

ボスニア・ヘルツェゴヴィナ紛争がメンタルヘルスに与えた影響

岡村 陽子

はじめに

1995年に終結したボスニア・ヘルツェゴヴィナ紛争は、1992年の紛争開始から約4年の間に、25万人以上の死者、200万人を超える難民をうみ、ボスニア・ヘルツェゴヴィナ及び近隣諸国に甚大な被害をもたらした。ボスニア・ヘルツェゴヴィナの人々は、紛争の中で死や喪失、暴力、破壊を経験せざるを得なかったために、深刻なメンタルヘルスの問題を抱えることとなった (Broers, Hodgetts, Batić-Mujanović, Petrović, Hasanagić, & Godwin, 2006)。

ボスニア・ヘルツェゴヴィナのメンタルヘルスに関する研究は、戦争の心的外傷体験により生じる精神疾患の有病率、戦争により発生する障害、子どもの発達に与える影響に関する調査研究から、心理的介入に関する実践研究まで数多く、その対象も、ボスニア・ヘルツェゴヴィナ国民、諸外国への難民、女性、子ども、軍人と幅広い。また、難民の流出先である隣国クロアチアや、スウェーデン、イギリス、アメリカ合衆国などにおいてもボスニア・ヘルツェゴヴィナ紛争がメンタルヘルスに与えた影響に関する研究は行われている。

本稿では、ボスニア・ヘルツェゴヴィナ紛争によって生じたメンタルヘルスの問題について、戦争による心的外傷後ストレス障害 (PTSD)、PTSD以外のメンタルヘルスへの影響、心理介入及びリハビリテーションについて順に述べる。

1. 戦争による心的外傷後ストレス障害 (PTSD)

PTSDとはアメリカ精神医学会による精神疾患の分類基準であるDSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) によって規定されている精神疾患であり、その診断基準は表1に示す通りであり、心的外傷的な出来事に暴露されたことがあり、1か月以上にわたって心的外傷的な出来事が再体験され続けている、心的外傷と関連した刺激の持続的回避と全般的反応性の麻痺がある、持続的な覚醒亢進症状がみられる場合にPTSDと診断される。凄惨な体験がメンタルヘルスに影響をあたえる問題は日本では惨事ストレスとも呼ばれ、交通事故や犯罪、大規模事故の犠牲者、阪神・淡路大震災や東日本大震災のような大災害の被災者、あるいは医療者も含む災害時の救援活動従事者等が被る心的外傷によるPTSDは、特に重大な問題として認識されている (小西 2008 ; 飛鳥井 2008 ; 九鬼・柿木・高宮・前田 2001 ; Mitchel

表1 心的外傷後ストレス障害（PTSD）診断基準

<p>A. その人は、以下の2つがともに認められる心的外傷的な出来事に暴露されたことがある。</p> <p>(1)実際にまたは危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事を、1度または数度、あるいは自分または他人の身体の保全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した。</p> <p>(2)その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである。</p> <p>注：子供の場合はむしろ、まとまりのないまたは興奮した行動によって表現されることがある。</p>
<p>B. 心的外傷的な出来事が、以下の1つ(またはそれ以上)の形で再体験され続けている。</p> <p>(1)出来事の反復的、侵入的な苦痛を伴う想起で、それは心像、思考、または知覚を含む。</p> <p>注：小さい子供の場合、心的外傷の主題または側面を表現する遊びを繰り返すことがある。</p> <p>(2)出来事についての反復的で苦痛な夢</p> <p>注：子供の場合は、はっきりとした内容のない恐ろしい夢であることがある。</p> <p>(3)心的外傷的な出来事が再び起こっているかのように行動したり、感じたりする(その体験を再体験する感覚、錯覚、幻覚、および解離性フラッシュバックのエピソードを含む、また、覚醒時または中毒時に起こるものを含む)。</p> <p>注：小さい子供の場合、心的外傷特異的なことの再演が行われることがある。</p> <p>(4)心的外傷的な出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合に生じる、強い心理的苦痛</p> <p>(5)心理的外傷的な出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合の生理学的反応性</p>
<p>C. 以下の3つ(またはそれ以上)によって示される。(心的外傷以前には存在していなかった)心的外傷と関連した刺激の持続的回避と、全般的反応性の麻痺:</p> <p>(1)心的外傷と関連した思考、感情、または会話を回避しようとする努力</p> <p>(2)心的外傷を想起させる活動、場所または人物を避けようとする努力</p> <p>(3)心的外傷の重要な側面の想起不能</p> <p>(4)重要な活動への関心または参加の著しい減退</p> <p>(5)他の人から孤立している、または疎遠になっているという感覚</p> <p>(6)感情の範囲の縮小(例:愛の感情を持つことができない)</p> <p>(7)未来が短縮した感覚(例:仕事、結婚、子供、または正常な寿命を期待しない)</p>
<p>D. (心的外傷以前には存在していなかった)持続的な覚醒亢進症状で、以下の2つ(またはそれ以上)によって示される。</p> <p>(1)入眠、または睡眠維持の困難</p> <p>(2)いらだたしさまたは怒りの爆発</p> <p>(3)集中困難</p> <p>(4)過度の警戒心</p> <p>(5)過剰な驚愕反応</p>
<p>E. 障害(基準B、C、およびDの症状)の持続期間が1カ月以上</p>
<p>F. 障害は、臨床上著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。</p>
<p>該当すれば特定せよ</p> <p>急性症状の持続期間が3カ月未満の場合</p> <p>慢性症状の持続期間が3カ月以上の場合</p> <p>該当すれば特定せよ</p> <p>発症遅延症状の発現がストレス因子から少なくとも6カ月の場合</p>

