

AvPD. Podtyp schizoidii czy głęboka fobia społeczna?

Tajemnicza przypadłość

Unikające zaburzenie osobowości (Avoidant Personality Disorder – AvPD, F60.6 w międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10)[1] to prawdziwa zagadka dla badaczy i klinicystów. Jak mówi Todd L. Grande, Ph.D (amerykański znawca tematyki psychiatrycznej, profesor nadzwyczajny Wilmington University w północno-wschodnim stanie Delaware, gospodarz edukacyjnego wideobloga [YouTube.com/user/RioGrande51](https://www.youtube.com/user/RioGrande51)), interesująca nas jednostka nozologiczna „zadebiutowała” w 1980 r., kiedy to w Stanach Zjednoczonych ukazał się podręcznik diagnostyczno-statystyczny DSM-III. Z wiedzy dr. Grandego wynika, że kategoria AvPD została utworzona w opozycji do starego pojęcia osobowości schizoidalnej (Schizoid Personality Disorder, F60.1). Miała ona obejmować pacjentów, którzy na pierwszy rzut oka sprawiają wrażenie modelowych schizoidów, ale w głębi serca zmagają się z zupełnie innymi rozterkami. Do dziś nie wiadomo, co właściwie dolega ludziom spełniającym kryteria diagnostyczne Avoidant Personality Disorder. Część specjalistów uważa, że osobowość unikająca – chociaż uwzględniona w klastrze „C” DSM-5 (2013) – jest niepsychotycznym syndromem ze spektrum schizofrenii. Oznacza to, iż ma ona dużo wspólnego z zaburzeniami osobowości należącymi do klastra „A” (schizoidalnym – SPD, schizotypowym – STPD, paranoicznym – PPD)[2]. Inni eksperci twierdzą, że AvPD to rodzaj ciężkiej, utrwalonej fobii społecznej (Social Anxiety Disorder, F40.1). Jeszcze inni postrzegają osobowość unikającą jako byt w 100% samoistny. Jedno jest pewne: F60.6 bardzo utrudnia życie swoim licznym ofiarom.

Kryteria diagnostyczne ICD-10, WHO.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf [tłum. Natalia Julia Nowak]

1. *„Persistent and pervasive feelings of tension and apprehension”* („Uporczywe i całościowe uczucia napięcia i obawy”)
2. *„Belief that oneself is socially inept, personally unappealing, or inferior to others”* („Przeświadczenie, że jest się społecznie nieudolnym, personalnie niepociągającym lub pośledniejszym od innych”)
3. *„Excessive preoccupation about being criticized or rejected in social situations”* („Nadmierne zaangażowanie doświadczeniem krytyki lub odrzucenia w sytuacjach społecznych”)
4. *„Unwillingness to get involved with people unless certain of being liked”* („Niechęć do angażowania się w związki z ludźmi, dopóki nie uzyska się pewności, iż jest się lubianym”)
5. *„Restrictions in lifestyle because of need of security”* („Ograniczenia w stylu życia z powodu potrzeby bezpieczeństwa”)
6. *„Avoidance of social or occupational activities that involve significant interpersonal contact, because of fear of criticism, disapproval or rejection”* („Unikanie społecznych lub zawodowych aktywności, które uwzględniają znaczący kontakt interpersonalny, ze strachu przed krytyką, dezaprobatą bądź odrzuceniem”)

