



Diabulimia, czyli o cukrzycy i zaburzeniach odżywiania

MAŁGORZATA MARSZAŁEK

ALEKSANDRA REMPLAKOWSKA-JARLACZYK

konsultacja psychologiczna: MAIA KUBIAK

Warszawa, 2023



**POLSKIE
STOWARZYSZENIE
DIABETYKÓW**

Ebook powstał pod patronatem Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków oraz dzięki wsparciu partnerów:



Medtronic



PROGLIKEMIA

sanofi

Spis treści

- 4** Dlaczego zajmujemy się tym tematem?
- 7** Trochę liczb – smutne statystyki
- 11** Diabulimia – a co to jest?
- 20** Diabulimia – jak ją rozpoznać?
- 28** O relacjach z insuliną, które bywają trudne
- 36** Pssst, to wcale nie działa...
- 41** Ola. Historia, jakich pewnie wiele...
- 61** Emocje, emocje, emocje
- 83** Diabulimia i co dalej...?

Wstęp

Dlaczego zajmujemy się tym tematem?

Jeśli czytasz to opracowanie, to najpewniej nie jest Ci obcy temat cukrzycy. Może sam chorujesz, może jesteś rodzicem, partnerem, przyjacielem diabetyka, a może cukrzycą zajmujesz się zawodowo, będąc lekarzem, pielęgniarką lub psychologiem pracującym w zespole diabetologicznym.

Jeśli ta choroba jest w jakiś sposób obecna w Twoim życiu, to zapewne nieobce są Ci także takie pojęcia jak hipo- i hiperglikemia, neuropatia, nefropatia czy retinopatia. My do tego cukrzycowego słownika problemów i powikłań chcemy dołączyć kolejne ważne pojęcie – diabulimie.

Diabulimia, czyli bardzo specyficzne zaburzenie odżywiania występujące wyłącznie u osób chorujących na cukrzycę, to dla nas coś więcej niż termin medyczny, który warto kojarzyć. To problem, który znamy z autopsji (co w tym przypadku wcale nie brzmi dumnie). To lata naszego życia. Lata zmagania z własnym ciałem, zmęczoną psychiką i cukrzycą (nieprzypadkowo w tej kolejności, w końcu przez długi czas bardziej zależało nam na szczupłej sylwetce niż na czymkolwiek innym).

DIABULIMIA, CZYLI BARDZO SPECYFICZNE ZABURZENIE ODŻYWIANIA WYSTĘPUJĄCE WYŁĄCZNIE U OSÓB CHORUJĄCYCH NA CUKRZYCĘ

Zaburzenia odżywiania to temat ciężki, dość niewdzięczny, może nawet wstydlivy. Niestety w połączeniu z cukrzycą stanowią one zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia.

Mamy nadzieję, że zainicjowanie rozmowy o zaburzeniach odżywiania współistniejących z cukrzycą sprawi, że świadomość tego problemu będzie większa zarówno wśród pacjentów, jak i ich bliskich oraz lekarzy, a młode diabetyczki, których najczęściej ten problem dotyczy, szybciej otrzymają pomoc i wsparcie.

Dlaczego my?

Małgorzata



Zaburzenia odżywiania to dla mnie historia, która trwała ponad 10 lat, a zakończyła się około 13 lat temu. Powoli zaczęła już zacieierać się w pamięci. Wprawdzie nieraz kusiło mnie, żeby ten temat nagłośnić, ale zawsze powstrzymywała mnie myśl, że może w ten sposób zupełnie niechcący podpowiem komuś, że tak można. Że można po prostu nie wziąć insuliny, kiedy za dużo się zjadło...

Kiedy poznałam Olę i zaczęłyśmy rozmawiać o wspólnych doświadczeniach, uderzyło mnie, jak bardzo są one podobne. Choć czas, miejsce i okoliczności towarzyszące naszym zmaganiom z diabulimią były zupełnie inne, motywy, emocje, sposób działania oraz myślenia o sobie okazały się nieprawdopodobnie wręcz zbieżne.

To mi uświadomiło, że skoro jest nas dwie, a nasze doświadczenia są niemal identyczne, to zapewne podobnych do nas osób jest znacznie, znacznie więcej. Dlatego uznałam, że warto zacząć o tym mówić.

Aleksandra



Obie możemy zarówno o cukrzycy typu 1, jak i o zaburzeniach odżywiania opowiadać godzinami. O ile w przypadku cukrzycy nie mamy trochę wyboru – wiedza o niej jest po prostu niezbędna do prowadzenia normalnego życia – o tyle na temat zaburzeń odżywiania wiemy wręcz za dużo. Nie powiem, że ta wiedza jest jakimkolwiek powodem do dumy, niemniej obecnie może być przez nas wykorzystana w dobrym celu.

Z Gosią łączą nas dwie choroby, cukrzyca i diabulimia. Każda z nas przeszła przez coś, co można śmiało określić mianem piekła, które same sobie zgotowałyśmy tylko dlatego, że możliwość manipulowania chorobą pozwalała na pozorną kontrolę masy ciała.

Popadłyśmy w totalną obsesję na punkcie swojego wyglądu. Padłyśmy ofiarą zaburzeń odżywiania, podążając ślepo za próbą utraty wagi, zupełnie nie zważając na to, w jaki sposób ta podróż się skończy.

Dla jednej i drugiej, jak można się domyślić, skończyła się przynajmniej po części nieciekawie. Szczęściem w nieszczęściu jest to, że dopadły nas bardzo konkretne konsekwencje – powikłania cukrzycowe. Pomimo problemów ze zdrowiem powikłania te były zarazem naszym wybawieniem. Dzięki temu, że stanęłyśmy na krawędzi, miałyśmy wybór. Mogłyśmy zrobić krok dalej i już nigdy nie mieć okazji z tego wyjść lub cofnąć się w pół kroku i podjąć walkę. Wybrałyśmy to drugie, dzięki czemu wciąż żyjemy, z cukrzycą oczywiście, ale także ze świadomością, że życie może być zupełnie normalne, a nawet naprawdę przyjemne.

Maia – komentarz psychologa



Pracuję z dziećmi chorymi na cukrzycę typu 1 i ich rodzinami od 2009 roku. Ciągłe szukam sposobów, słów i zadań, które mogłyby być użyteczne podczas codziennych zmagania z tą chorobą. Wiem, że nie ma tu prostych i łatwych rozwiązań, nie ma również takich, które wdrożone raz będą działały zawsze. Wyzwaniem staje się wytrwałość, cierpliwość, umiejętność znoszenia kryzysów i upadków, podnoszenie się i próbowanie codziennie od początku.

Spotkanie Małgorzaty i Oli to dla mnie piękna możliwość. Jestem przekonana, że o cukrzycy typu 1, w tym o zaburzeniach emocjonalnych z nią związanych, trzeba rozmawiać więcej.

Ważne jest uwrażliwienie rodziców oraz lekarzy na fakt, że zaburzenia odżywiania mogą zaczynać się już u dzieci w wieku 12–13 lat, a im wcześniej się pojawiają, tym są bardziej niebezpieczne i trudniejsze w leczeniu. Dzieci i młodzież są bardzo sprytnie w ukrywaniu prawdy, inteligentnie oszukują siebie i innych.

1

Trochę liczb – smutne statystyki

Przeszukując Internet, można natrafić na setki, o ile nie tysiące publikacji i prac naukowych, które dotyczą zaburzeń odżywiania. Jeśli jednak kryteria wyszukiwania zostaną zawężone do opracowań dotyczących zaburzeń odżywiania w cukrzycy, to na przestrzeni blisko 50 lat znajdziemy ich raptem niespełna 300. Co więcej, z tych 300 publikacji jedynie kilka to prace unikalne, które wprowadzają coś nowego w zagadnienie problemów z jedzeniem u osób z cukrzycą typu 1.

**Pierwsze wzmianki
o diabulimii pojawiły się
już 50 lat temu**

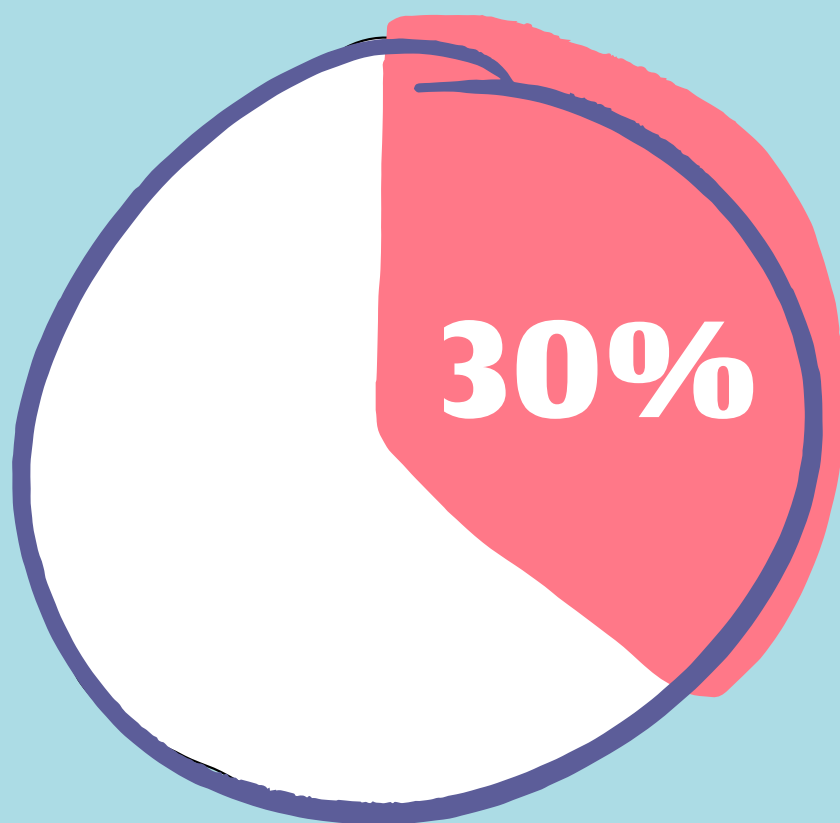
Diabetycy cierpiący na diabulimie, kompulsywnie jedzący czy obsesyjnie ograniczający liczbę kalorii wciąż są grupą bardzo słabo zbadaną i opisaną.

Pierwsze informacje na temat zaburzeń odżywiania w cukrzycy pojawiły się w latach 70. XX wieku. Wtedy jednak liczba wzmianek o tym problemie nie przekraczała trzech w ciągu roku. Trend zmienił się tak naprawdę dopiero w roku 2013, gdy regularnie, co kilka miesięcy, zaczęło pojawiać

się nawet kilkanaście nowych prac. Oczywiście nadal nie wyczerpują one tematu, widać jednak, że problem zaczyna być zauważalny w nauce, co jest dobrym prognostykiem.

Szacuje się, że problem kontroli masy ciała poprzez unikanie lub ograniczanie przyjmowania insuliny może dotyczyć nawet 60% diabetyków, przy czym w tej grupie znajdują się także te osoby, które manipulują

NAWET



**OSÓB Z CUKRZYCĄ REGULARNIE
OGRA NICZA IŁOŚCI PODAWANEJ INSULINY**

insuliną „tylko” sporadycznie. Dłuższe epizody restrykcyjnej kontroli jedzenia i porzucenia leczenia insuliną występują średnio aż u około 30% chorujących na cukrzycę typu 1. W grupie tej przeważają kobiety, co ma potwierdzenie także w innych wynikach badań, gdzie na podstawie wywiadów i ankiet oraz porównania z innymi publikacjami stwierdzono, że blisko pięć razy zwiększone jest prawdopodobieństwo wystąpienia (a zarazem samo występowanie) zaburzeń odżywiania u pań z cukrzycą insulinozależną w porównaniu do kobiet bez cukrzycy. Stosunek ten przedstawia się w następujący sposób:

- **30% diabetyków manipuluje ilością przyjmowanej insuliny^{1,2},**
- **67% diabetyków manipulujących insuliną stanowią kobiety³.**

Innymi słowy: **90% wszystkich osób z zaburzeniami odżywiania to kobiety⁴**, a co piąta dziewczyna/kobieta będąca diabetykiem nie leczy się tak, jak należy, narażając się na śmiertelne konsekwencje swojego postępowania. Ryzyko rozwinięcia się poważniejszych długoterminowych konsekwencji pomijania insuliny jest również wyższe w przypadku kobiet – jak się okazuje, znacznie dłużej niż mężczyźni nie ujawniają one swojego problemu⁵.

Badania wskazują, że zaburzenia odżywiania u osób z cukrzycą mogą pozostać nierozpoznane nawet przez kilka lat, zanim pacjent sam nie zwróci się po pomoc, często cierpiąc już z powodu powikłań⁶.

W 2020 roku przeprowadzono badania na niedużej, 45-osobowej grupie, które wykazały wyraźną zależność pomiędzy płcią a występowaniem problemów z postrzeganiem swojego wyglądu i podejmowaniem prób utraty lub kontroli masy ciała poprzez manipulację dawkami insuliny³. Szczególnie narażone okazały się kobiety.

Chorzy biorący udział w tych badaniach mieli średnio 32 lata, przy czym 19 rok życia wskazany został jako uśredniony wiek, w którym problemy z właściwym leczeniem cukrzycy – na rzecz zrzucenia wagi – znacznie

się rozwijają. Pierwsze próby niebrania insuliny występują już jednak u nawet 12-letnich pacjentów chorujących na cukrzycę.

Jak podają autorzy publikacji, blisko 80% przebadanych osób potwierdziło, że próby omijania lub zmniejszania dawek insuliny miały tylko jeden cel – kontrolę masy ciała lub jej redukcję. 18% pacjentów swoje zachowanie motywowało chęcią kontroli własnego życia w podobnym stopniu, w jakim robili to przed zachorowaniem na cukrzycę. Jedynie 4% z nich stwierdziło, że wiedząc, co im grozi, specjalnie wybrało opcję nieleczenia się, aby zaspokoić swoje masochistyczne zapędy i wyrządzić sobie krzywdę³.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że większość osób biorących udział w badaniu miała świadomość skutków niebrania insuliny, ale nie była w stanie zaprzestać tego działania. Lekarze określili to jako rodzaj uzależnienia i silne zaburzenie psychiczne, utrudniające późniejsze leczenie samych zaburzeń odżywiania.

Specjalista diabetolog, dietetyk czy endokrynolog może przypuszczać, że u jego młodego pacjenta występuje swojego rodzaju problem natury psychicznej, w tym zaburzenia odżywiania. Niestety w większości przypadków nie wie on, jak dokładnie przeprowadzić diagnozę.

Ogromna część pracowników medycznych wie o diabulimii niewiele, a w konsekwencji nie wie też, jak ma na nią reagować i na jakie objawy zwracać uwagę.

Schorzenie, jakim jest cukrzyca, pozwala pacjentom na ukrywanie swoich zaburzeń, ponieważ to oni sami są odpowiedzialni za codzienne dawkowanie sobie insuliny. W związku z tym jest to problem ciężki do wykrycia i opisanego dla osób postronnych. Chorzy niechętnie się do niego przyznają, a nierzadko następuje to dopiero wtedy, gdy pojawią się powikłania. Powikłaniom osoby te z reguły również próbują zaprzeczać, szukając innych przyczyn zachorowania.

Statystyki badań z ostatnich dziesięciu lat bezpośrednio wskazują na problem, jakim jest temat zaburzeń odżywiania u diabetyków. Zatrważająca liczba chorych zmagających się z zaburzonym podejściem do choroby, własnego wyglądu i chęci utraty kilogramów wszelkimi dostępnymi metodami, które nie mają wiele wspólnego ze zdrowiem, jasno świadczy o tym, że jest to problem, z którym muszą się zmierzyć lekarze diabetolodzy oraz dietetycy pracujący z pacjentami z cukrzycą typu 1.

2

Diabulimia – a co to jest?

O problemie zaburzeń odżywiania u nastolatków i młodych kobiet z cukrzycą w Polsce ciągle jeszcze mówi się mało, choć wiele przesłanek wskazuje na to, że nie jest to zjawisko marginalne.

Na podstawie danych z badań przeprowadzonych na całym świecie szacuje się, że 10–20% młodszych nastolatków oraz 30–40% starszych nastolatków oraz młodych kobiet z cukrzycą pomija lub pomniejsza dawki insuliny, aby kontrolować masę ciała. To oznacza, że problem zaburzeń odżywiania u osób chorujących na cukrzycę diagnozowany jest znacznie częściej niż w populacji ogólnej. Powody współwystępowania tych dwóch chorób wydają się dość oczywiste. Leczenie cukrzycy, którego nieodłącznym elementem jest kontrolowanie glikemii, wielkości posiłków oraz masy ciała, samo w sobie stanowi zagrożenie nadmiernej koncentracji na kaloryczności produktów, ich wpływie na cukry oraz sylwetkę. Leczenie insuliną może także sprzyjać niekontrolowanemu przyrostowi kilogramów, co często ma miejsce w okresie dojrzewania, a przecież to właśnie wśród nastolatków zaburzenia odżywiania rozwijają się najczęściej.

**Granica dzieląca
zdrowe odżywianie,
prawidłową kontrolę
cukrzycy i racjonalne
dbanie o wygląd
od zachowań mających
znamiona niebezpiecznych
dla zdrowia zaburzeń
jest cienka i bardzo
łatwo ją
przekroczyć**



Zaburzenia odżywiania to problem jednocześnie medyczny i psychologiczny. O jego powadze świadczy fakt, że wśród wszystkich zaburzeń psychicznych to właśnie te dotyczące odżywiania najczęściej prowadzą do śmierci w wyniku wyniszczenia organizmu i samobójstwa. W połączeniu z cukrzycą problem ten staje się tym bardziej niebezpieczny. Cukrzyca sama w sobie jest poważną chorobą metaboliczną i jeśli nie jest w odpowiedni sposób kontrolowana, zwiększa ryzyko rozwoju przewlekłych powikłań. Cukrzyca w połączeniu z zaburzeniami odżywiania może stanowić zagrożenie dla życia.

Jednocześnie warto dodać, że cukrzyca bardzo skutecznie maskuje problem zaburzeń odżywiania. W końcu wskazane jest, by diabetyk interesował się tematem żywienia, jadł świadomie, przeliczał wartości odżywcze posiłków i dbał o prawidłową masę ciała. Zwiększona koncentracja na jedzeniu, typowa dla osób z zaburzeniami odżywiania, nie wydaje się w tym przypadku niczym niepokojącym, a wręcz przeciwnie – jest chwalona i stawiana za wzór. Dlatego też osobom z diabulimią, ale zapewne i innymi typami zaburzeń odżywiania, tak łatwo jest je skutecznie ukrywać i tuszować, a osobom z ich otoczenia – tak trudno jest zauważyć jakiegokolwiek niepokojące symptomy.

Diabulimia to coś więcej niż ograniczanie insuliny

Terminem diabulimii określa się celowe pomijanie lub zmniejszanie dawek przyjmowanej insuliny w celu utraty kilogramów bądź utrzymania masy ciała na dotychczasowym poziomie. W klasycznej bulimii sposobem, który ma zapewnić upragnioną sylwetkę, jest prowokowanie wymiotów, zaś w diabulimii jest nim ograniczanie insuliny, hormonu niezbędnego do tego, by pokarm, który spożywamy, przekształcił się w energię i odżywił komórki organizmu.

Termin diabulimia powstał z połączenia słów **diabetes** (cukrzyca) oraz **bulimia** (jedno z „klasycznych” zaburzeń odżywiania). Diabulimia dotyczy pacjentów z cukrzycą, którzy nie mając własnej insuliny, muszą przyjmować ten hormon z zewnątrz. Mają zatem unikalną możliwość „zadecydowania” o tym, czy energia ze zjedzonego posiłku zostanie pra-

widłowo przyswojona przez organizm, czy też przedostanie się do moczu i zostanie zwyczajnie wydalona.

Diabulimia to zatem rodzaj bulimii, tylko z innymi niż klasyczne metodami kompensacyjnymi, czyli sposobami radzenia sobie z nadmiarem spożytych kalorii. Aby lepiej zrozumieć to zaburzenie, warto odnieść się do obowiązującej definicji bulimii, ale spojrzeć na nią na nowo i zobaczyć ją w szerszym obiektywie, a nie tylko przez pryzmat wywoływania wymiotów.

Wg klasyfikacji ICD-11, aby rozpoznać obżarstwo psychiczne, konieczne jest występowanie u pacjenta objawów z każdej wymienionej poniżej grupy:

1

Nadmierna koncentracja uwagi wokół jedzenia – jedzenie staje się najistotniejszym obszarem życia. Mimo potrzeby kontrolowania ilości spożywanych pokarmów pacjent doświadcza napadów obżarstwa, traci wówczas całkowicie kontrolę nad jedzeniem i pochłania bardzo duże ilości pokarmów;

2

Podejmowanie działań kompensacyjnych, mających zapobiec skutkom przejedzenia. Działania te mogą ograniczać się do wymiotów (w „klasycznej” bulimii) czy pomijania dawek insuliny (jak ma to miejsce w diabulimii), ale mogą obejmować też inne zachowania, np. forsowne ćwiczenia fizyczne, stosowanie środków przeczyszczających, głodówki pomiędzy napadami żarłoczności itp.;

3

Ciągła obawa o masę ciała, strach przed przytyciem, czyli tzw. cielesne zaburzenia dysmorficzne – zaburzenie polegające na nadmiernym skupianiu się na „niedoskonałościach” wyglądu, które obiektywnie są niewielkie albo nie ma ich wcale.

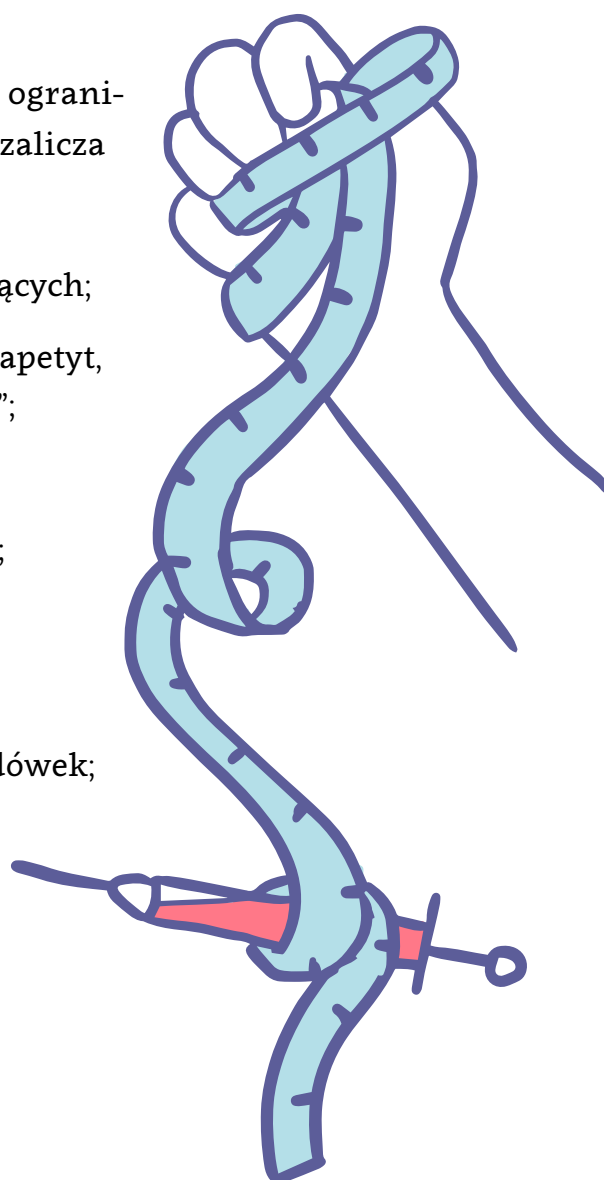
Warto zwrócić uwagę, że prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, czy – jak w przypadku niektórych diabetyków – pomijanie/zmniejszanie dawek insuliny to tylko jedna ze składowych tego zaburzenia. Diabulimia to coś więcej niż niebranie insuliny. To koncentrowanie całego życia wokół jedzenia i masy ciała. To nieustanne

myślenie o tym, ile chce się ważyć i jak to osiągnąć, strach, że się nie uda, stres związany z wyglądem i tym, co wskazuje waga łazienkowa. To także poczucie winy, że nie jest się w stanie zapanować nad jedzeniem... Im bardziej nasilona diabulimia, tym fiksacja związana z masą ciała jest większa, a głos zdrowego rozsądku, który podpowiada, że nie można zaniedbywać glikemii, staje się coraz mniej słyszalny.

Osoba z cukrzycą może cierpieć na zaburzenia odżywiania w typie bulimii, nawet jeśli nigdy nie radziła sobie z nadmiarem spożytych pokarmów za pomocą wymiotów. Tak zwanych metod kompensacyjnych, czyli metod zapobiegania skutkom przejedzenia jest więcej.

Poza prowokowaniem wymiotów oraz ograniczaniem ilości przyjmowanej insuliny zalicza się do nich także:

- ✓ nadużywanie środków przeczyszczających;
- ✓ stosowanie preparatów hamujących apetyt, suplementów diety „na odchudzanie”;
- ✓ stosowanie leków moczopędnych;
- ✓ nieuzasadnione stosowanie lewatyw;
- ✓ podejmowanie głodówek;
- ✓ nadużywanie hormonów tarczycy;
- ✓ stosowanie restrykcyjnych diet i głodówek;
- ✓ wykonywanie forsownych ćwiczeń fizycznych.



Niebranie insuliny adekwatnie do potrzeb organizmu to bez wątpienia najbardziej niebezpieczna metoda kompensacyjna, która najszybciej prowadzi do pogorszenia stanu zdrowia i przyspieszenia rozwoju powikłań cukrzycy. Nie oznacza to jednak, że pozostałe metody walki o niższą masę ciała są „bezpieczne” i nie świadczą o silnych zaburzeniach odżywiania.

Cierpienie psychiczne, które towarzyszy osobom z zaburzeniami odżywiania, może mieć podobne natężenie u tych pacjentów, którzy wymiotują czy nie przyjmują insuliny, jak i u tych, którzy „tylko” nadużywają środków przeczyszczających. Myśląc o diabulimii, trzeba mieć zatem na uwadze jej destrukcyjny wpływ nie tylko na ciało, ale też na psychikę. A myśląc o leczeniu tego zaburzenia, trzeba w równym stopniu zadbać o organizm, co o dobrostan emocjonalny.

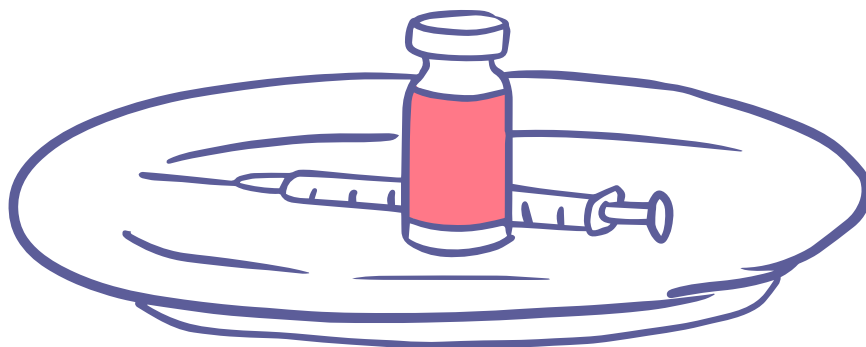


Manipulowanie insuliną – centralny punkt diabulimii

Osoby chorujące na cukrzycę typu 1 dostają do ręki bardzo niebezpieczne narzędzie – same decydują o dawkach insuliny, a nawet o tym, czy w ogóle ją sobie podać. Insulina to hormon, bez którego organizm nie wykorzysta glukozy dostarczanej mu w posiłkach. „A zatem to ode mnie zależy, czy to, co zjadłam, będzie faktycznie pokarmem dla organizmu!” – taka myśl w głowie osoby chorującej na cukrzycę i mającej predyspozycje do zaburzeń odżywiania może stać się początkiem prawdziwej tragedii...

Schematy pomijania lub podawania zbyt małych dawek insuliny mogą być bardzo różne i dotyczyć zarówno insuliny doposiłkowej, jak i bazowej (a niekiedy obu). Nie ma większego znaczenia metoda podawania insuliny, choć nieco łatwiej jest ukryć nieczne praktyki, jeśli nie korzysta się z pompy insulinowej, która, jak wiadomo, rejestruje historię bolusów, wstrzymań podawania, czy średnią dobową podaż insuliny. Z własnych doświadczeń wiemy, że niestety wszystko da się „obejść” i można tak manewrować pompą, by w jej historii lekarz nie znalazł nic niepokojącego, co mogłoby jednoznacznie wskazywać na celowe manipulowanie insuliną.

