رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۷، شماره پیاپی ۸۸، مهر ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(7), 2023

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

فریبا جعفری روشن (نویسنده مسئول)
دانشجوی دکتری روان شناسی سلامت، دانشکدهٔ روان-شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
رضا پورحسین
دانشیار گروه روان-شناسی، دانشکدهٔ روان-شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

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، CPTSD و PTSD استفاده شد. در جستجوی اولیه ۸۶ مقاله انتخاب شد و در ادامه ۳۹ مقاله مرتبط با ترومای کودکی و CPTSD و تفاوت PTSD با CPTSD انتخاب شدند. . نتایج نشان داد CPTSD یک اختلال مجزا از PTSDاست 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.*

Fariba Jafari Roshan*
Ph.D Student of Health Psychology, Faculty of Psychology and educational science , University of Tehran, Tehran, Iran.
jafarif87@gmail.com
Reza Pour Hossein
Associate Professor, Department of psychology, Faculty of Psychology and educational science, University of Tehran, Tehran, Iran.

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.*

نوع مقاله : مروری سیستماتیک | **دریافت :** اردیبهشت ۱۴۰۱ | **پذیرش:** تیر ۱۴۰۲ | **ویرایش نهایی:** مهر ۱۴۰۲

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-09-05]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.6.2]

مقدمه

در یازدهمین نسخه تجدید نظرشده 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[1] (PTSD) و اختلال استرس پس از سانحه پیچیده[2] (CPTSD) (بچم[3]، ۲۰۲۱ و مایرکر[4]، 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 (وندر کلک[5]، ۲۰۰۵) و از اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) متمایز شده است (تروسکائوسکایت[6] و همکاران، ۲۰۲۳). اکثر پژوهش‌ها درباره CPTSD از بررسی تاثیر آسیب‌ها و سوءرفتار درکودکی به دست آمده است (کیم و سکیتی[7]، 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 قرارداد. 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 طولانی‌مدت و مکرر قرارگرفته‌اند، کافی و مناسب نیست. معیارهای تشخیصی PTSD از مطالعه سربازان بزرگسال که تحت ترومای جنگ قرارگرفته‌اند، 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 قرارگرفته است، متفاوت خواهد بود (کورتویز[8]، 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 قرابت به یادآورهای آسیب‌زا در زمینه‌های مختلفی اتفاق می‌افتد (مورفی[9] و همکاران، ۲۰۱۶). یازدهمین نسخه تجدید نظرشده 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 بین فردی بیشتر با CPTSD همراه می‌شوند تا PTSD. پیامد بدرفتاری و سوء استفاده جنسی یا جسمی کودکی (پیونتیک[10] و همکاران، ۲۰۲۱، بیرنه و همکاران[11]، 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[12]، ۲۰۱۷)، ایجاد علائم جسمانی غیرقابل توضیح و اختلال در ساختار و کارکرد مغز (پوریل و همکاران[13]، ۲۰۲۳) دارد. با وجود اینکه CPTSD بعنوان یک اختلال جدید به ICD11 اضافه شده است و در حالیکه پژوهش‌ها نشان می‌دهند CPTSD شایع‌تر و ناتوان کننده‌تر از PTSD است (بچم و همکاران، ۲۰۲۱)، درباره این اختلال اطلاعات کمی در دسترس است (هو[14] 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 Truskauskaite
7 Kim & Cicchetti
8 Courtois
9 Murphy
10 Piontek
11 Byrne
12 Powers
13 Peverill
14 HO

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-09-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.6.2]

دانسته‌اند که از نظر کمیت و کیفیت علائم با PTSD متفاوت است (لانیوس و همکاران[1]، ۲۰۱۰) ولی برخی از آنها (رسایک و همکاران[2]، 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[3]، ۲۰۱۹). اما هنوز میزان تاثیر این تجربیات در ایجاد این آسیب‌شناسی روانی و مکانیزم زیربنایی ایجاد CPTSD در اثر ترومای کودکی مشخص نیست (هاسلگروبر[4] 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[5] 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، CPTSD و PTSD 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 بعلت عدم دسترسی به متن کامل و ۵ مقاله بعلت 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.

