

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi for barn og ungdom med PTSD og kompleks PTSD

Vi ønsket å undersøke hvorvidt norske traumeeksponerte barn med komplekse symptomer på traumer opplevde bedring med traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT).

TEKST

Sandra Ekelund Eidhammer

Håkon Larsen Jahr

Ines Blix

Tine Jensen

PUBLISERT 1. juli 2019

ABSTRACT:

Trauma focused cognitive behavioral therapy for youth with PTSD and complex PTSD

Many youth develop complex symptoms after traumatic events. To capture this the ICD-11 has recently added complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) as a sibling condition to PTSD. CPTSD includes the three PTSD clusters (re-experiencing, avoidance and hypervigilance) in addition to the new cluster referred to as disturbances in self-organization (affective dysregulation, negative self-concept and disturbances in relationships). Trauma focused cognitive behavior therapy (TF-CBT) has been proven an effective treatment for PTSD, but less is known about its efficiency for treating CPTSD in youth. In this study we explore whether TF-CBT is also helpful for youth with CPTSD in a sample consisting of 80 children (6-18 years). The results showed that youth with symptoms of PTSD and CPTSD responded equally well to TF-CBT. However, those with CPTSD had significantly higher levels of symptoms both before and after treatment. This indicates that TF-CBT may be helpful for youth with CPTSD, but more studies are needed to understand how the model can, be adapted to accommodate also non-responders, and instruments that measure the new CPTSD disorder need to be developed.

Keywords: trauma, sexual abuse, violence, treatment, complex PTSD, TF-CBT

EMNER

traume

Seksuelle overgrep

vold

Behandling

kompleks PTSD

TF-CBT

Barndomstraumer blir kalt den «skjulte epidemi» (Gerson & Rappaport, 2013). Befolkningsstudier har anslått at 15-40 % av alle barn og unge har blitt utsatt for, eller vært vitne til, vold og/eller seksuelle overgrep (Løvgren, Stefansen, Smette & Mossige, 2017; Myhre, Thoresen & Hjemdal, 2015). Å oppleve slike overveldende belastninger tidlig i livet er en godt dokumentert risikofaktor for å utvikle alvorlige psykiske plager (McLaughlin et al., 2012).

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD; posttraumatic stress disorder) er den lidelsen som i sterkeste grad er assosiert med traumatiske erfaringer i barndommen (Alisic et al., 2014). PTSD-diagnosen slik den er beskrevet i diagnosemanualene, har imidlertid blitt kritisert for å ikke fange opp utviklings-psykologiske aspekter ved tidlig traumatisering, og for å ikke favne kompleksiteten i symptombildet hos personer som har opplevd alvorlige og vedvarende traumer (se Cloitre et al., 2009; Ford, Elhai, Ruggiero, & Frueh, 2009; Herman, 1992; Maercker et al., 2013; van der Kolk, 2005; Wamser-Nanney & Vandenberg, 2013). I revisjonene i de to diagnosesystemene (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM, og The International Classification of Diseases, ICD) er det valgt ulike måter å ivareta kompleksiteten etter traumatisering på (for en diskusjon av synspunkter se: Brewin, 2013; Friedman, 2013; Kilpatrick, 2014). I DSM-5 ble det lagt til en ny symptomgruppe under PTSD som omhandler negative endringer i humør og tenkning (APA, 2013). I ICD-11 er det to separate, men relaterte diagnoser: PTSD og kompleks PTSD (CPTSD) (WHO, 2018). For å stille en CPTSD-diagnose må diagnosekriteriene for PTSD oppfylles, og i tillegg må personen ha: 1) affektreguleringsvansker, 2) negativt selvilde, og 3) interpersonlige vansker. Samlet sett benevnes dette som selvorganiseringsvansker. Diagnosen stilles på bakgrunn av symptomprofil og ikke type traumeeksponering. Langvarige eller gjentakende traumer anses som en risikofaktor for CPTSD, men er ikke en forutsetning for å stille diagnosen.

Kritikerne av å etablere CPTSD som en egen diagnose har hevdet at begrepet er uklart formulert, og at det mangler studier som viser at CPTSD er en distinkt kategori som er adskilt fra PTSD (de Jongh et al., 2016; Landy, Wagner, Brown-Bowers & Monson, 2015; Resick et al., 2012). Særlig for barn kan det være vanskelig å skille CPTSD fra andre diagnostiske tilstander (se ISTSS Guidelines, 2018). Det er også en pågående diskusjon om hvorvidt de som utvikler CPTSD, trenger andre intervensjoner enn dem som allerede er etablert som hjelpsomme ved PTSD (Cloitre, 2015; de Jongh et al., 2016). Derfor oppmuntres det til studier av hvorvidt etablerte behandlingsmetoder for barn og voksne også er hjelpsomme for de som har utviklet et komplekst tilstandsbilde med selvorganiseringsvansker (se ISTSS Guidelines, 2018). En utfordring ved slike studier er imidlertid at det per i dag ikke foreligger noen validerte instrumenter for å måle CPTSD hverken hos voksne eller barn, og inntil videre må man derfor bruke spørsmål fra ulike spørreskjemaer for å måle CPTSD.

Flere studier med voksne har dokumentert at traumeeksponerte kan utvikle både PTSD og CPTSD (for en oppsummering se Brewin et al., 2017), men i barnefeltet finnes det kun én studie (Sachser, Keller & Goldbeck, 2017a). I denne undersøkelsen ble ulike spørsmål som reflekterer selvorganiseringsvansker, satt sammen for å måle endringer i CPTSD hos barn og ungdom som hadde mottatt traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT). En latent klasseanalyse avdekket to distinkte grupper; en PTSD-gruppe og en CPTSD-gruppe. Begge gruppene opplevde signifikant bedring etter TF-CBT, men CPTSD-gruppen hadde høyere nivå av posttraumatisk stress både ved behandlingsstart og slutt. Denne studien er per i dag den eneste som har undersøkt hvorvidt en

evidensbasert behandling også har gode effekter på sannsynlig CPTSD slik den er definert i de nye ICD-11 kriteriene.

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT)

TF-CBT er en anbefalt behandlingsform for traumatiserte barn i alderen 6–18 år (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2018; for en innføring, se Fagermoen, Østensjø, Skagemo, Moen & Husebø, 2017). Det er en korttidsintervensjon som vanligvis gjennomføres i løpet av 12–15 behandlingstimer. For barn som har opplevd kompleks traumatisering, utvides antall timer etter behov (for en utdyping se Cohen, Mannarino, Kliethermes & Murray, 2012). Modellen bygger på en rekke teoretiske tilnærminger: kognitive atferdsprinsipper, familie- og systemteori, nevrobiologi, utviklingsteori, tilknytningsteori og prinsipper fra klientsentrert humanistisk behandling. Modellen er bygget opp av ni komponenter som deles inn i tre faser. Foreldrearbeidet følger de samme fasene.

