

outpatients to attend. Few community-based mental clinics were in place, and long-stay psychiatric hospitals were the main facilities of psychiatric care, in addition to a few psychiatric sections of general hospitals. The situation was particularly grave, as Tohoku was already known to have some of the highest rates of suicide and seasonal depression in Japan, and the area had been the focus of an active national suicide prevention strategy.

Immediate countermeasures following the disaster included dispatching mental health teams to the affected areas, based upon previous experiences after the Hanshin-Awaji (Shinfuku, 2002) and Niigata earthquakes (Shioiri, 2010) in 1995 and 2004, respectively. These teams comprised psychiatrists, nurses, psychologists, and/or social workers, many of whom initially travelled in land cruisers, equipped to be self-sufficient and self-supporting, and to provide medication and services for psychiatric outpatients whose treatment had been interrupted. Their activity was hampered by a lack of access to medical records, and also the fact that many of the patients' family members had been victimized in the disaster, or pharmacology prescription books lost along with the destruction of their homes. The teams regularly stayed on site for a week, but dispatching centers such as hospitals and institutions located in distant areas tried to rotate their own teams to maintain some form of continuity, which meant that such services were actually ongoing for several months after the disaster.

The transfer of psychiatric inpatients from mental hospitals that had been destroyed was also a major problem; three psychiatric hospitals in Miyagi prefecture had collapsed, and five near the Fukushima nuclear power plant had been closed for fear of radiation contamination. In this situation, the Ministry of Health, Labor and Welfare of Japan (MHLW) took the initiative and transferred around 1000 inpatients to nearby hospitals within the same or distant prefectures within a week.

Insufficiency of medical drugs due to transportation difficulties or damage to chemical plants in the affected areas was also a problem. The shortage of antidepressants and anti-convulsants was particularly serious, and resurgence of epileptic seizures was a concern. The MHLW and the Japanese Society of Psychiatry and Neurology played an organizing role and re-allocated the transportation of such drugs, restricting their use in other areas, especially around Tokyo, and systematically distributing them to the affected areas, despite problems with transport for a while.

### Policy of mental health care

The disaster highlighted differences in opinion among mental health professionals, or even among ordinary

volunteers, as to what should constitute post-disaster mental health support and intervention. In Japan, the euphemism *kokoro no keaa*, literally 'care of the spirit', has become widely used since the time of the Hanshin-Awaji earthquake to signify both psychiatric primary and secondary prevention as well as mental health promotion, mainly to avoid generating any stigma against psychiatric intervention. Such ambiguity is often related to a conviction that active listening to stories of traumatic experiences and letting people express profound fear and sorrow is an effective way of preventing a long-term traumatic response, medically referred to as post-traumatic stress disorder (PTSD).

This conviction has been conceptualized as psychological debriefing (Everly & Boyle, 1999), a technique introduced to Japan at the time of the Hanshin-Awaji earthquake, with a claim that it should be performed within 36 hours or so to effectively prevent the future development of PTSD. This led to confusion among care providers and proved to be a waste of resources that could instead have been used to tackle a broader range of stress-related reactions. During the years since the Hanshin disaster, a number of studies and reviews have repeatedly disproved the value of psychological debriefing (Rose *et al.* 2009). As early as 2004, the Japanese national guidelines for post-disaster local mental health urged caution against psychological debriefing, in line with later international guidelines such as those from the National Institute of Clinical Excellence. Although psychiatrists and mental health care providers in Japan have reached a consensus on this issue, we still hear someone claim the effectiveness of trauma dialogue in acute phase and criticize others who do not do so.

### Mental health care team

A number of mental health care teams were voluntarily organized and went to the affected areas, in a manner similar to the response at the time of the Hanshin-Awaji and Niigata earthquakes. Because the disaster involved several prefectures, the dispatch schedule was organized by the MHLW immediately after the disaster. As of September 1, 2011, 57 teams (3143 professionals) had been dispatched to work in collaboration with local mental health professionals to continue pre-disaster psychiatric services, and also to provide on-site treatment of acute stress reactions including delirium and acute stress disorder, although the majority of the affected people they saw remained within subclinical level. They also provided psychoeducation on an outreach basis at communal shelters. Most teams responded following the policies of the

Japanese guidelines for post-disaster community mental health, issued in 2004 mentioned below.

### Information provision

Provision of information was enormously important after the disaster to avoid confusion, not only among those affected but also among care providers. We had developed the Japanese guidelines for post-disaster mental health care in 2004 (Kim *et al.* 2004), with an emphasis upon resilience and watchful waiting in the acute phase, incorporating brief psychological first aid, much earlier than subsequent guidelines or manuals that had stressed similar factors. The guidelines were distributed to local governments and prefectural mental health centers, to serve as a uniform background for post-disaster mental health care provision. To reinforce the information, in the 3 days after the initial earthquake, the National Center of Neurology and Psychiatry launched a website for disaster-related information (National Center of Neurology and Psychiatry, Japan, 2011), containing more than 20 documents, manuals, assessment sheets, educational slides, etc. The Japanese Society of Neurology and Psychiatry, and the Japanese Society for Traumatic Stress Studies, worked hard to provide effective information as well, together with other academic and clinical bodies. The details of the initial response have been reported elsewhere (Kim & Akiyama, 2011a).

### Toward mid-term care provision

Now that more than 6 months have passed, mental health care teams are now pulling out, and there is serious discussion about how local resources can respond to any additional mental health needs resulting from the disaster, and the most suitable transition strategy. The problems currently being assessed are those related to prolonged reactions, which go beyond the level of a normal reaction, and more complex forms of disaster-related problems in addition to pre-existing ones. Overall, tolerability to stress has fallen at both the individual and community levels, and more serious cases have emerged in communities. The stigma against psychiatry and mental disorders mentioned above has been a problem, especially where psychiatric services have been offered predominantly at long-stay psychiatric hospitals.

In the recovery phase, although we anticipate that people's lives will recover, health-related and social disparity will persist for a long time. When temporary housing has been built and people have moved in, there will be a risk of personal isolation, and thus a risk of delayed recovery. The functions of hospitals

and clinics providing mental health care are becoming normalized, and prefectural governments have laid out a recovery plan for mental health services. The central government is now discussing revision of the budget plan to encompass most of the health-related programs. Local psychiatrists have reported that they have seen a surge of new patients in the last 6 months, a large proportion of whom have been from hospitals whose functions have been hampered by the devastation. Although at hospitals and clinics no increase of patients with depression or PTSD has been recognized so far, there have been more new patients with dementia whose cognitive and daily life function have worsened while attempting to adjust to the new lifestyle in shelters or temporary housing. In some areas, a stigma against mental health care has persisted at conventional psychiatric hospitals. Analysis of the records of mental health teams is still on the way, but the interim report from a seriously affected city shows that sleep problems and anxiety were initially predominant, and the number of those affected remained large. However, as time has passed, there has been an increase in the incidence of depression, alcohol problems, and grief.

The MHLW has formulated a recovery plan for mental health services. At the local level, discussions have started about the most appropriate form of community care to offer. A shift to community mental health has been emphasized, and the MHLW has relaxed an implementation policy of the community-based care of mental and social difficulties, at the same time building up 'outreach promotion program' or even establishing mental clinics themselves in those areas where psychiatric services had been very poorly equipped.

Another important issue is suicide. The affected area was already known to have a high suicide rate, even before the disaster. Past research has shown that suicide does not increase among the general population after massive disasters. However, it will be necessary to observe any future trends from now on, in view of the possible increase in depression and disillusionment about the recovery process, and the widening disparity of individual situations in the coming winter. Among local professionals, training of community workers and volunteers in mental health literacy and appropriate first aid has been discussed, along with levels of professional staffing, as the chance of adding any more mental health professionals to the current service is very slim.

