



Kompleks PTSD — ny diagnose i søgelyset

Det ligger næsten i ordet, at det ikke skal være helt nemt, når talen falder på den nye diagnose **kompleks PTSD**. Med opdateringen af ICD-10 til ICD-11, er det europæiske og amerikanske diagnosesystem gået i hver sin retning, når det kommer til PTSD-diagnosen — og det har skabt stor debat i den internationale forskningsverden. *Magasinet P* har kigget nærmere på, hvad det er, der gør kompleks PTSD så kompleks. Og hvorfor det er vigtigt, at psykologer lærer diagnosen at kende.



Min lidelse er usynlig, men den er ganske virkelig. Den påvirker alt, hvad jeg gør. Den har ændret min personlighed, og den har givet mig et liv, som kun kan beskrives som et indre helvede.

Sådan lyder en beskrivelse fra en anonym på hjemmesiden kompleksptsd.dk, der er oprettet af en familiefar og civilingeniør, som er "nær pårørende til en overlever med PTSD og Komplex PTSD og selv har oplevet flere traumatiske begivenheder uden dog at få PTSD af det."

Negativt selvbillede, følelsesmæssige forstyrrelser, tab af tilknytning til andre og oplevelsen af at være permanent ødelagt. Dette er blot nogle af symptomerne, personer med kompleks-PTSD (KPTSD) oplever. Det er en alvorlig diagnose, der har vist sig at være årsag til signifikante skader på både det personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige og beskæftigelsesmæssige plan for dem, der lever med den.

I 2018 blev kompleks-PTSD optaget i WHO's sygdomsdiagnosesystem ICD-11. Og som noget nyt indføres der med ICD-11 en opdeling af posttraumatiske reaktioner i to lidelser frem for én: Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og kompleks posttraumatisk stresslidelse (KPTSD).

Inden da har den komplekse variant været genstand for mange undersøgelser og forskningsprojekter i hele verden. Disse har specielt haft fokus på langvarige traumetilstande hos fx krigsveteraner, flygtninge samt ofre for vold og seksuelt misbrug i hjemmet. Og selvom virkningen af komplekse traumer har været kendt i over 20 år, er det først for alvor nu, psykologer og fagfolk skal til at lære at anvende og behandle diagnosen i Danmark.

En ny diagnose

Ifølge Nikolai Cerisier Roitmann, leder af Ambulatorie for Personlighedsforstyrrelser & PTSD på Psykoterapeutisk Center Stolpegård (tidl. specialkonsulent i Forsvarets Veterancenter) og næstformand i Dansk Psykolog Forening, har man længe kunnet se en stigende bevisbyrde for, at folk der har været udsat for gentagne, langvarige traumehændelser, oplever noget mere udover de klassiske PTSD-kernesymptomer. Der er også noget, der forstyrrer deres måde at forstå sig selv på.

For at få diagnosen kompleks PTSD skal man både opfylde alle symptomer på PTSD 1) genoplevelse, 2) undgåelse og 3) forøget alarmberedskab. Derudover skal man have forstyrrelser i selvorganiseringen — de såkaldte DSO-kriterier, en forkortelse for *Disturbances in Self-Organization*.

Disse indeles i 1) problemer med affektregulering, 2) negativt selvbillede og 3) problemer med at relatere til andre.

De diagnostiske kriterier for kompleks PTSD indeholder dermed et større antal forskellige symptomer end PTSD. Lidelsen er ifølge ICD-11 oftest resultatet af et større antal, og mere langvarige, traumeeksponeringer. Dette støttes af internationale forskningsstudier, der har sammenlignet ICD-11 PTSD og kompleks PTSD og vedvarende fundet, at de, der har alle symptomer på kompleks PTSD har dårligere funktionsniveau, mere komorbiditet og dårligere livskvalitet sammenlignet med dem, der har PTSD (Brewin et al., 2017; Cloitre et al., 2013; Karatzias et al., 2017).

En kompleks størrelse

Der findes endnu ikke store epidemiologiske studier, der siger noget om, hvor udbredt kompleks PTSD er. Dog underbygger flere studier, som ser på forekomsten af kompleks PTSD i en generel population, at 0,5-2,6% lider af kompleks PTSD, hvorimod 2,3-9% har almindelig PTSD¹. Andelen af personer med almindelig PTSD er altså højere end kompleks PTSD i repræsentative samples. Men når man ser på, hvem der søger hjælp til behandling, så er der, ifølge forskningen, en overrepræsentation af mennesker med den komplekse variant. Der er altså meget der tyder på, at kompleks PTSD er yderst behandlingskrævende.

