

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:

**«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ & ΜΑΖΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ ΚΑΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ:

«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΑΣ ΣΤΗΝ
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

ΓΑΛΑΝΗ-ΓΡΙΒΑ ΜΙΧΑΕΛΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΠΕ MSc (c)

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2023

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΑΣ ΣΤΗΝ **ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ**

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:

**«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ & ΜΑΖΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ ΚΑΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ:

«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΑΣ ΣΤΗΝ
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

ΓΑΛΑΝΗ-ΓΡΙΒΑ ΜΙΧΑΕΛΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΠΕ MSc (c)

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2023

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

- **Μπαλωμένος Κωνσταντίνος**, Δρ., Τμήμα Διεθνών και Ευρωπαϊκών Σπουδών, ΠΑ.ΠΕΙ. (ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ)
- **Καλοκαιρινού Αθηνά**, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ
- **Ρόκα-Σκαφιδάκη Βασιλική**, Δρ., Αξιωματικός Νοσηλεύτρια του Πολεμικού Ναυτικού, Καθηγήτρια-Σύμβουλος, Ε.Α.Π.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Φτάνοντας στο τέλος αυτού του κύκλου σπουδών θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς όσους με βοήθησαν να αντεπεξέλθω στις όποιες δυσκολίες, να καταπολεμήσω προσωπικές μου ανασφάλειες και φοβίες και, εν τέλει, να μετατρέψω αυτή την επίπονη εμπειρία σε γνώση και δύναμη προς όφελός μου.

Πρωτίστως , θέλω να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου, Δρ. Κωνσταντίνο Μπαλωμένο, ο οποίος από την αρχή της συνεργασίας μας πίστεψε σε εμένα, μου προσέφερε απλόχερα τις αστείρευτες γνώσεις και την ανεκτίμητη εμπειρία του και με ενθάρρυνε ως το τέλος της εκπόνησης της εργασίας μου.

Μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στις φίλες μου Χρύσα και Εύα για την υποστήριξη και την καθοδήγησή τους όποτε τη χρειάστηκα.

Τη μεγαλύτερη ευγνωμοσύνη όμως, οφείλω στο σύντροφό μου, Γιώργο, διότι χωρίς τη δική του υπομονή (!) , επιμονή, και στήριξη στις πολλές στιγμές δικής μου αδυναμίας, αυτή η εργασία θα αργούσε πολύ ακόμη να ολοκληρωθεί.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	vi
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	viii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΑ.....	5
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΑΣ.....	5
1.2 ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ	8
1.3 ΕΙΔΗ ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΑΣ.....	9
1.3.1 Βιολογική Τρομοκρατία.....	9
1.3.2 Χημική Τρομοκρατία.....	10
1.3.3 Πυρηνική τρομοκρατία.....	10
1.3.4 Ηλεκτρονική τρομοκρατία.....	11
1.3.5 Επιθέσεις Αυτοκτονίας.....	11
1.4 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΚΩΝ ΕΠΙΘΕΣΕΩΝ.....	12
1.4.1 Επίθεση της 11 ^{ης} Σεπτεμβρίου 2001 στις ΗΠΑ.....	12
1.4.2 Η βομβιστική επίθεση σε σιδηροδρομικούς σταθμούς της Μαδρίτης το 2004.....	13
1.4.3 Η βομβιστική επίθεση στην Οκλαχόμα το 1995.....	13
1.4.4 Τρομοκρατική επίθεση στην Αμερικανική Πρεσβεία στο Ναϊρόμπι το 1998.....	13
1.4.5 Τρομοκρατικές επιθέσεις στη Γαλλία.....	14
1.4.6 Τρομοκρατική επίθεση στο μουσείο Μπαρντό στην Τυνησία το 2015.....	15
1.4.7 Διασπορά σαρίν σε σιδηροδρομικό σταθμό του Τόκιο το 1995...15	
1.4.8 Τρομοκρατική επίθεση στην Ομάγκ της Ιρλανδίας το 1998.....	16
1.4.9 Τρομοκρατική επίθεση στη Νορβηγία το 2011.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....	17
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	17
2.2 ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ DSM.....	18
2.3 ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	19
2.3.1 Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες (PTSD).....	19
2.3.2 Διαταραχή Μείζονος Κατάθλιψης (MDD).....	23
2.3.3 Κατάχρηση - Εξάρτηση από το Αλκοόλ και Άλλες Ουσίες.....	24
2.3.4 Διαταραχή Πανικού	24
2.3.5 Αυτοκτονικός Ιδεασμός.....	25
2.3.6 Αγοραφοβία	25
2.3.7 Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους (GAD).....	26

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	28
3.1 ΣΚΟΠΟΣ.....	28
3.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	28
3.3 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΜΕΛΕΤΩΝ.....	30
3.4 ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΡΟΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	32
4.1 ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΘΥΜΑΤΑ ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΚΗΣ ΕΠΙΘΕΣΗΣ....	33
4.2 ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΤΕΣ ΠΡΩΤΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ ΣΕ ΣΥΜΒΑΝ ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΚΗΣ ΕΠΙΘΕΣΗΣ.....	71
4.3 ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΘΥΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΤΕΣ ΠΡΩΤΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ ΣΕ ΣΥΜΒΑΝ ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΚΗΣ ΕΠΙΘΕΣΗΣ.....	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	90
5.1 ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	90
5.1.1 Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (PTSD).....	90
5.1.2 Διαταραχή Μείζονος Κατάθλιψης (MDD).....	94
5.1.3 Αύξηση χρήσης αλκοόλ, φαρμακευτικών ή μη ουσιών και τσιγάρου.....	96
5.1.4 Άλλες διαταραχές (αυτοκτονικός ιδεασμός, διαταραχή πανικού, αγοραφοβία, διαταραχή γενικευμένου άγχους).....	97
5.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	99
5.2.1 Κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες κινδύνου.....	99
5.2.2 Παράγοντες κινδύνου σχετικοί με την τρομοκρατική ενέργεια....	101
5.3 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΩΝ.....	103
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	105
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	108
ABSTRACT.....	109
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	110

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

APA: American Psychiatric Association

BSI-18: Brief Symptom Index-18

CAPS: Clinician-Administered Post-Traumatic Stress Disorder Scale

CGI: Clinical Global Impression

DASS-42: Depression Anxiety Stress Scale

DIS: Diagnostic Interview Schedule

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DTS: Davidson Trauma Scale

GAD: Generalized Anxiety Disorder

GHQ: General Health Questionnaire

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

IES-R: Impact of Event Scale - Revised

MDD: Major Depressive Disorder

MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview

NSDUH: National Survey on Drug Use and Health

NWS PTSD questionnaire: National Women's Study PTSD questionnaire

PCL: PTSD Checklist

PDS: Post Traumatic Diagnosis Scale

PRIME/MD PHQ: Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Health
Questionnaire

PSPM: Post - Sarin Poisoning Mental

PTSD: Post-Traumatic Stress Disorder

PTSD-RI: PTSD Reaction Index

SCID: Structured Clinical Interview for DSM

SF-12: Short Form-12

STAI: State-Trait Anxiety Inventory

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το φαινόμενο της τρομοκρατίας, εδώ και πολλά χρόνια, έχει πρωταγωνιστικό ρόλο στις σύγχρονες κοινωνίες, τόσο του Δυτικού κόσμου όσο και των Ανατολικών χωρών και της Αφρικής, προκαλώντας αναταραχή και αποδιοργάνωση στους λαούς και επιβάλλοντας μια ατμόσφαιρα φόβου, ανασφάλειας και αβεβαιότητας. Οι ψυχικές επιπτώσεις τέτοιων επιθέσεων στα θύματα, αλλά και στους παρατηρητές και τους επαγγελματίες που εμπλέκονται στην αποκατάσταση της καταστροφής είναι ανυπολόγιστες, όπως έχει αποδειχθεί από επιστημονικές μελέτες κατά τη διάρκεια των ετών, και συνοδεύουν τα άτομα είτε για μικρό χρονικό διάστημα μετά το τραυματικό γεγονός, είτε για πολλά χρόνια αργότερα.

Παρά την εξαιρετική του παρουσία την τελευταία 20ετία σε όλο τον κόσμο, δεν έχει εκδοθεί ένας συγκεκριμένος ορισμός για το φαινόμενο της τρομοκρατίας από τους αρμόδιους διεθνείς φορείς ή τις κυβερνήσεις των κρατών. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό είναι η διαφορετική ερμηνεία του φαινομένου από την κάθε κοινωνία η οποία πλήττεται. Σε γενικές γραμμές, οι τρομοκρατικές επιθέσεις είναι πράξεις που χρησιμοποιούν τη βία σε διάφορες μορφές της, με σκοπό να διαταράξουν την κοινωνική τάξη και να εξαναγκάσουν μία κυβέρνηση ή μία ομάδα ατόμων να πράξει κατά τις επιταγές των ηθικών αυτουργών της. Τα μέσα για να γίνει αυτό είναι η διασπορά του τρόμου και της ανασφάλειας στο ευρύ κοινό, πράγμα που η σημερινή εποχή καθιστά πολύ εύκολο λόγω της ευρείας χρήσης των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ). Με αυτό τον τρόπο τα κίνητρα, οι πράξεις και οι επιδιώξεις των τρομοκρατών μπορούν εύκολα να γνωστοποιηθούν σε όλο τον κόσμο.

Μετά την επίθεση της Αλ Κάιντα στους Δίδυμους Πύργους (9/11) το 2001, η οποία αποτελεί ορόσημο πλέον στην παγκόσμια ιστορία λόγω του μεγέθους της καταστροφής, της οργάνωσης της επίθεσης και του τρόπου που μεταδόθηκε από τα ΜΜΕ, το πεδίο της έρευνας στον τομέα των τρομοκρατικών επιθέσεων και των ψυχικών επιπτώσεων που προκαλούν στον πληθυσμό έχει διευρυνθεί. Η κυρίαρχη ψυχική επίπτωση που παρουσιάζεται στις μελέτες ανά τον κόσμο είναι η Διαταραχή

Μετατραυματικού Στρες (PTSD), η οποία μπορεί να επηρεάσει το άτομο για μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα προκαλώντας του συναισθηματική δυσφορία και μειώνοντας την καθημερινή του λειτουργικότητα. Συνάμα, εμφανίζονται και άλλες διαταραχές (κατάθλιψη, κατάχρηση αλκοόλ, διαταραχή πανικού κ.α.) οι οποίες, σε συνδυασμό με το PTSD, μπορούν να κάνουν τη ζωή ενός ατόμου αφόρητη.

Δεδομένων των ανωτέρω, σκοπός της παρούσας συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η συνολική καταγραφή και μελέτη των ψυχικών διαταραχών που εμφανίζονται σε διάφορες ομάδες του πληθυσμού άμεσα μετά από συγκεκριμένες τρομοκρατικές επιθέσεις, αλλά και σε βάθος αρκετών ετών μετά από αυτή.

Στο γενικό μέρος της εργασίας αρχικά γίνεται προσπάθεια να οριστεί το φαινόμενο της τρομοκρατίας και παρουσιάζεται μια μικρή αναδρομή στην ιστορία του, οι μορφές με τις οποίες εμφανίζεται και ακόμη αναφέρονται συνοπτικά ορισμένες τρομοκρατικές επιθέσεις που συντάραξαν κάποιες χώρες και τον κόσμο συνολικά. Επίσης, σε αυτό το μέρος της εργασίας γίνεται λόγος για την ψυχική υγεία και ψυχική νόσο παρουσιάζοντας ορισμούς, καθώς και για το σύστημα ταξινόμησης ψυχικών διαταραχών DSM και την εξέλιξή του ανά τα έτη. Τέλος, ορίζονται ορισμένες βασικές διαταραχές που δυσκολεύουν τους πληγέντες, από τρομοκρατική επίθεση, πληθυσμούς.

Στο ειδικό μέρος της εργασίας γίνεται συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνών από το 2000 σχετικών με την ψυχική υγεία σε πληθυσμούς μετά από τρομοκρατική επίθεση. Οι πληθυσμοί στους οποίους αναφέρεται η εργασία περιλαμβάνουν τα θύματα μιας επίθεσης, τα οποία μπορούν να διακριθούν σε άμεσα (όσοι υπέστησαν τραυματισμό ή ήταν παρόντες στην επίθεση) ή έμμεσα (ήταν παρατηρητές του γεγονότος, υπέστησαν απώλεια οικείου προσώπου ή/και περιουσίας) και τους επαγγελματίες οι οποίοι ενεπλάκησαν έπειτα σε επιχειρήσεις διάσωσης, απεγκλωβισμού ή αποκατάστασης του κατεστραμμένου τοπίου (αστυνομικοί, πυροσβέστες, υγειονομικό προσωπικό, εθελοντές κ.α.). Εν συνεχεία, γίνεται ανάλυση των ευρημάτων και επιχειρείται μια σύνοψη των ψυχικών διαταραχών που εντοπίζονται στις διάφορες έρευνες. Επιπρόσθετα, γίνεται

διερεύνηση και ανάλυση των παραγόντων κινδύνου που μπορούν να συντελέσουν στην εμφάνιση των διαταραχών.

Τέλος, παραθέτονται γενικά συμπεράσματα που εξήχθησαν από τη μελέτη των ερευνών, αλλά και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα σε ορισμένα πεδία, προκειμένου να υπάρξει πρόληψη των ψυχικών διαταραχών και γρήγορη ανακούφιση όσων υποφέρουν απ' αυτές.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΑ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Η τρομοκρατία αποτελεί φαινόμενο παγκόσμιας εμβέλειας το οποίο συμπορεύεται με τον άνθρωπο κατά την εξέλιξή του έως και σήμερα και εμφανίζεται με διάφορες μορφές, προκαλώντας τον πανικό και την καταστροφή στους πληθυσμούς που την υφίστανται. Άλλωστε, η λέξη «τρόμος» είναι συνυφασμένη με την έννοια της βίας και της έλλειψης ασφάλειας.

Από τους Arnold και συνεργάτες (2003) η τρομοκρατία ορίζεται ως «η σκόπιμη χρήση βίας ενάντια σε ένα ή περισσότερους αμάχους ή/και σε υπηρεσίες ζωτικής σημασίας για την προστασία της υγείας τους, που έχει ως αποτέλεσμα δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία των άμεσα επηρεασμένων και των κοινοτήτων τους, οι οποίες εκτείνονται από την απώλεια της ευεξίας και της ασφάλειας, ως τον τραυματισμό, την ασθένεια ή και το θάνατο».

Κατά τη Λουίζ Ρίτσαρντσον, όπως αναφέρεται από τον Μπαλωμένο (2017), η τρομοκρατία μπορεί να οριστεί απλά ως η σκόπιμη, βίαιη στοχοποίηση αμάχων για πολιτικούς σκοπούς και μπορεί να προσδιοριστεί με επτά χαρακτηριστικά: 1) μια τρομοκρατική ενέργεια έχει πολιτικό κίνητρο, ειδάλλως μιλάμε για έγκλημα, 2) κάθε τρομοκρατική ενέργεια περιλαμβάνει βία ή απειλή βίας, 3) στόχος αυτών των ενεργειών είναι η αποστολή ενός μηνύματος, 4) η ενέργεια και το θύμα έχουν συμβολικό χαρακτήρα με σκοπό τον ισχυρό ψυχικό αντίκτυπο, 5) τρομοκρατικές δραστηριότητες διαπράττονται από παρακρατικές ομάδες και όχι από τις ίδιες τις κυβερνήσεις, 6) τα θύματα δεν ταυτίζονται με το ακροατήριο που στοχεύουν οι δράστες, το οποίο συνήθως είναι η κυβέρνηση, 7) η τρομοκρατία διακρίνεται από τις άλλες μορφές πολιτικής βίας λόγω της σκόπιμης στοχοποίησης αμάχων που χρησιμοποιεί.

Κατά το Υπουργείο Εξωτερικών των ΗΠΑ η τρομοκρατία είναι η άσκηση βίας με πολιτικά κίνητρα και σκοπό τις επιθέσεις κατά του άμαχου πληθυσμού

ή μη νόμιμες υποεθνικές ομάδες που έχουν ως στόχο να επηρεάσουν ένα κοινό.

Επιπρόσθετα, το Υπουργείο Άμυνας των ΗΠΑ θεωρεί πως η τρομοκρατία αφορά στην παράνομη χρήση ή απειλή χρήσης δύναμης ή βίας εναντίων προσώπων ή περιουσιών με σκοπό των εξαναγκασμό ή εκφοβισμό κυβερνήσεων ή κοινωνιών για την εκπλήρωση πολιτικών θρησκευτικών, ή ιδεολογικών επιδιώξεων.

Παρόμοιο ορισμό για την τρομοκρατία έχει και το Federal Bureau of Investigation (FBI) το οποίο αναφέρει ως «εθνική τρομοκρατία» εκείνη που περιλαμβάνει άτομα ή ομάδες που δραστηριοποιούνται εντός της επικράτειας των ΗΠΑ και του Πουέρτο Ρίκο, χωρίς εξωτερική καθοδήγηση και εναντιώνονται στην Αμερικανική κυβέρνηση και τον πληθυσμό της. Από την άλλη, «διεθνής τρομοκρατία» κατά το FBI είναι η παράνομη χρήση βίας από άτομα ή ομάδες που σχετίζονται με εξωτερική δύναμη ή η δραστηριότητά τους ξεπερνά τα εθνικά σύνορα προκειμένου να εκπληρώσουν πολιτικούς ή κοινωνικούς σκοπούς.

Όσον αφορά την Ευρωπαϊκή Ένωση, η τρομοκρατία ορίζεται ως το σύνολο εγκληματικών πράξεων με στόχο τον εκφοβισμό του πληθυσμού, τον εξαναγκασμό κυβερνήσεων να υπακούσουν στις επιταγές των δραστών ή/και την διατάραξη των θεμελιωδών δομών μιας χώρας ή διεθνούς οργανισμού (Μπαλωμένος, 2017).

Από τον ποινικό κώδικα της Γαλλίας μία τρομοκρατική ενέργεια ορίζεται ως «η πράξη που συνδέεται με ατομική ή συλλογική επιχείρηση με σκοπό τη διατάραξη της δημόσιας τάξης με εκφοβισμό ή/και τρόμο». (Motreff και συν., 2020)

Επιπλέον, στο Ηνωμένο Βασίλειο η τρομοκρατία ορίζεται ως η δράση ή η απειλή δράσης με σκοπό την επιρροή σε μια κυβέρνηση ή τον εκφοβισμό του λαού ή μέρος του, στοχεύοντας στην προώθηση πολιτικών, ιδεολογικών ή θρησκευτικών πεποιθήσεων (Μπαλωμένος, 2017).

Τέλος, με το ψήφισμα 1566 του Συμβουλίου Ασφαλείας του ΟΗΕ, το 2004, δίνεται στην τρομοκρατία ο εξής ορισμός: εγκληματικές πράξεις,

συμπεριλαμβανομένων αμάχων, που διαπράττονται με σκοπό να προκαλέσουν θάνατο ή σοβαρή σωματική βλάβη ή σύλληψη ομήρων με σκοπό να προκαλέσουν των τρόμο στο γενικό πληθυσμό ή σε ομάδα ατόμων ή συγκεκριμένων προσώπων, να εκφοβίσουν ένα πληθυσμό ή να εξαναγκάσουν μια κυβέρνηση ή ένα διεθνή οργανισμό να πράξει ή όχι οποιαδήποτε ενέργεια η οποία αντίκειται σε συμβάσεις και πρωτόκολλα σχετικά με την τρομοκρατία και δεν δικαιολογείται για κανένα λόγο πολιτικής, φιλοσοφικής, ιδεολογικής, φυλετικής, εθνικής ή θρησκευτικής φύσης (United Nations, 2004).

Παρά τις παραπάνω προσπάθειες δεν υπάρχει ακόμη ένας καθολικά αποδεκτός ορισμός για το φαινόμενο. Είναι δύσκολο να οριστεί η τρομοκρατία, ιδίως αν σκεφτεί κανείς πως για κάποιους αποτελεί απελευθερωτική πράξη ενάντια στο καθεστώς, ενώ για άλλους εγκληματική ενέργεια εξτρεμιστών. Όπως έχει διατυπωθεί από έναν διεθνολόγο: «Την τρομοκρατία είναι δύσκολο να την ορίσεις, όμως εύκολα την καταλαβαίνεις» (Καρδαρά, 2017). Αυτό που θα μπορούσαμε να πούμε σχετικά με το φαινόμενο είναι πως αίτια εμφάνισής του αποτελούν ο φανατισμός, οι ιδεοληψίες, κάθε είδους αδικία, κοινωνικά, οικονομικά και πολιτικά προβλήματα και επίδοξοι εθνικοαπελευθερωτικοί αγώνες (Μπαλωμένος, 2017). Το βέβαιο, όσον αφορά αυτές τις ενέργειες, είναι πως διασπείρουν την αβεβαιότητα, τον τρόμο και τον πανικό. Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία πως ο ψυχισμός των θυμάτων τέτοιων επιθέσεων στιγματίζεται εξαιτίας της γενικευμένης αίσθησης του απρόβλεπτου και της διάβρωσης του αισθήματος ασφάλειας και ηρεμίας (Fullerton και συν., 2003). Είναι αναγκαίο, επομένως οι κοινωνίες να λαμβάνουν μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης τέτοιων επιχειρήσεων προκειμένου να διαφυλάξουν την σωματική και ψυχική ακεραιότητα των πολιτών.

Σε γενικές γραμμές διακρίνουμε τρεις τύπους ορισμών για το φαινόμενο: οι απλοί ορισμοί που ταυτίζουν την τρομοκρατία με τη βία ή την απειλή χρήσης βίας αποσκοπώντας στον εκφοβισμό ή την επίτευξη μιας αλλαγής στις στάσεις μιας ομάδας πληθυσμού. Μια δεύτερη κατηγορία ορισμών εντάσσουν την τρομοκρατία σε ένα νομικό πλαίσιο προσπαθώντας να την αντιμετωπίσουν ποινικά, αφού την ταυτίζουν με την εγκληματική βία. Τέλος, οι

αναλυτικοί ορισμοί εστιάζουν στην πολιτική διάσταση του φαινομένου και στα κοινωνικά κίνητρα που οι δράστες ισχυρίζονται ότι έχουν (Καρδαρά, 2017). Σε κάθε περίπτωση αναφερόμαστε σε βίαιες πράξεις οι οποίες δεν είναι απαραίτητα φονικές, καθώς περιλαμβάνονται και μέθοδοι απαγωγών ή καταστροφών. (Μπαζίνης, 2017)

1.2 ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

Η πρώτη καταγεγραμμένη τρομοκρατική ενέργεια στην ιστορία ήταν πριν 2.000, χρόνια στην αρχαία Ρώμη τον 1^ο αιώνα μ.Χ., όπου το εβραϊκό κίνημα Sicarii προσπάθησε να εκδιώξει τους Ρωμαίους και τους υποστηρικτές τους χρησιμοποιώντας μαχαίρια (sica) σε δημόσια συγκέντρωση, εναντίον τόσο των Ρωμαίων όσο και των Εβραίων που δεν τους υποστήριξαν.

Όμως, η λέξη «τρομοκρατία» και «τρομοκράτης» συναντιούνται πολλούς αιώνες αργότερα, κατά τη Γαλλική επανάσταση το 1789, με το κίνημα «Τρόμος», όπου οι Ιακωβίνοι (η πιο ακραία πτέρυγα της επανάστασης) διενεργούσαν πράξεις βίας κατά των τότε αριστοκρατών με σκοπό την δημιουργία μιας νέας τάξης πραγμάτων. Ως αποτέλεσμα εκείνης της περιόδου, 594 άνθρωποι οδηγήθηκαν σε μαζικό απαγχονισμό (Μπαλωμένος, 2017).

Παρόλα όσα αναφέρθηκαν ανωτέρω, η τρομοκρατία με τη σημερινή της έννοια, όπως χρησιμοποιείται δηλαδή από το δυτικό κόσμο, γεννήθηκε κατά το 1960. Οι περισσότερες οργανώσεις που έδρασαν τότε ήταν εμπνευσμένες από την ιδεολογία του μαρξισμού και λενινισμού με αντιιμπεριαλιστικές αντιλήψεις οι οποίες δηλώνονταν έμπρακτα προς υποστήριξη των φτωχών λαϊκών στρωμάτων. Το φαινόμενο πήγαζε από προϋπάρχουσες κοινωνικές και πολιτικές ανισότητες που μέχρι τότε δεν είχαν εκφραστεί με τη μορφή ιδεών. Έτσι, λοιπόν, κυρίως στην Ευρώπη, κυριάρχησε εκείνη την περίοδο η λεγόμενη «αριστερή τρομοκρατία» η οποία στοχοποιούσε τους κρατικούς εκπροσώπους και εκτελούσε τα σχέδια της πάντοτε με επωνυμία, καθώς η ευθεία ανάληψη της ευθύνης των εγκληματικών ενεργειών ήταν χαρακτηριστικό της πολιτικής τους (Μπόση, 2000).

Παράλληλα με την «αριστερή τρομοκρατία» αναπτύχθηκε και η «ακροδεξιά τρομοκρατία» της οποίας τα κίνητρα δεν ήταν ίδια με της πρώτης, καθώς είχε ταυτιστεί με την παρακρατική δράση των κυβερνήσεων προκειμένου να

διατηρήσουν την εξουσία τους. Η δράση αυτών των κινημάτων δημιουργούσε τυχαία θύματα χωρίς κάποιο ιδεολογικό υπόβαθρο και συγκεκριμένα κριτήρια. Γι' αυτό το λόγο και αποτελεί, ως και σήμερα τη σοβαρότερη μορφή απρόβλεπτης, ενίοτε μαζικής, βίας με ανθρώπινα θύματα (Μπόση, 2000).

Στη σημερινή εποχή, η τρομοκρατία χρησιμοποιεί τα ΜΜΕ προκειμένου να εδραιώσει τη θέση της και να πολλαπλασιάσει τον αντίκτυπο των επιθέσεων της. Τα ΜΜΕ και κυρίως η τηλεόραση, συχνά δρουν ως μέσο προπαγάνδας των τρομοκρατών και δίαυλος για την προβολή των αιματηρών ενεργειών τους, δίνοντάς τους τη δυνατότητα να προβάλλουν, τις αντιλήψεις, τα κίνητρα και τις πράξεις τους σε παγκόσμια κλίμακα, ασκώντας διεθνή εκφοβισμό (Καρδαρά, 2017).

Σε κάθε περίπτωση και σε κάθε εποχή οι τρομοκρατικές πράξεις έχουν ως στόχο την ανατροπή των δεδομένων και πάγιων συνθηκών της εκάστοτε κοινωνίας προερχόμενες είτε από «ευγενή» κίνητρα όπως είναι η υπεράσπιση των αδυνάτων και η αποκατάσταση της ισότητας, είτε χάριν δόλιων σκοπών υποταγής και άσκησης εξουσίας σε κοινωνικές ομάδες με βίαιο τρόπο.

1.3 ΕΙΔΗ ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Ανάλογα με το είδος των μέσων που χρησιμοποιούν οι τρομοκράτες για να επιτύχουν τους στόχους τους διακρίνονται τα εξής είδη τρομοκρατίας:

1.3.1 Βιολογική Τρομοκρατία

Αυτή η μορφή αφορά στη σκόπιμη χρήση μικροοργανισμών με σκοπό την πρόκληση ασθενειών ή/και θανάτου, ή φθοράς σε ανθρώπους, ζώα και φυτά καθώς και στη μόλυνση των ειδών διατροφής (Μπόση, 1999). Τα βιολογικά όπλα ανήκουν στα Όπλα Μαζικής Καταστροφής και η βλάβη που μπορεί να προκαλέσουν δεν μπορεί εύκολα να ελεγχθεί εξαιτίας των παραγόντων που επηρεάζουν τη διασπορά των μικροβίων με κύριο τις καιρικές συνθήκες (π.χ. άνεμος). Οποσδήποτε, όμως, πέρα από τις σωματικές επιπτώσεις ή το θάνατο, τέτοιου είδους επιθέσεις σπέρνουν τον πανικό στον πληθυσμό υπό το φόβο μιας πιθανής μόλυνσης. Τέτοιο παράδειγμα επίθεσης αποτελεί και η αποστολή επιστολών που περιείχαν άνθρακα στο Καπιτώλιο των ΗΠΑ και σε

κτήρια της Φλόριντα και στις Νέας Υόρκης με αποτέλεσμα 5 νεκρούς και 17 ασθενείς (Τσίνου, 2018).

1.3.2 Χημική Τρομοκρατία

Τα χημικά όπλα αποτελούν επίσης κατηγορία των Όπλων Μαζικής Καταστροφής, συνεπώς γίνεται αντιληπτό το μέγεθος της επικινδυνότητά τους και των συνεπειών που μπορούν να προκαλέσουν. Διακρίνονται σε ασφυξιογόνα αέρια, αέρια αίματος, καυστικά αέρια, αέρια νεύρων και ψυχοχημικές ουσίες. Η απελευθέρωσή τους μπορεί να γίνει σε κάποιο πολυσύχναστο δημόσιο μέρος ώστε να υπάρξει ταχεία διασπορά ή ακόμη μπορεί να προκληθεί εκούσια μόλυνση κάποιου προϊόντος ευρείας κατανάλωσης. Ο βαθμός δυσκολίας κατασκευής τους είναι εξαιρετικά μικρός, δεδομένου ότι τα υλικά που απαιτούνται είναι φθηνά και μπορούν να ανευρεθούν εύκολα και η τεχνογνωσία που χρησιμοποιείται είναι εξαιρετικά απλή. Το χαμηλό κόστος κατασκευής και μεταφοράς αυτών των ουσιών καθιστά τα χημικά όπλα περιζήτητα από «φτωχές» τρομοκρατικές οργανώσεις (Μπόση, 2000; Boniface, 2004).

1.3.3 Πυρηνική Τρομοκρατία

Μια πυρηνική τρομοκρατική επίθεση θα προκαλούσε ολέθριες καταστροφές και ανυπολόγιστο αριθμό θανάτων εξαιτίας των τεράστιων ποσοτήτων ενέργειας που εκλύονται από μια τέτοια έκρηξη. Η προηγμένη τεχνογνωσία και τα εξειδικευμένα υλικά και οι εγκαταστάσεις καθιστούν την προοπτική μιας τέτοιας επίθεσης δύσκολη υπόθεση για τους τρομοκράτες οι οποίοι επιδίδονται στη δημιουργία φθηνότερων βομβών, των λεγόμενων «dirty bombs» προκειμένου να σπείρουν τον πανικό και τη σύγχυση. Γενικότερα, το ενδεχόμενο μιας πυρηνικής τρομοκρατικής επίθεσης ξεφεύγει από τα όρια του πιθανού διότι εκτός των άλλων οι ολέθριες συνέπειές της δε συνάδουν με τις επιδιώξεις των τρομοκρατών, οι οποίες δεν είναι ο μαζικός αφανισμός, αλλά η αποδοχή των απόψεών τους από την κοινή γνώμη (Μπόση, 1999).

1.3.4 Ηλεκτρονική Τρομοκρατία

Η σύγχρονη εξέλιξη των τεχνολογικών και ηλεκτρονικών μέσων και η εύκολη δυνατότητα πρόσβασης σε αρχεία ατομικά ή ακόμη και κυβερνητικά αποτελεί το νέο όπλο των τρομοκρατών και συνάμα τη νέα απειλή για τις κυβερνήσεις των χωρών. Μια πιθανή κατάρρευση των ηλεκτρονικών συστημάτων των τραπεζών, η προσβολή των συστημάτων ελέγχου του εναέριου χώρου, η παραβίαση στρατιωτικών κωδικών και άλλα πολλά παραδείγματα αποτελούν περιπτώσεις πλήγματος του εκάστοτε συστήματος. Οι κυβερνήσεις στις μέρες μας, ασφαλώς, λαμβάνουν μέτρα για την πρόληψη τέτοιου είδους υποκλοπών οι οποίες θα μπορούσαν να προκαλέσουν αναταραχές και πανικό. Παρόλα αυτά, οι hackers των τρομοκρατών συχνά καταφέρνουν και «σπάνε» απόρρητους κωδικούς αποκτώντας πρόσβαση σε κυβερνητικά αρχεία (Μπόση, 1999).

1.3.5 Επιθέσεις αυτοκτονίας

Το συγκεκριμένο είδος επίθεσης συνδυάζει το θάνατο του δράστη, ο οποίος συνήθως φέρει επάνω του εκρηκτικό μηχανισμό, και την πρόκληση πολλαπλών θανάτων και τραυματισμών ατόμων και υλικών ζημιών. Απώτερος σκοπός αυτής της μεθόδου, όπως και των υπόλοιπων, είναι η πρόκληση πανικού και ανασφάλειας στο ευρύ κοινό και η αποσταθεροποίηση της κοινωνίας. Η συγκεκριμένη επιχείρηση είναι εξαιρετικά φθηνή και απλή ενώ απαιτεί μόνο την αφοσίωση και την προσήλωση του εκάστοτε θύματος στον προσωπικό του στόχο ή το στόχο της ομάδας του. Συνάμα, δεν υπάρχει κίνδυνος σύλληψης ή απόσπασης πληροφοριών αφού ο δράστης θανατώνεται. Ωστόσο, τα ηγετικά μέλη των οργανώσεων δεν επιδεικνύουν καμία διάθεση αυτοκτονίας, καθώς θέλουν να επιζήσουν και να απολαύσουν τα οφέλη της επιτυχίας τους. Αντίθετα, οι εθελοντές βομβιστές από παιδιά ανατρέφονται και γαλουχούνται με αυτές τις ιδέες, προοριζόμενοι για ένα τέτοιο τέλος της ζωής τους (Κωνσταντινίδου, 2007).

1.4 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΚΩΝ ΕΠΙΘΕΣΕΩΝ

Πληθώρα τρομοκρατικών επιθέσεων έχουν καταγραφεί τα τελευταία τριάντα χρόνια. Ορισμένες από τις σημαντικότερες αναφέρονται ακολούθως

1.4.1 Επίθεση της 11^{ης} Σεπτεμβρίου 2001 στις ΗΠΑ.

Είναι βέβαιο πως κανείς δεν ξεχνά την τρομοκρατική επίθεση της 11^{ης} Σεπτεμβρίου 2001 στους Δίδυμους Πύργους του Μανχάταν, η οποία έχει μείνει γνωστή και ως «9/11». Σύμφωνα με ειδικούς, το συγκεκριμένο γεγονός αποτελεί την σφοδρότερη τρομοκρατική επίθεση που έχει καταγραφεί παγκοσμίως στα χρονικά. Συγκεκριμένα, 4 αμερικανικά επιβατικά αεροσκάφη καταλήφθηκαν από 19 αεροπειρατές οι οποίοι οδήγησαν τα 3 από αυτά σε σύγκρουση σε κομβικά σημεία των ΗΠΑ. Δύο αεροσκάφη χτύπησαν τους δύο πύργους που Παγκόσμιου Κέντρου Εμπορίου, οι οποίοι κατέρρευσαν εντός δύο ωρών, μαζί τους και τα κτήρια της ευρύτερης περιοχής. Το τρίτο αεροσκάφος έπεσε στη δυτική πτέρυγα του Πενταγώνου στην Ουάσιγκτον. Στο τέταρτο αεροσκάφος, τον έλεγχο προσπάθησαν να αναλάβουν οι επιβάτες, με αποτέλεσμα οι αεροπειρατές να το ρίξουν αναγκαστικά στην Πενσυλβανία, όπου βρίσκονταν. Με βάση τους μελετητές, στόχος αυτού του αεροσκάφους ήταν ο Λευκός Οίκος.

Την πτώση αυτών των αεροσκαφών ακολούθησε ο πανικός και το χάος, ενώ η ζωή στη Νέα Υόρκη εκείνη την ημέρα ουσιαστικά σταμάτησε. Ο αριθμός των θυμάτων ανήλθε στους 2.977 νεκρούς από 90 χώρες και 25.000 τραυματίες. Οι δράστες ταυτοποιήθηκαν άμεσα και διαπιστώθηκε πως συνδέονταν με την τρομοκρατική οργάνωση της Αλ Κάιντα, στην ηγεσία της οποίας βρισκόταν Οσάμα Μπιν Λάντεν.

Το τρομοκρατικό αυτό γεγονός άλλαξε τις ισορροπίες στις διεθνείς και κοινωνικοπολιτικές σχέσεις. Παράλληλα, ο φόβος, η ανασφάλεια και η καχυποψία κυριάρχησαν στον πληθυσμό της Δύσης με αποτέλεσμα πληθώρα ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων με διάρκεια πολλών ετών (National Commission on Terrorist Attacks Upon the United States, 2004; Διαμαντής, 2022).

1.4.2 Η βομβιστική επίθεση σε σιδηροδρομικούς σταθμούς της Μαδρίτης το 2004

Το πρωί της 11^{ης} Μαρτίου του 2004 η Ισπανία βίωσε τη σφοδρότερη τρομοκρατική επίθεση στη μέχρι τότε ιστορία της. Δέκα βόμβες τοποθετημένες μέσα σε τσάντες σε τέσσερα τρένα που ξεκινούσαν από την περιοχή Αλκαλά ντε Ενάρες με προορισμό το σταθμό Ατότσα στη Μαδρίτη πυροδοτήθηκαν από κινητά τηλέφωνα και προκάλεσαν το θάνατο σε 192 πολίτες που επέβαιναν στους συρμούς. Περισσότεροι από 1.800 άνθρωποι τραυματίστηκαν, επίσης. Η ενέργεια αποδόθηκε σε ισλαμιστική οργάνωση που συνδεόταν με την Αλ Κάιντα και πολλοί θεώρησαν πως κίνητρο αποτέλεσε η παραμονή Ισπανών στρατιωτών στην εμπόλεμη ζώνη του Ιράκ, δείγμα συμμετοχής της Ισπανίας στον πόλεμο (Μποζώνη, 2017; Miguel-Tobal και συν., 2006).

1.4.3 Βομβιστική επίθεση στην Οκλαχόμα το 1995

Μέχρι την ημέρα που σημειώθηκε η πτώση των Διδύμων Πύργων, η μεγαλύτερη τρομοκρατική επίθεση στην Αμερική ήταν εκείνη της βομβιστικής επίθεσης στο Ομοσπονδιακό κτήριο “Alfred P. Murrah”. Κίνητρο της επίθεσης αποτέλεσε ο θάνατος 80 μελών της θρησκευτικής οργάνωσης “Branch Davidians” σε ένοπλη συμπλοκή με το FBI, γι’ αυτό και στόχος ήταν κυβερνητικό κτήριο. Η επίθεση πραγματοποιήθηκε με ένα φορτηγό γεμάτο με εκρηκτικά. Τη στιγμή της έκρηξης μέσα στο κτήριο βρίσκονταν 646 άνθρωποι εκ των οποίων οι 149 βρέθηκαν νεκροί και πολλοί ήταν τραυματίες. Το τραγικό σημείο της υπόθεσης είναι το γεγονός πως μέσα στο ομοσπονδιακό κτήριο στεγαζόταν παιδικός σταθμός. Δεκαεννιά παιδιά , ηλικίας κάτω των 6 ετών έχασαν τη ζωή τους σε αυτή την επίθεση. Το 1997 οι βομβιστές καταδικάστηκαν (*Η ιστορία μιας φωτογραφία, Μηχανή του Χρόνου*).

1.4.4 Τρομοκρατική επίθεση στην Αμερικανική Πρεσβεία στο Ναϊρόμπι το 1998

Στις 7 Αυγούστου του 1998, ένα παγιδευμένο όχημα γεμάτο με εκρηκτικά εξερράγη κοντά στο κτίριο της πρεσβείας των ΗΠΑ στο Ναϊρόμπι της Κένυα, μια χώρα με ιδιαίτερα στενές σχέσεις με την Ουάσινγκτον. Υπολογίζεται πως

213 άνθρωποι βρήκαν το θάνατο, περαστικοί ή εργαζόμενοι στα κτήρια και περίπου 5.000 τραυματίστηκαν. Αυτή φαίνεται να ήταν από τις πρώτες επιχειρήσεις της Αλ Κάιντα (*Μαύρη επέτειος: 20 χρόνια από τις πρώτες επιθέσεις της Αλ Κάιντα*, 2018 Η Ναυτεμπορική).

1.4.5 Τρομοκρατικές επιθέσεις στη Γαλλία

Από τις 25 Ιουλίου του 1995 έως τις 3 Δεκεμβρίου του 1996 η Γαλλία βίωσε μία σειρά από βομβιστικές επιθέσεις. Έξι από αυτές έπληξαν το Παρίσι και μία την πόλη της Λυών, με επίκεντρο κυρίως του σταθμούς του μετρό. Από αυτές τις επιθέσεις οι νεκροί ανέρχονται στους 12 και 150 περίπου ήταν οι τραυματίες. Την ευθύνη για τα γεγονότα ανέλαβε η Ένοπλη Ισλαμιστική Ομάδα (GIA) της Αλγερίας (Verger και συν., 2004 ; *Οι σημαντικότερες τρομοκρατικές επιθέσεις στη Γαλλία, Σαν Σήμερα*).

