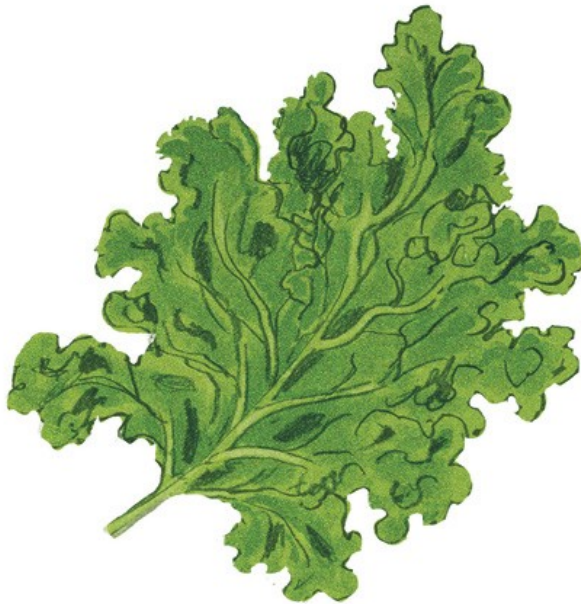


# Sunn, sunnere, sykest



ILLUSTRASJON Åshild Irgens

Dersom patologisk sunnhetsøken alvorlig forringer livskvaliteten, hjelper det lite å vente på en kulturrevolusjon. Hvorvidt orthorexia nervosa bør anses som en diagnose, er fremdeles et empirisk spørsmål.

## TEKST

**Hilde Johanne Karlsen**

**PUBLISERT 3. mai 2018**

---

Orthorexia nervosa (ortoreksi) beskrives gjerne som å være sykkelig opptatt av å spise sunt. I dag er ikke ortoreksi anerkjent hverken som en spiseforstyrrelse eller som en egen diagnose i ICD-10. Som tidligere alvorlig syk og mange ganger innlagt for spiseforstyrrelser har jeg blitt kjent med mennesker som forteller at de fikk sin hverdag ødelagt av fiksering på «sunn» mat og trening, og selv opplevde å lide av ortoreksi. Det er gode grunner til å forske mer på ortoreksi. Dersom tilstanden regnes som en egen type spiseforstyrrelse, vil det kunne ha konsekvenser for behandlingsformene som tilbys.

Som sosiolog med doktorgrad i profesjonsvitenskap, og samtidig med mange års personlig erfaring med spiseforstyrrelser, finner jeg skjæringsfeltet mellom sosiologi og psykologi interessant. Det var derfor med stor interesse jeg leste artikkelen «Orthorexia nervosa – En samfunnsdiagnose for vår tid?» av Liv Lohne-Knudsen og Ole Jacob Madsen i januarutgaven av Psykologtidsskriftet. I artikkelen formuleres to

forsknings spørsmål, nemlig 1) *om ortoreksi kan betraktes som samfunnsdiagnose for vår egen samtid*, og 2) *om ortoreksi kan kategoriseres som en sykdom, og fortjener status som en psykiatrisk diagnose*. Svarene på de to forskningsspørsmålene ser ifølge artikkelforfatterne ut til å bli et «kanskje» og et «nei», med andre ord at ortoreksi kanskje kan kalles en kulturdiagnose, og at tilstanden ikke fortjener status som en psykiatrisk diagnose.

Jeg anerkjenner at Lohne-Knudsen og Madsens (2018) rasjonale ikke er å utdefinere ortoreksi som en psykiatrisk diagnose, men snarere å reflektere over fremveksten av ortoreksi som en mulig kulturdiagnose. Allikevel, refleksjonene tilkjenner noen betraktninger omkring «sunnhet» og diagnoser som er problematiske, all den tid det er mennesker og ikke kulturen selv som trenger hjelp. Dersom det er snakk om patologisk adferd som alvorlig forringer livskvaliteten, hjelper det lite å vente på en kulturrevolusjon. Jeg vil her diskutere tre tema, nemlig: (1) om vi har nok empirisk kunnskap til å avskrive ortoreksi som en psykiatrisk diagnose, (2) om ortoreksi kan forstås både som en kulturdiagnose og en psykiatrisk diagnose, og 3) implikasjoner av det å ekskludere mennesker med ortoreksi fra den mer generelle psykiatriske diagnosen «spiseforstyrrelser».

### **Utilstrekkelig empirisk kunnskap**

Orthorexia nervosa som et navngitt fenomen er så vidt over 20 år gammelt, og forskningen på tilstanden sies å være begrenset (Bratman, 2017; Dunn & Bratman, 2016; Koven & Abry, 2015). Pålitelig og robust forskning krever gyldige operasjonaliseringer. Det hefter imidlertid en del misforståelser ved deler av operasjonaliseringen av tilstanden.

