



## II Międzynarodowa Konferencja: Patologiczny hazard i inne uzależnienia behawioralne

25-26 listopada 2014 r. Warszawa, Hotel Marriott

# Ortoreksja i Bigoreksja charakterystyka zjawisk i kierunki badań

dr Magdalena Rowicka  
Akademia Pedagogiki Specjalnej  
[mrowicka@aps.edu.pl](mailto:mrowicka@aps.edu.pl)



- Ortoreksja (Orthorexia nervosa, z gr. ortho – prawidłowy, właściwy; orexis – apetyt, pożądanie)
  - „patologiczna fiksacja na spożywaniu właściwej i zdrowej żywności” Bratman (1997)
- Bigoreksja
  - Dysmorfia mięśniowa (zaburzenie psychiczne)
  - Zaburzenie uprawiania ćwiczeń | Uzależnienie od ćwiczeń
    - *ang. exercise addiction. exercises dependence, compulsive exercising*
- Ortoreksja i Bigoreksja w DSM V
  - W klasyfikacji DSM V zaburzenie uprawiania ćwiczeń jest wspomniane w kontekście szeroko pojętych uzależnieniach behawioralnych (nałogach behawioralnych), wraz z zaburzeniem kompulsywnego kupowania, ale nie zostało ono formalnie zdefiniowane w związku z niewystraczającymi danymi (APA, 2013; s. 481)
  - Niespecyficzne zaburzenia odżywiania się (?)

# BIGOREKSJA CZY ZABURZENIE NAWYKOWE

- Pierwsza definicja:
  - „osoby, które wykazują psychologiczną i/lub fizjologiczną zależność od regularnego biegania. U tych jednostek niezaspokojenie potrzeby biegania powoduje symptomy odstawienia (zarówno psychologiczne jak i fizjologiczne) w ciągu 24 do 36 godzin po zaprzestaniu biegania” [Sachs, 1981].
    - lęk, poczucie winy, nerwowość, drażliwość,
- Jako forma zaburzenia zachowania (tzw. uzależnienia behawioralnego) (Brown, 1993; Griffiths, 2005; Demetrovics & Griffiths, 2012).
  - Zaabsorbowanie / dominacja
  - Modyfikacja nastroju
  - **Tolerancja**
  - **Symptomy odstawienne** (nie sama obecność)
  - **Konflikt**
  - Nawrót
- Pierwotny vs wtórny charakter zaburzenia
  - Celowość (motywacja)
    - Utrata wagi stanowią środek w realizacji celu (a nie jest celem per se) (zaburzenia odżywiania się)

De Coverley Veale	De Coverley Veale (1995)
(1) Organicznie różnorodności ćwiczeń prowadzące do stereotypowych wzorców treningu, odbywanych regularnie co najmniej raz dziennie;	(1) zaabsorbowanie ćwiczeniami, które stają się stereotypowe i rutynowe
(2) Zaabsorbowanie ćwiczeniami – skupianie się na tej formie aktywności kosztem innych (które wcześniej sprawiały przyjemność);	
(3) Zwiększająca się tolerancja w stosunku do liczby jak i długości wykonywania ćwiczeń na przestrzeni kolejnych miesięcy i lat;	
(4) Objawy odstawienia – zaburzenia nastroju w przypadku nieplanowanej przerwy w ćwiczeniach lub utrudnionym dostępie;	(2) emocjonalne i fizyczne objawy odstawienia w okresie niećwiczenia (wahania nastroju, drażliwość, bezsenność);
(5) Łagodzenie objawów odstawienia poprzez dalsze ćwiczenie; / Traktowanie ćwiczeń jako formę radzenia sobie z zaburzeniami nastroju i/lub z problemami;	
(6) Nawroty – po okresie nie ćwiczona powrót do poprzedniego wzorca;	
(7) Kontynuowanie ćwiczeń mimo świadomości ich negatywnych konsekwencji na zdrowie (np. ćwiczenie mimo kontuzji, ćwiczenie wbrew zaleceniom lekarza), jak również na relacje interpersonalne (z partnerem, rodziną, przyjaciółmi), jak i zawodowe (lub edukacyjne).	(3) dystres fizyczny, społeczny i zawodowy oraz pogorszenie się funkcjonowania w tych obszarach wynikające z zaabsorbowania ćwiczeniami
(8) Celowa utrata masy ciała jako środek prowadzący do poprawy poziomu wykonywania ćwiczeń;	(4) brak innego wyjaśnienia zaabsorbowania ćwiczeniami (np. zaburzeń odżywiania się)