Είκοσι χρόνια μετά, το 2015, η χώρα έγινε ξανά πεδίο μάχης με τρομοκρατικές επιθέσεις κατά την αρχή και το τέλος του έτους. Το πρώτο κύμα ξέσπασε στις 7 Ιανουαρίου περιλαμβάνοντας τη σφαγή του προσωπικού του σατιρικού περιοδικού Charlie Hedbo στο Παρίσι. Δύο ένοπλοι κουκουλοφόροι εισέβαλαν στα γραφεία του κτηρίου και φωνάζοντας «Αλάχ Ακμπάρ» ξεκίνησαν να πυροβολούν σκοτώνοντας τους εργαζόμενους σαν μία μορφή εκτέλεσης. Τελικά, υπήρχαν 12 νεκροί , μεταξύ των οποίων δύο αστυνομικοί, και επτά τραυματίες.

Την επόμενη ημέρα, 8 Ιανουαρίου του 2015, ένας άνδρας σκότωσε μία αστυνομικό και εισβάλλει σε παντοπωλείο, όπου σκότωσε ακόμη τέσσερις ανθρώπους, ενώ αργότερα και ο ίδιος έπεσε νεκρός από τα πυρά των αστυνομικών.

Στις 14 Ιουλίου 2016, ημέρα εθνικής εορτής της Γαλλίας, στην πόλη της Νίκαιας, ένα φορτηγό γεμάτο εκρηκτικά έπεσε πάνω στο πλήθος κόσμου που ήταν συγκεντρωμένο για τους εορτασμούς και, οδηγώντας εσκεμμένα σε ανώμαλη πορεία για 2χμλ, σκόρπισε το θάνατο σε 86 άτομα, 10 εκ των οποίων ήταν παιδιά, ενώ οι τραυματίες ανήλθαν στους 434. Ο οδηγός σκοτώθηκε από πυρά αστυνομικών, ενώ την ευθύνη της ενέργειας ανέλαβε ο ISIS (Bentz και συν.,2021).

Τέλος, η πιο συνταρακτική επίθεση στη Γαλλία σημειώθηκε στις 13 Νοέμβριου της ίδιας χρονιάς, όπου έλαβαν χώρα τρεις εκρήξεις και επτά

επιθέσεις πυροβολισμού κατά του πλήθους. Κέντρα των επιθέσεων ήταν η πύλη του γηπέδου «Σταντ ντε Φρανς» όπου τρεις βομβιστές αυτοκτονίας αυτοανατινάχθηκαν, διάφορα καφέ, μπαρ και εστιατόρια στο κέντρο του Παρισιού όπου οι δράστες πραγματοποίησαν μαζικούς πυροβολισμούς και το θέατρο «Μπατακλάν» την ώρα που πραγματοποιούσε συναυλία γνωστό συγκρότημα. Εκεί, 4 ένοπλοι εισέβαλλαν και ξεκίνησαν να πυροβολούν τους θεατές και κράτησαν ομήρους. Η αστυνομία επενέβη πυροβολώντας τον ένα δράστη, ενώ οι άλλοι τρεις αυτοανατινάχθηκαν. Ο απολογισμός των θυμάτων ανήλθε στους 153 νεκρούς και 284 τραυματίες, ενώ την ευθύνη της επίθεσης ανέλαβε το Ισλαμικό Κράτος (ISIS) με αφορμή τη δράση της Γαλλίας στη Συρία, επαινώντας τους «οκτώ αδερφούς» για τις πράξεις τους (Μπαλωμένος, 2017 ; Ωραιόπουλος και Τούλα, 2021).

1.4.6 Τρομοκρατική επίθεση στο μουσείο Μπαρντό στην Τυνησία το 2015

Στις 18 Μαρτίου του 2015, γύρω στο μεσημέρι, δύο ένοπλοι άνδρες οι οποίοι είχαν προσαρμοσμένο πάνω τους εκρηκτικό μηχανισμό επιτέθηκαν με πυροβολισμούς στο μουσείο Μπαρντό της Τύνιδας στο όνομα του Ισλαμικού Κράτους. Ο απολογισμός ήταν 23 νεκροί τουρίστες και περισσότεροι από 40 τραυματίες, ενώ η χώρα δεν έχει συνέλθει ακόμη από αυτό το πλήγμα (Fekih-Romdhane και συν., 2016).

1.4.7 Διασπορά σαρίν σε σιδηροδρομικό σταθμό του Τόκιο το 1995

Στις 20 Μαρτίου 1995 σημειώνεται μία τρομοκρατική επίθεση στο Τόκιο στην οποία δε γίνεται χρήση βομβών ή όπλων, αλλά του αερίου νεύρων σαρίν. Πέντε μέλη της παραθρησκευτικής οργάνωσης Άουμ Σινρίκιο επιβιβάστηκαν στα βαγόνια του μετρό τα οποία ήταν κατάμεστα και πέταξαν σακούλες με το υγρό δηλητήριο, τις οποίες τρύπησαν με τις μεταλλικές άκρες των ομπρελών τους, απελευθερώνοντας έτσι υγρό αέριο. Δώδεκα θάνατοι προκλήθηκαν από αυτή την επίθεση και περίπου 5.500 τραυματίες, κάποιοι από τους οποίους για πολλά χρόνια υπέφεραν από τις παρενέργειες του δηλητηρίου. Το 2018 τα μέλη της αίρεσης εκτελέστηκαν (Κωστιάνη , 2015).

1.4.8 Τρομοκρατική επίθεση στην Ομάγκ της Ιρλανδίας το 1998

Στις 15 Αυγούστου του 1998 τα μέλη του παραστρατιωτικού Ιρλανδικού Δημοκρατικού Στρατού (IRA) τοποθέτησαν ένα φορτηγό που περιείχε τεράστια ποσότητα εκρηκτικών σε κεντρικό δρόμο της μικρής πόλη Ομάγκ της Βορείου Ιρλανδίας, αφού είχαν προηγηθεί παραπλανητικά τηλεφωνήματα για το σημείο της έκρηξης. Αποτέλεσμα αυτών ήταν η αστυνομία να εκκενώσει τις πιθανές επικίνδυνες περιοχές ωθώντας τον κόσμο προς το κέντρο της πόλης όπου τελικά πραγματοποιήθηκε η έκρηξη και σκοτώθηκαν 31 άνθρωποι, 15 από τους οποίους ήταν κάτω των 17 ετών (Duffy και συν., 2013).

1.4.9 Τρομοκρατική επίθεση στη Νορβηγία το 2011

Η φονικότερη τρομοκρατική επίθεση στη σύγχρονη ιστορία της Νορβηγίας πραγματοποιήθηκε στις 22 Ιουλίου του 2011 όταν παγιδευμένο αυτοκίνητο εξερράγη στην πρωτεύουσα, Όσλο, προκαλώντας το θάνατο σε 8 άτομα και δύο ώρες αργότερα, ένας μεταμφιεσμένος αστυνομικός μπήκε στην κατασκήνωση νεολαίας του κυβερνώντος Εργατικού Κόμματος, στη νήσο Ουτόγια και ξεκινώντας να πυροβολά σκόρπισε το θάνατο σε 69 έφηβους και νέους. Υπαίτιος και για τις δύο επιθέσεις φάνηκε πως ήταν ένας Νορβηγός ακροδεξιός (Bogstrand και συν., 2015 ; Glad και συν.,2021).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Με βάσει όσα αναφέρθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο καθίσταται σαφές πως η βιαιότητα μιας τρομοκρατικής επίθεσης και η συνθήκη τρόμου που κυριαρχεί αμέσως μετά από αυτή, σε συνδυασμό με τη διαιώνιση αυτής της κατάστασης λόγω της έκτασης που λαμβάνει από τα σύγχρονα ΜΜΕ, οδηγεί αναπόφευκτα στην διατάραξη της ψυχικής ηρεμίας και υγείας του πληθυσμού. Σύμφωνα με μελέτες, τόσο τα άμεσα θύματα μιας επίθεσης, όσο και οι έμμεσα εμπλεκόμενοι ή παρατηρητές έχουν αυξημένες πιθανότητες να βιώσουν συναισθηματική δυσφορία, η οποία δυσκολεύει την καθημερινότητά τους και την εκ νέου προσαρμογή της ζωής τους μετά τα τραυματικά γεγονότα (Galea και συν., 2002, 2003; Fullerton και συν., 2003; Neria και συν., 2013)

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), η ψυχική υγεία είναι η κατάσταση ψυχικής ευεξίας που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να αντιμετωπίσουν τα στρεσογόνα ερεθίσματα της ζωής, να συνειδητοποιήσουν της ικανότητές τους, να εργάζονται και να συνεισφέρουν στις κοινότητές τους. Η ψυχική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο ανθρώπινο δικαίωμα και είναι ζωτικής σημασίας για την προσωπική, κοινοτική και κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη (World Health Organization, 2022).

Επιπρόσθετα, βάσει του Π.Ο.Υ., η ψυχική υγεία εμπεριέχει και την υποκειμενική ευεξία, δηλαδή, το πώς αντιλαμβάνεται το άτομο την αυτοαποτελεσματικότητά του, την αυτονομία, την επάρκεια, και την αυτοπραγμάτωσή του, ως προς το διανοητικό και συναισθηματικό δυναμικό του (World Health Organization, 2014).

Στον αντίποδα, οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν μια σειρά διαταραχών οι οποίες επηρεάζουν το άτομο όσον αφορά στο συναίσθημα, στη σκέψη, στη συμπεριφορά, στη λειτουργικότητα, στην ποιότητα ζωής και εντέλει στην ψυχική υγεία του. Ο όρος διαταραχή θα μπορούσε να αποδοθεί ως ένα σύνολο προβλημάτων, τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα την πρόκληση

σημαντικής δυσκολίας, δυσφορίας, βλάβης ή/και ταλαιπωρίας στην καθημερινή ζωή ενός ατόμου (Sadock και Sadock, 2015).

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., η μεγαλύτερη μερίδα του πληθυσμού στον κόσμο πάσχει από ψυχικές διαταραχές, με αποτέλεσμα τον αντίκτυπο αυτών στην αυτοεκτίμησή των ατόμων, αλλά και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Επιπρόσθετα, μία κατάσταση ψυχικής δυσφορίας μπορεί να έχει προεκτάσεις ακόμη και στη σωματική υγεία του ατόμου, οδηγώντας στην έκπτωση της σωματικής του λειτουργικότητας (World Health Organization, 2014).

Με βάση, λοιπόν, τις παραπάνω έννοιες καθίσταται σαφές πως κάθε γεγονός που προκαλεί ταραχή στη ζωή του ατόμου, δύναται να έχει ολέθριες συνέπειες στη ψυχική και σωματική του υγεία και κατ' επέκταση στην καθημερινή του λειτουργικότητα, την ικανότητα ομαλής επικοινωνίας με το κοινωνικό του περιβάλλον και τη συνέχιση μιας ήρεμης ζωής. Τα γεγονότα που μπορούν να προκαλέσουν τέτοιες καταστάσεις μπορεί να έχουν το εύρος μιας φυσικής καταστροφής που θα οδηγήσει σε θανάτους και απώλεια περιουσίας, έως μια τρομοκρατική επίθεση στην οποία αναφέρεται η παρούσα μελέτη, η οποία θα καταδίκασε τα άτομα, πέραν των υλικών καταστροφών, να ζουν κυριευμένα από φόβο και αμφιβολία.

2.2 ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ DSM

Η διαταραχές ψυχικής υγείας, όπως όλες οι διαταραχές υγείας πρέπει να ταξινομούνται και να διαφοροδιαγνώσκονται μέσω ειδικών συστημάτων ταξινόμησης ώστε να πιστοποιούνται από τους ειδικούς και να μπορούν να εξάγονται αξιόπιστες διαγνώσεις οι οποίες θα ακολουθούνται από αποτελεσματικές θεραπείες. Ουσιαστικά, η χρήση των συστημάτων ταξινόμησης και εν συνεχεία η καθιέρωση διαγνωστικών κριτηρίων για κάθε διαταραχή αποτελούν τον κοινό κώδικα επικοινωνίας των επιστημόνων ώστε να μην προκαλούνται παρανοήσεις (Gask και συν., 2008). Τα κριτήρια για τις ψυχικές διαταραχές περιγράφονται από σύστημα ταξινόμησης DSM, το βασικότερο ταξινομικό σύστημα αυτών των διαταραχών.

Η πρώτη έκδοση του εγχειριδίου (DSM-I) έγινε το 1952 από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (αγγ. APA) σε μια προσπάθεια υιοθέτησης

μιας κοινής γλώσσας μεταξύ των επιστημόνων. Τόσο το DSM-I όσο και το αναθεωρημένο DSM-II (1968), αναγνώριζαν μόνο τρεις κατηγορίες ψυχικών διαταραχών, τις ψυχώσεις, τις νευρώσεις και τις χαρακτηρολογικές διαταραχές (Κονταξάκης και Κωνσταντακόπουλος, 2018).

Το εγχειρίδιο DSM έχει αναθεωρηθεί αρκετές φορές (DSM-I 1952, DSM-II 1968, DSM-III 1980, DSM-IV 1994, DSM-IV-TR 2000) ώσπου να φτάσει στη σημερινή του μορφή DSM-V, η οποία εκδόθηκε το Μάιο του 2013. Η συγκεκριμένη έκδοση αξιολογεί τον ασθενή στη λογική πέντε αξόνων ή διαστάσεων πέρα από την μία και μόνη ευρεία οπτική της ψυχικής διαταραχής.

Κάθε ψυχική διαταραχή που περιλαμβάνεται στο DSM-V, οφείλει να πληροί ένα σύνολο διαγνωστικών κριτηρίων που υπαγορεύει τα συμπτώματα που πρέπει να υπάρχουν καθώς και το διάστημα που πρέπει να διαρκούν για να τεκμηριωθεί η διάγνωση. Επιπλέον, στο εγχειρίδιο υπάρχει ένα σύνολο άλλων συμπτωμάτων και καταστάσεων που θα πρέπει πρώτα να αποκλειστούν ώστε να οδηγηθούμε σε μία συγκεκριμένη διάγνωση (American Psychiatric Association, 2013).

Η χρήση του συγκεκριμένου εγχειριδίου είναι ευρεία, τόσο από κλινικούς επιστήμονες ψυχικής υγείας, όσο και από ερευνητές οι οποίοι προσπαθούν να ερμηνεύσουν τις ψυχικές συνθήκες ατόμων ή πληθυσμών. Οι ψυχικές διαταραχές εξαιτίας τρομοκρατικών επιθέσεων που εντοπίζονται στις διάφορες μελέτες βασίζονται κατά κύριο λόγο στις υπαγορεύσεις του DSM-IV και DSM-V.

2.3 ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

2.3.1 Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες (Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD)

Κατά το DSM-IV το PTSD συγκαταλέγεται στις Αγχώδεις Διαταραχές και ορίζεται ως η διαταραχή που μπορεί να αναπτυχθεί στο άτομο μετά την έκθεσή του σε ένα τραυματικό γεγονός, όπως για παράδειγμα η απόπειρα σεξουαλικής παρενόχλησης, ο πόλεμος, οι φυσικές καταστροφές, η βία ή μια

τρομοκρατική επίθεση. Οι συναισθηματικές επιπτώσεις του τραυματικού γεγονότος μπορεί να εμφανιστούν τόσο στα άτομα που πλήττονται άμεσα από αυτό όσο και σε εκείνα που έμμεσα γίνονται δέκτες του (συγγενείς θυμάτων, εθελοντές, παρατηρητές). Με βάση το εγχειρίδιο, κατά την έκθεση στο γεγονός, το άτομο θα πρέπει να βιώνει έντονα συναισθήματα φόβου, απελπισίας και το σύνδρομο να συνοδεύεται από συμπτώματα παρείσφρησης και αναβίωσης του τραύματος, υπερδιεγερσιμότητας και συστηματικής αποφυγής-απώθησης που διαρκούν τουλάχιστον ένα μήνα (American Psychiatric Association, 1994).

Σύμφωνα με την ανανεωμένη έκδοση του DSM-V η Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες δε συγκαταλέγεται πλέον στις Αγχώδεις Διαταραχές αλλά αποτελεί ξεχωριστή ενότητα των διαταραχών που σχετίζονται με το τραύμα και το άγχος. Στα συμπτώματα της διαταραχής συγκαταλέγονται οι παρεισφρητικές αναμνήσεις σχετικές με το τραύμα, η υπερδιεγερσιμότητα, η συστηματική αποφυγή-απώθηση συνθηκών που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός, αλλά και αρνητικές αλλαγές σε γνωστικό και συναισθηματικό επίπεδο που διαρκούν τουλάχιστον ένα μήνα. Σε αυτό τον ορισμό δεν περιλαμβάνεται το αίσθημα φόβου και απελπισίας που υπήρχε στην προηγούμενη έκδοση (American Psychiatric Association, 2013).

Ανάλογα με το χρόνο έναρξης και τη διάρκεια των συμπτωμάτων, η Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες διακρίνεται στις εξής κατηγορίες:

- Οξύ PTSD: Έναρξη συμπτωμάτων τουλάχιστον 1 μήνα μετά την έκθεση και διάρκεια 1-3 μήνες.
- Χρόνιο PTSD: Έναρξη συμπτωμάτων τουλάχιστον 1 μήνα μετά την έκθεση και διάρκεια >3 μήνες.
- PTSD καθυστερημένης έναρξης: Έναρξη συμπτωμάτων τουλάχιστον 6 μήνες μετά την έκθεση και διάρκεια τουλάχιστον 1 μήνα.

Όσον αφορά στα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής, στην παρούσα ανασκόπηση οι έρευνες που περιλαμβάνονται χρησιμοποιούν το σύστημα ταξινόμησης της 4^η έκδοσης του εγχειριδίου. Έτσι:

➤ Διαγνωστικά κριτήρια του PTSD κατά DSM-IV είναι τα εξής:

Κριτήριο Α: Έκθεση (πρέπει να ισχύουν και τα δύο):

A₁: Το άτομο να έχει εκτεθεί (βίωσε, έγινε μάρτυρας ή ήρθε αντιμέτωπο) σε ένα τραυματικό γεγονός, όπου συνέβη πραγματικός ή επαπειλούμενος θάνατος, σοβαρός τραυματισμός ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του ίδιου ή άλλων.

A₂: Το άτομο αντέδρασε σε αυτό το γεγονός με τρόμο, φόβο ή αίσθημα έλλειψης βοήθειας.

Κριτήριο Β: Αναβίωση (να ισχύει τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω):

B₁: Παρεισφρητικές αναμνήσεις του γεγονότος

B₂: Επανειλημμένα τραυματικά όνειρα (εφιάλτες)

B₃: Αίσθηση επανάληψης-Αναδρομές (flashbacks)

B₄: Έντονο άγχος σε επαφή με ερεθίσματα που σχετίζονται με το τραύμα

B₅: Σωματική αντίδραση σε επαφή με ερεθίσματα που σχετίζονται με το τραύμα

Κριτήριο C: Αποφυγή-απώθηση (τουλάχιστον τρία από τα παρακάτω):

C₁: Αποφυγή σκέψεων και συναισθημάτων που σχετίζονται με το τραύμα

C₂: Αποφυγή δραστηριοτήτων, ανθρώπων και τοποθεσιών που σχετίζονται με το τραύμα

C₃: Αδυναμία ανάκλησης στη μνήμη στοιχείων που σχετίζονται με το τραύμα

C₄: Μειωμένο ενδιαφέρον ή συμμετοχή σε συγκεκριμένες δραστηριότητες

C₅: Απομονωμένα ή αποξενωμένα συναισθήματα

C₆: Περιορισμένο εύρος συναισθήματος

C₇: Αίσθημα περιορισμένου μέλλοντος

Κριτήριο D: Υπερεγρήγορη (τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω):

D1: Αϋπνία (δυσκολία επέλευσης ή διατήρησης του ύπνου)

D2: Ευερεθιστότητα

D3: Δυσκολία συγκέντρωσης

D4: Υπερεπαγρύπνιση

D5: Υπερβολική αντίδραση στο ξάφνιασμα

Κριτήριο E: Η διάρκεια των συμπτωμάτων B, C και D θα πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 1 μήνα.

Κριτήριο F: Τα συμπτώματα θα πρέπει να επηρεάζουν σημαντικά την κοινωνική, επαγγελματική ή άλλη σημαντική πλευρά της λειτουργικότητας του ατόμου (American Psychiatric Association, 1994).

Για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων αυτών χρησιμοποιούνται είτε δομημένες κλινικές συνεντεύξεις (CAP ή SCID), οι οποίες διενεργούνται από εξειδικευμένους επαγγελματίες, είτε, ελλείψει ειδικών και ελλείψει χρόνου, χρησιμοποιούνται εργαλεία αναφοράς τα οποία κατά κύριο λόγο συμπληρώνονται από τους συμμετέχοντες μιας έρευνας. Τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα από αυτά είναι το DTS, το IES, το IES-R και το PCL (PTSD Assessment Instruments, 2018).

Σε γενικές γραμμές, η άμεση ή έμμεση έκθεση του ατόμου σε ένα τραυματικό γεγονός ή μια στρεσογόνο κατάσταση που υπερβαίνει τα όρια του φυσιολογικού και περιλαμβάνει απειλή της ζωής του μπορεί να το αποδιοργανώσει με αποτέλεσμα την εκδήλωση PTSD. Δεν είναι απόλυτο πως όλα τα άτομα που εκτίθενται σε τέτοια γεγονότα θα αναπτύξουν πλήρως τη διαταραχή, καθώς μπορεί να εμφανίσουν μόνο ορισμένα συμπτώματα. Με την κατάλληλη υποστήριξη και φροντίδα από ειδικούς και το οικείο περιβάλλον υπάρχουν σοβαρές πιθανότητες ανάκαμψης και ανάκτησης της λειτουργικότητας από το άτομο.

2.3.2 Διαταραχή Μείζονος Κατάθλιψης (Major Depressive Disorder: MDD)

Η Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, γνωστή αλλιώς και ως κατάθλιψη ή κλινική κατάθλιψη ανήκει στις διαταραχές διάθεσης σύμφωνα με το DSM-IV. Τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή βιώνουν έντονα συναισθήματα θλίψης και απελπισίας, καθώς επίσης χαρακτηρίζονται από απώλεια ενδιαφέροντος για πρότερες αγαπημένες δραστηριότητες. Εκτός των συναισθηματικών προβλημάτων, τα άτομα με κατάθλιψη, εμφανίζουν και σωματικά προβλήματα, όπως η απώλεια βάρους ή ο χρόνιος πόνος (American Psychiatric Association, 1994). Παράγοντες όπως ψυχοτραυματικά γεγονότα ζωής (απώλεια οικείου, απώλεια εργασίας/περιουσίας κ.α.) ή το χρόνιο στρες μπορούν να οδηγήσουν σε εμφάνιση της πάθησης, ενώ παράλληλα μπορεί να παρατηρηθεί συνύπαρξη με χρήση ουσιών (Κούκια, 2014).

Για τη διάγνωση της διαταραχής απαιτείται η ύπαρξη τουλάχιστον 5 από τα ακόλουθα συμπτώματα κατά την ίδια περίοδο 2 εβδομάδων και τουλάχιστον ένα από αυτά πρέπει να είναι είτε η καταθλιπτική διάθεση, είτε η απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης. Επιπλέον, τα συμπτώματα πρέπει να επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου και να προκαλούν δυσφορία ώστε να τεκμηριωθεί η διάγνωση. Έτσι:

➤ Διαγνωστικά κριτήρια της MDD κατά DSM-IV είναι τα εξής:

Κριτήριο 1: Καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας που εντοπίζεται από το ίδιο το άτομο ή παρατήρηση άλλων.

Κριτήριο 2: Ελάττωση ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης για καθημερινές δραστηριότητες

Κριτήριο 3: Διαταραχές βάρους (απώλεια ή αύξηση)

Κριτήριο 4: Αϋπνία ή υπερυπνία

Κριτήριο 5: Ψυχοσωματική διέγερση ή επιβράδυνση

Κριτήριο 6: Κόπωση ή έλλειψη ενέργειας

Κριτήριο 7: Αίσθημα αναξιότητας ή υπερβολικής ενοχής

Κριτήριο 8: Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης ή αποφασιστικότητας

Κριτήριο 9: Επίμονες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονικός ιδεασμός (American Psychiatric Association, 1994)

2.3.3 Κατάχρηση - Εξάρτηση από το Αλκοόλ και Άλλες Ουσίες

Κατά τις διατάξεις του «Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών» (1994) ο όρος «κατάχρηση» αφορά στη χρήση οποιασδήποτε ουσίας, κατά κύριο λόγο αυτοχορηγούμενης, με τρόπο που αποκλίνει από τα αποδεκτά ή ιατρικά πρότυπα. Επιπλέον, ως «εξάρτηση» αναφέρεται η επανειλημμένη χρήση μιας ουσίας με ή χωρίς σωματική εξάρτηση. Η σωματική εξάρτηση υποδηλώνει μια τροποποιημένη φυσιολογική κατάσταση λόγω επανειλημμένης χορήγησης μια ουσίας, η διακοπή της οποίας μπορεί να προκαλέσει στερητικό σύνδρομο.

Μιλώντας συγκεκριμένα για την εξάρτηση από το αλκοόλ, αναφερόμαστε στην καταναγκαστική χρήση αλκοόλ που συνοδεύεται για 12 συναπτούς μήνες με τρία ή περισσότερα από τα παρακάτω προβλήματα: ανοχή (ανάγκη για μεγαλύτερη ποσότητα της ουσίας για να πετύχει τα ίδια αποτελέσματα με την πάροδο του χρόνου) ή στέρηση, αφιέρωση μεγάλου χρονικού διαστήματος για χρήση της ουσίας, επιστροφή στη χρήση παρά τις ανεπιθύμητες σωματικές ή ψυχολογικές συνέπειες, επαναλαμβανόμενες, ανεπιτυχείς προσπάθειες ελέγχου της λήψης αλκοόλ και χρήση του υπό σωματικά επικίνδυνες συνθήκες (π.χ. κατά την οδήγηση). Η κατάχρηση αλκοόλ διαφέρει από την εξάρτηση καθώς δεν περιλαμβάνει την ανοχή ή τη στέρηση ή την καταναγκαστική χρήση, όμως είναι η κατάσταση η οποία μπορεί να εξελιχθεί σε εξάρτηση (American Psychiatric Association, 1994).

2.3.4 Αυτοκτονικός Ιδεασμός

Μιλώντας για αυτοκτονικό ιδεασμό αναφερόμαστε μία επείγουσα ψυχιατρική κατάσταση σύμφωνα με το DSM-IV, η οποία εκδηλώνεται με σκέψεις επιθυμίας θανάτου που έχει ένα άτομο. Η διαταραχή μπορεί να ποικίλει σε σοβαρότητα ανάλογα με την ειδικότητα των αυτοκτονικών σχεδίων

και το βαθμό της αυτοκτονικής πρόθεσης, δηλαδή της επιθυμίας και προσδοκίας κάποιου να θέσει τέλος στη ζωή του. Ο κίνδυνος παρουσίας της συγκεκριμένης διαταραχής αυξάνεται σημαντικά όταν συνυπάρχει με την κατάθλιψη και την εξάρτηση από ουσίες, όπως το αλκοόλ ή/ και άλλες αλλά και με το PTSD, γεγονός που καταδεικνύει τον κίνδυνο που διατρέχουν τα άτομα που βιώνουν ένα τραυματικό γεγονός να εμφανίσουν αυτή τη νόσο (Sadock και Sadock , 2015).

2.3.5 Διαταραχή Πανικού

Η διαταραχή πανικού είναι μία αγχώδης διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από αιφνίδιες, επανειλημμένες, κρίσεις έντονου άγχους με αποτέλεσμα να στενεύει σημαντικά το αντιληπτικό πεδίο του ατόμου , να παρεμποδίζεται ή να σταματά η φυσιολογική του λειτουργικότητα και να παρερμηνεύει στοιχεία της πραγματικότητας. Συνήθως συνοδεύεται από έντονα σωματικά συμπτώματα όπως ναυτία, ταχυκαρδία, τρέμουλο, δύσπνοια και πόνο στο στήθος. Σε αυτή την περίπτωση το άτομο βιώνει έντονη ανησυχία πως θα υπάρξουν και άλλες κρίσεις ή ότι θα «χάσει τον έλεγχο» και θα μείνει αβοήθητο. Πρέπει να σημειωθεί όμως πως για να τεθεί η συγκεκριμένη διάγνωση, τέτοιου είδους κρίσεις δεν πρέπει να οφείλονται σε δράσεις ουσιών ή γενικής σωματικής κατάστασης (Κούκια, 2014 ; Sadock και Sadock, 2015).

2.3.6 Αγοραφοβία

Πολύ συχνά τη διαταραχή πανικού συνοδεύει και η αγοραφοβία, άλλη μία αγχώδης διαταραχή, χωρίς αυτό να αποτελεί κανόνα. Αγοραφοβικοί ασθενείς δυσκολεύονται να βρεθούν σε χώρους ή καταστάσεις εκτός σπιτιού, για παράδειγμα μέσα στο πλήθος ή σε ανοικτούς χώρους, καθώς πιστεύουν ότι η διαφυγή από αυτούς θα είναι δύσκολη. Σε περίπτωση παρουσίας τους σε μη επιθυμητό περιβάλλον η κατάσταση γίνεται ανεκτή με δυσφορία, ενώ ενίοτε υπάρχει ο φόβος μιας πιθανής προσβολής πανικού. Είναι πολύ πιθανό τέτοιοι ασθενείς να καθηλώνονται στο σπίτι και να μην το αποχωρίζονται εκτός αν έχουν συνοδεία. Επομένως, είναι σαφής η δυσκολία που αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητά τους τέτοιοι ασθενείς (Sadock και Sadock , 2015).

2.3.7 Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους (Generalized Anxiety Disorder: GAD)

Η συγκεκριμένη διαταραχή χαρακτηρίζεται από υπερβολική ανησυχία, που είναι δύσκολο να ελεγχθεί και μπορεί να αφορά πολλούς παράγοντες της καθημερινότητας, διαταράσσοντας τη λειτουργικότητα του ατόμου. Ο ασθενής πιθανόν να παρουσιάσει νευρικότητα, κόπωση, δυσκολία στη συγκέντρωση, ευερεθιστότητα, διαταραχές στις συνήθειες του ύπνου του ή μυϊκή τάση. Η συνήθης αντίδραση του κοινωνικού περίγυρου είναι: «ανησυχεί υπερβολικά χωρίς λόγο», αγνοώντας όμως τη δυσκολία που αντιμετωπίζει ο κάθε ασθενής να ανακτήσει τον έλεγχο στη ζωή και την αυτοκυριαρχία του (Κούκια, 2014 ; Sadock και Sadock, 2015).

Έχοντας κατά νου όλες τις διαταραχές που αναφέρθηκαν ανωτέρω και αναλογιζόμενοι το μέγεθος της ψυχικής δυσφορίας και δυσκολίας στην καθημερινή ζωή που αυτές προκαλούν, καθίσταται σαφές το μέγεθος των επιπτώσεων που έχει ένα τραυματικό γεγονός, και δη μια τρομοκρατική επίθεση στη ζωή των πληθυσμών. Τα πάντα αναταράσσονται και αναπροσαρμόζονται γι' αυτούς, τίποτα δεν είναι το ίδιο όπως πριν τη καταστροφή, νέα δεδομένα ανακύπτουν και συχνά οι συνοδοιπόροι τους είναι λιγότεροι πλέον. Σε αυτές τις συνθήκες οφείλουν να ανασυντάξουν τις δυνάμεις τους και να καταπολεμήσουν τους δαίμονές τους. Όμως σε αυτή τους την αποστολή δεν μπορούν να είναι μόνοι. Η πολιτεία και οι θεσμοί πρέπει να βρίσκονται στο πλευρό αυτών των ατόμων στηρίζοντάς τους έμπρακτα.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην παρούσα ενότητα γίνεται λόγος για τη μεθοδολογία της συστηματικής ανασκόπησης εμπειρικών μελετών σχετικά με την ψυχοπαθολογία που αναπτύσσουν τα θύματα τρομοκρατικών επιθέσεων. Πιο συγκεκριμένα, αναζητήθηκαν στην διεθνή βιβλιογραφία εμπειρικές μελέτες, που ικανοποιούν τα κριτήρια διερεύνησης του ερευνητικού σκοπού της τρέχουσας διπλωματικής εργασίας. Η διαδικασία που ακολουθήθηκε για την διεκπεραίωση της συστηματικής ανασκόπησης περιγράφεται ευθύς αμέσως και επιπρόσθετα παρουσιάζεται στο διάγραμμα που ακολουθεί.

3.1 ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση της εμφάνισης των διάφορων ψυχικών δυσκολιών, τόσο στα θύματα τρομοκρατικών επιθέσεων όσο και στους ανταποκριτές πρώτης γραμμής, κατόπιν συγκεκριμένων γεγονότων που έχουν συμβεί την τελευταία εικοσαετία. Επιπλέον, η μελέτη και καταγραφή των παραγόντων που αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες και συμβάλλουν στην εμφάνιση αυτών των φαινομένων, καθώς και η σύγκριση των ευρημάτων στους δυο πληθυσμούς, αποτελούν επιμέρους στόχους της μελέτης.

3.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η μεθοδολογία της ανασκόπησης έγινε βάσει των κατευθυντήριων οδηγιών PRISMA. Για τη διεξαγωγή της μελέτης πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση στις διαδικτυακές βάσεις δεδομένων PubMed, Cochrane Library, Ingenta Connect, CINAHL και Scopus για τα έτη 2000-2022. Η αναζήτηση διήρκεσε από 07/08/2022 έως 15/09/2022. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: terrorism; mental health; psychiatric disorder; consequences; victims και όλοι οι πιθανοί συνδυασμοί αυτών.

Με βάση τις παραπάνω λέξεις-κλειδιά έγινε αρχικά η αναζήτηση και ο εντοπισμός των υποψήφιων μελετών. Στην συνέχεια, ακολούθησε μια σύντομη ανάγνωση των περιλήψεων τους για να επιβεβαιωθεί η συνάφεια των ευρημάτων με το ερευνητικό σκοπό της διπλωματικής εργασίας.

Έπειτα, έγινε η λήψη των ολοκληρωμένων μορφών των επιλεχθέντων επιστημονικών άρθρων. Δεδομένης της περιορισμένης πρόσβασης λόγω κόστους στα πλήρη κείμενα ορισμένων ερευνητικών μελετών, λήφθηκαν υπόψη μόνο οι μελέτες στις οποίες υπήρχε δωρεάν πρόσβαση στα ολοκληρωμένα κείμενα και σε όσες καλύπτονταν από την Βιβλιοθήκη του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου.

Τα κριτήρια που ορίστηκαν για την ένταξη των μελετών στην ανασκόπηση ήταν τα εξής:

- ✓ Αξιολόγηση πρωτογενών ερευνών
- ✓ Επιλέχθηκαν μελέτες που αφορούσαν αποτελέσματα αποκλειστικά κάποιας συγκεκριμένης επίθεσης, και όχι αποτελέσματα από μακροχρόνια εμπειρία τρομοκρατίας.
- ✓ Οι πληθυσμοί έπρεπε να αφορούν θύματα, συγγενείς/φίλους αυτών ή ανταποκριτές πρώτης γραμμής (αστυνομικοί, πυροσβέστες, διασώστες, εθελοντές κ.α.)
- ✓ Τα δείγματα αφορούν ενήλικο πληθυσμό.
- ✓ Δημοσίευση στην αγγλική γλώσσα.
- ✓ Χρονολογία δημοσίευσης από το 2000 έως το 2022.

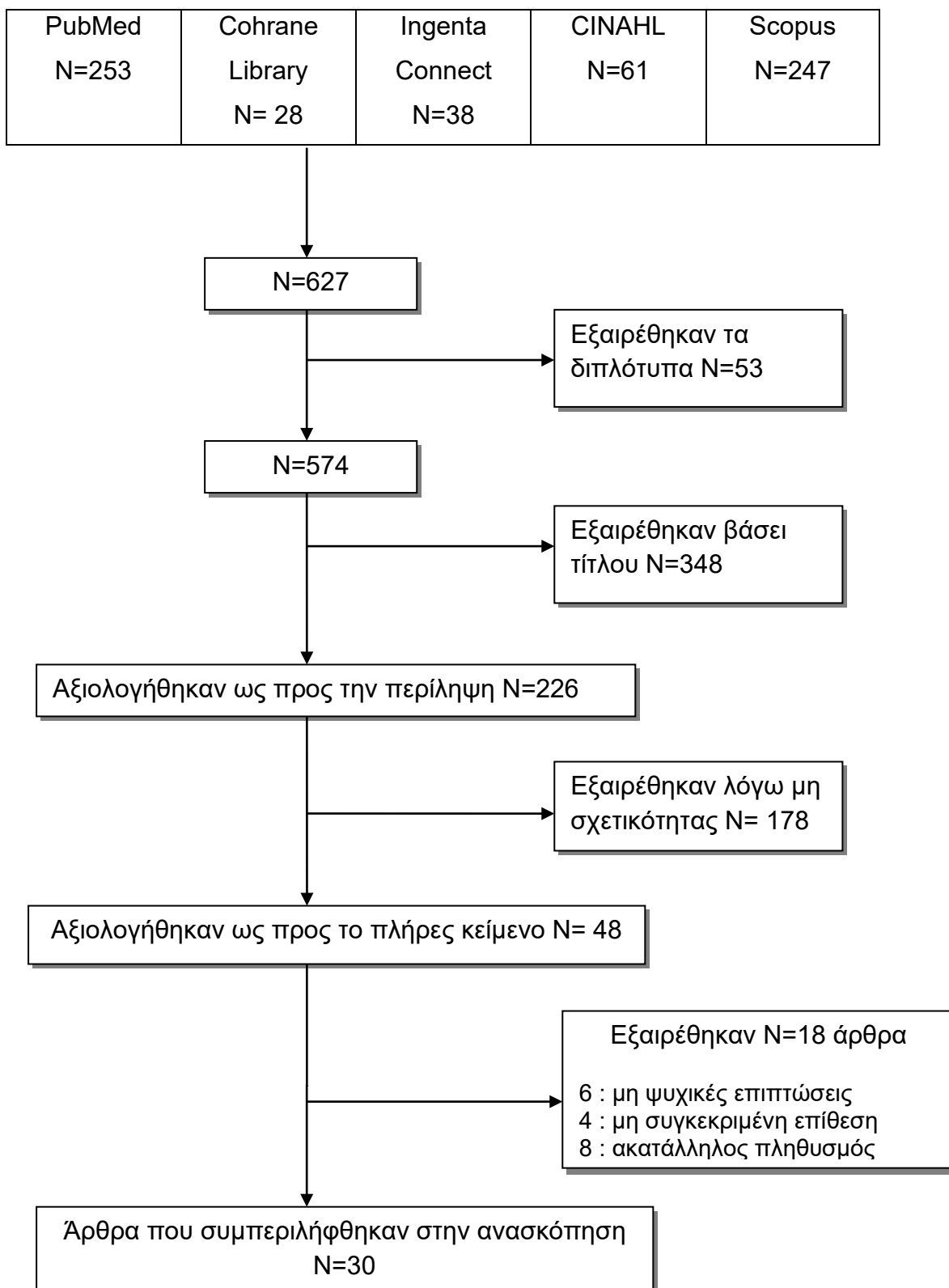
Κριτήρια αποκλεισμού μελετών από την ανασκόπηση τέθηκαν τα εξής:

- ✓ Άρθρα βιβλιογραφικής ανασκόπησης, συστηματικές ανασκοπήσεις, περιλήψεις διατριβών και πρωτόκολλα ερευνών.
- ✓ Άρθρα που αφορούσαν παιδιά και εφήβους.
- ✓ Άρθρα που αφορούσαν σωματικά και όχι ψυχολογικά συμπτώματα έπειτα από τρομοκρατική επίθεση.
- ✓ Χρονολογία δημοσίευσης πριν το 2000.
- ✓ Δημοσίευση σε οποιαδήποτε άλλη γλώσσα πλην της Αγγλικής.

3.3 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΜΕΛΕΤΩΝ

Από την αναζήτηση με τους όρους κλειδιά που αναφέρθηκαν παραπάνω προέκυψαν συνολικά 627 αποτελέσματα μελετών. Από αυτά, 53 άρθρα βρέθηκαν ως διπλότυπα. Δεν κατέστη δυνατή η αξιολόγηση 19 άρθρων καθώς δεν ήταν ελεύθερη η πρόσβαση σε αυτά. Τελικώς, 48 άρθρα αξιολογήθηκαν ως προς το πλήρες κείμενό τους. Από αυτά 6 απορρίφθηκαν διότι δεν αφορούσαν ψυχολογικές επιπτώσεις, 4 διότι δεν αναφέρονταν σε συγκεκριμένη τρομοκρατική ενέργεια και 8 γιατί δεν σχετίζονταν με τον καθορισμένο πληθυσμό της μελέτης. Εν τέλει, στα αποτελέσματα της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης συμπεριλαμβάνονται 30 επιστημονικές μελέτες. Στη συνέχεια παρουσιάζεται το διάγραμμα ροής της βιβλιογραφικής ανασκόπησης.

