

特集1

戦争と精神保健

石橋 通江

純真学園大学 保健医療学部

Mental Health and Welfare affected by War

Yukie ISHIBASHI

Faculty of Health Sciences, JUNSHIN GAKUEN University

【要旨】 戦争は、国家間の闘争であり、戦闘によって、身体的なトラウマを受けるだけではなく、人間の尊厳を脅かし心理社会的な影響を及ぼす。その影響は、兵士だけではなく一般住民をも巻き込み、誰もが急性ストレス障害を体験し、人によっては、PTSD 症状に苦しむことになる。戦争によって起こる様々なメンタルヘルスの問題は、PTSD の治療という専門家レベルの介入だけではなく、地域環境を整えるという一般市民ができる対策がある。各々がストレスのもたらす成長への影響と障害についての知識をもち、ストレスをポジティブな刺激として用いる力を身につけ、レジリエンスを高めるための能力を備えることが重要である。

キーワード： 戦争、メンタルヘルス、PTSD、トラウマ

はじめに

戦争とは、兵力による国家間の闘争である¹⁾。また、軍事力を用いて様々な政治目的を達成しようとする行為（行為説）、または用いた結果生じる国家間の対立状態である（状態説）として説明される。戦いが起これば、戦闘により生命は奪われ、人の健康に影響を及ぼす。その影響は、兵士だけに止まらず、一般住民をも巻き込み、地域の環境すらも変化させていく。なかでも、宗教や民族、社会文化的背景の異なる集団間に生じる民族紛争は、ジェノサイド（集団殺戮）や民族浄化など、一般住民を含めた行動が激化し、紛争前には生活を共にしてきた者同士の争いのなかで、長期にわたるメンタルヘルスへの影響が確認されている。

本稿では、戦争によりもたらされるメンタルヘルスの影響について概観し、精神的健康を回復するための方策について述べる。

1. 戦争によってもたらされた精神的障害

1) 戦争神経症

戦争がもたらす兵士への精神的影響は、大量の破壊兵器が使用されるようになった世界大戦以前から認められていた。1618年からドイツを主戦場とした三十年戦争では、「estoroto（破綻点に達する）」という表現が医師によって使用された。その後も、1688年に Johannes Hofer によってつくられた「nostalgia」は、「故郷に帰りたいたいと願うが、二度と目にすることが叶わないかもしれないという恐れを伴う病人の心の痛み」として、18～19世紀にかけて、医学的もしくは神経学的疾病を指すものとして用いられた²⁾。前線の兵士たちにみられた nostalgia の現象は、極限的疲労、集中困難、食欲減退で特徴づけられる症候群であった。20世紀に入り、不安、移民、初年度の寄宿生や大学生の場合に限り、心理学的な疾病として扱われていたが、20世紀の終盤には、誰でもが経験しうる感情の一つとして捉えられるようになった。

クリミア戦争（1854～56）では、心拍異常、胸部疼痛、呼吸困難、全般的衰弱などの症例に対して、「クリミア熱」という名称がつけられた³⁾。アメリカの南北戦争（1861～65）で、主に心臓、循環器に

関係した、疲労、呼吸困難、動機、発汗、振戦、心臓付近の痛み、失神という症状は、「心筋疲労 (cardiac muscular exhaustion)」⁴⁾、または「過敏性心臓 (irritable heart)」⁵⁾ と呼ばれ、器質的原因によるものとみられていた。南アフリカで勃発したボーア戦争 (1880～81. 1899～1902) は、「兵士心臓 (soldier's heart)」⁶⁾「心臓異常活動 (disorders action of the heart:DAH)」およびリウマチと診断された多くの戦闘不能兵士を生み出したが、リウマチと診断された帰還兵には身体的な疾患が見いだされないことが多く、後の「戦争神経症 War neurosis」に相当すると推測された⁷⁾。日露戦争 (1904～05) では、記憶表象による不眠、悪夢などの侵入症状からアルコール依存傾向を示すなど、負傷兵が回復後に示す症状が神経症のような外傷神経症と類似していることを見出し、ドイツ人医師の Honigmann が「戦争神経症 Kriegsneurosen」と命名した。

