

## ПСИХОДІАГНОСТИКА КУЛЬТУРНОГО, СІМЕЙНОГО ТА ІНДИВІДУАЛЬНОГО КОМПОНЕНТІВ НЕРВОВОЇ ОРТОРЕКСІЇ

### PSYCHODIAGNOSTICS OF CULTURAL, FAMILY AND INDIVIDUAL COMPONENTS OF ORTHOREXIA NERVOSA

Феномен нервової орторексії у сучасному світі актуалізується все більше. Створення нових психодіагностичних інструментів для дослідження цього явища сприяє поглибленню теоретичних знань та практичних методів. Концептуалізація конструкту нервової орторексії у своїй таксономічній ієрархії складає три таких основних компоненти: культурний аспект, сімейний та індивідуальний. У статті представлена спроба дослідити три компоненти нервової орторексії та зробити на їх основі шкали для психометричного інструменту. Перша версія опитувальника склалася із трьох шкал – культурної орторексії, сімейної орторексії та індивідуальної орторексії. Пілотний проєкт нового опитувальника з орторексії був проведений на вибірці у 90 респондентів та налічував 16 пунктів і три шкали. У статті наведений вичерпний статистичний аналіз усіх запитань. Автором зроблено детальний аналіз описових статистик, розподілу та частотності, перевірено надійність шкал за різними критеріями. Проаналізовано кожне запитання з огляду на його роботу і відгук у респондентів. Окрім цього, у статті наводяться детальні пошукування у сфері факторних навантажень розвідувального та підтверджувального характеру. Робота над факторною структурою опитувальника стала однією із основоположних, адже на меті був саме підбір відповідних точних запитань для кожної зі шкал конструкту. Таким чином, було перевірено теоретичну і створено дві емпіричні моделі опитувальника (трифакторну та чотирифакторну) за допомогою експлораторного та конфірмаційного факторного аналізу. Порівняння кожної із моделей здійснювалося шляхом оцінки їх інкрементальних та абсолютних індексів відповідності. Побудовано ієрархічну модель структурних рівнянь для фінальної моделі, яка дає змогу оцінити візуально регресійні взаємозв'язки між елементами системи усього опитувальника. Проміжний варіант опитувальника у якості робочої версії наведено у Додатку.

**Ключові слова:** нервова орторексія, психодіагностика нервової орторексії, опитуваль-

ник нервової орторексії, аналіз конструктів орторексії.

The phenomenon of orthorexia nervosa is becoming more and more relevant in the modern world. The creation of new psychodiagnostic tools for the study of this phenomenon contributes to the deepening of theoretical knowledge and practical methods. Conceptualization of the construct of orthorexia nervosa in its taxonomic hierarchy consists of three main components: cultural aspect, family and individual. The article presents an attempt to investigate the three components of nervous orthorexia and to make scales for a psychometric instrument based on them. The first version of the questionnaire consisted of three scales: "Cultural orthorexia", "Family orthorexia" and "Individual orthorexia". The pilot project of the new orthorexia questionnaire was conducted on a sample of 90 respondents and includes 16 items and three scales. The article provides a comprehensive statistical analysis of all questions, a detailed analysis of descriptive statistics, distribution and frequency, the reliability of the scales according to various criteria is checked. Each question was analyzed in view of its work and feedback from the respondents. In addition, the article provides detailed searches in the field of factor loadings of an exploratory and confirmatory nature. The work on the factor structure of the questionnaire became one of the fundamental ones, because the goal was precisely the selection of appropriate and precise questions for each of the scales of the construct. Thus, the theoretical one was tested and two empirical models of the questionnaire (three-factor and four-factor) were created using exploratory and confirmatory factor analysis. Comparisons of each of the models were made by evaluating their incremental and absolute fit indices. A hierarchical model of structural equations was built for the final model, which makes it possible to visually assess the regression relationships between the elements of the entire questionnaire system. An intermediate version of the questionnaire as a working version is given in the Appendix.

**Key words:** orthorexia nervosa, psychodiagnosis of orthorexia nervosa, orthorexia nervosa questionnaire, analysis of orthorexia constructs.

УДК 159.9  
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.56.49>

**Кучина В.В.**

аспірантка

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

**Постановка проблеми.** У сучасному світі феномен нервової орторексії набуває все більшої актуальності. Західна культура диктує свою моду та тренди на здоровий спосіб життя, який має яскраве візуальне підкріплення у рекламі та соціальних мережах. Спекулювання на понятті «екологічно чиста їжа» натякає на те, що існує і «брудна» їжа – дихотомічна когнітивна помилка магічного мислення, що є основою для розвитку патології. Такі ідеї продвигуються у вигляді прагнення до «очищення» тіла за допомогою «чистої їжі», виключення з раціону цілих груп продуктів (м'ясних, молочних, термічно оброблених тощо), одержимості

плануванням раціону та підрахунком індивідуальної добової норми калорій і нутрієнтів, ритуальним завчасним підготуванням списків меню, продуктів і страв. Основною ідеєю цього всього є одержимість *ЯКІСТЮ* вживаної їжі (а не її *КІЛЬКІСТЮ*, як при анорексії). Проте деякі останні дослідження говорять про те, що основним мотивом є все ж таки зменшення ваги, а «чиста їжа» – просто інструмент для цього [9]. Ще глибше лежить індивідуальна потреба у підвищенні самоцінності за рахунок порівняння себе із іншими людьми, що «знаходяться на нижчому рівні свідомості» [17]. Така поведінка підживлюється соціально-куль-

турними нормами і призводить до негативних змін у міжособистісних стосунках, соціальної ізоляції (через потребу у особливій їжі) і, зрештою, пригнічує загальний психофізіологічний стан людини та знижує якість її життя [7].

