

КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА  
ШЕВЧЕНКА  
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ  
КАФЕДРА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ТА ПРИКЛАДНОЇ  
ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА:  
**«НЕЙРОКОГНІТИВНІ ТА ОСОБИСТІСНІ КОРЕЛЯТИ  
ОРТОРЕКСІЇ У ЖІНОК»**

на здобуття освітнього рівня «Магістр»  
зі спеціальності «Нейропсихологія»

Студентки 2 курсу  
ОС «Магістратури» ОНП  
«Нейропсихологія»  
**ЧИСТЯКОВОЇ А.К.**

Науковий керівник:  
кандидат психологічних наук,  
доцент  
**МАЛИШЕВА К.О.**

Допустити до захисту в ЕК  
кафедри експериментальної та прикладної психології  
Протокол № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_  
Завідувач кафедри:  
кандидат психологічних наук, доцент  
**Каріне МАЛИШЕВА**  
\_\_\_\_\_ (підпис)

**Київ 2025 р.**

<b>Зміст</b>	
АНОТАЦІЯ.....	3
ВСТУП.....	5
<b>РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОРТОРЕКСИЧНИХ ТЕНДЕНЦІЙ</b> .....	9
1.1. Становлення поняття орторексія та її діагностичних критеріїв.....	9
1.2. Психологічні предиктори орторексії: роль самооцінки, тривожності, перфекціонізму та самоконтролю.....	16
1.2.1 Роль перфекціонізму в орторексичних установах.....	16
1.2.2 Психологічна тривожність як предиктор орторексії.....	19
1.2.3 Дефіцит прийняття себе та роль самооцінки.....	21
1.2.4 Самоконтроль як чинник регуляції орторексичної поведінки.....	23
1.3. Нейрокогнітивні кореляти орторексії.....	25
1.3.1 Виконавчі функції у контексті ригідної поведінки.....	25
1.3.2 Надмірне планування, ініціативність та втрата когнітивної гнучкості.....	26
1.3.3 Самоконтроль, інгібіція та ризики перенормованої регуляції.....	29
1.3.4 Нейропсихологічна структура орторексії: інтеграція змінних.....	31
1.3.5 Нейрокогнітивний профіль ризику орторексії.....	33
1.4. Моделі орторексії: огляд концептуальних підходів та теоретичних обмежень.....	35
Висновки до Розділу 1.....	36
<b>РОЗДІЛ II. МЕТОДОЛОГІЯ ЕМПІРИЧНОГО ВИВЧЕННЯ ОРТОРЕКСИЧНИХ ТЕНДЕНЦІЙ У КОНТЕКСТІ НЕЙРОКОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВИХ ЧИННИКІВ</b> .....	38
2.1. Організація емпіричного дослідження.....	38
2.2. Вибірка дослідження.....	40
2.2.1 Структурні характеристики вибірки.....	40
2.2.2 Узагальнений профіль вибірки і висновки.....	53
2.3. Методи дослідження та обґрунтування вибору методик.....	55
Висновки до Розділу 2.....	74
<b>РОЗДІЛ III. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ І НЕЙРОПОВЕДІНКОВИХ КОРЕЛЯТИВ ОРТОРЕКСІЇ. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ</b> .....	76
3.1. Результати I етапу. Перевірка нормальності розподілу та обґрунтування вибору статистичних критеріїв.....	76
3.2. Результати II етапу. Перевірка гіпотез.....	105
Висновки до розділу III.....	117
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	120
<b>ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ</b> .....	122
<b>ДОДАТКИ</b> .....	133
Додаток А.....	133
Додаток В.....	134
Додаток С.....	135

## Анотація

У магістерській роботі досліджено нейрокогнітивні та особистісні кореляти орторексії – розладу харчової поведінки, що характеризується нав'язливою зосередженістю на «здоровому» харчуванні. Теоретично обґрунтовано поняття орторексії та проаналізовано її зв'язок із ключовими психологічними змінними, такими як перфекціонізм, тривожність, самооцінка, самоконтроль, а також порушення виконавчих функцій. Предметом дослідження є взаємозв'язки між орторексичними тенденціями та вказаними особистісними і нейрокогнітивними характеристиками. Емпіричне дослідження проведене методом онлайн-анкетування на вибірці з 102 молодих жінок (середній вік ~ 27 років). Для оцінювання психологічних показників використано стандартизовані методики самозвіту.

За результатами статистичного аналізу (кореляційного та регресійного) основну гіпотезу частково підтверджено: виявлено, що виражені орторексичні тенденції статистично пов'язані з вищим рівнем перфекціонізму, вищим рівнем тривожності, нижчим рівнем самооцінки та окремими дефіцитами виконавчих функцій. Очікуваний прямий зв'язок із самоконтролем не підтвердився (отримано зворотну залежність). У ході регресійного аналізу найсильнішим предиктором схильності до орторексії виявилася низька самооцінка: саме вона пояснює найбільшу частку варіації орторексичних симптомів у вибірці. Уточнюючі гіпотези щодо впливу перфекціонізму, тривожності, самооцінки та виконавчих функцій підтверджено; гіпотеза про пряму роль самоконтролю – спростовано.

Отримані результати підтверджують багатофакторну природу орторексії та мають практичну значущість для психологічного консультування й психопрофілактики. Зокрема, встановлено, що підтримання здорової самооцінки може бути ключовим напрямом профілактики орторексичних тенденцій. Рекомендовано враховувати

виявлені особистісні (перфекціонізм, тривожність, самооцінка, самоконтроль) і нейрокогнітивні (ригідне планування, знижена гнучкість мислення) фактори при розробці діагностичних підходів та корекційних програм, спрямованих на запобігання ригідним формам харчової поведінки.

Отримані результати можуть мати практичне значення для формування превентивних психоедукаційних програм, раннього виявлення ризику розвитку орторексії та побудови індивідуальних стратегій психотерапевтичної інтервенції.

**Ключові слова:** орторексія, перфекціонізм, самооцінка, самоконтроль, виконавчі функції, тривожність, ригідність, харчова поведінка, нейрокогнітивні особливості.

## Вступ

У сучасному світі, де питання здорового способу життя набуло глобального значення, тема харчування поступово виходить за межі фізіологічної потреби, перетворюючись на форму самовираження, морального вибору та контролю над тілом. У цьому контексті дедалі більшої уваги набуває явище орторексії — надмірного занепокоєння якістю харчових продуктів, що супроводжується ригідною дієтичною поведінкою та прагненням до так званої «чистоти» їжі (Bratman, 1997; Dunn & Bratman, 2016). Попри відсутність офіційного визнання орторексії як окремого психіатричного діагнозу, її клінічні прояви та психологічні кореляти активно досліджуються у міждисциплінарному полі, де перетинаються психопатологія, нейропсихологія, дієтологія та культурна антропологія.

Актуальність теми зумовлена зростанням поширеності орторексичних тенденцій у популяції, особливо серед молодих людей, які активно інтегрують норми здорового способу життя у власну ідентичність (Brytek-Matera, 2012; Cena et al., 2019). Сучасні дослідження вказують на те, що надмірна фіксація на правильності харчування може супроводжуватися порушеннями емоційної регуляції, підвищеним рівнем тривожності, перфекціоністичними установками та зниженням когнітивної гнучкості (Koven & Abry, 2015; Oberle et al., 2017). У структурі орторексії виявляється не лише харчовий контроль як поведінкова стратегія, а й глибинні особистісні механізми, пов'язані з самосприйняттям, потребою в упорядкованості, страхом втрати контролю та емоційною вразливістю.

На тлі цих процесів зростає інтерес до нейрокогнітивного підґрунтя орторексії. Результати окремих досліджень свідчать про роль порушень виконавчих функцій, таких як: інгібіція, планування, когнітивна гнучкість у підтриманні ригідних патернів харчової поведінки (He et al., 2019; Pivarunas & Conner, 2015). Зниження цих функцій може перешкоджати

адаптивній зміні звичок, сприяти персеверації харчових ритуалів та інтерпретуватися як когнітивна основа психологічної негнучкості. У поєднанні з тривожністю, самокритичністю та низькою самооцінкою це створює сприятливий ґрунт для формування орторексичних установок як специфічної стратегії саморегуляції.

Особливу увагу в цьому контексті заслуговує комплексне вивчення особистісних та нейрокогнітивних чинників, які разом визначають вразливість до формування орторексичної поведінки. Такий підхід дозволяє розглядати орторексію не як ізольоване явище, а як результат складної взаємодії між емоційними, когнітивними та соціальними змінними (Varga et al., 2013; Barthels et al., 2019). Актуальність такого міждисциплінарного підходу зростає в умовах війни та соціальної нестабільності, коли питання контролю, передбачуваності та тілесної автономії набувають особливого значення для психологічного благополуччя.

Таким чином, дослідження особистісних і нейропсихологічних корелятив орторексії є важливим кроком до глибшого розуміння психологічної структури цього феномену, розробки діагностичних критеріїв і пошуку ефективних стратегій психопрофілактики.

**Тема дослідження:** Нейрокогнітивні та особистісні кореляти орторексії у жінок.

**Мета дослідження:** виявити зв'язки між орторексичними тенденціями та особистісними характеристиками (перфекціонізмом, тривожністю, самооцінкою, самоконтролем) і нейрокогнітивними особливостями (порушенням виконавчих функцій).

**Об'єкт дослідження:** психологічні особливості харчової поведінки у здорової популяції.

**Предмет дослідження:** особистісні та нейропсихологічні кореляти орторексичних тенденцій.

**Завдання дослідження:**

1. Провести кількісну оцінку рівня орторексичних тенденцій у досліджуваній вибірці.
2. Оцінити рівні тривожності, самооцінки, перфекціонізму, самоконтролю та виконавчих функцій у респондентів.
3. Встановити статистично значущі зв'язки між орторексією та зазначеними психологічними змінними.
4. Визначити предиктори орторексичної поведінки на основі аналізу особистісних та нейрокогнітивних характеристик.
5. Інтерпретувати отримані результати у світлі сучасних моделей розуміння орторексії.

**Основна гіпотеза:** виражені орторексичні тенденції асоціюються з вищими рівнями перфекціонізму, тривожності, самоконтролю та нижчим рівнем самооцінки, а також з труднощами у виконанні виконавчих функцій (інгібіція, гнучкість, планування).

**Уточнюючі гіпотези:**

1. Вищий рівень перфекціонізму позитивно корелює з вираженістю орторексичної поведінки.
2. Низький рівень самооцінки асоціюється з підвищеним рівнем орторексичних установок.
3. Вищий рівень тривожності передбачає підвищену жорсткість харчового контролю та посилення орторексичних рис.
4. Поєднання високого рівня тривожності та перфекціонізму істотно підвищує ризик формування орторексії.
5. Зниження виконавчих функцій (інгібіція, гнучкість, планування) статистично асоціюється з більшою вираженістю орторексичних тенденцій.

**Методи дослідження:** онлайн-опитування, теоретичний метод (аналіз і узагальнення наукової літератури); емпіричний метод – онлайн-

опитування (анкетування) із застосуванням психодіагностичних опитувальників; статистичні методи обробки даних (перевірка розподілу на нормальність, використання коефіцієнта кореляції Пірсона, *t*-критерію Стьюдента для незалежних вибірок, однофакторного дисперсійного аналізу ANOVA та регресійного аналізу).

**Методики:** Опитувальник орторексичних симптомів ORTO-15 (Donini et al., 2005); Коротка шкала самоконтролю BSCS (Brief Self-Control Scale; Tangney et al., 2004); Опитувальник виконавчих функцій ESQ-R (Executive Skills Questionnaire – Revised; Strait et al., 2020); Опитувальник генералізованої тривожності GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7; Spitzer et al., 2006); Шкала самооцінки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale; Rosenberg, 1965); Шкала перфекціоністичних установок (Multidimensional Perfectionism Scale, MPS; Schaufeli, українська адаптація).

## **Розділ I. Теоретичні основи дослідження орторексичних тенденцій**

### **1.1. Становлення поняття орторексія та її діагностичних критеріїв**

Термін орторексія (або *orthorexia nervosa*) вперше був запропонований американським лікарем Стівеном Братманом у 1997 році для позначення надмірної, нав'язливої зосередженості на здоровому харчуванні, яка призводить до порушення функціонування в повсякденному житті (Bratman, 1997). Від моменту, коли Братман у 1997 році вперше описав орторексію як нав'язливе прагнення до здорового харчування, поняття поступово набуло значної поширеності у клінічній практиці, психології та соціокультурній аналітиці.

Після першого опису терміна Братманом орторексія спочатку розглядалася переважно в популярній медицині як культурний феномен, що відображає надмірне прагнення до здоров'я. Протягом 2000-х років увага дослідників до цього явища поступово зростала: з'явилися перші спроби емпіричного вивчення орторексичних установок, зокрема через розробку опитувальника ORTO-15 (Donini et al., 2005). Первинна наукова інтерпретація орторексії тяжіла до її класифікації як варіанта ОКР або харчового розладу, зважаючи на спільність окремих рис, зокрема: ригідності мислення, перфекціоністської мотивації й тривожного контролю.

Однак подальші дослідження вказали на специфічну мотиваційну структуру орторексії, де акцент зміщувався з контролю ваги на моральну правильність вибору їжі (Cena et al., 2019; Dera et al., 2019). Це все призвело до формування концепції орторексії як окремого феномену, що перебуває на перетині між тривожними, харчовими й obsесивно-компульсивними спектрами.

Сьогодні орторексія дедалі частіше розглядається як мультифакторне явище, яке потребує комплексного аналізу, що враховує як особистісні риси, так і соціокультурний контекст (Cena et al., 2019; Dunn & Bratman, 2016).

Тож, на сьогодні, у науковій літературі орторексія дедалі частіше розглядається як багатовимірне явище, що не зводиться до харчової поведінки як такої, а включає складні системи переконань, особистісних установок і нормативних очікувань (Cena et al., 2019). Клінічні підходи трактують орторексію як поведінковий розлад, у структурі якого переважають ригідність, фіксація на складі продуктів, страх перед так званою «нездоровою їжею» та почуття провини у разі відхилення від самопризначених правил. Згідно з Donini et al. (2022), такий тип харчової поведінки супроводжується як нутрієнтною недостатністю, так і функціональними обмеженнями й певним уникненням соціальних подій, де не гарантована контрольована їжа або порушенням сімейного та професійного ритму життя, де поведінка при цьому рідко усвідомлюється як проблемна, а частіше усвідомлюється як частина морально правильного образу життя, що додатково ускладнює клінічну діагностику.

З погляду психологічної парадигми, орторексичні установки пов'язані з емоційною ригідністю, високим рівнем тривожності, потребою в контролі та obsесивними патернами мислення. За даними Cena et al. (2019), схильність до орторексії тісно пов'язана з дезадаптивним перфекціонізмом, інтернальним локусом контролю й схильністю до самозвинувачення. В умовах зростання соціальної та особистої невизначеності харчування виконує функцію регуляції і воно забезпечує відчуття порядку, прогнозованості, стабільності (Koven & Abry, 2015). Водночас саме через ригідність і зменшення адаптивної гнучкості ця форма захисту поступово трансформується в дистресогенну: навіть

незначне відхилення викликає сильні емоційні реакції (вина, самозвинувачення, сором).

У сучасних дослідженнях підкреслюється також вплив соціокультурного контексту. Орторексичні тенденції корелюють із поширеними у суспільстві уявленнями про «етичне споживання», «тілесну чистоту», «інстаграмну норму» і водночас із комерційним навантаженням wellness-індустрії. Згідно з Dunn і Bratman (2016), у цифровому середовищі поведінка, що потенційно має патологічний характер, часто схвалюється й нормалізується, а особливо в контексті культури ЗСЖ (здоровий спосіб життя), де контроль над тілом трактується як відповідальність і цінність. У таких умовах споживання «правильних» продуктів стає не лише індивідуальним вибором, а й способом сигналізувати приналежність до певного символічного порядку. Це і ускладнює формування клінічного консенсусу щодо діагнозу, адже сама патологія може функціонувати як суспільно визнана чеснота (Scheiber et al., 2023).

Важливою відмінністю орторексії від класичних розладів харчової поведінки, таких як: анорексія чи булімія, орторексія фокусується не на кількості їжі чи на вазі тіла, а на її якості та «чистоті» й люди з орторексичними установками можуть виключати цілі групи продуктів, відчують провину за відхилення від власного харчового ідеалу, а також можуть витратити надмірну кількість часу на планування, приготування та обговорення їжі. Не зважаючи на зростаючий інтерес до орторексії з боку клінічної психології та психіатрії, вона не включена до жодної з офіційних діагностичних класифікацій: ні до DSM-5 (APA, 2013), ні до МКХ-11 (WHO, 2019) і це все насправді ускладнює як діагностику, так і вивчення поширеності цього явища. Як вже згадувалось вище, частина дослідників трактує орторексію як розлад, що знаходиться на межі між obsесивно-

компульсивним спектром та розладами харчової поведінки (Donini et al., 2005; Koven & Abry, 2015).

На рівні психологічного профілю орторексія демонструє суттєвий фенотиповий перетин з анорексією, а зокрема: в прагненні до тотального контролю, ідеалізованих високих стандартів харчування й жорстких схем мислення у вигляді «ригідності мислення», проте на відміну від анорексії, яка пов'язана з тілесним образом і страхом набрати вагу, орторексія більше сфокусована на «моральності» їжі та бажанні уникнути «шкідливого» впливу на здоров'я (Sena et al., 2019). Іншою лінією перетину орторексії є симптоматика obsесивно-компульсивного розладу: повторювані ритуали приготування їжі, уникнення певних продуктів, перевірка складу продуктів, а також внутрішній примус до дотримання власних харчових правил (Koven & Abry, 2015). На відміну від класичного obsесивно-компульсивного розладу, де нав'язливі думки та дії часто сприймаються як чужорідні або небажані (его-дистонні), у структурі орторексії характерною є его-синтонність харчової поведінки, тобто, сприйняття суворих правил не як обмеження, а як органічної, етичної частини власного способу життя, з якою особа ототожнюється. В той же час, особа не лише не переживає дискомфорту від нав'язливих харчових переконань, а й активно ототожнює себе з ними, сприймаючи їх як частину власної ідентичності — це все і ускладнює виявлення патологічності поведінки, оскільки вона сприймається як «морально правильна», а не як джерело страждання. Також до цього всього варто згадати, що при ОКР ритуали є его-дистонними (тобто, ті, які викликають дискомфорт і відторгнення), тоді як при орторексії вони часто его-синтонні (тобто, ті, що сприймаються як необхідні, «правильні» і навіть можуть бути джерелом гордості).

Критики концепції орторексії вказують на ризик медикалізації нормальної поведінки і згідно з цією точкою зору, прагнення до здорового

харчування саме по собі не є патологічним і може бути частиною ціннісної орієнтації особистості, зокрема в контексті етичного, веганського чи екологічного вибору і тому у багатьох випадках обмеження в харчуванні пов'язані не з дезадаптацією, а з особистісними цінностями або світоглядною позицією. Але в орторексії спостерігається надмірна ідентифікація з харчовими установками, коли вибір їжі стає не лише етичним актом, а головною формою вираження себе (Bratman & Knight, 2018). У таких випадках відмова від певного продукту або ритуалу сприймається як загроза цілісності Я-образу, що посилює тривожність і потребу в посиленому контролі, але попри ці застереження, сучасні дослідження наголошують, що орторексія має специфічні риси, які відрізняють її від здорового інтересу до харчування.

Важливою відмінністю, що відрізняє орторексію як потенційно дезадаптивну форму — це нав'язливість, функціональні обмеження та негативні емоційні наслідки при порушенні дієтичних правил (Cena et al., 2019; Dera et al., 2019). Таким чином, діагностичним критерієм стає не сам стиль харчування, а його вплив на якість життя та гнучкість мислення.

Сучасний дискурс про здоров'я дедалі частіше набуває моралістичного забарвлення, де харчування подається не лише як спосіб підтримки фізичного стану, а як етичне зобов'язання перед собою, суспільством або природою. Концепція так званої «чистої» їжі (clean eating) об'єднує не лише гігієнічні чи дієтичні міркування, а й моральну вищість, що супроводжується знеціненням «неправильних» продуктів і осудом тих, хто їх вживає і таким чином формуються ригідні харчові установки, що ґрунтуються як на зовнішньому тиску нормативів, так і на внутрішньому страху не відповідати ідеалам чистоти або правильності (Cena et al., 2019; Dunn & Bratman, 2016).

У культурному контексті орторексія часто розвивається на тлі зростаючого соціального тиску щодо «чистоти» та «етичності»

харчування, який підсилюється індустрією wellness, медіа й соціальними мережами. Дослідження показують, що активне використання Instagram та інших візуальних платформ, зокрема підписка на фітнес- або нутріціологічні акаунти, пов'язане з вищими показниками орторексичних тенденцій (Turner & Lefevre, 2017). У цих середовищах просувається ідеал «високої харчової свідомості», де відмова від глютену, цукру, молочних продуктів тощо подається як моральна перевага, що може сприяти формуванню ригідних переконань щодо їжі. З огляду на складність і багатовимірність орторексичних проявів, перед дослідниками постала потреба в розробці діагностичних інструментів, здатних кількісно оцінювати рівень орторексичних тенденцій і для емпіричного вивчення орторексичних тенденцій одним із найпоширеніших інструментів є опитувальник ORTO-15, розроблений на основі клінічних спостережень і застосовуваний у багатьох міжнародних дослідженнях (Donini et al., 2005).

Отже, попри активне використання терміна «орторексія» у науковій та популярній літературі, це поняття досі залишається недостатньо операціоналізованим, а його межі залишаються розмитими через відсутність стабільних діагностичних критеріїв та валідованого інструментарію. Таким чином, вивчення орторексії потребує комплексного підходу, який охоплює аналіз внутрішніх психологічних механізмів, що сприяють формуванню та підтримці ригідних харчових установок.

Одним із ключових психологічних механізмів орторексії є потреба в контролі і у ситуаціях життєвої нестабільності чи стресу, тоді контроль над їжею стає символічним способом відновити порядок і передбачуваність. Харчові правила функціонують як своєрідні ритуали, що забезпечують відчуття стабільності та безпеки, навіть коли інші сфери життя залишаються непередбачуваними (Koven & Abry, 2015). Цей

контроль поступово набуває ригідного характеру, замінюючи гнучке пристосування фіксованими сценаріями поведінки.

Другим важливим механізмом орторексії є зниження тривожності через нав'язливе дотримання дієтичних норм: для багатьох осіб суворе дотримання харчових правил слугує способом уникнення внутрішніх сумнівів і моральної відповідальності за вибір. В той же час, нав'язливі стратегії контролю дозволяють тимчасово зменшити тривогу, забезпечуючи ілюзію безпеки, стабільності та чистоти, але водночас це посилює залежність від ритуалізованої поведінки і знижує здатність до спонтанності та адаптивності в харчових практиках.

Третій механізм орторексії пов'язаний із конструюванням «Я-образу» через харчові практики: у таких випадках їжа перестає бути лише джерелом фізичної підтримки і стає засобом вираження власної автономії, сили волі та моральних цінностей. Дотримання дієтичних норм підкріплює ідентичність і зміцнює почуття контролю над собою, але водночас порушення встановлених стандартів сприймається не просто як невдача, а як загроза особистісній цілісності, що провокує інтенсивні емоційні реакції, такі як: сором, вина та самозасудження.

Четвертий механізм орторексії — це інтерналізація культурних і медіа-норм, які просувають ідеали харчової «чистоти», детоксикації та тілесної досконалості, а особливо у візуально-орієнтованих середовищах, таких як Instagram: харчова поведінка стає інструментом самопрезентації та маркером належності до соціальних груп й тоді постійна експозиція до таких стандартів сприяє формуванню ригідних переконань про правильну їжу та посилює внутрішній тиск відповідати ідеалам «здорового життя», навіть ціною особистісної гнучкості та емоційного благополуччя. Отже, орторексичні установки не можна розглядати ізольовано: вони виникають у результаті складної взаємодії особистісних рис, емоційних стратегій регуляції, когнітивних стилів і впливу соціального контексту.

Отже, як ми бачимо, орторексія як феномен є багатофакторним явищем, що охоплює клінічні, психологічні та соціокультурні виміри і незважаючи на відсутність офіційного діагностичного статусу, вона демонструє стійкий набір характеристик, серед яких: ригідність харчових переконань, емоційна залежність від правил, прагнення до моральної «чистоти» та зовнішнього контролю, наявний вплив соціальних норм, ідеалів здоров'я та комерціалізованої культури wellness значно посилює ризик формування орторексичних установок, сприяючи нормалізації патологічних харчових практик.

Таким чином, орторексія не зводиться до порушення харчової поведінки: вона також виконує роль психологічного регулятора в ситуаціях нестабільності, де контроль над їжею набуває символічного значення безпеки та впорядкованості. Тоді, як поглиблене вивчення орторексії потребує комплексного підходу, який враховує як індивідуальні, так і соціальні чинники її виникнення та підтримання.

## **1.2. Психологічні предиктори орторексії: роль самооцінки, тривожності, перфекціонізму та самоконтролю**

У структурі орторексичної поведінки провідну роль відіграють низка особистісних характеристик, які визначають як сприйняття індивідом їжі, так і способи внутрішньої регуляції. Серед найчастіше описуваних у літературі рис виокремлюють перфекціонізм, тривожність, самооцінку та самоконтроль і у взаємодії ці характеристики можуть як сприяти формуванню здорових харчових звичок, так і зумовлювати патологічну ригідність та дистрес.

### **1.2.1 Роль перфекціонізму в орторексичних установках**

Перфекціонізм визначається як стійка особистісна риса, що передбачає прагнення до високих стандартів, схильність до самокритики та фіксацію на помилках (Frost et al., 1990). У межах орторексичних

переконань перфекціонізм проявляється як гіперфокус на нормативності харчування, у формі чітко структурованих категорій «допустимих» та «недопустимих» продуктів, а також тенденції до ідеалізації конкретних харчових практик.

Людина з орторексичними схильностями нерідко створює власні харчові правила, що набувають майже релігійного або морального статусу й їжа при цьому перестає бути засобом підтримки життєдіяльності, а стає маркером дисципліни, успіху, самоконтролю. У дослідженнях виявлено, що як загальний, так і соціально приписаний перфекціонізм тісно пов'язаний з орторексією, існують соціальні очікування мати «ідеальне» тіло, харчуватись «етично», уникати «токсичних» продуктів формують внутрішній конфлікт між бажанням відповідати і страхом зробити помилку (Barnes & Caltabiano, 2017; McComb & Mills, 2019).

При аналізі орторексичних установок важливо диференціювати адаптивні та дезадаптивні форми перфекціонізму. Якщо адаптивний перфекціонізм базується на внутрішніх стандартах і прагненні до особистісного розвитку, то дезадаптивний характеризується високим рівнем самокритики, страхом помилок і залежністю від зовнішнього оцінювання (Frost et al., 1990). Саме дезадаптивний перфекціонізм виявляє найбільш тісний зв'язок із формуванням орторексичних схильностей, адже у таких випадках їжа починає сприйматися не лише як засіб фізіологічної підтримки, а як маркер моральної вартості.

Дослідження показують, що у багатьох респондентів з орторексичними установками зафіксовані характерні патерни: їжа оцінюється через бінарні категорії: як «абсолютно правильна» або «категорично шкідлива», а навіть мінімальні порушення дієтичних правил викликають відчуття моральної провини або самозасудження (Dunn & Bratman, 2016; Cena et al., 2019). Такі уявлення часто формуються в середовищах із високим акцентом на контроль, досягнення та

самовдосконалення, зокрема в окремих освітніх, професійних або онлайн-спільнотах, що просувають ідеологію здорового способу життя (ЗСЖ).

У деяких випадках харчовий контроль стає етичним імперативом, коли дотримання дієтичних норм трактується як свідчення моральної сили або ціннісної вищості над тими, хто дозволяє собі «недозволене» (Koven & Abry, 2015). Для емпіричного вимірювання таких тенденцій широко застосовується шкала перфекціонізму В. Шауфелі, яка дозволяє оцінити як орієнтацію на досягнення високих стандартів, так і тривожність перед можливими помилками або залежність від зовнішнього схвалення (Shaufeli & Bakker, 2004).

Людина в такому випадку ототожнює правильне харчування з власною гідністю, тоді як будь-яке відхилення від харчових норм сприймається як моральне падіння, що породжує постійний внутрішній тиск на підтримання «етично правильної» поведінки й це, у свою чергу, сприяє наростанню внутрішнього стресу, соціальній ізоляції та втраті гнучкості у повсякденному житті.

