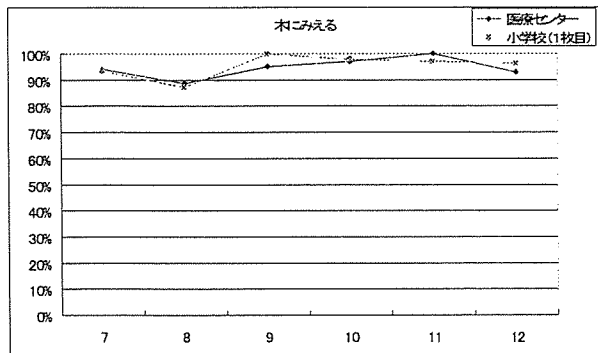


図2と図3は、DV体験の有無で分けている。DV体験が「木に見える」形態か否かにあまり影響を与えていないようである。

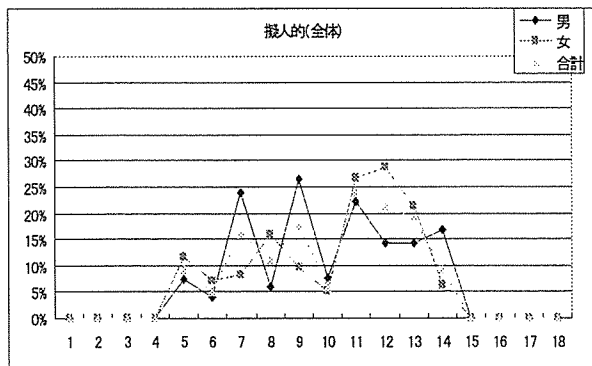
図4.



公立小学校のデータは7歳から12歳までのもので、調査対象となった児童のうち同年齢のものと比較したところ、両群とも7歳以上であることから、傾向はほとんど同じであった。

②「擬人的」形態

図5.



擬人的に見える木では、5歳から14歳までに出現しやすく、しかも10歳を境にして二峰性になっている。男児では10以前に多く、女児では10歳から13歳に多い。

図6.

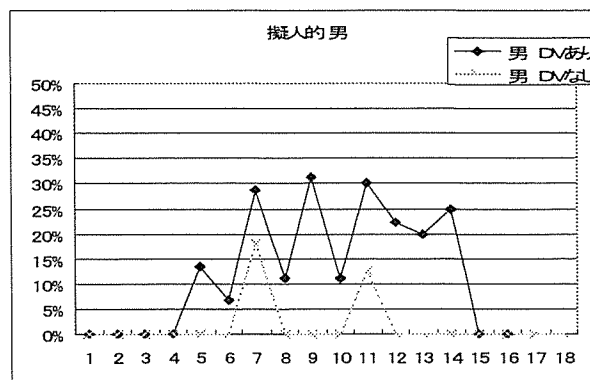


図6は、擬人的な木の出現とDV体験の有無を男児の場合について示している。DV体験のある児童の方が優位に出現頻度が高く、しかも12歳から14歳ではDV体験のない児童では、擬人的な描画は1枚もなかった。

図7.

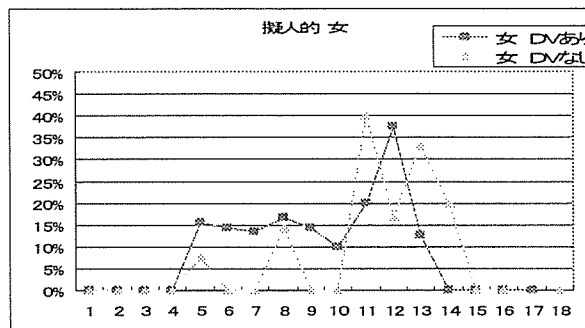
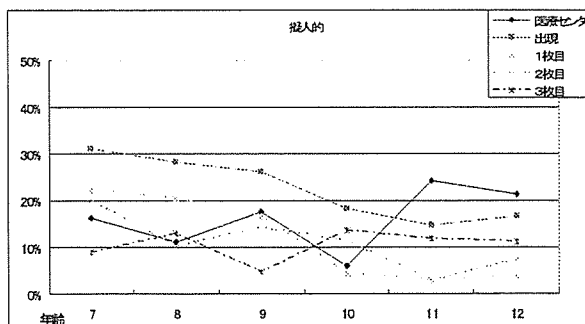


図7は女児の場合である。男児と異なるのはDV体験の有無に関係なく、11歳から14歳で高い頻度を示している。

図8.



対照群との比較をおこなっている。対照群は樹木画テストを三枚法でおこなっている。一般に三枚目の「夢の木」に擬人的な木は表現されやすいので、対照群の1枚目を比較すると10歳以降で

は対象児童に擬人的に木が出現しやすい。

(2) 不安のサイン

不安のサインは、カスティエーラのサインを用いて検討している。図9は対象児童の男女差を示している。12歳までは女児のほうが不安のサインが多く出現している描画が多いが、13歳以上になると男児が多くなり、特に15歳以上の男児ではほとんどすべてに不安のサインが読み取れる。

図9.

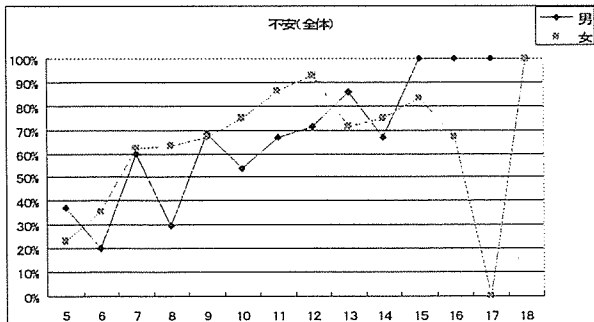
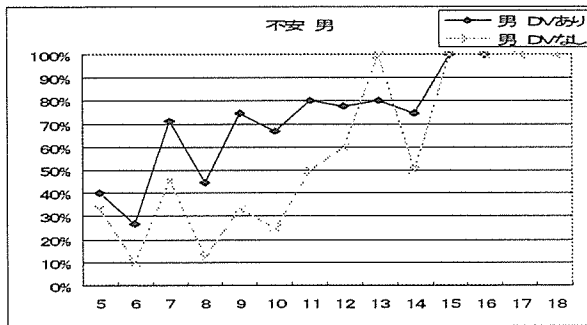


図10.



男児における DV 体験の有無と不安のサインの出現頻度を示したのが図10である。13歳の男児を別にすれば、DV体験ありのほうが不安のサインを出しやすい。

図11.

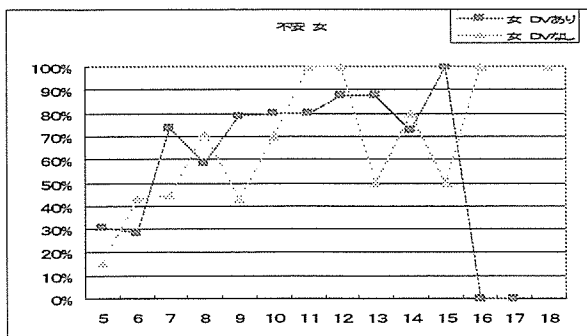


図10と同様に女児の場合について調べたのが図11である。11歳と12歳の女児ではほとんど

が不安のサインを出している。

図12.

