

Wprowadzenie

Stres towarzyszy człowiekowi od zawsze, a co za tym idzie, jest częścią życia od narodzin do śmierci. Nie da się go uniknąć, należy więc zaakceptować, oswoić i wypracować odpowiednie sposoby radzenia sobie z nim. Szczególnie destrukcyjny wpływ na funkcjonowanie człowieka może mieć stres ekstremalny, określany jako traumatyczny lub pourazowy. Nad tym rodzajem stresu trwają od wielu lat badania i nadal pozostają aktualne, gdyż współczesne czasy są źródłem licznych zagrożeń i kryzysów związanych z różnego rodzaju wypadkami, kataklizmami, chorobami czy aktami przemocy. Problematyka traumy i jej konsekwencji nabiera obecnie dużego znaczenia w kontekście wciąż trwającej pandemii COVID-19 oraz toczącej się wojny w Ukrainie.

Ludzie doświadczają zdarzeń traumatycznych w każdym wieku, dotyczy to również dzieci i młodzieży. Ekspozycja na tego typu zdarzenia może pociągać za sobą wiele negatywnych konsekwencji, w tym najczęściej zaburzenia stresu pourazowego (Posttraumatic Stress Disorder – PTSD). Na tego typu konsekwencje narażeni są nieletni, jednak zdecydowana większość badań prowadzonych w tym zakresie dotyczy osób dorosłych. Zważywszy na fakt pogarszania się zdrowia psychicznego nastolatków, należy zwrócić baczną uwagę na zaburzenia PTSD. Tym bardziej iż wiadomo, że doświadczenie traumy w okresie dzieciństwa czy adolescencji może mieć wpływ na funkcjonowanie człowieka w okresie dorosłości.

Jednak trauma może mieć także drugie oblicze. Dysponujemy bogatą literaturą na temat tego, że doświadczenia traumatyczne mogą również prowadzić do pozytywnych następstw, najczęściej odzwierciedlanych w postaci

potraumatycznego wzrostu (*Posttraumatic growth* – PTG). Obejmują one pozytywne zmiany w percepcji siebie, relacjach z innymi i docenianiu życia. Problematyka pozytywnych zmian potraumatycznych wpisuje się w nurt psychologii pozytywnej, która koncentruje się na mocnych stronach człowieka i jego umiejętnościach radzenia sobie nawet z najbardziej ekstremalnymi zdarzeniami. Jednak i w tym przypadku niewiele badań odnosi się do dzieci i młodzieży. Brakuje przede wszystkim analiz dotyczących uwarunkowań negatywnych i pozytywnych konsekwencji ekspozycji na traumę u nastolatków, współwystępowania objawów stresu pourazowego i potraumatycznego wzrostu, a także ich zmian, co rodzi zapotrzebowanie na tego typu opracowania. Przygotowana monografia wychodzi naprzeciw tym oczekiwaniom.

Książka składa się z czterech rozdziałów, z których pierwszy dotyczy przeglądu problematyki traumy: jej definicji, klasyfikacji, rodzaju zdarzeń traumatycznych i ich rozpowszechnienia, negatywnych i pozytywnych konsekwencji ekspozycji na traumę występujących u osób dorosłych. Rozdział drugi został poświęcony zagadnieniu traumy u dzieci i młodzieży. Przedstawiono w nim rozumienie traumy, jej typy, rodzaje zdarzeń traumatycznych doświadczanych przez dzieci i młodzież, a także negatywne i pozytywne następstwa ekspozycji na traumę w tej grupie wiekowej. W rozdziale trzecim skoncentrowano się na uwarunkowaniach negatywnych i pozytywnych skutków doświadczanych zdarzeń. Wymienione trzy rozdziały składają się na część teoretyczną pracy. Z kolei w rozdziale czwartym przedstawione zostały wyniki badań własnych, dotyczące nasilenia objawów stresu pourazowego i potraumatycznego wzrostu u młodzieży oraz ich współwystępowanie. W analizie wyników badań skoncentrowano się na wybranych czynnikach warunkujących pojawianie się następstw doświadczonej traumy. Niezwykle istotnym elementem przeprowadzonych badań jest wskazanie zmian w zakresie negatywnych i pozytywnych konsekwencji ekspozycji na traumę, gdyż dokonano podwójnego pomiaru objawów stresu pourazowego i potraumatycznego wzrostu.