Перфекціоністичне мислення при орторексії часто реалізується через дихотомічні категорії: дозволено/заборонено, чисте/брудне, правильне/неправильне й небезпека такої структури полягає в тому, що будь-яке навіть незначне відхилення від встановлених норм переживається як катастрофа (Koven & Abry, 2015). У результаті людина може повторно й нав'язливо переглядати склад продуктів, сумніватися в якості приготованої їжі, уникати соціальних ситуацій через страх «порушити дієту».

Отже, перфекціонізм не лише ініціює орторексичні тенденції, але й активно підтримує їх через механізми самозасудження, сорому та повторюваних спроб досягнення уявної досконалості, що поступово посилює ригідність харчової поведінки та знижує якість життя.

### **1.2.2 Психологічна тривожність як предиктор орторексії**

Підвищена тривожність, як ситуативна, так і стійка риса особистості, розглядається як один із провідних психологічних чинників, що сприяють розвитку орторексії (Oberle et al., 2017). Дослідження Oberle et al. (2017) свідчать, що особи з високим рівнем загальної тривожності частіше демонструють орторексичні установки, навіть за відсутності інших ознак розладів харчової поведінки. У цьому контексті харчування виконує компенсаторну функцію заспокоєння: суворе дотримання харчових інструкцій, уникнення продуктів, які асоціюються з ризиком, та ритуалізована підготовка їжі зменшують суб'єктивне відчуття хаотичності, надаючи відчуття упорядкованості та контролю над життєвими обставинами.

Тривожність, однак, проявляється не лише на поведінковому рівні, але й має виражені соматичні аспекти, що відіграють важливу роль у формуванні орторексичних патернів. Зокрема, високий рівень тривожності асоціюється із зниженням когнітивної гнучкості: людині стає важко адаптуватися до нових умов (наприклад, під час подорожей або змін у раціоні), оскільки навіть незначна зміна звичного сценарію харчування може спровокувати внутрішній дисбаланс і різке зростання тривожності (Koven & Abry, 2015). Водночас тривожність супроводжується соматичною настороженістю: мінімальні фізичні зміни, такі як здуття, дискомфорт чи нудота, інтерпретуються як докази шкідливості певних продуктів, що веде до подальших обмежень у харчуванні (Koven & Abry, 2015). Важливим аспектом є також екзистенційна тривожність, яка в умовах високої глобальної невизначеності (пандемії, війни, економічних криз) може «заземлюватися» в тілесних практиках, зокрема в жорсткому контролі над тілом і харчуванням як спробі підтримати внутрішній порядок.

Таким чином, тривожність в структурі орторексії виступає не лише фоновим чинником, а активною рушійною силою підтримання патологічної поведінки: вона посилює залежність від харчових ритуалів як джерела безпеки та саморегуляції. Ці ритуали поступово проникають і в інші сфери життя: людина починає уникати соціальних зустрічей, подорожей, харчування поза домом через неможливість повного контролю над їжею.

З огляду на це, емпіричні дослідження орторексії акцентують увагу на кількісному оцінюванні тривожності, що включає когнітивний компонент (нав'язливі думки про їжу), соматичний (напруження, соматичні симптоми, проблеми з апетитом) та поведінковий (уникання ситуацій, пов'язаних із вживанням їжі). Нейропсихологічно цей патерн часто пов'язаний із гіперактивацією мигдалика, структури мозку, що відповідає за обробку загроз, й зниженим порогом активації симпатичної нервової системи (Stein et al., 2002). Це сприяє формуванню тенденції до пошуку фіксованих «безпечних» правил, що у харчовому контексті реалізується через ритуалізацію: точне планування прийомів їжі, дотримання строгих процедур приготування, виключення «ризикованих» продуктів. У випадку орторексії харчові ритуали набувають ідеологізованого характеру: їжа перестає бути джерелом задоволення, а стає символом безпеки, цілісності Я-образу та моральної гідності. Цей процес особливо посилюється під впливом ідеології здорового способу життя (ЗСЖ), де «чистота» харчування трактується не лише як фізичне благо, а як моральна перевага.

Отже, у процесі формування орторексичних патернів тривожність поступово перетворюється на центральний регулятор повсякденних рішень і поведінки. Саме тому для емпіричного дослідження рівня тривожності при орторексичних проявах широко застосовується шкала

GAD-7, що дозволяє кількісно оцінити тяжкість симптомів тривожності та виявити їхній зв'язок із ригідністю харчової поведінки (Spitzer et al., 2006).

### **1.2.3 Дефіцит прийняття себе та роль самооцінки**

Проблеми самооцінки, зокрема низька базова впевненість у власній цінності або нестабільність образу себе, часто відіграють ключову роль у структурі орторексичних установок. Як показують дослідження Strahler et al. (2018), для багатьох осіб харчування стає не просто фізіологічною необхідністю, а способом самоствердження: здатність «харчуватись правильно» асоціюється із відчуттям компетентності, сили волі та моральної гідності.

Таким чином, контроль над їжею набуває функції внутрішнього самозміцнення: дотримання дієтичного режиму слугує своєрідним доказом особистої цінності. Проте така модель самооцінки є умовною і вразливою: вона не базується на глибинному прийнятті себе, а залежить від постійного підтвердження власної «адекватності» через суворий контроль за поведінкою.

Будь-яке, навіть мінімальне порушення встановлених харчових правил може викликати гострі емоційні реакції: самозасудження, сором, депресивні переживання і призвести, як наслідок, до краху позитивного самосприйняття. Такі збої у регуляції самооцінки часто супроводжуються амбівалентними емоціями: з одного боку — соромом і провинною, а з іншого — наростаючим бажанням компенсувати «провину» ще жорсткішими обмеженнями й таким чином формується замкнене коло самоконтролю, самозвинувачення та надмірної дисципліни, що посилює ригідність орторексичної поведінки.

Особливо ризикованим є розвиток зовнішньозалежної самооцінки, коли джерелом самоповаги стають соціальні схвалення, оцінки або критика оточення (наприклад, у соціальних мережах) й у таких випадках харчова поведінка набуває характеру публічного акту самопредставлення:

правильне харчування слугує способом отримання визнання і підтримки з боку референтних груп.

У кількісних дослідженнях глобального рівня самооцінки для вивчення таких патернів широко застосовується шкала самооцінки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale) (Rosenberg, 1965), яка дозволяє визначити загальну стабільність сприйняття власної цінності незалежно від ситуативного підкріплення.

Додаткову увагу в сучасних дослідженнях привертає не лише абсолютний рівень самооцінки, а й її тип. Відповідно до концепції контингентної самооцінки (Crocker et al., 2002), у деяких осіб самоповага базується переважно на зовнішніх досягненнях, відповідності соціальним очікуванням, або позитивному сприйнятті оточенням. Така самооцінка є нестабільною і схильною до значних коливань, що особливо небезпечно у контексті орторексичних тенденцій.

У таких випадках харчовий контроль виконує компенсаторну функцію: суворе дотримання обмежень, виключення «небезпечних» продуктів та демонстрація харчової «досконалості» стають засобом підтримання визнання і зниження тривожності. Однак навіть незначне порушення суворого харчового режиму може спричинити різке падіння самоповаги, сильне почуття сорому й глибоке внутрішнє самознищення. Саме такі патерни формують емоційне підґрунтя для посилення орторексичних установок, ще більше віддаляючи особу від автентичного контакту з власним тілом і реальними фізіологічними потребами.

Отже, зовнішньозалежна та нестабільна самооцінка створює сприятливі умови для виникнення ригідних харчових патернів. Водночас важливу роль у підтриманні орторексичної поведінки відіграють і особливості саморегуляції, пов'язані з рівнем самоконтролю та стилем внутрішньої дисципліни.

#### **1.2.4 Самоконтроль як чинник регуляції орторексичної поведінки**

Самоконтроль визначається як здатність регулювати власні імпульси, емоції та поведінкові реакції відповідно до довгострокових цілей. У загальній популяції ця риса зазвичай асоціюється з позитивними адаптивними якостями: витримкою, цілеспрямованістю, досягненнями. Однак у структурі орторексії самоконтроль часто набуває гіпертрофованої форми, що порушує баланс між гнучкістю і дисципліною.

У контексті емпіричних досліджень для оцінки рівня самоконтролю широко використовується Brief Self-Control Scale (Tangney, Baumeister & Boone, 2004), яка охоплює ключові аспекти регуляції імпульсів, планування дій та стійкості у досягненні цілей. Згідно з моделлю Tangney et al. (2004), високий самоконтроль пов'язаний із соціальними й академічними успіхами, проте за наявності супутніх чинників, таких як тривожність, ригідність мислення або страх невизначеності, самоконтроль може перетворюватися на механізм компульсивної саморегуляції.

У випадку орторексії особа прагне суворого дотримання харчових правил, що сприймаються як незмінні та абсолютні. Будь-яке відхилення розцінюється як особиста слабкість або втрата моральної цілісності. Їжа перестає бути засобом задоволення фізичних потреб і стає інструментом підтримки «ідеального порядку», що підсилює залежність від ритуалів та внутрішню напругу.

Такий стиль самоконтролю ґрунтується не на інтеграції тілесних і емоційних сигналів, а на їх систематичному придушенні. Індивід може ігнорувати ознаки голоду, втоми, хвороби, суворо дотримуючись встановленого режиму, навіть якщо це суперечить фізіологічним потребам. Відсутність емпатії до власного тіла і жорстка дисципліна призводять до розвитку емоційного вигорання, депресивних симптомів і зниження загальної якості життя.

Особливої уваги потребує феномен «вітринного самоконтролю», коли строгий контроль над їжею іноді виконує роль соціального сигналу: показника моральної витримки, сили характеру, внутрішньої дисципліни та внутрішньої чистоти перед собою та соціумом й при такому випадку самоконтроль перетворюється на елемент самопредставлення, де контроль над їжею стає доказом особистісної вартості. Парадоксально, але чим більше зусиль прикладається до контролю, тим сильніше зростає тривожність і ритуалізованість поведінки.

Тоді як у клінічному контексті важливо розрізнити адаптивний і надмірний самоконтроль: якщо перший забезпечує ефективне досягнення цілей із збереженням внутрішньої гнучкості, то другий виявляється як психологічна ригідність: нездатність змінити поведінку у відповідь на нові обставини.

Гіперконтроль нерідко веде до ігнорування фізіологічних та емоційних потреб, який знижує адаптивність і може провокувати виснаження і як наслідок призводить до накопичення напруги й високого ризику зриву.

У структурі орторексії ритуалізована саморегуляція проявляється у фіксованих харчових практиках: суворому дотриманні часу прийому їжі, способу приготування, складу продуктів. Будь-яке відхилення від заданого сценарію викликає відчуття загрози, що провокує ще більший контроль і посилення обмежень. Таким чином, замість того, щоб сприяти гнучкому пристосуванню, надмірний самоконтроль посилює тривожність та сприяє формуванню ригідних, дистресогенних харчових стратегій

Як висновок, особистісні особливості: перфекціонізм, тривожність, самоконтроль та особливості самооцінки створюють психологічний фундамент для розвитку орторексичних установок, зумовлюючи їх ригідність, компульсивність та вразливість до зовнішніх впливів. Проте для повного розуміння природи орторексії важливо також враховувати

нейрокогнітивні механізми, що визначають характер саморегуляції, поведінкову гнучкість і здатність адаптуватися до змін.

### **1.3. Нейрокогнітивні кореляти орторексії**

У сучасному теоретичному полі орторексія дедалі частіше трактується як стійка модель поведінки, обумовлена особливостями нейрокогнітивного функціонування (Koven & Abry, 2015; Bratman & Knight, 2018), що підтримується когнітивними механізмами. Нейрокогнітивна перспектива дозволяє глибше зрозуміти механізми, які підтримують ригідну харчову поведінку та сприяють закріпленню компульсивних установок.

#### **1.3.1 Виконавчі функції у контексті ригідної поведінки**

Виконавчі функції — це комплекс вищих когнітивних процесів, які забезпечують контроль над поведінкою, стратегічне мислення, гнучку адаптацію до змін і регуляцію імпульсів (Diamond, 2013).

У дослідженнях, присвячених розладам харчової поведінки, встановлено, що особам із симптоматикою анорексії нервоза властиві труднощі з когнітивною гнучкістю, надмірна деталізація, ригідність планування та уповільнена адаптація до нових умов (Zastrow et al., 2009). Схожі патерни дедалі частіше фіксуються й у контексті орторексії, що вказує на спільність когнітивної динаміки з іншими клінічними формами ригідної поведінки, хоча ця тема досліджена ще недостатньо глибоко.

За спостереженнями McComb і Mills (2019), ригідність мислення є однією з найбільш характерних рис людей із високими показниками орторексії: такі особи суворо дотримуються самостійно встановлених харчових правил, уникають змін у раціоні та виявляють труднощі з адаптацією до нестандартних ситуацій, таких як харчування у подорожах чи гостях.

З нейропсихологічної точки зору це свідчить про зниження когнітивної гнучкості: здатності змінювати стратегії поведінки залежно від змін середовища, переорієнтовувати увагу, інтегрувати нову інформацію. При цьому загальний рівень інтелектуальних здібностей зазвичай залишається високим: аналітичне мислення і логіка можуть бути добре збережені, однак застосовуються в межах жорсткої «харчової системи», що обмежує адаптивність.

Такий парадокс пояснюється перенапруженням когнітивного контролю і водночас недостатнім залученням афективних і тілесних сигналів: людина знає “як правильно”, але не здатна гнучко адаптувати поведінку відповідно до внутрішнього стану або контексту. Це підтверджується і дослідженнями Koven та Abru (2015), які вказують на аналогії між нейрокогнітивним профілем орторексії та obsесивно-компульсивного розладу, де контрольні стратегії також домінують над емоційною інтеграцією.

У структурі орторексії це проявляється через стереотипізацію харчових практик: ретельне дотримання ритуалів, нав'язливу увагу до складу продуктів, страх новизни в харчуванні.

Когнітивна негнучкість розглядається як один із ключових предикторів закріплення орторексичних схем мислення та поведінки (McComb & Mills, 2019), сприяючи закріпленню патологічних харчових стратегій, зниженню спонтанності та посиленню залежності від стабільної структури поведінки.

### **1.3.2 Надмірне планування, ініціативність та втрата когнітивної гнучкості**

Одним із важливих аспектів когнітивного функціонування в контексті орторексії є зміни у сфері планування й ініціативності. Виконавчі функції, відповідальні за організацію, послідовність і адаптивне коригування дій, у нормі сприяють ефективній побудові поведінкових

стратегій, однак при орторексії саме ці функції набувають гіпертрофованого характеру, що веде до втрати гнучкості та посилення ритуалізованих форм поведінки.

Надмірна орієнтація на планування є однією з найпомітніших особливостей орторексичної установки й на перший погляд це може виглядати як прагнення до організованості: особа складає детальні списки продуктів, розробляє меню, чітко розподіляє час і спосіб прийому їжі. Проте в реальності таке планування перестає бути просто інструментом організації й набуває ритуального значення — як засіб контролю над тривогою шляхом фіксації на контрольованих змінних (Koven & Abru, 2015).

Дослідження McComb & Mills (2019) вказують, що у випадку орторексії чітка заздалегідь задана структура харчування зменшує простір для гнучкої адаптації: порушення очікуваного сценарію може провокувати емоційний зрив, тривогу або навіть повну відмову від їжі, якщо умови не відповідають заздалегідь визначеним сценаріям. Зниження когнітивної гнучкості у таких випадках проявляється в нездатності перебудувувати дії відповідно до зміни ситуації: замість адаптації до наявних обставин людина намагається жорстко утримати план незважаючи на зовнішні перешкоди.

Особливо показовою є втрата контакту із внутрішніми тілесними сигналами: голодом, ситістю, задоволенням на користь дотримання зовнішньо встановлених схем. Strahler et al. (2018) зазначають, що в осіб із високими орторексичними тенденціями спостерігається зниження інтероцептивної обізнаності: харчова поведінка базується не на фізіологічній потребі, а на виконанні заздалегідь визначених процедур і унаслідок цього їжа перестає бути відповіддю на потреби тіла, а трансформується на акт ритуального самоконтролю.

У контексті нейрокогнітивної моделі ці особливості узгоджуються з феноменом зниження когнітивної гнучкості: ключового компонента виконавчих функцій. Тоді як у нормі гнучкість передбачає здатність змінювати стратегії, переключати увагу, пристосовуватися до нової інформації, а у випадку орторексії гнучкість поступається місцем ригідності: навіть при очевидних змінах зовнішніх обставин людина намагається будь-якою ціною дотримуватись первинного плану.

Крім того, у поведінковому вимірі планування часто супроводжується надмірною деталізацією: обрахуванням мікронутрієнтів, калорій, джерела походження продуктів — це є фіксацією на дрібних елементах живлення, яке підсилюється почуттям контролю, але й паралельно з тим віддаляє особу від глобального бачення: від усвідомлення цілісного контексту харчування як джерела енергії, задоволення і спонтанності.

Роль планування й ініціативності в структурі орторексичної поведінки також пов'язана з даними, отриманими через опитувальник виконавчих функцій ESQ-R (Executive Skills Questionnaire – Revised). Цей інструмент дозволяє оцінити специфіку функціонування різних аспектів когнітивного контролю, таких як планування, організованість, послідовність, управління часом і емоційна регуляція. У дослідженнях виявлено, що високі показники ригідного планування та низький рівень гнучкості тісно корелюють із підвищеними орторексичними тенденціями (McComb & Mills, 2019; Koven & Abry, 2015).

Таким чином, у контексті орторексії надмірне планування перестає бути інструментом досягнення адаптивних цілей і перетворюється на окрему форму ритуалізованої поведінки, яка підтримує внутрішню тривогу й обмежує можливості гнучкої адаптації. Це свідчить про глибокі зміни у сфері виконавчих функцій, де організованість і послідовність

втрачають свою ресурсну функцію та стають факторами ризику підтримання патологічної структури харчової поведінки.

### **1.3.3 Самоконтроль, інгібіція та ризики перенормованої регуляції**

Продовжуючи аналіз нейрокогнітивних особливостей орторексії, необхідно окремо розглянути феномен самоконтролю та інгібіції як центральних процесів, що забезпечують регуляцію поведінки. У здорових умовах ці функції дозволяють особистості гнучко стримувати імпульси, планувати дії відповідно до довгострокових цілей і зберігати емоційну стабільність у стресових ситуаціях (Tangney, Baumeister & Boone, 2004). Проте у випадку орторексії самоконтроль набуває гіпертрофованого, нефункціонального характеру, що веде не до адаптивної саморегуляції, а до патологічного придушення емоцій, імпульсів і тілесних сигналів.

Інгібіція, як один із базових механізмів виконавчих функцій, передбачає здатність пригнічувати небажані думки, емоції або дії для досягнення поставленої мети, проте при орторексії інгібіція перестає виконувати захисну функцію і трансформується на стійкий механізм уникання афективного досвіду. Згідно з дослідженнями Strahler et al. (2018), особи з високими орторексичними тенденціями демонструють підвищений рівень самоконтролю за суб'єктивною оцінкою, але водночас знижене усвідомлення внутрішніх тілесних і емоційних станів. Це призводить до парадоксальної ситуації: зовнішня поведінка здається впорядкованою та контрольованою, тоді як внутрішній емоційний простір залишається недоступним або навіть витісненим.

У рамках моделі холодного когнітивного стилю (cold cognition dominance), що була описана Bratman & Knight (2018), переважання когнітивного контролю над емоційною інтеграцією створює специфічний захисний механізм, в якому: дії перестають бути реакцією на живий емоційний досвід і виконуються за принципом «так треба», відповідно до

встановлених ритуалів. У такій системі їжа стає не джерелом задоволення або енергії, а механічною реалізацією фіксованого скрипта поведінки.

адмірна інгібіція також сприяє придушенню природних тілесних сигналів, таких як: голод, ситість, бажання смакової насолоди. У дослідженнях (Tangney et al., 2004) встановлено, що при патологічному посиленні контролю особа не лише відмовляється від імпульсивних бажань, а й втрачається здатність диференціювати власні тілесні сигнали, що підриває ефективність внутрішньої регуляції, що в довгостроковій перспективі призводить до емоційного виснаження, порушення внутрішньої регуляції та підвищення ризику депресивних розладів.

Важливим є також феномен перенормованої регуляції: у спробах максимально контролювати свої дії та переживання особа створює надмірно жорстку систему внутрішніх правил, що не залишає простору для варіативності й адаптації. Замість природної регуляції на основі потреб і контексту людина функціонує в режимі постійного придушення будь-яких відхилень від ідеалізованої норми.

Когнітивно-поведінкова структура орторексії в цьому контексті нагадує замкнене коло: посилення самоконтролю знижує чутливість до внутрішнього стану, що, своєю чергою, посилює потребу в ще більшому контролі для компенсації внутрішнього дискомфорту. Це підтверджують і нейропсихологічні дані: надмірне використання інгібіторних стратегій асоціюється зі зростанням тривожності, ригідністю поведінки та розвитком obsесивно-компульсивних патернів (Koven & Abry, 2015).

Особливе місце у цьому процесі займає коротка шкала самоконтролю Brief Self-Control Scale (Tangney et al., 2004), яка оцінює загальну здатність особистості до регулювання імпульсів, прийняття зважених рішень та управління поведінкою. У дослідженнях орторексії застосування цієї шкали дозволяє кількісно виявити гіпертрофовані аспекти саморегуляції, зокрема гіперконтроль над тілом і харчуванням.

Таким чином, аналіз феноменів самоконтролю та інгібіції в контексті орторексії дозволяє зрозуміти, що ригідна регуляція поведінки є не лише способом уникнення тривожності, а й механізмом глибокого відчуження від власного тіла й емоцій. Це підсилює патологічний характер орторексичної структури і зумовлює її стійкість до спонтанної корекції або зміни.

### **1.3.4 Нейропсихологічна структура орторексії: інтеграція змінних**

Підсумовуючи аналіз окремих компонентів виконавчих функцій, можна перейти до побудови інтегративного уявлення про нейропсихологічну структуру орторексії. На сьогодні все більше досліджень (Koven & Abru, 2015; McComb & Mills, 2019) вказують на те, що орторексична поведінка формується не лише під впливом окремих особистісних рис або емоційних порушень, а є результатом специфічної конфігурації нейрокогнітивних механізмів.

В основі цієї структури лежить порушення балансу між стратегічними і адаптивними виконавчими функціями. До стратегічних функцій належать планування, контроль, інгібіція, деталізація і вони дозволяють людині формувати стабільні поведінкові моделі, орієнтуватися на досягнення цілей, дотримуватись послідовності у діях, але у випадку орторексії ці функції виявляються перенавантаженими, гіпертрофованими та ритуалізованими.

Адаптивні функції, такі як когнітивна гнучкість, переключення між завданнями, інтеграція тілесного та емоційного досвіду, навпаки, виявляються недостатньо розвиненими або пригніченими й у результаті виникає своєрідний функціональний дисбаланс: замість гнучкого реагування на зміни середовища особа обирає жорстке дотримання заздалегідь сформованих правил, навіть коли ці правила втрачають актуальність.

Такий механізм нейрокогнітивної організації поведінки проявляється у вигляді ригідності мислення, нав'язливого планування, патологічного самоконтролю та надмірної інгібіції. Типові стратегії контролю, що в нормі підтримують адаптацію (планування, стримування імпульсів), у цьому контексті трансформуються на джерело стійкої ригідності (тобто, у структурі орторексії перетворюються на фактори дезадаптації). Людина фактично витрачає ресурси на підтримання стабільності навіть за рахунок гнучкості, комфорту та реалістичної оцінки ситуації.

Нейропсихологічно це відповідає моделі перенормованої регуляції: стратегічні функції домінують настільки, що витісняють як афективну складову досвіду, так і ситуативне врахування змін у зовнішньому середовищі. Такий стиль функціонування формує схильність до ритуалізації поведінки, посилення тривожності при порушенні встановленого порядку та зниження толерантності до невизначеності.

Важливим інструментом для емпіричної оцінки цих процесів є шкала виконавчих функцій у повсякденному житті — ESQ-R (Executive Skills Questionnaire – Revised), вона дозволяє виявити як сильні сторони виконавчого функціонування (організованість, ретельність, орієнтація на ціль), так і вразливі місця (зниження гнучкості, надмірний контроль, труднощі з емоційною регуляцією).

У контексті орторексії оцінка за шкалою ESQ-R дозволяє не лише описати загальні риси когнітивного стилю, а й виявити дисбаланс між контролюючими та адаптивними стратегіями. Наприклад, високі бали за субшкалами планування та організованості у поєднанні з низькими показниками гнучкості та емоційної регуляції можуть вказувати на нейропсихологічний ризик розвитку орторексичних патернів.

Таким чином, нейропсихологічний підхід до орторексії дозволяє не лише ідентифікувати окремі когнітивні деформації, але й реконструювати

загальну архітектуру порушеної адаптації. В основі цього процесу лежить системне перенапруження виконавчих функцій, що супроводжується зниженням здатності до гнучкої інтеграції афективних і соматичних сигналів. Саме ця диспропорція між контрольними стратегіями та інтегративними ресурсами визначає стійкість орторексичних установок і формує характерний нейрокогнітивний патерн розладу.

### **1.3.5 Нейрокогнітивний профіль ризику орторексії**

Попередній аналіз дозволяє інтегрувати ключові нейропсихологічні характеристики орторексії у цілісну модель, що пояснює стійкість цього поведінкового патерну та специфіку його когнітивної структури. Важливо зазначити, що когнітивна ригідність при орторексії проявляється не лише у поведінкових стереотипах, а й у мисленнєвій нееластичності: особи з орторексичними установками демонструють труднощі у зміні переконань про їжу навіть за наявності суперечливої інформації.

Такий стиль мислення підтримується гіперфункцією дорсолатеральної префронтальної кори (DLPFC), відповідальної за раціональний контроль, пригнічення імпульсів і зниження емоційної реактивності (Zastrow et al., 2009; Steinglass et al., 2012). Унаслідок цього надмірний раціональний контроль перешкоджає інтеграції емоційного та тілесного досвіду, що поглиблює розрив між когнітивними стратегіями та реальними потребами організму.

Особливої уваги заслуговує концепція «синдрому холодного розуму» (cold cognition dominance), що описує домінування когнітивних процесів над афективною сферою у прийнятті рішень. За даними Bratman & Knight (2018), у осіб з високими орторексичними тенденціями спостерігається емоційна ригідність, знецінення тілесного досвіду і гіперболізація ідеалів раціонального самоконтролю. Така структура мислення унеможливує гнучке реагування на ситуацію, навіть якщо вона вимагає відступу від усталених правил.

На основі узагальнених даних досліджень можна виокремити умовний нейрокогнітивний профіль ризику орторексії, який включає: когнітивну ригідність, порушення когнітивної гнучкості й до типових ознак цього профілю належать: патологічне фокусування на мікродеталях, ритуалізація планування, порушення афективно-соматичної інтеграції, дефіцит ментальної гнучкості і перенормовану інгібіцію контролю (McComb & Mills, 2019; Koven & Abry, 2015).

Формування такого профілю свідчить не лише про специфічні особливості когнітивного функціонування, а й про нейропсихологічні основи стійкості орторексичних установок. З практичної точки зору це обґрунтовує доцільність застосування інструментів, що оцінюють виконавчі функції, емоційну гнучкість і планувальні здібності, зокрема опитувальника ESQ-R.

Таким чином, нейрокогнітивний профіль ризику орторексії демонструє системну диспропорцію між контрольними механізмами та адаптивною гнучкістю. Саме ця диспропорція забезпечує стійкість ритуалізованої харчової поведінки та знижує ефективність спроб її самостійної корекції, що потребує глибшого розуміння когнітивно-афективної інтеграції у клінічній практиці.

Підсумовуючи, нейрокогнітивний підхід до орторексії дозволяє розглядати цей феномен не лише як набір окремих поведінкових патернів, а як прояв цілісної системи когнітивної ригідності, надмірного контролю та дефіциту емоційно-тілесної інтеграції. Особливості виконавчих функцій, зафіксовані в осіб з орторексичними установками, вказують на стійке перенапруження контрольних стратегій на шкоду адаптивній гнучкості. Це все сприяє закріпленню ритуалізованої поведінки, знижує здатність до спонтанності й ускладнює корекцію орторексичних симптомів без спеціалізованого нейропсихологічного супроводу.

#### **1.4 Моделі орторексії: огляд концептуальних підходів та теоретичних обмежень**

Попри зростання уваги до орторексії в науковій спільноті, на сьогодні не існує єдиної узгодженої теоретичної моделі, яка б повністю охоплювала психологічні, нейрокогнітивні й соціокультурні аспекти цього явища. Більшість наявних підходів фокусуються на окремих вимірах орторексичної поведінки, що зумовлює певну фрагментарність у розумінні її природи (Cena et al., 2019; Dunn & Bratman, 2016).

