

Samooocena w zaburzeniach osobowości

Ewa Trzebińska*

Wydział Psychologii

Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej

Katarzyna Balsam

Wydział Pedagogiczny

Uniwersytetu Warszawskiego

SELF-ESTEEM IN PERSONALITY DISORDERS

Abstract. Two studies examined the relationship between personality disorders and self-esteem. In both studies, self-descriptive measurement of all the ten personality disorders classified in DSM-IV-TR was carried out. Explicit self-esteem was measured in Study 1, and implicit self-esteem in Study 2. The participants were students of Warsaw's universities. The result revealed that all personality disorders have a characteristic relationship with explicit and implicit self-esteem. The relationship is most unambiguous in the case of narcissistic, histrionic, and obsessive-compulsive personality disorders, which turned out to be positively related to both forms of self-esteem. The symptoms of the remaining personality disorders are negatively related to explicit self-esteem, and two of them – schizotypal and antisocial – are related to high implicit self-esteem. The discussion focuses on the mechanism of possible self-esteem malfunction in personality disorders.

Zaburzenia osobowości polegają na nadmiernym rozwinięciu się i utrwaleniu pewnych cech, co skutkuje usztywnieniem i zawężeniem sposobu myślenia, odczuwania i reagowania na zdarzenia. Ze względu na taką dominującą cechę wyróżnia się obecnie (DSM-IV-TR, 2000) dziesięć form zaburzeń osobowości: schizoidalne (izolacja społeczna), schizotypowe (ekscentryczność), obsesyjno-kompulsyjne (konserwatywny perfekcjonizm), z pogranicza (niestabilność psychiczna), histrioniczne (poszukiwanie uwagi otoczenia), zależne (poszuki-

* Adres do korespondencji: Ewa Trzebińska, Wydział Psychologii, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, ul. Chodakowska 19/31, 03-815 Warszawa; e-mail: ete@poczta.onet.pl

wanie opieki), unikające (dyskomfort społeczny), narcystyczne (wywyższanie się i rywalizacja), paranoiczne (podejrzliwość) oraz antyspołeczne (lekceważenie praw i potrzeb innych ludzi). Zaburzenia osobowości przyciągają uwagę badaczy, ponieważ występują coraz częściej i coraz wyraźniej widać, że są powodem poważnych trudności nie tylko dla obarczonych nimi osób, ale też dla ich rodzin i społeczeństwa (Cloninger, 2007). Jednym z ważnych kierunków badań nad zaburzeniami osobowości jest określanie psychologicznych wymiarów umożliwiających odróżnianie od siebie ich poszczególnych form, co jest niezbędne do ich prawidłowej diagnostyki i terapii. Tradycyjny sposób definiowania zaburzeń osobowości przez wyliczenie ich objawów, czyli określenie związanych z nimi dysfunkcji, jest coraz powszechniej uważany za niewystarczający (Presnall, Widiger, 2012). Z badań bowiem wynika, że zaburzenia osobowości różnią się między sobą przede wszystkim cechami dyspozycyjnymi, a nie funkcjonalnymi deficytami, które – jak np. nieufność, brak empatii, impulsywność czy dystans interpersonalny – są dla wielu ich form wspólne (Fowler, O'Donohue, Lilienfeld, 2007). Wykazano wprawdzie, że cechy należące do Wielkiej Piątki są w charakterystyczny sposób powiązane z poszczególnymi zaburzeniami osobowości i mogą być użyteczne w ich różnicowaniu (Glover, Crego, Widiger, 2012), jednak – jak wynika z raportu ekspertów przygotowujących nową definicję zaburzeń osobowości dla DSM-V – wymiary Wielkiej Piątki nie wyczerpują psychologicznego opisu tych zaburzeń i potrzebne jest dalsze empiryczne poszukiwanie cech kryterialnych (Skodol i in., 2011; Pincus, 2011).

Mechanizmem wartym systematycznych badań w tym kontekście jest samoocena, ponieważ problemy w zakresie wartościowania siebie dotyczą wszystkich form zaburzeń osobowości. Według DSM-IV-TR skrajnie negatywne ustosunkowanie do siebie należy do syndromu osobowości unikającej, a wybitnie pozytywne – osobowości narcystycznej. W opisie innych zaburzeń osobowości także wymieniane są specyficzne ustosunkowania do siebie zarówno przejawiające się bezpośrednio w postaci sądów na temat własnej osoby, jak też występujące jako domniemana przesłanka niektórych nieprawidłowych zachowań, oczekiwań czy interpretacji zdarzeń. Według takich obserwacji w osobowości z pogranicza, schizotypowej, schizoidalnej i zależnej występuje przekonanie o własnej bezwartościowości, w osobowości paranoicznej poczucie poniżenia i bycia lekceważonym, w zaburzeniu obsesyjno-kompulsywnym przekonanie o własnej doskonałości, a w histrionicznym i antyspołecznym – o własnej atrakcyjności (Kernberg, 2004; Millon i in., 2005; Beck, Freeman, Davis, 2005). Można więc sądzić, że samoocena jest czynnikiem różnicującym zaburzenia osobowości w taki sposób, że niektóre (większość) z nich charakteryzuje szczególnie niska samoocena, a pozostałe (nieliczne) – pozytywna. Jednak poza znaczną liczbą badań dotyczących samooceny w osobowości narcystycznej systematyczne empiryczne studia nad tym zagadnieniem nie były dotąd prowadzone.

Celem prezentowanych badań było więc sprawdzenie, czy związek zaburzeń osobowości z samooceną, jaki wylania się z ich opisowej charakterystyki,

rzeczywiście występuje. W badaniach tych uwzględniono wszystkie opisane w DSM formy zaburzeń osobowości oraz jawną i ukrytą samoocenę. Badania zostały przeprowadzone na próbach pochodzących z populacji ogólnej, co jest powszechnie stosowaną strategią z dwu przynajmniej powodów (Lenzenweger, Willett, 2007; Miller, Campbell, 2010). Po pierwsze, rozpowszechnienie tych zaburzeń jest znaczne, według szacunków być może nawet co piąta osoba w populacji ogólnej spełnia kryteria diagnostyczne przynajmniej jednego z nich (Fowler, O'Donohue, Lilienfeld, 2007). Jednocześnie odsetek osób z tymi zaburzeniami poszukujących profesjonalnej pomocy jest bardzo niski ze względu na ich egosyntoniczność oraz ograniczenie związanych z nimi dysfunkcji do problemów emocjonalno-społecznych z utrzymaniem pełnej skuteczności w praktyczno-zadaniowej sferze życia. Osoby z zaburzeniami osobowości najczęściej radzą sobie w rolach nie gorzej niż inni ludzie (a w przypadku niektórych zaburzeń uzyskują nawet spektakularne sukcesy), pozostając przekonane, że ich specyficzne reakcje emocjonalne i porażki w relacjach interpersonalnych są własne, naturalne i niezbywalne. W konsekwencji w instytucjach klinicznych pojawiają się jedynie takie osoby z zaburzeniami osobowości, u których nastąpiła wyjątkowa eskalacja trudności oraz (najczęściej) wystąpiły inne zaburzenia psychiczne, tzw. syndromy kliniczne, i to one, a nie zaburzenia osobowości, są powodem poszukiwania pomocy. Ponieważ jest to bardziej prawdopodobne w jednych zaburzeniach osobowości niż w innych, w instytucjach klinicznych mamy do czynienia ze znaczną nadreprezentacją niektórych zaburzeń (np. osobowości z pogranicza czy narcystycznego) oraz prawie z całkowitym brakiem pozostałych. Biorąc to pod uwagę, jak też to, że zakwalifikowanie do badań większości pacjentów z zaburzeniami osobowości jest niecelowe ze względu na nierozróżnialność tego, co w ich funkcjonowaniu bierze się specyficznie z zaburzenia osobowości, a co z towarzyszącego syndromu klinicznego, badaniami prowadzonymi na próbach klinicznych trudno jest objąć wszystkie zaburzenia osobowości. Drugie ograniczenie związane z klinicznymi badaniami zaburzeń osobowości wynika z nieprzystawalności do nich charakterystycznego dla diagnostyki klinicznej kategoryjnego ujęcia psychopatologii. W odróżnieniu bowiem od syndromów klinicznych, o dysfunkcyjnym charakterze objawów zaburzeń osobowości stanowi ich nasilenie, a nie specyficzna jakość. Objawy zaburzeń osobowości to zwykle formy funkcjonowania (jak podejrzliwość, skłonność do rywalizacji czy nieśmiałość), które występują ze szczególną uporczywością. Ponieważ owa „patologiczna” uporczywość nie jest możliwa do zdefiniowania, już nie tylko w badaniach, ale także w najnowszych klinicznych ujęciach zaburzeń osobowości (por. nowa diagnostyka zaburzeń osobowości według DSM V, Skodol i in., 2011), odchodzi się od ich kategoryjnej identyfikacji na rzecz charakterystyki dymensjonalnej, to znaczy przyjmuje się, że im bardziej nasilone są specyficzne dla nich reakcje, tym bardziej zasadne jest przypuszczenie, że osobowość działa dysfunkcyjnie. Takie dymensjonalne ujęcie zaburzeń osobowości wymaga prowadzenia badań na próbach z populacji ogólnej, ponieważ tylko w ten sposób możliwe jest uzyskanie pełnego rozkładu nasilenia reakcji stanowiących objawy zaburzeń osobowości.

