

Ortoreksija i drugi nespecifični poremećaji u prehrani

Papeša, Lorena

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Food Technology and Biotechnology / Sveučilište u Zagrebu, Prehrambeno-biotehnološki fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:159:940994>

Rights / Prava: [Attribution-NoDerivatives 4.0 International](#)/[Imenovanje-Bez prerada 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-29**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the Faculty of Food Technology and Biotechnology](#)



Sveučilište u Zagrebu
Prehrambeno-biotehnološki fakultet
Preddiplomski studij Nutricionizam

Lorena Papeša

7290/N

**ORTOREKSIJA I DRUGI NESPECIFIČNI POREMEĆAJI U
PREHRANI**

ZAVRŠNI RAD

Predmet: Pretilost i pothranjenost

Mentor: prof.dr.sc. Zvonimir Šatalić

Zagreb, 2021.

TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

Završni rad

Sveučilište u Zagrebu
Prehrambeno-biotehnološki fakultet
Preddiplomski sveučilišni studij Nutricionizam

Zavod za poznavanje i kontrolu sirovina i prehrambenih proizvoda
Laboratorij za znanost o prehrani

Znanstveno područje: Biotehničke znanosti
Znanstveno polje: Nutricionizam

Ortoreksija i drugi nespecifični poremećaji u prehrani

Lorena Papeša, 0058209704

Sažetak: Ovaj rad je fokusiran na poremećaje u prehrani, točnije one nespecifične, s naglaskom na ortoreksiji. Poremećaji u prehrani su u današnjem svijetu općepoznati i široko rasprostranjeni problem, a u moderno doba ih se pojavljuje, odnosno prepoznaje sve više. Osim onih najstarijih i najpoznatijih, anoreksije nervoze i bulimije nervoze, postoje i nespecifični poremećaji u prehrani kojima još nedostaju službeni dijagnostički kriteriji, ali to ih ne čini manje opasnima za oboljele. Ortoreksija nervoza je jedan od takvih nespecifičnih poremećaja. Najjednostavnije rečeno, to je poremećaj u kojem je osoba opsjednuta pravilnom prehranom do nezdrave i štetne mjere. To može uzrokovati brojne negativne posljedice na kvalitetu života. Cilj rada je opširnije opisati ortoreksiju kao relativno novi fenomen i poremećaj, sažeti osnovne činjenice o ostalim poznatim nespecifičnim poremećajima u prehrani i ukazati na važnost daljnjih istraživanja i edukacije o tim poremećajima u svrhu liječenja i pomoći ljudima koji pate od njih.

Ključne riječi: nespecifični poremećaji u prehrani, ortoreksija nervoza, poremećaji u prehrani

Rad sadrži: 35 stranica, 3 slike, 2 tablice, 52 literaturna navoda, 3 priloga

Jezik izvornika: hrvatski

Rad je u tiskanom i elektroničkom obliku pohranjen u knjižnici Prehrambeno-biotehnološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Kačićeva 23, 10 000 Zagreb

Mentor: prof.dr.sc. Zvonimir Šatalić

Datum obrane: 16. rujna 2021.

BASIC DOCUMENTATION CARD

Bachelor thesis

University of Zagreb
Faculty of Food and Biotechnology
University undergraduate study Nutrition

Department of Food Quality Control
Laboratory for Nutrition Science

Scientific area: Biotechnical Sciences

Scientific field: Nutrition

Orthorexia and other nonspecific eating disorders

Lorena Papeša, 0058209704

Abstract: This paper is focused on eating disorders, more precisely on those unspecified, emphasizing orthorexia. Eating disorders are a well-known and worldwide problem these days, and there is an increased number of them appearing and being recognized in the modern age. Apart from those oldest and most familiar ones, anorexia nervosa and bulimia nervosa, there are also unspecified eating disorders which are still lacking official diagnostic criteria, but that doesn't make them less dangerous for the people that have them. Orthorexia nervosa is one of those unspecified disorders. Simply, it's a disorder in which a person is obsessed with a healthy diet to an unhealthy and harmful degree. This can cause numerous negative consequences on a person's quality of life. The goal of the thesis is to describe orthorexia in further detail as a relatively new phenomenon and disorder, summarize fundamental facts about other known unspecified eating disorders and to point out the importance of further research and education for the purpose of treatment and helping people who suffer from them.

Keywords: eating disorders, eating disorders not otherwise specified, orthorexia nervosa, unspecified eating disorders

Thesis contains: 35 pages, 3 figures, 2 tables, 52 references, 3 supplements

Original in: Croatian

Thesis is in printed and electronic form deposited in the library of the Faculty of Food and Biotechnology, University of Zagreb, Kačićeva 23, 10 000 Zagreb

Mentor: Zvonimir Štalić, PhD

Defence date: September 16th, 2021

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. TEORIJSKI DIO.....	2
2.1. Poremećaji u prehrani	2
2.1.1. Anoreksija nervoza.....	3
2.1.2. Bulimija nervoza	3
2.1.3. Drugi specifični poremećaji u prehrani.....	3
2.2. Nespecifični poremećaji u prehrani	4
2.3. Ortoreksija nervoza	5
2.3.1. Karakteristična obilježja	6
2.3.2. Dijagnostički kriteriji	8
2.3.3. Diferencijalna dijagnostika i preklapanja s drugim poremećajima.....	13
2.3.4. Prevalencija, rizične skupine i faktori rizika	16
2.3.5. Posljedice poremećaja	20
2.3.6. Liječenje	22
2.4. Drugi nespecifični poremećaji u prehrani	23
2.4.1. Poremećaj nekritičnog (kompulzivnog) prejedanja (Binge Eating Disorder, BED)24	
2.4.2. Selektivni poremećaj prehrane (Selective Eating Disorder, SED ili Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, ARFID)	24
2.4.3. Poremećaj ruminacije (Rumination Disorder, RD).....	25
2.4.4. Pika	25
2.4.5. Sindrom noćnog jedenja (Night Eating Syndrome, NES)	26
2.4.6. Sindrom noćnog jedenja povezan sa spavanjem (Nocturnal Sleep-Related Eating Disorder, NSRED)	26
2.4.7. Emocionalni poremećaj izbjegavanja hrane (Food Avoidance Emotional Disorder, FAED).....	26
2.4.8. Bigoreksija.....	27
2.4.9. Dijabulimija	27
2.4.10. Sportska anoreksija (Anorexia Athletica, AA).....	27
2.4.11. Pregoreksija.....	28
2.4.12. Brideoreksija	28
2.4.13. Drunkoreksija.....	28
2.4.14. Nearlyreksija	29
2.4.15. Wannareksija	29
3. ZAKLJUČAK.....	30

4. POPIS LITERATURE.....31

1. UVOD

U Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje (DSM) su mentalni poremećaji sistematično podijeljeni u skupine i podskupine te je za svaki pojedini naveden kratak opis, tj. glavne karakteristike, dijagnostički kriteriji, prevalencija, razvoj i tijek bolesti, rizici i prognoza, diferencijalna dijagnostika, komorbiditet i ostale relevantne činjenice koje mogu biti od koristi za detektiranje i tretiranje određenog poremećaja (DSM-5, 2013). Tako u priručniku postoji i skupina poremećaja u prehrani, unutar koje se nalazi podskupina tzv. nespecifičnih poremećaja u prehrani koji nemaju svoje službene dijagnostičke kriterije. U tu kategoriju spada i ortoreksija, relativno novi fenomen i poremećaj u kojem je pojedinac opsjednut pravilnom prehranom, a u znanstvenoj se literaturi spominje od 1997. godine (Bratman, 1997).

Kako među mentalnim poremećajima općenito, tako i među poremećajima u prehrani postoji problem nedovoljne istraženosti i zanemarenosti određenih poremećaja. Preduvjet za liječenje neke bolesti ili poremećaja je, logično, njezina prvotna dijagnostika, no dijagnozu nije moguće postaviti bez postojećih dijagnostičkih kriterija. Stoga se kod ortoreksije, kao i mnogih drugih nespecifičnih poremećaja u prehrani koji isto mogu biti potencijalno opasni kao i oni specifični, javlja problem prepoznavanja i uvažavanja i liječenja.

Cilj ovog rada je istražiti poznate i utemeljene znanstvene činjenice o ortoreksiji i drugim nespecifičnim poremećajima u prehrani i, s naglaskom na ortoreksiju, ih sažeto opisati te vidjeti koliko je daljnjih istraživanja i rada na tim poremećajima još potrebno.

2. TEORIJSKI DIO

2.1. Poremećaji u prehrani

Poremećaje u prehrani karakteriziraju dugotrajne i ozbiljne smetnje u prehranbenom ponašanju i navikama koje rezultiraju izmjenama u konzumaciji ili apsorpciji hrane koje značajno narušavaju fizičko zdravlje ili psihosocijalno funkcioniranje (DSM-5, 2013). Povećan, odnosno smanjen unos nutrijenata i energije može kroz određeno vremensko razdoblje dovesti do stanja pretilosti, odnosno pothranjenosti. Pretilost je stanje organizma do kojeg dolazi previsokim energetske unosom koji dovodi do prekomjerne tjelesne mase i toga da se višak masnog tkiva nakuplja u mjeri da može ugroziti zdravlje. Pothranjenost je pak rezultat preniskog energetske i nutritivnog unosa koji rezultira smanjenom tjelesnom masom i kroničnim nedostatkom ili neravnotežom hranjivih tvari što uzrokuje mjerljivu promjenu tjelesnih funkcija. Poremećaji u prehrani su u stvari psihički poremećaji (Stewart Agras, 2010) u kojima dolazi do nezadovoljstva vlastitim tijelom, zabrinutosti zbog oblika tijela, usmjerenosti na kontrolu tjelesne mase i izgleda te neprimjerenog unosa hrane (Pokrajac-Bulian, 2000). Prema četvrtom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-IV, 1994), poremećaji u prehrani su podijeljeni u tri velike skupine: anoreksija nervoza (Anorexia Nervosa, AN), bulimija nervoza (Bulimia Nervosa, BN) i poremećaji u prehrani koji nisu drugačije naznačeni (Eating Disorder Not Otherwise Specified, EDNOS), dok su u petom izdanju (DSM-5, 2013) naznačeni još kriteriji za poremećaj nekritičnog (kompulzivnog) prejedanja (Binge Eating Disorder, BED), poremećaj ruminacije (Rumination Disorder, RD), selektivni poremećaj prehrane (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, ARFID) i piku. Kategorije drugih specifičnih poremećaja u prehrani (Other Specified Feeding and Eating Disorder, OSFED), i nespecificiranih poremećaja u prehrani (Unspecified Feeding or Eating Disorder, UFED) su zamijenile staru EDNOS kategoriju. No za potrebe ovog rada, koristit će se izraz „nespecifični poremećaji u prehrani“ i kratica „EDNOS“. U desetom izdanju Međunarodne klasifikacije bolesti (ICD-10), poremećaji u prehrani se dijele na anoreksiju nervozu, atipičnu anoreksiju nervozu, bulimiju nervozu, atipičnu bulimiju nervozu, prejedanje povezano s drugim psihološkim smetnjama, povraćanje povezano s drugim psihološkim smetnjama, druge poremećaje u prehrani i nespecifične poremećaje u prehrani, dok jedanaesto izdanje (ICD-11) sadržava istu podjelu poremećaja u prehrani kao i DSM-5.

Pretilost je navedena u ICD-u kao općenito zdravstveno stanje tj. problem, ali nije uključena u DSM-IV niti DSM-5 kao psihički poremećaj zato što nije utvrđeno da je usko i nužno povezana s psihološkim poremećajima ili poremećajima u ponašanju (DSM-IV, 1994).

2.1.1. Anoreksija nervoza

Anoreksija nervoza je poremećaj u prehrani za koji je karakterističan smanjeni unos hrane, odnosno nutrijenata i energije, pothranjenost, strah od povećanja tjelesne mase i iskrivljena percepcija vlastitog tijela. Pojavljuje se u dva tipa: restriktivnom i prejedajuće-purgativnom. U restriktivnom tipu anoreksije dolazi do smanjenja tjelesne mase uz pomoć restriktivnih dijeta i/ili posta, tj. ograničavanja unosa hrane i izgladnjivanja, te pretjerane tjelovježbe. U prejedajuće-purgativnom tipu anoreksije je prisutno prejedanje, a potom tzv. „čišćenje“ organizma samoizazvanim povraćanjem, te pomoću laksativa, diuretika i klistira (DSM-5, 2013).

