

Statusartikel

Ugeskr Læger 2022;184:V06210517

Forskelle og ligheder ved kompleks PTSD og personlighedsforstyrrelse

Line Bang Mikkelsen¹, Simon Ungar Felding² & Bo Bach³

1) Regionsfunktion for PTSD, Psykiatrien Vest, Psykiatrisygehuset Slagelse, 2) Institut for Psykologi, Syddansk Universitet, 3) Center for Forskning i Personlighedsforstyrrelse, Psykiatrisk Forskningsenhed,

Psykiatrisygehuset Slagelse

Ugeskr Læger 2022;184:V06210517

HOVEDBUDSKABER

- Personlighedsfunktionen er kompromitteret ved både kompleks PTSD og personlighedsforstyrrelse.
- Kompleks PTSD har diagnostisk forrang, men kan suppleres med personlighedsforstyrrelse, når det er klinisk relevant (f.eks. grandios eller ustabil selvopfattelse).
- Forskning skal fremadrettet sikre relevant håndtering i dansk psykiatri.

Med ICD-11 får vi mulighed for at stille diagnosen kompleks PTSD, hvilket inkluderer både klassiske PTSD-symptomer samt vedvarende forstyrrelser i personlighedsfunktionen [1-7]. Denne diagnose erstatter ICD-10-diagnosen F62.0 Personlighedsændring af katastrofeoplevelse. Grundet store konceptuelle og empiriske overlap har man ofte sammenlignet kompleks PTSD med personlighedsforstyrrelse, herunder typisk borderline og ængstelig-evasiv type [5, 8, 9]. Der har sågar været argumenteret for, at ICD-11-diagnosen kompleks PTSD overflødiggør diagnosen borderline personlighedsforstyrrelse [10], mens andre har søgt at fremhæve forskellene mellem disse diagnoser [11, 12]. Tilsvarende er der fremhævet ligheder imellem kompleks PTSD og undvigende personlighedsforstyrrelse, med vægt på undgåelsesadfærd [13].

Med indførelsen af ICD-11 ændres præmisserne for debatten, idet der ud over den nye kompleks PTSD-diagnose også introduceres en fundamentalt ny tilgang til diagnostik af personlighedsforstyrrelse. Her lægges vægt på global personlighedsdysfunktion i stedet for en inddeling i specifikke kategorier, idet sidstnævnte har vist sig at have utilstrækkelig validitet og klinisk anvendelighed [14-16].

Ud fra en komparativ gennemgang af definitionerne på kompleks PTSD og personlighedsforstyrrelse i ICD-11 har denne artikel til formål at skitsere ligheder og forskelle mellem de to diagnosers nosologi. Vi ønsker herudfra at give klinikere et vejledende overblik, som forhåbentlig kan lette overgangen til ICD-11. Det er naturligvis behørigt, at dette overblik også understøttes og efterprøves empirisk, når ICD-11-diagnoserne med tiden tages i brug.

KOMPLEKS PTSD OG PERSONLIGHEDSFORSTYRRELSE

Som det fremgår af **Tabel 1**, tager kompleks PTSD-diagnosen udgangspunkt i klassiske PTSD-symptomer, som suppleres med symptomer på specifikke forstyrrelser i personlighedsfunktionen [1, 7, 17]. Sidstnævnte

indbefatter emotionel dysregulering, negativt selvbillede med vedvarende skyld og skam samt vanskeligheder med at fastholde relationer og at føle nærhed til andre.

TABEL 1 Diagnostiske definitioner og essentielle kendetegn for kompleks PTSD, jf. ICD-11^a.

