

Реальное качество жизни vs завышенные представления о собственной изысканной внешности

Цацулин А. Н.^{1, *}, Цацулин Б. А.²

¹ Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации (Северо-Западный институт управления РАНХиГС), Санкт-Петербург, Российская Федерация; *vash_64@mail.ru

² Национальный исследовательский университет ИТМО, Санкт-Петербург, Российская Федерация

РЕФЕРАТ

Актуальность. Статья посвящена рассмотрению вопроса, казалось бы, чисто медико-философского характера, когда человек, под агрессивным воздействием и изошренным давлением средств массовой информации, выбирает такой паттерн своего пищевого поведения, который заметно отличается от общепринятого, называемого нормальным. Придерживаясь избранного способа пищевого поведения, потребитель доводит свой организм до известных степеней обессиливания, психического истязания и с диагнозом «нервная орторексия» превращается в пациента специализированных клиник реабилитации, становится подопечным мозгоправов. Для любого организма последствия такого диагноза носят, как правило, разрушительный характер.

Цели работы. Авторы статьи пытаются исследовать генезис этой малоизученной проблемы и обнаружить какие-либо связи с уровнем и качеством жизни россиян последних лет, с качеством потребляемых пищевых продуктов и с общим психологическим состоянием социума в период его испытания избыточно долгим кризисом.

Методики и выборка. В качестве методов исследования были использованы диагностические пакеты, тестирование функционального состояния пациентов по схемам *Donini&Marsili*, ORTO-15 и клинические опросы их уже в качестве респондентов. Большая статистическая выборка онлайн-опроса представлена 612 респондентами разного пола и разных возрастных групп. Для оценки уровня жизни и заболеваемости нервной орторексией использованы статистические методы измерения связи Спирмена, Пирсона, структурных средних и пр.

Результаты. Обнаружено, что нервной орторексии присущ феномен *избегающего поведения*, входящего в группу неспецифических пищевых расстройств пациента.

Выводы. Полученные результаты ретроспективного периода подтверждают рабочую гипотезу о существовании статистически значимой связи между снижением уровня жизни городского населения Северо-Западного федерального округа и частотой заболевания нервной орторексией в разных ее проявлениях.

Ключевые слова: жизненные стандарты, уровень благосостояния, черта бедности, качество жизни, качество продуктов питания, нервная орторексия, расстройство пищевого поведения, обсессивно-компульсивное расстройство, черно-белое мышление

Real Quality of Life vs Extended Representations of Your Own Clear Exterior

Alexander N. Tsatsulin^{a, *}, Boris A. Tsatsulin^b

^a Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (North-West Institute of Management, Branch of RANEPa), Saint-Petersburg, Russian Federation; vash_64@mail.ru

^b National Research University ITMO, Saint-Petersburg, Russian Federation

ABSTRACT

The relevance. The article is devoted to the consideration of a question that would seem to be of a purely medical and philosophical nature, when a person, under aggressive influence and sophisticated pressure of the media, chooses a pattern of his eating behavior that differs markedly from

the generally accepted behavior, called normal. Adhering to the chosen method of eating behavior, the consumer brings his body to a certain degree of weakening, mental torture and with a diagnosis of "Nervous orthorexia" turns into a patient of specialized rehabilitation clinics, becomes the ward of doctors for the treatment of white brain. For any organism, the consequences of such a diagnosis are usually destructive.

Objective. The authors of the article are trying to investigate the genesis of this little-studied problem and find any connection with the level and quality of life of Russians in recent years, with the quality of food consumed and with the general psychological state of society during its testing with an excessively long crisis.

Methods. Diagnostic packages, testing of the functional state of patients according to *Donini&Marsili*, ORTO-15 and their clinical surveys are already as respondents. A large statistical sample of the online survey is represented by 612 respondents of different sexes and different age groups. To assess the standard of living and morbidity by Nervous orthorexia, statistical methods were used to measure the relationship of Spearman, Pearson, structural averages, etc.

Results. Nervous orthorexia has been found to be characterized by the phenomenon of *avoidant behavior* that is included in the group of nonspecific eating disorders of the patient.

Conclusion. The results of the retrospective period confirm the working hypothesis about the existence of a statistically significant relationship between the decline in the standard of living of urban population in the Northwestern Federal District and the incidence of Nervous orthorexia in its various manifestations.

Keywords: standard of living, welfare level, poverty line, quality of life, food quality, Nervous orthorexia, eating disorder, obsessive personality type, black and white thinking

Здоровых людей нет — есть недообследованные пациенты.

Из наблюдений врачей общей практики

Введение

Если уровень жизни как социально-экономическая категория выражает сложившуюся меру удовлетворения среднего индивидуума в материальных и культурных потребностях, а также степень обеспеченности потребительскими благами того же индивидуума, то жизненный стандарт, как правило, характеризуется и описывается количественными технико-экономическими показателями, которые соотносят и определяют нормативный, политически задаваемый или желаемый уровень потребления благ всех видов в конкретной общественной формации. И параметры этого стандарта могут заметно отличаться как в ту, так и в другую сторону от фактического размера потребления экономических благ членов конкретной общественно-экономической формации.

В западной традиции и в методологии международной гармонизированной статистики жизненный стандарт определяется как набор счетных характеристик объема и структуры потребляемых благ, который усредненные представители сложившейся социально-демографической группы населения принимают в качестве ориентира потребления, в том числе по позициям понесенных расходов семейного бюджета на питание, одежду, жилье, транспорт, медицинские, образовательные, бытовые услуги и пр.

Возмездную стоимость этого ориентира (периодически пересматриваемого и официально нормируемого стандарта) государство, со своими институтами, и гражданское общество, со своими рупорами, должны конституционно, т. е. неукоснительно, гарантировать каждому гражданину. Но лапидарно понятый патернализм немедленно сталкивается с проблемой *неопределенности*, которую следует признать как данность текущего момента, и многие россияне понимают это, отдают себе отчет о происходящем.

