

トラウマ&バイオレンス・インフォームドケア (TVIC)

～トラウマとあらゆる暴力の影響を見逃さない支援～

ジェンダーに基づく暴力のサバイバーの安全を優先する

性的暴力、親密な他者からの暴力 (Intimate Partner Violence: IPV)、子どもがIPVを目撃するなど、ジェンダーに基づく暴力にさらされることは、暴力そのものが現在も続いているか過去にあったかにかかわらず、長期にわたってトラウマ的な影響を及ぼします。暴力のサバイバーの支援では、支援機関や組織が暴力がもたらす複雑で長期にわたる影響について十分な理解がない場合、効果的なサービスを提供する機会を見逃してしまい、さらなる被害を引き起こす危険性があります。

トラウマインフォームドケア (TIC) は、トラウマの影響やそれが及ぼす健康や行動との密接な関係を理解することを通し、ケアを必要とする人々に安全をもたらすことを目的としています。

トラウマに特化したケアとは異なり、人々のトラウマ歴を聞きだしたり治療したりすることではなく、すべての人がさらに傷つくことがないように、安全な空間を作り出すことを目指します。このような安全の確保は、トラウマを開示するための環境をもたらしますが、開示してもらうことは目的ではありません。

トラウマ&バイオレンス・インフォームドケア (TVIC) は、TICの概念を拡大し、構造的もしくは対人間暴力と、社会構造的な不公平が人々に与える影響についての視点を提供します。この概念拡大は、過去及び現在の暴力被害とそれに伴うトラウマの影響を強調し、過去または現在の暴力被害を経験する人が抱える問題がその人の心の中だけでなく、本人を取り巻く社会環境の両方に存在するものと考えます。

TVICが提供する視点

- ・ 人々の健康に影響する様々な社会的状況
- ・ 構造的暴力を含む、様々な現在進行形の暴力
- ・ 社会システムや人々の行動様式の中に根付いている、意識されない差別や有害な関わり
- ・ 安全や信頼を高める支援の重視

