



Perfekcjonizm i wskaźnik masy ciała jako czynniki ryzyka zachowań ortorektycznych

Perfectionism and body mass index as risk factors of orthorectic behaviours

Patrycja Michalska^{1,A,C-D,F}, Daria Kukuła^{1,A-B,F}, Jarosław Ocalewski^{1,B-C,F}

¹ Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Michalska P, Kukuła D, Ocalewski J. Perfekcjonizm i wskaźnik masy ciała jako czynniki ryzyka zachowań ortorektycznych. Med Og Nauk Zdr. doi: 10.26444/monz/127162

■ Streszczenie

Cel pracy. Ortoreksja polega na obsesyjnym przestrzeganiu reguł zdrowego odżywiania. Prowadzi do znacznych ograniczeń żywieniowych ze względu na stosowanie restrykcyjnych zasad odżywiania oraz wymaga umiejętności podporządkowania i samodyscypliny. Umiejętności te przejawiają osoby z tendencją do perfekcjonizmu, dla których ważne są determinacja i konsekwencja w działaniu. Celem pracy było sprawdzenie, czy występują zależności pomiędzy zachowaniami wskazującymi na ortoreksję a perfekcjonizmem adaptacyjnym i dezadaptacyjnym, a jeśli tak, to czy zależności te różnią się ze względu na wskaźnik masy ciała osób przejawiających te zachowania.

Materiał i metody. Do badań zakwalifikowano łącznie 607 osób, w tym 410 (67,5%) kobiet oraz 197 (32,5%) mężczyzn w wieku od 18 do 63 lat. Średnia wieku dla kobiet wyniosła $24,6 \pm 5,9$ roku, dla mężczyzn $24,3 \pm 4,5$ roku. W badaniu zastosowano: ankietę socjodemograficzną, kwestionariusz ORTO-15 do pomiaru zachowań ortorektycznych i KPAD do pomiaru perfekcjonizmu adaptacyjnego i dezadaptacyjnego.

Wyniki. Stwierdzono istotny statystycznie związek pomiędzy zachowaniami ortorektycznymi a perfekcjonizmem. Związek ten okazał się odwrotny do przewidywanego – im wyższy perfekcjonizm adaptacyjny i dezadaptacyjny, tym zachowania żywieniowe bliższe normy. Istotne statystycznie okazały się także związki między ortoreksją a perfekcjonizmami ze względu na wartość wskaźnika BMI.

Wnioski. Występowanie zachowań ortorektycznych pozostaje w istotnym związku z perfekcjonizmem, bez względu na jego rodzaj. Co więcej, uzyskane różnice w podgrupach wyodrębnionych ze względu na BMI wskazują na konieczność dalszej eksploracji tego zjawiska.

Słowa kluczowe

ortoreksja, BMI, perfekcjonizm adaptacyjny, perfekcjonizm dezadaptacyjny

■ Abstract

Introduction. Orthorexia is an obsessive compliance with the principles of healthy eating. It leads to considerable nutritional limitations due to the use of restrictive principles of nutrition, and requires skills of subordination and self-discipline. These skills are manifested by persons with the tendency towards perfectionism, for whom determination and consistency in actions are important.

Objective. The aim of the study was to find out if there occur any relationships between behaviours indicating orthorexia and adaptive and maladaptive perfectionism, and whether there are differences according to the body mass index.

Materials and Method. A total number of 607 respondents were qualified for the study, 410 (67.5%) females and 197 (32.5%) males, aged 18 – 63; mean age in females 24.6 ± 5.9 , and males 24.3 ± 4.5 . The following research instruments were applied in the study: socio-demographic questionnaire, ORTO-15 Questionnaire for assessing orthorectic behaviours, and the Polish Adaptive and Maladaptive Perfectionism Questionnaire (KPAD).

Results. A statistically significant relationship was observed between orthorectic behaviours and perfectionism. This relationship occurred to be opposite to that expected – the higher adaptive and maladaptive perfectionism, the closer the nutritional behaviours to normal. The relationships in the sub-groups according to the BMI were also statistically significant.

Conclusions. The occurrence of orthorectic behaviours is significantly related with perfectionism, irrespective of its type. Moreover, the differences obtained in the sub-groups according to the BMI indicate the necessity for further exploration of this phenomenon.

Key words

orthorexia, BMI, adaptive perfectionism, maladaptive perfectionism

WPROWADZENIE

W dzisiejszych czasach, szczególnie w krajach kultury zachodniej, bardzo rośnie zainteresowanie społeczeństwa zasadami tzw. zdrowego odżywiania. Tematyka ta zyskała

Adres do korespondencji: Patrycja Michalska, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Polska
e-mail: patmic33@wp.pl

Nadesłano: 10.02.2020; zaakceptowano do publikacji: 2.09.2020; publikacja online: 17.09.2020

popularność także w rodzimej kulturze [1]. Przyczyny takiego stanu rzeczy można dopatrywać się w rosnącej świadomości konsumentów, w spadku zaufania do żywności konwencjonalnej oraz we wzroście znaczenia własnego zdrowia dla jednostki [2, 3]. Coraz częściej obserwowane epidemiologiczne skutki chorób cywilizacyjnych spowodowały, że zaczęto zwracać uwagę na zachowania zdrowotne oraz styl życia, które są czynnikami ryzyka ich występowania. Obecnie na choroby cywilizacyjne związane z niezdrowym stylem życia i stresem zapada większość społeczeństwa. Problem ten występuje zatem w skali globalnej, czego efektem jest obserwowany wzrost zainteresowania zachowaniami, które mogłyby mu przeciwdziałać [4, 5].

