

KOMPLEKS PTSD: Hva er den kliniske nytteverdien?

Åshild Nestgaard Rød, 20165518

10. Semester, Psykologi
Kandidatspeciale

Rapportens samlede antall tegn: 150 602
Svarende til antall normalsider: 62.8

Veileder: Casper Schmidt



**AALBORG
UNIVERSITET**

28/05/2021

Abstract

As post-traumatic stress disorder (PTSD) was developed to account for the psychological impact of traumatic events in soldiers returning from war, complex post-traumatic stress disorder (CPTSD) is developed to describe more complex responses to trauma, of often multiple, prolonged and relational character. CPTSD shares trauma-specific symptoms with its sibling disorder PTSD but is additionally characterized by disturbances of the individual's self-organization, observed by emotional dysregulation, a negative self-concept and relational difficulties. Following longitudinal clinical observations and empirical analyses, CPTSD has earned its status as an independent diagnosis in the latest revision of International Classification of Diseases (ICD-11).

The aim of this master thesis was to examine and explicate the clinical utility of the CPTSD diagnosis, considering the upcoming implementation of ICD-11 in clinical practice. The main research question was directly derived from the ICD-revision, and further questions have been postulated, and examined, using existing literature, in independent chapters of the dissertation. The development and constitution of the CPTSD diagnosis has its basis in international field studies and further construct- and validity analyses, which show strong evidence for the diagnostic differentiation of CPTSD and PTSD. In addition, comprehensive and cross-cultural analyses of the diagnosis and its complex nature, has been made possible by the development of the International Trauma Questionnaire (ITQ) and International Trauma Interview (ITI). The validation of these test instruments is seen as a contributing factor in the cementation of the diagnosis in further clinical practice. The instruments permit the mapping of core symptoms from ICD-11, which consequently provide qualified assessment of the concepts, with informative value for both clinical communication and facilitation of treatment. Furthermore, the present thesis has elaborated the relationship between CPTSD and borderline personality disorder, due to their overlapping symptom criteria. In an independent analysis the two disorders were found distinguishable by their phenomenological presentation, although the possibility of CPTSD masking as comorbid BPD/PTSD in a diagnostic context is discussed.

The thesis discusses the aid in which research on differential diagnostics can provide in the construction of symptom-specific interventions, and what further implications the diagnosis might have for clinical practice. The research on CPTSD is still in its infancy, and there remains to be established consensus on treatment directions in the absence of adequate intervention

studies on the disorder. It is concluded that practicing professionals need to note the available evidence and make use of well-established methods developed for treatment of PTSD, as well as make efforts to integrate accommodating techniques for disturbances of self-organization in the treatment of CPTSD. The introduction of CPTSD in the ICD-11 may facilitate access to more tailored treatment options, as well as contribute to increased research focus on disorders specifically associated with stress. The clinical value of this additional diagnosis is expected to reveal itself after the newly revised ICD-11 is implemented in clinical practice. It is however concluded by this master thesis that there exists a multitude of reasons for optimism regarding the diagnosis' clinical impact on a heavily traumatized and vulnerable group of people.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Forsknings spørsmål	2
1.2 Begrepsavklaring – Hva er en klinisk nyttig diagnose?	3
2. Metodologiske overveielser	4
2.1 Vitenskapsteoretisk forankring	4
2.2 Design	4
2.3 Datasøk og utvelgelse	5
3. Hva er Kompleks PTSD? - Et etiologisk og diagnostisk utviklingsperspektiv	6
3.1 Kompleks PTSD i ICD-11	9
3.2 Toneangivende feltundersøkelser	10
3.3 Er diagnosen valid og reliabel?	13
3.3.1 Reliabilitet og måleredskaper	14
3.3.2 Diskriminativ validitet	16
4. Kan Kompleks PTSD bedre beskrive symptombilder som ellers klassifiseres i andre diagnostiske kategorier?	18
4.1 Kompleks PTSD og borderline personlighetsforstyrrelse: en differensialdiagnostisk analyse	20
5. Hvilke implikasjoner har Kompleks PTSD for behandling?	29
5.1 Evidensbasert praksis	30
6. Hva er den kliniske nytteverdien av en Kompleks PTSD-diagnose?	39
6.1 Diagnosen som nøkkel til behandling	44
6.2 Diagnosen som døråpner for forskning og evidensbasert praksis	45
6.3 Nåværende begrensninger og fremtidige muligheter	46
7. Perspektivering	48
7.1 Nettverksperspektivet	48
7.2 Barneperspektivet	50
8. Konklusjon	54
Referanseliste	57
Litteraturliste	71

1. Innledning

Gjennom livet vil mange oppleve potensielt traumatiserende hendelser, og for noen er erfaringen av ekstremt farlig og skremmende karakter. Et traume kommer sjeldent alene og mange opplever å befinne seg i en situasjon hvor betingelsene tilsier at det er vanskelig, om ikke umulig å unnsnippe, eksempelvis når traumeeksponeringen foregår i eget hjem. Både forskere og klinikere som møter mennesker som har overlevd gjentatte traumer i ung alder ser ofte et komplekst symptombylde, som ikke kun preges av klassiske symptomer på posttraumatisk stress, men også andre senfølger med stor betydning for vedkommendes fungering (van der Kolk et al., 2005).

Overordnet kan psykiatriske diagnoser beskrives som teoretiske konstrukter som er utviklet for å forstå sameksistensen til psykiske symptomer og andre psykopatologiske prosesser (Borsboom, 2008). Diagnosesystemene har med andre ord betydning for hvordan vi forstår og snakker om psykisk lidelse. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) og World Health Organization (WHO) International Classification of Diseases (ICD) har siden sin opprinnelse gjennomgått flere revisjoner, hvor diagnosene er oppdatert og klassifisert på nye måter. Diagnosenes kliniske anvendelighet er av stor betydning for klinisk praksis og forut for den siste revisjonen av ICD (ICD-11) har arbeidsgrupper på vegne av WHO gjennom en rekke initiativer forsøkt å avdekke hvordan revisjonen kunne øke diagnosesystemets anvendelighet for klinikere og samtidig sikre diagnosenes nytteverdi på tvers av global kontekst (International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders, 2011; First et al., 2015; Maercker et al., 2013; Reed et al., 2013; Reed, 2010). Et overordnet mål for revisjonen var å legge bedre til rette for identifikasjon og dermed målrettet behandling av psykiske lidelser, på en måte som kan redusere sykdomsbyrden på tvers av WHO's medlemsland (Reed, 2010). ICD-11 ble lansert i 2018, vedtatt av WHO's medlemsland i 2019 og skal tre i kraft fra 1.januar 2022 (WHO, 2018a). Den vil med andre ord være veiledende for fremtidens praksis.

Etter en lengre utviklingshistorie har Kompleks PTSD (KPTSD) blitt inkludert som en selvstendig diagnose i ICD-11 (WHO, 2018b). Innføringen bygger på en lengre rekke kliniske observasjoner og empiriske analyser, som tilsier at det eksisterer en lidelse hvor klassiske

PTSD-symptomer følges av forstyrrelser i den traumatisertes selvorganisering (Maercker et al., 2013). En betydelig mengde evidens understøtter diagnosens diskriminative validitet når lidelsens komplekse symptombilde sammenlignes med PTSD alene (Brewin et al., 2017). Likevel er det ennå ikke klart hvilken nytteverdi de to søskendiagnosene har for klinisk praksis (Cloitre, 2020), og dette gjøres derfor til gjenstand for analyse i denne masteroppgaven.

1.1 Forskningsspørsmål

Med innføringen av Kompleks PTSD som ny diagnose i ICD-11 kan man, med utgangspunkt i intensjonene bak revisjonen, stille spørsmålet:

Hva er den kliniske nytteverdien av en Kompleks PTSD-diagnose?

Forskningsspørsmålet følger med andre ord direkte av revisjonen og utløser flere underspørsmål:

- Hva er en klinisk nyttig diagnose?
- Hva er Kompleks PTSD? Og er diagnosen valid og reliabel?
- Kan Kompleks PTSD bedre beskrive symptombilder som ellers klassifiseres i andre diagnostiske kategorier?
- Hvilke implikasjoner har diagnosen for behandling?

De nevnte underspørsmålene reflekterer relevante delproblemer, som vil behandles i lys av internasjonal anerkjent forskningslitteratur i kapitlene som følger. Dette inkluderer litteratur om diagnosens utvikling, herunder teoretiske forståelser for lidelsens etiologi og symptombilde. Diagnosens kliniske nytteverdi vil ta utgangspunkt i intensjonene bak revisjonen av ICD og belyses ytterligere via konstrukt- og validitetsanalyser, så vel som dokumenterte kliniske erfaringer fra praktiserende. Lidelsens symptombilde gjøres til gjenstand for differensialdiagnostisk analyse, som følges av en diskusjon om differensierte kliniske vurderinger og komorbiditet mer generelt, hvor også diagnostiske utredningsverktøy spiller en viktig rolle. KPTSD betegnes eksplisitt å være av kompleks karakter og det vil diskuteres hvilke implikasjoner den nye diagnosen har for behandlingspraksis. Underspørsmålene behandles i egne kapitler og munner ut i en diskusjon hvor problemformuleringen bestrebes besvart ut fra et samlet vitenskapelige grunnlag. Deretter

følger en perspektivering, som tilveiebringer andre verdifulle tilnærminger til KPTSD-konseptet. Oppgaven avsluttes med en samlende konklusjon.

1.2 Begrepsavklaring – Hva er en klinisk nyttig diagnose?

I det følgende vil “klinisk nytteverdi” defineres, for å avklare hvordan begrepet skal forstås i oppgavens kontekst. Definisjonen tar utgangspunkt i hvordan WHO definerer “clinical utility”, da The International Advisory Group for the Revision of the ICD-10 Mental and Behavioural Disorders satte forbedring av nettopp dette som en prioritet for organiseringen av ICD-11 (2011; First et al., 2015). Etter WHO’s definisjon er den kliniske nytteverdien av en klassifisering eller kategori av psykiske lidelser avhengig av: a) sin kommunikasjonsevne (eks. mellom klinikere, pasienter, familier, etc.), b) hvordan den kan implementeres i klinisk praksis, herunder dens presisjon (“goodness of fit”), hvor enkel den er å bruke (“ease of use”) og hvor tidkrevende det er, og c) hvor nyttig den er ved valg av intervensjoner og som støtte i kliniske vurderinger (Reed, 2010, p. 461). I WHO-definisjonen inkluderes også hvorvidt bruk av kategorien medfører forbedringer i kliniske utfall, både individuelt og på populasjonsnivå (Reed, 2010), og den kliniske nytteverdien av ICD-11 har siden innføringen vært gjenstand for en rekke internettbaserte og kliniske feltstudier (Luciano et al., 2020; Peterson et al., 2019; Reed et al., 2018a; Reed et al., 2018b), hvor flere studier foregår i skrivende stund. For å øke nytteverdien av ICD er det utviklet *Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines (CDDG)* for å veilede klinikere med presis og konsistent informasjon, på tvers av diagnostiske kategorier (First et al., 2015). Disse retningslinjene utvikles også til ICD-11 og muliggjør tilpasninger til klinikeren og klientens kulturelle kontekst, åpner for en informert klinisk vurdering, og har også vært gjenstand for kliniske studier (Reed et al., 2015; Giallonardo, 2019; Gaebel et al., 2020).

Med henblikk på å identifisere den kliniske nytteverdien av en Komplex PTSD-diagnose vil erfaringsbaserte, økologiske feltstudier være hjelpsomme. I takt med implementeringen av ICD-11 i klinisk praksis forventes studier rettet mot flere spesifikke diagnoser publisert. For å bli klokere på hva man kan forvente av fremtidig praksis er det relevant å gå tilbake i tid og se nærmere på hva som ligger til grunn for utviklingen av KPTSD, både som lidelse og som diagnose i ICD-11. Forut for en historisk gjennomgang presenteres de metodologiske overveielsene jeg har hatt i forbindelse med utarbeidelsen av dette prosjektet, hvor blant annet oppgavens forskningsmessige design og vitenskapsteoretiske forankring inngår.

2. Metodologiske overveielser

Som det fremgår av forskningsspørsmålet, er formålet med denne oppgaven å danne et helhetlig bilde av den kliniske nytteverdien av diagnosen Kompleks PTSD. Å avklare dette har høy klinisk relevans, ettersom diagnosen, med den reviderte ICD-11, i nær fremtid skal implementeres i klinisk praksis. I ovenstående avsnitt er klinisk nytteverdi definert, med utgangspunkt i de føringene WHO la for utarbeidelsen av revisjonen. Forskningsspørsmålet er fremtidsorientert, da det primært vedrører implikasjoner for diagnostisk praksis når ICD-11 tas i full bruk. Oppgavens interessefelt er med andre ord høyaktuelt i skrivende stund, da det bestreber å knytte fortidens diagnostiske utviklingshistorie sammen med fremtidens praksis og demonstrere hvordan KPTSD er klinisk relevant.

2.1 Vitenskapsteoretisk forankring

I dette prosjektet vil forskningsspørsmålet undersøkes ut fra forskjellige kilder. Det er en teoretisk orientert oppgave, hvor det ikke samles inn egen empiri, men hvor andres empiri utvelges, analyseres og diskuteres i relasjon til problemformuleringen. Denne tilgangen til forskningen kan beskrives som humanistisk, da det ikke nødvendigvis tilstrebes objektivitet, men legges til rette for en bredere forståelsesramme. Som analytisk disiplin er humanistisk orientert psykologi preget av metodepluralisme, herunder hermeneutiske metoder (Christensen, 2014, p.181). Hermeneutikken er en allmenn fortolkningsteori hvor humane fenomener vurderes best beskrevet og forstått fra et holistisk perspektiv, der tolkningen av flere separate enheter samles i nye helheter, i en *hermeneutisk sirkel* (Rønn, 2006, p.178f). Mer spesifikt kan tilgangen i dette prosjektet beskrives som historisk-hermeneutisk, da den viten som fremskaffes er kontekstavhengig og kulturhistorisk forankret. At humanvitenskapen også er en praktisk vitenskap kan forstås som at den er “handleveiledende” for den konteksten den tolkes ut fra (Christensen, 2014, p. 181). I denne oppgaven fremkommer dette allerede ved presentasjonen av forskningsspørsmålet, hvor diagnostisk praksis adresseres direkte.

2.2 Design

I motsetning til en systematisk rapportering av litteraturen, tilsvarende PRISMA retningslinjer (Moher et al., 2009), forventes det at en hermeneutisk tilnærming i mer tilstrekkelig grad vil kunne besvare oppgavens forskningsspørsmål, da en uttømmende og tilfredsstillende

besvarelse i dette tilfellet krever fortolkning. Systematiske litteraturreviews kan vurderes å være en mer valid metode dersom målet er å frembringe regelmessigheter man kan generalisere ut fra, såkalt *nomotetisk* vitenskap (Rønn, 2006, p. 179). Prosjektets problemformulering beskjeftiger seg dog ikke med et klart avgrenset område, og vanskeliggjør derfor gjennomføringen av en systematisk undersøkelsesprosedyre. Litteraturgjennomgangen i undersøkelsen vil derfor ikke følge av en forhåndsdefinert protokoll, og det kan derfor heller ikke forventes at andre som gjentar metoden vil oppnå samme resultater. Undersøkelsen vil derimot gi en oversikt over forskningslitteratur som er relevant for å besvare problemformuleringen.

Den hermeneutiske vitenskapsteoretiske forankring er retningsgivende for oppgavens forskningsmessige design. Skriftlig synliggjøres dette blant annet ved at forskningsspørsmålet søkes besvart ved hjelp av flere underspørsmål, da det forventes at flere perspektiver åpner for fortolkninger der ny, samlende forståelse dannes. Underspørsmålene behandles i egne kapitler og muliggjør undersøkelse av relevante delproblemer på et vitenskapelig grunnlag. Hensikten med oppgaven er, fremfor noe, å formidle et sammenhengende narrativ av den kliniske nytteverdien av KPTSD. I tråd med et historisk-hermeneutisk perspektiv forventes den mest dekkende og tilfredsstillende besvarelsen av problemformuleringen frembrakt gjennom en kumulativ fortolkningsprosess, der fenomenet, Kompleks PTSD, forstås i lys av den konteksten det er vokst frem i.

2.3 Datasøk og utvelgelse

Prosjektarbeidet ble innledet av et omfattende pilotsøk, hvor kjernetekster som undersøkte forhold som var relevante for problemformuleringen ble identifisert. Relevante søkeord i denne forbindelse var blant annet “complex ptsd”, “complex trauma”, “dso symptoms”, i kombinasjon med “clinical utility” og “clinical relevance”, samt “icd-11” og “icd revision”. Søkestrengen ble gradvis utvidet ettersom jeg ble kjent med forskningsfeltets terminologi. Det viste seg at “clinical utility” var relativt hyppig anvendt i litteraturen og det ble vurdert at dette utgjorde den beste oversettelsen og dekket aspekter jeg opprinnelig hadde lagt i begrepet “klinisk nytteverdi”. Ettersom WHO har formulert en klar definisjon av begrepet er denne også veiledende for oppgaven og avklares innledningsvis.

I kvalifiserte tekster ble det gjennomført sitasjonssøk i referanselistene og datautvelgelsen bærer dermed preg av den såkalte snøball-effekten, der relevante data ble forfulgt og ledet frem

til ny utforskning, hvor nye referanselister kunne gjennomgås (Boland et al., 2017, p. 72). I denne prosessen ble det særlig tydelig hvordan nyervervet viten bygger på tidligere ervervede forståelser og jeg erfarte å få et bredt overblikk over litteratur som var relevant for å belyse feltet. Det skulle vise seg at det i lite omfang eksisterer litteratur som konkret beskjeftiger seg med forskningsspørsmålet, og det ble derfor i søke- og utvelgelsesprosessen vurdert som særlig meningsfullt å gå tilbake til undersøkelser som ble gjort forut for ICD-11, for å avklare hva som ble vurdert som mangelfullt den gang, og hvordan den nye diagnosen, KPTSD, kunne bidra til å fylle de eventuelle mangler. Det ble gjennomført egne søk i tilknytning til de forskjellige underspørsmålene og de spesifikke søkeprosessene vil skisseres i de respektive kapitler der det er relevant.

“Klinisk nytteverdi” ble definert innledningsvis for å avklare rammene for oppgaven og presisere dennes formål. I den påfølgende delen av oppgaven vil det gjøres rede for Kompleks PTSD. Dette inkluderer en gjennomgang av diagnosens historiske utvikling, informert av lidelsens etiologi og symptombilde, og relasjonen mellom de to. I denne forbindelse tegnes et helhetlig bilde av en kompleks lidelse, hvor empirisk litteratur som ledet opp til inklusjonen i ICD-11 vil gjennomgås kronologisk. Dette munner ut i et spørsmål om diagnosens validitet og reliabilitet, som vil belyses av empirisk evidens, blant annet i form av eksisterende konstrukt- og validitetsanalyser.

3. Hva er Kompleks PTSD? - Et etiologisk og diagnostisk utviklingsperspektiv

For å forstå KPTSD er det vesentlig å forstå hva kompleks traumatisering er. Ordet traume kommer fra gresk og betyr skade eller sår og betegner altså ikke selve hendelsen, men skaden denne medfører (RVTS, 2020). Et psykologisk traume kan oppstå i tilfeller der en begivenhet overskrider et menneskes evne til å beskytte sitt psykiske velvære og integritet, fordi kraften av hendelsen er større enn de ressursene som er tilgjengelig for effektiv respons og forsvar (Cloitre et al., 2006, p. 3). Traumer kan med andre ord representere et forhold mellom hendelse og respons, hvor objektive karakteristikk ved et potensielt traume kan identifiseres, mens påvirkningen det har på den rammede ikke kan stadfestes uten å ta individuelle disposisjoner og sårbarheter i betraktning (Cloitre et al., 2006, p. 3-4).

Når reaksjoner på hendelsen vedvarer over tid snakker vi ofte om posttraumatisk stress, som diagnostisk omtales PTSD, posttraumatisk stresslidelse. PTSD ble inkludert i DSMs tredje revisjon (American Psychiatric Association [APA], 1980), som en konsekvens av et behov for å forstå psykopatologisk sekvele hos hjemvendte soldater fra Vietnamkrigen. Gjennom symptombeskrivelser og informert av samtidig forskning på andre traumatiske opplevelser, som voldtekt, vold i hjemmet og barnemishandling ble forståelsen for posttraumatiske reaksjoner utviklet. Likhetstrekkene på tvers av ulike traumer førte til en samlet PTSD-diagnose i DSM-III, og det ble endelig stadfestet at skadelige effekter av traumatisk stress ikke kun oppsto i relasjon til krig (Friedman et al., 2007). PTSD var mulig å identifisere klinisk og innføringen av diagnosen utløste en årrekke med forskning innenfor traumefeltet, som stadig pågår. PTSD-diagnosen har gjentatte ganger vært emne for kontrovers, og med nye utgaver av de diagnostiske klassifikasjonssystemene, DSM og ICD, har diagnosen blitt revidert; tillagt flere symptomer, endret strukturell tilhørighet, fått nye grenseverdier, fjernet symptomer, med mer (APA, 1980, 1987, 1994, 2013; WHO, 1992, 2018b).

Når det i denne oppgaven refereres til klassisk PTSD vil det av praktiske årsaker henvises til siste revisjon i ICD-11, med mindre annet presiseres. Her vurderes diagnostiske krav oppfylt dersom individet har vært eksponert for et traume og minst ett symptom fra kjernesymptomene; 1) gjenopplevelse, 2) unngåelse og 3) hyperaktsomhet er til stede. Symptomene viser seg i ulike variasjoner og grader, men det forutsettes i ICD-11 at symptomene forårsaker lidelse og funksjonsnedsettelse på et personlig, familierelatert, sosialt, utdannings-, arbeidsmessig eller annet viktig område (WHO, 2018b). Gjenopplevelse innebærer at den traumatiske hendelsen gjentar seg, i form av påtrengende minner, drømmer eller mareritt, populærkulturelt ofte kalt "flashbacks". Opplevelsen følges ofte av overveldende følelser, som frykt, og sterke, fysiske sanseropplevelser. Unngåelse av aktiviteter, tanker og situasjoner som minner om traumet er et kriterium for diagnosen og hyperaktsomhet eller økt alarmberedskap som følge av en opplevd økt trusselsituasjon forekommer hyppig og kan blant annet kjennetegnes ved økt skvettenhet og søvnløshet hos den traumatiserte (WHO, 2018b). Særlig symptomer på gjenopplevelse har vært et gjentagende tema for akademisk diskusjon (Brewin et al., 2017), hvorpå det i ICD-11 uttrykkelig defineres at gjenopplevelsen skal erfares som forekommende "i nuet", og ikke som et vondt minne fra fortiden. Dette er et av områdene hvor ICD-11 skiller seg fra DSM-5, hvor gjenopplevelse kan være enhver form for påtrengende minne eller emosjonell reaksjon ved påminnelse om hendelsen (Brewin, 2020). Inklusjonskriteriet for ICD-11 er med andre ord smalere definert.

Parallelt og allerede fra tidlig 90-tall har både klinikere og forskere på traumefeltet argumentert for at noen mennesker utvikler posttraumatiske reaksjoner utover de klassiske PTSD-symptomene. Først ute til å poengtere dette var Judith Herman (1992), som mente PTSD-diagnosen ikke i tilstrekkelig grad kunne innfange det sammensatte symptom bildet som kan følge av kompleks og langvarig traumeeksponering. Hun foreslo en egen diagnose for komplekse traumetilstander, som utover PTSD-symptomer beskrev flere symptomgrupper som: endringer i følelsesregulering, endringer i oppmerksomhet og bevissthet, endringer i selvoppfattelse, endringer i oppfattelsen av overgriper, endringer i relasjoner til andre, somatisering og/eller medisinske problemer og endringer i menings- og trossystemer (Modum Bad, 2019, p. 14). Syndromet Herman beskrev ble vurdert for inklusjon i DSM-IV under navnet DESNOS, Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified (Herman, 1992).

I eldre tilnærminger til PTSD har psykiske vansker som ikke falt inn under de diagnostiske rammene blitt betegnet som komorbide tilstander, som om de forekom uavhengig av PTSD-symptomene. Som følge har viktige traume-relaterte forstyrrelser blitt forsømt av forskere, med forhøyet risiko for ineffektive behandlingsintervensjoner. I en innflytelsesrik feltstudie for DSM-IV ble derfor posttraumatiske adaptasjoner undersøkt inngående (van der Kolk et al., 2005). Studiet demonstrerte at langvarige traumer, som inntreffer første gang i ung alder og er av relasjonell karakter, kan ha betydningsfulle effekter på psykisk fungering utover alminnelige PTSD-symptomer. Symptomene hadde en tendens til å samle seg i bestemte klynger og var dessuten internt forbundet til hverandre. Studiet viste ikke kun at de såkalte DESNOS-symptomene kunne oppstå i forlengelse av PTSD, men også at tidlig traumatisering i høyere grad gir kompleks psykopatologi enn traumer som inntreffer senere, og at både yngre alder og varigheten av traumeeksponeringen økte risikoen for utvikling av DESNOS, i tillegg til PTSD. Resultatene indikerte dessuten at det var DESNOS-symptomene, og ikke PTSD, som medførte at pasienten oppsøkte behandling (van der Kolk et al., 2005), hvilket understøttet at disse sekundære symptomene var av særlig betydning for individets personlige fungering og mentale trivsel. Til tross for støttende empirisk evidens ble ikke DESNOS inkludert som selvstendig diagnose, men inkludert i et bilag med forskningsdiagnoser i DSM-IV (APA, 2000, if. Brewin, 2020). DESNOS-konseptet har dog funnet bred anvendelse i forskningsfeltet som beskrivende for kompleks traumatisering, især i relasjon til klassifikasjoner i DSM. Diagnosen er operasjonalisert ved 48 mulige symptomer fordelt på 6 skalaer og 27 subskalaer, basert på identifiserte reaksjoner ved ekstreme traumer (Pelcovitz et al., 1997).

Judith Hermans opprinnelige formulering av Kompleks PTSD er videreutviklet gjentatte ganger og ble igjen foreslått og utelukket for inklusjon i DSM-5 (APA, 2013). Begrunnelsen var at man på daværende tidspunkt ikke hadde tilstrekkelig empirisk evidens for at KPTSD var distinkt forskjellig fra PTSD alene, men heller en mer alvorlig form (Resick et al., 2012). Kompleksiteten ved posttraumatisk stress ble forsøkt ivaretatt ved å inkludere en egen underkategori i PTSD-diagnosen med symptomer på “Negative endringer av tanker og følelser relatert til hendelsen”, i bokstav D (APA, 2013). Dette kan innebære amnesi for deler av traumet, vedvarende negativ tro på antagelser om seg selv, andre eller verden, skyld rettet mot seg selv eller andre i relasjon til den traumatiske hendelsen, vedvarende negativ sinnstemning, nedsatt interesse eller deltagelse i aktivitet, en følelse av å være isolert eller fremmedgjort fra andre og manglende evne til å føle positive emosjoner (Friedman, 2013). Diagnosen er dessuten ytterligere utvidet med uforsiktig eller selvdestruktiv atferd som symptomer på overaktivering, og det er innført en egen dissosiativ subtype av PTSD, for å kunne kategorisere reaksjoner med fremtredende depersonalisasjon- og derealisasjonssymptomer (APA, 2013). Hensikten bak en bredere PTSD-diagnose var nettopp å kunne innfange mer komplekse og varierte symptombilder. Vel å merke har utvidelsen av diagnosen medført at PTSD i DSM-5 nå kan kjennetegnes ved opp til 636 120 forskjellige kombinasjoner av symptomer (Galatzer-Levy & Bryant, 2013), og en kan derfor stille spørsmål ved hvordan DSM-klassifiseringen imøtekommer diagnostiske behov i praksis.

