

ZABURZENIA NASTĘPUJĄCE
PO TRAUMATYCZNYM ROZWOJU:
PROBLEM NOZOGRAFICZNY

*Jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób
jest diagnoza.*

Karl Kraus¹

Dobrym sposobem rozpoczęcia refleksji nad nieadekwatnością aktualnej klasyfikacji diagnostycznej zaburzeń, będących konsekwencją traumy psychicznej, jest skupienie uwagi nad wynikami badań: z obszernych badań multicentrycznych², gdzie przebadano około 1700 dzieci, które doświadczyły traumy wynika, że podczas gdy 78% doświadczyło powtarzających się i wielorakich traum w dłuższym okresie i ujawniało ewidentne cierpienie psychiczne, jedynie jedna czwarta odpowiadała diagnozie PTSD (Spinazzola i in., 2005). Wobec jasnych wskazówek, że rozwój przebiegał w warunkach powtarzających się traum, diagnoza PTSD nie wydaje się adekwatna do określenia typu cierpienia, jakie po tym następuje. Prawdą jest, że obrazy kliniczne odmienne od PTSD lepiej wyrażają symptomy psychopatologiczne, na które może cierpieć dziecko w trakcie traumatycznego rozwoju. Aby zrozumieć powody nieadekwatności PTSD w określaniu zaburzeń w okresie dzieciństwa, które łączą się z traumatycznym rozwojem oraz to, do czego w okresie dorosłości doprowadzi psychopatologiczny

¹ K. Kraus (1909) *Deti e contradetti*, włoski przekład Adelph, Mediolan, 1992, s. 240

² Badania multicentryczne prowadzone są równocześnie przez kilka ośrodków w różnych miejscach – przyp. tłum.

przebieg, zaczynający się traumatycznym rozwojem, zaczniemy pewnymi rozważaniami na temat kategorii diagnostycznych PTSD, jakie pojawiają się w DSM-IV. Następnie, rozważymy propozycje wysunięte po to, by rozwiązać problem nozograficzny powstały w wyniku nieadekwatności PTSD wobec złożoności psychopatologicznych skutków traumatycznego rozwoju.

ZABURZENIA PO TRAUMATYCZNYM STRESIE (PTSD)

Pamiętajmy, że PTSD jest syndromem opartym na obecności czterech grup symptomów, mogących pojawić się po traumatycznych, jednym lub więcej, doświadczeniach: a) symptomy wywołane ponownym przeżywaniem, w sposób intruzywny i nie wolicjonalny, traumatycznego doświadczenia; b) symptomy unikania wspomnienia traumy, jak unikanie miejsc, sytuacji lub osób, które przypominają traumatyczne doświadczenie; c) stępienie emocjonalne (*emotional numbing*); d) symptomy nadmiernego pobudzenia (*hyperarousal*), jak częste lub utrzymujące się stany alarmu, hiper-czułości, bezsenność, drażliwość (APA, 2000).

Wprowadzenie PTSD do kategorii diagnostycznych DSM, dokonane w DSM-III w 1980 r., umożliwiło wyodrębnienie i określenie cierpienia wielu pacjentów – ofiar doświadczeń traumatycznych, otwierając w ten sposób drogę ważnym badaniom epidemiologicznym (Andreasen, 2010). Z badań tych wynika, że *większość* jednostek w populacji zachodniej doświadcza przynajmniej raz w życiu wydarzenia potencjalnie traumatycznego, a także, że u jednej na cztery osoby narażonej na traumę prawdopodobnie rozwinie się PTSD (Hidalgo, Davidson, 2000). PTSD jest więc zaburzeniem dosyć częstym. Niemniej jednak szacowanie częstotliwości występowania odpowiedzi patologicznych na traumatyczne wydarzenia jedynie w oparciu o kategorię diagnostyczną PTSD jest prawdopodobnie redukcyjne i prowadzące na manowce. Ponieważ powstała ona jako opis reakcji psychopatologicznych na jednostkowe lub ilościowo ograniczone wydarzenie lub wydarze-