DSM-IV-TR精神疾患の分類と診断の手引き新訂版より抜粋

& Dyregrov, 1993 山田訳 1996; 大岡・辻丸・大西・福山・矢島・前田 2006)。

ボスニア・ヘルツェゴヴィナ紛争は民族浄化の大虐殺という悲劇を内包しており、ボスニア・ヘルツェゴヴィナにおいても、数多くの研究がPTSDを報告している。表2は、日本及びボスニ

表2 日本及びボスニアにおける PTSD を含む精神疾患の有病率

研究	対象者	全体		PTSD		抑うつ		不安	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
日本									
川上 (2006)	無作為抽出の日本の地域住民 12ヶ月有病率(重みづけ後)	4134	0.6			21	2.1		0.9
	生涯有病率(重みづけ後)	4134	1.4			62	6.2		1.8
小西・中島(2007)	犯罪被害者遺族	73	13	17.8	9	12.3			
加藤・岩井(2000)	阪神・淡路大震災被災者 現在診断 生涯診断	86	8	9.3					
		86	19	22.1					
ボスニア									
Weine et al.(1998)	アメリカ移住後のボスニア避難民 ベースライン 1年後	34	25	73.5					
		34	15	44.1					
Mollica et al.(1999)	ボスニアからの避難民(クロアチア在住)	533	140	26.3	209	39.2			
Mollica et al.(2001)	ボスニアからの避難民(クロアチア在住)	375	67	17.9	101	26.9			
Hodgetts et al.(2003)	戦争外傷体験のある医者	102	18	17.6					
Hasanović et al.(2005)	ボスニアの小中学生 *1 国外避難者 国内避難者	239	149	62.3			33	13.8	
		120	68	56.7			4	3.3	
		119	81	68.1			29	24.4	
Hasanović(2006)	9-15歳の186人の戦争外傷を経験した小 ... 孤児 SOS Children's Village 戦争で片親を亡くした 両親健在	186	96	51.6	42	22.6			
		38	15	39.5	11	28.9			
		48	39	81.3	15	31.3			
		50	29	58.0	10	20.0			
		50	13	26.0	6	12.0			
Klaric et al.(2007)	ボスニアの女性 西モスタル(戦争体験) 西ヘルツェゴビナ(直接被害なし)	367	53	28.3					
		187	8	4.4					
Vojvoda et al.(2008)	ボスニアからの避難民 ベースライン時 1年後 3年半後	21	16	76.2					
		21	7	33.3					
		21	5	23.8					

*1 不安は不安/抑うつ行動(教師による報告)の集計結果

アにおけるPTSDを含む精神疾患の有病率を報告した研究をまとめたものである。川上 (2006) は、WHOの主導する国際的な精神・行動障害に関する疫学研究プロジェクトである世界精神保健 (World Mental Health, WMH) 調査に参画し、複数の調査地域から無作為に抽出した合計4000人以上の国民の代表とみなせるサンプルについて調査した研究において、日本人のPTSDの12ヶ月有病率は0.6%であり、生涯有病率でも1.4%と報告した。明らかに心的外傷体験を経験している群における発症率では、阪神・淡路大震災被災者は調査時点でのPTSD有病率は9.3%、さかのぼってPTSDの症状がみられたことがあったかを確認した生涯診断では22.1%である (加藤・岩井 2000)。犯罪被害者の遺族ではPTSD有病率は17.8%である (中島・小西・辰野 2007)。表2のボスニア・ヘルツェゴヴィナの研究において、比較的有病率の低い17.9%を報告したMollica, Sarajlic, Chernoff, Lavelle, Vukovic, & Massagli. (2001) は、Mollica, McInnes, Sarajlić, Lavelle, Sarajlić, & Massagli. (1999) の3年後の追跡調査であること、17.6%を報告したHodgetts, Broers, Godwin, Bowering, & Hasanović. (2003) は、2次被害ともいえる医師のPTSD有病率であること、Klarić, Klarić, Stevanović, Grković, & Jonovska. (2007) の報告した4.4%は戦争被害がほぼなかった西ヘルツェゴビナ住民のものであることを考えると、ボスニア・ヘルツェゴヴィナ紛争直後の心的外傷体験を経験した住民は、26.3%から81.3%までの高い割合でPTSDを発症していることになる。日本での報告に比しても、ボスニア・ヘルツェゴヴィナにおけるPTSDの割合は非常に高いことが明らかである。

