

## ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ПРОГРАМ КОРЕКЦІЇ ПРОЦЕСІВ САМОУСВІДОМЛЕННЯ В ОСІБ З ОРТОРЕКСИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

### PROSPECTS FOR USE OF SELF-AWARENESS PROCESSES CORRECTION PROGRAMS AMONG PEOPLE SUFFERING FROM ORTHOREXIC EATING BEHAVIOURS

У статті розглядається проблематика психотерапії осіб з орторексією – надмірним запалом щодо якості харчування, який виходить за межі адаптивної та гармонійної харчової поведінки, та вибору стратегії «правильного харчування» як компенсації невирішених внутрішньоособистісних проблем. Сьогодні зв'язок самоусвідомлення з якістю життя та симптоматикою нервової анорексії добре досліджено, подібних же досліджень стосовно орторексії немає.

У роботі розглянуто можливості терапевтичного впливу на процеси самоусвідомлення осіб із порушеною харчовою поведінкою та перспективи впровадження корекційних програм. З'ясовано характерні особливості самоусвідомлення осіб із порушеною (обмежувальною) харчовою поведінкою, які є важливим діагностичним критерієм і одночасно мішенню терапевтичної роботи.

Програму корекції процесів самоусвідомлення осіб з орторексією апробовано з 2018 по 2020 рр. (Україна), за даними порівняльного аналізу спостерігається тенденція до позитивних змін у самосприйнятті учасників експериментальної групи – зростання їх задоволеністю собою, самосимпатії та самоінтересу, нормалізація самооцінки, зменшення схильності до самозвинувачення, та зростання рівня самоприйняття. Відбулися подолання орторексичного розладу, зростання харчової інтуїції, що забезпечило задоволеність якістю життя учасників програми. У контрольній групі такої динаміки змін не спостерігалось, однак у цій групі за методикою самоствердження В.В. Століна відбулося зниження самоінтересу. Цей факт необхідно розглядати і пояснювати так: спочатку участь у психологічному дослідженні й інтерес із боку експериментатора зумовили підвищені оцінки, але це не мало подальшого продовження, тому й зникло без підкріплення. Водночас в експериментальній групі, де сформувався міцний, надійний терапевтичний альянс, даного явища не спостерігалось.

Проаналізовано перспективи використання корекційних програм із підвищення харчової інтуїції осіб з орторексією, що призводило до поглиблення самоусвідомлення й підвищення якості життя. Отримані результати дозволили впевнено стверджувати, що внаслідок корекційно-формувального впливу сприйняття себе (самоусвідомлення) учасників програми трансформувалося і стало більш благополучним.

**Ключові слова:** орторексія, самоусвідомлення, програма корекції, порушення хар-

чової поведінки, інтуїтивне харчування, нервова анорексія, субкультура.

The article is concerned with psychotherapy for people with orthorexia – obsessive passion for food quality, which goes beyond adaptive and harmonious eating behavior, and the choice of strategy of “proper nutrition” to compensate for unresolved intrapersonal problems. To date, the connection of self-awareness, quality of life and symptoms of anorexia nervosa has been well studied, while additional studies on orthorexia are still needed.

The study has shown the possibilities of therapeutic influence on the processes of self-awareness of people with disordered eating and the prospects for the implementation of correctional programs. The characteristic features of self-awareness of people with restrictive eating behavior are clarified. They are considered to be important diagnostic criterion, and at the same time the target of therapeutic work.

The correctional program for people with orthorexia was implemented from 2018 to 2020 (Ukraine). According to the comparative analysis, there was a tendency to positive changes in the self-perception of the experimental group – increasing their self-satisfaction, self-acceptance, self-sympathy and self-interest, normalization of self-esteem, reducing self-blame. Orthorexic behavior pattern was overcome; there was observed growth of food intuition, which ensured satisfaction with the quality of life of program participants. In the control group, such dynamics of changes was not observed, but in this group according to the method of self-assessment by Stolin was noted a decline in self-interest. This fact has to be explained as follows: initially, participation in psychological research and interest on the part of the experimenter led to higher grades, but it had no further continuation, and therefore disappeared without reinforcement. At the same time, in the experimental group, where a strong, reliable therapeutic alliance is formed, such phenomenon was not observed.

