

# Depresyjne zaburzenia osobowości

Bartosz Grabski

*Depresyjne zaburzenia osobowości (DZO) są stosunkowo nową kategorią diagnostyczną zaproponowaną w DSM-IV. Kategoria ta nie znalazła się w głównej części podręcznika i przeznaczono ją do dalszych badań. W rzeczywistości sam pomysł nie jest aż tak nowy i różne próby opisu i konceptualizacji depresyjności jako względnie stałej charakterystyki osobowościowej podejmowane były przez wielu autorów. Pomimo zaproponowania specyficznych kryteriów dużym problemem praktycznym i teoretycznym pozostaje różnicowanie z dystymią. Wyniki badań rzetelności i trafności kategorii DZO są niejednoznaczne, choć nie odbiegają od tych otrzymywanych dla innych zaburzeń osobowości. Nadal brakuje badań z zakresu epidemiologii, etiopatogenezy i leczenia DZO. Zagadnienie wymaga więc dalszych badań oraz krytycznej analizy dostępnych danych, zaś postępowanie kliniczne szczególnej ostrożności oraz wyboru dostępnych środków w zależności od przyjętego modelu zaburzenia.*

## Wprowadzenie

W praktyce klinicznej stosunkowo często spotykamy osoby o określonym, depresyjnym sposobie myślenia, przeżywania i zachowania. Pesymizm, dysforia, nadmierny krytycyzm w stosunku do siebie stanowiąc mogą pewien podstawowy „styl” osobowościowy u 20% osób leczonych psychiatrycznie.<sup>1</sup> Koncept osobowości depresyjnej i stanów pokrewnych ma długą historię w piśmiennictwie klinicznym, klasyfikacjach i filozofii. Zaproponowanie w 1994 roku kategorii badawczej „depresyjnych zaburzeń osobowości” w dodatku do DSM-IV otwiera pole do dalszych badań i teoretycznych dyskusji nad trafnością i rzetelnością oraz kliniczną użytecznością tak sformułowanej kategorii. Zwolennicy jej wprowadzenia przekonują, że poziom rzetelności i trafności nie odbiega znacząco od wartości uzyskiwanych dla wielu innych zaburzeń osobowości, przeciwnicy wątpią w zasadność kategoryjnego podejścia do zaburzeń osobowości w ogóle.<sup>1,2</sup>

## Depresyjne zaburzenia osobowości – perspektywa historyczna

W klasycznym opisie choroby maniako-depresyjnej Kraepelin posłużył się po raz pierwszy pojęciem temperamentu depresyjnego. Traktował go jako „podstawowy stan” predysponujący jednostkę do wystąpienia depresyjnych elementów w obrazie psychopatologicznym tej choroby. Stan ten rozumiany był jednak przez niego raczej ja-

ko zaburzenie nastroju *per se* niż jako zaburzenie osobowości. Myśl Kraepelina znacząco wpłynęła na innych badaczy. Kretschmer podał zasadniczo podobny opis, jednak zauważył, że cechy te mogą występować u osób skądinąd „normalnych”. Schneider wyraził jeszcze bardziej radykalną opinię, twierdząc, że każda forma psychopatologii osobowości nie powinna być klasyfikowana jako „właściwe” zaburzenie psychiczne, a raczej statystyczne odchylenie od normy, będące źródłem cierpienia dla danej osoby lub jej otoczenia. W opisie depresyjnej psychopatii uwzględnił takie cechy jak obniżoną zdolność do przeżywania przyjemności, cichość, skłonność do zamartwiania się, sceptycyzm, nadmierną obowiązkowość. Duży udział w próbach konceptualizacji depresyjnych zaburzeń osobowości, a przede wszystkim cech osobowości predysponujących do rozwoju zaburzeń nastroju, miała psychoanaliza. W ramach tej perspektywy opisywano takie cechy, czynniki i mechanizmy związane z depresją, jak m.in. nadmierną zależność, złość przeniesioną z utraconego obiektu miłości na siebie czy urazowe wczesnodziecięce doświadczenia, nadwątłające poczucie własnej wartości. Depresyjne zaburzenia osobowości były następnie w różny sposób określane i klasyfikowane w kolejnych edycjach amerykańskiego podręcznika diagnostycznego – DSM.<sup>1-5</sup>