Pesymistyczny fatalizm

Dr Todd L. Grande (korzystający głównie z jankeskiego podręcznika DSM-5) opisuje sylwetkę awojdanta jako człowieka głęboko przekonanego o swojej odmienności od reszty społeczeństwa oraz o byciu skazanym na wieczne odrzucenie. Osobnik cierpiący na AvPD wmawia sobie takie przywary, jak niedostosowanie społeczne czy deficyt umiejętności interpersonalnych. Niska samoocena – połączona z paraliżującym strachem przed negatywną ewaluacją – skłania chorego do wystrzegania się wszelkich okoliczności, w których mogłoby go spotkać odepchnięcie przez jednostkę bądź zbiorowość. Typowy awojdant woli sam podciąć sobie skrzydła (np. wykluczyć się z jakiejś istotnej dziedziny życia) niż czekać, aż zrobią to za niego

rozczarowani bliźni. Gdy przeczuwa, że może się skompromitować w zawodzie wymagającym intensywnych interakcji międzyludzkich, decyduje, iż w ogóle nie będzie szukał pracy na takim stanowisku. Gdy podejrzewa, że nie jest przez kogoś bezwarunkowo lubiany, nie angażuje się emocjonalnie w daną znajomość. Sfera romantyczna to dla awojdanta „czarna magia” – zazwyczaj brakuje mu odwagi, żeby zrobić choćby mały krok w kierunku upatrzonego „obiekta westchnień”. Niewiara we własne siły oraz ubóstwo nadziei na lepsze jutro często biorą górę nad nieszczęśliwą miłością (i nie tylko!). Pacjent z AvPD raczej stroni od towarzystwa. Ma ogromną trudność w nawiązywaniu nowych kontaktów, a poza tym sądzi, iż nie pasuje do żadnej grupy koleżeńskiej. Obsesyjnie analizuje, jak jest postrzegany przez świat zewnętrzny. Wszędzie doszukuje się oznak spodziewanej krytyki.

Schizoidzi i paranoicy?

Chociaż dr T.L. Grande potwierdza, że osobowość unikająca w dużej mierze przypomina osobowość schizoidalną, wysuwa tezę, iż podobieństwa te ograniczają się niemal wyłącznie do symptomów behawioralnych. Zarówno schizoidzi, jak i awojdanci są powściągliwymi odludkami, lecz za ich niestandardowym zachowaniem kryją się całkiem inne motywy. Schizoid to urodzony samotnik, aspołeczny i apatyczny z natury. Izoluje się od społeczeństwa, bo nigdy nie lubił działań integracyjnych i nie czuł tak jak większość gatunku Homo sapiens. Nie ma on absolutnie żadnego problemu ze swoją alienacją. Egzystuje zgodnie z własną wolą i nie przejmuje się opinią postronnych obserwatorów. Natomiast awojdant może tylko pomarzyć o takiej harmonii ducha. Daleko mu do spokojnego flegmatyka – jest raczej rozdartym wewnętrznie melancholikiem, ponadprzeciętnie neurotycznym i przewrażliwionym na własnym punkcie. O ile pacjent z SPD (F60.1) biernie usuwa się w cień, o tyle jego odpowiednik z AvPD (F60.6) aktywnie omija niezręczne sytuacje. Dr Grande informuje, że osobowość unikająca bywa też mylona z osobowością paranoiczną, ale to kolejne zbędne nieporozumienie. Różnica między awojdantami a paranoikami polega na tym, że ci pierwsi borykają się z lękiem i wstydem, a ci drudzy – ze złością i wrogością. Człowiek z PPD (F60.0) jest nader podejrzliwy względem swojego otoczenia. Uchodzi za srogiego, pamiętliwego odwetowca. Ma o sobie wysokie mniemanie, czuje się stale atakowany, postępuje w sposób defensywny lub pasywno-agresywny. Nałogowo projektuje na innych własną nienawiść[3].

