

とめられる下位項目が異なることがわかる。

「身体的暴行・傷害」は「希死念慮・うつ傾向」と特に強い相関があり、「侵入」と「回避」とも相関していた。「心理的攻撃」はトラウマ性ストレス症状のうち、「侵入」のみと正の相関が認められた。そして「性的強要」は「身体的暴行・傷害」と「心理的攻撃」2 者の特徴を併せ持ち、特にトラウマ性ストレス症状と強い相関が認められた。

前回の調査では、「身体的暴行・傷害」よりも「心理的攻撃」のほうがより PTSD 症状に関連が深かったが、今回は逆の結果となった。しかし、前述したように「心理的攻撃」については多数例が高得点となったことから、症例間の差異が得られなかったことは否めない。「心理的攻撃」と精神症状の関連については、より詳細な質問紙を用いる必要があるのかもしれない。

「性的強要」は「身体的暴行・傷害」と「心理的攻撃」2 者の特徴を併せ持って、精神健康障害全般、トラウマ性ストレス症状ともに要素的には最も大きな影響を与えていた点、また被害者の社会復帰を考える上で指標になると思われる社会的活動障害には「身体的暴行・傷害」が最も大きな影響を与えていた点は再度確認された。

因子分析を用いた初診時病像における共通因子の抽出から、本研究の対象者の初診時病像は PTSD 型、不調・不安型、うつ病型の 3 つの型に分類される可能性があること

が示唆された。これまでの DV 被害者の精神健康被害に関する研究領域では、PTSD という病が注目されることがほとんどであったが、その一方で多くの症例が身体症状や全般的な不安を訴えるとの考察もなされていた。本研究における不調・不安型に属する症例は、全般性不安障害、パニック障害、身体表現性障害などの診断につながる可能性があり、これらの疾患群についても今後焦点を当てていく必要があると考えられた。

最後に、症状経過について若干の考察を行う。今回の調査で 8 ヶ月以内に質問紙による 2 度目の調査が行えたのは 14 名と数が限られていたが、結果からは経過研究における今後の指針を得ることができた。すなわち、中期的な経過では、不安やトラウマ性ストレス症状については比較的良好な改善が認められたが、その他の症状、特に GHQ-30 の下位項目は、総得点も含めて明らかな改善が認められなかったのである。このことから、DV 被害者の精神健康障害のうち PTSD 症状は比較的早く改善されるが、そのほかの精神健康障害についてはより長く症状が残存し、社会的活動性も低下したままにとどまる可能性が示唆された。特に経過研究に関しては、今後も症例数を増やして検討を続けたい。

E. まとめ

1) 2004 年 9 月から 2006 年 1 月までの間

になんらかの精神健康障害の治療を求めて東京女子医科大学附属女性生涯健康センターを受診したDV被害女性56人を対象に、初診時に、DVSI（ドメスティック・バイオレンス簡易スクリーニング尺度）、IES-R（改訂版出来事インパクト尺度）、GHQ-30（精神健康調査30項目版）を用いてDV体験の評価と精神症状の評価を横断面的に行い、DVの種類、程度と精神症状の関連について統計学的に検討した。さらに、このうち14例については8ヶ月以内に再度GHQ-30とIES-Rを用いた評価を行い、中期的な症状経過について検討した。

2）DVの種類、程度と精神症状の関連については昨年度の研究結果をもとに対象症例数を増やし、結果の再現性を検討したものである。

3）DVSIの各要素（「身体的暴行・傷害」、「性的強要」、「心理的攻撃」）評価からはDVのパターンには多くのバリエーションがあることがわかる。「心理的攻撃」は要素スケールのなかで多数対象において高得点を得た。

4）DVSI得点とIES-R、GHQ-30得点には明らかな相関が認められ、DV体験の重篤度と全般的な精神健康障害およびトラウマ性ストレス症状の程度との間にはなんらかの関連性があることが示唆された。

6）「心理的攻撃」と精神症状の関連については、DVSI以外により詳細な質問紙を用い

る必要がある。

7）「性的強要」は精神健康障害全般、トラウマ性ストレス症状ともに最も大きな影響を与えており、また被害者の社会復帰を考える上で指標になると思われる社会的活動障害には身体的暴力が最も大きな影響を与えていた点が再度確認された。

8）因子分析を用いた初診時病像における共通因子の抽出から、本研究の対象者の初診時病像はPTSD型、不調・不安型、うつ病型の3つの型に分類される可能性があることが示唆された。

9）中期的な経過をみると、DV被害者の精神健康障害のうちPTSD症状は比較的早く改善されるが、そのほかの精神健康障害についてはより長く症状が残存し、社会的活動性も低下したままにとどまる可能性が示唆された。

F. 研究発表

参考文献

- 1）石井朝子、飛鳥井望、木村弓子他：ドメスティックバイオレンス（DV）簡易スクリーニング尺度（DVSI）の作成及び信頼性・妥当性の検討. 精神医学 45(8):817-823, 2003
- 2）金吉晴、柳田多美：家庭内暴力被害女性の短期トラウマ反応と回復第一歩—シェルター保護とその心理効果、平

成 12 年度厚生科学研究健康科学総合
研究事業 (H10-健康-058) pp 57-79,
2001

- 3) 加茂登志子、大塚佳子、氏家由里他：
夫・恋人からの暴力被害女性の呈する
精神症状の経過－緊急一時保護後ア
フターケア 3 ヶ年計画の中間報告か
ら．平成 15 年度厚生科学研究費補助
金（子ども家庭総合研究事業）分担
研究報告書．
- 4) 石井朝子、飛鳥井望、木村弓子他：シ
ェルター入所者におけるドメスティ
ックバイオレンス被害の実態と精神
健康に及ぼす影響．精神科治療学 20
(2) pp183-191、2005
- 5) J Campbell, S Torres, J Ryan et al.

