

精神保健福祉白書

2014年版

歩み始めた地域総合支援

精神保健福祉白書編集委員会 = 編集



日本精神保健福祉士協会

日本精神科看護技術協会

全国精神障害者地域生活支援協議会

全国精神保健福祉会連合会

地域精神保健福祉機構

全国精神保健福祉相談員会

日本精神保健福祉士養成校協会

推薦

定価 本体2,400円(税別) 中央法規

2-1-2 科学的根拠に基づく自殺予防総合対策推進コンソーシアム

科学的根拠に基づく自殺予防総合対策推進コンソーシアム

科学的根拠に基づく自殺予防総合対策推進コンソーシアムは、「自殺総合対策大綱」(平成24年8月28日閣議決定)の自殺を予防するための当面の重点施策に、独立行政法人国立精神・神経医療研究センターにある自殺予防総合対策センターの役割として、自殺の実態、自殺に関する内外の調査研究等の自殺対策に関する情報提供の充実等が求められていることを踏まえ、わが国における科学的根拠に基づく自殺予防総合対策の推進に寄与することを目標としており、2013(平成25)年2月に発足した。

コンソーシアムとは、複数の個人や団体、政府が、共同で何らかの目的に沿った、あるいは共通の目標に向かって活動を行うために結成する団体のことであり、自殺予防・対策に取り組む学術団体・研究機関、地方公共団体、関係団体および民間団体等が参加し、参加者の連携により、自殺対策に関する科学的根拠を創出、集約、情報発信していくことを主な活動としている。

科学的根拠に基づく自殺予防総合対策推進コンソーシアム準備会設立シンポジウムの開催

2013(平成25)年2月15日に東京において、設立シンポジウムが開催された。参加者は、全国の関連学会、大学などの学術団体、行政機関、関連団体、メディア関係者など110名であった。はじめに基調講演として、内閣府自殺対策推進室片山参事官から「我が国の自殺対策について」と題し、政府における推進体制、自殺総合対策大綱の見直し点、地域自殺対策緊急強化基金の概要についての講演があった。また、国立精神・神経医療研究センター樋口総長からは「自殺対策のこれから」と題し、わが国の自殺対策の課題、WHOの自殺問題の認識、海外の自殺対策の取組み、日本における研究例、コンソーシアムと国立精神・神経医療研究センターの使命について講演があった。その後のシンポジウムでは、「現場と研究をつなぐ—自殺対策における実践知と研究者との協働」と題し、学校、医療、インターネット上、行政での取組みについて発表があり、それぞれの取組みの有効性をどのように科学的根拠として示していくか話し合われた。最後に、コンソーシアム設立に関する意見交換が行われ、参加者からその必要性和設立準備会の発足の賛同が得られた。その一方、実際に目の前で支援を必要とする人々に「コンソーシアム」の活動がどのように役立つのかという質問や、国、地方公共団体、関係団体、民間団体等の現場の経験や提案を「コンソーシアム」の活動に反映する仕組みが必要との指摘もあり、今後の活動を考えるうえでたいへん有意義なシンポジウムであった。

これからの科学的根拠に基づく自殺予防総合対策推進コンソーシアム

その後、設置要綱が公表され、2013(平成25)年6月17日現在、58学術団体会員と5協力団体会員が加盟している。今後、上記シンポジウムを踏まえ、試行的活動として分科会などを通して「若年者の自殺予防に関する学術情報の取りまとめと提案」を行う予定である。

また、国内にとどまらず国際的な自殺予防・対策に積極的に寄与できるよう積極的に活動を推進していくため、7月24日にはWHOの専門家を迎えてのシンポジウム、メディアを交えてのカンファレンスを行った。

(藤森麻衣子・竹島正)

心的外傷後成長 ハンドブック

耐え難い体験が人の心にもたらすもの

Handbook of Posttraumatic Growth Research and Practice
Edited by Lawrence G. Calhoun · Richard G. Tedeschi

監訳 宅 香葉子
清水 研

人生で出会った奇跡を体験する人を成長させる

人生でその副産物として、人ほどどのように変わるのか？

その主眼は、心的外傷後成長の概念として、人的成長を促進する方向に導く。PTG: posttraumatic growth; トラウマ後の成長を指している。

心身の健康と幸福に寄与する。また、その結果として、人生の意味を再評価することができる。本書は、その

医学書院

第9章 死別と心的外傷後成長 (浅井英理子 訳) 257

- はじめに 258
- 感情制御 259
- 感情制御—生理学的な考察 260
- 遺族の体験 265
- レジリエンスと人間としての成長 267
- 人間としての成長は錯覚かもしれない 269
- 錯覚の力 271
- 反芻、精神的健康、そして人間としての成長 272
- 実証的研究 278
- 人間としての成長—感情に対する適応的な対処の結果 281
- 総合考察 281

第10章 戦争後の心的外傷後成長 (永峯光恵 訳) 288

- 事例1 290
- 事例2 292
- 序論 298
- ボスニア・ヘルツェゴヴィナにおける戦後の状況 298
- 仮説 299
- 方法 302
- 結果 304
- 考察 310
- 結論 311
- 謝辞 311

第11章 HIV/AIDSとともに生きる過程で生じるポジティブな変化 (増島麻里子 訳) 314

- HIV/AIDSの背景 314
- HIV/AIDSと心的外傷後成長 316

• まとめ 324

第12章 災害および非常事態にかかわる職務からの心的外傷後成長 (金 啓孝 訳) 328

- 心的外傷後成長の研究 331
- ポジティブな結果とネガティブな結果の共存 334
- 災害救援者の心的外傷後成長 335
- 外傷性ストレスのリスクマネジメント 337
- 外傷的な出来事に対処することで生じる成長 339
- 再統合化の過程のなかで成長に影響を与える要因 349
- 結論 356

第13章 ホロコーストからの生還—小児生存者の心的外傷後成長：そんなことが可能なのだろうか？ (藤森麻衣子 訳) 362

- ホロコーストの長期的影響 364
- 方法 370
- 結果 372
- 考察 372
- 結論 379

第14章 子どものレジリエンスと心的外傷後成長 (小澤英和 訳) 384

- 心的外傷後成長—PTGという構成概念の概要 385
- レジリエンスを軸として—心的外傷後成長のプロセス 386
- 子どもの心的外傷後成長プロセスについての探究—問題と可能性 387
- 結論—子どもにおける心的外傷後成長の仮説モデルについて 390
- 子どもの心的外傷後成長に関する研究—評価の方法 406
- 子どもの心的外傷後成長の研究—モデルの検討を行った研究からの初期報告 408
- 子どもの心的外傷後成長研究の今後の方向性 411
- 結論—子どもの心的外傷後成長の概念の臨床への応用 413

第 13 章

ホロコーストからの生還

小児生存者の心的外傷後成長
—そんなことが可能なのだろうか？

Rachel Lev-Wiesel and Marianne Amir

ナチスがハンガリーのユダヤ人に黄色いダビデ型の星のついた衣服を着用することを強制し、ユダヤ人の子どもが学校に行くことを禁止したとき、Abrahamは13歳だった。Abrahamの父親はロシア国境近くの強制労働収容所に連行されたため、彼は二度と父親に会うことはできなかった。Abrahamと弟の弟は家から最も近い町の闇市で商売をして家族の生活を支えていたが、この日生命の危険を伴うような仕事だった。1944年に、彼らはナチスによってほかのユダヤ人とともに1つの豚小屋に3人ずつ入れられ、アウシュビッツに移された。彼と弟には、火葬場で死体から衣類や靴を脱がして分類する仕事が開けられた。Abrahamは病気がちな弟を死体の間に隠して守った。「死体の匂いは、それ以来僕の鼻の奥に残っています…。その時の状況を何と言ったらよいのか。『ごみの中から生まれて、またごみの中に戻る？』けれど、実際、僕らはこの仕事を通じて生まれ変わる事ができたといえるでしょう」。

1945年に、ドイツ兵は収容者をアウシュビッツからベルゲン・ベルセーに移送する行進のために、ユダヤ人を集めた。この移動中、多くの収容者が命を失った。寒さ、空腹、過酷な肉体的労働はすでに衰弱していた収容者にとって耐えられないものであったため、多くの者が命を失った。ドイツ兵に撃たれた者の中にはいた。Abrahamは弟の後ろを歩き、あきらめないことを決意した。彼ら

らは生き残ることを決めたのです。そして、最後まで決して降伏しないことを誓いました。Abrahamは、「僕たちには自分自身を変える意志の力があるんだ」と誓って弟を助ました。彼らは「死の行進」を経てベルゲン・ベルセーに到着し、そこで数日間生き延びたあと、イギリス軍によって解放された。

Abrahamと弟は、家族が誰一人としてその戦争を生き延びることができなかったことを知った。その後、彼らはユダヤ人青年グループに加わり、不法にパレスチナに入国し、イスラエル独立戦争に参加した。イスラエルが建国されてから3年後、Abrahamは、家族全員を亡くしたホロコーストの女性生存者と結婚した。

