

УДК 159.9.072.42

DOI <https://doi.org/10.30970/PS.2023.15.3>

ОСОБЛИВОСТІ НОВОГО РОЗЛАДУ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ: НЕРВОВА ОРТОРЕКСІЯ У 21-СТОЛІТТІ

Лариса Дідковська

*Львівський національний університет імені Івана Франка,
вул. Університетська, 1, м. Львів, Україна, 79000
e-mail: didkovska@gmail.com*

Ольга Балагурак

*Львівський національний університет імені Івана Франка,
вул. Університетська, 1, м. Львів, Україна, 79000
e-mail: olgabalagurak@gmail*

Харчування може принести багато користі в наше життя і у сучасному світі ця тема є дуже популярною. Звісно, важливо переглядати свої харчові звички, покращувати якість свої продуктів споживання, адже так ми можемо покращити стан свого здоров'я. Однак, для деяких людей – тих, хто доводить ідею здорового харчування до крайності – такий спосіб життя може призвести до складної форми розладу харчової поведінки. Дослідники вказують, та й кожен з нас може спостерігати, що в останні роки зростає культура різноманітних дієт (безглютенова, безмолочна, вегетаріанські, сиродієти та ін.) обмежень харчування, створення певного образу «поганої» та «хорошої» їжі. Люди можуть надмірно заціклюватися на харчуванні настільки, що це може перерости у нав'язливу ідею та завдати шкоди їхньому загальному благополуччю. Тому в кінці ХХ ст. виникає новий термін: «нервова орторексія», а останні декілька років активно досліджується даний феномен.

Нервова орторексія (ОН) визначається як розлад харчової поведінки, що характеризується перебільшеною увагою до якості їжі з метою контролю дієтичних звичок здоровим і правильним чином. Люди з високою схильністю до орторексії підкреслюють надмірне занепокоєння їжею, яка може заважати повсякденному функціонуванню; більшість їхніх проблем пов'язані з всеохопною стурбованістю їжею, великою кількістю часу, що витрачається на приготування їжі або вибір/перевірку продуктів. Даний феномен позначає патологічну одержимість поїданням «чистої» їжі.

Стаття присвячена огляду доступних наукових досліджень орторексії. Зокрема, метою було визначити, чим здорове харчування відрізняється від нервової орторексії, що відомо про симптоми, діагностику, поширеність, особистісний профіль і лікування цього нового типу харчової поведінки. Стаття ґрунтується на огляді баз даних PubMed та Google Scholar.

Ключові слова: здорове харчування, розлади харчової поведінки, орторексія, нервова орторексія, орторексична поведінка.

Виклад основного матеріалу. Розлади харчової поведінки на сьогоднішній день знаходяться у центрі уваги багатьох клініцистів та дослідників. Загальновідомим є той факт, що діагноз РХП – серйозна проблема, яка приносить страждання людині, порушує її приватне та соціальне життя. За визначення Американської асоціації психологів (APA), розлади харчової поведінки «...характеризуються постійним порушенням прийому їжі або пов'язаної з їжею поведінки, що призводить до змін у споживанні їжі та значно погіршує фізичне здоров'я та/або психосоціальне функціонування [1, 371]. В 11-ому перегляді МКХ, розлади харчової поведінки розглядаються як поведінка, пов'язана з ненормальним харчуванням, яка не пояснюється іншим станом здоров'я та не відповідає розвитку чи

культурним нормам; РХП включають ненормальну харчову поведінку та надмірне занепокоєння їжею, а також помітні проблеми з масою тіла та фігурою [2]. Це дуже серйозні і досить поширені розлади психічного здоров'я, особливо у західному суспільстві, де велика увага приділяється худорлявості та зовнішньому вигляду. **За статистикою понад 30 млн людей** страждають від розладів харчової поведінки незалежно від віку та статі. Що ще більше, згідно наукових джерел, ці розлади мають найвищий рівень смертності серед усіх психічних захворювань, й останнім часом їх кількість зросла у кілька разів [3].

