

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ  
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

ІНСТИТУТ УПРАВЛІННЯ, ПСИХОЛОГІЇ ТА БЕЗПЕКИ

Кафедра практичної психології

**«ОСОБЛИВОСТІ САМОСТАВЛЕННЯ ОСІБ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ  
НА ОРТОРЕКСІЮ»**

кваліфікаційна робота  
здобувача вищої освіти  
освітнього ступеня «бакалавр»  
Катерини СЕМЕНЧІ  
4 курсу денної форми навчання  
спеціальність 053 «Психологія»  
ОПП «Психологія»

**Науковий керівник:**  
професор кафедри практичної  
психології  
**Галина КАТОЛИК**

**Рецензент:**  
доктор психологічних наук,  
доцент  
**Євген КАРПЕНКО**

*Кваліфікаційна робота допущена до захисту*

«\_\_»\_\_\_\_\_ 2024 р., протокол № \_\_

Т. в.о. завідувача кафедри практичної психології  
доктор психологічних наук, доцент

**Євген КАРПЕНКО**

Львів  
2024

## АНОТАЦІЯ

Згідно з дослідженням, приблизно 1/5 жінок та 1/7 чоловіків віком до 40 років відчують симптоми РХП. Актуальним сьогодні буде питання щодо харчових розладів серед військових, і хоча поки що статистичних даних по Україні не знаходимо, ми можемо подивитися на закордонну статистику. Тиск війни та культурний попит на ЗСЖ ставлять людину перед необхідністю адаптуватися та знаходити особисті шляхи компенсації, які спричинюють зміни у самосприйнятті особистості, її емоційно-оцінному ставленні до себе. **Мета** дослідження: теоретичне обґрунтування та експериментальне виявлення психологічних особливостей самоставлення осіб які страждають на орторексію. **Об'єктом** дослідження було вибрано самоставлення, як психологічний особистісний феномен. **Предметом** - психологічні особливості самоставлення осіб які страждають на орторексію.

**Теоретико-методологічне підґрунтя** дослідження становлять: основні положення про генезу, структуру, функції самосвідомості, Я-концепції та самоставлення особистості; діяльнісний підхід у дослідженні розвитку психіки.

**Ключові слова:** самоставлення, самосвідомість, орторексія, нарцисизм.

## ABSTRACT

According to a study, approximately 1/5 of women and 1/7 of men under the age of 40 experience symptoms of PAD. The issue of eating disorders among the military is relevant today, and although we do not have any statistics for Ukraine yet, we can look at foreign statistics. The pressure of war and the cultural demand for healthy lifestyles force people to adapt and find personal ways of compensation, which cause changes in self-perception, emotional and evaluative attitudes. The purpose of the study is to theoretically substantiate and experimentally identify the psychological characteristics of the self-attitude of people suffering from orthorexia. The object of the study was self-attitude as a psychological personal phenomenon.

The subject is the psychological peculiarities of self-attitude of persons suffering from orthorexia.

The theoretical and methodological basis of the study is the basic provisions on the genesis, structure, functions of self-awareness, self-concept and self-attitude of the individual; activity approach to the study of mental development.

**Keywords:** self-attitude, self-awareness, orthorexia, narcissism.

## ЗМІСТ

ВСТУП	
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ОСОБЛИВОСТІ САМОСТАВЛЕННЯ ОСІБ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ОРТОРЕКСІЮ	
ВСТУП.....	3
1.1. Самоствавлення як психологічний феномен.....	8
1.2. Орторексія у фокусі історичних досліджень.....	23
1.3. Крос культурні дослідження самоствавлення у осіб з орторексією.....	45
Висновки до розділу 1.....	53
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	
2.1 Характеристика групи та методик дослідження.....	56
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження.....	63
2.2.1. Результати діагностики методики ORTO-15.....	63
2.2.1 Результати діагностики із застосуванням методики «Шкала аутосимпатії/самокомпетентності».....	65
2.2.3 Результати опитувальника патологічного нарцисизму .....	7
2.2.4 Кореляційний аналіз взаємозв'язку глобальної самооцінки та нарцистичних характеристик у осіб із тенденціями до орторексії .....	71
Висновки до розділу 2.....	77
ВИСНОВКИ.....	79
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	82
ДОДАТКИ.....	89

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Українське суспільство наразі переживає хронічний дистрес пов'язаний з війною, політичними та соціальними негараздами, які вплинули на фізичний та психоемоційний стан усього населення. Як наслідок, ми спостерігаємо загострення психічних проблем громадян, не винятком є розлади харчової поведінки. Останні займають друге місце за рівнем смертності серед усіх психічних розладів, а чверть осіб, які страждають на харчові розлади скоюють суїцид.

Згідно з дослідженням, приблизно 1/5 жінок та 1/7 чоловіків віком до 40 років відчувають симптоми РХП. Актуальним сьогодні буде питання щодо харчових розладів серед військових, і хоча поки що статистичних даних по Україні не знаходимо, ми можемо подивитися на закордонну статистику. Так, серед військовослужбовців і ветеранів у США приблизно одна третина жінок і одна п'ята частина чоловіків повідомили про симптоми, що відповідають діагнозу розладу харчової поведінки [57].

Зростає кількість досліджень, які констатують зміни харчової поведінки населення, тенденцію до зростання серед українців розладів пов'язаних з харчуванням у людей різної вікової групи, статі та професії. Встановлено, що частота і тривалість розладів харчування пов'язані з інтенсивністю та характером пережитого військового стресу. Питання громадської ідентичності, невпевненість у майбутньому, безпеки життя, тривога за рідних, професійної та сімейної системи та інші аспекти, постають особливо гостро тягнучи за собою питання самосприйняття, самоефективності та самореалізації людини. Побічними маркерами порушення харчової поведінки можуть бути серйозні деструктивні прояви соціалізації та самоусвідомлення особистості. Ці фактори напряму впливають на самоствавлення особистості, а в свою чергу специфіка самоствавлення впливає на психічний стан та ефективність людини у воєнний період, що особливо загострює проблему самоствавлення осіб із розладами харчової поведінки.

Ментальний тиск на психіку населення роблять також сучасні тренди схуднення, здорового способу життя та його невід'ємного складника - правильного харчування. У ЗМІ ці теми відносяться до найпопулярніших і вони вже породили такий харчовий феномен як орторексія. Додамо ще новітні тенденції «страху глютену», «фобію алергії на лактозу», популярні методики «очищення організму», нещодавній бум експрес-схуднення від Ozempic та дихотомічне сприйняття продуктів в категоріях «безпечні», «хороші» та «шкідливі», «погані» і ми отримуємо тенденцію до підвищення розладів харчування, де під гаслом «здоровий» формується орторексія. Остання, це відносно нова категорія в палітрі харчових патологій, яка все активніше досліджується українськими науковцями, являє собою нав'язливу, крайню фіксацію на споживанні лише «чистих» та «здорових» продуктів харчування, з особливою увагою до якості та чистоти раціону. На сьогодні, у глобальному масштабі 27,5% людей мають симптоми орторексії, причому прояви симптомів не залежать від статі, а за типом населення до орторексії схильні люди, які орієнтовані на спортивні досягнення або форму тіла [55]. Дослідження також відмічають, що нарцисизм, як необхідний компонент ідентичності, у своєму патологічному прояві, є значним предиктором схильності до орторексичної поведінки. Це примушує звертати увагу на здатність підтримки позитивного образу «Я» людей які схильні до орторексії.

Попри те, що орторексія не визнана окремою клінічною одиницею, а дискусії щодо питання, чи є орторексія окремим психічним розладом або культурним феноменом, всесвітня міждисциплінарна група експертів на основі консенсусу, розробила стандартизоване визначення цього розладу та його попередніх діагностичних критеріїв. Результати цієї роботи говорять про те, що орторексія, ймовірно, є окремим розладом харчової поведінки [49]. Але не дивлячись на розвиток медико-біологічного розгляду орторексії в рамках психіатрії, психологічний погляд також дає свої плоди у розумінні зв'язку цієї харчової патології з самосвідомістю, самоусвідомленням та самооцінкою.

Тиск війни та культурний попит на ЗСЖ ставлять людину перед необхідністю адаптуватися та знаходити особисті шляхи компенсації, які спричинюють зміни у самосприйнятті особистості, її емоційно-оцінному ставленні до себе. Специфіка самосвідомості людей які страждають на орторексію є відмінною рисою, яка відрізняє цей розлад від інших харчових патологій, тому вона потребує ретельного дослідження для профілактики та лікування осіб з орторексичним мисленням та поведінкою.

Вагомий внесок у дослідження порушень харчової поведінки зробили вітчизняні та зарубіжні вчені. Серед них Л. Абсалямова, З. Антонова, Л. Бурлачук, Т. Вознесенська, Л. Дудар, М. Кириленко, Дж. Терренс Уілсон, Кетлін М.Пайк та ін.; психологічні особливості розладів харчової сфери розглядали Г.Католик, З. Ковальчук, М. Фатєєва, В. Шебанова, Вахмистров, М. Гаврилова., В.Менделевич, А. Нижник, Дж. Фрайберн та ін.

Разом з тим, незважаючи на фундаментальність праць названих вчених, невіршеними залишаються ряд питань, як теоретичного, методологічного, так і практичного характеру стосовно дослідження особливостей самоствавлення осіб, які страждають на орторексію. З огляду на вищесказане, соціальну та психологічну важливість, недостатнє експериментальне вивчення феномену орторексичного самоствавлення, було обрано темою дослідження **«Особливості самоствавлення осіб, які страждають на орторексію».**

**Мета** дослідження: теоретичне обґрунтування та експериментальне виявлення психологічних особливостей самоствавлення осіб які страждають на орторексію.

У відповідності до мети сформовані **завдання** дослідження:

- на основі теоретичного аналізу вітчизняної та зарубіжної літератури окреслити самоствавлення як феномен;
- дослідити історичний контекст орторексії та узагальнити її сучасне положення;
- окреслити загальні критерії орторексії, як розладу харчової поведінки;

- проаналізувати сучасні міжнародні наукові публікації щодо самоствавлення осіб мають орторексичне харчове порушення;
- на основі теоретичного аналізу, створити гіпотетичну модель самоствавлення осіб з орторексичними тенденціями, яку перевіримо емпіричним шляхом;
- емпірично дослідити особливості самоствавлення осіб з орторексією;
- узагальнити результати дослідження.

**Об'єкт** дослідження: самоствавлення, як психологічний особистісний феномен.

**Предмет** дослідження: психологічні особливості самоствавлення осіб які страждають на орторексію.

**Теоретико-методологічне підґрунтя** дослідження становлять: основні положення про генезу, структуру, функції самосвідомості, Я-концепції та самоствавлення особистості ( А. Адлер, М. Боришевський, Л. Божович, І.Бех, Р. Бернс, Г. Костюк, Т. Яценко, Н. Мацевко, Т. Титаренко, Г. Католик, О. Гуменюк, М. Сарджвеладзе та ін.); діяльнісний підхід у дослідженні розвитку психіки (Д.Б. Ельконін, Г.С. Костюк, С.Д. Максименко та ін.).

**Методи** дослідження:

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

б) емпіричні методи: модифікована анкета Йозефа Біннебезеля: демографічний розподіл дослідів популяцій; римський опитувальник нервової орторексії ОРТО-15 Л.Доніні; шкала аутосимпатії/самокомпетентності (SLCS-R) Тафароді та Суонна; опитувальник патологічного нарцисизму (PNI) А. Пінкаса, Е. Анселла, які забезпечили реалізацію експерименту; анкета в Google-формі яка містить вищезазначені методики.



в) методи порівняння даних та методи математико-статистичної обробки даних: Google Таблиця, SPSS-Statistics: описова статистика, лінійна кореляції Пірсона.

### **Організація та емпірична база дослідження.**

Емпіричне дослідження проводилося з 5 лютого по 2 квітня.

Опитування було здійснено через онлайн-опитувальник Google-Forms. Анкета в поширювалася онлайн через публікації у соціальних мережах, у відкритих та закритих групах, що об'єднанні за спільними інтересами та професійною орієнтацією. Така організація дослідження сприяла формуванню рандомізованої вибірки, що забезпечило більшу достовірність дослідження. Вибірку загальною чисельністю 263 осіб, склали особи віком від 18 років.

**Наукова новизна і теоретичне значення одержаних результатів** визначається розширенням уявлень про особливості самоствавлення осіб, які страждають на орторексію, розширенням уявлення феномену самоствавлення у психології, створенням гіпотетична модель самоствавлення осіб з орторексичними тенденціями, констатуванням статевих та вікових відмінностей у схильності до орторексії.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає в розробці комплексу діагностичних методик, спрямованих на виявлення специфіки самоствавлення осіб з проявами орторексії;

**Структура і обсяг роботи** складається зі вступу, двох розділів, висновків, літератури та додатків.

## РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ОСОБЛИВОСТІ САМОСТАВЛЕННЯ ОСІБ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ОРТОРЕКСІЮ

### 1.1. Самоствавлення як психологічний феномен.

Все, що людина знає про себе та її ставлення до цього знання, є тим ґрунтом на якому формуються її переживання, відчуття та поведінка. Самоствавлення, є об'єктом дослідження досить давно та знаходиться у фокусі уваги зарубіжних і вітчизняних психологів, тому можна спостерігати постійне поповнення та розширення наукових публікацій, що піднімають це питання.

Основні теоретичні положення проблеми самоствавлення особистості заклали такі вчені, як Р. Бернс, У. Джеймс, С. Куперсміт, Н.І. Сарджвеладзе, К.Р. Роджерс, М. Розенберг, Д.Н. Узнадзе, Д.Б. Ельконін та ін. Самосвідомість та Я-концепція, образ Я, самоствавлення, самоповага та багато інших близьких за змістом категорій були об'єктами в дослідженнях зарубіжних вчених (А. Адлер, Р. Асаджолі, А.Бандура, Е. Еріксон, С. Куперсміт, Дж. Маккарті, Г. Марвелл, А. Маслоу, К. Роджерс, М. Розенберг, Р. Уайлі, Л. Уеллс, Л. Фестингер, Е. Фромм, Д. Ходжа, К. Юнга тощо). Науковці вітчизняної та сучасної психології, присвятили чимало теоретичних і експериментальних досліджень, які всеобічно розглядали феномен самоствавлення в контексті проблеми розвитку особистості (Л. Божович, І.Бех, О. Гуменюк, М. Гінзбург, Л. Долинська, Г.Католик, З. Карпенко, О. Киричук, О. Кікінежді, Г. Костюк, Г. В. Католик, С. Максименко, Н. Мацевко, Т. Титаренко, П. Чамата, Т. Яценко та інших).

Разом з тим, у сучасній психології ми не побачимо єдиного підходу до визначення феномену самоствавлення, а також узгодження щодо його структури та генезу. Науковий психологічний простір пропонує досить широкий опис специфіки цього феномену, все більше науковців досліджують його, надаючи йому нових дефініцій, змістовних категорій та особливостей. Аналіз відповідної літератури пропонує велику кількість психологічних понять:

«самооцінка» або «глобальна самооцінка», «самоприйняття», «самокомпетенція», «аутосимпатія», «самоповага», «емоційно-ціннісне ставлення до себе», «відчуття власної гідності», та інші, які вживаються як синонімічно, або із різним змістовим наповненням.

Аналізуючи закордонні підходи, стає ще більш незрозумілим, яке з термінів, що використовуються авторами, найбільш точно відображає вітчизняне поняття «самоствлення». Спроба перекласти його як «self-attitude» навантажує поняття самоствлення настановчим сенсом і потребує розглядати його структуру виключно як трикомпонентну. Популярним є поняття «self-esteem», яке використовується зазвичай для позначення самооцінки, «самоповаги» чи «почуття власної гідності», однак у різних працях зміст цього терміну модифікується, розуміння суті даного феномена також може відрізнятись. Ми можемо також знайти поняття як «self-regard, self-love, self-acceptance», які частково, але зачіпають питання ставлення особистості до себе. Тому, важливо звертати увагу на сутність, яку вкладають автори в цей термін. Спільним в українській, англійській та вітчизняній літературі є визначення «Self-concept», що також пов'язано з поняттям самоствлення.

У працях сучасних науковців [29 та ін.], які робили аналіз наукових робіт, присвячених розгляду феномену самоствлення, зазначається, що цей феномен розглядається як: афективний компонент самосвідомості (самоствлення у структурі самосвідомості); соціальна установка (Н. І. Сарджвеладзе, Р. Бернс, Ч.Х. Кулі, Дж. Мід.); один з основних складників ядра особистості, Я-концепції (Р. Бернс, О. М. Знанецька, Г. Католик); функція життєвого світу особистості (Т. Титаренко); як система самооцінок особистості (К. Роджерс, В. Джемс, С. Куперсміт, М. Розенберг, Дж. Марвел); триєдність любові до себе (як більш глибинний процес), само прийняття та почуття компетентності (Л. Уеллс, Дж. Марвелл); стійка особистісна риса або самоствлення у структурі особистості (С. Куперсміт, М. Розенберг); компонент саморегуляції, як механізм керування поведінкою – самоствлення у системі саморегуляції тощо.

Як можна зрозуміти, самоствавлення займає особливе місце в системі розвитку та функціонування особистості, а також є важливим компонентом у розкритті її потенцій, створенні умов для повноцінного її включення у життя. Було показано, вагомий вплив на становлення емоційно-ціннісного ставлення дитини дошкільного віку до себе здійснює специфіка батьківсько-дитячих взаємин, де надалі вже вплив роблять інші соціальні чинники. Для розвитку психічних змістів, індивіду який потрапляє в соціум, постійно необхідна присутність інших, які відіграють роль «дзеркала» (метафора Кулі). Саме оточення інших, які в процесі життя висувають очікування, накладають правила та обмеження, надає психічним змістам потрібної структури та форми. У підлітка самоствавлення також залежить від ставлення до нього дорослих, де немов губка, він засвоює цінності, норми та параметри оцінок і самооцінок якими користуються батьки, на основі яких він починає оцінювати себе сам зі всією своєю різноманітністю. Так, саморозвиток у підлітковому віці відбувається на тлі прийняття себе і цілісного позитивного ставлення до себе, натомість негативне самоствавлення супроводжує почуття нерозуміння себе, неприйняття, що провокує внутрішньоособистісні конфлікти. Вже у юнацькому віці, самоствавлення, як детермінанта саморозвитку, пов'язане насамперед із часовим аспектом смисложиттєвих орієнтацій особистості, де його позитивна динаміка є однією з умов формування ціннісної сфери зрілої особистості. Натомість, негативне самоствавлення може гальмувати та заважати розвитку сфери життєвих цінностей. Самоствавлення, як специфічний вид емоційного переживання щодо себе у процесі особистісного зростання, та специфіка емоційного інтелекту в юнацькому віці мають взаємозв'язок та взаємовплив в генезі один одного, а саме мають спільні точки дотику у процесі самореалізації особистості [60;30;45;18;62].

На тлі загального емоційно позитивного самосприйняття актуалізуються потреби самопізнання й саморозуміння, а процес зрілості надає способи та знаряддя для самопізнання і саморозвитку. Наряду із системою ціннісних орієнтацій особистості, її автономією, самоефективністю та перспективою

майбутнього самоствавлення виступає показником самоактуалізованої особистості, визначає, «наскільки людина є автором власного життя»; позитивне самоствавлення прогнозує самоефективність особистості у просторі її самодетермінації. Позитивне самоствавлення може бути одним із значущих показників самодетермінації особистості, її психологічного благополуччя, адаптованості, ресурсом розвитку потенціалу, тому самоствавлення розглядають також, як механізм випереджальної регуляції життєдіяльності, що і мотивує, і є передумовою становлення адекватної життєвої перспективи [31;25].

Самоствавлення, як ключову функцію життєвого світу особистості, розглядає науковиця Т. Титаренко. Вона ідентифікує координати життєвого світу особистості через вектори психологічного часу — ставлення до власного життя, та психологічного простору — ставлення до інших. Ця взаємодія координат формує основу для функціонального визначення самоствавлення — як ставлення особистості до себе [26].

У рамках дослідження проблематики харчових розладів, академічна спільнота все частіше фіксує психологічні дисфункції серед пацієнтів, включаючи низьку самооцінку, депресію, інтенсивну самокритичність, поєднану з егоцентризмом, соціальною ізоляцією, перфекціонізмом тощо. Ці особливості часто спонукають індивідів компенсувати недоліки в одних сферах життя за рахунок успіхів у інших, що потенційно може призводити до формування негативного самоствавлення. Таке ставлення до себе, що характеризується страхом перед критикою з боку оточення, може стимулювати розвиток внутрішніх конфліктів. Відповідно, деструктивні зміни в харчовій поведінці можуть супроводжуватися зниженням власної вартості, підвищеною схильністю до самозвинувачення та загальним зниженням довіри до себе [14;27].

У той час, коли самого поняття «самоствавлення» ще не існувало, питання про ставлення особистості до себе вже було підняте. Починаючи з робіт У. Джеймса [10], в зарубіжній психології, самоствавлення розглядається як компонент самосвідомості, який виконує функцію прийняття особистості самої

себе та досліджується у взаємозв'язку з іншими складниками Я-концепції, зокрема з образом «Я».

У наукових працях, «самосвідомість» представлена, як усвідомлене ставлення особистості до власних переживань, думок, здібностей, як відносно стійка система уявлень особистості про себе, на ґрунті чого будується її ставлення до інших та до себе. Це складний психічний процес сприйняття особистістю себе в різноманітних ситуаціях взаємодії з іншими людьми, осмисленні себе як суб'єкта дій, почуттів, поведінки, позиції в соціумі, тому вона є важливим фактором становлення та самовдосконалення людини у структурі соціальних відносин [15]. Самосвідомість – це певна здатність людини усвідомити саму себе, своє Я, потреби, поведінку, інтереси та життя загалом.

За вченим І. Бехом, поняття «Я», виражає єдність і цілісність особистості з її внутрішнього боку, те, як вона бачить і уявляє саму себе. Як один із компонентів особистості, «Я» виражає ставлення і до самого себе: до своєї індивідуальності, інтересів, схильностей, ціннісних орієнтацій тощо, а також, воно включає і певну самооцінку. Вчений додає, що ставлення індивіда до самого себе, з яким асоціюється «Я», не можливе без процесу самосвідомості, тобто без розвитку рефлексії як мислення, спрямованого на самого себе. Коли до результатів цього процесу підключаються емоції, ми маємо поряд з пізнавальним самоствавленням і емоційне ставлення до себе (себелюбство самоповагу, само гордість, самоцінність), як емоційне «забарвлення» того, що пізнано мною у собі [2].

Самоствавлення як емоційний компонент самосвідомості, розкривається у великій кількості досліджень зарубіжних і вітчизняних вчених. Український науковець М.Й. Боришевський структуру самосвідомості поділяє на взаємозалежні сфери: самооцінка, домагання, соціально-психологічні очікування та образ «Я» [3]. Останнє виступає інтегральною формою самосвідомості, як результат самопізнання й емоційно-ціннісного ставлення людини до себе – рівень, де людина досягає найбільш зрілого усвідомлення

власної особистості. Надалі образ «Я» виступає фундаментом прийняття будь яких рішень особистістю, утворюючи узагальнений глобальний механізм саморегуляції поведінки на особистісному рівні, який забезпечує почуття її ідентичності, самототожності. Це розуміння формує основу численних теоретичних підходів до вивчення Я-концепції, яка розглядається, як динамічна система уявлень особистості про себе через усвідомлення власних характеристик, якостей і властивостей, тобто визначається як результат самосвідомості [8].

Ще вчений Р. Бернс, розглядаючи Я-концепцію, як сукупність настанов спрямованих на себе, виділяє важливі елементи цих настанов, що стали вже класикою: когнітивний, емоційний, як експресивна оцінка цього уявлення та поведінковий. Саме експресивна оцінка уявлень особистості про себе виражає афективний процес виникнення у неї стійких емоцій та відчуттів щодо до власного «Я», так як знання про себе особистістю не можуть сприйматися байдуже і пробуджують у неї оцінки та емоції [3].

Вчена Г. Католик [11], представляючи концепцію Я, виділяє чотири основні складові її структури: когнітивна (відображає уявлення людини про себе та основні характеристики її самосприйняття), емоційна, або емоційно-оцінкова (сукупність оцінкових характеристик своєї особистості та пов'язаних з ними переживань), вчинково-креативну, тобто поведінка та ціннісно-орієнтовану, або спонтанно-духовну.

Таким чином, як система уявлень особистості про себе, концепція Я утримує усвідомлення нею когнітивних властивостей, котрі організуються в Я-образі; емоційно-ціннісних самоставленнях, які виявляються в самооцінці; вчинково-креативних діях, які характеризуються проявами перших двох компонентів; суб'єктивно сприйнятих соціальних чинників, що впливають на її афективний стан; спонтанно-духовна, яка виявляється в духовному просторі особистості. На думку О. Гуменюк, Концепція Я включає постійно взаємодіючі між собою структури (феномени самопізнання, емоційно-оцінкове відношення, поведінка тощо), які виявляються у будь якому вчинку й поведінці особистості загалом;

вона також наділена конкретними функціями, які мають ціллю збереження життя. І якщо образ Я формується на основі самопізнання, то самоствавлення, або ставлення Я — за сприяння емоційно-оцінювального компоненту, який відображає відношення до себе у цілому чи до окремих сторін своєї особистості і виявляється у системі самооцінок. Самоствавлення, як і інші структури, у процесі розвитку та формування особистості розширює свій діапазон, має власний темп розвитку та індивідуальні властивості [11].

Розглядаючи структуру самосвідомості, самоствавлення ми можемо визначити через афективну її складову, яка нерозривно взаємопов'язана з когнітивним компонентом: на основі знань про себе утворюється самоствавлення, а вже на цій базі самоствавлення формуються моделі дій та вчинків. Отже, самоствавлення є важливим елементом особистості та самосвідомості, воно ґрунтується на основних атрибутах Я-концепції, виконує специфічні функції, спрямовані на забезпечення життєздатності, та характеризується власними темпами розвитку та індивідуальними особливостями.

Розглядаючи розвиток та процес формування константного, позитивного чи ні, самоствавлення науковці використовують різні поняття. Зарубіжні вчені, вперше окреслюючи феномен самоствавлення, пов'язують його з поняттям, як *«глобальна самооцінка»*, що характеризується як загальне переживання, яке інтегрує часні самооцінки в єдиний динамічний конструкт. Цей термін вперше дебютує ХІХ століття у працях Джеймса, який розглядав його як переживання людиною певних емоцій до самої себе, які виявляються через співвідношення її реальних досягнень та домагань (результат поєднання в образі Я «Я-реального» та «Я-ідеального»), з чим погоджуються наступні покоління психологів. На самооцінку впливає те, ким би ми хотіли бути та яке становище хотіли б займати в соціумі. Саме самооцінка є емоційним процесом, що виражається у задоволенні або незадоволенні людиною собою. За Р. Бернсом [4] самоствавлення співвідноситься з глобальною самооцінкою, яке й відображає ставлення людини до себе, є тим афективним процесом, утворення стійких



емоцій та відчуттів до власного «Я». Так, самоствавлення вирізняється стійкістю характеру і має різну інтенсивність залежно від отриманих знань про себе. Самоствавлення вчений пов'язує з міцним переконанням у вподобанні іншим, впевненістю своєї спроможності у різних сферах діяльності та із почуттям власної значущості, а важливу роль у формуванні та генезі самоствавлення, відіграє співвідношення Я-реального і Я-ідеального, де більш гармонічний їх збіг детермінує вищий рівень самоствавлення.