Physical and nonphysical partner
abuse and other risk factors for low
birth weight among full term and
preterm babies: a multiethnic case-
control study. American Journal of
Epidemiology, Vol 150, Issue
714-726, 1999

- 6) M. M. Cohen , B. Schei , D. Ansara
et al., A history of personal
violence and postpartum depression:
is there a link?, Archives of
Women's Mental Health Volume 4,
Number 3, pp83-92, 2002

<図表>

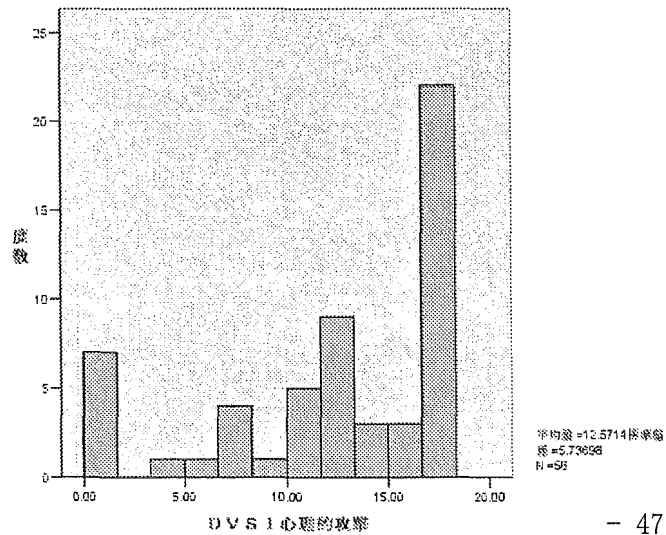
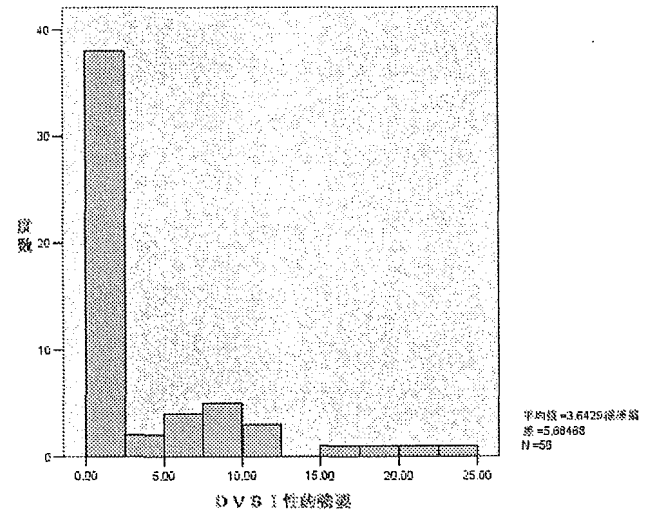
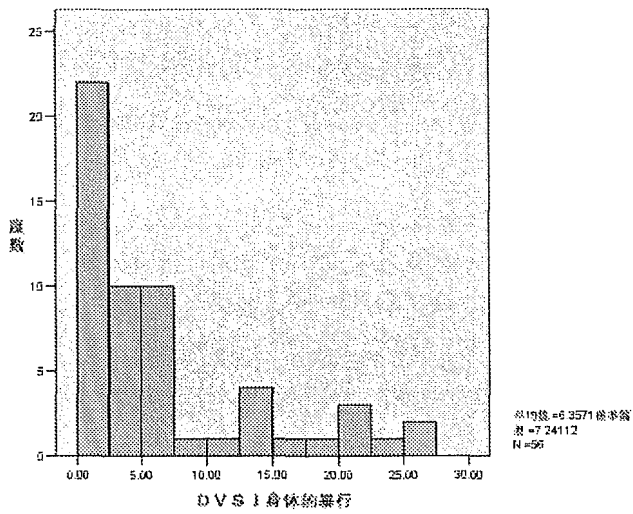
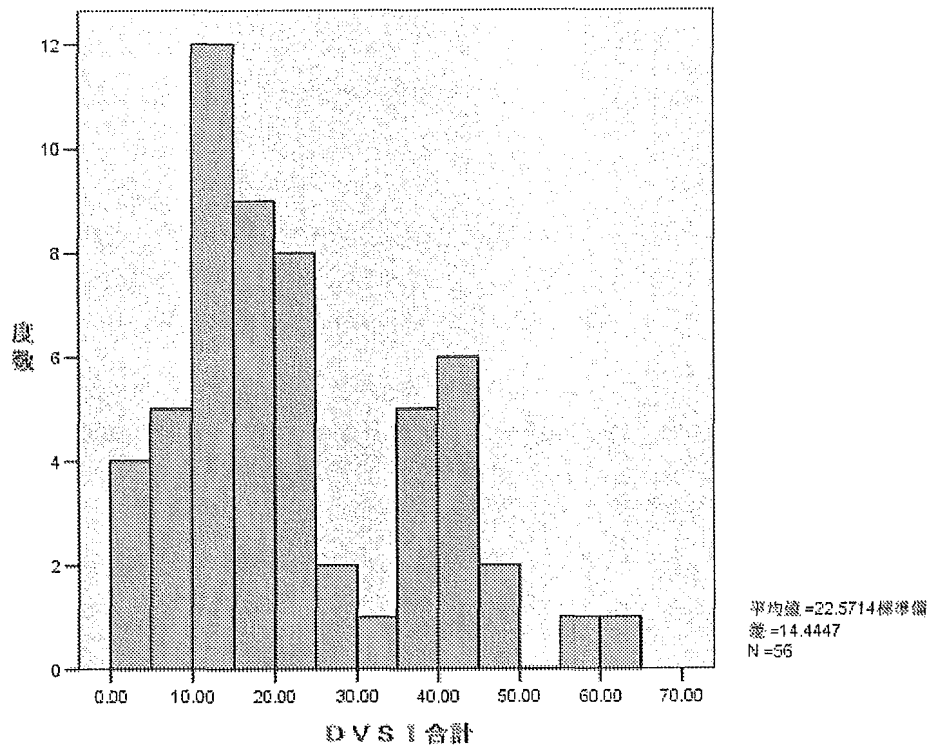


