

اختلال استرس پس از سانحه پیچیده (CPTSD)، تشخیص، ارزیابی و درمان: یک مطالعه مروری
Complex Post-Traumatic Stress Disorder (CPTSD), diagnosis, evaluation and
treatment: a review study

Fariba Jafari Roshan*

Ph.D Student of Health Psychology, Faculty of Psychology and educational science, University of Tehran, Tehran, Iran.

jafari87@gmail.com

Reza Pour Hossein

Associate Professor, Department of psychology, Faculty of Psychology and educational science, University of Tehran, Tehran, Iran.

فریبا جعفری روشن (نویسنده مسئول)

دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

رضا پورحسین

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

Abstract

The 11th edition of the WHO International Classification of Diseases (ICD11) has defined Complex Post-Traumatic Stress Disorder (CPTSD) as a new and different condition from Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). This article studied published research findings from 1992 to 2023 related to causative factors, symptoms, assessment tools, differential diagnosis, and treatment of CPTSD from Google Scholar, Science Direct, and Pubmed with a narrative reviewing method. Its methodology is based on the collection, classification, and summarizing of the findings of scientific articles. For this purpose, the keywords of trauma, CPTSD, and PTSD were used. 86 articles were selected in the initial search, and 39 articles related to childhood trauma and CPTSD and the difference between PTSD and CPTSD were selected. The results showed that CPTSD is a separate disorder from PTSD, whose symptoms and diagnostic tools are different from PTSD. The combination of insecure attachment and emotional dysregulation are the underlying factors in the development of CPTSD as a result of childhood trauma. due to the newness of this disorder, little research about its treatment has been done and more studies are needed.

Keywords: Complex Post-Traumatic Stress Disorder (CPTSD), Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), trauma and narrative reviewing.

چکیده

یازدهمین نسخه سازمان بهداشت جهانی طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD11)، اختلال استرس پس از سانحه پیچیده (CPTSD) را به عنوان وضعیت جدید و متفاوتی از اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) تعریف کرده است. این مقاله با روش مروری روایتی، یافته‌های پژوهشی منتشرشده مرتبط با عوامل به وجودآورنده، علائم، ابزار سنجش، تشخیص افتراقی و درمان CPTSD بین سالهای ۱۹۹۲-۲۰۲۳ برگرفته از پایگاه اطلاعاتی گوگل اسکالر، ساینس دایرکت و پاب مد را مورد مطالعه قرار داد. روش‌شناسی این پژوهش مبتنی بر گردآوری، طبقه‌بندی و خلاصه‌کردن یافته‌های مقالات علمی بود. بدین منظور از کلیدواژه‌های تروما، PTSD و CPTSD استفاده شد. در جستجوی اولیه ۸۶ مقاله انتخاب شد و در ادامه ۳۹ مقاله مرتبط با ترومای کودکی و PTSD و تفاوت PTSD با CPTSD انتخاب شدند. نتایج نشان داد CPTSD یک اختلال مجزا از PTSD است که علائم و ابزار تشخیص آن با PTSD متفاوت است. ترکیب دلبستگی ناایمن و اختلال در تنظیم هیجان از عوامل زیربنایی ایجاد CPTSD در اثر ترومای کودکی هستند. درباره درمان CPTSD با توجه به نو بودن این اختلال، تحقیقات اندکی انجام شده و نیازمند مطالعات بیشتری است.

واژه‌های کلیدی: اختلال استرس پس از سانحه پیچیده، اختلال استرس پس از سانحه، تروما و مرور روایتی.

در یازدهمین نسخه تجدید نظر شده طبقه‌بندی‌بندی بین‌المللی بیماریها (ICD_11)، دو اختلال مرتبط با استرس، در طبقه بندی جدید "اختلالات مرتبط با استرس" گنجانده شده‌اند: اختلال استرس پس از سانحه^۱ (PTSD) و اختلال استرس پس از سانحه پیچیده^۲ (CPTSD) (بچم^۳، ۲۰۲۱ و مایرکر^۴، ۲۰۱۳). اختلال استرس پس از سانحه پیچیده که از یک یا چند ترومای بین‌فردی یا پیچیده (ترک، خیانت، پرخاشگری جسمی، تجاوز جنسی، تهدید تمامیت جسمی، اعمال اجباری، سوءاستفاده عاطفی، شاهد خشونت و مرگ بودن) ناشی می‌شود، با تجربه احساس خشم، ترس، شکست و یا شرمندگی همراه است (وندلر کلک^۵، ۲۰۰۵) و از اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) متمایز شده است (تروسکائوسکایت^۶ و همکاران، ۲۰۲۳). اکثر پژوهش‌ها درباره CPTSD از بررسی تاثیر آسیب‌ها و سوءرفتار در کودکی به دست آمده است (کیم و سکیتی^۷، ۲۰۱۰). CPTSD برای اولین بار توسط هرمن (۱۹۹۲) معرفی شد. هرمن (۱۹۹۲) تأثیر استرس مزمن بر تنظیم احساسات، خودتنظیمی، ادراک خود و عملکرد بین‌فردی را مورد مطالعه قرار داد. براساس استدلال او، تماس مکرر و مزمن با رویداد آسیب‌زا علائم پیچیده‌تری را که PTSD نیست و با علائم و اختلالات بین‌فردی و عاطفی همراه است، منعکس می‌کند. تحقیقات و مشاهدات بالینی نشان می‌دهند که مفهوم PTSD، برای تبیین واکنش کودکان قربانی سوءاستفاده جنسی و افراد و اقشار دیگری که تحت ترومای طولانی مدت و مکرر قرار گرفته‌اند، کافی و مناسب نیست. معیارهای تشخیصی PTSD از مطالعه سربازان بزرگسال که تحت ترومای جنگ قرار گرفته‌اند، به دست آمده است. بنابراین واضح است که واکنش آنها به عنوان یک فرد بالغ به تروما با واکنش یک کودک نابالغ که تحت سوءرفتار یا ترومای متعدد و مزمن قرار گرفته است، متفاوت خواهد بود (کورتویز^۸، ۲۰۰۸). مهمترین ویژگی متمایز کننده این دو اختلال مرتبط با تروما این است که علائم PTSD مربوط به محرکهای خاص تروما است، در حالیکه علائم CPTSD همه‌جا و صرف‌نظر از قربانیت به یادآورهای آسیب‌زا در زمینه‌های مختلفی اتفاق می‌افتد (مورفی^۹ و همکاران، ۲۰۱۶). یازدهمین نسخه تجدید نظر شده طبقه‌بندی‌بندی بین‌المللی بیماریها (ICD_11)، PTSD را با ۶ علامت در سه خوشه علامت (تجربه مجدد در اینجا و اکنون، اجتناب از یادآورهای آسیب‌زا و احساس تهدید شدگی) تعریف کرده است. CPTSD شامل علائم اصلی خوشه‌های PTSD به‌اضافه سه خوشه علامت بدتنظیمی عاطفی، خودپنداره منفی و آشفتگی در روابط که در مجموع نشان‌دهنده اختلال در خودسازمان‌دهی است، تعریف شده است (هایلند و همکاران، ۲۰۱۷).

