

Alkoreksja – obecny stan wiedzy

Drunkorexia – knowledge review

Kamila Szynal¹, Michał Górski¹, Mateusz Grajek²,
Karolina Ciechowska³, Renata Polaniak⁴

¹Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu w Bytomiu,
Szkoła Doktorska Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

²Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu w Bytomiu,
Katedra Polityki Zdrowia Publicznego, Zakład Zdrowia Publicznego

³Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu w Bytomiu

⁴Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu w Bytomiu,
Katedra Dietetyki, Zakład Żywienia Człowieka

Summary

Eating disorders are often accompanied by a lack of ability to manage emotions. Drunkorexia is a phenomenon that occurs mainly among a group of students. This disorder is characterized by significant dietary restrictions and excessive physical activity with the aim of being able to consume more alcohol without fear of weight gain. It is attributed to peers pressure, the popularization of a slim figure and the desire to increase the state of intoxication. Drunkorexia is more common in women and among people previously diagnosed with an eating disorder. Like any eating disorder, drunkorexia can lead to serious health consequences, but also increases the risk of violence, sexual assault and car accidents. Drunkorexia requires treatment for alcohol dependence and correction of inappropriate eating habits. Drunkorexia is a relatively new term and requires the development of diagnostic criteria and strategies to help people struggling with this disorder. Drunkorexia should be distinguished from alcohol use disorder and other eating disorders. It is necessary to spread knowledge about this type of behavior, its consequences and education about coping with stress.

Key words: diet, eating disorders

Słowa kluczowe: dieta, zaburzenia odżywiania

Wstęp

Zaburzenia odżywiania są złożonymi chorobami psychicznymi, które często rozwijają się jako nieświadome mechanizmy radzenia sobie z trudnymi przeżyciami

i emocjami, takimi jak: traumatyczne wydarzenia, śmierć ukochanej osoby, napaści na tle seksualnym, nieprawidłowe relacje z członkami rodziny. W stresujących sytuacjach osoby chore mogą ograniczać ilość przyjmowanej energii, ponieważ dieta jest jednym z niewielu obszarów, nad którymi sprawują kontrolę [1].

Alkoreksja jest zaburzeniem behawioralnym, które nazywane jest także drunkoreksją, anoreksją alkoholową lub bulimią alkoholową [1]. Alkoreksja polega na ograniczaniu spożycia kalorii i/lub nadmiernym wykonywaniu ćwiczeń fizycznych w celu zwiększenia możliwości przyjmowania kalorii zawartych w alkoholu bez obawy o przyrost masy ciała. Nieliczne pozycje piśmiennicze z tego zakresu charakteryzują także alkoreksję jako ograniczanie spożycia kalorii wraz ze stosowaniem środków przeczyszczających i moczopędnych w celu maksymalizacji odurzenia alkoholem [2]. Alkoreksja nie jest oddzielnym i oficjalnym terminem medycznym w klasyfikacji ICD-10 (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, *International Classification of Diseases*), co sprawia, że istnieją problemy dotyczące diagnozowania oraz leczenia tego schorzenia. Zachowania kompensacyjne, takie jak restrykcje kaloryczne i nadmierna aktywność fizyczna mogą występować przed lub po spożyciu alkoholu. Cechy tego zaburzenia wskazują na jego behawioralne czynniki, natomiast brak kryteriów rozpoznania może stanowić problem w określeniu momentu, w którym dana osoba wymaga profesjonalnej pomocy [2].

Grupę, która w sposób szczególny narażona jest na wystąpienie alkoreksji stanowią studenci, jednak trudno jest określić dokładny odsetek studentów z zaburzeniami związanymi ze spożywaniem alkoholu [1–3]. Zachowania te mogą wynikać z chęci realizacji ideału szczupłej sylwetki i jednoczesnym powiązaniem alkoholu z sytuacjami społecznymi oraz uroczystościami, zwłaszcza wśród młodych dorosłych. Zarówno zachowania kompensacyjne, jak i samo spożycie alkoholu niesie za sobą konsekwencje zdrowotne. Zachowania związane ze spożyciem alkoholu mogą wykraczać poza normatywne spożycie i zwiększać ryzyko problemów związanych z alkoholem [3].