I ICD-10 var F62.0 *Personlighetsendring etter katastrofeopplevelser*, også kjent som EPCACE, tiltenkt å beskrive personlighetsrelaterte senskader av kompleks traumatisering. Denne diagnosen har dog kun i begrenset grad vært gjenstand for forskning og inkluderte ikke symptomer som fulgte av kompleks traumatisering i barndommen (Maercker et al., 2013). Diagnosen ble ekskludert til fordel for den mer spesifikt formulerte KPTSD-diagnosen ved overgangen til ICD-11 (WHO, 2018b).

3.1 Kompleks PTSD i ICD-11

Formuleringen i ICD-11 er relatert til Hermans opprinnelige konsept om “kompleks PTSD” (1992), DESNOS og EPCACE og deler med dem et fokus på vedvarende endringer i selvorganisering, som formodes å utløpe fra forlengede eller multiple traumer, der flukt er vanskelig eller umulig. I motsetning til DESNOS defineres KPTSD ut fra langt færre symptomer, og kontrært til EPCACE beskrives ikke symptomene på KPTSD som

personlighetsendringer (Brewin, 2020). Dessuten forutsettes de tre kjernesymptomene i ICD-11 PTSD oppfylt for oppfyllelse av KPTSD, da de to diagnosene er hierarkisk forbundet og gjensidig utelukkende. I tillegg til PTSD-symptomene består diagnosen av forstyrrelser i tre domener som vedrører selvorganisering, ofte omtalt som DSO-symptomer (disturbances in self-organization). De tre domenene vedrører; 1) affektiv dysregulering, 2) negativt selvbilde og 3) relasjonelle vansker, og en diagnose krever at et av to symptomer fra hvert domene er oppfylt. Forstyrrelsene er opprinnelig utløst av vedvarende og inngripende stress, uten at symptomene nødvendigvis følger av traumerelaterte stimuli når de oppstår (Maercker et al., 2013). Affektiv dysregulering kan manifesteres som forhøyet emosjonell reaktivitet eller omvendt, som manglende emosjonell respons eller dissosiative tilstander. Forstyrrelsen kan medføre voldelige eller aggressive utbrudd eller selv-destruktive handlinger. Vansker relatert til selvbilde innebærer et grunnleggende og vedvarende negativt syn på seg selv, eksempelvis som ødelagt, underdanig eller verdiløs, og er ofte etterfulgt av sterke følelser av skam, skyldfølelse eller nederlag relatert til traumet. Relasjonelle utfordringer kan vise seg ved en manglende tilhørighetsfølelse eller vansker med å føle nærhet til andre. Unngåelse, avvising eller manglende interesse for relasjoner eller sosiale møter generelt er vanlig. Nære, intense relasjoner forekommer, men disse opprettholdes sjeldent (Maercker et al., 2013). DSO-symptomene i KPTSD har tydelige fellestrekk med borderline personlighetsforstyrrelse, og vil behandles nærmere senere i oppgaven.

3.2 Toneangivende feltundersøkelser

Motsatt tidligere revisjoner og tilfellet for DSM ble feltundersøkelser av ICD-kapittelet om psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser i sin ellevte revisjon gjennomført *forut* for publiseringen av det endelige kapittelet. Hensikten var nettopp å tilrettelegge for oppfyllelse av WHO's mål om et klassifikasjonssystem med høy klinisk nytteverdi, som kan anvendes globalt og forbedrer kliniske utfall (Reed, 2010), og behandle eventuelle mangler på forhånd. Resultatene av disse undersøkelsene ble presentert på Verdenskongressen for psykiatri i september 2018 (Giallonardo, 2019). Undersøkelsene beskrives samlet og detaljrikt av Keeley og kolleger (2016a), mens resultater som vurderes relevante for behandling av problemformuleringen vil gjennomgå i det følgende.

Med utgangspunkt i daværende DSM-IV og ICD-10 ble to store internasjonale undersøkelser gjennomført for å avdekke henholdsvis psykiatere (Reed et al., 2011) og psykologers (Evans

et al., 2013) holdninger og praksis vedrørende klassifisering av mentale lidelser. Intensjonen bak begge undersøkelsene var å avdekke hvordan den kliniske nytteverdien ved klassifikasjonssystemet kunne økes, for nettopp å informere utarbeidelsen av ICD-11. Blant 4887 psykiatere og 2155 psykologer, fra hhv. 44 og 23 land, ble det overordnet foretrukket et diagnosesystem som tilrettelegger for kommunikasjon mellom klinikere og informerer behandling av de inkluderte lidelsene. Majoriteten i begge grupper foretrakk et system bestående av færre enn 100 diagnostiske kategorier og et tydelig flertall ønsket en fleksibel fremfor strengt formulert diagnostisk tilnærming (Reed et al., 2011; Evans et al., 2013).

Med utgangspunkt i de to studiene ble det publisert en utvidet undersøkelse av psykiaterne og psykologenes holdninger vedrørende problematiske, manglende og stigmatiserende diagnoser i de eksisterende klassifikasjonssystemene. Åpne spørsmål fra de opprinnelige studiene var besvart av totalt 3222 deltagere fra 35 land og ble inkludert for kvalitativ analyse (Robles et al., 2014). Særlig interessant i denne oppgavens øyemed er at Kompleks PTSD var den diagnosen som i undersøkelsen hyppigst (12,2%) ble foreslått for fremtidig inklusjon, især blant psykologer. En deltager skrev: "I feel a need to better account for consequences of complex trauma and the variety of processes which can be seen in such conditions" (Robles et al., 2014, p. 173), hvilket tilsier at diagnosen var kjærkommen blant flere praktikere forut for revisjonen. En betydelig andel psykologer rapporterte dessuten at PTSD i ICD-10 hadde overlappende symptomer med andre lidelser og var problematisk med hensyn til validitet.

Det er også gjennomført såkalte formative feltstudier, hvor klinikers tolkning av relasjonene mellom diagnoser ble undersøkt, med henblikk på å utvikle en struktur for ICD-11 som samsvarer med klinisk intuisjon og dermed er hjelpsom i klinisk praksis (Reed et al., 2013; Roberts et al., 2012). Resultatene fra disse globale, tverrkulturelle undersøkelsene indikerte at en struktur basert på deltagerens intuisjon, hvor diagnosene kategoriseres i flere, men smalere definerte grupper, i høyere grad samsvarte med forslagene for ICD-11, sammenlignet med ICD-10 og DSM (Reed et al., 2013; Roberts et al., 2012). Undersøkelsene representerer et viktig forarbeid for ICD-11, da det la til rette for et klassifikasjonssystem som oppleves logisk av dets brukere, helt i tråd med WHO's overordnede mål om klinisk anvendelighet.

På vegne av WHO har Global Clinical Practice Network gjennomført internettbaserte feltstudier hvor minst 15 000 klinikere fra 155 land har vurdert et utvalg casevignetter med hjelp av de kliniske retningslinjene (CDDG) som er utarbeidet for ICD-11. Hensikten har vært

å øke manualens kliniske og ikke minst globale anvendelighet, hvor internettformatet utgjør en forskningsarena som i større grad tillater medlemmer fra mindre utviklede land å delta og dermed legger til rette for tverrkulturelle undersøkelser av blant annet diagnosenes reliabilitet (Reed et al., 2015). For “disorders specifically associated with stress”, som både PTSD og KPTSD hører inn under, kunne det fra en selvstendig studie konkluderes en høyere diagnostisk enighet ved bruk av retningslinjene for ICD-11 kontra ICD-10 (Keeley et al., 2016b). Ved sammenligning av casevignetter ble KPTSD favorisert over ICD-10 EPCACE og klinikerne kunne tydelig skille KPTSD fra PTSD ved bruk av retningslinjer for ICD-11. I studiet ble det dog funnet at traumets natur var mer tungtveiende i den kliniske beslutningen enn pasientens symptombylle, og det ble dermed identifisert et forbedringspotensial for beskrivelsene i CDDG (Keeley et al., 2016b). I en påfølgende studie på samme plattform (Gaebel et al., 2020) ble anvendeligheten av CDDG for ICD-11 sammenlignet med ICD-10, både hva gjelder diagnostisk presisjon og klinisk nytteverdi for ti utvalgte lidelser, inkludert KPTSD. Diagnosenes kliniske nytteverdi ble, i tråd med WHO’s definisjon, vurdert etter presisjon (“goodness of fit”), hvor enkle de var å bruke (“ease of use”), deres klarhet og etter hvor tidkrevende det var. ICD-11 CDDG ble i sin helhet vurdert som overlegen ICD-10 ved samtlige indikatorer, dog uten signifikante forbedringer for KPTSD spesifikt. Av de deltagende klinikerne ble KPTSD likevel vurdert korrekt (i tråd med ekspertpanelets diagnose) i 71,1% av tilfellene, med signifikant høyere presisjon enn casevignetter for EPCACE (32%) fra ICD-10.

Sist, men ikke minst, har det forut for ICD-11 også blitt gjennomført såkalte økologiske feltstudier hvor reliabiliteten og den kliniske nytteverdien av retningslinjene i CDDG undersøkes med ekte pasienter, i sin naturlige, kliniske setting (Reed et al., 2018a; Reed et al., 2018b). Retningslinjene ble her vurdert som enkle å bruke, presise i sin beskrivelse, tilstrekkelig detaljerte, like eller mindre tidkrevende enn alminnelig praksis og veiledende i atskillelsen fra normalitet og andre lidelser. CDDG ble i høyere grad vurdert som nyttig for faglig kommunikasjon enn for prognose og valg av behandling, selv om begge aspekter var vurdert positivt (Reed et al., 2018a). Interrater-reliabiliteten, altså konsistensen mellom klinikerne diagnostiske vurderinger, ble generelt vurdert som overlegen ICD-10 og estimatene for PTSD og KPTSD ble beregnet som moderate, til henholdsvis 0.49 og 0.56. Reliabiliteten ble dog generelt estimert som lavere ved lidelser med mindre utvalg, hvorimot andre, hyppigere forekommende diagnoser utløste høyere estimater (Reed et al., 2018b). Blant undersøkelsesresultatene er det også verdt å bemerke at PTSD-diagnosen, på tross av intenderte forbedringer fra ICD-10, stadig så ut til å være vanskelig å bruke og det kan tenkes at den nye

konseptualiseringen av traumelidelsene med fordel bør inkluderes i brukeropplæring når ICD-11 skal implementeres i klinisk praksis. Samlet sett gir undersøkelsene likevel gode grunner til optimisme hva gjelder retningslinjenes kliniske og globale anvendelighet, også for PTSD-diagnosene. Ved innføringen av enhver ny diagnose kreves dog et minimum av kriterier vedrørende validitet og reliabilitet oppfylt, og dette vil derfor adresseres i det følgende.

3.3 Er diagnosen valid og reliabel?

Når diagnosens validitet og reliabilitet skal adresseres er det naturlig å innlede med en presentasjon av forskningsfeltets tidligere status, for å demonstrere hvilken kontekst diagnosen, og følgelig også problemformuleringen, har vokst frem i. Da Kompleks PTSD ble foreslått for inklusjon i DSM-5 publiserte Resick og kolleger (2012) en kritisk evaluering av eksisterende litteratur og konkluderte at det på daværende tidspunkt manglet empirisk grunnlag for å rettfærdiggjøre en selvstendig diagnose. Spesifiseringen av hva som skulle definere den komplekse varianten av PTSD og det diagnostiske konstruktets validitet ble vurdert som mangelfull og påstanden ble forsterket av at det ennå ikke eksisterte måleverktøy som kunne identifisere KPTSD på en valid og reliabel måte. Så lenge det heller ikke kunne etableres at komplekse traumer hadde kvalitativt annerledes effekter på individet konkluderte forfatterne at lidelsens komplekse symptomatologi bedre ville representeres i den ytre enden av et PTSD-spektrum (Resick et al., 2012). Som motsvar på artikkelen poengterte Judith Herman (2012) at nettopp en anerkjennelse av KPTSD som et selvstendig konstrukt ville utløse den type forskning som alle vurderte som nødvendig for en mer presis definisjon, samstemte terskelverdier for lidelsen, validerte måleverktøy og tilpasset behandling. Hun påpekte dessuten at Resick og medforfatterne var selektive i sin evaluering, da de eksempelvis utelot forskning som indikerte at behandling som er effektiv for PTSD kunne være upassende og potensielt skadelig for en mer kompleks symptomatologi (Herman, 2012).

Som det blant annet fremgår av tidligere redegjørelser er det siden 2012 gjennomført og publisert mye forskning innenfor traumefeltet, som også konkret beskjeftiger seg med KPTSD som et selvstendig og valid konstrukt. I 2017 publiserte Brewin og hans kolleger en utførlig gjennomgang av studier, hvorved de imøtekom tidligere formulerte krav om empirisk evidens og undersøkte validiteten og faktorstrukturen til henholdsvis PTSD og KPTSD. På bakgrunn av strukturelle analyser konkluderte forfatterne at litteraturen samlet sett støttet opp under en PTSD-struktur bestående av 3 faktorer, tilsvarende de 3 kjernesymptomene, samt en KPTSD-

struktur med totalt 6 faktorer, hvor kjerneområdene for forstyrret selvorganisering; affektiv dysregulering, negativt selvbylde og relasjonelle vansker var lagt til. Litteraturen Brewin og kollegene presenterte talte samlet for at PTSD og KPTSD utgjør to separate lidelser, noe som vil beskrives nærmere i et etterfølgende avsnitt om diskriminativ validitet.

3.3.1 Reliabilitet og måleredskaper

Diagnostisk reliabilitet inkluderer et spørsmål om hvorvidt ulike klinikere kommer frem til samme konklusjon, da reliabilitet er et mål på stabiliteten og konsistensen i et konstrukt (Brinkmann, 2015). I de førnevnte økologiske feltstudiene for CDDG ble interrater-reliabiliteten til PTSD og KPTSD estimert som moderate og lavere enn mange andre lidelser, dog med utgangspunkt i et relativt lite utvalg, som generelt genererer lavere estimater (Reed et al., 2018b). Mål for reliabilitet er tett forbundet med utredning og diagnostisk identifikasjon og det ble derfor vurdert som nyttig å foreta et spesifikt søk i egnede databaser, med henblikk på å sikre en dekkende beskrivelse av forskningsfeltets aktuelle status hva gjelder diagnostiske måleinstrumenter. I retrospekt var dette søket verdifullt da treffende litteratur ble publisert så sent som i mars 2021, og dermed var utilgjengelig ved søk gjennomført tidligere i prosessen. Betydningsfulle funn presenteres i det følgende.

Da Brewin og kollegenes review (2017) ble publisert var to etterlengtede standardiserte måleverktøy for identifikasjon av PTSD og KPTSD under utvikling; International Trauma Interview (ITI) og International Trauma Questionnaire (ITQ). Et av målene for utvikling av disse måleinstrumentene var å konseptualisere kjernesymptomer på gjenopplevelse som noe som forekommer her og nå, med formål om å imøtekomme den reviderte formuleringen for både PTSD og KPTSD i ICD-11, fremfor å basere seg på eldre instrumenter som ikke adresserer denne presiseringen. I tillegg har avklaringen av hvilke symptomer som skulle definere KPTSD vært sentral i utviklingen av måleredskapene. Hvor definisjonen av de tre kjernesymptomene for PTSD bygger på to tiår med forskning, er symptomene for forstyrret selvorganisering, som kjennetegner KPTSD, basert på studier om DESNOS-diagnosen (van der Kolk et al., 2005), samt resultater fra en internasjonal klinisk ekspertundersøkelse (Cloitre et al., 2011), og var dermed mindre etablerte forut for operasjonaliseringen (Brewin et al., 2017).

Cloitre og kolleger (2018) var ansvarlige for ferdigstillingen av International Trauma Questionnaire (ITQ). For å identifisere de mest passende symptomindikatorer for PTSD og KPTSD ble det gjennomført item response theory (IRT)-analyser på data fra to traume-eksponerte grupper, et klinisk utvalg og en representativ kontrollgruppe, hvorpå en konfirmatorisk faktoranalyse optimaliserte validiteten til 12 identifiserte symptomindikatorer. I publikasjonen ble det konkludert at ITQ samsvarer med WHO-prinsippet om maksimal klinisk nytteverdi, da det baserer seg på enkle diagnostiske føringer, med et begrenset, men presist antall symptomer. Spørreskjemaet tilgodeser både kjernesymptomene i PTSD og symptomer på forstyrret selvorganisering som definerer KPTSD, og måler dessuten respondentens traumeeksponering, inkludert tidsperspektiv, og individuelle funksjonsvansker (Cloitre et al., 2018). ITQ lar seg dessuten enkelt oversette, er fritt tilgjengelig, og er således operasjonalisert etter sin hensikt om internasjonal anvendelighet. Siden publikasjonen i 2018 er ITQ oversatt til 26 språk (International Trauma Consortium), og er også nylig validert iblant annet norske (Sele et al., 2020) og danske (Hansen et al., 2021) kliniske utvalg. Det er i tillegg utviklet en egen versjon for unge mellom 7 og 17 år, ITQ-CA, som inntil videre kun er tilgjengelig på engelsk og tysk (International Trauma Consortium).

En svensk studie (Bondjers et al., 2019) var den første til å evaluere validiteten og reliabiliteten til the International Trauma Interview, som opprinnelig var utviklet av Roberts og kolleger (2018), og motsatt ITQ administreres av klinikere og ikke som selvrapporing. Overordnet ble det konkludert at det svensk-oversatte ITI demonstrerte lovende psykometrisk kvalitet med hensyn til interrater-reliabilitet, intern reliabilitet og faktorial, konvergent og diskriminativ validitet (Bondjers et al., 2019). Enigheten mellom klinikere i den aktuelle undersøkelsen var dessuten overlegen førnevnte økologiske studier hvor ustrukturerte intervjuformer ble anvendt (Reed et al., 2018b), og det later til at ITI kan fremme samsvar mellom klinikere ved utredning av PTSD og KPTSD (Bondjers et al., 2019). I skrivende stund evalueres den tyske versjonen av ITI, som forventes publisert i januar 2022 (Psychometric Properties of the International Trauma Interview (ITI) for ICD-11 PTSD and CPTSD, in press). ITI gjennomføres av trente klinikere og er, som måleredskap for PTSD og KPTSD, dermed både mer tid- og kostnadskrevende enn den selvrapporerer ITQ. Med henblikk på å oppnå en reliabel og valid måling av komplekse traumesymptomer vil dog en strukturert intervjuguide tilsvarende ITI i høyere grad kunne kontrollere for subjektive bias hos traume-eksponerte individer, så vel som blant klinikere, og hittidige resultater representerer gode fremtidsutsikter for utredning.

3.3.2 Diskriminativ validitet

Som en del av det forberedende arbeidet til ICD-11 publiserte Cloitre og kolleger (2013) det første studiet med toneangivende empirisk evidens for PTSD og KPTSD som distinkte lidelser. Forfatterne gjennomførte latente profilanalyser, hvorved de identifiserte tre grupper; en KPTSD-gruppe, med både PTSD- og DSO-symptomer, en PTSD-gruppe med lave scorere på DSO, samt en gruppe med lavt lidelsestrykk på alle målte symptomer. Atskillelsen av de forskjellige symptomprofilene muliggjorde analyse av variasjon i traumeeksponering og grad av funksjonelle vansker, og det fremkom her at individene innen KPTSD-gruppen oftere hadde erfart multiple og vedvarende traumer og var mer funksjonelt begrenset enn gruppen med PTSD. Enkeltstående traumer var på sin side mer prediktivt for PTSD alene. Studiet la til rette for videre utforskning av lidelsenes diskriminative validitet, og demonstrerte overordnet viktig innledende evidens som støttet forslaget om inklusjonen av KPTSD i den kommende ICD-11. Da Brewin og kollegene i 2017 sammenfattet resultater fra 27 studier kom de til samme konklusjon, men presiserte at typen traume bør betraktes som en risikofaktor og ikke som determinerende for diagnostisk tilhørighet i en hhv. PTSD eller KPTSD-kategori. Forfatterne poengterte at KPTSD også kan oppstå som følge av enkelttraumer og at personer eksponert for alvorlige, langvarige traumer kan utvikle PTSD uten symptomer på forstyrret selvorganisering, avhengig av individuelle, disponerende resiliens- og sårbarhetsfaktorer (Brewin et al., 2017). Dette er illustrativt for intensjonen om at symptombildet, og ikke individets traumehistorikk, skal veilede differensialdiagnostiske vurderinger mellom de to diagnosene.

Publiseringen av ITQ, med tilhørende oversettelser, har muliggjort en rekke tverrkulturelle undersøkelser av kompleks symptomatologi, i både kliniske og ikke-kliniske populasjoner. På bakgrunn av undersøkelser som er tilkommet etter publiseringen av Brewin og kollegenes review (2017), og som følge av nyeste ITQ (Cloitre et al., 2018), publiserte Redican med kolleger et systematisk litteraturreview i mars 2021, hvor evidens fra faktoranalytiske og mixed model-studier om den latente strukturen til ITQ ble sammenfattet og presentert. Forfatterne inkluderte 33 studier i sin syntese, med henblikk på å etablere validiteten til ITQ som måleredskap for PTSD og KPTSD. Forfatterne poengterer at en validitetsvurdering av ITQ inngår i den mer omfattende prosessen for å validere de diagnostiske formuleringene av PTSD og KPTSD i ICD-11, og imøtekommer dermed tidligere spesifiserte krav fra forskere på feltet (Resick et al., 2012). Konfirmatoriske faktoranalyser har på sin side gitt validitetstudier om observerte variabelers felles innhold, mens studier med latente klasse- og profilanalyser (mixed

models) har bidratt til etablering av diagnosenes diskriminative validitet (Redican et al., 2021). I de inkluderte kliniske studiene ble en to-faktor andreordens-modell, sammensatt av PTSD- og DSO-symptomer, overordnet definert som den mest optimale modellen. Majoriteten av de ikke-kliniske studiene identifiserte en korrelert seks-faktor førsteordens-modell, med de totalt seks kjernesymptomene fra PTSD og DSO, som den beste representasjonen for PTSD og KPTSD. Begge modeller anerkjenner ITQ som et valid og effektivt verktøy til å identifisere og atskille KPTSD og PTSD, på tvers av varierende grader av alvorlighet. Overordnet ser det dog ut til at PTSD og KPTSD i høyere grad fremstår som koherente konstrukter blant utvalg preget av betydelig traumeeksponering og høyt lidelsestrykk (Redican et al., 2021). Vel å merke var forskjellen mellom den hierarkiske to-faktormodellen og en flat seks-faktormodell minimal i de fleste av studiene, hvilket kan tyde på at en hierarkisk strukturering av PTSD-lidelsene kan være nyttig på et konseptuelt plan, uten å være nødvendig i seg selv (Hyland et al., 2017 if. Redican et al., 2021).

I forlengelse av ovenstående avsnitt er det verdt å bemerke at etableringen av KPTSD som konstrukt ikke har forløpt uten kritikk. Achterhof og kolleger (2019) har påpekt at latente klasse- og profilanalyser er utilstrekkelige som metoder for å teste konstruktvaliditet, og finner ved anvendelse av disse metoder i sin studie ulike subgrupper av PTSD-pasienter, avhengig av hvilken statistisk fremgangs- og fortolkningsmetode de anvender. De antar at det i realiteten eksisterer en mye større variasjon blant voksne PTSD-pasienter, som verken lar seg beskrive i formuleringen av PTSD eller KPTSD. Forfatterne får delvis støtte av Julian Ford (2020), som samstemmer i at en demonstrasjon av konstruktvaliditet krever mer enn hva LCA- og LPA-analyser kan produsere. Han understreker likevel at det eksisterer konsistent evidens for eksistensen av PTSD og KPTSD som distinkte lidelser, men påpeker at det også finnes subgrupper med DSO-symptomer hos PTSD-diagnostiserte pasienter. Ford henviser blant annet til Wolf et al. (2015), som fant evidens for at PTSD-lidelsene best kan betraktes etter alvorlighetsgrad, fremfor som differensierte konsepter. På bakgrunn av tidligere studier spekulerer Ford i hvorvidt Kompleks PTSD utgjør det beste konstruktet for å beskrive posttraumatisk affektiv dysregulering og om diagnosen i realiteten representerer en subtype PTSD som knyttes til høyere nivåer av kumulativ traumeeksponering (Ford, 2020). Marylène Cloitre, Chris Brewin og flere forskere som har vært sentrale i utviklingen av ICD-11 KPTSD har respondert på kritikken fra Ford (2020) og fra Achterhof og kollegene (2019) (Cloitre et al., 2020). Her argumenterer de for at KPTSD i ICD-11 bygger på et teoretisk og empirisk fundament med intern konsistens og konseptuell koherens, som ikke må dekke mangler fra

tidligere formulerte traumediagnoser for å demonstrere sin validitet. I tråd med Ford og Achterhof og kolleger er også Cloitre og kollegene tydelige på at ingen enkeltstående statistiske prosedyrer kan validere KPTSD som et konstrukt. Dog henviser de til en rekke studier der ulike metoder er anvendt på tvers av forskjellige land, hvor majoriteten likevel støtter oppunder ICD-11 KPTSD som et unikt konstrukt, som lar seg identifisere i den virkelige verden.

Som det overordnet fremgår av dette kapitlet er Kompleks PTSD et konstrukt med en lengre historisk utvikling, som først nylig er anerkjent som en egen diagnose, med innføringen av ICD-11. Inklusjonen har utvilsomt utløst en betydelig mengde forskning, hvilket blant annet illustreres ved omfanget av inkluderte studier i litteraturreviewet om ITQ, som er avgrenset til de siste tre årene (Redican et al., 2021). For å oppsummere eksisterer det i dag en vesentlig mengde evidens som tilsier at KPTSD utgjør et selvstendig diagnostisk konstrukt, som kan identifiseres i klinisk praksis og differensieres fra de klassiske PTSD-symptomene alene, selv om klassifiseringen også har utløst debatt. Dog er det i denne oppgavens øyemed å avklare den kliniske nytteverdien av diagnosen, og det synes derfor nødvendig å evaluere hvorvidt den nye diagnostiske formuleringen kan romme traumeeksponerte grupper som ellers er beskrevet med andre diagnostiske termer. I denne forbindelse blir det relevant å se nærmere på nytteverdien av KPTSD i lys av differensialdiagnostiske aspekter og undersøke samspillet mellom de relativt smalt definerte kriteriene i ICD-11 og symptomatiske kjennetegn som overlapper med andre lidelser, fortrinnsvis borderline personlighetsforstyrrelse. Dette blir tema i påfølgende kapittel.

4. Kan Kompleks PTSD bedre beskrive symptombilder som ellers klassifiseres i andre diagnostiske kategorier?

Med henblikk på å avklare den kliniske nytteverdien av Kompleks PTSD vurderes det relevant å belyse hvorvidt diagnosen ikke bare kan atskilles fra klassisk PTSD, men også andre diagnoser, og med dette undersøke om KPTSD på en mer meningsfull måte kan beskrive symptombilder som ellers klassifiseres i andre diagnostiske kategorier. For å forstå hvordan KPTSD er klinisk nyttig vurderes det hjelpsomt å ta risikofaktorer forbundet med utviklingen av lidelsen i betraktning, for nettopp å adressere aspekter ved symptombildet som vil være

relevant for en praktiserende kliniker i en utredningsprosess. Kapittelet innledes derfor av et etiologisk teoretisk rammeverk for relasjonelle traumer og munner ut i en differensialdiagnostisk analyse, hvor KPTSD stilles overfor den symptomatisk beslektede diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse (BPD).

