

JOANNA SOLARZ-BOGUSŁAWSKA, WOJCIECH BOGUSŁAWSKI

Wzajemne powiązania pomiędzy osobowością z pogranicza, PTSD i Complex PTSD

Interrelationship between borderline personality, PTSD and Complex PTSD

Katedra Psychiatrii, Collegium Medicum, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy

KEYWORDS

borderline personality disorder (BPD),
post-traumatic stress disorder (PTSD),
Complex PTSD (cPTSD)

SUMMARY

This article contains a presentation of the most important elements of the definition of Complex PTSD (Complex Post-traumatic Stress Disorder). The text is showing on the accuracy to make distinctions of the Complex PTSD from other known disease entities such as Borderline Personality Disorder (BPD) and Post-traumatic Stress Disorder (PTSD). Modern studies are clearly demonstrating this need. The experiences referred to as “boundary” for the human psyche and making up this type of disorder are long-lasting and leaving significant traces in the psyche of the patients as emotional dysregulation, difficulty in establishing interpersonal relationship and identity disorder. Herman’s proposed criteria for adult C-PTSD are: restricted or constricted impulses and exhibited behaviors, which include facial expressions and vocal inflection expressing emotions; variations in consciousness, such as repressing, suppressing or reliving traumatic events or dissociation, detachment from mental or psychical processes; alterations in self-perception, including feelings of helplessness, shame, guilt and/or being different from others’ differences in relationships with others, which can be isolating, looking for a rescuer, and/or mistrust; somatization, a subconscious process in which psychological distress is expressed as physical symptoms; changes in systems of meaning, which can be felt as a loss of faith, despair, and/or hopelessness.

WSTĘP

Niniejszy artykuł stanowi częściowy przegląd literatury i doniesień z badań na temat zależności pomiędzy zaburzeniami osobowości borderline (BPD), zespołem stresu pourazowego (PTSD) oraz Complex PTSD (cPTSD). W klasyfikacji ICD-11, która prawdopodobnie ukaże się w 2018 roku, może zostać zawarta nowa jednostka chorobowa: Complex PTSD (cPTSD). Do tej pory nie znalazła się ona ani w klasyfikacji ICD-10, ani DSM V. Było to powodowane przyjęciem stanowiska, iż większość osób, o których można było myśleć w kategorii cPTSD, spełniała kryteria już istniejących zaburzeń (tzn. PTSD i/lub BPD). Obecne badania pokazują, że diagnoza PTSD nie wystarcza do opisu wszystkich pacjentów przeżywających chroniczny stres.

COMPLEX PTSD

Diagnoza PTSD nie oddaje pełni obrazu klinicznego osób, które doświadczają przewlekłej sytuacji stresowej, gdy trauma trwa kilka tygodni, miesięcy czy lat. Określenie

„Complex PTSD” obejmuje, poza podstawowymi kryteriami PTSD, objawy dodatkowe, odnoszące się do zaburzeń regulacji w trzech obszarach: przetwarzania emocji, postrzegania siebie oraz zawierania relacji interpersonalnych. Poprzez „rozregulowane emocje” rozumieć należy wzmożoną reaktywność, gwałtowne wybuchy złości, autodestrukcyjne zachowanie, przewlekłą drażliwość czy wręcz zamrożenie emocji. U osób ze zdiagnozowanym zaburzeniem w zakresie „postrzegania siebie” odnotowuje się negatywną samoocenę, bezradność, niskie poczucie własnej wartości, wszechobecne poczucie wstydu i winy. Z kolei zawierane przez nich relacje interpersonalne są niestabilne i zmienne. Charakteryzuje ich ekstremalizm w kontaktach międzyludzkich, tj. wrogość, kłótniowość, słabe przywiązanie. Częstym zjawiskiem jest izolacja i wycofywanie się z relacji z drugim człowiekiem. Dodatkowymi objawami, poza wyżej wymienionymi, dopełniającymi obrazu cPTSD są zaburzenia tożsamości oraz zniekształcone postrzeganie sprawcy. Zmiany tożsamości to stany dysocjacji,

psychogenne amnezje dotyczące traumy czy wręcz przeciwnie – ruminacje na jej temat. Ofiary przemocy mogą paradoksalnie odczuwać sympatię w stosunku do swojego oprawcy (syndrom sztokholmski), inni planują zemstę czy racjonalizują zaistniałą sytuację. Wskutek przewlekłego stresu dochodzić może do utraty wiary w poprawę swojego losu i poczucia beznadziejności (1).

