

CZU: [159.9.018 + 316.6]:616.379-008.64

**ASPECTE PSIHOLOGICE ALE DIABULIMIEI***Angela POTÂNG, Victoria CONDREA**Universitatea de Stat din Moldova*

Scopul studiului nostru teoretic este de a aborda fenomenul diabolimiei pentru a obține o înțelegere mai profundă a ceea ce determină pacienții cu diabet să dezvolte această strategie de scădere în greutate și ceea ce îi determină să renunțe la aceasta. În articol este abordată, de asemenea, importanța relațiilor sociale și tranziția la o nouă identitate în recuperarea diabolimiei.

**Cuvinte-cheie:** diabolimie, diabet zaharat tip 1, tulburare de comportament alimentar, identitate, tranziție.

**PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF DIABULIMIA**

The aim of our theoretical study is to address the phenomenon of diabulimia in order to have a deeper understanding of what causes patients with diabetes to develop this weight loss strategy and what causes them to treat it. The article addresses the importance of social relations and the transition to a new identity in recovering from diabulimia as well.

**Keywords:** diabulimia, diabetes, eating disorder, identity, transition.

**Introducere**

Actualmente, diabulimia se întâlnește la aproximativ 40% dintre femeile și 10% dintre bărbații cu diabet zaharat tip 1 (DZt1). Aceste frecvențe sunt îngrijorătoare, iar diabulimia, deși este una dintre principalele cauze ale morbidității înalte în rândurile acestor pacienți, este un fenomen puțin studiat din punct de vedere psihologic. Diabetul apare ca un potențial factor de risc pentru dezvoltarea tulburărilor de comportament alimentare, datorită cerințelor sale în ceea ce privește controlul permanent al alimentației, glucozei din sânge și al greutății. Pacienții cu diabet au o relație diferită cu corpul și cu mâncarea lor, în comparație cu alte persoane, deoarece patologia afectează diferite activități zilnice din viața lor, inclusiv luarea mesei. Recomandările nutriționiștilor pentru ca acești pacienți să urmeze un plan de alimentație pot fi un factor de risc pentru tulburare de comportament alimentar (TCA). Pe de o parte, pacienții nu mănâncă în funcție de senzațiile lor de foame și sațietate și, pe de altă parte, există un accent major pe carbohidrați și calorii care ar putea implica restricționarea anumitor tipuri de alimente [1].

**Delimitări conceptuale**

„Diabulimia” (o combinație dintre „diabet” și „bulimie”), cunoscută și sub numele de ED-DMT1 (eating disorder-diabetes mellitus type 1) în SUA sau T1ED (type 1 eating disorder) în Marea Britanie, este un termen folosit pentru a descrie o TCA în care strategia de scădere în greutate implică omiterea sau limitarea în mod deliberat a insulinei de către pacienții cu diabet zaharat tip 1. Diabulimia nu este recunoscută ca un diagnostic psihiatric formal în DSM-5. Din această cauză, unii specialiști din unitățile medicale sau psihiatrice folosesc expresia „comportament alimentar perturbat” sau „comportament alimentar dereglat”. DZt1 este un tip de diabet pentru care este necesară administrarea zilnică a injecțiilor cu insulină pentru controlul nivelului de glucoză din sânge. În mai multe studii, aceasta a fost a doua cea mai raportată strategie în rândul persoanelor cu DZt1 pentru a pierde în greutate, prima fiind dieta [2]. Pacienții cu diabulimie prezintă modele alimentare neregulate: pe de o parte, evită dulciurile și grăsimile, restricționează alimentele pe care le consumă și omit unele mese, pentru a pierde în greutate și, pe de altă parte, ingerează frecvent o cantitate mare de alimente simțind vină, apoi limitează sau omit insulina [3].

**Prevalența diabolimiei**

Există o serie de controverse în literatura de specialitate cu privire la prevalența TCA la persoanele cu diabet în comparație cu colegii lor sănătoși, deoarece unele studii arată o prevalență crescută la persoanele cu diabet zaharat, iar altele nu au găsit diferențe semnificative. Unele studii denotă că tipurile majore de comportament alimentar perturbat la pacienții cu DZt1 sunt omiterea insulinei ca strategie de scădere în greutate și alimentația compulsivă [3]. La fel ca în populația generală, femeile cu diabet prezintă o insatisfacție mai mare față de imaginea corporală decât bărbații și prezintă un risc crescut de a dezvolta TCA, omisiunea insulinei fiind utilizată mai frecvent de către femei decât de bărbați [4].