یافته ها

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	نتیجه گیری
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 تشدیدیافته	علائم روانشناختی افرادی که تحت ترومای متعدد و مزمن قرارگرفته‌اند، با PTSD متفاوت است. این افراد علائمی مانند افسردگی، اضطراب، تنفر از خود، تجزیه، سوءمصرف مواد، رفتارهای خود تخریب‌گرایانه، 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-09-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.6.2]

				نقش فرد آسیب‌زننده در زندگی کودک، پیچیده بودن آسیب و حمایتی که فرد در زمان تروما یا بعد از آن دریافت کرده‌است، بستگی دارد.
گوگل اسکالر	راش[1] و همکاران	۱۹۹۷	CPTSD در قربانیان سوءاستفاده جنسی و رفتاری	افراد دارای اختلال CPTSD، خطر بیشتری برای ابتلا به اختلالات شخصیت و قربانی‌شدن مجدد دارند.
گوگل اسکالر	وندرکلک و همکاران	۲۰۰۵	اختلالات اضطرابی شدید، سازگاری با تروما	CPTSD ناشی از قرارگرفتن 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
	دجانگ[2] و همکاران	۲۰۰۵	ارزیابی معادل‌سازی بین فرهنگی سازه CPTSD	CPTSD بعنوان یک سازه تشخیصی معتبر در میان گروههای فرهنگی مختلف که علائم هسته‌ای آن به صورت جهانی قابل اجراست، شناخته‌شده است.
گوگل اسکالر	بیلی[3] و همکاران	۲۰۰۷	سوءرفتار در کودکی، علائم ترومای پیچیده و دلبستگی حل نشده در نمونه مادران جوان در معرض خطر	قرارگرفتن در معرض سوءاستفاده دوران کودکی در ترکیب با دلبستگی ناایمن به مراقبان، مدل کارکرد درونی منفی نسبت به خود و دیگران را ایجاد کرده و با مشکلاتی در تنظیم احساسات و روابط همراه می‌شود.
ساینس دایرکت	گرنت[4] و همکاران	۲۰۰۸	شیوع، همبستگی، ناتوانی و همبودی در اختلال شخصیت مرزی	بین CPTSD و اختلال شخصیت مرزی همبودی بالایی وجود دارد.
گوگل اسکالر	کورتویز	۲۰۰۸	ترومای پیچیده، عکس‌العمل پیچیده: ارزیابی و درمان	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 قرارگرفته‌اند، کافی و مناسب نیست.
ساینس دایرکت	کیم و سکتی	۲۰۱۰	خط سیر طولی بدرفتاری در کودکی، تنظیم هیجان، روابط ضعیف و آسیب‌شناسی	تاثیرات روانی-اجتماعی تروما در کودکان تا بزرگسالی ادامه یافته و مشکلات بین‌فردی و روانشناختی ایجاد می‌کند.
گوگل اسکالر	لانیوس و همکاران	۲۰۱۰	دو مسیر مجزای اختلال عملکرد تنظیم هیجان و آسیب مغزی	شواهد تجربی و نوروبیولوژیکی نشان‌دهنده تمایز بین دو اختلال CPTSD و PTSD است.
	رسایک و همکاران	۲۰۱۲	ارزیابی نقادانه مقالات در زمینه CPTSD	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
گوگل اسکالر	کلوتری و همکاران	۲۰۱۳	شواهد CPTSD پیشنهادی توسط ICD11	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 آشکارکرد. (CPTSD)، (36.1%)، که با علائم DSO و PTSD 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

1. Russ
2. de Joung
3. Bailey
4. Grant

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-09-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.6.2]

