

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/263810058>

Μετατραυματική διαταραχή στρες μετά από φυσικές καταστροφές, εργασιακά τραύματα και αυτοκινητιστικά ατυχήματα.

Chapter · January 2006

READS

360

2 authors, including:



[Alexander-Stamatios Antoniou](#)

National and Kapodistrian University of A...

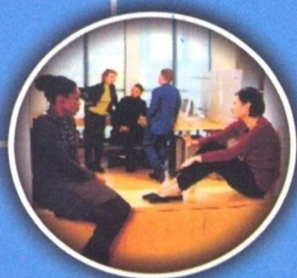
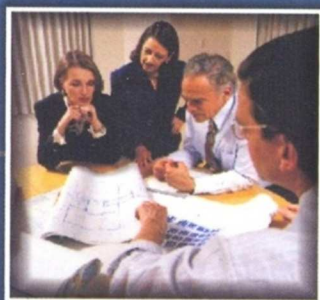
90 PUBLICATIONS 218 CITATIONS

SEE PROFILE

Σειρά: ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
Υπεύθυνος σειράς: ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ - ΣΤΑΜΑΤΙΟΣ ΑΝΤΩΝΙΟΥ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ

STRESS MANAGEMENT



Επιμέλεια έκδοσης: Α.-Σ. ΑΝΤΩΝΙΟΥ
C. L. COOPER

12 Μετατραυματική Διαταραχή Στρες μετά από Φυσικές Καταστροφές, Εργασιακά Τραύματα και Αυτοκινητιστικά Ατυχήματα

*Ανδρέας-Νικόλαος Βλαχάκης &
Αλέξανδρος-Σταμάτιος Αντωνίου*

Ο όρος «μετατραυματική διαταραχή στρες» (Post-Traumatic Stress Disorder/PTSD), χρησιμοποιείται για να ορίσει εκείνη την ψυχική κατάσταση που παρουσιάζεται σε άτομα που έχουν βιώσει κάποιο ή κάποια τραυματικά γεγονότα που είναι έξω από τις συνηθισμένες ανθρώπινες εμπειρίες, όπως κάποια φυσική καταστροφή, ένας πόλεμος, κάποιο αυτοκινητιστικό ή αεροπορικό ατύχημα ή η εμπειρία ενός βιασμού ή κακοποίησης (American Psychiatric Association, 1980· Davidson, 1998). Μπορεί να προσβάλει οποιονδήποτε άνθρωπο σε οποιαδήποτε ηλικία και συνοδεύεται από αισθήματα φόβου, απελπισίας και αδυναμίας (Henzer *et al.*, 1987· Ross *et al.*, 1989), ενώ μπορεί να εκδηλωθεί αμέσως μετά από την τραυματική εμπειρία ή μετά από μερικούς μήνες και χαρακτηρίζεται ως οξύ όταν η διάρκεια των συμπτωμάτων φτάνει τους 3 μήνες και χρόνιο όταν συνεχίζεται για περισσότερους μήνες ή και χρόνια (Yule *et al.*, 1999· Grey *et al.*, 2004). Αν και αρχικά το PTSD χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει τα συναισθήματα των Αμερικανών βετεράνων του πολέμου, σήμερα χρησιμοποιείται για να αποδώσει, άλλοτε περισσότερο και άλλοτε λιγότερο ορθά, ένα ευρύτερο φάσμα φαινομένων όπως η εξάρτηση από τα ναρκωτικά (Mills *et al.*, 2005), η μετανάστευση (Sundquist *et al.*, 2005) και τα επείγοντα περιστατικά των νοσοκομείων (Mills & Mills, 2005).

Το PTSD περιγράφηκε αρχικά στους βετεράνους του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου ως «σοκ βομβαρδισμού» (Southward, 1919), είχε όμως περιγραφεί και πολύ νωρίτερα ως «νευρικό σοκ» (Page, 1885), «τραυματική νεύρωση» (Oppenheim, 1892), «αγχώδης νεύρωση»

(Freud, 1894, 1919) ή «φοβική νεύρωση» (Kraepelin, 1886). Κατά τη διάρκεια του Δεύτερου Παγκοσμίου Πολέμου, οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας ασχολήθηκαν ιδιαίτερα με τους επιζώντες στρατιώτες εισάγοντας στη διεθνή βιβλιογραφία τις έννοιες του «μετατραυματικού συνδρόμου» (Kardiner, 1941· Goto & Wilson, 2003) και της «νεύρωσης του πολέμου» (Grinker & Spiegel, 1943). Ο Kardiner (1941) αναγνώρισε ότι οι βετεράνοι με το σύνδρομο αυτό υπέφεραν από ιδιαίτερα εχθρικά αισθήματα για τους άλλους, είχαν έντονες και αδικαιολόγητες εκρήξεις θυμού και παρέμεναν καθηλωμένοι στα τραυματικά περιστατικά που είχαν βιώσει. Ωστόσο, η έννοια του PTSD χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στα τέλη της δεκαετίας του '70 (Figley, 1978), αναγνωρίζοντας εκτός από τις βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις που είχε η έκθεση στις φρίκες του πολέμου στους βετεράνους του Βιετνάμ, τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην προσωπικότητα και την προσαρμογή τους. Έτσι, στην τρίτη έκδοση του DSM (American Psychiatric Association, 1980), περιλαμβανόταν το σύνδρομο του PTSD, όπου αναγνωριζόταν ότι μετά από την έκθεση σε ιδιαίτερα τραυματικά γεγονότα, κάποιοι άνθρωποι αναπτύσσουν συμπτώματα ενοχλητικής επαναβίωσης του τραύματος, συμπεριφορές αποφυγής, καθώς και ένα σύνολο σωματικών συμπτωμάτων.

Αν και οι αντιδράσεις σε ένα τραυματικό περιστατικό διαφέρουν από άτομο σε άτομο και εξαρτώνται τόσο από την ένταση και τη διάρκεια του ίδιου του περιστατικού όσο και από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, υπάρχουν εντούτοις κάποιες κοινές αντιδράσεις, που συναντώνται στην πλειοψηφία των ατόμων που έχουν βιώσει ένα τραυματικό γεγονός (Joseph, 1999). Μερικά από τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες περιγράφονται παρακάτω:

1. **Φόβος ή αγωνία.** Η αγωνία αποτελεί μία συνηθισμένη και φυσιολογική απάντηση σε ένα επικίνδυνο περιστατικό. Για τους περισσότερους παραμένει για αρκετό χρονικό διάστημα μετά το τραυματικό γεγονός. Αυτό συμβαίνει όταν η εικόνα του ατόμου για τον κόσμο και για την ασφάλειά του έχουν αλλάξει. Το άτομο ενδέχεται να βιώνει ένταση, φόβο ή αγωνία όταν θυμάται το τραυματικό γεγονός, μπορεί όμως να εμφανίζονται και από μόνα τους, χωρίς να υπάρχουν σαφή και ξεκάθαρα ερεθίσματα. Γεγονότα ή ερεθίσματα που προκαλούν φόβο και αγωνία είναι συγκεκριμένοι χώροι, συγκεκρι-

μένες ώρες της ημέρας, συγκεκριμένοι ήχοι ή μυρωδιές ή οποιεσδήποτε καταστάσεις μπορεί να φέρνουν στη μνήμη το τραυματικό γεγονός (Smith *et al.*, 1986· Taylor & Koch, 1995).

2. **Επαναβίωση του τραύματος.** Αποτελεί το πιο χαρακτηριστικό σύμπτωμα που παρουσιάζουν τα άτομα έπειτα από κάποιο τραυματικό γεγονός. Πρόκειται για μία επίμονη και διαρκή αναβίωση των σκηνών που έζησαν, είτε μέσα από αναδρομές κατά τη διάρκεια της ημέρας είτε μέσα από όνειρα και εφιάλτες, στους οποίους επιδεικνύουν παρόμοια συμπεριφορά με αυτή που έζησαν κατά τη διάρκεια του τραυματικού περιστατικού (Desivilya *et al.*, 1996). Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται γιατί μία τραυματική εμπειρία αποτελεί ένα συγκλονιστικό γεγονός για τη ζωή κάθε ανθρώπου και βρίσκεται σε μεγάλη δυσαρμονία με τις καθημερινές εμπειρίες που βιώνει ο κάθε άνθρωπος, με αποτέλεσμα το άτομο που έχει βιώσει ένα τέτοιο γεγονός να μην μπορεί να το εντάξει στη γνωστική αναπαράσταση που έχει για τον κόσμο. Έτσι, στην προσπάθειά του να συνειδητοποιήσει τι του έχει συμβεί, επαναφέρει συνεχώς στη μνήμη του το γεγονός, ώστε να μπορέσει να το αφομοιώσει και να το εντάξει στο γνωστικό του σύστημα.
3. Η **υπερβολική διέγερση** αποτελεί μία επιπλέον συνηθισμένη απάντηση στο τραύμα. Περιλαμβάνει αισθήματα εκνευρισμού, ταραχής, συναισθηματικής αστάθειας, καθώς και ιδιαίτερα αυξημένα προβλήματα συγκέντρωσης και ύπνου. Η συνεχής διέγερση μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολική οξυθυμία και εκνευρισμό, ιδιαίτερα αν το άτομο έχει έντονα προβλήματα ύπνου. Η διέγερση μετά από ένα τραυματικό περιστατικό αποτελεί μία απάντηση μάχης ή φυγής του οργανισμού, είναι δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο το άτομο προστατεύει τον εαυτό του από τον κίνδυνο (Burke *et al.*, 1986 Baum, 1990· Livanou *et al.*, 2005).

Οι άνθρωποι που έχουν βιώσει κάποιο τραυματικό περιστατικό συχνά αντιλαμβάνονται τον κόσμο ως πηγή κινδύνων, με αποτέλεσμα ο οργανισμός να βρίσκεται σε συνεχή επαγρύπνηση, έτοιμος να αντιδράσει άμεσα σε οποιαδήποτε απειλή. Το πρόβλημα είναι ότι η υπερβολική διέγερση είναι χρήσιμη όταν το άτομο βρίσκεται αντιμέτωπο με πραγματικούς κινδύνους. Αντίθετα, η συνεχής αφύπνιση της διέγερσης μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα δυσάρεστη όταν

συνεχίζεται για μεγάλο χρονικό διάστημα, ακόμα και κάτω από συνθήκες ασφαλείας.

