

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

Toshiko Kamo<sup>1)</sup> Yuri Ujiie<sup>1)</sup> Tami Yanagita<sup>2)</sup> Yoshiharu Kim<sup>3)</sup>

- 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  $34.7 \pm 10.3$  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  $19.6 \pm 5.7$ . 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:  $11.3 \pm 7.5$  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  $19.6 \pm 5.7$  (Table 4). The average IES-R score was  $49.2 \pm 16.7$  (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 Rdsiliency 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 1<sup>st</sup> 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

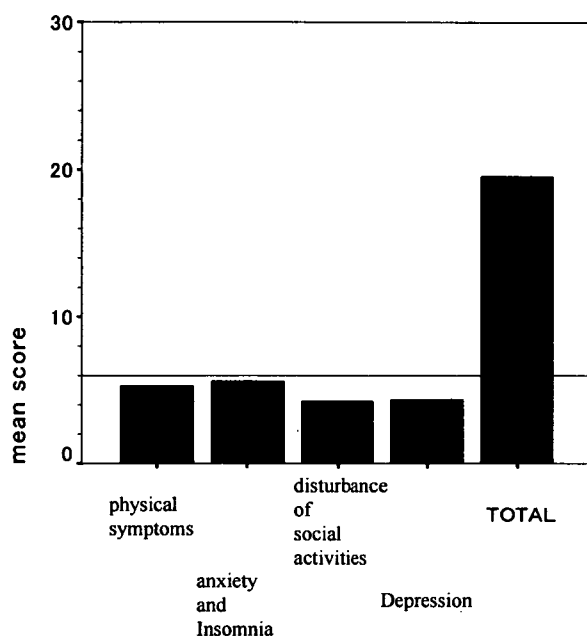
Table 2. profile of subjects

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)

Table 3. Chief complaints on admission

<b>symptoms</b>	<b>frequency</b>	<b>symptoms</b>	<b>frequency</b>
insomnia	17	appetit loss	2
palpitation	12	flash back of violent scene	2
dry mouth	7	anxiety	2
trembling/numbing of hands	7	difficulty to care of children	2
suicidal idea	7	concentration disturbance	2
hypersensitivity to sounds	4	amnesic	2
headache	4	staying indoors	1
mood instability	4	dizziness	1
irritability, restlessness	4	hyperventilation	1
weight loss	3	alopecia	1
dyspneic feeling	3	hypertension	1
another pain	2	sluggish	1
sweaty	2	bulimia	1
		a stiff neck	1

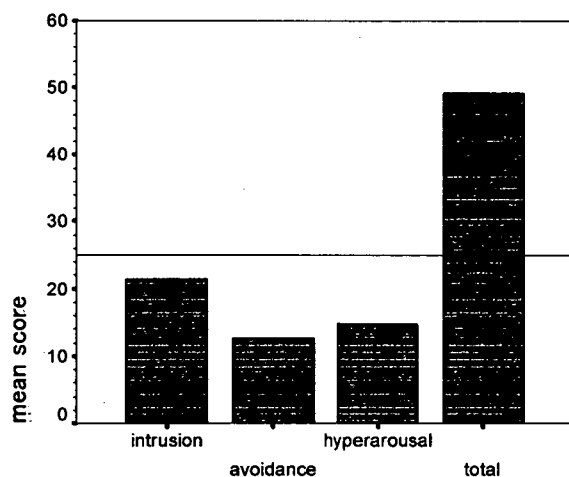
Table 4. Mean score of GHQ-28



GHQ-28	mean score	SD
physical symptoms	5.32	1.82
anxiety and insomnia	5.62	1.47
disturbance of social activities	4.24	2.10
Depression	4.38	2.57
TOTAL	19.56	5.74

96% >  
Cut-off point for Probability of psychiatric diagnosis  
6/28

Table 5. Mean score of IES-R



IES-R	mean score	SD
intrusion	21.58	8.30
avoidance	12.68	6.77
hyperarousal	14.92	5.31
TOTAL	49.18	16.70

94% >  
Cut-off point for Probability of PTSD diagnose  
25 /144



Table 6. Psychiatric diagnosis using M.I.N.I.

M.I.N.I. diagnosis	n	percentage
Major depressive episode ①	32	64
[MDE with melancholia]	26	52
Dysthymia ⑤	6	12
Manic episode	2	4
Hypomanic episode	5	10
Panic disorder	5	10
Agoraphobia ③	14	28
Social phobia	6	12
Obsessive-compulsive disorder	2	4
PTSD ②	23	46
Alcohol dependence	5	10
Alcohol abuse	0	0
Substance dependence	1	2
Substance abuse	1	2
Psychotic disorders	0	0
Mood disorders with psychotic features	0	0
Anorexia nervosa	0	0
Bulimia nervosa	2	4
Generalized anxiety disorder ④	7	14
Antisocial personality disorder	3	6

Suicidality	score	n	%
no	0	7	14
yes	1~33	43	86
slight grade	1~5	13	26
midium grade	6~9	10	20
severe grade	10~33	20	40
mean score	10.5±9.3		

