

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της τρομοκρατίας

Η τρομοκρατία αποτελεί ένα σύνθετο κοινωνικό και πολιτικό φαινόμενο, που έχει αναδειχθεί ως ένα από τα πλέον επίκαιρα της εποχής μας λόγω της μαζικής και παγκοσμιοποιημένης διάστασης που έχει λάβει τα τελευταία χρόνια, αλλά και της εξέλιξης της τεχνολογίας, που επιτρέπει τη μεγιστοποίηση της κλίμακας και της ισχύος των τρομοκρατικών ενεργειών. Ο φόβος, ως συστατικό στοιχείο της τρομοκρατικής ενέργειας, μπορεί με τις ατομικές αλλά και τις ευρύτερες κοινωνικές του επιπτώσεις να αποτελέσει αντικείμενο της ψυχιατρικής προσοχής. Οι άμεσες και οι έμμεσες επιπτώσεις μιας τρομοκρατικής ενέργειας στην ψυχική υγεία των θυμάτων, αλλά και οι επιπτώσεις της τρομοκρατίας ως φαινομένου που συντελεί στη διαμόρφωση των κοινωνικών συνθηκών, υπογραμμίζουν τη σημασία της συγκεκριμένης μελέτης. Τα άμεσα θύματα μιας τρομοκρατικής επίθεσης διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχής μετατραυματικού stress, αλλά και κατάθλιψης, διαταραχής πανικού, φοβιών, διαταραχής γενικευμένου άγχους και κατάχρησης ουσιών. Παρά το γεγονός ότι οι τρομοκρατικές επιθέσεις, καθώς και οι φυσικές ή οι τεχνολογικές καταστροφές, δεν φαίνεται να προκαλούν σημαντική αύξηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού, η σύγχρονη τρομοκρατική απειλή, με την αδιαμφισβήτητη ισχύ που διαθέτει, ενδέχεται να διαιωνίζει το φόβο στην κοινωνία ως σύνολο. Συνεπώς, η καχυποψία, η μισαλλοδοξία και η αποξένωση, που αναπόδραστα αναπτύσσονται σε καθεστώς φόβου, δρουν επιβαρυντικά στην κοινωνική συνοχή με ενδεχόμενο τη διάρρηξη των κοινωνικών δεσμών και την αλλοτρίωση. Σε αυτή τη βάση, η πιθανότητα εμφάνισης μακροχρόνιων επιπτώσεων στην ψυχική υγεία των μελών μιας κοινωνίας δημιουργεί εύλογο προβληματισμό.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η τρομοκρατία αποτελεί ένα σύνθετο κοινωνικό και πολιτικό φαινόμενο, του οποίου οι αιτίες, οι μορφές αλλά και τα αποτελέσματα διαπλέκονται και αλληλοτροφοδοτούνται. Η μαζική και παγκοσμιοποιημένη πλέον διάσταση την οποία έχει λάβει τα τελευταία χρόνια, σε συνδυασμό με την εξέλιξη της τεχνολογίας που επιτρέπει τη μεγιστοποίηση του εύρους και της ισχύος των τρομοκρατικών ενεργειών, έχουν αναδείξει το φαινόμενο ως ένα από τα πλέον επίκαιρα της εποχής μας. Οι άμεσες και οι έμμεσες επιπτώσεις μιας τρομοκρατικής ενέργειας στην ψυχική υγεία των θυμάτων, αλλά και οι επιπτώσεις της τρομοκρατίας ως φαινομένου που συντελεί στη διαμόρφωση των κοινωνικών συνθηκών, υποδηλώνουν τη σημασία της μελέτης της από την ψυχιατρική κοινότητα.

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2014, 31(4):487-495
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2014, 31(4):487-495

Κ.Θ. Κιούλος,
Ι.Δ. Μπεργιαννάκη

Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Νοσοκομείο
«Αιγινήτειο», Ιατρική Σχολή, Εθνικό
και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο
Αθηνών, Αθήνα

The psychosocial implications
of terrorism

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Τρομοκρατία
Ψυχική υγεία
Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις
Ψυχοπαθολογία

Υποβλήθηκε 25.11.2013
Εγκρίθηκε 4.12.2013

1.1. Ιστορική αναδρομή

Ο όρος «τρομοκρατία», με τη σημασία που χρησιμοποιείται σήμερα, προτάθηκε από τον Edmund Burke (1729–1797) στο έργο του «Σκέψεις», για να περιγράψει μια περίοδο της Γαλλικής Επανάστασης. Βέβαια, όπως συνήθως συμβαίνει, ανθρώπινες συμπεριφορές και κοινωνικοπολιτικά φαινόμενα μπορούν να ανιχνευτούν ιστορικά πολύ πριν από την «επίσημη» εμφάνιση και ονοματοθεσία τους. Έτσι λοιπόν, οι μελετητές φαίνεται να συμφωνούν ότι τρομοκρατικές πρακτικές, περίπου με την τρέχουσα έννοια, εμφανίζονται στη δράση του κινήματος των ζηλωτών Εβραίων εναντίον των Ρωμαίων κατακτητών της Παλαιστίνης (6–135 μ.Χ.), όπως και την περίοδο 1090–1272 στο κίνημα των ασασίνων ισλαμιστών εναντίον των σταυροφόρων στην περιοχή της σημερινής Συρίας. Στην τρίτη περίοδο της Γαλλικής

Επανάστασης, δηλαδή κατά τη «λαϊκή φάση» της εξουσίας του Ροβεσπιέρου, η άσκηση βίας προς επίτευξη πολιτικών στόχων έφθασε σε πρωτόγνωρα επίπεδα και έγινε γνωστή ως «κυριαρχία του τρόμου».¹

Η τρομοκρατική θεωρία και πρακτική αρχίζει να μορφοποιείται ουσιαστικά με τους Ρώσους αναρχικούς του 19ου αιώνα, που συνέζευξαν τις ιδέες των πατέρων του αναρχισμού William Godwin (1756–1836) και Pierre Proudhon (1809–1865) με τη βία. Χαρακτηριστικά αναφέρονται ο Mikhail Bakunin (1814–1876), ο Sergei Nechayev (1847–1882) και ο Ryotz Kropotkin (1842–1921), που υποστήριξαν την προπαγάνδα μέσω της πράξης και διακήρυξαν ότι «δεν υπάρχουν αθώα θύματα». Οι Ρώσοι αναρχικοί συνδύασαν αφ' ενός την πίστη στην επαναστατική βία με μυστικούς τρομοκρατικούς πυρήνες και αφ' ετέρου την προπαγάνδα της πράξης για να μεγεθύνουν την επίπτωση της βίας στην κοινωνία, πρακτική που φαίνεται να επικρατεί έως σήμερα. Από τη δράση τους ξεπήδησε το πρωτοφανές «κύμα του αναρχισμού» κυρίως στην Ευρώπη και αργότερα και στην Αμερική, ιδιαίτερα μετά από την ίδρυση της «Μαύρης Διεθνούς» (1881). Ενδεικτικά, αναφέρονται οι δολοφονίες του βασιλιά της Ιταλίας Ουμβέρτου Α', της αυτοκράτειρας της Αυστρίας Ελισάβετ, του προέδρου της Γαλλίας Carnot, του Αμερικανού προέδρου McKinley, του τσάρου Αλέξανδρου Β', καθώς και βομβιστικές επιθέσεις που έγιναν εκείνη την περίοδο σε πολλές περιοχές, όπως στο Παρίσι, στη Λυών, στο Σικάγο, στη Ρωσία (μόνο εκεί αναφέρονται περίπου 5.000 θύματα από τέτοιες ενέργειες την πρώτη δεκαετία του 20ού αιώνα), με κορύφωση τη δολοφονία του αυστριακού αρχιδούκα Φραγκίσκου Φερδινάνδου από τον Γαβριήλ Πρίνσιπ στις 28 Ιουνίου 1914 στο Σεράγεβο, που αποτέλεσε και την αφορμή της έναρξης του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου.²

Μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο και κατά τη δεκαετία του 1950, ο προσδιορισμός «τρομοκρατική» επιφυλάχθηκε για τη δράση ομάδων ανταποικιακού αγώνα σε όλον τον κόσμο, π.χ. Ισραήλ (Μ. Μπέγκιν), Κένυα (Γιόμο Κενυάτα), Αλγερία (Αχμέντ Μπεν Μπελλά).¹ Από τα τέλη της δεκαετίας του 1960 εμφανίζονται οργανώσεις επαναστατικής αριστεράς, όπως οι Ερυθρές Ταξιαρχίες στην Ιταλία, η Φράξια Κόκκινος Στρατός στη Δ. Γερμανία, η Άμεση Δράση στη Γαλλία, το Φωτεινό Μονοπάτι στο Περού, ο Ιαπωνικός Κόκκινος Στρατός, η 17η Νοέμβρη κ.λπ. Επί πλέον, υπάρχουν και οργανώσεις που επιδιώκουν εθνική ανεξαρτησία ή αυτονομία (που μπορεί να διαπλέκεται ή όχι με αριστερή ιδεολογία), π.χ. ETA στην Ισπανία, IRA στη Β. Ιρλανδία, Sikh στην Ινδία, Tamil στη Σρι Λάνκα, PLO κ.λπ. Παράλληλα, από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 εμφανίστηκαν και νεοφασιστικές οργανώσεις (βομβιστικές ενέργειες σε Μπολώνια, Μόναχο, Οκλαχόμα), ενώ υπήρξαν και περιστατικά

με αδιευκρίνιστο ρόλο κρατικών μυστικών υπηρεσιών, όπως η απόπειρα κατά του Πάπα Ιωάννη Παύλου ΙΙ το 1981 ή η πτήση της PAN AM στο Λόκερμπι της Σκωτίας).² Τα τελευταία χρόνια πληθαίνουν οι οργανώσεις με έντονο το στοιχείο του θρησκευτικού φονταμεταλισμού, κυρίως ισλαμικού (π.χ. Αλ Κάιντα), αλλά όχι μόνο (π.χ. επίθεση με αέριο νεύρων ιαπωνικής θρησκευτικής σχέτας στο μετρό του Τόκιο το 1995).

1.2. Ορισμός

Παρά τις εύλογες ενστάσεις που μπορεί να διατυπωθούν για το χαρακτηρισμό όλων αυτών των ομάδων ως τρομοκρατικών, όρος που αυτονόητα είναι φορτισμένος αρνητικά, αλλά και πολιτικά, θα μπορούσαμε να δεχθούμε, έστω και κατ' οικονομία, ότι «...τρομοκρατία είναι η εκ προθέσεως και κατά σύστημα χρήση βίας προς πρόκληση φόβου για πολιτικούς σκοπούς...»² ή ότι «...αποτελεί πολιτικά υποκινούμενη βία που ασκείται κατά τρόπο μυστικό εναντίον αμάχων...».³ Πρόκειται για βία «ανορθόδοξη» και μη αναμενόμενη, συνήθως κατά αμάχων ή πολιτών, με σκοπό κυρίως τον εκφοβισμό και τον εξαναγκασμό και όχι, απαραίτητα, την καταστροφή του αντιπάλου.¹ Η περαιτέρω ανάλυση ή η παράθεση των αντικρουόμενων απόψεων ενός τόσο ακανθώδους ζητήματος εκφεύγει των σκοπών της παρούσας ανασκόπησης.

2. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Ο φόβος, ως συστατικό στοιχείο της τρομοκρατικής ενέργειας, μπορεί με τις ατομικές, αλλά και τις ευρύτερες κοινωνικές του επιπτώσεις, να αποτελέσει αντικείμενο της ψυχιατρικής προσοχής. Βέβαια, χημικοί και βιολογικοί παράγοντες, εφ' όσον χρησιμοποιηθούν σε κάποιο τρομοκρατικό κτύπημα, ενδέχεται να προκαλέσουν, εκτός όλων των άλλων σωματικών επιπτώσεων, και συμπτωματολογία από την ψυχική σφαίρα.

2.1. Νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις

Αέρια νεύρων όπως το sarin, το tabun, το soman και το VX, που αποτελούν κατά βάση οργανοφωσφορικά παράγωγα και αναστέλλουν την ακετυλοχολινεστεράση, μπορεί να προκαλέσουν άμεσα γνωστικά ελλείμματα, διαταραχές μνήμης, άγχος, ψυχοκινητική επιβράδυνση, διαταραχές ύπνου, καταθλιπτική διάθεση, κοινωνική απομόνωση, που διαρκούν για αρκετό διάστημα (έως εβδομάδες) μετά την έκθεση.⁴ Νευροψυχολογικές δοκιμασίες αποκαλύπτουν ελλείμματα στην οπτική συγκράτηση, στις συνειρμικές λειτουργίες και στην ερμηνεία παροιμιών.⁵ Επίμονες και

μακροχρόνιες νευροψυχιατρικές επιπτώσεις μπορεί να είναι η υπνηλία, η μνημονική έκπτωση, η κατάθλιψη, η ευκοπωσία, η ευερεθιστότητα (από εβδομάδες έως χρόνια μετά την έκθεση), ενώ σε μερικούς ασθενείς μακροχρόνιες επιπτώσεις στην ακουστική προσοχή, στην οπτική μνήμη, στην κινητική ταχύτητα, στην ικανότητα επίλυσης προβλημάτων μπορεί να ανιχνεύονται μόνο κατόπιν νευροψυχολογικών δοκιμασιών.^{6,7} Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο είναι ότι σε ασθενείς με οξεία έκθεση στον παράγοντα μπορεί να είναι αναγκαία η χορήγηση έως 60–100 mg ατροπίνης στις πρώτες 24 ώρες, με πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες υπνηλία ή υπερκινητικότητα, ψευδαισθήσεις και κώμα.^{8,9} Άλλοι χημικοί παράγοντες που μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε τρομοκρατικές ενέργειες (blister agents όπως άζωτο, sulfur mustards) ενδέχεται να προκαλέσουν οξύ εγκεφαλικό σύνδρομο (delirium)^{10,11} και έντονη δυσφορία ή κατάθλιψη, λόγω των έντονα δυσμορφικών δερματικών βλαβών.¹² Η χρήση βιολογικών παραγόντων, όπως π.χ. βρουκέλωση, πυρετός Q, ιογενής εγκεφαλίτιδα, ιογενής αιμορραγικός πυρετός, Β σταφυλοκοκκική εντεροτοξίνη, άνθρακας, τοξίνη αλλαντίασης (botulinum), τουλαραϊμία, πανώλη κ.ά., μπορεί να προκαλέσει οξύ εγκεφαλικό σύνδρομο, ενώ θα πρέπει να τονιστεί ότι η βρουκέλωση πιθανόν να προκαλέσει επί πλέον κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, κεφαλαλγίες και η ιογενής εγκεφαλίτιδα μακροχρόνια γνωστικά ελλείμματα και ευμεταβλητότητα της διάθεσης.¹³