Найбільш відомими розладами харчової поведінки є анорексія, булімія та компульсивне переїдання. Однак, останні декілька років дослідників зацікавив, відносно новий розлад харчової поведінки – орторексія. Останнім часом у багатьох наукових дисциплінах спостерігається постійно зростаючий інтерес до здоров'я та звичок здорового харчування. Наші звички в їжі впливають на нашу фізичну форму та психологічне самопочуття. Звісно, правильне харчування сприяє здоровій імунній системі та швидкому одужанню. Однак надмірна концентрація на якості їжі може парадоксально бути шкідливою для здоров'я. Нервова орторексія (ОН) визначає патологічну одержимість правильним харчуванням, що характеризується обмежувальною дієтою, ритуальними моделями харчування і жорстким відмовою від товарів, які вважаються хворими чи нечистими [4]. Тобто, даний розлад представляє собою патологічну прив'язаність до здорового, правильного харчування.

За даними Варга та ін. [5], ОН можна сприйматися як континуум, де однією крайністю є здорове харчування, а іншою – патологічний інтерес до здорових звичок харчування. Автор зауважив, що в ході розвитку ОН можна виділити дві стадії: здорову орторексію з інтересом до здорового харчування без патологічних особливостей та нервову орторексію з нав'язливою спрямованістю на здорове харчування. Слід уточнити, що акцент на здоровому харчуванні не є розладом як таким, однак надмірна фіксація на якості продуктів та їх приготуванні разом з негативними наслідками поведінки може призвести до ОН.

На сьогоднішній день нервова орторексія входить DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) у розділ «Інші специфічні розлади харчування та прийому їжі» (OSFED). В даний час в DSM-5 існує два запропонованих діагностичних критерії для ОН (Критерій А і Б) [6].

Критерій А

Нав'язлива зосередженість на «здоровому» харчуванні, дотримання певної дієтичної теорії або набором переконань, деталі яких можуть відрізнятися; відзначається перебільшеним емоційним стресом у зв'язку з вибором їжі, яка сприймається як нездорова; втрата ваги може виникнути в результаті вибору дієти, але це не є основною метою. Про що свідчить таке:

– Компульсивна поведінка та/або психічне захоплення позитивними та обмежувальними методами харчування, які, на думку індивіда, сприяють оптимальному здоров'ю.

– Порушення дієтичних правил, встановлених самим собою, викликає перебільшений страх перед хворобою, відчуття особистої нечистоти та/або негативні фізичні відчуття, що супроводжуються тривогою та соромом.

– Дієтичні обмеження посилюються з часом і можуть включати виключення цілих груп продуктів і включати все більш часті та/або серйозні «очищення» (часткове голодування), які вважаються очисними або детоксикаційними. Ця ескалація зазвичай призводить до ваги втрати, але бажання схуднути відсутнє, приховане або підпорядковане уявленням про здорове харчування.

Критерій В

Компульсивна поведінка та психічна заклопотаність клінічного характеру, яка проявляється у вигляді:

– Недоїдання, різка втрата ваги або інші медичні ускладнення внаслідок обмеженої дієти.

– Внутрішньо особистісний дистрес або погіршення соціального, академічного чи професійного функціонування вторинні щодо переконань або поведінки здорового харчування.

– Позитивне уявлення про своє тіло, самооцінка, ідентичність та/або задоволення надмірно залежать від дотримання самовизначеної «здорової» харчової поведінки.

При цьому немає офіційно прийнятого визначення ОН чи стандартизованих критеріїв, методів діагностики. Звісно, все ж є розроблені опитувальники такі як тест Братмана (тест орторексії – BOT), ORTO-15, опитувальник харчових звичок— ENQ, Дюссельдорфська шкала орторексії – DOS. Однак, як зазначають дослідники Неделській А., Казьменчак – Вотас Н., [7] 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 ОН. Таким чином, статус нервової орторексії як психічного розладу підлягає обговоренню. Серед дослідників немає єдиної думки про те, чи слід розглядати ОН як психічний розлад, різновид добре відомих розладів чи просто нездорову звичку харчування. Однак, на сьогодні інтерес до даного розладу лише посилюється і дослідники активно його вивчають.