3.4 ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΡΟΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται και αναλύονται τα δεδομένα που προέκυψαν από τη συστηματική ανασκόπηση. Στους πίνακες που ακολουθούν εμφανίζονται τα χαρακτηριστικά των μελετών που συμπεριλήφθηκαν ανάλογα με τον υπό μελέτη πληθυσμό. Πιο συγκεκριμένα, τα άρθρα αναλύονται συνοπτικά ως προς το μέγεθος του δείγματος, τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιούν, το σκοπό και τα αποτελέσματά τους. Στον πίνακα 4.1 περιλαμβάνονται οι μελέτες που αφορούν άμεσα θύματα τρομοκρατικών επιθέσεων ή συγγενείς αυτών (22 άρθρα), στον πίνακα 4.2 μελέτες που αφορούν ανταποκριτές πρώτης γραμμής, όπως πυροσβέστες, αστυνομικούς, διασώστες, εθελοντές (5 άρθρα), ενώ ο πίνακας 4.3 περιέχει άρθρα που συνδυάζουν και τους δύο πληθυσμούς (3 άρθρα).

4.1 ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΘΥΜΑΤΑ ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΚΗΣ ΕΠΙΘΕΣΗΣ

Πίνακας 1. Έρευνες σχετικές με θύματα τρομοκρατικής επίθεσης

Μελέτη-Έτος	Μέθοδος/ Συμβάν	Διάρκεια	Δείγμα	Εργαλείο Μέτρησης	Σκοπός	Αποτελέσματα
S.Galea et al. 2002	Συγχρονική Μελέτη 11 Σεπ 2001, Δίδυμοι Πύργοι Μανχάταν, Ν.Υ.	1-2 μήνες μετά την επίθεση	N=988 κάτοικοι Μανχάταν	-NWS PTSD questionnaire για τη μέτρηση του PTSD -SCID Για τη μέτρηση της κατάθλιψης τις τελευταίες 30 ημέρες - Συνέντευξη	Διερεύνηση του επιπολασμού και των παραγόντων κινδύνου του PTSD της καταθλιπτικής διαταραχής 1-2 μήνες μετά την επίθεση στους Δίδυμους Πύργους το 2001	1) Επιπολασμός PTSD 7,5% 2) Επιπολασμός κατάθλιψης 9,7%. 3) Προδιαθεσικοί παράγοντες PTSD: Ισπανική εθνικότητα, >2 στρεσογόνα γεγονότα, κρίση πανικού κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά το τρομοκρατικό γεγονός, κατοικία κοντά στο συμβάν, απώλεια περιουσίας εξαιτίας του γεγονότος. 4) Προδιαθεσικοί παράγοντες κατάθλιψης: Ισπανική εθνικότητα, >2 στρεσογόνα γεγονότα, κρίση πανικού κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά το τρομοκρατικό γεγονός, χαμηλό επίπεδο κοινωνικής στήριξης, θάνατος οικείου, απώλεια εργασίας εξαιτίας της επίθεσης.
S.Galea et al. 2003	Διαχρονική μελέτη 11 Σεπ 2001, Δίδυμοι Πύργοι Μανχάταν, Ν.Υ.	T1: 1-2 μήνες μετά την επίθεση T2: 4-5 μήνες μετά την επίθεση T3: 6-9 μήνες μετά την επίθεση	N1=988 κάτοικοι Μανχάταν N2=2.001 και N3=1.570 κάτοικοι Ν.Υ. τη μέρα της επίθεσης.	-NWS PTSD questionnaire για τη μέτρηση του PTSD -DIS για τη μέτρηση της διαταραχής πανικού κατά τη διάρκεια του συμβάντος	1) Εκτίμηση της αλλαγής του επιπολασμού του πιθανού PTSD και των υποσυνδρόμων του 2) Εκτίμηση της σχέσης των δημογραφικών χαρακτηριστικών και	1) Μείωση του επιπολασμού του PTSD από 7,5% στο T1 σε 0,6% στο T3 2) Η παρουσία συμπτωμάτων ήταν μεγαλύτερη στα άτομα που επηρεάστηκαν άμεσα από την επίθεση 3) Άτομα χωρίς άμεση έκθεση στο συμβάν πληρούσαν κριτήρια για PTSD που σχετιζόταν με την επίθεση. 4) Η χαμηλή κοινωνική στήριξη , η εμπλοκή στη

					γεγονότων που συνδέονται με την παρουσία του.	διάσωση, η αντίδραση κατά την ώρα της επίθεσης και απώλεια εργασίας αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για οξύ και εμμένον πιθανό PTSD.
J. Miguel-Tobal et al. 2006	Συγχρονική μελέτη 11 Μαρ 2004, Σιδηροδρομικοί σταθμοί, Μαδρίτη	1-3 μήνες μετά την επίθεση	N= 1.589 κάτοικοι Μαδρίτης, κυρίως περιοχών 1χλμ από τις εκρήξεις.	- <i>NWS PTSD questionnaire</i> για τη μέτρηση του PTSD - <i>SCID's</i> για την μέτρηση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής - <i>Συνέντευξη</i>	Προσδιορισμός του PTSD και της κατάθλιψης στους κατοίκους της Μαδρίτης και σύγκριση με την επίθεση στο Μανχάταν 11/9/2001	1) 2,3% του δείγματος παρουσίασε συμπτώματα PTSD 2) 8% παρουσίασε συμπτώματα κατάθλιψης. 3) Υψηλότερα ποσοστά PTSD σημειώνονται στον πληθυσμό του Μανχάταν, ενώ τα ποσοστά κατάθλιψης φαίνονται παρόμοια. 4) Ο επιπολασμός PTSD καθορίζεται από το μέγεθος της επίθεσης, αλλά ο επιπολασμός της κατάθλιψης καθορίζεται από άλλους παράγοντες.
D. Fraguas et al. 2006	Διαχρονική μελέτη 11 Μαρ 2004, Σιδηροδρομικοί σταθμοί, Μαδρίτη	T1: 1 μήνας μετά την επίθεση T2: 6 μήνες μετά την επίθεση	N1=56 N2=44 θύματα που αντιμετωπίστηκαν στα επείγοντα τοπικού νοσοκομείου.	- <i>DTS</i> για τη μέτρηση του PTSD - <i>GHQ</i> αξιολόγηση υποκειμενικών αντιλήψεων για την ψυχολογική υγεία κάθε ατόμου - <i>MINI</i> για τον προσδιορισμό ιστορικού ψυχιατρικών διαταραχών	1) Επιπολασμός PTSD στα θύματα και τους συγγενείς τους 2) Διερεύνηση μεταβλητών που σχετίζονται με το PTSD	1) Μικρή διαφορά στον επιπολασμό του PTSD στα θύματα (41,1% στο T1 και 40,9% στο T2) 2) Παρόμοια αποτελέσματα για τους συγγενείς. 3) Συσχέτιση του PTSD και της προσωπικής αντίληψης υγείας. 4) Τα άτομα εμφάνισαν σημαντική βελτίωση στην άποψη για την υγεία τους μεταξύ του T1 και του T2.

J. Conejo-Galindo et al. 2008	Διαχρονική μελέτη 11 Μαρ 2004, Σιδηροδρομικοί σταθμοί, Μαδρίτη	T1: 5-8 εβδομάδες μετά T2: 6 μήνες μετά T3: 12 μήνες μετά	N=56 θύματα της επίθεσης που χρειάστηκαν περίθαλψη σε τμήμα επειγόντων περιστατικών νοσοκομείου.	- <i>MINI</i> για τη διάγνωση ψυχικών διαταραχών κατά DSM-IV	Καθορισμός και σύγκριση του επιπολασμού του PTSD, της κατάθλιψης και άλλων ψυχιατρικών διαταραχών και προσδιορισμός των προγνωστικών παραγόντων τους.	1)Κύρια ψυχική διαταραχή ήταν το PTSD (T1:35,7%, T2:34,1%, T3:28,6%), ακολουθούμενο από την μείζονα καταθλιπτική δ/χη (T1:28,6%, T2:22,7%, T3:28,6%). 2)Άλλες δ/χες που βρέθηκαν ήταν ο αυτοκτονικός ιδεασμός, GAD, αγοραφοβία, δ/χη πανικού. 3) ασθενείς με προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό είχαν υψηλότερο επιπολασμό στις δ/χες στο T1. 4) Ο μόνος προδιαθεσικός παράγοντας για το PTSD στο T3 ήταν η παρουσία PTSD στο T2 και ο μόνος προδιαθεσικός παράγοντας για την κατάθλιψη στο T3 ήταν η παρουσία κατάθλιψης στο T2.
C.Person et al. 2006	Συγχρονική Μελέτη 11 Σεπ 2001, Δίδυμοι Πύργοι Μανχάταν, N.Y.	6 μήνες μετά την επίθεση	N=2700 κάτοικοι Νέας Υόρκης, κυρίως Μανχάταν	- <i>SCID's</i> για την μέτρηση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής - <i>NWS PTSD questionnaire</i> για τη μέτρηση του PTSD - <i>Συνέντευξη</i>	Διερεύνηση του επιπολασμού και των παραγόντων κινδύνου της καταθλιπτικής διαταραχής τους πρώτους 6 μήνες μετά την επίθεση.	1) Ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης 6 μήνες μετά την επίθεση ήταν 9,4% , και τις τελευταίες 30 ημέρες 3,9%. 2) Σημαντικός προδιαθεσικός παράγοντας: η κρίση πανικού κατά τη διάρκεια του τραυματικού γεγονότος. 3) προστατευτικός παράγοντας εμφανίστηκε η ηλικία άνω των 65 ετών.
Y. Neria et al. 2008	Συγχρονική μελέτη 11 Σεπ 2001, Δίδυμοι Πύργοι Μανχάταν, N.Y.	7-16 μήνες μετά την επίθεση	N=929 χαμηλού εισοδήματος ασθενείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	- <i>PCL-C</i> για τον προσδιορισμό του παρόντος PTSD - <i>PRIME/MD PHQ</i> για τον	Να εξετασθεί η συχνότητα και κατανομή στο δείγμα της απώλειας οικείου εξαιτίας της επίθεσης και η σχέση της	1)Το 1/4 του δείγματος δήλωσε πως ήξερε κάποιον που σκοτώθηκε κατά την επίθεση. 2) Οι ασθενείς που βίωσαν απώλεια είχαν διπλάσια πιθανότητα να βρεθούν θετικοί σε τουλάχιστον μία ψυχική δ/χη (MDD 29,2%, GAD19,4%, PTSD 17,1%)

			σε κλινική της Ν.Υ. που βίωσαν ή όχι απώλεια οικείου εξαιτίας της επίθεσης	προσδιορισμό συμπτωμάτων μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, διαταραχής πανικού, αγχώδους διαταραχής, εξάρτησης/ κατάχρησης αλκοόλ και αυτοκτονικού ιδεασμού. -SF-12 για τη μέτρηση φυσικής και ψυχικής λειτουργικότητας.	απώλειας με τον κίνδυνο μακροχρόνιων ψυχικών επιπτώσεων.	
Y.Neria et al. 2010	Προδρομική μελέτη 11 Σεπ 2001, Δίδυμοι Πύργοι Μανχάταν, Ν.Υ.	T1: 1 χρόνο μετά την επίθεση T2: 4 χρόνια μετά την επίθεση	N1=991 ασθενείς χαμηλού εισοδήματος σε πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε κλινική της Ν.Υ. N2= 455 άτομα από το αρχικό δείγμα (46%)	-PCL-C για τη μέτρηση του πιθανού PTSD σχετιζόμενου με την επίθεση. -SCID-I για τη μέτρηση διαταραχών διάθεσης, αγχώδους διαταραχής, διαταραχής εξάρτησης ουσιών. -PRIME/MD PHQ για τον προσδιορισμό του αυτοκτονικού ιδεασμού. -SF-12 για τη μέτρηση φυσικής και ψυχικής λειτουργικότητας.	1) Προσδιορισμός του επιπολασμού και της πορείας του πιθανού PTSD 2) δημογραφικά χ/κα, βαθμός έκθεσης στο συμβάν και προηγούμενες ψυχικές διαταραχές που καθορίζουν την πορεία του PTSD. 3) η σχέση του PTSD και της παρούσας ψυχικής υγείας και του βαθμού λειτουργικότητας.	1) Μείωση του επιπολασμού του PTSD από 9,6% τον 1 χρόνο μετά την επίθεση σε 4,1% περίπου 4 χρόνια μετά 2) Ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας του PTSD ήταν η παρουσία μείζων καταθλιπτικής διαταραχής ΠΡΙΝ το γεγονός. 4) Το PTSD καθυστερημένης έναρξης σχετίστηκε και με μείζονα κατάθλιψη και αγχώδη διαταραχή.

Y.Neria et al. 2013	Διαχρονική Μελέτη 11 Σεπ 2001, Δίδυμοι Πύργοι Μανχάταν, Ν.Υ.	T1: 1 χρόνο μετά την επίθεση T2: 4 χρόνια μετά την επίθεση	N=444 ασθενείς Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, κυρίως χαμηλού εισοδήματος, μετανάστες.	- <i>PCL-C</i> για τον προσδιορισμό του παρόντος PTSD - <i>PRIME/MD PHQ</i> για τον προσδιορισμό συμπτωμάτων μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, διαταραχής πανικού, αγχώδους διαταραχής, εξάρτησης/ κατάχρησης αλκοόλ. - <i>SF-12</i> για τη μέτρηση φυσικής και ψυχικής λειτουργικότητας.	Διερεύνηση του επιπολασμού και των καθοριστικών παραγόντων της ψυχικής υγείας και λειτουργικότητας των συμμετεχόντων, 1 και 4 χρόνια μετά την επίθεση.	4 χρόνια μετά την επίθεση: 1) Το PTSD φαίνεται να μειώνεται, αλλά ο αυτοκτονικός κίνδυνος να αυξάνεται 2) Τα άτομα που βίωσαν απώλεια οικείου προσώπου εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο πτωχής ψυχικής υγείας, σε σύγκριση με τους άμεσα και έμμεσα εκτεθειμένους.
L. DiGrande et al. 2008	Συγχρονική μελέτη 11 Σεπ 2001, Δίδυμοι Πύργοι Μανχάταν, Ν.Υ.	2-3 χρόνια μετά την επίθεση	N=11.037 κάτοικοι νότια του Canal Street στη Ν.Υ την ημέρα της επίθεσης	- <i>PCL</i> για τη μέτρηση του πιθανού PTSD σχετιζόμενου με την επίθεση. - <i>Συνέντευξη</i>	Μέτρηση μακροχρόνιων συνεπειών PTSD και των σχετιζόμενων παραγόντων κινδύνου	1) Επιπολασμός PTSD ήταν 12,6% 2) Συχνότερα συμπτώματα κατηγορίας Β και D, λιγότερο συχνά συμπτώματα κατηγορίας C 2) Το θηλυκό γένος, η ηλικία 45-64, το χαμηλό μορφωτικό-κοινωνικό επίπεδο, ο τραυματισμός, η προσωπική μαρτυρία τρόμου, η έκθεση στο σύννεφο καπνού, η εκκένωση και η διαδικασία της διάσωσης αυξάνουν τον κίνδυνο χρόνιου PTSD.

L. DiGrande et al. 2011	Συγχρονική μελέτη 11 Σεπ 2001, Δίδυμοι Πύργοι Μανχάταν, Ν.Υ.	2-3 χρόνια μετά την επίθεση	N= 3.271 επιζώντες μέσα από τους Δίδυμους Πύργους.	-PCL-C για τη μέτρηση του πιθανού PTSD σχετιζόμενου με την επίθεση. - Συνέντευξη	1) Μέτρηση επιπολασμού PTSD και μετατραυματικών συμπτωμάτων 2) Περιγραφή του εύρους της άμεσης έκθεσης 3) Συσχέτιση μεταξύ της έκθεσης και του πιθανού PTSD.	1) 95,6% των επιζώντων ανέφερε τουλάχιστον 1 μετατραυματικό σύμπτωμα ενώ το 15% εκτιμήθηκε πως παρουσίαζε PTSD. 2) 5 χαρακτηριστικά άμεσης έκθεσης προέβλεπαν PTSD (παρουσία σε υψηλό όροφο του Πύργου, καθυστερημένη εκκένωση, παρατεταμένη έκθεση στο κύμα σκόνης που προκλήθηκε, προσωπική μαρτυρία τρόμου, τραυματισμός) 3) ισχυρή σχέση με το PTSD είχε το χαμηλό εισόδημα.
A. Nandi et al. 2005	Συγχρονική μελέτη 11 Σεπ 2001, Δίδυμοι Πύργοι Μανχάταν, Ν.Υ.	4 μήνες μετά την επίθεση	N=2.001 κάτοικοι Ν.Υ. και κυρίως Μανχάταν.	- Κριτήρια NSDUH για μέτρηση της εξάρτησης από το τσιγάρο -NWS PTSD questionnaire για τη μέτρηση του PTSD -SCID's για τη μέτρηση της κατάθλιψης - Συνέντευξη	1) Ο προσδιορισμός του επιπολασμού της πιθανής εξάρτησης από το τσιγάρο μετά την επίθεση 2) Ο προσδιορισμός των παραγόντων που συνδέονται με αυτή 3) Η σχέση μεταξύ της πιθανής εξάρτησης από το τσιγάρο, της αύξησης χρήσης τσιγάρων και του πιθανού PTSD και της κατάθλιψης	1) Το 10,4% του δείγματος ανέφεραν >3 συμπτώματα εξάρτησης από το τσιγάρο και συμπεριλήφθηκαν στις πιθανές περιπτώσεις εξάρτησης από το τσιγάρο 2) Αυτοί ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν αύξηση της χρήσης τσιγάρου μετά την επίθεση σε σχέση με όσους δεν πληρούσαν κριτήρια εξάρτησης(69,4% έναντι 2,2%). 3) Επίσης είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν PTSD(18,1%) και κατάθλιψη (23,6%). 4) Η αυξημένη κατανάλωση τσιγάρων μετά την επίθεση σχετίστηκε με πιθανό PTSD και μεταξύ των πιθανών περιπτώσεων εξάρτησης, αλλά και μη. 5) Η αυξημένη κατανάλωση τσιγάρων μετά την επίθεση σχετίστηκε με πιθανή κατάθλιψη μόνο μεταξύ των πιθανών περιπτώσεων εξάρτησης
R.Adams et al. 2006	Διαχρονική μελέτη 11 Σεπ 2001,	T1: 1 χρόνο μετά την επίθεση T2: 2 χρόνια μετά	N1= 2.368 N2= 1.681 κάτοικοι Ν.Υ. την ημέρα της	-NWS PTSD questionnaire για τη μέτρηση του PTSD	Διερεύνηση της σχέσης της χρήσης αλκοόλ και της κατάστασης ψυχικής	1) Το 10% του δείγματος αναφέρει αύξηση στην ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνει μετά την επίθεση. 2) Το 5-15% αφορά παθολογική κατανάλωση

	Δίδυμοι Πύργοι Μανχάταν, Ν.Υ.	την επίθεση	επίθεσης.	-SCID's για τη μέτρηση της μείζονος κατάθλιψης -SF-12 για τη μέτρηση φυσικής και ψυχικής λειτουργικότητας - Συνέντευξη	υγείας στα πλαίσια της τρομοκρατικής επίθεσης στους Δίδυμους Πύργους.	β) Η υπερκατανάλωση και η εξάρτηση από το αλκοόλ σχετίστηκαν θετικά με το PTSD, την κατάθλιψη και την πτωχή ψυχική υγεία κατά το SF-12.
C. North 2001	Διαχρονική μελέτη 19 Απρ 1995, Κτίριο Alfred P. Murrah, Οκλαχόμα	T1: 6μήνες μετά την επίθεση T2: 12 μήνες Μετά την επίθεση	N1=182 επιζώντες από την επίθεση N2=141 επιζώντες από την επίθεση	-DIS για τη μέτρηση Ψυχιατρικών επιπτώσεων. - Συνέντευξη	Προσδιορισμός ψυχιατρικών διαγνώσεων στα θύματα της βομβιστικής επίθεσης στους 6 μήνες και στον 1 χρόνο μετά από αυτή.	1) Το 1/3 του N1 είχε PTSD. Παρόμοια ποσοστά βρέθηκαν στο N2. 2) Η Μείζονα καταθλιπτική διαταραχή έδειξε μείωση 50% στο T2 σε σχέση με το T1. 3) Δεν παρατηρήθηκε εγκατάσταση καθυστερημένου PTSD και όλες οι περιπτώσεις ήταν χρόνιες. 4) Η αποφυγή και το μούδιασμα ήταν τα κύρια συμπτώματα που καθόρισαν την διάγνωση PTSD.
P. Tucker et al. 2007	Συγχρονική μελέτη 19 Απρ 1995, Κτίριο Alfred P. Murrah, Οκλαχόμα	6,5-7 χρόνια μετά την επίθεση	N=60 επιζώντες τις επίθεσης Ομάδα σύγκρισης= 60 κάτοικοι της Οκλαχόμα την ημέρα της επίθεσης που δεν	-DIS για αξιολόγηση ύπαρξης ψυχικών διαταραχών. -IES-R για την αναφορά συμπτωμάτων PTSD τις τελευταίες 7 ημέρες	Διερεύνηση της πορείας του PTSD και της κατάθλιψης και σύγκριση με τη μέτρηση αυτόνομων φυσιολογικών αποκρίσεων (Α.Π. και ΚΣ) κατά την υπενθύμιση	1) Η παρουσία συμπτωμάτων PTSD αξιοσημείωτη στην ομάδα των επιζώντων σε σχέση με την ομάδα σύγκρισης, χωρίς όμως να υπάρχουν κλινικά επίπεδα πάθησης, εν αντιθέσει με την κατάθλιψη που ήταν παρόμοια στους δυο πληθυσμούς. 2) η ομάδα των επιζώντων παρουσίασε σημαντικότερη αυτόνομη φυσιολογική αντίδραση στην υπενθύμιση του τραύματος, παρά την συναισθηματική ανάκαμψη και

			σχετίζονταν όμως με αυτή με κάποιο τρόπο.	- <i>BDI</i> για τη μέτρηση συμπτωμάτων κατάθλιψης. - <i>Συνέντευξη</i>	του συμβάντος.	ανθεκτικότητα.
C. North et al. 2005	Συγχρονική μελέτη 19 Απρ 1995, Κτίριο Alfred P. Murrah, Οκλαχόμα 7 Αυγ 1998, Αμερικανική Πρεσβεία, Ναϊρόμπι	E1: 4-8 μήνες μετά την επίθεση στην Οκλαχόμα E2: 8-10 μήνες μετά την επίθεση στο Ναϊρόμπι	N1=182 θύματα N2= 227 θύματα	- <i>DIS/DS</i> για την εκτίμηση ψυχικών διαταραχών κατά τη διάρκεια της ζωής και στο παρόν, πριν και μετά την καταστροφή - <i>Συνέντευξη</i>	Σύγκριση της ψυχικής υγείας στους εκτεθειμένους πληθυσμούς των δυο επιθέσεων.	1) Ο επιπολασμός του PTSD και της μείζονος κατάθλιψης ήταν παρόμοιος και στους δυο πληθυσμούς μετά την επίθεση. 2) Συμπτώματα της κατηγορίας C συσχετίστηκαν ισχυρά με το PTSD και στις δυο περιπτώσεις. 3) Διαφορετικές επιλογές αντιμετώπισης: N1 κατέφυγε στην φαρμακολογική αντιμετώπιση, τις ουσίες και το αλκοόλ, N2 κατέφυγε στη θρησκεία και τους οικείους.
J. Raitt et al. 2021	Συγχρονική μελέτη 7 Αυγ 1998, Αμερικανική Πρεσβεία, Ναϊρόμπι	8-10 μήνες μετά την επίθεση	N= 179 υπάλληλοι της κυβέρνησης των Η.Π.Α. (53 Αμερικανοί, 126 Κενυάτες)	- <i>DIS-IV</i> για την διερεύνηση των ψυχικών διαταραχών. - <i>DSQ</i> για την αξιολόγηση αισθήματος ασφάλειας και ανησυχίας και μέτρων αντιμετώπισης.	Διερεύνηση ψυχικών διαταραχών μεταξύ κυβερνητικού προσωπικού που εκτίθεται σε τρομοκρατική επίθεση κατά την υπηρεσία του στο εξωτερικό.	1) Το 20% του προσωπικού ανέπτυξε PTSD μετά την επίθεση. 2) Ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών ήταν παρόμοιος μεταξύ των Αμερικανών και των Κενυατών υπαλλήλων εκτός από την υποκειμενική μετατραυματική δυσφορία και μετατραυματικά συμπτώματα που ήταν πιο έντονα στους δεύτερους. 3) Υπηρεσία στο εξωτερικό δεν αποτέλεσε παράγοντα

				- Συνέντευξη		κινδύνου για την ανάπτυξη PTSD για τους Αμερικανούς
P. Verger et al. 2004	Αναδρομική μελέτη Ιουλ 1995-Δεκ 1996 7 βομβαρδισμοί σε Παρίσι και Λυών (κυρίως σταθμοί μετρό)	2,5 χρόνια μετά τις επιθέσεις	N=196 επιζώντες των τρομοκρατικών επιθέσεων	Σταθμισμένο εργαλείο 22- αντικειμένων, βασισμένο στο σύστημα ταξινόμησης DSM-IV - Συνέντευξη	Αξιολόγηση του επιπολασμού και των παραγόντων που σχετίζονται με το PTSD.	1) Επιπολασμός PTSD ήταν 31,1% στα 2,5 χρόνια μετά το συμβάν. 2) Πιο συχνό σύμπτωμα η αναβίωση γεγονότος (B), πιο σπάνιο η αποφυγή αναμνήσεων (C). 3) Ο κίνδυνος για PTSD ήταν μεγαλύτερος για τις γυναίκες, για άτομα ηλικίας 35-54 και για όσους υπέστησαν σοβαρούς τραυματισμούς, ή όσοι βίωσαν έντονη απειλή κατά τη διάρκεια της επίθεσης.
F. Fekih-Romdhane et al. 2017	Συγχρονική Μελέτη 18 Μαρ 2015, Μουσείο Μπαρντό, Τυνησία	4-6 εβδομάδες μετά την επίθεση	N= 51 εργαζόμενοι του μουσείου, παρόντες την ώρα της επίθεσης.	-IES-R για μέτρηση του PTSD την τελευταία εβδομάδα -DASS-42 για μέτρηση της κατάθλιψης την τελευταία εβδομάδα. - Συνέντευξη	Προσδιορισμός του επιπολασμού του PTSD και των συμπτωμάτων κατάθλιψης και ανάλυση των προδιαθεσικών παραγόντων.	1) Επιπολασμός PTSD ήταν 68,6% στο δείγμα 2) Επιπολασμός κατάθλιψης ήταν 40,6% 3) Συχνότερα συμπτώματα κατηγορίας B, λιγότερ συχνά κατηγορίας C. 4) Η μεγαλύτερη ηλικία και η χαμηλή κοινωνική στήριξη ήταν ο κύριος προδιαθεσικός παράγοντας για τις δυο διαταραχές.
T. Ohtani et al. 2004	Συγχρονική μελέτη 20 Μαρ 1995, Διασπορά Σαρίν σε	5 χρόνια μετά την επίθεση	N= 34 θύματα της επίθεσης.	-IES-R για τη αυτοεκτίμηση συμπτωμάτων PTSD	Αποκάλυψη των μακροχρόνιων ψυχικών συμπτωμάτων της δηλητηρίασης με σαρίν.	1) Στο δείγμα εμφανίστηκαν συμπτώματα PTSD αλλά και μη ειδικά ψυχικά συμπτώματα 2) Συνολικά 32,4% των θυμάτων διαγνώστηκαν με χρόνιο PTSD από τη μέρα της επίθεσης.

	σιδηροδρομικό σταθμό, Τόκιο			- <i>STAI</i> για τη μέτρηση του άγχους - <i>MINI</i> για τη διάγνωση ψυχικών διαταραχών κατά DSM-IV - <i>CAPS</i> για την εκτίμηση συμπτωμάτων PTSD από ειδικούς - <i>Συνέντευξη</i>		3) Το 17% των θυμάτων με PTSD εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και άλλες συννοσηρότητες (αγοραφοβία, κατάθλιψη, διαταραχή πανικού)
M. Duffy et al. 2013	Συγχρονική μελέτη 15 Αυγ 1998, Έκρηξη αυτοκινήτου στην πόλη Ομάγκ, Ιρλανδία	9 μήνες μετά την επίθεση	N=3.131 άτομα που βρίσκονταν στο σημείο της έκρηξης, είτε είδαν τρομακτικές σκηνές, είτε έχασαν κάποιο συγγενικό πρόσωπο, είτε έφυγαν από το σημείο λίγο πριν γίνει η έκρηξη είτε δεν εκτέθηκαν καθόλου στο συμβάν.	- <i>PDS</i> για την αξιολόγηση του PTSD - <i>GHQ</i> για την αξιολόγηση γενικών ψυχιατρικών προβλημάτων - <i>Συνέντευξη</i>	1) Εκτίμηση ψυχολογικής νοσηρότητας μεταξύ των θυμάτων 2) Διερεύνηση των προδιαθεσικών παραγόντων του χρόνιου PTSD	1) Αυξημένος βαθμός PTSD παρατηρήθηκε στα άτομα που ήταν παρόντα στην έκρηξη, στα άτομα που έγιναν μάρτυρες τρομακτικών σκηνών και σε αυτά που έχασαν κάποιον οικείο. 2) Προδιαθεσικοί παράγοντες για το χρόνιο PTSD φαίνεται να είναι α) οι εμπειρίες και τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου, β) ο τύπος της έκθεσης, γ) η συναισθηματική αντίδραση την ώρα του συμβάντος, δ) η κοινωνική υποστήριξη, ε) επακόλουθα προβλήματα υγείας ή/και τα οικονομικά προβλήματα.
K. Glad et al.	Διαχρονική μελέτη	T1: 4-5 μήνες μετά	N= 398 επιζώντες	- <i>PTSD-RI</i> για την	Διερεύνηση των	1) Στο T1 το 47% των επιζώντων σημείωσε κλινικά

2021	22 Ιουλ 2011 Νήσος Ουτόγια Νορβηγία	T2: 14-15 μήνες μετά T3: 30-32 μήνες μετά T4: 8.5 χρόνια μετά	της επίθεσης.	εκτίμηση συμπτωμάτων PTSD. - Συνέντευξη	αντιδράσεων των εκτεθειμένων σε τρομοκρατική ενέργεια ατόμων και των προδιαθεσικών παραγόντων τους	επίπεδα PTSD και το 45% κλινικά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. 2) Τα επίπεδα PTSD των επιζώντων ήταν 6 φορές υψηλότερα από αυτά του γενικού πληθυσμού 3) Στο T4 η μειοψηφία ανέφερε μείζονες δ/χες 4) Οι ακουστικές υπενθυμίσεις ήταν ο κύριος στρεσογόνος παράγοντας κατά τα T2 και T3. 5) Προδιαθεσικοί παράγοντες PTSD ήταν ο τραυματισμός ή ο συνεχιζόμενος πόνος, η απώλεια οικείου προσώπου και η χαμηλή κοινωνική στήριξη.
------	---	---	---------------	---	---	--

Οι Galea και συνεργάτες (2002) επιχείρησαν να μελετήσουν, μόλις 1-2 μήνες μετά την τρομοκρατική επίθεση με στόχο τους Δίδυμους Πύργους στο Μανχάταν, την ψυχική υγεία των κατοίκων της περιοχής νότια της 110^{ης} Οδού, η οποία είναι η πλησιέστερη στον τόπο της καταστροφής. Από τις 16 Οκτωβρίου έως τις 15 Νοεμβρίου 2001 οι ερευνητές πραγματοποίησαν τηλεφωνικές συνεντεύξεις ρωτώντας τους συμμετέχοντες σχετικά με την τοποθεσία τους κατά την ώρα της επίθεσης, την κοινωνική υποστήριξη που έλαβαν κατόπιν αυτής, αλλά και σε διάστημα 6 μηνών πριν, τη βίωση κάποιου στρεσογόνου γεγονότος τον προηγούμενο χρόνο (π.χ. θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου) και τέλος ερωτήματα που αφορούσαν αισθήματα και σκέψεις κατά την ώρα της επίθεσης και τις συνέπειες αυτής στην καθημερινή τους ζωή (π.χ. αν φοβήθηκαν πως θα πεθάνουν, αν βίωσαν κρίση πανικού, αν είχαν κάποιο κοντινό πρόσωπο που σκοτώθηκε, αν αναγκάστηκαν να αλλάξουν κατοικία ή να χάσουν τη δουλειά τους). Με τη χρήση ερωτηματολογίων διερευνήθηκε η ύπαρξη PTSD και μείζονος κατάθλιψης για τις τελευταίες 30 ημέρες. 988 άτομα συμμετείχαν στη μελέτη με το 52% αυτών να αποτελούν γυναίκες, η μέση ηλικία να είναι τα 42 έτη και το 5,2% να κατοικούν στην περιοχή της 110^{ης} Οδού την ημέρα της επίθεσης. 7,5% του δείγματος ανέφερε συμπτώματα PTSD, 9.7% συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ 3,7% των ερωτηθέντων ανέφερε συμπτώματα και για τις δύο διαταραχές. Στην πολυμεταβλητή ανάλυση που πραγματοποιήθηκε βρέθηκε πως προγνωστικοί παράγοντες για την εμφάνιση PTSD αποτελούν η Ισπανική εθνικότητα, η βίωση 2 ή περισσότερων στρεσογόνων γεγονότων τους προηγούμενους 12 μήνες, μια κρίση πανικού, η διαμονή στην 110^{ης} Οδό πριν την επίθεση και η απώλεια εργασίας εξαιτίας αυτής. Προγνωστικοί παράγοντες για την μείζονα κατάθλιψη βρέθηκαν η Ισπανική εθνικότητα, η βίωση 2 ή περισσότερων στρεσογόνων γεγονότων τους προηγούμενους 12 μήνες, μια κρίση πανικού κατά τη διάρκεια του συμβάντος, η χαμηλή κοινωνική στήριξη, ο θάνατος, συγγενή ή φίλου στην καταστροφή και η απώλεια εργασίας εξαιτίας αυτής. Σημαντικό συμπέρασμα αποτέλεσε το γεγονός πως τα άτομα που εκτέθηκαν άμεσα στην καταστροφή και τις συνέπειές της σημείωσαν υψηλότερα ποσοστά PTSD και κατάθλιψης.

Εν συνεχεία, το 2003 οι Galea και συνεργάτες διεξήγαγαν νέα μελέτη προκειμένου να διερευνήσουν την αλλαγή του επιπολασμού του πιθανού PTSD και των υποσυνδρόμων του σε τρεις διαφορετικές χρονικές στιγμές μετά την ίδια επίθεση, και τη σχέση του οξέως και εμμένοντος PTSD με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα γεγονότα στα οποία έχει εκτεθεί ο πληθυσμός. Η πρώτη έρευνα πραγματοποιήθηκε 1-2 μήνες μετά το συμβάν σε ενήλικες κατοίκους του Μανχάταν, νότια της 110^{ης} Οδού και περιελάμβανε 988 άτομα (αφορά στην προηγούμενη μελέτη), η δεύτερη 4-5 μήνες μετά με δείγμα ενηλίκων από την πόλη της Ν.Υ, κυρίως από το Μανχάταν νότια της 110^{ης} Οδού (2.001 άτομα) και η τρίτη 6-9 μήνες μετά με πληθυσμό όμοιο με τη δεύτερη (1.570 άτομα). Τα ερωτήματα που τέθηκαν ήταν όμοια με την μελέτη του 2002 ως προς τα τραυματικά γεγονότα που έχουν βιώσει κατά τη διάρκεια της ζωής τους και το βαθμό συμμετοχής τους στα γεγονότα της επίθεσης. Με σταθμισμένα εργαλεία μετρήθηκε η παρουσία κρίσης πανικού κατά την επίθεση και τα συμπτώματα πιθανού PTSD. Κατόπιν αναλύσεων, βρέθηκε πως το 55,9% του δείγματος ήταν γυναίκες και η μέση ηλικία του τα 41 χρόνια. Για τους κατοίκους του Μανχάταν νότια της 110^{ης} Οδού ο επιπολασμός του παρόντος PTSD σχετιζόμενο με την επίθεση της 11/9 ήταν 7,5% για τους πρώτους 2 μήνες, 1,7% στους 4 μήνες και 0,6% στους 6-9 μήνες μετά, με τα ποσοστά να είναι σαφώς υψηλότερα στα άτομα που ήταν άμεσα εμπλεκόμενα στο γεγονός, σε σχέση με όσα δεν είχαν σχέση με αυτό. Στους κατοίκους της Ν.Υ. 6 μήνες μετά το συμβάν ο επιπολασμός του παρόντος πιθανού PTSD ήταν 1,5% και των υποσυνδρόμων του 5,3%. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά που σχετίστηκαν με το πιθανό PTSD μετά τη επίθεση ήταν η συμβίωση χωρίς γάμο, η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη, περισσότερα από 4 τραυματικά γεγονότα κατά τη διάρκεια της ζωής, περισσότερα από 2 τραυματικά γεγονότα κατά το χρόνο πριν την επίθεση και η παρουσία τραυματικών γεγονότων μετά την επίθεση σε σχέση με την απουσία τους. Σχετικά με την εμπλοκή στο συμβάν, τα γεγονότα που σχετίστηκαν με το PTSD ήταν η κατοικία νότια της 110^{ης} Οδού (12,3%), η παρουσία του ατόμου μέσα στα κτήρια κατά την ώρα της επίθεσης (36,7%), ο τραυματισμός (9,7%), η βίωση μιας κρίσης πανικού (21,5%), η εμπλοκή στις προσπάθειες διάσωσης (14,3%), η απώλεια εργασίας εξαιτίας της επίθεσης (24,3%), ο θάνατος ενός συγγενή ή φίλου (13,9%) και ο φόβος του τραυματισμού ή του πιθανού

θανάτου (11,8%). Το τελευταίο σχετίστηκε στατιστικά με συνεχιζόμενο PTSD 6 μήνες μετά μεταξύ εκείνων που ανέφεραν συμπτώματα PTSD μετά την επίθεση, μαζί με την κρίση πανικού και την απώλεια επαγγέλματος. Σαν γενικό συμπέρασμα, οι ερευνητές κατέληξαν πως υπήρχε μείωση του μετατραυματικού στρες στο γενικό πληθυσμό τους πρώτους 6 μήνες και υψηλότερα ποσοστά της διαταραχής σημείωσαν τα άτομα που είχαν επηρεαστεί άμεσα από το συμβάν. Παρά ταύτα και όσοι δεν επηρεάστηκαν άμεσα από την επίθεση σημείωσαν ικανοποιητικά ποσοστά PTSD καθώς αποτελούσαν το 1/3 του συνόλου που ανέφερε συμπτώματα.

