

КПТСР как синдром при расстройствах личности?

Владимир Сергеевич Снигур

врач-психотерапевт, супервизор, переводчик-синхронист

Москва

<https://VladimirSnigur.ru>

Комплексная травма как событие

Болезненное переживание,

- превышающее способность индивидуума ассимилировать этот опыт,
- повторяющееся или длящееся в течение длительного времени,
- связано с нарушениями первичных значимых отношений,
- приходится на **критические периоды** формирования мозговых структур и процессов.

Комплексная травма как синдром

Также применяется для описания паттерна симптомов, связанных с травматическим опытом:

- дефициты в отношениях и привязанности
- эмоциональная и поведенческая дисрегуляция
- дефициты внимания и мышления
- биологические изменения, влияющие на физическое здоровье
- диссоциативные симптомы
- соматизация
- стойкие изменения в самоощущении
- негативное мировосприятие и искажённые системы ценностей

Общие патогенетические травматического опыта

- Механизмы катехоламинов, стероидных гормонов и эндогенных опиоидов
- Нейроэндокринная дисрегуляция
- Снижение объёма вещества в миндалине, гиппокампе и префронтальной коре, сокращение объёма мозолистого тела
- Рассогласованность и изменения в активности лимбической системы и вышестоящих корковых отделов
- Нарушение нейропластичности

- Нарушение консолидации памяти
- Нарушение научения

Нарушение привязанности и комплексная травма

Комплексная травма происходит в контексте отношений привязанности



Формирование ненадёжной или дезорганизованной привязанности



Неспособность модулировать дистресс через межличностные механизмы



Хроническая дисрегуляция (гипервозбуждение + гиповозбуждение)

История понятия КПТСР

- Травма II типа (Terr, 1991) - повторяющийся, длящийся травматический опыт, связанные с реакциями отрицания, диссоциации, ярости, самоповреждения и тоски.
- Complex PTSD (Judith Herman) - регуляция аффекта, изменения сознания, восприятие Я, восприятие обидчика, отношения, система ценностей.
- Developmental trauma disorder (van der Kolk) - паттерн дисрегуляции, изменения в атрибуциях и ожиданиях, нарушение функционирования
- DESNOS (DSM-IV) - дисрегуляция аффекта, диссоциация, соматизация, представления о Я, отношения, хронические искажённые убеждения
- ПТСР - перепроживание в настоящем, избегание напоминаний о травме, чувство угрозы и гипервозбуждение
- КПТСР (МКБ 11, DSM-5) - ПТСР + DSO (нарушения в Я-организации / disturbance in self-organization)

КПТСР в МКБ-11

Требуется один из симптомов из каждого критерия ПТСР

- интрузии
- избегание напоминаний о травме
- гипервозбуждение в ответ на триггеры

а также один из двух симптомов из каждого домена нарушений Я-организации (Disturbances of Self-Organization, DSO). Это посттравматическое:

- **эмоциональное онемение и хроническая дисрегуляция,**
- **самоощущение никчёмности и**
- **эмоциональная отстранённость в отношениях.**

Соматизация и КПТСР

- 70% (58/83) of individuals with CPTSD had high PHQ-15 somatisation symptom severity compared with 48% (12/25) of those with PTSD (chi-square: 95.1, p value <0.001). Path analysis demonstrated that core PTSD symptoms and not disturbances in self organisation (DSO) symptoms were associated with somatisation (unstandardised coefficients: 0.616 (p-value 0.017) and – 0.012 (p-value 0.962) respectively).
- Вывод: у индивидуумов с КПТСР соматизация выражена в большей степени, чем у людей с ПТСР. С соматизацией связаны именно ключевые черты ПТСР в рамках КПТСР, а не DSO.

*J Psychosom Res . 2021 Sep;148:110574. doi:10.1016/j.jpsychores.2021.110574.
Epub 2021 Jul 16.*

Т.е. соматизация - телесное выражение диссоциированных посттравматических аффектов, которые формируются раньше, чем представление о Я.