Однако любая неопределенность, касающаяся будущего людей, немедленно пробуждает эмоциональные волнения и порождает тревожное состояние психики, которые многих не отпускают уже никогда. Тем не менее, такого рода неопределенность следует принимать достаточно спокойно и, по существу, смириться с осознанием этого. И одновременно необходимо подвергать непрерывному мониторингу такие специализированные счетные характеристики, как коэффициенты концентрации и дифференциации населения по уровню дохода, с опаской озираясь на колеблемость доходных групп населения возле так называемой *черты бедности*.

В конце XIX в. британские экономисты, статистики и социологи Чарлз Бут (*Booth Ch.*) и Бенджамин Сибом Раунтри (*Rowntree B. S.*) провели ряд предметных исследований по бедности на местных статистических материалах городов Лондона и Йорка. Оба исследователя правомерно считаются основоположниками дефиниций и понятийного аппарата в области понимания уже упомянутой *черты бедности*. За исходную же точку отсчета англичане первоначально принимали возможности индивидуума удовлетворить свои насущные потребности триадой благ — пища, одежда, жилище. «Бедные — это те, чьи нужды не удовлетворяются в соответствии с обычными стандартами жизни в данной стране» [7].

Б.С. Раунтри пошел в своих исследованиях гораздо дальше коллеги. Так, изучая в динамике семейные бюджеты потребительских панелей за ряд лет, он пришел к выводу, что фактически складываются два вида бедности — первичная и вторичная. Бедность *первичная* характеризует семьи с недостаточным объемом средств для удовлетворения первоочередных нужд даже при рациональном использовании денежных доходов. Бедность *вторичная* распространяется на те типы семей, где основные потребности не покрываются соответствующими экономическими благами, но в связи с неразумной и не оптимальной тратой располагаемых семьями доходов [20].

Исследователь добился ясности в том, что не получалось ни у кого до него, а именно — разделить тех, кто действительно был беден, и тех, кто был просто расточителен. Отсюда, по Раунтри, проистекает разделение ответственности за случившуюся у индивидуума бедность на *личную* и *социальную*. При статистическом анализе исследователь стремился определить массив фактической численности нуждающихся, связав уровень той и иной бедности с такими признаками-факторами, как состояние рынка труда и безработицы, размер заработной платы, качество жилищных условий и критериальные параметры *черты бедности*. Подобные расчеты осуществлялись ученым в ходе всех трех его масштабных исследований 1899, 1935 и 1951 гг.

Означенную черту бедности Б.С. Раунтри определял, исходя из уровня дохода семьи, необходимого лишь для удовлетворения основных потребностей по позициям упомянутой триады благ. Такой уровень принимался за абсолютную черту бедности, которую, тем не менее, можно регулировать не только путем изменения цен на продовольственные, непродовольственные товары и тарифов на приобретаемые услуги, но и независимо от размера и порядка распределения располагаемых семейных доходов.

Сформулированные концепция, принципы и предложенные методы измерения британских социально-экономических статистиков оказали заметное влияние на характер последующего изучения категории бедности. Некоторые известные специалисты хотя и пытались позднее вносить какие-либо изменения в инструментарий, но напрямую лишь копировали их [16].

Измеряемая капитализация человеческого потенциала, развитие и накопление компонентов человеческого капитала в общественном пространстве и времени включают в себя такие составляющие капитала, как состояние здоровья, продолжительность жизни и смертность, реальный уровень образованности, культуры, сформированность профессиональных компетенций, а также, с экономической точки зрения, поддержку способностей населения к расширенному воспроизводству

общественного капитала и воспроизводство самого работника как экономического субъекта рынка труда. Авторы данной статьи крепки в своем убеждении, что именно все перечисленное на самом деле образует наиболее важные тренды мирового макроэкономического процесса в условиях глобализации и турбулентности постиндустриальной экономики.

Формулирование проблемы

Россия не чужда этому процессу, многие позиции из перечисленного образуют текущую повестку работы кабинета министров РФ. Из самых последних доказательств активности руководства страны можно назвать утверждение Президентом России Стратегии развития здравоохранения в стране до 2025 года¹. Документ вступил в силу со дня его опубликования — 07. 06. 2019 г. Но понижение уровня реальных доходов россиян в последние пять лет заметно отразилось не только на объемах и структуре их потребления. Желание многих представителей молодого (и не только) поколения соотечественников выглядеть в общественной жизни внешне несколько лучше, чем удастся жить при понижении располагаемых возможностей, обладать высокой степенью когнитивной ориентации на высокие социальные результаты имеет свою негативную, более того, зловещую сторону.

К подобным проявлениям и последствиям понижения уровня и качества жизни россиян можно отнести заметное ухудшение физического и психического здоровья нации на фоне вызывающего искреннее сожаление развала системы отечественного здравоохранения. Но именно забота государства о своих согражданах, его таргетированный патернализм, призванный стоять на страже психического здоровья человека и общества в целом, позволяет каждому человеку в отдельности и социуму не чувствовать себя потерянным в пространстве и во времени. Вспышка алкоголизма, наркомании, рост суицидных проявлений, угрожающая динамика ВИЧ-инфицированности по регионам РФ, фактической инвалидизации населения — это все то, что начинает серьезно беспокоить властные структуры лишь в последние два года.

Но специалисты отечественного здравоохранения и социологи, придерживающиеся строгого эпистемологического подхода к точному и достоверному знанию, уже давно отмечают алармистский рост психических отклонений и девиантного поведения у представителей разных возрастных групп и социальных слоев населения. Так, например, в психолого-психиатрической сфере наблюдений это проявляется в виде дрейфа социума в сторону оккультизма, различных деструктивных верований, так называемых «приступов массового психоза» [5], расцвета маргинальных субкультур и иных форм социально-психологического саморазрушения личности.