				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
گوگل اسکالر	مایرکر و همکاران	۲۰۱۳	تشخیص و طبقه‌بندی اختلالات مرتبط با استرس	CPTSD علاوه بر علائم هسته‌ای PTSD دارای علائم درون و بین‌فردی نیز هست.
	الکلیت[1] و همکاران	۲۰۱۴	شواهد پروفایل علائم در PTSD و CPTSD در نمونه‌های متفاوت	تحلیل یافته‌ها در سه نمونه ترومای مستقل (تعداد، ۱۲۵۱) متشکل از والدین سوگوار، افرادی که مورد تجاوز جنسی قرارگرفته‌بودند و بازماندگان تجاوز فیزیکی، سه طبقه مجزا که شامل طبقه CPTSD وPTSD و طبقه کم را نشان داد. در CPTSD بیشترین سهم با سوءاستفاده جنسی است و نقص عملکردی و روانشناختی آن بیشتر از PTSD است.
پاب مد	کنفل[2] و همکاران	۲۰۱۵	ارزیابی PTSD و CPTSD در بازماندگانی که در کودکی مورد سوءاستفاده قرارگرفته-بودند.	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.
گوگل اسکالر	ولف[3] و همکاران	۲۰۱۵	CPTSD در سربازان نیویورک و ایالات متحده آمریکا	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 می-کردند، 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 می آورد، 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.
ساینس دایرکت	بریون[4] و همکاران	۲۰۱۷	مرور شواهد فعلی بر PTSD و CPTSD پیشنهادی توسط ICD11	افراد دارای CPTSD ترومای متعدد و پایدار را تجربه کرده‌بودند و نقص عملکرد بیشتری نسبت به PTSD دارند. CPTSD مجزا از PTSD است.
پاب مد	کاراتزیاس[5] و همکاران	۲۰۱۷	بررسی شواهد تمایز نیمرخ PTSD و CPTSD	ITQ ابزاری است که نمرات معتبر و پایایی ارائه می دهد و به صورت مناسب و کافی می تواند بین CPTSD و PTSD تمایز قائل شود.
گوگل اسکالر	پاورز و همکاران	۲۰۱۷	پیش‌بینی‌کننده‌های افتراق PTSD و براساس DSM5 و CPTSD در ICD11	آسیب‌های چندگانه مربوط به دوران کودکی و تروماهای بین فردی بیشتر با CPTSD همراه می‌شوند. پیامد این وقایع تا بزرگسالی ادامه می‌یابند و تاثیرات زیادی بر عملکرد روانی_اجتماعی می‌گذارند. کودکانی که مورد بدرفتاری

1. Elklit
2 Kenefel
3 . Wolf
4 . Brewin
5 . Karatzias

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-09-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.6.2]

				قرارگرفته‌اند، نسبت به سایر کودکانی که مورد بدرفتاری قرار-نگرفته‌اند، در ابراز هیجان، بازشناسی، واکنش‌پذیری و تعاملات اجتماعی دچار مشکل هستند.
ساینس دایرکت	فیلو[1] و همکاران	۲۰۱۸	درمان‌های موثر بر CPTSD	متفاوت 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.
ساینس دایرکت	کلوتری و همکاران	۲۰۱۹	CPTSD و PTSD در ایالات متحده امریکا	CPTSD قویا با مشکلات تنظیم هیجان و افسردگی همراه است.
	هو و همکاران	۲۰۱۹	بررسی ویژگیهای روانسنجی نسخه چینی پرسشنامه بین-المللی تروما[2] (ITQ)	نسخه چینی ITQ روایی و پایایی مناسبی دارد.
ساینس دایرکت	بچم و همکاران	۲۰۲۱	پیامدهای بین فردی PTSD و CPTSD	CPTSD نسبت به PTSD تاثیرات منفی بیشتری در سازگاری زوجین دارد
ساینس دایرکت	هاسلگروبر و همکاران	۲۰۲۱	آسیب‌شناسی روانی پیچیده کودکان در بافت ترومای چندگانه دوران کودکی، تاثیرمتقابل CPTSD، افسردگی، تجزیه و تنظیم هیجان	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.
پاب مد	هیم[3] و همکاران	۲۰۲۲	مفاهیم فرهنگی دیسترس و CPTSD: جهت‌گیری‌های آینده در تحقیق و درمان	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.

