

BEATA PAWŁOWSKA

ANALIZA CECH NARCYSTYCZNYCH
UJĘTYCH W KONTEKŚCIE
WYBRANYCH CZYNNIKÓW RODZINNYCH
U KOBIET Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA

Osobowość narcystyczna definiowana jest na podstawie kryteriów opracowanych przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, zawartych w DSM-IV¹. Osobowość narcystyczna charakteryzuje się:

1. Wielkościowym poczuciem własnej ważności, tendencją do przeceniania własnych osiągnięć i talentów.
2. Zaangażowaniem w fantazje o nieograniczonych sukcesach, władzy, własnej inteligencji, urodzie i idealnej miłości.
3. Przekonaniem o swojej wyjątkowości, unikalności. Osoba uważa, że może być zrozumiana i przebywać jedynie z osobami o wyższym statusie.
4. Wymaganiem nadmiernego podziwu.
5. Bezpodstawnymi oczekiwaniami szczególnie korzystnego traktowania i natychmiastowego zgadzania się na jej oczekiwania.
6. W relacjach interpersonalnych wykorzystywaniem innych, aby osiągnąć swoje cele.
7. Brakiem przejawiania empatii: niedostrzeganiem i niechętnym identyfikowaniem się z potrzebami i uczuciami innych ludzi.
8. Zazdrością wobec innych i przekonaniem, że inni są zawistni wobec niej.
9. Zachowaniami aroganckimi i wyniosłością.

Dr hab. BEATA PAWŁOWSKA – Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie; adres do korespondencji: ul. Głuska 1, 20-433 Lublin.

¹ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-IV, Washington, DC: American Psychiatric Association 1994.

Zdaniem H. Kohuta² zaburzenia narcystyczne polegają na ciągłym dążeniu do doskonałości, patologicznym uzależnieniu od uznania innych ludzi, przy jednoczesnej niezdolności do troszczenia się o innych i do nawiązywania z innymi zadowalających związków. Według A. Millera³ istotą narcyzmu jest doświadczenie i ekspresja bardzo pozytywnego obrazu siebie, nieproporcjonalne do indywidualnego poziomu osiągnięć i zdolności. Ten element narcyzmu manifestuje się jako wielkościowość i zawyżone poczucie własnej wartości⁴. Wskazuje⁵ jednocześnie na potrzebę wielopłaszczyznowego podejścia do zagadnienia narcyzmu, uwzględniającego jego istotę, podstawowy narcyzm oraz narcystyczne mechanizmy obronne służące do utrzymania poczucia własnej wartości.

Teoretyczne podstawy hipotezy zakładającej związek zaburzeń odżywiania z zaburzeniami narcystycznymi łączą się z pracą Kohuta⁶, który opisuje fenomen narcyzmu, wiążąc go u niskim poczuciem własnej wartości, trudnościami z samokontrolą i charakterystycznymi mechanizmami obronnymi. Według H. Brucha⁷ anoreksja – podobnie jak bulimia psychiczna – jest wyrazem wysiłku ukierunkowanego na odzyskanie znaczenia, poczucia wartości siebie, ekspresji własnej osobowości i efektywności interpersonalnej. Anorektyczna sylwetka, nabywając statusu wyjątkowości, zdaniem P. Drozdowskiego⁸ staje się obiektem gratyfikacji narcystycznej potrzeby wyjątkowości. Mechanizm ten według Drozdowskiego⁹ łączy się z wczesnodziecięcymi trudnościami w uzyskaniu autonomii i realizowany jest przez manipulację jedzeniem. H. Steiger i współautorzy¹⁰ uważają, że również osoby z bulimią charakteryzuje wysokie nasilenie cech narcystycznych. Podobnie

² H. K o h u t, *The Analysis of the Self*, New York: International Universities Press 1971.

³ A. M i l l e r, *Thou Shalt Not Be Aware*, New York: Farrar, Straus, Giroux 1984; t e n ż e, *For Your Own Good*, New York: Straus, Giroux 1985.

⁴ M i l l e r, *Thou Shalt*.

⁵ M i l l e r, tamże.

⁶ K o h u t, dz. cyt.

⁷ H. B r u c h, *The Changing Picture of Illness: Anorexia Nervosa in Treatment and the Therapeutic Process*, Madison: International University Press 1987.

⁸ P. D r o z d o w s k i, *Wskazania do psychodynamicznej terapii zaburzeń odżywiania się*, [w:] *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu*, red. J. Bomba, B. Józefik, Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej 2003, s. 55-61.

⁹ Tamże.

¹⁰ H. S t e i g e r, S. J a b a l p u r w a l a, J. C h a m p a g n e, S. S t o t l a n d, *A Controlled Study of Trait Narcissism in Anorexia and Bulimia Nervosa*, „International Journal of Eating Disorders” 22(1997), z. 2, s. 173-178.

