

Od autora: Osoba zależna postrzega siebie jako bezbronne dziecko, całkowicie niezdolne do samodzielnej egzystencji. Syndrom ten może wyjaśniać konformistyczną postawę drugoplanowych bohaterów "Lotu nad kukułczym gniazdem".

Dependent Personality Disorder (F60.7 w klasyfikacji chorób ICD-10)

Zależne zaburzenie osobowości (Dependent Personality Disorder – DPD) jest jedną z trzech perturbacji osobowościowych przyporządkowanych do klastra „C” amerykańskiego podręcznika diagnostyczno-statystycznego DSM-5 (2013). Pozostałe dwa fenomeny z tej „łękliwej” i „strachliwej” wiązki to osobowość unikająca (Avoidant Personality Disorder – AvPD) oraz osobowość obsesyjno-kompulsywna (Obsessive-Compulsive Personality Disorder – OCPD)[1]. Todd L. Grande, PhD (jankeski specjalista w zakresie doradztwa zdrowia psychicznego, mieszkaniec stanu Delaware, gospodarz edukacyjnego wideobloga YouTube.com/c/ToddGrande) poucza, że zagadnienie „patologicznej/nieadaptacyjnej zależności” jest w psychologii i psychiatrii znane od czasów freudowskich. Nowoczesna kategoria kliniczna Dependent PD została jednak oddana do użytku dopiero w roku 1980, czyli w momencie publikacji psychiatrycznej biblii DSM-III. Razem z DPD „zadebiutował” wówczas koncept AvPD wyodrębniony z tradycyjnego pojęcia schizoidii[2]. Jak zauważa dr T.L. Grande, osobowość zależna to aberracja traktowana przez naukowców „po macoszemu”. Nie należy ona do modnych tematów badawczych, a poza tym uchodzi za zbędną etykietę diagnostyczną, której usunięcie z fachowych podręczników nie byłoby żadną stratą dla świata. Zdaniem dr. Grandego, problem F60.7 zasługuje na ponowne odkrycie przez ekspertów, gdyż nierzadko wiąże się z oplakany konsekwencjami społecznymi bądź zdrowotnymi. Mowa tutaj o samobójstwach, samookaleczeniach, zaburzeniach odżywiania, doświadczaniu (i stosowaniu!) przemocy domowej etc.

Kryteria diagnostyczne ICD-10, WHO.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf

1. „*Encouraging or allowing others to make most of one’s important life decisions*” | „*Zachęcanie innych lub pozwalanie im, aby podejmowali za jednostkę większość istotnych decyzji życiowych*”
2. „*Subordination of one’s own needs to those of others on whom one is dependent, and undue compliance with their wishes*” | „*Podporządkowywanie własnych potrzeb potrzebom osób, od których jest się zależnym, oraz przesadna uległość wobec ich życzeń*”
3. „*Unwillingness to make even reasonable demands on the people one depends on*” | „*Niechęć do stawiania nawet uzasadnionych wymagań ludziom, od których jest się zależnym*”
4. „*Feeling uncomfortable or helpless when alone, because of exaggerated fears of inability to care for oneself*” | „*Poczucie dyskomfortu lub bezradności, kiedy jest się samemu, z powodu obawy przed niezdolnością do zatroszczenia się o siebie*”
5. „*Preoccupation with fears of being left to take care of oneself*” | „*Zaabsorbowanie lękiem przed byciem opuszczonym i zmuszonym do zatroszczenia się o siebie*”
6. „*Limited capacity to make everyday decisions without an excessive amount of advice and reassurance from others*” | „*Ograniczona zdolność do podejmowania codziennych decyzji bez nadmiernej ilości porad i upewnień ze strony innych osób*”