Som nevnt knyttes KPTSD ofte til relasjonelle traumer, traumer av interpersonlig karakter, som ikke sjeldent forekommer i ung alder og som følge av sin natur ofte er gjentakende. Når det snakkes om barnemishandling, eller andre aversive barndomsopplevelser (ACE), blir det ofte underkommunisert at denne formen for mishandling eller svikt i majoriteten av tilfellene utøves av familiemedlemmer eller andre med omsorgsansvar for barnet (Kaehler et al., 2013). Ugjerningen utføres typisk av mennesker som barnet har tillit til, hvilket ikke kun vil intensivere traumet, men også påfører barnet en sårbarhet for utvikling av en rekke psykiske lidelser, som depresjon, angst, tvangslidelser, spise- og avhengighetsforstyrrelser, psykotiske, dissosiative og somatoforme lidelser, samt personlighetsforstyrrelser (Ford & Courtois, 2014, p. 3). For et barn er det ikke nødvendigvis hendelsen i seg selv som skaper stress, da det kan være vel så traumatiserende at omsorgsgiveren er involvert i trusselen og dermed er emosjonelt utilgjengelig for å gi lindring og trygghet.

Betrayal Trauma Theory (BTT) tilbyr et teoretisk rammeverk for å forstå negative konsekvenser av svikt i nære relasjoner (Freyd, 1994). Tilnærmingen bygger på tradisjonell tilknytningsteori (Bowlby, 1973, 1988) som sier at små barn er biologisk programmert til å utvikle og vedlikeholde en tilknytning til en trygg omsorgsperson tidlig i livet, med henblikk på å sikre egen overlevelse. Når denne tilknytningen oppleves trygg fasiliterer den barnets utforskning og utgjør samtidig en sikker base, som barnet kan søke tilbake til og beskyttes av i situasjoner som oppleves farlige. Tilknytningssystemet aktiveres under stressende situasjoner, gjennom hele livet, og et skremmende scenario vil dermed oppstå der kilden til omsorg også er kilden til fare. "Betrayal trauma" inkluderer et grunnleggende tillitsbrudd i relasjonen og kan føre til at barnet responderer med blindhet til dette sviket (betrayal blindness), for å bevare den omsorgsrelasjonen de er så grunnleggende avhengig av (Freyd, 1994). En av måtene denne "blindheten" kan komme til uttrykk på er i form av dissosiasjon, altså en uteblivende integrering av tanker, følelser og erfaringer i bevissthet og minne, som et forsvar mot prosessering av en ellers uutholdelig smerte (Kaehler et al., 2013). Alternativt blir barnet stående i en uløselig situasjon, der tilknytning assosieres med frykt.

Da Freyd (1996) formulerte BTT lagde hun en todimensjonal traumemodell bestående av en frykt-dimensjon, relatert til en umiddelbar trussel, og en sosial svikt-dimensjon, relatert til trusselen mot sikkerhet i beskyttende relasjoner. Teorien sier blant annet at traumeeksponering preget av svikt kan ødelegge viktige tillitsmekanismer i individet, og resultere i enten mistillit eller uforholdsvist naiv tillit til andre, som i begge tilfeller kan disponere individet for nye svik senere (Kaehler et al., 2013). PTSD kan forstås som en adaptasjon til en eksistensiell trussel, hvor triggende signaler og tilhørende forsøk på unngåelse med høyest sannsynlighet oppstår når traumeeksponeringen er skjedd nylig eller er friskt i individets minne, eksempelvis i form av gjenopplevelse (Ford, 2020). Symptomer på forstyrret selvorganisering, som utgjør differensieringen til KPTSD, kan på sin side betraktes som en posttraumatisk adaptasjon til erfaringer hvor interpersonlig svikt er involvert (betrayal trauma; Freyd, 1994), og det kan som en konsekvens av dette oppstå dysregulering i affektive prosesser (van Dijke et al., 2018), med tilhørende utvikling av skam (Lopez-Castro et al., 2019) og skade på selvbildet (Ford, 2020). Ut fra denne konseptualiseringen kan PTSD plasseres i samhörighet med fryktbaserte lidelser (eks. panikk, fobier og andre angstlidelser), mens KPTSD vil ligge nærmere opp til lidelser preget av emosjonell dysregulering, tap av bevissthet, identitet eller selvkontroll (eks. dissosieringslidelser, depresjon, reguleringsvansker, avhengighetstilstander og borderline personlighetsforstyrrelse) (Ford, 2020; Cloitre et al., 2014).

4.1 Kompleks PTSD og borderline personlighetsforstyrrelse: en differensialdiagnostisk analyse

Som det er bemerket tidligere i oppgaven har KPTSD tydelige likhetstrekk med symptomer på borderline personlighetsforstyrrelse (BPD), især med hensyn til affektiv dysregulering og relasjonelle vansker. Klassifiseringen av personlighetsforstyrrelser er betydelig revidert fra ICD-10 til ICD-11 og defineres i ICD-11 (WHO, 2018b) etter nye, dimensjonale prinsipper. Først defineres graden av personlighetsfungering, hvor tre av fem kategorier definerer patologisk fungering, som mild, moderat og alvorlig personlighetsforstyrrelse. Deretter vurderes det hvilke dysfunksjonelle trekk som dominerer; negativ affektivitet, distansering, mangelfull hemming, dyssosial og anankastisk. I tillegg til disse kan det diagnostiseres et borderline mønster, som i praksis skal forstås som tilsvarende emosjonelt ustabil (borderline) personlighetsforstyrrelse i ICD-10 (for utdypelse; se Bach & First, 2018). Med denne klassifiseringen kan man beskrive pasientens individuelle profil med hensyn til alvorlighetsgrad, samt få et inntrykk av problemenes karakteristika. Revideringen er gjort på

bakgrunn av intensjonen om å øke manualens anvendelighet, da klinikere over tid har opplevd kategorisering av personlighetsforstyrrelser som vanskelig (Robles et al., 2014). Overgangen fra kategorisk atskilte personlighetsforstyrrelser (ICD-10, WHO, 1992) til en dimensjonal klassifisering ble vurdert av arbeidsgruppen i WHO å være mer konsistent med, og representativ for, den empiriske evidensbasen som eksisterte under utviklingen av ICD-11 (Tyrer et al., 2019).

I flere av studiene som adresserer validiteten og den kliniske nytteverdien av KPTSD bemerkes symptomene på forstyrret selvorganisering (DSO) som tilnærmet synonyme med flere diagnostiske kjennetegn for BPD. Borderline-mønsteret, som definert i ICD-11, kjennetegnes overordnet ved et mønster av ustabilitet i interpersonlige relasjoner, selvbylde og affekt, og er også tydelig preget av impulsivitet (Bach & First, 2018, p. 6), og det fremkommer her et overlapp med det dysregulerte selvet som kjennetegner pasienter med KPTSD. Voksne med BPD har dessuten i høyere grad vært utsatt for psykologiske traumer enn voksne med andre psykiske lidelser (foruten traumelidelser) og personlighetsforstyrrelser eller voksne uten psykopatologi (Porter et al., 2020). Dette gjelder især relasjonelle traumer, som er svært prevalent hos både ungdommer og voksne med borderlineproblematikk (Ford & Courtois, 2014). Den emosjonelle dysreguleringen som ses ved BPD antas å henge sammen med omsorgsgiverens manglende evne til å avstemme barnets følelser og beskytte det fra stressorer (Putnam & Silk, 2005). Flere forskere har stilt spørsmål ved hvorvidt KPTSD i realiteten er PTSD med komorbid borderline personlighetsforstyrrelse (Resick et al., 2012; Frias & Palma, 2015), og selv om den komorbide forekomsten er populasjonsavhengig har studier demonstrert at 25-55,9% med BPD har samtidig PTSD (Jowett et al., 2020b). Til tross for at symptomoverlapping verken er unikt for KPTSD eller i seg selv utgjør et argument mot diagnosens eksistens vil forskjellene mellom BPD og KPTSD undersøkes nærmere i dette kapitlet.

I en differensialdiagnostisk latent klasseanalyse av et utvalg kvinner som ble mishandlet som barn fant Cloitre og kolleger (2014) fire forskjellige klasser av individer; en lav-symptom-gruppe, en PTSD-gruppe, en KPTSD-gruppe (tilsvarende ICD-11-symptomer) og en BPD-gruppe. KPTSD-gruppen scorete høyt på symptomer på PTSD og DSO, men lavt på symptomer på BPD, og BPD-gruppen var dominert av BPD-symptomer alene. Det var særlig fire symptomer som atskilte BPD fra KPTSD: frykten for å bli forlatt, ustabil selvfølelse, ustabile og intense relasjoner, samt impulsivitet. Det eneste symptomet på BPD som ikke skilte KPTSD

og BPD i utvalget var følelsen av tomhet. De to gruppene hadde emosjonell dysregulering som fremtredende fellesfaktor, dog med variasjon i type og alvorlighetsgrad, eksempelvis illustrert ved ca. 50% forekomst av selvskadende atferd ved BPD-gruppen, sammenlignet med 16,7% ved KPTSD, og vedvarende negativt kontra ustabil selvkonsept, hos henholdsvis KPTSD og BPD. Funnene støttet overordnet oppunder KPTSD som et valid konstrukt, som lar seg separere fra både PTSD og BPD, og studiet har vært innflytelsesrikt for etablering av etterfølgende forskning. I samme år publiserte Ford og Courtois (2014) et review hvor de adresserte det symptomatiske overlappet mellom BPD og KPTSD, og konkluderte med at det verken var grunnlag for å konseptualisere KPTSD som en erstatning for eller som en subtype av BPD. De poengterte at også BPD har egne karakteristika som indikerer at diagnosen gjenspeiler en selvstendig lidelse, som ikke kun oppstår komorbid med traumelidelser. Forfatterne presiserte at personer med alvorlige traumer har økt risiko for å utvikle både PTSD, KPTSD og BPD, men at de kliniske, samt nevrobiologiske uttrykkene var påviselig forskjellige mellom de tre konstruktene. BPD følger ikke nødvendigvis av traumehistorikk, men er vanligvis forbundet med tilknytningsforstyrrelse og desorganisering, og Ford og Courtois drøfter derav om BPD burde vært klassifisert som en traumerelatert lidelse.

For å avklare differensialdiagnostiske aspekter mellom KPTSD og BPD ble det ved dette kapittelets utarbeidelse foretatt et spesifikt søk etter studier som sammenlignet de to diagnosene. Søket ble begrenset til de siste 5 årene (2016-2021), med intensjon om å presentere en mest mulig oppdatert besvarelse av kapittelets underspørsmål. Ikke minst fordi evidensbasen er under kontinuerlig utvikling, og også involverer revidert diagnostisk terminologi, ble det vurdert som meningsfullt å gjennomgå nyere differensialdiagnostisk litteratur om KPTSD og BPD. “borderline”, “BPD”, “borderline personality disorder”, “complex ptsd” og “cptsd” ble inkludert i en søkestreng i både PubMed og PsychNet, og etter screening av søkeresultatene ble 11 studier identifisert som kvalifiserte for å belyse emnet. I det følgende gjøres dette empiriske litteraturgrunnlaget til gjenstand for differensialdiagnostisk analyse.

Til felles finner majoriteten av studiene tydelige fellestrekk mellom KPTSD og BPD (Giourou et al., 2018; van Dijke et al., 2018; Ford, 2019; Hyland et al., 2019; Frost et al., 2020a; Frost et al., 2020b; Jowett et al., 2020a; Jowett et al., 2020b, Saraiya et al., 2021), som i særdeleshet omhandler affektiv dysregulering og tilskrives førnevnte transdiagnostiske risikofaktorer. Flere av studiene har anvendt latente klasseanalyser tilsvarende Cloitre og kollegenes undersøkelse

fra 2014 (Frost et al., 2020a; Jowett et al., 2020a; Saraiya et al., 2021), men også utvidede analyser som strukturell ligningsmodellering (structure equation modeling, SEM) er anvendt (van Dijke et al., 2018, Hyland et al., 2019; Frost et al., 2020b), med henblikk på å imøtekomme begrensninger ved faktoranalytiske metoder for diskriminative formål når konstruktene har konseptuelle likheter (Hyland et al., 2019; Achterhof et al., 2019; Ford, 2020). På tross av identifiserte likhetstrekk atskiller KPTSD seg overordnet som et selvstendig konstrukt fra BPD, primært i form av variasjon i fenomenologiske uttrykk. Hyland og kollegene (2019) observerte eksempelvis at individer kategorisert i en KPTSD-gruppe var preget av emosjonell flathet, en opplevelse av et ødelagt selv, sosial isolasjon og fremmedgjøring, mens individer i BPD-gruppen var karakterisert av emosjonell reaktivitet, forlatthetsangst og fravær av et klart eller stabilt selvbylde. Frost og kollegene (2020a) kunne tilsvarende diskriminere de to lidelsene og identifiserte en distinkt KPTSD-gruppe, men fant også en gruppe med PTSD- og BPD-symptomer, uten DSO-symptomene fra KPTSD, samt en komorbid gruppe, med høy score på samtlige målte utfall. Funnene tilsier at KPTSD ikke representerer en sammensmelting av PTSD- og BPD-symptomer, da KPTSD-gruppen kunne identifiseres uavhengig av symptomer på BPD. Frost og kollegene anvendte dog ikke måleinstrumenter spesifikt utarbeidet for ICD-11 KPTSD, da ITQ ikke var ferdigstilt ved studiets datainnsamling, hvilket kan begrense målingens reliabilitet.

Heller ikke van Dijke og kollegene (2018) anvender den standardiserte ITQ i sin undersøkelse, og benytter DESNOS-formuleringen i sin strukturelle ligningsmodellering, for å undersøke hvorvidt symptomene medierer relasjonen mellom barndomstraumer og utvikling av KPTSD. De finner at relasjonen delvis medieres av affektiv dysregulering, dissosiasjon og relasjonelle vansker, uavhengig av symptomer på BPD, men påpeker at symptomene gjenspeiler transdiagnostiske domener og at differensieringen mellom KPTSD og BPD kan tilskrives variasjon i utviklingsstadiet, på tross av overlappende etiologiske risikofaktorer. I et klinisk utvalg fant Jowett og kollegene (2020a) to klasser av KPTSD, med henholdsvis høye og moderate symptomnivåer av borderline-trekk, samt en PTSD-gruppe, uten DSO- og BPD-symptomer. Som van Dijke og kollegene finner forfatterne fellesfaktorer i både risiko og symptomuttrykk, men understreker at lidelsenes kliniske presentasjon er meningsfullt forskjellig og dermed har differensierte implikasjoner for behandling. De fremhever at gjentatte traumer kan disponere individet for forstyrrelser i selvorganisering, som kan utvikles til KPTSD eller BPD, men at traumehistorikk utgjør en risikofaktor for en rekke psykiske lidelser og personlighetstrekk.

Forfatterne advarer mot å fokusere for mye på de to lidelsenes likhetstrekk, da dette kan øke risikoen for å miste overblikk, eksempelvis med hensyn til andre differensialdiagnoser.

Som van Dijke og kolleger (2018) og Hyland og kolleger (2019) har også Frost og kollegene (2020b) anvendt strukturell ligningsmodellering, for å identifisere risikofaktorer for konstrukter identifisert gjennom konfirmatorisk bifaktor- og konfirmatorisk faktoranalyse. Den latente strukturen bak separate og delte trekk mellom KPTSD og BPD ble best forklart ved en bifaktor-modell, bestående av en “generell faktor” som definerte sårbarhet for psykopatologi generelt, samt tre “spesifikke faktorer” som representerte sårbarhet for henholdsvis PTSD, KPTSD og BPD. Et stabilt negativt selvkonsept var det mest distinkte trekket ved KPTSD, mens et ustabilt selvkonsept tydeligst atskilte BPD fra delte sårbarhetsstrukturer. I tillegg var emosjonell flathet og unngåelse av relasjoner mer unike trekk for KPTSD, og lidelsene ble derfor samlet sett vurdert som mulige å atskille empirisk. På bakgrunn av resultatene argumenterer Frost og kollegene (2020b) for en mer dimensjonal tilnærming til psykopatologi, som tar høyde for delte generelle risikofaktorer på tvers av antatt separate psykiske konstrukter og samtidig inkluderer variasjon i klinisk presentasjon ved differensialdiagnostiske vurderinger og valg av behandling.

Også Giourou og kollegene (2018) har tatt til orde for en dimensjonal tilnærming. De argumenterer som Ford og Courtois (2014) for at PTSD, KPTSD og BPD bør klassifiseres på et spektrum under traumerelaterte lidelser, basert på symptomenes alvorlighetsgrad, og ikke kun som distinkte diagnoser, på grunn av flytende og ofte komorbide grensetilfeller mellom lidelsene. Forfatterne peker på likheter i biologiske disposisjoner relatert til eksponering for stress og argumenterer for at subgrupper av BPD, særlig dem med komorbid PTSD, burde omorganiseres som mulige tilfeller av KPTSD. Ved gjennomgang av andre studier påpeker forfatterne at det kliniske uttrykket til BPD til en viss grad betinges av biologisk temperament, hvor komorbiditet er vanlig, og at subgrupper derfor med fordel kunne vært kategorisert sammen med traumelidelser og behandlet terapeutisk deretter, for å optimalisere nytteverdien av diagnostisk klassifikasjon. Litteraturgjennomgangen er vel å merke publisert før revideringen av personlighetsforstyrrelser i ICD-11, som i høyere grad tilgodeser dimensjonale aspekter, også ved BPD.

I en ny undersøkelse fra Borroni og kolleger (2021) ble det ikke observert samtidig forekomst av BPD og KPTSD eller PTSD. Resultatene indikerte dessuten at aversive opplevelser ikke

utgjør en risiko for utvikling av BPD, når BPD måles med både SCID-5 og PDQ4+, og antyder at BPD-symptomer kan oppstå uavhengig av symptomer på traumatisk stress. Det kan for eksempel tenkes at enkelte symptomer på BPD, som impulsivitet eller ustabilitet i affektnivå, i større grad betinges av biologiske disposisjoner, som temperament, enn desiderte traumatiske opplevelser. Funnene støtter med andre ord en differensiering mellom BPD og traumerelaterte lidelser, i dette tilfellet i et klinisk, behandlingssøkende utvalg, og finner ikke evidens for at KPTSD representerer en kombinasjon av PTSD- og BPD-symptomer. Funnene er særlig interessante da de sammenfaller med flere førnevnte studier (Cloitre et al., 2014; Frost et al., 2020a; Jowett et al., 2020a), på tross av anvendelse av andre metoder. Studiet undersøkte også eventuelle assosiasjoner mellom PTSD/KPTSD og andre personlighetsforstyrrelser fra DSM-5, og det ble her kun funnet en signifikant assosiasjon mellom KPTSD og schizoid personlighetsforstyrrelse. Undersøkelsen er tankevekkende da den antyder at klinikere med fordel kan adressere personlighetskarakteristikker utover borderline-trekk i relasjon til traumerelaterte lidelser, da dette kan være av vesentlig betydning for symptomprofil og dermed veiledende for behandling.

I kontrast til tidligere refererte studier kunne ikke Saraiya og kollegene (2021) differensiere KPTSD fra BPD, ved undersøkelse av sosioemosjonelle profiler for PTSD, KPTSD og BPD i et ikke-klinisk, etnisk variert utvalg. I denne forbindelse påpeker forfatterne at KPTSD muligvis kun lar seg identifisere i utvalg som rapporterer høyere prevalens av tidlig traumeeksponering (målt ved ACE). Vel å merke anvendes PCL-5 for å adressere PTSD-symptomer, hvilket ikke kun har betydning for målingen, men medfører divergerende sammenligningsvilkår i nærværende syntese.

I de presenterte undersøkelsene fremkommer BPD og KPTSD overordnet som distinkte, men korrelerte lidelseskonstrukter. For å adressere interne og transdiagnostiske relasjoner ved symptomene på PTSD, KPTSD og BPD gjennomførte Knefel og kollegene (2016) en nettverksanalyse basert på resultater fra ITQ og SCID-II. Fra en nettverksforståelse betraktes psykopatologi som et resultat av samspillet mellom symptomer, der symptomer konstituerer lidelsen, fremfor å reflektere en latent underliggende sykdom. Etter samme forståelse vil ikke mentale lidelser la seg definere som enheter med klare skillelinjer, men nettverksanalyser kan bidra til å identifisere hvilke symptomer som er sentrale i lidelsens uttrykk og hvordan symptomer påvirkes innbyrdes. Ved nettverksmodellering estimeres relasjoner innad og mellom forhåndsdefinerte symptomgrupper (her PTSD, KPTSD og BPD) ved å måle inn- og

utgående forbindelser mellom variablene (symptomene), og deretter potensielle korrelasjoner. Følgelig kan det utføres sentralitetsmålinger, der symptomets posisjon i nettverket defineres av summen av antall korrelasjoner med andre symptomer, samt av symptomenes nærhet til hverandre. Nærliggende symptomer kan påvirke hverandre hurtigere, og kausale forbindelser kan dermed danne et mønster som skaper og gjenskaper lidelse for individet (Epskamp et al., 2018).

I Knefel og kollegenes presenterte nettverk (2016), som baserer seg på et utvalg som ble utsatt for mishandling som barn, står særlig affektiv dysregulering sentralt, sammen med symptomer på dissosiasjon. Vel å merke atskiller symptomet på dissosiasjon typisk for BPD seg fra dissosiasjon ved DSO i analysen, og reflekterer den generelle trenden for BPD-symptomer som eksisterende i nettverkets ytterkant. Det tegnes med andre ord et bilde av BPD som et eget konstrukt, da disse symptomene i liten grad klynger seg sammen med symptomer på både PTSD og KPTSD. I analysen kan ikke PTSD differensieres markant fra DSO-symptomene ved KPTSD, men enkelte symptomers (affektiv dysregulering og dissosiasjon) sentrale plassering i nettverket kan veilede prioritering av symptom-spesifikke intervensjoner. Dersom det faktisk foreligger en kausalitet i samspillet mellom symptomer på KPTSD, vil intervensjoner rettet mot symptomer som affektiv dysregulering også kunne lindre tilknyttede symptomer, med mindre sentral plassering i nettverket. Igjen vektlegges betydningen av å intervensjonere etter lidelsens kliniske presentasjon og ikke på bakgrunn av eksisterende traumehistorikk. En fenomenologisk tilnærming til symptomene kan likevel komplementeres av en teoretisk konseptualisering tilsvarende Fords kommentar (2019), som bygger på tidligere forskning, samt fire artikler fra en spesialutgave i *Journal of Traumatic Stress*. I kommentaren argumenterer Ford for en rekonseptualisering av PTSD, KPTSD og BPD som henholdsvis trussel-, svikt- og avvsningslidelser, med utgangspunkt i lidelsenes antatte disponerende sårbarheter, både i form av opprinnelige utløsende faktorer og i kraft av symptomer som vedlikeholder sårbarheten. Fords konseptualisering av KPTSD, som en lidelse forbundet med interpersonlig svikt, bygger på Freyd's betrayal trauma theory (1994; 1996) om adaptasjon til relasjonelle tillitsbrudd, og er redegjort for i kapittelets innledende del.

Blant de presenterte artiklene var det kun ett studie (Saraiya et al., 2021) hvor Kompleks PTSD ikke kunne differensieres fra borderline personlighetsforstyrrelse. Som bemerket ble ikke ITQ, det validerte måleverktøyet for ICD-11 KPTSD, anvendt, og forskerne bemerket dessuten at utvalget i mindre grad var preget av alvorlig traumehistorikk, sammenlignet med andre

refererte studier. Dette kan tyde på at studiet ikke har de måleverktøyene som kreves for å kunne oppfange differensialdiagnostisk sensitivitet i tilstrekkelig grad. Nevnte traumehistorikk er dog av høy klinisk relevans, da KPTSD kun var synlig hos personer med høy score på aversive barndomserfaringer (ACE), hvilket tilsier at traumenes alvorlighetsgrad veide tyngre enn symptombildet ved klinisk identifikasjon i dette ikke-kliniske utvalget, med mulig overføringsverdi til andre lignende populasjoner. Både Saraiya og kollegene (2021) og andre studier (Frost et al., 2020a; Jowett, 2020a) identifiserte dog grupper definert av komorbide KPTSD/PTSD- og BPD-symptomer, og det stilles i flere av studiene spørsmål om subgrupper av BPD eller en komorbid BPD/PTSD med fordel kunne vært klassifisert som KPTSD. I spørsmålet adresseres den kliniske nytteverdien av en selvstendig KPTSD-diagnose direkte, og det frembringer også et spørsmål om komorbiditet ved diagnostisering mer generelt.

Jowett og kollegene (2020b) har i et systematisk review gjennomgått likheter og forskjeller i traumehistorikk og klinisk presentasjon ved komorbid BPD og PTSD, sammenlignet med PTSD eller BPD alene. De finner overordnet en høyere grad av eksponering for multiple og relasjonelle traumer, samt økt affektiv dysregulering i den komorbide gruppen, sammenlignet med begge lidelser alene, og sistnevnte kan derfor tenkes å spille en særlig rolle i den komorbide utvikling, på samme måte som den gjør i KPTSD. Forfatterne er oppmerksomme på de kliniske likhetstrekkene mellom KPTSD og samtidig BPD og PTSD, og de påpeker derfor viktigheten av å differensiere faktorer som skiller langvarige personlighetstrekk fra symptomer som er oppstått i forlengelse av traumeeksponering og dermed forventes å respondere positivt på traumefokuserte intervensjoner. Jowett og kollegene (2020b) konkluderer avslutningsvis at det foreligger en relativt høy sannsynlighet for at individer historisk har fått en BPD eller komorbid BPD/PTSD-diagnose som kunne vært erstattet av en bedre beskrivende Kompleks PTSD. Inntil videre er det dog uklart hvorvidt KPTSD reelt medfører økt presisjon i diagnostisk klassifisering. På den ene siden kan det vurderes nyttig å kategorisere med én samlende diagnose (KPTSD) kontra multiple lidelser (PTSD, BPD, etc.), men dette krever en diagnostisk formulering som både er presis og pålitelig og med enkelthet kan benyttes i diagnostisk praksis. Som presentert tidligere viser forskning til dags dato optimistiske resultater for diagnosens kliniske anvendelse, og ytterligere undersøkelser forventes publisert når ICD-11-diagnosen aktualiseres fullstendig. Da forventes også flere differensialdiagnostiske undersøkelser om KPTSD publisert, som etterspurt i nylig publiserte artikler (Porter et al., 2020; Krause-Utz, 2021).