Table 7. Comorbidity rate of disorders in M.I.N.I

M.I.N.I. diagnosis	n	MDE	DYS	ME	HME	PD	Agora	SP	OCD	PTSD	AD	SD	BN	GAD	ANTI
Major depressive episode	32	/	/	6	9	13	31	19	6	53	9	3	3	22	9
PTSD	23	74	17	4	17	17	39	17	9	/	9	4	4	13	4
Agoraphobia	14	71	21	7	7	14	/	21	14	64	21	7	7	21	14
Generalized anxiety disorder	7	100	0	0	29	29	43	29	43	29	14	43	14	/	29
Dysthymia	6	/	0	0	17	17	50	0	0	67	33	0	0	0	0
Social phobia	6	100	0	0	17	33	50	0	0	67	0	17	17	33	17

Table 8 Correlation among subscales of GHQ-28, IES-R and Suicidity of M.I.N.I.

					GHQ					IES-R			MINI	
		age	child. No	DVPeri	Phy	AnxInso	Dist	Dep	Total	Int	Avoid	Hyper	Total	Suic
age(year-old)			0.357		0.083	0.308	0.046	0.752	0.196	0.926	0.161	0.296	0.639	0.203
Number of children				0.984	0.481	0.291	0.818	0.782	0.944	0.568	0.434	0.673	0.765	0.615
Period of exposure to domestic violence					0.747	0.889	0.376	0.449	0.391	0.189	0.834	0.463	0.403	0.560
GHQ-28	Physical symptoms					0.097	0.066	0.029		0.078	0.863	0.410	0.152	0.089
	Anxiety and insomnia							0.099		0.057	0.264	0.028	0.025	0.827
	Disturbances of social activity							0.028		0.249	0.872	0.070	0.195	0.865
	Depression									0.024	0.063		0.010	0.100
	Total									0.020	0.226		0.011	0.100
IES-R	Intrusion													0.231
	Avoidance													0.056
	Hyperarousal													0.220
	Total													0.241
M.I.N.I.	suicidity													

Kendall's  $\tau$



 p<0.01  
 p<0.05

Table 9. The Factors Influence to Suicidality of the subjects

Dependent Variable: Suicidality

Method: Multiple regression, Stepwise Criteria FIN 2.000 FOUT1.990

Vriables: age, number of children, physical symptoms-GHQ, anxiety and insomnia-GHQ, disturbance of social activities-GHQ, depression-GHQ, intrusion-IES-R, avoidance-IES-R, hyperarousal-IES-R

Step Number	R square	Variables entered on Step Number	Beta	T	Sig T
1	0.303	depression-GHQ	0.550	4.563	0.000
2	0.341	depression-GHQ	0.478	3.793	0.000
		physical symptoms-GHQ	0.209	1.658	0.104
3	0.388	depression-GHQ	0.448	3.622	0.001
		physical symptoms-GHQ	0.259	2.061	0.045
		age	-0.223	-1.888	0.065
4	0.416	depression-GHQ	0.482	3.871	0.000
		physical symptoms-GHQ	0.313	2.415	0.020
		age	-0.203	-1.730	0.090
		anxiety and insomnia-GHQ	-0.182	-1.445	0.155

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に曝されて育つ子どもの精神発達に関する研究

分担研究者 笠原麻里 国立成育医療センター育児心理科医長  
研究協力者 細金奈奈 国立成育医療センター 医師  
泉真由子 お茶の水女子大学

**研究要旨** 国立成育医療センター育児心理科外来を受診した症例のうち、DV家庭での養育が明らかな子どもの症例14例（男子8例、女子6例、平均年齢 $6.9 \pm 3.1$ 歳）を対象として、DVの期間、DVの内容、虐待の有無、精神症状、加害者である親像について各発達年代ごとに特徴を検討した。前年代に共通して、睡眠障害、加害者を回避・拒否する言動がみられ、トラウマ関連症状の出現傾向が示された。また、発達段階における症状の特徴は、幼児期ではより未分化な情動反応や不安が示され、学童期では外在化する攻撃性として顕在化し、思春期には内面的な葛藤が高まり、抑うつや不登校が増える傾向が示された。さらに、父親像への葛藤は、自己像の揺らぎにも影響し、子どもの自我の確立にも重大な影響を及ぼす可能性が示唆された。

A. 研究目的

昨年度までの研究で、Domestic Violence（以下DV）に曝された子ども達の精神医学的問題として行動や情緒の多岐にわたる問題が生じること、DV以外の虐待を受けた子どもに比べてトラウマ反応が生じやすいこと、より高学年の子ども達の治療改善度が良好なことが示された<sup>1)</sup>。今年度からは、上記の結果を踏まえて、DV家庭で育った子ども達の精神発達における問題、特に父親像あるいは母親像をめぐる葛藤が発達過程に影響するのか、影響するとすればどのような問題が生じるのかについて、精神医学的に検討していきたい。以上について、今年度は、年代別に症例を検討し、調査介入のパイロット研究を行う。

B. 研究方法

対象は2005年4月～2006年3月の間に国立成育医療センター育児心理科外来を受診した症例のうち、DV家庭での養育が明らかな子どもの症例のうち、本人面接ができ、本人に関する家族からの情報がある程度得られた14例（男子8例、女子6例、初診時年齢2歳～12歳、平均年齢 $6.9 \pm 3.1$ 歳）とし、これらを幼児期6例（2～6歳）、

