

## **Ortoreksja – wypaczone podejście do zdrowego odżywiania się**

### **Orthorexia nervosa – a distorted approach to healthy eating**

Mateusz Gortat<sup>1</sup>, Marzena Samardakiewicz<sup>2</sup>, Adam Perzyński<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Instytut Edukacji i Doskonalenia Praktycznego, Stowarzyszenie Młodych Naukowców

<sup>2</sup> Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Zakład Psychologii Stosowanej

<sup>3</sup> Uniwersytet Medyczny w Lublinie, II Klinika Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej

#### **Summary**

Consumers are increasingly reaching for food which is safe for their health. This tendency may give rise to eating disorders defined as orthorexia nervosa. The prevalence of orthorexia in society ranges from 1% to 60% and is mainly related to lifestyle. Research conducted over the last 10 years shows that the number of people facing the risk of orthorexia is increasing. People with orthorexia pay special attention to the quality of food they eat, which leads to the elimination of certain products from their diet. Dietary restrictions are accompanied by stress, anxiety and self-aversion. The study seeks to systematize the knowledge of orthorexia in light of the latest publications concerning this disorder, providing a description of psychometric tools used to diagnose orthorexia. The diagnostic questionnaires available today, which are intended to assess the risk of orthorexia, have different psychometric values, which usually makes the disorder hard to assess on a global scale. The available research tools do not sufficiently identify the boundary between an excessive interest in healthy eating and lifestyle and a real disorder that affects everyday functioning.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia odżywiania się, ortoreksja, obsesja

**Key words:** eating disorders, orthorexia nervosa, obsession

#### **Wstęp**

W ostatnich latach opublikowano szereg badań dotyczących niekorzystnych zachowań żywieniowych, które uważa się za jeden z najważniejszych czynników kształtujących zdrowie. Nadkonsumpcja żywności wysoko przetworzonej charakteryzującej się niewłaściwym zbilansowaniem składników odżywczych przyczyniła się do pogorszenia stanu zdrowia społeczeństwa [1]. Wobec intensyfikacji zagrożeń cywiliza-

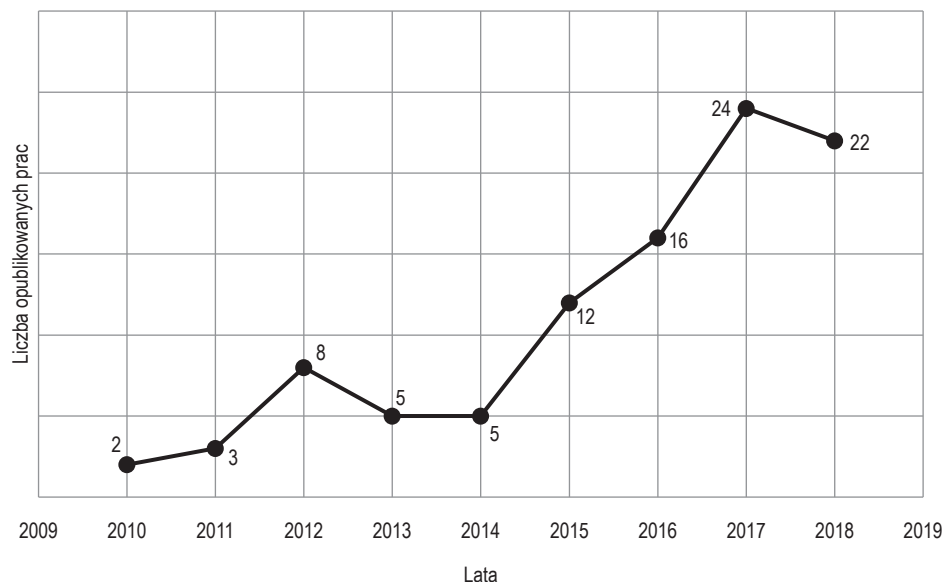
cyjnych, zwiększającej się zapadalności na choroby zależne od diety oraz wzrastającej świadomości zanieczyszczenia pożywienia toksynami obecnymi w glebie, wodzie i powietrzu upowszechnia się zainteresowanie żywnością ekologiczną i prozdrowotną [2]. Zainteresowanie to wykorzystali producenci żywności, wprowadzając na rynek nowe, innowacyjne produkty oraz przeprowadzając odpowiednie kampanie reklamowe, kształtujące oczekiwane zachowania żywieniowe [3]. Również wiele organizacji rządowych i międzynarodowych organizowało programy, których celem była promocja zdrowego stylu życia [4, 5]. Choć zdrowy styl życia i zbilansowana dieta są pożądane ze względu na ich pozytywne oddziaływanie na stan zdrowia, przesadna koncentracja na zdrowym odżywianiu może przyjąć charakter patologiczny i implikować negatywne skutki, czego przykładem jest ortoreksja psychiczna (*orthorexia nervosa*) [6, 7].

Celem artykułu była systematyzacja wiedzy z zakresu stosunkowo nowego i dość słabo poznanego zjawiska, jakim jest obsesyjne podejście do zdrowego odżywiania się (ortoreksja), oparta na przeglądzie psychologicznej literatury polskiej i anglojęzycznej z lat 1997–2019. Większość analizowanych badań pochodziła z ostatnich 5 lat. Problem ortoreksji został omówiony wieloaspektowo – pod kątem diagnostyki psychometrycznej, epidemiologii problemu oraz przyczyn rozwoju tej choroby.

