

表 4. 母親の PTSD 症状 (IES-R) と子どもの精神状態・問題行動 (YSR) 間の相関係数

| 子ども(YSR) | ひきこもり | 身体的訴え | 不安・抑うつ | 社会性の問題 | 思考の問題 | 注意の問題 | 非行的行動 | 攻撃的行動 | その他の問題 | 内向尺度 | 外向尺度 | 総得点 |
|-----------|-------|-------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|-------|-------|
| 母親(IES-R) | | | | | | | | | | | | |
| 侵入 | -.240 | -.378 | .053 | -.442 | .140 | -.013 | .438 | -.207 | -.050 | -.150 | -.152 | -.145 |
| 回避 | .274 | -.116 | -.185 | -.208 | -.281 | -.373 | -.125 | -.415 | -.050 | -0.056 | -.427 | -.225 |
| 過覚醒 | -.564 | -.577 | -.260 | -.526 | -.079 | -.255 | .105 | -.255 | -.377 | -.461 | -.240 | -.400 |
| IES-R合計 | -.489 | -.718 | -.304 | -.733 | -.147 | -.404 | .196 | -.489 | -.389 | -.505 | -.462 | -.520 |

表5. 母親の精神健康・抑うつ度 (GHQ30・SDS) と子どもの精神状態・問題行動 (YSR) 間の相関係数

| 子ども(YSR) | ひきこもり | 身体的訴え | 不安・抑うつ | 社会性の問題 | 思考の問題 | 注意の問題 | 非行的行動 | 攻撃的行動 | その他の問題 | 内向尺度 | 外向尺度 | 総得点 |
|------------|-------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|------|-------|
| 母親 (GHQ30) | | | | | | | | | | | | |
| 一般的疾患傾向 | .858 | .950* | .663 | .951* | .430 | .752 | .086 | .789 | .749 | .844 | .768 | .832 |
| 身体的症状 | .520 | .639 | .200 | .710 | .060 | .304 | -.408 | .493 | .306 | .425 | .435 | .424 |
| 睡眠障害 | .294 | .211 | .600 | .083 | .516 | .538 | .875 | .244 | .529 | 0.45 | .322 | .435 |
| 社会的活動障害 | .698 | .809 | .422 | .851 | .233 | .523 | -.198 | .650 | .523 | .636 | .606 | .630 |
| 不安と気分変動 | .520 | .639 | .200 | .710 | .060 | .304 | -.408 | .493 | .306 | .425 | .434 | .424 |
| 希死念慮 | .932* | .933** | .845 | .952* | .590 | .910* | .375 | .848 | .904* | .970** | .853 | .954* |
| GHQ総得点 | .850 | .944* | .650 | .947* | .419 | .740 | .068 | .783 | .737 | .833 | .760 | .822 |
| SDS (抑うつ度) | .523 | .945** | .594 | .960** | .435 | .779 | .025 | .802 | .611 | .732 | .799 | .824* |

注：* = $p < .05$, ** = $p < .01$.

厚生労働科学研究費補助金（子ども総合家庭研究事業）
分担研究報告書

DV被害を受けた母子への治療プログラム研究

分担研究者 加茂登志子 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター
分担研究者 金吉晴 国立精神・神経センター 精神保健研究所
研究協力者 正木智子 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター
小川綾子 上智大学大学院 総合人間科学研究科

研究要旨 現在、東京女子医科大学附属・女性生涯健康センターには、公的機関から紹介されたDV被害女性の多くが通院している。DV被害者の相談内容には、子どもに関する悩みが多いため、母子を一つのユニットとし治療的介入をすることが望ましいと考えた。DVにおいては、母子共に被害者となる場合が多いが、被害者同士である母子関係の均衡が崩れてしまうことが往々にして起こる。加害者から逃れた後の母子関係の修復という課題は、社会のニーズとしても増大傾向にあることも知られている。フロリダ大学 Sheila Eyberg 教授らのグループにより開発された PCIT (Parent-Child Interaction Therapy) : 親子相互関係療法は、全米でもDV被害を受けた母子に有効とされている。当研究班は、このプログラムを習得すべく、海外研修に参画した。その研修内容と PCIT の概要、国内への導入について考察を行った。

A. はじめに

当研究班は、金・柳田ほか（2005）によりすでに報告されている、DV被害を受けた母子の精神状態が相互に影響しあう点に着目した。母子に同時介入が可能であり、かつ効果的な治療プログラムを模索する中、トラウマ研究を介しすでに親交を深めていた、子どものトラウマ治療を専門とする Frank Putnum 教授 (Cincinnati Children's Hospital Medical Center) から、米国においてトラウマ治療に有効である手法として、PCIT (Parent-Child Interaction Therapy) : 親子相互関係療法を紹介頂いた。

