

Ortoreksja – nowe rozpoznanie?

Orthorexia – a new diagnosis?

Małgorzata Janas-Kozik^{1,2}, Jan Zejda³, Martyna Stochel¹,
Grzegorz Brożek³, Adam Janas⁴, Ireneusz Jelonek¹

¹ Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu
Kierownik: dr n. med. A. Siwiec

² Katedra Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
Kierownik: prof. dr hab. n. med. I. Krupka-Matuszczyk

³ Katedra Epidemiologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Zejda

⁴ Studenckie Koło Naukowe Katedry Psychiatrii i Psychoterapii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Summary

Introduction: Orthorexia nervosa (Greek: ortho – correct, right; orexis – appetite, desire) is a term introduced in 1997 by the American doctor Steven Bratman and is defined as a pathological fixation with righteous and healthy eating. Clear classification criteria of orthorexia have not been developed yet and there has been an on-going discussion whether it belongs to the group of eating disorders or the obsessive-compulsive disorders.

Aim. The aim of this paper is to summarise briefly the current state of knowledge regarding orthorexia and to point out the difficulties connected with an attempt to classify it in a given disorders group as well as with the attempt to establish the classification criteria.

Discussion. Despite the fact that the problem of orthorexia has been signalled in the Polish media, it has neither been discussed nor published in the Polish medical literature yet. Orthorexia starts when a diet becomes an escape from life – everyday activities are dominated by planning, buying and preparing “proper” meals. Each departure from this regime causes anxiety and guilty conscience and leads to even further tightening of the dietary habits. According to Bratmann, orthorexia is connected with an illusory feeling of safety (preventing from diseases), the urge to exercise a full control over one’s life (elimination of the unpredictable), “a hidden conformism” (eating philosophy helps in a subconscious way to achieve a culturally accepted model of a beautiful body), a search for spirituality and identity, and a desire for self-deprivation.

Conclusions. The arguments presented in this paper substantiate the expediency of implementing the epidemiological studies which will show the scale of the problem, its prevalence and conditionings. Data obtained in this way should facilitate the verification of classification criteria and will also help to formulate the diagnostic criteria of orthorexia.

Słowa kluczowe: ortoreksja, zaburzenia odżywiania się, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne

Key words: orthorexia, eating disorders, obsessive-compulsive disorders

Wprowadzenie

Niezwykle popularnej obecnie, także w Polsce, problematyce zdrowego żywienia towarzyszą liczne doniesienia medialne i publikacje popularnonaukowe, a także naukowe, które dostarczają coraz to nowszych informacji, często wykluczających się wzajemnie. Produkty żywnościowe dzielone są na zdrowe i szkodliwe, naturalne i modyfikowane, a sklepy ze zdrową żywnością spotkać można w każdej większej miejscowości w Polsce. W mediach pojawiają się programy dotyczące zdrowej kuchni oraz liczne informacje na temat szkodliwego lub zbawiennego wpływu różnych pokarmów i sposobów odżywiania na stan zdrowia. Oprócz dobrze znanych, takich jak dieta wegetariańska czy makrobiotyczna, w popularnej prasie można przeczytać o dietach antyrakowych, antyalergicznym czy antyzawałowych. Niektóre z nich mają jedynie podłoże prozdrowotne, inne zdają się posiadać głębsze uzasadnienie ideologiczne (np. oczyszczający powrót do natury, który całkowicie wyklucza obróbkę ciepłą pokarmów (z ang. raw food theory). Zwolennicy „surowej diety” (ang. raw fooders) twierdzą, że gotowane produkty są przyczyną takich stanów jak m.in. zmęczenie, nerwowość, nawracające infekcje, wykwity skórne, alergię czy zaburzenia hormonalne [1].