2.1.2. Bulimija nervoza

Bulimija nervoza je poremećaj u prehrani kod kojeg su glavne karakteristike prejedanje i neprimjerene kompenzacijske metode za prevenciju dobivanja na tjelesnoj masi. Također se javlja u dva oblika: purgativnom i nepurgativnom. U purgativnom obliku je prisutno „čišćenje“ organizma kompenzacijskim ponašanjem poput samoizazvanog povraćanja i zlouporabe diuretika, laksativa ili klistira nakon epizode prejedanja zbog srama i straha od dobitka kilograma, a u nepurgativnom obliku bulimije nije prisutno „čišćenje“ organizma prethodno navedenim načinima, ali su prisutne druge kompenzacijske metode za prejedanje, kao što su gladovanje i/ili intenzivna tjelovježba. Za razliku od anoreksije, prejedajuće-purgativnog tipa, osobe oboljele od bulimije su u stanju održati tjelesnu masu na ili iznad minimuma (DSM-IV, 1994).

2.1.3. Drugi specifični poremećaji u prehrani

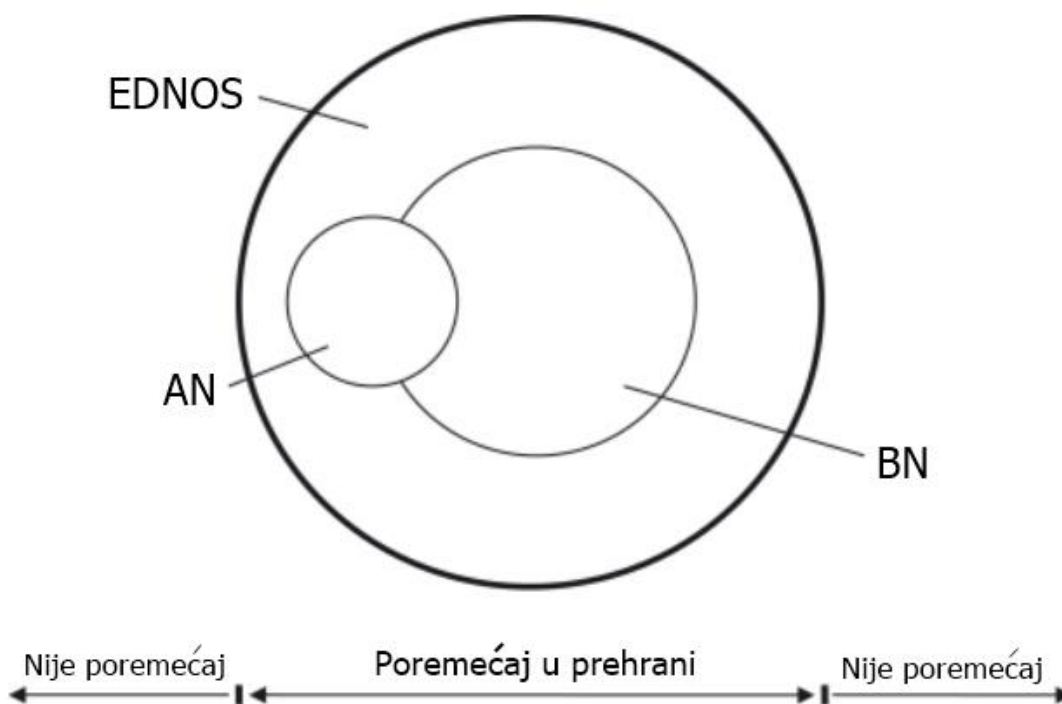
Prema DSM-5 (2013), u ovu kategoriju spadaju poremećaji čiji prevladavajući simptomi imaju karakteristike poremećaja u prehrani koji uzrokuju klinički značajne tegobe i štete u društvenom, radnom ili nekom drugom važnom području funkcioniranja, ali ne zadovoljavaju

sve kriterije za dijagnostiku ni jednog specifičnog poremećaja s definiranim dijagnostičkim kriterijima. Kod ovih poremećaja kliničar ističe specifičan razlog zašto nisu ispunjeni svi kriteriji za dijagnostiku određenog poremećaja tj. koji simptom nedostaje za npr. utvrđivanje dijagnoze anoreksije ili bulimije. Tako netko može dobiti dijagnozu atipične anoreksije, bulimije ili kompulzivnog prejedanja, poremećaja čišćenja bez prejedanja ili pak sindroma noćnog jedenja. Ako kliničar ne navede specifični razlog zašto simptomi ne ispunjavaju dijagnostičke kriterije ni jednog poremećaja, riječ je o nespecifičnom poremećaju u prehrani.

2.2. Nespecifični poremećaji u prehrani

Prema Fairburn i Bohn (2005) i Thomas i sur. (2009), nespecifičnim poremećajima u prehrani smatraju se svi poremećaji prehrane koji su klinički značajni, a ne zadovoljavaju dijagnostičke kriterije za dvije glavne skupine poremećaja u prehrani, anoreksiju nervozu i bulimiju nervozu. Oni se tretiraju kao rezidualni poremećaji u prehrani. Dakle, za dijagnosticiranje nekog nespecifičnog poremećaja u prehrani potrebno je proći dva osnovna koraka: kao prvo treba odrediti da postoji poremećaj prehrane od kliničkog značaja, a kao drugo treba utvrditi da isti ne zadovoljava kriterije ni za anoreksiju ni za bulimiju (dijagnostika na temelju isključivanja, umjesto potvrđivanja). Klinički opisi nespecifičnih poremećaja u prehrani naglašavaju da većina slučajeva ima karakteristike poremećaja kao i anoreksija i bulimija, ali u malo drugačijoj mjeri ili drugačijim kombinacijama. Na temelju toga su nespecifični poremećaji u prehrani podijeljeni u dvije kategorije: oni koji nalikuju na anoreksiju i/ili bulimiju, ali ne zadovoljavaju sve kriterije u dovoljnoj mjeri (prozvani još „subkliničkima“) i oni u kojima se karakteristike anoreksije i/ili bulimije pojavljuju u drugačijim kombinacijama nego kod samih specifičnih poremećaja (prozvani još „miješanima“, „djelomičnima“, „atipičnima“...). Oba termina su problematična zato što ti poremećaji nisu neuobičajeni niti su manje ozbiljni od „punih“ sindroma kako to dotični nazivi impliciraju. Nespecifični poremećaji u prehrani gledano kao skupina imaju najveću prevalenciju među svim poremećajima u prehrani (40-60%). Kao toliko proširena skupina poremećaja, koja je nedovoljno poznata i istražena, s manjkom dijagnostičkih kriterija i time svojevrsno zanemarena, može stvarati veliki problem za oboljele kojima je potrebna pomoć pošto se bez točne definicije ne mogu odrediti ni svi simptomi, niti se može predvidjeti tijek i ishod poremećaja i odrediti adekvatno liječenje. Stoga se predlažu daljnja i detaljnija istraživanja koja bi rezultirala kratkoročnim i dugoročnim rješenjima problema anomalnog statusa poremećaja iz kategorije EDNOS koji otežava dijagnostiku i liječenje dotičnih

poremećaja. Imenovano je i opisano mnogo nespecifičnih poremećaja u prehrani, od kojih su neki (isključujući BED, ARFID, RD i piku): ortoreksija, sindrom noćnog jedenja, sindrom noćnog jedenja povezan sa spavanjem, emocionalni poremećaj izbjegavanja hrane, bigoreksija, dijabulimija, sportska anoreksija, pregoreksija, brideoreksija, drunkoreksija, nearlyreksija, wannareksija. Na Slici 1. prikazana je shema rasprostranjenosti i preklapanja anoreksije nervoze, bulimije nervoze i EDNOS-a unutar raspona gdje su simptomi klinički značajni, čime bi zadovoljili kriterij dijagnoze poremećaja prehrane, a ne samo poremećene prehrane (razlika između poremećaja u prehrani i problema u prehrani).



Slika 1. Shematski prikaz veze između AN, BN i EDNOS (preuzeto od Fairburn i Bohn, 2005)

2.3. Ortoreksija nervoza

Pojam ortoreksije prvi je opisao američki liječnik Steven Bratman 1997. godine. Prema njegovoj definiciji, ortoreksija nervoza (Orthorexia Nervosa, ON) je nezdrava opsesija zdravom hranom. Naziv je izveden kao složenica grčke riječi „orthos“, što znači „ispravno“, i „orexia“, što znači „glad“ ili „apetit“ (Brytek-Matera, 2012), te je pritom povučena paralela s anoreksijom (Bratman, 1997). Bratman prilikom svog prvog spominjanja i opisivanja ortoreksije nije inicijalno htio to predložiti kao novi poremećaj, već je tim pojmom kao

liječnik i praktičar alternativne medicine htio pomoći svojim pacijentima kod kojih je primijetio da su prekomjerno fokusirani na prehranu, do mjere da im je to narušavalo kvalitetu života i imalo na njih više štete nego koristi, da se opuste i manje brinu oko svoje djeteta (Bratman, 2017). Međutim, sve se više populacije krenulo interesirati za taj pojam te je tako s vremenom postao novi fenomen modernog doba i predmet znanstvenog istraživanja te je predložen kao novi psihološki poremećaj, odnosno poremećaj prehrane (Dunn i Bratman, 2016).

2.3.1. Karakteristična obilježja

Ortoreksija nervoza je relativno novi poremećaj u prehrani kojeg obilježava opsjednutost „zdravom“ prehranom (Greville-Harris i sur., 2020). Osobe s ortoreksijom naglasak stavljaju na kvalitetu hrane, odnosno njezin nutritivni sastav i kako ona utječe na njihovo zdravlje, dok su im čimbenici poput kvantitete, okusa i užitka manje važni (Varga i sur. 2013). Prema Bratmanu (2017), ortoreksija ima dvije faze: prva faza je zdrava, bezopasna i u stvari pohvalna odluka za brigom o zdravoj, odnosno pravilnoj prehrani. No iz te prve, u početku pozitivne i benigne prehrambene i/ili životne navike koju je pojedinac razvio kako bi npr. popravio zdravlje, izgubio suvišne kilograme, dobio poželjan oblik tijela, ojačao imunitet ili prebolio neku bolest se može razviti poremećaj. Ta prva, u početku nevinna faza, može postati intenzivnija i ekstremna i preći u drugu, patološku, u kojoj je osoba preopterećena „zdravom“ hranom i pravilnom prehranom i svojom dijetom. Kada pojedinac postane opsjednut time do mjere da mu narušava kvalitetu života i nanosi više štete nego koristi, tada se može posumnjati na ortoreksiju. U drugoj fazi opsesivno razmišljanje, kompulzivno ponašanje, samokažnjavanje, eskalirajuće restrikcije i sve druge dinamike modernih poremećaja u prehrani počinju uzimati maha. Za razliku od osoba s anoreksijom i bulimijom, osobe oboljele od ortoreksije nisu usredotočene na mršavljenje ili tjelesni izgled, već zdravlje, „čistoću“ i kontrolu. Oboljele karakterizira visoka samodisciplina, potreba za kontrolom i osjećaj moralne superiornosti nad onima koji, prema njihovim kriterijima i standardima, konzumiraju „nezdravu“ hranu. Također je za njih značajno da proživljavaju veliku količinu tjeskobe radi djeteta koju provode, trošenje puno vremena na planiranje prehrane i kupovanje i pripremanje hrane, te u principu usmjeravanje većine fokusa i baziranje cijelog svog života na prehranu. Ako svojom jakom samokontrolom uspješno slijede svoju dijetu, percipiraju to kao nagradu, osjećaju zadovoljstvo te tako razvijaju i repetitivni obrazac ponašanja. S druge strane, ako ne uspiju pratiti svoje planove prehrane,

dolazi do frustracije, gađenja ako je narušena „čistoća“ hrane i krivnje ako ne postupe u skladu sa njima važećim prehranbenim pravilima. Dotične emocije kod nekih osoba s ortoreksijom mogu potaknuti samokažnjavanje kroz još rigorozniju prehranu, restriktivniju dijetu ili post. Kod nekih je otkrivena i poveznica poremećaja s religijom, odnosno da za to pronalaze motive u vjeri, te duhovnošću prilikom konzumiranja „čiste“ hrane i posebnim kuhinjskim ritualima kod pripremanja hrane. Dijete koje prakticiraju su ponekad bazirane na netočnim ili iracionalnim teorijama i filozofijama. Općenito, što je teorija više stroga ili kompleksna, to daje više materijala za razvoj ortoreksije. Na primjer, teorije bazirane na čistoći hrane i tijela mogu dovesti do problema sa osjećajem osobne nečistoće i sramote, teorije bazirane na ravnoteži mogu povećati probleme s kontrolom, teorije bazirane na konceptu osjetljivosti na hranu stvaraju strah, a moralno bazirane teorije vode do osjećaja superiornosti nad drugima, tvrdi Bratman (2017). Imaju tendenciju hranu (pogrešno) dijeliti na „dobru“ i „lošu“, pri čemu konzumiranjem „dobre“ hrane postižu osjećaj „čistoće“ i time teže ka „savršenstvu“. Poremećaj često rezultira odricanjem od omiljene hrane i posljedično smanjenja broja namirnica koje se konzumiraju, odnosno smanjenjem varijabilnosti u prehrani. Osim što si time mogu potencijalno ugroziti fizičko, a i psihičko zdravlje, svojom opsesijom oko „zdrave“ hrane i nametljivim, superiornim ili averzivnim odnosom prema ljudima koji konzumiraju „nezdravu“ hranu mogu imati negativne posljedice i na socijalnom planu. Prema tome, ortoreksija nije poremećaj za zanemariti, već ga je potrebno više istražiti kako bi se onima koji pate od njega moglo bolje pomoći (Orthorexia <<http://www.orthorexia.com>>, Pristupljeno 14. kolovoza 2021).

