



DANSK PSYKOTERAPEUTISK SELSKAB FOR PSYKOLOGER FAGLIGT SELSKAB I DANSK PSYKOLOG FORENING

DPSDs internationale seminar i Aarhus: De nye ICD-11 diagnoser på traume- og stressområdet – implikationer for diagnostik og behandling v/ Professor ph.d. Andreas Maercker *



Af Irene Christiansen (oktober 2023)

I seminarets første session (ud af i alt fire) præsenterede Andreas Maercker den historiske baggrund for de fire diagnoser, posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD), kompleks posttraumatisk stressforstyrrelse (CPTSD), forlænget sorgforstyrrelse (PGD) og tilpasningsforstyrrelse (AJD).

Historien bag de fire diagnoser

Der var især to bevægelser, som dannede grundlaget for hhv. PTSD og CPTSD: Dels anti-krigs aktivisme samt støtte til hjemvendte krigsveteraner, dels kampen for kvinders rettigheder. Førstnævnte bevægelse opstod i forlængelse af Vietnamkrigen, sidstnævnte som følge af en øget opmærksomhed på seksuel vold imod

* Andreas Maercker er professor i psykopatologi og klinisk intervention ved Zürich Universitet, Klinisk psykolog og medicinsk specialist i psykosomatik og psykiatri. Derudover formand for WHO's arbejdsgruppe i forbindelse med revisionen af ICD-11 diagnosesystemet indenfor de traume- og stressrelaterede forstyrrelser.



DANSK PSYKOTERAPEUTISK SELSKAB FOR PSYKOLOGER FAGLIGT SELSKAB I DANSK PSYKOLOG FORENING

kvinder. 1980 blev siden årstallet for PTSD-diagnosens fremkomst. Den amerikanske psykiatriske association (APA) havde efterlyst en dækkende diagnose og havde sat Mardi Horowitz på opgaven. Den første version af PTSD-diagnosen inkluderede intrusioner (invaderende symptomer), undgåelse og overlevelsesskyld.

Hvad angår CPTSDs fremkomst på den diagnostiske scene, fremhævedes Judith Herman som en foregangsperson. I 1992 beskrev hun symptomer, som typisk ses hos ofre for vold i hjemmet, herunder seksuel vold og overgreb i barndommen. Man skulle imidlertid helt frem til 2010'erne, førend CPTSD-diagnosen for alvor tog form, med afsæt i hhv. ICD-10, *enduring personality change after catastrophic experiences*, og DSM-IV, *disorders of extreme stress not otherwise specified* (DESNOS). Bessel van der Kolk bidrog kontroversielt med behandlingselementer, såsom brug af stoffer, yoga og EMDR.

Et historisk rids om forlænget sorgforstyrrelse (PGD; ej benævnt således i de helt tidlige versioner) lyder, som følger: Elisabeth Kübler Ross blev berømt for sin 5-stadiemodell i forhold til sorg, mens Holly Prigerson leverede en afgrænsning af symptomer på kompliceret sorg. En tvist med Cathy Shear om en nøjagtig betegnelse for sorglidelsen førte i sidste ende til en forsinket optagelse af PGD som diagnose.

Erich Lindemann anses som en væsentlig bidrager til den tidlige afgrænsning af tilpasningsforstyrrelse (AjD). I 1942 fandt en ildebrand sted i *Coconut Grove* i Boston, hvor næsten 500 gæster omkom. Lindemann var på det tidspunkt ledende psykiater og fik til opgave at sørge for de overlevende. Iflg. Caplan's krisemodell indeholder en sådan hændelse risiko for at udvikle nedsat funktion, men også mulighed for vækst.

Andreas Maercker vurderede, at AjD er en overset diagnose både inden for forskning og behandling, måske fordi forstyrrelsen ikke opfattes som helt så alvorlig som fx PTSD. Han påpegede desuden, at posttraumatisk vækst er et stort felt i sig selv, som det er værd at beskæftige sig mere med.