S. A. Wonderlich i J. E. Mitchell¹¹ dostrzegają związek między cechami narcystycznymi a niskim poczuciem własnej wartości u osób z bulimią. Wyniki badań przeprowadzonych przez B. E. Steinberga i R. J. Shaw¹² ujawniły występowanie zależności między aspektami narcyzmu, takimi jak niskie poczucie własnej wartości, trudności w zakresie kontroli własnych impulsów i nastroju, a nasilonymi zachowaniami bulimicznymi, niezadowolaniem z własnego ciała oraz wzmożonym dążeniem do uzyskania szczupłej sylwetki.

Na podstawie badań przeprowadzonych przy użyciu Kwestionariusza Narcyzmu (skonstruowanego przez F. W. Deneke i B. Hilgenstock¹³) A. Karwautz i współautorzy¹⁴, wykazali, że kobiety z anoreksją, w porównaniu z grupą kontrolną, cechuje istotnie bardziej nasilony narcyzm, głównie w zakresie skal tworzących czynnik „zagrożone ja”. Wynik ten oznaczał, że kobiety z zaburzeniami odżywiania charakteryzował niestabilny system kontroli popędów, poczucie bezradności, brak nadziei na przetrwanie, brak poczucia własnej wartości, poczucie nieadekwatności, negatywny obraz ciała i nasilona tendencja do unikania kontaktów społecznych. Badacze¹⁵ stwierdzili, że kobiety z anoreksją nie miały wysokiego poziomu „klasycznego narcystycznego ja”, co oznacza, że nie zauważono u nich tendencji do wywyższania lub przeceniania siebie oraz dążenia do agresywnej obrony siebie przez poniżanie i krzywdzenie innych. Kobiety z anoreksją typu restrykcyjnego uzyskały wyższe rezultaty w zakresie czynnika „idealne ja” w skalach: ideał samowystarczalności i cena ideału. Wyniki te oznaczają, że te kobiety pragną być postrzegane jako samodzielne, pracowite, odważne, wytrwałe oraz są przekonane o ponadczasowości ideałów, którymi się kierują¹⁶. Kobiety z anoreksją,

¹¹ S. A. Wonderlich, J. E. Mitchell, *The Role of Personality in the Onset of Eating Disorders and Treatment Implications*, „Psychiatric Clinics of North America” 24(2001), z. 2, s. 249-258.

¹² B. E. Steinberg, R. J. Shaw, *Bulimia as a Disturbance of Narcissism: Self-Esteem and the Capacity to Self-Soothe*, „Addictive Behaviors” 22(1997), z. 5, s. 699-710.

¹³ F. W. Deneke, B. Hilgenstock, *Organisationsformen und Regulationsweisen des Selbstsystems*, „Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse” 34(1988), z. 2, s. 178-195.

¹⁴ A. Karwautz, S. Völkl-Kernstock, G. Nobis, G. Kalchmayr, A. Hafferl-Gattermayer, C. Wöber-Bingöl, M. H. Friedrich, *Characteristics of Self-Regulation in Adolescent Patients with Anorexia Nervosa*, „British Journal of Medical Psychology” 74(2001), z. 1, s. 101-114.

¹⁵ Tamże.

¹⁶ A. Januszewski, *Kwestionariusz Narcyzmu. Wartość diagnostyczna w świetle wyników badań polskiej młodzieży*, [w:] *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobo-*

głównie restrykcyjną, uzyskały wysokie wyniki w skali narcystyczna korzyść przez chorobę Kwestionariusza Narcyzmu. Wynik ten informuje, że w sytuacji złożonych problemów częściej reagują one zaburzeniami konwersyjnymi oraz usprawiedliwiają pasywność „złym stanem zdrowia”. W dalszym etapie badań Karwautz i współautorzy¹⁷ wykazali występowanie silnych istotnych zależności między objawami zaburzeń odżywiania, mierzonymi Inwentarzem Zaburzeń Odżywiania (EDI), a skalami należącymi do czynnika: „zagrożone ja” (Kwestionariusz Narcyzmu). Dieta, dążenie do szczupłości, niezadowolenie z ciała, poczucie nieefektywności, brak świadomości bodźców płynących z ciała istotnie korelowały ze wszystkimi skalami tworzącymi czynnik „zagrożone ja”¹⁸.

Badacze¹⁹ zwracają uwagę, że patologiczny narcyzm, który może mieć znaczenie w genezie i podtrzymywaniu objawów zaburzeń odżywiania, rozwija się u osób, które doświadczyły w swoim rozwoju zbyt mało ciepła, miłości, braku rodzicielskiego wsparcia i dlatego, w celu kompensacji „brakującego” poczucia własnego „ja”, poczucia własnej wartości, dążą do jej kompensacyjnego wzmocnienia i wsparcia poprzez zdobywanie osiągnięć, czegoś znaczącego, odpowiadającego ich wyobrażeniom wielkości. Dlatego celem niniejszej pracy jest opisanie cech narcystycznych u kobiet z zaburzeniami odżywiania, przedstawionych w odniesieniu do postaw wychowawczych matek i ojców, oraz ukazanie współzależności między narcyzmem a postawami wychowawczymi ich rodziców, ujętymi w percepcji badanych kobiet.

