

Agata Juruć¹, Maia Kubiak², Bogna Wierusz-Wysocka¹¹Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu²Zakład Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Psychologiczne i medyczne problemy w profilaktyce i leczeniu zaburzeń odżywiania u osób z cukrzycą typu 1

Psychological and medical problems in prevention and treatment of eating disorders among people with type 1 diabetes

Artykuł jest tłumaczeniem pracy:

Juruć A, Kubiak M, Wierusz-Wysocka B. Psychological and medical problems in prevention and treatment of eating disorders among people with type 1 diabetes. *Clin Diabet* 2016; 5, 1: 26–31. DOI: 10.5603/DK.2016.0005.

Należy cytować wersję pierwotną.

STRESZCZENIE

Zaburzenia odżywiania coraz częściej uznaje się za poważny problem kliniczny w krajach rozwiniętych. Stanowią też przyczynę wielu zaburzeń psychofizycznych u młodzieży i młodych dorosłych. Wśród pacjentów z cukrzycą typu 1 zauważa się często manipulowanie dawkami insuliny w celu kontrolowania masy ciała. Zjawisko to określa się mianem diabulimii. Cukrzyca typu 1 i zaburzenia jedzenia zazwyczaj dotyczą nastolatków oraz młodych dorosłych i mogą być przyczyną poważnych konsekwencji zdrowotnych. Nie są one na ogół zauważane przez najbliższe otoczenie. Mogą być natomiast rozpoznane stosunkowo wcześniej przez lekarza diabetologa, jeśli na podstawie objawów somatycznych pacjenta pomyśli on o takiej możliwości. W związku z narastającym problemem zaburzeń jedzenia wśród osób z cukrzycą typu 1 postanowiono przyrzeć się temu zjawisku i zwrócić uwagę na jego specyfikę, czynniki ryzyka, formy leczenia i interwencje podejmowane w przypadku podejrzenia diabulimii.

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania, diabulimia, cukrzyca typu 1

ABSTRACT

Eating disorders have been recognized as a serious clinical problem in developing countries. They can also cause many mental and physical disorders in adolescents and young adults. A lot of patients with type 1 diabetes frequently manipulate with insulin doses in order to control their body weight. This phenomenon is known as diabulimia. Type 1 diabetes and eating disorders usually affect teenagers and young adults and can lead to serious health consequences. Very often they are not noticed by social environment. However, they may be recognized relatively early by a diabetologist, if he is aware of this possibility, basing on the patient's somatic symptoms. Due to the growing problem of eating disorders among people with type 1 diabetes we decided to look at this phenomenon and to draw attention to its characteristics, risk factors, ways of treatment and interventions in cases of suspecting diabulimia.

Key words: eating disorders, diabulimia, type 1 diabetes

Wstęp

Zaburzenia odżywiania rozwijają się na podłożu psychicznym. Zalicza się do nich zaburzenia specyficzne, takie jak: jadłowstręt psychiczny (AN, *anorexia nervosa*) czy bulimia (BN, *bulimia nervosa*). Mogą mieć one również charakter niespecyficzny (zespół przeżuwania, zespół jedzenia nocnego, jedzenie kompulsywne, napady objadania się) [1]. Pojęcie anoreksji dotyczy

Adres do korespondencji:

mgr Agata Juruć

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

e-mail: agata_juruc@wp.pl

Nadesłano: 23.09.2015

Przyjęto do druku: 07.12.2015

zaburzeń odżywiania prowadzących do celowej utraty masy ciała, wywołanej i podtrzymywanej przez osobę chorą. U tych osób powszechnie występuje wysoki poziom lęku, niska samoocena, poczucie bezradności, brak wiary w siebie, niezadowolenie ze swojej figury oraz zaburzone postrzeganie obrazu własnego ciała, a nawet strach przed dorosłością i dojrzewaniem. Obsesyjny lęk przed przybraniem na wadze sprawia, że osoby chore stale myślą o jedzeniu i są głęboko przekonane, że „szcupleń” figura jest kluczem do sukcesu. Osoby te charakteryzują się perfekcjonizmem i wysoką potrzebą potwierdzania sukcesów i osiągnięć. Koncentrują się na osiągnięciach zewnętrznych, jak kształcenie i zdobywanie wiedzy, a jednocześnie są bardzo niepewne i boją się niepowodzeń.

Wśród czynników ryzyka rozwoju zaburzeń jedzenia wymienia się: predyspozycje genetyczne, uwarunkowania neurobiologiczne oraz oczekiwania społeczno-kulturowe, np. ideał szczupłej sylwetki czy społeczne oczekiwania atrakcyjności sformułowane przede wszystkim wobec kobiet. Niebagatelną w tym zakresie rolę odgrywają także czynniki rodzinne, zwłaszcza silne podporządkowanie się systemowi rodzinnemu, nadopiekuńczość ze strony rodziców, niejasno określone granice w relacjach pomiędzy członkami rodziny i rola dziecka w systemie rodzinnym, zaprzeczanie konfliktom i trudności w ich rozwiązywaniu, sztywność zachowań, lęk przed zmianą, angażowanie dziecka w konflikt pomiędzy rodzicami i wchodzenie w koalicję z jednym z nich [2]. Obecnie zauważa się negatywny wpływ mediów na kształtowanie sposobów postrzegania własnego ciała głównie przez młodzież oraz ich związek z obniżeniem samooceny w tej grupie wiekowej.