Психологічні моделі здебільшого акцентують увагу на індивідуальних рисах, таких як перфекціонізм, тривожність, контингентна самооцінка та потреба в контролі. Вони розглядають орторексію як механізм саморегуляції в умовах підвищеної внутрішньої нестабільності та стресу (McComb & Mills, 2019). Однак такі моделі часто ігнорують роль когнітивних процесів — зокрема ригідності мислення, нав'язливого планування та дефіциту афективної інтеграції, які є ключовими для підтримання патологічної харчової поведінки.

Нейрокогнітивні підходи пропонують розглядати орторексію як стиль функціонування, де домінують контрольні стратегії та спостерігається зниження когнітивної гнучкості (Koven & Abry, 2015). Дослідження, що базуються на використанні шкал виконавчих функцій (наприклад, ESQ-R), виявили стійкі зв'язки між ригідністю планування, надмірною інгібіцією та високим рівнем орторексичних установок. Проте й ці моделі залишаються неповними, оскільки рідко враховують афективний рівень — зокрема роль тривожності та емоційної ригідності.

Соціокультурні підходи підкреслюють вплив медіа, ідеологій здорового способу життя (ЗСЖ) і норм етичного споживання на формування орторексичних переконань (Turner & Lefevre, 2017). У цих концепціях орторексія розглядається як відповідь на зростаючий соціальний тиск щодо контролю над тілом і поведінкою. Однак

соціокультурні моделі не завжди пояснюють, чому одна частина людей піддається цим впливам більшою мірою, а інша зберігає адаптивність.

Таким чином, існуючі моделі орторексії мають низку обмежень: по-перше, вони переважно одновимірні й не інтегрують когнітивні, афективні й поведінкові механізми в єдину концепцію. А по-друге, багато моделей залишають поза увагою нейропсихологічні фактори — хоча саме вони можуть пояснити стійкість і ритуалізацію орторексичної поведінки.

У нашій роботі орторексія розглядається як системний феномен, що виникає на перетині особистісних характеристик (перфекціонізм, тривожність, самооцінка, самоконтроль) і нейрокогнітивних дисфункцій (когнітивна ригідність, гіпертрофована інгібіція, порушення афективної інтеграції). Такий підхід дозволяє не лише глибше зрозуміти структуру орторексичної поведінки, але й виявити потенційні точки для психологічної інтервенції.

Таким чином, аналіз існуючих теоретичних моделей орторексії виявив їхню фрагментарність і недостатню інтеграцію когнітивних та особистісних чинників. Це обґрунтовує необхідність комплексного підходу до дослідження орторексії як системного феномену, що включає особистісні предиктори й нейрокогнітивні механізми.

## **Висновки до Розділу 1**

Проведений теоретичний аналіз дозволив сформулювати цілісне розуміння феномену орторексії як складного багатофакторного явища, що виникає на перетині особистісних, когнітивних, емоційних і соціокультурних детермінант. Попри відсутність офіційного клінічного статусу, накопичені теоретичні дані свідчать про стійкі прояви ригідної харчової поведінки, компульсивного контролю та дистресу, що наближує

орторексію до розладів харчової поведінки та obsесивно-компульсивного спектра.

Еволюція концепції орторексії, від її первинного опису як культурного феномену до спроб операціоналізації в клінічній психології, виявила суттєві труднощі у створенні стабільних діагностичних критеріїв і валідного інструментарію. Це, у свою чергу, обмежує можливості точного вивчення та інтерпретації орторексичних тенденцій у різних популяціях.

На особистісному рівні орторексична поведінка пов'язана із дезадаптивним перфекціонізмом, підвищеною тривожністю, нестабільною зовнішньозалежною самооцінкою та гіпертрофованим самоконтролем. Потреба у підтриманні моральної правильності через харчові ритуали виконує функцію внутрішнього стабілізатора, проте водночас підсилює емоційну вразливість і залежність від суворих зовнішніх стандартів.

Нейрокогнітивна перспектива розкрила характерні зміни у сфері виконавчих функцій: когнітивна ригідність, надмірне планування, гіперінгібіція та домінування холодного когнітивного контролю над афективною інтеграцією. Такі особливості зумовлюють втрату поведінкової гнучкості та сприяють закріпленню патологічних стратегій регуляції.

Аналіз існуючих теоретичних моделей продемонстрував їхню фрагментарність: окремі підходи акцентують на тривожності, контролі або соціальному тиску, проте недостатньо інтегрують когнітивні й особистісні механізми у єдину системну концепцію і це обґрунтовує необхідність комплексного підходу до дослідження орторексії як багаторівневого феномену.

Таким чином, результати теоретичного аналізу дають підстави розглядати орторексію як явище, що формується через взаємодію трьох рівнів: особистісного (дезадаптивний перфекціонізм, тривожність, самоконтроль, нестабільна самооцінка), когнітивного (ригідність

мислення, надмірне планування, інгібіція імпульсів) та нейрокогнітивного (дисбаланс виконавчих функцій, дефіцит афективної інтеграції). Орторексія проявляється не лише у поведінці, а й у специфічному способі організації досвіду та побудови стосунку до тіла, емоцій та соціальних норм.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що орторексія є системним феноменом, який вимагає міждисциплінарного підходу до вивчення, що включає як особистісні характеристики, так і нейрокогнітивні механізми. Теоретичні підвалини, викладені у цьому розділі, формують основу для подальшої побудови емпіричної моделі дослідження орторексичних тенденцій у молодих дорослих.

## **Розділ II. Методологія емпіричного вивчення орторексичних тенденцій у контексті нейрокогнітивно-поведінкових чинників**

### **2.1 Організація емпіричного дослідження**

Спираючись на результати теоретичного аналізу, у цьому розділі здійснюється емпіричне дослідження психологічної структури орторексії,

спрямоване на перевірку гіпотез про взаємозв'язок особистісних і нейрокогнітивних чинників із орторексичними тенденціями.

Враховуючи багатфакторний характер явища, дослідження має на меті встановити специфічні взаємозв'язки між орторексичними тенденціями, особистісними характеристиками та нейрокогнітивними особливостями. Особливий акцент зроблено на дослідженні ролі виконавчих функцій як модератора впливу особистісних змінних на схильність до ригідної харчової поведінки.

Методологія добору вибірки в межах даного дослідження ґрунтувалася на принципах цілеспрямованого підходу. Формування вибірки відбувалося шляхом поширення Google Форми через соціальні мережі (Instagram, Facebook, Telegram) та професійні онлайн-спільноти, пов'язані з тематикою здорового способу життя, психології, харчування та особистісного розвитку. Такий підхід дозволив залучити учасниць, які потенційно мають підвищений інтерес до досліджуваних змінних і є релевантними для цілей аналізу особистісних і нейрокогнітивних корелятив орторексії.

Перед початком участі кожна респондентка мала змогу ознайомитися з електронною версією інформованої згоди, яка містила чіткий опис мети дослідження, формату заповнення анкети, принципів анонімності та добровільності участі. Інформована згода також містила інформацію про відсутність будь-яких ризиків для психічного стану учасниць, гарантії конфіденційності даних та можливість припинити участь у будь-який момент без пояснення причин.

Опитування здійснювалося в онлайн-форматі, що дозволило мінімізувати вплив зовнішніх чинників на відповіді учасниць і забезпечити добровільність участі. Жоден із респондентів не зазнавав психологічного або емоційного тиску; участь не передбачала втручання у приватну сферу, збір чутливої або ідентифікаційної інформації.

Також слід зазначити, що формат дистанційного збору даних створив умови для більшої регіональної варіативності вибірки, що підвищує екологічну валідність дослідження у межах здорової популяції жінок.

Таким чином, метод добору та процедура збору даних були спрямовані на досягнення максимальної відповідності між тематикою дослідження та характеристиками учасниць, а також на дотримання етичних стандартів проведення психологічних досліджень.

Водночас варто враховувати певні обмеження, притаманні дистанційному збору даних: відсутність контролю за умовами проходження опитування, можливість селективності вибірки через самостійне прийняття рішення про участь та потенційний вплив індивідуальних чинників мотивації на результати дослідження.

## **2.2 Вибірка дослідження**

Емпіричне дослідження «Нейрокогнітивні та особистісні кореляти орторексії у жінок» здійснювалося на вибірці, що складалася із 102 респонденток жіночої статі. Формування саме такої вибірки зумовлено специфікою досліджуваного явища: відповідно до сучасних наукових даних, орторексичні установки частіше виявляються серед жінок молодого віку (Brytek-Matera, 2012; Cena et al., 2019), що обґрунтовує фокусування на цій популяції задля забезпечення внутрішньої валідності результатів.

### **2.2.1 Структурні характеристики вибірки**

Середній вік респонденток становив 27,20 років ( $SD \approx 5,8$ ), що дозволяє віднести вибірку до категорії молодого дорослого віку відповідно до класифікацій психології розвитку (Arnett, 2000). Цей віковий період асоціюється з максимальною зрілістю виконавчих функцій, активною саморегуляцією та високою когнітивною пластичністю, що є суттєвим

чинником для дослідження нейрокогнітивних особливостей харчової поведінки. Розподіл респонденток за віковими групами:

- 18–25 років — 46 осіб (45,10%);
- 26–35 років — 20 осіб (19,61%);
- 36–45 років — 16 осіб (15,69%);
- 46–60 років — 6 осіб (5,88%).

Домінування молодшого вікового діапазону є важливим, оскільки цей етап розвитку характеризується завершенням формування префронтальної кори (області мозку, що відповідає за планування), інгібіцію імпульсів та гнучкість мислення (Diamond, 2013). Це створює сприятливі умови для аналізу зв'язків між нейрокогнітивною регуляцією та орторексичними установками.

Молодий дорослий вік також супроводжується підвищеною соціально-когнітивною вразливістю, що сприяє інтродекції соціальних норм, включно з ідеалами здорового харчування (Schaefer et al., 2021). Таким чином, вибірка є релевантною для дослідження ролі особистісних факторів ризику розвитку орторексії.

Таким чином, особливості вибірки створюють сприятливе підґрунтя для досягнення мети дослідження й подальшого аналізу нейрокогнітивних і особистісних змінних.

Аналіз рівня освіти респонденток показав високий рівень освітньої підготовки вибірки. Розподіл за освітою виглядає наступним чином:

- повна вища освіта — 58 осіб (56,86%),
- незакінчена вища освіта — 22 особи (21,57%),
- повна загальна середня освіта — 15 осіб (14,71%),
- докторський ступінь / PhD — 4 особи (3,92%),
- дві вищі освіти — 1 особа (0,98%),
- аспірантура — 1 особа (0,98%),
- професійно-технічна освіта — 1 особа (0,98%).

Таким чином, понад 80% респонденток мають або завершену вищу освіту, або перебувають у процесі її здобуття, що свідчить про високий когнітивний ресурс вибірки. Рівень освіти позитивно корелює з розвитком виконавчих функцій, метакогнітивної рефлексії та здатності до саморегуляції (Best, Miller, & Naglieri, 2011).

З огляду на специфіку теми дослідження, високий освітній рівень є особливо релевантним, оскільки освічені респондентки частіше демонструють: акцент на нормативні уявлення про здорове харчування, посилений самоконтроль у харчових практиках та підвищену когнітивну ригідність щодо вибору харчових патернів (McComb & Mills, 2019).

На нейропсихологічному рівні високий рівень освіти асоціюється з кращою інтеграцією префронтальних зон мозку, що відповідають за планування, моніторинг поведінки та інгібіторний контроль (Alvarez & Emory, 2006).

Отже, когнітивно-поведінкові особливості вибірки, обумовлені освітнім рівнем, є важливою передумовою для валідного аналізу нейрокогнітивних і особистісних аспектів орторексії.

Аналіз сімейного стану респонденток дослідження показав таку структуру вибірки:

- не перебували у стосунках (самотні) — 43 особи (42,16%),
- перебували у романтичних стосунках без офіційного шлюбу — 37 осіб (36,27%),
- перебували в офіційному шлюбі — 20 осіб (19,61%),
- розлученими себе ідентифікували 2 особи (1,96%).

Такий розподіл свідчить про те, що більшість вибірки складають жінки, які або перебувають у стабільних романтичних стосунках, або мають досвід побудови довготривалих міжособистісних зв'язків. Водночас значна частка самотніх респонденток забезпечує варіативність у рівнях соціальної підтримки та автономності, що має важливе значення для

аналізу психологічних механізмів, пов'язаних із саморегуляцією харчової поведінки.

З позиції психології розвитку стабільні соціальні зв'язки виконують роль буфера стресу, сприяючи зниженню базового рівня тривожності й підвищенню ефективності емоційної регуляції (Taylor, 2011). Натомість самотність або недостатність соціальної підтримки можуть підвищувати вразливість до тривожних переживань і когнітивної ригідності, що у свою чергу є значущими чинниками ризику формування ригідних харчових патернів, притаманних орторексії (Koven & Abry, 2015).

З нейропсихологічної точки зору, відсутність стійких соціальних контактів асоціюється з активацією системи тривожності та підвищеним навантаженням на механізми виконавчого контролю, що може впливати на стратегічну регуляцію харчової поведінки.

Таким чином, різноманітність у сімейному статусі вибірки дозволяє враховувати потенційні варіації рівня соціальної підтримки та автономії, що є важливими змінними у моделюванні психологічних і нейрокогнітивних факторів ризику розвитку орторексичних установок.

Аналіз професійної зайнятості респонденток дослідження показав високий рівень залучення вибірки до академічної та трудової діяльності. Розподіл за основною діяльністю виглядає наступним чином:

- працюють повний робочий день або мають часткову зайнятість — 36 осіб (35,29%),
- навчаються — 33 особи (32,35%),
- поєднують навчання і роботу — 27 осіб (26,47%),
- тимчасово не працюють — 5 осіб (4,90%),
- перебувають на пенсії — 1 особа (0,98%).

Отримані дані свідчать про те, що переважна більшість вибірки активно залучена до діяльності, що вимагає значних когнітивних ресурсів. Постійне залучення до професійної або академічної діяльності

асоціюється з інтенсивним використанням виконавчих функцій, зокрема робочої пам'яті, інгібіторного контролю та когнітивної гнучкості, що є критично важливим для аналізу нейрокогнітивних особливостей харчової поведінки.

З психологічної точки зору, підвищене життєве навантаження може бути чинником розвитку ригідних патернів поведінки, оскільки особи з високими стандартами щодо себе частіше вдаються до суворого контролю як засобу компенсації стресу (Brytek-Matera, 2012; Oberle et al., 2017).

З нейропсихологічної перспективи, хронічне когнітивне навантаження може впливати на баланс виконавчих функцій, сприяючи розвитку когнітивної ригідності і змін у стратегіях саморегуляції (Santarnecchi et al., 2015).

Таким чином, структура професійної зайнятості вибірки створює сприятливі умови для аналізу взаємозв'язку між когнітивним навантаженням, виконавчими функціями та орторексичними тенденціями.

Аналіз умов проживання респонденток дослідження показав значну варіативність середовищних чинників вибірки. Розподіл за житловими умовами виглядає наступним чином:

- проживають із батьками або родичами — 37 осіб (36,27%),
- проживають із партнером/партнеркою — 29 осіб (28,43%),
- проживають самостійно — 15 осіб (14,71%),
- проживають із партнером/партнеркою та дітьми — 9 осіб (8,82%),
- проживають у гуртожитку — 5 осіб (4,90%),
- проживають із друзями/сусідами — 4 особи (3,92%),
- проживають із дітьми — 3 особи (2,94%).

Отримані дані свідчать про те, що вибірка охоплює широкий спектр рівнів автономії та соціальної підтримки, що має суттєве значення для аналізу особистісної і нейрокогнітивної регуляції харчової поведінки.

З психологічної точки зору, самотнє проживання або проживання із партнером асоціюється з вищим рівнем саморегуляції, самотійності в ухваленні рішень і контролі над харчовими практиками (Simeon et al., 2016). Натомість проживання з родичами або в гуртожитку може обумовлювати зовнішні обмеження або модифікації харчових звичок, що є важливим фактором для розуміння варіацій у поведінкових стратегіях.

З нейропсихологічної перспективи, автономія у побутових рішеннях тісно пов'язана з активацією системи виконавчих функцій, включно з плануванням, контролем імпульсів і адаптивністю до середовищних змін (Miller & Cohen, 2001).

Таким чином, житлові умови вибірки створюють значний емпіричний контекст для дослідження ролі середовищних факторів у розвитку орторексичних моделей харчової поведінки.

Аналіз особливостей харчових практик серед респонденток дослідження показав переважання гнучкого підходу до харчування. Розподіл за дотриманням спеціальних дієт виглядає наступним чином:

- не дотримуються жодної спеціальної дієти — 81 особа (79,41%),
- дотримуються дієти за медичними показаннями — 5 осіб (4,90%),
- дотримуються кето-/низьковуглеводної дієти або палео — 4 особи (3,92%),
- дотримуються вегетаріанства або веганства — 4 особи (3,92%),

- дотримуються інших режимів харчування (інтервальне голодування, безглютенова дієта, рослинноорієнтоване харчування, кошерне харчування) — 1 особа (0,98%).

Отримані дані вказують на те, що більшість вибірки не обмежує себе суворими харчовими нормами, однак наявність респонденток із специфічними дієтичними обмеженнями створює можливість для аналізу впливу різного ступеня контролю на розвиток орторексичних установок.

З точки зору психології харчування, дотримання дієтичних режимів може бути як адаптивною стратегією турботи про здоров'я, так і індикатором латентних орторексичних тенденцій — прагнення до «чистоти» або жорсткого самоконтролю (Dunn & Bratman, 2016). Особливу увагу привертають режими харчування, що передбачають значні обмеження, оскільки вони потенційно асоціюються зі зниженням когнітивної гнучкості.

З нейропсихологічної перспективи формування ригідних харчових патернів супроводжується посиленням активності префронтальної кори, відповідальної за планування, самоконтроль і пригнічення імпульсивних реакцій (Wu et al., 2016). Це створює передумови для глибшого аналізу зв'язків між особливостями харчової поведінки і нейрокогнітивними характеристиками.

Таким чином, структура харчових практик вибірки забезпечує необхідний контекст для дослідження взаємозв'язку між ступенем самоконтролю, особистісними чинниками та орторексичними тенденціями.

Аналіз фінансового становища респонденток щодо можливостей харчування показав переважання економічно стабільних умов серед вибірки. Розподіл виглядає наступним чином:

- можу дозволити собі якісні продукти — 44 особи (43,14%),
- вистачає на базові продукти — 33 особи (32,35%),

- можу дозволити собі будь-яку їжу — 23 особи (22,55%),
- грошей вистачає лише на найнеобхідніше — 2 особи (1,96%).

Отримані результати свідчать, що більшість респонденток перебувають у фінансових умовах, які дозволяють здійснювати усвідомлений вибір продуктів за якісними характеристиками, а не лише за принципом доступності.

З психологічної точки зору така фінансова автономність може сприяти формуванню установок на контроль за якістю харчування і вибудовуванню харчової поведінки відповідно до власних стандартів «здорового харчування» (Dunn & Bratman, 2016). Водночас високий рівень фінансової свободи може як зміцнювати адаптивну саморегуляцію, так і потенційно підсилювати ригідність харчових патернів за умов високої тривожності чи перфекціоністичних рис особистості.

З нейропсихологічної перспективи стабільний економічний стан знижує когнітивне навантаження, пов'язане з плануванням витрат і прийняттям рішень, що в свою чергу підтримує ефективну роботу виконавчих функцій і когнітивну гнучкість (Mani et al., 2013).

Таким чином, фінансовий профіль вибірки створює підґрунтя для комплексного аналізу впливу економічних ресурсів на особливості нейрокогнітивної регуляції та розвиток орторексичних установок.

Аналіз стану здоров'я респонденток дослідження показав помітну поширеність хронічних захворювань серед вибірки. Розподіл виглядає наступним чином:

- відсутність хронічних захворювань — 49 осіб (48,04%),
- наявність одного або кількох хронічних станів — 53 особи (51,96%).

Серед респонденток із хронічними захворюваннями переважали:

- захворювання шлунково-кишкового тракту (8,82%) — гастрит, синдром подразненого кишечника, целіакія;

- неврологічні та психічні стани (6,86%) — депресія, тривожні розлади, розлади харчової поведінки;
- алергії та харчові непереносимості (4,90%) — непереносимість лактози, фенілкетонурія;
- ендокринні захворювання (3,92%) — гіпотиреоз, метаболічний синдром, інсулінорезистентність;
- інші стани ( $\leq 1\%$ ) — аутоімунні та онкологічні процеси.

Отримані дані свідчать, що понад половина респонденток мають досвід тривалих соматичних станів, що потенційно впливає на структуру харчової поведінки та акцентуацію уваги на питаннях здоров'я.

З психологічної точки зору наявність хронічних захворювань може сприяти формуванню ригідних харчових патернів, орієнтованих на суворий контроль як спосіб запобігання ускладненням або підтримання стабільного стану здоров'я (Koven & Abry, 2015; Dunn & Bratman, 2016).

У нейропсихологічному контексті хронічні соматичні стани асоціюються з підвищенням базового рівня тривожності, активацією стресових механізмів і навантаженням на системи виконавчого контролю (McEwen, 2012), що опосередковано впливає на процеси саморегуляції харчування.

Таким чином, медичний профіль вибірки є критично важливим фоном для інтерпретації особливостей нейрокогнітивної регуляції та формування орторексичних тенденцій серед досліджуваної групи.

Аналіз особливостей приготування їжі серед респонденток показав високий рівень залученості до процесу харчової саморегуляції. Розподіл виглядає наступним чином:

- переважно самостійне приготування їжі — 77 осіб (75,49%),
- часткове самостійне приготування — 20 осіб (19,61%),
- практично відсутнє самостійне приготування — 5 осіб (4,90%).

Такий профіль дозволяє припустити, що більшість респонденток мають розвинену практику контролю над складом і якістю споживаної їжі, що є важливою змінною у контексті вивчення орторексичних тенденцій.

З психологічної точки зору активна участь у приготуванні їжі корелює із загальним рівнем саморегуляції, схильністю до планування і реалізації власних стандартів у сфері харчування (Brytek-Matera, 2012). Самостійний контроль за процесом приготування дозволяє індивідуалізувати харчові стратегії відповідно до уявлень про «чисте» або «здорове» харчування.

З нейропсихологічного погляду, активність у процесі приготування їжі відображає залучення систем виконавчих функцій — планування, організації послідовних дій, когнітивного моніторингу результату (Diamond, 2013). У разі патологічної акцентуації на процесі приготування їжі можливе звуження когнітивної гнучкості та домінування ригідних схем харчової поведінки.

Наявність у вибірці респонденток, які частково або майже не залучені до самостійного приготування їжі, забезпечує необхідну варіативність, що дозволяє досліджувати диференційований вплив харчових практик на розвиток орторексичних установок.

Таким чином, аналіз участі в приготуванні їжі створює важливий емпіричний фон для подальшого розуміння нейрокогнітивних і особистісних механізмів регуляції харчової поведінки у вибірці.

Аналіз рівня фізичної активності респонденток дозволяє оцінити важливий аспект їхньої повсякденної регуляції поведінки та ресурсів. Розподіл виглядає наступним чином:

- 1–3 години фізичної активності на тиждень — 37 осіб (36,27%),
- менше 1 години фізичної активності на тиждень — 32 особи (31,37%),

- 3–5 годин на тиждень — 26 осіб (25,49%),
- більше 5 годин на тиждень — 7 осіб (6,86%).

Більшість вибірки демонструє низький або помірний рівень фізичної активності, що має важливе значення для аналізу загальної системи саморегуляції. Лише незначна частина респонденток (6,86%) систематично займається фізичними навантаженнями понад п'ять годин на тиждень, що відповідає високому рівню активності за рекомендаціями ВООЗ (WHO, 2020).

З психологічної точки зору фізична активність виступає фактором, який сприяє розвитку стратегій саморегуляції, зниженню базового рівня тривожності та підвищенню ефективності емоційної регуляції (Biddle & Asare, 2011). Помірна фізична активність асоціюється з балансом між фізичним навантаженням і когнітивною гнучкістю, тоді як її дефіцит або надлишок можуть бути маркерами ригідності поведінки.

У контексті орторексії важливим є подвійний характер фізичної активності: з одного боку, вона може бути компонентом здорового способу життя, з іншого — за умов гіперактивності або компульсивного контролю над тілом — виступати предиктором патологічних харчових установок (Bratman & Knight, 2000).

З нейропсихологічної перспективи помірна фізична активність підтримує оптимальну функціональність префронтальної кори, що відповідає за виконавчі функції, когнітивний контроль і адаптивну гнучкість поведінки (Hillman et al., 2008).

Таким чином, рівень фізичної активності у вибірці створює важливе підґрунтя для подальшого аналізу когнітивних і особистісних детермінант харчової поведінки.

Аналіз часу, який респондентки приділяють міркуванням про їжу, дозволяє оцінити рівень когнітивної залученості до харчових питань. Розподіл виглядає наступним чином:

- менше 30 хвилин на день — 48 осіб (47,06%),
- від 30 хвилин до 1 години на день — 34 особи (33,33%),
- більше 1 години на день — 20 осіб (19,61%).

Майже половина вибірки витрачає на думки про їжу менше півгодини щодня, що може свідчити про відносно помірний рівень фокусування на харчовій тематиці у повсякденному житті. Водночас третина респонденток демонструє середній рівень когнітивної залученості, а приблизно кожна п'ята має підвищену увагу до харчування.

Психологічно підвищений час міркувань про їжу може виступати індикатором когнітивної зайнятості, характерної для харчових розладів, зокрема для орторексії (Koven & Abry, 2015). Постійне повернення думок до теми їжі свідчить про потенційне зниження когнітивної гнучкості та домінування специфічних харчових схем у структурі мислення.

У нейропсихологічному аспекті інтенсивне фокусування на харчових питаннях пов'язане з активністю префронтальної кори (відповідальної за планування, моніторинг та контроль) і систем емоційної регуляції (Amygdala-Prefrontal network) (Vainik et al., 2019). Надмірна когнітивна залученість може зумовлювати когнітивне перенавантаження і обмежувати можливості для адаптивної зміни поведінкових стратегій.

Крім того, наявність нав'язливих думок про їжу часто корелює з особистісними рисами, такими як тривожність, перфекціонізм та гіперконтроль, які, у свою чергу, асоціюються з підвищеним ризиком розвитку орторексичних установок (Brytek-Matera, 2012).

Таким чином, дані щодо часу, приділеного міркуванням про їжу, є важливим емпіричним маркером для подальшого аналізу когнітивних і особистісних змінних у структурі орторексії.

Аналіз рівня комфортності респонденток під час прийому їжі у присутності інших осіб дозволяє оцінити особливості їх соціальної адаптивності в харчових контекстах. Розподіл виглядає наступним чином:

- почуваються комфортно — 61 особа (59,80%),
- залежить від ситуації — 29 осіб (28,43%),
- відчувають дискомфорт — 12 осіб (11,76%).

Більшість респонденток відзначили, що процес спільного прийому їжі не викликає у них суттєвого напруження або дискомфорту. Такий результат свідчить про загалом високий рівень соціальної адаптивності й інтеграції харчових практик у міжособистісні взаємодії.

Водночас майже третина вибірки повідомила про ситуативну змінність у відчуттях комфортності, що вказує на потенційну варіативність соціальної тривожності та здатності до адаптації в різних контекстах. Близько 12% респонденток зазнають стабільного дискомфорту під час харчування в компанії інших, що може бути маркером підвищеної чутливості до соціальної оцінки або акцентуації на самоконтролі в харчовій поведінці.

У психологічному аспекті труднощі із соціальним харчуванням можуть бути пов'язані з тривожністю, перфекціонізмом або внутрішньою потребою дотримуватися строгих стандартів поведінки навіть у неформальних обставинах (Koven & Abry, 2015).

З нейропсихологічної точки зору, дискомфорт у соціальному харчуванні може супроводжуватися підвищеною активацією мережі соціальної болі (anterior cingulate cortex, insula), що свідчить про високу чутливість до соціального контексту і прагнення контролювати власну поведінку у відповідності до очікувань середовища (Eisenberger, 2012).

Таким чином, дані щодо комфортності прийому їжі в соціальних умовах є важливим показником для аналізу інтеграції когнітивних і особистісних механізмів саморегуляції, які потенційно модулюють схильність до орторексичних проявів у структурі харчової поведінки.

### **2.2.2 Узагальнений профіль вибірки і висновки**

Аналіз отриманих даних свідчить про високу релевантність досліджуваної вибірки до завдань емпіричного вивчення нейрокогнітивних і особистісних корелятив орторексії.