Śnięte ryby

Zdaniem dr. Todda L. Grandego, korzenie osobowości unikającej sięgają dokładnie tych samych dylematów, jakie leżą u podstaw osobowości zależnej (Dependent Personality Disorder, F60.7). Może się wydawać, że zachowanie ludzi dotkniętych AvPD radykalnie odbiega od zachowania osób cierpiących na DPD. Tymczasem prawda jest taka, że oba te syndromy z klastra „C” DSM-5 mają wspólny mianownik. Pacjenci z F60.6 i F60.7 są nadwrażliwi na krytykę i odrzucenie. Czują się słabi, ułomni, mniej ekspansywni od większości dojrzałych obywateli. W związku ze swoimi kompleksami realizują jednak nieco inne strategie. Awojdanci skazują się na bezterminową izolację, gdyż przewidują, że i tak będą kiedyś zdani wyłącznie na siebie. Żywot autsajdera jawi im się jako ponure fatum, przed którym nie ma drogi ucieczki. Przypominają śnięte ryby płynące bezwiednie z prądem rzeki. Jeśli chodzi o osoby zależne, to boją się one samotności jak diabeł święconej wody. Myśl o samodzielnej egzystencji napawa je bladym przerażeniem, albowiem uznają się za niezdolne do przetrwania na własną rękę. Jednostki z DPD „włazą w d...” wszystkim dookoła: są miłe, zgodne, potulne, uległe. Potrzebują wszak zaplecza społecznego, aby mogło za nie decydować i odpowiadać[4]. Niestety, serwilizm chorych na F60.7 wynika z chronicznego lęku tudzież braku zaufania do drapieżnego świata dorosłych. Co się tyczy ludzi unikających, nie zawsze wegetują oni w totalnej alienacji. Często mają pojedynczych krewnych bądź przyjaciół, na których polegają niczym osoby zależne na swoich dominujących „opiekunach”.

Sztama z borderline

Dr Todd Grande dostrzega również dziwne podobieństwo między Avoidant Personality Disorder a Borderline Personality Disorder (czyli osobowością „z pogranicza”. W krajach, gdzie psychiatrzy zamiast DSM-5 używają ICD-10, aprobowanym ekwiwalentem BPD jest EUPD, F60.3 – „osobowość chwiejna emocjonalnie”. Kategoria EUPD oficjalnie dzieli się na dwa podtypy: „impulsywny” – F60.30 oraz

„pograniczny” – F60.31)[5]. Porównanie AvPD do BPD może wyglądać absurdalnie. Przecież awojdanci to bojaźliwi pustelnicy, którzy nie znoszą podejmować jakiegokolwiek ryzyka! Borderowcy słyną zaś z gwałtownych reakcji, niekontrolowanych poczynań i autodestrukcyjnych tendencji... Dr Grande podkreśla jednak, że obie grupy chorych widzą siebie w negatywnym świetle, mają olbrzymie problemy w relacjach międzyludzkich, a ponadto są ciągle przepełnione ujemnymi emocjami. Fakt, iż osoby unikające tłumią w sobie kłopotliwe odczucia, wcale nie czyni ich stabilnymi afektywnie. Może i zachowują pozory zrównoważonych myślicieli, lecz pod maską spokoju ukrywają same zmartwienia. Awojdanci – zupełnie jak borderowcy – doświadczają obezwładniającego strachu przed porzuceniem. Sprawia on, że poniekąd sami nie wiedzą, czego chcą: zacieśnienia więzi z drugim człowiekiem, czy prewencyjnego odsunięcia się odeń? Badania naukowe, do których dotarł dr Grande, sugerują, iż pacjenci z AvPD i BPD czują się niekomfortowo w obliczu „bliskości społecznej” („social proximity”). U tych pierwszych potęguje ona lęk, a u tych drugich – gniew. Z takimi doznaniem trudno funkcjonować w normalnej wspólnocie!