Ortoreksja jest stosunkowo nowym zaburzeniem żywieniowym, które dotąd nie zostało ujęte w klasyfikacji chorób ICD-11 oraz DSM-5. Mimo to powstały na jej temat liczne prace naukowe [8]. Jako pierwszy zaburzenie to opisał w 1997 roku amerykański lekarz Steven Bratman w czasopiśmie „Yoga Journal”, a następnie w książce *W szponach zdrowej żywności (Health Food Junkies)* [9]. Termin „ortoreksja” pochodzi z języka greckiego (*orthos* – „prawidłowy”, *orexia* – „apetyt”). Jest to obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie o podłożu psychicznym, polegające na przesadnym skupieniu na zdrowym sposobie odżywiania [6, 10]. Osoba cierpiąca na ortoreksję zwraca szczególną uwagę na jakość spożywanych produktów. Z diety eliminuje pokarmy wysoko przetworzone oraz zawierające sztuczne dodatki, czyli produkty, które nie spełniają jej wygórowanych kryteriów żywieniowych. Osoba z ortoreksją kładzie nacisk nie tylko na skład jakościowy żywności, ale także na technikę i sprzęt użyty do jej przygotowania. Osoba taka dokładnie czyta etykiety produktów, zakupów często dokonuje w sklepach ze zdrową żywnością. Zakupom i przygotowaniu żywności towarzyszy szereg obaw (tab.). W celu maksymalizowania zdrowotnych korzyści płynących z odżywiania się chory wytwarza specyficzne wzorce zachowań polegające np. na niełączeniu niektórych produktów spożywczych lub spożywaniu wybranych pokarmów tylko o ściśle określonych porach dnia lub w określonych odstępach czasowych. Pomędzy posiłkami osoba cierpiąca na obsesję zdrowego odżywiania poświęca dużo czasu na czytanie o żywności, katalogowanie jej, ważenie pokarmów oraz dalsze planowanie posiłków [11]. Niektóre osoby cierpiące na ortoreksję rezygnują z obróbki pokarmów i spożywają je na surowo [12].

Jeżeli działania podjęte przez chorego zostaną zakłócone lub udaremnione, reaguje on silną frustracją. Gdy zaś sam nie sprosta założeniom swojej restrykcyjnej diety, ma poczucie winy, a nawet odczuwa wstręt do samego siebie. Efektem niepowodzeń w restrykcyjnym przestrzeganiu zasad zdrowego odżywiania może być potrzeba ukarania się, która prowadzi do zaostrenia rygorów dietetycznych lub stosowania głodówek

oczyszczających [11, 13]. Nadmierne koncentrowanie się na wyborach związanych z odżywianiem odbija się również na funkcjonowaniu chorego w społeczeństwie. Unika on spotkań ze znajomymi, szczególnie w miejscach, gdzie spożywa się posiłki. Podczas spotkań osoba dotknięta problemem ortoreksji narzuca tematy rozmów związane z odżywianiem się i zdrową dietą, co niekiedy bywa źle odbierane przez innych [14].



Rysunek. Liczba wyszukanych prac w bazie naukowej Scopus po wpisaniu frazy „orthorexia nervosa”, opublikowanych w latach 2010–2018. Stan na dzień 14 października 2018 r.

Tabela. Przykładowe obawy osoby cierpiącej na ortoreksję w stosunku do żywności [11]

Źródło obaw	Rodzaj obaw
Pochodzenie żywności	Czy warzywa były narażone na działanie pestycydów i nawozów sztucznych? Czy produkty mleczne są wolne od hormonów?
Przechowywanie żywności	Czy podczas gotowania zostały utracone składniki odżywcze? Czy dodano konserwanty?
Opakowanie	Czy opakowanie może być źródłem zanieczyszczenia żywności (np. substancjami rakotwórczymi)? Czy etykiety zawierają rzetelne informacje potrzebne do oceny bezpieczeństwa zdrowotnego produktu?

## Skala występowania oraz próba klasyfikacji diagnostycznej ortoreksji

Zaburzenia odżywiania to częsty problem, który dotyczy od 5% do 18% społeczeństwa. Przypadłość ta dotyka szczególnie osoby młode [10, 15]. Częstość występowania ryzyka ortoreksji w ogólnej populacji określa się na 7% [16]. Amerykańska klasyfikacja zaburzeń psychicznych DSM-4 zalicza do zaburzeń odżywiania: jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa* – AN), żarłoczność psychiczną (*bulimia nervosa* – BN) oraz niespecyficzne zaburzenia odżywiania (*eating disorder not otherwise specified* – ENDOS). W 2013 roku ukazała się kolejna edycja klasyfikacji – DSM-5, w której rozszerzono zakres zaburzeń odżywiania o nowe kategorie: zaburzenia z napadami objadania, zaburzenia przeżuwania, zespół Pica, zaburzenia z unikaniem/ograniczeniem spożywania pokarmów (ARFID), inne określone zaburzenia odżywiania się, inne nieokreślone zaburzenia karmienia lub odżywiania się. W opracowanej przez WHO Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 oraz opublikowanym w 2018 roku projekcie edycji ICD-11 również nie wyodrębniono ortoreksji jako oddzielnego zaburzenia. ICD-10 wyszczególnia następujące rodzaje zaburzeń odżywiania: jadłowstręt psychiczny, żarłoczność psychiczną, przejadanie się związane z innymi czynnikami psychologicznymi, inne zaburzenia odżywiania i zaburzenia odżywiania nieokreślone. Niektórzy autorzy zwracają uwagę, że klasyfikacja zaburzeń odżywiania przedstawiona i w ICD-10, i w DSM-5 jest niedoskonała, oderwana od praktyki klinicznej i wymaga częstych zmian diagnozy. Ponadto kryteria diagnostyczne ICD i DSM są mało przydatne w rozpoznawaniu zaburzeń odżywiania się u dzieci i młodzieży [17]. W 2003 roku międzynarodowa organizacja zajmująca się zaburzeniami odżywiania – NEDA (National Eating Disorders Association) umieściła na swojej stronie internetowej oficjalną informację na temat ortoreksji [18].