ボスニア・ヘルツェゴヴィナ紛争が高い割合でPTSDを引き起こしていることの要因として、ボスニア・ヘルツェゴヴィナ紛争下の人々は、狙撃、砲撃、暴力、死といった心的外傷体験を非常に多く経験せざるを得なかったことが考えられる。Ringdal, Ringdal, & Simkus. (2008) は、ボスニア・ヘルツェゴヴィナ紛争終了の8年後に、ボスニア・ヘルツェゴヴィナの民族比率 (ボスニア人40%、セルビア人33%、クロアチア人20%) におおよそ合わせた対象 (ボスニア人39%、セルビア人30%、クロアチア人31%) 3,313名に対して大規模調査を実施した結果、紛争時に狙撃を経験した人80%、砲撃74%、爆撃機やミサイルによる攻撃58%、他者の重大な傷病48%と、多くの人が戦争に関係した心的外傷体験にさらされたことを明らかにした。また、ボスニア・ヘルツェゴヴィナ紛争では200万人を超える難民が発生したが、Mollica et al. (1999) によれば、避難をせざるを得なかった人々の94%が戦争や避難時に恐怖や暴力等の心的外傷体験を経験していた。難民の心的外傷体験は、砲撃を受けたときが83%、狙撃から隠れたときが75%、屋外で隠れたときが63%、自宅から動けなかったとき51%、自宅の捜索に居合わせた時37%であった。その内容は、脅されたあるいは屈辱的な体験34%、性的虐待の目撃33%、食糧や水の欠乏28%、暴力の被害にあった家族の存在28%、家族への暴力の目撃23%、医療の欠乏23%であり、17%の人が暴力による死を経験していた。Hasanović, Sinanović, & Pavlović.

(2005) は、難民となった子どもを調査したところ、調査対象となった239人のほぼ全員が、人が死ぬところ、傷つけられるところ、逃げまどうところを目撃していた。これらの研究から、PTSDを引き起こすような惨劇がボスニア・ヘルツェゴヴィナで数多く生じ、多くの国民がなんらかの戦争に関係する暴力的な心的外傷体験を経験していたことが明らかである。

表1に示した通り、PTSDはいくつかの診断基準を含むが、経験した心的外傷体験によってPTSDの症状が異なることが報告されている。レイブは性的な虐待であるだけでなく、犠牲者の精神の破壊につながる人道的に許されない行為であるが、ボスニア・ヘルツェゴヴィナ紛争では、狙撃、砲撃に加え、精神・身体的な虐待や、女性だけでなく男性をも対象としたレイブも闘争の手段として使用される例が多々見られた (Zawati, 2007)。Henigsberg, Folnegović-Smalc, & Moro. (2001) は、ボスニア・ヘルツェゴヴィナの隣国であるクロアチアにおいて、PTSDの症状がある人を、退役軍人、レイブ犠牲者、難民、強制収容所の経験者の群に分けて比較調査を実施した。その結果、PTSDの診断基準 (表1) の基準C「心的外傷と関連した刺激の持続的回避と、全般的反応性の麻痺」は、有意にレイブ犠牲者、強制収容所の経験者に多かった。基準D「持続的な覚醒亢進症状で、以下の2つ (またはそれ以上) によって示される」については差が大きく、D(4)「過度の警戒心」にレイブ犠牲者は7%しか当てはまらなかったのに対し、強制収容所の経験者の94%はD(1)「入眠、または睡眠維持の困難」に当てはまっていた。基準Dについては、強制収容所の経験者、退役軍人、避難民、レイブ犠牲者の順に多かった。この研究から、レイブという心的外傷体験は、心的外傷と関連した刺激を回避し、活動への興味・関心の減退、感情の平板化を招く。つまり、レイブの犠牲者は、レイブを思い起こさせるようなことをできるだけさげ、生活に関心を失い、喜びも悲しみもひとごとのようにしか感じられないといった日々を生きることになるのである。そして、軍事経験、あるいは強制収容所の体験は、睡眠の維持困難や、怒りの爆発、過度の警戒心といった覚醒亢進症状につながりやすい。軍隊や強制収容所において暴力を受けた、あるいは暴力が振るわれているところを見聞きした経験は、心の安定を失わせ、夜も眠れず、つねに神経をとがらせいらいらピリピリしながら生活を送ることにつながる。心的外傷体験は、レイブも、暴力的な体験も経験した人の精神的、身体的な健康を奪うが、そのあらわれ方は一様ではないため、体験の内容によって対応方法について考慮していく必要があるものと考えられる。