この時代に、神経系の全般的障害と定義された神経衰弱 (neurasthenia) の概念が生まれ、外傷的事象の結果を指す名称としても、脆弱性因子としての位置づけによっても、戦争による障害としても捉えられるようになっていった。

第一次世界大戦ころになると、兵士にみられる原因不明の戦闘不能状態は神経疾患だという論調が強まる。1915年イギリスのマイヤース (Charis S. Myers) は、砲弾爆発が原因の神経疾患だと主張し、「シェルショック (Shell Shock)」⁸⁾ と命名した。シェルショックは、当初、一酸化炭素や空気圧の変化による脳の器質的原因によるものとされた。シェルショックの概念の登場により、心的な外傷による疾患は、障害であることが確認されるようになった。しかし、1940年マイヤースは、2,000例以上の症例を研究した結果、大多数は恐怖や驚愕といった心理的原因によるものとし、脳の器質因説を退けた。

1915年、ランセット (The Lancet) 誌で、取り上げられた「戦争神経症」の問題は、医学的意味での「神経」ではなく、個人の福祉、コミュニティの福祉を念頭ににおいた治療の重要性を述べており⁹⁾、戦争神経症患者を「狂気」として扱うのではなく、「神経ショック」として精神病院外の一般病院で治療することを主張した¹⁰⁾。一部の正規の兵士だけではなく、一般男性の多くを徴兵し大量に戦場に送り込んだ大戦という社会背景により、戦争神経症患者を社会の不安要素としないため「神経症」という診断が必要とされたといわれている。

2) 心的外傷 (psychic trauma)

トラウマ (trauma) は、医学的には「外傷」をさすが、精神分析の創始者であるフロイト (Sigmund Freud: 1856-1939) が、ヒステリー研究の中で発見したのが、ヒステリーの病因としての「心的外傷 (psychic trauma)」である。フロイト (1896) は、「ヒステリー症状は決して一つの体験だけで生ずるものではなく、常に、より早期の体験に関する記憶が連想作用によって呼び覚まされ、それが実際の体験と一緒に働いて生じる」¹¹⁾ と述べ、実際の体験だけではなく、同時に小児期に起こった出来事に由来し、とりわけ性に対する恐れや感情を重視した。ヒステリー症状は、神経痛、知覚麻痺、硬直、運動麻痺、ヒステリー性発作、てんかんと間違えられるような全身痙攣、チック、持続性の嘔吐、拒食にいたる食欲減退、様々な視覚障害、反復する幻覚などである。これらは、外傷による脳神経損傷によって引き起こされる外傷神経症 (traumatic neurosis) と同じである。フロイトは、1910年以降、戦争神経症患者の治療にあたる機会も増加し、戦争による身体的外傷によって起こる外傷神経症は、古典的な神経症にみられるヒステリー症状との類似性を指摘したが、フロイトの治療的な関心は、むしろ幼児期の体験にあった。

3) PTSD (post traumatic stress disorders)

同年代に、上述した「シェルショック」の概念が登場したことにより、アメリカの精神医学会は、精神障害の診断と統計マニュアル: DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) を出版し「PTSD」の診断基準を整備していった。1952年の DSM-I では「全般性ストレス反応 (gross stress

reaction)」、1968年のDSM-IIでは「状況への反応 (situational reaction)」の概念が出されたが、外傷後症候群に対する関心は薄く、トラウマによる障害の一部を捉えたものに過ぎなかった。1970年代、ベトナム戦争の帰還兵やレイプ被害者の精神的後遺症が社会的問題となり、臨床的には、かつての戦争神経症とほとんど類似する状態像が共通してみられることが明らかになった。そして、Rape trauma syndrome, post Vietnam syndrome, prisoner-of-war syndrome, concentratin camp syndrome, chaild abuse syndrome, battered women's syndrome など、様々なトラウマ関連の症候群が、ひとつとなり、トラウマ関連障害の概念が提出された。1980年のDSM-III¹²⁾では「PTSD (post traumatic stress disorders)」となり、1992年に出されたICD-10¹³⁾ (The International Classification of Diseases) も同様に、トラウマの定義を「ほとんど誰にとっても打ちのめされるような苦痛を引き起こし、格別に脅威となったり、破滅的な性質をもったりするようなストレスになる出来事や状況」とした。

