обраної для прийому їжі, тим вищий показник гармонії їжі та тіла, що може свідчити про орієнтацію на інтуїтивний вибір саме якісних продуктів. Чим вищі критерії правильності обраної індивідом страви, тим вища орієнтація на потреби організму, що можна інтерпретувати як стійкі переконання індивіда. Особа, що намагається досягти гармонії їжі та тіла, віддає перевагу правильній їжі, оскільки така їжа буде краще сприйнята організмом. Разом з тим, чим вища важкість їжі, тим більше індивід перебуває в гармонії з тілом. Це можна пояснити тим, що важкої їжі потрібно значно менше для отримання відчуття насичення. Чим більш корисною є обрана їжа, тим більше людина, що харчується інтуїтивно, перебуває в гармонії зі своїм тілом, що можна визначити як орієнтацію, перш за все, на користь для тіла. Чим більш гарно оздоблену їжу буде приймати індивід, тим вищі показники гармонії їжі та тіла, що можна пояснити як віддання переваги саме їжі з прикрасами. Харчуючись саме такою їжею, індивід приділяє увагу не тільки внутрішньому наповненню, а і зовнішній красі.

Чим більш натуральними є обрані продукти харчування, тим вище гармонія їжі та тіла, що інтерпретується як прагнення дослуховуватися до власного тіла та обирати саме ту їжу, яку тіло бажає споживати. Чим більше задоволення приносить їжа, тим вищі показники за шкалою «гармонія їжі та тіла»: їжа, яка приносить радість, також приносить і гармонію у відносинах індивіда з тілом.

Менш вираженим, але значимим є позитивний кореляційний зв'язок між схильністю до вибору правильної їжі та гармонією з тілом, тож чим вищим є внутрішні показники впевненості в обранні правильної їжі, тим більше особа

почувається в гармонії зі своїм тілом. Не менш важливим є також і критерій доступності їжі – чим більш доступною є їжа, яку споживає індивід, тим більш гармонійними є відношення з тілом: наявністю у постійному доступі їжі допомагає не фіксувати надмірної увагу на ній.

Отже, дані характеристики їжі є суттєвим індикаторами, які визначають, чи буде індивід прислуховуватися до потреб свого тіла та задовольняти їх шляхом інтуїтивного харчування.

Для наочного відображення результатів кореляційного аналізу було вибрано метод кореляційних плеяд, що дозволяє графічно показати отримані кореляційні зв'язки між такими параметрами, як орторексія, результатами опитувальника самовідношення та семантичним диференціалом (що висвітлює відношення до їжі). Вершини на рис. 2.8 відповідають досліджуваним ознакам, а лінії дозволяють графічно відобразити статистично достовірні зв'язки між даними показниками і графічно виражають знак кореляції.

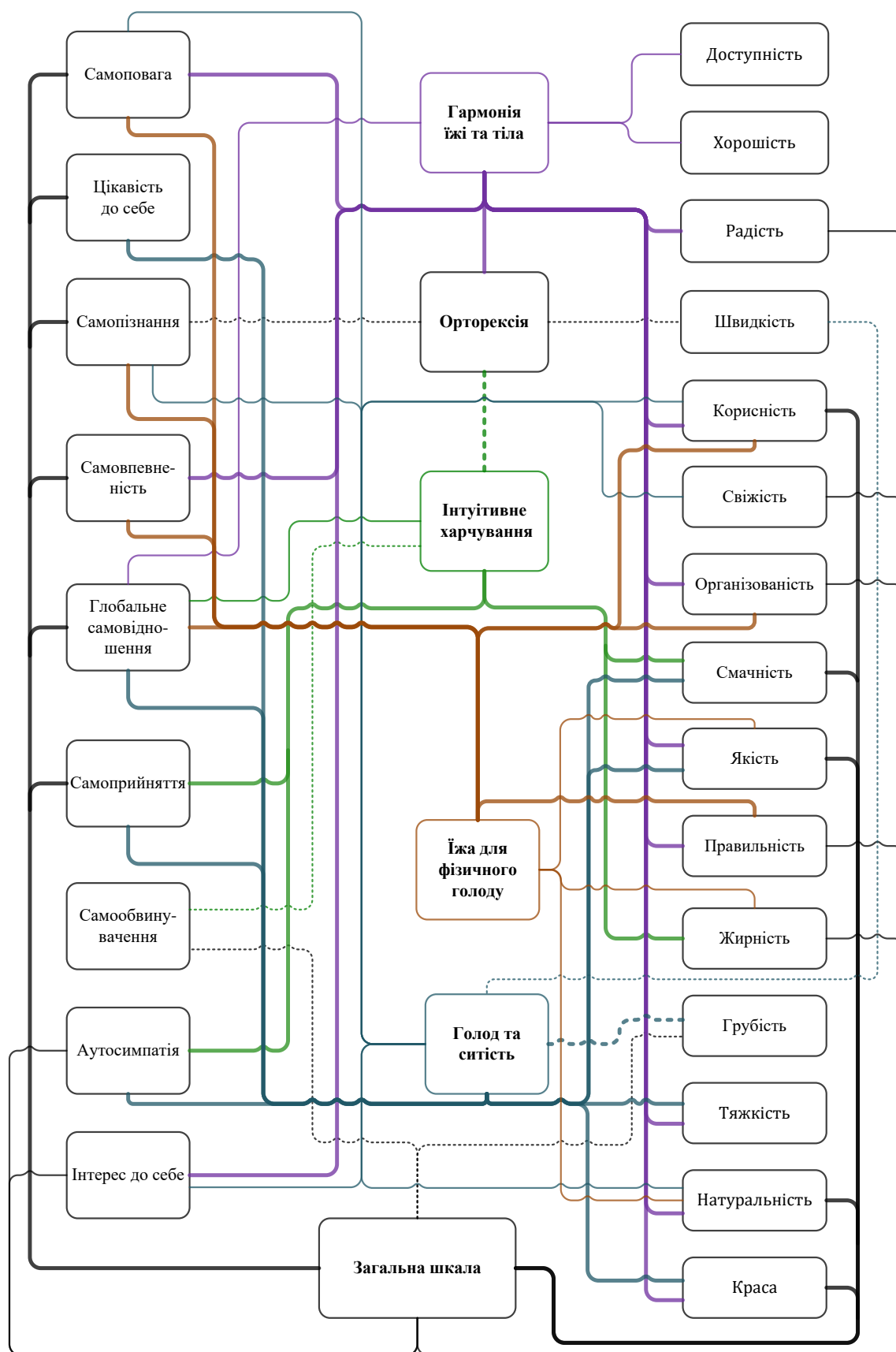


Рис. 2.8. Кореляційні плеяди показників орторексії, самоствалення та семантичної диференціації їжі

Таким чином, за допомогою методу семантичного диференціала ми описали семантичний простір сприйняття їжі особами з орторексією та розширили уявлення про харчові переваги, пов'язані із схильністю до інтуїтивного харчування. Семантичний простір сприйняття їжі у осіб з орторексією характеризується перевагою таких характеристик: смачна, легка, досить гаряча (критерій перцептивної привабливості); організована, високоякісна, помірно-повільна, досить стабільна, легкодоступна (критерій впорядкованості); свіжа, корисна, правильна, натуральна, помірно вишукана (критерій корисності); добра, красива, радісна (критерій емоційної атрибуції).

Семантика їжі має численні кореляції з компонентами харчової інтуїції. Але з показником нервової орторексії корелює (негативно) лише швидкість вживання їжі, тобто уповільнення харчування може виступати індикатором патологізації харчової поведінки. Отримані результати будуть корисні у практичній роботі з особами, що мають розлади харчової поведінки.

2.7. Асоціативна структура уявлень про їжу в осіб з орторексією

Обробка результатів асоціативного експерименту полягала у виявленні однакових асоціатів, оцінки їх частотою зустрічання, а також ранжування частот. Частотою асоціації вважалася загальна кількість спродукованих конкретних асоціатів досліджуваними в даній групі. Через велике різноманіття асоціатів частота їх використання в групі спостерігалася невисока. Асоціації, використані більше двох разів, було взято за основу аналізу, оскільки вони є найбільш інформативними в груповому асоціативному експерименті. Це обумовлено тим, що кожен досліджуваний продукує асоціації на підставі індивідуального досвіду, тобто з великого числа можливих варіантів (більш сотень або тисяч). Ймовірність випадкового збігу асоціацій у ланцюговому експерименті (де не ставиться жодних додаткових умов, окрім обмеження часу) дуже мала. Тому випадок, коли зустрічаємо певні слова у двох, трьох і більше досліджуваних, трактується як важливий критерій для аналізу. Асоціація, використана особами з орторексією та без не є випадковою, включається в семантичну універсалью

стимулу для даної групи. Набір не випадкових асоціацій на певне слово-стимул для даної групи називається асоціативними семантичними універсальями стимулів, вони аналізуються лише якісно.

Список асоціацій на слово-стимул «їжа» був поділений на групи спільнокорених слів, україномовні, російськомовні та англійськомовні аналоги були об'єднані, при тому що мова реакцій була збережена. Далі ми провели процедуру ранжування, в результаті чого було отримано 1168 слів у осіб з орторексією та 829 слів у осіб з відсутньою орторексією.

У осіб з орторексією були виявлені такі асоціати: «вкусная» – частота зустрічання склала 97 слів, цьому асоціату було присвоєно ранг (1), «полезная» – 54(2), «удовольствие» – 42(3), «здоров» – 32(4), «настроение» – 21(5), «фрукты» – 14(7), «радость» – 14(7), «овощи» (овочі) – 14(7), «энергия» – 13(10), «сытная» – 13(10), «красивая» – 13(10), «питательный» – 11(13), «калорийный» – 11(13), «голод» – 11(13), «сладости» – 10(16), «мясо» – 10(16), «жир» – 10(16), «сладкий» – 9(20,5), «свежая» – 9(20,5), «приятный» – 9(20,5), «необходимость» – 9(20,5), «наслаждение» – 9(20,5), «вред» – 9(20,5), «спокойствие» – 8(26), «общение» – 8(26), «готовка» – 8(26), «вес» – 8(26), «аппетитный» – 8(26), «теплый» – 7(29,5), «вода» – 7(29,5), «суп» – 6(34,5), «семья» – 6(34,5), «салат» – 6(34,5), «питание» – 6(34,5), «обед» – 6(34,5), «насыщение» – 6(34,5), «кухня» – 6(34,5), «фигура» – 5(44,5), «удовлетворение» – 5(44,5), «тяжелая» – 5(44,5), «сочный» – 5(44,5), «сила» – 5(44,5), «приготовленная» – 5(44,5), «пища» – 5(44,5), «отдых» – 5(44,5), «любовь» – 5(44,5), «завтрак» – 5(44,5), «вина» – 5(44,5), «аромат» – 5(44,5), «шоколад» – 4(56), «хорошо» – 4(56), «польза» – 4(56), «мама» – 4(56), «качество» – 4(56), «изысканная» – 4(56), «жизнь» – 4(56), «друзья» – 4(56), «диета» – 4(56), «деньги» – 4(56), «борщ» – 4(56), «эмоции» – 3(73,5), «хочу» – 3(73,5), «ужин» – 3(73,5), «тарелка» – 3(73,5), «сыр» – 3(73,5), «стресс» – 3(73,5), «страх» – 3(73,5), «спорт» – 3(73,5), «соленое» – 3(73,5), «ресторан» – 3(73,5), «расслабление» – 3(73,5), «огурец» – 3(73,5),

«продукты» – 3(73,5), «мороженое» – 3(73,5), «морепродукты» – 3(73,5),
 «кушать» – 3(73,5), «конфеты» – 3(73,5), «есть» – 3(73,5),
 «естественная» – 3(73,5), «еда» – 3(73,5), «горячая» – 3(73,5), «вечер» – 3(73,5),
 «веселый» – 3(73,5), «блюдо» – 3(73,5).

У осіб без орторексії були зареєстровані наступні асоціати: «вкусная» – 56 (1), «удовольствие» – 20 (2), «мясо» – 12 (4), «готовить» – 12 (4), «сладкий» – 12 (4), «радость» – 11 (6,5), «еда» – 11 (6,5), «приятный» – 10 (8), «энергия» – 9 (10,5), «жир» – 9 (10,5), «жизнь» – 9 (10,5), «друзья» – 9 (10,5), «здоровье» – 8 (14,5), «вес» – 8 (14,5), «обед» – 8 (14,5), «голод» – 8 (14,5), «семья» – 7 (19), «ужин» – 7 (19), «питание» – 7 (19), «калорийный» – 7 (19), «полезный» – 7 (19), «насыщение» – 6 (24,5), «овоци» – 6 (24,5), «чай» – 6 (24,5), «салат» – 6 (24,5), «острая» – 6 (24,5), «запах» – 6 (24,5), «тепло» – 5 (31,5), «полезная» – 5 (31,5), «отдых» – 5 (31,5), «потребность» – 5 (31,5), «сытость» – 5 (31,5), «вредная» – 5 (31,5), «мороженое» – 5 (31,5), «силы» – 5 (31,5), «хлеб» – 4 (43), «забота» – 4 (43), «общение» – 4 (43), «тело» – 4 (43), «кафе» – 4 (43), «спокойствие» – 4 (43), «завтрак» – 4 (43), «необходимость» – 4 (43), «пицца» – 4 (43), «суп» – 4 (43), «фрукты» – 4 (43), «наслаждение» – 4 (43), «сыр» – 4 (43), «хорошая» – 4 (43), «борщ» – 3 (57,5), «шоколад» – 3 (57,5), «ресторан» – 3 (57,5), «горячая» – 3 (57,5), «тяжесть» – 3 (57,5), «любовь» – 3 (57,5), «посуда» – 3 (57,5), «праздник» – 3 (57,5), «время» – 3 (57,5), «диета» – 3 (57,5), «путешествия» – 3 (57,5), «апетитная» – 3 (57,5), «картошка» – 3 (57,5).

Аналіз проводився тільки стосовно тих асоціацій, які використані в групі не випадково за принципом опосередкованого вимірювання і зіставлення – частоти (ваги) використаних в групі асоціацій та дозволяє побудувати умовну групову «міру» вираженості параметра опису. Для цього всі не випадкові описи нормувалися на основі загального числа асоціатів. На основі нормованої оцінки ми порівнювали представленість в описах групи характеристики «їжі». Таким чином, не випадковими визначено характеристики з мірою вираженості 0,08.

При порівнянні асоціативних полів двох стимулів (значень) визначається міра семантичної близькості різних значень, яка встановлюється через збіг

(перетин) їх семантичних полів. У психолінгвістиці зазвичай використовується коефіцієнт перетину Д. Діза, проте існує легший спосіб отримати дані для аналізу. Ми пропонуємо визначати міру семантичної близькості за допомогою більш простої для розрахунку і більш логічної по суті формулою:

$$K = N_{1,2} / N_{1+} N_2$$

де $N_{1,2}$ – сума збігів асоціацій;

N_1 – кількість асоціацій на перший стимул;

N_2 – кількість асоціацій на другий стимул.

Наприклад, $K = 545 + 369 / 1168 + 829$; $K = 0,457$.

У зведеній таблиці 2.22 ми зазначили лише ті асоціації, які є спільними для осіб як з наявною орторексією так із без такої. Дані асоціати входять у групову асоціативну семантичну універсалію стимулу «їжа» та підлягають подальшому аналізу.

Таблиця 2.22

Структура семантичного поля стимулу «їжа»

№ п/п	Асоціації осіб з орторексією на слово стимул «їжа»	Частота реакцій осіб з орторексією на стимул «їжа»	Міра вираженості на асоціацію для осіб з орторексією	Частота реакцій осіб без орторексії на стимул «їжа»	Міра вираженості на асоціацію для осіб без орторексії
1	«вкусная»	97	0.46	57	0.49
2	«полезная»	58	0.28	11	0.09
3	«удовольствие»	42	0.20	20	0.17
4	«здоровье»	32	0.15	8	0.07
5	«фрукты»	14	0.07	4	0.03
6	«овощи»	14	0.07	6	0.05
7	«радость»	14	0.07	11	0.09
8	«энергия»	13	0.06	9	0.08
9	«сытая»	13	0.06	5	0.04
10	«питательный»	11	0.05	10	0.09
11	«калорийный»	11	0.05	7	0.06
12	«голод»	11	0.05	8	0.07
13	«мясо»	10	0.05	12	0.10
14	«жир»	10	0.05	9	0.08

№ п/п	Асоціації осіб з орторексією на слово стимул «їжа»	Частота реакцій осіб з орторексією на стимул «їжа»	Міра вираженості на асоціацію для осіб з орторексією	Частота реакцій осіб без орторексії на стимул «їжа»	Міра вираженості на асоціацію для осіб без орторексії
15	«сладкий»	9	0.04	12	0.10
16	«приятный»	9	0.04	10	0.09
17	«необходимость»	9	0.04	4	0.03
18	«наслаждение»	9	0.04	4	0.03
19	«вредная»	9	0.04	5	0.04
20	«спокойствие»	8	0.04	4	0.03
21	«общение»	8	0.04	4	0.03
22	«готовить»	8	0.04	12	0.10
23	«аппетитный»	8	0.04	3	0.03
24	«теплый»	7	0.03	5	0.04
25	«вес»	8	0.04	8	0.07
26	«суп»	6	0.03	4	0.03
27	«семья»	6	0.03	7	0.06
28	«салат»	6	0.03	6	0.05
29	«питание»	6	0.03	7	0.06
30	«обед»	6	0.03	8	0.07
31	«насыщение»	6	0.03	6	0.05
32	«тяжелая»	5	0.02	3	0.03
33	«сила»	5	0.02	5	0.04
34	«любовь»	5	0.02	3	0.03
35	«отдых»	5	0.02	5	0.04
36	«завтрак»	5	0.02	4	0.03
37	«шоколад»	4	0.02	3	0.03
38	«хорошая»	4	0.02	4	0.03
39	«жизнь»	4	0.02	9	0.08
40	«друзья»	4	0.02	9	0.08
41	«диета»	4	0.02	3	0.03
42	«борщ»	4	0.02	3	0.03
43	«ужин»	3	0.01	7	0.06
44	«сыр»	3	0.01	3	0.03
45	«ресторан»	3	0.01	3	0.03
46	«мороженое»	3	0.01	5	0.04
47	«еда»	3	0.01	11	0.09
48	«горячая»	3	0.01	3	0.03
	Сума збігів асоціацій	545		369	

На підставі вищевказаного було встановлено ознаки асоціативного поля поняття «їжа», що дозволило більш повно проаналізувати відношення до даного слова як у осіб з орторексією, так і в осіб без неї.

Найбільш тематично близькими до стимулу є поняття «смачний» та його похідні, що складає основу асоціативного поля. Наступні словесні реакції є більше тематично віддаленими та складають центр значень асоціативного поля. Як для осіб, у яких наявна орторексія, так і для осіб, у яких орторексія відсутня, важливими характеристиками, з якими асоціюється їжа, є її смак, корисні властивості та задоволення. Висока семантична пов'язаність з поняттям «здоров'я» є вираженою характеристикою осіб з орторексією, в осіб із відсутньою орторексією даних ознак немає. Щодо осіб без орторексії, характерними для них є асоціати *радість, енергія, поживність, солодкість, готувати, м'ясо, життя, друзі та їжа*.

Ключові показники їжі (перцептивна привабливість, емоційна атрибутивність, впорядкованість) зберігаються в семантиці як осіб з орторексією, так і з відсутньою орторексією. Для осіб з орторексією важливою характеристикою є корисність (здоров'я – 0,15). Для досліджуваних з відсутньою орторексією важливою є емоційна атрибуція стимулу – радість (0,09), а також перцептивна привабливість: поживність (0,09), солодкість (0,10). Також для осіб з орторексією є важливим соціальне оточення: готувати (0,10), життя (0,08), друзі (0,08) та нейтральні асоціації як: їжа (0,09) та м'ясо (0,10).

Таким чином, соціальна складова є важливою основою ставлення до їжі у респондентів без орторексії. Натомість, для осіб з орторексією соціальна складова споживання їжі не має значення, важливою складовою є отримувана від їжі користь.

Висновки до розділу 2

1. Особи, що цікавляться правильним харчуванням, представляють групу ризику стосовно формування розладів харчової поведінки. Більше половини опитаних відповідали діагностичним критеріям нервової орторексії. Доля респондентів з орторексією суттєво збільшується серед юнаків 18-19 років, отже несформована особистісна ідентичність збільшує ризик патологізації особистості на фоні захопленості здоровим способом життя.

2. Прояви орторексії пов'язані із зниженням харчової інтуїції, що найбільш яскраво проявляється у встановленні жорстких обмежень на прийняття їжі. Перебільшена задоволеність гармонійними стосунками між їжею та тілом свідчить про викривлення самосвідомості осіб з орторексією. Чим більш вираженою є орторексія, тим менше особа прислуховується до сигналів власного організму, що укорінює нав'язливі дієтичні обмеження. Збереженість безумовного дозволу на прийняття їжі, слугує чинником, що відрізняє здорову захопленість правильним харчуванням. Чим більше особа буде спиратися на суб'єктивно значимий інтуїтивний вибір їжі, тим вона має менше можливостей набути орторексії.

3. Майже половина прихильників ЗСЖ, незалежно від наявності або відсутності орторексії, мають порушене сприйняття тілесного «Я». Вважаючи свій зовнішній вигляд неприємним, вони переконані, що інші люди ставляться до них так само критично, що спричиняє почуття внутрішнього комфорту, тривожність, не впевненість та соціальну відгородженість. Позитивність тілесного Я-образу корелює з показниками харчової інтуїції.

4. Самоусвідомлення осіб, захоплених ідеями правильного харчування, характеризується глобальним позитивним самоствавленням. Найпомітніше проявляється надмірне прийняття себе (що може перетворитись в ідеалізацію власних недоліків) та саморефлексія, постійне вивчення свого внутрішнього світу та фізичних можливостей (що може провокувати зацикленість на собі та небажання отримувати сигнали ззовні, які суперечать уявленням про себе).

Виявлена внутрішня суперечність самоствавлення на різних структурних рівнях: декларована впевненість у власній цікавості для інших не підтримується в конкретних діях і внутрішніх установках; натомість очікується неприйняття та антипатія з боку соціального оточення. Неусвідомлене негативне самоствавлення, яке проявляється в очікуванні негативних оцінок з боку інших людей, зумовлює ризик виникнення внутрішніх конфліктів та харчових розладів. Для осіб з вираженими проявами орторексії характерна висока схильність до самопізнання та низький рівень аутосимпатії. Патологізація харчової поведінки супроводжується змінами самоствавлення на поведінковому рівні: зниженням прихильності і довіри до себе, збільшенням готовності до самозвинувачення (почуттів провини, сорому, осуду, агресії, спрямованих на себе).

5. Позитивні кореляції між схильністю слідувати інтуїтивному харчуванню, прислухатися до потреб організму та показниками самоусвідомлення (самоповага, самовпевненість, самоприйняття, цікавість до себе, аутосимпатія, інтерес до себе) окреслюють шляхи психологічної допомоги при орторексії. Інтуїтивне харчування призводить до відмови від харчових заборон та знижує почуття провини стосовно вибору продуктів. Відновлення харчової інтуїції підвищує впевненість, цікавість до себе, сприяє прийняттю себе як особистості. З іншого боку, чим більш позитивно індивід оцінює себе та прагне самопізнання, тим більше він у харчовій поведінці спирається на внутрішні відчуття, справжні потреби організму

6. Семантичний простір сприйняття їжі у осіб з орторексією охоплює критерії тактильної привабливості (смачна, легка, гаряча); впорядкованості (організована, високоякісна, повільна, стабільна, легкодоступна); корисності (свіжа, корисна, правильна, натуральна, вишукана) та емоційної атрибуції (добра, красива, радісна). Семантика їжі прямо не пов'язана з вираженістю орторексії, окрім повільності, що відображає прихильність до усвідомленого та ритуалізованого споживання. Натомість виявлені численні кореляції з компонентами харчової інтуїції. Сприйняття їжі визначає, чи буде індивід прислуховуватися до потреб свого тіла та задовольняти їх.

Матеріали даного розділу висвітлені в наукових публікаціях:

1. Лозова О. М., Дробот О. В., Фатєєва М. С. Парадокси потребово-мотиваційної сфери осіб з нервовою орторексією. Лікарська справа. 2017. № 7. С. 104-110.

2. Фатєєва М. С. Інтуїтивне харчування у світлі наукових вітчизняних та зарубіжних розшукувань. *Теорія і практика сучасної психології*. Вип. 3 Том 1. С. 153-157. <http://www.tpsp-journal.kpu.zp.ua/index.php/archiv?id=1770>.

3. Fatieieva M. The variability of perception of the concept of «food» by persons with disordered eating (orthorexia nervosa). EATING DISORDERS: MODERN EXPERIENCE 1, 12-21, 2019
https://www.researchgate.net/publication/340478788_THE_VARIABILITY_OF_PERCEPTION_OF_THE_CONCEPT_OF_FOOD_BY_PERSONS_WITH_DISORDERED_EATING_ORTHOREXIA_NERVOSA

4. Фатєєва, М. С. Асоціативне сприйняття поняття «їжа» особами з наявною та відсутньою орторексією (результати емпіричного дослідження, 2016-2018рр. в містах України та за її межами). РАЦІОГУМАНІСТИЧНІ СТУДІЇ. ЗБІРНИК НАУКОВИХ СТАТТЕЙ, 233.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОКОРЕКЦІЯ ПРОЦЕСІВ САМОУСВІДОМЛЕННЯ ОСІБ З ОРТОРЕКСИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

В розділі обґрунтовано завдання, принципи, напрями та форми організації психологічного супроводу процесу корекції порушень харчової поведінки, представлено Програму корекції процесів самоусвідомлення осіб з орторексичними порушеннями харчової поведінки, яку було реалізовано під час формувального експерименту (2018-2020 рр.), проаналізовано результати апробації та впровадження вказаної Програми у контрольній та експериментальній групах респондентів.