Adolescenții cu diabet au un risc mai mare de a dezvolta TCA, în special adolescenții cu o greutate dorită mai mică. Tinerii, în special femeile tinere, cu DZt1 sunt mai preocupați de greutatea și imaginea corporală, deoarece consideră că este dificil să slăbească de la diagnosticarea diabetului. Unele studii au constatat că, în medie, pacienții cu diabet zaharat au un IMC mai mare decât alți oameni. Mai mult, pacienții cu IMC mai mare tind să fie mai nemulțumiți de imaginea corporală, ceea ce poate duce la strategii inadecvate pentru controlul greutății și la creșterea riscului de a dezvolta TCA [5].

Omiterea insulinei este percepută inițial ca o experiență pozitivă, deoarece pacienții pierd în greutate fără a avea efecte secundare vizibile și, în plus, acest comportament este adesea consolidat pozitiv de complimente din partea familiei și a prietenilor. Acești pacienți experimentează un sentiment de stăpânire asupra propriilor corpuri, deoarece au descoperit cum să-și controleze greutatea fără ca alții să perceapă, ceea ce îi face să simtă că au control asupra aceluși comportament. Cu toate acestea, indivizii se blochează în acest comportament, deoarece atunci când își iau insulina în mod corect câștigă din nou toată greutatea pe care o pierduseră anterior, ducând la o situație în care nu sunt capabili să-și controleze comportamentele de slăbire, astfel încât acestea ajung să joace un rol din ce în ce mai mare în viața pacientului. Astfel, acești pacienți nu își pot schimba comportamentul, chiar dacă sunt conștienți de consecințele lui, deoarece ignoră efectele pe termen lung [3]. Dacă profesioniștii din domeniul sănătății nu sunt în măsură să identifice proactiv TCA la pacienții cu diabet zaharat, acest comportament poate dura câțiva ani înainte ca pacienții să caute ajutor și pot avea consecințe grave pentru controlul diabetului și al sănătății mintale, ceea ce compromite atât starea lor de bine fizică, cât și cea biopsihosocială [6].

În prezent, există puține cercetări privind diabolimia și este important, în special, să dobândim o înțelegere mai profundă a ceea ce îi determină pe pacienții cu diabet să dezvolte această strategie de scădere în greutate și ceea ce îi determină să renunțe la aceasta. Înțelegerea mecanismelor psihologice care stau la baza diabolimiei, pe de o parte, va permite să se contureze o intervenție psihologică adecvată și eficientă și, pe de altă parte, va ajuta la prevenirea posibilelor consecințe ale diabolimiei la pacienți. Deoarece majoritatea studiilor oferă informații importante despre acest comportament nesănătos la femeile (în special adolescente) cu T1DM, este de asemenea important să se studieze acest comportament la bărbați, în special la adulții tineri [7].

### **Rolul relațiilor sociale în recuperarea diabolimiei**

Relațiile sociale sunt importante pentru a oferi un context propice recuperării, și anume – unul în care individul nu se simte judecat pe baza identității tulburării sale, dar se simte înțeles, acceptat și percepe problemele sale ca fiind luate în serios de rețelele lor sociale [9,10].

Modelul de identitate socială a schimbării identității (The Social Identity Model of Identity Change – SIMIC) propune ca apartenența la grup să joace un rol important în adaptarea la schimbare [11]. Tranzițiile de viață implică adesea părăsirea unui grup social pentru a se alătura altuia – proces care poate fi experimentat ca extrem de stresant (Haslam și colab., 2008). SIMIC sugerează că efectele negative ale tranziției pot fi atenuate, parțial, prin adoptarea unei noi identități sociale care oferă individului un sens, scop și ghid comportamental [11]. Acest model formează un element-cheie al abordării identității sociale și susține că un sentiment comun de identitate cu ceilalți care sunt, de asemenea, în recuperare facilitează tranziția identitară necesară pentru recuperarea cu succes. Pe lângă primirea sprijinului social de la alți membri ai grupului, apartenența la grupul de recuperare acționează ca un instrument important de găsire de sens care ghidează comportamentul și asigură individului obiective și motivații specifice ce-i oferă un sentiment de scop post-tranziție [12].

Literatura privind TCA a avut tendința să se concentreze asupra modului în care conexiunile cu persoane similare, în special cu cele create online, mențin comportamente perturbate și nu promovează recuperarea. Cu toate acestea, cercetările recente din acest domeniu sugerează că trecerea la o identitate cu TCA cu valoare pozitivă este facilitată de sprijinul și înțelegerea altor persoane asemănătoare. În timp ce cercetările pe această temă sunt și mai rare pentru cei care se ocupă cu diabolimia, un studiu calitativ realizat de Balfé și colab. (2013) [13] a sugerat că înlăturarea comportamentelor nesănătoase a fost facilitată prin contactul cu alte persoane similare, care le-a permis participanților să recunoască severitatea tulburării lor.