2.2. Ψυχική υγεία

Εκτός όμως από τις άμεσες, βιολογικής τάξης, επιπτώσεις μιας τρομοκρατικής ενέργειας, το γεγονός αυτό καθ' εαυτό δημιουργεί συναισθήματα φόβου και αβοηθητότητας ως απάντηση στην απειλή τραυματισμού ή θανάτου.¹⁴ Η έρευνα επικεντρώνεται στη διερεύνηση των επιπτώσεων της τρομοκρατίας τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινοτικό επίπεδο. Κάποιες μελέτες υπογραμμίζουν τα ψυχοπαθολογικά αποτελέσματα του τρόμου, άλλες εστιάζουν στον ανθρώπινο πόνο, ο οποίος δεν είναι βέβαια συνώνυμος της ψυχιατρικής νοσηρότητας, και κάποιες άλλες ασχολούνται με πολιτισμικές και κοινωνικές παραμέτρους που ευοδώνουν την αντοχή σε ψυχοπαιστικές συνθήκες.¹⁵

2.2.1. Άμεσα θύματα. Οι μελέτες αναφέρουν ότι η διαταραχή stress μετά από ψυχοτραυματισμό αποτελεί την πλέον συχνή διαταραχή που ανευρίσκεται στα άμεσα θύματα μιας τρομοκρατικής επίθεσης, αν και αναφέρονται ακόμη η κατάθλιψη, η διαταραχή πανικού, οι φοβίες, η διαταραχή γενικευμένου άγχους, η κατάχρηση ουσιών. Παρά τη μεγάλη ποικιλομορφία των τρομοκρατικών επιθέσεων υπολογίζεται ότι 30–40% των θυμάτων θα αναπτύξουν μια κλινικά σημαντική διαταραχή εντός διετίας.^{16–19} Επίσης, μπορεί

να εκδηλώσουν σωματικά συμπτώματα ή παθήσεις όπως υπέρταση, άσθμα και σύνδρομο χρόνιου άγχους.^{20–22} Μέσα στον πρώτο μήνα από το γεγονός, τα θύματα μπορεί να πληρούν τα κριτήρια για διαταραχή οξέος stress ή διαταραχή παρατεταμένου stress. Όπως αναφέρεται σε μελέτες που αφορούν κυρίως σε γεγονότα φυσικών ή τεχνολογικών καταστροφών, η εν λόγω διαταραχή δεν ακολουθείται πάντα από διαταραχή stress μετά από ψυχοτραυματισμό, αλλά συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για αυτό.^{23,24}

Επιπτώσεις που αναφέρονται σε μελέτες άλλων μαζικών καταστροφών μπορούν εύλογα να αποδοθούν και στις τρομοκρατικές επιθέσεις, επειδή οι τελευταίες ταιριάζουν πολύ στο προφίλ φυσικών και μεγάλων τεχνολογικών συμβάντων, όπως ότι είναι αιφνίδιες, δεν είναι προβλέψιμες, δεν αποτρέπονται, προκαλούν φυσική καταστροφή και θάνατο και, το κυριότερο, δεν έχουν απαραίτητα προφανή ορθολογική εξήγηση.^{25–27} Από την άλλη πλευρά, και σε αντίθεση με τα συνήθη καταστροφικά γεγονότα, όπως π.χ. πυρκαγιά, τυφώνας ή σεισμός, που είναι χρονικά περιορισμένα και αναγνωρίσιμα σε όσους εμπλέκονται, ο σχεδιασμός των τρομοκρατικών επιθέσεων αποσκοπεί στη δημιουργία και τον πολλαπλασιασμό του φόβου. Σε περιστατικό πυρκαγιάς, οι άνθρωποι γενικά δρουν υπεύθυνα, καμιά φορά με αυτοθυσία, επειδή γνωρίζουν τη σημασία του και λαμβάνουν συναφή αισθητηριακά δεδομένα που τους επιτρέπουν να αξιολογήσουν την απειλή και να «σχεδιάσουν» τη διέξοδό τους.⁴

Αντίθετα, οι τρομοκρατικές πράξεις είναι αναπάντεχες και «άγνωστες» απειλές, ιδιαίτερα αν συνίστανται σε χημικούς, βιολογικούς ή ραδιενεργούς παράγοντες, που είναι γνωστό ιστορικά ότι ευθύνονται πολύ περισσότερο για φόβο, πανικό και φόβο μόλυνσης.^{28,29} Από 5.510 ανθρώπους που αναζήτησαν ιατρική βοήθεια μετά την επίθεση με το αέριο sarin το 1995 στο Τόκιο, 12 κατέληξαν, 17 ήταν σοβαρά πάσχοντες, 1.370 είχαν ήπια έως μέτρια συμπτωματολογία και 4.000 είχαν καθόλου ή ελάχιστα συμπτώματα.⁴ Σε μια ενδιαφέρουσα μελέτη που διεξήχθη 5–8 εβδομάδες μετά από τις επιθέσεις της 11ης Σεπτεμβρίου σε αντιπροσωπευτικό δείγμα ενηλίκων, οι οποίοι κατοικούσαν νότια της 110ης οδού στο Manhattan, το 7,5% ανέφερε συμπτώματα συμβατά με τη διάγνωση διαταραχή stress μετά από ψυχοτραυματισμό και 9,7% συμπτώματα συμβατά με τη διάγνωση κατάθλιψης. Αυτά τα ποσοστά μεταφράζονται σε περίπου 67.000 άτομα με διαταραχή stress μετά από ψυχοτραυματισμό και 87.000 με κατάθλιψη στην περιοχή νότια της 110ης οδού, που είναι υπερδιπλάσια των τιμών αναφοράς.³⁰

Ο επιπολασμός των ψυχολογικών συνεπειών των καταστροφών έχει μελετηθεί σε σχετικά μικρά δείγματα γε-

