

# Motnje hranjenja in avtoagresivnost

Gorazd V. Mrevlje

**Abstract:** Eating disorders belong among diseases with the highest degree of mortality and within these numbers there are data about essentially higher degree of suicide among these patients than the usual population.

In particular female patients with anorexia nervosa are threatened. The presented facts constantly direct our intention to a greater or smaller presence of auto aggression in the development of clinical pictures and on the basis of this cognition it is necessary to count at diagnostic and at planning treatment of such disorders.

The author offers some basic descriptions of how the field of activity nowadays regards the idea of aggression and he stops at the explanation of the so called indirect self-threatened behaviour and its forms.

The most important conclusion of the article is the fact that eating disorders cannot be understood as disorders which are the cause of auto aggressive syndrome but it is very important to recognize this dimension and not neglect it at treating these patients.

## 1 Uvod

Kaj je tisto v klinični sliki, etiologiji, predvsem pa v psihodinamiki motenj hranjenja kar nam daje občasno videti povezavo med motnjami hranjenja v najširšem smislu in avtoagresivnostjo?

Današnje razumevanje te epidemične motnje v razvitem svetu se obrača predvsem k razvojno, družinskim, biološkim in socialnim vzrokom in nobeno od poznanih kliničnih slik motenj hranjenja ne moremo razumeti kot obliko avtoagresivnega vedenja ali celo sindroma.

To pa seveda ne pomeni, da ne bi bili pozorni na večjo ali manjšo prisotnost in prepoznavnost avtoagresivnosti v poteku nekaterih kliničnih slik motenj hranjenja.

Najpogostejša dejstva in ugotovitve klinične prakse ter raziskav, ki nas opozarjajo o možni povezavi med avtoagresivnostjo in določeno psihično motnjo je rizičnost v smislu samomorilnega vedenja ali celo samomora. Znano je dejstvo, da je populacija ljudi z duševnimi motnjami ena od rizičnih skupin v smislu samomorilne ogroženosti, kar pa ne pomeni, da je vsak posameznik, ki je samomorilno ogrožen, tudi psihiatrični bolnik. Velja spomniti, da je avtoagresivnost v najširšem smislu (seveda tudi samomor) predvsem in samo simptom nekega dogajanja, ki ni nujno povezana s predhodno duševno motnjo. Znotraj populacije ljudi z duševnimi motnjami tako poznamo nekaj rizičnih skupin v tem smislu kot na primer depresivni bolniki, odvisniki od psihoaktivnih snovi zlasti alkohola in starostniki z različnimi duševnimi težavami.

Če pa pogledamo dejstvo z druge strani se izkaže, da neprestano srečujemo podatke v literaturi, da so motnje hranjenja tista duševna motnja, kjer redno najdemo najvišje odstotke umrljivosti (1). Znotraj te skupine duševnih motenj pa so glede umrljivosti seveda velike razlike med posameznimi kliničnimi slikami motenj hranjenja. Mortalitet med ženskami z anoreksijo nervozo (0,56 % letno) je več kot 12 x višja kot med splošno populacijo žensk (2). Znotraj te visoke stopnje umrljivosti med populacijo bolnic z anoreksijo nervozo pa se redno pojavljajo podatki o tem, da je izjemno pogost vzrok umrljivosti samomor in ne samo morebitno organsko ozadje oziroma posledice nizke telesne teže.

11-letna follow – up študija žensk z motnjami hranjenja (Franko in Keel s sodelavci) je pokazala 7,4 % stopnjo umrljivosti med ženskami z anoreksijo nervozo in od desetih smrtnih primerov so bili štirje posledica samomora (3, 4).

V analizi 14 primerov bolnic z anoreksijo nervozo je Herzog s sodelavci ugotovil, da je 24 % od celotnega števila smrtnih primerov bila posledica samomora (5).

V nasprotju z visoko umrljivostjo pri pacientkah z anoreksijo nervozo pa je stopnja umrljivosti pri pacientkah z bulimijo nervozo in Ednos (Eating Disorders Not Otherwise Specified) ni visoka (6). Pregled 88 študij je pokazal 0,3 % umrljivost med to populacijo bolnikov. Avtorji tega pregleda pa opozarjajo, da gre za precej neobdelane podatke, ki morebiti ne kažejo prave slike procenta umrljivosti glede na to, da so upoštevane follow - up študije bile opravljene pri populaciji tovrstnih bolnikov v časovnem razmerju od šest mesecev do deset let (7).

