

Dr Małgorzata Starzomska
Instytut Psychologii
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
Warszawa

„Spróbuj tylko nas zawieść...”
**Środowisko rodzinne osób z jadłowstrętem psychicznym
i z narcystycznym zaburzeniem osobowości**

Wprowadzenie

Jadłowstręt psychiczny (inaczej anoreksja) i narcystyczne zaburzenia osobowości, powszechnie nazywane narcyzmem, to problemy, będące znakiem naszych czasów, pełnych konsumpcjonizmu, pogoni za sukcesem, kultu ciała, pozbawionych prawdziwych głębokich relacji międzyludzkich, wrażliwości na drugiego człowieka, empatii. Niewątpliwie można mówić o epidemii tych zaburzeń. Chociaż wzrost zachorowań jest bardziej widoczny w przypadku anoreksji, ze względu na większy dostęp do statystyk i również do pacjentów (osoby narcystyczne bardzo rzadko zgłaszają się po pomoc psychologiczną), to jednak media alarmują, że osoby narcystyczne są coraz bardziej aktywne w biznesie, polityce czy w społecznościach internetowych, takich jak na przykład facebook. Warto zastanowić się, czy wzrost zachorowalności na te zaburzenia nie jest następstwem kryzysu współczesnej rodziny, a dokładniej nieprawidłowego wychowania. Na to pytanie próbuje odpowiedzieć autorka artykułu, który został poświęcony uwarunkowaniom rodzinnym jadłowstrętu psychicznego i narcystycznego zaburzenia osobowości.

1. Kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego i narcystycznego zaburzenia osobowości

Na początku artykułu warto przytoczyć dla jego przejrzystości kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego i narcystycznego zaburzenia osobowości.

Jadłowstręt psychiczny (ang. anorexia nervosa) zaliczony został się w Diagnostycznym i Statystycznym Podręczniku Zaburzeń Psychiczych (DSM-V,

2013) do Zaburzeń karmienia i jedzenia (ang. Feeding and Eating Disorders) – kody: subtyp ograniczający: F50.01; subtyp przejadający się/przeczyszczający: F50.02.

W niniejszej klasyfikacji wymienia się trzy kryteria diagnostyczne tej choroby

- A. Ograniczenie przyjmowania pokarmu w stosunku do potrzeb, co skutkuje znacząco niską wagę ciała w stosunku do wagi oczekiwanej dla danego wieku, płci, wieku i zachowania zdrowia fizycznego. Znacząco niską wagę ciała definiuje się jako wagę, która jest mniejsza niż minimalna waga w normie, lub w przypadku dzieci i adolescentów, mniejsza niż minimalna oczekiwana waga;
- B. Silny lęk przed przybieraniem na wadze lub byciem otyłym lub utrwalone zachowanie, które uniemożliwia przyrost wagi, nawet przy znaczącej niedowadze;
- C. Zaburzenie sposobu, w jaki waga lub kształt ciała są doświadczane, silny wpływ wagi i kształtu ciała na samoocenę lub utrwalone zaprzeczanie, że posiada się bardzo niską wagę ciała.

W DSM-V (2013) wymienione są dwa subtypy anorexia nervosa:

- subtyp restryktywny (ang. restricting type): Podczas ostatnich trzech miesięcy, u osoby nie występowały nawracające epizody napadowego objadania się lub przeczyszczania (np. wywoływania wymiotów lub nadużywania środków przeczyszczających, moczopędnych, czy stosowania lewatyw). Ten subtyp charakteryzuje te przypadki, w których utrata wagi jest osiągnięta głównie przez dietę, głodowanie, i/lub nadmiernie intensywne ćwiczenia fizyczne.
- subtyp przejadający się/przeczyszczający (binge-eating/purging type): Podczas ostatnich trzech miesięcy, u osoby występowały epizody napadowego objadania się lub przeczyszczania (np. wywoływania wymiotów lub nadużywania środków przeczyszczających, moczopędnych, czy stosowania lewatyw).

