

Drunkoreksja — zaburzenie odżywiania połączone z alkoholizmem wśród młodych dorosłych

Drunkorexia — eating disorders and alcoholism among young adults

STRESZCZENIE

Drunkoreksja jest formą zaburzeń odżywiania połączoną z uzależnieniem od alkoholu. Polega ona na ograniczaniu ilości spożywanej żywności, tak aby móc spożyć więcej alkoholu bez przybierania na wadze. Obecnie drunkoreksja nie jest uwzględniona w klasyfikacji DSM-IV oraz ICD-10. Celem niniejszej pracy był przegląd literatury na temat etiologii, diagnostyki oraz terapii drunkoreksji. Szacuje się, że drunkoreksja dotyczy głównie studentów pierwszego roku (zwłaszcza kobiet). Diagnostyka tego zaburzenia wymaga szczegółowego odróżnienia go od innych zaburzeń odżywiania, także alkoholizmu. Aktualna diagnostyka obejmuje następujące cechy: 1) uzależnienie od alkoholu, 2) świadomie ograniczana podaż pokarmu połączona z wieczornym upijaniem się alkoholem, 3) negatywny obraz własnego ciała wyznaczany przez masę ciała, 4) spadek masy ciała poniżej norm charakterystycznych dla populacji. Przypuszcza się, że na rozwój drunkoreksji mogą mieć wpływ trzy czynniki: biologiczny (predispozycje do zaburzeń odżywiania i uzależnienia od alkoholu), indywidualny (negatywny obraz własnego ciała, niska samoocena, obraz ciała kreowany poprzez pryzmat masy ciała, wczesne urazy z dzieciństwa, ból emocjonalny) oraz sytuacyjny (zmiana dotychczasowego stylu nauki, nowa grupa rówieśnicza — środowisko akademickie, opuszczenie domu rodzinnego — mniejsza kontrola rodziców i większa swoboda w decydowaniu). Drunkoreksja może prowadzić do poważnych problemów zdrowotnych, zwłaszcza w aspekcie uszkodzenia mózgu i innych narządów wewnętrznych, powikłań sercowo-naczyniowych, zaburzeń układu pokarmowego, układu wydzielania wewnętrznego, krwiotwórczego, chorób kości (m.in. osteopenii) oraz alkoholizmu. Leczenie drunkoreksji jest wielowymiarowe i obejmuje terapię zaburzeń odżywiania i uzależnienia od alkoholu.

Forum Medycyny Rodzinnej 2014, tom 8, nr 5, 217–225

słowa kluczowe: drunkoreksja, zaburzenia odżywiania, bulimia, alkohol

Mariusz Jaworski

Zakład Psychologii Medycznej,
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Adres do korespondencji:

mgr Mariusz Jaworski
Zakład Psychologii Medycznej
Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Żwirki i Wigury 81a
02-091 Warszawa
tel.: (+48 22) 572 0533
faks: (+48 22) 572 05 42
e-mail: mariusz.jaworski@wum.edu.pl

Copyright © 2014 Via Medica
ISSN 1897-3590

ABSTRACT

Drunkorexia is a form of eating disorder associated with alcohol addiction. This disorder consists in reducing the amount of food, so that the person can consume more alcohol without increasing weight. At the moment drunkorexia is not included in the DSM-IV and ICD-10. The aim of this research was to review literature about etiology, diagnosis and treatment of drunkorexia. It is estimated that drunkorexia relates mainly to first-year students (especially women). Diagnosis of this disorder requires a detailed differentiation from other eating disorders and alcoholism.

Actual drunkorexia diagnosis includes the following features: 1) alcohol addiction, 2) deliberately restricted food intake combined with evening alcohol intoxication, 3) negative body image determined by body weight, 4) weight loss below norms characterizing the population. It is believed that the development of drunkorexia may affect three factors: biological (predisposition to eating disorders and alcohol addiction), individual (negative body image, low self-esteem, body image influenced by weight, early childhood traumas, emotional pain) and situational (change in learning styles, new peer group — academic environment, leaving family home — less parental control and more freedom of decision). Drunkorexia can lead to serious health problems, especially brain damage and other internal organs; cardiovascular complications; gastrointestinal, endocrine system and hematologic disorders, as well as bone diseases (such as osteopenia), and alcoholism. Treatment of drunkorexia is multidimensional and focuses on therapy of eating disorders and alcohol addiction.