Варто згадати, що термін «орторексія» складається із двох грецьких слів – “ortho” – «правильний», “orexi” – «апетит». Термін був запропонований Стівеном Бретменом у 1977 році як патерн деструктивної харчової поведінки, що означає патологічну одержимість здоровим харчуванням.

Досі розробляються діагностичні критерії для диференційної діагностики нервової орторексії (orthorexia nervosa, ON), і вона ще не внесена до переліку в МКБ-10 (11), ні у DSM-5. Досі тривають дебати щодо того, куди краще віднести цей психічний розлад – до розладів харчової поведінки (селективний розлад харчування) або до obsесивно-компульсивних розладів, чи це є окремий розлад, чи підтип одного з двох вищезгаданих. Окрім цього, вчені намагаються визначити силу впливу культурної компоненти на розвиток розладу, адже, за деякими дослідженнями, орторексія може бути одним з видів прояву стресу [15].

У дослідженні А. Cheshire, М. Berry, А. Fixsen (2020) [3] наводиться повна логічна та ієрархічна інфографіка причин та обставин нервової орторексії, де є місце усім аспектам життя як внутрішнього (особистим проблемам) так і соціального і їх впливу на розвиток захворювання. Саме із цього дослідження була взята ідея розподілити опитувальник на 3 основні шкали – культурну, сімейну та індивідуальну.

Серед груп ризику – спортсмени, дієтологи, практикуючі йогу та люди із сфери медицини та охорони здоров'я, люди, що мають високий дохід, у яких наявний страх хронічних та невиліковних хвороб, які часто користуються інстаграмом [24].

Найбільш палко зараз обговорюється питання етіології нервової орторексії, а саме у дискурсі її розвитку від здорової орторексії до нервової орторексії [6]. Паралельно із цим вчені намагаються визначити, чи є орторексія окремим розладом або культурним феноменом прояву індивідуального стресу.

Психометричний інструментарій для діагностики нервової орторексії продовжує вдосконалюватися з огляду на те, що досі не існує клінічних критеріїв диференційної діагностики. Проте є такі опитувальники: тест нервової орторексії Бретмена (BOT), Римський опитувальник нервової орторексії, опитувальник OPTO-15 [10], Eating Habbits Questionnaire (EHO) [13], Dusseldorf Orthorexia Scale (DOS) [5], Barcelona Orthorexia Scale (BOS) [4], Teruel Orthorexia Scale (TOS) [21], Orthorexia Nervosa Inventory (ONI) нові інструменти [20] та ORTO-R [22].

З огляду на те, що вчені досі намагаються виокремити золотий стандарт діагностичних критеріїв для нервової орторексії, не існує затвердженого опитувальника і, таким чином,

не існує єдиноприйнятих світових гайдлайнів психотерапії розладу нервової орторексії. Однак вже закріплюються деякі напрацювання. Наприклад, терапевтичний протокол нервової орторексії повинен бути мультидисциплінарним та комбінувати психофармакологічні методи (антидепресанти виду інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та антипсихотики), когнітивно-поведінкову психотерапію виду «Exposure and response prevention (ERP)» та психоедукацію, враховуючи сильну коморбідність нервової орторексії, нервової анорексії та obsесивно-компульсивного розладу.

Основні цілі, які має психотерапія орторексії, – урізноманітнення харчових патернів (розширення набору продуктів), покращення навичок соціалізації (при прийомі їжі), розширення тем для обговорення (крім розмов тільки про харчування) та уникнення недоїдання, подолання тривоги через obsесивні думки та експозицію поведінкових ритуалів [23].

**Мета дослідження** полягає у створенні психодіагностичного інструменту нервової орторексії за допомогою концептуалізації трьох складових конструктів – культурного аспекту, сімейного та індивідуального.

Серед українських вчених дослідженням нервової орторексії займалася М. Фатєєва [2], О. Лозова та О. Дробот. Вчені досліджували нервову орторексію, аналізуючи семантичні репрезентації та інтуїтивне харчування.

З огляду на вищезазначене **актуальність дослідження** стає очевидною: поняття нервової орторексії має бути досліджене із багатьох сторін, в тому числі за допомогою створення нових психометричних інструментів.

**Заява про доступність даних.** Згідно із принципами відкритої науки базу даних та скрипт для аналізу можна завантажити за посиланням <https://osf.io/w82zh/> із сайту Open Science Framework.

**Завданням статті** є створення нового психометричного інструменту для нервової орторексії, створення нових шкал для нервової орторексії, осмислення трьох компонентів конструкту нервової орторексії.