Lęk separacyjny

Dr n. med. Sławomir Murawiec – warszawski psychiatra, psychoterapeuta i rzecznik prasowy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – pisze o Dependent Personality Disorder w swoim popularnonaukowym artykule „Osobowość zależna” opublikowanym w serwisie „Medycyna Praktyczna” (MP.pl). Według tego lekarza, pacjent dotknięty DPD „ma wewnętrzne poczucie niezdolności do samodzielnego istnienia bez drugiego człowieka”. Jednostka taka jest pozbawiona elementarnej pewności siebie tudzież głęboko przeświadczona o swojej społecznej nieudolności. Wierzy ona, że gdyby przyszło jej samotnie stawiać czoło wyzwaniom dorosłego życia, odpadłaby w przedbiegach z wyścigu o chleb powszedni. Osobnik zależny postrzega siebie jako bezbronne dziecko, które stale potrzebuje kogoś silniejszego, kto umiejętnie pokieruje jego losem. Pierwsze objawy F60.7 bywają widoczne już w okresie dojrzewania, kiedy to nastolatek nie podejmuje żadnych prób uniezależnienia się od rodziców. Człowiek cierpiący na Dependent PD praktycznie nigdy nie nabywa realnej samodzielności. Gdy osiąga pełnoletność, nadal oczekuje, że to inni będą za niego decydować i odpowiadać. Jeśli pacjent z DPD opuści rodzinne gniazdo, szybko znajdzie sobie zastępczego „rodzica” w absolutnie dowolnej postaci (np. partnera intymnego). Osoba zależna panicznie boi się porzucenia na pastwę losu oraz zwykłego przebywania w samotności. Kiedy doświadcza fizycznej separacji od swoich bliskich, kompulsywnie do nich wydzwaniania lub esemesuje. Nieprzerwany kontakt z zaufanymi ludźmi daje jej złudną namiastkę bezpieczeństwa.

Umywanie rąk

Z tekstu dr. Sławomira Murawca wynika, że jednostka obciążona Dependent Personality Disorder nie potrafi niczego uczynić bez wiedzy/zgody innych osób. Nie robi ona najmniejszego kroku naprzód, dopóki nie zostanie utwierdzona w przekonaniu, iż jest to słuszne i mile widziane przez jej opiekunów. Człowiek z DPD nie czuje się wystarczająco mądry, aby dokonywać jakichkolwiek wyborów w życiu codziennym ani w sytuacjach ekstremalnych. Wmawia sobie, że ma nader ograniczone horyzonty, dlatego każdy swój ruch musi konsultować z szanowanymi przez siebie autorytetami. Osobnik cierpiący na F60.7 bezustannie pyta bliźnich o zdanie. Nakłania ich, żeby mu doradzali albo oceniali jego dotychczasowe sposoby działania. Ilekroć dochodzi do wniosku, iż dana sprawa go przerasta, mobilizuje innych do rozstrzygnięcia dylematów za niego. Pacjent obciążony Dependent PD łatwo poddaje się woli ludzi dominujących. Z uśmiechem na twarzy wykonuje ich polecenia, nawet wtedy, gdy w głębi serca nie pochwala ich decyzji. Skąd ta ofiarna służalczość? „Jeśli ma się poczucie bycia zależnym od innych, to trudno wyrażać wobec nich te wszystkie emocje, które mogłyby zakłócić lub podkopać taką relację – wyjaśnia dr Murawiec. – Osoby z zależnym typem zaburzeń osobowości mają trudność z okazywaniem niezadowolenia i rozczarowania postępowaniem tych, od których są zależne, wyrażaniem niezgody na coś. Raczej zgodzą się na rzeczy, które uważają za niewłaściwe, niż zaryzykują utratę pomocy i przewodnictwa”. Jak widać, człowiek dotknięty DPD jest całkowicie wyzuty z cnoty asertywności.

Diagnostyka różnicowa

Mgr Vivian Natalia Fiszer, psycholog i psychoterapeutka z warszawskiego Mokotowa, omawia problem F60.7 w opracowaniu pt. „Osobowość zależna, zaburzenie osobowości zależnej, DPD” (Emocje.pro). Specjalistka zwraca uwagę na fakt, że Dependent Personality Disorder często idzie w parze z Borderline Personality Disorder[3]. Badania prowadzone przez różnych uczonych dowodzą bowiem, iż 16-50% borderowców spełnia też kryteria diagnostyczne Dependent PD. Mgr Fiszer (powołująca się na dorobek wy-

bitnego znawcy tematu – Theodore’a Millona, PhD, DSc) pomaga nam dostrzec granicę oddzielającą BPD od DPD. Według mokotowskiej profesjonalistki, typowy osobnik z Borderline PD „okazuje złość i nieprzewidywalne, bardzo intensywne emocje, może próbować kontrolować partnera (by uniknąć porzucenia), w silnym stresie może tracić kontakt z rzeczywistością”. Natomiast pacjent z F60.7 „nie pozwala sobie na okazywanie negatywnych emocji, dobrze funkcjonuje, dopóki ma opiekę i wsparcie, biernie czeka na to, co będzie”. Mgr Vivian Fiszer podkreśla, że Dependent PD musi być różnicowane nie tylko z Borderline PD, lecz również z Avoidant PD i Histrionic PD. Osoby zależne, podobnie jak unikające, są nieśmiałe, zakompleksione oraz nadwrażliwe na krytykę. Człowiek z AvPD odczuwa jednak wyraźną potrzebę autonomii, a człowiek z DPD chce żyć pod czyjąś pieczą. Zarówno ludzie zależni, jak i histrioniczni rozpaczliwie zabiegają o cudzą uwagę. Ci pierwsi robią to z poczucia niezdolności do samodzielnej egzystencji, a ci drudzy po prostu uwielbiają być w centrum zainteresowania.