W dobie intensywnej koncentracji na zdrowiu bardzo dużego znaczenia nabiera dieta. W mediach zauważyć można coraz więcej doniesień, które dostarczają informacji na temat właściwych zasad odżywiania [1]. Moda na zdrowe żywienie wynikać może z lęku przed chorobami, procesem starzenia się oraz nadmiernym przywiązaniem wagi do wyglądu zewnętrznego. Przyczyną zmiany diety mogą być także nietolerancje i alergię pokarmowe, a także choroby układu pokarmowego. Panujący obecnie kult szczupłej sylwetki skłania ludzi do podejmowania szczególnie restrykcyjnych diet oraz respektowania ograniczeń żywieniowych. Media wzmacniają te tendencje poprzez emitowanie programów na temat zdrowego odżywiania, żywności genetycznie przetworzonej oraz przez zachęcanie do unikania konserwantów [3, 6].

Nadmierne przywiązanie do konkretnej ideologii związanej ze sposobem odżywiania może stać się paradoksalnie szkodliwe dla zdrowia człowieka [7]. Brak dystansu do ogólnodostępnych informacji na temat zdrowego odżywiania oraz sprzeczne doniesienia dotyczące wpływu pokarmu na zachowanie zdrowia prowadzą do wykluczania z diety całych grup pokarmowych [1]. Takie zachowania mogą przyjąć charakter patologiczny i prowadzić np. do ortoreksji [8].

Ortoreksja (*orthorexia nervosa*, z gr. *ortho* – prawidłowy, właściwy; *orexis* – apetyt, pożądanie) polega na obsesyjnym stosowaniu zasad zdrowego żywienia [9]. Jest zatem formą patologicznej fiksacji na przyjmowaniu „właściwego” i „zdrowego” pokarmu. Prowadzi do znacznych ograniczeń żywieniowych, a w skrajnych przypadkach do całkowitej rezygnacji z przyjmowania pożywienia przez chorych.

Pojęcie „ortoreksja” wprowadził w 1997 roku amerykański lekarz Steven Bratman, który jako dziecko chorował na alergię. W jego domu zaczęto eliminować z diety produkty, które mogłyby potencjalnie szkodzić. Po dłuższym czasie doprowadziło to całą rodzinę Bratmana do obsesji. Na podstawie obserwacji pacjentów oraz autoobserwacji Bratman opisał zjawisko związane z nieprawidłowymi zachowaniami żywieniowymi jako ortoreksję [6, 9–11].

Dla osób ujawniających zachowania ortorektyczne ważne jest kupowanie jak najmniej przetworzonej żywności oraz przygotowywanie jej w taki sposób, by nie utraciła właściwości zdrowotnych. Wiele godzin zajmuje im opracowanie menu, a następnie przygotowanie „czystego i bezpiecznego” posiłku [10]. Nie bez znaczenia pozostaje również sposób przechowywania żywności. Osoba z ortoreksją odczuwa obowiązek spożywania dobrej jakości produktów, w kuchni spędza wiele godzin, czuwając nad jakością potraw i dopracowując szczegóły [11]. Także odstępstwa od diety są dla osób ortorektycznych niedopuszczalne, a spożywana przez nie żywność to w dużej mierze żywność ekologiczna [12].

Każde wypaczenie narzuconych sobie zasad żywieniowych skutkuje poczuciem winy, obniżeniem nastroju i wywołuje lęk. W efekcie dochodzi do zaostrzenia zachowań ortorektycznych mimo szkód, które powodują [6]. Takie postępowanie w skrajnych przypadkach może doprowadzić do niedożywienia, znacznego spadku masy ciała, a nawet chorób związanych z niedoborem niezbędnych substancji odżywczych i w konsekwencji do pogorszenia samopoczucia. Poza skutkami związanymi z funkcjonowaniem ciała pojawić mogą się także: obniżenie nastroju, stany depresyjne, izolacja społeczna, kłopoty z pamięcią, koncentracją, trudności w codziennym funkcjonowaniu itp. [10].

Osoby dotknięte ortoreksją ograniczają tematykę rozmów do diety oraz zaniedbują swoje inne pasje życiowe na rzecz przygotowywania posiłków [13]. Zaburzenie to wtórnie prowadzi do ograniczeń o charakterze społecznym, a nawet społecznej izolacji [14]. Redukcja kontaktów spowodowana jest preferencją spożywania posiłków w samotności, o konkretnych godzinach. Chorzy unikają towarzyskich wyjść do barów i restauracji z obawy przed koniecznością spożycia produktów w ich mniemaniu zakazanych. W przypadku gdy muszą pojawić się w takim miejscu, najczęściej przychodzą z wcześniej przygotowanym przez siebie posiłkiem [11]. Ponadto osoby ortorektyczne najlepiej czują się w towarzystwie znajomych, którzy manifestują tę samą ideologię żywieniową [10].