Покращення якості життя – одне з пріоритетних завдань вітчизняної психології, що є закономірним результатом руху України до світових стандартів. Ризики погіршення якості життя при РХП є дуже високими, і обмежувальна харчова поведінка розглядається як «шлях до щастя» та визначає загальний спосіб життя людини. Сьогодні можна констатувати, що зазначена проблема залишається недостатньо теоретично та емпірично дослідженою, тому пошуки нових підходів до корекції самоусвідомлення осіб з порушеною харчовою поведінкою, розробка новітніх корекційних програм, спрямованих на збереження та розвиток психічного здоров'я є надзвичайно актуальними.

Виявлені в ході емпіричного дослідження особливості самоусвідомлення осіб з орторексією є однією з визначальних ознак, які відрізняють це порушення від інших розладів харчової поведінки. Наявність цієї специфіки зумовила необхідність обґрунтування та організації психокорекційного супроводу, головна мета якого – збереження психічного здоров'я, що тісно пов'язане з самоусвідомленням та самооцінкою. Все вищевказане й стало провідним завданням проведеної нами формувальної частини експерименту.

3.1. Методичне обґрунтування та організація впровадження Програми корекції процесів самоусвідомлення осіб з орторексичними порушеннями харчової поведінки

Під психокорекційним супроводом процесів самоусвідомлення осіб з орторексичними порушеннями харчової поведінки розуміємо діяльність психологів, психотерапевтів, яка орієнтована на створення оптимальних психологічних умов розвитку самоусвідомлення особистості.

Основними завданнями психокорекційного супроводу процесів самоусвідомлення осіб з порушеною (обмеженою) харчовою поведінкою є:

- виявлення проблем, які впливають на якість життя особи;
- сприяння позитивному подоланню труднощів, які виникають у осіб з порушеною харчовою поведінкою;
- формування й відпрацювання навичок подолання стресових ситуацій (не за рахунок харчових обмежень) для гармонійного, здорового, соціально успішного життя.

Організація психокорекційного супроводу процесів самоусвідомлення осіб з орторексичними порушеннями харчової поведінки будувалася на принципах *гуманізму* (І. В. Дубровіна, С. Д. Максименко, В. Г. Панок, Т. М. Титаренко, Т. С. Яценко та інші), *системності, наукової обґрунтованості, доцільності, бодінейтральності*.

Принцип системності – є одним з основних у сучасній психологічній науці, адже це стосується вивчення людини як суб'єкта діяльності [60, 72, 74, 112]. «З позицій системного підходу за основу береться уявлення про ієрархічну будову людини і психіка розглядається як єдність психічних явищ з іншими явищами об'єктивної дійсності; як детерміноване та самодетерміноване явище, що є різнорівневим феноменом, який постійно розвивається» [142, с. 21].

Принцип наукової обґрунтованості – відповідно до якого всі рішення стосовно діагностики, проведення (або утримання від) терапевтичних інтервенцій мають аргументуватися з наукових позицій та бути направленими на ті особливості респондента, які є важливими для діагностики та терапії.

Принцип доцільності – вимагає від психолога, психотерапевта знаходити найбільш оптимальний на даний момент вид взаємодії з респондентом.

Принцип бодінейтральності, або нейтрального ставлення до тіла полягає у повазі до власного тіла й тіл інших людей, звертаючи фокус уваги на те, що вони діють, і знизити перебільшене значення, яке надається фізичній привабливості в нашому суспільстві [194]. Бодінейтральність виходить за межі бодіпозитиву [171], оскільки йдеться не лише про тиск на конкретні ідеї краси, прийняті у сучасному світі, а й про інші аспекти суспільства, де спостерігається тенденція до пропагування краси як дещо найважливіше, наслідкове та кінцеве досягнення, де зовнішність людини є індикатором її цінності.

Досвід доводить, що особистість психолога, психотерапевта, його/її цінності, сукупність індивідуально-особистісних характеристик мають значний вплив на процес терапії (Р. Кеттелл, Л. М. Собчик, Р. Мей, В. Сатир, Дж. Морено, Р. Кочунас та інші). Для результатів терапії має важливе значення якість терапевтичних стосунків [184], адже характер цієї взаємодії «...є головною умовою, створює оптимальний фон для процесів саморозвитку, саморозкриття, самореалізації» [52, с. 47]. Психотерапевт має «завоювати довіру та повагу... успіх терапії в значній мірі залежить від бажання брати участь в програмі та виконувати домашні завдання» [51, с.500].

Основними напрямками роботи психолога, психотерапевта традиційно є: діагностичний (проведення діагностики), профілактичний (психоедукація), лікувальний (психотерапія).

Діагностичний напрям спрямований на визначення наявності психічних захворювань, розладів (згідно до МКХ 10/11 та DSM IV/ DSM V), що потребують втручання лікарів-психіатрів, для оцінки розумових та інтелектуальних показників, емоційного стану, визначення потенційних особистих чи професійних проблем. Цей напрям служить відправною точкою для розробки індивідуального плану терапії, оскільки, починаючи з аналізу існуючих проблем, можна переходити до аналізу причин та розробляти основи для обґрунтованих утручань. Діагностичний напрям роботи – стандартизований процес, заснований

на детальному інтерв'ю з подальшими тестами та анкетами, для надання обґрунтованої підтримки особам, які цього потребують.

Профілактичний напрям (психоедукація) завжди спрямований на превенцію, або упередження психологічного дистресу за рахунок «...зміцнення знань, ставлення та поведінки, що сприяють емоційному та фізичному добробуту; затримка виникнення проблемної поведінки; зменшення впливу проблемної поведінки; припинення проблемної поведінки на самому початку» [147]. Ефективність превенції доведено [161, 179]. Здійснювати повний контроль за станом психологічного здоров'я неможливо, але обізнаність осіб з РХП та їх оточення щодо суті проблеми створює кращі умови для зменшення симптоматики та уникнення більш серйозних розладів. У сфері порушень харчової поведінки саме профілактичний напрям роботи відіграє провідну роль, оскільки надзвичайно важливим є ознайомлення широкого загалу з біосоціальною теорією виникнення порушень харчової поведінки та їх симптоматикою.

Лікувальний напрям, а саме *психотерапія* – найвідповідальніший з усіх, оскільки маємо вже сформоване порушення поведінки, яке потребує корекції. Існує чимало відомих напрямів психотерапії, усі вони ґрунтуються на трьох основних підходах – гуманістичному, когнітивно-поведінковому та психодинамічному. У своїй терапевтичній практиці психологи, психотерапевти мають дотримуватися професійної етики, постійно підвищувати обізнаність шляхом безперервної освіти, підвищувати знання та навички, необхідні для профілактичної діяльності та консультацій [147].

Найпоширенішими *формами роботи* психологів, психотерапевтів є тренінги, семінари, психологічна допомога та консультування, індивідуальна та групова психотерапія, кризова допомога (така, як телефони довіри, кризове консультування), тощо. Нами було обрано індивідуальну форму роботи (короткострокова індивідуальна психотерапія) з метою максимально якісного, достовірного підбору матеріалів дослідження особливостей самоусвідомлення осіб з орторексією та без неї. При проведенні роботи використовувались деякі

універсальні, неспеціалізовані методики (наприклад, лист самоспівчуття), оскільки особам з орторексією, так само як з депресією чи тривожними розладами, притаманні певні універсальні ознаки.

Програму корекції процесів самоусвідомлення осіб з орторексичними порушеннями харчової поведінки (ПКПС) було розроблено з урахуванням усіх вище зазначених принципів. Програму впроваджено на базі Асоціації лікарів та психологів «Розлади харчової поведінки: терапія та превенція», Україна (2019-2020рр).

3.2. Програма корекції процесів самоусвідомлення осіб з орторексичними порушеннями харчової поведінки: структура, зміст.

З метою надання якісної психологічної допомоги особам з орторексією було розроблено корекційну програму, яка впроваджувалась шляхом індивідуальної роботи. Основною метою цієї програми стало відновлення харчової інтуїції осіб з орторексією. Це надважливо, оскільки чим більше особа спирається на суб'єктивно значущий інтуїтивний вибір їжі, тим менше спромагається вирішувати свої внутрішні конфлікти за її допомогою, тим меншим стає ризик порушення харчової поведінки. [114, с.156]. Людині важко усвідомити, що саме в її звичній системі поведінкових реакцій потребує зміни, негативно впливає на ефективність діяльності [87]. Відродження харчової інтуїції осіб з орторексією створює умови жити повноцінним життям, без надмірної концентрації на правильності обраної їжі.

Корекція процесів самоусвідомлення осіб з орторексією передбачала вирішення таких завдань:

- формування в учасників програми уявлень про біосоціальну теорію та теорію емоцій, харчову інтуїцію;
- розвиток інтероцептивної усвідомленості, поглиблення самоусвідомлення;
- розвиток уміння довіряти власному «Я»;
- навчання способам емоційної регуляції;

- ініціювання у безпечному терапевтичному просторі нової, більш ефективної поведінки;
- формування здатності відтворювати нову, ефективну поведінку у повсякденному житті.

Методологічну основу програми сформуvalи положення щодо організації психопрофілактичної та психокорекційної роботи психолога [96, 83].

Основними *напрямами реалізації* Програми стали: *психодіагностика* (виявлення особливостей самоусвідомлення й самосприйняття, ставлення до образу тіла, наявність чи відсутність орторексичної фіксації на якості харчування, ритуалів, надання їжі моральних якостей тощо), *психопрофілактика* та *психокорекція* у вигляді індивідуальної (або групової) терапії, вебінарів, обговорення прочитаної літератури, оцінювання ефективності Програми.

Матеріали Програми напрацьовано та апробовано шляхом узагальнення професійного досвіду автора:

- восьми років практичної роботи з особами, які мають порушення та розлади харчової поведінки різного ступеня (з 2015 року – у складі та за підтримки ГО Асоціація лікарів та психологів «Розлади харчової поведінки: терапія та превенція»);

- навчання у спеціалізованих програмах з психотерапії РХП, а саме: «Відновлення харчування при розладах харчової поведінки», Marcia Herrin (США), 2020; «Базовий курс з нутриціології для психотерапевтів», Олександра Буц (Україна), 2020; консультування з принципів інтуїтивного харчування “Intuitive eating PRO”, Evelyn Tribole (США), 2019; тренінг навичок (DBT), «Принципи діалектичної поведінкової терапії», Wies van den Bosch PhD, Ursula Witteneveen (Нідерланди), 2019; «Лікування розладів і порушень образу тіла в когнітивно-поведінковій терапії. Практики уважності при розладах харчової поведінки», Susanne Gössl (Німеччина), 2018; підходи до терапії порушеного образу тіла при РХП, Nicole Schnackenberg (Велика Британія), 2017; «Когнітивно-поведінкова терапія харчових розладів і порушень сприйняття.

Планування терапії різних харчових розладів за протоколами КПТ», Susanne Gössl (Німеччина), 2017, та ін.

Програма включала 2 модулі (діагностичний та терапевтичний), які склалися з 9 сесійних зустрічей (1 діагностична та 8 терапевтичних) по 1 годині, один раз на тиждень.

Кожна сесія складалася з таких послідовних етапів: практики усвідомлення Mindfulness, основної робочої частини, зворотного зв'язку учасників програми, домашнього завдання.

Програму корекції ПКПС було реалізовано у формі міні-лекцій, індивідуальних психотерапевтичних сесій з виконанням домашніх завдань (у тому числі – щоденників самоспостереження). На заняттях використовувалися такі *методичні прийоми та методи*: рефлексивні (рефлексія почуттів, станів, після читання рекомендованої літератури, зворотній зв'язок); ауто-діагностика (діагностика – самоаналіз, пов'язаний з виявленням уразливих станів на основі використання методів самодослідження); психотехніки (візуалізація, релаксація, практики уважності «Mindfulness», практики емоційної регуляції DBT).

Модулі ПКПС має зазначену нижче тематику та структуру.

Перший модуль, діагностичний, 1 сесійна зустріч.

Основною метою першого модуля є проведення комплексного діагностичного обстеження, яке дозволяє спеціалісту скласти певну картину уявлень про порушення ХП, виявити труднощі клієнта, зробити припущення щодо причин їх виникнення, та стимулювати до розкриття самоактуалізаційний потенціал клієнта.

Методична основа модуля передбачає діагностичне інтерв'ю та рефлексію, яка полягає в ознайомленні клієнта з результатами діагностики. Вважаємо, що зміни самоствавлення клієнта можуть відбуватися вже на цьому етапі, враховуючи думку А. В. Колодяжної: «Зміна самоствавлення як змістового за своєю природою утворення протікає в процесі переосмислення особистості себе як суб'єкта взаємодії» [54, с. 154].

На початковому етапі як індивідуальної, так і групової терапії важливу роль відіграє саме діагностичне інтерв'ю, час якого визначається у попередній телефонній розмові, листуванні, спілкуванні в месенджерах тощо. Саме у телефонній розмові варто прояснити попередньо запит особи, щоб, у разі необхідності, спрямувати його/її до іншого спеціаліста – лікаря-ендокринолога, терапевта або психіатра, якщо проблема полягає не у «психологічній площині».

В якості ілюстрації далі по тексту наводимо окремі кейси.

К., 23 роки, звернулися рідні. «Якщо немає органічної їжі, то вона взагалі не їсть. Зараз знову не їла 4 дні. Останній раз їла гречку органічну з органічним маслом Гхі, які були куплені в іншій країні і привезені поштою. Потім, поївши, починає скаржитися, що ця їжа їй не підходить, що «все встало каменем, не перетравлюється, тому що немає овочів, фруктів, молочних продуктів». Змушує купувати дорогі органічні продукти, на які у нас немає коштів. Тепер хоче купити дорогу електричну сумку-холодильник і вимагає, щоб ми шукали водіїв / далекобійників, які будуть привозили їй в цій сумці (з іншої держави – примітка автора) органічні продукти, тобто заморожене м'ясо, молочку, фрукти і овочі, консервовані продукти – томатну пасту, яблучний оцет. Коли волаєш до здорового глузду, то все закінчується істерикою, голодуванням. Боїться бруду й фанатично миє руки по 30 хвилин, потім ополіскує їх чистою водою по 5 л. літрових банках з магазину, те ж саме з посудом, натирає все яблучним оцтом, спиртом, миє багато раз. Сама при цьому все це не робить, змушує робити мене. Через те, що ті схеми миття та прибирання кухні настільки витончені, що мені здається, що самій їй лінь це робити і набагато зручніше це отримати чужими руками. Наприклад, щоб приготувати в духовці м'ясо, потрібно 8-10 годин. Вона може 2-3 !!! години розглядати м'ясо на предмет бруду та іншого». В даному випадку очевидно, що проблема не у «психологічній площині», рекомендовано звернутися до психіатра по медикаментозну допомогу.

Обраний індивідуальний формат роботи не виключає використання програми і для групової роботи. У разі групової терапії на першій зустрічі

діагностика також відбувається індивідуально. Для формування максимально працездатної групи має бути не більше двох осіб з межовим розладом особистості: в іншому випадку група не спроможна плідно працювати. Під час першої зустрічі групи відбувається знайомство з ведучими, групою та зі структурою курсу. Обговорюється сеттінг – кількість зустрічей, їх формат, правила поведінки, які приймаються групою. Також обговорюється проведення зустрічей в онлайн-форматі з метою «зберегти стабільність терапевтичного сеттінгу та продовжити надання необхідної допомоги пацієнтам у таких складних умовах як карантин, фінансові втрати, неможливість зустрічей віч-на-віч» (Великодна, М. Я., & Франкова, І., 2020) тощо. Під час першої зустрічі роз'яснюються цілі курсу та відбувається ознайомлення з терапевтичним підходом.

Якісна терапія порушень харчової поведінки неможлива без детальної попередньої діагностики особливостей харчування, харчових звичок, тому необхідний відповідний надійний діагностичний інструментарій. Респондентам пропонувалася низка методик: Римська методика дослідження орторексії (ORTO-15), Опитувальник самоствавлення В.В. Століна, Опитувальник сприйняття власного тіла (О.А. Скугаревський, С.В. Сивуха), семантичний диференціал, асоціативний експеримент. За результатами методик проводилась бесіда.

Одним із цінних діагностичних інструментів в корекції порушень харчової поведінки є опитувальник IES-2 Трейсі Тілкі для оцінки харчової поведінки і пов'язаної з нею харчової інтуїції – «схильності людей слідувати власним фізичним ознаками голоду і ситості при визначенні того, коли і що їм з'їсти» [217]. Як показали численні дослідження, метод інтуїтивного харчування [216] має позитивну кореляцію з різними показниками психологічного здоров'я [220]. Впровадження інтуїтивного прийому їжі призводить до стабілізації ваги, поліпшенню психологічного здоров'я та зменшення симптомів нервової орторексії [114]. Оскільки в Україні опитувальник не був адаптованим, то після

отримання дозволу у авторки опитувальника професора Трейсі Тілка було проведено додаткову роботу з його адаптації.

Вибірка для роботи по адаптації складалася з основної та клінічної груп, основна була представлена 298 учасниками. Її склали учні шкіл та студенти вищих навчальних закладів різних регіонів України віком від 12 до 29 років (1) *Військовий інститут телекомунікацій та інформатизації імені Героїв Крут*; 2) *Київський університет імені Бориса Грінченка*; 3) *Київський військовий лицей імені Івана Богуна*). Середній вік випробовуваних склав $18,9 \pm 2,9$ років, середній індекс маси тіла (ІМТ) – $21,3 \pm 3,0$ кг / м². Серед даної групи 7 (2,4%) осіб мали виражений дефіцит маси тіла, 34 (11,4%) недостатню (дефіцит) масу тіла, 225 (75,8%) нормальну масу тіла, 28 (9,4%) надлишкову масу тіла, 3 (1,0%) ожиріння. В основній групі знаходилися 163 (55%) жінки середнім віком $19,1 \pm 3,12$ років і ІМТ – $20,6 \pm 2,9$ кг / м². У даній групі 5 (3,1%) осіб мали виражений дефіцит маси тіла, 28 (17,2%) недостатню (дефіцит) масу тіла, 116 (71,2%) нормальну масу тіла, 13 (8,0%) надлишкову масу тіла, 1 (0,6%) ожиріння. Також в основну групу входили 134 (45%) чоловіків, вік $18,6 \pm 2,5$ років, ІМТ – $22,1 \pm 2,9$ кг / м². Серед них 2 (1,5%) осіб мали виражений дефіцит маси тіла, 6 (4,5%) недостатню (дефіцит) масу тіла, 109 (81,3%) нормальну масу тіла, 15 (11,2%) надлишкову масу тіла, 2 (1,5%) ожиріння.

Клінічна група складалася з 73 осіб віком від 15 до 62 років, середній вік учасників становив – $30,8 \pm 9,8$ років. Дана група включала 71 (97%) жінку середнім віком $30,7 \pm 9,9$ років і 2 (3%) чоловіків віком $35,5 \pm 0,7$ років.

Середній ІМТ даної групи склав $29,2 \pm 7,7$ кг / м². Дана група була представлена пацієнтами з субклінічними проявами РХП (ED) – 55 (75,3%) осіб, нервовою анорексією (AN) – 6 (8,2%) осіб, нервовою булімією (BN) – 5 (6,8%) людини, нервовою анорексією з очисними процедурами (AN purg) – 3 (4,1%) людини, психогенним переїданням (BED) – 3 (4,1%) людини, межовим розладом особистості (PRL) – 1 (1,4%) людини.

На першу сесію-знайомство було виділено до 1,5 годин, щоб попередньо визначитися з запитом (що хоче отримати клієнт в результаті терапії),

уточненням запиту (що можна отримати в результаті терапії) та відповіді на запитання, які можуть виникати у клієнта стосовно сетінгу та методів роботи.

Можлива схема початку інтерв'ю: Які Ваші очікування від терапії? Як я зможу зрозуміти, що Вам стало краще? Що Ви вже випробували? Чи допомогло це вирішити Ваші проблеми? На що Ви заради цього пішли?

У випадку дуже низької ваги або (зі слів клієнта) сильного зниження ваги продовж останнього часу необхідно рекомендувати клієнту спершу звернутися до реабілітаційного центру, де працюють за протоколом MANTRA клініки Модслі [222], першою фазою якого є нормалізація ваги тіла, і вже після цього брати участь у корекційній програмі.

Починаючи з першої зустрічі, спеціаліст проводить роз'яснювальну, психоедукаційну роботу щодо міфів навколо «правильного харчування» та наводить наукові факти. Оскільки переважна більшість осіб налаштовані на короткострокову терапію, а від 30% до 40% (за різними оцінками), схильні переривати її без узгодження зі спеціалістом [201], терапевт одразу орієнтує особу на вісім терапевтичних зустрічей, мотивуючи його/її тим, що змінити життя на краще неможливо, якщо не контактувати з нашими природними емоційними сигналами, спеціально створеними для того, щоб інформувати нас про необхідність змін. Терапевт пропонує засвоїти гнучкий стиль харчування з опорою на відчуття голоду та ситості та довірою власному тілу, відновити зв'язок з тілом, втрачений завдяки впливу дієтичній індустрії, й отримати, в результаті, краще самопочуття й усвідомлення себе як достатньо хорошої людини, гідної хорошого життя. Тобто, основною задачею психотерапії є покращення якості життя людини.

Під час діагностичної зустрічі психотерапевт цікавиться емоційним станом особи «на сьогодні», й ситуацією зі сном – як відомо, порушення емоційного стану провокують порушення сну [138]. Інформацію щодо режиму сну можна надалі використовувати як своєрідний індикатор психоемоційного стану.

Другий модуль, психоедукаційно-терапевтичний, складено на основі матеріалів вітчизняних та зарубіжних програм (Е. Ільїн, Е. Тріболі, Е. Реш, М. Ліннехан, К.Нефф, Amy Claire McMurtrie, Katherine Jordan)

Метою модуля є поглиблення самоусвідомлення та, завдяки цьому, ініціювання нової, більш ефективної поведінки; сприяння поліпшенню харчової інтуїції, що включає розвиток інтероцептивної усвідомленості, співнастроєності з відчуттями тіла, використання їжі для задоволення фізичних, а не емоційних потреб, збільшення довіри до сигналів власного тіла, гармонізації відносин учасників Програми до себе та оточення через гармонізацію Я-образу. Використовуються вправи, що розвивають навички фокусуватися на поточному досвіді і відчуттях у всій їхній повноті, або «тут і тепер». («Дихання», «Сканування тіла», «5 почуттів», «Просто помічати», «Почистити цибулину»).

Щодо змістової основи модуль складається з 8 сесій раз на тиждень, тривалістю до 1 години кожна.

Кожна терапевтична зустріч починається з практики уважності (“Mindfulness”), 3-5 хвилин + 2 хвилине обговорення. Практика уважності “Mindfulness” (зазвичай передається терміном «безоцінне усвідомлення») – це «процес, при якому увага спрямовується на справжній момент, людина сприймає те, що зараз відбувається в її внутрішньому або зовнішньому світі і прагне при цьому до безоцінності й прийняття» [64].

Рекомендовані практики “Mindfulness” (Додаток В10): «Конвеєр», «Повітряні кульки», «Кольорове повітря», «Концентрація на звуках», «Я, що спостерігає», «Сканування тіла», «Концентрація на диханні», «5 почуттів».

На кожній терапевтичній зустрічі наводиться короткий психоедукаційний фрагмент з біосоціальної теорії М. Ліннехан, теорії емоцій за М. Ліннехан та Е.П. Ільїним.

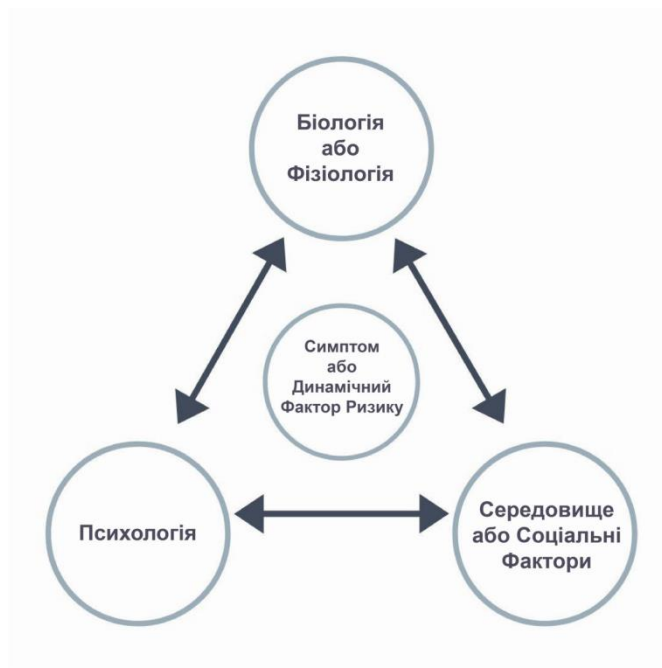


Рис. 3.1. Формування порушень емоційної регуляції за біосоціальною теорією.