## 2 Motnje hranjenja in avtoagresivnost

Ne glede na to kako razumemo in razlagamo etiologijo motenj hranjenja in njihovih različnih kliničnih slik nam gornji statistični podatki govore o tem, da je pri tovrstnih duševnih motnjah mogoče prepoznati večjo prisotnost tega čemur danes rečemo avtoagresivno vedenje oziroma avtoagresivna dimenzija.

Če nas procentualno večje število samomorov, kot očitno in dokončno avtoagresivno dejanje s katerim si človek vzame življenje, opozarja na avtoagresivno dimenzijo pri ljudeh z motnjami hranjenja, pa nam podrobnejše poznavanje avtoagresivnosti v najširšem smislu odpre še nove vidike.

Znotraj pahljače oblik avtoagresivnega vedenja, ki se razteza od samomora, poskusa samomora, samomorilnih teženj in groženj ter samomorilne ideacije, naletimo tudi na posebno in zelo pogosto obliko vedenja ali pojava, ki ne tako očitno, bolj počasi in manj neposredno trga posameznika iz družbene skupnosti. Gre za tiste oblike vedenja, ali celo že razvitih kliničnih slik pri katerih je prisotna samouničevalna težnja, vendar je posameznik sam pri sebi ne zazna niti se ne tako

doživlja kar pomeni, da se avtoagresivna dinamika razvija na nezavedni ravni. Mislimo na obliko vedenja, ki ga je Farberow že leta 1980 opisal kot indirektno samouničevalno (samodestruktivno) vedenje. Najpomembnejša značilnost te oblike vedenja je, da ga prizadeti ne doživlja kot samouničevalno ali celo kot samomorilno, čeprav je vedenje čudno in nesmiselno navkljub temu, da človeka ogroža in mu postopoma skrajšuje življenje. Okolica, ni nujno da samo najbližji, takšno samouničevalnost prepozna, se o tem med seboj pogovarja (»ta pa samomorilno pije ali vozi in dirja z avtom«), včasih tako samouničevalnega človeka celo opozarja vendar se on na to ne odziva.

Lestvica vzorcev samouničevalnega vedenja prehaja tako na eni strani v prepoznavno in odkrito samomorilnost, na drugi pa še v normalno tvegano in bolj ali manj sprejemljivo vedenje in nevarno življenje. V kolikor je takšno vedenje nadomestek za manifestno samomorilnost lahko seveda pričakujemo, da se na takšnem bojišču pogosteje porajajo očitni samomorilni vzgibi (9).

Morebiti je na tem mestu potrebno opisati nekaj osnovnih razlag kako danes razumemo agresivnost pri človeku, še posebej zato, ker ima ta pojem predvsem slabšalni pomen. Pojem agresija izhaja iz grške besede *aggredi* ali pa *ad gradi*, kar pomeni gibati se, iti naprej, lotiti se. Tako je agresija v svojem izvornem pomenu gibanje naprej v smeri cilja brez dvoma in strahu. Nasprotni pojem je regresija iz besede *regredi*, kar pomeni gibati se nazaj.

Izhajajoč iz korena besede gre v osnovi za tisto agresijo, ki ji danes rečemo pozitivna, zdrava, konstruktivna ali benigna agresija. Vse to torej kar potrebujemo za asertivnost in zdravo ambicioznost. Tudi filogenetsko programirana agresija (tako kot pri živalih) je pri človeku v službi življenja in je odgovor na ogroženost vitalnih funkcij, zato jo tudi imenujemo biološko adaptivna agresija.

Ta reaktivna, obrambna in usmerjena v odpravljenost ogroženosti agresija pa ima še drugo plat, ki jo opisujemo kot negativno, rušilno in maligno agresijo. Ne gre več za obrambo pred ogroženostjo, ta agresivnost ni filogenetsko programirana in je biološko škodljiva za posameznika, za družbo uničevalna in po svoji naravi biološko neprilagojena, uničuječa in okrutna. Rušilna ali negativna agresija je tako naučena oblika vedenja, ki se lahko odpravi in njeno bistvo je v tem, da želi škodovati in prizadeti posameznika ali večjo skupino. V svojem bistvu je maligna agresija škodljiva za tistega, ki je napaden, pa tudi za tistega ki napada in je torej agresiven.