**Матеріали та методи.** Статистичний аналіз першого етапу розробки «Трикомпонентного опитувальника орторексії» (OPTO-3) виконувався у програмному середовищі RStudio (версія 1.4.17.17) [1].

**Виклад основного матеріалу.** Загалом у пілотному опитуванні для першого етапу було зібрано дані 90 респондентів. Із них було 79 жінок та 11 чоловіків (середнім віком 38,7 років), 1 особа вказала, що вона «не визначилась» із гендерною приналежністю. Дані збиралися шляхом онлайн-анкетування із розповсюдженням посилання через соцмережі.

Додатково було зібрано соціодемографічну інформацію (вік, стать, задоволеність життям) для здійснення перевірки декількох гіпотез. Наприклад, у респондентів запитувалося «Чи

задоволені ви власним життям?» із такими варіантами відповіді: «Повністю не погоджуюся» (обрала 1 респондентка), «Частково не погоджуюся» (обрали 5 респондентів), «Важко сказати» (обрали 14 респондентів), «Майже погоджуюся» (обрали 52 респонденти), «Повністю погоджуюся» (обрали 18 респондентів). При порівнянні груп на цьому етапі статистично значимі відмінності не були знайдені.

**Структура опитувальника та підрахунок балів.** Перша версія опитувальника склалася із трьох шкал – культурної орторексії, сімейної орторексії та індивідуальної орторексії. Крім цього, розраховувався інтегральний показник як сума балів за усі відповіді. Максимальна кількість можливих інтегральних балів може скласти 80, мінімальна кількість – 16 балів.

Шкала для оцінки нервової орторексії є інтервальною лайкертівською з відповідями від 1 до 5 балів. Оцінка та діагностичний висновок лежать у межах двох середніх квартилей, наприклад градації суми по 20 балів: 16–20 балів – відсутність орторексії, 21–41 бал – помірна вираженість, 42–61 бал – наявність орторексії, 62–80 балів – сильна вираженість орторексії.

Підрахунок балів за шкалами. Шкали культурної орторексії та індивідуальної орторексії налічують по 5 запитань із максимально можливим балом 25, тому патологічним можна вважати рівень від 17 до 25 балів, нормальним – від 9 до 17 балів, відсутністю вимірюваної ознаки – від 0 до 9 балів. Шкала сімейної орторексії має 6 запитань. Отже, відсутність ознаки – від 0 до 10 балів, норма – від 11 до 20, патологія – від 21 до 30 балів.

**Результати статистичного аналізу.** Дескриптивний аналіз опитувальника ОРТО-3 засвідчив, що дані відповідають нормальному розподілу за критерієм Шапіро – Уїлка ( $p = 0,3563$ ).

Результати описових статистик за інтегральним показником та субшкалами подано у таблиці 1. Так, можна побачити, що шкала індивідуальної орторексії дуже ненормована і має сильний від’ємний ексцес та лівосторонню асиметрію.

Таблиця 1

**Дескриптивні статистики**

N = 90	Інтегральний бал	Культурна орторексія	Сімейна орторексія	Індивідуальна орторексія
Асиметрія	0,15	0,54	0,15	-0,34
Ексцес	0,24	0,07	-0,3	-0,49
Середнє	38,99	2,08	2,38	2,86
Стандартне відхилення	7,81	0,64	0,59	0,84
Похибка середнього	0,82	0,07	0,06	0,09
Медіана	38	2	2,33	3
Критерій Шапіро – Уїлка	$p = 0,3563$	$p = 0,01169$	$p = 0,1783$	$p = 0,04098$

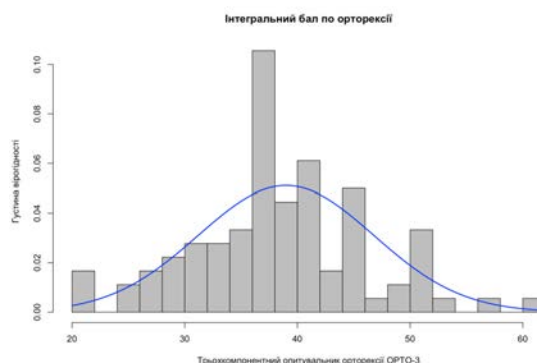
Шкала сімейної орторексії також має сильний від’ємний ексцес, проте асиметрія зовсім незначна. Шкала культурної орторексії має сильну правосторонню асиметрію, що свідчить про те, що у відповідях переважають варіанти підвищення значень. У таблиці 2 подано середні значення за шкалами по групах за статтю та задоволеністю життям.

Таблиця 2

**Середні значення**

N=90	Стать		Задоволеність життям				
	Чоловіки	Жінки	1	2	3	4	5
Інтегральний бал	39,9	38,9	37,0	39,6	37,9	39,9	37,2
Культурна Орторексія	2,1	2,1	2,4	2,4	1,8	2,1	2,0
Сімейна Орторексія	2,4	2,4	2,2	2,5	2,4	2,4	2,2
Індивідуальна Орторексія	3,0	2,8	2,4	2,5	2,9	2,9	2,8

На Рис. 1 продемонстрована діаграма розподілу значень за інтегральним балом по орторексії, на якій відображений сильний ексцес, що свідчить про перевагу значень у одному діапазоні.