ボスニア・ヘルツェゴヴィナの多くの人々が戦争に関連した心的外傷体験を経験したことは前述したとおりであるが、地域によって差があったことがKlarić et al. (2007) によって報告されている。ボスニア・ヘルツェゴヴィナ国内においても、戦争被害の激しかった地域と戦争被害があまり見られなかった地域ではPTSDの有病率に大きな差がみられ、戦争被害のほぼなかった西ヘルツェゴビナの女性は4.4%のPTSD有病率であるのに対し、戦争被害の大きかった

西モスタル地区の女性は28.3%であった。また、国外に難民となって逃れることができた人々のほうが心的外傷体験による影響も少なかった。Hasanović et al. (2005) は、ボスニア・ヘルツェゴヴィナ内で移住を経験した子どもは、国外移住したこどもよりも、家族との離別、砲撃、自宅の炎上を数多く経験し、生命にかかわる深刻な恐怖をより多く味わった結果、国外難民のPTSDの有病率は56.7%であったのに対し、国内難民の有病率は68.1%とその被害は深刻であった。

PTSDを報告した研究の中で特に高いPTSDの発症率を報告したのは戦争孤児に対する研究においてである。Hasanović, Sinanović, Selimbasić, Pajević, & Avdibegović. (2006) の研究では、SOS Children's Villageにいる孤児の81.3%にPTSDがあったことを報告している。また、Weine, Vojvoda, Becker, McGlashan, Hodzic, Laub, Hyman, Sawyer, & Lazrove. (1998) のボスニア・ヘルツェゴヴィナからアメリカ合衆国への難民に関する研究では、コネチカットに到着した34人の難民のうち25人(73.5%)がPTSDと診断されている。戦争孤児となってしまった子どもたちや、難民となって海を渡らざるを得なかった人々が味わった体験がいかにメンタルヘルスに悲惨な影響を及ぼすかは明らかである。

直接戦争による心的外傷体験を経験した人だけでなく、その周囲にいる家族や医療従事者にも2次的なPTSDが生じることが報告された。Klarić, Francisković, Klarić, Kvesić, Kastelan, Graovac, & Lisica. (2008) によれば、PTSDのある退役軍人の子供は夜驚、学校生活の問題、抑うつが多く、PTSDを抱えている家族の存在が子どもの発達にも影響を与えることが考えられる。また、Hodgetts et al. (2003) によれば、Family Medicine programmeの卒業生224名のうち回答のあった102人中18人(18%)にPTSDが生じており、他のボスニア・ヘルツェゴヴィナ紛争後のPTSD有病率に比べると決して高くはないが、調査が終戦後6年経過したのちの数字であることを考えると、医療従事者であっても紛争後もPTSDが継続して存在することがわかる。

PTSDの有病率は時間の経過とともに減少していくが、数年の経過では症状は残り続ける。Mollica et al. (2001) は、Mollica et al. (1999) の3年後の追跡調査であり、1996年の調査では有病率は26.3%であるが、3年後の1999年の調査では17.9%であった。また、アメリカでは、Vojvoda, Weine, McGlashan, Becker, & Southwick. (2008) において、Weine et al.(1998) の追跡調査が行われ、3年半後に23.8%のPTSDを報告している。いずれも、初期の調査に比して減少しているが、日本の生涯有病率1.4% (川上、2006) と比較して明らかに高い。紛争が終了して10年近く経過しても人々のメンタルヘルスには影響が強く残されている。

PTSDの有病率は心的外傷体験の量だけでなく、年齢、学歴によっても異なる。Priebe, Matanov, Janković, McCrone, Ljubotina, Knezević, Kucukalić, Francisković, & Schützwahl.

(2009) は、クロアチア、セルビア、ドイツ、イギリスのボスニア・ヘルツェゴヴィナ難民のうちPTSDの訴えがあったものについて調査し、その現病率は、それぞれ、87.5%、89.2%、89.4%、68.8%であり、より多くの心的外傷体験だけでなく、低学歴、高年齢といった要因はPTSDを高め、回復を妨げることも指摘している。高学歴であることはPTSDに対応するコーピングスキルを身につけていることと関係し、低年齢であることはPTSDを克服する柔軟性に優れていることが影響していることが示唆されている。