Der findes studier, som har undersøgt forekomsten af kompleks PTSD i specifikke populationer, herunder hos krigsveteraner, flygtninge, overlever af seksuelt misbrug i barndommen, samt overlever af enkeltstående overgreb.

I studier af krigsveteraner har man bl.a. undersøgt, hvilke problemstillinger de henvender sig med. Her peger forskningen på, at 75-80% er repræsenteret ved kompleks PTSD. De resterende 20 % henvender sig typisk med symptomer på almindelig PTSD².

Et nyligt publiceret studie fra Veterancentret (Folke et al., 2019) har undersøgt forekomsten af ICD-11 PTSD og kompleks PTSD hos 1.541 danske krigsveteraner, som søgte behandling ved Militærpsykologisk Afdeling (MPA), Veterancentret, fra maj 2014 til oktober 2018. De danske krigsveteraner udfyldte spørgeskemaer om PTSD og DSO-symptomer, oplevede traumatiske begivenheder samt anamnesticke data, før de påbegyndte deres behandling ved MPA. Med brug af den statistiske metode *latent profil analyse* blev det fundet, at flere af krigsveteranerne (omkring 17 % af samplet) rapporterede alle symptomer på kompleks PTSD, mens lidt færre (omkring 14 %), rapporterede PTSD-symptomer alene (Folke et al., 2019).

I overensstemmelse med sammenlignelige studier (Cloitre et al., 2013, 2014; Hyland et al., 2017; Karatzias et al., 2017; Knefel et al., 2015; Murphy et al., 2016) havde også de danske krigsveteraner med symptomer på kompleks PTSD lavere psykosocialt funktionsniveau – herunder større medicinforbrug, større risiko for at bo alene samt større risiko for at være på sygedagpenge i sammenligning med dem, der kun havde symptomer på PTSD. Derudover var barndomstraumer en statistisk sikker prædikator for at tilhøre kompleks PTSD-gruppen i sammenligning med at tilhøre PTSD-gruppen (Folke et al., 2019).

Blandt overleverne af seksuelt misbrug i barndommen peger Hyland et al. (2017) på, at kompleks PTSD forekommer blandt 42,8 %. Og ser man på prævalensen blandt overleverne af enkeltstående fysiske eller seksuelle overgreb har Elklit, A., Hyland, P., & Shevlin, M. (2014) fundet at denne ligger på 13-20 %

Nickerson et al (2016) har fundet, at der i en flygtningegruppe var 32,8% med kompleks PTSD. Det kan der være gode psykologiske forklaringer på, idet flygtninge ofte har oplevet langvarige og gentagne traumer, som ikke har været mulige at slippe væk fra. Desuden er mange er vokset op med krig, bombninger og fængslinger af familiemedlemmer som livsvilkår.

Det er derfor forventeligt at se en rimelig forekomst af kompleks PTSD for disse klientgrupper samt krigsveteraner fremadrettet. Men hvor der for PTSD-diagnosen er gode terapeutiske muligheder, som kan lindre symptomerne, er der indtil nu kun få terapiformer for kompleks PTSD, som giver et succesfuldt resultat.

Når diagnosesystemerne går i hver sin retning

Ifølge Nikolai Cerisier Roitmann er det vigtigt, at den nye og tydeligere definition af kompleks PTSD kom med ICD-11. Behandlingen af PTSD og kompleks PTSD er nemlig meget forskellig. I det opdaterede, europæiske ICD-11 system har man valgt at operere med en PTSD-diagnose og en kompleks PTSD-diagnose, da man mener, at der er en bevisbyrde for, at der er tale om to kvalitativt forskellige tilstande, der skal behandles forskelligt.

I USA og i det amerikanske diagnosesystem DSM5 mener man derimod ikke, der er tale om to kvalitativt forskellige tilstande, men anerkender, at der er mere komplekse fænomener til PTSD-diagnosen. I stedet har man her udvidet den eksisterende diagnose. Dette har skabt stor diskussion i forskningsverdenen – kritikken går på, at den mindre skarpe definition betyder, at der er mange der kan få PTSD-diagnosen. Resultatet er, ifølge Nikolai Cerisier Roitmann, at

behandlingen af PTSD-ramte bliver mindre præcis.

– Når man møder en klient, hvor det ikke bare handler om at udsukke angsten for traumemindet, og det ikke er nok at lave traumefokuseret psykoterapi, når vedkommende stadigvæk har problemer med affektregulering, negativt selvbillede og forholdet til andre, så skal man som psykolog begynde at tænke i andre typer af interventioner, for så er det en anden lidelse, forklarer han.

