

Cuprins

<i>Nota autorului la ediția a doua</i>	11
<i>Cuvânt înainte</i>	13
1. Psihologia militară : definierea domeniului, scurt istoric	17
1.1. Obiectul și specificul psihologiei militare	17
1.2. Domeniile aplicative ale psihologiei militare	18
1.3. Cercetarea științifică în domeniul psihologiei militare	22
1.4. Scurt istoric al psihologiei militare în lume și în România	24
1.4.1. <i>Psihologia militară în lume</i>	25
1.4.2. <i>Psihologia militară în România</i>	31
1.4.3. <i>Evoluția postbelică a psihologiei militare</i>	35
1.5. Poziția psihologilor în organizația militară	37
1.6. Provocări etice în activitatea psihologilor militari	38
1.7. Întrebări recapitulative	40
<i>Referințe bibliografice</i>	40
2. Condițiile extreme de mediu și efectul lor asupra performanței militare	43
2.1. Introducere	43
2.2. Căldura	45
2.2.1. <i>Agenții stresului termic</i>	45
2.2.2. <i>Efectele stresului termic asupra performanței</i>	46
2.3. Frigul	50
2.3.1. <i>Simptome fiziologice și somatice</i>	50
2.3.2. <i>Efecte psihologice</i>	51
2.3.3. <i>Efecte asupra capacității de luptă</i>	54
2.3.4. <i>Adaptarea la condiții de frig</i>	55
2.4. Zgomotul	56
2.5. Vibrațiile	59
2.6. Răul de mișcare	60
2.6.1. <i>Simptomatologie</i>	60
2.6.2. <i>Incidență</i>	61
2.6.3. <i>Cauze</i>	61
2.6.4. <i>Prevenire și terapie</i>	63
2.7. Hipoxia	65
2.7.1. <i>Stadiile hipoxiei</i>	65
2.7.2. <i>Efecte asupra dispoziției afective și comportamentului</i>	66
2.7.3. <i>Efecte asupra performanței cognitive și motrice</i>	67
2.8. Acceleerațiile	69
2.8.1. <i>Tipuri de accelerații</i>	69

2.8.2.	<i>Efectele accelerațiilor</i>	70
2.8.3.	<i>Sincopa de suprasarcină</i>	74
2.8.4.	<i>Mijloace de protecție anti-G</i>	75
2.9.	Întrebări recapitulative	77
	<i>Referințe bibliografice</i>	78
3.	Sistemul om-mașină și performanța militară	85
3.1.	Modele ale relației om-mașină	85
3.1.1.	<i>Modelul sistemic</i>	86
3.1.2.	<i>Modelul „factorilor umani”</i>	87
3.1.3.	<i>Modelul sociotehnic</i>	90
3.2.	Aspecte practice ale relației om-mașină	91
3.2.1.	<i>Solicitarea în sarcină</i>	91
3.2.2.	<i>Conștientizarea situației</i>	93
3.2.3.	<i>Managementul riscului</i>	95
3.2.4.	<i>Interfețe de informare și control</i>	98
3.3.	Întrebări recapitulative	106
	<i>Referințe bibliografice</i>	107
4.	Oboseala operațională	111
4.1.	Precizări terminologice	111
4.2.	Factori determinanți ai oboselei operaționale	114
4.2.1.	<i>Solicitări intense</i>	114
4.2.2.	<i>Perioade prelungite de veghe (deficitul de somn)</i>	115
4.2.3.	<i>Tulburarea ritmului biologic</i>	117
4.2.4.	<i>Stresul psihic</i>	118
4.2.5.	<i>Condiții de mediu adverse</i>	120
4.2.6.	<i>Limite metabolice (epuizare fizică)</i>	121
4.3.	Efectele oboselei operaționale	122
4.3.1.	<i>Efectele fizice</i>	123
4.3.2.	<i>Efectele intelectuale</i>	124
4.3.3.	<i>Efectele emoționale</i>	125
4.4.	Măsurarea oboselei	126
4.4.1.	<i>Indicatori subiectivi ai oboselei</i>	126
4.4.2.	<i>Indicatori funcționali</i>	129
4.4.3.	<i>Indicatori somato-fiziologici</i>	130
4.5.	Managementul oboselei	132
4.6.	Concluzii	133
4.7.	Întrebări recapitulative	134
	<i>Referințe bibliografice</i>	135
5.	Stresul de luptă	137
5.1.	Definirea stresului de luptă	137
5.2.	Manifestări specifice	139
5.3.	Diagnostic diferențial	141
5.3.1.	<i>Oboseala de luptă</i>	141
5.3.2.	<i>Frica</i>	142
5.3.3.	<i>Stresul anticipativ</i>	144
5.3.4.	<i>Blocajul comportamental</i>	144
5.3.5.	<i>Sindromul de stres posttraumatic</i> <i>(Posttraumatic Stress Disorder – PTSD)</i>	145
5.4.	Incidența stresului de luptă	149
5.4.1.	<i>Primul Război Mondial</i>	149