Такого рода проявления индивидуума связаны с тем, что медицина по своей природе дуалистична и, наряду с естественно-научной, включает в себя также гуманитарную компоненту. Другими словами, отдельная человеческая особь, рассматриваемая философской теорией человека и современной медициной, одновременно принадлежит двум разным мирам — миру земному, телесному (явленная материальная необходимость + биологическая закономерность) и миру неземному, психического существования (мир сверхчувственного + духовная умопостигаемая сущность + психологические закономерности). В соответствии с воззрениями академика В. И. Вернадского на природу человека, на его существование в двух мирах, «ум, сознание, дух, способность создавать новое, небывшее, — все это унаследовано человеком из мира сверхчувственного, умопостигаемого» [1, с. 12].

¹ Путин одобрил программу развития здравоохранения до 2025 года [Электронный ресурс] // Новости России. URL: <https://news.ru/obshestvo/putin-odobril-programmu-razvitiya-zdravoohraneniya-do-2025-goda/> (дата обращения: 09.06.2019).

Так, выдающийся русский терапевт Григорий Антонович Захарьин (1829–1897/1898) еще в 1886 г. требовал от своих коллег-врачевателей при осуществлении терапевтических мероприятий прибегать к фиксации двойственного диагноза — *diagnosis morbi et diagnosis aegroti* (латынь), т.е. *диагностику заболевания и диагностику пациента*, и призывал лечить больного, а не его болезнь [2]. Это тем более справедливо, что имплицитные мотивы возникают подсознательно, ведут к эмоциональным предпочтениям и к имплицитным поведенческим импульсам человека, пытающегося нащупать себя в конкретной социальной среде.

В этом смысле убедительной иллюстрацией служит обнаружение сравнительно недавно и сравнительно нового заболевания сугубо психической природы, но, по существу, рукотворного, спровоцированного и отягощенного социально-экономическими реалиями. Нервная орторексия (*Orthorexia nervosa*, от греч. ὀρθός — прямой, непосредственный и ὄρεξις — непреодолимый позыв к еде, уровень аппетита) — широко исследуемое в последнее время расстройство пищевого поведения во всех возрастных группах, независимо от половой принадлежности индивидуума, но наблюдаемое преимущественно у женщин.

В соответствии с базовыми положениями био-психо-социальной концепции психических расстройств (Grant P. M., 2009 [14]), возникновению психической патологии способствуют три агрегированных фактора с разными пропорциями воздействия: биологический, включая генетический признак-фактор¹; а также психологический (информационная перегрузка, состязательный процесс, угроза социальному статусу, самооценке, ближайшему окружению и т.д.) и социально-экологический, которые актуализируют предрасположенность индивида к психическим расстройствам.

Поведение человека характеризуется крайним или чрезмерным его стремлением к особому типу ментальности и отдельному способу физического существования в среде фактически ограниченного набора пищевых продуктов. Идеологией и основным принципом подобного бытия является зацикленность на так называемом «здоровом и правильном питании», что ведет к осознанным и значительным, уже персональным ограничениям в выборе продуктов питания, в их групповом ассортименте, объемах и энергетической ценности, в характере обработки и в технологиях их потребления.

Все это, так или иначе, но теснейшим образом связано с плюрализмом видения возникшей сравнительно свежей медико-психологической проблемы и с валидностью трактовки понятийного аппарата, который собственно и должен характеризовать набор интегральных оценок признаков-факторов и идентифицированных обстоятельств существования обсуждаемого термина в форме психосоматического заболевания — нервная орторексия (НО).

А при поиске механизма причинно-следственных связей возникновения подобного недуга важно располагать достоверной информацией о периодически уточняемом содержании понятия *качество жизни*, по которому не утихают дискуссии исследователей, представляющих многие специальности и научные направления. В этом смысле представляет специальный интерес и заслуживает особого внимания деятель социально-экономического научного сообщества острота последних обсуждений вокруг мема и контента «доказательная медицина» [3] с учетом особенностей собираемых аудиторий.

Во-первых, тех настоящих специалистов, что проявляют повышенный интерес к построению надежной, универсальной и сбалансированной системы технико-экономических показателей, которые призваны достоверно отразить материальную сторону жизни и усредненного человека, и общества в целом, а также зафиксиро-

¹ Согласно эпигенетическим представлениям, экспрессия генов зависит от стрессовых воздействий (от англ. stress — напор, гнет, напряжение), т.е. является неспецифическим раздражителем, вызывающим у индивида состояние стресс-ситуации.

вать реальную степень обеспеченности социума материальными, натурально-вещественными и социально-экономическими благами.

Во-вторых, тех многочисленных оппонентов подобному, т. е. изложенному выше, взгляду на суть понятия *качество жизни*, что придерживаются принципиально иной социологической ориентации на построение альтернативной группы неких комплексных показателей метафизической сущности бытия, социальной и иной удовлетворенности населения страны в конкретных разрезах и аспектах существования, и социума в целом в рамках агностического или безусловно религиозного восприятия реальности, т. е. бытия. Иллюстрацией такого своеобразного подхода могут служить разнообразные попытки властных структур построить официальные статистические индексы «счастья», коэффициенты «удовлетворенности» населения всем и вся, индикаторы «социального оптимизма» и пр.

Высказанное экстрактно позволяет авторам статьи в качестве рабочей гипотезы попытаться предельно корректно сформулировать в онтологическом и/или социально-политическом ключе два крайне актуальных, комплексных по составу элементов, непростых, с точки зрения понимания механизма причинно-следственных связей, и одновременно интересных вопроса, связанных с достижением цели проводимого авторами исследования:

- могут ли конкретные случаи расстройства пищевого поведения отдельных индивидов в форме НО быть связаны с понижением в последние, начиная с 2012 г., кризисные годы уровня качества жизни россиян, резким ухудшением качества потребляемых продуктов питания **и/или**, соответственно, с обострением девиантного поведения в среде подростковых (пубертатного периода) и юношеских возрастных групп?
- является ли принявший нестандартные и болезненные формы проявления феномен так называемого *здорового и правильного питания* новой разновидностью какой-либо болезни из общепринятого перечня медицинской симптоматики (например, психиатрический недуг) **или же** это просто наблюдаемый в последнее время особый вариант социально-культурного поведения, в рамках установленных и выделенных фокус-групп, выявленных и идентифицированных профессиональной социологией субкультур?