Zawarte w książce treści oraz rezultaty przeprowadzonych badań znacząco poszerzają wiedzę w zakresie uwarunkowań negatywnych i pozytywnych konsekwencji doświadczonej przez młodzież traumy. Z pewnością będą inspiracją do dalszych badań w tym zakresie. Mają także znaczenie praktyczne, gdyż mogą służyć ochronie i wzmacnianiu zdrowia psychicznego młodzieży narażonej na traumatyczne zdarzenia. Mogą być wykorzystywane do opracowywania programów profilaktycznych lub różnego rodzaju działań interwencyjnych mających na celu zwiększenie kompetencji w zakresie radzenia sobie z traumą. Będą także

przydatne dla rodziców oraz profesjonalistów pracujących z dziećmi i młodzieżą po doświadczeniach traumatycznych.

Książka skierowana jest do szerokiego grona osób zainteresowanych problematyką traumy, zwłaszcza u młodzieży, w tym do rodziców dzieci, które doznały zdarzenia traumatycznego. Może być przydatna profesjonalistom pomagającym osobom po doświadczeniach traumatycznych, szczególnie terapeutom. Monografia może stanowić istotne źródło wiedzy dla studentów, przede wszystkim kierunku psychologii i nauk o zdrowiu, a także słuchaczy studiów podyplomowych, szczególnie w zakresie psychotraumatologii oraz interwencji kryzysowej.

2

Doświadczanie zdarzeń traumatycznych przez dzieci i młodzież oraz ich konsekwencje

Na doświadczanie zdarzeń traumatycznych narażeni są wszyscy, niezależnie od wieku. Należy jednak podkreślić, że przeżycie zdarzenia traumatycznego w okresie dzieciństwa czy adolescencji jest szczególnie niekorzystne, gdyż ma wpływ nie tylko na aktualny stan młodego człowieka, ale może również determinować jego funkcjonowanie w życiu dorosłym. Dzieci poprzez swoje aktywne uczestnictwo we współczesnym świecie od najmłodszych lat są konfrontowane z wieloma sytuacjami, które mogą być dla nich źródłem traumy. Zdarzenia traumatyczne należy traktować jako szczególny rodzaj sytuacji, ponieważ jak podkreśla Izydorczyk i in. (2020), wzbudzają u dzieci poczucie niebezpieczeństwa w wyniku działania bardzo silnych stresorów związanych z zagrożeniem życia własnego lub bliskich czy też w konfrontacji ze śmiercią. Wielu dorosłym trudno jest zrozumieć przeżyte sytuacje i nadać im znaczenie, a co dopiero dzieciom czy nastolatkom, u których nadal trwa rozwój osobowości i procesów poznawczych. Należy także zwrócić uwagę na to, że zdolności dzieci i młodzieży do radzenia sobie z traumą są ograniczone i znacząco mniejsze w porównaniu z dorosłymi. Z kolei wśród samych nieletnich różnice w zakresie radzenia sobie mogą być warunkowane wieloma czynnikami indywidualnymi, w tym poziomem rozwoju, m.in. osobowości, stopniem odporności na stres czy umiejętnościami spostrzegania wsparcia społecznego i korzystania z niego.

2.1. Rozumienie traumy i jej typy występujące u dzieci i młodzieży

Traumę można traktować jako uraz, czyli skutek fizyczny i psychiczny zmagania się ze stresorem traumatycznym, jakiego doznała jednostka. Uraz może mieć charakter cielesny, kiedy dziecko jest ofiarą wypadku lub innych sytuacji, w których cierpi i ulega uszkodzeniu ciało (np. operacja chirurgiczna). Może to być także trauma psychiczna, ponieważ wynika ze świadomości i poczucia niemocy w wyniku przeżywania trudnych stanów emocjonalnych, z którymi dziecko nie potrafi sobie poradzić. Dzieci są narażone na różnego rodzaju zdarzenia traumatyczne, w tym związane ze stratą osób bliskich w wyniku ich śmierci, a czasami odejścia. Ponadto mogą doświadczać poczucia chronicznego zagrożenia ze względu na przemoc (w rodzinie czy w szkole), katastrofy naturalne czy spowodowane przez człowieka. Dzieci są też narażone na choroby zagrażające ich życiu, jak nowotwory czy niewydolność narządów wymagających transplantacji (Zdankiewicz-Ścigała, 2020).