2. PTSD 以外のメンタルヘルスへの影響

飛鳥井 (2008) は、PTSDには共通して高い割合で合併精神障害が認められ、大うつ病との合併もあることを示しているが、表2に示したように、ボスニア・ヘルツェゴヴィナにおける研究においても、Mollica et al. (1999) はPTSDと抑うつを合併している人を約21%と報告し、Hasanović et al. (2006) は戦争による心的外傷を体験した子どもに22.6%の抑うつ症状を報告している。また、Hasanović et al.(2005) では、学校におけるさまざまな問題行動が報告され、教師によって子どもの13.8%に不安／抑うつ行動の存在が報告されている。Michel, Lundin, & Larsson. (2003) は、ボスニアで心的外傷体験をしたスウェーデン兵士は、任務後のメンタルヘルスの悪さを報告している。さらに、Santić, Lukić, Sesar, Milicević, & Ilakovac. (2006) によれば、心理的な悲嘆によって戦死者の家族は血圧が高くなることが報告されている。これらの研究からも明らかのように、戦争による心的外傷体験によって、子どもや他国の従軍兵士も含めて、ボスニア・ヘルツェゴヴィナ紛争は、PTSDだけではなく精神身体を含めたメンタルヘルスに大きな影響を与えている。しかし、Broers et al (2006) は、2003年から2004年にかけてボスニア・ヘルツェゴヴィナの精神疾患について調査を行い、身体表現性障害16.1%、パニック障害13.7%、大うつ病10.1%、アルコール依存症5.0%、摂食障害3.4%と心理社会的障害の割合は紛争直後に比べて他国の状況とそう変わらない程度まで減少しており、ボスニア・ヘルツェゴヴィナの人々のメンタルヘルスは政情や経済の安定とともに回復してきていることがうかがわれる。

また忘れてはならないのは、戦争による頭部外傷の影響である。Terziæ, Meštroviæ, Đogaš, Furlan, & Bioèiæ. (2001) のボスニア・ヘルツェゴヴィナ紛争において治療を受けた94人の子どもの医療記録の分析によれば、爆発物による被害の結果、43%が四肢に受傷しており、頭部や頸部、腹部にも深刻な受傷がみられ、39.4%に後遺症が残されていた。頭部への受傷つまり頭部外傷は、高次脳機能障害を後遺症として残すことになり、その影響は長きにわたる。ボスニア・ヘルツェゴヴィナでは、紛争をはさんだ1990-1996年の間に、頭部外傷者のリハビリテー

ションにかかる医療費は増大している (Kreutzer, Kolakowsky-Hayner, Ripley, Cifu, Rosenthal, Bushnik, Zafonte, Englander, & High 2001)。頭部外傷者へのヘルスケアサービスについての研究はほとんど見られないが、頭部外傷者のリハビリテーションにかかる医療費の増大から、紛争による頭部外傷者の増加とその後遺症である高次脳機能障害者の増加が推測され、今後頭部外傷者への長期的なヘルスケアサービスが問題となることが推測される。

3. 心理的介入及びリハビリテーション

ボスニア・ヘルツェゴヴィナ紛争がメンタルヘルスに及ぼした影響に対して、心理的な介入が効果を与えたことが報告されている (表3)。介入方法としては、伝統的な精神分析的な心理療法が行われたもの、心理社会的なプログラムが実施されたものに分けられる。精神分析的な心理療法は、退役軍人に対する精神分析的な集団心理療法 (Urliæ, 1999)、難民に対する精神分析的な心理療法 (Perret-Catipović, 1999) が報告されている。また、精神分析ではないが、Weine, Kulenovic, Pavkovic, & Gibbons (1998) は、これまでの心的外傷体験を含めた自分史を語らせる testimony psychotherapyを実施し、PTSDに対して一定の効果を上げた。しかし、Urliæ (1999)、Perret-Catipović (1999) はいずれも怒りの表出がセラピストへの対抗転移として認められたことを述べ、セラピストがPTSDの2次被害を受ける可能性についても述べている。精神分析的な心理療法をPTSDの介入方法として選択する場合には、表1にあるPTSDの診断基準でもある怒りの爆発がセラピストにとって課題となることが考えられる。

表3 ボスニア紛争に関連した心理的介入の研究

研究	対象者	介入方法
Weine et al.(1998)	ボスニアからの避難民	testimony psychotherapy. 90分×6セッションで、外傷体験や自分の人生について語る。
Urliæ(1999)	退役軍人	集団心理療法
Perret-Catipović(1999)	戦争の被害を受けた移民	分析的な心理療法
Dybdahl(2001)	避難民の母子	心理社会的な介入。母親に対しては、PTSDに関する教育、コーピング方略の強化を含むグループ訓練。子どもに対しては、International Child Development Program(ICDP)を実施。
Mooren et al.(2003)	ボスニアの地域住民	コミュニティベースの心理社会的プログラム。文化的に適切な支援、希望のない状態への対抗、レジリエンスの強化、強いストレスに対するコーピングの強化をねらった個別及び集団カウンセリング。

対して、Dybdahl (2001) やMooren, de Jong, Kleber, & Ruvic (2003) は、心理社会的プログラムを実施している。Dybdahl (2001) の実施したプログラムでは、母親に対しては、PTSDに関する教育、コーピング方略の強化を含むグループ訓練を実施、子どもに対しては、International Child Development Program (ICDP) を実施するという心理社会的な介入を行い、母親のメンタルヘルス、子どもの心理社会的機能やメンタルヘルスに対してポジティブな効果を報告した。また、Mooren et al.(2003) も、文化的に適切な支援、希望のない状態への抵抗、レジリエンスの強化、強いストレスに対するコーピングの強化をねらった個別及び集団カウンセリングといったコミュニティベースの心理社会的プログラムを行っている。こうしたプログラムの結果、PTSD症状は15.5%が回復、23.1%が改善、全般的な精神的健康状態も12.8%が回復、GHQの得点は54.5%が改善した。こうした研究から、PTSDを含む紛争後のメンタルヘルスへのケアは、PTSDの心理教育やストレスコーピングの強化といった心理社会的な介入が有効であることがうかがわれる。

