

DOMINIKA DOROTA NELKOWSKA

ORCID: 0000-0002-0857-9796

domanela@gmail.com

Orthorexia nervosa: definicje, kryteria, klasyfikacje – kontrowersje i rozbieżności w wynikach badań

Orthorexia Nervosa: Definitions, Criteria, Classifications – Controversies and Discrepancies

STRESZCZENIE

Ortoreksja (*orthorexia nervosa* – ON) to stosunkowo nowe zjawisko, opisywane jako fiksacja na spożywaniu zdrowej żywności. Ze względu na skalę żywieniowych restrykcji oraz znaczące konsekwencje, obejmujące zarówno problemy w sferze somatycznej, jak i zaburzenia funkcjonowania psychospołecznego, od ponad dekady trwa naukowa debata mająca na celu rozstrzygnięcie statusu ortoreksji. W niniejszym artykule dokonano podsumowania dotychczasowych rozważań dotyczących ON, ze szczególnym uwzględnieniem doniesień empirycznych. Opisano dominujące kierunki badań, wskazując na rozbieżności w ich wynikach.

Słowa kluczowe: ortoreksja; *orthorexia nervosa*; zaburzenia odżywiania; żywienie

WPROWADZENIE

W ostatnich latach obserwowany jest wzrost zachorowań na zaburzenia odżywiania (Kędra, Pietras, 2011; Janas-Kozik i in., 2012; Rzońca, Bień, Iwanowicz-Palus, 2016). Oprócz dobrze poznanej anoreksji i bulimii coraz częściej diagnozuje się takie zaburzenia, jak bigoreksja, diabulimia, zespół jedzenia nocnego (*night eating disorder*) czy napady objadania się (*binge eating disorder*); rośnie też liczba osób otyłych i przejawiających nieprawidłowe zachowania żywieniowe (Babicz-Zielińska, Wądołowska, Tomaszewski, 2013; Michalska, Szejko, Jakubczyk, Wojnar, 2016; Rzońca i in., 2016). Zainteresowanie badaczy wzbudza stosunkowo nowe zjawisko, jakim jest ortoreksja (*orthorexia nervosa* – ON), a trwa-

jąca od ponad dekady dyskusja dotyczy przede wszystkim próby odpowiedzi na pytanie, czy ortoreksja stanowi niezależną jednostkę chorobową, jest rodzajem zaburzeń odżywiania, wariantem zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, a może stanowi jedynie przejaw nieprawidłowych nawyków żywieniowych. Wyniki dotychczasowych badań są często niespójne lub nawet sprzeczne. Dlatego też, mimo rosnącej liczby doniesień empirycznych, wciąż brakuje jednoznacznych definicji, kryteriów diagnostycznych i rzetelnych narzędzi pomiarowych dotyczących ON. Mając na uwadze coraz większe zainteresowanie tematyką zdrowia oraz rozwój ideologii healthismu w społeczeństwach zachodnich, ortoreksja stanowi jedno z głównych zagrożeń i negatywnych konsekwencji współczesnych trendów zdrowotnych (Michalska, Kukuła, 2017). Ustalenie statusu ON jest więc istotne z perspektywy zarówno teorii, jak i praktyki.

ORTOREKSJA – KRYTERIA DEFINICYJNE I KLASYFIKACYJNE

Termin *orthorexia nervosa* został wprowadzony w 1997 r. przez Stevena Bratmana, który w nienaukowym czasopiśmie „Yoga Journal” postanowił zasygnalizować istnienie nowego problemu żywieniowego. W 2000 r. ukazała się pierwsza książka Stevena Bratmana i Davida Knighta poświęcona ortoreksji, w której zaprezentowano pierwsze kryteria diagnozy, a problem obsesji na punkcie zdrowego żywienia zyskał zainteresowanie badaczy europejskich (Dunn, Bratman, 2016). Pojęcie „ortoreksja” pochodzi z połączenia greckich terminów *orthos* ‘prawidłowy, właściwy’ oraz *orexia* ‘apetyt, pożądanie’ i dotyczy patologicznej fiksacji na punkcie spożywania żywności indywidualnie uznawanej za zdrową (Janas-Kozik i in., 2012; Gubiec, Stetkiewicz-Lewandowicz, Rasmus, Sobów, 2015; Haman, Barker-Ruchti, Patriksson, Lindgren, 2015). Osoby przejawiające zachowania ortorektyczne stosują rygorystyczną dietę, rezygnują ze spożywania tzw. nowej żywności, obsesyjnie unikają sztucznych konserwantów, barwników, aromatów, żywności produkowanej nieekologicznie, z wykorzystaniem pestycydów i modyfikowanej genetycznie (np. Kałędkiewicz, Doboszyńska, 2013; Koven, Abry, 2015). Rodzaj spożywanych produktów może się różnić, charakterystyczna jest jednak eskalacja żywieniowych restrykcji. Obsesja dotyczy również sposobu przygotowania posiłków i planowania jadłospisu z wyprzedzeniem, a każde odstępstwo od reżimu wiąże się z lękiem i poczuciem winy, powodując zaostrzenie diety (Bratman, Knight, 2000; Janas-Kozik i in., 2012; Rzońca i in., 2016).