W praktyce klinicznej nie jest oczywiste, czy ortoreksja powinna być klasyfikowana jako zaburzenie odżywiania, czy zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. Ze względu na to, że objawy dotyczą spożywania pokarmów, ortoreksja może być zaliczana do niespecyficznych zachowań żywieniowych [16, 19]. Biorąc pod uwagę mechanizm ortoreksji, bliżej jej do zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych [6, 10]. Dostępna literatura przedmiotu nie pozwala jednoznacznie stwierdzić, czy ortoreksja powinna stanowić odrębne zaburzenie, wariację innych syndromów lub postawę kulturową. Ortoreksję z anoreksją łączą takie zachowania jak obecność rytuałów związanych z jedzeniem, nadmierne skupienie na odżywianiu, restrykcyjne przyzwyczajenia dietetyczne, zależność samooceny od kontroli nad dietą oraz brak świadomości konsekwencji wynikających ze stosowania ograniczeń żywieniowych. Osoby chorujące na anoreksję skoncentrowane są głównie na obrazie swojego ciała, ilości spożywanego pokarmu oraz przybieraniu na wadze. Niski BMI u osób zagrożonych ortoreksją stwierdza się rzadko. Celem, do którego dąży osoba chora na anoreksję, jest utrata wagi, a samopoczucie tych osób jest uzależnione od tego faktu. Z kolei ortoreksję i zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne charakteryzują potrzeba kontroli, odczucie lęku i obawy, perfekcjonizm. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne związane są z zachowaniami egodystoicznymi, podczas gdy u osób zagrożonych ortoreksją obserwowane są zachowania egosyntoniczne [7, 16]. Badania prowadzone przez Łucką i wsp. [20] przeprowadzone wśród młodzieży oraz

dorosłych do 30. roku życia nie potwierdziły związku ortoreksji z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi, lecz sugerują one klasyfikację ortoreksji w spektrum zaburzeń odżywiania. Pogląd ten potwierdziły badania Bóny i wsp. [21], w których analizowano tendencję do zachowań ortorektycznych wśród Węgrów uczęszczających do siłowni.

Ziółkowska [22] zwraca uwagę na trudność w prawidłowym odróżnieniu ortoreksji (zaliczanej do ENDOS) od zaburzenia z unikaniem/ograniczeniem spożywania pokarmów (ARFID). Zaburzeniom z unikaniem/ograniczaniem spożywania pokarmów towarzyszy lęk przed jedzeniem i napięcie związane z przyjmowaniem posiłków. Restrykcje pokarmowe zaś są próbą niwelowania tych negatywnych emocji. W ortoreksji z kolei wybory i restrykcje żywieniowe podyktowane są subiektywnymi przekonaniami o zdrowym trybie życia chorego. Spośród wszystkich zaburzeń odżywiania w warunkach ambulatoryjnych niespecyficzne zaburzenia odżywiania diagnozowane są w ponad 60% przypadków [19].

Przeprowadzone dotychczas na całym świecie badania wskazują, że częstość występowania ryzyka ortoreksji waha się w granicach od mniej niż 1% nawet do 57,6%. Tak znaczące różnice można wytłumaczyć sposobem doboru próby do badań, jak i ograniczeniami obecnie używanych narzędzi do diagnozy ortoreksji. Prowadzone dotychczas badania skupiały się głównie na ocenie częstości występowania lub ryzyku wystąpienia ortoreksji w wybranych grupach społecznych, takich jak np. studenci różnych kierunków studiów, sportowcy, artyści, wegetarianie, pracownicy służby zdrowia [6, 23].

Analizując dostępną literaturę, można stwierdzić, że istnieją grupy społeczne lub zawodowe szczególnie narażone na ryzyko wystąpienia ortoreksji, do których zalicza się sportowców [24, 25], dietetyków [26], pracowników służby zdrowia i studentów nauk medycznych [27], artystów [28], osoby, które cierpiały na zaburzenia odżywiania [29], osoby ze szczególnymi nawykami żywieniowymi [30].

### Styl życia jako korelat ryzyka ortoreksji

Badania przeprowadzone w Portugalii w grupie blisko 200 osób uczęszczających do siłowni wykazały zachowania ortorektyczne u ponad 51% badanych. Ryzyko wystąpienia ortoreksji wraz z wiekiem zmniejszało się. Płeć oraz poziom wykształcenia w badaniach tych nie miały istotnego wpływu na ryzyko wystąpienia choroby. Autorzy podkreślają, że ryzyko ortoreksji jest powiązane z aspektami niedietetycznymi dotyczącymi wyglądu oraz aktywności fizycznej [25].

Burke i wsp. [31] porównali powszechność występowania ryzyka ortoreksji u osób wykonujących zawody medyczne i niemedyczne i wykazali brak istotnych różnic między tymi grupami społecznymi. Wnioski te potwierdzają również badania Çiçekoğlu i Tunçay [32] przeprowadzone w grupie 62 dorosłych wegetarian i wegan oraz osób niestosujących diety wegetariańskiej lub wegańskiej. Wyniki tych badań dowodzą, że osoby stosujące specjalną dietę wegetariańską/wegańską w teście ORTO-11 osiągały średni wynik 27,7 punktu, a osoby niestosujące tych diet – 27,1 punktu. Autorzy badań zaznaczają, że osoby badane zdecydowały o stosowaniu diety wegetariańskiej/wegańskiej ze względów etycznych, a nie z powodu dbałości o zdrowie. Odmienne

wnioski wynikają z badania prowadzonego w Polsce w grupie 1346 wegetarian i 1265 niewegetarian z wykorzystaniem testu BOT (*Bratman Orthorexia Test*), wedle którego obsesja na tle zdrowego żywienia jest bardziej specyficzna dla wegetarian (30,5%) niż niewegetarian (26,4%). Ortoreksja w większym stopniu dotyczyła osób na diecie laktowegetariańskiej i owowegetariańskiej niż wegańskiej. Była też silniej wyrażana przez osoby młodsze, z niższym poziomem wykształcenia, stosujące wegetarianizm przez krótszy okres [33]. Można to wytłumaczyć tym, że weganizm, jako forma bardziej restrykcyjna niż wegetarianizm, jest filozofią, stylem życia eliminującym stosowanie wszelkich produktów pochodzenia zwierzęcego, przy czym sam aspekt prozdrowotny jest korzyścią dodatkową. Wegetarianizm, pomimo że jest stosowany również ze względów etycznych, skupia się bardziej na konsumpcji i zdrowiu.