Вперше термін «нервова орторексія» ввели науковці Данн і Братман у 1997 році та дали опис людей з одержимістю правильним харчуванням. Автори дають опис осіб з даним розладом: вони дотримуються обмежувальної дієти, зосереджують надмірну увагу на приготуванні їжі та ритуальних моделей харчування. Таких людей зазвичай турбує якість, а не кількість їжі в їх раціоні, вони витрачають багато часу на детальне вивчення: складу продуктів (наприклад, чи піддавалися овочі впливу пестицидів; чи були молочні продукти отримані від корів, що отримували гормональні добавки); упаковки (наприклад, чи можуть продукти харчування містити канцерогенні сполуки, отримані з пластику; чи достатньо інформації на етикетках для оцінки якості конкретних інгредієнтів); обробку (наприклад, чи не було втрачено поживний вміст під час приготування; чи були мікроелементи, штучні ароматизатори або чи були додані консерванти) [8]. Варто зазначити, що надмірна фіксація на якості їжі викликана бажанням максимізувати власне фізичне здоров'я та благополуччя, а не релігійними переконаннями, захистом довкілля чи піклуванням про тварин. Така стурбованість здоров'ям через їжу може викликати особливо складні моделі харчування (наприклад, правила, що визначають, які продукти можна поєднувати за один прийом їжі або в певний час дня) та/або потребують незвичайно тривалого часу для виконання (наприклад, переконання, що максимальне перетравлення одного типу їжі відбувається через певний час після прийому іншого типу їжі). Страви готуються з особливою ретельністю та увагою, а будь-яке відхилення від нав'язаних норм призводить до почуття страху, вини, сорому та подальших обмежень у харчуванні [9].

Хоча орторексія викликана бажанням досягти оптимального здоров'я, вона може призвести до дефіциту поживних речовин, медичних ускладнень та погіршення якості життя. Дослідження вказують, що такий вид дієтичного екстремізму може призвести до тих же медичних ускладнень, що і при тяжкій анорексії: остеопатії, анемії, метаболічному ацидозу, дефіциту тестостерону і брадикардії [10].

Як зазначалося вище, досі остаточно не визначено, чи є нервова орторексія окремим розладом чи різновидом інших відомих психічних розладів. З цього приводу між дослідниками ведуться дискусії. Деякі дослідники наголошують на тому факті, що ОН має деякі спільні риси з нервовою анорексією (АН) [11]. І ОН, і АН можна охарактеризувати прагненням до досконалості, високим рівнем тривожності та потребою у контроль;

в обох спостерігається надмірна спрямованість на здорові харчові звички. Тим не менш, люди із нервовою орторексією більше уваги приділяють якості їжі, у той час як люди із анорексією в основному звертають увагу на кількість їжі. Деякі дослідники стверджують, що фіксація на якості та типі їжі може спостерігатися у хворих на АН, оскільки вони дотримуються певних суворих правил дієти [12]. Тому фіксація на якості та вигляді їжі не може бути необхідною та достатньою умовою ОН. Жорсткий відбір і поступове скорочення «прийнятних» продуктів можна спостерігати при обох розладах, проте хворі на ОН обмежують свій раціон, щоб залишатися оптимально здоровими, а не через страх ожиріння, типового для анорексії [13]. У DSM-5 чітко вказано, що основною ознакою, яка відрізняє нервову анорексію від інших розладів харчової поведінки є спотворений образ власного тіла [6]. Дослідження підтверджують це і пов'язують значну та цілеспрямовану втрату маси тіла разом із спотвореним уявленням про своє тіло тільки з нервовою анорексією. Тим не менш, недавні дослідження, здається, демонструють, що існує кореляція між нервовою орторексією і прагненням до зниження маси тіла та викривленим уявленням про себе [13; 14], що також вказує на кореляцію між ОН та АН. Деякі інші дослідження вказують на те, що ОН і АН слід розглядати як континуум одного і того ж психопатологічного виміру різного ступеня. Так дослідник Енвіллі припустив, що ОН може бути фактором ризику та початковою стадією розвитку вже відомих розладів харчової поведінки, а не окремим видом [15].