W dotychczasowych propozycjach klasyfikacji ortoreksji skupiano się na jej indywidualnym wymiarze i dążono do uszczegółowienia obrazu klinicznego w oparciu o charakterystykę objawową. Pierwszą próbę usystematyzowania klasyfikacji podjęli Ryan M. Moroze, Thomas M. Dunn, Craig Holland, Joel Yager i Philippe Weintruab (2015), opracowując cztery kryteria diagnostyczne ON. Według Dunna i Bratmana (2016) zabrakło w nich podkreślenia, że idea zdrowego

odżywiania oraz wybór określonych produktów żywieniowych mogą się różnić w zależności od indywidualnie przyjętych założeń dotyczących odpowiedniej, służącej zdrowiu diety. Nie uwzględniono też istotnego według autorów objawu, jakim jest utrata masy ciała. Dlatego po dokonaniu szczegółowych analiz przy międzynarodowej współpracy opracowano nowe kryteria diagnostyczne ON. Ze-stawienie obu propozycji zawiera tabela 1. Należy podkreślić, że są to kryteria robocze i przewidywane są ich dalsze modyfikacje. Szczególnie istotna wydaje się dalsza weryfikacja problematyki cielesności. Zaburzenia obrazu ciała mogą bowiem odgrywać istotną rolę w patogenezie ortoreksji, lecz dotychczasowe doniesienia empiryczne są niejednoznaczne (Brytek-Matera, Donini, Krupa, Poggiogalle, Hay, 2015; Barnes, Caltabiano, 2017; Brytek-Matera, Fonte, Poggiogalle, Donini, Cena, 2017; Brytek-Matera, Gramaglia, Gambaro, Delicato, Zeppegno, 2018; Oberle, Lipschuetz, 2018).

STATUS ORTOREKSJI I DIAGNOZA RÓŻNICOWA

Większość dotychczasowych publikacji wskazuje na obecność wspólnych cech klinicznych ortoreksji z anoreksją oraz zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi (Arusoğlu, Kabakci, Köksal, Merdol, 2008; Brytek-Matera, 2012; Koven, Abry, 2015; Poyraz i in., 2015; Brytek-Matera i in., 2017; Cena i in., 2018; Łucka i in., 2018). Wśród nich wymienia się: perfekcjonizm, sztywność poznawczą, upośledzenie pamięci roboczej, obecność lęku jako cechy, a także zaburzenia ogólnego funkcjonowania. Całościowy obraz kliniczny ON nie pozwala jednak na jej jednoznaczną klasyfikację ani wśród zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (OCD), ani wśród zaburzeń odżywiania (ED).

Obecność obsesji, intruzywnych myśli, rytuałów, a także zaabsorbowanie tematem czystości pożywienia (*purity*) łączy ortoreksję z OCD. Badania tureckie potwierdzają związek między natężeniem predyspozycji do zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych a ryzykiem wystąpienia ortoreksji (Arusoğlu i in., 2008; Poyraz i in., 2015), natomiast w badaniach polskich nie wykazano takiego związku (Łucka i in., 2018), co podważa powyższą tezę. Jednocześnie charakterystyczny dla ON ograniczony wgląd i egosyntoniczność symptomów wyklucza diagnozę OCD i wskazuje, że są to różne zespoły psychopatologiczne (Koven, Abry, 2015; Brytek-Matera i in., 2017; Łucka i in., 2018).

Powyższe cechy łączą ortoreksję z anoreksją. Inne podobieństwa ON i AN dotyczą specyfiki osobowości oraz konsekwencji płynących ze stosowania diety. Wysoka potrzeba kontroli i osiąganie jej poprzez restrykcje żywieniowe, poczucie wyższości wynikające ze stosowanych praktyk żywieniowych, drobiazgowość, mechanizmy hipochondryczne czy nadmierna potrzeba samoopieki i ochrony to cechy wspólne dla ON i AN (Zamora, Bonaechea, Sánchez, Rial, 2005; Brytek-Matera, 2012; Brytek-Matera i in., 2015). Restrykcje dietetyczne w przypadku

