

ZNAČILNOSTI OBJEKTNEGA ODNOSA PRI BOLNICAH Z MOTNJAMI HRANJENJA

Anica Prosnik

KLJUČNE BESEDE: motnje hranjenja, anorexia nervosa, bulimia nervosa, objektni odnosi, psihoanaliza

KEYWORDS: eating disorder, anorexia nervosa, bulimia nervosa, object relations, psychoanalysis

POVZETEK

V pričujoči raziskavi preučuje avtorica razlike v značilnostih objektnega odnosa med bolnicami z anorexio nervoso, bulimio nervoso in nespecifično motnjo hranjenja ter med zdravimi dekleti brez teh motenj. V eksperimentalno skupino je bilo zajetih dvajset deklet z motnjami hranjenja, v kontrolno pa dvajset zdravih deklet iste starosti. Preizkušanke so izpolnile dva vprašalnika: Garnerjev Vprašalnik o motnjah hranjenja in Bellov vprašalnik o objektnih odnosih in zaznavanju realnosti. Avtorica s pomočjo statističnih postopkov ugotavlja, da prihaja do pomembnih razlik med zdravimi dekleti in dekleti z motnjami hranjenja na naslednjih področjih merjenja: težnja do vitkosti, bulimija, občutki neuspešnosti, negotovost pri prepoznavanju emocionalnih stanj in določenih visceralnih občutkov v zvezi z lakoto in sitostjo, socialna negotovost. Bolnice z motnjami hranjenja imajo pomembno več deficitov na področju objektnih odnosov kot dekleta brez teh

motenj. Glede na statistično pomembne korelacije med mnogimi subskalami testa EDI-2 in sumarnim skorom EDI-2 ter testom BORRTI avtorica sklepa, da so motnje hranjenja povezane z deficiti na področju objektivnih odnosov in motnjami pri zaznavanju realnosti. To pomeni, da nastanek motenj hranjenja pogojujejo internalizirani konflikti iz obdobja prvega leta življenja, ko je otrok v fazi simbiotičnega objektivnega odnosa.

ABSTRACT

The article presents differences of characteristics of object relations between female patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa, unspecified eating disorder and healthy girls without these disorders. Experimental group included twenty girls with eating disorders, the control group on the other hand twenty healthy girls of the same age. These subjects completed two inventories: the Eating Disorder Inventory-2 by David M. Garner and the Bell Object Relations and Reality Testing Inventory by Morris D. Bell. Based on the obtained data the author found out the eating disordered girls differed from controls in following personal traits which are significantly higher in eating disordered group: drive for thinness, bulimia, ineffectiveness, confusion in recognizing and accurately responding to emotional states, uncertainty in identification of certain visceral sensations related to hunger and satiety, social insecurity. Eating disordered female patients have significantly more deficits in the area of object relations than individuals without eating disorders. According to statistically significant correlation between several subscales of EDI-2, global score of EDI-2 and BORRTI the author has concluded the eating disorders are related to deficits in the area of object relations and distortions of reality. This supports the assumption of eating disorders being the consequence of internalized conflicts from the first year of life, when the baby is in the phase of symbiotic object relation.

UVOD

Anorexia nervosa je sindrom, pri katerem je količina zaužitih kalorij premajhna za ohranitev trenutne telesne teže. Bolniki, ki se še telesno razvijajo, zaznavajo normalno rast kot rejenje in so obsedeni z vitkostjo. Neprestano hujšanje in zgubljanje telesne teže pa ne odpravi napačnega zaznavanja telesa kot predebelega in obsedenosti s tem početjem. Z drugimi besedami, kljub mnogo prenizki telesni teži bolniki še zmeraj menijo, da so predebeli, in zato še naprej stradajo. V to stradanje jih žene vrsta kompulzij, del teh sta tudi dieta in namerno povečana poraba kalorij. Več kot 75% bolnikov se poslužuje športa in telesne vadbe, manj pa bruhanja in odvajal.

Kaj loči navadno dieto od anorexie nervose? Gre za vprašanje, kako težko posameznik prepozna svojo idealno telesno težo oz. je z njo zadovoljen, da neha zavračati hrano. Kadar začetna željena telesna teža 50 kg zdrkne na 48 kg, potem na 45 kg, nato na 43 in tako naprej, je očitno, da je posameznik v resni nevarnosti, da zbolí za anoreksijo. Le-ta se v smislu resnične izgube apetita ne pojavi, dokler izguba teže ni ekstremna (Kreipe, 1995).

Definicija anorexie nervose se po mednarodni klasifikaciji bolezni WHO (ICD 9 = International Classification of Diseases) glasi tako:

"Anorexia nervosa je motnja, katere glavni znaki so persistentno aktivno zavračanje hrane in opazno zgubljanje teže. Nivo aktivnosti je značilno visok glede na stopnjo zgubljanja teže. Tipičen je začetek pri pubertetnicah, včasih tudi pred puberteto. Redko se pojavlja pri osebah moškega spola. Navadno pride do amenoreje, možne so različne druge fiziološke spremembe, kot so upočasnen pulz in upočasnjena frekvenca dihanja, znižana telesna temperatura in edemi na določenih področjih. Tipične so nenavadne prehrabene navade in nenavadna naravnost do prehranjevanja. Včasih sledi periodi stradanja čezmerno uživanje hrane ali pa se obdobja izmenjujejo. Spremljajoči psihiatrični simptomi so različni." (Degkwitz in dr., 1980)