Вибірка складалася виключно з жінок молодого дорослого віку (середній вік 27,2 роки), що забезпечує збереження однорідності за статтю і віком та створює умови для глибшого аналізу когнітивних і особистісних процесів у контексті формування орторексичних установок. Домінування вікової категорії 18-25 років (понад 45%) вказує на специфічний етап онтогенетичного розвитку, коли інтенсивно функціонують системи виконавчого контролю, саморегуляції й метакогнітивного моніторингу.

Освітній рівень учасниць характеризується високою когнітивною підготовкою: понад 80% мають вищу або незакінчену вищу освіту, що свідчить про загальну когнітивну зрілість вибірки та високий потенціал для саморефлексії, планування й інгібіції імпульсивних реакцій: факторів, які є критично важливими для вивчення феномену орторексії.

Структура сімейного стану та умов проживання вказує на варіативність рівня соціальної підтримки і автономії серед респонденток: близько 36% проживають із батьками чи родичами, тоді як решта демонструють вищий рівень самостійності і це забезпечує можливість аналізувати вплив як соціального середовища, так і автономного самоконтролю на харчову поведінку.

Професійна зайнятість учасниць переважно характеризується активною академічною або професійною діяльністю (понад 90%), що підсилює когнітивне навантаження і потребу в ефективних стратегіях саморегуляції обставини, які безпосередньо корелюють із вивченням моделей контролю харчової поведінки.

Фінансова характеристика вибірки свідчить про можливість реалізації власних харчових установок через доступ до якісної їжі, що є

критичним чинником у контексті орторексії, де прагнення до контролю за «чистотою» харчування є центральним елементом.

Аналіз харчових режимів учасниць показав, що більшість респонденток не дотримуються суворих дієтичних обмежень, однак наявність груп із вибілковими режимами (кето-, вегетаріанство, спеціальні дієти) забезпечує варіативність у ступені харчового контролю, що важливо для дослідження когнітивної гнучкості та ригідності.

Дані щодо самостійності в приготуванні їжі підкреслюють високий рівень контролю за харчовими практиками, що є додатковим маркером розвитку або, навпаки, патологізації моделей харчової поведінки.

Рівень фізичної активності вибірки переважно перебуває в межах низького або помірного, що забезпечує природний контекст дослідження без істотних компенсаторних змін когнітивних або поведінкових стратегій через гіперактивність.

Факт наявності хронічних захворювань у майже половини респонденток вказує на можливе підвищення уваги до харчових стратегій як механізму контролю за станом здоров'я та адаптації до соматичних обмежень.

Показники когнітивної залученості до харчової тематики демонструють наявність у частини вибірки підвищеного рівня міркувань про їжу, що корелює з когнітивною фіксацією, характерною для орторексичних тенденцій.

Аналіз комфортності харчування в соціальних умовах виявив переважно адаптивний профіль поведінки, з можливими варіаціями залежно від ситуативних чинників і внутрішніх особистісних установок.

Таким чином, сформована вибірка характеризується високою відповідністю дослідницьким завданням, внутрішньою когерентністю основних змінних і достатнім рівнем гетерогенності для забезпечення статистичної достовірності результатів. Це створює надійне підґрунтя для

подальшого емпіричного аналізу особистісних і нейрокогнітивних предикторів орторексії в умовах сучасного соціокультурного середовища.

Після аналізу характеристик досліджуваної вибірки та її відповідності завданням дослідження наступним етапом стала побудова комплексу методик, спрямованих на кількісне вимірювання ключових особистісних і нейрокогнітивних змінних, пов'язаних із орторексичними тенденціями.

### **2.3 Методи дослідження та обґрунтування вибору методик**

У рамках дослідження було використано комплекс стандартизованих психодіагностичних інструментів, спрямованих на оцінку особистісних і нейрокогнітивних характеристик, релевантних для виявлення корелятивів орторексичних тенденцій. Вибір конкретних методик ґрунтувався на аналізі їхньої валідності, надійності, відповідності дослідницьким завданням і культурній адаптованості для українського контексту. Усі обрані опитувальники дозволяють виміряти основні змінні теоретичної моделі дослідження: афективну регуляцію, самоконтроль, самооцінку, перфекціоністичні установки та виконавчі функції. Застосування цього комплексу методик забезпечує комплексне охоплення когнітивних та емоційних компонентів поведінки, які можуть бути залучені у формуванні орторексичних установок. Нижче наводиться детальний опис обраних інструментів, приклади тверджень і характеристика процесу їх адаптації.

Для діагностики орторексичних установок у межах дослідження застосовувався **Опитувальник орторексичних симптомів ORTO-15 (ORTO-15; Donini et al., 2005)**, який є широко використовуваним інструментом для вивчення орторексії. Методика складається з 15 тверджень, що оцінюють когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти харчової поведінки. Респонденти мають обрати частоту прояву відповідних установок за чотирибальною шкалою: “завжди”, “часто”,

“іноді” або “ніколи”. Приклади тверджень із ORTO-15 включають: «Чи звертаєте Ви увагу на калорійність їжі, яку вживаєте?», «Чи турбують Вас думки про їжу понад три години на день?» та «Чи вважаєте Ви, що здорове харчування підвищує Вашу самооцінку?». Оцінювання здійснюється за специфічним ключем із реверсивним кодуванням окремих пунктів, що дозволяє визначити загальний рівень орторексичних тенденцій: чим нижчий бал, тим вищий ризик орторексії. Застосування методики ORTO-15 у межах дослідження було обґрунтоване як її широким використанням у міжнародних дослідженнях орторексії, що забезпечує можливість порівняння результатів із іншими вибірками, так і релевантністю до цілей цієї роботи та можливістю комплексного оцінювання орторексичних установок у клінічній популяції. У межах даного дослідження використовувалася україномовна версія шкали, створена шляхом процедури подвійного перекладу відповідно до рекомендацій International Test Commission Guidelines for Test Adaptation (2017) та Hambleton (2005). Переклад здійснювався із залученням двох фахівців із психологічною освітою та одного незалежного перекладача без психологічної освіти, після чого проводилася процедура зворотного перекладу й узгодження термінології. Додаткова психометрична валідація перекладеної версії в межах цього дослідження не здійснювалася.

Психометричні характеристики ORTO-15 в оригінальному дослідженні Donini et al. (2005) вказували на задовільну внутрішню узгодженість (коефіцієнт  $\alpha$  Кронбаха = 0,80), але водночас наступні дослідження (Dunn et al., 2017) часто демонструє структури шкали та неоднозначність її валідності, тож є певні суперечливі психометричні характеристики, зокрема відсутність факторної стабільності та обмежену чутливість до клінічних проявів орторексії. Деякі автори навіть вказують на потребу в повному перегляді концепції шкали або її заміну новими

інструментами, такими як ЕНҚ (Eating Habits Questionnaire; Gleaves et al., 2013), які демонструють вищу теоретичну обґрунтованість. Але попри ці обмеження, ORTO-15 залишається одним із найбільш вживаних інструментів для первинного скринінгу орторексичних тенденцій.

В межах проведеного емпіричного дослідження було здійснено конфірматорний факторний аналіз (CFA) для оцінки відповідності одновимірної моделі опитувальника ORTO-15 (Donini et al., 2005) емпіричним даним україномовної вибірки. Цей інструмент виступав як основна методика вимірювання орторексичних установок у дослідженні, тому особлива увага була приділена критичній оцінці його психометричних характеристик. Критеріями оцінки моделі стали індекси відповідності, рекомендовані Ну і Bentler (1999): Comparative Fit Index (CFI), Tucker–Lewis Index (TLI) та Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), де значення CFI та TLI  $> 0.90$ , а RMSEA  $< 0.06$  вказують на добру відповідність моделі.

У межах цього дослідження CFA-модель ORTO-15 продемонструвала такі показники: CFI = 0.960, TLI = 0.940, RMSEA = 0.0457. Отримані значення відповідають критеріям хорошої відповідності моделі до емпіричних даних. Зокрема, RMSEA нижче порогового значення 0.06, а обидва індекси CFI та TLI перевищують нормативний рівень 0.90, що дозволяє розглядати одновимірну модель ORTO-15 як прийнятну з формально-статистичної точки зору. Проте, з огляду на центральну роль шкали в дизайні дослідження, важливо розглянути додаткові аспекти, зокрема її внутрішню узгодженість, концептуальну цілісність та міжкультурну стабільність.

У цьому дослідженні коефіцієнт внутрішньої узгодженості ( $\alpha$  Кронбаха) для україномовної версії ORTO-15 становив 0.652 і це значення нижче рекомендованого рівня 0.70 для наукових досліджень (Nunnally & Bernstein, 1994), що вказує на помірну надійність шкали.

У порівнянні з міжнародними адаптаціями шкали, отримане значення є проміжним: угорська версія ORTO-15 продемонструвала  $\alpha = 0.82$  (Varga et al., 2014), турецька —  $\alpha = 0.64$  (Bo et al., 2014), польська —  $\alpha = 0.62$  (Brytek-Matera et al., 2015) і це підкреслює загальну нестабільність показника внутрішньої узгодженості в різних культурах. Одним із ключових пояснень обмеженої внутрішньої узгодженості є концептуальна неоднорідність конструкта, що вимірюється і попри формальну одновимірність, пункти ORTO-15 охоплюють різні аспекти харчової поведінки: від когнітивних переконань до емоційних реакцій, що може свідчити про латентну багатовимірність. Як зазначають Missbach et al. (2015), низька альфа-узгодженість може бути наслідком відсутності чіткої теоретичної структури шкали, яка водночас охоплює поведінкові, емоційні та атрибутивні компоненти й це може створювати певну неоднозначність у трактуванні тверджень і ускладнювати інтерпретацію сумарного балу як однорідного індикатора орторексії.

Додатковим ускладненням є міжкультурна чутливість формулювань шкали. Наприклад, поняття «здорове харчування», що лежить в основі ORTO-15, має різні семантичні конотації в західних і пострадянських культурах: у першому випадку — з акцентом на баланс і усвідомленість, у другому — з акцентом на заборону й жорсткий контроль і це все може впливати на інтерпретацію таких пунктів, як «Я відчуваю тривогу, коли порушую правила харчування», що в одному контексті сприймається як патологічна установка, а в іншому — як соціально схвалювана дисциплінованість.

Також варто враховувати специфіку вибірки: у дослідженні брали участь 102 жінки різного віку, рівня освіти та соціального статусу, залучені через онлайн-опитування без індивідуального інструктажу. Такий формат підвищує ймовірність нерівномірного розуміння окремих пунктів і знижує стабільність відповідей, особливо у випадку узагальнених або

емоційно навантажених формулювань. Наприклад, пункт «Я відчуваю провину, коли порушую режим харчування» може викликати різні афективні асоціації залежно від особистого досвіду респондентки або культурних норм. Таким чином, попри задовільні показники відповідності CFA-моделі, низьке значення  $\alpha$  Кронбаха та теоретична розмитість ORTO-15 вказують на її концептуальну вразливість у межах україномовного дослідження. Інструмент може бути використаний як скринінговий, але лише за умови ретельної інтерпретації результатів, культурної адаптації формулювань і поєднання з іншими валідними інструментами. З огляду на центральну роль ORTO-15 у поточному дослідженні, результати потребують обережного трактування та уточнення меж валідності шкали в майбутніх етапах роботи.

Для оцінювання рівня загального самоконтролю особистості у межах дослідження застосовувалася **Коротка шкала самоконтролю (Brief Self-Control Scale, BSCS; Tangney et al., 2004)**. Ця методика призначена для кількісної оцінки здатності особистості регулювати імпульсивні реакції, зосереджуватися на довгострокових цілях і підтримувати контроль над власною поведінкою, що є релевантним у контексті вивчення орторексичних установок. Шкала складається з 13 тверджень, які оцінюють як позитивні прояви самоконтролю, так і труднощі в його реалізації. Приклади тверджень включають: «Мені добре вдається протистояти спокусам», «Я здатен/здатна ефективно працювати над досягненням довгострокових цілей», «Мені важко зосередитися». Респонденти оцінюють відповідність тверджень своїм особистим характеристикам за п'ятибальною шкалою, де 1 означає «зовсім не схоже на мене», а 5 — «дуже схоже на мене», де чим вищий сумарний бал за шкалою, тим вищий рівень загального самоконтролю. У дослідженні застосовувалася україномовна версія шкали (адаптована аналогічно до ORTO-15 методом подвійного перекладу). Додаткова психометрична

валідація в цьому дослідженні не проводилася. Вибір BSCS був зумовлений її доведеною валідністю, коротким форматом, зручністю застосування та чутливістю до індивідуальних відмінностей у саморегуляції, що є критичним для вивчення особистісних детермінант орторексії. У межах цього дослідження було здійснено конфірмаційний факторний аналіз BSCS для перевірки її одновимірної моделі (Tangney et al., 2004). Якість моделі оцінювали за показниками відповідності CFI, TLI та RMSEA.

У попередніх валідаційних дослідженнях шкали BSCS було виявлено, що модель не завжди досягає належного рівня відповідності. Зокрема, у роботі Tangney et al. (2004), що є базовою для створення шкали, показники відповідності моделі вже тоді не досягали еталонних значень: TLI коливався в межах 0.83-0.85, а RMSEA перебував у діапазоні від 0.088 до 0.12. Подібні результати фіксувалися і в подальших дослідженнях, наприклад, Maloney et al. (2012) повідомляли про  $RMSEA = 0.102$  при  $CFI < 0.90$ . Такі дані свідчать про те, що конструкція шкали демонструє нестійкість факторної структури вже у межах оригінальних вибірок, що викликає запитання щодо її універсальності як психометричного інструменту.

У межах цього дослідження отримані показники відповідності моделі також виявилися нижчими за нормативні:  $CFI = 0.838$ ,  $TLI = 0.802$ ,  $RMSEA = 0.112$ ; 90% CI [0.0885; 0.137]. Значення RMSEA значно перевищує критичний поріг, а обидва індекси відповідності: CFI і TLI не досягають мінімального рівня у 0.90 і це вказує на недостатню відповідність запропонованої теоретичної моделі шкали емпіричним даним вибірки і згідно з цими показниками, модель не показала достатнього узгодження з емпіричними даними вибірки, тож підтвердити одновимірну структуру BSCS в україномовному контексті не вдалося. Окрім того, на показники могли вплинути специфічні характеристики

вибірки: зокрема, її гетерогенність за віком, освітою, соціальним статусом і станом здоров'я, а також формат онлайн-опитування, який унеможлиблює стандартизацію умов проходження й у цьому контексті важливу роль може відігравати й культурний контекст самоконтролю, що в україномовному середовищі може мати інші семантичні конотації, ніж у англійськомовних вибірках. У цьому контексті важливу роль можуть відігравати культурно обумовлені особливості сприйняття самоконтролю. Наприклад, здатність до стриманості, пригнічення імпульсів або планування в умовах стресу може інтерпретуватись не як ознака сили, а як потенційна соціальна або емоційна вразливість. Це створює семантичні зсуви при проходженні шкали респондентами з різним життєвим досвідом.

Незважаючи на зазначене, внутрішня узгодженість шкали у цьому дослідженні залишалася високою: коефіцієнт  $\alpha$  Кронбаха становив 0.87, що перевищує значення, зафіксовані в оригінальних дослідженнях (від 0.83 до 0.85; Tangney et al., 2004). Це свідчить про надійність окремих тверджень шкали, але одночасно підкреслює відсутність чіткої структурної відповідності між емпіричними показниками та початково заданою факторною моделлю.

Таким чином, результати CFA підтверджують структурну вразливість BSCS у межах даної вибірки. З огляду на виявлену невідповідність структурній моделі та ймовірні культурно-семантичні відмінності у сприйнятті тверджень, доцільним є проведення подальшої адаптації шкали, зокрема контентного аналізу її пунктів, з метою уточнення формулювань перед подальшим застосуванням в україномовному середовищі.

Для оцінювання рівня розвитку виконавчих функцій у межах дослідження застосовувався **Опитувальник виконавчих навичок – переглянута версія (Executive Skills Questionnaire – Revised, ESQ-R;**

**Strait et al., 2020**). Ця методика призначена для кількісного оцінювання труднощів у сферах саморегуляції, планування, організації діяльності, управління емоціями та контролю поведінки, що є ключовими аспектами нейрокогнітивної структури орторексичних установок. Опитувальник складається з 25 тверджень, згрупованих у п'ять доменів виконавчих функцій: управління плануванням, управління часом, організацію, емоційну регуляцію та поведінкову регуляцію. Респонденти оцінюють частоту прояву відповідних труднощів за чотирибальною шкалою від 0 («ніколи або рідко») до 3 («дуже часто»). Приклади тверджень включають: «Мені складно розставляти пріоритети, коли маю багато завдань», «Я гублю речі», «Я дію імпульсивно». Вибір ESQ-R у межах дослідження обґрунтований його високою психометричною надійністю, актуальністю для аналізу нейрокогнітивних характеристик і відповідністю дослідницьким завданням щодо комплексного вивчення виконавчих функцій, де чим вищий сумарний бал — тим більше респондент повідомляє про труднощі у сфері виконавчих функцій. У дослідженні застосовувалася україномовна версія ESQ-R (адаптована аналогічно до ORTO-15), а додаткова психометрична валідація в цьому дослідженні не проводилася.

У валідаційному дослідженні Strait et al. (2020) було підтверджено п'ятифакторну структуру моделі. Автори повідомили про високу внутрішню узгодженість загальної шкали ( $\alpha = 0.91$ ) та таких значень  $\alpha$  Кронбаха для окремих підшкал: управління плануванням — 0.89, управління часом — 0.74, організація — 0.76, емоційна регуляція — 0.75, регуляція поведінки — 0.65. CFA-модель у Strait et al. (2020) демонструвала  $RMSEA = 0.04$ ,  $CFI = 0.95$ , що відповідає нормативним межам.

Окрім аналізу п'ятифакторної структури, в дослідженні також була протестована одновимірна модель, яка розглядала ESQ-R як уніфікований

індикатор виконавчих навичок. Проте показники відповідності для цієї моделі виявилися ще менш прийнятними: CFI = 0.799, TLI = 0.765, RMSEA = 0.121. Отримані результати свідчать про те, що спроба трактувати ESQ-R як однофакторну шкалу дала незадовільні результати (CFI < 0,80; RMSEA > 0,12), що підтверджує її складну багатфакторну природу.

У межах цього дослідження показники відповідності п'ятифакторної моделі виявилися нижчими за нормативні: CFI = 0.844, TLI = 0.815, RMSEA = 0.108, як бачимо значення RMSEA перевищує пороговий рівень у 0.06, а значення CFI і TLI не досягають нормативного рівня у 0.90 (Hu & Bentler, 1999), що свідчить про недостатнє узгодження моделі з емпіричними даними вибірки. Тоді як загальна внутрішня узгодженість шкали в межах цього дослідження залишалась високою ( $\alpha = 0.90$ ), однак показники по окремих підшкалах були нижчими, порівняно з оригінальними: управління плануванням — 0.87, управління часом — 0.68, організація — 0.64, емоційна регуляція — 0.51, регуляція поведінки — 0.62 і лише дві з п'яти підшкал досягли бажаного рівня  $\alpha > 0,70$ , що свідчить про недостатню надійність деяких субшкал у українському перекладі. Зокрема, показник 0.68 для підшкали «управління часом» можна вважати прикордонним: він демонструє тенденцію до зниження надійності і може бути обумовлений міжіндивідуальними відмінностями у практиках тайм-менеджменту. У вибірці, що включала жінок різного віку, рівня зайнятості та побутових умов, стратегія використання часу могла мати різні форми реалізації, що позначилось на стабільності відповідей. Значення 0.64 для підшкали «організація» є критично наближеним до нижньої межі прийнятності. Імовірними факторами є як мала кількість пунктів у підшкالی (3 твердження), так і розмитість змісту конструкта «організованість» у різних освітніх або професійних групах. У межах онлайн-опитування інтерпретація тверджень могла суттєво варіюватися,

що вплинуло на узгодженість відповідей. Найнижче значення  $\alpha$  Кронбаха 0.51 зафіксовано для підшкали «емоційна регуляція». Такий результат свідчить про ненадійність цієї підшкали в україномовному варіанті, так як лише три пункти шкали зменшують можливість досягнення високої внутрішньої узгодженості й емоційна саморегуляція — культурно чутливий конструкт: в україномовному контексті можливі інші семантичні асоціації або стилі осмислення емоційних станів, що ускладнює однозначне тлумачення формулювань, що як наслідок могло призвести до нерівномірного розподілу відповідей. Значення 0.62 для підшкали «регуляція поведінки» також не досягає прийнятного рівня. Воно може вказувати на інтерпретаційні труднощі, пов'язані з поняттями імпульсного контролю, адаптивності та поведінкової гнучкості, які можуть по-різному сприйматись у залежності від вікових, професійних чи соціокультурних характеристик. Участь у дослідженні в онлайн-форматі без стандартизованого інструктажу могла додатково знизити стабільність відповідей.

Сумарно, недостатні показники відповідності моделі можуть бути зумовлені особливостями вибірки, яка включала 102 жінки різного віку, освіти, соціального статусу, сформовану шляхом онлайн-опитування. Такий формат передбачає різні контексти заповнення, що ускладнює контроль за сприйняттям тверджень. Крім того, частина психометричних конструктів (зокрема емоційна регуляція та поведінковий контроль) має високу культурну варіативність, що знижує універсальність шкали без додаткової адаптації.

Таким чином, попри високу надійність загальної шкали, результати CFA та внутрішньої узгодженості по підшкалах вказують на концептуальну вразливість моделі ESQ-R в україномовному контексті і це створює потребу в уточненні формулювань, повторній адаптації підшкал

або контентному аналізі перед використанням у клінічних або дослідницьких умовах.

Крім того, подібні труднощі з адаптацією ESQ-R фіксувалися й в інших країнах. Наприклад, у дослідженні Zhang et al. (2021), проведеному в Китаї, було виявлено, що пункти, пов'язані з емоційною регуляцією та поведінковим самоконтролем, демонструють нижчу факторну навантаженість через різницю в нормативному тлумаченні емоційної виразності. У публікації Fernandes et al. (2023), присвяченій бразильській адаптації опитувальника, автори наголосили на потребі зміни формулювань у підшкалах організації та регуляції поведінки, оскільки дослівний переклад не відображав звичних стратегій саморегуляції в місцевому контексті. Це узгоджується з результатами поточного дослідження, що вказують на необхідність не лише лінгвістичної, а й культурно-змістової адаптації опитувальника для адекватного вимірювання виконавчих функцій у межах україномовної популяції.

Для оцінювання рівня тривожності у межах дослідження застосовувалася **Шкала генералізованого тривожного розладу – 7 (Generalized Anxiety Disorder 7, GAD-7; Spitzer et al., 2006)** і ця методика є валідним і широко застосовуваним інструментом для кількісної оцінки симптомів тривожності в клінічних та загальних вибірках. GAD-7 було розроблено на основі діагностичних критеріїв DSM-IV і спрямовано на виявлення генералізованого тривожного розладу, водночас шкала є чутливою і до інших форм тривожних проявів. Опитувальник включає сім основних тверджень, що оцінюють частоту симптомів тривожності протягом останніх двох тижнів, а також додаткове восьме питання щодо ступеня впливу тривожних симптомів на повсякденне життя, роботу та стосунки. Респонденти оцінюють частоту прояву симптомів за чотирибальною шкалою: від 0 («зовсім не турбувало») до 3 («майже щодня турбувало»). Приклади тверджень: «Почуття нервозності, тривоги

або напруженості», «Нездатність зупинити або контролювати хвилювання», «Проблеми з розслабленням». У дослідженні застосовувалася офіційно адаптована україномовна версія GAD-7, яка має високу внутрішню узгодженість (коефіцієнт  $\alpha$  Кронбаха  $\approx 0,89$ ) і належну конструктну валідність. Повторного перекладу та адаптації шкали не проводилося. Використання GAD-7 у межах дослідження обґрунтоване її високою валідністю, лаконічним форматом, зручністю для респондентів та релевантністю завданням вивчення емоційних чинників, пов'язаних із формуванням орторексичних установок.

У межах проведеного емпіричного дослідження було здійснено конфірматорний факторний аналіз (CFA) для оцінки відповідності теоретичної моделі шкали генералізованого тривожного розладу GAD-7 емпіричним даним україномовної вибірки. Оцінювалась одновимірна модель, запропонована в оригінальній структурі шкали (Spitzer et al., 2006), згідно з якою всі пункти повинні формувати єдиний латентний фактор — це рівень генералізованої тривоги. У межах цього дослідження CFA-модель GAD-7 продемонструвала такі показники: CFI = 0.936, TLI = 0.910, RMSEA = 0.120; 90% CI [0.0781; 0.163]. Значення CFI і TLI перевищують нормативний поріг, що свідчить про задовільну відповідність моделі до даних. Водночас RMSEA значно перевищує допустиме значення 0.06, що свідчить про підвищену похибку апроксимації, а подібна ситуація є типовою для шкал з малою кількістю пунктів (менше 10), оскільки RMSEA має тенденцію до зростання при коротких інструментах незалежно від якості моделі (Kenny et al., 2015).

У попередніх дослідженнях, зокрема в оригінальній роботі Spitzer et al. (2006), модель також демонструвала високу відповідність (CFI = 0.95, RMSEA = 0.06), а в міжнародних адаптаціях спостерігався помірний розкид: наприклад, у дослідженні Sousa et al. (2015) для португаломовної вибірки зафіксовано RMSEA = 0.084 при CFI = 0.94. Нестабільність

індексу RMSEA у не клінічних вибірках підтверджується також у роботі Plummer et al. (2016). У пострадянському або східноєвропейському контексті аналогічні труднощі з фіт-індексами також фіксувалися, наприклад, у дослідженні Źemojtel-Piotrowska et al. (2021) при адаптації GAD-7 для польської вибірки.

У цьому дослідженні внутрішня узгодженість шкали GAD-7 залишалась високою: коефіцієнт  $\alpha$  Кронбаха становив 0.908, що відповідає нормативним показникам. Для порівняння, в оригінальному дослідженні автори повідомляли про  $\alpha = 0.92$  (Spitzer et al., 2006), а у подальших адаптаціях зафіксовано діапазон від 0.87 до 0.93 (Plummer et al., 2016; Sousa et al., 2015). Таким чином, україномовна версія демонструє надійність, порівнювану з іншими культурними варіантами.

Важливо враховувати, що шкала GAD-7 первинно створювалась як клінічний інструмент скринінгу в медичних умовах, для швидкого виявлення тривоги лікарями первинної ланки (Spitzer et al., 2006) і її застосування у здоровій популяції без інструктажу може призводити до варіативності у сприйнятті пунктів, що, у свою чергу, впливає на структуру моделі, а особливо це стосується тверджень, що містять неконкретні емоційні передбачення або передбачення катастрофічних наслідків, наприклад: «Вас турбувало, що станеться щось жахливе?» — такі формулювання можуть трактуватись по-різному залежно від досвіду респондентки, її тривожності та контексту проходження опитування і в умовах тривалої воєнної загрози в Україні такі формулювання нерідко сприймаються як відображення об'єктивної реальності, а не як симптом тривожного розладу, що знижує діагностичну специфічність шкали у неклінічному контексті.

Контекст збору даних також впливає на результати: у цьому дослідженні вибірка була сформована онлайн шляхом самостійного заповнення: 102 жінки різного віку, рівня освіти, соціального статусу і

життєвих обставин і така гетерогенність, у поєднанні з відсутністю стандартизованого інструктажу, ймовірно, посилила міжіндивідуальну варіативність у трактуванні тверджень і як показано в оглядах Kertz et al. (2013), самостійне проходження шкали у неклінічному середовищі часто пов'язане зі зниженням структурної точності. Таким чином, результати CFA вказують на прийнятну структурну валідність україномовної версії GAD-7, з урахуванням високих показників CFI і TLI. У той самий час значення RMSEA, що перевищує нормативний поріг, потребує обережного тлумачення, а також створює підґрунтя для подальшого контентного аналізу тверджень, зокрема тих, що є семантично чутливими, узагальненими або культурно варіативними. У контексті здорової популяції жінок шкала показала надійність, але може потребувати адаптацій у формулюваннях для точнішого моделювання структури тривожності в україномовному середовищі.

Для оцінювання рівня загальної самооцінки особистості у межах дослідження застосовувалася **Шкала самооцінки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES; Rosenberg, 1965)** і це загальновизнаний інструмент для вимірювання загального ставлення до себе. RSES складається з 10 тверджень, що відображають як позитивні, так і негативні аспекти самосприйняття. Учасники оцінюють ступінь згоди із запропонованими твердженнями за чотирибальною шкалою: від 0 («повністю не погоджуюсь») до 3 («повністю погоджуюсь»). Приклади тверджень включають: «Загалом, я задоволений(-на) собою», «Іноді я відчуваюсь ні на що не здатним(-ою)», «Я позитивно ставлюся до себе», де вищі бали свідчать про наявність стабільної позитивної самооцінку.