W tabeli 1 przedstawiono<sup>2</sup> historyczne ujęcia DZO, z kolei na rycinie 1 zestawiono opisy cech DZO podane przez różnych autorów.<sup>1-8</sup>

## Depresyjne zaburzenia osobowości – kryteria diagnostyczne

Depresyjne zaburzenia osobowości nie znalazły swojego miejsca w głównej części podręcznika diagnostycznego klasyfikacji amerykańskiej (DSM-IV-TR).<sup>6</sup> Zaproponowano natomiast ich uwzględnienie w dodatku (appendix B) jako kategorii przeznaczonej do dalszych badań (ryc. 2). Nie są więc używane w codziennej praktyce klinicznej.

Warto wspomnieć, że najczęściej używanym rozpoznaniem w obszarze zaburzeń osobowości pozostaje kategoria „zaburzeń osobowości bliżej nieokreślonych” (personality disorders NOS) przeznaczona oficjalnie m.in. do kodowania stanów klinicznych będących desygнатem badawczej kategorii DZO.

## Kategoria depresyjnych zaburzeń osobowości – trafność i rzetelność

Badania walidacyjne kategorii diagnostycznej depresyjnych zaburzeń osobowości zostały szeroko przytoczone przez Hupricha.<sup>1</sup> Cytując za wspomnianym autorem, badania rzetelności wyrażone przez współczynnik zbieżności dla zmiennych nominalnych (kappa) osiągnęły wartości 0,52-0,74, odpowiadające poziomowi umiarkowanemu i dobremu, z kolei rzetelność wyrażona jako stabilność rozpoznania w czasie (średnie wartości kappa dla różnych okresów wg różnych kryteriów diagnostycznych) znalazły się w przedziale: 0,37 (30 miesięcy) – 0,47 (2 la-

ta) – 0,57 (7,5-10 lat) – 0,60 (3 lata). Niektóre badania trafności (trafność różnicowa, nakładanie się kategorii diagnostycznych) zestawiono w tabeli 2.<sup>1</sup>

### Kategoria depresyjnych zaburzeń osobowości – narzędzia badawcze

Rzetelne rozpoznawanie depresyjnych zaburzeń osobowości w praktyce klinicznej lub badawczej umożliwiają niektóre narzędzia diagnostyczne. Wśród nich znajdują te stworzone specjalnie dla DZO, jak również te, które uwzględniają rozpoznanie depresyjnych zaburzeń osobowości pośród innych możliwych rozpoznań (tab. 3).<sup>1-5</sup>

### Epidemiologia

Ze względu na brak kategorii depresyjnych zaburzeń osobowości w głównej części podręcznika DSM nie ma obecnie danych o ich rozpowszechnieniu w populacji ogólnej. W dostępnych badaniach nie wykazano, aby osoby spełniające powyższe kryteria różniły się od osób ich niespełniających pod względem płci, rasy, stanu cywilnego, wykształcenia czy statusu socjoekonomicznego.<sup>1-8</sup>

### Diagnostyka różnicowa

W diagnostyce różnicowej DZO uwzględnic należy przede wszystkim dystymię. Różnicowanie z dystymią stanowi ponadto ogromne wyzwanie praktyczne, teoretyczne, a jego wykonalność jest kwestionowana przez niektórych klinicystów. Jak przedstawiono szczegółowo na rycinach 3 (porównanie kryteriów diagnostycznych w ujęciu DSM-IV-TR)<sup>6</sup> i 4 (porównanie innych cech różnicujących),<sup>4</sup> tym, co zwraca szczególną uwagę, jest położenie silniejszego akcentu na aspekty poznawcze i behawioralne (obraz siebie, stosunek i zachowanie w stosunku do siebie i innych) w DZO, w przeciwieństwie do aspektu somatycznego (zmiany apetytu, zaburzenia snu, męczliwość), które akcentowane są wyraźniej w kryteriach rozpoznawania dystymii. Oba zestawy kryteriów zawierają jednak wspólny element emocjonalny (obniżony nastrój) oraz poznawczy (obniżoną samoocenę). Ważnym elementem różnicującym może być charakterystyczna dla zaburzeń osobowości egosyntoniczność objawów. Mniej pewny jest czas ich pierwszego wystąpienia, szczególnie w stosunku do tzw. dystymii o wczesnym początku. Badania trafności różnicowej pokazują, że częstość nakładania się obu kategorii wynosi od 18-95% osób z DZO spełniających kryteria diagnostyczne dystymii i 17-73% osób z dystymią spełniających kryteria depresyjnych zaburzeń osobowości.<sup>1</sup> Jak widać, róż-

nicowanie, choć możliwe, może przysparzać sporych trudności.