Hyrnik i wsp. [34] przeprowadzili szerokie badania diagnostyczne wśród 1899 uczniów szkół średnich z użyciem testu ORTO-15 w polskiej adaptacji. Autorzy postawili diagnozę ryzyka wystąpienia ortoreksji, stosując 3 punkty odcięcia. Pierwszy z nich ustanowiono na poziomie 40 punktów (zalecanym przez autorów testu ORTO-15). Przy tym założeniu aż 61,3% badanych należało uznać za osoby zagrożone ortoreksją. Część autorów jest zdania, że o problemie z ortoreksją świadczy dopiero punkt odcięcia na poziomie 33 punktów, oparty na piątym percentylu rozkładu wskaźnika ryzyka ortoreksji [13, 34]. W przywołanych badaniach wynik taki osiągnęło 4,2% uczestników. Hyrnik i wsp. [34] zaproponowali dodatkowy punkt odcięcia na poziomie 35 punktów, przy którym w ich badaniach problem z zaburzoną podejściem do zdrowego odżywiania dotyczył 13,7% badanych. Swoją decyzję autorzy uzasadnili chęcią wprowadzenia pośredniego punktu odcięcia między obecnie stosowanymi punktami odcięcia, które oceniali jako skrajne.

Reynolds [35], wykorzystując amerykańską wersję testu ORTO-15, przeprowadziła pilotażowe badania, które dowiodły, że przyjmując za punkt graniczny 35 punktów, skłonności ortorektyczne mogą dotyczyć 21% australijskich studentów. Po uwzględnieniu dodatkowych kryteriów, takich jak niedowaga, sylwetka i zachowania społeczne badanych, autorka oszacowała, że ortoreksją zagrożonych jest 6,5% badanych studentów. Dla porównania wyniki włoskich badań przeprowadzonych w dużej grupie studentów (ponad 75% badanych) i pracowników uczelni wskazują, że 32,7% osób studiujących to osoby zagrożone ortoreksją (punkt odcięcia: 35 punktów). Badania te sugerują, że dotyka ona częściej kobiety niż mężczyzn. Ponadto u kobiet wyniki testu ORTO-15 potwierdzały dodatkowe kryteria, takie jak BMI lub częstsze stosowanie diet eliminujących produkty pochodzenia zwierzęcego [6]. Stosunkowo wysoki poziom występowania ryzyka ortoreksji w środowisku uniwersyteckim (35,4% badanych) odnotowali Hayes i wsp. [36]. U badanych zdiagnozowano objawy takie jak poczucie winy związane z nieprzestrzeganiem diety i doświadczenie kontroli podczas jedzenia. Objawy ortoreksji skorelowane były z perfekcjonizmem, niepokojem o wygląd oraz zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi w stopniu małym lub średnim. Dla porównania należy przytoczyć wyniki badań Bundrosa i wsp. [37] przeprowadzone wśród studentów z wykorzystaniem oryginalnego testu Bratmana. Oszacowano w nich, że ryzyko wystąpienia ortoreksji dotyczyło 54,3% badanych. Autorzy zwracają jednak



uwagę, że test BOT nie może zostać uznany za wiarygodne narzędzie diagnostyczne, stąd też w badaniach powszechniejszy jest test ORTO-15 i jego adaptacje [38].

Kolejną grupą społeczną obciążoną wysokim ryzykiem wystąpienia ortoreksji są sportowcy. U osób uprawiających sport oprócz nadmiernej koncentracji na punkcie zdrowej diety może się też pojawić obsesyjne podejście do ćwiczeń fizycznych, wymieniane jako jeden z predyktorów ortoreksji [25]. Potwierdzeniem tej tezy są niemieckie badania z wykorzystaniem testu DOS (*Düsseldorf Orthorexia Scale*), wykonane wśród klientów siłowni [39]. Malmborg i wsp. [40] chcieli ustalić, czy studenci kierunków studiów o charakterze sportowym są bardziej podatni na ryzyko rozwoju ortoreksji niż studenci ekonomii nieuczestniczący w zajęciach sportowych. Studenci kierunków sportowych uzyskali lepsze wyniki testu oceniającego ogólny stan zdrowia, lecz mimo to częściej skarżyli się na problemy związane z odczuwaniem bólu oraz wykazywali większe ryzyko ortoreksji w porównaniu ze studentami ekonomii, którzy nie uprawiali sportu. W niemieckich badaniach prowadzonych w grupie sportowców wyczynowych wykazano, że ortoreksja była dodatnio skorelowana z zaburzeniem o podłożu kompulsyjnym, jakim jest uzależnienie od ćwiczeń fizycznych [39]. Podobną korelację wykazały badania prowadzone wśród włoskich sportowców [24].

Zawodem, który ewidentnie kojarzy się z racjonalnym podejściem do odżywiania, jest dietetyk. Paradoksalnie okazuje się, że ta grupa zawodowa również jest zagrożona wystąpieniem ortoreksji. Kinzl i wsp. [41] za pomocą testu BOT ocenili ryzyko wystąpienia tego zaburzenia u osób wykonujących zawód dietetyka – stwierdzono, że 34,9% badanych wykazuje skłonności ortorektyczne, a 12,8% jest chorych na ortoreksję. Porównywalne wnioski uzyskali Maghetti i wsp. [42].

