

## 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.

jafarif87@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 روان شناسی سلامت، دانشکده روان-شناختی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

رضا پورحسین

دانشیار گروه روان-شناختی، دانشکده روان-شناختی 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 وجود آورده، علائم، ابزار سنجش، تشخیص افتراقی و درمان CPTSD بین سالهای ۱۹۹۲-۲۰۲۳ برگرفته از پایگاه اطلاعاتی گوگل اسکالر، ساینس دایرکت و پاب‌مد 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 تروما کودکی و CPTSD 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 دلیستگی نایمن و اختلال در تنظیم هیجان از عوامل زیربنایی ایجاد CPTSD در اثر تروما کودکی هستند. درباره درمان CPTSD با توجه به نوبعدن 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.

ویرایش نهایی: مهر ۱۴۰۲

پذیرش: تیر ۱۴۰۲

دریافت: اردیبهشت ۱۴۰۱

نوع مقاله: مروری سیستماتیک

## مقدمه

در یازدهمین نسخه تجدید نظر شده طبقه‌بندی بین‌المللی بیماریها (ICD\_11)، دو اختلال مرتبط با استرس، در طبقه‌بندی جدید "اختلالات مرتبط با استرس" گنجانده شده‌اند: اختلال استرس پس از سانحه<sup>۱</sup> (PTSD) و اختلال استرس پس از سانحه پیچیده<sup>۲</sup> (CPTSD) (بچم،<sup>۳</sup> ۲۰۲۱ و مایر کر،<sup>۴</sup> ۲۰۱۳). اختلال استرس پس از سانحه پیچیده که از یک یا چند ترومای بین‌فردي یا پیچیده (ترک، خیانت، پرخاشگري 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 شرم‌دگی همراه است (وندر کلک،<sup>۵</sup> ۲۰۰۵) و از اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) متمایز شده است (تروسکائوسکایت<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). اکثر پژوهش‌ها درباره CPTSD از بررسی تاثیر آسیب‌ها و سوءرفتار درکودکی به دست آمده است (کیم و سکیتی،<sup>۷</sup> ۲۰۱۰). CPTSD برای اولین بار توسط هرمن (۱۹۹۲) معرفی شد. هرمن (۱۹۹۲) تأثیر استرس مزمن بر تنظیم احساسات، خودتنظیمی، ادراک خود و عملکرد بین‌فردي 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 بین‌فردي 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 اشاره 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 تroma با واکنش یک کودک نابالغ که تحت سوءرفتار یا تroma ایمن است، متفاوت خواهد بود (کورتیز،<sup>۸</sup> ۲۰۰۸). مهترین ویژگی CPTSD متمایز کننده این دو اختلال مرتبط با تroma این است که علائم PTSD مربوط به محركهای خاص تroma است، در حالیکه علائم همه‌جا و صرف‌نظر از قربات به یادآورهای آسیب‌زا در زمینه‌های مختلفی اتفاق می‌افتد (مورفی<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). یازدهمین نسخه تجدید نظر شده طبقه‌بندی بین‌المللی بیماریها (ICD\_11)، PTSD را با ۶ علامت در سه خوش‌علامت (تجربه مجدد در اینجا و اکنون، اجتناب از یادآورهای آسیب‌زا و احساس تهدید شدگی) تعریف کرده است. CPTSD شامل علائم اصلی خوش‌های PTSD به‌اضافه سه خوش‌علامت بدتنظیمی عاطفی، خودپنداره منفی و آشفتگی در روابط که در مجموع نشان‌دهنده اختلال در خودسازمان‌دهی است، تعریف شده است (هایلنده و همکاران، ۲۰۱۷).