Millonowskie warianty

Mgr V.N. Fiszer opisuje cztery nieoficjalne typy F60.7 zaproponowane przez dr. Theodore’a Millona. Osoby zależne-niedojrzałe nie wykraczają poza ramy Dependent PD, czyli nie zdradzają symptomów żadnych innych perturbacji osobowościowych. Są infantylne, pogodne i beztroskie, nie zaprzatają sobie głowy myśleniem o przyszłości. Kochają towarzystwo dzieci, ponieważ instynktownie znajdują z nimi wspólny język. Przypominają Piotrusia Pana – desperacko nie chcą dorosnąć. Ludzie zależni-usłużni mają w sobie coś z histrioników. Pragną być powszechnie lubiani, dlatego zachowują się w sposób lizusowski. Wielu spośród nich błyszczy wspaniałym poczuciem humoru. Do ich największych wad należą: łatwowierność, podatność na sugestie, skłonność do zatracania się w miłości. Jednostki zależne-nieefektywne sprawiają wrażenie odrobinę schizoidalnych. Wegetują w ciągłej apatii, ignorują realny świat, nie mają na nic siły ani ochoty. Są bezbarwne, ospałe, pozbawione tożsamości. Marzą tylko o tym, by móc trwać w swojej strefie komfortu. Pacjenci zależni-zaniepokojeni (o cechach AvPD) jaskrawo kontrastują ze stereotypowymi nosicielami DPD. „Większość z nich prowadzi pasożytniczy żywot na koszt różnych instytucji. (...) Taka osoba bardzo boi się utraty opieki, ten głęboki lęk może owocować wybuchami złości wobec tych, którzy nie spełniają jej oczekiwań dotyczących opiekowania się nią. (...) Osoby zaniepokojone stronią od ludzi, czują się odizolowane i samotne. Starają się być miłe i spokojne, ale wewnątrz odczuwają masę negatywnych emocji” – tłumaczy mgr Fiszer.

Zgubione „ja”

Mgr Katarzyna Dyl-Matuszko, krakowska psycholog i psychoterapeutka, jest twórczynią artykułu „Osobowość zależna” dostępnego w serwisie ZaburzeniaOsobowosci.pl (witryna internetowa działa pod patronatem Fundacji im. Boguchwała Winida na Rzecz Rozwoju Psychoterapii Psychoanalitycznej). Autorka odnotowuje w swoim tekście, że nieszczęśnicy obciążeni Dependent Personality Disorder identyfikują się ze swoimi opiekunami do tego stopnia, iż gubią przy tym poczucie własnego „ja”. Pacjent cierpiący na DPD nieświadomie utożsamia się z osobą, która rzekomo podtrzymuje go przy życiu. Kiedy myśli o rozłączeniu z nią, doznaje potwornego strachu, lecz tak naprawdę obawia się utraty części samego siebie. Jeśli ktoś wbił sobie do głowy, że nie zdoła przetrwać bez aktywnej figury rodzicielskiej, to odsunięcie od niej oznacza dla niego zagładę. Mgr Dyl-Matuszko stwierdza: „Osoby zależne zgłaszają się na terapię (...) w momencie, gdy z jakiegoś powodu przestają czuć się bezpiecznie – może to być rozpad związku, utrata bliskiej osoby zapewniającej wsparcie, życiowa konieczność podjęcia bardziej odpowiedzialnych zadań – wtedy często pojawiają się lęki, ataki paniki, depresja, objawy somatyczne[4], które są bezpośrednią

przyczyną szukania pomocy. Może to też być moment, gdy ten sposób nawiązywania relacji staje się zawodny lub zbyt trudny, albo prowadzi do problemów”. Zdaniem krakowskiej psychoanalityczki, jedynym ratunkiem dla ludzi obarczonych F60.7 jest żmudna psychoterapia. Niestety, zawsze istnieje ryzyko, iż klient mimowolnie uzależni się od swojego terapeuty.