Na podstawie literatury przedmiotu sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Czy kobiety z zaburzeniami odżywiania różnią się od kobiet zdrowych w zakresie narcyzmu?
2. Czy i jakie współzależności występują między narcyzmem a postawami wychowawczymi rodziców kobiet z zaburzeniami odżywiania?

wości. *Metody diagnostyczne w badaniach dzieci i młodzieży*, red. P. Oleś, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL 2005, s. 153-196.

¹⁷ K a r w a u t z i in., art. cyt.

¹⁸ Tamże.

¹⁹ J a n u s z e w s k i, art. cyt.

CHARAKTERYSTYKA BADANEJ POPULACJI I OPIS METOD BADAWCZYCH

Celem udzielenia odpowiedzi na powyższe pytania, przebadano 168 pacjentek z rozpoznaniem lekarskim zaburzeń odżywiania, określonym na podstawie kryteriów Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania w ICD-10, oraz 168 kobiet zdrowych, nie spełniających kryteriów zaburzeń odżywiania według ICD-10. Średni wiek kobiet z obu grup (klinicznej i kontrolnej) wynosił 17,5 roku, średni wiek zachorowania na zaburzenia odżywiania był równy 16,2 roku, a średni czas trwania choroby – 4,1 roku. Ponad 65% kobiet z grupy klinicznej i kontrolnej mieszkało w mieście. Wykształcenie podstawowe uzyskało 41% badanych z obu grup, średnie – ponad 51%, a wyższe – około 8%. Około 21% pacjentek i 15% kobiet zdrowych wychowywało się w rodzinie niepełnej. Nadużywanie alkoholu przez matkę zgłaszało około 8% pacjentek i 0,6% kobiet zdrowych. O nadużywaniu alkoholu przez ojca informowało ponad 38% pacjentek i 21% kobiet zdrowych.

Opisane grupy kobiet przebadano następującymi testami psychologicznymi: Kwestionariuszem Narcyzmu „N” F. Deneke, B. Hilgenstock, R. Mullera (w polskim tłumaczeniu i opracowaniu A. Januszewskiego²⁰), na podstawie którego określono cechy narcystyczne badanych osób, oraz Kwestionariuszem Stosunków między Dziećmi i Rodzicami (PCR) A. Roe i M. Siegelmana (w autoryzowanym przekładzie W. Kowalskiego²¹), który wykorzystano do oceny postaw wychowawczych matek i ojców badanych osób.

Uzyskane na podstawie przeprowadzonych badań dane poddano analizom statystycznym, których wyniki zaprezentowano w kolejnych częściach artykułu.

POSTAWY WYCHOWAWCZE RODZICÓW KOBIET Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA

W pierwszym etapie porównano za pomocą analizy wariancji MANOVA i testu t grupę kobiet z zaburzeniami odżywiania (E) z grupą kontrolną (K) w zakresie postaw rodzicielskich matki (tab. 1).

²⁰ J a n u s z e w s k i, art. cyt.

²¹ W. S. K o w a l s k i, *Kwestionariusz Stosunków między Dziećmi a Rodzicami* A. Roe i M. Siegelmana, Warszawa: Wyd. Radia i Telewizji 1983.

Tab. 1. Porównanie postaw rodzicielskich matek kobiet z zaburzeniami odżywiania (E) i kobiet zdrowych (K)

Postawy matki	E		K		Test <i>t</i>		
	<i>M</i>	<i>sd</i>	<i>M</i>	<i>sd</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
kochająca	30,27	7,09	32,94	5,97	-3,71	323	0,001
wymagająca	22,64	6,29	21,91	5,73	1,11	330	n.i.
ochraniająca	25,99	5,43	26,49	5,19	-0,85	330	n.i.
odrzucająca	18,55	6,44	15,84	4,99	4,29	314	0,001
liberalna	25,47	4,69	24,66	5,12	1,51	330	n.i.

MANOVA e-k(F(5,326) = 4,84; *p*<0,001

Postawy rodzicielskie matek, ujęte w percepcji badanych kobiet, istotnie różnicują grupy E i K. Kobiety z zaburzeniami odżywiania uzyskały istotnie wyższy wynik w zakresie postawy odrzucającej (R), a znacząco niższy wynik w zakresie postawy kochającej matki (L) w porównaniu z kobietami bez zaburzeń odżywiania. Rezultaty te wskazują, że kobiety z zaburzeniami odżywiania oceniają, że w dzieciństwie częściej doświadczały od matek wrogości, odrzucenia, emocjonalnego chłodu oraz braku miłości niż kobiety z grupy kontrolnej.