Symptom	Definition/essentielle kendetegn
<i>PTSD-kernesymptomer</i>	
Traumer	≥ 1 hændelser af ekstremt truende eller farlig karakter før debut af symptomer
Genoplevelser	Her og nu-genoplevelse af traumet, f.eks. livagtige invaderende minder, flashback og/eller mareridt der er relateret til traumet
Undgåelsesadfærd	Undgåelse af indre og/eller ydre påmindelser om traumet
Oplevelse af øget trussel i omgivelserne	F.eks. sammenfarethed og vagtsomhed, dog kan disse reaktioner være fraværende ved kompleks PTSD pga. følelsesmæssig overregulering
<i>Forstyrrelser i aspekter af selvet og relationen til andre</i>	
Problemer med følelsesregulering	Over- og underregulering af følelser, herunder dissociative reaktioner
Negativt selvbillede	Præget af vedvarende mindreværdsfølelse, nederlagsfølelse samt skyld og skamfølelse i relation til traumet
Relationsforstyrrelser	Problemer med at føle nærhed til andre og at indgå i varige relationer. Intense relationer kan forekomme kortvarigt

ICD = International Classification of Diseases, WHO.

a) Indhold er tilpasset ud fra en præliminær og uofficiel oversættelse af [1].

Som det fremgår af **Tabel 2** er ICD-11-diagnosen for personlighedsforstyrrelse baseret på en generel vurdering af dysfunktion i aspekter af selvet og relationen til andre samt emotionelle, kognitive og adfærdsmæssige manifestationer heraf. Den globale sværhedsgrad af forstyrrelsen klassificeres som enten »let«, »moderat« eller »svær«. Herudover har klinikerne mulighed for at anvende tillægskoder, såkaldte »specifiers«, som ikke er diagnoser, men udfolder nuancerne af den diagnosticerede personlighedsforstyrrelse: negativ affektivitet, tilbagetrækning, dyssocialitet, mangelfuld hæmning og anankasme. Efter at sværhedsgrad er diagnosticeret og personlighedstræk er beskrevet, har klinikerne yderligere mulighed for at specificere, om det samlede billede ligner det velkendte borderlinemønster [1, 14, 18].

TABEL 2 Diagnostiske definitioner og essentielle kendetegn for personlighedsforstyrrelse, jf. ICD-11^a.

Aspekter af selvet

Problemer med identitetsmæssig stabilitet og indre sammenhæng

Problemer med at fastholde en overordnet positiv og stabil følelse af selvværd

Urealistisk syn på egne karakteristika, styrker og begrænsninger

Problemer med at planlægge, udvælge og implementere passende mål

Relationen til andre

Problemer med at knytte og vedligeholde sunde, nære og gensidige relationer

Problemer med at forstå og værdsætte andres perspektiv

Problemer med at interessere sig for eller indgå i relationer til andre, f.eks. enten distanceret eller desperat opsøgende

Problemer med at håndtere konflikter i relationer

Følelsesmæssige manifestationer

Bredde og relevans af følelsesmæssig oplevelse og udtryk

Over- eller underregulering af følelser

Evne til at genkende og anerkende uønskede følelser

Kognitive manifestationer

Forvrænget tænkning og perception, særligt under stress

Ved svær forstyrrelse kan der f.eks. forekomme dissociative, paranoide eller psykoselignende tilstande

Nedsat evne til at træffe relevante beslutninger under stress

Ustabile eller rigide overbevisninger

Adfærdsmanifestationer

Problemer med at hæmme impulser eller problemer med overdreven impulshæmning

Voldsom adfærd under stress med tendens til selvskade eller vold

ICD = International Classification of Diseases, WHO.

a) Indhold er tilpasset ud fra en præliminær og uofficiel oversættelse af [1].

I ICD-11 anerkendes det diagnostiske overlap mellem kompleks PTSD og personlighedsforstyrrelse, som begge karakteriseres ved kompromitteret personlighedsfunktion. Når det vurderes, at en patient opfylder betingelserne for begge diagnoser, anbefaler ICD-11, at man som hovedregel kun anvender kompleks PTSD-diagnosen, medmindre der findes symptomer på personlighedsdysfunktion, der ikke kan beskrives tilstrækkeligt ud fra denne diagnose [1, 19]. Det følgende overblik er organiseret under tematiske overskrifter, vi betragter som relevante differentialdiagnostiske fokusområder, jf. ICD-11-retningslinjer og -definitioner. Fordi »specifiers« ikke udgør en obligatorisk del af en personlighedsforstyrrelsesdiagnose i ICD-11, behandler vi ikke disse i denne artikel.