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 بین المللی تروما" در فرهنگ های مختلف از اعتبار، روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار است و می توان از آن برای تشخیص CPTSD استفاده کرد (کلوتری و همکاران، ۲۱۰۳؛ 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 نشانه ها، پیش آگهی و درمان. در ادامه به تفکیک به هرکدام از آنها اشاره می شود:

1. Filloo
2. International Trauma Questionnaire
3. Heim

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-09-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.6.2]

PTSD در اثر مواجهه با یک رویداد آسیب زا اتفاق می افتد 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، ۲۱۰۲، 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 مفهوم سازی شده‌است، CPTSD خودسازمان دهی 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 می برند (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 دردسترس 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 آسیب‌زننده 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 قربانی‌شدن مجدد دارند (پلکوویتز و همکاران، ۱۹۹۷؛ راش و همکاران، ۱۹۹۷؛ پاورز و همکاران، ۲۰۱۷ و هاسلگروبر و همکاران، ۲۰۲۱). ادبیات گسترده‌ای مبتنی برموثربودن 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 ادرک خود، احساس گناه، اختلال در عملکرد اجتماعی، جسمانی‌سازی و یا مشکلات پزشکی به توافق رسیده‌اند. کارگروه ترومای پیچیده انجمن بین المللی مطالعات استرس تروماتیک[1]، دستورالعمل درمانی با اتفاق‌نظر 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. درمرحله 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 آغازدرمان، برای تحمل درمان متمرکز بر تروما به اندازه کافی باثبات نیستند. برای تعیین درمان موثرتر CPTSD 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 ویلالتا[2] و همکاران (۲۰۱۸)، تین[3] و همکاران (۲۰۲۰) و هاسلگروبر و همکاران (۲۰۲۱) نشان

1 . International Society for Traumatic Stress Studi
2 . Villalta
3 . Tain

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-09-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.6.2]

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 تاثیرقرار می‌دهند (تال[1] و همکاران، ۲۰۰۴) و این تکرار ذهنی و عاطفی استرس باعث تشدید علائم تروماتیک شده و از طریق ایجاد پاسخ های مربوط به ترس/ استرس در عملکرد فیزیولوژیکی اختلال ایجاد می‌کند (هرمن و لی[2]، ۲۰۱۰). عوامل استرس‌زای اولیه (زودهنگام)، پیامدهای زیستی_عصبی را در کودکان به وجود می‌آورند و در صورت تشدید عوارض، مشکلاتی مانند سوءمصرف مواد و اختلالات روانپزشکی در کودکان و بزرگسالان ایجاد می‌کنند. (فیلوو و همکاران، ۲۰۱۸). محور هیپوتالاموس، هیپوفیز، فوق کلیه در اوایل کودکی حساسیت زیادی به استرس نشان می‌دهد. درکودکانی که در اوایل رشد در معرض استرس شدید قرار می‌گیرند، الگویی از بیش‌فعالی این محور ایجاد می شود 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[3]، 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 پاسخ دهی 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 قسمت های 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، ۲۰۱۰). این خاطرات می توانند 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، 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[4] و همکاران، ۲۰۱۴) مثلا 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. ضمنا انجام پژوهش کیفی گردد تئوری می‌تواند در شناسایی ریسک‌فاکتورها و علل و عوامل ایجادکننده CPTSD راهگشا باشد.

ضمنا 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 بعلت جدید 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 دست دادن یافته‌های زیادی شود که در نتیجه پژوهش موثر هستند. عدم دسترسی به مقالات غیر رایگان از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. ضمنا 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-09-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.6.2]

پایان نامه‌هایی 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 Psychotraumatol*ogy. 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 Joung, 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-09-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.6.2]

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

Peverill, 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 Cognnitive 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. *Europen 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

Truskauskaite, I., Dumarkaite, A., Petrauskaite, 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%2Fejpt.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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-09-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.6.2]