Tabela 1. Kryteria diagnostyczne ortoreksji

Autorzy	Kryteria
Moroze, Dunn, Holland, Yager, Weintruab (2015)	Kryterium A – obecność nadmiernej, obsesyjnej koncentracji na zdrowym odżywianiu, skupiającej się na jakości i składzie posiłków Kryterium B – nadmierna koncentracja na zdrowym żywieniu powoduje zaburzenia zdrowotne lub dystres w zakresie funkcjonowania społecznego, zawodowego i szkolnego Kryterium C – zjawisko to nie wynika z innych chorób i zaburzeń, takich jak zaburzenie obsesyjno-kompulsywne, schizofrenia lub inna choroba psychiczna Kryterium D – zachowanie nie wynika z przekonań religijnych, alergii pokarmowych lub chorób wymagających stosowania specjalistycznej diety
Dunn, Bratman (2016)	Kryterium A Obecność obsesyjnej koncentracji na zdrowym odżywianiu oraz emocjonalnego dystresu w odniesieniu do produktów postrzeganych jako niezdrowe, a także możliwej utraty wagi, która jednak nie stanowi głównego celu podjętych praktyk żywieniowych. O powyższym ma świadczyć: – obecność obsesji i/lub kompulsywnych zachowań opartych na przekonaniu o zbawiennym wpływie określonego rodzaju żywności na utrzymanie zdrowia – doświadczanie lęku, strachu i wstydu w sytuacji pogwałcenia narzuczanych reguł – eskalacja żywieniowych restrykcji, która prowadzi do utraty wagi, przy czym pragnienie utraty wagi może być maskowane lub w ogóle nie występować
	Kryterium B Zachowania kompulsyjne i nadmierna psychiczna koncentracja na zdrowym odżywianiu stają się klinicznie istotne, gdy powodują: – niedożywienie, znaczącą utratę masy ciała i inne powikłania wynikające z ograniczeń dietetycznych – zaburzenia w zakresie relacji interpersonalnych i edukacji – uzależnianie poczucia własnej wartości, obrazu ciała i tożsamości od wytrwałości w diecie

Źródło: opracowanie własne na podstawie: (Moroze i in., 2015; Dunn, Bratman, 2016; Łucka, Janikowska-Hołoweńko, Domarecki, Plenikowska-Ślusarz, Domarecka, 2018).

ON paradoksalnie prowadzą do licznych problemów zdrowotnych, podobnie jak w anoreksji (m.in. niedożywienie, utrata wagi, niedobory składników odżywczych). Powikłania ortoreksji, takie jak hiponatremia, rabdomioliza, pancytopenia, kwasica metaboliczna, rozedma podskórna, rozedma śródpiersiowa czy odma opłucnowa, mogą zagrażać życiu (Park i in., 2011; Dittfeld, Koszowska, Fizia, Ziora, 2013). Jak dotąd szerzej opisano tylko kilka przypadków skrajnego niedożywienia wśród pacjentów z ortoreksją oraz jeden przypadek śmiertelny (Zamora i in., 2005; Park i in., 2011; Moroze i in., 2015; Dunn, Bratman, 2016).

Propozycja umieszczenia ortoreksji wśród zaburzeń odżywiania nie została powszechnie przyjęta. Powodem mogą być różnice w motywacji do podjęcia diety, a tak-

że obecne w literaturze niejasności dotyczące BMI i obrazu ciała w etiologii i przebiegu ON (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale, Cannella, 2005; Arusoğlu i in., 2008; Brytek-Matera i in., 2015, 2017, 2018; Barnes, Caltabiano, 2017; Oberle, Lipschuetz, 2018). Nadal prowadzone są badania mające na celu uszczegółowienie obrazu klinicznego ortoreksji, co ma pomóc w ostatecznym podjęciu decyzji o jej klasyfikacji. Problem dotyczący włączenia lub wyłączenia ortoreksji z ED wydaje się bardziej złożony, gdyż dyskusja dotyczy ustalenia: 1) czy ON to forma anoreksji, w której pragnienie utraty wagi jest maskowane, oraz 2) czy ON to odrębna forma zaburzenia odżywiania, a jeśli tak, to do jakiej grupy zaburzeń przynależy. Dotychczasowe badania wykazały, że ortoreksja może poprzedzać wystąpienie zaburzeń odżywiania (np. anoreksji lub bulimii), współwystępować z nimi lub rozwinąć się w trakcie prowadzonego leczenia (Segura-Garcia i in., 2015; Brytek-Matera i in., 2018).