Nadopiekuńczość i autorytaryzm

Mgr Lucyna Muraszkiwicz, psycholog kliniczna z Warszawy, przedstawia zagadnienie Dependent Personality Disorder na oficjalnej stronie Centrum Medycznego Salus Pro Domo („Osobowość zależna”, SalusProDomo.pl). Specjalistka poświęca dłuższy fragment różnym koncepcjom dotyczącym genezy DPD. Dowiadujemy się z niego, że teoria psychodynamiczna upatruje źródeł F60.7 w „nadmiernej pobłażliwości rodziców” względem przyszłego nosiciela Dependent PD. Psychologia kognitywno-behawioralna proponuje zaś nieco inne wytłumaczenie owego zjawiska. Wedle tej szkoły myślenia, rodzice osoby zależnej nie ufali swojemu dziecku lub zdradzali skłonność do martwienia się na zapas. Prawdopodobnie żywili oni przekonanie, iż przychówek musi być trzymany pod kloszem, bo w przeciwnym wypadku zrobi sobie krzywdę. Rodzina taka mogła również dusić w zarodku wszelkie przejawy dziecięcego buntu, aby zapobiec ewentualnym kłopotom wychowawczym w przyszłości. Nurt interpersonalny wskazuje na rodzicielską nadopiekuńczość w pierwszych latach życia dziecka oraz późniejszą autorytarną kontrolę nad nim. Sugeruje dodatkowo, że przesadna troska rodziców o syna/córkę może wynikać z ich własnych dylematów. „Koncentracja uwagi wokół niego [potomka – przyp. NJN] wypełnia pustkę emocjonalną pomiędzy małżonkami, a niekiedy chroni przed rozpadem małżeństwa” – wyjaśnia mgr Muraszkiwicz. Do rozwoju F60.7 częstokroć przyczynia się samotne macierzyństwo. Bywa przecież tak, iż dla pełnoletniej latorośli „porzucenie samotnej matki i odejście w dorosłość (...) staje się wyzwaniem nie do pokonania”.

Przemoc domowa

Robert F. Bornstein, PhD („The Complex Relationship Between Dependency and Domestic Violence: Converging Psychological Factors and Social Forces” – „American Psychologist” 2006, Semantic-Scholar.org) dokonał przeglądu licznych raportów z badań nad związkiem między przemocą domową (w heteroseksualnych układach romantycznych) a fenomenem rozmaicie pojmowanej zależności. Szeroko zakrojona kwerenda wykazała, że cechy charakteru z kręgu Dependent Personality Disorder rzadko są przyczyną długotrwałego grzęźnięcia kobiet w patologicznym małżeństwie bądź konkubinacie. Najczęstszy powód, dla którego maltretowane żony/konkubiny zwlekają z opuszczeniem brutalnego męża/konkubenta, to poczucie finansowej zależności od sprawcy złego traktowania. Studia nad zdrowiem psychicznym ofiar nadużyć potwierdzają jednak, iż nasilenie agresji fizycznej ze strony partnera jest wprost proporcjonalne do natężenia symptomów DPD u katowanej partnerki. Wyjątkowo zależne niewiasty (skrajne przypadki F60.7) potrafią znieść bardzo wiele, byle tylko nie stracić swojego „anioła stróża”. Podobne skłonności dostrzeżono zresztą u pań z Borderline PD oraz Avoidant PD[5]. Przyjrzyjmy się teraz ustaleniom w kwestii mężczyzn – „damskich bokserów”. Naukowcom NIE udało się wysledzić powiązań między okrucieństwem wobec towarzyski życia a pełnoobjawowym Dependent Personality Disorder. Udowodnili oni natomiast, że subkliniczne rysy F60.7 (umiarkowane tendencje w kierunku zależności od innych ludzi) są dodatnio skorelowane z gotowością do regularnego terroryzowania partnerki intymnej.