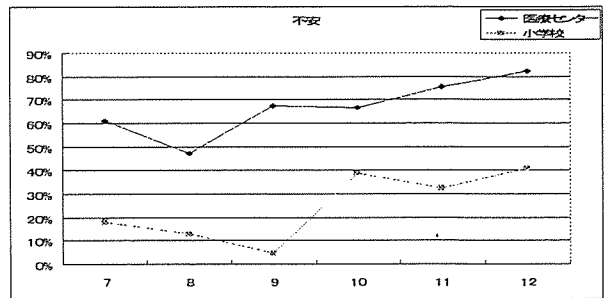
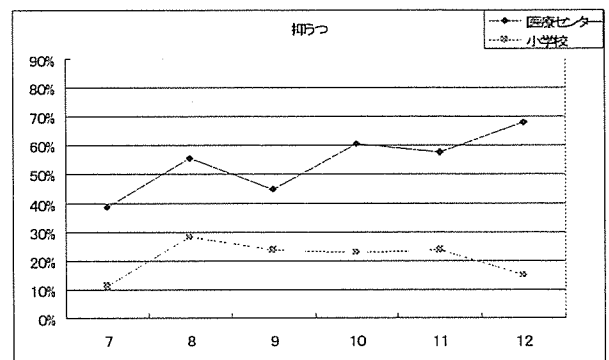


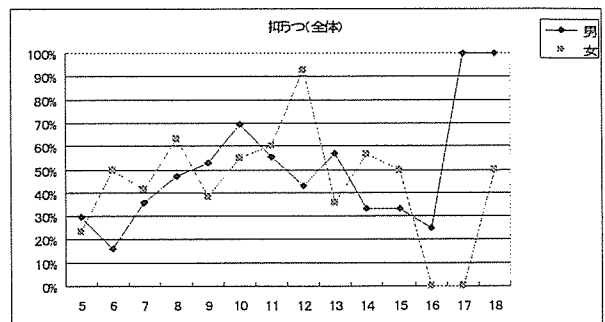
図12は公立小学校の児童と比較している、公立小学校児童では10歳頃から急激に不安のサインを示すが全体の40%程度であるのに対して、対象の児童では、どの年齢でも出現頻度が高く、特に9歳以上では65%を越える。



(3) 抑うつのサイン

不安のサインと同様の手順で出現頻度を調べた。

図13.



女児の12歳、男児の17、18歳で抑うつのサインが頻繁に見られた。

図14.

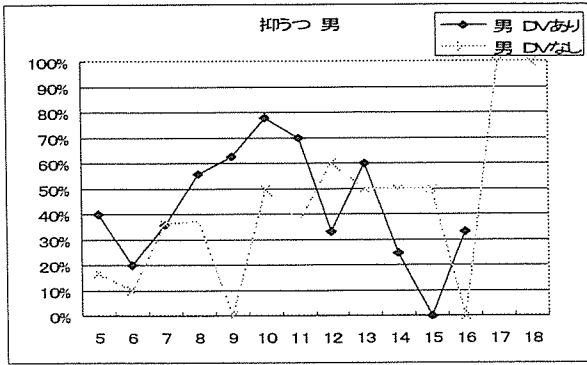


図 15.

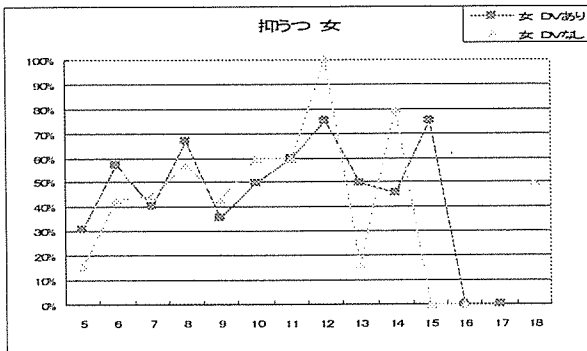


図 14 と図 15 は男女別で DV 体験の有無に分けて、抑うつのサインを検討している。女兒では DV の影響による違いは認められない。男児では 11 歳以下で優位に高い。

図 16.

抑うつのサインの出現頻度を公立小学校児童と比較した。不安のサインと同様の結果であった。しかし、両群とも不安のサインと比較して抑うつのサインの出現頻度はやや低かった。

(4) 神経過敏と強迫傾向のサイン

神経過敏と強迫のサインについては、公立小学校児童と対象児童との出現頻度を比較したものを図 17 と図 18 に示した。

図 17.

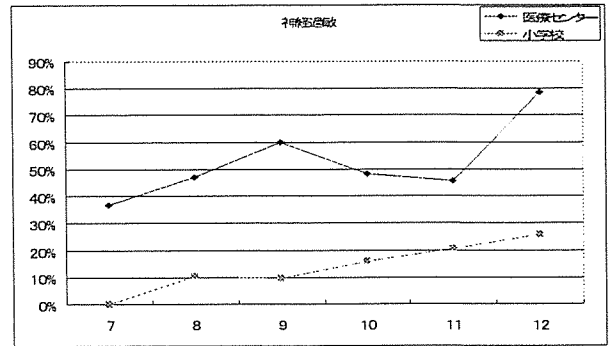
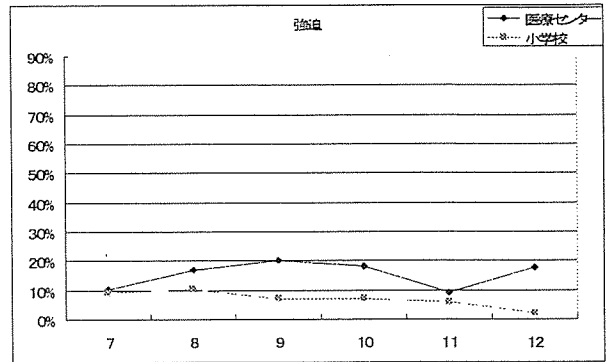


図 18.



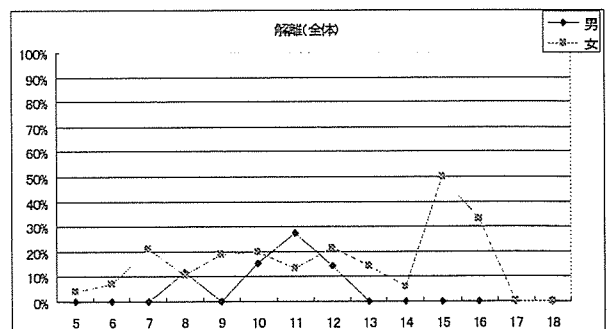
神経過敏のサインについては、不安や抑うつ同様に対象児童のほうが、公立小学校児童に比べて優位に出現する傾向になった。

しかし、強迫傾向については著しい差は見られなかった。

(5) 解離

解離については、不安や抑うつと同じ手順で調べている。図 19～図 22 に示した。

図 19.



12 歳以上では女兒に解離のサインが顕著であった。男児では 11 歳前後に多く出現している。

図 20.

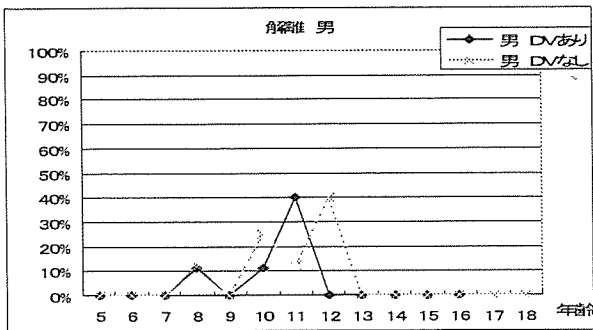


図 21.

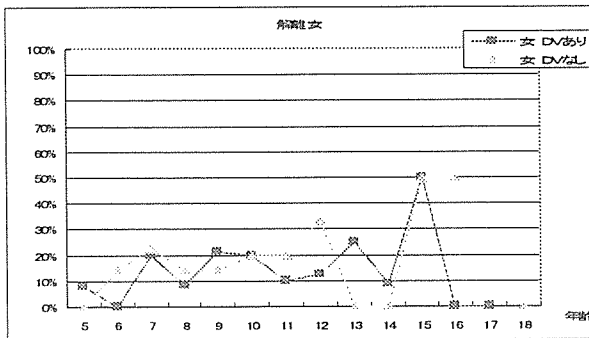
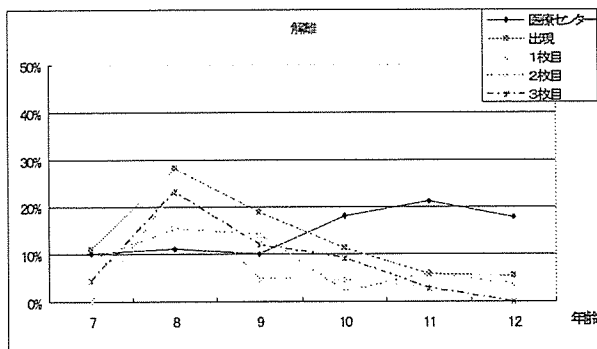


図 22.