Поділяючи погляди інтегральності самооцінки, С. Куперсміт зазначає, що вона формується поступово набуваючи своєї сталості, проявляючись у формі схвалення або несхвалення. Самооцінка, на думку вченого, відображає «те, наскільки людина вважає себе компетентною, значущою або цінною та успішною» [46], відповідно і виявляється вона у трьох відчуттях – у любові до себе, відчутті компетентності та самосхваленні, ступінь якого відображає переконаність людини у своїй самоцінності та значущості [60]. Саме самооцінка, на думку М. Розенберга, відображає ступінь розвитку почуття самоповаги, відчуття власної цінності та позитивного ставлення до всього, чим наповнена сфера «Я» особистості, в результаті чого виникає негативне чи позитивне ставлення до себе. На погляд Г. О. Баллома, самооцінка — це наявність критичної позиції індивіда у ставленні до того, чим він володіє. Це не констатація потенціалу, який є в ньому, а саме його оцінка з погляду певної системи цінностей. За її результатами формується те чи інше ставлення до себе — позитивне чи негативне. Вона також є джерелом поповнень знань про себе [40]. Так, самооцінка відображає міру розвитку в особистості почуття самоповаги цінності себе та позитивного ставлення до всього, що входить у сферу її Я. Тому низька самооцінка проявляється у не прийнятті себе, негативному ставленні до своєї особистості та уникненні будь-якої соціальної активності. Самооцінка визначає також соціальну адаптацію особистості, є регулятором поведінки й діяльності, а її формування відбувається в процесі соціалізації, діяльності та міжособистісної взаємодії.

Натомість, Н.Є. Трофименко самооцінку вбачає, не похідним поєднання самоствавлення та пізнання, а саме зовнішнім проявом самоствавлення: «Уявлення про себе не існують у чистому вигляді, бо виникаючи, вони відразу ніби обростають певним ставленням людини до себе, утворюючи загальну структуру самооцінки особистості» [7]. На думку вченого, самоствавлення як системне утворення особистості, яке нерозривно пов'язане з її особливостями, формується у ході її розвитку на основі пізнання нею навколишнього світу і соціальних відносин. Також, самоствавлення виникає на основі залучених у раціональні моменти самосвідомості переживань, що виступають своєрідним критерієм позитивної або негативної сигнальності форм самоствавлення, і може кваліфікуватись як стійке почуття щодо власного «Я».

Розглядаючи самоствавлення особистості як загальну або глобальну самооцінку такі вчені, як Р. Бернс, У. Джеймс, С. Куперсміт, та інші, виокремлюють у зв'язку з цим два основних положення: по перше, існує деяка узагальнена самооцінка, яка є цілісним, одновимірним і універсальним утворенням, що виражає ступінь позитивності ставлення індивіда до власного уявлення про себе; по друге, ця глобальна самооцінка якимось чином інтегрується з приватних самооцінок. Таким чином, з одного боку, самооцінка збігається з поняттям самоствавлення, з другого, – відокремлюється від інших компонентів самосвідомості [60].

Досліджуючи глобальну самооцінку, Р. Tafarodi [69] пропонує її розглядати у вигляді двох функціональних вимірів: почуття компетентності (self-competence) та аутосимпатія (self-liking). Спираючись на уявлення Дж. Дьюї, про відмінність внутрішніх цінностей людини (корисні властивості та ті, які цінні самі по собі), вчений екстраполює це уявлення на особистість та сумує: з одного боку існує компетентність особистості, а з іншого є її характер та ідентичність. Цінність же особистості описується дуально: те, що вона може робити і те, яка вона є, що в свою чергу визначається як повага і симпатія. Отже, самоствавлення особистості утворене двома сферами: самокомпетентність, як відчуття особистої ефективності та аутосимпатія –

відчуття соціальної цінності, або любові до себе. Self-liking – це частина самооцінки, яка явно соціально залежна. Вона формується через процес «віддзеркалення», коли людина починає «бачити себе» в оціночних реакціях інших. Цей компонент є афективним судженням особистості про себе, її схвалення або несхвалення себе відповідно до інтерналізованих соціальних цінностей. Передбачається, що він слугує маркером того, наскільки добре людина сприймає себе як глобально улюбленою і соціально прийнятною. Однак, ця оцінка не просто спостереження за оцінкою себе з боку інших, а саме *суб'єктивна оцінка* соціальної цінності та значущості, що заснована на раніше інтродюкованих стандартах засвоєних колись від оточення (Tafarodi & Swann, 2001). Таким чином, аутосимпатія - це внутрішня оцінка того, що, за власним переконанням, визначає індивідуальну цінність на соціальній арені, а не вплив оцінок від інших людей. Високий рівень Self-liking характеризується позитивним афектом, самоприйняттям і комфортом у соціальному оточенні, протележна (низька динаміка) характеризується негативним впливом, самоприниженням і соціальною дисфункцією.

Другий компонент глобальної самооцінки – Self-Competence, визначається як загальне відчуття себе здібною, ефективною особистістю, яка керує власним життям. Високий його рівень має позитивний афективний та оціночний характер. Мотивуюча роль самокомпетентності, виявляється у цілеспрямованій поведінці, а адаптивна – у подоланні життєвих стресів. Когнітивно ж вона відображається наявністю узагальненого очікування успіху у сфері життя особистості. Отже, самокомпетентність залежить від відповідності між нашими прагненнями і досить об'єктивними результатами наших зусиль, спрямованих на їх реалізацію. У процесі здорового розвитку сукупний досвід особистості породжує афективно заряджене почуття власного «Я», як локусу потенційної сили. Це почуття протистоїть страху, який часто викликає «загрозливе» оточення. З іншого боку, низька самокомпетентність пов'язана зі слабкою мотивацією, тривогою та депресією.

Shavelson R. та ін. глобальну самооцінку розглядали у вигляді академічної (пов'язана з досягненнями в освітній діяльності) та не академічної (емоційні, фізичні та соціальні аспекти). Саме те розуміння, що сформувалося в особистості щодо своєї Я-концепції, вкладається у структуру самоствавлення.

У науковому просторі, існує також інше трактування самоствавлення, як самостійної змінної, яка має особливу природу та виконує специфічні функції в загальній системі самосвідомості. Таку концепцію постулюють, С. Куперсміт та М. Розенберг, де самоствавлення вони розглядають як своєрідну стійку особистісну рису, яка практично незалежна від ситуації та віку людини, а головне те, що саме мотив самоповаги та потреба в стійкому образі «Я» гарантують незмінне позитивне ставлення індивіда до себе [20].

К. Роджерс, самоствавлення трактує через почуття само прийняття, та поділяє його на два аспекти: самооцінку (аналіз людини своїх якостей, оцінка себе як носія певних властивостей і чеснот) та самоприйняття (прийняття себе як унікальної індивідуальності, зі всіма перевагами, слабкостями і недоліками), які представлені само оцінкою та емоційною суб-системами. Якщо всі наявні властивості людини влаштовують її, то можна говорити про «безумовне» прийняття себе, що є базовою умовою прояву гнучкості особистості в оцінці себе як суб'єкта міжособистісних стосунків. Саме безумовне прийняття себе є основою повноцінного функціонування особистості, її відкритості внутрішнім переживанням. Воно забезпечує можливість сприймання людиною себе й інших без спотворень і заперечень, взаємодії з іншими без захистів, тоді як умовне прийняття себе спричиняє нестійкість самоствавлення, його залежність від оцінок інших людей [61].

Варто зазначити, що термін «самоствавлення» у вітчизняну наукову термінологію вперше, у 1974 році, ввів грузинський психолог Н.І. Сарджвеладзе [24], позначивши його як підклас соціальної установки, або установка щодо себе. Самоствавлення він бачив окремою категорією, утворенням «Я», яке не зводиться до самосвідомості, ба більше, остання є когнітивним компонентом самоствавлення. Загальним і єдиним механізмом,

який визначає способи та склад ставлення до оточуючого світу і до себе вчений вважає *установку* та розуміє її як особливий стан єдності ставлення суб'єкта до внутрішніх потреб та ситуації їх задоволення, на основі яких формується конкретна поведінка. Так, він робить висновок, що особистість є динамічна, а модус її існування визначається включеністю в соціум та самостійності у встановленні ставлення до зовнішнього світу та до себе. Відповідно, структура самоствавлення містить три тісно пов'язані компоненти: когнітивний, емоційний та поведінковий.

Когнітивний компонент реалізується за допомогою процесів відчуття та сприйняття, уявлення та пам'яті, мислення та уяви. На думку вченого, у самосвідомості на основі самовідчуття формується «схема тіла» індивіда. Процес сприйняття виглядає як самосприйняття своєї зовнішності, яке відіграє ключову роль у життєдіяльності особистості. Уявлення щодо себе беруть участь у саморегуляції та самоконтролі поведінки особистості. Тут людина має певне уявлення про своє Я, а далі співвідносить його з необхідною задачею діяльності і вже на базі отриманої інформації створює певну стратегію дії. Роль пам'яті, дає необхідний матеріал для побудови образу ретроспективного «Я» (яким я був). Завдяки мисленню утворюється Я-концепція особистості. За рахунок операцій узагальнення, судження, аналізу та синтезу особистість виробляє стійкі концепти про себе, які формують цілісну структуру. Процес уяви формує можливе та ідеальне «Я» людини, через співвідношення та порівняння з можливими та ідеальними проявами особистого життя. Вчений також додає формування образу «проспективного Я» як проектування власного життя. Когнітивний компонент самоствавлення включає в себе самооцінку, бо суть процесу самоствавлення не тільки у сприйнятті себе в активності і знаннях про себе, а й в оцінці своїх властивостей та потенцій за певними критеріями, – «Шляхом процесів самопізнання особистість прагне зрозуміти не лише те, хто вона є, а й яка вона є; не тільки те, що вона зробила, а й що і як вона може зробити». Емоційний компонент виявляється відчуттями та афектами людини щодо отриманих знань про себе. Вона може любити або зневажати себе з

приводу цих знань. Поведінковий компонент, це внутрішні дії людини щодо себе або готовність до таких дій. Разом з тим, дії чи готовність до них, по-різному здійснюються залежно від відношення людини до себе – як до об'єкту впливу чи як до суб'єкту дії.

Вчений також виділяє дихотомічний спосіб самоствавлення, яке поділяється на об'єктне і суб'єктне способи самоствавлення: «Я» як об'єкт і «Я» як суб'єкт, де обидва способи самоствавлення реалізуються, вже зазначеними, трикомпонентними реакціями. Таким чином, Н.І. Сарджвеладзе виділив суб'єкт-суб'єктне та суб'єкт-об'єктне ставлення, а спосіб презентації «Я» у свідомості може бути об'єктним та суб'єктним, на що наголошував І. Кант та подібне до понять «Self» У. Джеймса.

У самоствавленні відображені біопсихосоціальні структури активності людини: ставлення своєї зовнішності та фізіології, особливостей емоцій, вольових якостей, досягнень, а також ставлення до себе як до неповторної особистості, як почуття самототожності. Це також ставлення до свого соціального статусу, ставлення інших та їх очікувань, а також ставлення до себе як носію певних соціо-моральних норм та цінностей. Самоствавлення до кожної із сфер, залежить від способів підходу до себе, в яких відображено суб'єкт-об'єктне або суб'єкт-суб'єктне самоствавлення. Наприклад, ставлення до свого тіла, може бути суб'єкт-об'єктним, а до емоцій - суб'єкт-суб'єктним. Накінець, вченим були окреслено функції самоствавлення: функція «дзеркала» (самовідображення); самовираження та самореалізації; збереження внутрішньої стабільності та безперервності «Я»; саморегуляції та самоконтролю; психологічного захисту та функція аутокомунікації. Людині властиво міркувати про майбутнє, планувати діяльність, тому вчений каже про часовий вимір самоствавлення. Таке трансцендування людині властиве у відношенні до зовнішнього середовища та у ставленні до себе, тому вчений виділяє три види «Я» за часовими ознакам: *актуальне «Я»* (Я тут і тепер"), *ретроспективне «Я»* (в минулому), як настановне ставлення до особистого минулого і *проспективне «Я»* (в майбутньому), що містить акти самопроекування.

Розглядаючи феномен самостворення, неможливо не торкнутися питання нарцисизму. За рядом вчених, будь-які структури концепції Я наповнені різноманітними складними утвореннями: реальне Я, дзеркальне Я та ідеальне Я, які криються частково в несвідомих структурах та є ранніми утвореннями [11]. Доведено, що значна дистанція між реальним та ідеальним Я призводять до значних некомпенсованих фрустрацій, деструктивного стосунку з власними нарцисичними частками, нерозуміння спроможностей власного ресурсу еґо та може спричинити певні розлади стосунку з собою.

Концепція первинного нарцисизму, яка була розкрита З. Фройдом та підтримана та розвинута іншими вченими (Д. Віннікот, Х. Кохут, К. Хорні та ін.), визначає його вихідним станом, із якого людина розвиває об'єкт кохання; це специфічний стан, згідно з яким людина концентрує свій інтерес лише на самій собі, а у своєму здоровому вигляді, він є невід'ємною частиною нормального розвитку особистості [21]. У різних спектрах свого прояву, залежно від ступеня прояву нарцисичних рис і серйозності розладу особистості, нарцисизм може бути якісно різним – від здорових адекватно високих форм до патологічних станів. У будь-якому випадку джерелом пато-відхилень від норми є нарцисичний дефіцит та, як наслідок, формування нарцисичної фасадності (отримання схвалення та захоплення від інших лише частково здатні заповнити пустку), що відображається на психологічній адаптивності особи, її сприйняття та ставлення до інших та себе. Х. Кохут казав, що психічна активність є нарцисичною у тій мірі, у якій її функціями є захист, збереження структурної цілісності, тимчасової стабільності та позитивного уявлення про себе. Автор виходить із того, що існують певні стабільні нарцисичні способи регуляції уявлення про себе, які є універсальними для всіх, хоча вони можуть створювати різноманітні перехідні форми нарцисизму.

Нарцисизм у межах психічної норми відображає неусвідомлювану частину уявлення особистості про себе, існує як континуум перехідних форм і розрізняється за рівнем виразу нарцисичних рис, виявляється у нарцисичних станах, стратегіях особистості та нарцисичних способах регуляції уявлення

особистості про себе. «Здоровий» нарцисизм особистості є гармонійним станом цілісності, тимчасовою стабільністю і позитивним уявленням про себе, що сприймається як «ідеальний стан» гарного самопочуття і впевненості у собі та виявляється як орієнтоване на себе та інших сприйняття реальності. Він також є необхідною умовою розвитку особистості [21].

Самосвідомість, як структурний компонент особистості та внутрішній механізм, через який особистість свідомо сприймає вплив середовища і приймає в ньому активну участь, як було зазначено, містить у собі самооцінку, що відображає емоційно-ціннісне ставлення особистості до себе, а адекватна її модальність є необхідною умовою для налагодження здорових стосунків зі світом, джерелом самоактуалізації. Механізмом формування позитивного самоствавлення виступає саме *нарцисична саморегуляція* особистості [21], яка являє собою механізм підтримання афективної рівноваги цілісної Self-структури, що відповідає про її стабільність, цінність та позитивне ставлення себе, свого Self. Основне завдання цієї саморегуляції, є підтримка адекватної високої самоцінності, самоповаги, цінностей реалізації потенцій та ведення життя наповненого сенсом, де її ефективне функціонування буде задовольняти потреби особистості у власній впевненості та безпеці [13]. Отже, нарцисична саморегуляція тісно пов'язана з формуванням самоствавлення особистості.

Дослідження демонструють [21], що позитивне самоствавлення, впевненість у тому, що власна особистість має цінність, довіра до себе, самоповага та прийняття всіх аспектів свого «Я» супроводжуються проявами «здорового» нарцисизму. Особистість з високим рівнем нарцисизму демонструє позитивне ставлення до себе, уявляє себе як сильну особистість, не проявляє негативних емоцій у бік свого «Я» та не схильна до самозвинувачення. Натомість низький рівень нарцисизму формує негативне ставлення до себе, відсутність інтересу до власних думок і почуттів та впевненість у своїй незацікавленості для інших. Автори зазначають також існування індивідуальних відмінностей в проявах самоствавлення через специфіку



нарцисичної саморегуляції, а також доводять, що «здоровий» нарцисизм є важливою рисою особистості з позитивним самостваленням.

## **1.2. Орторексія у фокусі історичних досліджень.**

Харчова поведінка людини зумовлена єдністю біологічних, психологічних та соціокультурних факторів. Вона являє собою психологічну систему, що відповідає за задоволення потреб та процес приймання їжі які взаємопов'язані. Під харчовою поведінкою розуміється ціннісне відношення до їжі та її прийому, переконання та стереотипи у буденних та стресових ситуаціях. Це також поведінка, що орієнтована на образ власного тіла та діяльність по формуванню цього образу: вона включає установки, форми поведінки, емоції та сталі звички, що стосуються їжі, які є індивідуальними у кожної особистості. Говорячи про розлади харчової поведінки (РХП), вони продовжують знаходитись у фокусі уваги як спеціалістів і дослідників, та не оминають і звичайних громадян які стикаються з харчовими проблемами. Відомо, що РХП характеризуються постійним порушенням харчування або поведінки пов'язаною з їжею, що сприяє змінам уподобань або звичок прийому їжі, що значно погіршує фізичне здоров'я та/або психосоціальне функціонування особистості. Тривало обмежувальне або надмірне харчування може призвести до серйозних дефіцитів харчування, електролітного дисбалансу та порушень метаболічних функцій, що загрожує загальному здоров'ю людини, а також може йти пліч о пліч з різними психічними захворюваннями як надмірна тривога, депресія та дисморфічні розлади тіла. [64,63]

Загальновідомими харчовими розладами є анорексія, булімія, компульсивне переїдання, але зміни в останніх редакціях МКХ- 11 та DSM-5 розширюють перелік клінічних форм РХП, що зменшує кількість не уточнених діагнозів пов'язаних з харчовими розладами. РХП позначають як поведінку, пов'язану з ненормальним харчуванням, яка не пояснюється іншим станом

здоров'я та не відповідає розвитку чи культурним нормам; ці розлади включають ненормальну харчову поведінку та надмірне занепокоєння їжею, явні проблеми з вагою та фігурою. Можна спостерігати появу терміну ARFID (avoidant/restrictive food intake disorder), або *розлад уникнення/обмеження споживання їжі*, що характеризується свідомим уникненням прийому їжі або обмеженням вживання певних харчових продуктів на основі суб'єктивних критеріїв (напр. колір, текстура або запах їжі, минулий негативний досвід, переконання про «небезпечні» продукти) [5]. Разом з тим, останні 20 років дослідників цікавить, відносно новий розлад харчової поведінки – орторексія.

Вибір більш якісних та корисних продуктів, дбайливе ставлення до свого тіла та здоров'я, це корисна стратегія харчування, а також чудовою профілактикою першої лінії різних захворювань. Натомість, надмірна концентрація на якості їжі може, парадоксальним чином, бути шкідливою для здоров'я, де незважаючи на підвищення якості харчування, відбувається зниження якості життя. Нервова орторексія, яку часто скорочують до «орторексії», постійно з'являється в усьому світі як у науковій літературі, так і в повсякденному вживанні для опису переоцінки та занепокоєнням якістю їжі, а також її впливом на здоров'я.

Орторексія була вперше описана доктором медицини Стівеном Бретманом, який пережив власний «орторексичний» досвід, у період свого самолікування за допомогою їжі[38]. Цим терміном, він описав маніакальне захоплення здоровим харчуванням. У молодості, він віддавав перевагу альтернативній медицині та займався органічним фермерством, будучи активним учасником великої комуни прихильників дієтичних ідеалів. Бретман волів уникати прийому ліків і долати певні незначні захворювання суто за допомогою дієти, але виявився зобов'язаним суворому, нав'язливому розпорядку дня, в якому будь-яке порушення ставало моральним і духовним лихом, яке треба було спокутувати. Пройшовши шлях крайньої «оральної самодисципліни» та її наслідків: «Питання сенсу мого життя невблаганно перенеслася на їжу», він відмовляється від своїх поглядів, у чому йому також

допомогли духовні лідери яких він зустрів, які м'яко вивели його з самонав'язаному режиму. З часом він починає спостерігати ідентичну поведінку у багатьох інших, особливо у спільнотах альтернативного лікування, частиною яких він був. Визнавши суперечливість аксіом дієтичних течій, він розуміє, що універсальної теорії харчування не існує, а до дієтичної терапії став ставитися до як до лікарської терапії, яка має побічні ефекти.

Сам термін *orthorexia* походить від *orthos* - точний, правильний і *orexis* - голод або апетит. В журналі *Yoga Journal* у 1997 році, відбувається старт наукового розгляду орторексії. В есе, під цікавою назвою «Наркоман здорової їжі», Бретман озвучив нову форму порушення харчової поведінки, наряду з анорексією та булімією – «нервова орторексія» як стан, в якому людина постійно оперує поняттями «чистий/натуральний/здоровий» щодо окремих продуктів, а її свідомість все більше потопає у думках щодо користі їжі, що займають надмірне місце у схемі життя. Якщо при анорексії та булімії ці думки сконцентровані навколо кількості їжі, то при орторексії – на її якості. Людина не може їсти «брудні» продукти, а якщо все ж таке відбувається, то вона відчуває глибоке і сильне почуття провини за цей «гріх» [38]. Ця праця привернула увагу великої кількості публіки та стала повштовхом для наукового розгляду проблеми орторексії. Таким чином, Бретман є нульовим пацієнтом орторексії та одним з відчайдушних теоретиків та популяризаторів орторексії через свою книгу, яку він випускає з часом сумісно із Д. Найтом, у 2000 році. Автори концептуалізують орторексію, визначають зв'язок між розладом та особистістю людини, яка схильна на нього, пропонують критерії діагностики та деякі підходи у терапії [39]. Цінність їх роботи полягає у висвітленні історії людей, які через свою одержимість здоровим харчуванням кардинально змінили спосіб життя. Автори описують соціальну ціну дотримання такого суворого режиму харчування та ізоляція, на яку ці люди себе наражали. Не дивно, що ця книга надала паливо для проведення наукових досліджень щодо клінічної користі визначення орторексії у спектрі харчових розладів.

Ідея орторексії, яку Бретман не задумуючись запустив, упродовж двадцяти років, набула неймовірної популярності у літературі та популярних ЗМІ: «інтерес до здорового харчування проник у масову культуру» [39]. Його історія зачепила досить масштабну аудиторію, а сам термін «орторексія» почав поступово поширюватися через мережу веб-сайтів і блогів, орієнтованих на здоров'я, на початку 2000-х років, перш ніж його почали розглядати самі дослідники як діагностичну категорію. Численні публікації малювали соціальний «портрет особи з орторексією» як людини (зазвичай після 30 років), одержимої ЗСЖ, яка дотримується надзвичайно суворих правил харчування, присвячуючи йому більшу частину свого часу та думок; вона ретельно перевіряє походження та якість продуктів; орієнтується не на смак їжі, а на уявлення про її харчову цінність та користь для організму [27]. Суворий самоконтроль і дисципліна підкріплюються відчуттями переваги над тими, хто не поділяє такі харчові канони. Така людина перестає відвідувати ресторани уникаючи «нездорових» страв, зустрічатися з друзями та ввести іншу соціальну активність ізольовуючись все більше. Патерн такої поведінки асоціюється з псевдо-духовними конотаціями, де людина почувається чи не святою поглинаючи лише «здорову та чисту їжу», а своїм обов'язком баче повчання інших, пропагуючи дієтичні принципи, котрі сама вважає істинними.

Культура інтернету сприяє миттєвому доступу до інформації, що прискорює перехід від популярної до клінічної літератури і назад до соціальних мереж. Одне з перших і найвпливовіших досліджень орторексії, проведене у 2004 році Доніні та співавторами [50]. Автори розширили визначення орторексії до розладу поведінки, який має коріння у більш глибокій соціальній патології і який має багато спільного з ОКР. У той же час, науково-дослідницькі погляди та теорії авторів були суперечливими, що породжувало неправильне тлумачення терміну орторексія. Будь яке просте дієтичне обмеження, часто зводили до орторексії, а у відповідь на це, спільноти альтернативної медицини захищалися, іноді засуджуючи саму концепцію орторексії. Споглядаючи на весь орторексичний «бум», стурбований С. Бретмен

(2017), застерігає від помилки передчасного вішання ярлику харчового розладу, який ставлять передчасно, вважаючи це помилкою, що має наслідки. Він також закликає людей зберігати симпатію і повагу до тих, хто сповідує альтернативні харчові теорії. Для внесення ясності лікар каже, що орторексія – це не якась хибна харчова теорія чи дієта, а це той масштаб впливу маніакальної захопленості цією дієтою на всі сфери життя особистості, на її світогляд та самосвідомість. Орторексія розвивається із звичайних та правильних понять у харчуванні, доведених до патології. Тобто, тут йдеться мова не суто про якісні зміни дієтичних уподобань, але і їх кількісний показник, що у свою чергу має негативні наслідки. На питання, щодо процесу зростання маніакальної захопленості, С. Бретмен відповідає, що орторексія у своєму формуванні проходить дві стадії [39]. Перша – це вибір та прагнення до здорового харчування; під впливом модних дієт, або медичних рекомендації людина обирає найбільш комфортний для себе варіант, і зазвичай, це не переростає у орторексію. Друга стадія проявляється, коли фокус уваги на здоровому харчуванні переходить у нав'язливу орієнтацію та стає патологічним: нав'язливе мислення, компульсивна поведінка, самопокарання, ескалація обмежень та інша відома динаміка звичайних РХП.

Важливо зазначити, що метою застосування терміну «нервова орторексія» С. Бретменом була виключно практичною. Як лікар, він розумів, що коли у його пацієнта прагнення до здоров'я приймає патологічну форму, породжуючи жорсткий і шкідливий само-караючий спосіб життя, він має рекомендувати переглянути та послабити харчові обмеження, поліпшуючи якість життя пацієнта: «послабити дієтичний корсет і трохи пожити» [39]. Але через специфічність переконань пацієнтів, цю пораду було важко сприйняти, більш того – втілити в життя. Пацієнти розглядали здорове харчування як фундаментальну чесноту, а рекомендувати її послабити було би дивно: «Попросити пацієнта послабити дієту рівнозначно запропонувати стати злочинним» [39]. Так, він вирішує обійти цей момент, використовуючи терапевтичний прийом *naming*, а за аналогією до вже відомої *нервової*

*анорексії*, він замінює префікс ано-на орто-, що дозволило побачити пацієнтам всю серйозність, ніби не очевидної, проблеми. Ситуація почала набирати нові оберти: «Тепер, коли пацієнтка запитувала, яку їжу їй слід виключити, я відповідав тихо і напівжартома, – нам потрібно попрацювати над вашою орторексією», і діалог лікар-пацієнт став можливим. Таким чином, впровадження терміну «орторексія» в психотерапевтичну та медичну сфери дозволило змінити ракурс сприйняття пацієнтом власної поведінки як виключно позитивної та схвальної, переключити увагу з вибору правильної дієти на необхідність зміни установок та способу життя.

У наукових колах, продовжують тривати дебати щодо того, чи є орторексія справжнім та унікальним розладом та чи варта вона окремої категорії у рубриці РХП. Тому одне з найбільш важливих питань, яке виникає, стосується критеріїв орторексії. Перші критерії орторексії, які стали фундаментом подальших, запропонували саме Братман і Найт (2000) (див. Додаток Б). Нище приведені деякі критерії, що досить ясно висвітлюють картину специфіки орторексії.