DEBUTTERING OG VARIGHED

Både kompleks PTSD og personlighedsforstyrrelse kan ofte debutere tidligt i livet, men ifølge ICD-11 kan begge forstyrrelser reelt debutere i alle aldre. Personlighedsforstyrrelse debuterer typisk i ungdomsårene, men kan undtagelsesvis diagnosticeres allerede i barndommen og i nogle tilfælde endda også sent i livet [1, 20]. Kompleks

PTSD opstår pr. definition efter udsættelse for traumatisk belastning og forudsætter tidsmæssig sammenhæng mellem traumatet og symptomudvikling [1]. Tegn på forstyrrelse i personlighedsfunktion forinden et traume kan derfor i nogle tilfælde tyde på en præmorbid personlighedsforstyrrelse.

Både kompleks PTSD og personlighedsforstyrrelse er typisk varige lidelser, men de adskiller sig også, hvad angår diagnostiske betingelser for varighed. Kompleks PTSD-diagnosen kan stilles på baggrund af blot et par uger med symptomer efter en traumatisering, mens diagnosticering af en personlighedsforstyrrelse forudsætter mere vedvarende symptomer, eksempelvis over en toårig periode [1]. Idet begge lidelser er langvarige og typisk debuterer relativt tidligt, er disse varighedsbetingelser dog ikke altid differentialdiagnostisk relevante.

TRAUMATISK BELASTNING OG NEGATIVE OPVÆKSTFORHOLD

Udsættelse for traumatisk belastning udgør naturligvis en betingelse for at kunne diagnosticeres med kompleks PTSD. Eksempelvis fremhæver ICD-11 gentagne eller langvarige fysiske og seksuelle overgreb i barndommen som almindelige årsager til kompleks PTSD. Tilsvarende fremhæver ICD-11, at personlighedsforstyrrelse typisk har rod i utilstrækkelig omsorg og støtte under opvæksten i henhold til personens medfødte temperament, hvilket kan medføre kompromitteret personlighedsudvikling. I overensstemmelse med dette fremhæves også »early life adversity« som typisk risikofaktor for udvikling af personlighedsforstyrrelse [1]. Til sammenligning kan kompleks PTSD udvikles efter blot et enkelt traume, som ikke nødvendigvis behøver at forekomme i barndommen [21]. Traumatisering er således en risikofaktor for udvikling af begge diagnoser, mens fravær af traumehistorik selvsagt vil udelukke en kompleks PTSD-diagnose, men ikke nødvendigvis en personlighedsforstyrrelsesdiagnose. Samtidig er det væsentligt at fremhæve, at fravær af PTSD-kernesymptomer udelukker en kompleks PTSD-diagnose uanset tilstedeværelse og karakter af traumer. Med andre ord, hvis der findes traumer i anamnesen samt aktuell forstyrrelse af personlighedsfunktion, men ingen PTSD-kernesymptomer, bør en personlighedsforstyrrelsesdiagnose overvejes.