DSM-V (2013) definiuje narcystyczne zaburzenie osobowości (ang. Narcissistic Personality Disorder) – kod 301.81 (F60.81) - jako utrwalony wzorzec poczucia własnej wielkości (widoczny w fantazjach bądź w zachowaniu), potrzeby podziwu ze strony innych i braku empatii, który pojawia się we wczesnej dorosłości i ujawnia się w różnych kontekstach, na co wskazuje co najmniej pięć z poniższych kryteriów:

- 1) Pretensjonalne poczucie własnego znaczenia (np. wyolbrzymianie osiągnięć i talentów, oczekiwanie bycia uznanym za lepszego bez współmiernych osiągnięć);

- 2) Zaabsorbowanie fantazjami o nieograniczonych sukcesach, władzy, błyskotliwości, pięknie lub idealnej miłości;
- 3) Wiara, że jest się kimś "szczególnym" oraz wyjątkowym i że można być w pełni zrozumianym tylko przez innych "szczególnych" ludzi, przekonanie, że powinno się zadawać jedynie z ludźmi czy instytucjami o szczególnym bądź wysokim statusie
- 4) Wymaganie nadmiernego podziwu;
- 5) Poczucie wyjątkowych uprawnień, czyli wygórowane oczekiwania co do szczególnie przychylnego traktowania lub automatycznego podporządkowania się przez innych narzucanym im oczekiwaniom;
- 6) Eksploatowanie innych, czyli wykorzystywanie ich do osiągnięcia swych celów
- 7) Brak empatii: niechęć do honorowania lub utożsamiania się z uczuciami i potrzebami innych;
- 8) Częsta zazdrość o innych lub przekonanie, że inni są zazdrośni o nas lub zazdroszczą nam;
- 9) Okazywanie arogancji i wyniosłych zachowań lub postaw.

2. Funkcjonowanie osób z jadłowstrętem psychicznym i narcystycznym zaburzeniem osobowości

Osoby (najczęściej są to dziewczęta) cierpiące na anoreksję, żyjąc w stanie permanentnego lęku przed przytyciem, często mówią, że wolałyby raczej umrzeć niż przytyć (Beumont i Carney, 2004). Według Manleya i Leichnera (2003) egzystencja takich osób obracająca się wokół tematów; kalorii, ćwiczeń, trosk dotyczących kształtu i wagi, zostaje z czasem zredukowana do rutyny i skrajnej przewidywalności, dlatego chore odczuwają dewastującą pustkę, a nawet martwość. Na początku choroby, osoby z anoreksją czują radość i siłę, są dumne z silnej woli (Vitousek i Ewald, 2003). Przykładem takich odczuć jest następujące zdanie jednej z osób z anoreksją: „*Kiedy wchodzę na wagę i widzę, że straciłam wagę, czuję się przez cały dzień szczęśliwa*” (Tan, Hope i Steward, 2003, s. 702). Według Gans i Gunna (2003) anoreksja jest chorobą egzystencjalną, co oznacza, że osoba cierpiąca na nią czerpie znaczenie i satysfakcję i powód do życia z odchudzania się. Gdy ten etap anoreksji, nazywany „miesiącem miodowym” kończy się, stan psychiczny chorych ulega szybkiemu pogorszeniu. Warto w tym miejscu przytoczyć zdanie obrazujące tę skomplikowaną sytuację chorej: „Osoba z anoreksją jest złapana w okrutną pułapkę. Odmawia jedzenia, aby zachować tożsamość, lecz, aby przeżyć, musi jeść i to jest odczuwane przez nią jako zdrada samej siebie” (Lemma-Wright, 1994, s. 55).