Szczególnym rodzajem traumy doznanej przez dziecko jest śmierć bliskiej osoby. Warto zwrócić uwagę na to, że u dzieci percepcja śmierci jest ściśle związana z wiekiem, co potwierdzają prowadzone badania (Blilińska-Suchanek, Sałapata za: Izydorczyk, in., 2020). Dopiero około ósmego roku życia dziecko zaczyna rozumieć nieuchronność i ostateczność śmierci oraz odczuwać związany z tym lęk (Izydorczyk i in., 2020).

W kontekście dzieci i młodzieży trauma najczęściej definiowana jest tak samo jak u osób dorosłych, czyli jako ekspozycja na wyjątkowo zagrażający lub katastroficzny stresor związany z rzeczywistą śmiercią lub zagrożeniem życia, fizycznej integralności własnej lub innych ludzi czy przemocą (APA, 2013). W klasyfikacji DSM i ICD nie ma oddzielnej definicji wydarzenia traumatycznego odnoszącego się do dzieci i młodzieży, co oznacza, że przedstawione w poprzednim podrozdziale zmiany w definiowaniu zdarzeń traumatycznych dotyczą również osób młodszych. Briere i Scott (2010) proponują, aby w odniesieniu do nieletnich posługiwać się szerszą definicją traumy, akcentując poważne zagrożenie dla integralności psychicznej.

Traumę u dzieci i młodzieży można ujmować w kategorii konsekwencji doświadczonych sytuacji. Terr definiuje ją jako „psychologiczne konsekwencje nagłego, zewnętrznego zdarzenia lub serii zdarzeń, które czynią młodą osobę chwilowo bezradną i przekraczają zwykłe możliwości poradzenia sobie z nimi” (Terr, 1991, s. 11). Autorka (por. też Badura-Madej, Dobrzyńska-Masterhazy, 2004)

twierdzi, że wszystkie urazy okresu dzieciństwa pochodzą z zewnątrz, żadne nie powstaje jedynie w umyśle dziecka, czyli nie jest wytworem jego wyobraźni. Trauma rozpoczyna się zdarzeniem zewnętrznym, ale z chwilą jego wystąpienia zachodzą różne wewnętrzne zmiany w samym dziecku. Terr (1991) wyróżniła dwa podstawowe typy traumy, które różnią się czasem trwania. Typ pierwszy odnosi się do zdarzenia pojedynczego i krótkotrwałego. Przez dziecko przeżywane jest ono intensywnie, jako zagrożenie nagłe i burzące jego poczucie bezpieczeństwa, np. wypadek drogowy, nagła śmierć rodzica. Typ drugi natomiast jest efektem długotrwałego oddziaływania sytuacji traumatycznej, które niszczy równowagę psychiczną i poczucie własnej wartości. Do tej kategorii można zaliczyć m.in. przemoc domową.

Sikorska (2014) oraz Steuden i Janowski (2016) również podzielili traumy na urazy krótkotrwałe, jednorazowe, zwane też traumami prostymi, oraz długotrwałe, zwane traumami złożonymi. Pierwsze z nich mają charakter losowy i nieintencjonalny, natomiast drugie – intencjonalny. Zdankiewicz-Ścigała (2020) dokonała zaś podziału traum złożonych na trzy podtypy. Pierwszy z nich dotyczy funkcjonowania w systemie rodzinnym, w którym dzieci są świadkami przemocy psychicznej i fizycznej dorosłych wobec siebie. Ten podtyp powiązany jest ze zbyt dużym pobudzeniem w krótkim czasie, co z kolei prowadzi do przeciążenia ośrodkowego układu nerwowego wywołanego przez hormony stresu oraz przeciążenia psychicznego związanego z pojawianiem się przytłaczających myśli i emocji. Drugi podtyp dotyczy zdarzeń, gdy występują stany zaniedbania, porzucenia, opuszczenia, wykluczenia czy emocjonalnej obojętności. Można go określić jako „zbyt mało stymulacji w zbyt długim okresie”. Ostatni podtyp obejmuje sytuacje urazowe, w których dziecko może funkcjonować przez wiele lat, czyli są to najczęściej nadużycia wobec nieletniego w postaci przemocy fizycznej, psychicznej i seksualnej. Doświadczenia te można określić jako „zbyt dużo stymulacji w zbyt długim czasie”.