4. Η **αποφυγή** αποτελεί ένα συνηθισμένο τρόπο διαχείρισης του πόνου που προκαλεί το τραύμα. Η πιο συνηθισμένη έκφραση της αποφυγής είναι το άτομο να επιδιώκει να μην έρχεται σε επαφή με οτιδήποτε του θυμίζει το τραυματικό γεγονός, όπως ο τόπος όπου έλαβε χώρα το γεγονός αυτό. Συχνά, το άτομο αποφεύγει καταστάσεις που συνδέονται λιγότερο άμεσα με το τραύμα, όπως το να βγει από το σπίτι το βράδυ, αν το τραυματικό περιστατικό που έχει βιώσει διαπράχθηκε βράδυ επίσης. Ένας άλλος μηχανισμός που χρησιμοποιεί το άτομο για να μειώσει τη δυσφορία και τον πόνο, είναι η προσπάθεια αποφυγής των οδυνηρών σκέψεων και συναισθημάτων. Η αντίδραση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε συναισθηματικό μούδιασμα, όταν το άτομο αδυνατεί να βιώσει τόσο συναισθήματα φόβου όσο και συναισθήματα χαράς ή στοργής για τους άλλους (Elsesser *et al.*, 2005).
5. Πολλοί άνθρωποι που έχουν βιώσει κάποιο τραυματικό περιστατικό αισθάνονται **οργή** και **θυμό**. Όταν μάλιστα τα συναισθήματα αυτά δεν τους είναι οικεία, ίσως να είναι ιδιαίτερα τρομακτικό γι' αυτούς. Κάποιες φορές τα άτομα οργίζονται με τον εαυτό τους εξ' αιτίας των συναισθημάτων τους αυτών. Ο θυμός τους απορρέει από το αίσθημα ότι ο κόσμος δεν υπήρξε δίκαιος γι' αυτούς (Weiner, 1986).
6. Το τραύμα συχνά οδηγεί σε συναισθήματα **ενοχής** ή **ντροπής**. Πολλοί άνθρωποι κατηγορούν τον εαυτό τους για πράγματα που έκαναν ή δεν έκαναν για να επιβιώσουν. Για παράδειγμα, άνθρωποι που έχουν πέσει θύματα βιασμού ή επίθεσης συχνά κατηγορούν τον εαυτό τους γιατί δεν αμύνθηκαν όσο θα έπρεπε. Άλλοι, νιώθουν ότι αν δεν είχαν αντισταθεί δεν θα είχαν τραυματιστεί. Επιπλέον, ίσως τα θύματα να αισθάνονται ντροπή γιατί κατά τη διάρκεια του τραυματικού περιστατικού εκδήλωσαν κάποια συμπεριφορά που δε θα εξέφραζαν σε καμία άλλη περίπτωση. Μερικές φορές, επίσης, οι άλλοι κατηγορούν τα θύματα για το τραύμα (Jannoff-Bulman, 1992· Resick *et al.*, 2002).

Τα συναισθήματα ενοχής για το τραυματικό περιστατικό υποδηλώνουν ότι το άτομο που βίωσε το περιστατικό αυτό νιώθει υπεύθυνο για ό,τι του συνέβη. Αν και αυτή η αντιμετώπιση ενδέχεται να προσφέρει στα άτομα το αίσθημα ότι έχουν περισσότερο έλεγχο της

ζωής τους (Brewin, 1984), ίσως να οδηγήσει σε συναισθήματα απελπισίας και κατάθλιψης (Frazier, 1990· Frazier & Schauben, 1994). Ένα ακόμη σύμπτωμα είναι αυτό που αποκαλείται «οι ενοχές των επιζώντων» και αντιπροσωπεύει ένα αίσθημα αδικίας που βιώνει το άτομο σχετικά με την απώλεια γνωστών και αγαπημένων προσώπων σε αντιδιαστολή με τη δική του επιβίωση.

7. Η **οδύνη** και η **απελπισία** είναι επίσης συχνές αντιδράσεις σε ένα τραυματικό γεγονός. Τα άτομα μπορεί να αισθάνονται πεσμένα, λυπημένα, σε απόγνωση και σε απελπισία. Ίσως να κλαίνει πολύ συχνά. Ίσως να μην έχουν πια ενδιαφέρον για τους ανθρώπους και τις δραστηριότητες που έκαναν παλιότερα. Ίσως να αισθάνονται ότι τα σχέδια που είχαν για το μέλλον δεν έχουν πια σημασία ή ότι δεν αξίζει να ζουν. Τα συναισθήματα αυτά μπορεί να οδηγήσουν τα άτομα να σκέφτονται το θάνατο ή να κάνουν κάτι που θα τους έθετε σε κίνδυνο. Καθώς το τραύμα άλλαξε σε σημαντικό βαθμό τον τρόπο με τον οποίο έβλεπαν τον εαυτό τους και τον κόσμο, είναι λογικό να αισθάνονται λυπημένοι για τα πράγματα που έχασαν εξ' αιτίας του τραύματος.

Αν και τα χαρακτηριστικά της απελπισίας παρατηρούνται σε πολλές ψυχικές διαταραχές, τα συναισθήματα αυτά εκφράζονται πολύ συχνά από επιζώντες τραυματικών γεγονότων (Farmer *et al.*, 1992· Harvey *et al.*, 1995), ενώ αρκετοί ερευνητές ισχυρίζονται ότι η εικόνα του κόσμου και τα γνωστικά σχήματα που οι επιζώντες σχηματίζουν μετά το τραυματικό γεγονός, απορρέουν από τα συναισθήματα απελπισίας που βιώνουν (Bulman & Wortman, 1977).

8. Η **εικόνα του εαυτού και του κόσμου** είναι συχνά περισσότερο αρνητικές μετά από το τραυματικό γεγονός. Τα τραυματισμένα άτομα ίσως να λένε στον εαυτό τους «Αν δεν ήμουν τόσο αδύναμος και ανόητος δε θα μου συνέβαινε αυτό». Πολλοί άνθρωποι βλέπουν τον εαυτό τους συνολικά πιο αρνητικά μετά από το τραυματικό γεγονός («Είμαι κακός άνθρωπος και μου άξιζε»).

Επίσης, είναι αρκετά συνηθισμένο να βλέπουν περισσότερο αρνητικά τους άλλους και να αισθάνονται ότι δεν μπορούν να εμπιστευτούν κανένα. Εάν πριν το τραυματικό περιστατικό που τους συνέβη θεωρούσαν τον κόσμο ως ασφαλή και χωρίς κινδύνους, το τραύμα ίσως να τους κάνει ξαφνικά να αισθανθούν ότι ο κόσμος είναι πολύ επικίνδυνος. Αν τα άτομα είχαν κάποιες αρνητικές εμπει-

ρίες πριν από το τραύμα, ίσως να πειστούν ότι ο κόσμος είναι επικίνδυνος και δεν πρέπει να εμπιστεύονται κανένα.

9. Οι **σεξουαλικές σχέσεις** μπορεί επίσης να πληγούν μετά από μία τραυματική εμπειρία. Για πολλούς ανθρώπους είναι ιδιαίτερα δύσκολο να αισθανθούν ή να έχουν σεξουαλικές σχέσεις. Αυτό ισχύει κυρίως για τα άτομα που υπήρξαν θύματα σεξουαλικής κακοποίησης, καθώς, εκτός από την έλλειψη εμπιστοσύνης στους άλλους, η ίδια η σεξουαλική δραστηριότητα τους υπενθυμίζει το τραυματικό γεγονός.
10. Πολλοί άνθρωποι καταφεύγουν στο **αλκοόλ** ή σε **άλλες ουσίες** μετά από το τραυματικό περιστατικό που βίωσαν, γεγονός που μπορεί να επιβραδύνει την αποκατάσταση και να δημιουργήσει επιπλέον προβλήματα στο άτομο.

Πολλές από τις παραπάνω αντιδράσεις στο τραύμα σχετίζονται άμεσα μεταξύ τους. Για παράδειγμα, η ανάκληση εικόνων από τη δυσάρεστη εμπειρία που είχε το άτομο ίσως το κάνει να αισθάνεται ότι δεν έχει τον έλεγχο της ζωής του κι έτσι να του δημιουργηθεί φόβος και διέγερση. Επιπλέον, πολλοί άνθρωποι θεωρούν τις αντιδράσεις τους στο τραύμα παράλογες και εξωφρενικές, γεγονός που μπορεί να τους δημιουργήσουν επιπλέον φόβους. Παράλληλα, πολλά ακόμα συμπτώματα έχουν παρατηρηθεί σε άτομα που βίωσαν κάποιο τραυματικό περιστατικό όπως το άγχος του θανάτου ([Chung et al., 2005](#)) και ταχυκαρδίες ([Elsesser et al., 2005](#)), που συνιστούν ότι ο κάθε άνθρωπος αντιδρά με διαφορετικό τρόπο σε ένα έντονο γεγονός που δεν υπόκειται στις καθημερινές του εμπειρίες.

Πρόσφατες μελέτες έχουν επίσης δείξει ότι τα άτομα που υπέφεραν από PTSD υπέστησαν μόνιμες αλλαγές στον εγκέφαλό τους (άξονας υποθαλάμου- υπόφυσης- επινεφριδίων και αμυγδαλοειδούς πυρήνα του εγκεφάλου) (ver Ellen & van Kammen, 1990) και εκδήλωσαν αυξημένη έκκριση επινεφρίνης, νορεπινεφρίνης, τεστοστερόνης, κορτιζόλης και θυροξίνης (Mason et al., 1990). Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα που καταδεικνύει την ισχυρή επίδραση των καταστροφικών γεγονότων της ζωής, αποτελεί η έκρηξη του ηφαιστείου «Βουνό της Αγ. Ελένης». Μόλις λίγους μήνες μετά την έκρηξη, στην κοντινή αγροτική πόλη του Οθέλο, στην Ουάσιγκτον, αναφέρθηκε αύξηση των θανάτων σε ποσοστό γύρω στο 18,6%, αύξηση σε ασθένειες που επιδεινώνονται με το στρες σε ποσοστό 19,8% και διπλάσιος αριθμός από-

μων που αναζητούσαν βοήθεια από τις τοπικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις όποιες ψυχικές διαταραχές (Adams & Adams, 1984).

Φυσικές και τεχνολογικές καταστροφές

Το μεγαλύτερο κομμάτι της έρευνας για το μετατραυματικό στρες καταλαμβάνει η μελέτη των φυσικών καταστροφών (σεισμοί, ηφαιστειακές εκρήξεις, πλημμύρες κλπ.), συμπεριλαμβανομένων των τεχνολογικών καταστροφών όπως βιομηχανικές καταστροφές (Weisaeth, 1989· Giel, 1991), πυρκαγιές (March *et al.*, 1997), θαλάσσια δυστυχήματα (Yule & Udwin, 1991) και αεροπορικά δυστυχήματα (Marks *et al.*, 1995). Αν και κάποιοι ερευνητές (π.χ. Rice, 1999) ισχυρίζονται ότι μόνον οι σοβαρότερες μορφές των τεχνολογικών καταστροφών (π.χ. οι εκρήξεις στη Χιροσίμα και στο Ναγκασάκι) μπορούν να συγκριθούν με τις φυσικές, εντούτοις, οι φυσικές και τεχνολογικές καταστροφές έχουν αρκετά κοινά χαρακτηριστικά, όπως το γεγονός ότι είναι απρόβλεπτες και ανεξέλεγκτες και μπορεί να δημιουργήσουν έντονο σωματικό πόνο, ψυχολογική ένταση και κοινωνική αποδιοργάνωση.