### IASC guideline

In a wider international context, many exemplary models and lessons learnt have been compiled by major agencies and international NGOs over the last

several years, and a consensus in the form of the IASC guidelines was published (Inter-Agency Standing Committee, 2007). The World Psychiatric Association (WPA) was also committed to have psychiatrist be more involved in disaster response, and 2009, WHO and WPA held a workshop for selected psychiatrists to disseminate this guideline. Unfortunately, the guidelines have not spread globally, even among mental health professionals, as exemplified in a recent report (McCurry, 2011). We would like to again emphasize the importance of evidence and collective wisdom for a coordinated response to mental health needs, while respecting local resources (Suzuki & Weissbecker, 2011; Kim & Akiyama, 2011b).

The IASC guidelines highlight the coordination of services in the form of a service pyramid. To offer professional help effectively, we have to build on basic services, community resilience and collaboration with primary care. In Japan, public health nurses play an extremely important role as gatekeepers for persons at high risk, and prefectural mental health centers have played a major role in coordinating the work of these nurses.

The guidelines include a list of dos and do nots for disaster response operations. The following is an illustrative example of what has been unfolding following the recent disaster. First, it recommends establishing one overall coordination mechanism or group for mental health and psychosocial support. In this connection, the Japanese Society of Psychiatry and Neurology (JSPN) served as such a coordinating body for professional organizations at the national level and took steps to advocate mental health issues as a single voice, as recommended in the guidelines. Second, the importance of recognizing that people are affected by emergencies in different ways is emphasized. More resilient individuals may function well, whereas others may be severely affected and may need specialist support. However, some media focused mainly on severe traumatic reaction, and reported that there was a dearth of skilled therapists of trauma in the affected region. Third, the guidelines recommend asking questions in the local language(s) in a safe and supportive manner that respects confidentiality. In this recent disaster, a flood of care givers and researchers rushed from outside regions to ask about psychological reaction, neglecting local manner of expressions and copings, or even ignoring ethical procedure. The JSPN expressed serious concern about any survey without adequate ethical consideration, stating that it would cause additional distress to the participants, and in fact released statements to this effect (The Japanese Society of Psychiatry and Neurology, 2011).

To implement the IASC guidelines effectively in Japan, we had conducted a Delphi process to build

consensus among Japanese mental health experts who have had rich experience in disaster response. Our team had developed a manual that follows the principles of the IASC guidelines tailored to Japanese health and social structure and culture.

### Fukushima nuclear power plant accident

The tragedy was exacerbated by the accident at the Fukushima 1 nuclear power plant. The plant was automatically shut down in response to the earthquake, and a preset plan to cool down the reactors was initiated using emergency electrical generators. However, as these were located at ground level, they were engulfed by the tsunami, causing a total loss of emergency electricity. Unable to initiate the cooling process, the inner temperature of the reactors surged, followed by explosions due to hydrogen gas that had built up within the containment buildings, releasing radioactive substances into the air. Now it has been revealed that a level 7 meltdown had occurred at an early stage. In response to the leak of radioactive materials, the government ordered the evacuation of all inhabitants living within 3 km of the plant. The fragile or aged were carried out by the Japanese Self Defense Force, and people living within a 20-km radius were recommended to evacuate. The cooling down of the plant took several months, and radioactive contamination was found repeatedly, not only in Fukushima but also adjacent prefectures, although the levels rarely reached health-threatening levels.

In a review of the consequences 20 years after the Chernobyl accident disasters, the WHO concluded that mental health was the most serious public health problem (Bennet *et al.* 2006). A recent study (Kim *et al.* 2011) shows that psychological exposure to Nagasaki atomic bomb explosion, without substantial health harming radiological exposure, generated prolonged distress after half a century and the poor information provision was correlated. A study after Chernobyl has shown that diagnosis of depression and PTSD increased among clean-up workers 18 years after the accident (Loganovsky *et al.* 2008). Fukushima prefectural government and mental health professionals are seriously concerned about mental health problems among residents. As yet, the problems observed include anxiety about the health effects of radiation, and its effect on children, lifestyle, community and economy, most of which remain within natural reaction to the situation and thus do not need to be medicalized. In Fukushima, a long-term health survey including mental health assessment is being prepared together with supporting measures.

A sense of losing control over their lives and being powerless is another issue of concern (International Atomic Energy Agency, 2006). In order to empower local people again, it will be important to not merely offer services or health check-ups, but also to help them make their own decisions and take action based on sound information. Also, the health community must exercise more dialogue with local inhabitants to get them more actively involved. Mental health is a good agenda for encouraging this kind of response, because mental well-being is everyone's business and optimizing it is universally paramount.

### Conflict of interest

None.

### References

- Bennet B, Repacholi M, Carr Z** (2006). *Health Effects of the Chernobyl Accident and Special Health Care Programmes*. World Health Organization: Geneva.
- Everly Jr. GS, Boyle SH** (1999). Critical incident stress debriefing (CISD): a meta-analysis. *International Journal of Emergency Mental Health* 1, 165–168.
- Inter-Agency Standing Committee** (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Available at: [http://www.who.int/mental\\_health/emergencies/guidelines\\_iasc\\_mental\\_health\\_psychosocial\\_june\\_2007.pdf](http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf).
- International Atomic Energy Agency** (2006). *Chernobyl's Legacy: Health, Environmental and Socio-economic Impacts. The Chernobyl Forum: 2003–2005*. Second revised version. Vienna, Austria
- Japanese Society of Psychiatry and Neurology** (2011). Emergency statement on the investigation and research practices concerning the Great East Japan Earthquake. Available at: [http://www.jspn.or.jp/english/info/2011\\_03\\_11info/es\\_inve\\_statement\\_kashima.ht](http://www.jspn.or.jp/english/info/2011_03_11info/es_inve_statement_kashima.ht).
- Kim Y, Akiyama T** (2011a). Editorial: Great East Japan earthquake and early mental-health-care response. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 65, 539–548.
- Kim Y, Akiyama T** (2011b). Post-disaster mental health care in Japan. *Lancet* 378, 317–318.
- Kim Y, Abe Y, Hitoshi A, Masako F, Keiji I, Hiroshi K, Naoko N, Kazuhiro W, Kohei Y** (2004). *Guideline for Local Mental Health Care Activities after a Disaster*. National Institute of Mental Health, National Center of Psychiatry and Neurology: Tokyo, Japan.
- Kim Y, Tsutsumi A, Izutsu T, Kawamura N, Miyazaki T, Kikkawa T** (2011). Persistent distress after psychological exposure to the Nagasaki atomic bomb explosion. *British Journal of Psychiatry* 199, 411–416.
- Loganovsky K, Havenaar JM, Tintle NL, Guey LT, Kotov R, Bromet EJ** (2008). The mental health of clean-up workers 18 years after the Chernobyl accident. *Psychological Medicine* 38, 481–488.
- McCurray J** (2011). Japan: the aftermath. *Lancet* 377, 1061–1062.
- National Center of Neurology and Psychiatry, Japan** (2011). Information site for the Great Easter Japan Earthquake (in Japanese). Available at: [http://www.ncnp.go.jp/mental\\_info/index.html](http://www.ncnp.go.jp/mental_info/index.html).
- Rose SC, Bisson J, Churchill R, Wessely S** (2009). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002. Art. No.: CD000560. DOI: 10.1002/14651858.CD000560.
- Shinfuku N** (2002). Disaster mental health: lessons learned from the Hanshin Awaji earthquake. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 1, 158–159.
- Shioiri T** (2010). Psychological care during disasters: through the experience during the 2004 Niigata-Chuetsu Earthquake. *Seishin Shinkeigaku Zasshi = Psychiatria Et Neurologia Japonica* 112, 521–529.
- Suzuki Y, Weissbecker I** (2011). Post-disaster mental health care in Japan. *Lancet* 378, 317.