(6) ウロ

図 23～図 26 は、ウロに関する出現頻度を示している。

図 23.

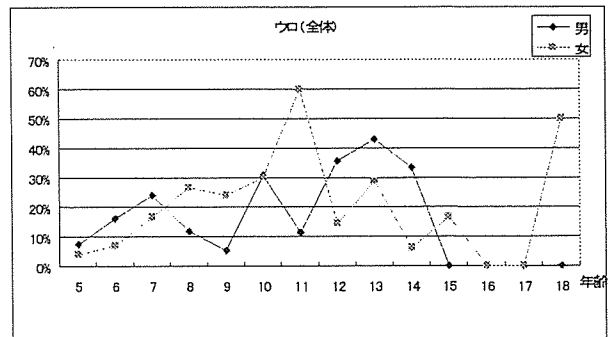


図 24.

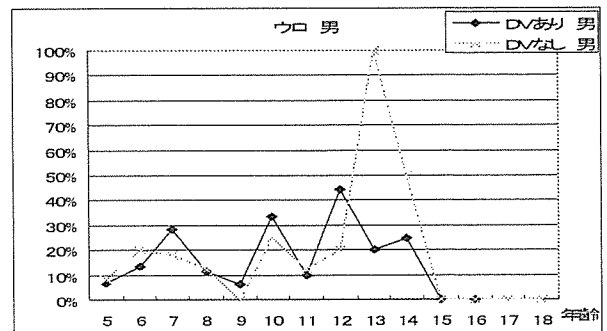


図 25.

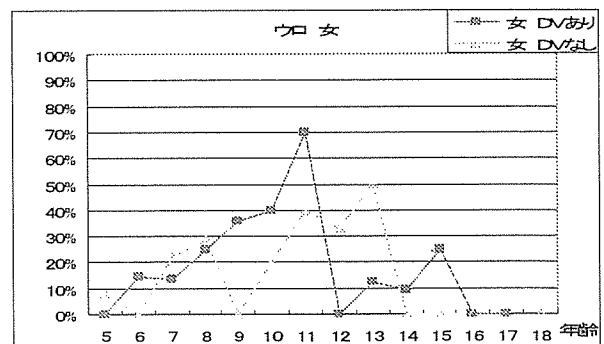
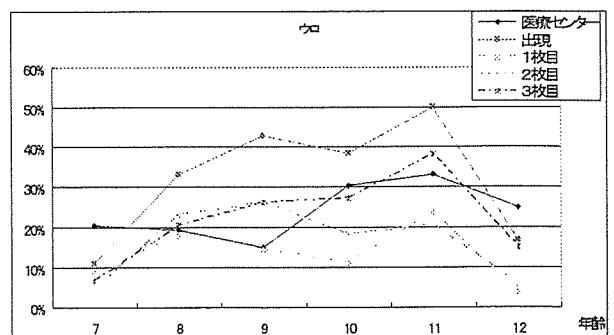


図 26.



ウロはトラウマサインとも言われていて、出現頻度は年齢による影響よりも、対象児童のそ

れぞれの体験によるものと思われるのだが、出現頻度を調べてみても、対象児童のぼらつきが著しい。これまでの研究では、ウロは3枚法の「夢の木」(3枚目)に出現する頻度が極端に高いと言われ、実際今回の公立小学校児童でも同様の結果であった。1枚目に出現したウロと対象児童の出現頻度を比べると、明らかに対象児童の描画にウロの出現は多く見られている。

#### D. 考察

今回の研究では、対象児童が1歳から18歳までと幅広く、特に4歳までは木の形態をしていない描画が多かった。そのため4歳や5歳児が「貧弱なあるいは子どもっぽい形態」の木を描いたとしても知的障害と考えるわけにはいかない。そのため年齢と「木に見える」か否かを検討して、何歳頃から木に見えるかを検討している。「木に見えない」描画の場合には、年齢によるものか、あるいは何らかの精神的な影響によるものかを考慮しなければならない。それと同時に年齢的に樹木画(バウムテスト)の描画がまだ難しいと判断された対象児童については、何らかの精神的な問題を読み取ることは不可能であった。

その意味では今回の調査目的である、被虐待体験を持つと思われる児童における被虐待体験の心理的影響を樹木画(バウムテスト)を用いて調査研究することについて、5歳未満の児童では心理的影響を調べることは困難だと思われる。しかし、多くの知見を得られたように思うので、それぞれについて考察を述べることにする。

##### (1) 樹木画(バウムテスト)の有効性について

描画能力は、早い子で3歳ごろから見られるが、全体としては4歳以降に能力が発揮されるのが一般的である。今回、収集した子どもの描画を年齢別に見たときにも、図1に示したように、4歳以下の描画では木に見えないか、あるいは殴り書きの絵が多く見られた。4歳から6歳くらいまでの子どもの絵では個人差があり、木の形態をとらない描画もあった。6歳以降の絵については、木の形態をしているもの、つまり「木に見える」描画が大多数である。

5歳を過ぎてからは「木を描く」ように教示されて描画をした場合、ほとんどの児童は「木に見える」木を描く。木に見えない木をこの年

齢以上で描く場合には、まず知的障害が考えられ、もし知能検査などで知的に普通域であった場合には、情緒的な問題を抱えていると解釈される。図4に示したように一般の小学校児童と比較してほとんど変わらないことから、対象とした児童の描画能力に特に問題はないと考えられる。

#### (2) 形態

##### ①「木に見える」

今述べたように、木の形態をなさない描画は、一般的に知的障害や情緒的な問題を抱えている、さらには現実との接触能力の低下があると推測される。図4で見たように、小学校児童の年齢で比較した場合には、ほとんど差が見られなかったが、図2から分かるように、対象児童の12歳と14歳の男児では、「木に見える」割合が少なくなっている。図3がDV体験をもつ群なので、そうした体験がない群の男児に多いのは、どのように理解したらよいのだろうか。おそらく、やや知的に劣る児童あるいは何らかの情緒的な問題を抱えている場合が多いのかもしれない。しかしこの点については、該当する児童に関して詳細なデータがなければ判断できないと思われる。

##### ②「擬人的」な木

人型をした樹木画(樹冠の下から枝が両側に出て、まるで人の形のように見える木。樹冠部が顔のこともあれば、幹に目や口などを描いたものもある)について検討した。

一般の小中学生での出現頻度を見ると、7歳から12歳までなだらかに減少している(図8)。人間の描画能力と精神発達の間関係を見ると、4歳頃から描画を始め、周囲にもその形態がはっきりと理解される対象として最初に描かれるのは人物画である。しかも丸を描き、これを顔に見立てている。木を描くように教示しないで、自由に描く場合には人物画多い。そのため幼児から小学校の低学年の児童では、木が人物になることは多いのかもしれない。しかし対象児童を見た場合図6、7から分かるように、11歳以降に増加し14歳まで多く、15歳以降では全く出現していない。これは対象児童が15歳以降はそれ以下の年齢の児童に比べて少ないことも考慮しなければならないであろう。とは言え、図

7に見るように、対象児童の女兒で5歳から10歳までは15%、11歳からはさらに上昇し12歳で40%近い児童で擬人的な描画が見られることは注目に値する。すでに述べたように、擬人的な木は、「未熟さのサインであるばかりでなく、父親のイメージに恐れを抱いている」と解釈され、これはDV体験の有無で分けて検討した結果でも図6、7からも明らかのようにDV体験有りの児童に優位に高い。DV体験による影響として、児童が父親のイメージを恐れるサインを多く出していると解釈してかまわないであろう。さらには女兒では10歳を境にして急激に上昇しているのは、思春期の入り口にある年齢とも関係しているかもしれない。それならば、小学校児童でも10歳から上昇して良いはずなのだが、むしろ10歳以降もそれ以前と同様に減少傾向にある。対象児童では一般よりも父親のイメージを恐れる体験を持っており、さらに思春期になるに従って、そのイメージはふくらんでいくと解釈することもできよう。