図1 DVS I 得点の度数分布表

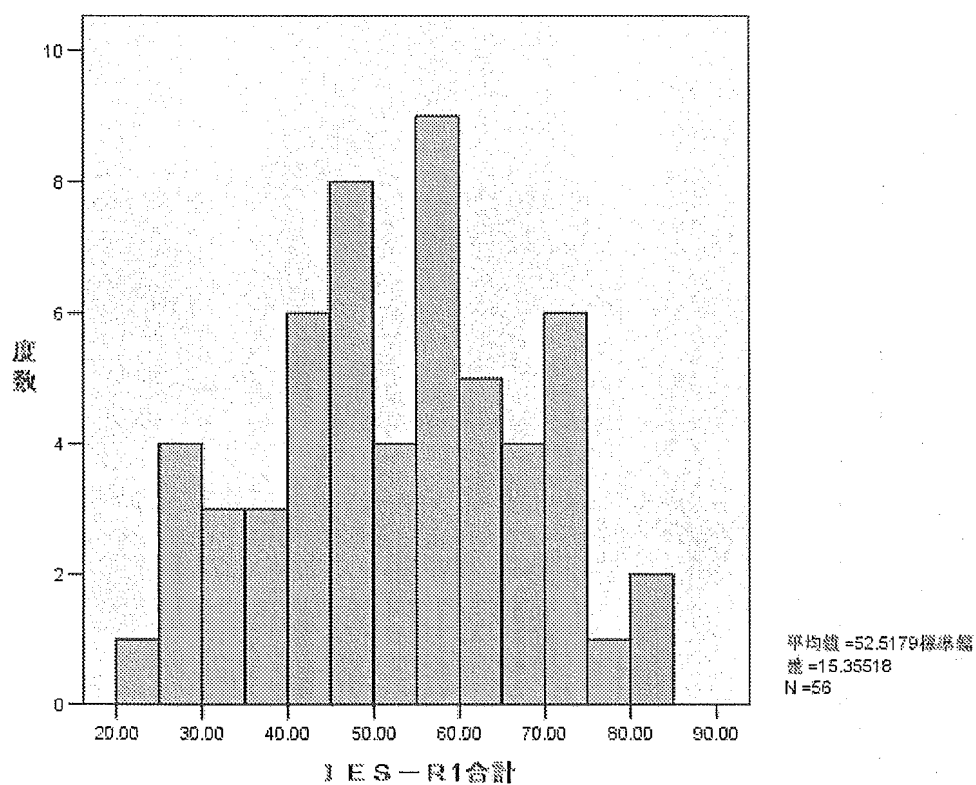


図2 IES-R総得点の度数分布表

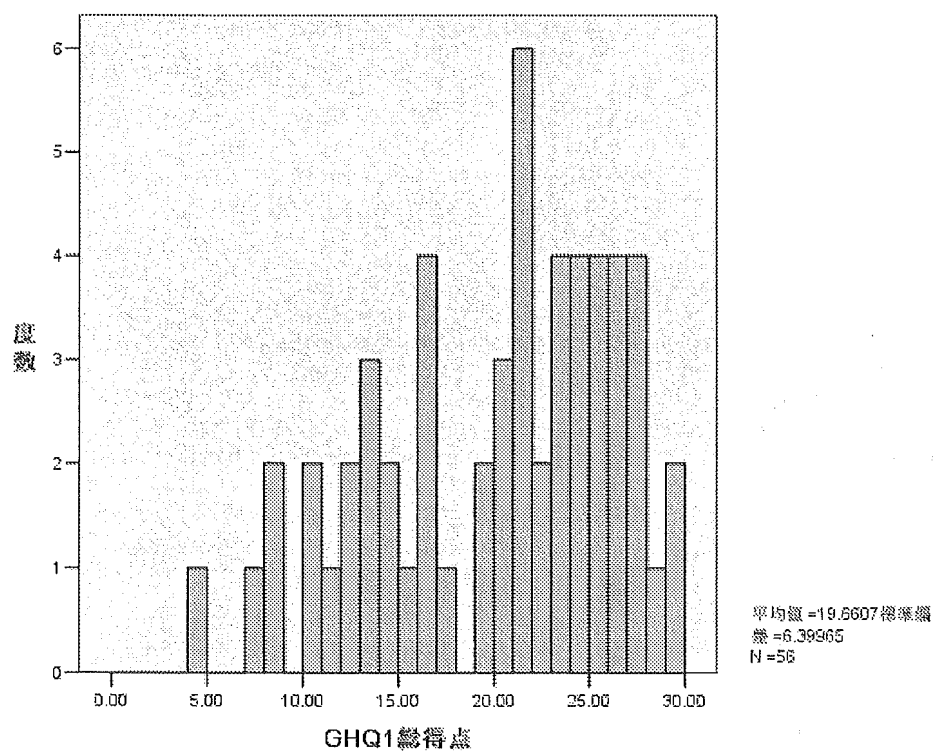


図3 GHQ-30総得点の度数分布表

表1 IES-R得点の結果

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
IES-R1侵入	56	7.00	32.00	18.4107	6.86963
IES-R1回避	56	3.00	32.00	18.8750	6.66077
IES-R1過覚醒	56	4.00	24.00	15.2321	4.83168
IES-R1合計	56	23.00	85.00	52.5179	15.35518

表2 GHQ-30得点の結果

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
GHQ1A一般的疾患	56	.00	5.00	3.6786	1.45361
GHQ1B身体的症状	56	.00	5.00	2.8036	1.60022
GHQ1C睡眠障害	56	1.00	5.00	3.7679	1.42690
GHQ1D社会的活動障害	56	.00	5.00	3.0000	1.71623
GHQ1E不安と気分変動	56	1.00	5.00	4.0357	1.15938
GHQ1F希死念慮・うつ傾向	56	.00	5.00	2.2500	2.06486
GHQ1総得点	56	4.00	30.00	19.6607	6.39965

表3 DVSI、IES-R、GHQ-30 各合計得点の相関関係

			DVSI合計	IES-R合計	GHQ1総得点
Spearmanのロー	DVSI合計	相関係数	1.000	.340(*)	.297(*)
		有意確率(両側)	.	.010	.026
		N	56	56	56
	IES-R合計	相関係数	.340(*)	1.000	.525(**)
		有意確率(両側)	.010	.	.000
		N	56	56	56
	GHQ1総得点	相関係数	.297(*)	.525(**)	1.000
		有意確率(両側)	.026	.000	.
		N	56	56	56

* 相関は、5 % 水準で有意(両側)。

** 相関は、1 % 水準で有意(両側)。

表4 DVSIの各要素スケール得点とIES-RおよびGHQ-30 の下位尺度得点・合計得点との相関関係

		DVSI項目	身体的暴行	性的強要	心理的攻撃	合計
IES-R	侵入	相関係数	0.276	0.354	0.306	0.367
		有意確率(両側)	0.04*	0.008**	0.022*	0.005**
	回避	相関係数	0.141	0.437	-0.024	0.136
		有意確率(両側)	0.300	0.001**	0.863	0.318
	過覚醒	相関係数	0.333	0.348	0.219	0.357
		有意確率(両側)	0.012*	0.009**	0.106	0.007**
	総得点	相関係数	0.308	0.453	0.176	0.340
		有意確率(両側)	0.021*	0.000**	0.193	0.01*
GHQ-30	一般的疾患傾向	相関係数	0.017	0.188	-0.012	0.025
		有意確率(両側)	0.900	0.164	0.932	0.857
	身体的症状	相関係数	0.185	0.280	0.208	0.221
		有意確率(両側)	0.173	0.037*	0.125	0.101
	睡眠障害	相関係数	-0.023	0.338	-0.072	-0.023
		有意確率(両側)	0.866	0.011*	0.599	0.867
	社会的活動障害	相関係数	0.231	0.323	-0.135	0.082
		有意確率(両側)	0.087	0.015*	0.320	0.548
	不安と気分変動	相関係数	0.242	0.377	0.089	0.232
		有意確率(両側)	0.072	0.004**	0.516	0.085
	希死念慮・うつ傾向	相関係数	0.385	0.343	0.100	0.350
		有意確率(両側)	0.003**	0.01*	0.462	0.008**
	総得点	相関係数	0.333	0.478	0.087	0.297
		有意確率(両側)	0.012*	0.000**	0.524	0.026*