最新医学・別冊 新しい診断と治療の ABC 70 (別刷)

心的外傷後ストレス障害 (PTSD)

第4章 各種イベント

配偶者間暴力

加 茂 登志子

最新医学社

にのぼる。その頻度の高さから、近年 DV は世界的に公衆衛生上の問題として認知されるようになり、世界各地で同じ質問紙を用いた横断的同時調査<sup>2)</sup>が施行されるようになってきた。DV は、医療機関で率先して関与していかなければならない問題でもある。内閣府の調査<sup>3)</sup>によれば、日本の DV 被害者の 67.2% が医療機関で診察を受けたことがあり、整形外科が 41.1% と最も多く、外科、心療内科が続く。被害者一人あたり平均 2.3 科を受診しており、身体的暴力を受けた人は整形外科の受診割合が最も高く (42.7%)、身体的暴力を受けていない人は精神科 (50.0%) の割合が最も高い。妊娠中の DV 被害は特に注意が必要であり、日本産婦人科医会による平成大規模調査 (2002, 2004 年)<sup>4)</sup>では、DV 被害のリスクを有する妊産婦は全体の 14.2% であり、特に 10 代の妊産婦の DV 被害が際立って高い頻度 (36.6%) にあった。同 医療対策委員会は、10 代の妊産婦の DV 被害について、本人・夫・家族共に“望まない妊娠”である場合が多く、また経済的問題を抱えている割合が高く、DV のハイリスク群であり、妊娠後に DV は顕在化するが、DV の結果として妊娠に至るものの割合も高く、また、乳幼児虐待のハイリスク群でもあるとの警鐘を鳴らしている。

一般的に、DV と言えば身体的暴力が連想されがちである。しかし、身体的暴力以外にも、脅す、非難する、馬鹿にする、行動を制限する、生活費を渡さない、などの精神的暴力や、性行為を強要する、避妊に協力しないなどの性的暴力など、さまざまな形態があり、非身体的暴力であっても、被害者の主観に従えば、身体的暴力とのダメージの甲乙はつけがたく、むしろ精神的暴力のほうが脅威であり、無力化の根本であった、と振り返る被害者は多い。大半の DV は単回ではなく、これら多面的な暴力の複合体が長期反復的に続くものであり、児童虐待との類似が大きい。これらの実態を受けて、2005 年 5 月の法改正以降の DV 防止法には、精神的暴力、性的暴力が盛り込まれている。

両親間に DV が認められる場合、子どもにもしばしば直接的暴力が波及するが、DV は、目撃だけでも子どもにとっては虐待にあたることも、また確認しておきたい。

## 配偶者間暴力 (DV) 被害者の健康障害

DV 被害は身体的暴力からの受傷に限らず、広範囲の心身両面の健康被害の原因と成りうる。被害者はさまざまな理由で医療機関を受診している。

### 1. DV による身体的健康障害

アメリカ合衆国における調査<sup>9)</sup>では、医療機関受診者のうち年間4～23%がDV被害者であり、低所得者ではより高い頻度になると言う。DV被害者によくみられる慢性的身体症状としては、頭痛、背部痛などの慢性疼痛、食欲不振や摂食障害などの消化器症状、過敏性大腸などの機能性消化器疾患、高血圧や胸部痛などの循環器症状、免疫状態の低下によるインフルエンザなどへの易感染性、などが報告されている。

妊娠中のDVは、早産や胎児仮死、児の出産時低体重を引き起す<sup>7)</sup>、性的暴力を受けているDV被害女性は我が国においても多産であることが多く、20代ですでに4人、5人と出産しているケースもまれではない。

### 2. DV による精神健康障害

Golding は、DV被害女性の精神科的後遺障害に関する研究のメタ分析から、DV被害者における最も多い精神健康障害はうつ病と外傷後ストレス障害(PTSD)であり、この両者へのリスクは、幼児期の性虐待よりもDV被害のほうがむしろ高いとした<sup>8)</sup>。PTSDはDV被害者の33～84%と高い頻度で診断されており、またうつ病も37～63%とPTSDに匹敵する率で診断されている<sup>9)</sup>。日本の調査でも、シェルター内での調査において、気分障害、不安障害がそれぞれ40%<sup>10)</sup>、PTSD 40%<sup>11)</sup>、大うつ病現在 57.4%、PTSD 現在 39.7%<sup>12)</sup>であった。また、これらの研究では、DV被害者に高い自殺準備性があることもまた指摘している。

そのほか、DV被害者には不安障害、身体化障害、アルコールや薬物乱用がしばしばみられることも指摘されているが、アルコールや薬物乱用はPTSD症状に対する対処行動の結果、2次的に生じるものも少なくない。成人女性の難治うつ病や身体化障害、物質濫用の症例では、医療者側から、DV被害の有無について問いかけていく必要も

あろう。

### ・配偶者間暴力 (DV) 被害者の精神科診断における留意点

しかし、実際の被害者たちはうつ病と PTSD だけでは割り切れない、より複雑な精神状態を呈していることが多い。特に、DV 被害が非常に長期に及び、被害から逃れられないでいる場合、あるいは幼少時、DV 家庭に養育されたり、自身が虐待被害に遭っている被害者では、とりわけ診断に難渋する。

歴史的にみれば、“バタードウーマン・シンドローム”、“マゾヒスト的人格障害”、“複雑性 PTSD”、“破局的体験後の持続的人格変化”などのラベルでこの“複雑さ”は記述されてきた<sup>13)</sup>。筆者も DV 被害者の面接時の特徴を「断片化され統合性を失った陳述」と「自己評価の著しい低下を主体とする認知の歪み」の2点に要約しているが、要するにこれら特徴によって、被害者の訴えや症状は、他者にさらに理解されにくくなるのである。しばしば、必ずしも“解離性障害”とまでは診断できないような、断片化した解離症状が混入する事例も多い。

周知のように、『精神疾患の分類と診断の手引第4版解説改訂版』(DSM-IV-TR) や『国際疾患分類第10版』(ICD-10) の PTSD 診断基準は、戦争体験やレイプなど基本的に単回的な体験への反応を想定して作成された、いわゆる単純性 PTSD (simple PTSD) を主に射程に入れたものである。そのため、現行の診断基準による PTSD 診断は、児童虐待や DV などの長期反復型トラウマから生じる精神的症候群には必ずしも適さないのである。

これらの被害者の多くは、暫定的にパーソナリティ障害の診断を受けることがあるが、“病前人格”の検討が困難であいまいになりがちな長期反復型外傷被害者の場合は、この精神医学にとって長く伝統とされてきたアイテムが、むしろ足かせとなる可能性についても十分に考慮されるべきである。

DV 被害者の精神症状がどのような病態水準で生じているのか、という判断は数回の経過観察だけでは困難であり、成因論的にはトラウマ性ストレス症状や抑うつ症候群から成る精神医学的急性期症状から不可逆的な人格構造の変化が生じている可能性まで、広いスペクトラムでとらえていく必要がある。



横断面的な状態像の移ろいやすさも注意を要する。混乱が著しく、一見人格の根底から崩壊しているかにみえる被害者でも、状況変化や時間経過によって、本来の落ち着きを取り戻す可能性は十分にある。そのため、例え人格障害が疑われるような行動・言動が見られた場合も、性急にその診断を下さない慎重さが必要である。また一方で、一見安定しているかにみえる被害者が、数ヵ月～数年の後に増悪を来す場合もまれではない。

### 配偶者間暴力 (DV) 被害者の精神症状の経過と転帰

被害者がシェルターを出た後の状態に関する、前向き縦断的研究はまだ少ない。Sutherland らのシェルター保護女性 136 人を対象とした、85ヵ月、145ヵ月の2回に渡るフォローアップ調査では、抑うつ、不安共に改善をみたとのことである<sup>19)</sup>。うつ病自己評価尺度 (CES-D) を用いた Campbell らの抑うつ症状に関する調査<sup>20)</sup>でも、シェルター退所時 83% の DV 被害者に mild depression が診断されるが、10 週間後のフォローアップ調査ではこの数は 58% に減少していた。しかし、6ヵ月後の再調査では、10 週後と大きな変化は認められなかったとも報告している。筆者らは精神科クリニックに通院する長期経過例 43 例を含む 55 例の DV 被害者の経過について、平均 516 日、最長 906 日にわたって追跡調査を行っている<sup>20)</sup>。本研究では、初診時診断で最も多かったのは、適応障害 40% であり、大うつ病 38% と PTSD 18% がこれに続いた。調査期間中、生活や婚姻の状態が変化する症例が非常に多く、また、生活保護受給率も 36% と高く、DV 被害から逃れた直後の被害者の生活の困難さがうかがわれた点、また経過観察終了時の転帰に関しては、全体の 44% が改善と判定された点、精神症状の改善には就労が、また就労には集団精神療法への参加が効果的である点などを報告した。