Forum Medycyny Rodzinnej 2014, vol 8, no 5, 217–225

key words: drunkorexia, eating disorders, bulimia, alcohol



Drunkoreksja jest zaburzeniem behawioralnym, które łączy zaburzenia odżywiania z uzależnieniem od alkoholu. W medycynie zaburzenie to nazywa się anoreksją alkoholową (AA) albo bulimią alkoholową (BA)

WSTĘP

W ostatnich latach naukowcy zwrócili szczególną uwagę na związek między spożyciem napojów alkoholowych a częstością występowania zaburzeń odżywiania, zwłaszcza wśród młodych dorosłych — głównie studentów [1–3]. Jak podkreślają Anderson i wsp. [4] w swoich badaniach, osoby z zaburzeniami odżywiania częściej przyznają się do zwiększonego spożycia alkoholu. Dodatkowo wśród studentów zaobserwowano związek między nadużywaniem alkoholu a niezdrowymi nawykami żywieniowymi, co może mieć wpływ na rozwój niektórych form zaburzeń odżywiania [1, 2].

Według danych *National Eating Disorder Association* z 2006 roku około 20% studentów zarówno płci męskiej i żeńskiej wykazywało różne formy zaburzeń odżywiania w pewnych okresach swojego życia [5]. W związku z tymi

danymi epidemiologicznymi zwrócono uwagę na zaburzenia odżywiania, w których znaczącą rolę odgrywa alkohol. Zjawisko to zostało nazwane drunkoreksją [1, 2].

DRUNKOREKSJA

Drunkoreksja jest zaburzeniem behawioralnym, które łączy zaburzenia odżywiania z uzależnieniem od alkoholu. W medycynie zaburzenie to nazywa się anoreksją alkoholową (AA) albo bulimią alkoholową (BA) [6]. Drunkoreksja polega na ograniczaniu ilości spożywanej żywności, tak aby móc konsumować więcej alkoholu bez lęku i obaw związanych z przyrostem masy ciała. Należy jednak zaznaczyć, że pomimo wprowadzenia terminu „drunkoreksja” do świata nauki w 2008 roku, obecnie nie jest to oficjalny termin medyczny [5, 7].

ROZPOWSZECHNIENIE

Oszacowanie rozpowszechnienia drunkoreksji jest bardzo trudne, ponieważ istnieje niewielki odsetek badań poruszających analizowaną problematykę. Wstępne badania epidemiologiczne w tym obszarze przedstawili Burke i wsp. [1]. Doniesienie to wykazało, że 14% studentów pierwszego roku świadomie ograniczało podaż energii wraz z pożywieniem przed planową wieczorną konsumpcją napojów alkoholowych. Z czego 6% tych studentów zgłaszało podejmowanie takiego zachowania w celu uniknięcia przyrostu masy ciała, a 10% w celu szybszego upojenia alkoholem przy niewielkich dawkach [1].

Badania z podziałem na płeć pokazały, że drunkoreksja bardziej dotyczy może młodych kobiet niż mężczyzn [1, 8]. Związane to może być z faktem, iż kobiety częściej niż mężczyźni analizują kaloryczność spożywanych posiłków [8]. Kobiety wykazujące drunkoreksję spożywają mniej żywności lub stosują głodówki, aby kalorie dostarczone wraz ze spożywanym alkoholem nie doprowadziły do dodatniego bilansu energetycznego, a tym samym do rozwoju nadwagi i otyłości [1, 2, 7]. Trzeba również podkreślić, że nie jest to tylko trend w sezonie wakacyjnym. Wstępne badania nie wykazały związku częstości występowania AA czy BA z porą roku [1].

CECHY CHARAKTERYSTYCZNE

Według raportu CASA z 2001 roku szacuje się, że 30–50% osób z bulimią i 12–18% osób z anoreksją nadużywa lub jest uzależnionych od alkoholu [9], dlatego niezwykle ważne jest właściwe odróżnienie drunkoreksji od innych zaburzeń odżywiania. Obecnie termin drunkoreksja odnosi się jedynie do podkategorii znanych zaburzeń odżywiania tj. anoreksji czy bulimii [1, 2]. Dlatego też zaburzenie to nie jest uwzględnione w klasyfikacji DSM-IV oraz ICD-10 służącej do diagnozowania zaburzeń zdrowia [9]. W związku z tym przypadki drunkoreksji są najczęściej diagnozowane

jako anoreksja bądź bulimia, a nie oddzielna jednostka chorobowa.