The findings from the current study prove prospects for the use of correctional programs focused on increasing food intuition of people with orthorexia, which led to a deepening of self-awareness and improved quality of life. Therefore obtained results allowed us to confidently state that due to the corrective and formative influence the perception of self (self-awareness) of the program participants was transformed and became more favorable.

**Key words:** orthorexia, self-awareness, correction program, disordered eating, intuitive eating, anorexia nervosa, subculture.

УДК 159.9:613.2

DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2020.16.40>

**Фатєєва М.С.**

магістр психології,  
аспірант кафедри практичної психології  
Інститут людини  
Київського університету  
імені Бориса Грінченка

**Постановка проблеми.** Останнім часом світова наукова спільнота приділяє значну увагу проблематиці порушень харчової поведінки. Намагання харчуватися якомога краще асоціюється зі зміцненням здоров'я та підвищенням якості життя, але часто вибір фокусу на «правильне харчування» виступає в якості компенсації невіршених внутрішньоособистісних проблем, а у випадку орторексії призводить до прямо протилежних наслідків. Орторексія – новий психологічний термін, що характеризує надмірний ентузіазм щодо здорового харчування, який виходить за межі адаптивної та гармонійної харчової поведінки. Основними симптомами орторексії виступають: а) нав'язлива або патологічна захопленість якісними характеристиками їжі; б) важкі переживання через недотримання самоприйнятих обмежень і правил; в) виразні негативні наслідки: порушення фізіологічних функцій та соціального життя.

Порушення самоусвідомлення є важливим діагностичним критерієм порушеної харчової поведінки. Незважаючи на велику увагу вчених до порушень харчової поведінки й те, що зв'язок самоусвідомлення із симптоматикою нервової анорексії вже з'ясовано [2], подібних досліджень стосовно орторексичної поведінки немає. Можна констатувати, що проблема залишається теоретично та емпірично недослідженою. Тому пошуки нових підходів до корекції самоусвідомлення осіб із порушеною харчовою поведінкою, розробка новітніх корекційних програм, спрямованих на збереження та розвиток психічного здоров'я, є дуже затребуваними.

Виклад основного матеріалу. Відчуття особою себе як недостатньо хорошої, успішної, «усвідомлення своєї малоцінності підштовхує людину до компенсації» [12, с. 19], пошуків шляхів самоствердження, і оскільки контролювати власне харчування набагато простіше, ніж інші аспекти, ділом життя людини стає «правильне харчування». Як показали нещодавні дослідження, самоствердження – основна потреба осіб з орторексією [11, с. 106], а табу на «нездорову їжу» і значні обмеження в харчуванні – це інструменти досягнення власної переваги.

Дослідження самоусвідомлення в соціальній психології почалося із праці Ш. Дюваль та Р. Віклунда з роботи «Теорія об'єктивного самоусвідомлення», в якій закладене найпоширеніше визначення поняття «здатність стати об'єктом власної уваги» [3, с. 3]. Автори відмітили, що людина може зосереджувати увагу на зовнішньому середовищі або на собі; концентрація уваги на собі стимулює процес самооцінки. Коли суб'єкт усвідомлює себе, він порівнює себе зі стандартами поведінки – ментальними уявленнями про пра-

вильну поведінку, ставлення та особисті риси. Взяті разом, стандарти визначають, що таке «правильна людина» [3, с. 4]. Відповідність або невідповідність стандартам викликає відчуття задоволення або незадоволення собою, що стимулює людину дотримуватись певних дій або змінювати власну поведінку. При орторексії стандартом правильної поведінки виступає неухильне дотримання жорсткої дієти. Патологічно нав'язлива ідея «здорової їжі» супроводжується ритуалізованими моделями вибору і споживання їжі та уникненням продуктів, які вважаються шкідливими або засміченими [5, с. 385].