КПТСР и ПРЛ

ПРЛ

Эмоциональная лабильность,
неконтролируемый гнев
и общая дисрегуляция эмоций

Фрагментированное и непостоянное
представление о Я

Страх покидания

КПТСР

Хроническое эмоциональное онемение и
трудность с самоуспокоением

Хроническое чувство стыда и вины и
никчёмности

Страх сближения

КПТСР и ПРЛ

- В клинических выборках пациентов, ищущих помощи с последствиями травмы, встречаемость КПТСР выше, чем изолированного ПТСР.
- ПТСР часто диагностируется изолированно, ПРЛ чаще диагностируется с коморбидным КПТСР, чем изолированно
- Диссоциация при ПТСР связана с с флешбеками и дереализацией/деперсонализацией, при КПТСР с хроническим эмоциональным онемением и отстранением, при ПРЛ диссоциативные эпизоды могут иметь транзиторное качество.
- КПТСР + ПРЛ чаще сочетаются с анамнезом межличностного травматизма в детстве, чем просто КПТСР
- КПТСР часто встречаются без симптомов ПРЛ, чаще с анамнезом эмоционального пренебрежения в детстве
- КПТСР и ПТСР чаще связаны с диссоциативными симптомами, чем ПРЛ
- Нейробиология КПТСР как такового не исследована, исследованы DESNOS или ПТСР в контексте детского травматизма.

(по «Complex PTSD and borderline personality disorder»; Ford, Courtois, 2021)

КПТСР и ПРЛ: гипотезы

- ПРЛ чаще встречается вместе с КПТСР
- КПТСР больше связан с эмоциональным пренебрежением в детстве, а ПРЛ - с абьюзами травмами
- КПТСР больше связан со стойкой диссоциацией

КПТСР как следствие более ранних, более хронических фрустраций и пренебрежения?

Расстройство личности и МКБ-11

- Расстройство личности - выраженное нарушение в функционировании личности, которое почти всегда связано со значительными **проблемами в личном и межличностном** аспекте.
- Центральные проявления - нарушения **функционирования Я** (идентичность, самооценка, способность к направленному развитию) и/или проблемы в **межличностном функционировании** (установление и поддержание взаимных и удовлетворительных отношений, понимание взглядов и намерений других, умение решать конфликты) на протяжении длительного периода времени (>2 лет).
- Эти нарушения проявляются в **дезадаптивных (ригидных или дисрегулированных) паттернов мышления, эмоционального опыта, выражения эмоций и поведения.**

Расстройства личности в МКБ-11 - дименсионная диагностика

- Степень тяжести
 - 6D10.0 Лёгкое РЛ
 - 6D10.1 Умеренное РЛ
 - 6D10.2 Тяжёлое РЛ
 - QE50.7 Личностные затруднения
- Характерологические черты
 - 6D11.0 Негативная аффективность
 - 6D11.1 Отстранённость
 - 6D11.2 Диссоциальность
 - 6D11.3 Расторможенность
 - 6D11.4 Ананкастность
- Пограничный паттерн
 - 6D11.5 **Пограничный паттерн**

Пограничный паттерн в МКБ-11

«Данный указатель может быть применён в отношении лиц, личностные нарушения у которых характеризуются тотальным проявлением нестабильности межличностных отношений, образа себя и эмоциональных состояний, а также выраженной импульсивностью...»

- непереносимость отказа и отвержения
- нестабильные отношения
- нестабильный образ Я и идентичность
- импульсивное поведение под влиянием сильных аффектов
- агрессия на себя или окружающих
- эмоциональная нестабильность
- хроническое чувство пустоты
- преходящие диссоциативные симптомы

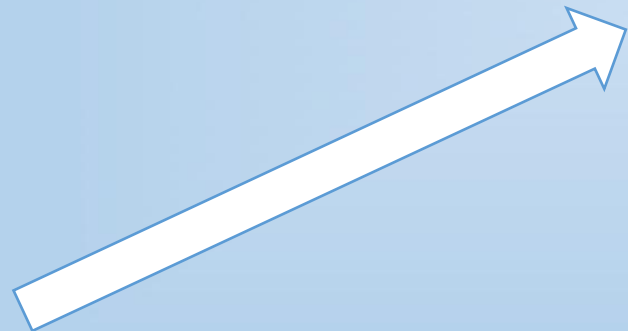
↑
Пограничный паттерн

ПРЛ (+ ПТСР?)