Από πολλές απόψεις, οι τεχνολογικές καταστροφές διαφέρουν πολύ από τις φυσικές, καθώς προέρχονται συνήθως από κάποιο ανθρώπινο σφάλμα, απερισκεψία ή απληστία, ακόμα και από απροκάλυπτη αδιαφορία και περιφρόνηση για την ανθρώπινη ζωή. Με μία λέξη είναι αποτρέψιμες. Είναι, επομένως, αναμενόμενο να εκφράζεται μεγαλύτερη οργή και αγανάκτηση μετά από κάποια τεχνολογική καταστροφή παρά μετά από κάποια φυσική καταστροφή (Lystad, 1985).

Εντούτοις, η μελέτη των φυσικών και τεχνολογικών καταστροφών δεν είναι εύκολη και η έως σήμερα έρευνα είναι αρκετά ελλιπής. Ακόμα και οι πιο έγκυρες έρευνες δεν είναι απόλυτες, καθώς δεν μπορούν να δώσουν ξεκάθαρα συμπεράσματα για το αν οι καταστροφές αυτές έχουν (ή δεν έχουν) σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία, παρά μόνο ότι κάποια συγκεκριμένη υπό έρευναν καταστροφή είχε (ή δεν είχε) επιπτώσεις στο συγκεκριμένο πληθυσμό που εξετάζει η συγκεκριμένη έρευνα. Θα πρέπει, λοιπόν, οι ερευνητές να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί στις υπεργενικευμένες ερμηνείες συγκεκριμένων αποτελεσμάτων.

Η μεθοδολογική ετερογένεια δυσκολεύει ακόμα περισσότερο την έρευνα για τις φυσικές και τεχνολογικές καταστροφές, προσθέτει όμως παράλληλα σημαντικές πληροφορίες σε μεγάλο εύρος και βάθος. Κάποιες έρευνες παρέχουν λεπτομερή διαγνωστικά κριτήρια που συλλέχθηκαν από έντονα τραυματικά περιστατικά (π.χ. North *et al.*, 1999), ενώ άλλες παρέχουν δεδομένα που προήλθαν από ανασκοπήσεις σε μεγάλα δείγματα πληθυσμών που τραυματίστηκαν, όχι άμεσα, αλλά εκτέθηκαν έμμεσα και αποτελούν ένα καλό γεωγραφικά αντιπροσωπευτικό δείγμα (π.χ. Garrison *et al.*, 1995).

Οι φυσικές και τεχνολογικές καταστροφές προκαλούν έντονο πόνο στους επιζώντες, που καλούνται να ξαναφτιάξουν τη ζωή τους και να μάθουν να ζουν στη νέα πραγματικότητα. Τα σχήματα που είχαν δημιουργήσει και οργανώσει γύρω από την αντίληψή τους για ένα ασφαλή κόσμο θα χρειαστούν αναδιοργάνωση μετά την εισβολή στη ζωή τους του φόβου για ένα επικείμενο κίνδυνο και τη συνειδητοποίηση της δύναμης των φυσικών και τεχνολογικών δυνάμεων. Όσο περισσότερο ολέθρια ήταν η καταστροφή που βίωσαν τόσο μεγαλύτερο αντίκτυπο θα έχει στην εκ νέου ανοικοδόμηση των σχημάτων και των αναπαραστάσεων που έχουν για τον κόσμο. Έπειτα από μία μεγάλη καταστροφή, οι επιζώντες θα πρέπει να προσθέσουν στην άνετη και ασφαλή ζωή τους το φόβο, τη στέρξη και τη σωματική κούραση.

Μία περίπτωση τεχνολογικής καταστροφής που έχει μελετηθεί ευρέως τα τελευταία χρόνια είναι η τρομοκρατική επίθεση στους Δίδυμους Πύργους της Νέας Υόρκης (Coates *et al.*, 2004· Grieger *et al.*, 2004· Blanchard *et al.*, 2005). Όπως όλος ο πλανήτης θυμάται, στις 11/9 εκδηλώθηκε τρομοκρατική επίθεση στο World Trade Center και στο Πεντάγωνο στην Ουάσιγκτον, ένα γεγονός πρωτοφανές για την Αμερική. Περίπου 2,800 άνθρωποι σκοτώθηκαν από τις επιθέσεις, ενώ ο τρόπος με τον οποίο έγινε γνωστή η επίθεση, καθώς και η υπερβολικά βίαιη φύση της, έδειξαν από την αρχή ότι πολλοί άνθρωποι στη Νέα Υόρκη θα επηρεάζονταν ψυχολογικά, ακόμα κι αν δεν είχαν βιώσει το τραυματικό αυτό γεγονός από κοντά. Η πρώτη έρευνα που πραγματοποιήθηκε με αντικείμενο το PTSD στον Αμερικάνικο πληθυσμό μετά την επίθεση, περιλάμβανε ένα δείγμα 560 ενηλίκων, από τους οποίους οι ερευνητές πήραν συνέντευξη 3 με 5 μέρες μετά την επίθεση της 11^{ης} Σεπτεμβρίου (Schuster *et al.*, 2001). Οι ερευνητές ανέφεραν ότι το 44% των συμμετεχόντων βίωσαν ένα τουλάχιστον ή περισσότερα συ-

μπιώματα PTSD. Επιπλέον, σε μία έκθεση των [Galea et al. \(2002\)](#) που αφορούσε στην ψυχολογική κατάσταση του πληθυσμού της Νέας Υόρκης 5-8 εβδομάδες μετά την επίθεση, αποκάλυψε ότι το 7.5% των κατοίκων του Μανχάταν υπέφερε από σοβαρό PTSD.

Πολλές έρευνες τα τελευταία 25 χρόνια έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι τα θύματα που βίωσαν ένα ιδιαίτερα καταστροφικό γεγονός ακολουθούν μία τυπική σειρά αντιδράσεων, καθώς συνειδητοποιούν τι τους συνέβη. Γενικά, εμφανίζονται τρία τυπικά στάδια — η περίοδος *άμεσου αντίκτυπου*, που διαρκεί όσο και το ίδιο το καταστροφικό περιστατικό· η περίοδος *οπισθοδρόμησης*, που σε αρκετές περιπτώσεις διαρκεί μερικές μέρες· και η *μετατραυματική περίοδος*, που ενδέχεται να διαρκέσει σε όλη τη ζωή του θύματος ([Leach, 1995](#)). Στην περίοδο άμεσου αντίκτυπου, τα θύματα κατακλύζονται από αισθήσεις και συναισθήματα που ποτέ πριν δεν είχαν βιώσει. Η περίοδος αυτή είναι συνήθως μικρής διάρκειας, ιδιαίτερα σε φυσικές καταστροφές όπως ο σεισμός.

Η περίοδος οπισθοδρόμησης εμφανίζεται όταν τελειώσει η πρώτη και ισχυρή απειλή, τα θύματα όμως έρχονται αντιμέτωπα με ένα νέο κύμα απειλών. Μόνο όταν ο έντονος αγώνας τους για επιβίωση τελειώσει συνειδητοποιούν πόσο εξαντλημένοι και ευερέθιστοι είναι. Τη στιγμή αυτή, οι επιζώντες προσπαθούν να συνειδητοποιήσουν τι έχει συμβεί, χωρίς να είναι συνήθως σε θέση να αναγνωρίσουν το μέγεθος της απώλειας ή το πόσο δύσκολος θα είναι ο δρόμος της ανάρρωσής τους. Για την ώρα, είναι συνήθως σαστισμένοι και μπερδεμένοι. Η σύγχυσή τους αυτή απορρέει από τη συνειδητοποίηση ότι το μέλλον τους, που έως εκείνη την ώρα φάνταζε ασφαλές, γίνεται τώρα απελπιστικά μπερδεμένο. Ένας συνήθης τρόπος άμυνας στο στάδιο αυτό είναι η άρνηση. Πολλοί πιστεύουν ότι αυτό που μόλις έζησαν ήταν ένα όνειρο και όχι η πραγματικότητα. Απλά περιμένουν να ξυπνήσουν και να επιβεβαιώσουν ότι η καταστροφή που βίωσαν δεν έγινε ποτέ στην πραγματικότητα, τουλάχιστον όχι σε αυτούς. Συνήθως η ονειροπόληση αυτή κρατάει ελάχιστα, καθώς τα σωστικά συνεργεία τους απομακρύνουν, συχνά βίαια και απότομα, από το σημείο που επλήγησαν, με αποτέλεσμα να προσγειώνονται γρήγορα και ξαφνικά στη σκληρή πραγματικότητα. Αυτό συχνά σηματοδοτεί την έναρξη μία μακροχρόνιας αναστάτωσης και ρήξης με την οικογενειακή οργάνωση, την καθημερινότητα και τις επαφές ([Riad & Norris, 1996](#)).

Κάποιοι επιζώντες θα ανακτήσουν την πνευματική τους υγεία και τις ικανότητες προγραμματισμού και επίλυσης προβλημάτων γρηγορότερα από τους άλλους. Αυτοί που έχουν τη δυνατότητα να ασχοληθούν σύντομα με δραστηριότητες που δίνουν νόημα στη ζωή τους τείνουν να εκδηλώνουν μικρότερα επίπεδα PTSD. Το γεγονός αυτό μπορεί ενδεχομένως να εξηγήσει γιατί στις παραδοσιακές οικογένειες που επλήγησαν από κάποιο τραυματικό περιστατικό, οι άντρες που σύντομα επιστρέφουν στην εργασία τους αναπτύσσουν λιγότερα συμπτώματα PTSD και αναρρώνουν γρηγορότερα σε σχέση με τις γυναίκες τους που παραμένουν κοντά στην εστία της καταστροφής, σε καταφύγια ή σε θαλάμους εκτάκτων περιστατικών (Rice, 1999). Έχοντας περισσότερο ελεύθερο χρόνο, αυτοί που μένουν πίσω συλλογίζονται συνεχώς τις άσχημες εμπειρίες που πρόσφατα βίωσαν, στερώντας από τον εαυτό τους να αναρρώσει.