I dette kapitlet er det undersøkt hvorvidt Kompleks PTSD kan tilby et mer adekvat diagnostisk rammeverk for symptombilder som ellers kategoriseres som andre diagnostiske konstrukter. Kapitlets innledende del tar for seg antatte disponerende elementer ved lidelsens utvikling, med utgangspunkt i teoretiske forklaringsmodeller for relasjonelle traumer. Ettersom relasjonelle traumer, og traumehistorikk for øvrig, kan disponere for psykopatologisk utvikling generelt, ble det vurdert relevant å gjennomføre en differensialdiagnostisk analyse. Analysen konsentrerte seg spesifikt om differensieringen til borderline personlighetsforstyrrelse da denne siden første formulering av KPTSD har vært betegnet som nært beslektet, hva gjelder både symptomuttrykk og etiologiske risikofaktorer. Med henblikk på å besvare problemformuleringen ble det derfor vurdert som mest hensiktsmessig å utfolde distinksjonen mellom BPD og KPTSD, ved å syntetisere resultater fra et målrettet litteratursøk, fremfor å utbrodere relasjonen til andre psykiske lidelser som også har overlappende symptomuttrykk, eksempelvis i form av affektiv dysregulering. Samlet sett fremkom det, som forventet, betydelige fellestrekk mellom de to diagnostiske konstruktene, målt i forskjelligartede utvalg. Til tross for likhetstrekkene atskiller KPTSD seg overordnet som et selvstendig konstrukt fra BPD, med unntak av i ett studie (Saraiya et al., 2021), og bekrefter dermed også funn fra de innledende undersøkelsene på feltet (Cloitre et al., 2014; Ford & Courtois, 2014). Forskjellen tydeliggjøres primært ved hvordan de overlappende symptomene kommer til uttrykk, eksempelvis i form av sosial tilbaketrekning og unngåelse kontra forlatthetsangst, i henholdsvis KPTSD og BPD. Fenomenologisk fremkommer borderline-forstyrrelsen som mer vekslende og ustabil i sitt uttrykk, både hva gjelder selvet og i relasjonen til andre, og impulsive tendenser kan eksempelvis uttrykkes som emosjonell reaktivitet, i form av selvskadende atferd eller uplanlagte relasjonsbrudd. KPTSD presenteres med et mer stabilt, men negativt selvkonsept og mer emosjonell flathet, og er i motsetning til BPD også definert av spesifikke PTSD-symptomer, som direkte følger av diagnosens forutsetning om traumeeksponering. Variasjonen i lidelsesuttrykk vil ikke bare kunne veilede praktiske differensialdiagnostiske vurderinger, men avfører også forskjellige implikasjoner for prioritert behandling, som vil utforskes nærmere i det påfølgende kapittel.

5. Hvilke implikasjoner har Komplex PTSD for behandling?

Differensialdiagnostisk forskning er viktig for nettopp å informere og prioritere behandlingsinitiativer ved sammensatte sykdomsbilder. Eksempelvis vil intervensjoner rettet mot selvskadende atferd prioriteres høyt ved behandling av BPD, mens man ved KPTSD vil vektlegge mer traumeorienterte intervensjoner. Forutgående kapittel er med andre ord viktig for å si noe om hvordan differensiert og presis diagnostisering setter rammer for klinisk praksis og adresserer dermed også indirekte den kliniske nytteverdien av diagnosen Komplex PTSD. Dog er det relevant å bemerke at utredningspraksis nødvendigvis resiprøkt må informeres av klinisk erfaring, hvilket blant annet er illustrert ved inklusjonen av uttalelser fra kliniske eksperter ved utformingen av ICD-11 (Cloitre et al., 2011). Ved undersøkelse av diagnosens diskriminative validitet er det dannet et bilde av et selvstendig diagnostisk konstrukt, og det er derfor relevant å utdype hva dette betyr for klinisk praksis. Mange vil mene at nye diagnoser kun bør introduseres dersom det er tilstrekkelig klinisk kunnskap om målrettet behandling (Maercker, 2021), og i dette kapitlet vil derfor implikasjoner for behandling av KPTSD adresseres. I kapitlets innledende del vil relasjonen mellom symptomer og intervensjoner belyses, før det følger en redegjørelse for evidensbasert behandling, med utgangspunkt i eksisterende litteratur på området.

Komplex PTSD har, som PTSD, utgangspunkt i et eller flere traumer, og denne erfaringen utgjør et kriterium for oppfyllelse av diagnosenes krav. En stor metaundersøkelse estimerer dog at opp mot 70% av verdens befolkning har opplevd et eller flere traumer (Benjet et al., 2016), og det er tidligere presisert at traumeeksponering utgjør en risikofaktor for en rekke psykiske lidelser utover de traumebaserte, selv om de her ikke definerer et krav. Dog har det ved utviklingen av ICD-11 generelt, men også PTSD-lidelsene spesifikt, blitt presisert at symptombildet, og ikke omfanget av etiologiske risikofaktorer, skal veie tyngst ved diagnostiske vurderinger. Fra et behandlingsperspektiv er det likevel relevant å være oppmerksom på at KPTSD i en rekke studier har vært assosiert med både multippel og vedvarende traumeeksponering, der flukt ofte ikke er mulig, og dermed reflekterer et tap av både sosiale, emosjonelle og psykologiske ressurser under alvorlige og skremmende omstendigheter (Cloitre et al., 2013). Bemerkelsesverdig i denne forbindelse er at Komplex PTSD ikke er utviklet med henblikk på å klassifisere menneskene med de mest alvorlige

traumene, men mennesker med kompleks *respons* på alvorlige traumer. Dette tydeliggjøres eksempelvis ved at de KPTSD-spesifikke symptomene på forstyrret selvorganisering er gjennomgripende og vedvarende og opptrer på tvers av varierte kontekster, uavhengig av nærhet til eller påminnelser om traumet. Dette står i kontrast til symptomene som deles med klassisk PTSD, som direkte er forbundet til traumerelaterte stimuli og med høyest sannsynlighet oppstår når eksponeringen er skjedd nylig eller står friskt i minne, eksempelvis via gjenopplevelse (Ford, 2020). Ettersom KPTSD er en sammensmelting av PTSD-symptomer på den ene siden og symptomene på forstyrret selvorganisering (DSO) på den andre, er det i behandlingsøyemed relevant å sikre at symptombildet blir tilgodesett i sin helhet. I så henseende vil det være relevant å prioritere behandlingsintervensjoner med hensyn til hvor og i hvilken grad den rammede opplever funksjonelle vansker, med betydning for livskvalitet og livsutfoldelse.

5.1 Evidensbasert praksis

I enhver tilnærming til lidelse er det vesentlig å avgjøre hvor lidelsestrykket er høyest eller skaper mest problemer for den enkelte og tilpasse behandlingen deretter. For å optimalisere behandlingen vil bred kunnskap være hjelpsomt og informert klinisk praksis kan bygge på kunnskap fra tre domener; 1) erfaringsbasert kunnskap; tuftet på profesjonelles kliniske erfaring om tilsvarende problematikk, 2) brukerkunnskap og brukervedvirkning; med utgangspunkt i pasientens erfaringer, behov og ønsker og 3) forskningsbasert kunnskap; med utgangspunkt i teoretisk og empirisk evidens fra anerkjent forskningslitteratur. Her vil det primært fokuseres på sistnevnte, selv om alle tre har klinisk relevans i praksis.

For å besvare problemformuleringens underspørsmål “Hvilke implikasjoner har Kompleks PTSD for behandling?” er det relevant å gjøre rede for forskningsbasens tilgjengelige evidens hva gjelder behandling av KPTSD. Ettersom KPTSD er en ny lidelse vil det ta tid før en evidensbase er veletablert, men verdifulle bidrag foreligger likevel allerede. Vesentlig i denne forbindelse er Karatzias og kollegenes (2019a) systematiske review og metaanalyse om psykologiske intervensjoner for symptomer på KPTSD. Analysen baserer seg på 51 randomiserte kontrollerte undersøkelser av intervensjoner for PTSD, hvor deltagerne med høy sannsynlighet også hadde klinisk signifikante nivåer av en eller flere KPTSD-domener; affektiv dysregulering, negativt selvbilde og/eller relasjonelle vansker ved baseline, og data for symptomene var tilgjengelige for effektmålinger etter intervensjon. Av disse var det dog kun

to studier som inkluderte samtlige domener for ICD-11 KPTSD. Fra analysen konkluderes det at kognitiv atferdsterapi (CBT), eksponeringsterapi alene og eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR), var overlegne standard behandling for PTSD alene, men viste relativt like resultater for PTSD og DSO-symptomer på negativt selvbilde og relasjonelle vansker ved tilfeller av samtidig eksistens. CBT og eksponeringsterapi alene hadde moderat-store eller store effekter på negativt selvbilde, og CBT, eksponeringsterapi alene og EMDR hadde moderate eller moderat-store effekter på relasjonelle vansker. Få inkluderte RCT-studier rapporterte kvalifiserte data for affektiv dysregulering og ga dermed et for svakt grunnlag å syntetisere ut fra. Et begrenset utvalg evidens indikerte at EMDR hadde en liten-moderat fordel over CBT for PTSD-symptomene, men ingen forskjeller ble observert mellom CBT, eksponeringsterapi alene og EMDR for de andre rapporterte utfallene. Evidensen talte heller ikke til fordel for andre målte intervensjonsmetoder, men effekten av de nevnte psykologiske terapiene ble estimert som vesentlig mindre da de ble sammenlignet med non-spesifikke terapiformer, hvilket antyder at den terapeutiske effekten i studiene potensielt kan tilskrives non-spesifikke faktorer, som motivasjon eller relasjonsbygging (Karatzias et al., 2019a). I praksis har alle typer PTSD-behandling mye til felles (Schnyder et al., 2015).

Datagrunnlaget antydte med andre ord at ingen spesifikke intervensjonstyper vurderes nødvendige for å lindre de aktuelle symptomklyngene. Andre resultater fra analysen indikerte dog at barndomstraumer var assosiert med dårligere effekt av terapien for KPTSD-symptomer. Dette kan tyde på at målgruppen vil profitere på mer skreddersydde behandlingsforløp, eksempelvis av lengre varighet eller med supplerende intervensjoner som adresserer forstyrrelser i selvorganisering mer spesifikt. En nevneverdig svakhet ved analysen, som undersøkende for KPTSD, er at majoriteten av de inkluderte studiene baserer seg på PTSD som definert i DSM-IV, og anvender proksimale målinger for KPTSD-symptomer. Dette er en konsekvens av at det per nå ikke eksisterer kliniske studier som adresserer intervensjoner målrettet mot behandling av KPTSD, og det foreligger dermed stort potensiale for fremtidig forskning, som også omhyggelig eksemplifiseres av Karatzias og kollegene (2019a). Forfatterne konkluderer likevel at effektive behandlingsintervensjoner for KPTSD med fordel kan bygge videre på veletablerte intervensjoner for klassisk PTSD.

CBT (inkl. eksponering) og EMDR retter seg mot pasientens minner om traumene, samt den personlige betydningen av dem og innebærer typisk in vivo og/eller imaginær eksponering, en omskrivning av traumets mening og konsekvenser, eller en kombinasjon av disse teknikkene.

In vivo eksponering skal her forstås som direkte konfrontasjon med traumerelaterte stimuli (f.eks. å oppsøke gjerningsstedet), mens imaginær eksponering innebærer å frembringe en mental forestilling av tilsvarende. Eksponering kan både utgjøre en spesifikk terapiform (eks. PE) eller inngå som et terapeutisk virkemiddel, med formål om desensitivisere responsen ved konfrontasjon med traumet og begrense vedlikeholdende unngåelsesatferd. EMDR representerer en type eksponering der prosessering av traumerelaterte stimuli foregår parallelt med bilateral stimulering, hovedsakelig i form av øyebevegelser, med også ved toner, berøring eller annen taktile stimuli, med formål om å knytte nye assosiasjoner til den symptomtriggende opplevelsen (Greenberg, 2020, p. 17). Det er utarbeidet egne traumefokuserte versjoner av kognitiv atferdsterapi (CBT) som konsentrerer seg om tanker, følelser og atferd relatert til traumeerfaringene (eks. CT-PTSD), hvor faktorer som vedlikeholder lidelsen forsøkes reversert. Det er dessuten utviklet en traumefokusert kognitiv atferdsterapi for barn og unge (TF-CBT), som har vist like god effekt på PTSD og KPTSD (Sachser et al., 2017).

De nevnte terapiformer har, som beskrevet, vist seg effektive ved behandling av PTSD, men det er uenighet om hvorvidt traumefokuserte intervensjoner er optimalt eller tilstrekkelig for å behandle KPTSD (Karatzias et al., 2019a). Judith Herman (1992) foreslo tidlig en faseorientert behandlingsmodell for KPTSD, hvor DSO-symptomer og relaterte hverdagsproblemer skulle prioriteres først, og utforsking og eksponering av traumer sekundært. Hensikten bak sekvenseringen var å øke emosjonelle, psykologiske og sosiale ressurser, for deretter å anvende disse for å styrke effektiviteten i det traume-orienterte arbeidet. STAIR (Skill Training in Affective Regulation) er et eksempel på en validert sekvensert terapiform, som er spesielt utviklet for KPTSD eller PTSD etter gjentatte traumer (Cloitre et al., 2010). Her vektlegges tilegnelse av affektive og interpersonlige reguleringsferdigheter først, før traumeminner bearbeides.

De siste to tiårene har systematisk utarbeidede retningslinjer blitt publisert i en rekke land, med formål om å veilede klinikere og pasienter i diagnostiske og behandlingsrelaterte beslutninger (Hamblen et al., 2019), og representerer dermed vesentlige bidrag til en evidensbasert klinisk praksis. The International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) har utviklet retningslinjer for behandling av PTSD og KPTSD (Cloitre et al., 2012), som i 2012 baserte seg på resultatene fra en tidligere nevnt ekspertundersøkelse (Cloitre et al., 2011), med kliniske eksperters forståelse av kjernesymptomer og anbefalt behandling for KPTSD, og en gjennomgang av 9 empiriske og kliniske studier i den tilhørende rapporten. Her ble KPTSD

definert ut fra beskrivelser for DESNOS, assosierte trekk ved DSM-IV PTSD og ICD-10 EPCACE, og overlappet dermed betydelig med den senere publiserte definisjonen av KPTSD i ICD-11. 84% av 50 kliniske eksperter anerkjente en faseorientert eller sekvensert tilnærming som førstelinjebehandling for KPTSD (Cloitre et al., 2011). Blant ekspertene var det dessuten konsensus om at behandlingen måtte være pasientsentrert og at intervensjonene skulle skreddersys til fremtredende symptomer (Cloitre et al., 2012). Det ble anbefalt en behandlingsmodell i tre faser; 1) stabilisering, med fokus på trygghet, symptomreduksjon og utvikling av psykososiale ressurser, 2) traumeprosessering, hvor traumeminner skulle integreres i en adaptiv representasjon av selvet, relasjoner og verden, og 3) konsolidering av behandlingens gevinster, med formål å skape en trygg og tilfredsstillende overgang ved utfasing av behandling. Fasemodellen tar utgangspunkt i at psykososiale ressurstep forekommer ved kompleks traumeeksponering og dermed bidrar til å vedlikeholde alvorlige PTSD-symptomer over tid. Ifølge ISTSS i 2012 var den traumefokuserte behandlingsfasen først anbefalt iverksatt når pasienten levde et tilstrekkelig stabilt liv og hadde utviklet nødvendige ferdigheter for å kunne engasjere seg i traumearbeidet på en formålstjenlig og trygg måte (Cloitre et al., 2012).

I 2016 publiserte de Jongh og kollegene et review hvor de forholdt seg kritisk til den forskningen ISTSS la til grunn for å anbefale sekvensert behandling som førstelinjebehandling. De poengterer at anbefalingen forutsetter at pasienter med KPTSD ikke er tilstrekkelig emosjonelt stabile for å tolerere traumefokuserte intervensjoner og følgelig ikke vil profitere på anerkjente PTSD-behandlinger, uten at det nødvendigvis foreligger evidens for dette. Det konstateres at anbefalingene fra 2012 bygger på et svakt evidensgrunnlag og studier med betydningsfulle metodologiske begrensninger, som fravær av adekvate kontrollgrupper og effektmål over tid. På bakgrunn av dette konkluderte forfatterne at det ikke foreligger tilstrekkelig sterk evidens om at 1) sekvensering er nødvendig for positive behandlingsutfall, 2) traumefokusert behandling uten forutgående stabilisering utgjør en uakseptabel risiko eller svekker behandlingsrespons hos voksne med KPTSD, eller at 3) voksne med KPTSD profiterer signifikant bedre på traumeprosessering når det kommer etter stabiliserende intervensjoner. de Jongh og kollegene (2016) påpekte at anbefalingene fra ISTSS potensielt ville medføre at pasienter nektes eller får forsinket progresjon i konvensjonelle evidensbaserte behandlingsformer, som ellers kunne hatt terapeutisk effekt på KPTSD. Forfatterne understøtter sine påstander ved fremleggelse av andre studier, blant annet om behandlingsrespons hos pasienter med alvorlig traumehistorikk (Jerud et al., 2014; Powers et

al., 2010; Walter et al., 2014). I denne forbindelse er det relevant å påpeke at de inkluderte populasjonene ikke nødvendigvis presenterte symptomer på KPTSD, og er dermed potensielt sett ikke representative for gruppen man ønsker å utarbeide behandling for, ettersom intervensjoner primært bør følge av lidelsens fenomenologiske uttrykk og ikke etiologi.

Ved den siste revisjonen av ISTSS retningslinjer i 2018, ble utviklingsprosessen, inkludert metodologiske fremgangsmåter og resultater, publisert i en selvstendig artikkel (Bisson et al., 2019). I fraværet av studier som spesifikt adresserte relevante forskningsspørsmål om behandling av KPTSD ble det av ISTSS konservativt vurdert som mer hensiktsmessig å utarbeide et narrativt review om den aktuelle status for KPTSD, fremfor en systematisk litteraturgjennomgang. Dette fulgte blant annet av den beskrevne diskrepansen i forskningsmiljøet siden de forhenværende anbefalingene fra 2012 (de Jongh et al., 2016; Landy et al., 2015). Det ble derfor utarbeidet to “position papers” om Komplex PTSD, for henholdsvis barn og voksne, med implikasjoner for etablering av en fremtidig evidensbase (ISTSS Guidelines Committee, 2019a; ISTSS Guideline Committee, 2019b). Artiklene bygger videre på den samtidige utviklingen av KPTSD fra ICD-11 og etterspør flere studier før avklaring av optimal behandling kan finne sted. ISTSS Guideline Committee henviser til den indirekte evidensen fra Karatzias og kollegenes review (2019a) og gjengir deres konklusjon om at pasienter med KPTSD kan ha begrenset utbytte av etablerte terapiformer for PTSD, gitt at individer med barndomstraumer er representative for pasientgruppen, uten at disse frarådes. For fremtiden foreslås det blant annet undersøkelse av økt dosering eller tilpasning av eksisterende behandlingsformer, alternativ sekvensering av behandlingskomponenter, forebyggende “booster sessions”, tilføyelse av andre (uspesifiserte) komponenter og mer fleksibel anvendelse av problemorienterte intervensjoner, som er skreddersydd til den enkelte. Det fremheves i denne forbindelse som vesentlig å sammenligne nyutviklinger med etablerte behandlingsmetoder, da det ikke vites om individer med KPTSD vil profitere på ovennevnte utvidelser. For barn og ungdom understrekes også viktigheten av utviklingsmessige hensyn ved vurdering av KPTSD-symptomer (ISTSS Guidelines Committee, 2019b). Til tross for at de to artiklene tilbyr mindre spesifiserte anbefalinger erstatter de ISTSS sine tidligere ekspertbaserte retningslinjer for KPTSD. Artiklenes innhold utdypes dog mer detaljrikt i boken *Effective Treatments for PTSD*, hvor anbefalingene også tilskrives spesifikke kliniske situasjoner (Bisson et al., 2019).

Også britiske National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2018) har oppdatert sine retningslinjer for PTSD, etter en omfattende sammenfatning av beste tilgjengelige forskning, med både klinisk ekspertise og involvering av brukere. På bakgrunn av en solid evidensbase, og i tråd med resultatene fra Karatzias og kollegenes metaanalyse (2019a), ble traumefokusert CBT eller EMDR anbefalt som førstelinjebehandling for voksne. Traumefokusert CBT representerer her en fellesbetegnelse for en rekke manualbaserte traumefokuserte terapiformer, eks. CT-PTSD, forlenget eksponeringsterapi (PE), kognitiv prosesseringsterapi og narrativ eksponeringsterapi. Både traumefokusert CBT og EMDR skal baseres på validerte manualer, leveres av utdannet helsepersonell og inneholde psykoedukasjon om reaksjoner og håndtering av traumat. Terapien vil typisk fordeles over 8-12 sesjoner. Internettassistert traumefokusert CBT ble foreslått som alternativ for pasienter som foretrekker dette over behandlerkontakt, dersom pasienten ikke har alvorlige symptomer, som dissosiasjon, og det vurderes at pasienten ikke vil skade seg selv eller andre. Målrettede CBT-intervensjoner for søvn, sinnemestring osv., anbefales dersom pasienten ikke er villig til å jobbe traumespesifikt eller fremdeles strever med nevnte eller lignende symptomer etter gjennomført traumefokusert behandling (NICE, 2018, p. 19-21).

For pasienter med tilleggsutfordringer, som kompleks PTSD, anbefaler NICE (2018), på bakgrunn av kliniske erfaringer, at det tilbys mer tid til å utvikle en tillitsfull behandlingsallianse, ved å øke lengden eller mengden av terapi. Dette harmonerer med førnevnte konseptualisering av KPTSD som en svikt-lidelse (Ford, 2019), der etablering av tillit kan være en tidkrevende og vanskelig prosess, både i behandlingsøyemed og generelt i pasientens sosiale liv, som følge av svikt- og mistillitserfaringer fra signifikante omsorgspersoner. Dette kan også være aktuelt om pasienten generelt er trusselaktivert og hyperaktsom, som følge av lengrevarende traumeeksponering, eksempelvis fra krig eller flukt. Det anbefales nemlig at pasientens livssituasjon (eks. boforhold), med hensyn til stabilitet og trygghet, tilgodeses i et helhetsperspektiv for behandlingen, og at eventuelle barrierer som hindrer pasienten i å nyttiggjøre seg av behandlingen håndteres. Det bør her tas høyde for tilfeller av rus, dissosiasjon, emosjonsregulering (inkl. selvskading, risiko- eller aggressiv atferd), relasjonelle vansker og pasientens negative selvbylde. Ved KPTSD anbefales planlegging av videre støtte etter avsluttet behandling, for å avhjelpe eventuelle restsymptomer eller komorbide vansker (NICE, 2018, p. 23). Sistnevnte sammenfaller med ISTSS opprinnelige anbefaling av en forebyggende tredje fase (Cloitre et al., 2012).

På tross av begrenset evidens kan det fra oppdaterte retningslinjer (ISTSS, 2018; NICE, 2018) samlet konkluderes at KPTSD og komorbide vansker ikke bør medføre eksklusjon fra traumefokusert behandling eller forsinke dette. Tilleggsvanter bør integreres i behandlingsforløpet, dog ikke som en egen forberedende fase, men i et helhetlig forløp med tilstrekkelig tid til å prosessere gjentatte og forlengede traumer, der dette har forekommet. En innledende stabiliseringsfase vurderes ikke nødvendig og bør ikke tilbys dersom dette forsinker pasientens progresjon. Stabiliserende behandling, som psykoedukasjon og ressursutvikling, kan dog utgjøre et godt alternativ dersom pasienten ikke er motivert for å bearbeide traumene eller om det foreligger klare kontraindikasjoner mot traumefokusert terapi. Eksempler på kontraindikasjoner er at pasienten opplever pågående traumatisering og fare, som jevnlig vold eller overgrep, eller har et omfattende og aktivt rusmisbruk (NKTVS, 2020). Ved gjennomføring av stabiliserende intervensjoner bør det følges en fastlagt plan, som inkluderer løpende evalueringer om pasienten er klar for traumeprosessering.

Dersom pasienten har en preferanse for medikamentell behandling kan antidepressiver, som venlafaxin eller SSRI-preparater, tilbys, mens det advares mot bruk av beroligende benzodiazepiner (NICE, 2018). I norsk legemiddelhåndbok fremgår det at medikamentell behandling generelt har begrenset effekt på PTSD-symptomer og eventuelt bør gis som supplement til samtalebehandling, og kun som monoterapi når samtalebehandling ikke er mulig. Benzodiazepiner som eneste behandling bør unngås og må også foreskrives med stor varsomhet tidlig etter en krisehendelse. Medisinsk behandling kan dog potensielt lindre eventuelle komorbide vansker, som angst og depresjon, men bør alltid overvåkes og evalueres løpende (Norsk legemiddelhåndbok, 2021).

Organisering og gjennomføring av behandling avhenger av lokal kontekst, men vil i Norge typisk foregå i et poliklinisk format i spesialisthelsetjenesten, etter henvisning fra pasientens fastlege eller annet helsepersonell. Samhandling med pårørende eller andre relevante aktører, som skole/arbeidsplass/jobbsenter, fastlege og behandlingsteam i kommunen kan være hjelpsomt og øke den samlede gevinsten av behandlingen. Valg og tilbud av behandlingsintervensjoner vil naturligvis følge av hva som er tilgjengelig for pasienten, både med hensyn til behandlingsutgifter (om dette subsidieres av staten, forsikring, pasienten, etc.), tilgjengelighet av kompetente behandlere innenfor anbefalte terapiformer, andre praktiske omstendigheter eller tilbudet av helse- og omsorgstjenester mer generelt. I internasjonal sammenheng kan skandinavisk helsevesen vurderes å være i en særstilling hva gjelder adgang

til spesialiserte tjenester, da kun en svært liten minoritet på verdensbasis har tilsvarende muligheter (Reed et al., 2013). Dette er illustrerende for hvorfor nasjonale føringer eller kontekstspesifikke retningslinjer ikke nødvendigvis har reell overføringsverdi til mindre utviklede land eller til selvbetalende pasienter med dårlig økonomi. I denne forbindelse er det relevant å påpeke at NICE (2018) vurderte både traumefokuserte CBT-varianter og EMDR som kostnadseffektive behandlingsformer, selv om de anerkjenner at det utløses en ytterligere kostnad ved utvidelse av behandlingsforløpets omfang, som indikert for KPTSD. Traumefokusert CBT ble dessuten anbefalt i individuelt format, da gruppeformatet ble vurdert som mindre kostnadseffektivt, og tydeliggjør at traumefokuserte intervensjoner krever både tid og kompetanse, som nødvendigvis utløser ekstra behandlingsutgifter.