Ni povsem res, da živali ne znajo biti maligno agresivne in uničevalne, kar je dokazal Lorenz z opazovanjem na živalih. Živali postanejo uničevalne šele takrat, ko je porušeno ravnotežje njihovega okolja ali ureditve (10).

Človek je očitno precej bolj destruktiven, ker zna ustvarjati takšna stanja, ki vzpodbujajo, ustvarjajo in celo legitimizirajo agresijo in nasilje (vojne). Uničuječa agresivnost je za človeka postala bolj pravilo kot izjema, vsaj tako nam kaže zgodovina.

Avtoagresivno vedenje je izhajajoč iz tega stališča, torej maligno in uničevalno v vseh svojih oblikah. Usmerjeno pa je k sebi in v večini pojavnih oblikah človeku vidna, se pravi se dogaja na zavedni ravni. To velja za vso že naštetu paleto samouničevalnega vedenja, od samopoškodb in samozastrupitev pa vse do samomora. Indirektno samouničevalno vedenje pa je za razliko od preje omenjenih oblik direktnega samouničevalnega vedenja prikrito, nezavedno, zato posameznik dimenzije samouničevalnosti pri sebi ne prepozna.

To dimenzijo avtoagresivnosti je očitno že zaslužil sociolog Durkheim leta 1897, ko je v svoji knjigi »La suicide« pisal o »podobnih duševnih

stanjih (kot pri samomoru), ker vsebujejo tudi smrtno tveganje, ki pa se ga človek ne zaveda. Tudi perspektiva teh stanj ni tako pogubna, od samomora pa se razlikuje po manjši verjetnosti smrtnega izida kar pomeni, da gre za nekak zametek samomora« (11). Takšne »zametke samomora« so pozneje različni avtorji poimenovali kot parcialni, kronični, prikriti ali latentni samomor, kot subintencionalno smrt in podobno. Sledilo je tudi več poskusov razlag ozadja in psihodinamike tovrstnih procesov oziroma vedenja.

Prve in zgodnje razlage so se večinoma opirale na antinomičnost in navzkrižje med primarnim ustvarjalnim nagonom (Eros) in smrtnim ter primarno uničevalnim nagonom (Thanatos) kot ju je poimenoval Freud. Tako je Menninger dinamiko Erosa in Thanatosa primerjal z anabolnimi in katabolnimi procesi v biologiji (12). Indirektno samodestruktivno vedenje, ki ga prepoznamo pri različnih življenjskih slogih tokrat ne bo predmet naše analize. Gre za ljudi, ki potrebujejo večjo ali stalno mero vzburjanja in stresa pri katerem anticipirajo ugodje, ki ga doživijo, ko bo vzburjenje prenehalo. V tem je vedno nekaj tveganja, včasih pa lahko takšno »nevarno življenje« postane tudi prisilno in dobi značaj odvisnosti. To dinamiko in mehanizme lahko vidimo pri hazarderjih oziroma odvisnikih od iger na srečo, pri ljudeh, ki gojijo zelo tvegane športe, pri preveč tveganim in samožrtvovalnem vedenju v kočljivih družbenih ali medčloveških situacijah in celo pri nekaterih oblikah delikventnega vedenja, v katerih prepoznamo iskanje srhljivih situacij in izziv družbe k represalijam.

Duševno bolečino v najširšem smislu ljudje obvladujejo na različne načine. Depresivni odgovor na duševno bolečino se kaže v stanju brezupa in resignacije z občutkom, da nekdo ne zmore vzpostaviti stanja kot bi si ga želel in temu sledi usmeritev v umik. Kadar se ta dinamika ne razvije v klinične oblike prepoznavnega depresivnega vedenja ali celo kliničnih slik, je mogoče takšno indirektno samouničevalno vedenje prepoznati pri drugih kliničnih slikah, kot so na primer odvisnost od alkohola in prepovedanih drog. To skupino duševnih motenj nekateri celo poimenujejo kot vrsto »kroničnega samomora«. Prav tako lahko različne somatoformne (psihosomatske) reakcije in bolezni pomenijo časten umik iz težavnega življenja, ki mu človek ni kos in tudi v tej dinamiki je mogoče prepoznati elemente avtoagresivnosti. Še lažje pa je prepoznati to dimenzijo pri ljudeh, ki zanemarjajo terapevtska navodila ali celo opustijo zdravljenje pri nekaterih kroničnih obolenjih oziroma boleznih, ki zahtevajo vztrajnost, samodisciplino in voljo, ter željo po sodelovanju pri zdravljenju.