Unikanie w praktyce

Kerris Dillon, Ph.D (psycholog i parapsycholog ze stanu Iowa w centralnej części USA, a zarazem certyfikowana agentka nieruchomości, domowa edukatorka swoich nieletnich dzieci oraz właścicielka amatorskiego kanału [YouTube.com/channel/UCDKCsUdOTo7FUdCNDDbGQ_A](https://www.youtube.com/channel/UCDKCsUdOTo7FUdCNDDbGQ_A)) twierdzi, że pracownicy z F60.6 zazwyczaj nie robią oszałamiającej kariery zawodowej. Tak bardzo wątpią w swoje możliwości, że nie szukają dla siebie miejsca wśród elit albo rezygnują/dezertują z umówionych rozmów kwalifikacyjnych. Gdy – ku własnemu zaskoczeniu – otrzymują propozycję awansu, niejednokrotnie udzielają szefostwu odpowiedzi odmownej. Sądzą bowiem, iż nie poradziłoby sobie w nowej roli lub nie spełniliby oczekiwań swoich wymagających przełożonych. Podobnie zachowują się zresztą w życiu prywatnym. Awojdanci często nie akceptują zaproszeń na przyjęcia bądź „nie docierają” na zaplanowane spotkania towarzyskie. Nie mają zaufania do samych siebie, toteż stronią od wszelkich sytuacji, w których mogliby popełnić jakąś „gafę” lub przypadkowo podpaść znajomym (i nieznanym) osobom. Jednostki dotknięte AvPD utrzymują ograniczony kontakt z własną rodziną. W ten sposób uciekają od niewygodnych pytań, oceniających spojrzeń tudzież potencjalnych reprimend. Dr Kerris Dillon zaznacza, że ludzie unikający z reguły nie przyznają się innym do swojego nonsensownego lęku. Brak szczerej komunikacji z bliźnimi powoduje natomiast, iż postępowanie chorych bywa różnie – czasem błędnie – interpretowane przez otoczenie społeczne. Na przykład jako utajony narcyzm: pycha, snobizm, dufność, wzgarda.

Mroczne uniwersum

Athina Ehlen, BA [Hons] (szkocko-grecka absolwentka studiów artystycznych, coach kognitywno-behawioralna akredytowana przez Brytyjskie Towarzystwo Psychologiczne, inicjatorka pomocowego projektu „Courage Coaching” – [YouTube.com/channel/UCZeoDmVdW7gTuBDqOcd7qkg](https://www.youtube.com/channel/UCZeoDmVdW7gTuBDqOcd7qkg)) przedstawia nam odrobinę nowych ciekawostek o osobach z Avoidant Personality Disorder. Zaczniemy od tego, że pacjenci cierpiący na to zaburzenie psychiczne egzystują w świecie „dołujących” zniekształceń poznawczych. Obserwują rzeczywistość przez metaforyczne „czarne okulary” – wyznają depresyjny światopogląd i dekodują zewnętrzne sygnały zgodnie z subiektywnymi przekonaniem. Innymi słowy, interpretują wszystko na swoją i cudzą niekorzyść. Awojdanci czują się stale mieszeni z błotem, ponieważ dopuszczają do siebie tylko krytyczne uwagi, a pozytywnych znaków nie wychwytyją. Jak podaje lic. Athina Ehlen, wielu ludzi z F60.6 nadużywa wyrazów „zawsze” i „nigdy”. Maniera ta zdradza ich wyjątkowe zamiłowanie do uogólnień oraz deterministyczne rozumienie mechaniki wszechświata. Jednostki unikające noszą w sobie cząstkę schizoidalnej mizantropii. Niekiedy mogą więc stosować „domniemanie winy” i tendencyjnie oskarżać bliźnich o wywoływanie różnorodnych problemów. Chorzy na AvPD nie okazują wściekłości ani nienawiści w sposób otwarty. Jeżeli chcą komuś zaszkodzić, czynią to poprzez opieszałość albo inne zagrania pasywno-agresywne. I jeszcze jeden smaczek: awojdanci nierzadko wiodą bujne życie w swojej sekretnej krainie wyobraźni. Jest to kolejna cecha zbliżająca ich do tradycyjnych schizoidów.