**相関は、1%水準で有意(両側)。

*相関は、5%水準で有意(両側)。

Spearman の順位相関係数

表5 重回帰分析を用いた IES-R 合計得点と DVSI 各要素スケールとの関係

従属変数:IES-R合計点 独立変数:DVSI各要素スケール(身体的暴行・傷害、性的強要、心理的攻撃)

Fin=2.0≥Fout=2.0

モデル		非標準化係数		標準化係数	t	有意確率
		B	標準誤差	ベータ		
1	(定数)	49.194	2.321		21.194	.000
	DVSI性的強要	.913	.346	.338	2.638	.011

モデル	R	R2 乗	調整済み R2 乗	推定値の標 準誤差
1	.338(a)	.114	.098	14.58565

a 予測値: (定数)、DVSI性的強要。

表6 重回帰分析を用いた GHQ-30 合計得点と DVSI 各要素スケールとの関係

従属変数:IGHQ-30合計点 独立変数:DVSI各要素スケール(身体的暴行・傷害、性的強要、心理的攻撃)

Fin=2.0≥Fout=2.0

モデル		非標準化係数		標準化係数	t	有意確率
		B	標準誤差	ベータ		
1	(定数)	18.092	.950		19.051	.000
	DVSI性的強要	.431	.142	.382	3.042	.004

モデル	R	R2 乗	調整済み R2 乗	推定値の標 準誤差
1	.382(a)	.146	.130	5.96766

a 予測値: (定数)、DVSI性的強要。

表7 重回帰分析を用いた社会的活動障害（GHQ-30）と DVSI 各要素スケールとの関係

従属変数: 社会的活動障害(GHQ-30) 独立変数: DVSI各要素スケール(身体的暴行・傷害、性的強要、心理的攻撃) $F_{in}=2.0 \geq F_{out}=2.0$

モデル		非標準化係数		標準化係数	t	有意確率
		B	標準誤差	ベータ		
1	(定数)	2.698	.303		8.906	.000
	DVSI身体的暴行	.048	.032	.200	1.503	.139
2	(定数)	3.449	.542		6.365	.000
	DVSI身体的暴行	.068	.033	.287	2.032	.047
	DVSI心理的攻撃	-.070	.042	-.234	-1.659	.103

モデル	R	R2 乗	調整済み R2 乗	推定値の標準誤差
1	.200(a)	.040	.022	1.69690
2	.296(b)	.088	.053	1.67000

a 予測値: (定数)、DVSI身体的暴行。

b 予測値: (定数)、DVSI身体的暴行, DVSI心理的攻撃。

表8 因子分析を用いた初診時病像における共通因子の抽出

	因子		
	1	2	3
GHQ1A一般的疾患	.157	.756	-.021
GHQ1B身体的症状	.474	.429	.116
GHQ1C睡眠障害	.435	.190	-.225
GHQ1D社会的活動障害	.134	.867	.254
GHQ1E不安と気分変調	.332	.623	.348
GHQ1F希死念慮・うつ傾向	.144	.260	.814
IES-R1侵入	.707	.032	.284
IES-R1回避	.605	.224	.016
IES-R1過覚醒	.839	.163	.215

因子抽出法: 主因子法

回転法: Kaiser の正規化を伴うバリマックス法

表9 フォローアップ調査における GHQ・30,IES-R 得点の改善度

		対応サンプルの差					t 値	自由度	有意確率 (両側)
		平均値	標準偏差	平均値の 標準誤差	差の 95% 信頼区間				
					下限	上限			
^7 1	GHQ1A一般的疾患 - GHQ2A一般的疾患	-.07143	1.85904	.49685	-1.14481	1.00195	-.144	13	.888
^7 2	GHQ1B身体的症状 - GHQ2B身体的症状	.07143	1.63915	.43808	-.87499	1.01785	.163	13	.873
^7 3	GHQ1C睡眠障害 - GHQ2C睡眠障害	.42857	1.60357	.42857	-.49730	1.35444	1.000	13	.336
^7 4	GHQ1D社会的活動障害 - GHQ2D社会的活動障害	.42857	1.55486	.41555	-.46918	1.32632	1.031	13	.321
^7 5	GHQ1E不安と気分変調 - GHQ2E不安と気分変調	1.57143	1.86936	.49961	.49209	2.65076	3.145	13	.008
^7 6	GHQ1F希死念慮・うつ傾向 - GHQ2F希死念慮・うつ傾向	.78571	1.88837	.50469	-.30460	1.87603	1.557	13	.144
^7 7	GHQ1総得点 - GHQ2総得点	3.21429	7.15949	1.91345	-.91948	7.34805	1.680	13	.117
^7 8	IES-R1侵入 - IESR2侵入	5.50000	7.64350	2.04281	1.08678	9.91322	2.692	13	.018
^7 9	IES-R1回避 - IESR2回避	2.14286	5.44705	1.45578	-1.00217	5.28789	1.472	13	.165
^7 10	IES-R1過覚醒 - IESR2過覚醒	4.64286	6.51161	1.74030	.88316	8.40255	2.668	13	.019
^7 11	IES-R1合計 - IESR2合計	12.28571	18.37820	4.91178	1.67446	22.89697	2.501	13	.027

対応のある t 検定

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

分担研究報告書

ドメスティック・バイオレンス被害女性を対象にした認知行動療法

分担研究者 小西 聖子¹⁾

研究協力者 吉田 博美²⁾、木藤 裕子²⁾、野坂 祐子³⁾

1) 武蔵野大学 人間関係学部

2) 武蔵野大学心理臨床センター

3) 大阪教育大学 学校危機メンタルサポートセンター

研究要旨：

武蔵野大学心理臨床センターに来室した DV 被害女性 2 名を対象として、PTSD 症状の軽減を目的に Prolonged Exposure（以下；PE）を施行した。治療効果を測定するために、治療の前後に CAPS（PTSD 臨床診断面接尺度）、IES-R（改訂版出来事インパクト尺度日本語版）、日本語版 BDI-II、日本語版 DES を用いた。PE 治療を終了したケースは治療前に比べて、PTSD 症状、抑うつ症状、解離症状が改善し、DV 被害女性にも PE の効果があることが示唆された。PTSD 症状やうつ症状が改善することで日常生活の支障も改善され、自立支援の一つとして DV 被害者に個別心理療法を行うことは重要であると考えられた。