Stabilisering og ferdighetstrening: Målet i denne fasen er å lære barn og foreldre hvordan de kan ta mer kontroll over vanskelige tanker, følelser og kroppslig stress som er knyttet til traumeopplevelsene. Det inkluderer komponentene psykoedukasjon, avspenning, affektregulering og kognitiv mestring.

Bearbeiding: I denne fasen arbeides det med traumehistorien og personens minner om det som har skjedd. Uhensiktsmessige tanker kan avdekkes, og det jobbes med å finne mer hjelpsomme måter å tenke på. Dette inkluderer komponentene traumenarrativ og kognitiv prosessering.

Integrasjon og konsolidering: I den siste fasen øves det på ferdigheter som sikrer god utvikling videre. Dette utgjør komponentene situasjonseksposering, sosiale ferdigheter og fremtidig sikkerhet.

Over 20 randomiserte studier har vist at TF-CBT er hjelpsom for barn med en rekke ulike traumeerfaringer (Dorsey et al., 2016; Silverman et al., 2008). Barn som har fått denne behandlingen, har vist nedgang i både posttraumatiske stresssymptomer, depresjon, angst og andre traumerelaterte vansker som skyld- og skamfølelse (for en oversikt se Cohen et al., 2018). Også i en norsk studie har metoden vist gode resultater med vedvarende nedgang i posttraumatiske stresssymptomer, depresjon og angst hos barn henvist til behandling i BUP (Jensen et al., 2014; Jensen, Holt & Ormhaug, 2017). Selv om TF-CBT ser ut til å være hjelpsom for barn med komorbide tilstander, er det få som har kunnet vurdere effekten på selvorganiseringsvansker slik disse er definert i de nye diagnosekriteriene. I denne studien var vi interessert i å undersøke hvorvidt norske traumeeksponerte barn med symptomer på CPTSD opplevde bedring etter TF-CBT-behandling. Vi undersøkte også hva som kjennetegnet disse barna.

Problemstillinger

1) Rapporterer barn og unge med CPTSD og PTSD signifikante endringer i posttraumatiske stresssymptomer og psykososial fungering fra behandlingsstart til

behandlingslutt?

- 2) Er det signifikante endringer i selvorganiseringsvansker for barn med CPTSD fra behandlingsstart til behandlingsslutt?
- 3) Hva kjennetegner barna som ved behandlingsstart oppfylte kriteriene for CPTSD sammenlignet med de som oppfylte kriteriene for PTSD? Mer spesifikt: Var gruppene ulike med hensyn til alder, kjønn, antall ulike traumehendelser og type traumehendelse (relasjonell vs. ikke-relasjonell)?

I tråd med Sachser og kollegaers (2017a) funn predikerte vi at begge grupper ville oppleve en signifikant nedgang i symptomtrykk, samt reduksjon i selvorganiseringsvansker for CPTSD-gruppen. I tråd med studier på voksne forventet vi at både type traumeeksponering og antall traumer er relatert til diagnosekategori (Brewin et al., 2017).

Studier relatert til kjønn er motstridende, og vi hadde ingen prediksjoner for hvordan kjønn hang sammen med diagnose. Noen studier har funnet at kvinner har større risiko for å utvikle både PTSD og CPTSD (Hyland et al., 2017; Perkonigg et al., 2016), mens andre ikke har funnet noen slik forskjell (Cloitre, Garvert, Brewin, Bryant & Maercker, 2013; Wolf et al., 2015). Den eneste studien på barn fant at å være jente var forbundet med større risiko for å utvikle CPTSD enn PTSD (Sachser et al., 2017a).

Vi hadde heller ingen forventninger knyttet til alder da det ikke finnes tilsvarende studier å bygge på.

Metode

Data er hentet fra en implementerings- og behandlingsstudie gjennomført ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), der TF-CBT ble implementert i BUP-er i Norge i perioden 2015–2017. Som en del av implementeringsstudien ble barn mellom 6 og 18 år ved inntak kartlagt ved hjelp av skjemaet Kartlegging av potensielt traumatiserende erfaringer (KATE). De som så skåret over grenseverdien for sannsynlig PTSD, samt der det ut fra klinisk skjønn ble vurdert at barnet ville ha nytte av en traumefokusert behandling, ble tilbudt TF-CBT. De som sa ja til dette og samtykket i å delta i studien, ble kartlagt for posttraumatisk stress ved behandlingsstart, etter time 6 og ved behandlingsslutt. I denne artikkelen benytter vi data fra de barna som fullførte behandlingen, og der det foreligger mål på posttraumatisk stress på alle tre tidspunkter. Lyddopptak av timene ble kontrollert for etterlevelse til metoden ved hjelp av TF-CBT Fidelity Checklist (Deblinger, Cohen, Mannarino, Murray & Epstein, 2008), og veiledning ble gitt fortløpende. For at et terapiforløp skulle godkjennes som TF-CBT, måtte alle kjernekomponentene gjennomføres. Alle sakene brukt i denne artikkelen oppfylte disse kriteriene.

Etikk

Prosjektet er godkjent av regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forsknings-etikk (REK). Deltakelse i studien var frivillig. Foreldre og barn fra 12 år fikk et

Samtykkeskjema med opplysninger om studiens bakgrunn, hensikt, hva deltakelsen innebærer, og hvordan informasjon blir tatt hånd om. De fikk også informasjon om at de når som helst, uten å oppgi grunn, kunne trekke seg fra studien uten at det ville få konsekvenser for videre behandling. For barn under 12 år ble det utarbeidet et eget informasjonsskriv som ble lest opp for dem.

Utvalget

Utvalget besto av 80 barn (6–18 år), 81 % jenter og 19 % gutter, fra 28 geografisk spredte barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP-er) i Norge. Gjennomsnittsalderen var 14,96 (SD = 2,46). På bakgrunn av deres symptomer ved inntak ble barna delt inn i to grupper: de med sannsynlig PTSD (60 barn) og de med sannsynlig CPTSD (20 barn).