**Рис. 1. Діаграма розподілу значень за інтегральним балом ОРТО-3**

**Аналіз кореляцій** пілотної версії «Трикомпонентного опитувальника по орторексії ОРТО-3» проводився за допомогою метода параметричних статистик Пірсона. Міжшкалова кореляційна матриця, продемонстрована у Таблиці 3, засвідчує наявність значимого ( $p < 2,2e-16$ ) кореляційного зв’язку на рівні  $r = 0,78$  між шкалами «культурна орторексія» та «інтегральний бал», що вказує на мультиколінійність цих понять. Також сильний та значимий ( $p < 2,2e-16$ ) кореляційний зв’язок на рівні  $r = 0,77$  було знайдено між шкалами індивідуальної орторексії та інтегральним балом. Це також може бути свідченням потрапляння у ціль щодо структурування градацій конструкту орторексії із трьох компонентів, але це ще буде перевірено у третьому розділі за допомогою факторних моделей.



Таблиця 3  
Міжшкалові кореляції опитувальника  
ОРТО-3

	Інтегральний бал	Культурна орторексія	Сімейна орторексія	Індивідуальна орторексія
Інтегральний бал	1	0,78*	0,56*	0,77*
Культурна Орторексія	0,78*	1	0,19	0,52*
Сімейна Орторексія	0,56*	0,19	1	0,04
Індивідуальна Орторексія	0,77*	0,52*	0,04	1

Шкали культурної та індивідуальної орторексії корелюють між собою також на високому і значимому ( $p = 7,979e-08$ ) рівні  $r = 0,52$ . Сімейна орторексія із інтегральним балом показала високий та значимий ( $p = 8,179e-09$ ) кореляційний зв'язок на рівні  $r = 0,56$ , що свідчить про те, що ці поняття добре пов'язані одне із одним і зростання значень одного показника впливає на зростання значень іншого лінійним чином. Досить слабким ( $r = 0,19$ ) і незначимим ( $p = 0,06$ ) виявився зв'язок між шкалами культурної та сімейної орторексії, що може свідчити про те, що питання конструктів поставлені таким специфічним чином, щоби диференціювати ці поняття. Як для опитувальника, це може бути хороший результат, адже ми досліджуємо структуру конструктів і переслідуюмо мету більше, надійніше і більш валідно відрізнити поняття. Так само і з шкалами сімейної та індивідуальної орторексії (див. рис. 1–3), які майже не мають ( $r = 0,04$ ) кореляційного зв'язку і він не значимий ( $p = 0,6$ ).

**Надійність шкал** опитувальника ОРТО-3 перевірялася за коефіцієнтами  $\alpha$  Кронбаха,  $\lambda$  6 Гутмана та  $\Omega$  Макдональда. Для порівняння вони наведені у Таблиці 4.

Таблиця 4  
Надійність шкал ОРТО-3

	Інтегральний бал	Культурна орторексія	Сімейна орторексія	Індивідуальна орторексія
$\alpha$ Кронбаха (нестандарт.)	0,58	0,31	0,15	0,6
$\lambda$ 6 Гутмана	0,67	0,47	0,34	0,64
$\Omega$ Макдональда	0,66	0,42	0,50	0,61

Нестандартизований коефіцієнт  $\alpha$  Кронбаха підраховується шляхом використання дисперсії пунктів та дисперсії шкали у цілому. У різних джерелах погляди на достатній рівень коефіцієнту різняться, однак найнижча межа починається від 0,6. Так, із таблиці 4 видно, що позначки 0,6 сягнула тільки шкала «індивідуальна орторексія». Проте інтегральний бал по усім пунктам опитувальника зовсім трохи не дотягує до 0,6 і залишається на рівні 0,58. З іншими двома шкалами ситуація погана: культурна орторексія зупинилася на 0,31, а сімейна взагалі набрала тільки 0,15. Це свід-

чить про те, що питання для конструктів для сімейної та культурної орторексії вибудовані неналежним чином і влучення у контекст не було досягнуто на першому етапі – шкали не мають єдиної семантичної основи. Це може також означати, що кожна субшкала розділяється ще на кілька своїх власних субшкал, які слід розробляти окремо. Наприклад, сімейна орторексія може сама бути окремим конструктом, а не належати до якогось іншого. Далі у роботі буде розглянуто більш детально те, які саме пункти погано працюють на шкалу і як можна підвищити рівень надійності, виключивши чи пересортувавши пункти.

Значення стандартних похибок для нестандартизованого значення  $\alpha$  Кронбаха були отримані такі. Наприклад, для сімейної орторексії отримано занадто великий інтервал похибки (0,14), що для такого показника  $\alpha$  Кронбаха (0,15) є недопустимим. Показник похибки для шкали індивідуальної орторексії є меншим (0,1). Досить високим є показник  $\alpha$  Кронбаха для шкали (на рівні 0,6). Це свідчить про те, що  $\alpha$  Кронбаха у популяції займає діапазон від 0,5 до 0,7.