W diagnostyce różnicowej należy uwzględnić ponadto depresyjny „styl” osobowościowy przynależny do szeroko rozumianej normy psychicznej oraz inne zaburzenia osobowości, w szczególności unikające, zależne, obsesyjno-kompulsyjne i borderline.<sup>2,4</sup>

### Etiopatogeneza i pozycja nozologiczna

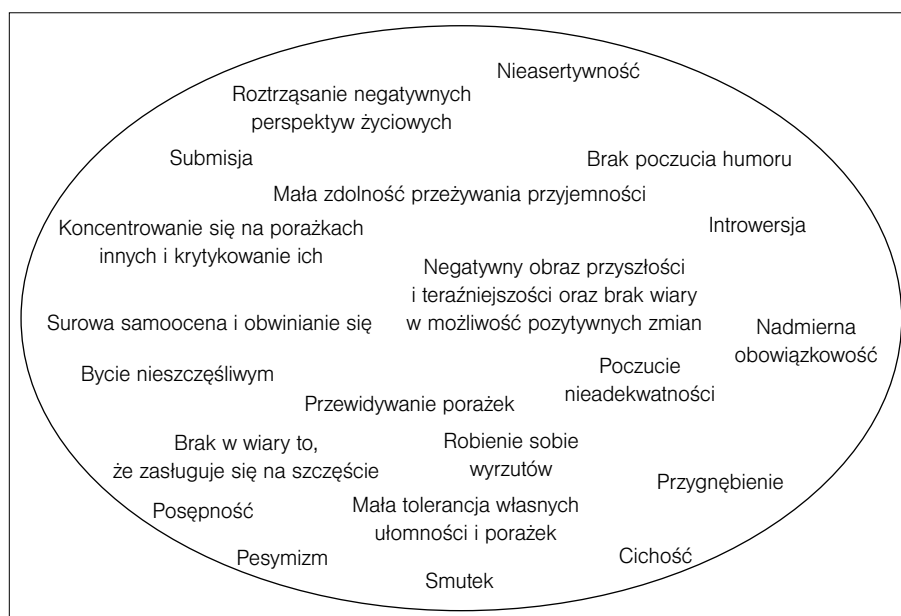
Etiopatogeneza DZO jest nieznaną. Zależna może być od pasującego modelu. Zaproponowano kilka możliwych ujęć za-

gadnienia. I tak, depresyjne zaburzenia osobowości stanowić mogą: 1) najłagodniejszą z jednobiegunowych form zaburzeń nastroju (koncepcja kontinuum lub spektrum), 2) wariant (związany z cechą, uporczywy, o wczesnym początku) zaburzeń depresyjnych, 3) jedną ze swoistych form zaburzeń osobowości, 4) jeden z podtypów dystymii, 5) zaburzenie tożsame z dystymią lub 6) jeden z wymiarów osobowości.<sup>4</sup> Udział w etiopatogenezie mogą mieć więc zarówno czynniki biologiczne (oś podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowa i tarczycowa, zaburzenia neuroprzekaznictwa noradrenergicznego

**TABELA 1**  
**Depresyjne zaburzenia osobowości: historyczny rozwój koncepcji (zestawienie za: Ryder, Bagby, Marshall, Costa, 2005).<sup>2</sup>**