このプログラムは、養育者、子どもに同時に介入することが可能であり、米国の様々な調査によりその治療効果が認められている (Olafson, 2005)。調査結果から、子どもの問題行動、特に外在化した行動 (攻撃性) が改善されることが報告されている。PCIT 開始初期段階から、改善の認められる行動は、臨床場面以外の環境への般化が見

られる。更に、対象者となる子どもの兄弟姉妹への般化も可能となることも報告されている。追跡調査により、改善された子どもの行動機能と問題行動により阻害されていた適応的な家族機能はプログラム終了時から、6年間持続されることが確認されている。(ただし、3ヵ月後、6ヵ月後、9ヵ月後に追加面接をしなければ、養育者のスキルが低下するという報告もある。)

PCIT の対象は、性的・身体的被虐待児や、暴力を目撃したことによりストレスやトラウマを経験している児童である。米国では、すでにDV被害母子も PCIT の対象とされ一定の治療効果を挙げている。そのため、当研究班では、「DV被害を受けた母子へのフォローアップ研究」と共に、DV被害母子に治療効果が期待できる PCIT の実用化をめざすべくプロジェクトを開始した。今回、PCIT の紹介を受けた Putnum 教授は、研修先の責任者である。教授の許可を得ることができた結果、米国における PCIT の研修にまず参画することが可能となった。本

邦では、PCITの研修内容とプログラムの概要、国内への導入と今後の展望について報告したい。

B. 訓練プログラム

当研究班は、平成17年8月28日から9月14日の期間、米国オハイオ州シンシナティ市 Cincinnati Children's Hospital Medical Center 内にある Trauma Treatment Replication Center (TTRC) にて、フロリダ大学 Sheila Eyberg 教授らのグループにより開発された PCIT の海外研修に参画した。米国の the National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) は、2002年から、米国内において50箇所以上の拠点を設置し、PCITを用いた治療を開始しており、徐々にその成果が報告されてきている。TTRCは、その中の1拠点である(Olafson, 2005)。

以下にその研修内容とPCITの概要を記す。

<PCITの訓練内容>

TTRC主催のPCIT研修は、通常前半部3日間、後半部3日間の計6日間で構成されている。前半部、後半部の間には、約1ヶ月の期間をおいて参加するように組まれている。今回、研修先の責任者に、当研究班が海外から参加することを配慮して頂いた結果、通常の前半部3日間を受講した後に、前半部、後半部共に個別指導を受ける形で研修が認められた。

前半3日間の研修では、米国内で問題行動を呈する子どもの治療に関わるセラピスト約20名が参加し、研修責任者を含めたPCITのスーパーバイザー約5名から講義と実演により学んだ内容をセラピスト間で訓練する形がとられた。研修に参加したセラピストは、PCITの技法を習得することが要求される。一定のレベルに達することで、後半の研修に参加することが許可されることとなる。当研究班スタッフも一定のレベルに到達したことが認められ、後半部を学ぶこととなった。後半部は、個人指導による後

半部の講義と、TTRCのセラピストが実際に行うPCITの面接場面を見学することにより、進められた。この見学は、治療対象者の許可を得た上で行ったものである。

<PCIT概要>

PCITは、先述したEyberg教授らが、Constance Hanf教授によるオペラント条件付けのモデルを基盤として作成したプログラムである(Hembree-Kigin & McNeil, 1995)。Eyberg教授によるPCITプロトコールは、オペラント条件付けの概念を、古典的な遊戯療法に統合した形で成立している。本来は、問題行動を呈する2歳から7歳児と養育者のために開発された治療プログラムであったが、現在は、対象年齢を12歳児まで拡大している。(Olafson, 2005)

PCITでは、養育者と子どもへのセラピストからの介入手段として、ライブコーチング(実況指導)という手法を取り入れていることが特徴の一つである。二つ目の特徴は、プログラムが、前半にCDI(Child Directed Interaction)、後半にPDI(Parent Directed Interaction)という2部で構成されており、約12回程度で終了する構造化面接であることである。面接は週に1度1時間行うことが、基本的な形とされている。

