

КОРРЕЛИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ МЕЖДУ ПОГРАНИЧНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ И КОМПЛЕКСНЫМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Исагулова Елена Юрьевна

кандидат психологических наук, директор, НМУ
«Клинический центр психического здоровья»
9477877@gmail.com

CORRELATING FACTORS BETWEEN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AND COMPLEX POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

E. Isagulova

Summary: The article highlights an analytical review of the current literature devoted to the problem of identifying correlating factors between borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder.

The main symptoms characteristic of PDP and cPTSD are disclosed: emotional dysregulation, relationship difficulties, impulsivity, addictions, and autoaggressive behavior, as well as identity disorders, dissociation, and trauma history.

It is clarified that borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder are relatively different in terms of precise qualitative definitions of their diagnostic features, but nevertheless have significant potential overlap in their symptom criteria. To determine whether there is a temporal sequence in the onset and progression of disorders and under what conditions, prospective studies with repeated assessments of the symptoms of disorders will be required.

Keywords: borderline personality disorder, complex posttraumatic stress disorder, psychotrauma, personality disorder, emotional dysregulation.

Аннотация: Статья освещает аналитический обзор современной литературы, посвященной проблеме выявления коррелирующих факторов между пограничным расстройством личности и комплексным посттравматическим стрессовым расстройством.

Раскрыты основные симптомы, характерные для ПРЛ и КПТСР: эмоциональная дисрегуляция, трудности в отношениях, импульсивность, аддикции и аутоагрессивное поведение, а также нарушения идентичности, диссоциация и история травмы.

Уточнено, что пограничное расстройство личности и посттравматическое стрессовое расстройство относительно различны с точки зрения точных качественных определений их диагностических признаков, но, тем не менее, имеют существенное потенциальное совпадение в своих симптоматических критериях. Для определения того, существует ли временная последовательность в начале и прогрессировании расстройств и при каких условиях, потребуются перспективные исследования с повторными оценками симптомов расстройств.

Ключевые слова: пограничное расстройство личности, комплексное посттравматическое стрессовое расстройство, психотравма, расстройство личности, эмоциональная дисрегуляция.

Введение

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) – это психологическое расстройство, характеризующееся распространенными моделями нестабильности в межличностных отношениях, представлении о себе и эмоциях. Люди с ПРЛ часто испытывают интенсивные эмоциональные реакции и трудности с регулированием своих эмоций. Расстройство обычно характеризуется страхом быть покинутым, нестабильными и интенсивными отношениями, импульсивным поведением и диффузным ощущением «Я» [6].

Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (КПТСР) было предложено в качестве диагноза, охватывающего уникальную симптоматику, возникающую в результате хронической, повторяющейся травмы, полученной в течение длительного периода, такой как пережитое жестокое обращение с детьми, домашнее насилие или тюремное заключение во время войны, а не в результате единичного травматического

инцидента. КПТСР как синдром воздействия травматической межличностной виктимизации, включает в себя патологическую диссоциацию, нарушение регуляции эмоций, соматизацию и измененные основные схемы относительно себя, отношений и поддерживающих убеждений (например, морали, духовности) и т.д. [12].

Лица, которые переживают сложную психотравму (особенно, но не исключительно в периоды формирования психики, например, раннее детство, подростковый возраст) подвержены риску развития не только ПТСР, но и других психических расстройств, включая расстройство личности. При этом КПТСР использовалось раньше в качестве альтернативного диагноза ПРЛ для концептуализации и лечения симптомов у лиц, перенесших межличностную травму [21].

С тех пор были опубликованы сотни клинических или научных исследований КПТСР и родственных им состояний и с течением времени отношение к травме претерпело удивительную метаморфозу. В новой редакции

МКБ (11 пересмотр) кПТСР было признано как новое, дискретное образование, где оно определяется операционально, требуя для подтверждения наличия одного из трех критериев DSM-4 (навязчивое повторное переживание, избегание напоминаний о травме, чрезмерное возбуждение) и одного из трех доменов нарушений самоорганизации (НС): эмоциональное оцепенение и дисрегуляцию, восприятие себя как неудачника или никчемного человека, эмоциональную отчужденность в отношениях. Эти уточнения в концептуализации и измерении кПТСР способствовали новым исследованиям взаимосвязи кПТСР и ПРЛ, включая их травматические предпосылки в детстве и последующих этапах развития. Кроме того, в современной психодиагностике существует гипотеза, стимулирующая научные исследования и клинические инновации, определяющие и дифференцирующие расстройства, утверждающая, что последние могут представлять собой континуум, параллельный классической концептуализации реакции на стресс, с диссоциацией, потенциально вовлеченной в каждое расстройство [18]. При этом кПТСР и ПРЛ часто встречаются коморбидно, имеют несколько пересекающихся сходств, но связь и факторы развития этих расстройств остаются противоречивыми.