戦争や事故、災害などの緊急事態に生じる心理的な危機的状態に対する対応に危機介入があるが、危機介入と精神分析的心理療法は治療過程の異なる形態であるとされ、精神分析的心理療法が心の傷を治療的に癒すために、抑圧された感情に直面させ解釈を行うことを重要視するのに対し、危機介入では、予防や回復のため、指示的な解決を目指した対応が求められる (Everly & Mitchell, 1999 飛鳥井他訳 2004)。上述のボスニア・ヘルツェゴヴィナ紛争後の心理的介入に関する研究の対比はそのまま、精神分析的心理療法対危機介入という心理介入の手法の違いを表わしているものと思われる。Everly & Mitchell (1999 飛鳥井他訳 2004) は、PTSDを含む心理的危機への介入は、「Ⅰ危機発生前準備」「Ⅱ個人的な危機援助」「Ⅲ危機

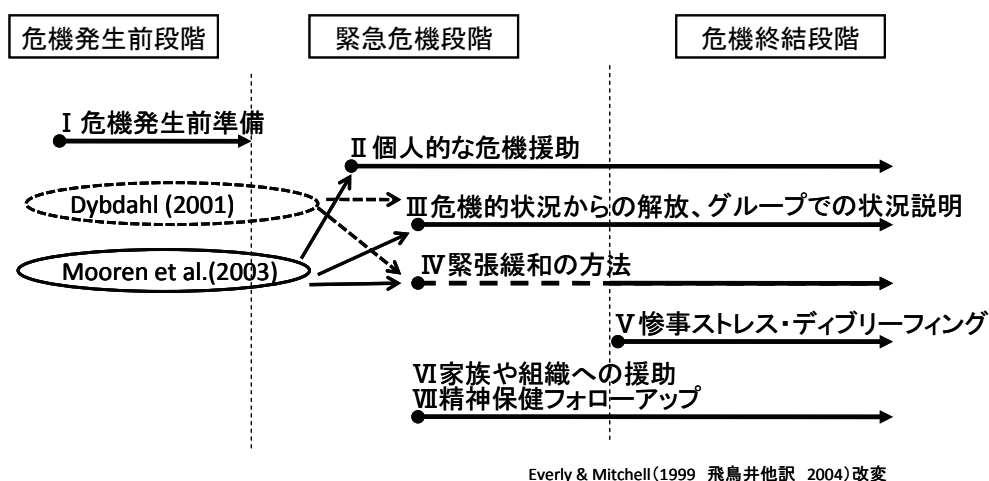


図1 危機介入とボスニア・ヘルツェゴヴィナにおける心理的介入研究の関係

的状況からの解放、グループでの状況説明」「IV緊張緩和の方法」「V惨事ストレス・ディブリーフィング」「VI家族や組織への援助」「VII精神保健フォローアップ」という7要素で説明している(図1)。「I危機発生前準備」は、危機の発生する前に危機に関する予測を事前に学ぶというものである。「II個人的な危機援助」は、緊急事態が発生した現場あるいは発生したのちの1対1の援助である。「III危機的状況からの解放、グループでの状況説明」は、グループを対象にストレスや心的外傷体験やそれを乗り越えるための技術についての学習である。「IV緊張緩和の方法」は急性ストレスや緊張を緩めるためにグループで話し合いを行う。「V惨事ストレス・ディブリーフィング」では「IV緊張緩和の方法」よりもさらに詳細に構造化された形で危機や心的外傷体験について話し合いを行う。「VI家族や組織への援助」では、直接危機や心的外傷体験を経験した人だけでなくその影響を受ける家族や組織への働きかけである。「VII精神保健フォローアップ」は心理状態の評価や専門機関との連携紹介を含む段階である。図1に示す通り、危機終結段階に当たる紛争終了後の心理的介入としては、上記のII以降の要素が必要となり、Dybdahl (2001)の研究では、「III危機的状況からの解放、グループでの状況説明」「IV緊張緩和の方法」が行われ、Mooren et al. (2003)では、「II個人的な危機援助」「III危機的状況からの解放、グループでの状況説明」「IV緊張緩和の方法」が実施されたものと考えられる。日本においても、東日本大震災がメンタルヘルスに与える影響について非常に大きな課題となっており、ボスニア・ヘルツェゴヴィナ紛争後のメンタルヘルスにおいて効果を上げたこうした危機介入を考慮する必要がある。