W niniejszym artykule przedstawiono charakterystykę alkoreksji wraz z przeglądem badań. Przeanalizowane zostały bazy naukowe takie jak: Science Direct (Elsevier), Medline (PubMed) oraz Polska Bibliografia Lekarska. Do wyszukiwania prac zastosowano następujące słowa kluczowe (wg słownika MeSH): alcohol drinking, diet, substance-related disorders, students, adolescent, feeding and eating disorders oraz hasła: drunkorexia, drunkoreksja, alkoreksja. Omawiane artykuły naukowe pochodzą z zakresu lat 2008–2021. Należy jednak podkreślić, że większość analizowanych publikacji stanowią najnowsze doniesienia pochodzące z roku 2020 oraz 2021. Łącznie przeanalizowano 26 prac – artykuły poglądowe, jak i oryginalne, w tym 3 artykuły w języku polskim i jedno doniesienie konferencyjne.

Przegląd piśmiennictwa

Epidemiologia i kryteria rozpoznania

Nadużywanie alkoholu jest istotnym problemem zdrowia publicznego. Upijanie się definiowane jest jako picie czterech lub więcej drinków w przypadku kobiet i pięciu

lub więcej drinków dla mężczyzn podczas jednej okazji [4]. Około 40% amerykańskich studentów deklaruje upijanie się przynajmniej raz na dwa tygodnie [4]. Badania [3, 4] wykazały, że największe ilości alkoholu spożywają studenci na pierwszym roku studiów, co czyni ich największą grupą narażenia. Oprócz nadużywania alkoholu wśród studentów powszechne są również zaburzenia odżywiania. Około 60% studentek deklaruje przewlekłe stosowanie diet odchudzających i napadowe objadanie się. Ponadto większość badanych studentek przyznaje się do stosowania różnych metod mających na celu kontrolę masy ciała [4]. W badaniach Choquette i wsp. [5] ok. 55% badanych studentów amerykańskich i francuskich angażowało się w zachowania związane z alkoreksją.

Na początku drunkoreksji, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, występują charakterystyczne zachowania, do których należy zaliczyć ograniczenia spożywania pokarmu (ograniczenie dostarczanych kalorii) oraz zwiększenie aktywności fizycznej [1–3]. Celem tych zachowań jest zapobieganie wzrostowi masy ciała. Oprócz najczęściej wymienianych ćwiczeń fizycznych i restrykcji dietetycznych, pojawiają się także: prowokowanie wymiotów, stosowanie leków moczopędnych i tabletek odchudzających [4]. Przypuszcza się, że istnieją trzy główne czynniki wpływające na rozwój alkoreksji: biologiczne (predyspozycje do zaburzeń odżywiania i uzależnienia od alkoholu), indywidualne (zniekształcony obraz własnego ciała, niska samoocena, ból emocjonalny) i sytuacyjne (nowe środowisko rówieśnicze, zmiana miejsca zamieszkania) [1].

Oszacowanie rozpowszechnienia alkoreksji w społeczeństwie jest trudne, ponieważ jest to stosunkowo nowy termin, co sprawia, że liczba publikacji z tego zakresu jest minimalna, a wszystkie dostępne dane odnoszą się jedynie do wybranych grup studentów. Szacuje się, że ok. 30–50% osób z bulimią i do 20% osób z anoreksją nadużywa alkoholu lub jest od niego uzależniona [1]. Kwestią wymagającą dokładnego opracowania pozostaje badanie epidemiologiczne, które wykaże częstość występowania drunkoreksji w populacji ogólnej.

Do tej pory nie zostały opracowane kryteria rozpoznania alkoreksji. W piśmiennictwie pojawiają się natomiast cztery zachowania charakterystyczne dla pacjentów z tymi zaburzeniem [4, 5]:

- 1) planowanie ograniczania jedzenia w celu wyrównania kalorii zawartych w alkoholu,
- 2) prowokowanie wymiotów lub stosowanie środków przeczyszczających i/lub moczopędnych w celu zmniejszenia ilości przyjętych kalorii,
- 3) nadmierne ćwiczenia fizyczne w celu zmniejszenia ilości kalorii pochodzących ze spożycia alkoholu,
- 4) planowanie ograniczania spożycia żywności w celu zwiększenia odurzenia po spożyciu alkoholu.

Istnieją doniesienia dotyczące klasyfikowania alkoreksji jako bulimii typu przeczyszczającego [4, 5]. Zgodnie z definicją DSM-5 (ang. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition*), alkoreksja jest klasyfikowana jako anoreksja z napadami objadania się / typu przeczyszczającego [6]. Anoreksji, bulimii i alkoreksji nie należy jednak traktować jako jednego zaburzenia. Osoby z alkoreksją, w przeci-

wieństwie do osób z anoreksją, podejmują działania kompensacyjne tylko w sytuacjach, kiedy planują spożywać alkohol [1–5]. Na początku sytuacje takie mogą zdarzać się sporadycznie, natomiast wraz ze wzrostem stopnia uzależnienia od alkoholu, osoba z alkoreksją, będzie coraz częściej przejawiać wspomniane zachowania. Wraz ze wzrostem tolerancji na alkohol osoba chora może podejmować coraz bardziej drastyczne restrykcje dietetyczne [5], co prowadzi, podobnie jak w anoreksji, do wyniszczenia organizmu [3]. Alkoreksję należy także odróżnić od choroby alkoholowej. Warto podkreślić, że zaburzenia odżywiania i spadek masy ciała są konsekwencją choroby alkoholowej, a nie jej celem [1].