Ortoreksja nie stanowi samodzielnej jednostki chorobowej i nie została do tej pory umieszczona w żadnej klasyfikacji zaburzeń. Nie jest też do końca jasne, czy należy do spektrum zaburzeń odżywiania czy zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych [14]. Obraz ortoreksji przypomina obraz kliniczny jadłowstrętu psychicznego. W obu występują pewne rytuały związane z jedzeniem, sztywne nawyki żywieniowe oraz związek sposobu odżywiania się z samooceną, a motywacja do leczenia zarówno u osób ortorektycznych, jak i anorektycznych może być niska [1]. Zasadniczą różnicą pomiędzy ortoreksją i anoreksją jest ilość spożywanych pokarmów. W przypadku ortoreksji nie jest ograniczona – znaczenie ma bowiem tutaj jakość, a nie energetyczność produktów [9]. Ponieważ to właśnie jakość produktów ma dla osób z ortoreksją największe znaczenie i urasta do rangi obsesji, uzasadnione wydaje się pytanie o odrębność tej jednostki od zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych. Obsesje widoczne w ortoreksji mają związek z planowaniem odpowiedniego menu i myśleniem o składzie i pochodzeniu pokarmów. Powtarzające się zaś czynności to wybieranie i przygotowywanie posiłków we „właściwy” – w przekonaniu danej osoby – sposób. Zasadniczą różnicą pomiędzy zaburzeniem obsesyjno-kompulsywnym (OCD) a ortoreksją, jaką można zaobserwować, dotyczy subiektywnego postrzegania objawów przez jednostkę – osoby dotknięte pierwszym zaburzeniem traktują swoje objawy jako niewłaściwe i nieakceptowane, zaś ortorektycy jako wręcz pożądane [1].

Liczne doniesienia (por. [6]) wskazują na związek zaburzeń odżywiania oraz osobowości obsesyjno-kompulsywnej, stanowiącej podstawę uzależnień, z perfekcjonizmem. Znaczenie dążenia do perfekcjonizmu dla zdrowia psychicznego wykazał już A. Adler, zwracając uwagę na rozróżnienie pomiędzy osobami dążącymi do zdrowej doskonałości (czyli stawiającymi sobie cele trudne, ale realne i modyfikowalne) a osobami dążącymi do doskonałości neurotycznej (obierającymi cele nierealistyczne, zbyt trudne do osiągnięcia) [15]. Bazując na tych spostrzeżeniach, Don Hamachek [16] dokonał, jako pierwszy, podziału perfekcjonizmu na dwa

typy: zdrowy (normalny) i niezdrowy (neurotyczny). Ten pierwszy miał się charakteryzować: elastycznością w działaniu, korygowaniem celów, gdy zaistnieje taka potrzeba, akceptacją różnic między własnymi standardami a poziomem wykonania danej czynności, dawaniem sobie przyzwolenia na popełnienie błędów, czerpaniem przyjemności z własnej aktywności, odczuwaniem ekscytacji przed podjęciem działania. Niezdrowy perfekcjonizm rozumiany był przez autora jako tendencja do wyznaczania sobie wysokich standardów, poczucie, że podejmowane działanie nigdy nie jest wystarczające dobre, stawianie sobie niemożliwych do osiągnięcia celów, niezdolność do rezygnacji z wcześniej postawionych założeń odnośnie do poziomu realizacji zadania oraz odczuwanie lęku przed porażką [15, 17].

Podejście zaproponowane przez Hamacheka było sprzeczne z dominującymi w latach 80. XX wieku poglądami, łączącymi perfekcjonizm jedynie z negatywnymi czy szkodliwymi aspektami funkcjonowania człowieka. Wyniki badań empirycznych potwierdzały założenia jednowymiarowego modelu, wskazującego na dezadaptacyjny charakter perfekcjonizmu. Zaobserwowano wyższe nasilenie cech perfekcjonizmu u osób z depresją [18], tendencjami samobójczymi [19], zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi [20] i lękowymi [21], zaburzeniami osobowości [22] czy też zaburzeniami odżywiania [23], a także zauważono dodatnią korelację z podwyższonym odczuwaniem stresu [15, 17].

Autorzy najnowszych konceptualizacji perfekcjonizmu zwracają uwagę na istnienie pozytywnej, zdrowej, funkcjonalnej czy też adaptacyjnej postaci tego konstruktów. Najczęściej jest ona utożsamiana z sumiennością, dążeniem do osiągnięć czy też doskonałości/mistrzostwa. Współcześnie perfekcjonizm jest ujmowany jako konstrukt złożony, zawierający zarówno osobowościowe, jak i społeczne komponenty [15, 17]. Większość psychologów przyjmuje, zgodnie z coraz popularniejszymi multidymensjonalnymi modelami perfekcjonizmu, że może on przybierać postać zarówno adaptacyjną, jak i dezadaptacyjną.

Adaptacyjna postać perfekcjonizmu wydaje się powiązana z automotywacją, wysoką sumiennością i dążeniem do osiągnięcia sukcesu, wyższą samooceną, zadowoleniem z życia, a także z bezpiecznym stylem przywiązania. Z kolei perfekcjonizm dezadaptacyjny ma związek m.in. z prokrastynacją, myśleniem w kategorii „wszystko albo nic”, autodeprecjacją i mniejszą efektywnością [15, 17].