Στη μελέτη των Miguel-Tobal και συνεργατών, το 2006, επίκεντρο αποτελεί η βομβιστική επίθεση στους σιδηροδρομικούς σταθμούς της Μαδρίτης το Μάρτιο του 2004. Οι ερευνητές θέλησαν να διερευνήσουν την παρουσία του PTSD και της κατάθλιψης στον πληθυσμό της Μαδρίτης 1 με 3 μήνες μετά το συμβάν, και ακολούθως να πραγματοποιήσουν συγκρίσεις με τη μελέτη των Galea και συνεργατών το 2002 ώστε να προκύψουν συμπεράσματα σχετικά με τις δύο χώρες μετά από μία τρομοκρατική επίθεση. Τηλεφωνικές συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν από τον Απρίλιο έως τον Ιούνιο του 2004 σε κατοίκους της Μαδρίτης, με έμφαση στις περιοχές που απείχαν έως 1χιλιόμετρο από τα τρία σημεία των εκρήξεων. Ο αριθμός των συμμετεχόντων ανερχόταν στους 1.589 οι οποίοι απάντησαν σε ερωτήσεις σχετικά με την εμπειρία τους όσον αφορά την επίθεση, την κοινωνική υποστήριξη που έλαβαν, την παρουσία κρίσης πανικού κατά την επίθεση, την έκθεση σε τραυματικά γεγονότα κατά τη διάρκεια της ζωής τους, την παρουσία πρόσφατων στρεσογόνων παραγόντων που τους επηρεάζουν και την ύπαρξη συμπτωμάτων PTSD και κατάθλιψης. Τα δύο τελευταία μελετήθηκαν με τη χρήση των ερωτηματολογίων *NWS* και *SCID's*, αντίστοιχα, όπως και στην μελέτη των Galea και συνεργατών 2002. Σχετικά με το δείγμα, φάνηκε πως το 52.1% ήταν θηλυκού γένους και η μέση ηλικία τα 45,5 έτη ζωής, αποτελέσματα σχεδόν όμοια με τη μελέτη σύγκρισης. Η έρευνα έδειξε πως το 2,3% των κατοίκων της Μαδρίτης εμφάνιζε συμπτώματα PTSD, εν συγκρίσει με το 7,5% που σημείωσαν οι κάτοικοι του Μανχάταν, και πιο εξειδικευμένα ο επιπολασμός στις περιοχές που βρίσκονταν πλησιέστερα στα σημεία έκρηξης ανερχόταν στο 4,3%, σε σχέση με το 20% του επιπολασμού που φαίνεται να

είχαν οι κάτοικοι που ζούσαν στην περιοχή κοντά στους Δίδυμους Πύργους. Από την άλλη, το ποσοστό κατάθλιψης στο γενικό πληθυσμό της Μαδρίτης ήταν 8% και στις ζώνες αιχμής στο 10,4%, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά στη μελέτη του 2002 ήταν 9,7% και 16,8%. Βρέθηκε ακόμη πως το 1,4% του δείγματος εμφάνιζε συμπτώματα και των δυο διαταραχών. Προγνωστικοί παράγοντες για το PTSD στους κατοίκους της Μαδρίτης ήταν η χαμηλή κοινωνική στήριξη, η εμπειρία 2 ή περισσότερων στρεσογόνων γεγονότων κατά το έτος πριν την επίθεση, συμπτώματα κρίσης πανικού κατά την επίθεση ή αμέσως μετά από αυτή και η απευθείας μαρτυρία του συμβάντος. Για την κατάθλιψη, 3 ή περισσότερα στρεσογόνα γεγονότα, συμπτώματα κρίσης πανικού κατά την επίθεση ή αμέσως μετά από αυτή, η απευθείας μαρτυρία του συμβάντος και ο φόβος για πιθανό τραυματισμό ή θάνατο, αποτέλεσαν σημαντικούς προδιαθεσικούς παράγοντες. Κατά τους Miguel-Tobal και συνεργάτες (2006) οι δύο περιπτώσεις επιθέσεων εμφάνιζαν ουσιώδεις διαφορές οι οποίες εξηγούν και τα αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, πολύ μεγαλύτερο ποσοστό των Αμερικανών έγινε μάρτυρας των γεγονότων τις επίθεσης (20%) σε σχέση με τους κατοίκους της Μαδρίτης (6,7%). Επιπρόσθετα, η ζωή στην πόλη της Νέας Υόρκης την ημέρα της επίθεσης σταμάτησε προκειμένου να διασφαλιστεί πως όλοι οι κάτοικοι γνώριζαν γι' αυτήν και θα ήταν σε εγρήγορση. Αντιθέτως, στη Μαδρίτη όσοι κάτοικοι δε χρησιμοποιούσαν τακτικά το σιδηρόδρομο παρέμειναν σχεδόν ανεπηρέαστοι. Οι διαφορές στα ποσοστά επιπολασμού του PTSD σχετιζόμενο με το συμβάν, εν αντιθέσει με τα ποσοστά της κατάθλιψης, σχετιζόμενης με το συμβάν, που είναι παραπλήσια, υποδηλώνουν πως οι αιτίες της δεύτερης διαταραχής είναι διαφορετικές από την πρώτη και δεν σχετίζονται αποκλειστικά με την επίθεση, αλλά πιθανώς με άλλους στρεσογόνους παράγοντες, ενώ το PTSD σχετίζεται με το μέγεθος της καταστροφής.

Μετά τις επιθέσεις τις 11^{ης} Μαρτίου στη Μαδρίτη το μεγαλύτερο ποσοστό των τραυματιών έλαβε περίθαλψη από το πλησιέστερο, στον τόπο της επίθεσης, νοσοκομείο, το Gregorio Marañon. Με βάσει αυτόν τον πληθυσμό ο ψυχίατρος Fraguas και οι συνεργάτες του (2006) θέλησαν να αξιολογήσουν την παρουσία του PTSD στα θύματα της επίθεσης, αλλά και στους συγγενείς τους, 1 και 6 μήνες μετά το τρομοκρατικό γεγονός, υποθέτοντας πως τα επίπεδα των

συμπτωμάτων θα ήταν υψηλά και πως στους συγγενείς το εύρος θα ήταν μικρότερο σε σχέση με τα θύματα. Από τους 325 ασθενείς που έλαβαν περίθαλψη στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου, 56 άτομα, ηλικίας 18-65 ετών, κάτοικοι Μαδρίτης, επιλέχθηκαν τυχαία για να συμμετάσχουν στην έρευνα. Η προσέγγισή τους έγινε με τηλεφωνική επικοινωνία. Κατά την πρώτη συλλογή δεδομένων 5-8 εβδομάδες μετά την επίθεση συμμετείχαν 56 άτομα και κατά τη δεύτερη, 6 μήνες μετά την επίθεση, 44. Αρχικά συμπληρώθηκε από τα άτομα ερωτηματολόγιο για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους, το ιστορικό γενικής και ψυχικής υγείας τους, τραυματικά γεγονότα που έχουν βιώσει τον τελευταίο χρόνο, για το αν γνώριζαν άλλα θύματα της επίθεσης, και για το κατά πόσο χρησιμοποιούσαν τους εν λόγω σιδηροδρόμους της επίθεσης. Με ειδικά ερωτηματολόγια μετρήθηκαν τα συμπτώματα PTSD (*DTS*), οι υποκειμενικές αντιλήψεις για την ψυχολογική υγεία κάθε ατόμου (*GHQ*) και το ιστορικό ψυχικών διαταραχών (*MINI*). Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 54% του δείγματος ήταν άνδρες, μέσης ηλικίας 36 ετών, και το 41% ήταν μετανάστες. Βάσει των μετρήσεων, το ολικό PTSD του δείγματος ήταν 41,1% τον 1^ο μήνα και 40,9% τον 6^ο μήνα μετά την επίθεση, με τις γυναίκες να σημειώνουν υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με τους άνδρες. Ασθενείς με προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, επίσης, εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά PTSD, διαφορά στατιστικά σημαντική μόνο κατά την πρώτη συλλογή δεδομένων (1^{ος} μήνας). Συμπτώματα κατηγορίας B και D εμφάνισαν μείωση από τον 1^ο στον 6^ο μήνα, ενώ συμπτώματα κατηγορίας C παρουσίασαν μικρή αύξηση. Σχετικά με την αντίληψη της ψυχικής υγείας, αυτή ήταν χειρότερη κατά την πρώτη μέτρηση, κυρίως στο γυναικείο πληθυσμό, σε σχέση με τη δεύτερη, δηλαδή η αντίληψη ψυχικής υγείας βελτιώθηκε με το πέρασμα του χρόνου. (από σκορ 67,9% στο GHQ τον 1^ο μήνα, πτώση σε 45,5% στον 6^ο). Στην ανάλυση παλινδρόμησης αποδείχθηκε πως τον πρώτο μήνα μονό το ψυχιατρικό ιστορικό πριν την επίθεση σχετιζόταν με το PTSD και στον έκτο μήνα ο μόνος παράγοντας που σχετιζόταν με το PTSD ήταν η παρουσία αυτού κατά τον 1^ο μήνα. Όσον αφορά τους συγγενείς, 47 συμμετείχαν στην πρώτη μέτρηση και 31 στη δεύτερη. Δεν υπήρχαν αναλογικές διαφορές στα ποσοστά PTSD μεταξύ αυτών και των θυμάτων, με τους πρώτους όμως να σημειώνουν χαμηλότερα ποσοστά (34% τον 1^ο μήνα και 31,3% τον 6^ο μήνα). Με βάσει τα παραπάνω, οι ερευνητές κατέληξαν στο

συμπέρασμα πως η μείωση του επιπολασμού του PTSD μεταξύ των δύο μετρήσεων ήταν μικρότερη από την αναμενόμενη, τα μετατραυματικά συμπτώματα σχετίζονται με την προσωπική αντίληψη για την υγεία, καταδεικνύοντας πως και τα δύο αποτελούν μέρος της ψυχολογικής απάντησης στο τραύμα.

Με το δείγμα πληθυσμού της προηγούμενης μελέτης, η ίδια ομάδα ερευνητών (Conejo-Galindo και συν. 2008) λίγα χρόνια μετά δημοσίευσε μελέτη στην οποία διερευνούνταν οι διαφορές στον επιπολασμό του PTSD, της κατάθλιψης και άλλων ψυχικών διαταραχών στα μελετώμενα άτομα, καθώς επίσης και οι προγνωστικοί παράγοντες των κύριων παθήσεων, ένα χρόνο μετά την επίθεση. Οι μετρήσεις έγιναν στον 1^ο και τον 6^ο μήνα, όπως και στην προηγούμενη μελέτη, με την προσθήκη μέτρησης στους 12 μήνες. Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το *MINI*. Κατόπιν ανάλυσης, φάνηκε πως το PTSD ήταν η κυρίαρχη ψυχική διαταραχή έως και ένα χρόνο μετά την επίθεση (28,6%), ακολουθούμενο από την κατάθλιψη (28,6%). Όλες η διαταραχές εμφάνισαν μείωση από τον πρώτο έως τον δωδέκατο μήνα, χωρίς όμως αυτή να είναι στατιστικά σημαντική, πλην του αυτοκτονικού ιδεασμού (12,5% με αύξηση στο 14,3%) και της κατάθλιψης που έμεινε στο ίδιο επίπεδο. Ασθενείς με ψυχιατρικό ιστορικό πριν την 11^η Μαρτίου είχαν υψηλότερα ποσοστά PTSD, κατάθλιψης, αγχώδους διαταραχής και διαταραχής πανικού τον πρώτο μήνα, σε σχέση με όσους δεν είχαν ιστορικό. Επίσης, τον 1^ο μήνα οι γυναίκες σημείωσαν υψηλότερο επιπολασμό PTSD, αγοραφοβίας και διαταραχής πανικού, εν συγκρίσει με τους άνδρες. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις διαταραχές με βάση το φύλο ή το ψυχιατρικό ιστορικό στον 6^ο και 12^ο μήνα, με εξαίρεση την αγχώδη διαταραχή που σημείωσε αύξηση στα άτομα με προηγούμενο ιστορικό ψυχικής υγείας κατά τον 6^ο μήνα. Στη λογιστική παλινδρόμηση, αποδεικνύεται πως ο μόνος προγνωστικός παράγοντας για το PTSD στους 12 μήνες είναι η ύπαρξή του τον 6^ο μήνα. Αντιστοίχως, η παρουσία της κατάθλιψης τον 12^ο μήνα εξαρτιόταν από την παρουσία της τον 6^ο μήνα. Διαπιστώνεται, εν τέλει, πως οι γυναίκες και τα άτομα με προηγούμενο ιστορικό ψυχικής υγείας είναι πιο επιρρεπή στην ανάπτυξη διαταραχών σε σύντομο χρονικό διάστημα από το τραύμα.

Το 2006 οι Person και συνεργάτες δημοσίευσαν μία μελέτη σχετικά με την παρουσία της κατάθλιψης και τους παράγοντες κινδύνου της 6 μήνες μετά την επίθεση στους Δίδυμους Πύργους. Το δείγμα πληθυσμού ήταν 2700 ενήλικες κάτοικοι της Ν.Υ και κυρίως του Μανχάταν, νότια της 110^{ης} Οδού. Διεξήχθησαν τηλεφωνικές συνεντεύξεις, διάρκειας 35 λεπτών, από τις 25 Μαρτίου έως τις 25 Ιουνίου του 2002, όπου ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να απαντήσουν σε ερωτήματα σχετικά με δύο ξεχωριστές χρονικές περιόδους: α) μετά την 11^η Σεπτεμβρίου και β) τις τελευταίες 30 ημέρες. Εκτιμήθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία, η κοινωνική υποστήριξη που έλαβαν, η ύπαρξη τυχόν τραυματικών γεγονότων (άλλη καταστροφή, ατύχημα κ.α.) πριν την ημέρα της επίθεσης, ή στρεσογόνων καταστάσεων που βίωσαν 12 μήνες πριν και μετά από τις 11/9, καθώς και η εμπλοκή τους στα γεγονότα της μελετώμενης επίθεσης. Άμεσα επηρεασμένοι χαρακτηρίστηκαν όσοι ήταν μέσα στους Πύργους κατά την επίθεση, όσοι τραυματίστηκαν, αυτοί που κάποιος οικείος τους σκοτώθηκε, εκείνοι που έχασαν περιουσία και εργασία ως αποτέλεσμα της επίθεσης, και τέλος όσοι ενεπλάκησαν στις προσπάθειες διάσωσης. Παράλληλα με την ύπαρξη κατάθλιψης, για την οποία έπρεπε το άτομο να εμφανίζει τουλάχιστον 5 από τα καταγεγραμμένα συμπτώματα για τουλάχιστον 2 εβδομάδες, διερευνήθηκε η παρουσία κρίσης πανικού κατά την επίθεση και πιθανού PTSD σχετικό με την αυτή. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 53,9% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες και το 75,8% ανήκαν στο ηλικιακό φάσμα 25-64ετών. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης για την περίοδο (α) σημειώθηκε στο 9,4% και για την περίοδο (β) στο 3,9%. Επίσης, από τα 300 άτομα που έπασχαν από κατάθλιψη μετά την 11/9 (περίοδος (α)), το 24,2% είχε ταυτόχρονα σχετιζόμενο με την επίθεση PTSD, ενώ από τους 112 συμμετέχοντες με πρόσφατη κατάθλιψη (περίοδος (β)) το 8,3% είχε πρόσφατο, σχετιζόμενο με την επίθεση PTSD. Συμμεταβλητές σχετιζόμενες με την πιθανή κατάθλιψη κατά την περίοδο (α) ήταν η άμεση εμπλοκή στο γεγονός, η παρουσία κρίσης πανικού κατά την επίθεση, η εμπειρία 2 ή περισσότερων στρεσογόνων καταστάσεων 12 μήνες πριν το συμβάν και η εμπειρία 4 ή περισσότερων τραυματικών γεγονότων πριν την 11/9. Σχετικά με την περίοδο (β) παράγοντες σχετιζόμενοι με την κατάθλιψη ήταν η εμπειρία 2 ή περισσότερων στρεσογόνων καταστάσεων 12 μήνες πριν το συμβάν αλλά και η ύπαρξη οποιασδήποτε κατάστασης μετά από αυτό. Ωστόσο,

προστατευτικό παράγοντα για την κατάθλιψη και στις δύο περιόδους φάνηκε να αποτελεί η ηλικία άνω των 65 ετών. Όπως και στη μελέτη των Galea και συνεργάτες (2002) όσοι αποτέλεσαν άμεσα θύματα της επίθεσης είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν μείζονα κατάθλιψη ως αποτέλεσμα της καταστροφής.

Σε συνέχεια των μελετών για τις επιπτώσεις ψυχικής υγείας στα θύματα της τρομοκρατικής επίθεσης της 11^{ης} Σεπτεμβρίου του 2001 στους Δίδυμους Πύργους του Μανχάταν, τη γνώση έρχεται να συμπληρώσει η εργασία των Neria και συνεργατών (2008), οι οποίοι, 7-16 μήνες μετά τα τρομοκρατικά γεγονότα θέλησαν να διερευνήσουν την συχνότητα της απώλειας οικείου προσώπου σε πληθυσμό ασθενών χαμηλού εισοδήματος που απευθύνθηκαν σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς και τη σχέση αυτής με τον κίνδυνο ανάπτυξης μακροχρόνιων ψυχικών επιπτώσεων. Συνολικά, 929 ασθενείς που αναζήτησαν φροντίδα στους χώρους αναμονής του Κέντρου Συνεργασίας Εσωτερικής Ιατρικής (αγγ. AIM) το οποίο συνεργάζεται με το Ιατρικό Κέντρο του Πανεπιστημίου της Κολούμπια, επιλέχθηκαν για να συμμετάσχουν στην έρευνα με βάση συγκεκριμένα κριτήρια όπως η ηλικία (18-70 ετών), τουλάχιστον μία προηγούμενη επίσκεψη στο κέντρο καθώς και η προσέλευσή τους λόγω προγραμματισμένου ραντεβού. Με τη χρήση ειδικών εργαλείων μέτρησης αξιολογήθηκαν η προηγούμενη έκθεσή τους σε τραυματικό γεγονός, η παρουσία πρόσφατου PTSD ή άλλων διαταραχών (κατάθλιψη, αγχώδης διαταραχή, διαταραχή πανικού, κατάχρηση ή εξάρτηση από το αλκοόλ, αυτοκτονικός ιδεασμός) και η κατάσταση της φυσικής και ψυχικής υγείας τους τον τελευταίο μήνα. Ακόμα, η εμπειρία απώλειας εξαιτίας των γεγονότων της 11/9 καθορίστηκε από τη θετική απάντησή τους στην ερώτηση «Γνωρίζετε κάποιον που σκοτώθηκε εξαιτίας της καταστροφής των Διδύμων Πύργων». Περισσότεροι από το 1/4 των ερωτηθέντων (27,1%) δήλωσαν πως ήξεραν άτομο που πέθανε κατά την επίθεση και ήταν αυτοί στους οποίους παρατηρήθηκε διπλάσια πιθανότητα να πληρούν κριτήρια για την εκδήλωση μίας ή περισσότερων ψυχικών διαταραχών, συγκριτικά με εκείνους που δεν ανέφεραν κάποια απώλεια. Οι πιο συχνές διαταραχές στην πρώτη κατηγορία ήταν η κατάθλιψη (29,2%), η αγχώδης διαταραχή (19,4%) και το PTSD σχετιζόμενο με την επίθεση (17,1%), ενώ δεν υπήρχαν ενδείξεις

συσχέτισης με τη διαταραχή πανικού, την εξάρτηση ή κατάχρηση αλκοόλ και τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Επιπλέον, όσοι ανέφεραν απώλεια είχαν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να υποφέρουν από έντονο πόνο που επηρεάζει τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Άρα, περίπου ένα χρόνο μετά την επίθεση διαπιστώνεται πώς το 1/2 των ατόμων που βίωσαν απώλεια κινδυνεύουν να αναπτύξουν μία ή περισσότερες ψυχικές διαταραχές και πως η αντίδραση στην απώλεια μπορεί να επεκταθεί από τον ψυχικό τομέα στη σωματική συνύπαρξη.

Σε συνέχεια της παραπάνω μελέτης η ομάδα των Neria και συνεργατών (2010) πραγματοποίησε έρευνα σε ίδιας σύστασης δείγμα σε δύο χρονικές περιόδους, 1 και 4 χρόνια μετά την επίθεση. Στόχος τους ήταν να μελετήσουν την πορεία του PTSD κατά το πέρασμα του χρόνου, ποια χαρακτηριστικά και εμπειρίες του πληθυσμού την επηρέασαν, και να τη συσχετίσουν με την παρούσα ψυχική υγεία και λειτουργικότητα των ατόμων. Στην αρχική έρευνα, που διεξάχθηκε από το Δεκέμβριο του 2001 ως τον Ιανουάριο του 2003, συμμετείχαν 991 ενήλικες ασθενείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που επισκέφθηκαν το AIM. Στην δεύτερη έρευνα, από τον Ιανουάριο 2004 ως τον Μάρτιο 2007, έδωσαν συνέντευξη 455 ασθενείς από την πρώτη έρευνα (ποσοστό συμμετοχής 46%). Στη βασική συνέντευξη τα άτομα κατηγοριοποιήθηκαν ως προς την εγγύτητά τους στα βαλλόμενα κτήρια, κτήρια και πιο συγκεκριμένα, σε αυτούς που ήταν στο Νότιο Μανχάταν, σε όσους ήταν στη Ν.Υ. αλλά όχι στο Νότιο Μανχάταν, σε όσους ήταν στα περίχωρα της Ν.Υ., σε εκείνους που βρίσκονταν στην πόλη της Ουάσινγκτον, σε αυτούς που ήταν στις Ηνωμένες Πολιτείες και εκτός αυτών. Επίσης ερωτήθηκαν για το αν γνώριζαν κάποιον που έχει σκοτωθεί στην επίθεση. Εκτιμήθηκαν η παρουσία πρόσφατου PTSD σχετιζόμενο με την επίθεση, η ύπαρξη άλλων ψυχικών διαταραχών και η φυσική και λειτουργική υγεία των ατόμων. Οι συμμετέχοντες διαιρέθηκαν με βάση την παρουσία PTSD στις δυο χρονικές περιόδους σε 4 κατηγορίες: α) ΟΧΙ PTSD (απουσία του και στις δυο περιόδους), β) παροδικό PTSD (παρόν στην αρχική συνέντευξη , απουσία στην δεύτερη), γ) εμμένον PTSD (παρόν και στις δύο περιόδους) και δ) καθυστερημένης έναρξης PTSD (απουσία στην αρχική, παρόν στη δεύτερη συνέντευξη). Όσον αφορά στην ανάλυση του δείγματος τα 3/4 ήταν γυναίκες , η μέση ηλικία τα 51,8 έτη, και η πλειοψηφία ήταν μέλη φυλετικών ή εθνικών μειονοτήτων. Στην αρχική

συνέντευξη, δηλαδή περίπου 1 χρόνο μετά την επίθεση, ο επιπολασμός του πρόσφατου PTSD ήταν 9,6% και στην επόμενη, περίπου 4 χρόνια μετά την 11/9, το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 4,1%, όπου παρατηρείται μία σημαντική μείωση. Σε ποσοστό 15,1% των ερωτηθέντων παρατηρήθηκε η διαταραχή σε μία ή και στις δύο περιόδους. Υπολογίζεται πως σε ποσοστό 89,3% οι ασθενείς με PTSD στην αρχή είχαν ανακάμψει μέχρι τη δεύτερη συνέντευξη, ενώ το PTSD των περισσότερων ασθενών στη δεύτερη συνέντευξη (ποσοστό 75%) ήταν καθυστερημένης έναρξης. Μόνο 5 συμμετέχοντες ανήκαν στην κατηγορία (γ). Η παρουσία κατάθλιψης πριν από το τραυματικό γεγονός αποδείχθηκε ο μόνος στατιστικά σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για την πορεία της διαταραχής. Συγκεκριμένα, αυξάνει τον κίνδυνο του παροδικού PTSD 3 φορές και του PTSD καθυστερημένης έναρξης 10 φορές σε σχέση με την κατηγορία (α). Ακόμη, βρέθηκε πως, σε σχέση με τα άτομα κατηγορίας (α), εκείνα της (β) είχαν στη δεύτερη συνέντευξη τριπλάσιες πιθανότητες να αναπτύξουν αυτοκτονικό ιδεασμό και ανέφεραν χειρότερη ψυχική υγεία και ποιότητα ζωής. Από την άλλη, πάλι σε σύγκριση με την κατηγορία (α) οι ασθενείς κατηγορίας (δ) είχαν 6 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη, πάνω από 3 φορές πιθανότητα να πάσχουν από αγχώδη διαταραχή και ανέφεραν σημαντικά χειρότερη ψυχική υγεία και ποιότητα ζωής. Τέλος, τα άτομα με καθυστερημένης έναρξης PTSD (δ) εμφάνισαν πενταπλάσια πιθανότητα κατάθλιψης και τετραπλάσια πιθανότητα άγχους σε σχέση με τους ασθενείς με παροδικό PTSD (β).

Το 2013 οι Νeria και συνεργάτες θέλησαν να μελετήσουν τα αποτελέσματα της ψυχικής, φυσικής και λειτουργικής υγείας, 1 και 4 χρόνια μετά την επίθεση στο Μανχάταν σε δείγμα ασθενών οι οποίοι προσέρχονταν σε δομή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ταυτόχρονα, προσπάθησαν να εξετάσουν τη συσχέτιση των ανωτέρω τόσο με τη έκθεση στην επίθεση (άμεση ή έμμεση), όσο και με την απώλεια οικείου προσώπου. Ο πληθυσμός αποτελούνταν από ασθενείς από το Τμήμα Γενικής Ιατρικής του Ιατρικού Κέντρου του Πανεπιστημίου της Κολούμπια στη Ν.Υ. Συνολικά στην πρώτη συνέντευξη (11 μήνες μετά την επίθεση) συμμετείχαν 716 άτομα και στην δεύτερη (55 μήνες μετά) 444 άτομα από το αρχικό δείγμα. Οι αναλύσεις έγιναν βάσει των ατόμων που μπόρεσαν να επανεξεταστούν. Χαρακτηριστικά του δείγματος

αποτελούσαν η επικράτηση του γυναικείου φύλου, η μέση ηλικία των 51.8 ετών, η καταγωγή από ομάδες μειονοτήτων ή μεταναστών. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να αναφέρουν την τοποθεσία τους κατά την επίθεση και την πιθανή απώλεια κάποιου οικείου προσώπου. Έτσι κατηγοριοποιήθηκαν σε τρία γκρουπ: α) άμεσα εκτεθειμένοι (όσοι ήταν μέσα στο κτήριο ή κοντά στην 14^η Οδό στο Μανχάταν, χρειάστηκε να φυγαδευτούν, είδαν την επίθεση ή την κατάρρευση των κτηρίων ή καπνό ή ενεπλάκησαν στις επιχειρήσεις διάσωσης), β) εκτεθειμένοι στην απώλεια (οικείο τους πρόσωπο χάθηκε στην επίθεση) και γ) έμμεσα εκτεθειμένοι (όσοι δεν πληρούσαν τα προηγούμενα κριτήρια). Με τη χρήση σταθμισμένων εργαλείων αποδείχτηκε πως το PTSD παρουσίασε μείωση (από 10% στο 4%) από την πρώτη ως τη δεύτερη συνέντευξη, ο αυτοκτονικός ιδεασμός σημείωσε αύξηση (από 5% στο 16%), ενώ η κατάθλιψη, η αγχώδης διαταραχή, η διαταραχή πανικού και η κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ παρέμειναν στα ίδια επίπεδα 4 χρόνια μετά την επίθεση σε σχέση με τον 1^ο χρόνο. Στην κατηγορία (α) βρέθηκαν 96 άτομα, στη (β) 77 και στη (γ) 271 άτομα αντίστοιχα. Οι συμμετέχοντες που εκτέθηκαν στην απώλεια οικείου προσώπου σημείωσαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά PTSD σε σχέση με τους άμεσα εκτεθειμένους και είχαν χειρότερη ψυχική λειτουργικότητα σε σχέση με τα άλλα δυο γκρουπ. Σχετικά με την αναζήτηση φροντίδας υγείας οι άμεσα εκτεθειμένοι την αναζήτησαν πολύ συχνότερα και για οποιοδήποτε λόγο από τους έμμεσα εκτεθειμένους. Όσον αφορά στη χρήση ουσιών και αλκοόλ, παρότι στο γενικό δείγμα η συχνότητα παραμένει ίδια αναλογικά με το χρόνο, αναλύοντας τις κατηγορίες έκθεσης παρατηρείται πως στην κατηγορία (α) σημειώθηκε μείωση (από 20% στο 10%) ενώ στις άλλες δύο είχαμε αύξηση ((β): από 15% στο 17%, (γ): από 6% στο 10%) με το πέρασμα του χρόνου. Συμπερασματικά, η άμεση έκθεση στην επίθεση οδηγεί σε παροδικές επιπτώσεις, όμως η απώλεια οικείου συνεπάγεται εξουθενωτικές, πολλαπλές επιπτώσεις ψυχικής υγείας.

Με τις μακροχρόνιες επιπτώσεις ψυχικής υγείας κατόπιν της τρομοκρατικής επίθεσης στους Δίδυμους Πύργους ασχολήθηκε και η ομάδα των DiGrande και συνεργατών το 2008, εστιάζοντας στο PTSD και τους παράγοντες κινδύνου του σε κατοίκους του Μανχάταν που ζούσαν νότια του Canal Street (περιοχή ενός μιλίου μακριά από τα κτήρια) την 11^η Σεπτεμβρίου του 2001, 2 έως 3

χρόνια μετά το γεγονός. Σκοπός των ερευνητών ήταν να εκτιμήσουν αν η τοποθεσία και οι διάφοροι βαθμοί έκθεσης των ατόμων σχετίζονταν με την αύξηση του PTSD. Αξιοσημείωτο χαρακτηριστικό της μελέτης είναι το μέγεθος του δείγματος, μιλώντας για 11.037 συμμετέχοντες οι οποίοι προσεγγίστηκαν με άμεση συνέντευξη ή δήλωσαν εθελοντική συμμετοχή από τον Σεπτέμβριο του 2003 έως τον Νοέμβριο του 2004. Χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις οι οποίες προσδιόριζαν παράγοντες που κατηγοριοποιήθηκαν ως προ-επίθεσης, κατά την επίθεση και μετά-επίθεσης. Στη δεύτερη κατηγορία άνηκε και η εγγύτητα στα κτήρια-στόχους την ώρα της επίθεσης. Στις ερωτήσεις μετά-επίθεσης περιλαμβάνονταν η ανάγκη εκκένωσης των κατοικιών εξαιτίας της επίθεσης, τότε και αν επέστρεψαν, καθώς και αν είχαν εμπλακεί σε εργασίες διάσωσης. Για τη μέτρηση του PTSD που ανέφεραν από μόνοι τους οι συμμετέχοντες χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο *PCL*. Κατόπιν ανάλυσης φάνηκε πως η μέση ηλικία του δείγματος ήταν τα 46 έτη και περισσότερα από τα μισά άτομα ήταν γυναίκες. Η συχνότητα των μετατραυματικών, κατά DSM-IV, συμπτωμάτων ήταν η εξής: 43,6% αναβίωση (κατηγορία B), 20,4% αποφυγή (κατηγορία C) και 38,6% υπερδιέγερση (κατηγορία D). Τα πιο κοινά συμπτώματα ήταν η υπερεπαγρύπνιση σε ποσοστό 38,7%, η αναστάτωση από τις υπενθυμίσεις (32,9%) και αϋπνία (32,8%). Μόνο το 7,5% των ερωτηθέντων δεν ανέφερε κανένα σύμπτωμα. Συνολικά ο επιπολασμός του PTSD στο δείγμα ήταν 12,6%. Πληροφορίες για την έκθεση αποκαλύπτουν πως το 52% των ατόμων παγιδεύτηκε στο σύννεφο σκόνης που προκλήθηκε από την κατάρρευση των κτηρίων και το 60% έγινε μάρτυρας τρομακτικών σκηνών. Το 64% των κατοίκων δήλωσαν πως αναγκάστηκαν να εκκενώσουν τα σπίτια τους και το 9% συμμετείχε σε κάποια επιχείρηση διάσωσης. Προγνωστικοί προ-επίθεσης παράγοντες για την αύξηση του PTSD αποτέλεσαν η εθνικότητα για τους Αφροαμερικανούς, τους Ισπανούς και τους μη-Ασιάτες, το χαμηλό οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο, ο χωρισμός, το θηλυκό γένος, και η ηλικία 45-64 ετών. Παράγοντες κατά τη διάρκεια της επίθεσης που ενισχύουν την εμφάνιση της διαταραχής φάνηκαν να είναι ο τραυματισμός, η μαρτυρία τρομακτικής σκηνής, η έκθεση στο σύννεφο σκόνης, η παρουσία σε κτήριο που καταστράφηκε (εκτός των Διδύμων Πύργων) και η κατοικία σε απόσταση μικρότερη των 1000 ποδιών από τον τόπο της καταστροφής. Μετά-επίθεσης παράγοντες συνιστούν η ανάγκη εκκένωσης κατοικίας και ο χρόνος αυτής, καθώς και η εμπλοκή σε

ενέργειες διάσωσης. Προστατευτικούς παράγοντες αποτέλεσαν η Ασιατική εθνικότητα και η έγγαμη κατάσταση. Εν τέλει, δε βρέθηκε σημαντικός κίνδυνος ανάπτυξης PTSD στα λίγα άτομα (104) που ήταν μέσα στους πύργους την ώρα της καταστροφής, όμως η παρατεταμένη εκκένωση της κατοικίας αύξανε τα αισθήματα ανασφάλειας και τις κοινωνικές και οικονομικές δυσκολίες και κατ' επέκταση την πιθανότητα μακροχρόνιου PTSD.

Το 2011 οι DiGrande και συνεργάτες διεξήγαγαν μελέτη με σκοπό τη μέτρηση του επιπολασμού των μετατραυματικών συμπτωμάτων και του πιθανού PTSD στους επιζώντες των Πύργων 2 έως 3 έτη μετά την 11^η Σεπτεμβρίου. Επίσης, προσπάθησαν να περιγράψουν το εύρος της αναφερόμενης άμεσης έκθεσης στα γεγονότα και να διερευνήσουν πιθανές συσχετίσεις μεταξύ της έκθεσης στην τρομοκρατική επίθεση και του κινδύνου ανάπτυξης πιθανού PTSD. Κριτήρια επιλογής αποτέλεσαν η ηλικία άνω των 18 ετών, η φυσική παρουσία σε έναν από τους δύο Πύργους καθώς και η μη συμμετοχή σε επιχειρήσεις διάσωσης. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τον Σεπτέμβριο του 2003 έως και το Νοέμβριο του 2004 μέσω τηλεφωνικών και προσωπικών συνεντεύξεων. Το μετατραυματικό στρες εκτιμήθηκε με τη χρήση του εργαλείου *PCL-S*. Από το δείγμα επιζώντων το 58,8% ήταν άνδρες, το 66,5% ήταν απόφοιτοι κολλεγίου ενώ η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (95,8%) ανέφερε πως οι Δίδυμοι Πύργοι αποτελούσαν τον καθημερινό χώρο εργασίας τους. Η κατανομή για τους συμμετέχοντες ήταν παρόμοια στους δύο πύργους (N1=1666 και N2=1605). Το δείγμα περιελάμβανε λιγότερους επιζώντες άνωθεν του σημείου συντριβής του πρώτου πύργου (N=3) σε σχέση με τους αντίστοιχους από τον δεύτερο πύργο (N=370) και αυτό διότι η πλειοψηφία των δεύτερων ανέφερε πως είχε ξεκινήσει την εκκένωση μετά το χτύπημα του πρώτου αεροπλάνου. Το 60,8% των ατόμων εγκλωβίστηκε στο σύννεφο σκόνης που δημιουργήθηκε από την κατάρρευση των κτιρίων, 94% έγιναν μάρτυρες κάποιας τρομακτικής σκηνής και το 32% υπέστη κάποιον τραυματισμό. Όσο αφορά το PTSD, το 15% των επιζώντων βρέθηκε θετικό για τη διαταραχή και το 95,6% ανέφερε τουλάχιστον 1 σύμπτωμα. Τα δύο πιο κοινά συμπτώματα ανήκαν στην κατηγορία D και ήταν η αυξημένη επαγρύπνηση (50,4%) και η υπερβολική αντίδραση στο ξάφνιασμα (37,4%). Στην πολυμεταβλητή λογαριθμική παλινδρόμηση

διαπιστώθηκε πως το φύλο, η εθνικότητα και το εισόδημα σχετίζονταν θετικά με την εκδήλωση PTSD. Οι Ισπανοί και οι Αφροαμερικανοί παρατηρήθηκε πως είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης PTSD σε σύγκριση με τους Λευκούς επιζώντες, ενώ παράλληλα οι επιζώντες με εισόδημα μικρότερο των 25.000 δολαρίων ανά έτος, είχαν 8 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν τη διαταραχή έναντι εκείνων με εισόδημα μεγαλύτερο των 100.000 δολαρίων ετησίως (49,1% έναντι 6%). Οι εμπειρίες σχετικές με την καταστροφή που αποτελούσαν προγνωστικό παράγοντα για το PTSD ήταν η μαρτυρία κάποιου τρομακτικού γεγονότος, ο τραυματισμός, η έκθεση στο σύννεφο σκόνης, η παρουσία σε σημείο ανώτερου του ορόφου πρόσκρουσης των αεροσκαφών αλλά και η καθυστερημένη εκκένωση του κτιρίου. Τέλος, παρατηρήθηκε πως η συσσώρευση πολλαπλών τραυματικών εμπειριών κατά της διάρκειας της επίθεσης, σχετιζόταν με μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης PTSD παρότι όλα τα άτομα βρίσκονταν στο σημείο της ίδιας καταστροφής.

Την πιθανή εξάρτηση από το τσιγάρο, τους παράγοντες που σχετίζονται με αυτή και τη σχέση που έχει με το PTSD και την κατάθλιψη μελέτησαν, το 2005, οι Nandi και συνεργάτες, σε πληθυσμό της Ν.Υ., 4 μήνες μετά την πτώση των Δίδυμων Πύργων. Τηλεφωνικές συνεντεύξεις των 35 λεπτών πραγματοποιήθηκαν από τον Ιανουάριο ως το Φεβρουάριο του 2002 σε ενήλικες κατοίκους πέντε δήμων της Ν.Υ., ενώ η προσοχή εστιάστηκε σε εκείνους του Μανχάταν που ζούσαν νότια της 110^{ης} Οδού. Πέραν των δημογραφικών τους στοιχείων οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν σχετικά με την βίωση τραυματικών γεγονότων κατά τη διάρκεια της ζωής τους ή/και 12 μήνες πριν την καταστροφή, την κατοικία τους σε σχέση με την 14^η Οδό (βόρεια ή νότια αυτής), την έκθεση τους στα γεγονότα της 11^{ης} Σεπτεμβρίου και την κοινωνική υποστήριξη που έλαβαν μετέπειτα. Η εξάρτηση από το τσιγάρο εκτιμήθηκε με βάση τα κριτήρια που ορίζονται από την Εθνική Έρευνα Χρήσης Ουσιών και Υγείας (αγγλ. NSDUH). Προϋπόθεση για την εξακρίβωση της εξάρτησης ήταν το άτομο να πληροί περισσότερα από 3 κριτήρια. Εξετάστηκε παράλληλα η καπνιστική συνήθεια των ατόμων μετά το συμβάν, θεωρώντας εκείνους που κάπνιζαν κάθε μέρα ή κάποιες μέρες τους προηγούμενους 12 μήνες ως καπνιστές. Τέλος, η συχνότητα καπνίσματος εκτιμήθηκε από το αν τα άτομα κάπνιζαν περισσότερα τσιγάρα μετά το γεγονός. Η κατάθλιψη και το

PTSD μετρήθηκαν με σταθμισμένα εργαλεία. Συνολικά 2.001 άτομα συμμετείχαν στη μελέτη με τα 506 από αυτά να κατοικούν στο Μανχάταν. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν τα 42,6 έτη, το 53,5% ήταν γυναίκες και το 40,5% Λευκοί. Το 24,6% των ατόμων ανέφεραν πως είδαν οι ίδιοι την επίθεση και το 25,4% πως είχαν άμεση επιρροή απ' αυτή. Βρέθηκε πως ο επιπολασμός του καπνίσματος στο συνολικό δείγμα ήταν 24,9%, αύξηση χρήσης τσιγάρου μετά την επίθεση σημειώθηκε από το 9,1% του συνόλου των ερωτηθέντων, και το 10,4% των ατόμων ανέφεραν 3 ή περισσότερα συμπτώματα εξάρτησης από το τσιγάρο και θεωρήθηκαν ως περιπτώσεις πιθανής εξάρτησης. Μεταξύ αυτών, το 69,4% ανέφερε αύξηση χρήσης τσιγάρου μετά την επίθεση, έναντι του 2,2% που βρέθηκε στις μη πιθανές περιπτώσεις εξάρτησης. Επιπρόσθετα, οι πρώτοι είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν PTSD σε σχέση με τους δεύτερους (18,1% έναντι 5,7%), αλλά και κατάθλιψη (23,6% έναντι 6%). Τέλος, η αύξηση των τσιγάρων που κατανάλωνε ένα άτομο μετά την 11^η/9 σχετίστηκε με εμφάνιση πιθανού PTSD και στις περιπτώσεις πιθανής εξάρτησης αλλά και στις μη πιθανές περιπτώσεις, ενώ σχετίστηκε με την κατάθλιψη μόνο στις πιθανές περιπτώσεις εξάρτησης. Οι παράγοντες που φαίνεται να ενισχύουν την πιθανή εξάρτηση από το τσιγάρο ήταν το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, παρουσία στρεσογόνων παραγόντων 12 μήνες πριν την επίθεση, η άμεση έκθεση στα γεγονότα της επίθεσης και η πιθανή κατάθλιψη μετά την 11^η/9.