Cechy charakterystyczne alkoreksji

Alkoreksja to nakładające się na siebie zaburzenia odżywiania i ryzykowne spożywanie alkoholu [7]. Nie jest jasne czy zaburzenie to jest silniej związane z używaniem substancji czy zaburzeniami odżywiania. Wykazano, że alkoreksja występuje zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet [4–7]. Kobiety zgłaszają występowanie tych zaburzeń dwukrotnie częściej niż mężczyźni [6]. Najczęściej wykazują się one niezadowoleniem z ciała, stosowaniem środków przeczyszczających i nadmiernych ćwiczeń, podczas gdy u mężczyzn częściej występuje napadowe objadanie się, przeczyszczanie i ograniczanie spożycia pokarmów [2, 3]. Ponad 50% studentów zgłasza zachowania odpowiadające alkoreksji [1]. W piśmiennictwie [1, 2, 7] pojawiają się doniesienia, że zarówno studenci, jak i studentki, zgłaszali poczucie presji (ze strony rówieśników) do spożywania alkoholu oraz osiągnięcia lub utrzymania akceptowanej społecznie sylwetki. Ponadto kobiety częściej niż mężczyźni deklarowały stosowanie zachowań kompensacyjnych, których głównym celem był wzrost odczuwania skutków spożycia alkoholu [7]. Co więcej, kobiety ograniczające kalorie, aby uniknąć przyrostu masy ciała, wykazują wyższy poziom zaburzeń odżywiania, podczas gdy u osób ograniczających kalorie w celu przyspieszenia odurzenia występuje więcej problemów alkoholowych, urazów, napaści na tle seksualnym i objawów depresyjnych [6]. Studenci mieszkający z przyjaciółmi częściej zgłaszali zaangażowanie w zachowania kompensacyjne przed spożyciem alkoholu w porównaniu do osób mieszkających samotnie lub z rodziną [6, 8]. Zachowania związane z alkoholem często związane są z motywami społecznymi (przekonanie, że alkohol poprawia interakcje społeczne), nieradzeniem sobie z emocjami, wzmocnieniem (dążenie do zwiększenia pozytywnego efektu poprzez spożycie alkoholu) i konformizmem (spożywanie alkoholu w celu dopasowania do grupy rówieśników) [8]. Alkohol i określone grupy żywności są produktami, które mają udowodniony związek z regulacją emocjonalną, a ich używanie przez niektóre osoby może być postrzegane jako strategia radzenia sobie z emocjami. Stwierdzono, że kobiety popadają w alkoreksję głównie poprzez mechanizmy wzmocnienia, natomiast mężczyźni w wyniku trudności w regulowaniu emocji [7]. Rozregulowanie emocjonalne, szczególnie potrzeba kontroli zachowań impulsywnych jest istotnym czynnikiem spożywania alkoholu wśród mężczyzn [7]. Leasure i wsp. [9] wyróżnili cztery motywacje do podejmowania intensywnych ćwiczeń fizycznych związanych ze spożywaniem alkoholu: poczucie winy, obraz własnego ciała, hołdowanie zasadzie

„pracuj ciężko, baw się ostro” oraz świętowanie. Z badań Laghi i wsp. [10] wynika, że alkoreksja jest związana również z niską samoocena, wyobcowaniem, zaburzeniami interocepcji, emocjonalną dysregulacją i ascezą.