CEL PRACY

Celem pracy było sprawdzenie, czy występują współzależności pomiędzy zachowaniami wskazującymi na ortoreksję a perfekcjonizmem adaptacyjnym i dezadaptacyjnym. W ramach badania testowano także, czy owe zależności różnią się w trzech podgrupach wyodrębnionych z uwagi na wartość wskaźnika BMI, a zatem wśród osób z: 1) z niedowagą, 2) normowagą oraz 3) nadwagą.

MATERIAŁ I METODA

W badaniu zastosowano następujące narzędzia:

1. Ankietę socjodemograficzną – narzędzie to pozwoliło na zebranie takich danych jak: wiek, płeć, masa ciała oraz wzrost.

2. Kwestionariusz ORTO-15 autorstwa Donini z zespołem [24] w polskiej adaptacji [25]. Jest to narzędzie składające się z 15 pozycji, które opisują nasilenie zachowań ortorektycznych. Poszczególne grupy pytań służą diagnozowaniu postawy respondenta wobec wybierania, kupowania, przygotowywania oraz spożywania pokarmów uznawanych za zdrowe. Badany ocenia każdą pozycję kwestionariusza na podstawie 4-stopniowej skali typu Likerta (zawierającej odpowiedzi: „zawsze”, „często”, „czasem”, „nigdy”), a za odpowiedź uzyskuje odpowiednio 1, 2, 3, 4 pkt. Im postawa osoby badanej wobec danej pozycji kwestionariusza jest bliższa prawidłowemu wzorcowi odżywiania, tym wyższa wartość punktowa odpowiedzi w teście [24]. Autorzy polskiej adaptacji zaproponowali punkt odcięcia na poziomie poniżej 35 pkt [7]. W badaniu własnym rzetelność pomiaru kwestionariuszem ORTO-15 wyniosła α Cronbacha = 0,74.
3. Polski Kwestionariusz Perfekcjonizmu Adaptacyjnego i Dezadaptacyjnego (KPAD) autorstwa K. Szczuckiej [15], będący narzędziem do badania perfekcjonizmu. Składa się on z 35 twierdzeń dotyczących oceny samego siebie. Zawiera dwie subskale: PD (perfekcjonizm dezadaptacyjny; 22 twierdzenia) i PA (perfekcjonizm adaptacyjny; 13 twierdzeń). Osoba badana ustosunkowuje się do każdego twierdzenia, korzystając z 7-stopniowej skali, zawierającej odpowiedzi od „zdecydowanie się nie zgadzam” do „zdecydowanie się zgadzam”. Wyniki dla każdego z wymiarów perfekcjonizmu oblicza się oddzielnie, sumując odpowiedzi zgodnie z kluczem. Badany może uzyskać od 22 do 154 pkt dla perfekcjonizmu dezadaptacyjnego oraz od 13 do 91 dla perfekcjonizmu adaptacyjnego. Im wyższy wynik dana osoba uzyska, tym silniejsze jest nasilenie danego typu perfekcjonizmu. W badaniu własnym rzetelność pomiaru dokonanego za pomocą kwestionariusza KPAD dla perfekcjonizmu dezadaptacyjnego wyniosła α Cronbacha = 0,94, natomiast dla perfekcjonizmu adaptacyjnego α Cronbacha = 0,90.

Ocena wyników badania została przeprowadzona na podstawie analizy statystycznej przy użyciu programu Statistica 13. Do opisu zmiennych mierzalnych zastosowano statystyki opisowe, do oceny współzależności między zmiennymi mierzalnymi użyto współczynnika korelacji liniowej Pearsona. Przyjęty poziom istotności to $p < 0,01^{**}$ oraz $p < 0,001^{***}$. Zastosowano także statystyki wielowymiarowe pozwalające na analizę rzetelności pozycji zastosowanych narzędzi badawczych.

WYNIKI

Badanie przeprowadzone zostało w terminie od 2 lutego 2017 roku do 1 czerwca 2018 roku online. Link do kwestionariusza rozesłano drogą e-mailową oraz umieszczono na portalu Facebook, na forach internetowych, a także grupach zrzeszających osoby preferujące prozdrowotny styl życia. W podanym linku znajdowała się informacja o celu badania, metryczka oraz bateria testów¹. W informacji od autorów zawarto cel badania, przybliżony czas wypełniania kwestionariusza oraz informację o zapewnieniu anonimowości. Po przeczytaniu informacji badani wypełniali kolejno metryczkę, kwestionariusz ORTO-15 oraz KPAD.

1. Wyniki badań uzyskano w ramach większego projektu badawczego dotyczącego stosunku do odżywiania się i zdrowia.

Dobór próby miał charakter celowy – kryterium zakwalifikowania do próby badawczej było ukończenie 18. roku życia. Próba zebrana została metodą kuli śnieżnej. Do badań zakwalifikowano łącznie 607 osób, w tym 410 (67,5%) kobiet oraz 197 (32,5%) mężczyzn w wieku od 18 do 63 lat. Średnia wieku dla kobiet wyniosła $24,6 \pm 5,9$ roku, natomiast dla mężczyzn $24,3 \pm 4,5$ roku. Wskaźnik masy ciała w normie miało 69,9% osób, poniżej normy 7,6% osób, zaś powyżej normy 22,5% osób (por. tab. 1).