これらを総合して考えると、一定数の DV 被害者の精神症状は、暴力から逃れることによって改善する可能性がある。しかし、一方で暴力から逃れただけでは回復しない被害者も多く、少なくとも 50% 前後の DV 被害者の精神症状は半年以上継続し、難治化の様相を呈す。

## 子どもの精神健康障害と母親の育児ストレス

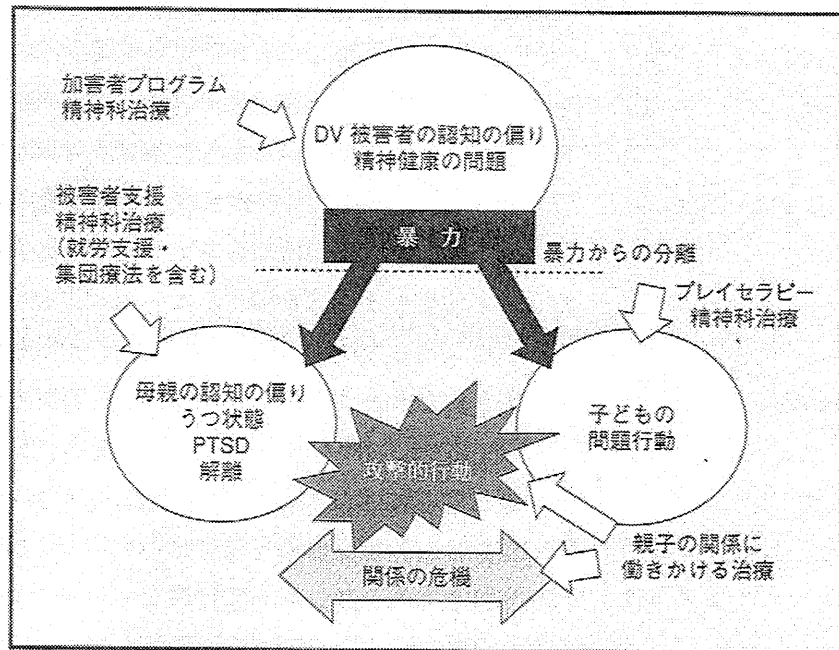
DV 被害が、被害者本人だけでなく子どもの精神健康面にまで影響を及ぼすことは、我が国においても公立一時保護所<sup>17)18)</sup>や母子生活自立支援施設<sup>19)</sup>に入所中の母子を対象にした調査で、繰り返し指摘されてきた。金らによる公立一時保護所での調査では、同伴児童全員に母親の暴力被害の目撃が認められており、そのうち 23% の子どもが母親と同じ加害者から日常的に身体的虐待を受けており、精神的暴力を含めると、全体で 54% の子どもたちが虐待被害を受けている実情が浮き彫りにされた。筆者らの調査では、母親と共に避難している子どもの CBCL における T 得点の平均は内向、外向、総得点のすべてで臨床域に達しており、問題行動の数は多く強度も高かった<sup>20)</sup>。医療施設で定期的に治療や診察を受けている子どもは 23% に過ぎなかった点を考慮すると、DV 被害家庭に育った子どもに対する精神医学的・心理学的治療介入は、膨大なニーズのごくわずかな部分にしか対応できていないと考えられる。

育児ストレスの問題もまた看過できない。子どもにさしたる精神健康の問題がなくても、母親の精神健康障害が重篤であれば、それだけで育児ストレスは過大と成りうるし、親子両者に精神健康障害があればなおさらである。子どもの攻撃的行動は両者の関係を悪化させ、両者間の暴力もまた誘発させてしまう可能性がある。この場合は、被害を受けた親子が DV 環境から逃れて新たな生活を開始したとしても、さらに精神健康の状態が悪化していく危険に見舞われるのである。

## 配偶者間暴力 (DV) 被害者の治療

図 1 に、DV 被害者が子どもを持つ母親である場合に、必要となる治療的関与を示した。治療の基本は、被害者をまず加害行為から離すか、加害行為が終了し、家族内に安全が担保されることである。加害行為が継続する場合、被害者の精神症状の抜本的な改善は望めないと考えたほうが良い。その場合に留意する点は、まず何より二次的アルコール依存や薬物依存などの精神科合併症を防ぐことである。そのためにも、被害者が被害に遭っていることを主治医に明らしたうえで、精神科診療につながり続けることは重要である。二次被害を与えない

図1 配偶者間暴力 (DV) 被害家族に対する治療的介入の構造 (母親が被害者である場合を想定)



診療態度が望まれる。

すでに上述したが、暴力被害から逃れて安心・安全で安眠できる環境が得られることによって、およそ 50% の被害者は精神健康状態が回復すると考えられる。目安として、半年を過ぎても症状が回復してこない場合、さらなる治療的介入を要することが多い。DV 被害者本人には、うつ病や PTSD に対する個別治療のほか、集団療法などを用いて行う、トラウマ体験遭遇後の認知の偏りへの心理教育介入が有効である。極端な自信低下や自責感には、就労支援など社会への再参入への援助が効果が認められることが多い。特に、心理教育や就労支援については、地域の女性センターにおけるリソースの活用も有用である。

子どもに精神症状が認められる場合、個別に児童精神科や児童相談所で治療的介入を行うことが望まれるが、これに並行して、子どもの問題行動を減らし、親子の関係を改善するような親子相互交流療法 (PCIT)<sup>21)</sup> などのアプローチが必要になることが多い。

加害者に対する更生プログラムの効果研究の結果は、まだまだまちまちである。加害者側が暴力をやめ、家族との関係の再構築を望む強い動

機を持つことができれば、家族全般の再統合に向けて期待できる場合もあるかも知れない。しかし、更生プログラムが順調に進んだとしても、被害者と子どもの症状がそれに応じて順調に回復するとは限らない点も、また指摘しておきたい。

DV がいったん生じ、その健康への影響が深刻化した場合、家族が元の形態を維持しつつ全員が回復することは、残念ながら非常に困難であると言わざるをえない。医療の専門家は個々の患者に個別に対応すると同時に、国民の健康、社会安全、医療経済の問題も含めて、公衆衛生的観点から DV 防止に向けて、今まで以上により積極的に働きかける姿勢を持つべきである。

加茂 登志子

## 文 献

- 1) 内閣府「男女間における暴力に関する調査」平成 21 年 4 月
- 2) Claudia Garcia-Moreno, et al: Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. JAMA 368 (9543): 1260-1269, 2006.
- 3) 内閣府「配偶者からの暴力の被害者の自立支援などに関する調査」平成 19 年 4 月
- 4) 日本産婦人科医会 医療対策部・医療対策委員会: 報告「妊産婦への家庭内暴力 (DV) についてのアンケート調査」平成 15 年 3 月
- 5) 日本産婦人科医会 医療対策部・医療対策委員会: 報告「周産期の女性におけるドメスティック・バイオレンス (DV) の精神健康被害および育児への影響の実態調査」平成 17 年 5 月
- 6) Campbell J.C: Health consequences of intimate partner violence. Lancet 359: 1331-1335, 2002.
- 7) 内閣府「配偶者からの暴力の被害者の自立支援などに関する調査」平成 19 年 4 月
- 8) Golding J.M: Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. J Fami Viol 14: 99-132, 1999.
- 9) 加茂登志子, 他: ドメスティック・バイオレンスと PTSD. 臨精医 増刊号: 207-212, 2002.
- 10) 吉田博美, 他: ドメスティック・バイオレンス被害者における精神疾患の実態と被害体験の及ぼす影響. トラウマティック・ストレス (1348-0944) 3 (1): 83-89, 2005.
- 11) 石井朝子, 他: シェルター入所者におけるドメスティックバイオレンス被害の実態と精神健康に及ぼす影響. 精神科治療 20 (2): 183-191, 2005.
- 12) 加茂登志子, 他: 夫・恋人からの暴力被害女性の呈する精神症状の経過 - 緊急一時保護後アフターケア 2 ヶ年計画の結果報告から 厚生科学研究費補助金 (分担)「研究報告書母親とともに家庭内暴力被害を受けた子どもへの心理的支援のための調査」平成 16 年度報告書
- 13) 加茂登志子, 他: ドメスティック・バイオレンス被害と人格への影響. トラウマティック・ストレス 2 (1): 5-12, 2004.
- 14) Sutherland C, et al: The long-term Effects