Методы

Для исследования явления НО авторами данной статьи были изучены официально подтвержденные медицинскими показаниями факты, анамнез и отобраны в большую репрезентативную выборку лица (162 пациента — 111 женщин, 51 мужчина), обладающие четко диагностированным *обсессивно-компульсивным расстройством* (ОКР) типа личности [21] или имеющие соответствующие предпосылки для самостоятельного внесения в свою жизнь необходимых *диетических ограничений* [4]. Цель подобных ограничений декларируется необходимостью укрепить здоровье. Но именно обращение к разнообразным спорным диетам парадоксальным образом влечет за собой прямые серьезные негативные психосоматические последствия для физического здоровья и/или психологического состояния индивида. Так, по информации Роберта Лихи (*Leahy R. L.*), порядка 2,5% американцев когда-то имели ОКР, что на момент актуализации сведений составило, в оценке авторов, примерно 7,67 млн человек [4].

Зафиксированные авторами данной статьи проявления наблюдались, например, в форме искусственной социальной изоляции, состояния повышенной тревожности, потери способности питаться согласно установленным традиционным/культурным моделям диет, снижения уровня рационально ориентированного поведения в целом ряде полезных для здоровья человека видов экономической деятельности.

Критериальные признаки-факторы диагностики и симптоматики тревожного явления НО с ее невнятной этиологией находят свое отражение в концепции *ритуализма* как специфического вида поведения личности, основой которого служит, в свою очередь, значимость и важность конкретного персонального действия, вне зависимости от выявленной эффективности этого действия. В известных, по литературным источникам, фактах, правда, в достаточно редких, к счастью, случаях, выбранный новый образ жизни наблюдаемых лиц с подобным целеполаганием не только создавал угрозы их здоровью, но и приводил даже к летальным исходам¹.

В качестве специального медицинского термина понятие *орторексия* впервые было введено в научный оборот американским врачом Стивеном Братманом в 1997 г. [8]. В журнале «*Yoga Journal*» указанный автор уточнил и дополнил термин уже как *нервная орторексия* — НО (*ortho*, орто — правильный/верный и *orexis*, оре́ξις — присутствующий аппетит), что, по его мнению, буквально означало *правильный аппетит*, или же применительно к общепринятой практике — *правильное питание*, как это пространно, но убедительно трактуется в работе [9], а с элементами дискуссии — также в [19]. Представляется правомерным не смешивать нарождающийся недуг НО с классической *нервной анорексией* (Дж. Торенс Уилсон; Кэтлин М. Пайк), основной синдром которой заключается в полном отсутствии аппетита (с вариантами его принудительного подавления) при объективной потребности пациента в полноценной еде [6, p. 487].

На данный момент не существует каких-либо строгих диагностических критериев НО, и ее диагноз не включен в классификаторы *DSM-V* (диагностическое и статистическое Руководство по психическим расстройствам) и МКБ-10 (Международный классификатор болезней). Соответственно, такой диагноз не может быть поставлен официально, однако специалисты в области психиатрии и медицинской психологии широко используют термины видовых *орторексий* при клиническом описании данного расстройства пищевого поведения индивида в качестве уже пациента клиники или при его амбулаторном наблюдении. К настоящему времени на данную тему были опубликованы в различных рецензируемых журналах международного авторитетного уровня, в поисковых платформах *Scopus*, *Web of Science* и в других системах четыре специальных тематических доклада и более 35 научных статей [13].

Согласно данным предыдущих исследований, опубликованных в период 2011–2017 гг., из 111 случаев голландских пациентов с заявленным расстройством пищевого поведения специалисты полагают, что в 74 случаях (т.е. в 66,67% по выборке) в своей клинической практике они наблюдали четко выраженный синдром НО. Тем не менее, официально Американская психиатрическая ассоциация вообще не признает *орторексию* расстройством приема пищи, ссылаясь при этом на комментарии к документам *DSM-III*, *DSM-IV*, а также на мнения авторитетных специалистов, занимающихся прикладной психиатрией, но исключительно на территории США [22].

Авторы настоящей статьи в табл. 1 формулируют свое представление о наличии существенных различий по избранным критериям в отношении трактовки принципов традиционного питания и феномена так называемого *здорового и правильного питания* при НО в качестве одной из рабочих гипотез.

Однако известными итальянскими учеными были проведены предварительные исследования, показавшие, что данный диагноз НО выставлять можно официально, поскольку он достаточно специфичен и отражает реально существующие клинические проявления и процессы, протекающие в организме пациента [12]. Еще раньше,

¹ Fatal Orthorexia [Электронный ресурс]. URL: <http://www.orthorexia.com/original-orthorexia-essay/fatal-orthorexia/> (дата обращения: 14.02.2019),

**Сравнение НО (так называемого здорового и правильного питания)
и традиционного питания**

Table 1. Comparison of orthorexia nervosa (*healthy and proper nutrition*)
and traditional nutrition