Choć najczęściej publikacji dotyczy porównań ortoreksji z zaburzeniami odżywiania (szczególnie anoreksją) oraz OCD, niektóre wskazują również na inne powiązania. Istotny wydaje się rys paranoidalny oraz dziwaczność symptomów w przebiegu ON, które mogą stanowić o rozwoju zaburzeń psychiatrycznych lub być zwiastunem schizofrenii (Saddichha, Babu, Chandra, 2012; Moroze i in., 2015). Według niektórych badaczy ortoreksja wraz z anoreksją znajduje się na jednym kontinuum zaburzeń, dzieląc wiele cech wspólnych z ASD (*Autism Spectrum Disorder*) (Gillberg i in., 2010; Dell’Osso i in., 2016), lecz opublikowano już badanie podważające ten pogląd (Hayatbini, Oberle, 2019). Jeszcze inne publikacje przedstawiają ortoreksję jako uzależnienie behawioralne (Marazziti, Presta, Baroni, Silvestri, Dell’Osso, 2014; Rowicka, 2015), zaburzenie polegające na ograniczaniu/unikaniu przyjmowania pokarmów (*Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder* – ARFID) (Moroze i in., 2015; Brytek-Matera i in., 2018) lub przejaw zaburzonego funkcjonowania osobowości obsesyjno-kompulsywnej (Koven, Abry, 2015). Ponadto rosnąca popularność ideologii healthismu, której kluczową koncepcją jest indywidualna odpowiedzialność za zdrowie, prowadzi do znaczących przemian w stylu życia społeczeństw kultury zachodniej, co zdaniem niektórych skutkuje ich transformacją w „społeczeństwa ortorektyczne” (*orthorexic society*) (Rangel, Dukeshire, MacDonald, 2012). Odpowiednie zdefiniowanie ortoreksji wymaga więc uwzględnienia wymiaru społeczno-kulturowego, szczególnie że proces rozwoju nowej postawy prozdrowotnej ma charakter globalny.

NARZĘDZIA DIAGNOSTYCZNE

Opracowywane kryteria diagnostyczne ortoreksji determinują wprowadzenie odpowiednich narzędzi pomiarowych. Dotychczas zaproponowano kilka kwestionariuszy. Pierwszy z nich to kwestionariusz ortoreksji Bratmana (Bratman’s Orthorexia Test – BOT) składający się z 10 pytań, na które respondent może odpowiedzieć tak lub nie. Za każdą pozytywną odpowiedź przyznawany

jest 1 punkt, a wysokie wyniki mają świadczyć o ortoreksji (Bratman, Knight, 2000; Janas-Kozik i in., 2012). Jest to test o charakterze przesiewowym, bez określonych właściwości psychometrycznych (Dunn, Bratman, 2016); mimo to był stosowany w wielu badaniach, także w Polsce (np. Dittfeld, Gwizdek, Jagielski, Brzęk, Ziora, 2017). Na jego podstawie, uwzględniając jeszcze mechanizmy obsesyjne i fobiczne diagnozowane przy użyciu testu MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), opracowano kwestionariusz ORTO-15 – pierwsze narzędzie do diagnozy ortoreksji (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale, Cannella, 2005). Kwestionariusz powstał we Włoszech, jego autorzy wykorzystali niektóre pozycje testu Bratmana lub dokonali ich zmiany leksykalnej, a skalę odpowiedzi przekształcili z dychotomicznej na czterostopniową (zawsze, często, czasem, nigdy). Ostateczna wersja testu zawiera 15 pozycji opisujących nasilenie zachowań ortorektycznych, odnosząc się do objawów klinicznych oraz poznawczych i emocjonalnych aspektów funkcjonowania osób z ON (Janas-Kozik i in., 2012). Podczas walidacji kwestionariusza wartość progowa <40 uzyskała zadowalającą zdolność predykcyjną mimo niskiej zdolności wykrycia obecności obsesji (Donini i in., 2005). Choć autorzy ORTO-15 podkreślili konieczność opracowania i dodania do testu pozycji dotyczących zachowań obsesyjno-kompulsyjnych, to w kolejnych latach kwestionariusz był stosowany w wielu badaniach w niezmienionej formie. Dokonano jego walidacji i tłumaczenia na kilka języków, w tym na język polski (Stochel i in., 2015). Dziś test jest poddawany krytyce nie tylko z powodu niekompletności, lecz również niestabilnych właściwości psychometrycznych i zjawiska naddiagnozowania zachowań ortorektycznych w populacjach (np. Missbach i in., 2015; Missbach, Dunn, König, 2017; Roncero, Barrada, Perpiñá, 2017). Rzetelność ORTO-15 waha się w granicach między 0,14 a 0,79, co skłania do kwestionowania jego użyteczności (Depa, Schweizer, Bekers, Hilzendegen, Stroebele-Brnshop, 2017).