Diagnosekriteriene

Ifølge ICD-11 (WHO, 2018) defineres PTSD av tre symptomkategorier: gjenopplevelse, unngåelse og oppfattet trussel. Disse symptomene må ha vært til stede i flere uker og ført til betydelig nedsatt funksjon. CPTSD består av tre grupper av symptomer som kommer i tillegg til kriteriene for PTSD. Disse tilleggssymptomene er 1) affektreguleringsvansker (alvorlig og gjennomgripende vansker med evnen til å identifisere, uttrykke og regulere ubehagelige følelser), 2) negativ selvfølelse (vedvarende tanker om seg selv som «forminsket» (diminished), beseiret eller verdiløs, ledsaget av en dyp og vedvarende følelse av skam, skyld eller mislykkethet), 3) interpersonlige vansker (vedvarende vansker med å opprettholde relasjoner og føle seg nær andre). Samlet kalles disse selvorganiseringsvansker. Kriteriene for diagnosen er at vedkommende må vise minst ett symptom innenfor hver av disse, i tillegg til kriteriene for PTSD. Vi benyttet barnas skårer på spørreskjemaet CATS (Child and Adolescent Trauma Screen) i diagnosevurderingen.

Måleinstrumenter

Kartlegging av potensielt traumatiserende erfaringer, KATE

KATE er et verktøy for undersøkelse av potensielt traumatiserende hendelser (se NKVTS, 2018). Det stilles 15 spørsmål om eksponering for alvorlige ulykker, naturkatastrofer, vold, alvorlig mobbing, seksuelle overgrep, skremmende medisinske prosedyrer, traumatiske tapsopplevelser og krig. Litteraturen gir ikke et tydelig svar på hvordan relasjonelle traumer skal defineres, utover at de omhandler traumehendelser av mellommenneskelig karakter. Vi operasjonaliserte i denne studien at spørsmål 5–14 på KATE omhandler relasjonelle traumeerfaringer.

Child and Adolescent Trauma Screen, CATS

CATS er et spørreskjema som måler posttraumatisk stress samt psykososial fungering (Sachser et al., 2017b). Tidligere studier har vist høy grad av indre konsistens, $\alpha = 0,93$ (Sachser et al., 2017b). I vårt utvalg var $\alpha = 0,77$. Skjemaet er basert på DSM-5-kriteriene for PTSD, og består av 20 spørsmål, der ulike ledd relateres til kriterium B

(gjenopplevelse), C (unngåelse), D (negative endringer i kognisjon og humør) og E (hyperaktivering). En nedre grenseverdi på 21 indikerer sannsynlig PTSD.

Tabell 1 Oversikt over antall JA-svar på KATE (%), totalt, og for gruppen med PTSD og kompleks PTSD (CPTSD)

	Total N=80	PTSD n=60	CPTSD n=20
1. Har du noen gang opplevd en alvorlig ulykke?	15 (18.8)	12 (20.0)	3 (15.0)
2. Har du noen gang opplevd en naturkatastrofe?	4 (5.0)	3 (5.0)	1 (5.0)
3. Har du noen gang opplevd terror eller krig?	3 (3.8)	3 (5.0)	0
4. Har du noen gang hatt veldig skremmende opplevelser hos lege, tannlege eller på sykehus?	29 (36.3)	19 (31.7)	10 (50.0)
5. Har noen mennesker som du har vært glad i, blitt hardt skadet, alvorlig syk eller dødd plutselig?	47 (58.8)	33 (55.0)	14 (70.0)
6. Har du noen gang opplevd alvorlig mobbing eller trusler?	47 (58.8)	33 (55.0)	14 (70.0)
7. Har du noen ganger blitt bortført eller kidnappet, eller har noen forsøkt å tvinge deg inn i en bil?	9 (11.3)	5 (8.3)	4 (20.0)
8. Har du noen gang blitt slått, angrepet, overfalt, ranet, skadet eller blitt truet av noen <i>utenfor</i> familien?	23 (28.7)	15 (25.0)	8 (40.0)
9. Har du noen gang sett andre <i>utenfor</i> familien blitt slått, slåss eller angripe hverandre?	28 (35.0)	21 (35.0)	7 (35.0)
10. Har du noen gang sett noen <i>i familien din</i> bli slått, slåss eller angripe hverandre?	26 (32.5)	19 (31.7)	7 (35.0)
11. Har du blitt slått, sparket, dyttet, lugget eller lignende eller truet med dette av noen i familien din?	24 (30.0)	17 (28.3)	7 (35.0)
12. Har noen tatt bilder av dine private kroppsdeler?	10 (12.5)	7 (11.7)	3 (15.0)
13. Har noen tatt på dine private kroppsdeler, eller har du blitt tvunget til å ta noen andre på deres private kroppsdeler?	32 (40.0)	22 (36.7)	10 (50.0)
14. Har noen voldtatt deg, dvs. tvunget deg til analt, oralt eller vaginalt samleie?	22 (27.5)	15 (25.0)	7 (35.0)
15. Har du opplevd noe annet som har gjort deg redd, eller der du følte deg forvirret eller hjelpeløs?	31 (38.8)	23 (38.3)	8 (40.0)

I vår studie var kriteriene for CPTSD følgende:

1. Oppfylt kriteriene for PTSD (CATS \geq 21)

2. Har de siste to ukene vært plaget halvparten av tiden eller nesten hele tiden med følgende:

- Hatt negative tanker om deg selv eller andre. Tanker om at jeg ikke kommer til å få et godt liv, jeg kan ikke stole på noen, eller at hele verden er utrygg (negativ selvfølelse).
- Skyldt på deg selv for det som skjedde. Eller skyldt på noen andre når det ikke var deres feil (negativ selvfølelse).
- Hatt mye vonde følelser (som å føle seg redd, sint, skyldig eller skamfull) (affektreguleringsvansker).
- Ikke kjent nærhet til andre mennesker (som å føle seg alene selv om man er sammen med andre) (interpersonlige vansker).

Psykososial fungering ble operasjonalisert til å være de fem spørsmålene fra CATS som omhandler symptomenes påvirkning på hvordan barnet har det med andre mennesker, fritidsaktiviteter, skole eller arbeid, hvordan barnet har det sammen med familien sin, og hvor fornøyd han eller hun er med livet nå.

