

Złożony zespół stresu pourazowego – przełom w leczeniu zaburzeń osobowości

Complex post-traumatic stress disorder: a breakthrough in treating personality disorders

Centrum Badań nad Traumą i Dysocjacją, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Katowice, Polska

Adres do korespondencji: Dr Igor Pietkiewicz, Centrum Badań nad Traumą i Dysocjacją, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, ul. Techników 9, 40-326 Katowice, e-mail: ipietkiewicz@swps.edu.pl

Streszczenie

Złożony zespół stresu pourazowego (*complex post-traumatic stress disorder*, cPTSD) to nowe rozpoznanie, które pojawi się w 11. edycji klasyfikacji psychiatrycznej ICD (International Classification of Diseases – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób). Łączy ono cechy zaburzenia stresowego pourazowego i zaburzenia osobowości. W artykule omówiono historię tego rozpoznania i dotychczasowe pomysły na jego konceptualizację. Kryteria cPTSD obejmują objawy stresu pourazowego (ponowne przeżywanie, unikanie i poczucie zagrożenia) oraz trzy grupy objawów nazywane łącznie zaburzeniem organizacji *self*: dysregulację emocjonalną, negatywny obraz siebie i zaburzenia w relacjach. Na podstawie najnowszych badań zilustrowano podobieństwa i różnice między cPTSD a zaburzeniem osobowości borderline. Postuluje się przede wszystkim kluczowe znaczenie dysocjacji jako patomechanizmu cPTSD. Ma to istotne implikacje dla praktyki klinicznej, gdyż wielu pacjentów spełniających kryteria cPTSD otrzymuje błędną diagnozę i jest leczonych z rozpoznaniem zaburzeń osobowości, bez uwzględnienia standardów postępowania wypracowanych z myślą o osobach z objawami stresu pourazowego. Jedną z istotnych modyfikacji jest zastosowanie terapii fazowej, w której podkreśla się konieczność uzyskania pewnej stabilizacji w zakresie objawów i funkcjonowania przed podjęciem pracy nad urazowymi wspomnieniami.

Słowa kluczowe: złożony zespół stresu pourazowego, złożone PTSD, cPTSD, borderline, diagnoza różnicowa

Abstract

Complex post-traumatic stress disorder (complex PTSD, cPTSD) is a new diagnosis in the 11th edition of the ICD (International Classification of Diseases) psychiatric classification. It combines the symptoms of post-traumatic stress disorder and personality disorder. The article elaborates on the history of this diagnosis and its previous conceptualisations. The criteria for cPTSD include the symptoms of post-traumatic stress disorder (re-experiencing, avoidance and sense of threat) and three groups of symptoms defined as disturbance of self-organisation: affective dysregulation, negative self-concept, and disturbances in relationships. Similarities and differences between borderline personality disorder and cPTSD are illustrated based on latest research. First of all, the key role of dissociation as the pathomechanism of cPTSD is postulated. This is important from the clinical perspective as many patients who meet the diagnostic criteria of the latter disorder are misdiagnosed and treated as personality disorder cases, without implementing therapeutic standards that have been developed so far for people suffering from post-traumatic symptoms. The use of phase-oriented trauma treatment, which emphasises the need for achieving certain stability of symptoms and functioning before working on traumatic events, is one of such important modifications.

Keywords: complex post-traumatic stress disorder, complex PTSD, cPTSD, borderline, differential diagnosis

NOWE ZABURZENIE ZWIĄZANE Z TRAUMĄ

Klinicystka i badaczka Judith Herman, która odegrała istotną rolę we wprowadzeniu do klasyfikacji psychiatrycznej rozpoznania zespołu stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder*, PTSD), już w latach 90. XX wieku zwracała uwagę na istnienie odrębnej jednostki związanej z doświadczeniami urazowymi w dzieciństwie i relacją z opiekunami. Autorka nazwała tę jednostkę złożonym zespołem stresu pourazowego (*complex post-traumatic stress disorder*, cPTSD) (Herman, 1992) i podkreślała:

Koncepcje osobowości rozwijającej się w zwykłych warunkach są często stosowane w odniesieniu do osób z doświadczeniem traumy, bez zrozumienia zniekształceń osobowości następujących pod wpływem długotrwałej przemocy. Tak więc pacjenci cierpiący z powodu złożonych skutków przewlekłej traumy są często błędnie diagnozowani jako mający zaburzenia osobowości. Mogą być określani jako „zależni”, „masochistyczni” lub „autodestrukcyjni”. Wcześniejsze koncepcje „masochizmu” lub „przymusu powtarzania” mogą zostać w bardziej przydatny sposób zastąpione koncepcją złożonego zespołu pourazowego.