Kontrowersje dotyczące ORTO-15 skłoniły badaczy do poszukiwania nowych narzędzi, które mogą być wykorzystywane przy diagnozie ortoreksji. Jednym z nich jest EHQ (Eating Habits Questionnaire), za pomocą którego można zbadać myśli, zachowania i emocje wobec zdrowego odżywiania (Barrada, Roncero, 2018). Test składa się z trzech podskal o zadowalającej rzetelności (r w przedziale 0,72–0,81) i trafności wewnętrznej (α w przedziale 0,72–0,90), lecz nie zawiera pozycji wskazujących na patologiczną fiksację i przesadne zaabsorbowanie zdrowym odżywianiem, a te cechy wydają się istotnymi objawami klinicznymi ortoreksji.

Inną nową propozycją jest Düsseldorf Orthorexie Scale (DOS) – kwestionariusz opracowany w Niemczech, który zawiera trzy podskale: 1) ortorektyczne zachowania żywieniowe (*orthorexic eating behaviour*), 2) unikanie żywnościowych dodatków (*avoidance of additives*) oraz 3) suplementacja minerałów (*supply of minerals*) (Barthels, Meyer, Pietrowsky, 2015). DOS zawiera łącznie 21 pozy-

cji, jednak stosowany jest też w krótszej formie (10-item-DOS). Kwestionariusz wykorzystano kilkakrotnie w badaniach niemieckich (Barthels i in., 2015; Barthels, Meyer, Huber, Pietrowsky, 2017; Rudolph, 2018) i przetłumaczono na język angielski w populacji amerykańskich studentów (Chard, Hilzendegen, Barthels, Stroebele-Benschop, 2018). Kwestionariusz okazał się trafny i rzetelny, lecz autorzy adaptacji wskazują na pewne ograniczenia związane z wykorzystywaniem narzędzia w innych populacjach (także anglojęzycznych). Istotne wydają się różnice kulturowe, rasowe i etniczne, które mogą determinować zachowania żywieniowe i różnicować wyniki testu.

Juan R. Barrada i María Roncero (2018) zaproponowali dwuczynnikową strukturę ortoreksji, opracowując kwestionariusz TOS (Teruel Orthorexia Scale). Hiszpańscy badacze wykorzystali pomiary w zakresie cech i zaburzeń najczęściej łączonych z ortoreksją, tj. zaburzeń odżywiania i obrazu ciała (ORTO-15, EAT26, MBSRQ), zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (OCI-R), negatywnego afektu (PANAS) i perfekcjonizmu (FMPS). Ostatecznie wyłonili dwa czynniki, są to: 1) zdrowa ortoreksja (*healthy orthorexia*) – pozwala na ocenę wolnych od psychopatologii tendencji do zdrowego odżywiania i zainteresowania dietą, oraz 2) *orthorexia nervosa* – uwzględnia społeczne i emocjonalne następstwa wynikające ze sztywnych restrykcji żywieniowych, pozwala na stwierdzenie obecności negatywnego afektu i mechanizmów samokarania. Wskazana jest weryfikacja właściwości psychometrycznych TOS w innych populacjach, choć – jak zapewniają autorzy kwestionariusza – jest to obiecujące narzędzie. Propozycja dwuczynnikowej struktury ortoreksji z pewnością dostarcza badaczom ON nowego spojrzenia na ten problem, a sama koncepcja wydaje się postępową.

ROZPOWSZECHNIENIE ORTOREKSJI

Wskaźniki rozpowszechnienia ortoreksji wahają się od 1% do 58% w populacji ogólnej do nawet 83% w grupach ryzyka, w tym studentów (Depa i in., 2017). Powodem tak dużych rozbieżności jest stosowanie różnych narzędzi o innych właściwościach psychometrycznych (EHQ, BOT, ORTO-15, DOS), przyjmowanie różnych punktów odcięcia przy diagnozie ON, a także możliwe błędy metodologiczne. Dla przykładu wiele badań prowadzonych z użyciem testu BOT lub ORTO-15 wskazuje na znaczące rozpowszechnienie zachowań ortorektycznych wśród dietetyków, lekarzy oraz studentów dietetyki, medycyny i kierunków pokrewnych (np. Fidan, Ertekin, Işıkay, Kirpınar, 2010; Gubiec i in., 2015; Tremelling, Sandon, Vega, McAdams, 2017). Natomiast w badaniu ON przeprowadzonym wśród studentów niemieckich przy użyciu testu DOS nie ujawniono istotnych różnic między studentami dietetyki a studentami ekonomii w zakresie patologicznych zachowań żywieniowych (*pathological eating behaviour*) (Depa i in., 2017). Znacznie niższe wskaźniki rozpowszechnienia ortoreksji uzyskano