Oczywiście tego faktu całkowicie ukryć się nie da, bo zawsze będzie miał on mniejsze lub większe odbicie w glikemii (tutaj głównym demaskatorem diabulimii jest oczywiście odsetek hemoglobiny glikowanej). Niemniej, kiedy w pompie teoretycznie wszystko się zgadza, a w cukrach nie zgadza, to jest to pewnego rodzaju zasłona dymna, która przynajmniej na jakiś czas odsuwa podejrzenie, że insulina nie jest podawana.



Małgorzata



Kiedy wracam do siebie w wieku lat 13 i moich początków z cukrzycą, pamiętam jedno. Punktem zapalnym w domu oraz w poradni diabetologicznej nie były moje cukry (w tamtym okresie książkowe), ale masa ciała (nota bene także książkowa – przy wzroście 160 cm ważyłam 52–53 kg). Ale było oczekiwanie, żeby tę wagę zredukować „choć do 50 kg, a 48 kg to już byłoby idealnie”. Ja, w tamtym czasie przykładna prymuska, nie brałam w ogóle pod uwagę tego, że mogę tych oczekiwań nie spełnić. Uważałam, że muszę schudnąć dla własnego dobra i zdrowia. Ale mimo trzymania „diety cukrzycowej” (w 1993 roku, przy podawaniu insuliny nawet nie penem, a insulinówkami, to była całkiem restrykcyjna dieta), mimo codziennego jeżdżenia na rowerze, mimo aerobiku ćwiczonego w domu – kilogramy ani myślały spadać. A wręcz przeciwnie, któregoś razu waga w poradni wskazała 54 kg. Nikt nie zwracał uwagi, że jestem w środku okresu dojrzewania i że może przyrost tkanki tłuszczowej jest jednak naturalny.

Jednocześnie nikt nigdy nie pochwalił mnie za prawidłową glikemię, a miałam wtedy hemoglobinę na poziomie 6%, za to, że nie miewam niedocukrzeń, za to, że się nie buntuję, za to, że wzięłam tę cukrzycę na klatę bez słowa skargi, za to, że tak dużo wiem o tej chorobie. To nie miało znaczenia. Ważne były tylko te 54 kg i mój wstyd, który pamiętam do dzisiaj, po blisko 30 latach od tamtych wydarzeń. I to było to.

To, że któregoś wieczoru stwierdziłam, że nie podam insuliny, żeby to, co w ciągu dnia zjadłam, nie przerobiło się na tłuszcz, to była moja próba sprostania oczekiwaniom, którym w „normalny” sposób sprostać nie potrafiłam. Wydawało mi się w tamtym okresie, że nic gorszego niż zbyt wysoka masa ciała już nie może mnie spotkać. Powikłania, o których wiedziałam, wydawały się mityczne i odległe, a 54 kg, wpisane do dzienniczka samokontroli z trzema wykrzyknikami, były wręcz namacalne.

Dzisiaj nie jestem nawet w stanie odtworzyć sobie tego, na ile moje działania były świadome. Wiedziałam oczywiście, po co to robię. Ale chyba sama wierzyłam w to, że robię to po to, żeby osiągnąć cel leczenia – 50 kg, a może nawet 48 kg. Tego celu nie osiągnęłam nigdy, nawet wtedy, gdy brałam insulinę tylko raz dziennie...

W tym miejscu można zadać sobie pytanie, jak to możliwe, że ktoś celowo nie bierze insuliny, skoro wie, czym to grozi. Chyba nie ma osoby z cukrzycą, która jednym tchem nie byłaby w stanie wymienić wszystkich powikłań hiperglikemii. Niestety, można być doskonale wyszkolonym z teorii, a w praktyce robić coś zupełnie innego...

Co wiemy o początkach diabulimii na podstawie własnych doświadczeń?

- ✓ Pominięcie dawki insuliny ma być jednorazowym albo co najwyżej incydentalnym postępowaniem w sytuacji, kiedy zjedliśmy za dużo;
- ✓ Początkowo wydaje się, że można nad tym „procederem” w 100% panować, z czasem jednak to nie my, a zaburzenia odżywiania przejmują kontrolę nad naszym życiem;
- ✓ Pomijanie/zmniejszanie dawki leku niby jest świadome, ale nie myśli się o tym, spycha do podświadomości, umniejsza powagę sytuacji (zrobię to jeszcze tylko raz, nic się nie stanie);
- ✓ Myślenie o zdrowiu i prawidłowym leczeniu cukrzycy zostaje całkowicie zdominowane przez myślenie o wymarzonej sylwetce i masie ciała;
- ✓ Nowy sposób radzenia sobie z kontrolowaniem masy ciała szybko uzależnia i przybiera na sile (częściej nie podaje się insuliny, jedząc więcej i doprowadzając do coraz większych przecukrzeń; łatwiej ulega się pokusie zjedzenia czegoś niezdrowego czy w zbyt dużej ilości, skoro ma się złudny „wentyl bezpieczeństwa” w postaci pominięcia dawki insuliny);
- ✓ Z czasem pojawia się mniej lub bardziej uświadomiona blokada psychiczna przed podawaniem insuliny.

3

Diabulimia – jak ją rozpoznać?

Objawy diabulimii

Mogłoby się wydawać, że każdy umie bez problemu rozpoznać osobę, która cierpi na zaburzenia odżywiania. Okazuje się, że wcale nie jest to takie proste.

Objawy zaburzeń odżywiania współistniejących z cukrzycą mogą być bardzo różne i występować z różnym nasileniem. Nie u każdego, co oczywiste, występują wszystkie symptomy. Mimo to część z nich powtarza się w praktycznie każdym przypadku i jest wspólną częścią cukrzycy i zaburzeń odżywiania.



Do objawów, które u osób z cukrzycą mogą wskazywać na zaburzenia odżywiania, zalicza się:

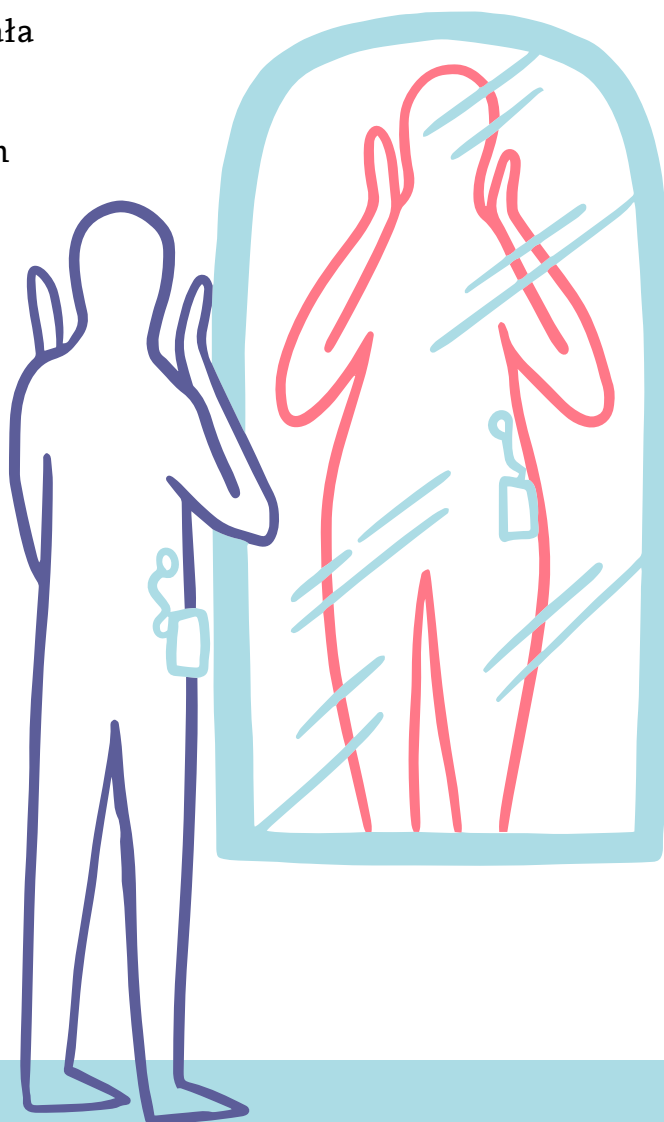
- ✓ bardzo wysokie wartości hemoglobiny glikowanej,
- ✓ duże wahania glikemii,
- ✓ powtarzające się hospitalizacje z powodu kwasicy ketonowej,
- ✓ stres związany z pomiarem masy ciała przy świadkach, np. w gabinecie diabetologa,
- ✓ codzienna lub kilkakrotna w ciągu dnia kontrola masy ciała (bez świadków),
- ✓ zainteresowanie dietami, metodami redukcji masy ciała, suplementami diety „na odchudzanie”,
- ✓ liczne zmiany diety i ilości/jakości przyjmowanych posiłków,
- ✓ u młodych diabetyczek – opóźnione dojrzewanie płciowe, zaburzenia miesiączkowania, w tym brak miesiączki,
- ✓ objadanie się w ukryciu, skłonność do jedzenia w samotności,
- ✓ ponadprzeciętna aktywność fizyczna,
- ✓ prowokowanie wymiotów,
- ✓ nadużywanie środków przeczyszczających,
- ✓ stosowanie preparatów diuretycznych (odwadniających).

Czy łatwo te niepokojące zachowania zauważyć? Nie, ponieważ osoba chora skrzętnie ukrywa to, że nie bierze insuliny, nadużywa środków przeczyszczających czy też pochłania ogromne ilości jedzenia. A to, że jest zmęczona, że ma problem z wypadającymi włosami, że interesuje się wszelkimi sposobami na pozbycie się zbędnych kilogramów? Może to taki urok okresu dorastania, a może to wszystko przez cukrzycę...

Z tego powodu należy zwracać uwagę także na objawy psychologiczne zaburzeń odżywiania, których chory zazwyczaj tak skrzętnie nie kontroluje i nie ukrywa, bo też nie zawsze zdaje sobie z nich sprawę.

Do najważniejszych objawów zaburzeń odżywiania związanych z psychiką, należą:

- ✓ zniekształcony obraz siebie,
- ✓ nadmierne skupienie na wyglądzie,
- ✓ uzależnianie swojego samopoczucia od określonej wagi (nie mogą być szczęśliwy, zadowolony, odnoszący sukcesy, dopóki ważą za dużo),
- ✓ dążenie do zmiany masy ciała (niezależnie od tego, jak faktycznie się wygląda),
- ✓ silna potrzeba kontroli masy ciała (to ja decyduję, ile chcę ważyć),
- ✓ stawianie sobie wyśrubowanych celów odnośnie docelowej masy ciała,
- ✓ postrzeganie siebie tylko przez pryzmat wagi i wyglądu,
- ✓ niska samoocena,
- ✓ poważne zaburzenia postawy wobec posiłków i ich kaloryczności,
- ✓ nieustanne, obsesyjne myślenie o jedzeniu,
- ✓ poruszanie się głównie w tematach jedzenia i kontroli masy ciała.



O tym, w jaki sposób myśli o sobie oraz co przeżywa osoba chorująca na zaburzenia odżywiania skorelowane z cukrzycą, piszemy szczegółowo w rozdziale 6, zatytułowanym „**Emocje, emocje, emocje**”. Informacje w nim zawarte są uszczegółowieniem objawów diabulimii innych niż te związane z manipulowaniem dawkami insuliny.

Badanie HbA1c w diagnostyce diabulimii

Mnogość możliwych objawów i ich pewna niespecyficzność skutkują tym, że u wielu osób diabulimia trwa latami i nie zauważa jej ani najbliższe otoczenie, ani diabetolog, u którego młody pacjent powinien mieć wizyty kontrolne średnio raz na 3 miesiące.

Jeszcze trudniej sprawa wygląda, jeśli chodzi o rozpoznanie problemów z jedzeniem u osób dorosłych, które po osiągnięciu pełnoletności nie korzystają już z opieki w poradniach diabetologicznych dla dzieci i młodzieży, gdzie wizyty są regularne, a kontrola nad pacjentem kompleksowa. Osoby dorosłe z cukrzycą i zaburzeniami odżywiania najczęściej na lata całkowicie znikają z systemu opieki zdrowotnej. I to niestety na własne życzenie. Nie leczą się u diabetologa, a recepty na insulinę – bo jakąś mimo wszystko od czasu do czasu sobie podają – wypisuje im lekarz rodzinny, przeważnie bez większego zainteresowania wyrównaniem cukrzycy czy rutynową kontrolą parametrów, takich jak chociażby HbA1c.

Kiedy przyjrzymy się kryteriom diagnozowania diabulimii, zauważymy, że część z nich jest całkowicie nieprecyzyjna – bo co oznacza pierwszy z brzegu objaw opisany w literaturze jako „wysoki odsetek hemoglobiny glikowanej”? Dla diabetyka, który ma dużą świadomość swojej choroby i bardzo dobrze ją prowadzi, wysokim poziomem będzie już ten powyżej 7%. Dla kogoś innego wysoka hemoglobina glikowana to zarówno 9%, jak i 13%. Ilu chorych i lekarzy, tyle opinii. Pierwsze wspomniane wartości mogą już (choć wcale nie muszą) świadczyć o zaburzeniach odżywiania. Mogą być także „jedynie” efektem okresowo gorzej kontrolowanej glikemii, dodatkowej choroby, innych problemów czasowo sprzężonych z cukrzycą. Jeśli chodzi o wartość HbA1c na poziomie „nastu” procent, to praktycznie wskazuje ona jednoznacznie na to, że pacjent nie przyjmuje insuliny albo znacząco ją sobie limituje. A czy nie są to wartości analogiczne do wyników glikemii w momencie przyjmowania do szpitala osoby ze świeżo zdiagnozowaną cukrzycą?

Wysoka (dwucyfrowa) wartość hemoglobiny glikowanej w trakcie intensywnego leczenia insuliną, nawet jeśli weźmiemy pod uwagę wszystkie niedoskonałości tego badania, jest najbardziej namacalnym objawem zaburzeń odżywiania w cukrzycy, a dokładniej mówiąc – zaawansowanej diabulimii.

Badania, wizyty kontrolne, nowe technologie

Sygnałem, który może wskazywać na zaburzenia odżywiania przy cukrzycy, jest nie tylko wysoki odsetek HbA_{1c}, ale też unikanie tego badania, a często także rezygnacja z wielu innych badań kontrolnych. Osoba, która nie przyjmuje regularnie insuliny, wie, że ma to swoje odbicie w różnych parametrach, dlatego rezygnuje z badań, by nie wyszło na światło dzienne to, co tak bardzo stara się ukryć.

Objawem zaburzeń odżywiania może być także niechęć do stosowania systemów do ciągłego monitorowania glikemii oraz pomp insulinowych. Przy obecnym sposobie leczenia cukrzycy typu 1, z wykorzystaniem wspomnianych pomp i systemów CGM, „oszukiwanie” na wizycie wydaje się praktycznie niemożliwe.

W papierowy dzienniczek samokontroli można było wpisać wszystko, glukometru w ostateczności można było „zapomnieć” zabrać ze sobą na wizytę, jednak pompę insulinową i sensor pacjenci mają zawsze przy sobie. Dlatego niechęć wobec nowych technologii – które przecież bardzo ułatwiają życie z cukrzycą – w połączeniu z wysokim odsetkiem HbA_{1c} także może być sygnałem świadczącym o rozwijającej się diabulimii.

Zaburzenia odżywiania mogą zostać „zdemaskowane” nie tylko w gabinecie diabetologa. Nawet na rutynowej kontroli dna oka możemy się dowiedzieć, że stan siatkówki jest tak fatalny, że nie może być mowy o prawidłowych glikemiach. Stąd niechęć pacjentów nie tylko do badania hemoglobiny, ale i wszelkich innych testów zdrowotnych. A to niestety jest bardzo niebezpieczne, bo utrudnia wykrycie ewentualnych powikłań na wczesnym etapie ich rozwoju.

Osoby dotknięte diabulimią bardzo boją się, że zostaną zdemaskowane, dlatego wiele wysiłku wkładają w to, żeby nikt nic nie zauważył. Nie chodzi tu tylko o lekarza, który w sumie ma najwięcej narzędzi do tego, żeby dostrzec drugie dno przecukrzeń. Gra toczy się też przed rodziną i znajomymi. Często także przed samym sobą.

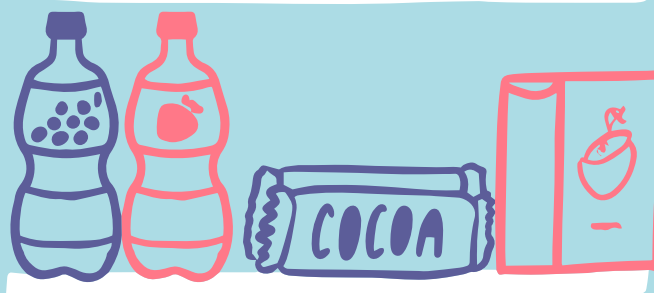


Diabulimia w praktyce

Aby lepiej przekazać, czym jest diabulimia – co być może okaże się pomocne w diagnozie lub autodiagnozie – spróbowałyśmy na podstawie własnych doświadczeń spisać standardowe zachowania diabetyka z zaburzeniami odżywiania w typie diabulimii.

Najbardziej typowe zachowania diabulimika to:

- ✓ Kupowanie ogromnych ilości jedzenia i zjedanie ich w krótkim czasie, najczęściej w ukryciu/samotności. Produkty „zdrowe”, czyli np. jogurty o obniżonej kaloryczności, przeplatają się ze słodyczami, słonymi przekąskami, słodkimi wypiekami. Zapas jedzenia na tydzień potrafi zniknąć w dwa dni;
- ✓ Gromadzenie jedzenia, którego teoretycznie nie mamy zamiaru zjeść (ale ostatecznie zjadamy);
- ✓ Jedzenie napadowe, podczas którego wpychamy w siebie wszystko, co mamy pod ręką, często kilka rzeczy na raz, w tym produkty zupełnie do siebie niepasujące. Jogurt owocowy może być zagryzany kanapką z wędliną i chrzanem, a to wszystko przy jednoczesnym sprawdzaniu, czy dogotował się już makaron, który w przypływie wilczego głodu postanowiliśmy właśnie ugotować. Kiedy jesteśmy w szale jedzenia, nie jest ważne, co zjadamy, ważne jest, by jeść, chociażby resztki czerstwego pieczywa;



- ✓ Kończenie jedzenia dopiero, gdy nie sposób już zjeść więcej, gdy zaczyna nam być niedobrze z przejedzenia. Trzeba spojrzeć prawdzie w oczy – napady obżarstwa w diabulimii to nie jest zjedzenie dwóch kanapek więcej czy duża dokładka do obiadu i dodatkowy deser. To pochłanianie niespotykanych ilości jedzenia, których zdrowy człowiek nie byłby w stanie zjeść;
- ✓ Podejmowanie działań kompensacyjnych – diabulimik nie bierze insuliny, stosuje środki przeczyszczające często w ilościach znacznie przekraczających zwyczajowe dawkowanie;
- ✓ Samooszukiwanie się, obiecywanie sobie, że to już „ostatni raz”. Osoba dotknięta diabulimią zdaje sobie sprawę, że postępuje źle, jednak święcie wierzy w to, że wystarczy się odpowiednio zmobilizować, by powrócić do zdrowego sposobu odżywiania. To przekonanie daje pewne ukojenie działające na zasadzie: „Dzisiaj jest bardzo źle, ale już jutro może być zupełnie inaczej”.

Osoba dotknięta zaburzeniami odżywiania w typie bulimii często działa wg wypracowanego przez siebie schematu – np. do południa nie je nic albo je bardzo mało, i są to tylko zdrowe rzeczy, a po południu „puszczają jej hamulce” i zaczyna się obżarstwo. Albo odwrotnie – je w sposób niekontrolowany od rana do określonej godziny popołudniowej, a potem zaczyna głodówkę, która trwa aż do następnego poranka. I w jednym, i w drugim przypadku okresy prawidłowego jedzenia będą korelować z podawaniem insuliny, okresy obżarstwa – z jej pominięciem.

Obżarstwo może mieć miejsce np. tylko w weekendy, gdy mamy mniej obowiązków i łatwiej oddać się jedzeniu. Wśród nastolatków, którzy nie dysponują nadmiarem środków finansowych na zakup jedzenia, obżarstwo pojawia się często w momentach przyływu gotówki. Schematy są różne i mogą zmieniać się w czasie – najczęściej niestety sukcesywnie przybierają na sile.

Jedzenie łączy się z emocjami. Początek jedzenia dla osoby dotkniętej diabulimią zwykle wiąże się z uczuciem pewnej ulgi. Napięcie, które nosiliśmy w sobie, zaczyna spadać, przez chwilę jesteśmy w stanie cieszyć się smakiem pokarmów. Bardzo szybko jednak uczucie ulgi psychicznej przechodzi w poczucie winy, któremu towarzyszą fizyczne objawy przeje-

dzenia (wzdęty brzuch, uczucie przepełnienia, niekiedy zgaga, ociężałość, senność). Wraz z przejedzeniem nadchodzi fala negatywnych emocji, pretensji do samego siebie, co obniża nastrój i powoduje stres. A w sytuacji stresu umiemy tylko sięgnąć po jedzenie – w ten sposób tworzy się niebezpieczny mechanizm błędnego koła, z którego bardzo trudno jest się wyzwolić.

Niemożność kontrolowania ilości jedzenia powoduje poczucie braku kontroli nad całym życiem. Po epizodach obżarstwa pojawia się obniżony nastrój, wyrzuty sumienia, obwinianie się za słabość, myśli typu: „Dzisiaj się nie udało, dzisiejszy dzień jest już stracony, ale od jutra wszystko będzie inaczej”.

Im dłużej rozwija się bulimia czy diabulimia, a co za tym idzie: im dłużej sami siebie oszukujemy, tym bardziej tracimy do siebie zaufanie. Brak poczucia, że mam sprawczość nad jedzeniem, przenosi się na inne obszary życia, podkopując bardzo mocno wiarę w siebie, w jakiegokolwiek własne zdolności czy możliwości.



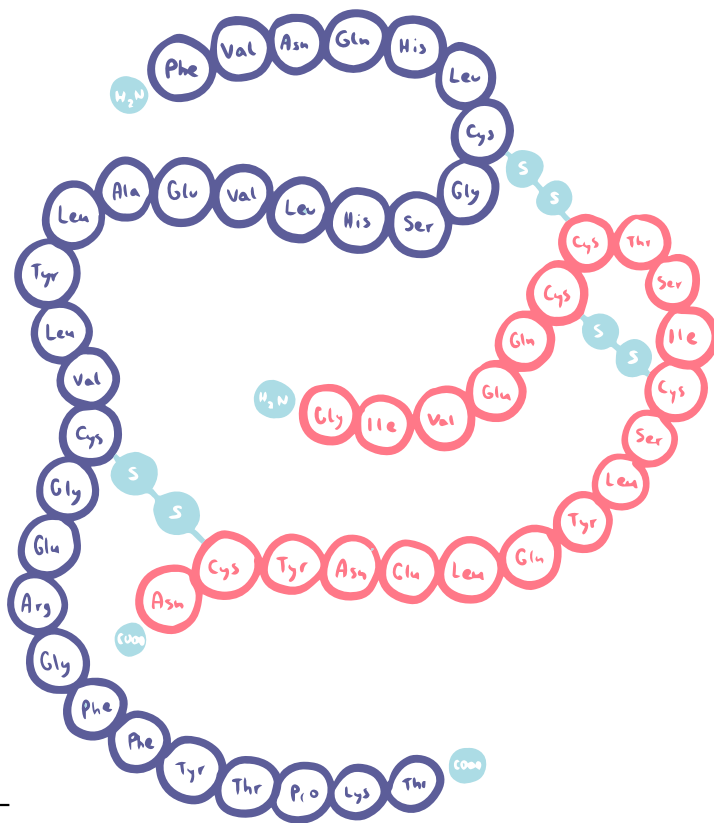
4

O relacjach z insuliną, które bywają trudne

Insulina jako główny bohater w cukrzycy i diabulimii

Insulina to lek, który osobom z cukrzycą typu 1 daje szansę na życie. Lek, dzięki któremu cukrzyca przestała być chorobą śmiertelną, a stała się przewlekłą. Jednocześnie insulina to „bohaterka” diabulimii – gdyby nie możliwość manipulowania jej dawkami, nie byłoby tego specyficznego zaburzenia odżywiania.

Dlatego warto skupić się przez chwilę na insulinie i tym, co o niej wiemy.



Insulina to jeden z hormonów, a te służą regulowaniu określonych procesów w organizmie. Głównym zadaniem insuliny jest kontrola nad gospodarką węglowodanową, w tym utrzymywanie prawidłowego stężenia glukozy we krwi. Zdrowa trzustka wydziela niewielkie ilości insuliny przez całą dobę, bo hormon ten jest niezbędny nie tylko w momencie przyjmowania pokarmów – pewna jego ilość musi być we krwi obecna stale. Kiedy pod wpływem zjedzonego posiłku poziom cukru we krwi zaczyna wzrastać, następuje gwałtowny wyrzut insuliny, dzięki któremu glikemia po posiłku, nawet jeśli nieco wzrośnie, nadal pozostaje w granicy normy. Dzieje się tak dlatego, że komórki wrażliwe na insulinę – tłuszczowe, mięśniowe i komórki wątroby – w obecności tego hormonu wychwytyują glukozę z krwi, przez co jej stężenie obniża się.

Insulina umożliwia transport substancji odżywczych do komórek ciała. Ale to nie wszystko – hormon ten wpływa także na procesy wewnątrz komórek: nasila produkcję białek, aminokwasów, kwasów tłuszczowych, triglicerydów oraz glikogenu, który w wątrobie stanowi swoisty magazyn energii, uwalniający glukozę do krwi np. w momencie niedocukrzenia. Dzięki insulinie, poprzez pobudzenie tworzenia kwasów nukleinowych, nasilają się podziały, a także wzrost komórek. W ten sposób insulina umożliwia rozwój



i wzrost organizmu, powoduje przyrost tkanki tłuszczowej, mięśniowej, a co za tym idzie: także masy ciała. Kiedy energii dostarczonej z pożywienia jest za dużo w stosunku do potrzeb organizmu, insulina sprzyja magazynowaniu jej w postaci tkanki tłuszczowej.

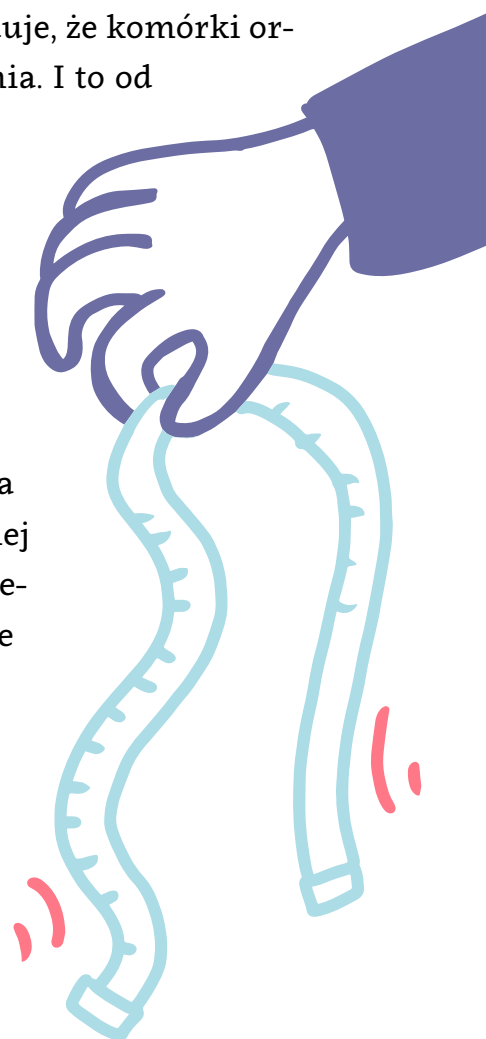
U osoby niemającej problemów z masą ciała takie działanie insuliny nie będzie wzbudzało żadnych emocji. Natomiast wystarczy, że informacja ta padnie na podatny grunt uwarunkowań psychicznych do zaburzeń odżywiania, by uruchomiła niebezpieczną lawinę. Insulina powoduje tycie, trzeba ją więc ograniczać – tak będzie myślała osoba chorująca na cukrzycę, której życiowym priorytetem jest niska masa ciała.

Od czego tyjemy i czy aby na pewno od samej insuliny?