nia traumatyczne, które ujawniają się w bardzo ograniczonym czasie, kategoria diagnostyczna PTSD jest źle przystosowana do opisywania złożonych i zmieniających się form psychopatologicznych, w jakich ujawniają się skutki doświadczeń traumatycznych, powtarzających się w dłuższych okresach, a szczególnie jeśli występowały one w okresie odległym od okresu, w którym pacjent podlega obserwacji psychiatrycznej (np. w dzieciństwie pacjenta, który jest już dorosły), a zwłaszcza wówczas, gdy pacjent zachowuje na ich temat nikłe i niepewne wspomnienia (Bryant, 2010; Ford, 2009; Herman, 1992a). Prawdopodobnie więc, formy psychopatologii dorosłego, których korzenie sięgają kumulacyjnych doświadczeń w dzieciństwie, tym bardziej nie mogą być uchwycone przez diagnozę PTSD (Chu, 2010). Jeśli wziąć pod uwagę to, że liczba krzywdzonych dzieci jest dziesięciokrotnie wyższa niż ta dotycząca strauumatyzowanych w wyniku wojny jednostek, które przeżyły poważne katastrofy (Fairbank, Fairbank, 2009), wydaje się uzasadnione, iż zaburzenia związane z traumą są liczniejsze, niż te – nawet jeśli liczne – mogące być zdiagnozowane jako PTSD³ (De Bellis, 2005).

Kategoria diagnostyczna PTSD ujawnia ograniczenia również w odniesieniu do specyficzności zaburzenia, które stara się sklasyfikować. Badania epidemiologiczne ujawniają, że diagnoza PTSD łączy się z inną diagnozą z pierwszej osi w 79% przypadków, a w 33% przypadków z diagnozą z osi drugiej (Kessler i in., 1995). Jeśli weźmie się pod uwagę to, że symptomy zaburzeń z pierwszej osi najprawdopodobniej same są związane z doświadczeniami traumatycznymi lub podlegają ich wpływowi, a symptomy z osi drugiej odzwierciedlają dobrze znaną podatność na odpowiadanie na traumę PTSD, które jest powodowane wcześniejszymi traumami, można wtedy podsumować, że w ośmiu na dziesięć przy-

³ Według Departamentu Zdrowia Publicznego USA ok. 1% dzieci doświadcza warunków krzywdzenia lub nadużyć. Wśród dzieci krzywdzonych ok. 60% jest ofiarą zaniedbań (*neglect*), 13% doświadcza więcej niż jednej formy nadużycia, 10% doświadcza przemocy fizycznej, a niewiele więcej niż 7% przemocy seksualnej (Fairbank, Fairbank, 2009).

padkach diagnoza PTSD nie jest wystarczająca do uchwycenia złożoności cierpienia związanego z traumą. Niedawno *American Journal of Psychiatry* poświęcił temu tematowi w całości wydania numerów czerwcowych i sierpniowych 2010. W obu wydaniach podkreślano, że kryteria PTSD-IV (oraz te w najnowszym DSM-V) nie są w stanie opisać złożoności klinicznej rzeczywistości traumy, zwłaszcza tej kumulacyjnej, która występuje w dzieciństwie (Bryant, 2010; Chu, 2010). W końcu, specyficzna charakterystyka życia umysłowego dziecka i szczególnych odpowiedzi wzbudzanych przez powtarzanie się traumy w krzywdzącym środowisku rodzinnym, nie zostały do końca uchwycone przez kryteria PTSD dla określenia tego, co w dzieciństwie może być traumatyczne, ani symptomów pochodzących od poszczególnych prób dostosowania się dziecka do traumatycznych relacji rodzinnych, źródła powtarzającego się i kumulującego krzywdzenia i przemocy.

ZABURZENIA POSTTRAUMATYCZNE PO STRESIE ZŁOŻONYM

Jako próbę przezwyciężenia ograniczeń PTSD, Judith Herman zaproponowała nazwę „complex post-traumatic stress disorder (cPTSD; PTSDcomplex, PTSDc)” dla obrazu klinicznego, który pojawia się u ofiar traum złożonych (Herman, 1992a). Przez „traumy złożone”, odmienne od traumy pojedynczej (jak np. wypadki samochodowe, izolowane epizody przemocy, trzęsienia ziemi i inne katastrofy naturalne), rozumie się wydarzenia traumatyczne mnogie, które powtarzają się w dłuższym okresie czasu. Trauma złożona jest zwykle typu interpersonalnego, jak nadużycie i przemoc stosowane w relacji, z której ofiara nie może się wycofać: takie są przykładowo relacje pomiędzy ofiarą i sprawcą przemocy w więzieniu, w którym stosuje się tortury lub też relacja pomiędzy dzieckiem i krzywdzącym rodzicem.