Początkowo PTSD opisane w klasyfikacji DSM III opierało się na obserwacji zachowania wietnamskich weteranów wojennych będących ofiarami stresu bojowego. W 1980 roku zauważono, że PTSD może powstać także jako następstwo wykorzystywania seksualnego, przemocy fizycznej i psychicznej, których ofiarami były dzieci. Dochodziło u nich do zaburzeń spójności tożsamości, utraty poczucia Ja, co stało się zasadniczym objawem odróżniającym cPTSD od PTSD oraz podłożem do rozwoju zaburzeń osobowości z pogranicza. Za powstanie cPTSD odpowiedzialna jest długotrwała trauma, z której nie ma szansy na ucieczkę i wobec której człowiek staje się bezradny. Przykładami takich urazowych sytuacji mogą być obozy koncentracyjne, obozy jenieckie, długotrwała przemoc domowa czy wykorzystywanie seksualne. Zatem cPTSD może mieć swoje początki w dzieciństwie lub dotyczyć osób dorosłych, u których także często dochodziło do nadużyć w pierwszych latach życia. PTSD to częściej konsekwencja pojedynczego zdarzenia niosącego rozmiar katastrofy. Dlatego dziecko będące świadkiem śmierci rodzica jest bardziej narażone na rozwój PTSD, natomiast to, które dorasta w toksycznym domu, może mieć zdiagnozowane cPTSD (2).

Zanarini i wsp. już w 1997 roku (3) stwierdzili, że osoby poddawane długotrwałemu stresowi w dzieciństwie ujawniają objawy dysregulacji afektu, impulsywności, zaburzeń w relacjach interpersonalnych, zdradzają myśli samobójcze, doświadczają uczucia pustki, złości i dysocjacji. Wymienione objawy obserwujemy także u osób z rozpoznaniem BPD (4-6). Herman sugerowała, że potrzebna jest dodatkowa diagnoza, która opisywałaby sytuacje chronicznego stresu, tym samym wprowadzono diagnozę Complex PTSD. W literaturze spotyka się także określenie DESNOS (ang. *disorders of extreme stress not otherwise specified*) zaproponowane m.in. przez van der Kolk, Pearlman czy Roth (4-6) lub DTD (ang. *developmental trauma disorder*) (7). W związku z tym, że 92% osób z diagnozą Complex PTSD spełniało kryteria PTSD, klasyfikacja DSM V nie wprowadziła nowej jednostki chorobowej. Wielu badaczy uważa jednak, że pacjenci doświadczający przewlekłego stresu potrzebują odmiennych metod leczenia, stąd potrzeba wyodrębnienia tej kategorii.

Complex PTSD został zaproponowany także jako alternatywa dla osób doznających chronicznego urazu, u których zdiagnozowano osobowość borderline. Pojawia się pytanie, czy cPTSD to powielanie BPD, czy nowa kategoria dla osób z BPD przeżywających długotrwałą traumę (8). Nie zawsze przecież BPD rozwija się na podłożu długotrwałego stresu. Około 25-33% osób z rozpoznaniem BPD nie ma w historii swojego życia sytuacji urazowych. Wśród ich

krewnych natomiast znacznie częściej diagnozuje się zaburzenia psychiczne, w tym BPD. Tłumaczy to genetyczną skłonność do wystąpienia BPD (9).

CZY COMPLEX PTSD TO POŁĄCZENIE PTSD I BPD?