また、描画と心理学的サインの関係を考えると、擬人的な木と「父親のイメージ」の関係を発表したシロールは、ロールシャッハテストと樹木画(バウムテスト)のテストバッテリーから見つけて報告しているのである。樹木画(バウムテスト)において擬人的な木を描いた場合、高い確率で「父親のイメージを恐れている」という解釈を採用できることを今回の結果は示唆していると言える。

### (3) 不安のサイン

不安は神経症的な疾患では中核症状であり、恐怖と比較して対象なき恐れと言われる。描画における不安のサインは、不安性障害など臨床的不安を呈する患者が描いた絵から統計的と同時に臨床的に抽出されたものである。従って、不安のサインが多いからと言って、そのまま不安が強いと判断できるかどうかの問題はある。しかし、不安のサインを多く表現する被検者は、それが見られない場合に比べると、不安傾向は強いと思われる。

図9に示したように、対象児童は男女とも年齢と共に不安の出現頻度が増加している。一般小学生の場合でも図12のようにやはり年齢と共に増加する。描画において、典型的な不安の

サインは、濃い陰影である。「黒々とした木」は不安そのものと言って良い。成長と共にこうした表現は増えていく。ところが、図12に示したように対象児童と一般小学校児童を比べるとどの年齢でも出現頻度に40%前後の開きがある。対象児童は不安を多く抱えていると解釈できるかもしれない。ところが別な解釈も考えなければならない。

描画の実施状況が一般小学校児童と異なることである。小学校においてクラス単位で実施した場合と家庭で母親から教示されて描いた場合とでは著しく描画状況が違ふ。対象児童ではかなり退行した環境でえがいていると想像される。「黒々とした木」とは、何度も繰り返し線を引き、塗り絵のように描いている場合が多い。塗り絵のように繰り返す行為は、衝動性や不安を発散し、和らげる作用がある。そう考えるならば、濃い陰影は不安の表現と言うよりも、不安を和らげるためにおこなった行為の結果と考えられる。しかし、いずれにしても対象児童は一般の2倍以上の頻度であることから不安を表現する児童が多いと判断して良いように思う。

### (4) 抑うつサイン

抑うつ傾向を示すサインは、すでに述べたようにカスティエーラの仮説を見ても分かるように、「不安」や「神経過敏」のサインと共通するものが少なくない。「不安のサイン」の項で考察した「濃い陰影」もその一つである。その他にも抑うつ傾向を示すサインはいくつか挙げられるのだが、対象児童に多かったのは、「不連続な描線」と「シンメトリカルな構成」である。

抑うつの症状と言え、うつ病を思い浮かべるかもしれない。うつ病の症状は感情領域だけでなく、思考面や身体面の症状も見られる。思考面が前景化したものに妄想性うつ病があり、身体面の場合には腰痛や仮面うつ病などがそれである。描画における「抑うつ傾向」は、感情領域の抑うつを表現していると思われる。さらに、描線のサインを見ると、「筆圧の強い殴り書きの描線」と同時に「筆圧の弱い不連続な切れ切れの描線」や「不安のサイン」とも共通しているものが多く、描画における「抑うつ傾向」のサインは、意欲の低下、気分が沈むといった状態ばかりでなく、不安焦燥感の強い「抑うつ」

も含むと解すべきであろう。

対象児童の「不安のサイン」と「抑うつサイン」を比較すると、出現頻度や年齢分得が同じような傾向を示さない。これは「不安のサイン」には表れなかった焦燥感が示されているのかもしれない。図9と図13を比較すると興味深い。「不安のサイン」は年齢と共に増加し続ける傾向にあるのに、「抑うつサイン」は10代前半では高い出現頻度であるが、その後は横ばいである。対象児童でDV体験の有無を見ると、男児ではDVあり群の8～10歳に抑うつサインが多い。女児はあまり差が見られない。描画では男女の表現に違いがあるのかもしれない。ただ図14のDV体験ありの男児10歳で抑うつサインが80%に出現している。これは焦燥感や苛立ちが前景化した「抑うつ」の頻度が高いと推測される。公立小学校と比較した図16では「不安のサイン」と同じような傾向を示した。焦燥感や苛立ちを抱える割合が、対象児童では一般よりも倍近いと考えて良いように思われる。

#### (5) 神経過敏と強迫傾向のサイン

「神経過敏のサイン」には、「濃い陰影」など不安を示すサインと攻撃性や苛立ちを示すサインが指標として挙げられている。従って、「不安のサイン」と「抑うつサイン」に共通する結果となっている。図17でも分かるように、公立小学校児童との比較でも前の二つのサインと同様の結果であり、すでに不安や抑うつで考察した内容と異ならない。

「強迫傾向」については、描線の描き方、つまり執拗に描く点が特徴となる。このサインを調べようと考えたのは、以下の点に注目したからである。精神病理学的には、不安は対象なき恐れ（恐怖）であり、恐怖は対象のある恐れである。描画解釈的には、不安のサインと強迫的な描き方があれば、両方の所見から恐怖のサインと考えるからである。対象児童が父親のイメージに対する恐れ（恐怖）や、あるいは母親その他周囲の人々に対して恐怖感を抱くことが多いとすれば、不安と同様に強迫を示すサインも多いかもしいと推測して調べてみた。

しかし、強迫を思わせる描画の出現頻度は、小学校児童の頻度とほとんど変わりなかった（図18）。

#### (6) 解離のサイン

感情の領域である幹が、精神の領域である樹冠部と截然と分かれた描き方をしていたり、あるいは用紙の上下方向を反対から見ても木のように見えるのがサインと考えている。このサイン仮説は、筆者の仮説であり臨床的にはかなり有効と思われるが、まだ確定していない。今回の対象児童が被虐待体験と関係すると思われる、また解離症状はこうした児童に出現しやすいと思われたので調査したのである。

図22で示されているように、公立小学校で施行した3枚法を比較してみると、夢の木（3枚目）に解離のサインが多く出現している。一枚目と対象児童の解離のサインを比較してみると、対象児童のほうが出現頻度が高い。対象児童では8歳をピークにして徐々に減少し、小学校児童の1枚目でも同様の傾向が見られた。特に優位な差は見られなかった。

解離のサインについては、仮説そのものについて再検討する必要があると思われる

#### (7) ウロ（ヴィトゲンシュタイン・インデックス）について

うろ、幹の両端の切れ目、虫、折れた幹・枝、木の長さをミリメートルで測り、何歳何ヶ月で示した被験者の年齢で割ったもの。被験者の心的外傷体験を表す。ウロは必ずしも心的外傷だけを指すのではなく、何かの出来事のサインであることもある。対象児童は、やむなく転居した経験を持つ児童ばかりなのでウロの出現が多いのは当然かもしれない。

対象児童と小学校児童の1枚目でウロの出現を比較すると、明らかに対象児童に多く見られている9歳から11歳まででは対象児童が40～50%の出現頻度であるのに対して、小学校児童はだいたい20%前後の出現であった。

ウロの出現は心的外傷やさまざまな出来事を経験してきたと解釈して良いように思う。

#### E. 結論

これまでの研究からわかるように、たとえば非行少年あるいは何らかの精神障害そして虐待といったものに、典型的にみられる樹木画というものはない。描画テストは心理検査であって、性格特性や症状などを把握するものである。い

わば非行や虐待の背後にある性格や症状を読み取ることになるのである。したがって形態や描線、さらに樹冠、幹、根などから読みとったサインを収集し、その意味を検討するのである。

1歳から18歳までの一般の子どもについてこれまで詳しく調査されていないので、一般と比較して今回の対象となった子どもたちの描画が特に異常があるかどうかということは言及できなかった。今回、公立小学校300名の描画を収集できたので、一般児童との比較が可能になったのである。