Klecka i Palicka (2018) zwracają uwagę na jeszcze inny rodzaj traumy – traumę rozwojową. Jest to neurorozwojowe ujęcie wskazujące na sytuację, w której rozwijający się organizm przekracza możliwości adaptacji i regulacji. Helios i Jedlecka (2019) uważają, że układ nerwowy w wyniku doświadczonego zdarzenia traumatycznego znajduje się w stanie dezorganizacji i nie potrafi sam powrócić do stanu równowagi, traci więc naturalną zdolność samoregulacji, a nawet może się w ogóle nie rozwijać.

Zwolennikiem neurorozwojowego ujęcia traumy jest van der Kolk (2003). Jego zdaniem trauma zmienia biochemię mózgu i wpływa na jego budowę strukturalną

i funkcjonalną. Ponieważ małe dziecko ma niedojrzały jeszcze układ nerwowy, to nawet niezbyt nasilone sytuacje stresowe mogą wywołać u niego traumatyczne przeżycia. Dochodzi wtedy do uszkodzeń wszystkich podstawowych struktur kształtującego się mózgu, takich jak: pień mózgu, wzgórze, hipokamp, ciało migdałowate. Rodzaj zaburzeń zależy od momentu pojawienia się stresu i długości jego trwania. Jeśli bodźce odbierane przez układ nerwowy wskazują na niebezpieczeństwo, aktywowana jest złożona kombinacja automatycznych reakcji biochemicznych. W normalnych warunkach reakcją na zagrożenie jest chwilowy wzrost poziomu hormonów stresu, który powraca do normy po ustąpieniu zagrożenia. Podczas doświadczania traumy zaburzone jest wydzielanie tych substancji. Ofiary urazów wolniej wracają do zdrowia i w przyszłości będą silniej reagować na nowe stresory. Dziecko w wyniku traumy staje się bardziej wrażliwe na systemy odpowiadania na zagrożenia i zaczyna reagować na coraz słabsze bodźce. Nawet łagodny stres wywołuje u niego reakcję „walcz i uciekaj” ze wszystkimi jej objawami fizjologicznymi, takimi jak: przyspieszenie oddechu, tętna, akcji serca, rozszerzenie oskrzeli i źrenic.

Trauma może prowadzić do dysfunkcji części mózgu odpowiedzialnych za przetwarzanie i selekcję informacji. Skutkuje to obniżeniem koncentracji uwagi i wzrostem czujności. Dziecko, czekając na groźne informacje, często ignoruje bodźce, które nie są niezbędne do przetrwania, takie jak głosy lub polecenia rodziców. Z kolei ciągła czujność pozbawia dziecko posiadanych zasobów, co oznacza, że często nie ma już energii na zabawę i naukę. Van der Kolk (2003) zwraca uwagę na to, że uraz obciąża system nerwowy. Prowadzi to do powstania mechanizmów obronnych, takich jak: wycofanie, unikanie wszelkich bodźców czy nadmierna koncentracja. Przejawiane wybuchy gniewu i agresji mogą wynikać z nadmiernej stymulacji. Podczas procesu doświadczania traumy, a następnie jej przypominania, część mózgu – wzgórze – wydaje się wyłączać. To sprawia, że wspomnienia są fragmentaryczne, niespójne. W efekcie budzi to lęk i poczucie bezradności oraz zaburza tworzenie się pamięci autobiograficznej, która jest podstawą rozwoju tożsamości.

Van der Kolk (2003) zauważa, że w zależności od etapu rozwoju mózgu trauma może powodować różne konsekwencje dla funkcjonowania dziecka. Najpierw rozwijane są struktury pnia mózgu, a urazy doświadczane na tym etapie mogą obejmować: nadmierną reakcję na lęk, zaburzenia snu, obniżone napięcie mięśniowe, upośledzenie koordynacji ruchowej, nieprawidłowości układu oddechowego, upośledzenie funkcji serca i inne problemy zdrowotne bez wyraźnego medycznego powodu. Następnie rozwija się układ limbiczny. Dzieje się tak

w ciągu pierwszych sześciu lat życia. Trauma może wtedy pozostawić problemy emocjonalne i behawioralne, a także trudności w tworzeniu odpowiednich połączeń. Ostatnią częścią, która się rozwija, jest kora mózgowa. Doświadczenie traumy na tym etapie prowadzi do zaburzeń sfery poznawczej, utraty poczucia własnej wartości i dysocjacji.