№ п/п	Критерий	Нервная орторексия (НО)	Традиционное питание
1	Выбор пищи	Потребляется, по мнению индивидуума, «исключительно правильная, натуральная и здоровая» пища	Критерий выбора: привычка, вкусовые предпочтения индивидуума. Ест то, что «хочется» и что удовлетворяет его персональную пищевую потребность
2	Вид пищи	Очень узкий, вплоть до одного-единственного, но «проверенного» поставщика-вендора	Широкий спектр продуктов, не боится пробовать новое и неизвестное
3	Сравнение пищи	По критерию «полезности» осуществляет дихотомический выбор: овощи лечат рак, а мясо, дрожжи — это яд*	По интуитивному персональному ощущению респондента: «хочу — не хочу», «нравится — не нравится»
4	Социальные контакты	Чувство превосходства над другими и желание навязать им свой стиль питания. Выбирает соответствующее социальное окружение (сторонников диеты). Ограничивает общение с теми, кто не соблюдает установленный пищевой паттерн, как с «лицами неправильными»; избегает «неправильных» ресторанов, мест и друзей	«Каждый ест так, как хочет». Нет проблем с потреблением непривычной пищи. Пища не влияет на выбор социального окружения, потребление пищи в компании приветствуется. Прием пищи рассматривается как способ наладить новые социальные контакты, в том числе полезные, включая даже карьерные соображения
5	«Срывов» с диеты нет	Повышенная самооценка, чувство превосходства, ощущения жесткого самоконтроля	Не отмечается при разумно и сознательно выстроенных диетах, включая медицинские рекомендации
6	Есть «срывы» на диете	Гипертрофированное чувство вины, паника, самообвинения, «самокопание» и иной алармизм по данному поводу	Изменение стиля питания редко рассматривается в аспекте «вред здоровью». Чаще всего под воздействием привходящих обстоятельств
7	Финансовая составляющая потребления пищи	Выраженные финансовые расходы на «правильную» пищу; навязчивые мысли о еде более трех часов в день; тревога при отсутствии финансовой возможности обеспечить себя «здоровой» пищей	Выбор продуктов осуществляется исходя из личного финансового благополучия, индивидуальных пищевых предпочтений и традиционного рациона
8	Удобство питания	Отнимает много времени	Экономит время на еду
9	Планирование рациона	Строгий подсчет макроэнергетического состава пищи (калории — нарастающим итогом), жесткое меню на день, на неделю, на месяц вперед и даже, заглядывая дальше	Прием пищи осуществляется с учетом физической активности и реального аппетита, чувства голода, рациональных соображений и здравого смысла

№ п/п	Критерий	Нервная орторексия (НО)	Традиционное питание
10	Цель изменения способа питания	Взять свою жизнь под строгий контроль, улучшить состояние здоровья и внешнее обличье по меркам, стандартам конкретной «мега-звезды»	Пища служит утилитарным и гедонистическим целям, потребностям в социальных контактах
11	На что обращает внимание индивид	Мнение знаменитых авторитетов, модные книги, бестселлеры, гуру, целители и прочие «властители дум»	Мнение медицинских организаций. Физический комфорт, удобство, объективные физиологические изменения

*<https://www.youtube.com/watch?v=rC2ZITmlG8w> (дата обращения: 23.02.2019).

Источник: составлено авторами.

в 2009 г., Урсула Филпот (*Ursula Philpot*), председатель Британской диетологической ассоциации и профессор Городского университета Лидса, описала пациентов с НО в журнале «The Guardian» как лиц, исключительно обеспокоенных качеством принимаемой пищи, основным критерием выбора которой является соответствие продуктов достаточно виртуальным категориям *чистых* или *правильных* [11].

Тест, который предложили исследователи *L. M. Donini & D. Marsili*¹, для диагностики НО (ORTO-15), показал хорошую прогностическую способность при пороговом значении в 40 баллов (эффективность 73,8%, чувствительность 55,6% и специфичность 75,8%) и может использоваться в практике диагностики пациентов с расстройствами, используя сведения из табл. 2 по 15 специализированным вопросам. Однако дальнейшее изучение этого вопроса, по мнению авторов статьи, необходимо продолжить и верифицировать на российских материалах, а также при проведении специального обследования по регионам страны и крупным городам-миллионникам.

Авторами был проведен онлайн-опрос пользователей социальных сетей, интересующихся вопросами здорового образа жизни и питания, оценена их активность на порталах и сайтах указанных сетей, проанализированы особенности пищевого поведения и специфические симптомы нервной орторексии с помощью опросника ORTO-15. Как представляется, методологический дизайн подобного исследования может быть использован и в будущих исследованиях с аналогичными целями, а полученная информация послужит ценной накапливаемой базой изучения переживаний людей, страдающих от дистресса, а также для дальнейшего уточнения диагностических критериев НО.

Приведем перечень вопросов комплексного теста *Donini&Marsili*, используемого при диагностике НО. При этом предлагаются четыре варианта ответа на каждый из вопросов: «Всегда», «Часто», «Иногда», «Никогда»:

1. Думаете ли Вы о калорийности пищи во время еды? 2. Чувствуете ли Вы зашатачивание, когда идете в продуктовый магазин? 3. Беспокоят ли Вас мысли о еде в последние три месяца? 4. Обусловлен ли выбор пищи беспокойством о состоянии вашего здоровья? 5. Является ли вкус пищи более важной характеристикой, нежели ее качество, когда Вы оцениваете еду? 6. Готовы ли Вы потратить

¹ Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire [Электронный ресурс]. URL: <https://orthorexia.com/wp-content/uploads/2010/06/Donini-Orthorexia-Questionnaire.pdf> (дата обращения: 14.02.2019).

Таблица 2

Таблица выставления баллов для теста ORTO-15 при диагностике НО
 Table 2. The scoring table for the ORTO-15 test in the diagnosis of *orthorexia nervosa*

Группы вопросов-идентификаторов п/п	№ вопроса теста ORTO-15	Варианты ответов по тесту			
		всегда	часто	иногда	никогда
1	2-5-8-9	4	3	2	1
2	3-4-6-7-10-11-12-14-15	1	2	3	4
3	1-13	2	4	3	1

больше денег, чтобы есть здоровую пищу? 7. Волнуют ли Вас мысли о еде в течение более трех часов в день? 8. Позволяете ли Вы себе какие-нибудь нарушения в режиме питания (условно — пищевые грехи)? 9. Как Вы полагаете, Ваше настроение влияет на пищевое поведение? 10. Считаете ли Вы, что убеждение есть только здоровую пищу повышает Вашу самооценку? 11. Как Вы думаете, употребление здоровой пищи повлияло на Ваш образ жизни (частота питания, друзья, другое)? 12. Вы думаете, что употребление здоровой пищи может улучшить Ваш внешний вид? 13. Чувствуете ли Вы вину при нарушениях в режиме питания (условно — пищевые грехи)? 14. Думаете ли Вы, что в продаже есть еще и нездоровая пища? 15. В настоящее время Вы употребляете пищу в одиночестве?