BADANIE 1

Celem tego badania było ustalenie związku między nasileniem objawów poszczególnych zaburzeń osobowości a jawną samooceną¹. Według najbardziej rozpowszechnionego stanowiska samoocena polega na określeniu własnej wartości na podstawie spostrzeganych osiągnięć i niepowodzeń (Buhrmester, Blanton, Swann, 2011). Przybiera postać ogólnego przekonania o własnej wartości, a także bardziej specyficznych sądów dotyczących określonych kompetencji czy atrybutów i może być w odniesieniu do nich zróżnicowana. Na przykład badania samooceny w narcystycznym zaburzeniu osobowości wykazały występowanie wybitnie wysokiej oceny posiadanych sprawności oraz znacznie niższej (ale nieodbiegającej od przeciętnej) oceny dokonań związanych z relacjami interpersonalnymi (Campbell i in., 2007). Odpowiada to obserwacjom klinicznym, a także stwierdzonemu w badaniach kadry kierowniczej (Higgs, 2009; Galvin, Waldman, Balthazard, 2010) faktowi, że bardzo dużej, często wybitnej skuteczności zadaniowej, nie towarzyszy w tym zaburzeniu szczególnie dobra umiejętność budowania relacji, pracy zespołowej oraz podtrzymywania morale współpracowników. Biorąc pod uwagę możliwość niejednokrotnego oceniania siebie w różnych dziedzinach, postanowiliśmy więc dokonać pomiaru samooceny ogólnej, ale też samooceny w różnych obszarach funkcjonowania, aby sprawdzić, czy – podobnie jak w zaburzeniu narcystycznym – w innych zaburzeniach osobowości występuje zróżnicowanie wartościowania siebie i czy odzwierciedla ono specyficzne dla poszczególnych zaburzeń obszary trudności i dysfunkcji.

Metoda

Uczestnicy badania i procedura. W badaniu wzięło udział 120 osób w wieku 19-36 lat ($M = 22,72$; $SD = 2,21$), studiujących różne kierunki w warszawskich wyższych uczelniach, 49 kobiet i 71 mężczyzn. Uczestnicy wyrazili piśmem zgodę na udział w badaniu; nie otrzymywali za nie gratyfikacji. Byli informowani o tym, że badanie jest prowadzone anonimowo i dobrowolnie oraz że może być w każdej chwili przerwane. Badanie przeprowadzono indywidualnie na terenie uczelni. Miało charakter kwestionariuszowy, najpierw mierzono objawy zaburzeń osobowości, a następnie poziom samooceny.

Materialy. Pomiar objawów zaburzeń osobowości został przeprowadzony za pomocą samoopisowego kwestionariusza Styl Życia 05/SK (Trzebińska, Lasota, 2009). Samoopisowa metodologia jest powszechnie stosowana w badaniach nad zaburzeniami osobowości ze względu na możliwość dokonania standaryzowanego pomiaru u wielu osób, a jednocześnie empiryczne potwierdzenie wysokiej zgodności takich danych z danymi pochodzącymi z wywiadów i obserwacji klinicznych (Widigier, Boyd, 2009). Styl Życia 05/SK zawiera 107 stwierdzeń opisujących myśli, odczucia, zachowania oraz zdarzenia interpersonalne, które – jeśli występują uporczywie – traktowane są jako przejawy

¹ Zostało ono przeprowadzone przez Przemysława Podbielskiego (2011) w ramach pracy magisterskiej.

zaburzeń osobowości. W kwestionariuszu jest dziesięć skal, które odpowiadają dziesięciu formom zaburzeń osobowości, wyróżnionym w DSM-IV-TR. Treść stwierdzeń we wszystkich skalach odpowiada symptomom poszczególnych zaburzeń osobowości². W przypadkach, w których to było możliwe, opis symptomów został przytoczony prawie dosłownie, tam natomiast, gdzie było potrzebne dostosowanie sformułowań do samoidentyfikacji przejawów nieprawidłowego funkcjonowania, nastąpiło ukonkretnienie opisu objawów, przedstawienie ich w sposób bardziej dostępny samoobserwacji oraz wyeliminowanie określeń o znaczeniu pejoratywnym. Stwierdzenia odnoszą się do powszechnych w naszej kulturze realiów życia codziennego, nie zawierają zwrotów językowych ani znaczeniowych charakterystycznych dla określonej płci, wieku czy środowiska społecznego. Skale mają od 9 do 11 pozycji. Przykładowe stwierdzenia to: „Ktoś ukrywa coś przede mną” (osobowość paranoiczna), „Udało mi się odczytać czyjeś myśli albo wpłynąć na nie” (osobowość schizotypowa), „Mam ochotę zrobić sobie coś złego” (osobowość z pogranicza), „Po spotkaniu z kimś męczy mnie myśl, że moje zachowanie nie było właściwe” (osobowość unikająca), „Ubarwiam fakty, żeby to, co mówię, było ciekawsze” (osobowość histrioniczna), „Robię coś lepiej niż ktoś, kto uchodzi za najlepszego” (osobowość narcystyczna). Uczestnik badania ocenia od 0 (nigdy) do 6 (bardzo często), jak często zdarza się mu to, co opisują zawarte w kwestionariuszu stwierdzenia. Jest proszony, aby szacując częstotliwość podanych form funkcjonowania, brał pod uwagę wszystkie okresy i obszary swojego życia. Narzędzie charakteryzuje się dobrą rzetelnością. Uzyskane w tym badaniu wartości α Cronbacha dla poszczególnych skal mieszczą się w przedziale 0,66-0,89. Zastosowano dymensjonalną miarę zaburzeń osobowości, tj. nie stwierdzano wystąpienia lub niewystąpienia określonego zaburzenia osobowości u badanego, ale charakteryzowano uczestników pod względem częstości występowania symptomów wszystkich zaburzeń osobowości. Jest to obecnie powszechnie praktykowane w badaniach nad zaburzeniami osobowości z powodu ich współwystępowania oraz braku podstaw do wskazania granicznego kryterium patologicznego nasilenia nieprawidłowych form funkcjonowania. Taki sposób podejścia także do klinicznej diagnozy zaburzeń osobowości zapowiadany jest w DSM-V (Skodol i in., 2011). Wskaźniki nasilenia objawów poszczególnych zaburzeń obliczane były jako średnia częstość występowania ich objawów.

Samoocena mierzona była za pomocą Wielowymiarowego Kwestionariusza Samooceny (MSEI, O'Brien, Epstein, 1988; polska wersja – Fecenec, 2008). Narzędzie składa się ze 116 stwierdzeń, tworzących jedenaście skal. Osiem skal odnosi się do oceny szczegółowych aspektów funkcjonowania: posiada-

² Przywiązywaliśmy dużą wagę do dostosowania narzędzia pomiaru zaburzeń osobowości specyficznie do ich kryteriów behawioralnych według DSM-IV-TR, ponieważ na przykładzie narcyzmu (Miller, Campbell, 2008) okazało się, że definicje zaburzeń osobowości zgodnie z DSM-IV-TR i definicje odpowiadających im cech osobowości mogą być na tyle różne, że predykcje sformułowane na podstawie pomiaru jednych nie potwierdzają się w stosunku do wyników uzyskiwanych z zastosowaniem pomiaru drugich.

nych kompetencji, bycia kochanym, popularności interpersonalnej, zdolności przywódczych, samokontroli, moralności, atrakcyjności fizycznej i witalności, a dwie skale – do bardziej generalnych ustosunkowań wobec siebie: samooceny ogólnej oraz poczucia integracji tożsamości. Skala ostatnia mierzy obronne wzmacnianie samooceny i służy do kontrolowania zniekształceń samoopisu. Badany określa (od 1 do 5), w jakim stopniu każde ze stwierdzeń jest prawdziwe w stosunku do niego lub jak często myśli o sobie w podany sposób. Wyniki dla poszczególnych skal obliczane są przez zsumowanie punktów przyporządkowanych stwierdzeniom należącym do danej skali. Im wyższy wynik, tym wyższa samoocena w danym zakresie. Narzędzie odznacza się dobrze udokumentowaną rzetelnością i trafnością, jest szeroko stosowane w badaniach dotyczących samooceny. Wartości α Cronbacha dla poszczególnych skal w prezentowanym badaniu mieszczą się w przedziale 0,76-0,88 i są zgodne z podanymi w opisie narzędzia.