ОН має багато спільного не тільки з розладами харчової поведінки, але і з іншими психічними розладами. Чимало авторів концептуалізують ОН як прояв obsесивно-компульсивного розладу з нав'язливими думками про здоров'я та їжу, керованими уникненням та ритуалізацією (наприклад, вживання тільки «здорової» їжі, надмірно обережна поведінка для забезпечення «якості» їжі [16]. Були виявлені навіть можливі біохімічні подібності, які можуть впливати на моделі мислення та поведінку як при ОН, так і при ОКР [17]. З іншого боку, деякі дослідження показали, що поширеність ОН серед пацієнтів з ОКР низька [11; 18]. Та основною відмінністю між ОН та ОКР, яка відділяє ці розлади, дослідники називають те, люди з ОН сприймають свою поведінку як ego-синтонну і, ймовірно, не будуть вдаватися до лікування проблем, пов'язаних з проблемним харчуванням. Тобто, люди з орторексією не усвідомлюють наявності у себе порушень харчування, харчової поведінки, навпаки, вважають це своїм досягненням.

Визначено також, що близько половини людей з обмежувачим режимом харчування відповідають критеріям генералізованого тривожного розладу (ГТР), а 15% людей із розладами харчової поведінки також страждають на соціальну фобію. Таким чином, депресія та тривожні розлади були визнані можливими факторами ризику ОН [19]. Що стосується здорової орторексії, дослідження пов'язують, що здорове харчування, особливо багате фруктами, овочами, рибою та цільними зернами пов'язане зі зниженим ризиком депресії [20].

Однак, науковці все ж наводять досить чіткі відмінності орторексії від анорексії, що може бути підтвердженням унікальності цього розладу харчової поведінки. Зокрема, дослідники Ковен Н., Абрі А підкреслюють, що при анорексії люди стурбовані своїм тілом і бояться ожиріння, змінюючи свій режим харчування, щоб схуднути. При орторексії люди переймають харчові звички, враховуючи бажання, щоб бути саме здоровими, природними або чистими. Також люди з анорексією схильні приховувати свою поведінку, натомість люди з орторексією частіше виставляють свої звички напоказ [21].

Науковці Глівс, Грехем, та Амбвані розглядають нервову орторексію як окремий розлад харчової поведінки та описують п'ять її головних характеристики:

Витрачання великої кількості часу (більше трьох годин на день) на роздуми, покупки та приготування здорової їжі;

Відчуття переваги над людьми з іншими харчовими звичками;

Суворе дотримання певної здорової дієти та застосування компенсаторних обмежень для будь-якої харчової необережності;

Прив'язка самооцінки до дієти (почуття провини і ненависті до себе, коли було допущення відхилення від дієти, і самовдоволення, коли чітко дотримання);

5. Перетворення «правильного» харчування в центр життя та відкидання при цьому інших особистих цінностей, стосунків, занять, а іноді, за іронією долі, фізичного здоров'я [22, с. 2].

Психологи також активно вивчають профіль особистості людей із високим ризиком ОН, так звані орторексичні риси. Зокрема, результати дослідження Кіс-Ляйцер, М., та Ріго А. [21] підтвердили, що високий рівень уникнення небезпеки та низька самоспрямованість є важливими факторами для ОН, як при obsесивно-компульсивних станах, так і при анорексії та булімії. Високий рівень уникнення небезпеки вказує на песимістичну стурбованість майбутнім разом зі страхом, почуттям незахищеності, сором'язливості перед незнайомцями, підкреслюють дослідники. Крім того, низька самоспрямованість пов'язана з низькою самооцінкою, звинуваченням інших, залежність і невизначеність щодо власної ідентичності та цілей. Підсумовуючи, автори пишуть, що «орторексична особистість» може бути охарактеризована наступним чином. Це схильна до надмірної тривоги та контролю особистість, занепокоєння якої проявляється сором'язливістю в соціальних ситуаціях, поєднується з бажанням бути ідеальною і прийнятною. А також такі риси можуть бути опосередковані незадоволенням власним тілом і жорсткою інтерналізацією соціального культурного ставлення до зовнішнього вигляду. А суворе планування надмірно «чистих» харчових звичок впливають із гострої потреби контролю внутрішньої тривоги.

