

Ortoreksja – nowe zaburzenie odżywiania

Orthorexia – a new eating disorder

Anna Dittfeld¹, Aneta Koszowska², Katarzyna Fizia², Katarzyna Ziara¹

STRESZCZENIE

Sposób żywienia stanowi ważny czynnik wpływający na stan zdrowia. Coraz więcej osób stara się przestrzegać zasad zdrowego żywienia, jednak przesadne dbanie o dietę może doprowadzić do choroby. Ortoreksja to nowo poznane zaburzenie odżywiania, w którym chorzy stopniowo ograniczają kolejne produkty spożywcze, uznając, że mogą mieć niekorzystny wpływ na stan ich zdrowia. Ostatecznie prowadzi to do niezwykle rygorystycznych ograniczeń żywieniowych, powodujących niedobór składników odżywczych, spadek masy ciała, niedożywienie i inne niekorzystne skutki zdrowotne, ze śmiercią włącznie. Problemem jest brak świadomości dotyczącej tej jednostki chorobowej wśród dietetyków i lekarzy, brak odpowiednio skonstruowanych narzędzi diagnostycznych i programów leczenia.

SŁOWA KLUCZOWE

ortoreksja, zaburzenie odżywiania, żywienie

ABSTRACT

Diet is an important factor which has an influence on one's state of health. An increasing number of people try to follow the rules of healthy eating, however, when one puts too strong emphasis on diet, it can lead to disease. Orthorexia is the new eating disorder in which sick people limit further food and drink products gradually, as they believe that these products may have an adverse influence on their state of health. Eventually, it leads to extremely rigorous restrictions on nutrition which causes a shortage of nutrients, weight loss, malnutrition, other adverse health consequences, and even death. The main problem is the lack of awareness about this disease among dietitians and doctors, lack of properly structured diagnostic tools and treatment programs.

KEY WORDS

orthorexia nervosa, eating disorder, nutrition

¹Katedra i Klinika Pediatrii Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze oraz ²Studium Doktoranckie Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

ADRES DO KORESPONDENCJI:

Mgr Anna Dittfeld
Katedra i Klinika Pediatrii Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
ul. 3 Maja 13/15
41-800 Zabrze
tel. 664 464 567
e-mail: annadittfeld@gmail.com

Ann. Acad. Med. Siles. 2013, 67, 6, 393–399
Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
eISSN 1734-025X
www.annales.sum.edu.pl

WSTĘP

Żywność jest źródłem energii i składników odżywczych, niezbędnych do zachowania zdrowia [1]. Człowiek musi spożywać odpowiednią ilość składników odżywczych, niespełnienie tego warunku skutkuje problemami zdrowotnymi [1]. Obecnie żywność podawana jest różnym modyfikacjom, jak dodawanie substancji konserwujących, środków barwiących czy modyfikacje genetyczne [2,3]. Nowa żywność o wysokim stopniu przetworzenia – żywność transgeniczna funkcjonalna i ekologiczna – może wywoływać lęk jej potencjalnych konsumentów [3,4]. W literaturze coraz częściej znajduje zastosowanie określenie *fo-od neofobia*, określające postawę warunkującą niechęć do spożywania nowej żywności [3]. Postawy takie mogą być kształtowane przez reklamę, modę oraz bliskie otoczenie [3]. Również środki masowego przekazu coraz częściej poruszają tematykę żywności, żywienia oraz propagują szczupłą i idealną sylwetkę. Powstają liczne programy, artykuły naukowe oraz popularnonaukowe o tematyce prozdrowotnej [5,6]. Produkty żywnościowe powszechnie dzielone są na szkodliwe i zdrowe oraz naturalne i przetworzone. Popularne stają się również diety zawierające w nazwie przedrostek „anty”, jak: antyrakowa, antycholesterolowa, antyalergiczna, oraz diety oparte na wegetarianizmie. Niektóre mają na celu utrzymanie bądź przywrócenie zdrowia lub należnej masy ciała, jednak czasem sposób żywienia jest wybierany z powodów czysto ideologicznych, np. dieta Raw czy wegetarianizm [5]. Motywy racjonalne, takie jak chęć zrzucenia wagi, troska o zdrowie mogą doprowadzić do wykształcenia nieprawidłowych zachowań żywieniowych, np. anoreksji i ortoreksji [3]. Brak dystansu oraz sprzeczne doniesienia na temat wpływu poszczególnych składników pożywienia bądź diet na zachowanie zdrowia może prowadzić do stopniowego wykluczania produktów spożywczych z codziennego jadłospisu, co z czasem może się przerodzić w nowo poznane i nie do końca jeszcze zdefiniowane medycznie zaburzenie odżywiania nazywane *ortorexia nervosa* [5,6].