Do kryteriów rozpoznania anoreksji według klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) należy [1]:

- odmowa utrzymania masy ciała na/lub powyżej granicy 85% wagi minimalnej dla określonego wieku i wzrostu lub brak należnego przyrostu wagi w okresie wzrastania prowadzący do utrzymania masy ciała poniżej 85% wagi należnej;
- odczuwany intensywny lęk przed przybraniem na wadze lub otyłością pomimo utrzymującej się rzeczywistej widocznej niedowagi;
- zaburzenie sposobu spostrzegania i doświadczania swojej wagi i kształtu ciała, przejawiające się trudnościami w zakresie wpływu na ciężar i kształt ciała na podstawie własnej oceny lub zaprzeczanie znaczenia niskiej masy ciała.

W tej klasyfikacji wyróżnia się 2 podtypy anoreksji:

- typ restrykcyjny (*restricting type*) — nie stwierdza się regularnych epizodów niekontrolowanego ob-

jadania się i zachowań związanych z usuwaniem pokarmu z organizmu za pomocą wymiotów i/lub stosowania środków przeczyszczających;

- typ żarłoczno-wydalający (*binge-eating/purging type*) — stwierdza się epizody regularnego, niekontrolowanego objadania się lub zachowania związane z usuwaniem pokarmu z organizmu za pomocą wymiotów i/lub stosowania środków przeczyszczających.

Według klasyfikacji ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems revision 10*) anoreksję należy podejrzewać, gdy osoba przeżywa silny lęk przed przybraniem na wadze nawet przy obiektywnej niedowadze, a także w sytuacji zmniejszenia masy ciała (u dzieci braku jej przyrostu) prowadzącej do osiągnięcia wagi poniżej 15% prawidłowej lub oczekiwanej dla wieku. Z kolei u osób dorosłych brany jest pod uwagę wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*), który określa stosunek masy ciała do wzrostu i jest równy lub mniejszy od 17,5 kg/m². Klasyfikacja uwzględnia również zaburzenia endokrynne obejmujące oś przysadkowo-nadnerczową oraz gonady. U kobiet przejawia się to zatrzymaniem miesiączek, a u mężczyzn — spadkiem zainteresowań seksualnych i potencji. Stwierdza się u tych osób także wzrost stężenia hormonu wzrostu i kortyzolu oraz zmiany metabolizmu hormonu tarczycy i zaburzenia wydzielania insuliny. Zwraca się również uwagę, że jeżeli początek choroby miał miejsce przed okresem pokwitania, to liczne zjawiska związane z pokwitaniem są opóźnione albo zahamowane (zahamowanie wzrostu, u dziewcząt brak rozwoju piersi oraz pierwotny brak miesiączek, a u chłopców narządy płciowe pozostają w stanie dziecięcym) [3].

Zaburzenia odżywiania po raz pierwszy opisał w XVII wieku Richard Morton. Szacuje się, że zapadalność wynosi 8–13 przypadków na 100 tys. osób rocznie, a chorobowość, przy wykorzystaniu ścisłych kryteriów diagnostycznych, 0,3%. Lwow wraz z zespołem ujawnili, że 70% badanych dziewcząt przyznało się do odchudzania w przeszłości lub pozostawało cały czas na diecie [4]. Z innych badań wynika, że ponad 25% nastolatków deklaruje chęć obniżenia swojej masy ciała, z czego połowa zgłasza nadmierną konsumpcję, 40% odczuwa lęk przed otyłością, 28% — jadłowstręt, a prawie co dziesiąta osoba prowokuje wymioty [5]. Anoreksję cechuje szybko postępujące wyniszczenie organizmu, a nieleczona prowadzi do śmierci w około 10% przypadków.

Osoby cierpiące na anoreksję często podają w wywiadzie nadmierną drażliwość, bezsenność, bóle i zawroty głowy, skłonność do omdleń, a także wzdęcia, zaparcia, marznięcie dłoni, nadmierne pocenie stóp, wypadanie włosów oraz wtórny brak lub wydłużenie

okresu między miesiączkami. Zaburzenia odżywiania stanowią również czynnik ryzyka rozwoju osteoporozy czy pojawienia się osteopenii. W badaniu przedmiotowym stwierdza się u nich zazwyczaj wyniszczenie, suchą i bladą skórę, zwolnienie czynności serca, niskie ciśnienie tętnicze. W badaniach laboratoryjnych poza niedokrwistością można zauważyć zaburzenia hormonalne, zwłaszcza w zakresie osi podwzgórze–przysadka, oraz zaburzenia parametrów wątrobowych.