Το 2006, οι Adams και συνεργάτες θέλησαν να μελετήσουν τη σχέση της χρήσης αλκοόλ με την μετέπειτα ψυχική και φυσική ευεξία σε διάστημα 1 και 2 ετών μετά την επίθεση στο Μανχάταν. Η έρευνά τους διεξήχθη σε δύο στάδια, όπου στο 1ο (ένα χρόνο μετά την επίθεση), πραγματοποιήθηκε τηλεφωνική έρευνα με τυχαιοποιημένο τρόπο σε 2.368 ενήλικες, αγγλόφωνους ή ισπανόφωνους, κατοίκους της Ν.Υ που βρίσκονταν στην πόλη την ημέρα της επίθεσης. Έμφαση δόθηκε στα άτομα που ανέφεραν πως έλαβαν θεραπεία ψυχικής υγείας κατά τον πρώτο χρόνο μετά την επίθεση. Στο 2ο στάδιο (2 χρόνια μετά την επίθεση) 1.681 άτομα του αρχικού δείγματος επανεξετάστηκαν. Τα δύο δείγματα θεωρούνται αντιπροσωπευτικά για τον πληθυσμό της Ν.Υ. Η ύπαρξης υποσυνδρόμων PTSD θεωρήθηκε θετική αν υπήρχαν συμπτώματα κατηγορίας Β και κατηγορίας C ή D, και η παρουσία

μερικού PTSD αξιολογήθηκε από την ύπαρξη τουλάχιστον ενός συμπτώματος από κάθε κατηγορία με διάρκεια τουλάχιστον ενός μήνα. Έτσι, ταυτοποιήθηκαν τα άτομα που υπέφεραν από συμπτώματα PTSD, όμως δεν πληρούσαν κριτήρια για ολικό PTSD. Αξιολογήθηκε ακόμα η παρουσία κατάθλιψης και η γενική ψυχολογική και φυσική ευεξία. Η μέτρηση της χρήσης αλκοόλ έγινε με 4 μέτρα: 1) την υπερκατανάλωση αλκοόλ στο 2ο στάδιο όπου οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν πόσες φορές κατανάλωσαν 6 ή περισσότερα ποτά κατά το έτος μετά την επίθεση, 2) Την κατανάλωση αλκοόλ στο 2ο στάδιο με βάση τα κριτήρια CAGE¹ όπου περισσότερες από 2 θετικές απαντήσεις σήμαιναν εξάρτηση, 3) τον υπολογισμό της αύξησης των ημερών κατανάλωσης αλκοόλ/μήνα μετά την επίθεση σε σχέση με πριν απ' αυτή και 4) τη μέτρηση της αύξησης του αριθμού ποτών/ημέρα πριν και μετά την επίθεση. Αξιολογήθηκαν ακόμη δημογραφικά στοιχεία, η έκθεση σε γεγονότα της επίθεσης, αρνητικές καταστάσεις που τυχόν βίωσαν οι ερωτώμενοι 12 μήνες πριν την καταστροφή και τραυματικά γεγονότα κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Επίσης εκτιμήθηκε η κοινωνική υποστήριξη και η αυτοεκτίμηση ως παράγοντες που θα μπορούσαν να μειώσουν τον κίνδυνο πτωχής ευεξία. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως το 40% των συμμετεχόντων είχε πτυχίο κολλεγίου, το 40% είχε ανήλικα παιδιά και το 50% ήταν παντρεμένοι. Το 75% του δείγματος είχε εκτεθεί σε 2 ή περισσότερα γεγονότα της επίθεσης, το 44% ανέφερε την εμπειρία τουλάχιστον μίας αρνητικής κατάστασης κατά τον προηγούμενο χρόνο και το 16% τουλάχιστον 4 τραυματικά γεγονότα κατά τη διάρκεια της ζωής του. Σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ, 15% πληρούσαν κριτήρια για το μέτρο (1), την υπερκατανάλωση αλκοόλ, 5% πληρούσε κριτήρια εξάρτησης από το αλκοόλ μετά την 11η/9, 10% ανέφερε αύξηση τεσσάρων ή και περισσότερων ημερών κατανάλωσης αλκοόλ ανά μήνα μετά την επίθεση και το 9% ανέφερε αύξηση κατά 2 ή περισσότερα ποτά ανά ημέρα. Επιπλέον, Το 20% κατατάχθηκε στην κατηγορία των υποσυνδρόμων του PTSD, το 8% κατηγοριοποιήθηκε ως μερικό PTSD και το 10% ανέφερε ισχυρή σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Όσον αφορά την

¹Κριτήρια Cut Annoyed Guilty Eye – «CAGE»: ευρέως διαδεδομένη κλίμακα εκτίμησης της εξάρτησης από ουσίες. Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνει το ακρωνύμιο CAGE είναι: 1) Έχετε νιώσει ποτέ ότι πρέπει να «περιορίσετε» τη χρήση ουσιών; 2) Σας έχουν «ενοχλήσει» οι άνθρωποι επικρίνοντας τη χρήση ουσιών σας; 3) Νιώσατε άσχημα ή «ένοχοι» για τη χρήση ουσιών; 4) Έχετε χρησιμοποιήσει ποτέ μια ουσία για να «ανοίξει το μάτι σας» και να ελέγξετε τα νεύρα σας;

κατάθλιψη το 12% είχαν συμπτώματα το χρόνο πριν το 2ο στάδιο της έρευνας. Τέλος, το 7% του δείγματος θεωρήθηκε ψυχικά μη υγιές. Η υπερκατανάλωση ή η εξάρτηση από το αλκοόλ αποδείχθηκε πως είναι επιβαρυντικός παράγοντας για το PTSD, την κατάθλιψη και την ψυχική ευεξία. Συγκεκριμένα, όλα τα μέτρα χρήσης αλκοόλ σχετίζονταν με την εμφάνιση υποσυνδρόμων PTSD και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, συμμετέχοντες που πληρούσαν τα κριτήρια εξάρτησης από το αλκοόλ παρουσίασαν σχεδόν 3πλάσια πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης το χρόνο μετά την επίθεση, και 4πλάσια πιθανότητα πτωχής ψυχικής υγείας. Παρ' όλα αυτά, η κατανάλωση αλκοόλ κατηγορίας (3) και (4) φαίνεται να σχετίζεται με βελτιωμένη φυσική υγεία. Εν κατακλείδι, από την έρευνα διαπιστώθηκε πως η εξάρτηση από το αλκοόλ ήταν ο πιο προγνωστικός παράγοντας για την επικείμενη πτωχή ευεξία, ενώ η υπερκατανάλωση ήταν ο λιγότερο προδιαθεσικός παράγοντας, όμως μία αύξηση στις μέρες κατανάλωσης ποτών ή στον αριθμό τους μπορεί να οδηγήσει σε σωματική ανάταση.

Το 2001 ο North δημοσίευσε τη μελέτη του σχετικά με τις ψυχιατρικές διαγνώσεις που αφορούν τα θύματα της βομβιστικής επίθεσης του 1995 στο κτηρίο Alfred P. Murrah στην Οκλαχόμα. Η έρευνά του αφορούσε δύο χρονικές περιόδους: α) 6 μήνες μετά το γεγονός και β) 1 χρόνο μετά από αυτό. Από τα 1.092 θύματα της επίθεσης επιλέχθηκαν τυχαία 182 για να συμμετάσχουν στην πρώτη συνέντευξη και από αυτά 141 συμμετείχαν και στην δεύτερη. Με τη χρήση του εργαλείου DIS διερευνήθηκε η ύπαρξη πρόσφατων, προγενέστερων και μετά-καταστροφικών ψυχιατρικών διαγνώσεων. Έτσι, για τους πρώτους 6 μήνες, φάνηκε πως το 34% του δείγματος πληρούσε τα κριτήρια για PTSD σχετικό με την επίθεση, 23% έπασχε από κατάθλιψη και το 45% είχε κάποια μετατραυματική ψυχιατρική διαταραχή. Η εγκατάσταση του PTSD φαίνεται να ήταν άμεση, με τα συμπτώματα να εμφανίζονται από την πρώτη κιόλας μέρα στο 76% του πληθυσμού. Από ποσοστό 80% του δείγματος αναφέρθηκαν συμπτώματα της κατηγορίας B του PTSD κατά DSM-IV (δηλαδή αναβίωση του τραυματικού γεγονότος) και κατηγορίας D (δηλαδή υπερδιέγερσης). Παρότι μόνο το 36% των ερωτηθέντων ανέφερε συμπτώματα αποφυγής και μουδιάσματος (κατηγορία C) αυτά φαίνεται να αποτελούν διαγνωστικά κριτήρια για το PTSD,

καθώς και δείκτες ασθένειας και λειτουργικής αναπηρίας. Σε αυτό το πρώτο μέρος της μελέτης το PTSD συνδέθηκε με το γυναικείο φύλο, την ύπαρξη ψυχιατρικών διαγνώσεων πριν το συμβάν, τον αριθμό άλλων αρνητικών γεγονότων στη ζωή των ατόμων, τον αριθμό των τραυματισμών που υπέστησαν, καθώς επίσης και με το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και τα προβλήματα γάμου. Στη μέτρηση της περιόδου (β) οι περιπτώσεις κατάθλιψης φάνηκε να έχουν ανακάμψει σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50%, όμως το αντίστοιχο ποσοστό για το PTSD ήταν μικρότερο. Ωστόσο, δεν παρατηρήθηκαν περιπτώσεις καθυστερημένου PTSD (δηλαδή με εμφάνιση της νόσου 6 μήνες μετά από το τραυματικό γεγονός), ενώ όλες οι περιπτώσεις που καταγράφηκαν με αυτή τη διαταραχή ήταν χρόνιες, δηλαδή με διάρκεια άνω των 3 μηνών.

Οι Tucker και συνεργάτες, το 2007, μελέτησαν, την πορεία του PTSD και της κατάθλιψης σε συνδυασμό με αποκρίσεις του αυτόνομου νευρικού συστήματος (αρτηριακή πίεση: ΑΠ και σφίξεις: ΣΦ) σε 60 επιζώντες του περιστατικού βομβαρδισμού στην πόλη της Οκλαχόμα, σε σύγκριση με 60 άτομα (σε ίδια αναλογία ηλικίας και φύλου με το μελετώμενο πληθυσμό) που κατοικούσαν στην Οκλαχόμα, όμως δεν είχαν καμία εμπλοκή στο συμβάν. Προϋπόθεση συμμετοχής ήταν η μη χρήση ψυχοτρόπων ή καρδιολογικών φαρμάκων και η απουσία αρρυθμιστων παθήσεων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τα αποτελέσματα της μέτρησης. Οι μετρήσεις των φυσιολογικών αποκρίσεων πραγματοποιήθηκαν σε τρεις φάσεις, σε κατάσταση ηρεμίας πριν τη συνέντευξη, κατά τη διάρκεια της συνέντευξης σχετικά με τα γεγονότα της βομβιστικής επίθεσης και πάλι μετά τη συνέντευξη σε κατάσταση ηρεμίας. Κατόπιν οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια για τον προσδιορισμό παρουσίας ψυχικής διαταραχής. Τα αποτελέσματα έδειξαν πώς η πλειοψηφία των επιζώντων (83%) είχε βιώσει έντονη έκθεση στο περιστατικό του βομβαρδισμού με σοβαρούς τραυματισμούς και νοσηρότητες καθώς και, νοσηλεία σε νοσοκομείο και ανάγκη περίθαλψης. Τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες ήταν σε πολύ υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με την ομάδα σύγκρισης (15% έναντι 1.7%), χωρίς όμως να διαφαίνεται κλινική εκδήλωση πάθησης. Αντίθετα, τα επίπεδα κατάθλιψης ήταν παρόμοια στους δύο πληθυσμούς. Αναφορικά με τις μετρήσεις του αυτόνομου νευρικού

συστήματος, παρατηρήθηκε πως κατά την πρώτη φάση ηρεμίας τα δύο γκρουπ δεν διέφεραν ως προς τη μέση τιμή ΑΠ, όμως οι επιζώντες είχαν υψηλότερη μέση τιμή ΣΦ. Κατά τη συνέντευξη και οι δυο πληθυσμοί εμφάνισαν αύξηση στις μετρήσεις των δύο μεταβλητών, με εκείνη των επιζώντων να είναι σαφώς μεγαλύτερη. Αυτό που παρατηρήθηκε, επίσης, ήταν πως στην ομάδα των τελευταίων η αύξηση αυτή διατηρήθηκε στην ΑΠ και στη φάση μετά τη συνέντευξη, όχι όμως στις ΣΦ. Βάσει αυτών των παρατηρήσεων διαπιστώθηκε πως οι επιζώντες της επίθεσης, παρά την σοβαρή τραυματική τους εμπειρία και την παρουσία πολλών μετατραυματικών συμπτωμάτων δεν παρουσίαζαν αξιοσημείωτα ποσοστά PTSD διάγνωσης, είχαν όμως εντονότερη φυσιολογική αντίδραση στην υπενθύμιση των γεγονότων σε σχέση με την ομάδα σύγκρισης. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα πως η μη σύνδεση των συναισθηματικών και των φυσιολογικών αντιδράσεων είναι αποτέλεσμα ανθεκτικότητας των ατόμων ή πιθανής επούλωσης των ψυχικών τραυμάτων τους, πολλά χρόνια μετά το γεγονός μιας επίθεσης.

Το 2005 οι North και συνεργάτες δημοσίευσαν την έρευνας τους η οποία στόχευε στη σύγκριση των μετατραυματικών διαταραχών στα θύματα της επίθεσης στην Οκλαχόμα το 1995 και της επίθεσης στην Αμερικανική Πρεσβεία στο Ναϊρόμπι της Κένυας το 1998 με απώτερο σκοπό να διερευνήσουν τα αποτελέσματα τρομοκρατικών επιθέσεων στην ψυχική υγεία και έξω από την Αμερική. Το δείγμα αποτέλεσαν 182 επιζώντες από την πρώτη επίθεση, 4-8 μήνες μετά από αυτή, καθώς και 227 επιζώντες από τη δεύτερη επίθεση, 8-10 μήνες μετά. Οι διαταραχές που μελετήθηκαν ήταν το PTSD, η μείζονα κατάθλιψη, η διαταραχή πανικού, η αγχώδης διαταραχή και η παθολογική χρήση αλκοόλ. Η χρήση του εργαλείου *DIS* επέτρεψε το διαχωρισμό των διαγνώσεων που υπήρχαν κατά τη διάρκεια της ζωής των ατόμων και των πρόσφατων, των προγενέστερων ή μεταγενέστερων των επιθέσεων, διαγνώσεων. Όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και για τους δυο πληθυσμούς ίσχυε πως περισσότερο από το μισό του δείγματος αποτελούνταν από γυναίκες, οι συμμετέχοντες από το Ναϊρόμπι ήταν όλοι μαύροι, ενώ από την Οκλαχόμα το 89% λευκοί. Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στο μορφωτικό επίπεδο και την απασχόληση των δυο δειγμάτων, ενώ περισσότεροι ερωτηθέντες στο Ναϊρόμπι είχαν βιώσει κάποιο άλλο τραυματικό

γεγονός. Αναφορικά με την έκθεση στις επιθέσεις, περισσότεροι κάτοικοι της αφρικανικής χώρας δήλωσαν ότι τραυματίστηκαν, πως είχαν αναμνήσεις αίσθησης θανάτου λόγω της επίθεσης, πως είχαν γίνει μάρτυρες θανάτου ή τραυματισμών, πως μέλος της οικογένειάς τους ή φίλος τους πέθανε και περιέγραψαν την επίθεση ως το χειρότερο γεγονός που βίωσαν στη ζωή τους. Σχετικά με τις ψυχιατρικές διαταραχές, μετά την επίθεση το 1/3 των ανδρών και το 1/2 των γυναικών του Ναϊρόμπι εμφάνισαν σχετικό με το συμβάν PTSD, ποσοστά που ήταν παρόμοια και για τον πληθυσμό της Οκλαχόμα. Και στους δυο πληθυσμούς οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά PTSD από τους άνδρες. Ωστόσο, η κατάθλιψη στο Ναϊρόμπι δεν εμφάνισε διαφορές ανάμεσα στα φύλα, εν αντιθέσει με τα άτομα της Οκλαχόμα όπου οι άνδρες εμφάνισαν διπλάσιο ποσοστό από τις γυναίκες. Συνοσηρότητα εμφανίστηκε στο 44% των περιπτώσεων PTSD στο Ναϊρόμπι και στο 67% στην Οκλαχόμα. Επίσης, το 13% των δειγμάτων και στους δυο πληθυσμούς έπασχε από κάποια άλλη διαταραχή μετά την επίθεση εκτός από PTSD. Πέρα από το γυναικείο φύλο, όπως φάνηκε παραπάνω, προδιαθεσικό παράγοντα για το PTSD αποτελεί η παρουσία προϋπάρχουσας ψυχικής διαταραχής (στην Οκλαχόμα το 41% των περιπτώσεων PTSD αφορούσαν περιπτώσεις με προηγούμενα προβλήματα και το αντίστοιχο ποσοστό στο Ναϊρόμπι ήταν 60%). Ο αριθμός των τραυματισμών ήταν προγνωστικός παράγοντας για τους κατοίκους της Οκλαχόμα, όχι όμως για το Ναϊρόμπι. Το ίδιο ίσχυε και για το θάνατο ή τραυματισμό οικείου προσώπου. Αυτό που παρατηρήθηκε ήταν πως οι κάτοικοι της Αφρικής κατέφυγαν στη θρησκεία και στην οικογένεια για να καταπολεμήσουν τη δυσφορία που τους προκαλούσε το τραυματικό γεγονός, παράγοντας που λειτούργησε προστατευτικά έναντι του PTSD και της κατάθλιψης, σε σχέση με τους Αμερικανούς που κατέφυγαν στο αλκοόλ και τις φαρμακευτικές ουσίες. Όσον αφορά τα παρατηρούμενα συμπτώματα PTSD σχετικά με τους βομβαρδισμούς, περισσότερα εμφανίστηκαν στους επιζώντες του Ναϊρόμπι, παρά της Οκλαχόμα. Η πλειοψηφία και των δύο δειγμάτων ανέφερε συμπτώματα κατηγορίας B και D, και πολλοί λιγότεροι κατηγορίας C. Από τους τελευταίους, με τρία ή περισσότερα συμπτώματα κριτηρίου C το 84% στο Ναϊρόμπι και το 86% στην Οκλαχόμα πληρούσε τα κριτήρια για PTSD. Συμπέρασμα της έρευνας αποτέλεσε το γεγονός πως το είδος και τα επίπεδα των ψυχικών αποκρίσεων στους δύο πληθυσμούς δεν εμφάνισε αξιοσημείωτες

διαφορές, σε αντίθεση με την επιλογή όσον αφορά στους τρόπους αντιμετώπισης του ψυχικού τραύματος από τον εκάστοτε πληθυσμό.

Με την επίθεση στην Κένυα το 1998 ασχολήθηκαν και οι Raitt και συνεργάτες, σε συνεργασία με τον North, με μελέτη που δημοσίευσαν το 2021. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εξετάσει την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών σε κυβερνητικό προσωπικό, (στην προκειμένη της Αμερικανικής Πρεσβείας στο Ναϊρόμπι της Κένυας), το οποίο εκτίθεται σε τρομοκρατική επίθεση κατά την υπηρεσία του στο εξωτερικό, ώστε να προσφέρει σημαντικές πληροφορίες στους ιθύνοντες προκειμένου να εξασφαλιστεί η προστασία των διπλωματών έναντι πιθανών μελλοντικών επιθέσεων. Συνολικά, 179 εργαζόμενοι της Αμερικανικής κυβέρνησης στην πρεσβεία στην Κένυα προθυμοποιήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη εκ των οποίων οι 53 ήταν Αμερικανικής καταγωγής και οι 126 Κενυάτες. Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε 8-10 μήνες μετά το βομβαρδισμό. Τα ερωτήματα που τέθηκαν στους συμμετέχοντες σχετίζονταν τμηματικά με το PTSD, την κατάθλιψη, τη διαταραχή πανικού, την αγχώδη διαταραχή, και τη διαταραχή χρήσης αλκοόλ βάσει του συστήματος ταξινόμησης DSM-IV. Σχετικά με το δείγμα, το μισό αποτελούνταν από άνδρες με μέση ηλικία τα 40 έτη. Οι Κενυάτες ήταν νεότεροι από τους Αμερικανούς και οι περισσότεροι δεν είχαν πανεπιστημιακή εκπαίδευση σε αντίθεση με τα 2/3 των Αμερικανών. Τα 3/4 του δείγματος είχε εκτεθεί άμεσα στην έκρηξη, με τους Κενυάτες να υπερτερούν σε αριθμό (84% έναντι 68%). Και οι δύο εθνικότητες είχαν τραυματισμούς(1/4 του δείγματος), όμως οι Κενυάτες είχαν περισσότερες έμμεσες επιπτώσεις από το συμβάν με τον τραυματισμό ή το θάνατο συγγενή ή φίλου. Οι ίδιοι επίσης, σε μεγαλύτερο ποσοστό, χαρακτήρισαν την επίθεση ως το πιο τραυματικό γεγονός στη ζωή τους και διπλάσιοι από τους Αμερικανούς σκέφτηκαν πως θα μπορούσαν να έχουν σκοτωθεί. Το 1/3 του δείγματος (32%) πληρούσε κριτήρια για μετατραυματική ψυχική διαταραχή, με τους Αμερικανούς και Κενυάτες να μη διαφέρουν σε αναλογία, ενώ το 1/5 (20%) ανέπτυξε PTSD σχετιζόμενο με την επίθεση. Σημαντική παρατήρηση αποτέλεσε το γεγονός πως το σχετιζόμενο με την επίθεση PTSD εμφανίστηκε τρεις φορές περισσότερο σε όσους τραυματίστηκαν κατά το συμβάν σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν κάποιον τραυματισμό. Επιπλέον, το αίσθημα

ασφάλειας που ένιωθαν τα άτομα του δείγματος μετά την επίθεση δεν σχετίστηκε με την εμφάνιση PTSD και για τις δυο εθνικότητες. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί πως το 80% του δείγματος περίμενε μια εκ νέου τρομοκρατική επίθεση. Κύρια μέσα αντιμετώπισης που χρησιμοποίησαν οι συμμετέχοντες ήταν η προσφυγή στην οικογένεια, τους φίλους και την εργασία, ενώ τελευταίο μέτρο αποτέλεσε η καταφυγή στο αλκοόλ και το τσιγάρο για τους Αμερικανούς και τους Κενυάτες. Όσον αφορά στα συμπτώματα του PTSD το κυρίαρχο, που επικρατούσε σε περισσότερο από το μισό του δείγματος, ήταν οι παρειαφρητικές αναμνήσεις ενώ το λιγότερο συχνό ήταν η ψυχογενής αμνησία. Τα συμπτώματα που εμφανίστηκαν κυρίως ήταν εκείνα της κατηγορίας B και D, ενώ σε μικρότερο ποσοστό (στο 1/4 του δείγματος) εμφανίστηκαν τα συμπτώματα κατηγορίας C, τα οποία αποτελούν και το διαγνωστικό κριτήριο για το PTSD, όπως αναφέρθηκε και στην προηγούμενη μελέτη του North (North C. και συν. 2005). Συγκριτικά με τους Αμερικανούς, οι Κενυάτες σημείωσαν υψηλότερα ποσοστά μετατραυματικών συμπτωμάτων. Συμπερασματικά, παρά το γεγονός των υψηλών ποσοστών τραυματισμών, το ποσοστό του δείγματος που εμφάνισε ψυχοπαθολογία ήταν πολύ μικρότερο. Ακόμη το γεγονός ότι οι Αμερικανοί ζούσαν και εργάζονταν σε ξένο περιβάλλον δεν συνέβαλε στο να αναπτύξουν υψηλότερα ποσοστά μετατραυματικών διαταραχών.

Οι Verger και συνεργάτες (2004) πραγματοποίησαν μια αναδρομική επιδημιολογική μελέτη το 1998 στα θύματα των έξι τρομοκρατικών επιθέσεων της Γαλλίας κατά τα έτη 1995-1996, με σκοπό τη διερεύνηση του επιπολασμού και των παραγόντων που σχετίζονται με το PTSD. Δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν άτομα που ήταν ενήλικα τη στιγμή των επιθέσεων και μπορούσαν να προσεγγιστούν μέσω τηλεφώνου. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από 196 θύματα μεταξύ Σεπτεμβρίου και Οκτωβρίου του 1998, δύομισι περίπου χρόνια μετά τα συμβάντα. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 74% του δείγματος ήταν ηλικίας μικρότερης των 50 ετών, πάνω από το μισό ήταν γυναίκες και η πλειοψηφία (83,7%) είχε τραυματιστεί σε μία από τις έξι βομβιστικές επιθέσεις των σιδηροδρόμων. Το PTSD εμφανίστηκε στο 31,1% του συνολικού δείγματος (61 συμμετέχοντες). Πιο συγκεκριμένα, σε άτομα με σοβαρούς τραυματισμούς ανερχόταν στο 50%, σε εκείνα με μέτριο τραυματισμό στο 27%

και σε εκείνα με ήπιο τραυματισμό στο 26%. Το συχνότερο σύμπτωμα ήταν η αναβίωση του γεγονότος (76%), ενώ το σπανιότερο ήταν η αποφυγή υπενθύμισής του και αίσθηση μουδιάσματος (33%). Προγνωστικοί παράγοντες για την εμφάνιση PTSD αποτέλεσαν το γυναικείο φύλο, η ηλικία 35-54 ετών, η ανεργία, η μοναχικότητα, το διαζύγιο μετά τις επιθέσεις, οι σοβαροί τραυματισμοί, το αίσθημα της απειλής κατά τη διάρκεια της επίθεσης, καθώς και η ανάγκη θεραπείας από ψυχολόγο μετά απ' αυτή. Δεν βρέθηκε, ωστόσο, συσχέτιση με την τοποθεσία του θύματος την ώρα της επίθεσης, το διάστημα που έχει περάσει από το συμβάν, αλλά ούτε και με προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό. Παρατηρείται, εν τέλει, πως ακόμη και τα άτομα με μέτριο ή ήπιο τραυματισμό εμφάνισαν υψηλά ποσοστά PTSD, πράγμα που σημαίνει πως η διαταραχή σχετιζόταν και με άλλους παράγοντες πέραν του τραύματος, όπως η αίσθηση της απειλής, ο φόβος του θανάτου και η θέαση ακρωτηριασμένων σωμάτων.

Οι Fekih-Romdhane και συνεργάτες (2017) μελέτησαν την ύπαρξη PTSD και κατάθλιψης σε δείγμα εργαζομένων του μουσείου Μπαρντό, στην Τύνιδα, οι οποίοι έγιναν μάρτυρες της ένοπλης τρομοκρατικής επίθεσης που συνέβη το Μάρτιο του 2015, με θύματα 23 τουρίστες. Η συλλογή δεδομένων έγινε 4-6 εβδομάδες μετά την επίθεση. Η συμμετοχή των εργαζομένων στην έρευνα ήταν εθελοντική και κριτήριο αποκλεισμού αποτελούσε η ύπαρξη προηγούμενου ιστορικού ψυχιατρικής διαταραχής ή ψυχολογικής θεραπείας. Κάποιοι από τους εργαζομένους που ήταν παρόντες την επίθεση απέφυγαν να μιλήσουν για το γεγονός και έτσι το τελικό δείγμα αποτελούνταν από 51 άτομα εκ των οποίων οι 27 ήταν άνδρες και οι 24 γυναίκες. Τα συμπτώματα του PTSD και της κατάθλιψης μετρήθηκαν για την τελευταία εβδομάδα με ειδικά εργαλεία μέτρησης. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως το 68,9% των εργαζομένων είχε πιθανό PTSD, με συχνότερα τα συμπτώματα παρείσφρησης (κατηγορία Β) και λιγότερο συχνά αυτά της κατηγορίας D (υπερδιέγερση), ενώ το 40,6% ανέφερε σοβαρά ή πολύ σοβαρά επίπεδα κατάθλιψης. Το 35,3% του δείγματος ανέφερε συμπτώματα και για τις δυο διαταραχές. Όσον αφορά στους προγνωστικούς παράγοντες, για το PTSD φάνηκε να είναι το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, η μεγαλύτερη ηλικία, και η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη, με τους δύο τελευταίους να είναι κοινοί και για την κατάθλιψη.

Με τις μακροχρόνιες ψυχικές επιπτώσεις που προκάλεσε στα θύματα της επίθεσης η διασπορά αερίου σαρίν στο σιδηροδρομικό σταθμό του Τόκιο το 1995 ασχολήθηκαν οι Ohtani και συνεργάτες (2004), 5 χρόνια μετά το περιστατικό. Επίσης, θέλησαν να συγκρίνουν τα αποτελέσματα μιας λίστα αυτοαναφοράς συμπτωμάτων PTSD (*IES-R*) με εκείνα από μια κλινικά ελεγμένη λίστα (*CAPS*). Πρόσκληση συμμετοχής στην έρευνα εστάλη στα 565 θύματα που αντιμετωπίστηκαν για οξεία δηλητηρίαση στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου St.Luke's. Το τελικό δείγμα αποτελούνταν από 34 άτομα, 20 άνδρες και 14 γυναίκες, μέσης ηλικίας 44 ετών. Από το νοσοκομείο δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση σωματικών και ψυχικών συμπτωμάτων. Τα δεύτερα διαιρέθηκαν σε δύο κατηγορίες, τα PTSD συμπτώματα και τα ψυχικά συμπτώματα μετά τη δηλητηρίαση με σαρίν (*PSPM*), που θεωρήθηκαν μη ειδικά ψυχικά συμπτώματα. Εκτός από τη μέτρηση PTSD με τις δύο κλίμακες (*IES-R* και *CAPS*) εκτιμήθηκε και η παρουσία πρόσφατου και γενικευμένου άγχους. Το εργαλείο *MINI* χρησιμοποιήθηκε για τη διάγνωση ψυχικών διαταραχών κατά DSM-IV. Κατόπιν των συνεντεύξεων αποδείχθηκε πως το 65,5% του δείγματος είχε ακόμη αναμνήσεις του γεγονότος, το 48,3% απέφευγε μέρη που πυροδοτούσαν τις αναμνήσεις, το 43,3% είχε αίσθημα έντασης και το 42,9% είχε ξεχάσει ό,τι είχε συμβεί, ενώ παρόντα ήταν και τα ειδικά, PTSD, συμπτώματα και τα μη ειδικά. Η κλίμακα *IES-R* (μέσο σκορ 16.4) αποκάλυψε πως το PTSD των θυμάτων ήταν παρόν ακόμη και 5 χρόνια μετά την επίθεση, με συχνότερο σύμπτωμα το αίσθημα του ότι πρέπει να βρίσκονται συνεχώς σε επιφυλακή. Η κλίμακα *CAPS* έδειξε πως 11 από τα θύματα (32,4%) είχαν χρόνια PTSD, από τη μέρα της επίθεσης, και το 14,7% είχε πρόσφατο PTSD, δηλαδή συμπτώματα 1 μήνα πριν τη συνέντευξη. Συχνότερο σύμπτωμα για τους πρώτους φάνηκε να είναι η ψυχολογική δυσφορία στην έκθεση σε σήματα προειδοποίησης και για τους δεύτερους η δυσκολία στον ύπνο. Από τα 11 άτομα που εμφάνιζαν PTSD αποδείχθηκε πως τα 6 (17% του συνολικού δείγματος) είχαν και κάποια άλλη ψυχική διαταραχή όπως αγοραφοβία, διαταραχή πανικού, κατάθλιψη και συννοσορρότητες αυτών. Αντιθέτως, τέτοιες διαταραχές δεν παρατηρήθηκαν στα άτομα που δεν έπασχαν από PTSD. Τέλος, τα ποσοστά του άγχους ήταν πολύ υψηλότερα στην ομάδα με το PTSD σε σχέση με την υγιή ομάδα.

Το 2013 οι Duffy και συνεργάτες δημοσίευσαν έρευνα σχετικά με το κατά πόσο η έκθεση σε ένα τραυματικό γεγονός μπορεί να ενισχύσει την παρουσία PTSD έναντι άλλων διαταραχών. Πλαίσιο της έρευνας αποτέλεσε η έκρηξη αυτοκινήτου στο κέντρο της πόλης Ομάγκ στη Βόρειο Ιρλανδία, ύστερα από ενέργεια ένοπλης οργάνωσης, τον Αύγουστο του 1998. Οι ερευνητές δημιούργησαν ένα ερωτηματολόγιο επικεντρωμένο στο συγκεκριμένο συμβάν το οποίο εστάλη σε όλους τους ενήλικες κατοίκους της πόλης του Ομάγκ το Μάιο του 1999, περίπου 9 μήνες μετά την επίθεση. Ήταν ένα επτασέλιδο ερωτηματολόγιο το οποίο αφορούσε στα προγενέστερα της επίθεσης ψυχικά χαρακτηριστικά και εμπειρίες των ατόμων, το βαθμό στον οποίο εκτέθηκαν στο γεγονός, τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις, τις μνήμες τους, τις ψυχικές και κοινωνικές επιπτώσεις που είχε σε αυτά η καταστροφή καθώς και τα συμπτώματα PTSD που παρουσίαζαν. Όσον αφορά την έκθεση στο γεγονός, οι συμμετέχοντες διαιρέθηκαν σε 4 κατηγορίες: 1) Εκείνους που βρίσκονταν στο κέντρο την ώρα της επίθεσης, 2) εκείνους που ήταν μάρτυρες της επίθεσης (δεν ήταν στο κέντρο τη στιγμή της επίθεσης όμως αντίκρισαν τρομακτικές σκηνές ή παρείχαν βοήθεια αργότερα), 3) εκείνους που βίωσαν απώλεια (δεν ήταν παρόντες στην επίθεση όμως έχασαν κάποιον οικείο ή περιουσία) και 4) εκείνους που παραλίγο να βιώσουν την επίθεση (όσοι έφυγαν από το σημείο ελάχιστα λεπτά πριν εκραγεί το αυτοκίνητο). Η εκτίμηση του PTSD έγινε με την κλίμακα *PDS* και παράλληλα εκτιμήθηκαν και άλλα ψυχικά συμπτώματα με το ερωτηματολόγιο *GHQ*. Συνολικά συλλέχθηκαν 3.131 ερωτηματολόγια, που αντιστοιχούσαν στο 10% των κατοίκων της πόλης. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 41,9 έτη, το 62,8% ήταν γυναίκες και το 64% είχε παιδιά. Το 15,5% ανήκε στην κατηγορία (1) και (2) της έκθεσης και το 20,4% στην κατηγορία (3). Το 75% των συμμετεχόντων ανέφερε πως δεν είχε ξαναζήσει τραυματικό συμβάν και το 83% πως δεν παρουσίαζε καθόλου ή παρουσίαζε ελάχιστα ψυχικά προβλήματα το μήνα πριν την έκρηξη. Αναλύοντας τις απαντήσεις διαπιστώθηκε πως όσοι είχαν άμεση έκθεση στην επίθεση (δηλαδή οι κατηγορίες (1) και (2)) σημείωσαν σημαντική αύξηση και στα ποσοστά PTSD (58,5% και 21,8%), αλλά και στα γενικά ψυχικά συμπτώματα (61,7% και 38%) με υψηλότερη αύξηση στα πρώτα. Αντίθετα, στις κατηγορίες (3) και (4), όπου η έκθεση δε θεωρήθηκε άμεση, η αύξηση που υπήρχε δεν είχε σημαντική διαφορά στις δύο κατηγορίες συμπτωμάτων, όμως

στην κατηγορία (3) οι αύξηση ήταν εξίσου σημαντική με τις κατηγορίες (1) και (2). Υψηλότερα ποσοστά PTSD συμπτωμάτων σημείωσε η κατηγορία εκείνων που ήταν στο κέντρο την ώρα της επίθεσης, ακολουθούμενη από τους μάρτυρες τρομακτικών σκηνών, ενώ τρίτοι έρχονται εκείνοι που βίωσαν απώλεια (11,9%). Κατόπιν μετά-ανάλυσης βρέθηκε πως προδιαθεσικούς παράγοντες για το PTSD συνιστούν τα προσωπικά χαρακτηριστικά και οι εμπειρίες του ατόμου πριν το τραύμα, ο τύπος της έκθεσης σε αυτό, η συναισθηματική αντίδραση τη στιγμή του γεγονότος, η κοινωνική στήριξη και τα επακόλουθα προβλήματα υγείας ή τα οικονομικά προβλήματα, μεταβλητές που επιδέχονται τροποποίηση και θεραπεία προκειμένου να αποφευχθούν δυσμενείς ψυχικές επιπτώσεις.

Πρόσφατη μελέτη του 2021 ασχολήθηκε με τις μακροχρόνιες επιπτώσεις στην υγεία των επιζώντων της τρομοκρατικής επίθεσης που έλαβε χώρα σε πάρτι στη νήσο Ουτόγια της Νορβηγίας, το 2011, με σκοπό την άντληση γνώσης σχετικά με την αντίδραση των θυμάτων αμέσως μετά από ένα τραυματικό γεγονός και των προγνωστικών παραγόντων που καθορίζουν τις μακροπρόθεσμες συνέπειες του. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με προσωπικές συνεντεύξεις σε τέσσερις χρόνους: (T1) 4-5 μήνες μετά το συμβάν, (T2) 14-15 μήνες μετά το συμβάν, (T3) 30-32 μήνες μετά το συμβάν και (T4) 8.5 χρόνια μετά την επίθεση της 22^{ας} Ιουλίου του 2011. Από τους 495, νεαρής ηλικίας, επιζώντες της σφαγής, οι 398 (79%) συμμετείχαν σε μία ή περισσότερες από τις περιόδους συλλογής δεδομένων, ενώ τα ανήλικα άτομα την ημέρα της επίθεσης περιλαμβάνονταν στην έρευνα μετά την ενηλικίωσή τους. Η μέση ηλικία ήταν τα 19,2 έτη, το 49% ήταν θηλυκού γένους και το 22,2 % ανέφερε πως η οικονομική του κατάσταση ήταν κάτω του εθνικού μέσου όρου. Η αξιολόγηση του PTSD έγινε με τη χρήση του εργαλείου *PTSD-RI*. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 47% των επιζώντων ανέφερε κλινικά συμπτώματα PTSD κατά το πρώτο κύμα της έρευνας, το 11% διαγνώστηκε με πλήρες PTSD και το 36% με μερικό PTSD, πληρώντας 2 από τις τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων. Τα επίπεδα αυτά ήταν έξι φορές υψηλότερα από αυτά των νέων ενηλίκων του γενικού πληθυσμού. Επιπλέον, αποδείχθηκε πως στην πρώτη περίοδο το 45% των ατόμων σημείωνε κλινικά επίπεδα κατάθλιψης και άγχους με το αντίστοιχο ποσοστό να διαμορφώνεται σε 30%

και 25% στις T2 και T3 χρονικές περιόδους αντίστοιχα. Στην T4 περίοδο μικρός αριθμός των συμμετεχόντων ανέφερε ακόμη μείζονα συμπτώματα ψυχικής υγείας και έχρηζε φροντίδας. Στη δεύτερη και τρίτη περίοδο, οι νέοι ερωτήθηκαν πόσο συχνά είχαν αναμνήσεις από το τραυματικό γεγονός κατά τον προηγούμενο μήνα και ποια από αυτές θεωρούσαν πως ήταν η χειρότερη. Και στις δύο περιπτώσεις αναφέρθηκε πως οι ακουστικές αναμνήσεις, κυρίως οι δυνατοί και ξαφνικοί θόρυβοι, ήταν οι συχνότερες και οι πιο στρεσογόνες. Το 90% των ατόμων είχε βιώσει μία ή περισσότερες αναμνήσεις του γεγονότος τον προηγούμενο μήνα κατά το T3 χρονικό διάστημα, δηλαδή περίπου 2.5 χρόνια μετά το περιστατικό και το 20% αυτών είχε έντονη συναισθηματική αντίδραση. Φάνηκε επίσης πως τα άτομα που πληρούσαν τα κριτήρια για PTSD είχαν συχνότερες αναμνήσεις από το τραυματικό γεγονός σε σύγκριση με όσους δεν διαγνώστηκαν με τη διαταραχή. Τέλος, προδιαθεσικοί παράγοντες για τα επίπεδα PTSD ήταν το θηλυκό γένος, η υψηλή έκθεση στο τραυματικό γεγονός, η παρουσία τραυματισμών και σωματικού πόνου, η απώλεια κάποιου οικείου και η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη. Ακόμα και τα άτομα με αμελητέους τραυματισμούς εμφάνιζαν υψηλά επίπεδα PTSD συμπτωμάτων (Glad και συν. 2021).