Дослідниця Стралер Дж. з колегами звернули увагу на зв'язок між орторексією та емоційною дисрегуляцією і ненадійними стилями прив'язаності [22]. Емоційна дисрегуляція, як зазначають автори, характеризується нездатністю переносити інтенсивні, неприємні емоційні стани, що підвищує ймовірність розвитку серйозних проблем з психічним здоров'ям, часто пов'язаних з проблемами контролю імпульсів. Результати їхнього дослідження виявили, що особи, які мають труднощі в регуляції емоцій, мають також більш високу схильність до нервової орторексії. Отже, негативні афективні стани можуть бути підґрунтям до виникнення орторексичної харчової поведінки. Автори припускають, що цілком можливо, що орторексична поведінка є, власне, формою регуляції емоцій, яка використовується, коли інші стратегії не працюють. Таким чином, надмірне зосередження уваги на здоровому питанні є засобом для досягнення почуття безпеки.

Ще одним неспецифічним фактором для пояснення ризиків розвитку нервової орторексії, дослідники називають ненадійний тип прив'язаності. Результати дослідження 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 нервовій орторексії.

Результати іншого дослідження також свідчать про те, що люди з патологічною заклопотаністю здоровим харчуванням є більш тривожними, емоційно лабільними та гнівливими [23].

Декілька досліджень виявили, що особи з високим рівнем перфекціонізму частіше страждають орторексією [24]. Таким чином, надмірний перфекціонізм, що характеризується високими особистісними стандартами, стурбованістю власними помилками та сумнівами у діях, є одним із предикторів виникнення орторексичної харчової поведінки.

Науковці Лассон С., Райнал Р. [25] також зосередилися на описі профілю особистості, схильної до ОН. Вони визначили, що люди з орторексичною харчовою поведінкою мають високий рівень параноїдальних і нарцисичних рис та помірний рівень шизотипових і межових рис. Автори вказують, що психотичний спектр у таких людей може бути пояснений відчуттям себе особливим і несхожим на інших, а також наявністю переконань та почуттів, відмінних від більшості людей; з відсутністю довіри до інших, до походження та безпеки харчових продуктів, які регулярно споживає переважно більшість населення. Справді, люди, які дуже заклопотані здоровим харчуванням, з підозрою ставляться до продуктів, що продаються в більшості супермаркетів, і намагаються купувати продукти в місцях, які їм здаються безпечнішими, таких як органічні магазини.

Епідеміологія ОН. Через відсутність чітко зазначених діагностичних критеріїв важко визначити масштаби цього явища у світі. Загалом, дослідження показують, що ризик орторексії може торкнутися від 1% до 57,6% населення, залежно від досліджуваної групи та прийнятих діагностичних критеріїв [26]. Наприклад, у 2019 році дослідження польських дослідників Лючка et al. [27] показало, що з групи з 864 респондентів аж 240 осіб (27,7%) мали ризик розвитку нервової орторексії.

Щодо груп ризику, то тут теж немає однотайності. На думку деяких дослідників молоді люди найбільш вразливі, тоді як інші вказують на відсутність зв'язку між віком і орторексією [28]. Однак, дослідження Тернер Р. Дж., Лефевр С. Е. [29] показує, що ризик розвитку орторексії набагато більш поширений серед користувачів соціальних мереж, особливо Instagram. У людей, які користувалися цією платформою, частіше розвивали симптоми ОН. Отже, можна зробити висновок, що соціальні медіа, особливо ті, що багаті профілями, які присвячені темі здорового харчування, сприяють формуванню деструктивних харчових звичок.

Інші дослідження [30; 31] доводять, що у групі ризику знаходяться люди, які відвідують фітнес-центри, наполегливо займаються фізичними вправами. Виявлено, що від 32% до 52% відвідувачів фітнес-центрів мають високу схильність до орторексичної поведінки. Зокрема, науковець Мартинович Д. встановив [30], що досліджувані, які відвідують фітнес-центр менше року мають найвищі бали за опитувальником орторексичної поведінки. Навпаки, ті, хто використовував його протягом 1–3 років, мали найнижчі показники за опитувальником. Ці результати вказують на те, що «новачки» у фітнес-центрі можуть бути вразливими для розвитку ОН.

Деякі дослідження виявили, що жінки повідомляли про вищу схильність до орторексичної поведінки, ніж чоловіки, в різних культурах. І це пояснюється тим, що жінки знаходяться під значно вищим тиском з боку суспільства, що змушує їх дотримуватись обмежувальної дієти і вести здоровий спосіб життя [31].