Ključni klinični znak bulimie nervose ni bruhanje, kot se pogosto pojmuje. Pač pa je za bulimijo sine qua non znak požrešnost pri hrani. Abnormalen vzorec prehranjevanja pri določeni osebi je povezan z depresivnim razpoloženjem in mislimi zavračanja samega sebe. Začasno olajšanje od tega stresa se doseže z metodami, katerih namen je ubraniti telo pred učinki, ki jih imajo kalorije. Več kot osemdeset odstotkov pacientov z bulimio nervoso se s tem namenom preda samoinduciranemu bruhanju ali zlorabi laksativov ali diuretikov. Vsekakor sta glavni sredstvi hujšanja stradanje in telovadba, ki pa

se pri teh pacientih pogosto izkažeta kot neuspešni. Mnogo pacientov z bulimio nervoso ima namreč rahlo prekomerno telesno težo. V primerjavi z anoreksiki so bolj impulzivni, ne le pri prehranjevalnem obnašanju, ampak tudi pri uživanju drog in alkohola, avtomutilaciji ali ogrožanju samega sebe, seksualni promiskuiteti, laganju, kraji in drugih manifestacijah osebne motenosti.

Teorija objektivnih odnosov ima svoje zametke v premiku od preučevanja energije vrojenih gonov k pripisovanju pomena drugi osebi, h kateri se usmerjajo nagoni. V zgodnjem obdobju psihoanalitične psihologije je bila ta druga oseba objekt nagonov. Fraza objekta je postala antonim selfa. Ideja, da na psihologijo posameznika bistveno vpliva način, kako je self povezan s pomembnimi soljudmi, je postala znana kot teorija objektivnih odnosov. V sodobnih psihoanalitičnih delih se pojmuje motnje hranjenja v smislu motenj v medosebnih odnosih in organizaciji selfa.

Nicolle (1938) je 'prepsihotično anoreksijo' razlagala kot pojav, ki bi ga danes imenovali 'borderline osebna struktura'. Avtorica posebej obravnava diferenciacijo med anorexio nervoso in histerijo, omenja pa tudi primere, pri katerih se je razvila shizofrenija. To lahko imamo za začetek razvoja psihodinamskega pogleda na anorexio nervoso kot močno nevrotično motnjo.

Kasneje sta Winnicott (1949/1975) in McDougall (1974) postavila ogrodje za razumevanje motenj hranjenja z vidika objektivnih odnosov. Psihosomatske bolezni naj bi bile somatski izraz nečesa, česar posameznik ne more izkusiti psihološko, zato ker ni simbolično reprezentirano (McDougall, 1974).

V psihoanalitični teoriji osebne motnje so osrednjega pomena mentalni mehanizmi, ki izkrivljajo medosebne odnose. Predpostavlja se, da v zgodnjem življenjskem obdobju tečeta dva usodna, med seboj povezana procesa. Prvi ima opraviti z občutkom diferenciranja med eksistenco in separacijo v zvezi z drugimi ljudmi in s spoznanjem, da se je treba soočiti s separacijo. To, s čimer se morda ne bi bilo mogoče spoprijeti, predstavlja intenziteto strahu pred posledicami separacije, ki ga čuti razvijajoči se otrok. Gre za tveganje boleče zavisti in obupa, ko otrok spozna, da so drugi ljudje vir podpore, ugodja in oskrbe. To daje drugim oblast nad njegovim selfom. Da bi akceptiral in z veseljem sprejel separacijo od druge osebe, mora otrok meniti, da je le-ta zanesljiva. Drugi proces je lahko povezan s problemi osebne razvoja, ki imajo opraviti z mero, v kateri so drugi ljudje in self zaznamovani in sprejeti kot mešanica dobrih in slabih strani. Oseba, ki je nezmožna tolerirati tovrstne mešanice, je pod vplivom psiholoških procesov splittinga (razcepa). Pokaže se,

da so pacientke z motnjami hranjenja nagnjene k temu, da imajo šibko zmožnost za zaznavanje in nadziranje lastnega dobrega počutja in varnosti. Občutek imajo, da imajo drugi ljudje premočno nadvlado nad njimi in da se morajo gnati, da bi bile popolne, saj bodo sicer povsem slabe. Tako so osebni problemi mnogih pacientk z motnjami hranjenja podobni problemom ljudi, ki trpijo za borderline osebnostno motnjo (Swift in Wonderlich, 1988).

Pacientke z motnjami hranjenja navadno kažejo močne in značilne težave pri tem, da verjamejo v integriteto svojega selfa. Self ima eksperimentalne in strukturalne implikacije. Izkustveni self ima opraviti z močjo ali šibkostjo kot tudi s 'pojavo', edinstvenostjo osebnosti ('biti jaz sam'). Strukturalni self ('reprezentacija selfa') je analogen telesni shemi. Je psihološki zemljevid. Pri tem so pomembne značilnosti selfa, ki jih determinira spol.

Po Winnicottu (1949/1975) so vplivi okolja iz preteklosti predelani s pomočjo občutkov, kar se razvije v izkustvo umrljivosti in motnjo v razvoju kontinuiranosti bivanja. Patologija se razvije, ko se prvoten odnos psiha - soma nadomesti z odnosom psiha - razum. Z vidika objektivnih odnosov je senzorni aspekt motenj hranjenja posebej pomemben za razumevanje njihovega funkcioniranja.

