

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ | THEORETICAL RESEARCH

Научная статья | Original paper

Нервная орторексия как клинико-психологический феномен: пятикомпонентная схема анализа

А.В. Шахова

Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва,
Российская Федерация

✉ ashakhova@hse.ru

Резюме

Контекст и актуальность. Нервная орторексия (НО) рассматривается как клинико-психологический феномен, при котором ориентация на «здоровое» и «правильное» питание приобретает характер ригидной системы пищевых предписаний, сопровождается дистрессом, снижением гибкости поведения, нарушением социального и повседневного функционирования. **Цель.** Цель статьи состоит в теоретическом обосновании пятикомпонентной схемы анализа НО, позволяющей систематизировать ее ключевые психологические компоненты и междиagnostические пересечения с расстройствами пищевого поведения, обсессивно-компульсивными проявлениями, аддиктивными механизмами, нарушениями самоотношения и аффективной регуляции. **Методологический подход.** Работа выполнена в формате концептуально-теоретического анализа современных исследований НО и смежных клинико-психологических феноменов. Особое внимание уделено проблеме разграничения нормативной заинтересованности в здоровом питании и патологически организованного пищевого контроля. **Основные положения.** Предлагаемая схема включает пять аналитических блоков (рестриктивно-пищевой, ритуально-контрольный, аддиктивно-подкрепляющий, самоотношенчески-идентификационный и аффективно-регуляторный). Данные блоки описывают различные уровни организации орторексического поведения: пищевое ограничение, ритуализацию контроля, механизмы поведенческого закрепления, функцию поддержания самооценки и идентичности, а также эмоциональные условия формирования и стабилизации НО. **Заключение.** Пятикомпонентная схема имеет предварительный теоретический статус и задает основание для последующей эмпирической проверки структуры, предикторов и клинико-психологической значимости НО в неклинических и клинических выборках.

Шахова А.В. (2026).
Нервная орторексия как клинико-психологический
феномен: пятикомпонентная схема анализа
Клиническая и специальная психология, 15(2), 9—24.

Shakhova A.V. (2026).
Orthorexia nervosa as a clinical-psychological phenomenon:
A five-component analytical framework
Clinical Psychology and Special Education, 15(2), 9—24.

Ключевые слова: нервная орторексия, расстройства пищевого поведения, пищевая рестрикция, обсессивно-компульсивные проявления, функциональный ущерб, ригидность, самоотношение, аффективная регуляция

Для цитирования: Шахова, А.В. (2026). Нервная орторексия как клинико-психологический феномен: пятикомпонентная схема анализа. *Клиническая и специальная психология*, 15(2), 9—24. <https://doi.org/10.17759/cpse.2026150202>

Orthorexia nervosa as a clinical-psychological phenomenon: A five-component analytical framework

A.V. Shakhova

HSE University, Moscow, Russian Federation

✉ ashakhova@hse.ru

Abstract

Context and relevance. Orthorexia nervosa (ON) is considered a clinical-psychological phenomenon in which an orientation towards “healthy” and “proper” eating acquires the character of a rigid system of dietary prescriptions and is accompanied by distress, reduced behavioral flexibility and impairments in social and everyday functioning. **Objective.** The aim of the article is to provide a theoretical justification for a five-domain framework for analyzing ON, which makes it possible to systematize its key psychological components and cross-diagnostic intersections with eating disorders, obsessive-compulsive manifestations, addictive mechanisms, disturbances in self-attitude, and affective regulation. **Methodological approach.** The study is designed as a conceptual and theoretical analysis of contemporary research on ON and related clinical-psychological phenomena. Particular attention is paid to the problem of differentiating normative interest in healthy eating from pathologically organized dietary control. **Main propositions.** The proposed framework includes five analytical blocks: restrictive-eating, ritual-control, addictive-reinforcing, self-attitude and identity-related, and affective-regulatory. These blocks describe different levels of organization of orthorexic behavior: dietary restriction, ritualization of control, mechanisms of behavioral reinforcement, the function of maintenance of self-esteem and identity, and the emotional conditions involved in the development and stabilization of ON. **Conclusion.** The five-domain framework has a preliminary theoretical status and provides a basis for subsequent empirical examination of the structure, predictors, and clinical-psychological significance of ON in non-clinical and clinical samples.

Шахова А.В. (2026).
Нервная орторексия как клинико-психологический
феномен: пятикомпонентная схема анализа
Клиническая и специальная психология, 15(2), 9—24.

Shakhova A.V. (2026).
Orthorexia nervosa as a clinical-psychological phenomenon:
A five-component analytical framework
Clinical Psychology and Special Education, 15(2), 9—24.

Keywords: orthorexia nervosa, eating disorders, dietary restriction, obsessive-compulsive manifestations, functional impairment, rigidity, self-attitude, affective regulation

For citation: Shakhova, A.V. (2026). Orthorexia nervosa as a clinical-psychological phenomenon: A five-component analytical framework. *Clinical Psychology and Special Education*, 15(2), 9—24 (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpse.2026150202>

Введение

Термин орторексия (orthorexia) был введен С. Братманом (S. Bratman) для описания состояния, при котором установка на «правильное» и «здоровое» питание утрачивает характер относительно гибкой повседневной практики и начинает выстраиваться по логике запрета, проверки и постоянного самоконтроля (Bratman, 1997; Dunn, Bratman, 2016). Дальнейшая разработка показала, что речь идет не о простом усилении интереса к качеству пищи. Более существенными оказываются выбор продуктов, способы их приготовления, режим приема пищи и критерии допустимого, регулируемые внутренними предписаниями, переживаемыми субъектом как обязательные. По мере закрепления эти предписания выходят за пределы пищевой сферы и начинают задавать более широкий способ организации повседневной жизни (McComb, Mills, 2019).