Терапія ОН. Подібно до інших розладів харчової поведінки, для лікування орторексії можуть використовуватися різні види психотерапії та терапевтичних методів. Це може допомогти людині з орторексією збільшити кількість продуктів у своєму раціоні. Хоча досліджень терапевтичних результатів лікування саме орторексії не проводилося, фахівці з розладів харчової поведінки зазвичай використовують комбінацію медикаментів та різних видів когнітивно-поведінкової терапії [21]. З психодинамічної точки зору вважають, що основне лікування для повного одужання від розладу харчової поведінки включає розуміння і лікування *причини, адаптивної функції* або *мети*, яким *служить* розлад харчової поведінки [32]. Оскільки, як зазначалося вище, орторексія тісно пов'язана із особистісними особливостями, типом прив'язаності, може говорити про те, що психодинамічна психотерапія може бути ефективною і при ОН.

Загалом, лікування орторексії засноване на мультидисциплінарному підході, що включає команду психотерапевтів, лікарів та дієтологів, що забезпечує поєднання психотерапії та фармакології, правильного підбору харчування [33].

Висновки. Отже, орторексія – відносно нове явище, яке на сьогоднішній день активно вивчається. У наукових колах точаться дискусії щодо її діагностичних критеріїв, методів класифікації та основних механізмів. Досі не дуже ясно, як діагностувати цю патологічну поведінку, оскільки багато її симптомів можуть не перевищувати норму або навіть бути бажаними для людини. Проте, на сьогодні чітко відомо, що орторексія – це феномен, що описує прагнення людини до здорового харчування. Виділяють здорову орторексію та нервову. Нервова орторексія (ОН) включає дисфункційну, одержиму заклопотаність споживанням продуктів, що сприймаються як здорові і надзвичайно суворе дотримання добровільних дієтичних обмежень, що в результаті призводить до медичних, психологічних порушень, соціальної ізоляції. Ключовими елементами ОН є: виключення цілих груп продуктів, відчуття емоційного стресу, коли «чиста» їжа недоступна, нав'язлива перевірка складу продуктів, одержимість плануванням, приготуванням та споживанням «чистої» їжі, ставлення до їжі як джерела здоров'я, а не задоволення тощо. Важливо підкреслити, що всі ознаки є его-синтонними, тобто людина, яка страждає від ОН не усвідомлює свого розладу. Таким чином, хоч статус ОН як окремої клінічної одиниці залишається незрозумілим, все ж більшість дослідників відносять цей феномен до спектру розладів харчової поведінки.

Серед причин виникнення ОН називають біологічні, психологічні та соціально-культурні аспекти. Якщо зосередитися саме на психологічних, то дослідники схиляються до того, що орторексія для людини є деструктивним способом емоційної регуляції, способом справитися з внутрішньою тривогою, створити собі ілюзію безпеки, намаганням зменшити своє розчарування за допомогою здорового харчування та спеціальних ритуалів навколо приготування їжі. Пов'язана вона також із особистісними характеристиками такими як перфекціонізм, низька самооцінка та ненадійним типом прив'язаності.

Все вище сказане змушує замислитись над харчовими звичками і наводить на роздуми з приводу «правильності» чи «здоровості» харчування. Чи варто взагалі послуговуватись такими термінами? Чи варто досліджувати якість їжі детально? Чи варто шукати інформацію про вплив окремих продуктів на окремі розлади? На мій погляд, навіть сам термін «здорова орторексія» може бути хибним у контексті орторексії, адже де та межа між турботою про здоров'я та зацікленістю харчуванням? З точки зору терапії та роботи про психічне здоров'я в першу чергу, мабуть варто припинити пропагувати терміни «правильне харчування» та «здорова їжа», адже уже вони і покладають початок думок про те, яка їжа є хорошою, яка поганою. А поділ їжі на хорошу і погану це уже перший крок на шляху до орторексії. Перспектива подальших досліджень велика, адже варто дослідити можливий вплив тривожних розладів на розлади харчової поведінки і навпаки, детальніше розглянути критерії діагностики та опитувальники.