- Od 2%-3% do 20%-30%
  - Oszacowanie trudne ze względu na:
    - różne kryteria diagnostyczne i stosowane skale pomiarowe
    - oraz rozróżnienia na uzależnienie pierwotne i wtórne
- Ok 5% Niezależnie od przyjętych kryteriów (Szabo & Griffiths, 2007)
  - Studenci (US i UK) od 3,4% and 13,4% (Hausenblas and Downs, 2002)
  - 7% studentów studiujących nauki o sporcie
  - 4% u osób ćwiczących w klubach fitness
  - 30,4% triatlonistów (pierwotne) a kolejne 21.6% (wtórne) (Linder, 2002)
- Rodzaj ćwiczeń: ćwiczenia o charakterze tlenowym (bieganie, jazda na rowerze, pływanie),
- Kto: mężczyźni ćwiczący rekreacyjnie lub byli sportowcy
  - Współwystępujące zaburzenia odżywiania się (w tym ortoreksja)
  - Introwersja, depresja, zaburzenia lękowe

- Czy ćwiczenia stanowią formę kontroli masy ciała u osób zaburzonych?
  - Wskaźniki zaburzeń odżywiania się są podobne wśród osób intensywnie ćwiczących i niećwiczących
  - Intensywne ćwiczenia nie prowadzą do zaburzeń odżywiania (anoreksji), nie stwierdzono u nich niezadowolenia czy depresji (Keski-Rahkonen, 2001)
  - Intensywne ćwiczenia mogą prowadzić do zaburzeń odżywiania (Davis i in., 1997)
    - W przypadku objawów poczucia winy po opuszczonym treningu
    - W celu uzyskania lepszych wyników

# MECHANIZMY UZALEŻNIENIA OD ĆWICZEŃ

- Hipoteza beta-endorfinowa
  - ćwiczenia o charakterze tlenowym - zwiększone wydzielanie beta-endorfin i innych opiatów endogennych, wywołujących efekt znieczulający i euforyzujący:
    - Zależność w badaniach na zwierzętach (Smith, 2003)
    - U ludzi wyniki badań nie są spójne (np. Pierce, 1993 nie znalazł zależności)
  - Steinberg i współautorów [35] istnieją jednak pośrednie dowody potwierdzające rolę beta-endorfin w uzależnieniu od ćwiczeń:
    - wzrost odczucia przyjemności po ćwiczeniach;
    - obecność zachowań kompulsywnych;
    - wzrost progu bólowego;
    - objawy odstawienia;
    - redukcja efektów ćwiczeń po podaniu antagonistów opiatów

# MECHANIZMY UZALEŻNIENIA OD ĆWICZEŃ

- Hipoteza wzrostu tolerancji na katecholaminy (adrenalinę i noradrenalinę)
  - systematyczny trening
    - spadek reaktywności autonomicznego układu nerwowego
      - wzrost tolerancji na katecholaminy (adrenalinę i noradrenalinę) [36].
        - Symptomy odstawieni obecne u osób z niższym wyjściowym poziomem funkcjonowania układu autonomicznego i odpornościowego
- Hipotezę regulacji afektywnej
- pozytywnego afektu i negatywnego afektu
  - biegacze negatywni i biegaczy pozytywni
- Badania nad motywacją
  - redukcja lęku i stresu - jako główny motyw u nawykowych biegaczy;
    - wyższy poziomem niepokoju i stresu przed,
    - silniejsze zadowolenie i dłużej utrzymująca się redukcja lęku i napięcia