również w populacji studentów hiszpańskich podczas konstruowania kwestionariusza TOS, wskazując, że patologiczny charakter żywieniowych zachowań zdrowotnych przejawia niewielki procent studentów (Barrada, Roncero, 2018). Rozbieżności dotyczą jeszcze kwestii rozpowszechnienia ortoreksji wśród kobiet i mężczyzn. Niektóre badania wskazują na przewagę kobiet (Arusoğlu i in., 2008; Brytek-Matera, Krupa, Poggiogalle, Donini, 2014), inne zaś na przewagę mężczyzn (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale, Cannella, 2004; Donini i in., 2005; Fidan i in., 2010), a w jeszcze innych nie wykazano istotnych różnic (Brytek-Matera i in., 2015, 2017; Depa i in., 2017).

ZAKOŃCZENIE

Wskazana jest dalsza weryfikacja empiryczna problematyki cielesności i obrazu ciała, a także bardziej dogłębna analiza czynników etiologicznych (w tym danych socjodemograficznych) oraz ustalenie czynników ryzyka rozwoju ortoreksji w oparciu o szerokie badania populacyjne, uwzględniające różnorodne kohorty. W badaniach warto uwzględnić charakter przemian społeczno-kulturowych i ustalić kryteria diagnozy ON odpowiednio do współczesnych warunków życia. Jednocześnie nie należy całkowicie rezygnować z hipotezy traktującej zachowania ortorektyczne jako przejaw racjonalnej troski o własne zdrowie, szczególnie biorąc pod uwagę rzeczywisty szkodliwy wpływ wielu produktów żywieniowych. Weryfikacja obecnych w literaturze rozbieżności pozwoli na ostateczne określenie statusu ortoreksji, dzięki czemu możliwa będzie decyzja o jej umieszczeniu (lub nie) w klasyfikacjach DSM lub ICD oraz odpowiednie prowadzenie działań terapeutycznych i prewencyjnych.

BIBLIOGRAFIA

- Arusoğlu, G., Kabakci, E., Köksal, G., Merdol, T.K. (2008). Orthorexia nervosa and adaptation of ORTO-11 into Turkish. *Turkish Journal of Psychiatry*, 19(3), 283–291.
- Babicz-Zielińska, E., Wądołowska, L., Tomaszewski, D. (2013). Eating Disorders: Problems of Contemporary Civilisation – A Review. *Polish Journal of Food and Nutrition Sciences*, 63(3), 133–146, DOI: <https://doi.org/10.2478/v10222-012-0078-0>.
- Barnes, M.A., Caltabiano, M.L. (2017). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(1), 177–184, DOI: <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0280-x>.
- Barrada, J.R., Roncero, M. (2018). Bidimensional Structure of the Orthorexia: Development and Initial Validation of a New Instrument. *Annales de Psychologia*, 34(2), 283–291, DOI: <https://doi.org/10.6018/analesps.34.2.299671>.
- Barthels, F., Meyer, F., Pietrowsky, R. (2015). Orthorexic eating behaviour. A new type of disordered Eating. *Ernährungs Umschau*, 62(10), 568–573.

- Barthels, F., Meyer, F., Huber, T., Pietrowsky, R. (2017). Orthorexic eating behaviour as a coping strategy in patients with anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(2), 269–276, DOI: <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0329-x>.
- Bratman, S., Knight, D. (2000). *Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*. New York: Broadway.
- Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa – An eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1(1), 55–60.
- Brytek-Matera, A., Krupa, M., Poggiogalle, E., Donini, L.M. (2014). Adaptation of the ORTHO-15 test to Polish women and men. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 19(1), 69–76, DOI: <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0100-0>.
- Brytek-Matera, A., Donini, L.M., Krupa, M., Poggiogalle, E., Hay, P. (2015). Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 1–8, DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0038-2>.
- Brytek-Matera, A., Fonte, M.L., Poggiogalle, E., Donini, L.M. Cena, H. (2017). Orthorexia nervosa: relationship with obsessive-compulsive symptoms, disordered eating patterns and body uneasiness among Italian university students. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(4), 609–617, DOI: <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0427-4>.
- Brytek-Matera, A., Gramaglia, C., Gambaro, E., Delicato, C., Zeppegno, P. (2018). The psychopathology of body image in orthorexia nervosa. *Journal of Psychopathology*, 24, 122–140.
- Cena, H., Barthels, F., Cuzzolaro, M., Bratman, S., Brytek-Matera, A., Dunn, T., ..., Donini, L.M. (2018). Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(2), 209–246, DOI: <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0606-y>.
- Chard, C.A., Hilzendegen, C., Barthels, F., Stroebele-Benschop, N. (2018). Psychometric evaluation of the English version of the Düsseldorf Orthorexia Scale (DOS) and the prevalence of orthorexia nervosa among U.S. students sample. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(2), 275–281, DOI: <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0570-6>.
- Dell’Osso, L., Abelli, M., Carpita, B., Pini, S., Castellini, G., Carmassi, C., Ricca, V. (2016). Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism and obsessive-compulsive spectrum. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1651–1660, DOI: <https://doi.org/10.2147/NDT.S108912>.
- Depa, J., Schweizer, J., Bekers, S.K., Hilzendegen, C., Stroebele-Brnschop, N. (2017). Prevalence and predictors of orthorexia nervosa among German students using the 21-item-DOS. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(1), 193–199, DOI: <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0334-0>.
- Dittfeld, A., Koszowska, A., Fizia, K., Ziora, K. (2013). Ortoresksja – nowe zaburzenie odżywiania. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, 67(6), 393–399.
- Dittfeld, A., Gwizdek, K., Jagielski, P., Brzęk, J., Ziora, K. (2017). A Study on the relationship between orthorexia and vegetarianism using the BOT (Bratman Test for Orthorexia). *Psychiatria Polska*, 31(6), 1133–1144, DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/75739>.