Nacionalna udruga za poremećaje u prehrani (NEDA, 2018) navodi sljedeće znakove upozorenja i simptome ortoreksije:

- Kompulzivno provjeravanje sastojaka i nutritivnih vrijednosti na deklaracijama proizvoda
- Povećana zabrinutost oko utjecaja pojedinih sastojaka na zdravlje
- Izbacivanje velikog broja skupine namirnica iz prehrane (sve šećere, ugljikohidrate, mlijeko i mliječne proizvode, meso, životinjske proizvode, itd.)
- Nemogućnost konzumacije bilo čega što ne spada u usku skupinu namirnica koja se smatra „zdravom“ ili „čistom“
- Neuobičajen interes za utjecaj tuđe prehrane na njihovo zdravlje
- Razmišljanje o hrani koja bi mogla biti poslužena na nadolazećim događajima i po nekoliko sati dnevno
- Pojava visoke razine uznemirenosti kada „sigurna“ i „zdrava“ hrana nije dostupna

- Opsesivno praćenje blogova o hrani i „zdravom načinu života“ na društvenim mrežama
- Zabrinutost oko izgleda tijela može ili ne mora biti prisutna.

Ortoreksija je i dalje nedovoljno definiran i istražen pojam, no očekivan je i potreban daljnji angažman kliničara i znanstvenika oko njega (Bratman, 2017; Varga i sur. 2013).

2.3.2. Dijagnostički kriteriji

Prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje, ortoreksija nervoza se i dalje ne smatra službenim poremećajem u prehrani. Nije navedena ni u 4. (DSM-IV, 1994) ni u 5. (DSM-5, 2013) izdanju priručnika. Razlog tome je taj što je ortoreksija relativno novi pojam koji nema univerzalno prihvaćenu definiciju i ima ograničen broj dostupnih informacija, kao takav je nedovoljno istražen te za njega i dalje ne postoje specifični, pouzdani i validirani dijagnostički kriteriji (Brytek-Matera, 2012; Moroze i sur., 2015). Općenito, ortoreksija se može uzeti u obzir kada je poremećaj u prehrani ili nenormalno prehrambeno ponašanje dugotrajno i perzistentno, a kada isti ima značajan negativan utjecaj na kvalitetu života pojedinca (Donini i sur., 2005). Ipak, nekolicina autora je predložila neke kriterije i testove za dijagnostiku koje bi osobe s ortoreksijom trebale zadovoljiti za dobivanje dijagnoze. U literaturi se od predloženih dijagnostičkih kriterija spominju oni Dunna i Bratmana (2016), zatim Morozea i suradnika (2015), Barthelsa i suradnika (2015), Setnick (2013) (Cena i sur., 2018), te Varge i suradnika (2013), a od testova postoji Bratmanov test (Bratman Orthorexia Test, BOT) (Bratman i Knight, 2000) i njegova nova verzija objavljena od strane samog autora dr. Bratmana, Autorizirani Bratmanov test samoprocjene za ortoreksiju (Authorized Bratman Orthorexia Self-Test, ABOST) (Orthorexia, 2017) te njegova prilagođena verzija ABOST 2 (Rogowska i sur., 2021), ORTO-15 upitnik (Donini i sur., 2005) i neke njegove prilagođene verzije, ORTO-11 (Arusoglu i sur., 2008), ORTO-11-Hu (Varga i sur., 2014), poljski ORTHO-15 (Brytek-Matera, 2014) i ORTO-9-GE (Missbach i sur., 2015) upitnik, Upitnik o prehrambenim navikama (Eating Habits Questionnaire, EHQ) (Gleaves i sur., 2013), Düsseldorfska ljestvica ortoreksije (Düsseldorf Orthorexie Scale, DOS) (Barthels i sur., 2015), Teruelska ljestvica ortoreksije (Teruel Orthorexia Scale, TOS) (Barrada i Roncero, 2018), Barcelonska ljestvica ortoreksije (The Barcelona Orthorexia Scale, BOS) (Bauer i sur., 2019) i Inventar ortoreksije nervoze (Orthorexia Nervosa Inventory, ONI) (Oberle i sur., 2020). U principu, postoji sedam osnovnih testova za procjenu ortoreksije (BOT, ORTO-15, EHQ, DOS, TOS, BOS i ONI)

(Niedzielski i Kazmierczak-Wojtas, 2021), a oni su prevedeni i na druge jezike i prilagođeni prema stanovništvu iz nekoliko država. Originalne verzije BOT-a i ORTO-15 pokazale su se nepouzdanima zbog metodoloških pogrešaka i propusta i nedosljednih zaključaka, prvenstveno zbog toga što su psihometrijska svojstva BOT-a naveliko nepoznata, dok su ona od ORTO-15 nekvalitetna (Meuele i sur., 2019). Svaki upitnik ima svoja ograničenja koja su identificirana bilo od samih autora ili od drugih istraživača. Iako su neki više obećavajući od drugih, ni jedan nije korišten kao „zlatni standard“ za procjenu ortoreksije. Također postoji i suštinska razlika u postojećim alatima, što implicira da je potreban novi koncept dijagnostičkih kriterija, a posljedično i nova metoda za dijagnostiku (Valente i sur., 2019). Očekuje se da će se dotični upitnici još više razvijati, unaprjeđivati i širiti. Navedeni upitnici i detalji o njima navedeni su u Tablici 1., a primjer dijagnostičkih kriterija i testa za dijagnostiku nalazi se u Prilogu.

Tablica 1. Najpoznatiji upitnici za procjenu ortoreksije nervoze i neke njihove karakteristike

Naziv	Opis	Referenca
BOT	Originalni, prvi preloženi test samoprocjene ortoreksije. Sastoji od 10 pitanja s dihotomnim odgovorima (1=da, 0=ne). Prema tome, viši rezultat pokazuje veće sklonosti ortoreksiji, točnije, smatra se da 4 ili više potvrdnih odgovora upućuju na rizik od ortoreksije. Pokazao se ne baš pouzdanim zbog nedostatka psihometrijskih svojstava i binarnog sustava bodovanja, te kao takav nije validiran, ali je važan kao začetnik testova za procjenu ortoreksije i jer je poslužio kao temelj za razvoj drugih testova za procjenu ortoreksije (npr. ORTO-15).	Bratman i Knight, 2000 Meuele i sur., 2019 Rogowska i sur., 2021
ABOST (1)	Nova, revidirana verzija originalnog Bratmanovog testa koju je objavio dr. Bratman. Sastoji se od 6 pitanja na koja se može odgovoriti sa da ili ne, a autor kaže da samo jedan „da“ odgovor može upućivati na razvoj ortoreksije. Dotični test, međutim, još nije validiran.	Orthorexia, 2017 Rogowska i sur., 2021
ABOST 2	Poljska adaptacija ABOSTA (1) u kojoj je binarno „da-ne“ odgovaranje i bodovanje zamijenjeno Likertovom skalom odgovora s bodovima od 1 do 5. Istraživanje je pokazalo	Rogowska i sur., 2021

	da je ta promjena sustava bodovanja značajno utjecala na povećanje točnosti mjerenja i pouzdanosti testa, te ju autori smatraju validnom za primjenu.	
ORTO-15	Razvijen iz originalnog Bratmanovog testa. Upitnik sastavljen od 15 pitanja sa četiri moguća odgovora i načinom bodovanja: 1=uvijek, 2=često, 3=ponekad, 4=nikad (s iznimkama na sveukupno 6 pitanja, od kojih je u 4 bodovanje obrnuto, a u 2 drugačije posloženo). Autori su zadržali 6 izvornih pitanja iz BOT-a te dodali 9 novih. Niži rezultat označava veće sklonosti ortoreksiji. U testu se ispituju tri faktora prehrambenih navika: kliničke, emocionalne i kognitivne. Međutim, ima puno mana i ne pruža baš pouzdane rezultate zbog nekvalitetnih psihometrijskih svojstava i svog sustava bodovanja.	Donini i sur., 2015 Meuele i sur., 2019
ORTO-11	Turska adaptacija ORTO-15 upitnika, prevedena na turski jezik i prilagođena turskom stanovništvu. U njoj su eliminirane 4 stavke iz originalnog upitnika kako bi se povećala valjanost i pouzdanost. Time je dobiven upitnik sačinjen od 11 pitanja.	Arusoglu i sur., 2008 Koven i Abry, 2015
ORTO-11-Hu	Mađarska adaptacija ORTO-15 upitnika, prevedena na mađarski jezik i prilagođena mađarskom stanovništvu također eliminacijom 4 stavke iz originalnog upitnika. Također tvori upitnik od 11 pitanja, ali ne istih kao u turskom ORTO-11, pošto su izbačene druge stavke. Pouzdanost upitnika je relativno visoka i validna za mađarsko stanovništvo.	Varga i sur., 2014 Koven i Abry, 2015
ORTHO-15 (Poljska)	Prema istraživanju, samo se 9 od 15 originalnih pitanja iz ORTO-15 testa smatra validnima za poljsku populaciju, te autori tu adaptaciju testa od 9 pitanja smatraju prikladnim mjerilom za procjenu ortoreksičnih karakteristika.	Brytek-Matera, 2014
ORTO-9-GE	Nakon statističke analize, iz originalnog ORTO-15 testa uklonjeno je 6 stavki, čime je kreirana njemačka verzija upitnika koja se sastoji od 9 pitanja. Autori kažu da je dotični upitnik samo osrednje mjerilo za procjenu	Missbach i sur., 2015

	<p>ortoreksičnih tendencija umjerene pouzdanosti i ograničene dosljednosti i smatraju da su potrebna daljnja istraživanja i adaptacije kako bi se pružio pouzdaniji, dosljedniji i valjaniji test za indikaciju ovog poremećaja.</p>	
EHQ	<p>Upitnik se sastoji od 21 pitanja o prehrambenim navikama koja su dizajnirana za mjerenje patološke fiksacije na zdravo hranjenje. Odgovori sežu u rasponu od 1-4, među kojima je 1=netočno, nije uopće točno i 4=vrlo točno. Viši rezultat znači veću sklonost ortoreksiji. S ciljem da se isprave pogreške i propusti prethodno postojećih testova (Bratmanovog i ORTO-15), autori su se usredotočili na sljedeće značajke kod ispitanika: probleme vezane za zdravu prehranu, znanje o zdravoj prehrani i pozitivne emocije oko zdrave prehrane. Analizom znanja/razmišljanja, ponašanja i osjećanja obuhvaća se i psihološki profil pojedinca što daje vjerodostojniji rezultat. Međutim, unatoč kvalitetnim psihometrijskim svojstvima i ispitivanju opsesija hranom, test ne uključuje ispitivanje kompulzija koje mogu biti prisutne, zbog čega i dalje nije sveobuhvatan i u potpunosti pouzdan za utvrđivanje poremećaja. Preveden je i prilagođen u par država.</p>	<p>Gleaves i sur., 2013 Koven i Abry, 2015 Meuele i sur., 2019</p>
DOS	<p>Izvorni upitnik je napravljen na njemačkom jeziku, a nedavno je krenuo dobivati internacionalna priznanja te su i druge države krenule razvijati svoje prilagođene verzije (SAD (E-DOS) (Chard i sur., 2015), Španjolska (DOS-ES) (Parra-Fernandez, 2019), Poljska (PL-DOS) (Brytek-Matera, 2020), Kina (C-DOS) (He i sur., 2019)). Dostupne su dvije verzije upitnika: dulja s 21 pitanjem i kraća s 10 pitanja. Dulja verzija ispituje tri stvari: ortoreksična prehrambena ponašanja, izbjegavanje aditiva i opskrbu mineralima, dok kraća ispituje samo jednu, ortoreksična prehrambena ponašanja. Moguća su 4 odgovora, od kojih se svaki označava i boduje na sljedeći način: 1=ne odnosi se na mene, 2=uglavnom se ne odnosi na mene,</p>	<p>Barthels i sur., 2015 Meuele i sur., 2019 Niedzielski i Kazmierczak-Wojtas, 2021</p>