Statistiske analyser

Alle analyser er gjort i IBM SPSS, versjon 24. Før vi gjennomførte statistiske analyser undersøkte vi for eventuelle utliggere ved bruk av «The outlier labeling rule» (Hoaglin, Iglewicz & Tukey, 1986). Ved bruk av den anbefalte g-verdien på 2,20 ble øvre og nedre grense 0 og 72,8. Hele skalaen på CATS (0–60) var innenfor grenseverdien, og det var ingen utliggere i vårt datamateriale. Vi undersøkte også normalfordeling i datasettet ved å vurdere skjevhet (skewness) og kurtose. Dette gjorde vi for variabelen gjennomsnittlig totalskåre på CATS ved inntak. Skjevhet ble målt til 0,21 (SE = 0,16) og kurtose på -1,00 (SE = 0,19). Skjevhet og kurtose på mellom -2 og 2 regnes som akseptabelt for normalfordeling (Fidell & Tabachnick, 2003; George & Mallery, 2010). Basert på sentralgrenseteoremet var utvalget i våre analyser så stort at en korreksjon av fordelingen ikke regnes som nødvendig (Field, 2013). Dermed benyttet vi parametriske tester for å analysere data.

For å se på endringer i henholdsvis posttraumatisk stress og psykososiale vansker fra før til etter behandling (symptomnivå T1 og T3), for PTSD-gruppen og kompleks PTSD-gruppen, gjorde vi en variansanalyse med to grupper og repeterte målinger (mixed model ANOVA). For å undersøke hvorvidt det var nedgang i symptomene knyttet til diagnosen CPTSD (selvorganiseringsvansker), utførte vi t-tester for avhengig utvalg med skårer fra T1 (før behandling) og T3 (etter behandling). Dette gjorde vi for hvert av de fire spørsmålene knyttet til dette aspektet i CATS. For å undersøke om det var forskjeller eller likheter som kjennetegnet de to gruppene (PTSD og kompleks PTSD) når det gjaldt alder, antall opplevde traumer og antall interpersonlige traumer, gjennomførte vi flere t-tester for uavhengig utvalg. Vi undersøkte fordelingen av kjønn mellom gruppene med Fisher exact test (Field, 2013). Partial eta squared og Hedges g ble brukt som mål på effektstørrelser.

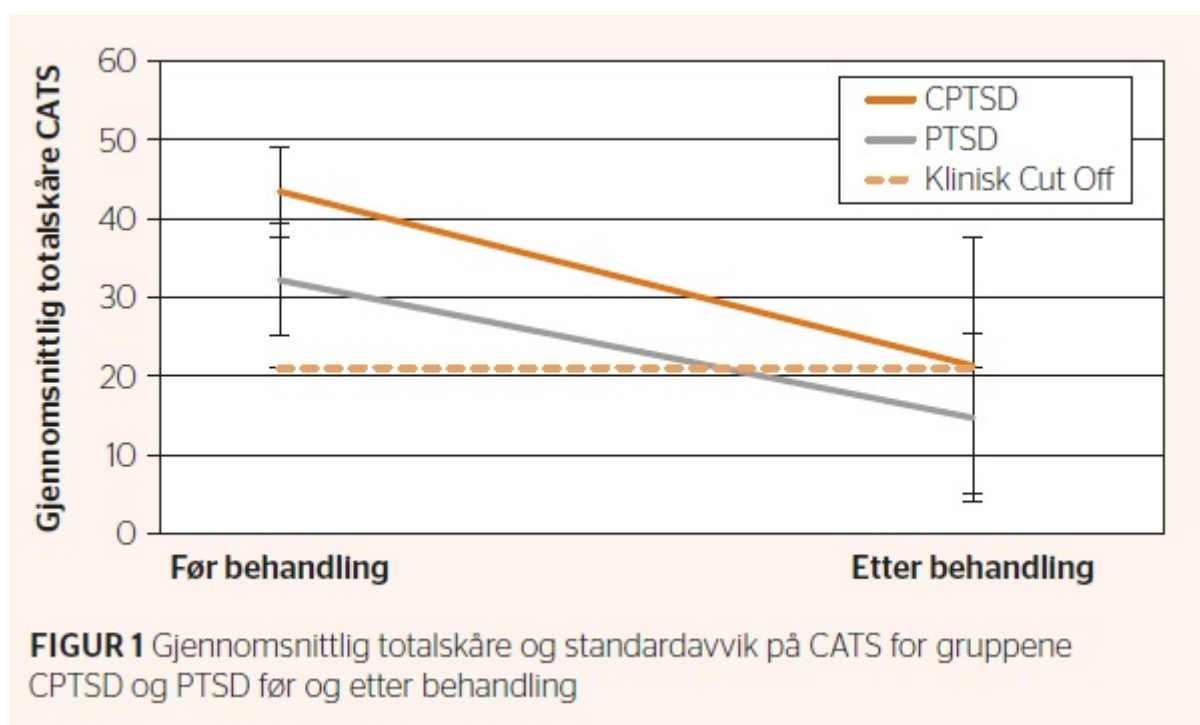
Manglende data

Det var generelt lite manglende data i datamaterialet. Det var mellom 1,3 % og 3,8 % manglende data i de ulike CATS-spørsmålene ved inntak (T1). Det var kun én av deltakerne som ikke kunne avkretses som potensiell kandidat for CPTSD-gruppen, fordi de resterende spørsmålene som omhandler komplekse symptomer, ble besvart over terskelnivå (2 eller 3). De resterende deltakerne ville tilhørt PTSD-gruppen uavhengig av dette. Vi benyttet «half rule», slik at dersom halvparten eller flere av spørsmålene på CATS var besvart, fikk de en gjennomsnittlig totalskåre (gjennomsnittlig skåre av besvarte spørsmål i CATS ble multiplisert med antall spørsmål (20)) (Fairclough, 2010). Ingen deltakere ble ekskludert på bakgrunn av dette. Det ble ikke gjort noe flere tiltak for å håndtere manglende data i materialet, da det ble vurdert til å være på et akseptabelt nivå.

For psykososial fungering var det ved inntak (T1) 7,5 % til 13,8 % manglende data. Fire deltakere hadde ikke besvart noen av disse spørsmålene. Grunnet manglende besvarelser kunne det ikke regnes ut totalskår for 14 deltakere ved inntak (T1). 13 av disse var fra PTSD-gruppen og én fra kompleks PTSD-gruppen. Grad av manglende data ved avsluttet behandling (T3) var mellom 21,3 % og 27,5 %. Totalskåre kunne da ikke regnes ut for 29 av deltakerne, 24 fra PTSD-gruppen og fem fra kompleks PTSD-gruppen. Analysene på psykososial fungering ble dermed gjort basert på 33 barn i PTSD-gruppen og 13 barn i CPTSD-gruppen.