Winnicottov (1951) opis razvoja otrokovih najzgodnejših odnosov je zelo uporaben. Opisuje, kakšen pomen ima za otroka tranzitorni objekt, ki premesti vrzel med stanjem nediferenciranosti med otrokom in materjo in stanjem, ko otrok doseže zadovoljivo internalizirano mater, s katero se identificira, kar vodi v občutek, da zanj dobro skrbi. Tranzitorni objekt opisuje kot objekt, od katerega je dovoljeno biti odvisen. Ustvarja ga otrok, in sicer kot olajševalno tranzicijo med internalno in eksternalno materjo.

Opazovanja anoreksičnih adolescentov in adolescentk pa so pokazala, da so le-ti imeli težave tako pri absorbiranju občutka, da zanje dobro skrbijo, kot tudi pri odpovedovanju prvotni simbiozi z materjo. Želja anoreksičnega dekleta, da bi vzdrževala to tesno zvezo, jo lahko v resnici vpne v kompulzivni odnos, v katerem doživlja mater kot edino zmožno, da jo nahrani, in hkrati nezmožno, da jo nahrani s čimerkoli drugim kot s trupom. Gre za konstantno iskanje tega zgodnjega prehranjevalnega odnosa. Istočasno pa se pojavlja strah pred tem odnosom, češ da je nevaren in ogrožujoč, kakor je tudi samo sicer željeno hranjenje doživeto kot ogrožujoče in zastrupljajoče. Mati lahko to doživlja kot svojo samopotrditve, vendar se tudi čuti zelo

ogroženo: spominja jo na užitek in tiranijo skrbi za majhnega otroka (Colahan, Senior, 1995).

Naj bo narava in kvaliteta zgodnjega odnosa mati - otrok takšna ali drugačna, način doživljanja le-tega anoreksiku ne lajša truda, da bi naredil ta odnos trajno kvaliteten in učinkovit. Takšni posameznici ne ostane mnogo oporišč, na katere bi se lahko zanesla in s pomočjo katerih bi lahko predelovala boleča in konfliktna čustva. Daje videz, kot da neprestano išče nadomestilo za skrbno (v smislu hranjenja) mater iz otroštva, in sicer tako, da išče zunaj sebe simbiotične nadomestke, ki naj bi jo prerodili in izboljšali njeno počutje. Posluhuje se 'patoloških tranzitornih objektov odvisnosti' (McDougall, 1989), ki jo zadovoljijo le začasno. Obnaša se kot odvisnik, ki močno hlepi po objektu odvisnosti. Kakor hitro pa ga absorbira, postane zastrupljuječ. Podobno se počuti mati, kot da v celoti zapolnjuje prostor znotraj svoje hčere, kljub temu, da ona to, kar ji ponuja, zavrača, češ da je nevarno.

Opazimo lahko potrebo anoreksičnega dekleta po materini bližini, njene obupane poskuse, da bi se osvobodila, in kako se kompulzivno obdaja s hrano, vendar jo je groza tega, da bi jo použila. Prepričana je o svoji kontroli nad hrano in da jo bo ta kontrola osvobodila. Hkrati je ta odnos do hrane bolj omejujoč, zahteven in intimen kot katerakoli aliansa s sočlovekom. To obnašanje jo obvladuje in dobi zanjo življenjski pomen, od njega je odvisna. Znajde se v odvisnem stanju zaslužjenosti, ki je zelo podobno ekstremno odvisnemu odnosu otroka do matere. Anoreksik lahko v svojo 'igro odvisnosti' pritegne še ostale družinske člane (McDougall, 1989). Vzpodbuja jih, da igrajo vloge igralcev, ki se nahajajo v pacientovem notranjem svetu. Vendar morajo te vloge ustrezati njihovim lastnim psihičnim konfliktom, tako da se lahko z njimi identificirajo. Ko so enkrat vpleteni v igro, se od njih pričakuje, da bodo izpolnjevali vlogo tranzitornega objekta iz otroštva in tako vzdrževali narcisistično homeostazo anoreksika. Vsekakor lahko nudijo zgolj začasno olajšanje, anoreksiku pa grozijo frustracije in razočaranja.

Ogdenova (1989) avtistično-kontigvitentna pozicija je dimenzija izkustva, ki naj bi imelo poseben pomen za razumevanje motenj hranjenja. Temelji na njejovi reinterpetaciji in elaboraciji dela Kleinove (1958 / 1975), ki je podala razlago psihološkega razvoja kot bifaznega napredovanja od biološkega proti neosebnopsihološkemu ter od neosebnopsihološkega proti subjektivnemu. Kleinova navaja dve psihološki poziciji (paranoidno-shizoidno in depresivno), od katerih se vsaka povezuje z določeno kvaliteto anksioznosti, oblike objektnih odnosov in obramb (Ogden, 1989).

Ves čas se je potrebno zavedati, da se avtistično-kontigvitentna pozicija kakor tudi paranoidno-shizoidna in depresivna pozicija ne pojavljajo neodvisno in same zase. O njih govorimo ločeno zato, ker ne moremo govoriti o vseh hkrati. Vsaka pozicija ima kohezivnost, vendar nikoli ne tvori celote določenega iskustva.