Таблиця 1.1

## Діагностичні критерії нервової орторексії деяких авторів

Автор	Критерії діагностики
Barthels, (2015)	<p><b>A.</b> Тривала та інтенсивна турбота щодо правильного харчування та здорову їжу.</p> <p><b>B.</b> Виражені тривоги та стійке уникнення продуктів, які вважаються нездоровими відповідно суб'єктивним переконанням.</p> <p><b>C (1).</b> Принаймні дві надцінні ідеї щодо ефективності та потенційних переваг для здоров'я певних продуктів;</p> <p><b>I/АБО</b></p> <p><b>C (2).</b> Ритуалізована заклопотаність купівлею, приготуванням та споживанням продуктів, що обумовлено не з кулінарними причинами, а надцинними ідеями.</p> <p>Відхилення або неможливість дотримуватися правил харчування викликає інтенсивні побоювання, яких можна уникнути жорстким дотриманням правил.</p> <p><b>D (1).</b> Фіксація здорового харчування викликає страждання або порушення клінічної значущості в соціальних, професійних або інших важливих сферах життя та/або негативно впливає на дітей (напр. годування не відповідно до віку)</p> <p><b>I / АБО</b></p> <p><b>D (2).</b> Синдром дефіциту поживних речовин через невпорядковану харчову поведінку.</p> <p>Усвідомлення хвороби не є необхідним, в деяких випадках відсутність розуміння може бути показником мірою тяжкості розладу.</p> <p><b>E.</b> Навмисна втрата ваги і схуднення можуть бути присутніми, але турботи про вагу і форму не повинні домінувати в синдромі.</p> <p><i>Для діагностики орторексії повинні бути чітко виконані критерії A, B, C і E.</i></p>

	<i>Критерій D повинен бути виконаний принаймні частково. Якщо критерій E не виконується чітко, рекомендується діагностувати атипову нервову анорексію.</i>
Bratman, Dunn, (2016)	<p><b>Критерій А.</b> 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"> <li>1. Нав'язлива поведінка дії та/або психологічна захопленість дієтичними практиками, які, за переконанням індивіда, сприяють оптимальному здоров'ю.</li> <li>2. Порушення самонав'язаних дієтичних правил викликає перебільшений страх захворювання, почуття особистої не чистоти та/або негативні фізичні відчуття, супроводжується тривогою і соромом.</li> <li>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.</li> </ol> <p><b>Критерій В.</b> Нав'язлива поведінка та психологічна захопленість набуває клінічної форми при наступних умовах:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Недоїдання, сильна втрата ваги та інші медичні ускладнення внаслідок обмежувальної дієти.</li> <li>2. Внутрішньо особистісні страждання або порушення соціального, академічного чи професійного функціонування, що впливають з харчової поведінки та переконань про здорову дієту.</li> <li>3. Позитивний образ тіла, самоцінність, ідентичність та/або задоволеність надмірно залежні від дотримання само визначеної «здорової» харчової поведінки.</li> </ol>

У 2014 році, R. Moroze, T. Dunn та ін., публікують статтю, в якій пропонують детальні діагностичні критерії для орторексії, а також описують клінічний випадок пацієнта, який «захоплено» слідкував за мікроелементами у своєму раціоні [60]. Представлений кейс висвітлював крайню орторексію молодого чоловіка, де поряд з дефіцитом ваги, супутніми соматичні проблеми, він проявляв магічне мислення, наприклад про «чарівні властивості броккол». Автори доповнюють вже існуючі діагностичні критерії соціокультурними факторами. Того ж року, увагу громадськості привертає жінка на ім'я Джордан Янгер, яка у популярному акаунті в Instagram під назвою «Блондинка-веган» зізнається, що її прагнення до здорового харчування стало патологічним, призвело до недоїдання та психосоціальних наслідків. Маючи за мету покращити своє самопочуття, спробувавши всі «очищуючі» та здорові дієтичні практики, вона стає веганом та ділиться своїм досвідом через блог та Instagram, який став надзвичайно успішним, де власний досвід був монетизований

авторкою. У її мемуарах говориться, що за усміхненим фасадом Instagram її охопило почуття провини за свій вибір їжі, вона не могла добре проводити час із сім'єю чи друзями, жінка «загравала» з екстремальними режимами очищення та іншими примхами в їжі, які залишили її виснаженою та голодною, але зрештою, вони є хрестоматійним прикладом комерціалізації здорового способу життя.

Висвітлення кейсу Янгер у ЗМІ, здається, прямо корелює з різким зростанням використання хештегу «#орторексія», тому громадськість почала більш серйозно ставитися до цього явища. Через два роки, С. Бретман та Т. Данн (2016) в оглядовій статті, детально розібрали справу дівчини та надали більш чіткі рекомендації щодо визначення орторексії, засновані на двох основних критеріях. Вони уточнюють критерії для диференціації альтернативної дієти від її патологічного посилення, акцентуючи на важливості уникнення посилення на конкретні елементи традиційної харчової теорії, через їх постійну змінюваність. Замість розгляду та оцінки «помилкової» дієти, яку пацієнт дотримується, спеціалісти мають розрізняти «винятковий ентузіазм направлений на здорове харчування» та подальше поглиблення нав'язливого мислення і компульсивної поведінки [48]. Н. Сена та співавт. (2018), на фоні загального інтересу роблять оцінку сучасного стану вирішення клінічних і діагностичних питань орторексії. Результати мета-аналізу зводять орторексію до трьох основних симптомів: 1) нав'язлива або патологічна захопленість здоровим харчуванням; 2) емоційні наслідки (дистрес, тривога) від недотримання правил харчування, нав'язаних самому собі; 3) психосоціальні порушення у відповідних сферах життя, а також недоїдання втрата ваги [43].

Оформлення орторексії як окремого розладу та його діагностики, піднімає питання диференціації цього розладу із вже відомими клінічними порушеннями. Ще у своїй першій праці, С. Братман порівнює орторексію із харчовими розладами, як анорексія і булімія [38]: «Якщо булімікі та аноректики зосереджуються на кількості їжі, то орторексики концентруються на її якості», а також підкреслює стійкий характер цих розладів і тривалий



період відновлення до нормального способу життя. Однак, дослідниця А. Brytek-Matera зазначає, що фіксація на якості та типі їжі може спостерігатися і у хворих на нервову анорексію, бо вони дотримуються певних суворих правил дієти [42]. Отже, зосередження на якості та вигляді їжі не може бути необхідною та достатньою умовою нервової орторексії (НО). С. Бретман та Д. Найт (2000) пишуть що, надмірний контроль за власним харчуванням та вибірковість у харчуванні характеризує обидва розлади. Інші дослідники звертають увагу на перетин орторексії, анорексії та ОКР та передбачають зв'язок з obsесивно-компульсивним розладом особистості (ОКРО) та ймовірністю розвитку орторексії. Вивчаючи клінічні основи орторексії, N. Koven та A. Abry (2015), відзначили, що багато з описаних в літературі ознак НО є ехо-симптомами нервової анорексії, ОКР, соматоформних та тривожних розладів. Дослідниці наочно продемонстрували подібне та відмінне між НО і близькими до неї розладами. Перфекціонізм, тривожність, почуття провини за порушення «правил харчування», прагнення ідеалізованого образу тіла і одержимість чистотою їжі були визнані одними з найяскравіших точок перетину між цими трьома станами [54].

Аналізуючи дослідження на цю тему, можна бачити наступне. НО та анорексія об'єднані спільними рисами перфекціонізму, когнітивної ригідності та функціональних порушень, високого рівня тривожності та потреби у контролі. І ті і інші орієнтовані на досягнення, оцінюють дотримання своєї дієти як показник самодисципліни та самооцінки, а також мають обмежені уявлення про свій стан і схильні заперечувати функціональні порушення, пов'язані з розладом [54]. Фундаментальна відмінність НО від анорексії полягає у мотивації – сфокусованість не на формі тіла та вазі, а на вплив їжі на здоров'я та прагнення бути максимально здоровим; при НО занепокоєння зовнішнім виглядом не є центральним, фізична зовнішність не переоцінюється і немає явного/усвідомленого прагнення до худорлявості. Якщо в орторексичній особі присутня «фобія» ваги/фігури, то вона є імпліцитною установкою, тобто людина її не усвідомлює. Це демонструють дослідження, в яких присутній

зв'язок між НО та прагненням до зниження маси тіла та викривленим уявленням про себе [32], що також вказує на певну кореляцію цих розладів. Якщо при анорексії, людина схильна приховувати свою поведінку, то при орторексії, вони частіше пишаються своїми харчовими звичками. Ще більше розмиває межі між цими двома станами, це те, що особа з тенденцією до НО проявляє також схожі дезадаптивні захисні механізми психіки, в першу чергу соматизацію [45], яка є найбільш значущим захистом серед осіб із анорексією. Захист як анулювання (undoing) може проявлятися, коли особи НО використовують поведінку самопокарання (більш суворі або «очисні» дієти) після порушення дієти, а у випадку анорексії/ булімії, ми побачимо таку компенсаторну поведінку, як блювання і надмірні фізичні навантаження. Пасивна агресія, при анорексії виявляється наявністю внутрішніх та невивільних почуттів гніву та образи, спричинену наприклад, не визнанням автономії та потреб особи з боку її родини чи близьких. Аналогічно, орторексична поведінка може бути для засобом побічно висловити власну агресію та потребу в самовизначенні, не тільки у колі родини, а й у більш широкій соціальній групі.

Орторексію та ОКР, об'єднує певна навязливість: думки про їжу і здоров'я, надмірне занепокоєння з приводу забруднення і нечистоти їжі, а також потреба в ритуальній організації їжі, що залишає обмежений час на інші види діяльності. Фундаментальні відмінності стосуються того, що орторексичні обсесії та компульсії стосуються лише теми харчування та здоров'я, а зміст навязливих ідей сприймається як его-синтонічний. Якщо людина з ОКР відчуває его-дистонічні навязливі думки та спонукання, намагаючись їх ігнорувати чи придушувати, то при НО людина такі думки щодо їжі/харчування, вважає доречними і бажаними, ігнорувати які вона не хоче. Его-синтонність/дистонність характеризує відношення людини до певних частин «власного Я». *Его-дистонна* симптоматика описує конфлікт, де емоції, імпульси чи думки, розглядаються суб'єктом як небажані, несумісні, або такі що не належать людині; *его-синтонна* (відсутність спостерігаючого Я) –

виражає не здатність до рефлексії, відсутність критики до свого стану, а думки і поведінка сприймаються як гармонійні з Я-образом [20,23,24]. Цікавими також є дані щодо потенційної біохімічної подібності, які можуть впливати на патерни мислення та поведінки при НО і ОКР [15].

Автори додають, що орторексія має спільні риси з деякими іншими розладами, включаючи ОКРО, де помітні такі подібності, як перфекціонізм, ригідне мислення, надмірна відданість, гіперморальність, а також зацикленість деталями та правилами [54]. Порівнюючи НО із *ARFID*, то в останньому діагностичними маркерами є недоїдання, низька маса тіла та психосоціальні порушення через обмеження в їжі внаслідок аверсивного (відраза до їжі) досвіду, що викликає умовну негативну реакцію на їжу, явну відсутність інтересу до їжі або висока вибірковість у харчуванні, заснована на сенсорних властивостях їжі, таких як колір, смак або текстура. У випадку НО, обмеження в їжі обумовлені занепокоєнням щодо корисності певної їжі, а недоїдання може бути наслідком, а не діагностичною ознакою. Страх наслідків при *ARFID* пов'язаний із короткостроковою перспективою (блювання, задухи), тоді як людина з НО боїться наслідків у довгостроковій перспективі (діабету чи раку) [49].

Сьогодні у наукових колах та літературі продовжуються суперечки щодо того, чи слід вважати НО просто феноменом поведінки/способом життя чи окремим розладом. Немає офіційно прийнятого визначення НО чи стандартизованих критеріїв, методів діагностики. Звісно, існують розроблені опитувальники, це тест Братмана (тест орторексії – BOT), ORTO-15, опитувальник харчових звичок— ENQ, Дюссельдорфська шкала орторексії – DOS. Однак, існують думки, що використання даних опитувальників для діагностики орторексії сумнівне через високий відсоток хибно позитивних результатів. А також підкреслюють той факт, що досі немає рекомендованого інструменту для оцінки НО [17]. Водночас орторексія продовжує все частіше спостерігатися у клінічній практиці, все більше досліджень описують специфічні клінічні особливості цього розладу, які спеціалістами сприймається

як серйозна проблема, яка має психофізіологічні, соціальні та економічні наслідки. На сьогодні, НО офіційно не визнана окремим психопатологічним розладом чи захворюванням, тому DSM-5 та МКХ-11 [1; 5] цей термін відсутній, хоча опосередковано орторексія присутня в DSM-5 у розділі «Інші специфічні розлади харчування та прийому їжі» (OSFED).

Відсутність однозначного визначення та її стандартизації, спонукає ряд спеціалістів наблизитися до вирішення цього питання. За даними опитування, проведеного в Нідерландах, 78% психіатрів, психологів, дієтологів і терапевтів розглядають як самостійне захворювання, а 74% виступають за включення його в DSM [62]. За нещодавнім (2021) систематичним оглядом та мета-аналізом [73], НО більше пов'язана з харчовими розладами, порівняно з ОКР, однак, не дивлячись на перетини цих розладів, вони відрізняються, а отже НО може розглядатися як окремий розлад та бути включеною до класифікації DSM як синдром із своїм генезом. У 2023 році, міжнародні фахівці провели роботу над узгодженням визначення та діагностичних критеріїв НО. Авторами було структуровано клінічні визначення та аспекти, її тривалість, наслідки, початок, а також критерії виключення. Опитавши фахівців у сфері харчових розладів та багатопрофільних медиків (із 14 різних країн), у складі 47 спеціалістів, дослідники приходять до висновку, що нервова орторексія є окремим розладом психічного здоров'я, пов'язаним із ймовірним погіршенням стану здоров'я та зниженням благополуччя; вона підпадає під категорію DSM-5 «Розлади харчування та харчової поведінки», із відсотковою згодою у 93,3%. Отже, НО може розглядатися як окрема форма харчового розладу [49], яка претендує на власне місце.

*Таблиця 1.2*  
*відображає детальне уявлення про сутність порушення харчової поведінки про нервовій орторексії на основі консенсусу спеціалістів.*

### **Діагностичні критерії на основі консенсусу 47 спеціалістів (2023)**

Діагностичні критерії
<b>Критерій А.</b>

**A1. Визначення, клінічні аспекти.**

- нервова орторексія проявляється сильним занепокоєнням харчовою поведінкою та встановленням жорстких і негнучких правил, які суворо контролюються і включають витрату надмірної кількості часу на планування, здобування, приготування та/або вживання їжі

- поняття як "здорове харчування" або "чисте харчування" включає в себе дієтичну теорію або набір переконань, конкретні деталі яких можуть відрізнятися, залежно від конкретної людини чи дієтичних тенденцій та культур.

- у разі неможливості харчуватися "здоровою" їжею, особа відчуває емоційний дистрес, тривогу (страх погіршення стану при зіткненні з їжею, яку вважає нездоровою), проблеми з увагою та концентрацією (якщо людина цілий день думає про здорове харчування) і почуття провини.

**A2. Тривалість:**

- симптоми повинні бути присутніми принаймні протягом останніх 6 місяців. Але, якщо є серйозні порушення здоров'я (див. Критерій B10) або психосоціального функціонування, діагноз може бути поставлений лише через 3 місяці.

**B. Наслідки:**

- незбалансованого харчування, внаслідок певної "здорової" дієти, негативно впливає на стан психофізичного здоров'я та на якість життя.

- емоційні (почуття провини за "гріхи"), когнітивні (увага та концентрація) та/або соціальні (ізоляція) наслідки, які негативно впливають на навчальну, робочу або соціальну сфери життя.

- витрачання надмірної кількості часу на харчування (читання, придбання та/або приготування їжі), негативно впливає на інші важливі сфери психосоціального та особистісного функціонування.

- вибірковість у харчуванні, може сприяти виникненню дефіциту поживних речовин та гормональних порушень

- жорсткі правила раціону можуть призвести до низької маси тіла, яка відповідає соціокультурним ідеалам здоров'я. (низька вага як побічний ефект або наслідок, але не результат незадоволеності тілом).

**C. Початок:**

- НО пов'язана з розвитком інших форм РХП та/або з переходом до інших форм; може передувати, співіснувати, слідувати за іншими харчовими розладами, або служити коупіг-стратегією для осіб з АН, щоб продовжувати обмежувати свій раціон.

- розвиток розладу, як наслідок призначених або самостійно встановлених правил харчування, пов'язаних або не пов'язаних із клінічними захворюваннями (наприклад, харчова алергія). В цих випадках, НО може виступати механізмом подолання хронічних захворювань, при яких необхідна сувора дієта (відчуття контролю).

**D. Критерії виключення:**

- вибір продуктів харчування та/або виключення з раціону не обумовлений клінічними дієтичними призначеннями; не пов'язаний з економічними умовами, цінностями, культурними, релігійними переконаннями або маячними ідеями.

- за наявності клінічних призначень, які потребують вибір та/або виключення продуктів, виникнення ОН проявляється надмірним та невідповідним вибором та/або виключенням продуктів, який виходить за рамки медичних рекомендацій.

Запит «нервова орторексія» в PubMed показує поступове збільшення кількості опублікованих статей, починаючи з 2015 року, особливо зі швидким збільшенням в останні роки [71], що мало б чіткіше окреслити епідеміологічний аспект проблеми. І хоча відсутність чітко зазначених критеріїв ускладнює визначення масштабу цього явища у світі, ми можемо побачити приблизні дані. Поширеність НО варіює у різних країнах та популяціях: від 6,9% в італійській та німецькій [56] популяції до 88,7% у групі бразильських студентів-дієтологів, що може відображати певну вразливість та схильність певних груп населення до ризику розвитку НО [61]. Поширеність орторексії в Україні [27,14], можна простежити в деяких дослідженнях, у яких відображено кількість осіб схильних до НО: 66,6 % (2017); 64,1 % (2021). Загалом, дослідження показують, що орторексія може торкнутися від 1% до 57,6% населення, залежно від досліджуваної групи та прийнятих діагностичних критеріїв. Враховуючи військові умови нашої країни, звернемося до статистики США, в якій, однак не орторексична, а булімічна симптоматика, частіше проявляються у військових саме через вимоги до рівня фізичної підготовки. Від 3 до 9% військових жінок та від 3 до 4% чоловіків повідомляють про булімічну поведінку [57].

На сьогодні (статистика 18 країн), загальна частка симптомів нервової орторексії у глобальному масштабі становить приблизно 27,5%, водночас відмінностей у прояві симптомів залежно від статі не виявлено, а за типом населення до орторексії схильні люди, які орієнтовані на спортивні досягнення або форму тіла [49;55]. Показано [58], що від 32% до 52% активних користувачів фітнес-центрів мають високу схильність до орторексії, цікаво, що саме «новачки» є більш вразливими для розвитку ОН. Вибір університету та професії (дієтолог, нутриціолог тощо) також може підвищити тенденцію до НО, водночас, є данні, що схильність до орторексії знижується у студентів-медиків у процесі навчання. Торкаючись питання групи ризику розвитку НО, ми знаходимо різні та суперечливі дані. Одні автори дійшли висновку, що чоловіки

схильні до більшого ризику НО, інші ж вважають навпаки, а деякі відмінностей зовсім не знаходять. Однак, було виявлено (2019), що все ж жінки частіше повідомляють про патологічне здорове харчування [66]. Це може бути обумовлено тим, що жінки знаходяться під значно вищим тиском з боку соціума, який змушує їх дотримуватись обмежувальної дієти і вести здоровий спосіб життя. У віковому питанні, на думку деяких дослідників молоді люди найбільш вразливі, тоді як інші вказують на відсутність зв'язку між віком і орторексією [17]. Не секрет, що молодь має великий попит на користування соціальними мережами, а однією з найпопулярніших де транслюється спосіб життя та харчування є платформа Instagram. Враховуючи цей факт, дослідники виявили [70], що більш часте використання цієї платформи пов'язане з більшою тенденцією розвитку НО, більш того, жодна інший соціальна мережа не мала такого ефекту.

Орторексія «молодшає». В минулому році (2023), в японську лікарню потрапляє маленька тринадцятирічна пацієнтка з критичним дефіцитом маси тіла та безліччю інших соматичних проблем [71]. При цьому, пацієнтка добре розуміла важливість харчування і першого дня прийому з'їдала всю їжу, яку їй давали (2300 ккал), вона не проявляла страху набрати вагу чи спотвореного сприйняття своєї ваги чи форми тіла, а останні не впливали на її самооцінку. Вона не проявляла і уникнення прийому їжі, хоча раніше вона добровільно їла майже виключно овочі без вуглеводів та білків. Натомість пацієнтка мала складнощі у спілкуванні, проявляла млявість та дискомфорт у настрої, мала погану здатність до саморефлексії, низьку терпимість до звинувачень та труднощі з розумінням контексту слів. У процесі терапії було з'ясовано, пацієнтка познайомилася зі статтями в підліткових журналах і публікаціями в соціальних мережах, які рекламували овочеву дієту, що змусило її продовжити дослідження в інших платформах, як YouTube і TikTok. Вона наполегливо дотримувалася дієти, виявила глибоку емпатію вибираючи продукти за калорійністю, витрачаючи гроші на здорову їжу та вибираючи продукти за станом здоров'я», накінець обмеживши свій раціон виключно овочами. Цей

випадок розладу харчової поведінки, було діагностованого як нервова орторексія.

Таким чином, через призму соціального чинника, ми бачимо, як наприклад, сучасні інфлюенсери у соціальних мережах пропагують екстремальні харчові звички за допомогою відео-трендів або влаштовують марафони швидкого схуднення за допомогою модних дієт, таких як «чисте харчування», інтервальний голод тощо. Просуваючи ці тенденції, здебільшо вони не є фахівцями в галузі харчування, у них немає підготовки, щодо питань біологічних потреб для здоров'я тіла. Соціальні мережі полегшують людям отримувати ці повідомлення легше, їх втягує в себе природа самих платформ. Алгоритм, який керує соціальними мережами, спонукає людину йти глибше. Запит пошуку «здорового способу життя» може призвести і жінок, і чоловіків до орторексичного контенту або іншого контенту, пов'язаного з РХП. Орторексію легко ідеалізувати у світі, де впливові особи часто демонізують цілі групи продуктів харчування. Разом з тим, фахівцями зазначають [24], що багато активних користувачів не проявляють НО, тому розвиток розладу може сильно залежати від рівня медіакомпетентності та його наявного психічного стану людини.

Сучасні дослідження часто наголошують на необхідності відрізнити патологічну одержимість здоровим харчуванням від інших не проблемних форм харчової поведінки, що спрямовані винятково на зміцнення загального здоров'я. У роботі Барради та Ронсеро [36], автори спробували розширити концептуалізацію орторексичного стану, пропонуючи двовимірну структуру харчування: перший вимір пов'язаний із адекватним інтересом до здорового харчування (здорова орторексія) – HeOr, а другий – з патологічною заклопотаністю здоровим харчуванням (нервова орторексія) – OrNe. Було виявлено два фактори, які прогнозували OrNe: негативна афективність і психотизм. Ряд інших досліджень також підкреслюють, що HeOr та OrNe є двома окремими факторами, пов'язаними зі здоровим харчуванням, що мають прямо протилежні асоціації у прояву негативного афекту [33, 36, 67];



симптомах ОКР; РХП [47]; рисах уваги, а також здатністю високої концентрації уваги (фокус на їжу); навіть причини вибору продуктів харчування в цих станах різняться [68].

Таким чином, можна констатувати, що люди з НО тенденціями проявляють *нейротичні риси*: схильність до тривожності, емоційної лабільності та гніву, тобто до частих перепадів настрою, вони більш інтенсивно відчують емоційний дистрес і мають труднощі з регулюванням своїх емоцій. У той час як здоровий інтерес до харчування, позитивно асоціювався з емоційною стабільністю та благополуччям. Сильна тривога при НО, може проявлятися у випадку перешкод у планування, покупок, готування, контролю за споживанням їжі. У цій роботі вже згадувалося про почуття провини й злості себе та оточення при порушенні «орто-ритуалів». Сюди відноситься і самопокарання у вигляді більш строгої дієти чи очисних практик у випадку порушення харчового режиму. Результати консенсусу також підтверджують, що факторами ризику НО, є наявність в анамнезі інших РХП або психічних розладів; НО асоціюється з такими характеристиками, як психо-соматичні проблеми, іпохондрія, депресивні симптоми, тривога (генералізована або специфічна) та порушенням регуляції емоцій [49].

Параметр як *психотизм*, виражає незвичайні переконання та переживання, ексцентричні моделі мислення та сприйняття реальності, був характерний для обох вимірів орторексії. У випадку здорового інтересу до харчування, люди можуть виявляти певну недовіру та підозрілість до намірів інших. При орторексії, люди для яких здорове харчування є центральним аспектом їхнього життя, матимуть тенденцію відчувати себе особливими та відрізнятися від інших людей, принаймні у аспекті харчування, який спрямовує їхнє життя. Ці результати підтверджують й дані щодо психотичних особливостей орторексії, таких як магічне мислення, помилкових та ірраціональних переконань, що пов'язані з їжею, а в іншому дослідженні психотизм був найбільш пов'язаний з НО [34, 54, 67]. Наявні магічні думки або помилкові переконання, пов'язані з їжею при орторексії, здається, потрапляють

у психотичний спектр. Науковиця М. Фатеєва [27] підтверджує, що особам з орторексією властиві помилкові уявлення про їжу, здебільшого культурного генезу, які ґрунтуються на псевдонаукових уявленнях щодо впливу раціону на функціонал організму (пато-вплив глютену, лактози або провокування раку молочними продуктами тощо). Разом з тим, вона зауважує, що слід розрізняти міфи та надцінні ідеї, які сприймаються як еґо-синтонічні та не супроводжуються порушеними сприйняття реальності. Описаний Lason and Raynal (2021) профіль особистості з тенденціями НО, складається з високих параноїдальних та нарцисичних рис із помірним рівнем шизотипових та межових [17]. На думку науковців, психотичний спектр у таких осіб можна пояснити їх відчуттям себе особливим та відмінним від інших, а також наявністю переконань та почуттів, відмінних від більшості людей, що може бути пов'язане з відсутністю довіри до оточуючих та екстравагантністю постійних сумнівів у походження та безпеці їжі, яку регулярно споживає переважна більшість людей. Дійсно, люди які дуже стурбовані здоровим харчуванням, ймовірніше, будуть з підозрою ставитися до продуктів, що продаються в більшості супермаркетів, і намагаються купувати продукти в місцях, які здаються їм безпечнішими, наприклад, в органічних магазинах.

Дослідження орторексичних рис проведене Кіс-Ляйцер, М., та Ріґо А. демонструють, що високий рівень уникнення небезпеки та низька самоспрямованість є важливими факторами для НО, як і при інших харчових розладах. Підкреслюється, що високий рівень уникнення небезпеки вказує на песимістичну стурбованість майбутнім разом зі страхом, почуттям незахищеності, сором'язливістю в соціальних ситуаціях. Також, низька самоспрямованість пов'язана з низькою самооцінкою, звинуваченням інших, залежність і невизначеність щодо власної ідентичності та цілей. Підсумовуючи, автори зазначають наступний «портрет орторексичної особистості»: це схильна до надмірної тривоги та контролю людина, занепокоєння якої проявляється сором'язливістю в соціальних ситуаціях, що поєднується з бажанням бути ідеальною і прийнятою. Такі риси також можуть бути опосередковані

незадоволенням власним тілом і жорсткою інтерналізацією соціального культурного ставлення до зовнішнього вигляду. Суворе планування надмірно «чистих» харчових звичок впливають із гострої потреби контролю внутрішньої тривоги [17,53]. Тим не менш, більш висока трансцендентність (як вихід «за», пошук нового), яка також проявляється у осіб схильних до НО, може бути унікальною особливістю, що дозволяє припустити, що орторексія, схоже, є незалежним явищем.