νικού πληθυσμού και η σύγκριση των αποτελεσμάτων έχει περιορισμούς λόγω των διαφορών των μεσοδιαστημάτων μεταξύ του γεγονότος και της διεξαγωγής της έρευνας, καθώς και των διαφορών στις μεθόδους δειγματοληψίας. Πάντως, άτομα στα οποία ένα καταστροφικό γεγονός επιδρά άμεσα έχουν υψηλότερα ποσοστά διαταραχών μετά το γεγονός σε σχέση με τα άτομα που επηρεάζονται έμμεσα.^{37,32} Στη συγκεκριμένη μελέτη, η επίπτωση της διαταραχής stress μετά από ψυχοτραυματισμό ήταν υψηλότερη σε άτομα που είχαν εκτεθεί άμεσα στο γεγονός ή στις συνέπειές του (π.χ. όσοι κατοικούσαν νότια της Canal street 20% διαταραχή stress μετά από ψυχοτραυματισμό και σε όσους είχαν απολέσει περιουσιακά στοιχεία) παρά στα άτομα με λιγότερο ευθεία έκθεση. Επίσης, επιβαρυντικοί παράγοντες για την ανάπτυξη διαταραχής stress μετά από ψυχοτραυματισμό ήταν η αντίδραση πανικού κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά την επίθεση (όπως παρατηρήθηκε και σε άλλες μελέτες, π.χ. μετά από τη βομβιστική επίθεση στην Οκλαχόμα), καθώς και η ύπαρξη δύο ή περισσότερων ψυχοπαιστικών παραγόντων το αμέσως προηγούμενο διάστημα.^{33,34} Επιβαρυντικοί παράγοντες για την ανάπτυξη της κατάθλιψης φαίνεται να είναι οι αντιδράσεις πανικού, δύο ή περισσότεροι προϋπάρχοντες ψυχοπαιστικοί παράγοντες, το χαμηλό κοινωνικο-υποστηρικτικό επίπεδο, ο θάνατος συγγενούς ή φίλου κατά την επίθεση και η απώλεια της εργασίας.³⁵ Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της φυλετικής προέλευσης φαίνεται ότι διαδραματίζουν κάποιο ρόλο, τουλάχιστον στις ΗΠΑ, όπου οι Ισπανόφωνοι βρέθηκαν να είναι περισσότερο «ευάλωτοι» στην ανάπτυξη διαταραχής stress μετά από ψυχοτραυματισμό ή και κατάθλιψη.³⁶ Στις περισσότερες μελέτες περιγράφεται μια θετική συσχέτιση ανάμεσα στο θήλυ φύλο και στην ανάπτυξη διαταραχής stress μετά από ψυχοτραυματισμό ή και κατάθλιψη. Εδώ, αξίζει να σημειωθεί ότι τα αποτελέσματα πολλών μελετών συγκλίνουν στην άποψη πως μάλλον δεν υπάρχει αυξημένη ευαλωτότητα των γυναικών στην ανάπτυξη διαταραχής stress μετά από ψυχοτραυματισμό, αλλά ότι συγκεκριμένες εμπειρίες μπορεί να προκαλούν διαφορετικά «επίπεδα» απειλής ή φυσικού τραύματος στα δύο φύλα.³⁷⁻³⁹

Η άμεση ή η έμμεση έκθεση σε μια πράξη βίας δεν σημαίνει αυτονότητα και αναπόφευκτη ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας.⁴⁰ Φαίνεται ότι πρέπει να συντρέχουν και άλλοι παράγοντες, όπως η προσωπικότητα, το φύλο, η ηλικία, καθώς και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, η ιδεολογική δέσμευση ή το κοινωνικό κεφάλαιο ενός δεδομένου πληθυσμού.⁴¹⁻⁴⁴

2.2.2. Γενικός πληθυσμός. Οι μελέτες που διενεργήθηκαν σε αντιπροσωπευτικά δείγματα πληθυσμού μετά από τρομοκρατικές επιθέσεις μπορούν να διακριθούν σε δύο κατηγορίες: Μελέτες οι οποίες διερευνούν την επικράτηση του “substantial stress”, δηλαδή ενός προκαθορισμένου

επιπέδου ψυχολογικών συμπτωμάτων, και μελέτες που υπολογίζουν την επικράτηση συγκεκριμένων διαγνώσεων ψυχιατρικών διαταραχών. Οι Schuster et al έδειξαν ότι το ποσοστό των ατόμων που ανέφεραν “substantial stress” συσχετιζόταν αρνητικά με την απόσταση από το σημείο εκδήλωσης της επίθεσης.⁴⁵ Επίσης, οι μελέτες του πρώτου είδους αποκάλυψαν τη συσχέτιση μεταξύ του μεσολαβήσαντος χρονικού διαστήματος και του “substantial stress”. Τα ποσοστά είναι εξαιρετικά υψηλά τις πρώτες ημέρες μετά το συμβάν, αλλά αρχίζουν να υποχωρούν εντός των δύο πρώτων εβδομάδων, ώστε να ευρίσκονται στο ένα τρίτο μετά από δύο μήνες. Συνεπώς, η πλειοψηφία των ατόμων βιώνει παροδικά “substantial stress”, αλλά είναι απίθανο να αναπτύξει ψυχιατρική σημειολογία.⁴⁶ Παρ’ όλα αυτά, ένα μικρό αλλά όχι ασήμαντο ποσοστό θα συνεχίσει να αναφέρει συμπτώματα. Έξι μήνες μετά την επίθεση στους Δίδυμους Πύργους, 5,3% των κατοίκων της Νέας Υόρκης πληρούσαν τα κριτήρια για υπο-οδική διαταραχή stress μετά από ψυχοτραυματισμό, μια κατάσταση περιορισμένης λειτουργικότητας.⁴⁷ Παρόμοιο πρότυπο ανευρίσκεται και στην οξεία διαταραχή stress και στη διαταραχή stress μετά από ψυχοτραυματισμό, με τα ποσοστά να είναι υψηλά στην αρχή, αλλά <3% μετά από δύο μήνες. Βέβαια, η ανεύρεση συμπτωμάτων stress αμέσως μετά το γεγονός δεν σημαίνει απαραίτητα και μετατραυματικό stress. Ένα βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής stress μετά από ψυχοτραυματισμό αποτελεί μια εμμένουσα αίσθηση απειλής που επιδιάρκει παρά την αποδρομή του κινδύνου, η οποία στην περίπτωση της τρομοκρατίας είναι εξ ορισμού πολύ δύσκολο να καθορισθεί. Παροδικά συμπτώματα μπορούν να αποδοθούν σε μια γενική και όχι κατ’ ανάγκη παθολογική αντίδραση stress.¹⁷

2.3. Κοινωνικοί παράγοντες «διάχυσης» του stress

Η επίπτωση μπορεί να είναι μεγαλύτερη όταν κάποιο αγαπητό ή γνωστό πρόσωπο υπέστη φυσική βλάβη, αλλά ενδέχεται να αναπτυχθεί και σε όσους «οικειοποιηθούν» το γεγονός και σκεφθούν τους εαυτούς τους ως πιθανά θύματα.⁴⁸ Παιδιά κυρίως, αλλά και ενήλικες, που εκτέθηκαν σε τέτοιο γεγονός μέσα από τηλεοπτική κάλυψη, όπως π.χ. την έκρηξη του διαστημικού λεωφορείου Challenger, τον πόλεμο του Κόλπου και τη βομβιστική ενέργεια στην πόλη της Οκλαχόμα, εμφάνισαν συμπτώματα stress που επέμεναν για χρονικό διάστημα έως και δύο ετών.⁴⁹⁻⁵¹ Η πιθανότητα «οικειοποίησης» ενός γεγονότος της κλίμακας της 11ης Σεπτεμβρίου ήταν πολύ υψηλή, όπως φάνηκε από πληθώρα μελετών που διεξήχθησαν σχεδόν αμέσως μετά το γεγονός, αλλά και αργότερα. Αν και οι πολίτες που κατοικούσαν εγγύτερα στη Νέα Υόρκη είχαν τον υψηλότερο δείκτη “substantial stress”, όπως αναφέρθηκε παραπάνω,