Усереднені кореляції між завданнями в межах кожної зі шкал показують можливий  $\alpha$  Кронбаха за умови стандартизації усіх балів опитувальника. Так, за результатами ми маємо показник для шкали «індивідуальна орторексія» 0,26, для сімейної – 0,014 і для культурної – 0,12. Це означає, що група нетипових значень для індивідуальної орторексії починається вже після 2,3 балів. Отже, 0,23 як отриманий результат інтеркореляції для шкали «індивідуальна орторексія» свідчить про те, що слабкий зв'язок є.

Медіанні кореляції: інтегральна – 0,071, культурна – 0,087, сімейна – 0,045, індивідуальна – 0,278. Для шкали індивідуальної орторексії медіанний показник є вищим за попередній середній, що свідчить про те, що у шкалі наявні якісь питання, які погано на неї впливають. Це значить, що  $\alpha$  Кронбаха можна буде підняти, виключивши ці погано працюючі питання.

Оскільки  $\alpha$  Кронбаха – це оцінка тільки нижньої межі коефіцієнту надійності, підраховувалася також  $\lambda$  Гутмана та  $\Omega$  Макдональда, показники яких наведені у Таблиці № 3.1, що виявилася більш високою, що свідчить про більшу надійність опитувальника.

Слід додати, що у таблиці 5 наведені результати частот – скільки разів респонденти обирали варіанти відповідей, за розподілом яких можна побачити те, які пункти диференціюють краще, а які гірше.

Таблиця 5

Таблиця частот ОРТО-3

Пункт	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів
1	0,49	0,22	0,13	0,12	0,03
2	0,68	0,17	0,06	0,07	0,03
3	0,11	0,13	0,17	0,33	0,26
4	0,62	0,21	0,10	0,04	0,02
5	0,23	0,16	0,14	0,22	0,24
6	0,36	0,08	0,21	0,27	0,09
7	0,58	0,18	0,10	0,06	0,09
8	0,36	0,28	0,08	0,19	0,10
9	0,30	0,12	0,21	0,22	0,14
10	0,48	0,16	0,12	0,14	0,10
11	0,46	0,27	0,09	0,11	0,08
12	0,20	0,10	0,14	0,39	0,17
13	0,26	0,20	0,28	0,20	0,07
14	0,16	0,27	0,20	0,21	0,17
15	0,39	0,31	0,11	0,13	0,06
16	0,56	0,09	0,10	0,17	0,09

Аналізуючи таблицю 5, слід звернути увагу на те, що 1 бал найчастіше ставився на усі пункти порівняно із 5 балами, які дуже рідко обиралися респондентами, тільки пункт № 5 та № 14 обиралися трохи частіше. Це може свідчити про те, що запитання потрібно переглянути і відкорегувати. Окрім цього, потрібно відкорегувати саму Лайкертівську шкалу для відповідей. Людям було простіше відповісти негативно, можливо, тому, що вони не розуміли, про що ідеться у запитанні.

Наприклад, це стосується запитання № 5 «Батьки примушували їсти, навіть коли не був\ла голодний\на», що має дуже сильний відгук у респондентів, у відповідь на яке використовувалася уся шкала Лайкерта. Можна сказати, що це питання торкається наболілої теми для багатьох респондентів.

Також пункт № 2 та № 4 працюють найгірше, адже більшість людей обрала відповідь «повністю не погоджуюся». Дійсно, твердження «Мама (чи тато) постійно була\був на дієті або дотримувалася посту» за пункту № 2 має у собі дві суперечливі взаємозамінні і недоповнюючі одна одну ідеї про дієту і пост. Це різні речі, тому поєднання їх в одному пункті збиває з пантелику респондентів.

Пункт № 4 «Краще переїсти ніж недоїсти» також нестабільний, адже не зовсім зрозуміло, що саме потрібно виміряти. Слід конкретизувати його та спростити. Також слід звернути увагу на те, що воно не конкретизує культурну складову, а виглядає як індивідуальне упередження.

Продовжуючи аналіз надійності опитувальника ОРТО-3, наступним кроком була зроблена процедура оцінки надійності при виключенні деяких пунктів. Наприклад, оцінюючи шкалу «культурна орторексія», ми отримали Кронбаха 0,31. Крім цього, RStudio видав примітку із попередженням про те, що пункти № 1

та № 4 негативно корелюють із усією шкалою і мають бути переведені у зворотні. У разі якщо виключити із шкали пункт № 1,  $\alpha$  Кронбаха зростає до 0,36, а якщо виключити пункт № 4 – зростає до 0,35. Решта пунктів шкали (№ 7, 10 та 13) разом корелюють сильніше.

Це пояснюється тим, що 7, 10 та 13 пункти говорять про публіку, соціальні мережі та групи людей, а от 1 та 4 пункти не уточнюють культурну складову, а можуть бути трактовані як особистісні упередження і віднесені до будь-якої групи. Виключивши 1 та 4 пункти зі шкали, ми отримали  $\alpha$  Кронбаха 0,5. Отже, слід продовжити формулювати питання на кшталт 7, 10 та 13, щоби ще більше підвищити надійність шкали «культурна орторексія». Пункти шкали «культурна орторексія» повинні описувати культурні норми харчування, які приймає чи не приймає для себе індивід.