Зв'язок між орторексією та емоційною дисрегуляцією і ненадійними стилями прив'язаності продемонстрували дослідниця Стралер Дж. з колегами. Результати дослідження виявили, що особи, які мають труднощі в регуляції емоцій, мають також більш високу схильність до нервової орторексії. Ще одним неспецифічним фактором для пояснення ризиків розвитку НО, дослідники називають ненадійний тип прив'язаності. Результати показали, що тривожна прив'язаність була пов'язана з орторексичним прийомом їжі, але в цій вибірці був лише невеликий зв'язок з унікаючою прив'язаністю. Важливо відзначити, стиль прив'язаності грав роль для жінок, меншою мірою для чоловіків. Таким чином, дане дослідження вказує, що порушення регуляції емоцій і стиль прив'язаності є важливими детермінантами психічного здоров'я при НО [17].

Переважає більшість спеціалістів у сфері здоров'я та сучасні дослідження підтверджують, що *перфекціонізм, потреба в контролі, низька самооцінка, нарцисизм, самокритичність* та схильність до надмірно високих стандартів для себе, є значними предикторами схильності до орторексичної поведінки. Надмірний перфекціонізм, характеризується високими особистісними стандартами, стурбованістю власними помилками та сумнівами у діях, тому його можна вважати одним із предикторів виникнення НО. В одному дослідженні [59], науковці виділили такі чинники як нав'язлива поведінка, перфекціонізм, самооцінка та об'єднали їх у загальне поняття самовладання (self-mastery), як поєднання внутрішньої мотивації, самоефективності та внутрішнього локусу контролю. За результатами, особи що схильні до

орторексичних тенденцій, проявляють високий рівень нав'язливості-компульсивності, нав'язливих переконань та перфекціонізму, а також низьку самооцінку. Самовладання, це віра людини у свою здатність взяти на себе відповідальність за своє життя і протистояти труднощам: «стан, у якому твоє тіло є твоїм слугою, а не господарем». Люди з високим рівнем самовладання мають вищу самооцінку, краще регулюють свої нав'язливості та перфекціонізм, чим уникають негативних наслідків від НО. У випадку орторексії, людина може бути мотивована бажанням досягти майстерності над своїм тілом і здоров'ям за допомогою суворової дієти, а відсутність контролю компенсувати, контролюючи споживання їжі.

Нарцистичні тенденції у людей з НО добре видно на прикладі регулярних користувачів фітнес-центрів, прагнення яких досягти «ідеального» зовнішнього вигляду, може відображається високими балами за грандіозним експібіціонізм (*grandiose exhibitionism*), що підтверджує зв'язок між фітнесом та образом тіла [24;29]. Можна припустити, що тут ця грань нарцисизму характеризується егоцентризмом та імпульсами самореклами – обидві речі добре підходять для сучасного цифрового світу.

Дослідниками Банді та ін. був виявлений зв'язок між нарцисизмом (грандіозним/вразливим) і НО, причому *прихований вразливий нарцисизм* дуже впливає на розвиток симптомів НО через його зв'язок з нижчою самооцінкою та негативними уявленнями про себе [35]. Прихована вразливість, це тенденція ховати в собі почуття та думки про неявну неповноцінність. Через постійне придушення негативних імпульсів і властивої їм схильності відчувати себе втраченими, самотніми і неприйнятними, приховано вразливі нарциси використовують свої фантазії для створення світу, де їхня гіпотетична і уявна велич може бути досягнута без зіткнення з реальністю. Ідеальною формою прояву цього наміру може бути орторексія: прагнення до здорового харчування може демонструвати не надто визначну форму величі, але враховуючи високий рівень негативних змістів прихованих вразливих нарцисів, це також може бути фактором ризику.

Автоматичні та несвідомі психологічні процеси, які впливають на пристосування особистості до внутрішніх/зовнішніх стресорів чи емоційних конфліктів іменують захисними механізмами психіки. Це мимовільні стратегії, створені для зміни сприйняття цих стресорів і конфліктів з метою зниження надмірної тривожності, підтримки самооцінки та інтеграції Я. З їх допомогою [22], формується специфічний стан свідомості, що дозволяє людині зберегти гармонійність та врівноваженість структури власної особистості. Психопсихік Н. Мак-Вільямс виділяє два рівні захисних механізмів за ступенем їх примітивності, залежно від того, наскільки їх застосування заважає індивіду адекватно сприймати реальність: первинні (примітивні) та вторинні (зрілі). Їх також класифікують залежно від рівня їхньої зрілості: психотичний, незрілий, невротичний та зрілий захисні стилі. Вибір того чи іншого захисного стилю робить істотний внесок у індивідуальні відмінності в реакції особистості на стресові події та внутрішньо психічні чи міжособистісні конфлікти. У результаті, якщо зрілі захисні механізми позитивно пов'язані з вищими рівнями психосоціальної адаптації та особистої задоволеності, то невротичні, незрілі та психотичні механізми, скоріш за все залучені як до виникнення, так і у підтримку психопатології. У дослідні Дж. Костанцо із співавт. вивчали психологічні процеси, що лежать в основі психічного функціонування людей з ОН, зокрема захисних механізмів психіки задіяних в цьому стані [45]. Було показано, що орторексичним особистостям більш характерний невротичний стиль захисту, їм також властива тенденція звернення до незрілих механізмів, порівняно з особами які не проявляють НО.

Активне використання *соматизації*, передбачає, що в таких людей негативні афекти трансформуються в хворобливі фізичні стани через цей механізм, що робить жорстке здорове харчування засобом пом'якшення фізичного дистресу. Або, патологія орторексичного харчування сама по собі представляє соматичну відповідь на емоційний дистрес, обумовлений невирішеним інтрапсихічним конфліктом. Орторексичні особистості також «люблять» використовувати захисні механізми, як *передбачення* (anticipation),

*анулювання* (undoing) та *дисоціацію*. Передбачення як захист, є тенденцією сприймати майбутню небезпеку як афективно, так і когнітивно, щоб бути емоційно готовим до неї; це докладання зусиль вирішенню проблем до того, як вони виникають. Так, негативні думки про майбутній стан здоров'я можуть змусити орторексиків повернутися до жорстких звичок здорового харчування, щоб запобігти можливим фізичним захворюванням. Захист анулювання, навпаки, відображає поведінку, символічною метою якої є повернення або усунення тривожних думок чи дій, раніше пережитих та/або здійснених, може використовуватися, коли люди з НО використовують поведінку самопокарання (більш суворі дієти, практики очищення тощо) після порушення дієти. Тимчасова зміна нормальної інтеграції думок, почуттів і переживань у потік свідомості, яка іменується дисоціацією, у орто-випадку говорить, що така обмежувальна харчова поведінка може слугувати засобом дисоціації тривожних емоцій і відновлення почуття контролю. Пасивна агресія, що згадувалась, як нездатність відкрито висловлювати почуття гніву, що виражаються побічно, також спостерігалось у в арсеналі захистів осіб з тенденціями до орторексії. Отже, припускається, що поведінкова негнучкість, що характеризує людей з орторексією, пов'язана з більш загальною зміною тестування реальності, що опосередкована використання менш зрілих захисних механізмів. Орторексична поведінка може слугувати дисфункціональною стратегією подолання емоційного стресу. Ці особливості дуже важливі як у вивченні феномену орторексії, так і в психотерапії.

З соціальної точки зору, орторексію можна розглядати як субкультуру [27], що протистоїть традиційним цінностям будучи культурною групою в межах більшої, традиційної культури. Ця субкультура об'єднує представників різних видів діяльності та конфесій. Ці особистості мають особливі погляди та переконання, а їх золотою стрічкою є намагання бути чистими, правильними, вести надмірно здоровий і спосіб життя. Ці погляди й переконання є практично незмінними в різних країнах світу, що дає змогу виділити субкультуру орторексів, як окрему міжнародну віртуальну групу осіб, що гуртуються

навколо специфічних поглядів, цінностей та стилю життя. Крім того, дотримання правил «чистого харчування» та суворих харчових правил може забезпечити відчуття ідентичності та мети, дозволяючи визначити себе в спільноті, яка піклується про своє здоров'я. Показано, що харчові стандарти при орторексії включені в ідеальний Я-образ, тісно пов'язаний з самоусвідомленням та самооцінкою.

Останнім часом з'явилася нова «свідомість здоров'я» під назвою хелсізм (healthism), за якою здоров'я можна досягти безпроблемним шляхом за допомогою індивідуальної дисципліни і поведінки, шляхом регулярних фізичних вправ і здорового харчування. Докторка Крістіна Хангану-Бреш, пропонує ракурс погляду на орторексію (30), як сучасної кіберпатії, тобто розладу, що передається цифровим шляхом, внутрішньо та вузько орієнтованого на здоров'я через споживання «чистої» їжі. Вона використовує поняття хелсізм, як шкідливу надмірну увагу до підтримки здоров'я, спосіб мислення, у якому здоров'я, видимість здоров'я та здорові види діяльності вважаються морально вищими. Авторка наголошує, що орторексія може бути зрозуміла тільки в контексті нової "свідомості здоров'я", індивідуальної стурбованості здоров'ям у контексті неолібералізму. Орторексія відтворюється через цифрове поширення особистісного підприємництва, як наприклад особистий акаунт в Instagram Дж. Янгер. Зрештою, ця надмірна стурбованість здоров'ям позбавляє життя сенсу, а індивідуалізована відповідальність здоров'я призводить до його моралізації.

### **1.3. Крос культурні дослідження самоставлення у осіб з орторексією.**

Ще Бретман та Найт, припустили, що самооцінка людини з орторексією часто пов'язана з її дотриманням дієти. Більше того, вони будуть відчувати перевагу над іншими, засноване на їхніх звичках харчування, які є основним напрямом їхнього життя. Попри те, що самооцінка відіграє важливу роль у РХП

та іншій руйнівній для здоров'я поведінці, а низький її показник виступає універсальним фактором ризику різних харчових патологій, зв'язок між самооцінкою та НО не настільки очевидний. Дослідження неоднозначні: респонденти зі схильністю до орторексії характеризуються як низьким, так і високим рівнем самооцінки.

На думку Розенберга, самооцінка концептуалізується як глобальна, одновимірна та відносно стабільна конструкція, що стосується особистої думки про власну цінність. Як вже було зазначено, за вченим, самооцінка відображає ступінь розвитку почуття самоповаги, відчуття власної цінності та позитивного ставлення до наповнення сфери власного «Я» індивіда. Вона розвивається і є відносно незмінною в дорослому віці. Глобальний аспект самоставлення, що пояснюється наявністю як позитивних, так і негативних почуттів людина до себе, можна дослідити використовуючи шкалу самооцінки Розенберга. Цей інструмент використовувався у перехресному дослідженні D.Mahfoud та колег [59], де приймали участь 977 учасників з Італії, Лівану та Польщі. Це дослідження фігурувало у другому розділі, де було запропоновано поняття як самовладання (self-mastery): поєднання внутрішньої мотивації, самоефективності та внутрішнього локусу контролю, що проявляється вірою людини у власну здатність взяти на себе відповідальність за своє життя і справлятися з труднощами. За результатами, особи які мають низьке самовладання з більшою ймовірністю виявляють тенденції орторексії: високий рівень нав'язливої поведінки та перфекціонізму, а також *низьку самооцінку*. Тобто, особи з НО проявляли негативне ставлення до себе, свого Я. В інших дослідженнях, з використанням шкали Розенберга, були отримані ті самі результати [65; 72].

Самооцінка – це гнучкий конструкт, вона зазнає коливань або невеликих змін, тому науковці визначають її також, як стан (state self-esteem). Її стан коливається залежно від схвалення людей іншими і того, як люди оцінюють власне почуття власної гідності (self-worth), яке відображає внутрішнє відчуття того, що ти достатньо хороший і гідний любові та приналежності з боку інших.



Науковцями пропонується поняття як «лабільність самооцінки», щоб пояснити зміни у стані самооцінки у різних контекстах чи ситуаціях. Наприклад, стан самооцінки може вносити зміни у глобальну самооцінку, коли людина втратила свій бізнес. Цей тісний зв'язок між рисою та станом самооцінки ще більш зменшується, коли щось загрожує Его. Результати дослідження в Лівані [65], показують, що особи які схильні до орторексії проявляють також *низький рівень самооцінки як стану*.

Інші дослідження демонструють зворотні результати, де особи з НО демонструють глобальне позитивне самоставлення. Брайтек-Матера із колегами [41] досліджували взаємозв'язок між РХП, самооцінкою, фізичною активністю та НО молодих людей з Польщі та Італії. Автори зауважують, що позитивне самоставлення, високий рівень самоконтролю за прийомом їжі та сприйманий тиск з боку оточуючих щодо набору ваги пов'язані зі знаннями про здорове харчування серед молоді. Знання про здорове харчування можуть бути пов'язані з компетентністю у цих аспектах, тож прагнення дотримання та підтримання самовизначених рекомендацій щодо здорового харчування може призвести до високої самооцінки. Харчовий режим людей схильних до НО може виправдовувати харчові практики, зумовлені само дисципліною, перфекціонізмом та індивідуальною відповідальністю, та створювати хибне почуття переваги над іншими. Так, використання дієтичних обмежень та оприлюднення дієти може дійсно підвищити самооцінку.

Бона та колеги [37], спробували пояснити зв'язок між самооцінкою та НО страхом, що виникає через тиск з боку суспільства. Серед тих, хто часто займається спортом, суворі дієти, швидше за все, виникають через низьку самооцінку, спричинену перфекціоністськими стандартами, соціальним порівнянням та прагненням контролювати ситуацію. І тут доцільно було звернутися до праці дієтологині Рене МакГрегор, яка у своєму довіднику «Орторексія: Коли здорове харчування шкодить», описує поведінкові патерни, які вона спостерігала як практикуючий лікар у своїх клієнтів. На її погляд, орторексічні тенденції виникають через те, що люди доводять свої можливості

до межі, щоб підвищити самооцінку: «Якщо я зміг прийняти ці правила і дотримуватися їх, незважаючи ні на що, значить, я чогось вартую». Замітки та спостереження лікарки вказують на те, що орторексія, це швидше нав'язливий саморозвиток, ніж досягнення ідеальної маси тіла. Можливі витoki орторексичних тенденцій пояснюються тим, що прагнення до ідеальної дієти може призвести до підвищення самооцінки, оскільки ті, хто дотримується спеціальних дієт, можуть відчувати себе гідними завдяки своїй, іноді екстремальної та виснажливої, харчової поведінки. Хронічна боротьба за те, щоб стати кращим, згадується у якісному дослідженні М. Гревілл-Гарріса та ін (2020), де було проаналізовано вислови жінок-блогерів, які ідентифікували себе як таких, що мають НО, та які описували їх наполегливе дотримання дієти, як результат критичного ставлення до себе і бажання відповідати неослабним перфекціоністським стандартам. Вони визнають, що порівнюючи себе з іншими, відчувають власну перевагу, вважаючи себе кращими та більш здоровими. Це узгоджується з літературою про соціальне порівняння, оскільки люди з низькою самооцінкою, скоріш за все, схильні до такої поведінки, а їхня задоволеність може рости після порівняння у бік зменшення. Взаємозв'язок між низькою самооцінкою та орторексією, на думку авторів дослідження, можна пояснити екзистенційним страхом, що виникає під тиском соціуму, в якому прийнято контролювати харчування, оскільки дисципліноване і свідоме ставлення до себе є маркером свідомості здоров'я. Отже, більш низька самооцінка була предиктором орторексії, але орторексичний досвід її підвищує – таким чином, особи з НО починають проявляти позитивне самоставлення, повагу до себе та підвищувати почуття власної цінності.

Науковиця М. Фатєєва [27], розглядаючи орторексію в контексті проблем самоусвідомлення особистості, торкається також питання її самоставлення. Самоставлення розглядалося як структурно складне утворення, що включає в себе глобальне почуття за/проти самого себе, а також певні специфічні параметри. У розрізі цього дослідження, існують певні особливості самоусвідомлення осіб з НО – це *неусвідомлене негативне самоставлення*,

міцний зв'язок ідеального Я зі стратегіями харчування, помилковий Я-образ, тобто говориться про позитивну Я-концепцію особистості, що ігнорує/відкидає наявні проблеми і перебільшує власні можливості. Авторами був сформульований загальний опис самоствавлення орторексичних осіб. Цих осіб характеризує глобальне відчуття «за власне Я» (позитивне самоствавлення): високі показники самоповаги, саморозуміння, віра у власні сили та здатність контролювати власне життя, виражений інтерес до власних думок і дій, самоорганізованість та самопослідовність. Водночас присутня суперечність у внутрішній структурі самоствавлення: декларована на функціональному рівні впевненість у власній цікавості для інших людей недостатньо проявляється в конкретних діях та внутрішніх установках. На поведінковому рівні такі особи 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 НО. Серед найбільш конкретизованих, дієвих проявів самоствавлення у вибірці переважало 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 НО супроводжується значущими змінами структури самоствавлення – зниженням аутоемпатії 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 самоствердження 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.

Деякі дослідження [52] показують, що *самоспівчуття* (self-compassion) насправді пояснює, як стримана та обмежувальна харчова поведінка пов'язана з орторексією. За результатами дослідження, люди з високим рівнем орторексичної поведінки, демонструють низький рівень самоспівчуття. У цьому дослідженні вивчалась орторексична поведінка із залученням лише веганів (бо вони мають більше обмежень у харчуванні). Науковцями Брауном та ін. було доказано того, що самоспівчуття виступає як захисний фактор від тілесної дисморфії та патології харчування. Самоспівчуття, у роботах К. Нефф, описується як переживання співчуття людиною до самої себе. Важливо зазначити, що характерна відмінність між самоспівчуттям та самооцінкою, це те, що співчуття до себе більш здатне передбачити те, які когнітивні стратегії регулювання емоцій використовуватиме людина (адаптивні чи дезадаптивні); сутність їх розбіжностей: самоспівчуття не є пов'язаним із успішністю діяльності, а також, воно не використовує порівняння себе з іншими. Самоспівчуття має кілька складових: доброту до себе, людяність та усвідомлене ставлення до життя [6]. У випадку орторексії, за низьким показником «доброта до себе», припускається, що в разі невдачі, помилки або при розумінні власних вад, такі особи будуть проявляти до себе ігнорування та самокритику. За показником «людяність» (усвідомлення, що переживання поразки та розчарування притаманні всім людям), особи з обмежувальним харчуванням будуть ізолюватися, що буде формувати певне тунельне бачення, коли людина уявляє себе єдиною особистістю, що здатна на помилки. За показником «усвідомлене ставлення до життя» (здатність збалансовано та реалістично підходити до переживання негативних емоцій, не перебільшуючи або недооцінюючи їх силу та значення, вміння відокремлювати себе від своїх думок та почуттів), людина схильна до НО буде проявляти «надмірну

ідентифікацію», сприймати себе через негативні переживання. Отже, людина з тенденціями до НО схильна до самокритики, ізоляції та надмірної ідентифікації зі своїми негативними переживаннями.

Результати дослідження, проведене з користувачами фітнес-центрів у Хорватії, вказує на наявність позитивної кореляції між схильністю до НО та схильністю до *нарцисичної* поведінки у цій вибірці [58]. У групі з більшою схильністю до НО був значно вищий за загальний бал NPI-13 і значно вищий бали за всіма трьома суб-шкалами (лідерство / авторитет, грандіозний ексгібіціонізм та правомочність/експлуататорство) в порівнянні з групою з меншою схильністю до НО. Однак, важливо зазначити, що мотиви, пов'язані з фізичними вправами можуть відігравати важливу роль у зв'язку між нарцисизмом та фізичною залежністю. Нарцисизм пов'язаний із турботою про зовнішність та прагненням до статусу, а ці риси можуть бути реалізовані за допомогою занять у фітнес-центрах, оскільки нарцисичні особи можуть продемонструвати свою грандіозність за допомогою «ідеального» тіла. Оскільки користувачі спортивних закладів прагнуть покращення зовнішнього вигляду та, можливо, до подальшої грандіозності/ексгібіціонізму, припускається, що ця група населення більш вразлива до розвитку орторексії. Це може пояснювати те, що у дослідженні, найсильніша кореляція (інші показали відносно слабку) була виявлена з підшкалою *грандіозний ексгібіціонізм*: вони демонструють самовпевненість, є «товстошкірими» і поводитья так, ніби вони кращі за інших. У контексті теми нарцисизму та харчових патологій, показовими є результати дослідження Boucher та ін. (2015), де РХП пов'язані з високим рівнем вразливого нарцисизму, підвищеним рівнем грандіозного нарцисизму та зниженим рівнем явної самооцінки [35].

Дані дослідження, Банді та колег [35], проведене в Угорщині, підкреслюють роль дезадаптивних особистісних диспозицій, таких як *нарцисизм*, в основі та патогенезі орторексії, при цьому велике значення має їхня конкретна форма прояву. За результатами, *приховані аспекти нарцисизму* мають прямий вплив на прояв орторексії. Дослідники використали концепцію

ортогонального нарцисизму, яка відображає (1) вразливість - грандіозність та (2) приховані – відкриті тенденції. Перший вимір містить тенденції від внутрішньої невпевненості та особистої вразливості до грандіозного, перебільшеного самосприйняття, другий – висловлює рівень тенденцій прояву внутрішнього змісту у фантазіях чи поведінці. Виявлено, що саме *прихована вразливість* має стабільний, помірно сильний позитивний ефект на орторексію. Це означає, що чим вищий рівень прихованої вразливості, тим вища ймовірність появу орторексичних симптомів. Прихована вразливість – тенденція ховати в собі почуття та думки про неявну неповноцінність. Через постійне придушення негативних імпульсів і притаманну їм схильність почуватися загубленими, самотніми та неприйнятними, приховано вразливі нарциси використовують свої фантазії для створення світу («здорового та “чистого»?), де їхня гіпотетична та уявна велич може бути досягнута без зіткнення з реальністю. Ідеальною формою прояву цього наміру може бути орторексія: прагнення до здорового харчування може демонструвати не надто визначну форму величі, але з огляду на високий рівень негативних змістів прихованих уразливих нарцисів, це також може бути фактором ризику.

На думку Н.Мак-Вільямс (2015), нарцисичні особистості належать до категорії тих, хто підтримує свою самооцінку за рахунок визнання та поваги інших. Всередині нарциси є пустими, тому для них так важливо отримувати зовнішнє схвалення, при цьому вони є малочутливими до критики, оскільки насправді їх не особливо турбує думка інших, якщо вона не є позитивною. Основним переживанням цих осіб є емоції сорому та заздрості. Внутрішньо такі люди відчують себе недостойними і дефектними. І якщо з почуттям провини щось можна зробити (виправити чи змінити себе), то сором такої можливості не дає. Основна відмінність грандіозного нарцисизму від вразливого, полягає у явних стратегіях підтримки власної самоцінності – шляхом отримання уваги та захоплення від інших [28]. Вразливий нарцисизм на свідомому та явному рівні розкривається через почуття неповноцінності,

непевненості в собі, тривожність, сором'язливість, страх втратити близький стосунок, який підтримує роздуте Его.

Отже, особи з орторексичними тенденціями, можуть проявляти «тонкошкірий» нарцисизм і більш вразливі риси. Їх психологічна конструкція, характеризується крихкою самооцінкою, гострою потребою у визнанні та поєднанням егоцентризму та непевненості. У глибині душі вони можуть почуватися непевнено та неадекватно. Можна припустити, що їм притаманне нестабільне почуття власної гідності; критику в сторону здорового харчування, або відсутність підтримки їх ідей здорового харчування, вони можуть реагувати обороною, злістю чи просто відстороненням – ізоляцією. Підтримку своєї самооцінки на високому рівні вони можуть досягати за рахунок суворої «здорової» дієти.

## **Висновки до розділу 1**

Завершуючи перший розділ зробимо загальні висновки.

Самоставлення (глобальна самооцінка) – являє собою конструкт, що містить в собі дві функціональні сфери: 1) почуття самокомпетентності, як загальне відчуття власної здібності, ефективності, та 2) аутосимпатія, яка є емоційним судженням особистості про себе, її схвалення або несхвалення, та яка виявляється суб'єктивною оцінкою власної соціальної цінності та значущості. 3

На сьогодні, у наукових колах та літературі продовжуються дебати щодо статусу орторексії. Офіційно прийнятого визначення цієї патології, стандартизованих критеріїв та методів діагностики не існує. Орторексія офіційно не представлена, у DSM-5 та МКХ-11 цей термін відсутній, хоча опосередковано цей розлад присутній в DSM-5 у розділі «Інші специфічні розлади харчування та прийому їжі». У клінічній сфері ця харчова патологія, все частіше зустрічається у лікарській та психотерапевтичній практиці. У

минулому році, міжнародними фахівцями була проведена робота над узгодженням визначення та діагностичних критеріїв орторексії: було структуровано клінічні визначення та аспекти, її тривалість, наслідки, початок, а також критерії виключення, що потенційно має наблизити цей розлад до офіційного визнання. Орторексія також має певні точки перетину з іншими психічними розладами, водночас має свої специфічні особливості.

Загальні критерії орторексії: компульсивна та навязлива фіксація на споживанні виключно «здорових» продуктів, жорстка регламентація харчових звичок, присутність переоцінених ідей щодо раціону харчування, жорстке уникнення продуктів, які суб'єктивно сприймаються шкідливими; гіпертрофовані емоційні та стресові реакції у випадку відхилення від встановлених харчових норм; низька толерантність до харчових переконань інших та сильна залежність самоідентифікації та самооцінки від дотримання харчового режиму; на пізніших стадіях розлад може призвести до серйозних порушень фізіологічних функцій та негативно вплинути на соціальне життя індивіда.

На основі аналізу наукових джерел, була створена теоретична гіпотетична модель самоствавлення осіб із проявами орторексичних тенденцій (рис.1.1 )



Рис. 1.1. Теоретична гіпотетична модель самоствавлення



Передбачається, що особи з тенденціями до орторексії будуть виявляти високий рівень самокомпетенції та аутосимпатії. Потенційно в них буде виявлятися нестійка самооцінка та ілюзорність власних амбіцій у вигляді грандіозних фантазій, в них також будуть присутні вразливі нарцисичні риси як флюктуарність їх Self-структури.