Tabela 1. Statystyki opisowe badanych zmiennych (N = 607)

	M (SD)	Mediana	Moda	Min.	Maks.	Skośność	Kurtozja
Ortoreksja	36,98 (5,60)	37,00	39,00	20,00	52,00	-0,18	-0,22
Perfekcjonizm adaptacyjny	64,57 (11,64)	65,00	67,00	19,00	90,00	-0,48	0,56
Perfekcjonizm dezadaptacyjny	76,37 (25,92)	74,00	52,00	24,00	149,00	0,36	-0,58

Źródło: wyniki badań własnych.

Średnie wyniki respondentów w ramach wyróżnionych zmiennych kształtowały się następująco: dla ortoreksji – 37 pkt, dla perfekcjonizmu adaptacyjnego – 65 pkt, dla perfekcjonizmu dezadaptacyjnego – 76 pkt. Odchylenie standardowe wynosiło odpowiednio 5,6; 11,6 oraz 25,9. Najniższa wartość punktowa dla zmiennej „ortoreksja” to 20 pkt, najwyższa 52 pkt; najniższa wartość dla zmiennej „perfekcjonizm adaptacyjny” wyniosła 19 pkt, najwyższa 90; najniższy uzyskany wynik dla zmiennej „perfekcjonizm dezadaptacyjny” to 24 pkt, najwyższy zaś 149 pkt.

W tab. 2 przedstawiono liczebności grup z podziałem na płeć oraz trzy grupy: osoby cechujące się BMI poniżej normy, osoby mające BMI w normie oraz takie, których BMI jest powyżej normy.

Tabela 2. Podział ze względu na BMI i płeć (N = 607)

BMI	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem
< 18,5	43	3	46
18,5–22,49	291	133	424
> 25	76	61	137
Ogółem	410	197	607

Źródło: wyniki badań własnych.

Najliczniejszą grupę badanych stanowiły kobiety z BMI w normie (291), zaś najmniej liczną mężczyzn z niedowagą (3).

Chcąc określić związek pomiędzy zachowaniami ortorektycznymi a perfekcjonizmem adaptacyjnym i dezadaptacyjnym, obliczono korelacje (tab. 3), które okazały się istotne statystycznie; mieszczą się one w przedziale 0,19–0,37. Nie są to korelacje wysokie, natomiast większość z nich jest istotna na poziomie $p < 0,001$.

Uzyskane wyniki wskazują na to, że wraz ze wzrostem wyniku w kwestionariuszu ORTO-15 rośnie wynik w zakresie perfekcjonizmu – zarówno adaptacyjnego, jak i dezadaptacyjnego (odpowiednio 0,22 oraz 0,27). Zależność ta najsilniej uwidacznia się w grupie osób z niedowagą dla perfekcjonizmu adaptacyjnego (0,35) oraz w grupie osób z nadwagą dla perfekcjonizmu dezadaptacyjnego (0,37).

Tabela 3. Korelacja pomiędzy ortoreksją a perfekcjonizmem adaptacyjnym i dezadaptacyjnym dla ogółu próby i w podgrupach wyodrębnionych ze względu na BMI

	Ortoreksja	BMI < 18,5	BMI w normie	BMI > 25
Perfekcjonizm adaptacyjny	0,22***	0,35**	0,19***	0,28***
Perfekcjonizm dezadaptacyjny	0,27***	0,18	0,25***	0,37***

** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Źródło: wyniki badań własnych.

Tabela 3a. Korelacja pomiędzy perfekcjonizmem adaptacyjnym i dezadaptacyjnym dla ogółu próby oraz w podgrupach wyodrębnionych ze względu na BMI

	Cała próba	BMI < 18,5	BMI w normie	BMI > 25
r	-0,01	0,10	-0,11	-0,04

$p > 0,1$

Źródło: wyniki badań własnych.

Z analiz statystycznych wynika, że perfekcjonizm adaptacyjny i dezadaptacyjny w przeprowadzonym badaniu własnym są czynnikami w bardzo niewielkim stopniu skorelowanymi ze sobą, co świadczy o ich ortogonalności. Oznacza to, że można je traktować jako wzajemnie niezależne, dobrze oddzielone od siebie konstrukty.

DYSKUSJA

Uzyskane wyniki nie są do końca spójne z założeniami teoretycznymi, zasługują więc na szczegółową, krytyczną analizę. Należy zastanowić się, dlaczego tendencje do przejawiania perfekcjonizmu nie korelują dodatnio z tendencjami do zastrzeżenia rygorów żywieniowych oraz spróbować wyjaśnić owe zależności, gdyż różnią się one w grupach wyodrębnionych ze względu na masę ciała i wzrost respondentów.

Przyjęta w badaniach własnych operacjonalizacja zmiennej „perfekcjonizm”, w której może ona przyjmować dwie formy – adaptacyjną i dezadaptacyjną, pozwala na wielowymiarowe ujęcie regulacyjnego znaczenia perfekcjonizmu dla funkcjonowania człowieka (tu: w odniesieniu do zachowań żywieniowych). Dotychczasowe doniesienia empiryczne (por. [20, 23, 25, 26]) dowodzą związków perfekcjonizmu z zaburzeniami odżywiania oraz zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi.