- Donini, M., Marsili, D., Graziani, M.P., Imbriale, M., Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9(2), 151–157, DOI: <https://doi.org/10.1007/bf03325060>.
- Donini, M., Marsili, D., Graziani, M.P., Imbriale, M., Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 10(2), 28–32, DOI: <https://doi.org/10.1007/BF03327537>.
- Dunn, T.M., Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11–17, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.006>.
- Fidan, T., Ertekin, V., Işıkay, S., Kirpınar, I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 51(1), 49–54, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.03.001>.
- Gillberg, I.C., Billstedt, E., Wentz, E., Anckarsäter, H., Råstam, M., Gillberg, C. (2010). Attention, executive function and mentalizing in anorexia nervosa eighteen years after onset of eating disorder. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 32(4), 358–365, DOI: <https://doi.org/10.1080/13803390903066857>.
- Gubiec, E., Stetkiewicz-Lewandowicz, A., Rasmus, P., Sobów, T. (2015). Problem ortoreksji w grupie studentów kierunku dietetyka. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 21(1), 95–100, DOI: <https://doi.org/10.5604/20834543.1142367>.
- Haman, L., Barker-Ruchti, N., Patriksson, G., Lindgren, E.C. (2015). Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 10(1), DOI: <https://doi.org/10.3402/qhw.v10.26799>.
- Hayatbini, N., Oberle, C.D. (2019). Are orthorexia nervosa symptoms associated with cognitive Inflexibility? *Psychiatry Research*, 271, 464–468, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.017>.
- Janas-Kozik, M., Zejda, J., Stochel, M., Brożek, G., Janas, A., Jelonek, I. (2012). Ortoreksja – nowe rozpoznanie? *Psychiatria Polska*, 46(3), 441–450.
- Kałędkiewicz, E., Doboszyńska, A. (2013). Ortoreksja na tle innych zaburzeń odżywiania. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 7(6), 307–315.
- Kędra, E., Pietras, J. (2011). Zaburzenia odżywiania – znak naszych czasów. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 92(3), 530–534.
- Koven, N.S., Abry, A.W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: Emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 385–394, DOI: <https://doi.org/10.2147/NDT.S61665>.
- Łucka, I., Janikowska-Hołoweńko, D., Domarecki, P., Plenikowska-Ślusarz, T., Domarecka, M. (2018). Ortoreksja – oddzielna jednostka chorobowa, spektrum zaburzeń odżywiania czy wariant zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych? *Psychiatria Polska*, (97), 1–12.
- Marazziti, D., Presta, S., Baroni, S., Silvestri, S., Dell’Osso, L. (2014). Behavioral addictions: a novel challenge for psychopharmacology. *CNS Spectrums*, 19(6), 486–495, DOI: <https://doi.org/10.1017/S1092852913001041>.