Dbłość o stosowanie zdrowej, zbalansowanej diety jest z pewnością nawykiem pożądanym i pozytywnie wpływającym na stan zdrowia, jednak zbytne przywiązanie do określonej ideologii związanej z odżywianiem może stać się szkodliwe. Brak dystansu oraz często sprzeczne informacje dotyczące zdrowego sposobu odżywiania prowadzić mogą do wykluczenia całych grup pokarmowych z jadłospisu, a zachowania z tym związane mogą przyjąć charakter patologiczny. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie dotychczasowej wiedzy na temat ortoreksji, czyli patologicznej fiksacji na spożywaniu właściwej i zdrowej żywności [2]. Poruszone zostaną takie kwestie jak proponowane kryteria diagnozy, kłopoty z klasyfikacją oraz zagrożenia płynące z restrykcyjnego sposobu odżywiania. Pomimo że problem ortoreksji sygnalizowany jest w polskich mediach, w polskiej literaturze specjalistycznej brak jest publikacji na ten temat.

Ortoreksja – nowa jednostka związana z zaburzonymi wzorcami odżywiania

Zgodnie z obowiązującymi klasyfikacjami (ICD-10, DSM-IV) termin zaburzenia odżywiania się obejmuje dwa wyraźnie wyodrębnione zespoły – jadłowstręt psychiczny (anoreksję psychiczną) i żarłoczność psychiczną (bulimię psychiczną) oraz ich postacie atypowe [3, 4]. Ponadto w DSM-IV z 1994 roku klasyfikuje się trzecią grupę – kategorię zaburzeń jedzenia nie wyszczególnioną nigdzie indziej, do której oprócz atypowych zaburzeń jedzenia zalicza się zespół napadowego objadania się (ang. binge eating Disorder) oraz zespół nocnego objadania się (ang. night eating syndrom) [4].

W ostatnim czasie obszarem szczególnej uwagi klinicystów stał się problem zaburzeń odżywiania, a badania na ten temat prowadzi się na całym świecie. Zgodnie z wynikami badań epidemiologicznych z ostatnich kilkudziesięciu lat notuje się wzrost liczby zachorowań wśród młodzieży i młodych dorosłych [m.in. 5, 6], poszerza się przedział wiekowy, demograficzny oraz społeczno-ekonomiczny notowanych

przypadków [m.in. 7, 8, 9], coraz częściej mówi się o zaburzeniach odżywiania się u mężczyzn [m.in. 10, 11, 12]. W literaturze przedmiotu pojawiają się nieklasyfikowane dotąd jednostki związane z zaburzonymi wzorcami odżywiania się, takie jak bigoreksja, diabulimia oraz ortoreksja, które otwierają nowe obszary do dyskusji nad zaburzeniami odżywiania się [13].

Ortoreksja (*Orthorexia nervosa*, z gr. *ortho* – prawidłowy, właściwy; *orexis* – apetyt, pożądanie) jest pojęciem wprowadzonym w 1997 roku przez amerykańskiego lekarza Stevena Bratmana, definiowanym jako patologiczna fiksacja na spożywaniu właściwej i zdrowej żywności. W swojej książce „*Heath Food Junkies*” opisuje on własne zmagania z ortoreksją oraz przypadki zachorowań, z którymi zetknął się w praktyce lekarskiej [14]. Bratman utrzymuje, że osoby dotknięte ortoreksją unikają spożywania niektórych pokarmów i/lub określonych sposobów obróbki żywności (np. gotowania, smażenia, mrożenia), ponieważ uważają, że są one szkodliwe dla zdrowia. Obsesyjnie skupiają się na jakości i sposobie przygotowania posiłków, ściśle przestrzegają zasad dotyczących wyglądu i składu pokarmów [14]. Wyjątek stanowią tu wegetarianie, którzy nie spożywają mięsa, ale wprowadzają produkty białkowe pochodzenia zwierzęcego. Reżim dietetyczny w tym przypadku wynika z poszanowania życia innych stworzeń, a nie z lęku przed utratą zdrowia [14]. W Europie przypadek ortoreksji opisany został w Hiszpanii przez zespół ze szpitala Mostoles w Madrycie [15].