Przegląd badań

Zaburzenia odżywiania oraz nadużywanie alkoholu związane są z dysfunkcją osi podwzgórze-przysadka-nadnercza (HPA) [5, 6], której jednym z hormonów jest kortyzol. Osoby z zaburzeniami odżywiania mają podwyższony lub obniżony dobowy poziom kortyzolu oraz zmienione jego uwalnianie w odpowiedzi na stres [6]. Oswald i wsp. [6] zbadali zależność pomiędzy poziomem kortyzolu w organizmie a spożyciem alkoholu, alkoreksją i problemami alkoholowymi. Badani studenci deklarowali spożywanie alkoholu średnio ok. 1,8 (SD = 1, 5 (odchylenie standardowe)) dnia w tygodniu i w tym czasie średnie spożywanie 3,5 (SD = 2, 4) standardowych napojów alkoholowych. Prawie 50% studentów zgłosiło, że w ciągu 30 dni poprzedzających badanie upili się chociaż 1 raz [6]. Ok. 23% osób zadeklarowało ograniczenie kalorii w dni, w które planowali spożywać alkohol, aby zwiększone spożycie kalorii (z alkoholu) nie wywołało przyrostu masy ciała. 5,5% badanych zgłosiło występowanie wymiotów po jedzeniu, tyle samo respondentów zgłosiło występowanie wymiotów podczas picia alkoholu [6]. Celem prowokowania wymiotów w trakcie spożywania alkoholu było pozbycie się nadmiaru kalorii z organizmu. Wyższe wyjściowe poziomy kortyzolu były dodatnio skorelowane z zachowaniami występującymi w alkoreksji u kobiet, ale nie u mężczyzn [6].

Badania Wilkerson i wsp. [8] dotyczące zachowań związanych z jedzeniem i aktywnością fizyczną wśród pijących studentów wykazały, że greccy studenci i studentki mający zamiar redukcji masy ciała, mogą być bardziej narażeni na wystąpienie drunkoreksji. Podobne wyniki otrzymali Giles i wsp. [11] – afroamerykańscy studenci stosowali restrykcje żywieniowe najrzadziej, natomiast połowa greckich studentów zadeklarowała stosowanie restrykcji podczas dni, w których planowali spożywanie alkoholu. Jaworski i Fabisiak [12] zbadali częstość podejmowania ograniczeń żywieniowych przed planowanym spożyciem alkoholu wśród młodzieży szkół średnich. Badania tych autorów wykazały, że niecałe 80% badanych, niezależnie od płci, spożywało alkohol w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie. Kobiety częściej stosowały diety redukcyjne, natomiast częstotliwość występowania restrykcji żywieniowych była podobna w obu analizowanych grupach. Około 30% kobiet i około 22% mężczyzn zadeklarowało występowanie restrykcji żywieniowych przed planowaną wieczorną konsumpcją alkoholu w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie [12]. Wyższe wartości dotyczące występowania alkoreksji zaobserwowano wśród australijskich studentek studiów pierwszego stopnia [13]. Prawie 60% respondentek zadeklarowało występowanie zachowań odpowiadających alkoreksji przez 25% czasu lub więcej w okresie trzech miesięcy przed badaniem. Ponad 16% badanych zadeklarowało rutynowe angażowanie się w zachowania charakterystyczne dla alkoreksji w celu równoważenia spożytych kalorii z alkoholu [13]. Badania Eisenberg i Fitz [14] wykazały, że kobiety spożywające większe ilości alkoholu były bardziej narażone

na występowanie alkoreksji w porównaniu do kobiet spożywających mniejsze ilości napojów alkoholowych. Wykazano również, że kobiety mają więcej obaw o przyrost masy ciała w porównaniu do mężczyzn, a zatem kobiety pijące duże ilości alkoholu oraz posiadające silną motywację do kontroli masy ciała są najbardziej narażone na wystąpienie alkoreksji [14].

W świetle ciągle rozwijających się mediów społecznościowych, istotne jest badanie skutków korzystania z nich przez osoby młode. Foster i wsp. [15] zbadali wpływ korzystania ze snapchata na występowanie alkoreksji u studentek. Snapchat jest platformą społecznościową „opartą na obrazach” i jedną z najchętniej używanych platform wśród grupy wiekowej 18–24 lata w USA. Badanie wykazało, że wpływa ona na zachowania występujące w alkoreksji oraz na specyficzne dla alkoreksji motywacje. Autorzy badania zauważyli, że studentki korzystające z tego portalu społecznościowego wykazują większe ryzyko wystąpienia zaburzeń odżywiania [15].

