

## Orthorexia Nervosa: история возникновения термина, диагностические критерии и место среди известных расстройств пищевого поведения

М. С. Фатеева

Киевский университет имени Бориса Гринченко, Киев, Украина  
Corresponding author. E-mail: mfatieieva@gmail.com

Paper received 15.01.21; Accepted for publication 02.02.21.

<https://doi.org/10.31174/SEND-PP2021-245IX96-13>

**Аннотация.** Эта статья посвящена определению места «нервной орторексии» среди известных расстройств пищевого поведения. Рассмотрены история возникновения термина, проведен анализ ключевых работ, раскрывающие общее видение проблемы. Проанализированы диагностические критерии в работах современных ученых. Выделены основные научные подходы к толкованию орторексии: как нового симптома в пределах известных нарушений пищевого поведения, как самостоятельного нарушения, как проявления тревожных и обсессивно-компульсивных состояний, а также как социально-культурного феномена. Определены социальные предпосылки распространения орторексии и особенности субкультуры «здорового образа жизни». Выделены этапы формирования орторексии в контексте самосознания личности.

**Ключевые слова:** нервная орторексия, расстройства пищевого поведения (РПП), субкультура, психологическая помощь, диагностические критерии.

**Введение.** Темы расстройств пищевого поведения становятся всё более актуальными в современном мире. Пищевое поведение включает в себя сложный комплекс установок, форм поведения, привычек и эмоций, и является индивидуальным для каждого человека. Это ценностное отношение человека к еде и процессу приёма пищи, ориентация на образ собственного тела, стереотипы питания в обычных условиях и ситуациях стресса. Пищевое поведение может быть гармоничным (адекватным) или девиантным в зависимости от места, которое занимает процесс приема пищи в иерархии ценностей, от количественных и качественных показателей питания, а также от его эстетики [31, с. 382].

Термин орторексия (от греч. orthos – правильный, и ogexis – аппетит) определяет специфическое нарушение пищевого поведения, характеризующееся фиксацией на правильном питании. Патологически навязчивые идеи «здоровой пищи» сопровождаются жесткой диетой, ритуализированными моделями выбора и приема пищи, избеганием продуктов, которые считаются вредными или загрязненными [19]. Хотя в основе такого поведения лежит желание улучшить собственное здоровье и благополучие, орторексия, как правило, приводит к дефициту питательных веществ в организме, вызывает обострение соматических болезней и другие медицинские осложнения, разрушает межличностные отношения, вызывает многочисленные психологические проблемы и существенно ухудшает общее качество жизни человека [4; 5].

**Целью** публикации является системное исследование путей развития понятия «орторексия» и ее диагностических критериев, определение места «нервной орторексии» среди известных расстройств пищевого поведения.

**Обзор публикаций по теме.** Впервые в клиническую практику понятие орторексии ввёл врач С. Бретмен, автор эссе «Health food junkie», в котором убедительно аргументировал негативные побочные эффекты диетической медицины и объявил о новой уникальной форме нарушения пищевого поведения - нервной орторексии. Автор поставил орторексию в один ряд с известными расстройствами пищевого поведения - анорексией и булимией. Расстройства пищевого поведения отводят питанию чрезмерное место в жизненных

практиках человека: булимия и анорексия фокусируются на количестве пищи, тогда как орторексия фокусируются на ее качестве. «Перенос всей жизненной ценности в акт приема пищи делает орторексию настоящим расстройством» [6]. Данная публикация, рассчитанная на широкий круг читателей, считается отправной точкой в истории научного анализа проблемы орторексии, и стала стимулом большого количества научных исследований, направленных на подтверждение или опровержение изложенных в ней утверждений.

Очевидно, что изучение нервной орторексии (в дальнейшем - НО) должно основываться на понятных и однозначных критериях. Наиболее перспективным видится определение пяти ключевых элементов по F. Barthels: увлеченность здоровым питанием, тревожность, озабоченность несоответствием собственной диеты субъективному стандарту, наличие сверхценных идей, нарушение жизненно важных функций (табл. 1).

Содержание таблицы 1 дает исчерпывающее представление о сущности нервной орторексии как нарушении пищевого поведения. Наиболее детально представляют это расстройство диагностические критерии, предложенные R. Mogoze и соавторами в 2014 году, они включают в себя также социально-культурные факторы [23]. Позднее эти критерии были уточнены T. Dunn и S. Vratman с целью отделения специфики альтернативной диетической модели от ее патологического усиления [11]. Авторы закономерно заметили, что диагностические критерии орторексии не должны ссылаться на конкретные элементы традиционной теории питания, так как она эволюционирует. Кроме того, не следует оценивать «ошибочность» диетической теории, которой придерживается личность. Критерии и инструменты диагностики должны различать «исключительный энтузиазм здорового питания» и дальнейшее усиление навязчивого мышления и компульсивного поведения [7].

В 2018 г. Н. Сена и соавторы опубликовали результаты метаанализа свыше 135 публикаций, посвященных проблеме нервной орторексии (далее - НО), и свели все разнообразие ее признаков к трем основным

симптомам: А) навязчивая либо патологическая увлеченность здоровым питанием; В) эмоциональные последствия (стресс, беспокойство) при несоблюдении добровольных ограничений и правил питания; С) психосоциальные нарушения в ответственных сферах жизни, а также недоедание и потеря веса [8].