Motywacją do podjęcia zdrowego sposobu odżywiania może stać się chęć uniknięcia poważnej choroby, poprawa kondycji fizycznej czy dążenie do pozbycia się szkodliwych nawyków żywieniowych zachodniej diety [14]. Nie w każdym przypadku tego typu zachowanie osiąga poziom patologiczny. Ortoreksja zaczyna się w momencie, gdy dieta staje się ucieczką od życia – codzienna aktywność zdominowana zostaje przez planowanie, kupowanie oraz przygotowywanie posiłków. Każde odstępstwo od reżimu związane jest z lękiem i poczuciem winy, które pociąga za sobą zaostrzenie diety [14, 16, 17]. Jak twierdzi Bratman, ortoreksja związana jest z iluzorycznym poczuciem bezpieczeństwa (możliwość zapobiegania chorobom), pragnieniem całkowitej kontroli nad życiem (eliminacja nieprzewidywalności), „ukrytym konformizmem” (teoria związana z odżywianiem w nieświadomy sposób pozwala na osiągnięcie kulturowo przyjętego wzorca pięknego ciała), poszukiwaniem duchowości i tożsamości, pragnieniem ascetyzmu (ang. *desire for self-deprivation*) [14].

Wśród zagrożeń płynących ze stosowania restrykcyjnej i mało urozmaiconej diety wymienia się niedożywienie oraz zaburzenie funkcjonowania społecznego. W skrajnych przypadkach osoba dotknięta ortoreksją woli głodować niż przyjąć „zakazany” pokarm [14, 15, 17]. Osoby cierpiące z powodu ortoreksji spotkać można wśród wegan, frukterian czy zwolenników „surowej diety” [14, 15]. Najbardziej niebezpieczne wydaje się stosowanie wybiórczej diety u dzieci i osób dorastających. W Wielkiej Brytanii opisano przypadek, w którym rodzice stosowali u kilkuletniego dziecka wegańską dietę w celu eliminacji toksycznego wpływu cieplnej obróbki pokarmów, co doprowadziło u niego do skrajnego niedożywienia i śmierci [16]. Podobny przypadek opisuje Bratman [14], gdzie jedna z jego pacjentek wyeliminowała z jadłospisu swojej 6-letniej córki nabiał, produkty zbożowe, owoce, warzywa oraz cukier w celu uchronienia jej przed migrenami, na które sama cierpiała.

Kryteria diagnostyczne

Ortoreksja nie jest jednostką uwzględnioną w obowiązujących klasyfikacjach chorób i zaburzeń psychicznych (ICD-10, DSM-IV). Pomimo rosnącego zainteresowania zjawiskiem ortoreksji na świecie, brak jest również uzgodnionej definicji oraz powszechnie akceptowalnych, ujednoczonych kryteriów diagnostycznych. Zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i w Europie (m.in. we Włoszech, Wielkiej Brytanii, Hiszpanii, Szwecji) prowadzone są badania dotyczące kryteriów diagnostycznych, narzędzi do diagnozowania oraz rozpowszechnienia objawów ortoreksji w populacji [18–24].

Pierwsze kryteria diagnozy ortoreksji zaproponowali Steven Bratman i David Knight [14]. Zgodnie z nimi za obecnością tego zaburzenia przemawia udzielenie przez osobę badaną twierdzących odpowiedzi na co najmniej 4 spośród 10 następujących pytań: 1) Czy poświęcasz ponad trzy godziny dziennie na myślenie o zdrowym odżywianiu? 2) Czy planujesz posiłki dzień wcześniej? 3) Czy ważniejsze jest dla Ciebie to, co jesz, niż przyjemność płynąca z jedzenia? 4) Czy wraz z poprawą jakości diety wystąpiło u Ciebie pogorszenie jakości życia? 5) Czy jesteś coraz bardziej surowy w stosunku do siebie? 6) Czy jesteś w stanie poświęcić przyjemne doznania płynące z jedzenia, aby jeść to, co uważasz za właściwe? 7) Czy uważasz, że Twoja samoocena wzrasta, kiedy jesz zdrową żywność? Czy potępiasz ludzi, którzy nie odżywiają się zdrowo? 8) Czy masz poczucie winy lub czujesz do siebie odrazę w przypadku odstępstwa od diety? 9) Czy Twój sposób odżywiania izoluje Cię od społeczeństwa? 10) Czy kiedy jesz zgodnie z przekonaniami, masz poczucie całkowitej kontroli?