Wówczas na pierwszy plan wysuwają się negatywne emocje. Pojawia się depresja, brak pewności siebie, samokrytycyzm, tłumienie gniewu w sobie, zahamowanie w kontaktach społecznych, przejawiające się powściągliwością w ujawnianiu uczuć i potrzeb (Nitendel-Bujakowa, 2005). Beumont i Carney (2004) wymieniają takie psychologiczne następstwa choroby, jak: dysforia, irytacja, społeczne wycofanie, utrata libido, ruminacje i rytuały związane z jedzeniem, zredukowana koncentracja oraz nastrój depresyjny. Badacze podkreślają, że u osób z jadłowstrętem psychicznym występuje depresja powiązana z samym zaburzeniem odżywiania się, to znaczy jest ona konsekwencją wyniszczenia organizmu lub reakcją na leczenie i będący jego następstwem przyrost wagi. Badania Holliday i współpracowników (2005) wykazały, że chore na tym etapie uważają anoreksję za chorobę chroniczną i wysoce stresującą, z poważnymi negatywnymi konsekwencjami. Utrata przyjaciół, coraz niższe osiągnięcia w szkole i/lub w sportach lub ograniczony poziom aktywności, a także wysunięcie z dotychczasowych doświadczeń wniosku, że powrót do zdrowia będzie prawdopodobnie długim i trudnym procesem, może wpływać na utratę sił do walki z chorobą i nadziei na wyzdrowienie z niej. Ponadto pomimo negatywnych wyżej wymienionych konsekwencji psychologicznych i fizycznych (np. niewydolność krążenia, hipotensja, bradykardia, zawroty głowy, omdlenia, osteoporoza, anemia, bezsenność, atrofia nerwu optycznego) u chorych, odczuwają one silną ambiwalencję w swojej postawie wobec wyzdrowienia, nierzadko traktują swoją chorobę jak najlepszego przyjaciela (Gans i Gunn, 2003), co skutkuje lękiem przed leczeniem oraz nieufnością, a nawet wrogością wobec lekarzy i terapeutów. Warto dodać, że jadłowstręt psychiczny jest uważany za chorobę posiadającą największy wskaźnik śmiertelności spośród wszystkich psychiatrycznych chorób, umiera od 10-20% chorych, przy czym najczęstszymi przyczynami śmierci są: zastoinowa niewydolność krążenia oraz samobójstwo (Manley i Leichner, 2003).

Zjawisko nadmiernego uznania dla siebie znane jest od dawna. Znana w mitologii greckiej jest opowieść o Narcyzie, pięknym mężczyźnie, którego wszyscy podziwiali i kochali, lecz on nigdy nie odwzajemniał tych uczuć. W końcu Boginia Afrodyta ukarała go w ten sposób, że zakochał się on we własnym odbiciu w tafli wody. Codziennie wpatrywał się w swoje odbicie, tęskniąc za tym nieosiągalnym obiektem swojej miłości, wreszcie umarł z żalu, nie zdając sobie sprawy, że zakochał się w sobie (Stabryła, 2003). Mit ten ukazuje symbolicznie dramat osoby narcystycznej, które jest nieświadoma siły samouwielbienia, które ostatecznie doprowadza ją do samotności i rozpacz. Osoba narcystyczna stosuje różne metody radzenia sobie z informacjami, które stoją w sprzeczności z jej wyidealizowanym obrazem samej siebie. Większość z tych informacji osoba taka wypiera lub zaprzecza