Skutki złożonej traumy są prawdopodobnie wyjątkowo poważne wówczas, gdy występuje ona w czasie rozwoju osobowości (Ford, Courtois, 2009). Ingerując w rozwój zdolności autoregula-

cji psychobiologicznej, adaptacji do środowiska interpersonalnego oraz tworzenia się obrazu „ja”, złożona trauma w dzieciństwie i w adolescencji może prowokować, oprócz klasycznych symptomów PTSD, również deficyt regulacji emocji, impulsywność, poważne problemy relacyjne, somatyzację, dysocjację stanów „ja” i zmiany tożsamości (Herman, 1992a). Dla takiego obrazu klinicznego powinno się więc stosować nazwę PTSDc.

Herman, van der Kolk oraz inni klinicyści i badacze będący ekspertami w dziedzinie patologii związanych z traumą psychiczną, stali się szybko promotorami wprowadzenia do DSM-IV obrazu klinicznego PTSDc, sugerując dla niego również określenie *disorder of extreme stress non otherwise specified* (DESNOS; zaburzenia po ekstremalnym stresie niesklasyfikowane gdzie indziej). Badania epidemiologiczne weryfikacji kryteriów PTSD w DSM-V popierają tezy Herman, ujawniając, że przedłużające się doświadczenia traumatyczne o naturze interpersonalnej, zwłaszcza w okresie rozwojowym, nie są adekwatnie opisane przez symptomy PTSD, lecz tworzą zbiór symptomów opisanych przez PTSDc lub DESNOS (van der Kolk i in., 2005). Kolejne badania dodatkowo powtórzyły w jednoznaczny sposób trafność (diagnozy – przyp. tłum.) PTSDc (lub DESNOS) do uchwycenia symptomatologii wynikającej z traumatycznego rozwoju oraz innych form chronicznych doświadczeń traumatycznych o interpersonalnej naturze (Ford, Courtois, 2009; Roth i in., 1997). Niektóre badania neurobiologiczne potwierdziły ostatnio formę PTSD łączącą się z przedłużającymi się traumatycznymi doświadczeniami w dzieciństwie i charakteryzującą się patogennymi mechanizmami dysocjacyjnymi (Lanius i in., 2010b).

Pomimo tych empirycznych potwierdzeń, zaburzenie dla którego zaproponowano nazwy PTSDc i DESNOS nie zostało uznane przez DSM-IV jako oddzielny obraz kliniczny: symptomy, które go opisują, zostały natomiast włączone do „symptomów towarzyszących” głównemu obrazowi PTSD w przypadku traumy dziecięcej o naturze interpersonalnej: „deficytowa modulacja emocji, autodestrukcyjność i zachowania impulsywne, symptomy dyso-

cyjny, symptomy somatoformiczne, poczucie osobistej nieskuteczności, wstyd, desperacja, poczucie, że jest się permanentnie „uszkodzonym”, wrogość, wycofanie społeczne, poczucie stałego zagrożenia, problemy relacyjne i zmiany osobowości” (APA, 1994).

Ostatnio Judith Herman ujawniła, z jakiego powodu w 1994 roku American Psychiatric Association nie zgodziła się na wprowadzenie PTSDc do DSM-IV jako odrębnego obrazu diagnostycznego: niedokładnie dostosowuje się do kategorii zaburzeń lękowych (do której wprowadzono PTSD), a jego właściwe ułożenie byłoby w kategorii zaburzeń dysocjacyjnych, wśród tych odnoszących się do somatyzacji lub wśród zaburzeń osobowości (Herman, 2009). Wielu, zaczynając od samej Herman, zgadza się z obserwacją, że PTSD nie może być uznawane za zaburzenia lękowe, uważa zaś, że byłoby korzystnym odwrócenie problemu i wprowadzenie również PTSD oprócz PTSDc do klasy zaburzeń dysocjacyjnych. Inni jako alternatywę uznają to, że rzeczywiście PTSD może być ujmowane jako pewna odmiana zaburzeń osobowości borderline (DBP), obciążona szerszą obecnością symptomów dysocjacyjnych i somatoformicznych. W rzeczywistości, wiadomo już od jakiegoś czasu, że pewien procent pacjentów z diagnozą DBP ujawnia historie traumatycznego rozwoju oraz symptomy dysocjacyjne bardziej ewidentne niż u innych pacjentów z tą samą diagnozą, ale bez traumatycznej historii: byłoby więc logicznym uważać, że diagnoza „PTSDc” dobrze nadaje się do tej podgrupy pacjentów, modyfikując natomiast nazwę „PTSDc” w taki sposób, by ukazać przynależność zaburzenia do osi drugiej a nie osi pierwszej jak PTSD. Pewna kanadyjska grupa badaczy zasugerowała wprowadzenie obrazu klinicznego PTSDc do zaburzeń osobowości, z nazwą zaburzenie post – traumatycznej osobowości (PTPD), odróżniając je od DBP w oparciu o możliwość wprowadzenia go – bądź nie – z traumatycznej historii oraz w oparciu o mniejsze lub większe występowanie symptomów dysocjacyjnych (Classen i in., 2006).