W badaniach własnych odnotowano, iż wraz ze wzrostem wyników w zakresie perfekcjonizmu adaptacyjnego zwiększa się tendencja do prawidłowych zachowań żywieniowych respondentów. Pozostaje to w sprzeczności z badaniami Oberle i wsp., które wykazały pozytywną, istotną statystycznie korelację pomiędzy ortoreksją a perfekcjonizmem ogólnie oraz jedną z podskal perfekcjonizmu, jaką są standardy osobiste. Wyniki te nie potwierdzają uzyskanej w badaniu własnym zależności pomiędzy zmienną osobowościową, jaką jest perfekcjonizm a zachowaniami bliższymi żywieniowej normie [27]. W badaniach empirycznych istnieje duża niejednoznaczność wyników stanowiących o związku pomiędzy ortoreksją a perfekcjonizmem. Barnes i Caltabiano potwierdzają uzyskany w badaniu własnym brak takiej zależności [28]. Osoby, które cechuje „zdrowy/konstruktywny” perfekcjonizm, są sumienne, ale jednocześnie także elastyczne, przyzwalają sobie na popełnianie błędów oraz akceptują różnice pomiędzy wyobrażeniami a rzeczywistością [15, 17]. Wymienione ich cechy świadczą o tym, że nie będą one

przejawiać tendencji do zaostrzania rygorów, popadania w skrajności i wzbudzenia w sobie poczucia winy związanej np. ze złamaniem postanowień dietetycznych. Będą raczej starały się znaleźć złoty środek, nawet w przypadku konieczności zmiany sposobu odżywiania (np. w czasie wakacji, w gościnie itp.).

Perfekcjonizm adaptacyjny najsilniej koreluje z ortoreksją ($r=0,35$) w grupie osób z BMI poniżej normy, uznawanej za grupę z niedowagą. Należałoby się zastanowić, czy osoby zaliczane do tej grupy poza niskim BMI łączy jeszcze jakiś wspólny mianownik. Być może są to osoby, których niski wskaźnik masy ciała wynika z faktu, że dbają o siebie, kontrolują swoją masę ciała, przywiązują wagę do spożywania zdrowych posiłków, ale jednocześnie dzięki temu że posiadają wiedzę merytoryczną odnośnie do żywienia i są elastyczni, potrafią zdroworozsądkowo podejść do tematu diety. Przywiązywanie wagi do jedzenia, szczególnie u osób mających dodatkowo predyspozycje do sumienności, automotywacji i wyznaczania sobie celów, często idzie w parze z uprawianiem aktywności fizycznej. Być może niska wartość BMI w tej grupie nie jest tylko konsekwencją ilości i jakości przyjmowanego pożywienia, ale także efektem uprawiania ćwiczeń fizycznych. Warto jednak zauważyć, że u osób będących na właściwej diecie i jednocześnie dbających o regularny wysiłek fizyczny zmniejsza się tkanka tłuszczowa, a rośnie masa mięśniowa. W związku z tym ich BMI powinno być raczej bliższe normy niż zbyt niskie. Inne czynniki, które mogą być związane z niedowagą, to predyspozycje genetyczne oraz indywidualny rytm metaboliczny (np. tzw. szybka przemiana materii).

Mniejszą, chociaż równie istotną statystycznie korelację ($r=0,28$) pomiędzy perfekcjonizmem adaptacyjnym a zachowaniami bliższymi żywieniowej normie zaobserwowano w grupie osób z nadwagą. Wśród osób o wyższym wskaźniku masy ciała można spodziewać się chęci redukcji wagi. Przejawiając cechy „zdrowego perfekcjonizmu”, takie osoby będą rozsądnie podchodziły do utraty zbędnych kilogramów, ich dieta będzie raczej zrównoważona, być może nawet nie do końca „zdrowa”, czego efektem będzie nadmierna masa ciała. Perfekcjonizm adaptacyjny charakteryzuje osoby o wyższej samoocenie i generalnie większym zadowoleniu z życia. Może być zatem również tak, że osoby o wyższym BMI wcale się będą chciały tego zmieniać. Jednocześnie należy mieć na uwadze, że na zwiększoną masę ciała mogą wpływać również czynniki nieuwzględnione w badaniu, takie jak obciążenie chorobami czy zażywanie leków [29, 30].

Perfekcjonizm dezadaptacyjny, rozumiany jako neurotyczna forma bycia perfekcyjnym, także istotnie koreluje z zachowaniami niewskazującymi na zaostrzenie rygoru żywieniowego, tzn. bliższymi żywieniowej normie ($r=0,27$). Takie osoby mają skłonność do wyznaczania sobie wysokich standardów i nieadekwatnych celów, jednak ze względu na lęk przed porażką mogą mieć tendencje do prokrastynacji, czyli uciekania od podejmowania decyzji czy aktywności. Mechanizmy te mogą tłumaczyć brak zaostrzania rygoru żywieniowego wśród osób skłonnych do perfekcjonizmu dezadaptacyjnego. Szczególnie silna tendencja tego rodzaju uwidacznia się w grupie osób z nadwagą ($r=0,37$). Być może dla osób chcących zmniejszyć masę ciała niemożliwe staje się pogodzenie natury swojego funkcjonowania (także w sferze żywieniowej) z koniecznością podporządkowania się zmianom oraz z konsekwencją w długoterminowym działaniu.