Lorenzo Maria Donini wraz z zespołem z Rzymskiego Uniwersytetu „Sapienza” [18] podjęli pierwszą próbę empirycznego ustalenia kryteriów diagnozy ortoreksji proponując, aby opierała się ona na: 1) stwierdzeniu cech osobowości obsesyjno-kompulsyjnej, 2) występowaniu przesadnego przywiązania do zdrowego sposobu odżywiania (ang. health fanatic eating habits), 3) stałym, nie przejściowym charakterze zaburzenia, 4) wykazaniu, że zachowania związane z odżywianiem mają negatywny wpływ na jakość życia jednostki. Na podstawie opracowanych kryteriów zespół ten stworzył narzędzie do diagnozowania ortoreksji, które częściowo uwzględnia kwestie zaproponowane wcześniej przez Stevena Bratmana i Davida Knighta. Kwestionariusz ORTO-15 jest narzędziem składającym się z 15 pozycji opisujących nasilenie zachowań ortorektycznych. Odnoszą się one do poszczególnych aspektów poznawczych i emocjonalnych związanych z odżywianiem oraz objawów klinicznych ortoreksji. Kwestionariusz ORTO-15 został zwalidowany i przystosowany do użycia we Włoszech i Turcji, funkcjonuje również jego angielskojęzyczna wersja. Jego autorzy proponują, aby wynik badania na poziomie co najmniej 40 punktów wraz z towarzyszącym wysokim poziomem cech obsesyjno-kompulsyjnych przemawiał za rozpoznaniem ortoreksji [19].

Kłopoty z klasyfikacją – w kręgu zaburzeń odżywiania się czy zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych?

Jak już wspomniano, ortoreksja nie stanowi samodzielnej jednostki chorobowej uwzględnionej w klasyfikacjach, zwyczajowo jednak umieszczana jest wśród zaburzeń

odżywiania się [15, 16, 17]. Oficjalną informację na temat ortoreksji umieściła w 2003 roku na swej stronie międzynarodowa organizacja związana z walką z zaburzeniami odżywiania NEDA (National Eating Disorders Association). Niektórzy badacze popierają jednak stanowisko, w którym charakterystyczne dla ortoreksji zachowania mieszczą się w ramach wyróżnianych zachowań w klasyfikacjach zaburzeń odżywiania i w związku z tym nie powinny być uznawane za odrębną jednostkę klasyfikacyjną [25].

Ortoreksja prezentuje obraz podobny do obrazu jadłowstrętu psychicznego. W obu przypadkach występują rytuały związane z posiłkami, zaabsorbowanie spożywanymi pokarmami, sztywne nawyki żywieniowe oraz związek samooceny z odżywianiem. Zarówno osoby cierpiące z powodu anoreksji, jak i ortoreksji postrzegać mogą swoje objawy jako egosyntoniczne oraz prezentować mogą niską motywację do leczenia [por. 14, 26]. Warto także zaznaczyć, że osoby prezentujące zachowania żywieniowe związane z ortoreksją (mierzone za pomocą ORTO-15) uzyskują wysokie wyniki w teście badającym zachowania i postawy wobec jedzenia u pacjentów anorektycznych (EAT-40) [21, 24]. W większości przypadków jadłowstręt psychiczny zaczyna się od stosowania diety, np. przejścia na wegetarianizm, opuszczania posiłków i ograniczania się do zjedzenia „czegoś zdrowego”, jak warzywa czy produkty pełnoziarniste. Wielu chorych celebrytuje swoje posiłki, praktykuje różne rytuały związane z jedzeniem, przejawia zaabsorbowanie przepisami kulinarnymi i gotowaniem [27]. W przypadku ortoreksji długotrwałe stosowanie wybiórczej diety również prowadzić może do zmniejszenia masy ciała i niedożywienia, jednak sama ilość spożywanego pokarmu zwykle nie jest ograniczana, znaczenie ma raczej jakość, a nie ilość czy kaloryczność pożywienia [14, 15, 21]. W trzech badaniach dotyczących tendencji ortorektycznych nie wykazano związku pomiędzy wynikami testu ORTO-15 a wskaźnikiem masy ciała (BMI), co wskazywałoby na odrębność ortoreksji od anoreksji psychicznej [18, 21].

