

的暴行・傷害 6.36±7.24 点、性的強要 3.64±5.68 点、心理的攻撃 12.57±5.74 点であった(表 1)。各要素スケールの最高得点を 100%とした場合、平均得点はそれぞれ 13.3%、15.2%、69.8% にあたり、心理的攻撃が重篤に評価されていた。

総合得点と各要素スケールの度数分布表を図 1 に示す。身体的暴行・傷害、性的強要についてはいずれも低得点領域の 0-5 に評価するものが最も多かったが、心理的攻撃については 15-18 の最高得点領域に評価するものが最も多く、26 人に達した。

3) IES-R の結果(表 1、図 2)

IES-R 得点の結果を表 1 に、度数分布表を図 2 に示した。合計の平均得点は 52.58±15.36 点であった。

4) GHQ-30 の結果(図 3)

GHQ-30 の平均得点は 19.66±3.40 点(6-23)であった(表 3)。下位項目のうち、最も得点が高かったのは「不安と気分変調」であり、次が「睡眠障害」であった。全対象 56 人中 54 人が精神健康になんらかの問題があるとされる 7 点を超えた。

5) DVSI、IES-R、GHQ-30 の相関について表 1 に、DVSI、IES-R、GHQ-30 各合計得点の相関関係を示した。DVSI 合計得点は、IES-R 合計得点($\rho=0.340$, $P=0.010$)、及び GHQ-30 合計得点($\rho=0.297$, $p=0.026$)

との間に有意に正の相関関係が認められた。なお、IES-R 得点と GHQ-30 得点間にも正の相関関係が認められた。

6) DVSI の各要素スケールと IES-R 及び GHQ-30 との関係(表 4, 5, 6, 7)

表 4 に spearman の順位相関係数を用いて DVSI の各要素スケール点と IES-R 及び GHQ-30 得点との関係を示した。

「身体的暴行・傷害」得点は IES-R における「侵入」「過覚醒」「総得点」及び GHQ-30 における「希死念慮・うつ傾向」「総得点」と正の相関関係が認められた。

「性的強要」は IES-R におけるすべての下位項目得点と総得点、GHQ-30 における「身体的症状」「睡眠障害」「社会的活動障害」「不安と気分変調」「希死念慮・うつ傾向」得点と総得点にやはり正の相関関係が認められた。

「心理的攻撃」は IES-R における「侵入」得点と正の相関が認められたが、その他の項目では有意な相関は認められなかった。

次に、重回帰分析(ステップワイズ法)を用いて IES-R 合計得点および GHQ-30 得点に大きい影響を与えている DVSI 要素スケールについて検討した。

表 5 にみるように、IES-R 総得点は DVSI 下位項目中に「性的強要」得点にもっとも有意に影響をうけていた。

同様に GHQ-30 総得点もまた、「性的強

要」得点に有意に影響を受けていた(表6)。

GHQ-30の下位項目中、被害者の社会的適応状況を具体的に示していると考えられる「社会的活動障害」については、表7に見るように、DVSIにおける「身体的暴行・傷害」に有意に影響を受けていた(表7)。

7) 初診時の症状学的特徴について(表8)

最後にGHQ-30とIES-Rの下位項目を変数に、Kaiserの正規化を伴うバリマックス回転を用いた主因子法による因子分析を行い、DV被害女性の呈する症状学的特徴について検討した。その結果、5回の反復にて回転は収束し、以下の3つの共通因子が抽出された(表8)。第一因子はIES-R下位項目に高い因子負荷が認められるPTSD系、第二因子はGHQ-30における一般的疾患傾向、社会的活動障害、不安と気分変調が高い不調・不安系、第三因子は希死念慮・うつ傾向が高いうつ病系と考えられた。

B. 調査研究2) DV被害女性の精神医学的臨床経過

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±9.8歳、平均挙子数は1.64±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。

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9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DVTI, GHQ-30, IES-Rの結果をそれぞれ表10, 11, 12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4)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13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13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、かわって離婚調停・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 14)、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唆された。