Abrahamはこうして自分のことを話しているときに、たびたび突然泣き出し、話を詰まらせ、黙り込んだ。自らが経験したことの意味と結果にまで言い及んだとき、彼はこう言った。「僕は、ユダヤ人や自分自身にとって、イスラエルという国が重要であることを深く理解しています。イスラエルが自尊心や誇りを回復させてくれました。イスラエルのおかげで僕は人生を取り戻すことができたので、僕は、家族、子どもをもち、彼らを養い…人生を大切にすることを学びました。人生は壊れやすいものだと思います。ここに大切な人がいても、ある日突然いなくなってしまう…。彼たちは与えられた“時”に感謝しなければならぬのです。ほかの人と共有する素晴らしい時間においては特にそうすべきなのです。あらゆる瞬間が大切に価値あるものなのです。僕は自分を強い人間だと思っています。なぜなら、不眠や慢性疾患に悩まされながらも、活気を失うことなど、笑うことができるし、妻や子どもと一緒にいることを楽しんでいるからです。何かここまですべてやってこれました。人生には幸せなことが訪れることもあれば、反対に悲しくつらいことが迎えることもあるのです」。

ホロコーストの小児生存者は、50年以上も前の小児期早期において、長期間にわたる強いストレスに曝されたという意味で、心的外傷サバイバーのなかでも特別な体験をした集団といえる。そのようなおそろしい心的外傷の結果として得られたポジティブな側面を研究することは、ある意味不適切なこともかもしれない。一部の生存者はポジティブな結果が生じたと断言している(Frankl, 1959)。ホロコースト生存者は、戦災体験者や戦争捕虜と同じように、たとえ心的外傷による心の傷を消すことができないとしても、金銭的な障害には至らない。むしろ、比較的普通の人生を何とか送ろうとするが、心的外傷体験を象徴するもの（思い出させるもの）に曝されると、しばしば再発性あるいは慢性的な苦痛を想

起したり、夢を見たり、心理的・身体的に強い反応が出現したりして苦しむことが報告されている。

レジリエンスや適応力といったいくつかのポジティブな要因は、ホロコーストの小児生存者の適応を促進すると考えられる。本章においてわれわれは、ここ最近、強力な説明変数として明らかにしつつある心的外傷後成長(posttraumatic growth: PTG)の概念について考察していこうと思う。この目的のために、まずホロコーストの長期的な影響とPTGの概念に関する文献をレビューし、その上、ホロコースト生存者におけるPTGを調査した、われわれの研究¹(Lev-Wiesel & Amir, 2003)を紹介する。

☞ ホロコーストの長期的影響

ホロコーストに伴う心的外傷の影響に関して、これまでの研究は、主に2つの論点に注目して行われてきた。1つ目の研究グループは、小児期の長期にわたる心的外傷体験がホロコーストの小児生存者の凝集性や独立した自我を維持する能力に、どのようにネガティブな影響を及ぼすのかについて調査した。一方、2つ目の研究グループは、ホロコーストの小児生存者のレジリエンスに焦点を当て、彼らの多くが戦後に仕事で成功し、安定した結婚生活を送り、家族を育むことを示した(Krell, 1993)。これらの質的・量的研究から、生存者の個人的資源(潜在力、自我、ソーシャルサポート)のレベルがのちの心理的苦痛の程度に寄与することが示されている(Lev-Wiesel & Amir, 2001)。

「生存者症候群」の臨床的描写(Niederland, 1964)に引き継ぎ、集団強制収容所のホロコースト生存者について調査した研究者の多くは、成人した小児生存者の心的外傷後ストレス障害(PTSD)症状に焦点を当てている(Danieli, 1995; Krystal & Niederland, 1968; Yehuda, et al., 1995; Yehuda, Sartorius, Southwick, & Giller, 1994)。ナチスが支配していたエリアにおいて、強制収容所に収容されていた人々と、偽名で修道院、児童保護施設、キリスト教の施設に送られた人々、あるいは森や納屋に隠れて収容を逃れていた人々のどちらも、外傷的出来事を経験していたことは広く認識されている(Kestenberg & Brenner, 1986)。

¹この研究論文は2003年にJournal of Loss and Trauma, 8(4), 229-237頁に掲載された。

さらに長期的な出来事にさらされたときの被害者の年齢が、その長期的な結果に重要な影響を及ぼすことが明らかになってきている。たとえば、Keilson (1992)は、パーソナリティ特性とホロコーストの小児生存者が経験した極度の外傷的な出来事との関連を検討し、第二次世界大戦終戦時に14歳以下だった小児生存者は、その時点でそれ以上の年齢であった生存者と比べて、神経症状にひどく苦しんでいることを示している。また、第二次世界大戦中に「隠れて生活することで強制収容を免れた人」に比べて、強制収容所のホロコースト生存者においては、心的外傷体験時の年齢とストレスフルな出来事を多く経験することが、心因性鬱病、不安、精神的窮乏といった症状の出現とより関連していることが指摘されている(Yehuda, Schmeidler, Siever, Binder-Brynes, & Elkin, 1997)。

第二次世界大戦で生き残った子どもの数に関する正確な統計は存在しない。戦後、約5万人がイスラエルに移住したが、カナダ、アメリカ、ベルギー、フランスに居住した人々もいた(Tec, 1993)。ナチスのユダヤ人迫害と戦争によって、ユダヤ民族と離ればなれとなり、身体的・心理的苦痛、飢え、屈辱を経験し、残存者を自棄することとなった。大抵の小児生存者の記憶は、「両親から引き離され、孤児になり、見捨てられ、寒さを感じ、飢餓や暴力により長期間身体を動かすことができない状態だった」というようなつらい経験で満たされている(Kestenberg & Kestenberg, 1988; Krell, 1993; Lee, 1988; Moskovitz & Krell, 1990)。小児生存者に共通してみられるその他のつらい記憶としては、ともに生き残るようになった温かい里親家族から引き離されたものなどがある(Krell, 1998)。

PTSDの症状と小児生存者が用いた適応方略について検討した量的研究の多くは、小児生存者がいまだに生存者症候群の症状に苦しんでいることを示している(Breiner, 1996; Kestenberg & Brenner, 1986; Krell, 1993; Mazor & Mendelsohn, 1998; Moskovitz & Krell, 1990; Robinson, Rapsport-Bar-Sever, & Tauber, 1994; Tauber & Van-Der-Hal, 1997)。Kestenberg (1992, 1993)は、小児生存者は感情鈍麻、分裂、攻撃者との同一化といった心理的防衛を用い、しばしば恐怖、歪んだ自己像に苦しんでいると主張している。ほかの研究では、小児生存者に対する迫害の心理的影響として、自我の喪失や無価値観などを挙げている(Brenner, 1988; Bunk & Eggers, 1993; Rustow, 1989)。これらは、生存者としての生きているものである(Mazor & Mendelsohn, 1998)。Bunk (1990, 1991), Gampel (1992), Tec (1993)の研究から、小児生存者は、対処能

力やサポート資源、適応力が十分発達していなかったにもかかわらず、強いストレスに耐えなければならなかったこと、そして大人として機能することを強いられたことが示されている。これらの研究をきっかけに、ホロコーストのときに子どもであった生存者にやっと注意が向けられるようになっただけでなく、ホロコーストの残虐行為をどの発達段階で経験したかによって、長期的影響がそれぞれ異なってくるという問題にも目が向けられるようになった。

近年、筆者たち(Lev-Wiesel & Amir, 2000)は、ホロコーストが、小児生存者が経験した PTSD 症状の強さ、心理的苦痛、および QOL にどのような影響を与えたかについて検討した。その結果、カトリックの施設で匿われていた生存者、ほかのグループ(強制収容所に収容されていた生存者、協力者とともに隠れていた生存者、あるいは非ユダヤ人の里親家族とともに暮らしていた生存者)の間には、PTSD 症状の強さに差はないものの、ほかのグループと比べ、カトリックの施設で匿われていた生存者はこの症状にひどく苦しまずに済んでいたことが示された。また、協力者とともに、あるいは1人で森に隠れていた生存者は、ほかのグループよりも侵人性想起の得点が低く、潜在力と、自我同一性の複数の次元および身体的 QOL の得点が高かった。先行研究では、里親家族とともに暮らしていた生存者は、少なくともほかのグループと比べ、有意に心理的苦痛のレベルが高く、身体的 QOL のレベルは低いことが示されている。

心的外傷後成長の概念

近年、外傷的な出来事のあとに起こりうるポジティブな結果に関する研究が明らかになりつつある。PTG は、ポジティブな心理的な変化(Yalom & Lieberman, 1991)、利益の解釈(Calhoun & Tedeschi, 1999)、ストレスに関連した成長(Park, Cohen, & Murch, 1996)、希望(O'Leary, Aiday, & Ickovics, 1998)、レジリエンス(Sigal, 1998)と関連する概念である。これらの概念は、人々が心的外傷から立ち直るだけでなく、さらなる発達、成長を遂げる過程および結果と考えられている。Tedeschi, Park, Calhoun (1998) は PTG を、認知的・情動的エンパワーメントに極度に搾り取られる外傷的な出来事への対処を行うための認知過程から垣間見られるものとして考察している。Janoff-Bulman (1992) によると、外傷的な出来事によってこれまで前提とされていた世界観を没し、またそれを再構築することに努力を要する。外傷的な出来事は個々の世界観に深刻な混乱を引き起こす。