Chorzy na zaburzenia odżywiania mogą cierpieć równocześnie na depresję i dokonywać działań autodestrukcyjnych (np. samookaleczenie), a także mogą być uzależnieni od używek (alkohol, narkotyki) lub od niektórych czynności (seks, zakupy, wysiłek fizyczny). Dzieje się tak, ponieważ zaburzenia odżywiania to objawy aktualnych przeżyć osoby chorej (ból, stres, strach, samotność, niska samoocena itp.). Mechanizmy choroby często są dla niej niezrozumiałe, a jej zachowania (np. objadanie się i wywoływanie wymiotów) mają charakter działań kompulsywnych. Zaburzenia odżywiania wymagają specjalistycznego leczenia (psycholog, psychiatra, psychoterapeuta, czasem dietetyk). Nielezione mogą doprowadzić do poważnych komplikacji zdrowotnych, a nawet śmierci. Warto podkreślić, że objawy zaburzeń jedzenia nie zawsze są widoczne dla lekarza prowadzącego, ponieważ wiele pacjentek wykorzystuje różne sposoby w celu ich ukrycia i bardzo często zaprzecza chorobie oraz występowaniu jakichkolwiek trudności.

Diabulimia — zaburzenia jedzenia u osób z cukrzycą

Coraz częstszym problemem związanym z jedzeniem, zauważanym wśród pacjentów z cukrzycą typu 1, jest manipulowanie dawkami insuliny w celu kontrolowania masy ciała. Zjawisko to określa się mianem diabulimii. Kryteria diagnostyczne diabulimii są podobne do przyjętych przez *Diagnostic and Statistical Manual (DSM)* dla rozpoznania zaburzeń odżywiania u osób bez zaburzeń gospodarki węglowodanowej, czyli dla jadłowstrętu psychicznego (AN), bulimii (BN) czy zaburzeń odżywiania określonych inaczej (*EDNOS, eating disorder not otherwise specified*) [1]. Zaburzenia te, chociaż różnią się objawami, mają podobne cechy kliniczne, począwszy od obsesji dotyczącej masy i kształtu ciała, po zniekształcenia poznawcze związane ze spostrzeganiem własnego ciała [6]. Czynnikiem wyróżniającym diabulimię wśród pozostałych jednostek uwzględnionych w klasyfikacji DSM-5 jest celowe manipulowanie dawkami insuliny w celu uzyskania pożądanej masy ciała lub jej utrzymania.

Osoby chorujące na cukrzycę typu 1 mają świadomość anabolicznego działania insuliny i konsekwencji stosowania jej zbyt dużych dawek. Wiedzą, że takie postępowanie prowadzi do przyrostu masy ciała. Diabulimia polega więc na celowym pomijaniu dawek insuliny w celu redukcji masy ciała lub zapobiegania przyrostowi wagi u osób z cukrzycą typu 1. Wyższe ryzyko występowania tych zaburzeń dotyczy dorastających dziewcząt i młodych kobiet z cukrzycą typu 1. W porównaniu z osobami zdrowymi ryzyko rozwoju zaburzeń odżywiania jest wyższe u osób z rozpoznaną cukrzycą [7]. Diabulimia nie jest wyodrębniana w aktualnych klasyfikacjach (ICD-10 i DMS-5) jako osobna jednostka psychiatryczna, jednak już w 1970 roku opisano pierwsze przypadki pacjentów z cukrzycą typu 1 i towarzyszącymi zaburzeniami odżywiania. Od tego czasu coraz częściej zwraca się uwagę na współistnienie cukrzycy typu 1 i zaburzeń odżywiania, zwłaszcza u kobiet [8].

Do typowych objawów diabulimii należą: szybka utrata masy ciała, utrzymujące się wysokie wartości glikemii, wysokie wartości hemoglobiny glikowanej (HbA_{1c}), skłonność do kwasicy metabolicznej, nieprawidłowy sposób odżywiania, zazwyczaj podobny do żywienia osób z bulimią, a także obsesja na punkcie wielkości i kształtu ciała oraz silne poczucie niezadowolona z własnego wyglądu.

Do typowych objawów diabulimii należą: szybka utrata masy ciała, utrzymujące się wysokie wartości glikemii, wysokie wartości hemoglobiny glikowanej (HbA_{1c}), skłonność do kwasicy metabolicznej, nieprawidłowy sposób odżywiania, zazwyczaj podobny do żywienia osób z bulimią, a także obsesja na punkcie wielkości i kształtu ciała oraz silne poczucie niezadowolona z własnego wyglądu.