一方 PE を中断したケースについては、出来事前から精神科既往歴があり、入退院を繰り返していたこと、BPD であったこと、急性の PTSD（出来事から 1 ヶ月）であったこと、症状が安定していなかったことなどが中断理由として考えられた。さらに、DV 被害女性が個別心理療法を受けること自体の困難さがあることも示唆された。DV 被害者個人を対象にした心理療法を行う際には、DV 被害者の求めていることを確認し、心理療法の目標を明確に設定し、治療に対する動機付けを高める必要がある。今後は PE の施行ケースを増やして認知行動療法の治療効果を把握すると同時に、DV 被害者への心理療法の実際を明らかにし、DV 被害者にとって有効な心理療法を検討していくことが重要であると考えられた。

A 研究目的

ドメスティック・バイオレンス（以下 DV）被害者は外傷後ストレス障害（以下 PTSD）、うつ病、解離症状、身体症状などを呈することがすでにわが国の研究でも明らかになっている。DV 被害者に生活の支援を行うことも重要であるが、DV 被害が日常生活

に支障となる精神健康障害に影響している場合は、主となる精神症状を改善するために心理療法を行う必要がある。また、DV 被害者の相談窓口になっている配偶者暴力相談支援センター及び公的女性センターの利用者のグリーフケア、うつ病、PTSD な

どに対する専門的な心理療法も危機介入と同時に必要である。

本研究の目的は、特に DV 被害後によく生じる精神疾患である PTSD 症状の軽減に焦点を当て、DV 被害者を対象に認知行動療法を行い、DV 被害者にとって有効な心理療法を検討することである。

B 研究方法

調査協力機関：横浜市女性協会

調査対象者は、2005 年 4 月～2006 年 2 月に、武蔵野大学心理臨床センター及び男女共同参画センター横浜に来室した 4 名である。対象者は全て、親密なパートナーからの暴力（恋人からの暴力も含む）を受けていた。除外基準は a)統合失調症、躁鬱病、器質性の精神障害、b)アルコール・薬物依存、c)6 ヶ月以内に顕著な自殺念慮があるもの、d)加害者との脅迫的な関係が継続していることである。

本研究で用いた治療技法は、慢性の PTSD 症状の軽減を目的にした Prolonged Exposure 法（以下 PE）という認知行動療法である。PE は PTSD 症状の軽減のみならず、PTSD とよく併存されるうつ症状、不安症状の軽減にも有効であることが海外の研究で示されている。PE を担当した治療者は精神科医 1 名、臨床心理士 1 名であり、この技法の開発者である Edna Foa からトレーニングを受けている。

PE を行う前に、PTSD 症状の有無を調べるために CAPS を行った結果、2 名は PTSD 診断に該当しなかった。

治療技法及び各使用尺度の説明を、次に述べる。

PTSD 臨床診断面接尺度（Clinician-Administered PTSD Scale；以下 CAPS）

CAPS は米国の National Center for PTSD の研究グループによって開発された構造化診断面接法であり、面接時点より遡る 1 ヶ月間の症状評価（現在診断）と、外傷的出来事後から最近までの期間の症状評価（生涯診断）が可能である。日本語版は飛鳥井らによって標準化されており、海外の研究でも多く用いられている構造化面接である。

改訂版出来事インパクト尺度日本語版（Japanese-Language Version of the Impact of Event Scale-Revised；以下 IES-R）

Weiss らにより作成された PTSD の自記式症状スケールである。侵入的想起症状、回避症状、過覚醒症状を下位尺度とした 22 項目からなる質問紙である。日本語版は Asukai らによって作成され、信頼性と妥当性が検証されている。

日本版 BDI-II（Beck Depression Inventory-Second Edition；以下 BDI-II）

抑うつ症状の重症度を判定するための、21 項目からなる自記式質問票である。日本語版は小嶋らによって開発され、信頼性と妥当性が検証されている。

日本語版 DES（Dissociative Experience Scale；以下 DES）

本研究では、田辺（1994）の日本語版 DES（Dissociative Experience Scale）を使用した。アルコールなどの薬物の影響下にならない場合に、それぞれの項目にあるような体験

の頻度がどれくらいかを直観的に答えるように教示した。

治療技法

Prolonged Exposure

PE は 10 セッション～15 セッション行い、1 セッション 90 分から 120 分で行う。偶数回に IES-R と BDI-II を行った。

セッション 1 では、治療原理や概要、呼吸法の説明を行う。セッション 2 ではトラウマ反応に対する心理教育、現実曝露法の説明、不安階層表の作成などを行い、現実曝露法の宿題を設定する。セッション 3 では、イメージの中でトラウマ記憶に直面するための原理を説明し、40 分から 60 分間想像曝露法を行う。セッション 4 から 9 (または 14) では、宿題の確認を行い、30 分から 40 分間トラウマ記憶に直面し、宿題を設定する。最終セッションでは、クライアントにこの治療法で学んだことについて話し合い、今後の計画やもし症状が悪化したらどうするかなどについて話し合う。

(倫理面への配慮)

本研究では、対象者に対して研究の目的と治療の内容について文書を用いながら口頭で説明し、書面による同意を得た。

C 研究結果

1) 対象者

PE の対象となった 2 名はいずれも恋人からの被害であり、薬物療法を併用していた。よって PE 治療とは別に主治医がついている形で PE を行った。PE を行った 2 名のうち、1 名 (ケース 1) は PE 治療が終了し、1 名 (ケース 2) は中断した (表 1 参照)。

2) ケース概要及び心理尺度結果

ケース 1

事前の精神科既往歴はない。幼少期に両親が離婚し、いじめにあっている。治療前の CAPS 得点は 86 点、IES-R 得点は 49 点であり、PTSD 症状が顕著に見られた。BDI-II 得点は 34 点、DES 得点は 33 点であり、重度のうつ症状および解離症状も同時にみられた。

ケース 2

事前の精神科既往歴があり、入退院を繰り返す。当時の精神科医の診断はうつ病と BPD であった。治療の対象となった DV 被害の他に、いじめや配偶者からの暴力を受けていた。治療前の CAPS 得点は 114 点、IES-R 得点は 81 点であり、PTSD 症状が顕著に見られた。BDI-II 得点は 35 点、DES 得点は 50 点であり、重度のうつ症状および解離症状も同時にみられた。