こすため、その世界観は喪失や悲劇が生じたことにより、役に立たないものになるかもしれない(Calhoun & Tedeschi, 1999)。心的外傷体験には、要する人の死や対処能力の喪失、人生の捉え方の根本的な変化が伴う。そのような喪失に直面した人々のなかには、今後起こりうる心的外傷に対する心構えや適切な対処を可能にする、新たな心理的な構構概念の構築を行う者もいる(Taylor & Brown, 1988)。成長とは苦痛を伴う体験から生じうるものであるが、PTG は最悪な外傷的な状況の影響下においてさえ生じることが確認して報告されており、しばしば PTSD のアンチテーゼとしてみなされている(Greenberg, 1995)。

多くの研究が、忠実、努力、勇気の死といった心的外傷、あるいはストレスフルな人生の出来事が、認知的、情動的、身体的にネガティブな影響を子どもに及ぼすことを示している(Armstrong & Holaday, 1993; Berlinisky & Biller, 1982; Royster & McKenzie, 1994)。それにもかかわらず、子どものなかには、戦争や飢餓、家族の精神疾患のような大きなストレスに対してレジリエンスを示す者もいるし(Feisman & Vaillant, 1987; Werner & Smith, 1992)。場合によっては、18歳より発展的に成長を遂げる者もいる(Anthony, 1987)。先行研究から、知性、豊かな気質、対処スタイル、他者との関係性の質(少なくとも支えとなる大人が1人以上いること)といった防御因子が、レジリエンスに寄与することが報告されている。ここでいうレジリエンスとは、外傷的な出来事から回復する能力として定義されている(Rutter, 1993; Werner & Smith, 1992)。レジリエントな子どもは、脆弱な子どもと比べると、その後の人生において生じる問題から自分自身を守ることができるという特徴を有している(Vaillant, 1993; Wolin & Wolin, 1993)。加えて、子どものなかには、不安や抑うつ症状に苦しみつつも、社会的関係性や統制感といった能力を発展させる者がいるようである(Cowen, Work, & Parker, 1990)。Aldwin と Brustrom (1997) は、ストレスフルな出来事を経験したことでもたらされる結果のなかには、対処スキルの向上、自己効力感の向上、ものの見方の変化などがあり、小児期のレジリエンスの予測因子は長期的成長にも寄与すると主張している。

心的外傷への対処と、個人的および社会的資源

多くの研究によると、個人的資源や社会的資源は、ストレスフルな人生の出来事への対処に役立つものである(Ben-Sira, 1991; Folkman & Lazarus, 1984)。

適切な個人的資源があると、人はストレスがかかったとしても心理的なホメオスタシスを維持したり、それを再獲得したりできるようになる。一方で、これが欠如していると、ストレスや心身の衰弱が生じ、疾患への対応を困難にしたり、脆弱にしたりする(Folkman & Lazarus, 1984)。自尊心、自己効力感、ソーシャルサポートのような個人的資源が、心的外傷後のよい適応の予測因子になることを先行研究は示している(Gulliver et al., 1995)。個人的資源は2つの種類に分けられる。1つは、潜在力(Ben-Sira, 1993)、ハーディネス(Kobasa, 1979)、首尾一貫感覚(Antonovsky, 1979)のような個人がもつ力や特性などの性格的な資源であり、もう1つはソーシャルサポートのような社会的資源である。

多くの研究が、性格的な資源にはストレス緩衝効果があることを示している(Ben-Sira, 1985, 1991; Leftcourt, et al., 1981; Wheaton, 1985)。ほかにも、ストレスの強さにかかわらず、性格的な資源は心理的ウェルビーイングとそれなりの強さの相関を示すことが報告されている(Holahan & Moos, 1986; Kobasa, Maddi, & Kahn, 1982; Nelson & Cohen, 1983)。特に幼少期の虐待経験に関するウェルビーイング研究においては、個人的資源のなかでも、潜在力とよばれるものが有用であることが示唆されている。というのも、ほかの資源がその有効性を失ってしまうような状況においても、潜在力は情動のホメオスタシスを維持し続けるからである。それは、対処が失敗したあとに活性化されるものである。潜在力は、自分自身の能力により困難に耐えることができるという自信であり、基本的に意味のある秩序や、公正な報酬の分配などで特徴づけられるような社会的環境に対する信頼やそれへの関与であると定義される(Ben-Sira, 1991)。社会一般、あるいは身体障害者における実証的研究から、潜在力にはストレスや適応を促進する能力があることが示唆されている(Ben-Sira, 1985; Lev-Watn, 1999; Lev-Wiesel & Shamai, 1998)。

社会的資源に関して、ソーシャルサポートには外傷性ストレスへの曝露がもたらす悪影響に対する緩衝効果があることが明らかにされている(Ren, Shimo, Lee, & Kazis, 1999; Wolff & Ratner, 1999)。さらに、種々のソーシャルサポートは健康のさまざまな側面に有益な効果をもたらす。たとえば、Ren (1999)は、ソーシャルサポートは戦争とは直接関係のない心的外傷性ストレスによって生じる有害な影響を和らげる一方で、戦争での外的な出来事によって生じる有害な結果は、生活環境の影響を受けることを示している。ほかにも、戦争中および戦後に受けたソーシャルサポートは、長期的にネガティブな影響を

することや(Paardekooper, de-Jong, & Hermanns, 1999; Solomon, Nerlich, van Ram, 1998)、首尾一貫した感覚を強化することが示されている(Wolff & Ratner, 1999)。

Orenstein (1999)は、ホロコースト生存者の現在の対処スタイル[すなわち、盛行に類似する楽観主義、抑圧対非強に類似する写像(マッピング)対学習性無力感]について調べ、これらの対処スタイルと、戦争中の迫害の苛酷さ、年齢、ソーシャルサポートなどの変数との関連を検討した。その結果、家族とともに生きることができた子どもは、このようなソーシャルサポートがなかった子どもと比べて、より楽観的な認知的スタイルをもつこと(ネガティブな出来事が起きた際、それを説明するための方法として楽観的な説明スタイルが習慣的に使われること)が明らかとなった。

心的外傷後成長とホロコーストの生存者

ホロコースト生存者を対象としたPTGの概念については、いまだ広範には検討されていない。なぜなら、ホロコーストの虐殺行為により人間としての成長が果たさず、生存者の気分を害するような考えとしてとらえられる可能性があるからである。しかし、Sigal (1998)は、成人となったホロコーストの小児 survivor のレジリエンスについて、確固としたエビデンスがあることを報告している。二人の小児生存者が第二次世界大戦後にロンドンの安全な治療施設に飛行機で運ばれたが、Moskovitz (1983)はその40年後にインタビューを行い、彼らの人生を肯定し、困難な出来事に頑強に耐える力を身につけていたことを報告している(p199)。また、彼らの成人後の人生は、社会的関与、信仰への関与、安定した家庭生活に対する強い欲望によって特徴づけられる。Moskovitz (1983)は、二人の小児生存者は「忍耐力、レジリエンス、特異な適応能力」によって特徴づけられている(p20)。Luchterhand (1967)は、ホロコーストの小児 survivor は、自己主張性を有しており、大人からみて感じがよく、好感がもてる傾向があると述べている。ほかにも、強制収容所にいたホロコーストの小児 survivor は、逆境に対処する能力があるというエビデンスが報告されている(Sigal & Winkfeld, 1985; Rutter, 1993)。先行研究に反して、Keilson (1992)は、ホロコーストのユダヤ人小児被害者を対象とした、オランダでの大規模な質問紙フォロアップ調査で、ホロコースト後の環境がホロコースト前の生活よりも大人に

なつてからの適応をより予測することを示した。Sigal (1998) は、ホロコースト前の意欲型と戦後のケアのどちらも、小児生存者間のレジリエンスの差を説明するのに十分ではないと結論づけた。

ホロコーストの小児生存者の外傷後症状、個人的資源、心的外傷後成長

われわれは、ホロコーストの小児生存者の外傷後症状、知覚された社会的および個人的資源、PTGの間の関連について検討した(Lev-Wiesel & Amir, 2003)。さらに本研究では、個人的、社会的資源に影響を受けるもの、ホロコーストの小児生存者においてはPTSDとPTGが同時に存在するという仮説についても検討した。

方法

参加者 1930年以降に出生した(戦争開始時に33%が5歳未満、67%が10歳未満だった)ホロコーストの小児生存者97人(男性48%、平均年齢67.90(SD=4.65)歳)。臨床の介入対象でない者が、イスラエルでスノーボール・サンプリング法(訳者注: 研究者が次の被験者を紹介する方法)を用いてリクルートされた。データが集積されたとき、71%が婚姻状態にあった。また、71%は高校以上の学歴を有していた。

評価法 参加者は、人口統計学的変数、PTSD尺度、知覚されたソーシャルサポート尺度、潜在力尺度、外傷後成長尺度(Posttraumatic Growth Inventory; PTGI)を含む自己記入式質問紙への回答を求められた。