Інші характеристики відображають збірний образ Я-конструкції осіб з орторексією на основі теоретичного аналізу: знання про здорове харчування та їх «патологічне» використання сприяє підвищенню самооцінки та формуванню ідеалізації себе, як надмірне самоприйняття із відчуттям переваги над іншими, що засноване харчових звичках осіб з орторексією; часовий вимір самоствалення – ретроспективне «Я» (в минулому), проспективне «Я» (в майбутньому) тощо.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ САМОСТАВЛЕННЯ У ОСІБ ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ОРТОРЕКСІЮ

#### 2.1. Характеристика групи та методик дослідження

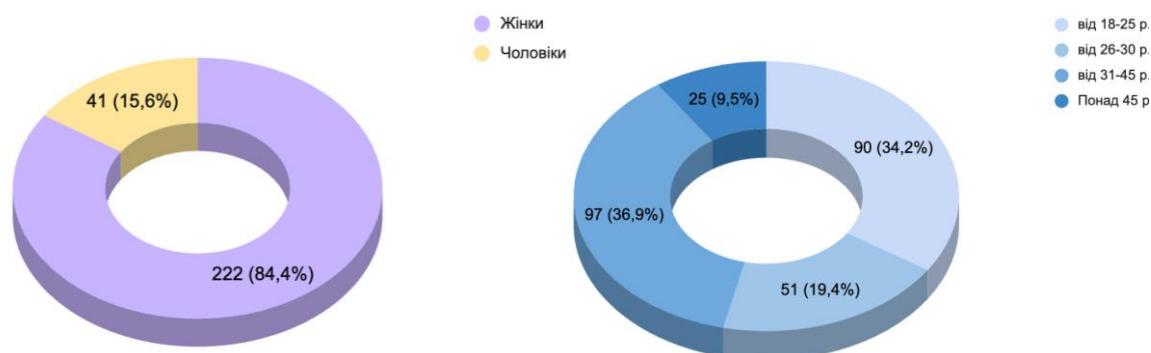
Головним завданням емпіричного дослідження було визначення особливостей самоставлення осіб, які мають ознаки орторексичного розладу харчової поведінки. Етапи дослідження:

1. Підготовчий етап передбачав підбирання психодіагностичних методик для оцінки харчової поведінки та особливостей самоставлення; розроблення загальної анкети у Google Forms, що містила пакет діагностичних методик; формування вибірки та проведення дослідження.

2. Етап вимірювання: збір діагностичних даних відбувався дистанційно, відбувався з 5 лютого по 23 березня 2024 року, за допомогою онлайн-опитувальника; загальна кількість вибірки становить 263 осіб.

3. Етап аналізу, інтерпретації та висновків.

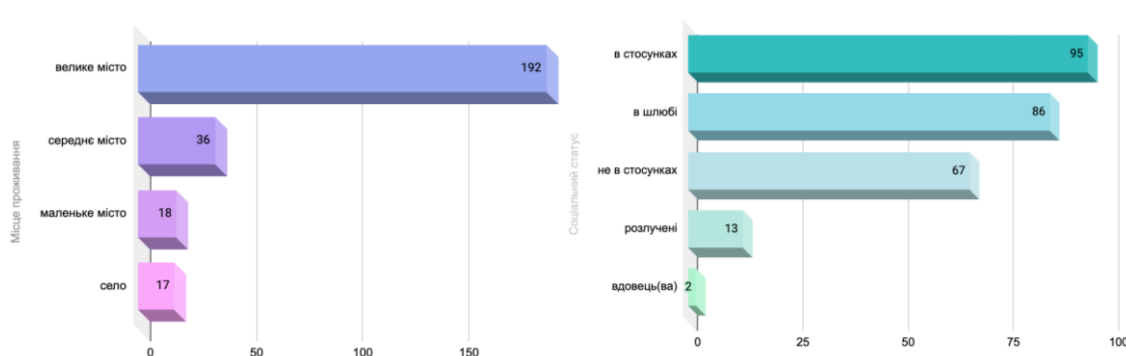
У дослідженні взяло участь 263 осіб віком від 18 до 45 років і більше, з них 222 особи жіночої статі та 41 чоловічої (див.рис.1).



*Рис.2.1 Кількість досліджуваних за статтю та віком*

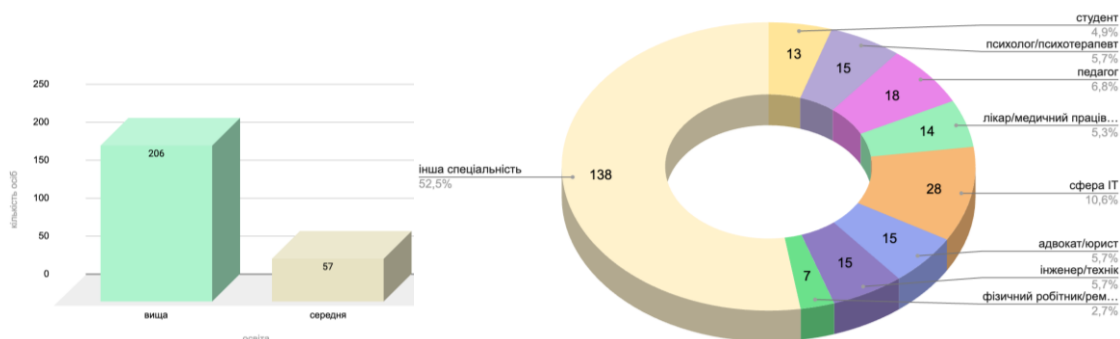
Дослідницька вибірка охоплює осіб, які є дописувачами до різних тематичних груп у Telegram, включаючи спільноти психологів, групи з

виключно жіночою аудиторією, об'єднану за спільними інтересами, та спільноти, орієнтовані на чоловічу аудиторію (напр. автолюбители). Залучення учасників із різноманітними інтересами та соціокультурними орієнтаціями через соціальні мережі забезпечило значне розширення географічного охоплення дослідження, що дозволило здійснити репрезентативний вибір учасників з різних міст країни. Здебільшого, вибірку склали особи (192 осіб), що проживають у великих містах України. За соціальним статусом, досліджувані переважно (181 осіб) перебувають у стосунках або у шлюбі, лише 15 осіб є розлученими або є вдовцем(вою). (див.рис.2.2).



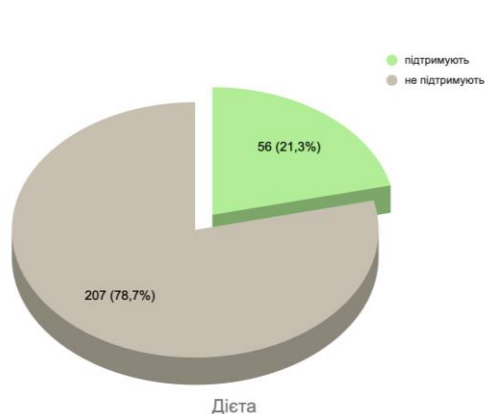
*Рис.2.2 Кількість досліджуваних за місцем проживання та соціальним статусом*

За рівнем освіти, переважна кількість учасників має вищу освіту (206 осіб). Професійна спрямованість вибірки є різноманітно (рис.2.3), разом з тим 52,5% професій є не уточненою.



*Рис.2.3 Розподіл респондентів за професійною спрямованістю*

У поточному дослідженні, у зв'язку із темою, було запропоноване запитання – «Чи притримується Ви дієти у своєму раціоні?» (Рис.2.4), на котре лише 21,3% респондентів надали позитивну відповідь. Такі показники відображають низьку, принаймні свідому, залученість респондентів до дієтичних практик.



#### Запитання анкети:

##### Чи притримується Ви дієти у своєму раціоні?

\*Дієта («спосіб життя, режим харчування») — це сукупність правил споживання їжі. Простими словами, це будь який раціон, спеціально підібраний за кількістю продуктів, їх хімічним складом, фізичними властивостями, енергетичною цінністю (калорійністю), за кулінарною обробкою, тривалістю вживання, а також режим харчування.

Рис.2.4 Наявність/відсутність дієти у раціоні респондентів

#### Характеристика психодіагностичних методик:

1. З метою з'ясування рівня прояву орторексичних тенденцій поведінки застосовано Римський опитувальник нервової орторексії ORTO-15. Методика вперше створена (2005 р.) спеціалістами Інституту харчових наук римського університету «La Sapienza» (L. M. Donini, D. Marsili та ін.), на основі опитувальника С. Бретмена, з метою розширення і уточнення. 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 – пролонгованого (не транзиторного) розладу харчової поведінки, «маніакальної

одержимості здоровою їжею», що чинить істотний негативний вплив на якість життя людини [27].

2. Здійснивши транскультурний аналіз наукових джерел феномену самоствавлення, у цій науковій роботі воно буде досліджуватися крізь призму глобальної самооцінки. Для дослідження специфіки самоствавлення була обрана *Шкала аутосимпатії/самокомпетентності (The Self-Liking/Self-Competence Scale, (SLCS-R, 2001)[69]*. Автори методики аргументують, що глобальна самооцінка складається з двох різних, але пов'язаних між собою факторів: самокомпетентність і симпатія до себе (Tafarodi & Swann, 1995). Самокомпетентність, визначається як справжнє відчуття своїх можливостей та здатностей, що впливає з багаторазового досвіду особистісно успішної поведінки. Досягнення індивідуальних цілей призводить до піднесеного відчуття сили і здатності, заснованого на об'єктивному критерії навмисного досягнення мети. З іншого боку, аутосимпатія пов'язана з оцінками соціального «я» та є показником того, наскільки добре людина сприймає себе як глобально улюбленою і соціально прийнятну; це суб'єктивна оцінка соціальної цінності, значущості, що заснована на раніше інтроекціонованих стандартах, спочатку засвоєних від інших. Для вимірювання цих двох різних, але взаємопов'язаних форм самооцінки було розроблено 20-пунктовий опитувальник SLCS, який згодом був переглянутий з метою поліпшення середніх значень субшкал і нормативності а також зменшення міжфакторних кореляцій і довжини (SLCS-R; Tafarodi & Swann, 2001). Отже, SLCS-R – це опитувальник самозвіту, який містить вісім пунктів для кожного з двох вимірів глобальної самооцінки: самокомпетентності (напр., «Я дуже ефективний у тому, що я роблю») та аутосимпатії («Я схильний знецінювати себе»). Шкала складається з 16 пунктів, по 8 у кожній субшкалі, чотири з яких мають позитивне, а чотири - негативне спрямування. Відповіді ґрунтуються за шкалою Лайкерта від 1 («повністю не згоден») до 5 («повністю згоден»). Потім бали за кожною підшкалою окремо підсумовують і об'єднують у загальний. Цей показник може варіюватися від 8 до 40, при цьому вищі бали вказують на вищу самокомпетентність/симпатію до

себе. Для зручності, розподіл показників за рівнем у поточному дослідженні було розраховано таким чином: 0-13 – низький рівень; 14 - 26 – середній рівень; 27 - 40 – високий рівень. Загальний бал за субшкалами розраховується як середнє значення (див. Додаток А). Self-liking (Alpha 0.88), self-competence (Alpha 0.79).

Шкали	Пункти
Аутосимпатія (Self-Liking)	1, 3, 5, 6, 7, 9, 11 та 15
Самокомпетентність (Self-Competence)	2, 4, 8, 10, 12, 13, 14 та 16
! Зворотня оцінка	1, 6, 7, 8, 10, 13, 15 та 16

3. *Опитувальник патологічного нарцисизму (PNI)*, авторства професора психології з Університету Штату Пенсільванія Aaron L. Pincus, Emily B. та ін. (2009)[74], є методом діагностики нарцисичних патернів, що заповнює обмеження попередніх інструментів (див. Додаток А). Опитувальник створений для вимірювання нарцисизму як властивості особистості у соціально-психологічних дослідженнях; ґрунтується на критеріях нарцисичного розладу особистості з DSM-III, однак не є діагностичним інструментом для NPD, а призначений для дослідження субклінічного або звичайного прояву нарцисизму. Методика являє собою багатовимірний опитувальник для оцінювання патологічного нарцисизму, включно зі шкалами, що охоплюють нарцисичну грандіозність і нарцисичну вразливість. Методика фіксує явні та приховані характеристики грандіозності/вразливості та надійно вимірює сім аспектів патологічного нарцисизму; складається з 52 тверджень, які оцінюються за шкалою від 0 («повністю не відповідає мені») до 5 («дуже точно характеризує мене»). PNI містить сім субшкал, що відображають різні прояви нарцисизму:

1. «Умована (нестабільна)самооцінка» (Contingent self-esteem - CSE), відображає досвід коливання у сфері самоповаги та визнання її падіння (зривів), за відсутності зовнішніх джерел захоплення та визнання.

2. «Експлуатативність» (Exploitativeness – EXP), відображає маніпулятивну міжособистісну орієнтацію.

3. «Самопожертва/самопіднесення» (Self-Sacrificing/Self-Enhancement - SSSE), відображає навмисне використання альтруїстичних актів для підтримки «роздутого» (inflated) образу «Я».

4. «Приховане Я» (Hiding the Self – HS), відображає небажання демонструвати іншим власні помилки та потреби.

5. «Грандіозні фантазії» (Grandiose Fantasy - GF) - виявляє зануреність у компенсаторні фантазії про досягнення успіху, захоплення та визнання.

6. «Знецінення» (Devaluing – DEV) – тестує відсутність інтересу до інших людей, які не демонструють необхідного захоплення, а також сором за потребу у визнанні з боку тих, хто розчарував.

7. «Вимоглива лють» (Entitlement Rage - ER) - виявляє схильність реагувати гнівом тоді, коли очікування та пред'явлення особливих прав не задовольняються: гнівні афекти, коли очікування, пов'язані з правами, не виправдовуються.

Нарцисична грандіозність представлена шкалами: ER, EXP, GF і SSSE. Нарцисична вразливість вміщує шкали: CSE, HS і DEV. Структура методики містить два фактори другого порядку:

1. «Нарцисична грандіозність» (Narcissistic grandiosity - NG) відображає виняткову турботу тільки про власні інтереси і стратегію само піднесення, включає фактори 2, 3 і 5;

2. «Нарцисична вразливість» (Narcissistic vulnerability - NV) відображає вразливість «Я» (підвищену чутливість) і порушення емоційної саморегуляції (коливання самооцінки, переживання сорому, гніву/люті, тривоги), включає фактори 1, 4, 6 та 7.

Загалом високі бали за шкалами PNI пов'язані з низькою самооцінкою, міжособистісним дистресом, почуттями сорому, агресією, межевою організацією особистості та низькою емпатією.

Шкали грандіозності позитивно корелюють з рядом міжособистісних проблем, пов'язаних із мстивістю, домінуванням, нав'язливістю і надмірною турботою; вразливі шкали: з холодністю, соціальним униканням і експлуаторськими міжособистісними проблемами. Методика була валідизована у вибірці здорових випробовуваних, а також у маленькій клінічній вибірці, де було встановлено зв'язки з парасуїцидальною поведінкою, суїцидальними спробами і гоміцидними думками. Шкали PNI продемонстрували кореляції з широким колом інтерперсональних проблем; патерн цих кореляційних зв'язків відповідав теоретично обґрунтованим припущенням. Зазначено зворотний кореляційний зв'язок із самооцінкою та емпатією, позитивний - з емоціями сорому, інтерперсональним дистресом, агресією та межевою особистісною організацією. PNI можна застосовувати в клінічних і не клінічних популяціях. На сьогодні, це єдина багатofакторна шкала самозвіту, яка діагностує клінічно виявлені характеристики, що охоплюють весь фенотипічний спектр патологічного нарцисизму. Психометричні показники PNI дуже високі; його показники демонструють мінімум статевих відмінностей. Значення коефіцієнта альфа Кронбаха для семи шкал інструменту варіюють від 0,78 до 0,93, для всієї шкали загалом - 0,95.

Фактори другого порядку	Шкали	max.scr
Нарцисична грандіозність (NG)	2, 3, 5;	90
Нарцисична вразливість (NV)	1, 4, 6, 7.	170

Компоненти	Шкала	Загальна кількість елементів	Номери пунктів	max.scr
1	CSE	12	36, 30, 16, 8, 40, 48, 47, 32, 19, 41, 5, 2	60
2	EXP	5	10, 15, 4, 23, 35	25
3	SSSE	6	39, 43, 33, 22, 25, 6	30
4	HS	7	50, 9, 28, 46, 44, 7, 13	35



5	GF	7	45, 31, 42, 1, 14, 26, 49	35
6	DEV	7	21, 34, 24, 17, 27, 3, 51	35
7	ER	8	37, 11, 12, 18, 38, 20, 29, 52.	40

## 2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

### 2.2.1. Результати діагностики методики ORTO-15

Згідно з результатами дослідження, отриманими за допомогою методики ORTO-15 кількість осіб, які мають схильність до орторексичних тенденцій, сягає 76,4% (201 осіб), середній показник складає  $36,30 \pm 2,9$  балів (див. Додаток ). При цьому, тільки 24,9 % осіб вказали що притримуються дієти у власному раціоні. Такі результати можуть піднімати питання щодо розмежування здорового та екологічного потягу до здорового способу життя та навязливого нав'язливою стурбованістю харчуванням суто здоровою їжею, так як 75,1% осіб не сповіщають про специфічність раціону свого харчування. Однак, це не виключає присутності орто-тенденцій у цій групі.

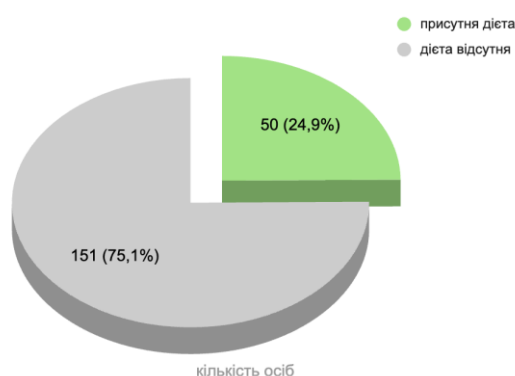


Рис.2.2.5 Наявність дієти у осіб з орто-тенденціями.

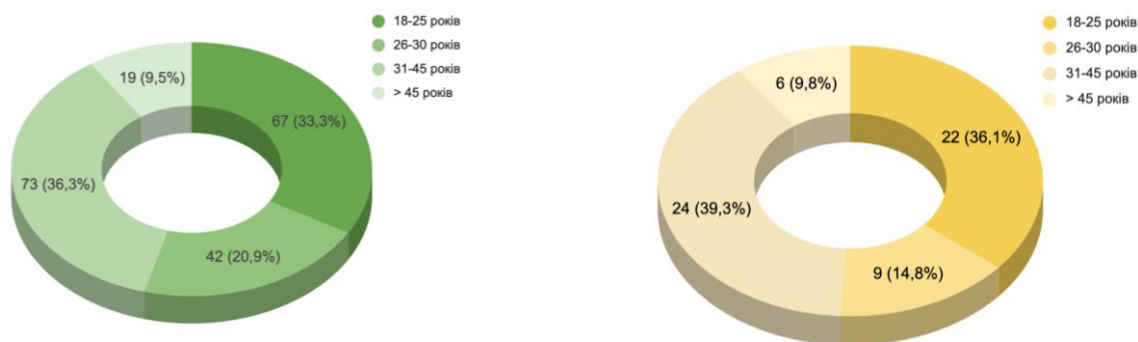
### Результати методики ORTO-15 у всій вибірці (n / %)

Загальна вибірка	стать		Результати ORTO-15
	ж	ч	
<b>201 / 76,4</b>	<b>172 / 85,6</b>	<b>29 / 14,4</b>	Наявність орторексії ( $\leq 40$ балів)
62 / 23,6	50 / 80,6	12 / 19,4	Відсутність орторексії ( $>40$ балів)

Жінка  
Стать  
Чоловік

*Рис.2.2.6 Статевий розподіл за проявами орторексії*

Порівнюючи середні показники проявів орторексії за статтю, можна побачити, що чоловіки ( $39,9 \pm 3,1$ ) та жінки ( $30,8 \pm 2,9$ ) вагому різницю у показниках. (див. Додаток Б). Отже, можна констатувати явні статеві відмінності. Найбільш розповсюдженою орторексія є в осіб такої вікових групи ранньої (18-25 років) та середньої зрілості (від 31 до 45 років) (рис.2.6).



1. присутня орторексія.

2. відсутня орторексія.

*Рис.2.2.7 Вікові градація вибірки з проявом орторексії та без*

Сімейний статус респондентів досліджувався за такими характеристиками: в стосунках, не в стосунках, розлучені, в шлюбі, вдовець(ва). За показниками діаграм (рис.2.7), представленість різних

сімейних статусів серед осіб з проявами орторексії та без є приблизно однаковою.

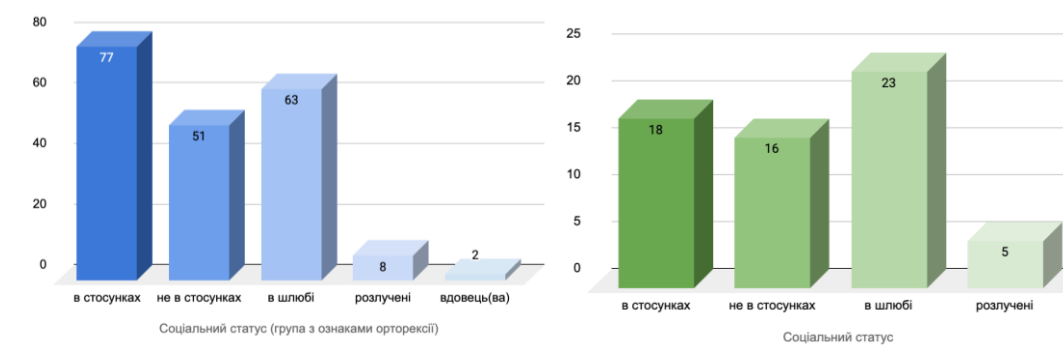


Рис.2.2.8 Сімейний статус досліджуваних

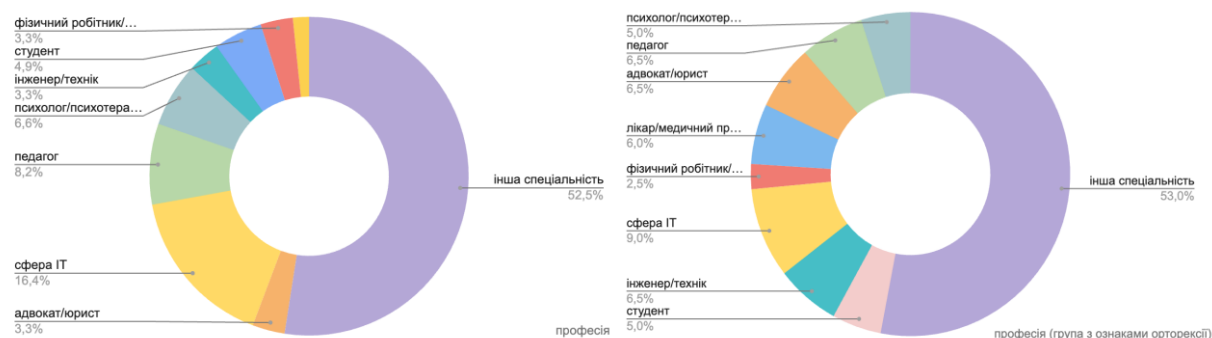


Рис.2.2.9. Розподіл досліджуваних за професійною спрямованістю

## 2.2.1 Результати та діагностики із застосуванням методики «Шкала аутосимпатії/самокомпетентності».

Результати описової статистики дозволяють говорити про середнє значення рівня глобальної самооцінки у двох групах (див. Додаток ).

За результатами діагностики методики *SLCS-R*, обидві групи мають середній рівень, за всіма шкалами методики (див. табл. 2.1), тобто в загальному

уся вибірка має досить позитивне ставлення до себе. Разом з тим, при порівнянні груп існують відмінності.

Таблиця 2.1

*Середні показники методики SLCS-R осіб з присутніми та відсутніми проявами орторексії*

Шкали SLCS-R	Присутні ознаки орторексії:	Відсутня орторексія:
Аутосимпатія	(27,8 ± 6,2)	(26,7 ± 5,8)
Самокомпетентність	(23,9 ± 4,5)	(23,0 ± 4,2)
Глобальна самооцінка	(25,8 ± 2,9)	(24,8 ± 4,7)
Діапазон рівнів методики SLCS-R: <=13; низький; <=26; середній; 40 високий рівень.		

За шкалою Аутосимпатія (self-liking), особи з орторексичними проявами мають вищий показник (27,8 ± 6,2) ніж особи без орто-тенденцій (див. табл. 2.1). Це говорить про їх більше виражене внутрішнє схвалення свого "Я", самоприйняття та помірно позитивне емоційне ставлення до себе. Такі особи поважають себе, мають середній рівень самоцінності, як соціально значущої особистості. Високий рівень аутосимпатії також характеризується комфортом у соціальному оточенні, (що може відобразити штучно створений «здоровий та корисний» соціальний вакуум, в який така людина себе самотійно помістила, та в якому почувається дуже добре )

За шкалою Самокомпетентність (Self-Competence), особи з орторексією мають середній рівень. Це говорить про помірно позитивне загальне відчуття власної здібності та ефективності. Такий показник, відображає досить хорошу ефективність у цілепокладанні орторексів, включаючи їх харчову практику, за рахунок чого вони можуть відчувати особистий успіх. Враховуючи перфекціоністські стандарти осіб з НО, потенційно, вони будуть постійно підвищувати власну планку спроможності у сферах своєї діяльності, і в першу чергу у питаннях які стосуються турботи про власне здоров'я. Але ніколи не

зможуть бути повністю задоволеними власними результатами. Загалом, особи з НО відчують що добре контролюють власне життя, вони відчують себе як цілеспрямовану особистість, яка може досягти бажаних результатів, за рахунок власного вольового компоненту. Присутня помірно позитивна орієнтації на себе як на джерело сили та ефективності.

За шкалою глобальної самооцінки, яка відображає поєднання перших двох вимірів, у орторексів цей показник в межах середнього ( $25,8 \pm 2,9$ ). Це свідчить про їх позитивне відчуття себе глобально прийнятними, а також глобально сильними та спроможними.

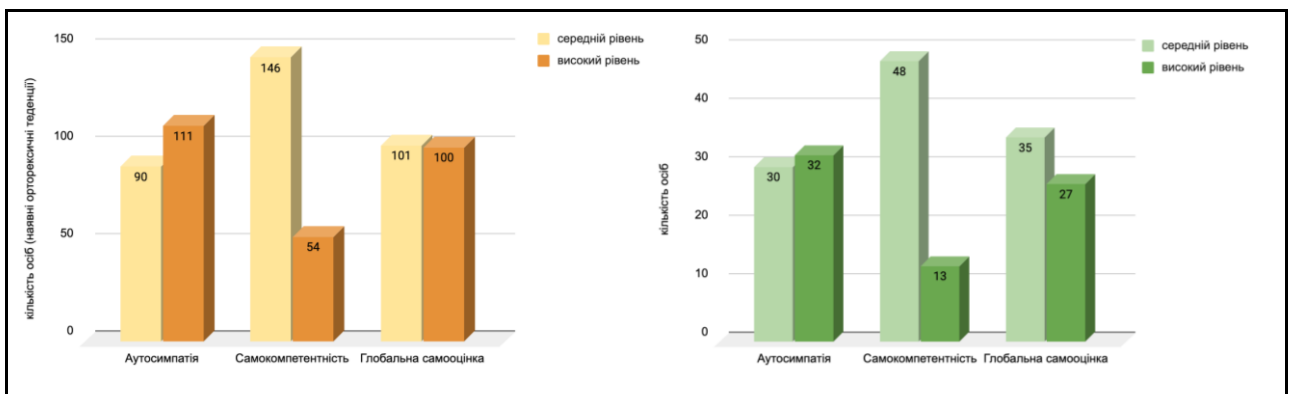


Рис.2.2.10 Діаграми кількості осіб за розподілом рівнів шкал SLCS-R

За кількістю осіб у різних групах (з орто/без орторексії), можна побачити, що високий рівень аутосимпатії має 111 осіб, що візуально відображає цю шкалу як домінуючу у завзятих прихильників здорового харчування.

### 2.2.3 Результати опитувальника патологічного нарцисизму

Результати описової статистики дозволяють говорити про середнє значення прояву нарцисичних рис за методикою .. (див. табл. ) (див. Додаток ).