Wśród zachowań występujących w alkoreksji można wyróżnić nadmierne ćwiczenia fizyczne [16]. Umiarkowana aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko zachorowalności i śmiertelności z jakiegokolwiek przyczyny. Upijający się studenci wykazują o ponad 13% większe prawdopodobieństwo osiągnięcia zalecanych poziomów aktywności fizycznej w porównaniu do studentów, którzy nie piją alkoholu [16]. Pozytywny aspekt zwiększenia aktywności fizycznej wśród tej grupy studentów związany jest z minimalizowaniem przyrostu masy ciała spowodowanej spożyciem alkoholu, a zatem jest zachowaniem kompensacyjnym [16]. W przypadku stosowania ćwiczeń fizycznych jako czynności zapobiegającej lub zmniejszającej spożycie alkoholu u osób z zaburzeniami związanymi z nadużywaniem alkoholu, jest to świadome stosowanie środka konkurującego z nadużywaną substancją [9]. Wyniki badań Hunt i Forbush [4] wykazały, że spożywanie alkoholu pośredniczy między napadowym objadaniem się a alkoreksją, co może świadczyć o występowaniu napadów objadania się pod wpływem alkoholu. Spożycie alkoholu wiąże się także ze wzrostem samooceny wśród zdrowych osób [4]. Hill i Lego [17] zbadały rolę szacunku dla własnego ciała, poszukiwania doznań i ich wpływu na występowanie alkoreksji. Badania wykazały, że poszukiwanie doznań, ocena masy ciała i ocena wyglądu były związane z zaangażowaniem w alkoreksję. Wyróżniono cztery modele zaangażowania w nią: spożywanie alkoholu, bulimia, ograniczenia dietetyczne i ćwiczenia, restrykcje [17]. Ocena wyglądu była istotnym czynnikiem w zakresie efektów spożywania alkoholu, ograniczeń dietetycznych oraz podejmowaniu aktywności fizycznej w modelach restrykcyjnych alkoreksji. Natomiast poszukiwanie doznań było istotnym czynnikiem we wszystkich modelach. Ponadto podwyższona chęć poszukiwania doznań oraz niski szacunek dla własnego ciała były związane z zaangażowaniem w alkoreksję [17]. Podobne wyniki otrzymały Griffin i Vogt [18] – zarówno niski szacunek dla własnego ciała, jak i nasilone poszukiwanie doznań, były istotnymi czynnikami alkoreksji. Ponadto wyniki badań wskazują, że alkoreksja nie może być sklasyfikowana wyłącznie jako zaburzenie odżywiania lub zaburzenie związane z uzależnieniem [18].

Konsekwencje zdrowotne i leczenie

Konsekwencje zdrowotne alkoreksji związane z nadużywaniem alkoholu, są takie same, jak w przypadku nadużywania innych substancji uzależniających. Według dostępnych doniesień [1, 7, 16, 19] główny problem stanowi występowanie zachowań ryzykownych, do których należy zaliczyć m.in. prowadzenie pojazdów pod wpływem alkoholu, co powoduje zagrożenie nie tylko dla pijącego, lecz także jest źródłem zagrożenia dla otoczenia. Długoterminowe skutki spożywania alkoholu mogą obejmować konsekwencje związane ze zdrowiem psychicznym i fizycznym [19]. Badania [1, 7, 8, 19] dowodzą, że spożywanie alkoholu na czczo zwiększa jego toksyczność, co powoduje wzrost ryzyka uszkodzenia mózgu i innych narządów. Ponadto wystąpić mogą niedobory żywieniowe i hipoglikemia, a także zaniki pamięci i utrata przytomności. Upośledzone zostają zdolności poznawcze, występują problemy z koncentracją, uczeniem się nowego materiału i zapamiętywaniem [8]. Spożywanie alkoholu wpływa również na nastrój [19]. Obserwuje się labilność emocjonalną, gwałtowne zmiany nastroju od euforii aż do depresji [18, 19]. Możliwe jest także wystąpienie wielu innych konsekwencji patofizjologicznych: neurologicznych, sercowo-naczyniowych, żołądkowo-jelitowych, hematologicznych, immunologicznych i endokrynologicznych [19]. Obserwuje się także zmiany strukturalne w układzie mięśniowo-szkieletowym [19]. Szczególnie narażone na negatywne konsekwencje wystąpienia alkoreksji wydają się być kobiety, których masa ciała, w porównaniu do mężczyzn, zazwyczaj jest mniejsza, stwierdza się także u nich mniejsze zasoby wody w organizmie, które mogłyby być wykorzystane do rozcieńczenia alkoholu we krwi [19, 20]. Wszystkie te czynniki powodują, że kobiety są bardziej narażone na szkodliwe działanie alkoholu i konsekwencje zdrowotne w postaci marskości wątroby, uszkodzenia mózgu i innych chorób. Alkohol jest znany także ze swoich właściwości moczopędnych, a zwiększone wydalanie moczu powoduje usuwanie z organizmu minerałów i witamin rozpuszczalnych w wodzie. Świadoma eliminacja niektórych składników pokarmowych (które mogłyby być dostarczone do organizmu wraz z pożywieniem) na rzecz alkoholu, sprzyja występowaniu zaburzeń związanych z niedoborami żywieniowymi [20]. Spożywanie alkoholu wpływa na odczuwanie głodu (zazwyczaj zwiększa jego odczuwanie) [1]. Osoby z alkoreksją mogą więc mieć zaburzone odczuwanie apetytu, co może prowadzić do silnych napadów głodu. Alkohol wpływa także na odczuwanie smaku – może stymulować odczuwanie smaku słodkiego, z kolei smak słodki aktywuje obszary mózgu związane ze wzmocnieniem i nagrodą [1].