Ved oppsummering av forskningsfeltets status hva gjelder føringer og anbefalinger for behandling av Komplex PTSD er det naturlig å understreke at forskningen er i sin spede begynnelse, hvilket illustreres ved fraværet av kliniske studier som direkte evaluerer intervensjoner målrettet for lidelsen (Cloitre, 2020). For øvrig bør behandlingsanbefalinger for KPTSD med noe varsomhet baseres på ellers velsette RCT-studier når disse er av kort varighet, da komplekse traumeresponser som regel vil kreve lengre behandlingsforløp før symptomene lindres og effekt kan demonstreres. I påvente av økt konsensus og publiseringer av adekvate intervensjonsstudier må praktiserende forholde seg til beste tilgjengelige evidens og anvende veletablerte metoder utviklet for PTSD, og tilpasse der det er nødvendig. Som nevnt kan utvidelse av behandlingsforløpet, symptom-spesifikke adaptasjoner og intervensjoner rettet mot eventuelle progresjonshemmende barrierer bidra til å optimalisere behandling av komplekse traumeresponser som KPTSD. Det kan her være aktuelt å vurdere supplerende intervensjoner eller terapiformer som adresserer forstyrrelser i selvorganisering mer direkte og inkluderer elementer som affektiv dysregulering, relasjonelle vansker eller selvkonsept (Cloitre, 2020). Med utgangspunkt i hypotesen om at selvmedfølelse (self-compassion) vil kunne minimere tilbøyeligheten pasienter med KPTSD ofte har til å føle skam, klandre eller forakte seg selv etter alvorlige, ofte interpersonlige traumer, ble assosiasjonen mellom selvmedfølelse og symptomer på PTSD og KPTSD undersøkt i en selvstendig studie (Karatzias et al., 2019b). Resultatene indikerte at selvmedfølelse kan være et formålstjenlig virkemiddel i behandling av KPTSD, især for symptomer på negativt selvbilde og affektiv dysregulering, og effekten av selvmedfølelsesorienterte intervensjoner (eks. CFT, MBSR og ACT) for symptomer på KPTSD bør derfor utforskes videre. I tillegg er en subtype av dialektisk atferdsterapi (DBT), målrettet for symptomer på KPTSD (DBT-PTSD), under utvikling, og

bygger på prinsipper fra DBT, supplert med intervensjoner fra CBT, ACT og CFT (Bohus et al., 2019). Sammenlignet med kognitiv prosesseringsterapi resulterte DBT-PTSD i en lavere dropout-rate, høyere remisjonsrate for PTSD-symptomer og mer pålitelig forbedring for en gruppe kvinnelige barnemishandlingsofre i en nyere studie (Bohus et al., 2020). Studiene er dog basert på DSM-5-definisjonen av PTSD, men demonstrerer likevel lovende resultater for behandling av KPTSD i fremtiden.

Som tidligere nevnt kan dissosiative tilstander forekomme ved KPTSD og pasienters eventuelle tendenser til dissosiasjon under traumeeksponering kan representere et hinder for progresjon i behandling (NICE, 2018). Dette kan forekomme både i form av absorpsjon eller fullstendig frakobling fra det traumatiske materialet, som i begge tilfeller kan komprimere evnen til nødvendig terapeutisk refleksjon (Brewin, 2020). Ved KPTSD kan fullstendige bevissthetstap forekomme, og adaptivt stabiliserende arbeid kan vurderes nødvendig for å identifisere triggende situasjoner og lære pasienten å overvåke og kontrollere disse, eksempelvis ved anvendelse av grounding-teknikker (Kennedy et al., 2013, if. Brewin, 2020). Som med dissosiasjon kan den praktiserende behandler med fordel også være oppmerksom på traumepasienters eventuelle tendenser til hyperaktsomhet, da mange kan være særlig årvåkne overfor signaler som utløser tvil om relasjonens kvalitet eller behandlerens intensjoner (Powers et al., 2017). Non-spesifikke faktorer som motivasjon og tillitsfulle behandlingsrelasjoner kan kort sagt være utslagsgivende for terapiens progresjon, og bør prioriteres for å unngå drop-outs fra intervensjoner som krever mye av pasienten. Stabiliserende initiativer må ikke fasiliteres i en selvstendig fase, men styrkende intervensjoner, som psykoedukasjon og gradvis utvikling av situasjonsadekvate mestringsstrategier kan med fordel integreres i terapien (NICE, 2018; Brewin, 2020).

Mangfoldigheten i Kompleks PTSD bør med andre ord reflekteres av diversitet i behandling, hvor intervensjonene tilpasses lidelsens kliniske presentasjon og prioriteres med hensyn til lidelsestrykk og funksjonelle vansker. Systematiske målinger av symptomer, funksjon og livskvalitet over tid kan her representere relevante effektmål og informere eventuelle adaptasjoner. Utviklingen av traumeinformert og differensiert behandling, som følge av lidelsens kompleksitet og alvorlighetsgrad, sammenfaller med en tilnærming om “personlig medisin” og WHO’s mål om optimal behandling, da det muliggjør prioritering av behandlingsressurser dit behovet er størst (Cloitre, 2020). Fra et nettverksperspektiv kan det videre argumenteres for at sentrale individuelle symptomer bør adresseres først, med

forventning om at lindring av disse kan ha positive effekter på andre forbundne symptomer (Johnson et al., 2019). Dersom man evner å ta hensyn til kompleksiteten av den posttraumatiske responsen ved KPTSD, i form av adekvat og skreddersydd behandling, vil det kunne optimalisere nytteverdien av den nylig klassifiserte diagnosen. Diagnosens kliniske nytteverdi vil sammenfattes i oppgavens neste kapittel.

6. Hva er den kliniske nytteverdien av en Kompleks PTSD-diagnose?

I denne delen av oppgaven vil de øvrige kapitler sammenfattes og diskuteres i sin helhet, med henblikk på å besvare prosjektets problemformulering; *Hva er den kliniske nytteverdien av en Kompleks PTSD-diagnose?* Problemformuleringen følger av publiseringen av ICD-11 og har avledet flere underspørsmål, som hver for seg er behandlet i lys av relevant empirisk og teoretisk litteratur. Relatert til den påfølgende diskusjonen synes det hensiktsmessig å ha følgende budskap fra International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders for øye: “People are only likely to have access to the most appropriate mental health services when the conditions that define identification, eligibility and treatment selection are supported by a precise, valid, and clinically useful classification system” (2011, p. 90), da dette er beskrivende for revisjonens intensjoner med hensyn til klinisk nytteverdi. For å avklare den kliniske nytteverdien av KPTSD ble det vurdert som formålstjenlig å utbrodere karakteristika ved diagnosens utviklingskontekst og oppgavens innledende kapitler kjennetegnes derfor av en historisk forankring, som er rammesettende for diagnosens fremtidsvilkår og nytteverdi i klinisk praksis.

Forut for ICD-11 ble det gjennomført en rekke toneangivende feltundersøkelser (jf. kap. 3.2), blant annet for å optimalisere den kliniske nytteverdien av manualen når denne skulle publiseres. Psykiatere og psykologer ønsket et diagnosesystem som la til rette for kommunikasjon og informerte behandling (Reed et al., 2011; Evans et al., 2013), og i en tilhørende kvalitativ studie var KPTSD den hyppigst foreslåtte diagnosen for fremtidig inklusjon, i fraværet av kategoriseringer som dekket konsekvenser av komplekse traumer i tilfredsstillende grad (Robles et al., 2014). I flere feltstudier ble ICD-11 overordnet evaluert med høyere diagnostisk presisjon enn ICD-10, og KPTSD med signifikant bedre resultater enn sin forgjenger EPCACE (Keeley et al., 2016b; Gaebel et al., 2020). Selv om ICD-11 overordnet

har demonstrert en høyere klinisk nytteverdi enn ICD-10, var dette ikke påviselig for KPTSD spesifikt (Gaebel et al., 2020), og både PTSD og KPTSD er målt med moderat inter-rater-reliabilitet i økologiske feltstudier (Reed et al., 2018b). Funnene må replikeres, men tyder om ikke annet på at implementeringen av revisjonen med fordel kan suppleres med brukeropplæring, for å etterleve WHO's mål om minimert tidsbruk, anvendelighet og presisjon ved diagnostisering (jf. kap. 1.2). I sin helhet har innledende undersøkelser likevel gitt gode grunner til optimisme for diagnosens implementering i fremtidig praksis.

I en tidligere fase ble KPTSD-konseptet karakterisert som mangelfullt, i fraværet av en tydelig definisjon, validerte måleverktøy og diskriminativ validitet (Resick et al., 2012). Denne kritikken er avløst av omfattende forskning det siste tiåret, i takt med utviklingen av KPTSD til ICD-11. Med revisjonen fikk lidelsen en entydig definisjon, basert på et begrenset antall symptomer, og det er tilhørende utviklet standardiserte måleverktøy (ITQ og ITI), som kan identifisere og differensiere PTSD og KPTSD i klinisk praksis. Utviklingen av ITQ samsvarer med prinsippet om maksimal klinisk nytteverdi, da det defineres av få symptomer, er lite tidkrevende og har enkle føringer for diagnostisk identifikasjon. Både ITQ og ITI kartlegger kjernesymptomer og tar høyde for traumeeksponering, med tilhørende tidsperspektiv, samt utbredelsen av funksjonelle vansker. Strukturerte måleverktøy som disse fremmer samsvar mellom klinikere og fasiliterer dermed kommunikasjon, i tråd med WHO's definisjon av klinisk nytteverdi (jf. kap. 1.2). Ettersom måleverktøyene er direkte utledet av formuleringene fra ICD-11 bidrar de til kvalifiserte målinger av konseptet, som følgelig kan støtte kliniske vurderinger og informere behandling. ITQ kan med enkelthet innføres i klinisk praksis, mens det strukturerte intervjuet ITI vil kreve mer tid og kompetanse fra praktiserende klinikere. ITI kan til gjengjeld tilføre mer detaljrik informasjon til kliniske vurderinger. Selv om verktøyene er nyetablerte har de demonstrert lovende psykometriske egenskaper med hensyn til diagnostisk presisjon (goodness of fit), er ikke uoverkommelig tidkrevende og er tilsynelatende enkle å bruke. Som hjelpemidler til identifikasjon av KPTSD øker de diagnosens kliniske nytteverdi, da de forenkler implementering i klinisk praksis (jf. WHO, kap. 1.2).

En rekke studier støtter opp om lidelsens diskriminative validitet og en symptombasert faktorstruktur hvor PTSD- og DSO-symptomer samlet utgjør et konstrukt av Kompleks PTSD. Sammenlignet med PTSD har pasienter med KPTSD oftere erfart multiple og vedvarende traumer og opplever mer inngripende funksjonelle vansker som følge av lidelsens uttrykk (Brewin et al., 2017). Utviklingen av ITQ har muliggjort tverrkulturelle undersøkelser av

kompleks symptomatologi, og valideringen av selvrapporingen kan betraktes som et viktig ledd i en samlet validering av ICD-11 PTSD og KPTSD. I et systematisk review ble det konkludert at ITQ evnet å atskille KPTSD fra PTSD, men at konstruktene fremstår mer uniforme når populasjonen preges av mer omfattende traumehistorikk og lidelsestrykk, og det stilles derfor spørsmål ved hvorvidt en hierarkisk strukturering er gunstig (Redican et al., 2021). Noen forskere har også kritisert bruk av LCA- og LPA-analyser for å demonstrere konstruktvaliditeten av KPTSD og finner ulike grupper avhengig av hvilke statistiske metoder som anvendes (Achterhof et al., 2019). De antar at det reelt sett eksisterer en mye større variasjon blant voksne PTSD-pasienter, som verken lar seg beskrive av PTSD eller KPTSD, og det spekuleres i om KPTSD i realiteten representerer en subtype PTSD som knyttes til høyere nivåer av kumulativ traumeeksponering, fremfor et selvstendig konsept. Den kliniske nytteverdien av to separerte posttraumatiske lidelser stilles dermed i et kritisk lys, og det foreslås alternativt en dimensjonal tilnærming, hvor posttraumatisk stress heller defineres på et spektrum etter alvorlighetsgrad (Ford, 2020). Det er forskningsmessig konsensus om at LCA og LPA ikke alene kan stadfeste validiteten av et diagnostisk konstrukt, men andre forskere står fast på at KPTSD bør defineres som et unikt konstrukt, da det bygger på et sterkt teoretisk og empirisk fundament og lar seg identifisere som et selvstendig og koherent konsept i den virkelige verden (Cloitre et al., 2020).

I kapittel 3 er altså fremveksten av KPTSD beskrevet, og det tydeliggjøres i den forbindelse at det foreligger tungtveiende evidens for at diagnosen reflekterer et reelt og gjenkjennelig symptom-bilde, som kan atskilles fra PTSD ved tilstedeværelsen av symptomer på forstyrret selvorganisering. Dog ble diagnostiske kjennetegn for KPTSD allerede tidlig karakterisert som overlappende med symptomer på borderline personlighetsforstyrrelse, især med hensyn til emosjonell dysregulering og til dels relasjonelle vansker. Symptomoverlapping er verken noe unikt for KPTSD eller et argument mot diagnosens eksistens i seg selv, men en differensialdiagnostisk analyse ble vurdert som hensiktsmessig for å avklare hvorvidt KPTSD på en mer meningsfull måte kunne beskrive symptombilder som ellers er klassifisert i andre diagnostiske kategorier. Som en refleksjon av fokusområder i publisert litteratur ble det også her vurdert som mest relevant å innsnevre undersøkelsen til BPD og fravelge analyse av andre symptomatiske beslektede diagnoser, som affektive lidelser, angst, psykotiske tilstander, andre traumerelaterte lidelser eller andre personlighetsforstyrrelser. Den differensialdiagnostiske analysen tok utgangspunkt i 11 artikler som adresserer likheter og forskjeller mellom KPTSD og BPD (kap. 4.1), hvor diagnosene overordnet ser ut til å representere forskjelligartede

konstrukter, på tross av overlappende domener. Fenomenologisk kan lidelsene differensieres ved sin fremtoning, eksempelvis ved henholdsvis ustabil eller vedvarende negativt selvbylde. Fluktuerende tilstander er generelt mer fremtredende ved BPD og synliggjøres blant annet ved ustabile sosiale forbindelser preget av forlatthetsangst, og impulsivitet, blant annet i form av selvskadende atferd. KPTSD bærer på sin side mer preg av følelsesmessig avstenging og en tilbaketrekning fra sosiale relasjoner. Sistnevnte kan betraktes som et posttraumatisk symptom på unngåelse, fordi andre mennesker kan trigge en traumereaksjon.

Etttersom KPTSD kjennetegnes av kombinerte symptomer på PTSD og forstyrret selvorganisering og sistnevnte har betydelige likhetstrekk til BPD er det i flere differensialdiagnostiske studier stilt spørsmål ved om KPTSD i realiteten er en sammensmelting av PTSD og BPD og derfor vel så gjerne kunne vært representert som to atskilte komorbide diagnoser. Dette kan utvides til et spørsmål om komorbiditet mer generelt; om symptombilder foretrekkes beskrevet i samlende diagnoser eller som multiple sameksisterende lidelser. Dersom lidelse av kompleks karakter skal kunne defineres i én samlende diagnose forutsetter det at denne både er presis og praktisk anvendelig. I ICD-11, inkludert KPTSD, har avgrensning av diagnostiske krav til lidelsenes kjernesymptomer vært et middel for nettopp å minimere overlapping med andre diagnoser og øke diagnosenes anvendelighet i praksis (Møller et al., 2020; Reed et al., 2010). For at en sammensmelting skal være klinisk nyttig forutsettes det også at symptombildet ikke har divergerende implikasjoner for behandling, hvilket er tilfellet for PTSD og BPD, og tilsynelatende også KPTSD og BPD. Flere undersøkelser antyder som nevnt også at DSO-symptomene ved KPTSD manifesterer seg fenomenologisk forskjellig fra BPD, og tilsier derfor at KPTSD ikke bør likestilles med komorbid PTSD og BPD (Frost et al., 2020a; Borroni et al., 2021). Det utelukkes dog ikke at det eksisterer tilfeller av BPD eller komorbid BPD/PTSD som kunne vært bedre beskrevet i diagnostiske termer for KPTSD, gitt at symptombildet er representativt.

Som det konkluderes i kapittel 4 tilsier en betydelig mengde forskning at KPTSD ikke representerer en erstatning for eller subtype av BPD, ikke minst fordi BPD også fremkommer som et individuelt konstrukt (Knefel et al., 2016; Ford & Courtois, 2014), som ikke kun oppstår komorbid med traumelidelser. Som følge av at mange med BPD har opplevd traumatiske livsbegivenheter argumenterer dog noen forskere for at lidelsen med fordel kunne vært klassifisert innenfor et spektrum av traumelidelser, sammen med PTSD og KPTSD (Giourou et al., 2018; Ford & Courtois, 2014; Ford, 2020). Et mulig kompromiss for de to posisjonene

kan være at nåværende traumeeksponerte subgrupper av BPD, med essensielle overlappende lidelsestrykk, klassifiseres som KPTSD eller alternativt omorganiseres på et traumespektrum og behandles terapeutisk deretter, for nettopp å optimalisere diagnosenes nytteverdi i klinisk praksis. På den måten kan det kanskje bedre tas høyde for transdiagnostiske faktorer, som overlappende etiologi eller livsomstendigheter, når intervensjoner for symptomlindring skal prioriteres. Dersom lidelsene derimot fremstår meningsfullt forskjellige hva angår fenomenologi eller funksjonelle vansker vil det være verdifullt å differensiere borderline-strukturens langvarige personlighetstrekk fra traumerelaterte symptomer ved KPTSD (Jowett et al., 2020b), ettersom kun sistnevnte er imperativt for traumefokusert behandling. Differensialdiagnostisk forskning og diskriminerende kliniske vurderinger er med andre ord viktig for å informere prioritert behandling i praksis og tydeliggjør hvorfor BPD og KPTSD klassifiseres forskjellig i ICD-11.

Med forventning om at det ville fasilitere transparens for planlegging og prioritering av behandling, og dermed øke manualens kliniske nytteverdi, ble diagnostiske strukturer i ICD forenklet ved revidering, og diagnosene ble avgrenset til lidelsenes kjernesymptomer. Her skiller ICD-11 seg fra DSM-5, hvor PTSD-diagnosen tvert imot ble utvidet til 636 120 mulige kombinasjoner, med henblikk på å tilgodese heterogeniteten i posttraumatisk stress (Galatzer-Levy & Bryant, 2013). DSM-kategoriseringen harmonerer med andre ord bedre med en dimensjonal tilnærming, da komplekse traumeresponser ikke utskilles i en selvstendig diagnose, tilsvarende KPTSD, men innlemmes i en bredere PTSD-kategori. Med hensyn til klinisk nytteverdi kan DSM-utvidelsen dog potensielt begrense, fremfor å fasilitere diagnosens kommunikasjonsevne, da to pasienter med samme diagnose kan kjennetegnes ved vidt forskjellige symptombilder, som med høyere sannsynlighet har ulike implikasjoner for effektiv behandling. På den annen side spesifiserer DSM-5 forekomsten av eventuelle dissosiative tilstander, som kan være verdifullt ved tilrettelegging av intervensjoner. Som følge av de divergerende beskrivelsene i DSM-5 og ICD-11 sammenlignet Hyland og kolleger (2018) prevalensratene til PTSD/KPTSD med utgangspunkt i symptomer fra begge manualer. I et klinisk utvalg ble signifikant flere diagnostisert med DSM-5-basert PTSD (90.4%) enn ICD-11 PTSD og KPTSD samlet (79.8%), noe som også samsvarer med tidligere studier. Funnene tilsier at den bredt inkluderende DSM-5 PTSD favoriserer diagnostisk sensitivitet, og færrest mulig falsk negative sykdomstilfeller, mens diagnostisk spesifisitet og få falsk positive tilfeller prioriteres ved PTSD-diagnosene i ICD-11. Ved falsk negative diagnoser risikerer man at syke mennesker ikke får tilstrekkelig helsehjelp, mens det ved høye antall falsk positive kan

identifiseres tilfeller uten behandlingskrevende lidelsestrykk, som vanskeliggjør differensiert og prioritert behandling dit behovet er størst. Hyland og medforfatterne (2018) kommenterer at mennesker med symptomer på KPTSD med relativt liten sannsynlighet vil gå uoppdaget, ettersom lidelsens kjennetegnes av vesentlige funksjonelle og ofte komorbide vansker, og derfor trolig vil motta psykisk helsehjelp i annen sammenheng. Med andre ord er kanskje ikke konsekvensene av falsk negative tilfeller så alvorlige for pasientgruppen, mens diagnostisk spesifisitet, som informerer både differensialdiagnostisk utredning og behandlingsprioriteringer, kan vurderes mer fordelaktig.

Det er i denne oppgavens øyemed å evaluere hvorvidt og hvordan innføringen av KPTSD er verdifull for klinisk praksis. I den henseende vil det i de følgende to underkapitler fremheves hvordan diagnosen kan tilveiebringe muligheter for henholdsvis behandling og forskning, som begge er betydningsfulle for diagnosens fremtid.

6.1 Diagnosen som nøkkel til behandling

Diagnosens implikasjoner for behandling er inngående beskrevet i kapittel 5, og på bakgrunn av eksisterende empirisk litteratur konkluderes det at behandling av KPTSD med fordel kan bygge videre på veletablerte PTSD-behandlinger, men ta høyde for kompleksiteten som individets forstyrrede selvorganisering fører med seg for den enkelte. Det kan anses som en fordel om behandlingen kan videreutvikles fra metoder som ansvarlige behandlere allerede er fortrolige med, da nødvendige tilpasninger kan gjøres med støtte i klinisk erfaring med traumebehandling, uten at det behøves omfattende opplæring i ukjente prosedyrer. Det understrekes at en effektiv behandlingsmetode er tilpasset individets symptombylle og funksjonelle vansker, og ikke utledet av traumehistorikk alene. I de siste publiserte behandlingsretningslinjene vurderes ikke sekvensert behandling som nødvendig for å sikre en forsvarlig og effektiv traumebehandling, men det er konsensus om at stabiliserende elementer med fordel kan integreres som en del av behandlingsforløpet. For å tilgodese kompleksiteten ved den posttraumatiske responsen anbefales et utvidet behandlingsforløp, enten i form av flere sesjoner eller at intervensjonene strekker seg over en lengre periode. Dette er både av hensyn til å bygge en tillitsvekkende behandlingsallianse og med henblikk på å ha tilstrekkelig tid til å bearbeide multiple eller omfattende traumer. Ved KPTSD kan terapiens relasjonsarbeid vurderes særlig viktig, da pasientene ofte har alvorlige traumer som bør bearbeides og som

nettopp kan være inngripende i pasientens relasjonelle fungering og medføre vansker på flere livsområder.

Etableringen av KPTSD har muliggjort en rikere og potensielt mer treffende beskrivelse av komplekse posttraumatiske responser og adaptasjoner, og det virker plausibelt at det diagnostiske konseptet kan fungere som døråpner for mer skreddersydd og effektiv behandling. Uten et tilstrekkelig godt diagnostisk rammeverk kan risikoen være høyere for at klinikere velger ineffektive og dyre behandlingsmetoder (Cloitre et al., 2009), hvor individuell fenomenologisk variasjon ikke adresseres. I moderne helsevesen kreves det ofte en diagnose for å få adgang til økonomisk subsidiert og spesialisert behandling og en dekkende diagnostisk beskrivelse kan for pasienter med KPTSD-symptomer derfor representere nøkkelen til adekvat psykisk helsehjelp. Sammensatte og relativt sjeldent forekommende lidelsesbilder som KPTSD kan kanskje være dårlig forstått av allmennpraktiserende, hvor diagnosen og tilhørende retningslinjer kan legge til rette for kommunikasjon, både overfor pasienten og dennes pårørende, og mellom klinikere med hensyn til intervensjoner og henvisning til rette behandlingsinstans. Sammenlignet med PTSD vil KPTSD trolig krever mer tid og kompetanse fra relevante praktikere, hvilket særlig er adressert som et potensielt problem i land med mindre utviklet psykisk helsevern eller i tilfeller der pasienter selv skal betale for spesialiserte helsetjenester. Ettersom funksjonelle vansker er utbredt blant mennesker med KPTSD, kan lidelsen dessuten forventes å gjøre flere ute av stand til å ivareta et arbeid (Brenner et al., 2019). Arbeidsuførhet har ikke kun personlige konsekvenser, men er like fullt et samfunnsøkonomisk problem, og aktualisering av effektiv symptomlindring vil derfor også være av samfunnets interesse. Med en diagnose som evner å formidle kompleksiteten av den posttraumatiske responsen som kjennetegner KPTSD kan intervensjoner enklere målrettes lidelsens spesifikke symptomer og gi positive utfall for behandlingsrespons.

6.2 Diagnosen som døråpner for forskning og evidensbasert praksis

ICD-11 er skapt med en forventning om at diagnosene kan avle behandlingsprotokoller, som er målrettet symptomprofiler og funksjonsnivået som assosieres med hver enkelt lidelse. Som kjent er behandling for KPTSD fremdeles i en tidlig utviklingsfase, men utarbeiding og validering av denne typen protokoller er ansett som en viktig prioritering for fremtidig forskning (Cloitre, 2020). En annen viktig prioritering er løpende evaluering av diagnosen i takt med dennes implementering i praksis på tvers av forskjelligartede utvalg, i ulike land og

kulturer. Det vil kunne forventes noe kontekstavhengig variasjon i symptomprofiler og flere økologiske feltstudier vil i den forbindelse kunne bidra til å informere eventuelle fremtidige revisjoner av diagnosen, avhengig av hvordan den utfolder seg i klinisk praksis.

I eldre studier ble KPTSD operasjonalisert på bakgrunn av mindre entydig og etablert terminologi, eksempelvis fra DESNOS, hvilket avfødte målinger med varierte modifikasjoner fremfor fra samstemte symptomprofiler. Når komplekse kliniske symptombilder ikke passer inn i kategoriske forskningsmodeller risikerer de å bli utelatt fra kliniske studier, og KPTSD-profiler kan derfor muligvis ha blitt neglisjert i tidligere forskning. De kan også ha blitt feilaktig assimilert med PTSD, i fraværet av tilstrekkelig sensitive måleverktøy. Det kan også anses som uheldig at mye forskning på KPTSD har basert seg på kompleks traumehistorikk fremfor komplekse traumeresponser og -symptomatologi, da sistnevnte bør veilede identifikasjon og differensialdiagnostiske vurderinger. Formuleringen av KPTSD i ICD-11 har derfor gitt anledning til mer konsensusbaserte undersøkelser, hvor forskning kan ta utgangspunkt i en uniform beskrivelse. Dette illustreres blant annet ved operasjonaliseringen i ITQ og ITI, som identifiserer kjernesymptomer ved PTSD og KPTSD på basis av karakteristikk i ICD-11. De nyetablerte diagnoseverktøyene muliggjør eksempelvis prevalensstudier eller mål av symptomtrykk på tvers av populasjoner, og kan anvendes som effektmål både ved utvikling av behandling og ved sammenligning av behandlingsresultater. Ved utvikling av optimal behandling for KPTSD, eksempelvis i form av skreddersydde behandlingsprotokoller, vil nettopp effektstudier være hjelpsomme. Symptom-spesifikke resultater fra ITQ eller ITI kan dessuten representere verdifulle bidrag i en helhetsvurdering av pasienten og informere eventuelle hensiktsmessige adaptasjoner, som kan optimalisere individets behandlingsrespons. Innføringen av KPTSD i ICD-11 legger med andre ord til rette for viktig forskning og tilhørende utvikling av en evidensbasert klinisk praksis, som kommer både behandlingsapparatet og pasienten til gode.

6.3 Nåværende begrensninger og fremtidige muligheter

Selv om ICD-11 er tuftet på et betydelig forberedende arbeid, inklusivt praksisnære, økologiske feltstudier, implementeres ikke manualen i klinisk praksis før 1.januar 2022, og det er derfor først etter dette at retningslinjenes faktiske anvendelighet og diagnosenes kliniske nytteverdi kan avklares i fullt omfang. Dette reflekterer med andre ord en begrensning for besvarelse av oppgavens problemformulering, men også en utfordring ved enhver diagnostisk nyetablering.