Płochliwe sarenki

Christine Hammond, LMHC (licencjonowana doradczyni zdrowia psychicznego, której prelekcje ukazują się

na oficjalnym profilu jednej z florydzkich placówek terapeutycznych – [YouTube.com/user/LifeWorksGroup](https://www.youtube.com/user/LifeWorksGroup)) podkreśla, że Avoidant Personality Disorder to nie tylko chorobliwa nieśmiałość i patologiczny samokrytycyzm, ale też skrajna introwersja i pragnienie zachowania psychofizycznej przestrzeni osobistej (utożsamianej z komfortem, bezpieczeństwem). Jednostki dotknięte F60.6 nie lubią hucznych zabaw ani przebywania z hałaśliwymi, energicznymi sangwinikami/cholerykami. Nie czerpią one zbyt przyjemności z takich bodźców – można wręcz powiedzieć, iż tego typu doświadczenia są dla nich nudne. Druzgocząca większość awojdantów nigdy nie zmienia się w lekkoduchów, flirciarzy czy poszukiwaczy przygód. Taki „lifestyle” po prostu nie leży w ich naturze i żadne akty „uszcześliwiania na siłę” nie przyniosą tutaj efektu. Mogą jedynie pogorszyć sprawę, a nawet bezpowrotnie spłoszyć te nieufne i lękliwe istoty... Każdy, kto chce zdobyć sympatię osoby cierpiącej na AvPD, musi respektować jej specjalne wymagania, w tym potrzebę fizycznego dystansu w kontaktach nieformalnych. Awojdant zdecydowanie NIE jest kimś, kogo można swobodnie zasypywać „całuskami” i „uściskami”. Gdyby doszło do takiego incydentu, człowiek z F60.6 na pewno miałby poczucie naruszenia jego cielesnych tudzież psychologicznych granic. Ekstrawertyczna wylewność byłaby dla niego boleśnie przytłaczająca. Nie próbujmy się narzucać jednostkom unikającym, bo to proceder zbędny i przeciwnie skuteczny!

Social Anxiety Disorder

Pochylmy się teraz nad nieco inną kwestią... Czym jest fobia społeczna (socjofobia, SAD, F40.1) i jak możemy ją odróżnić od AvPD? Na te pytania odpowie nam prawdziwa lekarka psychiatra – Tracey Marks, MD (afroamerykańska specjalistka prowadząca swój gabinet w południowo-wschodnim stanie Georgia, założycielka popularnonaukowego/poradnikowego kanału o zagadnieniach psychiatrycznych – [YouTube.com/user/MarksPsych](https://www.youtube.com/user/MarksPsych)). Z tego, co mówi dr Marks, wynika, że fobia społeczna ma się tak do osobowości unikającej, jak nerwica natręctw (OCD) do osobowości anankastycznej (OCPD). O ile perturbacje osobowościowe są trwałymi „skrzywieniami” ludzkiego charakteru (niemal „przezroczystymi” dla samego zainteresowanego!), o tyle zaburzenia lękowe/nerwicowe dają się poznać jako obce, dokuczliwe i nieakceptowane przez pacjenta dolegliwości. Osobnik dotknięty socjofobią nie ma problemu z własną mentalnością ani wyuczonymi nawykami. Skarży się on na intensywny, niepożądany, kłopotliwy strach dopadający go w rozmaitych sytuacjach społecznych. Może to być np. ekstremalna trema sceniczna objawiająca się mdłościami i wymiotami tuż przed planowanym występem. Człowiek cierpiący na F40.1 postrzega swoje lęki jako irracjonalne lub wyolbrzymione, a jednak nie potrafi ich skutecznie kontrolować. Fobia społeczna, podobnie jak pozostałe odmiany nerwicy, jest schorzeniem powierzchownym. W walce z tą przypadłością dobrze sprawdzają się antydepresanty – leki przeciwdepresyjne (sertralina, paroksetyna, wenlafaksyna, escitalopram). Niekiedy pomocne bywają także sesje psychoterapeutyczne.