У дослідженні використовувалася адаптована україномовна версія шкали, яка має підтверджену високу внутрішню узгодженість (коефіцієнт  $\alpha$  Кронбаха  $\approx 0,84-0,88$  залежно від вибірки) та належну конструктну валідність, додаткового перекладу або адаптації в межах цього

дослідження не проводилося. Використання RSES у межах дослідження обґрунтовано її високими психометричними характеристиками, універсальністю застосування та відповідністю завданням вивчення особистісних чинників орторексичних установок.

У межах цього дослідження було здійснено конфірматорний факторний аналіз RSES для перевірки її одновимірної моделі. Якість моделі оцінювали за показниками відповідності CFI, TLI та RMSEA. У межах цього дослідження CFA-модель шкали RSES продемонструвала наступні показники: CFI = 0.919, TLI = 0.886, RMSEA = 0.080; 90% CI [0.052; 0.108] й незважаючи на те, що значення RMSEA не перевищує верхній допустимий поріг 0.08, його помірне відхилення від оптимального рівня < 0.06 може бути пов'язане з низкою факторів, включно з особливостями вибірки, характером тверджень шкали (одновимірна структура моделі зі скромною кількістю пунктів обмежує точність апроксимації, що є типовим для подібних коротких шкал (Kenny et al., 2015)) та специфікою контексту проходження опитування (онлайн-формат, відсутність інструктажу). Тим не менш, рівень відхилення RMSEA не є критичним, і в сукупності з високими значеннями CFI та TLI свідчить радше про незначну похибку моделі, ніж про її слабкість. Значення TLI не досягло нормативного рівня, що частково відображає чутливість індексу до розміру вибірки та кількості параметрів моделі (Marsh et al., 2004). У дослідженні було використано одновимірну модель шкали самооцінки, відповідно до первинного теоретичного підґрунтя (Rosenberg, 1965), згідно з яким усі пункти мають відображати єдиний латентний фактор — загальну глобальну самооцінку особистості.

Попередні дослідження демонстрували схожі або дещо вищі показники відповідності моделі: наприклад, у роботі Schmitt і Allik (2005) середній CFI становив 0.93, а RMSEA — у межах від 0.060 до 0.078 у різних країнах. В адаптаціях, проведених у Східній Європі, також

фіксувалися коливання фіт-індексів залежно від культурного контексту: зокрема, у роботі Caudek et al. (2021) для італійської вибірки було зафіксовано  $RMSEA = 0.079$  та  $CFI = 0.910$ . Таким чином, результати поточного дослідження узгоджуються з міжнародними спостереженнями про загальну стабільність, але водночас і структурну обмеженість одновимірної моделі шкали RSES.

Внутрішня узгодженість україномовної версії RSES у цьому дослідженні залишалась на високому рівні: коефіцієнт  $\alpha$  Кронбаха становив 0.89, що перевищує значення, зафіксовані в низці попередніх валідацій (наприклад, від 0.81 до 0.88; Sinclair et al., 2010; Schmitt & Allik, 2005). Це свідчить про надійність тверджень шкали й дозволяє робити висновки про її придатність для дослідницького використання у немедичній популяції. Варто зауважити, що рівень загальної самооцінки теоретично пов'язують із тенденціями до орторексії: низька самооцінка може підштовхувати до надмірного самоконтролю, перфекціоністичних стандартів та жорсткого контролю харчування (Brytek-Matera et al., 2018). Отже, включення RSES у батарею методик є виправданим. Можливо, стабільність моделі у цій вибірці була зумовлена відносною нейтральністю тверджень шкали самооцінки, їх універсальністю та нижчою чутливістю до контексту, порівняно з емоційно забарвленими шкалами (на кшталт GAD-7 або BSCS), що зменшує вплив індивідуальних трактувань на структуру відповідей. Таким чином, результати CFA свідчать про прийнятну структурну валідність шкали RSES в україномовному контексті. Незначні відхилення одного з індексів відповідності не знижують загальну якість моделі, однак вказують на доцільність подальшого аналізу пунктів шкали в умовах різних популяцій, зокрема з урахуванням впливу культурних чинників і контекстуальних обставин. Висока внутрішня узгодженість підтверджує надійність інструменту для

оцінки загальної самооцінки у вибірках із широким віковим і соціальним діапазоном.

Для оцінювання рівня перфекціоністичних установок у дослідженні застосовувалася **Шкала перфекціоністичних установок (Multidimensional Perfectionism Scale, MPS) у скороченій 10-пунктовій українській версії (адаптований варіант оригінальної методики Hewitt & Flett, 1991)**, яка входить до складу опитувальника «Перевірка на життєздатність» і призначена для виявлення схильності до встановлення надвисоких стандартів, самокритичності та прагнення до бездоганного виконання завдань. Шкала охоплює різні аспекти перфекціонізму: самовисокі стандарти («Я — вимоглива людина»), критичність до інших («Я часто виправляю помилки інших») та невдоволеність власними досягненнями («Це могло бути краще»), які оцінюються за п'ятибальною шкалою, де 1 означає «повністю не погоджуюсь», а 5 — «повністю погоджуюсь», де вищі бали відображають сильніше виражені перфекціоністичні установки. У дослідженні використовувалася апробована україномовна версія шкали, яка демонструє належні психометричні характеристики: внутрішню узгодженість  $\alpha$  Кронбаха на рівні 0,78-0,82. Оскільки шкала вже була адаптована й апробована в попередніх дослідженнях, додаткового перекладу чи валідизації не здійснювалося. Застосування даного інструменту у межах дослідження обґрунтовується його теоретичною релевантністю цілям роботи, валідністю, надійністю та можливістю кількісної оцінки перфекціоністичних тенденцій як одного з особистісних корелятив орторексії.

У межах цього дослідження було здійснено конфірмаційний факторний аналіз MPS для перевірки її одновимірної моделі. Якість моделі оцінювали за показниками відповідності CFI, TLI та RMSEA. У межах поточного аналізу модель MPS продемонструвала такі значення: CFI =

0.802, TLI = 0.745, RMSEA = 0.123, 90% CI [0.090; 0.158]. Усі показники виявилися нижчими за нормативні рівні. Значення RMSEA суттєво перевищує як оптимальний рівень  $< 0.06$ , так і верхню допустиму межу  $< 0.08$ , що вказує на слабку відповідність моделі емпіричним даним. TLI і CFI також не досягли порогових значень, демонструючи недостатню якість апроксимації. На відміну від інших шкал, ця модель виявила найбільшу кількість відхилень, що потребує глибокого тлумачення з урахуванням змістової структури, математичних обмежень та характеристик вибірки. Як підкреслюють Kenny, Kaniskan і McCoach (2015), RMSEA схильний до завищення в коротких шкалах із малою кількістю параметрів навіть у разі коректної моделі і це означає, що високий рівень похибки апроксимації не завжди є індикатором слабкої концептуальної валідності, а може свідчити про обмеження самого індексу при моделюванні лаконічних шкал.

Окрім того, показник внутрішньої узгодженості ( $\alpha$  Кронбаха) для цієї шкали становив 0.65, що нижче за рекомендований рівень у наукових дослідженнях і на відміну від більш однорідних інструментів, шкала MPS охоплює кілька підрівнів конструкта: від прагнення до досконалості до критичної самозосередженості, що і ускладнює досягнення високої альфа-узгодженості при невеликій кількості пунктів. Ця змістова гетерогенність може бути критичним чинником зниження як  $\alpha$  Кронбаха, так і показників CFA. Попередні адаптації MPS в інших вибірках демонстрували вищу внутрішню узгодженість (напр.,  $\alpha = 0.78\text{--}0.82$ ; Stoeber & Otto, 2006), однак у контексті україномовної адаптації з використанням частини інструменту («Перевірка на життєздатність») значення залишаються нижчими, що свідчить про нестабільність структури. Важливим контекстуальним чинником є також характеристика вибірки, у дослідженні взяли участь жінки різного віку, професійної належності та освітнього рівня. Вибірка була сформована онлайн, без попереднього інструктажу, що могло

посилити міжіндивідуальні варіації у трактуванні формулювань. До того ж у культурному контексті України перфекціоністичні установки можуть частково накладатися на соціально бажані відповіді, особливо в розділах, які стосуються самовимогливості, критичності до інших або ідеалізації результатів. Саме це разом із широким семантичним діапазоном формулювань (наприклад, «Я вимоглива людина») і створює додаткову концептуальну і контекстуальну вразливість шкали. Таким чином, отримані результати свідчать про те, що одновимірна модель шкали MPS не демонструє задовільної відповідності емпіричним даним у вибірці цього дослідження. Водночас це не заперечує теоретичну значущість інструменту: у контексті вивчення орторексичних установок перфекціонізм виступає критичним предиктором (Brytek-Matera et al., 2018), тому шкала може бути застосована як додатковий діагностичний індикатор. Її використання потребує подальшої адаптації, можливо, з уточненням формулювань або уточненням структури моделі з урахуванням локального контексту і змістової специфіки конструкта.

Комплексне використання валідизованих психодіагностичних інструментів дозволило забезпечити багатовимірне оцінювання емоційних і регуляторних характеристик, пов'язаних із формуванням орторексичних установок. Обраний набір методик охоплює як афективні, так і когнітивно-регуляторні компоненти, що забезпечує надійну емпіричну основу для перевірки дослідницької моделі. Таким чином, обраний набір методик є методологічно обґрунтованим і забезпечує емпіричну базу для надійної перевірки теоретичної моделі дослідження.

## **Висновки до Розділу 2**

У другому розділі було проведено комплексний емпіричний аналіз особистісних та нейрокогнітивних характеристик вибірки жінок молодого дорослого віку з метою вивчення факторів, пов'язаних із розвитком орторексичних тенденцій. Спираючись на системний підхід до організації дослідження, вдалося сформувати релевантну вибірку з високим

когнітивним ресурсом, адекватним рівнем соціальної автономії та різноманітністю в особистісних профілях.

Аналіз соціально-демографічних характеристик, професійної зайнятості, умов проживання, харчових практик, стану здоров'я та фізичної активності респонденток дозволив створити багатовимірний портрет вибірки, релевантний цілям дослідження. Вибірка виявилася репрезентативною для вивчення психологічних і когнітивних чинників, що можуть впливати на схильність до формування ригідних харчових установок.

Водночас на етапі збору даних були зафіксовані певні обмеження, які необхідно враховувати при інтерпретації результатів. Зокрема, дистанційний онлайн-формат збору анкетних даних унеможлилював повний контроль за умовами проходження опитування та міг сприяти самоселективності вибірки, що потенційно впливає на загальну варіативність отриманих результатів.

Обраний комплекс психодіагностичних інструментів: Опитувальник орторексичних симптомів ORTO-15 (Donini et al., 2005); Коротка шкала самоконтролю BSCS (Brief Self-Control Scale; Tangney et al., 2004); Опитувальник виконавчих функцій ESQ-R (Executive Skills Questionnaire – Revised; Strait et al., 2020); Опитувальник генералізованої тривожності GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7; Spitzer et al., 2006); Шкала самооцінки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale; Rosenberg, 1965); Шкала перфекціоністичних установок (Multidimensional Perfectionism Scale, MPS; Schaufeli, українська адаптація) забезпечив можливість всебічного вимірювання як афективних, так і когнітивних компонентів поведінки, що є критичними для виявлення особистісних і нейропсихологічних корелятив орторексії.

Процедура перекладу та адаптації опитувальників (із дотриманням рекомендацій International Test Commission Guidelines for Test Adaptation

та підходів Hambleton) гарантувала змістову і лінгвістичну відповідність інструментів українському контексту, хоча додаткова психометрична валідація новостворених версій у межах даного дослідження не проводилася.

Таким чином, сформована емпірична база створює надійний фундамент для подальшого статистичного аналізу, що буде представлений у третьому розділі роботи. На наступному етапі дослідження здійснюватиметься кількісний аналіз взаємозв'язків між орторексичними тенденціями та особистісними і нейрокогнітивними змінними, із метою перевірки висунутих гіпотез і побудови узагальненої моделі психологічної структури орторексії.

### **Розділ III. Експериментальне дослідження психологічних і нейроповедінкових корелятив орторексії. Результати дослідження 3.1. Результати I етапу. Перевірка нормальності розподілу та обґрунтування вибору статистичних критеріїв**

Перш ніж перейти до опису основних результатів дослідження, було здійснено перевірку нормальності розподілу емпіричних даних для кожної

зі шкал. Для цього застосовано критерій Шапіро–Уїлка (Shapiro–Wilk test), який є рекомендованим при невеликих вибірках та дозволяє встановити статистичну відповідність розподілу вибірки нормальному закону.

Результати показали, що розподіл 9 змінних статистично значущо відрізняється від нормального ( $p < 0.05$ ). До них належать: тривожність, управління часом, організація, емоційна регуляція, поведінкова регуляція, орторексія, самооцінка, перфекціонізм. Зокрема, тривожність, управління часом, організація, емоційна регуляція, поведінкова регуляція, орторексія, самооцінка та перфекціонізм продемонстрували відхилення від нормального розподілу і це означає, що для подальшого аналізу цих шкал необхідне застосування непараметричних критеріїв, які не вимагають припущення про нормальний розподіл. Для решти змінних, розподіл яких не відрізнявся від нормального ( $p > 0.05$ ), було обрано параметричні процедури, зокрема, коефіцієнт кореляції Пірсона, t-критерій Стюдента для незалежних вибірок та однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA). Водночас, слід зауважити, що за невеликого обсягу вибірки критерій Шапіро–Уїлка має обмежену статистичну потужність, тож відсутність значущих відхилень не гарантує повної відповідності розподілу нормі (можлива помилка II роду). Водночас щодо шкали самооцінки, попри її загальну відповідність нормальному розподілу в нашій вибірці, не можна виключати ефект зміщення через її малий склад та спосіб рекрутування респондентів. Як припускає автор, потенційний вплив упередженого самозвіту (особливо за онлайн-форматом збору даних) також може спотворити розподіл. Тож висновки щодо нормальності цієї шкали потребують додаткової емпіричної перевірки.

Одним із можливих пояснень відсутності нормального розподілу для зазначених шкал є специфіка самих конструктів. Зокрема, тривожність, емоційна регуляція та орторексія зазвичай характеризуються асиметричним розподілом у загальних вибірках, де більшість респондентів

демонструють низьку або середню вираженість симптомів, а високі значення є менш поширеними. Така форма розподілу типова для змінних, що описують дезадаптивні або клінічно релевантні риси — вона природно порушує симетрію й спричиняє статистичні відхилення від нормального розподілу.

Подібні особливості розподілу характерні і для самооцінки та перфекціонізму: у загальних популяціях ці риси мають тенденцію до лівосторонньої асиметрії, оскільки помірні та високі значення є типовими, а дуже низькі — рідкісними. Це пояснює статистичне відхилення від нормального розподілу навіть за відсутності патології. Аналогічно, у випадку змінної соматизації, характерної для деяких опитувальників, спостерігається скупчення результатів у нижньому діапазоні через те, що вибірка молодих дорослих без клінічної діагностики рідко демонструє високі значення тілесної тривоги (Streiner, Norman & Cairney, 2015; Łucka et al., 2022).

Крім того, на отримані результати могли вплинути вікові та соціальні характеристики вибірки, а також особливості процедури онлайн-збору даних, що обмежує контроль над умовами тестування. Вибірка складалася виключно з жінок віком від 18 до 60 років, що звужує можливість екстраполяції результатів на чоловічу популяцію, крім того, дослідження не використовувало рандомізований відбір, що потенційно впливає на репрезентативність та статистичну потужність аналізу і усі ці чинники враховано під час інтерпретації результатів, а підбір статистичних процедур здійснено з урахуванням реальних характеристик даних.

Окремо здійснено перевірку нормальності та гомогенності дисперсій у групах, що відрізняються за соціально-демографічними ознаками (вік, освіта, сімейний стан тощо). Ці перевірки не виносяться у текст окремо, проте на їх основі для кожного аналізу обрано відповідні статистичні критерії: за дотримання умов нормальності та рівності дисперсій

застосовувався One-Way ANOVA, у протилежному випадку — непараметричний критерій Крускала–Уоліса.

Таким чином, для забезпечення статистичної валідності результатів у подальших підрозділах буде використано адаптований підхід до аналізу даних з урахуванням статистичних особливостей кожної змінної. Це дозволяє зберегти точність інтерпретацій і забезпечити відповідність результатів емпіричній реальності.

### **Вікові відмінності**

У межах першого етапу дослідження було проаналізовано відмінності в показниках психоемоційного стану, самоорганізації та виконавчих функцій залежно від віку респондентів. Вибірка була поділена на чотири вікові категорії: 18-25 років, 26-35 років, 36-45 років та 46-60 років, такий поділ є обґрунтованим як із психологічної, так і з соціологічної точки зору, оскільки відображає етапи дорослішання та стабілізації життєвих стратегій: від ранньої молодості до періоду зрілості й професійної реалізації.

Перед здійсненням статистичного порівняння було перевірено дотримання необхідних припущень для використання параметричних критеріїв: нормальність розподілу в межах кожної вікової групи (за критерієм Шапіро–Уїлка) та гомогенність дисперсій (за критерієм Левена). У тих випадках, де умови не виконувались, застосовувалися непараметричні альтернативи, зокрема: критерій Крускала–Уолліса. Процедура перевірки не виноситься в основний текст, але результати аналізу наведені з урахуванням коректного вибору статистичного підходу.

За віком виявлено відмінності за такими шкалами: самоконтроль, управління плануванням, порушення виконавчих функцій, тривожність, управління часом, організація, емоційна регуляція, поведінкова регуляція.

Рівень самоконтролю статистично значуще відрізнявся між віковими групами:  $F(3, 98) = 5.09$ ,  $p = 0.003$ . Найнижчі середні значення спостерігалися у групі 26-35 років ( $M = 30.95$ ,  $SD = 7.29$ ), а найвищі — у групі 36-45 років ( $M = 41.50$ ,  $SD = 7.12$ ). Молодь віком 18-25 років мала проміжні значення ( $M = 36.05$ ,  $SD = 6.42$ ), тоді як респонденти 46-60 років — ( $M = 34.00$ ,  $SD = 7.34$ ).

Згідно з результатами пост-хок аналізу Tukey HSD, статистично значуща різниця виявлена саме між групами 26-35 і 36-45 років ( $p = 0.002$ ), де розбіжність склала понад 10 балів. Це вказує на те, що рівень самоконтролю значно підвищується у період середньої дорослості, ймовірно завдяки більшій досвідченості в управлінні імпульсами, емоціями та стресовими ситуаціями.

Ця динаміка узгоджується з уявленнями про поступове вдосконалення виконавчих функцій у процесі життєвого розвитку. Зокрема, дослідження засвідчують, що рівень самоконтролю з віком зростає, набуваючи стабільності у зрілому віці (Tangney et al., 2004). Натомість у віці 26–35 років, попри когнітивну зрілість, можуть переважати зовнішні життєві виклики — становлення кар'єри, побудова особистих стосунків, адаптація до нових соціальних ролей, — що тимчасово знижує ефективність саморегуляції. Учасники старшої групи (46-60 років) демонстрували дещо нижчі показники порівняно з 36-45, однак різниця не була статистично значущою.

Таким чином, результати вказують на наявність вікової динаміки самоконтролю, з найбільш вираженим підвищенням у період 36-45 років, що може відображати кумулятивний ефект досвіду, стабільності та інтеграції особистісних ресурсів.

Статистичний аналіз продемонстрував значущі вікові відмінності за шкалою управління плануванням:  $F(3, 98) = 2.90$ ,  $p = 0.039$ . Найнижчий рівень спостерігався у групи 36–45 років ( $M = 0.665$ ,  $SD = 0.456$ ), а найвищий — у групи 18–25 років ( $M = 1.050$ ,  $SD = 0.569$ ). Статистично значуща різниця за результатами пост-хок аналізу Tukey виявлена між групами 26–35 років ( $M = 1.000$ ,  $SD = 0.605$ ) та 36–45 років (різниця середніх = 0.544,  $p = 0.026$ ). Таким чином, середній рівень управління плануванням дещо знижується в осіб середнього віку, що може бути пов'язано з вищими зовнішніми навантаженнями або специфікою життєвого етапу.

Інші порівняння, зокрема між наймолодшою (18-25) та найстаршою (46-60) групами, не виявили статистично значущих різниць. Достовірна різниця виявлена лише між групами 26-35 і 36-45 років (різниця середніх = 0.544,  $p = 0.026$ ), тоді як решта показників не досягнули рівня статистичної значущості, хоч і демонстрували наближення до нього.

Психологічно така динаміка є закономірною, тому що управління плануванням як виконавча функція ґрунтується на інтеграції когнітивного контролю, досвіду та вміння тримати довгострокову мету в полі уваги і саме в період третього десятиліття життя відбувається активне закріплення життєвих ролей і соціального статусу, проте стабільне стратегічне планування набуває виразності вже у зрілому віці (близько 35-45 років), коли особистість має не лише ресурс, а й сформовану систему пріоритетів. Дослідження підтверджують, що найвищі рівні когнітивної прозорливості та стратегічного мислення фіксуються у віці 35-50 років, особливо в осіб із високим рівнем автономності (Zelazo & Carlson, 2012).

Статистичний аналіз за критерієм Крускала–Уолліса виявив наявність значущих вікових відмінностей за шкалою порушень виконавчих функцій:  $\chi^2(3) = 14.19$ ,  $p = 0.003$ , що вказує на наявність

принаймні однієї групи, яка достовірно відрізняється за рівнем дезорганізації, імпульсивності або труднощів із саморегуляцією.

Post-hoc аналіз виявив, що найвиразніші відмінності спостерігались між респондентами віком 26-35 років ( $M = 32.95$ ,  $SD = 9.14$ ) та 36-45 років ( $M = 17.44$ ,  $SD = 9.10$ ),  $p < 0.001$ . Різниця у середніх значеннях сягнула 15.5 бала, що є надзвичайно великою за шкалою й свідчить не лише про статистично значущу, а й клінічно релевантну розбіжність у рівні порушень виконавчих функцій. Також виявлено значущу різницю між групами 18-25 років ( $M = 28.88$ ,  $SD = 11.95$ ) і 36-45 років ( $M = 17.44$ ,  $SD = 9.10$ ),  $p = 0.003$ , і в обох випадках вік 36–45 років характеризувався найменш вираженими ознаками дисфункції.

Такий різкий спад показників у групі 36-45 років може відображати пік функціональної саморегуляції: саме в цьому віковому періоді особистість має найбільший когнітивний ресурс, стабільні соціальні ролі, розвинену здатність до самоконтролю та ефективного використання виконавчих функцій. Високі значення порушень ВФ у групах 18-25 і 26-35 років свідчать про вищий рівень дезорганізованості, імпульсивності або труднощів з управлінням поведінкою, що узгоджується з фазою ранньої дорослості, коли ще триває інтеграція префронтального контролю. Як вказують Casey, Tottenham, Liston & Durston (2005), саме у ранній дорослості функціональні контури префронтальної кори ще не досягають стабільної зрілості, що зумовлює більшу емоційну реактивність та менш розвинену інгібіцію.

Згідно з нейропсихологічними моделями розвитку, виконавчі функції (зокрема інгібіція, гнучкість, моніторинг і планування) досягають найбільшої ефективності у період між 35 і 45 роками, коли завершується формування фронтальних контурів і стабілізується система регуляції (Best & Miller, 2010; Zelazo & Carlson, 2012). Саме тому група 36-45 років демонструє мінімальний рівень виконавчих порушень.

Водночас у групі 46-60 років спостерігалось дещо вищий рівень порушень ( $M = 21.33$ ,  $SD = 10.95$ ), хоча ці відмінності не були статистично значущими. Це може вказувати на початок вікових змін, пов'язаних із когнітивною втомою, зниженням швидкості обробки інформації або послабленням гнучкості мислення. Згідно з теорією когнітивного виснаження, у старшому віці виконавча система починає втрачати адаптивність, що частково проявляється в коливаннях контролю (Diamond, 2013).

Таким чином, динаміка порушень ВФ є нелінійною: вона знижується з віком до певного моменту, а потім може незначно зростати на тлі когнітивної втоми або зменшення стресостійкості. Це варто враховувати у побудові інтервенцій з розвитку саморегуляції.

Статистичний аналіз виявив значущі вікові відмінності за шкалою тривожності  $\chi^2(3) = 8.66$ ,  $p = 0.034$ , що свідчить про наявність хоча б однієї достовірної різниці між групами. Найвищий рівень тривожності було зафіксовано у респондентів віком 26–35 років ( $M = 9.30$ ,  $SD = 5.09$ ), що значуще відрізняється від групи 36–45 років ( $M = 4.81$ ,  $SD = 4.18$ ),  $p = 0.033$ . Таким чином, у цій віковій парі спостерігалось найбільш виражене зниження рівня тривоги зі зростанням віку — різниця становила 4.49 бала.

Учасники віком 18–25 років мали середній показник тривожності  $M = 8.05$ ,  $SD = 5.12$ , що є дещо нижчим за пік тривожності у групі 26–35 років, однак також вищим, ніж у старших вікових групах. Найменший рівень тривоги, після групи 36–45, спостерігався у групі 46–60 років ( $M = 7.00$ ,  $SD = 5.29$ ), проте ці відмінності не досягли статистичної значущості, ймовірно через малу чисельність цієї групи ( $N = 6$ ), що може підвищувати ризик помилки II роду.

Загальна динаміка свідчить про спад рівня тривожності з віком, особливо після 35 років. Це узгоджується з психологічними моделями емоційної регуляції, які вказують, що у зрілому віці особистість здобуває

більше досвіду у подоланні стресу, формує стабільні соціальні ролі та краще опановує навички афективного самоменеджменту. На думку Byrne et al. (2007), молодь частіше переживає ситуативну тривожність, пов'язану з ідентичністю, вибором професії та невизначеністю життєвих перспектив. У старших групах цей вплив послаблюється через більшу інтегрованість особистості та стабілізацію життєвого середовища.

Крім того, у віці 36–45 років спостерігається своєрідна плато-зона тривожності, де інтенсивність афективної реакції зменшується, а зростає адаптивність до невизначеності. Це також може бути наслідком вікової десенситизації до щоденних подразників (звикання до типових викликів, стабілізація соціального оточення) також сприяє зниженню частоти і сили тривожних реакцій. Це дозволяє припустити, що зниження тривожності у старших групах є не лише ефектом досвіду, але й адаптацією нервової системи до повторюваних патернів.

Слід також враховувати, що дослідження проводилось в умовах повномасштабної війни в Україні, що могло вплинути на рівень тривожності в усіх вікових групах. Попри спільний екзистенційний фон, молодші учасники (18-25 років) продемонстрували найвищі показники тривожності, що, ймовірно, пов'язано з менш сформованими стратегіями подолання стресу та вищою вразливістю до змін середовища.

Статистичний аналіз за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA) показав наявність значущих вікових відмінностей:  $F(3, 98) = 2.90$ ,  $p = 0.039$ , а саме: за шкалою управління часом: найбільш виражені відмінності спостерігались між групами 18-25 та 36-45 років ( $p < 0.001$ ), а також між 26-35 і 36-45 років ( $p = 0.007$ ). Група 36-45 років продемонструвала найнижчий рівень тайм-менеджменту ( $M = 0.578$ ,  $SD = 0.425$ ), тоді як молоді респонденти віком 18-25 і 26-35 років мали однаково високі значення (обидва  $M = 1.29$ ,  $SD = 0.682$  і  $SD = 0.699$  відповідно). Учасники 46-60 років мали середній показник ( $M = 0.583$ ,  $SD = 0.408$ ),

подібний до групи 36-45, що може вказувати на зниження управління часом у зрілому віці.

Ці результати суперечать очікуваній лінійній динаміці розвитку тайм-менеджменту з віком. Незважаючи на ширше коло обов'язків у зрілому віці, саме група 36-45 років мала найнижчі результати, що, ймовірно, пов'язано із перенасиченням ролей (робота, сім'я, догляд за родичами), високою щільністю щоденних задач і хронічним емоційним навантаженням. У цьому віці часто відбувається стиснення часових ресурсів через неможливість делегування й надмірну відповідальність, що порушує структурованість у щоденній активності.

Натомість молодші групи (18-25 і 26-35 років), попри меншу кількість соціальних зобов'язань, можуть вільніше структурувати власний ритм, адаптуючи його до своїх потреб і цілей. Крім того, саме в цей період формується відчуття особистої ефективності та контроль над середовищем, що сприяє розвитку навичок управління часом (Bonniwell & Zimbardo, 2004; Wittmann & Paulus, 2008).