Ortoreksja – definicja

Ortoreksja jest nowo poznawanym zaburzeniem odżywiania, które dotąd nie zostało ujęte w nozologicznych klasyfikacjach [7]. Pojęcie „ortoreksja” pochodzi z greckiego *orthos* – prawidłowy, oraz *orexia* – apetyt, i określa zaburzenie charakteryzujące się obsesją spożywania jedynie zdrowej żywności, co prowadzi do znacznych ograniczeń żywieniowych [8]. W najbardziej zaawansowanych przypadkach chorzy rezygnują ze spożywania jakiegokolwiek żywności [1,9].

Ortoreksję po raz pierwszy opisał lekarz Steven Bratman w 1997 r. w artykule dla *Yoga Journal* [10]. Autor jako dziecko sam chorował na alergię, w związku z czym jego rodzina eliminowała z diety produkty mogące negatywnie wpłynąć na stan jego zdrowia. Zachowania takie spowodowały lęk przed produktami potencjalnie szkodliwymi, co z kolei przerodziło się w obsesję, a pożądaną żywnością była żywność ekologiczna, przygotowywana zgodnie z wypracowanymi schematami [6,11]. Dr Bratman podczas praktyki lekarskiej spotykał osoby, które podobnie jak on przestrzegały rygorystycznej diety, co utwierdziło go w przekonaniu, że jego fiksacja na punkcie zdrowego żywienia urosła do chorobliwych rozmiarów [6]. Na podstawie autoobserwacji oraz obserwacji swoich pacjentów wyodrębnił i nazwał nową jednostkę chorobową mianem *ortorexia nervosa*. W 1997 r. napisał i wydał książkę „W szponach zdrowej żywności” [6].

Etiologia

Choroba często zaczyna się niewinnie [12], jej źródłem mogą być zachowania mające na celu uniknięcie choroby czy poprawę kondycji fizycznej. Ortorektycy chcą uniknąć chorób trapiących współczesne społeczeństwa [6]. Osoba cierpiąca z powodu jakiegoś schorzenia decyduje się wprowadzać pewne ograniczenia dietetyczne, po pewnym czasie ograniczaniu podlega coraz większa liczba produktów, co prowadzi do rozwoju ortoreksji [13]. Motywacją do rozpoczęcia restrykcyjnej diety może być także chęć zmniejszenia masy ciała lub poprawa stanu zdrowia [11].

Podejrzenia się, że ortorektycy mogą być wegetarianami, frutarianami czy witarianistami [11]. Inni angażują się w działalność organizacji walczących o prawa zwierząt, zajmujących się roślinami transgenicznymi czy organicznym jedzeniem [12]. Ortorektyków można częściej spotkać wśród osób wykazujących większą aktywność fizyczną, a także wśród tych, którzy dążą do zachowania modelu idealnej, szczupłej sylwetki, propagowanej w środkach masowego przekazu w krajach kultury zachodniej. Szczupła i umięśniona sylwetka ma być potwierdzeniem idealnego stylu życia, a w drodze do osiągnięcia celu zaczyna się stosować ekstremalnie zdrowy sposób żywienia [14]. W etiologii ortoreksji rozważa się także udział motywacji religijnej lub duchowej (idealna dieta ma pomóc danej osobie osiągnąć czystość) [10] oraz mechanizmów obsesyjno-kompulsywnych, hipochondrycznych i fobii [11]. Sugeruje się, że tendencje do ortoreksji są częstsze u osób z wcześniej rozpoznanymi zaburzeniami odżywiania [15].

Badania dowodzą, że czynnikami predysponującymi do rozwoju ortoreksji są: nieprawidłowy stosunek do jedzenia, zachowania obsesyjno-kompulsywne i wyższe wartości BMI [16]. W rozwoju predyspozycji

do ortoreksji podkreśla się także znaczenie niższego poziomu wykształcenia [16].