Głównym czynnikiem różnicującym drunkoreksję i anoreksję jest cel podejmowania działań dążących do redukcji masy ciała. Należy jednak w tym miejscu podkreślić, że pogląd na proces przyjmowania pokarmu w drunkoreksji i anoreksji czy też bulimii ma inny charakter. W anoreksji ograniczenia podaży pokarmu mają na celu redukcję masy ciała. Osoby wykazujące kliniczną postać anoreksji uważają, że są otyłe i podejmują działania mające na celu zredukowanie masy ciała, m.in. głodówki, wymioty, leki hamujące łaknienie oraz środki moczopędne [1, 3, 4, 8]. Chęć podejmowania takich działań reguluje m.in. ich samoocena kształtowana przez obraz własnego ciała [8].

Natomiast u osoby z drunkoreksją głównym celem ograniczania kaloryczności diety w ciągu dnia jest chęć wypicia dużych ilości alkoholu wieczorem bez konsekwencji w postaci przyrostu masy ciała. W tym przypadku działania podejmowane przez jednostkę związane są z dużym nasileniem lęku, a zarazem z nieprawidłowościami w zakresie wiedzy żywieniowej. W obu przypadkach, tj. zarówno w anoreksji, jak i drunkoreksji, dochodzi do spadku masy ciała i wyniszczenia organizmu. Nie powinno się jednak traktować tych dwóch zaburzeń jako tożsamy [1].

Drugą istotną różnicą jest częstotliwość występowania zachowań mających na celu zmniejszenie podaży kalorii w diecie. Osoby z drunkoreksją będą podejmowały działania redukujące przyrost masy ciała tylko w sytuacjach, kiedy mają zamiar konsumować alkohol. W początkowej fazie drunkoreksji takie zachowania mogą być sporadyczne. Jednakże wraz ze wzrostem uzależnienia od alkoholu osoba z drunkoreksją coraz częściej przejawia takie zachowania. Wzrost tolerancji na alkohol i chęć konsumpcji większych ilości tej substancji powoduje, że dana osoba podejmuje coraz bardziej drastyczne ograniczenia



Przypadki drunkoreksji są najczęściej diagnozowane jako anoreksja bądź bulimia, a nie oddzielna jednostka chorobowa



Przypuszcza się, że na rozwój drunkoreksji mogą mieć wpływ trzy czynniki: biologiczny, indywidualny (osobowościowy) oraz sytuacyjny (społeczny)

dietetyczne. Dlatego też zaawansowana drunkoreksja może być często mylona z anoreksją pod względem częstości podejmowania działań związanych z redukcją masy ciała [1, 4].

W tym miejscu trzeba zaznaczyć, że w diagnozie drunkoreksji niezwykle ważne jest rozpoznanie uzależnienia od alkoholu. Należy zatem ustalić, czy zaburzenia odżywiania wystąpiły w przebiegu fazy przewlekłej alkoholizmu (choroby alkoholowej), kiedy osoba uzależniona od alkoholu traci zainteresowanie konsumpcją żywności i spożywa posiłki nieregularnie doprowadzając do wyniszczenia organizmu, czy też zaburzenia regulacji pobierania pokarmu występowały już od początku kształtowania uzależnienia od alkoholu. Należy podkreślić istotny fakt, iż występujące w przebiegu alkoholizmu zaburzenia odżywiania i spadek masy ciała są konsekwencją, a nie głównym celem nadużywania alkoholu, co stanowczo różnicuje chorobę alkoholową od drunkoreksji [8–11]. Powiązania drunkoreksji z poszczególnymi fazami alkoholizmu według Jellinka ilustruje tabela 1.

Na podstawie przeglądu literatury opracowano charakterystykę osoby, która może chorować na drunkoreksję. Do cech charakterystycznych tego zaburzenia zalicza się: 1) uzależnienie od alkoholu, 2) świadome ograniczanie podaży pokarmu, 3) ograniczenia konsumpcji pokarmu związane są z chęcią konsumpcji alkoholu, 4) wysoki poziom lęku i obawy związane z przyrostem masy ciała, 5) negatywny obraz własnego ciała wyznaczony przez masę ciała, 6) spadek masy ciała poniżej norm charakterystycznych dla populacji w wieku chorego [3, 8, 10, 11].

PRZYCZYNY DRUNKOREKSJI

Przyczyny drunkoreksji, podobnie jak innych zaburzeń odżywiania, nie zostały do końca poznane [1, 4]. Przypuszcza się, że na rozwój drunkoreksji mogą mieć wpływ trzy czynniki: biologiczny, indywidualny (osobowościowy) oraz sytuacyjny (społeczny) (tab. 2).