На рисунку ми бачимо, що, згідно з біосоціальною теорією, розлад саморегуляції, (зокрема, емоційної регуляції), як симптом, є результатом біологічних порушень в поєднанні з певним впливом соціальних факторів (дисфункціонального середовища), а також їх взаємодії і транзакцій з плином часу.

Структура психоедукаційно-терапевтичного модулю.

Перша сесія. Після практики уважності та обговорення пропонується вправа «Родзинка» (Додаток В10). *Мета:* отримати досвід сприйняття родзинки безоціночно. *Коментар:* Спочатку учасникам важко включитися в роботу, сприймати родзинку без внутрішніх оцінок (подобається, сумно) – незвична форма діяльності.

«Написання обома руками». *Мета:* розуміння учасниками необхідності вироблення навичок. *Хід:* на аркуші паперу записати своє ім'я та прізвище спочатку ведучою, потім не ведучою рукою й розглянути написане. Чи є різниця, в чому вона? *Коментар:* аналіз допомагає з'ясувати те, що мозок знає процедуру написання та вигляд літер. Однак одна з рук постійно писала, інша – ні. Таким

чином робиться висновок про те, що щоб виробити навичку, необхідно повторювати вправи.

«Харчовий щоденник». Роз'яснення щодо емоційного харчового щоденника – одного з найважливіших інструментів терапії харчових порушень. *Мета:* пошук проблемних ситуацій, розуміння структури поведінки, психоедукація емоцій, виявлення автоматичних думок, правил і переконань, вихід на роботу з автоматичними думками. *Коментар:* ведення щоденника допомагає ввести до зони усвідомлення непомітні процеси, відслідкувати харчові звички й емоційний стан тощо. У ньому зазначається час, місце прийому їжі, оцінка до та після їжі за шкалою голоду-насичення (за Е. Тріболі, Е. Реш), емоції та ситуація.

Обговорення шкали:

10 – так неприємно, що відчуваєтеся хворим

9 – дуже некомфортно, шлунок болить (відчуття хворобливої роздутості, нудоти)

8 – ситість «по вінця» (відчуття важкості, сонливості)

7 – помірна ситість. Задоволення, комфорт, наповненість, можливо, навіть невеликий дискомфорт

6 – задоволення. Ви повністю задоволені, приємна ситість (знайдеться місце ще для кількох шматочків).

5 – комфортні відчуття, ані голод, ані ситість

4 – перші ознаки голоду. Починаєте відчувати голод.

3 – голод. Дійсно голодні, готові їсти, відсутні сильні ознаки голоду

2 – сильний голод. Ви роздратовані, надзвичайно голодні, енергія низька, сильне гарчання в животі/ відчуваєте сильні голодні спазми.

1 – вмираю від голоду. Неможливість наїстися, порожнеча, слабкість, запаморочення.

Домашнє завдання: читати книгу «Тіло, їжа секс та тривога» Ю. Лапіної, кожен день робити практику уважності, вести харчовий щоденник (за наданим зразком заповнюється весь тиждень і надсилається електронною поштою напередодні зустрічі). Терапевт аналізує щоденник до або під час зустрічі та дає зворотній зв'язок з приводу помічених закономірностей.

Харчовий щоденник С., 29 років, після складної ситуації на роботі.

Час	Прийом їжі	місце	до	після	Ситуація, емоції
15.00	Рибний суп, чорна булочка на грилі	вдома	3	8	Невелике почуття голоду, із задоволенням поїла теплий суп, не поспішаючи насолоджувалася хлібом, думала про те, як добре їсти по голоду, а не по калоражу, настрої був зіпсований, плакала по дорозі додому, відчувала, що не хочу спілкування з близькими людьми, не зустрічаюся з подругами, нікуди не ходжу бо не хочу, і часто допомагаю тим, хто не просить допомоги
19.00	3 часточки яблука, 1 маленький гранат	вдома	5	7	Говорила з подругою по телефону, відразу не хотіла, потім розговорилися, плакала багато, говорили про моє життя, розболілася голова в кінці, заспокоїлася, навіть сміялася. Після розмови стало легше, але сил не стало, перекусила, стало добре.

Коментар: очевидно, що емоційно складна робоча ситуація гнітить, але харчова інтуїція не втрачена – С. відчуває, що потребує теплого та рідкого. Обід був легким, не ситним, між ним та вечерею пройшло достатньо часу, однак на вечерю, керуючись ідеєю «корисності», вона обирає легкий перекус фруктами. Зв'язок між недостатньою кількістю їжі, емоційною вразливістю та головним болем С. знаходить самостійно.

Друга сесія. Після практики уважності та обговорення домашнього завдання пропонується вправа «Ваша дієтична історія» – як дієти вплинули на ваше життя, та особиста вигода у відмові від дієт. Наголошується, що практики усвідомлення допомагають знаходитися у моменті «тут та тепер», не забігаючи думками наперед або згадуючи минуле; дозволяють звернутися до себе, розпізнавати різницю між почуттями та думками. Домашнє завдання: практика уважності, щоденник самоспостережень.

«Дієтична історія Т.». Їй 51 рік, розлучена, має дитину, 34 бали за методикою «ОРТО-15», ставлення до власного тіла позитивне – 4 за методикою образу

тіла Скугаревського-Сивухи. Висока й худа, візуально з нестачею ваги (пізніше підтверджено, що ІМТ недостатній), з сухою шкірою блідо-землистою кольору. Тривожна й гіперчутлива, скаржиться на постійну тривогу, поганий сон, непорозуміння з оточуючими. Говорить постійно про їжу, наприклад: «Вчора я змолола в блендері стеблі зелені з кедровими горішками і так наїлася, це так смачно! А вчора...». Т. виключила з раціону м'ясо у всіх видах, харчується переважно крупами та овочами, яйця намагається купляти домашні, але не завжди є час та можливість, за відсутністю домашніх яєць не їсть ніяких. Рибу й морепродукти купує зрідка, не вистачає коштів. Асоціації зі словом їжа: будинок, сімейне спілкування, естетика зрілих овочів-фруктів-зелені, аромати свіжонарізаних овочів-зелені, естетика подачі страви, любов в приготуванні особливого для близьких, тепле відчуття всередині, замружені від задоволення очі, відпочинок, натхнення, зустріч. Перебуває в соціальній ізоляції.

Коментар: Т. концентрує всю свою увагу на «правильному харчуванні» - важливою є отримувана від їжі користь, тоді як соціальна складова споживання їжі не має значення. Очевидно недоотримує нутрієнтів, що спричиняє тривожність, критичність до власного стану низька. Психотерапевтичне втручання рекомендовано після консультації лікаря загальної практики та контролю аналізів.

Третя сесія. Після практики уважності – обговорення домашнього завдання, відповідь на можливі запитання, обговорення складностей. Пропонується вправа «Сканування тіла» з подальшим обговоренням.

Мета: Навчитися фокусувати увагу, вступати в контакт зі своїм тілом, з безпосереднім досвідом власних фізичних відчуттів; навчитися використовувати інтуїтивний, невербальний метод пізнання. *Хід:* Можливі запитання: які почуття виникають; чи були зміни в переживаннях; чи були частини тіла, які було важко відчувати; чи було щось приємне; як відчувався живіт. *Коментар:* у осіб з порушеною харчовою поведінкою вправа може викликати напругу, тому важливо робити її довго, від 10 хвилин чи більше, щоб напруга зникла.

(Можливий варіант виконання – з обмацуванням тіла). Домашнє завдання: практика уважності, вправа «Сканування тіла», щоденник самоспостережень.

Четверта сесія. Після практики уважності – обговорення домашнього завдання, прочитаної книги, відповідь на можливі запитання. Знайомство з фізичними відчуттями, які пов'язані з біологічними сигналами та станами тіла та подальший аналіз спів настроєності. Вправа на розпізнавання різниці між почуттями та думками. Починається як «Сканування тіла», при цьому намагаємось помітити, як думки змінюють відчуття. *Мета:* навчитися диференціювати відчуття та думки. *Хід:* Натрапивши на негативну думку, виписуємо її разом з відчуттями. Робимо невеличку паузу і виписуємо протилежну думку, спостерігаючи, як змінюються відчуття. *Коментар:* доходимо до висновку, що негативні думки про себе знаходяться у «зоні комфорту», оскільки їх мислили мало не все життя. Щоб покинути цю зону та змінити відчуття, необхідно трохи ослабити контроль.

	Думки	Відчуття
+	Дуже хотілося їсти, але не стала їсти перед тренуванням, щоб не стало погано. Здивована, що зараз треба менше їжі, щоб відчути насичення. Задоволена, що можу залишити їжу на тарілці і її не шкода	Підсмоктування у шлунку
-	Хаос, чим сьогодні корисним зайнятися, можливо, англійською? Чомусь сильний голод зранку, давно такого не було. Роздратування на себе – лінуюся, гаю час.	Легкий головний біль у потилиці

З С., 29 років – після вправи помітила, що під час «сканування» животу з'являються думки про їжу, головний біль нагадав про роздратування й незадоволення собою, як «лінивої й недостатньо зайнятою корисними справами».

В кінці зустрічі обговорення, що з'явилося нового. Після того, як у безпечному, захищеному просторі психотерапевтичного кабінету вдалося

розпізнати сигнали тіла, клієнт зможе робити це у повсякденному житті. Домашнє завдання: практика уважності, вправа «Сканування тіла», щоденник самопостережень.

П'ята сесія. Після практики уважності – обговорення домашнього завдання, прочитаної книги, відповідь на можливі запитання. Роз'яснення принципів уважності, за Джоном Кабат-Зінном:

- Безоціночність (Non-judging) – нейтральність щодо цінностей, відкритість;
- Розум новачка (Beginner's mind) – все бачу вперше;
- Терпіння (Patience) – відкритість до того, що відбувається;
- Довіра (Trust);
- Прийняття (acceptance) – готовність бачити речі такими, якими вони є;
- Радикальне прийняття (Radical acceptance) – дати цьому відбуватися, тут і тепер; це не означає здатися, а йти назустріч тому, що відбувається;
- Любов та співчуття (стосовно себе – ніжно, дбайливо ставитися до себе).

Вправа на розглядання предмета (Додаток В10).

Домашнє завдання: практика уважності, робити звичайні речі з уважністю, щоденник самопостережень.

Шоста сесія. Після практики уважності – обговорення домашнього завдання, прочитаної книги, відповідь на можливі запитання. Тема зустрічі – подолання стресових ситуацій та зниження рівня стресу шляхом практик уважності. Психоедукаційний блок про біосоціальну теорію порушень харчової поведінки. Вправа: розбір нещодавньої ситуації за ланцюговою схемою (рис. 3.2)



Рис. 3.2. Скорочена ланцюгова схема розбору проблемної поведінки

Вразливість: чи був учасник терапії додатково вразливий – можливо, недостатній сон, хвороба, голод, перевтома.

Тригер: яка подія запустила стресову реакцію.

Наслідки: Що відбулося після тригерної ситуації, і які короткострокові та довгострокові наслідки вона мала на життя особи.

Обговорення, що можна було зробити на кожному етапі. Імплементація нового досвіду в життя.

Фрагмент із щоденника І., 26 років, аналіз конфлікту з чоловіком.

Час	Прийом їжі	місце	До	Після	Ситуація, емоції
08.00	Гранола, йогурт	вдома	3	6	Загалом в процесі хвороби, коли готувати не просто лінь, а зовсім немає сил на те, щоб навіть рухатися, зрозуміла, що потрібна завжди готова їжа, тому зробила гору граноли на випадок голоду. Їла і не відчувала смак.

Вразливість І. у даному випадку пов'язана з хворобою та голодом, у ході розбору за ланцюговою схемою з'ясувалось, що тригером стала телефонна розмова чоловіка. Висновок – знизити вразливість можна, заздалегідь приготувавши просту й доступну їжу; помітивши, як спалахує гнів, можна зробити будь-яку з практик уважності («дихання», «спостерігання за звуками», «сканування тіла», «конвеєр» тощо).

Домашнє завдання: практика уважності, робити звичайні речі з уважністю (ходьба), щоденник самоспостережень.

Сьома сесія. Після практики уважності – обговорення домашнього завдання, відповідь на можливі запитання. Оцінка турботи про себе з подальшим аналізом вміння піклуватися про себе. Вправа: складання розпорядку дня з подальшим обговоренням, на якому етапі можна додати ще турботи про себе. Приклади: міні сканування тіла після пробудження, усвідомлене дихання,

сніданок, створення більш затишного простору вдома або на роботі, у перервах – усвідомлене споглядання тощо. Вправа: «Співчутливий лист до самого себе».

Домашнє завдання: практика уважності, щоденник самоспостережень, робити звичайні речі з уважністю (вмивання, душ). Повторне проходження методик для оцінювання ефективності програми: Опитувальник самоствавлення В.В. Століна, Римська методика дослідження орторексії (ORTO-15), Опитувальник сприйняття власного тіла (О.А. Скугаревський, С.В. Сивуха), Семантичний диференціал, асоціативний експеримент.

Восьма сесія. Після практики уважності – обговорення домашнього завдання й результатів методик, відповідь на можливі запитання. Обговорення реалізації первинного запиту учасника та необхідність індивідуальної додаткової терапії по завершенню програми. Можливо, чогось не вистачило, і залишилась складність (у ланцюговому аналізі ситуацій, практиках усвідомленості тощо), у такому разі на останній зустрічі можна ще раз доопрацювати цей момент. Підведення підсумків дев'яти тижнів роботи: що відбулося нового, важливого для учасника програми, які зміни були важливими тощо.

Прогнозований результат програми: усвідомлення власного емоційного статусу, розвиток харчової інтуїції, набуття навичок вирішення складних емоційних ситуацій не за рахунок харчових обмежень.

Таким чином, розроблена Програма корекції процесів самоусвідомлення осіб з орторексичними порушеннями харчової поведінки складалася з двох модулів – діагностичного та психоедукаційно-терапевтичного. Метою діагностичного модуля є ретельна діагностика учасника програми. Метою психоедукаційно-терапевтичного модуля є: знайомство з біосоціальною теорією та теорією емоцій, що дозволяє усвідомлювати емоційний досвід, використовувати емоції як підказки й орієнтири людського життя; розвиток інтероцептивної усвідомленості, що включає сприяння поліпшенню харчової інтуїції; поглиблення самоусвідомлення та, завдяки цьому, ініціювання у безпечному терапевтичному просторі нової, більш ефективної поведінки й подальшої імплементації її у повсякденне життя.

3.3. Оцінка ефективності Програми корекції процесів самоусвідомлення осіб з орторексичними порушеннями харчової поведінки

В експерименті брали участь *особи з різним рівнем проявів* орторексичного порушення харчової поведінки – показники методики ORTO-15 варіювалися від 31 до 40 балів, тобто нижче діагностичного порогу в 40 балів, який визначає умовну «норму», здоровий інтерес до харчування. У повторній діагностиці отримано результати тестувань 70 осіб. У складі експериментальної групи було представлено 35 осіб з проявами орторексії (вік 23-48 років), із них 28 жінок (80 %) та 7 (20 % чоловіків). Контрольна група також складалася з 35 осіб (віком 23-53 років) з проявами орторексії (77% жінок, 23% чоловіків). Робота проводилася індивідуально в період з 2018 по 2020 рік, 1 раз на тиждень за авторською Програмою.

На етапі формувального експерименту з метою отримання початкових та кінцевих замірів було використано низку психодіагностичних методик, які дозволили проаналізувати ефективність програми корекції порушень харчової поведінки: *Римський опитувальник нервової орторексії ORTO-15, Шкала інтуїтивного харчування-2 (Intuitive Eating Scale-2), «Опитувальник образу свого тіла» (ООСТ) О. А. Скугаревського, С. В. Сивухи, «Опитувальник самоставлення» В. В. Століна, асоціативний експеримент, вербальний семантичний диференціал.*

Методи обробки. Для оцінки ефективності психотерапевтичного впливу було порівняно діагностичні показники на вході в терапію та після проходження однієї діагностичної та восьми терапевтичних сесій. Для порівняльного аналізу використано парний t-критерій Стьюдента (розрахунки в програмі SPSS).

Критерієм досягнення бажаного результату корекції є:

1) зростання показників харчової інтуїції від низького рівня до середнього та вище (низький рівень ІХ становить від 2,3 до 3,13; середній рівень ІХ – 3,14–3,7; рівень ІХ вище середнього – 3,71–4,6; високий рівень ІХ – 4,7–5).

За результатами формувального експерименту отримано підвищення рівня ХІ (з $2,60 \pm 0,54$ до $3,13 \pm 0,79$).

2) Як наслідок зростання показнику ІХ – послаблення орторексичних тенденцій у поведінці.

Вираженість орторексичних патернів поведінки учасників зменшується (з 35,63 до 39,97).

3) Зростання глобального самоствавлення особистості та підвищення рівня аутосимпатії, зниження самозвинувачення. За результатами формувального впливу отримано:

Підвищення загального показника – глобального самоствавлення (з $68,07 \pm 27,39$ до $73,99 \pm 27,18$); зниження рівня самозвинувачення (з $59,81 \pm 30,68$ до $47,79 \pm 27,88$).

Результати формувального експерименту демонструють суттєві зміни особистісних показників респондентів в експериментальній групі (ЕГ) та відсутність статистично значущих змін у показниках респондентів контрольної групи (КГ). Результати дозволяють впевнено стверджувати, що внаслідок корекційно-формувального впливу сприйняття себе (самоусвідомлення) учасників програми трансформується і стає більш благополучним. Далі детально розглянемо зміну показників експериментальної групи.

Результати проведеного дослідження.

Крок перший. За результатами Римського опитувальника нервової орторексії відбувся значущий зсув даних (рис. 3.3).

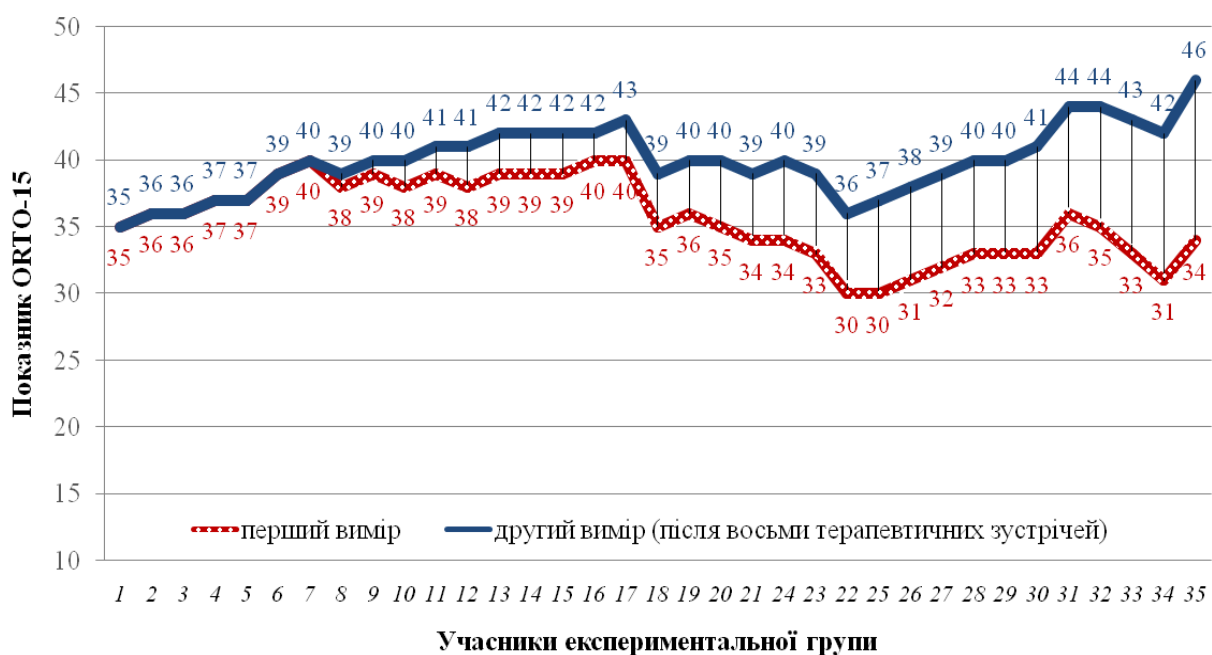


Рис. 3.3. Зсув індивідуальних показників ORTO-15 в результаті корекційно-формувального впливу

Результативність впливу можна оцінити за даними частотного аналізу. Було підраховано величину зростання показника ORTO-15, в якості кроку для вимірювання використано величину стандартного відхилення за методикою (4 бали). Як видно з таблиці 3.1, загалом 80 % учасників демонструють більш чи менш виражене зростання оцінок, що свідчить про зменшення орторексичних тенденцій у поведінці.

Таблиця 3.1

Результативність терапевтичного впливу за показниками методики ORTO-15 (n=35)

Результативність впливу	Кількість учасників	% в групі
немає покращення	7 осіб	20,00
зростання на 1-4 бали	12 осіб	34,29
зростання на 5-8 балів	12 осіб	34,29
зростання на 9-12 балів	4 особи	11,42

При цьому у дев'яти осіб спостерігається перехід від дуже низьких оцінок (31-35 балів) до показника, що перевищує порогове значення методики ORTO-15, тобто 40 і більше балів. Таким чином, у 25,71 % групи результати діагностики засвідчують подолання орторексичного розладу впродовж однієї діагностичної та восьми терапевтичних сесій.

Середньогруповий показник за методикою виріс більше ніж на 4 бали. Перевірка за допомогою парного t-критерію Стьюдента показала, що ці зміни є статистично значущими ($t = -7,42$, $p = 0,000$) (табл.3.2).

Таблиця 3. 2

Порівняльний аналіз вираженості орторексичних тенденцій в групі до та після психотерапевтичного впливу (n=35)

Статистика показників ORTO-15	Перший діагностичний вимір	Другий діагностичний вимір	Значущість зсуву даних
Середнє	35,63	39,97	t= -7,418 df=34 p=0,000*
стандартне відхилення	3,02	2,54	
стандартна помилка	0,51	0,43	

Примітка: $p \leq 0,05$ дозволяє відхилити нульову гіпотезу про схожість вибірок і зробити висновок про суттєві відмінності вимірюваної ознаки до та після психотерапії.

Крок другий. Оцінка харчової інтуїції за допомогою Шкали інтуїтивного харчування показала значуще зростання за всіма показниками. Це засвідчує результативність роботи, спрямованої на поліпшення харчової інтуїції, що включала розвиток інтероцептивної усвідомленості, співнастроєності з відчуттями тіла, використання їжі для задоволення фізичних, а не емоційних потреб, збільшення довіри до сигналів власного тіла (табл.3.3).

Таблиця 3.3

Порівняльний аналіз вираженості інтуїтивного харчування в групі до та після психотерапевтичного впливу (n=35)

Шкала методики IES-2 (шкала інтуїтивного харчування-2)	Перший діагностичний вимір	Другий діагностичний вимір	Значущість зсуву даних
Безумовний дозвіл на прийом їжі	2,79 ± 0,81	3,34 ± 0,94	t= -2,86 p=0,007*
Їжа з фізіологічних, а не зовнішніх або емоційних причин	2,23 ± 0,80	2,91 ± 0,88	t= -3,65 p=0,001*
Чутливість до сигналів голоду та ситості	2,45 ± 0,70	3,15 ± 1,11	t= -5,51 p=0,000*
Гармонія їжі та тіла	2,89 ± 0,95	3,39 ± 0,83	t= -3,15 p=0,003*
Загальний показник	2,60 ± 0,54	3,13 ± 0,79	t= -4,05 p=0,000*

Примітка: $p \leq 0,05$ дозволяє відхилити нульову гіпотезу про схожість вибірок і зробити висновок про суттєві відмінності вимірної ознаки до та після психотерапії.

В окремих випадках спостерігалось незначне зниження загального показника інтуїтивності харчування, що можна пояснити підвищенням інтероцептивної чутливості після терапевтичного впливу, що дало змогу уважніше до себе заповнити опитувальники, тоді як до встановлення клієнт-терапевтичних стосунків та проходження корекційної програми деякі з респондентів заповнювали їх з меншим розумінням себе та сигналів власного тіла (рис. 3.4).



Рис. 3.4. Зсув індивідуальних показників за Шкалою інтуїтивного харчування в результаті корекційно-формульовального впливу.

Крок третій. Результати Опитувальника сприйняття свого тіла при першому тестуванні були виключно високими – більше половини учасників (51,43 %) мали показник 9 стенайнів, що свідчить про крайній ступінь незадоволеності власною зовнішністю і дисгармонії із власним тілом. Даний критерій не є обов'язковою ознакою орторексії, однак, оскільки за результатами діагностики він був притаманний значній частині вибірки, фокус терапії також був спрямований на розвиток поваги до тіла, самоспівчуття та зниження рівня самозвинувачення. Впродовж формульовального впливу у 12 осіб (34,29 % групи) показники залишились на тому самому рівні, у решти відбулося зниження до середнього рівня (рис. 3.5).