Сучасним трендам (зручному швидкому харчуванню) та традиційним цінностям (в українській культурі – багато накритому столу) протистоїть орторексична субкультура. Вона об'єднує прихильників ЗСЖ («здорового способу життя» і харчових обмежень) та послідовників численних альтернативних дієтичних систем, які поділяють схожі уявлення, переконання, цінності та стиль життя [14, с. 132].

Відомо, що соціальне середовище, яке підкреслює унікальні характеристики людини (наприклад, єдиний чоловік у жіночій групі), призводить до індивідуалізації та тимчасово підсилює самоконцентрацію [6, с. 148]. Водночас обставини, що заохочують подібність у поведінці, зовнішності та цінностях (наприклад, військовий загін або субкультурна група), зменшують самоконцентрацію і, таким чином, знижують рівень соціальної тривоги, підкреслюючи єдність та приналежність до соціальної групи. Орторексична субкультура є міжнаціональною, об'єднує представників різного віку та статі, різних етнічних та релігійних груп, видів зайнятості, й дозволяє послідовникам знизити рівень соціальної тривоги та задовольнити потребу у самоствердженні.

За роки свого існування теорія об'єктивного самоусвідомлення зазнала суттєвого переосмислення: сьогодні визнано, що стандарти податливі та підлягають змінам [7, с. 239]. Починаючи з віку немовляти і до дорослого життя самоусвідомлення розвивається та підтримується через соціальну взаємодію. З огляду на це особливої уваги потребує пояснення впливу суспільних очікувань на харчову поведінку людини, а також шляхи трансформації зовнішніх та внутрішніх стандартів, які особи з орторексією використовують для самооцінювання. Все це дозволяє нам розглядати самоусвідомлення як інструмент для дослідження й корекції взаємодії індивіда та середовища [15, с. 200], і впливаючи на самоусвідомлення, опосередковано корегувати порушену харчову поведінку.

Порушення самоусвідомлення є важливим діагностичним критерієм порушеної харчо-

вої поведінки. Анорексія та булімія супроводжуються перебільшеним впливом характеристик зовнішності і маси тіла на самооцінку людини [10, с. 488]. Крім того, при анорексії відзначається психопатологічне порушення у сприйнятті власної фігури і ваги, спотворення образу свого тіла; заперечення очевидних фактів (наприклад, ненормально малої ваги, доцільності медичного чи психотерапевтичного втручання); страх ожиріння зберігається як нав'язлива або надцінна ідея (DSM-5, 2013; МКХ-11, 2019). Ці особливості осіб з анорексією підтверджені в багатьох клінічних дослідженнях: спотворене сприйняття власної тілесності [8], розколотість цілісної структури «Я» і стресодоступність самоставлення; поширеність алекситимії, низький рівень рефлексії, труднощі у сприйнятті власних почуттів та емоцій інших людей.

З іншого боку, переїдання також супроводжується низьким рівнем самоприйняття та незадоволеністю власним тілом, що трактується як неприйняття своєї тілесності, відсутність контакту з тілом, самовідчуження, небажання бути «тут і зараз», різновид «усіченої самосвідомості» [8; 16]. Цікаві результати отримані стосовно того, що жінки, які страждають від анорексії та булімії, малюють себе інакше, ніж ті, хто не має розладів харчової поведінки та має нормальну вагу [4, с. 400]. О.О. Скугаревський зазначає, що в більшості випадків такі прояви не є наслідком порушених процесів сприйняття, проблема полягає саме в характері суджень людини [13].

У випадку орторексії також виникають надцінні ідеї, а харчова поведінка сильно впливає на самосприйняття, викликаючи самопіднесення або самоприпинення. Якщо такі люди порушують дієту, вони соромляться цього, відчують провину, збентеження і переляк, тоді як при дотриманні встановлених дієтичних обмежень вони почуваються «чистими», «повними досконалості» [1, с. 2]. Проте ці аспекти малодосліджені і потребують уточнення.