Analiza obrazu ortoreksji uzasadnia również pytanie o odrębność tej jednostki od zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych. Ortoreksja związana jest z obsesyjnym skupieniem na jakości i sposobie przygotowania posiłków, ścisłym przestrzeganiu zasad dotyczących składu i wyglądu pokarmów, unikaniem pewnych ich form konserwacji czy sposobu przygotowania, co z kolei klasyfikuje ją blisko zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych. Związek pomiędzy tymi dwoma zaburzeniami nie jest jednak jasny. Zachowania związane ze zdrowym odżywianiem się można uznać za specyficzny podtyp zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (OCD, Obsessive-Compulsive Disorder). Zarówno w OCD, jak i w ortoreksji występują uporczywe obsesje (np. myślenie o składzie pokarmów, planowanie menu) oraz powtarzające się czynności (np. wybieranie i przygotowywanie posiłków we „właściwy” sposób). Co więcej, trudno jednoznacznie stwierdzić, czy obsesyjne myślenie o odżywianiu powoduje u tych osób cierpienie, a także czy zabiegi związane z odżywianiem wykonywane są w celu redukcji lęku. Zgodnie z opinią Stevena Bratmana [14] „ortorektycy” traktują swoją dietę z dumą i często starają się przekonywać innych do takiego sposobu odżywiania się, nie mają także poczucia choroby. W przypadku OCD objawy traktowane są jako egodystoniczne.

W kilku badaniach wykazano związek pomiędzy zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi a tendencjami ortorektycznymi – charakterystyczne dla ortoreksji zachowania

żywieniowe (ORTO-15) współwystępują z cechami obsesyjno-kompulsyjnymi (MMPI, MOCI) [18, 19, 20]. Z drugiej strony wiadomo, że anoreksja współwystępuje z OCD [28–31]. Badając nasilenie objawów z kręgu obsesyjno-kompulsyjnych przy użyciu kwestionariusza Yale-Brown, który służy do oceny postępu leczenia w przypadku tego zaburzenia, część związana z dietą, wyglądem, myślami czy czynnościami powiązanych np. z planowaniem menu, w przypadku chorych cierpiących na jadłowstręt psychiczny nie jest brana pod uwagę, gdyż wpisuje się w całości kształt obrazu klinicznego jadłowstrętu psychicznego [32]. Czy wobec tego nie należałoby w taki sam sposób spojrzeć na ortoreksję, biorąc pod uwagę ten aspekt? Jednocześnie w fenotypie pacjentek z jadłowstrętem psychicznym są takie cechy charakteru, jak perfekcjonizm, wysoki poziom aspiracji, niska samoocena [33].

Przedstawione niejasności co do natury objawów ortoreksji oraz trudności z klasyfikacją wskazują na konieczność dalszych badań empirycznych w tym kierunku.

Wyniki badań populacyjnych dotyczących ortoreksji

Ze względu na fakt, że ortoreksja jest stosunkowo nowym zagadnieniem, niewiele jest danych empirycznych dotyczących jej przebiegu, obrazu klinicznego czy rozpowszechnienia. Prowadzone badania dotyczą zwykle niewielkich grup, a uzyskiwane wyniki są rozbieżne. Ponadto przyjęte kryteria „diagnozy ortoreksji” różnią się, co utrudnia porównanie wyników.