Następnie celem wyodrębnienia zespołu postaw rodzicielskich matek, które najtrafniej, w sposób nieredundantny różnicują grupę eksperymentalną i kontrolną, zastosowano analizę dyskryminacyjną, której wyniki zamieszczono w tabeli 2.

Tab. 2. Postawy rodzicielskie matek różnicujące grupy E i K: wyniki analizy dyskryminacyjnej

Postawy matki	Lambda Wilksa	Częstk. Wilksa	<i>F</i> usun. (1,33)	<i>p</i>	Toler.	1-Toler. (R-kwad)
odrzucająca	1,00	0,95	18,33	0,001	1,00	0,001

Lambda Wilksa: 0,95 przybl. *F*(1,33) = 18,33, *p*<0,001

Postawą rodzicielską matki najlepiej dyskryminującą grupę kobiet z zaburzeniami odżywiania od grupy kobiet zdrowych jest postawa odrzucająca. Trafność przyporządkowania kobiet do grupy eksperymentalnej i kontrolnej na podstawie funkcji dyskryminacyjnej wyniosła w sumie 58,1%. Trafność

klasyfikacji do grupy eksperymentalnej była równa 52,4%, a do grupy kontrolnej – 64%.

Porównano też postawy rodzicielskie ojców, ujęte w percepcji kobiet z zaburzeniami odżywiania i kobiet zdrowych (tab. 3).

Tab.3. Porównanie postaw rodzicielskich ojców kobiet z zaburzeniami odżywiania (E) i kobiet zdrowych (K)

Postawy ojca	E		K		test <i>t</i>		
	<i>M</i>	<i>sd</i>	<i>M</i>	<i>sd</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
kochająca	24,56	8,63	28,23	8,36	-3,84	315	0,001
wymagająca	24,57	7,65	23,28	6,79	1,60	315	n.i.
ochraniająca	20,73	5,85	21,39	6,34	-0,97	315	n.i.
odrzucająca	21,34	7,43	18,35	6,71	3,76	315	0,001
liberalna	25,38	5,61	24,89	5,86	0,76	315	n.i.
MANOVA e-k(F(5,311) = 3,72; p<0,002							

Kobiety z zaburzeniami odżywiania uzyskały znacząco wyższe wyniki niż kobiety zdrowe w zakresie postawy odrzucającej, a znacząco niższe w zakresie postawy kochającej ojca. Rezultaty te informują, że kobiety z zaburzeniami odżywiania znacznie częściej niż kobiety z grupy kontrolnej oceniają, że były w dzieciństwie odrzucane przez ojca, wyśmiewane przez niego oraz traktowane w sposób wrogi i pełen emocjonalnego chłodu.

Celem określenia postaw ojców najwyraźniej różnicujących, w sposób nieredundantny, kobiety z grupy eksperymentalnej i kontrolnej, zastosowano analizę dyskryminacyjną (tab. 4).

Tab. 4. Postawy rodzicielskie ojców różnicujące grupy E i K: wyniki analizy dyskryminacyjnej

Postawy ojca	Lambda Wilksa	Cząstk. Wilksa	<i>F</i> usun. (1,315)	<i>p</i>	Toler.	1-Toler. (<i>R</i> -kwad)
kochająca	1,00	0,96	14,72	0,001	1,00	0,01

Lambda Wilksa: 0,96 przybl. $F(1,32) = 14,72$, $p < 0,001$

Postawą rodzicielską ojca, wnoszącą największy wkład do dyskryminacji grupy eksperymentalnej i kontrolnej, jest postawa kochająca. Średnie wyniki

uzyskane w tej skali przez badane grupy wskazują, że kobiety z zaburzeniami odżywiania – znacząco rzadziej niż kobiety zdrowe – czuły się w dzieciństwie przez ojca akceptowane i kochane oraz otrzymywały od niego znacznie mniej uwagi, pomocy i wsparcia w dążeniu do zdobywania niezależności. Trafność przyporządkowania osób do grup eksperymentalnej i kontrolnej na podstawie analizy dyskryminacyjnej, biorąc pod uwagę postawy rodzicielskie ojca, wynosi 60,0 %. Trafność przydziału kobiet do grupy eksperymentalnej wynosi 53,2%, a do grupy kontrolnej 59,0%.

CECHY NARCYSTYCZNE U KOBIET Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA

W kolejnym etapie porównano – za pomocą analizy wariancji MANOVA i testu t – wyniki kobiet z grupy eksperymentalnej i grupy kontrolnej, uzyskane w skalach Kwestionariusza Narcyzmu (tab. 5).