Duševne težave pri katerih so v ospredju občutki krivde, nizka samopodoba, občutek lastne nesposobnosti in neučinkovitosti pri obvladovanju življenja pa nekateri ljudje poskušajo obvladovati s samokaznovanjem, bolj ali manj prikritim asketizmom ter posledičnem omejevanju pri hrani, pijači, spolnosti in še drugače. Tudi v teh primerih se lahko vedenjski vzorec razvije v prisilo kateri potem sledi razvoj bolezenske klinične slike.

Vsaj pri dveh oblikah motenj hranjenja je mogoče zaslužitvi in prepoznati tovrstni mehanizem poskusa obvladovati težave, ki vzdržuje prikrito avtoagresivnost v smislu indirektnega samouničevalnega vedenja. Klinična slika in dinamika anoreksije nerove ter deloma kompulzivno prenačanje sta dve obliki motenj hranjenja pri katerih je moč prepoznati elemente avtoagresivnosti oziroma prikrite samouničevalnosti kot smo to opisali v gornjem besedilu.

Anoreksija neroveza kot duševna motnja tako ne glede na to kako jo razumemo in razlagamo v psihodinamskem smislu ima dve značilnosti, ki jih je potrebno upoštevati pri načrtovanju zdravljenja. Danes velja, da je anoreksija neroveza motnja, ki ima predvsem svojo razvojno in družinsko ozadje, zaradi avtoagresivne dimenzije v smislu indirektnega

samouničevalnega vedenja pa je potrebno anoreksijo nervozo razumeti kot motnjo z visoko stopnjo samomorilne rizičnosti ob že tako visoki stopnji umrljivosti.

Občutek krivde je vodilno čustvo pri anoreksičnih bolnicah. Občutek krivde je vezan nase v smislu »lastne krivde«, pa tudi na druge, ki so »krivi za njegovo bolezen« v smislu projekcij.

Občutek sramu pa je temeljno čustvo bolnikov z bulimijo nervozo in včasih tudi pri bolnikih s kompulzivnim prenašanjem. Sram na splošno velja za neprimerno bolj intimno čustvo kot krivda, je težje dostopen v terapevtskem smislu in tudi težje prepoznaven, odraža pa se pri opisanih bolnikih v občutkih zmede, negotovosti, notranjega nemira in nezadovoljstva, očitno pa tudi z manj prisotne avtoagresivne dinamike. V tem je videti del odgovorov zakaj je pri bulimiji nervozi manj umrljivosti. Lahko bi zapisali provokativno trditev, da je v tem kontekstu občutek sramu celo določen »zaščitni faktor« v primerjavi z občutkom krivde v smislu razvoja latentne avtoagresivnosti oziroma indirektnega samouničevalnega vedenja.

Kompulzivno prenašanje, kot tretja najpogostejša klinična slika motenj hranjenja, je motnja še z manjšo stopnjo umrljivosti. Pri tej klinični sliki je mogoče prepoznati avtoagresivne dimenzije v potrebi bolnikov po mučenju lastnega telesa v obdobjih ekstremnega prenašanja in celo samokaznovanja. To vedenje je včasih težko ločiti od morebitnih mazohističnih nagibov. Kadar razmišljamo v tej smeri je potrebno vedeti, da je mazohistično vedenje usmerjeno k določenemu ugodju ob mučenju lastnega telesa, preje opisane praktike ljudi s kompulzivnim prenašanjem pa nimajo tega namena.

Sodobna suicidologija in poznavalci avtoagresivnega vedenja opozarjajo na to, da je najzanesljivejši faktor ocene rizičnosti avtoagresivnosti in samomorilnosti prepoznavna stopnje občutka brezizhodnosti in brezperspektivnosti pri bolnikih iz teh rizičnih skupin.

Prospektivne študije kažejo, da je prisotnost teh občutkov v tesni povezavi z razvojem samomorilnih misli, idej in teženj ali celo samomorov kot tudi depresivnim razploženjem (13). Pomembno je opozoriti na to, da je občutek brezperspektivnosti in brezizhodnosti povsem subjektivna izkušnja, ki se po pravilu ne manifestira navzven v obliki simptomov in jo zato lahko hitro spregledamo. Še posebej nevarno zna biti takrat kadar nas zapeljejo predpostavke, ocene ali misel, da občutki brezizhodnosti in brezperspektivnosti izginjajo premosorazmerno s kliničnim izboljšanjem duševne motnje oziroma simptomatike (recimo pridobivanje telesne teže pri anoreksičnih bolnicah ali izboljšanje depresivne simptomatike).