	3=donekle se odnosi na mene, 4=odnosi se na mene. Također viši rezultat upućuje na veće sklonosti ortoreksiji. Obje verzije daju visoko pouzdane rezultate.	
TOS	Test samoprocjene sačinjen od 17 pitanja sa Likertovom skalom od 4 moguća odgovora, od kojih je 0=definitivno se ne slažem i 3=definitivno se slažem. Analiziraju se dva faktora: nepatološki interes za pravilnu prehranu (poznat kao „zdrava ortoreksija“ (Healthy Orthorexia, HeOr)) i patološka dimenzija ortoreksije (Orthorexia Nervosa, OrNe). Oba faktora pokazuju visoku pouzdanost.	Barrada i Roncero, 2018 Niedzielski i Kazmierczak-Wojtas, 2021
BOS	Finalna verzija testa se sastoji od 64 pitanja koja obuhvaćaju šest dimenzija: emocionalnu, kognitivnu, bihevioralnu, negativne posljedice na zdravlje, negativne posljedice na socijalno ili akademsko funkcioniranje i diferencijalne dijagnoze. Osnovna psihometrijska svojstva upitnika nisu ispitana te se procjena ortoreksije njime nije baš mjerila.	Bauer i sur., 2019 Niedzielski i Kazmierczak-Wojtas, 2021
ONI	Sastoji se od 24 pitanja sa 4 moguća odgovora na Likertovoj skali, pri čemu je 1=definitivno nije točno i 4=definitivno točno. Test je baziran na DOS-u i EHQ-u, ali su neke stvari unaprijedene kako bi bolje razlučio zdravo jedenje i patološko ponašanje, a obuhvaća tri dijela: fizičke i socijalne poteškoće, ponašanje i apsorpciju i emocionalni stres. Ovo je prvi upitnik za procjenu ortoreksije čiji elementi mjere fizičke poteškoće, što se smatra vrlo važnim faktorom za dijagnostiku. Pokazuje visoku pouzdanost.	Oberle i sur., 2020 Niedzielski i Kazmierczak-Wojtas, 2021

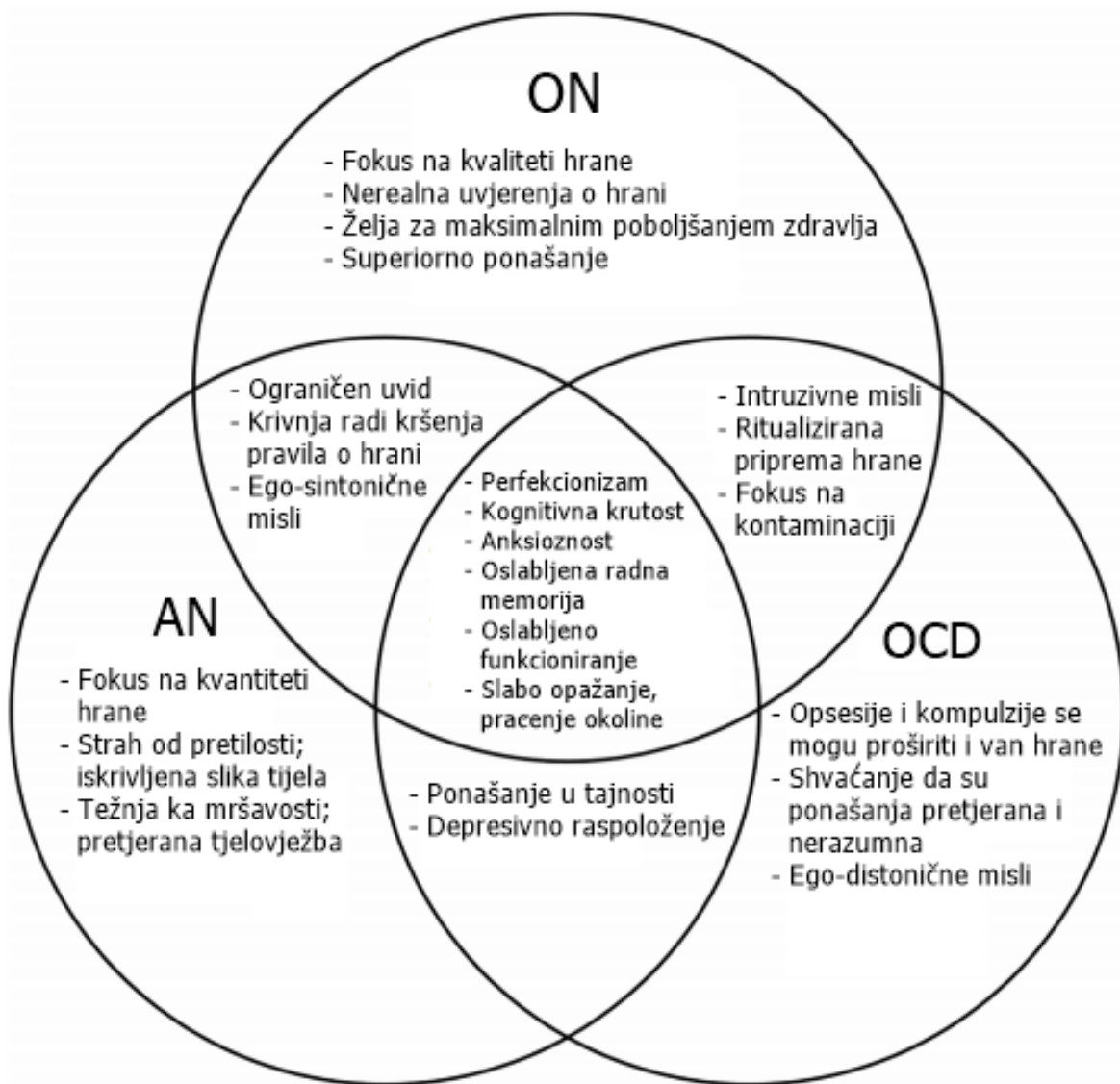
Što se tiče predloženih kriterija za dijagnostiku, mnogo je autora nastojalo objediniti one postojeće prema zajedničkim karakteristikama. Uzevši u obzir sve poveznice pronađene u literaturi (Vandereycken, 2011; Cena i sur., 2018; Greville-Harris i sur., 2019; Oberle i sur., 2020; Niedzielski i Kazmierczak-Wojtas, 2021), svim predloženim dijagnostičkim kriterijima koji postoje su zajedničke značajke:

- 1) Opsesivna ili patološka preokupacija „zdravom“ i „čistom“ hranom i rigidno izbjegavanje hrane ili sastojaka koje pojedinac smatra „nezdravom“ ili „nečistom“
- 2) Neuobičajena zabrinutost oko vlastitog zdravlja
- 3) Značajna emocionalna uznemirenost i osjećanje krivnje, srama ili tjeskobe prilikom nepridržavanja i kršenja samopostavljenih pravila o prehrani
- 4) Narušavanje fizičke, psihološke i/ili socijalne dobrobiti te otežano funkcioniranje na važnim područjima života kao rezultat dotičnih prehrambenih uvjerenja i ponašanja
- 5) Navedeni simptomi nisu posljedica nekog drugog mentalnog poremećaja (npr. anoreksija ili hipohondrija).

Međutim, konsenzus oko službenih dijagnostičkih kriterija još uvijek nije postignut (Greville-Harris i sur., 2019), te su potrebna daljnja istraživanja i rad na tome.

2.3.3. Diferencijalna dijagnostika i preklapanja s drugim poremećajima

Osim što se raspravlja o službenim dijagnostičkim kriterijima za ortoreksiju, raspravlja se i o tome kakav je tip poremećaja ortoreksija. Znanstvenici i kliničari i dalje vode debate oko toga je li ortoreksija stvarni i jedinstveni poremećaj te zaslužuje li svoju vlastitu zasebnu kategorizaciju u DSM-u zajedno sa ostalim poremećajima u prehrani (Brytek-Matera, 2012). Razlog tome je, između ostalog, taj što je primijećeno da ortoreksija ima poveznice i sa nekim drugim mentalnim poremećajima i poremećajima u prehrani, odnosno, neki simptomi su isti kao i kod nekih već službenih poremećaja, ali također postoje i razlike, pa zbog toga dolazi do nesigurnosti u proglašavanju ovog poremećaja zasebnim. Najčešće se navode preklapanja s anoreksijom nervozom (ili ARFID-om) i opsesivno-kompulzivnim poremećajem (Obsessive-Compulsive Disorder, OCD). Dotične sličnosti (ali i razlike) najbolje su prikazane u Vennovom dijagramu (Slika 2).



Slika 2. Vennov dijagram preklapanja ON, AN i OCD (preuzeto od Koven i Abry, 2015)

Cena i sur. (2018) također navode sličnosti i razlike između ortoreksije, opsesivno-kompulzivnog poremećaja i općenito poremećaja u prehrani (Eating Disorder, ED) i prikazuju ih sljedećom tablicom:

Tablica 2. Sličnosti i razlike ortoreksije i poremećaja u prehrani i ortoreksije i opsesivno-kompulzivnog poremećaja (preuzeto i prilagođeno od Cena i sur., 2018)

	ON	ED
Razlike	<ul style="list-style-type: none"> - Strah od dobivanja na tjelesnoj masi nije prisutan - Fokus na kvaliteti, tj. vrsti hrane - Otvorena, racionalizirana pravila o prehrani - Iskrivljena percepcija tijela nije prisutna - Podjednako pogađa i muškarce i žene 	<ul style="list-style-type: none"> - Strah od dobivanja na tjelesnoj masi - Fokus na kvantiteti, tj. količini hrane - Skrivena pravila o prehrani - Iskrivljena percepcija tijela - Više pogađa žene nego muškarce
Sličnosti	<ul style="list-style-type: none"> - Pretjerana briga o prehrani, hrana dominira životom pojedinca - Prilagođavanje ponašanja i načina života prehrani - Poistovjećivanje prehrane s identitetom i samopoštovanjem - Posljedice: socijalna izolacija, somatski problemi, malnutricija - Biološki, psihološki i sociološki uzroci - Opsesivno-kompulzivne karakteristike osobnosti: rigidnost, perfekcionizam - Ego-sintonični poremećaj 	
	ON	OCD
Razlike	<ul style="list-style-type: none"> - Opsesivno-kompulzivni simptomi vezani za prehranu/zdravu hranu - Ego-sintonični poremećaj 	<ul style="list-style-type: none"> - Nespecifični, razni opsesivno-kompulzivni simptomi - Ego-distonični poremećaj
Sličnosti	<ul style="list-style-type: none"> - Opsesivno kompulzivne karakteristike: rigidnost, perfekcionizam - Posljedice: anksioznost, depresija i socijalna izolacija - Poteškoće u socijalnom funkcioniranju 	

ON = Orthorexia Nervosa (ortoreksija nervoza)

ED = Eating Disorder (poremećaj u prehrani)

OCD = Obsessive-Compulsive Disorder (opsesivno-kompulzivni poremećaj)

Prema Cena i sur. (2018), postavljaju se tri ključna pitanja na koja je nužno naći odgovore kako bi se poremećaj mogao adekvatno klasificirati, a za to je neophodno objavljivanje službene definicije ortoreksije s detaljnim dijagnostičkim kriterijima:

- 1) Je li ortoreksija stvarni sindrom ili samo produkt suvremenog dijagnostičkog hira?
- 2) Je li ortoreksija validna, pouzdana i korisna dijagnostička kategorija?
- 3) U slučaju da je, u koju skupinu mentalnih poremećaja bi trebala biti uvrštena, poremećaja u prehrani ili opsesivno-kompulzivnih poremećaja?