Når Lohne-Knudsen og Madsen (2018, s. 20) først trekker frem hvordan dagens restauranter opplyser om hvem som kan spise hva, ved å gi detaljerte innholdsbeskrivelser av de ulike rettene, og deretter kaller dette en normalisering av ortorektisk adferd, kan det ses som et eksempel på det problematiske ved dagens operasjonalisering av ortoreksi. Hvis det å «ha med egen mat i middagsselskaper» (s. 21) er ortoreksi, og hvis dette blir stadig mer normalt å gjøre, så kan vi selvsagt anta, slik Lohne-Knudsen og Madsen foreslår, at ortoreksi som fenomen vil alminneliggjøres og etter hvert forsvinne som sykdomskategori. Imidlertid er det noe vesentlig som skiller tilstanden orthorexia nervosa fra det å være opptatt av å spise sunt eller følge bestemte typer kosthold, nemlig en *usunn besettelse* av sunnhet og kosthold. Bratman (2017, s. 381) understreker at sykdomsutvikling ved ortoreksi består av to faser, hvorav kun den siste fasen impliserer patologi. Mens den første fasen – å velge et sunt kosthold – er uskyldig og generelt godartet, innebærer den andre fasen en intensivering av denne atferden, slik at den tar form av en usunn besettelse. Det å sammenblande alternative kosthold med forstyrret spiseatferd er ikke bare prematurt, men feilaktig, og har alvorlige konsekvenser, hevder Bratman.

Lohne-Knudsen og Madsen (2018, s. 15) tar utgangspunkt i Ian Hackings begrep 'kulturdiagnose', og skriver at Hacking har den fordel at han «arbeider med historisk

materiale der man i ettertid har innsyn i at en lidelse kan forsvinne». Et aktuelt spørsmål blir da om det å redusere ortoreksi til en form for midlertidig normalitet, og ekskludere ortoreksi fra sykdomsparadigmet, i noen grad handler om blindhet, eller i det minste nærsynthet, for enkelte fenomener som opptrer i vår samtidige kultur. Billedlig talt ser vi kanskje ikke trærne (orthorexia nervosa) for bare skog (ortoreksi). En hypotese kan være at dette også preger forskere og helsepersonell, slik at vurderingen av ortoreksi som normalt og stort sett positivt for helsen blir fremtredende i lys av at «alle» er opptatt av sunnhet. Lohne-Knudsen og Madsen (2018, s. 21) påpeker for eksempel at «ortorektikeren ikke lenger er særlig oppsiktsvekkende i det senmoderne «ortorektiske samfunn»«. utfordringene med å skille den generelle forståelsen av «ortoreksi» fra det spesielle ved «orthorexia nervosa» knytter seg kanskje til mangelen på et klart blikk for når sunnhet beveger seg fra normalt til fatalt.

Dette bringer oss over til kritikken fra Dunn og Bratman (2016), som i sin review-artikkel av forskning på ortoreksi påpeker at det ikke eksisterer noe tilstrekkelig validert testinstrument eller klare diagnostiske kriterier for tilstanden. Mye tyder på at vi fremdeles trenger mer forskning før vi kan avgjøre om fenomenet bør få status som psykiatrisk diagnose eller ikke. Dette innebærer antakelig i første omgang å benytte og eventuelt forbedre Dunn og Bratmans (2016) testinstrument og diagnostiske kriterier, som er utviklet for å øke validitet og reliabilitet med hensyn til operasjonalisering av ortoreksi, slik at vi bedre og mer konsistent kan skille generell opptatthet av sunnhet og helse fra patologisk spise- og treningsatferd.

### **Samtidig kulturdiagnose og psykiatrisk diagnose**

At endringer i valg knyttet til mat, trening, sunnhet og kropp kan forstås i lys av samfunnsmessige endringer, slik som senmodernitet og identitetskonstruksjon, og også er forbundet med nye typer maktforhold, er diskutert i flere sammenhenger (Foucault, 1980a, 1980b, 1991; Lohne-Knudsen & Madsen, 2018; Pylypa, 1998; Roberts, 2005; Saguy & Gruys, 2010; Sollberger, 2013; Wiklund et al., 2017). Jamfør Pylypa (1998, s. 25), som arbeider innenfor feltet medisinsk antropologi, skaper ideologien om individets ansvar for egen helse en oppfatning om at man er personlig forpliktet til å opprettholde god helse gjennom kosthold og fysisk aktivitet. Pylypa fremhever blant annet at «helsediskursen» inneholder kunnskap produsert både av legeprofesjonen og av populærdiskursen omkring helse, og den får dermed en vitenskapelig form det kan være lett å føle seg forpliktet overfor. Enkeltmenneskets overvåking, disiplinering og regulering av egen kropp forstås i sammenheng med fremveksten av bestemte diskurser i henhold til kulturelle normer om den sunne, funksjonelle og attraktive kroppen.