3) PE 治療結果

ケース 1

PE 治療前後の心理尺度を比較したところ、PTSD 症状、抑うつ症状、解離症状ともに症状が改善した。治療前には外出及びアルバイトが出来なかったが、治療後には外出時も一人で行動でき、アルバイトもできるようになり、治療効果があった (表 2 参照)。

ケース 2

抑うつ症状が強くなり、セッション 5 で PE を中断し、うつ病の治療に変更する。PE 中断に関わっている背景は、DV 被害から逃れて 1 ヶ月の時点で PE をはじめ、精

神症状が安定していなかったこと、グリーフの問題、引越し、事前の精神科既往歴、人格障害が併存していた（表3参照）。

D 考察

DV被害女性を対象にした心理療法には、グループ療法や母子関係の修復に焦点を当てた Parent-Child Interaction Therapy、認知行動療法が海外の文献で明らかになっている。

Kubany と Watson が DV 被害女性を対象に開発した認知トラウマ療法（Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD : CTT-BW）の調査では、PTSD の DV 被害女性に CCT-BW を施行した結果 PTSD 症状が軽減し、施行後のフォローアップでも効果が持続していることが報告されている。

本研究の結果、DV 被害の影響で PTSD 診断が該当するものに対しては、Prolonged Exposure は適応可能であると考えられる。PE を終了したケースについては、PTSD 症状のみならず、併存していたうつ症状、解離症状ともに改善した。PTSD 症状やうつ症状が改善することで日常生活の支障も改善され、自立支援の一つとして DV 被害者に個別心理療法を行うことは重要であると考えられた。

一方 PE を中断したケースについては、出来事前から精神科既往歴があり、入退院を繰り返していたこと、BPD であったこと、急性の PTSD（出来事から1ヶ月）であったこと、症状が安定していなかったことなどが中断理由として考えられた。また、PE を行う前のドロップアウトの原因としては、DV 被害女性が個別心理療法を受ける

こと自体が困難であることも示唆された。DV 被害女性は暴力から逃げる過程で子どもと一緒に逃げてくることも多く、実際に1週1回90分から120分の治療を継続的に行うこと自体の困難さがあることも考慮する必要がある。よって、DV 被害者個人を対象にした心理療法を行う際には、DV 被害者の求めていることを確認し、心理療法の目標を明確に設定し、治療に対する動機付けを高める必要がある。今後は PE の施行ケースを増やして認知行動療法の治療効果を把握すると同時に、DV 被害者への心理療法の実際を明らかにし、DV 被害者にとって有効な心理療法を検討していくことが重要であると考えられた。

E 結論

本研究では、DV 被害後によく生じる精神疾患である PTSD 症状の軽減に焦点を当てた認知行動療法を行った。

本研究の結果、DV 被害者に対して専門治療を行う前のラポールの形成や関連機関との調整が重要であること、また、DV 被害者でかつ PTSD 診断がついているものに関しては PE 治療が有効であることが示唆された。DV 被害の影響で生じた PTSD 症状やうつ症状が改善することで日常生活の支障も改善され、自立支援の一つとして DV 被害者に個別心理療法を行うことは重要であると考えられた。

今後は PE の施行ケースを増やして認知行動療法の治療効果を把握すると同時に、DV 被害者への心理療法の実際を明らかにし、DV 被害者にとって有効な心理療法を検討していくことが重要であると考えられた。

【文献】

- Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., et al.
: Reliability and validity of the
Japanese-language version the Impact
Event Scale-Revised (IES-R-J) : Four
studies of different traumatic events.
Journal of Nervous and Mental Disease,
190(3), 175-182. 2002.
- Beck, A. T.; Steer, R. A.; Brown, G. K.:
Manual for the Beck depression inventory
-second edition. The Psychological Corporation,
1996. (古川亮, 小嶋雅代; 訳 日本版 BDI-II 手
引き, 日本文化科学社, 東京, 2003.)
- Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy L.M., et
al., The development of a Clinician-
Administered PTSD Scale. Journal of
Trauma Stress, 8: p. 75-90. 1995.
- Foa, E.B., Keane, T.M., & Freidman, M.J.: Eff
ective treatments for PTSD: Practice
guidelines from the International Society
for Traumatic Stress Studies. New York:
Guilford Press. 2000. (飛鳥井望、西園文、
石井朝子訳; PTSD 治療ガイドライン: エ
ビデンスに基づいた治療戦略. 金剛書房,
東京, 2005.)
- Edna B. Foa, Elizabeth A. Hembree, Shawn
P. Cahill, et al.: Randomized Trial of Prolonged
Exposure for Posttraumatic Stress Disorder
With and Without Cognitive Restructuring
: Outcome at Academic and Community
Clinics. Journal of Consulting and Clinical
Psychology, vol. 73, No. 5, 953-964. 2005.
- Kubany, E.S., Hill, E.E., & Owens, J.O..
Cognitive trauma therapy for battered
women with PTSD (CTT-BW): Preliminary
findings. Journal of Traumatic Stress,
16, 81-91, 2003.
- Kubany, E.S., Hill, E.E., Owens, J.A., et al.,
Cognitive trauma therapy for battered
women with PTSD (CTT-BW). Journal of
Consulting and Clinical Psychology,
Vol. 72, No. 1, 3-18. 2004.
- Kubany, E.S., & Watson, S.B.: Cognitive
trauma therapy for formerly battered
women with PTSD (CTT-BW): Conceptual
bases and treatment outlines. Cognitive
and behavioral Practice, 9, 111-127. 2002.
- 田辺肇: 解離性体験と心的外傷体験との関
連—日本版 DES (Dissociative Experiences
Scale) の構成概念妥当性の検討—。催眠学
研究, 39 (2), 1-10, 1994.
- Timmer, S.G., Urquiza, A.J., Zebell, N.M., Mc
Grath, J.M.: Parent-Child interaction
Therapy . Application to maltreating
parent-child dyads . Child Abuse &
Neglect 29, 825-842, 2005.
- 吉田博美, 小西聖子, 影山隆之, 野坂祐
子. ドメスティック・バイオレンス被害者
における精神疾患の実態と被害体験の及ぼ
す影響. トラウマティック・ストレス
Vol.3 No.1 83-89, 2005.