В связи с этим **целью** исследования является уточнение коррелирующих факторов между ПРЛ и кПТСР.

Материалы и методы исследования

Проводили анализ статей из электронных ресурсов и баз данных Scopus, PubMed, MedLine, eLibrary, CyberLeninka, РИНЦ. Анализ включал публикации за последние 5 лет, характеризующие современные аспекты, оценивающие коррелирующие факторы между ПРЛ и кПТСР. Поиск соответствующих исследований выполнялся по расширенному перечню ключевых слов: «пограничное расстройство личности», «комплексное посттравматическое стрессовое расстройство», «детская психотравма», «нарушение идентичности», «эмоциональная дисрегуляция», «диссоциация», «импульсивность».

Результаты исследования

ПРЛ и ПТСР различаются относительно точных качественных определений их диагностических признаков, но было обнаружено, что эти расстройства имеют существенное потенциальное совпадение в своих симптоматических критериях. В DSM-4 и МКБ-10 симптомы ПТСР были похожи на три признака ПРЛ (транзиторная диссоциация, хроническая пустота и сильный гнев соответственно). Более того, пересмотренные критерии ПТСР в DSM-5 включают новые симптомы, отражающие негативные изменения в аффекте, идентичности и поведении, которые пересекаются с четырьмя другими критериями ПРЛ (нарушение идентичности, потенциально

самоповреждающая импульсивность, самоповреждение, аффективная нестабильность). Таким образом, диагностические критерии ПТСР в DSM-5 потенциально пересекаются с семью из девяти критериев ПРЛ [22].

Фактически, все пересмотренные симптомы ПТСР, которые потенциально пересекаются с признаками ПРЛ, являются кардинальными признаками кПТСР: нарушение регуляции аффекта, измененные основные убеждения о себе, безрассудное или опасное импульсивное поведение, самоповреждение. Кроме того, кПТСР включает в себя интенсивную и изменчивую запутанность в отношениях как основную черту, а также социальную отчужденность и избегание, которые являются критериями ПТСР DSM-4 и DSM-5 [12].

В течение нескольких десятилетий совпадение симптомов ПРЛ и различных форм кПТСР было предметом дебатов. Было проведено несколько исследований, изучающих связь между этими состояниями с использованием специфических мер. Данные исследования проводились на выборках населения в целом, а также на клинических выборках травмированных лиц, и включали факторный анализ, анализ латентных классов и дизайны сетевого анализа. В результате были предампы и счотитрмЖггставлены доказательства того, что ПРЛ и кПТСР представляют собой несколько различные, но часто перекрывающиеся профили симптомов, которые, как правило, возникают в сочетании, а не изолированно [17]. Более того, сочетание симптомов ПРЛ и кПТСР сильнее связано с тяжелой кумулятивной детской межличностной виктимизацией, чем симптомы кПТСР при отсутствии симптомов ПРЛ. При этом существуют лица, которые соответствуют критериям обоих расстройств, но кПТСР и ПРЛ, как правило, различимы на уровне симптомов и личности [9].

Так, в исследованиях последних лет отмечается, что коррелирующими между ПРЛ и кПТСР могут быть:

1. Эмоциональная дисрегуляция:

Эмоциональная дисрегуляция: как ПРЛ, так и кПТСР связаны с трудностями в регуляции эмоций. Лица с этими расстройствами могут испытывать сильные и быстро меняющиеся эмоции, что приводит к повышенной реактивности и трудностям в управлении эмоциональными реакциями.

Сочетание жестокого обращения в детстве и пренебрежения со стороны родителей, что является предвестником как кПТСР, так и ПРЛ, представляет собой существенное нарушение развития надежных эмоциональных связей, которые являются основой внутренних рабочих моделей безопасности привязанности. Угроза физической (и сексуальной) безопасности, вызванная