- of Battering on Women's Health. *Women's Health* 4: 41-70, 1998.
- 15) Campbell J.C. et al. Predictors of Depression in Battered Women. *Violence against women* 3: 271-293, 1997.
  - 16) 加茂登志子: DV 被害女性の精神医学的臨床経過. 厚生科学研究費補助金 (分担)「家庭内暴力被害者の自立とその支援に関する研究」平成 18 年度報告
  - 17) 金吉晴, 他: DV 被害を受けた女性とその児童の精神健康調査. 厚生労働科学研究費補助金 子どもと家庭に関する総合研究事業 総括・分担研究報告書 (主任研究者 金吉晴), 2005.
  - 18) 石井朝子: DV 被害母子に対する援助介入に関する研究 平成 16 年度厚生労働科学研究 子ども家庭総合研究事業 報告書 (主任研究者 石井朝子), 2005.
  - 19) 奥山真紀子: 被害児童への治療・ケアのあり方に関する研究 平成 16 年度厚生労働科学研究 子ども家庭総合研究事業 報告書 (主任研究者 石井朝子), 2005.
  - 20) 加茂登志子, 他: DV 被害母子家庭における母親の育児ストレスと認知特性に関する調査—主として子どもの精神・行動面との関連について—子ども未来財団平成 22 年度児童関連サービス調査研究等事業報告書 平成 23 年 3 月
  - 21) 加茂登志子: ドメスティック・バイオレンス被害母子の養育再建と親子相互交流療法 (Parent-Child Interaction Therapy: PCIT). *精神誌* 112 (9): 885-889, 2010.

表 6-1 日本と米国における DSM 診断による主要な精神障害の生涯有病率の性差

	米国			日本		
	頻度 (%)		男女比 (女性/ 男性)	頻度 (%)		男女比 (女性/ 男性)
	女性	男性		女性	男性	
<b>I. 不安障害</b>						
パニック障害	6.2	3.1	2.00	1.1	0.7	1.57
パニック障害を伴わない広場恐怖	1.6	1.1	1.45	0.5	0.4	1.25
社会恐怖	13.0	11.1	1.17	1.3	1.9	0.68
全般性不安障害	7.1	4.2	1.69	3.5	2.4	1.46
特定の恐怖症	15.8	8.9	1.78	5.3	3.1	1.71
外傷後ストレス障害	9.7	3.6	2.69	1.6	0.4	4.00
強迫性障害	3.1	1.6	1.94			
いずれかの不安障害	36.4	25.4	1.43	10.2	6.9	1.48
<b>II. 気分障害</b>						
大うつ病性障害	20.2	13.2	1.53	8.3	4.2	1.98
気分変動症	3.1	1.8	1.72	1.4	0.9	1.56
双極性障害	4.5	4.3	1.05			
双極Ⅰ型				0.5	0.1	5.00
双極Ⅱ型				0.3	0.0	
いずれかの気分障害	24.9	17.5	1.42	13.7	7.2	1.90
<b>III. 衝動制御障害</b>						
反抗挑戦性障害	7.7	9.3	0.83			
行為障害	7.1	12.0	0.59			
注意欠陥多動性障害	6.4	9.8	0.65			
間欠性爆発性障害	5.7	9.2	0.62	1.5	3.7	0.41
いずれかの衝動制御障害	21.6	28.6	0.76			
<b>IV. 物質関連障害</b>						
アルコール乱用	7.5	16.9	0.44	1	3.7	0.27
薬物乱用	4.8	11.6	0.41	0.2	0.1	2.00
ニコチン依存	26.5	33.0	0.80			
いずれかの物質障害	29.6	41.8	0.71	1.2	4.5	0.27
<b>V. いずれかの精神障害</b>	56.5	58.4	0.97	20	16.0	1.25

[米国の頻度：National Comorbidity Survey (NCS) and National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) <http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/> 2007年7月19日アップデート版から引用。  
日本の頻度：川上憲人ら「地域住民における心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究——3地区の総合解析結果」]

169

第6章 女性のライフサイクルに関連する精神医療と臨床心理士への期待

第1節 精神医療における性に配慮した医療の重要性

精神医学で扱う疾患を広く精神面・行動面の障害として捉えた場合、小児・学童期では発達障害等男児に多く発症するものが多いが、思春期以降、特に気分障害や不安障害の領域で女性の精神疾患罹患率は次第に上昇し始め、閉経以降、女性のそれはさらに上がるとされている。成人を対象とした疫学的調査において精神障害の罹患率には地域差、性差等の差異があることがよく知られているが、地域差に比べ、性差はどの地域でも比較的安定した数値を示している。

不安障害と気分障害は概ね男性よりも女性に多く発症する一方、衝動制御障害や物質関連障害は両者とも男性のほうが女性に比べて高頻度である(表6-1)。よく組上上がるうつ病の生涯罹患率を見ても、日本の疫学統計では男性4・2%に対し、女性8・3%でおよそ2倍となっている(川上ら、二〇〇三)。同様に、パ

精神医学の発展と共に  
女性のライフサイクル  
に関連する精神医療と  
臨床心理士への期待  
加茂登志子

表6-1 日本と米国におけるDSM診断による主要な精神障害の生涯有病率の性差

	米国			日本		
	頻度 (%)		男女比 (女性/ 男性)	頻度 (%)		男女比 (女性/ 男性)
	女性	男性		女性	男性	
<b>I. 不安障害</b>						
パニック障害	6.2	3.1	2.00	1.1	0.7	1.57
パニック障害を伴わない広場恐怖	1.6	1.1	1.45	0.5	0.4	1.25
社会恐怖	13.0	11.1	1.17	1.3	1.9	0.68
全般性不安障害	7.1	4.2	1.69	3.5	2.4	1.46
特定の恐怖症	15.8	8.9	1.78	5.3	3.1	1.71
外傷後ストレス障害	9.7	3.6	2.69	1.6	0.4	4.00
強迫性障害	3.1	1.6	1.94			
いずれかの不安障害	36.4	25.4	1.43	10.2	6.9	1.48
<b>II. 気分障害</b>						
大うつ病性障害	20.2	13.2	1.53	8.3	4.2	1.98
気分変調症	3.1	1.8	1.72	1.4	0.9	1.56
双極性障害	4.5	4.3	1.05			
双極Ⅰ型				0.5	0.1	5.00
双極Ⅱ型				0.3	0.0	
いずれかの気分障害	24.9	17.5	1.42	13.7	7.2	1.90
<b>III. 衝動制御障害</b>						
反抗挑戦性障害	7.7	9.3	0.83			
行為障害	7.1	12.0	0.59			
注意欠陥多動性障害	6.4	9.8	0.65			
間欠性爆発性障害	5.7	9.2	0.62	1.5	3.7	0.41
いずれかの衝動制御障害	21.6	28.6	0.76			
<b>IV. 物質関連障害</b>						
アルコール乱用	7.5	16.9	0.44	1	3.7	0.27
薬物乱用	4.8	11.6	0.41	0.2	0.1	2.00
ニコチン依存	26.5	33.0	0.80			
いずれかの物質障害	29.6	41.8	0.71	1.2	4.5	0.27
<b>V. いずれかの精神障害</b>	56.5	56.4	0.97	20	16.0	1.25

[米国の頻度：National Comorbidity Survey (NCS) and National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) <http://www.hcp.med.harvard.edu/nscs/> 2007年7月19日アップデート版から引用。日本の頻度：川上麗人ら「地域住民における心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究——3地区の総合解析結果」]