Perry (2008), podtrzymując neurorozwojowe ujęcie traumy, wprowadził trzy kategorie wczesnej traumy rozwojowej, którymi są:

- 1) trauma *in utero* (wewnątrzmaciczna, prenatalna, występująca przed narodzeniem dziecka),
- 2) trauma perinatalna (okołoporodowa, związana z porodem),
- 3) trauma postnatalna (występująca po narodzinach dziecka).

Levine i Kline (2006, za: Klecka, Palicka, 2018) wyróżnili również szczególną kategorię traumy rozwojowej, czyli tzw. całościową aktywację o dużej intensywności (Global High Intensity Activation, GHIA). Jest to mechanizm, który powstaje, gdy osoba doświadcza poważnej traumy, związanej z reakcjami przetrwania w fazie bliskiej śmierci (w końcowym stadium), szczególnie w przypadku dziecka znajdującego się w łonie matki i we wczesnym okresie niemowlęcym. Na tym etapie rozwoju mechanizm zaradczy w postaci „walki lub ucieczki” nie jest możliwy do zastosowania, więc dziecko nie ma dostępnych metod na samouspokojenie się i radzenie sobie z wysoką aktywacją. Jediną możliwą reakcją organizmu jest zamrożenie lub zamknięcie i próba powstrzymania aktywacji za pomocą skumulowanego napięcia w narządach/jelitach, skórze, oczach i kręgosłupie. GHIA przez wyrzut hormonów stresu (szczególnie kortyzolu) powoduje silną stymulację i ekstremalne pobudzenie układu nerwowego, wpływając na fizjologię całego organizmu, który w tak wczesnym okresie rozwoju jest nastawiony przede wszystkim na przetrwanie. Trauma niszczy rozwijający się mózg dziecka poprzez silne procesy chemiczne. Niedojrzały mózg nie może aktywować reakcji obronnych i żeby funkcjonować, musi uruchomić współczulny układ nerwowy. Do GHIA zalicza się traumę prenatalną i okołoporodową, której przejawami są skutki znieczulenia, a także występującą we wczesnym dzieciństwie wysoką gorączkę, duszenie się, dławienie, podtopienie, jak również wczesną traumę relacyjną (odrzućenie, porzucenie, zaniedbanie lub zerwanie więzi biologicznej) (Levine, Kline, za: Klecka, Palicka, 2018).

Rodzajem traumy doświadczanej przez nieletnich, na który warto zwrócić uwagę, jest trauma relacyjna. Dochodzi do niej w sytuacji, gdy u dzieci nie doszło do nawiązania bezpiecznej więzi z opiekunem z różnych przyczyn. Narażone są

na nią w szczególności dzieci doświadczające przemocy lub zaniedbania, przebywające w placówkach opiekuńczych czy długo hospitalizowane. Możemy ją zatem zdefiniować jako uraz psychiczny spowodowany przez powtarzające się wydarzenia występujące zwykle w kontekście bliskiej relacji z osobami znaczącymi. Występowanie reakcji stresowych oraz symptomów zespołu stresu pourazowego u dziecka wiąże się w tym kontekście z długotrwałym podleganiem niekorzystnemu wpływowi, niszczącemu równowagę psychiczną i poczucie własnej wartości, w postaci np. przemocy domowej, emocjonalnego zaniedbania, nadużyć emocjonalnych (tj. umniejszania, dokuczania, grózb słownych), molestowania, nadużycia seksualnego (Sikorska, 2014).