насилием и пренебрежением, также представляет собой потенциально травмирующий стрессорный фактор. Было показано, что ненадежность привязанности в младенчестве является предиктором регулирования эмоций во взрослой жизни [15]. Когда основные опекуны либо тревожны/навязчивы, с одной стороны, либо отстранены/неотзывчивы, с другой, хотя в остальном они довольно последовательны в воспитании детей, внутренние рабочие модели привязанности ребенка (т.е. основные аффективные/когнитивные схемы о близости, заботе и защите) имеют тенденцию быть небезопасными (т.е. тревожными/занятыми или отстраненными/избегающими). Более серьезное состояние возникает, когда лица, осуществляющие уход, являются как желаемым, но недоступным или непредсказуемым источником комфорта/безопасности, так и источником опасности или насилия для ребенка. Рабочие модели привязанности ребенка в этом случае были описаны как неорганизованные. Эти дети одновременно ищут близости и защиты (сближения) с лицами, осуществляющими уход, как биологический механизм выживания, и в то же время отстраняются (избегают) из-за чувства страха быть ранеными или брошенными лицами, которые являются источником опасности или которые могут быть недоступны или не желают обеспечивать заботу и защиту [1]. Было обнаружено, что неорганизованная привязанность в младенчестве и среднем детстве впоследствии предсказывает симптомы ПРЛ в подростковом и молодом возрасте. Когда чувство привязанности у ребенка становится хронически дезорганизованным, могут развиться пожизненные проблемы с отношениями, самоощущением, идентичностью, суицидальностью, зависимостью. Данные проблемы связаны с дефицитом основных психологических способностей к регуляции эмоций, которые возникают в младенчестве и закрепляются в детстве, когда формируется надежная привязанность [2].

В подростковом и взрослом возрасте проблемы аффективной области характеризуются нарушением регуляции эмоций, о чем свидетельствует повышенная эмоциональная реактивность, вспышки насилия, аутодеструктивное поведение или тенденция к переживанию длительных диссоциативных состояний в дистрессе. Кроме того, может наблюдаться эмоциональное оцепенение и отсутствие способности испытывать удовольствие или положительные эмоции.

Когда дезорганизованная привязанность сохраняется во взрослом возрасте, было показано, что нарушение регуляции эмоций, соответствующее ПТРС (например, уход в себя, размышления, неспособность успокоиться) и ПРЛ (например, желание возмездия, нестабильность, враждебность), является более серьезным, чем у взрослых с надежными, тревожными или избегающими рабочими моделями привязанности [21].

Молодые люди из неклинической, но неблагополучной в течение жизни выборки, которые вступали во взаимодействие с родителем способом, соответствующим неорганизованной привязанности, как было обнаружено, с большей вероятностью, чем сверстники, имеют симптомы ПРЛ и склонны к несуицидальному самоповреждению, хотя это не было связано с их историей насилия в детстве. Было обнаружено, что взрослые, проходящие лечение в психиатрической клинике, демонстрируют два различных типа неорганизованной привязанности: высокоэмоционально лабильная группа, члены которой имели самые тяжелые симптомы ПРЛ, и эмоционально отстраненная группа, члены которой имели самые тяжелые избегающие и шизоидные симптомы (хотя травматический анамнез и симптомы ПТСР не оценивались) [24]. Среди взрослых, проходящих лечение в психиатрических учреждениях, небезопасная или неорганизованная привязанность и нарушение регуляции эмоций, как было показано, взаимосвязаны и опосредуют связь между жестоким обращением в детстве и признаками пограничного расстройства личности. Таким образом, неорганизованная привязанность может быть связана с ПРЛ или ПТСР или обоими, а точнее, с тяжелым нарушением регуляции эмоций, обнаруживаемым при этих расстройствах.

Нарушение регуляции эмоций при ПРЛ принимает форму «аффективной нестабильности, интенсивной эпизодической дисфории, раздражительности или тревоги» и «хронического чувства пустоты» при ПРЛ. У взрослых с ПРЛ нарушение регуляции эмоций, особенно включающее гнев в контексте воспринимаемого отвержения, также, как было показано, связано как с предшествующей виктимизацией из-за жестокого обращения с детьми, так и с последующим совершением насилия по отношению к себе и другим (в первую очередь, к близким партнерам) [16]. Также было показано, что нарушение регуляции эмоций опосредует связь между историей эмоционального насилия в детстве и текущим страхом отвержения с симптомами ПРЛ у взрослых. Среди подростков, находящихся на психиатрическом стационарном лечении, было показано, что нарушение регуляции эмоций является посредником между воздействием межличностного насилия в детстве и симптомами ПРЛ или ПТСР [23]. ПРЛ также включает нарушение регуляции эмоций, связанное с дефицитом социального познания, связанным с дихотомическим мышлением, паранойей, агрессивными атрибуциями и повышенным вниманием, но нарушенным распознаванием, пониманием и сочувствием к эмоциям, мыслям и намерениям других людей [20].