Πολλά άτομα επίσης θα αρχίσουν να εμφανίζουν τα πρώτα ξεσπάσματα στο στάδιο αυτό. Για κάποιους, θα είναι η πρώτη φορά που ξεσπάνε σε κλάματα. Άλλα συνήθη συναισθήματα που εμφανίζονται είναι ο συνεχής φόβος, το άγχος και ο θυμός. Μία συμπεριφορά που έχει συχνά παρατηρηθεί την περίοδο αυτή στα άτομα που βίωσαν ένα τραυματικό περιστατικό, είναι η έντονη και ακατάσχετη ανάγκη τους για ομιλία. Κάποιοι επιζώντες δείχνουν να έχουν την ανάγκη να μιλήσουν ακατάπαυστα σε όλους για τα όσα έζησαν και για το πόσο πολύ υποφέρουν (Leach, 1995), αν και κάποιοι άλλοι επιζώντες αρνούνται να μιλήσουν για την εμπειρία τους και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, γεγονός που έχει συνδεθεί από πολλούς ερευνητές με τη διατήρηση του PTSD για μεγάλο χρονικό διάστημα (Nightingale & Williams, 2000).

Κατά τη μετατραυματική περίοδο, οι άνθρωποι έχουν επιζήσει της καταστροφής και των βασικών απειλών της. Εντούτοις, οι επιζώντες ακόμα βιώνουν κάποιες σωματικές και ψυχολογικές διαταραχές, στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν αυτό που τους συνέβη. Τα συμπτώματα του PTSD ίσως κρατήσουν για αρκετούς μήνες ή και χρόνια, όπως έχουν δείξει αρκετές έρευνες (Desivilya *et al.*, 1996).

Για παράδειγμα, μία από τις ελάχιστες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα για το PTSD, εξέτασε την ψυχολογική κατάσταση 157 επιζώντων του σεισμού της Πάρνηθας το 1999 και αποκάλυψε ότι περίπου το 25% των συμμετεχόντων παρουσίαζαν συμπτώμα-

τα PTSD ακόμα και 4 χρόνια μετά το καταστροφικό αυτό γεγονός (Livanou *et al.*, 2005). Επιπλέον, κάποια έρευνα με αντικείμενο τους επιζώντες του Ολοκαυτώματος (Sigal *et al.*, 1973), αποκάλυψε ότι ακόμα και ύστερα από σαράντα χρόνια, τα άτομα αυτά αντιμετώπιζαν σοβαρές δυσκολίες στις κοινωνικές τους επαφές, εξαιτίας των συμπτωμάτων κατάθλιψης και αποξένωσης που βίωναν. Ακόμα και στην περίπτωση των βετεράνων του πολέμου του Βιετνάμ, που αποτελούν την πλέον μελετημένη περίπτωση (Shatan, 1978· Atkinson *et al.*, 1984· Galonski & Lyons, 2004), έχει βρεθεί ότι όσοι επέστρεψαν στην πατρίδα τους μετά τον πόλεμο υπέφεραν για πολλά χρόνια από PTSD. Ακόμα και σήμερα, σχεδόν 30 χρόνια μετά τον πόλεμο, το 15% των βετεράνων εξακολουθούν να πάσχουν από χρόνιο PTSD (Bremmer *et al.*, 1995). Το φαινόμενο αυτό, που συνιστά μειονέκτημα για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του PTSD, καθιστά γνωστή μια λανθάνουσα περίοδο μερικών μηνών ή ακόμα και μερικών χρόνων, προτού οι ψυχολογικές αντιδράσεις γίνουν εμφανείς. Κατά κύριο λόγο, λοιπόν, η χρονική πορεία του PTSD εξαρτάται από προσωπικές μεταβλητές.

Πολλές έρευνες έως σήμερα έχουν βρει ότι οι φυσικές καταστροφές μπορούν να προκαλέσουν ιδιαίτερα προβλήματα συναισθηματικής και συμπεριφορικής προσαρμογής τόσο για τους ενήλικες όσο και για τα παιδιά που τις βίωσαν (Burke *et al.*, 1986· Green *et al.*, 1990· Steinglass & Gerrity, 1990). Μετά από κάποιο καταστροφικό γεγονός τα άτομα μπορεί να βιώσουν έντονες ψυχολογικές διαταραχές, όπως προβλήματα που σχετίζονται με το PTSD (Shore *et al.*, 1986· Bravo *et al.*, 1990), αλλά και συμπτώματα που δε σχετίζονται άμεσα, όπως κατάθλιψη, στρες και ψωχοσωματικά προβλήματα (Bromet *et al.*, 1982· Wilkinson, 1983· Smith *et al.*, 1986· Norris & Murrell, 1988), σωματικές ασθένειες (Leopold & Dillon, 1963), προβλήματα στη συμπεριφορά (Adams & Adams, 1984), καθώς και πολλά άλλα προβλήματα στην υγεία και την κοινωνική τους δραστηριότητα (Baum *et al.*, 1983· Murphy, 1986· Madakasira & O'Brien, 1987).

Αν και έχει συχνά αναφερθεί ότι οι φυσικές και τεχνολογικές καταστροφές έχουν πολύ σημαντικές επιπτώσεις στους ανθρώπους που τις βίωσαν, από έντονο στρες έως ψυχιατρικές διαταραχές, δεν έχει ακόμα διερευνηθεί πλήρως αν αυτές οι αντιδράσεις είναι παροδικές ή μόνιμες (διαρκούν δηλαδή για περισσότερο από μερικές εβδομάδες μετά από το καταστροφικό περιστατικό). Μόνο πρόσφατα η έρευνα ασχολήθηκε

με τις μακροχρόνιες επιπτώσεις ενός καταστροφικού γεγονότος, καταδεικνύοντας ότι τα συμπτώματα που παρουσιάζουν τα άτομα μετά από φυσικές καταστροφές ενδέχεται να διαρκέσουν έως και 3 χρόνια, αν και φαίνεται ότι αρχίζουν να περιορίζονται περίπου στους 16 μήνες μετά από το γεγονός (Shore *et al.*, 1986· Krause, 1987· Bravo *et al.*, 1990· Steinglass & Gerrity, 1990· NSW Health, 2000). Οι επιπτώσεις των ανθρώπινων καταστροφών ίσως διαρκούν ακόμα περισσότερο (Baum, 1990· Green *et al.*, 1990).

Ο Πίνακας που ακολουθεί συμπυκνώνει τις πιο συνηθισμένες αντιδράσεις PTSD έπειτα από κάποια φυσική (ή τεχνολογική) καταστροφή (προσαρμογή από το Disaster Mental Health Response Handbook, NSW Institute of Psychiatry and Centre for Mental Health σελ. 28).

Συναισθηματικές Επιπτώσεις

σοκ
τρόμος
οξυθυμία
επίρριψη ευθυνών
θυμός
ενοχές
πόνος ή θλίψη
συναισθηματικό μούδιασμα
απελπισία
έλλειψη ικανοποίησης από οικείες δραστηριότητες
δυσκολία έκφρασης ευχάριστων συναισθημάτων
δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων τρυφερότητας

Γνωστικές Επιπτώσεις

αδυναμία συγκέντρωσης
αδυναμία λήψης αποφάσεων
εξασθένηση της μνήμης
δυσπιστία
σύγχυση
εφιάλτες
μείωση αυτοπεποίθησης
μείωση αυτό-αποτελεσματικότητας
επίρριψη ευθυνών στον εαυτό
ενοχλητικές σκέψεις/αναμνήσεις
ανησυχία

Σωματικές Επιπτώσεις

κούραση, εξάντληση
 αϋπνία
 καρδιαγγειακά προβλήματα
 υπερένταση, υπερδιέγερση
 αύξηση φυσικού πόνου
 μείωση αντισωμάτων στον πόνο
 πονοκέφαλοι
 γαστρεντερικές διαταραχές
 μειωμένη όρεξη
 μειωμένη σεξουαλική επιθυμία
 ευαλωτότητα στην ασθένεια

Διαπροσωπικές Επιπτώσεις

διαπροσωπικές συγκρούσεις
 κοινωνική απομόνωση
 μείωση επαφών
 αποξένωση
 μειωμένη απόδοση στην εργασία
 μειωμένη απόδοση στο σχολείο
 μειωμένη ικανοποίηση
 έλλειψη εμπιστοσύνης
 απόδοση ευθυνών
 εξωτερίκευση ευαλωτότητας
 αισθήματα εγκατάλειψης/απόρριψης

Εργασιακό Τραύμα

Ένας μεγάλος αριθμός εργαζομένων έχει βιώσει κάποιο τραυματικό περιστατικό στο χώρο της εργασίας του, ενώ πολλοί εργαζόμενοι, εξαιτίας της φύσης του επαγγέλματος τους, βρίσκονται καθημερινά υπό την απειλή κάποιου τραυματικού γεγονότος. Στα περισσότερα επιρρεπή επαγγέλματα ανήκουν τόσο εκείνα που είναι συνυφασμένα με βλαπτικές και επικίνδυνες συνθήκες εργασίας (π.χ. γεωργία, βιομηχανία, αλιεία κλπ.) όσο και εκείνα που έρχονται καθημερινά σε επαφή με τον πόνο και την καταστροφή (π.χ. αστυνομικοί, πυροσβέστες κλπ.). Τα πρωτεία στον αριθμό και τη σοβαρότητα των εργατικών ατυχημάτων που συμβαίνουν στην Ελλάδα κρατάει ο κλάδος των κατασκευών, καθώς ελάχιστες είναι οι οικοδομές στις οποίες λαμβάνονται τα αναγκαία μέτρα ασφαλείας, ενώ οι έλεγχοι από πλευράς της πολιτείας είναι τόσο λίγοι που δεν έχουν ουσιαστικό αποτέλεσμα. Εντούτοις, έως σήμερα ο αριθμός των ερευνών σχετικά με το εργασιακό τραύμα και τις επιπτώσεις του στην ζωή των εργαζομένων είναι περιορισμένος.

Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, Eurostat (2001), ως εργατικό ατύχημα ορίζεται «ένα ασυνεχές συμβάν κατά τη διάρκεια της εργασίας, το οποίο προκαλεί σωματική ή διανοητική βλάβη». Η φράση «κατά τη διάρκεια της

εργασίας» σημαίνει «ενώ εκτελεί μία επαγγελματική δραστηριότητα ή κατά τη διάρκεια του χρόνου εργασίας», περιλαμβάνει δηλαδή τραυματισμούς και ατυχήματα τόσο μέσα στα πλαίσια της εργασίας όσο και καθ'οδόν από και προς την εργασία. Επί συνόλου 150 εκατ. εργαζομένων που απαριθμεί η Ευρωπαϊκή Κοινότητα, περίπου 10 εκατ. πλήττονται κάθε χρόνο από περιστατικά, ατυχήματα ή ασθένειες στον χώρο εργασίας. Για τους 8000 από αυτούς η έκβαση είναι μοιραία. Στην Ελλάδα καταγράφονται 17.000 εργατικά ατυχήματα κάθε χρόνο, εκ των οποίων το 10%, είναι θανατηφόρα. Άλλωστε για τον λόγο αυτό υπάρχει πλούσια νομοθεσία για την προστασία της υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων στην Ευρώπη και στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, ο Νόμος Πλαίσιο 1568/85 που θέσπισε τους θεσμούς του Τεχνικού Ασφαλείας, Ιατρού Ασφαλείας και της Επιτροπής ΥΑΕ των εργαζομένων καθώς και το Π.Δ 17/96 που επικυρώνει την Οδηγία πλαίσιο 89/391 της Ε.Ε είναι από τα σημαντικότερα νομοθετήματα για την ΥΑΕ στην Ελλάδα

Εξετάζοντας τους επαγγελματικούς κινδύνους με βάση την δραστηριότητα από την οποία πηγάζουν, ταξινομούνται σε τρεις μεγάλες ομάδες:

1. Κίνδυνοι για την ασφάλεια ή κίνδυνοι ατυχήματος: Περιλαμβάνονται οι κίνδυνοι εκείνοι που περικλείουν τη δυνατότητα να προκληθεί τραυματισμός ή βλάβη στους εργαζομένους ως συνέπεια της έκθεσης στην επικίνδυνη κατάσταση. Η φύση της επικίνδυνης κατάστασης καθορίζει την αιτία και το είδος του τραυματισμού ή της βλάβης, ενώ περιλαμβάνει τους κινδύνους από τη χρήση των μηχανημάτων, κινδύνους από ηλεκτρισμό, από ελλείψεις στις κτιριακές δομές και την ακαταλληλότητα των εγκαταστάσεων, από πυρκαγιές-εκρήξεις και κινδύνους από την έλλειψη μέτρων ασφάλειας κατά τη χρήση των εγκαταστάσεων.
2. Κίνδυνοι από βιολογικούς παράγοντες: Είναι οι κίνδυνοι εκείνοι που περικλείουν την πιθανότητα να προκληθεί αλλοίωση στην βιολογική ισορροπία των εργαζομένων (ασθένεια), ως συνέπεια της συμμετοχής τους σε παραγωγικές διαδικασίες που επιτρέπουν την έκθεση σε φυσικούς, χημικούς και βιολογικούς βλαπτικούς παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος όπως εύφλεκτες, εκρηκτικές ή καρκινογόνες ουσίες, βακτηρίδια, μύκητες, ιοί κλπ. Περιλαμβάνονται επίσης οι κίνδυνοι από δυνατούς θορύβους, δονή-

σεις/κραδασμούς, χαμηλές και οι υψηλές θερμοκρασίες, υγρασία, ακτινοβολίες, φωτισμός κλπ.

3. Κίνδυνοι τόσο για την υγεία όσο και για την ασφάλεια ή εγκάρσιοι κίνδυνοι: Πρόκειται για τους κινδύνους που προέρχονται από εργονομικούς παράγοντες και την αλληλεπίδραση του εργαζομένου με την οργάνωση της εργασίας στην οποία είναι ενταγμένος. Οι αιτίες αυτών των κινδύνων εντοπίζονται στην ίδια τη δομή της παραγωγικής διαδικασίας που οδηγεί στην αναγκαστική προσαρμογή του ανθρώπου στις απαιτήσεις της εργασίας. Για παράδειγμα, οι έντονοι ρυθμοί παραγωγής, η ανυπαρξία διαλειμμάτων, η επαναληπτικότητα, η μονοτονία, ο διαρκής έλεγχος και η ένταση ασφαλώς επιβαρύνουν το ψυχολογικό κλίμα, αυξάνουν παράλληλα και τις πιθανότητες ατυχήματος.

Το PTSD μετά από εργατικά ατυχήματα αποτελεί ένα νέο σχετικά τομέα μελέτης στο χώρο της ψυχολογικής έρευνας, αν και η ύπαρξη και η διατήρησή της σε πληθυσμούς που έχουν βιώσει κάποιο ατύχημα έχει αποδειχθεί εδώ και καιρό (Johnson, 1993· Asmundson *et al.*, 1998· Freeman, 2000· Pransky *et al.*, 2005). Κάποια ενδιαφέρουσα έρευνα των [Swaen *et al.* \(2004\)](#) μελέτησε τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά 7051 εργαζομένων που τους καθιστούν επιρρεπείς σε εργατικά ατυχήματα. Βρήκαν ότι οι υψηλές ψυχολογικές απαιτήσεις της εργασίας τους αποτελούσαν υψηλό παράγοντα κινδύνου για κάποιο εργατικό ατύχημα, καθώς επίσης και η έλλειψη πρωτοβουλιών και αποφάσεων στα πλαίσια της εργασίας στους. Επίσης, η κούραση, η έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους και τη διοίκηση και η σύγκρουση μαζί τους, η έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία τους και οι υψηλές συναισθηματικές απαιτήσεις αποτελούσαν σημαντικούς παράγοντες πρόβλεψης εργατικών ατυχημάτων.

[Κάποια άλλη έρευνα των Mason *et al.* \(2002\)](#) μελέτησε τους παράγοντες που επηρεάζουν την ανάρρωση μετά από κάποιο εργατικό ατύχημα. Βρήκαν ότι τα ψυχολογικά συμπτώματα του PTSD αυξάνονταν όταν οι εργαζόμενοι δεν ήταν ικανοί να επιστρέψουν στην εργασία τους μετά το ατύχημα, ενώ οι παράγοντες που μπορούσαν να προβλέψουν την επιστροφή στην εργασία ήταν η σοβαρότητα του ατυχήματος, η απόδοση ευθυνών στους άλλους, η δικαστική εμπλοκή και η μετέπειτα σωματική και ψυχολογική κατάσταση των εργαζομένων.

Επιπλέον, η ύπαρξη PTSD σε συναδέλφους εργαζομένων που βίωσαν κάποιο εργατικό ατύχημα έχει μελετηθεί (Hu *et al.*, 2000) και βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι των οποίων κάποιος ή κάποιοι συνάδελφοι είχαν σκοτωθεί κατά τη διάρκεια της εργασίας τους βίωναν ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα PTSD, ακόμα και αρκετούς μήνες μετά το δυστύχημα. Εκτός από PTSD, οι εργαζόμενοι αυτοί παρουσίαζαν επίσης πολύ υψηλά ποσοστά κατάθλιψης και συγκεκριμένα άσχημη διάθεση, ενοχές, αϋπνία, μειωμένο ενδιαφέρον για την εργασία τους και για άλλες δραστηριότητες, άγχος, ψυχοσωματικές διαταραχές και γαστρεντερικά συμπτώματα. Τα θανατηφόρα, λοιπόν, ατυχήματα στο χώρο εργασίας αποτελούν μεγάλο κίνδυνο κυρίως στο χώρο της βιομηχανίας και εκτός από τα θύματα επηρεάζουν ιδιαίτερα την ψυχολογική υγεία των συναδέλφων τους. Ωστόσο, οι επιπτώσεις των εργατικών ατυχημάτων στα άτομα που τα βίωσαν έμμεσα, παρακολουθώντας τους συναδέλφους τους, δεν έχουν διερευνηθεί επαρκώς ως σήμερα, αν και χρήζουν ιδιαίτερης κλινικής και ερευνητικής προσοχής.

Αν και το «εργασιακό τραύμα» είναι συνυφασμένο με την απειλή της σωματικής και ψυχολογικής υγείας, πολλοί ερευνητές συχνά αναφέρονται σε ένα είδος δευτερογενούς ή αντιπροσωπευτικού εργασιακού τραύματος, που μπορεί να βιώσουν τα άτομα που έρχονται σε επαφή με τον ανθρώπινο πόνο έμμεσα, εμπλεκόμενοι σε τραυματικά περιστατικά που δεν έχουν βιώσει οι ίδιοι, αλλά οι πελάτες που εξυπηρετούν. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι γιατροί και οι νοσοκόμοι ανήκουν στην ομάδα αυτή, που παρουσιάζει πολλά από τα χαρακτηριστικά του εργασιακού τραύματος σε επίπεδο ψυχολογικής και σωματικής υγείας, ενώ πολλές έρευνες αναφέρουν την ύπαρξη PTSD σε αστυνομικούς που έρχονται καθημερινά σε επαφή με τη βία και την εγκληματικότητα (Brown *et al.*, 1999· Roberg *et al.*, 2002).

Τέλος, μία ακόμα διάσταση της έννοιας «εργασιακό τραύμα» αποτελεί το φαινόμενο της εργασιακής τρομοκράτησης (mobbing ή bullying), που συνίσταται στην παρενόχληση ή κακοποίηση στο εργασιακό περιβάλλον. Η μελέτη του φαινομένου αυτού είναι ευρέως διαδεδομένη τα τελευταία, κυρίως, χρόνια, και πολλές έρευνες αναγνωρίζουν ότι η εργασιακή τρομοκράτηση, που συνίσταται στην ψυχική και πνευματική κακοποίηση ενός ατόμου, αποτελεί σημαντικό παράγοντα εργασιακού τραυματισμού και ανάπτυξης PTSD (Hoel *et al.*, 1999· Rayner *et al.*, 2002).

Ο όρος *mobbing* χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στον χώρο εργασίας από τον Heinz Leymann, για να περιγράψει τις επαναλαμβανόμενες, εκθρικές πράξεις εναντίον ενός ατόμου με απώτερο σκοπό την βλάβη του ατόμου αυτού (Leymann, 1996). Έπειτα από έρευνες που διενήργησε σε αυτό το πεδίο, έως τον θάνατό του, κατάφερε να ψηφιστεί στην Σουηδία νόμος που όριζε το *mobbing* στον χώρο εργασίας ως: «*τις αξιόμεμπτες και επαναλαμβανόμενες πράξεις ή τις καθαρά αρνητικές, που έχουν σαν στόχο τους υπαλλήλους και μπορούν να τους οδηγήσουν στην απομόνωση από την κοινότητα στον εργασιακό χώρο*». Το *mobbing* είναι ένας ορισμός που αναφέρεται περισσότερο στα αποτελέσματα της παρενόχλησης, όταν αυτά γίνονται από μια ομάδα προς ένα άτομο (Hirigoyen, 2002). Αντίθετα, ο όρος *bullying* χρησιμοποιείται σήμερα περισσότερο για να περιγράψει φαινόμενα εργασιακής τρομοκράτησης. Αρχικά δεν αφορούσε στον εργασιακό χώρο αλλά πιο συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει τις ταπεινωτικές συμπεριφορές, τις δοκιμασίες και τις απειλές που επιβάλλονται στα παιδιά από ένα ή μια ομάδα παιδιών, στοχεύοντας στην διαφορετικότητά τους. Ο όρος εισήχθη στην ψυχολογία της εργασίας από τον Lazarus (1984), ο οποίος τον εντάσσει στο κοινωνικό στρες ως μια πτυχή της έκφασής του. Όρος ευρύτερα αποδεκτός από ότι είναι το *mobbing*, αναφέρεται στην περιγραφή των εκφοβισμών που υπόκεινται τα άτομα στο χώρο της εργασίας τους: «*η έννοια της βίας στον εργασιακό χώρο αναπτύσσεται από τη στιγμή που δίδεται η ίδια βαρύτητα στην ψυχολογική συμπεριφορά και αναγνωρίζεται πλήρως η σημασία των πράξεων ελάχιστης βίας*» (Di Martino *et al.*, 2003). Σε κάποια συγκριτική μελέτη ανάμεσα στο *mobbing* και το *bullying*, οι ερευνητές θεώρησαν ότι το φαινόμενο του *mobbing* είναι ένα ομαδικό φαινόμενο, ενώ το *bullying* αναφέρεται περισσότερο στις σχέσεις εξουσίας στον εργασιακό χώρο (Zapf, 1999).