4.2 ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΤΕΣ ΠΡΩΤΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ ΣΕ ΣΥΜΒΑΝ ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΚΗΣ ΕΠΙΘΕΣΗΣ

Πίνακας 2. Έρευνες σχετικές με ανταποκριτές πρώτης γραμμής σε συμβάν τρομοκρατικής επίθεσης

Μελέτη-Έτος	Μέθοδος/ Συμβάν	Χρόνος	Δείγμα	Εργαλείο Μέτρησης	Σκοπός	Αποτελέσματα
M. Perrin et al. 2007	Συγχρονική μελέτη 11 Σεπ 2001, Δίδυμοι Πύργοι Μανχάταν, N.Y.	2-3 χρόνια μετά την επίθεση	N= 28.692 ανταποκριτές πρώτης γραμμής (αστυνομικοί, πυροσβέστες, προσωπικό επείγουσας ιατρικής, μηχανικοί/κατασκ ευαστές, οδοκαθαριστές, εγγεγραμμένοι και μη εγγεγραμμένοι εθελοντές, κυβερνητικά πρακτορεία)	-PCL-C για τη μέτρηση του PTSD και μερικού PTSD	1) Αξιολόγηση του επιπολασμού του PTSD ανάλογα με την απασχόληση 2) Αξιολόγηση αν τα επαγγέλματα με λιγότερη εμπειρία και εκπαίδευση είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης PTSD. 3) Εκτίμηση του αν η εμπλοκή σε εργασίες που δεν συνάδουν με την ειδικότητα σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης PTSD.	1) Ο επιπολασμός του PTSD κυμαίνεται από 6,2% στους αστυνομικούς έως 21,2% στους μη εκπαιδευμένους εθελοντές. 2) Μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης PTSD είχαν οι μηχανικοί/ κατασκευαστές, οι οδοκαθαριστές και οι μη εγγεγραμμένοι εθελοντές. 3) Παράγοντες κινδύνου για όλα τα επαγγέλματα , εκτός των αστυνομικών, αποτελούν ο τραυματισμός ,η σύντομη έναρξη εργασίας στον τόπο της καταστροφής (έναντι της έναρξης εργασίας ορισμένες μέρες αργότερα) και η αυξημένη διάρκεια παραμονής σε αυτόν. 4) Ο επιπολασμός του PTSD ήταν σαφώς μεγαλύτερος μεταξύ εκείνων που

						εκτελούσαν εργασίες που δεν αντιστοιχούσαν στην ειδικότητά τους.
C. North et al. 2002	Συγχρονική μελέτη 19 Απρ 1995, κτίριο Alfred P. Murrah, Οκλαχόμα	34 μήνες μετά την επίθεση	N=181 πυροσβέστες που συμμετείχαν στη διάσωση N= 88 θύματα της επίθεσης	-D/S-IV για την διερεύνηση των ψυχικών διαταραχών πριν και μετά το συμβάν.	Η διερεύνηση ψυχιατρικών διαταραχών στην ομάδα πυροσβεστών που συμμετείχαν στις επιχειρήσεις διάσωσης μετά την έκρηξη σε σύγκριση με ομάδα θυμάτων.	1) Ο επιπολασμός του PTSD που σχετίζεται με το συμβάν ήταν σαφώς μικρότερος στους άνδρες –πυροσβέστες (13%) σε σχέση με τους άνδρες-θύματα (23%). 2) Χαμηλότερα επίπεδα διαταραχής πανικού στους πυροσβέστες (1%) σε σχέση με τα θύματα (6%) 3) Περισσότεροι από το 1/2 των πυροσβεστών είχαν προηγούμενη εξάρτηση από το αλκοόλ, ενώ δεν παρατηρήθηκαν νέες περιπτώσεις 4) Το ποσοστό PTSD που σχετίζεται με το συμβάν ήταν υψηλότερο (38%) σε αυτούς με ιστορικό PTSD (έναντι του 12%)
S. Bogstrand et al. 2016	Συγχρονική μελέτη 22 Ιουλ 2011	11 μήνες μετά την επίθεση	N= 1790 ανταποκριτές πρώτης γραμμής (αστυνομικοί,	-PCL-S για τη μέτρηση συμπτωμάτων PTSD	1) Διερεύνηση αν η χρήση αλκοόλ και φαρμακευτικών ουσιών, ως συνέπεια	1) Λίγοι ανέφεραν χρήση αλκοόλ (6,8%) για λόγους ηρεμίας ή φαρμακευτικών ουσιών (κυρίως υπναγωγών) (5,5%) ως συνέπεια της συμμετοχής τους στην

	Όσλο και Νήσος Ουτόγια, Νορβηγία		πυροσβέστες, εκπαιδευμένοι εθελοντές οργανώσεων, γενικοί πάροχοι υγείας, πάροχοι ψυχοκοινωνικής υγείας, μη εκπαιδευμένοι εθελοντές)		της επίθεσης, σχετίζεται με μετατραυματικά συμπτώματα 2) Αν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των εκπαιδευμένων και μη εκπαιδευμένων διασωστών.	επιχείρηση. 2) Η χρήση αλκοόλ και φαρμακευτικών ουσιών σχετίστηκε με αυξανόμενα επίπεδα PTSD μεταξύ των διασωστών που ανέφεραν πως χρησιμοποιούσαν αλκοόλ ή φαρμακευτικές ουσίες ως συνέπεια της επίθεσης. 3) Οι μη εκπαιδευμένοι διασώστες, σε σχέση με τους επαγγελματίες, σημείωσαν υψηλότερα επίπεδα PTSD (15%) και μεγαλύτερο επιπολασμό της χρήσης αλκοόλ και φαρμακευτικών ουσιών (25,9% και 31,5% αντίστοιχα) ως συνέπεια της επίθεσης.
Y. Motreff et al. 2020	Συγχρονική μελέτη 13 Νοε 2015 Παρίσι	1 χρόνος μετά την επίθεση	N=663 ανταποκριτές πρώτης γραμμής στο γεγονός (επ. υγείας, πυροσβέστες, αστυνομικοί, εγγεγραμμένοι εθελοντές)	-PCL-5 για τη μέτρηση του PTSD και μερικού PTSD	1) Η μέτρηση του ολικού και μερικού PTSD στους ανταποκριτές πρώτης γραμμής ως αποτέλεσμα της επίθεσης. 2) Ανάλυση των παραγόντων που	1) Ο επιπολασμός του ολικού και μερικού PTSD ήταν 4,8% και 15,7% αντίστοιχα, με υψηλότερα ποσοστά και στα δύο να σημειώνουν οι αστυνομικοί 2) Παράγοντες που σχετίστηκαν με το PTSD ήταν: παρέμβαση σε μη ασφαλείς σκηνές του εγκλήματος και η έλλειψη εκπαίδευσης στις πιθανές ψυχολογικές επιπτώσεις που συνεπάγεται η

					σχετίζονται με αυτό.	εμπλοκή σε τέτοια γεγονότα, η κοινωνική απομόνωση.
L. Bentz et al. 2021	Συγχρονική μελέτη, μελέτη παρατήρησης 14 Ιουλ 2016 Νίκαια, Γαλλία	1 χρόνος μετά την επίθεση	N=804 εργαζόμενοι 2 νοσοκομείων της Νίκαιας (υγειονομικό και μη προσωπικό)	-PCL-5 για τη μέτρηση του PTSD και μερικού PTSD -HADS για την εκτίμηση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης -Συνέντευξη	1) Η περιγραφή της ψυχικής υγείας του δείγματος ανάλογα με την κατηγορία έκθεσης που ανήκει κάθε άτομο, με έμφαση σε εκείνους με «επαγγελματική έκθεση» (προσωπικό που δεν ήταν παρόν στην επίθεση αλλά φρόντισε θύματα είτε σαν πρώτος ανταποκριτής είτε μετέπειτα) 2) Διερεύνηση των παραγόντων και του τύπου έκθεσης που σχετίζεται με μερικό ή ολικό PTSD	1) Στην κατηγορία της «επαγγελματικής έκθεσης» η παρουσία ολικού PTSD ανέρχεται στο 9,4%, μερικού PTSD στο 17,7%, άγχους στο 13,2%, κατάθλιψης 4,6%, αυτοκτονικού ιδεασμού 5,5%. 2) Παράγοντες που σχετίστηκαν με το ολικό ή μερικό PTSD ήταν το θηλυκό γένος, η κοινωνική απομόνωση και η απασχόληση με μη οικείες δραστηριότητές τους. 3) Τα επαγγελματικά εκτεθειμένα άτομα δεν έλαβαν την κατάλληλη ψυχολογική στήριξη μετά το συμβάν σε σχέση με τους άμεσα εκτεθειμένους,

Η μελέτη των Perrin και συνεργατών (2007) θέλησε να συγκρίνει των επιπολασμό και τους παράγοντες κινδύνου του PTSD στις διάφορες κατηγορίες ανταποκριτών πρώτης γραμμής 2 έως 3 χρόνια μετά την επίθεση της 11^{ης} Σεπτεμβρίου στο Μανχάταν. Σκοπός ήταν να διαπιστώσουν αν οι επαγγελματίες με λιγότερη εμπειρία και εκπαίδευση ήταν πιο επιρρεπείς στη διαταραχή, καθώς και αν η εμπλοκή σε δραστηριότητες διάσωσης που δε συνάδουν με το αντικείμενο ασχολίας τους αύξησε τον κίνδυνο εμφάνισης PTSD. Συνολικά 28.692 εργαζόμενοι συμμετείχαν στη μελέτη, αποτελώντας το 1/3 όλων των διασωστών και εθελοντών, και κατανεμήθηκαν στις εξής κατηγορίες: αστυνομικοί, πυροσβέστες, υγειονομικό προσωπικό επειγόντων περιστατικών, κατασκευαστές/μηχανικοί, οδοκαθαριστές, εθελοντές οργανώσεων, μη εκπαιδευμένοι εθελοντές και άλλες κυβερνητικές υπηρεσίες. Για την εκτίμηση του κινδύνου αύξησης του PTSD, οι εμπειρίες που βίωσαν τα άτομα κατά την εμπλοκή τους στα γεγονότα διαφοροποιήθηκαν ως εμπειρίες «απειλής της ζωής» και «μαρτυρίες τρομακτικών γεγονότων». Η πρώτη κατηγορία αφορούσε βλάβες που συνέβησαν στο ίδιο το άτομο και η δεύτερη σε γεγονότα στα οποία έγινε μάρτυρας. Ακόμη εκτιμήθηκε ο χρόνος που έμειναν στον τόπο της καταστροφής, καθώς και η χρονική περίοδος (αμέσως μετά ή μέρες αργότερα). Η εκτίμηση του πιθανού PTSD έγινε με τη χρήση του *PCL-C*. Σύμφωνα με τις αναλύσεις, ο επιπολασμός του πιθανού PTSD σχετιζόμενο με την επίθεση για όλο το δείγμα ήταν 12,4%, με το εύρος να κυμαίνεται από 6,2% για τους αστυνομικούς, έως 21,2% για τους μη εκπαιδευμένους εθελοντές. Υψηλά ποσοστά σημειώθηκαν επίσης στην κατηγορία των μηχανικών (17,8%) και των οδοκαθαριστών (10,6%). Κύρια συμπτώματα που αναφέρθηκαν ήταν αυτά της κατηγορίας Β (ανάμνηση των γεγονότων) και D (υπερδιέγερση). Αναφορικά με τις εμπειρίες βίωσης της καταστροφής, η παρουσία τραυματισμού σε κάποιο άτομο ήταν παράγοντας αύξησης κινδύνου εκδήλωσης PTSD για όλες τις ειδικότητες εκτός των αστυνομικών και των μηχανικών, ενώ για την κατηγορία των εθελοντών ήταν ο ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου. Επίσης, η μαρτυρία τρομακτικών γεγονότων επηρέασε σημαντικά τους μηχανικούς και τους εθελοντές και η ανάγκη για εκκένωση τους επηρέασε όλους πλην των πυροσβεστών. Για τις κατηγορίες των εθελοντών όλες σχεδόν οι εμπειρίες σχετικές με την καταστροφή ήταν προδιαθεσικοί παράγοντες για το πιθανό PTSD. Η σχέση

των τομέων απασχόλησης και του PTSD φάνηκε να ποικίλει , υπήρχε όμως ισχυρή συσχέτιση στις περιπτώσεις που εργασίες εκτελούνταν από άτομα διαφορετικής ειδικότητας. Για παράδειγμα, η ενασχόληση των αστυνομικών με τη διαδικασία της πυρόσβεσης ήταν ισχυρός παράγοντας πρόγνωσης πιθανού PTSD και αντίστοιχα για τους μη εκπαιδευμένους εθελοντές, ενώ για τους μηχανικούς και οδοκαθαριστές σημαντικός προδιαθεσικός παράγοντας ήταν η συμμετοχή τους σε επιχειρήσεις έρευνας και διάσωσης. Τέλος, ο αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης πιθανού PTSD σχετίστηκε με την αυξημένη παραμονή λόγω εργασίας στον τόπο της καταστροφής, δηλαδή για διάστημα μεγαλύτερο των τριών μηνών (με εξαίρεση τους αστυνομικούς), αλλά και με την ημέρα έναρξης της εργασίας, καθώς όσοι ξεκίνησαν να δουλεύουν από την 11^η/9 βρίσκονταν σε μεγαλύτερο κίνδυνο από εκείνους που ξεκίνησαν μετά τις 18/9.

Το 2002 οι North και συνεργάτες δημοσίευσαν μελέτη σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές ομάδας πυροσβεστών που συμμετείχαν στις επιχειρήσεις διάσωσης 34 μήνες μετά τη βομβιστική επίθεση στην Οκλαχόμα το 1995. Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με εκείνα 88 θυμάτων της επίθεσης. Δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 181 πυροσβέστες από τον Πυροσβεστικό Σταθμό της Οκλαχόμα και της Πυροσβεστικής Υπηρεσίας της Πολεμικής Αεροπορίας. Η ψυχοπαθολογία τους πριν και μετά την επιχείρηση εκτιμήθηκε με το εργαλείο *DIS-IV*. Επίσης αξιολογήθηκαν οι τραυματισμοί και ο χρόνος που έμειναν κάτω από τα συντρίμια. Συνοπτικά, σχεδόν όλοι οι πυροσβέστες ήταν άνδρες (97%) με μέση ηλικία τα 38,5 έτη και μέσω όρο ετών υπηρεσίας 13,8 χρόνια. Τραυματισμοί σχετικοί με την επίθεση αναφέρθηκαν από το 11% των ατόμων, και οι μέρες που εργάστηκαν στον τόπο της καταστροφής κυμαίνονταν από 1 έως 17. Το 74% των συμμετεχόντων είχε εργαστεί κάτω από τα συντρίμια της καταστροφής για χρόνο από 15 λεπτά έως και 74 ώρες. Συγκριτικά με τους άνδρες-θύματα που βρέθηκαν στον τόπο της έκρηξης, οι πυροσβέστες σημειώνουν σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά PTSD σχετιζόμενο με την έκρηξη (13% έναντι 23%). Το ίδιο ίσχυε και με τη διαταραχή πανικού μετά την επίθεση όπου οι επαγγελματίες σημείωσαν ποσοστό 1% έναντι του 6% των θυμάτων. Αντίθετα αποτελέσματα παρατηρήθηκαν στην εξάρτηση/κατάχρηση αλκοόλ όπου οι πυροσβέστες είχαν ποσοστό 25% από τις οποίες μόνο το 2% ήταν νέες περιπτώσεις, ξεπερνώντας το αντίστοιχο ποσοστό για τα θύματα

που κυμάνθηκε στο 10% των θυμάτων. Αυτή ήταν και η κυριότερη ψυχική διαταραχή για τους επαγγελματίες. Ακόμη, αποδείχθηκε πως περισσότεροι από τους μισούς (54%) συμμετέχοντες που διαγνώστηκαν με PTSD υπέφεραν και από άλλη μετατραυματική διαταραχή, σε σύγκριση με τα θύματα που το ποσοστό ανερχόταν στο 27%. Το PTSD των πυροσβεστών σχετίστηκε με τη μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής τους στο σημείο της έκρηξης (μέσος όρος 10 ημέρες) και τον παρατεταμένο χρόνο κάτω από τα συντρίμια (μέσος όρος 21 ώρες). Δεν σχετίστηκε, παρ' όλα αυτά με τραυματισμούς ή δημογραφικά στοιχεία. Το 53% του δείγματος είχε ψυχοπαθολογία πριν την επίθεση με κύρια πάθηση την εξάρτηση από το αλκοόλ. Επιπρόσθετα, το ποσοστό των μη αλκοολικών διαταραχών που βίωσαν οι πυροσβέστες μετά την επίθεση ήταν 4 φορές υψηλότερο σε εκείνους με προηγούμενη ψυχοπαθολογία (43% έναντι του 11% σε αυτούς χωρίς προηγούμενη ψυχοπαθολογία). Τέλος, η εμφάνιση του PTSD σχετιζόμενο με την επίθεση ήταν σαφώς συχνότερη στα άτομα με προϋπάρχον PTSD (38% έναντι 12%).

Οι Bogstrand και συνεργάτες (2016) θέλησαν να μελετήσουν αν η χρήση αλκοόλ και φαρμακευτικών ουσιών από τους διασώστες που συμμετείχαν στις επιχειρήσεις διάσωσης μετά την διπλή τρομοκρατική επίθεση στη Νορβηγία τον Ιούλιο του 2011, σχετίζεται με μετατραυματικά συμπτώματα καθώς και αν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των επαγγελματιών διασωστών και των ερασιτεχνών. Η έρευνα διεξάχθηκε από το Μάρτιο έως τον Ιούνιο του 2012, περίπου 11 μήνες μετά την επίθεση. Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν εμπλακεί στη διάσωση και την περίθαλψη των θυμάτων των επιθέσεων με διάρκεια συμμετοχής 1 ημέρα έως αρκετές εβδομάδες και οι ειδικότητες που περιλαμβάνονταν ήταν αστυνομικοί, πυροσβέστες, εκπαιδευμένοι εθελοντές οργανώσεων, πάροχοι υγείας (ιατροί νοσηλευτές κ.α.), πάροχοι ψυχικής υγείας (ψυχίατροι, ψυχολόγοι κ.α.) και μη εκπαιδευμένοι εθελοντές (άτομα που έτυχε να βρίσκονται στο σημείο). Οι μεταβλητές που μετρήθηκαν ήταν το PTSD με τη χρήση του *PCL-S*, η εμπειρία βίωσης τραυματικού γεγονότος στον τόπο εργασίας κατά τη διάσωση, το αίσθημα ανασφάλειας, η ύπαρξη οικείων προσώπων στον σημείο την ώρα της επίθεσης, η χρήση αλκοόλ και φαρμακευτικών ουσιών μετά την επίθεση. Μιλώντας για φαρμακευτικές ουσίες η έρευνα αναφέρεται σε ηρεμιστικά, αντικαταθλιπτικά, φάρμακα επαγωγής

ύπνου ή άλλες ουσίες. Το συνολικό δείγμα αποτελούνταν από 1790 διασώστες, με τη μεγαλύτερη μερίδα να ανήκει στους πυροσβέστες (83%), ακολουθούμενους από τους παρόχους υγείας, τους παρόχους ψυχικής υγείας, τους αστυνομικούς τους εκπαιδευμένους εθελοντές και τέλος τους μη εκπαιδευμένους εθελοντές. Το 97% αποτελούνταν από επαγγελματίες και εκπαιδευμένους διασώστες, ενώ το 3% αποτελούνταν από άτομα που τυχαία βρέθηκαν στις επιχειρήσεις διάσωσης. Το 50% ήταν γυναίκες και το 61% είχε ηλικία 30-49 ετών. Το 49% ανέφερε πως αισθάνθηκε απειλή και ανασφάλεια εξαιτίας της επίθεσης και το 31% ανησύχησε μήπως κάποιο οικείο του πρόσωπο ήταν στον τόπο της επίθεσης την ώρα των τρομοκρατικών χτυπημάτων. Επιπλέον το 30% των συμμετεχόντων δήλωσε πως δραστηριοποιήθηκε στο σημείο του συμβάντος. Παρά ταύτα τα επίπεδα μετατραυματικού στρες ήταν χαμηλά, και πιο συγκεκριμένα κυμάνθηκαν στο 1% για το σύνολο του δείγματος. Ωστόσο, για τους μη εκπαιδευμένους εθελοντές το ποσοστό ανερχόταν στο 15%. Από το σύνολο του δείγματος αναφέρθηκε σε ποσοστό 6,8% η χρήση αλκοόλ μετά την επίθεση κυρίως για λόγους ηρεμίας, και από το 5,5% χρήση φαρμακευτικών ουσιών, με κυριότερα τα φάρμακα επαγωγής ύπνου. Στην πολυμεταβλητή ανάλυση αποδείχθηκε πως, τόσο το PTSD, όσο και η αίσθηση απειλής και ανασφάλειας και η ανησυχία για τους οικείους σχετίζονταν θετικά με τη χρήση αλκοόλ. Παράλληλα η χρήση φαρμακευτικών ουσιών σχετίστηκε θετικά με το PTSD, τη μαρτυρία στρεσογόνων καταστάσεων και την ανησυχία για τα οικεία πρόσωπα. Τέλος, φάνηκε πως οι μη εκπαιδευμένοι εθελοντές σημείωσαν υψηλότερα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ και φαρμάκων ως συνέπεια της επίθεσης σε σχέση με τους επαγγελματίες, εκπαιδευμένους διασώστες και εθελοντές (αλκοόλ: 25,9% έναντι 6,1%, φάρμακα: 31,5% έναντι 4,6%)

Οι Motreff και συνεργάτες (2020) θέλησαν να μελετήσουν, 1 χρόνο μετά την τρομοκρατική επίθεση της 13^{ης} Νοεμβρίου 2015 στο Παρίσι, το μερικό και ολικό PTSD των ανταποκριτών πρώτης γραμμής, καθώς και τους παράγοντες κινδύνου του. Συμμετέχοντες στην έρευνα αποτέλεσαν επαγγελματίες (υγείας, αστυνομικοί, πυροσβέστες, εθελοντές, προσωπικό δημόσιων υπηρεσιών) που δραστηριοποιήθηκαν στο πεδίο από την πρώτη ημέρα έως και τρεις εβδομάδες μετά. Οι μεταβλητές που εκτιμήθηκαν ήταν η έκθεση στο

τραυματικό γεγονός και πιο συγκεκριμένα: α) η παρέμβαση σε μη ασφαλείς σκηνές του πεδίου, β) η παρέμβαση σε ασφαλείς ή απομακρυσμένες σκηνές του πεδίου, γ) η παρέμβαση την επόμενη ημέρα από το συμβάν ή/και τις επόμενες τρεις εβδομάδες. Επίσης, προσδιορίστηκαν το ψυχικό ιστορικό τους και η χρήση αντικαταθλιπτικής αγωγής 6 μήνες πριν το συμβάν, προηγούμενα τραυματικά γεγονότα κατά τη διάρκεια της ζωής ή εντός του 2015, η προετοιμασία που είχαν λάβει είτε για να αντεπεξέλθουν έναντι των τραυματικών επιπτώσεων είτε για να παράσχουν ψυχολογική στήριξη, και το αίσθημα κοινωνικής απομόνωσής τους. Το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 663 ανταποκριτές της πρώτης γραμμής, εκ των οποίων νεότεροι ήταν οι πυροσβέστες και οι οργανωμένοι εθελοντές. Οι επαγγελματίες υγείας ήταν κυρίως γυναίκες με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης από όλες τις κατηγορίες και οι περισσότεροι αστυνομικοί είχαν εμπλακεί και στις τρομοκρατικές επιθέσεις του Ιανουαρίου το 2015 στο Παρίσι. Μικρό ποσοστό του δείγματος δήλωσε κοινωνική απομόνωση (10,4%) κυρίως μεταξύ των οργανωμένων εθελοντών και των αστυνομικών. Από τους εθελοντές, το 71% ανέφερε πως είχε λάβει γνώση για τους πιθανούς ψυχικούς κινδύνους της εμπλοκής του στα γεγονότα, με τους υπόλοιπους επαγγελματίες να σημειώνουν χαμηλότερα ποσοστά, και κυρίως οι αστυνομικοί. Μεταξύ εκείνων που παρενέβησαν σε μη ασφαλείς σκηνές της καταστροφής υψηλότερο ποσοστό είχαν οι πυροσβέστες (75%) και χαμηλότερο οι επαγγελματίες υγείας (8,3%). Το μεγαλύτερο μέρος όσων εργάστηκαν σε ασφαλείς σκηνές ανέφεραν πως παρείχαν περίθαλψη και ψυχολογική υποστήριξη στα θύματα, αλλά παράλληλα ήταν σοκαρισμένοι από την ταραχή των θυμάτων. Εκείνοι που συμμετείχαν τις επόμενες τρεις εβδομάδες παρείχαν επίσης περίθαλψη και ψυχική υποστήριξη στα θύματα και τις οικογένειες τους, ενώ ήταν εξίσου δύσκολο να διαχειριστούν τη δυστυχία τους. Όσον αφορά το PTSD στο δείγμα, ο επιπολασμός του ολικού και μερικού PTSD ήταν 4,8% και 15,7% αντίστοιχα, με υψηλότερα ποσοστά και στα δύο να σημειώνουν οι αστυνομικοί (9,5%) (πυροσβέστες 3,4%, επαγγελματίες υγείας 4,4%, οργανωμένοι εθελοντές 4,5%). Με το ολικό PTSD σχετίστηκε η παρέμβαση σε μη ασφαλείς σκηνές της καταστροφής και η έλλειψη εκπαίδευσης στις ψυχολογικές επιπτώσεις που ίσως συνεπάγεται μια τέτοιου είδους παρέμβαση. Οι ίδιοι με τους προηγούμενους παράγοντες ενίσχυσαν την παρουσία του μερικού PTSD με

προστιθέμενους το επάγγελμα του αστυνομικού, το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, την κοινωνική απομόνωση, το ιστορικό χρήσης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και την εμπειρία δύσκολων γεγονότων κατά το 2015.

Το 2017, ένα χρόνο μετά την τρομοκρατική επίθεση στη Νίκαια της Γαλλίας, οι Bentz και συνεργάτες (2021) πραγματοποίησαν μελέτη για τη διερεύνηση των ψυχικών επιπτώσεων στο προσωπικό δύο νοσοκομείων υποδοχής των θυμάτων της επίθεσης (Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Νίκαιας και Παιδιατρικό Νοσοκομείο Λένβαλ). Στόχος τους ήταν να καταδείξουν τους επαγγελματικούς, δημογραφικούς και σχετικούς με τον τύπο της έκθεσης παράγοντες που σχετίζονταν με το μερικό και ολικό PTSD. Το προσωπικό και οι ενήλικοι μαθητές των δύο νοσοκομείων χωρίστηκαν στις εξής κατηγορίες έκθεσης: 1) εκτεθειμένοι στο περιστατικό (βρίσκονταν στο σημείο της επίθεσης όμως: α. δεν συμμετείχαν αργότερα στη φροντίδα θυμάτων, β. συμμετείχαν στη φροντίδα θυμάτων), 2) επαγγελματικά εκτεθειμένοι (δεν βρίσκονταν στο περιστατικό όμως φρόντισαν θύματα είτε ως πρώτοι ανταποκριτές είτε αργότερα, 3) μη εκτεθειμένοι (δεν βρίσκονταν στο σημείο του συμβάντος ούτε είχαν επαγγελματική εμπλοκή). Η παρούσα έρευνα εστιάζει τα αποτελέσματά της στη δεύτερη κατηγορία όπου οι επαγγελματίες, είτε πρόσφεραν περίθαλψη στα θύματα, είτε πρόσφεραν ψυχική υποστήριξη σε εκείνα και τις οικογένειές τους, είτε είχαν αναλάβει διοικητικές θέσεις διαχείρισης της κρίσης. Οι μεταβλητές που εκτιμήθηκαν ήταν το PTSD, ολικό ή μερικό, η κατάθλιψη, το άγχος, ο αυτοκτονικός ιδεασμός, η χρήση αλκοόλ ή μαριχουάνας μετά την επίθεση, οι λειτουργικές διαταραχές και η λήψη ψυχικής υποστήριξης μετά το τραυματικό γεγονός. Χρησιμοποιήθηκαν ποσοτικές και ποιοτικές μετρήσεις που αφορούσαν την περιγραφή της εμπειρίας από τους ίδιους τους εργαζόμενους. Συνολικά στην έρευνα συμμετείχαν 804 μέλη των δύο νοσοκομείων, εκ των οποίων τα 3/4 ήταν μη ιατρικό προσωπικό και το 79,1% ήταν γυναίκες με ηλικία 30-50 ετών. Επαγγελματική έκθεση είχε το 58,4% των συμμετεχόντων και έκθεση στο περιστατικό το 41,6%. Σε ποσοστό 80% τα άτομα με επαγγελματική έκθεση ανέφεραν πως είχαν αναλάβει καθήκοντα που σχετίζονταν με την άμεση επαφή με θύματα και το 1/4 είχε έρθει σε επαφή με νεκρά σώματα παιδιών ή ενηλίκων. Επίσης το 30% αυτής της κατηγορίας είχαν

αναλάβει υποχρεώσεις διαφορετικές από το σύνηθες επάγγελμά τους και η μέση διάρκεια επαγγελματικής έκθεσής τους στα γεγονότα ήταν περίπου 10 ώρες μετά το συμβάν και κατά μέσο όρο 20 ημέρες μετά την επίθεση. Όσον αφορά το PTSD ο επιπολασμός ήταν υψηλότερος στα άτομα κατηγορίας (1) (ολικό 12,2%, μερικό 26,6%) σε σχέση με τα άτομα κατηγορίας (2) (ολικό 9,4%, μερικό 17,7%) χωρίς όμως στατικά σημαντική διαφορά. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός ήταν σαφώς υψηλότερος σε αυτές τις δύο κατηγορίες σε σχέση με τους μη εκτεθειμένους με τα ποσοστά να αντιστοιχούν σε 6,1% για την κατηγορία (1), 5,5% για την (2) και 1,2% για την (3). Οι συμμετέχοντες με επαγγελματική έκθεση σημείωσαν ποσοστά άγχους 13,2% και κατάθλιψης 4,6%. Επίσης πολλοί είχαν αρχίσει ξανά το κάπνισμα ή τη χρήση αγχολυτικών και φαρμάκων επαγωγής ύπνου. Το θηλυκό γένος, η κοινωνική απομόνωση, η ενασχόληση με μη οικείες εργασίες σχετίστηκαν με υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης ολικού ή μερικού PTSD. Τέλος, μεταξύ των ατόμων με πιθανό ολικό PTSD, εκείνοι που δεν έλαβαν ψυχολογική υποστήριξη ήταν κυρίως όσοι είχαν επαγγελματική έκθεση σε σχέση με τους εκτεθειμένους στο περιστατικό (70.6% έναντι 17.6%). Το ίδιο ίσχυε και για την αγχώδη διαταραχή και τον αυτοκτονικό ιδεασμό.

4.3 ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΘΥΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΤΕΣ ΠΡΩΤΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ ΣΕ ΣΥΜΒΑΝ ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΚΗΣ ΕΠΙΘΕΣΗΣ

Πίνακας 3. Έρευνες σχετικές με θύματα και ανταποκριτές πρώτης γραμμής σε συμβάν τρομοκρατικής επίθεσης

Μελέτη-Έτος	Μέθοδος/ Συμβάν	Χρόνος	Δείγμα	Εργαλείο Μέτρησης	Σκοπός	Αποτελέσματα
R. Gabriel et al. 2007	Συγχρονική μελέτη 11 Μαρ 2004, Σιδηροδρομικοί σταθμοί, Μαδρίτη	5-12 εβδομάδες μετά την επίθεση	N1= 127 τραυματίες N2= 485 κάτοικοι της περιοχής Αλκαλά ντε Ενάρες N3= 153 αστυνομικοί που ενεπλάκησαν στις επιχειρήσεις διάσωσης	-DTS για τον προσδιορισμό του PTSD -MINI για τον προσδιορισμό άλλων ψυχικών διαταραχών -Συνέντευξη	Η καταγραφή του επιπολασμού και των συσχετίσεων του PTSD και άλλων ψυχικών διαταραχών σε τρεις ομάδες πληθυσμού	1)N1: 44,1%,N2:12,3% N3:1,3% εμφάνισε PTSD με κύριο σύμπτωμα τις παραισθητικές αναμνήσεις. 2) N1: 31,5%, N2: 8,5% N3: 1,3% εμφάνισε κατάθλιψη 3) Δεν παρατηρήθηκε άλλη ψυχική διαταραχή στο N3, σε σχέση με N1 και N2 που εμφάνισαν αγοραφοβία, αγχώδη δ/χη και δ/χη πανικού. 3) Η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών ήταν ο κύριος προγνωστικός παράγοντας για το PTSD και την κατάθλιψη στον πληθυσμό N1 και για την κατάθλιψη και άλλες αγχώδεις διαταραχές πλην του PTSD για τον πληθυσμό N2.

St. Vendentorren et al. 2018	Συγχρονική Μελέτη 7-9 Ιαν 2015 Παρίσι	6 μήνες μετά την επίθεση	N1=190 Εκτεθειμένοι πολίτες N2=232 πρώτοι ανταποκριτές	-PCL-S για τη μέτρηση του PTSD και μερικού PTSD -MINI για τη διάγνωση της κατάθλιψης, γενικευμένου άγχους, εξάρτησης από ουσίες, κινδύνου αυτοκτονίας, αγοραφοβίας, κοινωνικής φοβίας και διαταραχής πανικού. -Συνέντευξη	Η διερεύνηση των επιπτώσεων ψυχικής υγείας των επιθέσεων ανάλογα με το βαθμό έκθεσης και την ιδιότητά τους (άμεσα θύματα ή ανταποκριτές)	1) Ανταποκριτές πρώτης γραμμής: 3% παρουσίασε PTSD, 14% τουλάχιστον 1 αγχώδη δ/χη. 2) Εκτεθειμένοι πολίτες: 18% διαγνώστηκαν με PTSD, 11% με κατάθλιψη, 27% με αυτοκτονικό ιδεασμό, 31% με τουλάχιστον 1 αγχώδη δ/χη (κυρίως αγοραφοβία, κοινωνική φοβία και διαταραχή πανικού) 3) 9% των ανταποκριτών αύξησε τη χρήση αλκοόλ και κάνναβης, σε σχέση με το 22% των θυμάτων. 4) Το τραυματικό γεγονός επηρεάζει έντονα άτομα που δεν είχαν άμεση έκθεση σε αυτό.
D. Mazurkiewicz et al. 2022	Αναδρομική μελέτη 11 Σεπ 2001, Δίδυμοι Πύργοι Μανχάταν, Ν.Υ.	7 χρόνια μετά την επίθεση	N1=31 άτομα που έζησαν ή ήταν μάρτυρες της επίθεσης N2=180 διασώστες ή/και καθαριστές	Αναζήτηση σε καταγραφές αρχείων	Προσδιορισμός των μακροχρόνιων ψυχικών επιπτώσεων της τρομοκρατικής επίθεσης και καθορισμός του προφίλ των πιο	1) Άτομα που βίωσαν ή ήταν παρατηρητές στο τραυματικό γεγονός παρουσίασαν λιγότερα τραυματικά συμπτώματα και ποσοστά αυτοκτονικού ιδεασμού από τους διασώστες/καθαριστές (πιο ευάλωτοι στην ανάπτυξη ψυχικής

			N3=4 άτομα οικογένειες θυμάτων.		ευάλωτων ομάδων.	διαταραχής: άνδρες, 33-54 ετών, διασώστες καθαριστές) 2) Ο αριθμός των συμπτωμάτων αυξανόταν όσο αυξανόταν ο χρόνος έκθεσης στο γεγονός. 3) Κύρια συμπτώματα ήταν αυτά των παρεισφρητικών αναμνήσεων και της αποφυγής 4) Συμπτώματα εμφανίζονταν και μετά από 5-6 έτη από την επίθεση.
--	--	--	---------------------------------------	--	------------------	--

Οι Gabriel και συνεργάτες (2007) θέλησαν να μελετήσουν τον επιπολασμό και τις συσχετίσεις των ψυχικών διαταραχών σε τρεις ομάδες πληθυσμού της Μαδρίτης, 5 έως 12 εβδομάδες μετά την τρομοκρατική επίθεση του 2004. Το δείγμα αποτελούνταν από 127 θύματα της επίθεσης που επισκέφθηκαν το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών 4 μεγάλων νοσοκομείων της Μαδρίτης λόγω τραυματισμού, από 485 κάτοικους της περιοχής Αλκαλά ντε Ενάρες (περιοχής 40 χλμ έξω από τη Μαδρίτη) και 153 αστυνομικούς που συμμετείχαν στις επιχειρήσεις διάσωσης μετά την επίθεση. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία όπως επίσης η γενική κατάσταση υγείας, η ύπαρξη τραυματικών γεγονότων κατά τη διάρκεια της ζωής ή τον τελευταίο χρόνο, και η έκθεση στα γεγονότα της επίθεσης. Για τα θύματα προσδιορίστηκε ο τύπος και ο βαθμός του τραυματισμού καθώς και το αν έλαβαν ψυχολογική βοήθεια μετά το συμβάν, ενώ για τους αστυνομικούς εκτιμήθηκε η βασική εργασία που επιτέλεσαν κατά τις επιχειρήσεις και ο συνολικός χρόνος ενασχόλησής τους με αυτή. Με ειδικά εργαλεία μετρήθηκε το PTSD, η κατάθλιψη, το άγχος, η διαταραχή πανικού, η κοινωνική φοβία και η αγοραφοβία. Αναλύοντας τα χαρακτηριστικά του δείγματος φάνηκε πως η μέση ηλικία όλων των ομάδων ήταν από 36 έως 39 ετών. Χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας μετά την επίθεση έκανε το 34% των θυμάτων, το 0,4% των κατοίκων της Αλκαλά και το 2,6% των αστυνομικών. Οποιαδήποτε ψυχική διαταραχή σχετιζόμενη με την επίθεση εμφάνισε το 57,5% των τραυματισμένων, το 25,9% των κατοίκων της Αλκαλά και το 3,9% των αστυνομικών. Συγκεκριμένα, τα επίπεδα PTSD ήταν υψηλότερα για τα θύματα (44,1%) και χαμηλότερα για τους αστυνομικούς (1,3%) (12,3% για τους κατοίκους της Αλκαλά) με κυριότερα συμπτώματα και για τις τρεις ομάδες εκείνα των παραισθητικών αναμνήσεων, τα οποία σαφώς ήταν εντονότερα στην πρώτη ομάδα και λιγότερο συχνά στην τελευταία. Ακόμη, η κατάθλιψη σημείωσε ποσοστά 31,5% στην ομάδα των τραυματισμένων, 8,5% στους κατοίκους της Αλκαλά και 1,3% στους αστυνομικούς. Η αγοραφοβία προσδιορίστηκε σε ποσοστό 23,8% των θυμάτων και 10,5% των κατοίκων της Αλκαλά. Η αγχώδης διαταραχή προσδιορίστηκε σε ποσοστό 13,4% στους πρώτους και 8,6% στους δεύτερους και τέλος η διαταραχή πανικού 9,4% στην πρώτη ομάδα και 2,1% στη δεύτερη. Παρατηρήθηκε πως καμία άλλη διαταραχή δε σημειώθηκε στον πληθυσμό των αστυνομικών. Συννοσηρότητες παρατηρήθηκαν στο 52,8%

των θυμάτων με κυριότερη τη συνύπαρξη PTSD και κατάθλιψης (25,2%) ακολουθούμενη από το συνδυασμό PTSD και αγοραφοβίας (16,5%). Στον πληθυσμό της Αλκαλά το 22% των ατόμων εμφάνισε συννοσηρότητα με κύρια και εδώ την παρουσία PTSD και κατάθλιψης σε ποσοστό 4,2% , αλλά και κατάθλιψης με αγχώδη διαταραχή (3,5%). Συννοσηρότητα στον πληθυσμό των αστυνομικών παρατηρήθηκε σε ποσοστό μόνο 2%. Στον πληθυσμό των θυμάτων κύριος προγνωστικός παράγοντας για τις διαταραχές ήταν η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών πριν την 11^η Μαρτίου, ενώ για τον πληθυσμό της Αλκαλά ήταν η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, η ύπαρξη προηγούμενου ιστορικού στεσογόνων παραγόντων τον προηγούμενο χρόνο και το ιστορικό ψυχικών διαταραχών πριν την επίθεση.