表1 PE 対象者

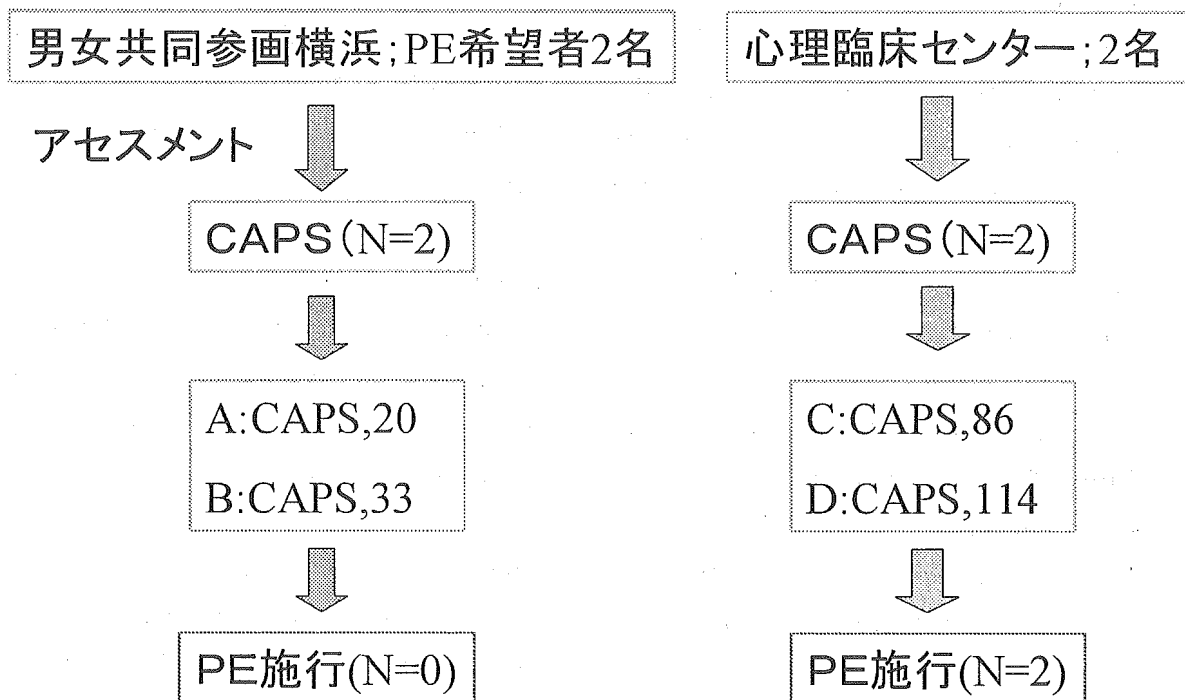


表2 ケース1 治療結果

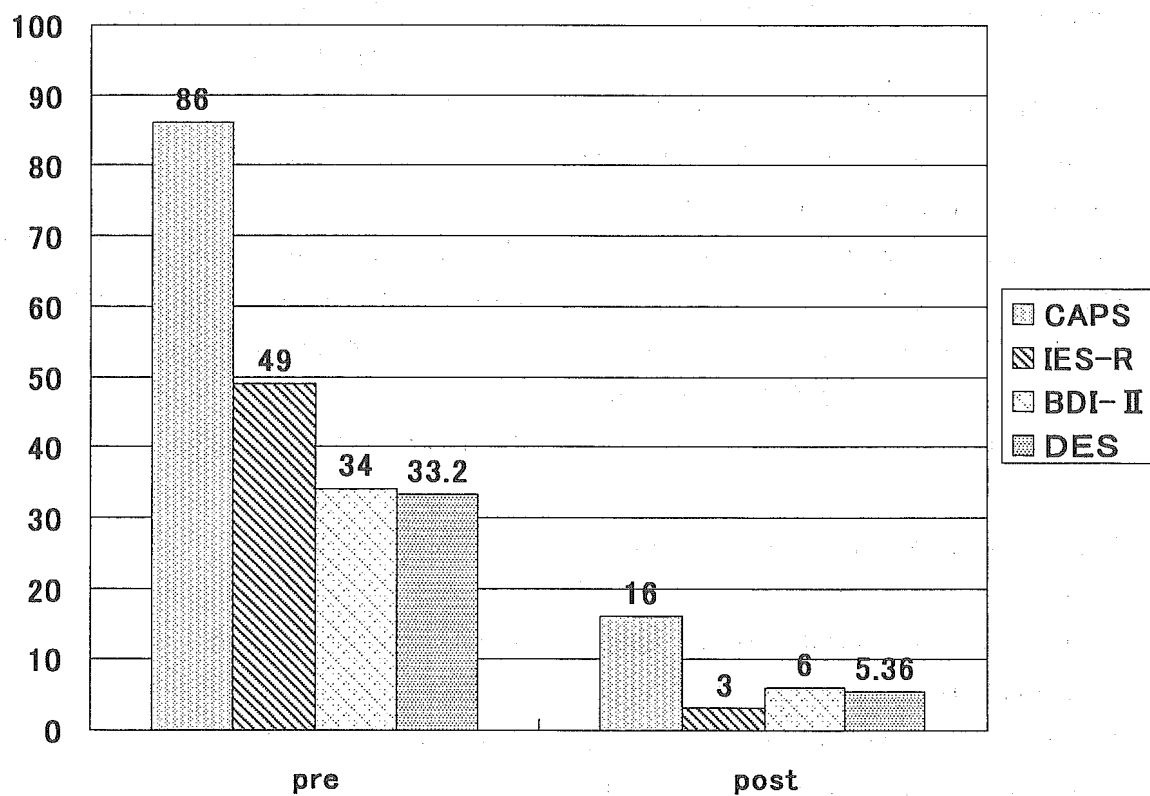
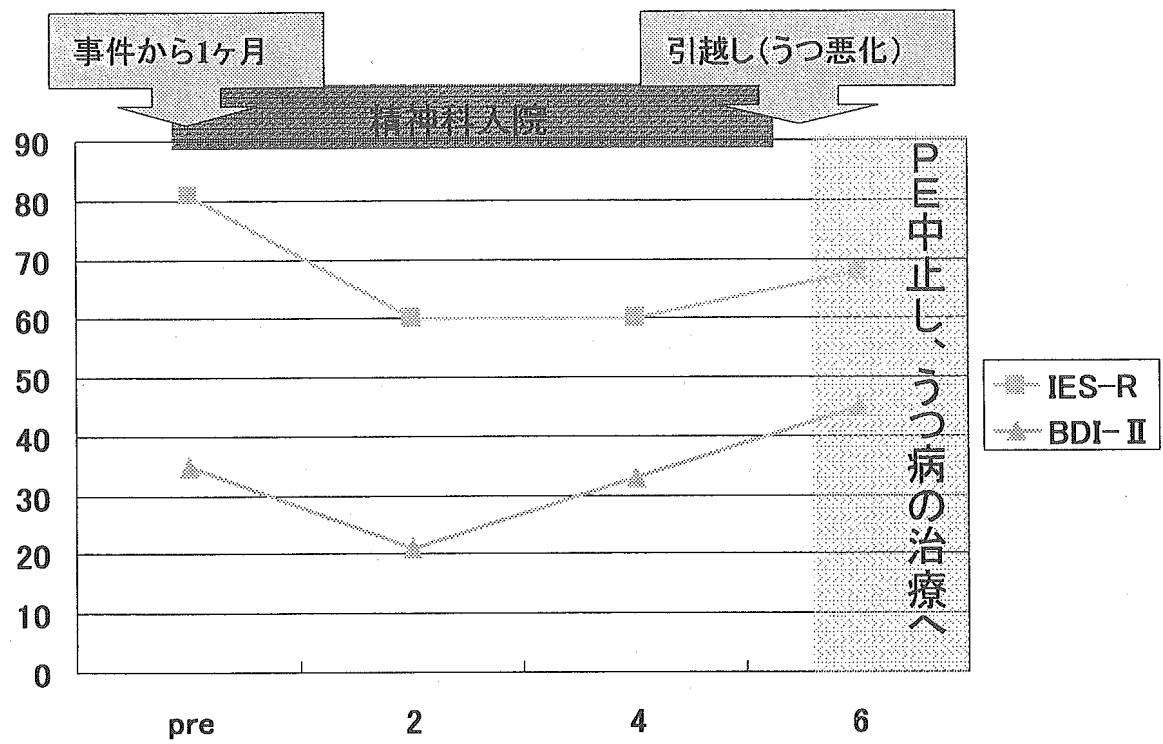