Таким образом, эмоциональная дисрегуляция, по видимому, является связующим звеном между симптомами жестокого обращения в детстве у взрослых и нарушениями как при ПТСР, так и при ПРЛ. Поэтому необходимы дальнейшие исследования, чтобы определить, как дезорганизация привязанности и последую-

щая эмоциональная дисрегуляция связаны с кПТСР (по критериям МКБ-11) и ПРЛ.

2. Трудности в отношениях.

Отношения у лиц с ПРЛ, как правило, нестабильны, и исследователи обнаружили, что отношения таких лиц характеризуются более высокой конфликтностью и большим негативным настроением. Конкретные опасения могут включать страх быть покинутым, черно-белое мышление, перепады настроения, суицидальность и чувствительность [6].

Лица с кПТСР также могут испытывать трудности с доверием, формированием и поддержанием здоровых отношений и переживанием стабильного чувства собственного достоинства. Сверхбдительность, хронические чувства вины или стыда и диссоциативные эпизоды также являются общими чертами кПТСР, оказывающими влияние на отношения [3].

Таким образом, лица с ПРЛ и кПТСР часто испытывают трудности с поддержанием стабильных и здоровых отношений. Они могут бояться быть покинутыми, вступать в интенсивные и бурные отношения и испытывать трудности в установлении доверия и формировании границ.

3. Импульсивность, аддикции и аутоагрессивное поведение

Импульсивность часто связывают с агрессивным и самоповреждающим поведением при ПРЛ. Многие авторы сосредоточились на ключевой роли эмоциональной дисрегуляции в объяснении уязвимости к дисфункциональному поведению при ПРЛ в дополнение к импульсивности. Кроме того, недавние работы пролили свет на пробел в эмпирических исследованиях, касающихся конкретных механизмов, посредством которых отсутствие аффективной регуляции вызывает склонность к агрессии. В исследовании Terzi L. и соавт. [25] импульсивность в значительной степени предсказывала как агрессивную, так и самоповреждающую склонность. Кроме того, было обнаружено, что эмоциональная дисрегуляция в значительной степени объясняет уязвимость к агрессии и самоповреждению, в дополнение к дисперсии, объясняемой импульсивностью [11].

Исследования показывают, что поиск ощущений, тенденция искать возбуждение и сильная открытость к попыткам новых видов деятельности, что является основным фактором, связанным с когнитивной импульсивностью, связаны как с негативными изменениями в настроении, так и с изменениями в возбуждении у людей с кПТСР. И наоборот, поведенческая импульсивность (также называемая импульсивностью быстрого реагирования) связана с трудностями в поведенческом тормо-

жении (т. е. предотвращении начала поведения или прекращении поведения после его начала). кПТСР связано с различными факторами, связанными с поведенческой расторможенностью, такими как нарушение регуляции эмоций, агрессия и рискованное сексуальное поведение. В частности, исследования показывают, что негативная срочность или тенденция действовать необдуманно во время эпизодов интенсивного негативного аффекта и основной компонент поведенческой импульсивности тесно связаны с кПТСР и его подкластерами симптомов. Более того, результаты указывают на связь как когнитивной, так и поведенческой импульсивности с суицидальным поведением при кПТСР, в котором подчеркивается клиническая и эпидемиологическая важность изучения импульсивности, особенно в связи с кПТСР и травматическим воздействием [28].

Итак, импульсивное поведение, такое как самоповреждение, злоупотребление психоактивными веществами и рискованное сексуальное поведение, может присутствовать как при ПРЛ, так и при кПТСР. Такое поведение часто служит механизмом преодоления, чтобы облегчить тягостные эмоции или восстановить чувство контроля.

4. Нарушения идентичности

Клинически понятие нарушения идентичности соответствует серьезным трудностям в описании личных черт себя и других, а также проблемам в развитии чувства себя с убеждениями, интересами и жизненными целями, которые остаются стабильными с течением времени. ПРЛ характеризуется хрупким чувством себя и нарушениями идентичности, в то время как лица с кПТСР также могут испытывать нарушения в своем чувстве себя из-за воздействия травматического опыта.

Четко различая симптомы ПТСР и нарушения идентичности, модель МКБ-11 подразумевает, что должны быть различные причинные процессы, которые вызывают данные проблемы. С точки зрения МКБ-11 возможно наличие тяжелых симптомов ПТСР без симптомов нарушения идентичности. Тогда как с точки зрения DSM-5 проблемы, связанные с травмой и самоорганизацией, относятся к одной и той же базовой латентной конструкции и, следовательно, должны возникать одновременно и вытекать из одного и того же причинного процесса или процессов [13].