②転帰判定時データの比較

表 15 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16)。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17)。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経過の経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±133 日であり、第 2 回目から第 3 回目までの施行間隔は 306±169 日である。

図 5、図 6 に GHQ-30 得点と IES-R 得点の経時的変化を示す。GHQ-30 においては、会得点のうち「睡眠障害」、「不安と気分変調」、「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. 調査研究 1 - 「DV 体験の重篤度と被害者の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関連について」

1) DVSI 所見から見た被害の内容について - 「心理的攻撃」は高い頻度で認められる

DVSI 各要素スケール得点の度数分布表からみると、各要素評価にもそれぞれ特徴

があり、「身体的暴行・傷害」については比較的軽度に評価している対象が多く、「性的強要」については全くないかごく軽度と評価するものが大半である一方で「心理的攻撃」は要素スケールのなかで多くの対象において高得点を得た。ここでは、当該パートナーとの同居中、いかに対象が激しい心理的攻撃を受けてきたかというその実態が反映されていると同時に、逃避後もなお心理的攻撃のみ継続している可能性について考える必要がある。別居後、直接的な身体的攻撃からはさしあたり逃げることは出来るが、電話などを通じた心理的攻撃は完全な連絡を絶たない限りしばしば継続することがあるからである。

なお DVSI は、「身体的暴行・傷害」と「性的強要」に関してはスクリーニング機能に加え、DV の内容の差異に及んだ調査にもある程度援用が可能と考えられたが、「心理的攻撃」については多数例が高得点となり、差異が見えにくい結果となったことからスクリーニング機能にとどまるものと思われた。

2) 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反応は密接に関係する

DVSI 得点と IES-R、GHQ-30 得点には明らかな相関が認められており、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

性ストレス反応の程度との間にはなんらかの関連があることが確認された。この結果は、石井らによる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に関する研究の結果（石井ら、2005）とも呼応する。被害者の体験は早期に確実に見積もられ、精神医学的・心理学的診断と治療に積極的に取り入れられていく必要があろう。

さらに、DVSI の各要素スケール得点と IES-R 及び GHQ-30 の下位項目得点との関係を見ていくと、各要素それぞれに相関がみ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。

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。

3) 初診時の病像は PTSD 系、不調・不安系、うつ病系の 3 つの因子から構成されている
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 系、不調・不安系、うつ病系の3つの因子からな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 とうつ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。不調・不安系症状が前景となる症例は、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。

<小括>

調査研究1では DV 体験には様々なバリエーションがあること、DV 体験の重篤度と出現している精神症状の間に密接な関連があること、初診時病像には多次元的な症状系列が関与していることが確認できた。

II. 調査研究2) DV 被害女性の精神医学的臨床経過

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 週間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 カ月の 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。調査研究1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。調査研究2においてDV体験と転帰の間に直接的な関係は確認されなかったが、おそらく初診時症状の重篤度を介して間接的に関連しているものと思われる。

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も考えられる。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年度に行った予備的調査では、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。

調査研究1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つが揚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。

<小括>

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が、受診後生活や婚姻の

状態が変化する症例が非常に多く、DV被害から逃れた後も被害者の生活の困難の連続であることが伺われた。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最も寄与している。ま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。要素的にみると、一般的疾患傾向や身体症状、社会的活動性の低下が長期経過のなかで残存していく可能性が示唆された。

III. 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

本研究を通して得られた知見を以下にまとめる。DV体験には様々なバリエーションがあること、DV体験の重篤度と出現している精神症状の間に密接な関連があること、初診時病像には多次元的な症状系列が関与していることが確認できた。また、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、対処行動をとり始めている一群であったが、受診後生活や婚姻の状態が変化する症例が非常に多く、DV被害から逃れた後も被害者の生活は困難の連続で

あることが伺われた。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最も寄与している。ま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。要素的にみると、一般的疾患傾向や身体症状、社会的活動性の低下が長期経過のなかで残存していく可能性が示唆された。