Varga i sur. (2013) također tvrde da je ortoreksiju nužno točno definirati i kategorizirati ju među mentalnim poremećajima, tj. spada li u spektar poremećaja u prehrani ili opsesivno-kompulzivnih poremećaja ili je zaseban poremećaj, ili pak uopće nije poremećaj. Naveli su sljedeće poremećaje kao moguće diferencijalne dijagnoze ortoreksije nervoze (Varga i sur., 2013):

- Anoreksija nervoza, bulimija nervoza ili neki nespecifični poremećaj u prehrani
- Opsesivno-kompulzivni poremećaj
- Shizofrenija
- Paranoja (trovanje)
- Hipohondrija
- Anksioznost
- Somatizacija.

2.3.4. Prevalencija, rizične skupine i faktori rizika

Podaci o prevalenciji ortoreksije razlikuju se od istraživanja do istraživanja, a ovise o metodologiji koja se koristila za ispitivanje, populaciji koja je uzeta za eksperimentalnu skupinu te području na kojem je vršen eksperiment (Niedzielski i Kazmierczak-Wojtas, 2021). Obzirom da još uvijek ne postoji „zlatni standard“ za dijagnosticiranje ortoreksije, pouzdana procjena prevalencije ovog novog poremećaja je otežana (Koven i Abry, 2015). U najnovijem članku iz 2021. godine, Niedzielski i Kazmierczak-Wojtas prikupili su i pregledali postojeće podatke iz dostupne literature s ciljem što dosljednijeg prikazivanja prevalencije ortoreksije. Međutim, autori također zaključuju da nema pouzdanih podataka za prevalenciju ortoreksije. Dostupna istraživanja ukazuju na značajne razlike u prevalenciji ovisno o korištenim statističkim metodama i alatima. Prevalencija varira između država i između populacije u rasponu od 6,9% u talijanskoj populaciji do 88,7% u grupi brazilskih studentica

nutricionizma. To ukazuje na to da su neke populacijske skupine sklonije riziku od razvoja ortoreksije od ostalih (Niedzielski i Kazmierczak-Wojtas, 2021). Iste generalne podatke o prevalenciji ortoreksije zabilježili su i Dunn i Bratman 2016. godine. Prosječan rezultat istraživanja procjene prevalencije ortoreksije je između 30% i 70%. Prevalencija utemeljenih i dobro poznatih poremećaja u prehrani, anoreksije i bulimije, se procjenjuje da nije viša od nekih 2%. Stoga ti visoki postoci na prvu zvuče alarmantno, ali uzimajući u obzir toliki nesrazmjer između raširenosti ortoreksije i službenih poremećaja u prehrani, kao i to da je toliko visoki postotak raširenosti praktički nemoguć, to bi se moglo objasniti nepotpunošću i nelegitimnošću korištenih alata kojima je teško detektirati je li određeno ponašanje ekstremno ili atipično, no ne i patološko (Dunn i Bratman, 2016). Bitno je napomenuti da su podaci o procjeni prevalencije ortoreksije dobiveni korištenjem metoda tj. i dalje neslužbenih i nevalidiranih upitnika koji sami po sebi nisu pouzdani alat za postavljanje dijagnoze. Činjenica da još ne postoje službeni kriteriji i metode za procjenu ortoreksije dodatno otežavaju procjenu njezine prevalencije. Stoga je rezultate istraživanja o prevalenciji ortoreksije potrebno uzimati u obzir s oprezom. Također se kao problem nazire i to što se radi distinkcija samo između toga ima li netko poremećaj ili nema, bez onih „između“ koji imaju tendenciju za ortoreksiju. Izdvajanje grupe sa sklonostima za ortoreksiju (npr. visokog rizika) bi mogla biti od važnosti i koristi za preventivno liječenje i edukaciju, primarno usmjerenu toj grupi. To bi tim osobama moglo na vrijeme usaditi pravilan stav o hrani i prehrani i spriječiti razvitak nepravilnog prehrambenog razmišljanja i ponašanja u poremećaj koji može dovesti do ozbiljnijih posljedica i kasnije se teže liječiti što je pojedinac duže i „dublje“ u tome (Niedzielski i Kazmierczak-Wojtas, 2021). Obzirom na sve nedostatke koji onemogućavaju pouzdano ispitivanje prevalencije, očekuje se da će validni postoci rasprostranjenosti ortoreksije doći tek s daljnjim istraživanjima i razvojem dijagnostičkih kriterija i unaprjeđenjem metodoloških mjera.

Kako je već navedeno, prevalencija ortoreksije varira među različitim populacijskim skupinama, što znači da su neke skupine ljudi pod većim rizikom da razviju poremećaj od ostalih. Do sad je provedeno mnogo istraživanja na tu temu, no i rezultati o rizičnim skupinama i faktorima rizika se također razlikuju od istraživanja do istraživanja. Razlog takve nekonzistencije rezultata su, opet, nepouzdate metode i eksperimentalni uzorci i nedostatak službenih dijagnostičkih kriterija i potpunih alata za detekciju osoba s ortoreksijom. McComb i Mills (2019) kažu da su se autori prethodnih literatura pregleda ortoreksije većinom primarno fokusirali na pregledavanje i prikazivanje dijagnostičkih kriterija, mjernih skala i prevalenciju, ali se nisu pretjerano bavili psihosocijalnim faktorima rizika i korelacijama

između njih i razvoja poremećaja. Identifikacija psihosocijalnih faktora rizika i njihove korelacije s razvojem ortoreksije je važna zbog:

- a) određivanja skupine pojedinaca koji su pod većim rizikom za razvoj ON
- b) mogućnosti stvaranja preventivnih mjera za razvoj poremećaja i interventnih mjera za liječenje poremećaja kako bi se pomoglo (potencijalno) oboljelima od ON
- c) utvrđivanja sličnosti i razlika između ON i drugih prehrambenih i mentalnih poremećaja općenito
- d) boljeg razumijevanja ON kao poremećaja radi adekvatnog utemeljenja dijagnostičkih kriterija i klasifikacije poremećaja kao poremećaja u prehrani ili varijante OCD-ja (McComb i Mills, 2019).

Stoga su McComb i Mills 2019. objavili pregled i sažetak svih dotadašnjih eksperimentalno sakupljenih podataka o psihosocijalnim faktorima rizika za razvoj ortoreksije i ujedno i rizičnim skupinama. Sociodemografski parametri koji su najčešće ispitivani su spol, dob, obrazovanje i socioekonomski status obitelji. Rezultati za spol i šanse za razvoj ON su nekonzistentni i razlikuju se od istraživanja do istraživanja, no ipak je većina istraživanja, uključujući one bolje kvalitete, ustanovila da nema razlike u riziku za razvoj ON između muškaraca i žena, odnosno da spol i razvoj ON nisu povezani. Za dob su također dobiveni različiti rezultati, ali sumarno se prema provedenim istraživanjima može zaključiti da su mlađe osobe sklonije razvoju ON ili da dob nije povezana s razvojem ON. Što se tiče obrazovanja i obiteljskog socioekonomskog statusa, također različiti rezultati se mogu sumirati u to da su viši stupanj obrazovanja pojedinca i njegovih roditelja, kao i viši prihodi, povezani s većim rizikom od razvoja ON radi bolje informiranosti o zdravoj hrani i većim financijskim mogućnostima da si tu hranu priušte, no s time se ipak ne slažu sva istraživanja.

Od karakteristika osobnosti, značajnima za potencijalni razvoj poremećaja se pokazao perfekcionizam, narcisoidnost, „velika petorka“ karakteristika osobnosti (ekstraverzija, savjesnost, prihvatljivost, otvorenost ka iskustvima i neurotičnost) i opsesivno-kompulzivne karakteristike, dok se samopoštovanje pokazalo nepovezanim s razvojem poremećaja. Istraživanja o opsesivno-kompulzivnim karakteristikama su jedna od rijetkih konzistentnih istraživanja o rizičnim faktorima/skupinama za razvoj ON, i ona suglasno sugeriraju da pojedinci koji su skloni opsesivno-kompulzivnim mislima, odnosno radnjama, su i pod većim rizikom od obolijevanja od ortoreksije od onih koji nemaju opsesivno-kompulzivnih karakteristika. Od „velike petorke“ karakternih osobnosti, utvrđeno je da samo neurotičnost,

odnosno emocionalna nestabilnost i slaba kontrola afektnih stanja može biti povezana s većim rizikom od razvoja ON.

Također se pokazalo da su oni koji imaju ili su imali neki drugi mentalni poremećaj i/ili poremećaj u prehrani pod većim rizikom od razvoja ortoreksije.

Osim povijesti dijagnoze poremećaja u prehrani za koju se smatra značajnim faktorom rizika od razvoja ortoreksije, od čimbenika povezanim s prehranom, utjecaja imaju vegetarijanska i veganska prehrana, odnosno, većina istraživanja je pokazala da su vegetarijanci, vegani i oni koji slijede neku vrstu dijeta pod većim rizikom od razvoja ON. Skupine s još nekim određenim prehrambenim navikama, prema nekim istraživanjima, imaju veći rizik od razvoja ON. Osobe koje su pokazale pretjeranu zabrinutost oko hrane i prehrane su više sklone ortoreksiji, ali osobe koje su pretjerano zabrinute oko tjelesne mase su čak i manje sklone ortoreksiji, dok briga oko oblika tijela nije povezana s razvojem ortoreksije. Također, prema svim kvalitetnijim istraživanjima, indeks tjelesne mase (Body Mass Index, BMI) nije povezan s razvojem ortoreksije.

Naposljetku, ispitani su faktori načina života, točnije zanimanje i uključivanje u programe povezane sa zdravljem, bavljenje sportom, konzumacija alkohola, duhanskih proizvoda i narkotika i korištenje društvenih mreža. I dalje je nepoznato i nesigurno ima li zanimanje na području zdravstva ili sporta utjecaj na razvoj ortoreksije, iako su neka istraživanja pokazala viši postotak ortoreksičara među određenim profesijama, kao što su liječnici, nutricionisti i atletičari. Također je puno istraživanja pokazalo da su osobe koje se bave sportom, paze da budu fizički aktivne i više vježbaju sklonije ortoreksiji od prosjeka. Što se tiče alkohola i duhanskih proizvoda, istraživanja su također podvojena, ali se može zaključiti da konzumacija alkohola i duhanskih proizvoda nije povezana s ortoreksijom ili da su nekonzumenti skloniji razvoju ON zbog generalno „zdravog“ pristupa načinu života i životnim navikama. I zadnje, neka istraživanja su pokazala sklonost ortoreksičara da na društvenim mrežama intenzivno prate stranice koje objavljuju sadržaj o hrani i zdravoj prehrani, međutim, to se više smatra nuspojavom već nastalog poremećaja ili pojačivača i učvršćivača nego okidača, tj. faktora rizika.

Zaključno, rezultati o prevalenciji i faktorima rizika/rizičnim skupinama su i dalje poprilično nepouzdana. Valja naglasiti i da su neki od ispitivanih čimbenika uistinu faktori rizika za razvoj poremećaja, dok je moguće da su neki samo posljedice već nastalog poremećaja. Isto tako, upitno je je li pojedinac već pripadao određenoj skupini populacije kada je razvio poremećaj ili se pridružio toj populacijskoj skupini nakon što je već razvio poremećaj radi interesa koji su došli s tim poremećajem. Stoga postojeće podatke treba uzimati u obzir s

oprezom. Potrebno je razviti pouzdanije metode ispitivanja (korišteni testovi imaju mnogo nedostataka, od loših psihometrijskih svojstava do neprovjeravanja nepravilnosti u funkcioniranju i štete u bitnim segmentima života osobe kojoj se pokušava dijagnosticirati ortoreksija) i uzeti bolji uzorak za ispitivanje (u većini studija su prevladavale ženske ispitanice, tako da su podaci o muškoj populaciji praktički zanemareni) te provesti još puno istraživanja. Za kraj, McComb i Mills (2019) predložili su psihosocijalni model ortoreksije (Slika 3).



Slika 3. Psihosocijalni model ortoreksije nervoze (preuzeto od McComb i Mills, 2019)

2.3.5. Posljedice poremećaja

Definicija mentalnog poremećaja prema DSM-IV naglašava da poremećaj treba uzrokovati značajnu uznemirenost pojedinca ili negativne posljedice na različitim aspektima života. Ortoreksija u svojim ranim fazama iz perspektive poboljšanja zdravlja pojedinca može imati benefite, no kada dotično ponašanje postane patološko, nanosi više štete nego koristi i narušava kvalitetu života. Osoba se odrekne svog starog, normalnog načina života i prilagodi ga zdravoj hrani i prehrani, koja je ujedno postala i novi centar svijeta toj osobi i ono oko čega se njezin život okreće. Takav način života može naštetiti i fizičkom i psihičkom zdravlju, ali i međuljudskim odnosima. Kada osoba radi svog razmišljanja i ponašanja ima

zdravstvenih tegoba i/ili problema u funkcioniranju na određenim područjima, ti simptomi jasno upućuju na to da se više ne radi o zdravom prehranbenom ponašanju, već da je to preraslo u nezdravo, tj. ortoreksično ponašanje (Varga i sur., 2013).