170

精神医学で扱う疾患を広く精神面・行動面の障害として捉えた場合、小児・学童期では発達障害等男児に多く発症するものが多いが、思春期以降、特に気分障害や不安障害の領域で女性の精神疾患罹患率は次第に上昇し始め、閉経以降、女性のそれはさらに上がるとされている。成人を対象とした疫学的調査において精神障害の罹患率には地域差、性差等の差異があることがよく知られているが、地域差に比べ、性差はどの地域でも比較的安定した数値を示している。

不安障害と気分障害は概ね男性よりも女性に多く発症する一方、衝動制御障害や物質関連障害は両者とも男性のほうが女性に比べて高頻度である(表6-1)。よく組上に上がるうつ病の生涯罹患率を見ると、日本の疫学統計では男性4・2%に対し、女性8・3%でおよそ2倍となっている(川上ら、二〇〇三)。同様に、パ

第1節 精神医療における性に配慮した医療の重要性

第6章 女性のライフサイクルに関連する精神医療と臨床心理士への期待

本書を刊行するにあたっては、編集者として、加藤登志子



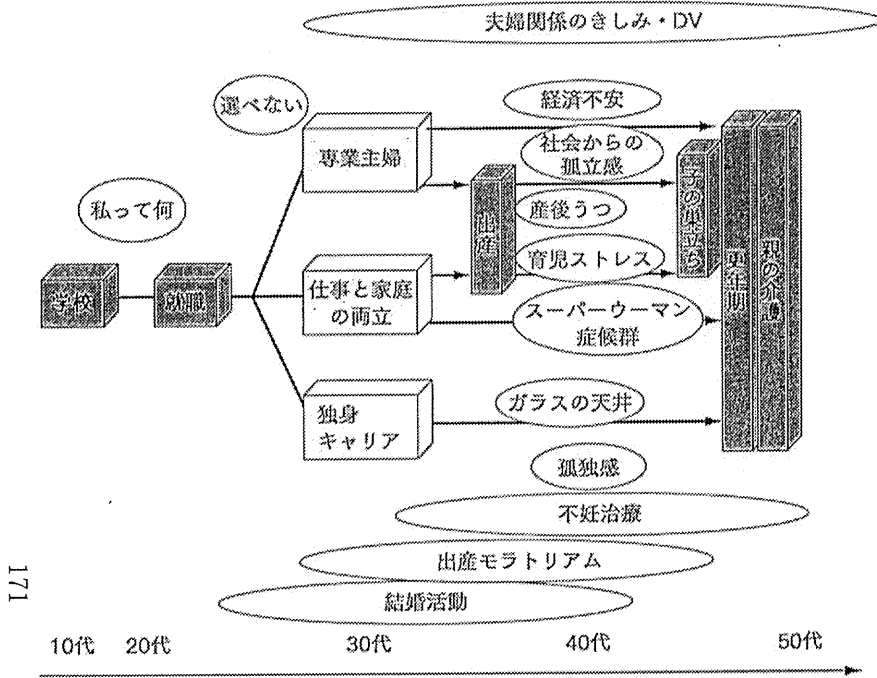


図6-1 女性の各年代に起こるストレスと危機的状況

は、一般的なうつ病の症状や経過、あるいは幼少時の養育体験、現在の家族関係に関心が向けられることはあっても、女性ホルモンの減少と関連した更年期症候群や、DV被害やそこから生じるトラウマ関連症状、子どもの成育状況と親子関係などへの視点が持たれることは少ない。しかし、そのままに「女性」の部分に治療の舵を切ること改善への可能性は大きく広がり、対応手段もまた増えるのである。

若い世代の女性へのアプローチは特に重要である。当センターメンタルケア科の利用者で最も多いのは、実は20代、30代の若い女性である。女性外来という名称には更年期世代の女性の診療施設というイメージが伴いがちだが、センター内クリニックを開設した2004年9月から2005年12月までの16カ月間の初診患者1029人の統計をとったところ、

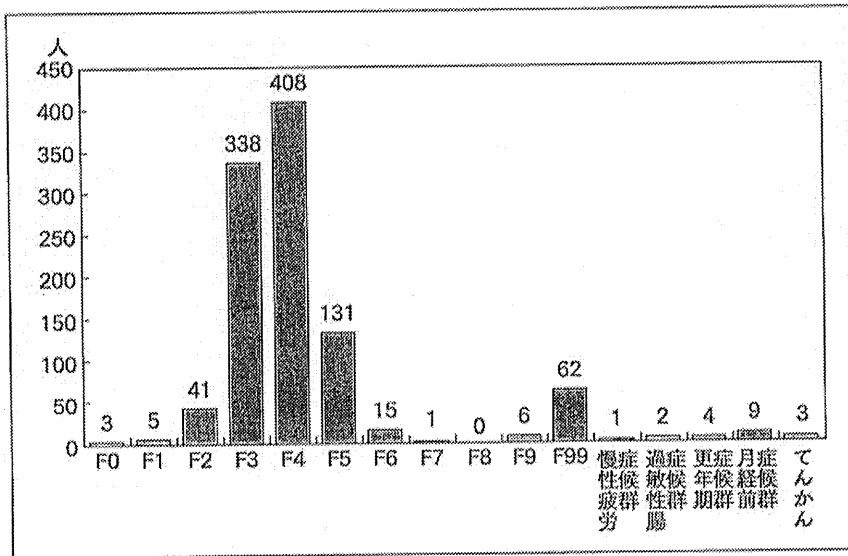
ニック障害や全般性不安障害などいずれかの不安障害の生涯罹患率もまた、男性6・9%に対し女性10・2%であり、およそ1・5倍である。この他、摂食障害の患者の9割前後が思春期から若い成人期の女性であることも忘れてはならない。

性差は一般に生物学的性差(セクシャリティ)と心理社会的性差(ジェンダー)の二つの側面から捉えられる。生物学的性差の中心は端的に言えば性ホルモンの差異である。この性ホルモンの差異は、単に容姿や外性器、生殖器官と生殖期間の差異だけでなく、脳の形態や機能、さらには神経内分泌と、我々に思いのほか広範囲の差異をもたらしている。そして心理社会的性差はいわば文化的性差であり、性別役割分担等文化・社会のなかでの男女の立場の差異を表す言葉である。

この生物学的性と心理社会的性の両者は互いに絡み合い合いながらヒトのライフサイクルに多大な影響を与えている。それゆえ、特に子どもを産み育てる期間である生殖期において、男女のライフスタイルとライフサイクルには大きな差異が生じることとなり、その差異はさらに男女の人生における危機の質とその発生時期の差異に繋がることとなる。ちなみに女性のライフサイクル上の危機の例としてよく取り上げられるものに、パートナーとの関係、主婦の経済不安と孤立、産後うつ、スーパーウーマン症候群、空の巣症候群、更年期の心身の不調、DV被害や性被害に遭うこと、親の介護負担、結婚や出産に関する葛藤、不妊治療におけるストレス等がある(図6-1)。

図6-2に主な精神障害と女性における発症年齢を年齢軸に沿って示した。精神医学の臨床においては、前述した生物学的性差、心理社会的性差に加え、これら二者が織りなすライフコースや価値観等の差異の三つを考慮して診断・治療に当たることが重要であり、それによって、事例はより個別的に緻密に扱えるようになる。性差に配慮したアプローチはこれまで難治と思われていた病態に多大な功を奏することが多い。たとえば更年期女性がしばしば呈する難治性のうつ病へのアプローチを思い浮かべて欲しい。日本の標準的な精神科診療で





172 図6-4 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター、メンタルケア科初診患者 (n=1029) の主診断分布 (ICD-10 の疾患分類による)

注 ICD-10 の疾患分類は以下の通りである、F0 症状性を含む器質性精神障害、F1 精神作用物質使用による精神及び行動の障害、F2 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害、F3 気分[感情]障害、F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害、F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群、F6 成人の人格及び行動の障害、F7 精神遅滞、F8 心理的発達障害、F9 小児(児童)期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害、F99- 詳細不明の障害