また、Kreutzer et al. (2001)が頭部外傷者に関係した医療費の増加から長期的なヘルスケアに対する課題を示したように、ボスニア・ヘルツェゴヴィナにおいても、PTSDを含む精神疾患へのケアだけでなく、リハビリテーション領域における高次脳機能障害者への認知リハビリテーションを含めた障害者への心理介入も重要である。Edmonds (2005)は、発展途上の国を再建する過程において、障害のある人への方策はあまり考えられることはないが、ボスニア・ヘルツェゴヴィナにおけるCommunity Based Rehabilitation (CBR)は障害のある人々をターゲットとしており、障害者のニーズは発展の優先課題であることを示している。大平(2006)によれば、ボスニア・ヘルツェゴヴィナの医療は、地域に近いものから一次医療施設、二次医療施設、三次医療施設と呼ばれており、身体的・精神的リハビリテーションに関しては地域に密着した一次医療施設内のCBRセンターで対応するように改革が行われている。CBRセンターは、ボスニア・ヘルツェゴヴィナ紛争後、国際援助機関がかかわって、行政区単位ごとに存在する一次医療施設内に新設されるか、既存のCBRセンターを改修して設置された。日本における認知リハの扱い同様、CBRセンターでも身体的リハビリテーションが優先し、その次にメンタル面でのケアが重要視されているが、頭部外傷に由来する認知的な障害への対応にはほとん

ど触れられていない。今後ボスニア・ヘルツェゴヴィナのメンタルヘルスにおいても、こうした領域へも焦点があてられるようになることを望む。

引用文献

- American Psychiatric Association. (2000). *Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR*. Washington D. C. (アメリカ精神医学会. 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸 (訳) (2003). *DSM-IV-TR精神疾患の分類と診断の手引 新訂版* 医学書院)
- 飛鳥井 望 (2008). *PTSDの臨床研究—理論と実践*. 金剛出版
- Broers T., Hodgetts G., Batić-Mujanović O., Petrović V., Hasanagić M., & Godwin M. (2006). Prevalence of Mental and Social Disorders in Adults Attending Primary Care Centers in Bosnia and Herzegovina. *Croatian Medical Journal*, **47**(3), 478-484.
- Dybdahl, R. (2001) Children and Mothers in War: An Outcome Study of a Psychosocial Intervention Program. *Child Development*, **72**(4), 1214-1230.
- Edmonds, L. J. (2005) Mainstreaming community based rehabilitation in primary health care in Bosnia-Herzegovina. *Disability & Society*, **20**(3), 293-309.
- Everly, G. S., & Mitchell, J. T. (1999). *Critical Incident Stress Management 2nd edition*. Chevron Publishing Corporation. (エヴァリー, G. S. & ミッチェル, J. T. 飛鳥井 望・藤井厚子 (訳) (2004) *惨事ストレスケア—緊急事態ストレス管理の技法* 誠信書房)
- Hasanović M., Sinanović, O., & Pavlović, S. (2005). Acculturation and psychological problems of adolescents from Bosnia and Herzegovina during exile and repatriation. *Croatian Medical Journal*, **46**(1), 105-115.
- Hasanović M., Sinanović O., Selimbasić Z., Pajević I., & Avdibegović E. (2006). Psychological Disturbances of War-traumatized Children from Different Foster and Family Settings in Bosnia and Herzegovina. *Croatian Medical Journal*, **47**(1), 85-94.
- Henigsberg N., Folnegović-Smalc V., & Moro L. (2001). Stressor characteristics and post-traumatic stress disorder symptom dimensions in war victims. *Croatian*

Medical Journal, **42**(5), 543-550.

Hodgetts G., Broers T., Godwin M., Bowering E., & Hasanović M. (2003). Post-traumatic stress disorder among family physicians in Bosnia and Herzegovina. *Family Practice*, **20**(4), 489-491.

加藤寛, 岩井圭司 (2000). 阪神・淡路大震災被災者に見られた外傷後ストレス障害：構造化面接による評価. 神戸大学医学部紀要 **60**, 147-155. 久留米大学文学部紀要. 社会福祉学科編 **6**, 85-95.

川上憲人 (2006). こころの健康についての疫学調査に関する研究. 平成18年度厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) こころの健康についての疫学調査に関する研究 総括研究報告書

Klarić M., Francisković T., Klarić B., Kvesić A., Kastelan A., Graovac M., & Lisica I. D. (2008). Psychological problems in children of war veterans with posttraumatic stress disorder in Bosnia and Herzegovina: cross-sectional study. *Croatian Medical Journal*, **49**(4), 491-498.

Klarić M., Klarić B., Stevanović A., Grković J., & Jonovska S. (2007). Psychological consequences of war trauma and postwar social stressors in women in Bosnia and Herzegovina. *Croatian Medical Journal*, **48**(2), 167-176.

小西聖子 (編著) (2008). 犯罪被害者のメンタルヘルス 誠信書房

Kreutzer, J. S., Kolakowsky-Hayner, S. A., Ripley, D. Cifu, D. X., Rosenthal, M., Bushnik, T., Zafonte, R., Englander, J., & High, W. (2001). Charges and lengths of stay for acute and inpatient rehabilitation treatment of traumatic brain injury 1990-1996. *Brain Injury*, **15**(9), 763-774.