Analiza wariancji MANOVA wskazuje na bardzo istotne różnice między kobietami mającymi zaburzenia odżywiania a kobietami z grupy kontrolnej w zakresie narcyzmu. Różnice te wystąpiły w siedemnastu skalach Kwestionariusza Narcyzmu. Kobiety z zaburzeniami odżywiania uzyskały znacząco wyższe wyniki w skalach: OHS, AIV, DRP, KLS, NEK, SOI, ARR, SIS, GLB, NAW, AUI, OBA, SYS, HYA i NAK, a istotnie statystycznie niższe – w skalach: BAH i GRS. Rezultaty te wskazują, że kobiety z zaburzeniami odżywiania, częściej niż kobiety zdrowe, odczuwają lęk i wewnętrzną pustkę. Przejawiają bardziej nasilone poczucie bezwartościowości i osamotnienia, braku sensu życia oraz akceptacji siebie i własnego ciała, większą impulsywność, bezradność, niską tolerancję na frustrację, a także tendencję do ucieczki przed rzeczywistością i zadaniami w marzenia lub chorobę.

Kobiety z zaburzeniami odżywiania, w porównaniu z grupą kontrolną, znacznie częściej poszukują kontaktów z osobami, dzięki którym mogłyby pozostawać w centrum uwagi, zyskać uznanie, wsparcie, pomoc, radę, a jednocześnie mają większe trudności we współdziałaniu z ludźmi, których postrzegają jako zagrażających i rozczarowujących. Charakteryzują się jednocześnie nasilonym lękiem przed negatywną oceną ze strony innych ludzi.

Tab. 5. Porównanie średnich wyników Kwestionariusza Narcyzmu kobiet z zaburzeniami odżywiania i kobiet zdrowych

Skale Kwestionariusza Narcyzmu	E		K		test t		
	<i>M</i>	<i>sd</i>	<i>M</i>	<i>sd</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
OHS (bezzadność)	44,22	13,46	32,47	9,67	9,19	303	0,001
AIV (utrata kontroli afektu)	13,97	3,98	11,94	3,53	4,95	334	0,001
DRP (derealizacja/depersonalizacja)	15,41	5,11	11,84	4,02	7,12	316	0,001
BAH (nastrój podstawowy)	28,95	6,60	32,66	7,06	-4,98	334	0,001
KLS (poniżanie siebie)	33,28	7,20	27,35	6,00	8,21	324	0,001
NEK (negatywny stosunek do ciała)	30,70	10,63	18,73	7,32	12,03	296	0,001
SOI (izolacja społeczna)	29,93	7,51	25,89	6,74	5,19	334	0,001
ARR (archaiczne wycofywanie się)	30,25	6,68	28,46	6,55	2,47	334	0,014
GRS (wielkościowe ja)	26,52	6,35	29,06	5,48	-3,92	334	0,001
SIS (tęsknota za ideałem własnego ja)	33,04	5,32	31,57	5,73	2,44	334	0,015
GLB (żądza chwały i potwierdzenia siebie)	30,81	4,97	29,11	5,42	3,00	334	0,003
NAW (narcystyczny gniew)	26,69	6,19	24,57	5,54	3,32	334	0,001
AUI (ideał samowystarczalności)	33,24	5,69	31,68	5,52	2,55	334	0,011
OBA (poniżanie innych)	29,13	5,20	27,71	5,87	2,34	334	0,020
WEI (cena ideału)	23,66	3,31	23,91	4,23	-0,60	316	n.i.
SYS (ochrona siebie przez symbiozę)	37,96	4,75	36,40	5,79	2,70	322	0,007
HYA (hipochondryczne wiązanie lęku)	13,93	3,79	11,17	3,27	7,14	334	0,001
NAK (narcystyczna korzyść przez chorobę)	13,73	3,44	11,46	3,43	6,06	334	0,001
MANOVA $F(18,317) = 12,74; p < 0,001$							

Zespół cech narcystycznych najtrafniej różnicujących, w sposób nieredundantny, kobiety z obu grup E i K, wyodrębniony na podstawie analizy dyskryminacyjnej, ukazuje tabela 6.

Skalami najlepiej różnicującymi grupę eksperymentalną i kontrolną są: OHS, NEK, ARR, AUI, OBA, SYS oraz NAK. Zmienną o największej mocy dyskryminacyjnej jest negatywny stosunek do własnego ciała.

Tab. 6. Zmienne różnicujące grupy E i K:
wyniki analizy dyskryminacyjnej

Skale Kwestionariusza Narcyzmu	Lambda Wilksa	Cząstk. Wilksa	F usun. (7,33)	p	Toler.	1-Toler. (R-kw.)
OHS (bezaradność)	0,62	0,96	13,46	0,001	0,29	0,71
NEK (negatywny stosunek do ciała)	0,66	0,90	36,60	0,001	0,46	0,54
ARR (archaiczne wycofywanie się)	0,64	0,94	21,07	0,001	0,49	0,51
AUI (ideał samowystarczalności)	0,62	0,96	12,79	0,001	0,82	0,18
OBA (poniżanie innych)	0,62	0,97	11,53	0,001	0,66	0,34
SYS (ochrona siebie przez symbiozę)	0,61	0,97	10,04	0,002	0,81	0,19
NAK (narcystyczna korzyść przez chorobę)	0,61	0,98	6,13	0,01	0,81	0,19

Lambda Wilksa: 0,60 przybl. $F(7,33) = 31,67$; $p < 0,001$

Trafność przyporządkowania osób do grup eksperymentalnej i kontrolnej na podstawie analizy dyskryminacyjnej, biorąc pod uwagę Kwestionariusz N, wynosi 81,5%. Trafność przydziału kobiet do grupy eksperymentalnej jest równa 78,6%, a do grupy kontrolnej 84,5%.