Шкала сімейної орторексії проявилася найгірше. Вона має найнижчі показники  $\alpha$  Кронбаха – 0,15. Деякі питання містять навіть від'ємні коефіцієнти, як, наприклад, -0,13 для 11 пункту. Проте і корелює 11 пункт із усією шкалою найбільше – 0,33. Крім цього, у висновку програми зазначено, що пункти 8 та 2 негативно корелюють із усією шкалою і повинні бути зворотними. Пункт 8 має найвищий  $\alpha$  Кронбаха 0,30 і корелює на рівні  $r = -0,14$  із усією шкалою. Все це говорить нам про те, що шкала сімейної орторексії як конструкт не існує ні семантично, ні понятійно, а усі питання мають різні значення та групуються. Отже, конструкт потрібно наново з нуля вибудувувати. Якщо вибудувувати знову шкалу, варто звернути увагу і спертися на питання 11 та 8, довкола яких потрібно намагатися будувати новий конструкт. Пункт 14 взагалі не пов'язаний із шкалою, варто його конкретизувати, виділивши, що саме і в який період історії вважалося здоровим харчуванням.

Вбачалося, що шкала сімейної орторексії повинна вимірювати схильність до орторексії з дитинства. Правила, які встановлювалися у родині щодо харчування дітей, могли у дорослому віці стати прийнятими або відхиленними, дитина могла погоджуватися з ними чи ні. У подібному стилі слід було вибудувувати шкалу, вимірюючи те, чи впливала родина на подальший вибір дорослої людини щодо стилю харчування. Варто також мати на увазі, що орторексія пов'язана із обмеженнями.

Шкала індивідуальної орторексії виявилася найбільш надійною і структурованою як конструкт ( $\alpha$  Кронбаха 0,59). Можна звернути увагу на пункт 15 «Їжа для мене – це паливо, а не інструмент задоволення», який працює на шкалу найгірше. Якщо його видалити,  $\alpha$  Кронбаха збільшиться до 0,65. Цей пункт потрібно конкретизувати, адже якщо їжа для когось – це «паливо», це одне, але інші люди можуть отри-

мувати задоволення від того, що вони дотримуються здорового харчування а не тільки від самої їжі (наприклад, солодкого) або навіть естетичного задоволення. Таким чином, пункт надто загальний і його варто конкретизувати, розбивши на кілька підпунктів.

**Факторний аналіз** опитувальника ОРТО-3 було зроблено експлораторним та конфірмаційним методами. Результати експлораторного факторного аналізу наведені у таблиці 6. Експлораторний метод дозволив емпірично розділити питання за факторами та мати змогу виділити латентні змінні.

Таблиця 6

**Факторні навантаження**

Пункти	1 фактор	2 фактор	3 фактор
1		0,24	
2		-0,20	
3	0,66		
4	0,26		
5	0,33	0,46	
6	0,71		
7			0,64
8		-0,33	
9	0,53		
10	0,56		
11		0,37	0,44
12	0,45		
13			
14		0,78	
15			0,64
16	-0,33		0,40

Запропоновані програмою емпіричні навантаження на фактори досить непогано збігаються із теоретичними, див. Таблиця 7.

Таблиця 7

**Трифакторні моделі**

	Теоретична модель	Емпірична модель
Культурна орторексія	1, 4, 7, 10, 13	7, 11, 15, 16
Сімейна орторексія	2, 5, 8, 11, 14, 16	1, 2, 5, 8, 11, 14
Індивідуальна орторексія	3, 6, 9, 12, 15	3, 4, 6, 9, 10, 12

Таблиця 8

**Міжфакторна кореляційна матриця для емпіричної моделі**

	Культурна орторексія	Сімейна Орторексія	Індивідуальна Орторексія
Культурна орторексія	1,00	0,26	-0,17
Сімейна орторексія	0,26	1,00	-0,10
Індивідуальна орторексія	-0,17	-0,10	1,00

Перевірка надійності емпіричних шкал дала такі результати.  $\alpha$  Кронбаха для емпіричної факторної моделі культурної орторексії ста-

новить 0,48, для сімейної – 0,23, Індивідуальної – 0,66, а при виключенні 4 пункту зі шкали  $\alpha$  Кронбаха підніметься до 0,69.

Отже, завдяки побудові емпіричної моделі довелось підтвердити наявні світові тенденції у дослідженнях орторексії, які пов'язують її із перфекціонізмом, obsесивністю та самоцінністю [17], що видно при корекції шкали «індивідуальна орторексія», яка формувалася з пунктів 3, 4, 6, 9, 10, 12.

Крім цього, за допомогою методу факторного аналізу програма сама рекомендувала розділити опитувальник не на три фактори, а на чотири. Наприклад, емпірична модель з чотирьох факторів представлена у Таблиці 9.