Таблиця 2.2  
Середні значення рівня показників методики PNI осіб з присутніми та відсутніми проявами орторексії

Шкали PNI	Присутні ознаки орторексії:	Відсутня орторексія:
1. Нестійка самооцінка	(24,90 ± 11,9)	(13,6 ± 3,8)
2. Експлуатативність	(14,1 ± 4,6)	(13,3 ± 5,9)
3. Самопожертва/самопіднесення	(14,58 ± 5,1)	(18,0 ± 8,1)
4. Приховане Я	(19,52 ± 6,2)	(26,6 ± 12,5)
5. Грандіозні фантазії	(18,13 ± 8,4)	(18,7 ± 7,1)
6. Знецінення	(13,69 ± 7,2)	(13,1 ± 6,6)
7. Вимоглива лють	(20,7 ± 8,1)	(20,8 ± 7,9)
1. Н. грандіозність	(46,9 ± 13,0)	(45,0 ± 13,0)
2. Н. вразливість	(78,8 ± 27,9)	(79,4 ± 28,4)

#### Структурні аспекти патологічного нарцисизму:

1. За шкалою «Нестійка самооцінка», особи із орторексичними правами мають середній рівень схильності до прояву коливань самооцінки та самоповаги ( $24,9 \pm 11,9$ ), натомість контрольна група отримала низькі показники ( $13,6 \pm 3,8$ ). Такі дані, свідчать про те, що самооцінка орторексів є більш нестабільною, хиткою та залежною від зовнішніх подразників, на відміну від осіб без орто-проявів. Особи в проявами орторексії мають схильність до потреби у схваленні з боку оточення та потребують визнання з боку інших для внутрішнього балансу та комфорту. Серед всіх семи шкал, саме ця є найбільш вираженою.

2. За шкалою «Експлуатативність», обидві групи мають показники низького порядку, водночас при підвищенні орторексії наростає і схильність ( $14,1 \pm 4,6$ ) до маніпулятивної взаємо-комунікації. Це говорить про їх схильність сприймати міжособистісні стосунки як засіб досягнення особистих цілей, нехтуючи емоційними потребами та правами інших.

Ця тенденція до маніпуляції може відображати спроби осіб з орторексією контролювати сприйняття себе іншими. Вони можуть використовувати інших для підтримки своєї ідеалізованої самооцінки та самоповаги, відбуваючись за рахунок емоційних потреб тих, хто їх оточує.

3. За шкалою «Самопожертва/само піднесення», орторексика отримали низькі бали ( $14,5 \pm 5,1$ ), натомість група яка не проявляє орторексію, має середні показники ( $18,0 \pm 8,1$ ). Така динаміка говорить про те, що особи з НО не схильні до свідомого використання альтруїстичних, «добрих вчинків» вчинків або жертвності як засіб підкріплення Я образу.

4. За шкалою «Приховане Я», особи без прояву орторексії мають середні показники ( $26,6 \pm 12,5$ ), натомість при орторексії рівень шкали знижується ( $19,5 \pm 6,2$ ) але залишається на середньому рівні прояву. Це свідчить про те, особи з НО схильні приховувати власні помилки та потреби, можуть уникають відкриття себе, побоюючись осуду або відкидання з боку інших, внаслідок чого вони можуть виглядати менш вразливими. Все це вказує на низький рівень відкритості в самостваленні.

5. За шкалою «Грандіозні фантазії», обидві групи мають середній рівень прояву: орто-група ( $18,13 \pm 8,4$ ), відсутні прояви орторексії ( $18,7 \pm 7,1$ ). У випадку орторексії, такі особи схильні до занурення у фантазії про власну велич, успіх та захоплення ними з боку інших. Орторексика усвідомлюють що вони не такі як інші у своїх дієтичних стратегіях, тому фантазії можуть стосуватися їх винятковості у цій сфері. Ці фантазії також можуть бути способом уникнути відчуття власної недостатності, а також слугувати механізмом психологічного захисту, дозволяючи компенсувати почуття власної недостатності та підсилювати ідеалізований самообраз. Через це вони можуть відчувати себе більш значимими та цінними, хоча такі фантазії можуть водночас віддаляти їх від реальності.

6. За шкалою «Знецінення» обидві групи мають низькі рівні прояву цієї риси: ( $13,6 \pm 7,2$ ) та ( $13,1 \pm 6,6$ ). Це свідчить про те, що особи із орто-тенденціями вразливо сприймають ситуації, коли їх стратегії здорового способу життя не приймаються іншими, або засуджуються. Їм не байдуже те, як їх оцінюють інші.

7. За шкалою «Вимоглива лють», особи з орторексією мають середній рівень прояву цього показника ( $20,7 \pm 8,1$ ), як і група без орторексії ( $20,8 \pm$

7,9). Це говорить про те, що особи з орторексією схильні до гніву та агресії, коли їх завищені стандарти та фундаментальні чесноти у сфері харчування не приймаються, не визнаються або засуджуються іншими, тими хто не веде такого «якісного» способу життя. Вони можуть досить часто реагувати різко на відсутність підтримки, поваги або привілеїв, які вони вважають своїм правом.

Структурний рівень методики передбачає шкали другого порядку, що відображають наступні показники.

1. За шкалою «Нарцисична грандіозність» особи з орторексією ( $46,9 \pm 13,0$ ) та без такої ( $45,0 \pm 13,0$ ) мають середні показники. Але у випадку орторексії, маємо дещо вищий рівень цього показника, що відображає виняткову заклопотаність суто про власні інтереси і стратегії само піднесення, що включають прагнення до досконалості у власному харчуванні, які вони використовують для зміцнення власної самоідентифікації. Це демонструє утворення перебільшеного сприйняття образу себе як особистості, яка має ексклюзивні знання та можливості у сфері харчування.

2. За шкалою «Нарцисична вразливість» присутні середні рівні як у випадку орторексії ( $78,8 \pm 27,9$ ), так і у осіб без таких тенденцій ( $79,4 \pm 28,4$ ) прояву нарцисичної вразливості, хоча останні мають вищі показники порівняно з особами із «здоровими» нахилами. Це говорить про те, що орторексам притаманна вразливість їх Self-структури, вони досить чутливі та в цілому схильні переживати коливання самооцінки, залежно від їхнього успіху у дотриманні дієтичних стандартів. Їх емоційна саморегуляція може бути нестабільною, з періодичними проявами сорому, гніву або тривоги, коли вони відчують, що не відповідають власним очікуванням харчової дисципліни. Але ця шкала не є домінуючою, на відміну від першої.

Порівнюючи показники самооцінки патологічного нарцисизму осіб з орторексією, можна стверджувати, що таким особам притаманні такі афекти та стани самоті, які характерезують саме нарцисичну грандіозність. Таким чином,



наша гіпотеза щодо домінування нарцисичної вразливості у осіб орторексією не підтверджується.

Діаграми розташовані нижче (рис.2.2.10.) візуально демонструють саме кількість осіб та їх рівні нарцисичних рис. Малюнок додано суто для загальної картини розуміння варіабельності типів осіб за нарцисичними рисами серед осіб із проявами орторексії.

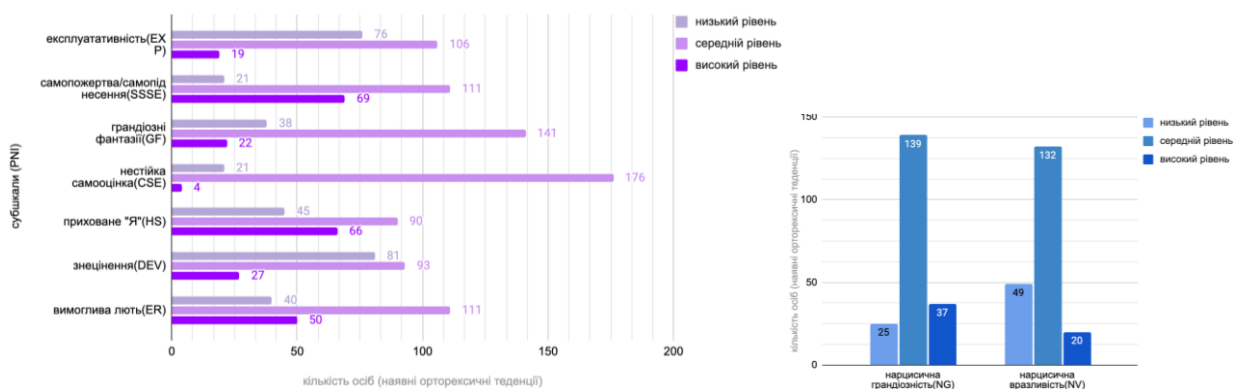


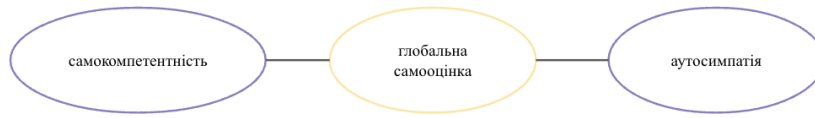
Рис.2.2.10 Показники шкал PNI в осіб проявами орторексії за кількістю респондентів.

### 2.2.3 Кореляційний аналіз взаємозв'язку показників глобальної самооцінки, нарцисичних характеристик .

Кореляційний аналіз результатів виявив наступні зв'язків між шкалами обраних психодіагностичних методик (Додаток 4).

Глобальна самооцінка осіб з орторексією, має позитивну кореляцію із показником аутосимпатії ( $r=,935$  при  $p<0,01$ ), це свідчить про те, що їх самооцінка виражена афективним судженням про себе у більшій мірі саме до інтерналізованих соціальних цінностей, але суб'єктивного характеру. Бо аутосимпатія відображає саме суб'єктивну оцінку соціальної цінності та значущості особи. Самокомпетентність має також позитивний, водночас трохи

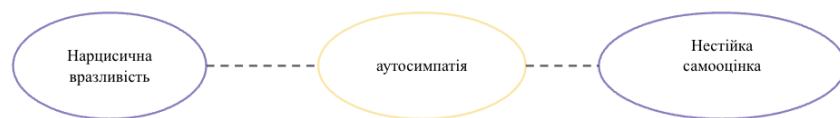
менший позитивний зв'язок ( $r=,875$  при  $p<0,01$ ), що говорить про домінування в сфері самооцінки саме аутосимпатії.



*Рис.2.12. Кореляційна плеяда «самокомпетентність/глобальна /аутосимпатія» орторексів.*

Якщо розглядати взаємозв'язок між шкалою аутосимпатії із шкалами нестійка самооцінкою ( $r=-,636$  при  $p<0,01$ ) та нарцисичної вразливості ( $r=-0,589$  при  $p<0,01$ ), ми бачимо негативну кореляцію. Це говорить про те, що чим вищий рівень любові до себе у особистості, тим менш вразливість її "Я", тим більш стабільною є її емоційна саморегуляція – і навпаки (Рис.2.15).

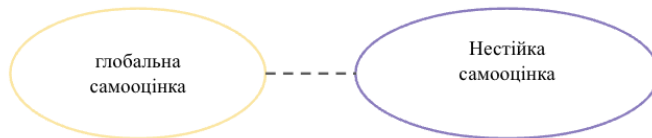
У випадку осіб з орторексією, такий результат може говорити про їх потенційну скритну нарцисичну вразливість. Тобто, якщо вони опиняються у ситуації яка загрожує підриву їх симпатії до себе, наприклад, у випадку порушення дієти або якійсь соціальні чинники — їх рівень любові до себе буде знижуватися, як і стабільність самооцінки.



*Рис.2.13. Кореляційна плеяда «аутосимпатія/нарцисична вразливість/нестійка самооцінка»*

При розгляді взаємозв'язку між шкалою глобальна самооцінка та шкалою нестійка самооцінка ( $r=-0,621$  при  $p<0,01$ ), підтверджуються вищезазанчені

результати – негативна кореляція. Це говорить про те, що чим більш особа з орторексією має тотальне внутрішнє схвалення себе, а свої харчові практики вона сприймає як правильними, тим стійкіша є її самооцінка – і навпаки. Тобто поки вони впевнені у своїх стратегіях харчування, підтримують їх – це стабілізує їх самооцінку та сприяє більш комфортному положенню у соціум.



*Рис.2.14 Кореляційна плеяда «Самаствлення/нестійка самооцінка»*

Глобальний показник самооцінки та шкала нарцисичної вразливості, – відповідно демонструє також негативну кореляцію ( $r=-0,563$  при  $p<0,01$ ) (Рис.2.15). Що підтверджує те, що чим більше орторекси сприймає себе глобально приймають та симпатизують собі, ухвалюють своє Я, тим менш буде виражатися вразливість їх «Я» – і навпаки.

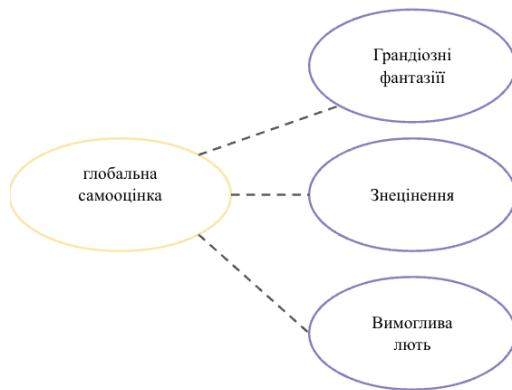


*Рис.2.15 Кореляційна плеяда «глобальна самооцінка/нарцисична вразливість»*

Якщо розглядати взаємозв'язок між шкалою глобальної самооцінки та шкалами знецінення ( $r=-0,451$  при  $p<0,01$ ), шкалою вимоглива лють ( $r=-0,355$  при  $p<0,01$ ) та шкалою грандіозні фантазії ( $r=-0,416$  при  $p<0,01$ ), можна побачити також негативні зв'язки. Це свідчить про те, що чим вищий рівень

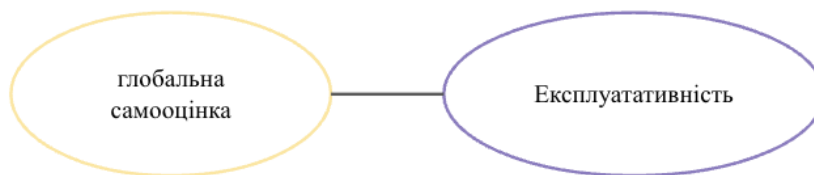
глобального позитивного самоствалення особистості, тим менше вона буде ігнорувати та знецінювати інших людей, у випадку відсутності захоплення ззовні, тим менше вона буде схильна реагувати гнівом коли її очікування не виправдовуються, і тим менше вона схильна до занурення у фантазії про власну велич та визнання – і навпаки.

У випадку орторексів, порушення дієти, якщо їх рівню самостваленню, як глобального показника самооцінки, щось загрожує, або буде загрозувати, вони будуть схильні знецінювати оточуючих, виявляти гнів та агресію, а також для будуть схильними впадати у грандіозні фантазії.



*Рис.2.16 Кореляційна плеяда «глобальна самооцінка/ та шкал GF, DEV, ER»*

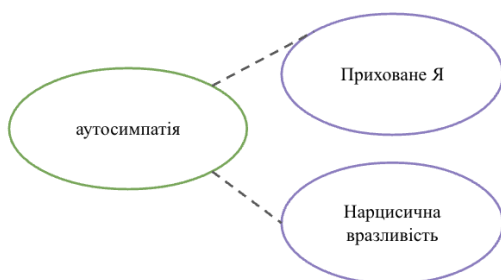
Якщо розглядати взаємозв'язок між шкалою глобальної самооцінки та шкалою експлуатативності, можна спостерігати позитивний зв'язок ( $r=0,285$  при  $p<0,01$ ). Це говорить про те, що із зростанням рівню позитивного самоствалення орторексів, буде зростати і схильність до маніпулятивної міжособистісної взаємодії. Враховуючи



*Рис.2.16 Кореляційна плеяда «глобальна самооцінка та експлуатативності»*

Особи без орторексичних тенденцій мають наступні кореляційні показники.

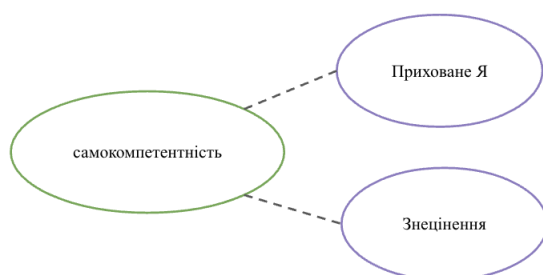
Якщо розглядати взаємозв'язок між шкалою аутосимпатії та шкалами приховане Я ( $r=-,588$  при  $p<0,01$ ) та нарцисичної вразливості ( $r=-,570$  при  $p<0,01$ ), можна спостерігати негативні зв'язки. Це свідчить про те, що чим більше людина проявляє любов до себе, тим менше вона буде схильна ховати від інших власні помилки та потреби, тим менша вразливість її "Я", тим більш стабільною є її емоційна саморегуляція – і навпаки.



*Рис.2.16 Кореляційна плеяда «аутосимпатія, приховане Я, нарцисична вразливість»*

Якщо розглядати взаємозв'язок між шкалою самокомпетентності та шкалами знецінення ( $r=-,554$  при  $p<0,01$ ) та приховане Я ( $r=-,555$  при  $p<0,01$ ), можна бачити також негативні зв'язки. Це свідчить про те, що чим вище рівень у людини відчуття власної ефективності, тим менше вона буде навмисно

демонструвати ігнорування до інших людей, які не надають їй необхідного захоплення відчуваючи сором за цю потребу, тим менше вона буде схильна небажати демонструвати іншим власні помилки та потреби.



*Рис.2.16 Кореляційна плеяда «самокомпетентність, приховане Я, знецінення»*

Розглядаючи взаємозв'язок між шкалою самокомпетентність та шкалою нестійка самооцінка, можна спостерігати не значущій, водночас позитивний зв'язок ( $r=,269$  при  $p<0,01$ ). Такі показники свідчить про те, що із збільшенням рівня особистісної ефективності, існує певна ймовірність зростання коливань самооцінки у цієї групи осіб.



*Рис.2.16 Кореляційна плеяда «самокомпетентність, нестійка самооцінка»*

## Висновок до другого розділу

Емпірично виявлено, що існують статеві відмінності у схильності до орторексії, де більш вищу схильність проявляють саме жінки. Найбільш схильною до орторексії є вікові групи ранньої та середньої зрілості.

За результатами емпіричного дослідження визначено особливості самоствавлення осіб які страждаються на орторексію на підставі аналізу результатів методик, діагностики рівня глобальної самооцінки; діагностики нарцисичних патернів: нестійкої самооцінки, експлуатативності, самопожертва/само піднесення, прихованого Я, грандіозних фантазій, знецінення, вимогливої люті, нарцисичної грандіозності/ вразливості.

За показниками рівня глобальної самооцінки, особи з тенденцією до орторексії виявляють середній рівень цього показнику, а на структурному рівні самооцінки спостерігається високий рівень аутосимпатії та середній рівень самокомпетенції.

Нарцисичні патерни осіб з орторексичними нахилами, мають наступні показники: середній рівень за такими показниками як – нестійка самооцінка, експлуатативність, самопожертва/самопіднесення, приховане Я, грандіозні фантазії, вимоглива лютість, нарцисична грандіозність та нарцисична вразливість – середній рівень; знецінення – низький рівень.

За результатами кореляційного аналізу у осіб із орторексією виявлені такі взаємозв'язки: позитивний зв'язок самоствавлення з аутосимпатією, самоствавлення з експлуатативністю, обернені зв'язки аутосимпатії з нарцисичною вразливістю, самоствавлення з нарцисичною вразливістю, самоствавлення з нестійкою самооцінкою, самоствавлення з грандіозними фантазіями, з знеціненням та вимогливою люттю. Отже,

Кореляційні показники у групі без орторексії наступні: позитивний зв'язок самокомпетентності з нестійкою самооцінкою, обернені зв'язки аутосимпатії зі шкалами приховане Я та нарцисичної вразливості, обернені зв'язки самокомпетентності з шкалою знецінення та з прихованим Я.

За результатами дослідження можна стверджувати, що теоретична гіпотетична модель самоствавлення осіб, які страждають на орторексію частково підтвердилася. Замість високого рівня самокомпетентності у осіб з проявами

орторексії, присутній їй помірний рівень; на протизвагу вразливим особистісним патернами, домінуючим виявився грандіозний аспект нарцисизму у цієї групи осіб. Показники, як високий рівень аутосимпатії, ідеалізація, нестійкість самооцінки та прояви грандіозної фантазійності – підтвердилися.



*Рис. 1.1. Модифікована теоретична гіпотетична модель самоставлення осіб із орторексією.*



## ВИСНОВКИ

Феномен самоствалення у психологічній науці представляє собою мультимодальний динамічний психологічний конструктор, що охоплює когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти ставлення особистості до себе та включає такі аспекти, як самооцінка, самоприйняття, емоційно-ціннісне ставлення та багато інших компонентів, що взаємопов'язані та впливають на формування особистісної ідентичності та соціальну адаптацію особистості.

Самоствалення може представляти собою конструкцію, що містить в собі два функціональні виміри: перший вимір, це почуття самокомпетентності, як загальне відчуття власної здібності та ефективності, другий вимір – аутосимпатія, яка являє собою емоційне судження особистості про себе, її схвалення або несхвалення себе, також цей вимір виявляється суб'єктивною оцінкою власної соціальної цінності та значущості.

На сьогодні, у наукових колах та літературі продовжуються дебати щодо статусу орторексії. Офіційно прийнятого визначення цієї патології, стандартизованих критеріїв та методів діагностики не існує. Орторексія офіційно не представлена, у DSM-5 та МКХ-11 цей термін відсутній, хоча опосередковано цей розлад присутній в DSM-5 у розділі «Інші специфічні розлади харчування та прийому їжі». У клінічній сфері ця харчова патологія, все частіше зустрічається у лікарській та психотерапевтичній практиці. У минулому році, міжнародними фахівцями була проведена робота над узгодженням визначення та діагностичних критеріїв орторексії: було структуровано клінічні визначення та аспекти, її тривалість, наслідки, початок, а також критерії виключення, що потенційно має наблизити цей розлад до офіційного визнання. Орторексія також має певні точки перетину з іншими психічними розладами, водночас має свої специфічні особливості.

Загальні критерії орторексії: компульсивна та навязлива фіксація на споживанні виключно «здорових» продуктів, жорстка регламентація харчових звичок, присутність переоцінених ідей щодо раціону харчування, жорстке

уникнення продуктів, які суб'єктивно сприймаються шкідливими; гіпертрофовані емоційні та стресові реакції у випадку відхилення від встановлених харчових норм; низька толерантність до харчових переконань інших та сильна залежність самоідентифікації та самооцінки від дотримання харчового режиму; на пізніших стадіях розлад може призвести до серйозних порушень фізіологічних функцій та негативно вплинути на соціальне життя індивіда.

Емпірично виявлено, що існують статеві відмінності у схильності до орторексії, де більш вищу схильність проявляють саме жінки. Найбільш схильною до орторексії є вікові групи ранньої та середньої зрілості.

Визначено особливості самоствавлення осіб з орторексією. Особи з орторексичними проявами мають досить позитивне ставлення до себе. Водночас, вони мають високий рівень аутоемпатії, що говорить про високий прояв любові до себе та позитивного афективного ставлення до сфери свого Я. Вони демонструють високий рівень самоповаги, самоцінності, як соціально значущої соціальної одиниці.

Структура нарцисичних проявів відображає такі характеристики: самооцінка осіб із схильністю до орторексії має певну нестабільність та залежність від зовнішніх подразників; показники експлуатативності свідчать про спроби осіб з орторексією контролювати сприйняття себе іншими, а також використовувати їх для підтримки своєї ідеалізованої самооцінки та самоповаги за рахунок емоційних потреб інших; показники за рисами самопожертви/самопіднесення відображає відсутність свідомого використання альтруїстичних тенденцій та жертвності, як засобу підкріплення Я образу; приховане Я, як схильність до приховування вразливості і помилок, вказує на низький рівень відкритості в самоствавленні. Особи з орторексією можуть уникати відвертості через страх бути відкинутими або засудженими, що впливає на їхню здатність до самоприйняття і відчуття власної цінності; грандіозність фантазій цих осіб, можуть трактуватися, як способи уникнути відчуття власної недостатності, слугувати механізмом психологічного захисту,

для компенсації почуття їх недостатності та підсилювати ідеалізований самообраз, що надає відчуття власної значущості та цінності, натомість є ризик відхилення від реальності; у аспекті знецінення, вони не схильні до загальної критики чи знецінення інших; за рисою вимогливої люті, такі особи схильні до гніву та агресії, у випадку неприйняття, визнання або засудження їх завищених стандартів; рівень нарцисичної грандіозності виявляє схильність до нього, що демонструє утворення перебільшеного образу себе як особистості, яка має ексклюзивні знання та можливості у сфері харчування; водночас, таким особам притаманна вразливість їх Self-структури за показниками вразливого нарцисизму, як чутливість та схильність переживати коливання самооцінки, залежно від їхнього успіху у дотриманні дієтичних стандартів.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Американська психіатрична асоціація. *Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів*. 5-е вид. Американська психіатрична асоціація; Вашингтон, округ Колумбія, США: 2013р.
2. Бех І.Д. Особистість на шляху до духовних цінностей. Монографія. 11с.
3. Боришевський М.Й. Самосвідомість як детермінанта саморозвитку особистості. 1994. 406-408 с.
4. Бернс Р. Розвиток Я-концепції та виховання. 1986. 800с.
5. Всесвітня організація охорони здоров'я, ред. Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних із здоров'ям. 2-е вид. Всесвітня організація охорони здоров'я; Женева, Швейцарія: 2004.10-й перегляд.
6. Гарець Н. О. Самоспівчуття та самооцінка: проблема співвідношення. *Current issues of science, prospects and challenges*. 36-37 с.
7. Горбатих В. В. Індивідуальні особливості самоставлення старшого дошкільника в структурі життєвих орієнтацій : автореф. дис. ... канд. психол. наук. 2019. 245 с.
8. Демчук О. А. «Я-концепція» як продукт розвитку самосвідомості особистості. *Молодий вчений*. № 12. 2016. 240-243 с.
9. Дмитріюк Н. Самоставлення як психологічний компонент особистісного розвитку сучасного підлітка. *Проблеми сучасної психології*, 2019. № 45. С. 128-151.
10. Джеймс У. Особистість // Психологія особистості. Хрестоматія: Навч. посіб./ О.Б.Мельничук, Р.Ф.Пасічняк, Л.М.Вольнова та ін. – К.: . НПУ імені М.П.Драгоманова, 2009. 532 с
11. Г.В. Католик. Концепція Я дитячого практичного психолога. Монографія. Галицька Видавнича Спілка/Львів/2020. 26 с.
12. Кідалова К. С. Психологічні особливості самоставлення особистості: аналіз концепцій та підходів. *Український психологічний журнал*. 48-58 с.