Wyniki i dyskusja

Korelacje pomiędzy nasileniem objawów zaburzeń osobowości a poziomem mierzonych aspektów samooceny przedstawia tabela 1. Zastosowano współczynnik korelacji cząstkowej z kontrolą tendencji do obronnego wzmacniania samooceny.

Tabela 1.

Zaburzenia osobowości a samoocena (korelacje cząstkowe)

Zaburzenie osobowości	S_OG	KOMP	B_KCH	POP	ZD_P	S_KT	A_MR	A_FIZ	WIT	INT_T
Z pogranicza	-0,50***	-0,48***	-0,28**	-0,41***	-0,40***	-0,47***	-0,25**	-0,40***	-0,46***	-0,46***
Paranoiczne	-0,39***	-0,23*	-0,27**	-0,39***	-0,12	-0,08	-0,16^	-0,22*	-0,25**	-0,17^
Schizoidalne	-0,51***	-0,40***	-0,42***	-0,49***	-0,14	-0,24**	-0,13	-0,37***	-0,24**	-0,29***
Schizotypowe	-0,28**	-0,14	-0,11	-0,30***	-0,11	-0,09	-0,01	-0,11	-0,16^	-0,06
Unikające	-0,71***	-0,52***	-0,44***	-0,63***	-0,61***	-0,41***	-0,26**	-0,61***	-0,49***	-0,58***
Zależne	-0,52***	-0,31***	-0,21*	-0,23*	-0,38***	-0,42***	-0,19*	-0,35***	-0,40***	-0,50***
Antyspołeczne	-0,15	-0,11	-0,16^	-0,15	-0,06	-0,20*	-0,27**	-0,10	-0,24**	-0,01
Narcystyczne	0,28**	0,50***	0,24*	0,29**	0,51***	0,24**	0,16^	0,45***	0,22*	0,44***
Histrioniczne	0,42***	0,45***	0,26**	0,51***	0,48***	0,34***	0,22**	0,50***	0,31***	0,36***
Obses.-komp.	0,23*	0,39***	0,27**	0,36***	0,42***	0,47***	0,36***	0,33***	0,29**	0,51***

S_OG – samoocena ogólna, KOMP – kompetencje, B_KCH – bycie kochanym, POP – popularność, ZD_P – zdolności przywódcze, S_KT – samokontrola, A_MR – akceptacja moralna, A_FIZ – atrakcyjność fizyczna, WIT – witalność, INT_T – integracja tożsamości; ^ $p \leq 0,1$; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$ (test dwustronny)

Związki zaburzeń osobowości z samooceną okazały się zróżnicowane. Ujawniły się dwa ich rodzaje zarówno w odniesieniu do wskaźników samooceny ogólnej, jak i ocen konkretnych kompetencji czy atrybutów: objawy niektórych zaburzeń są negatywnie skorelowane z samooceną, objawy pozostałych są z samooceną skorelowane pozytywnie. Zaburzeń pierwszego rodzaju jest siedem: z pogranicza, paranoiczne, schizoidalne, schizotypowe, unikające, antyspołeczne i zależne. W przypadku trzech spośród nich, a mianowicie zaburzenia z pogranicza, unikającego i zależnego, nasilenie objawów jest negatywnie skorelowane ze wszystkimi bez wyjątku wskaźnikami samooceny. Najsilniejsze związki wystąpiły w przypadku osobowości unikającej, co jest zgodne z powszechną opinią klinicystów o wyjątkowo negatywnym ustosunkowaniu do siebie w tym zaburzeniu (Presnall, Widigier, 2012). Dość konsekwentnie samoocena okazała się powiązana także z objawami zaburzeń schizoidalnego i paranoicznego – negatywne korelacje wystąpiły w przypadku większości mierzonych wskaźników samooceny. Relatywnie najmniej wyraziste jest negatywne powiązanie objawów zaburzenia schizotypowego z wskaźnikami samooceny – wystąpiło ono w przypadku samooceny ogólnej, oceny własnej popularności i witalności (tendencja statystyczna) oraz zaburzenia antyspołecznego – w przypadku oceny samokontroli, samooceny moralnej, witalności i bycia kochanym (tendencja statystyczna). Trzeba podkreślić, że nie pojawił się związek pozytywny pomiędzy objawami zaburzeń należących do tej grupy a którymkolwiek wskaźnikiem samooceny. Drugą grupę stanowią zaburzenia narcystyczne, histrioniczne oraz obsesyjno-kompulsyjne, których objawy są pozytywnie związane ze wszystkimi mierzonymi aspektami samooceny (objawy narcystyczne z samoakceptacją moralną na poziomie tendencji statystycznej).

Podsumowując można więc przyjąć, że w zaburzeniach osobowości występują dwa wzorce samooceny. W większości z nich – w zaburzeniach z pogranicza, unikającym, zależnym, schizoidalnym, paranoicznym, schizotypowym i antyspołecznym – mamy do czynienia z bardziej lub mniej wyrazistą niską samooceną, a w histrionicznym, narcystycznym i obsesyjno-kompulsyjnym z samooceną wysoką. Jest to zgodne z kliniczną charakterystyką zaburzeń osobowości, z wyjątkiem zaburzenia antyspołecznego, co do którego wskazuje się raczej na pewność siebie, choć nie jest ona wymieniana jako dominujący czy typowy rys tego zaburzenia (Sutker, Allain, 2001). Na podstawie tych wyników wydaje się, że samoocena może stanowić przydatne kryterium różnicowania objawowo podobnych do siebie form zaburzeń osobowości. Zaburzenie histrioniczne, podobne do zależnego ze względu na uległość wobec innych ludzi i poszukiwanie aprobaty (Bornstein, Malka, 2009), charakteryzuje się samooceną wysoką, podczas gdy zależne – niską. Zaburzenie unikające i schizoidalne są trudne do rozróżnienia, ponieważ w obu występuje silny lęk społeczny (Presnall, Widigier, 2012), ale w pierwszym samoocena jest wyraźnie niższa niż w drugim. Jeszcze inny przykład to zaburzenie antyspołeczne, podobne pod względem arogancji i impulsywności do zaburzeń z pogranicza i narcystycznego (Presnall, Widigier, 2012), ale z samooceną wyraźnie wyższą niż w pierwszym, a niższą niż w drugim.

Na wyniki te warto spojrzeć także z punktu widzenia formowania się i funkcji samooceny. Według Lachowicz-Tabaczek i Śniecińskiej (2008) samoocena kształtuje się jako mechanizm adaptacyjny pozwalający na dostosowywanie poziomu zaangażowania do posiadanych możliwości działania wynikających z temperamentalnych predyspozycji określających energetyczne właściwości zachowań, tj. z poziomu reaktywności emocjonalnej, aktywności oraz wytrzymałości. Samoocena kształtuje się zatem na podstawie wiedzy o sobie, ale nie o wynikach działania, a raczej o odczuwanych energetycznych możliwościach działania. Funkcjonalność tego mechanizmu polega na tym, że niska samoocena chroni osoby temperamentalnie „słabe” przed zaangażowaniem nadmiernym, wysoka zaś pobudza osoby temperamentalnie „silne” do zaangażowania intensywnego. Wyniki badań dotyczące temperamentalnej charakterystyki zaburzeń osobowości wskazują, że w tych, co do których rezultaty naszego badania wskazują na niską samoocenę, energetyczne możliwości rzeczywiście są szczególnie słabe, a w zaburzeniach z wysoką samooceną – raczej duże (Trzebińska, Żukowska, 2012). Zaburzenia z najbardziej konsekwentnie niską samooceną – z pogranicza, schizoidalne, unikające, zależne i paranoiczne – związane są mianowicie ze wszystkimi wyznacznikami słabych możliwości, tj. z wysoką reaktywnością, a jednocześnie niską aktywnością i niską wytrzymałością. W zaburzeniach z niską samooceną tylko w niektórych zakresach temperamentalne przesłanki zaangażowania też są wybiórczo niekorzystne: objawy schizotypowe są pozytywnie związane z reaktywnością, a objawy antyspołeczne – negatywnie z wytrzymałością. W zaburzeniach z wysoką samooceną nie tylko nie stwierdza się temperamentalnego ograniczenia możliwości działania, ale występuje przynajmniej jedna z korzystnych energetycznych właściwości: wysoka aktywność w zaburzeniach narcystycznym i histrionicznym oraz wysoka wytrzymałość w zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym. Na podstawie założenia o kształtowaniu się samooceny pod wpływem temperamentalnych predyspozycji do działania można więc przyjąć, że stwierdzone w przeprowadzonym badaniu zróżnicowanie zaburzeń osobowości pod względem poziomu samooceny wydaje się odpowiadać ich zróżnicowaniu pod względem temperamentalnych predyspozycji do działania.