**Таблица 1.** Диагностические критерии нервной орторексии в работах западных ученых

Авторы	содержание диагностических критериев
Moroze, Dunn, Hollan, Yager, Weintraub, 2014	<p><b>А:</b> Навязчивая увлеченность питанием «здоровой пищей», фокусировка на качестве и совместимости продуктов (два или более из следующих):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- соблюдение не сбалансированной диеты из-за навязчивых убеждений о "чистой пище";</li> <li>- озабоченность и обеспокоенность употреблением нездоровой или загрязненной пищи, влияние качества и совместимости продуктов на физическое и эмоциональное здоровье;</li> <li>- ригидное избегание продуктов, которые субъект считает «нездоровыми», включая продукты, содержащие жиры, консерванты, пищевые добавки, продукты животного происхождения и т.д.;</li> <li>- чрезмерное количество времени (напр., 3 и более часов в день), которые человек посвящает изучению, приобретению и приготовлению специфических типов продуктов, исходя из восприятия их качества и совместимости (не связано с профессиональной деятельностью в сфере питания);</li> <li>- беспокойство после отступления от диеты, употребления «нездоровых» или «нечистых» продуктов;</li> <li>- нетерпимость к иным пищевым убеждениям;</li> <li>- чрезмерные (не соответствующие собственному заработку) финансовые расходы на продукты питания из-за их субъективно воспринимаемого качества и состава.</li> </ul> <p><b>В:</b> Навязчивая увлеченность превращается в нарушение при следующих условиях:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ухудшение физического здоровья из-за несбалансированной диеты и недостаток питательных веществ.</li> <li>- Тяжелый стресс или ухудшение социального, учебного, профессионального функционирования из-за навязчивых мыслей и действия, сфокусированные на убеждениях о «здоровом» питании.</li> </ul> <p><b>С:</b> Нарушение не представляет собой обострение симптомов другой болезни: обсессивно-компульсивного расстройства, шизофрении или других расстройств психотического спектра.</p> <p><b>Д:</b> Поведение нельзя объяснить неукоснительным соблюдением религиозных обрядов или особыми требованиями к продуктам (аллергические реакции и другие медицинские причины, требующие специальной диеты).</p>
Barthels, 2015	<p><b>А.</b> Длительная и интенсивная увлеченность здоровым питанием и продуктами для здоровья.</p> <p><b>В.</b> Выраженная тревожность, а также интенсивное избегание продуктов, считающихся «не здоровыми» согласно субъективных убеждений.</p> <p><b>С.</b> (1). По крайней мере две сверхценные идеи касаются действия и потенциальных преимуществ для здоровья определенных продуктов И / ИЛИ</p> <p><b>С.</b> (2). Ритуализированная занятость покупкой, приготовлением и потреблением пищи, обусловленная не кулинарными причинами, а сверхценными идеями. Отклонение или невозможность соблюдать правила питания вызывает интенсивные негативные переживания, которых можно избежать жестким соблюдением правил.</p> <p><b>Д.</b> (1). Фиксация на здоровом питании влечет клинически релевантные нарушения или трудности в социальной, профессиональной и других важных сферах жизни и / или негативно влияет на детей (например, кормление не по возрасту) И / ИЛИ</p> <p><b>Д.</b> (2). Дефицит питательных веществ из-за нарушенного пищевого поведения. Осознание проблемы не является необходимым, в некоторых случаях отсутствие понимания может выступать показателем степени тяжести состояния.</p> <p><b>Е.</b> Похудение и потеря веса могут присутствовать, однако беспокойство о форме тела и весе не являются доминантными.</p> <p><i>Для диагностики орторексии должны быть четко выполнены критерии А, В, С и Е. Критерий D должен быть выполнен как минимум частично. Если критерий Е четко не выполняется, рекомендовано диагностировать атипичную нервную анорексию.</i></p>
Bratman, Dunn, 2016	<p><b>Критерий А.</b> Навязчивая фиксация на «здоровом» питании, определенном диетической теорией или устойчивыми убеждениями, конкретные детали которых могут варьировать; преувеличенные стрессово-эмоциональные реакции в связи с выбором пищи, которая воспринимается как нездоровая; потеря веса может происходить вследствие диетического выбора, но не является основной целью. Это подтверждается следующим:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Навязчивое поведение, действия и / или психологическая увлеченность диетическими практиками, которые, по убеждению индивида, способствуют оптимальному здоровью.</li> <li>2. Нарушение самонавязанных диетических правил вызывает чрезмерный страх заболеваний, ощущения собственной нечистоты и/или негативные физические ощущения, сопровождающиеся тревогой и стыдом.</li> <li>3. Диетические убеждения со временем усиливаются и могут приводить к исключению целых групп продуктов, частота и строгость «чисток» (периодов поста), которые рассматриваются, как способы очищения и детоксикации, возрастает. Эта эскалация обычно приводит к потере веса, но желание похудеть отсутствует, скрыто или подчинено представлениям о здоровом питании.</li> </ol> <p><b>Критерий В.</b> Навязчивое поведение и психологическая увлеченность приобретает клиническую формы при следующих условиях:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Недоедание, сильная потеря веса и другие медицинские осложнения вследствие ограничительной диеты.</li> <li>2. Внутрличностные страдания или нарушения социального, академического или профессионального функционирования, вытекающие из пищевого поведения и убеждений касательно здоровой диеты.</li> <li>3. Позитивный образ тела, самооценку, идентичность и/или удовлетворенность излишне зависят от самоопределенного «здорового» пищевого поведения.</li> </ol>

Примечание: обозначенные в таблице критерии являются переводом англоязычных публикаций [23, 3, 11].