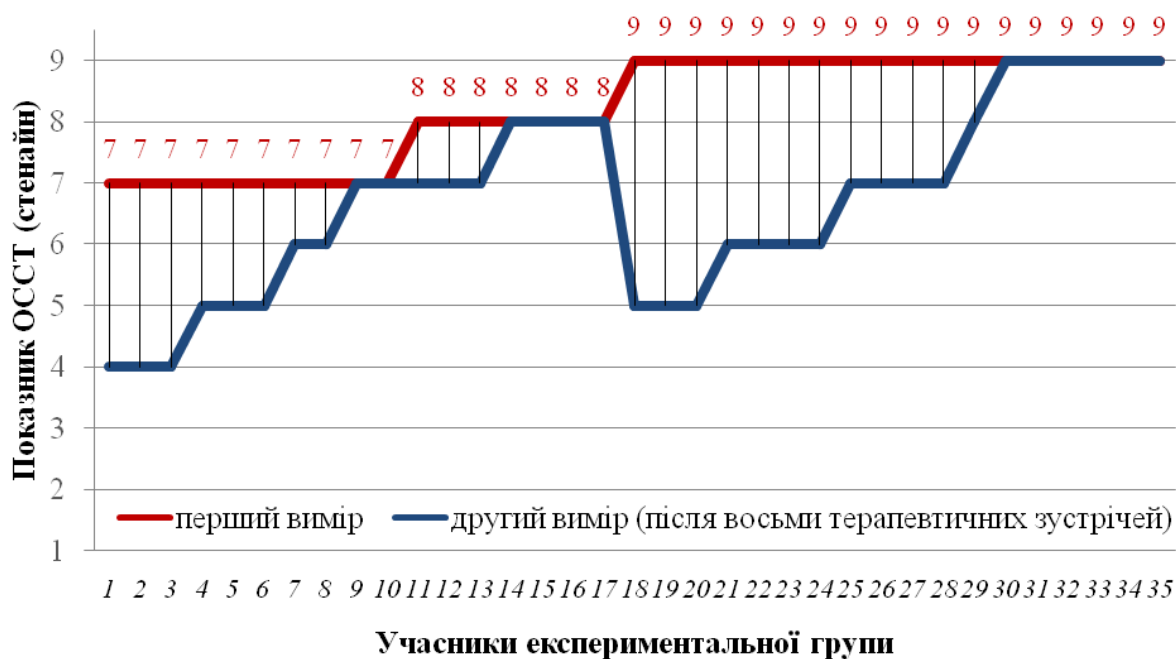


Рис. 3.5. Зсув індивідуальних показників за Шкалою інтуїтивного харчування-2 в результаті корекційно-формульовального впливу.

Статистична достовірність зсуву складає 0,000 ($t=6,71$, Додаток В17), отже результати експериментальної групи до та після психотерапевтичного втручання значуще відрізняються. Отриманий результат можна пояснити тим, що відбулася певна *нормалізація* самооцінки (це викликає питання про відповідні зміни самоставлення та самосприйняття).

Крок четвертий. Повторна діагностика показала достовірні зміни самоствавлення на усіх структурних рівнях (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Порівняльний аналіз структурних компонентів самоствавлення в групі до та після психотерапевтичного впливу (N=35)

Шкали опитувальника самоствавлення В. В. Століна	Перший діагностичний вимір	Другий діагностичний вимір	Значущість зсуву даних
Шкала S – глобальне самоствавлення	68,07 ± 27,39	73,99 ± 27,18	t= -2,07 p=0,046*
Шкала I – самоповага	52,60 ± 32,17	55,17 ± 32,32	t= -0,80 p=0,427
Шкала II – аутосимпатія	53,42 ± 24,82	71,09 ± 26,25	t= -3,91 p=0,000*
Шкала III – очікуване ставлення від інших	64,26 ± 27,86	54,01 ± 23,24	t= 2,22 p=0,033*
Шкала IV – самоінтерес	71,48 ± 32,51	79,20 ± 29,59	t= -2,36 p=0,024*
Шкала 1 – самовпевненість	60,50 ± 30,12	63,34 ± 28,53	t= -0,74 p=0,466
Шкала 2 – очікуване ставлення інших	49,83 ± 22,36	46,14 ± 21,25	t= 1,20 p=0,238
Шкала 3 – самоприйняття	61,72 ± 27,11	72,19 ± 31,53	t= -2,03 p=0,050*
Шкала 4 – самокерівництво	59,16 ± 23,98	63,38 ± 19,38	t= -1,46 p=0,153
Шкала 5 – самозвинувачення	59,81 ± 30,68	47,79 ± 27,88	t= 2,44 p=0,020*
Шкала 6 – самоінтерес	71,36 ± 24,29	78,58 ± 28,45	t= -1,84 p=0,074
Шкала 7 – саморозуміння	45,89 ± 25,86	59,13 ± 23,62	t= -3,90 p=0,000*

Примітка: $p \leq 0,05$ дозволяє нам відхилити нульову гіпотезу про схожість вибірок і зробити висновок про суттєві відмінності вимірної ознаки до та після психотерапії

Внаслідок психотерапевтичного впливу глобальне самоствавлення особистості значно поліпшилось ($p=0,046$). На функціональному рівні відбулося виражене зростання рівня аутосимпатії ($p=0,000$) та самоінтересу ($p=0,024$), тоді як покращання аутосимпатії є основою для розвитку стійкої адекватної самооцінки та сприяє розвитку психічного здоров'я.

Цікаво, що при цьому знизився рівень очікуваного позитивного ставлення від інших людей ($p=0,033$), що можна пояснити зростанням довіри до себе, прийняттям власних переваг та недоліків. Поглиблення знань та уточнення уявлень про себе, їх адекватне переосмислення призводять до формування автономності, особистісної зрілості. Особа, що пройшла психотерапію, просто не має вираженої потреби у схваленні з боку інших, що впливає на рівень відповідних очікувань.

З таблиці 3.4 також бачимо, що на рівні конкретних дій стосовно власного «Я» після проходження терапії достовірно зменшується схильність до самозвинувачення ($p=0,020$), зростає рівень самоприйняття ($p=0,050$). Найвиразніші зміни стосуються саморозуміння ($p=0,000$) – людина «приходить до ладу» сама із собою.

Слід зазначити, що рівень самоповаги, самовпевненості та самокерівництва при повторному тестуванні достовірно не змінився ($p>0,05$).

Отримані результати дозволяють впевнено стверджувати, що внаслідок корекційно-формуваального впливу сприйняття себе (самоусвідомлення) учасників програми трансформується і стає більш благополучним.

Крок п'ятий. За результатами дослідження семантичних просторів сприйняття їжі до та після проходження психотерапії чітких закономірностей не виявлено. Безперечно, що ставлення респондентів до смислового конструкту «їжа» змінюється, але напрямки цих змін індивідуальні.

Що стосується контрольної групи, як видно з таблиці 3.5, вираженої різниці у значимих для нас показниках немає.

Таблиця 3.5

Порівняльний аналіз показників контрольної групи

	Перший діагностичний вимір	Другий діагностичний вимір	Значущість зсуву даних
ORTO-15	37,52 ± 3,50	37,47 ± 3,57	$p=0,791$
Безумовний дозвіл на прийом їжі	3,50 ± 0,72	3,22 ± 0,77	$p=0,101$
Їжа з фізіологічних, а не зовнішніх або емоційних причин	3,66 ± 0,67	3,51 ± 0,69	$p=0,446$
Чутливість до сигналів голоду та ситості	3,88 ± 0,79	3,64 ± 1,21	$p=0,141$

	Перший діагностичний вимір	Другий діагностичний вимір	Значущість зсуву даних
Гармонія їжі та тіла	3,57 ± 0,69	3,43 ± 1,11	p=0,513
Загальний показник	3,66 ± 0,54	3,44 ± 0,60	p=0,140
Опитувальник сприйняття свого тіла	5,11 ± 1,74	4,76 ± 1,89	p=0,250
Шкала S – глобальне само ставлення	93,07 ± 6,17	91,13 ± 9,18	p=0,257
Шкала I – самоповага	86,00 ± 12,68	84,32 ± 13,94	p=0,342
Шкала II – ауто симпатія	90,02 ± 8,97	86,00 ± 16,42	p=0,236
Шкала III – очікуване ставлення від інших	72,25 ± 13,15	74,70 ± 18,47	p=0,482
Шкала IV – само інтерес	86,21 ± 18,49	80,90 ± 23,43	p=0,112
Шкала 1 – самовпевненість	78,35 ± 12,90	76,51 ± 13,45	p=0,488
Шкала 2 – очікуване ставлення інших	48,43 ± 17,04	52,21 ± 17,74	p=0,131
Шкала 3 – само прийняття	93,51 ± 9,51	95,84 ± 7,64	p=0,214
Шкала 4 – самокерівництво	74,14 ± 13,26	70,41 ± 12,12	p=0,248
Шкала 5 – самозвинувачення	27,46 ± 18,09	34,37 ± 23,52	p=0,155
Шкала 6 – само інтерес	92,61 ± 16,42	81,71 ± 23,61	p=0,011
Шкала 7 – само розуміння	80,57 ± 17,12	79,04 ± 16,14	p=0,596

Примітка: розрахований парний t-критерій Стьюдента; $p > 0,05$ дозволяє нам прийняти нульову гіпотезу про схожість вибірок

Однак, за шкалою 6 (методика самоствавлення В.В. Століна) можна помітити *зниження самоінтересу*. Цей факт можна пояснити тим, що спочатку участь у психологічному дослідженні (інтерес з боку експериментатора) зумовила підвищені оцінки, потім без підкріплення цей ефект зникає. Тоді як в експериментальній групі, де формується терапевтичний альянс, даного явища не спостерігається.

Таким чином, Програма корекції процесів самоусвідомлення осіб з орторексичними порушеннями харчової поведінки, у впровадженні якої біло задіяно 70 осіб з різним рівнем проявів орторексичних порушень харчової поведінки показала суттєві зміни в самоусвідомленні респондентів контрольної групи. Задіяні діагностичні методики («Римський опитувальник нервової орторексії» ORTO-15, «Шкала інтуїтивного харчування-2» (Intuitive Eating Scale-2), «Опитувальник образу свого тіла» (ООСТ) О. А. Скугаревського, С. В. Сивухи, «Опитувальник самоствавлення» В. В. Століна, асоціативний експеримент, вербальний семантичний диференціал) показали доцільність їх використання для оцінки ефективності програми. Наслідки терапевтичного впливу виявилися у межах очікуваних результатів.

Висновки до розділу 3

За результатами формувальної частини експерименту підтверджено робочу гіпотезу про те, що поглиблення самоусвідомлення осіб з орторексією шляхом підвищення харчової інтуїції призводить до зменшення орторексичних ознак і покращення якості життя. Доведено, що саме харчова інтуїція, яка включає в себе розвиток інтероцептивної усвідомленості, співнастроєності з відчуттями тіла, використання їжі для задоволення фізичних, а не емоційних потреб, збільшення довіри до сигналів власного тіла, сприяє гармонізації відношення до себе та оточення через гармонізацію Я-образу.

Програму корекції процесів самоусвідомлення осіб з орторексичними порушеннями харчової поведінки (ПКПС), складену у 2018 році було успішно реалізовано. Результатами підтверджено обґрунтованість зазначених напрямків корекції процесів самоусвідомлення осіб з орторексичними порушеннями харчової поведінки й засвідчено достатньо високу ефективність вказаної програми.

Дані формувального експерименту переконливо показали суттєві зміни особистісних показників респондентів в експериментальній групі (ЕГ), які відобразилися у помітному зростанні загального показника – глобального самооставлення та підвищенні харчової інтуїції. В той же час вираженість орторексичних патернів поведінки та рівень самозвинувачення мали тенденцію до зниження. Все вищевикладене дозволяє стверджувати, що внаслідок корекційно-формувального впливу сприйняття себе (самоусвідомлення) учасників програми трансформується і стає більш благополучним.

У показниках респондентів контрольної групи (КГ) спостерігалася відсутність статистично значущих змін щодо глобального самооставлення, самозвинувачення та вираженості орторексичних патернів. Слід визнати, що у названій групі за методикою самооставлення В.В. Століна відбулося зниження самоінтересу. Цей факт пояснюється тим, що спочатку участь у психологічному

дослідженні (інтерес з боку експериментатора) зумовила підвищені оцінки, робота не мала подальшого продовження, тому ефект зник без підкріплення. В той же час в експериментальній групі, де сформувався міцний, надійний терапевтичний альянс, даного явища не спостерігалось.

За даними порівняльного аналізу виявлено тенденцію до позитивних змін в стані самоусвідомлення учасників експериментальної групи – зростання рівня самоінтересу, самосимпатії, самоприйняття та задоволеністю собою, нормалізація самооцінки супроводжувалася зменшенням схильності до самозвинувачення. Спостерігалось подолання орторексичних поведінкових порушень, зростання харчової інтуїції, що забезпечило задоволеність якістю життя. Такої ж динаміки змін у контрольній групі не відбулося.

Таким чином, основним завданням психокорекційного супроводу орторексичних порушень харчової поведінки вбачаємо створення оптимальних умов для зростання інтероцептивної усвідомленості та харчової інтуїції, розвитку поваги до тіла, самоспівчуття й зниження рівня самообвинувачення, що разом призводить до поглиблення самоусвідомлення.

Матеріали даного розділу висвітлені в публікаціях автора:

2. Фатєєва М.С. Перспективи дослідження особливостей самоусвідомлення осіб з орторексією. Психологія свідомості: теорія і практика наукових досліджень: тези III міжнар. Наук.-практ. Конф.198-202 К.: Талком. 2019. – 207 с.

3. Фатєєва М. С. Перспективи використання програм корекції процесів самоусвідомлення у осіб з орторексичними порушеннями харчової поведінки / Марина Сергіївна Фатєєва. // Габітус. – 2020. – №16. – С. 243–250.

ВИСНОВКИ

На підставі теоретичного аналізу сучасних зарубіжних та вітчизняних наукових джерел і результатів експериментальної перевірки представлено нове розв'язання наукового завдання, яке полягає у визначенні особливостей самоусвідомлення осіб з орторексичними порушеннями харчової поведінки та обґрунтуванні й апробації психокорекційної програми. У процесі реалізації вищевказаних досліджень досягнуто мету і завдання роботи, що дало підстави сформулювати такі висновки:

1. Охарактеризовано орторексію як психічний синдром, що виходить за межі адаптивної харчової поведінки та може набувати ознак клінічного розладу. Визначальними симптомами орторексії є:

- нав'язливість та ригідність харчової поведінки;
- наявність надцінних ідей щодо їжі, інтенсивне уникання продуктів, що сприймаються як нездорові;
- перебільшення емоційно-стресових реакцій при невідповідності власної дієти до суб'єктивно-прийнятого стандарту;
- нетолерантність стосовно харчових переконань інших людей;
- залежність Я-концепції від харчової поведінки;
- порушення фізіологічних функцій та соціального життя (на пізніх етапах).

2. Визначено місце орторексії серед інших порушень харчової поведінки: вона має спільні риси з анорексією, obsесивно-компульсивним розладом, обмежувальною та вибірковою харчовою поведінкою. Унікальними визначальними ознаками цього порушення є сприйняття дієтичних самообмежень як моральної чесноти; надцінні ідеї, ірраціональні переконання щодо впливу харчових продуктів на здоров'я; соціальна і суб'єктивна бажаність поведінки. Орторексія не є типовим розладом харчової поведінки, оскільки не має кореляції з самоусвідомленням власного тіла, ставленням до нього, а також відсутній зв'язок із порушенням образом тіла та намаганням схуднути.

Назване порушення відображає актуальні суспільні процеси, пов'язані з підвищенням стурбованості населення великих міст якістю продуктів й їхнім впливом на здоров'я. Тенденція тривожитися з приводу харчування спостерігається у колах послідовників, об'єднаних загальними переконаннями та цінностями і розглядається нами як ознака субкультури в межах традиційної культури харчування.

Розроблено Модель харчової поведінки, де орторексія розглядається як індивідуальна модель харчових порушень та соціокультурний феномен.

4. Виявлено та описано соціально-культурні детермінанти обмежувально-вибіркових харчових патернів: харчові стандарти при орторексії включені в ідеальний Я-образ, тісно пов'язаний з самоусвідомленням та самооцінкою, й фокусуються не на кількості їжі, а на її якості. Харчова поведінка віддаляється від своєї фізіологічної основи і стає способом задоволення психологічних та соціальних потреб найвищого рівня, розглядається як «шлях до щастя» й визначає загальний спосіб життя людини. Увага до якості, корисності їжі є сучасним трендом, що має об'єктивні екологічні передумови, викликає суспільне схвалення і об'єднує навколо себе зацікавлених осіб (тобто формує субкультуру).

5. Розкрито психологічні особливості самоусвідомлення осіб з орторексією, це:

- неусвідомлене негативне самоствавлення;
- перфекціонізм, тривожність;
- егосинтонічність сприйняття власних нав'язливих думок і поведінки, як гармонійних з Я-образом;
- надання стратегіям харчування символічного значення (ті виступають фундаментом соціальної стратифікації, об'єднуючи людей у групи «свої–чужі»),
- міцний зв'язок *ідеального Я* зі стратегіями харчування, *помилковий Я-образ* – позитивна Я-концепція людини, що ігнорує або заперечує наявні проблеми і перебільшує власні можливості.

Удосконалено психологічний зміст поняття «самоусвідомлення особистості» як процесу безпосереднього сприйняття індивідом власних психічних актів і результату формування безпосереднього образу самого себе. Важливим чинником самосвідомості, що зумовлює ризик виникнення орторексії на основі захопленості здоровим способом життя, виступає неусвідомлене негативне самоствавлення, що компенсується відчуттям моральної переваги над оточенням у зв'язку з вибірковістю і «правильністю». Чим більше особа прислухається до себе і спирається на власні ресурси, тим менше має бажання слідувати нав'язаним ідеалам «правильності» у доборі їжі. І навпаки – чим більш вираженою є орторексія, тим більше прагнення спиратися на зовнішні умови.

Встановлено пряму кореляцію між схильністю слідувати інтуїтивному харчуванню, прислухатися до потреб організму та позитивними показниками самоусвідомлення (самоповага, самовпевненість, самоприйняття, цікавість до себе, аутосимпатія, інтерес до себе). При цьому спостерігається зменшення схильності до появи почуття провини при виборі продуктів харчування.

6. Методологічно обґрунтовано, розроблено та апробовано «Програму корекції процесів самоусвідомлення осіб з орторексичними порушеннями харчової поведінки», яка складається з двох модулів, діагностичного та психоедукаційно-терапевтичного. Її впровадження відбулося у 2018-2020рр. на базі Асоціації лікарів та психологів «Розлади харчової поведінки: терапія та превенція», Україна.

ПКПС, яка стала результатом теоретичного узагальнення й експериментального дослідження особливостей самоусвідомлення осіб з орторексичними порушеннями, сприяла швидкому усуненню орторексичних патернів поведінки. На підставі її впровадження підтверджено гіпотезу, що орторексія не є клінічним розладом, що це поведінкове порушення, пов'язане з особливостями самоусвідомлення та вибору стратегії «правильного харчування» в якості компенсації невирішених внутрішньоособистісних проблем. Названа програма виявилась ефективною та результативною й відкрила шляхи подальшої

роботи у напрямку інтероцептивної усвідомленості та харчової інтуїції, розвитку поваги до тіла, самоспівчуття й зниження рівня самообвинувачення, що разом призводить до поглиблення самоусвідомлення й підвищення якості життя.

Проведене дисертаційне дослідження не вичерпує всіх аспектів зазначеної проблеми. **Перспектива подальших досліджень** полягає у:

- пошуку нових шляхів ефективної психологічної допомоги особам з орторексичними порушеннями харчової поведінки із застосуванням новітніх тренінгових технологій психологічного змісту;
- створенні моніторингу наявних орторексичних порушень харчової поведінки й виявлення кореляцій з використанням соціальних мереж;
- адаптації та подальшій апробації україномовних версій опитувальників «Düsseldorf Orthorexia Scale» та «ORTO-R» на українській вибірці;
- динамічній співпраці з провідними світовими науковими школами при формуванні баз даних.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова, Л. М. (2016). Психологічне дослідження проблем харчової поведінки у жінок. *Науковий вісник Херсонського державного університету: Збірник наукових праць. Серія Психологічні науки*, (5 (1)), 7-12.
2. Абсалямова, Л. М. (2014). Розлади та порушення харчової поведінки особистості. *Проблеми сучасної психології*, 25, 19-33.
3. Актуальні проблеми сучасної української психології. До 60-річчя від дня народження академіка С. Д. Максименка: *Наукові записки Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України* / За ред. члена-кореспондента АПН України Н. В. Чепелевої. (2002). Київ, Нора-прінт, 22. 350.
4. Александер, Ф. (2002). Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. *Москва: ЭКСМО-Пресс*, 352.
5. Александрова, Р. В. (2011). Некоторые особенности семей девочек с риском нарушений пищевого поведения. *Коррекция и профилактика нарушений поведения у детей с ограниченными возможностями здоровья: материалы науч.-практ. конференции*. Москва: МГППУ, 10-12.
6. Александров, Ю. В., Гонтаренко, Л. О., & Миронець, С. М. (2013). Кризова психологія. Навчальний посібник. *Харків: НУЦЗУ, КП «Міська друкарня»*, 383.
7. Антропов, Ю. Ф., & Шевченко, Ю. С. (2000). Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. *Москва: Издательство Института психотерапии, Издательство НГМА*.
8. Бабаева, А. В. (2001). Формирование «социального тела» в европейской культуре. In *Социальная аналитика ритма: Сб. матер, конф.–СПб.: Санкт-Петербургское философское общество*.
9. Балин, В. Д., Гайда, В. К., & Гербачевский, В. К. (2000). Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии.
10. Баумайстер, Р., & Тирни, Д. (2019). *Сила воли. Возьми свою жизнь под контроль*. Litres.

11. Березовська Л. І. (2015). Актуальні проблеми розвитку особистості у сучасному суспільстві. / За заг. ред. Щербан Т. Д. Київ: ООО «НВП «Інтерсервіс», 293.
12. Берзін, В. І. (1997). Основи психогігієни. Київ: Переяслав-Хмельницький, 85.
13. Бернс, Р. (1986). Развитие «Я-концепции» и воспитание: [пер. с англ.] / Бернс Р. Москва: Прогресс.
14. Беляєва, О. Е. (2013). Особливості харчової поведінки та якість життя підлітків із різною масою тіла. *Медицина психологія*, 8-4, 36-38.
15. Блинова, В. Л., & Блинова, Ю. Л. (2009). Психологические основы самопознания и саморазвития: учебно-методическое пособие. Казань: ТГГПУ, 84-85.
16. Богучарова, О. І. (2015). Практика психологічного супроводження здоров'я як посилення суб'єктності особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць*, № 3 (38), Луганськ: Східноукраїнський Національний Університет ім. Володимира Даля, 454-461.
17. Бодалев, А. А., Столин, В. В., & Аванесов, В. С. (2006). Общая психодиагностика СПб. Изд-во «Речь», 438.
18. Бубличенко, М. М. (2016). Психологические тренинги на каждый день. Ростов-на-Дону: Феникс, 220 (4).
19. Булахова, Л. А. (2001). Детская психоневрология. К.: Здоровье, 496.
20. Бурлачук, Л. Ф., & Савченко, Е. П. (1995). Психодиагностика (психодиагностический инструментарий и его применение в условиях социальных служб). К.: АЛД, 112.
21. Ваколюк, Л. М., Сокур, С. О., & Секрет, Т. В. (2015). Ожиріння: профілактичні та медико-соціальні аспекти. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 19, 1, 197-201.
22. Варипаєв, О. М. (2012). Філософія їжі: концептуальні підходи до осмислення феномену. *Економічна стратегія і перспективи розвитку сфери торгівлі та послуг*, 1 (2), 319-325.

23. Василенко, М. А. (2014). Основы социально-психологического тренинга. *Ростов-на-Дону: Феникс*, 125 с.
24. Вахмистров, А. В. (2001). Клинико-психологический анализ различных форм эмоциогенного пищевого поведения. *Альманах клинической медицины*, 4.
25. Вахмитров, А. В. (2002). *Нарушения пищевого поведения при церебральном ожирении (клинико-психологическое и электрофизиологическое исследование)* (Doctoral dissertation, Московская медицинская академия).
26. Вачков, И. В. (2010). Психологический тренинг: методология и методика проведения. *Москва: Эксмо*, 560.
27. Великодна, М. Я., & Франкова, І. (2020). Психологічна та психотерапевтична допомога під час пандемії COVID-19: сучасні виклики. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 5(1), e0501213-e0501213.
28. Вигель, Н. Л. (2016). Пищевая культура как метод изучения социокультурных трансформаций. *Сервис plus*, 10(3).
29. Выготский, Л. С. (1983). Собр. соч. в 6-ти томах. *Москва: Педагогика*, 5, 470.
30. Выготский, Л. С. (1983). Собр. соч.: в 6-ти томах. *Москва: Педагогика*, 4, 332.
31. Владимирова, М. О. (2020). Эстетика тела. Материалы рассылок. *Режим доступа: <http://maria.psyhelp.com/main/catalog/dir/1203.htm>*.
32. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. (1995). *Женева: Всемирная организация здравоохранения*, 1 (1), 697.
33. Вознесенская, Т. Г., & Вахмистров, А. В. (2001). Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении. *Журнал неврологии и психиатрии*, 12, 19-24.
34. Вознесенская, Т. Г. (2009). Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция. *Фарматека*, 12, 91-94.
35. Вознесенская, Т. Г., & Дорожевец, А. Н. (1987). Роль особенностей личности в патогенезе церебрального ожирения. *Советская медицина*, 3, 28-32.