تحقیقاتی که در زمینه ترومای کودکی انجام شده‌اند نشان می‌دهند که آسیب‌های دوران کودکی و تروماهای بین‌فردی بیشتر با CPTSD همراه می‌شوند تا PTSD. پیامد بدر رفتاری و سوء استفاده جنسی یا جسمی کودکی (پیونتیگ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۱، بیرنه و همکاران^{۱۱}، ۲۰۱۹) تا بزرگسالی ادامه می‌یابند و تاثیرات زیادی بر عملکرد روانی-اجتماعی (کیم و سکیتی، ۲۰۱۰، مورفی، ۲۰۱۶)، اختلال در ابراز و بازشناسی هیجان، واکنش‌پذیری و تعاملات اجتماعی (پاورزو و همکاران^{۱۲}، ۲۰۱۷)، ایجاد علائم جسمانی غیرقابل توضیح و اختلال در ساختار و کارکرد مغز (پوریل و همکاران^{۱۳}، ۲۰۲۳) دارد. با وجود اینکه CPTSD بعنوان یک اختلال جدید به ICD11 اضافه شده است و در حالیکه پژوهش‌ها نشان می‌دهند CPTSD شایع‌تر و ناتوان‌کننده‌تر از PTSD است (بچم و همکاران، ۲۰۲۱)، درباره این اختلال اطلاعات کمی در دسترس است (هو^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۹). براساس بررسی نویسندگان این مقاله نیز در ایران تاکنون پژوهشی درباره ابزار سنجش، تشخیص افتراقی و درمان CPTSD انجام نشده است. برخی از این مطالعات CPTSD را یک تشخیص جدید

- 1 Post Traumatic Stress Disorder
- 2 Copmlex Post Trumatic Stress Disorde
- 3 Bachem
- 4 Maercker
- 5 Van Der Kolk
- 6 Truskauskaitė
- 7 Kim & Cicchetti
- 8 Courtois
- 9 Murphy
- 10 Piontek
- 11 Byrne
- 12 Powers
- 13 Peverill
- 14 HO

دانسته‌اند که از نظر کمیت و کیفیت علائم با PTSD متفاوت است (لانیوس و همکاران^۱، ۲۰۱۰) ولی برخی از آنها (رسایک و همکاران^۲، ۲۰۱۲) به این نتیجه رسیده‌اند که CPTSD یک طبقه تشخیصی جدا از PTSD نیست. درک مکانیزم علت‌شناسی و باقی ماندن آسیب‌شناسی روانی برای پیش‌بینی، پیشگیری و درمان موثر اهمیت زیادی دارد. با توجه به پیامدهای تروما پس از آسیب‌های پیچیده، تروماهای کودکی، می‌توانند به تبیین مشکلات سلامت روان مانند CPTSD کمک کنند (کلوتری و همکاران^۳، ۲۰۱۹). اما هنوز میزان تاثیر این تجربیات در ایجاد این آسیب‌شناسی روانی و مکانیزم زیربنایی ایجاد CPTSD در اثر ترومای کودکی مشخص نیست (هاسلگروبر^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). درباره درمان این اختلال نیز با توجه به نو بودن آن اطلاعات کمی در دسترس است. بنابراین هدف این پژوهش گردآوری، خلاصه کردن و طبقه‌بندی یافته‌های مقالات علمی در زمینه تشخیص، ابزار سنجش، تشخیص افتراقی، شناسایی مکانیزم ایجاد CPTSD در اثر ترومای کودکی و درمان CPTSD با روش مرور روایتی^۵ بود.

روش

پژوهش حاضر از نوع مروری روایتی بود. CPTSD بعنوان یک طبقه تشخیصی جدید در ICD11 معرفی شده است. این پژوهش با روش مروری روایتی، یافته‌های پژوهشی منتشرشده مرتبط با علائم، ابزار سنجش، تشخیص افتراقی و درمان CPTSD بین سالهای ۲۰۲۳-۱۹۹۲ برگرفته از پایگاه اطلاعاتی گوگل اسکالر، ساینس دایرکت و پاب مد را مورد مطالعه قرار داد. روش‌شناسی این پژوهش مبتنی بر گردآوری، طبقه‌بندی و خلاصه‌کردن یافته‌های مقالات علمی بود. بدین منظور از کلیدواژه‌های تروما، PTSD و CPTSD استفاده شد. در جستجوی اولیه ۸۶ مقاله انتخاب شد و در ادامه ۴۹ مقاله مرتبط با تشخیص، تشخیص افتراقی، ابزار سنجش، ارتباط ترومای کودکی و CPTSD و درمان CPTSD انتخاب شدند. از بین آنها ۵ مقاله بعلاوه عدم دسترسی به متن کامل و ۵ مقاله بعلاوه تکراری بودن مطالب حذف شدند و در نهایت ۳۹ مقاله انتخاب شد. جهت تعیین تناسب مقالات با موضوع پژوهش ابتدا عنوان و چکیده مقالات و بعد از تایید مقاله از نظر تناسب موضوعی، نویسندگان متن کامل مقاله را مطالعه می‌کردند.