Autor	Opis
Kraepelin (1921)	Temperament depresyjny jako predysponujący do choroby maniakalno-depresyjnej; osoby opisywane są jako: przeważnie depresyjne, ponure, zrozpaczone, zbyt poważne, skłonne do poczucia winy, samooskarżeń i rezygnacji z siebie, mało pewne siebie
Schneider (1959)	Opis Kraepelina i dodatkowo: obniżona zdolność do przeżywania przyjemności (hipohedonia), cichość, skłonność do zamartwiania się, sceptycyzm, nadmierna obowiązkowość
DSM-I (APA 1952)	Kategorie: reakcja depresyjna i podtyp depresyjny cyklotymicznych zaburzeń osobowości
DSM-II (APA 1968)	Zmiana nazwy reakcji depresyjnej na nerwicę depresyjną; zachowanie cyklotymicznych zaburzeń osobowości; nerwica neurasteniczna i asteniczna zaburzenia osobowości
DSM-III (APA 1980)	Zmiana nazwy nerwicy depresyjnej na dystymię
Akiskal (1983)	Proponuje kryteria depresyjnych zaburzeń osobowości na podstawie kryteriów Schneidera
DSM-IV (APA 1994)	Proponuje kategorię badawczą depresyjnych zaburzeń osobowości

**RYCINA 1**  
**Cechy osób z depresyjnymi zaburzeniami osobowości – opisy różnych autorów<sup>1-8</sup>**



i serotonergicznego), jak i psychospołeczne (wczesne utraty, niewystarczająca uwaga ze strony rodziców, karzące super-ego).<sup>4,7,8</sup>

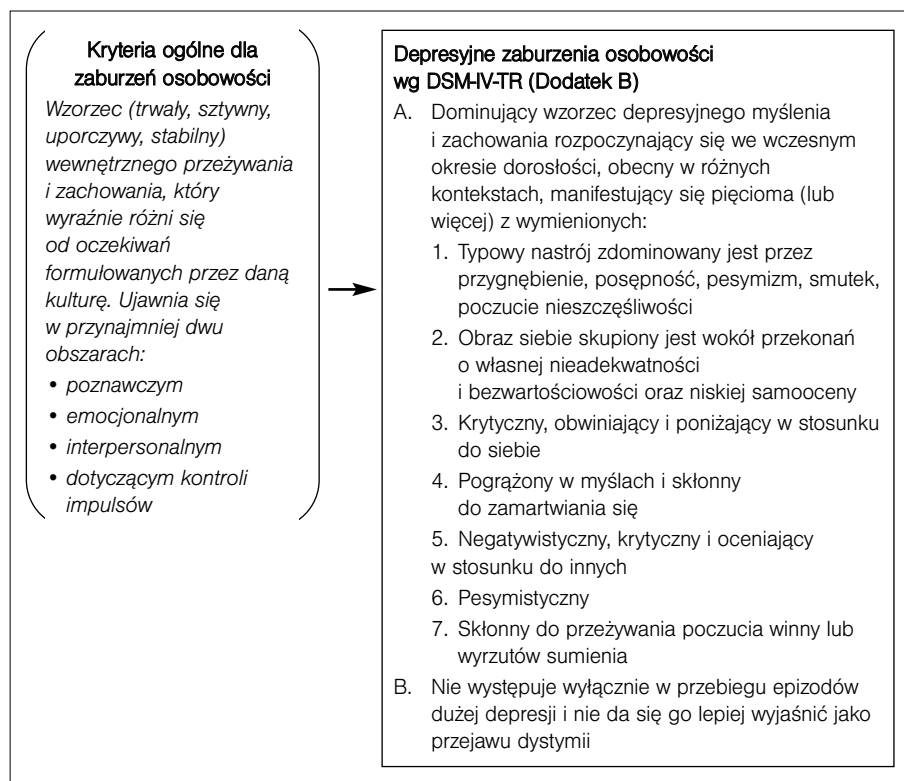
### Implikacje terapeutyczne

Niezależnie od sposobu konceptualizacji DZO nie ma obecnie opartych na dowodach strategii postępowania. Autorzy monografii