PTSDは、「(1) 再体験症状：繰り返されるフラッシュバックや悪夢」、「(2) 回避/精神麻痺症状：外傷的出来事を回避することや感情が麻痺した状態」、「(3) 過覚醒症状：睡眠障害や精神的緊張によっておこる変化」の3つの症状クラスターから成り立つ。診断には、これらの症状が一月持続していることが基準とされている。戦争や災害など格別に脅威となった出来事に対峙すると、誰もが急性ストレス障害(ASD: Acute Stress disorder)を体験するが、ほとんどの人が自然に回復する。しかし、リスクファクターの多い人ほどPTSDに移行しやすいと考えられている。PTSDの発症因子として、精神障害に関する遺伝要因があること、小児期のトラウマの既往があること、特定の性格傾向(反社会的、依存的、被害妄想的人格障害、境界性人格障害など)を有すること、最近のストレスやトラウマを体験していること、サポート・システムが不十分なこと、最近の深刻な飲酒の既往があること、起きた事を自分がコントロールできないと感じた事、知的レベルが低いことがあげられている¹⁴⁾。

2. 戦争によってもたらされる長期的問題

長期的に問題となるのは、医学的な障害だけではなく、社会的な不適応である。PTSDの発生頻度の多い甚大な災害の後には、飲酒や喫煙、自殺、暴力、窃盗などの社会的逸脱行為が多くなることが報告されており、ベトナム戦争後遺症¹⁵⁾では、PTSDの症状をもった帰還兵の強盗などの犯罪事例が報告されている。

1971年ニューヨーク・タイムズで¹⁶⁾は、「ポスト・ベトナム・シンドローム (Post-Vietnam Syndrome)」について、「“ポスト・ベトナム適応困難による抑うつ”と、軍の精神科医は、罪悪感、被害者意識、解離意識をもつ大勢の従軍経験のある復員軍人(Veteran)に診断をくだした。脅かされ感によって暴力に駆り立てられ者もいれば、自損事故で死亡する者もいる」という記事を掲載し、Vietnam・Veteranの犯罪が心的外傷と関連づけられ、戦争後遺症の問題として言及している。

ポスト・ベトナム・シンドロームの症候¹⁷⁾は、(1) 罪悪感、(2) スケープゴートにされたという意識、(3) 怒り、(4) 戦闘の影響による残虐性、(5) 自己疎外、(6) 愛情生活の困難である。Vietnam・Veteranは、戦争の後遺症として、PTSDの症状からくる苦痛だけではなく、殺され、傷つけられた、敵味方双方の人に対する罪責感、「スケープゴートにされたという意識」や社会的スティグマ、生活困窮などに苦しめられている。また、個人の暴力的志向や将来への希望がないこと、信頼関係の崩壊、情緒的不安定、アイデンティティの喪失は、地域社会の安全性を揺るがし、新たな紛争をひき起こす危険性をもっている。

3. 地域と未来に及ぼす影響

1) 集団への影響

大量殺戮兵器を使用した戦争は、兵士のみならず戦闘地域の住民にも、甚大な影響を及ぼす。軍民混在の戦場と化した沖縄戦では、住民の献身的な軍への協力は、潜在的なスパイ容疑者を生み、お互いの

信頼関係を崩壊させた。同じように、住民同士が生きるための選択として密告という行動をとるという現象は、ドイツ軍に追われたユダヤの人びとやカンボジアのジェノサイドでの家族・隣人などにもみられた現象であり、極限状態での命の選択は、その後の罪悪感や猜疑心となり、長期的な問題として社会構造や精神的健康に影響を与えている。戦闘地域の住民は、戦闘の中で爆撃音や被害目撃の衝撃による恐怖に怯え、睡眠や食事を十分にとることができず、衣服を整え寒暖差から身を守ることでもできず、命の危険に晒されながらの生活を強いられる。戦闘地域から逃れた難民たちも同様に、住み慣れた地域を追われ、生活が整わない環境の中で、精神的に非常に緊張した状態で長期間過ごしている。長期的な精神的緊張は、精神的疲弊状態を生み、抑うつ状態やアルコール依存などの問題を生みやすい。慢性的なストレス状態は、内分泌系、自律神経、免疫など身体的な影響を与え、ストレスが原因で身体症状を呈する、いわゆる心身症といわれる疾患の要因となる。