Jeśli chodzi o powiązanie samooceny z dysfunkcjami charakterystycznymi dla różnych zaburzeń osobowości, to ujawniło się ono w relatywnie niewielkim stopniu. W odniesieniu do większości zaburzeń można spodziewać się wyrównania poziomu samooceny w różnych zakresach. Potwierdza to założenie, że przesłanką samooceny mogą być raczej ogólne cechy temperamentalne niż wyniki działania. Jednocześnie jednak warto odnotować występowanie przypadków zgodności pomiędzy ocenami konkretnych aspektów własnego funkcjonowania a przejawami zaburzeń osobowości. W zaburzeniu antyspołecznym, w którym najbardziej charakterystycznym problemem jest impulsywność i nieprzestrzeganie norm (Sutker, Allain, 2001), negatywna ocena siebie dotyczy właśnie samokontroli i moralności. W przypadku osobowości schizotypowej, która odznacza się odczuciem zupełnej społecznej nieadekwatności i obcości (Mills, 2004), niska jest samoocena ogólna oraz samoocena atrakcyj-

ności interpersonalnej. Zaburzenie narcystyczne okazało się pozytywnie powiązane – podobnie jak w innych badaniach (Campbell i in., 2007) – raczej z aspektami sprawnościowymi (samoocena kompetencji, zdolności przywódczych i atrakcyjności fizycznej) niż relacyjnymi (samoocena bycia kochanym, popularności i moralności).

BADANIE 2

W badaniu 2 poddaliśmy pomiarowi samoocenę ukrytą, ponieważ samoocena jawna nie jest wystarczającym wskaźnikiem ustosunkowania do siebie. Samoocena deklarowana w samoopisowych kwestionariuszach podatna jest bowiem na ograniczenia dostępu do posiadanych informacji o sobie oraz na działanie czynników motywacyjnych, spośród których największe znaczenie ma dążenie do podwyższania przypisywanej sobie wartości i zapewnienia sobie w ten sposób lepszego samopoczucia (Pyszczynski i in., 2004; Sedikides, Alicke, 2012). Rozwiązaniem tego problemu jest pomiar wartościowania siebie nie wprost, czyli samooceny utajonej (Greenwald, Banaji, 1995). Najczęściej stosowanymi w tym celu narzędziami są IAT (Implicit Association Test; Greenwald, McGhee, Schwartz, 1998), w którym o ustosunkowaniu badanego do siebie wnioskujemy na podstawie porównania stopnia łatwości (szybkości), z jaką przychodzi mu wiązanie pozytywnych i negatywnych bodźców (najczęściej słów) z własną osobą, oraz NLT (Name Letter Task; Nuttin, 1985), gdzie wskaźnikiem ustosunkowania do siebie jest stopień preferencji dla liter należących do własnego inicjału, czyli bodźców immanentnie związanych z własną osobą. Oba testy występują w wielu wariantach, różniących się używanym materiałem bodźcowym i sposobem wyliczania wskaźników.

Relacja między samooceną jawną i utajoną nie jest jasna. Wprawdzie przyjmuje się, że obie odnoszą się do zgromadzonej wiedzy o własnej osobie, to jednak podkreślane są też wyraźne różnice w tym, jak każda z nich powstaje i jaki jest charakter zaangażowanych w to procesów (Buhrmester, Blanton, Swann, 2011). W przypadku samooceny jawnej przetwarzanie informacji na temat siebie jest ograniczone przez pojemność pamięci operacyjnej do najbardziej dostępnych obszarów reprezentacji własnej osoby oraz zakłócanie udziałem wspomnianych czynników motywacyjnych. W przypadku samooceny utajonej oba te utrudnienia nie występują i z tego punktu widzenia należy uznać ją za bardziej adekwatną wobec posiadanego obrazu własnej osoby. Jeśli jednak chodzi o charakter procesów zaangażowanych w powstawanie samooceny, to samoocena jawna odzwierciedla analizowanie własnych doświadczeń życiowych, a niejawna – automatyczny, zgeneralizowany stosunek emocjonalny do nich. Świadczy o tym to, że większą zgodność samooceny jawnej i utajonej stwierdza się wtedy, gdy – jak się przypuszcza – w pomiarze jawnych ocen siebie zwiększa się udział emocjonalnych automatyzmów dotyczących własnej osoby, np. u kobiet niż u mężczyzn oraz w warunkach poznawczego obciążenia. Zatem z tej perspektywy za bardziej adekwatną należy uznać refleksyjną samoocenę jawną niż automatyczną utajoną.

Kwestia wiarygodności wyrażanej jawnie samooceny jest szczególnie często podnoszona w odniesieniu do zaburzeń osobowości, i to zarówno tych, którym przypisywana jest samoocena negatywna, jak i tych z samooceną pozytywną. Wyjaśnienia genezy zaburzeń osobowości skłaniają bowiem do dopatrywania się w nich ukrytych ustosunkowań wobec własnej osoby, które manifestują się w sposób niezbyt wyraźny lub w ogóle nie dają o sobie znać bezpośrednio, a jawne ustosunkowania często służą ich zamaskowaniu (Cierpiałkowska, 2008). W zaburzeniach, w których występują przekonania o własnej bezradności, niekompetencji czy odrzuceniu społecznym, negatywna wizja własnej osoby może być podszyta przeświadczeniem o „wyrastaniu” ponad innych, natomiast w zaburzeniach z jawnym wywyższaniem się poczucie własnej wartości może być w istocie niskie i skrywane pod demonstracyjną pewnością siebie. Mamy niewiele danych empirycznych na ten temat, wyjątkiem jest zaburzenie narcystyczne, w którym problem jawnej i utajonej samooceny badano wielokrotnie, a także osobowość z pogranicza, która była przedmiotem kilku badań na ten temat. Rezultaty pozostają jednak niekonkluzywne. W przypadku zaburzenia narcystycznego wprawdzie okazuje się konsekwentnie, że zaburzenie to wiąże się z wysoką jawną samooceną, to jednak co do jego związku z utajoną samooceną uzyskiwane są sprzeczne wyniki (Gregg, Sedikides, 2010; Miller, Campbell, 2010). Badania dotyczące osobowości z pogranicza wykazują występowanie zarówno przypadków z wysoką samooceną jawną i niską ukrytą, jak też przypadków ze wzorcem odwrotnym (Vater i in., 2010). Rozbieżności te tłumaczone są przede wszystkim różnicami w pomiarze samooceny utajonej w poszczególnych badaniach oraz słabościami powszechnie stosowanych do tych pomiarów IAT i NLT (Olson, Fazio, Hermann, 2007; Buhrmester, Blanton, Swann, 2011). Po pierwsze, oba narzędzia nie spełniają wystarczająco dobrze warunku omijania świadomych aspektów samooceny. Ponieważ znaczenie afektywne bodźców i fakt ich odnoszenia do Ja jest w nich jawny, około połowa badanych – jak się okazuje – zdaje sobie sprawę z udzielania informacji o ustosunkowaniu wobec siebie. Po drugie, wiedza o sobie, na podstawie której samoocena kształtuje się w trakcie jej pomiaru nie wprost, jest ograniczona. W IAT nacisk położony jest na jak najszybsze udzielanie odpowiedzi, co pozostaje w sprzeczności z podstawowym założeniem o refleksyjnej naturze samooceny. W NLT natomiast ustosunkowania do własnej osoby nie są dostępne bezpośrednio, ale po „przefiltrowaniu” przez bliżej nieokreślone doświadczenia, skojarzone z własnym imieniem i nazwiskiem, a w zasadzie jedynie z występującymi w nich literami. Po trzecie wreszcie, na wynik pomiaru wpływają cechy użytego materiału bodźcowego, np. znaczenie treściowe słów wykorzystywanych IAT czy estetyczny aspekt liter składających się na własne inicjały w NTL.