Insulina jest hormonem anabolicznym, inaczej: budulcowym. Reguluje procesy, które mają doprowadzić do wzrostu komórek i organów ciała. Sama w sobie nie ma żadnych kalorii. Ale powoduje, że komórki organizmu są zasilane energią płynącą z pożywienia. I to od ilości tego pożywienia wszystko zależy.

Istotą nadmiernego przybierania na wadze jest nie tyle sama insulina, co nasza dieta. A dieta współczesnego diabetyka niewiele ma wspólnego z dietą cukrzycową, jaka obowiązywała jeszcze 20–30 lat temu. Wówczas osoba z cukrzycą typu 1 z definicji była szczupła, dzisiaj – coraz częściej ma nadwagę lub wręcz jest otyła. Czy insulina dawniej działała jakoś inaczej? Nie! Po prostu metody leczenia były inne, a podejście do diety – znacznie bardziej restrykcyjne.

Wraz z rozwojem medycyny – wprowadzeniem do leczenia nowoczesnych insulin, a przede wszystkim pomp insulinowych do wygodnego, precyzyjnego podawania insuliny – zasady odnośnie diety zostały bardzo mocno zliberalizowane.



I oczywiście zarówno nowoczesne insuliny, jak i pompy insulinowe to prawdziwe błogosławieństwo dla osób z cukrzycą, jednak pewna wygoda, którą nam gwarantują, także musi być kontrolowana.

Obecnie nie trzeba już jeść na czas ściśle określonych ilości precyzyjnie wyselekcjonowanych, dietetycznych produktów. Teoretycznie można jeść wszystko, bo przecież nie ma takiego posiłku, na który nie można by podać odpowiedniej dawki insuliny. A gdy mamy pod ręką pompę, to korzystając z bolusów prostych i przedłużonych, naprawdę możemy tę insulinę podać i na porcję przesłodzonej bezy, i na tłustą golonkę. Jeśli dobrze przeliczymy ilości wymienników węglowodanowych i białkowo-tłuszczowych, cukier będzie w normie.

Ale dieta w cukrzycy to nie tylko cukier, to także masa ciała! A o tym mówi się zdecydowanie mniej. Aż nagle człowiek odkrywa, że jakoś dziwnie szybko i łatwo przybiera na wadze. Nie przez samą insulinę, choć niewątpliwie odgrywa ona w tym procesie pewną rolę.

Ile insuliny należy przyjmować?

Choć insulina sama w sobie nie tuczy, to sprzyja przyrostowi masy ciała. Takie są „biologiczne” fakty. Dlatego tak ważne jest, by pilnować ilości przyjmowanej insuliny. Warto zauważyć, że insulina jest jedynym lekiem, który w ulotce (ani też w żadnych rekomendacjach dla lekarzy) nie ma jasno wskazanej maksymalnej dawki, jak to zwykle przy lekach bywa. Niemniej wiedząc, ile insuliny wydziela trzustka zdrowo odżywiającej się osoby bez cukrzycy, można w pewnym przybliżeniu oszacować, ile insuliny tak naprawdę potrzebuje nasz organizm. Przyjmuje się, że zdrowe zapotrzebowanie na insulinę waha się w granicach 0,5–1 jednostki na kilogram masy ciała.



To oznacza, że osoba o wadze 60 kg powinna na dobę przyjmować od 30 do 60 jednostek insuliny. Trzeba przyznać, że rozpiętość jest dość spora. Często spotykane jest też zawężone podejście, mówiące o tym, by dobową ilość insuliny u diabetyka nie przekraczała 0,8 jednostki na kilogram

masy ciała. Jeśli przekraczamy te granice, można mówić o przeinsulinowaniu, które jest zjawiskiem niekorzystnym dla zdrowia m.in. dlatego, że sprzyja przyrostowi masy ciała.

W tym miejscu warto zaznaczyć, że w przebiegu leczenia insuliną mogą zdarzyć się okresy zapotrzebowania na insulinę mniejszego niż 0,5 j. na 1 kg masy ciała oraz większego niż 1 j. na 1 kg masy ciała. Mniejsze zapotrzebowanie występuje u pacjentów w okresie remisji oraz u osób bardzo aktywnych fizycznie. Znacznie zwiększone zapotrzebowanie na insulinę to cecha typowa dla okresu dojrzewania, np. z powodu aktywności hormonów płciowych i hormonów o działaniu przeciwnym do działania insuliny (np. hormonu wzrostu).

Dlaczego jednak tak ważne jest, by dobową ilość przyjmowanej insuliny nie była nadmiernie wysoka?

- ✓ Insulina podawana w nadmiarze rozregulowuje ośrodek łaknienia. Wysoki poziom insuliny we krwi sztucznie pobudza apetyt – jesteśmy głodni nawet godzinę po obfitym posiłku. Często ten głód jest tak silny, że sięgamy po kolejne węglowodany, na które... znowu podajemy insulinę. Chwilowa sytość po jedzeniu ustępuje miejsca napadowi głodu z powodu wysokiego stężenia insuliny. Koło się zamyka;
- ✓ Wysoki poziom insuliny sprzyja przyrostowi białej tkanki tłuszczowej, czyli tzw. tłuszczu trzewnego, który jest skorelowany z insulinoopornością. Innymi słowy, utrzymując się przez dłuższy czas przeinsulinowanie może doprowadzić do insulinooporności. A insulinooporność charakteryzuje się małą wrażliwością na insulinę, w związku z czym trzeba brać jej więcej. I po raz kolejny tworzy się niekorzystne dla zdrowia błędne koło.

Warto wspomnieć, że w okresie dojrzewania młodzi ludzie są niejako skazani na epizody przeinsulinowania. Wynika to ze zjawiska określanego jako **hormonalna insulinooporność**. Budzące się do życia hormony płciowe oraz wydzielana w dużej ilości somatotropina (hormon wzrostu) skutkują tym, że organizm staje się czasowo mniej wrażliwy na insulinę. W związku z tym trzustka zdrowego nastolatka wydziela jej więcej, a nastolatek

z cukrzycą jest zmuszony podawać jej więcej za pomocą pena lub pompy. Nieposkromiony apetyt w okresie dojrzewania to w dużej mierze zasługa wysokiego stężenia insuliny we krwi. Wysokie stężenie tego hormonu wcale nie musi prowadzić do hipoglikemii, bo komórki są czasowo na insulinę mało wrażliwe. Z pewnością jednak bardzo stymuluje ona apetyt i sprzyja magazynowaniu tkanki tłuszczowej.

Niższa wrażliwość komórek na insulinę i zwiększony apetyt to niejedyne elementy świadczące o tym, że dorastanie to trudny okres, który może sprzyjać zaburzeniom odżywiania. Na pełen wyzwaniowy okres dojrzewania u diabetyków nakładają się:

- ✓ trudy leczenia cukrzycy przy małej wrażliwości na insulinę,
- ✓ ogromny apetyt powodowany wysokim stężeniem insuliny,
- ✓ wahania nastroju powodowane nie tylko hormonami, ale i wahaniami glikemii,
- ✓ zmiany w ciele, w szczególności u dziewczyn – przyrost tkanki tłuszczowej, zmiana proporcji ciała,
- ✓ konflikty w domu, których przyczyną są wysokie glikemie i nieprzestrzeganie diety.

Gdy weźmie się pod uwagę te wszystkie okoliczności, być może łatwiej będzie zrozumieć, dlaczego młodzi ludzie uciekają się niekiedy do takich sposobów radzenia sobie z nadmiernym apetytem czy niechcianym przyrostem masy ciała, jak niebranie insuliny.

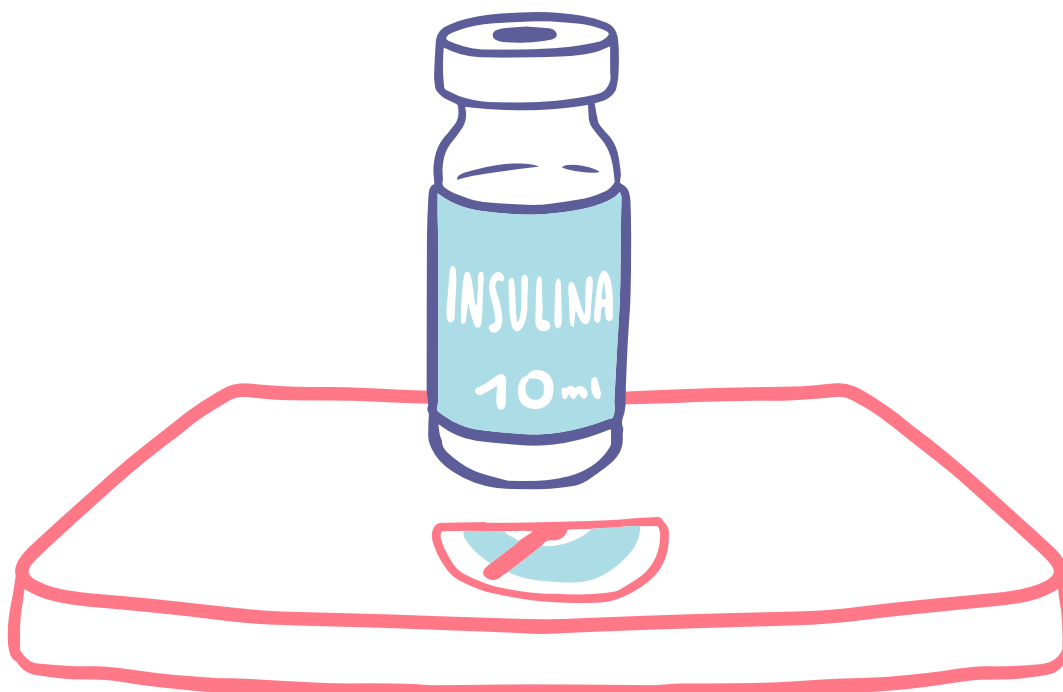
Przyrost wagi na początku insulinoaterapii

Aby zdecydować się na niebranie insuliny, trzeba przekonać samego siebie, że insulina to coś złego, coś, co nam nie służy, coś, co utrudnia nam osiągnięcie celu, jakim jest szczupła sylwetka. A dojść do takiego przekonania wcale nie jest tak trudno. Wystarczy przeanalizować własne doświadczenia dotyczące zmian w wyglądzie po zdiagnozowaniu cukrzycy i rozpoczęciu insulinoaterapii.

Osoby ze świeżo zdiagnozowaną cukrzycą z reguły trafiają na oddział szpitala lżejsze o kilka kilogramów w stosunku do swojej zwyczajowej wagi. Chudnięcie bez wyraźnej przyczyny to jeden z objawów rozwijającej się cukrzycy typu 1. Wynika ono bezpośrednio z braku insuliny, a co za tym idzie: braku dostępu do zgromadzonej we krwi energii i konieczności spalania tkanki tłuszczowej.

Głównym celem kilku pierwszych dni w szpitalu jest uzupełnienie deficytu insuliny, a przez to wyrównanie glikemii. W pierwszym etapie insulina podawana jest dożylnie, co wynika ze standardu postępowania przy kwasicy ketonowej, a w tym właśnie stanie jest większość pacjentów w momencie diagnozy. Kiedy glukoza zostanie ustabilizowana, a gospodarka wodno-elektrolitowa wyrównana, zaczyna się podawanie skrupulatnie wyliczonych dawek insuliny za pomocą pena lub pompy.

Już na samym początku insulinoterapii wygląd pacjenta zaczyna się zmieniać. Wystarczy kilka dni przyjmowania insuliny, by wychudzenie spowodowane niedoborem insuliny z okresu sprzed diagnozy zmniejszyło się. Nie dlatego, że insulina tuczy, ale dlatego, że wyszliśmy ze stanu znacznego odwodnienia. Wysoki poziom cukru we krwi powoduje wzrost pragnienia, a co za tym idzie: picie dużych ilości płynów i oddawanie jeszcze większych ilości moczu. Na początku diagnozy, w stanie kwasicy ketonowej, organizm jest odwodniony, a przez to i lżejszy. Wychodząc ze szpitala, jesteśmy nieco



ciężsi niż przy przyjęciu, właśnie z powodu nawodnienia organizmu. A być może także – jeśli pobyt był dłuższy – z powodu stopniowego nadrabiania kilogramów, które straciliśmy w momencie rozwoju choroby, kiedy z powodu niedoboru insuliny i braku dostępu do energii z pożywienia organizm był zmuszony spalać tkankę tłuszczową. Po powrocie do domu, w ciągu kolejnych tygodni leczenia insuliną, zwykle odrabiamy wszystkie kilogramy utracone nienaturalnie, w wyniku niedoboru własnej insuliny.

To doświadczenie z początków insulinoterapii wcale nie pomaga myśleć o insulinie w sposób racjonalny. Dla wielu osób z cukrzycą normalizacja wagi po rozpoczęciu leczenia to namacalny dowód na to, że insulina powoduje tycie. Szybko i podstępnie, bo przecież w początkach choroby wszyscy odżywiamy się zdrowo i racjonalnie.

Młodzi diabetycy obserwują u siebie pewne zmiany nie tylko z powodu rozpoczęcia przyjmowania insuliny zewnętrznej. Wpływ na to mają przede wszystkim hormony. Okres dorastania to okres zmian. Ciało zmienia się praktycznie z dnia na dzień, przygotowując się do wejścia w dorosłość. U dziewcząt powiększają się piersi i zaokrąglają biodra. W związku z oczekiwaną miesiączką wzrasta także ochota na jedzenie. U chłopców na skutek dojrzewania również wzrasta zapotrzebowanie na dostarczaną organizmowi codzienną dawkę energii. Jedzą oni zdecydowanie więcej niż wcześniej, co w połączeniu z insulinoterapią może powodować przybieranie na wadze lub inny niż dotychczas rozkład tkanki tłuszczowej w ciele.

Aleksandra



Nikt mnie nie przygotował na zmiany, jakie zjadą w moim ciele po rozpoczęciu intensywnego leczenia insuliną, co w połączeniu z moimi 13 urodzinami zrobiło swoje. Ciało zmieniło się, a ja nie umiałam tego zrozumieć i pogodzić się z tym, że nie jestem już chodzącym szkieletem. Zresztą nie tylko ja, bo uwagi o tym, że przytyłam, dostawałam od rodziny i znajomych. Owszem, przytyłam, tylko dlaczego nikt nie brał pod uwagę tego, że kiedy trafiłam do szpitala z rozpoznaniem cukrzycy, byłam tak wychudzona, że podejrzewano u mnie anoreksję? Czy to było przytycie, czy powrót do w miarę normalnej masy ciała?

5

Pssst, to wcale nie działa...

Cudowny sposób na (nie)chudnięcie

Szykując się do pisania tego e-booka, miałyśmy obawy, czy poprzez tę tematykę nie „zainspirujemy” niechący kogoś do unikania insuliny. Mamy nadzieję, że tak się nie stanie, także dlatego, że opisując własne doświadczenia, chcemy postawić sprawę jasno. Ograniczanie insuliny przy nieograniczaniu jedzenia nie prowadzi do ładnej, zdrowej sylwetki. Procedura ta sprawia co najwyżej, że nie tyjemy w zastraszającym tempie. Z całą pewnością jednak nie chudniemy tak, jak to miało miejsce w czasie sprzed diagnozy, kiedy już rozwijała się u nas cukrzyca.

Postaramy się tutaj wyjaśnić, dlaczego tak się dzieje i czym różni się niedobór insuliny sprzed diagnozy od niedoboru insuliny, do którego sami świadomie doprowadzamy w trakcie chorowania na diabulimię.

Czy diabulimia naprawdę odchudza?

Limitowanie ilości podawanej insuliny ma na celu redukcję masy ciała. Po prostu. Osoba chorująca na cukrzycę pamięta doskonale, że kiedy w jej organizmie brakowało tego hormonu, to bez żadnego wysiłku traciła na wadze (doświadczyła tego zdecydowana większość osób z cukrzycą typu 1). Kiedy już w trakcie leczenia cukrzycy borykamy się z nadmiarem kilogramów (realnym lub wymaginywanym), to kusząca może wydawać się perspektywa, by znów bez wysiłku schudnąć. Tym razem ograniczając celowo insulinę.

Prawda jednak jest taka, że poprzez manipulowanie dawkami insuliny:

1

nie sposób faktycznie schudnąć (postaramy się wyjaśnić dlaczego);

2

narażamy się na rozwój powikłań cukrzycy – to jest oczywiste dla każdej osoby z cukrzycą;

3

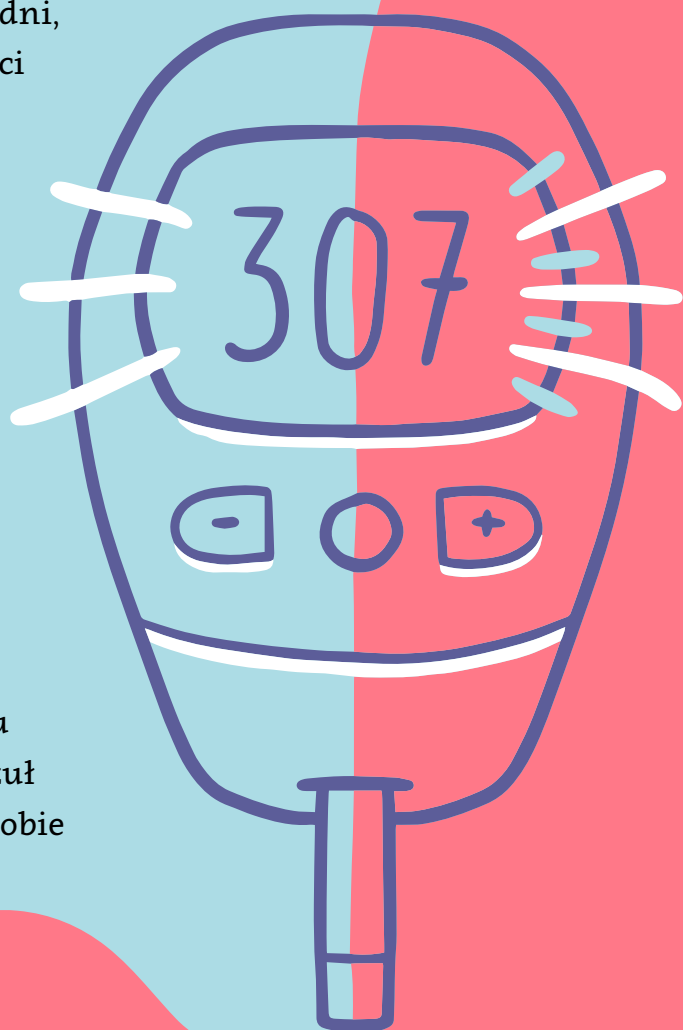
narażamy się na bardzo złe samopoczucie, zarówno fizyczne, jak i psychiczne (sporo już o tym pisałyśmy, mimo wszystko należy to stale podkreślać).

Jak to się dzieje, że nie biorąc insuliny regularnie i w wystarczających dawkach, nie chudniemy tak, jak miało to miejsce w okresie nieleczonej, ale dającej już konkretne objawy cukrzycy? Jak to możliwe, skoro bez insuliny nie przyswajamy energii pochodzącej z węglowodanów i doprowadzamy do spalania tkanki tłuszczowej?



**Otóż, najprościej rzecz ujmując:
hiperglikemia z okresu
sprzed diagnozy, kiedy
w organizmie znacząco brakowało
już insuliny, a hiperglikemia
spowodowana niepodaniem insuliny
na obfity posiłek to **dwie zupełnie
różne sytuacje.****

W obydwu przypadkach mamy do czynienia z deficytem insuliny. Jednak inny wpływ na organizm ma niedobór tego hormonu trwający od tygodni, spowodowany zniszczeniem znacznej części komórek beta trzustki, a inny – kilkugodzinne przecukrzenia wynikające z nadmiaru jedzenia, na który nie została podana dawka leku. Mówiąc bardzo brutalnie, w tym drugim przypadku okres spalania tłuszczów jest zbyt krótki, by miało to realne przełożenie na masę ciała. Jeśli w tej chwili ktoś chciałby nie podawać insuliny przez dłuższy czas niż „tylko” kilka godzin, to od razu uprzedzamy – tak się nie da. Nawet jeśli Twoja determinacja będzie ogromna, to samopoczucie będzie tak fatalne, że po prostu nie dasz rady. I całe szczęście, że będziesz czuł się tak źle, że zrozumiesz, że bez insuliny sobie nie poradzisz.



W momencie diagnozy cukrzycy typu 1 organizm zazwyczaj wydziela jeszcze pewne ilości insuliny. Mimo to nasze samopoczucie i tak jest, delikatnie mówiąc, kiepskie. Na diabulimie zaczynamy chorować zwykle po kilku latach trwania cukrzycy. Wtedy wydzielanie własnej insuliny jest już zupełnie szczątkowe albo nie ma go wcale. Taka sytuacja ma przełożenie na tempo zakwaszania organizmu. Dochodzi do tego znacznie szybciej i wiąże się to z bardzo złym samopoczuciem. Nie chodzi tutaj tylko o wzmożone pragnienie i oddawanie znacznych ilości moczu, ale także o ból mięśni spowodowany kwasicą ketonową, ogólne zmęczenie, brak energii, bóle głowy i brzucha, nudności, a niekiedy nawet wymioty. Stan, w jakim się wtedy znajdujemy, wymusza na nas podanie insuliny, dzięki której cukier wraca do normy, a my zaczynamy czuć się nieco lepiej. Dzięki insulinie wchłania się część energii ze zjedzonych uprzednio węglowodanów i mechanizm spalania tłuszczów zostaje zahamowany. Mówiąc bardzo brutalnie: okresy ketozy w diabulimii są zbyt krótkie, aby mogło się to realnie przełożyć na spalanie takiej ilości tkanki tłuszczowej, które miałyby swoje szybkie odzwierciedlenie we wskazaniach wagi łazienkowej.

Jaki zatem wpływ na masę ciała ma ograniczanie insuliny? Jakiś przecież mieć musi, bo gdyby metody stosowane w diabulimii zupełnie nie działały, nie byłyby pewnie testowane i niestety tak często wykorzystywane. Wprowadzenie się okresowo w hiperglikemię, często bardzo wysoką, przede wszystkim prowadzi do odwodnienia. Jeśli kładziemy się spać w stanie ogromnego przecukrzenia, a w nocy wstajemy kilka razy do toalety, to w efekcie rano może nam się wydawać, że „schudliśmy”, bo spodnie faktycznie robią się luźniejsze w pasie. Ale to nie redukcja tkanki tłuszczowej, ale raczej odwodnienie organizmu.

Jeszcze inną kwestią, wartą wspomnienia i uświadomienia, jest to, że gdybyśmy brali odpowiednie dawki insuliny na ilości jedzenia pochłanianego w czasie napadu obżarstwa, to masa ciała rosłaby w zastraszającym tempie. Poprzez ograniczanie insuliny ten przyrost masy jest w jakimś stopniu spowolniony.



Małgorzata



Manipulować insuliną zaczęłam przy masie ciała 54 kg, po kilku latach ważyłam 68 kg. Przez lata insulinę brałam raz dziennie, rano, 16–18 jednostek.

Na podstawie swoich doświadczeń mogę powiedzieć, że diabulimia na pewno nie odchudza, ona daje złudne poczucie utraty masy ciała, które najczęściej jest tylko odwodnieniem. Jeśli przez kilka lub kilkanaście godzin doświadczamy hiperglikemii, to następuje klasyczna reakcja – dużo pijemy, po czym wydalamy jeszcze większe ilości moczu.

Przez lata kładłam się spać obolała od jedzenia, z ogromną hiperglikemią i zerową dawką insuliny bazowej. Rano budziłam się nieprzytomna ze zmęczenia (w nocy potrafiłam wypić 2 litry napoju i wstać kilka razy do toalety), z wysuszonymi ustami, ale czasami nawet i kilogram lżejsza. Nie wynikało to jednak z faktu, że schudłam, jak mi się wtedy wydawało. Byłam taka w wyniku odwodnienia.

Fakt, że diabulimia nie odchudza, a wręcz przeciwnie, powoduje powolny przyrost masy ciała, to jeszcze jeden dowód na to, że jest to bardzo złożony problem psychologiczny. Bo przecież jeśli coś nie działa, to z tego rezygnujemy. Z niebrania insuliny, jeśli stanie się to pewnym schematem naszego postępowania, tak łatwo zrezygnować się nie da. Jest to nałóg, z którego trudno się wyzwolić. A to dlatego, że jedzeniem / objadaniem się / unikaniem insuliny nie regulujemy kilogramów czy cukrów, tylko emocje, a te są z nami cały czas.

Komentarz psychologa



Zazwyczaj nastolatki czytają wiele różnych artykułów, stron internetowych czy książek na temat diet, ale w sposób wybiórczy. Na przykład są dobrze poinformowani o wpływie stosowania wymiotów i nadużywania środków przeczyszczających na przyswajanie kalorii, ale nie wiedzą już nic na temat konsekwencji somatycznych, zaburzenia gospodarki elektrolitowej i krótkotrwałości efektu odwodnienia. Podobnie, obserwując efekt pomijania dawek insuliny, nie wiedzą, jakie są konsekwencje fizjologiczne.

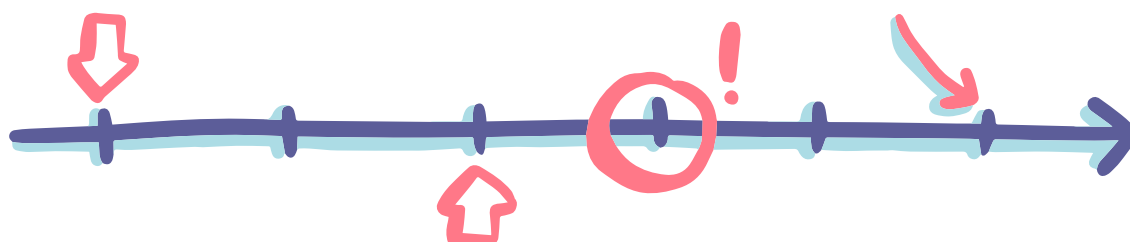
6 Ola



Historia, jakich pewnie wiele...

Jak każda poważna historia, tak i moja zaczyna się bardzo niewinnie. Byłam nastolatką, gdy dopadły mnie objawy typowe dla cukrzycy typu 1. Wypijałam litry soków, zagryzałam je słodyczami i mimo to chudłam w zaskakującym tempie. Oczywiście odwiedzałam toaletę jakieś 10 razy częściej niż do tej pory, ale zrzucałam to na karb ilości wypijanych płynów, a to z kolei miało wynikać z ilości pochłanianego jedzenia i potrzeby popijania każdego kęsa, jaki trafiał do moich ust.

W tamtym czasie moje objawy nikogo jednak nie dziwiły, pewnie ze względu na to, że trenowałam zawodowo siatkówkę. Minimum 10 godzin tygodniowo spędzałam na sali treningowej, dodatkowo wyjeżdżałam na weekendowe zgrupowania, co dawało nawet 20–30 godzin ćwiczeń na tydzień. Nie było więc nic dziwnego w tym, że traciłam kilogramy bez szczególnych ograniczeń w mojej diecie.



Czerwona lampka zapaliła się dopiero, jak pojechałam na rutynowe badania medycyny sportowej. Cukier powyżej 400 mg/dL wbił panią doktor w fotel. Usłyszałam, że nie będę mogła dłużej trenować i muszę pilnie zgłosić się do szpitala. Wążąc całe 56 kg przy wzroście 186 cm, w poczekalni szpitala usłyszałam, że źle wyglądam i na 99% mam anoreksję. Ale nie, to nie było to, a przynajmniej jeszcze nie to. Po kilku godzinach czekania postawiono mi diagnozę cukrzycy typu 1. Szok, szczególnie dla mojej mamy. Ja wtedy tylko płakałam, sama nie wiem dlaczego. Po prostu płakałam.

W środku nocy trafiłam na oddział, gdzie spędziłam kolejny tydzień. O dziwo przyjeżdżałam tam w dość dobrej kondycji, a w jeszcze lepszej stamtąd wypuszczono. Cięższą już o blisko trzy kilogramy, ale szczęśliwą, bo mogłam wrócić do normalnego życia. Tak mi się wtedy przynajmniej wydawało.

Przeklinam często to, co usłyszałam wtedy od pani dietetyk, pracującej na oddziale dziecięcym endokrynologii: „Diabetyk może jeść wszystko, co chce, byleby dobrze policzył jednostki insuliny” – to stwierdzenie zapadło mi w pamięć na bardzo długo.