En entydig konklusjon om den kliniske nytteverdien til KPTSD kan derfor betraktes som prematur på nåværende tidspunkt, da forskningsspørsmålet som tidligere nevnt er av fremtidsorientert karakter. I oppgaven frembringes imidlertid verdifull viten hva angår diagnosens utviklingsvilkår, som informerer nytteverdien av KPTSD i en fremtidig klinisk kontekst. Ifølge Resick og kollegene (2012) måtte KPTSD tilby noe *utover* det som allerede var etablert, med hensyn til kunnskap om etiologi, prognoser, differensialdiagnostikk eller behandling, før diagnosen kunne anerkjennes som verdifull for klinisk praksis. Det er aktuelt liten tvil om at konseptualiseringen av KPTSD har beriket traumelitteraturen og et betydelig evidensgrunnlag tilsier også at diagnosen har en rettmessig tilhørighet i ICD-11. Dog vil adekvat opplæring av manualens brukere vurderes som essensielt for å optimalisere diagnosenes kliniske nytteverdi, og dette bør følgelig prioriteres ved innføringen av den reviderte klassifiseringen. Dette følger ikke minst av lidelsens implikasjoner for behandling, da pasienter først og fremst vil profitere på en KPTSD-diagnose dersom denne utløser effektive intervensjoner.

I denne oppgaven fokuseres det ikke på særlige traumepopulasjoner, da det ble vurdert som mest hensiktsmessig å besvare problemformuleringen fra en bred tilgang, som ikke ekskluderte eller prioriterte enkelte grupper. I tråd med tidligere bemerkninger om behandling, hva gjelder dennes tilgjengelighet, er det verdt å påpeke at den kliniske nytteverdien av enhver diagnose kan forventes å variere etter hvilken kontekst den opptrer i. Dette gjelder både med hensyn til hvilke diagnostiske retningslinjer aktuelle behandlere lener seg på, både generelt, men også spesifikt ved diagnostisk utredning, og hvilke reelle muligheter for intervensjon som finnes for pasientgruppen. Etersom ICD-11 har et overordnet mål om å forbedre kliniske utfall er det relevant å ta høyde for hvilke politiske, økonomiske og lavpraktiske omstendigheter som preger den enkelte utredning- og behandlingskontekst. Spesialisert behandling kan som nevnt kanskje være utilgjengelig for den traumatiserte, og diskrepans i pasienttilbud er derfor viktig å være oppmerksom på, og bør eventuelt modifiseres i nasjonale behandlingsretningslinjer. Kort sagt vil KPTSD, uansett hvor treffende beskrivelsen er for den aktuelle pasient, ikke gavne vedkommende så lenge det ikke har reelle følger for behandling eller annen psykisk helsehjelp. Å tilrettelegge for symptomlindring for mindre ressurssterke grupper er derfor en viktig oppgave for WHO og deres medlemsland. Dette vil kreve både vilje og fokus fra regjerende myndigheter, men kan vurderes som skjebnesvangert for psykisk velvære i en sterkt traumatisert og sårbar gruppe, og må derfor prioriteres.

Diagnoser er utviklet med henblikk på å forstå samspillet mellom symptomer og psykopatologiske prosesser (Borsboom, 2008), og så lenge komplekse traumeresponser var kategorisert på lik linje med mindre gjennomgripende posttraumatisk sekvele i PTSD kunne kompleksiteten vanskelig beskrives eller imøtekommes av effektiv behandling (van der Kolk, 2001). Tilføyelsen av en selvstendig KPTSD-diagnose kan derfor forventes å medføre større presisjon i diagnostisering av pasienter med traumehistorikk og muliggjøre individuelle tilpasninger i behandling i fremtiden (Cloitre, 2020). Som kjent følger lidelsen ofte av traumatiske opplevelser av forlenget, repetitiv og relasjonell karakter, og det virker plausibelt at nettopp kontinuiteten i traumeeksponeringen disponerer for komplekse tilleggssymptomer som forstyrrelser i selvorganisering, som gjenspeiler individets adaptasjon til en traumatisk kontekst. Dette synliggjøres også ved at den vedvarende og gjennomgripende svekkelsen av selvorganisering ikke kun forbindes til traumerelaterte stimuli, men opptrer på tvers av varierte kontekster. Kategoriseringen er med andre ord nyttig for å beskrive komplekse symptomer som etterfølger alvorlige traumer og atskillelsen mellom PTSD og KPTSD kan dermed reflektere heterogeniteten ved posttraumatiske lidelser.

7. Perspektivering

I dette kapittelet vil det fremheves to perspektiver, som ikke nødvendigvis står i motsetning til oppgaven for øvrig, men som er skrevet med henblikk på å berike forståelsen for KPTSD som fenomen, både fra en alternativ nettverksanalytisk tilgang og med et særlig blikk for barn og unges komplekse traumer.

7.1 Nettverksperspektivet

I den differensialdiagnostiske analysen av KPTSD og BPD (kap. 4.1) ble Knefel og kollegenes (2016) nettverksanalyse inkludert, og det ble i den forbindelse redegjort for prinsippene bak en nettverksanalytisk tilnærming. Fra en nettverksforståelse betraktes lidelse som et samspill mellom symptomer, som står i gjensidige påvirkningsforhold til hverandre, og danner et kausalt nettverk av observerbare variabler. Dette står i kontrast til en mer tradisjonell, reflektiv modell, hvor symptomer ses som konsekvenser av et underliggende lidelseskonstrukt (Johnson et al., 2019). Johnson og kolleger (2019) har i en nyere artikkel presentert begrensninger ved å forstå KPTSD som et latent konstrukt og fremhever i den forbindelse et nettverksperspektiv som en alternativ tilnærming. Med et KPTSD-kasus illustrerer forfatterne hvordan et nettverk av

symptomer aktiverer og reaktiverer hverandre og manifesterer seg som lidelse. Flashbacks kan eksempelvis utløse frykt, som kan føre til unngåelse, der den resiproke påvirkningen mellom frykt og unngåelse kan resultere i en fastlåst posisjon, av stor betydning for livsutfoldelse. Symptomer på gjenopplevelse kan dessuten vekke skamfølelser og fore et negativt selvbilde, hvor unngåelsesatferd kan begrense følelsesmessige erfaringer av nærhet, som ellers kunne bidratt positivt til selvbildet. Ved denne typen analyse synliggjøres det at enkelte symptomer er mer sentrale i den individuelle lidelse og disse egner seg derfor særlig for intervensjon.

Johnson og kollegene (2019) påpeker at nettverksanalyser kan ha direkte klinisk nytteverdi dersom analysen danner utgangspunktet for en kasusformulering og terapien målrettes etter sentralitetsprinsippet. Dette forutsetter dog at pasienten måles hyppig og gjentatte ganger før behandlingen, for å innfange svingninger i symptomer og andre dynamiske forhold i pasientens hverdag (Epskamp et al., 2018). Intraindividuelle nettverksanalyser krever derfor både tid og tilrettelegging forut for selve behandlingen, og forutsetter at pasienten er motivert for å inngå aktivt i utredningsprosessen. Det finnes dog også interindividuelle nettverksstudier, som med utgangspunkt i symptomstrukturer på tvers av populasjoner kan informere behandling på gruppenivå. Eksempelvis har Knefel og kolleger (2019) funnet svært like nettverk av KPTSD-strukturer i populasjoner på tvers av fire forskjellige land, med sterke innbyrdes assosiasjoner mellom predefinerte symptomer fra ICD-11. I deres analyse fremkommer negativt selvbilde og hyperaktsomhet som tverrkulturelt sentrale symptomer ved KPTSD og studien illustrerer dermed hvordan symptomlindring kan adresseres med utgangspunkt i lidelsens kausale og vedlikeholdende mekanismer. Johnson og kollegene (2019) understreker at det løper en risiko for at kompleksiteten i KPTSD forsømmes når det ikke vies tilstrekkelig oppmerksomhet til symptomenes gjensidige påvirkning, og konkluderer at det i behandlingsøyemed med fordel også bør tas høyde for transdiagnostiske prosesser som kan vedlikeholde lidelsesmønsteret, som grubling eller selvfokus.

Nettverksperspektivet har fellestrekk med en dimensjonal tilgang til lidelse, som er fremhevet gjentatte ganger i oppgaven i relasjon til klassifisering av traumerelaterte lidelser. Motsatt en differensialdiagnostisk separasjon av distinkte lidelseskategorier har flere påpekt at lidelser generelt, og traumelidelser spesifikt, med fordel kan innordnes på et spektrum, etter alvorlighetsgrad (Ford & Courtois, 2014; Giourou et al., 2018, Ford, 2020; Frost et al., 2020b). Med hensyn til ressursknapphet kan det vurderes hjelpsomt om pasientbehandling kan prioriteres etter alvorlighetsgrad av individuell lidelse. Dog har kategoriske inndelinger et

fortrinn hva angår kommunikasjon, både ved utredning og behandling, ikke minst fordi det kan utvikles spesifikke retningslinjer til en relativt homogen og avgrenset gruppe. Det vil dessuten være enklere å generalisere resultater fra effektstudier om behandling når disse baseres på en uniform diagnostisk kategori. Dette kan ikke minst vurderes hensiktsmessig med hensyn til å generere en samstemt og evidensbasert behandlingspraksis.

7.2 Barneperspektivet

I denne oppgaven er barn og unge verken tillagt særlig fokus eller fravalgt som målgruppe, og som ved tilfellet for voksne er også komplekse posttraumatiske responser hos barn og unge et forskningsfelt i stadig utvikling. Det fremgår i oppgaven at KPTSD ofte følger av traumer av interpersonlig karakter, som ikke sjeldent forekommer i ung alder og som følge av sin natur ofte er gjentakende. Det kan inkludere forskjellige former for mishandling eller svik fra familiemedlemmer eller andre omsorgspersoner i en tillitsrelasjon, som kan medføre en særlig risiko for barnets utvikling. Barn og unges erfaringer involverer ofte mer enn bare traumet og de traumespesifikke symptomene, eksempelvis når overgrep leder til fosteromsorg, institusjonell omplassering, eller lignende. Det kan derfor anses som særlig viktig at denne gruppen ikke neglisjeres, da de unge kan stå i en posisjon hvor den traumatiske responsen ikke dempes, men potensielt intensiveres i fraværet av tilstrekkelig omsorg.

Utviklingspsykopatologi kan utgjøre et rammeverk for lidelser som debuterer i barndommen. I en eventuell utredningsprosess må psykopatologi sensitivt differensieres fra fluktuerende tilstander og midlertidige avvik fra normale utviklingsstier, ettersom barn og unge er under konstant utvikling (Harder & Simonsen, 2017). Noen tilstander eller typer atferd kan være utviklingsmessig adekvat for forskjellige aldersgrupper, og vil følgelig kunne defineres som normalt eller patologisk avhengig av om det er alderssvarende eller ikke. Et eksempel på dette er temperament- eller affektregulering, der dysregulering er forventet i yngre alder, men kan betraktes som avvikende i en senere utviklingsfase (ISTSS Guideline Committee, 2019b).

Symptomer på forstyrret selvorganisering kan finnes hos mange barn, både med og uten psykiske lidelser. Av det førnevnte “position paper” om KPTSD hos barn og unge (ISTSS Guidelines Committee, 2019b), fremkommer det at både affektiv dysregulering, negativt selvkonsept og relasjonelle vansker kan ha mange årsaker. Affektiv dysregulering kan eksempelvis kobles til barnets tidlige tilknytning og oppvekstvilkår, kan følge av

atferdsforstyrrelser eller forekomme ved angst og depresjon. Et negativt selvkonsept finnes hos mange barn, og kan både være et symptom på og en følge av psykopatologi. Eksempelvis kan noen typer atferd fremprovosere negative reaksjoner fra jevnaldrende eller voksne som reflekterer negativt tilbake på barnet. Ved tilfeller av KPTSD kan selvbildet brytes ned av skam, skyld eller nederlag relatert til traumet. Relasjonelle vansker vil ofte være tilknytningsrelaterte og kan være kausalt forbundet med enkeltstående eller multiple traumer i oppveksten. Barnets symptomer, eksempelvis som uttrykt ved internaliserende eller eksternaliserende atferd, vil kunne informere hvilken behandling som er hjelpsom. Så lenge barnet er under utvikling er det uklart hvor vedvarende de aktuelle atferdsmønstrene vil være, og ved tilfeller av traumehistorikk bør temporale forbindelser mellom traumer og symptomer vurderes med varsomhet, da spesifikke symptomer kan reflektere forstyrrelser i den utviklingsfasen traumet oppsto i og kan endre seg i takt med barnets utvikling (ISTSS Guidelines Committee, 2019b). Med andre ord er det vesentlig at man ved psykopatologiske vurderinger hos unge generelt, inkludert PTSD-utredning, tar høyde for at barnet er i kontinuerlig og rask utvikling, og samtidig identifiserer betydelige avvik fra en helsefremmende utviklingssti, av hensyn til å skape gode utviklingsbetingelser for barnet videre. Hva angår differensialdiagnostiske vurderinger må forstyrret selvorganisering alltid kunne knyttes til traumeeksponering og følges av traumerelaterte PTSD-symptomer for å oppfylle krav til KPTSD. Av den grunn vil mange tilstander hos barn og unge kanskje kunne forklares bedre av andre lidelser og diagnoser med mer adekvat behandlingsfokus (ISTSS Guideline Committee, 2019b).

Som nevnt tidligere i oppgaven er det utviklet en modifisert utgave av ITQ for barn og unge mellom 7 og 17 år; ITQ-CA (International Trauma Consortium), som representerer et etterspurt utredningsverktøy til ICD-11 PTSD og KPTSD for målgruppen (ISTSS Guidelines Committee, 2019b). Instrumentet har demonstrert gode psykometriske egenskaper inntil videre (Bruckmann, Haselgruber, Sölva, & Lueger-Schuster, 2020; Haselgruber, Sölva, & Lueger-Schuster, 2020b; Kazlauskas et al., 2020; Sölva, Haselgruber, & Lueger-Schuster, 2020, if. Redican et al., 2021), men fremtidig forskning kan med fordel utforske konstruktene på tvers av flere forskjelligartede populasjoner av barn og unge. Forskere på feltet har dessuten påpekt at det med fordel kan utvikles en versjon av ITQ-CA til barnets omsorgsgiver, ettersom det er påvist tendenser til divergerende rapporteringer mellom omsorgsgiveren og barnet i andre studier (Haselgruber et al., 2020). Dette er også påvist i kliniske studier fra Norge, der kartlegging av traumer er systematisk undersøkt i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), på

vegne av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, NKVTS (Skar et al., 2019; Skar et al., 2021). Studiene inngår i et større nasjonalt prosjekt om å implementere traumefokusert kognitiv atferdsterapi, TF-CBT, i BUP og Statens Barnehus (NKVTS), og i den forbindelse er det innført ny rutine om traumekartlegging for alle som henvises til BUP. Dette synes nyttig da det er påvist betydelige avvik mellom antall henvisninger som knyttes til traumesymptomer og det faktiske antallet unge som rapporterer om traumeeksponering og derfor kan være i behov av traumefokusert behandling (Skar et al., 2021).

På bakgrunn av data fra rutinemessig traumekartlegging mellom 2012 og 2017 har NKVTS undersøkt 6653 dyader i 44 BUP-avdelinger, bestående av henviste barn og deres omsorgsperson, der barnet er mellom 6 og 18 år gammelt (Skar et al., 2021). Fra undersøkelsen fremgår det at barna i signifikant høyere grad rapporterte om ulykker eller sykdom, vold utenfor hjemmet og seksuelle overgrep enn deres omsorgspersoner gjorde, mens vold i hjemmet eller det totale omfanget av traumatiske begivenheter ble rapportert i like stor grad. Det viste seg å være høyest samsvar mellom rapportering om seksuelle overgrep, etterfulgt av vold i og utenfor hjemmet og lavest samsvar for ulykker eller sykdom, med større overensstemmelse mellom omsorgspersoner og eldre barn, og mellom omsorgspersoner og jenter. Også sammenhengen mellom dyadens rapportering og barnets score på posttraumatiske stress-symptomer og funksjonelle vansker ble undersøkt. Motsatt hva forskerne hadde forventet ble det funnet høyere lidelsestrykk hos barna når det var enighet ved traumerapportering, og en felles oppfatning med omsorgsgiver så med andre ord ikke ut til å forebygge posttraumatisk lidelse i dette kliniske utvalget. Funnet kan dog tyde på at begivenheter som ikke etterlater rom for tvil om sin traumatiske karakter med høyere sannsynlighet gir posttraumatisk stress, som igjen kan ligge til grunn for henvisningen til BUP (Skar et al., 2021). TF-CBT er en familieorientert terapiform, der omsorgsfulle foreldre bør involveres (Sachser et al., 2017), og en felles forståelse for traumeopplevelsen kan her generere en viktig sosial støtte for barnets internaliserte vansker i det kommende behandlingsforløpet (Skar et al., 2021). Som nevnt har TF-CBT påvist like god effekt på KPTSD som PTSD, men barn og unge med KPTSD har vist høyere lidelsestrykk både før og etter behandling (Sachser et al., 2017). Som hos voksne kan adaptasjoner være nødvendig for adekvat behandling av traumatiserte barn. TF-CBT er sekvensert, og barn med kompleks symptomatologi kunne kanskje profitert på flere sesjoner i både stabilisering- og eksponeringsfaser eller på et lengre behandlingsforløp (Sachser et al., 2017). Hos barn kan det være særlig relevant å være oppmerksom på kontraindikasjoner for traumefokusert behandling, som pågående traumatisering og fare, eksempelvis når de er bosatt

i hjem preget av grov omsorgssvikt, da forebyggende eller eliminerende tiltak bør iverksettes umiddelbart.

Ifølge De Los Reyes & Kazdin (2005) er verken barnet eller omsorgspersonen en mer optimal eller troverdig informant enn den andre (Skar et al., 2021), men flere informasjonskilder kan gi flere nyttige perspektiver og verdifull innsikt ved utredning og planlegging av behandling. Utvikling av ITQ-CA for barnets omsorgsperson, eller andre dyadiske måleverktøy som svarer til ovennevnte undersøkelse, kan derfor synes å ha høy klinisk nytteverdi, og fremtidig forskning kan med fordel beskjeftige seg med videreutvikling av evidensbaserte kartleggingsprosedyrer for både traumeopplevelser og traumesymptomer hos barn og unge.

NKVTS har også undersøkt hvorvidt barn som henvises til BUP i Norge opplever traumekartlegging som en belastende affære (Skar et al., 2019). Over 10 000 barn ble screenet for traumer, og selv om 79% rapporterte eksponering for minst én potensielt traumatiserende hendelse, opplevde 68,4% at de ikke ble opprørte, eller lite opprørte av spørsmålene. 31,2% av de eksponerte og 12% av de ikke-eksponerte ble moderat opprørte, mens 5,2% av eksponerte og 2,5% av ikke-eksponerte ble svært opprørte. Resultatene er overordnet oppmuntrende dersom man som kliniker frykter å fremprovosere uutholdelige responser hos barn ved traumekartlegging. Skar og kollegene (2019) påpekte at man for traumeeksponerte kanskje må akseptere en høyere grad av belastning, da erkjennelse eller avsløring av traumet kan være essensielt for å gi behandler innsikt i internaliserende PTSD-symptomer, og åpner opp for integrasjon av disse i behandling. Undersøkelsen påviste også interessante korrelasjoner mellom belastningsnivå og hvilken type traume barnet var eksponert for. Barn og unge med interpersonlige traumer opplevde rapporteringen som signifikant mer belastende enn barn med ikke-relasjonelle traumer gjorde. Reaksjonen var størst blant de som var eksponert for seksuelle overgrep og forskerne antar at dette kan henge sammen med økte nivåer av skam ved påminnelse om traumet (Skar et al., 2019). Reaksjonsmønsteret kan være særlig interessant i forbindelse med utredning av KPTSD, da lidelsen som kjent ofte følger av interpersonlige traumeerfaringer, der affektive responser eller svekket tillit kan komme til uttrykk i en kartleggingsprosess. Det kan dessuten være tilfellet at rapporterte opplevelser avsløres for første gang i den målte screeningen, og derfor utløser en frykt for påfølgende konsekvenser som reflekteres i den målte belastningen.

Ettersom spørsmålene i seg selv kan representere en ubehagelig påminnelse om traumet, var større ubehag ved kartleggingen, som forventet, assosiert med høyere nivåer av PTSD hos barna. Når traumene identifiseres i en klinisk kontekst som denne bør det følges opp av en validerende samtale, der det både åpnes opp for å nedjustere den posttraumatiske responsen og eventuelle tilfeller av pågående traumatisering kan håndteres på en hensiktsmessig måte. Det kan anses som gunstig at screeningen skjer i en barnevennlig klinisk setting, hvor den unge nettopp er sendt for å få hjelp og spesialisert behandling (Skar et al., 2019), fremfor en alternativ setting som ikke etterfølges av adekvat omsorg. Dette var det første studiet som undersøkte reaksjoner på rutinemessig screening av barn i et klinisk utvalg, og det konkluderes at en systematisk kartlegging ved henvisning åpner opp for nyttig identifikasjon av traumer, som ikke fremkommer uakseptabelt belastende for barn i en nasjonalt representativ populasjon, men derimot legger til rette for traumefokusert behandling.

Samlet indikerer funnene fra barne- og ungdomspsykiatrien i Norge at både systematisk kartlegging av traumer og komplementær rapportering fra barnets omsorgsperson kan være nyttig med henblikk på å fasilitere en mest mulig informert behandlingspraksis. Flere studier om posttraumatisk symptomatologi, kartlegging av traumer og symptomer fra flere informanter, samt tilhørende måleinstrumenter, kan fasilitere videreutvikling av en evidensbasert praksis for behandling av både klassiske og mer komplekse posttraumatiske symptomprofiler hos barn og unge, og bør derfor prioriteres høyt i fremtiden.

8. Konklusjon

Som PTSD ble utviklet for å forstå posttraumatisk sekvele hos soldater i krig er Kompleks PTSD utviklet for å beskrive mer gjennomgripende responser på alvorlige traumer, som ofte er av multippel, vedvarende og relasjonell karakter. KPTSD deler traumespesifikke symptomer med PTSD, men kjennetegnes i tillegg av forstyrrelser i individets selvorganisering, som uttrykkes på tvers av kontekster og forekommer uten direkte forbindelse til traumerelaterte stimuli. Basert på en rekke kliniske observasjoner og empiriske analyser over tid ble KPTSD omsider inkludert som en selvstendig diagnose i den siste revisjonen av ICD, ICD-11. Som følge av at diagnosemanualen innen kort tid skal implementeres i klinisk praksis ble målet for dette prosjektet å besvare følgende forskningsspørsmål: *Hva er den kliniske nytteverdien av en Kompleks PTSD-diagnose?*

Forskningsspørsmålet avledet flere underspørsmål, som i lys av eksisterende litteratur er behandlet i selvstendige kapitler. Via innledende feltundersøkelser og påfølgende konstrukt- og validitetsanalyser er det gjort rede for diagnosens utvikling, hvor det fremgår at KPTSD bygger på et solid empirisk fundament. Inngående og tverrkulturelle analyser av lidelsens komplekse symptomatologi er muliggjort ved utviklingen av måleverktøyene ITQ og ITI, og valideringen av disse instrumentene kan anses som en viktig medierende faktor for forankringen av KPTSD i fremtidig klinisk praksis. Redskapene kartlegger PTSD-lidelsens kjernesymptomer fra ICD-11 og kan følgelig gi kvalifiserte målinger av konseptet, med informativ verdi for klinisk kommunikasjon og tilrettelegging av behandling. Det foreligger tungtveiende evidens for at KPTSD er påviselig forskjellig fra PTSD, da det eksempelvis oftere knyttes til multiple traumer og funksjonelle vansker. Forskjellen fremgår dog mindre tydelig i populasjoner preget av omfattende traumehistorikk og høyt lidelsestrykk, og noen forskere har stilt spørsmål ved om posttraumatisk stress bør klassifiseres på et spektrum fremfor å atskilles i avgrensede diagnoser. Samtidig har en selvstendig differensialdiagnostisk analyse bidratt til å tydeliggjøre hvorfor KPTSD og borderline personlighetsforstyrrelse, på tross av delvis overlappende symptomprofiler, klassifiseres forskjellig i ICD-11. Fra analysen konkluderes det at de to konstruktene kan atskilles ved sin fenomenologiske fremtoning, men det utelukkes ikke at tilfeller av BPD eller komorbid BPD/PTSD med treffende symptombilder ville vært bedre beskrevet og behandlet som KPTSD.

Differensialdiagnostisk forskning og diskriminerende kliniske vurderinger er utvilsomt viktig for å informere behandlingsinitiativer ved sammensatte sykdomsbilder, og divergerende symptomatiske kjennetegn synliggjør hvordan klassifiseringen kan legge til rette for målrettet og symptom-spesifikk behandling i praksis. I påvente av økt konsensus og publiseringer av adekvate intervensjonsstudier for KPTSD konkluderes det at praktiserende behandlere må forholde seg til beste tilgjengelige evidens og anvende veletablerte metoder utviklet for PTSD, og tilpasse der det er nødvendig. Det anbefales et utvidet behandlingsforløp, som tar høyde for eventuelle progresjonshemmende barrierer og prioriterer utvikling av en tillitsfull behandlingsrelasjon. Det foreligger også innledende evidens om supplerende intervensjoner som adresserer forstyrrelser i selvorganisering mer direkte, herunder DBT-PTSD og selvmedfølelsesorientert terapi, og mer forskning på målrettet KPTSD-behandling forventes publisert i nær fremtid.

Ifølge WHO kan en klinisk nyttig diagnose fremme kommunikasjon mellom relevante parter, anvendes i praksis med enkelthet og presisjon innenfor avgrenset tid, og være nyttig i kliniske vurderinger og ved valg av intervensjoner. Innledende evidens tilsier at man ved inklusjon av KPTSD imøtekommer en etterspørsel blant praktiserende klinikere og diagnosen har vist lovende resultater for utredning i økologiske feltstudier. KPTSD tilgodeser kompleksiteten ved posttraumatiske adaptasjoner og kan kort sagt representere en klinisk verdifull kategori ettersom diagnosen kan øke tilgangen til mer skreddersydd behandling og stimulere ytterligere forskning på posttraumatisk stress i forskjellige utvalg. Det kan ikke utvikles behandling for en lidelse som ikke eksisterer, og tilføyelsen av KPTSD i ICD-11 kan derfor anses å ha høy klinisk nytteverdi hva angår tilrettelegging for forbedringer i kliniske utfall, både individuelt og på populasjonsnivå. I den anledning kan en resiprok informativ innflytelse mellom praksis og forskning avle gode rammevilkår. En mer entydig avklaring av diagnosens kliniske nytteverdi kan forventes etter ICD-11 for alvor realiseres i klinisk praksis, men det kan fra denne undersøkelsen konkluderes at tilføyelsen av Kompleks PTSD gir gode grunner til fremtidsoptimisme for en sterkt traumatisert og sårbar gruppe.