Z biologicznego punktu widzenia najważniejsze znaczenie mają predyspozycje biologiczne do zaburzeń odżywiania i nadużywania

Tabela 1

Powiązanie drunkoreksji z alkoholizmem

DRUNKOREKSJA		ALKOHOLIZM
Częstość podejmowania działań redukujących przyrost masy ciała	Kontrolowanie konsumpcji alkoholu	Faza alkoholizmu według Jellinka (w aspekcie kształtowania zaburzeń odżywiania)
Sporadycznie	Kontrola nad piciem	Faza wstępna (picie dla towarzystwa przy okazji przyjęć i imprez, picie dla przyjemności, odkrycie alkoholu oraz tego, w jaki sposób działa) Brak zaburzeń w regulacji przyjmowania posiłków
Wzrost częstości	Częściowa kontrola nad piciem	Faza ostrzegawcza (zmienia się znaczenie alkoholu dla jednostki, zaczyna on coraz więcej znaczyć, picie dla poprawy nastroju, początki regularnego picia) Pojawienie się początkowych nieprawidłowości w zachowaniach żywieniowych
Bardzo częste	Brak kontroli nad piciem	Faza krytyczna (uzależnienie w pełni rozwinięte) (upijanie się, poczucie konieczności wypicia przed południem, zaniedbywanie rodziny, konflikty małżeńskie, oszukiwanie związane z piciem, utrata zainteresowań niezwiązanych z piciem) Liczne nieprawidłowości w aspekcie odżywiania się (m.in. nieregularność, niska wartość odżywcza pokarmu itp.) są potęgowane przez istniejące uzależnienie od alkoholu

Tabela 2

Czynniki drunkoreksji (opracowanie własne na podstawie piśmiennictwa [1, 2, 4, 18--20])

Czynniki biologiczne	Czynniki indywidualne	Czynniki sytuacyjne
1) Predyspozycje do zaburzeń odżywiania	1) Negatywny obraz własnego ciała	1) Zmiana dotychczasowego stylu nauki
2) Predyspozycje do uzależnienia od alkoholu	2) Niska samoocena	2) Nowa grupa rówieśnicza (środowisko akademickie)
	3) Obraz ciała kreowany poprzez pryzmat masy ciała	3) Opuszczenie domu rodzinnego (mniejsza kontrola rodziców i większa swoboda w decydowaniu)
	4) Wczesne urazy z dzieciństwa	
	5) Ból emocjonalny	

alkoholu. Ostatnio systematyczne badania całego genomu u rodziny ze zdiagnozowanymi zaburzeniami odżywiania wykazały związek chromosomów numer 1z, 3z i 4z z predyspozycjami do anoreksji, a chromosomu 10z do bulimii [12]. Z aspektów genetycznych istotne znaczenie w rozwoju zaburzeń odżywiania może mieć kortykoliberyna (hormon uwalniający kortykotropinę — CRH, *corticotropin-releasing hormone*). CRH wpływa m.in. na regulację łaknienia, a także jest regulatorem reakcji organizmu na stres, zwłaszcza oś podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczową. Zbyt duże ilości kortykoliberyny (hipersekrecja kortykoliberyny) w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN) mogą doprowadzić do ostrego stanu anorektycznego poprzez zahamowanie łaknienia, co obserwuje się u osób z anoreksją [13]. Warto zaznaczyć, iż wpływ na regulację apetytu jest ściśle związany z oddziaływaniem na organizm czynników stresowych oraz sposobem radzenia sobie z tym stresem [14]. Martens i wsp. [15] podają, że jednym z możliwych powodów sięgania po alkohol jest dążenie do pokonania stresu. Dodatkowo badania sugerują, że negatywnie wzmocnienie przyczynia się do zwiększonego nadużywania alkoholu [4, 16]. Negatywne wzmocnienie charakteryzuje się podejmowaniem działań mających na celu eliminację lub uniknięcie negatywnej konsekwencji, która pojawiłaby się, gdyby osoba nie podjęła danego zachowania. U osób z drunkoreksją mogą występować trudności z radzeniem sobie z sytuacjami stresowymi, w wyniku czego mogą nasilać się objawy zaburzeń odżywiania (zwłaszcza w aspekcie

ograniczania podaży żywności) oraz może zwiększać się podatność na uzależnienie od alkoholu. Szczególnie, że dla osoby z drunkoreksją konsumpcja żywności w obecności innych oraz liczne całodzienne głodówki stanowią główny i bardzo silny stresor w życiu. Powoduje to nasilenie w stresu i sięganie po alkohol jako środek relaksujący [4, 14, 16].