学童期6例（8～10歳）、思春期2例（11、12歳）に分類して、DVの期間、DVの内容、虐待の有無、子どもの精神症状、抱いている加害者（今回は全例父親）への思いについて各発達年代ごとに特徴を検討した。子どもの精神症状は外来診療における所見と母親からの聞き取りにより、父親への思いは本人の言辞、診療場面での反応、母親からの聞き取りによって評価した。なお、今回はパイロット研究に位置づけ、症例数が少ないことから統計学的検討は行わず、実際にみられた精神症状や子ども自身の言動に関して、精神発達の観点から検討をおこなった。

（倫理面への配慮）

研究対象については、情報はすべて匿名化して扱われており、個人のプライバシーは保護されている。さらに、研究内容は通常の診療行為におけるカルテ記載の情報に基づくものであり、患者への心身の負担を要するものではない。

C. 研究結果

1. 対象群の背景

対象の全体像は、全例で加害者は実父であり、14例中12例では受診時すでに別居、1例は受診直後に別居、1例は同居中であった。全例で現在の主たる養育者は母親で、

た。全例で現在の主たる養育者は母親で、母親を中心とした家族で生活し、子どもだけが施設に入所しているケースはなかった。14例中、6例(42.9%)ではDV目撃以外の子どもの虐待も認め、身体的虐待3例、性的虐待1例、心理的虐待6例、ネグレクト1例(重複あり)であった。虐待者は全例DV加害者である父親であった。なお、きょうだい例が3組6例含まれているが、被虐待状況、DV目撃状況などは異なっており、下記に示すような同胞葛藤にも反映される結果となっている。

## 2. 幼児期の症例群

幼児期群は6例(男子2例、女子4例、初診時年齢2~5歳、平均3.7±1.4歳)であり、DVに曝され始めた時期は0~4歳、DV状況から抜け出すことができた時期は2~5歳であり、乳幼児期に1~4年間DVのある家庭で養育されている。このうち、児自身が虐待を受けていたことが明らかなものが3例(身体的虐待0、性的虐待+心理的虐待1、ネグレクト+心理的虐待1、心理的虐待1)、母親へのトラウマティックな加害行為を目撃したものが2例であった。DVの状況への認識は目撃して激しく泣く(2歳)、加害状況から脱出できた段階で「ママ、死んじゃうと思った」(4歳)、「助けられなくてごめんね」(5歳)と述べるなどであった。

子どもの示す精神症状は、表1に示すとおりであるが、回避・拒否、睡眠障害、悪夢、イライラ、身体化などは他の年代同様にしばしば出現する傾向が見られた。このうち、回避・拒否については、父親の執拗な面会要求をはっきりと「パパに会いたくない」と拒んだり(4歳児)、仲間の中で「パパはいないの」と述べ父親に関する話題を明らかに避けたり(2歳児)している。また、幼児期から学童期に比較的多く見られる症状としては、情緒不安定、分離不安、があり、音への過敏は幼児期にのみ見られた。さらに、自己存在の否定については、DV加害者との別居後、両親間で面会交渉などがもめている最中に4歳児が「○○ちゃん(自分の名)は生まれたい方がよかったんじゃない?」と母親に尋ねたものである。

加害者に対する思いについては表2に示

すとおりで、幼児期には陰性感情が明らかだったもの5例、不明1例であった。陰性感情の要素は、考えられるものを子どもの言動から抽出を試みたが、幼児期には不安2例(不明4例)、恐怖3例(不明3例)、嫌悪2例(不明4例)、怒り2例・怒りなし2名(不明2例)、軽蔑0例(不明6例)、拒否3例(不明3例)、不信1例(不明5例)であった。父親像に関する実際の言辞として「ママをいじめる人は許せないの」(4歳女児、怒りにカウント)、「絶対しないと聞いたのに、またやった」(5歳男児、不信にカウント)であったが、他4例では父親像に関する明らかな言辞は聞かれず、父親自身について、あるいは家庭での暴力的出来事について話したがないものが4例あった。

## 3. 学童期の症例群

学童期群は6例(男子4例、女子2例、初診時年齢8~10歳、平均8.7±0.8歳)であり、DVに曝され始めた時期は0~3歳、DV状況から抜け出すことができた時期は5~9歳であり、DVに曝されてきた期間は5~6年であり、現在継続中の症例も1例含まれている。このうち、児自身が虐待を受けていたことが明らかなものが2例(身体的虐待+心理的虐待2)、母親へのトラウマティックな加害行為を目撃したものが2例であり、うち1例は「(父から母への暴力的場面を)思い出すと気持ち悪くなる」と述べトラウマ反応を呈した。DVの状況への認識は、「いつもお父さんはお母さんを怒鳴っている」(8歳男子)、「(自分は隣室で寝ている間に激しいDVが生じているが)眠ってはいなかったし、何があるかはわかる」(8歳女子)というものや、本人は溺愛され、母と兄に対してのみ父による虐待があった症例では、他の家族は本人は大事にされていたからDVに気づいていないのではないかと考えていたが「私にはやさしくて、おにいちゃんには厳しいから、お父さんは好きじゃない」(9歳女子)と明確な表現がされた。