### **Kontekst kulturowy rozpowszechniania się ortoreksji**

Większość badań nad zjawiskiem ortoreksji koncentrowała się na ocenie częstości jego występowania. Niektórzy badacze oceniali związek ortoreksji z takimi czynnikami jak płeć, wykształcenie, dieta. Brakuje natomiast wystarczającej liczby badań poruszających kwestie czynników środowiskowych, które mogą wpływać na rozwój ortoreksji. Przeprowadzone do tej pory badania sugerują, że ortoreksja występuje głównie w krajach zachodnich. Dlatego też część autorów podkreśla celowość uwzględnienia aspektów kulturowych w ocenie ryzyka rozwoju zapadalności na ortoreksję. Wydaje się to szczególnie istotne, biorąc pod uwagę postępującą globalizację i ryzyko rozprzestrzeniania się tego zaburzenia [43, 44]. Ogromne znaczenie w kształtowaniu zaburzeń związanych z odżywianiem mają media oraz sposób, w jaki przekazują one informacje o zanieczyszczeniach żywności oraz stwarzają presję dotyczącą kontrolowania jakości spożywanych produktów [44, 45]. Przykładem wpływu mediów na zachowania żywieniowe może być wzrost zainteresowania dietą bezglutenową wśród osób niecierpiących na nietolerancję glutenu. Choroby związane z glutenem, takie jak celiakia i ataksja glutenowa, są rzadkimi przypadkami, dotykającymi mniej niż 1% populacji w Stanach Zjednoczonych. Mimo to obserwuje się znaczny wzrost konsumpcji żywności bezglutenowej w Stanach Zjednoczonych w ciągu ostatnich dekad. Dieta bezglutenowa w latach 2005–2016 była jedną z najczęściej wyszukiwanych

przez Amerykanów diet w internecie [46, 47]. Wzrost zainteresowania produktami bezglutenowymi zauważalny jest od kilku lat także w Europie. Popularność diety bezglutenowej została wywołana wieloma czynnikami, z których najistotniejsze to: agresywny marketing producentów żywności, medialne doniesienia o korzyściach płynących z diety bezglutenowej i jej popularność wśród celebrytów [47].

Weber i wsp. [48] przeprowadzili badania wśród sportowców będących na diecie bezglutenowej oraz spożywających produkty z glutenem. U znacznej części badanych zdiagnozowano zagrożenie ortoreksją, jednak nie wykazano istotnych różnic w zapadalności na tę przypadłość między sportowcami spożywającymi produktu zawierające gluten a tymi, którzy eliminowali je z diety. Wniosków tych nie podzielają inni autorzy [47]. Syurina i wsp. [49] są zdania, że kultura zachodnia w znaczącym stopniu przyczynia się do rozwoju ortoreksji. Wyższy poziom dobrobytu ułatwia zdobywanie zdrowej, ekologicznej żywności. Przemysł dietetyczny oraz branża fitness mają ogromny wpływ na rozwój obsesji na punkcie zdrowej żywności oraz dążenia do osiągnięcia idealnej, szczupłej sylwetki. Swój udział w kreowaniu zachowań ortorektycznych mają również media społecznościowe. Często osoba zagrożona ortoreksją uzyskuje w internecie inspirację nową ideą lub akceptację dla swoich działań, co utwierdza ją w ich realizacji.

### Narzędzia do oceny ryzyka wystąpienia ortoreksji

Pierwszym narzędziem stosowanym do diagnostyki występowania zagrożenia ortoreksją był test opracowany przez samego autora pojęcia ortoreksji. Test BOT (*Bratman Test for Orthorexia*) składa się z 10 pytań. Na każde z nich badany może udzielić odpowiedzi „tak” lub „nie”. Za każdą odpowiedź „tak” badany otrzymuje 1 punkt, za „nie” 0 punktów. Wynik 0–1 punktów oznacza, że badany nie cierpi na ortoreksję, 2–3 punkty świadczą o ryzyku wystąpienia tego zaburzenia, a 4 i więcej diagnozuje się jako ortoreksję [10, 18]. Test ten został adaptowany na język niemiecki, szwedzki, angielski i polski [29, 39]. W praktyce naukowej nie jest on zbyt często wykorzystywany. Podstawowy zarzut jest taki, że nie jest to test psychometryczny [10]. Sam Bratman przyznaje, że narzędzie jego autorstwa nie spełnia rygorystycznych wymogów stawianych kwestionariuszom wykorzystywanym w badaniach naukowych [44]. Wyniki badań uzyskanych za pomocą testu BOT powinny podlegać krytycznej ocenie, ponieważ wymagania dotyczące wysokiej jakości spożywanych posiłków nie mogą być utożsamiane z zaburzeniami odżywiania [50].

Test BOT posłużył Doniniemu i wsp. [51] do opracowania bardziej precyzyjnego narzędzia diagnostycznego – testu ORTO-15, składającego się z 15 pytań. Na każde z nich można udzielić odpowiedzi w 4-stopniowej skali: „zawsze”, „często”, „rzadko”, „nigdy”. Odpowiedzi wskazujące na ryzyko zachowań ortorektycznych otrzymują 1 punkt, natomiast odpowiadające prawidłowemu nastawieniu do żywności – 4 punkty. Za punkt odcięcia przyjęto wynik 40 punktów. Uzyskanie niższej liczby punktów wskazuje na skłonność do ortoreksji. W chwili obecnej test ten oraz jego adaptacje są najczęściej wykorzystywane w badaniach naukowych [45, 52]. Kwestionariusz ORTO-15 doczekał się licznych adaptacji. Większość z nich składa się z 15, rzadziej 11 pytań [53]. Adaptacja niemiecka jest najbardziej skrócona – zawiera 9 pytań [54].



W literaturze przedmiotu znajdujemy informację o stosowaniu różnych punktów odcięcia – w celu gradacji ciężkości występujących zaburzeń na tle zdrowego odżywiania się. Oryginalna wersja testu ORTO-15 za punkt odcięcia przyjmowała wynik 40 punktów, w piśmiennictwie z tego zakresu zastosowano również odcięcie przy 35 i 33 punktach [6, 34]. Do warunków polskich kwestionariusz ORTO-15 został opracowany i przystosowany przez Stochel i wsp. [55]. Badania prowadzone wśród młodzieży dowodzą, że kwestionariusz ORTO-15 to wiarygodne narzędzie identyfikujące podejrzenie ortoreksji, cechujące się wysoką powtarzalnością. Wśród naukowców nadal toczy się dyskusja nad zastosowaniem w teście ORTO-15 odpowiedniego punktu odcięcia. Większość autorów korzystających z testu ORTO-15 za punkt odcięcia przyjmuje wartość 40 punktów. W niektórych badaniach, ze względu na zbyt dużą liczbę rozpoznań, dokonywano obniżenia wartości punktu odcięcia. Autorzy kierowali się wtedy oceną stopnia rozkładu wyników w badanych próbach [6, 34, 55].