Таблиця 9

**Навантаження емпіричної чотирифакторної моделі**

Пункти	1 фактор	2 фактор	3 фактор	4 фактор
1				0,65
2				
3	0,39			0,48
4				0,47
5		0,39		
6	0,48			0,38
7			0,61	
8		-0,44		
9	0,53			
10	0,86			
11			0,44	
12	0,32			
13	0,49			
14		0,84		
15			0,64	
16		0,34	0,40	

Перевірка внутрішньої узгодженості шкал із чотирифакторної емпіричної моделі дала такі результати: фактор 1 (пункти 6, 9, 10, 12, 13) має  $\alpha$  Кронбаха 0,70; фактор 2 (пункти 5, 8, 14) –  $\alpha$  Кронбаха 0,43, де 8 пункт зворотний; Фактор 3 (пункти 7, 11, 15, 16) – коефіцієнт 0,48; Фактор 4 (пункти 1, 3, 4) – 0,37, що значно вище, ніж показники для трифакторної моделі.

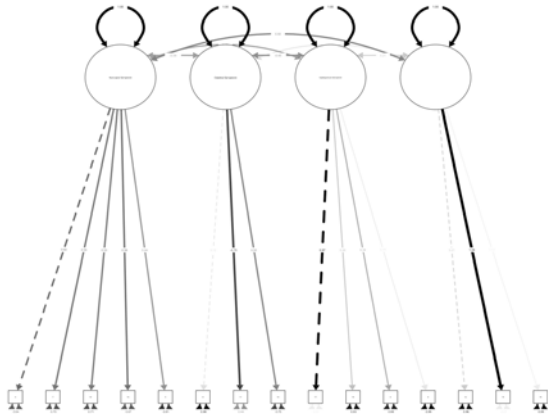
**Конфірмаційний факторний аналіз** перевірів теоретичні та емпіричні моделі. Результати аналізу наведені у Таблиці 10.

Таблиця 10

**Індекси якості моделей ОРТО-3**

	Індекси абсолютної відповідності			Інкrementальні індекси	
	RMSEA	SRMR	Chi-square	CFA	TLI
Теоретична трифакторна модель	0,06	0,10	0,01	0,74	0,69
Емпірична трифакторна модель	0,04	0,09	0,10	0,85	0,82
Емпірична чотирифакторна модель	0,04	0,09	0,09	0,86	0,82

Крім цього, була побудована **ієрархічна модель структурних рівнянь** для емпіричних чотирьох факторів опитувальника ОРТО-3, що зображена на рисунку 2. Відкрити зображення у кращій якості можна за посиланням URL: <https://osf.io/r96jd/>.



**Рис. 2. Ієрархічна модель структурних рівнянь ОРТО-3**

**Висновки.** У статті були представлені результати першого етапу створення трикомпонентного опитувальника з нервової орторексії, до складу якого було включено три шкали – індивідуальної, культурної та сімейної орторексії. Пілотне тестування нового психодіагностичного інструменту вимірювання нервової орторексії дозволило побачити слабкі і сильні сторони опитувальника. З огляду на результати слід відмітити, що шкала індивідуальної орторексії виявилася надійним конструктом, однак дві інші шкали підлягають доопрацюванню і конкретизації запитань для підвищення показників надійності. Була здійснена детальна робота над факторною структурою опитувальника із підбором чітких формулювань пунктів і аналізом реакцій респондентів на них. Таким чином, було перевірено теоретичну і створено дві емпіричні моделі опитувальника (трифакторну та чотирифакторну) за допомогою експлораторного та конфірмаційного факторного аналізу. Порівняння кожної із моделей здійснювалися шляхом оцінки їх інкрементальних та абсолютних індексів відповідності. Побудовано ієрархічну модель структурних рівнянь для фінальної моделі, яка дає змогу оцінити візуально регресійні взаємозв'язки між елементами системи усього опитувальника.

**Перспективи дальших досліджень.** Поглиблення теми нервової орторексії буде продовжено у наступних публікаціях. Зокрема, планується дослідження предикторів нервової орторексії залежно від виду дитячого травматичного досвіду, дисфункціонального сценарію та виду прив'язаності на основі регресійних моделей.