Referanseliste

- Achterhof, R., Huntjens, R., Meewisse, M., & Kiers, H. (2019). Assessing the application of latent class and latent profile analysis for evaluating the construct validity of complex posttraumatic stress disorder: cautions and limitations. *European Journal of Psychotraumatology*, *10*(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1698223>
- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3. utg.).
- American Psychiatric Association (APA). (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3. utg, revidert).
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4. utg.).
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. utg.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bach, B. & First, M. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*, *18*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., Shahly, V., Stein, D. J., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, J., Atwoli, L., Bunting, B., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Huang, Y., ... Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological medicine*, *46*(2), 327–343. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>
- Bisson, J., Berliner, L., Cloitre, M., Forbes, D., Jensen, T., Lewis, C., Monson, C., Olf, M., Pilling, S., Riggs, D., Roberts, N. & Shapiro, F. (2019). The International Society for Traumatic Stress Studies New Guidelines for the Prevention and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Methodology and Development Process. *Journal of Traumatic Stress*, *32*(4), 475–483. <https://doi.org/10.1002/jts.22421>
- Bohus, M., Schmahl, C., Fydrich, T., Steil, R., Müller-Engelmann, M., Herzog, J., Ludäscher, P., Kleindienst, N. & Priebe, K. (2019). A research programme to evaluate DBT-PTSD, a modular treatment approach for Complex PTSD after childhood abuse. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *6*(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0099-y>

- Bohus, M., Kleindienst, N., Hahn, C., Müller-Engelmann, M., Ludäscher, P., Steil, R., Fydrich, T., Kuehner, C., Resick, P., Stiglmayr, C., Schmahl, C. & Priebe, K. (2020). Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared With Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 77(12), 1235–1245. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2148>
- Boland, A., Cherry, M. G. & Dickson, R. (Red.). (2017). *Doing a systematic review. A student's guide*. (2. utg., p. 72). SAGE Publications.
- Bondjers, K., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Willebrand, M. & Arnberg, F. K. (2019). Validation of a clinician-administered diagnostic measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD: the International Trauma Interview in a Swedish sample. *European journal of psychotraumatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1665617>
- Borroni, S., Masci, E., Franzoni, C., Somma, A. & Fossati, A. (2021). The Co-Occurrence of Trauma Related Disorder and Borderline Personality Disorder: AQ Study on a Clinical Sample of Patients Seeking Psychotherapy Treatment. *Psychiatry Research*, 295. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113587>
- Borsboom, D. (2008). Psychometric perspectives on diagnostic systems. *Journal of Clinical Psychology*, 64(9), 1089–1108. <https://doi.org/10.1002/jclp.20503>
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachments and healthy human development*. New York: Basic Books
- Brenner, L., Köllner, V. & Bachem, R. (2019). Symptom burden and work-related impairment among patients with PTSD and complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1694766>
- Brewin, C., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R., Humayun, A., Jones, L., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., van Ommeren, M. & Reed, G. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Brewin, C. R. (2020). Complex post-traumatic stress disorder: A new diagnosis in ICD-11. *BJPsych Advances*, 26(3), 145-152. <https://doi.org/10.1192/bja.2019.48>

- Brinkmann, S. (2015). Forståelse og fortolkning. I M. Hviid Jacobsen, K. Lippert-Rasmussen & P. Nedergaard (Red.). *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. (3. utg., pp. 69-98). Hans Reitzels forlag.
- Christensen, G. (2014). *Psykologiens videnskabsteori: en introduktion*. (2. utg., pp. 153-183). Roskilde Universitetsforlag.
- Cloitre, M., Cohen, L. & Koenen, K. (2006). *Treating survivors of childhood abuse: psychotherapy for the interrupted life* (1. utg, pp. 1-12). Guilford Press.
- Cloitre, M., Stolbach, B., Herman, J., 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>
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C., Gan, W. & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD Related to Childhood Abuse: A Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Psychiatry*, 167(8), 915–924. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09081247>
- Cloitre, M., Courtois, C., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. & Green, B. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices: Treatment of Complex PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 615–627. <https://doi.org/10.1002/jts.20697>
- Cloitre, M., Courtois, C.A., Ford, J.D., Green, B.L., Alexander, P., Briere, J., Herman, J.L., Lanius, R., Stolbach, B.C., Spinazzola, J., Van der Kolk, B.A. & Van der Hart, O. (2012). The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults. Hentet fra: https://www.istss.org/ISTSS_Main/media/Documents/ISTSS-Expert-Concesnsus-Guidelines-for-Complex-PTSD-Updated-060315.pdf
- Cloitre, M., Garvert, D., Brewin, C., Bryant, R. & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>
- Cloitre, M., Garvert, D., Weiss, B., Carlson, E. & Bryant, R. (2014). Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25097>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C., Bisson, J., Roberts, N., Maercker, A., Karatzias, T. & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-

- report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Cloitre, M., Brewin, C., Bisson, J., Hyland, P., Karatzias, T., Lueger-Schuster, B., Maercker, A., Roberts, N. & Shevlin, M. (2020). Evidence for the coherence and integrity of the complex PTSD (CPTSD) diagnosis: response to Achterhof et al., (2019) and Ford (2020). *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1739873>
- Cloitre, M. (2020). ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: simplifying diagnosis in trauma populations. *British Journal of Psychiatry*, 216(3), 129–131. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.43>
- de Jongh, A., Resick, P., Zoellner, L., van Minnen, A., Lee, C., Monson, C., Foa, E., Wheeler, K., Broeke, E., Feeny, N., Rauch, S., Chard, K., Mueser, K., Sloan, D., van der Gaag, M., Rothbaum, B., Neuner, F., de Roos, C., Hehenkamp, L., ... Bicanic, I. (2016). Critical analysis of the current treatment guidelines for complex ptsd in adults: Review: Treatment Guidelines Complex PTSD. *Depression and Anxiety*, 33(5), 359–369. <https://doi.org/10.1002/da.22469>
- De Los Reyes, A. & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131(4), 483–509.
- Epskamp, S., van Borkulo, C., van de Veen, D., Servaas, M., Isvoranu, A., Riese, H. & Cramer, A. (2018). Personalized Network Modeling in Psychopathology: The Importance of Contemporaneous and Temporal Connections. *Clinical Psychological Science*, 6(3), 416–427. <https://doi.org/10.1177/2167702617744325>
- Evans, S. C., Reed, G. M., Roberts, M. C., Esparza, P., Watts, A. D., Correia, J. M., Ritchie, P., Maj, M. & Saxena, S. (2013). Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: Results from the WHO-IUPsyS Global Survey. *International Journal of Psychology*, 48(3), 177–193. <https://doi.org/10.1080/00207594.2013.804189>
- First, M., Reed, G., Hyman, S. & Saxena, S. (2015). The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry*, 14(1), 82–90. <https://doi.org/10.1002/wps.20189>
- Ford, J. D. & Courtois, C. (2014). Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(1). <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-9>

- Ford J. D. (2019). Commentary on the Special Section on Complex PTSD: Still Going Strong After All These Years. *Journal of traumatic stress*, 32(6), 877–880.
<https://doi.org/10.1002/jts.22474>
- Ford, J. D. (2020). New findings questioning the construct validity of complex posttraumatic stress disorder (cPTSD): let's take a closer look. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1708145>
- Freyd, J. (1994). Betrayal Trauma: Traumatic Amnesia as an Adaptive Response to Childhood Abuse. *Ethics & Behavior*, 4(4), 307–329.
https://doi.org/10.1207/s15327019eb0404_1
- Freyd, J. (1996). Betrayal trauma: the logic of forgetting childhood abuse. Harvard University Press.
- Frías, Á. & Palma, C. (2015). Comorbidity between Post-Traumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder: A Review. *Psychopathology*, 48(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1159/000363145>
- Friedman, M. J., Keane, T. M. & Resick, P. A. (Red.). (2007). *Handbook of PTSD: Science and practice*. (1. utg., pp. 3-18). The Guilford Press. Hentet 16.mars 2021 fra:
https://www.ptsd.va.gov/PTSD/professional/articles/article-pdf/friedman_chapter.pdf
- Friedman, M. (2013). Finalizing PTSD in DSM-5 : Getting Here From There and Where to Go Next: Finalizing PTSD in DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 548–556.
<https://doi.org/10.1002/jts.21840>
- Frost, R., Hyland, P., Shevlin, M. & Murphy, J. (2020a). Distinguishing Complex PTSD from Borderline Personality Disorder among individuals with a history of sexual trauma: A latent class analysis. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 4(1).
<https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.08.004>.
- Frost, R., Murphy, J., Hyland, P., Shevlin, M., Ben-Ezra, M., Hansen, M., Armour, C., McCarthy, A., Cunningham, T. & McDonagh, T. (2020b). Revealing what is distinct by recognising what is common: distinguishing between complex PTSD and Borderline Personality Disorder symptoms using bifactor modelling. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1).
<https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1836864>
- Gabel, W., Stricker, J., Riesbeck, M., Zielasek, J., Kerst, A., Meisenzahl-Lechner, E., Köllner, V., Rose, M., Hofmann, T., Schäfer, I., Lotzin, A., Briken, P., Klein, V., Brunner, F., Keeley, J., Brechbiel, J., Rebello, T., Andrews, H., Reed, G., ... Falkai,

- P. (2020). Accuracy of diagnostic classification and clinical utility assessment of ICD-11 compared to ICD-10 in 10 mental disorders: findings from a web-based field study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 270(3), 281–289. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-01076-z>
- Galatzer-Levy, I. R. & Bryant, R. A. (2013). 636,120 Ways to Have Posttraumatic Stress Disorder. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 8(6), 651–662. <https://doi.org/10.1177/1745691613504115>
- Giallonardo, V. (2019). ICD-11 sessions within the 18th World Congress of Psychiatry. *World Psychiatry*, 18(1), 115–116. <https://doi.org/10.1002/wps.20612>
- Giourou, E., Skokou, M., Andrew, S. P., Alexopoulou, K., Gourzis, P. & Jelastopulu, E. (2018). Complex posttraumatic stress disorder: The need to consolidate a distinct clinical syndrome or to reevaluate features of psychiatric disorders following interpersonal trauma?. *World journal of psychiatry*, 8(1), 12–19. <https://doi.org/10.5498/wjp.v8.i1.12>
- Greenberg, T. (2020). *Treating Complex Trauma: Combined Theories and Methods*. (1.utg, pp. 1-24). Springer International Publishing AG.
- Hamblen, J., Norman, S., Sonis, J., Phelps, A., Bisson, J., Nunes, V., Megnin-Viggars, O., Forbes, D., Riggs, D. & Schnurr, P. (2019). A Guide to Guidelines for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Adults: An Update. *Psychotherapy*, 56(3), 359–373. <https://doi.org/10.1037/pst0000231>
- Hansen, M., Vægter, H., Cloitre, M. & Andersen, T. (2021). Validation of the Danish International Trauma Questionnaire for posttraumatic stress disorder in chronic pain patients using clinician-rated diagnostic interviews. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1880747>
- Harder, S. & Simonsen, E. (2017). Utviklingspsykopatologi. I E. Simonsen & B. Møhl (Red.), *Grundbog i psykiatri* (2.utg., pp. 115-129). Hans Reitzels forlag.
- Haselgruber, A., Sölva, K. & Lueger-Schuster, B. (2020). Symptom structure of ICD-11 Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) in trauma-exposed foster children: examining the International Trauma Questionnaire - Child and Adolescent Version (ITQ-CA). *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1818974>
- Herman, J. (1992). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391. <https://doi.org/10.1007/BF0097723>

- Herman, J. (2012). CPTSD is a distinct entity: Comment on Resick et al. (2012). *Journal of Traumatic Stress, 25*(3), 256–257. <https://doi.org/10.1002/jts.21697>
- 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. *Journal of Traumatic Stress, 31*(2), 174–180. <https://doi.org/10.1002/jts.22272>
- Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M. & Cloitre, M. (2019). Examining the Discriminant Validity of Complex Posttraumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder Symptoms: Results From a United Kingdom Population Sample. *Journal of Traumatic Stress, 32*(6), 855–863. <https://doi.org/10.1002/jts.22444>
- International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. (2011). A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry, 10*(2), 86–92. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00022.x>
- International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) (2018). *Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines Methodology and Recommendations*. Hentet 24.april 2021 fra: <https://www.istss.org/treating-trauma/new-istss-prevention-and-treatment-guidelines.aspx>
- International Trauma Consortium. (n.d.). *International Trauma Questionnaire*. Hentet 24.mars 2021 fra: <https://www.traumameasuresglobal.com/itq>.
- International Trauma Consortium. (n.d.). *International Trauma Questionnaire Child & Adolescent Version*. Hentet 24.mars 2021 fra: <https://www.traumameasuresglobal.com/itqca>
- ISTSS Guidelines Committee (2019a). *ISTSS Guidelines Position Paper on Complex PTSD in Adults*. Hentet 24.april 2021 fra: <https://www.istss.org/treating-trauma/new-istss-prevention-and-treatment-guidelines.aspx>
- ISTSS Guidelines Committee (2019b). *ISTSS Guidelines Position Paper on Complex PTSD in Children and Adolescents*. Hentet 26.april 2021 fra: <https://istss.org/clinical-resources/treating-trauma/new-istss-prevention-and-treatment-guidelines>
- Jerud, A., Zoellner, L., Pruitt, L. & Feeny, N. (2014). Changes in Emotion Regulation in Adults With and Without a History of Childhood Abuse Following Posttraumatic Stress Disorder Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(4), 721–730. <https://doi.org/10.1037/a0036520>

- Johnson, S. U., Johnson, M. S., Sele, P. & Hoffart, A. (2019). Kompleks post-traumatisk stresslidelse: fra latent konstrukt til nettverksforståelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(6), 404–415. Hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2019/06/kompleks-post-traumatisk-stresslidelse>
- Jowett, S., Karatzias, T., Shevlin, M. & Albert, I. (2020a). Differentiating Symptom Profiles of ICD-11 PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A Latent Class Analysis in a Multiply Traumatized Sample. *Personality Disorders*, 11(1), 36–45. <https://doi.org/10.1037/per0000346>
- Jowett, S., Karatzias, T. & Albert, I. (2020b). Multiple and interpersonal trauma are risk factors for both post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: A systematic review on the traumatic backgrounds and clinical characteristics of comorbid post-traumatic stress disorder/borderline personality disorder groups versus single-disorder groups. *Psychology and Psychotherapy*, 93(3), 621–638. <https://doi.org/10.1111/papt.12248>
- Kaehler, L. A., Babcock, R., DePrince, A. P. & Freyd, J. J. (2013). Betrayal Trauma. I J. Ford & C. Courtois (Red.). *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents: scientific foundations and therapeutic models* (pp. 62-78). The Guilford Press.
- Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A., Ben-Ezra, M., Coventry, P., Mason-Roberts, S., Bradley, A. & Hutton, P. (2019a). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(11), 1761–1775. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000436>
- Karatzias, T., Hyland, P., Bradley, A., Fyvie, C., Logan, K., Easton, P., Thomas, J., Philips, S., Bisson, J., Roberts, N., Cloitre, M. & Shevlin, M. (2019b). Is Self-Compassion a Worthwhile Therapeutic Target for ICD-11 Complex PTSD (CPTSD)? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(3), 257–269. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000577>
- Keeley, J., Reed, G., Roberts, M., Evans, S., Medina-Mora, M., Robles, R., Rebello, T., Sharan, P., Gureje, O., First, M., Andrews, H., Ayuso-Mateos, J., Gaebel, W., Zielasek, J. & Saxena, S. (2016a). Developing a Science of Clinical Utility in Diagnostic Classification Systems: Field Study Strategies for ICD-11 Mental and

- Behavioral Disorders. *The American Psychologist*, 71(1), 3–16.
<https://doi.org/10.1037/a0039972>
- Keeley, J., Reed, G., Roberts, M., Evans, S., Robles, R., Matsumoto, C., Brewin, C., Cloitre, M., Perkonigg, A., Rousseau, C., Gureje, O., Lovell, A., Sharan, P. & Maercker, A. (2016b). Disorders specifically associated with stress: A case-controlled field study for ICD-11 mental and behavioural disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(2), 109–127.
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.09.002>
- Knefel, M., Tran, U. & Lueger-Schuster, B. (2016). The Association of Posttraumatic Stress Disorder, Complex Posttraumatic Stress Disorder, and Borderline Personality Disorder from a Network Analytical Perspective. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 70–78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.002>
- Knefel, M., Karatzias, T., Ben-Ezra, M., Cloitre, M., Lueger-Schuster, B. & Maercker, A. (2019). The replicability of ICD-11 complex post-traumatic stress disorder symptom networks in adults. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 214(6), 361–368. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.286>
- Krause-Utz, A. (2021). Stimulating research on childhood adversities, borderline personality disorder, and complex post-traumatic stress disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1).
<https://doi.org/10.1186/s40479-021-00152-y>
- Landy, M., Wagner, A., Brown-Bowers, A. & Monson, C. (2015). Examining the Evidence for Complex Posttraumatic Stress Disorder as a Clinical Diagnosis. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 24(3), 215–236.
<https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1002649>
- López-Castro, T., Saraiya, T., Zumberg-Smith, K. & Dambreville, N. (2019). Association Between Shame and Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 32(4), 484–495. <https://doi.org/10.1002/jts.22411>
- Luciano, M., Sampogna, G., Del Vecchio, V., Giallonardo, V., Palummo, C., Pocaï, B., Steardo, J., Zinno, F., Rebello, T., Reed, G. & Fiorillo, A. (2020). The Italian ICD-11 field trial: clinical utility of diagnostic guidelines for schizophrenia and related disorders. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(1).
<https://doi.org/10.1186/s13033-020-0338-z>
- Maercker, A., Brewin, C., Bryant, R., Cloitre, M., Ommeren, M., Jones, L., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Souza, R., Suzuki, Y.,

- Weissbecker, I., Wessely, S., First, M. & Reed, G. (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>
- Maercker, A. (2021). Development of the new CPTSD diagnosis for ICD-11. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 8*(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00148-8>
- Modum Bad (2019). *Tilbage til nutiden: en manual til håndtering af traumereaktioner*. (1.utg, pp. 14-18). Syddansk Universitetsforlag.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. & PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS medicine, 6*(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Møller, L., Augsburger, M., Elklit, A., Søgaard, U. & Simonsen, E. (2020). Traumatic experiences, ICD-11 PTSD, ICD-11 complex PTSD, and the overlap with ICD-10 diagnoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 141*(5), 421–431. <https://doi.org/10.1111/acps.13161>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2018). *Post-traumatic stress disorder* (NICE guideline [NG116]). Hentet 27.april 2021 fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- NKVTS. (2020). *Presentasjon av sentrale elementer i et behandlingsforløp for posttraumatisk stresslidelse (PTSD)*. Hentet 27.april 2021 fra: <https://www.nkvts.no/behandlingsforlop-for-posttraumatisk-stresslidelse-ptsd/>
- NKVTS. (n.d.). *Implementering av TF-CBT i BUP 2018-2021*. Hentet 15.mai 2021 fra Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress: <https://www.nkvts.no/prosjekt/ledelse-og-implementering-av-tf-cbt/>
- Norsk legemiddelhåndbok (2021). *T5.1.1.5 Posttraumatisk stresslidelse*. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok. Hentet 27.april 2021 fra: https://www.legemiddelhandboka.no/T5.1.1.5/Posttraumatisk_stresslidelse
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S. & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of traumatic stress, 10*(1), 3–16. <https://doi.org/10.1023/a:1024800212070>
- Peterson, D., Webb, C., Keeley, J., Gaebel, W., Zielasek, J., Rebello, T., Robles, R., Matsumoto, C., Kogan, C., Kulygina, M., Farooq, S., Green, M., Falkai, P., Hasan, A., Galderisi, S., Larach, V., Krasnov, V. & Reed, G. (2019). The reliability and

- clinical utility of ICD-11 schizoaffective disorder: A field trial. *Schizophrenia Research*, 208, 235–241. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.02.011>
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H. & Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 6–20. <https://doi.org/10.1111/acps.13118>
- Powers, M., Halpern, J., Ferenschak, M., Gillihan, S. & Foa, E. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 635–641. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.007>
- Powers, A., Fani, N., Carter, S., Cross, D., Cloitre, M. & Bradley, B. (2017). Differential predictors of DSM-5 PTSD and ICD-11 complex PTSD among African American women. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1338914>.
- Psychometric Properties of the International Trauma Interview (ITI) for ICD-11 PTSD and CPTSD (2020-2022). [pågående studie]. (NCT04086654). Hentet fra: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04086654>
- Putnam, K. & Silk, K. (2005). Emotion dysregulation and the development of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(4), 899–925.
- Redican, E., Nolan, E., Hyland, P., Cloitre, M., McBride, O., Karatzias, T., Murphy, J. & Shevlin, M. (2021). A systematic literature review of factor analytic and mixture models of ICD-11 PTSD and CPTSD using the International Trauma Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, 79. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102381>
- Reed, G. (2010). Toward ICD-11: Improving the Clinical Utility of WHO's International Classification of Mental Disorders. *Professional Psychology, Research and Practice*, 41(6), 457–464. <https://doi.org/10.1037/a0021701>
- Reed, G. M., Mendonça Correia, J., Esparza, P., Saxena, S. & Maj, M. (2011). The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 10(2), 118–131. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00034.x>
- Reed, G., Roberts, M., Keeley, J., Hooppell, C., Matsumoto, C., Sharan, P., Robles, R., Carvalho, H., Wu, C., Gureje, O., Leal-Leturia, I., Flanagan, E., Correia, J., Maruta, T., Ayuso-Mateos, J., Jesus Mari, J., Xiao, Z., Evans, S., Saxena, S. & Medina-Mora, M. (2013). Mental Health Professionals' Natural Taxonomies of Mental Disorders: Implications for the Clinical Utility of the ICD-11 and the DSM-5.

Journal of Clinical Psychology, 69(12), 1191–1212.

<https://doi.org/10.1002/jclp.22031>

- Reed, G. M., Rebello, T. J., Pike, K. M., Medina-Mora, M. E., Gureje, O., Zhao, M., Dai, Y., Roberts, M. C., Maruta, T., Matsumoto, C., Krasnov, V. N., Kulygina, M., Lovell, A. M., Stona, A. C., Sharan, P., Robles, R., Gaebel, W., Zielasek, J., Khoury, B., de Jesus Mari, J., ... Saxena, S. (2015). WHO's Global Clinical Practice Network for mental health. *The lancet. Psychiatry*, 2(5), 379–380.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00183-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00183-2)
- Reed, G., Keeley, J., Rebello, T., First, M., Gureje, O., Ayuso-Mateos, J., Kanba, S., Khoury, B., Kogan, C., Krasnov, V., Maj, M., Jesus Mari, J., Sharan, P., Stein, D., Zhao, M., Akiyama, T., Andrews, H., Asevedo, E., Cheour, M., ... Medina-Mora, M. (2018a). Clinical utility of ICD-11 diagnostic guidelines for high-burden mental disorders: results from mental health settings in 13 countries. *World Psychiatry*, 17(3), 306–315. <https://doi.org/10.1002/wps.20581>
- Reed, G., Sharan, P., Rebello, T., Keeley, J., Elena Medina-Mora, M., Gureje, O., Luis Ayuso-Mateos, J., Kanba, S., Khoury, B., Kogan, C., Krasnov, V., Maj, M., de Jesus Mari, J., Stein, D., Zhao, M., Akiyama, T., Andrews, H., Asevedo, E., Cheour, M., ... Pike, K. (2018b). The ICD-11 developmental field study of reliability of diagnoses of high-burden mental disorders: results among adult patients in mental health settings of 13 countries. *World Psychiatry*, 17(2), 174–186.
<https://doi.org/10.1002/wps.20524>
- Resick, P., Bovin, M., Calloway, A., Dick, A., King, M., Mitchell, K., Suvak, M., Wells, S., Stirman, S. & Wolf, E. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 241–251.
<https://doi.org/10.1002/jts.21699>
- Roberts, M. C., Reed, G. M., Medina-Mora, M. E., Keeley, J. W., Sharan, P., Johnson, D. K., Mari, J., Ayuso-Mateos, J. L., Gureje, O., Xiao, Z., Maruta, T., Khoury, B., Robles, R. & Saxena, S. (2012). A global clinicians' map of mental disorders to improve ICD-11: analysing meta-structure to enhance clinical utility. *International review of psychiatry*, 24(6), 578–590.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2012.736368>
- Roberts, N. P., Cloitre, M., Bisson, J. & Brewin, C. R. (2018). International Trauma Interview (ITI) for ICD- 11 PTSD and complex PTSD (Test Version 3.1).

- Robles, R., Fresán, A., Evans, S. C., Lovell, A. M., Medina-Mora, M. E., Maj, M. & Reed, G. M. (2014). Problematic, absent and stigmatizing diagnoses in current mental disorders classifications: Results from the WHO-WPA and WHO-IUPsyS Global Surveys. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 14*(3), 165–177. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.03.003>
- RVTS (2020). *Traumer - Traumebehandling med voksne*. Hentet 15.mars 2021 fra: <https://www.traumebehandling.no/forsta/traumer/>
- Rønn, C. (2006). *Almen videnskabsteori for professionsuddannelserne*. (1.utg, pp. 177-180). Alinea, København.
- Sachser, C., Keller, F. & Goldbeck, L. (2017). Complex PTSD as proposed for ICD-11: validation of a new disorder in children and adolescents and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58*(2), 160–168. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12640>
- Saraiya, T., Fitzpatrick, S., Zumberg-Smith, K., López-Castro, T., Back, S. E. & Hien, D. A. (2021). Social–Emotional Profiles of PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder Among Racially and Ethnically Diverse Young Adults: A Latent Class Analysis. *Journal of Traumatic Stress, 34*(1), 56–68. <https://doi.org/10.1002/jts.22590>
- Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E., Gersons, B., Resick, P., Shapiro, F. & Cloitre, M. (2015). Psychotherapies for PTSD: what do they have in common? *European Journal of Psychotraumatology, 6*(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.28186>
- Sele, P., Hoffart, A., Bækkelund, H. & Øktedalen, T. (2020). Psychometric properties of the International Trauma Questionnaire (ITQ) examined in a Norwegian trauma-exposed clinical sample. *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1796187>
- Skar, A-M. S., Ormhaug, S. M. & Jensen, T. K. (2019). Reported levels of upset in youth after routine trauma screening at mental health clinics. *JAMA Network Open, 2*(5). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.4003>
- Skar, A-M. S., Jensen, T. K. & Harpviken, A. (2021). Who Reports What? A Comparison of Child and Caregivers' Reports of Child Trauma Exposure and Associations to Post-Traumatic Stress Symptoms and Functional Impairment in Child and Adolescent Mental Health Clinics. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*. <https://doi.org/10.1007/s10802-021-00788-y>

- Tyrer, P., Mulder, R., Kim, Y. R. & Crawford, M. J. (2019). The Development of the ICD-11 Classification of Personality Disorders: An Amalgam of Science, Pragmatism, and Politics. *Annual review of clinical psychology*, 15, 481–502.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095736>
- van der Kolk, B. (2001). The Assessment and Treatment of Complex PTSD. I: R. Yehuda (Red.). *Traumatic Stress*. (1. utg., kapittel 7). American Psychiatric Press. Hentet 3.februar 2021 fra:
https://www.researchgate.net/publication/265099248_The_Assessment_and_Treatment_of_Complex_PTSD
- van der Kolk, B., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., Spinazzola, J., van der Kolk, B. & Courtois, C. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389–399.
<https://doi.org/10.1002/jts.20047>
- van Dijke, A., Hopman, J. & Ford, J. (2018). Affect dysregulation, psychoform dissociation, and adult relational fears mediate the relationship between childhood trauma and complex posttraumatic stress disorder independent of the symptoms of borderline personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1).
<https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1400878>
- Walter, K., Buckley, A., Simpson, J. & Chard, K. (2014). Residential PTSD Treatment for Female Veterans With Military Sexual Trauma: Does a History of Childhood Sexual Abuse Influence Outcome? *Journal of Interpersonal Violence*, 29(6), 971–986.
- Wolf, E., Miller, M., Kilpatrick, D., Resnick, H., Badour, C., Marx, B., Keane, T., Rosen, R. & Friedman, M. (2015). ICD–11 Complex PTSD in U.S. National and Veteran Samples: Prevalence and Structural Associations With PTSD. *Clinical Psychological Science*, 3(2), 215–229. <https://doi.org/10.1177/2167702614545480>
- World Health Organization (WHO). (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2018a, 18.juni). *WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11)*. Hentet 15.mars 2021 fra:
[https://www.who.int/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
- World Health Organization (WHO). (2018b). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11. utg.). Hentet fra:
<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Litteraturliste

- Achterhof, R., Huntjens, R., Meewisse, M. & Kiers, H. (2019). Assessing the application of latent class and latent profile analysis for evaluating the construct validity of complex posttraumatic stress disorder: cautions and limitations. *European Journal of Psychotraumatology*, *10*(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1698223>
- Alexander, P. C. (2013). Relational Trauma and Disorganized Attachment. I J. Ford & C. Courtois (Red.). *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents: scientific foundations and therapeutic models* (pp. 39-61). The Guilford Press.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. utg.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bach, B. & First, M. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*, *18*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>
- Bisson, J., Berliner, L., Cloitre, M., Forbes, D., Jensen, T., Lewis, C., Monson, C., Olf, M., Pilling, S., Riggs, D., Roberts, N. & Shapiro, F. (2019). The International Society for Traumatic Stress Studies New Guidelines for the Prevention and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Methodology and Development Process. *Journal of Traumatic Stress*, *32*(4), 475–483. <https://doi.org/10.1002/jts.22421>
- Bohus, M., Schmahl, C., Fydrich, T., Steil, R., Müller-Engelmann, M., Herzog, J., Ludäscher, P., Kleindienst, N. & Priebe, K. (2019). A research programme to evaluate DBT-PTSD, a modular treatment approach for Complex PTSD after childhood abuse. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *6*(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0099-y>
- Bohus, M., Kleindienst, N., Hahn, C., Müller-Engelmann, M., Ludäscher, P., Steil, R., Fydrich, T., Kuehner, C., Resick, P., Stiglmayr, C., Schmahl, C. & Priebe, K. (2020). Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared With Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, *77*(12), 1235–1245. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2148>
- Bondjers, K., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Willebrand, M. & Arnberg, F. K. (2019). Validation of a clinician-administered diagnostic measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD: the International Trauma Interview in a Swedish sample.