πολλοί άλλοι σε μεγάλες και μικρές κοινότητες σε όλη τη χώρα ανέφεραν το ίδιο. Το 44% των ενηλίκων Αμερικανών ανέφερε τουλάχιστον ένα σύμπτωμα "substantial stress", το 68% τουλάχιστον ένα σύμπτωμα σε μέτριο βαθμό και το 90% τουλάχιστον ένα σύμπτωμα σε μικρό βαθμό.⁴⁵ Τα ποσοστά των αντιδράσεων stress βρέθηκαν να είναι υψηλότερα σε υποομάδες που έχουν επικινδυνότητα ανάπτυξης συμπτωμάτων μετά από τραυματικό γεγονός, π.χ. γυναίκες, μειονότητες και άνθρωποι με προϋπάρχοντα ψυχολογικά προβλήματα, αλλά ήταν αυξημένα σε όλες τις υποομάδες.^{52,53} Το επίπεδο άγχους ήταν ευθέως ανάλογο με τη χρονική διάρκεια τηλεοπτικής παρακολούθησης του γεγονότος. Υπάρχουν μερικές πιθανές εξηγήσεις για αυτό το εύρημα: Το μέγεθος και το νόημα του γεγονότος είναι αβέβαια, ενώ η τηλεόραση παρέχει πληροφορίες για το πώς πρέπει να δράσει κάποιος και κατά πόσο το γεγονός αποτελεί προσωπική απειλή πολλές φορές κατά τρόπο αντιφατικό ή υπερβολικό. Για μερικά άτομα, ο προτεινόμενος τρόπος αντίληψης και διαχείρισης του γεγονότος οικειοποιείται και λειτουργεί ως ιδιωτικός τρόπος διαχείρισης του stress και της εκτίμησης του κινδύνου. Για κάποιους άλλους, ιδιαίτερα τα παιδιά, η παρακολούθηση τηλεόρασης μπορεί να εξαιρεί ή να δημιουργεί άγχος, ιδιαίτερα με την επανάληψη τρομακτικών στιγμιότυπων, ενώ πρέπει να διερευνηθεί και το κατά πόσο ψυχολογικά ευάλωτα άτομα αναζητούν και επιλέγουν τέτοια προγράμματα.⁵⁴⁻⁵⁶

Τα πρώτα αποτελέσματα των μελετών δείχνουν ότι οι τρόποι διαχείρισης που υιοθετήθηκαν αμέσως μετά τα τρομοκρατικά κτυπήματα είχαν την πλέον ισχυρή προγνωστική αξία για συμπτώματα μετατραυματικού stress, εάν εξαιρεθεί προϋπάρχουσα ψυχική διαταραχή. Γενικά, ο σχεδιασμός και η αναζήτηση υποστήριξης φαίνεται ότι ήταν ο αποτελεσματικός τρόπος διαχείρισης αμέσως μετά από την επίθεση και ήταν και η μόνη στρατηγική που πιθανόν να μπορούσε να λειτουργήσει προστατευτικά απέναντι στη διατήρηση του stress ή της δυσφορίας. Αντίθετα, η παραιτήση, η άρνηση, η αυτοδιάλυση φαίνεται ότι αυξάνουν την πιθανότητα συνεχιζόμενης δυσφορίας και συμπτωμάτων διαταραχής stress μετά από ψυχοτραυματισμό.⁵⁷

Οι πολίτες αντέδρασαν με διάφορους τρόπους μετά την επίθεση της 11ης Σεπτεμβρίου στη Νέα Υόρκη. Οι περισσότεροι στράφηκαν στη θρησκεία και στους άλλους για αλληλοϋποστήριξη, ασχολούνταν με την ασφάλεια των αγαπημένων τους προσώπων, μιλούσαν για τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους και συμμετείχαν σε εθελοντικές δραστηριότητες που παρείχαν την αίσθηση της κοινότητας. Οι δωρεές πάσης φύσης αυξήθηκαν.⁵⁸ Οι προσπάθειες βοήθειας ανθρώπων που βρίσκονται πολύ μακριά, όπως έχει αναφερθεί και σε άλλες καταστροφές, αποτελούν τρόπο ενεργού διαχείρισης ως προσπάθεια δημιουργι-

κής δράσης σε καιρό αβεβαιότητας. Πολλοί απέφευγαν την παρακολούθηση τηλεόρασης, που παρά το γεγονός ότι αποτελεί συμπεριφορά αποφυγής, στη συγκεκριμένη περίπτωση και λαμβανομένων υπ' όψη των ιδιαίτερων περιστάσεων και της συνεχούς επαναλαμβανόμενης και επίμονης τηλεοπτικής κάλυψης, μάλλον αποτελεί υγιή αντίδραση. Οι περισσότεροι πάντως περίμεναν νέο κτύπημα. Η ανησυχία για μελλοντικές επιθέσεις προκαλεί αύξηση του ήδη υπάρχοντος άγχους, ενώ η συνεχής υπόμνηση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης καταλήγει σε επιμονή των συμπτωμάτων.⁵⁹ Ένα άλλο ενδιαφέρον σημείο είναι ότι σε μια μεγάλη εθνική μελέτη που εκπονήθηκε δύο μήνες μετά από την επίθεση στους Δίδυμους Πύργους, ανευρέθηκε διαφορά πέντε ποσοστιαίων μονάδων στον επιπολασμό της διαταραχής stress μετά από ψυχοτραυματισμό ανάμεσα στους κατοίκους της Νέας Υόρκης και στις υπόλοιπες περιοχές, που μεταφράζεται σε πιθανή ανάπτυξη διαταραχής stress μετά από ψυχοτραυματισμό σε ποσό >500.000 στην πόλη της Νέας Υόρκης. Επίσης, ανευρέθηκε ότι το 11,6% του συνολικού πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών ανέφερε κλινικά σημαντική ψυχολογική δυσφορία (μετρούμενη με το Brief Symptom Inventory-18). Σε αυτή τη μελέτη δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά πιθανής διαταραχής stress μετά από ψυχοτραυματισμό στην περιοχή της Ουάσινγκτον, που δέχθηκε επίσης επίθεση (Πεντάγωνο). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι το Πεντάγωνο είναι απομονωμένο σχετικά από την πόλη και ότι αποτελεί περισσότερο στρατιωτικό και λιγότερο αστικό στόχο. Το γεγονός αυτό ενδέχεται να μειώνει την αντίληψη της προσωπικής ευαλωτότητας ή της ταύτισης με τα θύματα, που και τα δύο ευοδώνουν τη λειτουργία της «οικειοποίησης» του συμβάντος. Επί πλέον, υπήρξε πολύ μικρότερη τηλεοπτική κάλυψη επειδή το γεγονός ήταν σαφώς πολύ λιγότερο «εντυπωσιακό».⁶⁰