TICとTVICの違い

TVICでは、TICと比較して以下の点に特に焦点を当てます

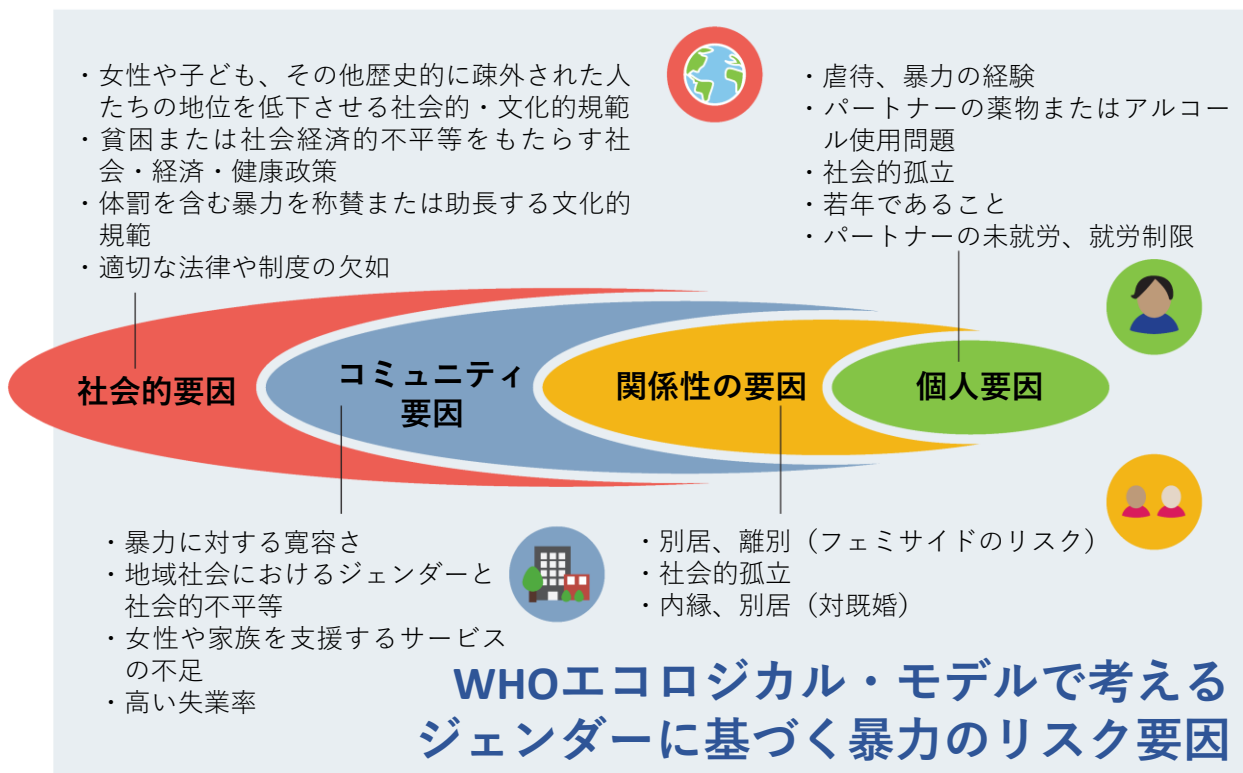
- ・ 本人を取り巻く構造的・社会的状況（ここに焦点を当てることにより、トラウマを「人々の心の中」だけで起こっているものとみなさず、構造的・社会的状況によって維持される現象であると考えられます）
- ・ 現在進行形の暴力の存在（トラウマを過去に起きたこととしてのみとらえず、これを維持し増悪する要因に目を向けます）
- ・ “構造的暴力”と呼ばれる、当事者のニーズを満たすためではなく、システムを維持することを目的としている、当事者にとって害をもたらす制度や支援方法（システムが引き起こすトラウマ）
- ・ サービスの利用者がサービスの枠組みに合わせるのではなく、サービス利用者を中心に据えた制度設計（組織、支援機関、法制度やその意思決定者がこのような制度を作ることを求めます）

「（社会）構造的」とは、こういった価値観や行動規範が、私たちの生活する社会における政治的・経済的システムの中に埋め込まれていることを示唆します。このため、しばしばこのような構造的な暴力や不公平は目に見えなかったり、「当たり前の事」として軽視されたりします。

このように考えると、薬物使用やメンタルヘルスの悪化などを含む、トラウマや暴力に対する様々な反応は、人々が強い脅威を感じるあらゆる出来事に対する正常な反応※であると考えられています。また、社会構造の中に潜むトラウマや不公平にさらされている際にも、同様の反応が予測されるでしょう。人種・ジェンダーなどあらゆる差別を含む、有害な制度的慣行によってもたらされるトラウマの影響に対処するためには、スタッフの知識とスキルが鍵となります。支援の実践における変化をサポートするための組織によるリーダーシップと戦略も必須です。

TVICは、支援が有害になることを防ぎ、個々の支援サービスや制度を安全なものとする 것을 目指します。 この資料では、TVICの基本原則に含まれる、健康の公平性や文化的安全性という考え方を紹介します。TVICの統合的な視点は、トラウマや暴力被害を体験するか否かや、その質が、健康を決定づける様々な社会的・構造的要因と特に密接に関係していると考えます。これらは、疫学データによって裏付けられています。

介入を個人に焦点を当てたものから社会全体に広げるには、個人要因、関係性の要因、コミュニティ要因や社会制度的要因など、ジェンダーに基づく暴力を生み出す複合的リスク要因を理解することが重要です。**世界保健機構（WHO）の「エコロジカル・モデル」に基づいてTVICの考えを整理すると、以下ようになります。**