Self-Defeating/Masochistic PD

Steven K. Huprich, MA i Mark A. Fine, PhD („Self-Defeating Personality Disorder: Diagnostic Accuracy and Overlap with Dependent Personality Disorder” – „Journal of Personality Disorders” 1996, GuilfordJournals.com/loi/peidi) wzięli pod lupę czysto akademicki konstrukt Self-Defeating/Masochistic Personality Disorder, czyli świeżą kategorię kliniczną zaproponowaną w jankeskim podręczniku DSM-III-R (1987). Koncept ten nigdy nie został usankcjonowany jako dopuszczalna etykieta diagnostyczna, ponieważ decydenci z Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA) uznali jego kryteria za pokrywające się z kryteriami Dependent PD, Borderline PD i Avoidant PD. Poza tym, część środowiska eksperckiego podnosiła larum, że Self-Defeating/Masochistic Personality Disorder[6] mogłoby w przyszłości służyć do piętnowania Bogu ducha winnych ofiar przemocy domowej. Steven Huprich i Mark Fine postanowili samodzielnie sprawdzić użyteczność pojęcia SDPD oraz domniemaną zbieżność tego tworu z DPD, BPD i AvPD (szczególny nacisk położyli jednak na F60.7). Panowie zrealizowali eksperyment z udziałem 118 praktykujących psychologów (doktorów nauk – PhD, PsyD, EdD) ze stanu Ohio. Uczestnicy projektu zostali poproszeni o ewaluację sześciu przypadków zaburzeń osobowości. Badanie dowiodło, iż psycholodzy postrzegają SDPD jako byt samoistny, który w pewnych aspektach wyraźnie odbiega od wzorca DPD. Niestety, rozpoznawanie tego syndromu przychodzi im trudniej niż diagnozowanie Dependent PD czy Borderline PD. Z wykrywaniem SDPD lepiej radzą sobie profesjonaliści płci żeńskiej.

Zbędne etykiety?

Robert F. Bornstein, PhD („Reconceptualizing Personality Pathology in DSM-5: Limitations in Evidence for Eliminating Dependent Personality Disorder and Other DSM-IV Syndromes” – „Journal of Personality Disorders” 2011, GuilfordJournals.com/loi/peidi) donosi, że grupa robocza pracująca nad rozdziałem DSM-5 o perturbacjach osobowościowych lobbowała u władz APA za nieuwzględnieniem w tymże rozdziale pięciu rzekomo zbędnych etykiet diagnostycznych: Dependent PD, Schizoid PD, Paranoid PD, Histrionic PD oraz Narcissistic PD. Zespół redakcyjny uzasadniał swój pomysł dwoma wątpliwymi argumentami. Primo, kategorie te są niechętnie wykorzystywane w praktyce klinicznej i zwykle nie stanowią priorytetu dla terapeutów pomagających klientom z dolegliwościami psychicznymi. Secundo, literatura akademicka potwierdzająca rację bytu owych konstruktów jest dziwnie uboga. Dr Bornstein wysuwa szereg kontrargumentów w obronie zgłoszonych do likwidacji konceptów. Uczony nie zaprzecza, że Dependent PD i Histrionic PD rzadko występują bez żadnych innych anomalii umysłowych. Ale dokładnie to samo można powiedzieć o Borderline PD i Schizotypal PD, których nikt nie próbuje wykreślić z DSM. Pacjenci obarczeni DPD i HPD przynoszą ogromne straty finansowe placówkom medycznym zajmującym się ich psychogennymi somatyzacjami. Dlaczego demaskowanie takich jednostek miałoby być mniej ważne niż rozpoznawanie „ekonomicznych” nosicieli OCPD, AvPD i ASPD (Antisocial/Dissocial PD)? Ludzie zależni często przejawiają skłonności samobójcze. Nie należy zatem bagatelizować ich bolączek.

Słowo końcowe

To chyba wszystko, co trzeba wiedzieć o Dependent Personality Disorder. Serdecznie dziękuję każdej Osobie, która poświęciła swój czas na lekturę niniejszego artykułu! Oto spis moich poprzednich tekstów z tej serii: „Schizoidia i schizoidzi. Czym jest osobowość schizoidalna?” (listopad 2019), „Anankastia i anankaści. Czym jest osobowość anankastyczna?” (grudzień-styczeń 2019/2020), „AvPD. Podtyp schizoidii czy głęboka fobia społeczna?” (luty-marzec 2020), „Paranoja i paranoicy. Czym jest osobowość paranoiczna?” (kwiecień-maj 2020), „STPD. Zaburzenie osobowości czy schizofrenia subkliniczna?”

(czerwiec-lipiec 2020), „HPD. Narcystyczny celebrytizm czy kobieca psychopatia?” (sierpień-wrzesień 2020).