Familia și grupurile de prieteni reprezintă grupuri de identitate potențial importante care au existat înainte de apariția tulburării individului și ar trebui să fie prezente după recuperare. Acestea pot oferi individului un sentiment de continuitate a identității, care este un factor determinant important al unei tranziții identitare de succes. În timp ce persoanele cu TCA se pot retrage din rețelele de sprijin valoroase [9], este important ca astfel de rețele de identitate să fie păstrate (sau restabilite) în timpul recuperării.

Cu toate acestea, sprijinul din partea familiei și a prietenilor nu este întotdeauna experimentat pozitiv de persoanele care se recuperează după o TCA [9]. Poate exista o nepotrivire între nevoile de sprijin ale unui individ și sprijinul oferit, astfel încât să fie experimentat ca fiind inadecvat (în cel mai bun caz) sau dureros (în cel mai rău caz). Familia și prietenii pot crede că tulburarea este controlabilă de către individ. Această percepție greșită poate duce la interacțiuni tensionate care în cele din urmă deteriorează relațiile [14]. Cei care trăiesc cu diabolimia au descris familia și prietenii ca „sprijin imperfect”, deoarece relațiile de familie disfuncționale ar putea contribui la dezvoltarea tulburării, menționând și faptul că membrii familiei pot întări comportamentele nesănătoase din cauza insistenței acordate asupra pierderii în greutate [6]. Având în vedere constatările paradoxale în acest domeniu [9], este important să se investigheze modul în care astfel de rețele largi de identitate pot fi încorporate în mod eficient în procesul și grupul de recuperare.

Dar sprijinul vine și din partea serviciilor profesionale ale psihologilor și medicilor. Problemele legate de identitate și angajamentul de a primi ajutor specializat au fost investigate într-o măsură limitată în cadrul societății actuale, care se consideră că se poate vindeca pe sine. Walter, Jetten, Dingle și Parsell (2015) [15] susțin că deschiderea spre a primi ajutor necesită adoptarea unei identități stigmatizate care nu ar putea fi neapărat asociată cu rezultate pozitive pentru individ. Cu toate acestea, există dovezi că identificarea cu grupul de specialiști poate spori bunăstarea pacienților [15], sugerând că autoetichetarea în termeni de identitate stigmatizată ar putea să nu fie întotdeauna negativă. Cu toate acestea, interacțiunile cu psihologii și medicii pot deveni un loc de conflict de identitate. Stigmatul asociat cu un grup de pacienți cu anumite probleme poate submina relațiile cu specialiștii subminând sentimentul de identitate partajată între ambele părți. Această lipsă de identitate partajată combinată cu anticiparea atitudinii negative a pacienților asupra tratamentului din partea specialiștilor ar putea condiționa, în cele din urmă, abandonarea procesului terapeutic [16].

Astfel de probleme sunt deosebit de obișnuite pentru contextul actual. În primul rând, așa cum s-a menționat anterior, profesioniștii din domeniul sănătății nu recunosc în mod formal identitatea diabolimiei. Persoanele cu diabolimie au raportat experiențe negative cu profesioniștii atunci când au folosit acest termen, identitatea lor fiind respinsă ca „creată pe internet” (Allan, 2015, p.100). Această respingere a identității unui individ poate duce la interacțiuni dificile cu profesioniștii și la un refuz de a se angaja în tratamente, care nu sunt percepute ca potrivite pentru identitatea lui. Mai mult, persoanele cu TCA sunt în mod obișnuit stigmatizate de profesioniști. Acestea sunt descrise ca fiind dificil de tratat și nu sunt privite ca un grup cu care clinicienii se bucură să interacționeze. Aceasta este, de asemenea, opinia afișată față de cei cu diabet; astfel, cei care prezintă ambele afecțiuni pot fi dublu dezavantajați [17].

Cu toate acestea, la fel ca în cazul familiei și al prietenilor, cei cu diabolimie menționează relații terapeutice puternice cu profesioniștii din domeniul sănătății ca fiind importante pentru recuperare [6]. Astfel, la fel ca în cazul surselor de sprijin informale, este important să se determine modul în care aceste relații pot fi, de asemenea, încorporate în mod eficient în procesul de recuperare.