5.4.2.	<i>Al Doilea Război Mondial</i>	150
5.4.3.	<i>Conflictetele din perioada Războiului Rece (1950-1989)</i>	150
5.4.4.	<i>Războaiele din zona Golfului Persic și Afganistan</i>	151
5.5.	Etiologia stresului de luptă	155
5.5.1.	<i>Frica de moarte</i>	156
5.5.2.	<i>Un model causal al RSL</i>	157
5.6.	Supportul psihologic în stresul de luptă	164
5.6.1.	<i>Supportul psihologic în faza preoperațională (înainte de misiune)</i>	165
5.6.2.	<i>Supportul psihologic în faza operațională</i>	172
5.6.3.	<i>Supportul psihologic în faza postoperațională</i>	182
5.7.	Întrebări recapitulative	186
	<i>Referințe bibliografice</i>	187
6.	Adaptarea militară	193
6.1.	Introducere	193
6.2.	Dimensiunile conceptului de adaptare	198
6.2.1.	<i>Perspectiva organizațională – managementul performanței</i>	198
6.2.2.	<i>Dimensiunea psihologică</i>	204
6.2.3.	<i>Dimensiunea psihopatologică</i>	216
6.3.	Adaptarea de-a lungul carierei	221
6.3.1.	<i>Adaptarea primară (în faza antrenamentului de bază)</i>	223
6.3.2.	<i>Adaptarea secundară (pe parcursul activității profesionale)</i>	223
6.3.3.	<i>Adaptarea terțiară (după pensionare)</i>	228
6.4.	Adaptarea femeilor în armată	229
6.4.1.	<i>Rolul femeii în armatele moderne</i>	231
6.4.2.	<i>Perceperea femeii în armată</i>	232
6.4.3.	<i>Caracteristici diferențiale de gen și adaptarea militară</i>	234
6.4.4.	<i>Viitorul femeii în armată</i>	243
6.5.	Întrebări recapitulative	244
	Anexă: Ar trebui să fiți preocupat de consumul dumneavoastră de alcool?	245
	<i>Referințe bibliografice</i>	247
7.	Conducerea în mediul militar	255
7.1.	Autoritate și putere: precizări conceptuale	255
7.2.	Surse de putere și autoritate în mediul militar	257
7.2.1.	<i>Statutul de grad</i>	257
7.2.2.	<i>Statutul de funcție</i>	258
7.2.3.	<i>Statutul de competență</i>	259
7.3.	Modele de analiză a eficienței conducerii	259
7.3.1.	<i>Modelul trăsăturilor</i>	260
7.3.2.	<i>Modelul comportamentelor</i>	263
7.3.3.	<i>Modelul stilurilor de conducere</i>	266
7.3.4.	<i>Modelul funcțional</i>	269
7.3.5.	<i>Modelul situațional</i>	270
7.3.6.	<i>Modelul conducerii în luptă și în garizoană</i>	271
7.3.7.	<i>Modelul conducerii eficiente CTEF 2.0.</i>	273
7.3.8.	<i>Modelul schimbului dintre lider și subordonat</i>	277
7.3.9.	<i>Conducerea toxică</i>	279
7.4.	Leadership și management	285
7.5.	Decizia operațională în mediul militar	287
7.5.1.	<i>Modelul naturalistic al deciziei</i>	288
7.5.2.	<i>Focul fratricid – eroare de decizie</i>	289