前半部で実施するCDI(Child Directed Interaction)は、子どもを中心に行う。この間、養育者は、子どもの行動を修正し、親子関係を強化するために、これまでとは異なった強化手段を学ぶ。養育者は子どもの肯定的な行動に注目し、危険性が明白ではない限り、子どもに見られる否定的な行動の全てを無視することが義務付けられている。反面、後半部で実施するPDI(Parent Directed Interaction)は、子どもではなく親が主導で行われる。この間、養育者は、CDIで学んだ手法を使用し子どもと遊びながら、効果的な指示の出し方や、特定の行動管理手法を学ぶ。子どもの行動修正に効果的であるタイムアウトの手続きや、実生活上での子どもの行動を管理する手法を学ぶ。

治療前アセスメント終了後、CDI、PDI共

に、養育者のためのティーチングセッション（セラピスト、養育者間）を行う。この間、セラピストは、教示した手法を養育者が十分に理解したことを確認し、その上でコーチングセッション（セラピスト、養育者、子ども間）に進む。ティーチングセッションにおいて、セラピストから養育者に教示された手法が、コーチングセッションでは養育者から子どもに対して使用される。コーチングセッションでは、セラピストが、マジックミラー越しに別室から、子どもと関わりを持つ養育者を援助する体制がとられる。これが先に述べたライブコーチングである。セラピストの援助により、養育者は、問題行動を呈する子どもへの不安を軽減し臨床場面での子どもとの関わりを続けることができる。その結果、セラピストは、治療を進めることができるのである。

PCIT プロトコルを以下に示す。

【PCIT プロトコル】

- Step 1: プリアセスメント (1-2セッション)

Pretreatment assessment of child & family functioning and feedback

- Step 2: CDI ティーチングセッション (1セッション)

Teaching behavioral play therapy skills

- Step 3: CDI コーチングセッション (2-4セッション)

Coaching behavioral play therapy skills

- Step 4: PDI ティーチングセッション (1セッション)

Teaching discipline skills

- Step 5: PDI コーチングセッション (4-6セッション)

Coaching discipline skills

- Step 6: ポストアセスメント (1-2セッション)

Post-treatment assessment of child & family functioning and feedback

- Step 7: 追加援助 (必要に応じて)

Boosters (as needed)

C. 考察

DV被害を受けた母子はシェルター退所後もさまざまなストレスやトラウマを抱えながら、パートナーのいなくなった家族の再編を通して新たな生活を母子のみで切り開いていかねばならない。おそらく新たな家族の再出発の要となるのは、母子関係の再構成と安定の基盤作りであろう。その意味でも、PCITを国内に導入し、DV被害母子への援助に役立てていくことは重要である。以下にPCITを導入する利点と国内への適応に向けた今後の展望について考究する。

1) 明確さと容易さ

まずPCITは、プログラム内容が明確であり、比較的容易に学べる手法であると言える。このことから、国内で適応する際、熟練のセラピストに限らず、一定の研修を受けたセラピストであれば、比較的短期間のうちに実施することが可能になると考えられる。実際のところ、全米では多くの若手セラピストがプログラムを行い、成功している現状である。

2) 経済効果および治療効果の迅速性

また、このプログラムは、12回前後で終了する構造化面接であるため、経済的かつ時間的な効率の良さが利点である。先述したPCITの特徴であるライブコーチングは、短時間に養育者、子ども、セラピストの三者が同時に関わりをもつものである。これが、効率性を高める一因と思われる。更に、子どもの行動修正と養育者との関係改善における変化は、コーチングセッション初回から見られることが多く、プログラム導入の初期段階から、治療効果が望めるのである。米国では、母子のやり取りが開始される1回目のセッション終了時から、母子関係の改善が見られたことが報告されている。

3) 適応の柔軟性

その他に、PCITは、各機関において提供できる環境設定に合わせた適応が可能である。プログラムに必要とされるマジックミラー越しのセラピスト、養育者間のやり取りが基本的な形であるが、別室対応なしに

適応している例も報告されている。対象とする子どもの年齢は2歳から12歳までの効果については検証済みであるが、現在対象範囲を拡大し、10代後半の子どもと養育者にも実施され、治療効果があることが報告されている。

4) 日本語マニュアル作成の検討

PCITには毎回のセッションに使用するマニュアル(英語)が存在するが、当研究班が日本版マニュアルを作成する予定であり、すでに翻訳作業を開始している。マニュアルには、治療中に必要とされる重要な用語があり、それらを日本人が抵抗なく取り入れることのできる語に置き換える必要がある。この作業は慎重に行う必要があるが、これらの用語は数多くない。重要な用語と、養育者への教示にあたる箇所の翻訳作業が終了すれば、マニュアル全ての翻訳作業の終了を待たずに、プログラムを開始することが可能であると思われる。