Uczciwie przyznaję, że nie jestem psychiatrą ani psychologiem, tylko dociekliwą pacjentką o osobowości anankastyczno-unikającej. Obsessive-Compulsive (Anankastic) Personality Disorder zdiagnozowano u mnie już w wieku 18 lat, natomiast o symptomach Avoidant (Anxious) Personality Disorder dowiedziałam się dekadę później. Oprócz w pełni rozwiniętych perturbacji osobowościowych (OCPD + AvPD) mam subkliniczne cechy zależne, schizoidalne, narcystyczne oraz „depresyjne” (Depressive/Melancholic Personality Disorder – niezatwierdzona przez WHO i APA kategoria diagnostyczna). Cierpię... a przynajmniej kiedyś cierpiałam... na rozmaite schorzenia nerwicowe[7]. Moim największym zmartwieniem są jednak zaburzenia snu, które zatruwają mi życie od niemowlęctwa i nigdy nie reagowały na leczenie tabletkami ziołowymi, melisą, melatoniną ani hydroksyzyną (farmaceutykiem na receptę ordynowanym przez lekarza rodzinnego). Dla mnie nawet 25 mg kwetiapiny – będącej neuroleptykiem, lekiem przeciwpsychotycznym – to stanowczo za mało. Pożądany efekt daje mi dopiero 75 mg kwetiapiny + 25 mg prometazyny.

Doszłam do wniosku, że subkliniczne (a w skrajnych przypadkach: kliniczne) rysy Dependent PD i Self-Defeating/Masochistic PD mogą wyjaśniać postawę życiową niektórych bohaterów „Lotu nad kukułczym gniazdem” – bestsellerowej powieści Kena Keseya (wydanej w roku 1962) oraz nagrodzonego pięcioma Oscarami filmu Milosa Formana pod tym samym tytułem (1975). Mam tu na myśli dobrowolnych pacjentów szpitala psychiatrycznego, którzy boją się despotycznej pielęgniarki oddziałowej, siostry Mildred Ratched, ale jeszcze bardziej przeraża ich perspektywa „wyjścia na wolność” i wzięcia odpowiedzialności za własny los. Rygorystyczna, pedantyczna, biurokratyczna siostra Ratched jest reprezentatywną egemplifikacją Obsessive-Compulsive (Anankastic) Personality Disorder, jednak nie można u niej wykluczyć również Narcissistic Personality Disorder. Jej postępowanie względem protagonisty, buntowniczego socjopaty Randle’a Patricka McMurphy’ego, przypomina mi maksymę Antona Szandora LaVeya: „Jeżeli ktoś cię zaczepia, poproś go, żeby przestał. Jeżeli nie przestanie, zniszcz go” (cyt. za: En.wikipedia.org/wiki/LaVeyan_Satanism). Oczywiście, przetrzymywanie McMurphy’ego w psychiatryku to haniebny błąd lekarzy zmanipulowanych przez mściwą pielęgniarkę. Miejsce dysocjalnego/antyspołecznego bandyty jest w zakładzie karnym, nie wśród schizofreników i ChAD-owców.

Natalia Julia Nowak,
październik-grudzień 2020 r.

PRZYPISY

[1] W międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10 (ICD.WHO.int/browse10/2019/en) Obsessive-Compulsive PD nosi miano osobowości „anankastycznej” („anankastic”). Pamiętajmy, że OCPD (F60.5) nie powinno być mylone z OCD (F42), pospolitą nerwicą natręctw! Jeśli chodzi o Avoidant PD (F60.6), księga ICD-10 określa to zjawisko następująco: „anxious [avoidant] personality disorder” – „lękliwe [unikające] zaburzenie osobowości”. Czyżby wyraz „anxious” (wymieniany jako pierwszy, przed słowem „avoidant” umieszczonym w nawiasie kwadratowym) był nazwą preferowaną?!

[2] Aktualnie w DSM figurują dwa zbliżone do siebie konstrukty: Schizoid Personality Disorder i Avoidant Personality Disorder (etykiety zawarte kolejno w klastrach „A” i „C”). Niestety, praktyka kliniczna

udowadnia, iż granica oddzielająca SPD (F60.1) od AvPD (F60.6) często bywa płynna. Informują o tym anglojęzyczni wikipedyści w notatce poświęconej „zachowaniu schizoidalno-unikającemu” ([En.wikipedia.org/wiki/Schizoid_avoidant_behavior](http://en.wikipedia.org/wiki/Schizoid_avoidant_behavior)). Wypada wspomnieć, że Avoidant Personality Disorder – zupełnie jak klasyczna schizoidia – prawdopodobnie jest łagodnym zaburzeniem ze spektrum schizofrenii. Zainteresowanych Czytelników odsyłam do intrygującej pracy naukowej „Avoidant Personality Disorder is a Separable Schizophrenia Spectrum Personality Disorder even when Controlling for the Presence of Paranoid and Schizotypal Personality Disorders: The UCLA Family Study” (autorzy: D.L. Fogelson, K.H. Nuechterlein, R.A. Asarnow, D.L. Payne, K.L. Subotnik, K.C. Jacobson, M.C. Neale i K.S. Kendler). Ostateczna wersja tego artykułu ukazała się w 2007 r. na łamach czasopisma „Schizophrenia Research”. Maszynopis tekstu został zaś udostępniony online (w roku 2008) przez amerykańską instytucję National Center for Biotechnology Information (Ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1904485). Tym, którzy chcieliby wiedzieć więcej o Schizoid Personality Disorder, polecam trzyczęściową prezentację multimedialną „Schizoids” anonimowego jutubera ukrytego pod pseudonimem DarkNightSeeker (YouTube.com/user/darknightseeker). Bardzo merytoryczne są ponadto filmiki: „Understanding Schizoid Personality vs Autism Spectrum” (Tracey Marks, MD – YouTube.com/c/DrTraceyMarks) i „Schizophrenia vs. Schizotypal vs. Schizoid Personality Disorder: the Differences” (Ramani Durvasula, PhD – YouTube.com/c/MedCircle).