В консенсусном определении нервная орторексия (НО) понимается как фиксация на качестве пищи, сопровождающаяся дистрессом в ситуациях нарушения собственных пищевых правил и приводящая к нарушениям социального, психологического и повседневного функционирования (Donini et al., 2022). Тем самым предметом клинико-психологического анализа становится специфическая форма организации пищевого поведения, в рамках которой питание начинает выполнять функции, выходящие за пределы нутритивной регуляции. Речь идет о функциях контроля, аффективной стабилизации и поддержания определенного отношения субъекта к себе и собственной Я-концепции. В этом смысле клиническое значение имеет не объект заботы как таковой, а та форма, в которой эта забота психически организована.

Современные исследования предлагают различать «здоровую орторексию» (ЗО) и патологическую форму (собственно НО), поскольку обе могут включать высокую вовлеченность в тему питания, однако различаются по связи с негативным аффектом, контролем веса, тревогой о здоровье и риском развития расстройств пищевого поведения (РПП) (Hanraas et al., 2024; Roncero et al., 2021). Эмпирические данные показывают, что НО чаще соотносится с мотивами контроля веса и тревогой о здоровье, тогда как ЗО — с мотивами «здоровья/естественности» без столь выраженной внутренней неудовлетворенности; при этом обе формы могут сосуществовать с практиками диеты и регулярной физической нагрузки, что усложняет дифференциацию без критерия ущерба

Шахова А.В. (2026).
Нервная орторексия как клинико-психологический
феномен: пятикомпонентная схема анализа
Клиническая и специальная психология, 15(2), 9—24.

Shakhova A.V. (2026).
Orthorexia nervosa as a clinical-psychological phenomenon:
A five-component analytical framework
Clinical Psychology and Special Education, 15(2), 9—24.

(Hanras et al., 2024). При этом пересечение НО с контуром РПП проявляется в рестриктивности и перфекционистском контроле, а также в возможном использовании «здорового» дискурса как социально приемлемой рационализации ограничений; подробнее это будет рассмотрено далее (McComb, Mills, 2019).

Вопрос же о нозологическом статусе НО остается открытым. DSM-5-TR и МКБ-11 пока не выделяют ее в качестве самостоятельной диагностической категории, хотя по ряду проявлений она демонстрирует сходство с РПП и обсессивно-компульсивным спектром, что подтверждено значительным рядом исследований (American Psychiatric Association, 2022; Pontillo et al., 2022). Однако отсутствие отдельной рубрики в классификационных системах не отменяет клинико-психологической значимости данного феномена. Напротив, существующие обзоры и исследования достаточно последовательно указывают на его связь с дистрессом, снижением качества жизни, тревожными и депрессивными переживаниями, социальной изоляцией и различными формами нарушенного пищевого поведения (Pontillo et al., 2022; Horovitz, Argyrides, 2023; Rodrigues et al., 2025).

По этой причине НО целесообразно рассматривать как клинико-психологический феномен, формирующийся на пересечении нескольких линий психологической уязвимости, относительно самостоятельных по происхождению, но связанных по функции (Koven, Abry, 2015; Novara et al., 2022). Отдельные механизмы НО — ригидность, перфекционистский контроль, аффективная регуляция, самооценочная зависимость от соблюдения пищевых правил — могут быть описаны как междиagnostические или трансдиагностические. Вместе с тем сама НО в настоящей работе рассматривается как область клинико-психологического анализа, требующая дальнейшей операционализации и эмпирической проверки.

НО-поведение нередко переживается субъектом как правильное, оправданное и нравственно предпочтительное. Его эго-синтонный характер существенно затрудняет разграничение между нормативной культурно поддерживаемой заботой о здоровье и клинически значимой пищевой ригидностью. Современный социокультурный контекст способствует размыванию этой границы: дисциплина, контроль питания, телесное самоуправление и практики здорового образа жизни, включая дискурс «чистого питания», часто получают позитивную оценку в цифровой среде, фитнес-культуре и публичном дискурсе здоровья (Шахова, 2025). В результате граница различия нормативного и патологического смещается с содержания рациона на способ его психологической организации, то есть на степень ригидности, выраженность дистресса и масштаб функционального ущерба.

Именно этим определяется исходная логика предлагаемой пятикомпонентной схемы анализа. Она исходит из того, что НО не может быть исчерпывающе описана через один диагностический аналог. Ее структура складывается на пересечении по меньшей мере пяти аналитических компонентов: рестриктивно-пищевого, ритуально-контрольного, аддиктивно-подкрепляющего, самоотношенчески-идентификационного и аффективно-регуляторного (Dunn, Bratman, 2016; McComb, Mills, 2019; Novara et al., 2022). Эти компоненты не равны готовым нозологическим единицам и не предполагают обязательной коморбидности в

Шахова А.В. (2026).
Нервная орторексия как клинико-психологический
феномен: пятикомпонентная схема анализа
Клиническая и специальная психология, 15(2), 9—24.

Shakhova A.V. (2026).
Orthorexia nervosa as a clinical-psychological phenomenon:
A five-component analytical framework
Clinical Psychology and Special Education, 15(2), 9—24.

строгом психиатрическом смысле. Они описывают разные уровни организации орторексического поведения: феноменологический, процессуально-регуляторный, функционально-личностный и аффективный.

Рестриктивно-пищевой компонент фиксирует поведенческое содержание НО; ритуально-контрольный — форму организации правил, проверок и ритуалов; аддитивно-подкрепляющий — механизмы закрепления контроля; самоотношенчески-идентификационный — функцию пищевой дисциплины в поддержании самооценки, идентичности и переживания моральной состоятельности; аффективно-регуляторный — эмоциональные условия формирования и поддержания НО. Следовательно, предлагаемая схема имеет предварительный теоретический статус и направлена на систематизацию разнородных, но функционально связанных компонентов НО-поведения. Она не претендует на статус завершенной этиопатогенетической модели и требует последующей эмпирической проверки.