Według Ceny i wsp. [56] test ORTO-15 oraz autotest BOT były dotychczas najczęściej stosowanymi narzędziami psychometrycznymi w badaniach nad ortoreksją. Naukowcy z Niemiec do oceny stopnia występowania ortoreksji używają również testu DOS (*Düsseldorf Orthorexia Scale/Düsseldorfer Orthorexie Skala*). Test składa się z 10 pytań, na które można udzielić odpowiedzi „zgadzam się” lub „nie zgadzam się”. Łącznie w teście można uzyskać od 10 do 40 punktów. Wynik w granicach 25–29 punktów świadczy o skłonnościach do zachowań ortorektycznych, a wynik 30 i więcej punktów o ortoreksji [39]. Autorzy korzystający z kwestionariusza DOS dobrze oceniają jego wartości psychometryczne i wskazują, że jest on bardziej wiarygodny i rzetelny niż test ORTO-15. Poziom rozpowszechnienia ortoreksji w populacji ogólnej mierzony z użyciem testu DOS waha się od 1% do 3,3% [39, 57].

Barrada i Roncero [58] w 2018 roku opublikowali zaproponowany przez siebie kwestionariusz badający ryzyko wystąpienia ortoreksji pod nazwą TOS (*Teruel Orthorexia Scale*). Kwestionariusz ten stanowi odpowiedź na krytykę wcześniejszych instrumentów badawczych i pozwala rozróżnić akceptowalne zainteresowanie zdrowym odżywianiem od patologicznego. W tym celu autorzy skali wprowadzili dwa pojęcia, takie jak: (1) „ortoreksja”, czyli dążenie do zachowania zdrowej diety, oraz (2) „ortoreksja nerwowa”, która wiąże się z negatywnymi konsekwencjami dla zdrowia oraz psychospołecznego funkcjonowania człowieka [58].

## Wnioski

W ciągu ostatnich lat zaobserwowano wzrost zainteresowania zdrową żywnością, która wolna jest od zanieczyszczeń oraz substancji uznawanych za niekorzystne dla zachowania zdrowia. Mimo iż trend ten jest korzystny, to u niektórych osób przybrał on patologiczną formę lęku i obsesji na punkcie jakości spożywanego pożywienia. Ortoreksja nie stanowi oddzielnej jednostki chorobowej, w praktyce klinicznej klasyfikowana jest jako zaburzenie odżywiania nieokreślone lub zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. W dalszych poszukiwaniach właściwego sklasyfikowania omawianego zaburzenia należy również wziąć pod uwagę możliwość jego ujęcia jako idei nadwartościowej, odwracającej uwagę od istotnych problemów lub nadającej życiu cel. Warto też anali-

zować, czy zaburzenie to występuje jako izolowane, czy też jest jednym z elementów zdrowego stylu życia bądź jednym z wielu natręctw. Obecnie nie można wykluczyć heterogenności ortoreksji.

Badania naukowe prowadzone w ciągu ostatnich 10 lat wskazują, że liczba osób cierpiących na ortoreksję wzrasta. Rozpowszechnienie ryzyka wystąpienia ortoreksji oraz samej ortoreksji jest różne w zależności od badanej grupy społecznej. Zaburzenie to dotyka najczęściej osób, które dbają o odpowiednią dietę i zdrowie. Przyczyn ortoreksji dopatruje się w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych, fobii czy hipochondrii, jednak prowadzone dotychczas badania nie pozwalają na sformułowanie jednoznacznych wniosków. Niektórzy badacze sugerują, że ortoreksja powinna być klasyfikowana w spektrum zaburzeń odżywiania. Dokładny mechanizm powstawania tego zaburzenia nie został jeszcze poznany. Stosowane w literaturze naukowej kwestionariusze do diagnozy ortoreksji cechują się różną wartością psychometryczną, co często utrudnia ocenę zjawiska ortoreksji na świecie. Wykorzystywane kwestionariusze nie pozwalają w dostatecznym stopniu określić granicy między nadmiernym zainteresowaniem zdrowym odżywianiem i stylem życia a rzeczywistym zaburzeniem, które zakłóca codzienne funkcjonowanie. Analiza dostępnego piśmiennictwa z tego zakresu pozwala sformułować wniosek o potrzebie dalszego badania zjawiska ortoreksji oraz konieczności zwrócenia uwagi lekarzy i specjalistów na kształtowanie się wypaczonego podejścia do odżywiania i zdrowia.

### Piśmiennictwo

1. World Health Organization. *Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation*. Vol. 916; 2003.
2. Vos MB, Kaar JL, Welsh JA, Van Horn LV, Feig DI, Anderson CA i wsp. *Added sugars and cardiovascular disease risk in children: A scientific statement from the American Heart Association*. *Circulation*. 2017; 135(19): 1017–1034. <http://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000439>.
3. Hoek AC, Person D, James SW, Lawrence MA, Friel S. *Shrinking the food-print: A qualitative study into consumer perceptions, experiences and attitudes towards healthy and environmentally friendly food behaviours*. *Appetite* 2017; 108: 117–131.
4. Jyoti R, Justin P. *Consumer behavior and purchase intention for organic food: A review and research agenda*. *J. Retail. Consum. Serv.* 2017; 38: 157–165.
5. Rakotoniaina AL. *How to increase fruit and vegetable consumption: A Multistakeholder Approach for Improved Health Outcomes – A report from the Alliance for Food Health*. *J. Am. Coll. Nutr.* 2018; 37(3): 251–266. DOI: 10.1080/07315724.2017.1376298.
6. Dell’Osso L, Abelli M, Carpita B, Massimetti G, Pini S, Rivetti L i wsp. *Orthorexia nervosa in a sample of Italian university population*. *Riv. Psichiatr.* 2016; 51(5): 190–196.
7. Dell’Osso L, Abelli M, Carpita B, Pini S, Castellini G, Carmassi C i wsp. *Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum*. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2016; 12: 1651–1660.
8. Costa C, Hardan-Khalil K, Gibbs K. *Orthorexia nervosa: A review of the literature*. *Issues Ment. Health Nurs.* 2017; 38(12): 980–988. DOI: 10.1080/01612840.2017.1371816.