DV被害者を精神科的に治療するにあたっては、治療の初期にDV被害の内容と症状全体を多次元的に把握し診断することが必須である。被害内容が重ければ症状は重篤となり、改善にも時間がかかる。就労をはじめとする社会的な活動性が維持されること、あるいは向上することは被害者の自尊心回復のためにも重要である。治療構造としては、薬物療法だけでなく、集団精神療法などのアプローチを積極的に取り入れていくべきであろう。

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

①Kamo T: Japanese Women Who Left Shelter are Actually Seeking Psychiatric Care, IV World Congress on Traumatic Stress,

Buenos Aires City, Argentina, June 2006

②Kamo 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) 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
- 3) 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部

ー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

- 4) 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.
- 5) 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
- 6) 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
- 7) Campbell JC, Kub J, Belknap RA et al.
Predictors of Depression in
Battered Women, Violence
against women 3:271-293, 1997
- 8) 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
9) Sutherland C, Bybee D, Sullivan C.

The long-term Effects of Battering
on Women's Health Women's Health,
4:41-70, 1998

<図表>

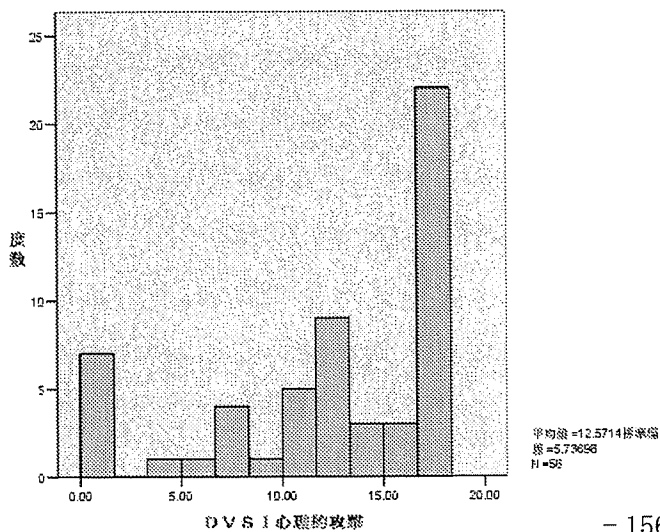
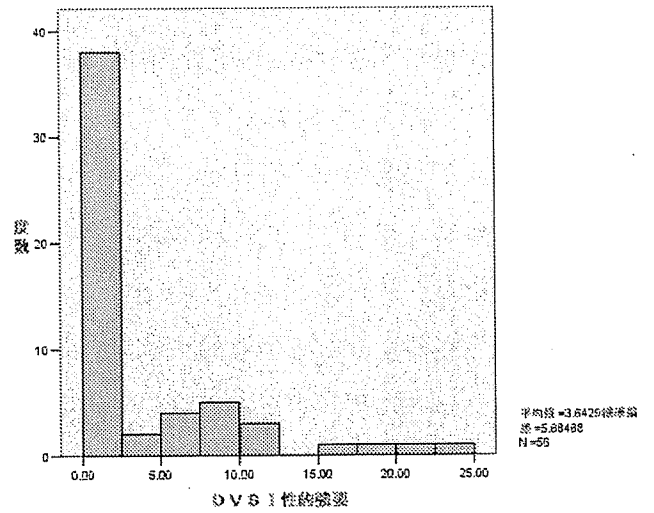
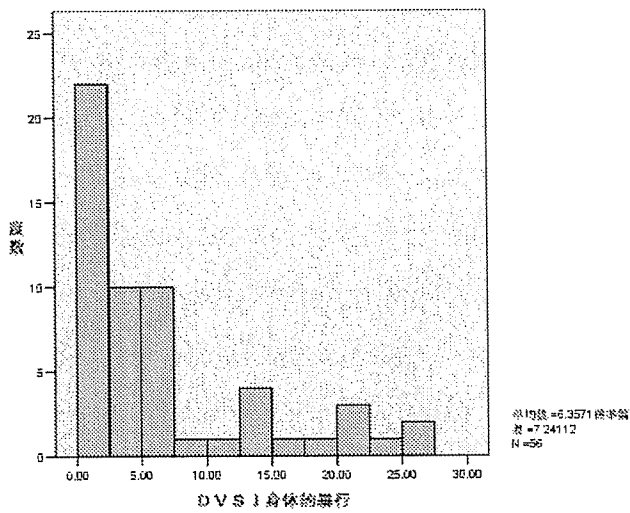
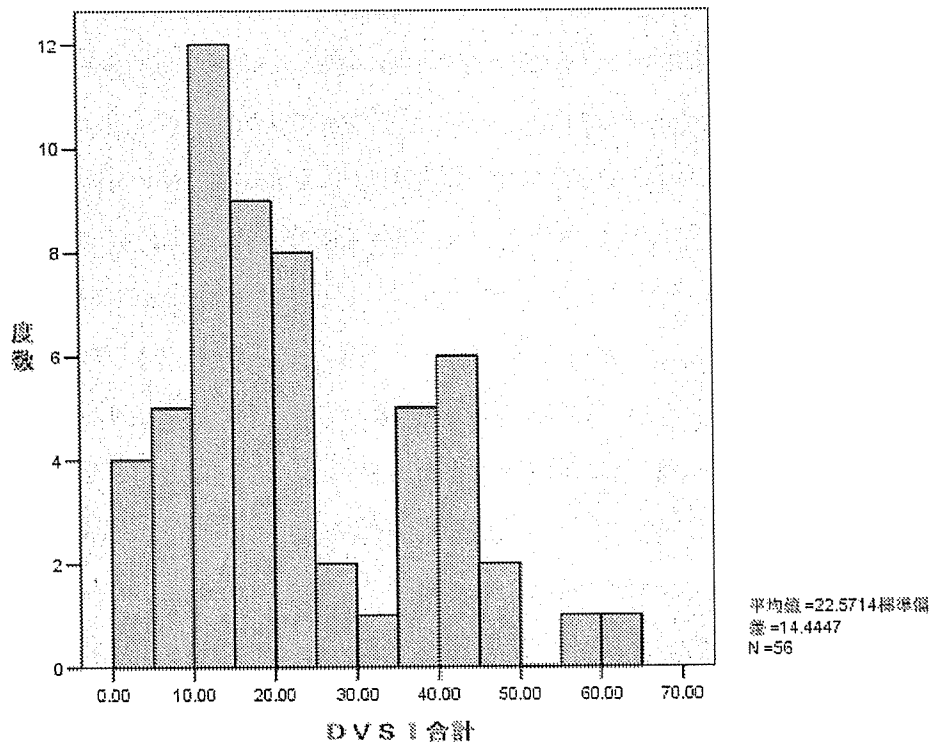