Częstość występowania zjawiska

Zaburzenia odżywiania mogą dotyczyć około 20% kobiet z cukrzycą typu 1 [9]. Pojawiają się ostatnio doniesienia, że nawet 30% dziewcząt z cukrzycą w wieku młodzieńczym cierpi z powodu zaburzeń jedzenia [10]. W badaniu obserwacyjnym Coltona i wsp. wykazano, że 32,4% młodych pacjentek z cukrzycą typu 1 spełniało kryteria zaburzeń odżywiania, natomiast u 8,5% badanych odnotowano zaburzenia jedzenia o niespecyficznym charakterze. Ponadto zauważono, że u 60% pacjentek choroba rozpoczęła się jeszcze przed 25. rokiem życia. Średni czas pomiędzy początkiem choroby a pojawieniem się remisji wynosił w badanej grupie 4,3 roku. Średnia długość remisji przed pojawieniem się nawrotu choroby to 6,5 roku [11]. Problem nieprawidłowych zachowań w tym zakresie nie dotyczy jedynie kobiet z cukrzycą, ale coraz częściej podkreśla się fakt występowania tego zjawiska również u mężczyzn [12]. Dążą oni jednak do redukcji masy ciała nie tylko przez nieprawidłowe żywienie, lecz przede wszystkim przez zbyt intensywny wysiłek fizyczny. W badaniach Jones i wsp. wykazano, że 12–40% młodych kobiet z cukrzycą przyznaje się do pomijania dawek insuliny w celu redukcji masy ciała [10]. Podobnie inni autorzy ujawnili, że osoby z cukrzycą są 2-krotnie bardziej narażone na wystąpienie zaburzeń odżywiania niż ich rówieśnicy bez zaburzeń gospodarki węglowodanowej [13]. Ryzyko pojawienia się zaburzeń odżywiania jest szczególnie

wysokie u młodzieży z cukrzycą typu 1 [14]. Większa podatność na ich występowanie u osób w wieku 12–19 lat może wynikać z: różnego poziomu inteligencji, braku zrozumienia istoty choroby i jej konsekwencji, a także z czynników psychospołecznych związanych z priorytetami środowiskowymi oraz z zachowaniami ryzykownymi związanymi z wiekiem. Badania sugerują również, że obszary płatów czołowych i ciemieniowych, odpowiedzialne za planowanie i samokontrolę, nie są jeszcze w pełni rozwinięte u młodszych nastolatków, co może dodatkowo wpływać na ich zdolność do przestrzegania leczenia [15].

Czynniki ryzyka rozwoju zaburzeń odżywiania

Sugeruje się coraz częściej, aby cukrzycę typu 1 zaliczyć do grupy chorób o zwiększonym ryzyku rozwoju zaburzeń odżywiania. Wielu autorów zwraca również uwagę na obecność zmniejszonej wrażliwości tkanek na działanie insuliny w okresie dojrzewania. Może to u osoby z cukrzycą typu 1 prowadzić do niekontrolowanego zwiększania jej dawek, a efektem do znacznego przyrostu masy ciała, jednego z najważniejszych czynników ryzyka rozwoju nieprawidłowych zachowań związanych z jedzeniem [12, 16]. Jones i wsp., zaobserwowali, że pomijanie dawek insuliny było najczęściej stosowaną strategią mającą na celu doprowadzenie do utraty masy ciała [10]. Takii wraz z zespołem podkreślają, że sama specyfika choroby może wpływać na psychologiczne ryzyko rozwoju zaburzeń odżywiania [17]. Częstym zjawiskiem towarzyszącym młodym osobom z cukrzycą jest niepoohamowany apetyt wynikający z epizodów hipoglikemii i nieprawidłowego dawkowania insuliny, przy równoczesnym lęku przed nadwagą. U niektórych pacjentów ważnym elementem sprzyjającym rozwojowi nieprawidłowych wzorców jedzeniowych może być także obecność sztywnego planu żywieniowego narzucającego spożywanie posiłków według wcześniej ustalonego planu, bez względu na występujące uczucie głodu czy sytości. Takie zjawisko może doprowadzić do zaburzenia mechanizmu samoregulacji związanego z odczuwaniem głodu i sytości [18]. Do innych czynników ryzyka związanych ze specyfiką choroby można również zaliczyć: częste kontrole masy ciała, wysoki poziom koncentracji na tematyce jedzenia, a w szczególności węglowodanów, restrykcje dietetyczne czy dokładne liczenie zawartości węglowodanów w posiłku [19]. U osób predysponowanych do rozwoju tego typu zaburzeń mogą one stanowić dodatkowe obciążenie psychiczne i przyczynić się do szybszego ujawnienia się nieprawidłowych wzorców jedzeniowych.

Do rozwoju nieprawidłowych zachowań żywieniowych w cukrzycy typu 1, podobnie jak u osób

zdrowych, predysponują oprócz czynników społeczno-kulturowych zachowania psychologiczne. Są one bowiem związane z właściwym leczeniem choroby, w którym skupianie uwagi na diecie i ciele jest istotnym elementem terapii [20]. Dodatkowo, problem mogą nasilać zmiany fizjologiczne typowe dla okresu dojrzewania, często utrudniające osiągnięcie stanu dobrej kontroli metabolicznej [21]. W literaturze zwraca się uwagę, że sam okres dojrzewania może być zasadniczym czynnikiem ryzyka wykształcenia patologicznych wzorców jedzeniowych. U osób z diabulimią, podobnie jak w innych zaburzeniach odżywiania, można obserwować dysmorfofobię (utrzymujące się przekonanie o nieprawidłowości ciała i przeżywanie wad własnego wyglądu), a także zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i zaburzenia lękowe. Zaburzenia lękowe mogą dotyczyć zarówno samych iniekcji insuliny, jak i obawy przed występowaniem hipoglikemii. Nie wszystkie osoby, które ograniczają podawanie insuliny, nastawione są wyłącznie na zmniejszenie swojej masy ciała [22]. Caccavale i wsp. zwracają uwagę na istotne znaczenie w powstawaniu nieprawidłowych nawyków żywieniowych sposobu jedzenia rodziców oraz ich podejście do diet [23].