Для отечественной психологической традиции такая постановка вопроса представляется методологически продуктивной, поскольку позволяет включить анализ НО не только в категориальный, но также в деятельностный и телесно-психологический контекст (Леонтьев, 2004; Тхостов, 2002). В терминах А.Н. Леонтьева это может быть интерпретировано как патологический сдвиг мотива на цель: здоровье, первоначально выступающее мотивом поддержания жизнедеятельности, превращается в автономную цель, подчиняющую себе иные отношения субъекта с миром (Леонтьев, 2004). В логике А.Ш. Тхостова данный процесс сопряжен с деформацией внутренней картины здоровья и отчуждением телесного опыта: субъект в меньшей степени соотносит свое поведение с непосредственными сигналами собственного тела и в большей степени опирается на интеллектуализированную схему «чистого» и «нечистого», «правильного» и «вредного» (Тхостов, 2002). Более широкий историко-психологический фон задают отечественные работы по пищевому поведению, в которых еда рассматривается одновременно как биологическая, личностная и культурная практика (Николаева, 2012). Тем самым пятикомпонентная схема анализа не подменяет существующие классификационные системы. Она описывает устойчивые психологические компоненты, за счет которых НО приобретает клинико-психологическую определенность и воспроизводимость при сохраняющейся дискуссии о ее нозологическом статусе (Donini et al., 2022; Pontillo et al., 2022). Поэтому схема строится не вокруг перечня предполагаемых коморбидных состояний, а вокруг тех уровней анализа, в которых пересекаются пищевой контроль, аффективная регуляция, самоотношение и поведенческая ригидность (Koven, Abry, 2015).

Далее рассмотрим составляющие предлагаемой пятикомпонентной схемы анализа.

Рестриктивно-пищевой компонент

Рестриктивно-пищевой компонент относится преимущественно к феноменологическому уровню анализа и отражает пересечение НО с рестриктивным полем РПП. Он описывает те случаи, в которых контроль над качеством пищи сочетается с сужением рациона, усложнением пищевого выбора и подчинением повседневной активности диетическим

Шахова А.В. (2026).

Нервная орторексия как клинико-психологический феномен: пятикомпонентная схема анализа
Клиническая и специальная психология, 15(2), 9—24.

Shakhova A.V. (2026).

Orthorexia nervosa as a clinical-psychological phenomenon: A five-component analytical framework
Clinical Psychology and Special Education, 15(2), 9—24.

правилам (Dunn, Bratman, 2016; Atchison, Zickgraf, 2022; Horovitz, Argyrides, 2023). В отличие от классической нервной анорексии (НА), при НО в центр обычно выдвигается качество пищи, ее происхождение, степень «чистоты» и соответствие внутренне принятому стандарту; масса тела и его форма могут занимать вторичное положение. Вместе с тем психологическая логика рестрикции во многом совпадает: в обоих случаях наблюдаются жесткие правила, самооценочная значимость контроля и снижение поведенческой гибкости (Atchison, Zickgraf, 2022; Lucka et al., 2025).

Принципиально важным является различие между НО и непатологической заинтересованностью в качестве питания. Без такого различения в одну категорию попадают гибкая ориентация на здоровье, не сопровождающаяся ущербом, и клинически значимая пищевая ригидность. Именно это смешение лежит в основе значительной части методологических трудностей в исследовании данного феномена (Barrada, Roncero, 2018; Barrada, Meule, 2024). Современные обзоры показывают, что НО-проявления наиболее устойчиво связаны с рестриктивностью, диетическим поведением и мотивацией контроля веса, тогда как их связи с иными формами нарушенного пищевого поведения менее последовательны (Atchison, Zickgraf, 2022; Wachten, Strahler, 2026). Следовательно, рестриктивно-пищевой компонент следует интерпретировать как область общих механизмов ограничения, самоконтроля и поведенческой ригидности, а также как показатель клинико-психологической близости НО к спектру РПП (Dunn, Bratman, 2016; Atchison, Zickgraf, 2022).

Ритуально-контрольный компонент

Ритуально-контрольный компонент описывает форму организации НО-поведения: повторяющиеся проверки, жесткие правила, ритуализацию пищевого выбора и снижение способности к гибкому отклонению от заданного порядка. Он задает связь НО с навязчивым контролем, проверочным поведением и ритуализацией (Koven, Abry, 2015; Pontillo et al., 2022). Для НО характерны повторяющиеся проверки состава пищи, ее происхождения и способов приготовления, стремление к «правильным» последовательностям приема пищи, выраженный дистресс при невозможности соблюсти собственный ритуал (Pontillo et al., 2022; Rodrigues et al., 2025).

Клиническая близость НО к обсессивно-компульсивному расстройству (ОКР) требует осторожной интерпретации. Современные данные показывают, что значительная часть ранее фиксировавшихся связей между НО- и ОК-показателями зависела от инструмента оценки, прежде всего от ранних версий ORTO-15 (Heiss et al., 2019; Opitz et al., 2020; Yilmaz et al., 2024). Поэтому принципиально важно различать механизм ритуализированного контроля и психометрический эффект инструмента, не смешивая феноменологическое сходство с доказанной нозологической близостью (Opitz et al., 2020; Barrada, Meule, 2024).

Содержательно особенно значимым является то, что в этом компоненте ведущим аффектом нередко оказывается морализированное отвращение. «Неправильная» пища переживается как загрязняющая, а нарушение режима — как утрата чистоты и самоконтроля (Pontillo et al., 2022; Blazeв, 2025). В результате контроль приобретает форму

Шахова А.В. (2026).
Нервная орторексия как клинико-психологический
феномен: пятикомпонентная схема анализа
Клиническая и специальная психология, 15(2), 9—24.