Ta wielość propozycji znalezienia miejsca dla precyzyjnego i dającego się zidentyfikować obrazu klinicznego PTSDc, dobrze

ilustruje problemy nozologiczne, które napotyka się wówczas, gdy ideologia z jaką DSM osiąga klasyfikację zaburzeń, musi zmierzyć się z traumą złożoną – tzn., w istocie z traumatycznym rozwojem. Uważamy, że trudności nozograficznego usystematyzowania uzależnione są od dysocjacyjnej natury patogennych procesów, leżących u podstawy traumatycznego rozwoju. Dysocjacja rozciąga się jako wymiar psychopatologiczny na różnorodne obszary funkcjonowania psychicznego i z tego też powodu, źle adaptuje się do ideologii kategorialnej DSM. Myślenie o *spektrum posttraumatycznym* (Bremner, 2005; Helling, 2009) złożonym z różnych zaburzeń, gdzie wszystkie mogą być wyprowadzonymi z traumatycznego rozwoju, i wszystkie dają się umiejscowić na wymiarze dysocjacyjnym, może okazać się jedyną drogą wyjścia z tego nozologicznego impasu. Innymi słowy, ulokowanie PTSD wśród zaburzeń lękowych DSM-IV – pomimo tego, że daje się uzasadnić tym, że symptomy, które je charakteryzują oraz procesy psychopatologiczne, które je prowokują, przynależą do wymiaru dysocjacyjnego (Frewen, Lanius, 2006; Holmes i in., 2005) – jest jedną z przeszkód do przewyciężenia po to, by PTSDc lub DESNOS zostały w końcu uznane jako w pełni uprawnione kategorie nozograficzne DSM.

O ile klinicyści, którzy pracują z dorosłymi mogą bez większego napięcia oczekiwać tego, że problem nozograficznego umieszczenia PTSDc zostanie rozwiązany – klinicyści pracujący z dziećmi, których rozwój odbywa się w środowisku traumatycznym, w szczególny sposób odczuwają konieczność dysponowania adekwatnymi narzędziami diagnostycznymi. Rzeczywiście, w psychopatologii rozwojowej i okresu adolescencji, nieadekwatność kryteriów PTSD w diagnozowaniu skutków złożonej traumy interpersonalnej jest jeszcze bardziej ewidentna niż w psychopatologii dorosłych (Speranza, Nicolais, 2009). Neuropsychiatrom i psychologom klinicznym okresu rozwojowego brakuje ponadto możliwości odwołania się do diagnozy zaburzeń osobowości, z jakimi, przynajmniej częściowo, można identyfikować obraz kliniczny PTSDc. Możliwość przeciwdziałania stabilizacji symp-

tomatologii w tym wieku czyni uzupełnienie tego braku obrazu diagnostycznego okresu rozwojowego, wyraźnie związanego z traumatycznym rozwojem, jeszcze bardziej nagłym. Z tych też powodów psychiatrzy i psycholodzy kliniczni z północno-amerykańskiego Child Traumatic Stress Network (CTSN) podjęli – z pewnymi modyfikacjami – kryteria diagnostyczne PTSDc, dostosowując je do kliniki wieku rozwojowego, nadając im nazwę „traumatycznych zburzeń rozwoju” (Developmental Stress Disorder; DTD; van der Kolk, 2005). Obraz kliniczny DTD zamieszczony został w tabeli 1.1.

Na początku 2009 r. komitet CTSN sformułował propozycję wprowadzenia DTS do piątej wersji DSM. Można sobie życzyć, by komisja DSM-V uznała diagnozę DTD i aby rozszerzyła ją na dorosłych, uwzględniając idee PTSDc.

OBRAZ KLINICZNY PTSDc: BAZA DO BADAŃ NAD TRAUMATYCZNYM ROZWOJEM

Obraz kliniczny PTSDc przewiduje siedem grup symptomów (tabela 1.2): zmiany w regulacji emocji i impulsów, symptomy dysocjacyjne i trudności z uwagą, symptomy somatomorficzne, zmiany w reprezentacji lub percepcji „ja”, zmiany w reprezentacji lub percepcji postaci krzywdzących, zaburzenia relacyjne, zmiany w obszarze osobistych znaczeń.