Od dawna toczy się debata na temat tego, czy Complex PTSD różni się od osobowości borderline współistniejącej z PTSD. Zasadniczą trudnością w rozwiązaniu tej kwestii jest brak jednoznacznej charakterystyki Complex PTSD. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaproponowała włączenie Complex PTSD jako nowej diagnozy, odrębnej od PTSD i BPD (10).

Kilka badań pokazało zasadność odróżnienia PTSD i Complex PTSD. Cloitre i wsp. w 2013 roku przeprowadzili „Analizę Utajonego Profilu (LPA)”. Stwierdzili, że przewlekły stres był predyktorem do wystąpienia Complex PTSD, który znacznie bardziej niż PTSD upośledzał funkcjonowanie pacjenta (11). Kolejnymi badaniami, które poparły wniosek włączenia Complex PTSD do ICD-11, są prace Elkita i wsp. (12) oraz Knefel i Lueger-Schuster (13).

Argumentem przemawiającym za tym, że Complex PTSD jest połączeniem PTSD i osobowości z pogranicza, może być wysoki wskaźnik ich współwystępowania. Potwierdzają to dane z NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Condition) obejmujące populację mieszkańców Stanów Zjednoczonych. Pagura i wsp. wykazali, że 24% osób z rozpoznaniem PTSD spełniała też kryteria BPD, natomiast 30% osób z BPD miało również objawy PTSD (14). Podobne wnioski zawarli w swojej pracy Grant i wsp., świadczące o tym, że 29% osób spełniających kryteria PTSD w ostatnich 12 miesiącach spełniało też kryteria BPD, natomiast 32% z BPD miało rozpoznanie PTSD (15). W klinicznych próbach wskaźnik współwystępowania był jeszcze wyższy, pacjenci z PTSD mieli także objawy BPD (37-68%) (16, 17) i odwrotnie – u 25-58% osób z BPD zdiagnozowano PTSD (18, 19).

Kilka badań pokazało, że występowanie traumy dziecięcej i PTSD jest związane z następującymi objawami składającymi się także na definicję BPD: deficytami w okazywaniu empatii (20), zaburzeniami regulacji afektu (21), próbami samobójczymi i autoagresją (22, 23), kryzysami prowadzonymi do hospitalizacji (24), z objawami psychotycznymi (25), niepokojem i poczuciem winy (26, 27). Nie należy zapominać, że istnieje także wiele badań wskazujących na brak powiązania BPD z PTSD i traumą dziecięcą (23, 28-30). Podczas gdy BPD może komplikować przebieg PTSD, bardziej precyzyjne wydaje się być sformułowanie, że Complex PTSD może być „potrzebny”, aby zaznaczyć rolę długotrwałej traumy w BPD.

EMOCJE W PTSD, BPD ORAZ CPTSD

Mimo tak wysokiego współwystępowania, cechy kliniczne Complex PTSD i BPD różnią się i ich diagnoza jest ważna w związku z planowaniem procesu leczenia. Do rozpoznania BPD nie jest „wymagane” przeżycie traumy, a w obrazie klinicznym dominują: lęk przed porzuceniem, niestabilność

emocji, częste zachowania samobójcze, trudne relacje. Natomiast dla rozpoznania PTSD potrzebne jest przeżycie traumatycznego wydarzenia o charakterze katastrofy. Zarówno w PTSD, jak i BPD ma się do czynienia z dysregulacją emocji, ale ich ekspresja w obu zaburzeniach jest zupełnie inna. W PTSD emocje są przytępione, pacjenci prezentują postawę bezradności, jednocześnie doświadczając silnych stanów lękowych. Osoby z zaburzeniami osobowości z pogranicza to jednostki niestabilne emocjonalnie, u których zmiany nastrojów, wybuchy złości doprowadzają często do czynów impulsywnych. W Complex PTSD wrażliwość emocji, reaktywna złość i słabe radzenie sobie ze stresem pojawiają się na pierwszym planie. Można także zaobserwować częste nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (17).