Przebieg naturalny

Życie ortorektyka skupia się na zdobyciu żywności jak najmniej przetworzonej, przygotowaniu jej w sposób zapewniający jej zdrowotne bezpieczeństwo [5,6]. Ortorektycy spędzają każdego dnia wiele godzin na przygotowywaniu „czystego i bezpiecznego” posiłku [6,17]. Każdy kęs powinien być jedzony wolno i wielokrotnie żuty, a jedzeniu powinna towarzyszyć kontemplacja [11]. Ortorektycy przywiązują większą wagę do jakości posiłków niż do przyjemności płynącej z ich spożywania [8]. Pacjenci cierpiący na ortoreksję wyłączają ze swojej diety produkty, które według nich mogą zaszkodzić ich zdrowiu [8]. Restrykcji podlegają zarówno produkty mogące potencjalnie zawierać w składzie metale ciężkie, herbicydy, pestycydy i sztuczne dodatki, jak i żywność przetworzona [11,18]. Zwracają także dużą uwagę na techniki i sprzęt używany do przygotowywania posiłków [11]. Każdy pacjent ma wypracowane własne zasady, którymi kieruje się podczas określania założeń swojej diety [11,12]. Spożywanie posiłków staje się rytuałem, chorzy unikają barów i restauracji, a jeśli już muszą się pojawić w takim miejscu, to najlepiej ze swoim własnym posiłkiem [6]. Prowadzi to do izolacji społecznej, która rozwija się także na skutek oceniania innych na podstawie własnych wyborów żywieniowych [7]. Pacjenci najlepiej czują się w towarzystwie osób dzielących ich ideologię [11]. Ortorektycy mają poczucie winy lub nawet wstrętu do samych siebie, gdy nie sprostają wymogom diety [7]. Wyznaczają sobie także surowe kary za odstępstwa od niej [10]. W ekstremalnych przypadkach wolą głodować niż spożyć żywność zanieczyszczoną i niezdrową [1,9]. Z czasem bezpieczna jest tylko woda i to jedynie wyselekcjonowana w specjalny sposób [6].

Powikłania

Zaburzenie prowadzi do znacznego spadku masy ciała i, w konsekwencji, do niedożywienia [16,17,18], jednak w przeciwieństwie do jadłowstrętu psychicznego, pacjenci nie są skoncentrowani na ilości, lecz na jakości spożywanych posiłków [13]. Pozbawiony niezbędnych substancji odżywczych organizm zaczyna chorować, pojawiają się obniżenie nastroju, izolacja społeczna oraz dysfunkcja życia codziennego [1,5,6,19]. Powikłania ortoreksji mogą bezpośrednio zagrażać życiu. W literaturze opisano takie komplikacje, jak: ogólne osłabienie, znaczny spadek masy ciała, hiponatremia, kwasica metaboliczna, rozedma podskórna, rozedma śródpiersiowa, odma opłucnowa, rabdomioliza, podwyższone stężenie AlAT, AspAT i bilirubiny

oraz pancytopenia [13]. Opisano także niedobory żelaza, witaminy B12 i białka [11]. U kobiet może wystąpić brak miesiączki [11].

Autorzy sugerują, że ortoreksja może być zwiastunem schizofrenii [7]. Może także prowadzić do rozwoju takich jednostek chorobowych, jak jadłowstręt psychiczny czy żarłoczność psychiczna. Częściej zdarza się jednak, że to anoreksja prowadzi do rozwoju ortoreksji [12].

Ortoreksja a inne zaburzenia odżywiania

Ortoreksja ma pewne wspólne cechy z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi, ponieważ polega na obsesyjnym skupieniu się na czynnościach związanych z przygotowaniem posiłków oraz ich jakością, czemu często towarzyszy tworzenie pewnych schematów postępowania oraz powtarzania czynności [5]. Ortoreksja nie została uwzględniona w klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych ICD 10, DSM-IV, nie stanowi ona także samodzielnej jednostki chorobowej [1,5,16].

W Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 wyróżnia się takie zaburzenia odżywiania, jak: jadłowstręt psychiczny, żarłoczność psychiczna, przejadanie się związane z innymi czynnikami psychologicznymi, inne zaburzenia odżywiania i zaburzenia odżywiania nieokreślone.