13. Клименко, М.Р. Нарцисична саморегуляція особистісного самоздійснення. Психологія особистості, 2018. 44-50
14. Ковальчук З. Я. Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок / Ковальчук Зоряна Ярославівна // Інсайт: психологічні виміри суспільства. - 2019. – Вип. 2. – С. 91-99.
15. Ключко Л. Ф. Самосвідомість як провідний чинник Я-концепції особистості. Особистість і суспільство: методологія і практика сучасної психології. Луцьк: СНУ імені Лесі Українки, 2019. 102-104 с.
16. Кузьо О. Основи психологічної практики : навчальний посібник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2022. 124 с.
17. Л. Дідковська. Особливості нового розладу харчової поведінки: нервова орторексія у 21-столітті. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2023. 17–26 с.
18. Ляшенко О.А., Брожек О.А. Взаємозв'язок самоствавлення та емоційного інтелекту в студентів-психологів. УДК 159.9 Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія 16-21с.
19. Меленчук Н.І, Качмар М.С. Самоствавлення та ціннісні орієнтації: особливості співвідношення. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Том 33 (72) № 2 2022. 20-24 с.
20. Мацевко, Н. "Феномен самоствавлення у психології." Психологія особистості . 2010р. 202-210 с.
21. Меленчук Н.І., Мухаровська Б.О. Особливості самоствавлення осіб із різним рівнем нарцисизму. Габітус.2023. 141-145 с.
22. Рисинець Т. П. Етимологія категорій "механізми психологічного захисту" та "копінг-стратегії". Вісник Національного технічного університету України "Київський політехнічний інститут". Філософія. Психологія. Педагогіка. 2012. 119-124 с.
23. Роджерс К. До науки про особистість / К. Роджерс // Історія зарубіжної психології. Тексти. 1996. 200-231с.

24. Н. І. Сарджвеладзе. Особистість та її взаємодія із соціальним середовищем / - Тбілісі: Мецнієреба, 1989. 206 с.
25. Сердюк Л. З., Данилюк І. В. та ін. Психологічні технології розвитку самоставлення як ресурсу особистісного зростання. Монографія. 49 с.
26. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності / Т. М. Титаренко. – К.: Либідь, 2003. 376 с
27. Фатєєва М.С. Психологічні особливості самоусвідомлення осіб з орторексією. Дис.... д. філос. за спеціальністю 053 «Психологія». Київський ун-т ім. Б. Грінченка, Київ, 2021. 236 с.
28. Шиманська, Софія. Ставлення до батьківства в контексті особистісного нарцисизму молодих батьків / Софія Шиманська; науковий керівник: Кривенко І. С. - Львів : [б. в.], 2021. 102 с.
29. Яворська-Ветрова І. В. Самоставлення у структурі самосвідомості особистості. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені ГС Костюка НАПН України. 2017. 329-337 с.
30. Яворська-Ветрова І.В. Самоставлення та сенсожиттєві орієнтації студентської молоді: зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка Національної академії педагогічних наук України. Вип. 11, т. 9. 2018. 239–246 с.
31. Яворська-Ветрова І.В. Динаміка показників самоставлення в юнацькому віці. *Grail of Science*. 2023 р. 413-419с.
32. Barnes, M., & Caltabiano, M. (2017). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22, 177-184 с.
33. Barthels F, Barrada JR, Roncero M. (2019) Orthorexia nervosa and healthy orthorexia as new eating styles.
34. Barthels, F., Meyer, F., & Pietrowsky, R. (2015). Orthorexic eating behavior. A new type of disordered eating. *Ernahrungs Umschau*, 62(10), 156-161.

35. Bandi S, Gergely D, Budai T, Inhof O, Arató N, Labadi B, Zsido A, Kocsis D, Békefi E, Dorina R, Kitti P, Alexandra N, Szonja S, László N (2019) Orthorexia nervosa and the four faces of narcissism. p. 54–63.
36. Barrada, J. R., and Roncero, M. (2018). Bidimensional structure of the orthorexia: development and initial validation of a new instrument. *Anales de Psicología* 34, p. 283–291.
37. Bóna E, Erdész A, Túry F. Low self-esteem predicts orthorexia nervosa, mediated by spiritual attitudes among frequent exercisers. *Eat Weight Disord.* 2021.
38. Bratman, S. Health food junkie. *Yoga Journal.* 1997. pages: 42-50 .
39. Bratman, S., & Knight, D. (2000). Health food junkies: overcoming the obsession with healthful eating.
40. Bratman, S. Orthorexia vs. Theories of healthy eating. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22, 2017. pages:381-385.
41. Brytek-Matera, A. Pardini, S.; Szubert, J. Novara, C. (2022). Orthorexia Nervosa and Disordered Eating Attitudes, Self-Esteem and Physical Activity among Young Adults.
42. Brytek-Matera, A. Orthorexia nervosa—an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 14(2), 2012, pages: 55-60.
43. 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.
44. Costa, C.B., & Hardan-Khalil, K. Orthorexia nervosa and obsessive-compulsive behavior among college students in the United States. *Journal of Nursing Education and Practice.* №. 9, 2018. pages: 67.
45. Costanzo, G., Marchetti, D., Manna, G. et al. (2022) The role of eating disorders features, psychopathology, and defense mechanisms in the comprehension of orthorexic tendencies.

46. Coopersmith S. The antecedents of self-esteem / S. Coopersmith – San Francisco, 1967, pages: 216.
47. Depa J, Barrada JR, Roncero M. Are the Motives for Food Choices Different in Orthorexia Nervosa and Healthy Orthorexia? *Nutrients*. Mar 2019.
48. Dunn, T. M., & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating behaviors*.
49. Donini LM, Barrada JR, Barthels F, Dunn TM, Babeau C, Brytek-Matera A, Cena H, Cerolini S, Cho HH, Coimbra M, Cuzzolaro M, Ferreira C, *et al.* (2023). A consensus document on definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa.
50. Donini L.M. et al. Orthorexia Nervosa: A Preliminary Study with a Proposal for Diagnosis and an Attempt to Measure the Dimension of the Phenomenon. June 2004, pages: 151–157.
51. Hanganu-Bresch C. (2020). Orthorexia: eating right in the context of healthism. *Medical Humanities*.
52. Kalika, E., Egan, H. & Mantzios, M. (2022). Exploring the role of mindful eating and self-compassion on eating behaviours and orthorexia in people following a vegan diet.
53. Kiss-Leizer, M., Rigó, A. (2019). People behind unhealthy obsession to healthy food: the personality profile of tendency to orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord*.
54. Koven, N. S., & Abry, A. W. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2015, pages: 385- 394.
55. López-Gil JF, Tárraga-López PJ, Soledad Hershey M, López-Bueno R, Gutiérrez-Espinoza H, Soler-Marín A, Fernández-Montero A, Victoria-Montesinos D. (2023). Overall proportion of orthorexia nervosa symptoms: A systematic review and meta-analysis including 30 476 individuals from 18 countries. *J Glob Health*.



56. Luck-Sikorski, Claudia Jung et al. (2018). Is Orthorexic Behavior Common in the General Public? A Large Representative Study in Germany.
57. Masheb RM, Ramsey CM, Marsh AG, Decker SE, Maguen S, Brandt CA, Haskell SG. (2021) DSM-5 eating disorder prevalence, gender differences, and mental health associations in United States military veterans. *Int J Eat Disord*.
58. Martinovic, D., Tokic, D., Martinovic, L. *et al.* Orthorexia nervosa and its association with narcissism in fitness center users. *Eat Weight Disord* 27, 2022.
59. Mahfoud, D., Pardini, S., Mróz, M. *et al.* Profiling orthorexia nervosa in young adults: the role of obsessive behaviour, perfectionism, and self-esteem. *J Eat Disord* 11, 188, 2023.
60. 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.
61. Niedzielski A., Kaźmierczak-Wojtaś N. (2021) Prevalence of Orthorexia nervosa and its Diagnostic Tools—A Literature Review. *Int J Environ Res Public Health* .
62. Ryman FV, Cesuroglu T, Bood ZM, Syurina EV: Orthorexia nervosa: disorder or not? Opinions of Dutch health professionals. *Front Psychol*. 2019, 10:555. 10.3389/fpsyg.2019.00555
63. Sander, J.; Moessner, M.; Bauer, S. Depression, Anxiety and Eating Disorder-Related Impairment: Moderators in Female Adolescents and Young Adults. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 2779.
64. Seetharaman S., Fields EL Розлад уникнення/обмеження споживання їжі. *nediamp. Ped*. 2020; 41 :613–622.
65. Sfeir M, Malaeb D, Obeid S, Hallit S. Association between religiosity and orthorexia nervosa with the mediating role of self-esteem among a sample of the Lebanese population: short communication. *J Eat Disord*. 2022;10(1):151.

66. Strahler J. Sex Differences в Orthorexic Eating Behaviors: A Systematic Review and Meta-Analytical Integration. *Nutrition*. 2019; 67-68: 110534. doi: 10.1016/j.nut.2019.06.015.
67. Strahler J, Haddad C, Salameh P, Sacre H, Obeid S, Hallit S. Cross-cultural differences in orthorexic eating behaviors: Associations with personality traits. *Nutrition*. 2020 Sep;77:110811. doi: 10.1016/j.nut.2020.110811. Epub 2020 Mar 19. PMID: 32447071.
68. Strahler J. Trait mindfulness differentiates the interest in healthy diet from orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord*. 2021 Apr;26(3):993-998. doi: 10.1007/s40519-020-00927-2. Epub 2020 May 22. PMID: 32445115; PMCID: PMC8004484.
69. Tafarodi R.W., Swann W.B., Two-dimensional self-esteem: theory and measurement, *Personality and Individual Differences*, Volume 31, Issue 5, 2001, pages: 653-673.
70. Turner PG, Lefevre CE. Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord*. 2017 Jun;22(2):277-284.
71. Yoshimura A, Kusama Y, Omura Y, et al. (January 15, 2023) A Case of Eating Disorder Diagnosed As Orthorexia Nervosa. *Cureus* 15(1): e33801. doi:10.7759/cureus.33801
72. Yılmaz, M.N., Dundar, C. The relationship between orthorexia nervosa, anxiety, and self-esteem: a cross-sectional study in Turkish faculty members. *BMC Psychol* 10, 82. 2022.
73. Zagaria A. (2021) Associations between orthorexia, disordered eating, and obsessive–compulsive symptoms: A systematic review and meta-analysis / et al. *International Journal of Eating Disorders*.
74. Pincus AL, Ansell EB, Pimentel CA, Cain NM, Wright AGC, Levy KN. Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychol Assess*. 2009 Sep;21(3) pages:365-379.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

## Модифікована анкета Йозефа Біннебезеля

	Так	Ні
<b>Стать</b>		
жінки		
чоловіки		
<b>Вік</b>		
18-25 років		
26-30 років		
31-45 років		
Понад 45 років		
<b>Соціальний статус</b>		
в стосунках		
не в стосунках		
розлучені		
вдовець(ва)		
в шлюбі		
<b>Місце проживання</b>		

велике місто		
середнє місто		
маленьке місто		
село		
<b>Освіта</b>		
середня		
вища		
<b>Професія</b>		
педагог		
психолог/психотерапевт		
студент		
сфера ІТ		
інженер/технік		
адвокат/юрист		
фізичний робітник/ремісник		
інша спеціальність		
<p>Дієта («спосіб життя, режим харчування») — це сукупність правил споживання їжі. Простими словами, це будь який раціон, спеціально підібраний за кількістю продуктів, їх хімічним складом, фізичними властивостями, енергетичною цінністю (калорійністю), за кулінарною обробкою, тривалістю вживання, а також режим харчування.</p>		

Чи притримуєтесь Ви дієти у своєму раціоні?		
Якщо у Вас немає дієти - поставте (-), якщо так, то як довго та якої дієти?		

### Шкала аутосимпатії/самокомпетентності (The Self-Liking/Self-Competence Scale) (SLCS-R, Tafarodi & Swann, 2001)

Опитувальник						
<p><b>Інструкція:</b> Ці питання стосуються ваших загальних думок та почуттів про себе. Будь ласка, вкажіть, наскільки Ви згодні чи не згодні з кожним із 16 наведених тверджень, використовуючи наведену нижче шкалу:</p> <p>1 - Повністю не згоден.  2 - Не згоден  3 - Нейтрально  4 - Згоден  5 - Повністю згоден.</p> <p>Позначте свої відповіді, поставивши галочку до кожного твердження у відповідності до обраного варіанту відповіді.</p>						
		1	2	3	4	5
1	Я схильний знецінювати себе.					
2	Я дуже ефективний у тому, що роблю.					
3	Мені дуже комфортно з собою.					
4	Мені майже завжди вдається досягти того, до чого я прагну.					
5	Я впевнений у своєму почутті власної гідності.					
6	Мені іноді не приємно думати про себе.					
7	Я негативно ставлюся до себе.					
8	Іноді мені важко досягти важливих для мене речей.					
9	Я чудово відчуваю тим, ким я є.					
10	Іноді я погано впораюся з труднощами.					
11	Я ніколи не сумніваюся у власній цінності.					
12	Я дуже добре справляюся з багатьма справами.					

13	Іноді мені не вдається досягти власних цілей.					
14	Я дуже талановитий.					
15	Я недостатньо поважаю себе.					
16	Я хотів би бути більш вправним у своїй діяльності.					

**Опитувальник патологічного нарцисизму (PNI), автор А. Пінкас, Е. Анселл та ін. (Aaron L. Pincus, Emily B. Ansell et al., 2009)**

Опитувальник						
<p align="center"><b>Інструкція:</b> Оцініть свою згоду з кожним із наведених нижче тверджень за 6-бальною шкалою від 0 (це зовсім не про мене) до 5 (це точно про мене):</p> <p>0 - Зовсім не схоже на мене  1 - Не схоже на мене  2 - Злегка не схоже на мене  3 - Злегка схоже на мене  4 - Схоже на мене  5 - Дуже схоже на мене</p>						
Запитання	0	1	2	3	4	5
1. Я часто фантазую про те, щоб мною захоплювалися і поважали мене.						
2. Моя самооцінка сильно коливається.						
3. Я іноді соромлюся за свої очікування від інших, коли вони розчаровують мене.						
4. Зазвичай я можу викрутитися з будь-якої ситуації.						
5. Мені важко почуватися добре, коли я один/одна.						
6. Я можу покращити своє самопочуття, піклуючись про інших.						
7. Я ненавиджу просити про допомогу.						
8. Коли люди не помічають мене, я починаю погано почуватися.						
9. Я часто приховую свої потреби через побоювання, що інші сприйматимуть мене						

нужденним і залежним.						
10. Я можу змусити будь-кого повірити у все, що захочу.						
11. Мене бісить, коли люди не помічають усього, що я для них роблю.						
12. Мене дратують люди, яким не цікаво те, що я говорю чи роблю.						
13. Я не буду розкривати всі мої потаємні думки і почуття перед тим, ким я не захоплююся.						
14. Я часто фантазую про те, щоб справити величезний вплив на навколишній світ.						
15. Мені легко маніпулювати людьми.						
16. Коли інші не помічають мене, я починаю почуватися незначною (нічого не вартою) людиною.						
17. Іноді я уникаю людей, тому що побоююся, що вони розчарують мене.						
18. Зазвичай я дуже серджуся, коли не можу досягти/отримати від інших того, чого хочу.						
19. Іноді мені потрібні люди, які відіграють важливу роль у моєму житті, щоб бути впевненим у своїй цінності.						
20. Коли я роблю щось для інших людей, я очікую, що вони робитимуть щось для мене.						
21. Коли інші не виправдовують моїх очікувань, мені часто буває соромно за те, чого я хотів(ла).						
22. Я відчуваю власну важливість, коли інші покладаються на мене.						
23. Я можу читати людину, немов книгу.						
24. Коли інші розчаровують мене, я часто злюся на себе.						
25. Жертвуючи заради інших, робить мене кращою людиною.						

26. Я часто фантазую про досягнення того, що, ймовірно, мені не під силу.						
27. Іноді я уникаю людей, бо боюся, що вони не зроблять того, що мені потрібно від них.						
28. Мені важко демонструвати іншим слабкості, які я відчуваю всередині.						
29. Я злюсь, коли мене критикують.						
30. Мені важко почуватися добре, якщо я не впевнений, що інші захоплюються мною.						
31. Я часто фантазую про винагороду за мої зусилля.						
32. Я одержимий думками і занепокоєнням, що більшість людей мною не цікавляться.						
33. Мені подобається мати друзів, які покладаються на мене, бо це допомагає мені відчувати себе важливим(ою).						
34. Іноді я уникаю людей через побоювання, що вони не оцінять те, що для них роблю.						
35. Усім подобається слухати мої історії.						
36. Мені важко почуватися добре, якщо я не впевнений, що подобаюся іншим людям.						
37. Мене дратує, коли люди не помічають, яка я хороша людина.						
38. Я ніколи не буду задоволений, поки не отримаю все, на що я заслуговую.						
39. Я намагаюся показати, яка я хороша людина, йдучи на жертви.						
40. Я розчаровуюся, коли люди не помічають мене.						
41. Я часто помічаю, що заздрю досягненням інших.						
42. Я часто фантазую про вчинення геройських вчинків.						
43. Я допомагаю іншим, щоб довести, що я хороша						



людина.						
44. Важливо показати людям, що я можу зробити це сам, навіть якщо в мене всередині є сумніви.						
45. Я часто фантазую про визнання моїх досягнень.						
46. Я не можу покладатися на інших людей, тому що це змушує мене почуватися слабкою людиною.						
47. Коли інші реагують на мене не так, як мені хотілося б, мені важко залишатися задоволеним(ою) собою.						
48. Мені потрібно, щоб інші визнавали мене.						
49. Я хочу стати чимось важливим в очах світу.						
50. Коли інші помічають мої потреби, я відчуваю тривогу і сором.						
51. Іноді легше залишитись наодинці, ніж зіткнутися з тим, що я не отримаю від інших людей всього, чого хочу.						
52. Я можу сильно розізлитися, коли інші не погоджуються зі мною.						

### Римський опитувальник нервової орторексії ОРТО-15

Опитувальник					
<p><b>Інструкція:</b> Цей опитувальник вимірює різні вподобання, відчуття та поведінку. Деякі питання мають відношення до їжі та продуктів харчування. Інші стосуються ваших особистих відчуттів щодо себе. Немає правильних або неправильних відповідей. Намагайтеся бути повністю щирими. Результати суворо конфіденційні. Прочитайте питання і поставте значок «+» або «х» у колонці відповіді, яка найбільше відповідає вашому судженню.</p>					
№	Твердження	Завжди	Часто	Інколи	Ніколи
1	Чи думаєте ви про калорійність їжі під час їжі?				
2	Чи відчуваєте ви збентеження, коли йдете у продуктовий магазин?				

3	За останні три місяці чи турбували Вас думки стосовно їжі?				
4	Чи обумовлений вибір їжі занепокоєнням щодо стану вашого здоров'я?				
5	Чи є смак їжі важливішим, ніж її якість, коли ви оцінюєте їжу?				
6	Ви готові витратити більше грошей, щоб їсти більш здорову їжу?				
7	Чи хвилюють вас думки про їжу більше трьох годин на день?				
8	Чи дозволяєте ви собі якісь порушення в режимі харчування (харчові гріхи)?				
9	Як Ви вважаєте, ваш настрій впливає на харчову поведінку?				
10	Чи вважаєте Ви, що переконання їсти тільки здорову їжу підвищує самооцінку?				
11	Як ви вважаєте, вживання здорової їжі вплинуло на ваш спосіб життя (частота харчування, друзі, ...)?				
12	Ви вважаєте, що вживання здорової їжі може покращити ваш зовнішній вигляд?				
13	Чи відчуваєте Ви провину, при порушеннях в режимі харчування (харчові гріхи)?				
14	Чи вважаєте ви, що у продажу (напр. у магазині) є ще й нездорова їжа?				
15	На даний час Ви віддаєте перевагу вживати їжу на одинці?				

## Додаток Б

Автор	Критерії діагностики
Bratman, Knight (2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Проведення більше трьох годин на день за обмірковуванням, плануванням та приготуванням чистої їжі</li> <li>- Почуття переваги над тими, хто не слідує тим же принципам</li> <li>- Наявність суворої та неухильної дієти з компенсацією позбавленнями у разі будь-якого порушення</li> <li>- Пріоритет чистого харчування у житті, що призводить до витіснення особистих інтересів, відносин, хобі, цінностей і навіть особистого здоров'я</li> <li>- Надання більшого значення поживної цінності їжі, ніж насолоди від неї</li> <li>- Досягнення почуття власної гідності за рахунок дотримання дієти</li> <li>- Психосоціальна ізоляція.</li> </ul>
Moroze et al. (2014)	<p><b>A.</b> Нав'язлива стурбованість харчуванням «здоровою їжею», зосередження та занепокоєння щодо якості та складу продуктів. (два або більше із нижчезазначених):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- споживання незбалансованої з точки зору харчування дієти через нав'язливі переконання щодо «чистоти» їжі;</li> <li>- занепокоєння та заклопотаність з приводу вживання нечистої або нездорової їжі та впливу якості та складу їжі на фізичне та/або емоційне здоров'я;</li> <li>- суворе уникнення продуктів, які суб'єкт вважає «нездоровими», включаючи продукти, що містять жир, консерванти, харчові добавки, продукти тваринного походження або інші інгредієнти, які суб'єкт вважає нездоровими;</li> <li>- надмірна кількість часу (3 або більше годин на день), витрачена на читання, придбання та приготування певних типів їжі на основі їх сприйнятої якості та складу (що не пов'язане з професією в галузі харчування);</li> <li>- почуття провини та занепокоєння після відступу від дієти, у яких споживається «нездорова» або «нечиста» їжа;</li> <li>- нетерпимість, нетолерантність до харчових переконань інших;</li> <li>- надмірні (порівняно з власним заробітком) фінансові витрати на продукти харчування через їх суб'єктивно сприйняту якість і склад;</li> </ul> <p><b>B.</b> Нав'язливе захоплення перетворюється у порушення за наступних умов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- порушення фізичного здоров'я внаслідок незбалансованого харчування та дефіцит поживних речовин;</li> <li>- сильний дистрес або порушення соціальної, академічної чи професійної діяльності внаслідок нав'язливих думок і поведінки, зосереджених на переконаннях щодо «здорового» харчування.</li> </ul> <p><b>C.</b> Порушення не є загостренням симптомів іншого розладу: обсесивно-компульсивного розладу або шизофренії чи інших розладів психотичного спектру.</p> <p><b>D.</b> Поведінка не пояснюється ортодоксальним дотриманням релігійного харчування або специфічними вимогами до продуктів обумовленими алергією та іншими медичними станами, що вимагають спеціальної дієти.</p>
Barthels, (2015)	<p><b>A.</b> Тривала та інтенсивна турбота щодо правильного харчування та здорову їжу.</p> <p><b>B.</b> Виражені тривоги та стійке уникнення продуктів, які вважаються нездоровими відповідно суб'єктивним переконанням.</p>

	<p><b>С (1).</b> Принаймні дві надцінні ідеї щодо ефективності та потенційних переваг для здоров'я певних продуктів;</p> <p><b>І/АБО</b></p> <p><b>С (2).</b> Ритуалізована заклопотаність купівлею, приготуванням та споживанням продуктів, що обумовлено не з кулінарними причинами, а надцінними ідеями.</p> <p>Відхилення або неможливість дотримуватися правил харчування викликає інтенсивні побоювання, яких можна уникнути жорстким дотриманням правил.</p> <p><b>Д (1).</b> Фіксація здорового харчування викликає страждання або порушення клінічної значущості в соціальних, професійних або інших важливих сферах життя та/або негативно впливає на дітей (напр. годування не відповідно до віку)</p> <p><b>І / АБО</b></p> <p><b>Д (2).</b> Синдром дефіциту поживних речовин через невпорядковану харчову поведінку.</p> <p>Усвідомлення хвороби не є необхідним, в деяких випадках відсутність розуміння може бути показником мірою тяжкості розладу.</p> <p><b>Е.</b> Навмисна втрата ваги і схуднення можуть бути присутніми, але турботи про вагу і форму не повинні домінувати в синдромі.</p> <p><i>Для діагностики орторексії повинні бути чітко виконані критерії А, В, С і Е. Критерій D повинен бути виконаний принаймні частково. Якщо критерій Е не виконується чітко, рекомендується діагностувати атипову нервову анорексію.</i></p>
<p>Bratman, Dunn, (2016)</p>	<p><b>Критерій А.</b> 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"> <li>1. Нав'язлива поведінка дії та/або психологічна захопленість дієтичними практиками, які, за переконанням індивіда, сприяють оптимальному здоров'ю.</li> <li>2. Порушення самонав'язаних дієтичних правил викликає перебільшений страх захворювання, почуття особистої нечистоти та/або негативні фізичні відчуття, супроводжується тривогою і соромом.</li> <li>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.</li> </ol> <p><b>Критерій В.</b> Нав'язлива поведінка та психологічна захопленість набуває клінічної форми при наступних умовах:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Недоїдання, сильна втрата ваги та інші медичні ускладнення внаслідок обмежувальної дієти.</li> <li>2. Внутрішньо особистісні страждання або порушення соціального, академічного чи професійного функціонування, що впливають з харчової поведінки та переконань про здорову дієту.</li> <li>3. Позитивний образ тіла, самоцінність, ідентичність та/або задоволеність надмірно залежні від дотримання самовизначеної «здорової» харчової поведінки.</li> </ol>