対象児童の描画について虐待の心理学的影響としてこれまで指摘されることの多かった不安・抑うつ・神経過敏・強迫・解離のサインが描画にどのような頻度で出現するか調べてみた。その結果からもわかるように、かなり多くの子どもが情緒的な影響を受けていることが確認された。そればかりでなく、心理学的サインにおける人型の樹木画が父親のイメージを恐れると解釈されるので、その頻度を調べたところ、高率に出現していることがわかった。それに不安、抑うつ、ウロの出現についても同様に対象児童のほうが優位に高率に出現した。考察で述べたように描画を通して心理的影響を読み取る手法に、一定の限界や留保があるかもしれないが、今回の調査から、対象児童が同年齢の児童に比べて深刻な影響を受けているとみて誤りはないように思われる。これまで被虐待的な体験があるのだからということだけで、深刻な影響を受けているに違いないとア prioriに考えるきらいがあったように思う。しかし、今回の調査研究から描画を通して、そのことが推測できたと考えられる。

最後に治療ケアについて述べるならば、樹木画テストは事例ごとに検討し、不安や抑うつなど、今回の調査で調べた精神症状などを把握し治療に役立てられるように思う。被虐待体験を受け、治療や保護を求める対象児童は言語的表現が稚拙な年齢の子どもが多いので、この描画的な理解は極めて有用に思われる。

## F. 参考文献

1)Avé-Lallemant, U. : Baum-Test. Ernst Reinhardt VerlagMunchen,1994.(渡辺直樹・野口克己・坂本堯・訳『バウムテスト』川島書店. 2002年)

2)Chirol, C.: Etude de l'arbre de reve sur une population d'adolescents delinquants. Ve congres international du Rorschach et des methodes projectives, Tome III, 1965, p.453-456.

3)Christiane Bastin, Denise de CASTILLA: Graphologie, le psychisme et ses troubles, Robert Laffont, 1990. (『筆跡学、心理現象とその障害』)

4)Bolander, K.: Assessing Personality Through Tree Drawings, 1977. (高橋依子訳『樹木画によるパーソナリティの理解』ナカニシヤ出版. 1999年.)

5)Denise de Castilla : Le test de l'arbre—Relation humaines et problèms actuels, 1995.(阿部恵一郎訳『バウムテスト活用マニュアル-精神症状と問題行動の評価』. 金剛出版. 2002年)

6)深田尚彦: 幼児の樹木画の発達の研究. 心理学研究, 28,5, P34-36, 1957年.

7)林勝造・一谷彊:『バウムテストの臨床的研究』. 日本文化科学社. 1973年.

8)林勝造・国吉政一・一谷彊:『バウムテスト事例解釈法』. 日本文化科学社. 1980年

9)一谷彊(編):『バウムテストの基礎的研究』. 風間書房. 1985年.

10)Koch, K.: The Tree test. The tree-drawing test as an aid in psychodiagnosis. 2nd ed., English tralation. Bern: H. Huber. 1952.日本語訳:『バウムテスト 樹木画による人格診断法』日本文化科学社 1970(日本語訳は1952年に出版された英語版からの翻訳)

11)Leibowitz, M. : Interpreting Projective Drawings: A Self Psycholoical Approach. Brunner/mazel, 1999.(菊池道子, 溝口純二訳.『投射描画法の解釈』誠信書房. 2002年.)

12)Stora, R.: La personnalite a travers le test de l'arbre. Bulletin de psychologie, 17(1/224; 2/224), 1964, p.1-181.

13)Stora, R. : Le test du dessin d'arbre. Paris, Delarge, 1975.

14)Stora, R. : Le test du dessin d'arbre. Paris, Augustin S.A., Editeur-Imprimeur, 1994.

15)高橋雅春・高橋依子『樹木画テスト』. 文教書院. 1986年.



表 1. 調査対象数

		年齢																					
		合計	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	不明
DV	あり	194	1	6	14	11	28	18	17	16	13	16	11	10	10	6	7	4	4	2	0	0	0
	なし	196	8	16	12	16	13	14	10	18	13	16	12	11	9	9	11	4	3	1	0	0	0
	合計	390	9	22	26	27	41	32	27	34	26	32	23	21	19	15	18	8	7	3	0	0	0
	あり	137	5	8	11	11	7	15	11	13	11	4	6	10	5	4	3	6	1	1	3	1	1
	なし	137	5	7	6	9	8	14	9	9	10	8	12	5	8	7	8	4	4	0	2	0	2
	合計	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
合計	あり	275	10	15	17	20	15	29	20	22	21	12	18	15	13	12	11	10	5	1	5	1	3
	なし	331	6	14	25	22	35	33	28	29	24	20	17	20	15	10	10	10	5	3	3	1	1
	合計	333	13	23	18	25	21	28	19	27	23	24	24	16	17	16	19	8	7	1	2	0	2
	あり	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	なし	665	19	37	43	47	56	61	47	56	47	44	36	36	32	26	29	18	12	4	5	1	3
	合計																						

表 2. 樹木画(バウムテスト)実施状況

		年齢																				
		合計	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
DV	あり	139	1	3	6	18	15	15	14	9	16	9	10	9	9	5	4	2	3	0	0	0
	なし	138	3	5	7	10	13	7	15	12	14	10	10	10	7	8	11	4	1	1	0	0
	合計	277	4	8	13	28	28	22	29	21	30	19	20	16	13	15	6	4	4	1	0	0
	あり	91	2	4	9	4	12	10	11	8	3	4	8	5	2	2	4	1	1	1	1	1
	なし	96	1	4	6	5	13	7	9	7	7	10	5	6	6	4	2	2	0	2	2	2
	合計	187	3	8	15	9	25	17	20	15	10	14	13	11	8	6	6	3	1	3	3	3
合計	あり	230	3	7	15	22	27	25	25	17	19	13	18	14	7	6	6	4	4	1	1	1
	なし	234	4	9	13	15	26	14	24	19	21	20	15	13	14	15	6	3	3	1	2	2
	合計	464	7	16	47	56	61	47	56	47	44	41	36	32	26	29	18	12	4	4	4	5

## DV 被害女性の精神医学的臨床経過

分担研究者 加茂登志子 1)

1) 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター 教授・所長

要旨：東京女子医科大学附属女性生涯健康センターメンタルケア科に精神健康障害の治療を求めて受診した DV 被害女性 55 例を対象として、精神医学的臨床経過について縦断的に調査し、その特徴と転帰に影響を与える因子について統計学的に検討し考察した。

本研究の対象となった DV 被害者の大半は自らの DV 被害を認識し、行動をとり始めている一群であった。調査期間中、生活や婚姻の状態が変化する症例が非常に多く、DV 被害から逃れた直後の被害者の生活の困難さが伺われた。初診時の症状の重篤度がより軽症であることと転帰判定時に就労していることが良好な転帰と関係しており、なかでも就労は良好な転帰にもっとも寄与していた。就労と最も深い関連にあった治療は集団精神療法であった。要素的症状では、トラウマ症状を中心とした不安症状や睡眠障害、希死念慮等に関する症状は治療開始後経過中に明らかな改善が得られるものの、一般的疾患傾向や身体症状、社会的活動性については改善が明確でなかった。

### A 研究目的

平成 17 年度の本研究では、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（IWHTWMU）を受診した DV 被害女性 56 人を対象に、初診時に、DVTI（ドメスティック・バイオレンス簡易スクリーニング尺度）（石井ら、2003）、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的に行い、DV の種類、程度と精神症状の関

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予備的に検討した。

最終年度である平成 18 年度の研究は、平成 17 年度の対象を母集団とし、DV 被害女性の精神医学的臨床経過について縦断的に調査し、その特徴と転帰に影響を与える因子について考察することを目的とした。本年度の成果をもって IWHTWMU を受診した DV 被害女性における精神健康障害とその