7.6.	Disciplina militară	293
7.7.	Întrebări recapitulative	296
	<i>Referințe bibliografice</i>	296
8.	Selecția psihologică	301
8.1.	Obiectivele evaluării psihologice în armată	301
8.2.	Constituirea criteriilor	303
	8.2.1. <i>Analiza muncii</i>	303
	8.2.2. <i>Identificarea criteriilor</i>	306
	8.2.3. <i>Măsurarea criteriilor</i>	309
8.3.	Constituirea predictorilor	311
	8.3.1. <i>Numărul predictorilor</i>	311
	8.3.2. <i>Dezvoltarea predictorilor</i>	312
	8.3.3. <i>Evaluarea predictorilor</i>	316
8.4.	Fidelitatea și validitatea măsurărilor psihologice	318
	8.4.1. <i>Fidelitatea</i>	318
	8.4.2. <i>Validitatea</i>	323
	8.4.3. <i>Factori care pot afecta nivelul validității de criteriu</i>	326
	8.4.4. <i>Niveluri ale validității de criteriu în selecția psihologică</i>	337
8.5.	Decizia de selecție	344
8.6.	Utilitatea selecției psihologice	347
8.7.	Întrebări recapitulative	350
	<i>Referințe bibliografice</i>	351
9.	Războiul psihologic : operațiunile psihologice și terorismul	359
9.1.	Introducere	359
9.2.	Operațiunile psihologice	361
	9.2.1. <i>Obiective</i>	363
	9.2.2. <i>Planificare</i>	365
	9.2.3. <i>Tipuri și mecanisme de influență</i>	365
	9.2.4. <i>Mijloace</i>	367
	9.2.5. <i>Eficiență</i>	372
	9.2.6. <i>Concluzii</i>	376
9.3.	Terorismul	377
	9.3.1. <i>Definiție</i>	378
	9.3.2. <i>Teorii explicative</i>	381
	9.3.3. <i>Concluzii</i>	392
9.4.	Întrebări recapitulative	393
	<i>Referințe bibliografice</i>	393

Marian Popa

PSIHOLOGIE MILITARĂ

Ediția a II-a revăzută și adăugită

**POLIROM
2019**

5.3.2. Frica

Nimic nu este mai normal și mai justificat în condițiile luptei decât reacția de frică. Frica reprezintă o stare de activare emoțională negativă, care stimulează și motivează conduite de adaptare la evenimente amenințătoare reale, cu scopul evitării pericolelor și pentru conservarea stării de bine. De regulă, conduitele adaptative tipice situațiilor de frică sunt cele de tip defensiv (imobilitate, evadare din zona pericolului), dar se pot manifesta și prin acțiuni ofensiv-agresive, inclusiv de atac asupra sursei amenințării (Ohman, 2007). Percepută ca o emoție uneori intensă, alteori difuză, frica reprezintă în esență o proiecție emoțională negativă cu privire la viitorul imediat, generată de perceperea unei surse reale de amenințare. Spre deosebire de frică, *anxietatea* reprezintă o „frică difuză”, o stare de nesiguranță, în care amenințarea reală imediată lipsește sau este mult exagerată. Frica presupune existența unui pericol real, iminent. De exemplu, parcurgerea unui traseu neluminat, noaptea, într-o zonă necunoscută, generează o stare de anxietate. Această reacție este răspunsul emoțional la posibilitatea unui pericol, nu la perceperea unei amenințări reale, iminente. Totuși, în ciuda diferențelor, frica și anxietatea sunt corelate. Frica poate genera anxietate remanentă, iar existența unei anxietăți de fond potențează reacția de frică.