Список використаної літератури:

1. APA Dictionary of Psychology. APA Dictionary of Psychology. URL: <https://dictionary.apa.org/eating-disorders>. 2023.
2. Mental disorders. World Health Organization (WHO). URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. 2023.
3. Пінчук І. Харчові розлади можуть мати непередбачувані наслідки для здоров'я. Українформ – актуальні новини України та світу. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3385308-harcovi-roztladi-mozut-mati-neperedbacuvani-naslidki-dla-zdorova.html> (2023. № 1. С. 1).
4. Bratman, S., Knight D. Health food junkies: Orthorexia nervosa: Overcoming the obsession with healthful eating. Harmony, 2004.
5. Varga M. Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa /et al. Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2013. №. 18, no. 2. P. 103–111. URL: <https://doi.org/10.1007/s40519-013-0026-y>

6. McCallum Place | DSM 5 Diagnostic Criteria for Eating Disorders. McCallum Place Eating Disorder Center. URL: <https://www.mccallumplace.com/admissions/dsm-5-diagnostic-criteria/2023>
7. Niedzielski A., Kaźmierczak-Wojtaś N. Prevalence of Orthorexia Nervosa and Its Diagnostic Tools—A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021. №. 18, no. 10. P. 5488. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph18105488>
8. Bratman, S.; Knight, D. *Health Food Junkies. Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*; Broadway Books: New York, NY, USA, 2000.
9. Moroze R. M. Microthinking About Micronutrients: A Case of Transition From Obsessions About Healthy Eating to Near-Fatal “Orthorexia Nervosa” and Proposed Diagnostic Criteria / et al. *Psychosomatics*. 2015. № 56, no. 4. P. 397–403. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psym.2014.03.003>
10. Park S. W. Orthorexia Nervosa with Hyponatremia, Subcutaneous Emphysema, Pneumomediastinum, Pneumothorax, and Pancytopenia / et al. *Electrolytes & Blood Pressure*. 2011. №. 9, no. 1. P. 32. URL: <https://doi.org/10.5049/ebp.2011.9.1.32>
11. Kummer, A.; Dias, F.M.; Teixeira, A.L. On the concept of orthorexia nervosa. *Scand. J. Med. Sci. Sports*. 2008. № 18. C. 395–396.
12. Brytek-Matera, A. Orthorexia nervosa—An eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Arch. Psychiatry Psychother*. 2012. № 14. C. 55–60.
13. Brytek-Matera, A.; Donini, L.M.; Krupa, M.; Poggiogalle, E.; Hay, P. Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *J. Eat. Disord*. 2015. № 24. C. 1–8.
14. Barnes, M. A.; Caltabiano, M. L. The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eat. Weight Disord*. 2017. № 22. C. 177–184.
15. Mac Evilly, C. The price of perfection. *Nutr. Bull*. 2001. № 26. C. 275–276. Zagaria A. Associations between orthorexia, disordered eating, and obsessive–compulsive symptoms: A systematic review and meta-analysis / et al. *International Journal of Eating Disorders*. 2021. №. 55, no. 3. C. 295–312. URL: <https://doi.org/10.1002/eat.23654>
16. Awad E. Association between impulsivity and orthorexia nervosa / healthy orthorexia: any mediating effect of depression, anxiety, and stress? / et al. *BMC Psychiatry*. 2021. № 21, C. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03594-4>
17. 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*. 2018. №. 9, C. 67. URL: <https://doi.org/10.5430/jnep.v9n2p67>
18. Walker-Swanton F. E., Hay P., Conti J. E. Perceived need for treatment associated with orthorexia nervosa symptoms. *Eating Behaviors*. 2020. №. 38. C. 101415. URL: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101415>
19. Strahler J. Food cue-elicited brain potentials change throughout menstrual cycle: Modulation by eating styles, negative affect, and premenstrual complaints / et al. *Hormones and Behavior*. 2020. №. 124. C. 104811. URL: <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2020.104811>
20. Koven N., Abry A. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2015. C. 385. URL: <https://doi.org/10.2147/ndt.s61665>
21. Gleaves, D. H., Graham, E. C., & Ambwani, S. Measuring “orthorexia”: Development of the Eating Habits Questionnaire. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment*. 2013. № 12(2). C. 1–18.
22. Kiss-Leizer M., Rigó A. People behind unhealthy obsession to healthy food: the personality profile of tendency to orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2018. №. 24, no. 1. C. 29–35. URL: <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0527-9>
23. Strahler J. Psychological Correlates of Excessive Healthy and Orthorexic Eating: Emotion Regulation, Attachment, and Anxious-Depressive-Stress Symptomatology / et al. *Frontiers in Nutrition*. 2022. №. 9. URL: <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.817047>