Pierwsze badania empiryczne przeprowadzone zostały w 2001 roku we Włoszech przez zespół Lorenzo Maria Doniniego [18] na zróżnicowanej wewnętrznie grupie 404 osób (m.in. pracownikach Instytutu Biochemii Uniwersytetu „La Sapienza”, pracownikach Ministerstwa Włoskich Sił Powietrznych, pracownikach telewizji Sat 2000, studentach Plinio Scientific High School, rodzicach uczniów czwartej klasy San Giuseppe Junior School). W badaniu wykluczono osoby poniżej 16 roku życia ze względu na niewystarczającą autonomię w doborze posiłków. Do diagnozy ortoreksji użyto kombinacji kwestionariusza badającego cechy obsesyjno-kompulsyjne osobowości (skala 7 MMPI) oraz stworzonego na potrzeby badania kwestionariusza dotyczącego odżywiania się. Autorzy badania wyróżnili trzy grupy wśród osób badanych – 1) cierpiący z powodu ortoreksji (wysokie nasilenie cech obsesyjno-kompulsyjnych oraz zaburzony wzorzec odżywiania się), 2) grupa osób z wysokim nasileniem cech obsesyjno-kompulsyjnych, ale prawidłowym wzorcem odżywiania się oraz 3) grupa osób z zaburzonym wzorcem odżywiania się, ale niepodwyższonym nasileniem cech obsesyjno-kompulsyjnych. Uzyskane wyniki sugerują dość duże rozpowszechnienie ortoreksji w populacji (6,9%), częściej występującej wśród mężczyzn. W grupie „ortorektyków” w porównaniu z pozostałymi dwiema grupami przeważały osoby z niższym wykształceniem, wyższym wiekiem oraz preferujące posiłki przygotowywane w domu z produktów ekologicznych. Nie odnotowano różnic w zakresie BMI, stanu cywilnego, posiadanego potomstwa, wykonywanego zawodu oraz preferowanego źródła czerpania informacji o zdrowiu [18].

Późniejsze badania dotyczące ortoreksji wykorzystujące kwestionariusz ORTO-15 [19] obejmowały jednak niewielkie grupy. Badanie przeprowadzone w Turcji w 2005

roku wykazało ponad 40-procentowe rozpowszechnienie ortoreksji wśród rezydentów medycyny (odcięcie na poziomie poniżej 40 pkt. w ORTO-15), przy braku różnic związanych z płcią i BMI pomiędzy osobami uzyskującymi wysokie i niskie wyniki w ORTO-15¹ [20]. Inne badanie przeprowadzone w tym samym kraju i wykorzystujące ORTO-11 (wersja ORTO-15 po walidacji w Turcji) wykazało wśród studentów medycyny rozpowszechnienie ortoreksji na poziomie 1,9% (w przedziale 0–15 pkt) oraz 57,5% (w przedziale 16–31 pkt) oraz częstsze występowanie wśród mężczyzn niż kobiet [24]. Zespół Gülcan Arusoğlu [21] dokonał adaptacji kwestionariusza ORTO-15 do warunków tureckich. W Polsce po raz pierwszy zespół badaczy, reprezentowany przez autorów niniejszej publikacji, przetłumaczył kwestionariusz OTRO-15 na język polski i rozpoczął proces jego walidacji w populacji sosnowieckiej młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. Prowadzone aktualnie badanie poszerzone jest o kwestionariusz Leytona [34], EAT-26 [35] oraz autorski kwestionariusz zespołu badawczego zbierający dane dotyczące płci, wykształcenia rodziców, przebytych chorób, warunków społeczno-ekonomicznych. Pierwsze wyniki badania będą znane w 2012 roku.

Podsumowanie

Zaburzenia odżywiania się są ważnym społecznie problemem i jednocześnie zagadnieniem stymulującym wyraźnie wzrastające zainteresowanie ze strony klinicystów i dietetyków, epidemiologów i specjalistów w zakresie zdrowia publicznego. Nie wszystkie postacie zaburzeń odżywiania się posiadają stosowną, wystarczającą dokumentację naukową – i do takich należy ortoreksja. Zainteresowanie tym typem zaburzenia, jakkolwiek żywe i autentyczne, ma krótką historię, co z kolei uzasadnia celowość poddania ortoreksji badaniom uwzględniającym instrumentarium kliniczne, dietetyczne, psychologiczne i epidemiologiczne. Wśród aktualnych problemów priorytetem staje się opracowanie standardowych kryteriów diagnostycznych i klasyfikacyjnych ortoreksji, co nie jest możliwe bez poznania historii naturalnej omawianego zaburzenia. Te kwestie powinny stanowić przedmiot badań epidemiologicznych, uwzględniających właściwe dla danej populacji uwarunkowania demograficzne, kulturowe i społeczno-ekonomiczne, a także presję czynników związanych z rynkiem żywnościowym. Tego typu interdyscyplinarne podejście jest uzasadnione nie tylko kliniczną rangą ortoreksji, ale także jej znaczeniem z perspektywy zdrowia publicznego.