図1 DVS I 得点の度数分布表

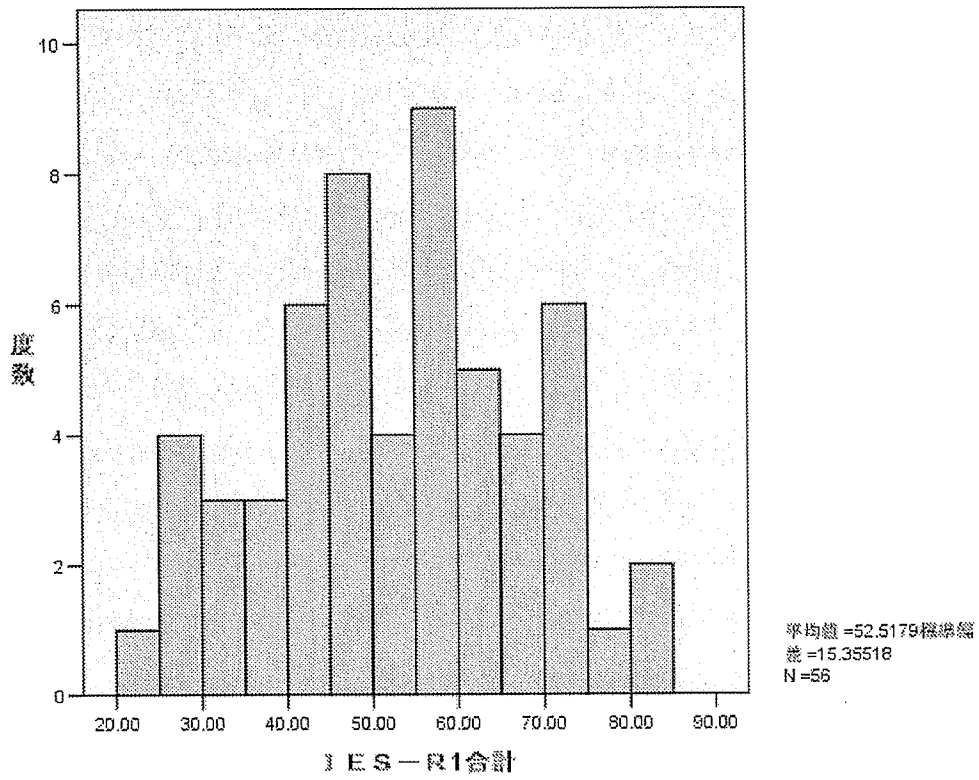


図2 IES-R総得点の度数分布表