Σκοπός των Vandentorren και συνεργατών στη μελέτη που δημοσίευσαν το 2018, ήταν να περιγράψουν τα αποτελέσματα ψυχικής υγείας, ανάλογα με το βαθμό έκθεσης, πληθυσμού κατοίκων και εκπαιδευμένων επαγγελματιών 6 μήνες μετά τις τρομοκρατικές επιθέσεις του Ιανουαρίου του 2015 στο Παρίσι. Οι ανταποκριτές που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν είτε αστυνομικοί είτε εθελοντές ή επαγγελματίες διασώστες που εκτέθηκαν στο συμβάν τις πρώτες 12 ώρες μετά από αυτό. Όσον αφορά τους κατοίκους, εκείνοι κατηγοριοποιήθηκαν ως άμεσα απειλούμενοι (αν είχαν υποστεί ή απειληθεί με σωματικό τραυματισμό ή θάνατο ή είχαν πιαστεί όμηροι), έμμεσα απειλούμενοι (αν είχαν βρεθεί στο σημείο του εγκλήματος και είχαν αντικρίσει τρομακτικές σκηνές), μάρτυρες (όσοι βρίσκονταν κοντά στο σημείο των επιθέσεων όταν συνέβησαν και ήταν αυτόπτες μάρτυρες χωρίς να εμπλέκονται σε αυτές) και ως οικογένεια και συγγενείς θυμάτων (νεκρών, ομήρων ή τραυματισμένων). Προσωπικές συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν από ψυχολόγους όπου καταγράφηκαν δημογραφικά χαρακτηριστικά, προηγούμενο ιστορικό τραυματικών γεγονότων, η κοινωνική υποστήριξη, η φροντίδα που έλαβαν τις πρώτες 48 ώρες καθώς και 2 έως 7 ημέρες μετά την επίθεση. Ακόμα, για τους ανταποκριτές εκτιμήθηκε το επίπεδο εκπαίδευσης τους σχετικά με την ικανότητά τους να αντεπεξέρχονται σε τέτοια τραυματικά γεγονότα. Με την κλίμακα *PCL-S* μετρήθηκε το PTSD και με τη *MINI* διάφορες άλλες διαταραχές. Το τελικό δείγμα πληθυσμού αποτελούνταν από 190 κατοίκους και 232 ανταποκριτές πρώτης γραμμής (επαγγελματίες διασώστες,

πυροσβέστες, αστυνομικούς και εθελοντές). Το θηλυκό γένος επικρατούσε και στους δύο πληθυσμούς. Η πλειοψηφία των ανταποκριτών ήταν επαγγελματίες. Και οι δύο πληθυσμοί ανέφεραν πως είχαν επαρκή κοινωνική υποστήριξη και το 25% των κατοίκων ανέφερε πως πριν την επίθεση παρακολουθούνταν για περισσότερο από 6 μήνες για κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα όπως κατάθλιψη ή άγχος. Μεταξύ των κατοίκων οι 58 υπήρξαν άμεσα απειλούμενοι, 82 έμμεσα απειλούμενοι, 32 ήταν μάρτυρες και 14 ανήκαν στο οικείο περιβάλλον κάποιου θύματος. Αντίστοιχα, από τους ανταποκριτές 14 είχαν απειληθεί άμεσα και 134 έμμεσα, με το 35% να έχει σωρευτική έκθεση καθώς είχε εμπλακεί σε πολλές επιχειρήσεις μετά τα τρομοκρατικά χτυπήματα. Σχετικά με τον ψυχικό αντίκτυπο, 3% των διασωστών διαγνώστηκε με PTSD (6 από τα 7 άτομα δεν είχαν λάβει εκπαίδευση) και το 14% είχε τουλάχιστον μια αγχώδη διαταραχή. Το 18% των πολιτών διαγνώστηκε με PTSD του οποίου η συχνότητα εξαρτήθηκε από το βαθμό έκθεσης (36% οι οικείοι των θυμάτων, 31% οι άμεσα απειλούμενοι, 12,2% οι έμμεσα απειλούμενοι και 3% οι μάρτυρες). Οι γυναίκες ήταν πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη PTSD. Αναφορικά με την κατάθλιψη, το 11% των πολιτών διαγνώστηκε με αυτή τη διαταραχή της οποίας η παρουσία, επίσης, εξαρτιόταν από το βαθμό έκθεσης (19% οι άμεσα απειλούμενοι). Το 27% των πολιτών είχε κίνδυνο για αυτοκτονία με υψηλότερο ποσοστό στους άμεσα απειλούμενους (32,8%). Επιπρόσθετα το 31% υπέφερε από κάποια αγχώδη διαταραχή (38% οι άμεσα απειλούμενοι, 29% οι οικείοι θυμάτων, 28% οι έμμεσα απειλούμενοι και οι μάρτυρες) με κύρια την αγοραφοβία σε ποσοστό 26%, την κοινωνική φοβία (5%), τη διαταραχή πανικού και την αγχώδη διαταραχή (5,3%). Στο 80% των κατοίκων η κατάθλιψη συνυπήρχε με PTSD. Τέλος, σχετικά με τη χρήση ουσιών και αλκοόλ, 9% των ανταποκριτών ανέφερε πως αύξησε τη χρήση αλκοόλ και κάνναβης , σε σύγκριση με το 22% των κατοίκων (29% άμεσα απειλούμενοι, 20% έμμεσα απειλούμενοι, 36% των οικείων κάποιου θύματος).

Το 2022 οι Mazurkiewicz και συνεργάτες δημοσίευσαν μελέτη σχετική με τον προσδιορισμό των μακροχρόνιων ψυχικών επιπτώσεων της τρομοκρατικής επίθεσης στους Δίδυμους Πύργους και τον καθορισμό του προφίλ των πιο ευάλωτων ομάδων. Η έρευνά τους βασίστηκε στην ανάλυση

αρχείων σχετικά με τις καταγραφές ψυχικής υγείας των θυμάτων μετά την επίθεση, από το 2002 έως το 2008, τα οποία βρίσκονταν στο Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας του St. Mark. Από αυτές επιλέχθηκαν 200 καταγραφές ατόμων οι οποίοι είχαν παρουσιάσει κλινικές διαγνώσεις, τις τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων του PTSD, είχαν εκτεθεί στο γεγονός ή ήταν διασώστες/καθαριστές ή μέλη οικογενειών θυμάτων, και είχαν ηλικία έως 65 ετών. Οι ερευνητές χώρισαν τα άτομα σε κατηγορίες ανάλογα το επίπεδο έκθεσης :1) 31 άτομα που είχαν ζήσει το τραυματικό γεγονός ή ήταν αυτόπτες μάρτυρες, 2) 180 άτομα που εργάστηκαν ως διασώστες ή/ καθαριστές και 3) 4 άτομα μέλη οικογενειών θυμάτων. Από το δείγμα 171 άτομα ήταν άνδρες και 29 γυναίκες και κατηγοριοποιήθηκαν σε ηλικιακά γκρουπ 21-32, 33-43, 44-54 και 55-65 ετών. Αντικείμενα της έρευνας αποτέλεσαν η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής και συμπτωμάτων, η σύγκριση συμπτωμάτων ανάλογα με το επίπεδο έκθεσης, ο χρόνος που έλαβαν τα άτομα ψυχοθεραπεία και θεραπευτική αγωγή και η αποτελεσματικότητά τους. Σχετικά με τα ψυχικά συμπτώματα αποδείχθηκε πως η βίωση ενός τόσο τραυματικού γεγονότος είχε ως συνέπεια την κλινική έκφραση της ψυχικής δυσφορίας η οποία εκφράστηκε με επαναλαμβανόμενες μνήμες, αποφυγή συζητήσεων, σκέψεων, σημείων ή ατόμων που υπενθυμίζουν το γεγονός και συναισθηματικό μούδιασμα που συνίσταται στην ανηδονία, τη μείωση έκφρασης συναισθημάτων, αδιαφορία για το μέλλον και ανάδρομη αμνησία. Επίσης παρατηρήθηκαν αγχώδεις διαταραχές. Βρέθηκε, ακόμη, πως αισθήματα θυμού και διαταραχών πανικού ήταν συχνότερα στα άτομα κατηγορίας (1) ενώ η καταθλιπτική διάθεση ήταν συχνότερη στην κατηγορία (2). Η αυξημένης διάρκειας επαφή με το τραυματικό γεγονός φάνηκε να έχει θετική συσχέτιση με την εμφάνιση συμπτωμάτων διαταραχών, κυρίως στο ηλικιακό φάσμα 33-43 ετών. Ακόμη, αποδείχθηκε πως η εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων είχε μεγαλύτερη συχνότητα στους 2-4 μήνες μετά το γεγονός, με μικρότερη συχνότητα να εμφανίζονται τα πρώτα συμπτώματα 2-4 εβδομάδες μετά το γεγονός και με ακόμη μικρότερη 5-8 μήνες μετά. Πιο αργά εμφανίστηκαν τα συμπτώματα στις κατηγορίες έκθεσης 1 και 3. Αναφορικά με το φύλο και τη συσχέτιση με την έκθεση, παρατηρήθηκε πως περισσότερες γυναίκες ανήκαν στην κατηγορία 1 και περισσότεροι άνδρες στην κατηγορία 2, ενώ σχετικά με την ηλικία στην κατηγορία των διασωστών/καθαριστών κυριαρχούσαν τα

άτομα μεγαλύτερα των 33 ετών. Η έρευνα προσπάθησε να διαμορφώσει ένα προφίλ για τα πιο ευάλωτα σε ψυχικές διαταραχές άτομα. Έτσι, διαπιστώθηκε πως άνδρες, ηλικίας 33 έως και 54 ετών της 2^{ης} κατηγορίας έκθεσης ήταν πιο επιρρεπής στην εμφάνιση κάποιας διαταραχής. Συγκεκριμένα, είχαν περισσότερα τραυματικά συμπτώματα και υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονικού ιδεασμού σε σύγκριση με τα άτομα 1^{ης} κατηγορίας. Τέλος, αναφορικά με τη διάρκεια ψυχοθεραπείας παρατηρήθηκε διαφορά στο ηλικιακό φάσμα με τη μεγαλύτερη διάρκεια ανάγκης για ψυχοθεραπεία να ανήκει στα άτομα 55-65 ετών (έως και 7,5 χρόνια). Η μεγαλύτερη διάρκεια ψυχιατρικής αντιμετώπισης παρατηρήθηκε στην ηλικία 33-43 ετών (έως και 4,5 χρόνια) ενώ η μικρότερη στην ηλικία των 21-32 ετών (έως 0,77 χρόνια). Ακόμη βρέθηκε πως η μεγαλύτερη μερίδα ατόμων ξεκίνησε την ψυχιατρική της αντιμετώπιση στο Ινστιτούτο το 2004 με 2006, πράγμα που αποδεικνύει πως ψυχικά συμπτώματα εμφανίστηκαν σε άτομα χωρίς ιστορικό PTSD ακόμη και 5-6 χρόνια μετά την επίθεση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την παρούσα συστηματική ανασκόπηση φάνηκε πως τόσο τα άμεσα θύματα τρομοκρατικών επιθέσεων, σε συνδυασμό με τον κοινωνικό τους περίγυρο, όσο και οι έμμεσα πληγέντες και τα άτομα που μετέπειτα ενεπλάκησαν στις προσπάθειες διάσωσης, απεγκλωβισμού και περίθαλψης, επιβαρύνονται με προβλήματα ψυχικής υγείας είτε βραχυπρόθεσμα, είτε με μακροχρόνια πορεία και με πολλούς παράγοντες πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την καταστροφή να ενισχύουν αυτή την ψυχοπαθολογία.

5.1 ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

5.1.1 Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (PTSD)

Από την ανάλυση των ερευνών διαπιστώθηκε πως η διαταραχή ψυχικής υγείας που επικρατεί στους πληθυσμούς των περιοχών που υπέστησαν κάποια τρομοκρατική επίθεση ήταν το λεγόμενο PTSD, το οποίο ήταν παρόν σε όλες τις μελετώμενες έρευνες. Συμπτώματα της συγκεκριμένης διαταραχής εμφανίζονταν άμεσα, τον πρώτο μήνα, μετά το τρομοκρατικό γεγονός σε θύματα της επίθεσης, είτε καθυστερημένα, δηλαδή μετά από έξι μήνες (Galea και συν., 2002; Neria και συν., 2010; Fekih-Romdhane και συν., 2017). Παρατηρήθηκε ακόμη πως η διάρκειά του μπορούσε να φτάσει έως και τα 7 χρόνια αργότερα ανάλογα με τις τραυματικές εμπειρίες των πληθυσμών (Tucker και συν., 2007).

Στο γενικό πληθυσμό των κατοίκων της ευρείας περιοχής του Μανχάταν παρατηρήθηκε επιπολασμός PTSD σε ποσοστό 7,5% κατά τον πρώτο μήνα το οποίο φαίνεται να μειώνεται σημαντικά με το πέρας 9 μηνών (Galea και συν., 2002, 2003). Ωστόσο, 2-3 χρόνια μετά την επίθεση στους Δίδυμους Πύργους το PTSD των κατοίκων του Μανχάταν φαίνεται να έχει αυξηθεί (DiGrande και συν., 2008). Η διαφορά αυτή οφείλεται πιθανόν σε συνεχείς μνήμες των κατοίκων της περιοχής κοντά στο συμβάν σχετικές με το γεγονός οι οποίες εμποδίζουν την καθημερινή τους λειτουργικότητα. Επιπρόσθετα, κατά το πρώτο τρίμηνο μετά από τρομοκρατική επίθεση φαίνεται πως υπάρχει

αισθητή διαφορά στην παρουσία της διαταραχής στους κατοίκους της Μαδρίτης και του Μανχάταν, με τους πρώτους να εμφανίζουν σημαντικά μικρότερα ποσοστά. Παρότι και οι δύο επιθέσεις θεωρούνται οι σφοδρότερες στο είδος τους για την εκάστοτε χώρα, το μέγεθος της καταστροφής στην Αμερική ήταν πολύ μεγαλύτερο, καθώς οι απώλειες που σημειώθηκαν ήταν υπερπολλαπλάσιες σε σύγκριση με εκείνες της επίθεσης στους σιδηροδρομικούς σταθμούς της Μαδρίτης. Επιπλέον, μεγαλύτερη μερίδα πληθυσμού έγινε μάρτυρας στην πτώση των Πύργων, ενώ παράλληλα η ζωή στη Ν.Υ. «σταμάτησε» την ημέρα της επίθεσης. Ως αποτέλεσμα, οι κάτοικοι της Μαδρίτης θεωρήθηκαν λιγότερο εκτεθειμένοι στο γεγονός, δεδομένου και του ότι όσοι δεν χρησιμοποιούσαν τους σταθμούς εκείνη την ημέρα δεν επηρεάστηκαν από την επίθεση (Galea και συν., 2003; Miguel-Tobal και συν., 2006). Παράλληλα, και οι κάτοικοι σε περιοχή έξω από τη Μαδρίτη (Αλκαλά) σημείωσαν υψηλά ποσοστά της διαταραχής στους 6 μήνες μετά από αυτή αλλά και οι κάτοικοι του Παρισιού, είχαν παρόμοια ποσοστά (Gabriel και συν., 2007; Vandentorren και συν., 2008). Τέλος, σε πληθυσμό μειονοτήτων της Ν.Υ. που εξετάστηκε για τις ψυχικές του επιπτώσεις από την επίθεση, φάνηκε πως από τον πρώτο έως τον τέταρτο χρόνο μετά απ' αυτή υπήρχε επίσης μείωση του επιπολασμού PTSD σε συμφωνία με τη μελέτη των Galea και συνεργατών (2003), και εκτός αυτού παρατηρήθηκε πως το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού που είχε τη διαταραχή κατά τον πρώτο χρόνο είχε ανακάμψει (παροδικό PTSD), και πως η μεγαλύτερη μερίδα όσων είχαν διαταραχή τον 4^ο χρόνο είχε PTSD καθυστερημένης έναρξης (Neria και συν., 2010).

Σχετικά με τα άμεσα θύματα της επίθεσης, οι περισσότερες μελέτες θεώρησαν πως σε αυτή την κατηγορία ανήκαν όσοι είχαν υποστεί τραύματα από την επίθεση, όσοι είχαν γίνει μάρτυρες τρομακτικών σκηνών, όσοι είχαν βιώσει την απώλεια κάποιου οικείου προσώπου ή/και περιουσίας τους και όσοι είχαν εμπλακεί σε επιχειρήσεις διάσωσης, απεγκλωβισμού, περίθαλψης θυμάτων ή αποκατάστασης του κατεστραμμένου τόπου. Σε σύντομο διάστημα από την επίθεση τα ποσοστά PTSD για τα άτομα που είχαν υποστεί τραυματισμούς ή ήταν μάρτυρες της επίθεσης ήταν αρκετά υψηλά έως και 68,9%, με προοδευτική μείωση μετά τους 12 μήνες (North, 2001; Fekih-

Romdhane και συν., 2017). Στις δύο μελέτες που αφορούν τα άμεσα εκτεθειμένα άτομα στην επίθεση της Μαδρίτης, όπου μελετάται ο ίδιος πληθυσμός, παρατηρήθηκε πως ο επιπολασμός του PTSD κατά τον πρώτο και έκτο μήνα μετά την επίθεση διαφέρει μεταξύ των δύο μελετών (Fraguas και συν.,2006; Conejo-Galindo και συν.,2008). Η διαφορά αυτή έγκειται πιθανότατα στο διαφορετικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της διαταραχής. Σε συμφωνία με τα αποτελέσματα των Fraguas και συνεργατών (2006) είναι και αυτά του North (2001) και των Gabriel και συνεργατών (2007) όπου στους 6 μήνες βρέθηκαν υψηλά ποσοστά PTSD τα οποία φάνηκε να έχουν ανάκαμψη στους 12 μήνες, σε μικρό, βέβαια, βαθμό (<50%) (North, 2001). Να σημειωθεί πως παρουσιάζονται υψηλότερα ποσοστά PTSD στον πληθυσμό της μελέτης των Fraguas και συνεργατών (2006) εν συγκρίσει με τη μελέτη των Galea και συνεργατών (2002) διότι ο πληθυσμός στην πρώτη ήταν τραυματίες οι οποίοι έλαβαν περίθαλψη σε νοσοκομείο κατόπιν της επίθεσης. Συγκρίνοντας την επίθεση στην Οκλαχόμα με εκείνη στην Κένυα, διαπιστώθηκε πως τα ποσοστά PTSD στο σύνολο των δύο πληθυσμών ήταν παρόμοια, παρά τη διαφορετική οικονομική κατάσταση των δύο χωρών και των αυξημένο αριθμό νεκρών που σημειώθηκε στην Κένυα. Οι δύο πληθυσμοί φάνηκε να έχουν σημαντικές ομοιότητες στην απόκριση στο τραύμα. Ωστόσο, μικρότερο ποσοστό του κυβερνητικού προσωπικού του Ναϊρόμπι φάνηκε να παρουσιάζει τη διαταραχή δέκα μήνες μετά την επίθεση στην Κένυα, σε σχέση με τους κατοίκους-επιζώντες. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό είναι πιθανόν η μικρότερη έκθεση στο τραύμα που υπέστησαν τα άτομα του προσωπικού σε σχέση με τους επιζώντες (North και συν., 2005; Raitt και συν., 2021). Επιπλέον στο Ομάγκ και στην Ουτόγια οι επιζώντες εμφάνισαν πολύ υψηλά ποσοστά PTSD εντός του πρώτου χρόνου από την επίθεση (Duffy και συν., 2013; Glad και συν.,2021).

Παρά ταύτα, σε διάστημα 2 έως και 7 ετών σε κάποιες μελέτες, φαίνεται τα επίπεδα της διαταραχής να μειώνονται για τα άμεσα θύματα περίπου στο 15%, ενώ σε άλλες παραμένουν υψηλά στο 31%-32% (Ohtani και συν.,2004; Verger και συν.,2004; Tucker και συν. 2007; DiGrande και συν., 2011). Σχετικά με τους πρώτους είναι πιθανό τα άτομα που βρίσκονταν μέσα στους Δίδυμους Πύργους να μη συνειδητοποιήσαν πως κινδυνεύουν, ή ακόμα να έχει επέλθει

επούλωση των τραυμάτων τους και ψυχική ανθεκτικότητα με το πέρασμα του χρόνου, ενώ οι δεύτεροι φάνηκε πως επηρεάζονταν ακόμη από τους σοβαρούς τραυματισμούς.

Αναφορικά με τα άτομα που εκτέθηκαν στην απώλεια οικείου προσώπου ή εργασίας/περιουσίας, πολλές έρευνες καταδεικνύουν πως και αυτά τα άτομα σημειώνουν υψηλά ποσοστά ψυχικής δυσφορίας, ακόμη κι αν δεν ήταν παρόντα στην καταστροφή ή δεν τραυματίστηκαν (Galea και συν.,2002; Galea και συν., 2003; Neria και συν., 2008; Duffy και συν.,2013; Neria και συν.,2013). Η αιφνίδια απώλεια οικείου προσώπου σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εγκατάστασης μακροχρόνιων προβλημάτων ψυχικής υγείας σε σύγκριση ακόμη και με άτομα που πλήχθηκαν άμεσα από μια τρομοκρατική επίθεση με τραυματισμό, αλλά και η απώλεια περιουσίας ή εργασίας αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης και μακροχρόνιας παρουσίας PTSD εξαιτίας της ανασφάλειας που γεννάται στο άτομο και του αισθήματος αβεβαιότητας.

Όσον αφορά στους πρώτους ανταποκριτές που ενεπλάκησαν στις επιχειρήσεις διάσωσης και αποκατάστασης τα ποσοστά PTSD που σημείωσαν οι επαγγελματίες ήταν χαμηλότερα από το γενικό πληθυσμό και τους άμεσα εκτεθειμένους. Αυτό συνέβαινε διότι η ειδικότητά τους παρείχε αυξημένη εμπειρία και εξοικείωση σε καταστάσεις καταστροφής και έκτακτης ανάγκης, γεγονός που τους προσέδιδε αυτοπεποίθηση (North C. και συν.,2002, Gabriel R. και συν., 2007, Perrin M.και συν.,2007, Motreff και συν.,2020). Επίσης πιθανόν να υποτιμούσαν τις αντιδράσεις τους στο τραύμα εξαιτίας της συσσώρευσης εργασιακού στρες που διέθεταν (Vandentorren και συν., 2018). Ωστόσο, πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη διαταραχής φάνηκε να είναι οι μη εκπαιδευμένοι εθελοντές, άτομα δηλαδή που βρέθηκαν στη σκηνή της καταστροφής και θέλησαν να βοηθήσουν, όσοι μπήκαν στη σκηνή του εγκλήματος και εργάστηκαν εκεί για αρκετή ώρα ή/και η εργασία τους ξεκίνησε αμέσως μετά την καταστροφή σε σχέση με άλλους που ξεκίνησαν την επόμενη ημέρα ή εβδομάδες μετά (North και συν., 2002; Perrin και συν., 2007; Bogstrand και συν., 2016; Motreff και συν., 2020). Τέλος, η ενασχόληση με καθήκοντα εκτός των αρμοδιοτήτων του, έκανε τον κάθε επαγγελματία εξαιρετικά ευάλωτο στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας, όπως επίσης και η ελλιπής εκπαίδευση όσον αφορά τους κινδύνους για επικείμενες επιπτώσεις

ψυχικής υγείας που μπορεί να αναπτυχθούν εξαιτίας της εμπλοκής τους στα καταστροφικά γεγονότα (Perrin και συν., 2007; Vandentorren και συν., 2018; Motreff και συν., 2020; Bentz και συν., 2021).

Τα κύρια συμπτώματα PTSD που έκαναν την εμφάνισή τους στις μελέτες ήταν κυρίως αυτά της κατηγορίας B (αναβίωση/ υπενθύμιση των γεγονότων) και D (υπερεγρήγορηση) και πιο σπάνια ήταν εκείνα της κατηγορίας C (αποφυγή-απώθηση ερεθισμάτων) κατά DSM-IV (North, 2001; Verger και συν., 2004; North και συν., 2005; Gabriel και συν., 2007; Perrin και συν., 2007; DiGrande και συν., 2008; DiGrande και συν., 2011; Glad και συν., 2021; Raitt και συν., 2021). Παρά τη συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων της κατηγορίας B και C, εκείνα που καθόριζαν την παρουσία PTSD και ήταν διαγνωστικά για αυτό ήταν η παρουσία των συμπτωμάτων κατηγορίας C (North, 2001; North και συν., 2005; Raitt και συν., 2021). Τα συμπτώματα αυτά έκαναν την εμφάνισή τους από την πρώτη κιόλας μέρα μετά την καταστροφή σε θύματα της επίθεσης, έως και 2.5 χρόνια μετά απ' αυτή (North, 2001; Verger και συν., 2004). Σαφώς ήταν υψηλότερα τα ποσοστά σε άμεσα θύματα της επίθεσης, απ' ότι στο γενικό πληθυσμό, ενώ φαίνεται πως 6 μήνες μετά την επίθεση στη Μαδρίτη σημειώνεται μείωση των συμπτωμάτων κατηγορίας B και D, παρατηρείται όμως αύξηση στην κατηγορία C (Fraguas και συν., 2006; DiGrande και συν., 2008, 2011).

Με βάση όλα τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό πως περισσότερο ευάλωτοι στην ανάπτυξη PTSD είναι τα άμεσα θύματα μιας τρομοκρατικής επίθεσης, δηλαδή εκείνα που τραυματίστηκαν, ήταν μάρτυρες σκηνών βίας και τραυματισμού άλλων, έχασαν οικείους ή περιουσία, ενεπλάκησαν σε επιχειρήσεις διάσωσης και εργάστηκαν για παρατεταμένο διάστημα στον τόπο της καταστροφής. Μη αμελητέος όμως είναι και ο αντίκτυπος στους έμμεσα εκτεθειμένους, το γενικό πληθυσμό δηλαδή, που δεν είχε υποστεί τις παραπάνω εκθέσεις.

5.1.2 Διαταραχή Μείζονος Κατάθλιψης (MDD)

Σύμφωνα με τις μελέτες, η δεύτερη, πιο συχνά παρατηρούμενη ψυχική διαταραχή που εμφανίζεται στα δείγματα των διάφορων κατηγοριών του πληθυσμού σχετιζόμενου με τρομοκρατικές επιθέσεις είναι η μείζονα

καταθλιπτική διαταραχή. Σε άτομα, όχι άμεσα επηρεασμένα από την επίθεση τα ποσοστά της έφταναν έως και το 9,7% των πρώτο μήνα μετά την επίθεση, με προοδευτική μείωση έως και τον 6^ο μήνα (Galea και συν.,2002; Miguel-Tobal και συν.,2006; Person και συν.,2006; Gabriel και συν.,2007). Παρατηρείται, επίσης, στις μελέτες των Galea και συνεργατών (2002) και Miguel-Tobal και συνεργατών (2006) πως η παρουσία της κατάθλιψης είναι σχεδόν όμοια (σε αντίθεση με τη διαφορά που παρουσιάζουν στον επιπολασμό του PTSD) στους πληθυσμούς δύο ξεχωριστών πόλεων που βίωσαν τρομοκρατική επίθεση διαφορετικού μεγέθους. Το αποτέλεσμα αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα πως η παρουσία της διαταραχής αυτής πιθανόν δεν καθορίζεται μόνο από το μέγεθος της καταστροφής αλλά και από άλλους παράγοντες, ενώ ακόμη συμπεραίνεται πως διαφορετικοί μηχανισμοί οδηγούν το άτομο στην κατάθλιψη και διαφορετικοί στο PTSD (Tucker και συν., 2007).

Στα άμεσα θύματα τρομοκρατικών χτυπημάτων η παρουσία της κατάθλιψης φάνηκε να είναι υψηλότερη (ως και 40%) σε σχέση με το γενικό πληθυσμό έως και 1 χρόνο μετά το συμβάν (North, 2001; Gabriel και συν., 2007; Conejo-Galindo και συν., 2008; Neria και συν., 2008; Fekih-Romdhane και συν., 2017; Glad και συν., 2021). Ταυτόχρονα, παρατηρήθηκε ανάκαμψη των ατόμων σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50% στους 12 μήνες μετά την καταστροφή σε σχέση με τους πρώτους 6, ενώ σε άλλη μελέτη παρατηρήθηκε στασιμότητα συγκριτικά με τον 1^ο μήνα, η οποία μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός πως τα άτομα, 1 χρόνο μετά την έκθεσή τους στις επιπτώσεις μια τρομοκρατικής επίθεσης ανέπτυξαν νέα ψυχοπαθολογία (North, 2001; Conejo-Galindo και συν., 2008).

Η καταθλιπτική διαταραχή ήταν παρούσα και στους πληθυσμούς των πρώτων ανταποκριτών σε πολύ περιορισμένο βαθμό (1,3%-4,6%) σε σχέση με τους προηγούμενους πληθυσμούς (Gabriel και συν.,2007; Bentz και συν.,2021) ενώ μια πρόσφατη μελέτη ανέφερε πως οι διασώστες/καθαριστές σημείωσαν μεγαλύτερα ποσοστά διαταραχής σε σχέση με τα άμεσα θύματα της επίθεσης (Mazurkiewicz και συν.,2022).

Συμπληρωματικά, σε πληθώρα ερευνών παρατηρήθηκε συννοσηρότητα καταθλιπτικής διαταραχής και PTSD, τόσο σε έμμεσα, όσο και σε άμεσα

θύματα επίθεσης από τον 1^ο μήνα μετά τα καταστροφικά γεγονότα, έως και 5 χρόνια μετά, με τους άμεσα εκτεθειμένους να σημειώνουν έως και 10 φορές υψηλότερα ποσοστά από τα έμμεσα θύματα (Galea και συν., 2002; Ohtani και συν., 2004; Gabriel και συν., 2007; Fekih-Romdhane και συν., 2017; Vandentorren και συν., 2018). Βρέθηκε ακόμη πως όσα άτομα χαμηλού εισοδήματος που ανήκαν σε πληθυσμούς μειονοτήτων εμφάνισαν καθυστερημένης έναρξης PTSD, είχαν πέντε φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη, σε σχέση με τα άτομα που είχαν παροδικό PTSD, 4 χρόνια μετά από τρομοκρατική επίθεση (Neria και συν., 2010). Διαπιστώνεται πως παρότι οι δυο διαταραχές γεννούνται και πορεύονται μέσω διαφορετικών μηχανισμών, η συνύπαρξή τους είναι πολύ συχνή, πολλαπλασιάζοντας τη δυσφορία και τη μειωμένη λειτουργικότητα των πληγέντων.

5.1.3 Αύξηση χρήσης αλκοόλ, φαρμακευτικών ή μη ουσιών και τσιγάρου

Από την ανασκόπηση των ερευνών προκύπτει πως την εμφάνισή της έκανε στους πληθυσμούς και η αύξηση της χρήσης του αλκοόλ ή ουσιών, η οποία σε ορισμένες περιπτώσεις έφτανε στην εξάρτηση. Κύριος λόγος χρήσης τέτοιων ουσιών ήταν η ανάγκη αντιμετώπισης της ψυχικής δυσφορίας που προκαλούσαν οι διάφοροι τύποι έκθεσης στο τραυματικό γεγονός. Ωστόσο φαίνεται πως αυτή η πρακτική χρησιμοποιήθηκε κυρίως από τα θύματα της επίθεσης στην Οκλαχόμα σε σχέση με τα αντίστοιχα στο Ναϊρόμπι, τα οποία προτίμησαν άλλες, μη εξαρτησιογόνες μεθόδους, ανάκαμψης (North και συν., 2005). Επιπλέον, τέτοιες μέθοδοι αναφέρονται τόσο από άμεσα θύματα επίθεσης, που βρίσκονταν κοντά στο σημείο καταστροφής, είδαν τα γεγονότα ή αποτελούσαν συγγενή/φίλο θύματος, με τους τελευταίους να σημειώνουν συγκριτικά εξαιρετικά υψηλότερα ποσοστά, ακόμα και σε βάθος χρόνου 4 ετών, όσο και έμμεσα θύματα της επίθεσης, τα οποία εμφάνιζαν από απλή αύξηση στην κατανάλωση ποτών ανά ημέρα έως εξάρτηση από το αλκοόλ (Adams και συν., 2006; Neria και συν., 2013; Vandentorren και συν., 2018).

Αξίζει να σημειωθεί πως αυξημένη ήταν και η χρήση αλκοόλ και φαρμακευτικών ουσιών στους ανταποκριτές πρώτης γραμμής, κυρίως τους μη εκπαιδευμένους εθελοντές οι οποίοι δεν είχαν βρεθεί ξανά αντιμέτωποι με

σκηνές φρίκης, ενώ η χρήση από τους επαγγελματίες αποσκοπούσε, ως επί το πλείστον στη χαλάρωση και αποφόρτιση μαζί με την κατανάλωση υπνωτικών φαρμάκων (Bogstrand και συν., 2016; Vandentorren και συν., 2018). Ωστόσο σε εκπαιδευμένους επαγγελματίες με ιδιαίτερα αυξημένα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ που δεν σχετίζονται με το καταστροφικό γεγονός, φαίνεται πως η προηγούμενη εξάρτησή τους οδηγεί σε αυτά τα αποτελέσματα (North και συν., 2002).

Η υιοθέτηση τέτοιων μέτρων αντιμετώπισης, ναι μεν μειώνει την έκφραση των PTSD συμπτωμάτων, όπως η υπερεγρήγορη και οι παρειασφρητικές αναμνήσεις, υποδηλώνει όμως μεθόδους αποφυγής, οι οποίες έγκεινται επίσης στο πλαίσιο της Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες. Συνάμα, η απόπειρα στέρησης του αλκοόλ, σε μία προσπάθεια διαφυγής από την υπερκατανάλωση και την εξάρτηση, μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση των συμπτωμάτων PTSD ή κατάθλιψης, γεγονός που κάθε άλλο παρά βοηθητικό είναι στην επούλωση των τραυματικών εμπειριών. Συμπεραίνεται, λοιπόν, πως κατά κύριο λόγο, η κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών συμβαδίζουν με το PTSD και την κατάθλιψη στον ψυχισμό των εκτεθειμένων σε τρομοκρατικές επιθέσεις (Adams και συν., 2006).

Όσον αφορά την εξάρτηση από το τσιγάρο, οι εκτεθειμένοι σε τραυματικά γεγονότα ήταν πιο επιρρεπείς στην αύξηση χρήσης τσιγάρων, και ως εκ τούτου σε μία πιθανή εξάρτηση, σε σχέση με τους μη εκτεθειμένους. Παρατηρήθηκε επίσης συννοσηρότητα της εξάρτησης από το τσιγάρο με την παρουσία κατάθλιψης, γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα πως πιθανός προδιαθεσικός παράγοντας μιας επικείμενης εξάρτησης είναι η παρουσία κατάθλιψης πριν το τραυματικό γεγονός (Nandi και συν., 2005).

5.1.4 Άλλες διαταραχές (αυτοκτονικός ιδεασμός, διαταραχή πανικού, αγοραφοβία, διαταραχή γενικευμένου άγχους)

Στην πλειοψηφία των μελετών για την επιβάρυνση ψυχικής υγείας που προκαλούν στα άτομα οι διάφοροι βαθμοί έκθεσης σε μια τρομοκρατική επίθεση και το μέγεθος αυτής, πέραν των κύριων διαταραχών που προαναφέρθηκαν, συνυπάρχουν και άλλες διαταραχές. Σε πληθυσμό θυμάτων της επίθεσης της Μαδρίτης φάνηκε πως τα ποσοστά αυτοκτονικού ιδεασμού

αυξήθηκαν από τον 1^ο έως το 12^ο μήνα μετά το γεγονός, πράγμα που παρατηρήθηκε και σε πληθυσμό ασθενών χαμηλού εισοδήματος στην πάροδο τεσσάρων χρόνων μετά την επίθεση στο Μανχάταν (Conejo-Galindo και συν., 2008; Neria και συν., 2013; Vandentorren και συν., 2018; Bentz και συν., 2021). Επιπλέον, η συγκεκριμένη διαταραχή καταγράφηκε σε επαγγελματικά εκτεθειμένους ανταποκριτές όπως προσωπικό νοσοκομείου, διασώστες και καθαριστές (Bentz και συν., 2021; Mazurkiewicz και συν., 2022).

Διαταραχή πανικού (κατατάσσεται στις αγχώδεις διαταραχές κατά DSM-IV) φάνηκε να υπάρχει στα άμεσα εκτεθειμένα άτομα της επίθεσης στη Μαδρίτη και το Παρίσι (Ivan. 2015) για τον πρώτο χρόνο και έως και 7 χρόνια στα θύματα της επίθεσης στο Μανχάταν χωρίς σημαντικές διαφορές στα ποσοστά (Gabriel και συν., 2007; Vandentorren και συν., 2018; Mazurkiewicz και συν., 2022). Αξίζει, ακόμη, να σημειωθεί και η παρουσία της διαταραχής στους κατοίκους της Αλκαλά, σε μικρότερο βέβαια βαθμό, παρότι αποτελεί προάστιο της Μαδρίτης (Gabriel και συν., 2007).

Επιπρόσθετα, δεν ήταν αμελητέα η παρουσία της αγοραφοβίας (επίσης αγχώδης διαταραχή) σε ορισμένες μελέτες, μιλώντας ξανά για τα θύματα της επίθεσης στη Μαδρίτη και το Παρίσι όπου τα ποσοστά ήταν αρκετά υψηλά αλλά και στους κατοίκους της περιοχής Αλκαλά, στους οποίους βρέθηκε πως η διαταραχή ήταν η δεύτερη επικρατέστερη μετά το PTSD (Gabriel και συν., 2007; Vandentorren και συν., 2018). Σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφερθεί πως 5 χρόνια μετά την επίθεση με σαρίν, θύματα αυτής στο Τόκιο παρουσίασαν συννοσηρότητα PTSD με αγοραφοβία ή/και κρίση πανικού (Ohtani και συν., 2004).

Τέλος, η διαταραχή γενικευμένου άγχους ήταν επίσης παρούσα σε αποτελέσματα πολλών μελετών είτε άμεσων θυμάτων, είτε θυμάτων που βίωσαν απώλεια και στους οποίους παρατηρήθηκε προοδευτική μείωση στο πέρασμα του χρόνου, από 6 έως και 16 μήνες (Gabriel R. και συν., 2007, Neria και συν., 2008; Vandentorren και συν., 2018). Η διαταραχή παρατηρήθηκε επίσης και σε πρώτους ανταποκριτές σε υψηλά ποσοστά σε σχέση με άλλες διαταραχές που βρέθηκαν σε αυτούς τους πληθυσμούς (Vandentorren και

συν., 2018; Bentz και συν., 2021) αλλά και στους έμμεσα εκτεθειμένους κατοίκους της περιοχής Αλκαλά (Gabriel και συν., 2007).

Γενικότερα, η πλειοψηφία των άμεσων ή έμμεσων θυμάτων μιας επίθεσης υφίσταται δύο ή περισσότερες ψυχικές διαταραχές σαν αντίκτυπο της έκθεσης στις διάφορες καταστάσεις μια τρομοκρατικής ενέργειας. Αυτό ισχύει σε πολύ μεγάλο βαθμό για τα άτομα που ήταν παρόντα και βίωσαν κάποιο τραυματισμό, για όσους βρέθηκαν στον τόπο της καταστροφής λόγω της επαγγελματικής τους ιδιότητας, για όσους έχασαν κάποιο συγγενή ή φίλο, ακόμη και περιουσία ή εργασία εξαιτίας της επίθεσης, μα ακόμη και για τους απλούς παρατηρητές των γεγονότων που δεν είχαν καμία ανάμιξη σε αυτά.

5.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Το εύφορο έδαφος για την ανάπτυξη όλων των διαταραχών που προαναφέρθηκαν δημιουργείται από μια πληθώρα παραγόντων που σχετίζονται με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των πληθυσμών που μελετήθηκαν αλλά και με τις εμπειρίες τους σχετικά με τα τραυματικά γεγονότα στα οποία ήταν ή όχι παρόντα.

5.2.1 Κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες κινδύνου

Όσον αφορά τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των πληθυσμών, παρατηρείται πως σε αρκετές μελέτες το θηλυκό γένος διαπιστώθηκε ως βασικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη PTSD, κατάθλιψης και άλλων διαταραχών άγχους, λόγω του ισχυρότερου αισθήματος φόβου που διακατέχει της γυναίκες, συγκριτικά με τους άνδρες, μετά από μία τέτοια καταστροφή, της απώλειας ελέγχου των συναισθημάτων, και της γενικότερης πιο ευάλωτης συναισθηματικής τους αντίδρασης. (Verger και συν., 2004; Fraguas και συν., 2006; Gabriel και συν., 2007; Conejo-Galindo και συν., 2008; DiGrande και συν., 2008; Fekih-Romdhane και συν., 2017; Vandentorren και συν., 2018; Bentz και συν., 2021). Στον αντίποδα, στην προσπάθεια δημιουργίας ενός προφίλ των πιο ευάλωτων, οι Mazurkiewicz και συνεργάτες (2022) διαπίστωσαν πως πιο ευάλωτοι ήταν οι άνδρες στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών 7 χρόνια μετά από τρομοκρατικό χτύπημα.

Έναν ακόμη παράγοντα κινδύνου αποτελεί η ηλικία. Σε ορισμένες μελέτες φάνηκε πως η ηλικία άνω των 35 έως και 54 ετών καθιστά τα άτομα πιο επιρρεπή στην ανάπτυξη διαταραχών λόγω των επικείμενων οικονομικών δυσκολιών που συνεπάγεται για αυτά μια καταστροφή (Verger και συν., 2004; DiGrande και συν., 2008; Fekih-Romdhane και συν., 2017; Mazurkiewicz και συν., 2022). Ωστόσο, άλλες μελέτες δεν βρήκαν κάποια συσχέτιση των διαταραχών με αυτό τον παράγοντα (Miguel-Tobal και συν., 2006; Gabriel και συν., 2007; Conejo-Galindo και συν., 2008). Σημαντική παρατήρηση αποτέλεσε το γεγονός πως η ηλικία άνω των 65 αποτελεί προστατευτικό παράγοντα έναντι της κατάθλιψης για τους κατοίκους της Ν.Υ. 2 με 3 χρόνια μετά την επίθεση της 11^{ης}/9 (Person και συν., 2006).