FORSTYRRELSE I ASPEKTER AF SELVET

I kompleks PTSD-diagnosen beskrives vedvarende problemer med at fastholde et positivt selvbillede. Selvbilledet præges af mindreværdsfølelse samt vedvarende traumerelaterede følelser af skyld og skam [1]. Dette billede kan på flere måder sammenlignes med en personlighedsforstyrrelse, der i mange tilfælde er kendetegnet ved et negativt selvbillede. Samlet set indbefatter personlighedsforstyrrelse dog et bredere spektrum af funktionssvigt, bl.a. i forhold til identitetsproblemer samt problemer med målrettethed og forståelse af andres perspektiv [1]. Herunder kan problemer såsom ustabil selvbillede samt overdreven positiv selv vurdering (f.eks. grandiositet) siges at overskride ICD-11-beskrivelsen af kompleks PTSD, der er kendetegnet ved et stabilt negativt selvbillede. Hvis sådanne symptomer er centrale i forstyrrelsen, skal en personlighedsforstyrrelse derfor overvejes. Med udgangspunkt i symptom billedet må man således vurdere, om en personlighedsforstyrrelse skal diagnosticeres samtidig med enten en kompleks eller en klassisk PTSD-diagnose. Et ustabil eller overdrevent positivt selvbillede kan hermed være differentialdiagnostisk vejledende i forhold til at skelne personlighedsforstyrrelse fra kompleks PTSD.

FORSTYRRELSE I RELATIONEN TIL ANDRE

Kompleks PTSD-diagnosen beskriver relationelle problemer i form af udfordringer med at føle nærhed til andre samt knytte og fastholde relationer til andre. Dog nævnes det, at patienter med kompleks PTSD kan have kortvarige intense relationer, som dog er vanskelige at fastholde. Under ICD-11-beskrivelsen af

personlighedsforstyrrelse udfoldes et endnu større spektrum af relationelle forstyrrelser, herunder bl.a. svigtende evne til at forstå andres perspektiv samt overdreven afhængighed af andre [1].

FØLELSESRREGULERING

I begge diagnoser fremhæves problemer med over- og underregulering af følelser samt manifestationer heraf. I beskrivelsen af kompleks PTSD indgår eksempler som lav tærskel for emotionel reaktivitet, aggressive udbrud og risikosøgende eller selvdestruktiv adfærd. Ved personlighedsforstyrrelse understreges lignende manifestationer såsom impulsiv adfærd, selvskade og skade rettet mod andre. Herudover beskrives der i begge diagnoser emotionel overregulering, hvilket f.eks. viser sig som følelsesløshed eller problemer med at opleve følelser. Under kompleks PTSD-diagnosen angives specifikt problemer med at opleve positive følelser, mens personlighedsforstyrrelse mere generelt kendetegnes ved problemer med at genkende, opleve og udtrykke følelser.

DISSOCIATIVE OG PSYKOSELIGNENDE TILSTANDE

I begge diagnoser kan dissociative og psykoselignende reaktioner (f.eks. paranoide ideer) optræde i symptombilledet [1]. Kompleks PTSD indbefatter specifikt genoplevelser karakteriseret ved tab af orientering i nuet. Flashback kan rumme kraftige sensoriske erindringer såsom auditive genoplevelser, hvilket kan have hallucinatorisk karakter. ICD-11 refererer til, at kompleks PTSD kan indbefatte pseudohallucinationer, eksemplificeret ved hallucinationer, som personen erkender som egne indefrakommende tanker. Endelig kan genoplevelser i kompleks PTSD også indbefatte dissociative symptomer såsom trancelignende tilstande, kortvarige ændringer i identitet, derealisation og depersonalisation. Endvidere kan den ekstreme vagtsomhed hos personer med kompleks PTSD være så udtalt, at det ligner paranoia [1].

Personlighedsforstyrrelse indbefatter en sammenlignelig, men mindre detaljeret beskrivelse af førnævnte fænomener. Patienter med svær personlighedsforstyrrelse vil under affekt kunne opleve betydelige forvrængninger i deres opfattelse af virkeligheden, hvilket i de mest ekstreme tilfælde kan resultere i kortvarige dissociative tilstande, hallucinationer og paranoide overbevisninger, sidstnævnte er i ICD-11 betegnet psykoselignende reaktioner [1].

Der ses hermed betydeligt overlap mellem de to diagnoser, ud fra hvad ICD-11 betegner som psykoselignende og dissociative symptomer. Hallucinationer, der er karakteriseret ved genoplevelsesrelateret indhold, er specifikt gældende for kompleks PTSD og kan således vejlede den differentialdiagnostiske proces.