Στις μελέτες που αναφέρονται στη σύγχρονη τρομοκρατία υπάρχει μεγάλη δυσχέρεια στη σύγκριση των αποτελεσμάτων λόγω διαφορών στη μεθοδολογία και στη χρονική στιγμή της διενέργειάς τους. Οι περισσότερες πληροφορίες για τις ψυχολογικές επιπτώσεις της τρομοκρατίας στο γενικό πληθυσμό προέρχονται κυρίως από τις Ηνωμένες Πολιτείες μετά την 11η Σεπτεμβρίου. Αρκετή συζήτηση γίνεται έκτοτε σχετικά με το αν η έκθεση σε ψυχοτραυματικό γεγονός μπορεί να συμπεριλάβει και την παρακολούθηση από την τηλεόραση ή σχετικά με τη σοβαρότητα της υπο-ουδικής διαταραχής stress μετά από ψυχοτραυματισμό και τη σχέση της με μείζονα κατάθλιψη ή αυτοκτονικότητα.⁶¹ Επί πλέον, καλά σχεδιασμένες μελέτες είναι απαραίτητες για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων για τις πραγματικές και τις μακροχρόνιες επιπτώσεις της τρομοκρατίας στην ψυχική υγεία του γενικού πληθυσμού, όχι μόνο σε σχέση

με τη διαταραχή stress μετά από ψυχοτραυματισμό, αλλά και με την κατάθλιψη, το περιεχόμενο του παραληρήματος, τις φυλετικές ή τις εθνολογικές ή και τις θρησκευτικές διαφορές, καθώς και άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΞΙΕΣ ΚΑΙ ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΑ

Οι καταστροφές συχνά προκαλούν μεταβολές στις υφιστάμενες κοινωνικές αξίες ή στις νόρμες, με αποτέλεσμα αντιδράσεις κοινωνικής συγχώνευσης. Οι καταστροφές προκαλούν σημαντική διατάραξη ή και ολοκληρωτική διακοπή της κοινωνικότητας και της κοινωνικής συμμετοχικότητας, όπως αυτή εκφράζεται π.χ. σε λέσχες, ποικίλες δραστηριότητες, μη αναγκαίες καταναλωτικές συνήθειες, καθώς και αύξηση της ελάσσοнос παραβατικότητας.⁶² Παράλληλα και σχεδόν ταυτόχρονα, όμως, αναπτύσσονται λειτουργίες αμοιβαίας υποστήριξης μεταξύ των θυμάτων, αλλά και των υπόλοιπων μελών της κοινότητας. Τα εν λόγω φαινόμενα χαρακτηρίζουν αυτό που ονομάζεται «αλτροιστική» κοινότητα ή, όπως αναφέρουν άλλοι, «θεραπευτική αντίδραση της κοινωνίας». Πολύ συχνά τα θύματα μιας καταστροφής λαμβάνουν πρωτοβουλίες «πρώτων βοηθειών», όπως είναι η έρευνα και η διάσωση χωρίς να αναμένουν παθητικά την παρέμβαση του κρατικού μηχανισμού. Είναι επίσης γνωστό ότι πολλά μέλη της κοινότητας εμπλέκονται στις προσπάθειες ανακούφισης των θυμάτων.²⁵

Συνοπτικά, ένα καταστροφικό γεγονός προκαλεί, βραχυπρόθεσμα τουλάχιστον, προώθηση της συνοχής μεταξύ των θυμάτων, καθώς επίσης και μεταξύ των θυμάτων και των υπολοίπων μελών της πληγείσας κοινότητας. Τέτοιες συμπεριφορές δεν φαίνεται όμως να έχουν μεγάλη διάρκεια, γιατί συνήθως ακολουθούνται από περίοδο κοινωνικής και πολιτικής σύγκρουσης. Γενικά, οι αναμενόμενες αντιδράσεις των μελών μιας κοινότητας σε μια καταστροφή είναι (α) φόβος, (β) ανάληψη δράσης, (γ) αυξημένη συμμόρφωση στις κρατικές αρχές. Μάλιστα, όσο πιο αιφνίδιο και ανοίκειο είναι το γεγονός, όπως χαρακτηριστικά συμβαίνει στις τρομοκρατικές ενέργειες, ιδιαίτερα αν χρησιμοποιηθούν παράγοντες μη ανιχνεύσιμοι από τις αισθήσεις μας, όπως χημικοί, βιολογικοί ή ραδιενεργόι, τόσο μεγαλύτερος είναι ο φόβος και η συμμόρφωση. Βέβαια, μετά την πάροδο της περιόδου της «αλτροιστικής κοινότητας» οι άνθρωποι

τείνουν να επιστρέψουν σε πρότερες συμπεριφορές. Θα μπορούσε να λεχθεί ότι «φυσιολογικοί άνθρωποι αντιδρούν φυσιολογικά σε μη φυσιολογικές καταστάσεις».²⁵

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Γενικά συζητώντας, οι φυσικές ή οι τεχνολογικές καταστροφές δεν φαίνεται να προκαλούν ουσιαστική αύξηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού, αν και πολλά ερευνητικά αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά στο ρόλο των μέσων ενημέρωσης και κυρίως της τηλεόρασης. Σε κάθε περίπτωση όμως, ο μη μηδενικός επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών γενικά, καθώς και η μη μηδενική επίπτωση των μακροχρόνιων ψυχολογικών αντιδράσεων μετά από καταστροφικό γεγονός, καθιστά επιβεβλημένη την παρακολούθηση των ψυχολογικών συνεπειών στη μετά το γεγονός περίοδο. Είναι σαφές εξ άλλου ότι τα άμεσα θύματα μιας τρομοκρατικής επίθεσης διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχής stress μετά από ψυχοτραυματισμό, αλλά και κατάθλιψη, διαταραχής πανικού, φοβιών, διαταραχής γενικευμένου άγχους και κατάχρησης ουσιών. Αξίζει να τονιστεί ότι βιβλιογραφικά αναφέρεται πως οι καταστροφές που προκαλούνται από ανθρώπινη ενέργεια, και ιδιαίτερα από εμπρόθετη βία, σε σχέση με τις φυσικές καταστροφές είναι πιθανότερο να συνδέονται με σοβαρή συμπτωματολογία.⁶³ Η σύγχρονη τρομοκρατική απειλή, με την αδιαμφισβήτητη φονική ισχύ που διαθέτει, μόνο με καταστροφές μεγάλης κλίμακας μπορεί να συγκριθεί, με την προσθήκη ενός βασικού χαρακτηριστικού που εγγενώς διαθέτει: τη διαιώνιση του φόβου στην κοινωνία ως σύνολο. Κανένα καταστροφικό γεγονός δεν διαιωνίζει το φόβο αφ'εαυτού, εκτός από την ανησυχία επανάληψής του. Στην περίπτωση της τρομοκρατίας, το γεγονός και ο φόβος, που αυτό προκαλεί, είναι οι δύο όψεις του ίδιου νομίσματος. Η καχυποψία, η ξενοφοβία, ο ρατσισμός και η μισαλλοδοξία, που αναπόδραστα αναπτύσσονται σε καθεστώς φόβου, δρουν επιβαρυντικά στην κοινωνική συνοχή με ενδεχόμενο τη διάρρηξη των κοινωνικών δεσμών και την αλλοτρίωση. Με βάση αυτή την οπτική, η πιθανότητα εμφάνισης μακροχρόνιων επιπτώσεων στην ψυχική υγεία των μελών μιας κοινωνίας αποτελεί κατά τη γνώμη μας ρεαλιστική ανησυχία.