この年代の子どもの精神症状では、各年代に共通してみられる回避・拒否、睡眠障害、イライラ、身体化に加えて、攻撃性、キレるなどの衝動的行動が明らかになる特徴が見られた。特に、同胞例では、兄弟げんかの激しさが、加害者との離別後に激し

さを増したというものが2組(4例)みられた。これらの衝動性は、特に母親からみて父親の言動に似ていると感じられることが多く、子どもの性別が女兒であってもそのように感じられるというものも1例あり、母親の抱く葛藤は大変高いものだが、学童期の間に子ども自身が自分の行動を父親に似ていると認識して葛藤している症例はなかった。

加害者に対する思いのうち、陰性感情は全例で示された。その要素は、不安3例(不明3例)、恐怖4例(不明2例)、嫌悪2例(不明4例)、怒り0例、軽蔑0例、拒否4例(不明2例)、不信1例(不信なし1例、不明4例)であり、幼児期に比べて幾分明確に表される傾向がみられた。さらに、父親像に関する実際の言辞は様々な表現がなされるようになってきている。〈お父さんはどんな人?〉という問いに「変な顔」(8歳男子)、「暴力亭主。おこりんぼうで乱暴」(9歳男子)という表現があった。また、父親の自分への態度について「怒らない時は人形扱い」(10歳男子)と明らかに相手の意図を読み取っている表現も聞かれ、率直に「あんまり好きじゃない」(9歳女子)と述べるものもあった。

一方、陽性感情については、ある程度引き出す目的で面接を行ったが、〈お父さんのいいところは?〉という問いに「ない、全然。」と即答したり、〈いつもいつもおこりんぼうのお父さんというわけではなかったのじゃない?〉という問いに「ううん、いつもだよ」という答えをし、母からの聞き取りも含めて、父についての明らかなよい感情と評価できる言動を認められる症例はなかった。なお、父親のことや家庭での暴力的出来事について、話したがないものが半数であったが、一方でよく話すものが1例あった。

#### 4. 思春期の症例群

今回、この年代の対象は2例(男子2、年齢は11歳と12歳)で、DVに曝され始めた時期は0歳と3歳、DV状況から抜け出すことができた時期は7歳と9歳であり、DVに曝されてきた期間は4年と9年である。このうち、児自身が虐待を受けていたことが明らかなものが1例(身体的虐待+心理的虐待)、母親へのトラウマティックな

加害行為を目撃したものが1例である。DVの状況への認識は、父から本人と母への虐待状況を幼少時から明確に認識していたものと、表面的には「夫婦喧嘩」であり自分とは関係ないという認識をしていたが、調停官に質問されたときは初めて両親間の出来事を他者に語る場面であったが、泣き出してしまうというものであった。

精神症状は、回避・拒否、睡眠障害、イライラ、身体化は他の年代同様に見られたが、抑うつ、不登校が2例ともにみられ、母親に対する攻撃性としがみつきの両価性が1例でみられた。自己存在の否定も「今死んでもいいと思う」というもので深刻であった。

加害者に対する陰性感情は2例ともで示された。その要素は、不安1例(不明1例)、恐怖1例(不明1例)、嫌悪0例(不明2例)、怒り1例(不明1例)、軽蔑0例(不明2例)、拒否2例、不信1例(不明1例)であったが、この評価においては、思春期特有の自己の心理的問題に関して他者が介入することへの抵抗も重なり、若年層よりは複雑な意味での要素を評価できないための不明例がでてくる。さらに、父親像に関する実際の言辞はより客観的・多角的表現がなされるようになってきている。「いい時が、普通の人の悪い時」「ぞっとする、封印していた方が楽」などと述べた。

一方、陽性感情については、1例において「楽しかったのはバッティングセンターに行ったとき」と父親とのよかった思い出を語った。なお、父親のことや家庭での暴力的出来事について、話したがないもの1例、よく話すものが1例であった。

#### D. 考察

今回の対象全体については、病院を受診した臨床例の群であり、DV家庭の混乱から抜け出すことができた後のケースが殆どであったことは、DVに曝されて育った子ども達の中では、母親機能が比較的高く、経済状況は生活保護を受けているものも含めて比較的自由度が保たれており、子どもにとってはより安全な環境にある群であると考えられる。特に、全例で母親と同居の上、住居は確保されており、DVに曝されていた以外の環境の問題が比較的少ない症

例群といえよう。その中においても、症状は多岐にわたり、どの年代においても、「加害者を回避あるいは拒否する傾向」、「睡眠障害」は半数に出現、「イライラ」も40%強にみられた。これらは、トラウマ関連症状と考えられるが、トラウマ症状がDVに曝された子どもに比較的多く出現することは昨年度の報告と一致する<sup>1)</sup>。また、「悪夢」、「退行」、「自己存在の否定」などは30%以下の出現頻度ではあったが、年代に特異なく現れていた。なお、今回の症例群では、昨年度までの報告においてはある程度の比率で出現していた行為の問題(非行、家庭内暴力等)および解離症状がみられなかったことは、サンプルの偏りとして考慮されなければならない点かもしれない。