im. Racjonalizacja umożliwia zbudowanie alternatywnej rzeczywistości, a którym własne błędy czy krzywdy wyrządzane innym są wyjaśniane w taki sposób, aby osoba narcystyczna zachowała szacunek do samej siebie i aby inni postrzegali ją w jak najlepszym świetle. W takim alternatywnym świecie, osoba narcystyczna nie popełnia błędów, a jest wizjonerem, który wciela w życie wizje, których inni, nie są w stanie pojąć. Na pierwszy rzut oka, odnosi się wrażenie, że świat osoby narcystycznej jest przemyślany, solidny i oparty na konkretnych faktach, ale niepomyślnie zdarzenia ukazują, jak jest on niestabilny. Gdy na przykład obciążająca taką osobę okoliczność, wyjdzie na jaw, modyfikuje ona swój pogląd na rzeczywistość, twierdząc, że wiedziała o tym, że to wszystko było z góry przemyślane i stanowi część szerszego planu. Zatem świat osoby narcystycznej wypełniony jest jedynie doraźnie tworzonymi dla celów obronnych konstrukcjami poznawczymi. Pomimo wielu wad osób narcystycznych, wielkościowe „ja” często na początku wywiera dobre wrażenie, gdyż spokój i beztroska są uważane za dowód siły, dopiero później ujawnia się arogancja i snobizm jednostki. Osoba taka stwarza pozory, że jest spokojna, a nawet beztroska, a jej sukcesy są wynikiem nie tyle włożonego wysiłku, co inteligencji (Millon i Davis, 2009). Pokazuje ona innym swoją władzę i bogactwo, jedynie w celu wzbudzenia szacunku i podziwu. Należy podkreślić, że osoby narcystyczne są nadwrażliwe na najsłabsze przejawy lekceważenia. Z tego względu, że u podłoża ich poczucia bycia wyjątkowym leży nieświadomione poczucie własnej niższości, dopatrują się we wszystkim obrazy czy lekceważenia, chociaż często w obawie przed odkryciem przed innymi słabości, potrafią dobrze ukrywać swoją nadwrażliwość (Filipowicz, 1998). Dla osoby narcystycznej, ważna jest tylko ona sama i wszystko, co jej dotyczy, plany czy osiągnięcia innych są ważne dla niej tylko wówczas, gdy może je ona wykorzystać do realizacji własnych celów. Oryginalność myśli innych nie budzi u osób narcystycznych entuzjazmu, a jedynie pogardę, są oni tolerowani tylko wówczas, gdy są lojalni i pełni zachwyty dla „guru” (Lasch, 1979). Egocentryzm takich osób powoduje, że wymagają, aby rodzina podporządkowała się ich władzy, zwalniała z codziennych obowiązków i spełniała ich potrzeby. Wiele osób narcystycznych ma pewien wgląd we własną sytuację. Ich niezdolność do tworzenia przyjaźni oraz wynoszenie się nad innych doprowadza do poczucia nudy, bezsensowności i samotności. Niektóre z nich skrycie tęsknią do głębszych przeżyć emocjonalnych, które zmieniłyby jej życie, pełne kultu samego siebie i podziwu ze strony innych. Osoby narcystyczne bardzo rzadko zgłaszają się na terapię. Te osoby narcystyczne, które rozpoczynają terapię, czynią to jedynie w tym celu, aby pozbyć się uczuć pustki i bezsensu i zyskać wsparcie w powrocie do poczucia własnej wielkości, a nie, aby siebie zrozumieć. Gdy do takiego pacjenta dociera rzeczywisty cel terapii,

reaguje oburzeniem na najsztubtelniejsze uwagi sugerujące, że nie jest doskonały. W takim momencie, pacjenci tacy często przerywają terapię. Niektórzy terapeuci wpadają w pułapkę adorowania pacjenta narcystycznego, czy utwierdzają go w jego samouwielbieniu, w takim przypadku nie może być mowy o żadnych pozytywnych zmianach (Millon i Davis, 2009; por. Dessauant, 2007).

3. Uwarunkowania rodzinne jadłowstrętu psychicznego i narcystycznego zaburzenia osobowości

3.1. Cechy rodzin z jadłowstrętem psychicznym: najnowsze wyniki badań

Badacze rodzin osób z zaburzeniami jedzenia zwracają uwagę na takie cechy rodzin z anoreksją charakterystyczne także dla rodzin określanych jako psychosomatyczne, jak: uwikłanie, nadopiekuńczość, sztywność, unikanie konfliktu (Barrett i Schwartz, 1987). Bruch (1978) zwraca uwagę, że matka dziecka, które w przyszłości zachoruje na anoreksję, ignoruje potrzeby dziecka, zwłaszcza te związane z głodem lub sytością. Dziecko takie jest karmione nie wtedy, gdy jest głodne, lecz wtedy, kiedy matka uważa to za konieczne. Prowadzi to do utraty poczucia władzy nad sobą i do niewyraźnych granic „ja”, a pacjent czuje się własnością innych, dlatego bardzo częste u osób z jadłowstrętem psychicznym jest odczucie (bardzo nieprzyjemne), że ich matki wiedzą lepiej, co one czują i czego pragną. Według Zerbe (1993), intensywna nienawiść do ciała rozwija się z powodu silnie patologicznej relacji z pierwszym opiekunem, przeważnie matką. Matka nie potrafi zapewnić psychicznej przestrzeni, psychicznego schronienia dziecku, aby mogło ono rozpocząć indywidualne życie. Zatem osobista autonomia jest zniweczona. Powstaje fuzja matko-dziecko – wysoce patologiczny związek, w którym dziecko spełnia wiele potrzeb matki (m.in. potrzebę opieki i przywiązania). Dziecko czuje się całkowicie odpowiedzialne za stopień spełnienia potrzeb matki i w ten sposób czuje się przez nią ciągle kontrolowane. Jakikolwiek wzrost autonomii ze strony dziecka jest postrzegany jako ogromne zagrożenie dla matki która w sposób uzależniający używa dziecka do spełniania jej żądań. Dziecko jest depersonalizowane, a opiekun nie pozwala na autonomię. To on uzurpuje sobie prawo do spełniania podstawowych potrzeb dziecka. Nic dziwnego, że takie dziecko nigdy nie postrzega własnego ciała jako rzeczywiście własnego. Dziecko żyje jakby na rozkaz matki aby przetrwać psychicznie. Część z tych trudności może wynikać z tego, że matka odczuwa potrzebę zajęcia, posiadania ciała i psychiki dziecka i chce sprawować nad nim umysłową kontrolę. Matka zaspokaja własne pragnienia poprzez dziecko, zamiast rozszerzać jej własną zdolność do reagowania na sygnały ze strony, dziecka.