Frica exprimă în termeni emoționali sentimentul unei „pierderi iminente”, iar ea este cu atât mai intensă cu cât ceea ce poate fi pierdut este mai important. Dar frica nu este doar o stare de reflectare pasivă a riscului, ci și un factor cu rol adaptativ major în fața pericolului, prin stimularea mobilizării resurselor de apărare disponibile. Frica este, în esența ei, mecanismul intern de management al riscului cu care ne-a dotat natura. Mediul militar poate fi caracterizat ca fiind un generator de stimuli amenințători și, prin aceasta, un inductor al stării de frică. Acest lucru este adevărat nu doar pentru situațiile de luptă, ci și pentru activitățile curente de antrenament, în care riscurile sunt ridicate (zborul, parașutismul, scufundările, deminarea etc.). În acest context, frica poate fi asociată și naturii activității, nu doar implicării în situații de luptă.

În general, se poate face distincție între frica episodică și frica sistematică.

- *Frica episodică* este limitată la anumite situații concrete și se estompează într-un timp scurt, sub efectul mecanismelor de adaptare psihică. De exemplu: militarii care nu se știu buni înotători pot resimți o stare de frică accentuată la traversarea unui curs de apă; piloții trăiesc o stare de frică accentuată atunci când zboară deasupra unei zone cu apărare antiaeriană puternică; frica poate deveni intensă în cazul marinarilor de pe un submarin, atunci când sunt atacați de navele de suprafață. De fiecare dată când situațiile respective sunt depășite, starea de frică se diminuează și dispare.
- *Frica sistematică* se caracterizează prin generalizarea acesteia la situații diferite, precum și prin persistența stării de frică chiar și după ieșirea din contextul de amenințare. Atunci când frica sistematică este justificată prin existența unor evenimente traumatizante în antecedente, poate fi interpretată mai degrabă ca un simptom de stres de luptă.

În esență, diagnosticăm o stare de frică atunci când militarii manifestă o stare emoțională negativă, justificată de existența unei amenințări reale, pe întreaga durată a existenței acestei amenințări, care poate avea drept efect posibil rănirea sau moartea. Intensitatea stării de frică derivă din nivelul riscului, dar și din capacitatea de controlare a situației.

Frica este un fenomen psihologic ale cărui rădăcini se regăsesc în instinctul de conservare. Aceleași condiții de risc pot determina reacții de frică de intensitate diferită de la om la om. Atât riscul, cât și capacitatea de controlare a situației au, pe lângă componenta obiectivă, o componentă subiectivă, care semnifică reprezentarea persoanei cu privire la nivelul riscului, respectiv, nivelul propriei competențe. Cu cât gradul de discordanță dintre aceste două reprezentări este mai mare, cu atât crește intensitatea stării de frică. Confrunțați pentru prima dată cu mediul de luptă, militarii se pot simți copleșiți de frică în fața iminenței morții. Pe măsură ce învață să nu mai atribuie supraviețuirii un sens absolut, ci unul relativ, raportat la obiective limitate („până la primul adăpost”, „până la lăsarea serii” etc.), accentul se va deplasa către conduitele care sporesc șansa de supraviețuire, iar frica se moderează. Printre mecanismele individuale uzuale de contracarare a fricii, cele mai eficiente sunt sentimentul autoindus al indestructibilității (periculos, pentru că generează ignorarea riscurilor), încrederea puternică în comandanți și convingerea militarului că poate conta pe sprijinul camarazilor.