- European journal of psychotraumatology*, 10(1).
<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1665617>
- Borroni, S., Masci, E., Franzoni, C., Somma, A. & Fossati, A. (2021). The Co-Occurrence of Trauma Related Disorder and Borderline Personality Disorder: AQ Study on a Clinical Sample of Patients Seeking Psychotherapy Treatment. *Psychiatry Research*, 295. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113587>
- Borsboom, D. (2008). Psychometric perspectives on diagnostic systems. *Journal of Clinical Psychology*, 64(9), 1089–1108. <https://doi.org/10.1002/jclp.20503>
- Brenner, L., Köllner, V. & Bachem, R. (2019). Symptom burden and work-related impairment among patients with PTSD and complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1694766>
- Brewin, C., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R., Humayun, A., Jones, L., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., van Ommeren, M. & Reed, G. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Brewin, C. R. (2020). Complex post-traumatic stress disorder: A new diagnosis in ICD-11. *BJPsych Advances*, 26(3), 145-152. <https://doi.org/10.1192/bja.2019.48>.
- Brinkmann, S. (2015). Forståelse og fortolkning. I M. Hviid Jacobsen, K. Lippert-Rasmussen & P. Nedergaard (Red.). *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. (3. utg., pp. 69-98). Hans Reitzels forlag.
- Bryant, R. (2010). The Complexity of Complex PTSD. *The American Journal of Psychiatry*, 167(8), 879–881. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10040606>
- Christensen, G. (2014). *Psykologiens videnskabsteori: en introduktion*. (2. utg., pp. 153-183). Roskilde Universitetsforlag.
- Cloitre, M., Cohen, L. & Koenen, K. (2006). *Treating survivors of childhood abuse: psychotherapy for the interrupted life* (1.utg, pp. 1-12). Guilford Press.
- Cloitre, M., Stolbach, B., Herman, J., 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>
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C., Gan, W. & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD Related to Childhood Abuse: A

- Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Psychiatry*, 167(8), 915–924. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09081247>
- Cloitre, M., Courtois, C., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. & Green, B. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices: Treatment of Complex PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 615–627. <https://doi.org/10.1002/jts.20697>
- Cloitre, M., Courtois, C.A., Ford, J.D., Green, B.L., Alexander, P., Briere, J., Herman, J.L., Lanius, R., Stolbach, B.C., Spinazzola, J., Van der Kolk, B.A. & Van der Hart, O. (2012). The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults. Hentet fra:https://www.istss.org/ISTSS_Main/media/Documents/ISTSS-Expert-Concesnsus-Guidelines-for-Complex-PTSD-Updated-060315.pdf
- Cloitre, M., Garvert, D., Brewin, C., Bryant, R. & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>
- Cloitre, M., Garvert, D., Weiss, B., Carlson, E. & Bryant, R. (2014). Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25097>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C., Bisson, J., Roberts, N., Maercker, A., Karatzias, T. & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Cloitre, M., Brewin, C., Bisson, J., Hyland, P., Karatzias, T., Lueger-Schuster, B., Maercker, A., Roberts, N. & Shevlin, M. (2020). Evidence for the coherence and integrity of the complex PTSD (CPTSD) diagnosis: response to Achterhof et al., (2019) and Ford (2020). *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1739873>
- Cloitre, M. (2020). ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: simplifying diagnosis in trauma populations. *British Journal of Psychiatry*, 216(3), 129–131. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.43>
- de Jongh, A., Resick, P., Zoellner, L., van Minnen, A., Lee, C., Monson, C., Foa, E., Wheeler, K., Broeke, E., Feeny, N., Rauch, S., Chard, K., Mueser, K., Sloan, D., van der Gaag, M., Rothbaum, B., Neuner, F., de Roos, C., Hehenkamp, L., ... Bicanic, I. (2016). Critical analysis of the current treatment guidelines for complex

- ptsd in adults: Review: Treatment Guidelines Complex PTSD. *Depression and Anxiety*, 33(5), 359–369. <https://doi.org/10.1002/da.22469>
- Eidhof, M., Djelantik, A., Klaassens, E., Kantor, V., Rittmansberger, D., Sleijpen, M., Steenbakkens, A., Weindl, D. & ter Heide, F. (2019). Complex Posttraumatic Stress Disorder in Patients Exposed to Emotional Neglect and Traumatic Events: Latent Class Analysis: Complex PTSD in Emotionally Neglected Patients: Latent Class Analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 32(1), 23–31. <https://doi.org/10.1002/jts.22363>
- Elklit, A., Hyland, P. & Shevlin, M. (2014). Evidence of symptom profiles consistent with posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in different trauma samples. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24221>
- Epskamp, S., van Borkulo, C., van de Veen, D., Servaas, M., Isvoranu, A., Riese, H. & Cramer, A. (2018). Personalized Network Modeling in Psychopathology: The Importance of Contemporaneous and Temporal Connections. *Clinical Psychological Science*, 6(3), 416–427. <https://doi.org/10.1177/2167702617744325>
- Evans, S. C., Reed, G. M., Roberts, M. C., Esparza, P., Watts, A. D., Correia, J. M., Ritchie, P., Maj, M. & Saxena, S. (2013). Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: Results from the WHO-IUPsyS Global Survey. *International Journal of Psychology*, 48(3), 177–193. <https://doi.org/10.1080/00207594.2013.804189>
- First, M., Reed, G., Hyman, S. & Saxena, S. (2015). The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry*, 14(1), 82–90. <https://doi.org/10.1002/wps.20189>
- Ford, J. D. & Courtois, C. (2014). Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(1). <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-9>
- Ford J. D. (2019). Commentary on the Special Section on Complex PTSD: Still Going Strong After All These Years. *Journal of traumatic stress*, 32(6), 877–880. <https://doi.org/10.1002/jts.22474>
- Ford, J. D. (2020). New findings questioning the construct validity of complex posttraumatic stress disorder (cPTSD): let's take a closer look. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1708145>

- Freyd, J. (1994). Betrayal Trauma: Traumatic Amnesia as an Adaptive Response to Childhood Abuse. *Ethics & Behavior*, 4(4), 307–329.
https://doi.org/10.1207/s15327019eb0404_1
- Frías, Á. & Palma, C. (2015). Comorbidity between Post-Traumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder: A Review. *Psychopathology*, 48(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1159/000363145>
- Friedman, M. J., Keane, T. M. & Resick, P. A. (Eds.). (2007). *Handbook of PTSD: Science and practice*. (1. utg., pp. 3-18). The Guilford Press. Hentet 16.mars 2021 fra:
https://www.ptsd.va.gov/PTSD/professional/articles/article-pdf/friedman_chapter.pdf
- Friedman, M. (2013). Finalizing PTSD in DSM-5 : Getting Here From There and Where to Go Next: Finalizing PTSD in DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 548–556.
<https://doi.org/10.1002/jts.21840>
- Frost, R., Hyland, P., Shevlin, M. & Murphy, J. (2020a). Distinguishing Complex PTSD from Borderline Personality Disorder among individuals with a history of sexual trauma: A latent class analysis. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 4(1).
<https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.08.004>.
- Frost, R., Murphy, J., Hyland, P., Shevlin, M., Ben-Ezra, M., Hansen, M., Armour, C., McCarthy, A., Cunningham, T. & McDonagh, T. (2020b). Revealing what is distinct by recognising what is common: distinguishing between complex PTSD and Borderline Personality Disorder symptoms using bifactor modelling. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1).
<https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1836864>
- Gaebel, W., Stricker, J., Riesbeck, M., Zielasek, J., Kerst, A., Meisenzahl-Lechner, E., Köllner, V., Rose, M., Hofmann, T., Schäfer, I., Lotzin, A., Briken, P., Klein, V., Brunner, F., Keeley, J., Brechbiel, J., Rebello, T., Andrews, H., Reed, G., ... Falkai, P. (2020). Accuracy of diagnostic classification and clinical utility assessment of ICD-11 compared to ICD-10 in 10 mental disorders: findings from a web-based field study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 270(3), 281–289. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-01076-z>
- Galatzer-Levy, I. R. & Bryant, R. A. (2013). 636,120 Ways to Have Posttraumatic Stress Disorder. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 8(6), 651–662. <https://doi.org/10.1177/1745691613504115>

- Giallonardo, V. (2019). ICD-11 sessions within the 18th World Congress of Psychiatry. *World Psychiatry, 18*(1), 115–116. <https://doi.org/10.1002/wps.20612>
- Giourou, E., Skokou, M., Andrew, S. P., Alexopoulou, K., Gourzis, P. & Jelastopulu, E. (2018). Complex posttraumatic stress disorder: The need to consolidate a distinct clinical syndrome or to reevaluate features of psychiatric disorders following interpersonal trauma?. *World journal of psychiatry, 8*(1), 12–19. <https://doi.org/10.5498/wjp.v8.i1.12>
- Grasso, D., Greene, C. & Ford, J. D. (2013). Cumulative Trauma in Childhood. I J. Ford & C. Courtois (Red.). *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents: scientific foundations and therapeutic models* (pp. 79-99). The Guilford Press.
- Greenberg, T. (2020). *Treating Complex Trauma: Combined Theories and Methods*. (1.utg, pp. 1-24). Springer International Publishing AG.
- Hansen, M., Vægter, H., Cloitre, M. & Andersen, T. (2021). Validation of the Danish International Trauma Questionnaire for posttraumatic stress disorder in chronic pain patients using clinician-rated diagnostic interviews. *European Journal of Psychotraumatology, 12*(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1880747>
- Harder, S. & Simonsen, E. (2017). Utviklingspsykopatologi. I E. Simonsen & B. Møhl (Red.), *Grundbog i psykiatri* (2.utg., pp. 115-129). Hans Reitzels forlag.
- Haselgruber, A., Sölva, K. & Lueger-Schuster, B. (2020). Symptom structure of ICD-11 Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) in trauma-exposed foster children: examining the International Trauma Questionnaire - Child and Adolescent Version (ITQ-CA). *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1818974>
- Herman, J. (1992). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 377–391. <https://doi.org/10.1007/BF0097723>
- Herman, J. (2012). CPTSD is a distinct entity: Comment on Resick et al. (2012). *Journal of Traumatic Stress, 25*(3), 256–257. <https://doi.org/10.1002/jts.21697>
- Hyland, P., Shevlin, M., McNally, S., Murphy, J., Hansen, M. & Elklit, A. (2015). Exploring differences between the ICD-11 and DSM-5 models of PTSD: Does it matter which model is used? *Journal of Anxiety Disorders, 37*, 48–53. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.11.002>

- Hyland, P., Murphy, J., Shevlin, M., Vallières, F., McElroy, E., Elklit, A., Christoffersen, M. & Cloitre, M. (2017a). 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>
- Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C., Cloitre, M., Downes, A., Jumbe, S., Karatzias, T., Bisson, J. & Roberts, N. (2017b). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(3), 313–322. <https://doi.org/10.1111/acps.12771>
- 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. *Journal of Traumatic Stress*, 31(2), 174–180. <https://doi.org/10.1002/jts.22272>
- Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M. & Cloitre, M. (2019). Examining the Discriminant Validity of Complex Posttraumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder Symptoms: Results From a United Kingdom Population Sample. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 855–863. <https://doi.org/10.1002/jts.22444>
- Hyland, P., Shevlin, M., Fyvie, C., Cloitre, M. & Karatzias, T. (2020). The relationship between ICD-11 PTSD, complex PTSD and dissociative experiences. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(1), 62–72. <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1675113>
- International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. (2011). A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*, 10(2), 86–92. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00022.x>
- International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) (2018). *Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines Methodology and Recommendations*. Hentet 24.april 2021 fra: <https://www.istss.org/treating-trauma/new-istss-prevention-and-treatment-guidelines.aspx>
- ISTSS Guidelines Committee (2019a). *ISTSS Guidelines Position Paper on Complex PTSD in Adults*. Hentet 24.april 2021 fra: <https://www.istss.org/treating-trauma/new-istss-prevention-and-treatment-guidelines.aspx>

- ISTSS Guidelines Committee (2019b). *ISTSS Guidelines Position Paper on Complex PTSD in Children and Adolescents*. Hentet 26.april 2021 fra: <https://istss.org/clinical-resources/treating-trauma/new-istss-prevention-and-treatment-guidelines>
- Johnson, S. U., Johnson, M. S., Sele, P. & Hoffart, A. (2019). Kompleks post-traumatisk stresslidelse: fra latent konstrukt til nettverksforståelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(6), 404-415. Hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2019/06/kompleks-post-traumatisk-stresslidelse>
- Jowett, S., Karatzias, T., Shevlin, M. & Albert, I. (2020a). Differentiating Symptom Profiles of ICD-11 PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A Latent Class Analysis in a Multiply Traumatized Sample. *Personality Disorders*, 11(1), 36–45. <https://doi.org/10.1037/per0000346>
- Jowett, S., Karatzias, T. & Albert, I. (2020b). Multiple and interpersonal trauma are risk factors for both post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: A systematic review on the traumatic backgrounds and clinical characteristics of comorbid post-traumatic stress disorder/borderline personality disorder groups versus single-disorder groups. *Psychology and Psychotherapy*, 93(3), 621–638. <https://doi.org/10.1111/papt.12248>
- Kaehler, L. A., Babcock, R., DePrince, A. P. & Freyd, J. J. (2013). Betrayal Trauma. I J. Ford & C. Courtois (Red.). *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents: scientific foundations and therapeutic models* (pp. 62-78). The Guilford Press.
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., ... Cloitre, M. (2017). Evidence of distinct profiles of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 207, 181–187. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.032>
- Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., Bisson, J., Roberts, N. & Brewin, C. (2018). PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European Journal of Psychotraumatology*, 8. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1418103>
- Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A., Ben-Ezra, M., Coventry, P., Mason-Roberts, S., Bradley, A. & Hutton, P. (2019a). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD

- symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(11), 1761–1775. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000436>
- Karatzias, T., Hyland, P., Bradley, A., Fyvie, C., Logan, K., Easton, P., Thomas, J., Philips, S., Bisson, J., Roberts, N., Cloitre, M. & Shevlin, M. (2019b). Is Self-Compassion a Worthwhile Therapeutic Target for ICD-11 Complex PTSD (CPTSD)? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(3), 257–269. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000577>
- Kazlauskas, E., Zelviene, P., Daniunaite, I., Hyland, P., Kvedaraite, M., Shevlin, M., & Cloitre, M. (2020). The structure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD in adolescents exposed to potentially traumatic experiences. *Journal of Affective Disorders*, 265, 169–174. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.061>
- Keeley, J., Reed, G., Roberts, M., Evans, S., Medina-Mora, M., Robles, R., Rebello, T., Sharan, P., Gureje, O., First, M., Andrews, H., Ayuso-Mateos, J., Gaebel, W., Zielasek, J. & Saxena, S. (2016a). Developing a Science of Clinical Utility in Diagnostic Classification Systems: Field Study Strategies for ICD-11 Mental and Behavioral Disorders. *The American Psychologist*, 71(1), 3–16. <https://doi.org/10.1037/a0039972>
- Keeley, J., Reed, G., Roberts, M., Evans, S., Robles, R., Matsumoto, C., Brewin, C., Cloitre, M., Perkonigg, A., Rousseau, C., Gureje, O., Lovell, A., Sharan, P. & Maercker, A. (2016b). Disorders specifically associated with stress: A case-controlled field study for ICD-11 mental and behavioural disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(2), 109–127. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.09.002>
- Knefel, M., Tran, U. & Lueger-Schuster, B. (2016). The Association of Posttraumatic Stress Disorder, Complex Posttraumatic Stress Disorder, and Borderline Personality Disorder from a Network Analytical Perspective. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 70–78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.002>
- Knefel, M., Karatzias, T., Ben-Ezra, M., Cloitre, M., Lueger-Schuster, B. & Maercker, A. (2019). The replicability of ICD-11 complex post-traumatic stress disorder symptom networks in adults. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 214(6), 361–368. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.286>
- Krause-Utz, A. (2021). Stimulating research on childhood adversities, borderline personality disorder, and complex post-traumatic stress disorder. *Borderline*

- Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1).
<https://doi.org/10.1186/s40479-021-00152-y>
- Kulygina M. (2019). New ICD-11 Diagnostic Guidelines for Mental Disorders: Challenging Implications for Psychology and Psychologists. *Psychology & Psychological Research International Journal*, 4(6).
- Landy, M., Wagner, A., Brown-Bowers, A. & Monson, C. (2015). Examining the Evidence for Complex Posttraumatic Stress Disorder as a Clinical Diagnosis. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 24(3), 215–236.
<https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1002649>
- López-Castro, T., Saraiya, T., Zumberg-Smith, K. & Dambreville, N. (2019). Association Between Shame and Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 32(4), 484–495. <https://doi.org/10.1002/jts.22411>
- Maercker, A., Brewin, C., Bryant, R., Cloitre, M., Ommeren, M., Jones, L., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S., First, M. & Reed, G. (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>
- Maercker, A. (2021). Development of the new CPTSD diagnosis for ICD-11. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1).
<https://doi.org/10.1186/s40479-021-00148-8>
- Modum Bad (2019). *Tilbage til nutiden: en manual til håndtering af traumereaktioner*. (1. utg, pp. 14-18). Syddansk Universitetsforlag.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. & PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS medicine*, 6(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Murphy, S., Elklit, A., Dokkedahl, S. & Shevlin, M. (2018). Testing competing factor models of the latent structure of post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder according to ICD-11. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1457393>
- Møller, L., Augsburger, M., Elklit, A., Søgaard, U. & Simonsen, E. (2020). Traumatic experiences, ICD-11 PTSD, ICD-11 complex PTSD, and the overlap with ICD-10 diagnoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(5), 421–431.
<https://doi.org/10.1111/acps.13161>

- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder* (NICE guideline [NG116]). Hentet 27.april 2021 fra:
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Olf, M., Amstadter, A., Armour, C., Birkeland, M., Bui, E., Cloitre, M., Ehlers, A., Ford, J., Greene, T., Hansen, M., Lanius, R., Roberts, N., Rosner, R. & Thoresen, S. (2019). A decennial review of psychotraumatology: what did we learn and where are we going? *European Journal of Psychotraumatology*, *10*(1).
<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1672948>
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S. & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of traumatic stress*, *10*(1), 3–16.
<https://doi.org/10.1023/a:1024800212070>
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H. & Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *141*(1), 6–20. <https://doi.org/10.1111/acps.13118>
- Powers, A., Fani, N., Carter, S., Cross, D., Cloitre, M. & Bradley, B. (2017). Differential predictors of DSM-5 PTSD and ICD-11 complex PTSD among African American women. *European Journal of Psychotraumatology*, *8*(1).
<https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1338914>.
- Redican, E., Nolan, E., Hyland, P., Cloitre, M., McBride, O., Karatzias, T., Murphy, J. & Shevlin, M. (2021). A systematic literature review of factor analytic and mixture models of ICD-11 PTSD and CPTSD using the International Trauma Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, *79*. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102381>
- Reed, G. (2010). Toward ICD-11: Improving the Clinical Utility of WHO's International Classification of Mental Disorders. *Professional Psychology, Research and Practice*, *41*(6), 457–464. <https://doi.org/10.1037/a0021701>
- Reed, G. M., Mendonça Correia, J., Esparza, P., Saxena, S. & Maj, M. (2011). The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *10*(2), 118–131. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00034.x>
- Reed, G., Roberts, M., Keeley, J., Hooppell, C., Matsumoto, C., Sharan, P., Robles, R., Carvalho, H., Wu, C., Gureje, O., Leal-Leturia, I., Flanagan, E., Correia, J., Maruta, T., Ayuso-Mateos, J., Jesus Mari, J., Xiao, Z., Evans, S., Saxena, S. & Medina-

- Mora, M. (2013). Mental Health Professionals' Natural Taxonomies of Mental Disorders: Implications for the Clinical Utility of the ICD-11 and the DSM-5. *Journal of Clinical Psychology, 69*(12), 1191–1212.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22031>
- Reed, G. M., Rebello, T. J., Pike, K. M., Medina-Mora, M. E., Gureje, O., Zhao, M., Dai, Y., Roberts, M. C., Maruta, T., Matsumoto, C., Krasnov, V. N., Kulygina, M., Lovell, A. M., Stona, A. C., Sharan, P., Robles, R., Gaebel, W., Zielasek, J., Khoury, B., de Jesus Mari, J., ... Saxena, S. (2015). WHO's Global Clinical Practice Network for mental health. *The lancet. Psychiatry, 2*(5), 379–380.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00183-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00183-2)
- Reed, G., Keeley, J., Rebello, T., First, M., Gureje, O., Ayuso-Mateos, J., Kanba, S., Khoury, B., Kogan, C., Krasnov, V., Maj, M., Jesus Mari, J., Sharan, P., Stein, D., Zhao, M., Akiyama, T., Andrews, H., Asevedo, E., Cheour, M., ... Medina-Mora, M. (2018a). Clinical utility of ICD-11 diagnostic guidelines for high-burden mental disorders: results from mental health settings in 13 countries. *World Psychiatry, 17*(3), 306–315. <https://doi.org/10.1002/wps.20581>
- Reed, G., Sharan, P., Rebello, T., Keeley, J., Elena Medina-Mora, M., Gureje, O., Luis Ayuso-Mateos, J., Kanba, S., Khoury, B., Kogan, C., Krasnov, V., Maj, M., de Jesus Mari, J., Stein, D., Zhao, M., Akiyama, T., Andrews, H., Asevedo, E., Cheour, M., ... Pike, K. (2018b). The ICD-11 developmental field study of reliability of diagnoses of high-burden mental disorders: results among adult patients in mental health settings of 13 countries. *World Psychiatry, 17*(2), 174–186.
<https://doi.org/10.1002/wps.20524>
- Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D. J., Maercker, A., Tyrer, P., Claudino, A., Garralda, E., Salvador-Carulla, L., Ray, R., Saunders, J. B., Dua, T., Poznyak, V., Medina-Mora, M. E., Pike, K. M., Ayuso-Mateos, J. L., ... Saxena, S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA), 18*(1), 3–19. <https://doi.org/10.1002/wps.20611>
- Resick, P., Bovin, M., Calloway, A., Dick, A., King, M., Mitchell, K., Suvak, M., Wells, S., Stirman, S. & Wolf, E. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress, 25*(3), 241–251.
<https://doi.org/10.1002/jts.21699>

- Robles, R., Fresán, A., Evans, S. C., Lovell, A. M., Medina-Mora, M. E., Maj, M. & Reed, G. M. (2014). Problematic, absent and stigmatizing diagnoses in current mental disorders classifications: Results from the WHO-WPA and WHO-IUPsyS Global Surveys. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 14*(3), 165–177. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.03.003>
- Rosenfield, P., Stratyner, A., Tufekcioglu, S., Karabell, S., McKelvey, J. & Litt, L. (2018). Complex PTSD in ICD-11: A Case Report on a New Diagnosis. *Journal of Psychiatric Practice, 24*(5), 364–370. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000327>
- Rønn, C. (2006). *Almen videnskabsteori for professionsuddannelserne*. (1.utg, pp. 177-180). Alinea, København.
- Sachser, C., Keller, F. & Goldbeck, L. (2017). Complex PTSD as proposed for ICD-11: validation of a new disorder in children and adolescents and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58*(2), 160–168. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12640>
- Saraiya, T., Fitzpatrick, S., Zumberg-Smith, K., López-Castro, T., Back, S. E. & Hien, D. A. (2021). Social–Emotional Profiles of PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder Among Racially and Ethnically Diverse Young Adults: A Latent Class Analysis. *Journal of Traumatic Stress, 34*(1), 56–68. <https://doi.org/10.1002/jts.22590>
- Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E., Gersons, B., Resick, P., Shapiro, F. & Cloitre, M. (2015). Psychotherapies for PTSD: what do they have in common? *European Journal of Psychotraumatology, 6*(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.28186>
- Sele, P., Hoffart, A., Bækkelund, H. & Øktedalen, T. (2020). Psychometric properties of the International Trauma Questionnaire (ITQ) examined in a Norwegian trauma-exposed clinical sample. *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1796187>
- Skar, A-M. S., Ormhaug, S. M. & Jensen, T. K. (2019). Reported levels of upset in youth after routine trauma screening at mental health clinics. *JAMA Network Open, 2*(5). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.4003>
- Skar, A-M. S., Jensen, T. K. & Harpviken, A. (2021). Who Reports What? A Comparison of Child and Caregivers' Reports of Child Trauma Exposure and Associations to Post-Traumatic Stress Symptoms and Functional Impairment in Child and

- Adolescent Mental Health Clinics. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*. <https://doi.org/10.1007/s10802-021-00788-y>
- van der Kolk, B. (2001). The Assessment and Treatment of Complex PTSD. I: R. Yehuda (Red.). *Traumatic Stress*. (1. utg., kapittel 7). American Psychiatric Press. Hentet 3.februar 2021 fra:
https://www.researchgate.net/publication/265099248_The_Assessment_and_Treatment_of_Complex_PTSD
- van der Kolk, B., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., Spinazzola, J., van der Kolk, B. & Courtois, C. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389–399.
<https://doi.org/10.1002/jts.20047>
- van Dijke, A., Hopman, J. & Ford, J. (2018). Affect dysregulation, psychoform dissociation, and adult relational fears mediate the relationship between childhood trauma and complex posttraumatic stress disorder independent of the symptoms of borderline personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1).
<https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1400878>
- World Health Organization (WHO). (2018b). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11. utg.). Hentet fra:
<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Litteraturlistens samlede antall sider: 1344 sider