Shakhova A.V. (2026).
Orthorexia nervosa as a clinical-psychological phenomenon:
A five-component analytical framework
Clinical Psychology and Special Education, 15(2), 9—24.

ритуализированного очищения, а пищевой выбор оказывается поведенчески и ценностно нагруженным (Christodoulou et al., 2024). Именно это отличает НО-контур от классически описываемой тревожной навязчивости и делает особенно важным функциональный анализ его сходств с ОКР (Pontillo et al., 2022; Rodrigues et al., 2025).

Аддиктивно-подкрепляющий компонент

Аддиктивно-подкрепляющий компонент относится к процессуально-регуляторному уровню анализа и связан с механизмами отрицательного и положительного подкрепления, за счет которых пищевой контроль становится устойчивым и самовоспроизводящимся (McComb, Mills, 2019; Yurtdas Depboylu et al., 2022). Соблюдение пищевых правил уменьшает тревогу, вину и внутреннюю неопределенность, то есть функционирует по принципу отрицательного подкрепления. Одновременно оно приносит чувство дисциплины, моральной правоты и субъективного превосходства, что соответствует положительному подкреплению (Christodoulou et al., 2024). Тем самым контроль воспроизводится как форма эмоциональной регуляции, самостабилизации и самоутверждения (Blazev, 2025).

Данные спортивных и физкультурных выборов позволяют уточнить данный тезис. Показано, что НО-проявления часто сосуществуют с чрезмерной тренировочной вовлеченностью, аддикцией, связанной с упражнениями, перфекционизмом и ориентацией на функционально-идеализированное тело; однако вклад такой аддикции в дистресс оказывается нестабильным после учета рестриктивных и ориентированных на мышечную массу пищевых расстройств (Anic et al., 2026; Wachten, Strahler, 2026). Таким образом, аддиктивно-подкрепляющий компонент следует понимать прежде всего как механизм закрепления контроля, а не как самостоятельную нозологическую линию (Al-Amouri et al., 2025).

Идентификационный компонент Я-концепции

Идентификационный компонент Я-концепции относится к функционально-личностному уровню анализа и описывает превращение «чистого питания» в основу самоотношения и идентичности (Bratman, 1997; Dunn, Bratman, 2016). В этом случае пищевая дисциплина начинает выполнять функцию символического подтверждения собственной исключительности, силы воли и моральной валидности, тогда как нарушение режима переживается как урон правилу и Я-концепции (Donini et al., 2022). Именно поэтому НО может длительно сохранять эго-синтонный характер и сопровождаться чувством превосходства над «недисциплинированными» другими (Москвина, 2020).

Эмпирически данный компонент поддерживается исследованиями связи НО с дезадаптивным перфекционизмом, телесной неудовлетворенностью, нарциссически окрашенными стандартами и межличностным неблагополучием (Mellouli et al., 2024; Blazev, 2025; Brunett, Oberle, 2022). Дополнительный интерес представляют данные о связи НО-тенденций с аутистическими чертами у пациентов с пограничным расстройством личности,

Шахова А.В. (2026).
Нервная орторексия как клинико-психологический
феномен: пятикомпонентная схема анализа
Клиническая и специальная психология, 15(2), 9—24.

Shakhova A.V. (2026).
Orthorexia nervosa as a clinical-psychological phenomenon:
A five-component analytical framework
Clinical Psychology and Special Education, 15(2), 9—24.

поскольку они позволяют предположить вклад когнитивной ригидности, ограниченных интересов и трудностей поведенческого переключения в формирование орторексического контроля (Dell’Osso et al., 2025). Эти данные уточняют когнитивно-личностную основу данного компонента и показывают, что поддержание НО может опираться на самооценочную зависимость от идеала и ригидные способы организации опыта (Dell’Osso et al., 2025; Blazeв, 2025).

Аффективно-регуляторный компонент

Аффективно-регуляторный компонент включает тревогу, депрессивные переживания, вину, стыд и трудности эмоциональной регуляции (Lopes et al., 2020). Его клиническая значимость состоит в том, что аффективное неблагополучие может выступать предшествующим условием формирования НО и ее последствием (Yoyen et al., 2025; Guidotti et al., 2025). Жесткий пищевой режим нередко используется как средство удержания внутренней неопределенности, а затем сам начинает поддерживать изоляцию, самокритику и эмоциональное истощение (McComb, Mills, 2019). Вина и стыд превращают отклонение от диетического идеала в переживание личной несостоятельности и запускают новый виток контроля и депрессивных переживаний (Donini et al., 2022; Yoyen et al., 2025).

Современные исследования подтверждают значимость данного компонента в разных возрастных и социальных группах. У подростков тревога выступает медиатором связи между психологическим родительским контролем и НО-поведением, что указывает на семейно-аффективные механизмы формирования патологического контроля в подростковом возрасте (Guegga et al., 2024). Данные ряда исследований позволяют говорить о рассогласовании между субъективным переживанием благополучного контроля и объективной психофизиологической ценой этого контроля (Guidotti et al., 2025; Yoyen et al., 2025).

Дифференциально-диагностические границы

Клиническая неопределенность НО обусловлена тем, что ее феноменологические контуры частично совпадают с несколькими диагностическими полями: НА, ОКР, ипохондрической фиксацией и некоторыми вариантами нарушенного пищевого поведения (American Psychiatric Association, 2022; Pontillo et al., 2022). С НА ее сближают жесткая рестрикция, перфекционистическое инвестирование в пищевой контроль и склонность выводить самооценку из способности подчинять тело правилу; при НО в центр выдвигаются «чистота», происхождение и терапевтическая ценность пищи, тогда как масса и форма тела могут занимать вторичное положение (Dunn, Bratman, 2016; Atchison, Zickgraf, 2022). С ОКР совпадения касаются ритуалов и навязчивого контроля, однако пищевой выбор при НО чаще встроен в эго-синтонную систему убеждений о здоровье и правильности (Koven, Abry, 2015; Rodrigues et al., 2025).