Herman (2015) wyjaśniała później, że to złożone zaburzenie pourazowe może obejmować szerokie spektrum objawów, różniących się jakościowo od objawów innych zaburzeń: „Objawy somatyczne ofiar traumy nie są takie same jak zwykle zaburzenia psychosomatyczne. Ich depresja nie jest taka sama jak zwykła depresja. A rozpad ich tożsamości i życia relacyjnego nie jest taki sam jak w zwykłym zaburzeniu osobowości” (s. 118). Odmienność, o której pisze Herman, wiąże się ze złożonością zaburzeń regulacji afektu, problemów z przywiązaniem oraz integracji obrazu siebie i innych, co zostanie bardziej szczegółowo omówione w dalszej części artykułu. Nagłaśniane przez badaczkę koncepcje znalazły odzwierciedlenie w nowym rozpoznaniu, opatrzonym kodem F62, które pojawiło się w klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia ICD-10: „trwałe zmiany osobowości niewynikające z uszkodzenia ani z choroby mózgu” (Pużyński i Wciórka, 1998). Diagnoza ta znajduje się zatem w rozdziale poświęconym zaburzeniom osobowości i opisuje zaburzenia zachowania i osobowości u dorosłych, którzy doświadczyli silnego i przedłużającego się stresu. Cechy konieczne do rozpoznania to według ICD-10:

- a) wroga i nieufna postawa wobec świata;
- b) wycofanie z życia społecznego;
- c) odczuwanie pustki i beznadziejności;
- d) przewlekłe uczucie bycia „na krawędzi”, jakby stałego zagrożenia;
- e) wyobcowanie (Pużyński i Wciórka, 1998).

Uwzględnienie omawianej kategorii w ICD-10 miało dać klinicytom wyraźny sygnał, że doświadczenia urazowe mogą wpływać na rozwój osobowości i że obraz kliniczny tego zaburzenia różni się od innych znanych zaburzeń osobowości. Jednak rozpoznanie to nie wzbudziło większego

zainteresowania ani wśród badaczy, ani wśród klinicystów. Bliższa analiza stojącej za nim koncepcji prowadzi do kolejnego pytania, a mianowicie: jaki jest związek tego zaburzenia z rozpoznaniem zaburzenia stresowego pourazowego? Według kryteriów dla F62 PTSD może poprzedzać tak zdefiniowaną trwałą zmianę osobowości – ale nie musi. Chociaż z obserwacji klinicznych wynika, że za trwałą zmianę osobowości częściej odpowiadają wydarzenia urazowe z dzieciństwa niż z okresu dorosłości (van der Hart *et al.*, 2006; Nijenhuis, 2015), ICD-10 nie pozwala na rozpoznanie takiego stanu u dzieci albo u dorosłych, którzy doświadczyli traumy w okresie rozwojowym, zanim ich osobowość mogła w pełni się ukształtować. Powyższa problematyka została podjęta przez badaczy zajmujących się rozpoznaniem „zaburzenia związane ze stresem ekstremalnym, nieokreślone inaczej” (*disorders of extreme stress, not otherwise specified*, DESNOS). Na podstawie danych zaczerpniętych z literatury i ankiety z udziałem 50 ekspertów Pelcovitz i wsp. (1997) stworzyli listę objawów charakterystycznych dla zaburzeń związanych ze stresem urazowym, których nie uwzględniały ówczesne kryteria PTSD. Z kolei Luxenberg i wsp. (2001) opracowali i przeprowadzili w grupie 520 pacjentów ustrukturyzowany wywiad kliniczny SIDES (Structured Interview for Disorders of Extreme Stress), aby określić kryteria dla DESNOS jako zaburzenia obejmującego sześć grup objawów:

- I. zmiany w regulacji afektu i impulsów (konieczne A i jedno z B–F):
 - A. regulacja afektu,
 - B. modulacja złości,
 - C. autodestruktywność,
 - D. myśli samobójcze,
 - E. kompulsywność lub skrajne zahamowanie w sferze seksualnej,
 - F. zachowania ryzykowne;
- II. zmiany w zakresie uwagi i świadomości (konieczne A lub B):
 - A. amnezja,
 - B. przejściowe stany dysocjacyjne lub depersonalizacja;
- III. zmiany w percepcji siebie (konieczne dwa z A–F):
 - A. niewydolność,
 - B. trwałe uszkodzenie,
 - C. poczucie winy i odpowiedzialności,
 - D. wstyd,
 - E. poczucie, że nikt nie może zrozumieć,
 - F. pomniejszanie;
- IV. zmiany w relacjach z innymi (konieczne jedno z A–C):
 - A. niezdolność do zaufania,
 - B. rewiktymizacja,
 - C. wiktymizacja innych;
- V. somatyzacje (konieczne dwa z A–E):
 - A. układ trawienny,
 - B. przewlekły ból,
 - C. objawy krążeniowo-oddechowe,
 - D. objawy konwersyjne,
 - E. objawy płciowe;

VI. zmiany w systemie wartości (konieczne A lub B):

A. rozpacz lub poczucie beznadziei,

B. utrata wcześniejszych przekonań dających oparcie.

Badania nad tak sformułowanym rozpoznaniem DESNOS pozwoliły stwierdzić, że reakcja na stres traumatyczny znacznie wykracza poza opisane dotychczas objawy PTSD i obejmuje objawy somatyzacji, dysocjacji oraz dysregulacji afektu. Zwracano też uwagę na fakt, że wymienione objawy i ich konstelacje zmieniają się dynamicznie w czasie (van der Kolk *et al.*, 1996). Chociaż w DSM-5 z powodu niewystarczającej liczby badań uzasadniających wyodrębnienie nowej jednostki nie wprowadzono rozpoznania cPTSD/DESNOS (Resick *et al.*, 2012), badania nad zaburzeniami stresu ekstremalnego (*disorders of extreme stress*, DES) przyczyniły się do znacznego poszerzenia kategorii PTSD w 5. edycji amerykańskiej klasyfikacji, wprowadzonej w 2013 roku (Friedman, 2013; Zawadzki i Popiel, 2014).