Pacientke z motnjami hranjenja uporabljajo za organizacijo izkušenj verbalne simbole, kar jim narekuje depresivna pozicija, pri njih pa se pojavljajo tudi projekcije, introjekcije, razcep, projektivne identifikacije, kar izhaja iz paranoidno-shizoidne pozicije.

Pred obdobjem, ko prevladuje paranoidno-shizoidna pozicija, je bolj primitivno obdobje (Ogdenova avtistično-kontigvitentna pozicija), ki ima opraviti s pripisovanjem pomena izkušnji, ko se surove senzorne informacije urejajo tako, da tvorijo presimbolične zveze med senzornimi vtisi in izkušnjo površin. Ogden (1989) meni, da ima izkustvo selfa zametke v teh površinah. To izkustvo se pojavi, preden otrok internalizira objekte. Otrokov občutek kontinuitete biti v tem izkustvenem stanju se organizira okoli senzornih izkušenj, delno občutenja površine kože kot tudi ritmičnosti. Te senzorne izkušnje oblikujejo najzgodnejše in najbolj temeljne objektne odnose, ki so povezani z otrokovimi izkušnjami, ko ga mati neguje, skrbi zanj in se z njim pogovarja.

Otrok v tem avtistično-kontigvitentnem stanju objektov ne izkusi kot objektov, temveč jih zaznava v obliki odnosa do avtosenzualnih oblik in avtosenzualnih objektov (Tustin, 1984). Avtistične oblike so 'občutene' oblike, ki se pojavijo, ko se koža dotakne mehke površine. Tustin (1980) je definiral avtistične objekte kot kontrast avtističnih oblik. Značilna lastnost avtističnih objektov je izkustvo 'trdote', ko se objekt dotakne površine kože. Tustin domneva, da ta občutek ni lociran na kraj dotika, temveč ga otrok izkusi kot zaščitni oklep za vse mehke dele telesa, potreben za preživetje in zaščito pred izničenjem. Ta psevdozaščita postane nadomestek za povezavo s človeškimi bitji in se pojavi, ko pride koža v stik s trdo površino, ter ustvari notranji prostor, kamor skrb drugih ne seže in od koder posameznikove potrebe po drugih ne morejo ulti. Ogden (1986) domneva, da otrok izkusi avtistični objekt kot senzorni vtis, ki generira varnost in je meja, ki določa, razmejuje in ščiti njegove sicer izpostavljene in ranljive površine.

Otroci imajo nezavedna fantazijska prizadevanja, da bi dosegli popolnost s privzemanjem avtističnih oblik. Dobesedno in v prenesenem pomenu kompulzivno 'popravljajo' vrzeli v njihovem senzornem selfu. Pri pacientkah z

motnjami hranjenja vodi občutek, da je njihovo življenje odvisno od uresničitve tega nemogočega prizadevanja, v kompulzivno in ponavljajočo se naravo izkustva. Kompulzivna in ritmična narava rituala žretja in bruhanja postane zunanje 'lepilo', ki naj bi vzdrževalo in ohranjalo te osebe.

Ogdenov (1989) in Tustinov (1980, 1984) model, ki temeljita na občutkih, dopolnjujeta Fairbairnovo (1944 / 1952) teorijo notranjih objektnih odnosov. Fairbairnova teorija govori o objektnih reprezentacijah v notranjem svetu, kar pomaga Ogdenovi in Tustinovi teoriji razložiti najbolj primitivne aspekte shizoidne osebnosti.

Fairbairnova teorija objektnih odnosov, še posebej koncept vnašanja slabega objekta z namenom kontrolirati ga in ga izboljšati, pomaga razložiti odvisno naravo motenj hranjenja. Fairbairn (1944 / 1952) je predpostavil, da se otrok rodi s hipotetično celim egom (oz. selfom) v odnosu do teoretično celega objekta. Takoj po rojstvu se otrok sooči z zunanjo realnostjo matere in s spoznanjem, da mu mati ne more nadomestiti prijetnega in preferirajočega intrauterinega stanja. Ta situacija vodi v razcep ega na dobre in slabe komponente. Od tod naprej mora otrok upoštevati oba, tako zadovoljujoč kot nezadovoljujoč objekt. Po Fairbairnu ni razloga za internalizacijo dobrega objekta. Samo če ima otrok občutek, da je materi spodletelo zagotoviti zadovoljitev, je nujno internalizirati slabi objekt matere.

Smisel internalizacije slabega objekta je v tem, da ga otrok lahko kontrolira in tako spremeni v dober objekt. Na ta način je slab objekt internaliziran iz zunanje realnosti in odnos do slabega objekta je boleče potlačen.

Fairbairn je domneval, da smo ljudje najbolj prvinsko povezani v objektnih odnosih in da je potreba po sočloveku globlja kot potreba po vodi, hrani ali seksu. Tako nobeno človeško bitje, ne glede na to, kako dobro ali slabo je, ne bo zavrženo. Če mater izkusi kot slabo, se je otrok drži in jo neprestano poskuša poboljšati, tako da jo vnaša vase in jo potem zavrže po neuspehlih poskusih izboljšati jo. Posameznik se ves čas obrača k osovraženemu ali zavračajočemu objektu, ker so slabi objekti boljši od nobenih. Otrok goji do slabe, osovražene matere močno čustvo, ki podžiga odvisnost. Bulimiki, ki izgubijo nadzor nad samim sabo, škodoželjno pitajo osovraženi self znotraj sebe, ki naj bi imel nenasiten apetit. Je namreč osovražena različica njih samih, identificirana z materjo, ki jih pita. Hrana postane samoinducirano 'oralno posilstvo'. Tako kot posilstvo ni seks, ampak seksualna oblika ali sredstvo nasilja, ima v nekaterih primerih žretje opraviti več z agresijo kot s hrano ali lakoto.