Wśród czynników indywidualnych znaczenie mają: 1) negatywny obraz własnego ciała, 2) niska samoocena, 3) obraz ciała kreowany poprzez pryzmat masy ciała, 4) wczesne urazy z dzieciństwa oraz 5) ból emocjonalny. Psychologowie twierdzą, że silne pragnienia głodówek, zwłaszcza napadowe i/lub oczyszczające, często wynikają z urazu z okresu dzieciństwa, takiego jak wykorzystywanie seksualne lub zaniedbania ze strony rodziców. Niemniej jednak trzeba podchodzić do takiej teorii z dużą ostrożnością i dystansem i nie traktować jej jako uniwersalnej. Ponadto drunkoreksja może łatwo rozwijać się u osób, które borykają się z takimi problemami jak negatywny wizerunek własnego ciała i/lub niska samoocena [14].

Wśród czynników sytuacyjnych (społecznych) największe znaczenie ma kult szczupłego ciała oraz postawa ludzi wobec napojów alkoholowych [17]. Drunkoreksja występuje coraz częściej w społeczeństwach, w których dominuje kult szczupłego ciała, ciągłego analizowania kaloryczności żywności oraz spożywanych napojów zawierających substancje psychoaktywne, w tym także alkoholu [1, 2]. Przypuszcza się, że nadmierne spożycie alkoholu dla niektórych osób jest formą poprawy

złego nastroju. Niepokojący jest fakt, iż wiele osób nie wyobraża sobie udanych imprez bez alkoholu [1, 4].

Jak wykazują badania, ważnymi czynnikami przyczyniającymi się do zwiększonej konsumpcji alkoholu u studentów są: 1) całkowita zmiana systemu nauczania w porównaniu ze szkołą średnią, 2) normy społeczne wśród studentów promujące alkohol, a także 3) brak nadzoru rodzicielskiego w okresie studiów [18–20].

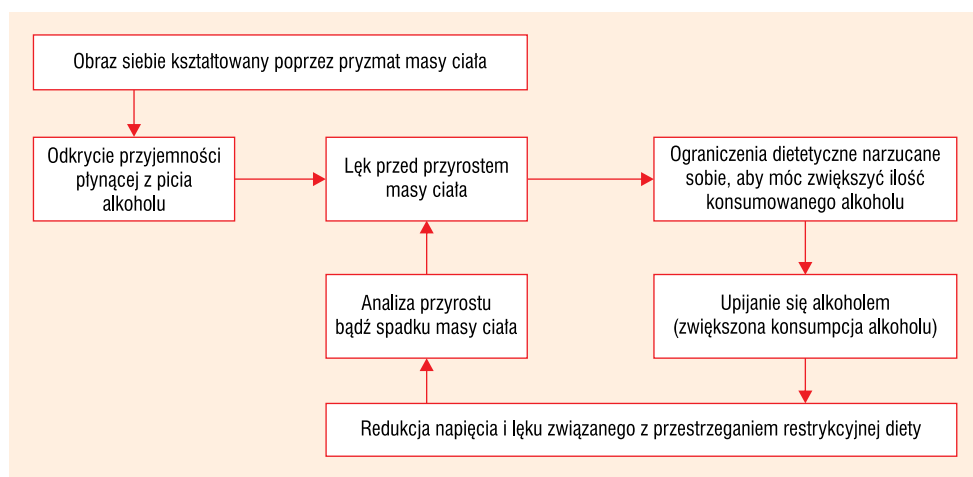
U osoby z drunkoreksją, podobnie jak w przypadku anoreksji i bulimii, samoocena kształtowana jest przez pryzmat masy ciała. Z jednej strony osoby z tym typem zaburzeń odżywiania odkrywają swoistą przyjemność płynącą z konsumpcji napojów alkoholowych. Z drugiej strony samoocena tych osób kształtowana przez pryzmat pożądanego kształtu ciała oraz lęku i obawy przed nadmierną masą ciała przyczynia się do podejmowania charakterystycznych zachowań zabezpieczających [1, 2, 14]. Osoby z drunkoreksją posiadają zniekształconą wiedzę na temat kaloryczności napojów alkoholowych i ich wpływie na przyrost masy ciała, a to z kolei skłania je do stosowania głodówek i innych restrykcji dietetycznych. Skutkuje to wzrostem poziomu silnego napięcia emocjonalnego i lęku przed przyrostem masy ciała.