Современная диагностика предполагает размежевание НО от других известных нарушений пищевого поведения. Орторексию, возможно, следует рассматривать как девиантное пищевое поведение, обусловленное чрезмерной субъективной оценкой процесса питания, его глобальным влиянием на образ жизни и поведения.

Л. М. Абсаямова предложила разграничить понятия «расстройства пищевого поведения» и «нарушения пищевого поведения»:

1. Нарушения пищевого поведения – система поведенческих актов, проявляющихся в процессе питания (стереотипы питания), препятствующих полноценному функционированию человека вследствие чрезмерного или недостаточного потребления еды, но не является болезнью (ограничительное, эмоциогенное, экстернальное пищевое поведение).

2. Нарушения пищевого поведения приводят к физическим и психическим заболеваниям и представляют собой комплексную медико - психологическую проблему (нервная анорексия, нервная булимия) [30].

Полностью поддерживая вышеуказанное мнение о необходимости разделить РПП на клинические и не клинические формы, вместе с тем, предлагаем учитывать традиционную позицию исследователей использовать понятия “нарушения” и “расстройства” как синонимы, поскольку семантика этих слов близка. Действительно, решение данной проблемы требует уточнения и обновления терминологии, касающейся пищевого поведения. Для окончательного определения орторексии как клинического расстройства или поведенческого нарушения необходимы научные доказательства, подтверждающие клинические признаки. Сегодня общепризнанными являются такие нарушения пищевого поведения, как нервная анорексия, нервная булимия, меньше известно о приступообразное переедание (binge eating). Расстройство в виде нервной анорексии проявляется в исчезновении аппетита (отказе от пищи) из-за психологических причин, например, страха ожирения, что приводит к опасно низкой массе тела. Нервная булимия характеризуется противоположными признаками: частыми приступами голода и перееданием, а также активным контролем за весом тела с помощью компенсаторного поведения, искусственно вызываемой рвоты или чрезмерных физических нагрузок [31]. Эти расстройства возникают у лиц обоих полов, чаще у молодых женщин. Распространенность анорексии составляет от 0,5 до 1%, нервной булимии - 1 - 3% [30]. Обычно, когда пишут “анорексия” или “булимия”, предполагают синдром, а когда добавляют “нервная анорексия” или “нервная булимия”, то речь идет о диагнозе. В нашей работе придерживаемся такого же принципа.

Проблематика признания болезнью определенного психического синдрома и поведенческого нарушения зависит от того, внесены ли данные феномены в нормативные документы, регламентирующие постановку диагнозов, существует ли единство их восприятия врачами, работодателями, страховыми компаниями, учеными во всем мире. Таких нормативных документов

два: МКБ (Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, ВОЗ) и DSM (Диагностический и статистический справочник психических болезней, созданный Американской психиатрической ассоциацией). Формально нервная орторексия до сих пор не признана отдельным заболеванием или расстройством, хотя на сегодняшний день часто наблюдается клиницистами и принимается ими как серьезная проблема, имеющая физиологические, психологические, социальные и финансовые последствия [4]. Глава рабочей группы АРА по вопросам пищевых расстройств Т. Волш пояснил этот факт недостаточным количеством научных исследований и публикаций, посвященными изучению явления орторексии.

Действующее издание МКБ-10 содержит рубрику «Расстройства приема пищи» (F50), включает нервную анорексию, нервную булимию, их атипичные формы, психогенные переедания и психогенную потерю аппетита, а также рвоту, вызванную психологическими расстройствами [33, с. 355-356]. DSM-5 содержит раздел «Нарушения кормления и питания» со следующим перечнем диагнозов: нервная анорексия, нервная булимия, избегание/ограничение приема пищи, приступообразное переедание (Binge Eating Disorder, так называемое «пищевое пьянство»), расстройство руминации (пережевывания), пика (извращенный аппетит либо поедание несъедобного).

Следует отметить, что долгое время Anorexia Nervosa не была признана болезнью и даже не имела названия, она впервые была описана в конце XVIII столетия, а к психосоматическим расстройствам отнесена лишь в середине XX столетия. Булимия поначалу была выделена как симптом анорексии, получила самостоятельный статус в DSM-III (1980), а в МКБ включена только в 1992 г.

Клиницисты и исследователи понимают, что симптомы большей части людей с РПП не вписываются в существующие диагностические критерии (такие, по умолчанию, относят к категории “другие неспецифические расстройства питания”). Диагностические нормативы регулярно пересматриваются в соответствии с актуальными данными медицинской статистики, прогрессом научных исследований и запросов общества. В процессе теоретико-практической работы над диссертацией (с 2015 года) произошли существенные изменения в официальной классификации болезней – в мае 2019 г. была принята МКБ - 11 редакции, которая вступит в действие в 2022 г. Изменения, наблюдаемые в последних редакциях МКБ-11 та DSM-5, позволяют сделать вывод, что исследования С. Бретмена и его последователей существенно повлияли на научные представления о РПП и соответствующую систему диагностических критериев.