次に、年代別の特徴を検討する。まず、幼児期では、他の年代には出現しない「音への過敏」がみられた。さらに「情動不安定」や「分離不安」というより未分化な情緒的反応も幼児期から学童期に表される傾向がみられた。これらは、より若年の子どもにおいては、トラウマ関連症状としてより未熟な段階の反応が現れていると考えられる。また、1例ではあったが、「すでに自己の存在否定」を言語化したものがあったことは重大である。このことは、幼少期から、DV目撃というトラウマ体験にとどまらず、家庭の混乱の中で、自己存在感が揺らいでいる可能性が示された。加害者への思いについては、像がまだうまく結べない、あるいは十分に言語化できないため未分化な表現であり不明確であったが、相手を拒否する言動はよくみられたことから、すでに受容困難な父親像を抱えている可能性が示唆されていると考える。

次いで学童期について検討する。精神症状の特徴は、「攻撃性」「キレる」といった衝動性が半数以上にみられたことである。幼児期には未分化であった情動の問題が、ストレートに衝動性として現れるようになる段階と考えられる。この時期の通常な精神発達では、認知能力の発達に伴い自分の行動や考えの理由づけができるが、思考様式はまだ直接的知覚によっており、概念的心的表象に至らない。さらに、この段階は、幼児期に獲得した積極性と衝動統制、あるいは良心の芽生えに基づくものである。こ

の点、DVに曝された子ども達は、幼児期に獲得する衝動統制や良心の芽生えは、外的に揺らいでいるので、学童期における直接知覚による思考では、たとえば「頭にきたら、暴れる」「怒ったら、キレる」という行動が現れることは容易に考えられるところであり、葛藤が意識化されずに行動化していると考えられることができる。また「身体化」が思春期とともに半数に見られた。これは、より内面化していく思春期に現れる後述する葛藤的な防衛への準備段階に入っている状態と考えることもできるかもしれない。今回は、転換症状を含んでいないが、より無意識に近い水準での葛藤回避と考えることができる。さらに、父親像については、言語発達が進み、心像を表すことができるようになってきている段階で、好ましくない感情をより豊富に表現することが多くみられる。一方、この段階に至っても、父親に関する好ましい感情や同一化に関する言辭が殆ど表されない点は、DVに曝された子ども達の心理的傷つきの深さを表すものと思われるが、今回の症例群では母親の比較的積極的な判断により別離に至っているものが殆どであるので、一時的にせよ父親を全否定できる状況にいられる、あるいは母との共同体のために全否定が必要な状況にあることも考えられる。

第三に、DVに曝された子どもの思春期の特徴について考える。この時期には内在化された症状の発現と、親に対するアンビバレンツな感情が揺れ動く特徴がみられた。症状は、学童期から引き続く「身体化」が半数でみられ、さらに「抑うつ」、「不登校」といったより内的な問題へと変化している。このことは、幼児期から学童期にみられたより未分化な情動反応から、より複雑で内在化された葛藤との向かい合いが始まっている思春期心性と関連していると考えられる。齊藤は、Blosの思春期分類を引き、プレアドレッセンス心性と環境の相互作用として、子どもの自我は家族システムを基盤に育まれ、外界へ分離していくことを示している<sup>2)</sup>。この点、DVに曝された子ども達は、この時期の重要な発達課題である家族システムを基盤とする推進力をそがれてしまうという重大な問題を抱えていることになるので、抑うつ感が高まり、不登校という、

まさにこの時期の社会的ひきこもりが生じるのは必然ともいえるのではないかと考える。さらに、「自己存在の否定」が1例で明確に語られたことは、自分自身の中に父親像をみることによって、自我形成において重大な局面を迎えていることを表している。今回の症例では、自分は死んでもいい存在だと思ふことが明言されている。これは、抑うつ感による希死念慮という問題ではなく、自己像との向かい合いから生じる、深く、重く、激しい内的葛藤をテーマとしている。自己存在感の揺らぎは、幼児期のケースでも語られることが今回の検討から明らかになったが、であるとすれば、小児期の長期にわたり、この葛藤は潜在している可能性がある。DVに曝されて育つということは、DV目撃によるトラウマティックな精神的問題のみならず、自己形成そのものに関わる重大な問題をはらむということが示唆されていると考える。このことにも関連して、DV家庭で育った子どもの思春期における父親像は極めて複雑に表現されている。さらに、社会的ひきこもりによる母親へのアンビバレントな反抗や攻撃性も重なるので、家庭内ではこの時期の子どもと家族の葛藤は極めて高まるのである。回復のためには、子どもの安全が確保されることを前提として、子どもの自我を支えながら、外界へ推進できる力を持つ保護的な小集団を利用することなどが必要となるであろう。

最後に、本研究では、各年代の特徴から、DVに曝されて育つ子ども達の精神発達における問題点は、トラウマ性の症状に加えて、幼児期には未分化な情動的、感覚的反応が出現し、学童期になると言語化が進む中で、直接的な攻撃性として表現され、思春期には内面化したより葛藤的な症状に至るという経過をたどる可能性が示唆された。また、加害者である親の像への同一化と嫌