یافته‌ها

پژوهش‌هایی که ملاک ورود را داشتند به دقت مورد بررسی قرار گرفته و خلاصه مطالب مقالات (نویسنده، سال پژوهش، موضوع و نتیجه‌گیری) در جدول شماره یک ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه مقالات بررسی شده در زمینه اختلال استرس پس از سانحه پیچیده

پایگاه داده	نویسنده	سال	موضوع	نتیجه‌گیری
ساینس دایرکت	هرمن	۱۹۹۲	بررسی علائم افرادی که با ترومای طولانی مدت و مکرر مواجه شده‌اند.	تماس مکرر و مزمن با رویداد آسیب‌زا علائم پیچیده‌تری را که PTSD نیست و علائم و اختلالات بین‌فردی و عاطفی را منعکس می‌کند، ایجاد می‌کند.
گوگل اسکالر	پلکوویتز و همکاران	۱۹۹۷	ایجاد معیار و مصاحبه ساختاریافته برای اختلالات با استرس تشدید یافته	علائم روانشناختی افرادی که تحت ترومای متعدد و مزمن قرار گرفته‌اند، با PTSD متفاوت است. این افراد علائمی مانند افسردگی، اضطراب، تنفر از خود، تجزیه، سوء‌مصرف مواد، رفتارهای خودتخریب‌گرایانه، اختلال در برقراری روابط صمیمانه و رفتارهای پرخطر تجربه می‌کنند. درمان این علائم دشوار است و به سن و مرحله‌ای از رشد که در آن تروما اتفاق افتاده است،

1. Lanius
 2. Resick
 3. loitre
 4. Haselgruber
 5. narrative reviewing

Complex Post-Traumatic Stress Disorder (CPTSD), diagnosis, evaluation and treatment: a review study

نقش فرد آسیب‌زنده در زندگی کودک، پیچیده بودن آسیب و حمایتی که فرد در زمان تروما یا بعد از آن دریافت کرده‌است، بستگی دارد.

افراد دارای اختلال CPTSD، خطر بیشتری برای ابتلا به اختلالات شخصیت و قربانی شدن مجدد دارند.	CPTSD در قربانیان سوءاستفاده جنسی و رفتاری	۱۹۹۷	راش ^۱ و همکاران	گوگل اسکالر
CPTSD ناشی از قرار گرفتن متعدد یا مزمن در برابر یک یا چند نوع ترومای بین‌فردی یا پیچیده است که با تجربه احساس خشم، خیانت، ترس، تسلیم شدن، شکست و یا شرمندگی همراه است	اختلالات اضطرابی شدید، سازگاری با تروما	۲۰۰۵	وندرکلیک و همکاران	گوگل اسکالر
CPTSD بعنوان یک سازه تشخیصی معتبر در میان گروه‌های فرهنگی مختلف که علائم هسته‌ای آن به صورت جهانی قابل اجراست، شناخته شده است.	ارزیابی معادل‌سازی بین فرهنگی سازه CPTSD	۲۰۰۵	دجانگ ^۲ و همکاران	
قرار گرفتن در معرض سوءاستفاده دوران کودکی در ترکیب با دلبستگی نایمن به مراقبان، مدل کارکرد درونی منفی نسبت به خود و دیگران را ایجاد کرده و با مشکلاتی در تنظیم احساسات و روابط همراه می‌شود.	سوءرفتار در کودکی، علائم ترومای پیچیده و دلبستگی حل نشده در نمونه مادران جوان در معرض خطر	۲۰۰۷	بیلی ^۳ و همکاران	گوگل اسکالر
بین CPTSD و اختلال شخصیت مرزی همبودی بالایی وجود دارد.	شیوع، همبستگی، ناتوانی و همبودی در اختلال شخصیت مرزی	۲۰۰۸	گرن ^۴ و همکاران	ساینس دایرکت
علیرغم پشرفت‌های روزافزون در شناخت و فهم PTSD، این مفهوم برای تبیین واکنش کودکان قربانی سوءاستفاده جنسی و افرادی که تحت ترومای طولانی مدت و مکرر قرار گرفته‌اند، کافی و مناسب نیست.	ترومای پیچیده، عکس‌العمل پیچیده: ارزیابی و درمان	۲۰۰۸	کورتویز	گوگل اسکالر
تاثیرات روانی-اجتماعی تروما در کودکان تا بزرگسالی ادامه یافته و مشکلات بین‌فردی و روانشناختی ایجاد می‌کند.	خط سیر طولی بدرفتاری در کودکی، تنظیم هیجان، روابط ضعیف و آسیب‌شناسی	۲۰۱۰	کیم و سکتی	ساینس دایرکت
شواهد تجربی و نوروبیولوژیکی نشان‌دهنده تمایز بین دو اختلال CPTSD و PTSD است.	دو مسیر مجزای اختلال عملکرد تنظیم هیجان و آسیب مغزی	۲۰۱۰	لانیوس و همکاران	گوگل اسکالر
هنوز جدل‌ها بر سر اینکه PTSD و CPTSD دو اختلال مجزا هستند یا نه و درباره سودمندی بالینی CPTSD بحث و جدل وجود دارد. تحقیقات بیشتری در این زمینه لازم است	ارزیابی نقادانه مقالات در زمینه CPTSD	۲۰۱۲	رسایک و همکاران	
تحلیل پروفایل نهفته در ۳۰۲ نفری از افرادی که با دو نوع حادثه تروماتیک مزمن (مانند سوءاستفاده در کودکی) و تک-حادثه مواجه شده بودند، مدل ۳ طبقه‌ای آشکار کرد. (CPTSD)، (36.1%)، که با علائم PTSD و DSO مشخص شد. PTSD (31.8%) که با سطوح بالای PTSD و سطوح پایین ظهور علائم DSO مشخص شد و طبقه "کم علامت". ترومای طولانی مدت (مانند تجاوز در کودکی) پیش‌بینی کننده CPTSD بود. این دو اختلال در شدت علائم با هم متفاوت نیستند بلکه CPTSD با نقص عملکردی بیشتری نسبت به PTSD همراه	شواهد CPTSD پیشنهادی توسط ICD11	۲۰۱۳	کلوتری و همکاران	گوگل اسکالر