Jednym z przejawów owego poszerzenia jest uwzględnienie w DSM-5 podtypu PTSD u dzieci w wieku 6 lat i młodszych, który zyskał odrębne kryteria (Gałecki i Świącicki, 2015). Dalszy rozwój wiedzy na temat skutków doświadczeń urazowych (np. przemocy fizycznej lub wykorzystania seksualnego) u dzieci pokazał, że oprócz objawów PTSD można się spodziewać innych, złożonych problemów wynikających z wpływu takich doświadczeń na rozwijający się umysł (Ackerman *et al.*, 1998). Z inicjatywy National Child Traumatic Stress Network sformułowano kryteria diagnozy posttraumatycznych zaburzeń rozwojowych (*developmental trauma disorder*, DTD) jako odpowiednika diagnozy DESNOS u dzieci (Ford *et al.*, 2018; van der Kolk, 2018). Kryteria DTD są następujące:

A. ekspozycja (na doświadczenie urazowe);

B. zaburzenia regulacji afektywnej i fizjologicznej (kryteria B1–B4);

C. dysregulacja uwagi i zachowania (kryteria C1–C5);

D. dysregulacja w relacjach i w odniesieniu do *self* (kryteria D1–D6);

E. objawy ze spektrum stresu pourazowego.

Jakkolwiek rozpoznanie DTD nie figuruje obecnie w żadnej oficjalnej klasyfikacji psychiatrycznej, stanowi punkt odniesienia w diagnozowaniu u dzieci i młodzieży złożonych zaburzeń związanych z traumą.

Można wskazać kilka powodów, z których cPTSD/DESNOS nie zostały uwzględnione w DSM-5 (Resick *et al.*, 2012). Jednym było nakładanie się opisywanych przez te jednostki objawów z zaburzeniem osobowości borderline, gdyż dopiero późniejsze prace pozwoliły wyraźniej zaznaczyć granice między zaburzeniami. Ponadto nie jest jasny status ontologiczny cPTSD/DESNOS: czy to skutek traumy (a zatem należałoby włączyć nowe jednostki do utworzonej w DSM-5 grupy „zaburzenia pourazowe i związane z czynnikiem stresowym”), czy też zaburzenie osobowości? Podążając za tą drugą linią myślenia, Classen i wsp. (2006) zaproponowali analogiczny do cPTSD koncept potraumatycznego zaburzenia osobowości (*post-traumatic*

personality disorder, PTPD). W swojej koncepcji opisali to zaburzenie jako charakterologiczną adaptację do objawów PTSD związanych z wczesną i przewlekłą traumatyzacją, której istotą jest zaburzenie regulacji emocjonalnej. Chociaż propozycja ta nie była później rozwijana, stanowiła nowy punkt widzenia na różnice między zaburzeniem osobowości a cPTSD.

ZMIANY WPROWADZANE W ICD-11

W odróżnieniu od twórców DSM-5 grupa robocza Światowej Organizacji Zdrowia pracująca nad zaburzeniami związanymi ze stresem uznała, że dane z badań epidemiologicznych i klinicznych są wystarczające, aby uzasadnić odrębność konstruktów cPTSD. Na nowo zdefiniowano samo zaburzenie stresowe pourazowe, dzięki czemu projekt rozpoznania cPTSD, uproszczony w stosunku do DESNOS, zyskał nowe życie (Maercker *et al.*, 2013). W 11. edycji klasyfikacji ma się więc po raz pierwszy pojawić cPTSD jako oficjalna diagnoza (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, 2019). Aby ułatwić użycie nowo zdefiniowanych rozpoznań w praktyce klinicznej i dla celów badawczych, Cloitre i wsp. (2018) stworzyli Międzynarodowy Kwestionariusz Traumatyczny (International Trauma Questionnaire, ITQ), dostępny w wielu wersjach językowych, również polskiej, na stronie www.traumameasures-global.com/itq.

W zaburzeniu stresowym pourazowym kryterium dotyczące wydarzenia urazowego pozostaje sformułowane dość ogólnikowo – jest to wydarzenie lub sytuacja o charakterze wyjątkowo zagrażającym lub katastrofalnym. W ITQ przekłada się to na instrukcję: „Wskaż, proszę, najtrudniejsze wydarzenie życiowe, jakiego doświadczyłeś/łaś, i odpowiedz na poniższe pytania w kontekście tego wydarzenia”. W przypadku cPTSD (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, 2019) definicja wydarzenia urazowego jest bardziej precyzyjna: wydarzenie lub seria wydarzeń o charakterze wyjątkowo zagrażającym lub katastrofalnym, najczęściej długotrwałe lub powtarzające się wydarzenia, przed którymi ucieczka była trudna lub niemożliwa (np. tortury, niewolnictwo, ludobójstwo, długotrwała przemoc domowa, powtarzające się nadużycie seksualne lub fizyczne w dzieciństwie). Innymi słowy, przyczyną cPTSD jest trauma złożona (Courtois, 2004).