З 2018 по 2020 рр. в рамках проведеного емпіричного дослідження особливостей самоусвідомлення осіб з орторексією було розроблено Програму корекції процесів самоусвідомлення осіб з орторексією (надалі використовується абревіатура ПКПС).

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

- 1) відновлення харчової інтуїції;
- 2) виявлення проблем, що впливають на якість життя особи;
- 3) формування й відпрацювання навичок подолання стресових ситуацій (не за рахунок харчових обмежень) для гармонійного, здорового, соціально успішного життя.

Програму побудовано на спеціальних принципах гуманізму, наукової обґрунтованості, доцільності, системності, бодінейтральності.

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

З метою максимально якісного, достовірного підбору матеріалів для оцінки ефективності програми нами було обрано індивідуальну форму роботи (короткострокову індивідуальну психотерапію). ПКПС складається з 9 зустрічей: однієї діагностичної та восьми терапевтичних, тривалістю 50 хвилин. Програму впроваджено на базі Асоціації лікарів та психологів «Розлади харчової поведінки: терапія та превенція», Україна.

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

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

На етапі формульованого експерименту з метою отримання початкових та кінцевих замірів було використано низку психодіагностичних методик, які дозволили проаналізувати ефективність програми: *Римський опитувальник нервової орторексії ORTO-15, Шкала інтуїтивного харчування-2 (Intuitive Eating Scale-2), «Опитувальник образу свого тіла» (ООТ)*

О.А. Скугаревського, С.В. Сивухи, «Опитувальник самоствавлення» В.В. Століна, асоціативний експеримент, вербальний семантичний диференціал.

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

**Результати проведеного дослідження.**

Крок перший. За результатами Римського опитувальника нервової орторексії відбувся значущий зсув даних (рис. 1).

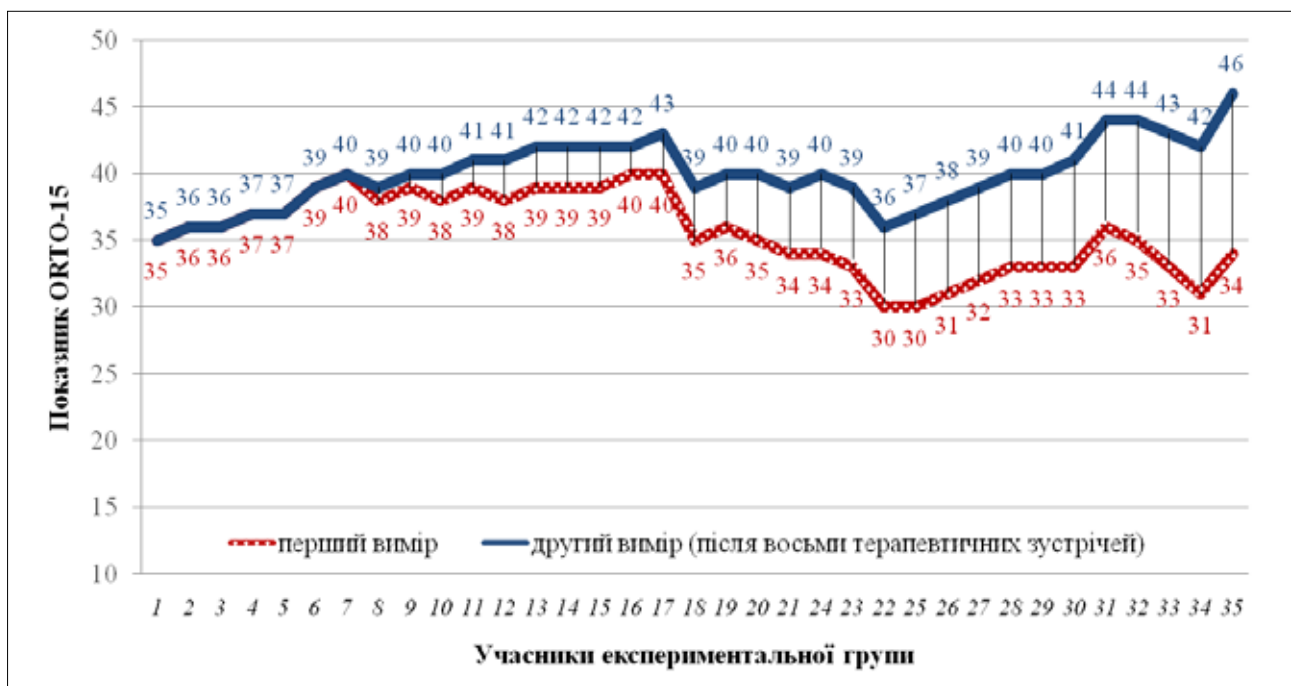
Результативність впливу можна оцінити за даними частотного аналізу. Було підраховано величину зростання показника ORTO-15, в якості кроку для вимірювання використано величину стандартного відхилення за методикою (4 бали). Як видно з таблиці 3.1, загалом 80% учасників демонструють більш чи менш виражене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