Adapted from Krug et al. (2002).⁸

TVIC、公平性、文化的安全性に基づく支援は、個々の支援者がどのような組織で働いたとしても、トラウマやあらゆる暴力被害を経験したか、現在も経験する人とより安全に、効果的に、公平に接する機会を提供します。研究データは、TVICに基づいて支援を行うことは、支援をする人と受ける人双方にとってよりよい体験となりますが、これはいくつかの鍵となる組織的要因に左右されます。

※) 原文ではpredictable consequences(予測可能な結果)と記載されていますが、ここではノーマライゼーションを意識して“正常な反応”という訳語を当てています

鍵となる概念

トラウマとは、戦争や災害、事故、死（例えば、親）など、その人が許容できる限界を超えた、衝撃的な出来事や一連の出来事の集まりを経験すること、およびそれに対する反応を言います。ある出来事がトラウマになるかは、その人の神経生物学的要因（例えば自己調整能力への影響）、過去のトラウマや暴力体験、およびこれらの出来事に対して自己統制し、回復を支える（または支えない）他者の存在、様々な（上記のWHO生態系モデルなどで示される）コミュニティや社会構造と、その複雑な相互作用によって左右されます。

ジェンダーに基づく暴力では、トラウマは一度の体験から生じる場合もありますが（急性）、多くの場合繰り返し暴力に曝されるため、より複雑になります。トラウマは脳や神経系の機能を変化させます。この神経生物学的な変化は不可逆的なものではないかもしれませんが、長期にわたって影響し続け、行動様式に影響を与える可能性があります。例えば、不適切な養育、ネグレクト、家庭内暴力(IPV)の目撃などを含む小児期の逆境体験(ACEs)は、ストレス、不安、うつ、危険な行動、物質使用など長期にわたる影響を及ぼします。複雑性のトラウマは子どもの発達にも影響を与え、成人期まで続く内在化障害、外在化障害、愛着障害を引き起こします。被暴力体験は、脳神経だけでなく、その人の遺伝的構造にも変化をもたらし、健康とウェルビーイングに影響を与える可能性があります。

文化的安全性は、差別が神経生物学的、遺伝学的な影響をも与えるという仮説（さらなる研究が必要とされる領域です）のもと、組織や社会システムの構造と、対人関係における差別体験には連続性があることに注目します。

トラウマは、例えばジェンダーに基づく暴力やそれに関連する原因や結果について、社会制度がこれ認識しないか、認識しても介入しない場合など、“何もしない”ことによっても生じることがあります。

文化的安全性は、トラウマを受けた人の個々の文化に焦点を当てるわけではなく、過去及び現在も続くその人のトラウマ体験が、所属する集団や対人関係の影響を受けていると考えます。この考えは、その人が自認するアイデンティティや周囲からどのように認識されているかに拘らず、全ての人にとって制度や支援が安全なものとなるよう努めます。

健康格差とは、その人が成長し、生活し、就労し、年齢を重ねる中で生じる、本来であれば回避可能で、修正可能な様々な不利益です。これは、健康の社会的決定要因とも呼ばれており、病気に対処するための様々な制度の事を指します。健康格差は、私たちの社会世界の政治的・経済的組織の中に埋め込まれているという点で構造的であり、害をもたらすという点で一種の暴力であると考えられます。これらの不公平を是正するという事は、「すべての人を同じように扱う」のではなく、最も必要としている人たちに支援が届くことを基準にすることを意味します。最悪の状況に直面している人々への支援により、社会全体の健康増進がもたらされます。