Alkoreksja ma nie tylko konsekwencje zdrowotne. W jej przebiegu zwiększone zostaje ryzyko stania się ofiarą przemocy, napaści na tle seksualnym, podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych oraz zwiększone ryzyko problemów z nadużywaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych [8]. U osób z alkoreksją obserwuje się sztywność przekonań, zaprzeczenie choroby oraz myślenie dychotomiczne, które utrudniają leczenie [8, 16, 17].

W leczeniu drunkoreksji stosuje się terapię poznawczo-behawioralną, wywiad motywacyjny oraz terapię schematów [21]. W zależności od stopnia nadużywania alkoholu konieczne staje się leczenie uzależnienia (terapia indywidualna/grupowa

otwarta lub w ośrodku zamkniętym). Przyjęto zasadę, że w leczeniu drunkoreksji należy najpierw rozwiązać problemy alkoholowe, a dopiero w drugiej kolejności należy zająć się zmianą niewłaściwych zachowań żywieniowych [1].

Dyskusja

Zachowania związane ze spożywaniem alkoholu oraz zachowania żywieniowe wśród nastolatków i młodych dorosłych zostały szeroko przebadane, jednak jako zjawiska oddzielne. Analizowane badania w większości odnoszą się do ściśle określonych grup wiekowych i kulturowych – studentów, młodych dorosłych, członków zbiorowości akademickiej i osób, u których wcześniej rozpoznano zaburzenia odżywiania. Brak jest badań, które charakteryzowałyby zjawisko drunkoreksji w innych grupach populacyjnych. Co ciekawe, wykazano, że narodowość wpływa na motywy angażowania się w alkoreksję – francuscy studenci byli bardziej skłonni do angażowania się w zachowania związane z alkoreksją w celach kompensacyjnych niż w celu zwiększania odurzenia alkoholem, w porównaniu do studentów amerykańskich [5]. Ponadto samokontrola, liczenie kalorii w diecie oraz znajomość faktów żywieniowych wśród kobiet ma wiążek z upijaniem się, zwiększoną pewnością siebie podczas spożywania alkoholu oraz ograniczaniem jedzenia [22]. Zgodnie z tą tendencją studenci kierunków medycznych, sportowych i dietetyki mogą być bardziej narażeni na wystąpienie alkoreksji. Co więcej, warto zwrócić uwagę na wcześniej występujące zaburzenia odżywiania i problemy zdrowia psychicznego wśród badanych osób. Wykazano, że alkoreksja była związana z dysfunkcją procesów metapoznawczych [22, 23]. Przekonania dotyczące potrzeby kontrolowania myśli, negatywne przekonania o niekontrolowalności i niebezpieczeństwie, zamartwianie się oraz pozytywne przekonania na temat spożywania alkoholu były istotnymi predyktorami alkoreksji [23].

W analizowanych publikacjach dostrzeżono pewną wadę związaną ze stosowaniem BMI (wskaźnik masy ciała, ang. *Body Mass Index*) jako jedyne miernika kategoryzacji masy ciała (niedowaga, norma, nadwaga, otyłość). Należy zwrócić uwagę, że w badanych środowiskach studenckich, szczególnie na kierunkach związanych ze sportem, stosowanie w badaniach wskaźnika BMI może być niemiarodajne ze względu na wysoką zawartość procentową tkanki mięśniowej i jednoczesną niską wartość procentową tkanki tłuszczowej studentów. Należy pamiętać, że u osób uprawiających sport wyniki BMI powyżej normy nie muszą wskazywać na nadwagę lub otyłość, ponieważ wiążą się one z rozbudowaną tkanką mięśniową i zazwyczaj niskim wskaźnikiem otłuszczenia ciała. Zatem, w przeprowadzanych badaniach należałoby stosować inne mierniki, np. bioimpedancję elektryczną, BAI (*body adiposity index*) lub BRI (*body roundness index*). Przyszłe badania powinny być ukierunkowane także na obserwację dalszego rozwoju lub zahamowania alkoreksji po ukończeniu studiów.