PTSD尺度(PTSD-Scale) 17項目からなるPTSD尺度が本研究で使用された。本尺度は、Horowitz, Wilner, Kaltreider, Alvarez (1980)の箇条書き尺度を改変したものであり、イスラエルで広く使用されている(たとえば, Amir & Sol, 1999)。PTSD尺度はDSM-III-RのPTSDの診断基準(American Psychiatric Association, 1987)に基づいている。本尺度は3つの主要症状群(すなわち、想起、回避、過覚醒)の重症度が測定できる。Solomon, Neria, Ram (1999) ならぬ、外傷後症状の17項目の平均値を分析に用いた。本研究において、クロン

バックの α 係数は.89であった。PTSD尺度を実施するにあたり、生存者は(たとえ、彼らがほかの外傷的な人生の出来事を経験していたとしても)、ホロコーストの経験に関することを回答するように求められた。

知覚されたソーシャルサポート尺度(Perceived Social Support Scale; PSS) Procidano & Heller (1983)によって開発され、異なる2つの因子、家族からのソーシャルサポート(PSS-Fa)と友人からのソーシャルサポート(PSS-Fr)からなる。尺度全体は、ソーシャルサポートに関する40の項目(各因子20項目)から構成されている。そのなかには道具的サポート、情緒的サポート、認知的サポート、協力者の存在が含まれている。被験者は、「はい」「いいえ」「わからない」の3つの選択肢から回答を選択する。PSSでは内的整合性、構成概念妥当性が確認されており、本尺度は、ヘブライ語版(たとえば、Lev-Wiesel, 1999)で広く用いられている。信頼性は、友人からのソーシャルサポートは $\alpha = .84$ 、家族からのソーシャルサポートは $\alpha = .86$ であった。

潜在力尺度(Potency Questionnaire) 潜在力は、自分自身のなかにもっている自己効力感と統制感、社会的関与(疎外の対語として)、および社会を重要で秩序のある存在として知覚する能力(アノミー(社会的規範・価値観の崩壊による社会的不安定)の対語として)と定義される。この潜在力尺度は、Ben-Sira (1985)によって開発され、自己効力感(3項目)、統制感(6項目)、社会的関与(5項目)、目的意識・秩序(5項目)の合計19項目からなる。これらの項目は質問形式で目録、肯定文の形で示されており、回答者は各項目にどれくらい同意するのかわかる形で評価するよう指示される。イスラエルにおけるさまざまな集団を対象とした多くの研究で、本尺度の信頼性と妥当性が確認されており(Ben-Sira, 1985; Lev, 1996)、クロンバックの α 係数は.81であった。

PTGIは、Tedeschi & Calhoun (1996)によって開発された尺度であり、人生の脅威的ななかで生じるポジティブな変化の程度を測定する21の項目から構成されている。この尺度は、心的外傷の苦しみから生じるポジティブな変化である人間としての強さ、他者との関係、精神的(スピリチュアルな)変容、人生の目的、新たな可能性の5因子を評価するものである。この尺度において、信頼性の構成概念妥当性、内的整合性(.90)が確認されており、2か月以上の間隔について測定された試験-再試験信頼度は.71であった。また、信頼性を示すクロンバックの α 係数は.94であった。

る、PTSD症状の1つである感覚が、小児生存者によって外傷化されたと言っている(Haney & Kozłowska, 2002)。Bandura(1982)の自己効力感の概念と同様に、おそらくこの不安は“何か”に変化するのかもしれない。その“何か”とはマスタリーや有能感、あるいは成長感を高めるようなものである。しかしながら、長期的な過覚醒には負の影響があるかもしれない。Yehuda, McFarlane, Shalev(1998)は、外傷的な出来事直後の心拍数の上昇とコルチゾールレベルの低下は、のちのPTSD症状の出現と関連する可能性があることを示している。これらの徴候は過覚醒状態と何らかの喚起点を有し、不適応的な心理状態を引き起こすかもしれない。今後の研究ではこの点を明らかにする必要があるだろう。

ストレスに対して回避的対応を用いることはしばしば抑うつを予測するが、この避を示唆するエビデンスもまた存在すること(Feldman, 2002; Feisten, 2004)そしては入性思想も抑うつと関連すること(Courbasson, Endler, & Kocovick, 2002)が示されている。しかしながら、過覚醒には抑うつと直接関連のない項目(たとえば、怒りの発現や過剰な警戒)が含まれる。それゆえ、主な症状として過覚醒を訴えるPTSDを有する人は、抑うつを含まないPTGの状態を呈示するかもしれない、という推測ができる。

また、ソーシャルサポートが新たな可能性の高さに寄与することが示唆されている。この結果は、ソーシャルサポートが心的外傷のネガティブな影響を知覚することを示す過去のエビデンス(Ren et al., 1999)と一致している。ソーシャルサポートを十分に受けられる小児生存者ほど、より高いレベルのPTGを遂げることが出来るだろう。しかしながら、ソーシャルサポートとPTGの関係は、相互に影響を及ぼす二方向性の関係なのかもしれない。PTGのレベルが高い小児生存者がサポートを提供することはより容易なことであるし、さらに、ソーシャルサポートを得る能力が、PTGに寄与する可能性がある。実際、先行研究において心的外傷を経験し、レジリエントな大人になる子どもは、しばしば人間としての優しさ、共感、知的技能、希望、自信を示すことが示唆されている(Grotberg, 1993)。Grotberg(1995)は、情緒的サポート、影響力のある模範となる人々が存在すれば、多くの子どもはレジリエントな大人になると述べている。

Miriamは、家族とともに故郷のスロバキアからアウシュビッツに強制移されたとき、11歳だった。3人兄弟姉妹の末っ子で、家族のなかでも一番可愛がられていた彼女は、どこへ連れていかれるのかわかっていなかった。彼女が口を詰まるほど込み合った状態の電車の中で、父兄に抱かれて守られながら、

いたことを思い出した。彼女は、父親がどれほど愛情を注いでくれていたのかや、父親に何か起きようとも生き延び続けなければならないと伝えられたことを思い出した。両親と兄弟姉妹は、彼女がビルケナウ強制収容所(アウシュビッツから強制収容所)に移送されている間に、ガス室に送られた。Miriamは、収容所で何人かの年上の少女たちが自分を妹として受け入れてくれたことに対し、「彼女たちは私の命を救ってくれました。彼女たちの助けと愛がなければ私は生き死ねなかったでしょう」と述べている。戦後、彼女は青年組織の一員となり、のちにイスラエルに不法に入国した。そこで、彼女は兵役を卒業し、ホロコースト生存者と結婚した。彼女はホロコーストのときに世話をしてくれた友人たちとも頻りに連絡をとり合っており、彼女たちを自分の家族だと思っている。たとえば、ホロコーストにより亡くなった方々の追悼記念日前などでは、落し込んだり、黙れなったり、あるいは不安になったりしますが、そんなときは彼女たちに電話するのです。私にとって彼女たちは、姉妹以上、もっというと母親以上の存在なのです」と、語っている。

本研究には、いくつかの側面で限界があった。第1に、ほかの心的外傷体験の小児からなる統制群がなかった。第2に、先行研究(Lev-Wiesel & Amir, 2000)から得られた、心的外傷体験によって生存者の心理的苦痛のレベルはそれと異なるという知見に基づいて考えると、われわれはそれぞれの生存者の体験がホロコーストに関連するものとして一括ひとからげに扱ってしまったため、ホロコーストの影響について詳細に分析・検討することができなかった。また、このグループが臨床の対象となるホロコースト生存者、あるいはその他のホロコースト生存者どう異なるかは不明である。ホロコースト生存者と学生との間接PTG得点を比較した研究(Calhoun et al., 2000)によると、ホロコースト生存者の場合は、学生の成長よりかなり低いものであり、それは年齢の違いによって説明されるよりもっと大きな差であることが示唆されている。それでもなお、本研究ではホロコーストの小児生存者には、PTSD、特に過覚醒とPTGが共存していることが示されている。PTGの概念について考察するうえでこの結果は興味深い。

ここでは入れられている考え方として、外傷的な出来事の影響により何事もネガティブな方向に変化し、以前と同じものは一つもなくなるというものがある。ホロコーストの小児生存者のこのような変化のネガティブな面には、悲嘆、外傷的喪失、感情の分裂、精神的荒廃が含まれる(Kestenberg & Brenner, 1986;

Kreil, 1993; Moskovitz & Kreil, 1990; Tauber & Van-Der-Hal, 1997)。しかしながら、軍人のナラティブや臨床試験を含む、成長に関する基礎的な研究から、外傷的な出来事が、ポジティブな変化やネガティブではない変化をもたらすということが示唆されている。その変化には、意味の再構築や、自信・信頼の回復、希望の再生、他者との関係の改善、「倒としての自己」と「関係のなかにある自己」の再定義、運命感の強まりなどが含まれる(Grossman & Moore, 1995; Harvey, 1996; Tedeschi & Calhoun, 1996; Saakvitne, Tennen, Affleck, 1998; Tedeschi et al. 1998)。われわれは、ホロコーストの小児生存者では、活力、幸福、人生に対する満足感と心理的苦痛の症状が共存することを実証してきたが、このことを Tauber と Van-Der-Hal (1997) の複合的な性格の概念を用いて説明したいと思う。