Resultater

En variansanalyse (mixed model ANOVA) med to grupper (CPTSD, PTSD) og repeterte målinger (før vs. etter behandling) viste en signifikant bedring i posttraumatiske stressymptomer over tid, $F(1,78) = 155,34$, $p < 0,001$. $hp2 = 0,67$, 95 % konfidensintervall (KI) [0,54 til 0,74] (tabell 2 og figur 1). Variansanalysen viste også en hovedeffekt av gruppe, der de med CPTSD hadde høyere nivå av symptomer både før og etter behandling $F(1,78) = 19,93$, $p < 0,001$. $hp2 = 0,20$, 95 % KI [0,07 til 0,35]. Det var ingen signifikant interaksjon mellom gruppe (PTSD, CPTSD) og tid (før vs. etter behandling), $F(1,78) = 2,13$, $p = 0,15$. $hp2 = 0,03$, 95 % KI [0,00 til 0,13]. Bedring over tid var dermed ikke forskjellig for de to gruppene.



FIGUR 1 Gjennomsnittlig totalskåre og standardavvik på CATS for gruppene CPTSD og PTSD før og etter behandling

Tabell 2. Gjennomsnittlig totalskåre og standardavvik (SD) på CATS for gruppene CPTSD og PTSD før og etter behandling.

	n	Før behandling M (SD)	Etter behandling M (SD)
CPTSD	20	43,45 (5,74)	21,33 (16,27)
PTSD	60	32,18 (7,13)	14,70 (10,63)

CPTSD-gruppen viste også etter endt behandling en signifikant bedring (med stor effektstørrelse) i alle de tre domene som omhandler selvorganiseringsvansker (tabell 3).

Tabell 3. Gjennomsnitt (M) og standardavvik (SD) for selvorganiseringsvansker før og etter behandling for CPTSD-gruppen (n=20). Gjennomsnitt er sammenliknet på tvers av gruppene med t-tester med frihetsgrader (t,(df)). Hegdes G er oppgitt som mål på effektstørrelse.

	n	Før behandling M (SD)	Etter behandling M (SD)	t (df)	p	g (95 % KI)
Selvfølelse 1 (negativt selv)	20	2,85 (0,37)	1,50 (1,24)	4,48 (19)	< 0,001	1,45 (0,74 – 2,14)
Selvfølelse 2 (skyld)	20	2,80 (0,41)	0,95 (1,04)	7,35 (19)	< 0,001	2,29 (1,48 – 3,09)
Affektregule- ring (vonde følelser)	20	2,80 (0,41)	1,25 (1,20)	5,88 (19)	< 0,001	1,70 (0,96 – 2,41)
Interpersonlig (nærhet til andre)	20	2,65 (0,49)	1,25 (1,25)	4,92 (19)	< 0,001	1,44 (0,73 – 2,13)

Basert på en opptelling lagde vi en oversikt over hvilke diagnoser barna oppfylte etter endt behandling, sammenliknet med ved oppstart (tabell 4). Resultatene viste at flertallet hadde endret seg til under terskel for diagnose ved behandlingsslutt. To av barna i PTSD-gruppen kvalifiserte derimot for CPTSD etter endt behandling. Seks av barna i CPTSD-gruppen rapporterte ikke selvorganiseringsvansker etter endt behandling, men oppfylte kriteriene for PTSD.

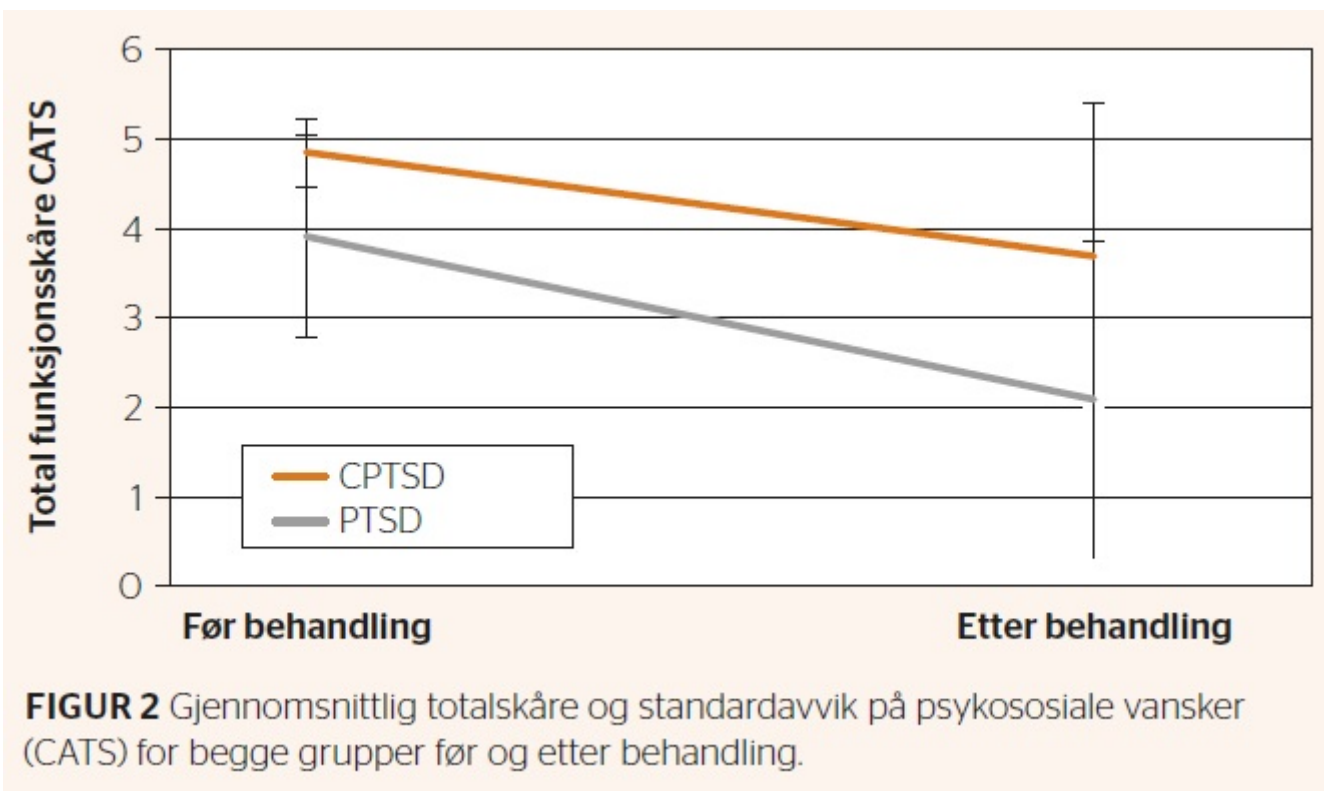
Tabell 4. Diagnoseendring for gruppene PTSD og CPTSD fra før til etter endt behandling.