Jadłowstręt psychiczny to zaburzenie charakteryzujące się celową utratą masy ciała, rozpoznawane gdy:

- masa ciała utrzymuje się co najmniej 15% poniżej oczekiwanej,
- utrata masy ciała spowodowana jest unikaniem tzw. tuczących potraw oraz prowokowaniem wymiotów, wyczerpującymi ćwiczeniami bądź stosowaniem leków,
- występuje zaburzone wyobrażenie własnego ciała skutkujące narzuceniem sobie reżimu dietetycznego i limitu masy ciała,
- dochodzi do zaburzeń endokrynologicznych,
- u osób przed pokwitaniem dochodzi do zahamowania lub spowolnienia procesów związanych z pokwitaniem.

Żarłoczność psychiczna (*bulimia nervosa*) charakteryzuje się okresami obżarstwa i nadmiernym skupieniem na kontrolowaniu masy ciała. Kryteria diagnostyczne obejmują:

- stałe zaabsorbowanie jedzeniem i niepowstrzymane pragnienie jedzenia,
- próby przeciwdziałania skutkom jedzenia przez prowokowanie wymiotów, okresowe głodówki, stosowanie środków przeczyszczających, leków hamujących łaknienie, preparatów tarczycy czy środków moczopędnych,
- chorobliwą obawę przed otyłością [20].

Tabela I. Podobieństwa i różnice między anoreksją i ortoreksją (tabela autorska na podstawie piśmiennictwa [1,5,6])
Table I. Similarities and differences between anorexia nervosa and orthorexia nervosa (authors' table based on [1,5,6])

Różnice/Podobieństwa	Ortoreksja	Jadłowstręt psychiczny
Różnice	nie jest ważna sama ilość spożywanych produktów, lecz ich jakość i skład; nie wykazano zależności między ortoreksją a BMI (badania za pomocą testu ORTO-15); nie kładzie się nacisku na masę ciała	znaczenie ma zarówno ilość, jak i kaloryczność pożywienia; istnieje zależność między anoreksją a masą ciała i BMI; masa ciała jest w centrum zainteresowania osoby chorej
Podobieństwa	rytuały związane z posiłkami, sztwyne nawyki żywieniowe, silny związek samooceny z odżywianiem, celebrowanie posiłków; dotyka ludzi skupionych na sobie, perfekcjonistów; ograniczenia w spożywaniu określonych produktów dają poczucie władzy nad ciałem i zdrowiem; rygorystyczne zasady; unikanie restauracji, stołówek; zaburzenia ze strony poszczególnych układów: spadek koncentracji, upośledzenie pamięci, anemia, osteoporoza, spadek odporności, zaburzenia pracy jelit, zatrzymanie cykli menstruacyjnych	

Zaburzenia odżywiania – rozpowszechnienie

Ocenia się, że zaburzenia odżywiania (*eating disorders* – ED) wśród nastolatków dotyczą:

- 17,9% dziewcząt, u których przybierają postać jadłowstrętu psychicznego (0,7%), żarłoczności psychicznej zaburzeń (1,2%), ED z kompulsywnym objadaniem się (*binge eating disorder* – BED – 1,5%) oraz nieokreślonych zaburzeń odżywiania (*not otherwise specified* – NOS – aż 14,6%),
- 6,5% chłopców, wśród których 0,2% choruje na anoreksję, 0,4% na bulimię, 0,9% na BED, a 5% nieokreślone zaburzenia odżywiania.

Przytoczone wyniki dowodzą, że nie poznano jeszcze wszystkich jednostek chorobowych z kręgu zaburzeń odżywiania [21].

Mimo braku danych epidemiologicznych ocenia się, że ortoreksja może dotyczyć 0,5–1% populacji [15]. Zdaniem części autorów, choroba dotyczy w jednakowym stopniu kobiet i mężczyzn [1,15], inni dowodzą jej częstszego występowania u kobiet [14,16] lub u mężczyzn [22].

Aby lepiej zrozumieć problem ortoreksji, należy zapoznać się ze zmianami w produkcji żywności, jakie zaszły w ostatnich latach, a także w ofercie producentów żywności.

Żywność funkcjonalna

Jest to żywność, która została przetworzona lub wzbogacona w celu uzyskania nowych produktów, o określonych właściwościach. Są to produkty, które mają korzystnie wpływać na stan zdrowia, ich zadaniem jest również zmniejszanie ryzyka chorób cywilizacyjnych, takich jak otyłość czy choroby układu krążenia. Do kategorii tej zalicza się też produkty dla sportowców, kobiet w ciąży i karmiących [23].