Wtedy miałam w głowie i sercu tylko radość i uczucie ulgi, że moje życie będzie takie jak do tej pory. A skoro tak, to postanowiłam, że będę dzielna, że niestraszne mi będą te małe igiełki czy dziury na opuszkach palców od kilkukrotnego w ciągu doby sprawdzania cukru. Tamto podejście było dobre, ale chyba zbyt szybko chciałam przejść przez etap złości i niedowierzania odnośnie diagnozy, którą usłyszałam w wieku zaledwie 13 lat. Nie dałam sobie czasu na przeżycie tego i myślę, że gniew dopadł mnie po prostu dużo później.



Gdy wróciłam ze szpitala do domu, zaczynała się majówka, więc razem z mamą (w tamtym czasie mój tato jeździł na kilkumiesięczne misje wojskowe) miałyśmy blisko tydzień wolnego, aby przygotować mnie do powrotu do nowego/starego życia. Od tej pory miałam zawsze mieć przy sobie insulinę, glukometr, jakiś mały sok lub coś słodkiego, co szybko podniesie mi cukier. Co trzy miesiące karnie stawiałam się na kontroli w przychodni szpitalnej.

Prowadziłam dzienniczek pomiarów glikemii, notowałam ilości podawanej insuliny i zjadanych porcji węglowodanów. Wszystko tak, jak powinno być. Wieczna kontrola. Co prawda było to męczące, ale co innego mogłam zrobić? Było prawie idealnie, chociaż oczywiście zdarzały się zarówno hipo-, jak i hiperglikemie. Ale to przecież nic dziwnego przy cukrzycy leczonej insuliną.

Jeszcze będąc w szpitalu, zamówiliśmy z mamą wagę kuchenną do dokładnego odważania każdej zjadanej przeze mnie rzeczy. Mówiąc „każdej”, mam tu na myśli dosłownie wszystko, co zjadałam. Słowa pani dietetyk wbiły mi się tak mocno w pamięć, że liczyłam wszystko i wszystko też zjadałam. Nieważny był produkt, jego walory odżywcze czy kaloryczność. Jeśli według obliczeń wszystko się zgadzało, cukry były w normie, to byłam przekonana, że jest dobrze.

Potrafiłam w jednym posiłku zjeść 5–6 kromek białego chleba z serem i majonezem albo kawałek sernika, jabłecznika, do tego ciastko, a na koniec zagryźć czekoladą. Nie istniała przecież – nawet według specjalistów w szpitalu – specjalna dieta cukrzycowa. Istniały za to przeliczniki jedzenia na insulinę oraz normy „dobrych” cukrów.

Szybko nadrobiłam swoją niedowagę i osiągnęłam BMI na poziomie 23. Przy moim wzroście nie było tego aż tak bardzo widać, rozkład masy ciała przy blisko 190 cm wzrostu jest zupełnie inny niż u osób niskich. Niemniej,



blisko 20 dodatkowych kilogramów nie pozostało niezauważone. Nie dało się też nie dostrzec, że jadłam coraz więcej. Wtedy jeszcze trzymałam się zasady – jedz, ile chcesz, tylko wszystko dokładnie przeliczaj i bierz insulinę. Więc brałam. Potrafiłam wziąć 60, nieraz 70 jednostek dziennie, a to i tak nie był mój rekord. W dniach kiedy naprawdę JADŁAM, wykręcałam pen na blisko 100 jednostek insuliny (teraz tyle starcza mi na przynajmniej 3–4 dni). Glukometr pokazywał wartości raz lepsze, raz gorsze. Na pewno nie jakieś mocno tragiczne. Kontynuowałam intensywne leczenie insuliną, a przecież o to chodziło.

Problem zupełnie normalnej wagi

Pierwszy raz uwagę odnośnie mojej nowej, nieco wyższej, chociaż wciąż nieodbijającej się na moim zdrowiu wagi usłyszałam od swojej trenerki, która skomentowała, że zdecydowanie mi się przybrało. W tamtym czasie moje BMI wynosiło 24,2 i oczywiście mój wygląd zdecydowanie różnił się od tego, jaki miałam przy BMI 17, czyli przez większość mojego 15-letniego życia. Krótco po tych słowach, które padły przecież z ust osoby mającej być wsparciem i motywacją dla młodego sportowca, zrezygnowałam z trenowania. Powodem było głównie to, że postanowiłam zająć się nauką i iść do lepszego niż sportowe liceum – o profilu biologiczno-chemicznym.

Powodem mogło być jednak także tych kilka nieprzyjemnych słów, które sprawiły, że zaczęłam na siebie inaczej patrzeć i inaczej o sobie myśleć. Waga na poziomie 80–85 kg utrzymywała się, a mnie przestawało to pa-

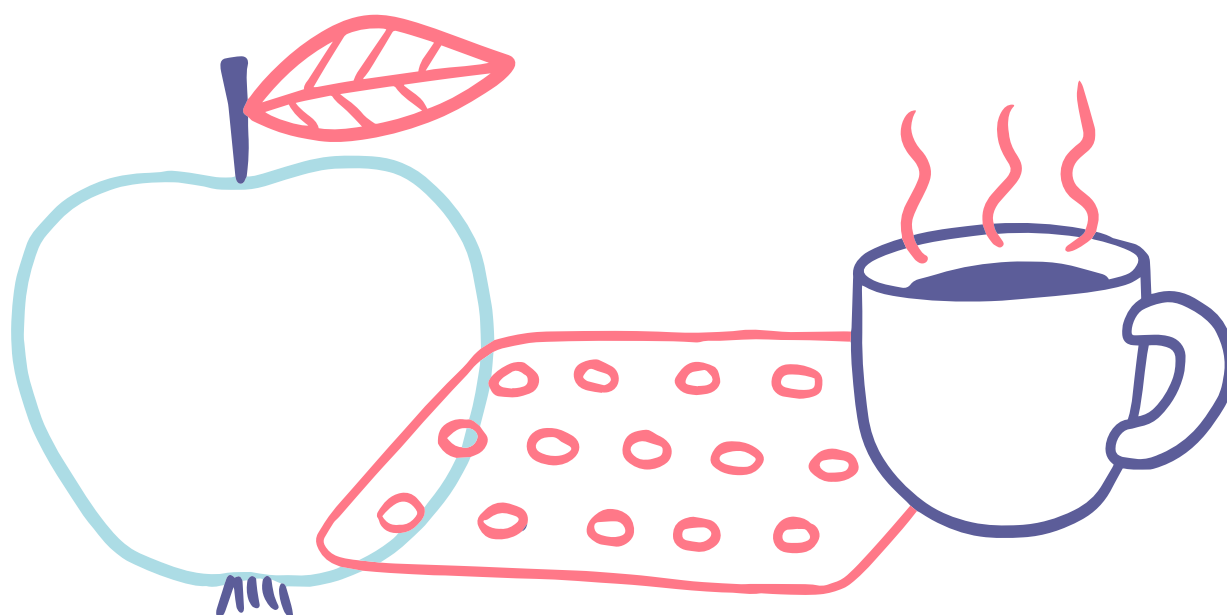
sować. Mijał trzeci rok od diagnozy. Jeśli wtedy myślałam, że cukrzyca to przekleństwo, to czekało mnie prawdziwe zdziwienie. Jak się okazało, straszne było to, co czekało mnie później.

Nigdy, ale to przenigdy, choćby przez jeden dzień, nie byłam na żadnej diecie. Powiem więcej: myśl o byciu na diecie czy jakiegokolwiek próbie od-

Jeśli wtedy myślałam, że cukrzyca to przekleństwo, to czekało mnie prawdziwe zdziwienie. Jak się okazało, straszne było to, co czekało mnie później.

chudzenia się, nawet nie przeszła mi przez głowę. Fakt, interesowałam się modą i modelkami. Od zawsze podobały mi się ich szczupłe, momentami wręcz wychudzone ciała, ale nie pchnęło mnie to w żadnym wypadku do ograniczania się w jedzeniu. Nie bezpośrednio. Widząc jednak niechciane zmiany w lustrze, po jakimś czasie postanowiłam bardziej wgryźć się w ten temat.

Pierwszy raz myśl o uporaniu się z nie do końca pasującą mi wagą pojawiła się w mojej głowie na początku liceum. Nowi ludzie, nowe środowisko, wszystko nowe. Chciałam, żeby wszystko było idealne. Po raz pierwszy zaczęłam się odchudzać i szybko w ten proceder wpadłam. Dzień zaczynałam od kawy i pseudoefedryny z popularnych tabletek na kaszel. Potem jakieś małe jabłko. I w sumie tyle. Obiada nie jadłam, rodzicom mówiłam, że jadłam. Nigdy nie było wielkiego problemu z ukryciem prawdy. Potrafiłam tak żyć przez 3-4 dni z rzędu. Potem przychodził niesamowity głód i moja wola słabła. Szłam do sklepu i kupowałam wszystko, co wpadło mi w ręce. Poczawszy od ciastek, poprzez pączki, cukierki, żelki, kończąc na pizzie z mrożonki albo pierogach do odgrzania w mikrofalówce, ale często z łakomstwa jedzonych na zimno. Wyjadałam też zapasy z lodówki. Niejednokrotnie po takim obżarstwie musiałam z pełnym żołądkiem, zwijając się z bólu, biec jeszcze raz do sklepu, nadrobić zapasy pochłoniętego jedzenia, aby nikt z domowników się nie zorientował. Wydawałam na to swoje kieszonkowe i drobne oszczędności. Nie kradłam, nie zapożyczałam się, ale przepuszczałam to, co normalna młoda dziewczyna mogłaby mieć na nowy ciuch czy kosmetyk.



Jak przy tym wszystkim wyglądała moja cukrzyca? Może to zaskakujące, ale cukry miały się wyjątkowo dobrze. Obżarstwo raz na parę dni trochę mnie wybijało z rytmu, ale poza tym doskonale kontrolowałam glikemię. Oczywiście to, co działo się po zjedzeniu tak ogromnej ilości żarcia, nie uchodziło na sucho mojemu samopoczuciu, a tym bardziej zdrowiu, ale wtedy liczyły się tylko spadające cyferki na wadze. Schudłam kilka kilogramów, o to mi właśnie chodziło. Nie chodziło mi natomiast o to, żeby wpędzić się w zaburzenia odżywiania, a to właśnie zaczęło się pomału dziać.

Kilka kilogramów zamieniło się w kilkanaście, a ja znów przypominałam samą siebie sprzed cukrzycy. **Pochwały od znajomych, przyjaciół, rodziny, w tym rodziców, działały jak nektar na pszczoły – jeszcze bardziej ciągnęło mnie do dalszego brnięcia w odchudzanie.** Moje niewinne, jak mi się zdawało, „bycie na diecie” zmieniło się w obsesyjne podejście do jedzenia i do swojego wyglądu. Niestety, dość długie głodówki i właśnie ta obsesja na punkcie odżywiania sprawiły, że nie mogłam już dłużej wytrzymać i po jakimś roku zaczęłam jeść. Najpierw dość normalnie, jak każdy, a potem już bez opamiętania.

Jadłam i piłam senes (herbatka przeczyszczająca). Jadłam i wymiotowałam. Jadłam i ćwiczyłam, jak głupia. Potrafiłam chodzić na długie spacery, dodatkowo biegać i ćwiczyć wieczorami w domu, byleby tylko spalić to, czego było zbyt dużo w żołądku. Wtedy wciąż jednak cukrzyca była w moim życiu priorytetem. Nadal pilnowałam cukrów i nadal brałam insulinę, coraz więcej insuliny.

Diaborexia jako wstęp do diabulimii

Kolejnym etapem były studia, na które poszłam znów kilka kilogramów cięższa. Postanowiłam po raz kolejny „wziąć się za siebie” – jako studentka technologii żywności i żywienia chciałam raz na zawsze skończyć ze swoimi chorymi nawykami. Dodatkowo komentarze moich rodziców, niewinne, że trochę mi się zmieniło ciało, albo że – jak to ujęła moja ciotka – „wyglądam jak mały smoczek” dołożyły swoje. Po raz kolejny zaczęłam ze sobą walczyć.

Zdrowa dieta, ćwiczenia, ale już regularne i nie do utraty tchu. Ideał – można by powiedzieć. Można by, gdyby znów jedzenie nie przejęło całkowitej

kontroli nad moim życiem. Zmniejszałam porcje jedzenia, dzień po dniu. Czytałam po sto razy znane mi na pamięć etykiety w sklepach i tabele z kaloriami w książkach, które co dzień przeglądałam w domu. Zaczęłam bardzo mocno skupiać się nie tylko na kaloryczności produktów, ale także na ich składzie. Większość rzeczy wyrzuciłam ze swojego jadłospisu, ot tak, po prostu, bez mrugnięcia okiem. Próbowałam przekonać wszystkich dookoła, że większość jedzenia jest zła i powinni go unikać. W szczególności namawiałam do tego moich rodziców, obrzydając im każdy zakazany, z mojego punktu widzenia, produkt. Tatę w dużej mierze udało mi się przekabacić na swoją stronę, ale to prawdopodobnie dlatego, że w tamtym czasie sam potrzebował zmiany diety ze względu na drobne problemy ze zdrowiem. To dodatkowo mnie nakreślało – tym razem to ja byłam dla niego w jakiejś kwestii autorytetem i potrafiłam mu pokazać, że jeśli chce, to umiem dużo osiągnąć. Chciałam, żeby był ze mnie dumny.

To, co robiłam, było chore. Było też niezwykle irytujące i trudne do zniesienia dla ludzi w moim otoczeniu. Z czasem im mniej osób uważało, że mam rację, tym bardziej próbowałam im to na siłę udowodnić i jeszcze bardziej krytycznie i rygorystycznie podchodziłam do chociażby najmniejszych odchyień od nałożonych sobie ograniczeń. Mimo że o jedzeniu mówiłam non stop i że było doskonale widać, iż jest to jakaś moja obsesja, nikt nie podjął się udzielenia mi pomocy czy nawet próby rozmowy na ten temat.

Kolejny raz warto zapytać o cukrzycę. Czy nie miałam przy tak ograniczonej diecie ciągłej hipoglikemii? O dziwo nie. Hemoglobina glikowana na poziomie 6%, pani diabetolog zachwycona, ja szczuplejsza i regularnie się odżywiająca. Regularnie, ale praktycznie zerową ilością jedzenia. Brak sił i ciągle poirytowanie nie przekonały mnie jednak do porzucenia swoich nawyków. Chęć udowodnienia sobie i innym, że można tak żyć i mieć się świetnie, była silniejsza. Zżerało mnie to od środka. Do czasu, aż na trzecim roku studiów znów coś we mnie pękło. Może przytłoczona, może po prostu głodna – zaczęłam jeść. Dużo i jeszcze więcej. A przynajmniej w moim mniemaniu. Z perspektywy czasu potrafię już ocenić, że jadłam wtedy jak normalny, zdrowy człowiek. Pilnowałam glikemii, zdarzyło mi się nawet ćwiczyć. Tak naprawdę to właśnie wtedy przez moment byłam najbliżej zdrowia i normalności. Szkoda tylko, że ja tego tak nie postrzegałam i postanowiłam pójść krok dalej...

Krok w kierunku diabulimii

Wszystko, co do tej pory zrobiłam ze swoim ciałem, odbijało się najbardziej na mojej psychice. Ciało oczywiście także ponosiło skutki moich wyborów, ale nie aż tak jak głowa. Poczucie beznadziejności potęgowało się z każdym dniem. Nie pamiętam, czy z czegokolwiek potrafiłam się cieszyć, czy cokolwiek wywoływało u mnie poczucie dumy i zadowolenia. Niezależnie od tego, czy zrobiłam coś dobrze, czy źle, miałam na swój temat krytyczne zdanie i – tak jak niestety do tej pory – wciąż widzę u siebie mnóstwo „ale”.

Każdą krytykę odbierałam i nadal odbieram jako bezpośredni atak na siebie. To wyniosłam akurat z domu, ale tam też w dużej mierze zaczęły się moje problemy z jedzeniem. Nie znoszę taka być, bo wiem, że często słowo krytyki jest niezbędne, aby móc spojrzeć na siebie z dystansu i ruszyć dalej. Po latach doświadczania trudnych emocji związanych z oceną własnego wyglądu nie potrafię już spojrzeć na siebie jak na kogoś, kto robi coś dobrze i może faktycznie być czymś więcej niż nieidealnym ciałem.

Mając totalny mętlik w głowie, cały czas próbowałam opanować jakoś swój sposób jedzenia. Pomimo głodówek, wymiotów i przeczyszczenia się po epizodach obżarstwa, wciąż starałam się jednak trzymać w ryzach moją cukrzycę. Z lepszym bądź gorszym efektem, ale pamiętałam o niej i nie myślałam nawet o zaprzestaniu tej kontroli. Do czasu.

Pewnego dnia przeczytałam na jednym z zagranicznych portali, że niebranie insuliny, nawet chwilowe, pozwala osobom z cukrzycą redukować masę ciała niezależnie od tego, co i ile jedzą. Jasno i wyraźnie nazwano to zaburzeniem, ale ja pomyślałam, że skoro to tylko na chwilę, to może warto spróbować... W końcu – myślałam – od tego jeszcze nikt nie umarł. Chyba... Długo się nie zastanawiając, postanowiłam swój „genialny” pomysł wprowadzić w życie. Nie miałam pojęcia, że oto przekraczam kolejny Rubikon, tym razem diabulimii.

Początkowo byłam nieco przestraszona. Bałam się, że wystarczy raz czy drugi nie wziąć insuliny, by stało się coś złego. Jednak prostota rozwiązania, które sobie wymyśliłam, była bardziej kusząca. Moi rodzice pomimo tego, że niejednokrotnie temat zaburzeń odżywiania był przeze mnie poruszany, w całości zignorowali ten problem. Pod tym jednym względem byłam więc spokojna – wiedziałam, że nie będą doszukiwać się jakichkolwiek sygnałów świadczących o moich problemach z jedzeniem. I miałam rację.

Postanowiłam odstawić insulinę doposiłkową i oprzeć się jedynie na bazowej. W Internecie nie było żadnych porad z gatunku tych często udzielanych sobie wzajemnie przez anorektyków czy bulimików. W ogóle niewiele można było na ten temat znaleźć, co z perspektywy czasu i sytuacji, w jakiej obecnie jestem, cieszy, ale i martwi... Wybór insuliny „do odstawienia” był według mojej chorej głowy idealny. Dzięki insulinie długodziałającej, chociaż poranne cukry były w akceptowalnych granicach, wydawało mi się, że wciąż miałam kontrolę nad swoją chorobą.

Diabulimia z różnym natężeniem trwała u mnie prawie cztery lata. W tym okresie bywały minimalnie lepsze momenty, kiedy regularnie brałam insulinę i odżywiałam się zdrowo. Jednak przez większość tego czasu po prostu jadłam i nie podawałam leku. To było błędne koło. Podwyższony poziom cukru wywoływał u mnie niepohamowany, ciągły głód, szczególnie na rzeczy słodkie. Dodatkowo zauważyłam, że im bardziej słodko i kalorycznie jem, oczywiście wciąż bez insuliny, tym szybciej i więcej tracę na wadze. A wtedy liczyło się dla mnie tylko to. Skoro ilość jedzenia podbijała mój efekt utraty wagi, jadłam bez opamiętania, aż do mdłości, które przychodziły nie tylko z powodu ogromnych ilości jedzenia, ale także przede wszystkim z powodu bardzo wysokiego poziomu cukru i wchodzenia w stan zakwaszenia organizmu.

Po okresie bycia na bardzo restrykcyjnej diecie, wygłodzeniu i odkryciu nowej opcji jedzenia i nieprzybierania na wadze rzuciłam się na wszystko, czego od czasu zachorowania na cukrzycę unikałam (mniej lub bardziej). O ile w przypadku epizodów obżarstwa, które przeplatały się u mnie z okresami głodówek, też nie miałam żadnych hamulców, to jednak wówczas zaraz sięgałam po pen i podawałam sobie insulinę. Teraz poszłam o krok dalej i przestałam brać lek, który teoretycznie i praktycznie został wynaleziony po to, by utrzymać mnie przy życiu. Jednocześnie tłumaczyłam sobie samej, że jest to powrót do normalności sprzed choroby, ale z bonusami. Będę mogła jeść wszystko, tak jak to robią zdrowi ludzie, a nawet znacznie więcej, ale jak nikt – schudnę.

Teraz poszłam o krok dalej i przestałam brać lek, który teoretycznie i praktycznie został wynaleziony po to, by utrzymać mnie przy życiu. Jednocześnie tłumaczyłam sobie samej, że jest to powrót do normalności sprzed choroby, ale z bonusami. Będę mogła jeść wszystko, tak jak to robią zdrowi ludzie, a nawet znacznie więcej, ale jak nikt – schudnę.

Komentarz psychologa



Perspektywa rodziców i perspektywa dziecka na wspólne radzenie sobie z faktem zachorowania na cukrzycę bywa bardzo skomplikowana, ponieważ obie strony inaczej interpretują swoje zachowania.

Gdy rodzic stara się pilnować właściwej diety u dziecka, może to być odczytywane przez nie jako kontrola i zamach na wolność. Dziecko reaguje złością i buntem. Wtedy rodzic bezradnie się wycofuje, myśląc, że się stara, a dziecko jest zwyczajnie niewdzięczne. Z kolei dziecko czuje się wtedy niezrozumiane i porzucone. Uzyskuje na chwilę wolność, wtedy jednak wpada w pułapkę własnych emocji, które mogą zamienić się w zaburzenie odżywiania. Pojawia się podstawowy błąd poznawczy w interpretowaniu przeciwko sobie zachowań, komentarzy rodziny dotyczących diety i wyglądu, wynikających z troski i miłości. Wewnętrzne narracje przeciwko sobie stają się jedyną prawdą dla osoby z poczuciem niezrozumienia przez najbliższych.

Coś za coś – codzienne konsekwencje niebrania insuliny

Wiedziałam o powikłaniach, jakie mnie czekają, ale w tamtym momencie dużo gorsze od powikłań, które miały się pojawić kiedyś w przyszłości, były sytuacje z dnia codziennego. Rodzice wciąż nie zauważali, co się ze mną dzieje. Wprawdzie krótko po tym, jak zaczęłam eksperymentować z niebraniem insuliny, wyprowadziłam się na swoje, mieszkalam jednak wciąż blisko, widywałam się z nimi co kilka dni, ale temat jakichkolwiek problemów z jedzeniem w naszych rozmowach się już nie pojawiał.

Było to dla mnie bolesne, ale jednocześnie bardzo korzystne. Chciałam tej pomocy, chciałam, żeby ktoś mną potrząsnął, bo przerażała mnie perspektywa tego, co choroba zrobi w przyszłości z moim organizmem. Z drugiej strony była ulga, że zagadnienie to jest niejako tematem tabu i jestem bezpieczna. Bo już nie wyobrażałam sobie, że wstanę rano i wezmę insulinę do śniadania, a potem do obiadu i kolacji.

Codziennie wieczorem, po kolejnym dniu beztroskiego jedzenia, po zajęciach na uczelni, w kolejnych latach także po pracy, mówiłam so-

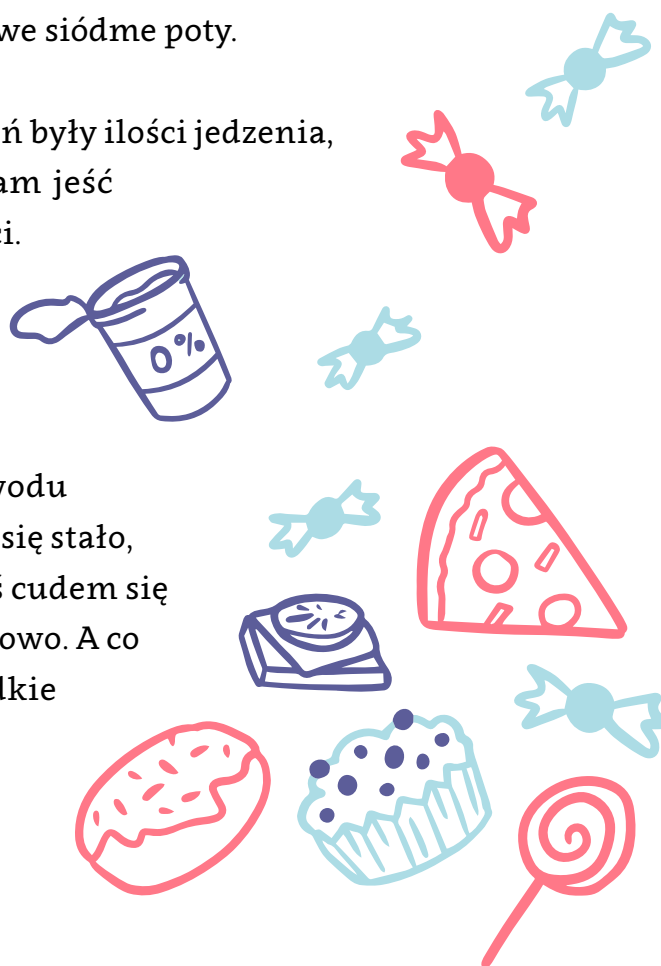
bie, że od jutra wszystko się zmieni. Bałam się tej zmiany, utraty tej kontroli nad swoim ciałem, ale zawsze tłumaczyłam sobie, że tak nie można, że to ostatni raz, ostatni taki wieczór. Miałam dość tego, jak się czułam, ale niebranie insuliny było dla mnie jak uzależnienie. Najgorszy nałóg, który ciągnął mnie tylko w dół. Pierwszym, czego każdego dnia rano doświadczałam po wstaniu z łóżka, było nieustanne zmęczenie, senność, brak sił. Spałam po 8–9 godzin, a czułam się wiecznie niewyspana.

Robiłam oczywiście to, co musiałam robić – uczyłam się, a po zakończeniu studiów rozpoczęłam pracę w swoim wyuczonym zawodzie. Jednak nieustannie czułam się padnięta. Po jedzeniu marzyłam tylko o tym, żeby położyć się i zdrzemnąć. Sen przychodził w sekundę, co nie jest niczym dziwnym po przejedzeniu bez ani jednej jednostki insuliny. Zmęczenie nie pozwalało mi na uprawianie jakiegokolwiek aktywności fizycznej. Wtedy o tym nie myślałam w kategorii niedogodności, w końcu i tak chudłam, po co więc miałabym z siebie wylewać dodatkowe siódme poty.

Kolejnym przekleństwem na co dzień były ilości jedzenia, jakie potrafiłam pochłonąć. Mogłam jeść non stop i wszystko, w każdej ilości.

Oczywiście zawsze przychodził moment, kiedy miałam dość, ale i on dość szybko mijał. Nie zawsze podwyższony cukier doprowadzał mnie do mdłości (z powodu zakwaszenia), ale jeśli nawet już tak się stało, to w ciągu godziny do dwóch jakimś cudem się „regenerowałam” i mogłam jeść na nowo. A co jadłam? Wszystko, dosłownie. Słodkie ze słonym, kwaśnym i pikantnym. Znów słodkie. I jeszcze trochę słodkiego. To od zawsze była moja słabość. Tabliczka czekolady, ale nie

Miałam dość tego, jak się czułam, ale niebranie insuliny było dla mnie jak uzależnienie. Najgorszy nałóg, który ciągnął mnie tylko w dół.



zwykła, stugramowa, tylko minimum trzy razy większa. Jedna bez problemu wjeżdżała codziennie, nieraz dwa razy dziennie. Do tego ciastka, drożdżówki. Im więcej, tym lepiej. Popijałam to hektolitrami (i tu nie przesadzam) napojów typu zero. W tym jednym trzymałam się dzielnie i nie piłam napojów z cukrem. W końcu mam cukrzycę!

Piłam tak dużo, ponieważ organizm na stale podwyższonej glikemii domagał się czegoś, co pozwoli na wypłukiwanie z siebie nadmiaru cukru. Taką „dieta” ciągnęłam cały czas. Uważałam, że normalne jest to, że skoro już nie biorę insuliny, to przecież nie będę się ograniczała jedynie do zdrowego jedzenia. Jedno poświęcenie – czyli poświęcenie swojego zdrowia – było już za mną, więc może chociaż jedzeniem mogłabym wynagrodzić sobie to, jak bardzo cierpię.

Jak mogłam być tak zaślepiona? Jak to w ogóle możliwe? Otóż mogłam. Bo diabulimia to nie fanaberia, to choroba.

Nie mogę tu przemilczeć tematu, który wtedy właśnie ignorowałam, a mianowicie kontroli lekarskich. Przychodnię diabetologiczną omijałam szerokim łukiem. Kłamałam wszystkim bliskim, którzy kurtuazyjnie pytali, jak moje wyniki. „Świetnie” (czytaj: w ogóle nie robiłam badań). Badań bałam się jak mało czego. Każdy trop mogący komuś zasugerować, że się nie leczę, napawał mnie tak wielkim strachem, że po prostu zupełnie nie sprawdzałam tego, co się dzieje z moim organizmem. Żadnych badań, żadnych pomiarów, nic. Jedynie wizyty u lekarza rodzinnego po kolejne recepty na insulinę bazową, w końcu ją jedną brałam codziennie, skrupulatnie, o stałej porze, z zegarkiem w ręku.