DISKUSSION OG KONKLUSION

De gennemgåede forskelle og overlap mellem ICD-11-diagnoserne kompleks PTSD og personlighedsforstyrrelse præsenteres i **Tabel 3**. Dette overblik kan vejlede klinikere i den differentialdiagnostiske vurdering samt danne fundament for målrettet behandlingsplanlægning. Forekomsten af overlap anerkendes også i ICD-11's diagnostiske beskrivelse af kompleks PTSD (se »differential diagnosis«). Selvom begge diagnoser reelt kan stilles samtidigt, pointeres det dog i ICD-11, at personlighedsforstyrrelse ikke må kunne forklares bedre af en anden lidelse. Er der traumatiske hændelser og klassiske PTSD-symptomer i anamnesen, bør kompleks PTSD som udgangspunkt udelukkes, før der diagnosticeres en personlighedsforstyrrelse, medmindre det altså giver klinisk mening at anvende begge diagnoser. Dette kan f.eks. være tilfældet, når en personlighedsforstyrrelsed diagnose supplerer med relevant information, som ikke er tilstrækkeligt dækket af eller er uforenelig med kompleks PTSD-diagnosen. Det kunne eksempelvis dreje sig om en patient med en svært ustabil eller grandios

selvopfattelse, hvilket som udgangspunkt ikke kan tilskrives kompleks PTSD per se. Det samme gælder tilfælde, hvor personlighedsforstyrrelsen efter alt at dømme har været til stede forud for en traumatisering.

TABEL 3 Differentialdiagnostisk vejledning i forhold til kompleks PTSD og personlighedsforstyrrelse^a.

Essentielle kendetegn	Kompleks PTSD	Personlighedsforstyrrelse
Krav om traumatisk oplevelse af ekstremt truende eller forfærdelig karakter, f.eks. gentagne seksuelle eller fysiske overgreb, tortur, længerevarende partnervold	+	-
PTSD-diagnose, herunder genoplevelse, undgåelse og vagtsomhed	+	-
Vedvarende følelser af skyld, skam og nederlag som forbindes med traumarelateret stressor	+	-
Der skal som minimum blot være »flere uger med symptomer«	+	-
Der kræves ≥ 2 år med personlighedsdysfunktion	-	+
Ustabil og usammenhængende selvbillede med svingninger mellem urealistisk positivt eller negativt selvbillede	-	+/-
Varigt mønster med overdreven afhængighed af andre	-	+/-

a) Indhold er tilpasset ud fra en præliminær og uofficiel oversættelse af [1].

For at opnå yderligere afklaring, herunder prævalens, vedrørende dette væsentlige differentialdiagnostiske felt anbefaler vi empiriske undersøgelser. Det kan i første omgang iværksættes ved hjælp af eksisterende ICD-11-orienterede instrumenter som International Trauma Questionnaire (ITQ) [22] og International Trauma Interview (ITI) [23] kombineret med Personality Disorder Severity ICD-11 (PDS-ICD-11) scale [24].

Korrespondance *Bo Bach*. E-mail: bbpn@regionsjaelland.dk

Antaget 28. oktober 2021

Publiceret på ugeskriftet.dk 24. januar 2022

Interessekonflikter ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference *Ugeskr Læger* 2022;184:V06210517

SUMMARY

Overlap and boundaries between complex PTSD and personality disorders

Line Bang Mikkelsen, Simon Ungar Felding & Bo Bach

Ugeskr Læger 2022;184:V06210517

ICD-11 introduces a new diagnosis of complex PTSD and a fundamentally new approach to personality disorders. The two diagnoses share substantial features including impairment of self and interpersonal functioning and emotional dysregulation. This review outlines the overlap and boundaries between ICD-11 definitions of Complex PTSD and Personality Disorder. A set of principles related to trauma, onset, emotion dysregulation, self and interpersonal functioning, and dissociative and psychotic-like states are put forward to guide practitioners.