Żywność funkcjonalna to żywność o obniżonej zawartości cholesterolu, sodu, niskoenergetyczna, wysoko-błonnikowa, wzbogacona w nienasycone kwasy tłuszczowe, witaminy, fitosterole, pre- oraz probiotyki [23]. Ma swoje źródło w tradycji wschodniej, gdzie powoli zacierają się różnice między lekiem a pożywieniem. Największą popularnością cieszy się w Japonii, gdzie jest definiowana jako żywność o określonej przydatności zdrowotnej (*food for specified health use*) [23]. Obecnie na rynku żywnościowym projektuje się i produkuje więcej produktów, mających wykazywać cechy żywności funkcjonalnej, przy których tworzeniu wykorzystuje się wiedzę z nauk medycznych, farmacji oraz technologii żywności [23].

Żywność funkcjonalna to nie tabletki lub kapsułki, lecz produkty spożywcze, których korzystny wpływ na zdrowie został udokumentowany w badaniach klinicznych z udziałem ludzi [23]. Żywność ta jest również nazywana żywnością projektowaną (*designer food*), gdyż działania producentów skoncentrowane są na wzbogacaniu produktów w składniki pożądane lub eliminacji składników niepożądanych [23]. Coraz powszechniejsze staje się również pojęcie nutraceutyków – są to składniki żywności oraz suplementy, kapsułki, tabletki, których spożywanie również ma wpłynąć na poprawę stanu zdrowia [23].

Żywność ekologiczna

Coraz większe zainteresowanie żywnością ekologiczną wynika z chęci prowadzenia zdrowego trybu życia oraz zainteresowania konsumentów jakością żywności [3]. Współczesne intensywne rolnictwo, nastawione na masową produkcję oraz mające za zadanie przynosić jak największy zysk ekonomiczny powoduje ogromne zniszczenia środowiska. Stosuje się pestycydy, gdyż nie ma czasu na stosowanie płodozmianu.

Alternatywą stało się rolnictwo ekologiczne, które ma dostarczać produkty ekologiczne, w produkcji których nie naruszono równowagi przyrodniczej oraz zastosowano naturalne metody, uzyskując żywność o wysokich walorach odżywczych [24]. Przyczyną rozwoju rolnictwa ekologicznego jest rosnąca świadomość konsumentów. Atutami żywności ekologicznej są mniejsze ilości azotanów i pestycydów w produktach roślinnych i brak pozostałości antybiotyków oraz hormonów w produktach pochodzenia zwierzęcego. Zawiera ona również mniejsze ilości syntetycznych dodatków barwiących, słodzących, zapachowych, a posiada więcej składników wpływających korzystnie na zdrowie, np. witamin i składników mineralnych [24]. Produkcja żywności ekologicznej podlega stałej kontroli urzędowej oraz certyfikacji, co jest gwarancją jej jakości [24].

Modyfikacje żywności

Wybór żywności zależy od licznych czynników, które wpływają na ludzką psychikę, w rezultacie pewne

produkty są wybierane, a inne odrzucane [3]. Manipulacje przeprowadzane na żywności, dodawanie środków barwiących, konserwujących lub genetyczna modyfikacja mogą wzbudzać lęk u konsumentów [2]. W przypadku żywności modyfikowanej genetycznie (*Genetically modified food*, GMF) niepokój wynika z niepewności skutków zdrowotnych, jakie może ona wywołać. Lęk jest również potęgowany brakiem długoterminowych badań związanych ze stosowaniem tego typu produktów, które weryfikowałyby ich wpływ na stan zdrowia. Efektami takiego stanu rzeczy są wrogość wobec GMF i opinie o jej szkodliwym wpływie zarówno na stan zdrowia, jak i środowiska [3].

Diagnostyka

Do tej pory nie ustalono jednolitych kryteriów rozpoznania ortoreksji, nie ma też standardowego testu umożliwiającego postawienie diagnozy. Twórca pojęcia ortoreksja stworzył test złożony z 10 pytań, który może posłużyć jako baza do opracowania bardziej specyficznych kryteriów diagnostycznych [8].