Pentru a rezuma, rezultatele slabe ale tratamentului pentru persoanele cu diabolimie sunt explicate de obicei în termeni proprii individualismului, neglijând rolul factorilor sociali în recuperare. Calitatea de membru al grupului (și identitățile sociale derivate din acestea) se află la baza procesului de tranziție identitară necesar pentru recuperarea cu succes. Aceste rețele de identitate formează contextul în care are loc recuperarea și pot facilita dar și împiedica acest proces.

### Concluzii

Sprijinul psihologic ar trebui să fie în prim-planul tratamentului pentru persoanele cu diabolimie. Pentru a oferi un tratament psihologic eficient, clinicienii trebuie să înțeleagă problemele fizice și psihologice care cauzează restricția de insulină. Studiul actual a prezentat importanța cercetării acestui fenomen și a identificat teme care ar putea fi luate în considerare de către clinicieni, urmând să le exploreze. Acestea includ preocupări legate de greutate sau aspect, dificultăți de adaptare la diabet și importanța relațiilor de susținere.

### Referințe:

1. <https://www.diabetes.org.uk/guide-to-diabetes/life-with-diabetes/diabolimia>
2. DARBAR, N, MOKHA, M. Diabolimia: a body-image disorder in patients with type 1 diabetes mellitus. In: *Athl Ther Today*, 2008, 13(4):31–33.
3. DAVIDSON, J (2014) Diabolimia: how eating disorders can affect adolescents with diabetes. In: *Nurs Stand*, 2014, 29(2):44–49.

4. JONES, J.M. et al. (2000) Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study. In: *BMJ*, 2000, 320(7249):1563–1566
5. PEVELER, R.C. et al. The relationship of disordered eating habits and attitudes to clinical outcomes in young adult females with type 1 diabetes. In: *Diabetes Care*, 2005, 28(1):84–88.
6. BALFE, M., DOYLE, F., SMITH, D., SREENAN, S., CONROY, R., BRUGHA, R. Dealing with the devil: weight loss concerns in young adult women with t1D. In: *Journal of Clinical Nursing*, 2013, 22(13–14): 2030–2038.
7. GONCALVES, S. et al. Eating-disordered behaviour in adolescents with type 1 diabetes. In: *Can. J. Diabetes*, 2016, 40(2):152–157.
8. GOEBEL-FABBRI, A.E. et al. Insulin restriction and associated morbidity and mortality in women with type 1 diabetes. In: *Diabetes Care*, 2008, 31(3):415–419.
9. LEONIDAS, C., & dos SANTOS, M.A. Social support networks and eating disorders: An integrative review of the literature. In: *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2014, 10, 915–927.
10. FEDERICI, A., & KAPLAN, A.S. The patient's account of relapse and recovery in anorexia nervosa: A qualitative study. In: *European Eating Disorders Review*, 2008, 16(1), 1–10.
11. HASLAM, C. et al. Maintaining group memberships: Social identity continuity predicts well-being after stroke. In: *Neuropsychological Rehabilitation*, 2008, 18, 671–691.
12. DINGLE, G.A et al. Social identities as pathways into and out of addiction. In: *Frontiers in Psychology*, 2015, 6, 1795.
13. BALFE, M. et al. Dealing with the devil: Weight loss concerns in young adult women with type 1 diabetes. In: *Journal of Clinical Nursing*, 2013, 22, 2030–2038.
14. LINVILLE, D. et al. Eating disorders and social support: Perspectives of recovered individuals. In: *Eating Disorders*, 2012, 20, 216–231.
15. WALTER, Z. et al. The impact of self-categorising as homeless on wellbeing and service use. In: *Analyses of Social Issues & Public Policy*, 2015, 15(1), 333–356.
16. STEVENSON, C. et al. Stigmatized identity and service usage in disadvantaged communities: Residents' community workers' and service providers' perspectives. In: *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 2014, 24(6), 453–466.
17. TIERNEY, S. et al. Caring for people with type 1 diabetes mellitus engaging in disturbed eating or weight control: A qualitative study of practitioners' attitudes and practices. In: *Journal of Clinical Nursing*, 2009, 18(3), 384–390.

**Date despre autori:**

**Angela POTÂNG**, doctor în psihologie, conferențiar universitar, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Sociologie și Asistență Socială, Universitatea de Stat din Moldova.

**E-mail:** potangangela04@gmail.com

**ORCID:** 0000-0001-9849-8457

**Victoria CONDREA**, doctorandă, Școala doctorală Științe Sociale și ale Educației, Universitatea de Stat din Moldova.

Prezentat la 06.10.2021