Отдельного разграничения требует НО и ипохондрическая фиксация на здоровье. В обоих случаях центральным становится переживание угрозы телесному благополучию, однако при НО тревога о здоровье преимущественно организуется вокруг пищевых правил, представлений о чистоте, качестве и допустимости продуктов. При ипохондрической

Шахова А.В. (2026).
Нервная орторексия как клинико-психологический
феномен: пятикомпонентная схема анализа
Клиническая и специальная психология, 15(2), 9—24.

Shakhova A.V. (2026).
Orthorexia nervosa as a clinical-psychological phenomenon:
A five-component analytical framework
Clinical Psychology and Special Education, 15(2), 9—24.

фиксации ведущими являются страх наличия или развития заболевания, поиск медицинского подтверждения угрозы и интерпретация телесных ощущений как признаков патологии. Если убеждения о вреде пищи приобретают некорректируемый характер и утрачивают связь с культурно разделяемыми представлениями о питании, НО-поведение должно рассматриваться в составе более широкого психопатологического состояния. Следовательно, задача клинико-психологической диагностики состоит в выделении доминирующего механизма, его аффективной основы, степени критичности, эго-синтонности и характера причиняемого ущерба (Pontillo et al., 2022; Wachten, Strahler, 2026).

Проблема измерения

Методологический кризис исследований НО в значительной степени связан с инструментами ее оценки (Missbach et al., 2017; Opitz et al., 2020). Работы по установлению конструктивной валидности и систематические обзоры показали, что ORTO-15 и его модификации часто смешивают патологическую ригидность с нормативной заинтересованностью в здоровом питании и, соответственно, с ЗО, искусственно завышая показатели распространенности и искажая структуру коррелятов (Heiss et al., 2019; Opitz et al., 2020; Barrada, Meule, 2024). По этой причине любой вывод о НО, основанный исключительно на ORTO-15, остается ограниченным (Heiss et al., 2019; Barrada, Meule, 2024).

Вместе с тем полный отказ от ORTO-15 в российском исследовательском поле в настоящее время представляется преждевременным, поскольку число валидизированных русскоязычных альтернатив остается ограниченным (Руженков и др., 2019). Более корректным является его использование как инструмента первичного скрининга при обязательной последующей верификации функционального ущерба и компонентного профиля (Donini et al., 2022; Barrada, Roncero, 2018). Из этого следует, что измерение в рамках пятикомпонентной схемы анализа должно строиться как минимум в два этапа: первичный скрининг НО-тенденций и последующая клинико-психологическая верификация через критерии дистресса, функционального ущерба и компонентного профилирования (Donini et al., 2022).

Эмпирическая проверяемость: план пилотного исследования

Практическая ценность пятикомпонентной схемы анализа состоит в переходе от формальной констатации НО-тенденций к анализу механизмов, удерживающих НО-поведение у конкретного человека (Koven, Abry, 2015; Pontillo et al., 2022). В планируемом пилотном исследовании такая логика может быть реализована на неклинической выборке молодых взрослых через сочетание скрининговой оценки НО-тенденций, показателей депрессии, социальной ангедонии, аддиктивного поведения, включая ургентную аддикцию, зависимость от социальных сетей и трудоголизм, а также нарциссических черт. В подобном дизайне ORTO-15 допустим только как инструмент первичного высокочувствительного

скрининга, тогда как интерпретация результатов должна подчиняться анализу компонентных связей и оценке функционального ущерба (Heiss et al., 2019; Donini et al., 2022).

Эмпирическая проверка предлагаемой схемы предполагает оценку того, образуют ли выделенные компоненты устойчивые и различимые связи с выраженностью НО-тенденций и функционального ущерба. В пилотном дизайне могут быть проверены следующие положения: выраженность НО-тенденций связана с показателями пищевой рестриктивности, ритуализированного контроля, аддиктивного поведения, нарушений самоотношения и аффективного неблагополучия; функциональный ущерб и дистресс являются ключевыми критериями разграничения нормативной заинтересованности в здоровом питании и патологически организованного пищевого контроля; самоотношенческие показатели могут усиливать связь между пищевым контролем и выраженностью НО, способствуя превращению диетического правила в элемент идентичности; аффективное неблагополучие может выступать условием формирования НО и ее следствием, что требует проверки медиаторных и сетевых моделей.

Практическая перспектива

Практическое следствие пятикомпонентной схемы анализа состоит в том, что психологическая помощь при выраженных НО-тенденциях должна строиться с учетом ведущего компонента, поддерживающего ригидную организацию пищевого поведения. При преобладании рестриктивно-пищевого компонента центральной задачей становится постепенное расширение пищевого репертуара и снижение жесткости диетических предписаний с сохранением субъективно значимой темы заботы о здоровье. При выраженности ритуально-контрольного компонента особое значение приобретает работа с проверочным поведением, ритуалами выбора и приготовления пищи, непереносимостью неопределенности и дистрессом, возникающим при нарушении заданного порядка. Аддиктивно-подкрепляющий компонент требует анализа тех форм эмоционального облегчения, самостабилизации и субъективного вознаграждения, которые человек получает через соблюдение пищевых правил; в этом случае терапевтическая работа направляется на расширение способов регуляции тревоги, вины, стыда и внутреннего напряжения. Идентификационный компонент Я-концепции предполагает обращение к функции пищевого контроля в поддержании самооценки, переживания собственной состоятельности, исключительности, моральной чистоты или безопасности; в этой логике значимой становится переоценка связи между диетической дисциплиной и ценностью собственного Я. Аффективно-регуляторный компонент задает необходимость работы с депрессивными переживаниями, тревогой, стыдом, самокритикой и социальной изоляцией, которые могут одновременно предшествовать НО-контролю и поддерживаться им.