36. Вознесенская, Т. Г. (2004). Типология нарушений пищевого поведения и эмоционально-личностные расстройства при ожирении и их коррекция. *Ожирение*. Под. ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. Москва: МИА, 34-71.
37. Вознесенська, О. Л., & Мова, Л. В. (2007). Арт-терапія в роботі практичного психолога: Використання арт-технологій в освіті. *Київ: Шк. світ*, 120.
38. Гоулман, Д. (2017). Эмоциональный интеллект, «Манн, Иванов и Фербер», 560.
39. Гряділь, Т. І., Чубірко, К. І., Чопей, І. В., Гечко, М. М., Михалко, Я. О., & Пулик, О. Р. (2015). Діагностика, лікування та профілактика ожиріння. *Здоров'я нації*, 21, 96-100.
40. Дорожевец, А. Н. (1986). Искажение образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией. (Doctoral dissertation), 194. URL: <http://vprosvet.ru/wp-content/uploads/2010/10/Dorojevets-disser.pdf>.
41. Дубровина, И. В. (2000). Практическая психология образования: учеб. для студ. высш. учеб. заведений. *Москва: ТЦ «Сфера»*, 528.
42. Дятленко, Н.М. (2002). Психологічні умови розвитку самоповаги у дошкільників: дис. – Центральний інститут післядипломної педагогічної освіти АПН України, 55.
43. Зінченко, С. М. (2009). Медична психологія: навчальний посібник. *Київ: КІСКЗ*, 341.
44. Кузьмінська, О. В., Червона, М. С. (2005). Значення раціонального харчування для підтримки здоров'я молоді. *Київ: Державний інститут проблем сім'ї та молоді*, 4, 13-22.
45. Ильин, Е. П. (2001). Эмоции и чувства. *Санкт-Петербург: Питер, Мастера психологии*, 752.
46. Истратова, О. Н. (2008). Справочник по групповой психокоррекции. 2-е изд. *Ростов-на-Дону: Феникс*, 443 с.
47. Їжа і філософія: [пер. с англ.]. (2011). / упор. Ф. Олгоф. *Київ: Темпора*, 346.

48. Карпов, А. В. (2003). Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики. *Психологический журнал*, 24(5), 45-57.
49. Келина, М. Ю., & Мешкова, Т. А. (2012). Алекситимия и ее связь с пищевыми установками в неклинической популяции девушек подросткового и юношеского возраста. *Клиническая и специальная психология*, 1 (2), 34-45.
50. Клименко, В. В. (2013). Психофізіологічні механізми праксису людини: монографія. Київ: Видавничий дім «Слово», 640.
51. Клиническое руководство по психическим расстройствам: [пер. с англ.]. (2008). / ред. Д. Барлоу; Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. 3-е изд. Санкт-Петербург: Питер, 912.
52. Ковалев, Г. А. (1987). Три парадигмы в психологии – три стратегии психологического воздействия. *Вопросы психологии*, 3, 41-49.
53. Кожевникова, О. В., & Вьюжанина, С. А. (2016). Психосемантика. Метод семантического дифференциала: учеб.-метод. пособие.
54. Колодяжна, А. В. (2012). *Взаємозв'язок компонентів самоставлення з емоційними властивостями особистості залежно від її творчих проявів* (Doctoral dissertation, Київ), 225.
55. Коннер, М., & Армитейдж, К. Дж. (2012). Социальная психология пищи. Харьков: Гуманитарный Центр, 264.
56. Кулі, Ч. Х. (2000). *Людська природа і соціальний порядок*: пров. з англ. М.: Ідея-Прес.
57. Роджерс, К. (2000). Консультирование и психотерапия: Новейшие подходы в обл. практ. работы: [пер. с англ.]. Москва: Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 340.
58. Коркина, М. В. (1986). Нервная анорексия. / Коркина М. В., Цивилько М. А., Мариллов В. В. Москва: Класс, 176.
59. Корольчук, М. С., & Осьодло, В. І. (2004). Психодіагностика: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. / За заг. ред. М. С. Корольчука. Київ: Ельга, Ніка-Центр, 400.

60. Костюк, Г. С. (1988). Избранные психологические труды. / Под ред. Л. Н. Проколиенко. *АПН СССР. М.: Педагогика*, 304.
61. Кочюнас, Р. (2002). Психологическое консультирование. Групповая психотерапия. *Москва: Академический проект; ОППЛ*, 464 с.
62. Крайнюк, В. М. (2007). Психологія стересостійкості. *Київ: Ніка-центр*, 406.
63. Кригер, Г. Н. (2003). К изучению проблемы структуры самосознания личности в отечественной психологии. *Сибирская психология сегодня: Сборник научных трудов. Кемерово: Кузбассвузиздат*, 2. URL: <http://hpsy.ru/public/x2634.htm>.
64. Кризисные состояния: современные подходы к оказанию специализированной медицинской помощи: сборник научных статей. (2016). / *XX Клинические Павловские чтения, 21 апреля 2016 года* [сост.: Ю. Р. Палкин, Д. В. Ковпак]. Санкт-Петербург: СИНЭЛ, 118 с. URL: <https://medesse.com/docs/pavlov-2016-scibook.pdf#page=46>.
65. Кузьмин, В. П. (1980). Принцип системности в теории и методологии К. Маркса. *Москва: Политиздат*, 312.
66. Курбатов, В. И. (2001). Современная западная социология: Аналитический обзор концепций: учеб. пособие. *Ростов-на-Дону: Феникс*, 416.
67. Леонтьев, Д. А., & Осин, Е. Н. (2014). Рефлексия «хорошая» и «дурная»: от объяснительной модели к дифференциальной диагностике. *Психология. Журнал высшей школы экономики*, 11(4), 110-135.
68. Леонтьев, А. Н. (1977). Деятельность. Сознание. Личность. 2-е изд. *Москва: Политиздат*, 304.
69. Литвин-Кіндратюк, С. Д. (2000). Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії: збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія. Івано-Франківськ: Вид-во «Плай» Прикарпатського ун-ту, 5 (1), 160-165.
70. Ліщинська, О. А. (2004). Основи індивідуального психологічного консультивання для початківців: навч. посібник. *Київ: КСУ*, 85 с.

71. Лозова, О. М., Фатеева, М. С., & Дробот, О. В. (2017). Парадокси потребово-мотиваційної сфери осіб з нервовою орторексією. *Лікарська справа (Врачебное дело)*. 7, 104-110.
72. Ломов, Б. Ф. (1984). Методологические и теоретические проблемы психологии. *Москва: Наука*, 444.
73. Максименко, С. Д. (2002). Психічне здоров'я дітей. *Психолог*, 1 (1), 4-6.
74. Максименко, С. Д. (2005). Технологія спілкування (психологічна компетентність учителя: сутність і шляхи формування). *Київ: Главник, серія «Психологічний інструментарій»*, 112.
75. Максименко, С. Д. (2006). Генезис существования. *Київ: КММ*, 240.
76. Максименко, С. Д. (2004). Метод дослідження особистості. *Практична психологія та соціальна робота*, 7, 1-8.
77. Максименко, С. Д. (2002). Розвиток психіки в онтогенезі. Т. 1: Теоретико-методологічні проблеми генетичної психології. *Київ: Форум*, 319.
78. Малкина-Пых, И. Г. (2007). Терапия пищевого поведения. *Москва: Эксмо*, 1040.
79. Марасанов, Г. И. (2001). Социально-психологический тренинг. *Москва: Когито-центр*, 251.
80. Марциняк-Дорош, О. М. (2020). Вплив рівня відчуття змісту життя на образ власного Я у жінок з надмірною вагою та ожирінням: монографія. *Львів: «Видавництво «Бона»*, 182.
81. Маслоу, А. Г. (2009). Мотивация и личность: [пер. с англ.]. *Санкт-Петербург: Издательский дом «Питер»*.
82. Матвеев, А. А. (2008). Репрезентация эмоций у больных нервной булимией. *Вестник Московского университета*, 4, 38-53.
83. Матвеева, Е. В. (2007). Психологическая служба: учебно-методическое пособие. *Киров: Изд-во ВятГГУ*, 63.
84. Менделевич, В. Д. (2008). Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. 6-е изд. *Москва: МЕДпресс информ*, 432.

85. Мерлин, В. С. (1986). Очерк интегральной индивидуальности. Москва: Педагогика, 254.
86. Мотков, О. И. (2017). Развитие нашего «Я». *Перспективы психологической науки и практики*, 608-613.
87. Мілютіна, К. Л. (2006). Теорія і практика психологічного тренінгу. Київ: Видавництво МАУП, 175.
88. Михайлов, Б. В. (2008). Клиника, диагностика и принципы терапии неврогенных нарушений пищевого поведения. / *Медицина газета «Здоров'я України»*, № 23/1, 69-71.
89. Мойзріст, О. М. (2009). Види порушень харчової поведінки (теоретичний аналіз літературних джерел). // *Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України*, 6 (2), 85-94.
90. Мотков, О. И. (2016). Загадка нашего «Я». *Культурно-историческая психология: от научной революции к преобразованию социальных практик: материалы XVII Междунар. чтений памяти Л. С. Выготского* (Москва, 14-19 ноября 2016 г.). Москва: Левь, 2, 239–264. URL: <http://www.psychology-online.net/articles/doc-2485.html>.
91. Налчаджян, А. А. (2000). Я-концепция. Психология самосознания: хрестоматия / ред.-сост. Д. Я. Райгородский. Самара: Бахрах-М, 270-332.
92. Зинченко, С. Н., & Чурсина, Л. В. (2010). Нарушения питания и пищевого поведения. *Бібліотека сімейного лікаря і сімейної медсестри*. 5, 31-36.
93. Нервная орторексия: восемь главных симптомов пищевого расстройства. (2018). *Сегодня Lifestyle*. 19 октября 2018. URL: <https://www.segodnya.ua/lifestyle/wellness/nervnaya-ortoreksiya-vosem-glavnyh-simptomov-pishchevogo-rasstroystva-1158528.html>.
94. Неумоева-Колчеданцева, Е. В. (2014). Педагогическое взаимодействие с тренингом социально-психологической компетентности: учеб. пособие. Тюмень: Изд-во ТГУ, 154.
95. Орбан-Лембрик, Л. С. (2002). Активність особистості як форма вияву її

індивідуальності, творчості та професіоналізму. // *Теоретико-методологічні проблеми генетичної психології*. Київ: Ін-т психології ім. Г. С. Костюка, 1, 140-143.

96. Панок, В. Г. (2001). До питання про методологічні основи практичної психології. *Актуальні проблеми психології: наук. зап. Ін-ту психол. ім. Г. С. Костюка АПН України*. Київ: Нора–Друк, 21, 215–225.

97. Пашукова, Т. І., Допіра Т. І., & Дьяконов Г. В. (2000). Практикум із загальної психології. *Київ: Знання*, 203.

98. Продан, О. О. (2016). *Психологічні особливості самоусвідомлення особистості*. (Doctoral dissertation, КНУ ім. Т. Шевченка, 247.

99. Реан, А. А. (1995). *Личностная зрелость и социальная практика: теоретические и прикладные вопросы психологии*. / Под общ. ред. А. А. Крылова. Санкт-Петербург, 34-40.

100. Робертс, Р. Д., Мэттюз Дж., Зайднер М., & Люсин Д. В. (2004). Эмоциональный интеллект: проблемы теории, измерения и применения на практике. *Психология: Журнал Высшей школы экономики*, 1 (4), 3-26.

101. Роджерс, К. (2004). О становлении личностью. Психотерапия глазами психотерапевта. *Київ: PSYLIB*, 2004. URL: <http://psylib.org.ua/books/roger01/index.htm>.

102. Руженков, В. А., Захарова, Л. И., Хамская, И. С., Руженкова, В. В., Колосова, М. А., & Минакова, Ю. С. (2019). Русскоязычная адаптация теста «ORTO-15» для скрининг-диагностики нервной орторексии. *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*, 8, 27-36.

103. Саволкова, О. А. (2014). Нервная орторексия: к постановке проблемы. *Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика*: электрон. науч. журн. 2014, 2 (4). URL: http://medpsy.ru/climp/2014_2_4/article04.php.

104. Савчин, М. В. (2011). Буття особистості: онтологічна суть, структура і темпоральність. *Освіта регіону. Політологія. Психологія. Комунікації*, 3, 87-92.

105. Сидоренко, Е. В. (2010). *Методы математической обработки в психологии*.

106. Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків. (2014). / ред. Л. Підлісецька. *Львів: Вид-во УКУ*, 112.

107. Скугаревский, О. А. (2007). *Нарушения пищевого поведения: монография*. Минск: БГМУ, 340.

108. Скугаревский, О. А. (2003). *Нарушения пищевого поведения и возможность их скрининговой оценки. Вопросы организации и информатизации здравоохранения*, 3, 41–44.

109. Скугаревский, О. А. (2005). *Методы диагностики нарушений пищевого поведения*. Минск: Бел. гос. мед. ун-т, Респ. клин. псих. бол., 1-10.

110. Соколова, Е. Т., & Николаева, В. В. (1995). *Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях*. Москва: *SvR-Аргус*, 359.

111. Столин, В. В. (1983). *Самосознание личности*. Москва: Изд-во Московского Университета.

112. Фатєєва, М. С. (2019) Дослідження порушень харчової поведінки (ортореція) у форматі вивчення сучасних субкультур. *Педагогіка і психологія: актуальні проблеми досліджень на сучасному етапі: тези Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Київ, 5-6 квітня 2019 р.), 131-133.

113. Фатєєва, М. С. (2017). Еволюція поняття самоусвідомлення у психологічній науці *Психологія свідомості: теорія і практика наукових досліджень: матеріали міжнар. наук.-практ. конф., м. Переяслів-Хмельницький*, 196-199.

114. Фатєєва, М. С. (2019). Інтуїтивне харчування у світлі наукових вітчизняних і зарубіжних розшукувань. *Теорія і практика сучасної психології*, 3, 153-157.

115. Фатєєва, М. С. (2020). Перспективи використання програм корекції процесів самоусвідомлення у осіб з орторексичними порушеннями харчової поведінки. *Габітус*, 16, 243–250.

116. Фатєєва, М. С. (2015). Проблеми висвітлення явища орторексії у працях сучасних зарубіжних психологів. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка*, 9 (7), 336-341.

117. Фатєєва, М. С. (2019). Дослідження порушень харчової поведінки (орторексія) у форматі вивчення сучасних субкультур. *Педагогіка і психологія: актуальні проблеми досліджень на сучасному етапі: Тези Міжнародної науково-практичної конференції, 5-6 квітня 2019 року*, 131-133.

118. Фатєєва, М. С. (2019). Перспективи дослідження особливостей самоусвідомлення осіб з орторексією. *Психологія свідомості: теорія і практика наукових досліджень: тези III міжнар. наук.-практ. конф. Київ: Талком*, 198-202.

119. Фатєєва, М. С. (2019). Асоціативне сприйняття поняття «їжа» особами з наявною та відсутньою орторексією. *Раціогуманістичні студії: збірник наукових статей*, Київ, 233.

120. Фатеева, М.С.(2021). Orthorexia Nervosa: история возникновения термина, диагностические критерии и место среди известных расстройств пищевого поведения. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*. V IX (96) 245, p. 64-71.

121. Фейдимент, Д., Фрейгер, Р., & Джеймс, У. (1992). Психология сознания: Личность и личностный рост: [пер. с англ.]. *Москва: Российский открытый университет*, 136.

122. Физиология человека: учебная литература для студентов медицинских вузов. (2003). / Под ред. В. М. Покровского, Г. Ф. Коротько. 2-е изд. – Москва: Медицина, 656.

123. Фрейд, А. (1993). Психология «Я» и защитные механизмы. *Москва: Педагогика*, 140.

124. Фромм, Э. (1994). *Анатомия человеческой деструктивности*. Москва:

Республіка, 447.

125. Фрэнкин, Р. (2003). Мотивация поведения: биологические, когнитивные и социальные аспекты. *Санкт-Петербург: Питер*, 651.

126. Фуллан, М. (2001). Сили змін: продовження: [пер. з англ. І. Савчак]. / Наук. ред. Р. Шиян. *Львів: Центр гуманітарних досліджень Львівського нац. ун-ту ім. І. Франка, Літопис*, 161.

127. Хьелл, Л., & Зиглер, Д. (2007). Теории личности: [3-е изд]. – *Санкт-Петербург: Питер*, 607.

128. Чайка, В. К., Матыцина, Л. А., & Бабенко-Сорококуд И. В. (2004). Нервная анорексия у девочек и девушек. *Донецк: Лидер*, 32.

129. Чамата, П. Р. (1968) К вопросу о генезе самосознания личности. *Проблемы самосознания*, Москва, 1968, 228-239.

130. Чеснокова, И. И. (1977). Проблема самосознания в психологии. *Москва: Наука*, 144.

131. Шебанова, В. И. (2013). Пищевые деформации как ритуальное поведение и механизмы снижения тревоги. *2nd International scientific conference European Applied Sciences: modern approaches in scientific researches* (18-19.02.2013). Stuttgart, Germany, 208-209.

132. Шебанова, В. І. (2014). Харчова поведінка людини, їжа, тілесність як феномени повсякденної реальності (частина 1). *Проблеми сучасної психології* : зб. наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 23, 720-731.

133. Шебанова, В., & Онуфрієва, Л. (2019). Самоставлення та самоприйняття у жінок із зайвою вагою. *Проблеми сучасної психології*, 46, 420-440. DOI: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2019-46.420-440>.

134. Шебанова, В. І. (2015). Ідентичність особистості як базова структура нормалізації харчової поведінки. *Проблеми сучасної психології*, 27, 655.

135. Шебанова, В. І. (2016). Феноменологія харчової поведінки у континуумі «норма-патологія»: монографія. *Херсон: ПП Вишемирський ВС*.

136. Эриксон, Э. (2019). *Детство и общество*. Санкт-Петербург: Питер, 448.
137. Эриксон, Э. (2006). *Идентичность: юность и кризис*. Флинта [и др.].
138. Юматов, Е. А., Глазачев, О. С., Быкова, Е. В., Потапова, О. В., Дудник, Е. Н., & Перцов, С. С. (2016). Взаимосвязь эмоционального стресса и сна. *Вестник Международной академии наук. Русская секция*, 1, 5-14.
139. Юнг, К. Г. (1994). *Аналитическая психология*. СПб., 132.
140. Яценко, Т. С. (2004). *Теорія і практика групової психокорекції: активне соціально-психологічне навчання*. Вища школа, 680.
141. Яценко, Т. С., Калачник, І. В., & Чернуха, І. О. (2009). Арт-терапевтичні технології в роботі психолога. К.: Марич, 68.
142. Ящишина, Ю. М. (2011). *Соціальні та особистісні чинники психічного здоров'я студентської молоді* (Автореф. дис. канд. психол. наук). Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова, Київ, 21.
143. Ящишина, Ю. (2019). Intuitive eating scale-2 Т. Тулка: результати адаптації опитувальника в Україні. *Міжнародний журнал загальної та медичної психології*, 2, 100.
144. Ящишина, Ю. М., & Бойко, Д. П. (2020). Розвиток навичок інтуїтивного харчування як засіб корекції порушень харчової поведінки. *Медико-психологічні та інформаційні аспекти реабілітації й абілітації людини: збірник наукових праць*. / за заг. редак. О. А. Панченка. Київ: КВІЦ, 331-333.
145. APA. (2014). *Feeding and Eating Disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596.dsm10.
146. Aksoydan, E., & Camci, N. (2009). Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 14(1), 33-37.
147. American Psychological Association. (2014). Guidelines for prevention in psychology. *The American Psychologist*, 69(3), 285.

148. Barnes, M. A., & Caltabiano, M. L. (2017). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(1), 177-184.

149. Barthels, F., Meyer, F., & Pietrowsky, R. (2015). Orthorexic eating behavior. A new type of disordered eating. *Ernahrungs Umschau*, 62(10), 156-161. DOI:10.4455/eu.2015.029.

150. Barthels, F., Barrada, J. R., & Roncero, M. (2019). Orthorexia nervosa and healthy orthorexia as new eating styles. *PloS One*, 14(7), e0219609.

151. Barthels, F., Meyer, F., & Pietrowsky, R. (2015). Duesseldorf Orthorexia Scale construction and evaluation of a questionnaire measuring orthorexic eating behavior. *ZEITSCHRIFT FUR KLINISCHE PSYCHOLOGIE UND PSYCHOTHERAPIE*, 44(2), 97-105.

152. Barthels, F., Meyer, F., & Pietrowsky, R. (2018). Orthorexic and restrained eating behaviour in vegans, vegetarians, and individuals on a diet. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(2), 159-166.

153. Beadle, J. N., Paradiso, S., Salerno, A., & McCormick, L. M. (2013). Alexithymia, emotional empathy, and self-regulation in anorexia nervosa. *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 25(2), 107-120. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3880788/>.

154. Borgida, A. (2011). *In Sickness and In Health: Orthorexia Nervosa, the Study of Obsessive Healthy Eating*. San Francisco: Alliant International University, California School of Professional Psychology, 226.

155. Bosi, A. T., Camur, D., & Güler, C. (2007). Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*, 49(3), 661-666.

156. Branden, N. (2001). *The Psychology of Self-Esteem (32nd Anniversary Edition)*. San Francisco: Jossey-Bass, 279. URL: <http://www.al-edu.com/wp-content/uploads/2014/05/Branden-The-Psychology-Of-Self-Esteem-1966-2001.pdf>.

157. Bratman, S. (2017). Orthorexia vs. Theories of healthy eating. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22, 381-385. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-017-0417-6>.

158. Bratman, S. (1997). Health food junkie. *Yoga Journal*, 42-50. URL: <https://www.beyondveg.com/bratman-s/hfj/hf-junkie-1a.shtml>.

159. Bratman, S., & Knight, D. (2000). *Health food junkies: overcoming the obsession with healthful eating*. New York: BroadwayBooks, 256.

160. Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa—an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit. *Archives of Psychiatry and psychotherapy*, 1(1), 55-60.

161. Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan, J. A., Lonczak, H. S., & Hawkins, J. D. (2002). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *Prevention & Treatment*, 5(1), 15a.

162. Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2003). Self-regulatory perspectives on personality. *Handbook of psychology*, 185-208.

163. Cena, H., Barthels, F., Cuzzolaro, M., Bratman, S., Brytek-Matera, A., Dunn, T., ... & Donini, L. M. (2018). Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(4), 2226. DOI: 10.1007/s40519-018-0606-y.

164. Chard, C. A., Hilzendegen, C., Barthels, F., & Stroebele-Benschop, N. (2019). Psychometric evaluation of the English version of the Düsseldorf Orthorexia Scale (DOS) and the prevalence of orthorexia nervosa among a US student sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(2), 275-281.

165. Coglán, L., & Otasowie, J. (2019). Avoidant/restrictive food intake disorder: what do we know so far?. *BJPsych Advances*, 25(2), 90–98. URL: <https://doi.org/10.1192/bja.2018.48/>.

166. Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an

attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9(2), 151-157. URL: <https://doi.org/10.1007/BF03325060>.

167. Dunn, T. M., & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating behaviors*, 21, 11-17. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2015.12.006.

168. Duval, T. S., & Wicklund, R. A. (1972). *A theory of objective self-awareness*. New York: Academic Press, 238.

169. Eriksson, L., Baigi, A., Marklund, B., & Lindgren, E. C. (2008). Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 18(3), 389-394. DOI: 10.1111/j.1600-0838.2007.00723.x.

170. Engeln, R., & Imundo, M. N. (2020). I (DON'T) LOVE MY BODY: COUNTER-INTUITIVE EFFECTS OF A BODY-AFFIRMING STATEMENT ON COLLEGE WOMEN'S BODY SATISFACTION. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 39(7), 617-639.

171. Fabello, M. A. (2016). What if body acceptance doesn't work? How about body neutrality. *Everyday Feminism*.

172. Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., & Wilson, G. T. (2008). Eating disorders: A transdiagnostic protocol. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. The Guilford Press, 578-614.

173. Fatieieva, M. (2019). The variability of perception of the concept of «food» by persons with disordered eating (orthorexia nervosa). *EATING DISORDERS: MODERN EXPERIENCE*, 1, 12-21.

174. Forcen, E. F. (2013). Anorexia mirabilis: The practice of fasting by Saint Catherine of Siena in the late Middle Ages. *American Journal of Psychiatry*, 170(4), 370-371.

175. Fidan, T., Ertekin, V., Işıkay, S., & Kırpınar, I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 51(1), 49-54.
176. Fixsen, A., Cheshire, A., & Berry, M. (2020). The Social Construction of a Concept – Orthorexia Nervosa: morality narratives and psycho-politics. *Qualitative health research*, 30(7), 1101-1113.
177. Franko, D. L., Keshaviah, A., Eddy, K. T., Krishna, M., Davis, M. C., Keel, P. K., & Herzog, D. B. (2013). A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 170(8), 917-925. DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.12070868.
178. Hazzard, V. M., Telke, S. E., Simone, M., Anderson, L. M., Larson, N. I., & Neumark-Sztainer, D. (2020). Intuitive eating longitudinally predicts better psychological health and lower use of disordered eating behaviors: findings from EAT 2010–2018. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-8.
179. Goutaudier, N., & Rousseau, A. (2019). Othorexia: A new type of Eating Disorder?. *Presse medicale (Paris, France: 1983)*, 48(10), 1065-1071.
180. Goodenough, F.L. (1938). The use of pronouns by young children: A note on the development of self-awareness. *The Pedagogical Seminary and Journal of Genetic Psychology*, 52(2), 333-336.
181. Guez, J., Lev-Wiesel, R., Valetsky, S., Sztul, D. K., & Pener, B. S. (2010). Self-figured rawings in women with anorexia; bulimia; overweight; and normal weight: Apossible tool for assessment. *The Arts in Psychotherapy*, 37(5), 400.
182. Harris, G., & Shea. E. (2018). *Food refusal and avoidant eating in children, including those with autism spectrum conditions: a practical guide for parents and professionals*. Jessica Kingsley Publishers.
183. Herrin, M., & Larkin, M. (2013). *Nutrition counseling in the treatment of eating disorders*. Routledge.