Орторексия – новый диагноз?

Содержание

Орторексия (orthorexia из группы ortho – правильный, действительный orexis аппетит, влечение) является понятием, введенным в 1997 году американским врачом Стивеном Братманом и определенным как патологическая фиксация на употребление собственной и здоровой пищи. Нет еще разработок, однозначно определяющих критерии классификации орторексии, относящиеся к ее принадлежности к нарушениям питания или обсессивно-компульсивных.

¹ W badaniu wykorzystano kwestionariusz ORTO-15 bez adaptacji do warunków tureckich. Przetłumaczono jedynie wersję włoską kwestionariusza na język turecki.

Заданием статьи является сжатое суммирование известных научных сведений, относительно орторексии и указание на трудности, связанные с пробой квалификации ее к определенной группе нарушений, а также с пробой установления классификационных критерий. В работе представлены аргументы, которые обуславливают необходимость эпидемиологических исследований, которые могут показать шкалу проблем, ее распространение и обуславливания. Полученные, таким путем данные, облегчают верификацию классификационных критерий, а также способствуют формировке диагностики орторексии.

L'orthorexie – diagnostic nouveau?

Résumé

L'orthorexie (Orthorexia nervosa, grec ortho – correct, orexis – appétit) c'est une notion introduite en 1997 par Steven Bratman, médecin américain, qui définit la fixation pathologique sur l'ingestion d'une nourriture saine. Pour l'instant on n'a pas élaboré de critères diagnostiques claires de ce trouble et on discute s'il appartient aux troubles du comportement alimentaire ou obsessifs-compulsifs. Cet article vise à présenter l'état sommaire du savoir concernant l'orthorexie, à définir les difficultés de la classifier ainsi qu'à élaborer ses critères diagnostiques. Les arguments présentés par les auteurs attestent la nécessité des recherches futures en question qui analyseront son épidémiologie, sa prévalence, son importance et son conditionnement.

Piśmiennictwo

1. Nison P. *The Raw Life – Becoming natural in an unnatural World*. New York: 343 Publishing Company; 2001.
2. Bratman S, Knight D. Health food junkies. *Orthorexia nervosa: Overcoming the obsession with healthful eating*. New York: Broadway Books; 2000.
3. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition*. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
4. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskaźniki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1997.
5. Van Son GE, van Hoeken D, Bartelds AI, van Furth EF, Hoek HW. *Time trends in the incidence of eating disorders: A primary care study in The Netherlands*. Int.J. Eat. Disord. 2006; 39 (7): 565–569.
6. Currin L, Schmidt U, Treasure J, Hershel J. *Time trends in eating disorder incidence*. Br. J. Psychiatry 2005; 186: 132–135.
7. Lee HY, Lee EL, Pathy P, Chan YH. *Anorexia nervosa in Singapore: A eight-year retrospective study*. Singapore Med. J. 2006; 46 (6): 275–281.
8. Makino M, Tsuboi K, Dennerstein L. *Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries*. MedGenMed. 2004; 6 (3): 49.
9. Walcott DD, Pratt HD, Patel DR. *Adolescents and eating disorders: Gender, racial, ethnic, socio-cultural, and socioeconomic issues*. J. Adolescent Res. 2003; 18 (3): 223–243.
10. Cumella E. *Examining eating disorders in males*. Behavioral Health Management 2003; 23 (4): 38–41.
11. Hoek HW, van Hoeken D. *Review of the prevalence and incidence of eating disorders*. Int. J. Eat. Disord. 2003; 34: 383–396.
12. Harris M, Cumella E. *Eating disorders across the life span*. J. Psychos. Nurs. 2006; 44 (4): 21–26.
13. Hepworth K. *Eating disorders – not just a girl thing*. J. Christ. Nurs. 2010; 27 (3): 236–241.