[3] W klasyfikacji chorób ICD-10 (WHO.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf) oficjalnym ekwiwalentem Borderline Personality Disorder jest Emotionally Unstable Personality Disorder (osobowość chwiejna emocjonalnie). Koncept EUPD (F60.3) dzieli się na dwa podtypy: „impulsive” – „impulsywny” (F60.30) i „borderline” – „pograniczny” (F60.31). Odmiana „impulsywna” stanowi okrojoną wersję odmiany „pogranicznej”. Amerykańscy psychiatrzy, którzy na co dzień korzystają z ksiąg DSM-5 i ICD-10-CM, nie uznają podziału BPD/EUPD na F60.30 i F60.31. Dla nich istnieje wyłącznie F60.3 jako spójna całość (zobacz: ICD.codes/icd10cm/F603).

[4] Zaburzenia lękowe (zespół lęku uogólnionego, zespół lęku napadowego, fobia społeczna, agorafobia) to przypadłości szeroko rozpowszechnione w grupie pacjentów cierpiących na Dependent PD. Niezliczone badania naukowe wskazują, że również zaburzenia somatoformiczne (somatyzacje) i zaburzenia odżywiania (anoreksja, bulimia) są pozytywnie skorelowane z DPD. Trochę rzadziej u jednostek dotkniętych F60.7 spotyka się kliniczną depresję, a sporadycznie – uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Więcej ciekawych faktów podaje Robert F. Bornstein, PhD w materiale zatytułowanym „Comorbidity of Dependent Personality Disorder and other Psychological Disorders: An Integrative Review” („Journal of Personality Disorders” 1995, GuilfordJournals.com/loi/pedi).

[5] „Watson et al. (...) obtained a strong relationship between DPD symptom levels and severity of physical abuse within the abused sample (...). Significant correlations were also obtained between severity of abuse and symptom levels of borderline personality disorder (...) and avoidant personality disorder” | „Watson i wsp. (...) uzyskali silny związek między poziomami objawów DPD a dotkliwością nadużyć fizycznych w próbie badanych z doświadczeniem nadużyć (...). Istotne korelacje uzyskano także między dotkliwością nadużyć a poziomami objawów pogranicznego zaburzenia osobowości i unikającego zaburzenia osobowości”. Cytowane wyżej słowa dr. Roberta Bornsteina odnoszą się do następującego źródła: C.G. Watson, M. Barnett, L. Nikunen, C. Schultz, T. Randolph-Elgin i C.M. Mendez – „Lifetime prevalences of nine common psychiatric/personality disorders in female domestic abuse survivors” („Journal of Nervous and Mental Disease” 1997, Journals.lww.com/jonmd).

[6] Angielski imiesłów/przymiotnik „self-defeating” oznacza z grubsza „pograżający się”, „pogarszający

swoją sytuację”, „dokonujący samozaorania/autosabotażu” albo „daremny”, „bezowocny”, „nieskuteczny” (Dictionary.cambridge.org/dictionary/english/self-defeating). Listę symptomów „osobowości samopogrążającej się – masochistycznej” (wedle DSM-III-R) wyszperamy w archiwach anglojęzycznej Wikipedii (En.wikipedia.org/wiki/Self-defeating_personality_disorder).