九鬼克俊, 柿木達也, 高宮静男, 前田潔 (2001). 阪神淡路大震災の高齢者における精神疾患への影響：総合病院精神科外来診療録から. 神戸大学医学部紀要 **62**, 33-53.

Michel P. O., Lundin T., & Larsson G. (2003) Stress Reactions Among Swedish Peacekeeping Soldiers Serving in Bosnia: A Longitudinal Study. *Journal of Traumatic Stress*, **16**(6), 589-593.

- Mitchel J. T., Dyregrov A, (1993) *International Handbook of Post Traumatic Stress Syndrome*, Ed. Wilson, J. P. & Raphael, B., Plenum Press, pp.905-913. 山田 裕章 (訳) (1996) 災害救助および救急活動隊員のストレス：予防と介入. *健康科学* 18, 115-126.
- Mollica R. F., McInnes K., Sarajlić N., Lavelle J., Sarajlić I., & Massagli M. P. (1999). Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia. *The Journal of American Medical Association*, **4;282**(5), 433-439.
- Mollica R. F., Sarajlic N., Chernoff M., Lavelle J., Vukovic I. S., & Massagli M. P. (2001). Longitudinal Study of Psychiatric Symptoms, Disability, Mortality, and Emigration Among Bosnian Refugees. *The Journal of American Medical Association*, **286**(5), 546-554.
- Mooren T. T., de Jong K., Kleber R. J., & Ruvic J. (2003). The efficacy of a mental health program in Bosnia-Herzegovina: impact on coping and general health. *Journal of Clinical Psychology*, **59**(1), 57-69.
- 中島聡美・小西聖子・辰野文理 (2007). 犯罪被害者及びその家族における重度ストレス反応支援プログラムの構築に関する研究. 厚生労働科学研究研究費補助金 こころの健康科学研究事業 犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究 平成18年度 総括・分担研究報告書
- 大岡由佳, 辻丸秀策, 大西良, 福山裕夫, 矢島潤平, 前田正治 (2006). 消防隊員のメンタルヘルスについての実態調査報告. 久留米大学文学部紀要. 社会福祉学科編 6, 85-95.
- 大平剛 (2006). 紛争後復興における援助と生み出される格差--ボスニア・ヘルツェゴヴィナにおけるリハビリテーション医療案件を通して. 北九州市立大学外国語学部紀要 (117), 87-106.
- Perret-Catipović M. (1999). Psychoanalytic psychotherapy with migrant war victims: transference and countertransference issues. *Croatian Medical Journal*, **40**(4), 498-502.
- Priebe S., Matanov A., Janković G. J., McCrone P., Ljubotina D., Knezević G., Kucukalić A., Francisković T., & Schützwohl M. (2009) Consequences of Untreated Posttraumatic

Stress Disorder Following War in Former Yugoslavia: Morbidity, Subjective Quality of Life, and Care Costs. *Croatian Medical Journal*, **50**(5), 465-475.

Ringdal G. I., Ringdal K., & Simkus A. (2008). War experiences and war-related distress in Bosnia and Herzegovina eight years after war. *Croatian Medical Journal*, **49**(1), 75-86.

Santić Z., Lukić A., Sesar D., Milicević S., & Ilakovac V. (2006) Long-term Follow-up of Blood Pressure in Family Members of Soldiers killed During the War in Bosnia and Herzegovina. *Croatian Medical Journal*, **47**, 416-423.

Terziæ, J., Meštroviæ, J., Đogaš, Z., Furlan, D., & Bioèiæ, M. (2001) Children war casualties during the 1991-1995 wars in Croatia and Bosnia and Herzegovina. *Croatian Medical Journal*, **42**(2), 156-160.

Urliæ I. (1999) Aftermath of war experience: impact of anxiety and aggressive feelings on the group and the therapist. *Croatian Medical Journal*, **40**(4), 486-492.

Vojvoda D., Weine S. M., McGlashan T., Becker D. F., & Southwick S. M. (2008). Posttraumatic stress disorder symptoms in Bosnian refugees 3 1/2 years after resettlement. *Journal of Rehabilitation Research and Development*. **45**(3). 421-426.

Weine S. M., Kulenovic A. D., Pavkovic I., & Gibbons R. (1998). Testimony psychotherapy in Bosnian refugees: a pilot study. *The American Journal of Psychiatry*, **155**(12), 1720-1726.

Weine S. M., Vojvoda D., Becker D. F., McGlashan T. H., Hodzic E., Laub D., Hyman L., Sawyer M., & Lazrove S. (1998). PTSD symptoms in Bosnian refugees 1 year after resettlement in the United States. *The American Journal of Psychiatry*, **155**(4), 562-564.

Zawati H. M. (2007). Impunity or immunity: wartime male rape and sexual torture as a crime against humanity. *Torture*, **17**(1), 27-47.