КПТСР + ПРЛ

ПТСР

КПТСР



→
DSO

Что ставить - расстройство личности или КПТСР?

«Определения МКБ-11 для КПТСР и РЛ значительно похожи между собой в том, что касается проблем в Я и межличностном функционировании, и детская травма, вероятно, лежит в истоках обоих расстройств. **МКБ-11** формально признаёт такое пересечение и **позволяет одновременную постановку обоих диагнозов**. КПТСР по своей сути отличается от диагноза РЛ, подразумевая анамнез травмы и симптомы ПТСР.

Более того, КПТСР обычно включает стабильные **хронические паттерны негативного самоощущения и избегающие межличностные паттерны**, в то время как РЛ может отличаться тем, что подразумевает возможность **нестабильного или противоречивого самоощущения**, которое может включать явно положительные и явно отрицательные аспекты.

Если присутствуют критерии для постановки КПТСР и РЛ, следует ставить **только диагноз КПТСР**, если только диагноз РЛ не отражает **клинически значимую информацию**, которую не объясняет в достаточной степени диагноз КПТСР».

Complex PTSD and personality disorder in ICD-11: when to assign one or two diagnoses? (Felding, Mikkelsen, Bach, 2021; <https://doi.org/10.1177/10398562211014212>).

Личность - психоаналитический взгляд

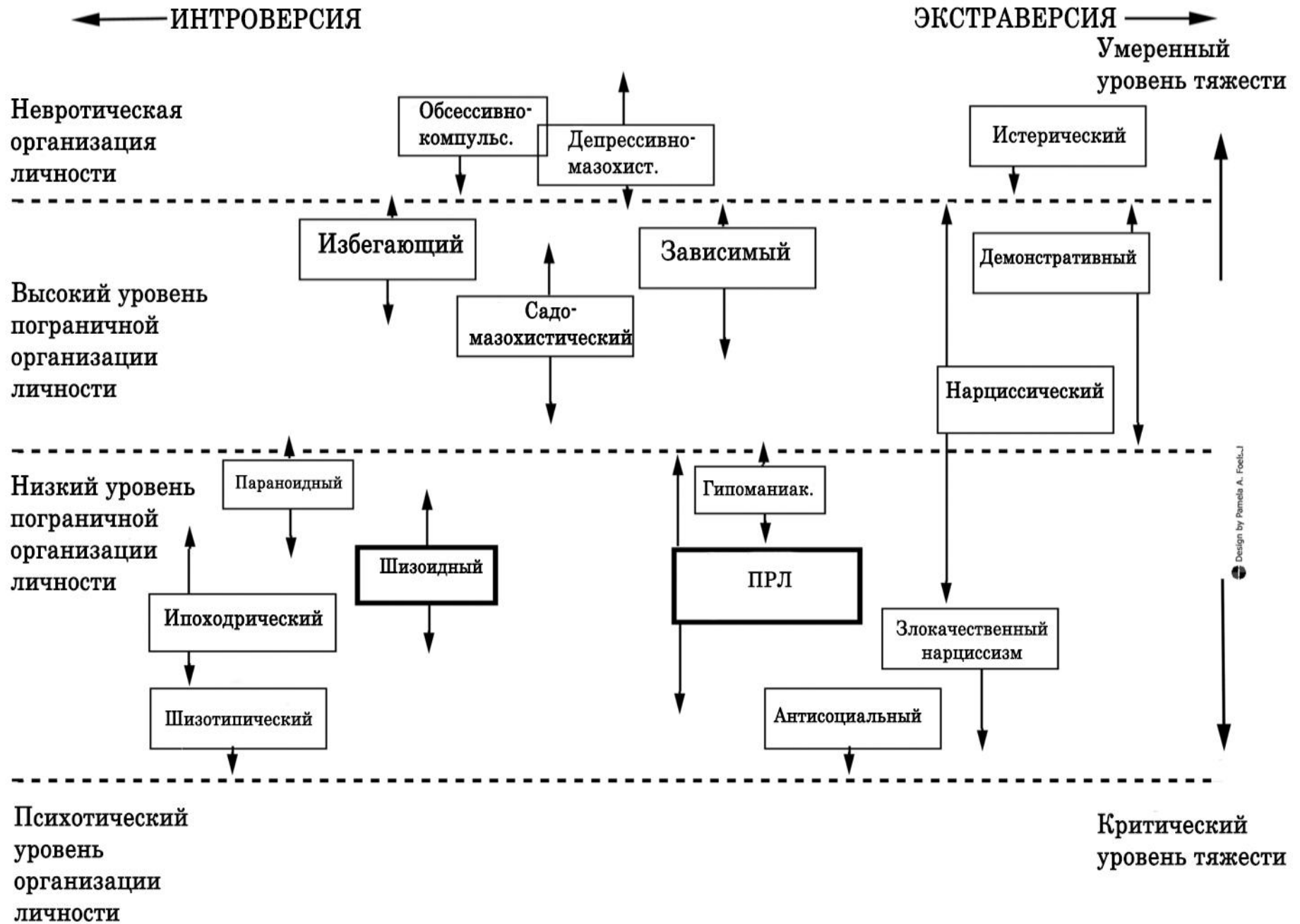
- Это собирательная концепция: общая психологическая структура и функционирование индивида
- Это постоянная организация того, как мы воспринимаем и реагируем на стимулы, включая то, как мы воспринимаем себя и другого
- Оценка и адаптация к окружающей среде