表3 ケース2 治療結果



DV 被害者への援助の実際－シェルターの援助内容の分析から

分担研究者 村井 美紀

研究要旨

DV 被害者の緊急避難先であり、彼らの自立支援を行う民間シェルターにおいて、実際にどのような援助が行われているのかを分析・研究することが本研究の目的である。民間シェルター入所者の事例研究により、DV 被害者が抱えているリスクを明らかにし、彼らに対するシェルタースタッフの具体的な援助方法と援助内容を明らかにしていった。研究の結果、シェルター入所者は、経済的困難と親族からの支援の希薄な状況にあることが明らかになり、セルフエステームが低下しているので直面する諸問題にに対応する力が減少していることが明らかになった。

それに対するシェルターの援助は、安心できる空間と心身の休養をするための時間的余裕を確保していた。さらにスタッフは日常のかかわりを通して被害者が示す否定的感情の表出や、アクティングアウトを受け止め、また育児や様々な手続きの「お世話」をする援助を行っていた。また、同伴児の教育保障や感情を受け止めることも行っており、そのすべてを通じて、被害者のセルフエステームを高め、次の生活のスタートへとつなげていることを明らかにした。しかし、次の生活場面における連続した支援の保障の点や、同様のサービスを普遍的に他のシェルターでも保障できるか出来るかという点に課題が残され、次年度以降の研究課題とした。

研究協力者	狩野 敦子（シェルターA 寮施設長）
	河口 優子（元シェルターA 寮職員）
	北澤利恵子（元シェルターA 寮職員）
	高橋 由美子（児童家庭支援センター「シャローム」）

A 研究目的

DV 被害女性に対するシェルターの援助のあり方を研究するために、実際のシェルター利用者のケース分析を行い、生活場面における援助内容を分析することが本研究の目的である。DV 被害者の緊急避難先としてシェルターが各地に開設されており、その存在は当事者にとって有効であるという認識は、近年急速に高まっている。しかし、シェルターにおける援助内容や必要な機能について研究されておらず、各シェルターのサービスは設立者らの個別的な力量にゆだねられているのが実態である。当然、それに必要な公的財源の支出も明らかにはなっていないままである。本研究は、DV 被害者へのシェルターのサービス内容を明らかにすることで、シェルター機能の充実とサービスの向上に寄与することを目的に行う。

B 研究方法

1) 対象

DV 被害女性のシェルターである A 寮に平成 13 年度に入所したケースを対象にした。

基本的に利用者の人権に配慮するために、過去の利用者のケースを対象にすることとした。そこで A 寮利用者を過去 5 年間（平成 12 年度～平成 16 年度）にわたり概観したところ、平成 14 年度以降は DV 法による利用者は別枠で受け入れ、そのほとんどが 2 週間だけの利用であった。逆に他のシェルターで 2 週間過ごし、期限切れで A 寮利用にいたるケースがあることも判明した。そこで、A 寮のサービス内容を検討する事例としては、最初から A 寮利用者であり、2 週間という期間にしばらく利用できた期間のケースを対象とすることにした。その結果、該当する年度で直近の平成 13 年度のケースを対象とした。

(2) 研究方法

研究方法は、対象となる 59 ケースに対して、第一次調査と第二次調査の 2 段階の研究法を用い、主に生活場面における援助内容の分析を行った。

第一次調査は、59 ケースのケース台帳と個別ファイルのフェイスシートから利用者の基本的属性とリスクを把握した。

第二次調査は、第一次調査の対象となった 59 ケースのなかから、①同シェルター勤務経験 5 年以上の職員の担当したケース②基本的に利用期間 1 ヶ月以上（1 ケースのみ 1 ヶ月未満あり）③母子入所という条件を満たす 10 ケースを対象とし、ケース記録内容の分析と担当職員からの聞き取り調査を行った。ちなみに 10 ケースの退所先は、母子生活支援施設入所 4 ケース、アパート設定 4 ケース、帰宅 2 ケースである。

C 研究結果

1. 第一次調査対象ケースの基本的属性

59 ケースの基本的属性は以下のとおりである。

(1) 年齢

年齢は、10 歳代から 60 歳代まで幅広い層であった。しかし、多くは 20 歳代から 30 歳代までの年齢層に集中しており、その年齢層が全体の約 7 割をしめる。（表 1 参照）

表 1 利用者の年齢

年齢	10 歳代	20 歳代	30 歳代	40 歳代	50 歳代	60 歳代
	1	20	21	10	4	3

(2) 婚姻関係

59 ケース中婚姻関係が継続中であるものが 31 ケースと約半数を占めている。ただし、婚姻関係継続であっても多くは実質的にはその関係は破綻しており、ここでの「婚姻関