Opusul fricii este curajul și considerăm că fie și o sumară analiză a acestuia ne poate oferi o înțelegere mai bună cu privire la ce este frica. Într-un interesant articol referitor la psihologia curajului, Gruber (2011) sintetizează câteva dintre cele mai uzuale definiții ale curajului propuse de diverși autori :

- „persistență și perseverență, în pofida fricii sau neliniștii” ;
- „dispoziția voluntară de a acționa, cu sau fără modificarea nivelului fricii, ca răspuns la o amenințare, cu scopul de a atinge un obiectiv important, care poate fi și numai de natură morală” ;
- „integritatea etică și morală în prezența dezaprobării sociale”.

În opinia noastră, curajul, cu precădere cel care se referă la amenințări de ordin material sau vital, presupune următoarele patru caracteristici definitorii: reflectarea corectă a situației și conștientizarea reală a pericolelor ; existența capacităților și abilităților de a înfrunța pericolul ; orientarea spre sarcină și rezolvarea situației, și nu spre posibilele efecte negative ale acesteia ; încrederea că amenințarea poate fi combătută, iar pericolul poate fi înlăturat, fie și numai parțial.

Pe baza acestor elemente definitorii ale curajului putem trage unele concluzii suplimentare cu privire la natura fricii :

- absența unei evaluări corecte sau complete a unui pericol exclude sau diminuează reacția de frică, dar reduce corespunzător șansa rezolvării adecvate a situației, iar conduita persoanei nu poate fi definită drept curaj ;
- nivelul de competență în situație este un moderator important al reacției de frică – cu cât raportul dintre nivelul amenințării și competență este mai mare, cu atât este de așteptat ca intensitatea fricii să fie mai mare ;
- frica este stimulată de centrarea exagerată pe consecințele negative ale situației, iar această tendință tinde să fie cu atât mai mare cu cât capacitatea de adaptare la situație este mai mică ;
- frica presupune lipsa încrederii în capacitatea de a face față situației, iar încrederea, la rândul ei, ține de competență, experiență și este, într-o anumită măsură, o caracteristică de personalitate.

5.3.3. *Stresul anticipativ*

Stresul anticipativ reprezintă un complex de stări psihice și fiziologice care se manifestă în preajma angajării militarilor în situații de luptă. Spre deosebire de frică, care induce necesitatea de a evita sursa de amenințare și durează atâta timp cât militarul se află în contextul acesteia, stresul anticipativ este o trăire tensionată care premerge confruntarea cu pericolul și se stinge odată cu angajarea în acțiune. Stresul anticipativ se manifestă în perioadele premergătoare participării la o misiune de luptă. El este cu atât mai ridicat cu cât valorizarea scopului este mai mare, numărul obiectivelor este mai ridicat și gradul de amenințare și de incertitudine privind atingerea lor este mai pronunțat. Manifestările tipice ale acestei forme de stres sunt de natură emoțională (neliniște, nervozitate, labilitate emoțională), comportamentală (izolare), fiziologică (crampe, transpirație) și cognitivă (focalizare obsesivă pe sursa amenințării).

Sursa acestei reacții emoționale ține de mobilizarea, uneori excesivă, a resurselor implicate în adaptarea anticipată la o situație stresantă. În mod obișnuit, stresul anticipativ este descris pe două niveluri de manifestare (Popa, 2005):

- *Moderat*, atunci când se instalează mai aproape de momentul angajării în activitatea cu risc, nu prezintă intensitate mare și nu afectează nivelul de performanță profesională. El este expresia normală a mobilizării fizice și psihice pentru activitate și prezintă un caracter adaptativ evident.
- *Acut*, atunci când se caracterizează printr-o instalare timpurie și simptome de o intensitate ridicată, uneori cu caracter dezorganizator în plan psihic și somatic. În acest caz, are un efect de diminuare a resurselor în faza de pregătire a misiunii, generează epuizare prematură și poate, uneori, prezenta un ecou negativ după executarea misiunii, cu un efect de eroziune emoțională și motivațională pe termen lung. Se manifestă mai frecvent în cazul celor care se confruntă pentru prima dată cu un anumit tip de stres: primul contact cu inamicul, primul zbor, primul salt cu parașuta.