Zmiany w regulacji emocji i impulsów

Pacjenci ze złożoną traumą z reguły mają trudności, czasami bardzo poważne, z regulacją i modulacją pierwotnych emocji, jak strach i wściekłość. Część tych symptomów stanowią również tendencje do zachowań impulsywnych i samo-okaleczające się, oraz prawdopodobnie również problemy z pragnieniem (*craving*), które u niektórych z tych pacjentów zawierają również rozwój zaburzeń nadużywania alkoholu i środków odurzających. Ważnym

Tabela 1.1 Kryteria diagnostyczne dla traumatycznych zaburzeń rozwojowych (DTD za Bessel van der Kolk, 2005).

Kryterium A: Ekspozycja na przemoc interpersonalną i poważne zaniedbania w opiece
--

Kryterium B: Dysregulacja emocji i funkcji fizjologicznych
B.1 Niezdolność do modulowania i tolerowania negatywnych stanów emocjonalnych
B.2 Zaburzenia w regulacji podstawowych funkcji cielesnych jak zaburzenia snu, odżywiania, hiper-reaktywność na bodźce sensoryczne
B.3 Stany dysocjacyjne, dysocjacja somatoformiczna
B.4 Wyraźna aleksytymia rozumiana jako trudności w rozpoznawaniu, opisywaniu i komunikowaniu wrażeń cielesnych, stanów emocjonalnych, pragnień i potrzeb

Kryterium C: Zaburzenia zachowania i poznawcze
C.1 Niezdolność do percepcji i unikania lub bronienia się przed niebezpieczeństwem lub nadmierny alarm wobec zagrażających bodźców, tak środowiskowych jak i relacyjnych
C.2 Zniekształcona zdolność chronienia siebie i wystawianie siebie na ryzykowne sytuacje
C.3 Zaburzenia zachowania wynikające z działań samo uspakajających (chroniczna masturbacja, stereotypie ruchowe, samo-okaleczanie, nadużywanie substancji)
C.4 Zachowania samoponiżające reaktywne lub zwyczajowe
C.5 Trudności w planowaniu, rozpoczynaniu lub kończeniu zadań, koncentrowaniu się na zadaniu, zorganizowaniu się w celu osiągnięcia korzyści

Kryterium D: Zaburzenia w postrzeganiu siebie i relacji interpersonalnych
D.1 Zaburzenia relacji przywiązania (trudności w czasie separacji, strach w trakcie ponownego połączenia)
D.2 Poczucie awersji do siebie samego, poczucie bezbronności, przekonanie o braku wartości, niezdolności, bycie nieprawidłowym lub uszkodzonym
D.3 Poczucie nieufności w stosunku do siebie i w stosunku do innych z postawami hiper – krytyczności lub odrzucenia osób najbliższych (caregiver)
D.4 Zachowania agresywne (werbalne i fizyczne) również wobec opiekuna
D.5 Nieodpowiednie zachowania bliskości i ufności wobec obcych oraz nieodpowiednie zachowania seksualne
D.6 Trudności lub niezdolność do empatycznego regulowania kontaktu (nadmierne zaangażowanie lub zdystansowania się w sytuacjach społecznych)

Kryterium E: Symptomy PTSD

Kryterium F: Trudności w ogólnym funkcjonowaniu rodzinnym, społecznym, szkolnym, na poziomie zachowania
--

Tabela 1.2 Kryteria diagnostyczne PTSDc lub DESNOS (cytat z van der Kolk i in., 2005).

<p>1. Zniekształcenia w regulacji emocji i zachowania: a) Zniekształcenia w regulacji emocji; b) Trudności w modulacji wściekłości; c) Zachowania samo-okaleczające się; d) Zachowania lub zaniepokojenie suicydalne; e) Trudności w modulacji zaangażowania seksualnego; f) Nadmierna tendencja do zachowań ryzykownych (niska zdolność samoochrony)</p>
<p>2. Zaburzenia świadomości i uwagi: a) Amnezja; b) Przejściowe epizody dysocjacyjne, depersonalizacja</p>
<p>3. Somatyzacje: a) Zaburzenia przewodu pokarmowego; b) Chroniczny ból; c) Symptomy sercowo-płucne; d) Symptomy konwersyjne; e) Symptomy dysfunkcji seksualnych</p>
<p>4. Zmiany w percepcji ja: a) Poczucie niemocy i niskiej skuteczności osobistej; b) Poczucie bycia uszkodzonym; c) Nadmierne poczucie winy i odpowiedzialności; d) Przenikliwy wstyd; e) Idea niemożności bycia zrozumianym; f) Minimalizacja</p>
<p>5. Zniekształcenia w percepcji postaci krzywdzących: a) Tendencja do przyjmowania perspektywy innego; b) Idealizacja krzywdziciela; c) Strach przed skrzywdzeniem krzywdziciela</p>
<p>6. Zaburzenia relacyjne: a) Niezdolność lub trudności w zaufaniu innym; b) Tendencja do wtórnej wiktyimizacji; c) Tendencja do wiktyimizacji innych</p>
<p>7. Zmiany w osobistych znaczeniach: a) Desperacja i poczucie bezbronności; b) Negatywny obraz siebie; c) Utrata osobistych przekonań</p>