Behov for dokumentation

Marie Høgh Thøgersen er ph.d. og klinisk specialist i psykotraumatologi og chef for Rehabiliteringsklinikken hos DIGNITY – Dansk Institut mod Tortur. Hun hilser også den nye diagnose velkommen og mener, det er vigtigt at forskere og klinikere i Danmark bliver bedre til at identificere traumerelaterede lidelser og dele erfaringer på tværs af landet. DIGNITY er, sammen med 5 andre nationale centre, ved at udvikle en national database for traumatiserede flygtninge, DTD-databasen. Her indsamles klinisk data på tværs af de nationale centre, som kobles til registerdata, så man kan følge traumepatienter i en lang periode. Målet er at blive klogere på, hvad traumebehandling gør for patienterne og deres børn over længere tid.

– For vi ved, at traumer nedarves, siger Marie Høgh Thøgersen.

Hun mener, det er et stort problem, at vi i Danmark endnu ikke er gode nok til at tænke i forskning og dokumentation på området.

– Generelt skal vi blive bedre til at dokumentere de betydelig samfundsøkonomiske gevinster, der er ved psykoterapi. Det gælder i høj grad også på traumeområdet, og i særdeleshed når vi taler traumatiserede flygtninge. Målet med DTD-databasen er at styrke den kliniske forskning på området, dokumentere langtidskonsekvenserne af traumer og få mere viden om de mange forskellige måder traumer kan komme til udtryk på over tid, så vi kan blive bedre til at målrette behandlingen.

I dag findes der mange behandlingstilbud målrettet PTSD. Disse bygger primært på de evidensbaserede, traumefokuserede terapier, som i mange tilfælde rimer på kognitiv terapi. Selvom denne behandlingsform giver en reduktion af symptomer, er der fortsat mange som stadigvæk oplever PTSD-symptomer efter endt behandling.

Ny PTSD-behandling undersøges

Som de første i Danmark og verden er Forsvarets Veterancenter ved at udvikle en ny behandlingsform til kompleks PTSD, der adresserer DSO-kriterierne, som

KOMPLEKS PTSD – DSO KRITERIERNE

Negativ selvsvurdering: Personen udviser en negativ selvforståelse, er plaget af føle sig værdiløs, oplever stærke følelser af skyld og skam forbundet med traumatet samt oplever at være blevet permanent ødelagt.

Forstyrret affekt/emotionsregulering: Kendetegner mange psykiske lidelser. Personen er ude af stand til at regulere sig selv følelsesmæssigt og reagerer meget voldsomt på små forstyrrelser. Kan komme til udtryk ved vredesudbrud, personen kaster med ting eller reagerer modsat ved at føle sig helt udslukt og mærker ingen begejstring. Den forstyrrede emotionsregulering gør alle

relationer meget svære at være i, samt gør det svært at opretholde et arbejdsliv. Mange håndterer ofte den forstyrrede emotionsregulering på en uhensigtsmæssig måde ved fx at begynde at drikke eller tage stoffer.

Forstyrrelse i relationen til andre: Personen isolerer sig fra andre, taber interesse for at være sammen med andre og relatere sig til andre. Tab af tilknytning. Mistro og mistillid til andre mennesker. En opfattelse af at andre kun tænker på dem selv. Det sætter skår i relationen til andre og har ofte alvorlige konsekvenser for at bevare ægteskab og kæresteforhold.

Kilde: csm-danmark.dk

ellers har været overset i den traditionelle behandling af PTSD. Sofie Folke, som er psykolog og forsker ved Forsvarets Veterancenter, er kvinden bag udviklingen af det nye behandlingsprogram med navnet "Modulopbygget patientcentreret CBT til kompleks PTSD", også kendt under den mere mundrette forkortelse MPC.

— Vi kan se, at når veteraner søger behandling, er det primært, fordi de oplever DSO-symptomkriterierne, fx problemer med emotionsregulering og negativt selvbillede. Derfor har vi valgt at udvikle et program, der adresserer netop disse vanskeligheder, siger Sofie Folke.

— I stedet for manualiserede programmer går vi over til moduler, hvor vi lader klienten være medbestemmer og spørger den enkelte "hvilket modul kunne du tænkte dig at starte med?". Indtil nu har vi fået rigtig god feedback, og vi kan se, at det har en positiv effekt, at klienten bliver inddraget i egen behandling, uddyber hun.