[7] W podstawówce miałam ogromne utrapienie z mizofobią (wyolbrzymionym lękiem przed zarazkami) i nozofobią (wyolbrzymionym lękiem przed chorobami). W gimnazjum pojawiły się u mnie natręctwa myślowe tudzież pierwsze objawy fobii społecznej. W liceum moja socjofobia – pogłębiana przez dokuczliwych rówieśników, którzy nie tolerowali mojego wzorowego sprawowania, konserwatywnego światopoglądu, surowych obyczajów ani intelektualnych pasji – zaczęła ewoluować w kierunku ciężkiej agorafobii. Uważam, że moje dolegliwości fobiczne zostały już w dużej mierze wyleczone. Intruzywne myśli nadal mi się zdarzają, ale mój psychiatra suponuje, iż można je zaliczyć na poczet anankastycznego (obsesyjno-kompulsywnego) zaburzenia osobowości. Skrzywienia charakteru są trwałymi niepełnosprawnościami, a nie schorzeniami psychicznymi sensu stricto. Zdecydowanie NIE należą one do tej samej klasy anomalii umysłowych, co stany lękowe czy nerwica natręctw. Perturbacje osobowościowe kwalifikują się do długoterminowej psychoterapii, nie zaś do kuracji farmakologicznej.

ANEKS

Międzynarodowa klasyfikacja chorób ICD-10 (ICD.WHO.int/browse10/2019/en) oznajmia, że współczesna kategoria diagnostyczna Dependent Personality Disorder obejmuje takie przestarzałe konstrukty, jak osobowość „asteniczna” („asthenic”), „nieadekwatna” („inadequate”), „pasywna” („passive”) czy „samopogrążająca się” („self-defeating”). Spróbujmy „rozgryźć” pierwsze trzy spośród wymienionych konceptów!

W przedpotopowym podręczniku DSM-I (1952) znajdujemy dwa zdania dotyczące osobowości „nieadekwatnej” („inadequate”). Oto interesujący nas fragment rzeczonyj publikacji: „Such individuals are characterized by inadequate response to intellectual, emotional, social, and physical demands. They are neither physically nor mentally grossly deficient on examination, but they do show inadaptability, ineptness, poor judgment, lack of physical and emotional stamina, and social incompatibility” | „Takie jednostki charakteryzują się nieadekwatną odpowiedzią na wymagania intelektualne, emocjonalne, społeczne i fizyczne. Podczas badania nie wykazują rażących deficytów fizycznych ani umysłowych, ale prezentują niezdolność adaptacyjną, nieudolność, słaby osąd, brak fizycznej i emocjonalnej wytrzymałości oraz niedopasowanie społeczne”. Dwie strony dalej czytamy o „pasywno-zależnym” („passive-dependent”) podtypie osobowości „pasywno-agresywnej” („passive-aggressive”). Jest on zdefiniowany w następujący sposób: „This reaction is characterized by helplessness, indecisiveness, and a tendency to cling to others as a dependent child to a supporting parent” | „Ta reakcja charakteryzuje się bezradnością, niezdecydowaniem i tendencją do lgnięcia ku innym ludziom niczym zależne dziecko ku wspierającemu rodzicowi”.

Księga DSM-II (1968) zawiera omówiony już koncept osobowości „nieadekwatnej” („inadequate”), a ponadto wprowadza kategorię osobowości „astenicznej” („asthenic”). Cytuję definicję tej drugiej psychopatologii: „This behavior pattern is characterized by easy fatigability, low energy level, lack of enthusiasm, marked incapacity for enjoyment, and oversensitivity to physical and emotional stress. This disorder must be differentiated from ‘Neurasthenic neurosis’ (q.v.)” | „Ten wzorzec zachowań charakteryzuje się łatwą męczliwością, niskim poziomem energii, brakiem entuzjazmu, znaczną niezdolnością do odczuwania

uciechy tudzież nadwrażliwością na presję fizyczną i emocjonalną. To zaburzenie musi być różnicowane z ‘nerwicą neurasteniczną’ (zob.)”.

Gdyby ktoś pytał: cyfrową kopię podręcznika DSM-I zamieszczono na stronie internetowej „Turk Psikiyatri” (TurkPsikiyatri.org/arsiv/dsm-1952.pdf). Wirtualny egzemplarz DSM-II można zaś przejrzeć w serwisie dla niepokornych pacjentów „Mad in America – Science, Psychiatry and Social Justice” (MadInAmerica.com/wp-content/uploads/2015/08/DSM-II.pdf).

Kopiowanie tekstów, obrazów i wszelkiej twórczości użytkowników portalu bez ich zgody jest stanowczo zabronione. (Ustawa o prawie autorskim i prawach pokrewnych, Dz.U. 1994 nr 24 poz. 83 z dnia 4 lutego 1994r.).

Natalia Julia Nowak, dodano 07.12.2020 08:17

Dokument został wygenerowany przez www.portal-pisarski.pl.