Specific stresului anticipativ este faptul că intensitatea și durata anticipării se reduc pe măsură ce are loc obișnuirea cu sursele de stres. Dacă intensitatea reacției emoționale anticipate se menține, atunci trebuie luată în considerare o posibilă interpretare în sensul instalării stării de frică.

5.3.4. *Blocajul comportamental*

Starea de blocaj apare în condițiile confruntării neașteptate cu o situație care implică, simultan, o solicitare intensă și o amenințare iminentă. În cazul militarilor care desfășoară activități colective, blocajul comportamental se asociază și cu dereglarea mecanismelor de comunicare, apariția reacțiilor de nervozitate, exces de autoritate sau insubordonare. În aviație, de exemplu, reacția de blocaj este denumită „sindromul pilotului înghețat”, care se manifestă prin următoarele simptome (Popa, 2005):

- fixarea atenției pe un singur element, adesea nesemnificativ, al situației de urgență;
- blocare cognitivă pe o singură idee, raționament;

- dereglarea mecanismelor memoriei ;
- dereglarea mecanismelor de stabilire a priorităților ;
- trecerea de pe „controlul automat” (rutină, deprinderi) pe cel hipervigilent (atenție excesivă pe detalii lipsite de importanță imediată), fapt care atrage un consum mare de energie, creșterea timpului de execuție și erori.

Atât blocajul, cât și stresul anticipativ par a fi manifestări similare cu frica, dar ele se disting de frică mai ales prin caracterul tranzitoriu. În același timp, frica se asociază cu o nevoie imperioasă de evitare a sursei de amenințare, ceea ce nu se întâmplă în cazul stresului anticipativ. În ce privește blocajul, acesta este, de regulă, de foarte scurtă durată, existând posibilitatea recuperării rapide a autocontrolului (dacă nu cumva, pe perioada lui, militarul cade victimă incapacității de acțiune). Totuși, diferențele semnalate nu trebuie absolutizate. Atât stresul anticipativ, cât și blocajul sub efectul unei amenințări bruște, de mare intensitate, pot reprezenta punctul de geneză al unei stări de frică ce se poate reproduce ulterior și în alte situații similare.

5.3.5. *Sindromul de stres posttraumatic* (Posttraumatic Stress Disorder – PTSD)

Chiar dacă unele dintre manifestările sale pot avea o intensitate clinică, stresul de luptă este perceput ca o manifestare nepatologică despre care se presupune că are un caracter pasager, putându-se remite prin metode relativ simple și, mai ales, în urma retragerii temporare a militarului din mediul de luptă, pentru odihnă și refacere. Spre deosebire de RSL, *stresul posttraumatic* este o entitate diagnostică clinică, ce descrie un complex de reacții și trăiri psihice consecutive supunerii la un incident critic. Prin incident critic înțelegem orice eveniment cu efect potențial negativ asupra stării fizice, cognitive, emoționale și comportamentale, care are un caracter neobișnuit și apare brusc în contextul vieții cotidiene personale sau profesionale. În armată, oricare dintre situațiile de mai jos poate constitui un eveniment traumatizant :

- participarea la lupte cu răniți și/sau pagube materiale ;
- incident care s-ar fi putut solda cu efecte fizice (amenințare cu bombă, risc de accident etc.) ;
- participare în echipa de investigare a unui accident ;
- căderea într-o ambuscadă ;
- accident suferit în exploatarea tehnicii de luptă ;
- incident în afara serviciului (agresiune, cutremur, atac terorist etc.).