V primeru motnje hranjenja postane odnos do slabega objekta odvisen, vztrajen poskus pridobiti ljubezen, za katero je jasno, da je nedosegljiva. Simptomi postanejo posameznikovi ponavljajoči se poskusi sprejeti vase slab objekt, da bi ga lahko kontroliral in se ga potem znebil z žretjem in bruhanjem.

Odvisni značaj motenj hranjenja je povezan s fantazijo, da je posameznikovo življenje odvisno od izpolnitve določenega nezavednega dejanja ali težnje. Ta nezavedna težnja se lahko manifestira v različnih oblikah vedenja, kot npr., ko oseba kompulzivno poskuša pridobiti materino ljubezen s ponavljajočo se inducirano drogiranostjo, s služenjem takšne in drugačne vsote denarja ali z doseganjem kakšnih drugačnih ciljev. Odvisno obnašanje se kompulzivno ponavlja v realnosti in v objektnih odnosih posameznika.

Za pacientko z motnjami hranjenja je nezavedna, fantazijska težnja transformacija notranje slabe objektne matere v dober objekt. Ta nezavedna težnja, od katere je posameznikovo življenje popolnoma odvisno, je po definiciji neizpolnjiva, ker slednji ne more spremeniti preteklosti. Matere ne more narediti ljubeče, kot si jo pacientka želi. Lahko pa se začne kosati z materjo, kakršna je bila, in s tem, česar pri njej ni mogla sprejeti - ne more pa je spremeniti ali popraviti. Preteklost se ne bo spremenila. Težnja se ne bo nikoli izpolnila, pač pa lahko pacientka spremeni svoj odnos do te težnje.

PROBLEM

Problem raziskave je ugotoviti, kako se značilnosti objektnih odnosov pri bolnicah z motnjami hranjenja razlikujejo od značilnosti objektnih odnosov pri ljudeh, ki teh motenj nimajo, oz. ali sploh prihaja do kakšnih razlik med omenjenima skupinama.

Problem se tako osredotoča na ugotavljanje in opisovanje specifičnih značilnosti objektnih odnosov pri bolnicah z motnjami hranjenja, in sicer pri anoreksikih, bulimikih in dekletih z nespecifično motnjo hranjenja. Obenem gre za poskus pojasniti vzroke za pojav motenj hranjenja s pomočjo teorije objektnih odnosov.

METODA

Subjekti

V vzorec eksperimentalne skupine je bilo zajetih dvajset deklet z motnjami hranjenja, to je z anorexio nervoso, bulimio nervoso ali z nespecifično motnjo hranjenja. Njihova povprečna starost je znašala 22,7 let in se je gibala v razponu med 19 in 33 let. Z izjemo ene obiskujejo vse različne skupine za samopomoč pri motnjah hranjenja.

V vzorec kontrolne skupine so bile zajete osebe brez motenj hranjenja, ki so se po starosti in spolu ujemale s subjekti iz eksperimentalne skupine.

Pripomočki

EDI-2 (Eating Disorder Inventory - Vprašalnik o motnjah hranjenja)

avtor: David M. Garner

Vprašalnik o motnjah hranjenja s pomočjo samoocenjevanja meri simptome, ki so povezani z anorexio nervoso in bulimio nervoso. Rezultat predstavljajo standardizirani skori na subskalah, ki merijo enajst dimenzij (osem iz prvotne oblike EDI, avtorjev Garnerja in Olmsteda, 1984, in sicer težnja po vitkosti, bulimijo, nezadovoljstvo s svojim telesom, občutke neuspešnosti, perfekcionizem, nezaupanje v ljudi, notranje doživljanje, strah pred zrelostjo in tri nove, dodatne dimenzije: asketizem, reguliranje impulzov, socialno negotovost). Le-te so klinično relevantne pri osebah z motnjami hranjenja. Vprašalnik vsebuje 91 postavk, na katere preizkušanci odgovarjajo s pomočjo šeststopenjske lestvice (možni odgovori so: vedno, navadno, pogosto, včasih, redko ali nikoli).

EDI-2 so razvili na podlagi predpostavke, s katero soglaša vse več klinikov in raziskovalcev, da so motnje hranjenja multidimenzionalne in da jih determinira več faktorjev.

BORRTI (Bell Object Relations and Reality Testing Inventory - Bellov vprašalnik o objektivnih odnosih in zaznavanju realnosti)

avtor: Morris D. Bell

Ta vprašalnik temelji na samoocenjevanju in vsebuje devetdeset deskriptivnih trditev. Preizkušanci za vsako trditev ocenijo, ali zanje drži ali ne drži glede na njihove izkušnje v zadnjem času.