平均年齢は約38歳であり、年齢分布を見ると最も受診の多い年代は20代であった(図6-3)。この年代の女性が陥りやすい精神健康障害として、たとえばDV被害によるうつ病やトラウマ関連疾患への罹患、摂食障害や、性被害、職場のストレス、セクシャル・ハラスメント、月経前症候群、産後うつ等が挙げられる。主診断の統計を見てもその傾向は明らかであり(図6-4)、圧倒的に気分障害F3、不安障害F4の疾患が多く、その次に摂食障害の含まれるF5が位置している。これらの見落とされがちな問題にきめ細やかな対応し、一人でも多くの女性が回復していくことこそ女性精神医学の大きな到達目標である。

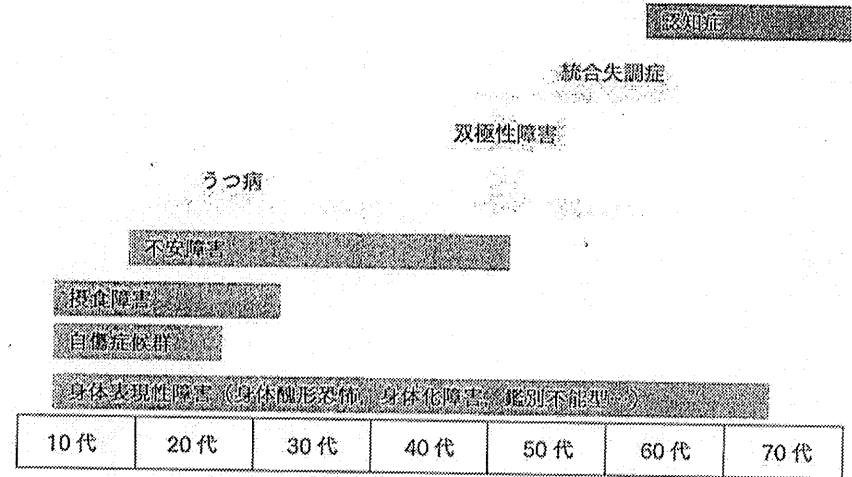


図6-2 主な精神障害と女性における好発年齢

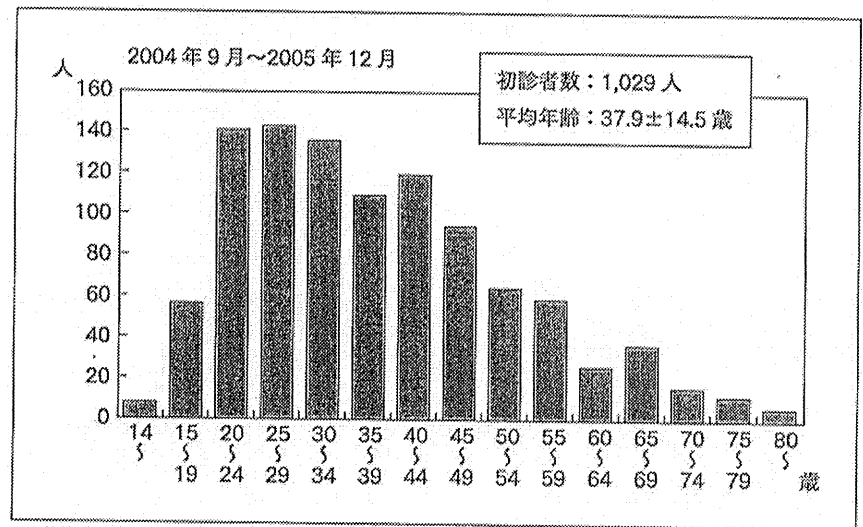


図6-3 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター、メンタルケア科初診患者の年齢分布 (2004年9月~2005年12月)

初診依頼→看護師→DVインテイク相談→初診担当医師への連絡

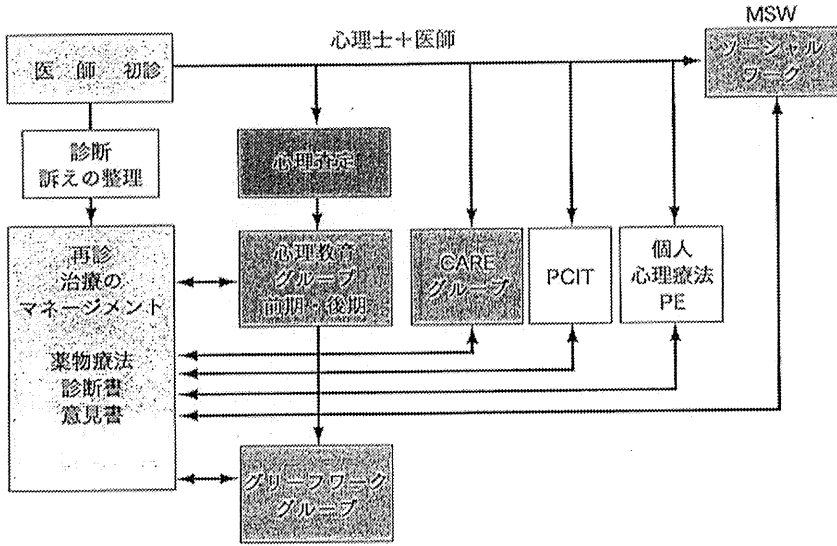


図 6-6 女性生涯健康センターにおける DV 被害者への治療的対応

CARE : Child Adult Relationship Enhancement, PCIT : Parent-Child Interaction Therapy, PE : Prolonged Exposure therapy, MSW : Medical Social Worker

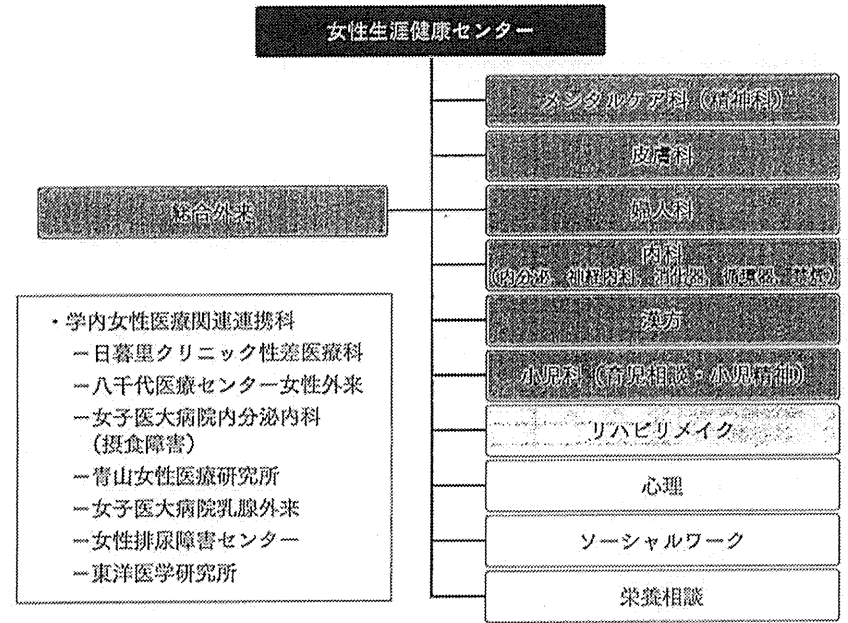


図 6-5 女性生涯健康センター組織図 (2011 年 8 月現在)

## 第2節 女性生涯健康センターの試み

東京女子医科大学附属女性生涯健康センターは、前述した「生物学的性差、心理社会的性差、そしてこれら二者が織りなすライフコースの差異」の三つを考慮することを基本とし、各分野の女性エキスパートが女性という性に配慮した医療を行う総合外来施設である。当センターではメンタルケア科(精神科)の他にもさまざまなセクシヨンの専門家がチームを組んで患者の治療に携わっており(図6-5)、従来の診療科の垣根を越え、トラウマケア、ミドルエイジ女性へのケア(中高年女性のうつと不安への対応)、摂食障害に対する統合的アプローチ、アトピー性皮膚炎患者に対する皮膚心身医学的アプローチなどのチーム医療を行っているが、どのチームにおいても心理士は重要な役割を担っている。こ