また、終戦から67年目に沖縄戦体験者を対象とした研究では¹⁸⁾、「沖縄戦ストレス症候群」として、(1) 晩発性 PTSD：老年期の不眠症、(2) 命日反応型うつ病、(3) においのフラッシュバック、(4) パニック発作、(5) 身体化障害、(6) 戦争記憶の世代間連鎖（沖縄戦を体験した第一世代の養育、貧困などが第二、第三世代にも影響する）、(7) 破局体験後の人格変化、(8) 認知症の妄想・幻覚の8項目をあげている。

さらに家族との離別、地域コミュニティの崩壊は、悲嘆の感情につながる。悲嘆とは、対象喪失によって起こる一連の心理過程で経験される、失意、落胆や絶望の情緒的体験である。対象喪失には、近親者の死や失恋をはじめとする愛情・依存対象の死や別離、住み慣れた環境や、地位・役割・故郷などからの別れ、自分の誇りや理想・所有物・身体的自己の喪失がある。悲嘆¹⁹⁾によって起こる反応として、感情（悲しみ、怒り、罪悪感と自責、不安、孤独感、疲労感、無力感、衝撃、思慕、解放感、安堵感、感情鈍麻）、身体的感覚（腹部の空腹感、胸部の圧迫感、喉の緊張感、音への過敏、離人感、息切れ、筋力の衰退、口の乾き）、認識（否認、混乱、気をとられている状態、幻覚）、行動（回避、探索と叫び、ため息、泣く、思い出の場所の訪問、遺品の携帯、落ち着きのない行動）があり、悲嘆の状態を「身体的症状」「生理的症状」「心理的症状」の三側面から観察し、状態に合わせた支援が必要となる。

2) 子どもへの影響

戦争が子どもに与える影響は、戦争体験により生じる恐怖や戦慄によっておきる PTSD 症状、攻撃性（攻撃的な遊びや復讐心）、地域意識や文化に対する否定的感情、身体的症状、意欲・集中力の低下、泣き・叫びなどの感情的不安定、抑うつ、退行、依存などである。また、教育の機会を奪われること、愛着形成への影響などが考えられる。

PTSD の発症要因²⁰⁾として、戦争行為（爆撃、殺人、拷問、戦死、教育剥奪など）の直接ないし目撃体験があげられるが、その頻度や程度、期間や突発性などの影響をうける。また、緩衝要因として、個人的要因（知能、年齢、性、問題対処能力、社会性）、家族（戦争体験に対する両親の態度、両親の教育レベル、経済状況）、地域特性（親戚など拡大家族構成員、教育・医療を含む地域支援力）、文化（宗教、戦争に対する期待や態度）など、4つの生態学的要因があげられている。

実際に1994年にルワンダで発生した民族間紛争では、約100万人が死亡し、生き延びた3,030人の8-19歳を対象とした調査で、対象の78%が両親を殺され、90%の子どもが自分も死ぬと感じながら生き延びるために4-8週間隠れ、15%の子どもは死体の下に隠れて過ごしていた。対象者のうち1,830人の1年後の調査では、79%の子どもが PTSD 症状を呈するという厳しい結果を示していた。一方で、終戦後1年後の調査では PTSD 症状は87%であったが、90%は活動に興味があり、86%は注意ができ集中力があり、86%は将来計画を考える事に対して積極的であるという結果だった²¹⁾。以上のような結果が示すように、戦争という政治社会的課題による被害は、生物心理医学的な範疇以外の側面を含むため、個人のメンタルヘルスの苦悩や困難面だけに客体化することを批判する意見もあり²²⁾、苦境を生き延びた者への積極