Таким образом, практическая значимость предлагаемой схемы заключается в возможности дифференцировать мишени психологической помощи: пищевую рестрикцию, ритуализированный контроль, механизмы подкрепления, самоотношенческую функцию правил и аффективное неблагополучие. Такая логика позволяет рассматривать НО-поведение не только как совокупность пищевых ограничений, но и как устойчивую систему

Шахова А.В. (2026).
Нервная орторексия как клинико-психологический
феномен: пятикомпонентная схема анализа
Клиническая и специальная психология, 15(2), 9—24.

Shakhova A.V. (2026).
Orthorexia nervosa as a clinical-psychological phenomenon:
A five-component analytical framework
Clinical Psychology and Special Education, 15(2), 9—24.

саморегуляции, в которой питание становится средством контроля, идентичности и эмоциональной стабилизации.

Заключение

Проведенный теоретический анализ и составленная на его основе пятикомпонентная модель позволяет рассматривать НО как клинико-психологический феномен, формирующийся на пересечении пяти функционально связанных компонентов: рестриктивно-пищевого, ритуально-контрольного, аддиктивно-подкрепляющего, идентификационного (связанного с Я-концепцией) и аффективно-регуляторного. Выделение данных компонентов позволяет систематизировать разнородные проявления НО и описать их в единой аналитической логике: как сочетание пищевой рестрикции, ритуализированного контроля, механизмов поведенческого подкрепления, зависимости самооценки от соблюдения пищевых правил и аффективного напряжения.

Клинико-психологическая значимость НО определяется не самим фактом ориентации на «здоровое» питание, а степенью пищевой ригидности, выраженностью морализованного контроля, дистресса, эго-синтонности и функционального ущерба (Donini et al., 2022). Эти признаки позволяют разграничивать нормативную заинтересованность в качестве питания и патологически организованный пищевой контроль. В этом смысле ключевым критерием становится способ психологической организации рациона и последствия для социального, повседневного и эмоционального функционирования субъекта.

Предложенная пятикомпонентная схема анализа позволяет описывать НО без преждевременной нозологической редукции и без сведения феномена к одному диагностическому аналогу — РПП, ОК-спектру, аддиктивному поведению или аффективным нарушениям. Ее теоретическая значимость состоит в уточнении внутренней структуры НО как системы саморегуляции, в которой питание становится средством контроля, стабилизации аффекта, поддержания идентичности и подтверждения ценности собственного Я.

Практическая значимость схемы связана с возможностью более точного выделения мишеней психологической помощи: пищевой рестрикции, ритуализированного контроля, механизмов подкрепления, самоотношенческой функции пищевых правил и аффективного неблагополучия. Такой подход позволяет выстраивать помощь не только вокруг ослабления диетических ограничений, но и вокруг восстановления поведенческой, телесной, эмоциональной и межличностной гибкости.

Перспектива дальнейших исследований состоит в эмпирической проверке структуры и прогностической значимости выделенных компонентов. Необходимы исследования, позволяющие оценить вклад каждого компонента в выраженность НО-тенденций, дистресс и функциональный ущерб, а также уточнить психометрические инструменты, способные разграничивать здоровую вовлеченность в питание и патологическую ригидность. Таким образом, пятикомпонентная схема имеет предварительный теоретический статус, однако задает исследовательскую программу для дальнейшего изучения пищевой ригидности,

Шахова А.В. (2026).
Нервная орторексия как клинико-психологический
феномен: пятикомпонентная схема анализа
Клиническая и специальная психология, 15(2), 9—24.

Shakhova A.V. (2026).
Orthorexia nervosa as a clinical-psychological phenomenon:
A five-component analytical framework
Clinical Psychology and Special Education, 15(2), 9—24.

ритуализированного контроля, Я-концепции и аффективной регуляции как взаимосвязанных условий формирования орторексического поведения.

Список источников / References

1. Леонтьев, А.Н. (2004). *Деятельность. Сознание. Личность*. М.: Смысл, Academia.
Leontiev, A.N. (2004). *Activity. Consciousness. Personality*. Moscow: Smysl, Academia. (In Russ.).
2. Москвина, А.В. (2020). Орторексическая личность в пространстве клинической психологии. В: Л.М. Попов (ред.), В.М. Бехтерев и современная психология личности: сборник статей VI Всероссийской научно-практической конференции (к 135-летию организации первой в России психофизиологической лаборатории в г. Казани) (с. 114—115). Казань: Центр социально-гуманитарного образования.
Moskvina, A.V. (2020). Orthorexic personality in the field of clinical psychology. In: L.M. Popov (ed.), V.M. Bekhterev and modern personality psychology: The collection of articles from the VI All-Russian scientific and practical conference dedicated to the 135th anniversary of Russian first psychophysiological laboratory in Kazan (p. 114—115). Kazan: Center for social and humanitarian education. (In Russ.).
3. Николаева, Н.О. (2012). История и современное состояние исследований нарушений пищевого поведения (культурные и психологические аспекты). *Клиническая и специальная психология*, 1(1), статья 4. URL: https://psyjournals.ru/journals/cpse/archive/2012_n1/49969 (дата обращения: 15.06.2026).
Nikolaeva, N.O. (2012). History and contemporary investigations of eating disorders (Cultural and psychological aspects). *Clinical Psychology and Special Education*, 1(1), art. 4. (In Russ.). URL: https://psyjournals.ru/journals/cpse/archive/2012_n1/49969 (viewed: 15.06.2026).
4. Руженков, В.А., Захарова, Л.И., Хамская, И.С., Руженкова, В.В., Колосова, М.А., Минакова, Ю.С. (2019). Русскоязычная адаптация теста «ORTO-15» для скрининг-диагностики нервной орторексии. *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*, 8, 27—36.
Ruzhenkov, V.A., Zakharova, L.I., Khamaskaya, I.S., Ruzhenkova, V.V., Kolosova, M.A., Minakova, Yu. S. (2019). Russian adaptation of the ORTO-15 test for screening and diagnosing orthorexia nervosa. *Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 8, 27—36. (In Russ.).
6. Тхостов, А.Ш. (2002). *Психология телесности*. М.: Смысл.
Tkhostov, A.Sh. (2002). *Psychology of Corporeality*. Moscow: Smysl. (In Russ.).
7. Шахова, А.В. (2025). Нервная орторексия в культурно-историческом контексте цифровой эпохи: к классификации в спектре расстройств пищевого поведения. В: Ю.П. Зинченко, М.К. Кабардов (ред.), *Актуальные проблемы психологии и психофизиологии человека третьего тысячелетия* (с. 397—400). М.: МАКС Пресс.
<https://doi.org/10.29003/m4902.978-5-317-07492-0/397-400>
Shakhova, A.V. (2025). Orthorexia nervosa in the cultural-historical context of the digital era: Toward classification within the spectrum of eating disorders. In: Yu.P. Zinchenko, M.K.