14. Bratman S, Knight D. *Health Food Junkies. Orthorexia nervosa: Overcoming the obsession with healthful eating*. New York: Broadway Books; 2000.
15. Zamora MLC, Bonaecha BB, Sanchez FG, Rial BR. *Orthorexia nervosa. A new eating disorder?* Actas Esp. Psiquiatr. 2005; 33 (1): 66–68.
16. Mac Evilly C. *The price of perfection. British Nutrition Foundation*. Nutrition Bulletin 2001, 26: 275–276. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1467-3010.2001.00182.x/full>
17. Kratina K. *Orthorexia nervosa*. National Eating Disorders Association; 2006. <http://www.nationaleatingdisorders.org/uploads/file/Orthorexia%20Nervosa.pdf>
18. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Canella C. *Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon*. Eat. Weight Disord. 2004; 9 (2): 151–157.
19. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Canella C. *Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire*. Eat. Weight Disord. 2005; 10 (2): 28–32.
20. Bagci Bosi TA, Camur D, Guler C. *Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctor in the faculty of medicine (Ankara, Turkey)*. Appetite 2007; 49 (3): 661–666.
21. Arusoglu G, Kabakci E, Koksall G, Kutluay Merdol T. *Orthorexia nervosa and adaptation of ORTO-15 into Turkish*. Turkish J. Psychiatry 2008; 19 (3): 283–291.
22. Eriksson L, Baigi A, Marklund B, Lindgren EC. *Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants*. Scand. J. Med. Sci. Sports 2008; 18 (3): 389–394.
23. Aksoydan E, Camci N. *Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists*. Eat. Weight Disord. 2009; 14 (1): 33–37.
24. Fidan T, Ertekin V, Isikay S, Kirpinar I. *Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey*. Compr. Psychiatry 2010; 51 (1): 49–54.
25. Strand E. *Orthorexia: Too Healthy?* Psychology Today 01.09.2004. <http://www.psychologytoday.com/articles/200412/orthorexia-too-healthy>
26. Starzomska M. *Egosyntoniczność jako patognomiczny objaw anoreksji*. Psychoterapia 2008; 3 (146): 61–74.
27. Herpetz-Dahlmann B. *Zaburzenia odżywiania się u młodzieży: definicje, obraz kliniczny, epidemiologia i współchorobowość*. Med. Prakt. Psychiatria 2010; 5 (16): 31–45.
28. Salbach-Andrae H, Lenz K, Simmendinger N, Klinkowski N, Lehmkuhl U, Pfeiffer E. *Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa*. Child Psychiatry Hum. Dev. 2008; 39 (3): 261–272.
29. Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N. *Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa*. Am. J. Psychiatry 2004; 161 (12): 2215–2221.
30. Godart NT, Flament MF, Lecrubier Y, Jeammet P. *Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance*. Eur. Psychiatry 2000; 15 (1): 38–45.
31. Thornton C, Russel J. *Obsessive compulsive comorbidity in the dieting disorders*. Int. J. Eat. Disord. 1997; 21: 83–87.
32. Pużyński S, Wciórka J. *Narzędzia oceny stanu psychicznego*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. red. *Podstawy psychiatrii, t.1*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002. s. 453–526.
33. Rajewski A. *Zaburzenia odżywiania*. W: Namysłowska I. red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: PZWL; 2004. s. 247–266.
34. Bryńska A, Wolańczyk T. *Metody oceny zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego u dzieci i młodzieży – część I. Polska wersja kwestionariusza The Leyton Obsessional Inventory – Child Version*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej: *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2000. s. 65–71.

-
35. Włodarczyk-Bisaga K. *Ocena własności psychometrycznych EAT26 dla populacji dziewcząt nastoletnich*. W: *Zaburzone postawy i zachowania wobec odżywiania się*. Nieopublikowana praca doktorska, 1992, Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa.

Adres: Małgorzata Janas-Kozik
Oddział Psychiatrii
i Psychoterapii Wieku Rozwojowego
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II
41-218 Sosnowiec, ul. Gabrieli Zapolskiej 3

Otrzymano: 18.11.2011
Zrecenzowano: 28.03.2012
Otrzymano po poprawie: 24.04.2012
Przyjęto do druku: 24.05.2012
Adiustacja: L. Sz.