Moja historia

Po raz pierwszy trafiłam do psychiatry w połowie drugiej klasy liceum ogólnokształcącego (2009 r.), kiedy to rówieśnicy-prześladowcy doprowadzili mnie do takiego stanu, że byłam gotowa rzucić szkołę i/lub popełnić samobójstwo. Otrzymałam wtedy nauczanie indywidualne – prawo do nauki w osobnej sali lekcyjnej – oraz diagnozę osobowości anankastycznej, nerwicy natręctw, fobii społecznej, bezsenności i obniżenia nastroju (potem doszło jeszcze podejrzenie STPD). Jako beneficjentka nauczania indywidualnego nadal padałam ofiarą drobnych uszczypliwości w szkolnym korytarzu, ale to już – na szczęście – nie było to samo, co wcześniej[6]. Po maturze świadomie wybrałam studia zaoczne, gdyż panicznie bałam się mieszkania z obcymi ludźmi (w akademiku lub na stacji) oraz docinków z ust balującej studenterii. Do poradni zdrowia psychicznego wróciłam jesienią 2018 r. Młody lekarz rozpoznał u mnie przewlekłą agorafobię z elementami fobii społecznej i nerwicy natręctw, a także długoletnie zaburzenia rytmu dobowego. Po przeszło półrocznej kuracji doktor stwierdził, iż mój zakotwiczony lęk ma podłoże osobowościowe, i skierował mnie na badania psychologiczne. Te zaś wykazały, że mam osobowość anankastyczno-unikającą (z pewnymi cechami schizoidalnymi, zależnymi, narcystycznymi i depresyjnymi). Codziennie łykam antydepresanty i neuroleptyki, stosuję też prometazynę jako nieuzależniający środek sedatywny. Raz w tygodniu korzystam z usług psychoterapeuty (zaoferowano mi 25 spotkań w ramach NFZ). Zaczęłam się nawet starać o orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

Zakończenie

Niniejszy artykuł NIE jest pierwszym, w którym zwróciłam uwagę na zagadnienie Avoidant Personality Disorder. Lapidarne wzmianki o AvPD można bowiem znaleźć w moich dwóch wcześniejszych tekstach: „Schizoidia i schizoidzi. Czym jest osobowość schizoidalna?” (listopad 2019) oraz „Anankastia i anankaści. Czym jest osobowość anankastyczna?” (grudzień-styczeń 2019/2020). Czytelników, którzy jeszcze nie znają tych opracowań, gorąco zapraszam do nadrobienia zaległości. Oba artykuły zamieściłam na moich publicystycznych blogach w darmowych serwisach Blogspot/Blogger, WordPress, LiveJournal, Tumblr i Altvista (Njnowak.blogspot.com, Njnowak.wordpress.com, Njnowak.livejournal.com, Njnowak.tumblr.com, Njnowak.altvista.org).

**Natalia Julia Nowak,
luty-marzec 2020 r.**

PRZYPISY

[1] Inna, równoważna nazwa fenomenu: „osobowość lękliwa” – „anxious personality” (łac. „personalitas anxifera”). Nie wiem, jak się mówi na człowieka dotkniętego F60.6, dlatego będę używać własnego neologizmu „awojdant” (prymitywnego spolszczenia angielskiego imiesłowu „avoidant” – „unikający”).