Taka matka nieprawidłowo odczytuje podstawowe afektywne sygnały, wysyłane przez dziecko. Pacjenci, którzy odczuwają, że tyranizująca matka zajęła ich ciało, są jakby zanurzeni w psychologicznym świecie powierzchni ciała, boją się, że wpadną w niekończącą się przepaść, gdy nastąpi przerwanie tej powierzchni, dlatego poddawanie się testom, karmieniu na siłę, czy innym ograniczeniom – powoduje to odczucie, że są „trzymani”, ważnym celem terapii jest nauczenie pacjenta jak doświadczać zawartości ciała jako mniej tyranizującej. Levens (1995) zauważa, że dziewczęta z jądłowstrętym psychicznym odczuwają relację z matką jako zabierającą im swobodę i wolną przestrzeń psychiczną potrzebną do istnienia, co czasami chore określają jako psychiczny kanibalizm. Taka matka tworzy patologicznie silny związek psychosomatyczny z dzieckiem nazwany przez McDougall „jednym (ciałem) dla dwojga” (1989, s. 140). Badania Krystek (2001) wykazały podwyższony wskaźnik ingerencji w życie psychiczne dziewcząt preanorektycznych ze strony matki, który jest przez te dziewczęta prawdopodobnie doświadczany jako podejmowanie za nie decyzji i brak przyzwolenia na samodzielność, a także zbyt intensywne kontrolowanie przez rodziców różnych sfer życia dziecka. Dziewczęta te czują się w dużym stopniu zależne emocjonalnie od rodziców, co utrudnia podejmowanie przez nie samodzielnych działań. Nadmiar kontroli w kwestii uzyskiwania autonomii psychicznej może też potwierdzać według badaczki istnienie presji rodziców w kierunku perfekcjonizmu, oraz stawianie dorastającej córce wysokich wymagań, którym nie potrafi ona sprostać.

McDougall (1989) w książce poświęconej psychosomatyczno-psychoanalitycznemu podejściu do jądłowstrętu psychicznego, opisuje przypadek trzydziestoletniej kobiety – Georgette. Pacjentka ta przyznawała się do ogromnej tęsknoty za matką, która mieszkała daleko od niej; z drugiej zaś strony, gdy matka ją odwiedzała, nie mogła znieść jej obecności; twierdziła, że przy matce nie może swobodnie oddychać oraz czuje, jakby jej ciało miało za chwilę eksplodować. Konflikt Georgette z matką polegał, jak się wydaje, na tym, że intruzywna matka „zabierała” jej tożsamość i w ten sposób Georgette uważała się za jedną z części matki. Kluczowe dla zrozumienia destruktywnej relacji między tymi dwiema kobietami jest stwierdzenie Georgette: *„Moja matka nie jest szczęśliwa, bo jest uzależniona ode mnie”* (s. 157). Na trudną relację z matką wskazuje także historia Ewy opisywana przez Bobowską (1988). Ewa, dwudziestoletnia pacjentka podkreślała, że czuje ogromną niechęć do jedzenia, która przeradza się w obżarstwo. Okresy głodzenia się powodowały wzmożoną potrzebę jedzenia, której spełnienie wywoływało wstręt do siebie, odczucie, że jest zatruta (te lęki nie miały charakteru psychotycznego) oraz chęć prowokowania wymiotów. Relacja z jedzeniem symbolicznie ilustrowała dwuznaczną relację z matką. U Ewy widoczna była