**ЛІТЕРАТУРА:**

1. Виноградов О.Г. Використання можливостей мови програмування та середовища R у психологічних дослідженнях. *Тьюторіал з базових методів*. 2020. 28–63. 2020.2(14). 2.
2. Фатєєва М.С. Психологічні особливості самоусвідомлення осіб з орторексією (Doctoral dissertation, Київський університет імені Бориса Грінченка), 2021.
3. Cheshire A., Berry M., Fixsen A. What are the key features of orthorexia nervosa and influences on its development? A qualitative investigation, *Appetite*, Volume 155, 2020, 104798.
4. Bauer S.M, Fusté A., Andrés A., Saldaña C. The Barcelona Orthorexia Scale (BOS): development process using the Delphi method. *Eat Weight Disord*. 2018. 24:247.
5. Barthels F., Meyer F., Pietrowsky R. Die Düsseldorfer Orthorexie Skala-Konstruktion und Evaluation eines Fragebogens zur Erfassung orthorektischen Ernährungsverhaltens. *Z Klin Psychol Psychother*. 2015. 44 (2): 97–105.
6. Barrada R., Roncero M. Bidimensional structure of the orthorexia: development and initial validation of a new instrument. *Anales De Psicología/Annals of Psychology*. 2018. 34(2): 283–91.
7. Bratman, S. Original essay on orthorexia; 1997. Accessed April 2006.
8. Baumer B., Daniel K., Nicholas H. *Modern Data Science with R*. 2021. 10.1201/9780429200717.
9. Depa J., Barrada J.R., Roncero M. Are the motives for food choices different in orthorexia nervosa and healthy orthorexia? *Nutrients*. 2019. 11(3): 697.
10. Donini L.M., Marsili, D., Graziani, M.P., Imbriale, M., Cannella, C. Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 2005. 10(2), e28-e32.
11. Eckersley R. Is modern Western culture a health hazard. *Int J Epidemiol*. 2006;35:252–8.
12. Galfano, V., Syurina, E.V., Valente, M., & Donini, L.M. When “Healthy” Is Taken Too Far: Orthorexia Nervosa—Current State, Controversies and Future Directions. In *Hidden and Lesser-known Disordered Eating Behaviors in Medical and Psychiatric Conditions*. Springer, Cham. 2022. (pp. 159–176).
13. Gleaves D.H., Graham E.C., Ambwani S. Measuring “orthorexia”: development of the Eating Habits Questionnaire. *Int J Educ Psychol Assess*. 2013. 12(2): 1–18.
14. Hesse-Biber S., Leavy P., Quinn C.E., Zoino J. The mass marketing of disordered eating and eating disorders: the social psychology of women, thinness and culture. Paper Presented at the Women’s Studies International Forum, New York, NY; 2006, pp. 208–224.
15. Koven N.S., Abry A.W. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015. 11: 385–94.
16. Kruis J., Borsboom D. Review of Patrick Mair: *Modern Psychometrics with R*. *Psychometrika*. 2020. 10.1007/s11336-020-09701-w.
17. Mathieu J. What is orthorexia? *J Am Diet Assoc*. 2005. 105(10): 1510–2.
18. Manzano E., Cuzzolaro M., Donini L. M. Hidden and Lesser-known Disordered Eating Behaviors in Medical and Psychiatric Conditions. Springer. 2022.



19. Oberle C.D., Samaghabadi R.O., Hughes E.M. Orthorexia nervosa: assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite*. 2017. 108: 303–10.

20. Oberle C.D., De Nadai A.S., Madrid A.L. Orthorexia Nervosa Inventory (ONI): development and validation of a new measure of orthorexic symptomatology. *Eat Weight Disord*. 2020.

21. Roncero M., Barrada J.R., Perpiñá C. Measuring orthorexia nervosa: psychometric limitations of the ORTO-15. *Span J Psychol*. 2017. 20: E41.

22. Rogoza R., Donini L.M. Introducing ORTO-R: a revision of ORTO-15: based on the re-assessment of original data. *Eat Weight Disord*. 2020;

23. Torp N.C, Dahl K., Skarphedinsson G., Thomsen P.H., Valderhaug R., Weidle B., Wentzel-Larsen T. Effectiveness of cognitive behavior treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: acute outcomes from the Nordic Long-term OCD Treatment Study (NordLOTS). *Behav Res Ther*. 2015. 64: 15–23.

24. Turner P.G., Lefevre C.E. Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord*. 2017. 22(2): 277–84.

25. Varga M., Dukay-Szabó S., Túry F., van Furth EF. Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa [published correction appears in *Eat Weight Disord*. 2013. 18(2): 113. van Furth Eric, F [corrected to van Furth, Eric F]]. *Eat Weight Disord*. 2013. 18(2): 103–11.

## ДОДАТОК

### Трикомпонентний опитувальник орторексії (ОРТО-3) В.В. Кучиної

Перша теоретична версія (без модифікацій після факторного аналізу).

Будь ласка, дайте оцінки вашої міри згоди із твердженнями за шкалою від 1 до 5.

	Повністю не погоджуюся 1	Частково не погоджуюся 2	Важко сказати (як погоджуюсь, так і не погоджуюсь) 3	Майже погоджуюся 4	Повністю погоджуюся 5
#	Запитання				
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

#### ШКАЛИ:

- культурна орторексія – пункти № 1, 4, 7, 10, 13;
- сімейна орторексія – пункти № 2, 5, 8, 11, 14, 16;
- індивідуальна орторексія – пункти № 3, 6, 9, 12, 15.

#### ІНТЕРПРЕТАЦІЯ

Інтегральний бал:

- 16–20 балів – відсутність орторексії,
- 21–41 балів – помірна вираженість,
- 42–61 бали – наявність орторексії,
- 62–80 бали – сильна вираженість орторексії.

Шкали культурної орторексії та індивідуальної орторексії налічують по 5 запитань із максимально можливим балом 25, тому патологічним можна вважати рівень від 17 до 25 балів, нормальним – від 9 до 17 балів, відсутністю вимірюваної ознаки – від 0 до 9 балів. Шкала сімейної орторексії має 6 запитань. Відсутність ознаки – від 0 до 10 балів, норма – від 11 до 20, патологія – від 21 до 30 балів.

Завантажити опитувальник ОРТО-3 можна тут: <https://osf.io/r6axk/>.