Behandlingsgruppe (antall)	Diagnoseutfall		
	Under terskel	PTSD	CPTSD
PTSD (60)	80 %	17 %	3 %
CPTSD (20)	55 %	30 %	15 %

Tabell 5. Gjennomsnittlig totalskåre og standardavvik (SD) på psykososiale vansker (CATS) for begge grupper før og etter behandling.

	n	Før behandling M (SD)	Etter behandling M (SD)
CPTSD	13	4,85 (0,38)	3,69 (1,70)
PTSD	33	3,91 (1,13)	2,09 (1,77)

For å undersøke endring i psykososial fungering så vi på totalskåren fra de psykososiale spørsmålene på CATS (se tabell 5 og figur 2). En variansanalyse med to grupper (CPTSD, PTSD) og repeterte målinger (mixed model ANOVA) viste en hovedeffekt av tid (før vs. etter behandling), $F(1,44) = 26,93$, $p < 0,001$. $hp^2 = 0,38$, 95 % KI [0,16, 0,54]. Det var en signifikant bedring, med mindre psykososiale vansker etter endt behandling for begge grupper. Variansanalysen viste også en hovedeffekt av gruppe, der de med CPTSD hadde høyere nivå av psykososiale vansker både før og etter behandling $F(1,44) = 11,95$, $p = 0,001$ $hp^2 = 0,21$, 95 % KI [0,04 til 0,40]. Det var ingen signifikant interaksjon mellom gruppe (PTSD, CPTSD) og tid (før vs. etter behandling), $F(1,44) = 1,35$, $p = 0,25$. $hp^2 = 0,03$, 95 % KI [0,00 til 0,18]. Bedring over tid var dermed ikke forskjellig for de to gruppene.



For å undersøke om det var forskjell i alder mellom gruppene brukte vi t-test for uavhengig utvalg. Resultatene viste at CPTSD-gruppen var signifikant eldre, $t(76) = -2,10$, $p = 0,039$. $g = -0,54$, 95 % KI [-1,05 til -0,02]. Fishers exact-test viser ingen signifikant forskjell ($p < 0,05$) i kjønnsfordeling i de to gruppene. Det var dog 81 % jenter i vårt totale utvalg. Det var ingen signifikante forskjeller i antall rapporterte traumatiserende hendelser mellom barna med PTSD ($M = 4,23$, $SD = 2,18$) og med CPTSD ($M = 5,20$, $SD = 2,38$); $t(78) = -1,68$, $p = 0,097$. $g = -0,43$, 95 % KI [-0,94 til 0,08]. Relasjonelle traumeerfaringer var sterkt representert i begge grupper, PTSD ($M = 3,12$, $SD = 1,88$) og CPTSD ($M = 4,05$, $SD = 2,09$), men vi fant ingen signifikant forskjell mellom gruppene; $t(78) = -1,87$, $p = 0,065$. $g = -0,48$, 95 % KI [-1,00 til 0,03].

Diskusjon og implikasjoner

Hovedformålet med studien var å utvide kunnskapen om CPTSD hos barn og ungdom samt undersøke om barn med mulig CPTSD opplever reduserte plager etter å ha mottatt TF-CBT-behandling. Som forventet rapporterte barna med CPTSD et betydelig større symptomtrykk og dårligere psykososial fungering både før og etter endt TF-CBT-behandling. Vi fant likevel en signifikant nedgang i klassiske traumesymptomer for begge grupper. Disse funnene antyder at TF-CBT kan bidra til å redusere posttraumatiske stresssymptomer også hos personer som strever med selvorganiseringsvansker. Barna i CPTSD-gruppen viste også en signifikant bedring i grad av selvorganiseringsvansker, med store effektstørrelser på alle tre domener (selvfølelse, affektregulering, interpersonlig fungering). Resultatene er i tråd med studien til Sachser og medarbeidere (2017a).

TF-CBT var opprinnelig utviklet for barn med seksuelle overgrepserfaringer og er en bredspektret behandling rettet mot stress, følelser, tanker, atferd og sosiale ferdigheter (Cohen et al., 2018). Det kan tenkes at arbeidet med flere av de ulike komponentene

bidrar til reduksjon i selvorganiseringsvansker. I det terapeutiske arbeidet inngår eksempelvis målet om å hjelpe barnet til å gjenkjenne, differensiere og uttrykke følelser, noe som er en viktig forutsetning for å kunne regulere følelser. Nedgang i affektregulerings- og interpersonlige vansker kan også muligens fremmes av arbeid med å endre kognitive misoppfattelser, samt hjelpe barnet å mestre tanker og situasjoner som tidligere har vært en kilde til unngåelse. Studier har for eksempel vist at endringer i uhensiktsmessige tanker bidrar til redusert posttraumatisk stress og symptomer på depresjon (Jensen, Holt, Ormhaug, Fjermestad & Wentzel-Larsen, 2018; Knutsen, Czajkowski & Ormhaug, 2018). Det arbeides også spesifikt med interpersonlige vansker i komponenten sosiale ferdigheter samt i det kontinuerlige foreldrearbeidet. De kognitive komponentene og psykoedukasjon kan også hjelpe barnet med å identifisere og endre uhensiktsmessige tanker om seg selv og andre, og dermed bedre selvfølelse og sosial samhandling. Endringen kan fremme ut-vik-ling av en mer sunn forståelse av traumene og sine reaksjoner, og dermed motarbeide en negativ selvforståelse (Kliethermes, Drewry & Wamser-Nanney, 2017).

I dette utvalget var CPTSD-gruppen signifikant eldre enn PTSD-gruppen. En mulig forklaring er at selvorganiseringsvansker utvikles over tid. Noen symptomer, som vansker med å regulere affekter, kan også vurderes som innenfor normalområdet for yngre barn og defineres først som et problem i ungdomsalder. Det kan også tenkes at det å bli utsatt for traumatiserende hendelser rammer særlig ungdommers selvfølelse siden ungdomsalderen er en spesielt viktig periode for ut-vik-lingen av identitet, relasjoner til andre og selvstendighet. En tredje forklaring kan være at de eldre barna har hatt mer tid til å oppleve flere og mer langvarige traumatiserende hendelser, noe som er en risikofaktor for symptomkompleksitet (Brewin et al., 2017). Vi vet imidlertid ikke hvor gamle barna var da traumehendelsene fant sted, så videre studier trengs for å underbygge dette.