Złożone PTSD składa się z dwóch grup objawów: PTSD i zaburzenia organizacji *self* (*disturbance of self organization*, DSO). Oznacza to, że muszą być spełnione wszystkie kryteria dla PTSD, a ponadto występują objawy odnoszące się do „osobowościowego” aspektu cPTSD.

Według nowej definicji kryteria PTSD obejmują trzy grupy objawów (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, 2019):

1. Objawy ponownego doświadczania (*re-experiencing*) w teraźniejszości wydarzenia urazowego – w formie intruzywnych wspomnień, którym towarzyszy lęk lub przerażenie, flashbacków lub koszmarów sennych.

W ITQ odpowiadają temu itemy P1 (występowanie przygnębiających snów, w których to wydarzenie było odtworzone częściowo lub które w całości do niego nawiązywały) i P2 (występowanie intensywnych obrazów lub wspomnień, w których na nowo przeżywasz tu i teraz tamto wydarzenie).

2. **Unikanie** (*avoidance*) myśli czy wspomnień dotyczących wydarzenia urazowego lub unikanie czynności i sytuacji je przypominających. W ITQ odpowiadają temu itemy P3 (unikanie wewnętrznych przeżyć, które mogą przypominać o wydarzeniu, np. myśli, uczuć, doznań fizycznych) oraz P4 (unikanie zewnętrznych sytuacji, które mogą przypominać o wydarzeniu, np. ludzi, miejsc, rozmów, przedmiotów, aktywności).
 3. **Objawy poczucia zagrożenia** (*sense of threat*) związane z przeżywaniem zagrożenia w teraźniejszości, wyrażające się nadmierną czujnością (*hypervigilance*) lub wzmożoną reakcją na bodźce, np. na nieoczekiwany hałas (*enhanced startle reactions*). W ITQ odpowiadają temu itemy P5 (bycie bardzo czujnym, ostrożnym, w stałej gotowości) i P6 (podenerwowanie lub płochliwość).
- Również zaburzenie organizacji *self* obejmuje trzy grupy objawów, a są to (Shevlin *et al.*, 2018):

1. **Dysregulacja afektu** (*affective dysregulation, AD*), czyli problemy z radzeniem sobie z silnymi stanami emocjonalnymi lub z powrotem do normalnego funkcjonowania. W ITQ odpowiadają temu itemy C1 („Kiedy jestem zdenerwowany, dużo czasu zajmuje mi uspokojenie się”) i C2 („Czuję się odrętwiały emocjonalnie lub zablokowany emocjonalnie”).
2. **Negatywny obraz siebie** (*negative self-concept, NSC*), czyli utrwalone negatywne przekonania o sobie jako kimś bezwartościowym, którym towarzyszy głębokie uczucie wstydu, winy i porażki. W ITQ odpowiadają temu itemy C3 („Czuję się jak nieudacznik”) i C4 („Czuję się bezwartościowy”).
3. **Zaburzenia w relacjach** (*disturbances in relationships, DR*), czyli trwałe trudności w podtrzymywaniu relacji i budowaniu bliskości z innymi. W ITQ odpowiadają temu itemy C5 („Czuję się zdystansowany lub odcięty od ludzi”) i C6 („Trudno jest mi być blisko emocjonalnie z ludźmi”).

Tak skonstruowane kryteria cPTSD wskazują, że trauma złożona, szczególnie w okresie rozwojowym, ma wpływ na rozwój całej osobowości i nie jest jedynie przyczyną objawów stresu pourazowego.

CZY ZŁOŻONE PTSD TO ZABURZENIE OSOBOWOŚCI Z OBJAWAMI PTSD?

Ponieważ kryteria diagnostyczne cPTSD obejmują dwa bloki objawów: PTSD i DSO, a więc problemy osobowościowe, automatycznie narzuca się pytanie: czym różni się ta jednostka od zaburzenia osobowości z objawami stresu pourazowego? Wiadomo, że współwystępowanie zaburzeń osobowości borderline (*borderline personality*

disorder, BPD) i PTSD jest częste; w populacji nieklinicznej aż 30% osób z BPD spełniało kryteria PTSD, a 24% osób z PTSD uzyskało jednocześnie rozpoznanie BPD (Pagura *et al.*, 2010). Współwystępowanie obu zaburzeń w populacjach klinicznych jest jeszcze częstsze. Wśród pacjentów z PTSD 37–68% spełniało kryteria BPD (Hefner i Cloitre, 2000; Zlotnick *et al.*, 2002), a 25–58% badanych z BPD miało jednocześnie PTSD (Golier *et al.*, 2003; Harned *et al.*, 2010; Zanarini *et al.*, 1998). Jako że w dotychczasowych badaniach nie różnicowano między BPD a cPTSD, wysoki poziom współchorobowości, sugerowany przez ww. autorów, może częściowo wynikać z błędnego rozpoznania, czyli z nieuwzględnienia cPTSD jako osobnej grupy. Od momentu sformułowania nowych definicji PTSD i cPTSD w projekcie ICD-11 przeprowadzono badania zmierzające do identyfikacji różnic między cPTSD a BPD. Jakie wnioski można wysnuć z tych badań?