Было выявлено четыре фактора нарушения идентичности при ПРЛ: поглощение роли (при которых пациенты склонны определять себя в терминах одной роли или причины), болезненная непоследовательность (субъективное чувство отсутствия последовательности), непоследовательность (объективная непоследовательность в мыслях, чувствах и поведении) и отсутствие при-

верженности (например, работе или ценностям) [27]. Все четыре фактора, но особенно болезненная непоследовательность, отличали пациентов с пограничным расстройством личности. Хотя сексуальное насилие было связано с некоторыми факторами идентичности, в частности с болезненной непоследовательностью, пограничная патология вносила уникальный вклад за пределами истории насилия во все четыре фактора нарушения идентичности.

Таким образом, и ПРЛ и кПТСР могут включать трудности в установлении стабильной и последовательной идентичности.

5. Диссоциация

Дезорганизация привязанности и нарушение регуляции эмоций связаны с патологической диссоциацией. Диссоциативные переживания, такие как чувство оторванности от себя или пробелы в памяти, связанные с травматическими событиями, могут возникать как при ПРЛ, так и при кПТСР. Диссоциация, в свою очередь, признана симптомом ПРЛ (как транзиторная реакция на экстремальный стресс) и диссоциативного подтипа ПТСР (ПТСР/Д) [23]. Диссоциация служит защитным механизмом, чтобы справиться с подавляющими эмоциями или травматическими напоминаниями.

Диссоциация была симптомом в первоначальных формулировках кПТСР, но не была включена в качестве симптома кПТСР в МКБ-11, поскольку исследования показали, что диссоциативные симптомы не нагружаются факторами, полученными эмпирическим путем из оценок, основанных на более ранних версиях кПТСР [3].

Однако диссоциация заслуживает рассмотрения при сравнении ПРЛ и кПТСР, поскольку связанные с травмой предпосылки этих расстройств (например, жестокое обращение в детстве и неорганизованная привязанность) и их центральная клиническая особенность (например, нарушение регуляции эмоций) сложно переплетены с диссоциацией. Например, исследование с детьми дошкольного возраста, включая как жертв сексуального насилия, так и контрольную группу, не подвергавшуюся насилию, показало, что самоотчетная дезорганизация привязанности у детей, подвергавшихся сексуальному насилию, и наблюдаемая родителями дисрегуляция эмоций были тесно взаимосвязаны, более выражены, чем у детей, не подвергавшихся насилию, и опосредовали связь между сексуальным насилием и наблюдаемой родителями диссоциацией год спустя [5].

Было показано, что диссоциация является проблематичной для подгруппы лиц, у которых диагностировано ПРЛ и кПТСР как в качестве отдельных расстройств, так и в качестве сопутствующих друг другу расстройств. Пре-

ходящие диссоциативные симптомы, связанные с экстремальным стрессом и реальным или воображаемым покинутостью, являются основными симптомами ПРЛ, хотя они, как правило, возникают в первую очередь у лиц с диагнозом ПРЛ, у которых в детстве был анамнез насилия. Метаанализ показал, что у пациентов с диагнозом ПРЛ наблюдались более серьезные и обширные симптомы диссоциации, чем у тех, у кого диагностированы другие психические расстройства, за исключением кПТСР [6]. Таким образом, диссоциация при ПРЛ может возникать как бессознательная компенсация неудачных попыток самоосознания и исполнительного контроля в состояниях тяжелой эмоциональной дисрегуляции.

Хотя диссоциативные симптомы тесно связаны с тяжестью симптомов ПТСР среди взрослых спустя десятилетия после пережитого в детстве сексуального насилия, патологическая диссоциация не была включена в диагностику ПТСР до тех пор, пока пересмотр DSM-5 не выявил диссоциативный подтип ПТСР (ПТСР/Д). Исследование с участием ветеранов вооруженных сил и военнослужащих, проходящих действительную военную службу, показало, что женщины (но не мужчины), которые соответствовали критериям ПТСР/Д, с большей вероятностью соответствовали критериям ПРЛ (а также избегающего расстройства личности), чем те, у кого было традиционное ПТСР [7]. Было обнаружено, что среди подростков, вовлеченных в ювенальную юстицию, диссоциация и симптомы ПТСР по отдельности опосредуют связь между поливиктимизацией и проблемами интернализации. На основании этих результатов можно сделать вывод, что ПТСР и ПРЛ различаются в отношении диссоциации (т.е. преходящие реакции на экстремальный межличностный дистресс при ПРЛ по сравнению с хронической адаптацией к страху, связанному с поливиктимизацией при ПТСР), за исключением возможного совпадения в некоторых случаях, когда ПТСР/Д и ПРЛ встречаются одновременно [10].