Utrzymujący się non stop wysoki cukier to ciągłe problemy ze zdrowiem, niekoniecznie bezpośrednio związane z cukrzycą. To infekcje intymne, zapalenie pęcherza, gorączka, czy potworne bóle mięśni wywołane kwasicą. W kółko byłam albo na antybiotyku, albo z jakimś zapaleniem. Żadnemu z lekarzy nie przyznałam się, skąd te problemy, mówiłam tylko, że to klasyka przy cukrzycy, że nieraz zdarza mi się lekko podwyższona glikemia, że pewnie mam obniżoną przez to odporność i takie tam. A oni wszyscy tylko kiwali głowami. Potakiwali, a ja za każdym razem po

**Jak mogłam być
tak zaślepiona?
Jak to w ogóle możliwe?
Otóż mogłam.
Bo diabulimia to nie
fanaberia, to choroba.**

otrzymaniu recepty na lek szłam do apteki, a potem prosto do cukierni. Albo do sklepu spożywczego. Kupowałam wszystko, co było mi niezbędne do kontynuowania swojej codziennej „diety”. Przecież coś musiałam jeść, a skoro miałam wykupiony lek, to przekonywałam samą siebie, że wszystko będzie dobrze.

Przez kilkukrotne zapalenie pęcherza wyładowałam w końcu w szpitalu. Infekcja była tak silna, że ból nerek i gorączka nie pozwalały mi normalnie funkcjonować w domu. Lekarzom powiedziałam, że moja niewyrównana cukrzyca to efekt tego zakażenia, podwyższony cukier jest także winą problemów z pęcherzem. Przyjęli to. Podłączyli mnie pod pompę insulinową, wyrównali cukier, monitorowali glikemię przez tydzień i leczyli

silnymi dawkami antybiotyku. Po tygodniu byłam jak nowa. Nikt nie powiązał moich fatalnych wyników glikemii z jakimś innym problemem niż zapalenie pęcherza... Dla mnie liczyło się to, że dzięki szpitalnej diecie nie tyłam, jednak po tym, co przeszłam w związku z bólem nerek, obiecałam sobie, że nigdy więcej nie będę się objadać i manipulować insuliną. Po powrocie do domu wytrzymałam tydzień. To było blisko trzy lata temu.

W międzyczasie pracowałam i jadłam. Pracowałam i nie brałam insuliny. Pracowałam i nie pracowałam. Nie miałam siły na nic. Wracając z pracy, zawsze wchodziłam do sklepu i z ogromnym głodem w oczach i żołądku kupowałam mnóstwo słodyczy, z których większość potrafiłam zjeść w drodze do domu, siedząc w autobusie. Resztą dopychałam się na kanapie w mieszkaniu i szłam spać. I tak przez blisko rok, dzień w dzień, poza weekendami, kiedy opychałam się otwarcie, razem z ówczesnym narzeczonym. Jemu także przez myśl nie przeszło, że ja, technolog żywienia z cukrzycą typu 1, mogę mieć jakiś problem z jedzeniem. O to właśnie mi chodziło – żeby nikt nie wiedział. Jednocześnie wciąż pragnęłam i potrzebowałam pomocy. Ale ponieważ zupełnie nie potrafiłam już sobie wyobrazić życia bez manipulowania insuliną, nie chciałam o tę pomoc prosić.

**Obiecałam sobie,
że nigdy więcej
nie będę się objadać
i manipulować insuliną.
Po powrocie do domu
wytrzymałam tydzień.**

**To było blisko
trzy lata temu.**

Nowe (nie)życie w Berlinie

Po utracie pracy w 2019 roku czułam się jak śmieć. Wyprowadzka do Berlina miała być początkiem czegoś nowego, lepszego. Życie prywatne i zawodowe wydawały się zmierzać w coraz lepszym kierunku. Dobrze miała się też moja choroba, ale nie ja.

Wtedy jeszcze mój narzeczony, obecnie mąż, wciąż nie wiedział, co się ze mną dzieje. Kiedyś, jeszcze w Polsce, napomknęłam mu o swoich problemach. Ale zignorował to. Do dziś nie wiem czemu. To był dziwny okres, on sam miał na głowie wiele ciężkich spraw. Stwierdziłam, że nawet dobrze, że to zbagatelizował, bo wciąż miałam swobodę w działaniu. A jednocześnie sama przed sobą byłam trochę usprawiedliwiona.

Codziennie zakupy wyglądały tak samo: coś na obiad, coś do kanapek, jakieś picie plus nieduży deser – czekolada lub lody. Wszystko fajnie, tylko że sama na boku wsuwałam blisko dwa razy tyle, głównie pod postacią słodyczy. Kiedy zadomowiliśmy się na dobre w Berlinie, często zdarzało się, że zostawałam sama na kilka dni. Całe popołudnia, po powrocie z kursu językowego, przejadałam i przysypiałam, resztką sił ucząc się na kolejne zajęcia. W dalszym ciągu nie potrafiłam się pohamować z jedzeniem, przez większość dnia obsesyjnie myślałam o tym, co jeszcze włożę do ust. Waga do tamtego momentu wahała się między 70 a 80 kg. Trochę to dziwne, bo przecież nie brałam wcale insuliny, więc powinnam tylko chudnąć, prawda? Nie, to działa zupełnie inaczej. Non stop opchana jedzeniem, pijąca hektolitry płynów miałam ciągle spuchnięty brzuch. Czułam się ciężko i źle. Zerowa ilość mięśni rekompensowana była przez wodę zbierającą się pod skórą i tkankę tłuszczową, która gdzieś tam jeszcze została pomimo stosowania, jak myślałam wtedy, magicznego sposobu na schudnięcie.

Rok 2020 był ciężki dla wszystkich. Pandemia i lockdown wpłynęły na mnie tragicznie. Nie robiłam nic poza jedzeniem. Miałam nowe idealne usprawiedliwienie – jest pandemia, trzeba siedzieć w domu, wszyscy tak robią. Tak, ale przecież nie wszyscy odmawiają sobie życiodajnej insuliny



Cukier był wysoko poza skalą urzędzenia, a ja nie miałam siły dłużej kłamać.

i opychają się za dwóch. Po powrocie do Berlina miałam nadzieję, że pandemia szybko się skończy i wszystko zacznie być już tylko lepiej. Koszmar niestety dopiero miał się zacząć.

Przed wakacjami chciałam jeszcze raz porozmawiać z przyszłym mężem i przyznać mu się do niebrania insuliny. Okazja przyszła niejako sama. Pewnego popołudnia zapytał mnie znienacka o mój poziom cukru. Wtedy jeszcze cukry mierzyłam glukometrem. Odpowiedziałam mu, że wszystko jest ok, a kiedy poprosił, żebym pokazała ostatnie odczyty, zaczęłam awanturę. Wystraszona, że teraz wszystko się wyda, zaczęłam oskarżać go, że mi nie wierzy, że jego totalny brak zaufania działa na mnie krzywdząco. Wiedziałam jednak, że już mi nie odpuści. Mogłam oczywiście skłamać, że coś źle policzyłam, nie podałam insuliny, bo zapomniałam albo cokolwiek innego, co przecież miałam wyryte w głowie od lat „na wszelki wypadek”. Pamiętam gniew i żal w jego oczach, gdy zobaczył tylko napis HIGH. Cukier był wysoko poza skalą urządzenia, a ja nie miałam siły dłużej kłamać. Był zawiedziony i rozczarowany, że przez te wszystkie lata okłamywałam go z tak bezczelną – z jego perspektywy – łatwością. Prawda jest taka, że nawet przez jeden moment nie było mi łatwo kłamać. Kłamała moja choroba, nie ja.

Był zły, krzyczał, mówił, że nie wie, co zrobić z tą sytuacją. Nie umiałam go przeproszać, więc tylko płakałam. Ale nie dlatego, że bałam się go i jego nerwów, wiedziałam, że nie zrobi mi krzywdy ani że mnie nie zostawi. Płakałam dlatego, że w końcu to z siebie wyrzuciłam. Że wreszcie nie byłam z tym sama.



Zacząły się próby powrotu do leczenia insuliną. Nie było to proste, bo od razu zaczęłam nadmiernie ograniczać ilości przyjmowanego jedzenia – ze skrajności w skrajność. Wiedziałam, że to złe, ale bardzo bałam się przytyć. Po około dwóch miesiącach, kiedy insulinę przyjmowałam już regularnie i starałam się panować nad jedzeniem, zaczęły dziać się dziwne rzeczy. Pojawiło się nieprzyjemne uczucie „irytacji” na brzuchu, potem także na udach. Każdy dotyk, każde muśnięcie koszulką – to wszystko było bolesne. Ból narastał, a ja traciłam apetyt. Jeden banan czy jogurt to było wszystko, co dałam radę w siebie wcisnąć. Większość czasu spędzałam w łóżku, leżąc, płacząc lub śpiąc.

Lekarz początkowo twierdził, że powodem aktualnego stanu zdrowia jest moje lekkie skrzywienie kręgosłupa i że zwyczajnie cierpię na ból korzonków. Uciśnięcie na kręgosłup przez ortopedę pomogło jednak tylko na jeden dzień, po czym wszystko wróciło do poprzedniego stanu. Bóle i osłabienie były nie do zniesienia.

Kolejną sugestią była **depresja**. Moja pani psychoterapeutka, z którą za namową najbliższych rozmawiałam od kilku miesięcy, powiedziała, że to prawdopodobnie reakcja stresowa na wszystko, co ostatnio działo się w moim życiu. Uwierzyłam i sięgnęłam po pomoc psychiatry. Przepisane przez nią leki brałam jednak tylko przez jeden dzień. Dlaczego? Ano dlatego, że w międzyczasie byłam u neurologa, który jasno stwierdził, że cierpię na polineuropatię cukrzycową, czyli jedno z powikłań niekontrolowanej cukrzycy i przeciągającej się hiperglikemii. Zapisał mi kolejne leki. Czułam się po nich okropnie. Rozbita, śpiąca, kręciło mi się w głowie. Odstawiłam je po tym, jak zemdlałam, a lekarze w szpitalu, do którego trafiłam, zasugerowali, że to zdecydowanie wina leków niepotrzebnie przepisanych celem leczenia polineuropatii. Poszłam za głosem lekarzy w Berlinie, a zignorowałam całkowicie diagnozę neurologa, który, jak się miało później okazać, trafił w punkt.

Po kilku tygodniach trzymania się teorii o złamanym kręgosłupie całą uwagę przenieśliśmy na problem zaburzeń odżywiania. Moje dolegliwości nasilały się z każdym dniem. Nie jadłam i byłam tak słaba, że trzeba było mi pomóc, abym mogła wstać i przejść kilka kroków. Jeśli coś zjadłam, natychmiast wymiotowałam z bólu. Żółcią, krwią, wodą. Karetkę wzywaliśmy kilka razy, o każdej porze dnia i nocy. Liczne badania nie potrafiły wskazać, co mnie tak naprawdę powoli wykańcza.

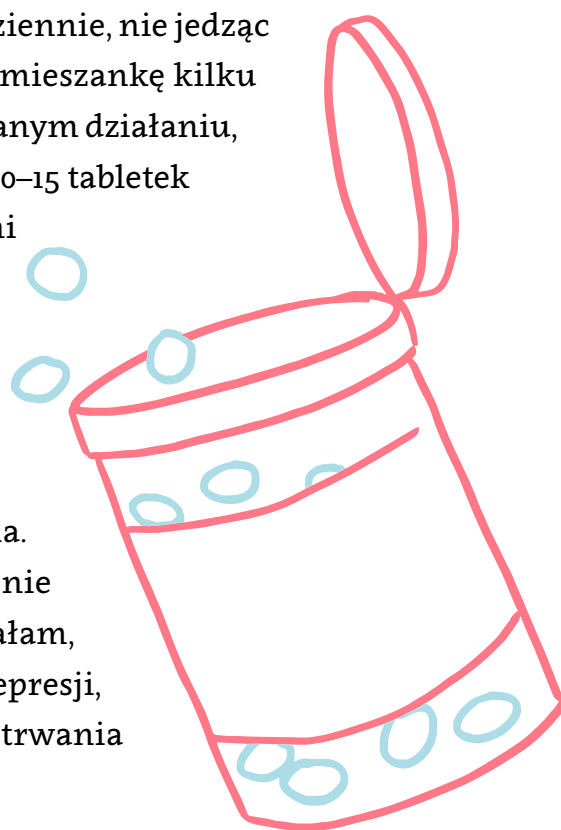
A ja się zastanawiałam: skoro nie polineuropatia, to co? Pojawiali się kolejni lekarze i wysnuwali kolejne diagnozy. Gastrolog i zapalenie żołądka – kolejne tabletki. Następnie rezonans magnetyczny i złamany kręgosłup, na którym skupili się wszyscy, łącznie z nami. Trafiłam na oddział neurochirurgii i neurologii w Berlinie. Kręgosłup złamany dokładnie na wysokości żeber i żołądka najpewniej powodował bóle. Na szczęście ładnie się zrastał, więc wszelkie objawy powinny ustąpić. Nie ustępowały, było coraz gorzej.

Na domiar złego, ze względu na swoją bardzo niską wtedy wagę, epizody wymiotów i odmawiania jedzenia (z powodu bólu), odwiedziła mnie pani psycholog i wpisała w moją kartę choroby rozpoznanie „anoreksji atypowej”. Po kilku tygodniach trzymania się teorii o złamanym kręgosłupie całą uwagę przenieśliśmy na problem zaburzeń odżywiania. Moje dolegliwości nasilały się z każdym dniem. Nie jadłam i byłam tak słaba, że trzeba było mi pomóc, abym mogła wstać i przejść kilka kroków. Jeśli coś zjadłam, natychmiast wymiotowałam z bólu. Żółcią, krwią, wodą. Karetkę wzywaliśmy kilka razy, o każdej porze dnia i nocy. Liczne badania nie potrafiły wskazać, co mnie tak naprawdę powoli wykańcza.

Przez całe swoje dotychczasowe życie wzięłam łącznie może jedno opakowanie tabletek przeciwbólowych. No, może dwa, jeśli liczyć okres, kiedy chorowałam na wspomniane wcześniej silne zapalenie układu moczowego, także wywołane diabulimią. Teraz, zaledwie w trzy miesiące, wzięłam tych leków kilkanaście, jeśli nie kilkadziesiąt razy więcej.

Nie licząc przeciwbólowych środków w kroplówkach, które pomagały na zaledwie kilka godzin. Codziennie, nie jedząc praktycznie nic, wrzucałam do żołądka mieszankę kilku tabletek, w wysokiej dawce i o zróżnicowanym działaniu, żeby chociaż przez chwilę nie czuć bólu. 10–15 tabletek dziennie. W pewnym momencie było mi tak ciężko, że ze szpitala w Berlinie zadzwoniłam do rodziców do Polski i dosłownie zegnałam się z nimi przez telefon. Pomimo obostrzeń wynikających z pandemii poprosiłam, żeby chociaż na dwa dni przyjechali do Berlina. Bałam się, że mogę ich już nigdy więcej nie zobaczyć. Byłam w takim stanie, że uważałam, że mogę już tylko umrzeć. Nie byłam w depresji, chciałam żyć, ale nie wyobrażałam sobie trwania w takim bólu.

Byłam przekonana, że jeszcze przed świętami umrę. To, co wtedy mówiłam na temat swojego stanu, nie było użalaniem się nad sobą. Było tym, co faktycznie czułam.



To, że jeszcze jakoś się trzymałam, to zasługa mojego obecnie już męża. Wspierał mnie najlepiej jak umiał, chociaż teraz już wiem, jak bardzo moja choroba wykończyła też jego. Zgotowałam mu nie lżejszy los niż samej sobie. Mimo to on zaciskał zęby i robił to, czego ja nie umiałam zrobić wtedy sama – sprzątanie moich wymiocin, mycie mnie... Zajmował się całym domem, a przy okazji pracował, słuchając moich krzyków i płaczu, gdy już nie byłam w stanie znieść bólu. Płakałam i wyłam całymi dniami, a on siedział w pokoju obok i płakał z poczucia bezsilności. Mówił, że nie wyobraża sobie, że mnie nie będzie, a ja każdego dnia, coraz słabsza i z poczuciem, że niewiele mi zostało, prosiłam tylko o to, by o mnie nigdy nie zapomniał. Byłam przekonana, że jeszcze przed świętami umrę. To, co wtedy mówiłam na temat swojego stanu, nie było uzalaniem się nad sobą. Było tym, co faktycznie czułam.

W końcu postawiliśmy wszystko na jedną kartę. Uznaliśmy, że są to zaburzenia odżywiania plus bóle psychosomatyczne. Logika naszego rozumowania była następująca: ponowne leczenie insuliną zaburzyło moje myślenie do tego stopnia, że mój umysł podświadomie próbował pozbyć się każdego dostarczanego do organizmu jedzenia, powodując ból żołądka i wieczną potrzebę wymiotów. Pod koniec listopada trafiłam do kliniki leczenia chorób psychosomatycznych. Spędziłam trzy tygodnie na oddziale, gdzie jadłam regularnie i uczestniczyłam w różnego rodzaju zajęciach terapeutycznych dla osób z zaburzeniami odżywiania. Większość dnia czułam się dobrze, ale wieczory były nie do zniesienia z powodu powracających codziennie bólów brzucha, wymiotów i biegunek. Ważyłam 60 kilogramów przy wzroście 188 centymetrów. Można sobie wyobrazić, jak wyglądało moje zniszczone chorobą ciało. Ale gdy patrzyłam w lustro, lubiłam te odstające kości, lubiłam całą moją sylwetkę, która w końcu była idealna. Wiedziałam jednak, jakim cierpieniem okupiony jest mój wygląd. Jedyne, czego pragnęłam, to powrót do zdrowia. Pamiętam, że któregoś dnia w klinice powiedziałam sama do siebie, że

Ważyłam 60 kilogramów przy wzroście 188 centymetrów. Można sobie wyobrazić, jak wyglądało moje zniszczone chorobą ciało. Ale gdy patrzyłam w lustro, lubiłam te odstające kości, lubiłam całą moją sylwetkę, która w końcu była idealna. Wiedziałam jednak, jakim cierpieniem okupiony jest mój wygląd. Jedyne, czego pragnęłam, to powrót do zdrowia.

chcę być zdrowa, nawet jeśli moje ciało się zmieni i już nigdy nie będzie tym wysnionym. Mogłam przytyć, byleby tylko ból i cierpienie minęły. Po raz pierwszy od kilku lat dopuściłam do siebie myśl, że nie muszę być ekstremalnie wychudzona.

Ponieważ ból wieczorami i nocami był nie do zniesienia, a nie dostawałam leków przeciwbólowych, radziłam sobie ze swoimi dolegliwościami na wszystkie możliwe sposoby. Odkryłam, że ciepło termoforu pozwala mi zasnąć i przespać w spokoju większą część nocy. Poprosiłam pielęgniarkę o jeden z termoforów. Codziennie przed snem szłam do czajnika po gorącą wodę, po czym kładłam się do łóżka z moim nowym wybawicielem.

Któregoś ranka obudziłam się z wielką czerwoną plamą na prawej piersi. Uznałam, że to ślad po termoforze. Nie myliłam się, ale ślad zmienił się szybko w pęcherz. To było poważne poparzenie. Jak mogłam tego nie poczuć? Jak mogłam się nie obudzić? Powiedziałam o tym w domu, a wtedy znów interweniowała najbliższa mi osoba – mój obecny mąż. Początkowo nie dowierzając, zaczął czytać o polineuropatii i braku czucia u diabetyków. Wszystko się zgadzało. Niemożliwe jest przecież, żeby poparzyć się gorącą wodą i tego nie poczuć, szczególnie w okolicy biustu, gdzie skóra jest tak delikatna. Ja jednak spałam wtedy jak kamień i nie czułam nic, właśnie ze względu na uszkodzone zakończenia nerwów.

Wróciłam skruszona do neurochirurga, który kilka miesięcy wcześniej stwierdził u mnie polineuropatię. Podtrzymał swoją diagnozę, a historia z poparzeniem tylko go w niej utwierdziła. Drugi raz dostałam leki. Tym razem miałam je przyjmować w innej dawce i o innych porach. Świadoma tego, że to moja jedyna i być może ostatnia szansa, zaczęłam leczyć się z powodu neuropatii.

Odrodzenie w 2021

Wraz z postępem leczenia neurologicznego wracałam do żywych. Diagnoza polineuropatii cukrzycowej od początku była trafiona. Żałuję, że ją kwestionowałam i szukałam przyczyn moich problemów gdzie indziej.

Obecnie staram się jeść zdrowo i racjonalnie. Teorię, którą znam na pamięć, próbuję przekuć na praktykę. Cały okres wychodzenia z polineuropatii

mogę opisać jako regularne przyjmowanie insuliny i bardzo dobre cukry. Dodatkowo przez cały czas się suplementuję. Staram się pamiętać o tym, że mam jedno życie, którego o mały włos, przez chore odchudzanie się, nie straciłam.

Niestety muszę też przyznać, że wiem i widzę po sobie, że wyjście z zaburzeń odżywiania będzie niezwykle długą i mozolną pracą. Kilka miesięcy po tym, jak bóle odpuściły i wróciłam do żywych, przestałam dbać o siebie ponad normę. Moja glikemia nieco się popsowała, moje menu nie jest już tak ścisłe i zdrowe jak na początku, ale wiem, że trochę też na tym polega życie – na czerpaniu z niego przyjemności i niebyciu idealnym. I to jest właśnie jeden z elementów leczenia, którego boję się równie mocno jak zmian wagi.

Diabulimia zaprowadziła mnie na skraj, z którego powoli odchodzę w bezpiecznym kierunku. Oczywiście wciąż boję się tycia, chociaż to właśnie powrót do proporcjonalnej do mojego wzrostu wagi pozwala mi na pełny powrót do zdrowia. Mimo to wciąż czuję obawy za każdym razem, gdy stoję na wadze, i źle reaguję na każdy dodatkowy gram. Zniszczona psychika jeszcze długo nie da mi o sobie zapomnieć. Nadal nie widzę w lustrze tego, co widzą inni. Nadal porównuję swoje ciało, a także całe swoje życie, umiejętności i osiągnięcia do ciał, żyć, osiągnięć i umiejętności innych osób. Przez większość czasu czuję się niedowartościowana i stan ten zmienia się tylko na moment, gdy ktoś prosto w twarz powie mi coś dobrego na mój temat.

Dzisiaj jednak już wiem, że ten niezwykle krytyczny stosunek do siebie to także efekt zaburzeń odżywiania. Wiem, że nie zniknie on samoistnie – przede mną jeszcze ogrom pracy nad sobą. Zaczęłam od glikemii i od jedzenia, chociaż i tu wiele jest do zrobienia. Bywają dni, kiedy dosłownie nie umiem oderwać się od jedzenia, a jednocześnie w środku umieram na myśl o kolejnych dawkach insuliny i o tym, że wszystkie moje ubrania staną się na mnie za ciasne. Na szczęście wiem też, że równie mocno jak na odpowiedniej diecie, muszę skupić się na swoich schematach myślenia. Cieszę się, że ten proces zdrowienia na wielu frontach w końcu się rozpoczął.

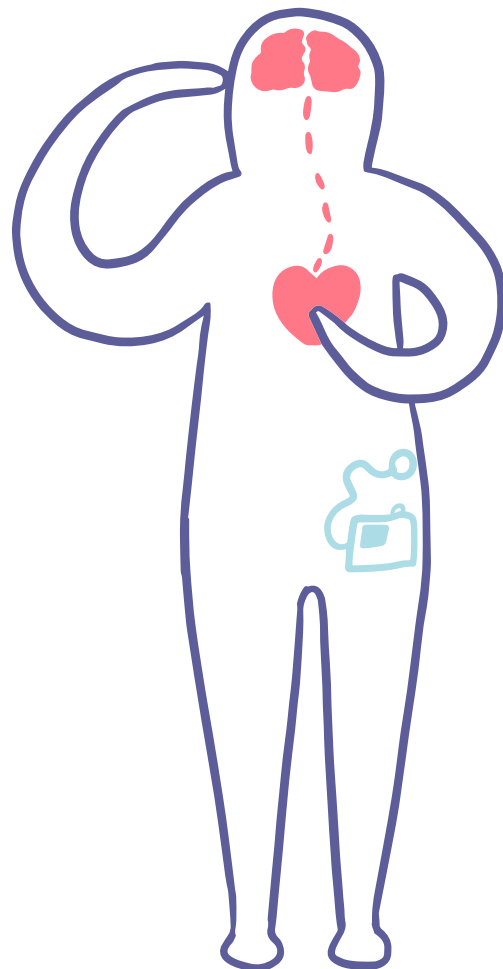


7

Emocje, emocje, emocje

Emocje towarzyszące diabulimii

W diabulimii, podobnie jak w anoreksji czy bulimii, nie chodzi głównie o jedzenie, nie chodzi też wyłącznie o atrakcyjny wygląd. Przede wszystkim chodzi o emocje. Kompulsywne objadanie się to metoda regulowania uczuć. Emocjami, z którymi najczęściej nie umiemy sobie poradzić inaczej, jak poprzez zajadanie ich aż do bolesnego przejedzenia się, są: strach, złość i smutek. Cały paradoks polega na tym, że najczęściej nie zdajemy sobie z tego sprawy.



Tę niepokojącą zależność, że po jedzeniu sięgamy wówczas, kiedy psychicznie czujemy się niekomfortowo, zaczynamy dostrzegać dopiero na etapie leczenia, podczas terapii. Zauważenie tego może być punktem zwrotnym w drodze do zdrowienia.

W czasie chorowania na diabulimię wydaje nam się, że nasze problemy z jedzeniem wynikają z:

- ✓ cukrzycy,
- ✓ nadwagi,
- ✓ niewystarczająco dobrego wyglądu,
- ✓ nadmiernego apetytu,
- ✓ łakomstwa,
- ✓ braku silnej woli.

Będąc w szponach choroby, skupiamy się nie na emocjach, a właśnie na jedzeniu i wyglądzie. Przyczyną problemów wydaje się nasza powierzchowność – nie taka, jakiej byśmy sobie życzyli, nie taka, jaką promują współczesne kanony piękna.

Rozpoznać swój stan emocjonalny, swoje potrzeby wcale nie jest łatwo, szczególnie młodemu człowiekowi. Znacznie łatwiej skupić mu się na ciele, tym bardziej że zewsząd ma przecież podpowiedzi, jakie to ciało powinno być. Ciało można zważyć, zmierzyć, „opakować”, i na tej podstawie stwierdzić, czy pasuje do jakiegoś schematu, czy nie. Nadmierne skupienie się na wyglądzie i masie ciała, próba przejęcia nad nimi kontroli, to próba przejęcia kontroli nad własnym życiem, bo teoretycznie nad jedzeniem, wyglądem i tym, ile ważymy, kontrolę mamy. Do czasu – działa to tylko wtedy, gdy ta koncentracja nie przerodzi się w obsesję, jak to ma miejsce w zaburzeniach odżywiania.

**W diabulimii, podobnie jak
w anoreksji czy bulimii,
nie chodzi głównie
o jedzenie, nie chodzi
też wyłącznie
o atrakcyjny wygląd.
Przede wszystkim
chodzi
o emocje.**



Komentarz psychologa

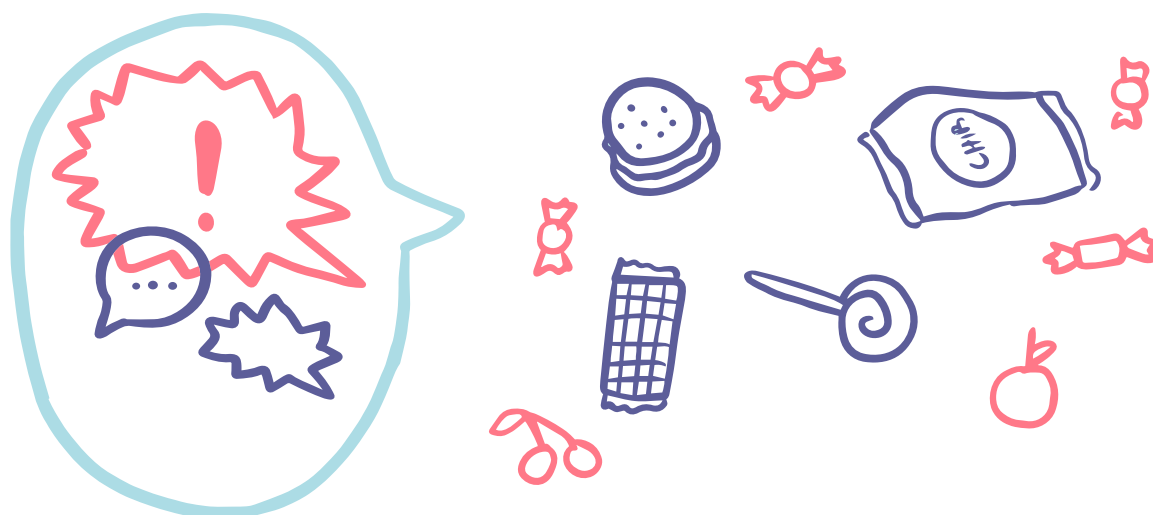


Jedzenie jest jednym z pierwszych doświadczeń w życiu człowieka. Jest też rodzajem komunikacji. Karmienie niemowlęcia to z jednej strony spełnianie potrzeb fizjologicznych, z drugiej – kształtowanie pierwotnego poczucia bezpieczeństwa, miłości, więzi, bliskości.