Picie alkoholu przez osoby wykazujące AA lub BA umożliwia im zmniejszenie od-

czuwanego niepokoju związanego z opuszczeniem posiłków, a także daje poczucie odprężenia. Poważnym problemem jest także fakt, że większość osób, które zmagają się z tym typem zaburzeń odżywiania próbuje zamaskować swój emocjonalny ból poprzez konsumpcję napojów alkoholowych. Jednakże po epizodzie upojenia osoba z drunkoreksją analizuje przyrost bądź spadek swojej masy ciała, co staje się źródłem ponownego lęku i napięcia, a tym samym skutkuje podejmowaniem kolejnych kroków mających na celu zredukowanie masy ciała (ryc. 1).

Spożywanie alkoholu ma znaczący wpływ na odczuwanie głodu [1, 21], bez względu na dostępność żywności [22]. Badania Catona i wsp. [23] pokazują, że spożywanie alkoholu powoduje zwiększenie odczuwanego głodu. Najprawdopodobniej dzieje się tak wskutek oddziaływania spożytego alkoholu na procesy hormonalne, które mają istotne znaczenie w regulacji apetytu [24]. Dlatego osoby z drunkoreksją mają zaburzone odczuwanie apetytu. Tłumaczy to także fakt, iż wiele osób z tym typem zaburzeń odżywiania odczuwa silne napady głodu, zwłaszcza w ciągu dnia [1, 4, 16].

Badania wykazały, że za hormonalną regulację pobierania pokarmu odpowiadają w dużej mierze 2 hormony: kortyzol i insulina. Niski poziom kortyzolu pobudza apetyt i po-



Rycina 1. Pętla drunkoreksji (opracowanie własne na podstawie piśmiennictwa [1, 2, 14, 21])

woduje wyrzut insuliny do krwi [25, 26]. Działanie insuliny i kortyzolu może być regulowane przez neuropeptyd Y (NPY) — polipeptyd zawierający 36 sekwencji aminokwasów [25]. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż alkohol ma silny wpływ na NPY. Neuropeptyd Y jest syntetyzowany przez neurony podwzgórza w jądrze łukowatym (ARC, *arcuate nucleus*), a więc ośrodku silnie związanym ze stymulacją procesu pobierania pokarmu [27]. Należy również zaznaczyć, że NYP ma duży wpływ na regulację gospodarki spożytego alkoholu w organizmie, głównie poprzez receptory NYP Y5 [26].

W badaniach genetycznych nad gryzoniami wykazano, że niedobory ekspresji genetycznej receptorów NYP wiążą się ze zwiększoną preferencją napojów zawierających alkohol w porównaniu z gryzoniami, u których wykazano nadekspresję tych receptorów. Tak więc preferencje spożywania mogą być odwrotnie proporcjonalne do stężenia NPY w mózgu [28]. Należy zaznaczyć, że rozwój nauk medycznych, w tym nutrigenomiki powoduje, że żywność może mieć istotny wpływ na ekspresję niektórych genów [27–29], czym również można tłumaczyć zaburzenia w procesie pobierania pokarmu w aspekcie regulacji hormonalnej. Analiza regulacji hormonalnej w przebiegu drunkoreksji wymaga jednak dalszych badań.

Strbak i wsp. [22] zwracają uwagę, iż wpływ alkoholu na apetyt często zależy od wielkości posiłku i jego składu. Krótkookresowe spożywanie alkoholu ma niewielki wpływ na wielkość spożywanego posiłku [30], natomiast długotrwałe spożywanie alkoholu może zmniejszyć ilość konsumowanej żywności mimo jej dostępności [22, 29]. Konsumpcja alkoholu zmniejsza apetyt na żywność zawierającą węglowodany, a zwiększa ochotę na tłuszcz i sól [23]. Ponadto konsumpcja posiłku zawierającego dużo węglowodanów zmniejsza ochotę na alkohol w porównaniu do produktów o niskiej zawartości węglowodanów [29]. Można wysunąć hipotezę, że w przypadku

drunkoreksji w wyniku zwiększonej konsumpcji alkoholu dochodzi do zwiększenia apetytu na posiłki bogate w tłuszcz. Z tego biorą się narzucane samemu sobie głódówki, co jest spowodowane obawą przed nadmierną podażą kalorii w posiłku [1, 4].

W drunkoreksji dochodzi również do zaburzeń odczuwania smaku. Alkohol może bezpośrednio stymulować drogi nerwowe związane z odczuwaniem smaku, zwłaszcza słodkiego [30]. Może on aktywować obszary mózgu związane ze wzmocnieniem i nagrodą, a tym samym dopamina i opioidy OUN mogą pośrednio wpływać na konsumowanie alkoholu. W badaniach u gryzoni alkohol powodował bezpośredni wzrost ilości dopaminy w jądrze półleżącym [29].