悪に、確立されていく自己像が揺れ、健康な家族システムという基盤を失った自我は外界への分離をとどまり、社会的ひきこもりに至るという経過も示された。

## E. 結論

DVに曝されて育つ子どもは、それ以外の養育環境要因がそれほど劣悪ではなくても、多彩な精神症状を呈し、年代を問わずトラウマ関連症状が出現する。また、現れる症状は発達段階に応じて、より未分化な情動反応から、内的に複雑な葛藤へと移行していく傾向がみられた。さらに、父親像への葛藤は、自己像の揺らぎにも影響し、子どもの自我の確立にも重大な影響を及ぼす可能性が示唆された。

## F. 参考文献

- 1) 笠原麻里、細金奈奈、奥山真紀子、渡部京太、小平雅基、泉真由子：Domestic Violenceに曝される子ども達の精神医学的問題に関する研究。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，p 59-66，平成 17 年。
- 2) 齊藤万比古：思春期—集団と個の桎梏を越えて。思春期青年期精神医学，Vol. 15，2-14，2005。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1. 笠原麻里：DV と子ども虐待。治療，87，3251-3256，2005

### 2. 学会発表

笠原麻里：シンポジウム「トラウマと発達」  
トラウマに曝された子どものこころの発達過程—発達課題の乗り越えの重要性。平成 18 年 3 月 11 日，神戸



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

学校におけるDVに育つ子どもへの支援に関する研究

分担研究者 元村 直靖 大阪教育大学学危機メンタルサポートセンター 教授  
研究協力者 野坂 祐子 大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター 講師  
内海 千種 大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター 臨床心理士

**研究要旨** DV家庭で育つ子どもに気づき、迅速に適切な支援につなげるため、教員とりわけ養護教諭のスキルアップやそのための研修の充実が火急の課題である。そこで、本研究では、DV家庭に育つ児童・生徒に対し、教員が適切に対応できる学校の支援体制を確立するために、学校現場の抱えるニーズと問題を明らかにすることを目的とする。養護教諭を対象とした講座を企画・実施し、教育・啓発の場を提供するとともに、養護教諭が学校現場で感じているさまざまな声を直接、聞く場とした。講座には13名の養護教諭が参加した。アンケート等の回答からは、DVに関する研修が不足しており、学習のニーズが非常に高いこと、また学校現場ではDV家庭への対応に追われている実情があり、養護教諭のスキルアップや他機関との連絡・連携が大きな課題であることが示された。

A. 研究目的

2004年10月に施行された改正児童虐待防止（第2条）では、「児童の目の前でDV」など、間接的な被害も児童虐待に含まれるようになった。DVはたとえ子どもに直接向けられた暴力でなくとも、目撃やDV家庭環境での養育が、子どもに深刻な影響を与えたとの報告も増えている。そのような認識の高まりと同時に、子ども向けのDVに関する書籍もわずかながら増えつつあり、そのなかでは子どもが「相談できる人」の筆頭に「先生」が挙げられる（フルドリン・ツァエティ、2005）など、児童・生徒にとって、教員の果たす役割は重要なものになってきている。身近で信頼できる大人として、また、社会資源としての学校の位置づけからしても、教員はDV被害児童・生徒に対して、積極的に介入を行うことが求められている。

DV家庭で育つ子どもに気づき、迅速に適切な支援につなげるため、教員とりわけ養護教諭のスキルアップやそのための研修の充実が火急の課題である。そのために、教員がDVについてどの程度の知識を持ち、現在どのような介入を行っているか、また子どもや家庭への介入や関わり、他機関との連携においてどのような問題を抱え、どの

ような情報を欲しているかを明らかにすることが必要であると考えられる。

そこで、本研究では、DV家庭に育つ児童・生徒に対し、教員が適切に対応できる学校の支援体制を確立するために、学校現場の抱えるニーズと問題を明らかにすることを目的とする。養護教諭を対象とした講座を企画・実施し、教育・啓発の場を提供するとともに、養護教諭が学校現場で感じているさまざまな声を直接、聞く場とした。

本年度の研究においては、学校現場において、子どものケアの主要な役割を担う養護教諭を対象とし、DVに関する基礎的な知識やDV家庭で育つ子どもの心身への影響、そして支援のあり方を教育する講座を実施するとともに、学校現場での課題とニーズを探索する。さらに、次年度以降においては、学校現場で活用しやすいパンフレットの作成をめざすこととする。

B. 研究方法

1) 対象

大阪府下の養護教諭13名を対象に、「養護教諭のための“DV家庭で育つ子どものための支援”講座」を実施した。受講者には、事前アンケートと事後アンケート、および

講座プログラムで質問に回答してもらうよう依頼した。

対象者の選定においては、大阪府下の高等学校および養護学校の養護教諭のうち、事前のアナウンスで本講座に関心ありと答えた教諭43名に案内を送付した。また、別途、個人的な紹介を通じても講座案内を送付した。そのうち、事前、事後アンケートに回答することを承諾した13名が参加した。