PODEJŚCIE TERAPEUTYCZNE

Leczenie BPD polega głównie na redukcji niebezpiecznych zachowań, tj. prób samobójczych, samookaleczeń, oraz na uzyskaniu poczucia stabilności tożsamości przez pacjenta. Przykładem może być terapia dialektyczno-behawioralna autorstwa M. Linehan. Terapia PTSD najczęściej jest skojarzona, obejmuje farmakoterapię oraz psychoterapię. Psychoterapia, szczególnie behawioralno-poznawcza, ma na celu modyfikację patologicznych schematów myślenia i skojarzeń. Pacjent poddawany jest ekspozycji, czyli odtwarza przebieg traumatycznych zdarzeń w gabinecie terapeuty. Następnie za pomocą technik restrukturyzacji poznawczej dochodzi do przeformułowania jego przekonań i oswojenia stresu. Natomiast w leczeniu Complex PTSD terapeuta skupia się głównie na redukcji unikania społecznego, na rozwoju pozytywnej samooceny i przepracowaniu traumy. Różny jest też czas leczenia. Ekspertki z American Psychiatric Association (APA) zalecali w 2013 roku leczenie BPD przez co najmniej rok. Choć nie został jeszcze ustalony czas leczenia Complex PTSD, to wydaje się on

być krótszy niż BPD. Niektórzy badacze podają, że większe poczucie stabilności własnego Ja i małe ryzyko podjęcia samobójstwa pacjentów z rozpoznaniem cPTSD czynią terapię krótszą niż ta, która ma miejsce w przypadku BPD, natomiast jest dłuższa niż PTSD (31). Terapia PTSD to najczęściej 8-12 sesji psychoterapeutycznych odbywających się 1-2 razy w tygodniu.

PTSD zlokalizowane jest na osi I DSM V. Sugeruje to chorobę o krótszym okresie trwania i lepszej skuteczności leczenia farmakologicznego. Natomiast BPD umiejscawia się na osi II, co wiąże się z długotrwałym przebiegiem i gorszym rokowaniem. Nadal, rozpoznanie BPD ma negatywne znaczenie dla wielu klinicystów, osoby z BPD to trudni pacjenci (24). Natomiast PTSD to zaburzenie związane z byciem ofiarą, wzbudzeniem współczucia u innych, brakiem stygmatyzacji (32).

WNIOSKI

Osoby doświadczające traumy w dzieciństwie narażone są na wystąpienie u nich zaburzeń osobowości z pogranicza, PTSD i cPTSD. Chociaż objawy BPD i cPTSD w dużej mierze pokrywają się, to jednak według wielu badaczy nie jest zasadne uznawanie cPTSD jako podtypu BPD. Literatura przedmiotu wskazuje, że można wyróżnić podgrupę pacjentów z osobowością borderline, którzy często mają także współwystępujące PTSD. W takim przypadku wydaje się właściwym, by dla zaznaczenia roli przewlekłego urazu rozpoznać Complex PTSD.

Complex PTSD lepiej niż PTSD opisuje pacjentów doświadczających przewlekłego stresu. Obok podstawowych objawów PTSD występują u nich także zaburzenia tożsamości, poczucia Ja, co stanowi ważny element służący różnicowaniu tych dwóch zaburzeń.

Obecnie pozostaje nam czekać na wnioski końcowe wieloletnich badań i nową Międzynarodową Klasyfikację Chorób ICD-11.

KONFLIKT INTERESÓW CONFLICT OF INTEREST

Brak konfliktu interesów
None

ADRES DO KORESPONDENCJI

Joanna Solarz-Bogusławska
ul. Białkowo 40e, 87-400 Golub-Dobrzyń
tel.: +48 606-607-231
aboguslawski@poczta.onet.pl

PIŚMIENNICTWO

1. Herman JL: Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress* 1992; 5(3): 377-391.
2. Ford JD, Grasso D, Greene C et al.: Clinical Significance of a Proposed Developmental Trauma Disorder Diagnosis: Results of an International Survey of Clinicians. *J Clin Psychiatry* 2013; 74(8): 841-849.
3. Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE et al.: Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154(8): 1101-1106.
4. van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D et al.: Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress* 2005; 18: 389-399.
5. Pearlman LA: Treatment of persons with complex PTSD and other trauma-related disruptions of the self-treating psychological trauma and PTSD. Guildford Press, New York 2001: 205-236.
6. Roth S, Newman E, Pelcovitz D et al.: Complex PTSD in victim exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM IV Field Trial for PTSD. *J Trauma Stress* 1997; 10: 539-555.