Таким чином, пік розвитку тайм-менеджменту виявляється у молодому віці (18-25 і 26-35 років), а не в середньому, як це очікувалося, що можна інтерпретувати як результат високої мобільності, когнітивної гнучкості та меншої фрагментованості щоденних завдань.

Статистичний аналіз даних за шкалою організації виявив статистично значущі вікові відмінності, що підтверджено критерієм Крускала–Волліса:  $\chi^2(3) = 18.81$ ,  $p < 0.001$ . Найнижчі середні значення спостерігалися у групі 18-25 років ( $M = 1.16$ ,  $SD = 0.753$ ), у той час як найвищий рівень організованості був зафіксований у групі 26-35 років ( $M = 1.55$ ,  $SD = 0.575$ ).

В учасників віком 36-45 років рівень організації суттєво знижувався ( $M = 0.542$ ,  $SD = 0.778$ ), а у віковій категорії 46-60 років залишався на подібному рівні ( $M = 0.611$ ,  $SD = 0.574$ ).

Найбільша статистично значуща різниця спостерігалась між групами 26–35 та 36–45 років ( $p = 0.001$ ), що може свідчити про регрес у навичках організованості у віці 36-45 років — періоді, коли особистість нерідко стикається з підвищеним рівнем життєвих викликів, багатовекторними обов'язками та зниженням когнітивної гнучкості. Це також може бути відображенням перевантаження соціальними ролями (батьківство, кар'єра, догляд за літніми родичами), що впливає на здатність підтримувати чітку структуру повсякденного життя, попри сформовану відповідальність.

Отримані дані підтверджують ідею про те, що організація як навичка зростає разом із розвитком соціальної відповідальності. У ранньому дорослому віці (26-35 років) люди ще перебувають у пошуку стабільності: змінюють місце проживання, формують або змінюють освітні та професійні траєкторії, створюють партнерські стосунки або сім'ї. Усе це нерідко супроводжується невизначеністю й нестабільним життєвим ритмом, що створює додаткові труднощі у формуванні регулярних структур, планування та збереження звичних режимів. Натомість після 35 років життєва структура стає чіткішою, накопичується досвід, стабілізуються побутові умови, зростає обсяг відповідальності, що стимулює розвиток і закріплення організаційних навичок.

Проте період 36-45 років, попри загальний потенціал до більшої структурованості, часто характеризується піковим навантаженням: особистість стикається з перехрестям професійних і сімейних цілей, необхідністю одночасно підтримувати кар'єру, батьківство, догляд за родиною та особистісну реалізацію. Саме ці чинники можуть тимчасово знижувати рівень організованості, особливо в умовах емоційного або ресурсного виснаження. Крім того, з віком знижується толерантність до хаосу та спонтанності, натомість зростає потреба у передбачуваності, рутині й контрольованості, що також позитивно впливає на розвиток організації як інструментальної форми саморегуляції. Також варто

враховувати, що гендерний і соціальний статус, включно з виконанням батьківських або управлінських ролей, опосередковано підвищують вимоги до впорядкованості поведінки, що могло вплинути на вищі результати старших респондентів.

Результати дослідження продемонстрували значущі вікові відмінності за шкалою емоційної регуляції. Найвищі середні значення спостерігалися у віковій групі 26-35 років ( $M = 1.60$ ,  $SD = 0.536$ ), тоді як у категоріях 36-45 років ( $M = 1.00$ ,  $SD = 0.522$ ) та 46-60 років ( $M = 0.889$ ,  $SD = 0.344$ ) цей показник був істотно нижчим. За результатами критерію Крускала–Уолліса,  $\chi^2(3) = 11.93$ ,  $p = 0.008$ , отримано статистично значущу різницю між віковими групами. Найістотніші розбіжності за парними порівняннями виявлено між групами 26-35 та 36-45 років ( $p = 0.026$ ), а також між 26-35 та 46-60 років ( $p = 0.032$ ), що вказує на специфічну вікову динаміку.

Парадоксально, але саме в групі 26–35 років виявлено найбільшу середню вираженість емоційної регуляції, яка знижується у старших групах. Така траєкторія може бути зумовлена особливостями життєвого етапу: у віці 26–35 років люди вже накопичили певний досвід емоційного самоконтролю, але ще не зазнають вираженого емоційного виснаження, властивого середньому дорослому віку. Натомість після 35 років, попри більшу загальну зрілість, часто зростає навантаження — як професійне, так і особистісне, що може знижувати доступність ресурсів для ефективної емоційної регуляції.

Ці результати узгоджуються з дослідженнями Thompson і Goodman (2010), які зазначають, що в молодості емоційна регуляція ще перебуває в процесі розвитку, але саме в середньому молодому віці (після 25) спостерігається пік функціональності, зумовлений дозріванням префронтальних механізмів. Водночас із віком спостерігається накопичення зовнішніх вимог і тривалого стресу, що потребує активного

використання ресурсів, зокрема когнітивних стратегій переосмислення, ментального дистанціювання або пригнічення емоцій. За умов хронічного навантаження ці стратегії втрачають ефективність, що і пояснює зниження показників у старших групах.

Крім того, у групі 26–35 років спостерігається оптимальне співвідношення між експресією та інгібіцією емоцій, що забезпечує адаптивні відповіді на стресові стимули. Цей період може бути своєрідним “вікном” емоційної зрілості до моменту зростання зовнішніх обов’язків. У старших групах (36–60 років) посилення соціальних ролей, тривалий кумулятивний стрес, а також емоційне вигорання (Maslach & Leiter, 2016) можуть частково обмежувати ефективність емоційного саморегулювання, що й підтверджується зниженням середніх значень.

Статистичний аналіз показав значущі вікові відмінності за шкалою поведінкової регуляції:  $\chi^2(3) = 8.88$ ,  $p = 0.031$  і отримане значення критерію Крускала–Уолліса засвідчує, що між окремими віковими групами існує значуща різниця у рівні поведінкової саморегуляції. Найнижчі значення були зафіксовані в групі 36–45 років ( $M = 0.797$ ,  $SD = 0.343$ ), тоді як найвищі — у групі 26–35 років ( $M = 1.26$ ,  $SD = 0.576$ ). Молодь віком 18–25 років мала середній показник  $M = 1.19$  ( $SD = 0.592$ ), а учасники віком 46–60 років —  $M = 0.917$  ( $SD = 0.465$ ). Найбільш виражені та статистично значущі відмінності були зафіксовані між групами 26–35 і 36–45 років ( $p = 0.040$ ), а також між 18–25 і 36–45 років ( $p = 0.048$ ), що свідчить про наявність критичного зниження поведінкової регуляції саме в середині дорослого віку.

Отримані результати узгоджуються з уявленнями про складну нелінійну динаміку поведінкової саморегуляції. У групі 26–35 років спостерігається найвища вираженість цієї функції, що може бути зумовлено поєднанням когнітивної зрілості, активного соціального залучення, а також наявності стабільного режиму життя. Люди в цьому

віці часто мають сформовані плани, структуровану повсякденність і внутрішню мотивацію до дотримання норм поведінки в умовах навантаження. Це сприяє розвитку навичок стримування імпульсів, контролю реакцій, збереження заданих цілей навіть у стані стресу.

Водночас група 36-45 років демонструє зниження поведінкової регуляції, попри очікування її подальшого зміцнення. Така динаміка може бути зумовлена кумулятивним ефектом стресових чинників, зростанням кількості ролей і відповідальностей, а також поступовим емоційним виснаженням. Саме у цей період часто спостерігається криза середнього віку, перегляд життєвих орієнтирів, навантаження, пов'язані з доглядом за дітьми та батьками, що може послаблювати контроль над поведінковими імпульсами.

Учасники віком 46-60 років демонстрували часткове відновлення регуляторних функцій ( $M = 0.917$ ), імовірно завдяки поступовій стабілізації життєвих обставин або зменшенню активної включеності в турбулентні соціальні процеси. Тим часом молоді респонденти (18-25 років) показали середні значення, де спостерігається ще недостатньо розвинений контроль поведінки внаслідок незавершеної нейропсихологічної зрілості, меншої стійкості до фрустрацій і браку досвіду саморегуляції в складних ситуаціях (Barkley, 2012; Zelazo et al., 2008).

Варто зазначити, що поведінкова регуляція в умовах хронічного стресу, такого як війна або економічна нестабільність, вимагає ще більшого мобілізаційного ресурсу і, ймовірно, саме старші групи мали змогу ефективніше адаптуватись, що частково пояснює різницю з молоддю, яка ще не сформувала достатньо буферів і стратегій опору деструктивним імпульсам.

### **Освіта:**

Статистичний аналіз виявив наявні освітні відмінності за шкалою управління плануванням:  $F(3, 98) = 3.257$ ,  $p = 0.025$ , що свідчить про значущі розбіжності між принаймні двома освітніми групами і це підтверджує, що рівень сформованості планувальних функцій змінюється залежно від освітнього досвіду.

Найнижчі показники зафіксовано в учасників із повною загальною середньою освітою ( $M = 0.95$ ,  $SD = 0.73$ ), а найвищі — у респондентів із науковим ступенем (PhD) ( $M = 1.33$ ,  $SD = 0.55$ ), різниця між цими групами була статистично значущою ( $p = 0.040$ ). Хоча чисельно цей розрив видається помірним, в контексті шкали з низьким діапазоном значень така різниця є суттєвою: вона свідчить про систематично вищий рівень стратегічного мислення, планування та когнітивного самоменеджменту в осіб, які пройшли інтенсивну академічну підготовку. Фактично, ця різниця означає, що скоріш за все люди з PhD більш регулярно й ефективно використовують планувальні стратегії в повсякденному житті, порівняно з тими, хто має лише базову освіту.

Учасники з незакінченою вищою освітою ( $M = 1.03$ ,  $SD = 0.50$ ) та повною вищою без наукового ступеня ( $M = 1.06$ ,  $SD = 0.55$ ) мали проміжні результати, які не відрізнялися статистично ані від найвищої, ані від найнижчої групи. Проте спостерігається тенденція до зростання планувальних здібностей зі зростанням освітнього рівня, що можна розглядати як градуальну освітню динаміку.

Психологічно така динаміка логічна: здобуття складної, багаторічної освіти формує когнітивну дисципліну, вміння вибудовувати довготривалі цілі, працювати в межах структурованих вимог. Це прямо пов'язано з функціонуванням префронтальних зон кори головного мозку, відповідальних за виконавчі функції (Barkley, 2012).

Таким чином, наявність вищої освіти, а особливо наукового ступеня, є не лише соціальним маркером досягнень, але й нейропсихологічним

індикатором зрілості систем виконавчого контролю. Особи з базовою освітою, згідно з отриманими результатами, демонструють найнижчі показники планувальної регуляції, що вказує на менш сформовані стратегії довготривалого цілепокладання, самостійного прийняття рішень і гнучкого реагування на зміну обставин. Це свідчить про вразливість планування саме в умовах обмеженої когнітивної чи освітньої практики. Як зазначають Best і Miller (2010), освітнє середовище є ключовим тренажером виконавчих функцій, і чим інтенсивніше інтелектуальне навантаження — тим активніше залучаються та вдосконалюються механізми когнітивного самоконтролю, зокрема планування. Відтак, систематична освітня практика виступає потужним фактором розвитку особистісної автономії, стратегічного мислення та функціональної зрілості.

Статистичний аналіз засвідчив наявність значущих освітніх відмінностей за шкалою порушення виконавчих функцій:  $F(3, 98) = 3.842$ ,  $p = 0.012$ . Це вказує на те, що рівень дезорганізованості, імпульсивності й труднощів саморегуляції системно змінюється залежно від освітнього статусу респондента. Порівняльний аналіз виявив, що найбільші труднощі з виконавчим контролем спостерігались у респондентів із повною загальною середньою освітою ( $M = 35.2$ ,  $SD = 12.4$ ), що значуще відрізняється від показників групи з докторським ступенем ( $M = 17.8$ ,  $SD = 4.32$ ) та вищою освітою ( $M = 25.8$ ,  $SD = 12.4$ ). Особи з незакінченою вищою освітою також продемонстрували високий рівень порушень ВФ ( $M = 28.5$ ,  $SD = 10.7$ ), хоча ці відмінності не завжди були статистично значущими в парних порівняннях.

Узагальнено, ця тенденція вказує на поступове зниження вираженості симптомів виконавчої нестабільності зі зростанням рівня освіти. Найбільш контрастною є різниця між особами з академічним ступенем та тими, чий освітній досвід обмежується лише базовою

середньою школою. Це дозволяє припустити, що освітнє середовище відіграє роль своєрідного тренажера когнітивної стабільності — адже постійна взаємодія з абстрактним мисленням, плануванням і структурованою інформацією активує механізми довільного гальмування, послідовного прийняття рішень та багаторівневої саморегуляції.

Як зазначає Best et al. (2011), багаторічна інтелектуальна стимуляція сприяє розвитку механізмів когнітивної витривалості, а тривала навчальна активність активізує нейронні мережі префронтальної кори, відповідальні за виконавчі функції. Натомість у осіб з обмеженим освітнім досвідом, як правило, рідше відбувається систематичне тренування цих механізмів, що може ускладнювати гнучке переключення між завданнями, довільне гальмування імпульсивних реакцій і зниження чутливості до стресових подразників. Це підтверджується і нейропсихологічними даними, які вказують, що ефективність префронтального контролю зростає за умов складного навчального або професійного контексту (Stuss & Knight, 2013). Люди з нижчим освітнім рівнем мають менше можливостей тренувати гнучке переключення між цілями, контролювати свою поведінку в складних середовищах і мають певні стратегії відтермінованого підкріплення.

Таким чином, освітній рівень виявився не лише соціальним предиктором, але й нейропсихологічним маркером стійкості виконавчих функцій. Особливо низький рівень їх реалізації у групі з базовою освітою свідчить про недостатню сформованість механізмів цілепокладання, регуляції поведінки та адаптації в умовах високих когнітивних вимог.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що найбільша вираженість виконавчих дисфункцій характерна для респондентів з базовою освітою, тоді як наявність вищого або наукового ступеня пов'язана з нижчим рівнем дезорганізованості, кращою стресостійкістю та вищою когнітивною стабільністю. Отже, освітній досвід виступає не лише

чинником соціалізації, але й критичним предиктором зрілості систем виконавчого контролю.

Статистичний аналіз виявив наявність освітніх відмінностей за шкалою управління часом:  $F(3, 98) = 2.44, p = 0.069$ . Хоча загальний рівень значущості не досяг критичної межі ( $p < 0.05$ ), динаміка показників свідчить про виразну тенденцію: учасники з вищим рівнем освіти мали помітно вищі середні значення за цим показником. Найнижчий рівень управління часом спостерігався у респондентів із повною загальною середньою освітою ( $M = 0.69, SD = 0.636$ ), тоді як найвищі значення виявлені у групи з докторським ступенем ( $M = 1.24, SD = 0.465$ ), різниця між цими двома групами становила 0.55 бала. Учасники з вищою освітою ( $M = 1.09, SD = 0.557$ ) і незакінченою вищою ( $M = 1.03, SD = 0.475$ ) мали проміжні значення, що наближалися до рівня групи з докторським ступенем, проте не досягли статистично значущих відмінностей та ймовірно, обмежена чисельність групи з базовою освітою зменшила статистичну силу тесту, однак тенденція залишилася виразною: чим вищий освітній рівень, тим вищий контроль часу і це підтверджує психологічну значущість навіть при формально незначущих результатах.

Ця тенденція свідчить про потенційний вплив рівня освіти на сформованість здатності до самостійного керування часом як ключового компонента виконавчого функціонування і незважаючи на відсутність формальної значущості, висхідна динаміка середніх значень є психологічно логічною: у міру зростання освітнього рівня зростає і складність задач, відповідальність, вимоги до автономного планування й дотримання дедлайнів.

Навички тайм-менеджменту формуються через регулярне залучення до структурованих когнітивних завдань і дедлайнів, що типово для академічного навчання. Саме освітній процес вимагає адаптації до

багаторівневого планування та контролю за часом, що поступово зміцнює відповідні функції (Kuhn, 2006).

Ймовірно, відсутність статистичної значущості частково обумовлена нерівномірним розподілом вибірки: група з повною середньою освітою мала менше учасників, що могло знизити статистичну силу аналізу, проте навіть за цих умов виявлений ефект вказує на важливу динаміку, що може бути підтверджена в майбутніх дослідженнях із більшими вибірками. З огляду на це, результати варто інтерпретувати як значущу психологічну тенденцію, що підтримує зв'язок між освітнім рівнем і рівнем розвитку виконавчих навичок і як стверджують Zelazo і Carlson (2012), навіть незначні ефекти можуть вказувати на реальну психологічну закономірність, особливо якщо вона узгоджується з теоретичними моделями розвитку префронтальної регуляції та самоконтролю.

Статистичний аналіз виявив статистично значущі освітні відмінності за шкалою організації:  $F(3, 98) = 3.038$ ,  $p = 0.032$ , що свідчить про наявність достовірної різниці щонайменше між двома групами залежно від рівня освіти. Найнижчі значення були зафіксовані у групі з повною загальною середньою освітою ( $M = 0.808$ ,  $SD = 0.655$ ), тоді як найвищі — у групі з докторським ступенем ( $M = 1.37$ ,  $SD = 0.561$ ). За результатами достовірна різниця виявлена саме між цими двома групами ( $p = 0.044$ ), а середня розбіжність становила 0.562 бала, що є помітним ефектом.

Учасники з вищою освітою ( $M = 1.10$ ,  $SD = 0.584$ ) та незакінченою вищою освітою ( $M = 1.00$ ,  $SD = 0.535$ ) продемонстрували проміжні значення нижчі, ніж у групи з науковим ступенем, але вищі, ніж у базово освічених респондентів. Попри відсутність статистично значущих розбіжностей у цих порівняннях, динаміка даних вказує на тенденцію до поступового зростання рівня організаційних навичок зі зростанням освітнього рівня. Ймовірно, у випадку з меншими групами, як-от докторський ступінь, обмежений розмір вибірки міг знизити статистичну

силу тесту, що перешкодило досягненню значущості в усіх порівняннях. Такий зв'язок має психологічне підґрунтя, так як навичка організації є однією з форм виконавчої функції формується під впливом потреби впорядковувати багаторівневі дії, координувати паралельні завдання та підтримувати логічну послідовність рішень і саме такі вимоги висуває складна освітня або управлінська діяльність (Barkley, 2012).

Особи з базовим рівнем освіти можуть мати обмежений досвід у цих сферах, тоді як здобуття ступенів вищої освіти вимагає послідовного управління завданнями, самостійного планування та пріоритизації, що стимулює розвиток виконавчих навичок у межах функціональної саморегуляції (Anderson, 2002; Best et al., 2011). Зокрема, ключовим аспектом тут виступає не лише обсяг навчальної інформації, а й потреба в ієрархічному впорядкуванні дій, здатність передбачати наслідки та витримувати складні часові рамки — ці чинники формують мікростратегії організації, які й набувають автоматизованої якості в умовах системної освіти.

Таким чином, формальна освіта виступає як контекст розвитку складних регуляторних структур: вона поступово трансформує спонтанну поведінку в інтегровану систему самоуправління, де організаційна стратегія, когнітивна послідовність і структурна логіка стають невіддільними від повсякденної активності (Anderson, 2002; Lezak et al., 2012).

### **Сімейний стан**

Статистичний аналіз виявив наявність значущих відмінностей у рівні управління часом залежно від сімейного стану:  $F(3, 98) = 5.72, p = 0.001$ . За результатами *post-hoc* аналізу, достовірні розбіжності були зафіксовані між самотніми респондентами ( $M = 1.33, SD = 0.658$ ) та одруженими респондентами ( $M = 0.588, SD = 0.431$ ),  $p < 0.001$ , а також між тими, хто перебуває в стосунках ( $M = 1.18, SD = 0.679$ ), і розлученими

( $M = 1.63$ ,  $SD = 1.59$ ),  $p = 0.007$ . Найвищі показники управління часом демонструють респонденти, які не перебувають у стосунках ( $M = 1.33$ ,  $SD = 0.538$ ), а також розлучені ( $M = 1.63$ ,  $SD = 1.18$ ),  $p = 0.007$ , тоді як найнижчі — в одружених осіб ( $M = 0.588$ ,  $SD = 0.431$ ), що свідчить про парадоксальну динаміку: офіційно партнеризовані респонденти виявляють нижчий рівень часової організованості.

Отримані дані вказують на парадоксальну, але послідовну динаміку: респонденти, які не перебувають у партнерстві або пережили його завершення, мають вищий рівень часової саморегуляції, тоді як офіційно партнеризовані особи (одружені чи в стосунках) демонструють нижчу організованість у розпорядженні часом. Це може бути зумовлено структурною зміною в управлінні щоденною активністю: замість індивідуального планування з'являється необхідність узгоджувати графіки, реагувати на партнерські потреби, виконувати доглядові або побутові функції. Як зазначають Vohs і Baumeister (2016), партнерські стосунки нерідко знижують доступ до особистого когнітивного ресурсу, необхідного для автономного виконавчого контролю.

Натомість самотні особи, а особливо розлучені, демонструють вищу сформованість тайм-менеджменту. Така динаміка може бути пояснена через активацію механізмів автономної саморегуляції в умовах повної особистої відповідальності. Зокрема, розлучені респонденти ( $M = 1.63$ ) продемонстрували ще вищий рівень управління часом, аніж самотні ( $M = 1.33$ ), що свідчить не лише про автономію, а й про можливу компенсаторну реакцію після втрати стабільного партнерства. У випадку розлучення йдеться також про компенсаційний ефект: після розриву партнерства індивід змушений наново структурувати свій розпорядок, відновити автономію і самостійність, що сприяє активації виконавчих функцій другого порядку: планування, часової координації, пригнічення нецільових імпульсів (Zelazo & Carlson, 2012). Така стратегія узгоджується

з моделями посттравматичного зростання, згідно з якими втрати або кризи стимулюють зростання самоструктурованості як форми психологічної адаптації і такий ефект може бути інтерпретований як форма когнітивної перебудови, спрямованої на відновлення контролю над життям (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Низькі показники в одружених осіб можуть відображати ефект «розчинення» у партнерському таймінгу: у шлюбі значна частина побутової та часової координації делегується або узгоджується, що знижує потребу в індивідуальній саморегуляції. Додатково, батьківські ролі, які часто супроводжують офіційні стосунки, можуть спричиняти хронічне перевантаження, дефіцит часу й багатозадачність, що впливає на зниження ефективності виконавчого функціонування.

Нейропсихологічно така динаміка підтверджується даними про залучення дорсолатеральної префронтальної кори в умовах автономного планування та моніторингу часу (Stuss & Alexander, 2000), на противагу соціально-емоційному навантаженню в партнерських контекстах, де активуються інші ланцюги регуляції. З точки зору мотиваційної теорії самодетермінації, завершення стосунків може відновлювати потребу в автономії та самовизначенні (Deci & Ryan, 2000), що також сприяє активізації тайм-менеджменту як засобу контролю і самоствердження.

Тайм-менеджмент як функція включає часову орієнтацію, пріоритетизацію, планування, інгібіцію та гнучкість, тобто інтегрує декілька когнітивних механізмів, чутливих до соціального контексту (Leclercq & Majerus, 2010). Саме тому партнерство, як особливе соціальне середовище, може не лише змінювати розподіл часу, але й опосередковувати саму виконавчу архітектуру його організації.

Таким чином, сімейний стан виявляється релевантним чинником диференціації рівня управління часом: автономія, досвід відновлення після

розриву, або навпаки — це системна побутова координація у шлюбі і тоді вони визначають рівень сформованості часової саморегуляції.

### **Місце проживання**

Непараметричний аналіз ( $\chi^2(5) = 18.6, p = 0.002$ ) підтвердив наявність достовірних розбіжностей у рівні управління часом залежно від формату проживання. Середні значення вказують на варіативність показників тайм-менеджменту відповідно до умов побуту. Найвищий рівень управління часом продемонстрували респонденти, які мешкають у гуртожитку ( $M = 1.45, SD = 0.411$ ), а також ті, хто проживає самотійно ( $M = 1.32, SD = 0.815$ ). На третьому місці — респонденти, які мешкають із батьками або родичами ( $M = 1.35, SD = 0.599$ ). Середній рівень був зафіксований у тих, хто мешкає з друзями або співмешканцями ( $M = 1.00, SD = 0.677$ ). Нижчі показники мали респонденти, які мешкають із партнером ( $M = 0.957, SD = 0.738$ ), а найнижчий рівень управління часом був характерний для тих, хто мешкає з партнером та дітьми ( $M = 0.583, SD = 0.431$ ). Така картина вказує на градуальну динаміку зростання виконавчої саморегуляції часу відповідно до рівня автономії життєвого середовища: від найменш самотійних (життя з батьками), до максимально незалежних (самотійне проживання).

Отримані дані підтверджують, що ступінь особистої відповідальності за життєвий ритм і побутові рішення безпосередньо впливає на сформованість тайм-менеджменту. Особи, які проживають самотійно, мають найвищі показники часової організованості, що може бути пов'язано з повною відповідальністю за розподіл часу, потребою в самотійності у прийнятті рішень, щоденному плануванні та виконанні завдань без зовнішнього підкріплення або допомоги. Такий стиль життя потребує активного залучення виконавчих функцій, зокрема здатності встановлювати пріоритети, планувати дії, дотримуватись дедлайнів і гнучко адаптуватися до змін.

Натомість найнижчий рівень управління часом у респондентів, які мешкають із батьками, може бути пояснений меншою потребою в автономному самоменеджменті: частина рутинних завдань, зокрема планування побуту, часто делегується або виконується в межах сімейної системи. У такому контексті особа може не розвивати повною мірою навички особистої організації, оскільки зовнішнє середовище (батьки) частково бере на себе контроль за структурою дня, часом сну, харчуванням тощо.

Проміжна позиція респондентів, які мешкають із партнером або родиною, вказує на часткову залученість у саморегуляцію: з одного боку, така ситуація передбачає більшу відповідальність, ніж життя з батьками, однак частина часу і завдань також розподіляється між членами сім'ї. Це знижує тиск на індивідуальний когнітивний контроль, але водночас не забезпечує такого рівня повної автономії, як самотійне проживання.

З точки зору теорії розвитку виконавчих функцій, середовище з високим ступенем автономії (самотійне життя) сприяє більшому когнітивному навантаженню, що, у свою чергу, стимулює функції префронтальної кори, зокрема здатність до планування, моніторингу часу та гнучкого реагування (Zelazo & Müller, 2002). Натомість надмірна залежність від зовнішнього структурованого середовища (батьківського дому) може відтерміновувати розвиток цих навичок, що підтверджується емпірично в нижчих балах управління часом серед таких респондентів.

Крім того, дослідження показують, що досвід самотійного вирішення побутових, фінансових і часових питань виступає не лише предиктором виконавчої зрілості, а й чинником підвищення впевненості в собі та відчуття контролю (Bandura, 1997), що опосередковано впливає на вищу ефективність тайм-менеджменту. У той час як проживання з родичами, попри комфорт, знижує потребу в регулярному використанні

функцій другого порядку: пріоритезації, самостійного планування, інгібіції імпульсивних рішень.

Таким чином, місце проживання виявляється суттєвим фактором, що модулює рівень сформованості тайм-менеджменту, а самостійне життя, як контекст повної відповідальності, вимагає активного залучення виконавчого контролю та сприяє зростанню автономної регуляції часу. Натомість життя з батьками або в партнерстві може знижувати інтенсивність використання цих функцій через делегування чи спільне вирішення завдань, що знижує потребу в когнітивній самостійності, але це не свідчить про знижений когнітивний потенціал, а радше про його недостатню актуалізацію в умовах мінімального зовнішнього виклику. Як підкреслюється в моделі екологічного виклику (Bronfenbrenner, 1994), рівень вимог зовнішнього середовища відіграє ключову роль у запуску або, навпаки, латентному гальмуванні когнітивного потенціалу особистості, зокрема: функцій саморегуляції та тайм-менеджменту.

Таким чином, автономне місце проживання слугує важливим чинником тренування виконавчої саморегуляції, тоді як спільне проживання, а особливо з батьками може знижувати актуалізацію цих навичок, хоча потенціал для розвитку зберігається і залежить від рівня особистої залученості до самостійних дій.

### **Час, проведений у роздумах про їжу**

Для перевірки гіпотези про вплив частоти мислення про їжу на рівень орторексії було використано непараметричний дисперсійний аналіз Kruskal–Wallis. Залежною змінною виступав загальний бал за шкалою ORTO, що вимірює рівень орторексичної вираженості. Результати показали наявність високозначущих відмінностей між групами:  $\chi^2(3) = 38.4$ ,  $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.38$ . Отримане значення  $\eta^2$  (ета-квадрат) вказує на дуже сильний ефект (за критеріями Коена,  $\eta^2 > 0.14$  вважається великим

ефектом), тобто виявлена залежність не лише статистично значуща, але й стійка та психологічно релевантна.