1. Russ

2. de Joung

3. Bailey

4. Grant

است. CPTSD با مشکلات تنظیم هیجان، خودپنداره منفی و مشکلات بین‌فردی همراه است. تفاوت کیفی بین این دو اختلال در این است که PTSD بعنوان یک حالت ترس، مفهوم‌سازی شده ولی CPTSD با اختلال در خودسازمان‌دهی در اثر تروما همراه است

CPTSD علاوه بر علائم هسته‌ای PTSD دارای علائم درون و بین‌فردی نیز هست. تحلیل یافته‌ها در سه نمونه ترومای مستقل (تعداد، ۱۲۵۱) متشکل از والدین سوگوار، افرادی که مورد تجاوز جنسی قرار گرفته‌بودند و بازماندگان تجاوز فیزیکی، سه طبقه مجزا که شامل طبقه PTSD و CPTSD و طبقه کم را نشان داد. در CPTSD بیشترین سهم با سوءاستفاده جنسی است و نقص عملکردی و روانشناختی آن بیشتر از PTSD است.

تحلیل نیمرخ نهفته نمونه ۲۹۹ نفری از مردان که در معرض سوءاستفاده در کودکی قرار گرفته‌بودند، مدل ۴ طبقه‌ای متشکل از PTSD، CPTSD، DSO و طبقه کم‌علامت به دست آمد. این پژوهش به صورت مقدماتی از تمایز بین PTSD و CPTSD حمایت کرد.

طبقات براساس شدت علائم در افراد با سطوح بالای PTSD که سطوح بالای CPTSD را نیز گزارش می‌کردند و افراد دارای سطوح پایین PTSD که سطوح پایین CPTSD را گزارش می‌کردند، متفاوت بود. همچنین تاریخچه تروما پیش‌بینی‌کننده عضویت در طبقات نبود. ولف، تصدیق کرد که اگر تحلیل پروفایل پنهان انجام شود، یافته‌ها، مدل‌های مشابه به مطالعات قبلی، فراهم می‌آورد، اما زمانیکه از مدل‌های عامل ترکیبی استفاده شود، یک الگوی متفاوت ایجاد می‌شود. تحقیقات اضافی برای تعیین چگونگی مفهوم‌سازی علائم CPTSD در رابطه با PTSD مورد نیاز است.

افراد دارای CPTSD ترومای متعدد و پایدار را تجربه کرده‌بودند و نقص عملکرد بیشتری نسبت به PTSD دارند. CPTSD مجزا از PTSD است. ITQ ابزاری است که نمرات معتبر و پایایی ارائه می‌دهد و به صورت مناسب و کافی می‌تواند بین PTSD و CPTSD تمایز قائل شود.

آسیب‌های چندگانه مربوط به دوران کودکی و تروماهای بین فردی بیشتر با CPTSD همراه می‌شوند. پیامد این وقایع تا بزرگسالی ادامه می‌یابند و تأثیرات زیادی بر عملکرد روانی-اجتماعی می‌گذارند. کودکانی که مورد بدرفتاری

تشخیص و طبقه‌بندی اختلالات مرتبط با استرس

شواهد پروفایل علائم در PTSD و CPTSD در نمونه‌های متفاوت

ارزیابی PTSD و CPTSD در بازماندگانی که در کودکی مورد سوءاستفاده قرار گرفته- بودند.

CPTSD در سربازان نیویورک و ایالات متحده آمریکا

مرور شواهد فعلی بر PTSD و CPTSD پیشنهادی توسط ICD11

بررسی شواهد تمایز نیمرخ PTSD و CPTSD

پیش‌بینی‌کننده‌های افتراق PTSD و براساس DSM5 و CPTSD در ICD11

گوگل اسکالر مایرکر و همکاران ۲۰۱۳

الکلیت^۱ و همکاران ۲۰۱۴

پاب مد کنفل^۲ و همکاران ۲۰۱۵

گوگل اسکالر ولف^۳ و همکاران ۲۰۱۵

ساینس دایرکت بریون^۴ و همکاران ۲۰۱۷

پاب مد کاراتزیاس^۵ و همکاران ۲۰۱۷

گوگل اسکالر پاورز و همکاران ۲۰۱۷

1. Elkhit

2. Kenefel

3. Wolf

4. Brewin

5. Karatzias

Complex Post-Traumatic Stress Disorder (CPTSD), diagnosis, evaluation and treatment: a review study

قرار گرفته‌اند، نسبت به سایر کودکانی که مورد بدرفتاری قرار نگرفته‌اند، در ابراز هیجان، بازشناسی، واکنش‌پذیری و تعاملات اجتماعی دچار مشکل هستند.

م تفاوت بودن نمونه‌ها، گوناگونی تکنیک‌های مورد استفاده و ساختار مداخلات (شکل، مدت و فراوانی)، مانع مقایسه بین مطالعات و انتخاب کیفیت درمان می‌شود. با توجه به کمبود مقالات که در آن روش‌های کنترل شناختی اعمال شده‌باشند، برای تعیین درمان موثرتر CPTSD نیاز به تحقیقات بیشتری وجود دارد.

CPTSD قویا با مشکلات تنظیم هیجان و افسردگی همراه است. نسخه چینی ITQ روایی و پایایی مناسبی دارد.

CPTSD نسبت به PTSD تاثیرات منفی بیشتری در سازگاری زوجین دارد

ارتباط افسردگی و CPTSD به مراتب بیشتر از ارتباط افسردگی با PTSD بود. ناتوانی در تنظیم هیجان یکی از عوامل موثر در ایجاد علائم CPTSD است. با اینهمه تحقیقات در این زمینه ناکافی و مبهم است و شناسایی مکانیزم زیربنایی و مسیر ترومای کودکی در ایجاد CPTSD نیازمند تحقیقات بیشتری است.

نحوه آشکار شدن علائم CPTSD و فرآیندهای سبب‌شناسی زیربنایی، با مفاهیم فرهنگی خود، احساسات، و روابط بین فردی و روابط بین فردی ارتباط نزدیکی دارد.