Tabela II. Test Bratmana [14]

Table II. Bratman Test for Orthorexia – BOT [14]

1. Czy spędzasz więcej niż 3 godziny dziennie na rozmyślaniu o swojej diecie?
2. Czy planujesz swoje posiłki kilka dni wcześniej?
3. Czy wartość odżywcza Twoich posiłków jest dla Ciebie ważniejsza niż sama przyjemność wynikająca z jedzenia?
4. Czy jakość Twojego życia obniżyła się, gdy wzrosła jakość Twojej diety?
5. Czy stałeś się dla siebie bardziej surowy niż dotychczas?
6. Czy poczucie Twojej własnej godności wzrosło na skutek przekonania, że zdrowo się odżywasz?
7. Czy zrezygnowałeś z jedzenia dla przyjemności, po to żeby zjeść „właściwą” żywność?
8. Czy Twoje zasady dietetyczne nie pozwalają Ci na zjedzenie czegoś poza domem, dystansując Cię w ten sposób od rodziny i przyjaciół?
9. Czy czujesz się winny, gdy nie stosujesz się do swojej diety?
10. Czy czujesz się spokojny wiedząc, że masz całkowitą kontrolę nad tym, że potrafisz zdrowo się odżywiać, zgodnie z narzuconymi sobie zasadami?

Tabela III. Kwestionariusz ORTO-15 [9,16]

Table III. ORTO-15 questionnaire [9,16]

Pytanie	Zawsze	Często	Rzadko	Nigdy
Czy podczas jedzenia zwracasz uwagę na kaloryczność posiłku?				
Czy kiedy wchodzisz do sklepu z żywnością czujesz się zmieszany/-a?				
Czy przez ostatnie 3 miesiące trapiły Cię myśli o jedzeniu?				
Czy Twoje wybory żywieniowe są uwarunkowane Twoją troską o swoje zdrowie?				
Czy podczas oceny jedzenia smak jest dla Ciebie ważniejszy niż jego jakość?				
Czy jesteś skłonny/-a wydać więcej pieniędzy po to, by kupić zdrowsze jedzenie?				
Czy myślenie o jedzeniu trapi Cię przez więcej niż 3 godziny dziennie?				
Czy pozwalasz sobie na jakieś „żywieniowe wykroczenia”?				
Czy uważasz, że Twój nastrój wpływa na Twoje zachowania żywieniowe?				
Czy uważasz, że przeświadczenie o spożywaniu jedynie zdrowej żywności zwiększa poczucie własnej wartości?				
Czy uważasz, że spożywanie zdrowej żywności zmienia Twój styl życia? (jedzenie poza domem, znajomości...)				
Czy uważasz, że spożywanie zdrowej żywności może poprawić Twój wygląd?				
Czy czujesz się winny/-a, gdy pozwolisz sobie na „żywieniowy grzech”?				
Czy uważasz, że na rynku dostępne jest także niezdrowe jedzenie?				
Czy obecnie jesteś sam/-a podczas spożywania posiłków?				

Na pytania ujęte w teście można odpowiadać TAK lub NIE. Za każdą twierdzącą odpowiedź przyznawany jest 1 punkt. Respondent, który uzyska mniej niż 5 punktów, uznawany jest za osobę z prawidłowym stosunkiem do jedzenia; 5–9 punktów klasyfikuje respondenta jako „fanatyka zdrowego jedzenia”, zaś 10 punktów jest równoznaczne z obsesyjnym stosunkiem do jedzenia, czyli z ortoreksją [14].

Kolejny test – ORTO-15 – stworzyli autorzy włoscy – Donini i wsp.

Test ORTO-15 składa się z 15 pytań, na każde z nich należy odpowiadać w 4-stopniowej skali, opartej na skali Likert. Respondenci udzielają odpowiedzi *zawsze, często, rzadko* lub *nigdy* w zależności od indywidualnego uznania. Odpowiedzi wskazujące na tendencję do ortoreksji otrzymują 1 punkt, zaś odpowiadające prawidłowemu żywieniu 4 punkty. Według autorów, punktem odciążenia jest uzyskanie 40 punktów. Uzyskanie niższej liczby punktów wskazuje na skłonność do ortoreksji [9,16].

Leczenie

Specjaliści zalecają leczenie składające się z terapii poznawczo-behawioralnej oraz farmakoterapii, z zastosowaniem selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny. Istnieje jednak pewien dysonans w leczeniu farmakologicznym pacjentów z ortoreksją: jeśli dana osoba ma obsesję związaną z czystością i naturalnością diety, może być przerażona koniecznością wprowadzania do swojego organizmu sztucznych substancji, jakimi są leki. Jednocześnie jednak pacjenci z ortoreksją mogą okazać się bardziej otwarci na leczenie niż pacjenci z innymi zaburzeniami odżywiania, ponieważ ich głównym celem jest osiągnięcie zdrowia [10]. Rozpoczynając leczenie pacjenta niedożywionego należy brać pod uwagę wystąpienie tzw. *refeeding syndrome* [13], który jest śmiertelnym powikłaniem sztucznego odżywiania pozajelitowego oraz dojelitowego pacjentów niedożywionych [25]. Może on obejmować śmiertelne arytmie, skurczową niewydolność serca, niewydolność oddechową i zaburzenia hematologiczne. Jest on wywołany szeregiem zmian w gospodarce elektrolitowej komórek [25].