Podkreśla się również rolę środowiska rodzinnego i konfliktów pomiędzy jego członkami w rozwoju zaburzeń jedzenia u młodych osób z cukrzycą typu 1 [24]. Nierzadko ich pojawienie się wiąże się z trudnymi doświadczeniami, do jakich doszło w życiu osoby chorej, np. wykorzystania seksualne, nadużycia, molestowanie (częściej zauważane u osób z bulimią niż anoreksją), przemoc fizyczna lub psychiczna, uzależnienia w rodzinie lub choroby psychiczne. Zaburzenia odżywiania są wówczas sposobem radzenia sobie z traumą przez daną jednostkę [25]. Warto również podkreślić współwystępowanie nieprawidłowych wzorców odżywiania z niektórymi zaburzeniami osobowości (borderline, obsesyjno-kompulsywnej czy histrionicznej).

Sygnaly alarmowe diabulimii

W praktyce klinicznej najtrudniejszy jest sam proces rozpoznania, a tym samym podjęcie decyzji o leczeniu diabulimii, zaburzenia nie tylko o charakterze medycznym, lecz również psychologicznym. Sugeruje się, że najbardziej skuteczne w tym zakresie są programy profilaktyczne skierowane do dzieci w wieku 10–13 lat (podobnie jak u dzieci, które nie mają cukrzycy). Ich zamierzeniem powinno być uniemożliwienie powstawania nieprawidłowych wzorców żywieniowych oraz niedopuszczenie do manipulowania dawkami insuliny.

Należy ponadto zwracać szczególną uwagę na wszelkie sygnaly alarmowe, które mogą się pojawić ze strony pacjenta w czasie wizyty w poradni. Do podejrzenia obecności zaburzeń odżywiania u pacjenta

z cukrzycą powinny skłaniać: wysokie wartości HbA_{1c}, nawracające epizody kwasicy ketonowej, niskie wartości BMI oraz niska zawartość tkanki tłuszczowej. Uważa się również, że takim sygnałem powinny być zmiany w zachowaniu pacjenta, takie jak: przekładanie lub opuszczanie wizyt w poradni, nieprowadzenie dzienniczka samokontroli, pomijanie lub pomniejszanie dawek insuliny, nadmierna koncentracja na dokładnym liczeniu i kontrolowaniu liczby wymienników węglowodanowych (często również kalorii), zauważalna koncentracja na wyglądzie zewnętrznym, wysoki poziom skoncentrowania na jedzeniu i czynnościach z tym związanych, stosowanie diet alternatywnych (np. wegetarianizm, weganizm, eliminacja glutenu bez wskazań medycznych, dieta białkowa), bardzo wysoki poziom aktywności fizycznej. Często zauważalne są także zmiany w nastroju i samopoczuciu tych pacjentów, tj. obniżony nastrój, depresja, apatia, brak chęci do wykonywania codziennych czynności, zmęczenie, labilność emocjonalna (wahania nastroju), stawianie zbyt wysokich wymagań wobec siebie, nadmierna skrupulatność i obowiązkowość, tendencje do silnej kontroli.

W sytuacjach niejasnych, pomocne mogą się okazać następujące pytania:

- dlaczego pacjent od dłuższego czasu nie uzyskuje odpowiedniej kontroli glikemii pomimo dobrego stanu wiedzy?
- czy masa ciała pacjenta mieści się poniżej lub jest na granicy normy?
- u kobiet: Czy miesiączkuje regularnie?
- czy zauważono inne nieprawidłowości w wynikach (niski odsetek hemoglobiny, wysokie stężenie cholesterolu, zaburzenia elektrolitowe)?
- czy pacjent jest skoncentrowany na swoim wyglądzie?
- czy manipuluje samodzielnie dawkami insuliny z niewyjaśnionych powodów?
- czy pacjent jest mocno skoncentrowany na zdrowym odżywianiu i dietach?
- czy pacjent wspominał o trudnościach rodzinnych (konflikty, zaburzone relacje lub inne problemy psychologiczne)?
- czy pacjent odczuwa obawę przed pomiarem masy ciała lub pomiarami antropometrycznymi [wskaźnik stosunku obwodu tali do bioder (WHR, *waist to hip ratio*)?]