POSTAWY WYCHOWAWCZE RODZICÓW A NARCYZM U KOBIET Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA

W poprzednich etapach pracy wyodrębniono zarówno postawy wychowawcze rodziców, jak i cechy narcystyczne, które znacząco różnicują kobiety z zaburzeniami odżywiania od kobiet zdrowych. Celem tej części analiz jest poszukiwanie, przy zastosowaniu analizy kanonicznej, wzajemnych zależności między percepcją postaw wychowawczych rodziców a nasileniem narcyzmu u kobiet z grupy klinicznej.

Rezultaty analizy kanonicznej, do której wprowadzono wyniki uzyskane przez grupę eksperymentalną w skalach kwestionariusza PCR i w skalach Kwestionariusza Narcyzmu, informują o braku istotnych współzależności ($CR = 0,46$; n.i.) między postawami wychowawczymi matek a cechami narcystycznymi u pacjentek.

Rezultaty kolejnej analizy kanonicznej (tab. 7) wskazują na istotne statystycznie współzależności między wynikami w skalach Kwestionariusza Narcyzmu a wynikami w skalach kwestionariusza PCR w zakresie obrazu ojca, ujętego w percepcji kobiet z zaburzeniami odżywiania.

Tab. 7. Współzależności między wynikami w skalach Kwestionariusza N a wynikami w skalach kwestionariusza PCR w zakresie postaw rodzicielskich ojca u kobiet z zaburzeniami odżywiania

Skale	Współczynnik	Pierwiastek 1
L (postawa kochająca)		-0,64
D (postawa wymagająca)		0,58
R (postawa odrzucająca)		0,81
	<i>Ad</i>	28%
		1
OHS (bezzadność)		0,74
AIV (utrata kontroli afektu)		0,62
DRP (derealizacja/depersonalizacja)		0,53
KLS (poniżanie siebie)		0,41
NEK (negatywny stosunek do ciała)		0,50
ARR (archaiczne wycofywanie się)		0,39
SIS (tęsknota za ideałem własnego „ja”)		0,30
NAW (narcystyczny gniew)		0,54
AUI (ideał samowystarczalności)		-0,37
	<i>Ad</i>	15%
	<i>Rd</i>	5%
	<i>CR</i>	0,59
	<i>p</i>	0,01

Ad – współczynnik dopasowania; *Rd* – współczynnik redundancji; *CR* – współczynnik korelacji kanonicznej. W tabeli zamieszczono tylko te zmienne, których korelacje (dodatnie lub ujemne) były wyższe lub równe 0,30.

Otrzymano jedną parę istotnie skorelowanych zmiennych kanonicznych. Zmienna kanoniczna utworzona ze skal Kwestionariusza Narcyzmu wyjaśnia 15% zmienności tych skal i 10% zmienności w skalach PCR. Zmienna kanoniczna utworzona na bazie zmiennych charakteryzujących postawę rodziciel-

skie ojca obejmuje 28% ich zmienności i wyjaśnia 5% wariacji w skalach Kwestionariusza Narcyzmu.

Otrzymane wyniki wskazują na współzależności między nasiloną bezradnością, poczuciem bezwartościowości, braku sensu życia (OHS+), impulsywnością (AIV+), negatywnym stosunkiem do własnego ciała (NEK+), mściwością (NAW+) i lękiem przed negatywną oceną ze strony innych (KLS+) u kobiet z zaburzeniami odżywiania a doświadczaną w dzieciństwie od ojca wrogością, odrzuceniem, chłodem emocjonalnym brakiem zrozumienia, despotyzmem i żądaniem bezwzględnego posłuszeństwa (R+, L-, D+).

PODSUMOWANIE WYNIKÓW

Otrzymane wyniki badań informują o istotnych statystycznie różnicach w zakresie postaw wychowawczych rodziców oraz nasilenia narcyzmu między kobietami z zaburzeniami odżywiania a kobietami zdrowymi. Wykazano, że kobiety z zaburzeniami odżywiania doświadczały w dzieciństwie od swoich rodziców (częściej niż kobiety z grupy kontrolnej) wrogości, odrzucenia, chłodu emocjonalnego, braku miłości oraz wsparcia. Należy zaznaczyć, że postawą wychowawczą, która najlepiej różnicuje grupę pacjentek od grupy kontrolnej, była postawa odrzucająca doświadczana od matki oraz postawa braku miłości i wsparcia doświadczana od ojca. Więcej kobiet z zaburzeniami odżywiania (w porównaniu z kobietami zdrowymi) informowało o nadużywaniu alkoholu przez matkę oraz ojca.