Odgovori se točkujejo na štirih subskalah objektivnih odnosov (odtujenost, negotovost pri medosebnih odnosih, egocentričnost in socialna nekompetenca) in treh subskalah zaznavanja realnosti (distorzija realnosti, negotovost pri zaznavanju in halucinacije in blodnje). Subskale objektivnih odnosov predstavlja petinštirideset postavk, subskale zaznavanja realnosti pa prav tako petinširideset postavk. Postavke se nanašajo na različne stopnje funkcioniranja tega na področju objektivnih odnosov in zaznavanja realnosti. Možno je tudi uporabiti zgolj del vprašalnika, ki zajema objektivne odnose.

BORRTI je namenjen preizkušancem, starim osemnajst let in več.

REZULTATI

Tabela 1: Aritmetične sredine rezultatov kontrolne in eksperimentalne skupine na subskalah vprašalnika EDI-2, sumarnega skora EDI-2 in rezultatov BORRTI, t-vrednosti razlik med aritmetičnimi sredinami kontrolne in eksperimentalne skupine ter statistična pomembnost teh razlik

variabla	M - KS	M - ES	t	p
<i>subskale EDI-2</i>				
težnja po vitkosti	4,05	12,00	4,40	0,000
bulimija	1,58	4,72	2,05	0,024
nezadovoljstvo s svojim telesom	9,58	13,83	1,55	0,065
občutki neuspešnosti	1,84	5,28	2,26	0,015
perfekcionizem	4,89	5,89	0,67	0,255
nezaupanje v ljudi	2,79	3,50	0,54	0,297
notranje doživljanje	3,26	6,06	1,82	0,039
strah pred zrelostjo	6,05	5,50	0,32	0,376
asketizem	5,57	6,00	0,37	0,358
reguliranje impulzov	2,74	3,78	0,82	0,208
socialna negotovost	2,68	4,83	1,77	0,043
sumarni skor EDI-2	45,05	71,39	2,38	0,011
<i>BORRTI</i>				
objektni odnosi	9,74	14,28	1,95	0,029
zaznavanje realnosti	9,84	10,89	0,57	0,287

Legenda:

M - KS : aritmetična sredina rezultatov, dobljenih pri kontrolni skupini dvajsetih deklet brez motenj hranjenja

M - ES : aritmetična sredina rezultatov, dobljenih pri kontrolni skupini dvajsetih deklet z motnjami hranjenja (bodisi z anorexio nervoso, bulimio nervoso ali z nespecificirano motnjo hranjenja)

t : rezultat t-testa za preizkušanje razlike aritmetičnih sredin med malimi neodvisnimi vzorci, v tem primeru med kontrolno in eksperimentalno skupino

p : statistična pomembnost razlike aritmetičnih sredin, dobljena na podlagi enosmerne t-testa

Iz tabele 1 je razvidno, da je prišlo do statistično pomembnih razlik med kontrolno skupino deklet brez motenj hranjenja in eksperimentalno skupino anoreksičnih in bulimičnih deklet na naslednjih področjih merjenja: težnja po vitkosti, bulimija, občutki neuspešnosti, notranje doživljanje, socialna negotovost, sumarni skor EDI-2 ter objektni odnosi. Na teh variablah so dekleta z motnjami hranjenja dosegala statistično pomembno višje rezultate kot njihove vrstnice brez motenj hranjenja.

Tabela 2: Pearsonovi r-korelacijski koeficienti med subskalami EDI-2 in sumarnim skorom EDI-2 ter obema področjema BORRTI (objektni odnosi in zaznavanje realnosti), statistična pomembnost teh korelacij pri kontrolni skupini deklet brez motenj hranjenja

	BORRTI			
	objektni odnosi		zaznavanje realnosti	
Subskala EDI-2	r	p	r	p
težnja po vitkosti	0,38	0,107	0,26	0,278
bulimija	0,48	0,038	0,10	0,694
nezadovoljstvo s svojim telesom	0,24	0,322	0,23	0,341
občutki neuspešnosti	0,52	0,024	0,45	0,054
perfekcionizem	0,18	0,464	0,20	0,413
nezaupanje v ljudi	0,63	0,004	0,59	0,008
notranje doživljanje	0,58	0,009	0,74	0,000
strah pred zrelostjo	0,49	0,033	0,48	0,039
asketizem	0,77	0,000	0,63	0,004
reguliranje impulzov	0,65	0,003	0,84	0,000
socialna negotovost	0,53	0,020	0,38	0,113
sumarni skor EDI-2	0,70	0,001	0,63	0,004

$n=20$ $ss=18$

Tabela 3: Pearsonovi r-korelacijski koeficienti med subskalami EDI-2 in sumarnim skorom EDI-2 ter obema področjema BORRTI (objektni odnosi in zaznavanje realnosti), statistična pomembnost teh korelacij pri eksperimentalni skupini anoreksičnih in bulimičnih deklet

Subskala EDI-2	BORRTI			
	objektni odnosi		zaznavanje realnosti	
	r	p	r	p
težnja po vitkosti	0,50	0,036	0,50	0,036
bulimija	0,15	0,550	0,54	0,021
nezadovoljstvo s svojim telesom	0,03	0,906	0,14	0,577
občutki neuspešnosti	0,90	0,000	0,53	0,024
perfekcionizem	0,54	0,021	0,66	0,003
nezaupanje v ljudi	0,76	0,000	0,14	0,577
notranje doživljanje	0,62	0,006	0,55	0,019
strah pred zrelostjo	0,47	0,049	0,29	0,251
asketizem	0,77	0,000	0,72	0,001
reguliranje impulzov	0,38	0,118	0,83	0,000
socialna negotovost	0,92	0,000	0,57	0,013
sumarni skor EDI-2	0,80	0,000	0,73	0,001