Подобно ПТСР, было обнаружено, что кПТСР связано с повышенным уровнем диссоциативных симптомов среди взрослых, проходящих лечение в психиатрических клиниках. Более того, было показано, что у пациентов, соответствующих критериям кПТСР, наблюдаются более серьезные диссоциативные симптомы, чем у пациентов, соответствующих критериям ПТСР без диссоциативных симптомов. В исследовании с участием взрослых пациентов с психическим здоровьем психоформная (но не соматоформная) диссоциация частично опосредовала связь между историей жестокого обращения в детстве и кПТСР (оцениваемой с использованием критериев DESNOS); важно, что эта медиация происходила независимо от эффектов симптомов ПРЛ, страха быть покинутым и близости, а также нарушения регуляции эмоций [14]. Дальнейший анализ данных из той же психиатрической клинической выборки показал, что психоформная

диссоциация также опосредовала связь между историей жестокого обращения в детстве и ПРЛ, независимо от эффектов симптомов кПТСР, нарушения регуляции аффекта, страха быть покинутым и близости. В этом исследовании была обнаружена прямая связь между сексуальным насилием в детстве и ПРЛ, независимо от эффектов диссоциации, нарушения регуляции эмоций, страхов в отношениях и кПТСР [26].

Эти результаты показывают, что патологическая диссоциация может возникать при ПТСР (диссоциативном подтипе), кПТСР (как сопутствующий симптом) или ПРЛ (в крайних состояниях эмоциональной дисрегуляции). Таким образом, диссоциация, по-видимому, играет разные роли в этих расстройствах, хотя необходимы исследования для определения точной природы ее участия в каждом из них. Диссоциация также, по-видимому, участвует в связи между жестоким обращением в детстве и кПТСР, и ПРЛ способом, который отличается от дезорганизованной привязанности или эмоциональной дисрегуляции. Здесь снова необходимо повторение с кПТСР, оцененным с использованием критериев МКБ-11, чтобы лучше понять сходства и различия в роли, которую играет диссоциация при ПРЛ и кПТСР, и прояснить сложные взаимосвязи дезорганизации привязанности, эмоциональной дисрегуляции и диссоциации при данных расстройствах [19].

Б. История травмы

Как ПРЛ, так и кПТСР могут быть связаны с историей травмы. Хотя травма не является исключительной для любого из расстройств, люди с ПРЛ могли пережить различные формы детской травмы, а люди с комплексным ПТСР обычно имеют историю длительной и повторяющейся травмы.

Наложение диагностических критериев кПТСР и ПРЛ поднимает вопросы о научной целостности и клинической полезности конструкции/диагностики кПТСР, а также о возможностях достижения все более тонкого понимания роли психологической травмы в ПРЛ [4].

Хотя оба расстройства могут испытывать симптомы, связанные со страхом в отношениях, один отличительный фактор, наблюдаемый при ПРЛ, который не часто наблюдается при кПТСР, – это страх быть покинутым. Однако лица с кПТСР могут избегать отношений, чувствуя себя каким-то образом недостойными любви или недостойными из-за перенесенного ими насилия. Лица с кПТСР часто вообще избегают отношений или отталкивают других как небезопасных или угрожающих; такое поведение можно спутать со страхом быть покинутым, наблюдаемым у людей с ПРЛ [1].

Люди с кПТСР часто испытывают стыд и винят себя

за свои межличностные проблемы, это симптом, который также похож на переживания лиц с ПРЛ. Тем не менее, еще одно ключевое отличие заключается в том, что лица с кПТСР могут не совершать аддиктивные или аутоагрессивные поступки. В то время как лица с кПТСР могут заниматься аддиктивным поведением (злоупотребление психоактивными веществами, небезопасный секс или вспышки эмоций или эмоциональная дисрегуляция в межличностных отношениях), импульсивное, аддиктивное поведение чаще наблюдается при ПРЛ, когда стрессоры в межличностных отношениях могут спровоцировать эпизод. Это может включать суицидальные мысли или попытку самоубийства. Однако данный факт не означает, что ни один человек с диагнозом кПТСР не занимается самоповреждением; каждый случай уникален, и его обстоятельства должны рассматриваться индивидуально [8].