Результаты

Если уже отмеченные выше исследователи расстройств пищевого поведения Дж. Торренс Уилсон и Кэтлин М. Пайк наглядно различали причины возникновения и симптоматику *нервной анорексии* от *нервной булимии* [6], то, по мнению также упомянутого британского диетолога У. Филпот [17] и других авторитетных авторов, главным отличием орторексии от других распространенных видов расстройств пищевого поведения пациента является беспокойство последнего об отклонениях качественных характеристик принимаемых продуктов питания от указанных выше рамочных категорий (здоровые и/или нездоровые продукты). Именно это обстоятельство, как отмечает А. Хилл (*Amelia Hill*), позволяет отличать НО от *анорексии* и *булимии*, при которых основное внимание пациент уделяет, во-первых, объемам съеденного пищевого продукта (количественные, физические характеристики натурально-вещественного состава) и, во-вторых, надежно измеряемым мерам калорийности и энергетической ценности пищевых ингредиентов [15]. Авторы данной статьи полностью разделяют такой подход А. Хилл к идентификации и диагностике НО.

Активное использование авторами социальных сетей как источника актуальных данных было связано с тем обстоятельством, что их пользователи располагают наиболее полным набором рисков и обладают наибольшей угрозометрией в отношении НО, с которой ни так называемый индекс массы тела, ни возраст респондентов не имеют, как обнаружили авторы, какой-либо заметной связи. Распространенность нервной орторексии среди исследуемой условной *net*-популяции составила чуть более 49%, что, однако, значительно выше, нежели в общем массиве популяции — около 1%.

Наши результаты показывают, что присутствие в интернет-сообществах дискуссионных панелей по здоровому питанию повышает шансы распространенности

симптоматики НО у сетевых пользователей, поскольку воздействие на них той или иной медийной «знаменитости», властителя дум в условиях миллионной аудитории подписчиков и десятков миллионов просмотров имеет решающее значение. И это влияние имеет своеобразные микс-последствия — как клиника развития НО, так и длительный процесс восстановления расстройств пищевого поведения.

В отношении участников онлайн-опроса устанавливалось: их возраст (полные годы), половая принадлежность / самоидентификация (по выбору респондента), национальная и конфессиональная принадлежность, район проживания, рост (см), вес (кг), а также среднедушевой доход в данной семье. Собранные информация по росту и весу оказалась не полной (3,57% от объема выборки). В ходе онлайн-опроса авторами также установлено, что для индивида, страдающего нервной орторексией, в общепринятой коннотации образа жизни принцип «здорового питания» становится настолько важным, что озабоченность этим вопросом не оставляет места для каких-либо иных интересов и увлечений в его жизни. В этой ситуации пищевой рацион индивида определяется уже исключительно по критерию *предельной полезности (marginal utility)* съедаемого продукта. При этом вкусовые индивидуальные предпочтения самого потребителя им же, как это не покажется странным, во внимание вообще не принимаются.

Кроме того, авторами обнаружено, что НО присущи феномены так называемого *охранительного и избегающего поведения*, входящих в группу неспецифических и панических пищевых расстройств, изолированных фобий и даже агорафобии, т.е. намеренное исключение из персонального рациона очевидно «вредных» или заведомо «запрещенных» продуктов питания, страхи принятия пищи в публичных местах, еды в грязных условиях, присутствия испорченных продуктов и прочее [10].

В случае нарушения диеты употребление этих самых запрещенных (в рамках персонального диетического перечня) продуктов вызывает ощущение заметной тревожности, серьезного возбуждения и сильное, даже гипертрофированное чувство вины, боязнь проявления собственных эмоций и непредвиденных действий. Весь перечисленный набор компульсий корреспондирует с широко известной, как стилистическая фигура речи в риторике, аллюзией — «Я — грязная», а также иных вариантов возможного восприятия порушенных для индивида самоограничений и аскезы. Статистические результаты онлайн-опроса показаны в табл. 3.

Статистический анализ проводился в *Microsoft Excel 2014* и *SPSS Version-18*. Поскольку данные об использовании социальных сетей были непараметрическими, для определения взаимосвязей между показателем ORTO-15 и использованием социальных сетей рассчитывался коэффициент корреляции рангов Ч. Спирмена. К стохастическому же распределению баллов по схеме ORTO-15 применялась статистика связи К. Пирсона, и, соответственно, оценивались коэффициенты парной корреляции между балльными характеристиками как результативным признаком-фактором и учтенными признаками-факторами — возрастом, ИМТ и других характеристик респондентов на уровне 1,25% статистической значимости различий.

Что касается специфических особенностей социально-психологического поведения пациентов с расстройствами пищевого поведения в виде НО, то они испытывают большую, нередко чрезмерную, потребность быть любимым и чувствовать себя защищенным в самом широком смысле. В большинстве случаев эти лица чувствуют себя неудачниками, слабыми, и они зачастую испытывают длительное и мучительное смешанное чувство стыда и вины. Пациенты с расстройствами пищевого поведения склонны к самоуничтожению и заниженной самооценке личности. Они, согласно результатам проведенного авторами опроса, часто утверждают в наборе сентенций будто бы: «чувствуют, что не могут есть», или «если поедят, то ощущают себя виноватыми, как будто сделали что-то такое, чего не должны были делать», или «взяли что-то некое, чего они не заслужили».