Specificitatea PTSD în raport cu sindromul oboselei cronice a fost studiată de Kang *et al.* (2003). Autorii au realizat o cercetare pe bază de sondaj cu privire la starea de sănătate a 15.000 de veterani ai Războiului din Golful Persic, comparativ cu un lot de 15.000 de veterani care nu au participat la acest conflict. Veteranii din Golf au raportat o incidență semnificativ mai mare a PTSD decât cei din lotul de control. De asemenea, datele indică creșterea sistematică a incidenței PTSD în funcție de șase niveluri de stres, în timp ce incidența sindromului oboselei cronice crește abia la nivelul superior al intensității stresului. Această constatare susține ipoteza că PTSD și sindromul oboselei cronice sunt entități distincte.

5.3.5.1. Criterii de diagnostic al PTSD

Manualul statistic și diagnostic al bolilor mintale (DSM-IV) definește sindromul de stres posttraumatic ca fiind răspunsul sau reacția la acțiunea unui eveniment care depășește limita experienței umane și care ar avea un efect traumatizant psihologic pentru aproape orice persoană (DSM-IV-R, 2003). În conformitate cu acest manual, diagnosticul de PTSD poate fi pus atunci când sunt îndeplinite șase simptome fundamentale (criterii), după cum urmează :

- (A) Persoana a fost expusă la un eveniment traumatic cu îndeplinirea următoarelor două condiții :
- (1) a trăit, a fost martoră sau a fost confruntată cu un eveniment ori evenimente cu efecte reale sau de amenințare vitală ori de rănire gravă, asupra sa ori asupra altor persoane ;
 - (2) răspunsul include frică intensă, sentiment de neajutorare sau oroare (la copii se poate manifesta conduită agitată sau dezorganizată).
- (B) Evenimentul traumatic este re trăit persistent într-una sau mai multe dintre următoarele modalități :
- (1) amintiri recurente și intruzive ale evenimentului, incluzând imagini, gânduri sau percepții (la copii se pot constata jocuri în care se reproduce tema evenimentului) ;
 - (2) vise neplăcute recurente legate de eveniment (la copii pot apărea vise amenințătoare fără reprezentarea explicită a evenimentului) ;
 - (3) acțiuni sau reacții emoționale în condiții de retrăire a evenimentului (iluzii, halucinații și episoade mnezice disociative ; la copii se pot actualiza comportamente specifice evenimentului) ;
 - (4) tensiune psihologică intensă la expunerea la factori interni sau externi care simbolizează ori seamănă cu un aspect al evenimentului traumatic ;
 - (5) reactivitate fiziologică la expunerea la factori interni sau externi care simbolizează ori seamănă cu un aspect al evenimentului traumatic.
- (C) Evitare persistentă a stimulilor asociați cu trauma, reprimarea reactivității generale (absentă înainte de traumă), semnalate de trei sau mai mulți dintre următorii indicatori :
- (1) efortul de a evita gânduri, trăiri sau conversații legate de traumă ;
 - (2) efortul de a evita activități, locuri sau oameni care stimulează amintiri legate de traumă ;
 - (3) incapacitatea de a-și aminti un aspect important legat de traumă ;
 - (4) reducerea marcată a interesului sau participării la activități semnificative ;
 - (5) sentimente de detașare sau înstrăinare față de alții ;
 - (6) restrângerea amplitudinii trăirilor afective (de exemplu, incapacitatea de a iubi) ;
 - (7) sentimentul lipsei de perspectivă și de viitor.
- (D) Simptome persistente de activare crescută (absente înainte de traumă) indicate de două sau mai multe dintre următoarele aspecte :
- (1) dificultăți de a adormi sau somn intermitent ;
 - (2) iritabilitate sau izbucniri de mânie ;
 - (3) dificultăți de concentrare ;
 - (4) hipervigilență ;
 - (5) reacții exagerate în situații de surpriză.

- (E) Durata tulburărilor (simptomele criteriilor B, C și D) este mai mare de o lună.
 (F) Manifestările determină tulburări clinice sau dificultăți în adaptarea socială, ocupațională sau în alte domenii de viață importante.