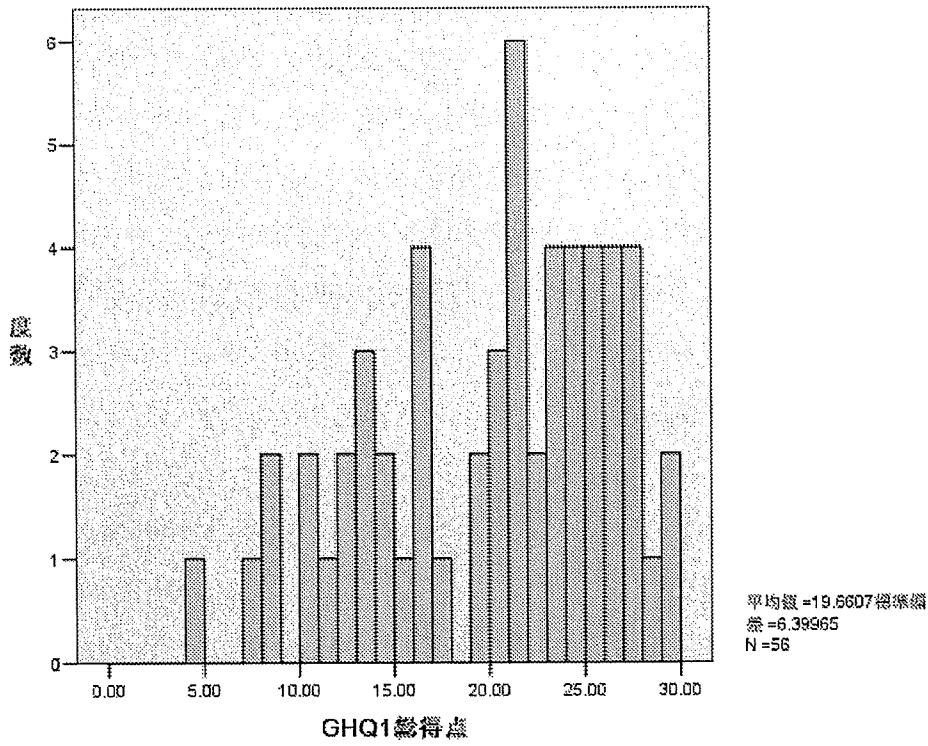


図3 GHQ-30総得点の度数分布表