Ponadto należy dążyć do ustalenia kryteriów rozpoznania alkoreksji oraz uznania jej za osobną jednostkę diagnostyczną. Do tej pory w badaniach stosowane były różne skale, testy i kwestionariusze do oceny stopnia zaangażowania w alkoreksję, jednak nadal zauważa się znaczną dowolność interpretacyjną związaną z alkoreksją (niektóre przypadki występowania tego zaburzenia są opisywane jako anoreksja lub

bulimia z zaburzeniami związanymi ze spożywaniem alkoholu) [24]. Nowe kryteria diagnostyczne powinny różnicować alkoreksję od zespołu uzależnienia od alkoholu i innych zaburzeń odżywiania. Należy rozważyć wprowadzenie kryteriów czasowych i częstotliwości występowania objawów (podobnie jak w przypadku bulimii), skali samooceny (akceptacji masy ciała i wyglądu), wcześniej występujących zaburzeń odżywiania, źródła pochodzenia poczucia przymusu do spożywania alkoholu, występowania zespołu abstynencyjnego i koncentracji na spożywaniu alkoholu [25, 26]. Dzięki dopracowanym kryteriom rozpoznania, możliwe będzie wyodrębnienie osób z alkoreksją jako pojedynczą jednostką chorobową oraz osób z alkoreksją w przebiegu bulimii lub anoreksji. Możliwe stanie się także odróżnienie zaburzeń apetytu i celowej rezygnacji z pożywienia w alkoreksji od zaburzeń apetytu w przebiegu zespołu uzależnienia od alkoholu. Obecne kategorie diagnostyczne na początkowych etapach tego zaburzenia mogą w błędny sposób kwalifikować zachowania występujące w alkoreksji jako uzależnienie od alkoholu lub jako inne zaburzenia psychiczne związane z zachowaniami autodestrukcyjnymi. Wyodrębnienie alkoreksji jako nowej jednostki chorobowej pozwoli na odpowiednie ukierunkowanie psychoterapii i innych metod leczenia.

Podsumowanie

Alkoreksja jest bardzo poważnym i złożonym problemem zdrowotnym. Nie została ona jeszcze dobrze zbadana – konieczne jest ustalenie kryteriów rozpoznania tego zaburzenia i określenie częstości jej występowania w określonych grupach populacyjnych. Dotychczas przeprowadzone badania skupiały się na epidemiologii tego zaburzenia w środowiskach studenckich, jednak nie określono częstości jej występowania wśród osób dorosłych i starszych, a zatem przyszłe badania powinny być ukierunkowane na te grupy wiekowe [18]. Istotne jest także właściwe odróżnienie alkoreksji od innych zaburzeń odżywiania i alkoholizmu. Konieczna jest edukacja, w szczególności młodych osób, dotycząca sposobów radzenia sobie z emocjami, w szczególności ze stresem, a także edukacja żywieniowa i uświadamianie konsekwencji tego zaburzenia.

Piśmiennictwo

1. Jaworski M. *Drunkoreksja – zaburzenie odżywiania połączone z alkoholizmem wśród młodych dorosłych*. Forum Medycyny Rodzinnej 2014; 8(5): 217–225.
2. Thompson-Memmer C, Glassman T, Diehr A. *Drunkorexia: A new term and diagnostic criteria*. J. Am. Coll. Health 2019; 67(7): 620–626.
3. Simons RM, Hansen JM, Simons JS, Hovrud L, Hahn AM. *Drunkorexia: Normative behavior or gateway to alcohol and eating pathology?* Add. Behav. 2021; 112: 106577.
4. Hunt TK, Forbush KT. *Is „drunkorexia” an eating disorder, substance use disorder, or both?* Eat. Behav. 2016; 22: 40–45.
5. Choquette EM, Ordaz DL, Melioli T, Delage B, Chabrol H, Rodgers R i wsp. *Food and Alcohol Disturbance (FAD) in the U.S. and France: Nationality and gender effects and relations to drive for thinness and alcohol use*. Eat. Behav. 2018; 31: 113–119.