[2] Trzeba odnotować, że w Europie (m.in. w Polsce) STPD nie jest zaliczane do zaburzeń osobowości, tylko do zdecydowanie groźniejszych schorzeń psychicznych. Świadczy o tym fakt, iż autorzy medycznej biblii ICD-10 umieścili schizotypię w podrozdziale zatytułowanym „Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (F20-F29)” – „Schizofrenia oraz zaburzenia schizotypowe i urojeniowe (F20-F29)”. Tymczasem SPD, PPD i AvPD znalazły się w podrozdziale „Disorders of adult personality and behaviour (F60-F69)” – „Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (F60-F69)”. Pełna treść ICD-10 jest ogólnodostępna online w angielskiej wersji językowej (ICD.WHO.int/browse10/2019/en)*. Według dr. Todda L. Grandego, osoby cierpiące na STPD (F21) są w grupie ryzyka zachorowania na schizofrenię. Statystyki pokazują bowiem, że u 30% pacjentów schizotypowych prędzej czy później rozwija się psychoza schizofreniczna (F20) lub inny zespół urojeniowy/halucynacyjny. Mamy tutaj odpowiedź na pytanie, dlaczego cały świat – oprócz Ameryki Północnej – traktuje schizotypię aż tak poważnie. No dobrze, ale... Czym charakteryzuje się owo enigmatyczne Schizotypal Personality Disorder?! Otóż STPD to takie AvPD, lecz z wyraźnymi elementami paranoicznymi i z dodatkowymi atrakcjami w formie symptomów przypominających wytwórcze objawy schizofrenii.

* Piąty rozdział ICD-10 („Chapter V”) obejmuje wszelkiej maści choroby umysłowe. Pozwolę sobie – w wielkim uproszczeniu – podsumować zawartość poszczególnych jego podrozdziałów. F00-F09: demencja starcza, delirium organiczne, otępienie z przyczyn neurologicznych, anomalie psychiczne po uszkodzeniu mózgu. F10-F19: alkoholizm, nikotynizm, narkomania, odmienny stan świadomości pod wpływem substancji psychoaktywnej. F20-F29: schizofrenia, schizotypia, syndrom schizoafektywny, uporczywe urojenia, krótkie epizody psychotyczne. F30-F39: mania, hipomania, depresja, dystymia, cyklotymia, cyklofrenia. F40-F48: nerwica, fobia, hipochondria, stres pourazowy, dysocjacja, somatyzacja. F50-F59: anoreksja, bulimia, patologie snu, psychogenne dysfunkcje seksualne, nadużywanie środków niezależniających, choroba duszy w związku z chorobą ciała. F60-F69: perturbacje osobowościowe, utrata kontroli nad impulsami, zespół Münchhausena, parafilie, dysforia płciowa, dezorientacja seksualna. F70-F79: upośledzenie umysłowe. F80-F89: spektrum autyzmu, zakłócenia rozwoju psychologicznego, specyficzne trudności w nauce. F90-F98: dziecięce i młodzieżowe zaburzenia emocjonalne, behawioralne tudzież hiperkinetyczne. F99-F99: niezidentyfikowany przypadek psychiatryczny.

[3] Reprezentatywną postacią fikcyjną z Paranoid Personality Disorder (PPD, F60.0) jest Alastor „Szaloonooki” Moody, bohater drugoplanowy w powieściach „Harry Potter i Czara Ognia” (2000) oraz „Harry Potter i Zakon Feniksa” (2003) autorstwa Joanne Kathleen Rowling. Czarodziej ten był wykwalifikowanym aurorem, funkcjonariuszem „kontrwywiadu” (?) na usługach brytyjskiego Ministerstwa Magii.

[4] W jankeskim podręczniku ICD-10-CM, będącym federalną adaptacją ICD-10, składnikiem osobowości zależnej jest abulomania/aboulomania (ICD.codes/icd10cm/F607). Anglojęzyczna Wikipedia definiuje zaś abulomanię/aboulomanię jako „patologiczne niezdecydowanie” – „pathological indecisiveness” (En.wikipedia.org/wiki/Aboulomania).