Это особенно проявилось в МКБ-11, которая во многом следует рекомендациям экспертов АРА. Впервые, уточнены критерии анорексии и булимии, которые относятся к мотивации пищевого поведения. Так, диагноз «нервная анорексия» теперь не предполагает «жировой фобии», что расширяет спектр разнообразных в культуральном аспекте пояснений отказа от еды и проявлений обеспокоенности собственным телом. Нервная булимия может быть диагностирована

независимо от количества поглощенной пищи – на основе субъективного переизбытка, когда человек ест больше или иначе, чем обычно, ощущает потерю контроля над питанием, сопровождаемое дистрессом [26].

Во-вторых, существенно расширен перечень отдельных клинических форм РПП, появился термин ARFID (avoidant/restrictive food intake disorder, код 6B83), который охватывает избегание и ограничение питания вне критериев анорексии. ARFID характеризуется сознательным избеганием приема пищи или ограничением потребления определенных пищевых продуктов исходя из субъективных критериев (таких как цвет, текстура, запах пищи, ее производитель, предыдущий негативный опыт, убежденность в «опасности» продуктов). Ограниченный ассортимент желаемых продуктов со временем все более сужается, приводит к негативным последствиям, среди которых значительная потеря веса, дефицит питательных веществ, нарушения психосоциальной деятельности. Данные расстройства не связаны с медицинскими назначениями либо с религиозными убеждениями. В отличие от анорексии и булимии, ARFID не включает в себя переживания о форме или весе тела [14, 9].

Описанные изменения призваны уменьшить число неуточненных диагнозов РПП. Несложно заметить, что они включают в себе критерии НО, перечисленные в таблице 1. Вместе с тем, непосредственно термин «орторексия» в МКБ та DSM не используется. Также не упоминается здоровый образ жизни как основа, на которой развивается нарушение, что, безусловно, противоречило бы идеологическим ценностям официальной медицины. Тем не менее, следует констатировать патологизацию придиришвого, избирательного питания и признания его психическим расстройством. Это должно расширить информированность врачей и психологов о случаях ограничительных диет, которые не попадают в клиническую картину анорексии, поможет специалистам распознать таких пациентов и предоставить им адекватную помощь, а также позволит выявить реальную статистику распространения подобных диагнозов [24, 9].

Пока ARFID остается малоизвестным диагнозом, орторексия, как правило, ассоциируется с анорексией (что не случайно, исходя из происхождения этого термина). S. Vratman, D. Knight указывают, что схожесть этих расстройств состоит в чрезмерном контроле за собственным питанием, избирательностью в продуктах. Главное отличие – в мотивации, беспокойностью не количеством, а качеством пищи. «В то время, как анорексик прежде всего хочет похудеть, орторекс прежде всего хочет ощущать себя чистым» [6]. Также, подчеркивается стойкий характер этих расстройств и продолжительный, до нескольких лет, период, необходимый для восстановления нормального образа жизни.

О. А. Саволкова справедливо заметила, что основатель концепции НО ошибается относительно уникальной мотивации орторексов, ведь стремление к совершенству характерно и для людей с анорексией. Кроме того, есть многочисленные клинические данные о том, как люди с РПП обеспокоены типом пищи, которую могут себе позволить [32].

Изучая клинические основы орторексии, N. Koven

та А. Абу отмечали, что многие из описанных признаков НО являются эхо-симптомами нервной анорексии, обсессивно-компульсивного расстройства, соматоформных и тревожных расстройств. Исследователи выделили следующие сходства и различия между орторексией и наиболее близкими к ней клиническими состояниями: анорексией и обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР). НО и анорексия имеют общие черты перфекционизма, высокой тревожности и потребности осуществлять контроль. Как и лица с орторексией, так и лица с анорексией ориентированы на достижения и оценивают свое следование диете как маркер самооценки; они имеют ограниченное представление о собственном состоянии и часто отрицают функциональные нарушения, связанные с пищевым расстройством. Как и ОКР, орторексия характеризуется навязчивостью: мысли о диете и здоровье, обеспокоенность по поводу загрязнения или примесей в пищу, острая необходимость организовывать питание определенным образом (что ограничивает время на другие виды деятельности) [19].

Главным отличием орторексии от анорексии авторы называют мотивацию – сосредоточенность не на образе тела, а на воздействии пищи на здоровье. Наиболее существенным отличием НО от ОКР является то, что содержание навязчивости при орторексии воспринимается как эгосинтонное, а не эгодистонное.

Термин ego-dystonic описывает конфликт самооценки: мысли, импульсы или эмоции воспринимаются, как не относящиеся к личности; ego-syntonic описывает противоположную тенденцию: мысли и поведение воспринимаются как гармоничные с Я-образом [19]. По нашим наблюдениям, лица с анорексией обычно скрывают свое состояние, тогда как лица с орторексией, наоборот, гордятся им, что в терапевтическом плане увеличивает вероятность своевременного выявления расстройства и оказания помощи.