Med tanke på at overnevnte trekk ved «vestlig kultur» kan endre seg eller forsvinne, er det i lys av teorier om endring i samfunnsnormer og -verdier generelt, eller senmodernitet spesielt, lite i veien for å beskrive spiseforstyrrelser som ortoreksi som «kulturbundne syndromer», kulturdiagnoser eller potensielle «forbigående mentale lidelser». Samtidig er det vel heller ikke noe prinsipielt i veien for å beskrive ortoreksi både som en kulturdiagnose og en psykiatrisk diagnose, dersom sistnevnte skulle bli

tilfelle i fremtiden? Både anorexia nervosa (AN) og bulimia nervosa (BN) har blitt utforsket som potensielt kulturbundne tilstander, altså som kulturdiagnoser, men begge er samtidig anerkjent som kliniske spiseforstyrrelser. Keel og Klump (2003) har for eksempel gransket utbredelsen av AN og BN på tvers av vestlig og ikke-vestlig kultur, fra 500-tallet og frem til i dag. Konklusjonen deres er at BN, men ikke AN, ser ut til å være et «kulturbundet syndrom». De begrunner konklusjonen med at det ikke ser ut til å finnes nedtegnelser av BN utenfor nyere tids vestlige kulturer, men at slike nedtegnelser finnes for AN. Keel og Klump (2003, s. 748) understreker imidlertid at diagnostiske kriterier for AN og BN har endret seg over de ulike utgavene av DSM (dette gjelder eksempelvis BMI-grensen, men også tilfanget av nye spiseforstyrrelsesdiagnoser), slik at det å anvende dagens DSM-V for å konseptualisere AN og BN i organisering av kildesøk, i seg selv er å introdusere en sosiohistorisk bias.

### **Implikasjoner for helsehjelp**

Vi kan selvsagt diagnostisere kulturen, men for en person som opplever å få livet sitt ødelagt av ortoreksi, er det liten trøst i det. For dersom ortoreksi ikke er en spiseforstyrrelse og heller ikke tilhører noen annen type psykiatrisk kategori, så finnes det ingen verdige trengende «ortorektikere». De vil tilhøre «de normale», altså en form for utgruppe for psykiatrien som felt. Her fungerer ICD-10 (og DSM V) som en portvakt for inngang til den andre gruppas ressurser. Man har ingen diagnose, ergo har man i mindre grad rett på nødvendig psykisk helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, og spesialisthelsetjenesten har i mindre grad plikt til å yte en slik hjelp. Videre, dersom ortoreksi faktisk er en egen type spiseforstyrrelse, og ikke bare en potensielt midlertidig kulturdiagnose, vil det kunne ha viktige konsekvenser både for den syke og for behandlerne. Til forskjell fra BN og AN assosieres ikke ortoreksi med fiksering på kroppsvekt, derfor kan det tenkes at lidelsen vil behøve tilpassede former for terapi (Bratman, 2017; Segura-Garcia et al., 2015). Segura-Garcia og kolleger (2015, s. 165) påpeker for eksempel at kognitiv atferdsterapi (KAT), som ofte brukes for å nedregulere fiksering på kroppsvekt i behandling av spiseforstyrrelser, ikke nødvendigvis er den best egnede terapien for ortoreksi. Bratman (2017, s. 384) understreker imidlertid at vekt og kroppsfett i dagens samfunn er så tett sammenvevet med helse og sunnhet at kriteriet om manglende fiksering på vekt er problematisk. Kanskje er det derfor av mindre betydning for behandlingen enn antatt.

### **Avsluttende kommentar**

Ortoreksi, slik det i dag omtales, eksisterer som fenomen på et kontinuum av tilstander fra sunn atferd med rom for nytelse til patologisk interesse for sunn kost som fikserer på renhet (Segura-Garcia et al., 2015, s. 162). Jamfør Bratman er det imidlertid ikke sunnhetssøken, men «an intensification of that pursuit into an unhealthy obsession» (2017, s. 381) som skiller den generelle oppfatningen om sunnhet fra den patologiske tilstanden orthorexia nervosa. For å avgjøre om sunnhetssøkende adferd er blitt til ortoreksi, trenger vi å enes om hvor sunnhet slutter og sykdom starter. Dunn og Bratmans (2016) forslag til diagnostiske kriterier for orthorexia nervosa bør testes i

bredere omfang både innenfor og på tvers av kulturer. Inntil videre tyder den sparsomme mengden forskning på ortoreksi på at det ennå er et empirisk spørsmål hvorvidt tilstanden fortjener status som en egen type psykiatrisk lidelse. Dersom ortoreksi etter hvert får status som en egen lidelse, er det lite i veien for at den kan forstås både som kulturbundet og som en psykiatrisk lidelse, slik som ved bulimi. Å ikke anerkjenne ortoreksi som en psykiatrisk diagnose kan tenkes å føre til en forverring, komplisering og forlengelse av et eventuelt sykdomsforløp hos mennesker som opplever å lide av denne tilstanden.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 5, 2018, side 354-357*

**TEKST**

**Hilde Johanne Karlsen**, sosiologKontakt hildekarlsen79@gmail.com