Dlatego indywidualne zwyczaje żywieniowe obowiązujące w danej rodzinie pełnią rolę również psychologiczną. Gdy lekarz zaleci, aby zrezygnować z pewnych potraw lub przestrzegać diety, może to zostać podświadomie odebrane jako zagrożenie. Szczególnie w sytuacji, gdy jedzenie było pociechą mającą zastąpić inne potrzeby.

Czynność jedzenia pozwala na podwyższenie nastroju dzięki wydzielaniu serotoniny podwzgórzowej. W konsekwencji smutek, stres i samotność można łatwo i szybko ukoić słodyczami. Jedzenie obniża napięcie, uspokaja, rozładowuje zarówno przyjemne, jak i nieprzyjemne emocje. Z kolei odmawianie sobie jedzenia to bardzo często podświadoma potrzeba uchronienia się przed rozwojem, przed dorosłością i odpowiedzialnością. Osłabiając swoje ciało, chcemy zredukować stawiane nam oczekiwania.

Psychologiczne funkcje jedzenia same w sobie nie są niczym patologicznym, stają się takie w sytuacji, gdy są podstawową lub jedyną umiejętnością radzenia sobie z zaspokajaniem potrzeb. Sposób jedzenia tworzy bowiem określony schemat zachowań, reakcji i dominujących emocji.



Nadmierna koncentracja na jedzeniu – co to właściwie oznacza?

Cechą wspólną dla większości osób dotkniętych zaburzeniami odżywiania jest zwiększona koncentracja na jedzeniu. Bardzo dobrze widać to na przykładzie opowiedzianej wyżej historii Oli, w której jak w soczewce kumulują się zachowania typowe dla zaburzeń odżywiania:

- ✓ znajomość zasad poszczególnych diet odchudzających,
- ✓ znajomość (na pamięć) wartości kalorycznych produktów,
- ✓ duża świadomość żywieniowa,
- ✓ czerpanie przyjemności z czytania książek kucharskich, oglądania programów kulinarnych,
- ✓ skłonność do eliminowania niektórych składników pokarmowych (cukrów prostych, mięsa, glutenu, glutaminianu sodu, laktozy itp.).



W przypadku osób z cukrzycą do zachowań wskazujących na predyspozycje do zaburzeń odżywiania można dodatkowo zaliczyć nadmierne skupianie się na samokontroli cukrzycy, czego przykładem mogą być:

- ✓ skrupulatne obliczanie wymienników węglowodanowych i białko-tłuszczowych,
- ✓ przesadne analizowanie składów produktów pod względem ich wpływu na glikemię,
- ✓ precyzyjne odważanie składników pokarmowych,
- ✓ paraliżujący strach przed pomyłką w obliczeniach, ponieważ przełoży się to na nieprawidłową glikemię.

W przypadku osoby dotkniętej zaburzeniami odżywiania koncentrowanie się na jedzeniu nie wynika z samego interesowania się tą tematyką. W końcu nie ma przecież nic zdrożnego w oglądaniu programów kulinarnych. Tutaj jednak chodzi o coś więcej – o poczucie kontroli nad jedzeniem. Zdobywanie wiedzy o żywieniu, studiowanie przepisów oraz znajomość różnego rodzaju diet odchudzających dają nam złudne poczucie, że nad czymś panujemy. Czytanie o jedzeniu, mówienie o jedzeniu, słuchanie o nim potrafi przynosić spokój i ukojenie, szczególnie w odniesieniu do cukrzycy, której prawidłowe wyrównanie w dużym stopniu zależy właśnie od diety.



Komentarz psychologa



Zaburzenia odżywiania charakteryzuje podstawowy błąd poznawczy, który dotyczy przeceniania znaczenia figury, wagi i jedzenia. Prawie wszyscy nastolatki skupiają się na swoim wyglądzie i obawiają się choroby oraz jej wpływu na ich wygląd i wagę. Kontrolowanie jedzenia w cukrzycy, czyli coś, co wydaje się łatwe do opanowywania i kluczowe w terapii, może niepostrzeżenie przerodzić się w zaburzenia odżywiania. Nadmierna koncentracja i ocena skupia się na figurze i wadze – nastolatki rozwojowo poświęcają uwagę szczególnie tym aspektom, których w sobie nie lubią. Wielu nastolatków porównuje się z innymi, a czyni to w taki sposób, który prowadzi do wniosku: *jestem nieatrakcyjny, jestem gorszy*. Taki sposób wnioskowania wpływa na relacje społeczne – jest ich mniej i są coraz bardziej zagmatwane, a to nasila nadmierną kontrolę jedzenia, bo jest ona w zasięgu i daje poczucie zwycięstwa, wrażenie samokontroli. Nasila to jednak coraz bardziej skrajne dążenia do trzymania się restrykcyjnych diet.

Nadmierna kontrola generuje nadmierne napięcie, które czasami może być rozładowane nadmiernym objadaniem się. Badania wskazują, że napadowe objadanie się występuje w różnych typach zaburzeń odżywiania, a epizody te występują najczęściej jako konsekwencja stosowania restrykcyjnych diet. Jedna z nastolatek z cukrzycą, która co jakiś czas ma napad objadania się, powiedziała mi, że objadanie pomaga się jej uspokoić.

Takie zachowanie coraz bardziej ogranicza inne aktywności. Często nieświadomie wspierane jest ono przez rodziców, lekarzy i rówieśników – nastolatek słyszy od nich pochwały na temat wyglądu i umiejętności kontrolowania swojej diety. To uwikłanie, owo ciągłe skupienie na jedzeniu i sposobie odżywiania się prowadzi do ogólnego osłabienia koncentracji uwagi, nasilenia cech obsesyjnych i niezdolności do podjęcia decyzji. Osoba nie zauważa, jak bardzo staje się zniewolona. Oznaki są początkowo niepozorne – jedzenie w domu staje się utrudnione, a poza domem może być zupełnie niemożliwe. Spożywanie posiłków w sytuacjach społecznych może być bardzo stresujące – rozmaite uroczystości przeżywane są czasami jeszcze na wiele dni przed tym, kiedy się wydarzą, i odbierane są jako nadchodzący koszmar.

Świat w czarno-białych barwach

Jak po epizodzie obżarstwa czuje się osoba, która najbardziej na świecie chce panować nad jedzeniem? To bardzo trudny temat... Wstyd i poczucie winy to jedno – te emocje wydają się dość oczywiste. Ale jest też inna rzecz, bardzo charakterystyczna dla bulimii i diabulimii. Dzień, w którym nastąpił epizod obżarstwa, uważa się za dzień stracony, dzień, który już się nie liczy, który trzeba tylko przeczekać.

Osoba dotknięta diabulimią nie myśli w ten sposób, że skoro zjadła za duży obiad, to po prostu dla zbalansowania sytuacji zje mniejszą kolację albo zupełnie z niej zrezygnuje. Nie. Skoro w czasie obiadu nastąpiło „załamanie”, odejście od narzuconych sobie zasad, ten dzień został już spisany na straty. Można jeść do oporu, można nie brać insuliny, nie ma co wychodzić na spacer czy zmuszać się do jakiegokolwiek aktywności. Prawdziwe życie i tak zacznie się dopiero jutro, z czystą kartą.

Prawda jest jednak taka, że idealne jutro nie nadchodzi nigdy. Bo każdego „jutra” zdarza się coś, co nas wytrąca z równowagi. Chociażby taka hipoglikemia, której nikt nie planował. I konieczność wypicia czegoś słodkiego, i wilczy głód, który sprawia, że zupełnie niepotrzebnie sięgamy jeszcze po słodki wafelek, choć cukier już wrócił do normy. Czy to zbrodnia? Dla osoby z diabulimią tak. Po takim błędzie, po takim odejściu od zasad nie ma co się już dalej starać, ten dzień i tak jest stracony. Może jutro...

Taki sposób myślenia i działania określić można jako „wszystko albo nic”. Owo „wszystko” może być różne w zależności od osoby. Dla jednej celem będzie spożywanie każdego dnia pięciu zdrowych posiłków, dla innej – całodniowa głodówka „na początek nowego życia”. „Nic” to obżarstwo i całkowita utrata kontroli nad sobą. Problem w tym, że im dłużej trwa diabulimia i im bardziej jest nasiloną, tym rzadziej zdarza nam się „wszystko”, a kolejne dni przebiegają pod znakiem „nic” – dni bezpowrotnie straconych, dni siejących spustoszenie w ciele i psychice.

Osoba dotknięta diabulimią nie dopuszcza do siebie myśli, że może być „średnio dobrze”, „w miarę okej”, „tak sobie”. Takie pojęcia w jej głowie nie funkcjonują, przynajmniej w odniesieniu do własnej osoby. Może być albo idealnie, albo wcale. Dwa przeciwległe bieguny. Im bardziej dąży do swoich ideałów, które – powiedzmy sobie szczerze – są nierealne do osiągnięcia,

**Dzień, w którym nastąpił
epizod obżarstwa, uważa się
za dzień stracony, dzień,
który już się nie liczy, który
trzeba tylko przeczekać.**

**Można jeść do oporu,
można nie brać insuliny,
nie ma co wychodzić na spacer
czy zmuszać się do jakiegokolwiek
aktywności. Prawdziwe życie
i tak zacznie się dopiero jutro,
z czystą kartą.**



tym bardziej wpada w przeciwległą otchłań, która z tą doskonałością nie ma nic wspólnego.

Dopiero na etapie leczenia okazuje się, że życie tak naprawdę toczy się pomiędzy tymi skrajnościami, że ma ono różne odcienie szarości i że w tych szarościach trzeba nauczyć się funkcjonować. W trakcie wychodzenia z diabulimii trzeba zatem nauczyć się nie tylko nowego podejścia do jedzenia oraz niełączenia jedzenia z emocjami, ale także należy zmienić swoje patrzenie na świat. Trzeba nauczyć się innych schematów funkcjonowania, bo zasada „wszystko albo nic” zupełnie się nie sprawdza. Postrzeganie świata

w czarno-białych barwach oraz fakt, że dla osoby z diabulimią rzeczywistość znacznie częściej jest bliższa czerni niż bieli, ma swoje konsekwencje dla naszych emocji. Jeśli u podłoża zaburzeń odżywiania faktycznie leży niska samoocena, to niepowodzenia w zakresie

redukcji masy ciała drastycznie tę samoocenę obniżają. U osób z zaawansowaną diabulimią owe porażki mają miejsce codziennie – ograniczanie insuliny czy całkowite pomijanie jej dawek nierzadko odbywa się właśnie każdego dnia. Objadając się i doświadczając znacznych hiperglikemii, nie sposób czuć się dobrze fizycznie. Obwiniając się za obżarstwo, brak silnej woli, niedbanie o siebie, nie można poczuć się dobrze psychicznie. To całkiem spory paradoks, że robimy coś po to, żeby ładnie wyglądać i bardziej siebie lubić, a w konsekwencji wyglądamy coraz gorzej i lubimy siebie coraz mniej.

Kolejnym emocjonalnym skutkiem diabulimii jest nieumiejętność życia tu i teraz. To ciągłe uciekanie myślami w przyszłość – jak to będzie, kiedy zapanuję nad jedzeniem, kiedy schudnę, kiedy osiągnę wymarzoną wagę. Osoba nie daje sobie prawa do cieszenia się tym, co ma, dopóki w swoim wyobrażeniu jest za gruba. Chorując na diabulimie, tracimy nie tylko wiarę w siebie i szansę na życie bez powikłań cukrzycy, ale także lata swojego młodego życia.

Niestety zaburzenie takie jak diabulimia zmienia sposób patrzenia na siebie. Ciało staje się wrogiem, bo niedostatecznie atrakcyjne.

Brak szacunku do swojego ciała

Choroba przewlekła, jaką jest cukrzyca, powinna skłaniać nas do dbania o swoje ciało. Dbania w sensie opiekowania się nim, obchodzenia z miłością, szanowania. Przecież to ciało jest osłabione, a więc wymaga codziennego wsparcia – bez insuliny podawanej z zewnątrz nie przeżyje.

Niestety zaburzenie takie jak diabulimia zmienia sposób patrzenia na siebie. Ciało staje się wrogiem, bo niedostatecznie atrakcyjne. Nie zasługuje zatem na troskę, na odpoczynek, na szacunek. Nie zasługuje na nic, bo nie spełnia podstawowego kryterium, jakim jest wymarzona sylwetka. Tutaj znowu dochodzi do głosu myślenie w kategorii „wszystko albo nic”. Skoro ciało nie jest idealne, nic mu się nie należy. Nawet insulina...



Objadanie się i niebranie insuliny to dla ciała prawdziwa tortura. Rozepchany żołądek, ciągła suchość w ustach z powodu hiperglikemii, częste oddawanie moczu, odwodnienie, niewyspanie z powodu wstawania w nocy do toalety, zaburzenia elektrolitowe, kwasica, zajady w kącikach ust, ziemista cera, podkrążone oczy... W nasilonej diabulimii ani nie wyglądamy, ani nie czujemy się dobrze. Często prezentujemy się wręcz okropnie, bo nawet młoda skóra nie wygląda korzystnie, kiedy organizm jest permanentnie odwodniony, a noce są nieprzespane z powodu ciągłego biegania do toalety.

Ów brak szacunku do swojego ciała w diabulimii widać szczególnie właśnie dlatego, że konsekwencją mogą być zaawansowane powikłania cukrzycy, z czego większość osób chorujących tak naprawdę zdaje sobie sprawę. Prawdopodobnie w przypadku anoreksji czy bulimii ta świadomość negatywnych skutków choroby na organizm jest mniejsza.

Chorując na cukrzycę, zdajemy sobie sprawę z ryzyka, jakie niesie za sobą niebranie insuliny. Cały paradoks polega na tym, że wolimy, aby ciało było szczupłe niż zdrowe.

Wstyd, że muszę jeść

Małgorzata



Pamiętam, jak kiedyś wsiadłam do metra i zobaczyłam dziewczynę, którą w najlepsze jadła wielkiego hamburgera. Byłam w szoku. Nie potrafiłam zrozumieć, jak w tłumie ludzi można jeść coś tak niezdrowego, jak można PRZY LUDZIACH jeść z apetytem i przy tym tak bardzo zwracać na siebie uwagę (zapach tego hamburgera wypełniał cały wagon metra). Żeby była jasność – nie zbulwersowało mnie to, że ktoś je w metrze. Uderzyło mnie to, że ktoś je i się tego nie wstydzi. To było już w czasie mojej terapii związanej z zaburzeniami odżywiania. I dopiero w tamtym momencie dotarło do mnie to, co siedziało we mnie przez lata. Jak bardzo wstydziłam się tego, że jestem głodna, nawet jeśli to był najbardziej zdrowy i fizjologiczny głód; jak bardzo wstydziłam się tego, że mam apetyt, że coś mi smakuje, że chętnie zjadłabym dokładnie...

Teraz już wiem, kiedy zaczęłam się wstydzić – wtedy, gdy zaczęły pojawiać się pierwsze uwagi na temat mojego wyglądu. Uwagi od mamy. Nie chcę w ten wątek wchodzić za głęboko, mama do dzisiaj uważa, że chciała dla mnie dobrze. Ja jestem w stanie uwierzyć, że chciała dobrze. A wyszło, jak wyszło.



Na cukrzycę zachorowałam w wieku 13 lat. Czas dojrzewania. Insulinoterapia. Ciało się zmieniało. Nie dość, że nikt mi nie pomógł tych zmian zaakceptować, to jeszcze były one wytykane palcami. Wizyty w poradni diabetologicznej zaczynały się od stawiania na wadze. Temat moich kilogramów pojawiał się w domu coraz częściej. Zauważyłam, że mama nie dość, że bardzo skrupulatnie odważa mi jedzenie, to jeszcze pilnuje, żebym nie dojadła. Zaczęłam czuć presję związaną z tym, że bywam głodna. Zaczęłam odczuwać wstyd, że jem obiad i ten obiad mi smakuje.

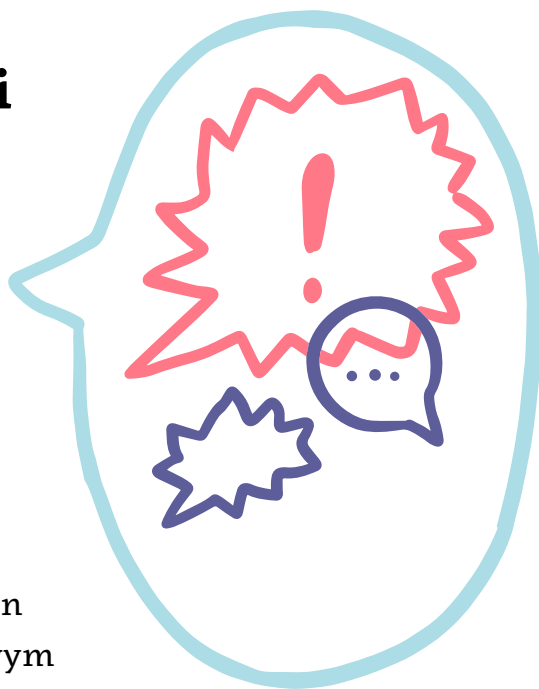
W taki niewinny sposób, krok po kroku, wszystkie kwestie związane z jedzeniem zaczęły wiązać się z konkretnymi emocjami, takimi jak wstyd, upokorzenie, bezsilność, strach przed krytyką. Dzisiaj wiem, że głód to fizjologiczny sygnał organizmu, choć przez lata myślałam, że to objaw słabości i powód do wstydu. Przez cały czas chorowania na diabulimie w mniejszym lub większym stopniu wstydziłam się tego, że jem. Nie oznacza to, że zupełnie nie jadłam przy ludziach – aż tak silna nie byłam. Ale każdy posiłek wiązał się z całą lawiną mniej lub bardziej niekomfortowych uczuć. Nawet gdy byłam w gronie znajomych, którzy – wiem to dopiero dzisiaj – zupełnie nie zwracali uwagi na mój wygląd, to i tak cały czas czułam się oceniana, że jem za dużo, że jem rzeczy niezdrowe, że jestem za gruba itd. Ciągłe porównywałam się do innych, sprawdzałam, kto je więcej, kto mniej, zastanawiałam się, jak to możliwe, że ktoś w moim przekonaniu zjada dużo i zupełnie się tym nie przejmując, jakim cudem ktoś grubszy ode mnie może ze spokojem i bez żadnego wstydu i tłumaczenia się zamówić sobie pizzę. Ja się wstydziłam bardzo i nie rozumiałam, że inni mogą tego wstydu nie odczuwać.

Dla mnie w tamtym okresie jedzenie nie było jedzeniem, czyli rodzajem paliwa dla organizmu. Było próbą dla mojego charakteru. Czy jestem na tyle silna, że mu nie ulegnę, czy wręcz przeciwnie – jestem słaba i to ono będzie miało nade mną kontrolę. Czy uda mi się wytrwać w moich postanowieniach i będę z siebie dumna, czy jednak ulegnę apetytowi i po raz kolejny przekonam się, że jestem beznadziejna.



Głos wewnętrznej krytyki

Diabulimia sprawia, że patrzymy na siebie w sposób niezwykle krytyczny. W pierwszej kolejności dotyczy to wyglądu, ale z czasem ten wewnętrzny krytyk rozciąga się na inne aspekty życia. Osoba cierpiąca na zaburzenia odżywiania w typie diabulimii jest z siebie ciągle niezadowolona, a nawet jeśli uda się jej odnieść jakiś sukces, to sama przed sobą go umniejsza, bo żaden sukces nie może przecież być prawdziwym powodem do radości, skoro jest się wciąż zbyt grubym. Zaburzenie odżywiania czyni życie uboższym, ponieważ człowiek koncentruje się tylko na masie ciała, nieustannie myśli o swojej wadze, o tym, jak ją zredukować oraz wizualizuje sobie, jak będzie wspaniale, kiedy już schudnie. Wszystko, co dobre, wydarzy się dopiero gdy...



Małgorzata



Niezależnie od tego, jak wyglądałam (pewnie raz lepiej, raz gorzej), ile komplementów usłyszałam, ile zapewnień, że przecież wyglądam normalnie i nie jestem wcale gruba – nie byłam w stanie w to uwierzyć. Swoje wiedziałam i byłam na tym kompletnie zafiksowana. Widziałam swoje niedoskonałości, a nie widziałam nic pozytywnego. Zaczęło się od niedoskonałości ciała, a przeszło w jedną wielką niedoskonałość – cała byłam „nie taka”. Ale żeby to zmienić, należało schudnąć, a skoro nie potrafiłam schudnąć, to wszystko, co działo się w moim życiu, było nieważne i bez sensu. Wtedy oczywiście tego nie rozumiałam. Dopiero dzisiaj, z perspektywy długiego czasu widzę, jak zaburzenie odżywiania wyszło daleko poza jeżdenie, masę ciała, cukrzycę... Jak zaważyło na całym moim nastoletnim i wczesno dorosłym życiu.

Kontrola masy ciała jako rodzaj obsesji

Choć dla osoby cierpiącej na diabulimię masa ciała jest przyczyną frustracji, niezadowolenia z siebie, a często nawet i łez, nie unika ona ciągłego weryfikowania wskazań wagi łazienkowej. Ale czyni to tylko w samotności i na własny użytek. Ważenie się w gabinecie lekarza jest koszmarem, natomiast ważenie się we własnej łazience – swego rodzaju rytuałem, przestrzegany skrupulatnie, często każdego dnia.

Małgorzata



Pamiętam, że ważyłam się codziennie rano. Po nocy spędzonej w hiperglikemii, w czasie której wstawałam wielokrotnie do toalety, bardzo często zdarzało się, że waga pokazywała pół kilograma mniej niż dzień wcześniej. To był powód do radości i do dumy.

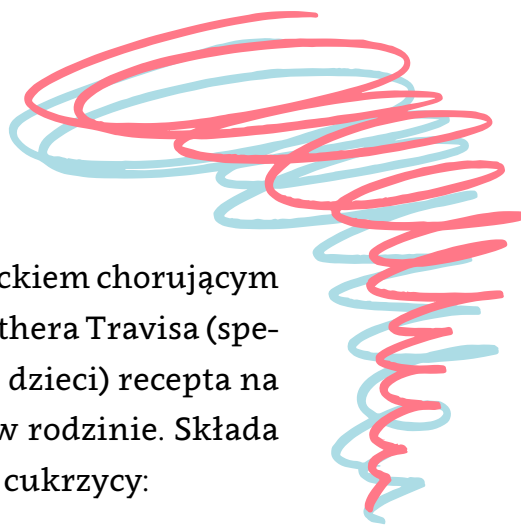
To była nagroda za nieprzespaną noc. To było usprawiedliwienie tego, że tak konsekwentnie niszczyłam swój organizm. Zdarzało się też i tak, że waga rano było o pół kilograma wyższa niż dnia poprzedniego. Wówczas pojawiał się stres i strach, że tracę kontrolę nad swoim ciałem. Bo jak to możliwe, że nie wzięłam insuliny, a przytyłam...?

Myślenie o kilogramach nie kończy się wraz z porannym ważeniem. Jest to temat, który towarzyszy osobie z zaburzeniami odżywiania praktycznie przez cały dzień. Przy czym masa ciała osoby z diabulimią wcale nie musi znacząco odbiegać od normy, a często wręcz się w tej normie mieści. Ale to nie ma znaczenia, bo osoba chora ma swoje wyobrażenie tego, ile powinna ważyć. Jej założenia w tej kwestii są często nierealne. Poprzez masę ciała są też oceniani inni ludzie. Ci szczupli budzą podziw i zazdrość, wydają się też bardziej wartościowi, mądrzejsi, bardziej szczęśliwi, bo przecież mają to coś, o czym my tak bardzo marzymy.

Obsesyjne myślenie o swojej wadze może wiązać się z mniej lub bardziej obsesyjnym myśleniem o jedzeniu. Silna i ciągła potrzeba poruszania tematu diet, odchudzania, ćwiczeń i wszystkiego, co związane z kontrolowaniem swojego wyglądu, a w szczególności wagi, to dla osób chorujących na diabulimię chleb powszedni. Z tego powodu bliscy niekiedy odcinają się od nich, zmęczeni jednym, niekończącym się tematem rozmów. Diabulimicy znają

każdą możliwą dietę, na większości z nich byli. Sposoby na utrzymanie lub zrzućenie nadmiernej w ich mniemaniu masy ciała to ich konik.

Rodzinne pułapki. Spirala trudnych emocji



Problemy, które pojawiają się w rodzinie z dzieckiem chorującym na cukrzycę typu 1 ilustruje napisana przez Luthera Trávisa (specjalisty leczącego przewlekłe choroby nerek u dzieci) recepta na powodowanie problemów psychologicznych w rodzinie. Składa się ona z siedmiu punktów, wszystkie dotyczą cukrzycy:

- 1 Obdarz członka rodziny przewlekłą chorobą – daj ją dziecku;
- 2 Spraw, by choroba miała niejasne pochodzenie – wskaż na jej wrodzony charakter, ponieważ wtedy każdy będzie czuł się winny;
- 3 Spowoduj, aby leczenie zasadnicze dla dobrego stanu chorego było czasochłonne i trudne;
- 4 Uczynić to bolesnym;
- 5 Spraw, by leczenie kłóciło się z normalnym trybem życia, bo wtedy wszyscy będą niezadowoleni;
- 6 Spowoduj, żeby samodyscyplina była podstawą sukcesu w leczeniu, gdyż to wywołuje trudności;
- 7 Włącz w to wszystko wielodyscyplinarny zespół, w którym poszczególni członkowie nie są pewni dróg leczenia i mogą dawać pacjentowi oraz jego rodzinie sprzeczne rady¹.

1 Cyt za: Silink M., Fichna P., *Cukrzyca wieku dziecięcego i okresu dojrzewania*, „Pediatrya Praktyczna” 1997, tom 5, zeszyt 2–3.

Dla większości rodziców diagnoza cukrzycy typu 1 u dziecka nie jest łatwa do zaakceptowania. U 33% matek pojawia się ryzyko depresji, u ojców – elementy stresu pourazowego. Brak perspektywy na wyzdrowienie i ryzyko powikłań, a także konieczność wzięcia współodpowiedzialności za przebieg choroby dziecka stanowią duże obciążenie emocjonalne, powodują permanentne napięcie i w konsekwencji prowadzą do wyczerpania zarówno fizycznego, jak i psychicznego, co objawia się zmęczeniem, drażliwością, smutkiem, złością czy żalem.



Po diagnozie cukrzycy typ 1 rodzice dziecka często funkcjonują jak po traumie. W tym momencie mechanizmem obronnym może stać się zaprzeczenie. Podczas rozmów często słyszę: „To niemożliwe, że moje dziecko jest chore, nie mogę w to uwierzyć”. Zbyt bolesne uczucia bywają blokowane, a uwidaczniają się w zachowaniu, przyjmując formę zniechęcenia. Rodzice są odrealnieni, nie wierzą, że to wszystko dzieje się naprawdę. Przyjmują też postawę typu: „Zobacz, jak umiem kontrolować

twoją cukrzycę! Musisz mnie słuchać, a wszystko będzie dobrze. Zobacz, ja zawsze mam rację”. Znamienne jest to, że tak naprawdę kontrolowany jest nastolatek, który nie tyle źle radzi sobie z cukrzycą, co źle radzi sobie z narzucanymi mu nadmiernymi restrykcjami. Rodzic, przedstawiając w gabinecie diabetologa znakomite cukry dziecka, przejawia dumę z siebie samego, jednocześnie zamrażając swoje prawdziwe uczucia i umniejszając działania nastolatka.