的側面を評価し、健康的側面を支援する施策が必要とされている。

喜多²³⁾は、紛争地支援の体験と研究から、紛争地域の支援策として、子どもの遊び場、informal な教育支援、人々が identity を確認できるイベント支援、宗教的なシンボルと集合できる場の提供、行政レベルでのメンタルヘルス対策、外部が関心を示し続けること、「生きがい」や「こころの拠りどころ」をもてる visibility のある成果の創出などを提案している。

4. PTSD と脳科学

精神医学における診断や心理学における心理アセスメントは、DSM や ICD-10 の診断基準にも示されているように、患者の示す反応や主観に依存しており、患者の心理や行動の特徴を把握し、生活背景に照らし合わせ、症状がいつからどの程度現れ、どのような影響が出ているのかを丁寧に聴き取ることから始まる。症状は、認知的、情動的、行動的、生理学的過程が複雑にからみ合っているものであり、何かひとつの検査結果から診断できるものではない。近年、PET や f-MRI など、画像診断機器の開発と脳科学の発展により、精神症状の発生機序が明らかになりつつあり、薬物や精神療法の効果について、脳・神経学の見地から解明されるようになった。

PTSD の病態は、ラットなどの動物実験によって、恐怖条件付け (fear conditioning) のメカニズムから説明できるとされている。日常生活のなかで、外傷的出来事を想起させるような刺激に接すると、容易に症状が出現するばかりではなく、突然の物音などの刺激にも過敏となりやすい。このような変化は、心的外傷体験により形成された恐怖条件付け反応とみなすこともできるし、通常であれば、実際の脅威が過ぎれば回復するところで回復せず、症状が持続する過程を「消去の失敗」とみなすこともできる²⁴⁾。この過程を治療に応用してのが、認知行動療法の暴露療法である。暴露療法では、心的外傷体験を想起させる刺激の強度を弱めた形の刺激を反復することで、汎化を促し、過剰な反応の消去をはかる方法を用いている。消去は、条件づけられた刺激の関連が消失するのではなく、条件反応を抑制するような新しい記憶が形成されたことによるものである。動物実験の結果から、内側前頭前野が消去の長期記憶を保持している可能性が示唆されている²⁵⁾。また、ベトナム復員兵を対象とした、PET を用いた脳画像研究²⁶⁾では、内側前頭前野の血流変化の反応性と扁桃体での血流変化は逆相関し、構造化面接 (CAPS) の PTSD 重症度は右扁桃体の血流量と正相関していた。さらに、構造化面接 (CAPS) の PTSD 重症度は、内側前頭前野の血流量とは逆の相関関係にあった。この実験の結果により、内側前頭前野から扁桃体に投射されている神経線維が恐怖条件付けの消去過程に重要な役割を果たしている可能性を示唆している。内側前頭前野と扁桃体のいずれの機能異常が、より一時的であるかという検討は必要であるが、PTSD の病態を消去の失敗と捉えるならば、内側前頭前野の機能不全が一時的であるとも考えられる。

今後、PTSD における前頭前野と扁桃体の関連が明らかになることで、治療法の向上が期待される。

5. PTSD とレジリエンス

トラウマを受けたとしても、全ての者に PTSD 症状が生じるのではなく、また PTSD 発症後に、回復もしくはトラウマ受傷前の状態よりも積極的に行動する者がいることがわかっている。1980年代から、精神疾患に対する防御因子と抵抗力を意味する概念として導入されたのが、「レジリエンス (resilience)」である。

メンタルヘルス領域における「レジリエンス」は、「ストレス」と同様に、元来物理学分野の用語であり、「弾力」「復元力」「回復力」と訳することができる。

COA (Children of Alcoholics) が、さまざまな情動的・心理的問題を顕在化させやすいとする研究がある一方で、育った家庭の状況にもかかわらず、逆境を跳ね返す力を示すことがあることを明らかにした研究もある。Werner (1986)²⁷⁾は、49例の COA を誕生から18歳まで追跡し、COA の59%が問題なく