Konsekwencje zdrowotne diabulimii

Manipulacja insuliną podczas kontrolowania masy ciała ma szczególne znaczenie ze względu na jej późniejsze konsekwencje kliniczne. Liczne doniesienia naukowe potwierdzają dodatnią korelację wysokich wartości HbA_{1c} i występowania zaburzeń odżywia-

nia wśród osób z cukrzycą typu 1 [26–28]. Z kolei brak wyrównania metabolicznego cukrzycy stanowi podstawowy czynnik ryzyka rozwoju wielu przewlekłych powikłań cukrzycowych. U osób z diabulimią zauważono istotnie częściej pojawiające się powikłania o charakterze mikroangiopatii, szczególnie retinopatii oraz nawracające epizody kwasicy ketonowej [29]. Takii i wsp. zaobserwowali obecność retinopatii aż u 84% osób z rozpoznaniem diabulimii [30]. W innych badaniach zwracano uwagę na związek zaburzeń odżywiania nie tylko z występowaniem retinopatii, ale również nefropatii cukrzycowej [26]. W 11-letniej obserwacji odnotowano aż 3-krotne zwiększenie ryzyka zgonu w grupie osób ograniczających dawki insuliny, po uwzględnieniu wieku oraz wartości BMI i HbA_{1c} [31].

Diabulimia nie została formalnie uznana za jednostkę chorobową. Nie istnieją więc jednoznaczne kryteria diagnostyczne, co powoduje, że jej wykrycie jest bardzo trudne. Jednocześnie wpływ zaburzeń odżywiania na krótko- i długoterminowe konsekwencje zdrowotne osób z cukrzycą ma istotne znaczenie kliniczne. Dlatego też jest niezwykle ważne, aby personel medyczny był w stanie jak najszybciej wykryć lub zidentyfikować sygnały alarmowe diabulimii, a także rozpoznać czynniki ryzyka mogące prowadzić do jej rozwoju. Tylko wówczas możliwe jest udzielenie odpowiedniego wsparcia osobom dotkniętym tym problemem. Potwierdzenie obecności diabulimii przez członków zespołu terapeutycznego jest zasadniczym elementem jej leczenia. W ciągu ostatnich dwóch dekad wiele badań doprowadziło do zwiększenia wiedzy w tym zakresie [26, 32].

Formy leczenia

Strategie leczenia diabulimii są takie same jak w terapii zaburzeń jedzenia w całej populacji. Wśród stosowanych form terapii wymienia się: psychoterapię, leczenie farmakologiczne i hospitalizację. Psychoterapia w diabulimii najczęściej przybiera formy terapii indywidualnej, grupowej lub rodzinnej [31]. Ta ostatnia jest szczególnie polecana, gdy problem dotyczy dziecka. Niezbędne jest bowiem w tych przypadkach podjęcie interwencji wobec całego środowiska rodzinnego, a nie tylko osoby chorej. Należy podkreślić, że interwencje terapeutyczne podejmowane wobec całej rodziny stanowią większą szansę na zmianę sytuacji patologicznej, która prawdopodobnie podtrzyma objawy. Ponadto włączenie rodziny w proces terapeutyczny przeciwdziała stygmatyzacji osoby chorej i pomaga lepiej radzić sobie z dotkliwymi emocjami, które towarzyszą jej bliskim. Badania wskazują, że terapia rodzinna jest w 40–50% przypadków skuteczna przy podejmowaniu długoterminowych zmian zachowań odżywiania pacjentów [33]. Podobnie Lock wraz

z zespołem wskazują na większą skuteczność terapii rodzinnej w porównaniu z terapią indywidualną [34]. W niektórych przypadkach leczenie psychologiczne powinno być skojarzone z farmakoterapią, która w przypadku diabulimii opiera się na włączaniu leków przeciwlękowych lub antydepresyjnych [18]. Często stosuje się także środki poprawiające łaknienie, choć w przypadku anoreksji zwraca się uwagę na stosunkowo niską skuteczność. U osób z bulimią włączanie leków ma na celu zmniejszenie częstości napadów jedzenia. W przypadku znacznych niedoborów pokarmowych stosuje się suplementację preparatami wapnia i witaminą D3, a w sytuacji wystąpienia zaburzeń endokrynologicznych włącza się preparaty hormonalne [35]. Dlatego też niezwykle ważna jest współpraca z lekarzem ginekologiem i endokrynologiem. Zaletami terapii prowadzonej w warunkach ambulatoryjnych jest możliwość wdrażania w życie codziennie nowych wzorców związanych z jedzeniem. Pozwala to też na uczenie się zdrowszych nawyków żywieniowych we własnym środowisku, a nie w miejscu wyizolowanym. Taka forma terapii umożliwi także obserwowanie zmian w otoczeniu społecznym osoby chorej i ułatwia jej adaptację do nowej rzeczywistości. Aby jednak leczenie ambulatoryjne przynosiło korzystne efekty, niezbędna jest obecność rodziny jako składowej terapii i wsparcia, a także deklarowana chęć współpracy i motywacja pacjenta oraz stan somatyczny danej osoby, który nie jest stanem zagrożenia życia.