Zabilježeno je nekoliko medicinskih posljedica kod ortoreksičara, koje su katkad vrlo slične onima kod generalnih/službenih poremećaja u prehrani. Prema istraživanjima, ortoreksija može rezultirati deficitom esencijalnih nutrijenata, malnutricijom i starvacijom s gubitkom kilograma zbog nedovoljne i neuravnotežene prehrane. Posljedice selektivne prehrane mogu dovesti do gastrointestinalnih tegoba, želučanih upala i drugih problema povezanih s neadekvatnom dijetom, kao i otkazivanja srca radi izgladnjivanja (Varga i sur., 2013).

Što se tiče psihičkih posljedica, ortoreksičari su prije svega pretjerano zaokupirani (zdravom) hranom i svojom prehranom. Opsesivno razmišljaju o tome i kompulzivno se ponašaju radi toga te su izuzetno nefleksibilni, što može dovesti do anksioznosti i disfunkcije u svakodnevnom životu, a time i depresije. Osim toga, preokupirani su zdravljem, što je značajno za hipohondriju. Uz to su zabilježeni i slučajevi somatizacije (Strahler i Stark, 2020). Ako prekrše svoja prehranbena pravila, osjećaju krivnju i gađenje prema samima sebi, što su opet negativne emocije. Fokus na hranu, prehranu i zdravlje može dominirati životom pojedinca i uzrokovati kronični stres (Strahler i Stark, 2020), što se može loše odraziti na psihi. Ako uspješno prate svoja prehranbena pravila, to ih umiruje i dobivaju prividan osjećaj kontrole i iluziju zadovoljstva samima sobom ili čak spiritualnosti, što im u stresnim periodima može pomoći da se smire i steknu dojam da imaju više kontrole nad svojim životom (Varga i sur., 2013), no zapravo je poremećaj taj koji kontrolira njih.

Naposljetku, mogu imati posljedice i na socijalnom planu. Ortoreksičari su zbog svojih posebnih i čudnih prehranbenih ponašanja skloni imati probleme s obitelji, prijateljima i partnerima, probleme u školi ili na poslu (Strahler i Stark, 2020), te su skloni socijalnoj izolaciji. Osim što su preokupirani hranom pa im međuljudski odnosi i socijalizacija pada u drugi plan, imaju problema i kad se nalaze u društvu i/ili na nekim društvenim okupljanjima. Bivajući narcisoidni perfekcionista (Strahler i Stark, 2020), imaju tendenciju razviti osjećaj superiornosti nad ljudima čije su prehranbene navike drugačije od njihovih i koje smatraju nezdravima, što dovodi do obostrane averzije između njih i dotičnih ljudi. Također osjećaju velike količine tjeskobe uslijed društvenih događanja radi hrane koja bi se mogla naći na jelovniku i koja može za njih biti neprikladna i zabranjena. Stoga preferiraju živjeti sami i jesti samo hranu koju si oni sami pripremaju (Varga i sur., 2013).

S druge strane, ortoreksija se smatra egosintoničnim poremećajem, što znači da pojedinac svoje obrasce ponašanja uglavnom smatra ispravnima, drži do toga da je njegova prehrana harmonična i konzistentna sa slikom i idejom samog sebe i njegovog idealnog života i zadovoljan je time kao takvim. Iz perspektive oboljelog, takvo ponašanje nije problematično ni patološko i posjedovanjem takve percepcije, osoba se sama po sebi manje pati (Strahler i Stark, 2020) nego da je dotični poremećaj egodistoničan, odnosno ako ne bi bio u skladu sa željama, uvjerenjima i idealima osobe kakva bi trebala biti i kako treba živjeti. Ali bez obzira na to, realne posljedice i problemi u stvarnosti i dalje postoje i ne treba ih zanemariti. Stoga je, obzirom na toliko negativnih posljedica u toliko segmenata života, potrebno naći način kako pomoći i izliječiti osobe oboljele od ortoreksije.

2.3.6. Liječenje

Zbog nedovoljne istraženosti, još uvijek ne postoje studije koje sa sigurnošću potvrđuju učinkovitost neke terapije ili pristupa za liječenje ortoreksije. Preduvjet za liječenje je, naravno, prepoznavanje poremećaja, što može biti izazov obzirom na manjak dijagnostičkih kriterija, metoda za „detekciju“ i slabu samosvijest pacijenta (pošto on svoje ponašanje ne smatra problematičnim i ne uviđa posljedice toga na kvalitetu života). No nutricionisti su potencijalno na poziciji da mogu prvi uočiti ovaj problem kod pojedinaca. Pošto ih osobe s ortoreksijom često posjećuju kako bi se s njima prokonzultirali oko prehrane, imaju mogućnost prepoznati ekstremne oblike motivacije oko zdrave hrane kod svojih klijenata. Bez obzira na to što poremećaj i dalje nije klasificiran, nutricionist bi, umjesto da se toliko fokusira na dijagnostiku i terminologiju, trebao biti svjestan njegova postojanja te uputiti osobu na terapiju, bilo liječniku ili psihijatru ili kombinaciji i jednog i drugog (Mathieu, 2005). Iako, ponuđeni su prijedlozi za najbolje tretmane. Idealna intervencija bi uključivala multidisciplinarni tim kojeg sačinjavaju liječnici, psihoterapeuti i nutricionisti, odnosno kombinaciju lijekova, psihoterapije, psihoedukacije i planiranja prehrane uz pomno praćenje u slučaju vanbolničkog liječenja. U slučaju značajnog gubitka tjelesne mase ili malnutricije, potrebno je bolničko liječenje pod nadzorom liječnika iskusnima s realimentacijskim sindromom (tzv. refeeding syndrome). Prilikom svake psihoterapije, pristup treba biti individualan i prilagođen simptomima koji su prisutni kod pojedinog pacijenta. No općenito kod osoba oboljelih od ortoreksije, kliničari bi se trebali fokusirati na žudnju i potrebu pacijenata za konzumacijom „zdrave i čiste“ hrane umjesto na tjelesnu masu i oblik tijela. Potom bi se već razvijene tehnike liječenja već poznatih poremećaja u prehrani mogle po

potrebi prilagoditi i primijeniti i na pacijente s ortoreksijom. U cilju je da osoba koja pati od ortoreksije shvati da ima problem u prehranbenom razmišljanju i ponašanju, razumije da kvaliteta konzumirane hrane nije jedini faktor koji diktira zdravlje i nauči jesti bez opsesije. U nekim slučajevima se prakticira kognitivno-bihevioralna terapija kombinirana s lijekovima. Psihotropni medikamenti iz skupine antidepresiva, selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI) (sertralin, fluoksetin, paroksetin), pokazali su se korisnima za liječenje ortoreksije jer su efikasni za liječenje anoreksije i opsesivno-kompulzivnog poremećaja. Također se koriste i antipsihotici, poput olanzapina, za smanjenje opsesivnog razmišljanja o hrani. Važno je napomenuti da bi s jedne strane osobe s ortoreksijom zbog svoje brige za zdravlje mogle bolje reagirati na terapiju od pacijenata koji boluju od nekog drugog poremećaja u prehrani, ali s druge strane, postoji šansa da pojedinci odbiju farmaceutike kao „ne-prirodne“ supstance. Za liječenje opsesivno-kompulzivnih karakteristika ortoreksije, najuspješnija bi mogla biti metoda izlaganja i prevencije odgovora (exposure and response prevention, ERP) potencijalno udružena s treningom preokretanja navika (habit reversal training, HRT). Kognitivno restrukturiranje može imati pozitivne učinke na prisutne kognitivne distorzije oko hrane, prehrane i zdravlja i na perfekcionizam. Razne tehnike relaksacije također mogu pomoći oko anksioznosti vezane za hranu ili zdravlje. Nadalje, strategije za promjenu ponašanja mogu pomoći u proširivanju jelovnika pacijenta, povećanju socijalizacije za vrijeme obroka i proširenju aktivnosti u slobodno vrijeme kako bi se uključile i stvari i teme koje nisu povezane s hranom. I na kraju, psihoedukacijom se pacijenta upućuje na znanstveno dokazane činjenice i validne izvore informacija s ciljem da se iskorijene pogrešna uvjerenja o hrani. Međutim, psihoedukaciju treba provoditi s oprezom, jer bi pacijente s ortoreksijom ideja da odbace svoja duboko urezana uvjerenja o hrani kao krivima mogla emocionalno preokrenuti pošto se time zadire u njihovu ideologiju (Brytek-Matera, 2012; Koven i Abry, 2013; Niedzielski i Kazmierczak-Wojtas, 2021).

2.4. Drugi nespecifični poremećaji u prehrani

Kao što je već spomenuto na početku, osim ortoreksije nervoze, postoje i mnogi drugi nespecifični poremećaji u prehrani koji također većinom nemaju svoje službene dijagnostičke kriterije. BED-u, ARFID-u, RD-u i piki nedavno su ipak dodijeljeni službeni dijagnostički kriteriji, čime su uspješno izdvojeni iz skupine EDNOS-a u DSM-5, no mnogima su oni i dalje nepoznati. U priručniku je još izdvojen i sindrom noćnog jedenja i uvršten pod moguću dijagnozu drugih specifičnih poremećaja u prehrani s drugačijim karakteristikama od

„glavnih“ specifičnih poremećaja u prehrani (anoreksije i bulimije), odnosno razlozima zašto ne zadovoljava sve dijagnostičke kriterije za njih, koje ističe kliničar. Ostale podskupine EDNOS-a nemaju službene dijagnostičke kriterije te ih je potrebno dalje istražiti. Od svih nedavno pojavljenih nespecifičnih poremećaja u prehrani, ortoreksija je najpoznatija i najviše istražen novi navodni poremećaj u prehrani (Vandereycken, 2011). Slijedi kratak opis nekih od ostalih koji su navedeni u ovom radu (uključujući i BED, ARFID, RD i piku).

2.4.1. Poremećaj nekritičnog (kompulzivnog) prejedanja (Binge Eating Disorder, BED)

Poremećaj kompulzivnog prejedanja je prvi put naveden u četvrtom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-IV, 2004) kao nespecifičan poremećaj u prehrani za kojeg su potrebna daljnja znanstvena istraživanja. Pošto su već neko vrijeme postojali predloženi zasebni dijagnostički kriteriji za ovaj poremećaj, razmatralo se bi li ga trebalo izdvojiti iz skupine nespecifičnih poremećaja. U petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-5, 2013), napokon je uvršten u specifične poremećaje u prehrani sa svojim pripadajućim dijagnostičkim kriterijima. Za BED su karakteristične učestale i dugotrajne epizode prejedanja uslijed gubitka kontrole, ali bez prisustva ekstremnih kompenzacijskih metoda radi kontrole tjelesne mase. Prije, za vrijeme i/ili nakon epizode prejedanja, oboljeli osjeća negativne emocije koje redovito kasnije ponovo ide kompenzirati hranom što mu pruža samo privremeno zadovoljstvo te tako „propada“ još dublje i ulazi u „začarani krug“. Poremećaj se javlja među pojedincima idealne tjelesne mase, prekomjerne tjelesne mase i pretilih.

2.4.2. Selektivni poremećaj prehrane (Selective Eating Disorder, SED ili Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, ARFID)

Selektivni poremećaj prehrane sa svojim dijagnostičkim kriterijima uvršten je u DSM-5 (2013) među specifične poremećaje u prehrani. Glavno obilježje ARFID-a je izbjegavanje ili restrikcija od unosa hrane koja rezultira perzistentnim i klinički značajnim nezadovoljavanjem nutritivnih potreba ili nedovoljnim energetske unosom oralnim putem. Nema dokaza da je poremećaj povezan s iskrivljenom percepcijom tijela i/ili željom za mršavljenjem, te razlog

izbjegavanja hrane nije zbog nekog drugog medicinskog problema ili nuspojava nekog drugog mentalnog poremećaja. Kao glavni razlog izbjegavanja hrane se kod nekih pojedinaca navodi preosjetljivost na senzorska svojstva hrane ili (negativne) asocijacije na neku hranu. Poremećaj može rezultirati ozbiljnim zdravstvenim problemima i posljedicama na psihosocijalnom planu. Treba istaknuti razliku između ARFID-a i obične, uglavnom dječje izbirljivosti ili uobičajenog smanjenog unosa hrane kod starijih ljudi (DSM-5, 2013).