jest odnotowanie tego, że intensywna aktywacja emocjonalna spowodowana niewielką modulacją, może tworzyć błędne koło, w którym niemodulowana emocja determinuje dezintegrację poznawczą, a ta z kolei pogarsza możliwość regulowania stanu emocjonalnego, co ponownie zwiększa trudności w integracji poznawczej (dysocjacja). Neuronauka dokumentuje to, jak doświadczenia traumatyczne w trakcie specyficznych faz rozwoju umysłowego, mogące powodować trwałe modyfikacje obwodów neuronowych, zaangażowanych w zadanie regulacji emocji (De Bellis, 2005; Schore, 2009a).

Symptomy dysocjacyjne i trudności z uwagą

Obok stanów depersonalizacji i derealizacji, część tej grupy stanowią zaburzenia pamięci autobiograficznej i amnezja dysocjacyjna. W tej grupie symptomów zawierają się również deficyt uwagi i zdolności metapoznawczych (lub mentalizacji).

Somatyzacja

Podjmując tradycję psychopatologii z początków dziewiętnastego wieku i w oparciu o wzrastające badania eksperymentalne, ci, którzy rozciągają kryteria PTSDc lub DESNOS, włączyli do konsekwencji traumatycznego rozwoju tak symptomy pseudo-neurologiczne opisane w zaburzeniach konwersyjnych DSM-IV, jak i symptomy somatoformiczne i zaburzenia żołądkowo-jelitowe oraz syndrom chronicznego bólu.

Zniekształcona percepcja i reprezentacja „ja”

Interpersonalne przedłużające się traumy w trakcie rozwoju są często przyczyną poczucia bezsilności i niskiej osobistej skuteczności, poczucia bezbronności i desperacji. Rozwijają się ponadto reprezentacje przeciwstawne lub ambiwalentne, o doświadczeniu poważnej krzywdy i byciu trwale przez nią uszkodzonym oraz osobistej odpowiedzialności za traumatyczne doświadczenia, a w konsekwencji tego kończące się poczuciem winy i wstydu.

Zniekształcenia w percepcji postaci krzywdzących

Zależność od tych, którzy są przyczyną doświadczenia traumatycznego, może prowokować tendencję do idealizowania postaci krzywdzących, przyjęcia błędnych przekonań lub wręcz chronienia ich. Ferenczi nazywał to „identyfikacją z agresorem” (Ferenczi, 1933), ten paradoksalny styl relacyjny, który można

obserwować nie tylko u dzieci, które doznały traumy wewnątrzrodzinnej, ale też u dorosłych ofiar przemocy interpersonalnej w okresie rozwoju. Teoria przywiązania (Bowlby, 1969) wyjaśnia to potrzebą przystosowania się do tego po to, by mimo wszystko uzyskać choć minimum ochronnej bliskości, tak w przypadku krzywdzących rodziców w dzieciństwie, jak i innych postaci odniesienia w dorosłym życiu, jak współmałżonek, narzeczoncy, nauczyciele, pracodawcy, ale też strażnicy więzienni w przypadku długiego uwięzienia, wówczas, gdy ofiara nie ma innych (postaci – przyp. tłum.), ku którym mogłaby skierować silną tendencję do poszukiwania ukojenia u innego członka grupy społecznej. Takie zniekształcenie percepcji agresora powoduje często tendencję do ponownej wiktymizacji, to jest do wchodzenia w nowe, ryzykowne sytuacje relacyjne i powtarzanie krzywdzenia.

Zaburzenia relacyjne

Traumatyczne środowisko relacyjne wpływa na rozwój kompetencji interpersonalnych, powodując zwykle poważne trudności w ponownym zaufaniu innym, oscylacje pomiędzy poszukiwaniem ochronnej bliskości, a strachem przed uczuciową intymnością oraz niewłaściwe zachowania kontrolowania relacji, czasami aż do używania przemocy. Czasami relacje uczuciowe stają się niestabilne z powodu dramatyczności wymiany emocjonalnej, w podobny sposób jak ten typowy w zaburzeniach osobowości borderline. Innymi razy odwrotnie, są uczuciowo spłaszczone z powodu nieustającego wysiłku przypodobania się innemu, wobec którego rozwija się patologiczna zależność, jaką zwykle obserwuje się również u pacjentów z zaburzeniami zależnymi osobowości. Jeszcze innymi razy, uderza unikanie intymności uczuciowej, które przypomina zaburzenia osobowości unikającej. Również przymus opieki nad innymi może być oznaką konsekwencji relacyjnych traumatycznego rozwoju.