---

# ORTOREKSJA

- Zgodnie z obowiązującymi klasyfikacjami (ICD-10, DSM-IV/V) termin zaburzenia odżywiania się obejmuje dwa wyraźnie wyodrębnione zespoły:
  - jadłowstręt psychiczny (anoreksję psychiczną)
  - żarłoczność psychiczną (bulimię psychiczną)
  - kategorię zaburzeń jedzenia nie wyszczególnioną nigdzie indziej, do której oprócz atypowych zaburzeń jedzenia zalicza się zespół napadowego objadania się (ang. binge eating Disorder) oraz zespół nocnego objadania się (ang. night eating syndrom)
- **Ortoreksja** (Orthorexia nervosa, z gr. ortho – prawidłowy, właściwy; orexis – apetyt, pożądanie)
  - pojęcie wprowadzone w 1997 roku przez amerykańskiego lekarza Bratmana,
  - „patologiczna fiksacja na spożywaniu właściwej i zdrowej żywności”

- Za Bratmanem:
  - unikanie niektórych pokarmów i określonych sposobów obróbki żywności (np. gotowania, smażenia, mrożenia)
  - Obsesyjne skupianie się na jakości i sposobie przygotowania posiłków,
  - Ścisłe przestrzeganiu zasad dot. wyglądu i składu pokarmów
- Poziom patologiczny:
  - Zaabsorbowanie (planowanie, kupowanie, czytanie, poświęcanie czasu na dojazdy)
  - ~ symptomy odstawienia - odstępstwo od reżimu związane jest z lękiem i poczuciem winy, które pociąga za sobą zaostrzenie diety
  - ~ tolerancja (z czasem coraz więcej do wyeliminowania)
  - Negatywne konsekwencje (zdrowie, relacje, praca)

- Czy możemy rozróżnić pierwotną i wtórną ortoreksję?
  - Różnice w celowości (np. chudnięcie, możliwość zapobiegania chorobom, poczuciem bezpieczeństwa, kontroli nad życiem);
  - Bratman i Knight (2000) pionierska propozycja narzędzia (kolejna strona)
  - Lorenzo Maria Donini (2004):
    1. stwierdzeniu cech osobowości obsesyjno-kompulsyjnej,
    2. występowaniu przesadnego przywiązania do zdrowego sposobu odżywiania (ang. health fanatic eating habits),
    3. stałym, nie przejściowym charakterze zaburzenia,
    4. wykazaniu, że zachowania związane z odżywianiem mają negatywny wpływ na jakość życia jednostki.
  - Kwestionariusz ORTO-15

# KWESTIONARIUSZ BRATMAN I KNIGHT (2000)

4 spośród 10 następujących pytań:

## 1. Zaabsorbowanie (w tym kompulsja)

1. Czy poświęcasz ponad trzy godziny dziennie na myślenie o zdrowym odżywianiu?
2. Czy planujesz posiłki dzień wcześniej?

## 2. Iluzoryczna kontrola:

1. Czy jesteś w stanie poświęcić przyjemne doznania płynące z jedzenia, aby jeść to, co uważasz za właściwe?
2. Czy ważniejsze jest dla Ciebie to, co jesz, niż przyjemność płynąca z jedzenia?
3. Czy kiedy jesz zgodnie z przekonaniami, masz poczucie całkowitej kontroli?

## 3. Tolerancja:

1. Czy jesteś coraz bardziej surowy w stosunku do siebie?

## 4. Negatywne konsekwencje:

1. Czy wraz z poprawą jakości diety wystąpiło u Ciebie pogorszenie jakości życia?
2. Czy Twój sposób odżywiania izoluje Cię od społeczeństwa?

## 5. Symptomy odstawienia:

1. Czy masz poczucie winy lub czujesz do siebie odrazę w przypadku odstępstwa od diety?

## 6. Obniżona samoocena:

1. Czy uważasz, że Twoja samoocena wzrasta, kiedy jesz zdrową żywność? Czy potępiasz ludzi, którzy nie odżywiają się zdrowo?

# ORTOREKSJA A ANOREKSJA

- Obraz kliniczny – podobieństwa i różnice:
  - rytuały związane z posiłkami, zaabsorbowanie spożywanymi pokarmami, sztywne nawyki żywieniowe oraz związek samooceny z odżywianiem.
  - Zarówno osoby cierpiące z powodu anoreksji, jak i ortoreksji postrzegać mogą swoje objawy jako egosyntoniczne oraz prezentować mogą niską motywację do leczenia
  - osoby prezentujące zachowania żywieniowe związane z ortoreksją (mierzone za pomocą ORTO-15) uzyskują wysokie wyniki w teście badającym zachowania i postawy wobec jedzenia u pacjentów anorektycznych (EAT-40)