- Michalska, A., Szejko, N., Jakubczyk, A., Wojnar, M. (2016). Niespecyficzne zaburzenia odżywiania się – subiektywny przegląd. *Psychiatria Polska*, 50(3), 497–507, DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/59217>.
- Michalska, P., Kukuła, D. (2017). Healthism – kult zdrowia czy współczesne zagrożenie behawioralne? W: M. Maciąg, K. Maciąg (red.), *Zagrożenia i problemy cywilizacyjne XXI w. – przegląd i badania* (s. 7–17). Lublin: Wydawnictwo Tygiel.
- Missbach, B., Hinterbuchinger, B., Dreiseitl, V., Zellhofer, S., Kurz, C., König, J. (2015). When eating right, is measured wrong! A validation and critical examination of the ORTO-15 questionnaire in German. *PloS One*, 10(8), 1–15, DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135772>.
- Missbach, B., Dunn, T.M., König, J.S. (2017). We need new tools to assess Orthorexia Nervosa. A commentary on “Prevalence of Orthorexia Nervosa among College Students Based on Bratman’s Test Associated Tendencies”. *Appetite*, 108, 521–524, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.07.010>.
- Moroze, R.M., Dunn, T.M., Holland, J.C., Yager, J., Weintraub, P. (2015). Microthinking about micronutrients: A case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal “orthorexia nervosa” and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*, 56(4), 397–403, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psych.2014.03.003>.
- Oberle, C., Lipschuetz, S. (2018). Orthorexia symptoms correlate with perceived muscularity and body fat, not BMI. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(2), 363–368, DOI: <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0508-z>.
- Park, S.W., Kim, J.Y., Go, G.J., Jeon, E.S., Pyo, H.J., Kwon, Y.J. (2011). Orthorexia nervosa with hyponatremia, subcutaneous emphysema, pneumodiastimum, pneumothorax, and pancytopenia. *Electrolytes & Blood Pressure*, 9(1), 32–37, DOI: <https://doi.org/10.5049/EBP.2011.9.1.32>.
- Poyraz, C.A., Tüfekçioğlu, E.Y., Özdemir, A., Baş, A., Kani, A.S., Erginöz, E., Duran, A. (2015). Relationship between Orthorexia and Obsessive-Compulsive Symptoms in Patients with Generalised Anxiety Disorder, Panic Disorder and Obsessive Compulsive Disorder. *Yeni Symposium*, 53(4), 22–26, DOI: <https://doi.org/10.5455/NYS.20160324065040>.
- Rangel, C., Dukeshire, S., MacDonald, L., (2012). Diet and anxiety. An exploration into the Orthorexic Society. *Appetite*, 58(1), 124–132, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.08.024>.
- Roncero, M., Barrada, J.R., Perpiñá, C. (2017). Measuring Orthorexia Nervosa: Psychometric Limitations of the ORTO-15. *The Spanish Journal of Psychology*, DOI: <https://doi.org/10.1017/sjp.2017.36>.
- Rowicka, M. (2015). *Uzależnienia behawioralne. Terapia i profilaktyka*. Warszawa: Fundacja Praesterno.
- Rudolph, S. (2018). The connection between exercise addiction and orthorexia nervosa in German fitness sports. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(5), 581–586, DOI: <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0437-2>.
- Rzońca, E., Bień, A., Iwanowicz-Palus, G. (2016). Zaburzenia odżywiania – problem wciąż aktualny = Eating disorders – an ongoing problem. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(12), 267–273.
- Saddichha, S., Babu, G.N., Chandra, P. (2012). Orthorexia nervosa presenting as prodrome of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 134(1), 110,

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.10.017>.

Segura-Garcia, C., Ramacciotti, C., Rania, M., Aloï, M., Caroleo, M., Bruni, A., De Fazio, P. (2015).

The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(2), 161–166,

DOI: <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0171-y>.

Stochel, M., Janas-Kozik, M., Zejda, J.E., Hyrnik, J., Jelonek, I., Siwiec, A. (2015). Walidacja kwestionariusza ORTO-15 w grupie młodzieży miejskiej w wieku 15–21 lat. *Psychiatria Polska*, 49(1), 119–134, **DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/25962>.**

Tremelling, K., Sandon, L., Vega, G.L., McAdams, C.J. (2017). Orthorexia Nervosa and Eating Disorder Symptoms in Registered Dietitian Nutritionists in the United States. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 117(10), 1612–1617,

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2017.05.001>.

Zamora, M.L.C., Bonaechea, B.B., Sánchez, F.G., Rial, B.R. (2005). Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder? *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(1), 66–68.

SUMMARY

Orthorexia (orthorexia nervosa – ON) is a relatively new phenomenon, so far described as a fixation on eating healthy and proper food. Due to the scale of nutritional restrictions and significant consequences, which include somatic problems and psychosocial disorders, a scientific debate has been going on for over a decade to resolve the status of orthorexia. This article summarizes the previous considerations regarding ON, with particular emphasis on empirical reports. The dominant directions of research have been described, indicating discrepancies in their results.

Keywords: orthorexia; orthorexia nervosa; eating disorders; diet