5) 今後の課題

今回の研修については、研修先の個別対応により、短期間であったが、国内導入に向け作業を開始するには、十分ではなかったかと思う。しかしながら、新たな治療プログラムの国内への導入は、容易なことではない。翻訳作業を含めた導入に向けた作業全般について、スタッフの時間を確保し、計画的に進めていく必要がある。また、作業に関わるスタッフを増やす必要もある。その際に、新たなスタッフへの研修も必要になるだろう。先に述べたPCITの利点を生かすにも、以上の課題を忘れてはならない。

E. 結論

PCITは、以上のように、国内においても多くの利点が期待できるものと考えられる。DV被害を受けた母子は、その多くが経済的な苦境にあり、そのため治療の遅れを生み、症状の悪化につながる実情がある。同時に、治療を提供する医療機関側の負担も懸念される。この両者の負担を軽減し、DV被害

を受けた母子が被る二次被害等の拡大を防ぐためにも、来年度にはPCITのテストケースを実施し、わが国への適応についての効果検証を報告したい。本邦では、PCIT研修内容とプログラムの概要、国内導入について考察を行った。

文献

Hembree-Kigin, T. L. & McNeil, C. B. (1995). Parent-Child Interaction Therapy. New York: Prentice-Hall

金吉晴・柳田多美ほか (2005) DV被害を受けた女性とその児童の精神健康調査厚生労働科学研究費補助金 子どもと家庭に関する総合研究事業 総括・分担研究報告書 (主任研究者 金吉晴)

National Child Traumatic Stress Trauma Treatment Replication Center at Cincinnati Children's Hospital Medical Center. (2005). Parent-Child Interaction Therapy (2-7) Adapted Protocols and Checklists for Traumatized and Maltreated Children.

Olafson, E. (2005). Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) with Traumatized Children. PCIT workshop, Cincinnati, 2005

資料1：PCITパンフレット

Who is PCIT for?

Children who have experienced stress or trauma

Children ages 2-12 with the following behavior problems:

- refuse/defy adult requests
- lose temper easily
- annoy others on purpose
- steal things
- destroy things
- start fights/hurt others
- have difficulty staying seated
- have difficulty playing quietly
- have difficulty taking turns

Caregivers

- Parents
- Foster parents
- Adoptive parents
- Legal guardians
- Residential caregiver staff

Caregivers are the "heart" of the program. PCIT cares for caregivers.

What is PCIT?

Parent-Child Interaction Therapy consists of about 14 sessions and focuses on two basic interactions:

Child Directed Interaction (CDI):
Caregivers are taught the PRIDE skills: Praise, Reflect, Imitate, Describe, Enthusiasm. Caregivers follow the child's lead. They ignore annoying or obnoxious behavior and control dangerous behaviors.

Parent Directed Interaction (PDI):
Caregivers learn to use effective commands and specific behavior management techniques as they play with their child. Caregivers are taught effective time out procedures and how to manage children's behaviors in real-world settings.

PCIT is fun for both the parent and child. Caregivers generally see marked improvement in 3-4 sessions.

How does PCIT work?

PCIT is an exceptionally effective treatment backed by 20 years of research. Live coaching is the primary method of caregiver training in PCIT. Caregivers are coached in specific play therapy and discipline skills by the therapist through an earpiece while the therapist observes the caregiver and child.

Advantages of live coaching:

- skills are acquired more rapidly because caregivers learn by doing
- therapist supports caregivers as they learn the PRIDE skills
- caregivers quickly become confident and proficient in skills with child
- therapist provides immediate feedback to caregivers

Caregivers are given a homework assignment after each session to practice PRIDE skills with children every day for 5-10 minutes.

Steps in Parent-Child Interaction Therapy

- **Step 1:** Pretreatment assessment of child & family functioning (1-2 sessions)
- **Step 2:** Teaching behavioral play therapy skills (1 session)
- **Step 3:** Coaching behavioral play therapy skills (2-4 sessions or as needed)
- **Step 4:** Teaching discipline skills (2 sessions)
- **Step 5:** Coaching discipline skills (4-6 sessions or as needed)
- **Step 6:** Posttreatment assessment of child & family functioning and feedback (1-2 sessions)
- **Step 7:** Boosters (as needed or every 3 to 6 months)

資料 3 : コーチングセッションの内容 (養育者が単身である場合と 2 人である場合)

Steps for Conducting a Behavioral Play Therapy Coaching Session

One parent participating

| | |
|---|---------------|
| Step 1 Check-in and review of homework | 5-10 minutes |
| Step 2 Recording of play therapy skills | 5 minutes |
| Step 3 Coaching of play therapy skills | 25-35 minutes |
| Step 4 Praise, feedback and homework assignment | 10 minutes |