Som tillæg til den historiske gennemgang nævnte Maercker Day Somarasundarams forslag om – og måske kimen til – en ny diagnose, *Continuous Traumatic Stress Disorder*. I visse dele af verden, såsom områder i verden med højspændte konflikter, hører traumatiske begivenheder ikke kun fortiden til, men er i høj grad en del af dagliglivet.

En anden knopskydning til stresslidelserne kunne have været tyske Michael Lindens adressering af forbitrelse med betegnelsen, *Posttraumatic Embitterment Disorder*. Her er der ikke krav om en traumatisk hændelse, men snarere om begivenheder i tilværelsen, der subjektivt kan opleves som uretfærdige og ydmygende, fx at blive opsagt fra en stilling, blive grundlæggende snydt af ægtefælle, o.l. Det noteredes af dagens foredragsholder, at der symptomæssigt er for meget overlap til AjD, hvorfor dette diagnoseforslag ikke er optaget i ICD-11.

Andreas Maercker inddrog flere pointer om forskelle og ligheder imellem klassifikationssystemerne ICD og DSM samt orienterede om den internationale arbejdsgruppe på stressområdet – en arbejdsgruppe, der står bag ICD-11s diagnoser inden for stressområdet samt kriterier herfor.

[ICD-11s internationale arbejdsgruppe på stressområdet](#)

Fx nævnte Maercker om ICD-klassifikationssystemet, at ICD tidligere hovedsagelig var et vestligt 'ekspert-produkt', mens DSM-systemet i højere grad blev skabt af forskere, som kun i mindre grad inddrog erfaringer fra kliniske eksperter. I ICD11s internationalt bredt sammensatte arbejdsgruppe om *disorders specifically associated with stress* har man forsøgt at råde bod på tidligere fejl og mangler. Bl.a. har man inddraget fagfolk fra alle kontinenter samt har kigget i så mange retninger som muligt, inkl. DSM naturligvis, for at



DANSK PSYKOTERAPEUTISK SELSKAB FOR PSYKOLOGER FAGLIGT SELSKAB I DANSK PSYKOLOG FORENING

belyse psykiske lidelser, herunder de ved dette seminar nævnte lidelser, så grundigt som overhovedet muligt.

En tidligere besværlighed var iflg. Maercker, at man ved anvendelsen af DSM's aktuelle klassifikation kan have PTSD i over 600.000 forskellige kombinationer! Dette er naturligvis ikke brugbart, hvorfor bl.a. Maercker har slået et slag for forenklingens kunst. Hans opfordring lyder: Fokusér i højere grad på patientens symptombillede og vedkommendes kernesymptomer, og undlad at være 'detektiv' i forhold til selve hændelsens nøjagtige indhold!

Metaforisk kan dette oversættes til, at man ikke behøver forstå lynets natur, når træet splittes af lynet. Det interessante er snarere at finde ud af, hvorledes træet kan komme sig samt kan overleve et sådant lynnedslag.

ICD-11s arbejdsgruppe har inkluderet talrige input fra praktikere. Ved fx at undersøge, hvor hyppigt praktikere brugte forskellige diagnoser, viste det sig, at PTSD og AD blev anvendt ret tit i daglig praksis. På spørgsmålet, om der eventuelt mangler visse diagnoser, lød svaret, at praktikere havde brug for dels kompleks PTSD, dels en diagnose for patologisk sorgreaktion. Ergo var der grobund for to helt nye diagnoser i ICD-11.