Zniekształcenie osobistych znaczeń

Trudności, jeśli nie niemożliwość ucieczki przez traumatycznymi doświadczeniami, prowokowanymi przez tych, którzy w innych momentach dawali – nawet jeśli nie komfort i uczuciowe ciepło – to przynajmniej opiekę (w przeciwnym razie pacjent krzywdzony w rodzinie nie przeżyłby), powoduje u tych pacjentów – ponad generalną negatywną wizję siebie przytaczaną wcześniej – serię patogennych przekonań. By przytoczyć choć niektóre wśród wielu możliwych, przekonanie o tym, że skończyć się źle sprzeciwianie się osobie, od której jest się uczuciowo związanym lub przekonanie, że należy oddawać własne ciało dla seksualnej gratyfikacji innego, ale nie własnej, lub też przekonanie o tym, że niemożliwe jest dążenie do osiągnięcia takich celów jak autonomia i uczuciowa bliskość. Całość tych symptomów zostanie niemniej jednak nazwana (PTSDc, DESNOS, DPTP, DTD lub inaczej)⁴ i stanowi punkt odniesienia dla wszystkich rozważań, które będziemy rozwijać w dalszej części książki. Dlatego korzystnym jest rozszerzenie go o kilka przypadków klinicznych.

Giulio jest około trzydziestoletnim pacjentem wysłanym na terapię zaburzeń ataków paniki ze skomplikowaną, przez symptomy somatoformiczne, agorafobią. Pomimo zdecydowanej początkowej poprawy symptomatologii i nawiązania dobrej relacji terapeutycznej, po kilku miesiącach Giulio nagle przerwał psychoterapię z przekonaniem, że został przez terapeutę zaniedbany w chwilach trudności. Po kilku tygodniach pacjent ponownie skontaktował się z terapeutą, prosząc o ponowne podjęcie terapii i mówiąc o zakłopotaniu, poczuciu winy i niewdzięczności z powodu jej przerywania. Od tego momentu Giulio wyjawiał terapeutce niektóre aspekty „ja”, które utrzymywał w sekrecie w pierwszej fazie terapii z obawy, że zostanie „źle oceniony”: dwuznaczne i głębokie poczucie nieufności wobec osób mu bliskich i równoczesne przekonanie bycia „genetycznie skłonny do robienia innym krzywdy”. W trakcie kolejnych faz

⁴ W kolejnych rozdziałach używać będziemy przeważnie nazwy PTSDc, ponieważ jest to pierwsza nazwa, która została zaproponowana, ponieważ dotyczy również populacji klinicznej dorosłych i ponieważ zwraca uwagę na złożoną naturę (kumulacyjną) traumatycznego doświadczenia, bardziej niż na jej mniej częstą charakterystykę, bycia ekstremalną. Czasami używać będziemy terminu DTD, kiedy kontekst sugeruje obecność zaburzeń już w dzieciństwie.

terapii pojawiają się ponadto liczne inne problemy: trudności w modulowaniu i panowaniu nad wściekłością, a w konsekwencji trudnościami interpersonalnymi, upośledzające syndromy bólu twarzy i zębów i symptomy dysocjacyjne pod postacią depersonalizacji i derealizacji (które występują przed a nie po atakach paniki). Pojawiają się ponadto intruzywne traumatyczne wspomnienia dzieciństwa, które charakteryzowało się nadużyciami emocjonalnymi i fizycznymi ze strony ojca i poważnymi zaniedbaniami ze strony matki.

Drugi przykład kliniczny, *Anny*, ujawnia znaczące podobieństwa u różnych pacjentów, syndromu, który wydaje się być konsekwencją traumatycznego rozwoju. Jak można zauważyć z dalszego opisu, podczas, gdy *Giulio* miał symptomy somatoformiczne, które komplikowały obraz kliniczny paniki i agorafobii, obraz kliniczny paniki i klaustrofobii u *Anny* komplikowała natomiast postawa (nadmierne poczucie odpowiedzialności), które przypomina zaburzenia obsesyjno-kompulsywne. Ponad tym symptomatycznym poziomem, u obu przebiegał ten sam zbiór symptomów charakterystyczny dla PTSDc.