W dostępnym piśmiennictwie są pojedyncze prace na temat ortoreksji, choć zainteresowanie tym zagadnieniem w ostatnich latach rośnie.

Pierwsze badanie dotyczące częstości występowania ortoreksji zostało opublikowane w 2001 r. przez Donini i wsp. [5], którzy przeprowadzili badania w grupie 404 dorosłych osób. Posługując się kwestionariuszem ORTO-15 wykazali, że w analizowanej populacji rozpowszechnienie ortoreksji sięga 6,9% osób, częściej dotyczy mężczyzn aniżeli kobiet oraz osób z niższym wykształceniem [5].

Badania przeprowadzone w Turcji w 2005 r. wykazały, że aż 45,5% spośród badanych 318 studentów medycyny wykazuje cechy charakterystyczne dla ortoreksji. Autorzy posłużyli się także kwestionariuszem ORTO-15. Wykazali, że wraz ze wzrostem BMI, wynik punktacji w teście ORTO-15 wzrasta, co z kolei zmniejsza ryzyko ortoreksji [1]. Nie stwierdzili istotnych statystycznie różnic w wyniku testu między kobietami a mężczyznami [1].

Catalina i wsp. opisali przypadek 28-letniej kobiety z BMI 10,7 kg/m², wykazującej cechy skrajnego niedożywienia oraz niedoboru witaminy B₁₂ i hipoproteinemii [11]. Kobieta ta w wieku 14 lat bezskutecznie leczyła trądzik, co skłoniło ją początkowo do wyeliminowania z pożywienia tłuszczów, następnie do przejścia na laktoowoowegetarianizm. Po kilku następnych latach całkowicie wyeliminowała ze swojej diety produkty mleczne i jajka. Kolejnym krokiem było spożywanie niegotowanych warzyw. Konsekwencją jej postępowania było znaczne wyniszczenie i wtórny brak miesiączki. Pacjentka prezentowała swoje prywatne wierzenia na temat podejścia do zdrowej żywności, starając się udowodnić, że pożywienie ma także istotny wpływ na życie duchowe oraz relacje międzyludzkie. Utrzymywała również, że nieprawidłowe łączenie ze sobą białek lub składników odżywczych może powodować powstawanie substancji toksycznych. Za najlepszy pokarm uważała ten, który sam spada na ziemię. Podczas jej pobytu w szpitalu nie zauważono zachowań typowych dla anoreksji, takich jak zniekształcenie obrazu własnego ciała, pragnienia bycia szczupłym. Pacjentka również nie wykazywała niepokoju w miarę przyrostu masy ciała, nie miała jednak świadomości, że model odżywiania, który propagowała, doprowadził ją do takiego stanu [6].

Znany jest również przypadek kilkuletniego chłopca z Wielkiej Brytanii, któremu rodzice narzucili ścisłą dietę wegetariańską, co doprowadziło go do skrajnego niedożywienia i w rezultacie do śmierci [5]. Ortoreksja, podobnie jak anoreksja, może bowiem prowadzić w konsekwencji do zgonu z powodu poważnych powikłań somatycznych [6].

PODSUMOWANIE

Ortoreksję można podejrzewać, kiedy zaburzenia dotyczące wyboru produktów spożywczych nie mają charakteru przejściowego, lecz trwają przez długi okres czasu oraz mają negatywny wpływ na życie, które całkowicie staje się podporządkowane „zdrowej” żywności [9].

W dobie chorób cywilizacyjnych pożądane jest zapewne, aby zwracać uwagę na jakość i ilość spożywanych produktów, które powinny być tak dobrane, aby

ich wpływ na nasz organizm był pozytywny, zapewniając życie w zdrowiu. Jednak nadmierna koncentracja na żywości może stać się przyczyną wielu groźnych zaburzeń i w konsekwencji prowadzić do sytuacji patologicznych [1].