6. Oswald BB, Ward RM, Glazer S, Sternasty K, Day K, Speed S. *Baseline cortisol predicts drunkorexia in female but not male college students*. J. Am. Coll. Health 2020. DOI: 10.1080/07448481.2019.1705834.
7. Pompili S, Laghi F. *Drunkorexia among adolescents: The role of motivations and emotion regulation*. Eat. Behav. 2018; 29: 1–7.
8. Wilkerson AH, Hackman CL, Rush SE, Usdan SL, Smith CS. „*Drunkorexia*”: *Understanding eating and physical activity behaviors of weight conscious drinkers in a sample of college students*. J. Am. Coll. Health 2017; 65(7): 492–501.
9. Leasure JL, Neighbors C, Henderson CE, Young CM. *Exercise and alcohol consumption: what we know, what we need to know, and why it is important*. Front Psychiatry 2015; 6: 156.
10. Laghi F, Pompili S, Bianchi D, Lonigro A, Baiocco R. *Psychological characteristics and eating attitudes in adolescents with drunkorexia behavior: an exploratory study*. Eat. Weight Disord. 2020; 25: 709–718. DOI: 10.1007/s40519-019-00675-y.
11. Giles SM, Champion H, Sutfin EL, McCoy T, Wagoner KG. *Calorie restriction on drinking days: an examination of drinking consequences among college students*. J. Am. Coll. Health 2009; 57(6): 603–609.
12. Jaworski M, Fabisiak A. *Selected dietary restrictions and the frequency of alcohol consumption among adolescents*. Baltic J. Health Phys. Activity 2018; 10(2): 55–64.
13. Knight A, Castelnovo G, Pietrabissa G, Manzoni GM, Simpson S. *Drunkorexia: An empirical investigation among Australian female university students*. Austr. Psychol. 2017; 52: 414–423.
14. Eisenberg MH, Fitz CC. „*Drunkorexia*”: *Exploring the who and why of a disturbing trend in college students’ eating and drinking behaviors*. J. Am. Coll. Health 2014; 62(8): 570–577.
15. Foster S, O’Mealey M, Farmer C, Carvallo M. *The impact of snapchat usage on drunkorexia behaviors in college women*. J. Am. Coll. Health. 2020; 1: 1–11. DOI: 10.1080/07448481.2020.1775609.
16. Booker R, Novik M, Galloway R, Holems ME. *Relationship between physical activity intensities and drunkorexia severity among first-year college students*. J. Am. Coll. Health. 2020; 11: 1–4.
17. Hill EM, Lego JE. *Examining the role of body esteem and sensation seeking in drunkorexia behaviors*. Eat. Weight Disord. 2020; 25: 1507–1513. DOI: 10.1007/s40519-019-00784-8.
18. Griffin BL, Vogt KS. *Drunkorexia: is it really „just” a university lifestyle choice?* Eat. Weight Disord. 2020. DOI: 10.1007/s40519-020-01051-x.
19. Lupi M, Acciavatti T, Santacrose R, Cinosi E, Martinotti G, Di Giannantonio M. „*Drunkorexia*”: *a pilot study in an Italian sample*. Res. Adv. Psychiatry 2015; 2(1): 28–32.
20. Burke SC, Cremeens J, Vail-Smith K, Woosley CL. *Drunkorexia: Calorie restriction prior to alcohol consumption among college freshman*. J. Alcohol Drug Educ. 2010; 54(2): 17–35.
21. Powell-Jones A, Simpson S. *Drunkorexia: An investigation of symptomatology and early maladaptive schemas within a female, young adult Australian population*. Austr. Psychol. 2020; 55: 559–571.
22. Hahn SL, Lipson SK, Sonnevile KR. *Dietary self-monitoring is associated with increased likelihood of problematic alcohol use among college students*. J. Am. Coll. Health 2020; 24: 1–6.
23. Laghi F, Pompili S, Bianchi D, Lonigro A, Baiocco R. *Dysfunctional metacognition processes as risk factors for drunkorexia during adolescence*. J. Add. Dis. 2020; 38(3): 291–300.
24. Ringot C, Saoudi H, Lapierre P, Cottencin O. *Drunkorexia: A new entity and the emergence of a new danger in young people. Drink or eat, they chose. A case report*. Nutr. Clin. Métab. 2020; 34: 4–10. DOI: 10.1016/j.nupar.2020.02.017.

-
25. Frąckowiak M, Motyka M. *Zespół zależności alkoholowej: charakterystyka, fazy rozwoju, metody diagnozowania*. Probl. Hig. Epidemiol. 2015; 96(2): 315–320.
 26. Rabe-Jabłońska J, Pawełczyk T, Żechowski C, Jarema M. *Standardy leczenia zaburzeń odżywiania*. Psychiatr. Psychol. Klin. 2008; 8(1): 20–40.

Adres: Kamila Szynal

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Szkoła Doktorska Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

ul. Poniatowskiego 15, 40-055 Katowice

e-mail: d200979@365.sum.edu.pl

Otrzymano: 6.02.2021

Zrecenzowano: 7.03.2021

Otrzymano po poprawie: 15.03.2021

Przyjęto do druku: 22.03.2021