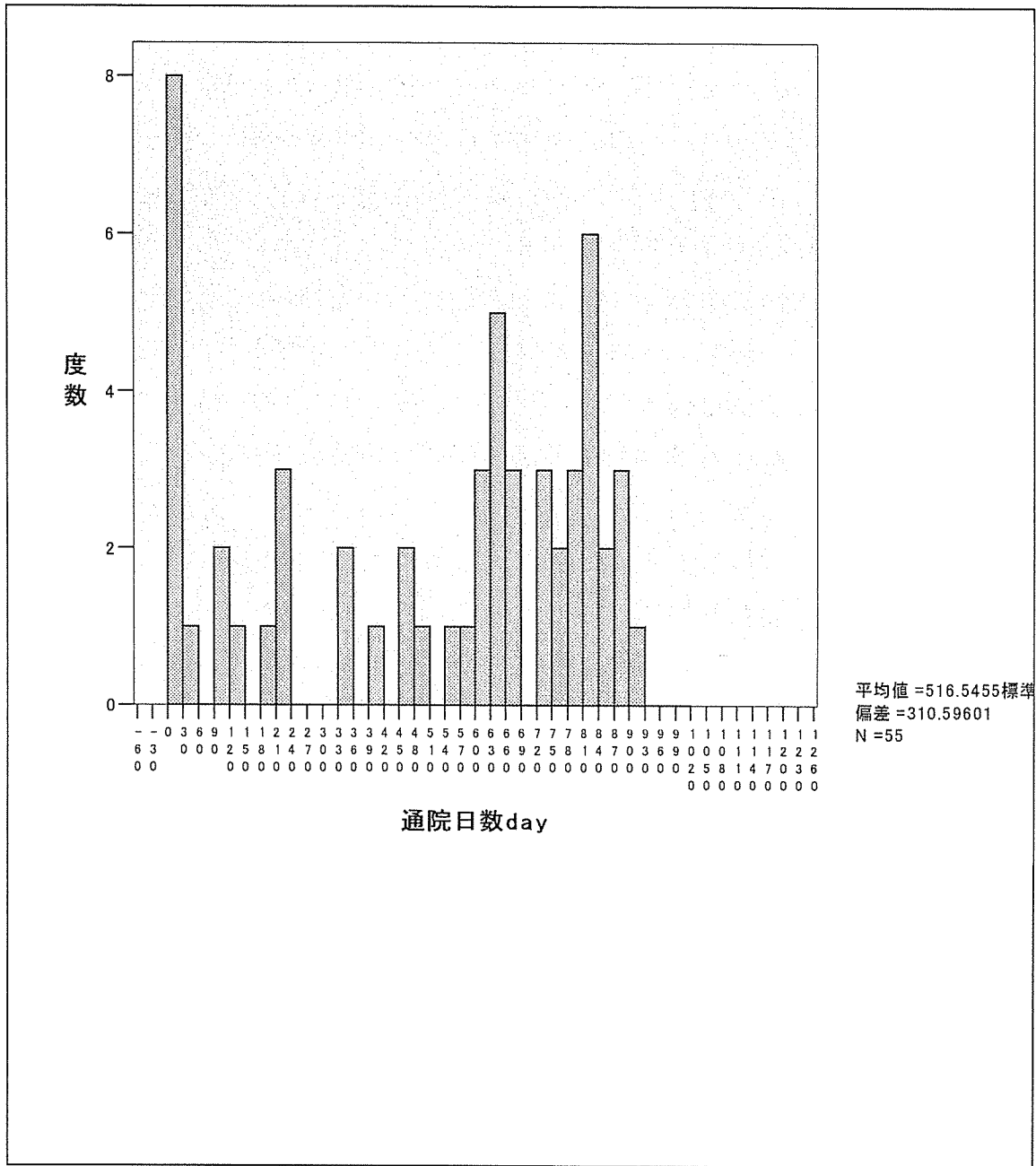
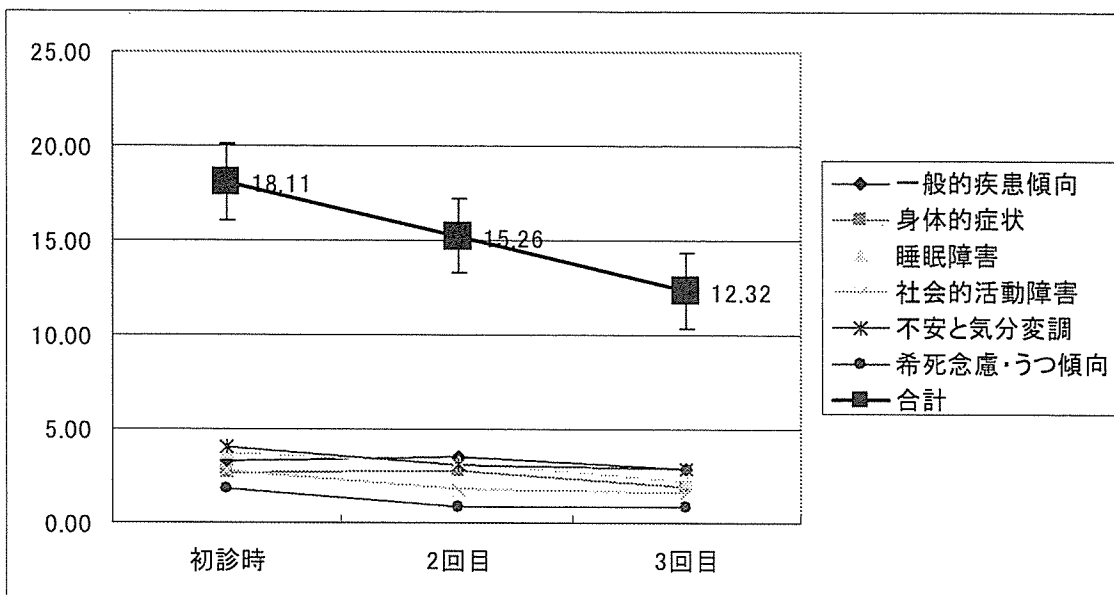