ogromna potrzeba matki i jednocześnie lęk, obawa, że matka znajdująca się wewnątrz niej zatruwa ją. Odczucia Ewy były dowodem na potrzebę opieki, miłości ze strony matki z jednej strony i żalu, że matka jej tego nie zapewnia z drugiej strony. Stosunek pacjentki do jedzenia wynikał z jej odczucia, że matka polecając jej spożycie pokarmu, nie pragnie nakarmić córki, ale chce nakarmić samą siebie. Ta współzależność matki i córki stała się jeszcze bardziej ewidentna, gdy w miarę zdrowienia Ewy jej matka stawała się coraz bardziej „anorektyczna” i wymagająca opieki. Należy podkreślić w tym miejscu, że dziewczęta z anoreksją na ogół idealizują swoje matki, dopiero w trakcie długotrwałej terapii ujawniają się stosowane przez nie mechanizmy wypierania (polegającego na zaprzeczaniu trudnościom w relacji z matkami). Wówczas dziewczęta te odkrywają, że ich zaangażowanie emocjonalne w podtrzymywanie poprawnych relacji rodzinnych jest niedostatecznie odwzajemnione przez rodziców.

Według badaczy psychanalitycznych (np. Kernberg, 1984), rodzice przyszłej jednostki narcystycznej, koncentrują się na szczególnych zdolnościach dziecka, które zaczyna pełnić rolę „geniusza rodzinnego”, dziecko przyjmuje tę rolę, gdyż nie zna innej roli, która mogłaby zadowolić rodziców. Rodzice takiego dziecka są tak bardzo skoncentrowani na tym, aby ich dziecko czuło się kimś specjalnym, że nie ujawniają własnych uczuć. Z kolei Benjamin (1996), prezentująca podejście interpersonalne uważa, że u podłoża tego zaburzenia leży przecenianie dziecka przez rodziców bądź żądanie, aby było ono doskonałe i używa w odniesieniu wysoce symbolicznego sformułowania „Jego wysokość dziecko”. Według Benjamin (1996) prezentującej podejście interpersonalne, dyscyplina, jaką zazwyczaj rodzice narzucają w okresie nauki chodzenia, umożliwia prawidłowy rozwój dziecka. Natomiast rodzice dziecka, które w przyszłości będzie cierpiało na narcyzm, w dalszym ciągu zaspokajają wszelkie jego zachcianki, usuwają wszelkie przeszkody z jego drogi i nie ujawniają własnych potrzeb. Takie dziecko staje się niewrażliwe, egocentryczne, pozbawione empatii, wpada we wściekłość, jeśli otoczenie nie upewnia mu przywilejów i słów uznania. Wściekłość ta, chociaż utajona, ujawnia się zwłaszcza w sytuacji, gdy ktoś krytykuje taką osobę. Pomimo tego, że w rodzinach, w których dorasta dziecko narcystyczne, panuje swoisty „kult” dziecka, jednak pod nim skrywa się subtelna, lecz możliwa do zaobserwowania stale obecna groźba „utruty łaski” ze strony rodziców. Chociaż podziwiają oni dziecko, nie godzą się na najmniejsze nawet jego potknięcia. Millon i Davis (2009) twierdzą, że rodzice przekazują dziecku następujący „Jesteś wspaniały i doskonały, za to cię właśnie kochamy. Ale spróbuj nas tylko zawieść, a koniec z naszą miłością” (s. 395). Z tego względu osoby narcystyczne nie potrafią pogodzić się z najmniejszą nawet porażką.