Vi fant ikke signifikant forskjell mellom gruppene når det gjaldt kjønn, antall eller type traumeeksponering. De fleste av de med PTSD og CPTSD hadde opplevd interpersonlige traumer. Dette gir støtte til de nye ICD-11-kriteriene, der interpersonlige traumer ikke er et avgjørende kriterium for å kunne stille en CPTSD-diagnose. Vi kan dog ikke utelukke at et større utvalg ville gitt signifikante resultater.

Styrker og begrensninger

Traumesymptomer avtar vanligvis over tid, selv uten behandling, og med utformingen i denne studien kan vi ikke fastslå i hvilken grad nedgangen i symptomer som rapporteres for de to gruppene, skyldes TF-CBT-behandlingen eller er en effekt av tid.

En av studiens styrker er at den er basert på et klinisk utvalg med barn fra flere BUP-er, fra ulike steder i landet. En begrensning er imidlertid at vi ikke kan fastslå i hvilken grad utvalget er representativt for det som er en vanlig forekommende BUP-populasjon av traumatiserte barn som opplever betydelige posttraumatiske stresssymptomer. Det er også en svakhet at vi ikke har mer demografiske data. Vi vet heller ikke hvor mange timer behandling som ble gitt. Siden utvalget omhandler de som gjennomførte

behandlingen, vet vi ikke hvor mange det var som avbrøt behandlingen, hvem som av ulike grunner ikke ble tilbudt behandling, eller hvem som takket nei til TF-CBT. En annen begrensning i denne undersøkelsen er utvalgsstørrelsen, og at utvalget i CPTSD-gruppen er betydelig mindre enn i PTSD-gruppen, da et mindre utvalg øker sannsynligheten for type-II feil. Det var generelt lite manglende data i datamaterialet, men for funksjonsspørsmålene i CATS var det en større mangel. Dette tror vi kommer av at disse spørsmålene er på et eget ark, og at de derfor ble glemt stilt.

CPTSD er en ny diagnose, og det er en vesentlig begrensning ved studien at vi ikke har validerte instrumenter til å måle selvorganiseringsvansker. Vi har operasjonalisert selvorganiseringsvansker ved hjelp av spørsmål fra et validert DSM-5-instrument (CATS). I et internasjonalt prosjekt som er under arbeid, har vi funnet at det skal veldig få endringer til i CATS for at det skal dekke hele CPTSD-komplekset. Vi mener derfor at vi med rimelig sikkerhet kan si at vi har fanget opp vesentlige aspekter ved CPTSD i denne studien. Arbeid med å utvikle CATS til å fange opp hele spektret av PTSD og CPTSD har startet, og fremtidige studier vil kunne si om våre funn er replikerbare.

Konklusjon

Studien indikerer at TF-CBT kan være hjelpsomt for barn med symptomer på CPTSD, og føre til betydelig reduksjon i både posttraumatisk stress og selvorganiseringsvansker, det vil si vansker med affektregulering, negativt selvbilde og interpersonlige problemer. Barn og ungdommer med CPTSD hadde imidlertid flere symptomer både ved behandlingsstart og behandlingslutt enn de med PTSD. Fremtidige studier trengs for å forstå hvilke ytterligere tilpasninger som trengs for å gi disse barna optimal behandling. Resultatene må ses i lys av at målene på CPTSD i denne studien er satt sammen av enkeltspørsmål fra et PTSD-validert instrument som ikke er validert for å måle ICD-11-definert CPTSD. Selv om de fleste barna i denne studien var eksponert for interpersonlige traumer, bør behandlere være oppmerksomme på at traumeeksponering ikke predikerte hvem som utviklet komplekse traumeresponser, og at barn som opplever enkeltstående hendelser, også kan utvikle CPTSD. Dette støtter opp om ICD-11 beslutningen om ikke å inkludere traumeeksponering som kriterium for CPTSD, men heller anse det som risikofaktor. Dette gir mening fordi, som flere har påpekt (Brewin et al., 2017), man behandler ikke traumeerfaringer, men virkningen av dem.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 7, 2019, side 492-503

TEKST

Sandra Ekelund Eidhammer, BUP poliklinikk Klostergata – St. Olavs Hospital

KONTAKT: sandraeidhammer@hotmail.com

Håkon Larsen Jahr, Orkdal DPS poliklinikk – St. Olavs Hospital

Ines Blix, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)

Tine Jensen, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

- Alisic, E., Zalta, A.K., Wesel, F., Larsen, S.E., Hafstad, G.S., Hassanpour, K., & Smid, G.E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204(5), 335-340. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington D.C.: American Psychiatric Pub.
- Brewin, C. (2013). «I Wouldn't Start from Here» - An Alternative Perspective on PTSD From the ICD-11: Comment on Friedman. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 557-559. <https://doi.org/10.1002/jts.21843>
- Brewin, C.R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R., ...Reed, G.M. (2017). A review of the 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>
- Cloitre, M. (2015). The «one size fits all» approach to trauma treatment: Should we be satisfied? *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 27344. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27344>
- 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*, 4(1), 20706. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>
- Cloitre, M., Stolbach, B.C., Herman, J.L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408. <https://doi.org/10.1002/jts.20444>
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (2018). *Behandling av traumer og traumatisk sorg hos barn og ungdom*. (Overs. Ingvill Christina Goveia). Oslo: Universitetsforlaget. (Originalutgaven utgitt i 2017).
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Kliethermes, M., & Murray, L. A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse & Neglect*, 36(6), 528-541. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.03.007>
- Deblinger, E., Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Murray, L.A., & Epstein, C. (2008). TF-CBT Fidelity Checklist. Unpublished instrument. UMDNJ-SOM CARES Institute, Stratford, NJ.
- De Jongh, A., Resick, P.A., Zoellner, L.A., van Minnen, A., Lee, C.W., Monson, C.M., ... 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>
- Dorsey, S., McLaughlin, K.A., Kerns, S.E., Harrison, J.P., Lambert, H.K., Briggs, E.C., ... & Amaya-Jackson, L. (2016). Evidence base update for psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(3), 303-330. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1220309>
- Fagermoen, E.M., Østensjø, T., Skagemo, C.U., Moen, G.M., & Husebø, G.K. (2017). Traumefokusert kognitiv atferdsterapi og komplekse traumer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(10), 978-989. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2017/10/traumefokusert-kogni...>
- Fairclough, D.L. (2010). *Design and analysis of quality of life studies in clinical trials*. Boca Raton: Chapman and Hall/CRC.
- Fidell, L.S., & Tabachnick, B.G. (2003). Preparatory data analysis. I I.B. Weiner, J.A. Schinka & W.A. Velicer (red.), *Handbook of psychology (Vol.2)* (s. 115-142). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/0471264385.wei0205>
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics (4. utg)*. London: Sage publications.