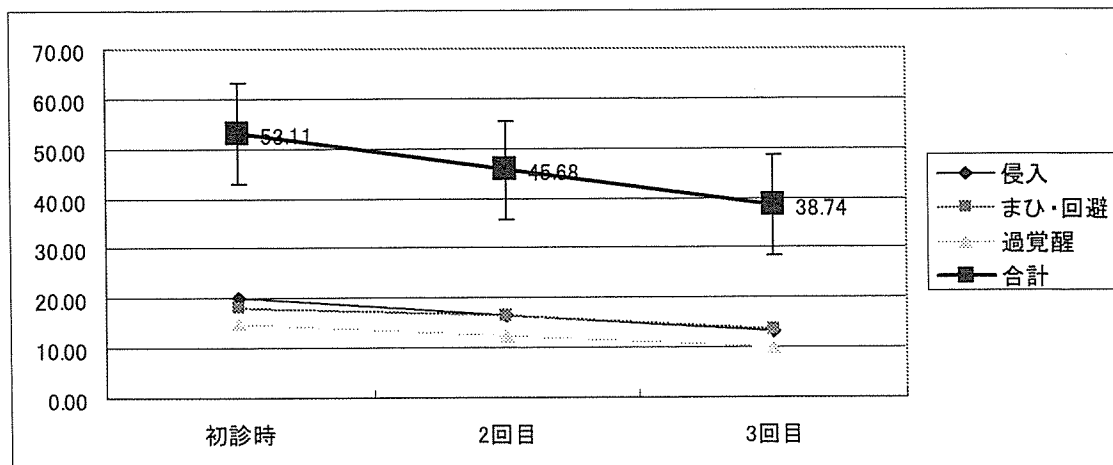
図4 通院日数 (30日毎) の度数分布表



下位項目		初診時	2回目	3回目	p
GHQ-30	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5 GHQ-30の継時的変化 (n=19)



下位項目		初診時	2回目	3回目	p
IES-R	侵入**	20.21	16.68	13.26	0.008
	まひ・回避**	18.16	16.68	13.74	0.009
	過覚醒**	14.74	12.32	10.21	0.003
	合計*	53.11	45.68	38.74	0.030

Friedman 検定
*: p<0.05 **: p<0.01

図6 IES-Rの継時的変化 (n=19)

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不安と気分変調	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-R1合計	GHQ1総得点
Spearmanのρ	DVSI合計	相関係数	1.000	.340(*)	.297(*)
		有意確率(両側)	.	.010	.026
		N	56	56	56
	IES-R1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	
不安と気分変調	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