Η έννοια, λοιπόν, του εργασιακού τραύματος είναι πολυδιάστατη και το μέγεθός του παραμένει ακόμα άγνωστο, ενώ, εξαιτίας της πολυπλοκότητας και της πολυμορφίας του εν λόγω φαινομένου, αποθαρρύνεται η δημιουργία ενός ξεκάθαρα και ολοκληρωμένου ορισμού πάνω σε αυτό το πεδίο.

Αυτοκινητιστικά ατυχήματα

Αν και οι θάνατοι και οι τραυματισμοί από αυτοκινητιστικά ατυχήματα έχουν παγκοσμίως μειωθεί από τη δεκαετία του 1970 έως σήμερα, σύμφωνα με το Υπουργείο Μεταφορών των Ηνωμένων Πολιτειών, τα ατυχήματα των αυτοκινήτων ευθύνονται για περισσότερο από το 95% όλων των θανάτων που σχετίζονται με τα μέσα μεταφοράς. Ομοίως, τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα αποτελούν την βασικότερη αιτία θανάτου από τραυματισμό στην Αμερική (29%), ενώ 115 άνθρωποι πεθαίνουν κάθε μέρα σε αυτοκινητιστικά ατυχήματα. Στην Ελλάδα, δημοτικά και κυβερνητικά προγράμματα έχουν βελτιώσει, την τελευταία κυρίως δεκαετία, τη δομική ακεραιότητα δρόμων και λεωφόρων, ενώ αυστηρότερη νομοθεσία έχει θεσμοθετηθεί τόσο για την ασφάλεια μέσα στα αυτοκίνητα (αυστηρά πρόστυμμα για τις ζώνες) όσο και για την κοινωνική ευρυθμία (πρόστιμα για οδήγηση υπό επήρεια αλκοόλ). Ωστόσο, ελάχιστη προσοχή έχει δοθεί στις ψυχολογικές επιπτώσεις που ενδέχεται να έχει ένα αυτοκινητιστικό ατύχημα στα άτομα που έχουν επιβιώσει από αυτό.

Την τελευταία, κυρίως, δεκαετία, οι ψυχολογικές επιπτώσεις της εμπειρίας ενός αυτοκινητιστικού ατυχήματος απέκτησαν όλο και περισσότερο την προσοχή των ερευνητών και ειδικών της ψυχικής υγείας ([Brom et al., 1993](#)· [Mayou et al., 1993](#)). Οι ερευνητές έχουν αρχίσει παγκόσμια να μελετούν τις επιπτώσεις της εμπλοκής σε κάποιο σοβαρό αυτοκινητιστικό ατύχημα και να εισάγουν προγράμματα αντιμετώπισης για να βοηθήσουν τους επιζώντες να αντιμετωπίσουν τις επιπτώσεις ενός ατυχήματος, ενώ στα επείγοντα περιστατικά των νοσοκομείων οι γιατροί εξοικειώνονται με τον τρόπο που οι διασωθέντες αντιδρούν, καθώς και με τη διάγνωση πιθανών συμπτωμάτων.

Αν και η διαταραχή PTSD συνήθως χαρακτηρίζει άτομα που έχουν βιώσει κάποια μεγάλη φυσική ή τεχνολογική καταστροφή, εντούτοις, οι έρευνες της τελευταίας δεκαετίας έχουν αποδείξει ότι πολλά άτομα που έχουν επιβιώσει από ένα σοβαρό αυτοκινητιστικό ατύχημα επίσης βιώνουν πολλά χαρακτηριστικά και διαταραχές PTSD ([Blanchard et al., 1996](#)· [Matthews, 2005](#)). Πολλοί μάλιστα ερευνητές θεωρούν τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα ως την κυριότερη αιτία του PTSD στο γενικό πληθυσμό ([Blanchard et al., 1996](#)· [Kuch et al., 1996](#)).

Οι επιζώντες από κάποιο αυτοκινητιστικό ατύχημα διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τις εμπειρίες, αλλά και ως προς τις αντιδράσεις τους, ενώ ο ρόλος που είχε ο επιζών στο ατύχημα μπορεί να παίξει και ρόλο στο πως θα αντιδράσει σε αυτό. Για παράδειγμα, οι άνθρωποι που δεν ευθύνονται για το ατύχημα ίσως θεωρήσουν τον εαυτό τους ανήμπορο και απροστάτευτο, ενώ οι οδηγοί που έχουν τραυματίσει κάποιο άλλο άνθρωπο ίσως αναπτύξουν έντονα συναισθήματα ενοχής. Έρευνες έως σήμερα έχουν δείξει ότι οι επιζώντες από κάποιο ατύχημα που χρειάστηκε να νοσηλευτούν μετά στο νοσοκομείο ήταν περισσότερο πιθανό να αναπτύξουν έντονο στρες και ένταση. Λιγότερο γνωστές είναι οι επιπτώσεις ενός αυτοκινητιστικού ατυχήματος για τα άτομα που βρίσκονταν σε ψυχολογική ένταση (για παράδειγμα σε κατάθλιψη) πριν από το ατύχημα, για τα άτομα που φοβήθηκαν ότι θα πεθάνουν κατά τη διάρκεια του ατυχήματος, καθώς και για τα άτομα που εμπλέκηκαν σε δίκη ως αποτέλεσμα του ατυχήματος (Malt *et al.*, 1993· Blanchard & Hickling, 1997).

Ωστόσο, είναι ευρέως διαδεδομένο ότι ο κάθε άνθρωπος αντιδρά σε ένα αυτοκινητικό ατύχημα με διαφορετικό τρόπο. Υπάρχουν άνθρωποι που βγαίνουν ζωντανόι από ένα σοβαρό ατύχημα και συνεχίζουν τη ζωή τους χωρίς προβλήματα. Εντούτοις, ο μεγαλύτερος αριθμός ανθρώπων βιώνουν κάποιου είδους συναισθηματικά προβλήματα που επηρεάζουν ως ένα σημείο τη ζωή τους. Το PTSD που συνοδεύει ένα αυτοκινητιστικό ατύχημα μπορεί να εμφανιστεί με διαφορετικές μορφές σοβαρότητας και διάρκειας. Προφανώς, ο φόβος της οδήγησης και τα συμπτώματα πανικού είναι οι πιο συνηθισμένες μορφές αντίδρασης σε ένα σοβαρό ατύχημα. Οι τύποι αυτοί αντίδρασης μπορεί να μην περιλαμβάνουν κανένα ή και να περιλαμβάνουν όλα τα τυπικά συμπτώματα του PTSD. Για παράδειγμα, η φοβία του ατόμου να οδηγήσει ξανά μετά από το ατύχημα ενδέχεται να περιλαμβάνει και την αποφυγή εκ μέρους του ατόμου κάθε μορφής μέσου μεταφοράς. Ελαφρότερες μορφές φόβου της οδήγησης συνήθως περιλαμβάνουν την αποφυγή οδήγησης κοντά στον τόπο του ατυχήματος ή κάτω από συνθήκες που επικρατούσαν επίσης τη στιγμή του ατυχήματος (για παράδειγμα, με βροχή, το βράδυ κλπ.). Πολλοί επιζώντες ενός σοβαρού ατυχήματος ίσως να αποφεύγουν να είναι συνεπιβάτες σε ένα όχημα, εξ αιτίας του αισθήματος έλλειψης του ελέγχου. Από την άλλη, κάποιοι

επιζώντες δεν οδηγούν και προτιμούν να είναι συνεπιβάτες. Κάποιοι δεν αποφεύγουν να οδηγούν, το κάνουν όμως με υπερβολικό άγχος.

Πρόσφατες έρευνες έχουν αποκαλύψει κάποιες μεταβλητές με ιδιαίτερα σημαντική προβλεπτική αξία ως προς το ποια άτομα είναι περισσότερο επιρρεπή να αναπτύξουν PTSD μετά από ένα αυτοκινητιστικό ατύχημα (Taylor & Koch, 1995· Blanchard & Hickling, 1997· Ehlers *et al.*, 1998). Η έρευνα που επικεντρώνεται στα αίτια του PTSD αναφέρεται σε τρεις μεταβλητές: τα χαρακτηριστικά του ατόμου που υπήρχαν πριν το αυτοκινητιστικό δυστύχημα, τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με το ίδιο το ατύχημα και χαρακτηριστικά που ακολουθούν το ατύχημα.

Χαρακτηριστικά του ατόμου πριν από το ατύχημα όπως η αδυναμία αντιμετώπισης προηγούμενων τραυματικών περιστατικών, η παρουσία ψυχολογικών προβλημάτων πριν από το ατύχημα (π.χ., κατάθλιψη) και η ελλιπής κοινωνική υποστήριξη, έχουν όλα συνδεθεί με την ανάπτυξη PTSD μετά από κάποιο σοβαρό αυτοκινητιστικό ατύχημα. Επιπλέον, κάποιες έρευνες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο επιρρεπείς από τους άνδρες στην ανάπτυξη PTSD μετά από κάποιο αυτοκινητιστικό ατύχημα (Fullerton *et al.*, 2001).

Σε σχέση με τις μεταβλητές που σχετίζονται με το ίδιο το ατύχημα, η σοβαρότητα του σωματικού τραυματισμού, η πιθανή απειλή για τη ζωή, καθώς και η απώλεια κάποιου σημαντικού προσώπου στο ατύχημα αποτελούν παράγοντες που προβλέπουν την ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων όπως η μετατραυματική διαταραχή του στρες. Επομένως, όσο αυξάνεται ο σωματικός τραυματισμός και ο φόβος του θανάτου τόσο αυξάνεται επίσης και η πιθανότητα ανάπτυξης της μετατραυματικής διαταραχής.