184. Herrin, M., & Matsumoto, N. (2010). *The Parent's Guide to Eating Disorders: Supporting Self-Esteem, Healthy Eating, and Positive Body Image at Home*. Gurze Books.

185. Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). The complex world of alliance assessments: Will the “real alliance” please stand up? URL: <https://boris.unibe.ch/id/eprint/11862>.

186. Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 385-394. DOI: 10.2147/NDT.S61665.

187. Kinzl, J. F., Hauer, K., Traweger, C., & Kiefer, I. (2006). Orthorexia nervosa in dietitians. *Psychotherapy and psychosomatics*, 75(6), 395-396.

188. Kiss-Leizer, M., & Rigó, A. (2019). People behind unhealthy obsession to healthy food: the personality profile of tendency to orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(1), 29-35.

189. Korinth, A., Schiess, S., & Westenhoefer, J. (2010). Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences. *Public health nutrition*, 13(1), 32-37. DOI: 10.1017/S1368980009005709.

190. Łucka, I., Janikowska-Hołoweńko, D., Domarecki, P., Plenikowska-Ślusarz, T., & Domarecka, M. (2019). Orthorexia nervosa—a separate clinical entity, a part of eating disorder spectrum or another manifestation of obsessive-compulsive disorder?. *Psychiatr Pol*, 53(2), 371-382.

191. Mac Evilly, C. (2001). The price of perfection. *Nutrition Bulletin*, 26(4), 275-276. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1467-3010.2001.00182.x>.

192. Mathieu, J. (2005). What is orthorexia?. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(10), 1510-1512.

193. McComb, S. E., & Mills, J. S. (2019). Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors. *Appetite*, 140, 50-75.

194. Mcinerney-Ernst, E. M. (2011). *Orthorexia nervosa: real construct or newest social trend?* (Doctoral dissertation, University of Missouri--Kansas City). URL:

<https://mospace.umsystem.edu/xmlui/bitstream/handle/10355/11200/McInerneyErnstOrtNerRea.pdf?sequence=1>.

195. Meltzer, M. (2017). Forget body positivity: how about body neutrality. *The Cut*.

196. Moroze, R. M., Dunn, T. M., Holland, J. C., Yager, J., & Weintraub, P. (2014). Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal “orthorexia nervosa” and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*, 54(2), 3-18.

197. Neliubina, A. S., Sidorovich, O. I., & Sysoeva, E. A. (2020). Orthorexia Nervosa as a cultural phenomenon. *Psychology of Personality: Real and Virtual Context*, E-ISSN: 2357-1330. DOI: 10.15405/epsbs.2020.11.02.66.

198. Norris, M. L., Spettigue, W. J., & Katzman, D. K. (2016). Update on eating disorders: current perspectives on avoidant/restrictive food intake disorder in children and youth. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 213-218. DOI: 10.2147/NDT.S82538.

199. Oberle, C. D., Samaghabadi, R. O., & Hughes E. M. (2017). Orthorexia Nervosa: Assessment and Correlates with Gender, BMI, and personality. *Appetite*, 108, 303-310. DOI: 10.1016/j.appet.2016.10.021.

200. Oberle, C. D., & Lipschuetz, S. L. (2018). Agency and Relationship Dissatisfaction Associated with Orthorexia Symptomatology. *Open Journal of Psychiatry*, 8(3), 345-354. DOI: 10.4236/ojpsych.2018.83027.

201. Olfson, M., Mojtabai, R., Sampson, N. A., Hwang, I., Druss, B., Wang, P. S., ... & Kessler, R. C. (2009). Dropout from outpatient mental health care in the United States. *Psychiatric Services*, 60(7), 898-907.

202. Pais-Vieira, C., Wing, E. A., & Cabeza, R. (2016). The influence of self-awareness on emotional memory formation: an fMRI study. *Social cognitive and affective neuroscience*, 11(4), 580-592. DOI: 10.1093/scan/nsv141.

203. Perry, M., Watson, L., Hayden, L., & Inwards-Breland, D. (2019). Using body neutrality to inform eating disorder management in a gender diverse world. *The*

Lancet. Child & Adolescent Health, 3(9), 597-598. DOI: 10.1016/s2352-4642(19)30237-8.

204. Phemister, A. A., Crewe, N. M. (2004). Objective Self-Awareness and Stigma: Implications for Persons with Visible Disabilities *Journal of Rehabilitation*.

205. Reynolds, R. (2018). Is the prevalence of orthorexia nervosa in an Australian university population 6.5%?. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(4), 453-458. DOI: 10.1007/s40519-018-0535-9.

206. Rogoza, R., & Donini, L. M. (2020). Introducing ORTO-R: A revision of ORTO-15: Based on the re-assessment of original data. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-9.

207. Rowell, K., & McGlothlin, J. (2015). *Helping your child with extreme picky eating: A step-by-step guide for overcoming selective eating, food aversion, and feeding disorders*. New Harbinger Publications.

208. Ryman, F. V., Cesuroglu, T., Bood, Z. M., & Syurina, E. V. (2019). Orthorexia nervosa: disorder or not? Opinions of Dutch health professionals. *Frontiers in Psychology*, 10, 555.

209. Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2003). Goals and confidence as self-regulatory elements underlying health and illness behavior. *The self-regulation of health and illness behavior*, 17, 41.

210. Silvia, P. J., & Duval, T. S. (2001). Objective self-awareness theory: Recent progress and enduring problems. *Personality and Social Psychology Review*, 5(3), 230-241. DOI: 10.1207/S15327957PSPR0503_4.

211. Schnackenberg, N. (2018). *False bodies, true selves: Moving beyond appearance-focused identity struggles and returning to the true self*. Routledge.

212. Strahler, J., Hermann, A., Walter, B., & Stark, R. (2018). Orthorexia nervosa: A behavioral complex or a psychological condition?. *Journal of behavioral addictions*, 7(4), 1143-1156.

213. Tassi, P., & Muzet, A. (2001). Defining the states of consciousness. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 25(2), 175-191.

214. Thomas, J. J., & Eddy, K. T. (2018). *Cognitive-behavioral therapy for avoidant/restrictive food intake disorder: children, adolescents, and adults*. Cambridge University Press.

215. Turner, P. G., & Lefevre, C. E. (2017). Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(2), 277-284. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-017-0364-2>.

216. Tribole, E., & Resch, E. (2012). *Intuitive eating: A revolutionary program that works*. New York: St.

217. Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2013). The Intuitive Eating Scale–2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *Journal of counseling psychology*, 60(1), 137.

218. Trapnell, P. D., & Campbell, J. D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: distinguishing rumination from reflection. *Journal of personality and social psychology*, 76(2), 284-304. URL: <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0022-3514.76.2.284>.

219. Valera, J. H., Ruiz, P. A., Valdespino, B. R., & Visioli, F. (2014). Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: a pilot study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 19(4), 469-472. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-014-0131-6>.

220. Van Dyke, N., & Drinkwater, E. J. (2014). Review article relationships between intuitive eating and health indicators: literature review. *Public health nutrition*, 17(8), 1757-1766.

221. Varga, M., Dukay-Szabó, S., Túry, F., & van Furth Eric, F. (2013). Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 18(2), 103-111.

222. Wade, T. D., Treasure, J., & Schmidt, U. (2011). A case series evaluation of the Maudsley Model for treatment of adults with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 19(5), 382-389.

223. Westwater, M. L., Fletcher, P. C., & Ziauddeen, H. (2016). Sugar addiction: the state of the science. *European journal of nutrition*, 55(2), 55-69.

ДОДАТКИ

Додаток А1

Римский опросник нервной орторексии ОРТО-15

(в адаптации Руженкова В.А., Захаровой Л.И.)

Имя или никнейм _____ **пол** ___ **возраст:** ___ **в браке:** да/нет

Самочувствие (*подчеркните*) **хорошее, удовлетворительное, плохое** **дети** _____

Этот опросник измеряет различные предпочтения, ощущения и поведение. Некоторые пункты имеют отношение к еде и продуктам питания. Другие касаются ваших личных ощущений в отношении себя. Не существует правильных или неправильных ответов. Постарайтесь быть полностью искренними. Результаты строго конфиденциальны. Прочтите вопрос и поставьте значок «*» или «х» в колонке ответа, который наиболее соответствует вашему суждению.

	Утверждение	Всегда	Часто	Иногда	Никогда
1	Думаете ли вы о калорийности пищи во время еды?				
2	Чувствуете ли вы замешательство, когда идете в продуктовый магазин?				
3	Беспокоят ли вас мысли о еде в последние три месяца?				
4	Обусловлен ли выбор пищи беспокойством о состоянии вашего здоровья?				
5	Является ли вкус пищи более важным, чем ее качество, когда вы оцениваете еду?				
6	Вы готовы потратить больше денег, чтобы есть здоровую пищу?				
7	Волнуют ли вас мысли о еде в течение более трех часов в день?				
8	Позволяете ли вы себе какие-нибудь нарушения в режиме питания (пищевые грехи)?				
9	Как вы думаете, ваше настроение влияет на пищевое поведение?				
10	Вы считаете, что убеждения есть только здоровую пищу повышает самооценку?				
11	Как вы думаете, употребление здоровой пищи повлияло на ваш образ жизни (частота питания, друзья, ...)?				

	Утверждение	Всегда	Часто	Иногда	Никогда
12	Вы думаете, что употребление здоровой пищи может улучшить ваш внешний вид?				
13	Чувствуете ли вы вину, при нарушениях в режиме питания (пищевые грехи)?				
14	Думаете ли вы, что в продаже есть еще и нездоровая пища?				
15	В настоящее время вы предпочитаете употреблять пищу в одиночестве?				

Баллы подсчитываются в соответствии со следующей таблицей:

№№ пунктов	«Всегда»	«Часто»	«Иногда»	«Никогда»
2, 5, 8, 9	4	3	2	1
3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15	1	2	3	4
1,13	2	4	3	1

Максимальное количество баллов - 60. Диагноз нервной орторексии выставляется, если респондент набрал менее 40 баллов.

Додаток А2

Шкала інтуїтивного харчування – 2 (IES-2 Т. Тулка)

в адаптації Ящишиної Ю., Фатєєвої М.

Перед вами питання, що стосуються вашого ставлення до їжі та поведінки, пов'язаної з нею. Оберіть варіант, найбільш відповідний вашій поведінці у кожній із описаних ситуацій. Дайте відповідь на них одним із п'яти можливих варіантів: «повністю незгоден» (1), «незгоден» (2), «нейтрально» (3), «згоден» (4), «повністю згоден» (5) і поставте значок плюс «+» у колонці відповіді.

№	Питання	Повністю незгоден	Незгоден	Нейтрально	Згоден	Повністю згоден
1	Я намагаюся не вживати певні продукти з високим вмістом жиру, вуглеводів або калорій.					
2	Іноді я помічаю, що їм, коли почуваюся емоційно (наприклад, почуваюся: тривожним, пригніченим, сумним), навіть коли фізично я не голодний.					
3	Якщо я дійсно хочу певної їжі, я дозволяю собі її мати.					
4	Я дуже злюся на себе через те, що їв щось нездорове.					
5	Іноді я помічаю, що я їм, коли мені самотньо, навіть коли я фізично не голодний.					
6	Я довіряю своєму тілу, котре підкаже мені, коли треба їсти.					
7	Я довіряю своєму тілу, котре підкаже мені, що їсти.					

№	Питання	Повністю незгоден	Незгоден	Нейтрально	Згоден	Повністю згоден
8	Я довіряю своєму тілу, котре підкаже мені, скільки їсти.					
9	У мене є заборонені продукти, які я не дозволяю собі з'їсти					
10	Я використовую їжу для вгамування своїх негативних емоцій.					
11	Іноді я помічаю, що їм, коли відчуваю стрес, навіть коли я фізично не голодний.					
12	Я можу впоратися з негативними емоціями (стресом та тривогою), не вживаючи їжі.					
13	Коли мені нудно, я НЕ їм тільки для того, щоб зайнятися чимось.					
14	Коли мені самотньо, я НЕ звертаюся до їжі за допомогою.					
15	Я знаходжу інші способи впоратися зі стресом та тривогою, окрім їжі					
16	Я дозволяю собі їсти ту їжу, котру хочу на цей момент					
17	Я НЕ дотримуюся правил харчування або планів дієти, які диктують, що, коли і / або скільки мені їсти.					
18	Здебільшого я хочу їсти поживну їжу.					
19	Переважно я їм продукти, які дозволяють моєму тілу ефективно (добре) функціонувати.					
20	Переважно я їм продукти, які дають моєму тілу енергію і витривалість.					
21	Я довіряю своїм сигналам голоду, які підкажуть мені, коли їсти.					
22	Я довіряю сигналам наповненості (ситості), які підказують мені, коли припинити їсти.					
23	Я довіряю своєму тілу, яке підкаже мені, коли припинити їсти.					

Ключ до методики

Шкала інтуїтивного харчування (23 пункти)

Підраховуємо бали:

1. За пунктами 1, 2, 4, 5, 9, 10 та 11 бали розраховуються у зворотній послідовності (повністю незгоден 5 балів, незгоден 4 бали, нейтрально 3 бали і т. ін.)
2. Підсумковий бал за Шкалою інтуїтивності харчування: підсумуйте разом всі пункти і розділіть на 23, щоб визначити середній бал..
3. Підшкала «Безумовний дозвіл на їжу»: підсумуйте разом пункти 1, 3, 4, 9, 16 та 17; розділіть на 6, щоб визначити середній бал.
4. Підшкала «Їжа з огляду на фізичний голод, неемоційний»: підсумуйте разом пункти 2, 5, 10, 11, 12, 13, 14 та 15; розділіть на 8, щоб визначити середній бал.
5. Підшкала «Покладаюся на сигнали голоду та ситості»: підсумуйте разом пункти 6, 7, 8, 21, 22 та 23; розділіть на 6, щоб визначити середній бал.
6. Підшкала «Гармонія їжі та тіла» (я обираю продукти, які вважаю корисними і які дозволяють моєму тілу ефективно функціонувати): підсумуйте разом пункти 18, 19 та 20; розділіть на 3, щоб визначити середній бал.

Додаток АЗ

Опросник образа собственного тела (О.А. Скугаревский, С.В. Сивуха)

Утверждение	Никогда	Иногда	Часто	Всегда
1. Я не люблю смотреть на себя в зеркало				
2. Покупка одежды обращает мой внимание на то, как я выгляжу, и потому неприятна				
3. Я не люблю, когда на меня обращено внимание окружающих				
4. Я избегаю ситуаций, в которых окружающие могут увидеть мой тело (например, посещение бассейна, пляжа и т.д.)				
5. Я испытываю стыд за своё тело в присутствии определённых людей				
6. Я не люблю своё тело				
7. Мне кажется, что другие люди должны считать моё тело безобразным				
8. Я чувствую, что друзья и члены моей семьи смущаются при взгляде на меня				
9. Я сравниваю своё тело с другими для того, чтобы убедиться, что они полнее, чем я				
10. Мне сложно получать удовольствие от своей деятельности из-за того, что я испытываю неловкость в связи со своим внешним видом				
11. Я испытываю чувство вины в связи со своим весом				
12. У меня есть негативные мысли, и я самокритичен(на) в отношении своего тела и того, как я выгляжу				
13. Мне трудно принимать комплименты по поводу того, как я выгляжу				
14. Когда я смотрюсь в зеркало, то моё внимание сосредоточено преимущественно на тех частях тела, которые нуждаются в улучшении				
15. Я чувствую себя униженным(ой) и/или подавленным(ой) в присутствии человека, который, по моему мнению, более привлекателен, чем я				
16. Я беспокоюсь о собственном весе				

Для подсчёта сырых баллов необходимо суммировать все баллы по всем пунктам шкалы. Значение сырых баллов 13 и выше говорит о выраженной неудовлетворённости собственным телом (чувствительность = 0,75 и специфичность = 0,74). Максимальный балл по шкале - 48.

Работать с сырыми баллами неудобно, поскольку разброс значений определяется количеством пунктов и диапазоном полученных значений. Для практического применения удобен перевод в стенойны согласно следующей таблицы:

Сырые баллы	0	1-2	3-4	5-7	8-10	11-14	15-18	19-23	24 и более
Стенойны	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Додаток А4

Опросник самооотношения (В.В. Столин, С. Р. Панталеев)

Вам предлагается ответить на следующие 57 утверждений. Если Вы согласны с данным утверждением, ставьте знак «+», если не согласны, то знак «-».

например:

- 2. Мои слова не так уж часто расходятся с делом.
- +3. Думаю, что многие видят во мне что-то сходное с собой.

1. Думаю, что большинство моих знакомых относится ко мне с симпатией.
2. Мои слова не так уж часто расходятся с делом.
3. Думаю, что многие видят во мне что-то сходное с собой.
4. Когда я пытаюсь себя оценить, я прежде всего вижу свои недостатки.
5. Думаю, что как личность я вполне могу быть притягательным для других.
6. Когда я вижу себя глазами любящего меня человека, меня неприятно поражает то, насколько мой образ далек от действительности.
7. Мое «Я» всегда мне интересно.
8. Я считаю, что иногда не грех пожалеть самого себя.
9. В моей жизни есть или по крайней мере были люди с которыми я был чрезвычайно близок.
10. Собственное уважение мне еще надо заслужить.
11. Бывало, и не раз, что я сам себя остро ненавидел.
12. Я вполне доверяю своим внезапно возникшим желаниям.
13. Я сам хотел во многом себя переделать.
14. Мое собственное «Я» не представляется мне чем-то достойным глубокого внимания.
15. Я искренне хочу, чтобы у меня было все хорошо в жизни.
16. Если я и отношусь к кому-нибудь с укоризной, то прежде всего к самому себе.
17. Случайному знакомому я скорее всего покажусь человеком приятным.
18. Чаще всего я одобряю свои планы и поступки.
19. Собственные слабости вызывают у меня что-то наподобие презрения.
20. Если бы я раздвоился, то мне было бы довольно интересно общаться со своим двойником.
21. Некоторые свои качества я ощущаю, как посторонние, чужие мне.
22. Вряд ли кто-либо сможет почувствовать свое сходство со мной.
23. У меня достаточно способностей и энергии воплотить в жизнь задуманное.
24. Часто я не без издевки подшучиваю над собой.
25. Самое разумное, что может сделать человек в своей жизни – это подчиниться собственной судьбе.
26. Посторонний человек, на первый взгляд, найдет во мне много отталкивающего.
27. К сожалению, если я и сказал что-то, это не значит, что именно так и буду поступать.

28. Свое отношение к самому себе можно назвать дружеским.
29. Быть снисходительным к собственным слабостям вполне естественно.
30. У меня не получается быть для любимого человека интересным длительное время.
31. В глубине души я бы хотел, чтобы со мной произошло что-то катастрофическое.
32. Вряд ли я вызываю симпатию у большинства моих знакомых.
33. Мне бывает очень приятно увидеть себя глазами любящего меня человека.
34. Когда у меня возникает какое-либо желание, я прежде всего спрашиваю у себя, разумно ли это.
35. Иногда мне кажется, что если бы какой-то мудрый человек смог увидеть меня насквозь, он бы тут же понял, какое я ничтожество.
36. Временами я сам собой восхищаюсь.
37. Можно сказать, что я ценю себя достаточно высоко.
38. В глубине души я никак не могу поверить, что я действительно взрослый человек.
39. Без посторонней помощи я мало что могу сделать.
40. Иногда я сам себя плохо понимаю.
41. Мне очень мешает недостаток энергии, воли и целеустремленности.
42. Думаю, что другие в целом оценивают меня достаточно высоко.
43. В моей личности есть, наверное, что-то такое, что способно вызывать у других неприязнь.
44. Большинство моих знакомых не принимают меня так уж всерьез.
45. Сам у себя я довольно часто вызываю чувство раздражения.
46. Я вполне могу сказать, что унижаю себя сам.
47. Даже мои негативные черты не кажутся мне чужими.
48. В целом, меня устраивает то, какой я есть.
49. Вряд ли меня можно любить по-настоящему.
50. Моим мечтам и планам не хватает реалистичности.
51. Если бы мое второе «Я» существовало, то для меня это был бы самый скучный партнер по общению.
52. Думаю, что мог бы найти общий язык с любым разумным и знающим человеком.
53. То, что во мне происходит, как правило, мне понятно.
54. Мои достоинства вполне перевешивают мои недостатки.
55. Вряд ли найдется много людей, которые обвинят меня в отсутствии совести.
56. Когда со мной случаются неприятности, как правило, я говорю: «И поделом тебе».
57. Я могу сказать, что в целом я контролирую свою судьбу.

Додаток А5

Асоціативний експеримент

Впродовж 1 хвилини напишіть свої асоціації зі словом «їжа».

Додаток В1

Описові статистики характеристик вибірки

Статистика

Вік

N	Валидные	326
	Пропущенные	0
Среднее		30.6411
Стандартная ошибка среднего значения		.64356
Медиана		29.0000
Мода		18.00
Среднекв. отклонение		11.61975
Дисперсия		135.018
Минимум		18.00
Максимум		68.00

Комбинационная таблица ОРТОном * Сімейний_стан

Количество

		Сімейний_стан					Всего
		not marrige	marrige	civil	divorce	widow	
ОРТОном	1.00	95	82	18	13	1	209
	2.00	51	45	7	13	1	117
Всего		146	127	25	26	2	326

Комбинационная таблица ОРТОном * Діти

Количество

		Діти				Всего
		0	1	2	3 and more	
ОРТОном	1.00	125	39	40	5	209
	2.00	71	26	17	3	117
Всего		196	65	57	8	326

Описові статистики орторексичних характеристик вибірки

Statistics

ORTO_15

N	Valid	326
	Missing	0
Mean		37,8190
Std. Error of Mean		0,23216
Median		38,0000
Mode		38,00
Std. Deviation		4,19168
Variance		17,570
Minimum		27,00
Maximum		47,00
Percentiles	25	35,0000
	50	38,0000
	75	41,0000

Додаток В3

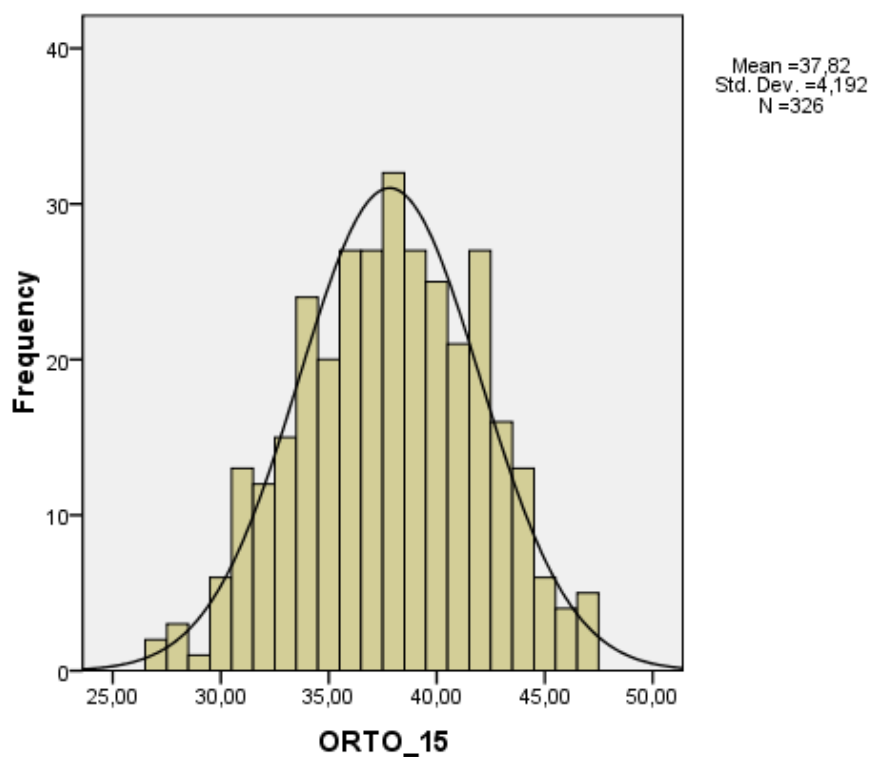
Частотні характеристики вибірки за ознакою орторексії

ОРТО_15

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 27	2	.6	.6	.6
28	3	.9	.9	1,5
29	1	.3	.3	1,8
30	6	1,8	1,8	3,7
31	13	4,0	4,0	7,7
32	12	3,7	3,7	11,3
33	15	4,6	4,6	16,0
34	24	7,4	7,4	23,3
35	20	6,1	6,1	29,4
36	27	8,3	8,3	37,7
37	27	8,3	8,3	46,0
38	32	9,8	9,8	55,8
39	27	8,3	8,3	64,1
40	25	7,7	7,7	71,8
41	21	6,4	6,4	78,2
42	27	8,3	8,3	86,5
43	16	4,9	4,9	91,4
44	13	4,0	4,0	95,4
45	6	1,8	1,8	97,2
46	4	1,2	1,2	98,5
47	5	1,5	1,5	100,0
Total	326	100,0	100,0	

Додаток В4 Гістограма розподілу частот за шкалою ОРТО-15

Histogram



**Статистичні ряди дихотомічних шкал за критерієм властивості їжі
«перцептивна привабливість» в осіб з орторексією (О) та без такої (Н)**