Таблица 3

**Сводные результаты статистического анализа большой выборки онлайн-опроса
по отдельным признакам-факторам**

Table 3. Summary results of statistical analysis of a large sample online survey
on individual signs-factors

№ п/п	Признак-фактор, оцениваемый по выборочной совокупности участников онлайн-опроса	Доверительный интервал выборочного среднего с вероятностью утверждения в $p = 95,40\%$, $t = 2$
$k \quad \overline{1, K}$	x_k	$\overline{x_k^{\max}} \geq \overline{x_k} \pm \mu_{x_k} \times t \geq \overline{x_k^{\min}}$
1	Возраст, полных лет	$25,37 \pm 6,92$
2	Индекс массы тела (ИМТ), %	$22,14 \pm 3,89$
3	Число съеденных видов продуктов из предложен- ного перечня $j = 1, m$; $m = 20$, ед.	$12,65 \pm 4,12$
4	Оценка ORTO-15, баллы	$37,28 \pm 3,16$
5	Рацион питания по видам пищевого поведения, % объема выборки	а) веганы — 22,84; б) всеядные — 35,47; в) вегетарианцы — 10,21; г) прочие — 31,48
6	Район проживания респон- дента, %	а) г. Санкт-Петербург — 54,45; б) Ленинградская область — 27,14; в) другие субъекты РФ — 18,41

Источник данных: авторский онлайн-опрос в период 01.09.2018 — 30.12.2018; число респондентов $n = 612$.

Также важной особенностью социально-психологического поведения больного НО, принятой авторами к изучению, является упомянутый выше «ритуализм» как особый тип поведения личности, подчеркивающий важность и значимость самой рутины как ритуала, вне зависимости от исхода ритуального поведения¹. Известно, что ритуальное поведение в общественной жизни несет в себе специфическую социально-психологическую функцию. Согласно мнению американского исследователя образа жизни Роберта Мертона, лицо, исполняя какой-либо ритуал, даже сакральный по своему содержанию, чувствует себя вполне спокойным и достаточно защищенным даже при полной уверенности, что никогда, тем не менее, не достигнет намеченной конкретным ритуалом вожденной цели [18].

Законченная убежденность в том, что представляет собой образ «здорового питания», часто формируется под воздействием различных, подчас скандальных и двусмысленных, авторских диетических теорий и сомнительных практик вроде сыроедения, экстремальных диет, фитнес-диет, веганства и пр., пр., пр. А плоды реализации большинства популярных и известных диет сводятся к снижению пациентом собственного веса. Но единственным известным научному сообществу, достоверным, надлежащим, а также безвредным способом снижения веса соб-

¹ Social Structure and Anomie [Электронный ресурс]. URL: <https://www.jstor.org/stable/2084686> (дата обращения: 15.02.2019).

ственного тела является соблюдение *сбалансированной гипокалорийной диеты*. Именно такой способ не противоречит сложившимся представлениям о *качестве жизни* и не понижает ее достигнутый в предыдущий период уровень.

Но свой значительный вклад в образ мыслей различных фокус-групп населения разных стран вносят и средства массовой информации (СМИ). Совокупный информационный эффект оказывается настолько явным и заданным, что отдельные исследователи предполагают — подобное психологическое давление со стороны сверстников и шаблоны восприятия идеализированных форм применительно к собственному телу, навязываемые в медиапространстве, являются значимыми паттернами, новыми детерминантами и традиционными факторами потребительских стереотипов и поведения индивидуума в любой как развитой, так и развивающейся стране мирового сообщества [9].

У достаточно большого числа респондентов из опроса (24,31%), страдающих НО, также присутствуют психические и физиологические заболевания, такие как депрессия, беспокойство, навязчивое поведение, злоупотребление психоактивными и психотропными препаратами, сердечно-сосудистые и неврологические нарушения, а, кроме того, в ходе опроса обнаружены нарушения в физическом развитии. Те же, кто надолго попал в поле воздействия так называемых *странных циклов* расстройства питания и спорных диет, может окончательно потерять естественное и физиологическое умение видеть, как питаются другие представители модальных статистических групп населения страны.

Продолжение в следующем номере.

Литература

1. Афанасенко И. Д. Россия в изменяющемся мире. СПб. : Изд-во СПбГЭУ, 2019. 338 с.
2. Захарьин Г. А. Клинические лекции и избранные статьи. М. : «Печатня» А. И. Снегиревой, 1910. 557 с.
3. Зорин Н. А. Введение в доказательную медицину // Эстетическая медицина. 2009. Т. VIII. № 4. С. 377–383.
4. Лихи Роберт Л. Свобода от тревоги. Справься с тревогой, пока она не расправилась с тобой / Пер. с англ. А. Соломиной. СПб. : Питер, 2017. 368 с.
5. Незнанов Н. Г., Коцюбинский А. П., Коцюбинский Д. А. Кризис естественнонаучного и гуманитарного подходов в психиатрии // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2019. № 1. С. 8–15.
6. Уилсон Торенс Дж., Пайк Кэтлин М. Расстройство пищевого поведения. Глава 8 // Клиническое руководство по психическим расстройствам / под ред. Д. Х. Барлоу. 3-е изд. СПб. : Питер, 2008. 912 с. С. 487–516.
7. Booth Ch. Life and labor of the people in London. London — New York, 1892. 33 p.
8. Bratman S. What is Orthorexia? M. S. of Public Health, Medical College of Wisconsin, Madison WI, 1997.
9. Bratman S. Health Food Junkie // Yoga Journal 1997; September/October. — pp. 42–50.
10. Brewerton Timothy D. "Eating Disorders, Trauma, and Comorbidity: Focus on PTSD", Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention 15, N 4 (2007). 285 p.
11. Cockfield A., Philpot U. (2009) Symposium 8: Feeding size 0: The challenges of anorexia nervosa Managing anorexia from a dietitian's perspective. In: American Journal of Medicine, pp. 281–288 / <https://doi.org/10.1017/S0029665109001281>.
12. Donini L., Marsili D., Graziani M., Imbriale M., Cannella C. Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. Eat Weight Disord 9(2), 2004. pp. 151–157.
13. Dunn T. M. & Bratman S. 2016. On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. Eating Behaviors, 21. pp. 11–17.
14. Grant P. M. Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms and functioning in schizophrenia / P. M. Grant, A. T. Beck // Schizophrenia Bull. 2009. Vol. 35. pp. 798–806.