参加者の所属は、高等学校（普通科）7名、高等学校（夜間）2名、養護学校3名、中学校1名である。なお、校務等の都合により、高等学校（夜間）の教諭1名は午前のみ受講、高等学校（普通科）の教諭は午後の講義3のみ受講であった。

## 2) 調査方法

上記1)で述べた養護教諭対象の講座を実施し、参加者に事前アンケートと事後アンケートを配布した。また、講座プログラム中の発言や成果等を記録として研究に活用した。

### (倫理面への配慮)

講座参加者には、事前に書面をもってアンケートや講座中の記録について説明し、同意が得られた場合のみ参加してもらうことにした。また、講座当日にもその旨を口頭で説明し、個人の回答および発言については個人や学校が特定されないことを約束した。

## 3) 内容

教育・啓発および学校現場におけるDVの問題の掘り起こしを目的とした本研究では、養護教諭対象の講座の実施とアンケートを主とする調査の2つの柱で構成されている。

### <講座プログラム>

DV家庭で育つ子どもへの支援について、実践的に学ぶための講座を企画・実施した。

プログラムの内容は、下記のとおりである。

日時：2006年2月28日（火）9:30-16:30

場所：大阪教育大学天王寺キャンパス  
（大阪市阿倍野区）

内容：自己紹介

[講義] DVについての基礎知識

（講師：野坂祐子・大阪教育大学）

[講義] 学校におけるDV事例への介入について（講師：坂部俊次・大阪市教育センター）

[ワーク] 学校でのDV家庭の子どもへの対応における困難性・ニーズ

（ファシリテーター：内海千種・大阪教育大学）

[講義] 子どもに対するケアのポイント  
（講師：藤森和美・武蔵野大学）

講座プログラムには、DVに関する基本的な考え方や情報、DVによる心身への影響について理解することをめざすとともに、学校という文脈における支援を考えることに重点をおいた。そのため講師には、学校での支援・介入を行っている心理士や教育センターの教育相談室（主任指導主事）に依頼した。

### <質問紙調査>

#### (1) 事前アンケート

①勤務年数および現勤務校での勤務年数

②勤務校の状況と業務の負担感について

- ・ 養護教諭の配置数
- ・ スクールカウンセラーの配置の有無
- ・ 業務内容の負担感

③研修について

- ・ これまでに受けた研修の内容
- ・ 受けたいと思っている研修内容

④DVについて

- ・ DVについて知りたいと思ったきっかけ
- ・ DVについて知りたい内容
- ・ これまでのDV家庭の子どもへの対応

⑤講座への要望

#### (2) 事後アンケート

講座全体に対する評価とともに、各講義とワークへの感想の自由記述を求めた。

(3) 講座プログラムにおけるワークの課題

講座の午後に「学校でのDV家庭の子どもへの対応における困難性・ニーズ」と題するワークを行った。学校現場で感じられているDV支援への難しさや必要性を抽出することを目的とすると同時に、参加者が参加することで他の参加者と問題を共有し、今後の課題を明確にすることをめざした。

ワークのやり方は、まず、主催者側で参加者をA,Bの2グループにわけ、メンバーを指定した。その際、高等学校、養護学校の教諭がバランスよく振り分けられるよう、配慮した。グループ内での簡単な自己紹介の後、作業にとりかかった。

まず、各個人に黄色とピンク色の大判ポストイットを配付し、黄色のポストイットには《日常業務で困難である、難しいと思っていること》を、ピンク色のポストイットには《もっと知りたいこと、学びたいこと》を思いっただけ書き出した。

次に、グループ作業として、模造紙の上にグループメンバーの意見を分類し、自由に貼りつけた。作業の過程で新たな意見が出た場合は追加可能とし、各分類ごとに小見出しを付けた。上記作業は、《日常業務で困難である、難しいと思っていること》、《もっと知りたいこと、学びたいこと》の項目ごとに行われ、作業終了後にグループの代表者が発表を行った。

最後に、ファシリテーターがどのような意見が出されたかをまとめ、問題点を共有した。

#### 4)分析

アンケートの数量的分析とともに、自由記述欄およびワークにて参加者が作成したチャート図の内容を分析に用いた。

### C. 研究結果

#### 1. 対象

参加者は計13名であった。

養護教諭としての勤務年数は、 $15.62 \pm 10.43$ 年、そのうち現勤務校での勤務年数は $4.15 \pm 3.08$ 年であった。

自己紹介を兼ね、講座への参加動機を述べてもらったところ、次のような内容であった。

- ・ 学校現場でDVのケースが増加しているため。
- ・ 以前、家庭のDVの被害を受けている生徒がいたが、うまく対応できなかった反省から。
- ・ DVだと（虐待に比べて）緊急性が下がり、介入しにくい問題がある。親子関係でのつまずきをサポートしていきたい。
- ・ 小さい頃の両親のDVの影響が今頃（＝高校生）になってでてきている例がある。
- ・ 虐待やDVの問題を抱えた子どもが多く、その背景について理解したいと思った。
- ・ 生徒からの相談で、恋人からのDVのような事例がよくある。両親間のケンカもDVなのか。DVの定義を知りたい。
- ・ 生徒が恋人からのDVにあっても、別れないことがあるが、恋人同士の関係にどう介入すればよいのか迷う。