こでは、トラウマケアとミドルエイジ女性へのケアを紹介したい。

トラウマ関連疾患への心理学的アプローチは私たちの仕事のなかでとりわけ大きな位置を占めている。当センターを訪ねるトラウマ関連疾患患者の多くはDV被害や性被害、幼児期の性虐待、職場のセクシャルハラスメント被害を受けているが、このような被害について専門的な知識を持ち、経験を積んだ心理士の診療への関与はなくてはならないものである。DV被害者への対応を例に挙げてみよう。当センターでは外傷後ストレス障害(PTSD)やうつ病などの症状を呈するDV被害女性(とその子ども)に対し、疾病だけでなく社会適応への改善を目標に、精神科医、看護師、心理士、医療保健福祉士(MSW)が関わるチーム医療を行い、彼らの長期に渡る療養と社会復帰を支えている。

図 6-6 に女性生涯健康センターにお

るDV被害者への治療的対応の流れを示した。概要を述べると、初診依頼を看護師が受け、女性のトラウマ対応に熟練した心理士のインテイク外来に繋げ、続いてメンタルケア科で精神科医が初診を行い、その後、患者は主治医の診療を受けながら並行して心理士による心理査定を受ける。精神科面接と心理査定の両面からの検討で診断と治療の方向性が定まった後、患者は薬物療法や一般的精神療法による精神科診療やMSWによる生活支援の他、必要に従ってグループ療法や個人心理療法に加え、親子ペアに対する心理療法の提供を受けることができる。グループ療法はDV被害者の治療においてとりわけ重要である。当センターを受診した55人のDV被害女性の転帰調査では、心理教育グループ、グループワークグループ、子どもの養育に関するグループ(Child Adult Relationship Enhancement: CAREグループ)、子どもの気分や行動面での問題に対する親子相互交流療法(Parent-Child Interaction Therapy: PCIT)、PTSDに対するトラウマ焦点化認知行動療法である持続エクスポージャー療法(Prolonged Exposure therapy: PE)などの専門性の高い心理療法において、心理士はまさにその中心となる、なくてはならない存在である。また、自律訓練法、漸進的筋弛緩法、呼吸法などのリラクゼーション指導も個別、またはグループで心理士が中心に行っている。

\* Child Adult Relationship Enhancement (CARE) : シンシナティ子ども病院Trauma Treatment Training Centerのメンバーによって作成された。後述するPCITのトレーニングに現場の声を取り入れて改良された子どもと子どもに関わる大人との関係改善に向けられたプログラムであり、親(養育者)、臨床従事者だけでなく、里親、教師、保育士なども対象としている。

\*\* 親子相互交流療法 Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) : 1974年、行動障害のある2-7歳児とその親・養育者を対象としてフロリダ大学のセイヤ・マイバーク博士により考案・研究された親子間相互交流を改善するオペラント条件付けモデルに基づく心理療法プログラム。徐々に被虐待児童とその養育者も対象となっており、英語圏での治療効果エビデンスが確立している。日本では東京女子医科大学附属女性生涯健康センターを中心とした研究チームがプログラムの翻訳と効果研究を行っている。詳細はPCIT Internationalのホームページを参照。

またミドルエイジ女性へのチーム診療においても、メンタルケア科や婦人科における医学的アプローチに並行し、臨床心理士が中心となつて医師が間席し、中高年女性を対象とした自己主張訓練(アサーション)やリラクゼーションを取り入れたグループ療法(ミドルエイジ・グループ)を行っている。私たちの調査では、グループ参加群は通常の治療群に比べ、抑うつ、不安が有意に軽減し、QOLが向上していることが認められている(小菅、二〇〇九)。

### 第3節 女性医療の場における心理士への期待

前述したように女性診療に対する私たちの目標は「生物学的性差、心理社会的性差、そしてこれら二者が織りなすライフコースの差異」の三つを考慮し、各分野のエキスパートによるチームを結成することによってより緻密な個別化診療を行い、患者が改善する手助けを行うことである。そのなかで、心理士の占める役割が非常に大きいことも述べた。

資格上の問題から、心理士が臨床現場で、特に保険医療の枠組みのなかで自立して活躍するにはまだ大きな制約があると言わざるを得ないが、チーム診療というオーケストラのなかでの重要なパート奏者として、少なくとも私たちの施設ではなくてはならない存在である。

心理士を目指す女性にとって、女性医療の場はまずは有利である。心身両面からの医療の第一歩は患者を理解する姿勢や構えを持つことであるが、同性としての人生を体験してきたことは何にもまして患者の信頼を勝ち取る一つの大きな条件となる。当センターの場合、トラウマ関連疾患の女性患者の多くが同年齢の同性の心

A sense of losing control over their lives and being powerless is another issue of concern (International Atomic Energy Agency, 2006). In order to empower local people again, it will be important to not merely offer services or health check-ups, but also to help them make their own decisions and take action based on sound information. Also, the health community must exercise more dialogue with local inhabitants to get them more actively involved. Mental health is a good agenda for encouraging this kind of response, because mental well-being is everyone's business and optimizing it is universally paramount.

### Conflict of interest

None.

### References

- Bennet B, Repacholi M, Carr Z** (2006). *Health Effects of the Chernobyl Accident and Special Health Care Programmes*. World Health Organization: Geneva.
- Everly Jr. GS, Boyle SH** (1999). Critical incident stress debriefing (CISD): a meta-analysis. *International Journal of Emergency Mental Health* **1**, 165–168.
- Inter-Agency Standing Committee** (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Available at: [http://www.who.int/mental\\_health/emergencies/guidelines\\_iasc\\_mental\\_health\\_psychosocial\\_june\\_2007.pdf](http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf).
- International Atomic Energy Agency** (2006). *Chernobyl's Legacy: Health, Environmental and Socio-economic Impacts. The Chernobyl Forum: 2003–2005*. Second revised version. Vienna, Austria
- Japanese Society of Psychiatry and Neurology** (2011). Emergency statement on the investigation and research practices concerning the Great East Japan Earthquake. Available at: [http://www.jspn.or.jp/english/info/2011\\_03\\_11info/es\\_inve\\_statement\\_kashima.ht](http://www.jspn.or.jp/english/info/2011_03_11info/es_inve_statement_kashima.ht).
- Kim Y, Akiyama T** (2011a). Editorial: Great East Japan earthquake and early mental-health-care response. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* **65**, 539–548.
- Kim Y, Akiyama T** (2011b). Post-disaster mental health care in Japan. *Lancet* **378**, 317–318.
- Kim Y, Abe Y, Hitoshi A, Masako F, Keiji I, Hiroshi K, Naoko N, Kazuhiro W, Kohei Y** (2004). *Guideline for Local Mental Health Care Activities after a Disaster*. National Institute of Mental Health, National Center of Psychiatry and Neurology: Tokyo, Japan.
- Kim Y, Tsutsumi A, Izutsu T, Kawamura N, Miyazaki T, Kikkawa T** (2011). Persistent distress after psychological exposure to the Nagasaki atomic bomb explosion. *British Journal of Psychiatry* **199**, 411–416.
- Loganovsky K, Havenaar JM, Tintle NL, Guey LT, Kotov R, Bromet EJ** (2008). The mental health of clean-up workers 18 years after the Chernobyl accident. *Psychological Medicine* **38**, 481–488.
- McCurray J** (2011). Japan: the aftermath. *Lancet* **377**, 1061–1062.
- National Center of Neurology and Psychiatry, Japan** (2011). Information site for the Great Easter Japan Earthquake (in Japanese). Available at: [http://www.ncnp.go.jp/mental\\_info/index.html](http://www.ncnp.go.jp/mental_info/index.html).
- Rose SC, Bisson J, Churchill R, Wessely S** (2009). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002. Art. No.: CD000560. DOI: 10.1002/14651858.CD000560.
- Shinfuku N** (2002). Disaster mental health: lessons learned from the Hanshin Awaji earthquake. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)* **1**, 158–159.
- Shioiri T** (2010). Psychological care during disasters: through the experience during the 2004 Niigata-Chuetsu Earthquake. *Seishin Shinkeigaku Zasshi = Psychiatria Et Neurologia Japonica* **112**, 521–529.
- Suzuki Y, Weissbecker I** (2011). Post-disaster mental health care in Japan. *Lancet* **378**, 317.