Другое ключевое различие между ними заключается в том, что в то время, как лица с наличием этих расстройств могут считать, что отношения кажутся небезопасными или угрожающими, человек с кПТСР часто может предпочесть избегать близости или отношений вообще. Человек с ПРЛ, с другой стороны, может бороться с одиночеством и может использовать отношения, чтобы избежать чувства одиночества или покинутости.

В то время как люди с ПРЛ и кПТСР испытывают трудности с эмоциональной регуляцией и часто испытывают вспышки гнева, люди с посттравматическим стрессовым расстройством могут также испытывать эмоциональное оцепенение или интравертивную подавленность [22].

Кроме того, лица с ПРЛ часто не понимают, кем они являются в своей основе, что сродни самоидентификации. Они могут менять свои интересы или увлечения в зависимости от того, с кем они общаются из-за ограниченного чувства самоидентификации. С другой стороны, лица с кПТСР обычно понимают и осознают, кто они есть, и имеют более стабильную самоидентификацию. Однако они борются с чувством «поврежденности», несут в себе заблуждения о себе как о недостойных любви или недостойных счастья. Данные переживания влияют на отношения, которые могут быть спутаны с проблемой самоидентификации или самосознания [21].

Наконец, как люди с ПРЛ, так и люди с кПТСР часто испытывают трудности с преодолением травматического прошлого. При успешном лечении лица с кПТСР могут испытывать меньше эмоциональных реакций или поведенческих нарушений, занимаясь основанными на травме и доказательно обоснованными поведенческими вмешательствами, которые помогают справляться со стрессорами, предоставляя инструменты и стратегии для восстановления безопасности, проработки травматических воспоминаний, преодоления негативных

чувств и изменения негативных мыслей. Напротив, лица с ПРЛ часто нуждаются в долгосрочном специализированном лечении, таком как диалектическая поведенческая терапия (ДПТ) [17].

Заключение

Таким образом, проблемы психодиагностики и терапии, связанные с ПРЛ и кПТСР, по-прежнему относятся к систематическому выявлению биопсихосоциальных диатезов (например, генетических/семейных/нейробиологических факторов риска/защиты), стрессоров (например, жестокое обращение, травматическая виктимизация, отсутствие или плохо организованный уход) и траекторий развития (например, неорганизованная привязанность, хроническая дисрегуляция аффекта, патологическая диссоциация), которые являются уникальными или общими для ПРЛ и кПТСР. При этом существу-

ет необходимость в более систематическом изучении взаимосвязей компонентных процессов, вовлеченных в адаптацию к жестокому обращению в детстве, дезорганизации привязанности, эмоциональной дисрегуляции и диссоциации, которые связаны с кПТСР и ПРЛ. Понимание детских истоков и подросткового течения ПРЛ и кПТСР имеет решающее значение для разработки раннего вмешательства и профилактики.

Подводя итог, можно сказать, что взаимосвязь кПТСР и ПРЛ становится все более очевидной по мере развития эпидемиологических, психометрических, клинических и нейробиологических исследований, однако для проведения систематических и теоретически обоснованных будущих исследований в этой важнейшей области психического здоровья необходимы концептуальные основы, подобные тем, которые предоставляет теория реакции на стресс.