Пост-хок аналіз за критерієм Dwass-Steel-Critchlow-Fligner виявив достовірні відмінності між низкою пар груп: між тими, хто дуже рідко думає про їжу, та тими, хто часто про це думає ( $p < 0.001$ ); між тими, хто рідко думає, і тими, хто часто ( $p = 0.001$ ); між тими, хто час від часу думає, і тими, хто часто ( $p < 0.001$ ); а також між тими, хто дуже рідко думає, і тими, хто час від часу ( $p = 0.042$ ). Таким чином, найбільш виражена різниця в середніх балах спостерігається між тими, хто думає часто, і тими, хто думає дуже рідко.

Середні значення за шкалою ORTO у різних груп виглядають наступним чином: дуже рідко думаю про їжу:  $M = 27.6$ ,  $SD = 3.01$ ; рідко думаю про їжу:  $M = 27.3$ ,  $SD = 3.35$ ; час від часу думаю про їжу:  $M = 26.3$ ,  $SD = 3.00$ ; часто думаю про їжу:  $M = 22.0$ ,  $SD = 3.40$ . Як видно з наведених значень, чим частіше респонденти думають про їжу, тим нижчий їхній бал за шкалою ORTO, що свідчить про вищу вираженість орторексичних установок. Найвищі показники (тобто найменша вираженість орторексії) спостерігаються у груп, які думають дуже рідко або рідко, тоді як найнижчі бали — у тих, хто часто розмірковує над темою їжі.

Така динаміка дозволяє говорити про існування когнітивної гіперфіксації як одного з предикторів орторексії. Згідно з теорією когнітивної доступності (Herman & Polivy, 2008), часті мисленнєві акти навколо їжі можуть бути способом психологічного контролю в умовах зниженої суб'єктивної стабільності, або ж псевдостратегією саморегуляції, коли їжа виступає центральним об'єктом, через який відбувається компенсаторне відновлення ідентичності. Мисленнєва активність у цьому контексті не є нейтральною: вона може підкріплювати харчову тривожність, посилювати ригідність та сприяти формуванню орторексичних установок.

Натомість особи, які дуже рідко або рідко думають про їжу, демонструють найвищі бали за шкалою ORTO, що вказує на меншу включеність у когнітивну сферу харчування. Це може бути зумовлено меншою значущістю харчової тематики в особистісній структурі, а також більшою стабільністю в інших життєвих сферах, які не потребують компенсації через їжу. Згідно з підходом Herman & Polivy (2008), розмірковування про їжу — це маркер латентної тривоги або внутрішнього конфлікту, що проектується на тілесну чи харчову поведінку.

Окремої уваги заслуговує той факт, що група, яка часто думає про їжу, має не лише найнижчі середні значення ( $M = 22.0$ ), але й найвищу варіативність ( $SD = 3.40$ ), що свідчить про гетерогенність досвіду всередині цієї категорії. Це може вказувати на наявність підгруп з різною мотивацією: для одних — це може бути формою obsесивного контролю, для інших — це може бути наслідок фрустрації, а для ще інших — перехідний стан у межах змін харчової поведінки.

Водночас важливо відзначити, що рівень когнітивної фіксації на їжі може бути опосередкований соціальними і професійними чинниками. Як показують дані Best et al. (2011), особи, які інтенсивно залучені до високоструктурованої інтелектуальної діяльності, мають менше простору для румінаційних роздумів про їжу. У цьому контексті тривале мислення про харчування не лише корелює з рівнем орторексії, а й виступає самостійним чинником ризику.

Таким чином, частота мислення про їжу є значущим психологічним маркером, який дозволяє виявити ступінь когнітивної залученості до харчової тематики.

### **Їжа в компанії інших**

Результати дисперсійного аналізу (One-Way ANOVA, Fisher's test) засвідчили наявність значущих відмінностей у рівні орторексії залежно від

ставлення респондентів до спільних прийомів їжі:  $F(3, 98) = 4.54, p = 0.005$  і це вказує на те, що хоча б одна з груп демонструє суттєву різницю у вираженості орторексичних проявів. Для виявлення конкретних відмінностей між групами було застосовано пост-хок аналіз Games-Howell, результати якого показали одну статистично значущу розбіжність: між тими, хто відчувається комфортно, і тими, кому трохи некомфортно, але не критично (різниця середніх =  $-2.28, p = 0.039$ ).

Описові статистики демонструють такі середні значення (M) і стандартні відхилення (SD): «Мені трохи некомфортно, але не критично» —  $M = 24.4, SD = 3.93$ ; «Почуваюся комфортно, це не проблема» —  $M = 26.7, SD = 3.20$ ; «Уникаю спільних прийомів їжі через стрес» —  $M = 21.8, SD = 7.59$ ; «Я часто відчуваю стрес у таких ситуаціях» —  $M = 24.0, SD = 4.86$

Найбільша різниця середніх показників орторексії спостерігалася між респондентами, які уникають спільних прийомів їжі ( $M = 21.8, SD = 7.59$ ), та тими, хто відчувається комфортно ( $M = 26.7, SD = 3.20$ ). Проте ця різниця не виявилася статистично значущою за проведеним пост-хок аналізом, ймовірно через малий розмір відповідних підгруп (у категорії «уникають» було лише 4 особи, що зумовлює високу ймовірність помилки II роду). Отже, хоча вказаний ефект виглядає суттєвим, інтерпретувати його слід обережно через обмежену статистичну потужність порівняння.

За сукупністю отриманих даних можна припустити, що більш виражені орторексичні тенденції притаманні респондентам, які уникають спільних прийомів їжі, тоді як ті, хто відчувається комфортно в соціальних ситуаціях, мають менш виражені орторексичні прояви.

Це може свідчити про двоїсту природу соціального харчування у контексті орторексії: з одного боку, комфортна взаємодія в спільному прийомі їжі не суперечить орторексичним установкам (а іноді може навіть маскувати їх), оскільки дотримання правил здорового харчування може

стати частиною соціально прийнятної норми в певних колах, що не викликає внутрішнього конфлікту навіть у разі високого контролю, з іншого — високий рівень тривоги або уникання може бути пов'язаний з іншим типом харчових порушень або соціальної тривожності, не обов'язково орторексичного характеру.

Окрему увагу заслуговує змінна «час на роздуми про їжу», яка продемонструвала найвищий ефект серед усіх вивчених показників:  $\eta^2 = 0.38$  (за критеріями Коена — сильний ефект). Це вказує не лише на статистичну значущість, а й на глибоку психологічну релевантність даного зв'язку, що підтверджує провідну роль когнітивної гіперфіксації у розвитку орторексичних установок (Herman & Polivy, 2008).

Таким чином, показник «їжа в компанії інших» виявився значущим фактором диференціації рівня орторексії, але лише в одному зі здійснених порівнянь, а решта розбіжностей потребують додаткової перевірки на більших вибірках для отримання достовірніших висновків.

Проведена перевірка нормальності розподілу емпіричних даних засвідчила, що більшість ключових змінних мають статистично значущі відхилення від нормального розподілу, що зумовило використання комбінації параметричних і непараметричних методів аналізу. Така асиметрія є типовою для конструктів, що описують емоційні чи регуляторні труднощі, а також відповідає структурі непатологічної вибірки. Усі подальші статистичні процедури (ANOVA, t-критерій, критерій Крускала–Уолліса тощо) було обґрунтовано на основі результатів тестів Шапіро–Уїлка та Левена. Це забезпечує валідність отриманих результатів і дозволяє достовірно інтерпретувати вікові, освітні та інші відмінності з урахуванням особливостей кожної шкали.

### 3.2. Результати II етапу. Перевірка гіпотез

Основна гіпотеза дослідження полягала у припущенні, що підвищена вираженість орторексичних установок (за шкалою ORTO-15) буде асоційована з більш високими показниками перфекціонізму, тривожності, самоконтролю, а також із зниженим рівнем самооцінки та наявністю труднощів у сфері виконавчих функцій (інгібіція, планування, гнучкість, організація, емоційна та поведінкова регуляція).

Перевірка цієї гіпотези здійснювалася за допомогою кореляційного та регресійного аналізу, причому залежно від розподілу показників використовувалися коефіцієнти Пірсона або Спірмена (також враховувався знак кореляції). Оскільки за опитувальником ORTO-15 вищі бали свідчать про нижчу вираженість орторексичних тенденцій, негативний коефіцієнт кореляції інтерпретується як прямий зв'язок відповідної змінної з орторексією.

Результати показали, що перфекціонізм має статистично значущий негативний зв'язок з показниками ORTO-15 ( $r = -0.252$ ,  $p < 0.05$ ), що свідчить про те, що вищий рівень перфекціоністських установок прямо асоційований із більшою вираженістю орторексичних симптомів. Цей результат узгоджується з наявними теоретичними моделями, які розглядають перфекціонізм як когнітивну основу контрольованої харчової поведінки (Brytek-Matera, 2012).

Також було підтверджено статистично значущий зворотний зв'язок між орторексією та рівнем тривожності ( $r = -0.354$ ,  $p < 0.001$ ) і це означає, що більш високий рівень тривожності корелює з більш вираженими орторексичними симптомами. Така динаміка є очікуваною, оскільки харчовий контроль часто використовується як засіб зниження тривожності через побудову чіткої структури й передбачуваності у щоденній рутині (Koven & Abry, 2015). Орторексична поведінка може функціонувати як

форма компенсаторної регуляції, що допомагає зменшити загальний рівень емоційної нестабільності.

Натомість щодо самоконтролю було виявлено неочікувану динаміку: між самоконтролем і шкалою ORTO-15 зафіксовано позитивну кореляцію ( $r = 0.252$ ,  $p < 0.05$ ), що означає, що вищий рівень самоконтролю асоціюється із нижчим рівнем орторексичних симптомів. Отже, гіпотеза про прямий зв'язок самоконтролю з орторексією не підтвердилася. Це свідчить, що орторексична поведінка не є проявом стабільного самоконтролю, а радше відображає специфічну тривожну ригідність, замасковану під контроль. Це й узгоджується з дослідженнями, які вказують на ілюзію контролю в клінічній картині розладів харчової поведінки (Bardone-Cone et al., 2007).

Гіпотеза щодо самооцінки підтвердилася: виявлено позитивну кореляцію ( $r = 0.369$ ,  $p < 0.001$ ) між рівнем самооцінки та показниками ORTO-15. Це означає, що вищий рівень самооцінки асоціюється з менш вираженими орторексичними симптомами. Згідно з когнітивно-мотиваційними моделями, знижена самооцінка часто є фоновим чинником розвитку компульсивної потреби в харчовому контролі як способі самопідтвердження (Fairburn et al., 2003).

Щодо виконавчих функцій також виявлено кілька значущих зв'язків. Проблеми планування мають статистично значущий негативний зв'язок із ORTO-15 ( $r = -0.208$ ,  $p < 0.05$ ), що свідчить про те, що зниження здатності до стратегічного мислення та прогнозування асоціюється з підвищенням орторексичних симптомів. Аналогічні результати отримано для організації ( $r = -0.254$ ,  $p < 0.05$ ) та емоційної регуляції ( $r = -0.284$ ,  $p < 0.01$ ), що вказує на те, що порушення у здатності до самоструктурування й емоційної адаптації пов'язані з більшою орієнтацією на контроль харчування. Порушення загальної структури виконавчих функцій також корелює з орторексією ( $r = -0.221$ ,  $p < 0.05$ ). Натомість труднощі в управлінні часом

та поведінковій регуляції не показали статистично значущих зв'язків у межах цієї вибірки, імовірно, через нижчу варіативність або компенсаторні механізми в осіб із високим рівнем контролю харчування.

Для поглибленого аналізу було проведено регресійне моделювання. Єдиною змінною, яка зробила унікальний внесок у прогнозування рівня орторексії, виявилася самооцінка ( $\beta = 0.233$ ,  $t = 3.60$ ,  $p < 0.001$ ). Це свідчить про те, що орторексія, попри поведінкову видимість, ґрунтується на складних когнітивно-особистісних патернах, де вирішальну роль відіграє самооцінка як інтегральний регулятор психічної стабільності. Модель є статистично значущою:  $F(1, 100) = 13$ ,  $p < 0.001$ ,  $R^2 = 0.12$ , що свідчить про те, що рівень самооцінки пояснює близько 12% варіації орторексичних симптомів. Інші змінні, попри наявність кореляцій, не стали унікальними предикторами в моделі. Це означає, що вони асоційовані з орторексією, але не мають достатньої пояснювальної сили в умовах багатфакторного аналізу.

Таким чином, основна гіпотеза частково підтвердилася: орторексичні тенденції виявилися пов'язаними з вищим рівнем перфекціонізму, тривожності, зниженою самооцінкою та окремими порушеннями виконавчих функцій, однак очікуваний зв'язок із самоконтролем не знайшов підтвердження. Найстабільнішим когнітивним предиктором орторексії виявилася саме самооцінка, що дозволяє розглядати її як потенційний цільовий вектор для превентивних і терапевтичних втручань.

Отже, дані демонструють, що орторексичні тенденції мають складну структуру і це свідчить про те, що орторексія, попри поведінкову видимість, ґрунтується на складних когнітивно-особистісних патернах, де вирішальну роль відіграє самооцінка як інтегральний регулятор психічної стабільності.

Наступним етапом аналізу стала перевірка низки уточнюючих гіпотез, які були сформульовані на основі теоретичних припущень щодо взаємозв'язків орторексичних тенденцій з окремими особистісними і нейрокогнітивними змінними. Кожну з цих гіпотез було проаналізовано окремо із застосуванням відповідних статистичних методів: кореляційного та регресійного аналізу з метою виявлення наявності статистично значущих зв'язків і оцінки сили кожної змінної як потенційного предиктора.

Гіпотеза 1: вищий рівень перфекціонізму позитивно корелює з вираженістю орторексичної поведінки і для перевірки цієї гіпотези було використано кореляційний та регресійний аналіз між шкалою перфекціонізму та симптомами орторексії (ORTO-15). За отриманими результатами, було виявлено статистично значущий негативний зв'язок між рівнем перфекціонізму та балами за шкалою ORTO-15 ( $r = -0.252$ ,  $p < 0.05$ ). З огляду на те, що в шкалі ORTO-15 нижчі бали означають вищі орторексичні симптоми, негативна кореляція вказує на прямиий зв'язок між перфекціонізмом та орторексією: тобто чим вищий рівень перфекціоністських тенденцій, тим більш виражені прояви орторексії. Середнє значення за шкалою перфекціонізму становило  $M = 3.81$ ,  $SD = 0.46$ , за шкалою ORTO-15 –  $M = 28.21$ ,  $SD = 3.27$  ( $N = 102$ ) і це свідчить про те, що в середньому учасники дослідження мали помірно високий рівень перфекціоністських рис. Стандартне відхилення вказує на відносно низьку варіативність, тобто більшість учасників мали схожий рівень, але водночас середнє значення за шкалою ORTO-15 перебуває в діапазоні, що вказує на помірні орторексичні тенденції в усій вибірці.

Цей зв'язок теоретично узгоджується з даними літератури, згідно з якими орторексія часто розглядається як форма ригідного контролю, пов'язана з надмірною орієнтацією на ідеали «здорової» поведінки, що є характерною рисою дезадаптивного перфекціонізму (Brytek-Matera et al.,

2015). У межах теорії самодетермінації високий рівень перфекціонізму пов'язаний із домінуванням контрольованої мотивації (external regulation), яка, своєю чергою, посилює схильність до орторексичних обмежень, як способу відповідати зовнішнім або внутрішньо засвоєним стандартам.

Водночас регресійний аналіз не виявив унікального внеску перфекціонізму в пояснення варіації симптомів орторексії. У поєднанні з іншими змінними (зокрема з тривожністю) внесок перфекціонізму не був статистично значущим ( $\beta = -0.0772$ ,  $t = -0.905$ ,  $p = 0.368$ ) і це вказує на те, що хоча перфекціонізм асоціюється з орторексією на рівні простої кореляції, проте не виступає самостійним предиктором у багатофакторній моделі й такий результат вказує, що роль перфекціонізму радше опосередкована або включена до більш складного мотиваційного патерну.

Таким чином, перша уточнююча гіпотеза частково підтверджується: рівень перфекціонізму дійсно корелює з орторексичною поведінкою, що узгоджується з теоретичними моделями. Водночас, цей зв'язок не є достатнім для пояснення симптомів у межах регресійної моделі, тому перфекціонізм не можна вважати стабільним предиктором орторексії, проте він виконує роль супутнього когнітивного фактора в структурі орторексичної вразливості.

Гіпотеза 2: низький рівень самооцінки асоціюється з підвищеним рівнем орторексичних установок і для перевірки цієї гіпотези було проведено кореляційний аналіз між шкалою самооцінки та показниками за шкалою ORTO-15. Отримано статистично значущий позитивний зв'язок ( $r = 0.369$ ,  $p < 0.001$ ), що свідчить про те, що вищий рівень самооцінки пов'язаний із нижчою вираженістю орторексичних симптомів. З огляду на зворотне кодування в ORTO-15 (тобто нижчі бали – більше симптомів), цей позитивний зв'язок інтерпретується як прямий: чим нижча самооцінка, тим вищі прояви орторексії. Водночас, з огляду на невелику вибірку та самозвітний онлайн-формат дослідження, інтерпретацію цього

зв'язку варто здійснювати з обережністю. Середні значення: за шкалою самооцінки –  $M = 30.6$ ,  $SD = 5.3$ ; за шкалою ORTO-15 –  $M = 28.21$ ,  $SD = 3.27$  ( $N = 102$ ). Це означає, що середній рівень самооцінки у вибірці був помірно високим, проте значне  $SD$  вказує на істотну міжіндивідуальну варіативність: окремі респонденти мали дуже низьку самооцінку, інші — високу. Така різниця є важливою, оскільки саме самооцінка виявилася найсильнішим предиктором орторексії.

Цей результат узгоджується з попередніми дослідженнями, які вказують на роль самооцінки в розвитку ригідної харчової поведінки. Згідно з теорією самодетермінації (Deci & Ryan, 2000), недостатній рівень базового відчуття цінності (self-worth) може зумовлювати зростання контрольованої мотивації, наприклад: прагнення до «ідеального» харчування як способу компенсувати почуття внутрішньої нестачі чи невпевненості. Самооцінка в цьому випадку виступає не лише як особистісна риса, а як модератор сприйняття стандартів і норм поведінки, що формують орторексичні установки.

Під час регресійного аналізу було підтверджено, що самооцінка є єдиним унікальним предиктором орторексичних симптомів серед усіх досліджуваних змінних ( $\beta = 0.233$ ,  $t = 3.60$ ,  $p < 0.001$ ). Модель виявилася статистично значущою ( $F(1, 100) = 13$ ,  $p < 0.001$ ), із коефіцієнтом детермінації  $R^2 = 0.12$  і це означає, що близько 12% варіації симптомів орторексії пояснюється саме самооцінкою, що є найбільшим внеском серед усіх факторів. Унікальний внесок самооцінки у регресійну модель свідчить, що саме ця змінна є найбільш стабільним фактором у прогнозуванні симптомів орторексії це й підтверджується також кількісно: самооцінка пояснює приблизно 12% варіації симптомів орторексії ( $R^2 = 0.12$ ), що є вищим за внесок тривожності (10.1%) та інших психологічних змінних, які не виявили статистично значущого унікального

ефекту (зокрема перфекціонізму, самоконтролю, проблем інгібіції, гнучкості, планування, емоційної та поведінкової регуляції).

Таким чином, друга уточнююча гіпотеза підтверджується: самооцінка є не лише пов'язаною із симптомами орторексії, а й виступає ключовим предиктором у межах статистичної моделі. Високий рівень самооцінки, ймовірно, виконує буферну функцію, знижуючи вразливість до ригідної харчової поведінки та компенсуючи ефекти тривожності, перфекціонізму чи дефіциту самоконтролю. Тож вона має унікальне прогностичне значення і, згідно з літературою, може розглядатися як один із центральних особистісних ресурсів, що захищає від формування ригідних харчових установок (Verstuyf et al., 2012). Саме її стабілізація може бути ефективною точкою впливу в психологічній профілактиці орторексичних тенденцій.

Гіпотеза 3: вищий рівень самоконтролю асоціюється з нижчим рівнем орторексичної поведінки і для перевірки цієї гіпотези було використано кореляційний та регресійний аналіз між шкалою самоконтролю (Self-Control Scale, Tangney et al., 2004) та показниками орторексії за шкалою ORTO-15. Отримані результати виявили статистично значущий позитивний зв'язок між рівнем самоконтролю та балами за шкалою ORTO-15 ( $r = 0.252, p < 0.05$ ). З урахуванням того, що нижчі бали ORTO-15 відповідають більш вираженим орторексичним симптомам, позитивна кореляція інтерпретується як зворотний зв'язок: чим вищий рівень самоконтролю, тим менш виражені орторексичні прояви. Отже, гіпотеза повністю підтверджується: високий рівень самоконтролю пов'язаний із меншою схильністю до орторексії.

Середні значення: за шкалою самоконтролю –  $M = 2.71, SD = 0.36$ ; за шкалою ORTO-15 –  $M = 28.21, SD = 3.27$  ( $N = 102$ ) і це значення вказує на середній рівень здатності до самоконтролю в учасників, із невеликою варіативністю в групі, а це є важливим, бо навіть помірний рівень

самоконтролю асоціювався зі зниженими симптомами орторексії, що підкреслює його буферну функцію в контексті харчових переконань.

З теоретичної точки зору, отримані результати узгоджуються з підходами до саморегуляції як інтегративної здібності контролювати імпульси, дотримуватись цілей та стримувати надмірні фіксації на певних діях або ідеях (Duckworth et al., 2019). У контексті орторексії це означає здатність не втягуватись у ригідні харчові ритуали чи надконтроль за їжею. Високий рівень самоконтролю може виступати захисним чинником, що дозволяє індивіду зберігати гнучкість, адаптивність і внутрішній баланс навіть у разі наявності харчових тривог чи соціального тиску щодо «здорового способу життя».

Дані регресійного аналізу також продемонстрували, що самоконтроль не має статистично значущого унікального внеску в регресійну модель ( $\beta = 0.150$ ,  $t = 1.85$ ,  $p = 0.068$ ), хоча його роль залишається помітною на рівні біваріантного зв'язку. Хоча зв'язок є значущим на рівні кореляції, у межах багатofакторної моделі він втрачає унікальну пояснювальну силу. Це може свідчити про те, що роль самоконтролю є скоріше фоновною або взаємопов'язаною з іншими характеристиками, такими як самооцінка чи виконавчі функції.

Таким чином, третя гіпотеза підтверджується: самоконтроль асоціюється зі зниженими орторексичними проявами, але водночас цей зв'язок не є достатнім для прогнозування симптомів у межах регресійної моделі, однак може виконувати буферну функцію в контексті загальної системи саморегуляції поведінки. Отже, гіпотеза підтверджується на рівні кореляційного аналізу, однак втрачає статистичну силу у багатofакторному передбаченні і ймовірно, самоконтроль не є безпосереднім драйвером орторексичної поведінки, проте виконує стабілізуючу функцію у системі саморегуляції, знижуючи вплив тривожності, фрустрації або зовнішніх тригерів харчової ригідності.

Гіпотеза 4: вищий рівень тривожності позитивно корелює з вираженістю орторексичної поведінки і для перевірки цієї гіпотези було використано кореляційний та регресійний аналіз між показниками тривожності та орторексії. Результати кореляційного аналізу виявили статистично значущий негативний зв'язок між тривожністю та шкалою ORTO-15 ( $r = -0.354$ ,  $p < 0.001$ ). Враховуючи, що нижчі значення за шкалою ORTO-15 свідчать про вищу вираженість орторексичних симптомів, негативна кореляція вказує на прямий зв'язок між тривожністю та орторексією: чим вищий рівень тривожності, тим сильніші прояви орторексичної поведінки.

Середні значення: за шкалою тривожності –  $M = 13.7$ ,  $SD = 3.9$ ; за шкалою ORTO-15 –  $M = 28.21$ ,  $SD = 3.27$  ( $N = 102$ ). Це значення вказує на середній рівень тривожності у вибірці, а значна варіативність (високе  $SD$ ) означає суттєві індивідуальні відмінності: окремі учасники мали дуже низьку, а інші дуже високу тривожність і такий розкид узгоджується з тим, що тривожність виявилася стабільним чинником ризику орторексії.

Згідно з теоретичними моделями афективної вразливості, тривожність виступає одним із ключових емоційних тригерів розвитку ригідної харчової поведінки. У разі орторексії вона може підсилювати потребу в контролі через їжу як символ безпеки або передбачуваності (Koven & Abry, 2015). У такому випадку харчова ригідність може виступати компенсаторним механізмом, що знижує фоновий рівень тривоги, навіть якщо це створює додаткові функціональні обмеження.

Дані регресійного аналізу продемонстрували, що тривожність має унікальний значущий внесок у пояснення варіацій орторексичних симптомів:  $\beta = -0.260$ ,  $t = -2.73$ ,  $p = 0.007$ . Це свідчить про те, що саме тривожність є стабільним предиктором орторексії в багатофакторній моделі, навіть з урахуванням інших змінних (самооцінка, самоконтроль, перфекціонізм тощо). Крім того, включення тривожності до регресійної

моделі суттєво підвищило її пояснювальну здатність ( $R^2 = 0.17$ ), що підтверджує її центральну роль у структурі ризику.

Таким чином, четверта уточнююча гіпотеза повністю підтверджується: високий рівень тривожності асоціюється з більш вираженою орторексичною поведінкою як на рівні кореляційного зв'язку, так і у межах регресійної моделі, та це узгоджується з клінічними та емпіричними даними щодо афективного профілю осіб із орторексичними установками, у яких домінують симптоми неспокою, фіксація на контролі й уникнення невизначеності.

Гіпотеза 5: порушення виконавчих функцій асоціюються з більшою вираженістю орторексичної поведінки і для перевірки цієї гіпотези було проведено кореляційний та регресійний аналіз між шкалами порушення виконавчих функцій (ESQ-R) та результатами за шкалою ORTO-15. Було виявлено статистично значущі негативні кореляції між показниками ORTO-15 та окремими аспектами виконавчих функцій: проблеми з плануванням ( $r = -0.208$ ,  $p < 0.05$ ), організацією ( $r = -0.254$ ,  $p < 0.05$ ), емоційною регуляцією ( $r = -0.284$ ,  $p < 0.01$ ), а також із загальним інтегральним балом порушень ВФ ( $r = -0.221$ ,  $p < 0.05$ ). Ураховуючи специфіку шкали ORTO-15, де нижчі бали вказують на більш виражені орторексичні симптоми, негативна кореляція інтерпретується як прямий зв'язок: чим більше виражені порушення у виконавчих функціях, тим сильніші прояви орторексії.

Середні значення за шкалою виконавчих функцій становили  $M = 2.09$ ,  $SD = 0.34$ , а за шкалою ORTO-15 –  $M = 28.21$ ,  $SD = 3.27$  ( $N = 102$ ). Це свідчить про помірний рівень порушень у когнітивній регуляції поведінки серед респондентів та про наявність орторексичних установок у вибірці. Відносно низький рівень  $SD$  за ESQ-R вказує на гомогенність у вираженості симптомів — більшість учасників мали близький рівень

труднощів із виконавчими функціями, що посилює інтерпретаційну чіткість виявлених зв'язків.

З теоретичної точки зору, ці результати узгоджуються з нейропсихологічними моделями, згідно з якими ефективна робота виконавчих функцій (зокрема планування, когнітивної гнучкості, пригнічення імпульсів) є критичною умовою для підтримання адаптивної поведінки (Best & Miller, 2011). Порушення в цій сфері можуть сприяти формуванню ригідних патернів дій, включно з фіксацією на харчових ритуалах, уникненням новизни та надмірним самоконтролем. Додатково, у людей із дисфункціями виконавчих функцій часто виявляється тенденція до чорно-білого мислення, складності в перемиканні стратегій та затримка у прийнятті гнучких рішень, що лише посилює харчову ригідність.

Для оцінки унікального внеску цих порушень у симптоми орторексії було проведено регресійний аналіз. Загальний бал ESQ-R не продемонстрував статистично значущого внеску в модель ( $\beta = -0.154$ ,  $t = -1.74$ ,  $p = 0.085$ ), тобто в умовах багатofакторного аналізу цей зв'язок втрачає силу. Ймовірно, виконавчі функції відіграють фонову роль у поєднанні з іншими психологічними змінними, насамперед емоційними (тривожність) та мотиваційними (самооцінка), посилюючи загальну вразливість до орторексичних установок.