Z analiz Cloitre i wsp. (2014) wynika, że o ile BPD obejmuje zmienny, niestabilny obraz siebie oraz burzliwe związki międzyludzkie, charakteryzujące się skrajnościami (idealizacją i dewaluacją) lub przesycone lękiem przed odrzuceniem, o tyle w cPTSD obraz siebie jest stabilniejszy, stale negatywny, a relacje – nacechowane unikaniem zamiast chaotycznym zaangażowaniem. Dla BPD charakterystyczne są zachowania, gesty i groźby samobójcze, podczas gdy w cPTSD bardziej typowe są emocjonalna wrażliwość, reaktywna złość i trudności w radzeniu sobie z emocjami, co przekłada się na używanie alkoholu i substancji psychoaktywnych. Zasadniczą odrębność konstruktów cPTSD i BPD wykazali też, za pomocą analizy klas ukrytych (*latent class analysis*), inni autorzy (Hyland *et al.*, 2019; Jowett *et al.*, 2020). Jednocześnie zwracają oni uwagę, że pod wieloma względami obie diagnozy nakładają się na siebie – stąd potrzeba dalszych, bardziej szczegółowych analiz, zwłaszcza analizy różnic między zaburzeniem tożsamości w BPD a negatywnym obrazem siebie w cPTSD.

W badaniach analizowano również występowanie w wywiadzie doświadczeń urazowych, które są warunkiem *sine qua non* rozpoznania cPTSD, ale nie BPD. Choć wcześniej wskazywano na silniejszy związek dziecięcej traumy z cPTSD niż z BPD (Cloitre *et al.*, 2013), w nowszych pracach wczesne doświadczenia urazowe nie okazały się czynnikiem wyraźnie różnicującym cPTSD od BPD (Frost *et al.*, 2020; Hyland *et al.*, 2019). Czy przy obecnym stanie wiedzy można więc uchwycić główne mechanizmy powstawania omawianych zaburzeń i dzięki temu wyraźnie różnicować konstrukty BPD i cPTSD? Knefel i wsp. (2016) analizowali powiązania między objawami PTSD, cPTSD i BPD i zauważyli, że klaster objawów PTSD i cPTSD są związane ze sobą znacznie bardziej niż z objawami BPD. Innymi słowy, PTSD i cPTSD są do siebie podobne, chociaż wyraźnie odrębne, natomiast BPD wyraźnie różni się od nich obu. Zastosowana przez ww. autorów metodologia pozwala określić nie tylko powiązania między objawami, ale także objawy centralne w całej konstelacji (Knefel *et al.*, 2016). W grupie objawów PTSD/cPTSD centralną rolę

odgrywały objawy dysregulacji afektywnej – derealizacji i depersonalizacji. Może to wskazywać na mechanizmy dysocjacyjne jako główny motor powstawania i podtrzymywania objawów w cPTSD w odróżnieniu od BPD. W swojej metaanalizie Scalabrini i wsp. (2017) zwracają uwagę, że w dotychczasowych badaniach grupa osób z zaburzeniem borderline jawi się jako niejednorodna pod względem nasilenia dysocjacji i chociaż wielu autorów umieszcza BPD na spektrum zaburzeń związanych z traumą (a więc wśród zaburzeń, w których motorem psychopatologii jest dysocjacja), to zgromadzone dotąd dane nie pozwalają stwierdzić, czy dysocjacja jest główną cechą BPD. Wydaje się też, że konieczne będzie zrewidowanie danych z badań pod kątem trafności diagnozy, gdyż z pewnością część uczestników z rozpoznaniem BPD mogłaby być bardziej adekwatnie zakwalifikowana do grupy cPTSD.

Należy zauważyć, że pojęcie dysocjacji jest niejednoznacznie używane przez różnych autorów (Pietkiewicz i Tomalski, 2018). Niektórzy opisują za jego pomocą depersonalizację i derealizację jako sposób radzenia sobie z przytłaczającymi doświadczeniami o charakterze urazowym, utrudniający integrowanie różnych aspektów doświadczenia (emocji, wrażeń sensomotorycznych) i obrazu siebie. Takie rozumienie dysocjacji odwołuje się do teorii traumy. Natomiast w psychoanalitycznej teorii relacji z obiektem pojęcie dysocjacji odnosi się do mechanizmu obronnego, który jest podstawą (lub synonimem) rozszczepienia obiektu i *self* na dobre oraz złe aspekty (Pietkiewicz i Tomalski, 2018).

POTRAUMATYCZNE ZABURZENIE OSOBOWOŚCI A STYL PRZYWIĄZANIA

Jeszcze inny punkt widzenia na różnicowanie między cPTSD a BPD zaproponowali Classen i wsp. (2006), którzy wprowadzają koncepcję potraumatycznego zaburzenia osobowości (*post-traumatic personality disorder*, PTPD). Zaburzenie to ma się różnić od BPD liczbą i ciężkością doświadczeń urazowych w dzieciństwie (większą w PTPD). Ponadto autorzy rozróżniają dwa rodzaje PTPD, w zależności od typu przywiązania: zorganizowany (PTPD-O) i zdeorganizowany (PTPD-D); w pierwszej sytuacji typ przywiązania może być bezpieczny lub lękowy. Autorzy identyfikują BPD jako zaburzenie cechujące się głównie zdeorganizowanym typem przywiązania (Classen *et al.*, 2006). Chociaż ten prosty podział wydaje się oferować klarowne możliwości różnicowania, nie jest wystarczająco poparty badaniami. Cechy zdeorganizowanego przywiązania rozpoznaje się u połowy lub większego odsetka pacjentów z BPD, lecz nie jest to jedyny styl przywiązania obserwowany w tej grupie – niektórzy pacjenci prezentują styl ambiwalentny albo lękowy (Agrawal *et al.*, 2004; Buchheim i Diamond, 2018; Liotti, 2014).