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

Середньогруповий показник за методикою виріс більше ніж на 4 бали. Перевірка за допомогою парного t-критерію Стьюдента показала, що ці зміни є статистично значущими ( $t = -7,42, p = 0,000$ ) (табл. 2).

Крок другий. Оцінка харчової інтуїції за допомогою Шкали інтуїтивного харчування показала значуще зростання за всіма показниками. Це засвідчує результативність роботи, спрямованої на поліпшення харчової інтуїції, що включала розвиток інтероцептивної усвідомленості, співнастроєності з відчуттями тіла, використання їжі для задоволення фізичних, а не емоційних потреб, збільшення довіри до сигналів власного тіла (табл. 3).

В окремих випадках спостерігалось незначне зниження загального показника



**Рис. 1. Зсув індивідуальних показників ORTO-15 в результаті корекційно-формульовального впливу**

**Результативність терапевтичного впливу за показниками методики ORTO-15 (n=35)** Таблиця 1

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



Таблиця 2

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

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

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

Таблиця 3

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

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

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

інтуїтивності харчування, що можна пояснити підвищенням інтероцептивної чутливості після терапевтичного впливу, що дало змогу уважніше до себе заповнити опитувальники, тоді як до встановлення терапевтичних стосунків та проходження корекційної програми деякі з респондентів заповнювали їх з меншим розумінням себе та сигналів власного тіла (рис. 2).

Крок третій. Повторна діагностика показала достовірні зміни самоствавлення на усіх структурних рівнях (табл. 4).

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

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

вираженої потреби у схваленні з боку інших, що впливає на рівень відповідних очікувань.

З таблиці 4 також бачимо, що на рівні конкретних дій стосовно власного «Я» після проходження терапії достовірно зменшується схильність до самозвинувачення ( $p=0,020$ ), зростає рівень самоприйняття ( $p=0,050$ ). Найвиразніші зміни стосуються саморозуміння ( $p=0,000$ ) – людина «приходить до ладу» сама із собою.

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

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

Що стосується контрольної групи, як видно з таблиці 5, вираженої різниці у значимих для нас показниках немає.

Однак за шкалою 6 (методика самоствавлення В.В. Століна) можна помітити *зниження самоінтересу*. Цей факт можна пояснити тим, що спочатку участь у психологічному дослідженні (інтерес з боку експериментатора) зумовила підвищені оцінки, потім без підкріплення цей ефект зникає. Тоді як в експери-