Two parents participating

| | |
|--|------------|
| Step 1 Check-in and review of homework | 10 minutes |
| Step 2 Recording of first parent's skills | 5 minutes |
| Step 3 Coaching of first parent's skills | 15 minutes |
| Step 4 Recording of second parent's skills | 5 minutes |
| Step 5 Coaching of second parent's skills | 15 minutes |
| Step 6 Praise, feedback, and homework assignment | 10 minutes |

Progression of the Discipline Program

| | <u>Clinic procedures</u> | <u>Homework assignments</u> |
|--------|--|--|
| Step 1 | Teach parents Commands and Broken Record procedures. | Parents practice Commands and Broken Record in no more than 3-5 real life situations at home. |
| Step 2 | Coach parents with child in Commands and Broken Record. | Parents practice Commands and Broken Record during 10 minutes of PDI with child daily before or after CDI practice. CDI must continue daily! |
| Step 3 | Review Commands and teach Time-out procedures (parents only). | Do not yet do Time-out at home. Continue with CDI & homework assigned in Step 2. |
| Step 4 | Coach parents and child in Commands and Time-out. | Parents may begin minding exercises with Time-out during 5 minutes of PDI before or after CDI. Continue CDI daily! |
| Step 5 | Minding exercises with a few "real-life" instructions. | Minding exercises only (10 minutes/day). CDI! |
| Step 6 | Minding exercises continue, but more focus on "real-life" Commands (e.g., cleaning up toys, coming into the room when asked, taking parent's hand on walks). | Return to 5 minutes of play therapy with no Commands. Enforce 3 to 5 carefully selected Commands per day. Continue daily CDI. |

- | | | |
|---------|--|--|
| Step 7 | Include siblings in session, if appropriate. Young siblings participate in minding exercises. Conduct school consult if needed. | Consistently use two-choices statement and Time-out for all defiance to directly stated Commands given in home. Continue daily CDI. |
| Step 8 | Siblings can again be included, if needed. Work with parents on managing all children simultaneously in "real-life" situations. Establish and enforce a clinic "House Rule" such as "no hurting." | In addition to the use of Time-out for noncompliance, consistently enforce one House Rule in the home. Continue daily CDI. |
| Step 9 | Siblings may or may not be included. Focus on managing behavior in public. | Add one other House Rule if needed. Public behavior assignment. Continue CDI. |
| Step 10 | Parents either come alone or with identified child only. Focus is on miscellaneous remaining problems such as bedtime refusal, finicky eating, soiling, self-stimulation, and social skills deficits. Any parental and marital issues not addressed by PCIT can be discussed in this session, and referrals can be made. Booster Sessions. | Specialized programs for miscellaneous problems (e.g., overcorrection, bibliotherapy, environmental manipulations). Continue daily CDI after termination. |



How to say really nice things (labeled praises)

WAYS TO PRAISE IT . . .

That's a great way to . . .
You're doing a nice job of . . .
I like it when you . . .
It's neat that you remembered to . . .
What a wonderful idea to . . .
Thank you for . . .
Nice job of . . .
How sweet of you to . . .
You should be proud of yourself for . . .
I'm proud of you for . . .
You are so smart to . . .
I'm so happy with you for
Super . . .
You're so polite to . . .
Good . . .
I like it when you . . .
Good girl for . . .
It's nice that you are . . .
It's so cool that you're . . .

I love you . . .

PRAISABLE BEHAVIORS . . .

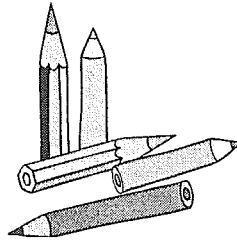
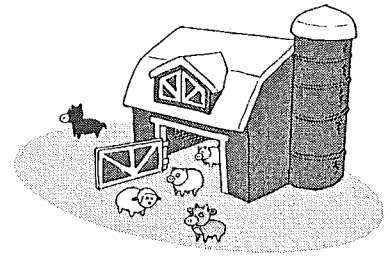
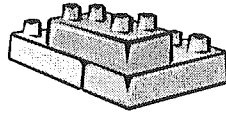
Play gently with the toys
Using your indoor voice
Share the blocks
Put away the cars first
Draw a picture for sister
Asking politely
Sitting still
Make one for me too
Minding so quickly
Keeping on trying
Fix it all by yourself
Doing what I asked you
Manners!
Say thank-you
Listening!
Talk like a 6-year-old
Waiting your turn
Sitting at the table with me
Putting the cows to bed on time

Always!