Шахова А.В. (2026).
Нервная орторексия как клинико-психологический
феномен: пятикомпонентная схема анализа
Клиническая и специальная психология, 15(2), 9—24.

Shakhova A.V. (2026).
Orthorexia nervosa as a clinical-psychological phenomenon:
A five-component analytical framework
Clinical Psychology and Special Education, 15(2), 9—24.

Kabardov (eds.), *Actual problems of psychology and psychophysiology of humans in the third millennium* (p. 397—400). Moscow: MAK Press. (In Russ.).
<https://doi.org/10.29003/m4902.978-5-317-07492-0/397-400>

8. Al-Amouri, F.M., Abualhaija, R., Al Atrash, M., Alwafa, R.A., AlTamimi, M., Badrasawi, M. (2025). Prevalence of orthorexia nervosa and association with mental health among Palestinian physical education students — cross-sectional study. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*, 17, art. 306. <https://doi.org/10.1186/s13102-025-01343-8>
9. American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed., text rev.* Washington, DC: APA Publishing.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
10. Anic, P., Kapelina, A., Kukić, M. (2026). Orthorexic tendencies among Croatian athletes: Linking perfectionism, motivation, and body image to disordered eating. *Journal of Clinical Sport Psychology*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1123/jcsp.2025-0020>
11. Atchison, A.E., Zickgraf, H.F. (2022). Orthorexia nervosa and eating disorder behaviors: A systematic review of the literature. *Appetite*, 177, art. 106134.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106134>
12. Barrada, J.R., Meule, A. (2024). Orthorexia nervosa: Research based on invalid measures is invalid. *Journal of Global Health*, 14, art. 03007. <https://doi.org/10.7189/jogh.14.03007>
13. Barrada, J.R., Roncero, M. (2018). Bidimensional structure of the orthorexia: Development and initial validation of a new instrument. *Anales de Psicología*, 34(2), 283—290.
<https://doi.org/10.6018/analesps.34.2.299671>
14. Blazej, D. (2025). Biological, behavioural, psychological and social predictors of orthorexia nervosa among young women in Croatia. *Društvena istraživanja*, 34(1), 87—110.
<https://doi.org/10.5559/di.34.1.05>
15. Bratman, S. (1997). Health food junkie. *Yoga Journal*, 136, 42—50.
16. Brunett, K., Oberle, C. (2022). The dark triad moderates the association between orthorexia nervosa and relationship (dis)satisfaction. *Eating and Weight Disorders*, 27, 2515—2521.
<https://doi.org/10.1007/s40519-022-01387-6>
17. Christodoulou, E., Markopoulou, V., Koutelidakis, A.E. (2024). Exploring the link between mindful eating, Instagram engagement, and eating disorders: A focus on orthorexia nervosa. *Psychiatry International*, 5(1), 27—38. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint5010003>
18. Dell’Osso, L., Nardi, B., Giovannoni, F., Bonelli, C., Massimetti, G., Cremone, I.M., Pini, S., Carpita, B. (2025). Orthorexic tendencies are associated with autistic traits in patients with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Medicine*, 14, art. 3891.
<https://doi.org/10.3390/jcm14113891>
19. Donini, L.M., Barrada, J.R., Barthels, F., Dunn, T.M., Babeau, C., Brytek-Matera, A., Cena, H., Cerolini, S., Cho, H., Coimbra, M., Cuzzolaro, M., Ferreira, C., Galfano, V., Grammatikopoulou, M.G., Hallit, S., Håman, L., Hay, P., Jimbo, M., Lasson, C. ... Lombardo,

Шахова А.В. (2026).
Нервная орторексия как клинико-психологический
феномен: пятикомпонентная схема анализа
Клиническая и специальная психология, 15(2), 9—24.

Shakhova A.V. (2026).
Orthorexia nervosa as a clinical-psychological phenomenon:
A five-component analytical framework
Clinical Psychology and Special Education, 15(2), 9—24.