[5] W księdze ICD-10-CM (ICD-10 Clinical Modification) nie występuje rozróżnienie na „typ impulsywny” i „typ pograniczny”. Nie wyszperamy tam kodów „F60.30” i „F60.31”. Syndrom oznaczony kodem F60.3 (ICD.codes/icd10cm/F603) nosi miano... Borderline Personality Disorder. Wedle załączonej notatki, termin BPD obejmuje cały konstrukt „osobowości chwiejnej emocjonalnie” – EUPD. Kod F60.3 został także przypisany następującym pojęciom: „quarrelsomeness” – „kłótniowość”, „emotionality, pathological” – „emocjonalność, patologiczna” i „excitability, abnormal, under minor stress (personality disorder)” – „pobudliwość, anormalna, pod wpływem niewielkiego stresu (zaburzenie osobowości)”.

[6] Dlaczego doświadczałam bullyingu, czyli gnębienia ze strony młodocianych troglodytów (głównie w liceum, ale również w gimnazjum i starszych klasach podstawówki)? Bo spełniałam oczekiwania dorosłych autorytetów, a protestowałam przeciwko rozwydrzonym niedorostkom. Nie chciałam wagarować, zbierać jedynek, chodzić na dyskoteki, uczestniczyć w pijackich imprezach, palić papierosów, oglądać pornografii, uprawiać seksu przedmałżeńskiego ani symulować (na przerwach w szkole!) czynów nierządnych z młodzieżą płci obojga. Byłam tzw. dzieckiem idealnym, co w wielu „zbuntowanych nastolatkach” wzbudzało oczywistą agresję. Ale nie dałam się przekabacić – nie uległam presji rówieśniczej. Nadal jestem tą samą grzeczną dziewczynką.

ANEKS

Schorzeniem nerwicowym, które łatwo pomylić zarówno z osobowością unikającą, jak i z fobią społeczną, jest agorafobia (F40.0 w międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10). Poniżej przedstawiam dwa cytaty wyjaśniające specyfikę tego psychiatrycznego fenomenu.

„Osoba cierpiąca na agorafobię odczuwa niepohamowany lęk przed przebywaniem w nieznanym dobrze otoczeniu lub wszędzie tam, gdzie nie ma poczucia kontroli nad sytuacją. Może to być otwarta przestrzeń, zatłoczony pokój, podróż autobusem, stanie w kolejce w supermarkecie, przebywanie na moście. Często towarzyszy temu obawa przed publicznym upokorzeniem, głównie z powodu wystąpienia ewentualnego napadu paniki. Dlatego osoby z agorafobią starają się unikać miejsc publicznych, co w dłuższej perspektywie może prowadzić do wystąpienia tzw. fobii społecznej. Agorafobia może być również skutkiem innego zaburzenia, np. stresu pourazowego lub każdego innego, które jest przyczyną irracjonalnego strachu przed wyjściem z domu, do innych ludzi” (Matylda Mazur, „Agorafobia – przyczyny, objawy, leczenie”, Medonet.pl)

„Charakterystyczną cechą agorafobii jest unikanie owych miejsc przez osobę chorą, obawia się ona bowiem, że w takiej dramatycznej sytuacji uzyskanie pomocy albo natychmiastowe opuszczenie niebezpiecznego terytorium będzie trudne lub niemożliwe. (...) Unikanie wszystkich sytuacji i miejsc, których chory się obawia – może być silne. Osoby z agorafobią mogą być niezdolne do opuszczenia domu, jeśli nie towarzyszy im bliska osoba. Jest to wtedy sytuacja rzeczywistego społecznego inwalidztwa, przynajmniej okresowego, które w wypadku agorafobii zdarza się częściej niż w przypadku innych zaburzeń lękowych. Inni chorzy potrafią tak skutecznie unikać ‘niebezpiecznych’ miejsc, że mogą dość dobrze funkcjonować i nie przejawiać ostrych objawów lękowych czy panicznych. (...) Jeżeli nie podejmie się leczenia, lęk agorafobiczny może trwać wiele lat, zmieniać swoją intensywność, ale niejednokrotnie nasila się z czasem” (lek. med. spec. psych. Stanisław Porczyk, „Agorafobia, lęk przed otwartą przestrzenią”, Online.synapsis.pl)