Otrzymane wyniki są spójne ze zdaniem badaczy tej problematyki²², którzy podkreślają, że kobiety z anoreksją, w porównaniu z grupą kontrolną, częściej doświadczały ze strony matki odrzucenia, a znacznie mniej emocjonalnego ciepła. M. Strober²³ zwraca uwagę, że matki kobiet z anoreksją bulimiczną charakteryzuje nasilona wrogość, a ojców – impulsywność, brak tolerancji na frustrację oraz skłonność do nadużywania alkoholu.

W wyniku przeprowadzonych analiz statystycznych ujawniono znacznie wyższy poziom narcyzmu u pacjentek niż w grupie kontrolnej w zakresie

²² J. E s p a r o n, A. Y e l l o w l e e s, *Perceived Parental Reading Practices and Eating Disorders*, „British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa” 6(1992), z. 1, s. 39-45.

²³ M. S t r o b e r, *An Empirical Derived Typology of Anorexia Nervosa*, [w:] P. D a r b y, P. G a r f i n k e l, D. G a r n e r, D. C o s c i n a, *Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research*, New York: Alan R Liss 1983, s. 185-196.

wszystkich skal Kwestionariusza Narcyzmu, tworzących wymiar: „zagrożone ja”, „klasyczne narcystyczne ja”, „hipochondryczne ja” oraz prawie wszystkich skal tworzących czynnik „idealizujące ja”. Zespołem zmiennych najlepiej różnicujących grupę pacjentek od kobiet zdrowych są: negatywna ocena własnego ciała, poczucie bezradności, braku sensu życia i bezwartościowości, tendencja do ucieczki przez rzeczywistością w marzenia, chorobę, trudności we współdziałaniu z ludźmi, którzy oceniani są jako zagrażający, nieodpowiedzialni lub instrumentalnie wykorzystywani do realizacji własnych potrzeb. Częściowo wyniki badań własnych korespondują z rezultatami uzyskanymi przez Karwautz i współautorów²⁴, którzy wykazali, że kobiety z zaburzeniami odżywiania charakteryzuje nasilony narcyzm w zakresie czynnika „zagrożone ja”, ujawniający się w postaci: niestabilnego systemu kontroli popędów, poczucia nieadekwatności i bezradności oraz tendencji do unikania kontaktów społecznych.

Uzyskane w pracy rezultaty badań wykazały ponadto występowanie słabych, ale istotnych statystycznie współzależności między postawami wychowawczymi ojca, nacechowanymi wrogością, odrzuceniem, chłodem emocjonalnym, despotyzmem i nadmiernymi wymaganiami, a nasilonym narcyzmem u kobiet z zaburzeniami odżywiania, głównie w zakresie wymiaru „zagrożone ja”. Im bardziej pacjentki oceniają, że były w dzieciństwie przez ojców odrzucane, nieakceptowane, karane, i im bardziej ojcowie formułowali wobec nich wygórowane wymagania, nie licząc się z potrzebami córek, tym większą odczuwają one obecnie bezradność, bezwartościowość, lęk przed negatywną oceną i poniżeniem ze strony innych osób, bardziej negatywnie oceniają własne ciało, charakteryzuje je ponadto nasilona impulsywność oraz tendencja do ucieczki przed rzeczywistością w fantazje. Nie stwierdzono znaczących zależności między oceną postaw wychowawczych matek a nasileniem narcyzmu u kobiet z zaburzeniami odżywiania.

Na podstawie otrzymanych wyników sformułowano następujące wnioski:

1. Postawami wychowawczymi najlepiej różnicującymi kobiety z zaburzeniami odżywiania i kobiety zdrowe jest wroga, odrzucająca postawa matki oraz doświadczany przez kobiety z zaburzeniami odżywiania brak akceptacji i wsparcia ze strony ojca.

2. Kobiety z zaburzeniami odżywiania charakteryzuje bardziej negatywny (niż kobiety zdrowe) stosunek do własnego ciała, większa bezradność, po-

²⁴ K a r w a u t z i in., art. cyt.

czucie bezwartościowości, braku sensu życia oraz lęk przed negatywną oceną ze strony innych osób.

3. Wymagająca i odrzucająca postawa wychowawcza, doświadczana przez kobiety z zaburzeniami odżywiania od ojca, współwystępuje z nasilonym poczuciem braku sensu życia, impulsywnością, negatywną oceną własnego ciała, lękiem przed negatywną oceną ze strony innych ludzi, tendencją do ucieczki przed rzeczywistością w marzenia oraz dążeniem do samowystarczalności.

4. Postawy wychowawcze doświadczane od matki nie mają istotnego wpływu na nasilenie cech narcystycznych u kobiet z zaburzeniami odżywiania.