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

Таблиця 4

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

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

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

Таблиця 5

**Порівняльний аналіз показників контрольної групи**

	<b>Перший діагностичний вимір</b>	<b>Другий діагностичний вимір</b>	<b>Значущість зсуву даних</b>
ORTO-15	37,52 ± 3,50	37,47 ± 3,57	p=0,791
Безумовний дозвіл на прийом їжі	3,50 ± 0,72	3,22 ± 0,77	p=0,101
Їжа з фізіологічних, а не зовнішніх або емоційних причин	3,66 ± 0,67	3,51 ± 0,69	p=0,446
Чутливість до сигналів голоду та ситості	3,88 ± 0,79	3,64 ± 1,21	p=0,141
Гармонія їжі та тіла	3,57 ± 0,69	3,43 ± 1,11	p=0,513
Загальний показник	3,66 ± 0,54	3,44 ± 0,60	p=0,140
Опитувальник сприйняття свого тіла	5,11 ± 1,74	4,76 ± 1,89	p=0,250
Шкала S – глобальне самоствавлення	93,07 ± 6,17	91,13 ± 9,18	p=0,257
Шкала I – самоповага	86,00 ± 12,68	84,32 ± 13,94	p=0,342
Шкала II – аутосимпатія	90,02 ± 8,97	86,00 ± 16,42	p=0,236
Шкала III – очікуване ставлення від інших	72,25 ± 13,15	74,70 ± 18,47	p=0,482
Шкала IV – самоінтерес	86,21 ± 18,49	80,90 ± 23,43	p=0,112
Шкала 1 – самовпевненість	78,35 ± 12,90	76,51 ± 13,45	p=0,488
Шкала 2 – очікуване ставлення інших	48,43 ± 17,04	52,21 ± 17,74	p=0,131
Шкала 3 – самоприйняття	93,51 ± 9,51	95,84 ± 7,64	p=0,214
Шкала 4 – самокерівництво	74,14 ± 13,26	70,41 ± 12,12	p=0,248
Шкала 5 – самозвинувачення	27,46 ± 18,09	34,37 ± 23,52	p=0,155
Шкала 6 – самоінтерес	92,61 ± 16,42	81,71 ± 23,61	p=0,011
Шкала 7 – саморозуміння	80,57 ± 17,12	79,04 ± 16,14	p=0,596

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

ментальній групі, де формується терапевтичний альянс, даного явища не спостерігається.

**Висновки із проведеного дослідження.** Програму корекції процесів самоусвідомлення осіб з орторексією (ПКПС), складену у 2018 році, було успішно реалізовано. Результатами підтверджено обґрунтованість зазначених напрямків корекції процесів самоусвідомлення осіб із розладами харчової поведінки й засвідчено достатньо високу ефективність вказаної програми.

Дані формуального експерименту переконливо показали суттєві зміни особистісних показників респондентів в експериментальній групі (ЕГ), було помітно зростання загального показника – глобального самоствавлення та підвищення харчової інтуїції, тоді як вираженість орторексичних патернів поведінки та рівню самозвинувачення мали тенденцію до зниження. Усе вищевикладене дозволяє стверджувати, що внаслідок корекційно-формуального впливу відбувається усвідомлення себе як особистості та свого місця, життєвих орієнтирів у суспільній діяльності не за рахунок контролю їжі й харчових обмежень. Сприйняття себе (самоусвідомлення) учасниками програми трансформувалося й стало більш благополучним.

У показниках респондентів контрольної групи спостерігалася відсутність статистично

значущих змін щодо глобального самоствавлення, самозвинувачення та вираженості орторексичних патернів поведінки. Слід визнати, що в названій групі за методикою самоствавлення В.В. Століна відбулося зниження самоінтересу. В експериментальній групі, де сформовано міцний, надійний терапевтичний альянс, даного явища не спостерігалось.

За даними порівняльного аналізу спостерігалася тенденція до позитивних змін показників учасників експериментальної групи – зростання їх задоволеністю собою, самосимпатії й самоінтересу та рівню самоприйняття, відбулася нормалізація самооцінки, зменшення схильності до самозвинувачення. Було зафіксовано подолання орторексичних патернів поведінки, зростання харчової інтуїції, що забезпечувало задоволеність якістю життя. Такої ж динаміки змін у контрольній групі не спостерігалось.