Pacjenci z PTPD (czyli z wariantem cPTSD) mogą według Classen i wsp. (2006) prezentować różne typy przywiązania, zarówno zorganizowane, jak i zdeorganizowane. W drugim przypadku dochodziłoby więc do nakładania się

cech zaburzenia borderline z cPTSD. Obecnie nie ma jednak badań porównujących obie grupy pod kątem typu przywiązania, trudno zatem ocenić, na ile proponowany przez autorów punkt widzenia jest przydatny w praktyce klinicznej lub konceptualizacji cPTSD. Choć w przypadku cPTSD należy się spodziewać pozabezpiecznego typu przywiązania, obecnie brakuje nam danych (Powers *et al.*, 2017).

IMPLIKACJE DLA TERAPII

Wprowadzenie rozpoznania cPTSD ma istotne znaczenie praktyczne. Po pierwsze zwraca uwagę na obecność objawów pourazowych u osób, które prezentują problemy osobowościowe. Po drugie zachęca klinicystów do wnikliwszej analizy obrazu klinicznego w celu lepszego zrozumienia problemów i uwzględnienia szerszego wachlarza opcji terapeutycznych. Klinicyści mają tendencję do pomijania objawów stresu pourazowego, co przekłada się na gorsze wyniki leczenia (Tallon, 2015; Taycan i Yildirim, 2015). W przypadku BPD istnieje kilka udowodnionych naukowo metod leczenia: terapia oparta na mentalizacji (*mentalisation-based treatment*, MBT) (Bateman i Fonagy, 2019), terapia skoncentrowana na przeniesieniu (*transference-focused psychotherapy*, TFP) (Clarkin *et al.*, 2013), terapia schematów (*schema-focused therapy*, SFT) (Jacob i Arntz, 2013) i terapia dialektyczno-behawioralna (*dialectical behaviour therapy*, DBT) (Linehan *et al.*, 1993). Żadna z nich nie uwzględnia jednak w bezpośredni sposób objawów stresu pourazowego lub skutków traumy, przykładowo objawów dysocjacyjnych, chociaż ich znaczne nasilenie przyczynia się zwykle do gorszych wyników terapii (Zanarini *et al.*, 2008). Ma to o tyle duże znaczenie, że w polskich warunkach i w publicznej opiece zdrowotnej pacjenci z cPTSD wydają się najczęściej uzyskiwać rozpoznanie zaburzeń osobowości borderline. Niewiele jest danych dotyczących łączenia ww. metod terapii zaburzeń osobowości z metodami skupionymi na traumie. W jednym z badań zastosowano techniki DBT i terapię ekspozycyjną, co przełożyło się na wyraźnie lepsze wyniki (Harned *et al.*, 2014).

Leczenie cPTSD stanowi wyzwanie z powodu (jak sama nazwa wskazuje) złożoności zaburzenia, gdyż kondensują się tutaj trudności wynikające z objawów stresu pourazowego, problemów z przywiązaniem i dysregulacji afektywnej. Z uwagi na złożony obraz kliniczny Judith Herman zaproponowała fazowy model leczenia cPTSD (Herman, 1992). Pierwsza faza skupiona jest na stabilizacji funkcjonowania – stosuje się w znacznej mierze psychoedukację na temat zaburzenia i objawów stresu pourazowego, naukę umiejętności radzenia sobie z objawami PTSD oraz metody poprawiające dysregulację afektywną. W fazie pierwszej może znaleźć zastosowanie wiele technik wypracowanych przez DBT. Praca nad urazowymi wspomnieniami rozpoczyna się dopiero w fazie drugiej, po osiągnięciu odpowiedniego poziomu stabilizacji. Ma to uchronić pacjenta przed nasilaniem się objawów, dekompensacją lub drop-outem wynikającym z przedwczesnego podjęcia tematu traumy.

Celami przepracowywania traumy są integracja różnych aspektów urazowego doświadczenia (wspomnień, afektów, wrażeń sensomotorycznych) i przeżycie żaloby związanej z utratami, które spowodowało to doświadczenie. Metodami pracy mogą być terapie o udowodnionej skuteczności w PTSD: terapia poznawczo-behavioralna skoncentrowana na traumie (*trauma-focused cognitive-behavioural therapy*, TF-CBT), terapia przedłużonej ekspozycji czy EMDR (*eye movement desensitisation and reprocessing*) (Cuijpers *et al.*, 2018). Faza trzecia polega na integracji zmian uzyskanych w różnych obszarach codziennego życia i jest zbliżona do standardowej psychoterapii interpersonalnej.