ABSTRACT

The psychosocial implications of terrorism

K.T. KIOULOS, J.D. BERGIANNAKI

*First Department of Psychiatry, "Eginition" Hospital, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece**Archives of Hellenic Medicine 2014, 31(4):487–495*

Terrorism constitutes a contemporary complex social and political phenomenon, due to both the mass, globalized dimensions it has assumed in recent years and the technological sophistication which makes possible maximization of the scale and power of terrorist acts. Fear, a fundamental element of any terrorist act, can become the object of psychiatric attention because of both its individual effects and its broader social impact. The direct and indirect effects of terrorist acts on the mental health of the victims, and the effects of terrorism as a phenomenon contributing to the shaping of social conditions are emphasized in this paper. The immediate victims of a terrorist act are at increased risk of developing post-traumatic stress disorder, depression, panic disorder, phobias, generalized anxiety disorder and substance abuse. Despite the fact that terrorist attacks, along with natural or technological disasters, do not appear to cause specific mental health difficulties in the general population, the unquestionable power that the contemporary threat of terrorism exerts is likely to perpetuate fear throughout society as a whole. In this climate of fear, the ineluctable development of suspicion, intolerance and estrangement encumbers social cohesion, threatening to disrupt social bonds and give rise to alienation. On this basis, the likelihood of long-term adverse effects of terrorism on the mental health of the members of society constitutes a reasonable ground for reflection.

Key words: Mental health, Psychopathology, Psychosocial implications, Terrorism

Βιβλιογραφία

- LONG DE. *The anatomy of terrorism*. Free Press, New York, 1990
- LAQUEUR W. *A history of terrorism*. Little, Brown, New York, 1997
- RUBY CL. The definition of terrorism. *Analyses of Social Issues and Public Policy* 2002, 2:9–14
- DIGIOVANNI C Jr. Domestic terrorism with chemical or biological agents: Psychiatric aspects. *Am J Psychiatry* 1999, 156:1500–1505
- SIDELL FR. Soman and sarin: Clinical manifestations and treatment of accidental poisoning by organophosphates. *Clin Toxicol* 1974, 7:1–17
- JAMAL GA. Long-term neurotoxic effects of organophosphate compounds. *Adverse Drug React Toxicol Rev* 1995, 14:85–99
- STEENLAND K, JENKINS B, AMES RG, O'MALLEY M, CHRISLIP D, RUSO J. Chronic neurological sequelae to organophosphate pesticide poisoning. *Am J Public Health* 1994, 84:731–736
- HEADLEY DB. Effects of atropine sulfate and pralidoxime chloride on visual, physiological, performance, subjective, and cognitive variables in man: A review. *Mil Med* 1982, 147:122–132
- WADIA RS, SADAGOPAN C, AMIN RB, SARDESAI HV. Neurological manifestations of organophosphorous insecticide poisoning. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1974, 37:841–847
- COLARDYN F, DE KAYSER H, RINGOIR S, DE BERSAQUES J. Clinical observation and therapy of injuries with vesicants. *J Toxicol Clin Exp* 1986, 6:237–246
- PAUSER G, ALOY A, CARVANA M, GRANINGER W, HAVEL M, KOLLER W ET AL. Lethal intoxication by war gases on Iranian soldiers: Therapeutic interventions on survivors of mustard gas and mycotoxin immersion. *Arch Belg* 1984, (Suppl):341–351
- BORAK J, SIDELL FR. Agents of chemical warfare: Sulfur mustard. *Ann Emerg Med* 1992, 21:303–308
- FRANZ DR, JAHRLING PB, FRIEDLANDER AM, McCLAIN DJ, HOOVER DL, BRYNE WR ET AL. Clinical recognition and management of patients exposed to biological warfare agents. *JAMA* 1997, 278:399–411
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994
- LEVAV I. Terrorism and its effects on mental health. *World Psychiatry* 2006, 5:35–36
- MIGUEL-TOBAL JJ, VINDEL AC, IRUARRIZAGA I, ORDI HG, GALEA S. Psychopathological repercussions of the March 11 terrorist attacks in Madrid. *Psychology in Spain* 2005, 9:75–80
- WHALLEY MG, BREWIN CR. Mental health following terrorist attacks. *Br J Psychiatry* 2007, 190:94–96
- KESSLER RC, SONNEGA A, BROMET E, HUGHES M, NELSON CB. Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995, 52:1048–1060
- VLAHOV D, GALEA S, RESNICK H, AHERN J, BOSCARINO JA, BUCUVANAS M ET AL. Increased use of cigarettes, alcohol, and marijuana among Manhattan, New York, residents after the September 11th terrorist attacks. *Am J Epidemiol* 2002, 155:988–996
- HOLMAN EA, SILVER RC, POULIN M, ANDERSEN J, GIL-RIVAS V, McIN-