- Ref: Kernberg & Caligor (2005). *A psychoanalytic theory of personality disorders*. In: *Major Theories of Personality Disorders*, 2nd Ed. Eds: Clarkin & Lenzenweger. NY, Guilford, 115-156.

Компоненты личности

Чтобы понять организацию личности, мы приводим описание основных элементов, обуславливающих её:

- Темперамент
- Характер
- **Идентичность**
- Этические ценности
- Интеллект/Мышление



Пограничная организация личности

I. Патология идентичности

Чувство себя и других поверхностно, фрагментировано и искажено

Трудность в “чтении” других... и себя

Недостаток ощущения непрерывности во времени

Путь по жизни, “как у корабля без руля”

Чувство пустоты

II. Основанные на расщеплении/защиты низшего уровня

Эти диссоциативные, основанные на расщеплении защиты подразумевают проецирование негативных аспектов селф в попытках избежать тревоги

Они ведут к неустойчивому, черно-белому восприятию мира (Я и других)

Они также приводят к трудностям в регуляции аффектов

Пограничная организация личности

III. Неустойчивое тестирование реальности

Трудности в различении внутренних и внешних источников аффекта

Недостаточное тестирование социальной реальности

Возможное грубое искажение при стрессе с микропсихотическими явлениями

IV. Патология объектных отношений

Трудности при оценке потребностей независимого от «Я» другого, трудности с установлением здоровой зависимости, трудности с установлением близости

V. Патология работы морали

Неполноценные или недостаточные ценности и идеалы

Неэтичное поведение

КПТСР и ПРЛ

ПРЛ

Эмоциональная лабильность,
неконтролируемый гнев
и общая дисрегуляция эмоций

Фрагментированное и непостоянное
представление о Я

Страх покидания

КПТСР

Хроническое эмоциональное онемение и
трудность с самоуспокоением

Хроническое чувство стыда и вины и
никчёмности

Страх сближения

Нарциссическая структура личности

«...Можно выделить два полюса нарциссизма — а именно, **центральную глубинную уязвимость**, которая либо проявляется, либо маскируется через защитную грандиозность, и диагностика нарциссизма имеет свои трудности на каждом из этих полюсов».

Treating pathological narcissism with transference-focused psychotherapy (D. Diamond, F.E. Yeomans, B.L. Stern, and O.F. Kernberg, 2022)

Что такое патологический нарциссизм с точки зрения ТОО?