W niektórych przypadkach leczenie podejmowane w warunkach ambulatoryjnych może okazać się niewystarczające i wówczas konieczna jest hospitalizacja w wyspecjalizowanym ośrodku. Wśród czynników świadczących o bezwzględnej potrzebie skierowania pacjenta na leczenie szpitalne wymienia się: patogenne środowisko rodzinne odporne wobec zmian, zagrożenia medyczne wynikające z niskiej masy ciała, liczne dolegliwości somatyczne, myśli i zamiary samobójcze, uzależnienie od środków psychoaktywnych lub alkoholu, zupełna odmowa przyjmowania pokarmów, niepowodzenia w terapii ambulatoryjnej, pogarszanie się stanu pacjenta pomimo podejmowanych interwencji [36].

Zasadniczym elementem skutecznego leczenia jest interdyscyplinarność zespołu terapeutycznego. Niezbędna jest bowiem ścisła współpraca psychoterapeuty i psychiatry z lekarzem diabetologiem, pielęgniarką/edukatorem diabetologicznym oraz dietetykiem. Tylko w ten sposób można pacjentowi umożliwić poprawę wyrównania metabolicznego cukrzycy, monitorować postępy w terapii, jak również kontrolować zmieniające się zapotrzebowanie na insulinę w trakcie zmiany masy ciała pacjenta oraz jego zachowań związanych z jedzeniem. Wraz ze zmianą masy ciała zmienia się bowiem codzienne zapotrzebowanie energetyczne osoby chorej.

Dlatego też istotne jest monitorowanie codziennego jadłospisu przez dietetyka i swobodne zwiększanie jego kaloryczności [18].

Podsumowanie

Podejście do zachowań związanych z pomijaniem dawek insuliny, jak również obecność czynników predisponujących do rozwoju zaburzeń odżywiania pozwala na szybkie i skuteczne reagowanie. Tylko bowiem wczesne podjęcie odpowiednich interwencji pozwala zminimalizować ryzyko powstawania powikłań u osób z cukrzycą typu 1.

Zaburzenia odżywiania, w tym diabulimia, jawią się jako choroba przewlekła, która w najbardziej wyraźny sposób obrazuje złożone relacje pomiędzy chorobą, ciałem, psychiką, rodziną i społeczeństwem. Dlatego też leczenie nie będzie skuteczne bez poznania prawidłowości rozwoju człowieka, uwarunkowań rodzinnych i innych czynników społeczno-kulturowych.

Wskazówki dla lekarza prowadzącego:

1. Osobie z diabulimią należy dokładnie wyjaśnić, dlaczego ważne jest prawidłowe podawanie insuliny.
2. Nakreślenie planu leczenia powinno się odbywać razem z chorym i jego rodziną, uwzględniając jej możliwości finansowe i organizacyjne.
3. Wskazówki dotyczące diety i podawania insuliny powinny być dokładne i łatwe do zrozumienia. Najbardziej skuteczne są zalecenia podawane w formie pisemnej z umieszczonym nazwiskiem i dodatkowymi uwagami uwzględniającymi indywidualne potrzeby pacjenta.
4. Cele stawiane pacjentowi powinny być łatwo osiągalne. Dlatego, by nie zniechęcać chorego, należy rozpoczynać od drobnych zmian w diecie i aktywności fizycznej.
5. Osoby z diabulimią często łamią zalecenia lekarskie. Dzieje się tak zarówno z powodu silnego lęku, jak i w wyniku braku zrozumienia zaleceń. Pacjenci nie mają często odwagi poprosić lekarza o wyjaśnienie lub powtórzenie wskazówek.
6. Konieczny jest częsty kontakt z lekarzem i pozostałym personelem zespołu terapeutycznego.

PIŚMIENNICTWO

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
2. Ziółkowska B. (red.) Opętane (nie)jedzeniem. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009.
3. Póżyński S., Wciórka J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Wydawnictwo Vesalius, Kraków 2000.
4. Lwow F., Dunajska K., Milewicz A. Występowanie czynników ryzyka jadłowstrętu psychicznego i bulimii u 18-letnich dziewcząt.