なぜ公平性と文化的安全性がTVICに不可欠なのか？

マリーの物語

マリーは10歳以下の4人の子どもを持つシングルマザーで、そのうち1人は父親からマリーへの虐待を目撃した結果、重度のPTSD症状を発症し、トラウマに焦点を当てた認知行動療法(TF-CBT)を必要としています。この治療が無料で受けられるにもかかわらず、彼女は町中にある病院を受診するためにバスのチケットを買うこともできず、3人の娘のためにベビーシッターを利用することも出来ません。それは、託児支援がないからです。マリーは、元パートナーから嫌がらせを受けています。彼は、彼女や子どもたちに接触しないよう求める接近禁止命令を無視しています。彼は、児童保護サービスを呼ぶと脅しており、マリーは、息子がセラピーを必要としていることを、彼女の「悪い子育て」の証拠として夫に利用されることを恐れています。マリーは、自身が支援を受けた際に批判されたりスティグマを与えられたりした経験があり、支援を受ける事に対して良いイメージを持っていないため、息子の治療が、特に家族に余分なリスクとコストをかけるだけでなく、息子自身にとっても益となるよりも害となるのではないかと考えています。

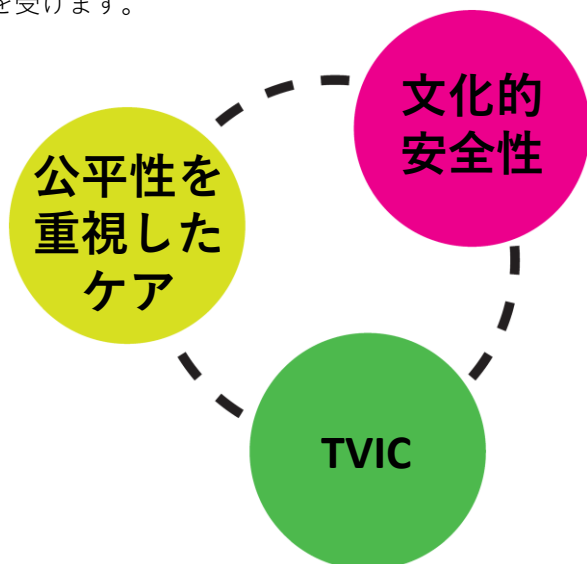
点と点を結ぶ

TVIC、文化的安全性、公平性を重視したケアの相互関係

医療における暴力への取り組みは、個々の「被害者」への「介入」という狭い視点から、社会的・構造的不公平に埋め込まれた広範な社会問題としてのジェンダーに基づく暴力という広い理解へと急速に発展しています。したがって、暴力とその結果を防ぐための介入の有効性は、その人が生活をしている社会的環境に制約を受けます。

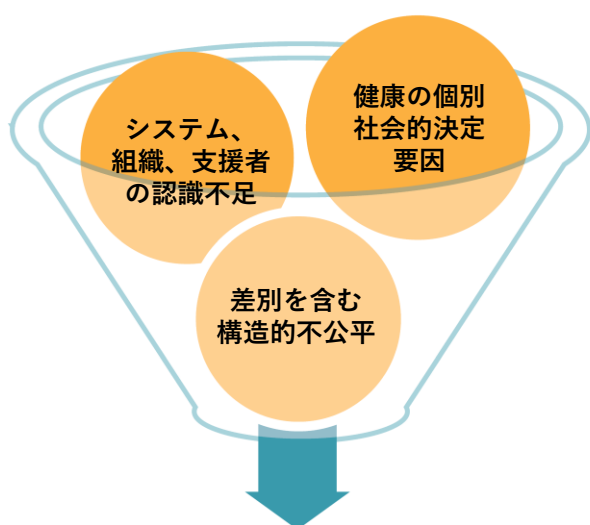
さらに、暴力が存在する社会的状況を考慮しなければ、サービスユーザーの暴力被害に対する支援者の対応（能力）は限定されてしまいます。それゆえ、ジェンダーに基づく暴力を予防し、その影響を緩和するためのあらゆる介入には、その人の生活する社会的状況を理解するというプロセスが含まれる必要があります。

同様に、健康やヘルスケアの公平性を推進するあらゆる取り組みも、あらゆる形態の暴力に注意を払う必要があります。ジェンダーを含むすべての対人暴力や、社会的不公平や構造的暴力は、社会構造の中で理解する必要があります。また、構造的暴力は保健医療福祉的な支援制度の利用など、その人の生活のあらゆる面に影響を及ぼすことを考慮する必要があります。例えば、極度の貧困の中で暮らす人々は、しばしば社会的地位に基づく先入観やスティグマに直面します。