Første fase af udviklingen af det nye behandlingsprogram er netop sat i søen og afprøves nu på 10 klienter. Derefter følger et pilotprojekt med 30 klienter. Målet er, ifølge Sofie Folke, at Forsvarets Veterancenter i fremtiden kan tilbyde et velafprøvet behandlingsprogram til personer med kompleks PTSD.

Behandlingen er opbygget i moduler på seks sessioner, der koncentrerer sig om et såkaldt *symptom cluster*, hvor det bliver muligt at gå i dybden med klientens symptomer. Helt konkret tilbyder Forsvarets Veterancenter et behandlingsmodul om emotionsregulering, et modul om relation til andre, et modul om negativt selvbillede, et modul om PTSD-symptomer og et modul om søvnproblemer og traumerelaterede mareridt — fordi *alle* har søvnproblemer.

Erfaringen blandt klinikerne er, at nogle symptomer er mere forstyrrende end andre — ofte er de relationelle problemer altoverskyggende. Derfor er fokus i behandlingen at starte med de symptomer, som opleves værst og mest forstyrrende for klienten. Derfra tilpasses behandlingen individuelt til den enkeltes symptomer.

Et skræmmende sind

Traumebehandling handler ofte om valg — og mange traumeramte har en forståelse af, at hvis de havde valgt anderledes, så havde livet set anderledes ud.

Spørgsmålet om, hvorfor man gjorde, som man gjorde, og hvorfor man ikke gjorde noget andet, er invaliderende for mange. Fx "hvorfor kunne jeg ikke forudsige vejsidebomben? Hvorfor greb jeg ikke ind?"

På Forsvarets Veterancenter ved de, at livet sjældent er så enkelt — tingene var sandsynligvis sket alligevel.

— Det er ofte det eksistentielle aspekt, der er helt centralt i traumeterapien — og det, der forløser klienten. Derfor består behandlingen i høj grad af at hjælpe den enkelte med at møde sig selv mere omsorgsfuldt i forhold til de traumatiserende oplevelser, siger Nikolai Cerisier Roitmann.

— Mange bebrejder sig selv, og hele deres selvopfattelse og forståelse er præget af, at de selv er ude om det, der er sket — det er både forfærdeligt og absurd. Det er den forestilling, vi skal hjælpe folk af med, forklarer han.

— 'Hvad var det, der skete, og hvad var konteksten for de valg, du traf?' Der er altid en grund, og det er den, vi skal have øje på. Der er tit en god grund. Målet er, at vores klienter skal have det godt med det valg, de traf — hvis ikke det er muligt, skal de

lære at acceptere det og tilgive sig selv, forklarer han.

Et hovedprincip i behandlingen på Forsvarets Veterancenter er, at man skal have folk tilbage til traumehændelsen. For det er et klassisk symptom hos PTSD-ramte at forsøge at undgå tanker og følelser om det, man har oplevet. Problemet for mange er bare, at de ikke kan ryste traumet af sig — det er udbredt at møde ubehagelige minder igen og igen fx i drømme om natten. Og det er præcis her, at psykologen har en vigtig opgave: At lave eksponeringen på en måde, der ikke er for overvældende for klienten. Erfaringen fra Forsvarets Veterancenter er, at mange opdager, at de er stærkere end de selv tror — samtidig er det ofte første gang, at mange fortæller deres historie.

— Det, der sker, når man bliver ved med at prøve at undgå og presse særlige oplevelser ud af hovedet er, at man begynder at få en reaktion på det. Man bliver bange for sine egne minder og bange for at sætte sig selv i situationer, hvor det kan blive fremprovokeret. Man bliver bange for sit eget sind, siger Nikolai Cerisier Roitmann.

— Det, de skal lære, er at være så meget sammen med mindet, at de holder op med at få den reaktion. Den eneste måde at komme videre er at bringe mindet frem, på kontrolleret vis, og få en oplevelse af at kunne være sammen med mindet uden at gå i stykker af det, siger han.

Som psykolog møder man også sine egne følelser i terapien — og især viden om hvor grumt mennesker kan behandle hinanden. Når man arbejder med flygtninge og soldater betyder det også, at man hører om torturmetoder, og hvad der egentlig sker i irakiske fængsler.

— I det møde bliver man udfordret på sin rummelighed og empati. At forstå at mennesker er utrolig komplekse og kan både gøre det gode og det dårlige. Man skal håndtere de følelser på en måde, som ikke bliver en belastning i terapien, fortæller Nikolai Cerisier Roitmann.

Personlighedsforstyrret eller traumatiseret?