REFERENCER

1. WHO. ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. Geneva: World Health Organization, 2021.
2. Maercker A. Development of the new CPTSD diagnosis for ICD-11. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation*. 2021;8(1):7.
3. Møller L, Sjøgaard U, Elklit A et al. Differences between ICD-11 PTSD and complex PTSD on DSM-5 section III personality traits. *Eur J Psychotraumatol*. 2021;12(1):1894805.
4. Vang ML, Dokkedahl SB, Løkkegaard SS, Jakobsen AV et al. Validation of ICD-11 PTSD and DSO using the International Trauma Questionnaire in five clinical samples recruited in Denmark. *Eur J Psychotraumatol*. 2021;12(1):1894806.
5. Møller L, Augsburger M, Elklit A et al. Traumatic experiences, ICD&;11 PTSD, ICD&;11 Complex PTSD, and the overlap with ICD&;10 diagnoses. *Acta Psychiatr Scand*. 2020;141(5):421-31.
6. Buhmann CB, Andersen HS. Diagnostik og behandling af posttraumatisk stress-syndrom. *Ugeskr Læger*. 2017;179(24):V12160924.
7. Møller L, Meisner MW, Sjøgaard U et al. Assessment of personality functioning in ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder. *Personal Disord*. 2021;12(5):466-74.
8. Frost R, Hyland P, Shevlin M et al. Distinguishing complex PTSD from borderline personality disorder among individuals with a history of sexual trauma: a latent class analysis. *Eur J Trauma Dissociation*. 2020;4(1):100080.
9. Jowett S, Karatzias T, Shevlin M et al. 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;11(1):36-45.
10. Kulkarni J. Complex PTSD – a better description for borderline personality disorder? *Australas Psychiatry*. 2017;25(4):333-5.
11. Cloitre M, Garvert DW, Weiss B et al. Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: a latent class analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2014;5(1):25097.
12. Ford JD, Courtois CA. Complex PTSD and borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation*. 2014;1(1):9.
13. Gratz KL, Tull MT. Exploring the relationship between posttraumatic stress disorder and deliberate self-harm: The moderating roles of borderline and avoidant personality disorders. *Psychiatry Res*. 2012;199(1):19-23.
14. Simonsen E, Meisner MW, Bach B et al. Diagnostik og behandling af personlighedsforstyrrelser. *Ugeskr Læger*. 2018;180:V09170672.
15. Skodol AE, Bender D, Gunderson JG et al. Personality disorders. I: Roberts LW, Hales RE, Yudofsky SC, red. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*. American Psychiatric Publishing, 2014:851-94.
16. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet*. 2015;385(9969):717-26.
17. Brewin CR, Cloitre M, Hyland P et al. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clin Psychol Rev*. 2017.
18. Bach B, First MB. Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):351.
19. Felding SU, Mikkelsen LB, Bach B. Complex PTSD and personality disorder in ICD-11: when to assign one or two diagnoses? *Australas Psychiatry*. 2021; 10398562211014212.
20. Tyrer P, Howard R. Late-onset personality disorder: a condition still steeped in ignorance. *BJPsych Adv*. 2020;26(4):219-20.
21. Hyland P, Karatzias T, Shevlin M et al. Does requiring trauma exposure affect rates of ICD-11 PTSD and complex PTSD? *Psychol Trauma*. 2021;13(2):133-41.
22. Cloitre M, Shevlin M, Brewin CR et al. The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;138(6):536-46.
23. Bondjers K, Hyland P, Roberts NP et al. Validation of a clinician-administered diagnostic measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD: the international trauma interview in a Swedish sample. *Eur J Psychotraumatol*. 2019;10:1665617.
24. Bach B, Brown TA, Mulder RT et al. Development and initial evaluation of the ICD&;11 personality disorder severity scale: PDS&;ICD&;11. *Personal Ment Health*. 2021;15(3):223-36.