Fazowy model leczenia pacjentów z traumą złożoną zyskał później dużą popularność (Cloitre *et al.*, 2012; Luxenberg *et al.*, 2001). Jednym z przykładów ustrukturyzowanej terapii fazowej jest terapia narracyjna, znana jako *skills training in affective and interpersonal regulation* (STAIR) (Cloitre i Schmidt, 2015). W ostatnich latach toczy się co prawda dyskusja nad zasadnością stosowania fazy stabilizacji, która w ocenie części klinicystów opóźnia zajmowanie się głównym problemem, jakim są wspomnienia urazowe (De Jongh *et al.*, 2016), ale w dotychczasowych badaniach nad efektami terapii skoncentrowanych na traumie (EMDR, terapia ekspozycyjna, CBT) jako wyłącznej metody leczenia wykazano ich zaledwie umiarkowaną skuteczność w cPTSD. Jest jednak jasne, że znajdujemy się dopiero na bardzo wstępnym etapie zdobywania wiedzy o analizowanym tu zaburzeniu (Karatzias *et al.*, 2019). Obecnie wydaje się, że najlepsze efekty może przynieść leczenie odnoszące się w elastyczny sposób do istotnych trudności pacjenta. Aby było ono możliwe, konieczne są: precyzyjne rozpoznanie problemu, rozumienie skutków wydarzeń urazowych i procesów dysocjacyjnych oraz techniczne umiejętności terapeuty, pozwalające przełożyć wiedzę na praktykę.

PODSUMOWANIE

Nowe rozpoznanie „złożony zespół stresu pourazowego” pojawi się w ICD-11 i w istotny sposób wpłynie na rozumienie, diagnozę różnicową oraz leczenie pacjentów, u których zasadniczo skupiano się na trudnościach interpersonalnych lub problemach w regulacji emocjonalnej, przypisywanych zaburzeniom osobowości, ale pomijano występujące objawy PTSD. Klinicyści będą musieli się zapoznać ze złożonym obrazem klinicznym cPTSD i różnicować je z zaburzeniami osobowości borderline ze współwystępującymi objawami stresu pourazowego lub bez nich. Ma to duże znaczenie praktyczne, gdyż leczenie osób z cPTSD wymaga bardziej złożonych interwencji niż terapie zorientowane na leczenie zaburzeń osobowości. Niezbędne jest tu zastosowanie stabilizacji i odpowiednich technik pracy z urazowymi wspomnieniami. Wiedza naukowa na temat leczenia cPTSD wciąż ma wiele luk, konieczne są więc dalsze badania.

Konflikt interesów

Autorzycy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo

- Ackerman PT, Newton JE, McPherson WB *et al.*: Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse Negl* 1998; 22: 759–774.
- Agrawal HR, Gunderson J, Holmes BM *et al.*: Attachment studies with borderline patients: a review. *Harv Rev Psychiatry* 2004; 12: 94–104.
- Bateman A, Fonagy P: Mentalization-based treatment for borderline and antisocial personality disorder. In: Kealy D, Ogrodniczuk JS (eds.): *Contemporary Psychodynamic Psychotherapy. Evolving Clinical Practice*. Academic Press, 2019: 133–148.
- Buchheim A, Diamond D: Attachment and borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2018; 41: 651–668.
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF *et al.*: Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Focus* 2013; 11: 269–276.
- Classen CC, Pain C, Field NP *et al.*: Posttraumatic personality disorder: a reformulation of complex posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2006; 29: 87–112.
- Cloitre M, Schmidt JA: STAIR narrative therapy. In: Schnyder U, Cloitre M (eds.): *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders. A Practical Guide for Clinicians*. Springer, 2015: 277–297.
- Cloitre M, Courtois CA, Ford JD *et al.*: The ISTSS expert consensus treatment guidelines for complex PTSD in adults. 2012.
- Cloitre M, Garvert DW, Brewin CR *et al.*: Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *Eur J Psychotraumatol* 2013; 4. DOI: 10.3402/ejpt.v4i0.20706.
- Cloitre M, Garvert DW, Weiss B *et al.*: Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: a latent class analysis. *Eur J Psychotraumatol* 2014; 5. DOI: 10.3402/ejpt.v5.25097.
- Cloitre M, Shevlin M, Brewin CR *et al.*: The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatr Scand* 2018; 138: 536–546.
- Courtois CA: Complex trauma, complex reactions: assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2004; 41: 412–425.
- Cuijpers P, van Veen SC, Sijbrandij M *et al.*: Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: a systematic review and meta-analysis. 2018. Available at SSRN: 3244037.
- De Jongh A, Resick PA, Zoellner LA *et al.*: Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depress Anxiety* 2016; 33: 359–369.
- Ford JD, Spinazzola J, van der Kolk B *et al.*: Toward an empirically based developmental trauma disorder diagnosis for children: factor structure, item characteristics, reliability, and validity of the Developmental Trauma Disorder Semi-Structured Interview. *J Clin Psychiatry* 2018; 79. pii: 17m11675.
- Friedman MJ: Finalizing PTSD in DSM-5: getting here from there and where to go next. *J Trauma Stress* 2013; 26: 548–556.
- Frost R, Hyland P, Shevlin M *et al.*: Distinguishing Complex PTSD from Borderline Personality Disorder among individuals with a history of sexual trauma: a latent class analysis. *European Journal of Trauma & Dissociation* 2020; 4: 100080.
- Galecki P, Świącicki Ł (eds.): *Kryteria diagnostyczne z DSM-5[®]. Desk reference*. Edra Urban & Partner, Wrocław 2015.
- Golier JA, Yehuda R, Bierer LM *et al.*: The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 2018–2024.