Endnu en stor forandring er nuanceringen af traumekriteriet i ICD-11. Maercker forholdt sig kritisk til tidligere traumekriterie-praksisser, bl.a. ved at omtale disse som 'juristeri' og 'langt fra psykologi'. Han opsummerede de aktuelle (og forhåbentlig mere effektive) traumekriterier for dette seminars fire lidelser således:

- Ved PTSD skal der have været en hændelse af ekstremt truende og forfærdelig karakter (eng. *extremely threatening or horrific nature*. Dvs. alvorlige trusler på livet og/eller seksuel vold).
- Ved CPTSD kræves samme kriterie som ovenfor, men tillige at denne/disse hændelser er langvarige, forekommer gentagne gange og enten er svære eller umulige at undslippe.
- Ved PGD er hændelseskriteriet sorg i forlængelse af et dødsfald, dvs. tabet af en ægtefælle, en forælder, et barn eller en anden nær person i forhold til den sørgende.
- Ved AjD er hændelseskriteriet, at psykosociale stressorer, dvs. alvorlige livsbegivenheder, og/eller multiple stressorer, lader sig identificere.

Maercker mindede om, at der altid er tale om et nedsat psykosocialt funktionsniveau, når en af ovenstående diagnoser stilles. Han konkluderede derudover, at det er positivt, at tidskriteriet for fx PTSD er blevet løst noget. I dag er der øget opmærksomhed på, at sindet ikke er helt så forudsigeligt, og at symptomer ikke kan presses ind i helt konkrete tidsrammer. Symptomer kan vise sig på forskellige tidspunkter fra person til person.

I seminarets anden session gik Maercker tættere på PTSD og CPTSD ved bl.a. at specificere kernesymptomer og differentialdiagnostik i lyset af ICD-11.

Et overblik over diagnoserne PTSD og CPTSD

Hvad angår PTSD, skal der, kort fortalt, regulære flashbacks og mareridt til for overhovedet at få stillet denne diagnose. Funktionelt er patienter med flashbacks klart dårligere end patienter uden. Påtrængende erindringer, såsom triste minder, er ikke længere et tilstrækkeligt symptom, idet sådanne erindringer anses



DANSK PSYKOTERAPEUTISK SELSKAB FOR PSYKOLOGER FAGLIGT SELSKAB I DANSK PSYKOLOG FORENING

som forventelige hos en person, der har lidt mental overlast. Allerhøjest kan meget levende, invaderende erindringer i nutiden accepteres samt dissociation og 'mini'-flashbacks.

Undgåelsesadfærd inkluderer undgåelse af tanker, erindringer og aktiviteter, som minder personen om traumet. Mht. aktuel følelse af trussel ses der fortsat øget vagtsomhed og en udtalt agtpågivenhed over for nye trusler.

Maercker konkluderede, at en person, der har ovenstående symptombillede, ganske enkelt må have haft en traumatisk hændelse i bagagen. Der er en klar forskel, når der fx sammenlignes med depression, angstlidelser eller tilpasningsforstyrrelse, idet der i disse lidelser netop er fravær af en traumatisk hændelse.

CPTSD fremviser yderligere problemstillinger, idet der – foruden genoplevelsessymptomer – ses forstyrrelser i patientens selvorganisering (*disturbances in self-organisation*, forkortet DSO). Det drejer sig om dysfunktionel affektregulering, dissociative tendenser, negative selvforståelse og relationel dysfunktionalitet.

Det ses, at de sidstnævnte symptomer er i forgrunden hos patienten, mens de typiske genoplevelsessymptomer ofte er trådt i baggrunden. Patienterne ønsker hjælp, fordi de fx oplever problemer med deres affektregulering og vanskeligheder i deres relationer til andre mennesker. Deres invaderende symptomer viser sig ofte først under en egentlig udredning.

PTSD har komorbiditet med fx søvnforstyrrelser, depression, alkoholmisbrug og 'somatisering', mens CPTSD har komorbiditet med hele skalaen af dissociative lidelser, 'somatisering', misbrug af stoffer og alkohol, depression og angstlidelser m.fl. Bemærk at PTSD-symptomer kan komme tilbage i livsomstændigheder, hvor personen er under stress, og være fraværende igen i andre perioder.