تحقیقاتی که در زمینه تroma کودکی انجام شده‌اند نشان می‌دهند که آسیب‌های دوران کودکی و تromaهاي بین‌فردي بیشتر با CPTSD همراه می‌شوند تا PTSD. پیامد بدرفتاری و سوء استفاده جنسی یا جسمی کودکی (پیونتیک<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۱، بیرنه و همکاران<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۹) تا بزرگسالی ادامه می‌یابند و تاثیرات زیادی بر عملکرد روانی-اجتماعی (کیم و سکیتی،<sup>۱۲</sup> ۲۰۱۰، مورفی،<sup>۱۳</sup> ۲۰۱۶)، اختلال در ابراز و بازشناسی هیجان، واکنش پذیری و تعاملات اجتماعی (پاورزو و همکاران<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۷)، ایجاد علائم جسمانی غیرقابل توضیح و اختلال در ساختار و کارکرد مغز (پوریل و همکاران<sup>۱۵</sup>، 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<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). براساس بررسی نویسنده‌گان 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 Complex Post Traumatic Stress Disorder

3 Bachem

4 Maercker

5 Van Der Kolk

6 Truskaukskaite

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<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰) ولی برخی از آنها (رسایک و همکاران<sup>۲</sup>، 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<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). اما هنوز میزان تاثیر این تجربیات در ایجاد این آسیب‌شناسی روانی و مکانیزم زیربنایی ایجاد CPTSD در اثر تروما کودکی مشخص نیست (Haselgruber<sup>۴</sup> 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 تروما کودکی و درمان CPTSD با روش مرور روایتی<sup>۵</sup> 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 خلاصه کردن یافته‌های مقالات علمی بود. بدین منظور از کلیدواژه‌های تروما، PTSD و استفاده شد. در جستجوی اولیه ۸۶ مقاله انتخاب شد و در ادامه ۴۹ مقاله مرتبط با تشخیص، تشخیص افتراقی، ابزار سنجش، ارتباط تروما 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، نویسنده‌گان 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	نتیجه گیری
ساینس دایرکت	هرمن	۱۹۹۲	بررسی علائم افرادی که با تروما 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 تشیدی‌یافته	علائم روانشناختی افرادی که تحت تروما متعدد و مزمن قرار گرفته‌اند، با PTSD متفاوت است. این افراد علائمی مانند افسردگی، اضطراب، تتفیر از خود، تجزیه، سوءصرف مواد، رفتارهای خود تخرب‌گرایانه، اختلال در برقراری روابط صمیمانه و رفتارهای پر خطر تجربه می‌کنند. درمان این علائم دشوار است و به سن و مرحله‌ای از رشد که در آن تروما اتفاق افتاده است،

<sup>1</sup> Lanius

<sup>2</sup> Resick

<sup>3</sup> loitre

<sup>4</sup> Haselgruber

<sup>5</sup> narrative reviewing

## 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

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

گوگل اسکالر	راش <sup>۱</sup> و همکاران	در قربانیان	CPTSD در سوءاستفاده جنسی و رفتاری	۱۹۹۷	
گوگل اسکالر	وندرکلک و همکاران	۲۰۰۵	اختلالات اضطرابی شدید، سازگاری با تروما	۲۰۰۵	
دجانگ <sup>۲</sup> و همکاران	ارزیابی معادل‌سازی بین فرهنگی سازه CPTSD	۲۰۰۵			
گوگل اسکالر	بیلی <sup>۳</sup> و همکاران	۲۰۰۷	سوء‌رفتار در کودکی، علائم تروما پیچیده و دلبستگی حل نشده در نمونه مادران جوان در معرض خطر		
ساینس دایرکت	گرن特 <sup>۴</sup> و همکاران	۲۰۰۸	شیوه، همبستگی، ناتوانی و همبودی در اختلال شخصیت مرزی	۲۰۰۸	
گوگل اسکالر	کورتویز	۲۰۰۸	تروما پیچیده، عکس‌العمل پیچیده: ارزیابی و درمان		
ساینس دایرکت	کیم و سکتی	۲۰۱۰	خط سیر طولی بدرفتاری در کودکی، تنظیم هیجان، روابط ضعیف و آسیب‌شناسی		
گوگل اسکالر	لانیوس و همکاران	۲۰۱۰	دو مسیر مجازی اختلال عملکرد تنظیم هیجان و آسیب مغزی		
رسایک و همکاران	ارزیابی نقادانه مقالات در زمینه CPTSD	۲۰۱۲			
گوگل اسکالر	کلوتری و همکاران	۲۰۱۳	شواهد CPTSD پیشنهادی ICD11 توسط		

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

است. CPTSD با مشکلات تنظیم هیجان، خودپنداش 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 ترموما همراه است.

CPTSD علاوه بر علائم هسته‌ای PTSD دارای علائم درون و بین‌فردی نیز هست. تحلیل یافته‌ها در سه نمونه ترمومای مستقل (تعداد، ۱۲۵۱) متشكل از والدین سوگوار، افرادی که مورد تجاوز جنسی قرار گرفته‌بودند و بازماندگان تجاوز فیزیکی، سه طبقه مجزا که شامل طبقه CPTSD و طبقه کم‌استفاده PTSD است و نقص 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 متشكل از PTSD، DSO، CPTSD و طبقه کم‌عalamت 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 می‌کردد و افراد دارای سطوح پایین CPTSD که سطوح پایین PTSD را گزارش می‌کرند، متفاوت بود. همچنین تاریخچه تروما پیش‌بینی کننده عضویت در طبقات نبود. لطف، 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 گروی متفاوت ایجاد می‌شود. تحقیقات اضافی برای تعیین چگونگی مفهوم‌سازی علائم CPTSD در رابطه با PTSD مورد نیاز است.

افراد دارای PTSD ترمومای متعدد و پایدار را تجربه کرده‌بودند و نقص عملکرد بیشتری نسبت به PTSD دارند. PTSD مجزا از PTSD است.

ITQ ایزولی 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 ترموماهای بین فردی بیشتر با PTSD همراه می‌شوند. پیامد این وقایع تا بزرگسالی ادامه می‌یابند و تأثیرات زیادی بر عملکرد روانی-اجتماعی می‌گذارند. کودکانی که مورد بدرفتاری

گوگل اسکالر	مایکر و همکاران	۲۰۱۳	تشخیص و طبقه‌بندی اختلالات مرتبط با استرس شواهد پروفایل علائم در PTSD و CPTSD در نمونه‌های متفاوت
الکلیت <sup>۱</sup> و همکاران	۲۰۱۴	ارزیابی PTSD و DSO در بازماندگانی که در کودکی مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌بودند.	
پاب مد	کنفل <sup>۲</sup> و همکاران	۲۰۱۵	ارزیابی PTSD و CPTSD در بازماندگانی که در کودکی مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌بودند.
گوگل اسکالر	ولف <sup>۳</sup> و همکاران	۲۰۱۵	CPTSD در سریازان نیویورک و ایلات متحده آمریکا
ساینس دایرکت	بریون <sup>۴</sup> و همکاران	۲۰۱۷	مرور شواهد فعلی بر PTSD و CPTSD پیشنهادی توسط ICD11
پاب مد	کاراتزیاس <sup>۵</sup> و همکاران	۲۰۱۷	بررسی شواهد تمایز نیم‌رخ PTSD و CPTSD
گوگل اسکالر	پاورز و همکاران	۲۰۱۷	پیش‌بینی کننده‌های افتراق PTSD و براساس DSM5 و ICD11 در CPTSD

1. Elklet

2 Kenefel

3 Wolf

4 Brewin

5 Karatzias

## 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

<p>قرارگرفته‌اند، نسبت به سایر کودکانی که مورد بدرفتاری قرار-نگرفته‌اند، در ابراز هیجان، بازشناختی، واکنش‌پذیری و تعاملات اجتماعی دچار مشکل هستند.</p> <p>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 شده‌باشد، برای تعیین درمان موثرتر CPTSD نیاز به تحقیقات بیشتری وجود دارد.</p>	درمان‌های موثر بر CPTSD	۲۰۱۸	فیلو <sup>۱</sup> و همکاران ساینس دایرکت
<p>CPTSD قویاً با مشکلات تنظیم هیجان و افسردگی همراه است.</p> <p>متوجه امریکا</p>	CPTSD و PTSD در ایالات	۲۰۱۹	کلوتری و همکاران ساینس دایرکت
<p>نسخه چینی ITQ روای و پایابی مناسبی دارد.</p> <p>بررسی ویژگیهای روان‌سنجی</p>	نسخه چینی پرسشنامه بین-المللی تروما <sup>۲</sup> (ITQ)	۲۰۱۹	هو و همکاران ساینس دایرکت
<p>CPTSD نسبت به PTSD تاثیرات منفی بیشتری در سازگاری زوجین دارد</p> <p>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 تروماتیک در ایجاد CPTSD نیازمند تحقیقات بیشتری است.</p>	پیامدهای بین فردی و CPTSD	۲۰۲۱	بچم و همکاران ساینس دایرکت
<p>آسیب‌شناسی روانی پیچیده کوکدان در بافت تروماتی چندگانه دوران کودکی، تاثیر‌متنقابل CPTSD، افسردگی، تجزیه و تنظیم هیجان</p>	آسیب‌شناسی روانی پیچیده کوکدان در بافت تروماتی چندگانه دوران کودکی، تاثیر‌متنقابل CPTSD، افسردگی، تجزیه و تنظیم هیجان	۲۰۲۱	هاسلگروبر و همکاران ساینس دایرکت
<p>نحوه آشکار شدن علائم CPTSD و فرآیندهای سبب‌شناختی زیربنایی، با مفاهیم فرهنگی دیسترس و CPTSD. جهت‌گیری‌های آینده در تحقیق و درمان</p>	مفاهیم فرهنگی دیسترس و CPTSD	۲۰۲۲	هیم <sup>۳</sup> 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 تروماتی کودکی و درمان آن بود. نتیجه این پژوهش نشان‌دهنده این است که CPTSD یک اختلال مجزا از PTSD است که علائم هسته‌ای آن در مرمیان گروههای فرهنگی مختلف یکسان است (کلوتری و همکاران ۲۰۱۳، الکلیت و همکاران ۲۰۱۴، مایکر 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، روای و پایابی 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 هر کدام از آنها اشاره می‌شود:

<sup>1</sup> Filloo

<sup>2</sup> International Trauma Questionnaire

<sup>3</sup> Heim

PTSD در اثر مواجهه با یک رویداد آسیب زا 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؛ لاتیوس 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 PTSD بعنوان یک ترس مفهوم سازی شده‌است، CPTSD خودسازمان دهنگ فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد و افراد در این اختلال از مشکلات بدن تنظیمی 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 هایلنده و همکاران، ۲۰۱۷). در زمینه پیش‌آگهی و درمان PTSD با توجه به نو بودن این اختلال اطلاعات کمتری در دسترس است. علاوه بر این PTSD 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 PTSD، خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی، اختلالات شخصیت و قربانی شدن مجدد دارند (پلکوویتز و همکاران، ۱۹۹۷؛ راش و همکاران، ۱۹۹۷، پاورز و همکاران، ۲۰۱۷ و هاسلگروبر و همکاران، ۲۰۲۱). ادبیات گستره‌های مبتنی بر موثر بودن درمانهای روانشناختی برای PTSD در بزرگسالان و کودکان (داد و مک گوئی، ۲۰۱۱ به نقل از فیلو و همکاران، ۲۰۱۸) مانند درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر مواجهه طولانی مدت، حساسیت‌زادی 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 PTSD 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 تروما پیچیده انجمن بین المللی مطالعات استرس تروماتیک<sup>۱</sup>، دستورالعمل درمانی با اتفاق نظر متخصصین برای درمان PTSD پیچیده، در بزرگسالان ارائه داد. طبق این دستورالعمل، روان‌درمانی باید با یک مرحله ثبیت (فاز یک) با هدف اطمینان از احساس امنیت فرد، کاهش مشکلات خودتتنظیمی و بهبود کفایت هیجانی، اجتماعی و روانشناختی، آغاز شود. مرحله بعدی (فاز ۲)، با تمرکز بر تروما و پردازش خاطرات آن است. در مرحله ادامه نهایی (فاز ۳)، دستاوردهای درمانی تثبیت می‌شود و به فرد کمک می‌شود تا با شرایط زندگی فعلی سازگار شود. پیشنهاد آغاز درمان با مرحله ثبیت بر اساس چندین فرضیه است، ۱- PTSD و ۲- CPTSD اختلالات مجازی هستند. درمانهای PTSD با توجه به شواهد برای افراد با CPTSD مؤثر نیستند.<sup>۳</sup> بیماران PTSD در آغاز درمان، برای تحمل درمان متمرکز بر تروما به اندازه کافی بائبات نیستند. برای تعیین درمان موثر 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 تروما کودکی تحقیقات زیادی انجام شده است اما هنوز درباره مسیر تروما کودکی و مکانیزم اثر تروما کودکی بعنوان عامل خطر PTSD هنوز ناشناخته است. از عوامل مهمی که در پژوهش‌های مربوط به تروما کودکی به آن توجه شده است، دلیستگی نایمن و تنظیم هیجان است. برای مثال بیلی و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند که سوءاستفاده دوران کودکی در ترکیب با دلیستگی نایمن 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<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۸)، تین<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۲۰) و هاسلگروبر و همکاران (۲۰۲۱) نشان