- Harned MS, Korslund KE, Linehan MM: A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behav Res Ther* 2014; 55: 7–17.
- Harned MS, Rizvi SL, Linehan MM: Impact of co-occurring posttraumatic stress disorder on suicidal women with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 1210–1217.
- van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K: *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. W.W. Norton & Company, New York/London 2006.
- Heffernan K, Cloitre M: A comparison of posttraumatic stress disorder with and without borderline personality disorder among women with a history of childhood sexual abuse: etiological and clinical characteristics. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188: 589–595.
- Herman JL: Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress* 1992; 5: 377–391.
- Herman JL: *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – From Domestic Abuse to Political Terror*. Hachette, UK, 2015.
- Hyland P, Karatzias T, Shevlin M et al.: Examining the discriminant validity of complex posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder symptoms: results from a United Kingdom population sample. *J Trauma Stress* 2019; 32: 855–863.
- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: 6B41 Complex post traumatic stress disorder. 2019. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/585833559>.
- Jacob GA, Arntz A: Schema therapy for personality disorders – a review. *Int J Cogn Ther* 2013; 6: 171–185.
- Jowett S, Karatzias T, Shevlin M et al.: Differentiating symptom profiles of ICD-11 PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: a latent class analysis in a multiply traumatized sample. *Personal Disord* 2020; 11: 36–45.
- Karatzias T, Murphy P, Cloitre M et al.: Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2019; 49: 1761–1775.
- Knefel M, Tran US, Lueger-Schuster B: The association of posttraumatic stress disorder, complex posttraumatic stress disorder, and borderline personality disorder from a network analytical perspective. *J Anxiety Disord* 2016; 43: 70–78.
- van der Kolk B: *Strach ucieleśniony: mózg, umysł i ciało w terapii traumy*. Wydawnictwo Czarna Owca, 2018.
- van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S et al.: Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *Am J Psychiatry* 1996; 153 (Suppl): 83–93.
- Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE: Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 971–974.
- Liotti G: Disorganised attachment in the pathogenesis and the psychotherapy of borderline personality disorder. In: Danquah AN, Berry K (eds.): *Attachment Theory in Adult Mental Health: A Guide to Clinical Practice*. Routledge, 2014: 135–150.
- Luxenberg T, Spinazzola J, van der Kolk BA: Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: assessment. *Dir Psychiatry* 2001; 21: 373–392.
- Maercker A, Brewin CR, Bryant RA et al.: Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2013; 12: 198–206.
- Nijenhuis ERS: *The Trinity of Trauma: Ignorance, Fragility, and Control. The Evolving Concept of Trauma / The Concept and Facts of Dissociation in Trauma*. Vandenhoeck & Ruprecht, Bristol, CT 2015.
- Pagura J, Stein MB, Bolton JM et al.: Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *J Psychiatr Res* 2010; 44: 1190–1198.
- Pelcovitz D, van der Kolk B, Roth S et al.: Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *J Trauma Stress* 1997; 10: 3–16.
- Pietkiewicz IJ, Tomalski R: Zaburzenia związane z traumą – perspektywa teoretyczna. *Czasopismo Psychologiczne* 2018; 24: 261–268.
- Powers A, Fani N, Carter S et al.: Differential predictors of DSM-5 PTSD and ICD-11 complex PTSD among African American women. *Eur J Psychotraumatol* 2017; 8: 1338914.
- Pużyński S, Wciórka J (eds.): *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1998.
- Resick PA, Bovin MJ, Calloway AL et al.: A critical evaluation of the complex PTSD literature: implications for DSM-5. *J Trauma Stress* 2012; 25: 241–251.
- Scalabrini A, Cavicchioli M, Fossati A et al.: The extent of dissociation in borderline personality disorder: a meta-analytic review. *J Trauma Dissociation* 2017; 18: 522–543.
- Shevlin M, Hyland P, Roberts NP et al.: A psychometric assessment of Disturbances in Self-Organization symptom indicators for ICD-11 Complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Eur J Psychotraumatol* 2018; 9: 1419749.
- Tallon D: *The Under-recognition of Trauma in the Diagnosis of Borderline Personality Disorder (BPD)*. Oxford Brookes University, 2015.
- Taycan O, Yildirim A: An alternative approach to the effects of multiple traumas: complex post-traumatic stress disorder. *Noro Psikiyatr Ars* 2015; 52: 312–314.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED et al.: Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1733–1739.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Jager-Hyman S et al.: The course of dissociation for patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 118: 291–296.
- Zawadzki B, Popiel A: *Na rozstaju dróg: struktura objawów stresu pourazowego (PTSD) po DSM-5, a przed ICD-11*. Nauka 2014; 4: 69–86.
- Zlotnick C, Franklin CL, Zimmerman M: Is comorbidity of post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder related to greater pathology and impairment? *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1940–1943.