ORTO2 * Несмачна_Смачна Crosstabulation

			Несмачна_Смачна						
			-3,00	-2,00	-1,00	,00	1,00	2,00	3,00
ORTO2	orto	Count	36	32	6	4	7	47	77
		% within ORTO2	17,2%	15,3%	2,9%	1,9%	3,3%	22,5%	36,8%
	not orto	Count	17	10	5	7	2	29	47
		% within ORTO2	14,5%	8,5%	4,3%	6,0%	1,7%	24,8%	40,2%
Total		Count	53	42	11	11	9	76	124
		% within ORTO2	16,3%	12,9%	3,4%	3,4%	2,8%	23,3%	38,0%

ORTO2 * Холодна_Гаряча Crosstabulation

			Холодна_Гаряча						
			-3,00	-2,00	-1,00	,00	1,00	2,00	3,00
ORTO2	orto	Count	15	23	15	47	33	55	21
		% within ORTO2	7,2%	11,0%	7,2%	22,5%	15,8%	26,3%	10,0%
	not orto	Count	7	7	8	28	27	26	14
		% within ORTO2	6,0%	6,0%	6,8%	23,9%	23,1%	22,2%	12,0%
Total		Count	22	30	23	75	60	81	35
		% within ORTO2	6,7%	9,2%	7,1%	23,0%	18,4%	24,8%	10,7%

ORTO2 * Тяжка_Легка Crosstabulation

			Тяжка_Легка						
			-3,00	-2,00	-1,00	,00	1,00	2,00	3,00
ORTO2	orto	Count	23	31	20	35	36	48	16
		% within ORTO2	11,0%	14,8%	9,6%	16,7%	17,2%	23,0%	7,7%
	not orto	Count	5	14	16	24	27	23	8
		% within ORTO2	4,3%	12,0%	13,7%	20,5%	23,1%	19,7%	6,8%
Total		Count	28	45	36	59	63	71	24
		% within ORTO2	8,6%	13,8%	11,0%	18,1%	19,3%	21,8%	7,4%

ORTO2 * Скаладна_Проста Crosstabulation

			Скаладна_Проста							
			-3,00	-2,00	-1,00	,00	1,00	2,00	3,00	Total
ORTO2	orto	Count	20	26	29	42	37	36	19	209
		% within ORTO2	9,6%	12,4%	13,9%	20,1%	17,7%	17,2%	9,1%	100,0%
	not orto	Count	4	15	19	32	15	21	11	117
		% within ORTO2	3,4%	12,8%	16,2%	27,4%	12,8%	17,9%	9,4%	100,0%
Total		Count	24	41	48	74	52	57	30	326
		% within ORTO2	7,4%	12,6%	14,7%	22,7%	16,0%	17,5%	9,2%	100,0%

ORTO2 * Пісна_Жирна Crosstabulation

			Пісна_Жирна							
			-3,00	-2,00	-1,00	,00	1,00	2,00	3,00	
ORTO2	orto	Count	19	28	39	49	38	27	9	
		% within ORTO2	9,1%	13,4%	18,7%	23,4%	18,2%	12,9%	4,3%	
	not orto	Count	3	14	15	44	24	11	6	
		% within ORTO2	2,6%	12,0%	12,8%	37,6%	20,5%	9,4%	5,1%	
Total	Count	22	42	54	93	62	38	15		
	% within ORTO2	6,7%	12,9%	16,6%	28,5%	19,0%	11,7%	4,6%		

Додаток В6

**Статистичні ряди дихотомічних шкал за критерієм властивості їжі
«впорядкованість» в осіб з орторексією (О) та без такої (Н)**

ORTO2 * Спонтанна_Організована Crosstabulation

			Спонтанна_Організована						Total	
			-3,00	-2,00	-1,00	,00	1,00	2,00	3,00	
ORTO2	orto	Count	20	33	28	34	24	50	20	209
		% within ORTO2	9,6%	15,8%	13,4%	16,3%	11,5%	23,9%	9,6%	100,0%
	not orto	Count	5	20	20	19	20	27	6	117
		% within ORTO2	4,3%	17,1%	17,1%	16,2%	17,1%	23,1%	5,1%	100,0%
Total	Count	25	53	48	53	44	77	26	326	
	% within ORTO2	7,7%	16,3%	14,7%	16,3%	13,5%	23,6%	8,0%	100,0%	

ORTO2 * Неякісна_якісна Crosstabulation

			Неякісна_якісна						Total	
			-3,00	-2,00	-1,00	,00	1,00	2,00	3,00	
ORTO2	orto	Count	33	20	9	9	15	55	68	209
		% within ORTO2	15,8%	9,6%	4,3%	4,3%	7,2%	26,3%	32,5%	100,0%
	not orto	Count	5	18	10	6	15	25	38	117
		% within ORTO2	4,3%	15,4%	8,5%	5,1%	12,8%	21,4%	32,5%	100,0%
Total	Count	38	38	19	15	30	80	106	326	
	% within ORTO2	11,7%	11,7%	5,8%	4,6%	9,2%	24,5%	32,5%	100,0%	

ORTO2 * Повільна_Швидка Crosstabulation

			Повільна_Швидка						Total	
			-3,00	-2,00	-1,00	,00	1,00	2,00	3,00	
ORTO2	orto	Count	14	34	31	38	42	38	12	209
		% within ORTO2	6,7%	16,3%	14,8%	18,2%	20,1%	18,2%	5,7%	100,0%
	not orto	Count	6	15	15	36	23	15	7	117
		% within ORTO2	5,1%	12,8%	12,8%	30,8%	19,7%	12,8%	6,0%	100,0%
Total	Count	20	49	46	74	65	53	19	326	
	% within ORTO2	6,1%	15,0%	14,1%	22,7%	19,9%	16,3%	5,8%	100,0%	

ORTO2 * Мінлива_стабільна Crosstabulation

			Мінлива_стабільна							
			-3,00	-2,00	-1,00	,00	1,00	2,00	3,00	Total
ORTO2	orto	Count	12	29	23	54	29	47	15	209
		% within ORTO2	5,7%	13,9%	11,0%	25,8%	13,9%	22,5%	7,2%	100,0%
	not orto	Count	3	15	20	32	26	16	5	117
		% within ORTO2	2,6%	12,8%	17,1%	27,4%	22,2%	13,7%	4,3%	100,0%
Total	Count	15	44	43	86	55	63	20	326	
	% within ORTO2	4,6%	13,5%	13,2%	26,4%	16,9%	19,3%	6,1%	100,0%	

ORTO2 * Важкодоступна_Легкодоступна Crosstabulation

			Важкодоступна_Легкодоступна							
			-3,00	-2,00	-1,00	,00	1,00	2,00	3,00	Total
ORTO2	orto	Count	13	19	17	43	30	49	38	209
		% within ORTO2	6,2%	9,1%	8,1%	20,6%	14,4%	23,4%	18,2%	100,0%
	not orto	Count	6	8	9	24	20	25	25	117
		% within ORTO2	5,1%	6,8%	7,7%	20,5%	17,1%	21,4%	21,4%	100,0%
Total	Count	19	27	26	67	50	74	63	326	
	% within ORTO2	5,8%	8,3%	8,0%	20,6%	15,3%	22,7%	19,3%	100,0%	

Додаток В7

**Статистичні ряди дихотомічних шкал за критерієм властивості їжі
«корисність» в осіб з орторексією (О) та без такої (Н)**

ORTO2 * Зіпсована_Свіжа Crosstabulation

			Зіпсована_Свіжа							
			-3,00	-2,00	-1,00	,00	1,00	2,00	3,00	Total
ORTO2	orto	Count	40	16	3	9	8	29	104	209
		% within ORTO2	19,1%	7,7%	1,4%	4,3%	3,8%	13,9%	49,8%	100,0%
	not orto	Count	14	10	3	6	5	19	60	117
		% within ORTO2	12,0%	8,5%	2,6%	5,1%	4,3%	16,2%	51,3%	100,0%
Total	Count	54	26	6	15	13	48	164	326	
	% within ORTO2	16,6%	8,0%	1,8%	4,6%	4,0%	14,7%	50,3%	100,0%	

ORTO2 * Неправильна_Правильна Crosstabulation

			Неправильна_Правильна							
			-3,00	-2,00	-1,00	,00	1,00	2,00	3,00	Total
ORTO2	orto	Count	19	31	22	23	32	56	26	209
		% within ORTO2	9,1%	14,8%	10,5%	11,0%	15,3%	26,8%	12,4%	100,0%
	not orto	Count	2	7	13	41	19	25	10	117
		% within ORTO2	1,7%	6,0%	11,1%	35,0%	16,2%	21,4%	8,5%	100,0%
Total	Count	21	38	35	64	51	81	36	326	
	% within ORTO2	6,4%	11,7%	10,7%	19,6%	15,6%	24,8%	11,0%	100,0%	

ORTO2 * Шкідлива_Корисна Crosstabulation

			Шкідлива_Корисна							
			-3,00	-2,00	-1,00	,00	1,00	2,00	3,00	Total
ORTO2	orto	Count	31	28	12	14	24	63	37	209
		% within ORTO2	14,8%	13,4%	5,7%	6,7%	11,5%	30,1%	17,7%	100,0%
	not orto	Count	8	11	14	21	26	21	16	117
		% within ORTO2	6,8%	9,4%	12,0%	17,9%	22,2%	17,9%	13,7%	100,0%
Total	Count	39	39	26	35	50	84	53	326	
	% within ORTO2	12,0%	12,0%	8,0%	10,7%	15,3%	25,8%	16,3%	100,0%	

ORTO2 * Вишукана_груба Crosstabulation

			Вишукана_груба							
			-3,00	-2,00	-1,00	,00	1,00	2,00	3,00	Total
ORTO2	orto	Count	23	37	41	51	31	19	7	209
		% within ORTO2	11,0%	17,7%	19,6%	24,4%	14,8%	9,1%	3,3%	100,0%
	not orto	Count	6	28	24	37	13	6	3	117
		% within ORTO2	5,1%	23,9%	20,5%	31,6%	11,1%	5,1%	2,6%	100,0%
Total	Count	29	65	65	88	44	25	10	326	
	% within ORTO2	8,9%	19,9%	19,9%	27,0%	13,5%	7,7%	3,1%	100,0%	

ORTO2 * Штучна_Натуральна Crosstabulation

			Штучна_Натуральна							
			-3,00	-2,00	-1,00	,00	1,00	2,00	3,00	Total
ORTO2	orto	Count	20	19	15	18	26	53	58	209
		% within ORTO2	9,6%	9,1%	7,2%	8,6%	12,4%	25,4%	27,8%	100,0%
	not orto	Count	3	10	12	16	23	31	22	117
		% within ORTO2	2,6%	8,5%	10,3%	13,7%	19,7%	26,5%	18,8%	100,0%
Total	Count	23	29	27	34	49	84	80	326	
	% within ORTO2	7,1%	8,9%	8,3%	10,4%	15,0%	25,8%	24,5%	100,0%	

Додаток В8**Статистичні ряди дихотомічних шкал за критерієм властивості їжі
«емоційна атрибуція» в осіб з орторексією (О) та без такої (Н)****ORTO2 * Зла_Добра Crosstabulation**

			Зла_Добра							
			-3,00	-2,00	-1,00	,00	1,00	2,00	3,00	Total
ORTO2	orto	Count	21	13	10	45	19	53	48	209
		% within ORTO2	10,0%	6,2%	4,8%	21,5%	9,1%	25,4%	23,0%	100,0%
	not orto	Count	2	8	9	40	11	23	24	117
		% within ORTO2	1,7%	6,8%	7,7%	34,2%	9,4%	19,7%	20,5%	100,0%
Total	Count	23	21	19	85	30	76	72	326	
	% within ORTO2	7,1%	6,4%	5,8%	26,1%	9,2%	23,3%	22,1%	100,0%	

ORTO2 * Збуджуюча_Заспокоююча Crosstabulation

			Збуджуюча_Заспокоююча							
			-3,00	-2,00	-1,00	,00	1,00	2,00	3,00	Total
ORTO2	orto	Count	14	22	29	66	24	39	15	209
		% within ORTO2	6,7%	10,5%	13,9%	31,6%	11,5%	18,7%	7,2%	100,0%
	not orto	Count	3	11	12	45	19	19	8	117
		% within ORTO2	2,6%	9,4%	10,3%	38,5%	16,2%	16,2%	6,8%	100,0%
Total	Count	17	33	41	111	43	58	23	326	
	% within ORTO2	5,2%	10,1%	12,6%	34,0%	13,2%	17,8%	7,1%	100,0%	

ORTO2 * Негарна_гарна Crosstabulation

			Негарна_гарна							
			-3,00	-2,00	-1,00	,00	1,00	2,00	3,00	Total
ORTO2	orto	Count	16	19	19	32	34	52	37	209
		% within ORTO2	7,7%	9,1%	9,1%	15,3%	16,3%	24,9%	17,7%	100,0%
	not orto	Count	5	6	12	28	24	23	19	117
		% within ORTO2	4,3%	5,1%	10,3%	23,9%	20,5%	19,7%	16,2%	100,0%
Total	Count	21	25	31	60	58	75	56	326	
	% within ORTO2	6,4%	7,7%	9,5%	18,4%	17,8%	23,0%	17,2%	100,0%	

ORTO2 * Печальна_Радісна Crosstabulation

			Печальна_Радісна							
			-3,00	-2,00	-1,00	,00	1,00	2,00	3,00	Total
ORTO2	orto	Count	16	14	11	41	25	43	59	209
		% within ORTO2	7,7%	6,7%	5,3%	19,6%	12,0%	20,6%	28,2%	100,0%
	not orto	Count	5	6	7	30	20	26	23	117
		% within ORTO2	4,3%	5,1%	6,0%	25,6%	17,1%	22,2%	19,7%	100,0%
Total	Count	21	20	18	71	45	69	82	326	
	% within ORTO2	6,4%	6,1%	5,5%	21,8%	13,8%	21,2%	25,2%	100,0%	

ORTO2 * Реальна_Ідеальна Crosstabulation

			Реальна_Ідеальна							
			-3,00	-2,00	-1,00	,00	1,00	2,00	3,00	Total
ORTO2	orto	Count	22	30	22	61	32	23	19	209
		% within ORTO2	10,5%	14,4%	10,5%	29,2%	15,3%	11,0%	9,1%	100,0%
	not orto	Count	17	19	11	43	15	5	7	117
		% within ORTO2	14,5%	16,2%	9,4%	36,8%	12,8%	4,3%	6,0%	100,0%
Total	Count	39	49	33	104	47	28	26	326	
	% within ORTO2	12,0%	15,0%	10,1%	31,9%	14,4%	8,6%	8,0%	100,0%	

Додаток В9

		ORTO	IX	IX1	IX2	IX3	IX4	Обрас гла	Шкала ГС	I	II	III	IV	шкала1	шкала2	шкала3	шкала4	шкала5	шкала6	шкала7
ORTO	Pearson Correlation	1	,085	,352**	-,026	,036	-,144**	-,058	,031	-,016	,116*	-,004	,026	,013	-,020	,092	,029	-,077	-,005	-,114*
	Sig. (2-tailed)		,127	,000	,642	,515	,010	,294	,573	,778	,046	,949	,634	,813	,716	,099	,601	,166	,926	,050
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
IX	Pearson Correlation	,085	1	,537**	,732**	,841**	,574**	-,419**	,215**	,245**	,214**	,061	,128*	,177**	-,074	,219**	,070	-,159**	,137*	,233**
	Sig. (2-tailed)	,127		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,270	,021	,001	,183	,000	,209	,004	,014	,000
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
IX1	Pearson Correlation	,352**	,537**	1	,099	,350**	,149**	-,217**	,149**	,084	,247**	,014	,093	,061	-,057	,191**	-,018	-,205**	,085	,077
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,075	,000	,007	,000	,007	,129	,000	,806	,093	,275	,303	,001	,741	,000	,130	,166
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
IX2	Pearson Correlation	-,026	,732**	,099	1	,394**	,213**	-,398**	,163**	,280**	,114*	,030	-,007	,209**	-,095	,118*	,034	-,117*	,040	,320**
	Sig. (2-tailed)	,642	,000	,075		,000	,000	,000	,003	,000	,041	,587	,898	,000	,086	,035	,543	,035	,470	,000
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
IX3	Pearson Correlation	,036	,841**	,350**	,394**	1	,539**	-,286**	,144**	,126*	,163**	,066	,158**	,071	-,034	,191**	,103	-,098	,165**	,117*
	Sig. (2-tailed)	,515	,000	,000	,000		,000	,000	,009	,024	,003	,236	,004	,204	,539	,001	,064	,079	,003	,045
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
IX4	Pearson Correlation	-,144**	,574**	,149**	,213**	,539**	1	-,172**	,140*	,142*	,057	,070	,180**	,135*	,028	,100	,072	,019	,099	,062
	Sig. (2-tailed)	,010	,000	,007	,000	,000		,002	,011	,010	,309	,210	,001	,015	,616	,072	,195	,733	,075	,265
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
Обрас гла	Pearson Correlation	-,058	-,419**	-,217**	-,398**	-,286**	-,172**	1	-,453**	-,465**	-,439**	-,283**	-,192**	-,370**	-,125*	-,368**	-,227**	,407**	-,276**	-,416**
	Sig. (2-tailed)	,294	,000	,000	,000	,000	,002		,000	,000	,000	,000	,000	,024	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
ШкалаГС	Pearson Correlation	,031	,215**	,149**	,163**	,144**	,140*	-,453**	1	,827**	,767**	,653**	,531**	,747**	,339**	,649**	,393**	-,621**	,627**	,560**
	Sig. (2-tailed)	,573	,000	,007	,003	,009	,011	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
I	Pearson Correlation	-,016	,245**	,084	,280**	,126*	,142*	-,465**	,827**	1	,598**	,480**	,352**	,755**	,223**	,530**	,536**	-,514**	,450**	,651**
	Sig. (2-tailed)	,778	,000	,129	,000	,024	,010	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
II	Pearson Correlation	,116*	,214**	,247**	,114*	,163**	,057	-,439**	,767**	,598**	1	,432**	,412**	,541**	,127*	,793**	,276**	-,782**	,469**	,448**
	Sig. (2-tailed)	,046	,000	,000	,041	,003	,309	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,022	,000	,000	,000	,000	,000
	N	326	326	326	326	326	326	324	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
III	Pearson Correlation	-,004	,061	,014	,030	,066	,070	-,283**	,653**	,480**	,432**	1	,371**	,415**	,655**	,425**	,359**	-,356**	,603**	,306**
	Sig. (2-tailed)	,949	,270	,806	,587	,236	,210	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
IV	Pearson Correlation	,026	,128*	,093	-,007	,158**	,180**	-,192**	,531**	,352**	,412**	,371**	1	,380**	,321**	,465**	,194**	-,226**	,705**	,237**
	Sig. (2-tailed)	,634	,021	,093	,898	,004	,001	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326

Умовні позначення

- IX Загальний показник інтуїтивності харчування (Тілка)
- IX1 Безумовний дозвіл на прийом їжі
- IX2 Їжа з фізіологічних, а не зовнішніх або емоційних причин
- IX3 Чутливість до сигналів голоду та ситості шкала голоду та ситості
- IX4 Гармонія їжі та тіла
- ШкалаГС Шкала S глобальне самоставлення
- I самоповага (Шкала I)
- II аутосимпатія (Шкала II)
- III очікуване ставлення від інших Шкала III
- IV самоінтерес Шкала IV

шкала1	Шкала 1 – самовпевненість
шкала2	Шкала 2 – очікуване ставлення інших людей
шкала3	Шкала 3 – самоприйняття
шкала4	Шкала 4 – самокерівництво
шкала5	Шкала 5 – самозвинувачення
шкала6	Шкала 6 – самоінтерес
шкала7	Шкала 7 – саморозуміння

		ORTO	IX	IX1	IX2	IX3	IX4	Образ тіла	Шкала ГС	I	II	III	IV	шкала1	шкала2	шкала3	шкала4	шкала5	шкала6	шкала7
шкала1	Pearson Correlation	,013	,177**	,061	,209**	,071	,135*	-,370**	,747**	,755**	,541**	,415**	,380**	1	,170**	,421**	,272**	-,391**	,444**	,399**
	Sig. (2-tailed)	,813	,001	,275	,000	,204	,015	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,002	,000	,000	,000	,000	,000
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
шкала2	Pearson Correlation	-,020	-,074	-,057	-,095	-,034	,028	-,125*	,339**	,223**	,127*	,655**	,321**	,170**	1	,239**	,205**	-,011	,295**	,106
	Sig. (2-tailed)	,716	,183	,303	,086	,539	,616	,024	,000	,000	,022	,000	,000	,002		,000	,000	,842	,000	,058
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
шкала3	Pearson Correlation	,092	,219**	,191**	,118*	,191**	,100	-,368**	,649**	,530**	,793**	,423**	,465**	,421**	,239**	1	,300**	-,441**	,477**	,397**
	Sig. (2-tailed)	,099	,000	,001	,035	,001	,072	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
шкала4	Pearson Correlation	,029	,070	-,018	,034	,103	,072	-,227**	,393**	,536**	,276**	,359**	,194**	,272**	,205**	,300**	1	-,220**	,301**	,207**
	Sig. (2-tailed)	,601	,209	,741	,543	,064	,195	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
шкала5	Pearson Correlation	-,077	-,159**	-,205**	-,117*	-,098	,019	,407**	-,621**	-,514**	-,782**	-,356**	-,226**	-,391**	-,011	-,441**	-,220**	1	-,283**	-,415**
	Sig. (2-tailed)	,166	,004	,000	,035	,079	,733	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,842	,000	,000		,000	,000
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
шкала6	Pearson Correlation	-,005	,137*	,085	,040	,165**	,099	-,276**	,627**	,450**	,469**	,603**	,705**	,444**	,295**	,477**	,301**	-,283**	1	,295**
	Sig. (2-tailed)	,926	,014	,130	,470	,003	,075	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
шкала7	Pearson Correlation	-,114*	,233**	,077	,320**	,117*	,062	-,416**	,560**	,651**	,448**	,306**	,237**	,399**	,106	,397**	,207**	-,415**	,295**	1
	Sig. (2-tailed)	,050	,000	,166	,000	,045	,265	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,058	,000	,000	,000	,000	
	N	326	326	326	326	326	326	324	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

Умовні позначення

--	--	--

Додаток В10

Практики уважності «Mindfulness»

Конвеєр (за М. Лінехан)

Ця практика - одна з найважливіших практик майндфулнесс - спостереження за думками. Більшість людей, коли їх відвідують небажані думки, прагнуть позбутися від них. Але часто вони не усвідомлюють, що чим більше ми намагаємося позбутися нав'язливих думок, уникати їх, придушувати їх, тим сильнішими вони стають і з більшою ймовірністю повертаються.

Намагатися позбутися думок - неефективний спосіб позбутися від них. Секрет практики – просто спостерігати їх. Це майндфулнесс практика, де ви просто спостерігаєте за думками. Що потрібно зробити, уявіть, що ваш розум – це довжелезний конвеєр, стрічка якого повзе зліва направо, а ти стоїш поруч і

проводити сортування. Є різні види сортування. Уявіть багато коробок, і сортуйте кожну думку, тілесне відчуття, або звук, в окрему коробку. Коли ловите себе на чомусь іншому, м'яко, ненав'язливо поверніться до сортування. Пильнуйте думки, почуття, звуки, як вони з'являються, і розташовуйте кожну думку, кожен звук, кожне відчуття в окрему коробку.

Родзинка.

Коментар: Спочатку учасникам важко включитися в роботу, сприймати родзинку без внутрішніх оцінок (подобається, сумно) – незвична форма діяльності.

Вам знадобиться дві родзинки. Покладіть першу родзинку на долоню. На секунду закрийте очі і уявіть, що ви вперше в житті зіткнетеся з родзинкою і не маєте уявлення, що це таке. Можете уявити себе людиною з іншої планети, яка прибула на землю для дослідження і натрапила на цей незнайомий об'єкт. Спробуйте викликати в собі почуття цікавості. Наша мета в цій справі - невідривно фіксувати увагу на виникаючих відчуттях, намагатися розрізнити найменші нюанси, спостерігати їх зміни. Якщо виникають думки, спогади, асоціації, просто відзначте це і відпустіть їх, м'яко поверніть увагу до відчуттів. Івчіть зовнішній вигляд родзинки. Вивчіть контури, розмір, текстуру, світло, тіні і переходи між ними. Вивчіть колір родзинки, звертайте увагу на відтінки і вплив освітлення на зміну кольору. Можете її трохи наблизити до очей або видалити. Будьте уважні. Відчуйте аромат. Піднесіть до губ, спробуйте на смак, але не їжте одразу, відкусуйте крихітні шматки, довго тримайте в роті, котайте. Другу родзинку їжте, як завжди. Чи є різниця?

Однохвилинне дихання. Для цієї справи все, що вам потрібно зробити, це зосередитись на своєму диханні лише одну хвилину. Почніть з повільного вдиху та видихання, затримавши дихання, потім повільно видихніть, даючи вдиху без зусиль впливати назад в атмосферу. Звичайно, ваш розум намагатиметься блукати серед долин своїх думок, але просто помічайте ці думки і повертайтеся, щоб спостерігати за своїм диханням.

Повітряні кульки.

Коментар: ця практика подібна до «Конвеєру» і стане у нагоді з тривогою, при потоці нав'язливих думок, також декому допомагає заснути.

Якщо виникають нав'язливі думки, уявіть собі, що знаходитесь на відкритому просторі, над вами небо. В одній руці є багато мотузок, до яких прив'язані й намагаються полетіти до неба різнокольорові повітряні кульки. На кожну думку або відчуття подумки беріть одну мотузку з купи й відпускайте кульку, спостерігаючи, яка вона і як летить.