- C. (2022). A consensus document on definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 27(8), 3695—3711. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01512-5>
20. 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>
21. Guerra, G.C., Paone, A., Lionetti, F., Spinelli, M., Fasolo, M., D'Urso, G. (2024). The role of psychological parental control and internalizing problems in the etiology of vigorexia and orthorexia in adolescence. *Children*, 11(2), art. 259. <https://doi.org/10.3390/children11020259>
22. Hanras, E., Boujut, E., Barrada, J.R., Dorard, G. (2024). Differentiating healthy orthorexia from orthorexia nervosa: sociodemographic, psychological and dietary characteristics in a French sample. *Public Health Nutrition*, 27(1), art. e255. <https://doi.org/10.1017/S1368980024002374>
23. Heiss, S., Coffino, J.A., Hormes, J.M. (2019). What does the ORTO-15 measure? Assessing the construct validity of a common orthorexia nervosa questionnaire. *Appetite*, 135, 93—99. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.12.042>
24. Horovitz, O., Argyrides, M. (2023). Orthorexia and orthorexia nervosa: a comprehensive examination of prevalence, risk factors, diagnosis, and treatment. *Nutrients*, 15(17), art. 3851. <https://doi.org/10.3390/nu15173851>
25. 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>
26. Lopes, R., Melo, R., Dias Pereira, B. (2020). Orthorexia nervosa and comorbid depression successfully treated with mirtazapine: A case report. *Eating and Weight Disorders*, 25(1), 163—167. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0539-5>
27. Lucka, I., Mazur, A., Lucka, A., Trojaniak, J., Kopańska, M. (2025). Orthorexia nervosa tendencies in two cohorts of Polish young adults: A comparative analysis of prevalence, correlates, and comorbidity. *Nutrients*, 17(13), art. 2208. <https://doi.org/10.3390/nu17132208>
28. 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>
29. Mellouli, A., Ellouze, S., Boussaid, N., Turki, M., Zribi, A., Halouani, N., Aloulou, J. (2024). Orthorexia and perfectionism in medical students in Tunisia. *European Psychiatry*, 67(S1), S563. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.1170>
30. Novara, C., Mattioli, S., Piasentin, S., Pardini, S., Maggio, E. (2022). The role of dieting, psychopathological characteristics and maladaptive personality traits in orthorexia nervosa. *BMC Psychiatry*, 22, art. 290. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03896-1>
31. Opitz, M.-C., Newman, E., Alvarado Vázquez Mellado, A.S., Robertson, M.D.A., Sharpe, H. (2020). The psychometric properties of Orthorexia Nervosa assessment scales: A systematic review and reliability generalization. *Appetite*, 155, art. 104797. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104797>
32. Pontillo, M., Zanna, V., Demaria, F., Aversa, R., Di Vincenzo, C., De Biase, M., Di Luzio, M., Foti, B., Tata, M.C., Vicari, S. (2022). Orthorexia nervosa, eating disorders, and obsessive-

Шахова А.В. (2026).

Нервная орторексия как клинико-психологический феномен: пятикомпонентная схема анализа
Клиническая и специальная психология, 15(2), 9—24.

Shakhova A.V. (2026).

Orthorexia nervosa as a clinical-psychological phenomenon: A five-component analytical framework
Clinical Psychology and Special Education, 15(2), 9—24.

compulsive disorder: A selective review of the last seven years. *Journal of Clinical Medicine*, 11(20), art. 6134. <https://doi.org/10.3390/jcm11206134>

33. Rodrigues, M.A., Amorim, F.M., Delgado, M.H.R., Lemes, L.A. (2025). Orthorexia nervosa, eating disorders, and OCD: A literature review and diagnostic challenges. *European Psychiatry*, 68(S1), S329. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.705>
34. Roncero, M., Barrada, J.R., García-Soriano, G., Guillén, V. (2021). Personality profile in orthorexia nervosa and healthy orthorexia. *Frontiers in Psychology*, 12, art. 710604. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.710604>
35. Wachten, H., Strahler, J. (2026). Orthorexia nervosa and exercise addiction: distinct entities beyond restrictive and muscularity-oriented disordered eating behaviours? *Journal of Eating Disorders*, 14, art. 34. <https://doi.org/10.1186/s40337-026-01535-8>
36. Yılmaz, H., Demirkol, M.E., Tamam, L., Yılmaz, S.O., Yesiöglu, C. (2024). Assessing orthorexic behaviors in a clinical sample: Validity and reliability study of the Turkish version of the Düsseldorf orthorexia scale. *Journal of Eating Disorders*, 12, art. 174. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01133-6>
37. Yoyen, E., Dereli, Ş., Güneri Barış, T. (2025). Predictors of orthorexia nervosa in women: Eating attitudes, emotional regulation difficulties, anxiety, depression and self-esteem. *BMC Psychology*, 13, art. 554. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-02904-9>
38. Yurtdaş-Depboylu, G., Kaner, G., Özçakal, S. (2022). The association between social media addiction and orthorexia nervosa, eating attitudes, and body image among adolescents. *Eating and Weight Disorders*, 27(8), 3725—3735. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01521-4>

Информация об авторе

Шахова Алёна Витальевна, магистр психологии, клинический психолог, старший преподаватель Центра фундаментальной и консультативной персонологии, департамент психологии, факультет социальных наук, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1892-4864>, e-mail: ashakhova@hse.ru

Information about the author

Alyona V. Shakhova, Master of Psychology, Clinical Psychologist, Senior Lecturer, Center for Fundamental and Consultative Personology, Department of Psychology, HSE University, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1892-4864>, e-mail: ashakhova@hse.ru

Шахова А.В. (2026).
Нервная орторексия как клинико-психологический
феномен: пятикомпонентная схема анализа
Клиническая и специальная психология, 15(2), 9—24.

Shakhova A.V. (2026).
Orthorexia nervosa as a clinical-psychological phenomenon:
A five-component analytical framework
Clinical Psychology and Special Education, 15(2), 9—24.

Поступила в редакцию 15.04.2026
Поступила после рецензирования 10.06.2026
Принята к публикации 17.06.2026
Опубликована 30.06.2026

Received 2026.04.15
Revised 2026.06.10
Accepted 2025.06.17
Published 2026.06.30