Z powodu zastrzeżeń wobec IAT i NTL na uwagę zasługuje metoda pomiaru samooceny utajonej bazująca na afektywnym podprogowym poprzedzaniu (Błaszczak, 2007). Klasyczny paradygmat podprogowego poprzedzania, zapoczątkowany przez Zajonc’a i Murphy’ego, został tu zastosowany do uchwycenia nieuświadomionego ustosunkowania się do samego siebie. W serii badań

przeprowadzonych przez Blaszcza udokumentowano wpływ afektu wzbudzanego poza świadomością na odnoszenie neutralnych obiektów do własnej osoby. Okazało się, że odnoszenie ich do siebie było częstsze po podprogowych ekspozycjach bodźców pozytywnych niż bodźców negatywnych czy neutralnych. Oznacza to wystąpienie tendencji do pozytywnej oceny własnej osoby, co jest zgodne z pomiarami samooceny utajonej za pomocą IAT i NLT i wskazuje na pokrewieństwo z tymi metodami. Jednocześnie jednak pomiar utajonej samooceny przez odnoszenia do siebie afektu wzbudzonego podprogowo wydaje się relatywnie mniej obciążony słabościami IAT i NLT: pobudzenie afektywne zachodzi tu poza świadomością uczestników badania, więc nie zdają sobie oni sprawy z wartościującego charakteru swoich reakcji, materiał odnoszony do samego siebie jest pozbawiony treści, co oznacza brak ukierunkowania i ograniczenia dostępu do wiedzy o sobie, a siła mierzonego efektu zależy od stopnia konsekwencji w wiązaniu własnej osoby z pobudzeniem afektywnym o określonej walencji, a nie od szybkości tej reakcji, co jest bardziej zasadne z powodu założenia o dyspozycyjnym i refleksyjnym charakterze samooceny.

Metoda

Osoby badane i procedura. W badaniu wzięło udział 61 osób w wieku 19-52 lata ($M = 28,66$; $SD = 8,72$), studiujących w wyższych uczelniach warszawskich, 33 kobiety i 28 mężczyzn. Wszyscy wyrazili pisemnie zgodę na udział w badaniu. Byli informowani, że jest on dobrowolny i może być w każdej chwili przerwany. Nie otrzymali żadnej gratyfikacji. Badanie miało charakter prowadzonego indywidualnie eksperymentu, w którym manipulowano afektem (czynniki wewnątrzobiektywne), a zmienną zależną było odnoszenie do samego siebie neutralnych obiektów. Przed manipulacją afektem u wszystkich uczestników zmierzono nasilenie objawów zaburzeń osobowości. Badanie zostało przeprowadzone z wykorzystaniem przenośnego zestawu komputerowego HP DM3 z procesorem Intel SU 2300 i ekranem LCD o przekątnej 13,3 cali.

Materialy. Nasilenie objawów zaburzeń osobowości zmierzono za pomocą kwestionariusza Styl Życia 05/SK, czyli tego samego narzędzia co w badaniu 1, zastosowanego tu w wersji elektronicznej. Uzyskane w tym badaniu wartości α Cronbacha dla poszczególnych skal zaburzeń osobowości mieszczą się – tak jak w badaniu 1 – w przedziale 0,66-0,89.

Manipulację walencją wzbudzanego podprogowo afektu przeprowadzono zgodnie z procedurą opracowaną przez Blaszcza (2007). Wykorzystano czarno-białe fotografie twarzy czterech osób (dwóch mężczyzn i dwóch kobiet), pochodzące z zestawu Matsumo i Ekmana. W jednej serii każda twarz pojawiała się trzykrotnie, prezentując wstręt, radość lub stan neutralny, łącznie więc na serię składało się $4 \times 3 = 12$ ekspozycji. Zastosowano trzy takie same serie, razem 36 ekspozycji. Twarze były prezentowane przez 16 milisekund. Pozwalało to na ich odbiór bez udziału świadomości. Bodźcem maskującym był punkt, który pojawiał się na środku ekranu. Bodźcami docelowymi były chińskie heksagramy. Zadanie uczestnika polegało na udzieleniu odpowiedzi, czy

przedstawiane mu heksagramy odnoszą się do niego osobiście („tak” lub „nie”). Instrukcja zawierała informację, że heksagramy to znaki zaczerpnięte z *Księgi przemian* – podstawowego dzieła chińskiej filozofii przyrody – i każdy z nich reprezentuje sytuację, które dotyczą bezpośrednio człowieka bądź jego otoczenia. Heksagramy pojawiały się na ekranie komputera przez 1000 ms. Ten czas pozwalał na ich spostrzeżenie oraz obróbkę poznawczą. Po każdej podprogowej ekspozycji badany widział inny heksagram, określał więc w sumie związek z własną osobą 36 różnych heksagramów. Aktywizacja Ja, której przeprowadzenie przed pomiarem utajonej samooceny jest zalecane (Pelham, Hetts, 1999), nastąpiła w trakcie samoopisu, którego badani dokonywali, wypełniając kwestionariusz Styl Życia 05/SK przed tą częścią badania. Obliczano wskaźniki pozytywnego i negatywnego ustosunkowania do siebie. Wskaźnikiem pozytywnego ustosunkowania była proporcja heksagramów poprzedzanych twarzą wyrażającą radość wśród wszystkich uznanych przez badanego za odnoszące się do niego, zaś wskaźnikiem ustosunkowania negatywnego – proporcja heksagramów poprzedzanych twarzą wyrażającą wstręt wśród wszystkich uznanych przez badanego za odnoszące się do niego.

Wyniki

Sprawdzenie manipulacji. Po zakończeniu eksperymentu pytano badanych o dostrzeżenie na ekranie komputera podprogowej ekspozycji twarzy. Żaden badany tego nie stwierdził, do analiz statystycznych włączono więc dane pochodzące od wszystkich uczestników. Częstość odnoszenia heksagramów do własnej osoby różniła się w zależności od emocji poprzedzających je podprogowo, $F(2,59) = 15,13$; $p = 0,0001$; $\chi^2 = 0,34$. Heksagramy poprzedzane twarzami z ekspresją radości ($M = 7,17$; $SD = 2,71$) były odnoszone do własnej osoby częściej niż poprzedzane twarzami z ekspresją wstrętu ($M = 4,61$; $SD = 2,43$; $p = 0,0001$) i z neutralną mimiką ($M = 5,57$; $SD = 2,65$; $p = 0,002$). Heksagramy poprzedzane ekspresją wstrętu także były rzadziej odnoszone do własnej osoby niż poprzedzane neutralnym wyrazem twarzy ($p = 0,02$). Wynik ten jest zgodny z ogólną tendencją do wiązania pozytywnego afektu z Ja, stwierdzoną zarówno w badaniach wykorzystujących ten sam sposób manipulacji afektem (Błaszczak, 2007), jak też w badaniach wykorzystujących IAT oraz NLT (Buhrmester, Blanton, Swann, 2011). Pozwala to przyjąć, że poprzedzanie zastosowanymi bodźcami rzeczywiście wywoływało odmienne stany afektywne wobec samego siebie, o walencji zgodnej z założeniami.

Zaburzenia osobowości a odnoszenie afektu do własnej osoby. Wyniki analizy korelacji między nasileniem objawów poszczególnych form zaburzeń osobowości a wskaźnikami pozytywnego i negatywnego ustosunkowania wobec siebie są przedstawione w tabeli 2.

Tabela 2.