„Depression and personality”<sup>2</sup> w rozdziale poświęconym depresyjnym zaburzeniom osobowości piszą wprost, że biorąc pod uwagę brak odpowiedzi na fundamentalne pytania dotyczące ich pozycji nozologicznej, wszelkie propozycje terapeutyczne należy uznać za spekulatywne i orientacyjne. Przyjmując koncepcje spektrum z jednobiegunowymi zaburzeniami nastroju można więc przyjąć, że część pacjentów odniesie korzyści z przyjmowania leków przeciwdepresyjnych. Nawet jeśli powszechnie uważa się, że leczenie farmakologiczne jest mało skuteczne w zaburzeniach osobowości, to dwie kwestie pozwalają na odrobinę optymizmu. Po pierwsze, status depresyjnych zaburzeń osobowości jako „czystych” zaburzeń osobowości jest niepewny. Po drugie, badania i praktyka kliniczna pokazują, że nowe leki przeciwdepresyjne, głównie z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny, wpływają niekiedy modyfikująco na niektóre cechy osobowościowe. Podstawowa trudność według autorów cytowanej monografii polega na problemach w wyznaczeniu odpowiedniego punktu odcięcia dla liczby i nasilenia objawów DZO, które pozwoliłyby na podjęcie leczenia farmakologicznego. Dlatego zalecana ostrożność w podejmowaniu decyzji o rozpoczęciu takiego leczenia.

Podobnie w wyborze strategii psychoterapeutycznych, w obliczu braku zweryfikowanych metod proponuje się elastyczne wykorzystanie protokołów i propozycji psychoterapeutycznych zaprojektowanych do leczenia zaburzeń osobowości lub zaburzeń nastroju, szczególnie przewlekłej, długotrwałej depresji. W pierwszym przypadku autorzy monografii „Depression and personality” wymieniają na przykład podejście zorientowane na schemat (schema-focused approach) Becka i Freemanę oraz terapię zorientowaną na schematy

**RYCINA 2**  
**Kryteria diagnostyczne depresyjnych zaburzeń osobowości wg DSM-IV-TR<sup>6</sup>**



**TABELA 2**  
**Trafność różnicowa depresyjnych zaburzeń osobowości (za: Huprich 20091)**

	n	Badania nakładania się kategorii	
		Populacja	Wyniki
Klein i Shih (1998)	156	Pacjenci ambulatoryjni	73% DYST → DZO 80% DZO → DYST 20% DZO → Avoid-PD 20% DZO → BPD
Bagby i Ryder (1999)	168	Pacjenci ambulatoryjni	23% DYST → DZO 95% DZO → DYST
Ryder i wsp. (2001)	60	Studenci	17% DYST → DZO 53% DZO → DYST
McDermut i wsp. (2003)	900	Pacjenci ambulatoryjni	48% DYST → DZO 18% DZO → DYST 21% DZO → OCPD 22% DZO → BPD 43% DZO → Avoid-PD
Markowitz i wsp. (2004)	665	Pacjenci ambulatoryjni	49% DYST → DZO 25% DZO → DYST 20% DZO → SchizotPD 22% DZO → PPD 56% DZO → BPD 72% DZO → Avoid-PD 44% DZO → OCPD

DYST – dystymia, Avoid-PD – unikające zaburzenia osobowości, BPD – zaburzenia osobowości typu borderline, OCPD – obsesyjno-kompulsyjne zaburzenia osobowości, SchizotPD – schizotypowe zaburzenia osobowości, PPD – paranoiczne zaburzenia osobowości.

**TABELA 3**  
**Narzędzia diagnostyczne przeznaczone do oceny depresyjnych zaburzeń osobowości<sup>1-5</sup>**

Narzędzie diagnostyczne
Diagnostic Interview for Depressive Personality (DIDP)
Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II)
Schneider criteria for DPD
Depressive Personality Disorder Inventory (DPDI)
Temperament and Character Inventory (TCI)
NEO– Personality Inventory Revised (NEO-PI-R)
Millon Clinical Multiaxial Inventory–III (MCMI-III)
Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV)
Personality Disorder Examination (PDE)
Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV)