Додаток Б

№	Вік	Стать	Соціальний Місце при Освіті	Професія	Дата	Інші етнічні/етнічнонаціональні (The Other Ethnic/Other Nationalities)												Освітальні центри/центры освіти (PNC)											
						Аутохтонні	Самобачення	Глобална	інститути символіки	градієнти	(всестіжні саї прічине)	інститути	високого	професійного	ORPO	групи	інститути	високого	професійного	ORPO	групи								
6	1 26-30	Жінка	в сімейних великих міст	студент	є	20	23	21,5	15	12	30	36	12	9	15	57	72	27	Бразиліанська										
7	2 18-25	Жінка	в сімейних великих міст	психологія	немає	27	26	26,5	15	15	15	23	9	15	21	45	68	27	Бразиліанська										
8	3 26-30	Жінка	в сімейних великих міст	інженер	немає	23	27	24	8	19	25	21	18	17	27	52	83	27	Бразиліанська										
9	4 31-45	Жінка	не в сімейних середніх міст	сфера IT	немає	30	23	26,5	14	11	13	9	18	3	8	38	38	28	Бразиліанська										
10	5 26-30	Жінка	не в сімейних малих м. міста	інша спеціальність	немає	40	32	36	23	12	5	3	18	3	17	40	41	29	Бразиліанська										
11	6 18-25	Жінка	в сімейних великих міст	інженер/тех	немає	23	18	20,5	3	16	7	8	15	7	15	26	45	29	Бразиліанська										
12	7 18-25	Жінка	не в сімейних середніх міст	фізичний	немає	29	23	26	24	22	25	10	21	3	26	71	60	28	Бразиліанська										
13	8 18-25	Жінка	не в сімейних великих міст	інша спеціальність	є	38	32	35	22	8	14	3	12	7	7	44	29	29	Бразиліанська										
14	9 26-30	Жінка	в сімейних великих міст	інша спеціальність	є	16	15	15,5	11	25	30	47	29	27	34	66	137	30	Бразиліанська										
15	10 26-30	Жінка	в сімейних великих міст	інша спеціальність	є	27	22	24,5	18	18	27	39	20	19	22	63	92	30	Бразиліанська										
16	11 18-25	Жінка	не в сімейних великих міст	студент	є	33	27	30	17	20	11	17	21	3	11	48	52	30	Бразиліанська										
17	12 18-25	Жінка	не в сімейних середніх міст	студент	немає	29	20	24,5	14	12	17	17	16	9	19	43	61	30	Бразиліанська										
18	13 26-30	Жінка	не в сімейних середніх міст	інженер/тех	немає	21	21	21	14	20	22	34	25	24	26	56	109	31	Бразиліанська										
19	14 26-30	Жінка	в сімейних великих міст	інша спеціальність	немає	24	19	21,5	11	10	9	27	11	11	23	30	72	31	Бразиліанська										
20	15 18-25	Жінка	не в сімейних великих міст	студент	немає	19	20	19,5	11	22	26	35	21	22	19	59	97	31	Бразиліанська										
21	16 31-45	Жінка	в сімейних великих міст	інша спеціальність	немає	30	28	29	14	8	16	13	12	9	14	38	48	32	Бразиліанська										
22	17 18-25	Жінка	не в сімейних великих міст	інша спеціальність	немає	35	21	28	11	12	22	22	16	6	11	45	55	32	Бразиліанська										
23	18 18-25	Жінка	не в сімейних великих міст	студент	немає	24	21	22,5	14	17	26	31	26	16	18	57	91	32	Бразиліанська										
24	19 18-25	Жінка	в сімейних великих міст	інша спеціальність	є	19	18	18,5	11	16	9	31	19	9	27	36	86	32	Бразиліанська										
25	20 26-30	Жінка	в сімейних великих міст	інша спеціальність	немає	20	17	18,5	13	20	29	39	21	21	29	62	110	32	Бразиліанська										
26	21 18-25	Жінка	в сімейних великих міст	інша спеціальність	немає	23	20	21,5	15	24	30	34	27	28	35	69	124	33	Бразиліанська										
27	22 18-25	Жінка	не в сімейних великих міст	студент	немає	24	22	23	13	11	23	40	26	23	22	47	111	33	Бразиліанська										
28	23 31-45	Жінка	в сімейних великих міст	інженер/тех	немає	29	29	29	19	14	28	30	22	14	30	61	96	33	Бразиліанська										
29	24 18-25	Жінка	не в сімейних великих міст	інша спеціальність	є	15	16	15,5	15	13	35	48	26	19	31	63	124	33	Бразиліанська										
30	25 26-30	Жінка	не в сімейних великих міст	інженер/тех	немає	29	27	28	16	8	8	11	11	13	16	32	51	33	Бразиліанська										
31	26 26-30	Жінка	в сімейних великих міст	інша спеціальність	немає	19	19	19	22	22	30	34	32	23	19	74	108	33	Бразиліанська										
32	27 18-25	Жінка	не в сімейних великих міст	інша спеціальність	немає	35	28	31,5	15	12	25	13	24	18	24	52	79	33	Бразиліанська										
33	28 31-45	Жінка	в сімейних великих міст	інша спеціальність	є	36	19	27,5	10	6	8	15	9	3	20	24	47	33	Бразиліанська										
34	29 31-45	Жінка	в сімейних великих міст	сфера IT	немає	22	22	22	14	16	17	33	17	14	25	47	80	33	Бразиліанська										
35	30 26-30	Жінка	не в сімейних великих міст	інша спеціальність	немає	32	19	25,5	7	11	7	10	19	14	2	25	45	33	Бразиліанська										
36	31 26-30	Жінка	в сімейних великих міст	інша спеціальність	немає	32	27	29,5	19	11	18	23	26	14	19	48	82	34	Бразиліанська										
37	32 31-45	Жінка	не в сімейних великих міст	інша спеціальність	немає	25	27	26	12	5	10	39	28	10	16	27	93	34	Бразиліанська										
38	33 18-25	Жінка	не в сімейних великих міст	студент	немає	32	26	29	9	21	17	20	21	11	9	47	61	34	Бразиліанська										
39	34 18-25	Жінка	в сімейних великих міст	адвокат/тех	немає	39	26	32,5	18	9	20	14	10	4	18	47	66	34	Бразиліанська										
40	35 31-45	Жінка	не в сімейних великих міст	інша спеціальність	є	37	34	35,5	21	10	20	10	14	6	5	51	55	34	Бразиліанська										
41	36 31-45	Жінка	в сімейних великих міст	інша спеціальність	є	22	15	18,5	12	13	28	31	17	14	32	53	94	34	Бразиліанська										
42	37 26-30	Жінка	не в сімейних великих міст	інша спеціальність	немає	22	18	20	14	15	18	25	11	19	25	47	80	34	Бразиліанська										
43	38 31-45	Жінка	в сімейних великих міст	інженер/тех	немає	18	22	20	20	13	16	38	17	13	30	49	98	34	Бразиліанська										
44	39 18-25	Жінка	не в сімейних великих міст	інженер	немає	31	18	24,5	21	3	2	21	15	10	32	26	78	34	Бразиліанська										
45	40 18-25	Жінка	в сімейних великих міст	високий/тех	немає	26	17	21,5	6	9	20	21	10	1	19	35	51	34	Бразиліанська										
46	41 18-25	Жінка	не в сімейних великих міст	інша спеціальність	немає	21	21	21	18	14	18	30	31	22	29	50	112	34	Бразиліанська										
47	42 18-25	Жінка	в сімейних великих міст	інженер/тех	є	21	24	22,5	18	23	27	42	24	24	30	68	120	34	Бразиліанська										
48	43 26-30	Жінка	в сімейних великих міст	інша спеціальність	немає	24	22	23	21	14	33	21	17	19	32	68	89	34	Бразиліанська										
49	44 31-45	Жінка	в сімейних великих міст	інша спеціальність	немає	25	22	23,5	11	18	19	38	18	13	26	48	95	34	Бразиліанська										
50	45 18-25	Жінка	в сімейних великих міст	інша спеціальність	немає	34	28	31	19	14	23	15	17	10	18	56	60	34	Бразиліанська										
51	46 31-45	Жінка	в сімейних великих міст	інша спеціальність	немає	22	20	21	18	26	33	28	18	25	30	77	101	34	Бразиліанська										
52	47 18-25	Жінка	в сімейних великих міст	інша спеціальність	немає	19	16	17,5	6	16	27	39	13	9	29	49	90	34	Бразиліанська										
53	48 18-25	Жінка	в сімейних великих міст	інша спеціальність	немає	38	30	34	16	15	16	16	14	9	10	47	49	34	Бразиліанська										
54	49 31-45	Жінка	не в сімейних великих міст	інша спеціальність	немає	27	26	26,5	18	16	22	42	25	21	32	56	120	34	Бразиліанська										
55	50 18-25	Жінка	в сімейних великих міст	студент	немає	19	16	17,5	10	17	14	56	35	35	32	41	158	34	Бразиліанська										
56	51 18-25	Жінка	в сімейних великих міст	інша спеціальність	є	33	31	32	9	16	12	26	15	7	16	37	64	35	Бразиліанська										
57	52 26-30	Жінка	в сімейних великих міст	інженер/тех	немає	20	21	20,5	17	20	27	43	25	23	27	64	118	35	Бразиліанська										
58	53 31-45	Жінка	в сімейних великих міст	інша спеціальність	немає	32	30	31	16	1	0	2	12	1	3	17	18	35	Бразиліанська										
59	54 18-25	Жінка	в сімейних великих міст	сфера IT	є	24	24	24	18	14	19	33	17	13	24	51	85	35	Бразиліанська										
60	55 31-45	Жінка	не в сімейних великих міст	адвокат/тех	немає	26	24	25	21	13	18	34	18	14	31	52	97	35	Бразиліанська										
61	56 26-30	Жінка	в сімейних великих міст	інша спеціальність	немає	20	15	17,5	10	19	27	41	17	13	33	56	106	35	Бразиліанська										
62	57 18-25	Жінка	не в сімейних великих міст	інша спеціальність	немає	24	20	22	15	17	21	28	22	15	23	55	88	35	Бразиліанська										
63	58 18-25	Жінка	в сімейних великих міст	інша спеціальність	немає	30	28	29	22	8	17	13	24	14	33	47	84	35	Бразиліанська										
64	59 18-25	Жінка	в сімейних великих міст	інша спеціальність	немає	33	35	34	9	13	14	24	27	12	28	36	91	35	Бразиліанська										

Table with 23 columns: No, Age, Gender, Social Place of Origin, Profession, Date, and various exam scores (Autonomous, Unified, External, OIGTO). Rows include data for various exam dates from 18.05.2019 to 17.12.2019.

Table with 23 columns: No, Age, Gender, Social Place of Origin, Profession, Date, and various exam scores (Autonomous, Unified, External, OIGTO). Rows include data for various exam dates from 11.05.2019 to 17.12.2019.





		ЧОЛОВІКИ																		
73	31-45	Чоловік	не в стосунках велике міст середня	студент	діста відсутня	31	23	27	12	6	6	9	8	7	24	43	39	Експериментальна	123	
74	18-25	Чоловік	в стосунках велике міст середня	інша спеція	діста відсутня	34	23	28,5	17	7	14	17	23	17	21	38	78	39	Експериментальна	124
75	31-45	Чоловік	в шлюбні велике міст вища	інша спеція	діста відсутня	29	24	26,5	7	12	3	13	11	9	6	22	39	40	Експериментальна	125
76	31-45	Чоловік	розлучені велике міст середня	інша спеція	діста відсутня	18	24	21	10	17	24	44	27	28	23	51	122	40	Експериментальна	126
77	26-30	Чоловік	не в стосунках велике міст середня	лікар/медв'	діста відсутня	28	21	24,5	21	12	18	13	18	16	15	51	62	40	Експериментальна	127
78	31-45	Чоловік	в шлюбні маленьке м вища	інша спеція	діста відсутня	19	24	21,5	13	17	22	19	27	13	17	52	76	40	Експериментальна	128
79	31-45	Чоловік	в шлюбні велике міст вища	педагог	діста відсутня	37	33	35	11	10	4	14	15	5	18	25	52	40	Експериментальна	129
80	26-30	Чоловік	в шлюбні село вища	інша спеція	діста відсутня	23	21	22	12	20	29	30	24	19	30	61	103	40	Експериментальна	130
81	31-45	Чоловік	в стосунках маленьке м середня	інша спеція	діста відсутня	27	24	25,5	10	15	14	18	16	14	12	39	60	40	Експериментальна	131
82	> 45	Чоловік	не в стосунках велике міст середня	інша спеція	діста відсутня	30	18	24	3	10	4	15	19	8	8	17	50	40	Експериментальна	132
83	31-45	Чоловік	не в стосунках велике міст вища	інша спеція	діста відсутня	31	28	29,5	12	15	22	20	20	21	20	49	81	40	Експериментальна	133
84	31-45	Чоловік	в стосунках велике міст вища	інша спеція	діста відсутня	37	21	29	6	12	9	16	16	3	18	27	53	40	Експериментальна	134
85	31-45	Чоловік	в стосунках велике міст середня	інша спеція	діста відсутня	35	20	27,5	18	19	25	27	19	23	19	62	88	40	Експериментальна	135
86	18-25	Чоловік	в стосунках велике міст вища	психолог/ін	діста відсутня	39	23	31	18	10	17	21	16	4	27	45	68	40	Експериментальна	136
87	> 45	Чоловік	не в стосунках велике міст вища	педагог	діста відсутня	34	23	28,5	17	14	13	22	17	11	16	44	66	40	Експериментальна	137
88	> 45	Чоловік	в стосунках середнє міс вища	лікар/медв'	діста відсутня	30	21	25,5	12	12	17	24	21	14	16	41	75	40	Експериментальна	138
89	> 45	Чоловік	адвоць(ва) село вища	інженер/тез	діста відсутня	32	23	27,5	9	13	7	14	27	7	4	29	52	40	Експериментальна	139
90	31-45	Чоловік	в стосунках середнє міс вища	інша спеція	діста відсутня	25	20	22,5	3	18	28	48	30	16	32	49	126	40	Експериментальна	140
91	26-30	Чоловік	в шлюбні велике міст вища	інша спеція	діста відсутня	28	31	29,5	18	19	1	13	6	5	17	38	41	40	Експериментальна	141
92	18-25	Чоловік	в стосунках велике міст вища	сфера IT	діста відсутня	25	24	24,5	17	21	23	32	26	8	25	61	91	40	Експериментальна	142
93	18-25	Чоловік	не в стосунках село середня	інша спеція	діста відсутня	25	29	27	17	17	23	31	18	19	19	57	87	40	Експериментальна	143
94	26-30	Чоловік	в шлюбні велике міст вища	інша спеція	діста відсутня	19	20	19,5	14	19	21	27	17	14	29	54	87	40	Експериментальна	144
95	18-25	Чоловік	не в стосунках середнє міс вища	інша спеція	діста відсутня	22	22	22	12	14	23	20	29	25	18	49	92	40	Експериментальна	145
96	31-45	Чоловік	в стосунках село вища	психолог/ін	діста відсутня	35	27	31	20	14	22	9	8	1	11	56	29	40	Експериментальна	146
97	31-45	Чоловік	в шлюбні село вища	адвокат/юр	діста відсутня	27	29	28	16	12	15	32	17	16	27	43	92	40	Експериментальна	147
98	18-25	Чоловік	не в стосунках велике міст вища	інша спеція	діста відсутня	17	19	18	17	16	28	30	19	34	34	61	117	40	Експериментальна	148
99	> 45	Чоловік	в шлюбні маленьке м вища	інша спеція	діста відсутня	27	23	25	9	14	11	25	16	12	19	34	72	40	Експериментальна	149
100	26-30	Чоловік	в шлюбні велике міст вища	інженер/тез	діста відсутня	28	27	27,5	11	13	12	16	8	10	21	36	55	40	Експериментальна	150
101	> 45	Чоловік	в шлюбні велике міст середня	інша спеція	діста відсутня	18	21	19,5	4	20	22	33	27	29	18	46	107	40	Експериментальна	151

39,93103448

Вік	Стать	Соціальний Місце пров Освіта	Професія	Діста	Індекс аутосимпатії/самокомпетентності (The Self-Liking/Self-Competence Scale)															
					Аутосимпатія	Самокомпетентність	Глобальна самооцінка	Опитувальник патологічного нарцисизму (PNI)						Орто	групи					
5	26-30	Жінка	не в стосунках маленьке м вища	інша спеція	присутня діста	40	32	36	23	12	5	3	18	3	17	40	41	29	Експериментальна	5
6	18-25	Жінка	в стосунках велике міст вища	інженер/тез	присутня діста	23	18	20,5	3	16	7	8	15	7	15	26	45	29	Експериментальна	6
7	18-25	Жінка	не в стосунках середнє міс вища	фінанцій р	присутня діста	29	23	26	24	22	25	10	21	3	26	71	60	29	Експериментальна	7
8	18-25	Жінка	не в стосунках велике міст вища	інша спеція	присутня діста	38	32	35	22	8	14	3	12	7	7	44	29	29	Експериментальна	8
9	26-30	Жінка	в шлюбні село вища	інша спеція	присутня діста	16	15	15,5	11	25	30	47	29	27	34	66	137	30	Експериментальна	9
10	26-30	Жінка	в шлюбні велике міст вища	інша спеція	присутня діста	27	22	24,5	18	18	27	35	20	15	22	63	92	30	Експериментальна	10
11	18-25	Жінка	не в стосунках велике міст вища	студент	присутня діста	33	27	30	17	20	11	17	21	3	11	48	52	30	Експериментальна	11
12	18-25	Жінка	не в стосунках середнє міс вища	студент	присутня діста	29	20	24,5	14	12	17	17	16	9	19	43	61	30	Експериментальна	12
13	26-30	Жінка	не в стосунках середнє міс вища	інженер/тез	присутня діста	21	21	21	14	20	22	34	25	24	26	56	109	31	Експериментальна	13
14	26-30	Жінка	в стосунках велике міст вища	інша спеція	присутня діста	24	19	21,5	11	10	9	27	11	11	23	30	72	31	Експериментальна	14
15	18-25	Жінка	не в стосунках село вища	інша спеція	присутня діста	19	20	19,5	11	22	26	35	21	22	19	59	97	31	Експериментальна	15
16	31-45	Жінка	в шлюбні велике міст вища	інша спеція	присутня діста	30	28	29	14	8	16	13	12	9	14	38	48	32	Експериментальна	16
17	18-25	Жінка	не в стосунках велике міст вища	інша спеція	присутня діста	35	21	28	11	12	22	22	16	6	11	45	55	32	Експериментальна	17
18	18-25	Жінка	не в стосунках велике міст вища	студент	присутня діста	24	21	22,5	14	17	26	31	26	16	18	57	91	32	Експериментальна	18
19	18-25	Жінка	в шлюбні велике міст вища	інша спеція	присутня діста	19	18	18,5	11	16	9	31	19	9	27	36	86	32	Експериментальна	19
20	26-30	Жінка	в шлюбні велике міст вища	інша спеція	присутня діста	20	17	18,5	13	20	29	39	21	21	29	62	110	32	Експериментальна	20
21	18-25	Жінка	в стосунках велике міст вища	інша спеція	присутня діста	23	20	21,5	15	24	30	34	27	28	35	69	124	33	Експериментальна	21
22	18-25	Жінка	не в стосунках велике міст вища	інша спеція	присутня діста	24	22	23	13	11	23	40	26	23	22	47	111	33	Експериментальна	22
23	31-45	Жінка	в стосунках велике міст середня	інженер/тез	присутня діста	29	29	29	19	14	28	30	22	14	30	61	96	33	Експериментальна	23
24	18-25	Жінка	не в стосунках село вища	інша спеція	присутня діста	15	16	15,5	15	13	35	48	26	19	31	63	124	33	Експериментальна	24
25	26-30	Жінка	не в стосунках велике міст середня	лікар/медв'	присутня діста	29	27	28	16	8	8	11	11	13	16	32	51	33	Експериментальна	25
26	26-30	Жінка	в стосунках велике міст середня	інша спеція	присутня діста	19	19	19	22	22	30	34	32	23	19	74	108	33	Експериментальна	26
27	18-25	Жінка	не в стосунках велике міст середня	інша спеція	присутня діста	35	28	31,5	15	12	25	13	24	18	24	52	79	33	Експериментальна	27
28	31-45	Жінка	в шлюбні велике міст вища	інша спеція	присутня діста	36	19	27,5	10	6	8	15	9	3	20	24	47	33	Експериментальна	28
29	31-45	Жінка	в стосунках велике міст вища	сфера IT	присутня діста	22	22	22	14	16	17	33	17	14	25	47	89	33	Експериментальна	29

30,86206897

Описова статистика						
	N	Минимум	Максимум	Среднее	Стд. отклонение	
Аутосимпатія	201	14	40	27,84	6,266	
Самокомпетентність	201	12	37	23,90	4,591	
Глобальна_самооцінка	201	15	39	25,87	4,940	
нестійка_самооцінка	201	0	56	24,90	11,907	
експлуатативність	201	3	25	14,19	4,648	
самопожертва_самопіднесення	201	0	26	14,58	5,159	
приховане" _Я"	201	3	35	19,52	6,299	
грандіозні_фантазії	201	0	35	18,13	8,420	
знецінення	201	0	35	13,69	7,295	
вимоглива_лють	201	2	38	20,78	8,140	
Нарцисична_грандіозність	201	17	79	46,90	13,046	
Нарцисична_вразливість	201	10	158	78,89	27,921	
ОРТО	201	27	40	36,30	2,989	
N валидных (целиком)	201					



Статистики							
		Вік	Стать	Соц.статус	Місце проживання	Освіта	Професія
N	Валидные	201	201	201	201	201	201
	Пропущенные	0	0	0	0	0	0

Статистики		
		Дієта
N	Валидные	201
	Пропущенные	0

Вік					
		Частота	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	> 45	19	9,5	9,5	9,5
	18-25	67	33,3	33,3	42,8
	26-30	42	20,9	20,9	63,7
	31-45	73	36,3	36,3	100,0
	Итого	201	100,0	100,0	

Стать					
		Частота	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	Жінка	172	85,6	85,6	85,6
	Чоловік	29	14,4	14,4	100,0
	Итого	201	100,0	100,0	

Соц.статус					
		Частота	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	в стосунках	77	38,3	38,3	38,3
	в шлюбі	63	31,3	31,3	69,7
	вдовець(ва)	2	1,0	1,0	70,6
	не в стосунках	51	25,4	25,4	96,0
	розлучені	8	4,0	4,0	100,0
	Итого	201	100,0	100,0	

Місце проживання					
		Частота	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	велике місто	148	73,6	73,6	73,6
	маленьке місто	14	7,0	7,0	80,6
	село	14	7,0	7,0	87,6
	середнє місто	25	12,4	12,4	100,0
	Итого	201	100,0	100,0	

Освіта					
		Частота	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	вища	157	78,1	78,1	78,1
	середня	44	21,9	21,9	100,0
	Итого	201	100,0	100,0	

Професія				
----------	--	--	--	--



	N	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201
прихованеЯ	Кореляція Пірсона	-.379**	-.213**	-.339**	.559**	-.046**	.416**	1**	.460**	.598**	.352**	.445**	.723**
	Знч.(2-сторон)	.000	.002	.000	.000	.518	.000		.000	.000	.000	.000	.000
	N	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201
грандіозні фантазії	Кореляція Пірсона	-.427**	-.313**	-.416**	.644**	.167**	.472**	.460**	1**	.552**	.558**	.892**	.685**
	Знч.(2-сторон)	.000	.000	.000	.000	.018	.000	.000		.000	.000	.000	.000
	N	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201
знецінення	Кореляція Пірсона	-.490**	-.303**	-.451**	.661**	-.003**	.547**	.598**	.552**	1**	.521**	.572**	.830**
	Знч.(2-сторон)	.000	.000	.000	.000	.970	.000	.000	.000		.000	.000	.000
	N	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201
вимогливість	Кореляція Пірсона	-.358**	-.275**	-.355**	.655**	.211**	.414**	.352**	.558**	.521**	1**	.599**	.787**
	Знч.(2-сторон)	.000	.000	.000	.000	.003	.000	.000	.000	.000		.000	.000
	N	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201
Нарцисична_грандіозність	Кореляція Пірсона	-.350**	-.181*	-.307**	.597**	.439**	.678*	.445**	.892**	.572**	.599*	1**	.679**
	Знч.(2-сторон)	.000	.010	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000
	N	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201
Нарцисична_вразливість	Кореляція Пірсона	-.589**	-.407**	-.563**	.916**	.010**	.589**	.723**	.685**	.830**	.787**	.679**	1**
	Знч.(2-сторон)	.000	.000	.000	.000	.890	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201
ОРТО	Кореляція Пірсона	-.006	-.087	-.045	-.084	.025	.000	-.069	-.089	-.076	.012	-.049	-.068
	Знч.(2-сторон)	.927	.220	.530	.238	.721	.996	.328	.207	.283	.866	.491	.340
	N	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201	201

Описова статистика К-група						
	N	Минимум	Максимум	Среднее	Стд. отклонение	
Аутосимпатія	62	16,00	40,00	26,7419	5,87837	
Самокомпетентність	62	13,00	33,00	23,0484	4,21717	
Глобальна_самооцінка	62	16,00	36,50	24,8952	4,71320	
нестійка_самооцінка	62	5,00	20,00	13,6935	3,87759	
експлуатативність	62	.00	27,00	13,3065	5,90523	
самопожертва_самопіднесення	62	2,00	35,00	18,0645	8,17407	
прихованеЯ	62	3,00	59,00	26,6613	12,58928	
грандіозні_фантазії	62	3,00	34,00	18,7742	7,12285	
знецінення	62	2,00	30,00	13,1290	6,60473	
вимоглива_лють	62	8,00	37,00	20,8710	7,90618	
Нарцисична_грандіозність	62	22,00	72,00	45,0645	13,00425	
Нарцисична_вразливість	62	29,00	156,00	79,4355	28,48043	
ОРТО	62	41,00	50,00	42,5645	1,86091	
N валидных (целиком)	62					

Статистики							
		Вік	Стать	Соц.статус	проживання	Освіта	Професія
N	Валидные	62	62	62	62	62	62
	Пропущенные	0	0	0	0	0	0

Статистики		
		Діста
N	Валидные	62
	Пропущенные	0

Вік					
		Частота	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	> 45	6	9,7	9,7	9,7
	18-25	23	37,1	37,1	46,8
	26-30	9	14,5	14,5	61,3
	31-45	24	38,7	38,7	100,0
	Итого	62	100,0	100,0	

Стать					
		Частота	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	Жінка	50	80,6	80,6	80,6
	Чоловік	12	19,4	19,4	100,0
	Итого	62	100,0	100,0	

Соц.статус					
		Частота	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	в стосунках	18	29,0	29,0	29,0
	в шлюбі	23	37,1	37,1	66,1
	не в стосунках	16	25,8	25,8	91,9
	розлучені	5	8,1	8,1	100,0
	Итого	62	100,0	100,0	

проживання					
		Частота	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	велике місто	44	71,0	71,0	71,0
	маленьке місто	4	6,5	6,5	77,4
	село	3	4,8	4,8	82,3
	середнє місто	11	17,7	17,7	100,0
	Итого	62	100,0	100,0	

Освіта					
		Частота	Процент	Валидный процент	Накопленный процент

Валидные	вища	49	79,0	79,0	79,0
	середня	13	21,0	21,0	100,0
	Итого	62	100,0	100,0	

Професія					
		Частота	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	адвокат/юрист	2	3,2	3,2	3,2
	інженер/технік	2	3,2	3,2	6,5
	інша спеціальність	32	51,6	51,6	58,1
	лікар/медичний працівник	2	3,2	3,2	61,3
	педагог	5	8,1	8,1	69,4
	психолог/психотерапевт	4	6,5	6,5	75,8
	студент	3	4,8	4,8	80,6
	сфера IT	10	16,1	16,1	96,8
	фізичний робітник/ремісник	2	3,2	3,2	100,0
	Итого	62	100,0	100,0	

Діста					
		Частота	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	є	6	9,7	9,7	9,7
	немає	56	90,3	90,3	100,0
	Итого	62	100,0	100,0	

Кореляції														
		Аугосимпатія	Самокомпетентність	Глобальна самооцінка	нестійка самооцінка	експлуатативність	самопожертва_самопіднесе	приховане Я	грандіозні фантазії	самопожертва_самопіднесе	знеціння	вимогливість	Нарцистична_грандіозність	Нарцистична_вразливість
Аугосимпатія	Кореляція Пірсона	1	,737**	,953**	,029	-,225	-,213**	<b>-,588**</b>	-,412	-,213**	-,483	-,342**	-,228**	-,570
	Знч.(2-сторон)		,000	,000	,824	,079	,096	,000	,001	,096	,000	,007	,075	,000
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
Самокомпетентність	Кореляція Пірсона	,737**	1	,907**	,269*	-,267**	-,223	<b>-,555**</b>	-,375*	-,223	<b>-,554**</b>	-,406	-,181**	<b>-,580*</b>
	Знч.(2-сторон)	,000		,000	,035	,036	,081	,000	,003	,081	,000	,001	,159	,000
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
Глобальна_самооцінка	Кореляція Пірсона	,953**	,907**	1	,138	-,259**	-,233**	<b>-,615</b>	-,425	-,233**	<b>-,549**</b>	-,395**	-,223	-,615
	Знч.(2-сторон)	,000	,000		,284	,042	,069	,000	,001	,069	,000	,001	,082	,000
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
нестійка_самооцінка	Кореляція Пірсона	,029	,269*	,138	1	-,023	,113*	,027	,120	,113*	-,061	,164*	,359	,074
	Знч.(2-сторон)	,824	,035	,284		,859	,382	,835	,354	,382	,640	,201	,004	,570
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
експлуатативність	Кореляція Пірсона	-,225	-,267*	-,259*	-,023	1	,479*	,490*	,295	,479*	,495	,456*	,749*	,532
	Знч.(2-сторон)	,079	,036	,042	,859		,000	,000	,020	,000	,000	,000	,000	,000
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
самопожертва_самопіднесе	Кореляція Пірсона	-,213	-,223	-,233	,113	,479	1	,631	,370	1	,413	,598	,880	,634