15. Hill Amelia (16 August 2009). "Healthy food obsession sparks rise in new eating disorder". *The Guardian*. London. Retrieved 16 October 2010.
16. Patterson J. T. America's struggle against poverty 1970–1980. Cambridge : Harvard Univ, 1981. pp. 6–9.
17. Philpot U. (2013). Eating disorders in young people with diabetes: Development, diagnosis and management. *Journal of Diabetes Nursing*, vol. 17 (6), p. 228–232.
18. Robert K. Merton. Social Structure and Anomie. Harvard University. *American Sociological Review*. Vol. 3, N 5 (Oct., 1938), pp. 672–682.
19. Rochman B. Orthorexia: Can Healthy Eating Be a Disorder?; Bratman, Steven. What is Orthorexia? 4 June 2009.
20. Rowntree B. S. Poverty: A Study of Town Life. 3d ed. L. : MacMillan, 1902. Ch. 5-P. 252 p.
21. Taylor S. "Cognition in Obsessive Compulsive Disorder: An Overview", in *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions: Theory, Assessment and Treatment*, eds. Randy O, Frost and Gail Steketee. New York : Pergamon, 2002. pp. 1–14.
22. Vandereycken W. (2011). Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia. *Eating Disorders*, 19(2). pp. 145–155.

Об авторах:

Цацулин Александр Николаевич, профессор кафедры менеджмента Северо-Западного института управления РАНХиГС (Санкт-Петербург, Российская Федерация), доктор экономических наук, профессор, Почетный работник высшего профессионального образования РФ; vash_64@mail.ru; tsatsulin-an@ranepa.ru

Цацулин Борис Александрович, магистрант направления подготовки «Научная коммуникация» Национального исследовательского университета ИТМО (Санкт-Петербург, Российская Федерация); tsatsan@yandex.ru; сайт: <http://cmtscience>

References

1. Afanasenko I. D. Russia in a changing world. SPb. : SPbUE publishing house, 2019. 338 p. (In rus)
2. Zakhariin G. A. Clinical lectures and selected articles. M. : "Printing" A. I. Snevireva, 1910. 557 p. (In rus)
3. Zorin N. A. Introduction to evidence-based medicine // *Aesthetic medicine [Esteticheskaya meditsina]*. 2009. Vol. VIII. N 4. P. 377–383. (In rus)
4. Leahy Robert L. Anxiety free: Unravel Your Fears Before They Unravel You / translation from English A. Solomina. SPb. : Piter, 2017. 368 p. (In rus)
5. Neznanov N. G., Kotsubinsky A. P., Kotsubinsky D. A. Crisis of Natural Science and Humanitarian Approaches in Psychiatry // *Review of Psychiatry and Medical Psychology named after V. M. Bekhterev [Obzrenie psikiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V. M. Bekhtereva]*. 2019. N 1. P. 8–15. (In rus)
6. Wilson T. G., Pike Kathleen M. Eating Disorder. Chapter 8 // *Clinical Manual of Mental Disorders / ed. D. H. Barlow*. 3rd ed. SPb. : Piter, 2008. 912 p. P. 487–516. (In rus)
7. Booth Ch. Life and labor of the people in London. London — New York, 1892. 33 p.
8. Bratman S. What is Orthorexia? M. S. of Public Health, Medical College of Wisconsin, Madison WI, 1997.
9. Bratman S. Health Food Junkie // *Yoga Journal* 1997; September/October. — pp. 42–50.
10. Brewerton Timothy D. "Eating Disorders, Trauma, and Comorbidity: Focus on PTSD", *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention* 15, N 4 (2007). 285 p.
11. Cockfield A., Philpot U. (2009) Symposium 8: Feeding size 0: The challenges of anorexia nervosa Managing anorexia from a dietitian's perspective. In: *American Journal of Medicine*, pp. 281–288 / <https://doi.org/10.1017/S0029665109001281>.
12. Donini L., Marsili D., Graziani M., Imbriale M., Cannella C. Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eat Weight Disord* 9(2), 2004. pp. 151–157.
13. Dunn T. M. & Bratman S. 2016. On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21. pp. 11–17.
14. Grant P. M. Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms and

- functioning in schizophrenia / P.M. Grant, A. T.Beck // Schizophrenia Bull. 2009. Vol. 35. pp. 798–806.
15. Hill, Amelia (16 August 2009). "Healthy food obsession sparks rise in new eating disorder". The Guardian. London. Retrieved 16 October 2010.
 16. Patterson J. T. America's struggle against poverty 1970–1980. Cambridge : Harvard Univ., 1981. pp. 6–9.
 17. Philpot U. (2013). Eating disorders in young people with diabetes: Development, diagnosis and management. Journal of Diabetes Nursing, vol. 17 (6), p. 228–232.
 18. Robert K. Merton. Social Structure and Anomie. Harvard University. American Sociological Review. Vol. 3, N 5 (Oct., 1938), pp. 672–682.
 19. Rochman B. Orthorexia: Can Healthy Eating Be a Disorder?; Bratman, Steven. What is Orthorexia? 4 June 2009.
 20. Rowntree B. S. Poverty: A Study of Town Life. 3d ed. L. : MacMillan, 1902. Ch. 5–P. 252 p.
 21. Taylor S. "Cognition in Obsessive Compulsive Disorder: An Overview", in Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions: Theory, Assessment and Treatment, eds. Randy O, Frost and Gail Steketee. New York : Pergamon, 2002. pp. 1–14.
 22. Vandereycken W. (2011). Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia. Eating Disorders, 19(2). pp. 145–155.

About the authors:

Alexander N. Tsatsulin, Professor of the Chair of Management of North-West Institute of Management of RANEPA (St. Petersburg, Russian Federation), Doctor of Science (History), Professor, Honored Worker of Higher Professional Education of the Russian Federation; vash_64@mail.ru; tsatsulin-an@ranepa.ru

Boris A. Tsatsulin, Undergraduate of the "Scientific Communication" training area of the National Research University ITMO (St. Petersburg, Russian Federation); tsatsan@yandex.ru; site: <http://cmtscience>