Некоторые авторы [3; 19] отмечают психотические особенности орторексии: магическое мышление и иррациональные убеждения, связанные с питанием. Наши практические наблюдения также подтверждают, что лицам с орторексией свойственны ложные представления о еде, которые часто имеют религиозное или культурное происхождение: например, представление о заражении (что продукты, которые между собой контактировали, продолжают влиять друг на друга во времени и пространстве), о сходстве (что поверхностная сходство продуктов на самом деле имеет глубокое значение), а также многочисленные псевдонаучные представления о влиянии способа питания на функции организма. Однако в этом случае следует различать иллюзии и сверхценные идеи, которые воспринимаются как эго-синтонные и не сопровождаются нарушениями восприятия реальности.

Итак, актуальной теоретико-методологической проблемой исследуемой темы является нахождение места орторексии в системе уже известных РПП и других психических патологий. Сегодня специалисты не имеют общего мнения по поводу нозологии этого феномена. Анализ последних научных публикаций позволил выделить четыре основные точки зрения на орторексию:

- 1) как отдельное, самостоятельное нарушение пищевого поведения,
- 2) как симптом ограничительного пищевого поведения в рамках диагнозов нервной анорексии или ARFID,
- 3) как специфическая разновидность обсессивно-компульсивного расстройства,
- 4) как социально-культурный феномен.

Важно понять, обоснованно ли считать орторексию психическим расстройством, или же это крайняя точка в континууме «нормального» отношение к еде. Некоторые исследователи предложили классифицировать нервную орторексию не как РПП, а как фактор риска для возникновения расстройств пищевого поведения [20]. Е. М. Mcinerney-Ernst ставит вопрос таким образом: является ли орторексия реальным конструктом

или это новейшая социальная тенденция? Исследование проявлений этого феномена в студенческой среде привело автора к выводу, что проявления НО «перекрываются» характеристиками ОКР и других РХП, определенными в DSM, то есть нет необходимости выделять орторексию как отдельное заболевание [22].

Результаты эмпирических исследований о распространенности и серьезности проявлений орторексии довольно противоречивы: они зависят от научной позиции автора, избранного диагностического инструмента и выборки. Так, недавнее исследование показало существенные различия ассоциативного восприятия понятия «еда»: 1168 ассоциатов к слову-стимулу «еда» у лиц с орторексией, и 829 у лиц без орторексии [13]. Проведенный нами анализ распространенности симптомов орторексии в отдельных популяциях обобщен в таблице 2.

**Таблица 2.** Мета-анализ данных эмпирических исследований распространения симптомов орторексии в определенных популяциях

Авторы	Выборка	Результаты
Donini L., Marsili D., Graziani M., Imbriale M., Cannella C., 2004 [10]	404 испытуемых	Выявлено 28 человек (6,9%) с преувеличенной моделью здорового питания и чертами ОКР; среди них преобладали мужчины и лица с низким уровнем образования.
Kinzl J., Hauer K., Traweger C., Kiefer I., 2006 [17]	283 женщин-диетологов, средний возраст 36,2 лет, Австрия	52,3 % не выявили симптомов орторексии, 34,9% имели некоторые симптомы орторексического поведения, у 12,8% диагностировано НО.
Bosi A., Camur D., Güler C., 2007 [5]	318 врачей 149 женщин, средний возраст 27,2 лет, Турция	45,5% имели симптомы орторексии либо проявляли «высокую чувствительность» в том, что касается пищевых привычек.
Eriksson L., Baigi A., Marklund B., Lindgren E. 2008 [12]	251 участник, занимающийся фитнесом, 166 женщин, средний возраст 30 лет, Швеция	Более высокий уровень симптомов НО наблюдался у тех участников, которые тренировались чаще других (3-4 раза в неделю).
Aksoydan E., Camci N. 2009 [1]	94 представителя сферы искусства, 55 женщин, средний возраст 33,4 года, Турция	54,6% участников имели симптомы НО: 81,8 % среди оперных певцов, 32,1 % среди артистов балета, 36,4% среди музыкантов симфонического оркестра
Fidan T., Ertekin V., Isikay S., Kirpinar I., 2010 [ ]	878 студентов-медиков, 359 женщин, средний возраст 21,3 года, Турция	43,6% будущих врачей показали симптомы орторексии.
Korinth A., Schiess S., Westenhofer J. 2010 [18]	«nutrition students»: 123 студента первого года обучения и 96 старшекурсников, 114 студентов других специальностей, Германия	Студенты-нутрициологи показали более высокий уровень диетической сдержанности, чем контрольная группа. Орторексические тенденции ниже у «продвинутых» студентов старших курсов.
Mcinerney-Ernst E., 2011 [22]	163 студентов разного этнического происхождения, возраст 18-40 лет, 135 женщин, средний возраст 19,9 лет, США	135 участников исследования (83%) соответствовали критериям наличия НО (общая оценка ORTO-15 меньше 40), не зависит от пола и возраста
Valera J., Ruiz P., Valdespino B., Visioli F., 2014 [29]	136 членов сообщества аштанга-йоги, Испания	У 86% респондентов диагностировано орторексию (ORTO-15 ниже 40); не прослеживается связь между возрастом и ИМТ, выраженность НО выше среди вегетарианцев.
Turner P., Lefevre C., 2017 [28]	680 женщины 18-75 лет из 40 стран мира, пользователи социальных сетей	Распространение орторексии среди активных пользователей Instagram составляет 49 % (ORTO-15), в иных социальных сетях данный эффект отсутствует. Симптоматика не зависит от возраста, ИМТ.
Reynolds R., 2018 [27]	92 студентов и сотрудников университета, Австралия	Уровень распространенности НО составил 21% при использовании порогового значения ORTO-15 менее 35 баллов; при комплексном использовании различных критериев пищевого поведения уровень распространения составил 6,5%