成長していたことを報告し、これらを **resilient COA** と名付けた。

Wolin & Wolin (1993/2002)²⁸⁾ は、発達精神医学の立場から、レジリエンスを「人生初期に苦しめられた困難から回復する力」として説明し、発達する過程で、鋭い質問を投げかけては、それに正直に答える精神的習慣である「洞察」、いくつかのせめぎあう要求の中からできるかぎり最善の取引をするという「独立性」、他者との親密で満足のいく絆である「関係性」、自分自身を主張し自分の環境を手なずけようとする決意である「イニシアティヴ」、何でもないことを価値ある何かにおきかえることのできる「創造性」、重大なことを何でもないことに変えることができる「ユーモア」、充実した良い人生を願いながら行う見識ある良心的活動である「モラル」という7つレジリエンスをもち、セルフを育てることによって、レジリエントに成長していけるとした。

また、Bonnano²⁹⁾ は、レジリエンスを「極度の不利な状況に直面しても、正常な平衡状態を維持することができる能力」とし、それを大多数の人が有し、その在り方も様々な個人差があるとした。PTSDに関するレジリエンスについて岡野³⁰⁾ は、外傷性のストレスそのものが、Bonnano に定義にみられる「極度の不利な状況」に相当することになり、「外傷性ストレスに際しても、PTSD, ASD 等の外傷性の精神障害を発症しない能力」と言い換えることができると述べた。さらに、適度なストレスないし刺激は発達促進的であり、深刻なストレスさえも人によっては適度な刺激としての意味を持つ場合があると考えべきとして、その意味でレジリエンスを「ストレスをポジティブな刺激として用いる力」と再定義している。そして、心理的外傷に晒されたとき、大部分は急速に回復し、受傷後数か月を過ぎて回復率は鈍化する傾向にある。外傷直後のフラッシュバックや過覚醒、回避、鈍麻反応などの ASD 症状は、むしろ誰でもが体験する正常な反応であり、レジリエンスにより軽減し、消失するというプロセスが生じないことが PTSD の病理の本質にあるとした。

つまり、PTSD を予防ないし PTSD からの回復を促すためには、レジリエンスを高め、日々のストレスや外傷に対処する自然治癒力を培うことが重要になる。

おわりに

戦争は、考え方の違いや、物資・領土を支配するための争いであり、その結果生じる武力・暴力行為は、相手を怖がらせ、操り、支配したいという欲求からおこるものである。兵士のみならず、一般市民を巻き添えにした力によるコントロールを目的としていることから、戦争自体が支配しようとする側と支配される側の双方のメンタルヘルスの問題と捉えることができる。

人は、自己の欲求を強要したり、自己の安全が脅かされたときの反応として暴力に至る。そうであれば、まずは衣食住を整え安全に暮らせる社会を作ることが第一優先となるだろう。しかし、人はたとえ安全であっても、欲深さゆえに、周囲に対して自分の優位性を示そうとする。更なる支配を望み、他人のものを奪い、環境を変えようとする。

戦争によって起こる様々なメンタルヘルスの問題は、PTSD の治療という専門家レベルの介入だけではなく、地域環境を整えるという一般市民ができる対策がある。各々がストレスのもたらす成長への影響と障害についての知識をもち、ストレスをポジティブな刺激として用いる力を身につけ、レジリエンスを高めるための能力を備えることが重要である。

【引用文献】

- 1) 筒井若水. 国際法辞典, 有斐閣, 217-219, 2002.
- 2) 三宅幹子. 心理的な well-being に対するノスタルジアの機能に関する研究. 岡山大学大学院教育学研究科研究収録 167, 1-9, 2018.
- 3) Handfield.J. Record of a case of Crimian fever, *Lancet*, 2, 461-462, 1855.
- 4) Hartshorne, H. On heart disease in the army. *American Journal of Science*, 48, 89-92, 1864.