支援者の実務と教育への影響

トラウマやあらゆる暴力の影響を見逃さず、公平性を促進し、文化的に安全な保健・社会サービスは、ケアへのアクセスだけに焦点を当ててはなりません。最大の不利（および不健康のリスク）に直面する人々の健康と生活状況の改善に焦点を当て、どのようなケアが提供され、それがどのように提供されるかなど、人々の健康を形成する社会・政治状況を考慮しています。具体的には、以下のような取り組みが推奨されます。



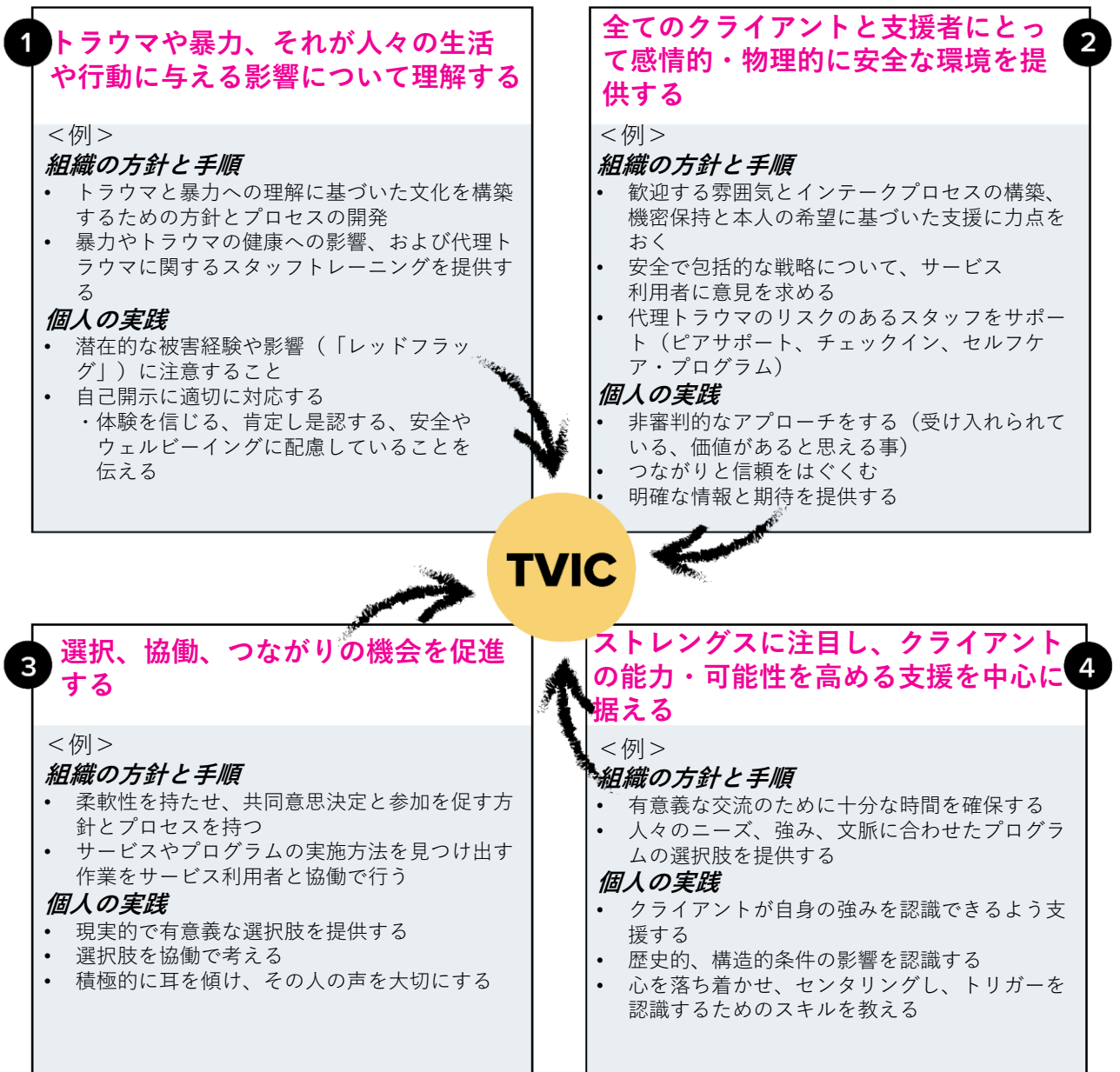
システムおよびケアに対する人々の経験

- 様々な種類の暴力に歴史的に継続的にさらされるなど、直接的な要因とより捉えがたい要因が、人々の実生活の経験をどのように形成しているかを**意識**すること
- 私たちの支援や制度が、意図せずして人々、特に社会的排除や差別を経験している人に害を及ぼす可能性があることを常に考慮し、これらの支援や制度を変えていく**柔軟性を持つ**こと
- 支援を提供する際に、対象者の多様な歴史や背景に対する**敬意をもち、包摂**したうえで、人種差別やその他のあらゆる社会的排除を考慮し、対象者の感情的、身体的、文化的な安全性を保証する責任をもつこと

- こういった支援の実践に際しては、過去や現在進行形のトラウマや暴力のためにすでに傷を受けやすくなっている人々を含むすべての人々が、再びトラウマ（の引き金）に晒されたり、傷つけられたりしないようにするための「**普遍的予防策**」であると考えるのが良い方法です。TVICに基づく支援の実践は、対象者にトラウマや暴力の履歴を開示するよう求めたり、知る必要がないということでもあります。誰もが尊重された安全なケアを受けることができます。

時にTVICでは、すべての人を「平等に」扱うのではなく、より多くの時間とリソースを「**最も困難な状況にある人**」に対応するために多く配分することを意味します。