Согласно различным эмпирическим свидетельствам, уровень распространенности орторексии составляет от 6,5% до 86% популяции в разных выборках, высокая же представленность ее в отдельных социальных и профессиональных группах дает основания считать ее культурным феноменом. Также возникает вопрос о точности диагностических инструментов, которые могут переоценивать выраженность этого

расстройства, вследствие чего необходимы дальнейшие исследования в области точной диагностики и валидации существующих методик по определению орторексии.

**Результаты и их обсуждение.** Накоплено большое количество эмпирических данных касательно отдельных закономерностей возникновения орторексии, требующих научного разъяснения и систематизации. В

контексте предмета нашего исследования наибольший интерес вызывают особенности самоосознавания при орторексии. Таких сведений пока недостаточно. S. Bratman, исходя из клинических наблюдений, назвал некоторые личностные черты и чувства скрытыми причинами, которые приводят к НО: иллюзия безопасности, стремление к тотальному контролю, поиск духовности на кухне, идентификация с группой, страх других людей. Автор отмечает, что по крайней мере одна из этих особенностей обычно присутствует у лиц с орторексией. Отличительной особенностью такого поведения является то, что стремление придерживаться строгой диеты, выполнение определенных ритуалов позволяет лицам, склонным к орторексии, чувствовать себя более совершенными, чистыми и здоровыми. Своеобразные ценности и образ жизни вызывают чувство собственного морального превосходства над окружением в связи с избирательностью и «правильностью», что приводит к дальнейшему углублению расстройства и ухудшению психологического состояния [6]. Дальнейшие эмпирические исследования показали, что симптоматика НО положительно коррелирует с чертами перфекционизма и нарциссизма. С. Oberle и S. Lipschuetz доказали, что лица с орторексией имеют более выраженное чувство превосходства, как в целом, так и по отношению к пищевым привычкам [25].

В отличие от орторексов, лица, придерживающиеся нормального пищевого поведения, не категоричны в своих суждениях о продуктах, не приписывают им моральных качеств и проявляют гибкость относительно правил питания [19]. Столкнувшись с неприятием своих убеждений окружением, лица с орторексией избегают проявлять эти взгляды и уединяются, впоследствии это приводит к социальной изоляции [7; 21]. А. Borgida, назвала самыми распространенными сопутствующими дисфункциями и расстройствами при НО социальное беспокойство, фобии, депрессию и когнитивную ригидность, усиленные недоеданием [4]. С. Oberle, S. Lipschuetz [25] обнаружили связь симптоматики с неудовлетворенностью в личной жизни; кроме того, орторексия ассоциируется с активностью, потребностью в независимости и достижениях, личностной чертой *agency* (не существует русскоязычного аналога этого термина, ближайшее по значению понятие - субъектность).

Лица, страдающие НО, имеют невротические черты: испытывают сильную тревогу, когда им препятствуют совершать действия, связанные с вопросами планирования, закупки, приготовления, контроля за потреблением пищи. У них появляется чувство вины, ненависти к окружающим и к самим себе, если не удается выполнить собственные ритуалы и правила [21]. Навязчивое стремление к чистоте и здоровью, которое сначала зависит только от качества употребляемой пищи, со временем начинает сказываться на других сферах жизни. С. Бретмен и Д. Найт отмечают, что нарушения устойчивого порядка питания могут вызвать желание к самонаказанию в виде более жесткой диеты или очистительных процедур [21]. Вместе с тем, орторексы испытывают сильное неконтролируемое желание есть, когда переживают сильные эмоции: тре-

возность, возбуждение, счастье или горе [10]. Пищевые стандарты при орторексии включены в идеальный Я-образ, тесно связан с самосознанием и самооценкой, и фокусируются не в количестве еды, а на ее качестве. Пищевое поведение удаляется от своей физиологической основы и становится способом удовлетворения психологических и социальных потребностей высшего уровня, рассматривается как «путь к счастью» и определяет общий образ жизни человека. Внимание к качеству, полезности пищи является современным трендом, имеет объективные экологические предпосылки, вызывает общественное одобрение и объединяет вокруг себя заинтересованных лиц (то есть формирует субкультуру).

В исследованиях L. Donini и соавт. описаны «специфические ощущения» орторексов относительно пищи: «опасные» - для описания консервированных продуктов, «искусственные» - для продуктов промышленного производства, «здоровые» - для биологических продуктов [10]. Таким образом, новый психологический термин «орторексия» характеризует проявления чрезмерного энтузиазма относительно здорового питания, которое выходит за пределы адаптивного и гармоничного пищевого поведения и приобретает признаки клинического расстройства.