- 5) MacCleam, W.C. Diseases of heart in the British. *Medical Journal*, 1, 161-164, 1867.
- 6) Howell, J.L. Trauma and Recovery. Basic Books, New York, 1992. [中井久夫訳 “心的外傷と回復（増補版）”, みすず書房, 東京, 1999.]
- 7) Jones, E. & Wessely, S., Shell Shock to PTSD: A History of Psychiatry from 1900 to the War. *Psychiatry Press*, Hove, 2005.]
- 8) Charis S., Myers. A Contribution to the Study of Shell Shock Being an Account of Three Cases of Loss of Memory, Vision, Smell, and Taste, Admitted into the Duchess of Westminster's War Hospital Le Touquet. *The Lancet*, 185 (4772), 316-320, 1915.
- 9) 再掲8) pp.189-190.
- 10) Nerves and War. The Mental Treatment Bill, *The Lancet*, 185 (4783), 919-920 1 May 1915.
- 11) Freud, S. (1896). The Aetiology of Hysteria. Standard Edition, Vol.3. trans. J. Strachey London: Hogarth Press, 189-221. 1962. [高橋義孝・生松敬三訳. ヒステリーの病因についてフロイト著作集10, 人文書院, 7-32, 1983.]
- 12) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision; DSM- IV -TR. Washington D.C., 2000. [高橋三郎他訳 .DSM- IV -TR 精神疾患の診断・統計マニュアル新訂版. 医学書院, 2004.]
- 13) World Health Organization: International Classification of Diseases, 10th edition. Geneva: WHO., 1992. [融道男, 小宮山実他訳. ICD-10 精神および行動の傷害—臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院. 2005.]
- 14) Jonathan R. T. Davidson, Edna B. Foa., Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond, American Psychiatric Pub Inc, 1993.
- 15) Kuika RA, Fairbank A, Jordon BK et al. Trauma and the Vietnam War generation: report of findings from the National Vietnam veterans readjustment study Brunner/Mazel. *Psychosocial Stress Series*, 18, 1990.
- 16) Henry L. Rosett. The Post-Vietnam Syndrome. *New York Times*, June 12, 1971.
- 17) Chaim F. Shatan. Post-Vietnam Syndrome. *New York Times*, May 6, 1972.
- 18) 當山富士子・高原美鈴他. 終戦から67年目にみる沖縄戦体験者の精神保健—介護予防事業への参加者を対象として—. 沖縄県立看護大学紀要 14, 1-12, 2013.
- 19) Worden J.W. 1991. Grief Counseling and grief therapy. A handbook for the mental health practitioner. Springer Publishing Company, Inc. [鳴澤實訳. グリーフカウンセリング—悲しみを癒すためのハンドブッカー. 川島書店, 1993.]
- 20) Walton JR, Nuttall RL, Nuttall EV. The impact of war on the mental health of children. A Salvadoran study. *Child Abuse Negl* 21, 737-749, 1997.
- 21) Dyregrov A, Gupta L, Gjestad R et al. Trauma exposure and psychological reactions to genocide among Rwandan children. *J. Trauma Stress* 13, 3-21, 2000.
- 22) Summerfield D: A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. *Soc Sci Med* 48, 1449-1462, 1999.
- 23) 喜多悦子. 紛争時, 紛争後におけるメンタルヘルスの役割. 平成16年度独立行政法人国際協力機構客員研究員報告書, 独立行政法人国際協力機構国際協力総合研究所, 80-81, 2005.
- 24) 飛鳥井望. PTSDの臨床研究—理論と実践—, 金剛出版, 117-118, 2008.
- 25) Quirk GJ, Russo GK, Barron JL et al. The role of ventromedial prefrontal cortex in the recovery of extinguished fear. *J. Neurosci* 20, 6225-6231, 2000.
- 26) Shin L M, Orr SP, Carson MA et al. : Regional cerebral blood flow in the amygdala and medial prefrontal cortex during traumatic imagery in male and female Vietnam veterans with PTSD. *Arch. Gen. Psychiatry* 61, 168-176, 2004.
- 27) Werner, E.E. (1986). Resilient offspring of alcoholics — A longitudinal study from birth to age 18 —. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 34-40.
- 28) Wolin, S.J. & Wolin, S. (1993). [奥野 光・小森康永訳. サバイバーと心の回復力. 金剛出版, 12-33, 2002.]
- 29) Bonnano, G. A. L., Baldwin, C.P., Kasser, T., et al. Contextual risk and resiliency during late adolescence. *Development and Psychology*, 5, 741-761, 1993.
- 30) 岡野憲一郎. 心的外傷とレジリエンスの概念. *トラウマティック・ストレス*, 7 (2), 52-60, 2009.