**RYCINA 3**  
**Porównanie kryteriów diagnostycznych depresyjnych zaburzeń osobowości a dystymii<sup>6</sup>**

Depresyjne zaburzenia osobowości	Dystymia
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Typowy nastrój zdominowany jest przez przygnębienie, posępność, pesymizm, smutek, poczucie bycia nieszczęśliwym</li> <li>2. Obraz siebie skupiony jest wokół przekonania o własnej nieadekwatności i bezwartościowości oraz niskiej samooceny</li> <li>3. Krytyczny, obwiniający i poniżający w stosunku do siebie</li> <li>4. Pograżony w myślach i skłonny do zamartwiania się</li> <li>5. Negatywistyczny, krytyczny i oceniający w stosunku do innych</li> <li>6. Pesymistyczny</li> <li>7. Skłonny do przeżywania poczucia winy lub wyrzutów sumienia</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Spadek apetytu lub objadanie się</li> <li>2. Bezsennność lub hipersomnia</li> <li>3. Obniżenie energii lub męczliwość</li> <li>4. Niska samoocena</li> <li>5. Obniżona koncentracja uwagi lub trudności z podejmowaniem decyzji</li> <li>6. Utrata nadziei</li> </ol> <p>+ Nastrój depresyjny przez większą część dnia i przez większość dni, odczuwany subiektywnie bądź zauważany przez innych, utrzymujący się przez przynajmniej 2 lata</p>

**RYCINA 4**  
**Depresyjne zaburzenia osobowości a dystymia – dodatkowe elementy różnicujące<sup>4</sup>**

Depresyjne zaburzenia osobowości	Dystymia
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nacisk na aspekty poznawcze i behawioralne</li> <li>• Przebieg chroniczny, raczej ciągły</li> <li>• Egosyntoniczność</li> <li>• Trwa całe życie</li> <li>• Brak czynników precipitujących</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nacisk na obniżenie nastroju</li> <li>• Przebieg chroniczny, jednak fluktuujący</li> <li>• Egodystoniczność</li> <li>• Różny czas początku</li> <li>• Niektórzy klinicyści wątpią w możliwość różnicowania obu zaburzeń</li> </ul>

(schema-focused therapy) Younga. W drugim tzw. system psychoterapii opartej na analizie poznawczo-behawioralnej (CBASP, cognitive behavioral analysis system of psychotherapy) Mc-Cullougha, integrujący interwencje z różnych podejść – behawioralnego, poznawczego, interpersonalnego i psychodynamicznego.<sup>2</sup>

## Podsumowanie

Status depresyjnych zaburzeń osobowości jako samodzielnej kategorii pozostaje niepewny. Odzwierciedla to być może podstawowy problem z kategoryalnym opisywaniem i klasyfikowaniem zaburzeń osobowości w ogóle. Niejasny jest związek tych zaburzeń z zaburzeniami nastroju, a w szczególności z dystymią. Może to stwarzać poważne trudności praktyczne dotyczące diagnostyki różnicowej i postępowania terapeutycznego. Wobec licznych pytań, które pozostają bez odpowiedzi, w postępowaniu wskazana jest rozważa, indywidualizacja podejścia oraz twórcze wykorzystanie dostępnych podejść w zależności od wybrane-

go, najlepiej pasującego modelu rozumienia problemów danego pacjenta.

## Piśmiennictwo

1. Huprich SK. What Should Become of Depressive Personality Disorder in DSM-V? *Harv Rev Psychiatry*. 2009;17:41-59.
2. Ryder AG, Bagby RM, Marshall MB, Costa Jr. PT. The depressive personality. *Psychopathology, Assessment, and Treatment*. W: Rosenbluth M, Kennedy SH, Bagby RM (red.). *Depression and Personality. Conceptual and Clinical Challenges*. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA. 2005.
3. Huprich SK. Depressive personality disorder: theoretical issues, clinical findings, and future research questions. *Clin Psych Rev*. 1998;18(5):477-500.
4. Finnerty T. *Depressive personality disorder. Understanding current trends in research and practice*. WorldWideMentalHealth.com. Columbus, OH. 2009.
5. Bagby RM, Ryder AG, Schuller DR. Depressive Personality Disorder: A Critical Overview. *Curr Psychiatr Rep*. 2003;5:16-22.
6. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Text Revision. DSM-IV-TR. American Psychiatric Association. Arlington, VA. 2000.
7. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Tenth Edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA. 2007.
8. Lopez-Ibor J. Personality disorders. W: Gelder MG, Lopez-Ibor Jr JJ, Andreasen NC. (red.) *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Vol 1. Oxford University Press. Oxford New York. 2000.