$n=20$ $ss=18$

Iz tabele 2 in tabele 3 je razvidno, da je prišlo tako v kontrolni kot v eksperimentalni skupini do statistično pomembnih korelacij med naslednjimi variablami:

- občutki neuspešnosti in objektni odnosi;
- nezaupanje v ljudi in objektni odnosi;
- notranje doživljanje in objektni odnosi;
- notranje doživljanje in zaznavanje realnosti;
- strah pred zrelostjo in objektni odnosi;
- asketizem in objektni odnosi;
- asketizem in zaznavanje realnosti;
- reguliranje impulzov in zaznavanje realnosti;
- socialna negotovost in objektni odnosi;
- sumarni skor EDI-2 in objektni odnosi;
- sumarni skor EDI-2 in zaznavanje realnosti;

RAZPRAVA

Do najizrazitejše razlike med skupino anoreksičnih in bulimičnih deklet in skupino deklet brez motenj hranjenja je prišlo na subskali Težnja po vitkosti. Gre za področje merjenja, ki zajema kardinalno potezo motenj hranjenja. Leta se kaže kot strah pred debelostjo, preokupiranost z dieto in s telesno težo ter močen strah pred pridobivanjem teže. Postavke te subskale se nanašajo na razmišljanje o dieti, na občutke krivde v primeru uživanja prevelikih količin hrane, na strah pred pridobivanjem teže, na poudarjanje pomena telesne teže in na močno željo po vitkosti.

Povsem razumljivo je, da so dekleta z motnjami hranjenja dosegala statistično pomembno višje rezultate kot njihove vrstnice brez teh motenj na subskali Bulimija.

Pri osebah z motnjami hranjenja so občutki neuspešnosti bistveno močnejše izraženi kot pri osebah brez motenj hranjenja. Pri njih se često pojavljajo občutki splošne neustreznosti, negotovosti, praznine, podcenjevanja samega sebe in pomanjkanja nadzora nad lastnim življenjem. Gre za izstopajočo nizko samopodobo.

Dekleta z motnjami hranjenja so pogosto zmedena in negotova pri prepoznavanju in ustreznem reagiranju tako na emocionalna stanja kot na visceralne občutke v zvezi z lakoto in sitostjo. Pri njih se pogosto pojavlja zbežanost zaradi lastnih občutij in čustev, nezmožnost prepoznavanja čustev ter občutkov lakote in sitosti, občutek napihnjenosti po zaužitju normalne količine hrane.

Dekleta z motnjami hranjenja so izrazito socialno negotova. Večina jih meni, da so njihova socialna razmerja negotova, napeta, polna razočaranj, enostranska in imajo nasploh negativne značilnosti. Pogosto dvomijo vase in so nezadovoljne na socialnem področju.

Dekleta z anoreksijo in bulimijo imajo bistveno več motenj funkcioniranja ega na področju objektivnih odnosov kot dekleta brez motenj hranjenja. To pomeni, da se pri posameznikah z motnjami hranjenja pojavljajo naslednje motnje:

- bazično pomanjkanje zaupanja v medosebnih odnosih (nestabilna, nezadovoljujoča in površinska medosebna razmerja);
- omejena zmožnost empatije;

- pretirana občutljivost na zavrnitev, kritiko, ločevanje in izgube pomembnih soljudi;
- egocentričnost in v zvezi s tem manipuliranje z drugimi, samoprotektivno in izkoriščevalsko ravnanje;
- težave pri navezovanju stikov z osebami nasprotnega spola ter pri ohranjanju razmerij z njimi;
- izogibanje socialnim stikom.

Te poteze utegnejo v nekaterih primerih pomeniti prisotnost katere od naslednjih osebnostnih motenj: narcisistična motnja, shizoidna motnja, borderline osebna motnja, psihotična motnja in konfuzna spolna identiteta.

Na podlagi dobljenih rezultatov seveda ne bi bilo upravičeno trditi, da imajo preizkušanke z motnjami hranjenja prej omenjene osebnostne motnje, vsaj ne v strogem pomenu klinično psihološke diagnoze. Pač pa lahko sklepamo, da so dekleta iz eksperimentalne skupine nedvomno znatno bolj nagnjena k tem motnjam kot pa dekleta iz kontrolne skupine.

Do zelo pomembne zveze je prišlo med vsoto vseh enajstih subskal testa EDI-2, ki meri motnje hranjenja in delom testa BORRTI, ki meri deficite na področju objektivnih odnosov. To pomeni, da imajo osebe z motnjami hranjenja tudi motnje na področju objektivnih odnosov. Hkrati je iz tega mogoče sklepati, da je eden od temeljnih vzrokov motenj hranjenja v najzgodnejšem diadnem odnosu med materjo in otrokom, oz. da motnje v tem odnosu pogojujejo kasnejši pojav motenj hranjenja.