Таким чином, п'ята уточнююча гіпотеза частково підтверджується: порушення виконавчих функцій дійсно корелюють із більшою вираженістю орторексії, особливо в аспектах планування, організації та емоційної регуляції, проте ці зв'язки не мають унікальної пояснювальної сили у межах регресійної моделі, що вказує на їхню роль як супутнього нейрокогнітивного чинника в структурі орторексичної вразливості, найнижчі бали ORTO-15 (тобто найбільш виражені орторексичні симптоми) виявлено у респондентів, що уникають спільних прийомів їжі,

тоді як найвищі бали (найменша вираженість орторексії) – у тих, хто відчувається комфортно під час спільної трапези.

Таким чином, основна гіпотеза дослідження частково підтвердилася. Було виявлено статистично значущі зв'язки між вираженістю орторексичної поведінки та кількома психологічними змінними, зокрема перфекціонізмом, тривожністю, самооцінкою, самоконтролем і окремими аспектами виконавчих функцій. Проте лише самооцінка виявилася єдиним стабільним предиктором у межах регресійної моделі, пояснюючи найбільший відсоток варіації симптомів. Це вказує на те, що орторексична поведінка не є виключно результатом одного чинника, а формується внаслідок взаємодії емоційної вразливості, мотиваційної структури та когнітивної ригідності. Самооцінка, у цьому контексті, виконує роль центрального регулятора, який опосередковує ефекти інших змінних і визначає загальний рівень психологічної стійкості щодо харчового контролю. Отже, результати підтверджують комплексний характер орторексії як феномену, що поєднує у собі як особистісні, так і нейрокогнітивні чинники.

Узагальнюючи результати перевірки п'яти уточнюючих гіпотез, можна зробити висновок, що більшість припущень були частково або повністю підтверджені, а зокрема, встановлено, що: перфекціонізм, знижена самооцінка, тривожність, знижений самоконтроль і порушення виконавчих функцій статистично пов'язані з підвищеним рівнем орторексії. Проте лише самооцінка та тривожність продемонстрували унікальний внесок у багатофакторну модель, що підтверджує їхнє центральне значення у структурі орторексичної вразливості, тоді як інші змінні, хоча й виявили значущі кореляційні зв'язки, не набули пояснювальної сили в умовах регресійного аналізу, що свідчить про їхню фонову або опосередковану роль. Таким чином, результати уточнюючих гіпотез дозволяють глибше зрозуміти складну багатовимірну природу

орторексії та окреслюють потенційні вектори психопрофілактичної та терапевтичної роботи, спрямованої на стабілізацію самооцінки, зниження тривожності й розвиток гнучких стратегій саморегуляції. Водночас варто зауважити, що інтерпретація отриманих результатів обмежена низкою методологічних чинників. Відносно невеликий обсяг вибірки (N=102) та диспропорція підгруп (наприклад, лише 4 особи в одній із категорій) підвищують ризик помилки II типу – тобто, не виявити деякі справжні ефекти через недостатню статистичну потужність. Також всі показники зібрано методом самозвіту, що могло спричинити певне спотворення даних через суб'єктивність та соціально-бажані відповіді. Крім того, характер дослідження є кореляційним, отже, встановлені взаємозв'язки не слід трактувати як причинно-наслідкові. Попри зазначені обмеження, загальні тенденції узгоджуються з теоретичними очікуваннями і літературними даними; вказані застереження варто враховувати при узагальненні та практичному використанні результатів.

### **Висновки до розділу III**

У результаті емпіричного дослідження було виявлено низку психологічних та нейроповедінкових чинників, що достовірно впливають на рівень орторексичних установок. Отримані дані дали змогу комплексно оцінити роль соціально-демографічних характеристик, зокрема віку, освіти, місця проживання та сімейного стану, а також когнітивно-поведінкових особливостей щодо харчової поведінки — часу, присвяченого роздумам про їжу, та звичок харчування в соціальному контексті. Паралельно було перевірено основну гіпотезу та п'ять уточнюючих, які дозволили простежити зв'язки між орторексією та

самоконтролем, тривожністю, емоційною регуляцією, управлінням часом, виконавчими функціями.

У ході дослідження було здійснено аналіз соціально-демографічних характеристик, що потенційно впливають на орторексичні установки. Незважаючи на те, що прямого зв'язку між рівнем орторексії (за шкалою ORTO-15) та змінними віку, освіти, сімейного стану й формату проживання виявлено не було, ці чинники виявилися значущими у контексті диференціації виконавчих функцій. Зокрема, спостерігалися вікові й освітні розбіжності в рівнях самоконтролю, управління часом, планування, а також у показниках порушення виконавчих функцій. Особи з вищою освітою та представники старших вікових груп продемонстрували вищий рівень сформованості саморегуляторних механізмів і нижчу імпульсивність, що опосередковано впливає на стабільність харчової поведінки. Натомість респонденти з базовим рівнем освіти та молодші учасники мали вищі показники виконавчих порушень, що може свідчити про їхню вразливість до дезорганізованої або надмірно контрольованої харчової поведінки.

Зокрема, учасниці, які часто розмірковують про їжу, мали нижчі показники за шкалою ORTO-15, що свідчить про вищу вираженість орторексичних проявів. Натомість ті, хто рідко або ніколи не зосереджувався на харчуванні, демонстрували вищу нормативність харчових установок. Крім того, було зафіксовано залежність між рівнем орторексії та досвідом харчування в соціальному контексті: жінки, які відчували дискомфорт або уникали спільного прийому їжі, мали більш жорсткі орторексичні патерни й ці результати вказують на зв'язок між румінацією, соціальною тривожністю та тенденцією до надмірного контролю в харчовій поведінці.

Слід зазначити, що вибірка дослідження була нерандомізованою та включала лише дорослих жінок, які брали участь добровільно. Це обмежує

можливість повної екстраполяції результатів на ширшу популяцію. Формат онлайн-опитування та специфіка рекрутингу могли підвищити частку респонденток з вищою освітою та інтересом до теми харчової поведінки, що також слід враховувати при інтерпретації отриманих висновків.

Окремо варто підкреслити вплив частоти мислення про їжу як значущого когнітивного чинника формування орторексичних установок. Змінна «час на роздуми про їжу» продемонструвала найбільший ефект у дослідженні, що вказує на стійкий та психологічно релевантний зв'язок між частотою мисленнєвої активності щодо їжі та рівнем орторексії. Найнижчі бали за шкалою ORTO (тобто найвища вираженість орторексії) були у групи, яка часто думає про їжу, тоді як найвищі — у тих, хто думає дуже рідко. Це підтверджує гіпотезу про когнітивну гіперфіксацію як один із ключових предикторів орторексичних тенденцій, що узгоджується з підходом когнітивної доступності. Постійне розмірковування про їжу може виступати як компенсаторна стратегія в умовах внутрішньої нестабільності, сприяючи зростанню ригідності й харчової тривожності.

Таким чином, хоча орторексія напряду не залежить від соціально-демографічного профілю, ці характеристики мають значення у ширшій архітектурі виконавчого функціонування, що створює психологічне тло для формування ригідних харчових установок.

Основна гіпотеза дослідження частково підтвердилася: орторексичні тенденції мали достовірні зв'язки з підвищеною тривожністю, перфекціонізмом, зниженою самооцінкою, а також окремими дефіцитами виконавчих функцій. Натомість очікуваний прямий зв'язок із самоконтролем не підтвердився, хоча було виявлено його опосередкований буферний ефект. Уточнюючі гіпотези підтвердили роль самооцінки як предиктора орторексичних установок, а також виявили, що високий перфекціонізм і тривожність сприяють посиленню контролю в

харчовій поведінці. Окремо було виявлено зв'язки між орторексією та труднощами у сфері планування, організації та емоційної регуляції, що підтверджує нейрокогнітивний компонент розладу. Найбільш стабільним чинником, який зберігав предиктивне значення в багатофакторній моделі, виявилася самооцінка.

Таким чином, отримані результати підтверджують багатофакторну природу орторексії як феномену, що формується на перетині афективної чутливості, особистісної вразливості та когнітивного контролю. Встановлені зв'язки між психологічними й нейроповедінковими змінними засвідчують доцільність комплексного підходу до діагностики та психокорекції орторексичних установок, який враховує як емоційно-особистісні характеристики, так і особливості виконавчих функцій та регуляції поведінки.

## **Висновки**

У межах магістерського дослідження було здійснено комплексний аналіз особистісних і нейрокогнітивних чинників, пов'язаних із формуванням орторексичних установок у здоровій популяції. Метою роботи було виявлення зв'язків між рівнем орторексії та такими психологічними змінними, як перфекціонізм, тривожність, самооцінка, самоконтроль, а також нейроповедінковими особливостями, зокрема: порушеннями виконавчих функцій (ініціації, гнучкості, планування).

Комплексний аналіз чинників, пов'язаних з орторексичними установками, дозволив виявити багаторівневу архітектуру детермінант цього феномену і проведені дослідження засвідчили, що орторексія не зводиться до окремої поведінкової моделі, а формується на перетині афективної вразливості, особистісних установок і когнітивно-виконавчого функціонування. Наявність значущих зв'язків з такими змінними, як тривожність, перфекціонізм, самооцінка, порушення виконавчих функцій і стратегічне планування, підтверджує теоретичне уявлення про орторексію як про багатофакторний феномен із виразним нейропсихологічним компонентом.

Незалежно від відсутності прямого впливу соціально-демографічних характеристик (вік, освіта, сімейний стан, формат проживання) на рівень орторексії, саме ці змінні опосередковано впливали на особливості саморегуляції. Наприклад, респонденти з вищою освітою й у зрілому віці демонстрували вищий рівень організованості, емоційної регуляції, управління часом і самоконтролю, що може бути буфером для ризикованих форм контролю у харчуванні. Натомість молодші учасники й особи з базовим рівнем освіти частіше демонстрували порушення виконавчих функцій, нижчу толерантність до стресу та знижену регуляторну гнучкість.

Одним із найпотужніших предикторів орторексії виявилася частота мислення про їжу, яка продемонструвала найбільший ефект у моделі. Це дозволяє інтерпретувати орторексичну поведінку як когнітивно-фіксовану й емоційно підживлену стратегію подолання невизначеності. Часте розмірковування про їжу супроводжувалося більш жорсткими харчовими патернами, що узгоджується з моделлю когнітивної доступності. Крім того, у дослідженні було підтверджено взаємозв'язок між соціальним контекстом харчування й вираженістю орторексії: учасниці, які уникали

або з напругою ставилися до спільного прийому їжі, демонстрували вищу фіксацію на контролі.

Сукупно отримані дані підкреслюють доцільність інтегративного підходу до діагностики орторексії такого, що охоплює: як емоційно-особистісні особливості, так і характеристики виконавчих функцій. Результати можуть бути застосовані для розробки цільових психокорекційних програм, спрямованих на зниження тривожності, укріплення самооцінки та розвиток адаптивних когнітивних стратегій регуляції. Виявлена структура факторів також підкріплює актуальність подальших нейропсихологічних досліджень орторексії як гібридного феномену, що поєднує елементи ригідного самоконтролю та афективної вразливості.

Таким чином, результати дослідження не лише підтверджують мультифакторну природу орторексії, але й відкривають перспективи її розгляду як маркера дисбалансу між зовнішнім самоконтролем і внутрішньою регуляторною вразливістю. Це підкреслює необхідність глибшого міждисциплінарного вивчення феномену — на перетині психології харчової поведінки, нейрокогнітивної науки та клінічної діагностики.

### **Перелік джерел**

1. Алексіна, Н., Герасименко, О., Лавриненко, Д., Савченко, О. (2024). Українська адаптація шкали для оцінки генералізованого тривожного розладу GAD-7: досвід діагностики в умовах воєнного стану. Інсайт: психологічні виміри суспільства, №11, 77–103. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2024-11-5>

2. Карамушка, Л. М., Бондарчук, О. І., & Грубі, Т. В. (2019). *Методики для діагностики перфекціонізму, трудоголізму та прокрастинації*. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.
3. Alvarez, J. A., & Emory, E. (2006). Executive function and the frontal lobes: A meta-analytic review. *Neuropsychology Review*, 16(1), 17–42. <https://doi.org/10.1007/s11065-006-9002-x>
4. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
5. Anderson, V. A. (2002). Development of executive functions through late childhood and adolescence in an Australian sample. *Developmental Neuropsychology*, 20(1), 385–406. [https://doi.org/10.1207/S15326942DN2001\\_5](https://doi.org/10.1207/S15326942DN2001_5)
6. Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
7. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman and Company.
8. Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 384–405. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.005>
9. Barnes, M. A., & Caltabiano, M. L. (2017). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating and Weight Disorders*, 22(1), 177–184. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0270-x>
10. Barthels, F., Meyer, F., & Pietrowsky, R. (2019). Orthorexic eating behavior and body dissatisfaction in a sample of young females. *Eating*

- and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 24(3), 521–528. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0583-4>
11. Best, J. R., & Miller, P. H. (2010). A Developmental Perspective on Executive Function. *Child Development*, 81(6), 1641–1660. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01499.x>
  12. Best, J. R., Miller, P. H., & Naglieri, J. A. (2011). Relations between executive function and academic achievement from ages 5 to 17 in a large, representative national sample. *Learning and Individual Differences*, 21(4), 327–336. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2011.01.007>
  13. Biddle, S. J. H., & Asare, M. (2011). Physical activity and mental health in children and adolescents: A review of reviews. *British Journal of Sports Medicine*, 45(11), 886–895. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2011-090185>
  14. Boniwell, I., & Zimbardo, P. G. (2004). Balancing time perspective in pursuit of optimal functioning. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive Psychology in Practice* (pp. 165–178). Wiley.
  15. Bratman, S. (1997). Orthorexia nervosa: Overcoming the obsession with healthful eating. *Yoga Journal*, (136), 42–50.
  16. Bratman, S., & Knight, D. (2000). *Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*. Broadway Books.
  17. Bratman, S., & Knight, D. (2018). *Orthorexia: When healthy eating goes bad*. Hachette UK.
  18. Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In T. Husén & T. N. Postlethwaite (Eds.), *International Encyclopedia of Education* (2nd ed., Vol. 3, pp. 1643–1647). Pergamon Press.
  19. Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa – An eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 14(1), 55–60.

20. Brytek-Matera, A., Czepczor-Bernat, K., Jurzak, H., Kornacka, M., & Kołodziejczyk, N. (2020). Integrating cognitive-behavioral and emotion-focused strategies in the treatment of orthorexia nervosa: A narrative review. *Frontiers in Psychology*, 11, 581284. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.581284>
21. Brytek-Matera, A., Donini, L. M., Krupa, M., Poggiogalle, E., & Hay, P. (2015). Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *Journal of Eating Disorders*, 3, 2. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0038-2>
22. Byrne, D. G., Davenport, S. C., & Mazanov, J. (2007). Profiles of adolescent stress: The development of the Adolescent Stress Questionnaire (ASQ). *Journal of Adolescence*, 30(3), 393–416. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2006.04.004>
23. Casey, B. J., Tottenham, N., Liston, C., & Durston, S. (2005). Imaging the developing brain: What have we learned about cognitive development? *Trends in Cognitive Sciences*, 9(3), 104–110. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2005.01.011>
24. Cena, H., Barthels, F., Cuzzolaro, M., Bratman, S., Brytek-Matera, A., Dunn, T., ... & Donini, L. M. (2019). Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: A narrative review of the literature. *Eating and Weight Disorders*, 24(2), 209–246. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0606-y>
25. Crocker, J., Luhtanen, R. K., Cooper, M. L., & Bouvrette, A. (2003). Contingencies of self-worth in college students: Theory and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(5), 894–908. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.5.894>
26. Dawson, P., & Guare, R. (2018). Executive Skills Questionnaire–Revised (ESQ-R). Center on the Developing Child at Harvard University.

27. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268. [https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104\\_01](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01)
28. Depa, J., Barrada, J. R., & Roncero, M. (2019). Are the motivations for food choices different in orthorexia nervosa and healthy orthorexia? *Nutrients*, 11(3), 697. <https://doi.org/10.3390/nu11030697>
29. Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
30. Donini, L. M., Barrada, J. R., Barthels, F., Dunn, T. M., Babeau, C., Brytek-Matera, A., ... & Cena, H. (2022). A consensus document on definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 27(5), 3695–3711. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01512-5>
31. Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders*, 10(2), 28–32. <https://doi.org/10.1007/BF03327537>
32. Duckworth, A. L., Gendler, T. S., & Gross, J. J. (2019). Situational strategies for self-control. *Perspectives on Psychological Science*, 11(1), 35–55. <https://doi.org/10.1177/1745691615623247>
33. Dunn, T. M., & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.006>
34. Eisenberger, N. I. (2012). The pain of social disconnection: Examining the shared neural underpinnings of physical and social pain. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(6), 421–434. <https://doi.org/10.1038/nrn3231>

35. Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
36. Frost, R. O., Marten, P. A., Lahart, C. M., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449–468. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
37. Gleaves, D. H., Graham, E. C., & Ambwani, S. (2013). Measuring “orthorexia”: Development of the Eating Habits Questionnaire. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment*, 12(2), 1–18.
38. He, J., Sun, S., Zickgraf, H. F., & Lin, Z. (2019). Orthorexia nervosa and executive dysfunction: Symptomatology is related to difficulties with behavioral regulation. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(4), 709–716. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0582-5>
39. Herman, C. P., & Polivy, J. (2008). External cues in the control of food intake in humans: The sensory-normative distinction. *Physiology & Behavior*, 94(5), 722–728. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2008.04.014>
40. Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456–470. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>
41. Hillman, C. H., Erickson, K. I., & Kramer, A. F. (2008). Be smart, exercise your heart: Exercise effects on brain and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(1), 58–65. <https://doi.org/10.1038/nrn2298>
42. Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: Emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 385–394. <https://doi.org/10.2147/NDT.S61665>

43. Kuhn, D. (2006). Do cognitive changes accompany developments in the adolescent brain? *Perspectives on Psychological Science*, 1(1), 59–67. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00006.x>
44. Łucka, I., Brytek-Matera, A., et al. (2022). Orthorexia nervosa and perfectionism in non-clinical populations: a psychometric investigation. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 44.
45. Mani, A., Mullainathan, S., Shafir, E., & Zhao, J. (2013). Poverty impedes cognitive function. *Science*, 341(6149), 976–980. <https://doi.org/10.1126/science.1238041>
46. McComb, S. E., & Mills, J. S. (2019). Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors. *Appetite*, 140, 50–75. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.05.005>
47. McEwen, B. S. (2012). Brain on stress: How the social environment gets under the skin. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(Supplement 2), 17180–17185. <https://doi.org/10.1073/pnas.1121254109>
48. Meule, A. (2019). A critical examination of the ORTO-15 questionnaire in German: Psychometric properties and associations with eating behavior. *Eating and Weight Disorders*, 24(3), 441–447. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0576-0>
49. Miller, E. K., & Cohen, J. D. (2001). An integrative theory of prefrontal cortex function. *Annual Review of Neuroscience*, 24, 167–202. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.24.1.167>
50. Oberle, C. D., Samaghadi, R. O., & Hughes, E. M. (2017). Orthorexia nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite*, 108, 303–310. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.10.021>
51. Pivarunas, B., & Conner, B. T. (2015). Impulsivity and emotion dysregulation as predictors of food addiction. *Eating Behaviors*, 19, 9–14. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.06.007>

52. Puhl, R. M., & Suh, Y. (2015). Health consequences of weight stigma: Implications for obesity prevention and treatment. *Current Obesity Reports*, 4(2), 182–190.
53. Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
54. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*.
55. Santarnecchi, E., Galli, G., Polizzotto, N. R., Rossi, A., & Rossi, S. (2015). Efficiency of weak brain connections support general cognitive functioning. *Human Brain Mapping*, 35(9), 4566–4582. <https://doi.org/10.1002/hbm.22504>
56. Schaefer, L. M., Burke, N. L., Thompson, J. K., Dedrick, R. F., Heinberg, L. J., Calogero, R. M., Bardone-Cone, A. M., Higgins, M. K., & Swanson, S. A. (2021). Development and validation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4-Revised (SATAQ-4R). *International Journal of Eating Disorders*, 54(5), 693–706. <https://doi.org/10.1002/eat.23453>
57. Scheiber, R., Diehl, S., & Karmasin, M. (2023). Socio-cultural power of social media on orthorexia nervosa: An empirical investigation. *Appetite*, 185, 106522. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.106522>
58. Shaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293–315. <https://doi.org/10.1002/job.248>
59. Simeon, D., Yehuda, R., Knutelska, M., Putnam, F. W., Schmeidler, J., & Smith, L. M. (2007). Factors associated with resilience in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology*, 32(8–10), 1149–1155. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2007.08.005>

60. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
61. Stein, M. B., Goldin, P. R., Sareen, J., Zorrilla, L. T. E., & Brown, G. G. (2002). Increased amygdala activation to angry and contemptuous faces in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 59(11), 1027–1034. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.11.1027>
62. Steinglass, J. E., Walsh, B. T., Stern, Y., & Peterson, B. S. (2012). Set shifting deficit in anorexia nervosa. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 12(3), 431–435. <https://doi.org/10.1017/S1355617712000151>
63. Strahler, J., Hermann, A., Walter, B., & Stark, R. (2018). Orthorexia nervosa: A behavioral complex or a psychological condition? *Journal of Behavioral Addictions*, 7(4), 1143–1156. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.115>
64. Strait, G. G., Smith, B. H., McQuillin, S. D., & Terry, J. D. (2020). *Executive Skills Questionnaire–Revised (ESQ-R)*. University of South Carolina.
65. Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). *Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use* (5th ed.). Oxford University Press.
66. Stuss, D. T., & Alexander, M. P. (2000). Executive functions and the frontal lobes: A conceptual view. *Psychological Research*, 63(3–4), 289–298. <https://doi.org/10.1007/s004269900007>
67. Stuss, D. T., & Knight, R. T. (Eds.). (2013). *Principles of frontal lobe function* (2nd ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199837755.001.0001>

68. Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72(2), 271–324. <https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x>
69. Taylor, S. E. (2011). Social support: A review. In M. S. Friedman (Ed.), *The Handbook of Health Psychology* (pp. 189–214). Oxford University Press. [https://taylorlab.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/5/2014/11/2011\\_Social-support\\_A-review.pdf](https://taylorlab.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/5/2014/11/2011_Social-support_A-review.pdf)
70. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. [https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501\\_01](https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01)
71. Turner, P. G., & Lefevre, C. E. (2017). Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 22(2), 277–284. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0364-2>
72. Vainik, U., Dagher, A., Dubé, L., & Fellows, L. K. (2019). Neurobehavioral correlates of body mass index and eating behaviors in adults: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 100, 128–145. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.02.017>
73. Varga, M., Dukay-Szabó, S., Túry, F., & van Furth, E. F. (2013). Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 18(2), 103–111. <https://doi.org/10.1007/s40519-013-0026-y>
74. Verstuyf, J., Patrick, H., Vansteenkiste, M., & Teixeira, P. J. (2012). Motivational dynamics of eating regulation: A self-determination theory perspective. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 21. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-21>
75. Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (2016). *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (3rd ed.). The Guilford Press.

76. World Health Organization. (2019). International classification of diseases 11th revision (ICD-11). <https://icd.who.int/>
77. World Health Organization. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
78. Wu, M., Hartmann, M., Skunde, M., Herzog, W., & Friederich, H. C. (2016). Inhibitory control in bulimic-type eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 8(12), e83412. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083412>
79. Zastrow, A., Kaiser, S., Stippich, C., Walther, S., Herzog, W., Tchanturia, K., & Friederich, H. C. (2009). Neural correlates of cognitive control in anorexia nervosa. *Biological Psychiatry*, 65(8), 684–692. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.10.044>
80. Zelazo, P. D., & Carlson, S. M. (2012). Hot and cool executive function in childhood and adolescence: Development and plasticity. *Child Development Perspectives*, 6(4), 354–360. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2012.00246.x>
81. Zelazo, P. D., & Müller, U. (2002). Executive function in typical and atypical development. In U. Goswami (Ed.), *Blackwell Handbook of Childhood Cognitive Development* (pp. 445–469). Blackwell Publishers.

## Додатки

### Додаток А

#### **Опитувальник орторексичних симптомів ORTO-15 (Donini et al., 2005)**

**Інструкція методики ORTO-15:** оцініть, наскільки часто наведені твердження відповідають вашій звичній поведінці або переконанням щодо харчування. Оберіть одну відповідь на кожне твердження.

#### **Питання опитувальника:**

1. Чи звертаєте ви увагу на калорії під час прийому їжі?
2. Чи відчуваєте ви розгубленість під час покупок у супермаркеті?---
3. Чи турбували вас думки про їжу протягом останніх трьох місяців?
4. Чи впливають ваші турботи про здоров'я на вибір їжі?
5. Чи є для Вас смак їжі важливішим за її поживну цінність?
6. Чи готові ви витратити більше грошей, щоб харчуватися здоровіше?
7. Чи турбують Вас думки про їжу понад три години на день?
8. Чи дозволяєте Ви собі їсти їжу, яка Вам подобається, навіть якщо вона не відповідає Вашим харчовим правилам?
9. Чи впливає ваш настрій на вашу харчову поведінку?
10. Чи вважаєте ви, що здорове харчування підвищує самооцінку?
11. Чи впливає здорове харчування на ваш спосіб життя (відвідування ресторанів, зустрічі з друзями тощо)?
12. Чи вважаєте ви, що здорове харчування покращує вашу зовнішність?
13. Чи відчуваєте ви провину, коли порушуєте харчові обмеження?
14. Чи допускаєте ви, що на ринку може продаватися нездорова їжа?
15. Чи зазвичай Ви їсте наодинці?

#### **Шкала оцінювання:**

- Завжди
- Часто
- Іноді
- Ніколи

## Додаток В

### Коротка шкала самоконтролю (Brief Self-Control Scale; Tangney et al., 2004)

**Інструкція методики BSCS:** наступні твердження стосуються того, як Ви себе сприймаєте. Будь ласка, вкажіть, якою мірою ці твердження стосуються Вас.

#### Питання опитувальника:

1. Мені добре вдається протистояти спокусам.
2. Мені важко позбутися шкідливих звичок.
3. Я лінивий/лінива.
4. Я говорю недоречні речі.
5. Я роблю певні речі, які є шкідливими для мене, якщо вони приносять задоволення.
6. Я відмовляюся від шкідливих для мене речей.
7. Я хотів/хотіла би мати більше самодисципліни.
8. Люди сказали б, що я маю залізну самодисципліну.
9. Задоволення і розваги іноді заважають мені виконувати роботу.
10. Мені важко зосередитися.
11. Я здатен/здатна ефективно працювати над досягненням довгострокових цілей.
12. Іноді я не можу зупинити себе від чогось, навіть якщо знаю, що це неправильно.
13. Я часто дію, не обдумуючи всі альтернативи.

#### Шкала оцінювання:

- Зовсім не схоже на мене
- Скоріше не схоже на мене
- Частково схоже на мене
- Скоріше схоже на мене
- Дуже схоже на мене

## Додаток С

### Опитувальник виконавчих функцій (Executive Skills Questionnaire – Revised; Strait et al., 2020)

**Інструкція методики ESQ-R:** нижче наведено список висловлювань, які описують труднощі, що можуть виникати у вас у повсякденному житті. Вкажіть, наскільки часто кожне з них є для вас правдивим.

#### Питання опитувальника:

1. Я дію імпульсивно.
2. Я говорю, не подумавши.
3. Я гублю речі.
4. Я швидко виходжу з себе.
5. Я засмучуюся, коли щось іде не за планом.
6. Я втрачаю ентузіазм ще до завершення завдання.
7. Мені складно розставляти пріоритети, коли маю багато завдань.
8. На моєму робочому місці безлад.
9. Мені складно підтримувати чистоту вдома чи в кімнаті.
10. Мені важко оцінити, скільки часу потрібно для виконання завдання.
11. Я повільно збираюся на роботу, навчання чи зустрічі.
12. Мені складно знайти альтернативне рішення, якщо перше не спрацювало.
13. Я не перевіряю свою роботу на помилки, навіть коли ризики високі.
14. Мене дратують занадто складні завдання.
15. Мені важко відкласти розваги заради важливих справ.
16. Мені складно працювати, якщо потрібно придумувати власні ідеї.
17. Мені важко оцінювати якість своєї роботи.
18. Мені складно досягати довгострокових цілей.
19. Я покладаюся на інтуїцію, приймаючи рішення.
20. Я настільки занурююся в одну задачу, що забуваю про інші справи.
21. Мене дратують дрібниці.

22. Мені важко продовжити думку, якщо мене перебили.

23. Мені складно щось планувати.

24. Мені важко бачити загальну картину ситуації.

25. Я живу миттю, тут і зараз.

**Шкала оцінювання:**

- Ніколи або рідко
- Іноді
- Часто
- Дуже часто