Уважне спостереження. Оберіть щось у природі, у вашому найближчому оточенні. Зосередьтеся на тому, щоб спостерігати за ним/нею протягом хвилини-двох. Це може бути квітка або комаха, хмарина або місяць. Нічого не робіть, крім того, щоб помічати те, на що ви дивитесь. Дивіться на це так, ніби бачите це вперше.

Уважне слухання. Уважне слухання допомагає нам залишити минуле там, де воно є, і прийти до нейтрального, теперішнього усвідомлення. Виберіть новий музичний твір із вашої музичної колекції - те, чого ви ніколи раніше не чули, але те, що змушує задуматися, як це може звучати. Закрийте очі і використовуйте навушники, якщо це вам зручно. Не думайте про жанр чи артиста. Натомість дозвольте собі загубитися у подорожі звуку на час пісні. Дозвольте собі вивчити тонкощі музики. Нехай ваша обізнаність забирається всередину доріжки і грає серед звукових хвиль.

Кольорове повітря. Сядьте комфортно, прикрийте очі, дихайте спокійно. Уявіть, що повітря, яке ви вдихаєте, різнокольорове, переливчасте, «магічне». Спостерігайте подумки, як воно заходить через ніс, проходить далі, насичує тіло саме тим, що потрібно вам сьогодні – спокоєм, здоров'ям, відчуттям безпеки, сміхом, любов'ю. Приділіть цій практиці стільки часу, скільки вам потрібно, і коли буде досить, подумки подякуйте собі за цю практику та повертайтеся.

Перерва на самоспівчуття (з курсу СФТ, ведуча Тетяна Назаренко)

Якщо Ви усвідомили, що відчуваєте стрес, зробіть 2-3 глибоких вдихи. Обережно покладіть руку на серце, відчуйте ніжне тиск і теплоту руки. Якщо

хочете, помістіть обидві руки на груди, відзначаючи різницю між дотиком однієї і двома руками. Простий спосіб заспокоїтися, коли ви погано себе почуваєте, - це ніжно обійняти і приголубити себе, або просто покласти руку на серце і відчуті тепло вашої руки. Якщо ви помітили, що відчуваєте напругу, сумок, сум або незадоволення собою, спробуйте погладити свою руку, обличчя або злегка покачайте тіло. Важливо, щоб це був певний жест, який передає почуття любові, турботи і ніжності. Якщо навколо вас є інші люди і це ніяково, ви можете непомітно скласти руки, м'яко стискаючи себе у втішаючий манері. Ви також можете просто уявити собі обійми або ласку, якщо не можете виконати реальний фізичний жест. Відчуйте дотик руки до грудей. Якщо хочете, Ви можете провести рукою невеликі кола по грудях.

Відчуйте природне підняття і опускання грудей, коли вдихаєте і видихаєте.

Виділіть на це стільки часу, скільки вам потрібно.

5-4-3-2-1. Розгляньте 5 предметів навколо себе, ніби ніколи їх не бачили. Відчуйте 4 різних тілесних відчуття – наприклад, дотик тіла до крісла, ніг до підлоги. 3 запахи, 2 звуки, один смак.

Боді скан. Сядьте комфортно так, щоб стопи були розташовані на підлозі, прикрийте очі, дихайте спокійно. По черзі звертайте увагу на стопи (тепло, холодно, напружені, чи однаково спираються у підлогу), далі повільно слідуєте вверх своєю увагою до колін, стегон, живота, грудної клітини, шиї, підпоріддя й губ, очей, лоба. Волосиста частина голови, плечі, спина, сідниці, під колінами, ікри, стопи. Ваша увага зробила сканування тіла, зробіть ще одне швидке коло, відмічаючи ті зони, де була напруга. Приділіть стільки часу, скільки вам потрібно, і коли буде досить, подякуйте собі за цю практику й відкривайте очі, повертайтеся до кімнати.

П'ять (варіант 5-4-3-2-1). У цій діяльності вам потрібно лише помітити п'ять речей, які зазвичай залишаються непоміченими. Це можуть бути речі, які ви бачите, чуєте, нюхаєте або відчуваєте. Наприклад, ви можете побачити стіни, почути птахів, відчути запах квітів і намацати свій одяг. Звичайно, ви вже можете робити ці речі, але чи справді ви їх знаєте?

Додаток В11

Кореляційна матриця зв'язку Орторексії та шкали «Швидкість»

			ОРТО	Швидкість
Ро Спирмена	ОРТО	Коефіцієнт кореляції	1.000	-.111 [*]
		Знач. (двухстороння)	.	.034
		N	326	326
	Швидкість	Коефіцієнт кореляції	-.111 [*]	1.000
		Знач. (двухстороння)	.034	.
		N	326	326

*. Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

Додаток В12

Кореляційна матриця зв'язку Шкали безумовного дозволу на прийом їжі та шкал відношення до їжі

			Корреляції		
			ІХ1	Смачність	Жирність
Ро Спирмена	ІХ1	Коефіцієнт кореляції	1.000	.144 ^{**}	.208 ^{**}
		Знач. (двухстороння)	.	.009	.000
		N	326	326	326
	Смачність	Коефіцієнт кореляції	.144 ^{**}	1.000	.359 ^{**}
		Знач. (двухстороння)	.009	.	.000
		N	326	326	326
	Жирність	Коефіцієнт кореляції	.208 ^{**}	.359 ^{**}	1.000
		Знач. (двухстороння)	.000	.000	.
		N	326	326	326

** . Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Додаток В13

Додаток В13

---Кореляційна матриця зв'язку Загального показника інтуїтивності харчування та шкал відношення до їжі

			Кореляції											
			IX	Смачність	Органованність	Якість	Свіжість	Правильність	Корисність	Жирність	Грубість	Краса	Натуральність	Радість
Ро Спирмена	IX	Коефіцієнт кореляції	1,000	,157	,124	,200	,126	,125	,140	,125	-,124	,155	,165	,114
		Знач. (двухсторонняя)		,005	,025	,000	,023	,024	,007	,024	,025	,005	,003	,040
		N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
	Смачність	Коефіцієнт кореляції	,197	1,000	,395	,790	,785	,538	,595	,390	-,056	,510	,582	,564
		Знач. (двухсторонняя)	,005		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,314	,000	,000
		N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
	Органованність	Коефіцієнт кореляції	,124	,395	1,000	,511	,371	,466	,465	,149	,042	,295	,445	,331
		Знач. (двухсторонняя)	,025	,000		,000	,000	,000	,000	,007	,454	,000	,000	,000
		N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
	Якість	Коефіцієнт кореляції	,200	,790	,511	1,000	,785	,587	,676	,287	-,035	,565	,628	,598
		Знач. (двухсторонняя)	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,532	,000	,000	,000
		N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
	Свіжість	Коефіцієнт кореляції	,126	,785	,371	,785	1,000	,526	,594	,403	-,001	,517	,566	,563
		Знач. (двухсторонняя)	,023	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,984	,000	,000	,000
		N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
Правильність	Коефіцієнт кореляції	,125	,538	,466	,587	,526	1,000	,726	,260	,055	,538	,665	,602	
	Знач. (двухсторонняя)	,024	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,327	,000	,000	,000	
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	
Корисність	Коефіцієнт кореляції	,140	,595	,465	,676	,594	,726	1,000	,204	,096	,480	,740	,556	
	Знач. (двухсторонняя)	,007	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,084	,000	,000	,000	
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	
Жирність	Коефіцієнт кореляції	,125	,396	,149	,287	,403	,260	,204	1,000	,248	,312	,303	,291	
	Знач. (двухсторонняя)	,024	,000	,007	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	
Грубість	Коефіцієнт кореляції	-,124	-,056	,042	-,035	-,001	,055	,096	,248	1,000	,008	,054	-,017	
	Знач. (двухсторонняя)	,025	,314	,454	,532	,984	,327	,084	,000		,910	,334	,795	
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	
Краса	Коефіцієнт кореляції	,155	,510	,295	,565	,517	,538	,480	,312	,006	1,000	,552	,591	
	Знач. (двухсторонняя)	,005	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,910		,000	,000	
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	
Натуральність	Коефіцієнт кореляції	,165	,582	,443	,628	,596	,665	,740	,303	,054	,552	1,000	,594	
	Знач. (двухсторонняя)	,003	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,334	,000		,000	
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	
Радість	Коефіцієнт кореляції	,114	,564	,331	,598	,563	,602	,599	,291	-,017	,591	,594	1,000	
	Знач. (двухсторонняя)	,040	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,785	,000	,000		
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	

** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

Додаток В14

Кореляційна матриця зв'язку Шкали чутливості до сигналів голоду та ситості та шкал відношення до їжі

			Кореляції										
			IX3	Смачність	Якість	Свіжість	Тяжкість	Корисність	Швидкість	Грубість	Краса	Натуральність	
Ро Спирмена	IX3	Коефіцієнт кореляції	1,000	,149	,204	,137	,164	,140	-,124	-,149	,158	,142	
		Знач. (двухсторонняя)		,007	,000	,013	,003	,012	,025	,007	,004	,000	,010
		N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
	Смачність	Коефіцієнт кореляції	,149	1,000	,790	,785	,470	,565	,289	-,056	,510	,582	
		Знач. (двухсторонняя)	,007		,000	,000	,000	,000	,000	,314	,000	,000	
		N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	
	Якість	Коефіцієнт кореляції	,204	,790	1,000	,785	,570	,676	,256	-,035	,565	,628	
		Знач. (двухсторонняя)	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,532	,000	,000	
		N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	
	Свіжість	Коефіцієнт кореляції	,137	,785	,785	1,000	,526	,594	,354	-,001	,517	,566	
		Знач. (двухсторонняя)	,013	,000	,000		,000	,000	,000	,984	,000	,000	
		N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	
	Тяжкість	Коефіцієнт кореляції	,164	,470	,570	,526	1,000	,741	,321	,077	,454	,555	
		Знач. (двухсторонняя)	,003	,000	,000	,000		,000	,000	,185	,000	,000	
		N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	
Корисність	Коефіцієнт кореляції	,140	,565	,676	,594	,741	1,000	,303	,096	,480	,740		
	Знач. (двухсторонняя)	,012	,000	,000	,000	,000		,000	,084	,000	,000		
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326		
Швидкість	Коефіцієнт кореляції	-,124	,289	,256	,354	,321	,303	1,000	,261	,328	,266		
	Знач. (двухсторонняя)	,025	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000		
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326		
Грубість	Коефіцієнт кореляції	-,149	-,056	-,035	-,001	,077	,096	,261	1,000	,006	,054		
	Знач. (двухсторонняя)	,007	,314	,532	,984	,165	,084	,000		,910	,334		
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326		
Грубість	Коефіцієнт кореляції	-,149	-,056	-,035	-,001	,077	,096	,261	,006	1,000	,054		
	Знач. (двухсторонняя)	,007	,314	,532	,984	,165	,084	,000		,910	,334		
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326		
Краса	Коефіцієнт кореляції	,158	,510	,565	,517	,454	,480	,328	,006	1,000	,552		
	Знач. (двухсторонняя)	,004	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,910		,000		
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326		
Натуральність	Коефіцієнт кореляції	,142	,582	,628	,596	,555	,740	,266	,054	,552	1,000		
	Знач. (двухсторонняя)	,010	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,334	,000			
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326		

** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

Додаток В15

Кореляційна матриця зв'язку Шкал «Гармонії їжі та тіла» та шкал відношення до їжі

			Кореляції									
			IX4	Організованість	Якість	Хорошість	Правильність	Тяжкість	Корисність	Краса	Натуральність	Радість
Ро Спирмена	IX4	Коефіцієнт кореляції	1.000	.182 ^{**}	.172 ^{**}	.132 ^{**}	.210 ^{**}	.147 ^{**}	.218 ^{**}	.189 ^{**}	.253 ^{**}	.174 ^{**}
		Знач. (двухстороння)		.001	.002	.017	.000	.008	.000	.002	.000	.002
		N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
	Організованість	Коефіцієнт кореляції	.182 ^{**}	1.000	.511 ^{**}	.305 ^{**}	.498 ^{**}	.412 ^{**}	.465 ^{**}	.295 ^{**}	.443 ^{**}	.331 ^{**}
		Знач. (двухстороння)	.001		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
		N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
	Якість	Коефіцієнт кореляції	.172 ^{**}	.511 ^{**}	1.000	.421 ^{**}	.587 ^{**}	.570 ^{**}	.678 ^{**}	.565 ^{**}	.628 ^{**}	.588 ^{**}
		Знач. (двухстороння)	.002	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
		N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
	Хорошість	Коефіцієнт кореляції	.132 ^{**}	.305 ^{**}	.421 ^{**}	1.000	.555 ^{**}	.445 ^{**}	.503 ^{**}	.442 ^{**}	.448 ^{**}	.570 ^{**}
		Знач. (двухстороння)	.017	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000
		N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
	Правильність	Коефіцієнт кореляції	.210 ^{**}	.498 ^{**}	.587 ^{**}	.555 ^{**}	1.000	.607 ^{**}	.728 ^{**}	.638 ^{**}	.685 ^{**}	.602 ^{**}
		Знач. (двухстороння)	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000
		N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
	Тяжкість	Коефіцієнт кореляції	.147 ^{**}	.412 ^{**}	.570 ^{**}	.445 ^{**}	.607 ^{**}	1.000	.741 ^{**}	.454 ^{**}	.555 ^{**}	.508 ^{**}
		Знач. (двухстороння)	.008	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000
		N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326
	Корисність	Коефіцієнт кореляції	.218 ^{**}	.465 ^{**}	.678 ^{**}	.503 ^{**}	.728 ^{**}	.741 ^{**}	1.000	.480 ^{**}	.740 ^{**}	.559 ^{**}
Знач. (двухстороння)		.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	
N		326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	
Краса	Коефіцієнт кореляції	.189 ^{**}	.295 ^{**}	.565 ^{**}	.442 ^{**}	.538 ^{**}	.454 ^{**}	.480 ^{**}	1.000	.552 ^{**}	.561 ^{**}	
	Знач. (двухстороння)	.002	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	
Корисність	Коефіцієнт кореляції	.218 ^{**}	.465 ^{**}	.678 ^{**}	.503 ^{**}	.728 ^{**}	.741 ^{**}	1.000	.480 ^{**}	.740 ^{**}	.559 ^{**}	
	Знач. (двухстороння)	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	
Краса	Коефіцієнт кореляції	.189 ^{**}	.295 ^{**}	.565 ^{**}	.442 ^{**}	.538 ^{**}	.454 ^{**}	.480 ^{**}	1.000	.552 ^{**}	.561 ^{**}	
	Знач. (двухстороння)	.002	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	
Натуральність	Коефіцієнт кореляції	.253 ^{**}	.443 ^{**}	.628 ^{**}	.448 ^{**}	.685 ^{**}	.555 ^{**}	.740 ^{**}	.552 ^{**}	1.000	.564 ^{**}	
	Знач. (двухстороння)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	
Радість	Коефіцієнт кореляції	.174 ^{**}	.331 ^{**}	.588 ^{**}	.570 ^{**}	.602 ^{**}	.508 ^{**}	.559 ^{**}	.561 ^{**}	.564 ^{**}	1.000	
	Знач. (двухстороння)	.002	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		
	N	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	

** Корреляція значима на рівні 0,01 (двухстороння).
* Корреляція значима на рівні 0,05 (двухстороння).

Додаток В16

Кореляційна матриця зв'язку Шкали «Їжа з фізіологічних, а не зовнішніх або емоційних причин» та шкал відношення до їжі

			Кореляції						
			IX2	Організованість	Якість	Правильність	Корисність	Жирність	Натуральність
Ро Спирмена	IX2	Коефіцієнт кореляції	1.000	.145 ^{**}	.136 ^{**}	.152 ^{**}	.168 ^{**}	.138 ^{**}	.115 ^{**}
		Знач. (двухстороння)		.009	.014	.008	.002	.013	.038
		N	326	326	326	326	326	326	326
	Організованість	Коефіцієнт кореляції	.145 ^{**}	1.000	.511 ^{**}	.466 ^{**}	.465 ^{**}	.149 ^{**}	.443 ^{**}
		Знач. (двухстороння)	.009		.000	.000	.000	.007	.000
		N	326	326	326	326	326	326	326
	Якість	Коефіцієнт кореляції	.136 ^{**}	.511 ^{**}	1.000	.587 ^{**}	.678 ^{**}	.287 ^{**}	.628 ^{**}
		Знач. (двухстороння)	.014	.000		.000	.000	.000	.000
		N	326	326	326	326	326	326	326
	Правильність	Коефіцієнт кореляції	.152 ^{**}	.466 ^{**}	.587 ^{**}	1.000	.728 ^{**}	.260 ^{**}	.685 ^{**}
		Знач. (двухстороння)	.008	.000	.000		.000	.000	.000
		N	326	326	326	326	326	326	326
	Корисність	Коефіцієнт кореляції	.168 ^{**}	.465 ^{**}	.678 ^{**}	.728 ^{**}	1.000	.204 ^{**}	.740 ^{**}
		Знач. (двухстороння)	.002	.000	.000	.000		.000	.000
		N	326	326	326	326	326	326	326
	Жирність	Коефіцієнт кореляції	.138 ^{**}	.149 ^{**}	.287 ^{**}	.260 ^{**}	.204 ^{**}	1.000	.303 ^{**}
		Знач. (двухстороння)	.013	.007	.000	.000	.000		.000
		N	326	326	326	326	326	326	326
Натуральність	Коефіцієнт кореляції	.115 ^{**}	.443 ^{**}	.628 ^{**}	.685 ^{**}	.740 ^{**}	.303 ^{**}	1.000	
	Знач. (двухстороння)	.038	.000	.000	.000	.000	.000		
	N	326	326	326	326	326	326	326	

** Корреляція значима на рівні 0,01 (двухстороння).
* Корреляція значима на рівні 0,05 (двухстороння).

Порівняльний аналіз залежних вибірок до та після психотерапевтичного впливу (T-Test Pairs, SPSS)

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 ORTO15	35,6286	35	3,0203	,51054
другий вимір	39,9714	35	2,5377	,42896
Pair 2 Загальний показник IX	2,6026	35	,5375	,09086
другий вимір	3,1260	35	,7862	,13289
Pair 3 Безумовний дозвіл на прийом їжі	2,7983	35	,8101	,13693
другий вимір	3,3477	35	,9367	,15833
Pair 4 Їжа з фізіологічних причин	2,2289	35	,8016	,13550
другий вимір	2,9131	35	,8774	,14832
Pair 5 Чутливість до сигналів голоду й ситості	2,4554	35	,7035	,11893
другий вимір	3,1520	35	1,1067	,18707
Pair 6 Гармонія їжі та тіла	2,8966	35	,9519	,16090
другий вимір	3,3871	35	,8304	,14037
Pair 7 Образ тіла	8,2639	35	1,3130	,22194
другий вимір	6,6168	35	1,9099	,32284
Pair 8 Шкала S	68,0674	35	27,3917	4,6300
другий вимір	73,9880	35	27,1769	4,5937
Pair 9 I самоповага	52,5974	35	32,1694	5,4376
другий вимір	55,1662	35	32,3179	5,4627
Pair 10 II аутосимпатія	53,4203	35	24,8172	4,1948
другий вимір	71,0868	35	26,2517	4,4373
Pair 11 III очікуване ставлення	64,2621	35	27,8626	4,7096
другий вимір	54,0092	35	23,2437	3,9289
Pair 12 IV самоінтерес	71,4780	35	32,5154	5,4961
другий вимір	79,2039	35	29,5885	5,0013
Pair 13 Шкала 1 самовпевненість	60,4980	35	30,1211	5,0914
другий вимір	63,3415	35	28,5328	4,8229
Pair 14 Шкала 2 ставлення інших	49,8315	35	22,3627	3,7799
другий вимір	46,1445	35	21,2540	3,5925
Pair 15 Шкала 3 самоприйняття	61,7168	35	27,1131	4,5829
другий вимір	72,1856	35	31,5281	5,3292
Pair 16 Шкала 4 самокерівництво	59,1650	35	23,9827	4,0538
другий вимір	63,3821	35	19,3761	3,2751
Pair 17 Шкала 5 самозвинувачення	59,8139	35	30,6839	5,1865

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
другий вимір	47,7927	35	27,8780	4,7122
Pair 18 Шкала 6_самоінтерес	71,3621	35	24,2915	4,1060
другий вимір	78,5780	35	28,4507	4,8090
Pair 19 Шкала 7_саморозуміння	45,8897	35	25,8611	4,3713
другий вимір	59,1268	35	23,6172	3,9920

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 ORTO15 & другий вимір	35	,233	,179
Pair 2 Загальний_показник_IX & другий вимір	35	,381	,024
Pair 3 Безумовний_дозвіл_на_прийом_їжі & другий вимір	35	,160	,358
Pair 4 Їжа_з_фізіологічних_а_не_зовнішніх_або_емоційних_причин & другий вимір	35	,131	,452
Pair 5 Чутливість_до_сигналів_голоду_та_ситості & другий вимір	35	,745	,000
Pair 6 Гармонія_їжі_та_тіла & другий вимір	35	,472	,004
Pair 7 Образ_тіла & другий вимір	35	,650	,000
Pair 8 Шкала_S & другий вимір	35	,808	,000
Pair 9 I_самоповага & другий вимір	35	,829	,000
Pair 10 II_аутосимпатія & другий вимір	35	,455	,006
Pair 11 III_очікуване_ставлення & другий вимір	35	,442	,008
Pair 12 IV_самоінтерес & другий вимір	35	,810	,000
Pair 13 Шкала 1_самовпевненість & другий вимір	35	,698	,000
Pair 14 Шкала 2_ставлення_інших & другий вимір	35	,654	,000
Pair 15 Шкала 3_самоприйняття & другий вимір	35	,470	,004
Pair 16 Шкала 4_самокерівництво & другий вимір	35	,709	,000
Pair 17 Шкала 5_самозвинувачення & другий вимір	35	,508	,002
Pair 18 Шкала 6_самоінтерес & & другий вимір	35	,624	,000
Pair 19 Шкала 7_саморозуміння & другий вимір	35	,674	,000

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 ORTO15	-4,3428	3,4636	,5854	-5,5326	-3,1530	-7,418	34	,000
Pair 2 Загальний_показник_IX	-,5234	,7650	,1293	-,7862	-,2606	-4,048	34	,000
Pair 3 Безумовний_дозвіл_на_прийом_їжі	-,5494	1,1360	,1920	-,9396	-,1591	-2,861	34	,007
Pair 4 Їжа_з_фізіологічних_причин	-,6842	1,1079	,1872	-1,0648	-,3036	-3,654	34	,001
Pair 5 Чутливість_до_сигналів_голоду	-,6965	,74770	,1263	-,9534	-,4397	-5,512	34	,000
Pair 6 Гармонія_їжі_та_тіла	-,4905	,9218	,1558	-,8072	-,1739	-3,148	34	,003
Pair 7 Образ_тіла	1,6470	1,4528	,2455	1,1479	2,1461	6,707	34	,000
Pair 8 Шкала_S	-5,9205	16,9236	2,8606	-11,7340	-,1071	-2,070	34	,046
Pair 9 I_самоповага	-2,5688	18,8842	3,1920	-9,0558	3,9181	-,805	34	,427
Pair 10 II_аутосимпатія	-1,7666	26,6939	4,5120	-26,8361	-8,4967	-3,915	34	,000
Pair 11 III_очікуване_ставлення	1,0252	27,2699	4,6094	,8853	19,6204	2,224	34	,033
Pair 12 IV_самоінтерес	-7,7258	19,3606	3,2725	-14,3765	-1,0752	-2,361	34	,024
Pair 13 Шкала1_самовпевненість	-2,8435	22,8311	3,8591	-10,6863	4,9992	-,737	34	,466
Pair 14 Шкала2_ставлення_інших	3,6870	18,1704	3,0713	-2,5547	9,9288	1,200	34	,238
Pair 15 Шкала3_самоприйняття	-1,0468	30,4308	5,1437	-20,9221	-,0154	-2,035	34	,050
Pair 16 Шкала4_самокерівництво	-4,2170	17,0864	2,8881	-10,0864	1,6523	-1,460	34	,153
Pair 17 Шкала5_самозвинування	1,2021	29,1380	4,9252	2,0119	22,0304	2,441	34	,020
Pair 18 Шкала6_самоінтерес	-7,2158	23,1775	3,9177	-15,1776	,7458	-1,842	34	,074
Pair 19 Шкала7_саморозуміння	-1,3237	20,0750	3,3933	-20,1330	-6,3410	-3,901	34	,000



АСОЦІАЦІЯ ЛІКАРІВ І ПСИХОЛОГІВ
Розлади харчової поведінки:
терапія та превенція

м. Київ, вул. Ярославська 33/33, офіс 43 eating.ukraine@gmail.com

22.02.2021 р.

№ 17

ДОВІДКА

**про використання наукових результатів дисертаційного дослідження
Фатєєвої Марини Сергіївни
на тему: «Психологічні особливості
самоусвідомлення осіб з орторексією»**

видана здобувачу наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 «Психологія», в галузі наук 05 (Соціальні та поведінкові науки) Фатєєвій Марині Сергіївни про те, що виконані нею розробки в дисертаційному дослідженні з вищевказаної теми та сформульовані у ньому рекомендації із використанням провідного досвіду розвинених країн, впроваджено в роботу Асоціації лікарів і психологів «Розлади харчової поведінки: терапія та превенція» з 2016 по 2021 рр.

Голова правління



В. Назаренко