W badaniu własnym przewidywano dodatni związek perfekcjonizmu i zachowań wskazujących na ortoreksję. Uzyskane wyniki pokazują, że nie można jednoznacznie wysnuć hipotezy o związku posiadania skłonności do perfekcjonizmu ze skłonnością do zaostrzania rygorów dietetycznych i ich przestrzegania. We wprowadzeniu teoretycznym przytoczono dowody na dwojakie rozumienie cechy osobowości, jaką jest perfekcjonizm, a uzyskane wyniki zdają się to potwierdzać. Szczególnie widoczne okazały się różnice w korelacjach dla obu rodzajów perfekcjonizmu w grupie osób z BMI poniżej normy. Perfekcjonizm zatem nie jest konstruktem jednowymiarowym. Warto podkreślić także, że mierzone za pomocą kwestionariusza ORTO-15 zachowania wskazujące na ortoreksję ukazują jedynie pewien wzorzec nasilenia zachowań oraz nie mają mocy diagnostycznej.

W literaturze światowej w ostatnim czasie coraz częściej pojawia się zjawisko *zdrowej ortoreksji*. Opisywana jest ona jako tendencja do zdrowego odżywiania i zainteresowania dietą, pozbawiona cech psychopatologii [31]. W dzisiejszym świecie duży nacisk kładzie się na zachowania zdrowotne, co jest konsekwencją rosnącej świadomości konsumenckiej. Koncepcja rozróżnienia patologicznej ortoreksji od zdrowej ortoreksji wydaje się zatem konieczna, by wziąć pod uwagę zachodzące dynamicznie zmiany społeczno-kulturowe [32].

Autorzy mają świadomość, że przeprowadzone badanie nie pozostaje wolne od ograniczeń. Jego forma (online) nie pozwoliła na dokładne kontrolowanie procesu zbierania danych. Kolejnym ograniczeniem jest fakt, że polska walidacja kwestionariusza ORTO-15 została przeprowadzona na grupie młodzieży. Ponadto brak jest wyników dla grupy klinicznej ze stwierdzoną ortoreksją. Trudno jednoznacznie stwierdzić jedynie na podstawie wyników badań kwestionariuszowych, czy osoba badana charakteryzuje się patologicznym wzorcem odżywiania, czy prowadzi określony styl życia związany ze zdrowym odżywianiem. Nie zebrano też informacji dotyczących stanu zdrowia fizycznego i psychicznego respondentów, informacji na temat zażywania leków, obciążeń genetycznych itp. Problem ten wydaje się wyjątkowo trudny do rozstrzygnięcia ze względu na panujący w dzisiejszych czasach kult szczupłej sylwetki oraz mody na tężyznę fizyczną. W badanej populacji rozpowszechnienie zachowań wskazujących na zaostrzenie rygoru żywieniowego było bardzo duże. Nasuwa się pytanie, czy nie stały się one pewnego rodzaju normą, która obecnie funkcjonuje, sprowadzającą się do miana *zdrowej ortoreksji*. Niezbędne zatem są dalsze badania oraz próby operacjonalizacji pojęcia „ortoreksji”, aby móc wyodrębnić ją jako zjawisko patologiczne, odbiegające od normy.

Prezentowane badanie było obarczone licznymi ograniczeniami. Dostrzega się konieczność dalszych badań naukowych nad zjawiskiem ortoreksji, aby móc zoperacjonalizować jej specyfikę oraz wyodrębnić ortoreksję jako oddzielną jednostkę chorobową.

WNIOSKI

Zachowania wskazujące na ortoreksję, mierzone za pomocą polskiej adaptacji kwestionariusza ORTO-15 pozostają w istotnym statystycznie związku z dwoma rodzajami perfekcjonizmu – adaptacyjnym oraz dezadaptacyjnym. Związek ten wskazuje na fakt, że osoby przejawiające tendencję do bycia perfekcyjnym, zarówno w konstruktywny, jak i w destruktywny sposób, nie mają skłonności do ulegania rygorom

żywieniowym, a ich zachowania związane z odżywianiem są bliższe normie.