9. Bratman S. *Health food junkies – orthorexia nervosa: Overcoming the obsession with healthful eating*. New York: Broadway Books; 2000.
10. Dittfeld A, Koszowska A, Fizia K, Ziora K. *Ortoreksja – nowe zaburzenie odżywiania*. Ann. Acad. Med. Siles. 2013; 67(6): 393–399.
11. Koven NS, Abry AW. *The clinical basis of orthorexia nervosa: Emerging perspectives*. Neuropsychiatr. Dis. Treat. 2015; 11: 385–394. <http://doi.org/10.2147/NDT.S61665>.
12. Karakus B, Hidiroglu S, Keskin N, Karavus M. *Orthorexia nervosa tendency among students of the department of nutrition and dietetics at a university in Istanbul*. North. Clin. Istanbul. 2017; 4(2): 117–123. <http://doi.org/10.14744/nci.2017.20082>.
13. Saddichha S, Babu GN, Chandra P. *Orthorexia nervosa presenting as prodrome of schizophrenia*. Schizophr. Res. 2012; 134(1): 110.
14. Nevin SM, Vartanian LR. *The stigma of clean dieting and orthorexia nervosa*. J. Eat. Disord. 2017; 5: 37. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0168-9>.
15. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. *Eating disorders*. Lancet 2010; 375(9714): 583–593. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)61748-7.
16. Michalska A, Szejko N, Jakubczyk A, Wojnar M. *Niespecyficzne zaburzenia odżywiania się – subiektywny przegląd*. Psychiatr. Pol. 2016; 50(3): 497–507. DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/59217>.
17. Pilecki MW, Sałap K, Józefik B. *Zaburzenia odżywiania – dylematy diagnozy*. Psychiatr. Psychol. Klin. 2014; 14(2): 77–83. DOI: 10.15557/PiPK.2014.0009.
18. Gubiec E, Stetkiewicz-Lewandowicz A, Rasmus P, Sobów T. *Problem ortoreksji w grupie studentów kierunku dietetyka*. Med. Ogólna Nauki Zdr. 2015; 21(1): 95–100.
19. Fairburn CG, Bohn K. *Eating disorder NOS (EDNOS): An example of the troublesome “not otherwise specified” (NOS) category in DSM-IV*. Behav. Res. Ther. 2005; 43(6): 691–701. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2004.06.011>.
20. Łucka I, Janikowska-Hołoweńko D, Domarecki P, Plewikowska-Ślusarz T, Domarecka M. *Ortoreksja – oddzielna jednostka chorobowa, spektrum zaburzeń odżywiania czy wariant zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych?* Psychiatr. Pol. 2019; 53(2): 371–382.
21. Bóna E, Szel Z, Kiss D, Gyarmathy V. *An unhealthy health behavior: Analysis of orthorexic tendencies among Hungarian gym attendees*. Eat. Weight Disord. 2019; 24(1): 13–20.
22. Ziółkowska B. *Zaburzenie polegające na ograniczaniu/unikaniu przyjmowania pokarmów – rozważania w świetle wyników badań*. Pediatr. Pol. 2017; 92(6): 733–738.
23. Dittfeld A, Gwizdek K, Koszowska A, Nowak J, Brończyk-Puzoń A, Jagielski P i wsp. *Assessing the risk of orthorexia in dietetic and physiotherapy students using the BOT (Bratman Test for Orthorexia)*. Pediatr. Endocrinol. Diabetes Metab. 2016; 22(1): 6–13.
24. Segura-García C, Papaiani MC, Caglioti F, Procopio L, Nisticò CG, Bombardiere L i wsp. *Orthorexia nervosa: A frequent eating disordered behavior in athletes*. Eat. Weight Disord. 2012; 17(4): 226–233.
25. Almeida C, Vieira BV, Santos L. *Orthorexia nervosa in a sample of Portuguese fitness participants*. Eat. Weight Disord. 2018; 23(4): 443–451. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0517-y>.
26. Gkiouras K, Mavridis P, Tsakiri V, Theodoridis X, Gerontidis A, Grammatikopoulou MG i wsp. *Evaluation of orthorexia among dietetics students*. Clin. Nutr. ESPEN 2018; 24: 179–190.
27. Ab Hamid MR, Azman NN, Said N, Rahman ANA. *Orthorexia nervosa and the quality of life among health sciences students in Universiti Teknologi MARA, Selangor*. Environment Behaviour Proceedings Journal 2018; 3(7): 121–126.