**Выводы.** Основываясь на вышеизложенных исследованиях, орторексию следует рассматривать как психический синдром, выходящий за рамки адаптивного пищевого поведения и может приобретать признаки клинического расстройства. Орторексия имеет общие черты с анорексией, обсессивно-компульсивным расстройством, ограничительным и избирательным пищевым поведением. Ее уникальными отличительными особенностями является восприятие диетических самоограничений как нравственной добродетели; сверхценные идеи, иррациональные убеждения относительно влияния пищевых продуктов на здоровье; социальная и субъективная желательность поведения. Орторексия не является типичным расстройством пищевого поведения, поскольку не имеет корреляции с самосознанием собственного тела, отношением к нему, а также отсутствует связь с нарушенным образом тела и попыткой похудеть.

НО отражает актуальные общественные процессы, связанные с повышением обеспокоенности населения городов качеством продуктов и их влиянием на здоровье. Тенденция тревожиться по поводу питания наблюдается в кругах последователей, объединенных общими убеждениями и ценностями и рассматривается нами как признак субкультуры в рамках традиционной культуры питания. Распространенность орторексии составляет от 6,5% до 86% в различных социальных группах. Динамика формирования орторексии разделяется на два этапа:

а) фаза здорового способа жизни (нормального пищевого энтузиазма);

б) фаза приобретения и углубления клинической симптоматики. Критерии нарушения включают в себя: навязчивую увлеченность здоровым питанием (активная направленность на обеспечение себя «полезной» или «чистой» едой, интенсивное избегание продуктов, которые воспринимаются как нездоровые), наличием сверхценных идей о глобальном и глубинном влиянии

пищи на качество жизни; ригидность, нетерпимость по отношению к пищевым убеждениям других людей; преувеличенная озабоченность соответствием собственной диеты субъективно-принятым (нереалистичным) стандартам, вызывает стрессовые состояния; зависимость Я-концепции от пищевого поведения; на поздних этапах - расстройство физических и психических функций из-за несбалансированной диеты, нарушение социальных отношений и профессиональной деятельности. Критерии и инструменты диагностики должны избегать оценки рациональности альтернативных диетических ограничений самих по себе, а также различать нормальный интерес в сфере здорового питания и патологическое усиление навязчивого мышления и поведения.

Нарушения в сфере пищевого поведения сопровождаются комплексом характерологических (психотических, невротических) признаков: когнитивная ригидность, иррациональные убеждения и «специфические

ощущения» в отношении пищи, высокая тревожность, перфекционизм, чрезмерная потребность в достижениях и контроле, неадекватность самооценки и ограниченное представление о собственном состоянии, псевдо-духовность. Социальная тревога и неудовлетворенность компенсируются чувством собственного достоинства - как относительно привычек питания, так и в целом.

Перспектива дальнейших исследований заключается в поиске новых путей эффективной психологической помощи лицам с орторексическими нарушениями пищевого поведения с применением новейших тренинговых технологий психологического содержания; адаптации и дальнейшей апробации опросников «Düsseldorf Orthorexia Scale» и «Teruel Orthorexia Scale» на украинской выборке; сотрудничеству с ведущими мировыми научными школами при формировании баз данных.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Aksoydan E., Camci N. (2009) Prevalence of Orthorexia Nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight Disorders*. Vol. 14(1). P. 33–37.
- APA. Feeding and Eating Disorders. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2014. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm10>
- Barthels F., Meyer F., Pietrowsky R. (2015) Orthorexic eating behavior. A new type of disordered eating. *Ernährungs Umschau*. Vol. 62(10). P. 156–161. <https://doi.org/10.4455/eu.2015.029>
- Borgida, A. (2011) *In Sickness and In Health: Orthorexia Nervosa, the Study of Obsessive Healthy Eating*. San Francisco: Alliant International University, California School of Professional Psychology. 226 p.
- Bosi A. T., Camur D., Güler C. (2007) Prevalence of Orthorexia Nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine. *Appetite*. V. 49(3). P. 661–666.
- Bratman, S., & Knight, D. (2000). Health food junkies: overcoming the obsession with healthful eating. Broadway Books..
- Bratman S. (2017) Orthorexia vs. theories of healthy eating. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. Vol. 22. P. 381–385. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-017-0417-6>
- Cena H., Barthels F., Cuzzolaro M. Bratman S. et al. (2018) Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature. *Eating and weight disorders*. Vol. 24(4). P. 2226. DOI: 10.1007/s40519-018-0606-y
- Coglan L., Otasowie J. (2019) Avoidant/restrictive food intake disorder: what do we know so far? *BJPsych Advances*. Vol. 25(2). P. 90–98. DOI: <https://doi.org/10.1192/bja.2018.48>
- Donini L. M., Marsili D., Graziani M. P., Imbriale M., Cannella C. (2004) Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. Vol. 9(2). P. 151–157. <https://doi.org/10.1007/BF03325060>
- Dunn T. M., Bratman S. (2016) On orthorexia nervosa: a review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*. V. 21. P. 11–17. doi:10.1016/j.eatbeh.2015.12.006
- Eriksson, L., Baigi A., Marklund B., Lindgren E. C. (2008) Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. Vol. 18(3). P. 389–394. DOI: 10.1111/j.1600-0838.2007.00723.x
- Fatieieva M.S. (2019) Associative perception of the concept of “food” by persons of 18 to 68 years old (with and without orthorexia). *EATING DISORDERS: A TRANSDISCIPLINARY APPROACH TO UNDERSTANDING AND CARE*. - Paris. - p.82 [https://www.ecedparis2019.com/images/documents/ECED\\_2019\\_ABSTRACT\\_BOOK.pdf](https://www.ecedparis2019.com/images/documents/ECED_2019_ABSTRACT_BOOK.pdf) p.82
- Feeding or eating disorders. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics* (Version: 04/2019) URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Fidan, T., Ertekin V., Isikay S., Kirpinar I. (2010) Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*. Vol. 51(1). P. 49–54.
- Franko D. L., Keshaviah A., Eddy K. T., Krishna M. et al. (2013) A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 170(8). P. 917–925. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12070868>
- Kinzl, J. F., Hauer K., Traweger C., Kiefer I. (2006) Orthorexia nervosa in dietitians. *Psychotherapy and Psychosomatics*. Vol. 75(6). P. 395–396.
- Korinth A., Schiess S., Westenhofer J. (2010) Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences. *Public Health Nutrition*. Vol.13(1). P. 32–37. DOI: 10.1017/S1368980009005709.
- Koven N. S., Abry A. W. (2015) The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. V.11. P. 385–394. DOI: <https://doi.org/10.2147/NDT.S61665>
- Mac Evilly C. (2001) The price of perfection. *Nutrition Bulletin*. Vol. 26(4). P. 275–276. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1467-3010.2001.00182.x>
- Mathieu, J. (2005) What is orthorexia? *Journal of the American Dietetic Association*. Vol. 105(10). P. 1510–1512.
- McInerney-Ernst, E. M. (2011) Orthorexia Nervosa: real construct or newest social trend? [Dissertation in Psychology, University of Missouri-Kansas City], Kansas City, Missouri. 111 p. URL: <https://mospace.umsystem.edu/xmlui/bitstream/handle/10355/11200/McInerneyErnstOrtNerRea.pdf?sequence=1>
- 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*. V. 54(2). P. 3–18.
- Norris, M. L., Spettigue W. J., Katzman D. K. (2016) Update on eating disorders: current perspectives on avoidant/restrictive food intake disorder in children and youth. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. Vol. 12. P. 213–218. DOI: <https://doi.org/10.2147/NDT.S82538>