長期的転帰についての一連の研究が終了する。

## B 対象と方法

### 1) 対象および方法

2004年9月から2006年1月までにIWHTWMUのメンタルケア科を受診し、初診時に、DVSI、IES-R、GHQ-30を施行したDV被害女性56例を母集団とし、経過解析のために十分な情報の得られた55例を対象に、紹介経路、初診時診断、治療日数、治療内容、治療中の生活・就労状況、子どもの治療状況などを調査し、平成19年2月の時点での臨床的転帰判定を行った。さらに180日以上通院した長期通院群42症例を抽出し、臨床的転帰に影響を与える因子について検討した。また、長期通院群のうち初診時を含めGHQ-30、IES-Rが3回にわたって検査できた19症例についてGHQ-30およびIES-R得点の推移から要素的症状の継時変化について検討した。

### 2) 統計学的手法

統計学的手法としては、一般的記述統計のほか、Mann-WhitneyのU検定、 $\chi^2$ 乗検定、ロジスティック回帰分析、Friedmanの検定を用いた。統計ソフトにはSPSS13.0J for Windowsを使用した。

## C 結果

### 1) 対象のプロフィール

#### ①初診時における社会的状況

55例全員が日本人女性である。初診時における平均年齢は $40.0 \pm 9.8$ 歳、平均挙子数は $1.64 \pm 0.91$ 人であった。一方、当該DVに関係するパートナーの国籍は、51例(93%)が日本人、4例(7%)が外国人である。

初診時、パートナーと同居していた症例は15例(27%)であり、40例(73%)はすでに加害パートナーの下から逃れていた。7例(13%)は実家に身を寄せていたが、33例(60%)はアパートや施設で生活していた。また、子どもを同伴してパートナーから逃れていた症例は32例(全対象の58%)に上っていた。

別居後初診までの期間は30例(55%)が1年以内であった。51例(93%)が婚姻関係を継続していたが、14例(26%)はすでに離婚調停・裁判にとりかかっていた。また2例において離婚がすでに成立しており、1例は死別していた。

初診時に非常勤勤務を含めて就労していたものは16例(29%)であった。

#### ②受診経路

31例(56%)が公的DV相談機関から、5例(9%)が院内他科、また3例(6%)が他院から紹介されて当センターを初診した。14例(26%)は自ら探して当センターに直

接来院していた。

### ③初診時の精神症状と診断

DSM-VI-TR を用いた初診時診断を表 1 に示す。最も多かったのは適応障害 40%であり、ついでうつ病 38.2%、外傷後ストレス障害 (PTSD) 18.2%である。なお、診断には重複があり、適応障害診断のなかには暫定的診断例も含まれている。初診時の DVSI, GHQ-30, IES-R の結果をそれぞれ表 2、3、4 に示した。

### 2) 治療経過のプロフィール

初診から平成 19 年 2 月末日の転帰判定時までの期間の通院期間、治療状況、子どもの受診状況、転帰判定時の生活状況と婚姻状況等を以下に示す。

#### ①通院期間

全対象の通院期間の平均日数は、516.5 ± 310.6 日 (1-906 日) であった。30 日毎通院日数の度数分布 (図 1) に見るように、対象は極く短期に通院を中断する群と、長期にわたって通院を続ける群に 2 大別される。180 日以上通院した症例は 43 例 (78.2%) であった。

#### ②治療状況

50 例 (91%) が薬物療法を受けていた。精神科医による精神療法以外の心理療法と

として、8 例 (15%) が心理士による個別心理療法を 1 回以上、また 13 例 (24%) が集団精神療法を 3 回以上受けていた。また、14 例 (26%) が通院中に社会福祉士の相談を受けていた。

調査期間中、精神症状の悪化により入院したものは 4 例 (7%) だった。

#### ③子どもの受療状況

調査期間中、子どもが精神や行動面の症状のために小児科や精神科などの医療機関を受診していた症例は 18 例 (33%) に上った。

#### ④生活状況と婚姻状況

表 5 に初診時と転帰判定時の生活状況と婚姻状況の比較を示した。初診時には 15 例 (27%) が初診時パートナーと同居中であつたが、転帰判定時には 9 例 (16%) に減少していた。初診時別居中であつた症例のうち、3 例が経過中にパートナーとの同居を再開したが、転帰判定時に同居を継続していたのは 1 例のみであつた。

表 5 にみるように、調査期間中、多くの症例が離婚への手続きを開始していた。初診時、婚姻関係を継続している症例は 37 例 (67%) あつたが、転帰判定時には 23 例 (42%) に減少し、かわつて離婚調停・裁判中であるか、離婚した例をあわせて 53% となつていた。

就労に関しては、期間中 15 例が就労を維持し、4 例が新たに職を得る一方、1 例が離職していた。20 例 (36.4%) が転帰判定時に生活保護を受給していた。

### 3) 転帰判定

平成 19 年 2 月末日における通院状況と clinical impression に依拠した最終受診日における転帰判定を以下に示す。

#### ①通院状況

通院状況については、通院中 27 例 (49%)、3 ヶ月以上の中断 22 例 (40%)、転院 4 例 (7.3%)、終了 1 例、入院中 1 例であった。

#### ②臨床的転帰

転帰は、調査期間全般を通し、初診時に比べて転帰判定時に精神症状の重篤度が全般的に増す傾向にあるもの (悪化)、増悪と改善を繰り返し、改善判定が困難なもの (動揺)、大きな変化が認められないもの (不変)、精神症状の重篤度に全般的な改善が認められるもの (改善) に 4 分類し評価を行った。

その結果、悪化と判定されたのは 3 例 (5.5%) であり、以下、動揺 13 例 (24%)、不変 15 例 (27%)、改善 24 例 (44%) であった。

### 4) 長期通院群における転帰に影響を与える因子

180 日以上通院した 43 例を長期通院群とし、転帰に影響を与える因子について検討した。症例数が 43 例と少数であるため、転帰判定において悪化 (3 例)、不変 (5 例)、動揺 (13 例) と判断された例を非改善群 (21 例) とし、改善群 22 例と 2 群比較を行った。

#### ①初診時データの比較

まず、改善群と非改善群を初診時に得られたデータから統計学的に比較検討したところ、(表 6)、改善群は非改善群に比べ、初診時の GHQ-30 における「不安と気分変動」得点 ( $p < 0.05$ )、「合計」得点 ( $p < 0.05$ )、および IES-R における「侵入」得点 ( $p < 0.05$ )、「過覚醒」得点 ( $p < 0.01$ )、「合計」得点 ( $p < 0.05$ ) が有意に低かった。一方、症例の年齢や子どもの数、DVSI 得点、初診時診断や生活状況には差異が認められなかった。これらのことから初診時の症状の重篤度が軽度である場合、転帰が良好となる可能性が示唆された。

#### ②転帰判定時データの比較

表 7 に観察終了時 (転帰判定時) における諸データ、すなわち観察期間のほか、本人の治療状況 (薬物療法、個人心理療法、3 回以上の集団精神療法、定期的通院、ソーシャルワーカー相談)、子どもの治療、生活状況 (観察終了時の生活形態、離婚、生活保護受給、就労) についてを改善群と非改

善群の2群間で比較したところ、改善群は非改善群に比べ、転帰判定時に有意に就労していることが分かった ( $p < 0.01$ )。

### ③ 転帰を予測する因子の検討

改善群と非改善群の初診時データ、および転帰判定時のデータの比較から、転帰を予測する可能性のある因子として統計的に有意な差異が認められた初診時 GHQ-30 合計得点、IES-R 合計得点、転帰判定時就労の3つを共変量とし、転帰を従属変数としたロジスティック回帰分析を行った(表8)。これらの結果から、転帰判定時に就労していることが良好な転帰にもっとも寄与しており、ついで初診時 GHQ-30 合計得点が低いこと、初診時 IES-R 合計得点が低いことの順に良好な転帰との関連が深いことが示された。

### ④ 治療と就労の関係

観察期間中に対象が受けた治療と就労との関係を検討した(表9)。その結果、集団精神療法を受けた症例がほぼ有意に観察終了時に就労していることが分かった ( $p = 0.050$ )。その他の項目には有意の差は認められなかった。