Differentialdiagnostiske betragtninger i forhold til Borderline Personality Disorder (BPD) og CPTSD opsummeredes således:

Ved førstnævnte foreligger der ikke et traume (i modsætning til CPTSD). Derudover har personen med BPD ofte angst i forhold til at blive forladt (denne angst forekommer ikke tilsvarende hos personen med CPTSD); har/kan have 'skift i personligheden' (CPTSD fremviser snarere et vedvarende negativt selvbillede); har selvskadende adfærd (forekommer ikke ved CPTSD); samt har et flygtigt adfærdsmønster i forholdet til andre mennesker (personen med CPTSD undgår snarere relationer til andre).

Maercker viste sluttelig en række fagpersoners modeller til belysning af udviklingen og vedligeholdelsen af PTSD samt indledende modeller i forhold til CPTSD samt skitserede den behandlingsmæssige tilgang for hver model. Der henvises i øvrigt til Maerckers udleverede artikel *Complex post-traumatic stress disorder* i *The Lancet*, 2022. Artiklen leverer *state of the art* om CPTSD. Den danske udgave af *International Trauma Questionnaire* kan downloades gratis, se: www.traumameasuresglobal.com.

I seminaret tredje session kom Maercker ind på forlænget sorgforstyrrelse (PGD) og tilpasningsforstyrrelse. Han afgrænsede og beskrev fortsat med afsæt i ICD-11.



DANSK PSYKOTERAPEUTISK SELSKAB FOR PSYKOLOGER FAGLIGT SELSKAB I DANSK PSYKOLOG FORENING

Et overblik over forlænget sorgforstyrrelse og tilpasningsforstyrrelse

Hændelseskriteriet for forlænget sorgforstyrrelse (PGD) er tab (dvs. dødsfald) af en nær person. Symptomerne er et uforholdsmæssigt omfang af sorg og længsel efter afdøde samt et uforholdsmæssigt omfang af tankemæssig optagethed af afdøde ('*mental fixation*') samt emotionel smerte, såsom skyld, nedtrykthed, vrede, emotionel følelsesløshed (*emotional numbness*), en læderet identitetsfølelse samt undgåelsesadfærd. Desuden udviser personen nedsat psykosocial funktion.

Der skal være tale om en påviselig afvigelse fra en given kulturs accepterede måde at sørge på, for at diagnosen forlænget sorgreaktion kan stilles. Det er ikke hensigten med diagnosen at patologisere forventelige sorgreaktioner.

Tidskriteriet for PGD i ICD-11 er sat til 6 måneder (bl.a. som følge af Richard Bryant's empiriske input til arbejdsgruppen!), men udfordres af forskellige kulturers sorgpraksisser rundt omkring i verden. Fx skal der inden for visse religioner (jf. kristendom, som den bl.a. praktiseres visse steder i USA) som minimum være gået et helt år, før den sørgende persons adfærd eventuelt problematiseres.

Maercker anerkendte Kübler-Ross (jf. dagens første session) for at have haft fat i centrale psykiske faktorer i forhold til sorg. Men det er først i moderne sorgforskning, at det afdækkes, at disse faktorer, benægtelse, vrede, forhandling, depression og accept, snarere optræder samtidigt end successivt i et sorgforløb. I dag forstås sorg desuden ud fra *The Dual Process Model of Grief* (jf. Stroebe et al, 2005), som netop indfanger den dynamiske pendling imellem sorg og nyorientering. Fx er det ikke nødvendigvis patologisk at have et levende forhold til afdøde.

Differentialdiagnostisk, set i forhold til klinisk depression, omfatter PGD nedtrykthed specifikt rettet imod forholdet til afdøde, mens nedtrykthed ved depression typisk omfatter flere forskellige forhold i personens liv. Tilsvarende er skyldfølelse hos personen med PGD rettet imod afdøde, mens et menneske med depression kan have en mere gennemtrængende skyldfølelse uden noget præcist objekt. Endelig kan der hos den ramte med PGD være en optagethed af også positive minder om afdøde, mens personen med depression ses med negative ruminationer. Det bemærkes desuden, at antidepressiv medicin ikke virker på sorg.