Po upływie pewnego czasu od diagnozy rodzice często skarżą się, że stracili kontakt z dzieckiem, że nie mogą spać, a wszystkie ich myśli i emocje krążą wokół chorego dziecka. To „krążenie” nastolatek odczuwa jako atak lub potężne przeciążenie. W konsekwencji nie pozostaje zbyt dużo przestrzeni na cokolwiek innego. Świat postrzegany jest przez pryzmat cukrzycy i jawi się jako coraz trudniejszy i wrogi. Niezależnie od tego, co osoba z cukrzycą robi lub czego nie robi, wydaje jej się, że życie nie jest takie, jakie chciałyby, żeby było.

BŁĘDEM, KTÓRY CZĘSTO MOŻNA ZAOBSERWOWAĆ W RODZINACH, W KTÓRYCH DZIECKO CHORUJE NA CUKRZYCĘ TYPU 1, TO PRÓBY TOTALNEGO PODPORZĄDKOWYWANIA SIĘ WYMAGAJĄCYM RESTRYKCJOM, ZAMIAST PO PROSTU RACJONALNEGO WDRAŻANIA ZASAD ZDROWEGO ŻYWIENIA.

Błędem, który często można zaobserwować w rodzinach, w których dziecko choruje na cukrzycę typu 1, to próby totalnego podporządkowywania się wymagającym restrykcjom, zamiast po prostu racjonalnego wdrażania zasad zdrowego żywienia. Restrykcjom czasami towarzyszy tendencja do ekstremalnych i negatywnych reakcji na wszelkie przypadki ich łamania. Potknięcia nastolatka we wdrażaniu diety są traktowane jako przestępstwo przeciwko życiu lub zdrowiu i dowód na zupełny brak samokontroli. W rezultacie wszystko to prowadzi do wykształcenia się specyficznego wzorca diety opartego na próbach ograniczania jedzenia i spożywania „idealnych” posiłków, co przerywane jest powtarzającymi się epizodami popełniania usilnie ukrywanych jedzeniowych „przestępstw”. A to już poważny krok w stronę problemu, jakim są zaburzenia odżywiania.

Zaburzenia te w kontekście cukrzycy mają zazwyczaj swoją dynamikę – pierwszym objawem może być rygorystyczna dieta, czasami podejmowana tylko po to, aby w końcu zadowolić osoby znaczące (rodziców, lekarza). Z czasem może pojawić się występowanie napadowego objadania się, bo zbyt sztywne restrykcje w tym momencie rozwojowym są trudne do wytrzymania. Pacjenci z anoreksją lub bulimią mają za sobą historię ośmiu lub więcej lat trwale zaburzonego sposobu odżywiania się, zanim zgłoszą się po pomoc. Dla nastolatka z cukrzycą czas jest szczególnie znaczący – najlepiej, jeśli najbliżsi, lekarze czy pielęgniarki zdążą zauważyć objawy jak najwcześniej.

Pułapka nadmiernej kontroli

Powszechną reakcją emocjonalną na pojawienie się diagnozy potwierdzającej chorobę są:

- **lęk,**
- **niepokój,**
- **poczucie zagrożenia,**
- **złość,**
- **bezradność.**



Lęk może przybierać różne formy: zespołu lęku uogólnionego, nieodróżnionych zaburzeń lękowych i nasilonych objawów lękowych. U nastolatka z cukrzycą może na przykład dominować lęk przed ujawnieniem przed innymi własnej choroby, lęk przed wykonaniem iniekcji, lęk przed hipoglikemią, co objawia się przesadną częstością sprawdzania glikemii, strachem przed pozostaniem samemu w domu, przed podjęciem wysiłku

fizycznego, przed samą insuliną itd. Ciało osoby chorującej na cukrzycę typu 1 przeżywa lęk fizjologiczny chronicznie.

Pacjenci z cukrzycą i ich bliscy często mogą usłyszeć, że cukrzyca wcale nie jest taką straszną chorobą, ponieważ można ją kontrolować; przecież wystarczy wszystko dobrze przeliczyć i zaplanować, a cukier nigdy nas nie zaskoczy. Pacjenci starają się więc zrobić wszystko, by sprostać temu zadaniu. Z czasem okazuje się, że istnieje szereg czynników nieprzewidywalnych, które mają wpływ na poziom cukru we krwi. Odróżnianie tego, co jest kontrolowalne, a co nie jest, wcale nie jest proste ani jednoznaczne. Co więcej, ani sami diabetycy, ani rodzice dzieci z cukrzycą często nie chcą przyjąć do wiadomości, że cukrzyca potrafi sprawiać niespodzianki. To niewygodna perspektywa – bezpieczniej jest trwać w przekonaniu, że mamy nad nią kontrolę. A kiedy życie pokazuje, że jest inaczej, zaczynają się problemy.

Pojawia się poczucie wzajemnego udręczenia, złości na nastolatka i na cukrzycę – granice między osobą a chorobą powoli się zacierają. Rodzic czuje żal, bo w jego przekonaniu dziecko się nie stara (bo np. podjada słodycze). Nastolatek czuje się osaczony przez rodziców, którzy nie tylko monitorują, co je, ale także to, jakie ma cukry. Te nie zawsze mieszczą się w normie, a stąd już tylko krok do oskarżeń o brak starań, nieodpowiedzialność, narażanie się na niebezpieczeństwo. W środku tych nieporozumień bardzo często jest jedzenie oraz nieprawidłowe glikemie, które wynikają przecież z błędów w diecie, choć nie tylko z nich. Kiedy rozmawiam z nastolatkami z cukrzycą, bardzo często słyszę od nich, że słowa lub zachowania bliskich osób – w jakiś sposób dotyczące tematu jedzenia – są bolesne, krzywdzące, ośmieszające lub obraźliwe. Takie doświadczenia także mogą być impulsem do zaburzeń odżywiania, ponieważ w namacalny sposób łączą odżywianie z emocjami.

Warto tu podkreślić, że niepowodzenia w obrębie diety nie biorą się z niczego – są one bardziej prawdopodobne w reakcji na negatywne wydarzenia w życiu codziennym i negatywny nastrój. Z czasem sama dietetyczna porażka i niewyrównane glikemie stanowią impuls do objadania się.

Wsparcie na miarę zdrowia

W rodzinach, w których wychowywane są dzieci z cukrzycą, najczęstszym kłopotem jest nadopiekuńczość lub wzmożona kontrola rodzicielska. W założeniu ma ona służyć wspieraniu chorego dziecka, ale w praktyce często wzmacnia poczucie bezradności oraz nadmierną koncentrację na chorobie. Niemniej brak aktywnego wspierania dziecka w jego chorobie i pozostawienie go samemu sobie z tym problemem to również postawy niebezpieczne. Uruchamiają poczucie osamotnienia, tendencje unikowe oraz negowanie choroby. Zbyt wysoki poziom wsparcia z kolei zabiera poczucie autonomii, a wtedy pojawiają się objawy depresji, poczucie zależności od innych, bezsilności. Wzrost depresji u nastolatka z kolei może wyzwalać lęk i bezradność członków rodziny, a tym samym jeszcze bardziej zwiększać nadopiekuńczość. Bardzo dobrze obrazuje to przysłowie mówiące o tym, że dobrymi chęciami jest piekło wybrukowane.

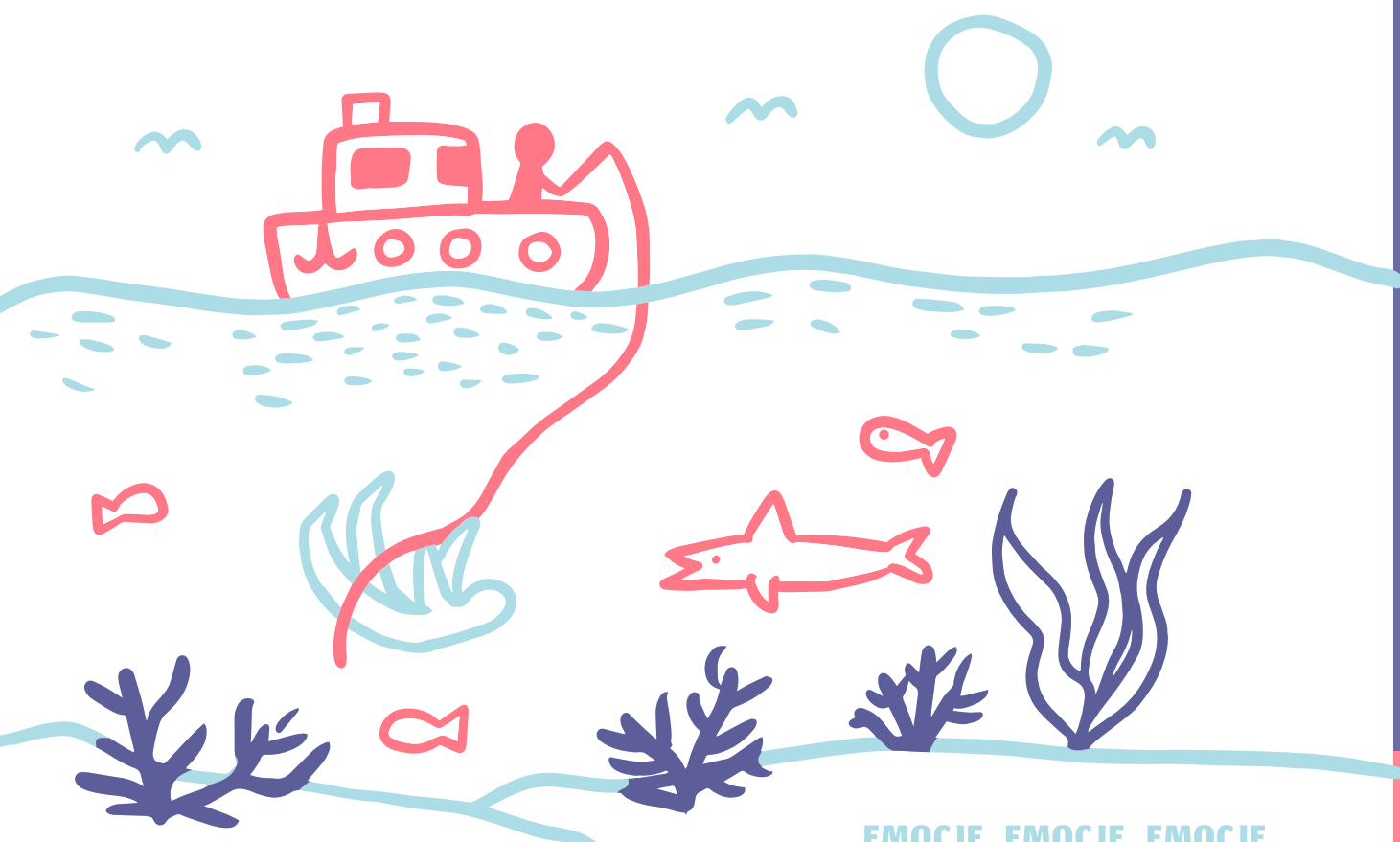
Dlatego tak ważne jest, aby cukrzycę traktować jako chorobę naturalnie bolesną, ale nie traumatyczną. Ta choroba to tylko fragment nastolatka, nastolatek zaś to ktoś więcej niż tylko jego cukrzyca. Choroba nie może go przesłonić ani zbyttno zmieniać jego marzeń, pragnień i codziennych aktywności. Choroba ma się stać tylko okazją do wypróbowywania nowych sposobów zachowania, np. w zakresie wyboru pokarmów, wzorów jedzenia, ubierania się czy sposobu komunikacji w rodzinie. Ma nieść naukę, że w życiu zdarzają się trudne doświadczenia, ale trzeba nauczyć się radzić sobie z nimi.

Szczególne znaczenie dla funkcjonowania całej rodziny dziecka z cukrzycą ma początkowa faza choroby. Wspieranie rodziny w momencie diagnozy może mieć wpływ na to, w jaki sposób przeżywają i myślą o chorobie rodzice, a z dużym prawdopodobieństwem ich przekonania będą również dotyczyć dziecka. Dzieje się tak, ponieważ znaczenia i interpretacje nadawane wydarzeniom i sytuacjom, w których uczestniczy rodzina, osadzone są w jej doświadczeniach społecznych, kulturowych i historycznych.

Silna więź z osobami wspierającymi odgrywa istotną rolę w odbiorze przez nastolatka informacji, czym jest cukrzyca, na czym polega proces leczenia i jakie są tego wszystkie konsekwencje. Wsparcie zwłaszcza o charakterze emocjonalnym może oddziaływać na ocenę doświadczanego stresu i wybór strategii radzenia sobie z codziennymi wyzwaniami. Pozytywną rolę wsparcia przekłada się na lepsze radzenie sobie z trudnościami związanymi z samoopieką i kontrolą objawów cukrzycowych.

Oczywistym jest, że wsparcie dla nastolatków z cukrzycą musi być specyficzne, szczególnie że poczucie niewystarczającego wsparcia często powoduje wspomniane wcześniej unikowe radzenie sobie z chorobą, odizolowanie się, zaniechanie troski o własne zdrowie, zachowania autodestruktywne, okłamywanie siebie i innych. W wielu badaniach podkreślana jest zależność pomiędzy adekwatnością wsparcia a kontrolą glikemii i postępowaniem zgodnym z wytycznymi lekarza.

W takim razie zadajmy sobie pytanie, co właściwie oznacza adekwatne wsparcie. Dla każdego może to być coś zupełnie innego. Testem wsparcia jest jego efekt. Jeśli nastolatek uważa na swą dietę, poświęca czas na aktywność fizyczną i obserwuje glikemię, można wnioskować, że dostaje wsparcie odpowiadające jego potrzebom. Im bardziej buntuje się przeciwko cukrzycy, zaprzecza jej istnieniu, zaniedbuje samokontrolę, tym większe prawdopodobieństwo, że czuje się z chorobą samotny i niepewny.



8

Diabulimia i co dalej...?

Nauka życia od nowa

Jeśli pierwszym przesłaniem tego ebooka jest to, że coś takiego jak diabulimia w ogóle istnieje, to drugim niech będzie ta informacja – jeśli nie chce Ci się żyć z powodu cukrzycy i zaburzeń odżywiania, to chcemy Ci powiedzieć, że tak nie musi być. Że można jeść zdrowo. Można mieć prawidłowe cukry. Nie żyć w strachu o to, co pokaże waga łazienkowa. Nie bać się powikłań. Można po prostu żyć. Bez całego tego jedzeniowego obciążenia.

Diabulimie można przezwyciężyć. Ale jest to proces wymagający wysiłku. Trudny, a nawet bardzo trudny, najczęściej długi, w którym zdarzają się potknięcia. Słowa „wysiłek” i „trud” w dalszej części tego ebooka padną pewnie jeszcze wiele razy. W tym procesie zwątpisz w siebie nie raz. Nie raz popełnisz błąd. Być może zdarzy się, że najesz się aż do bólu brzucha i będziesz wahać się, czy podać sobie insulinę. Tak to po prostu wygląda i raczej nie ma

**Diabulimie można
przezwyciężyć.
Ale jest to proces
wymagający wysiłku.**

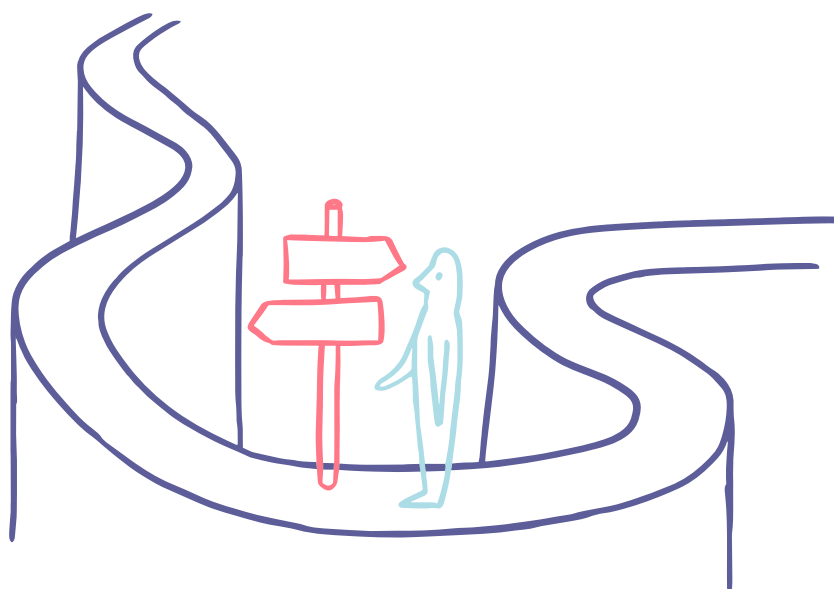
w tym wypadku drogi na skróty. Samo uświadomienie sobie, że ten problem nas dotyczy, to już sukces. Jest to też jednak czubek góry lodowej tego, co musi się zadziać, żeby wrócić do zdrowia psychicznego i fizycznego.

Wychodzenie z diabulimii to niejako uczenie się życia od podstaw. Na nowo trzeba nauczyć się zdrowo jeść, kontrolując przy tym ilość przyjmowanego pokarmu. Na nowo trzeba nauczyć się leczenia cukrzycy, liczenia wymienników węglowodanowych i podawania na nie odpowiedniej ilości insuliny. A przede wszystkim należy zupełnie od nowa opanować rozpoznawanie swoich emocji, a następnie wypracować sposoby radzenia sobie z nimi – inne niż jedzenie.

Moment diagnozy – sytuacja bez wyjścia?

Nasze doświadczenia są zbieżne – zaczęliśmy walczyć z diabulimią w momencie, kiedy poczyniła już ona bardzo poważne spustoszenia w organizmie. Jest to bardzo smutne, ale też niestety bardzo ludzkie – że trzeba stanąć nad przepaścią, by się opamiętać i zrobić pierwszy krok w tył.

Wierzmy, że nie u każdego musi dojść do rozwoju powikłań, jak to było w naszym przypadku. Niemniej same dostrzegłyśmy ten problem dopiero w momencie pojawienia się zaawansowanej polineuropatii oraz retinopatii. To, czego gdzieś tam podświadomie się obawiałyśmy, stało się faktem. Hiperglikemia naprawdę wyniszcza organizm, o czym przecież wszyscy wiemy, ale ponieważ dzieje się to powoli, to ciągle nam się wydaje, że to jeszcze nie ten moment. Ale jednocześnie, w obydwu przypadkach, tak skrajnie trudne doświadczenie stało się impulsem do zmiany. Do odwrotu.



To, że zaczęliśmy szukać pomocy tak późno, po części wynikało z faktu, że nie do końca zdawałyśmy sobie sprawę z tego, co tak naprawdę się z nami działo. To jeszcze jeden powód, by o diabulimii mówić tak samo jak o innych powikłaniach. A może nawet głośniej. Bo o ile rozwój stopy cukrzycowej dla młodej osoby z cukrzycą sam w sobie jest w dzisiejszych czasach stosunkowo mało realny, o tyle diabulimia bądź inne zaburzenia odżywiania są niestety całkiem prawdopodobne.

Małgorzata



Zaburzenia odżywiania, z różną intensywnością, trwały u mnie około 16 lat. W tym czasie nigdy nie pomyślałam, że mam jakiś inny problem niż to, że „nie radzę sobie z cukrzycą”. Wprawdzie wydawało mi się to trochę podejrzanę, że tylu ludzi na świecie żyje z tą chorobą i potrafi ją kontrolować, a ja nie potrafię, ale nie sądziłam, że to może wynikać z czegokolwiek innego niż faktu, że jestem „po prostu beznadziejna”.

To, że nie brałam insuliny, objadałam się, czułam się fatalnie fizycznie (z powodu hiperglikemii) i psychicznie (ze strachu i bezsilności), tłumaczyłam sobie tym, że „cukrzyca mnie przerasta”. Przez te lata miałam kontakt z pięcioma diabetologami, moja hemoglobina glikowana była ciągle dwucyfrowa, nikt nigdy nawet nie zasugerował, że tu nie chodzi wcale o cukrzycę.

W 2007 roku z kwasicą ketonową trafiłam na OIOM diabetologiczny. Jak już trochę oprzytomniałam po podaniu dożylnym insuliny i elektrolitów i zaczęłam tłumaczyć lekarzowi, że to zakwaszenie to dlatego, że zatkało mi się wkłucie od pompy, ten popatrzył na mnie z politowaniem i powiedział: „Dziecko, ty nie masz problemu z cukrzycą, tylko z głową”. Nie chcę brzmieć patetycznie, ale do dzisiaj uważam, że są to słowa, które uratowały mi życie. Może nie od razu, ale dość szybko, przy pomocy psychoterapeuty zrozumiałam, co się ze mną naprawdę działo.

Piszę o tym, żeby podkreślić, że to nie jest wyłącznie „wina” rodziców, lekarzy czy całego naszego otoczenia, które nie dostrzega istoty problemu. Często sam diabetyk nie wie, co się z nim dzieje; działa z premedytacją, zaciera ślady swoich działań, okłamuje wszystkich wokół, ale głównie okłamuje siebie. Dla mnie diagnoza diabulimii była jak objawienie i okazała się prawdą, która mnie wyzwoliła.

W naszym przypadku diagnoza została postawiona w momencie, kiedy byliśmy już w sytuacji bez wyjścia. Dopóki żadna z nas nie odczuła faktycznych skutków niebrania insuliny, nie miałyśmy na tyle silnej woli i motywacji, aby wziąć się z chorobą za bary i zacząć się leczyć. Dopiero odklejona siatkówka w oku i niewyobrażalny ból wywołany polineuropatią wymusiły na nas jakiegokolwiek działania. Strach przed utratą wzroku, nieuleczalnym bólem do końca życia, a w końcu śmiercią, bo do tego to prowadzi, spowodował silne postanowienie rozprawienia się z całym tym bagnem, w które, nie ma co ukrywać, wpędziłyśmy się same.

To oczywiście nigdy nie jest tak, że człowiek postanowi coś i z łatwością trzyma się tego postanowienia od pierwszych chwil. W przypadku naszej diabulimii było jednak inaczej. Tu po prostu nie było wyboru. Mogłyśmy próbować na pół gwizdka walczyć ze swoją głową i chorobą, oczywiście nic z tego nie mając, może poza rychłą utratą tego, co jeszcze z nas zostało, albo robić wszystko, co w naszej mocy i ratować się znad przepaści, nad którą stanęłyśmy.

Ale oczywiście Ty nie musisz dojść do takiego momentu! Po to piszemy to wszystko, żeby „otrzeźwić” Cię na wcześniejszym etapie chorowania. Bo wcale nie trzeba doprowadzić się aż do zaawansowanych powikłań, żeby znaleźć w sobie motywację do zmiany.

Dopiero odklejona siatkówka w oku i niewyobrażalny ból wywołany polineuropatią wymusiły na nas jakiegokolwiek działania.

Indywidualny plan leczenia

Tak jak skomplikowanym zagadnieniem są zaburzenia odżywiania sprzężone z cukrzycą, tak też wielowątkowe musi być ich leczenie. Zaburzenia odżywiania najczęściej leczy się poprzez psychoterapię. Niekiedy konieczne jest przyjmowanie leków, czyli terapia farmakologiczna, prowadzona przez lekarza psychiatrę. Pomocna może być też praca z dietetykiem oraz diabetologiem. Niestety, w przypadku zaburzeń odżywiania, szczególnie tak specyficznych jak diabulimia, nie ma precyzyjnie określonej metody postępowania. Ciężko też o miejsca, w których można otrzymać kompleksową pomoc. Zwykle trzeba jej szukać na własną rękę, i to u niejednego specjalisty. Diabetolog, nawet bardzo świadomy problemu i chętny do

pomocy, najczęściej nie wystarcza, bo konieczne jest wsparcie psychologiczne i psychiatryczne. A o tych specjalistów trudno, w szczególności kiedy nie mieszka się w wielkim mieście i nie ma się możliwości korzystania z wizyt prywatnych.

Niekiedy początek leczenia diabulimii wiąże się z pobytem w szpitalu z powodu kwasicy ketonowej, która „zdemaskowała” fakt niebrania insuliny. U innych pacjentów moment rozpoznania zaburzeń odżywiania może łączyć się z depresją lub stanami lękowymi, co także może powodować potrzebę leczenia szpitalnego.

Najgorsze w tym wszystkim jest chyba to, że w sumie nie wiadomo, co robić, od czego zacząć. Nie ma „ścieżki postępowania” przy rozpoznaniu diabulimii. Leczenie u poszczególnych osób może się różnić. Wynika to nie tylko z różnych potrzeb (ktoś potrzebuje w tym procesie dietetyka, ktoś inny nie), ale też z dostępnych możliwości, które w różnych miejscach mogą być odmienne.

Żeby otrzymać pomoc, trzeba się o nią postarać, a bardzo często osoby z zaawansowaną diabulimią nie mają siły do tego, żeby o siebie walczyć. Dlatego jakimś kluczem do sukcesu jest to, żeby ten problem przestał być problemem chorego. Jeśli chorujesz na diabulimię, to prawdopodobnie jednym z najgorszych koszmarów jest myśl, że mogliby się o tym dowiedzieć inni – rodzice, rodzeństwo, bliscy znajomi, diabetolog. Prawda jest jednak taka, że bez pomocy ciężko będzie samemu sobie poradzić. Pomoc bliskich powinna dotyczyć wsparcia emocjonalnego, ale też logistycznego – żeby znaleźć odpowiedniego lekarza, umówić się na wizytę, towarzyszyć pacjentowi w tej wizycie aż do drzwi gabinetu, także po to, żeby przed tych drzwi w panice nie zdezerterował.

Niestety osoby dotknięte diabulimią panicznie boją się przyznać do problemu i poprosić bliskich o pomoc. Dlaczego? Bo boją się, że będą oceniane. Że „jak mama się dowie, to dopiero będzie jazda”, krzyki, płacz, obwinianie o to, że o siebie nie dbamy, a dodatkowo chcemy rodziców doprowadzić do grobu.... A przede wszystkim zacznie się (albo wzmoże) kontrola jedzenia,

Nie ma „ścieżki postępowania” przy rozpoznaniu diabulimii.

Leczenie u poszczególnych osób może się różnić.

a może nawet jedzeniowy terror. Czyli wróci coś, co u wielu osób mogło być jedną z przyczyn nakręcających problemy z jedzeniem....

W tym momencie dochodzimy do kolejnego ważnego punktu – wychodzenie z diabulimii to wyzwanie nie tylko dla osoby chorej, ale też dla jej bliskich. Tak jak zaburzenie to najczęściej rozwija się w rodzinie, tak też rodzina powinna być zaangażowana w proces zdrowienia, szczególnie kiedy problem dotyczy osób mieszkających z rodzicami. Pacjent wymaga specjalistycznej pomocy, ale często potrzebują jej także jego bliscy. Bo to, jak rozmawiać z osobą dotkniętą zaburzeniami odżywiania, jak jej pomóc, jak motywować, na ile kontrolować, a na ile zaufać, wcale nie jest oczywiste i intuicyjne.

Wychodzenie z diabulimii to wyzwanie nie tylko dla osoby chorej, ale też dla jej bliskich.

Praca z psychologiem

Skutki diabulimii dotyczą zarówno zdrowia fizycznego, jak i psychicznego. Jej leczenie także musi być w równym stopniu skoncentrowane i na ciele, i na psychice. Ciało trzeba dostarczyć insuliny, wyjść z utrwalonej kwasicy ketonowej, nawodnić je, zacząć o nie dbać od strony medycznej. Co natomiast trzeba dać głowie? I kto może nam to dać?

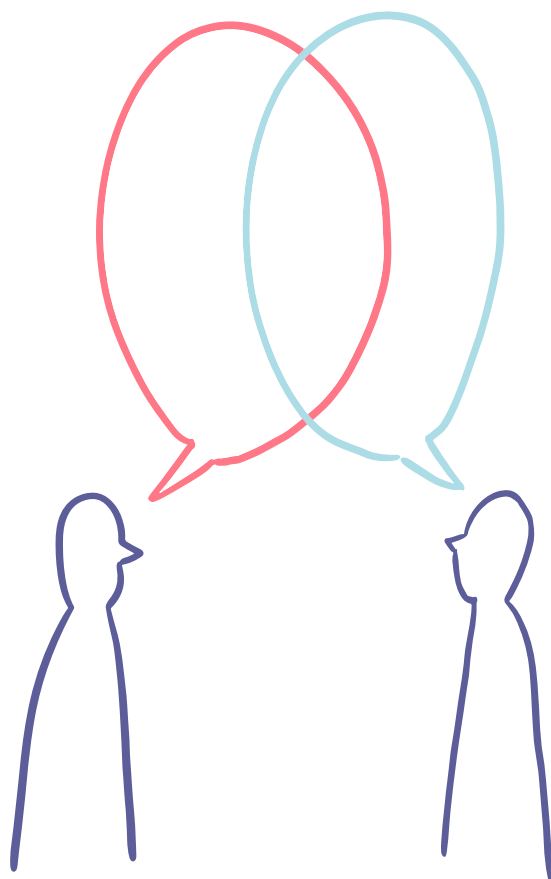
To żadne odkrycie, że osoby z zaburzeniami odżywiania potrzebują psychoterapii albo chociaż regularnych rozmów z psychologiem. W czym może nam pomóc psycholog?