- Специфическое расстройство личности, характеризующееся появлением компенсаторной структуры, которую мы называем **«патологическое грандиозное «Я»** – ригидная структура «Я», которая служит в качестве механизма, который защищает индивида от потенциальной фрагментации «Я».
- Оно включает идеализированные репрезентации «Я», а противоположные им обесцененные репрезентации проецируются на других.
- Оно исключает возможность установления отношений на глубоком уровне; имеет место «демонтаж» отношений с другими из-за постоянного обесценивания последних: «Мне никто не нужен; У меня есть/Я сам - всё, что мне нужно».

НРЛ в DSM-5 не даёт полного представления о сути вопроса

A. Нарушения межличностного функционирования:

Я-функционирование (а или b):

- a) Идентичность: Чрезмерная ориентация на других в поиске самоопределения и регуляции самооценки; самооценка внешне чрезмерно завышенная, заниженная или флуктуирующая; эмоциональные колебания отражают колебания самооценки
- b) Самонаправленность: целеполагание на основе получения одобрения окружающих; личные стандарты завышенные (чувство исключительности) или заниженные (чувство заслуженности), часто не осознают собственных мотиваций.

Межличностное функционирование (а или b):

- a) Эмпатия: сниженная способность распознавать или признавать чувства и потребности других; чрезмерно ориентирован на реакции окружающих, но исключительно потому, что они рассматриваются как особо значимые для себя лично; пере- или недооценивает собственное влияние на других.
- b) Близость: большей частью поверхностные отношения, которые служат регуляции самооценки (*компенсация чувства никчёмности, дефектности, пустоты*); снижение искреннего интереса к другим при заинтересованности в реализации собственных интересов.

B. Патологические личностные черты:

Антагонизм:

- a) Грандиозность: Чувство заслуженности, явная или скрытая эгоцентричность; твёрдая убежденность в собственном превосходстве, снисходительность к другим.
- b) Поиск внимания: чрезмерные попытки привлечь внимание и восхищение от окружающих.

Два вида выражения нарциссической патологии

<u>ЯВНАЯ</u>	<u>СКРЫТАЯ</u>
ПОВЕДЕНИЕ внешнее высокомерие и презрение к окружающим	РАЗМЫШЛЕНИЯ исключительность и уникальность
ОТНОШЕНИЕ внешняя грандиозность и превосходство	СКРЫТЫЕ ЧУВСТВА скрытое моральное превосходство
ЭМОЦИИ презрение, гнев, отвращение	МОТИВЫ И ПОТРЕБНОСТИ нужда в одобрении и признании

НРЛ/ПРЛ: Как они взаимосвязаны?

- При НРЛ и ПРЛ имеют место сходства в интрапсихической структуре:
 - Нарушения идентичности; чрезмерная отсылка к другим для самоопределения и регуляции самооценки.
 - Искажения в репрезентациях «Я» и объектов.
 - Дефицит эмпатии и близких отношений.
 - Антагонизм по отношению к другим, в частности, в случаях воспринимаемой враждебности или отвержения.
 - Опора на примитивные защиты для управления невыносимыми аффектами и состояниями «Я».

Обзор основополагающих характеристик пограничной организации личности

- Диффузная идентичность.
 - Неинтегрированное самоощущение.
 - Однако, пациент с НРЛ может демонстрировать *видимость* интеграции.
 - Неинтегрированное представление о Другом.
- Примитивные защиты, основанные на расщеплении.
 - Дисрегуляция аффектов.
- Неустойчивое тестирование реальности.
 - Идеи превосходства или уникальности.
 - Бегство в нарциссический «пузырь».

Выводы

Выводы касательно терапии травмы: личность это проблема

Внимание к структурной диагностике личности

- Идентичность (самоощущение, способность вкладываться)
- Качество объектных отношений (дружба, поверхностное/эксплуатирующее отношение, близость и интимность)
- Защиты (примитивные защиты, копинги, ригидность)
- Агрессия (против себя, против других)
- Моральные ценности

Выводы касательно терапии травмы: диагноз это проблема

В тяжёлых случаях диагноз КПТСР может апроприироваться пациентом и бессознательно использоваться с защитной функцией, где пациент больше склонен идентифицировать себя с жертвой, но не с агрессором, проецируя агрессивные импульсы на окружающих.