- TOSH DN. Terrorism, acute stress, and cardiovascular health: A 3-year national study following the September 11th attacks. *Arch Gen Psychiatry* 2008, 65:73–80
21. FAGAN J, GALEA S, AHERN J, BONNER S, VLAHOV D. Relationship of self-reported asthma severity and urgent health care utilization to psychological sequelae of the September 11, 2001 terrorist attacks on the World Trade Center among New York City area residents. *Psychosom Med* 2003, 65:993–996
 22. LERMAN SF, RUDICH Z, SHAHAR G. Does war hurt? Effects of media exposure after missile attacks on chronic pain. *J Clin Psychol Med Settings* 2013, 20:56–63
 23. HARVEY AG, BRYANT RA. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *J Consult Clin Psychol* 1998, 66:507–512
 24. BERGIANNAKI JD, PSARROS C, VARSOU E, PAPARRIGOPOULOS T, SOLDATOS CR. Protracted acute stress reaction following an earthquake. *Acta Psychiatr Scand* 2003, 107:18–24
 25. PERRY RW, LINDELL MK. Understanding citizen response to disasters with implications for terrorism. *Journal of Contingencies and Crisis Management* 2003, 11:49–59
 26. ΣΟΛΔΑΤΟΣ ΚΡ, ΜΠΕΡΓΙΑΝΝΑΚΗ ΙΔ. Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις των μαζικών καταστροφών. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 1987, 4:19–21
 27. BERGIANNAKI JD, SOLDATOS CR, MARKIDES M, KONTAXAKIS V, SOFIA K, VOSKIDOU S ET AL. Seismophobia: Predisposing factors and biopsychobehavioral correlates. In: Stefanis CN, Soldatos CR, Rabavilas AD (eds) *Psychiatry: A world perspective*. Elsevier Science Publishers, New York, 1990, 4:421–427
 28. STAHL SM, LEBEDUN M. Mystery gas: An analysis of mass hysteria. *J Health Soc Behav* 1975, 15:44–50
 29. STRUEWING JP, GRAY GC. An epidemic of respiratory complaints exacerbated by mass psychogenic illness in a military recruit population. *Am J Epidemiol* 1990, 132:1120–1129
 30. GALEA S, AHERN J, RESNICK H, KILPATRICK D, BUCUVALAS M, GOLD J ET AL. Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York city. *N Engl J Med* 2002, 346:982–987
 31. NORTH CS, NIXON SJ, SHARIAT S, MALLONEE S, McMILLEN JC, SPITZNAGEL EL ET AL. Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *JAMA* 1999, 282:755–762
 32. GREEN BL, GRACE MC, LINDY JD, GLESEY GC, LEONARD AC, KRAMER TL. Buffalo Creek survivors in the second decade: Comparison with unexposed and nonlitigant groups. *J Appl Soc Psychol* 1990, 20:1033–1050
 33. TUCKER P, PFEFFERBAUM B, NIXON SJ, DICKSON W. Predictors of post-traumatic stress symptoms in Oklahoma City: Exposure, social support, peri-traumatic responses. *J Behav Health Serv Res* 2000, 27:406–416
 34. HARVEY AG, BRYANT RA. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A 2-year prospective evaluation. *J Consult Clin Psychol* 1999, 67:985–988
 35. MAZURE CM, BRUCE ML, MACIEJEWSKI PK, JACOBS SC. Adverse life events and cognitive-personality characteristics in the prediction of major depression and antidepressant response. *Am J Psychiatry* 2000, 157:896–903
 36. FOTHERGILL A, MAESTAS EG, DARLINGTON JD. Race, ethnicity and disasters in the United States: A review of the literature. *Disasters* 1999, 23:156–173
 37. KESSLER RC, SONNEGA A, BROMET E, HUGHES M, NELSON CB. Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995, 52:1048–1060
 38. BRESLAU N, KESSLER RC, CHILCOAT HD, SCHULTZ LR, DAVIS GC, ANDRESKI P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry* 1998, 55:626–632
 39. BERGIANNAKI-DERMITZAKI ID. *Prevention and mitigation of the psychosocial consequences of earthquakes*. Ministry of Environment and Public Works, Athens, 2003:103
 40. CURRAN PS, MILLER PW. Psychiatric implications of chronic civilian strife or war: Northern Ireland. *Advances in Psychiatric Treatment* 2001, 7:73–80
 41. SOLOMON Z, LAUFER A. In the shadow of terror: Changes in world assumptions in Israeli youth. In: Danieli Y, Brom D, Sills J (eds) *The trauma of terrorism: Sharing knowledge and shared care. An international handbook*. Haworth Press, New York, 2005:353–364
 42. SHALEV AY, TUVAL-MASHIACH R, HADAR H. Posttraumatic stress disorder as a result of mass trauma. *J Clin Psychiatry* 2004, 65(Suppl 1):4–10
 43. KAPLAN Z, MATAR MA, KAMIN R, SADAN T, COHEN H. Stress-related responses after 3 years of exposure to terror in Israel: Are ideological-religious factors associated with resilience? *J Clin Psychiatry* 2005, 66:1146–1154
 44. BILLIG M, KOHN R, LEVAV I. Anticipatory stress in the population facing forced removal from the Gaza Strip. *J Nerv Ment Dis* 2006, 194:195–200
 45. SCHUSTER MA, STEIN BD, JAYCOX L, COLLINS RL, MARSHALL GN, ELLIOTT MN ET AL. A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *N Engl J Med* 2001, 345:1507–1512
 46. VÁZQUEZ C, PÉREZ-SALES P, MATT G. Posttraumatic stress reactions following the March 11, 2004 terrorist attacks in a Madrid community sample: A cautionary note about the measurement of psychological trauma. *Span J Psychol* 2006, 9:61–74
 47. GALEA S, VLAHOV D, RESNICK H, AHERN J, SUSSER E, GOLD J ET AL. Trends of probable post-traumatic stress disorder in New York City after the September 11 terrorist attacks. *Am J Epidemiol* 2003, 158:514–524
 48. DIXON P, REHLING G, SHIWACH R. Peripheral victims of the Herald of Free Enterprise disaster. *Br J Med Psychol* 1993, 66:193–202
 49. TERR LC, BLOCH DA, MICHEL BA, SHI H, REINHARDT JA, METAYER S. Children's symptoms in the wake of Challenger: A field study of distant-traumatic effects and an outline of related conditions. *Am J Psychiatry* 1999, 156:1536–1544
 50. PFEFFERBAUM B, SCALE TW, McDONALD NB, BRANDT EN Jr, RAINWATER SM, MAYNARD BT ET AL. Posttraumatic stress two years after the Oklahoma City bombing in youths geographically distant from the explosion. *Psychiatry* 2000, 63:358–370
 51. PFEFFERBAUM B, NIXON SJ, KRUG RS, TIVIS RD, MOORE VL, BROWN JM ET AL. Clinical needs assessment of middle and high school students following the 1995 Oklahoma City bombing. *Am J Psychiatry* 1999, 156:1069–1074
 52. FREEDY JR, SALADIN ME, KILPATRICK DG, RESNICK HS, SAUNDERS

- BE. Understanding acute psychological distress following natural disaster. *J Trauma Stress* 1994, 7:257–273
53. SHORE JH, TATUM EL, VOLLMER WM. Psychiatric reactions to disaster: The Mount St Helens experience. *Am J Psychiatry* 1986, 143:590–595
54. PFEFFERBAUM B, SEALE TW, BRANDT EN Jr, PFEFFERBAUM RL, DOUGHTY DE, RAINWATER SM. Media exposure in children one hundred miles from a terrorist bombing. *Ann Clin Psychiatry* 2003, 15:1–8
55. FREMONT WP. Childhood reactions to terrorism-induced trauma: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004, 43:381–392
56. CANTOR J. Media violence. *J Adolesc Health* 2000, 27(Suppl 2):30–34
57. SILVER RC, HOLMAN EA, McINTOSH DN, POULIN M, GIL-RIVAS V. Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *JAMA* 2002, 288:1235–1244
58. MEISENHOLDER JB, CASSEM EH. Terrorism, posttraumatic stress, spiritual coping, and mental health. *J Spiral Ment Health* 2009, 11:218–230
59. BLEICH A, GELKOPF M, SOLOMON Z. Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *JAMA* 2003, 290:612–620
60. SCHLENGER WE, CADDELL JM, EBERT L, JORDAN KB, ROURKE KM, WILSON D ET AL. Psychological reactions to terrorist attacks: Findings from the National Study of Americans' Reactions to September 11. *JAMA* 2002, 288:581–588
61. MARSHALL RD, OLFSON M, HELLMAN FB, BLANCO C, GUARDINO M, STRUENING EL. Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *Am J Psychiatry* 2001, 158:1467–1473
62. MOSCARDINO U, SCRIMIN S, CAPELLO F, ALTOÈ G. Social support, sense of community, collectivistic values, and depressive symptoms in adolescent survivors of the 2004 Beslan terrorist attack. *Soc Sci Med* 2010, 70:27–34
63. NORRIS FH, BYRNE CM, DIAZ E, KANIASTY K. *The range, magnitude and duration of effects of natural and human-caused disasters: A review of the empirical literature*. National Center for PTSD, Boston, Mass, 2001

Corresponding author:

K.T. Kioulos, First Department of Psychiatry, National and Kapodistrian University of Athens, Medical School, 14 Eginitou street, GR-115 28 Athens, Greece
e-mail: porfurida@hotmail.com

.....