Χαρακτηριστικά μετά το αυτοκινητιστικό ατύχημα που μπορούν να προβλέψουν τη μετατραυματική διαταραχή στρες είναι: ο βαθμός και η ευκολία ανάρρωσης από τον τραυματισμό, το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης από τους φίλους και την οικογένεια, καθώς και η ικανότητα ενεργούς επανεμπλοκής σε εργασιακές και κοινωνικές δραστηριότητες (Frommberger *et al.*, 1998). Στο βαθμό που ο σωματικός τραυματισμός το επιτρέπει, οι επιζώντες θα πρέπει να ενθαρρύνονται να διατηρήσουν τον τρόπο ζωής που είχαν πριν από το ατύχημα όσο το δυνατόν περισσότερο, καθώς και να αναζητήσουν όσο το δυνατόν περισσότερη υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους τους.

Αρκετές, τέλος, έρευνες έχουν επικεντρωθεί στον τρόπο παρέμβασης και ψυχολογικής θεραπείας για τα άτομα που έχουν εμπλακεί σε κάποιο αυτοκινητιστικό ατύχημα (Taylor & Koch, 1995· Blanchard & Hickling, 1997). Το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας αναφέρεται στη μέθοδο της γνωστικής-συμπεριφοριστικής θεραπείας, η οποία και περιλαμβάνει ένα μεγάλο αριθμό τρόπων αντιμετώπισης. Οι ασθενείς ενημερώνονται γενικά για το PTSD και για το πότε και γιατί εμφανίζεται. Έπειτα, εκπαιδεύονται σε τεχνικές χαλάρωσης ώστε να μάθουν να αντιμετωπίζουν το στρες που τους δημιουργεί η οδήγηση και οι σκέψεις του ατυχήματος. Μπορούν επίσης να διδαχθούν τρόπους διαχείρισης του στρες και αντιμετώπισής του. Γενικά, κάποιου είδους έκθεση στα στρεσογόνα ερεθίσματα (όπως η επίσκεψη στη σκηνή του ατυχήματος) πραγματοποιείται βαθμιαία. Άλλα μέσα ίσως περιλαμβάνουν την αντιμετώπιση των δυσκολιών που προκύπτουν στις σχέσεις τους μετά το ατύχημα.

Ιδιαίτερως σημαντική, τόσο για τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα όσο και για τα καταστροφικά γεγονότα γενικότερα, κρίνεται η συμβολή των ειδικών ομάδων ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε παρόμοιες περιπτώσεις. Έχει αποδειχθεί (Ehlers *et al.*, 1998, 2005) ότι η παροχή έσω και στοιχειώδους ψυχολογικής συμπαράστασης στους τρομοκρατημένους από ένα απροσδόκητο συμβάν πληθυσμούς είναι δυνατό να ελαττώσει σε σημαντικό βαθμό την ένταση του μετατραυματικού στρες που προξένησε το γεγονός αυτό. Επιπλέον, η έγκαιρη αναγνώριση της ύπαρξης PTSD στα θύματα καταστροφών και ατυχημάτων και η άμεσα παραπομπή τους σε ειδικούς της ψυχικής υγείας μπορεί να μειώσει αισθητά το κόστος της ιατρικής νοσηλείας και των ιατρικών εξόδων, τους μισθούς αναπηρίας, τους χαμένους μισθούς και τη χαμένη εργασιακή παραγωγικότητα (Weis & Grunert, 2004). Συνεπώς, ένα από τα πρώτα μέληματα της πολιτείας πρέπει να αποτελέσει και η ψυχολογική ενίσχυση των πληγέντων, έτσι ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν οποιαδήποτε τραυματικά σύνδρομα τους δημιουργήσει το αναπάντεχο συμβάν. Απαραίτητη επίσης είναι η κατά το δυνατό διατήρηση ενός κλίματος ηρεμίας και σιγουριάς με σκοπό οι άνθρωποι αυτοί να επανακτήσουν την χαμένη τους αισιοδοξία και να καταφέρουν να κάνουν και πάλι σχέδια για το μέλλον.

Βιβλιογραφικές παραπομπές

- Adams, P. R., & Adams, G. R. (1984). Mount Saint Helens's ashfall: Evidence for a disaster stress reaction. *American Psychologist*, 39, 252-260.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Asmundson, G. J. G., Norton, G. R., Allardings, M. D., Norton, P. J., & Larsen, D. K. (1998). Posttraumatic stress disorder and work-related injury. *Journal of Anxiety Disorders*, 12 (1), 57-69.
- Atkinson, R. M., Sparr, L. F., Sheff, A. G., White, R. A. F., & Fitzsimmins, J. T. (1984). Diagnosis of protraumatic stress disorder in Vietnam veterans: preliminary findings. *American Journal of Psychiatry*, 141, 694-696.
- Baum, A. (1990). Stress, intrusive imagery, and chronic distress. *Health Psychology*, 9, 653-675.
- Baum, A., Gatchel, R. J., & Schaeffer, M. A. (1983). Emotional, behavioral, and physiological effects of chronic stress at Three Mile Island. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 565-572.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Barton, K. A., Taylor, A. E., Loos, W. R. & Jones-Alexander, J. (1996). One-year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 775-786.
- Blanchard, E. B., & Hickling, E. J. (1997). *After the crash*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blanchard, E. B., Rowell, D., Kuhn, E., Rogers, R., & Wittrock, D. (2005). Posttraumatic stress and depressive symptoms in a college population one year after the September 11 attacks: the effect of proximity. *Behaviour Research and Therapy*, 43 (1), 143-150.
- Bravo, M., Rubio-Stipec, M., Canino, G. I., Woodbury, M. A., & Ribera, J. C. (1990). The psychological sequelae of disaster stress prospectively and retrospectively evaluated. *American Journal of Community Psychology*, 18, 661-680.
- Bremner, J. D., Southwick, S. M., & Charney, D. S. (1995). Etiological factors in the development of posttraumatic stress disorder. In C. M. Mazure (Ed.), *Does stress cause psychiatric illness?* (pp.149-185). Washington, D. C: American Psychiatric Press.
- Brewin, C. R. (1984). Attributions for industrial accidents: Their relationship to rehabilitation outcome. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2, 156-164.

- Brom, D., Kleber, R. J., & Hofman, M. C. (1993). Victims of traffic accidents: Incidence and prevention of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 131-140.
- Bromet, E. J., Parkinson, D. K., Schulberg, H. C., Dunn, L. O., & Gondek, P. C. (1982). Mental health of residents near the Three Mile Island reactor: A comparative study of selected groups. *Journal of Preventive Psychiatry*, 1, 225-274.
- Brown, J., Fielding, J., & Grover, J. (1999). Distinguishing traumatic, vicarious and routine operational stressor exposure and attendant adverse consequences in a sample of police officers. *Work & Stress*, 13, 312-325.
- Bulman, R., & Wortman, C. B. (1977). Attributions of blame and coping in the "real world": Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 351-363.
- Burke, J. D., Moccia, P., Borus, I. F., & Burns, B. J. (1986). Emotional distress in fifth-grade children ten months after a natural disaster. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 536-541.
- Chung, M. C., Dennis, I., Easthope, Y., Werrett, J., & Farmer, S. (2005). A multiple-indicator multiple-cause model for posttraumatic stress reactions: personality, coping, and maladjustment. *Psychosomatic Medicine*, 67 (2), 251-259.
- Coates, S. W., Schechter, D. S. (2004). Preschoolers' traumatic stress post-9/11: relational and developmental perspectives. *Psychiatric Clinics of North America*, 27 (3), 473-489.
- Davidson, J. (1998). Trauma. *European Psychiatry*, 13 (4), 223.
- Desivilya, H. S., Gal, R., & Ayalon, O. (1996). Extent of victimization, traumatic stress symptoms, and adjustment of terrorist assault survivors: A long-term follow-up. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 881-889.
- Di Martino, V., Hoel, H., Cooper, C. L. (2003). Preventing violence and harassment in the workplace. *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*, 6-12.
- Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic Posttraumatic Stress Disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508-519.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennel, M. (2005). Cognitive-therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43 (4), 413-431.

- Elsesser, K., Sartory, G., Tackenberg, A. (2005). Initial symptoms and reactions to trauma-related stimuli and the development of posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 21 [in print].
- Eurostat Statistics in Focus- Population and Social Conditions (2001). *Accidents at work in the EU 1998-1999*.
- Farmer, R., Tranah, T., O'Donnell, I., & Catalan, J. (1992). Railway suicide: The psychological effects on drivers. *Psychological Medicine*, 22, 925-940.
- Figley, C. R. (1978). Psychosocial adjustment among Vietnam veterans. In C. R. Figley (Ed.), *Stress Disorders among Vietnam Veterans*. New York: Brunner/Mazel.
- Frazier, P. (1990). Victim attributions and posttrauma trauma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 298-304.
- Frazier, P., & Schauben, L. (1994). Causal attributions and recovery from rape and other stressful life events. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13, 1-14.
- Freeman, D. B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the injured worker. Part I. *Case Manager*, 11 (3), 49-52.
- Freud, S. (1894). On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description "anxiety neurosis". *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 3. London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1919). *Introduction to the Psychology of the War Neurosis* (Standard edn., vol. 18). London: Hogarth Press.
- Frommberger, U. H., Stieglitz, R. D., Nyberg, E., Schlickewei, W., Kuner, E., & Berger, M. (1998). Prediction of posttraumatic stress disorder by immediate reactions to trauma: a prospective study in road traffic accident victims. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 248 (6), 316-321.
- Fullerton, C. S., Ursano, R. J., Epstein, R. S., Crowley, B., Vance, K., Kao, T. C., Dougall, A., & Baum, A. (2001). Gender differences in posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *American Journal of Psychiatry*, 158 (9), 1486-1491.
- 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. *New England Journal of Medicine*, 346, 982-987.