24. Lasson C., Raynal P. Personality profiles in young adults with orthorexic eating behaviors. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2021. URL: <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01124-5>
25. Roncero M. Personality Profile in Orthorexia Nervosa and Healthy Orthorexia / et al. *Frontiers in Psychology*. 2021. №. 12. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.710604>
26. Łucka I. Orthorexia nervosa – a separate clinical entity, a part of eating disorder spectrum or another manifestation of obsessive-compulsive disorder? / et al. *Psychiatria Polska*. 2019. №. 53, no. 2. C. 371–382. URL: <https://doi.org/10.12740/pp/onlinefirst/85729>
27. Decyk A., Księżopolska M. Orthorexia nervosa – the border between healthy eating and eating disorders. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*. 2022. C. 381–385. URL: <https://doi.org/10.32394/rpzh.2022.0231>
28. Turner P. G., Lefevre C. E. Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2017. №. 22, no. 2. C. 277–284. URL: <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0364-2>
29. Martinovic D. Orthorexia nervosa and its association with narcissism in fitness center users / et al. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2022. URL: <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01368-9>
30. Almeida C., Vieira Borba V., Santos L. Orthorexia nervosa in a sample of Portuguese fitness participants. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2018. Oberle C. D., Samaghabadi R. O., Hughes E. M. Orthorexia nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite*. 2017. №. 108. C. 303–310. URL: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.10.021>
31. Finlay H. A. Recognizing the Territory: The Interaction of Trauma, Attachment Injury, and Dissociation in Treating Eating Disorders. *Trauma-Informed Approaches to Eating Disorders*. New York, NY. URL: <https://doi.org/10.1891/9780826172655.0003>
32. Gramaglia C. Orthorexia and anorexia nervosa: two distinct phenomena? A cross-cultural comparison of orthorexic behaviours in clinical and non-clinical samples / et al. *BMC Psychiatry*. 2017. №. 17. C. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1241-2>

FEATURES OF A NEW EATING DISORDER: ORTHOREXIA NERVOSA IN THE 21ST CENTURY

Larysa Didkovska

*Ivan Franko National University of Lviv,
1, Universytetska Str., Lviv, Ukraine, 79000
e-mail: didkovska@gmail.com*

Olha Balahurak

*Ivan Franko National University of Lviv,
1, Universytetska Str., Lviv, Ukraine, 79000
e-mail: olgalagurak@gmail.com*

Nutrition can bring many benefits to our lives, and in the modern world, this topic is very popular. Of course, it is important to review our eating habits and improve the quality of the foods we consume, as this can improve our overall health. However, for some people – those who take the idea of healthy eating to extremes – such a lifestyle can lead to a complex form of eating disorder. Researchers point out, and each of us can observe, that in recent years, the culture of various diets (gluten-free, dairy-free, vegetarian, raw food, etc.), dietary restrictions, and the creation of a certain image of "good" and "bad" food is growing. People can become excessively fixated on their diet to the point that it can grow into an intrusive idea and

harm their overall well-being. Therefore, in the late 20th century, a new term emerged: "orthorexia nervosa," and this phenomenon has been actively studied in recent years.

Orthorexia nervosa (ON) is defined as an eating disorder characterized by an excessive focus on the quality of food in order to control healthy and proper dietary habits. People with a high tendency toward orthorexia emphasize excessive concern about food, which can interfere with daily functioning; most of their problems are related to pervasive preoccupation with food, a large amount of time spent preparing food or selecting/verifying products. This phenomenon denotes pathological preoccupation with consuming "pure" food.

This article is devoted to a review of available scientific research on orthorexia. In particular, the aim was to determine how healthy eating differs from orthorexia, what is known about the symptoms, diagnosis, prevalence, personal profile, and treatment of this new type of eating behavior. The article is based on a review of the PubMed and Google Scholar databases.

Key words: healthy eating, eating disorders, orthorexia, orthorexia nervosa, orthorexic behavior.