虐待の小児被害者は、通常、情動世界のある領域のなかに自己を閉じ込め、夢想や幻想の世界に逃れることによって困難な状況を回避するという対処方略を用いると考えられている(Zomer & Zomer, 1997)。しかし、Tauber と Van-Der-Hal は、ホロコーストの小児生存者には臨床でみられるこのような解離のメカニズムがみられなかったと述べている(Cloitre, Scarvalone, & Difede, 1997)。Tauber と Van-Der-Hal は、ホロコーストの小児生存者は、2つの道のどちらかをたどり大人へと成長すると主張している。1つ目の道をたどると、ホロコーストの小児生存者は、心に傷を負ったまま大人へと成長する。このような形になった生存者は、憎悪や恐怖といった心理的苦痛に継続的に直面し、気晴らしに用いた生き残るための行動(たとえば、食べ物を隠したり、とっておいたりといった行動)をとり続けたり、誰かと深い関係になることを避けたり、イデオロギアがあれば逃げる準備を常にしていたりする。彼らはすでに亡くなった愛する人々を強く思い、しばしばその人のもとに早くいきたいと願う。

2つ目の道をたどると、ホロコーストの小児生存者は、健康的で成熟した大人へと成長し、普通の人生を送り、自分自身と家族のためにお金やエネルギーを使い、他者と満ちやかな関係を築き、人生に感謝するようになる。われわれは、年をとったホロコーストの小児生存者との臨床のなかで、この複合的な性格の概念に関するエビデンスを見出した。われわれは、生存者に2枚の絵(自己と他人)を描くように頼んだ。その教示は、「ホロコーストのときのあなたを描いてください」と「あなた自身を描いてください」であった。前者の教示に関して、何人かの生存者は、ホロコーストのときに自らが子どもあるいは青年であったという事実に驚



図 13-1 Miriam のホロコーストのときの自画像

明に、大人のホロコースト生存者として自分自身を描いた(図 13-1)。後者の絵に関しては、生存者は、ホロコーストの心的外傷を象徴するような絵は一切描かず、老人となった自分自身を描いた(図 13-2)。

われわれはさらに考えを発展させ、PTGとは、生まれ変わり、おそらく心的苦痛が軽減しなければ選んでいたであろう普通の人生を再開させるために人間的に備わった能力であると考えている。われわれは、レジリエンス、すなわちストレスフルな出来事による試練を乗り越える能力を促進する動的な性質(Abraham & Coastworth, 1998)とは異なり、PTGとは、外傷的な出来事の前、出来事の中で、そして出来事のアとの深い知識や経験に基づき、人生をより豊かに生き直したものにする能力であると考えている。

図 13-2、残酷なまでに切断された樹幹に生育する枝とそこから芽吹いた新たな葉とをえられるかもしれない。この木は、同じ形状に戻ることはなく、同じ木になることは決してないだろう。しかし、状況が変わったからといって、その強さが減じたとか生命力が失われたとか強さが衰えたということにはならないだろう。この木の形状は変わってしまったかもしれない(すなわち、太陽

ように末期がんの人々に応え、対応するかに関する研究の基盤となったことも高く評価されている。Marianne はがんに対処する自らの姿を記録に残し、それが同僚の教員によって教材として使用されることを望んでいた。

文献

- Aldwin, C. M., & Brustrom, J. (1997). Theories of coping with chronic stress: Illustrations from the health psychology and aging literatures. In B. Gotlib (Ed.), *Coping with chronic stress* (pp. 75-103). New York: Plenum.
- American Psychiatric Association, (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders* (4th ed., rev.). Washington DC: Author.
- Amir, M., & Lev-Wiesel, R. (2001). Secondary traumatic stress, psychological distress, sharing of traumatic reminiscences and marital quality among spouses of Holocaust child survivors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27(4), 297-308.
- Amir, M., & Sol, O. (1999). Psychological impact and prevalence of traumatic events in a student sample in Israel: The effect of multiple traumatic events and physical injury. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 119-124.
- Anthony, E. J. (1987). Risk, vulnerability and resilience: An overview. In E. J. Anthony & B. J. Cohler (Eds.), *The Invulnerable Child* (pp. 3-48). New York: Guilford.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Armstrong, M. W., & Holaday, M. (1993). The effects of psychological trauma on children and adolescents. *Journal of Counseling & Development*, 72, 49-56.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Ben-Sira, Z. (1985). Potency: A stress buffering link in the coping stress disease relationship. *Social Science and Medicine*, 21, 397-406.
- Ben-Sira, Z. (1991). *Regression, stress and readjustment aging: A structured, bio-psychosocial perspective on coping and professional support*. New York: Praeger.
- Ben-Sira, Z. (1998). *Zionism at the close of the twentieth century*. Lewiston: The Edwin Mellen Press.
- Berlinsky, E. B., & Biller, H. B. (1982). *Parental death and psychological development*. Lexington, MA: D. C. Heath.
- Bremer, S. J. (1996). Children in and outside the concentration camp. *Journal of Psychohistory*, 21, 411-426.
- Brenner, J. (1988). Multisensory bridges in response to object loss during the Holocaust. *Psychoanalytic Review*, 75, 573-587.
- Bunk, D., & Eggers, C. (1993). Importance of psychodynamic reference factors in psychopathogenesis in victims persecuted by the Nazi regime in childhood. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 61, 38-45.
- Caihoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Caihoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 521-527.
- Cloitre, M., Scarvalone, P., & Difede, J. (1997). Posttraumatic stress disorder, self- and interpersonal dysfunction among sexually re-traumatized women. *Journal of Traumatic Stress*, 10(3), 457-451.
- Courbasson, C. M. A., Endler, N. S., & Kocovski, N. L. (2002). Coping and psychological distress in men with substance use disorders. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 11, 11-14.
- Cowen, E. L., Wyman, P. A., Work, W. C., & Parker, G. R. (1990). The Rochester Child Resilience Project: Overview and summary of first year findings. *Development and Psychopathology*, 2, 193-212.
- Danieli, Y. (1985). The treatment and prevention of long-term effects and intergenerational transmission of victimization: A lesson from Holocaust survivors and their children. In C. F. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder* (pp. 295-313). New York: Brunner/Mazel.
- Feldman, R. N. (2002). The influence of relational factors on men's adjustment to their partners' newly diagnosed breast cancer. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 42(1), 2570.
- Feldman, R. N., & Valfiani, G. E. (1987). Resilient children as adults: A forty year study. In E. G. Anthony, & B. J. Cohler (Eds.), *The Invulnerable Child*. New York: Guilford.
- Felsten, G. (2002). Minor stressors and depressed mood: Reactivity is more strongly correlated than total stress. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 18, 75-81.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer-Verlag.
- Frankl, V. (1959). *Man's search for meaning*. New York: Washington Square Press.
- Ganley, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56(7), 127-136.
- Greenberg, M. A. (1995). Cognitive processing of traumas: The role of intrusive thoughts and reappraisals. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1262-1296.
- Grossman, E. K., & Moore, R. P. (1995). Cognitive processing of traumas: The role of intrusive thoughts and reappraisals. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1262-1296.
- Groshen, E. H. (1995). *The international resilience project: Research, application and policy*. Paper presented at Symposium International Stress and Violence. Lisbon, Portugal, September 27-30.
- Grueter, S. B., Hughes, J. R., Solomon, L. J., & Dey, A. N. (1995). *Addiction*, 90(6), 767-772.
- Haney, L., & Kozłowska, K. (2002). Healing traumatized children: Creating illustrated storybooks in family therapy. *Family Process*, 41(1), 37-65.
- Harey, M. (1996). An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 3-23.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1986). Personality, coping and family resources in stress resistance: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 389-395.
- Honowitz, M., Wilner, N., & Kalmreider, M. (1980). Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 37, 85-92.
- Jacobson, S. A., & Plutchik, R. (1994). *Stress, coping and suicide risk in psychiatric inpatients*. *Suicide Life Threat*, 24, 48-57.
- Jellison, H. (1992). *Sequential traumatization in children*. Jerusalem: Magnes Press.
- Jellison, H. (1992). *Children under the Nazi yoke*. *British Journal of Psychotherapy*, 8, 374-390.
- Jellison, H. (1993). Child victims of persecution and after-effects in later life. *Psyche: Zeitschrift fuer Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 47, 730-742.
- Jellison, H. S., & Brenner, I. (1986). Children who survived the Holocaust: The role of routines in the development of the superego. *International Journal of Psychoanalysis*, 67, 309-316.
- Jellison, H. S., & Kestenberg, J. S. (1988). The sense of belonging and altruism in children who survived the Holocaust. *Psychoanalytic Review*, 75, 553-560.
- Jellison, H. S. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-12.
- Jellison, H. S., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.
- Jellison, H. S. (1993). Child survivors of the Holocaust: strategies of adaptation. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 181-189.
- Jellison, H. S. (1988). Holocaust survivors and internal strengths. *Journal of Humanistic Psychology*, 28, 67-96.
- Jellison, H. S., Miller, R., Ware, E. E., & Sherk, D. (1981). Locus of control as a modifier of the relationship between stressors and moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 457-469.
- Jellison, H. S. (1996). *Unsettling, forced relocation and community role in coping with stress*. Ph.D. dissertation, The Hebrew University, Jerusalem (Hebrew).
- Jellison, H. S. (1999). *Feelings of adult survivors of child abuse feelings toward their offender-parents*. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 16(4), 291-304.
- Jellison, H. S., & Amir, M. (2000). Posttraumatic Stress Disorder symptoms, psychological distress, personal resources and quality of life in four groups of Holocaust child survivors. *Journal of Loss and Trauma*, 8(4), 229-237.
- Jellison, H. S., & Amir, M. (2001). Secondary traumatic stress, psychological distress, sharing of traumatic reminiscences and marital quality among spouses of Holocaust child survivors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27(4), 297-308.