Suggested Toys for PCIT

Creative, constructional toys like:

- Building Blocks
- Legos, Duplos, Tinker Toys
- Magnetic or Bristle Blocks
- Lincoln Logs
- Mr. & Ms. Potato Head
- Dollhouse with miniature people
- Crayons, Stencils and Paper
- Toy farm with animals
- Erector Set
- Play Dough & molds
- Child Scissors
- Small stuffed or plastic animals
- Dishes, pots & pans
- Play food
- Train Set
- Play garage with cars



Toys to Avoid During PCIT

Toys that encourage rough play, for example:

- Bats, Balls
- Boxing gloves
- Punching bag



Toys that could cause harm to self and/or others, for example:

- Toy guns
- Toy swords
- Pixie sticks

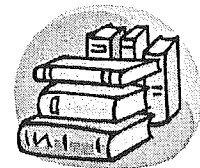


Toys that can get out-of-hand and require limit setting, for example:

- Paints
- Airplanes

Toys that have pre-set rules or discourage conversation, for example:

- Board games
- Card games
- Books



厚生科学研究費補助金

子ども家庭総合研究事業

緊急一時保護所に入所したドメスティック・バイオレンス被害女性の 精神症状と診断

分担研究者 加茂登志子¹⁾ 金吉晴³⁾

研究協力者 氏家（三上）由里¹⁾、柳田多美²⁾、

- 1) 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター
- 2) 新潟大学教育人間科学系心理学科
- 3) 国立精神・神経センター 精神保健研究所 成人保健部

研究要旨

GHQ-28、IES-R、及び M.I.N.I.は、ドメスティック・バイオレンスから逃れたばかりの傷ついた女性に関する精神症状及び分析を評価するため、東京の緊急一時保護所においてケアを受けた精神的及び肉体的な症状をもった 50 人の女性たちのために対して実施されている。

対象者の平均年齢は 34.7 歳（±10.3 歳）で、ドメスティック・バイオレンスを受けていた期間は 1 ヶ月から 360 ヶ月（平均 81 ヶ月）である。GHQ-28 の合計平均スコアは 19.6 点（±5.7 点）である。IES-R の合計平均スコアは 49.2 点であり、対象者のうち 94%は PTSD にかかっている可能性がある。IES-R の合計スコアが GHQ-28 の合計スコアと相互に関連していることは明らかである。M.I.N.I.によれば、対象者のうち 64%が重度の鬱、46%が PTSD、28%が広場恐怖症であると診断された。併存疾患で最も特徴的であったのは重度のうつ病と PTSD の併存であり、PTSD にかかっている対象者のうちの 74%は重度のうつ病であると診断された。

ドメスティック・バイオレンスから逃れたばかりの被害女性たちに見られる最も特徴的な症状は、重度のうつ病、PTSD、そしてうつ病と PTSD の併存であった。PTSD の症状はうつ病の症状によって覆い隠されることがあることに留意する必要がある。被害を受けた女性の身体的な症状は、精神的な不安感の指標となり得る。

Psychiatric symptoms and diagnosis of battered women in an emergency shelter in TOKYO

Toshiko Kamo¹⁾ Yuri Ujiie¹⁾ Tami Yanagita²⁾ Yoshiharu Kim³⁾

- 1) Institute of women's health, Tokyo Women's Medical University
- 2) Faculty of Education and Human Sciences, Niigata University
- 3) National Institute of Mental Health, Japan

Abstract

To evaluate the psychiatric symptoms and diagnosis in battered women just after taking refuge from domestic violence, The General Health Questionnaire-28 (GHQ-28), The Impact of Evidence Scale-Revised (IES-R) and Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) were administered to 50 women with psychiatric and/or physical symptoms who were being cared for in an emergency shelter in Tokyo.

The mean age of the subjects was 34.7 ± 10.3 years, and the period of exposure to domestic violence ranged from 1 to 360 months (average 81 months). The mean total GHQ-28 score was 19.6 ± 5.7 . As the average IES-R score was 49.2, 94% of the subjects had a potential diagnosis of post-traumatic stress disorder (PTSD). The total score of IES-R was significantly correlated with the total score of GHQ-28. Using M.I.N.I., 64% of the subjects were diagnosed as having major depression, 46% as having PTSD and 28% as having agoraphobia. The most characteristic comorbid diagnoses were major depression and PTSD; that is, 74% of the subjects with PTSD were also diagnosed as having major depression at the same time.