28. Aksoydan E, Camci N. *Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists*. *Eat. Weight Disord.* 2009; 14(1): 33–37.
29. Segura-Garcia C, Ramacciotti C, Rania M, Aloï M, Caroleo M, Bruni A i wsp. *The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment*. *Eat. Weight Disord.* 2015; 20(2): 161–166.
30. Barnett MJ, Dripps WR, Blomquist KK. *Organivore or organorexic? Examining the relationship between alternative food network engagement, disordered eating, and special diets*. *Appetite* 2016; 105: 713–720.
31. Burke T, De Loache A, Doad S, Harrington A, Homan B, Mc Aleer E i wsp. *Comparison of orthorexia in healthcare professionals vs. the general public*. *J. Acad. Nutr. Diet.* 2018; 118(9): A43.
32. Çiçekoğlu P, Tunçay GY. *A Comparison of eating attitudes between vegans/vegetarians and nonvegans/nonvegetarians in terms of orthorexia nervosa*. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 2018; 32(2): 200–205.
33. Dittfeld A, Gwizdek K, Jagielski P, Brzęk A, Ziara K. *Ocena związku pomiędzy ortoreksją a wegetarianizmem z użyciem BOT (Bratman Test for Orthorexia)*. *Psychiatr. Pol.* 2017; 51(6): 1133–1144.
34. Hyrnik J, Janas-Kozik M, Stochel M, Jelonek I, Siwiec A, Rybakowski JK. *The assessment of orthorexia nervosa among 1899 polish adolescents using the ORTO-15 questionnaire*. *Int. J. Psychiatry Clin. Pract.* 2016; 20(3): 199–203.
35. Reynolds R. *Is the prevalence of orthorexia nervosa in an Australian university population 6.5%?* *Eat. Weight Disord.* 2018; 23(4): 453–458.
36. Hayes O, Wu MS, De Nadai AS, Storch EA. *Orthorexia nervosa: An examination of the prevalence, correlates, and associated impairment in a university sample*. *J. Cogn. Psychother.* 2017; 31(2): 124–135.
37. Bundros J, Clifford D, Silliman K, Morris MN. *Prevalence of orthorexia nervosa among college students based on Bratman's test and associated tendencies*. *Appetite* 2016; 101: 86–94.
38. Missbach B, Dunn TM, König JS. *We need new tools to assess orthorexia nervosa. A commentary on "prevalence of orthorexia nervosa among college students based on Bratman's test and associated tendencies."* *Appetite* 2017; 108: 521–524.
39. Rudolph S. *The connection between exercise addiction and orthorexia nervosa in German fitness sports*. *Eat. Weight Disord.* 2017; 23(5): 581–586.
40. Malmborg J, Bremander A, Olsson MC, Bergman S. *Health status, physical activity, and orthorexia nervosa: A comparison between exercise science students and business students*. *Appetite* 2017; 109: 137–143.
41. Kinzl JF, Hauer K, Traweger C, Kiefer I. *Orthorexia nervosa in dieticians*. *Psychother. Psychosom.* 2006; 75(6): 395–396. Doi: 10.1159/000095447.
42. Maghetti A, Cicero AFG, D'Ignazio E, Vincenzi M, Paolini B, Lucchin L. *Orthorexia prevalence among health care professionals involved in nutrition education: The ADI-O study*. *Med. J. Nutrition Metab.* 2015; 8(2): 199–204.
43. Dunn TM, Bratman S. *On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria*. *Eat. Behav.* 2016; 21: 11–17. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2015.12.006.
44. Shekrladze I, Tchaturia K. *Acculturation to Western culture in the context of eating disorders*. W: Wade T. red. *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders*. New York, NY–Berlin–Heidelberg: Springer; 2017. S. 1–4.
45. Brytek-Matera A, Krupa M, Poggiogalle E, Donini LM. *Adaptation of the ORTHO-15 test to Polish women and men*. *Eat. Weight Disord.* 2014; 19(1): 69–76.

46. Laszkowska M, Shiwani H, Belluz J, Ludvigsson JF, Green PH, Sheehan D i wsp. *Socioeconomic vs health-related factors associated with Google searches for gluten-free diet*. Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2018; 16(2): 295–297.
47. Niland B, Cash BD. *Health benefits and adverse effects of a gluten-free diet in non-celiac disease patients*. Gastroenterol. Hepatol. (N Y) 2018; 14(2): 82–91.
48. Weber SE, Harris MM, Wright HH, Manore MM. *Assessment of disordered eating and orthorexia nervosa in endurance athletes following gluten and wheat-free diets (GWD)*. Med. Sci. Sports Exerc. 2017; 49(5S): 712–712.
49. Syurina EV, Bood ZM, Ryman FV, Muftugil-Yalcin S. *Cultural phenomena believed to be associated with orthorexia nervosa – Opinion Study in Dutch health professionals*. Front. Psychol. 2018; 9: 1419.
50. Babicz-Zielińska E. *Zaburzenia w odżywianiu wynikające z troski o zdrowie*. Fam. Med. Prim. Care Rev. 2012; 2: 123–125.
51. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. *Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon*. Eat. Weight Disord. 2005; 9(2): 151–157. DOI: 10.1007/BF03325060.
52. Cerea S, Bottesi G, Pacelli Q F, Paoli A, Ghisi M. *Muscle dysmorphia and its associated psychological features in three groups of recreational athletes*. Sci. Rep. 2018; 8(1): 8877.
53. Parra-Fernandez ML, Rodríguez-Cano T, Perez-Haro MJ, Onieva-Zafra MD, Fernandez-Martinez E, Notario-Pacheco B. *Structural validation of ORTO-11-ES for the diagnosis of orthorexia nervosa, Spanish version*. Eat. Weight Disord. 2018; 23(6): 745–752.
54. Missbach B, Hinterbuchinger B, Dreiseitl V, Zellhofer S, Kurz C, König J. *When eating right, is measured wrong! A validation and critical examination of the ORTO-15 questionnaire in German*. PLoS One 2015; 10(8); e0135772.
55. Stochel M, Janas-Kozik M, Zejda J, Hyrnik J, Jelonek I, Siwiec A. *Walidacja kwestionariusza ORTO-15 w grupie młodzieży miejskiej w wieku 15–21 lat*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(1): 119–134.
56. Cena H, Barthels F, Cuzzolaro M, Bratman S, Brytek-Matera A, Dunn T, Varga M, Missbach B, Donini LM. *Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: A narrative review of the literature*. Eat. Weight Disord. 2019; 24(2): 209–246.
57. Barthels F, Meyer F, Pietrowsky R. *Die Düsseldorfer Orthorexie Skala – Konstruktion und Evaluation eines Fragebogens zur Erfassung ortho-rektischen Ernährungsverhaltens*. Z. Klin. Psychol. Psychother. 2015; 44: 97–105.
58. Barrada J, Roncero M. *Bidimensional structure of the orthorexia: Development and initial validation of a new instrument*. An. de Psicol. 2018; 34(2): 283–291.

Adres: Mateusz Gortat  
Instytut Edukacji i Doskonalenia Praktycznego  
Stowarzyszenie Młodych Naukowców  
20-560 Lublin, ul. Wyzynna 20/56  
e-mail: mgortat@epoczta.pl

Otrzymano: 16.01.2019  
Zrecenzowano: 19.03.2019  
Otrzymano po poprawie: 20.12.2019  
Przyjęto do druku: 14.07.2020