Stresul posttraumatic este considerat *acut* dacă durează mai puțin de trei luni și *cronic* dacă durează trei sau mai multe luni. Atunci când primele simptome apar după mai mult de șase luni de la evenimentul traumatizant, vorbim de o *formă întârziată* de stres posttraumatic. Forma întârziată de PTSD a fost introdusă abia în versiunea DSM-III, existând discuții persistente în jurul acestei probleme. Andrews *et al.* (2007) au efectuat o analiză sistematică a literaturii dedicate PTSD, ajungând la concluzia că instalarea târzie a simptomelor PTSD, în absența oricăror simptome anterioare, este foarte rară. De fapt, instalarea tardivă a PTSD pare a fi mai degrabă o reactivare a unui focar traumatic preexistent și se întâlnește la aproximativ 38% dintre militari și 15% dintre civilii diagnosticați cu PTSD.

Tulburările de stres posttraumatic trebuie diagnosticate prin diferențierea de *tulburările de adaptare* (în cazul cărora intensitatea stresorului nu este necesar să fie extremă), de *stresul acut* (în cazul cărui simptomele, similare cu cele din PTSD, dispar după maximum patru săptămâni) sau de *tulburările obsesiv-compulsive* (în care gândurile persistente nu au legătură cu un eveniment traumatizant). Pe lângă simptomele menționate, PTSD se asociază cu alte condiții de sănătate sau manifestări comportamentale. Printre acestea, cel mai frecvent invocate sunt: consumul abuziv de substanțe (alcool, droguri), comportamente agresive și autoagresive (sinucidere), tulburări de memorie, stări depresive (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2009).

Trierea în condiții de luptă a cazurilor psihiatrice va urmări cu atenție diferențierea dintre cazurile afectate de stres de luptă (epuizare de luptă) și cazurile de tulburări mintale. Multe dintre simptomele unor tulburări psihopatologice sunt similare celor induse de stresul de luptă, fiind uneori urgențe psihiatrice. Un indiciu distinctiv important constă în răspunsul la metodele de suport imediat. Stresul de luptă, spre deosebire de tulburările psihice grave, este sensibil la mijloace de intervenție simple (odihnă, igienă, mediu securizant), pe când simptomele patologice sunt de regulă mult mai persistente (Noy, 1991).

Ca răspuns la evenimentul traumatic, victimele pot dezvolta și simptome disociative. Pacienții cu stres acut au o *diminuare a reactivității emoționale*, adesea fiindu-le dificil sau imposibil să trăiască plăcerea în activitățile resimțite anterior ca plăcute și, frecvent, dezvoltă un sentiment de culpabilitate. Dacă evenimentul a dus la moartea sau la vătămarea gravă a cuiva, supraviețuitorii pot să se simtă vinovați pentru că au supraviețuit sau au rămas nevătămați ori pentru că nu au acordat suficient ajutor celorlalți. Persoanele cu PTSD se percep adesea ca având o responsabilitate mai mare pentru consecințele traumei decât este justificat. Pot rezulta probleme și din neglijarea sănătății și a necesităților de siguranță fundamentale asociate cu repercusiunile traumei.

Persoanele afectate de PTSD pot manifesta dificultăți în concentrare, se simt detașate de corpurile lor, trăiesc lumea ca ireală sau ca asemănătoare visului, au amnezii (dificultate sporită de a-și aminti anumite detalii ale evenimentului traumatic – amnezie disociativă). Este prezent cel puțin un simptom din fiecare grupă de simptome cerute pentru stresul traumatic. În primul rând, evenimentul traumatic este trăit persistent (de exemplu, amintiri recurente, imagini, gânduri, vise, iluzii, amintiri ale unor fapte legate de eveniment, sentimente de retrăire a evenimentului sau de disconfort la ceva ce amintește evenimentul). În al doilea rând, este evitat tot ceea ce amintește trauma (de exemplu, locuri, oameni, activități). În fine, este prezentă hiperexcitația ca răspuns la stimulii remanenți ai traumei