Maerckers fokus var generelt ikke rettet imod behandling, men han gav dog et par eksempler på myter og fakta om sorg. Typiske misforståelser er, at det skulle være nødvendigt at 'give slip' for at komme videre; eller jo mere intens en sørgende persons smerte er, jo mere 'effektivt' sørger vedkommende; eller mennesker, der ikke sørger i starten, vil komme til at lide herunder senere. Om fakta nævnte Maercker, at det bringer heling at have et kontinuerligt imaginært forhold til afdøde, og at der egentlig ikke er nogen ende på almindelig sorg, hvilket i bund og grund er godt for menneskers forbundethed.

Til slut gennemgik Maercker diagnosen tilpasningsforstyrrelse (AjD). Hændelseskriteriet for AjD inkluderer, som nævnt, psykosociale stressorer, dvs. alvorlige livsbegivenheder, og/eller multiple stressorer.

Symptomerne opdeles og beskrives, som følger:

- a. tankemæssig optagethed, dvs. gentagne, invaderende tanker, af livsbegivenheden og dens følger;
- b. manglende tilpasningsevne, hvor personen mister interessen for andre mennesker, sit arbejde, sin fritid, har søvnproblemer eller problemer med at koncentrere sig, hvormed personens præstationer forringes;



DANSK PSYKOTERAPEUTISK SELSKAB FOR PSYKOLOGER FAGLIGT SELSKAB I DANSK PSYKOLOG FORENING

- c. dertil kommer depressive symptomer, symptomer på angst og sociale problemer.
- d. Differentialdiagnostisk skal andre lidelser kunne udelukkes, såsom en egentlig affektiv lidelse eller PTSD.
- e. Tidskriteriet er typisk ca. 6 måneder efter den/de stressende livsbegivenheder.
- f. Der skal være tale om nedsat psykosocial funktion.

Differentialdiagnostisk i forhold til PTSD stilles det som krav, at stressoren i AjD ikke kan sidestilles med en katastrofeagtig hændelse; at der i forhold til begge lidelser fokuseres på det samlede symptombillede og ikke på hændelsens beskaffenhed; og at en lidelse således diagnosticeres som AjD, hvis det er disse symptomer, der ses, uagtet at hændelsen har været traumatisk, men ikke ekstrem.

Maercker berørte kun flygtigt udredningsværktøjer. For klinikere kan det være nyttigt at få et indtryk af de typer af livsbegivenheder, der kan føre til diagnosen AjD. *The Adjustment Disorder – New Modul (ADNM)* bidrager med følgende hændelsesliste:

Skilsmisse/separation; familiekonflikter; konflikter på arbejdspladsen; konflikter med naboer; en nær persons sygdom; en nær persons død; manglende tilpasning ved pensionering; arbejdsløshed; for meget/for lidt arbejde; pres ved at skulle overholde deadlines eller tidspres i det hele taget; at skulle flytte til en ny bolig; økonomiske problemer; egen alvorlige sygdom; et alvorligt uheld; et overfald; permanent ophør af en vigtig fritidsbeskæftigelse; samt enhver anden stressende begivenhed, der ikke er inkluderet i denne liste.

Maercker afsluttede dagens fjerde session med flere betragtninger over transdiagnostiske og transkulturelle konsekvenser. Bl.a. kan fremhæves WHO's *mental health Global Action Programme (mhGAP)*, hvis overordnede sigte er at reducere den globale byrde af psykiske lidelser. Eller *Step-by-Step: a new WHO digital mental health intervention*, via lokalt tilpassede Apps. Eller Integrated Adapt Therapy. Eller forskning i metaforer i fire forskellige verdensdele. Og meget andet. De her antydende globale perspektiver samt naturligvis Andreas Maerckers imponerende viden fastholdt tilhørernes opmærksomhed lige til den fornøjelige afslutning på DPSP's yderst relevante internationale seminar.

Irene Christiansen er psykolog og specialist i psykotraumatologi. Er til daglig ansat i Bodil Eskensen Centret, Rigshospitalet, Glostrup.