درمان‌های موثر بر CPTSD

۲۰۱۸

فیلو^۱ و همکاران

ساینس دایرکت

CPTSD و PTSD در ایالات متحده امریکا

۲۰۱۹

کلوتری و همکاران

ساینس دایرکت

بررسی ویژگیهای روانسنجی نسخه چینی پرسشنامه بین-المللی تروما^۲ (ITQ)

۲۰۱۹

هو و همکاران

ساینس دایرکت

پیامدهای بین فردی PTSD و CPTSD

۲۰۲۱

بچم و همکاران

ساینس دایرکت

آسیب‌شناسی روانی پیچیده کودکان در بافت ترومای چندگانه دوران کودکی، تاثیرمتقابل PTSD، افسردگی، تجزیه و تنظیم هیجان

۲۰۲۱

هاسلگروبر و همکاران

ساینس دایرکت

مفاهیم فرهنگی دیسترس و PTSD: جهت‌گیری‌های آینده در تحقیق و درمان

۲۰۲۲

هیم^۳ و همکاران

پاب مد

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مروری بر یافته‌های علمی مقالات در زمینه اختلال استرس پس از سانحه پیچیده (CPTSD)، ابزار تشخیصی، تشخیص افتراقی، سودمندی بالینی این تشخیص، شناسایی مکانیزم ایجاد CPTSD در اثر ترومای کودکی و درمان آن بود. نتیجه این پژوهش نشان‌دهنده این است که CPTSD یک اختلال مجزا از PTSD است که علائم هسته‌ای آن درمیان گروه‌های فرهنگی مختلف یکسان است (کلوتری و همکاران ۲۰۱۳، الکلیت و همکاران ۲۰۱۴، مایرکر و همکاران ۲۰۱۳، کنفل و همکاران ۲۰۱۴ و دجانگ و همکاران ۲۰۰۵). تمایز بین PTSD و CPTSD در بیش از ۱۰ مطالعه که ساختار عاملی آن را در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی در بریتانیا، ایالات متحده آمریکا، دانمارک، اتریش، آلمان، اسرائیل، بوسنی و اوگاندا آزمایش کرده‌اند، نشان داده شده است. ابزار سنجش CPTSD، "پرسشنامه بین‌المللی تروما" در فرهنگ‌های مختلف از اعتبار، روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار است و می‌توان از آن برای تشخیص CPTSD استفاده کرد (کلوتری و همکاران، ۲۰۱۳؛ بریون و همکاران، ۲۰۱۷ و هو و همکاران، ۲۰۱۹).

تحقیقات انجام شده در زمینه افتراق PTSD و CPTSD به چندین عامل اشاره کرده‌اند: عوامل ایجاد کننده دو اختلال، علائم و نشانه‌ها، پیش‌آگهی و درمان. در ادامه به تفکیک به هرکدام از آنها اشاره می‌شود:

1. Fillo

2. International Trauma Questionnaire

3. Heim

PTSD در اثر مواجهه با یک رویداد آسیب‌زا اتفاق می‌افتد در حالیکه CPTSD در اثر تماس مکرر و مزمن با رویداد آسیب‌زا در دوران کودکی ایجاد می‌شود (هرمن، ۱۹۹۲؛ وندر کلک و همکاران، ۲۰۰۵؛ بیلی و همکاران، ۲۰۰۷؛ کیم و سکتی، ۲۰۱۰؛ لانیوس و همکاران، ۲۰۱۰؛ رسایک و همکاران، ۲۰۱۰؛ کلوتری و همکاران، ۲۰۱۳؛ مایرکر و همکاران، ۲۰۱۳، الکلیت و همکاران، ۲۰۱۴؛ کنفل و همکاران، ۲۰۱۵ و بریون و همکاران، ۲۰۱۷). تحقیقات در زمینه علائم CPTSD، به تفاوت کیفی بین دو اختلال اشاره کرده‌اند. در حالیکه PTSD بعنوان یک ترس مفهوم‌سازی شده‌است، CPTSD خودسازمان‌دهی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد و افراد در این اختلال از مشکلات بدتنظیمی عاطفی، خودپنداره منفی، تنفر از خود، رفتارهای خودتخریب‌گرایانه، آشفتگی در روابط و عملکرد بین فردی و اختلال در برقراری روابط صمیمی رنج می‌برند (وندر کلک و همکاران، ۲۰۰۵؛ بیلی و همکاران، ۲۰۰۷؛ بریون و همکاران، ۲۰۱۷ و هایلند و همکاران، ۲۰۱۷). در زمینه پیش‌آگهی و درمان CPTSD با توجه به نو بودن این اختلال اطلاعات کمتری در دسترس است. علاوه بر این CPTSD همان‌گونه که در بالا به آن اشاره شد، با علائم و نشانه‌های پیچیده‌تر و بیشتری (مانند اختلال در تنظیم هیجان و مشکلات بین فردی) همراه است که در درمان باید مورد توجه قرار بگیرد. درمان این اختلال به سن و مرحله‌ای از رشد که در آن تروما اتفاق افتاده است، نقش فرد آسیب‌زنده در زندگی کودک، پیچیده بودن آسیب و حمایتی که فرد در زمان تروما یا بعد از آن دریافت کرده‌است، بستگی دارد و افراد دارای اختلال CPTSD، خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی، اختلالات شخصیت و قربانی شدن مجدد دارند (پلکوویتز و همکاران، ۱۹۹۷؛ راش و همکاران، ۱۹۹۷؛ پورز و همکاران، ۲۰۱۷ و هاسلگروبر و همکاران، ۲۰۲۱). ادبیات گسترده‌ای مبتنی بر موثر بودن درمان‌های روانشناختی برای PTSD در بزرگسالان و کودکان (داد و مک گوئیر، ۲۰۱۱ به نقل از فیلو و همکاران، ۲۰۱۸) مانند درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر مواجهه طولانی‌مدت، حساسیت‌زدایی و پردازش چشم، و درمان‌های دارویی (مرکز ملی درمان اختلال استرس پس از سانحه، ۲۰۱۶). وجود دارد. با اینحال مشخص نیست که آیا این مداخلات می‌توانند به همان اندازه علائم CPTSD را نشانه بگیرند یا اینکه درمان‌ها برای پرداختن به ویژگی‌های خاص این نوع اختلال خاص باید با مولفه‌های خاصی ترکیب شوند. در این زمینه مطالعات بر لزوم بهبود در تنظیم هیجانی، مشکلات در توجه و آگاهی، مشکلات ادراک خود، احساس گناه، اختلال در عملکرد اجتماعی، جسمانی‌سازی و یا مشکلات پزشکی به توافق رسیده‌اند. کارگروه ترومای پیچیده انجمن بین‌المللی مطالعات استرس تروماتیک^۱، دستورالعمل درمانی با اتفاق نظر متخصصین برای درمان PTSD پیچیده، در بزرگسالان ارائه داد. طبق این دستورالعمل، روان‌درمانی باید با یک مرحله تثبیت (فاز یک) با هدف اطمینان از احساس امنیت فرد، کاهش مشکلات خودتنظیمی و بهبود کفایت هیجانی، اجتماعی و روانشناختی، آغاز شود. مرحله بعدی (فاز ۲)، با تمرکز بر تروما و پردازش خاطرات آن است. در مرحله ادغام نهایی (فاز ۳)، دستاوردهای درمانی تثبیت می‌شود و به فرد کمک می‌شود تا با شرایط زندگی فعلی سازگار شود. پیشنهاد آغاز درمان با مرحله تثبیت بر اساس چندین فرضیه است، ۱- PTSD و CPTSD اختلالات مجزایی هستند. ۲- درمان‌های PTSD با توجه به شواهد برای افراد با CPTSD موثر نیستند. ۳- بیماران PTSD در آغاز درمان، برای تحمل درمان متمرکز بر تروما به اندازه کافی باثبات نیستند. برای تعیین درمان موثرتر PTSD نیاز به تحقیقات بیشتری وجود دارد (دجانگ و همکاران، ۲۰۱۶) زیرا متفاوت بودن نمونه‌ها، گوناگونی تکنیک‌های مورد استفاده و ساختار مداخلات (شکل، مدت و فراوانی)، مانع مقایسه بین مطالعات و انتخاب کیفیت درمان می‌شود (فیلو و همکاران، ۲۰۱۸). درباره مکانیزم زیربنایی ترومای کودکی تحقیقات زیادی انجام شده است اما هنوز درباره مسیر ترومای کودکی و مکانیزم اثر ترومای کودکی بعنوان عامل خطر CPTSD هنوز ناشناخته است. از عوامل مهمی که در پژوهش‌های مربوط به ترومای کودکی به آن توجه شده‌است، دلبستگی ناایمن و تنظیم هیجان است. برای مثال بیلی و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند که سوءاستفاده دوران کودکی در ترکیب با دلبستگی ناایمن به مراقبان باعث ایجاد مدل‌های کارکرد درونی منفی نسبت به خود و دیگران شده و به نوبه خود با مشکلات در تنظیم احساسات و روابط همراه می‌شود. پژوهش ویلاتنا^۲ و همکاران (۲۰۱۸)، تین^۳ و همکاران (۲۰۲۰) و هاسلگروبر و همکاران (۲۰۲۱) نشان