DRUNKOREKSJA A POWIKŁANIA

Drunkoreksja może prowadzić do poważnych problemów zdrowotnych, zwłaszcza w aspekcie mikro- i makrouszkodzeń mózgu i innych narządów wewnętrznych. W dużej mierze, podobnie jak anoreksja i bulimia, może prowadzić do powikłań sercowo-naczyniowych, zaburzeń układu pokarmowego, układu wydzielania wewnętrznego, krwiotwórczego i chorób kości (m.in. osteopenii). Z tym typem zaburzeń odżywiania wiąże się rozwój niedożywienia, odwodnienie i hipoglikemia [15]. Drunkoreksja może prowadzić także do alkoholizmu (ze wszystkimi wynikającymi z niego powikłaniami dla przewodu pokarmowego, wątroby, trzustki), zaburzeń ze strony układu nerwowego oraz chorób psychicznych (m.in. depresji) [1, 15]. Nadużywanie alkoholu jest również związane z niedoborem witamin z grupy B i innych składników odżywczych. Zastępując podaż energii pochodzącej z żywności kaloriami pochodzącymi z konsumpcji alkoholu, osoby z drunkoreksją doprowadzają do licznych deficytów żywieniowych [1].

LECZENIE

Istotną rolę w leczeniu drunkoreksji odgrywa terapia wielowymiarowa: leczenie powikłań



Rozwój nauk medycznych, w tym nutrigenomiki powoduje, że żywność może mieć istotny wpływ na ekspresję niektórych genów



Drunkoreksja może prowadzić do poważnych problemów zdrowotnych, zwłaszcza w aspekcie mikro- i makrouszkodzeń mózgu i innych narządów wewnętrznych

somatycznych, uzyskanie przyrostu masy ciała, edukacja w zakresie prawidłowego żywienia, korekta zachowań związanych z konsumpcją żywności, w tym utrwalanie motywacji, korekta zaburzeń psychopatologicznych (zaburzeń samooceny i obrazu ciała) oraz zaburzeń nastroju. To wszystko powinno być połączone z indywidualną i/lub grupową terapią uzależnienia od alkoholu [1–3].

WNIOSKI

Podsumowując aktualne badania naukowe, można stwierdzić, że drunkoreksja jest bardzo poważnym zaburzeniem somatycznym

i psychicznym. Niepokojący jest fakt, że to zaburzenie odżywiania dotyczy w dużej mierze młodych osób. Drunkoreksja jest również związana z nieprawidłowymi wzorcami żywieniowymi, dlatego też uzasadnione wydaje się prowadzenie odpowiednich programów edukacyjnych z zakresu prawidłowego odżywiania i kształtowania prawidłowych postaw żywieniowych, szczególnie wśród studentów pierwszego roku, którzy w obawie przed zaburzeniem odżywiania, jakim jest otyłość, stosują restrykcyjne metody zmniejszania ilości przyjmowanych w diecie kalorii i popadają w inny rodzaj zaburzenia, jakim jest drunkoreksja.