- Galovski, T., & Lyons, J. A. (2004). Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggression and Violent behavior*, 9 (5), 477-501.
- Garrison, C. Z., Bryant, E. S., Addy, C. L., Spurrier, P. G., Freedy, J. R., & Kilpatrick, D. G. (1995). Posttraumatic stress disorder in adolescents after Hurricane Andrew. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1193-1201.
- Giel, R. (1991). The psychosocial aftermath of two major disasters in the Soviet Union. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 381-392.
- Goto, T., & Wilson, J. P. (2003). A review of the history of traumatic stress studies in Japan: from traumatic neurosis to PTSD. *Trauma, Violence and Abuse*, 4 (3), 195-209.
- Green, B. L., Grace, M. C., Lindy, J. D., Gleser, G. C., Leonard, A. C. & Kramer, T. L. (1990). Buffalo Creek survivors in the second decade: Comparison with unexposed and nonlitigant groups. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1033-1050.
- Grey, M. J., Bolton, E. E., & Litz, B. T. (2004). A longitudinal analysis of PTSD symptoms course: delayed-onset PTSD in Somalia peacekeepers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (5), 909-913.
- Grieger, T. A., Fullerton, C. S., & Ursano, R. J. (2004). Posttraumatic stress disorder, depression, and perceived safety 13 months after September 11. *Psychiatric Services*, 55 (90), 1061-1063.
- Grinker, R. R. & Spiegel, J. P. (1943). *War neurosis in North Africa, the Tunisian Campaign, January to May 1943*. New York: Josiah Macy Foundation.
- Harvey, J. H., Stein, S. K., Olsen, N., Roberts, R. J., Lutgendorf, S. K., & Ho, J. A. (1995). Narratives of loss and recovery from a natural disaster. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 10, 313-330.
- Henzer, J. E., Robins, L. M., & McEroy, L. (1987) Post-traumatic stress disorder in the general population: findings of the epidemiologic catchment area survey. *New England Journal of Medicine*, 317, 1630-1634.
- Hirigoyen, M. F. (2002), *Ηθική Παρενόχληση στον Χώρο Εργασίας*, Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα.
- Hoel, H., Rayner, C., & Cooper, C., (1999), *Workplace Bullying*, International Review of Industrial and Organizational Psychology.
- Hu, B. S., Liang, Y. X., Hu, X. Y., Long, Y. F., & Ge, L. N. (2000). Post-traumatic stress disorder in co-workers following exposure to a fatal

- construction accident in China. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 6 (3), 203-207.
- Jannoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Johnson, R. K. (1993). Psychologic assessment of patients with industrial hand injuries. *Hand Clinics*, 9 (2), 221-9.
- Joseph, S. (1999). Attributional processes, coping and post-traumatic stress disorders. In W. Yule (Ed.), *Post-traumatic stress disorders: Concepts and therapy* (pp. 51-70). Chichester: Wiley.
- Kardiner, A. (1941). *The traumatic neurosis of war*. Psychosomatic Medicine Monograph II-III. New York: Paul B. Hoeber.
- Kraepelin, E. (1886). *Psychiatrie*, vol. 5. Auflage. Leipzig: Barth.
- Krause, N. (1987). Exploring the impact of a natural disaster on the health and well-being of older adults. *Journal of Human Stress*, Summer, 61-69.
- Kuch, K., Cox, B. J., & Evans, R. J. (1996). Posttraumatic Stress Disorder and motor vehicle accidents: A multidisciplinary overview. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 429-434.
- Lazarus, R. S. (1984). Puzzles in the study of daily hassles. *Journal of Behavioral Medicine*, 7 (4), 375-389.
- Leach, J. (1995). Psychological first-aid. A practical aid-memoire. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 66, 668-674.
- Leopold, R. L., & Dillon, H. (1963). Psycho-anatomy of a disaster: A long term study of post-traumatic neuroses in survivors of a marine explosion. *American Journal of Psychiatry*, 119, 913-921.
- Leymann, H., & Gustavsson, A. (1996). Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorder. *European Journal of work and organizational psychology*, 5 (2), 251-275.
- Livanou, M., Kasvikis, Y., Başoğlu, M., Mytskidou, P., Sotiropoulou, V., Spanea, E., Mitsopoulou, T., & Voutsas, N. (2005). Earthquake-related psychological distress and associated factors 4 years after the Parnitha earthquake in Greece. *European Psychiatry*, 20 (2), 137-144.
- Lystad, M. H. (1985). Human response to mass emergencies: A review of mental health research. *Emotional First Aid*, 2, 5-18.
- Madakasira, S., & O'Brien, K. F. (1987). Acute posttraumatic stress disorder in victims of a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 286-290.

- Malt, U. F., Hoivik, B., & Blikra, G. (1993). Psychosocial consequences of road accidents. *European Psychiatry*, 8, 227-228.
- March, J. S., Amaya-Jackson, L., Terry, R., & Costanzo, P. (1997). Post-traumatic symptomatology in children and adolescents after an industrial fire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1080-1088.
- Marks, M., Yule, W., & de Silva, P. (1995). Post-traumatic stress disorder in airplane cabin crew attendants. *Aviation, Space and Environmental Medicine*, 66, 264-268.
- Mason, J.W., Kosten, T. R., Southwick, S. M., & Giller, E. L. (1990). The use of psychoendocrine strategies in post-traumatic stress disorder. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1822-1846.
- Mason, S., Wardrope, J., Turpin, G., & Rowlands, A. (2002). Outcomes after injury: a comparison of workplace and nonworkplace injury. *Journal of Trauma*, 53 (1), 98-103.
- Matthews, L. R. (2005). Work potential of road accident survivors with post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43 (4), 475-483.
- Mayou, R., Bryant, B., & Duthie, R. (1993). Psychiatric consequences of road traffic accidents. *British Medical Journal*, 307, 647-651.
- Mills, L. D., & Mills, T. J. (2005). Symptoms of post-traumatic stress disorder among emergency medicine residents. *Journal of Emergency Medicine*, 28 (1), 1-4.
- Mills, K. L., Lynskey, M., Teesson, M., Ross, J., & Darke, S. (2005). Post-traumatic stress disorder among people with heroin dependence in the Australian treatment outcome study (ATOS): prevalence and correlates. *Drug and Alcohol Dependence*, 77 (3), 243-249.
- Murphy, S. A. (1986). Status of natural disaster victims' health and recovery 1 and 3 years later. *Research in Nursing & Health*, 9, 331-340.
- Nightingale, J., & Williams, R. M. (2000). Attitudes to emotional expression and personality in predicting post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 39 (3), 243-254.
- Norris, F. H., & Murrell, S. A. (1988). Prior experience as a moderator of disaster impact on anxiety symptoms in older adults. *American Journal of Community Psychology*, 16, 665-683.
- North, C. S., Nixon, S. J., Shariat, S., Mallonee, S., Mcmillen, J. C., Spitznagel, E.L., & Smith, E. M. (1999). Psychiatric disorders among

- survivors of the Oklahoma City bombing. *Journal of the American Medical Association*, 282, 755-762.
- NSW Institute of Psychiatry and Centre for Mental Health. (2000). *Disaster Mental Health Response Handbook*. North Sydney: NSW Health.
- Oppenheim, H. (1892). *Die traumatischen neurosen*. Berlin: August Hirschwald.
- Page, H. (1885). *Injuries of the spine and spiral cord without apparent mechanical lesion*. London: Churchill.
- Pransky, G. S., Benjamin, K. L., Savageau, J. A., Currivan, D., & Fletcher, K. (2005). Outcomes in work-related injuries: a comparison of older and younger workers. *American Journal of Industrial Medicine*, 47 (2), 104-112.
- Rayner, C., Hoel, H., & Cooper, C. (2002), *Work Place Bullying: what we know, who is to blame and what can we do?* Taylor & Francis Inc., London.
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867-879.
- Riad, J. K., & Norris, F. H. (1996). The influence of relocation on the environmental, social, and psychological stress experienced by disaster victims. *Environment and Behavior*, 28, 163-182.
- Rice, P. L. (1999). *Stress and health*. California: Brooks/Cole Publishing Company.
- Roberg, R., Kuykendall, J., & Novak, K. (2002). *Police management*. Roxbury Publishing Company, LA California.
- Ross, R. R., Altmaier, E. M., & Russell, D. W. (1989). Job stress, social support and burnout among counselling centre staff. *Journal of Counselling Psychology*, 36, 464-470.
- Schuster, M. A., Stein, B. D., Jaycox, L. H., Collins, R. L., Marshall, G. N., Elliott, M. N., Zhou, A. J., Kanouse, D. E., Morrison, J. L., & Berry, S. H. (2001). A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *New England Journal of Medicine*, 345, 1507-1512.
- Shatan, C. F. (1978). Stress disorders among Vietnam veterans: the emotional content of combat continuous. In C.R. Fingley (Ed.) *Stress disorder*

- der among Vietnam veterans: theory, research and treatment*. New York: Brunner/Nazel.
- Shore, J. H., Tatum, E. L., & Vollmer, W. M. (1986). Psychiatric reactions to disaster: The Mount St. Helens experience. *American Journal of Psychiatry*, 143, 590-595.
- Sigal, J. L., Silver, D., Rakoff, V., & Ellin, B. (1973). Some second generation effects of the survival of the Nazi persecution. *American Journal of Orthopsychiatry*, 43, 320-327.
- Smith, E. M., Robins, L. N., Pryzbeck, T. R., Goldring, E., & Solomon, S. D. (1986). Psychosocial consequences of a disaster. In J. Shore (Ed.), *Disaster stress studies: New methods and findings* (pp. 49-76). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Southward, E. E. (1919). *Shell shock and neuropsychiatric problems*. Boston: Leonard.
- Steinglass, P., & Gerrity, E. (1990). Natural disasters and post-traumatic stress disorder: Short-term versus long-term recovery in two disaster-affected communities. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1746-1765.
- Sundquist, K., Johannson, L. M., DeMarinis, V., Johannson, S. E., & Sundquist, J. (2005). Posttraumatic stress disorder and psychiatric comorbidity: symptoms in a random sample of female Bosnian refugees. *European Psychiatry*, 20 (2), 158-164.
- Swaen, G. M., van Amelsvoort, L. P., Bultmann, U., Slangen, J. J., & Kant I. J. (2004). Psychosocial work characteristics as risk factors for being injured in an occupational accident. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46 (6), 521-527.
- Taylor, S., & Koch, W. J. (1995). Anxiety disorders due to motor vehicle accidents: Nature and treatment. *Clinical Psychology Review*, 15, 721-738.
- Ver Ellen., P. & van Kammen, D. P. (1990). The biological findings in post-traumatic stress disorder: A review. *Journal of Applied Social Psychology*, 20 (1), 1789-1821.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer-Verlag.
- Weis, J. M., & Grunert, B. K. (2004). Post-traumatic stress disorder following traumatic injuries in adults. *Wisconsin Medical Journal*, 103 (6), 69-72.

- Weisaeth, L. (1989). A study of behavioural responses to an industrial disaster. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 13-24.
- Wilkinson, C. B. (1983). Aftermath of a disaster: The collapse of the Hyatt Regency Hotel skywalks. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1134-1139.
- Yule, W., & Udwin, O. (1991). Screening child survivors for post-traumatic stress disorder: Experience from the "Jupiter" sinking. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 131-138.
- Yule, W., Williams, R., & Joseph, S. (1999). Post-traumatic stress disorders in adults. In W. Yule (Ed.), *Post-traumatic stress disorders: Concepts and therapy* (pp. 1-24). Wiley, Chichester.
- Zapf, D. (1999). *Organisational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work*. *International Journal of Manpower*, 20 (1-2), 70-85.