**ALE:** W badaniach dotyczących ortoreksji nie wykazano związku pomiędzy wynikami testu ORTO-15 a wskaźnikiem masy ciała (BMI),

# ORTO 15 OD ZAWSZE DO NIGDY

1. Czy podczas jedzenia zwracasz uwagę na **kaloryczność posiłku**?
2. Czy kiedy wchodzisz do sklepu z żywnością czujesz się zmieszany/-a?
3. Czy przez ostatnie 3 miesiące trapiły Cię myśli o jedzeniu?
4. Czy Twoje wybory żywieniowe są uwarunkowane Twoją troską o swoje zdrowie?
5. Czy podczas oceny jedzenia **smak jest dla Ciebie ważniejszy niż jego jakość**?
6. Czy jesteś skłonny/-a wydać **więcej pieniędzy po to, by kupić zdrowsze jedzenie**?
7. Czy myślenie o jedzeniu trapi Cię przez więcej niż 3 godziny dziennie?
8. Czy pozwalasz sobie na jakieś „**żywieniowe wykroczenia**”?
9. Czy uważasz, że Twój nastrój wpływa na Twoje zachowania żywieniowe?
10. Czy uważasz, że przeświadczenie o spożywaniu jedynie zdrowej żywności **zwiększa poczucie wartości**
11. Czy uważasz, że spożywanie zdrowej żywności zmienia Twój styl życia? (jedzenie poza domem, znajomości...)
12. Czy uważasz, że spożywanie zdrowej żywności może poprawić Twój wygląd?
13. Czy czujesz się winny/-a, gdy pozwolisz sobie na „**żywieniowe grzeszki**”?
14. Czy uważasz, że na rynku dostępne jest także niezdrowe jedzenie?
15. Czy samotnie spożywasz posiłki?

Odpowiedzi: od 1 zawsze 2 często 3 czasami 4 nigdy

Punkt odcięcia = 40 punktów

# ORTOREKSJA - ROZPOWSZECHNIENIE

- problem ortoreksji może dotyczyć 0,5 – 6,9% populacji (Donini i in., 2005).
- 40% w grupie rezydentów medycyny (Turcja, 2005)
  - ORTO-15 (brak różnic ze względu na płeć i BMI u osób uzyskujących wysokie i niskie wyniki)
- Ok 57% w grupie studentów medycyny (Turcja) ORTO-11
  - (wersja ORTO-15 po walidacji w Turcji, Varga, Máté, 2009)
- 56% wśród aktorów/artystów (Aksoydan, 2009)
  - 81% wśród śpiewaków operowych; 32% wśród tancerzy baletowych; 36% - orkiestra symfoniczna
- **Polska** (próba 1700 gimnazjalistów – okolice Sosnowca)
  - Ortoreksja-40: 61,3% | Ortoreksja-35: 13,7% | Ortoreksja-33: 4,2%
- **Badania własne – studenci (121)**
  - Orto-40: 75,3% | Orto-35: 23,7% | Orto-33: 7,2%



## Uzależnienie od ćwiczeń / Zaburzenie uprawiania ćwiczeń

## Ortoreksja

- Obecność innych zaburzeń
  - w tym zaburzeń odżywiania, które stanowią często element zaburzenia uprawiania ćwiczeń (rzadziej odwrotnie)
- Podział na zaburzenie pierwotne i wtórne
- Model bio-psycho-społeczny
  - Silnie rozbudowany w przypadku ćwiczeń, mniej w przypadku zdrowego jedzenia
- Pozycja:
  - Zaburzenie uprawiania ćwiczeń – w kat. zaburzeń nawykowych (gry Internetowe, zakupy, sex)
  - Ortoreksja – nowe zaburzenie odżywiania czy OCD
- Brak modeli terapeutycznych (CBT, MI)



## II Międzynarodowa Konferencja: Patologiczny hazard i inne uzależnienia behawioralne

25-26 listopada 2014 r. Warszawa, Hotel Marriott

# Ortoreksja i Bigoreksja charakterystyka zjawisk i kierunki badań

dr Magdalena Rowicka  
Akademia Pedagogiki Specjalnej  
mrowicka@aps.edu.pl