Monika Romanowska pisze o historiach dwóch pacjentów z narcyzmem¹. W odpowiedzi na pytanie o relacje w rodzinie w dzieciństwie, wspomniani pacjenci, a mianowicie pan Waldek i pani Żaneta udzielali różnych odpowiedzi. Pani Żaneta przyznała, że pochodzi z rodziny alkoholowej i jej dzieciństwo było niezwykle traumatyczne. Pan Waldek uznał to pytanie za bezzasadne, ponieważ „pochodzi z porządnej rodziny i nie przypomina sobie jakichkolwiek negatywnych momentów z dzieciństwa”. Często się zdarza, że pacjenci narcystyczni są wyjątkowo nieświadomi swojego zaburzenia a także jego przyczyn tkwiących w przeszłości. Idealizują swoją rodzinę i nie pamiętają bólu, jakiego doświadczyli. Podczas pogłębionych wywiadów okazało się, że zarówno pani Żaneta jak i pan Waldek byli postawieni w podobnej sytuacji. Jako dzieci oboje czuli się bardzo samotni, wręcz opuszczeni, niezrozumiani. Nie otrzymali wystarczającej dawki czułości i empatii od rodziców, nie doświadczyli wystarczająco, że są kochani po prostu za to, że są.

Podsumowanie

Żechowski (1998) pisząc o anoreksji z perspektywy mitologii greckiej, stwierdza: Echo „w relacji z Narcyzem jest tak bardzo głodna, że w końcu jedynym, co może pokochać jest jej głód. Miłość głodu dostarcza racjonalizacji dla nieodwzajemnionej relacji Narcyza, chroni przed doświadczeniem całkowitej martwoty, bezruchu i pustki. Autor wysuwa wniosek, że tak jak Echo syci swoim Narcyza swoim głodem, tak osoba z jądłowstrętem psychicznym zaspokaja pragnienia innych. Chudnie, gdyż syci ją głód. Te słowa przywodzą na myśl stwierdzenie Simone Weil, znanej francuskiej filozof, która zagłodziła się na śmierć, że ta część duszy, która jest wieczna, karmi się głodem. Czy zatem można przypuszczać, że osobę z anoreksją można przedstawić symbolicznie jako Echo? W przeciwieństwie do mitologicznego, ale i współczesnego Narcyza, nie cechuje jej przecież samouwielbienie i pragnienie wykorzystywania innych, wręcz przeciwnie, jak to ujęła wspomniana wyżej Simone Weil - czuje do siebie, a zwłaszcza swojego ciała wstręt, pragnie zniknąć, a jednocześnie odmawiając sobie pokarmu, karmi innych (Czerwińska, 1995). Badacze wielokrotnie potwierdzają, że osoby z anoreksją często przygotowują posiłki dla innych, same ich nie dotykając.

Czy zatem można również mówić odmiennych środowiskach rodzinnych dzieci, które zapadną na anoreksję i narcystyczne zaburzenie osobowości?

Wydaje się że o ile w środowisku rodzinnym dziecka – w przyszłości narcyza, panuje swoiste traktowanie dziecka jako niezwykłego, małego „geniusza”, o tyle

¹ <http://homopsychologicus.pl/osobowosc-narcystyczna-cz-2/>

rodzice (zwłaszcza matka) córki, która zapadnie na anoreksję, koncentrują się jedynie na kontroli autonomii dziecka, która obejmuje również ciało. Stąd inne ścieżki rozwoju zaburzenia u tych dwóch grup pacjentów. Osoba narcystyczna będzie podziwiała siebie (choć u podłoża będzie zawsze leżał lęk przed utratą doskonałości), zaś osoba z anoreksją będzie chciała zniszczyć siebie, swoje ciało, aby zasłużyć na podziw innych. Pierwsza będzie wymagała bezwzględnego poświęcenia ze strony innych, druga będzie wołała głodzić samą siebie.

Warto jednak podkreślić, iż w obu tych środowiskach rodzinnych, chociaż w przypadku anoreksji dotyczy to w większym stopniu kobiet, na pierwsze miejsce wysuwa się wymaganie od dziecka perfekcyjności i pojawia się psychologiczny szantaż, polegający na wymaganiu od dziecka doskonałości, w przeciwnym razie nie może być mowy o miłości.

Można zadać pytanie, czy coraz częstsza zachorowalność na anoreksję i narcystyczne zaburzenie osobowości nie uwidacznia nieraz głęboko skrywanego kryzysu współczesnej rodziny, w której dziecko musi kupować miłość rodziców osiągnięciami, perfekcyjnością, wytężoną pracą, która musi przynieść pożądany (według rodziców) rezultat, w której nie liczy się wysiłek dziecka, a tylko to, czy swoim wysiłkiem spełni wygórowane oczekiwania rodziców? W takim razie, w jakim kierunku podąża współczesny świat?