BMJ Open Relationship between individual characteristics, neighbourhood contexts and help-seeking intentions for mental illness

Machi Suka,¹ Takashi Yamauchi,² Hiroki Sugimori³

To cite: Suka M, Yamauchi T, Sugimori H. Relationship between individual characteristics, neighbourhood contexts and help-seeking intentions for mental illness. *BMJ Open* 2015;5:e008261. doi:10.1136/bmjopen-2015-008261

► Prepublication history for this paper is available online. To view these files please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008261>).

Received 21 March 2015
Revised 9 June 2015
Accepted 19 July 2015



CrossMark

¹Department of Public Health and Environmental Medicine, The Jikei University School of Medicine, Tokyo, Japan

²Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Tokyo, Japan

³Department of Preventive Medicine, Graduate School of Sports and Health Science, Daito Bunka University, Saitama, Japan

Correspondence to
Dr Machi Suka;
suka@jikei.ac.jp

ABSTRACT

Objective: Encouraging help-seeking for mental illness is essential for prevention of suicide. This study examined the relationship between individual characteristics, neighbourhood contexts and help-seeking intentions for mental illness for the purpose of elucidating the role of neighbourhood in the help-seeking process.

Design, setting and participants: A cross-sectional web-based survey was conducted among Japanese adults aged 20–59 years in June 2014. Eligible respondents who did not have a serious health condition were included in this study (n=3308).

Main outcome measures: Participants were asked how likely they would be to seek help from someone close to them (informal help) and medical professionals (formal help), respectively, if they were suffering from serious mental illness. Path analysis with structural equation modelling was performed to represent plausible connections between individual characteristics, neighbourhood contexts, and informal and formal help-seeking intentions.

Results: The acceptable fitting model indicated that those who had a tendency to consult about everyday affairs were significantly more likely to express an informal help-seeking intention that was directly associated with a formal help-seeking intention. Those living in a communicative neighbourhood, where neighbours say hello whenever they pass each other, were significantly more likely to express informal and formal help-seeking intentions. Those living in a supportive neighbourhood, where neighbours work together to solve neighbourhood problems, were significantly more likely to express an informal help-seeking intention. Adequate health literacy was directly associated with informal and formal help-seeking intentions, along with having an indirect effect on the formal help-seeking intention through developed positive perception of professional help.

Conclusions: The results of this study bear out the hypothesis that neighbourhood context contributes to help-seeking intentions for mental illness. Living in a neighbourhood with a communicative atmosphere and having adequate health literacy were acknowledged as possible facilitating factors for informal and formal help-seeking for mental illness.

Strengths and limitations of this study

- Previous studies have revealed the individual factors that may inhibit or facilitate help-seeking for mental illness, but less is known about neighbourhood factors. This study represents the first attempt to elucidate multifactorial mechanisms for help-seeking using structural equation modelling.
- Our final structural equation model illustrated the pathways linking individual and neighbourhood factors to informal and formal help-seeking intentions, and bore out the hypothesis that neighbourhood context contributes to help-seeking intentions for mental illness.
- The study design is cross-sectional and self-reported; so we cannot reject the possibility of reverse causation or common method bias. The study participants seem not to be representative of the general population. Further studies are needed to confirm the findings and refine the model. Moreover, the relationship between help-seeking intentions and actual help-seeking should be investigated in future.

INTRODUCTION

The WHO published its first report on suicide prevention in 2014.¹ According to the report, more than 800 000 people die by suicide every year. While the reasons that people commit suicide vary widely, almost all suicide victims have signs or symptoms of mental illness at the time of their death. Unfortunately, people do not always seek help when they suffer mental illness or have suicidal thoughts.^{2 3} Encouraging help-seeking for mental illness is essential for prevention of suicide.

A socioecological perspective acknowledges that health behaviour is influenced by the social environment.⁴ While the proximal cause of health behaviour lies within the individual rather than in the social environment, changes in the social environment will

produce changes in individuals. Similarly to other health behaviours, help-seeking for mental illness is considered to be determined through the interaction between individuals and their environment.^{2 3 5} Traditionally, public health strategies for encouraging help-seeking have focused on modifying individual factors such as knowledge and skills. Once the factors in the social environment that can affect help-seeking are identified, the focus of strategy will broaden to include the environmental factors.

The social environment is a broad multidimensional concept that includes the groups to which we belong, the neighbourhoods in which we live and the policies we create to order our lives.⁶ Neighbourhood is the next smallest social unit after family, in which face-to-face interactions occur among members. Previous studies have revealed that neighbourhood context, or more specifically neighbourhood social capital, is associated with health behaviours such as smoking, drinking, diet and physical activity.⁷ The impact of neighbourhood context on health behaviour may be worth considering when developing public health strategies for encouraging help-seeking. Unfortunately, to the best of our knowledge, there have been no studies examining to what extent neighbourhood context contributes to help-seeking and what factors are responsible for the neighbourhood effect. Little is known about the role of the neighbourhood in the help-seeking process.

The aim of this study was to determine the relationship between individual characteristics, neighbourhood contexts and help-seeking intentions for mental illness. On the basis of a review of the literature, we created a hypothesis model linking individual and neighbourhood factors, to informal and formal help-seeking intentions, to represent plausible multifactorial mechanisms for help-seeking (figure 1). Compared to previous studies, this study examined a wider variety of factors that may affect help-seeking decision-making. Path analysis with structural equation modelling was performed to test the hypothesis model and to elucidate the role of neighbourhood in the help-seeking process. We believe the findings of this study will provide a new direction for

public health strategies for encouraging help-seeking or suicide prevention policies.

METHODS

Participants

A cross-sectional web-based survey was conducted in June 2014 among Japanese adults aged 20–59 years who lived in four prefectures, Chiba, Niigata, Nagano and Fukuoka, in Japan. Medical professionals and students were excluded from recruitment because their attitudes to help-seeking are seen as different from those of the larger population.

An online research company (INTAGE, Inc, Tokyo, Japan) was contracted to create web questionnaire forms and to collect anonymous responses (n=3200). The company has a nationwide research panel of 1.2 million registrants. At the time of the survey, those registrants aged 20–59 years who lived in the four prefectures and were not medical professionals or students, totalled 46 258 (20 071 males and 26 187 females). Recruitment emails were sent to 8721 eligible registrants who were randomly selected from each age/gender/prefecture stratum. Applicants for participation in the survey were accepted in the order of receipt until the number of participants reached the quotas (100 people for each age/gender/prefecture stratum). All participants voluntarily agreed to complete the survey. A total of 3365 responses were obtained over 8 days of recruitment. Of these, 6 participants reported having serious health conditions and 51 participants provided incomplete or inconsistent answers to questions. The remaining 3308 participants were finally included in the study.

Table 1 shows the characteristics of the study participants. According to the 2010 national census,⁸ the percentage of the Japanese population aged 20–59 years with university degrees was 21.9%, considerably lower than that of this study (40.4%), whereas the percentages of married and employed population were 58.2% and 72.7%, respectively, almost equal to those of this study (59.3% and 76.7%, respectively).

Measures

The questionnaire asked about help-seeking intentions for mental illness, medical condition, exposure to mental illness, health literacy, belief about professional help, social network, attitudes to everyday affairs and neighbourhood context. The components of the questionnaire relevant to this study are detailed below.

Help-seeking intentions for mental illness

In the absence of a gold standard, the most commonly used methodology was used for measuring help-seeking intentions in this study.⁹ Participants were asked to rate how likely they would be to seek help from: (1) someone close to them, such as family, relatives, friends and colleagues (informal sources) and (2) medical professionals (formal sources), respectively, if they were

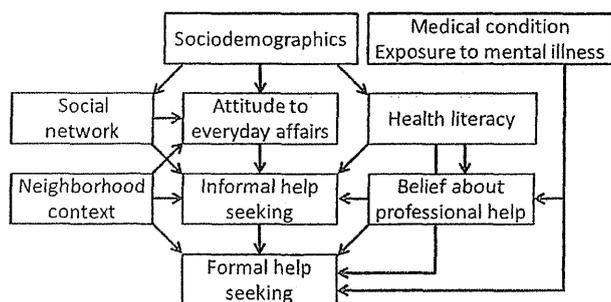


Figure 1 Relationship between individual and neighbourhood factors and help-seeking intentions for mental illness (hypothesis model).