The most characteristic diagnosis in battered women just after taking refuge from domestic violence was major depression, PTSD, and a comorbid diagnosis of major depression and PTSD. It is necessary to be aware that the symptoms of PTSD may sometimes be masked by the symptoms of major depression. The physical symptoms can become also an index of severity of mental health disturbance in battered women.

Introduction

Violence against women, especially spousal violence seems to be very common around the world. On Table 1 some Reports about physical assault on

women by an intimate male partner are showed. These data quoted mainly from WHO Report, in which researches about population of women physically assaulted by a partner are presented

from 37 countries of 6 areas.

Based on Japanese original investigations our situation is also very similar to other countries. It is estimated that about 5% of Japanese married women have been sever-battered in their past marital history.

Since coming into operation of "Law for the prevention of spousal violence and the protection of victims" in October 2001, Japanese women suffering from spousal violence seem to decide to change their situation more aggressively than before that. In case of Tokyo, not only the number of consultation from the victims to the supporting centers doubled in one year after the law, also users of emergency shelter were increased 1.5 times in 2 years, of which 2/3 are with children before primary school. This movement may continue for the time being because Japanese people have recognized certainly that spousal violence cause huge psychosocial and economical problems not only at present time also in the future. Needless to say, as shelter users increase more, the necessity of mental health support for victims and the children are become aware better than before the law.

Although depression and PTSD are well documented by controlled research in battered women in various settings, their clinical and symptomatological profiles especially just after taking refuge from spousal

violence seems to be usually more complicated. Confused victims are often labeled as "battered woman syndrome". While this label is very impressive and perhaps useful to recognize their psychological problems, it is not enough for planning of psychiatric therapeutical strategy. Our aims in this study are to evaluate and to become visible detailed psychiatric symptoms and diagnoses of battered women in an emergency shelter during their acute and critical phase. It should be very important because adequate psychiatric and psychological care in their acute phase can cause their better outcomes.

Subjects and Method

Fifty Japanese battered women with psychiatric and/or physical symptoms who were being cared for in an emergency shelter in Tokyo, Japan, were targeted in this study. The demographic profile are showed on table 1.

They were just after taking refuge from spousal violence (Period from escape to psychiatric interview: 11.3 ± 7.5 days). They were patients who visited in psychiatric examination in a shelter from September in 2002 to June in 2003 spontaneously or with suggestion from psychologists. They agreed to the aim of our study and publication including their data in writing.

With intake interview, the General Health Questionnaire-28

(GHQ-28) and The Impact of Evidence Scale-Revised (IES-R) were administrated as psychometric Questionnaires by 2 psychologist. The short structured diagnostic interview, Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) was performed by 3 psychiatrists.

The statistical analysis was conducted by the Kendall's rank correlation coefficient and stepwise method of multiple regression. Statistical software used was SPSS Ver.13 J equipped in SONY personal computer.

Results

1) Chief complaints on admission to the shelter were showed in Table 3. Though they were put on various subjects, especially Insomnia and physiologic symptoms (palpitation, headache, trembling/numbing of hands) were predominant.

2) The mean total GHQ-28 score was 19.6 ± 5.7 (Table 4). The average IES-R score was 49.2 ± 16.7 (Table 5), 94% of the subjects had a potential diagnosis of post-traumatic stress disorder (PTSD).

3) Using M.I.N.I., 64% of the subjects were diagnosed as having major depression, 46% as having PTSD and 28% as having Agoraphobia (Table 6). Suicidality was acknowledged by 86% of the subjects. In addition 40% of them were classified in severe grade of

suicidality. As showed in table 7, overlapping of each diagnosis was found very frequently. The most characteristic comorbid diagnoses were major depression and PTSD; that is, 74% of the subjects with PTSD were also diagnosed as having major depression at the same time.

4) Close relationship among subscales of GHQ-28, IES-R and the score of suicidality of M.I.N.I. can be seen on Table 8. The score of physical symptoms of GHQ-28 positively correlated the score of suicidality of M.I.N.I.. Positive Correlation can be seen also between the score of anxiety and insomnia of GHQ-28 and the scores of hyperarousal and total score of IES-R, between the score of depression of GHQ-28 and the scores of intrusion, hyperarousal and total score of IES-R. The score of depression of GHQ-28 were also correlated to the score of suicidality of M.I.N.I.

5) The Factors Influence to the score of suicidality of M.I.N.I. were estimated by stepwise method of multiple regression (Table 9). The higher score of suicidality was influenced by higher scores of depression and physical symptoms in GHQ-28. Younger age and less score of anxiety and insomnia of GHQ-28 can be related to the higher severity of suicidality.