Pokazalo se je, da vsota vseh subskal EDI-2 pomembno korelira tudi z drugim delom BORRTI, to je z zaznavanjem realnosti, kar pomeni, da se pri osebah z motnjami hranjenja pojavljajo tudi motnje zaznavanja zunanje in notranje realnosti. Tako je mogoče vzrok motenj hranjenja razložiti tudi z motnjami v zaznavanju realnosti, kar bi utegnilo pomeniti, da osebe z motnjami hranjenja zaznavajo svoje telo in telesne dimenzije izkrivljeno, kakor tudi svoje telesne občutke in potrebe.

ZAKLJUČEK

Motnje hranjenja so povezane z deficiti na področju objektivnih odnosov in z motnjami pri zaznavanju realnosti. Vse subskale Vprašalnika o motnjah hranjenja sicer ne korelirajo pomembno z značilnostmi objektivnih odnosov, prišlo je tudi do razlik med eksperimentalno in kontrolno skupino kar zadeva pomembnost korelacijskih koeficientov. Kot statistično pomembno povezane so se z deficiti na področju objektivnih odnosov v obeh skupinah pokazale naslednje subskale EDI-2: občutki neuspešnosti, nezaupanje v ljudi, notranje doživljanje, strah pred zrelostjo, asketizem in socialna negotovost. V obeh skupinah je bila visoko statistično pomembna tudi zveza med sumarnim skorom EDI-2 (seštevek vseh subskal tega testa) in skorom objektivnih odnosov. To pomeni, da imajo pacienti z motnjami hranjenja tudi deficite na področju objektivnih odnosov. Iz tega je mogoče sklepati, da ležijo vzroki za pojav motenj hranjenja v internaliziranih konfliktih iz obdobja prvega leta življenja, še zlasti iz prvih šestih mesecev, ko je simbiotični odnos resnično biološko-fiziološko in psihološko zlivanje z objektom. Gre za travmo prekinjanja simbiotičnega objektivnega odnosa (Praper, 1996).

Motnje hranjenja štejem med psihosomatske motnje, kar pričujoče delo nazorno ilustrira. Menim, da raziskava tudi ni brez pomena za terapevtsko delo z osebami z motnjami hranjenja, saj kaže na nekatere osebne poteze, specifične za skupino pacientov s temi motnjami.

Ob koncu bi želela omeniti odprte probleme in možnost njihovega nadaljnega raziskovanja:

- Raziskavo bi veljalo ponoviti z večjim in bolj reprezentativnim vzorcem.
- V raziskavo bi bilo treba vključiti tudi paciente z motnjami hranjenja moškega spola in preučiti razlike med spoloma na področju motenj hranjenja.
- Značilnosti objektivnega odnosa pri pacientih z motnjami hranjenja bi morali podrobneje preučiti. V ta namen bi bilo koristno uporabiti tudi kakšen drug merski instrument, npr. kakšno projektivno tehniko.
- Zelo koristno bi bilo prirediti za naše razmere tako EDI-2 kot BORRTI, saj trenutno pri nas ni na razpolago ne vprašalnika, ki bi meril motnje hranjenja, ne vprašalnika, ki bi meril objektivne odnose.

LITERATURA

1. Fairbairn, W.R.D. (1952). Endopsychic structure considered in terms of object relationships. V: *Psychoanalytic studies of the personality* (1944), 82-136, London: Routledge & Kegan Paul.
2. Kreipe, R. E. (1995). Eating Disorders Among Children and Adolescents, *Pediatrics in Review*, 10, 370-379.
3. Klein, M. (1975). On development of mental functioning. V: *Envy and gratitude and other works: 1946-1963* (236-246). New York: Free Press.
4. McDougall, J. (1974). The psycho-soma and the psychoanalytic process, *International Review of Psychoanalysis*, 1, 437 - 459.
5. McDougall, J. (1989). *Theaters of The mind: illusion and truth on the Psychoanalytic Stage*, London: Free Association Books.
6. Nicolle, G. (1938). Prepsychotic anorexia, *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 32, 153 - 161. V: Meermann, R. (1981). *Anorexia nervosa*, Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
7. Ogden, T.H. (1986). The matrix of the mind: Object relations and the psychoanalytic dialogue. Northvale, NJ: Aronson. V: Schneider, J.A. (1995), *Eating disorders, addictions, and unconscious fantasy*. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 177-185.
8. Ogden, T.H. (1989). The primitive edge of experience. Northvale, NJ: Aronson. V: Schneider, J. A. (1995), *Eating disorders, addictions, and unconscious fantasy*. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 177-185.
9. Praper, P. (1996). *Razvojna analitična psihoterapija*, Ljubljana: Inštitut za klinično psihologijo.
10. Swift, W. J. in Wonderlich, S. A. (1988). Personality factors and diagnosis in eating disorders: traits, disorders and structures. V: Garner, D., Garfinkel, P. (1988). *Diagnostic issues in anorexia nervosa and bulimia nervosa*, New York: Brunner / Mazel.
11. Tustin, F. (1980). Autistic object. *International Review of Psychoanalysis*, 7, 27-39. V: Schneider, J.A. (1995), *Eating disorders, addictions, and unconscious fantasy*. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 177-185.
12. Tustin, F. (1984). Autistic shapes. *International review of Psychoanalysis*, 11, 279-290. V: Schneider, J. A. (1995), *Eating disorders, addictions, and unconscious fantasy*. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 177-185.
13. Winnicott, D. W. (1975). *Mind and its relation to the psycho - soma*. V: *Collected papers: Through pediatrics to psycho-analysis*, 243 - 254, New York: Basic Books