1 . International Society for Traumatic Stress Studi

2 . Villalta

3 . Tain

دادند عامل حیاتی برای برای درک ایجاد و ماندگاری مشکلات سلامت روان به دنبال ترومای کودکی، ناتوانایی در تنظیم هیجانات شدید منفی است. در تبیین این نتایج می‌توان از "نظریه ترس/استرس" و "نظریه استرس عام" استفاده کرد. براساس نظریه ترس-استرس، محرک‌های آسیب‌زا توانایی ذهنی و عاطفی فرد را مدت‌ها بعد از مواجهه با آن تحت تاثیر قرار می‌دهند (تال^۱ و همکاران، ۲۰۰۴) و این تکرار ذهنی و عاطفی استرس باعث تشدید علائم تروماتیک شده و از طریق ایجاد پاسخ‌های مربوط به ترس/استرس در عملکرد فیزیولوژیکی اختلال ایجاد می‌کند (هرمن و لی^۲، ۲۰۱۰). عوامل استرس‌زای اولیه (زودهنگام)، پیامدهای زیستی-عصبی را در کودکان به وجود می‌آورد و در صورت تشدید عوارض، مشکلاتی مانند سوءمصرف مواد و اختلالات روانپزشکی در کودکان و بزرگسالان ایجاد می‌کنند. (فیلولو و همکاران، ۲۰۱۸). محور هیپوتالاموس، هیپوفیز، فوق کلیه در اوایل کودکی حساسیت زیادی به استرس نشان می‌دهد. در کودکانی که در اوایل رشد در معرض استرس شدید قرار می‌گیرند، الگویی از بیش‌فعالی این محور ایجاد می‌شود که با افزایش سن، این بیش‌فعالی ادامه می‌یابد یا به الگوی کم-فعالی تبدیل می‌شود. با اینحال، وضعیت دل‌بستگی بعنوان یک تنظیم‌کننده زیستی-روانی می‌تواند از بیش‌فعال-سازی این محور با رفتارهای مراقبتی حساس جلوگیری کند (برنارد و همکاران^۳، ۲۰۱۵). بر اساس نظریه استرس عام مغز تنها عضوی است که برای شکل‌گیری و رشد به شدت متکی به رابطه است. استرس زیاد در دوران کودکی روش پاسخ‌دهی مغز به استرس‌های آتی در طول زندگی را تغییر می‌دهد. برای مثال در اثر ناتوانایی والدین در برقراری ارتباط با کودک رشد قشر پری فرونتال کرتکس محدود می‌شود و این سبب بیش‌جبرانی سایر قسمت‌های مغز و قرار دادن بدن در حالت جنگ و گریز می‌شود (در لیمبیک). واکنش جنگ و گریز، نوعی وضعیت محافظتی برای آرام کردن و خودتنظیمی است. تجارب غیرقابل تحمل، غفلت اجتماعی و قطع رابطه، توانایی ایجاد این پاسخ فیزیولوژیکی در مغز و بدن کسی که ضربه عاطفی، شرم یا ترومای فیزیکی را تجربه می‌کند، دارند. فرایندهای ذهنی و عاطفی که با قرار گرفتن در معرض محرک آسیب‌زا مختل شده‌اند، فرایندهای فیزیولوژیکی را با کوچکترین خاطره بازآفرینی می‌کنند (هرمن و لی^۲، ۲۰۱۰). این خاطرات می‌توانند شامل بو، صدا، احساسات، عواطف و افرادی باشند که همان شیوه رفتاری را دارند (تال، ۲۰۰۴). این تکرارها می‌توانند از طریق ایجاد پاسخ ترس/استرس علائم فیزیولوژیکی را مختل کند (هرمن و لی^۲، ۲۰۰۴). اما تحقیقات دیگری نشان‌دهنده این است که ترومای کودکی و توانایی تنظیم هیجان نه فقط به PTSD، بلکه به سایر اختلالات روانی هم مرتبط می‌شود (دایور^۴ و همکاران، ۲۰۱۴) مثلاً پژوهش کلوتری و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که مشکلات تنظیم هیجان قویا با ترومای کودکی، PTSD و افسردگی مرتبط است. بنابراین هنوز مسیر ترومای کودکی به ایجاد CPTSD ناشناخته و مبهم است. پژوهش‌هایی که در این زمینه انجام شده‌اند، اغلب پژوهش‌های مقطعی بوده‌اند، پیشنهاد می‌شود در این زمینه مطالعات طولی بر روی کودکان در معرض سوءرفتار و آسیب انجام شود. ضمناً انجام پژوهش کیفی گردند تئوری می‌تواند در شناسایی ریسک‌فاکتورها و علل و عوامل ایجادکننده CPTSD راهگشا باشد.