以下の、「**TVICの原則**」は、これを組織や個人のレベルでどのように実現できるかを示しています。



References

1. Covington, S. (2008). Women and addiction: A trauma-informed approach. *Journal of Psychoactive Drugs*, 377-85.
2. Savage, L., Quiros A., Dodd S., Bonavota D. (2007). Building trauma informed practice: appreciating the impact of trauma in the lives of women with substance abuse and mental health problems. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 7 (1-2):91-116.
3. Strand, V., Popescu M., Abramovitz R., Richards S. (2015). Building agency capacity for trauma-informed evidence-based practice and field instruction. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 1-19.
4. Hopper, E.K., Bassuk E.L., Oliver J. (2010). Shelter from the storm: Trauma-informed care in homelessness services settings. *The Open Health Services and Policy Journal*, 3:80-100.
5. Dechief, L., Abbott, J. (2012). Breaking out of the mould: Creating trauma-informed anti-violence services and housing for women and their children. In *Becoming Trauma-informed*, edited by N. Poole and L. Greaves, 329-338. Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health.
6. Elliot, D.E., Bjelajac P., Fallot R.D., Markoff L.S., Reed B.G. (2005). Trauma-informed or trauma-denied: principles and implementation of trauma-informed services for women. *Journal of Community Psychology*, 33 (4):461-477.
7. Williams, J., Paul J. (2008). Informed gender practice: Mental health acute care that works for women. *National Institute for Mental Health in England*.
8. Krug, E. et al. (2002). *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization.
9. Browne, A.J., Varcoe, C., Ford-Gilboe, M., Wathen, C.N., Smye, V., Jackson, B.E., et al. (2018). Disruption as opportunity: impacts of an organizational-level health equity intervention in primary care clinics. *International Journal for Equity in Health*, 27;17(1):154. doi: 10.1186/s12939-018-0820-2.
10. Ford-Gilboe, M., Wathen, C.N., Varcoe, C., Herbert, C., Jackson, B.E., Lavoie, J., Pauly, B., Perrin, N., Smye, V., Wallace, B., Wong, S. Browne, A.J. for the EQUIP Research Program (2018). How equity-oriented health care affects health: key mechanisms and implications for primary health care practice and policy. *Milbank Quarterly*. Online first: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1468-0009.12349> pp 1-37.
11. Lavoie, J., Varcoe, C., Wathen, C.N., Ford-Gilboe, M., Browne, A.J. (2018). Sentinels of inequity: Examining policy requirements for equity-oriented primary healthcare. *BMC Health Services Research* 18:705: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3501-3>.
12. Green, B.L., Saunders P.A., Power E., Dass-Brailsford P., Bhat Schlibert K., Giller E., Wissow L., Hurtado-de Mendoza A., Mete M. (2015). Trauma-informed medical care: CME communication training for primary care providers. *Family Medicine* 47 (1):7-14.