### 5) 要素的症状経過の検討

長期通院群 43 例のうち初診を含め GHQ-30、IES-R が 3 回にわたって検査でき

た 19 例(長期通院群の 44%)について GHQ-30 および IES-R 得点の推移から要素的症状の継時的変化について検討した。なお、これらの質問紙記入は治療目的で臨床症状評価の一端として行われたものであることから、施行の間隔についてはばらつきが生じている。初診時から第一回目までの施行間隔は  $206 \pm 133$  日であり、第 2 回目から第 3 回目までの施行間隔は  $306 \pm 169$  日である。

図 2、図 3 に GHQ-30 得点と IES-R 得点の継時的変化を示す。GHQ-30 においては、会項目得点のうち「睡眠障害」、「不安と気分変動」、「希死念慮・うつ傾向」得点に関しては統計学的に有意に改善 ( $p < 0.05$ ) していたが、合計得点については統計学的に有意差は認められなかった。

一方、IES-R 得点に関しては、「侵入」「まひ・回避」「過覚醒」の全ての下位項目において有意な改善 ( $p < 0.01$ ) が認められ、合計得点にも同様に有意な改善 ( $p < 0.05$ ) が認められた。

これらのことから、トラウマ症状を中心とした不安症状や睡眠障害、希死念慮等に関する症状は治療開始後経過中に明らかな改善が得られるものの、一般的疾患傾向や身体症状、社会的活動性については改善が明確でないことが確認された。

### D. 考察

#### I.

DV 被害女性の呈する精神健康被害の長期経過に関する論文はまだ非常に数が少ないが、シェルター保護事例のうつ病症状に関しては継時的に軽快するとの報告がある。Campbell ら (1997) はシェルター退所時 83% の被害者が CES-D を用いて mild Depression と診断されたが、10 週間後のフォローアップ調査では 58% に減り、6 ヶ月後も 10 週後と同様の結果であったと報告している。また、Sutherland ら (1998) もシェルター保護女性 136 人を対象に退所後、8.5 ヶ月、14.5 ヶ月の 2 回にわたってフォローアップ調査を行い、暴力がなくなった後では抑うつ、不安ともに改善をみたと報告している。一方 PTSD 症状に関してはまだ詳細なフォローアップ調査はない。本研究は初診時から一定の環境で長期経過例 43 例を含む 55 例の DV 被害者の経過を、平均 516 日、最長 906 日にわたって追跡したという面からも、十分に意義のある報告であると思われる。

1) 本研究の対象となった DV 被害者の大半は自らの DV 被害を認識し、行動をとり始めている一群である

本研究の対象例のうち半数以上は配偶者仲間暴力相談支援センターなどの公的相談機関ですでに相談を開始し、当該施設から紹介されて IWHTWMU を受診している。また、全対象の 73% がすでに加害パートナーとの

同居生活を離れているが、55% の対象は別居後 1 年以内に当センターを受診している。急激に変化する状況のなかで、93% はまだパートナーとの婚姻関係を継続した状況にある。これらのことから、本研究の対象となった DV 被害者の大半は自らの DV 被害を認識し、行動をとり始めている一群であり、DV 被害から逃れた直後の精神健康障害への治療を求めて来院していることが分かる。

2) 初診時診断で最も多かったのは適応障害であり、大うつ病と PTSD がこれに続く

初診時の精神科診断で最も多かったのは適応障害であり、大うつ病、PTSD がこれに続いた。大うつ病と PTSD の診断が他の報告よりも若干少ない (加茂ら、2002) が、これは上述したようにパートナーのもとから逃れた直後の受診が多く、状況が激しく揺れ動いているために、状況に依存した急性期性が強調され、適応障害との診断が増えたためと考えられる。

3) 通院期間から短期中断群と長期通院群に分かれるが、長期通院群が 8 割を占める

調査期間は平均 516 日と長かったが、内訳をみると極く短期に通院を中断する群と、長期にわたって通院を続ける群に 2 大別された。短期通院群 12 例は全例治療の自己中断例であるため、その理由は明らかではないが、就労例が 5 例あり、ウイークディの通院が困難であった可能性等が考えられる。

全症例のほぼ8割が180日以上通院しており、通常のうつ病診療などに比べて治療のドロップアウトは少ないのではないかと考えられた。

3) 初診後も生活や婚姻状況はめまぐるしく変化し、養育者としての負担も大きい

調査期間中、生活や婚姻の状態が変化する症例が非常に多く、また、生活保護受給率も36%と高く、DV被害から逃れた直後の被害者の生活の困難さが伺われた。婚姻状況に関しては、離婚の方向へと向かうケースが圧倒的に多いが、離婚後、調査期間中に新しいパートナーと同居したり婚姻関係を結んだりする例は皆無であり、子と共に、あるいは単身で自立の道を模索する症例が殆どであった。加えて同伴する子どもが精神や行動面の症状のために医療機関を受診する率は全体の33%（母子事例の38%）に上っており、自らの症状だけにとどまらず、養育者としての負担も大きいことも確認された。

4) 転帰には初診時の症状の重篤度と転帰判定時の就労が深く関係する

転帰に関しては全体の44%が改善と判定された。長期通院群においては改善群と非改善群がおよそ同数であった。

転帰に影響を与える因子の検討は治療構造を組み立てていく上でも重要である。自

記式評価尺度であるGHQ-30とIES-Rの両者が高得点であったものは転帰においても改善に至りにくいという結果が得られた。平成17年度の本研究ではDVSI得点とIES-R、GHQ-30得点には明らかな相関が認められていることから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確認されている。今年度の研究においてDV体験と転帰の間に直接的な関係は認められなかったが、初診時症状の重篤度を介して間接的に関連がある可能性は残されるだろう。

転帰判定時の就労と精神症状の改善との間には密接な関係があることが認められた。勿論精神健康状態が劣悪であれば就労は困難であるので、転帰が良いことと就労は互いに影響を及ぼしあっていると考えられる。困難な生活の中で自立の道を模索するDV被害女性にとっては、就労はただ経済的な回復だけを意味するものではなく、自尊心の回復に大きくかかわるものであると考えられる。おそらく自尊心の回復が精神症状全体の回復に良い影響を及ぼしているであろう。

5) 就労と最も深い関連にあった治療は集団精神療法である

就労と最も密接な関係のあった治療は3回以上の集団精神療法への参加であった。



DV 被害者に対して集団精神療法が効果的であることはしばしば強調されるが、DV 被害女性を対象とした集団精神療法が就労の維持や新規就労に対し効果的であるとの報告はまだなく、重要な結果であると思われた。

#### 6) 要素的な症状のうち身体的な不調や社会活動障害は改善しにくい

平成 17 年度の予備的調査では、治療開始後 8 ヶ月までの中期的な経過において、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ていた。今回の調査からもほぼ同等の結果が得られたが、より詳細に、トラウマ症状を中心とした不安症状や睡眠障害、希死念慮等に関する症状は治療開始後経過中に明らかな改善が得られるものの、一般的疾患傾向や身体症状、社会的活動性については改善が明確でないことが確認された。

平成 17 年度の研究では因子分析を用い、初診時病像を構成する因子として PTSD 系、不調・不安系、うつ病系の 3 つが上げられる点を指摘した。本年度の結果と合わせて考えると、これらの系列のうち一般的疾患傾向、社会的活動障害、不安と気分変調が高い不調・不安系の症状が最も改善しにく

く、DV 被害者の精神医学的長期経過のなかで残存していく可能性があると考えられた。

#### 7) 本研究における限界

対象症例数が少ない点、1 施設に限られたデータである点、転帰判定を clinical impression にのみ依拠して行った点などが本研究の限界として上げられる。

#### E. 結論

1) 東京女子医科大学附属女性生涯健康センターメンタルケア科に精神健康障害の治療を求めて受診した DV 被害女性 55 例を対象として、精神医学的臨床経過について縦断的に調査し、その特徴と転帰に影響を与える因子について統計学的に検討し、考察した。

2) 本研究の対象となった DV 被害者の大半は自らの DV 被害を認識し、行動をとり始めている一群であった。

3) 調査期間中、生活や婚姻の状態が変化する症例が非常に多く、DV 被害から逃れた直後の被害者の生活の困難さが伺われた。離婚の方向へと向かうケースが圧倒的に多い。子どもが精神や行動面の症状のために医療機関を受診する率は全体の 33% (母子事例の 38%) に上っていた。