PIŚMIENNICTWO

1. Janas-Kozik M, Zejda J, Stochel M, Brozek G, Janas A, Jelonek I. Ortoreksja – nowe rozpoznanie? *Psychiatr Pol.* 2012; 46(3): 441–50.
2. Bağcı Bosi AT, Çamur D, Güler Ç. Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine. *Appetite.* 2007; 49(3): 661–6. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.04.007>
3. Juraś-Krawczyk B, Woźnicka E. Jedzenie jako sytuacja edukacyjna i społeczna. Łódź: Wydawnictwo AHE; 2015.
4. Jacennik B. Strategie dla zdrowia: kształtowanie zachowań zdrowotnych poprzez środowisko. Warszawa: Vizja Press & IT; 2008.
5. Lizak D, Seń M, Kochman M. Healthism – afirmacja promocji zdrowia czy współczesne zagrożenie behawioralne? In: R Żarów (ed.). *Człowiek w zdrowiu i chorobie – promocja zdrowia, leczenie i rehabilitacja.* Tarnów; 2014: 147–157.
6. Ogińska-Bulik N. Uzależnienie od czynności: mit czy rzeczywistość? Warszawa: Difin; 2010.
7. Stochel M, Janas-Kozik M, Zejda J, et al. Validation of ORTO-15 Questionnaire in the group of urban youth aged 15–21. *Psychiatr Pol.* 2015; 49: 119–34. <http://dx.doi.org/10.12740/PP/25962>
8. Babicz-Zielińska E, Komorowska-Szczepańska W, Łęgowska A, et al. Zaburzenia w odżywianiu wynikające z troski o zdrowie. *Fam Med Primary Care Rev.* 2012; 14(2): 123–125.
9. Bratman S, Knight D. *Health food junkies overcoming the obsession with healthful eating.* New York: Broadway Books; 2000.
10. Dittfeld A, Koszowska A, Fizia K, et al. Ortoreksja – nowe zaburzenie odżywiania. *Ann Acad Med Siles.* 2013; 67(6): 393–399.
11. Kędra E, Pietras J. Zaburzenia odżywiania – znak naszych czasów. *Probl Hig Epidemiol.* 2011; 92(3): 530–534.
12. Bratman S. Original essay on orthorexia. <https://www.orthorexia.com/ori...> (dostęp: 2016.12.11).
13. Gubiec E, Stetkiewicz-Lewandowicz A, Rasmus P, et al. Problem ortoreksji w grupie studentów kierunku dietetyka. *Med Og Nauk Zdr.* 2015; 21(1): 95–100. <https://doi.org/10.5604/20834543.1142367>
14. Michalska A, Szejko N, Jakubczyk A, et al. Nonspecific eating disorders – a subjective review. *Psychiatr Pol.* 2016; 50(3): 497–507. <http://dx.doi.org/10.12740/PP/59217>
15. Szczucka K. Polski Kwestionariusz Perfekcjonizmu Adaptacyjnego i Deadaptacyjnego. *Psych. Społ.* 2010; 5: 71–95.
16. Hamachek DE. Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior.* 1978; 15(1): 27–33.
17. Sanecka E. Perfekcjonizm – pozytywny czy negatywny? Adaptacyjne i dezadaptacyjne formy perfekcjonizmu. *Ogrody Nauk i Sztuk.* 2014; 3: 242–251. <https://doi.org/10.15503/onis2014.242.251>
18. Frost RO, Marten P, Lahart C, et al. The dimensions of perfectionism. *Cogn Ther Res.* 1990; 14(5): 449–68. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
19. Halgin RP, Leahy PM. Understanding and Treating Perfectionistic College Students. *J Couns Dev.* 1989; 68(2): 222–225. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1989.tb01362.x>
20. Broday SF. Perfectionism and Millon Basic Personality Patterns. *Psychol Rep.* 1988; 63(3): 791–794. <https://doi.org/10.2466/pr0.1988.63.3.791>
21. Flett GL, Hewitt PL, Dyck DG. Self-oriented perfectionism, neuroticism and anxiety. *Pers. Individ. Differ.* 1989; 10(7): 731–735. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(89\)90119-0](https://doi.org/10.1016/0191-8869(89)90119-0)
22. Hewitt PL, Flett GL, Turnbull W. Perfectionism and multiphasic personality inventory (MMPI) indices of personality disorder. *J Psychopathol Behav Assess.* 1992; 14(4): 323–335. <https://doi.org/10.1007/BF00960777>
23. Ranieri WF, Steer RA, Lavrence TI, Rissmiller DJ, Piper GE, Beck AT. Relationships of Depression, Hopelessness, and Dysfunctional Attitudes to Suicide Ideation in Psychiatric Patients. *Psychol Rep.* 1987; 61(3): 967–75. <https://doi.org/10.2466/pr0.1987.61.3.967>
24. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, et al. Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disord.* 2005; 10(2): 28–32. <https://doi.org/10.1007/BF03327537>
25. Flamarique I, Plana MT, Castro-Fornieles J, et al. Comparison of Perfectionism Dimensions in Adolescents with Anorexia Nervosa or Obsessive-Compulsive Disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2019; 28(2): 45–54.
26. Johnston J, Shu CY, Hoiles KJ, et al. Perfectionism is associated with higher eating disorder symptoms and lower remission in children and adolescents diagnosed with eating disorders. *Eat. Behav.* 2018; 30: 55–60. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.05.008>
27. Oberle CD, Samaghabadi RO, Hughes EM. Orthorexia nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite.* 2017; 108: 303–310. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.10.021>
28. Barnes MA, Caltabiano ML. The interrelationship between orthorexia-nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eat Weight Disord.* 2017; 22: 177–184. <https://doi.org/10.1007/s40519...>
29. Krekora-Wollny K. Niedoczynność tarczycy a otyłość. *Forum Zaburzeń Metabolicznych.* 2010; 1(1): 63–65.
30. Olszewska K, Rybakowski J. Wpływ leków normotymicznych pierwszej generacji (sole litu, walproinian, karbamazepina) na masę ciała i gospodarkę węglowodanową pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową. *Psychiatria.* 2007; 4(1): 8–16.
31. Barthels F, Barrada JR, Roncero M. Orthorexia nervosa and healthy orthorexia as new eating styles. *PLOS ONE.* 2019; 14(7): 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219609>
32. Nelkowska DD. Orthorexia nervosa: definicje, kryteria, klasyfikacje – kontrowersje i rozbieżności w wynikach badań. *Annales UMCS Sectio J (Paedagogia-Psychologia).* 2019; 32(3): 169–180. <https://doi.org/10.17951/j.201...>