13. Anda, R. F., Felitti V.J, Bremner J.D., Walker J.D., Whitfield C., Perry B.D., et al. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience* 256 (3):174-86.
14. Felitti V.J., Anda R.F. (2010). *The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health, Well-being, Social Function, and Healthcare*: Cambridge University Press.
15. Cloitre, M., Stolbach, B.C., Herman, J.L, van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (5):399-408.
16. Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., & Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma. *Psychiatric annals*, 35(5), 390-398.
17. Humphreys J, Epel ES, Cooper BA, Lin J, Blackburn EH, Lee KA. (2012). Telomere shortening in formerly abused and never abused women. *Biological Research for Nursing*, 14(2):115-23.
18. Krieger, N., Kosheleva A., Waterman P.D, Chen J.T, Koenen K. (2011). Racial discrimination, psychological distress, and self-rated health among US-born and foreign-born Black Americans. *American Journal of Public Health*, 101 (9):1704-1713.
19. Browne, A. J., & Varcoe, C. (2020). Cultural and social considerations in health assessment. In A. J. Browne, J. MacDonald-Jenkins, & M. Luctkar-Flude (Eds.), *Physical Examination and Health Assessment* by C. Jarvis (Second Canadian Edition ed.). Toronto: Elsevier.
20. Browne, A. J., Varcoe, C., Lavoie, J., Smye, V. L., Wong, S., Krause, M., . . . Fridkin, A. (2016). Enhancing health care equity with Indigenous populations: Evidence-based strategies from an ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 16(544), 1-17. doi:10.1186/s12913-016-1707-9
21. Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). Levelling up (part 1): A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Univ Liverpool: WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health. http://www.who.int/social_determinants/resources/leveling_up_part1.pdf
22. Farmer, P. (2003). *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press.
23. Browne, A. J., Varcoe, C. M., Ford-Gilboe, M., & Wathen, C. N. (2015). EQUIP Healthcare: An overview of a multi-component intervention to enhance equity-oriented care in primary health care settings. *International Journal for Equity in Health*, 14:152. DOI: 10.1186/s12939-015-0271-y
24. Ponic, P., Varcoe, C., Smutylo, T. (2016). Trauma-(and violence-) informed approaches to supporting victims of violence: policy and practice considerations. *Victims of Crime Research Digest*, 9. Department of Justice (DOJ); Canada. Available: <http://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/cj-jp/victim/rd9-rr9/p2.html>

How to cite this document

Wathen, C.N. & Varcoe, C. (2019). *Trauma- & Violence-Informed Care: Prioritizing Safety for Survivors of Gender-Based Violence*. London, Canada.

引用方法（日本語）

ワゼン, ネイディーン・バルコエ, コリーン. (2019). *トラウマ&バイオレンス・インフォームドケア(TVIC): ジェンダーに基づく暴力のサバイバーの安全を優先する*. TVIC翻訳チーム訳, ロンドン, カナダ.

EQUIP Health Care & the Health Equity Toolkit were originally funded by the Canadian Institutes of Health Research (CIHR)