Table 1 Characteristics of the study participants

	N	Per cent
Gender		
Male	1621	49.0
Female	1687	51.0
Age, years		
20–29	797	24.1
30–39	842	25.5
40–49	837	25.3
50–59	832	25.2
Education		
High school	1066	32.2
Junior college/vocational school	905	27.4
University/graduate school	1337	40.4
Marital status		
Married	1960	59.3
Unmarried	1184	35.8
Divorced/widowed	164	5.0
Household		
One person	464	14.0
More than two people	2844	86.0
Occupation		
No occupation	770	23.3
Temporary or part-time job	560	16.9
Full-time job	1978	59.8
Household income		
<2.0 million yen*	363	11.0
2.0–3.9 million	777	23.5
4.0–5.9 million	937	28.3
6.0–7.9 million	618	18.7
8.0–9.9 million	347	10.5
10.0+ million	266	8.0
Medical condition		
No disease	2449	73.6
Any disease	879	26.4

*One million yen was about US\$10 000 at the time of the survey.

suffering serious mental illness. Those who gave affirmative responses on a four-point scale (certainly yes/probably yes/probably not/certainly not) were counted as having informal and formal help-seeking intentions, respectively. Those who gave negative responses to both questions were counted as having no help-seeking intentions.

Medical condition

Participants were asked to report whether they had any chronic disease undergoing medical treatment. The list included hypertension, diabetes, dyslipidaemia, stroke, heart trouble, renal failure, cancer, insomnia, depression and others.

Exposure to mental illness

Participants were asked about their psychiatric history—whether they had ever consulted health professionals about their mental health. The Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS)¹⁰ was used to determine the extent of participants' contact with people who were

mentally ill. The first subscale consists of four questions: living with, working with, living near and having a close friendship with people with mental illness, either at present or in the past. Those who answered 'yes' to at least one question were counted as having had contact with people with mental illness. Participants were also asked whether someone close to them was engaged in psychiatry.

Health literacy

The 14-item Health Literacy Scale (HLS-14)¹¹ was used to measure health literacy. The scale consists of five items for functional literacy, five items for communicative literacy and four items for critical literacy. Respondents choose one of five options in response to each statement. The scores on the items were summed up to give the HLS-14 score (range 14–70 points) for each respondent. Higher scores indicate having better health literacy.

Belief about professional help

Referring to the questionnaires for the European Study of Epidemiology of Mental Disorders,¹² perceived effectiveness of professional help was measured using the following two questions: (1) of the people who see a professional for serious mental illness, what per cent do you think are helped? (range 0–100%); (2) of those with serious mental illness who do not get professional help, what per cent do you think get better even without it? (range 0–100%). The percentages on the two questions were subtracted (question 1 minus question 2) and then the answers were trichotomised into positive (1<%, better than no help), neutral (0%, equal to no help) and negative (<-1%, worse than no help). Participants were also asked whether they would be embarrassed if their friends knew they were getting professional help for mental illness.

Social network

The abbreviated Lubben Social Network Scale (LSNS-6)^{13 14} was used to measure social network. The scale consists of three items for family ties and three items for friendship ties. Respondents choose one of six options in response to each statement. The scores on the items were summed up to give the LSNS-6 score (range 6–36 points) for each respondent. Higher scores indicate having greater ties to family and friends.

Attitudes to everyday affairs

Participants were asked to rate how likely they would be to talk with someone close to them about a problem that brought stress and distress into their everyday lives. The question was derived from the Comprehensive Survey of Living Conditions (one of the statistical surveys by the Japanese Government). Those who gave affirmative responses on a four-point scale (certainly yes/probably yes/probably not/certainly not) were considered as having a tendency to consult about everyday affairs.

Table 2 Percentages of participants who expressed help-seeking intentions for mental illness

	N	Informal sources			Formal sources		
A. Sociodemographics							
Gender							
Male	1621	967	59.7%	<0.001	1170	72.2%	<0.001
Female	1687	1274	75.5%		1330	78.8%	
Age, years							
20–29	797	530	66.5%	0.483	551	69.1%	<0.001
30–39	842	584	69.4%		638	75.8%	
40–49	837	574	68.6%		647	77.3%	
50–59	832	553	66.5%		664	79.8%	
Education							
High school	1066	682	64.0%	<0.001	765	71.8%	0.002
Junior college/vocational school	905	651	71.9%		706	78.0%	
University/graduate school	1337	908	67.9%		1029	77.0%	
Marital status							
Married	1960	1448	73.9%	<0.001	1543	78.7%	<0.001
Unmarried	1184	696	58.8%		829	70.0%	
Divorced/widowed	164	97	59.1%		128	78.0%	
Household							
One person	464	251	54.1%	<0.001	326	70.3%	0.004
More than two people	2844	1990	70.0%		2174	76.4%	
Occupation							
No occupation	770	576	74.8%	<0.001	594	77.1%	0.506
Temporary or part-time job	560	389	69.5%		422	75.4%	
Full-time job	1978	1276	64.5%		1484	75.0%	
Household income							
<2.0 million yen*	363	207	57.0%	<0.001	243	66.9%	<0.001
2.0–3.9 million	777	498	64.1%		569	73.2%	
4.0–5.9 million	937	643	68.6%		697	74.4%	
6.0–7.9 million	618	436	70.6%		490	79.3%	
8.0–9.9 million	347	259	74.6%		280	80.7%	
10.0+ million	266	198	74.4%		221	83.1%	
B. Medical condition and exposure to mental illness							
Medical condition							
No disease	2449	1666	68.0%	0.829	1786	72.9%	<0.001
Any disease	879	400	45.5%		714	81.2%	
Psychiatric history							
No	2689	1821	67.7%	0.949	1983	73.7%	<0.001
Yes	619	420	67.9%		517	83.5%	
Contact with people with mental illness							
No	2006	1260	62.8%	<0.001	1421	70.8%	<0.001
Yes	1302	981	75.3%		1079	82.9%	
Familiar people engaged in psychiatry							
No	3157	2125	67.3%	0.015	2382	75.5%	0.452
Yes	151	116	76.8%		118	78.1%	
C. Health literacy and belief about professional help							
Health literacy (HLS-14)							
Low	1853	1097	59.2%	<0.001	1243	67.1%	<0.001
High	1455	1144	78.6%		1257	86.4%	
Embarrassment toward professional help							
No	1644	1033	62.8%	<0.001	1133	68.9%	<0.001
Yes	1664	1208	72.6%		1367	82.2%	
Perceived effectiveness of professional help							
Negative	287	165	57.5%	<0.001	160	55.7%	<0.001
Neutral	869	495	57.0%		533	61.3%	
Positive	2152	1581	73.5%		1807	84.0%	
D. Social network and attitudes to everyday affairs							
Social network (LSNS-6)							
Low	1891	1120	59.2%	<0.001	1360	71.9%	<0.001
High	1417	1121	79.1%		1140	80.5%	

Continued

Table 2 Continued

	N	Informal sources			Formal sources		
Tendency to consult about everyday affairs							
No	1675	817	48.8%	<0.001	1152	68.8%	<0.001
Yes	1633	1424	87.2%		1348	82.5%	
Reluctance to get help							
No	1713	1220	71.2%	<0.001	1273	74.3%	0.080
Yes	1595	1021	64.0%		1227	76.9%	
E. Neighbourhood context							
Communicative neighbourhood							
No	1221	675	55.3%	<0.001	770	63.1%	<0.001
Yes	2087	1566	75.0%		1730	82.9%	
Trustful neighbourhood							
No	2550	1651	64.7%	<0.001	1870	73.3%	<0.001
Yes	758	590	77.8%		630	83.1%	
Helpful neighbourhood							
No	2311	1448	62.7%	<0.001	1657	71.7%	<0.001
Yes	997	793	79.5%		843	84.6%	
Cooperative neighbourhood							
No	2045	1227	60.0%	<0.001	1434	70.1%	<0.001
Yes	1263	1014	80.3%		1066	84.4%	

*One million yen was about US\$10 000 at the time of the survey.

Participants were also asked whether they felt reluctant to get help from others.

Neighbourhood context

A variety of measures of neighbourhood context have been proposed, but none of them is recommended as a gold standard. Neighbourhood is characterised as a geographically localised community often with face-to-face interactions among members. Referring to the questionnaire for the Health Survey of People Affected by the Great East Japan Earthquake,¹⁵ four specific features of neighbourhood context relevant to neighbourhood social capital were assessed using the following statements, respectively: (1) neighbours say hello whenever they pass each other (communicativeness); (2) neighbours trust in each other (trustfulness); (3) neighbours help each other (helpfulness); and (4) neighbours work together to solve neighbourhood problems (cooperativeness). Respondents choose one of five options (strongly agree/agree/not sure/disagree/strongly disagree) in response to each statement. The internal consistency was adequate (Cronbach $\alpha=0.87$). For analysis, the responses were dichotomised into positive (strongly agree/agree) and negative (not sure/disagree/strongly disagree).

Statistical analysis

The percentages of participants who expressed help-seeking intentions were compared using χ^2 test. Significant variables on the univariate analysis were incorporated into a multiple logistic regression model to identify individual and neighbourhood factors independently associated with help-seeking intentions. Adjusted ORs and 95% CIs were calculated from the models.