参加者の大半は、すでにDV家庭の子どもへの対応経験があり、しかしうまく対応できなかったという不全感や今後への意欲を持っていた。また、DVについては、対応を必要とされる事例が増加しており、虐待と比べると介入しにくいと感じられていた。

さらに、今回の参加者の多くが高等学校の養護教諭であり、DVを生徒のカップル間で起こる問題としても捉えられていた。いわゆるデートDVとも呼ばれるカップル間のDVについても、養護教諭の関心が高いことが示された。

#### 2. 事前アンケート

##### (1)学校内の支援体制

まず、参加者の勤務校における養護教諭の配置数は、13名中、76.9%（10名）が複数配置校、23.1%（3名）が単独配置校であった。

また、スクールカウンセラーの配置については、13名中、自校にカウンセラーの配置があると答えた者は7.7%（1名）で、残りの92.3%（12名）の勤務する学校には、カウンセラーの配置がなかった。参加者の多くは公立の高等学校に所属しており、校内に心理の専門家のリソースがないことがわかった。

## (2) 養護教諭の日常業務内容と負担感

養護教諭としての日常業務およびそれに伴う負担感を尋ねた(表1参照)。

結果、「保健室登校の子どもへの対応」をしていない者が約半数を占め、次いで「警察や児童相談所など他機関への連絡」をしていない者(30%)、「虐待を受けた子どもへの関わり」「いじめを受けた子どもへの関わり」や「カウンセラーとの話し合いや情報交換」をしていない者が20%前後であった。

参加者のほとんどが高等学校の養護教諭であることも保健室登校への対応の少なさに関連していると思われる。また、上述2(1)で述べたように校内にスクールカウンセラーが配置されていないこともあり、他の専門家や学外の機関との連絡や連携を行っている養護教諭は多くないようであった。

一方、それぞれの業務の負担感については、「虐待をうけた子どもへの関わり」と「事務作業や雑務」を非常に負担であると回答した者が20%強であった。やや負担であるという回答を含めると、このほかに「いじめを受けた子どもへの関わり」も負担に感じられていた。参加した養護教諭にとって、虐待やいじめなど子どものトラウマに関する対応は他の業務よりも負担感が強く、また、雑務の負担感も強く感じられていることがわかった。

## (3) これまでに受けた研修内容

参加者がこれまでに受けたことのある研修内容について尋ねた結果(表2参照)、「軽度発達障害への子どもへの対応」「虐待を受けた子どもへの関わり」「学校内での事件・事故(学校危機)の対応」「カウンセリング」については、約8割の者が研修を受けた経験があった。一方、研修経験の少なかった内容は「いじめを受けた子どもへの関わり」と「DV家庭に育つ子どもへの関わり」であり、とくにDV家庭に育つ子どもへの関わりに関する研修受講者は2割以下と最も少なかった。

養護教諭はさまざまな問題についての研修経験を有しており、最近になって問題化された学校危機に関する研修などもすでに受けている者が多かったが、そうした養護教諭であってもDVに関する研修の受講率

は低く、これまでDVを主題とした研修自体が不足していたことが推測された。

## 3. 講座プログラム：講義

講義1「DVに関する基礎知識」では、DVについて支配と権力の観点から解説した。また、暴力被害やDVの目撃による子どもへの影響についても説明した。

講義2「学校におけるDV事例への介入」では、学校臨床におけるさまざまな子どもの問題がDVといかに関わっているかを事例から説明するとともに、学校や教育センターでの介入の例を具体的に示した。

講義3「子どもに対するケアのポイント」では、DVによる子どもへの影響と関わり方を解説したうえで、とくに自傷行為や自殺企図などの緊急時の生徒への対応例を挙げた。参加者の質疑応答では、他機関への連絡や連携について具体的に検討することができた。

## 4. 講座プログラム：ワーク

各グループが作成した《日常業務で困難である、難しいと思っていること》(以下、困難性マップと呼ぶ。)と《もっと知りたいこと、学びたいこと》(以下、ニーズマップと呼ぶ。)で挙げられた内容を以下に紹介する。

まず、《日常業務で困難である、難しいと思っていること》について、Aグループでは、「介入の問題」と「対応の問題」の2つの項目に分けられた(表4-1)。「介入の問題」には、「本人」、「家庭」、「学校」、「教職員の認識」についてのものがまとめられ、「対応の問題」では、「学校内」、「学校外」、「支援者のケア」についてのものがまとめられた。また、上記の他に、どこにも属しないとされた意見(DV被害者、加害者は次の世代まで続く)もあった。

Bグループでは、「子ども理解」、「親への介入」、「支援者のゆとり」、「男性教員の意識」、「親への介入」、「近頃の対人関係」、「母親の問題意識」という項目分けがなされた(表4-2)。

また、《もっと知りたいこと、学びたいこと》について、Aグループでは、「DVが起こる病理?メカニズム?」、「DVの傾向と事例」、「当事者が気づき、解決するには」、