Lekarze powinni więc swoim pacjentom, i to nie tylko chorym z zaburzeniami odżywiania, cytować słowa psychologa José González „Bądźmy rozsądni i dbajmy o zdrowie, ale nie kosztem własnego zdrowia” [26].

PIŚMIENNICTWO

1. Tulay Bağcı Bosı A., Camur D., Guler Çagatay G. Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite* 2007; 49: 661–666.
2. Mickiewicz A., Twardowski T., Figlerowicz M. GMO zyski i straty. *Biotechnologia* 2006; 3(74): 145–153.
3. Babicz-Zielińska E. Role of psychological factors in food choice – a review. *Pol. J. Food Nutr. Sci.* 2006; 15(56): 379–384.
4. Pilska M., Jeżewska-Zychowicz M. Psychologia żywienia. Wybrane zagadnienia. Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2008.
5. Janas-Kozik M., Zejda J., Stochel M. i wsp. Ortoreksja – nowe rozpoznanie? *Psychiatr. Pol.* 2012; 3: 441–450.
6. Kędra E. Zaburzenia odżywiania – znak naszych czasów. *Piel. Zdr. Publ.* 2011; 1: 169–175.
7. Saddichha S., Babu G.N., Chandra P. Orthorexia nervosa presenting as prodrome of schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2012; 134: 110.
8. Bratman S., Knight D. *Health food junkies*. New York, Broadway Books 2000.
9. Donini L.M., Marsili D., Graziani M.P., Imbriale M., Cannella C. Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating Weight Disord.* 2005; 10: e28–32.
10. Mathieu J. What is orthorexia? *J. Am. Diet. Assoc.* 2005; 105: 1510–1512.
11. Catalina Zamora M.L., Bote Bonaecha B., García Sánchez F., Ríos Rial B. Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder? *Actas Esp. Psiquiatr.* 2005; 33(1): 66–68.
12. Kummer A., Dias F.M., Teixeira A.L. On the concept of orthorexia nervosa. *Scand J. Med. Sci. Sports* 2008; 18(3): 395–396; author reply 397.
13. Park S.W., Kim J.Y., Go G.J., Jeon E.S., Pyo H.J., Kwon Y.J. Orthorexia nervosa with hyponatremia, subcutaneous emphysema, pneumomediastinum, pneumothorax, and pancytopenia. *Electrolyte Blood Press* 2011; 9: 32–37.
14. Eriksson L., Baigi A., Marklund B., Lindgren E.C. Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants. *Scand J. Med. Sci. Sports* 2008; 18: 389–394.
15. Korinth A., Schiess S., Westenhofer J. Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences. *Public Health Nutr.* 2010; 13: 32–37.
16. Arusoğlu G., Kabakçı E., Köksal G., Merdol T.K. Orthorexia nervosa and adaptation of ORTO-11 into Turkish. *Turk Psikiyatri Derg.* 2008; 19: 283–291.
17. Russell T. Stodd MD *Weatherlane Hawaii Med J.* 2010; 69: 134.
18. Segura-García C., Papaiani M.C., Caglioti F. i wsp. Orthorexia Nervosa: A frequent eating disordered behavior in athletes. *Eat Weight Disord.* 2012; 17: e226–233.
19. Brytek-Matera A. Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive – compulsive disorder or disturbed eating habit? *Arch. Psychiatr Psych.* 2012; 1: 55–60.
20. Bilikiewicz A. *Psychiatria, podręcznik dla studentów medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: s. 383–389.
21. Kjelsås E., Bjørnstrøm C., Gøtestam K.G. Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14–15 years). *Eat Behav.* 2004; 5: 13–25.
22. Donini L.M., Marsili D., Graziani M.P., 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.* 2004; 9: 151–157.
23. Grajeta H. Żywność funkcjonalna w profilaktyce chorób układu krążenia. *Adv. Clin. Exp. Med.* 2004; 13: 503–510.
24. Żeleziak M. Dlaczego rolnictwo ekologiczne? *Nauki Przyr.* 2009; 30: 155–166.
25. Marinella M.A. Refeeding syndrome: an important aspect of supportive oncology. *J. Support Oncol.* 2009; 7: 11–16.
26. MŞ José González. Ortorexia. *Psicologia en psicocentro.com*. http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp MŞ José González. Ortorexia. *Psicologia en psicocentro.com*. http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp.