



# Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Bir Gözden Geçirme

## Complex Post-Traumatic Stress Disorder: A Review

Emre Han Alpay<sup>1</sup>, Dilek Çelik<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Mersin Üniversitesi, Mersin

<sup>2</sup> Doğu Akdeniz Üniversitesi, Muğla

### ÖZ

Karmaşık travma, tekrarlayan, uzun süreli ve kişilerarası ilişkilerden kaynaklı travmatik olaylardan dolayı meydana gelen ve belirtileri travma sonrası stres bozukluğundan (TSSB) farklı olan bir tanıdır. Karmaşık travma ile ilgili olarak uzun yıllardır çalışmalar yapılmasına rağmen farklı bir tanı olarak kabul edilmemiştir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2018 yılında yayınlanan Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasının en güncel versiyonu olan 11. Baskısı (ICD-11), "Stres İle İlişkili Bozukluklar" kategorisi altında travma sonrası stres bozukluğu ile birlikte yeni bir tanı olan karmaşık travma sonrası stres bozukluğuna yer vermiştir. Bu yeni tanı, TSSB'nin üç tanısı (yeniden yaşantılama, kaçınma ve hipervijilans) yanı sıra duygu disregülasyonu, kişiler arası ilişkilerde sorunlar ve olumsuz benlik kavramı olmak üzere benlik organizasyonu ile ilgili 3 yeni belirtiyi de içermektedir. Bu derleme çalışmasında ilk olarak Tanısal ve Sayımsal El Kitabının (DSM) 5. baskısının (DSM-5) ve ICD-11'e göre TSSB tanısındaki farklılıklar incelenmiştir. Daha sonra karmaşık TSSB bozukluğunun tarihçesi, tanımı ve diğer bozukluklarla arasındaki farklılıklar incelenmiştir. Son olarak Karmaşık TSSB'nin tedavisinde kullanılan yöntemler ile ilgili çalışmalar aktarılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Travma sonrası stres bozukluğu, karmaşık travma sonrası stres bozukluğu ICD-11

### ABSTRACT

Complex trauma is a diagnosis that occurs due to repetitive, long-term and interpersonal traumatic events and its symptoms are different from post-traumatic stress disorder (PTSD). Although many studies have been conducted on complex trauma for many years, it has not been accepted as a different diagnosis. The 11th Edition of the International Classification of Diseases (ICD-11), published by the World Health Organization in 2018, includes complex post-traumatic stress disorder, a new diagnosis, besides post-traumatic stress disorder (PTSD) under the category of "Stress-Related Disorders". In addition to the three diagnostic criteria of PTSD (re-experiencing, avoidance, and hypervigilance), 3 new symptoms related to self-organization have been added to this new diagnosis, namely emotion dysregulation, problems in interpersonal relationships, and negative self-concept. In this review study, firstly, the differences in the diagnosis of PTSD according to DSM-5 and ICD-11 were examined. Then, the history, definition and differences between complex PTSD disorder and other disorders were examined. Finally, studies on the methods used in the treatment of Complex PTSD were reviewed.

**Key words:** Post-traumatic stress disorder, complex post-traumatic stress disorder, ICD-11

### Giriş

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) bir tanı olarak ilk defa Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının (DSM) 3. baskısında yer almıştır (DSM-III, APA 1980). Uzun yıllardır yapılan önemli ve yenilikçi görgül çalışmalardan elde edilen veriler, DSM'nin 1987 ve 2000 yıllarındaki baskıları ile geliştirilmeye devam ederek DSM-5'te (APA 2013) son halini almıştır. DSM'nin son baskısı olan DSM-5'te TSSB tanısı ile ilgili önemli değişiklikler yapılmıştır. A kriteri, TSSB nozolojisinin yalnızca en temel parçası değil, aynı zamanda en tartışmalı yönüdür. Birçok araştırmacı

DSM-IV'teki A kriterini çok kapsayıcı olması yüzünden eleştirdiler (Spitzer ve ark. 2007, McNally 2009). Ancak A ölçütü DSM-5'te var olmaya devam etti ancak kapsayıcılığını kısıtlamak için değiştirildi. DSM-5'in A kriteri "gerçek veya ölüm tehdidi, ciddi yaralanma veya cinsel şiddet" (APA 2013) gerektirir. Psikososyal stresörler (örneğin, boşanma veya iş kaybı) gibi yaşam için ani bir tehdit veya fiziksel yaralanma içermeyen stresli olaylar bu tanımda travma olarak kabul edilmez. Bir diğer değişiklik ise DSM IV'de üç grup olan belirti kümesi (yeniden yaşantılama, kaçınma/tepkili göstermede azalma ve aşırı uyarılma), DSM-5'de (yeniden yaşantılama, kaçınma, bilişte değişim ve aşırı uyarılma) 4 grupta ele alınmıştır (APA 2013). DSM-IV'e göre DSM-5, yeni bir kriter

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Emre Han Alpay, Mersin Üniversitesi Fen ve Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, Mersin, Türkiye

**E-posta/E-mail:** emrehan@hotmail.com **Geliş tarihi/Received:** 29.12.2021 **Kabul tarihi/Accepted:** 26.05.2022

**ORCID ID:** 0000-0002-3479-2013

kümesi olarak suçluluk, utanç, güvensizlik gibi duygudurum ve bilişteki değişiklikleri kapsamaktadır. Bu yeni kriter, özellikle askeri olaylarda, acil müdahale ve kişilerarası şiddete maruz kalan bireylerde TSSB ile birlikte yaygın olarak rapor edildikleri için eklenmiştir. Kavramsal olarak, bu ekleme, diğer duygusal tepkileri kapsayacak şekilde TSSB'nin geleneksel korku tepkisi odağının bir uzantısını temsil etmektedir. Bu genişleme, DSM-5 çalışma grubunun TSSB'yi dört kriterle tanımlamasıyla ve olası toplam 19 belirtiden en az 8'ini gerektirmesiyle sonuçlanmıştır (Galatzer-Levy ve Bryant 2013). Bununla birlikte, her iki versiyon da semptomların en az bir aydır var olmasını ve en az bir işlevsellik alanında bozulma olmasını gerektirir. DSM-IV'dan farklı olarak DSM-5'te TSSB ile ilgili yapılan bu genişlemeye rağmen DSM'lerdeki tanı kriterlerinin özellikle diğer tanılarla ayırt edicilik bağlamında yeterli olup olmadığı tartışma konusu olmaya devam etmektedir (Brewin ve ark. 2017).

Yakın zamanda yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, beşinci baskı, metin revizyonu (DSM-5-TR; APA 2022) DSM-5 TSSB tanı kriterlerini sadece bir değişiklik haricinde korumuştur. Bu değişiklik, 6 yaş ve altı çocuklar için A.2 kriterindeki "travmatik olaya tanıklık elektronik ortamda, televizyonda, filmlerde veya resimlerde tanık olunan olayları içermez" notunun kaldırılmasıdır.

DSM gibi akıl sağlığı sorunlarının belirlenmesi amacıyla kullanılan bir başka el kitabı ise Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayınlanan 'Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması El Kitabı'dır (ICD). Geçtiğimiz yıllarda yayınlanan Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasının 11. versiyonunda (WHO 2018) 'Stresle Özel Olarak İlişkili Bozukluklar' kategorisi içinde travma ile ilgili bozuklukların kapsamlı bir revizyonu yer almaktadır. ICD-11 ile birlikte bir tanı olarak kabul edilen Karmaşık TSSB ile ilgili çalışmalar alanyazında gün geçtikçe artmaktadır. Bu çalışmanın amacı Karmaşık TSSB'nin tanı kriterlerinin incelenmesi, yaygınlığı, diğer tanılarla ilişkisi ve müdahale yöntemleri literatür ışığında gözden geçirilerek ortaya koyulacaktır. Bu gözden geçirme çalışması ile akıl sağlığı alanında çalışan hem araştırmacıların hem de klinisyenlerin Karmaşık TSSB ile ilgili bilgilendirilmesi hedeflenmiştir.

## Tanı ve Tanı Ölçütleri

ICD-11'deki TSSB tanı ölçütleri depresyon ve kaygı bozuklukları gibi diğer tanımlar ile örtüşmeyi en aza indirmeyi ve travmatik olay sonrasında oluşan sonrası tepkinin 'özünü' yakalayan minimum bir dizi ölçütü yakalamayı amaçlamaktadır. ICD-11 TSSB için tanı kriterleri arasında (1) travmatik deneyimi burada ve şimdi yeniden yaşantılamak, (2) travmatik hatırlatıcılardan kaçınmak ve (3) mevcut tehdit hissini artırması yer alır. TSSB teşhisi, aşırı bir stres faktörüne maruz kalmayı ve her kümeden en az bir belirtinin varlığını içerir (Hyland ve ark. 2018). ICD-11'de azalan belirti sayısı TSSB tanısı konması için oluşan belirti kombinasyonlarını da azaltmıştır. Galatzer-Levy ve Bryant (2013), DSM5V'e göre TSSB tanısı için 636120 farklı olası belirti kombinasyonu olduğunu ortaya koyarken; Shevlin ve arkadaşları (2018) ICD-11'e göre TSSB tanısı için yalnızca 27 olası belirti

kombinasyonu olduğunu ifade etmektedirler.

İki tanı sistemi arasındaki en önemli farklardan birisi de depresyon ve kaygı bozuklukları gibi bozukluklarla eş-tanı oranlarıdır (Barbano ve ark. 2019, Bruckmann ve ark. 2020). Aslında, her iki tanı sisteminin en güncel versiyonlarının iddiası TSSB tanısı ile çeşitli eş-tanı durumları azaltmayı hedeflemesi yönündedir. Ancak DSM-5'te TSSB tanısı için ölçüt olarak dahil edilen belirtilerin çoğu diğer bozukluklarla örtüşmektedir. Örneğin, uyku ve konsantrasyon sorunları ile sinirlilik hali yaygın anksiyete bozukluğunun tanımlayıcı özelliklerinden bazıları iken; majör depresif bozukluk bu belirtilere ek olarak kendisi ve dünya hakkında olumsuz inançlar, kendini suçlama, faaliyetlere olan ilginin azalması, diğerlerinden ayrılma ve duygusal uyuma ile karakterizedir. Bu nedenle, özellikle depresyonda, TSSB ile eş-tanı olasılığı oldukça yüksektir (Afzali ve ark. 2017). Bu konu ile ilgili yapılan görgül çalışmalar (Wisco ve ark. 2017, Oe ve ark. 2020) incelendiğinde ICD-11 tanı kriterlerinin DSM-5 tanı kriterlerine oranla özellikle depresyon ve kaygı bozuklukları ile daha düşük düzeyde eş tanı oranı gösterdiği dikkat çekmektedir. Örneğin Shevlin ve arkadaşları (2018) yapmış oldukları çalışma sonucunda DSM-5 kriterlerine TSSB tanısı alan katılımcıların %27.4'ü anksiyete bozuklukları ve depresyon ile eş tanı gösterdiğini ancak, ICD-11 tanı kriterlerine göre bu oranın %21.0'e düştüğünü rapor etmişlerdir. O'Donnell ve arkadaşları (2014) tarafından 953 yaralanma vakasından oluşan bir örneklem ile yürütülen çalışmada, DSM-5 tanı kriterlerine göre TSSB'nin ICD-11'e kıyasla %11 daha yüksek depresyon eş tanı oranı ile ilişkili olduğunu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. Bir başka çalışmada (Shevlin ve ark. 2018) ise katılımcıların TSSB'ye eşlik eden depresyon ve kaygı bozuklukları eş tanı oranlarının DSM IV TR ve DSM -5 tanı kriterleri arasında anlamlı fark yokken ICD-11 tanı kriterleri ile koyulan TSSB tanısı hem DSM-IV hem de DSM-5 tanı kriterlerine göre anlamlı şekilde daha düşük oranda eş tanı aldıklarını göstermektedir.

ICD-11'deki bir başka yenilik ise, daha geniş ve daha karmaşık travma sonrası reaksiyonları belirlemek amacıyla dahil edilen Karmaşık TSSB tanısıdır (Maercker ve ark. 2013). Karmaşık TSSB kavramının yeni bir kavram olmadığı ve bir tanı olarak ilk defa ICD-11'de yer aldığı bilinmektedir. İlk olarak 1990'lı yıllarda, Terr (1991) ve Herman (1992a), kişinin deneyimlediği tek travmatik olaylar ile tekrarlayan, uzun süreli ve kişilerarası ilişkilerden kaynaklı travmatik olaylar arasında anlamlı bir klinik ayırım yapılabileceğini öne sürmüşlerdir.

Herman (1992a) bireyin yaşadığı kronik stresin duygu düzenleme, öz-düzenleme, kendilik algısı ve kişilerarası işlevsellik üzerindeki uzun vadeli olumsuz etkisinden söz etmiş ve bunu 'karmaşık travma' olarak tanımlamıştır. Ayrıca Herman (1992b), çocukluk çağı cinsel istismarı ve fiziksel istismarı, aile içi şiddet, seks ticareti veya köle ticareti mağduru olmak; çocuk asker olmak; ve işkence, soykırımı veya diğer organize şiddet biçimlerine maruz kalmış bir mülteci ve iç savaş mağduru olmak gibi bazı travmatik olaylara maruz kalan/bırakılan kişilerdeki belirtilerin TSSB'den ayırt edilebilen farklı bir belirti kümesi gösterdiğini eklemiştir. Bu açıklamayı destekleyecek şekilde sonraki dönemlerde yapılan

çalışmalar da özellikle çocuklukta kötü muameleye maruz kalmış bireylerde sözü geçen bu işlevsellik alanındaki eksikliklere dikkat çekmektedir. Örneğin bazı araştırmalar (Pollak ve ark. 2000, Maughan ve Cicchetti 2002, Southam-Gerow ve Kendall 2002), kötü muameleye maruz kalan çocukların, maruz kalmayan çocuklara kıyasla duygusal ifade, tanıma ve tepkisellik ve sosyal etkileşimlerde zorluk yaşadıklarını göstermektedir. Charuvastra ve Cloitre (2008) kişilerarası travmaların etkisinin oldukça güçlü olduğunu çünkü sosyal bağların benlik duygusunu, ilişkisel ve duygu düzenleme kapasitelerini güçlü bir şekilde etkilediğini ifade etmişlerdir. Cloitre ve arkadaşları (2005), başka bir çalışmada, çocuklukta istismar öyküsü olan kadınlar arasında duygu düzenleme ve kişilerarası sorunların TSSB semptom şiddetinin etkilerinin ötesinde işlevsel bozulmanın güçlü belirleyicileri olduğunu rapor etmişlerdir.

Daha önceki yıllarda Karmaşık TSSB'nin klinik tablosuna benzer tanımlar üzerinde durulmuştur. Bunların arasında 'Başka Türli Tanımlanamayan Aşırı Stres Bozuklukları' (Disorders of Extreme Stress, DESNOS), ve "Felaket Deneyiminden sonra Kalıcı Kişilik Değişimi" (Enduring Personality Change after Catastrophic Experience, EPCACE) (WHO 1992, Wilson 2001, Classen ve ark. 2006) ön plana çıkmaktadır. Bu tanımlar şiddetli, tekrarlayan ve/veya yaşamın erken döneminde travmatik bir olaya maruz kalmış hastalardaki belirtileri tanımlamayı amaçlamaktadır. (Herman 1992a, Brewin ve ark. 2017, WHO 2018). Yapılan görgül çalışmalar da (Cloitre ve ark. 2009, Dvir ve ark. 2014, Lonergan 2014) tekrarlanan, kişilerarası travma deneyimi (özellikle çocukluk döneminde) bireyin duygusal ve bilişsel gelişimi engellediğini ve benlik-örgütlenme (self-organisation) becerilerini etkileyebileceğini ortaya koymaktadır. DESNOS, ilk olarak DSM-IV saha denemeleri sonucunda ortaya atılmıştır. Başlangıçta duygulanım ve dürtülerin düzenlenmesinde, dikkat veya bilinçte, kendilik algısında, başkalarıyla ilişkilerde ve anlam sistemlerinde değişiklikler ve somatizasyon olmak üzere altı belirti kümesinden oluşan bağımsız bir DSM teşhisi olarak düşünülmüştür (Ford ve ark. 2005). Ancak, DESNOS yapısının geçerliliğini test etmek amacıyla yapılan DSM-IV (APA 2000) saha çalışmaları sonucunda, katılımcıların çok az bir kısmında (%4 ila 6 arasında) TSSB tanı kriterleri olmadan DESNOS belirtileri olduğu görülmüş ve bu tanının bağımsız bir tanı fikrini doğrulamamıştır (Van der Kolk ve ark. 2005). Sonuç olarak, DSM-IV'te DESNOS semptomları ayrı bir tanısal varlık olarak değil, daha çok TSSB'nin "ilişkili özellikleri" olarak dahil edilmiştir (Cloitre ve ark. 2011). DSM-5'te, "karmaşık" olarak adlandırılan kişinin kendisi, başkaları veya dünya hakkındaki kalıcı ve abartılı olumsuz inançlar veya beklentileri; kalıcı olumsuz duygusal durum; pervasız veya kendine zarar veren davranış; ve duyarsızlaşma ve derealizasyon belirtileri TSSB teşhisine dahil edilmiştir (Friedman 2013). Açıkça tanımlanmış karmaşık bir travma sonrası tanısının varlığı, ICD'de DSM'den daha açık bir şekilde kabul edilmiştir. ICD-10'da karmaşık TSSB'ye benzer olan tanı EPCACE'dir. Bu tanı, dünyaya karşı düşmanca veya güvensiz bir tutum, sosyal geri çekilme, boşluk veya umutsuzluk duyguları, sürekli tehdit altındaymış gibi kronik bir "uçta olma" hissi ve yabancılaşma ile karakterizedir. Bireylere hem EPCACE hem de

TSSB yaşadığı teşhisinin konulamayacağı belirtilmiştir (WHO 1992).

TSSB (ICD-11 tarafından tanımlandığı şekilde) karmaşık TSSB'nin temel bir bileşeni olmaya devam ederken, ek olarak bir takım benliği düzenleme bozukluklarını (disturbances in self-organization) üç kümesini içermektedir. Benliği düzenleme bozuklukları içerisindeki bu üç küme 4- duygu disregülasyonu, 5-kişilerarası işlevsellikte bozulma ve 6-olumsuz benlik algısıdır (ICD-11; WHO 2018). Duygu disregülasyonu belirtileri, duyguların hiperaktivasyonu (örn., yüksek duygusal tepkisellik ve öfke patlamaları) veya hipoaktivasyonunu (örn., duygusal olarak uyuma veya çözüme) kapsamaktadır (Dvir ve ark. 2014). Olumsuz benlik belirtileri, aşırı ve olumsuz öz değerlendirmeler ile benliğe ilişkin kalıcı olumsuz görüşleri yansıtır. Yapılan araştırmalar (Badour ve Adams 2015), travmatik bir olaya maruz kalmanın (özellikle kişilerarası nitelikteki travmatik olaylara maruz kalmanın) ardından kişilerin kendilerine dair olumsuz bir benlik algısı geliştirdiğini öne sürmektedir. Kişiler arası ilişkilerde bozukluklar ise kişilerarası ilişkileri geliştirme ve sürdürmedeki zorlukları (örneğin, diğerlerinden uzak hissetme, ilişkileri sürdürmekte zorluk çekme) ya da kişiler arası ilişkilerde pervasız veya saldırgan davranışlar sergileme gibi davranışları yansıtır. Sosyal geri çekilme, tecrit ve diğerlerinden kopukluğun, erken yaşta kişilerarası travmalara maruz kalmanın yaygın olarak gözlenen bir sonucu olduğu belirtilmektedir (Walsh ve ark. 2010).

## Karmaşık TSSB ve Diğer Bozukluklar

Karmaşık TSSB ile TSSB arasındaki en belirgin ayrım, kişinin deneyimlediği travmatik olay ile ilgilidir. Yapılan araştırmalar TSSB'nin yetişkinlik döneminde maruz kalınan tek bir travmatik olayla (Cloitre ve ark. 2013) veya aynı travmatik olaya birden fazla maruz kalma ile (Glück ve ark. 2016) ilişkili olduğunu göstermektedir. Yapılan bazı görgül araştırmalar (Knefel ve Lueger-Schuster 2013, Knefel ve ark. 2015, Karatzias ve ark. 2017, Frewen, Zhu ve Lanius, 2019, Van der Kolk ve ark. 2019) karmaşık TSSB'nin uzun süreli kişilerarası ilişkilerde (özellikle çocuklukta) deneyimlenen çoklu travmatik olaylarla ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca, TSSB'de anksiyete belirtilerinde artış görülürken (Knefel ve Lueger-Schuster 2013) karmaşık TSSB'de ise daha çok artan depresif belirtiler (Hyland ve ark. 2017a, 2017b) ön plana çıkmaktadır. İşlevsellikteki bozulmanın derecesi de bu iki tanının ayrımı açısından önemlidir. Cloitre ve arkadaşları (2013), karmaşık TSSB tanısı alan katılımcıların TSSB'li katılımcılara oranla önemli ölçüde daha fazla işlevsellikte bozulma gösterdiğini belirtmişlerdir. Ek olarak, karmaşık TSSB tanısı alan kişilerin TSSB tanısı alan kişilere göre daha yüksek düzeyde dissosiyatif belirtiler gösterdikleri rapor edilmiştir (van Dijke ve ark. 2015, Hyland ve ark. 2019; Powers ve ark. 2019). Yaşamın erken dönemlerinde travmatik bir olaya maruz kalan kişilerde TSSB'den ziyade karmaşık TSSB belirtilerinin görülme olasılığı daha yüksektir (Van der Kolk ve ark. 2005).

Toplum örneklemleri ve öz-bildirim araçları ile yapılan bazı çalışmalar ICD-11 TSSB ve Karmaşık TSSB'nin farklı yaygınlık oranları olduğunu göstermektedir. Örneğin Amerika Birleşik

Devletleri'nde yapılan bir çalışmada (Cloitre ve ark. 2019) ICD-11 tanı kriterlerine göre TSSB ve karmaşık TSSB yaygınlığının sırasıyla %3,4 ve %3,8 olarak rapor edilmiştir. İsrail'de yapılan bir çalışmada ise (Ben-Ezra ve ark. 2018) TSSB yaygınlık oranının (%9,0) karmaşık TSSB'ye (%2,6) göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Almanya'da yapılan bir başka çalışmada TSSB (%1,5) ve karmaşık TSSB (%0,5) yaygınlığının İsrail ve ABD'ye göre daha düşük olduğu görülmektedir. Elde edilen bu veriler, ICD-11 tanı kriterlerine göre TSSB ve karmaşık TSSB 'nin toplum örnekleminde görülen yaygın bozukluklar olduğunu göstermektedir (Cloitre ve ark. 2019).

ICD-11'de tanımlanan Karmaşık TSSB ile ilgili olan önemli bir tartışma ise bir DSM-5 tanısı olan borderline kişilik bozukluğu tanısı ile benzerliğidir (Lewis ve Grenyer 2009, Kulkarni 2017). DSM-5'te, borderline kişilik bozukluğu dokuz tanı kriterini içermektedir. Bu belirtiler; duygusal dengesizlik, dürtüsellik, intihar veya kendine zarar verme davranışları veya tehditleri, uygunsuz veya yoğun öfke veya öfkeyi kontrol etmede zorluk, dengesiz kişilerarası ilişkiler, terk edilmekten kaçınmak için yoğun çabalar, kimlik bozukluğu, kronik duygusal boşluk ve geçici strese bağlı paranoid düşünce veya şiddetli dissosiyatif belirtiler olarak sıralanmaktadır. Bu belirtiler önemli fonksiyonel bozukluklarla ilişkilidir (APA 2013). Borderline kişilik bozukluğunun bu belirtileri ile karmaşık TSSB belirtileri arasında bir bağlantı vardır (yani, duygu düzenlemesi, ilişkiler ve kişinin kendisiyle ilgili inançları) ve kişilerarası ilişkilerde olumsuz etkilere neden olur (Macintosh ve ark. 2015). Resick ve arkadaşları (2012) intihar ve terk edilme korkusu dışındaki tüm borderline kişilik bozukluğu belirtilerinin karmaşık TSSB belirtileri ile örtüştüğü şeklinde yorumlanabileceğini öne sürmüşlerdir. Ek olarak, travmaya maruz kalma ile borderline kişilik bozukluğu arasında nedensel bir ilişki henüz kurulmamış olsa da (Ball ve Links 2009), borderline kişilik bozukluğu tanısı almış bireylerin yaklaşık %97'sinin çocukluk çağı travması yaşadığı bildirilmektedir (Temes ve ark. 2017). Nörolojik çalışmalardan elde edilen bulgular (Cattane ve ark. 2017), hipotalamik-hipofiz-adrenal eksenli etkileyenler gibi çocukluk çağı travmasıyla ilişkili beyin değişikliklerinin borderline kişilik bozukluğu gelişimi için risk faktörleri olduğunu göstermiştir. Ayrıca, disosiyasyon karmaşık TSSB (Hyland ve ark. 2019) ve borderline kişilik bozukluğunda (Scalabrini ve ark. 2017) ortak görülen belirtilerden birisidir. Bu bulgular, bazı yazarları borderline kişilik bozukluğunu travma ile ilişkili bir bozukluk olarak yeniden sınıflandırılmasını önermeye sevk etmiştir (Lewis ve Grenyer 2009).

Karmaşık TSSB ile borderline kişilik bozukluğu arasında bu benzerliklere rağmen çeşitli ayırt edici farklar vardır (Cyr ve ark. 2022). Örneğin borderline kişilik bozukluğu özelliklerinin erken yetişkinlik döneminden itibaren çeşitli bağlamlarda mevcut olması buna karşın karmaşık TSSB belirtilerinin bir veya daha fazla travmatik olaydan sonra ortaya çıkması gerekmektedir. (APA 2013, WHO 2018). Borderline kişilik bozukluğu ve karmaşık TSSB arasındaki en önemli benzerliklerden biri duygusal tepkiselliktir (Brewin ve ark. 2017). Ancak karmaşık TSSB'de mevcut olsa da, duygusal tepkisellik kapsamında değerlendirilen öfke, intihar ve kendine zarar verme davranışları borderline kişilik bozukluğu için

daha merkezi belirtilerdir (Cloitre ve ark. 2014). Ayrıca, borderline kişilik bozukluğundaki kimlik ve ilişkilerdeki değişiklikler, kişinin kendisine ve başkalarına son derece olumlu (yani idealleştirme) ve olumsuz (yani devalüasyon) kutuplar arasında değişen bir bakış açısıyla karakterize edilirken, karmaşık TSSB'de hastalar sürekli olarak başkalarına karşı güvensizlik ile bağlantılı sürekli ve tutarlı bir olumsuz benlik kavramına sahiptirler (Cloitre ve ark. 2011). Ford ve Courtois'in (2014) özetlediği gibi, "zarar görmeye karşı aşırı uyanıklık" karmaşık TSSB'nin merkezinde yer alırken, borderline kişilik bozukluğunun merkezinde "kendini terk edilmiş olarak algılamaya karşı aşırı duyarlılık" bulunmaktadır.

## Tedavisi

TSSB'nin tedavisi ile ilişkili yapılan çalışmalar travma odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) gibi tedavilerin etkinliğini desteklemektedir (örn. Mendes ve ark. 2008, de Jongh ve ark. 2019, Lewis ve ark. 2020). Bu yaklaşımların, cinsel istismar mağdurları, mülteciler, savaş gazileri ve motorlu taşıt kazası mağdurları dahil olmak üzere bir dizi TSSB mağduru için de etkili olduğu belirtilmiştir (Foa ve ark. 2009). Ancak, bu müdahalelere ilişkin mevcut kanıtların çoğu kişinin yetişkinlik döneminde maruz kaldığı tek tip travmaların tedavisinde kullanıldığına yöneliktir (Bisson ve ark. 2013).

TSSB'nin tedavisinde kullanılan bu yöntemlerin Karmaşık TSSB gibi daha karmaşık travmatik olgular için uygun olup olmadığı ise tartışma konusudur. Uluslararası Travmatik Stres Çalışmaları Derneği (ISTSS) bünyesinde kurulan "Karmaşık Travma Çalışma Grubu" karmaşık TSSB'nin tedavisini amaçlayan klinik kılavuzlar geliştirmek için çalışmaktadır (Weiss 2012). Bu grup 2012 yılında "Yetişkinlerde Karmaşık TSSB için Uzman Tedavi El Kitabı"nı yayınlamıştır (Cloitre ve ark. 2012). Bu el kitabı, Herman'ın (1992a) karmaşık travma üzerine yapmış olduğu ilk çalışmaları dikkate alarak hazırlanmıştır (Cloitre ve ark., 2012). Herman, karmaşık TSSB vakaları için: stabilizasyon, travma belleğinin işlenmesi ve yeniden bütünleşme olmak üzere üç aşamadan oluşan bir tedavi planı önermiştir. Bu tedavi planındaki her aşamanın süresi önceden belirlenmemiş olsa da (danışana bağlı olarak) tek bir oturum gibi kısa sürelerde de uygulanabilmektedir (Courtois ve Ford 2013)

İlk aşama olan stabilizasyon aşaması danışanın güvenliğine odaklanırken duygusal farkındalık ve ifade kapasitelerini güçlendirmeyi amaçlamaktadır. Bunun yanı sıra danışanı travma ve karmaşık TSSB hakkında bilgilendirmeyi içeren psikoedütim de kapsar (Cloitre ve ark. 2011). Bu ilk aşamanın tedavi sürecinde gerekli olup olmadığı ile ilgili tartışmalar vardır ve sonraki aşamaları gereksiz yere geciktirebileceği için eleştirilmektedir (Bicanic ve ark. 2015, De Jongh ve ark. 2016). İkinci aşamada ise ilk olarak anılardan kaynaklanan akut duygusal sıkıntıyı azaltmak ve daha sonra anlamlarını yeniden değerlendirerek tutarlı ve olumlu bir kimlikle bütünleştirmek için travmatik anıların araştırılmasını içerir. Diğer bir deyişle, bu aşamada travmatik olayın zihinde yeniden düzenlenmesini ve belleğe entegrasyonunu kolaylaştırmak için travma anılarını gözden

geçirme ve değerlendirmeye odaklanılır. Bu aşamada özellikle karmaşık travmatik stres bozukluğundan kaynaklanan duygulara da odaklanılır (Cloitre ve ark. 2012). Ancak odaklanılan duygular kaygı ile sınırlı değildir. Utanç, öfke, keder ve yas da genellikle odak noktaları arasında yer almaktadır (Courtis ve ark. 2009).

Üçüncü ve son aşama ile ilgili olarak iki temel amaçtan söz edilebilir: (1) travma bağlamında geliştirilen duygulardan kurtularak kendilerine ilgi göstermeleri ve (2) ilişkilerde “güç ve kontrol duygularını” odaklanılıp kişide bu duyguların arttırılmasıdır. Cloitre ve arkadaşları (2012) üçüncü aşamaya geçişin danışanın karmaşık TSSB belirtilerinin hafiflemeye başlaması ile birlikte danışan ile birlikte karar verilen bir süreç olduğunu belirtmektedir. Bu konu ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda (Courtois ve Ford 2009, Courtois 2010), danışanların travma anılarını bütünlendirdikten ve travma nedeniyle yaşadıkları kayıpların farkına vardıldıktan sonra kimlik ve benlik saygısının gelişimi ile çalışılmasının önemine dikkat çekilmektedir. Sözü geçen bu araştırmalarda güvene dayalı ilişkileri ve destek ağlarını geliştirmek için sosyal beceriler üzerinde çalışmak da dahil olmak üzere, üçüncü aşamada ilişkilerin geliştirilmesine odaklanılması önerilmektedir.

Bu tedavi yönteminin etkililiğinin araştırıldığı bazı çalışmaların sonuçları (Cloitre ve ark. 2010, Dorrepaal ve ark. 2010) bu tedavi yaklaşımının TSSB belirtilerini iyileştirmede etkili olduğunu göstermektedir. Dahası, kalıcı ve yaygın duygu düzenleme sorunları, ilişki sorunları, dikkat ve bilinçteki değişiklikler (örn. disosiasyon), olumsuz etkilenen inanç sistemleri ve somatik belirtilerin iyileşmesinde de etkilidir olduğu rapor edilmiştir. Karmaşık TSSB için bir tedavi stratejisi olarak faza dayalı bir yaklaşımın tavsiyesi, travma bozukluklarına odaklanan diğer uzman kuruluşlar tarafından da onaylanmıştır (National Institute for Clinical Excellence 2005).

Van der Kolk ve arkadaşları (2005), karmaşık travma öyküleri olan hastaların, TSSB belirtilerini hafifletmek için tedavi aramak yerine, duygulanım ve kişilerarası işlevsellikteki işlevsel bozulmalardan daha fazla şikayet ettiklerini ve bu alanlarda yardım talep ettiklerini belirtmişlerdir. Buna bağlı olarak bazı çalışmalar (Cook ve ark. 2004, Stein ve Allen 2007, DePrince ve ark. 2011, Brown ve ark. 2012, D’Andrea ve Pole 2012, Blalock ve ark. 2013, Cloitre ve ark. 2013, Jepsen ve ark. 2013, Tummala-Narra, 2014) karmaşık TSSB’nin tedavisinde duygu düzenleme stratejilerinin geliştirilmesi ve/veya kişilerarası sorunlara odaklanmanın ana hedefler olması gerektiği öne sürmektedirler.

## Sonuç ve Öneriler

ICD-11’de TSSB ve karmaşık TSSB için önerilen tanı ölçütleri, stres ve travmayla ilişkili bozukluklar için yeni bir uluslararası sınıflandırma geliştirme girişiminin bir sonucudur. ICD-11’deki bu ölçütler sözü geçen iki tanının klinik faydasını ve uygulanabilirliğini artırdığı gibi her iki tanı için de tanımları basitleştirmeye, belirtilerin sayısını azaltmaya ve iki bozukluk arasındaki ilişkinin yanı sıra farklılıkları da netleştirmeye çalışmaktadır (Brewin ve ark. 2017). Brewin (2020), yeni bir tanı olarak karmaşık TSSB’nin pratik bağlamda çalışan

klinisyenler tarafından kolayca ayırt edilebildiğini ve uzun süredir tartışılan bir ihtiyacı karşıladığını ifade etmektedir. Klinik faydasının yanısıra görgül araştırmalar için de önemli bir gelişmedir. Örneğin alan yazındaki birçok çalışma özellikle çocukluk çağında yaşantılanan olumsuz deneyimlerinin TSSB başta olmak üzere birçok akıl sağlığı sorunu ile ilişkisinde duygu düzenleme güçlüklerinin aracı rolü olduğuna işaret etmektedir (Alpay ve ark. 2017, Messman-Moore ve Bhuptani, 2017, Crow ve ark. 2021). Karmaşık TSSB’nin bir sınıflandırma sisteminde tanımlanması ile birlikte ileride yapılacak çalışmalarda özellikle çocukluk çağında deneyimlenen ihmal ve istismardan kaynaklı olarak duygu düzenlemenin TSSB’nin bir öncülü olmaktan ziyade karmaşık TSSB’nin araştırılması ve duygu düzenlemenin de bu tanının bir ölçütü olarak ele alınması gerektiği düşünülmektedir.

Ancak yine de, her ne kadar uzun bir süredir üzerine çalışılan bir konu olsa da karmaşık TSSB ile ilgili görgül çalışmalar oldukça azdır. Bu ilginin az olmasının en önemli nedenlerinden biri bu tanıyı değerlendirmede kullanılacak ölçme araçların olmamasıdır. Karmaşık TSSB, ICD-11’de tanımlandıktan sonra Cloitre ve arkadaşları (2018) bu bozukluğun değerlendirilmesi amacıyla Uluslararası Travma Soru Formu (International Trauma Questionnaire) isimli bir ölçek geliştirmişlerdir. Ölçek şu anda 28 dile çevrilmiştir ve çeviriler arasında ölçeğin Türkçe formu bulunmaktadır (<https://www.traumameasuresglobal.com/itq>). Yakın zamanda yapılan birçok çalışma (Hyland ve ark., 2017a, Vallières ve ark., 2018, Redican ve ark. 2021) bu değerlendirme aracının geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermektedir.

Bu tanının konulmasının oldukça önemli olduğuna inanılmaktadır. Çünkü TSSB’nin tedavisinde kullanılan birçok yöntemin bu bozukluğun tedavisinde etkili olmadığı ortaya koyulmuştur. Brenner ve arkadaşları (2019), TSSB’ye kıyasla karmaşık TSSB’deki, daha fazla psikopatolojik yük ve işlevsellik ile ilgili daha yoğun bozulmaların yeni bozukluğun karmaşıklığını ele alan rehabilitasyonda yeni müdahalelerin geliştirilmesi ve değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Karmaşık TSSB’nin tedavisinde etkili olduğu öne sürülen bazı müdahale yöntemleri vardır. Ancak, bu yöntemlerin etkililiği ile ilgili kısıtlı sayıda araştırma vardır. Bu konu ile ilgili daha çok seçkisiz kontrollü çalışmalar yapılmalı ve bu tedavilerin etkililiğinin bilimsel bir şekilde kanıtlanması gerekmektedir. Ülkemizde ise henüz bu tedavilerin Türkçeye çevrilmediği görülmektedir. Bu tedavi yöntemlerinin Türkçe diline çevrilmesi ve uygulanması oldukça önemlidir.

Yetişkinler ile yapılan birçok çalışma karmaşık TSSB’nin çeşitli travmatik deneyimler (özellikle çocuklukta yaşanan olumsuz deneyimler ve çoklu travmalar) sonucu ortaya çıktığını göstermektedir. Ancak, çocuk ve ergenler ile ilgili çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Çocuklukta bu bozukluğu nasıl başladığı ve hastalığın gelişimindeki koruyucu faktörler ve risk faktörleri ile ilgili hiç çalışma yoktur. Araştırmacıların çocuk ve ergen örneklemeleri üzerinde karmaşık TSSB’nin etkisi ve nasıl geliştiği ile ilgili çalışmalar yapması önerilmektedir. Bu çalışmaların sonucunda erken müdahale programlarının hazırlanması

ile tedavilerin çok daha erken dönemde yapılabileceği düşünülmektedir.

Özetle, henüz çok yeni bir tanı olan Karmaşık TSSB'nin tekrarlayan, uzun süreli ve kişilerarası ilişkilerden kaynaklı travmatik olaylar ile ilişkili olduğunu gösteren görgül araştırma sayısı henüz çok kısıtlıdır. Bu tanı için gerekli bilimsel kanıtların artması için daha fazla görgül çalışma yapılması önerilmektedir. Böylelikle, klinisyenlerin bu belirtileri öncelikle ayırt etmesi ve bu tanıyı alan hastalara karmaşık TSSB'nin tedavisi için önerilen tedavi programlarına sevk etmesi oldukça önemlidir. Özellikle ülkemizde Karmaşık TSSB ile ilgili yapılacak çalışmaların artması ile bu hastaların TSSB hastalarından ayrıştırılması ve uygun tedavi programlarının uygulanması önerilmektedir.

**Yazarların Katkıları:** *Yazarlar çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağladıklarını ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduklarını kabul etmişlerdir.*

**Danışman Değerlendirmesi:** *Dış bağımsız.*

**Çıkar Çatışması:** *Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.*

**Finansal Destek:** *Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadığını beyan etmişlerdir.*

**Authors Contributions:** *The authors attest that they have made an important scientific contribution to the study and have assisted with the drafting or revising of the manuscript.*

**Peer-review:** *Externally peer-reviewed.*

**Conflict of Interest:** *No conflict of interest was declared by the authors.*

**Financial Disclosure:** *The authors declared that this study has received no financial support.*

## Kaynaklar

Alpay EH, Aydın A, Bellur Z (2017) The mediating role of the emotion regulation difficulties on the relationship between childhood traumas, post traumatic stress symptoms and depression. *J Clin Psychiatry*, 20:218-226.

Achterhof R, Huntjens RJC, Meewisse ML, Kiers HAL (2019) Assessing the application of latent class and latent profile analysis for evaluating the construct validity of complex posttraumatic stress disorder. *Eur J Psychotraumatol*, 10:182-198

Afzali MH, Sunderland M, Teesson M, Carragher N, Mills K, Slade TA (2017) Network approach to the comorbidity between posttraumatic stress disorder and major depressive disorder: The role of overlapping symptoms. *J Affect Disord*, 208:490-496.

American Psychological Association (2012) International Society for the Study of Trauma and Dissociation. *Complex Trauma Treatment Guidelines*.

American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3<sup>rd</sup> edition, (DSM-III)*. Washington, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4<sup>th</sup> edition Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5<sup>th</sup> edition (DSM-5)*. Washington, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2022) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5<sup>th</sup> edition Text Revision (DSM-5-TR)*. Washington, American Psychiatric Association

Badour CL, Adams TG (2018) Contaminated by trauma: Understanding links between self-disgust, mental contamination, and post-traumatic stress disorder. In *The Revolting Self: Perspectives on the Psychological, Social, and Clinical Implications of Self-Directed Disgust* (Eds PG Overton, PA Powell, J

Simpson) 127-149. New York, Routledge.

Ball JS, Links PS (2009) Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Curr Psychiatry Rep*, 11:63-68.

Barbano AC, van der Mei WF, deRoon Cassini TA, Grauer E, Lowe SR, Matsuoka YJ (2019) International Consortium to Prevent PTSD. Differentiating PTSD from anxiety and depression: Lessons from the ICD 11 PTSD diagnostic criteria. *Depress Anxiety*, 36:490-498.

Ben Ezra M, Karatzias T, Hyland P, Brewin CR, Cloitre M, Bisson JI et al. (2018) Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD 11 proposals: A population study in Israel. *Depress Anxiety*, 35:264-274.

Blalock JA, Minnix JA, Mathew AR, Wetter DW, McCullough JP, Cinciripini PM (2013) Relationship of childhood trauma to depression and smoking outcomes in pregnant smokers. *J Consult Clin Psychol*, 81:821.

Bicanic I, De Jongh A, Ten Broeke E (2015) Stabilisation in trauma treatment: necessity or myth?. *Tijdschr Psychiatr*, 57:332-339.

Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C (2013) Psychological therapies for chronic post traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst. Rev*, 12:CD003388

Brenner L, Köllner V, Bachem R (2019) Symptom burden and work-related impairment among patients with PTSD and complex PTSD. *Eur J Psychotraumatol*, 10:1694766.

Brewin CR, Cloitre M, Hyland P, Shevlin M, Maercker A, Bryant RA et al. (2017) A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clin Psychol Rev*, 58:1-15.

Brown NR, Kallivayalil D, Mendelsohn M, Harvey MR (2012) Working the double edge: Unbraiding pathology and resiliency in the narratives of early-recovery trauma survivors. *Psychol Trauma*, 4:102.

Bruckmann P, Haselgruber A, Sölva K, Lueger-Schuster B (2020). Comparing rates of ICD-11 and DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder in Austrian children and adolescents in foster care: prevalence, comorbidity and predictors. *Eur J Psychotraumatol*, 11:1767988.

Cattane N, Rossi R, Lanfredi M, Cattaneo A (2017) Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC Psychiatry*, 17:221.

Charuvastra A, Cloitre M (2008) Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annu Rev Psychol*, 59:301-328.

Classen CC, Pain C, Field NP, Woods P (2006) Posttraumatic personality disorder: A reformulation of complex posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 29:87-112.

Cloitre M, Stovall-McClough KC, Noonan K, Zorbas P, Cherry S, Jackson CL et al. (2010) Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 167:915-924.

Cloitre M, Courtois CA, Charuvastra A, Carapezza R, Stolbach BC, Green BL (2011) Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *J Trauma Stress*, 24:615-627.

Courtois CA, Ford JD, Cloitre M (2000) Best practices in psychotherapy for adults. In: *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-Based Guide* (Eds CA Courtois, JD Ford). New York, Guilford Press.

Cloitre M, Garvert DW, Brewin CR, Bryant RA, Maercker A (2013) Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *Eur J Psychotraumatol*, 4:20706.

Cloitre M, Garvert DW, Weiss B, Carlson EB, Bryant RA (2014) Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *Eur J Psychotraumatol*, 5:25097.

Cloitre M, Hyland P, Bisson JI, Brewin CR, Roberts NP, Karatzias T et al. (2019) ICD 11 posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in the United States: A population based study. *J Trauma Stress*, 32:833-842.

- Cloitre M, Miranda R, Stovall-McClough KC, Han H (2005) Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behav Ther*, 36:119-124.
- Cloitre M, Shevlin M, Brewin CR, Bisson JI, Roberts NP, Maercker A et al. (2018) The international trauma questionnaire: Development of a self report measure of ICD 11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatr Scand*, 138:536-546.
- Cook JM, Riggs DS, Thompson R, Coyne JC, Sheikh JI (2004) Posttraumatic stress disorder and current relationship functioning among World War II ex-prisoners of war. *J Fam Psychol*, 18:36-53
- Courtois CA, Ford JD (2009) *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-Based Guide*. Guilford Press, New York.
- Courtois CA (2010) Understanding complex trauma, complex reactions, and treatment approaches. <https://www.aaets.org/traumatic-stress-library/understanding-complex-trauma-complex-reactions-and-treatment-approaches> (Accessed 11.09.2021)
- Crow TM, Levy KN, Bradley B, Fani N, Powers A (2021) The roles of attachment and emotion dysregulation in the association between childhood maltreatment and PTSD in an inner-city sample. *Child Abuse Negl*, 118:105139.
- Cyr G, Godbout N, Cloitre M, Bélanger C (2022) Distinguishing among symptoms of posttraumatic stress disorder, complex posttraumatic stress disorder, and borderline personality disorder in a community sample of women. *J Trauma Stress*, 35:186-196.
- D'Andrea W, Pole N. (2012) A naturalistic study of the relation of psychotherapy process to changes in symptoms, information processing, and physiological activity in complex trauma. *Psychol Trauma*, 4:438-451
- De Jongh A, Amann BL, Hofmann A, Farrell D, Lee CW (2019) The status of EMDR therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder 30 years after its introduction. *J EMDR Pract. Res*, 13:261-269.
- De Jongh, AD, Resick PA, Zoellner LA, Van Minnen A, Lee CW, Monson CM et al. (2016) Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depress Anxiety*, 33:359-369.
- DePrince AP, Chu AT, Pineda AS (2011) Links between specific posttrauma appraisals and three forms of trauma-related distress. *Psychol Trauma*, 3:430.
- Dorrepaal E, Thomaes K, Smit JH, Van Balkom AJL, Van Dyck R, Veltman, DJ et al. (2010) Stabilizing group treatment for complex posttraumatic stress disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioral therapy: A pilot study. *Child Abuse Negl*, 34:284-288.
- Dvir Y, Ford JD, Hill M, Frazier JA (2014) Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harv Rev Psychiatry*, 22:149-161.
- Foa EB, Chrestman KR, Gilboa-Schechtman E (2009) *Prolonged Exposure Therapy for Adolescents with PTSD Emotional Processing of Traumatic Experiences, Therapist Guide*. London, Oxford University Press.
- Ford JD, Courtois, CA, Steele K, Hart OVD, Nijenhuis ER (2005) Treatment of complex posttraumatic self dysregulation. *J Trauma Stress*, 18:437-447.
- Ford JD, Courtois CA, Cloitre M (2009) *Best Practices in Psychotherapy for Adults. Treating Complex Traumatic Disorders: Scientific Foundations and Therapeutic Models*. New York, Guilford Press.
- Ford JD, Courtois CA (2013) *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Children and Adolescents: Scientific Foundations and Therapeutic Models*. New York, Guilford Press.
- Frewen P, Zhu J, Lanius R (2019) Lifetime traumatic stressors and adverse childhood experiences uniquely predict concurrent PTSD, complex PTSD, and dissociative subtype of PTSD symptoms whereas recent adult non-traumatic stressors do not: Results from an online survey study. *Eur J Psychotraumatol*, 10:1-10
- Friedman MJ (2013) Finalizing PTSD in DSM 5: Getting here from there and where to go next. *J Trauma Stress*, 26:548-556.
- Galatzer-Levy IR, Bryant RA (2013) 636,120 ways to have posttraumatic stress disorder. *Perspect Psychol Sci*, 8:651-662.
- Glück, TM, Knefel M, Tran US, Lueger-Schuster B (2016) PTSD in ICD-10 and proposed ICD-11 in elderly with childhood trauma: prevalence, factor structure, and symptom profiles. *Eur J Psychotraumatol*, 7:9700.
- Herman JL (1992a) Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma*, 5:377-391.
- Herman JL (1992b) *Trauma and Recovery*. New York, Basic Books.
- Hyland P, Shevlin M, Fyvie C, Karatzias T (2018) Posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in DSM 5 and ICD 11: Clinical and behavioral correlates. *J Trauma Stress*, 31:174-180.
- Hyland P, Shevlin M, Cloitre M, Karatzias T, Vallières F, McGinty G et al. (2019) Quality not quantity: loneliness subtypes, psychological trauma, and mental health in the US adult population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 54:1089-1099.
- Hyland P, Shevlin M, Brewin CR, Cloitre M, Downes AJ, Jumbe S, Roberts, NP (2017a) Validation of post traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatr Scand*, 136:313-322.
- Hyland P, Shevlin M, Elklit A, Murphy J, Vallières F, Garvert DW et al. (2017b) An assessment of the construct validity of the ICD-11 proposal for complex posttraumatic stress disorder. *Psychol Trauma*, 9:1-10
- Jepsen EK, Langeland W, Heir T (2013) Impact of dissociation and interpersonal functioning on inpatient treatment for early sexually abused adults. *Eur J Psychotraumatol*, 4:13-32
- Karatzias T, Murphy P, Cloitre M, Bisson J, Roberts N, Shevlin M et al. (2019a) Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*, 49:1761-1775.
- Karatzias T, Cloitre M (2019b) Treating adults with complex posttraumatic stress disorder using a modular approach to treatment: rationale, evidence, and directions for future research. *J Trauma Stress*, 32:870-876.
- Knefel M, Garvert DW, 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 by Knefel & Lueger-Schuster (2013). A latent profile analysis. *Eur J Psychotraumatol*, 6:25290.
- Knefel M, Lueger-Schuster B (2013) An evaluation of ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria in a sample of adult survivors of childhood institutional abuse. *Eur J Psychotraumatol*, 4:22608.
- Kulkarni J (2017) Complex PTSD—a better description for borderline personality disorder? *Australas Psychiatry*, 25:333-335.
- Lewis KL, Grenyer BF (2009) Borderline personality or complex posttraumatic stress disorder? An update on the controversy. *Harv Rev Psychiatry*, 17:322-328.
- Lewis C, Roberts NP, Andrew M, Starling E, Bisson JI (2020) Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*, 11:1729633
- Levitt JT, Cloitre M (2005) A clinician's guide to STAIR/MPE: Treatment for PTSD related to childhood abuse. *Cogn Behav Pract*, 12:40-52.
- Lonergan M (2014) Cognitive behavioral therapy for PTSD: The role of complex PTSD on treatment outcome. *J Aggress Maltreat Trauma*, 23:494-512.
- MacIntosh HB, Godbout N, Dubash N (2015) Borderline personality disorder: Disorder of trauma or personality, a review of the empirical literature. *Can Psychol*, 56:227-241.
- Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, van Ommeren M, Jones LM et al. (2013) Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD 11. *World J Psychiatry*, 12:198-206.
- Maughan A, Cicchetti D (2002) Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Dev*, 73:1525-1542.