7. van der Kolk BA: Developmental trauma disorder: towards a rational diagnosis of children complex trauma histories. *Send to Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2009; 58(8): 572-586.
8. Herman JL: Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress* 1992; 5(3): 377-391.
9. Elias A: *Temperament a osobowość*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1974.
10. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA et al.: Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the ICD-11. *Lancet* 2013; 381(9878): 1683-1685.
11. 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: 20706.
12. Elklit A, Hyland P, Shevlin M: Evidence of symptom profiles consistent with posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in different trauma samples. *Eur J Psychotraumatol* 2014; 5: 24221.
13. Knefel M, Lueger-Schuster B: An evaluation of ICD 11 PTSD and Complex PTSD criteria in a sample of adult survivors of childhood institutional abuse. *Eur J Psycho-traumatol* 2013; 4: 22608.
14. 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.
15. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB et al.: Prevalence, correlates disability and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder; Results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 533-545.
16. 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 characteristic. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188: 589-595.
17. Zlotnick C, Franklin CL, Zimmerman N: Is comorbidity of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder related to greater pathology and impairment? *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1940-1943.
18. 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: 2018-202.
19. Harned MS, Rizvi SL, Linehan MM: The impact of co-occurring posttraumatic stress disorder no suicidal women with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 1210-1217.
20. Roepke S, Vater A, Preissler S et al.: Social cognition in borderline personality disorder. *Front Neuroscience* 2012; 6: 195.
21. Weinger G, Lange C, Sachesse U, Irle E: Reduced amygdala and hippocampus size in trauma-exposed women with borderline personality disorder and without posttraumatic stress disorder. *J Psychiatry Neurosci* 2009; 34(5): 383-388.
22. Wedig MM, Frankenburg FR, Bradford Reich D et al.: Predictors of suicide threats in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Psychiatry Research* 2013; 208(3): 252-256.
23. Eichelman B: Borderline personality disorder, PTSD, and suicide. *Am J Psychiatry* 2010; 167(10): 1152-1154.
24. Zlotnick C, Johnson DM, Yen S et al.: Clinical features and impairment in women with BPD with Posttraumatic Stress Disorder, BPD without PTSD and other personality disorders with PTSD. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191: 706-713.
25. Schroeder K, Fisher HL, Schafer I: Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder: prevalence and clinical management. *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26(1): 113-119.
26. Rusch N, Corrigan PW, Bohus M et al.: The impact of posttraumatic stress disorder on dysfunctional implicit and explicit emotions among women with borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195(6): 537-539.
27. Rusch B, Luders E, Lieb K et al.: Corpus callosum abnormalities in women with borderline personality disorder and comorbid attention- deficit hyperactivity disorder. *J Psychiatry Neurosci* 2007; 32(6): 417-422.
28. Zlotnick C, Mattia JI, Zimmerman M: Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187(5): 296-301.
29. Gratz KL, Tull MT: Exploring the relationship between posttraumatic stress disorder and deliberate self-harm: the moderating roles of borderline and avoidant personality disorders. *Psychiatry Research* 2012; 199(1): 19-23.

nadesłano: 27.04.2018

zaakceptowano do druku: 18.05.2018

30. Maurex L, Lekander M, Nilsson A et al.: Social problem solving, autobiographical memory, trauma, and depression in women with borderline personality disorder and a history of suicide attempts. *Br J Clin Psychol* 2010; 49(3): 327-342.
31. Cloitre M, Courtois CA, Ford JD et al.: *ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults*. 2012.
32. Quadrio C: Disordered Borderline. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2005; 39(5): 428-429.