Таким чином, основним завданням психокорекційного супроводу порушень самоусвідомлення осіб з орторексією вбачаємо: створення оптимальних умов для зростання харчової інтуїції та інтероцептивної усвідомленості, розвитку поваги до тіла, самоспівчуття та зниження рівня самообвинувачення. Усе вищевказане призводить до поглиблення самоусвідомлення й суттєвого підвищення якості життя.

## ЛІТЕРАТУРА:

1. Bratman S., Knight D. Health food junkies: overcoming the obsession with healthful eating. *New York: Broadway Books*, 2000. 256 с.
2. De la Rie, S. M., Noordenbos, G., & van Furth, E. F. (2005). Quality of life and eating disorders. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 14(6), 1511–1522. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-0585-0>.
3. Duval T. S., Wicklund R. A. A theory of objective self-awareness. *New York: Academic Press*, 1972. 238 p.
4. Guez J., Lev-Wiesel R., Valetsky S., Kruszewski D., Penev B. Self-figured rawings in women with anorexia; bulimia; overweight; and normal weight: A possible tool for assessment. *The Arts in Psychotherapy*. 2010. V. 37 (5). P. 400.
5. Koven N. S., Abry A. W. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2015. V.11. P. 385–394. DOI: <https://doi.org/10.2147/NDT.S61665>.
6. Phemister, A. A., & Crewe, N. M. (2007). Objective self-awareness and stigma: Implications for persons with visible disabilities. In A. E. Dell Orto & P. W. Power (Eds.), *The psychological and social impact of illness and disability* (p. 145–155). Springer Publishing Company.
7. Silvia P. J., Duval T. S. Objective self-awareness theory: Recent progress and enduring problems. *Personality and Social Psychology Review*. 2001. Vol. 5(3). P. 230–241. doi: 10.1207/S15327957PSPR0503\_4.
8. Дорожевец А.Н. Искажение образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04. Москва : РГБ, 2005. 194 с. URL : <http://vprosvet.ru/wp-content/uploads/2010/10/Dorojevets-disser.pdf>.
9. Келина М.Ю., Мешкова Т.А. Алекситимия и ее связь с пищевыми установками в неклинической популяции девушек подросткового и юношеского возраста. *Клиническая и специальная психология*. 2012. № 2. С. 34–45
10. Клиническое руководство по психическим расстройствам / ред. Д. Барлоу; пер. с англ. под ред. Э.Г. Эйдемиллера. 3-е изд. Санкт-Петербург : Питер, 2008. 912 с.
11. Лозова О., Дробот О., Фатеева М. Парадокси потребово-мотиваційної сфери осіб з нервовою орторексією. *Врачебное дело (Лікарська справа)*, 2017. № 7. С. 104–110.
12. Попович, О.В. «Особенности визначення змісту поняття «компенсація» у контексті аналізу культурних процесів». *Вісник Національної академії керівних кадрів культури і мистецтв*, 2015. 1(4). С. 18–22.
13. Скугаревский О.А. Нарушения пищевого поведения : монография. Минск : БГМУ, 2007. 340 с.
14. Фатеева М.С. Дослідження порушень харчової поведінки (орторексія) у форматі вивчення сучасних субкультур. *Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Педагогіка і психологія: Актуальні проблеми досліджень на сучасному етапі»*. Київ, 2019. С. 131–133.
15. Фатеева М.С. Еволюція поняття самоусвідомлення в психологічній науці. *Матеріали I Міжнародної науково-практичної конференції «Психологія свідомості: Теорія і практика наукових досліджень»*. Переяслав-Хмельницький, 2017. С. 198–201.
16. Шебанова В., Онуфрієва Л. Самоставлення та самоприйняття у жінок із зайвою вагою. *Проблеми сучасної психології*. 2019. Вип. 46. С. 420–440. DOI: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2019-46.420-440>.