BIBLIOGRAFIA

- B r u c h H.: The Changing Picture of Illness: Anorexia Nervosa in Treatment and the Therapeutic Process, Madison: International University Press 1987.
- D e n e k e F. W., H i l g e n s t o c k B.: Organisationsformen und Regulationsweisen des Selbstsystems, „Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse” 34(1988), z. 2, s. 178-195.
- D e n e k e F. W., H i l g e n s t o c k B.: Das Narzißmusinventar, Bern–Stuttgart–Toronto: Huber 1989.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, Washington, DC: American Psychiatric Association 1994.
- D r o z d o w s k i P.: Wskazania do psychodynamicznej terapii zaburzeń odżywiania się, [w:] Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu, red. J. Bomba, B. Józefik, Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej 2003, s. 55-61.
- E s p a r o n J., Y e l l o w l e e s A.: Perceived Parental Reading Practices and Eating Disorders, „British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa” 6(1992), z. 1, s. 39-45.
- J a n u z e w s k i A.: Kwestionariusz Narcyzmu. Wartość diagnostyczna w świetle wyników badań polskiej młodzieży, [w:] Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Metody diagnostyczne w badaniach dzieci i młodzieży, red. P. Oleś, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL 2005, s. 153-196.
- K a r w a u t z A., V ö l k l - K e r n s t o c k S., N o b i s G., K a l c h m a y r G., H a f f e r l - G a t t e r m a y e r A., W ö b e r - B i n g ö l C., F r i e d r i c h M. H.: Characteristics of Self-Regulation in Adolescent Patients with Anorexia Nervosa, „British Journal of Medical Psychology” 74(2001), z. 1, s. 101-114.
- K o h u t H.: The Analysis of the Self, New York: International Universities Press 1971.
- K o w a l s k i W. S.: Kwestionariusz Stosunków Między Dziećmi a Rodzicami A. Roe i M. Siegelmana, Warszawa: Wyd. Radia i Telewizji 1983.
- M i l l e r A.: Thou Shalt Not Be Aware, New York: Farrar, Straus, Giroux 1984.

- Miller A.: For Your Own Good, New York: Straus, Giroux 1985.
- Steiger H., Jabalpurwala S., Champagne J., Stotland S.: A Controlled Study of Trait Narcissism in Anorexia and Bulimia Nervosa, „International Journal of Eating Disorders” 22(1997), z. 2, s. 173-178.
- Steinberg B. E., Shaw R. J.: Bulimia as a Disturbance of Narcissism: Self-Esteem and the Capacity to Self-Soothe, „Addictive Behaviors” 22(1997), z. 5, s. 699-710.
- Strober M.: An Empirical Derived Typology of Anorexia Nervosa, [w:] Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research, red. P. Darby, P. Garfinkel, D. Garner, D. Coscina, New York: Alan R Liss 1983, s. 185-196.
- Wonderlich S. A., Mitchell J. E.: The Role of Personality in the Onset of Eating Disorders and Treatment Implications, „Psychiatric Clinics of North America” 24(2001), z. 2, s. 249-258.

ANALYSIS OF NARCISSISTIC FEATURES DEFINED
IN THE CONTEXT OF SELECTED FAMILY FACTORS
IN WOMEN WITH FEEDING DISTURBANCES

S u m m a r y

The aim of the paper was to search for differences between women with feeding disturbances and healthy women concerning the parents' educational attitudes and intensity of narcissism, as well as to reveal the dependencies between perception of educational attitudes in patients and their narcissistic features.

168 female subjects were studied who were diagnosed as having feeding disturbances, and 168 healthy ones. The average age of women in both groups (clinical and control ones) was 17.5 years, the average age when the disturbed women developed their illness was 16.2 years, and the average time the illness lasted was 4.1 years. In the study the following psychological tests were used:

The Deneke, Hilgenstock, Muller Narcissism Inventory translated into Polish and edited by Januszewski, on whose basis narcissistic features were defined in the subjects, and the Parent Children Relations Questionnaire compiled by Roe and Siegelman and edited in Polish by Kowalski, used for assessing the subjects' fathers and mothers' educational attitudes.

The results of the statistical analyses were the basis for formulating the following conclusions:

1. The educational attitudes that best differentiate women with feeding disturbances from healthy women is their mothers' hostile, rejecting attitude and lack of their fathers' acceptance and support experienced by the subjects.

2. Women with feeding disturbances are characterized by a more negative – than in healthy women – attitude towards their own body, greater helplessness, feeling of being worthless, of lack of meaning of life, and a fear of a negative appraisal made by others.

3. Their fathers' exacting and rejecting attitude experienced by women with feeding disturbances occurs alongside with an intensified sense of lack of meaning of life, impulsiveness, a negative appraisal of their own bodies, a fear of a negative appraisal made by others, a tendency to escape from reality into daydreaming, and aspiring to self-sufficiency.

Translated by Tadeusz Karłowicz

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania, narcyzm, postawy wychowawcze rodziców.

Key words: feeding disturbances, narcissism, parents' educational attitudes.