ЛИТЕРАТУРА

1. Говоров С.А. История исследования и современное понимание концепции психической травмы / С.А. Говоров, Л.И. Микеладзе // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2022. Т. 11, № 1-1. С. 7-19.
2. Екимова В.И., Лучникова Е.П. Комплексная психологическая травма как последствие экстремального стресса // Современная зарубежная психология. 2020. Т. 9, № 1. С. 50-61.
3. Падун М.А. Комплексное ПТСР: особенности психотерапии последствий пролонгированной травматизации / М.А. Падун // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29, № 3(113). С. 69-87.
4. Польская Н.А. Диссоциация, травма и самоповреждающее поведение / Н.А. Польская, М.А. Мельникова // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28, № 1(107). С. 25-48.
5. Трубицына Л.В. Процесс травмы. М.: Смысл, 2019. 223 с.
6. Хасанова А.К. Пограничное расстройство личности: клиника, классификация и дифференциальная диагностика / А.К. Хасанова, С.Н. Мосолов // Психиатрия и психофармакотерапия. 2023. Т. 25, № 5. С. 4-17.
7. Шварц А. Терапия комплексного посттравматического расстройства: практическое руководство. СПб: «Диалектика», 2020. - 176 с.
8. Cierpiakowska L. Clinical diagnosis and case formulation in the psychotherapy of personality disorders // Postep Psychiatr Neurol. 2023. Vol. 32. N 3. Pp.167-174.
9. Cloitre M. ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: simplifying diagnosis in trauma populations // Br J Psychiatry. 2020. Vol. 216. N 3. Pp. 129-131.
10. DeAngelis T. The legacy of trauma // American Psychological Association. 2019. Vol. 50. N 2. P. 36
11. Fontana A.A. Model of Post-Traumatic Stress Disorders and Dissociative Identity Disorder from the perspective of Social Emotions // Medical Research Archives. 2022. V. 10, N 3. Pp. 31-42.
12. Ford J.D., Courtois C.A. Complex PTSD and borderline personality disorder // Borderline Personal Disord Emot Dysregul. 2021. Vol. 8. N 1. Pp. 16-19.
13. Fung H.W., Chien W.T., Lam S.K.K., Ross C.A. The Relationship Between Dissociation and Complex Post-Traumatic Stress Disorder: A Scoping Review // Trauma Violence Abuse. 2023. Vol. 24. N. 5. Pp. 2966-2982.
14. Gal R.L., Carmen S. Labels Matter: Is it stress or is it Trauma? // Translational Psychiatry. 2021. Article 385.
15. Girmé Y.U., Jones R.E., Fleck C., Simpson J.A., Overall N.C. Infants' attachment insecurity predicts attachment-relevant emotion regulation strategies in adulthood // Emotion. 2021. Vol. 21. N 2. Pp. 260-272.
16. Hyland P., Shevlin M., Brewin C. R. The memory and identity theory of ICD-11 complex posttraumatic stress disorder // Psychological Review. 2023. Vol. 130. N 4. Pp. 1044–1065.
17. Jowett S., Karatzias T., Shevlin M., Albert I. 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. Vol. 11. N 1. Pp. 36-45.
18. Karatzias T., Bohus M., Shevlin M., et al. Distinguishing between ICD-11 complex post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: clinical guide and recommendations for future research // The British Journal of Psychiatry. 2023. Vol. 223. N 3. Pp. 403-406.
19. Lewis J., Binion G., Rogers M., et al. The Associations of Maternal Emotion Dysregulation and Early Child Dissociative Behaviors // Journal of Trauma & Dissociation. 2020. Vol. 21. N 2. Pp. 203-216.
20. Maercker A., Cloitre M., Bachem R., et al. Complex post-traumatic stress disorder // Lancet. 2022. Vol. 400 N 10345. Pp. 60-72.
21. Owczarek M., Karatzias T., McElroy E., et al. Borderline Personality Disorder (BPD) and Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD): A Network Analysis in a Highly Traumatized Clinical Sample // J Pers Disord. 2023. Vol. 37. N 1. Pp. 112-129.

22. Powers A., Petri J.M., Sleep C., Mekawi Y., Lathan E.C., Shebuski K., Bradley B., Fani N. Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder using exploratory structural equation modeling in a trauma-exposed urban sample // *J Anxiety Disord.* 2022. Vol. 88. N 10. Pp. 25-58.
23. Ramos B., Santos M.F., Elias De Sousa A., Soares Da Costa I., Andrade F. The relation between Complex PTSD and Borderline Personality Disorder a review of the literature // *Eur Psychiatry.* 2022. Vol. Sep 1. N. 65. Pp. 37-56.
24. Spinazzola J., Briere J. Evidence-based psychological assessment for the sequelae of complex trauma. In: Ford JD, Courtois CA, editors. *Treatment of complex traumatic stress disorders in adults.* New York: Guilford; 2020. Pp. 125–148.
25. Terzi L., Martino F., Berardi D., Bortolotti B., Sasdelli A., Menchetti M. Aggressive behavior and self-harm in Borderline Personality Disorder: The role of impulsivity and emotion dysregulation in a sample of outpatients // *Psychiatry Res.* 2017. Vol. 249. Pp. 321-326.
26. Thanos K., Hyland Ph. Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a traumaexposed population, based sample of adults in the United Kingdom // *Depress Anxiety.* 2019. Vol. 36. N. 9. Pp. 887-894.
27. Wilkinson-Ryan T., Westen D. Identity disturbance in borderline personality disorder: an empirical investigation // *Am J Psychiatry.* 2000. Vol. 157. N 4. Pp. 528-541.
28. Young D.A., Neylan T.C., Zhang H., O'Donovan A., Inslicht S.S. Impulsivity as a multifactorial construct and its relationship to PTSD severity and threat sensitivity // *Psychiatry Res.* 2020. Vol. 11. N 293. Pp. 113-126.

© Исагулова Елена Юрьевна (9477877@gmail.com).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»