- ✓ Wysłucha nas, a zwykle zdecydowanie łatwiej jest opowiedzieć o swoich problemach i motywacjach osobie postronnej niż komuś bliskiemu;
- ✓ Umiejętnie poprowadzone rozmowy naprowadzą nas samych na wiele kwestii, które dotychczas mogły być dla nas niewidoczne lub nieoczywiste (przykładowo: jakie myśli i emocje najczęściej prowadziły nas do objadania się?);

- ✓ Wsparcie psychologiczne ułatwia zaakceptowanie faktu, że tak naprawdę poza cukrzycą mężczy nas kolejna choroba przewlekła, której leczenie wymaga czasu i wysiłku;
- ✓ Psycholog może nam pomóc rozpoznać schematy naszego postępowania (kiedy jemy, jak jemy, co nas prowokuje do objadania się, kiedy przyjmujemy insulinę, a kiedy nie);
- ✓ Znając swoje schematy, można próbować je zmieniać, wyrabiać w sobie nowe nawyki;
- ✓ Z pomocą psychologa warto zacząć rozpoznawać i nazywać emocje, które nam towarzyszą zarówno w codziennym funkcjonowaniu, jak i w czasie terapii.

To tylko kilka przykładów, na pewno nie jest to zamknięta lista. Każda relacja pacjent–psycholog jest nieco inna; dlatego to, o czym tutaj piszemy, to tylko zarys tego, co możesz otrzymać w trakcie swojej terapii.

Efekty pracy z psychologiem, czas, jaki trzeba będzie poświęcić na terapię, to kwestia indywidualna. Ważne jest, by nie wstydzić się tego, że potrzebujesz takiej właśnie pomocy. Dać sobie na nią czas i przyzwolenie. Bo wychodzenie z diabulimii wiąże się niekiedy ze skrajnymi emocjami. Tak opowiada o tym Ola:



Aleksandra



Dla mnie przyjmowanie insuliny jest wciąż koszmarem. Wiem, że muszę, wiem, czym skończy się ponowne nią manipulowanie. Zmieniło się to, że mam na tyle silnej woli, aby ją brać. Nie zmienia to faktu, że wewnętrzny ból i niezrozumienie są nie do opisanie. Wciąż nie znam przyczyny moich zaburzeń, wciąż cierpię na inne

niż diabulimia problemy z jedzeniem i wiem, że one same nie znikną. Kiedy zaczęła się moja polineuropatia, byłam pewna, że gdy wróciłam do prawidłowego leczenia insuliny, głowa sama z siebie podpowiadała mi, żeby nie jeść, bo przytyję. Byłam przekonana, że to jakiś wewnętrzny mechanizm tak silnie powstrzymywał mój głód, a potem wywoływał wymioty niezależnie od tego, czy i ile zjadłam. Jak się okazało, wtedy to nie był mój umysł, to po prostu zniszczone chorobą komórki nerwowe. Ja jednak byłam przekonana, że to moje wewnętrzne JA ma taką moc i cieszyłam się, że mam w końcu cukrzycę pod kontrolą, a dzięki temu, że nie potrzebuję jeść (nie mogłam jeść, potrzeba wciąż tam była, przecież moje ciało żyło), nadal będę trzymała wagę. Cudownej przemiany nie było.

Z naszego punktu widzenia psycholog to kluczowy specjalista w procesie leczenia zaburzeń odżywiania. Prawda jest taka, że większość z nas ma wiedzę, jak leczyć cukrzycę, wie także, co to znaczy zdrowe odżywianie. Z tymi aspektami jesteśmy sobie w stanie poradzić sami. Ale uporać się z emocjami, zmienić sposób myślenia i schematy zachowania samemu jest bardzo trudno. Tutaj potrzebne jest systemowe wsparcie. Dla osoby cierpiącej na diabulimie, ale też często dla jej rodziny.

Technika automonitoringu w czasie rzeczywistym

Technika automonitoringu w czasie rzeczywistym, wykorzystywana w terapii poznawczo-behawioralnej, jest niesłychanie pomocna w stabilizowaniu zaburzeń odżywiania w kontekście cukrzycy. Uwrażliwia ona na siebie samego i zmusza do samoobserwacji. To drugie może stanowić duży problem, zwłaszcza w jej początkowym stadium, a to ze względu na to, że jej głównym zadaniem jest pilnowanie samego siebie. A nikt nie wie lepiej od osoby chorującej na diabulimie, jak ciężko jest pilnować siebie – w tym znacze-



niu, by nie ulegać impulsom. Kluczowy w monitoringu samego siebie jest czas rzeczywisty – co myślę, czuję i robię tu i teraz.

W automonitoringu kontroli poddane zostają nie tylko czyny, ale także, a może głównie, myśli i odczucia, jakich doświadczamy w danej chwili. Uchwycenie czynów, myśli i odczuć w konkretnym momencie jest sposobem na to, by odkryć, jak to, co myślimy, wpływa na nasze emocje oraz jak myśli i emocje wpływają na nasze działania. Kiedy zauważymy te zależności, odkrywamy, że aby zmienić działania, trzeba zacząć... od myśli, jakie nam towarzyszą.

Ponieważ początki pracy z tą techniką nie są łatwe, z pomocą przychodzą konkretne kroki, które warto i należy podjąć. Przydatne może okazać się notowanie swoich myśli i emocji, zapisanie ich po to, by móc wrócić do nich chwilę później, by po czasie uzmysłowić sobie na spokojnie to, co te emocje w konsekwencji powodują. Połączyć myśli, emocje i zachowania w jedno. Zrobić to, aby móc odróżnić pragnienia od potrzeb, złość lub smutek od głodu.

Świadomość relacji pomiędzy psychiczną a fizyczną stroną zaburzeń wskazuje w następstwie na istnienie wyboru. Jeśli działania mogą mieć charakter automatyczny lub, inaczej mówiąc, nie do końca są od nas zależne, ale wynikają z powtarzających się sytuacji, rodzaju emocji, uczuć czy myśli, to ich obserwacja pozwala na próbę ich zmiany. Dzięki zaangażowaniu w tę pracę, przywiązaniu nieco większej wagi do tego, jak się czujemy i co myślimy w konkretnych sytuacjach, a także zwiększeniu samoświadomości podejmujemy wysiłek i ćwiczymy umiejętności wydobywania się z błędnego koła autodestruktywnych zachowań.

**Najważniejsze jest
działanie tu i teraz.**

Najważniejsze jest działanie tu i teraz. Samo przypominanie sobie tego, co działo się kilka godzin wcześniej lub co planujemy od poniedziałku, niestety nie działa. Z czasu przeszłego często mamy poczucie winy, smutku i żalu. Przyszłość to z kolei lęk i niepewność, czy to, co planujemy, w końcu się uda.

Tylko w czasie teraźniejszym można eksperymentować z nowymi sposobami zachowań. Uczyc się różnych technik dbania o siebie. Stawiać

granice w sytuacji, gdy czujemy, że coś nas przeciąża i mamy po prostu ochotę uciec w mechanizmy, które znamy, które do tej pory przynosiły nam ukojenie, jak np. jedzenie.

Na każdym etapie terapii może pojawiać się kusząca opcja powrotu do wypróbowanych sposobów, nawet gdy były one (i wciąż są) szkodliwe i nieskuteczne. Wypracowywanie regularnych i przewidywalnych nawyków w czasie terażniejszym pozwala zauważyć, jak silne są te nawyki, ale również to, że mimo ich ogromnego wpływu na życie można nad nimi panować i je zmieniać.

Technika automonitoringu przywraca pewien rodzaj wolności osobom z zaburzeniami odżywiania, które dzięki niej coraz lepiej mogą poradzić sobie z własnymi uczuciami, m.in.: gniewem, złością, a nawet rozpaczą. Testowanie nowych umiejętności może powodować podwyższony lęk na skutek następujących zmian i idących za tym konsekwencji. Jak w każdej nowej sytuacji życiowej, strach przed nieznanym jest zupełnie naturalnym zjawiskiem, można go zaakceptować. Pokonywanie własnego lęku jest jedną z najbardziej satysfakcjonujących rzeczy w życiu. Często nawet wiedząc, że robimy jakąś rzecz nie do końca prawidłowo bądź właśnie nieidealnie, zwyczajnie nie jesteśmy w stanie nic na to poradzić. W diabulimii pojawia się charakterystyczne myślenie, że – przykładowo – zmarnowany od rana dzień skutkuje tym, że do wieczora nie trzeba się już starać, bo przecież „można zacząć od jutra”. W takim momencie ważne jest, aby zatrzymać się i już nawet w trakcie napadu jedzenia wyjść na spacer – po to, by zwyczajnie zmienić sposób reagowania i myślenia. Najlepiej zrobić to, jednocześnie opisując odczuwane w danej chwili emocje.

Ponieważ nasz umysł to nie zero-jedynkowa maszyna, w krótkich odstępach czasu mogą pojawiać się skrajne emocje: strach i bezsilność przeplatają się z nadzieją, że będzie lepiej. Wstyd, zdziwienie, smutek i niezrozumienie swoich zachowań splatają się z chwilowym momentem radości i poczucia komfortu. Może pojawić się odczucie, że zmiany dotyczą tylko nas samych, nie innych osób, nie świata. Poczucie to może być przyjemne, a zarazem przytłaczające. Jednakże zazwyczaj wtedy zmiana staje się bardziej osobistą kwestią, przywraca wewnętrzną kontrolę, a to może być pierwszy krok w dobrym kierunku. W dobrej drodze do zrozumienia choroby i wyjścia z niej.

Rób notatki, rozliczaj się sam ze sobą

Dobrze zapisywać sobie to, co planujemy. Uczy to przede wszystkim umiejętności adekwatnych reakcji. Przykładem – wciąż w temacie zmiany nawyków żywieniowych – może być wyszukanie różnych strategii, które pomogą oprzeć się pokusie jedzenia pomiędzy zaplanowanymi posiłkami. Może to być spisanie listy możliwych czynności, które mogą ułatwić poradzenie sobie z chęcią jedzenia. Już samo poszukiwanie aktywności niezwiązanych z jedzeniem uruchamia kreatywny sposób myślenia i tworzy możliwość lepszego przygotowania się do radzenia sobie z sytuacjami trudnymi.

Wiele osób zmagających się z zaburzeniami odżywiania, ale także z cukrzycą, to osoby skrupulatne i starające się trzymać swoje życie w ustalonych ryzach. Dla nich planowanie nie będzie wyzwaniem, gdyż większość życia mają pod kontrolą.

Należy pamiętać, że nowe wzorce dobrze wprowadzać techniką małych kroków. Łagodnie, stanowczo i bez lęku. Każda istotna zmiana w życiu zazwyczaj jest procesem, który wymaga czasu i w którym dostrzegamy niuanse własnych zachowań, pogłębiając wiedzę. Na tej drodze na pewno pojawią się różnego rodzaju porażki, których zadaniem jest właśnie uczyć nas nowych umiejętności.

Czas eksperymentowania

Zarówno okres wchodzenia w nowe życie z cukrzycą, jak i wychodzenia z problemów z odżywianiem, to czas eksperymentowania i rozwoju, i to nie tylko dla chorego, ale także dla całej jego rodziny. Nowe zachowania stają się z czasem bardziej naturalne, a nowo pozyskane przekonania o tym, co można bądź co należy robić, a czego się czynić nie powinno, lub te, które trzeba stopniowo zmieniać, będą się utrwalące.



Ten czas jest analogiczny do eksperymentów w laboratorium. Próbuje-
my, nie udaje nam się, próbujemy znowu – może zastosujemy ten sam
schemat, może nieco zmieniony, a w końcu odnosimy sukces. Po czym dla
potwierdzenia znów podejmujemy próbę, a wtedy kolejny raz, nie wiedząc
czemu, ponosimy fiasko. Dzięki próbom i dociekaniu, dlaczego raz się
udaje, a raz nie, razem z rodziną można stopniowo dojść do porozumienia
i kompromisu na wielu płaszczyznach.

W tym wszystkim ważne jest bycie cierpliwym i pozwalanie sobie i innym
na błędy. Różnica w tych popełnianych przy pełnym zaangażowaniu błę-
dach nie wynika jednak z zaniedbania i lęku, tak jak chociażby w przypadku
diabulimii, ale głównie z błędnej analizy i niedopracowanych jeszcze umie-
jętności radzenia sobie w nowej sytuacji, co na szczęście daje się zmienić.

Terapia systemowa z rodziną

Często nastolatek nie reaguje na indywidualną terapię tak dobrze jak na
tę prowadzoną wspólnie z rodziną. Badania nad rodzinami z dzieckiem
chorym na cukrzycę, z jednoczesnymi zaburzeniami odżywiania, wskazują
na to, że to właśnie rodzina może pomóc stworzyć optymalne środowisko
do wprowadzania zmian. Rodzina jest najmniejszą i z reguły najbliższą
grupą otaczającą nastolatka na co dzień. Każde zachowanie najbliższych
może przysporzyć utrudnień na-
stolatkowi bądź odwrotnie: pomóc
mu i niektóre z zaburzeń załagodzić.
Przykładem niech będzie wypowia-
danie negatywnych, często zupełnie
nieświadomie, komentarzy na temat
wyglądu zewnętrznego osoby chorej
lub jej zwyczajów żywieniowych.

**Zrozumienie to
nie jest pochwalanie,
ale też nie
krytykowanie.**

Przełom zazwyczaj następuje już na początku terapii, do której często
zgłaszają się rodziny, które dopiero co dowiedziały się o problemie swojego
dziecka z jedzeniem. Korzyścią samą w sobie jest tu pozbycie się tajemnicy.
Wiele osób utrzymuje swój problem w sekrecie przez wiele lat. Ukrywanie
przed bliskimi zaburzeń przez coraz dłuższy czas ułatwia kontynuowanie
niebrania bądź pomijania dawek insuliny.

Najłatwiej i najkorzystniej jest oczywiście, gdy rodzina od razu przyjmie, a potem zrozumie wagę problemu. Daje to poczucie dokonania dobrego wyboru i podjęcia właściwej decyzji o ujawnieniu choroby. Wspierająca i pomocna postawa członków rodziny to jasne wskazanie choremu, że nie jest sam i że nie jest krytykowany za swoje czyny. Rodzina, wspierając nastolatka, zmniejsza ciężar dźwigany przez młodego człowieka, który zwykle czuje wielką odpowiedzialność za ochronę bliskich przed swoimi problemami. Po ujawnieniu tajemnicy nie musi już ciągle czegoś ukrywać. Staje się, przynajmniej częściowo, wolny.

Wysłuchanie na sesji perspektywy innych, ważnych dla nastolatka osób, a nawet sama otwarta rozmowa na temat zaburzeń odżywiania, często bywają oczyszczające. Rodzina uczy się, jak może zareagować na trudności

zgłaszane przez nastolatka. Główne tematy dalszych rozmów to przede wszystkim różne strategie zachowań i próba ugruntowania u nastolatków pozytywnego stosunku do własnego ciała.

Poza słowami ważne są też czyny. Pomoc w przygotowywaniu posiłków, ograniczenie rozmów o masie ciała i wyglądzie, pilnowanie i kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych to z pozoru bardzo proste czynności, które tak naprawdę mają dużą moc. Należy tu jednak podkreślić oraz wyjaśnić nastolatkowi i jego rodzinie, że nie chodzi o wyrażanie akceptacji dla zaburzonych zachowań żywieniowych.

Konstruktywna rozmowa i określone zachowania mają pomóc w stopniowym i umiejętnym odzyskiwaniu równowagi. Czasami bywa tak, że to zachowania rodziny prowokują zaburzenia odżywiania u nastolatka. Rozpoznane i nazwane można stopniowo niwelować.

Na zakres pomocy rodziców wpływają różne czynniki. Ważne jest, aby zwrócić uwagę na przestrzeganie granic między poszczególnymi osobami w rodzinie, umiejętność komunikowania się oraz poszanowanie praw i określenie zakresu odpowiedzialności.

**Poza słowami
ważne są też
czyny.**

Ocena postępów i planowanie



Terapia opiera się na zrozumieniu problemu, analizie i pracy nad nim. Jej kluczowym elementem jest stała ocena postępów, jakie się dokonują, i planowanie kolejnych kroków. Być może należy się zatrzymać, cofnąć i wrócić do momentu, w którym nastąpił zastój bądź wprost przeciwnie – ogromny postęp. Analiza i jednych, i drugich daje ogromny zasób wiedzy do planowania kolejnych kroków.

Ważne jest, aby oceniać charakter i zakres wprowadzanych zmian w terapii. Najczęściej opinia osoby poddającej się terapii na temat postępów jest nadmiernie negatywna. W tym momencie pomocna i przydatna staje się obiektywna i spokojna ocena najbliższych. Na początku u osoby z zaburzeniami odżywiania, także z diabulimią, zmieniają się zachowania. Mniej objawów podjadania nie zmienia od razu zakorzenionych w głowie obaw dotyczących wyglądu i wagi. Zaobserwowanie pierwszych zmian to czas, aby omówić pojawiające się trudności i spróbować dobrze zrozumieć, z czego wynikają.

Podczas pracy terapeutycznej często pojawia się także poczucie winy. Jest to całkowicie normalne, a zważając na to, że współczesna cywilizacja, reklamy i styl życia wcale nam tego zadania nie ułatwiają, uczucie to może ujawniać się z coraz większą częstotliwością i coraz bardziej zauważalnym natężeniem. Ważne jest jednak zwrócenie uwagi na to, jak to uczucie zmienia się podczas terapii i wpływa na jej przebieg.

Zaburzenia odżywiania i cukrzyca typu 1 są niezwykle trudne w leczeniu – od wielu lat, mimo potężnych postępów w medycynie i psychoterapii, wiele się w tej kwestii nie zmieniło. **Nie istnieje jedna skuteczna terapia dla wszystkich.** Dlatego zawsze potrzebny jest dokładny plan leczenia, realizowany uparcie i dokładnie, krok po kroku. Leczenie diabulimii powinno być wieloobszarowe i obejmować opiekę psychologiczną chorego i jego rodziny, opiekę dietetyczną, ustalanie racjonalnych i dostosowanych do pacjenta celów związanych z poziomem glikemii, zapobieganie epizodom hipo- i hiperglikemii, terapię mogących wystąpić zaburzeń depresyjno-lękowych oraz, w wymagających tego przypadkach, leczenie szpitalne.

Pytania, które warto (sobie) zadać

Terapeuta powinien szukać nie tyle sygnałów, co po prostu porozmawiać z pacjentem i zadając pytania ukierunkowane na zaburzenia odżywiania, poszukiwać ukrytego problemu.

Osoby, które wpadły w zaburzenia odżywiania, często przez wiele miesięcy uczą się chować przed światem różne objawy swojego zaburzenia, mimo że – przynajmniej częściowo – zdają sobie sprawę z tego, co robią, wiedząc, że nie jest to dla nich dobre. Ważne, aby pamiętać, że zaburzenia odżywiania czynią osoby w nie uwikłane bardzo samotnymi, dlatego często warto zacząć od zwykłej rozmowy.

W przypadku tych pytań ważne jest, na ile z nich padnie odpowiedź twierdząca oraz jakie dla odpowiadającego ma znaczenie samo podejście do odżywiania i choroby. Gdy razem można już nazwać dany problem, rozpoczyna się poszukiwanie adekwatnych i możliwych rozwiązań. Dokładnie w takiej kolejności – odkrycie problemu zawsze musi być pierwsze.



Pytania pomocnicze w diagnozowaniu problemu zaburzeń odżywiania u diabetyka:

- Czy utrata wagi jest dla Ciebie ważnym celem?
- Czy często zdarza Ci się obawiać, że przybierzesz na wadze?
- Czy w związku z tym zdarza Ci się, że celowo pomijasz posiłki?
- Czy sam fakt jedzenia wywołuje u Ciebie poczucie winy?
- Czy masz czasami poczucie, że nie masz kontroli nad swoim odżywianiem?
- Czy są takie sytuacje, że kiedy jesz więcej niż zwykle, nie przyjmujesz wystarczającej dawki insuliny?
- Czy często wyklucasz ze swojej diety jakieś produkty, które mogą mieć znaczenie dla Twojej wagi?
- Czy jesz więcej, kiedy jesteś sam, niż kiedy jesteś w towarzystwie?
- Czy ciężko Ci pogodzić starania o utratę wagi z kontrolowaniem cukrzycy?
- Czy unikasz sprawdzania poziomu cukru, kiedy myślisz, że może być zbyt wysoki?

- Czy zdarza Ci się celowo wywoływać wymioty?
- Czy próbujesz utrzymywać swój poziom cukru na wysokim poziomie, aby wspomóc utratę wagi?
- Jak się czujesz ze swoim ciałem, kiedy bierzesz odpowiednio dobraną do zapotrzebowania dawkę insuliny?
- Czy masz takie okresy, że na zmianę jesz bardzo dużo i bardzo niewiele?
- Co jest dla Ciebie ważniejsze: bycie szczupłym czy kontrola cukrzycy?
- Czy zdarza Ci się nie jeść przez dłuższy czas (8 godzin lub więcej)? Jeśli tak, to dlaczego?
- Czy Twój sposób odżywiania był przyczyną konfliktów z samym sobą lub/i z rodziną?
- Czy myślisz o jedzeniu tak mocno i długo, że nie pozwala Ci to skupić się na szkole/pracy czy zainteresowaniach?
- Czy Twoja rodzina jest coraz bardziej zaniepokojona i kontroluje Twoje przyjmowanie insuliny?
- Czy Twoja waga wpływa na to, jak o sobie myślisz?
- Czy zdarza Ci się bać tego, że inni zobaczą Cię, kiedy jesz?

Praca z diabulimią to potężny wysiłek emocjonalny, często bolesny proces, w którym zaburzenie odżywiania jest ostrożnie rozwijane i powoli analizowane. Trzeba szukać codziennie nowych sposobów, aby pilnować myśli i zachowań.

Cały ten proces wymaga niezwyklej wrażliwości i wielkich umiejętności.

Diabulimik, tak jak i diabelek, na początku choroby często nie potrafi zainicjować rozmowy o sprawach, które go przerastają lub które ukrył przed samym sobą. Unikając bezpośredniej rozmowy, terapeuta może wzmocnić przekonanie, że problem jest zbyt trudny, by sobie z nim poradzić, dlatego ważne jest, by rozmawiać z chorym otwarcie. Pomaga to również w procesie uczenia się radzenia sobie z chorobą, nieukrywania trudnych faktów. Szukając odpowiednich słów, które mogłyby być pomocne w procesie leczenia, ważne jest, by skierować się ku tym, które mają jednoznacznie pozytywny wydźwięk. W stosunku do diabetyka i osoby z diabulimią pomocne mogą być proste i bezpośrednie sformułowania:



Osobiste podsumowanie

Aleksandra



Temat cukrzycy pewnie nigdy nie będzie dla mnie zamknięty. Szanse na to, że odkryją lek i całkowicie wyleczą mnie i miliony ludzi na świecie w ciągu, powiedzmy, najbliższych 40 lat, nie są duże, pomimo i tak ogromnego już postępu i zupełnie nowego komfortu życia z cukrzycą.

W pewnym sensie podobnie ma się sprawa z tematem zaburzeń odżywiania. One też nigdy w pełni nie znikną z mojego życia i nie zatrzasną za sobą drzwi na dobre. Praca nad tym ebookiem to ponad rok życia, i to właśnie słowo „życie” powinno być tu szczególnie silnie podkreślone. Odkąd zaczęłam wychodzić z diabulimii, problemów z neuropatią i innych ciężkich tematów wywołanych zaburzoną relacją do jedzenia, cukrzycy, a przede wszystkim samej siebie, zaczęłam w końcu żyć. Nie szaleję do upadłego i być może nie korzystam z życia na miliard procent, ale żyję tak, jak chcę, dobrze i spokojnie, pierwszy raz od wielu lat. Nie mogę powiedzieć, że jestem w pełni zdrowa, bo to byłoby jawne oszustwo. Bardzo dużo brakuje mi do pełni normalności. Ciągłe myślenie o jedzeniu, wadze i wyglądzie nie zniknęło, ale nieustannie zmniejsza się jego natężenie i zmienia się rodzaj myśli, jakie mam. Potrafię się nienawidzić za każdą najgłupszą rzecz, jaka wiąże się z jedzeniem, potrafię za bardzo skupiać się na nieistotnych faktach, na przykład na ilości masła czy majonezu na kanapce. Postępem w tym wszystkim jest jednak właśnie fakt świadomego użycia określeń „najgłupsza rzecz” i „nieistotne fakty”, czego nigdy wcześniej nie powiedziałabym o czymkolwiek związanym z dietą, jedzeniem i samooceną. Tak naprawdę to, co uważam za najważniejsze w tym podsumowaniu, to to, że robię postępy. Jakiegokolwiek by one nie były, prowadzą mnie do przodu.

Małgorzata



Cieszę się, że o diabulimii mogę mówić już wyłącznie w czasie przeszłym. Było to bardzo trudne doświadczenie, które wiele mi zabrało. Może czegoś mnie też nauczyło, ale słono za tę lekcję musiałam zapłacić. Gdyby nie spotkanie z Olą, sama pewnie bym do tego tematu nie wróciła. Ale ostatecznie wychodzę ze swojej strefy komfortu i dzielę się wszystkim, co sama przeżyłam w związku z zaburzeniami odżywiania. Z nadzieją, że okaże się to dla kogoś pomocne.

Maja



Konflikt między pragnieniem zaprzeczenia choroby a potrzebą opowiedzenia o kłopotach stanowi o dialektyce zaburzeń odżywiania. Kiedy prawda zostaje wreszcie odślonięta, osoba może zacząć powracać do zdrowia. Zbyt często jednak przeważa pragnienie zachowania sekretu, przez co historia zaburzeń odżywiania toczy się dalej, aż w końcu przejawia się w postaci powikłań, coraz bardziej komplikując obraz choroby i proces diagnozy.

Z punktu widzenia psychologa ten ebook daje szansę na zrozumienie siły zaburzeń odżywiania u osób chorujących na cukrzycę typu 1, dla ich bliskich i specjalistów. Wiedząc, że każdy może zachorować, a często diabulimia przydarza się osobom początkowo mocno zaangażowanym w leczenie, wrażliwym i bardzo inteligentnym, mobilizuje do bardziej wnikliwego obserwowania subtelnych symptomów, które mogą sugerować zaburzenia odżywiania u osób chorujących na cukrzycę.

Redakcja

Treść: Małgorzata Marszałek, Aleksandra Remplakowska-Jarłaczyk

Konsultacja psychologiczna: Maia Kubiak

Grafika i skład: Kasia Piątek, kasiapiatek.pl

Korekta: Magdalena Jakuszew

Warszawa, 2023

Przypisy

- 1 Young-Hyman D., Davis C., *Disordered Eating Behavior in Individuals With Diabetes*, „Diabetes Care”, vol. 33, p. 683–689, 2010.
- 2 Torjesen I., *Diabulimia: the world's most dangerous eating disorder*, „MBJ”, 2019.
- 3 Coleman S.E., Caswell N., *Diabetes and eating disorders: an exploration of ‘Diabulimia’*, „BMC Psychology”, 2020
- 4 Fairburn Ch., Harrison P., *Eating disorders*, „Seminar” vol. 361, i. 9355, p. 407–416, 2003
- 5 Gagnon C., Aimé A., Bélanger C., „Predictors of Comorbid Eating Disorders and Diabetes in People with Type 1 and Type 2 Diabetes”, *Canadian Journal of Diabetes* 41 (1): 52–57. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2016.06.005>; Hall R., Keeble L., Sünram-Lea S.I., To M., „A review of risk factors associated with insulin omission for weight loss in type 1 diabetes”, *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2021 Jul;26(3):606–616. doi: 10.1177/13591045211026142. Epub 2021 Jun 13. PMID: 34121470; PMCID: PMC8264633.
- 6 Falcão M.A., Francisco R., „Diabetes, eating disorders and body image in young adults: an exploratory study about diabulimia”, *Eat Weight Disord EWD*, Dec. 2017;22(4):675–82.