Objawy zaburzeń osobowości a pozytywne i negatywne ustosunkowania do siebie

Zaburzenie osobowości	Ustosunkowanie pozytywne	Ustosunkowanie negatywne
Z pogranicza	0,15	-0,19
Paranoiczne	0,03	-0,20
Schizoidalne	-0,04	-0,23
Schizotypowe	0,23 [^]	-0,41 ^{**}
Unikające	-0,09	-0,12
Zależne	0,01	-0,20
Antyspoleczne	0,26 [*]	-0,21 [^]
Narcystyczne	0,47 ^{***}	-0,36 ^{**}
Histrioniczne	0,65 ^{***}	-0,48 ^{***}
Obsesyjno-kompulsyjne	0,37 ^{**}	-0,47 ^{***}

[^] $p \leq 0,1$; ^{*} $p \leq 0,05$; ^{**} $p \leq 0,01$; ^{***} $p \leq 0,001$ (test dwustronny)

W przypadku trzech zaburzeń osobowości, narcystycznego, histrionicznego i obsesyjno-kompulsyjnego, okazało się, że im większe nasilenie objawów, tym częstsze odnoszenie pozytywnego afektu do siebie i rzadsze odnoszenie do siebie afektu negatywnego. Pewna przychylność wobec własnej osoby ujawniła się w przypadku jeszcze dwóch zaburzeń. Okazało się, że im bardziej nasilone objawy zaburzenia schizotypowego, tym słabsza negatywność wobec siebie oraz – na poziomie tendencji statystycznej – silniejsza pozytywność, a także im bardziej nasilone objawy zaburzenia antyspolecznego, tym większa pozytywność wobec siebie i – na poziomie tendencji statystycznej – słabsza negatywność. Nie stwierdziliśmy związku nasilenia objawów pozostałych zaburzeń z niejawnym wartościowaniem siebie.

Wykazane w tym badaniu związki pomiędzy zaburzeniami narcystycznym, histrionicznym i obsesyjno-kompulsyjnym a niejawnym ustosunkowaniem wobec siebie są zbieżne z tymi, jakie wystąpiły w zakresie samooceny jawnej w badaniu 1. Wskazuje to na jednoznacznie pozytywne ustosunkowanie do siebie w tych zaburzeniach. W odniesieniu do pozostałych zaburzeń można natomiast mówić o niezgodności wyników z danymi z badania 1. Zaburzenia schizotypowe i antyspoleczne związane z niską samooceną jawną okazały się związane z pozytywnym wartościowaniem siebie niejawnym. Nie stwierdzono negatywnego niejawnego wartościowania siebie w przypadku pozostałych zaburzeń z negatywną samooceną jawną: z pogranicza, unikającego, zależnego, schizoidalnego i paranoicznego.

DYSKUSJA OGÓLNA

Stwierdziłyśmy, że zaburzenia osobowości są w charakterystyczny sposób powiązane z jawną i utajoną samooceną. Najwyraźniejsze jest to w przypadku osobowości narcystycznej, histrionicznej oraz obsesyjno-kompulsyjnej, które okazały się powiązane z pozytywnym – zarówno jawnym, jak i ukrytym – wartościowaniem siebie. Pozostałe zaburzenia osobowości są powiązane z negatywną jawną samooceną, a dane dotyczące samooceny utajonej sugerują, że jawne wartościowanie siebie może być w nich niższe niż utajone.

Relacja pomiędzy samooceną jawną i niejawną była przedmiotem badań i analiz. Stwierdzono, że różne jej rodzaje mają różne skutki dla zdrowia psychicznego i jakości życia. Najkorzystniejsze okazało się zgodne, pozytywne ocenianie siebie na poziomie jawnym i niejawnym, najbardziej niekorzystne jest natomiast, gdy niskiej samoocenie jawnej towarzyszy wysoka ukryta. Ten przypadek, określany jako tzw. uszkodzona samoocena, jest mocniej powiązany z depresją i innymi zaburzeniami klinicznymi (tj. z osi I według DSM), z ogólnym codziennym dyskomfortem psychicznym oraz z dolegliwościami somatycznymi niż samoocena negatywna na obu poziomach oraz niż rozbieżne ustosunkowania wobec siebie w postaci tzw. samooceny kruchej, tj. niskiej ukrytej i wysokiej jawnej (Kernis, 2003; Schröder-Abé, Rudolph, Schüz, 2007).

Szczególnie szkodliwy wpływ samooceny uszkodzonej na funkcjonowanie człowieka jest wyjaśniany nierealistycznością i brakiem kontroli nad automatycznymi, nieuświadomianymi pozytywnymi ustosunkowaniami do siebie (Rofes i in., 2011; Creemers i in., 2012). Z uszkodzoną samooceną specyficznie związane jest zjawisko tzw. migotania nadziei, które polega na tym, że u osoby mającej świadomie niskie mniemanie o sobie występuje jednocześnie nieokreślone przeczucie możliwości odniesienia sukcesu (Spencer i in., 2005). To przeczucie sukcesu jest przesłanką podejmowania starań o „rehabilitację”, które jednak – jako nieuświadomiane i niepoparte rozeznanie własnych zasobów – nie zwiększają skuteczności działania i mogą przyjmować postać kompulsywnego dążenia do „wykazania się” w dziwny czy nawet niebezpieczny sposób (Zeigler-Hill, Terry, 2007). Jeśliby powiązać zjawisko migotania nadziei z przypisywaniem niskiej samoocenie ważnej funkcji adaptacyjnej w zakresie ograniczania zaangażowania, do którego jednostka nie ma wystarczających predyspozycji temperamentalnych (Lachowicz-Tabaczek, Śniecińska, 2008), to można sądzić, że w przypadku wysokiej samooceny jawnej i niskiej ukrytej człowiek doświadcza permanentnego, nierozwiązywalnego i wyniszczającego psychicznie konfliktu pomiędzy tendencją do ograniczania zaangażowania a jego kompulsywnym poszukiwaniem. Może to tłumaczyć wspomniane już powiązanie samooceny uszkodzonej ze szczególnie złym samopoczuciem i poważną psychopatologią.

W zaburzeniach osobowości, co do których sądzymy, że niskiemu poziomowi samooceny jawnej nie towarzyszy niski poziom samooceny ukrytej, może zachodzić taki właśnie przypadek samooceny uszkodzonej. Choć niezgodność między obydwojema rodzajami samooceny nie przybiera prawdopodobnie w zaburzeniach osobowości tak drastycznego nasilenia, jak wtedy, gdy wybitnie

niskiej samoocenie jawnej towarzyszy bardzo wysoka samoocena utajona, co stwierdza się w klinicznych zaburzeniach psychicznych, to jednak nawet w umiarkowanej postaci może ona stanowić czynnik znacząco obniżający samopoczucie i utrudniający funkcjonowanie. Nie tylko bowiem przeczuwana a niepotwierdzająca się wciąż możliwość odniesienia sukcesu wzbudza niepokój i niezadowolenie, lecz także adaptacyjna funkcja niskiej samooceny nie jest w pełni realizowana – nie chroni ona należycie przed nadmiernym zaangażowaniem osoby, liczącej wciąż na „odegranie się” i udowodnienie swojej wartości. Warto zaznaczyć, że zaburzenia schizotypowe i antyspołeczne, w których prawdopodobieństwo uszkodzonej samooceny jest według wyników naszych badań najwyższe, to najpoważniejsze zaburzenia osobowości – schizotypowe jest klasyfikowane w ICD-10 jako forma schizofrenii, i tak ma być klasyfikowane w DSM-V, zaś antyspołeczne, stwierdzone u około 50% osób skazanych za przestępstwa, przynosi najdotkliwsze straty społeczne spośród wszystkich zaburzeń psychicznych (Presnall, Widigier, 2012).

W zaburzeniach narcystycznym, histrionicznym oraz obsesyjno-kompulsyjnym możemy przewidywać korzystną adaptacyjnie zgodność wybitnie wysokich poziomów jawnej i niejawną samooceny z jednoczesną zgodnością predyspozycji temperamentalnych do aktywnego działania. Różnica pod względem funkcjonowania samooceny pomiędzy tymi zaburzeniami a zaburzeniami, w których zakładamy występowanie samooceny uszkodzonej, może tłumaczyć odmienne powiązania tych dwóch grup zaburzeń z oceną własnej witalności (kondycji fizycznej) i integracji tożsamości (zob. tab. 1). Zaburzenia z zakładaną samooceną uszkodzoną są związane negatywnie z oceną witalności i integracji tożsamości, co można rozumieć jako przejaw przeciążenia i psychicznej rozterki, natomiast zaburzenia ze zgodną wysoką samooceną są z nimi związane pozytywnie, co można rozumieć jako przejaw funkcjonalnej harmonii. Także różnice w jakości życia, jakie stwierdzane są w wielu badaniach w odniesieniu do tych dwóch grup zaburzeń (Muralidharan i in., 2010; Trzebińska, Górska, 2009), potwierdzają słabe działanie mechanizmów adaptacyjnych w zaburzeniach z grupy pierwszej, a skuteczne działanie tych mechanizmów w zaburzeniach z grupy drugiej.