2.4.3. Poremećaj ruminacije (Rumination Disorder, RD)

Prema DSM-5 (2013), u koji je uvršten među specifične poremećaje u prehrani, glavno obilježje poremećaja ruminacije su obično svakodnevno ponavljajuće regurgitacije hrane nakon jedenja ili hranjenja kroz period od minimalno mjesec dana. Prethodno progutana hrana koja može biti djelomično probavljena se vraća u usta bez osjećaja mučnine, povraćanja ili gađenja. Potom hrana može biti ponovo prožvakana pa ispljunuta ili pak ponovo progutana. Navedena pojava nije posljedica gastrointestinalnog ili nekog drugog medicinskog problema. RD može biti zastupljen u bilo kojoj dobnoj skupini, a posebice među ljudima koji pate od mentalnog invaliditeta. Posljedice poremećaja mogu biti pothranjenost i/ili nemogućnost dobivanja na tjelesnoj masi, malnutricija i problemi u socijalnom funkcioniranju (DSM-5, 2013).

2.4.4. Pika

Glavna karakteristika pike je perzistentna konzumacija jedne ili više neprehrambene, nenutritivne supstance kroz period od minimalno mjesec dana. Tipične supstance koje se konzumiraju se obično mijenjaju s godinama i dostupnosti, a mogu uključivati led, kosu, papir, sapun, boju, kredu, glinu, gumu, pepeo, vunu i slično. Obično nema općenite averzije prema pravoj hrani. Osim deficita nekih vitamina i minerala u pojedinim slučajevima, druge biološke abnormalnosti kao posljedica uglavnom nisu ustanovljeni. Međutim, može doći do gastrointestinalnih problema, mehaničkih oštećenja, infekcija ili trovanja. Pika se može javiti u bilo kojoj životnoj dobi, no najčešće se javlja kod djece. Osobe sa mentalnim invaliditetom ili nekim drugim mentalnim poremećajem su sklonije razvoju pike. Poremećaj je također popularan među trudnicama, kada je uobičajeno javljanje specifičnih požuda kod hrane (i „hrane“) (DSM-5, 2013). Uvrštena je u DSM-5 među specifične poremećaje u prehrani.

2.4.5. Sindrom noćnog jedenja (Night Eating Syndrome, NES)

Sindrom noćnog jedenja manifestira se kroz ponavljajuće epizode jedenja po noći nakon što se osoba probudila iz sna ili konzumaciju prekomjerne količine hrane nakon večere. Pošto se događaj odvija u budnom stanju, osoba je svjesna što radi i ima sjećanje na svoje noćne obroke. Poremećaj nije povezan s eventualnim promjenama u bioritmu osobe i nije posljedica nekog drugog mentalnog poremećaja ili poremećaja u prehrani, medicinskog problema, utjecaja lijekova ili zloupotrebe supstanci. Osoba radi dotičnih epizoda osjeća uzrujanost i/ili zbog njih ima poteškoće u funkcioniranju (DSM-5, 2013).

2.4.6. Sindrom noćnog jedenja povezan sa spavanjem (Nocturnal Sleep-Related Eating Disorder, NSRED)

Za NSRED, za razliku od NES-a, je karakteristično da se osobi epizode noćnog jedenja događaju dok spava (odnosno, dok mjesečari). Stoga, osobe koje pate od ovog poremećaja većinom nisu svjesne što rade i nemaju sjećanje na događaj. NSRED je primarno poremećaj spavanja u kojem osobe mogu imati simptome poremećaja prehrane kombinirane s parasomnijom, dok je NES poremećaj prehrane koji može biti povezan s insomnijom (DSM-5, 2013; Inoue, 2015).

2.4.7. Emocionalni poremećaj izbjegavanja hrane (Food Avoidance Emotional Disorder, FAED)

FAED je emocionalni poremećaj koji se javlja u djetinjstvu. Za njega je značajno djetetovo izbjegavanje hrane u količini i rasponu, što rezultira gubitkom tjelesne mase. Poremećaj se smatra više emocionalnim nego prehrambenim. FAED je zastupljeniji među dječacima nego djevojčicama, te su djeca sa simptomima FAED-a u prosjeku mlađa od onih koji pokazuju rane znakove anoreksije (F.E.A.S.T.'s Eating Disorders Glossary <<http://glossary.feast-ed.org>>, Pristupljeno 22. kolovoza 2021).

2.4.8. Bigoreksija

Bigoreksija (mišićna dismorfija ili obrnuta anoreksija) je također novonastali poremećaj koji primarno zahvaća muške bodybuildere. Pojedinci koji boluju od toga su opsjednuti mišićnom masom i imaju iskrivljenu percepciju svoga tijela, tako da su sami sebi uvijek nedovoljno mišićavi. Njihovo kompulzivno ponašanje uključuje sate provedene u teretanama, abnormalne obrasce prehrane, trošenje prekomjerne količine novca na sportske suplemente i čak i zlouporabu supstanci (npr. steroida) (Mosley, 2009). Bigoreksija, dakle, kao i anoreksija, ima poveznice sa opsesivno-kompulzivnim poremećajem, ali i tjelesnim dismorfnim poremećajem, također kao i anoreksija (tjelesni dismorfni poremećaj je psihički poremećaj u kojem je pojedinac preokupiran jednim ili više percipiranih defekata ili mana na svome tijelu za koji je on uvjeren da izgledaju ružno, neatraktivno, abnormalno ili deformirano, dok realna slika uopće nije takva i ostali ljudi to jedva primjećuju ili niti ne vide (DSM-5, 2013)). Osobe koje pate od bigoreksije su također sklone razviti i ortoreksično ponašanje (Duran i sur., 2020).

2.4.9. Dijabulimija

Dijabulimija je nedavno prepoznati poremećaj u prehrani koji se pojavljuje među osobama koje boluju od dijabetesa melitusa tipa 1. Naziv, očigledno, kombinira termine „dijabetes“ i „bulimija“. Poremećaj obilježava namjerno izbjegavanje ili ograničavanje unosa inzulina sa svrhom smanjenja tjelesne mase. Ova praksa može biti pogubna, ili u najmanju ruku rezultirati slabom metaboličkom kontrolom, hiperglikemijom, glikozurijom, repetitivnim dijabetičkim ketoacidozama i početkom nekih komplikacija povezanih s dijabetesom, poput retinopatije ili otkazivanja bubrega (Martin i sur., 2008).

2.4.10. Sportska anoreksija (Anorexia Athletica, AA)

Sportska anoreksija se prvenstveno javlja među sportašima koji se bave sportovima u kojima je niža tjelesna masa poželjna jer osigurava bolji performans. Također je više zastupljena među ženskim atletičarkama. Osoba smanjuje unos kalorija i povećava intenzitet vježbanja kako bi postigla ili održala mršavo i lako tijelo. No za razliku od AN, kod osoba pogođenim AA rezultat gubitka tjelesne mase i/ili masnog tkiva nije do njihovog fokusa na tjelesni izgled, nego na performans. Međutim, pojedinci za postizanje tog cilja drže dijetu

presiromašnu kalorijama i nutrijentima, čime ne zadovoljavaju svoje energetske i nutritivne potrebe, što dovodi do deficita makro i mikronutrijenata i manjka energije i potencijalnih zdravstvenih problema, a ne bolje izvedbe (Sudi i sur., 2004).

2.4.11. Pregoreksija

Pregoreksija je moderni izraz koji opisuje pojavu anoreksičnih simptoma kod žena trudnica. Žene s ovim poremećajem imaju prekomjeren strah od povećanja tjelesne mase dok su trudne pa se služe raznim metodama, poput držanja restriktivnih dijeta i intenzivne tjelovježbe, kako bi izbjegle dobivanje kilograma koje obilježava normalan, zdravi tijek trudnoće. Posljedice toga mogu uključivati komplikacije u trudnoći, prerani porod i mnoge zdravstvene probleme novorođenčeta povezane s preniskom tjelesnom masom pri rođenju (Promises Behavioral Health, 2013).

2.4.12. Brideoreksija

Brideoreksija je poremećaj modernih mladenki. Pojam se koristi kako bi opisao gubitak kilograma u drastičnoj mjeri ili na neadekvatan način među ženama uslijed njihovih vjenčanja. Mladenke često proživljavaju velike količine stresa i budu pod velikim pritiskom da moraju izgledati savršeno na dan svog vjenčanja, što može biti okidač za abnormalno prehrambeno ponašanje. Kao i kod anoreksije, oboljele žene su sklone izgladnjivanju i čak i korištenju nekih preparata za mršavljenje kako bi smršavile i stale u vjenčanicu određene veličine, a u nekim slučajevima se pojavljuje i obrazac „čišćenja“ kao i kod bulimije (InfoBloom <<https://www.infobloom.com/what-is-brideorexia.htm>>, Pristupljeno 22. kolovoza 2021).

2.4.13. Drunkoreksija

Drunkoreksija je poremećaj u prehrani kombiniran sa zlouporabom alkohola („drunk“=pijan, „orexia“=glad, apetit). Najzastupljeniji je među adolescentima i studentima. Primijećen je novi trend među mladima da visoku kalorijsku vrijednost velike količine alkohola koju planiraju popiti na noćnom izlasku („binge drinking“) „ponište“ nezdravim kompenzacijskim metodama. Cilj takvog ponašanja je kontrola tjelesne mase, ali i mogućnost boljeg opijanja

na prazan želudac. Poremećaj je češći među djevojkama, ali zabilježeni su slučajevi i među mladićima. Djevojkama je primaran razlog za takvo abnormalno ponašanje izbjegavanje dobitka kilograma, a mladićima jača intoksikacija alkoholom. Navedeno ponašanje može biti štetno, jer unatoč visokoj energetske vrijednosti, alkoholna pića imaju nisku prehrambenu vrijednost što može dovesti do nutritivnog deficita, te je i vrlo opasno i nerijetko dovodi do povraćanja, naglih gubitaka pamćenja i svijesti i trovanja alkoholom, povećava šanse za upuštanje u rizična ponašanja, ozlijede i s vremenom pad kognitivnih sposobnosti i cirozu jetre (Lupi i sur., 2017).

2.4.14. Nearlyreksija

Nearlyreksija je pojam koji se odnosi na osobe koje su na samoj granici da razviju ozbiljniji poremećaj u prehrani. One održavaju svoj BMI na donjoj granici normalnog (između 18 i 19) strogim režimom prehrane i vježbanja/načina života. Nakon nekog vremena im se želudac stisne, tako da se ne izgledaju, ali nikada nisu ni siti (Moja dijeta, 2021).

2.4.15. Wannareksija

Wannareksija je poseban „poremećaj“ za kojeg je u stvari upitno koliko je poremećaj i kakvog tipa, a koliko samo želja za privlačenjem pažnje i adolescentski hir. To je jedan od zadnjih izraza koji je došao među terminologiju poremećaja u prehrani i nove, moderne poremećene obrasce prehrambenog ponašanja. Dotične osobe, uglavnom djevojčice adolescentske dobi, su normalne (ili povišene) tjelesne mase, ali tvrde da imaju anoreksiju, dok se u stvari potpuno zdravo hrane i nemaju nikakav poremećaj u prehrani (Cohen, 2007; Moja dijeta, 2021).

3. ZAKLJUČAK

Na temelju svih aktualnih podataka, može se donijeti zaključak da je ortoreksija i dalje nedovoljno istražen fenomen. Nedostaje joj službena definicija, odnosno validni dijagnostički kriteriji i skale za ispitivanje koje daju pouzdane rezultate boluje li netko od nje ili ne, te točna klasifikacija. Samim time, iz toga slijedi da nedostaju i sigurni podaci o prevalenciji, rizičnim skupinama/faktorima i liječenju ovog poremećaja. No utvrđeno je da generalni simptomi mogu dovesti do ozbiljnih posljedica na fizičko i psihičko zdravlje, stvoriti probleme na socijalnom i profesionalnom planu i općenito značajno oštetiti sposobnost funkcioniranja osobe i narušiti joj kvalitetu života. Stoga je nužan daljnji i veći angažman znanstvenika i stručnjaka oko ovog poremećaja.