- McNally RJ (2009) Can we fix PTSD in DSM-V? *Depress Anxiety*, 26:597-600.
- Mendes DD, Mello MF, Ventura P, de Medeiros Passarela C, de Jesus Mari J (2008) A systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Int J Psychiatry Med*, 38:241-259.
- Messman-Moore TL, Bhuptani PH (2017) A review of the long term impact of child maltreatment on posttraumatic stress disorder and its comorbidities: An emotion dysregulation perspective. *Clin Psychol*, 24:154-169.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2005) *Post-Traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care*. Leicester, UK, Gaskell.
- O'donnell ML, Alkemade N, Nickerson A, Creamer M, McFarlane AC, Silove D et al. (2014) Impact of the diagnostic changes to post-traumatic stress disorder for DSM-5 and the proposed changes to ICD-11. *Br J Psychiatry*, 205:230-235.
- Oe M, Ito M, Takebayashi Y, Katayanagi A, Horikoshi M (2020) Prevalence and comorbidity of the ICD-11 and DSM-5 for PTSD caseness with previous diagnostic manuals among the Japanese population. *Eur J Psychotraumatol*, 11:1753938.
- Redican, E., Nolan, E., Hyland, P., Cloitre, M., McBride, O., Karatzias, T et al. (2021) A systematic literature review of factor analytic and mixture models of ICD-11 PTSD and CPTSD using the International Trauma Questionnaire. *J Anxiety Disord*, 79:102381.
- Pollak SD, Cicchetti D, Hornung K, Reed A (2000) Recognizing emotion in faces: developmental effects of child abuse and neglect. *Dev Psychol*, 36:679-688.
- Powers A, Dixon HD, Conneely K, Gluck R, Munoz A, Rochat C et al. (2019) The differential effects of PTSD, MDD, and dissociation on CRP in trauma-exposed women. *Compr Psychiatry*, 93:33-40.
- Resick PA, Bovin MJ, Calloway AL, Dick AM, King MW, Mitchell KS et al. (2012) A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM 5. *J Trauma Stress*, 25:241-251.
- Shevlin M, Hyland P, Roberts NP, Bisson JI, Brewin CR, Cloitre M (2018) A psychometric assessment of Disturbances in Self-Organization symptom indicators for ICD-11 Complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Eur J Psychotraumatol*, 9:1419749.
- Shevlin M, Hyland P, Vallières F, Bisson J, Makhshvili N, Javakhishvili J et al. (2018) A comparison of DSM 5 and ICD 11 PTSD prevalence, comorbidity and disability: An analysis of the Ukrainian Internally Displaced Person's Mental Health Survey. *Acta Psychiatr Scand*, 137:138-147.
- Southam-Gerow MA, Kendall PC (2002) Emotion regulation and understanding: Implications for child psychopathology and therapy. *Clin Psychol Rev*, 22:189-222.
- Sloan DM, Lee DJ, Litwack SD, Sawyer AT, Marx BP (2013) Written exposure therapy for veterans diagnosed with PTSD: A pilot study. *J Trauma Stress*, 26:776-779.
- Spitzer RL, First MB, Wakefield JC (2007) Saving PTSD from itself in DSM-V. *J Anxiety Disord*. 21:233-241.
- Stein H, Allen JG (2007) Mentalizing as a framework for integrating therapeutic exposure and relationship repair in the treatment of a patient with complex posttraumatic psychopathology. *Bull Menninger Clin*, 71:273-290.
- Temes CM, Magni LR, Fitzmaurice GM, Aguirre BA, Goodman M, Zanarini MC (1991) Prevalence and severity of childhood adversity in adolescents with BPD, psychiatrically healthy adolescents, and adults with BPD. *J Ment Health*, 11:171-178.
- Terr LC (1991) Childhood traumas: An outline and overview. *Am J Psychiatry*, 148: 10-20.
- Tummala-Narra P (2014) Cultural identity in the context of trauma and immigration from a psychoanalytic perspective. *Psychoanal Psychol*, 31:396.
- van Dijke A, Ford JD, Frank LE, Van der Hart O (2015) Association of childhood complex trauma and dissociation with complex posttraumatic stress disorder symptoms in adulthood. *J Trauma Dissociation*, 16:428-441.
- Van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J (2005) Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress*, 18:389-399.
- van Der Kolk B, Ford JD, Pinazzola J (2019) Comorbidity of developmental trauma disorder (DTD) and post-traumatic stress disorder: Findings from the DTD field trial. *Eur J Psychotraumatol*, 10:1562841.
- Walsh K, Fortier MA, DiLillo D (2010) Adult coping with childhood sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Aggress Violent Behav*, 15:1-13.
- Weiss DS (2012) Introduction to the special feature on complex PTSD. *J Trauma Stress*, 25:239-240.
- Wilson JP (2001) An overview of clinical consideration and principles in the treatment of PTSD. *Treating Psychological Trauma and PTSD* (Eds JP Wilson, MJ Friedman, JD Lindy):59-94. New York, Guilford Press.
- Wisco BE, Marx BP, Miller MW, Wolf E.J, Krystal JH, Southwick SM et al. (2017) A comparison of ICD-11 and DSM criteria for posttraumatic stress disorder in two national samples of US military veterans. *J Affect Disord*, 223:17-19.
- WHO (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2018) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th Revision)*. Geneva, World Health Organization.
- Yen S, Shea MT, Battle CL, Johnson DM, Zlotnick, C, Dolan-Sewell R et al. (2002) Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *J Nerv Ment Dis*, 190:510-518
- Vallières F, Ceannt, R, Daccache, F, Abou Daher R, Sleiman J, Gilmore B et al. (2018) ICD 11 PTSD and complex PTSD amongst Syrian refugees in Lebanon: the factor structure and the clinical utility of the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatr Scand*, 138:547-557.