Jednocześnie jednak warto rozważyć znaczenie wyników wskazujących na zgodną wysoką samoocenę jawną i utajoną w zaburzeniach narcystycznym, histrionicznym i obsesyjno-kompulsyjnym. Możemy odnieść je tylko do istniejących danych na temat zaburzenia narcystycznego, bo tylko ono było badane w tym kontekście. Dotychczasowe wyniki potwierdziły występowanie w nim bardzo wysokiej samooceny jawnej, ale nie rozstrzygają kwestii poziomu ukrytej samooceny. Nasze wyniki są więc zgodne z tym, co ustalono na temat samooceny jawnej w tym zaburzeniu, oraz z tymi wynikami, które wskazują na wysoką niejawną samoocenę. Istotne znaczenie może mieć tu zastosowany przez nas sposób pomiaru samooceny utajonej, inny niż w dotychczasowych badaniach. Ponieważ wydaje się on wolny od ograniczeń najczęściej stosowanych w tych badaniach IAT i NLT, sądzimy, że stwierdzenie pozytywnej samooceny ukrytej w narcyzmie jest faktem znaczącym. Powszechnie podzielane przekonanie o występowaniu w zaburzeniu narcystycznym tzw. samooceny

kruchej, tj. niskiej ukrytej i wysokiej jawnej (Zeigler-Hill, 2006; Gregg, Seidakides, 2010), nie wydaje się uzasadnione, ponieważ utrzymuje się ono dzięki bagatelizowaniu danych o wysokiej w tym zaburzeniu samoocenie obu rodzajów. Można wskazać przynajmniej dwie przyczyny tego zjawiska. Po pierwsze, znaczenie ma duże rozpowszechnienie psychoanalitycznej wizji narcyzmu jako obrony słabego Ja (Kohut, 1984; Kernberg, 2004), która długo była jedynym wyjaśnieniem zaburzenia, a następnie stała się prototypem jego kolejnych klinicznych modeli. W dążeniu do potwierdzenia tej wizji w badaniach empirycznych uwadze badaczy umyka jednak fakt, że według psychoanalizy narcyzm nie ogranicza się do narcystycznego zaburzenia osobowości, ale dotyczy zaburzeń osobowości w ogóle. Krucha samoocena powinna więc charakteryzować wszystkie zaburzenia osobowości, a to z pewnością nie zostało wykazane. Drugim powodem pewnego faworyzowania wyników wskazujących na niską samoocenę utajoną w zaburzeniu narcystycznym może być przekonanie – także mające podstawę w koncepcjach klinicznych, w tym przypadku w psychologii humanistycznej (Rogers, 2002) – że wysoka samoocena jest fundamentem zdrowia psychicznego. Pozytywny związek obu rodzajów samooceny z narcyzmem byłby więc zdumiewający, ponieważ jest to sprzeczne z jego psychopatologicznym statusem. Tymczasem najnowsze podsumowania danych dotyczących następstw wysokiej samooceny podważają przekonanie o jej jednoznacznych zaletach (Crocker, Canevello, 2012). Choć nie ulega wątpliwości, że wysoka samoocena pozytywnie wpływa na samopoczucie i stymuluje inicjatywę, co przynosi jednostce wymierne korzyści w zakresie osobistego rozwoju i jakości życia, to jednak związana jest także z określonymi kosztami i zagrożeniami wynikającymi przede wszystkim z trudności jej utrzymania w sytuacji nieuchronnych porażek i przeszkód w działaniu. Można więc sądzić, że samoocena o tak wysokim stopniu nasilenia, jakiego na podstawie pozytywnej korelacji z objawami mamy podstawy oczekiwać w zaburzeniu narcystycznym i w niektórych innych zaburzeniach osobowości, stanowi czynnik adaptacyjnego ryzyka, którego rozpoznanie jest jeszcze przed nami.

Dane o ustosunkowaniu do siebie w zaburzeniach osobowości mogą znaleźć zastosowanie w ich diagnostyce i w terapii. Wykorzystanie diagnostyczne informacji o zróżnicowaniu samooceny jawnej omówione zostało wcześniej, ale warto dodać jeszcze, że zakres diagnostycznych zastosowań danych o wartościowaniu siebie może być szerszy w razie potwierdzenia się wniosków o występowaniu samooceny uszkodzonej w niektórych zaburzeniach osobowości, a zgodnej pozytywnej w innych. Te dane mogą też być wykorzystane w terapii. Celem terapii w przypadku zaburzeń z uszkodzoną samooceną powinno być bowiem jej naprawianie, czyli redukcja konfliktu między tendencjami wynikającymi z wysokiego utajonego wartościowania siebie i niskiego jawnego. Jednak na mocy założeń o regulacyjnej funkcji samooceny (Lachowicz-Tabaczek, Śniecińska, 2008) nie wydaje się wskazane, aby dążyć po prostu do podwyższania samooceny jawnej, ponieważ jeszcze bardziej upośledziłoby to ochronę przed zaangażowaniem niedostosowanym do możliwości. Raczej więc potrzebne jest w terapii poszukiwanie rozwiązania konfliktu ocen siebie na

poziomie metapoznawczym. Inna droga to odnajdywanie sposobów dążenia do sukcesu dostosowanych do indywidualnych możliwości, czyli jednak podwyższanie samooceny, ale – paradoksalnie – w zakresach, w których jest ona relatywnie wysoka, bo jeśli o nie chodzi, to prawdopodobnie możliwości jednostki są najbardziej obiecujące. Kwestią otwartą pozostaje, czy potrzebna jest i jak powinna być prowadzona interwencja w stosunku do samooceny niebezpiecznie wysokiej w zaburzeniach narcystycznym, histrionicznym i obsesyjno-kompulsyjnym.

Zastosowanie powyższych wskazówek wobec diagnostyki i psychoterapii zaburzeń osobowości wymaga oczywiście ich weryfikacji w drodze dalszych badań, ale warto zasygnalizować, że wykorzystanie do rozumienia tych zaburzeń wiedzy na temat ustosunkowań wobec samego siebie może pomóc sprawdzić zasadność dotychczasowych metod pracy klinicznej i wytyczać nowe.

Na zakończenie trzeba wskazać ograniczenia przeprowadzonych badań. Po pierwsze, pomiarów jawnej i utajonej samooceny dokonywano na odrębnych próbach, dlatego przedstawione wnioski dotyczące zróżnicowania zaburzeń osobowości pod względem relacji między obydwoma formami samooceny mają charakter interpretacyjnych hipotez, wymagających empirycznego sprawdzenia. Po drugie, w świetle rozbieżności danych na temat samooceny niejawnej, uzyskiwanych przy zastosowaniu różnych metod jej pomiaru, widoczna jest potrzeba weryfikacji przedstawionych tu wniosków w badaniach wykorzystujących inne jeszcze narzędzia. Po trzecie, oba badania mają charakter niekliniczny zarówno pod względem prób badawczych, jak i sposobu pomiaru zaburzeń osobowości. Wprawdzie, jak wspomniano wcześniej, wykazano teoretyczną i empiryczną zasadność wykorzystywania prób z populacji ogólnej, użycia samoopisowych kwestionariuszy do pomiaru zaburzeń osobowości oraz dymensjonalnego ujęcia tych zaburzeń zamiast kategoryjnego, i jest to powszechnie stosowane w badaniach nad zaburzeniami osobowości (Lenzenweger, Willett, 2007; Miller, Campbell, 2010), jednak weryfikacja kliniczna wyciągniętych wniosków jest potrzebna do ich klinicznego wykorzystania.

BIBLIOGRAFIA

- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D. (2005). *Terapia poznawcza zaburzeń osobowości*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Błaszczak, W. (2007). O efektach odnoszenia do ja afektu wzbudzanego poza świadomością. [W:] R. K. Ohme (red.), *Nieświadomy afekt. Najnowsze odkrycia* (s. 157-164). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Bornstein, R. F., Huprich, S. K. (2011). Beyond dysfunction and threshold-based classification: A multidimensional model of personality disorder diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, 25, 3, 331-377.
- Bornstein, R. F., Malka, I. L. (2009). Dependent and histrionic personality disorders. [W:] P. H. Blaney, T. Millon (red.), *Oxford textbook of psychopathology* (s. 602-621). New York: Oxford University Press.