Discussion

According to our results, 96 % of 50 battered women in an emergency shelter in Tokyo have probability of psychiatric diagnosis and 94% of the subjects had a potential diagnosis of PTSD. Needless to say domestic violence between intimate partners is one of the biggest and world-wide problems of women's mental health.

The most characteristic diagnoses using M.I.N.I. were Major depression and/or PTSD, as other papers had already said. Another characteristic in our subjects is an extremely high frequency of comorbid diagnosis of Major depression and PTSD, though another overlapping of diagnoses were also found often in our study. To explain the consequence, first, similarity in questions for both diagnoses should be pointed out, for instance common questions about sleeplessness and irritability. There is also a possibility that one disorder causes nearly symptoms of the other one. In any case, these 2 disorder should be always paid attention if victims of spousal violence are cared. Major depression and PTSD could be called as 2 main axes of the psychiatric diagnosis of battered women. Allowing for the complicated relationship between major depression and PTSD in battered women, it is especially necessary to be aware that the symptoms of PTSD may sometimes be masked by the symptoms of major depression.

On the other hand it should be pointed out that there was widely expanded spectrum of chief complaints in our subjects. From predominance of physical symptoms at first their extremely strained autonomic nervous system can be estimated easily. Secondly possibilities about other diagnoses still not covered in M.I.N.I. are also considerable, for instance somatoform disorders and pain disorder.

Severe suicidality was so clearly showed in our subjects that 86% of our subjects affirmed their suicidal idea or past suicidal attempt. It was extremely remarkable that physical symptoms had also close relationship with the suicidality. Namely, higher suicidality appeared in the subjects who have higher scores of depression and physical symptoms. Although the physical symptoms might come from as symptoms of major depression or physiological reactions accompanied by intrusion symptoms of PTSD, the physical symptoms can become an index of severity of mental health disturbance in battered women in an emergency shelter.

Reference

- 1) Astin MC, Lawrence KJ, Posttraumatic Stress Disorder Among Battered Women: Risk and Resiliency Factors Violence and

Victims 8:17-27, 1993

2) Campbell JC, Kub J, Belknap RA et al. Predictors of Depression in Battered Women, Violence against women 3:271-293,1997

3) Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. The Lancet 359:1331-1335, 2002

4) Golding JM, Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis, J Fami Viol 14:99-132, 1999

5) Herman JL: Trauma and Recovery. Harpar Collins Publishers, Inc., New York 1992

6) Kemp A, Rawlings EI, Green BL, Post-Traumatic Stress Disorder(PTSD) in Battered Women: A Schelter Sample, J Traumatic Stress 4:137-148, 1991

本論文の要旨については、The 1st congress on gender specific medicine (Berlin, 2006.2)にてポスター発表を行った。

Table 1. Physical assault on women by an intimate male partner, selected population-based studies

| Country of area | Year of study | Coverage | Sample | | | proportion of women physically assaulted by a partner(%) | | |
|-----------------|---------------|--------------|--------|-------------------------|-------|--|-------------------------|----------------------|
| | | | Size | Study population | Age | During the previous 12 months | In current relationship | Ever |
| Canada | 1991-1992 | Tronto | 420 | All women | 18-64 | | | 27 |
| | 1993 | National | 12300 | All women | 18> | 3 | | 29 |
| United States | 1995-1996 | National | 8000 | All women | 18> | 1.3 | | 22 |
| Australia | 1996 | National | 6300 | All women | - | 3 | 8 | |
| United Kingdom | 1993 | North London | 430 | All women | 16> | 12 | | 30 |
| Republic Korea | 1989 | National | 707 | Currently married women | 20> | 38/12 | | |
| Japan | 1997 | Tokyo | 4500 | Married men/women | - | | | 15/5 |
| | 1999 | National | 4500 | Married men/women | - | | | women 4.6 men 0.5 |

Source 1)Krug HG et al. World report on violence and health WHO
 2)Report of the metropolitan government office Tokyo 1998
 3) Report of Gender Equality Bureau, Cabinet Office 1999

Table 2. profile of subjects

| | |
|---|--|
| n | 50 Japanese battered women being cared for in an emergency shelter |
| Mean age | 34.7±10.4 year-old |
| Number of children | 1.64±1.1 |
| Period of exposure to domestic violence | 81.1±84.0 months (range:1-360months) |
| Cared with children | 62% |
| Period from escape to psychiatric interview | 11.3±7.5 days (range:1-26days) |