Udover at kompleks PTSD er krævende at arbejde med for både klienter og psykologer, stiller den også komplekse spørgsmål. I det store billede har diagnosen affødt diskussioner om, fx hvad forskellen egentlig er på at være personlighedsforstyrret og have en kompleks PTSD-diagnose? Er der en forskel, og hvad består den i? Er nogle personlighedsforstyrrelser i virkeligheden bare et udtryk for en lang række traumatiseringer i løbet af et langt liv?

Diskussionen er affødt af, at mange af DSO-symptomerne i kompleks PTSD også er fremtrædende inden for personlighedsforstyrrelser — herunder forstyrrelser i relationen til andre, social isolation og problemer med ikke at kunne styre sig selv følelsesmæssigt. Cæcilie Buhmann er psykiater, ejer af Traumeklinikken og formand for Psykotraumatologisk Interessegruppe i Dansk Psykiatrisk Selskab. Hun konstaterer, at der i det psykiatriske segment er en forholdsvis høj forekomst af patienter med PTSD, hvoraf en femtedel har traumereaktioner uden at være blevet diagnosticerede, og mange formodentlig har kompleks PTSD. Samtidig synes hun, den nye diagnose er relevant, og mener det betyder meget for det PTSD-rettede arbejde i psykiatrien at få sat ord på, at det er *kompliceret*.

— Jeg tror, den nye diagnose får store implikationer for danske klinikere og forskere, for rigtig meget forskning skal stadigvæk publiceres med DSM-kriterierne. Man vil ikke nødvendigvis kunne læse et forskningsstudie og overføre det til kompleks PTSD-kriterierne fra ICD-11, siger Cæcilie Buhmann.

Nikolai Cerisier Roitmann og Sofie Folke er enige om, at diskussionerne om den nye PTSD-diagnose har stimuleret diskussion og meget ny forskning.

Det stiller krav til psykologer om at være differentialdiagnostisk skarpe på, hvad der er hvad. For behandlingerne er meget forskellige. Som psykolog er Nikolai Cerisier Roitmann derfor bevidst om, hvor vigtigt det er, at han kan udrede korrekt og vide, hvad det er, man skal kigge efter. Hvornår er der tale om kompleks PTSD — og hvornår er der tale om en personlighedsforstyrrelse?

— Vi tror på, at når man skal behandle en kompleks tilstand, så er man nødt til at have en forståelse for, hvad er det for nogle forandringsmekanismer, man skal påvirke og igangsætte. De forandringsmekanismer, man skal igangsætte ift. DSO-kriterierne versus PTSD-kriterierne, er to forskellige forandringsmekanismer. Det er vi nødt til at blive skarpere på, siger han.

— Alle metoder har noget væsentligt at bidrage med. Vi er nødt til at være mere fleksible i vores metodebrug for at rumme kompleksiteten i den komplekse PTSD. Derfor har vi også blandet mange metoder fx kognitiv adfærdsterapi med adfærdstræning, compassion-fokuseret terapi og kropslig psykoterapi. Vi skal være mere patchworkagtige i vores metodeforståelse, siger han. •



1. Ben Ezra, M., Karatzias, T., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bisson, J. I., . . . Shevlin, M. (2018). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per IC-11 proposals: A population study in Israel. *Depression and Anxiety, 35*(3), 264-274.
- Hyland, P., Murphy, J., Shevlin, M., Vallieres, F., McElroy, E., Elklit, A., . . . Cloitre, M. (2017). Variation in post-traumatic response: the role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms (Vol. 52, pp. 727-736).
- Maercker, A., Hecker, T., Augsburger, M., & Kliem, S. (2018). ICD-11 prevalence rates of posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in a German nationwide sample. *The Journal Of Nervous And Mental Disease, 206*(4), 270-276.
- Wolf, E. J., Miller, M. W., Kilpatrick, D., Resnick, H. S., Badour, C. L., Marx, B. P., . . . Friedman, M. J. (2015). ICD-11 Complex PTSD in US National and Veteran Samples: Prevalence and Structural Associations with PTSD. *Clinical psychological science : a journal of the Association for Psychological Science, 3*(2), 215-229. doi: /doi.org/10.1177/2167702614545480
2. Mordeno, I. G., Nalipay, M. J. N., & Mordeno, E. R. (2019). The factor structure of complex PTSD in combat-exposed Filipino soldiers. *Psychiatry research, 278*, 65-69. doi: /doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.035
- Folke, S., Nielsen, A. B., Andersen, S. B., Karatzias, T., & Karstoft, K.-I. (2019). ICD-11 PTSD and complex PTSD in treatment-seeking Danish veterans: a latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 10*(1), 1686806.