- Buhrmester, M. D., Blanton, H., Swann, W. B., Jr. (2011). Implicit self-esteem: Nature, measurement, and a new way forward. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 365-385.
- Campbell, W. K., Bosson, J. K., Goheen, T. W., Lakey, C. E., Kernis, M. H. (2007). Do narcissists dislike themselves "Deep Down Inside"? *Psychological Science*, 3, 227-229.
- Cierpialkowska, L. (red.) (2008). *Psychologia zaburzeń osobowości. Wybrane zagadnienia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Cloninger, C. R. (2007). Foreword. [W:] W. O'Donohue, K. A. Fowler, S. O. Lilienfeld (red.), *Personality disorders. Toward the DSM-V* (s. vii-xv). Los Angeles: Sage Publications.
- Creemers, D. H. M., Scholte, R. H. J., Engels, R. C. M. E., Prinstein, M. J., Wiers, R. W. (2012). Implicit and explicit self-esteem as concurrent predictors of suicidal ideation, depressive symptoms, and loneliness. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1, 638-646.
- Crocker, J., Canevello, A. (2012). Self and identity. Dynamics of persons and their situations. [W:] K. Deaux, M. Snyder (red.), *The Oxford handbook of personality and social psychology* (s. 263-286). Oxford: Oxford University Press.
- DSM-IV-TR. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Text Revision*. Washington: American Psychiatric Association.
- Fecenec, D. (2008). *Polska adaptacja Wielowymiarowego Kwestionariusza Samooceny*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Fowler, K. A., O'Donohue, W. T., Lilienfeld, S. O. (2007). Personality disorders in perspective. [W:] W. T. O'Donohue, K. A. Fowler, S. O. Lilienfeld (red.), *Personality disorders. Toward the DSM V* (s. 1-20). Los Angeles: Sage.
- Galvin, B. M., Waldman, D. A., Balthazard, P. (2010). Visionary communication qualities as mediators of the relationship between narcissism and attributions of leader charisma. *Personnel Psychology*, 63, 509-537.
- Glover, N. G., Crego, C., Widiger, T. A. (2012). The clinical utility of the Five Factor Model of personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2, 176-184.
- Gregg, A. P., Sedikides, C. (2010). Narcissistic fragility: Rethinking its links to explicit and implicit self-esteem. *Self and Identity*, 9, 142-161.
- Greenwald, A. G., Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102, 4-27.
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., Schwartz, J. L. K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1464-1480.
- Higgs, M. (2009). The good, the bad and the ugly: Leadership and narcissism. *Journal of Change Management*, 9, 165-178.
- Kernberg, O. (2004). Borderline personality disorder and borderline personality organization: Psychopathology and psychotherapy. [W:] J. J. Magnavita (red.), *Handbook of personality disorders. Theory and practice* (s. 92-119). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Kernis, M. H. (2003). Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological Inquiry*, 14, 1-26.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: The University Press.

- Lachowicz-Tabaczek, K., Śniecińska, J. (2008). Intrapsychiczne źródła samooceny: znaczenie emocji, temperamentu i poczucia zdolności do działania. *Czasopismo Psychologiczne*, 2, 229-246.
- Lenzenweger, M. F., Willett, J. B. (2007). Predicting individual change in personality disorder features by simultaneous individual change in personality dimensions linked to neurobehavioral systems: The longitudinal study of personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 4, 684-700.
- Miller, J. D., Campbell, W. K. (2008). Comparing clinical and social-personality conceptualizations of narcissism. *Journal of Personality*, 3, 449-476.
- Miller, J. D., Campbell, W. K. (2010). The case for using research on trait narcissism as a building block for understanding narcissistic personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3, 180-191.
- Millon, T., Davis, R., Millon, C., Escovar, L., Meagher, S. (2005). *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia-Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Mills, J. (2004). Structuralization, borderlineopathy, and schizoid phenomena. *Psychoanalytic Psychology*, 2, 319-326.
- Muralidharan, A., Sheets, E. S., Madsen, J., Craighead, L. W., Craighead, W. E. (2010). Interpersonal competence across domains: Relevance to personality pathology. *Journal of Personality Disorders*, 1, 16-27.
- Nuttin, M. J., Jr. (1985). Narcissism beyond Gestalt and awareness: The name letter effect. *European Journal of Social Psychology*, 15, 353-361.
- O'Brien, E. J., Epstein, S. (1988). *MSEI: The Multidimensional Self-Esteem Inventory*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Olson, M. A., Fazio, R. H., Hermann, A. D. (2007). Reporting tendencies underlie discrepancies between implicit and explicit measures of self-esteem. *Psychological Sciences*, 18, 287-291.
- Otway, L. J., Vignoles, V. L. (2006). Narcissism and childhood recollections: A quantitative test of psychoanalytic predictions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, 104-116.
- Pelham, B. W., Hetts, J. J. (1999). Implicit and explicit personal and social identity: Toward a more complete understanding of the social self. [W:] T. Tyler, R. Kramer (red.), *The psychology of the social self* (s. 115-143). Mahwah: Erlbaum.
- Pincus, A. L. (2011). Some comments nomology, diagnostic process, and narcissistic personality disorder in the DSM-5 proposal for personality and personality disorders. *Personality Disorders, Theory, Research, and Treatment*, 1, 41-53.
- Podbielski, P. (2011). *Spójność obrazu własnej osoby i autoweryfikacja a zaburzenia osobowości* (mps pracy magisterskiej, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie).
- Presnall, J. R., Widigier, T. A. (2012). Personality disorders. [W:] J. E. Maddux, B. A. Winstead (red.), *Psychopathology. Foundations for a contemporary understanding* (s. 277-306). New York: Routledge.
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J., Schimel, J. (2004). Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 130, 435-468.

- Roefs, A., Huijding, J., Smulders, F. T. Y., MacLeod, C. M., de Jong, P. J., Wiers, R. W., Jansen, A. T. M. (2011). Implicit measures of association in psychopathology research. *Psychological Bulletin*, 137, 149-193.
- Rogers, C. R. (2002). *Sposób bycia*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Schröder-Abé, M., Rudolph, A., Schütz, A. (2007). High implicit self-esteem is not necessarily advantageous: Discrepancies between explicit and implicit self-esteem and their relationship with anger expression and psychological health. *European Journal of Personality*, 3, 319-339.
- Sedikides, C., Alicke, M. D. (2012). Self-enhancement and self-protection motives. [W:] R. M. Ryan (red.), *The Oxford handbook of human motivation* (s. 303-322). Oxford: Oxford University Press.
- Skodol, A. E., Clark, L. A., Bender, D. S., Krueger, R. F., Morey, L. C., Verheul, R., Alacorn, R. D., Bell, C. G., Siever, L. J., Olgham, J. M. (2011). Proposed changes in personality and personality disorders assessment and diagnosis for DSM-5. Part I: Description and rationale. *Personality Disorders, Theory, Research, and Treatment*, 1, 4-22.
- Spencer, S. J., Jordan, C. H., Logel, C. E. R., Zanna, M. P. (2005). Nagging doubts and a glimmer of hope: The role of implicit self-esteem in self-image maintenance. [W:] A. Tesser, J. V. Wood, D. A. Stapel (red.), *On building, defending and regulating the self: A psychological perspective* (s. 153-170). New York: Psychology Press.
- Sutker, P. B., Allain, A. N., Jr. (2001). Antisocial personality disorder. [W:] P. B. Sutker, H. E. Adams (red.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (s. 445-490). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Trzebińska, E., Górska, A. (2009). Jakość życia w zaburzeniach osobowości. [W:] E. Trzebińska (red.), *Szaleństwo bez utraty rozumu. Z badań nad zaburzeniami osobowości* (s. 114-143). Warszawa: Academica Wydawnictwo SWPS.
- Trzebińska, E., Lasota, O. (2009). Ogólna charakterystyka badań. [W:] E. Trzebińska (red.), *Szaleństwo bez utraty rozumu. Z badań nad zaburzeniami osobowości* (s. 102-113). Warszawa: Academica.
- Trzebińska, E., Żukowska, Ż. (2012). *Kwestionariusz Styl Życia 05-SK do pomiaru zaburzeń osobowości: badania walidacyjne (niepublikowany raport z badań)*.
- Vater, A., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Lammers, C., Roepke, S. (2010). Discrepancies between explicit and implicit self-esteem are linked to symptom severity in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 4, 357-364.
- Widiger, T. A., Boyd, S. E. (2009). Personality disorders assessment instruments. [W:] J. N. Butcher (red.), *Oxford handbook of personality assessment* (s. 336-363). New York: Oxford University Press.
- Zeigler-Hill, V. (2006). Discrepancies between implicit and explicit self-esteem: Implications for narcissism and self-esteem instability. *Journal of Personality*, 74, 119-143.
- Zeigler-Hill, V., Terry, C. (2007). Perfectionism and explicit self-esteem: The moderating role of implicit self-esteem. *Self and Identity*, 6, 137-153.