25. Oberle, C. D., Lipschuetz S. L. (2018) Agency and Relationship Dissatisfaction Associated with Orthorexia Symptomatology. *Open Journal of Psychiatry*. Vol. 8 № 3, P. 345–354. DOI: 10.4236/ojpsych.2018.83027
26. Reed, G. M., First M. B., Kogan C. S. et al. (2019) Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*. Vol. 18(1). P. 3–19. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20611>
27. Reynolds, R. (2018) Is the prevalence of orthorexia nervosa in an Australian university population 6.5%? *Eating and weight disorders*. Vol. 23(4). P. 453–458. doi: 10.1007/s40519-018-0535-9.
28. Turner P. G., Lefevre C. E. (2017) Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. Vol. 22. P. 277–284. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-017-0364-2>
29. Valera J. H., Ruiz P. A., Valdespino B. R., Visioli F. (2014) Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: a pilot study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. Vol. 19. P. 469–472. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40519-014-0131-6>
30. Абсалямова Л. М. (2014) Розлади та порушення харчової поведінки особистості. *Проблеми сучасної психології*. № 25. с.19–33.
31. Менделевич В. Д. (2008) Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. 6-е изд. М. : МЕДпресс информ. 432 с.
32. Саволкова О. А. (2014) Нервная орторексия: к постановке проблемы. *Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика*: электрон. науч. журн. № 2(4). URL: [http://medpsy.ru/climp/2014\\_2\\_4/article04.php](http://medpsy.ru/climp/2014_2_4/article04.php)
33. ВОЗ (1995) Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Том 1 (часть 1). Женева: Всемирная организация здравоохранения. 697 с.

#### REFERENCES

30. Абсалямова Л. М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2014. № 25. с.19–33.
31. Mendelovich V. D. Clinical and medical psychology. Practical guidelines. 6<sup>th</sup> issue. M. : MEDpress inform. 2008. 432 p.
32. Savolkova O. A. (2014) Orthorexia nervosa. Clinical and medical psychology: research, education, practice: electronic scientific journal. V 2(4). URL: [http://medpsy.ru/climp/2014\\_2\\_4/article04.php](http://medpsy.ru/climp/2014_2_4/article04.php)
33. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (1995). ICD-10 : Volume 1, Part 2. 697 p. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/87721>

#### Orthorexia Nervosa: history of the term, diagnostic criteria, and place among known eating disorders

M. S. Fatieieva

**Abstract.** The article is devoted to determining the place of "orthorexia nervosa" among the known eating disorders. The history of the term is considered, the analysis of key works, revealing the general vision of the problem, is carried out. Diagnostic criteria of orthorexia in the works of modern scientists have been analyzed. Current approaches to the etiology of orthorexia are highlighted, there are four main ones: as a new symptom within the known eating disorders, as an independent disorder, as a manifestation of anxious and obsessive-compulsive states, as well as a socio-cultural phenomenon. The social prerequisites for the spread of orthorexia and the peculiarities of the "healthy lifestyle" subculture have been determined. The stages of orthorexia formation in the context of personality self-awareness are highlighted.

**Keywords:** *Orthorexia nervosa, eating disorders (ED), psychological help, subculture, diagnostic criteria.*