- Ford, J.D., Elhai, J.D., Ruggiero, K.J., & Frueh, B.C. (2009). Refining posttraumatic stress disorder diagnosis: Evaluation of symptom criteria with the National Survey of Adolescents. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(5), 748-755. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04692>
- Friedman, M. (2013). Finalizing PTSD in DSM-5: Getting Here From There and Where to Go Next. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 548-546. <https://doi.org/10.1002/jts.21840>
- George, D., & Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 11.0 update (10a ed.). Boston: Allyn & Bacon/Pearson. Hentet fra <http://wps.ablongman.com/wps/media/objects/385/394732/george4answers.pdf>
- Gerson, R., & Rappaport, N. (2013). Traumatic stress and posttraumatic stress disorder in youth: Recent research findings on clinical impact, assessment, and treatment. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), 137-143. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.018>
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic violence to political terrorism*. New York: The Guilford Press
- Hoaglin, D.C., Iglewicz, B., & Tukey, J.W. (1986). Performance of some resistant rules for outlier labeling. *Journal of the American Statistical Association*, 81(396), 991-999. Hentet fra <http://amstat.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01621459.1986.10478363#.Wd...>
- Hyland, P., Murphy, J., Shevlin, M., Vallières, F., McElroy, E., Elklit, A., ... & Cloitre, M. (2017). Variation in post-traumatic response: the role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(6), 727-736. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1350-8>
- Guidelines Committee (2018). *ISTSS Guidelines Position Paper on Complex PTSD in Children and Adolescents*. Hentet fra [http://www.istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-...\(Child_Adol\)_FNL.pdf.aspx](http://www.istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-...(Child_Adol)_FNL.pdf.aspx)
- Jensen, T.K., Holt, T., Ormhaug, S.M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L.C., . . . Wentzel-Larsen, T. (2014). A Randomized Effectiveness Study Comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy With Therapy as Usual for Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 356-369. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.822307>
- Jensen, T.K., Holt, T., & Ormhaug, S.M. (2017). A Follow-Up Study from a Multisite, Randomized Controlled Trial for Traumatized Children Receiving TF-CBT. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(8), 1587-1597. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0270-0>
- Jensen, T.K., Holt, T., Ormhaug, S.M., Fjermestad, K.W., & Wentzel-Larsen, T. (2018). Change in post-traumatic cognitions mediates treatment effects for traumatized youth - A randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology*, 65(2), 166-177. <https://doi.org/10.1037/cou0000258>
- Kilpatrick, D. (2014). The DSM-5 Got PTSD Right: Comment on Friedman (2013). *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 563-566. <https://doi.org/10.1002/jts.21844>
- Kliethermes, M.D., Drewry, K. & Wamser-Nanney, R. (2017). *The diagnostic spectrum of trauma-related disorders in children and adolescents*. I M.A. Landolt, M. Cloitre & U. 58 Schnyder (red.), *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents* (s. 167-186). Switzerland: Springer International Publishing.
- Knutsen, M.L., Czajkowski, N.O., & Ormhaug, S.M. (2018). Changes in posttraumatic stress symptoms, cognitions, and depression during treatment of traumatized youth. *Behaviour research and therapy*, 111, 119-126. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.010>
- Landy, M.J.H., Wagner, A.C., Brown-Bowers, A., & Monson, C.M. (2015). Examining the evidence for complex posttraumatic stress disorder as a clinical diagnosis. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 24(3), 215-236. <https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1002649>
- Løvgren, M., Stefansen, K., Smette, I., & Mossige, S. (2017). Barn og unges utsatthet for fysisk vold fra foreldre. Endringer i mild og grov vold fra 2007 til 2015. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 94(02), 110-124. <https://doi.org/10.18261/issn.1891-1838-2017-02-04>
- Maercker, A., Brewin, C.R., Bryant, R.A., Cloitre, M., Ommeren, M., Jones, L.M., ... & Somasundaram, D.J. (2013). *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>

McLaughlin, K.A., Green, J.G., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., & Kessler, R.C. (2012). Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents. *Archives of general psychiatry*, 69(11), 1151-1160.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2277>

Myhre, M., Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2015). Vold og voldtekt i oppveksten. En nasjonal intervjuundersøkelse av 16-og 17-åringer (Rapport 1/15). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Hentet fra
https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/vold_voldtekt_i_oppveksten1...

NKVTS (2018). Øringe kartleggingsverktøy. Hentet fra <https://www.nkvts.no/tf-cbt/til-deltakerne-av-tf-cbt-implementeringspros...>

Perkonig, A., Höfler, M., Cloitre, M., Wittchen, H.U., Trautmann, S., & Maercker, A. (2016). Evidence for two different ICD-11 posttraumatic stress disorders in a community sample of adolescents and young adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(4), 317-328. <https://doi.org/10.1007/s00406-015-0639-4>

Resick, P., Bovin, M., Calloway, A., Dick, A., King, M., Mitchell, K., 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/da.22469>

Sachser, C., Keller, F., & Goldbeck, L. (2017a). Complex PTSD as proposed for ICD-11: validation of a new disorder in children and adolescents and their response to traumafocused cognitive behavioral therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(2), 160-168.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12640>

Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T.K., Jungbluth, N., Risch, E., ... & Goldbeck, L. (2017b). International development and psychometric properties of the child and adolescent trauma screen (CATS). *Journal of Affective Disorders*, 210, 189-195. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.040>

Silverman, W.K., Ortiz, C.D., Viswesvaran, C., Burns, B.J., Kolko, D.J., Putnam, F.W., & Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 156-183.
<https://doi.org/10.1080/15374410701818293>

Van der Kolk, B.A. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
<https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>

Wamser-Nanney, R., & Vandenberg, B.R. (2013). Empirical Support for the Definition of a Complex Trauma Event in Children and Adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 26(6), 671-678.
<https://doi.org/10.1002/jts.21857>

WHO (2018) International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics. Eleventh Revision.

Wolf, E.J., Miller, M.W., Kilpatrick, D., Resnick, H.S., Badour, C.L., Marx, B.P., ... & Friedman, M.J. (2015). ICD-11 complex PTSD in US national and veteran samples: Prevalence and structural associations with PTSD. *Clinical Psychological Science*, 3(2), 215-229.
<https://doi.org/10.1177/2167702614545480>