Anna, kobieta w wieku ok. trzydziestu lat, poprosiła o psychoterapię w podejściu poznawczo-behawioralnym za radą swojej psychoanalytyczki, w celu wyeliminowania lub ograniczenia niektórych ograniczających symptomów lękowych, których leczenie psychoanalityczne (trwające kilka lat i przez obie uznane za satysfakcjonujące) nie było w stanie dotknąć. *Anna* przedstawia terapeutę poznawczo-behawioralnemu problem, który miał być wyodrębnionym problemem terapii zgodnie z propozycją kierującej, a charakteryzujący się atakami paniki, klaustrofobii i somatyzacji (spastycznego zapalenia okrężnicy), szczególnie częste i ograniczające w sytuacjach stresu emocjonalnego. Niemniej jednak, już od pierwszego spotkania, pojawiły się, również w opowiadaniu *Anny*, oznaki zmienności nastroju, przenikające ogólne poczucie zagrożenia, trudności w kontrolowaniu wściekłości wobec partnera i zmiany świadomości w postaci sporadycznych symptomów dysocjacyjnych. Nieobecne były elementy wystarczające do postawienia diagnozy występowania zaburzeń osobowości, ale całość tych oznak nie pozwalała również na wykluczenie zaburzeń osobowości pogranicza (borderline).

Kiedy została jej zaproponowana możliwość bycia prowadzoną przez terapeutę w stopniowej ekspozycji na sytuacje, których się obawiała (typowa technika poznawczo-behawioralna w symptomach lękowo-fobicznych), *Anna* odpowiedziała sucho, że to byłoby dla niej niemożliwe: pomimo tego, że żywiła nadzieję na dobre zakończenie leczenia, uważała, że nie byłaby w stanie tolerować lęku i zaufać innym, zwłaszcza w momentach trudności. *Anna* dodała, że jej

ogólna nieufność do istot ludzkich, paradoksalnie zwrócona była w szczególności sposób do postaci, które starały się nią zaopiekować. Dodatkowe trudności utrudniały – już od pierwszych faz terapii – dalsze prowadzenie terapii zgodnie z linearnymi strategiami klasycznej terapii poznawczo-behawioralnej w zaburzeniach lękowo-fobicznych. Anna przeżywała lękowe somatyzacje z silnym i cyrkularnym poczuciem zagrożenia: ich pojawienie się powodowało u niej nieznośne zaniepokojenie, że to eksponowałyby ją na upokarzające i niewyobrażalne sytuacje, katastroficzne konsekwencje społeczne i zawodowe. Aby jeszcze bardziej skomplikować terapię występowało również poczucie wstydu i nieadekwatności wiążące się z przekonaniem, że w jakiś sposób jest odpowiedzialna z symptomy, podobnie jak za to, co zdarzyło się w jej dzieciństwie. A propos tego, co zdarzyło się jej w dzieciństwie, Anna zaczęła opowiadać terapeutycie o przerażeniu, poczuciu zagrożenia i bezsilności, jakie odczuwała w domu, gdzie uczestniczyła w częstych i dramatycznych kłótniach pomiędzy rodzicami i sukcesywnie w sytuacjach krzywdzenia i nadużyć fizycznych w trakcie dzieciństwa i adolescencji. Zaczynało w ten sposób przybierać formę opowiadania o historii traumatycznego rozwoju.

Kliniczny obraz PTSDc, które dopiero co opisaliśmy i zilustrowaliśmy dwoma przykładami, stanie się z pewnością natychmiast zrozumiałe dla doświadczonego klinicysty, który dobrze zna koncepcję traumy psychicznej, związek pomiędzy traumą a dysocjacją, naturę procesów umysłowych dysocjacyjnych i różne typy symptomów, które je ujawniają (w podwójnej formie oddzielenia i fragmentaryzacji), problemy jakie niesie dysocjacja somatoformiczna i historię wszystkich tych koncepcji. Dla takiego doświadczonego czytelnika długi następny rozdział okaże się niepotrzebny. Inni czytelnicy natomiast będą mogli znaleźć w rozdziale drugim wszystkie podstawowe koncepcje konieczne do zrozumienia refleksje, które są zawarte w kolejnych rozdziałach, odnoszących się do etiologii zaburzeń, następujących po traumatycznym rozwoju, ich rozpowszechnieniu w różnych kategoriach diagnostycznych DSM i strategii psychoterapii koniecznych do leczenia ich z jakąś nadzieją na sukces.