Isto bi se moglo zaključiti i za druge nespecifične poremećaje u prehrani. Neki od njih su svakako manje zabrinjavajući i opasni od drugih, ali niti jednog ne treba ignorirati jer, kao što je dokazano i za same začetke ortoreksije (Bratman, 2017), nešto na početku banalno može potencijalno prerasti u nešto ekstremno i patološki i čak i fatalno.

Sve u svemu, potrebna su daljnja istraživanja ortoreksije i drugih nespecifičnih poremećaja u prehrani kako bi se utemeljila njihova psihopatologija i dobila precizna definicija i klasifikacija i dijagnostika koja bi omogućila sigurnije prepoznavanje i liječenje, ali i informiranje i edukacija opće populacije i promicanje svijesti i o drugim poremećajima u prehrani osim anoreksije i bulimije kako bi se i osobama s ortoreksijom i onima koji boluju od drugih poremećaja u prehrani mogla pružiti pomoć i podrška.

4. LITERATURA

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association

Arusoglu G., Kabakçı E., Köksal G., Kutluay Merdol T. (2008) Orthorexia nervosa and adaptation of ORTO-11 into Turkish. *Turkish journal of psychiatry* **19**: 283-291

Barrada J.R., Roncero M. (2018) Bidimensional Structure of the Orthorexia: Development and Initial Validation of a New Instrument. *Anales de Psicología* **34(2)**: 283-291

Barthels F., Meyer F., Pietrowsky R. (2015) Duesseldorf orthorexia scale - Construction and evaluation of a questionnaire measuring orthorexic eating behavior. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* **44**: 97-105

Bauer S.M., Fusté A., Andrés A., Saldaña C (2019) The Barcelona Orthorexia Scale (BOS): development process using the Delphi method. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* **24(2)**: 247-255

Bratman S. (1997) Health food junkie. *Yoga Journal* **136**: 42-50

Bratman S. (2017) Orthorexia vs. theories of healthy eating. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* **22**: 381-385

Bratman S., Knight D. (2000) *Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*. New York: Broadway Books

Brytek-Matera A. (2012) Orthorexia nervosa - an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* **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**: 69-76

- Cena H., Barthels F., Cuzzolaro M., Bratman S., Brytek-Matera A., Dunn T., Varga M., Missbach B., 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
- Cohen, D. (2007) The worrying world of eating disorder wannabes. *BMJ* **335(7618)**: 516.2-516
- Donini L.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
- Donini L.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**: 28-32
- Dunn T.M., Bratman S. (2016) On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors* **21**: 11-7
- Dunn T.M., Gibbs J., Whitney N., Starosta A. (2016) Prevalence of orthorexia nervosa is less than 1 %: data from a US sample. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* **22(1)**: 185-192
- Duran S., Çiçekoğlu P., Kaya E. (2020) Relationship between orthorexia nervosa, muscle dysmorphic disorder (bigorexia), and self-confidence levels in male students. *Perspectives in Psychiatric Care* **56(4)**: 878-884
- Fairburn C.G., Bohn K. (2005) Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy* **43(6)**: 691-701
- F.E.A.S.T.'s Eating Disorders Glossary <<http://glossary.feast-ed.org>> Pristupljeno 22. kolovoza 2021.
- Gleaves D.H., Graham E.C., Ambwani S. (2013) Measuring "Orthorexia": Development of the Eating Habits Questionnaire. *International Journal of Educational and Psychological Assessment* **12(2)**: 1-18

Greville-Harris M., Smithson J., Karl A. (2019) What are people's experiences of orthorexia nervosa? A qualitative study of online blogs. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* **25**: 1693-1702

InfoBloom <<https://www.infobloom.com/what-is-brideorexia.htm>> Pristupljeno 22. kolovoza 2021.

Inoue, Y. (2015) Sleep-related eating disorder and its associated conditions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* **69(6)**: 309-320

Koven N.S., Abry A.W. (2015) The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* **11**: 385-394

Lupi M., Martinotti G., Di Giannantonio M. (2017) Drunkorexia: an emerging trend in young adults. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* **22(4)**: 619-622

Martin M., Darbar N., Mokha M. (2008) Diabulimia: A Body-Image Disorder in Patients with Type 1 Diabetes Mellitus. *Athletic Therapy Today* **13(4)**: 31-33

Mathieu J. (2005) What Is Orthorexia? *Journal of the American Dietetic Association* **105(10)**: 1510-1512

McComb S.E., Mills J.S. (2019) Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors. *Appetite* **140**: 50-75

Meule A., Holzapfel C., Brandl B., Greetfeld M., Hessler-Kaufmann J.B., Skurk T., Quadflieg N., Schlegl S., Hauner H., Voderholzer U. (2019) Measuring orthorexia nervosa: A comparison of four self-report questionnaires. *Appetite*: **146**

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

Moja dijeta (2021) <<http://www.moja-dijeta.com.hr/poremecaji-u-prehrani-2/>> Pristupljeno 22. kolovoza 2021.

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

Mosley P.E. (2009) Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review* **17(3)**: 191-198

NEDA - National Eating Disorders Association: Orthorexia (2018),
<<https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/by-eating-disorder/other/orthorexia>>
Pristupljeno 15. kolovoza 2021.

Niedzielski A., Kazmierczak-Wojtas N. (2021) Prevalence of Orthorexia Nervosa and Its Diagnostic Tools - A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **18**: 5488

Oberle C.D., De Nadai A.S., Madrid A.L. (2020) Orthorexia Nervosa Inventory (ONI): development and validation of a new measure of orthorexic symptomatology. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* **26**: 609-622

Orthorexia <<http://www.orthorexia.com>> Pristupljeno 14. kolovoza 2021.

Pokrajac-Bulian A. (2000) *Nezadovoljstvo vlastitim tijelom i teškoće emocionalne prilagodbe kao odrednice nastanka poremećaja hranjenja*. Doktorska disertacija. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Filozoski fakultet

Promises Behavioral Health (2013) <<https://www.promisesbehavioralhealth.com/addiction-recovery-blog/what-is-pregorexia/>> Pristupljeno 22. kolovoza 2021.

Rogowska A.M., Kwaśnicka A., Ochnik D. (2021) Validation and Polish Adaptation of the Authorized Bratman Orthorexia Self-Test (ABOST): Comparison of Dichotomous and Continuous Likert-Type Response Scales. *Psychology Research and Behavior Management* **14**: 921-931

Stewart Agras W. (2010) *The Oxford Handbook of Eating Disorders*. New York: Oxford University Press, str. 25

Strahler J., Stark R. (2020) Perspective: Classifying Orthorexia Nervosa as a New Mental Illness - Much Discussion, Little Evidence. *Advances in Nutrition* **11(4)**: 784-789

Sudi K., Öttl K., Payerl D., Baumgartl P., Tauschmann K., Müller W. (2004) *Anorexia athletica*. *Nutrition* **20(7-8)**: 657-661

Thomas J.J., Vartanian L.R., Brownell K.D. (2009) The relationship between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: Meta-analysis and implications for DSM. *Psychological Bulletin* **135(3)**: 407-433

Valente M., Syurina E.V., Donini L.M. (2019) Shedding light upon various tools to assess orthorexia nervosa: A critical literature review with a systematic search. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* **24**: 671-682

Vandereycken W. (2011) Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention* **19(2)**: 145-155

Varga M., Dukay-Szabo S., Tury F., Furth E.F. (2013) Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* **18**: 103-111

Varga M., Konkoly Thege B., Dukay-Szabó S., Túry F., Furth E.F. (2014) When eating healthy is not healthy: Orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry* **14**: 59

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (2010) <<https://icd.who.int/browse10/2010/en>> Pristupljeno 16. kolovoza 2021.

World Health Organization (2010) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision <<https://icd.who.int/browse10/2010/en>> Pristupljeno 16. kolovoza 2021.

World Health Organization (2021) International Classification of Diseases 11th Revision. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, <<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>> Pristupljeno 16. kolovoza 2021.

PRILOZI

Prilog 1. Originalna verzija Bratmanovog testa za ortoreksiju (BOT) (Bratman i Knight, 2000)

1. Provodite li više od tri sata dnevno razmišljajući o svojoj prehrani?
2. Planirate li svoje obroke nekoliko dana unaprijed?
3. Je li Vam nutritivna vrijednost obroka važnija od užitka u jelu?
4. Je li se kvaliteta Vašeg života smanjila kako se kvaliteta Vaše prehrane povećala?
5. Jeste li postali stroži prema sebi u zadnje vrijeme?
6. Naraste li Vam samopoštovanje kada se zdravo hranite?
7. Jeste li se odrekli hrane u kojoj ste uživali kako biste konzumirali „ispravnu“ hranu?
8. Je li Vam vaša dijeta otežava jedenje vani i distancira Vas od Vaše obitelji i prijatelja?
9. Osjećate li krivnju kada ne slijedite svoju dijetu?
10. Osjećate li mir i da imate potpunu kontrolu kada jedete zdravo?

Prilog 2. Revidirana verzija Bratmanovog testa za samoprocjenu ortoreksije (ABOST)
(Orthorexia, 2017)

1. Provodim toliko vremena u životu razmišljajući o, birajući i pripremajući zdravu hranu da to interferira s drugim aspektima mog života, poput ljubavi, kreativnosti, obitelji, prijateljima, poslom i školom.
2. Kad pojedem bilo koju hranu koju smatram nezdravom, osjećam se anksiozno, krivo, nečisto, prljavo i/ili okaljano; čak me i biti blizu takve hrane uznemirava, i osuđujem druge koji jedu takvu hranu.
3. Moj osobni smisao mira, sreće, veselja, sigurnosti i samopoštovanja pretjerano ovisi o čistoći i ispravnosti onoga što jedem.
4. Ponekad bih se htio/htjela opustiti glede svojih samonametnutih pravila o „zdravoj hrani“ radi posebne prigode, poput vjenčanja ili obroka s obitelji ili prijateljima, ali čini mi se da ne mogu. (Napomena: Ako imate medicinski problem radi kojeg za Vas nije sigurno raditi IKAKVE iznimke u Vašoj prehrani, onda se ova točka na Vas ne odnosi.)
5. S vremenom sam čvrsto eliminirao/la više hrane i proširio/la svoju listu pravila o hrani u pokušaju da održim ili povećam benefite na zdravlje; ponekad znam uzeti postojeću teoriju o hrani i na nju dodati svoja uvjerenja.

6. Slijeđenje svoje teorije o zdravoj prehrani je uzrokovalo da izgubim više tjelesne mase no što bi većina ljudi rekla da je dobro za mene ili je uzrokovalo druge znakove malnutricije, poput opadanja kose, gubitka menstruacije ili kožnih problema.

Prilog 3. Primjer nekih predloženih dijagnostičkih kriterija za ortoreksiju (Dunn i Bratman, 2016)

Kriterij A: Opsesivan fokus na „zdravu“ prehranu definiran prehrambenom teorijom ili setom uvjerenja čiji specifični detalji mogu varirati; obilježen pretjeranom emocionalnom uznemirenošću prema izboru hrane kojeg se smatra nezdravim; gubitak tjelesne mase može nastati kao rezultat prehrambenih izbora, no to nije primarni cilj.

A1: Kompulzivno ponašanje i/ili mentalna preokupacija glede dopuštene i zabranjene prehrambene prakse za koju je pojedinac uvjeren da promovira optimalno zdravlje.

A2: Povreda samonametnutih prehrambenih pravila izaziva pretjerani strah od bolesti, osjećaja osobne nečistoće i/ili negativne fizičke senzacije udružene s anksioznosti i sramom.

A3: Prehrambena ograničenja eskaliraju s vremenom pa može doći do eliminacije cijele grupe namirnica i postepenog uključivanja sve češćih i/ili žešćih postova koji se smatraju pročišćavanjem ili detoksikacijom.

Kriterij B: Kompulzivno ponašanje i mentalna preokupacija postaje klinički značajna prema bilo čemu od navedenog:

B1: Malnutricija, ozbiljan gubitak tjelesne mase ili druge medicinske komplikacije radi restriktivne dijetae.

B2: Unutarnja uznemirenost ili oštećenja u socijalnom, akademskom ili poslovnom funkcioniranju, sekundarno vjerovanjima ili ponašanjima oko zdrave prehrane.

B3: Pozitivna slika tijela, samopoštovanje, identitet i/ili zadovoljstvo prekomjerno ovisi o usklađenosti sa samodefiniranim „zdravim“ prehrambenim ponašanjem.

Izjava o izvornosti

Izjavljujem da je ovaj završni rad izvorni rezultat mojeg rada te da se u njegovoj izradi nisam koristila drugim izvorima, osim onih koji su u njemu navedeni.

Ime i prezime studenta