- czął. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* 2007; 3: 33–38.
5. Wojtyła A., Biliński P., Bojar I., Wojtyła C. Zaburzenia odżywiania u polskich gimnazjalistów. *Prob. Hig. Epidemiol.* 2011; 92: 343–350.
 6. Murphy R., Straebler S., Cooper Z., Fairburn C.G. *Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders*. *Psychiatric Clinics of North America* 2010; 33: 611–627.
 7. Jaffa T., McDermott B. *Eating Disorders in Children and Adolescents*. Cambridge University Press 2006: 177–178.
 8. Shaban C. Diabulimia: mental health condition or media hyperbole? *Practical Diabetes* 2013; 30: 104–105a.
 9. Markowitz J., Butler D.A., Volkening, L.K., Antisdel J.E., Anderson B.J., Laffel L.M. Brief screening tool for disordered eating in diabetes: Internal consistency and external validity in a contemporary sample of paediatric patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2010; 33: 495–500.
 10. Jones J.M., Lawson M.L., Daneman D., Olmsted M.P., Rodin G. Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study. *British Medical Journal* 2000; 10; 320: 1563–1566.
 11. Colton P.A., Olmsted M.P., Daneman D. i wsp. Eating Disorders in Girls and Women With Type 1 Diabetes: A Longitudinal Study of Prevalence, Onset, Remission, and Recurrence. *Diabetes Care* 2015; 38: 1212–1217.
 12. Neumark-Sztainer D., Patterson J., Mellin A., Ackard D.M. Weight control practices and disordered eating behaviours among adolescent females and males with type 1 diabetes: association with socio-demographics, weight concerns. *Diabetes Care* 2002; 25: 1289–1296.
 13. Smith F.M., Latchford G.J., Hall R.M., Dickson R.A. Do chronic medical conditions increase the risk of eating disorder? A cross-sectional investigation of eating pathology in adolescent females with scoliosis and diabetes. *Journal of Adolescent Health* 2008; 42: 58–63.
 14. Colton P., Rodin G., Bergenstal R., Parkin C. Eating disorders and diabetes: introduction and overview. *Diabetes Spectrum* 2009; 22: 138–142.
 15. Court J.M., Cameron F.J., Berg-Kelly K., Swift P.G. Diabetes in adolescence. *Pediatric Diabetes* 2009; 10: 185–194.
 16. Russell-Jones D., Khan R. Insulin-associated weight gain in diabetes — causes, effects and coping strategies. *Diabetes, Obesity & Metabolism* 2007; 9: 799–812.
 17. Takii M., Uchigata Y., Kishimoto J. i wsp. The relationship between the age of onset of type 1 diabetes and the subsequent development of a severe eating disorder by female patients. *Paediatric Diabetes* 2011; 12: 396–401.
 18. Larrañaga A., Docet M.F., García-Mayor R.V. Disordered eating behaviors in type 1 diabetic patients. *World J. Diabetes.* 2011; 15; 2: 189–195.
 19. Frank M.R. Psychological issues in the care of children and adolescents with type 1 diabetes. *Paediatric Child Health* 2005; 10: 18–20.
 20. Logan-Stotland N. Overcoming psychological barriers in insulin therapy. *Insulin* 2006; 1: 38–45.
 21. Jacqueminet S., Masseboeuf N., Rolland M., Grimaldi A., Sachon C. Limitations of the so-called “intensified” insulin therapy in type 1 diabetes mellitus. *Diabetes & Metabolism* 2005; 4: 4545–4550.
 22. Bienvenu O.J., Samuels J.F., Wuyek L.A. i wsp. Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective. *Psychol. Med.* 2012; 42: 1–13.
 23. Caccavale L.J., Nansel T.R., Quick V., Lipsky L.M., Laffel L.M., Mehta S.N. Associations of disordered eating behavior with the family diabetes environment in adolescents with type 1 diabetes. *J. Dev. Behav. Pediatr.* 2015; 36: 8–13.
 24. Odgen J. *Psychologia odżywiania się: od zdrowych do zaburzonych zachowań żywieniowych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.
 25. Haines J., Kleinman K.P., Rifas-Shiman S.L. i wsp. Examination of shared risk and protective factors for overweight and disordered eating among adolescents. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine* 2010; 164: 336–343.
 26. Rydall A.C., Rodin G.M., Olmsted M.P., Devenyi R.G., Daneman D. Disordered eating behavior and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *N. Engl. J. Med.* 1997; 336: 1849–1854.
 27. Affenito S.G., Adams C.H. Are eating disorders more prevalent in females with type 1 diabetes mellitus when the impact of insulin omission is considered? *Nutr. Rev.* 2001; 59: 179–182.
 28. Figueroa Sobrero A., Evangelista P., Mazza C. i wsp. Three-year follow up of metabolic control in adolescents with type 1 diabetes with and without eating disorders. *Arch. Argent. Pediatr.* 2010; 108: 130–135.
 29. Wolfsdorf J., Craig M.E., Daneman D. i wsp. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2006–2007. Diabetic ketoacidosis. *Pediatr. Diabetes* 2007; 8: 28–43.
 30. Takii M., Uchigata Y., Tokunaga S. i wsp. The duration of severe insulin omission is the factor most closely associated with the microvascular complications of type 1 diabetic females with clinical eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 2008; 41: 259–264.
 31. Goebel-Fabbri A.E., Fikkan J., Franko D.L., Pearson K., Anderson B.J., Weinger K. Insulin restriction and associated morbidity and mortality in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2008; 31: 415–419.
 32. Hasken J., Kresl L., Nydegger T., Temme M. Diabulimia and the role of the school health personnel. *Journal of School Health* 2010; 80: 465–469.
 33. Wilson G.T. Treatment of bulimia nervosa: When CBT fails. *Behav. Res. Ther.* 1996; 34: 197–212.
 34. Lock J., Le Grange D., Agras W.S. i wsp. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry* 2010; 67: 1025–1032.
 35. Dobrzyńska E., Rymaszewska J. *Jadłowstręt psychiczny — ciągłe wyzwanie dla współczesnej medycyny*. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2006; 6: 165–170.
 36. Józefik B. (red.). *Anoreksja i bulimia psychiczna: rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.