ضمناً در زمینه CPTSD برخلاف اختلالات معمول مانند افسردگی، اضطراب و PTSD، درباره تاثیر تغییرات فرهنگی در علائم CPTSD، تحقیقات و اطلاعات کمی وجود دارد که این بعلا جهت بودن این ساختار تشخیصی است بنابراین انجام پژوهش‌های بین فرهنگی و منسجم‌تری که به مقایسه روشهای مختلف تشخیص افتراقی CPTSD و PTSD می‌پردازند، پیشنهاد می‌شود.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تعداد محدود مقالات مورد بررسی اشاره کرد. این امر می‌تواند باعث دست‌یافت‌های زیادی شود که در نتیجه پژوهش موثر هستند. عدم دسترسی به مقالات غیر رایگان از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. ضمناً این پژوهش به مطالعه مقالات در زمینه CPTSD پرداخته‌است بنابراین کتب نوشته در این زمینه مطالعه نشدند. این پژوهش به صورت کلی CPTSD را در زمینه تشخیص و درمان بررسی کرده‌است. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از بررسی مقالات، کتب یا

1. Tull
 2. Herman & Lee
 3. Bernard
 4. Diver

پایان‌نامه‌هایی که در به طور خاص در هر زمینه از این اختلال مانند "تشخیص افتراقی، درمان‌های موثر CPTSD و ..."-به بررسی
بپردازند.

منابع

- Bailey, H. N., Moran, G., & Pederson, D. R. (2007). Childhood Maltreatment, Complex Trauma Symptoms and unresolved attachment in an at-risk sample of adolescent mothers. *Attachment & Human Development*, 9 (2), 139–161. <https://doi.org/10.1080/14616730701349721>
- Bachem, R., Levin, Y., Zerach, G., Cloitre, M., & Solomon, Z. (2021). The interpersonal implications of PTSD and Complex PTSD: The role of disturbances in self-organization. *Journal of Affective Disorders*, 290, 149–156. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.075>
- Bernard, K., Hostinar, C. E., & Dozier, M. (2015). Intervention effects on Diurnal Cortisol Rhythms of Child Protective Services–Referred Infants in Early Childhood: Preschool Follow-Up Results of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatrics*, 169 (2), 112–119. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.2369>
- Byrne, A., O'Connor, J., Wilson O'Raghallaigh, J., & MacHale, S. (2019). Something torn or burst or unbearable: a psychoanalytically-informed exploration of the experience of somatic symptoms. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 33 (1), 5–19. <https://doi.org/10.1080/02668734.2019.1582085>
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., Van Ommeren, M., & Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and Complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Courtois, C. A. (2008). Complex Trauma, Complex Reaction: Assessment and Treatment. *Washington, DC, and The center: Post Traumatic Disorders Program, Psychiatric Institute of Washington, Washington, DC*, 41 (4), 412–425. <http://dx.doi.org/10.1037/1942-9681.S.1.86>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and Complex PTSD: a latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 15 (4), 1-12. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>. PMID: 23687563; PMCID: PMC3656217
- Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., Shevlin, M. (2019a). ICD-11 Post Traumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress disorder in the united states: a population-based study. *Journal of Traumatic Stress*, 32 (6), 833–842. <https://doi.org/10.1002/jts.22454>
- Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., Frazier, J. A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard Review of Psychiatry*, 22 (3), 149–161. <https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000014>
- De Jong, J. T., Komproe, I. H., Spinazzola, J., Van Der Kolk, B. A., & Van Ommeren, M. H. (2005). DESNOS in three Post Conflict settings: Assessing cross-cultural construct equivalence. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (1), 13–21. <https://doi.org/10.1002/jts.20005>
- De Jong, A., Resick, P. A., Zoellner, L. A., Van Minnen, A., Lee, C. W., Monson, C. M., Foa, E. B., Wheeler, K., Broeke, E. T., Feeny, N., Rauch, S. A., Chard, K. M., Mueser, K. T., Sloan, D. M., Van Der Gaag, M., Rothbaum, B. O., Neuner, F., De Roos, C., Hehenkamp, L. M., Rosner, R., & Bicanic, I. A. (2016). Critical analysis of the current treatment guidelines for Complex Ptsd in adults. *depression and anxiety*, 33 (5), 359–369. <https://doi.org/10.1002/da.22469>
- Elklit, A., Hyland, P., Shevlin, M. (2014). Evidence of symptom profiles consistent with Post Traumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in different trauma samples. *European Journal of Psychotraumatology*, 5 (1), 1-10. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24221>
- Fillo, C., Ibáñez, E. R., Párraga, G. T., Maestre, C., Zarazaga, R., & Martínez, A. E. (2018). Effective therapies for the treatment of Complex Posttraumatic Stress Disorder: A qualitative systematic review. *Salud Mental*, 41 (2), 81-90. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2018.013>
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 533_545. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v69n0404>
- Knefel, M., Garvert, D. W., Cloitre, M., & Lueger-Schuster, B. (2015). Update to an evaluation of ICD-11 PTSD and Complex PTSD criteria in a sample of adult survivors of childhood institutional abuse: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 2 (6), 1-6. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.25290>
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., Roberts, N., Bisson, J. F., & Cloitre, M. (2017). Evidence of distinct profiles of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 207 (1), 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.032>
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51 (6), 706–716. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x>
- Herman, J. L. (1992a). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5 (3), 377-91. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>