<sup>1</sup> International Society for Traumatic Stress Studi<sup>2</sup> Villalta<sup>3</sup> Tain

دادنده عامل حیاتی برای درک ایجاد و ماندگاری مشکلات سلامت روان به دنبال تروماتیک کودکی، ناتوانی 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، محرك‌های آسیب‌زا توانایی ذهنی و عاطفی فرد را مدت‌ها بعد از مواجهه با آن تحت تاثیر قرار می‌دهند (تال<sup>۱</sup> 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، ۲۰۱۰). عوامل استرس‌زا اولیه (زودهنگام)، پیامدهای زیستی-عصبی را در کودکان به وجود می‌آورند و در صورت تشدید عوارض، مشکلاتی مانند سوءصرف 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. 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 بیش‌فعالی این محور با رفتارهای مراقبتی حساس جلوگیری کند (برنارد و همکاران، 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 بیش‌جرانی 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. تجارت غیرقابل تحمل، غفلت اجتماعی و قطع رابطه، توانایی ایجاد این پاسخ فیزیولوژیکی در مغز و بدن کسی که ضربه عاطفی، شرم یا تروماتیک فیزیکی را تجربه می‌کند، دارند. فرایندهای ذهنی و عاطفی که با قرار گرفتن در معرض محرك آسیب‌زا مختل شده‌اند، فرایندهای فیزیولوژیکی را با کوچکترین خاطره بازآفرینی می‌کنند (هرمن و لی، 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، ۲۰۰۴). اما تحقیقات دیگری نشان‌دهنده این است که تروماتیک کودکی و توانایی تنظیم هیجان نه فقط به PTSD، بلکه به سایر اختلالات روانی هم مرتبط می‌شود (دایبور<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۴) مثلاً پژوهش کلوتری و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که مشکلات تنظیم هیجان قویاً با تروماتیک کودکی، PTSD و افسردگی مرتبط است. بنابراین هنوز مسیر تروماتیک 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 گرند تئوری می‌تواند در شناسایی ریسک‌فاکتورها و علل و عوامل ایجاد‌کننده CPTSD راه‌گشا باشد.

ضم‌منا 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 PTSD و CPTSD 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. ضمناً این پژوهش به مطالعه مقالات در زمینه CPTSD پرداخته است بنابراین کتب نوشته در این زمینه مطالعه نشده‌اند. این پژوهش به صورت کلی CPTSD را در زمینه تشخیص و درمان بررسی کرده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از بررسی مقالات، کتب یا

<sup>1</sup> Tull  
<sup>2</sup> Herman & Lee  
<sup>3</sup> Bernard  
<sup>4</sup> Diver

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

## 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/10.1037/1942-9681.8.1.86>
- 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., Hennenkamp, 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>
- Elkit, 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., Elkliit, 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/tr0000114>
- 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 Cognitive Neuroscience*, 59, 101180. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2022.101180>
- Piontek, K., Wiesmann, U., Apfelpacher, 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.chab.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., Dumarkaitė, A., Petruskaite, G., Andersson, G., Brailovskaja, 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/tr0001436>
- Murphy, S., Elkliit, 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>