Это значительно замедляет переработку травматического опыта, поскольку интегрировать необходимо как уязвимые, так и агрессивные аспекты, и может приводить к терапевтическим тупикам.

Выводы касательно терапии травмы: альянс это проблема

Фаза стабилизации и безопасности

Защитная структура вокруг травматического опыта (отстранение, обесценивание, онемение) может иметь **характеристики скрытого патологического нарциссизма**, а сложности с межличностной модуляцией дистресса могут значительно осложнять установление альянса!



Необходимо внимание к переносу - активации внутренних объектов здесь-и-сейчас в отношениях с терапевтом

Понимание динамики скрытого патологического нарциссизма как защиты от чувства никчёмности и дефектности, а также от нерепрезентированных сырых болезненных аффектов

Выводы касательно терапии травмы: защиты это проблема

Защитная структура функционирует на основе диссоциативных механизмов и направлена на максимальную адаптацию и контроль над потенциальными триггерами.



Мощная рационализация и интеллектуализация

Проработанные системы моральных ценностей, направленные на защиту травматического Я и контроль межличностных отношений



Перестройка защитной структуры может предшествовать переработке травматического опыта

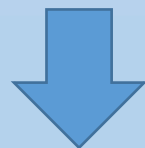
Выводы касательно терапии травмы: агрессия это проблема

Двойная идентификация

Комплексная травма (в отличие от острой) в период формирования личности ведёт к формированию репрезентаций **как жертвы, так и агрессора**, и последовательной идентификации с ними в отношениях с терапевтом - а также внутри себя!



в сочетании с глубинной уязвимостью и чувством дефектности может быть крайне сложно интегрировать агрессию из-за стыда и вины



очень полезны терапевт-центрированные интервенции на ранних этапах

Выводы касательно терапии травмы: выбор лечения...

Выбор терапевтических подходов, которые подходят для терапии РЛ при показаниях:

- МБТ
- ДБТ
- ТФП
- Схема-терапия

Выводы касательно терапии РЛ: травма это важно

Особое внимание к

- травматическому опыту в детстве и подростковом возрасте (особенно к эмоциональному пренебрежению),
- диссоциативным симптомам,
- особенностям Я-организации,
- подозрениям о нерепрезентированном опыте (по проявлениям соматизации и охранительных поведенческих паттернов),
- **малоосознаваемой потребности в надёжной привязанности и связанной с этим фрустрации,**

...в течение всего курса терапии, поскольку симптомы посттравматического характера могут проявляться не сразу.

Выводы касательно терапии РЛ: нетепрезентированный опыт

Нерепрезентированный опыт и соматизация (проживание аффектов через тело) - внимание к телесным симптомам и поведению как к «голосу травмированного Я». Диссоциация между аффектами (и телом!) и мышлением.

- отслеживание спонтанных телесных реакций как проявлений аффекта,
- отсылки к телесным симптомам и процессам как возможность символизации.

Требует от терапевта особой чуткости, умения работать с контрпереносом и анализировать невербальное поведение.

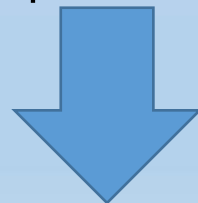
Выводы касательно терапии РЛ: экспириенциальность наше всё

Принцип своевременности: интерпретация наиболее эффективна, когда проводится при активации соответствующего аффекта.



Максимально экспириенциальная работа «здесь-и-сейчас», в переносе.

Поскольку некоторые аффекты соматизируются - очень полезно активировать телесные процессы и ощущения через движение или воображение



Двигательные и телесные практики в сочетании с тренировкой осознанности параллельно с разговорной психотерапией

Благодарю за внимание!

info@vladimirsnigur.ru