Bibliografia:

- Barrett M.J., Schwartz R., (1987), *Couple therapy for bulimia*, (W:) J.E. Harkaway (Red.), *Eating disorders (The family therapy collections)* (s. 25-39), Rockville: Aspen Publishers.
- Benjamin L.S., (1996), *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*, New York: Guilford Press.
- Beumont P., Carney T., *Can psychiatric terminology be translated into legal regulation: The anorexia nervosa example*, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2004, 38(10), 819-832.
- Bobowska A., (1988), *Ewa i zakazany owoc*, (W:) Z. Sokolik (Red.), *Niektóre problemy psychoterapii. Technika i proces leczenia, opisy przypadków* (s. 163-191), Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Bruch H., (1978), *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa*, New York: Harper Collins.
- Czerwińska E., *Dal jest najbliższa*, *Zeszyty Literackie*, 1995, 51, 117-121.
- Dessuant P., (2007), *Narcyzm - przegląd koncepcji psychoanalitycznych*, Sopot: GWP.

- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.), (2013), Washington, DC, London, England: American Psychiatric Publishing, American Psychiatric Association.
- Filipowicz S., (1998), *Twarz i maska*, Kraków - Warszawa: Znak.
- Holliday J., Wall E., Treasure J., Weinman J., Perceptions of illness in individuals with anorexia nervosa: A comparison with lay men and women, *International Journal of Eating Disorders*, 2005, 37(1), 50-56.
- Kernberg O., (1984), *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*, New Haven: Yale University Press.
- Gans M., Gunn W.B., End stage anorexia: criteria for competence to refuse treatment, *International Journal of Law and Psychiatry*, 2003, 26(6), 677-695.
- Krystek M., (2000), Kontrola w relacjach z rodzicami u dziewcząt z gotowością anorektyczną, (W:) A. Suchańska (Red.), *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji* (s. 141-172), Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Lasch C., (1979), *The Culture of Narcissism*, New York: W.W. Norton.
- Millon T., Davis R., (2009), *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Lemma-Wright A., (1994), *Starving to live. The paradox of anorexia nervosa*, London: Central Book Publishing.
- Levens M., (1995), *Eating disorders and magical control of the body. Treatment through art therapy*, London: Routledge.
- Manley R.S., Leichner P., Anguish and despair in adolescents with eating disorders: Helping to manager suicidal ideation and impulses., *Crisis*, 2003, 24(1), 32-36.
- McDougall J., (1989), *Theatres of the body. A psychoanalytic approach to psychosomatic illness*, London: Free Association Books.
- Nitendel-Bujakowa, E. (2005), *Obraz dziewcząt chorych na anoreksję w ocenie własnej i w ocenie ich rodziców*, (W:) M. Tatala (Red.), *Być sobą. Przekraczanie ograniczeń w kierunku wyższej jakości życia* (s. 149-165), Lublin: Polihymnia.
- Romanowska M., *Osobowość narcystyczna, cz. 2*, strona internetowa dostępna pod adresem: <http://homopsychologicus.pl/osobowosc-narcystyczna-cz-2/>
- Stabryła S., (2003), *Mitologia grecka dla dorosłych*, Kraków: Zielona Sowa.
- Tan J.O.A., Hope T., Steward A., Competence to refuse treatment in anorexia nervosa, *International Journal of Law and Psychiatry*, 2003, 26(6), 697-707.
- Vitousek K.B., Ewald L.S., (1993), Self-representation in eating disorders: A cognitive perspective, (W:) Z. Segal, S. Blatt (Red.), *The self in emotional disorders:*

Cognitive and psychodynamic perspectives (s. 221-257), New York: Guilford Press.

Zerbe K.J., Whose body is it anyway? Understanding and treating psychosomatic aspects of eating disorders, *Bulletin of The Menninger Clinic*, 1993, 57 (2), 161-177.

Żechowski C., *Echo i Narcyz – antyczne wyobrażenie anoreksji, Albo Albo - Inspiracje Jungowskie*, 1998, 3, 38-46.