4) 初診時の症状の重篤度がより軽症であることと、と転帰判定時に就労していることが良好な転帰と関係しており、なかでも

就労は良好な転帰にもっとも寄与していた。  
就労と最も深い関連にあった治療は集団精神療法であった。

5) 要素的症状では、トラウマ症状を中心とした不安症状や睡眠障害、希死念慮等に関する症状は治療開始後経過中に明らかな改善が得られるものの、一般的疾患傾向や身体症状、社会的活動性については改善が明確でなかった。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表

Kamo T, Kametani M, Terai M et al:  
Psychiatric Symptoms and  
sociodemographic profiles of Japanese  
victims of violence by intimate partners.  
The 12th Congress of the Asian College of  
Psychosomatic Medicine, Melbourne,  
November 2006

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

#### 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) Campbell JC, Kub J, Belknap RA et al. Predictors of Depression in Battered Women, Violence against women 3:271-293, 1997
- 3) Sutherland C, Bybee D, Sullivan C. The long-term Effects of Battering on Women's Health Women's Health, 4:41-70, 1998
- 4) 加茂登志子 氏家由里 大塚佳子：ドメスティック・バイオレンスと PTSD. 臨床精神医学 増刊号 :207-212, 2002

<図表>

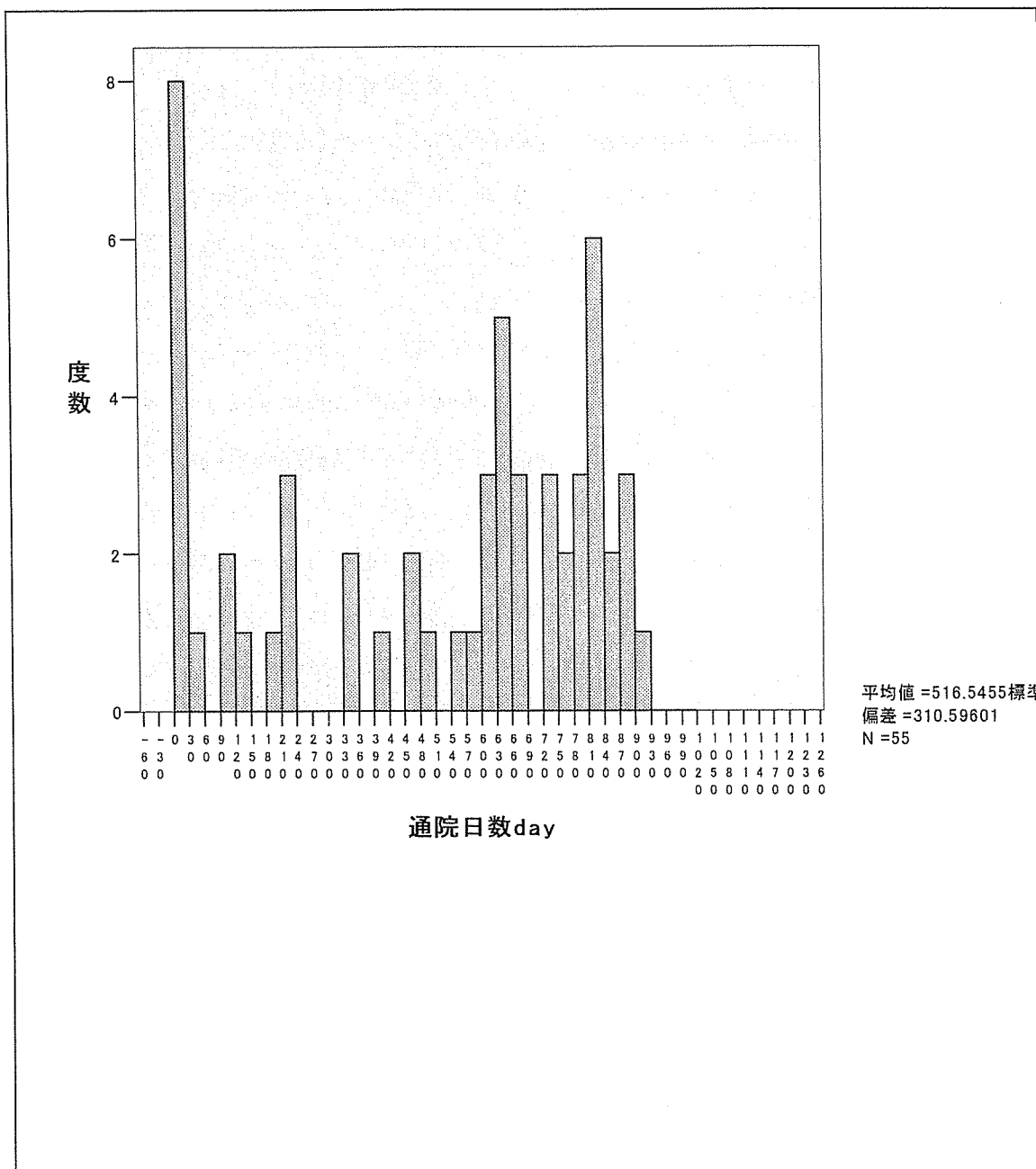
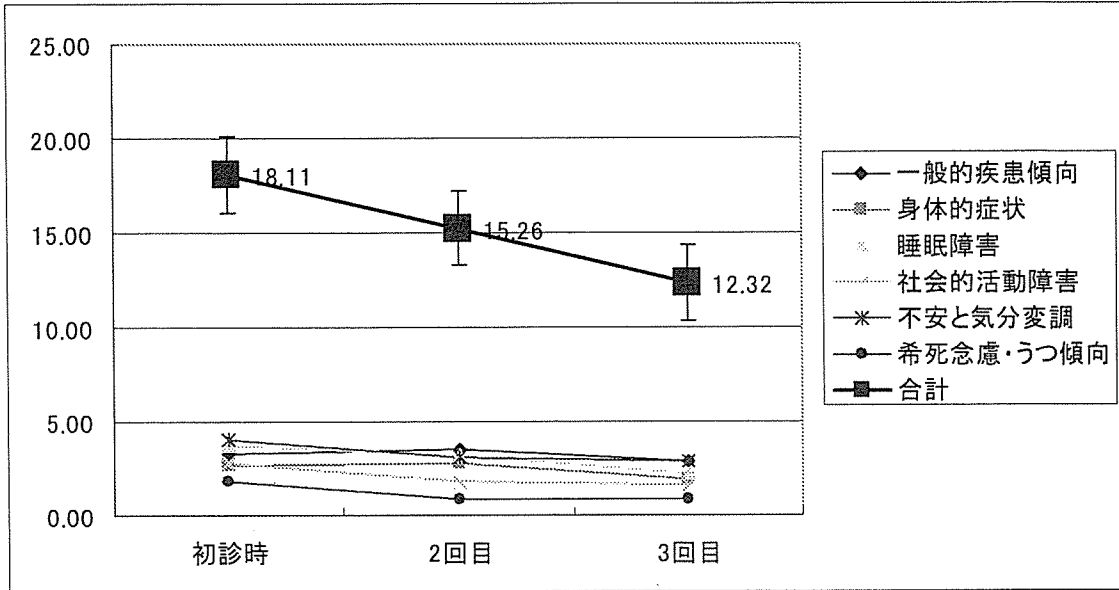


図1 通院日数 (30 日毎) の度数分布表



GHQ-30		初診時	2回目	3回目	p
	下位項目				
	一般的疾患傾向	3.26	3.53	2.89	0.296
	身体的症状	2.63	2.79	1.89	0.135
	睡眠障害*	3.68	3.16	2.21	0.024
	社会的活動障害	2.74	1.84	1.58	0.438
	不安と気分変調*	4.00	3.11	2.84	0.020
	希死念慮・うつ傾向*	1.79	0.84	0.89	0.010
	合計	18.11	15.26	12.32	0.211

Friedman 検定  
\*: p<0.05

図2 GHQ-30 の継時的変化 (n=19)