Complex Post-Traumatic Stress Disorder (CPTSD), diagnosis, evaluation and treatment: a review study

- Haselgruber, A., S'olva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020c). Validation of ICD-11 PTSD and Complex PTSD in foster children using the international trauma questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141 (1), 60–73. <https://doi.org/10.1111/acps.13100>
- Haselgruber, A., Knefel, M., S'olva, K., & Lueger-Schuster, B. (2021). Foster children's complex psychopathology in the context of cumulative childhood trauma: The interplay of ICD-11 Complex PTSD, dissociation, depression, and emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*, 282 (1), 372–380. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.116>
- Ho, G. W. K., Karatzias, T., Cloitre, M., Chan, A. C. Y., Bressington, D., Chien, W. T., Hyland, P., & Shevlin, M. (2019). Translation and Validation of the Chinese ICD-11 International Trauma Questionnaire (ITQ) for the Assessment of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex PTSD (CPTSD). *European Journal of Psychotraumatology*, 10 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1608718>
- Harman, R., & Lee, D. (2010). The role of shame and self-critical thinking in the development and maintenance of current treatment in post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17 (1), 13-24. <https://doi.org/10.1002/cpp.636>. PMID: 19728293
- Heim, V., Karatzias, T., & Maercker, A. (2022). Cultural concepts of distress and Complex PTSD: Future directions for research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 93, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102143>
- Hyland, P., Shevlin, M., Elklit, A., Murphy, J., Vallières, F., Garvert, D. W., & Cloitre, M. (2017). An assessment of the construct validity of the ICD-11 proposal for Complex Post Traumatic Stress Disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9 (1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/tra0000114>
- Lanius, R. A., Frewen, P. A., Vermetten, E., & Yehuda, R. (2010). Two distinct pathways of emotional dysregulation and brain dysfunction in PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 1 (1), 1-10. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v1i0.5467>
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Van Ommeren, M., Jones, L. M., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B., & Reed, G. M. (2013b). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12 (3), 198–206. <https://doi.org/10.1002/wps.20057>
- Peeverill, M., Rosen, M. L., Lurie, L. A., Sambrook, K. A., Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2023). *Childhood trauma and brain structure in children and adolescents. Developmental Cognitive Neuroscience*, 59, 101180. <https://doi:10.1016/j.dcn.2022.101180>
- Piontek, K., Wiesmann, U., Apfelbacher, C., Völzke, H., & Grabe, H. J. (2021). The association of childhood maltreatment, somatization and health-related quality of life in adult age: results from a population-based cohort study. *Child Abuse Neglect*, 120, 105226. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105226>
- Powers, A., Fani, N., Carter, S., Cross, D., Cloitre, M., & Bradley, B. (2017). Differential predictors of DSM-5 PTSD and ICD-11 Complex PTSD among African American women. *European journal of*, 8 (1), 1-9, 1338914. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1338914>
- Pelcovitz, D., Van Der Kolk, B. A., Roth, S., Mandel, F. S., Kaplan, S., & Resick, P. A. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10 (1), 3-17. <https://doi.org/10.1023/a:1024800212070>
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., Van Der Kolk, B. A., & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV field trial for Post Traumatic Stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10 (4), 540-555. <https://doi.org/10.1023/a:1024837617768>
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., & Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the Complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 25 (3), 241–251. <https://doi.org/10.1002/jts.21699>
- Tull, M. T., Gratz, K. L., Salters, K., & Roemer, L. (2004). The role of experiential avoidant in post-traumatic stress symptoms and symptoms of depression, anxiety and somatization. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192 (11), 754-761. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000144694.30121.89>
- Tian, Y., Wu, X., Wang, W., Zhang, Di, Yu, Q., & Zhao, X. (2020). Complex Post Traumatic Stress Disorder in Chinese young adults using the International Trauma Questionnaire (ITQ): a latent profile analysis. *Journal of Affective Disorder*, 15 (267), 137–143. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.02.017>
- Truskauskaitė, I., Dumarkaitė, A., Petrauskaitė, G., Andersson, G., Brailovskaia, J., Karatzias, T., Margraf, J., & Kazlauskas, E. (2023). ICD-11 PTSD and complex PTSD in Lithuanian university students: Prevalence and associations with trauma exposure. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/tra0001436>
- Murphy, S., Elklit, A., Sarah Dokkedahl, & Shevlin, M. (2016). Testing the validity of the proposed ICD-11 PTSD and Complex PTSD criteria using a sample from Northern Uganda. *European Journal of Psychotraumatology*, 7 (1), 1-10. <https://doi.org/10.3402%2Ffejpt.v7.32678>
- Van Der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 389–399. <https://doi.org/10.1002/jts.20047>
- Villalta, L., Smith, P., Hickin, N., Stringaris, A. (2018). Emotion regulation difficulties in traumatized youth. A meta-analysis and conceptual review. *European Child Adolescent Psychiatry*, 27 (4), 527–544. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1105-4>
- Wolf, E. J., Miller, M. W., Kilpatrick, D., Resnick, H. S., Badour, C. L., Marx, B. P., Keane, T. M., Rosen, R. C., & Friedman, M. J. (2015). ICD-11 Complex PTSD in US National and Veteran Samples New York: UNICEF. Prevalence and Structural Associations with PTSD. *clinical Psychological Science*, 3 (2), 215–229. <https://doi.org/10.1177%2F2167702614545480>