Στην πλειοψηφία των μελετών, η παρουσία περισσότερων από 2 ψυχοπιεστικών γεγονότων το χρόνο πριν την καταστροφή και η ύπαρξη περισσότερων από 3 τραυματικά γεγονότα κατά τη διάρκεια της ζωής τους αύξαναν την πιθανότητα εμφάνισης PTSD ή κατάθλιψης, ακόμη και ενίσχυσης της καπνιστικής συνήθειας, κάνοντας τα άτομα πιο ευάλωτα στις τραυματικές επιπτώσεις μια τέτοιας κατάστασης (North, 2001; Galea και συν., 2002, 2003; Nandi και συν., 2005; Fraguas και συν., 2006; Miguel-Tobal και συν., 2006; Person και συν., 2006; Gabriel και συν., 2007; Duffy και συν., 2013; Motreff και συν., 2020).

Από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη διαταραχών ψυχικής υγείας, μη σχετιζόμενους με το τρομοκρατικό γεγονός σε άμεσα και έμμεσα εκτεθειμένα άτομα είναι και η παρουσία προηγούμενης ψυχοπαθολογίας τους, σε σχέση με τα ψυχικά υγιή άτομα (North, 2001; Galea και συν., 2002, 2003; North και συν., 2005; Fraguas και συν., 2006; Gabriel και συν., 2007; Conejo-Galindo και συν., 2008). Για παράδειγμα, η παρουσία κατάθλιψης πριν την επίθεση στους Δίδυμους Πύργους σε πληθυσμό μειονοτήτων αύξανε τρεις φορές την πιθανότητα ανάπτυξης παροδικού και 10 φορές την εμφάνιση καθυστερημένου PTSD μετά την επίθεση (Neria και συν., 2010). Η παράμετρος αυτή υπήρχε, καθώς φάνηκε, και στον πληθυσμό των διασωστών, οι οποίοι σε ορισμένες περιπτώσεις παρουσίασαν εξαρτήσεις από ουσίες πριν την επίθεση, όπως το αλκοόλ, , αλλά και PTSD, γεγονός που τους καθιστούσε ιδιαίτερα ευάλωτους στην ανάπτυξη και μη αλκοολικών

διαταραχών (North και συν., 2002). Παράλληλα, η ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας αμέσως μετά το συμβάν ήταν παράγοντας κινδύνου για την παρουσία διαταραχής και σε επόμενους μήνες (Fraguas και συν., 2006; Conejo-Galindo και συν., 2008; Neria και συν., 2010). Με τις ανωτέρω παρατηρήσεις δεν συμφωνούν οι Verger και συνεργάτες (2004) οι οποίοι σε θύματα της επίθεσης στη Γαλλία δεν βρήκαν συσχέτιση ανάπτυξης PTSD με το προηγούμενο ψυχικό ιστορικό.

Ίσως ο ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου που δεν σχετίζεται με την έκθεση στο συμβάν είναι η κοινωνική-ψυχολογική στήριξη που έλαβαν τα άτομα μετά από αυτό. Η πλειοψηφία των μελετών διαπίστωσε πως όσοι εκτεθειμένοι στα γεγονότα, άμεσα ή έμμεσα, δεν έλαβαν την κατάλληλη ψυχολογική στήριξη από το κοινωνικό σύνολο και αρμόδιους φορείς, είχαν κατά πολύ αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης οποιασδήποτε διαταραχής, κυρίως κατάθλιψης και PTSD (Galea και συν., 2002,2003; Miguel-Tobal και συν., 2006; Gabriel και συν., 2007; Duffy και συν., 2013; Fekih-Romdhane και συν., 2017; Motreff και συν., 2020; Glad και συν., 2021). Η παρατήρηση αυτή αφορούσε και τους καθαριστές, τους μηχανικούς και τους μη εκπαιδευμένους εθελοντές στις επιχειρήσεις διάσωσης της 11^{ης}/9, 2 έως 3 χρόνια μετά απ' αυτήν (Perrin και συν., 2007).

Τέλος, το χαμηλό μορφωτικό και κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο είναι ακόμη κάποιοι παράγοντες που φάνηκαν να αυξάνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης ψυχικής διαταραχής. Ο λόγος στον οποίο αποδίδεται αυτή η παρατήρηση ήταν πως πληθυσμοί μειονοτήτων, περιθωριοποιημένοι, κατά κύριο λόγο από το κοινωνικό σύνολο, δεν διέθεταν την οικονομική δυνατότητα να αναζητήσουν ή να λάβουν θεραπείες ψυχικής υγείας (DiGrande και συν., 2008,2011). Επιπλέον, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης μπορούσε να οδηγήσει τα άτομα σε εξάρτηση από το τσιγάρο ή και PTSD (North, 2001; Nandi και συν., 2005; Fekih-Romdhane και συν., 2017).

5.2.2. Παράγοντες κινδύνου σχετικοί με την τρομοκρατική ενέργεια

Η παράμετρος που είναι παρούσα σε πολλές μελέτες της ανασκόπησης και σχετίζεται με το τρομοκρατικό συμβάν είναι η συναισθηματική αντίδραση του ατόμου και η εκδήλωση μιας κρίσης πανικού κατά τη διάρκεια των γεγονότων.

Η αντίδραση αυτή μπορεί να πυροδοτήσει πληθώρα μετατραυματικών συμπτωμάτων και είναι καθοριστική για την αναγνώριση των ατόμων που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ψυχοπαθολογίας, ώστε να εφαρμοστούν άμεσες και ουσιώδεις παρεμβάσεις ψυχικής υγείας προκειμένου να αποφευχθούν μακροχρόνιες επιπτώσεις (Galea και συν., 2002, 2003; Miguel-Tobal και συν., 2006; Person και συν., 2006; Duffy και συν., 2013).

Ακόμη, ο τραυματισμός κατά την έκθεση σε τέτοια συμβάντα αποτελεί καθοριστικό παράγοντα ανάπτυξης ψυχοπαθολογίας. Ωστόσο, φαίνεται πως και εκείνοι με πιο ήπιους τραυματισμούς σημείωναν αρκετά υψηλά επίπεδα PTSD και κατάθλιψης, γεγονός που υποδηλώνει πως οι ψυχικές διαταραχές δεν σχετίζονταν μόνο με τον τραυματισμό αλλά και με το αίσθημα της απειλής, του φόβου και του επικείμενου θανάτου που ένιωσαν τα άτομα. Ταυτόχρονα, η μαρτυρία τρομακτικών σκηνών, η θέαση ακρωτηριασμένων σωμάτων, το αίσθημα απειλής και φόβου, η κατοίκηση σε περιοχές κοντά στα γεγονότα μα και η παρουσία των ατόμων μέσα σε κατεστραμμένα κτήρια, η έκθεση στο σύννεφο καπνού και η ανάγκη εκκένωσης ήταν καθοριστικοί παράγοντες που οδήγησαν στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας άμεσα και έμμεσα εκτεθειμένους πολίτες. (North, 2001; Verger και συν., 2004; North και συν., 2005; Fraguas και συν., 2006; Perrin και συν., 2007; DiGrande και συν., 2008, 2011; Glad και συν., 2021). Συνολικά, σε όσες περισσότερες από τις ανωτέρω εμπειρίες ήταν εκτεθειμένο το άτομο, τόσο μεγαλύτερος ήταν ο κίνδυνος επιβάρυνσης της ψυχικής του υγείας.

Σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα εκδήλωσης ψυχικών συμπτωμάτων αποτέλεσε και η απώλεια οικείου προσώπου ή/ και περιουσίας ή εργασίας. Μια τέτοια συνθήκη οδηγεί τα άτομα σε βαρύ πένθος και αισθήματα ανασφάλειας και οικονομικής δυσπραγίας, αντίστοιχα, εκδηλώνοντας συμπτώματα χωρίς μεγάλες ποσοστιαίες διαφορές από τους άμεσα πληγέντες (Galea και συν., 2002, 2003; North και συν., 2005; Glad και συν., 2021).

Όσον αφορά τους επαγγελματίες ανταποκριτές εκείνοι δεν κινδύνευαν τόσο από την έκθεση σε τρομακτικές σκηνές ή τη θέαση νεκρών σωμάτων λόγω της αυξημένης εμπειρίας τους σε τέτοιες καταστάσεις. Παράγοντες που επηρέασαν αυτή την πληθυσμιακή ομάδα ήταν κατά βάση η αυξημένη παραμονή στον

τόπο της καταστροφής (σε μία μελέτη προσδιορίζεται ως το διάστημα μεγαλύτερο των 3 μηνών (Perrin και συν., 2007) ενώ σε άλλη διάστημα περίπου 10 ημερών (North και συν., 2002)) , η έναρξη εργασίας την ημέρα της επίθεσης έναντι της επόμενης ημέρας ή των επόμενων εβδομάδων, η παρέμβαση σε μη ασφαλείς σκηνές της καταστροφής, έναντι των πιο απομακρυσμένων σημείων, και η ενασχόληση των ατόμων με καθήκοντα μη συναφή με την ειδικότητά τους (Motreff και συν., 2020; Bentz και συν., 2021). Τέλος, η εκπαίδευσης σχετικά με τις επικείμενες επιπτώσεις ψυχικής υγείας που ενέχουν οι παρεμβάσεις σε τέτοιες επιχειρήσεις ήταν από τους σημαντικότερους προστατευτικούς παράγοντες που ενίσχυσαν τα άτομα που παρενέβησαν στα σημεία καταστροφής (North και συν., 2002; Perrin και συν., 2007; DiGrande και συν., 2008; Motreff και συν., 2020).

5.3 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΩΝ

Παρά το εξαιρετικό επιστημονικό ενδιαφέρον που παρουσιάζουν οι ανωτέρω έρευνες που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση, υπάρχουν και ορισμένοι περιορισμοί που εμποδίζουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων της. Ο περιορισμός της αναζήτησης από το 2000 και μετά πιθανόν να απέκλεισε ορισμένες σημαντικές έρευνες προηγούμενων ετών. Η αναζήτηση μόνο σε βάσεις δεδομένων με δωρεάν πρόσβαση ίσως περιορίζει την ανασκόπηση όλης της σχετικής βιβλιογραφίας. Επιπλέον, η χρήση αποκλειστικά της αγγλικής γλώσσας είναι οπωσδήποτε ένας σαφής περιορισμός που θα λέγαμε πως καθιστά ελλιπή τη συγκεκριμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Λόγω, όμως, της έλλειψης χρόνου και πόρων αυτή η μέθοδος κρίθηκε ως η καταλληλότερη για την εκπόνηση αυτής της εργασίας.

Συμπληρωματικά, οι πλειονότητα των ερευνών δεν χρησιμοποιεί το ίδιο εργαλείο μέτρησης για την αξιολόγηση των διάφορων διαταραχών και ταυτόχρονα είναι διαφορετικός ο χρόνος αξιολόγησής τους από τη στιγμή της τρομοκρατικής επίθεσης. Η ανομοιογένεια αυτή μπορεί να μειώσει την ισχύ των αποτελεσμάτων της ανασκόπησης. Ακόμη, πολλές από της κλίμακες μέτρησης που χρησιμοποιούνται αφορούν στην αυτοαναφορά των διαταραχών από τους συμμετέχοντες, αρά είναι πιθανό τα αποτελέσματα να επηρεάζονται

από το προσωπικό τους συναίσθημα (report bias) και επίσης πολλές από της μελέτες κάνουν αναδρομική αξιολόγηση ενέχοντας τον κίνδυνο του σφάλματος ανάκλησης (recall bias). Τέλος, σε πολλές μελέτες αξιολόγησης του επιπολασμού διαταραχών σε διαδοχικές χρονικές στιγμές σημειώθηκε μείωση του μεγέθους του δείγματος αξιολόγησης σε σχέση με το αρχικό δείγμα αναφοράς, γεγονός που επίσης μειώνει την ισχύ των αποτελεσμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Με βάση τα βιβλιογραφικά δεδομένα, τα τελευταία 20 χρόνια έχει σημειωθεί πληθώρα τρομοκρατικών επιθέσεων τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική και την Ασία. Τα γεγονότα αυτά διαταράσσουν ποικιλοτρόπως την καθημερινότητα των πληθυσμών προκαλώντας σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχική τους υγεία και την μετέπειτα πορεία της ζωής τους. Κατά την αναζήτηση ερευνών στις διαδικτυακές βάσεις δεδομένων έγινε σαφές πως ο μεγαλύτερος όγκος ερευνών σχετικά με την εξέλιξη της ψυχικής υγείας κατόπιν τρομοκρατικής επίθεσης αφορά στο συμβάν της 11^{ης} Σεπτεμβρίου του 2001 με την πτώση των Διδύμων Πύργων. Η παρατήρηση αυτή οδηγεί στην διαπίστωσή πως υπάρχει ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης αυτού του αντικειμένου και στις περιπτώσεις άλλων τρομοκρατικών επιθέσεων σε άλλα σημεία του πλανήτη.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση αποκάλυψε την κυριαρχία του PTSD ως τη βασική διαταραχή ψυχικής υγείας μετά από ένα τρομοκρατικό γεγονός. Η εγκατάστασή του αποδεικνύεται άμεση, από την πρώτη κιόλας μέρα, μα και μακροχρόνια, έως και 7 χρόνια μετά τα γεγονότα, με προοδευτική μείωση με το πέρας των ετών. Κύρια συμπτώματά κατά το DSM-IV φάνηκε να περιγράφονται εκείνα της αναβίωσης και υπερεγρήγορης, ενώ λιγότερο συχνά, μα καθοριστικά για τη διάγνωση είναι εκείνα της αποφυγής και απώθησης. Η διαταραχή σημειώνει μεγαλύτερα ποσοστά στους άμεσα πληγέντες από την καταστροφή, κυρίως όσους τραυματίστηκαν ή κάποιο αγαπημένο τους πρόσωπο χάθηκε, δεν είναι όμως αμελητέα και η παρουσία της στους πληθυσμούς των έμμεσα εμπλεκόμενων οι οποίοι ήταν απλοί παρατηρητές των γεγονότων ή απλώς διέμεναν σε κοντινή σε αυτά περιοχή. Γίνεται, έτσι, σαφές πως οποιαδήποτε πράξη τέτοιας καταστροφικής εμβέλειας είναι αδύνατο να αφήσει ανεπηρέαστο οποιοδήποτε τμήμα του πληθυσμού.

Την παρουσία τους συνοδεύει το PTSD κάνουν και άλλες διαταραχές με κύρια την κατάθλιψη, ακολουθούμενη από την κατάχρηση αλκοόλ/ουσιών, την αγοραφοβία, τη διαταραχή πανικού, τον αυτοκτονικό ιδεασμό και την αγχώδη

διαταραχή. Η συνύπαρξη περισσότερων από δυο διαταραχών σε ένα άτομο φαίνεται πως επιβαρύνει σημαντικά τη λειτουργικότητά του και καθιστά δύσκολη την αποκατάσταση των φυσιολογικών ρυθμών της ζωής του.

Εξαιρετικά σημαντική καθίσταται, λοιπόν, η ανάγκη εκτίμησης και εντοπισμού των ψυχικά ευάλωτων πληθυσμών, τόσο εκείνων που βρέθηκαν στον τόπο καταστροφής και εμφάνισαν κάποια διαταραχή πανικού, όσο και εκείνων σε πιο απομακρυσμένες περιοχές και η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και κοινωνικής στήριξης. Από όλες τις μελέτες προκύπτει πως βασικός παράγοντας ψυχικών επιπτώσεων είναι η μετέπειτα έλλειψη φροντίδας από επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Οι πολιτείες οφείλουν να δημιουργήσουν το δίκτυο ψυχικής υγείας που είναι απαραίτητο, αποτελούμενο από επαγγελματίες ψυχολόγους, ψυχιάτρους, νοσηλευτές ψυχικής υγείας και εκπαιδευμένους εθελοντές, ώστε τα θύματα να μπορούν να καταφύγουν στους ειδικούς και να μετριάσουν το μετατραυματικό φορτίο τους. Ασφαλώς δεν πρέπει να υποτιμάται οποιοσδήποτε τύπος έκθεσης, καθώς αποδείχθηκε πως διάφορα γεγονότα μπορούν να προκαλέσουν τραυματικές μνήμες στα άμεσα ή τα έμμεσα θύματα και επιπλέον το άθροισμά τους οδηγεί σε μεγαλύτερο ψυχικό κόστος, αλλά πρέπει να δίνεται βάση και στα δημογραφικά χαρακτηριστικά που από μελέτες προκύπτουν ως παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης ψυχικών προβλημάτων.

Όπως αποδείχθηκε, ποικίλοι παράγοντες που δεν σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός μπορούν να υποκινήσουν την εκδήλωση ψυχοπαθολογίας μετά από αυτό. Έτσι, αδήριτη ανάγκη αποτελεί η μελέτη της ψυχικής υγείας των πληθυσμών πριν την εκδήλωση μιας τρομοκρατικής ενέργειας. Θα ήταν χρήσιμο οι ερευνητές που επιδίδονται στη μελέτη αυτού του αντικειμένου να πραγματοποιούν έρευνες σχετικές με την ψυχοπαθολογία των πληθυσμών σε «κατάσταση ηρεμίας». Κατ' αυτόν τον τρόπο θα υπάρχει υλικό σύγκρισης όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την προηγούμενη ψυχική υγεία των ατόμων σε περίπτωση μιας νέας τρομοκρατικής επίθεσης.

Σχετικά με τον πληθυσμό των άμεσων ανταποκριτών αξίζει να σημειωθεί πως η εμφάνιση οποιαδήποτε ψυχικής διαταραχής οφείλεται κατά βάση στην έλλειψη εκπαίδευσής σχετικά με τις επικείμενες επιπτώσεις μετά από ένα

τραυματικό συμβάν και στην αυξημένη έκθεσή τους σε σκηνές της καταστροφής. Ως εκ τούτου, εξαιρετικής σημασίας είναι η κατάλληλη εκπαίδευση τόσο των επαγγελματιών όσο και των εθελοντών σχετικά με της συνθήκες με τις οποίες θα έλθουν αντιμέτωποι κατά τη διάρκεια τέτοιων καταστάσεων με σκοπό την ψυχική ενδυνάμωση και ανθεκτικότητά τους. Επιπλέον, η συχνή εναλλαγή του προσωπικού στις θέσεις αυξημένης ψυχικής και συναισθηματικής φόρτισης, όπως η διαλογή των θυμάτων ή οι επιχειρήσεις διάσωσης κάτω από τα συντρίμια κτηρίων, θα βοηθούσε σημαντικά στη μείωση του ψυχικού φόρτου των εργαζομένων και την καλύτερη προοπτική της υγείας τους. Ασφαλώς, δεν πρέπει να παραλείπεται η αξιολόγηση της προηγούμενης ψυχικής υγείας και σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα.

Εν κατακλείδι, κάθε τρομοκρατικό γεγονός είναι ικανό να προκαλέσει πληθώρα επιπτώσεων, βραχυπρόθεσμων ή μακροπρόθεσμων, στον ψυχισμό ατόμων, είτε αυτά είναι θύματα, είτε παρατηρητές, είτε συγγενείς θυμάτων, επαγγελματίες ανταποκριτές ή εθελοντές, παραβιάζοντας το αίσθημα ασφάλειάς τους. Το κλειδί για την αντιμετώπιση αυτών των φαινομένων είναι η παρακολούθηση των ομάδων που είναι πιο ευάλωτες σε αυτές τις επιπτώσεις, η αποκωδικοποίηση των παραγόντων που τις καθιστούν πιο επιρρεπείς και η λήψη κατάλληλων μέτρων, αντιπροσωπευτικών για κάθε πληθυσμό, που θα οδηγήσει στον περιορισμό των ψυχικών προβλημάτων που συνεπάγονται οι τρομοκρατικές ενέργειες.

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:
«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ & ΜΑΖΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ»
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ:
«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΓΑΛΑΝΗ-ΓΡΙΒΑ ΜΙΧΑΕΛΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΠΕ MSc (c)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η τρομοκρατία αποτελεί μείζον πρόβλημα, των σύγχρονων κοινωνιών εξαιτίας της ικανότητάς της να διασπείρει τον τρόμο και την ανασφάλεια στον πληθυσμό, μέσω της άσκησης διάφορων μορφών βίας. Παρά τη σοβαρότητα του ζητήματος οι διεθνείς οργανισμοί και οι κυβερνήσεις δεν έχουν καταφέρει να αποδώσουν ένα συγκεκριμένο ορισμό στο φαινόμενο. Ωστόσο, η πληθώρα των ψυχικών διαταραχών που ακολουθούν αυτές τις επιθέσεις προκαλούν έντονη δυσφορία και δυσλειτουργία στα άτομα που τις βιώνουν.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της εμφάνισης των ψυχικών διαταραχών στις διάφορες ομάδες του πληθυσμού κατόπιν συγκεκριμένων τρομοκρατικών γεγονότων. Επιπλέον, η μελέτη και καταγραφή των παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση αυτών των διαταραχών.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων: PubMed, Cochrane Library, Ingenta Connect, CINAHL και Scopus χρησιμοποιώντας συναφείς όρους ως λέξεις-κλειδιά, για τα έτη 2000-2022.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά περιλαμβάνονται 30 άρθρα. Αποδεικνύεται πως κύρια διαταραχή τόσο σε άμεσα, όσο και έμμεσα θύματα τρομοκρατικής επίθεσης είναι η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD) που συχνά συνοδεύεται από κατάθλιψη, κατάχρηση/εξάρτηση αλκοόλ, διαταραχή πανικού, αγοραφοβία και γενικευμένη αγχώδη διαταραχή. Οι ανταποκριτές πρώτης γραμμής δεν υποφέρουν τόσο από αυτή τη διαταραχή λόγω της εμπειρίας και εκπαίδευσής τους. Κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες (φύλο ηλικία, ιστορικό ψυχικής νόσου κ.α.) αλλά και παράγοντες που σχετίζονται με την έκθεση στο τραυματικό γεγονός (τραυματισμός, απώλεια οικείου προσώπου, αυξημένος χρόνος παραμονής στον τόπο της καταστροφής κ.α.) επάγουν την εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η έκθεση σε τραυματικό γεγονός, όπως μία τρομοκρατική επίθεση είναι ικανή να διαταράξει τον ψυχισμό ενός ατόμου. Η ανεύρεση των πιο ευάλωτων ομάδων, η παροχή κατάλληλης ψυχοκοινωνικής στήριξης μετά το συμβάν και η εκπαίδευση και φροντίδα των επαγγελματιών που εμπλέκονται στις επιχειρήσεις αποτελούν τους πυλώνες της πρόληψης και αποφυγής της εμφάνισης ψυχικών προβλημάτων μετά από τρομοκρατικές επιθέσεις.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: terrorism; mental health; psychiatric disorder; consequences; victims.

NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS
DEPARTMENT OF NURSING
PROGRAM OF POSTGRADUATE STUDIES:
**"CRISIS & MASSDISASTER MANAGEMENT AND PUBLIC HEALTH
NURSING"**
SPECIALIZING IN:
"CRISIS MANAGEMENT IN THE HEALTH SECTOR"
EFFECTS OF TERRORISM ON POPULATION'S MENTAL HEALTH
POSTGRADUATE DIPLOMATIC THESIS
GALANI-GRIVA MICHAELA
REGISTERED NURSE MSc(c)

ABSTRACT

INTRODUCTION: Terrorism is a major problem of modern societies due to its ability to spread terror and insecurity in the population through the use of various forms of violence. Despite the seriousness of the issue, international organizations and governments have not managed to give a specific definition to the phenomenon. However, the multitude of mental disorders that follow these attacks cause intense distress and dysfunction in the individuals who experience them.

PURPOSE: The investigation of the appearance of mental disorders in the various groups of the population following specific terrorist events. In addition, the study and recording of the factors that contribute to the appearance of these disorders.

METHODS: This systematic literature review is based on a search in the PubMed, Cochrane Library, Ingenta Connect, CINAHL and Scopus database, using related terms as keywords, for the years 2000-2022.

RESULTS: In total of 30 articles are included. It turns out that the main disorder in both direct and indirect victims of a terrorist attack is Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), which is often accompanied by depression, alcohol abuse/dependence, panic disorder, agoraphobia and generalized anxiety disorder. Frontline responders do not suffer as much from this disorder because of their experience and training. Socio-demographic factors (gender, age, history of mental illness, etc.), but also factors related to exposure to the traumatic event (injury, loss of a loved one, increased time spent at the site of the disaster, etc.) induce the appearance of mental disorders.

CONCLUSIONS: Exposure to a traumatic event such as a terrorist attack is capable of disrupting a person's psyche. Finding the most vulnerable groups, providing appropriate psychosocial support after the event, and training and caring for professionals involved in operations are the pillars of preventing and avoiding the occurrence of mental problems after terrorist attacks.

KEYWORDS: terrorism; mental health; psychiatric disorder; consequences; victims.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- ❖ American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4th Ed.). Washington, American Psychiatric Publishing.
- ❖ American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, American Psychiatric Publishing.
- ❖ Arnold JL, Ortenwall P, Birnbaum ML, Sundnes KO, Aggrawal A, Anantharaman V, Al Musleh AW, Asai Y, Burkle FM Jr, Chung JM, Cruz-Vega F, Debacker M, Della Corte F, Delooz H, Dickinson G, Hodgetts T, Holliman CJ, MacFarlane C, Rodoplu U, Stok E, Tsai MC. (2003). *A proposed universal medical and public health definition of terrorism*. Prehosp Disaster Med, 18(2):47-52
- ❖ Adams RE, Boscarino JA, Galea S. (2006). *Alcohol use, mental health status and psychological well-being 2 years after the World Trade Center attacks in New York City*. Am J Drug Alcohol Abuse, 32(2):203-24.
- ❖ Bentz L, Vandentorren S, Fabre R, Bride J, Pirard P, Doulet N, Baubet T, Motreff Y, Pradier C. (2021). *Mental health impact among hospital staff in the aftermath of the Nice 2016 terror attack: the ECHOS de Nice study*. BMC Public Health., 21(1):1372.
- ❖ Bogstrand ST, Skogstad L, Ekeberg Ø. (2016). *The association between alcohol, medicinal drug use and post-traumatic stress symptoms among Norwegian rescue workers after the 22 July twin terror attacks*. IntEmergNurs., 28:29-33.
- ❖ Boniface P. (2004). *Οι Πόλεμοι του Αύριο*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
- ❖ Conejo-Galindo J, Medina O, Fraguas D, Terán S, Sainz-Cortón E, Arango C. (2008). *Psychopathological sequelae of the 11 March terrorist attacks in Madrid : an epidemiological study of victims treated in a hospital*. Eur Arch Psychiatry ClinNeurosci, 258(1):28-34.
- ❖ DiGrande L, Neria Y, Brackbill RM, Pulliam P, Galea S. (2011). *Long-term posttraumatic stress symptoms among 3,271 civilian survivors of the September 11, 2001, terrorist attacks on the World Trade Center*. Am J Epidemiol, 173(3):271-81.

- ❖ DiGrande L, Perrin MA, Thorpe LE, Thalji L, Murphy J, Wu D, Farfel M, Brackbill RM. (2008). *Posttraumatic stress symptoms, PTSD, and risk factors among lower Manhattan residents 2-3 years after the September 11, 2001 terrorist attacks*. J Trauma Stress, 21(3):264-73.
- ❖ Duffy M, Bolton D, Gillespie K, Ehlers A, Clark DM. (2013). *A community study of the psychological effects of the Omagh car bomb on adults*. PLoS One., 8(9):e76618.
- ❖ Fekih-Romdhane, F., Chennoufi, L., & Cheour, M. (2016). *Suicide terrorists: Who are they?*. Annales Medico-Psychologiques, 174, 274–279
- ❖ Fekih-Romdhane F, Chennoufi L, Cheour M. (2017). *PTSD and Depression Among Museum Workers After the March 18 Bardo Museum Terrorist Attack*. Community Ment Health J., 53(7):852-858.
- ❖ Fraguas D, Terán S, Conejo-Galindo J, Medina O, Sainz Cortón E, Ferrando L, Gabriel R, Arango C. (2006). *Posttraumatic stress disorder in victims of the March 11 attacks in Madrid admitted to a hospital emergency room: 6-month follow-up*. Eur Psychiatry, 21(3):143-51.
- ❖ Fullerton, C. S., Ursano, R. J., Norwood, A. E., & Holloway, H. H. (2003). *Trauma, terrorism, and disaster*. In R. J. Ursano, C. S. Fullerton & A. E. Norwood (Eds.), *Terrorism and disaster individual and community mental health interventions* (pp. 1–20). Cambridge: Cambridge University Press
- ❖ Gabriel R, Ferrando L, Cortón ES, Mingote C, García-Camba E, Liria AF, Galea S. (2007). *Psychopathological consequences after a terrorist attack: an epidemiological study among victims, the general population, and police officers*. Eur Psychiatry, 22(6):339-46.
- ❖ Galea S, Ahern J, Resnick H, Kilpatrick D, Bucuvalas M, Gold J, Vlahov D. (2002). *Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City*. N Engl J Med, 346(13):982-7
- ❖ Galea S, Vlahov D, Resnick H, Ahern J, Susser E, Gold J, Bucuvalas M, Kilpatrick D. (2003). *Trends of probable post-traumatic stress disorder in New York City after the September 11 terrorist attacks*. Am J Epidemiol, 158(6):514-24.
- ❖ Gask L, Klinkman M, Fortes S, Dowrick C (2008). *Capturing complexity: the case for a new classification system for mental disorders in primary care*. Eur Psychiatry, 23(7):469-76

- ❖ Glad K., Stensland S., Dyb G. (2021). *The Terrorist Attack on Utøya Island: Long-Term Impact on Survivors' Health and Implications for Policy*. Perspectives on Terrorism, 15 (3)
- ❖ Mazurkiewicz DW, Strzelecka J, Piechocka DI. (2022). *Terrorism's Impact on Mental Health Outcomes among Directly and Indirectly Exposed Victims and the Development of Psychopathology*. J Clin Med., 11(9):2630.
- ❖ Miguel-Tobal JJ, Cano-Vindel A, Gonzalez-Ordi H, Iruarrizaga I, Rudenstine S, Vlahov D, Galea S. (2006). *PTSD and depression after the Madrid March 11 train bombings*. J Trauma Stress, (1):69-80
- ❖ Motreff Y, Baubet T, Pirard P, Rabet G, Petitclerc M, Stene LE, Vuillermoz C, Chauvin P, Vandentorren S. (2020). *Factors associated with PTSD and partial PTSD among first responders following the Paris terror attacks in November 2015*. J Psychiatr Res.,121:143-150.
- ❖ Nandi A, Galea S, Ahern J, Vlahov D. (2005). *Probable cigarette dependence, PTSD, and depression after an urban disaster: results from a population survey of New York City residents 4 months after September 11, 2001*. Psychiatry, 68(4):299-310.
- ❖ NeriaY, OlfsonM, GameroffMJ, DiGrandeL, WickramaratneP, GrossR, PilowskyDJ, NeugebauerR, Manetti-CusaJ, Lewis-FernandezR, LantiguaR, SheaS, WeissmanMM. (2010). *Long-term course of probable PTSD after the 9/11 attacks: a study in urban primary care*. J Trauma Stress, 23(4):474-82.
- ❖ Neria Y, Olfson M, Gameroff MJ, Wickramaratne P, Gross R, Pilowsky DJ, Blanco C, Manetti-Cusa J, Lantigua R, Shea S, Weissman MM. (2008). *The mental health consequences of disaster-related loss: findings from primary care one year after the 9/11 terrorist attacks*. Psychiatry, 71(4):339-48.
- ❖ Neria Y, Wickramaratne P, Olfson M, Gameroff MJ, Pilowsky DJ, Lantigua R, Shea S, Weissman MM. (2013). *Mental and physical health consequences of the September 11, 2001 (9/11) attacks in primary care: a longitudinal study*. J Trauma Stress, 26(1):45-55.
- ❖ North CS. (2001). *The course of post-traumatic stress disorder after the Oklahoma City bombing*. Mil Med, 166(12 Suppl):51-2.

- ❖ North CS, Pfefferbaum B, Narayanan P, Thielman S, McCoy G, Dumont C, Kawasaki A, Ryosho N, Kim YS, Spitznagel EL. (2005). *Comparison of post-disaster psychiatric disorders after terrorist bombings in Nairobi and Oklahoma City*. Br J Psychiatry, 186:487-93.
- ❖ North CS, Tivis L, McMillen JC, Pfefferbaum B, Spitznagel EL, Cox J, Nixon S, Bunch KP, Smith EM. (2002). *Psychiatric disorders in rescue workers after the Oklahoma City bombing*. Am J Psychiatry, 159(5):857-9.
- ❖ Ohtani T, Iwanami A, Kasai K, Yamasue H, Kato T, Sasaki T, Kato N. (2004). *Post-traumatic stress disorder symptoms in victims of Tokyo subway attack: a 5-year follow-up study*. Psychiatry ClinNeurosci., 58(6):624-9.
- ❖ Perrin MA, DiGrande L, Wheeler K, Thorpe L, Farfel M, Brackbill R. (2007). *Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers*. Am J Psychiatry, 164(9):1385-94.
- ❖ Person C, Tracy M, Galea S. (2006). *Risk factors for depression after a disaster*. J NervMent Dis, 194(9):659-66
- ❖ Raitt JM, Thielman SB, Pfefferbaum B, Narayanan P, North CS. (2021). *Psychosocial Effects on US Government Personnel of Exposure to the 1998 Terrorist Attack on the US Embassy in Nairobi*. Psychiatry, 84(2):165-181.
- ❖ Sadock, B. και Sadock, V. (2015) *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής*. 4^η. Αθήνα: Λίτσας.
- ❖ Tucker PM, Pfefferbaum B, North CS, Kent A, Burgin CE, Parker DE, Hossain A, Jeon-Slaughter H, Trautman RP. (2007). *Physiologic reactivity despite emotional resilience several years after direct exposure to terrorism*. Am J Psychiatry, 164(2):230-5
- ❖ Vandentorren S, Pirard P, Sanna A, Aubert L, Motreff Y, Dantchev N, Lesieur S, Chauvin P, Baubet T. (2018). *Healthcare provision and the psychological, somatic and social impact on people involved in the terror attacks in January 2015 in Paris: cohort study*. Br J Psychiatry, 212(4):207-214.
- ❖ Verger P, Dab W, Lamping DL, Loze JY, Deschaseaux-Voinet C, Abenheim L, Rouillon F. (2004). *The psychological impact of terrorism: an epidemiologic study of posttraumatic stress disorder and associated*

factors in victims of the 1995-1996 bombings in France. Am J Psychiatry, 161(8):1384-9.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- ❖ Κούκια Ε. (2014). *Ψυχιατρική Νοσηλευτική-Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- ❖ Κωνσταντινίδου Μ. (2007). *Διεθνής τρομοκρατία: μέθοδοι και τακτικές αντιμετώπισης στη βάση της πρακτικής των ΗΠΑ και της ΕΕ*. Διπλωματική Εργασία, ΕΚΠΑ, Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης.
- ❖ Μπαλωμένος Κ. (2017). *Διεθνής τρομοκρατία και στρατηγική επικοινωνία*. Αθήνα: Εκδόσεις Ποιότητα.
- ❖ Μπόση Μ. (1996). *Ελλάδα & Τρομοκρατία: Εθνικές και Διεθνείς Διαστάσεις*. Αθήνα :Εκδόσεις Σάκκουλα
- ❖ Μπόση Μ. (1999). *Ζητήματα Ασφάλειας στη Νέα Τάξη Πραγμάτων*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
- ❖ Μπόση Μ. (2000). *Περί του Ορισμού της Τρομοκρατίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Π. Τραυλός

ΔΙΑΔΙΚΤΙΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- ❖ National Commission on terrorist attacks upon the United States (no date). *Great Seal of the United States*. Available at: <https://www.9-11commission.gov> (Accessed: January 7, 2023).
- ❖ PTSD Assessment Instruments (2018). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults (2017)*. Available at: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/assessment> (Accessed: January 12, 2023).
- ❖ United Nations (2004). *SECURITY COUNCIL ACTS UNANIMOUSLY TO ADOPT RESOLUTION STRONGLY CONDEMNING TERRORISM AS ONE OF MOST SERIOUS THREATS TO PEACE*. Available at: <https://press.un.org/en/2004/sc8214.doc.htm> (Accessed: January 11, 2023).

- ❖ World Health Organization (2014). *Mental health: a state of well-being*. Available in: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/ (Accessed: January 11, 2023).
- ❖ World Health Organization (2022). *Mental health: strengthening our response*, World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (Accessed: January 11, 2023).
- ❖ *Η ιστορία μιας φωτογραφίας* (no date). Μηχανή του Χρόνου. Available at: <https://www.mixanitouxronou.gr/to-aimatovammeno-vrefos-poy-egine-symvolo-ton-168-thymaton-tis-vomvistikis-epithesis-stin-oklachoma-siti-itan-i-pio-foniki-energeia-stis-ipa-prin-toys-didymoys-pyrgoys> (Accessed: January 7, 2023).
- ❖ Διαμαντής, Γ. (2022). *11η Σεπτεμβρίου 2001 – Η τραγωδία που άλλαξε τον κόσμο*, in. Available at: <https://www.in.gr/2022/09/11/plus/istoriko-arxeio/11i-septemvriou-2001-tragodia-pou-allakse-ton-kosmo-2/> (Accessed: January 7, 2023).
- ❖ Καρδαρά, Α. (2017). *Το φαινόμενο της Τρομοκρατίας: καταβολές και ορισμός*. Available at: <https://www.postmodern.gr/2017/01/16/fenomeno-tis-tromokratias-katavoles-ke-orismos> (Accessed: January 7, 2023).
- ❖ Κονταξάκης, Β. και Κωνσταντακόπουλος, Γ. (2018). *Από το DSM-I στο DSM-5*, psychology now.gr. Available at: <https://www.psychologynow.gr/arhra-psyxikis-ygeias/psyxiatriki/erevnes/5165-apo-to-dsm-1-sto-dsm-5.html> (Accessed: January 12, 2023).
- ❖ Κωστιάνη, Ν. (2015). *20 χρόνια μετά την τρομοκρατική επίθεση με υγρό αέριο στο μετρό του Τόκιο. Χιλιάδες Ιάπωνες ακόμα υποφέρουν από προβλήματα στην όραση*, Huffpost. Available at: https://www.huffingtonpost.gr/2015/03/23/ n_6921870.html (Accessed: January 8, 2023).
- ❖ *Μαύρη επέτειος: 20 χρόνια από τις πρώτες επιθέσεις της Αλ Κάιντα* (2018). ΗΝΑΥΤΕΜΠΟΡΙΚΗ. Available at: <https://www.naftemporiki.gr/society/701029/mavri-epeteios-20-chronia-apo-tis-protis-epitheseis-tis-al-kainta> (Accessed: January 8, 2023).
- ❖ Μπαζίνης, Θ. (2017). *Ορίζοντας Την Τρομοκρατία*, Power Politics. Available at: <https://powerpolitics.eu/%CE%BF%CF%81%CE%AF%CE%B6%CE%BF%CE%BD%CF%84%CE%B1%CF%82-%CF%84%CE%B7%CE%BD->

[%CF%84%CF%81%CE%BF%CE%BC%CE%BF%CE%BA%CF%81%C
E%B1%CF%84%CE%AF%CE%B1](#) (Accessed: January 7, 2023).

- ❖ Μποζώνη, Α. (2017). *11 Μαρτίου 2004: τρόμος στη Μαδρίτη με μακελειό στα τρένα*, the toc. Available at: <https://www.thetoc.gr/diethni/article/2004-tromos-sti-madriti-me-makeleio-sta-trena> (Accessed: January 8, 2023).
- ❖ *Οι σημαντικότερες τρομοκρατικές επιθέσεις στη Γαλλία* (no date). Σαν Σήμερα.gr. Available at: <https://www.sansimera.gr/articles/1003> (Accessed: January 8, 2023).
- ❖ Τσίνου, Μ. (2018). *Χρονολόγιο: Η «παράδοση» με τα τρομοδέματα στις ΗΠΑ,ΕΘΝΟΣ*. Available at: <https://www.ethnos.gr/World/article/843/xronologiohparadoshmetatromodematastishpa%20%20%CE%A4%CF%83%CE%AF%CE%BD%CE%BF%CF%85%20%CE%9C.%202018> (Accessed: January 7, 2023).
- ❖ Ωραιοπουλος, Χ. και Τούλα, Μ. (2021). *Οι τρομοκρατικές επιθέσεις που συγκλόνισαν τον κόσμο τα τελευταία χρόνια.*, parallaxi. Available at: <https://parallaximag.gr/epikairotita/oi-tromokratikes-epitheseis-pou-syglonisan-ton-kosmo-ta-teleftaia-20-chronia> (Accessed: January 8, 2023).