Raziskave, ki jih je zelo smiselno uporabljati tudi pri klinični oceni suicidalne rizičnosti zato opozarjajo, da je prisotnost stopnje občutka brezizhodnosti in brezperspektivnosti pomembnejši znak rizičnosti v smislu avtoagresivnega vedenja kot tisto čemur rečemo »želja po smrti« (14). Klinične izkušnje namreč kažejo, da tako vsaj bolniki z motnjami hranjenja izjemno redko govore, da so se pripravljani pogovarjati o prisotnosti »želje po smrti« in so to pripravljani pogostoma tudi odločno zanikati. Občutek in prisotnost doživljanja brezizhodnosti in brezperspektivnosti, ne glede na realnost teh občutkov, pa lahko ostaja ali se celo krepi ob tem, ko okolica ugotavlja,

da se bolezensko stanje izboljšuje, sorodniki pa se veselijo, ko njihov bolnik pridobiva na teži in se zopet »normalno hrani«.

### 3 Zaključek

Današnje psihodinamsko razumevanje motenj hranjenja ponuja in upošteva celo vrsto različnih dejavnikov in vzrokov ob splošno sprejetih izhodiščih, da gre za razvojno pogojene duševne motnje. Avtoagresivnost v katerikoli obliki nikoli ni bila in tudi ne bo v središču zanimanja kot možen vzrok teh motenj. Šele podatki o visoki umrljivosti oseb zlasti z anoreksijo nervozo znotraj katere je število samomorov bistveno višje kot pri ostali populaciji, je vzbudilo zanimanje in raziskovanje v smeri prisotnosti avtoagresivnih dimenzij pri tej obliki duševne motnje.

Visoko umrljivost in suicidalna rizičnost pri anoreksiji nervozi je tako mogoče razumeti tudi z vidika poznavanja prikritih oblik avtoagresivnega vedenja, kjer nam pomaga razumevanje in poznavanje pojma indirektno samouničevalno vedenje.

Bolj kot za psihodinamsko razumevanje in diagnostiko motenj hranjenja, zlasti pri anoreksiji nervozi, pa je ta element pomemben pri načrtovanju zdravljenja, ki mora upoštevati tudi opisano »latentno samouničevalnost in samomorilnost« pri celostni obravnavi tovrstnih bolnikov.

### 4 Literatura

1. Agras ws: the consequences and costs of the eating disorders. the psychiatric clinics of north america 2001; 24: 371 – 379
2. Sullivan pf: mortality in anorexia nervosa. am j psychiatry 2000; 152: 1073 – 1074
3. Franko dl, keel pk, dorer dj, et al: what predicts suicide attempts in women with eating disorder? psychological medicine 2004; 34: 843 – 853
4. keel pk, dorer dj, eddy kt, et al: predictors of mortality in eating disorders. arch gen psychiatry 2003; 60: 179 – 183
5. herzog db, keller mb, lavori pw: outcome in anorexia nervosa an bulimia nervosa: a review of the literature. j nerv ment. dis 1988; 176: 131 – 143
6. nielsen s, moller – madsen s, isager t, et al: standardized mortality in eating disorders – a quantitative summary of previously published and new evidence. journal of psychosomatic research 1998; 44: 413 – 434
7. keel pk, mitchell je: outcome in bulimia nervosa. am j psychiatry 1997; 154: 313 – 321
8. farberow nl: indirekt self – destructive behavior, classification and characteristics. the many faces of suicide 1980; mc graw – hill book; new york; 15 – 27
9. milčinski l: samomor in slovinci 1985; cankarjeva založba ljubljana: 64 – 78
10. lorenz k: on aggression 1966; harcourt brace. new york
11. durkheim e: suicide 1951; the free press. new york
12. menninger k.a: man against himself 1938; harcourt brace, new york
13. beck at, steer ra, beck js et al: hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. suicide and life – threatening behavior 1993; 9: 139-145
14. henriques g, wenzel a, brown gk et.al: suicide attempters reaction to survival as a risk factor for eventual suicide american journal of psychiatry 2005; 162: 2180 – 2182.