PIŚMIENICTWO

- Burke S.C., Cremeens J., Vail-Smith K., Woolsey C. Drunkoreksja. Calorie restriction prior to alcohol consumption among college freshman. *Journal of Alcohol and Drugs Education* 2010; 2: 17–34.
- Fairbanks C.F. Drunkoreksja — what is it? *Wellness Matters* 2010; 2: 7: 1–4.
- Forman-Hoffman V. High prevalence of abnormal eating and weight control practices among U.S. high-school students. *Eating Behaviors* 2004; 5: 325–336.
- Anderson D.A., Martens M.P., Cimini M.D. Do female college students who purge report greater alcohol use and negative alcohol-related consequences? *International Journal of Eating Disorders* 2005; 37: 1: 65–68.
- NEDA (2006) National Eating Disorders Association announces results of eating disorders poll on college campuses across the nation. http://www.nationaleatingdisorders.org/p.asp?VebPage_ID=664 (dostęp online 01.12.2012).
- Suen V. Drunkoreksja: comportamento alimentar de risco é frequente. *Boletim Brasileiro de Nutrological* 2005; 5: 20; 3–4.
- Stoppler M.C. Drunkoreksja, manoreksja, diabulimia: New eating disorders? *MedicineNet*. <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?article-key-88014.2008> (dostęp online 01.12.2012).
- Tylka T.L., Subich L.M. Exploring young women's perceptions of the effectiveness and safety of maladaptive weight control techniques. *Journal of Counseling and Development* 2002; 80: 101–110.
- National Center on Addiction and Substance Abuse (CASA). Food for thought: Substance abuse and eating disorders, Columbia University, New York 2001
- Luce K.H., Engler P.A., Crowther J.H. Eating disorders and alcohol use: Group differences in consumption rates and drinking motives. *Eating Behaviors* 2007; 8: 177–184.
- Dunn E.C., Larimer M.E., Neighbors C. Alcohol and drug-related negative consequences in college students with bulimia nervosa and binge eating disorder, *International Journal of Eating Disorders* 2002; 32: 2: 171–178.
- Hinne A., Friedel S., Remschmidt H., Hebebrand J. Genetic risk factors in eating disorders. *Am. J. Pharmacogenomics* 2004; 4: 4: 209–223.
- Karliik A., Korman E., Maceluch J., Niedziela M. Analiza molekularna fragmentu genu dla drugiego typu receptora kortykoliberyny w jądłowstręcie psychicznym, *Psychiatria Polska* 2008; XLII: 209–218.
- Izydorczyk B. Struktura osobowości młodych kobiet chorujących na anoreksję psychiczną (analiza badań własnych metodą Rorschacha). *Psychiatria Polska* 2008; XLII: 195–208.
- Martens M.P., Cox R.H., Beck N.C. Negative consequences of intercollegiate athlete drinking: The role of drinking motives. *Journal of Studies on Alcohol* 2003; 64: 825–828.
- Amigo V.L. Co-morbidades clínicas e psiquiátricas. Em: *Transtornos alimentares e Obesidade* 2005; C 9: 94–95.
- Jeffery R.W., Epstein L.H., Wilson G.T., Drewnowski A., Stunkard A.J., Wing R.R. Long-term maintenance of weight loss. *Current status*, *Health Psychology* 2000; 19: 5–16.
- Baer J.S. Student factors: Understanding individual variation in college drinking, *Journal of Studies on Alcohol* 2002; 14: 40–53.
- Schulenburg J.E., Maggs J.L. A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to adulthood. *Journal of Studies on Alcohol* 2002; 55: 14: 54–70.
- Schulenburg J.E., Maggs J.L., Long S. i wsp. The problem of college drinking: Insights from a developmental perspective. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2001; 25: A13–A11.
- Yeomans M.R., Phillips M.F. Failure to reduce short-term appetite following alcohol is independent of

- beliefs about the presence of alcohol. *Nutritional Neuroscience* 2002; 5: 131–139.
22. Strbak V., Benicky J., Macho L., Jezova D., Nikodemova M. Four-week ethanol intake decreases food intake and body weight but does not affect plasma leptin, corticosterone, and insulin levels in pubertal rats. *Metabolism* 1998; 47: 1269–1273.
 23. Caton S.J., Ball M., Ahern A., Hetherington M.M. Dose-dependent effects of alcohol on appetite and food intake. *Physiology & Behavior* 2004; 81: 51–58.
 24. Modified from United States Department of Agriculture, Agricultural Research Service. *Composition of Foods*, Agriculture Handbook No. 8, 1963.
 25. Strack A.M., Sebastian R.J., Schwart M.W., Dallman M.F. Glucocorticoids and insulin: reciprocal signals for energy balance. *American Journal of Physiology*. 1995; 268: R142–R149.
 26. Schroeder J.P., Overstreet D.H., Hodge C.W. The neuropeptide-Y Y5 receptor antagonist L-152,804 decreases alcohol self-administration in inbred alcohol-preferring (iP) rats. *Alcohol* 2005; 36: 179–186.
 27. Kokavec A. Is decreased appetite for food a physiological consequence of alcohol consumption? *Appetite* 2008; 51: 233–243.
 28. Thiele T.E., Badia-Elder N.E. A role for neuropeptide Y in alcohol intake control: evidence from human and animal research. *Physiology & Behavior* 2003; 79: 95–101.
 29. Anderson D.A., Simmons A.M., Martens M.P., Ferrier A.G., Sheehy M.J. The relationship between disordered eating behavior and drinking motives in college-age women. *Eating Behaviors* 2006; 7: 419–422.
 30. Poppitt S.D., Eckhardt J.W., McGonagle J., Murgatroyd P.R., Prentice A.M. Short-term effects of alcohol consumption on appetite and energy intake. *Physiology & Behavior* 1996; 60: 1063–1070.