Path analysis with structural equation modelling was performed to test the hypothesis model linking individual and neighbourhood factors to help-seeking intentions for mental illness (figure 1). In case of serious mental illness, formal (professional) help must be the best way to solve the problem. A formal help-seeking intention was therefore placed in the structural equation model as the outcome variable. On the basis of previous studies,^{5 16-18} an informal help-seeking intention was assumed to bring the formal help-seeking intention. Besides sociodemographics, significant predictors derived from the multiple logistic regression analysis were placed in position according to the most plausible hypothesis. The strength of the relationship between two variables was estimated as a standardised regression weight (ie, path coefficient, β). While there are no established guidelines regarding sample size requirements for structural equation modelling, a generally accepted rule of thumb is that the minimum sample size should ideally be 20 times the number of variables in the model.¹⁹ The model generated in this study consisted of 14 variables and thus the final sample of 3308 was sufficient for path analysis. Model fitness was assessed by goodness of fit index (GFI), adjusted goodness of fit index (AGFI) and root mean square error of approximation (RMSEA). For GFI and AGFI, a value of >0.9 indicates a good fit, and for RMSEA, a value of <0.08 is considered to be acceptable.²⁰ The initial model was improved by trimming paths with non-significant contributions. The final model consisted of paths with a path coefficient of >0.05 or <-0.05 ($p<0.05$).

All statistical analyses except for the path analysis were performed using SAS V.9.4 software (SAS Institute, Cary, North Carolina, USA). The path analysis was performed

using IBM SPSS Amos V.22.0 (IBM Corp, Armonk, New York, USA). Significant levels were set at $p < 0.05$.

RESULTS

Table 2 shows the percentages of participants who expressed the help-seeking intentions for mental illness. Of the 3308 participants, 67.7% ($n=2241$) and 75.6% ($n=2500$) reported that they would seek help from informal and formal sources, respectively, in case of serious mental illness. The majority ($n=1938$, 58.6%) expressed both informal and formal help-seeking intentions. All the individual (A, B, C, D) and neighbourhood (E)

factors showed significant associations with either or both informal and formal help-seeking intentions in univariate analyses. Contrary to theoretical expectations, help-seeking intentions were more frequently observed in those who reported embarrassment towards professional help. This factor was considered irrelevant and removed from further analysis.

Table 3 shows the results of multiple logistic regression analysis. The following three individual and one neighbourhood factor were significantly associated with informal and formal help-seeking intentions: contact with people with mental illness, health literacy, perceived effectiveness of professional help, tendency to consult

Table 3 Logistic regression predicting help-seeking intentions for mental illness

	Informal sources			Formal sources		
	OR	95% CI		OR	95% CI	
Gender						
Female	1.18	0.98	1.43	0.98	0.81	1.20
Age						
Plus 10 years	0.92	0.84	1.01	1.08	0.98	1.19
Education						
High school	0.92	0.76	1.11	0.86	0.71	1.04
Marital status						
Unmarried	0.77*	0.61	0.96	0.90	0.71	1.13
Divorced/widowed	0.60*	0.40	0.91	0.89	0.57	1.41
Household						
One person	1.05	0.80	1.38	0.80	0.60	1.05
Occupation						
No occupation	1.14	0.90	1.44	0.85	0.67	1.07
Household income						
Plus 2 million yen	1.03	0.96	1.10	1.05	0.98	1.13
Medical condition						
Any disease	0.94	0.77	1.16	1.52***	1.20	1.92
Psychiatric history						
Yes	0.99	0.79	1.26	1.66***	1.27	2.17
Contact with people with mental illness						
Yes	1.39***	1.15	1.68	1.27*	1.05	1.55
Familiar people engaged in psychiatry						
Yes	1.03	0.66	1.61	0.80	0.51	1.24
Health literacy (HLS-14)						
Plus 1 point	1.06***	1.04	1.07	1.07***	1.06	1.09
Perceived effectiveness of professional help						
Positive	1.43***	1.26	1.62	2.16***	1.90	2.45
Social network (LSNS-6)						
Plus 1 point	1.04***	1.02	1.06	1.02	0.99	1.03
Tendency to consult about everyday affairs						
Yes	5.21***	4.31	6.30	1.66***	1.37	2.02
Reluctance to get help						
No	1.26**	1.06	1.50	0.78**	0.65	0.93
Communicative neighbourhood						
Yes	1.30*	1.06	1.58	1.78***	1.45	2.18
Trustful neighbourhood						
Yes	0.91	0.68	1.21	0.91	0.67	1.24
Helpful neighbourhood						
Yes	1.17	0.88	1.56	1.18	0.87	1.61
Cooperative neighbourhood						
Yes	1.50***	1.18	1.89	1.22	0.96	1.56

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

about everyday affairs and communicative neighbourhood. Besides these, marital status, social network and cooperative neighbourhood, were significantly associated with an informal help-seeking intention, while medical condition and psychiatric history were significantly associated with a formal help-seeking intention. The highest ORs for informal and formal help-seeking intentions were found in tendency to consult about everyday affairs (OR 5.21) and perceived effectiveness of professional help (OR 2.16), respectively.

Figure 2 shows the results of path analysis. After trimming paths with non-significant contributions, the final model resulted in a better fit to the data (GFI 0.946; AGFI 0.918; RMSEA 0.072, 90% CI 0.068 to 0.075). An informal help-seeking intention had the greatest direct effect on a formal help-seeking intention. Besides this, psychiatric history, health literacy, perceived effectiveness of professional help and communicative neighbourhood had a direct effect on a formal help-seeking intention. Tendency to consult about everyday affairs and cooperative neighbourhood had an indirect effect on a formal help-seeking intention through its effect on an informal help-seeking intention.

DISCUSSION

Causal effect of neighbourhood context, or neighbourhood effect, has been reported on various health outcomes including mental illness, whereas the methodology for estimating neighbourhood effects, including definitions of neighbourhood, measures of neighbourhood context and analytical models, varies widely across studies.^{21 22} In the absence of established methodology, this study examined four specific features of neighbourhood context relevant to neighbourhood social capital and their associations with help-seeking intentions for mental illness. A number of studies have been conducted to identify the individual factors that may inhibit or facilitate help-seeking for mental illness, but less is known about the neighbourhood factors. Moreover, to date, there have been few attempts to elucidate multifactorial mechanisms for help-seeking using structural equation modelling. This is the first study to illustrate the pathways linking individual and neighbourhood factors to informal and formal help-seeking intentions and bore out the hypothesis that neighbourhood context contributes to help-seeking intentions for mental illness.

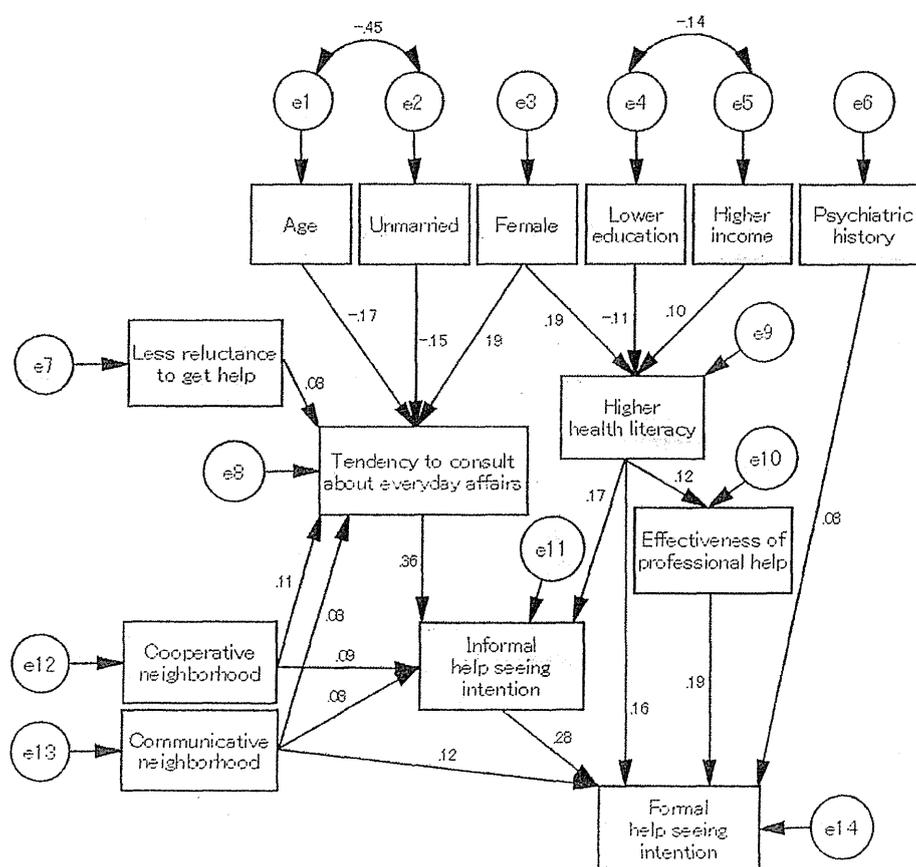


Figure 2 Path diagram for help-seeking intentions for mental illness. Rectangles were observed variables. Ellipses were latent variables. Values on the single-headed arrows were standardised regression weights. Values on the double-headed arrows were correlation coefficients. Model fitness: GFI 0.946; AGFI 0.918; RMSEA 0.072 (90% CI 0.068 to 0.075). AGFI, adjusted goodness of fit index; GFI, goodness of fit index; RMSEA, root mean square error of approximation.