Teoria traumy relacyjnej może być utożsamiana z teorią przywiązania, która akcentuje rolę deprywacji kontaktu z matką i separacji oraz wpływu tych doświadczeń na dzieci. Jedną z przyczyn traumy relacyjnej doświadczanej przez dziecko może więc być brak więzi z rodzicem (głównie z matką), który obserwowany jest przy częstych zmianach opiekunów lub w przypadku krytycznego zaniedbania dziecka. W obliczu doświadczeń traumatycznych uruchamiany jest system zachowań przywiązaniowych, polegający na poszukiwaniu pomocy i poczucia bezpieczeństwa. Kiedy okazuje się to nieosiągalne bądź jest zapewniane w sposób niekonsekwentny, dziecko czuje się nieważne, niegodne ochrony, ponieważ internalizuje niebezpieczeństwa w postaci poczucia zagrożenia. Jeśli jedyne źródło bezpieczeństwa (najczęściej jest to matka) jest zarazem źródłem strachu, jednostka nie może stworzyć spójnej reprezentacji bezpieczeństwa w relacji przywiązania. Te pozabezpieczne style przywiązania wpływają na późniejsze próby uspokojenia dziecka, jednak z reguły są to działania nieskuteczne (dziecko uważa, że nie zasługuje na pocieszenie) lub prowadzące do bolesnej interakcji z budzącą strach osobą przywiązania (Taylor, 2010).

Na znaczenie traumy relacyjnej w rozwoju psychospołecznym jednostki zwracają uwagę również Liotti i Farina (2016). Autorzy stworzyli koncepcję rozwoju traumatycznego, który jest rozumiany jako utrzymujące się w czasie okoliczności przytłaczającego zagrożenia, którego dziecko nie może uniknąć. Ich koncepcja opisuje i wyjaśnia różne sposoby działania umysłu dziecka, które musi radzić sobie z wieloma negatywnymi emocjami, zwłaszcza strachem i niemożnością znalezienia rozwiązań.

Griffin i in. (2011) wskazują, że warto myśleć o dziecięcej traumie jako kontinuum obejmującym traumatyczne wydarzenia, podstawowe objawy oraz określone konfiguracje wydarzeń i objawów. Prowadzone badania dotyczące traumy

odnoszą się do różnych aspektów tego kontinuum. Pierwszy rodzaj obejmuje badania skoncentrowane na zdarzeniach traumatycznych i ich rozpowszechnieniu, takie jak badanie niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie (Adverse Childhood Experiences Study – ACES). ACES to przełomowe badanie długoterminowego wpływu zdarzeń traumatycznych na funkcjonowanie człowieka, jedno z największych badań, jakie kiedykolwiek przeprowadzono w celu oceny związku między maltretowaniem w dzieciństwie a późniejszym zdrowiem i samopoczuciem. Punktem wyjścia były obserwacje poczynione w latach 80. XX wieku przez Felitti i in. (za: Griffin, 2011), którzy zauważyli w swojej klinice leczenia otyłości u dorosłych wysoki wskaźnik rezygnacji z terapii mimo dowodów na znaczną utratę wagi. Zaobserwowali także związek między rozwojem otyłości w dorosłości a wykorzystywaniem seksualnym w dzieciństwie i analizowali zależności między tym traumatycznym doświadczeniem a zdrowiem w ciągu całego życia. W badaniu wzięło udział ponad 17 tys. osób. Autorzy powiązali doświadczenia traumy z dzieciństwa z problemami zdrowotnymi dorosłych, takimi jak rozwój raka i chorób serca. Ogólnie, im więcej zdarzeń traumatycznych respondentci przeżyli w okresie dzieciństwa, tym większe było prawdopodobieństwo wystąpienia u nich negatywnych skutków zdrowotnych w okresie dorosłości, łącznie z przedwczesną śmiercią.

Drugi rodzaj badań nad traumą skupia się na młodzieży, która doświadczyła traumatycznych wydarzeń i jednocześnie może prezentować objawy związane z tym przeżyciem. W ramach tych badań analizowane są też jednostki z wysokim poziomem prężności, które pomimo przeżycia potencjalnie traumatycznego zdarzenia nie rozwijają objawów związanych z traumą. Ważnym aspektem tego rodzaju analiz jest poszukiwanie czynników, które mogą chronić przed negatywnymi konsekwencjami ekspozycji na traumę (Griffin, 2011). Trzeci rodzaj badań prowadzonych w tym zakresie u młodzieży analizuje określone grupy zdarzeń i objawów, takie jak PTSD, złożona trauma lub zaburzenie związane z traumą rozwojową. Na przykład diagnoza PTSD według DSM-IV wymaga: (1) doświadczenia zdarzenia zagrażającego życiu oraz (2) jednego objawu z zakresu intruzji, (3) dwóch objawów spośród nasilonego pobudzenia i (4) trzech unikania. Chociaż takie grupy objawów występują rzadziej niż pojedyncze objawy urazowe, są one na ogół bardziej nasilone.