

## 【精神保健分野の報告】

2022年8月8日

子育て改革のための共同親権プロジェクト

加茂大治

本所見は、2022年2月から3月にかけて実施された「離婚や別居に伴う『別居親』に実態調査」(以下「本調査」)のうち、主として回答者の精神的な状況(設問大項目V.部分)についての一次分析および所見である。つまり別居親特有のものと思われる精神心理的な特性を、他の調査機関によるデータとの比較・本調査のその他の大項目との相関・心理アセスメントの基準などを参照したうえで分析したものとなる。その上で、精神心理的な障害と見做されるものを析出し、その制度的支援についても考察した。

本所見はその性格上、引用文献、参考文献を詳述することは避け、引用については(\*)を付しページ末に、同じく参考文献は文末に一覧化した。

### 1) 「別居親」の精神心理的な特性

QV-1~10、14~15はいわゆるQIDS-J「簡易抑うつ尺度」からの抜粋であり、抑うつ症状の程度をアセスメントしたものである。全ての設問において半数以上の回答者が、別居前と比較して心理的・精神的な負担が悪化したと回答しており、前期尺度を参照すれば半数以上の回答者に、程度は不明ながらも服薬又は心理療法を必要とする抑うつ症状が認められる。

近年の日本における抑うつ症状の12ヶ月有病率は男性が1%強、女性が3%強前後<sup>1</sup>で推移していることを参照すれば、「別居親」の抑うつ症状有病率は男性では50倍弱、女性では17倍強と推定することが可能である。

(注) 個人別の各設問に対する回答状況を精査することが現時点では叶わないが、最も「以前と変わらない」とする回答が多かったQV-2(イライラして怒りっぽくなった)でも47%であり、上記の通り半数以上の回答者がネガティブ回答(本所見の場合は以前よりの負担増を指す)をしたと類推可能である。

また、QV-2~3(以上QIDS-Jと重複)、6~7は不安障害・適応障害の診断尺度(ICD10より抜粋と思われる)であるが、ここでも全ての設問において半数以上の回答者がネガティブ回答となっており、回答者の多くに、抑うつ障害とともに不安障害・適応障害を持つ傾向があることが示唆されている。

QV-11では半数以上の回答者が身体的な不調で通院したと回答しているが、別居により環境が激変(食事・引っ越しなどに伴う肉体的な疲労)したことによる一時的な不調を差し引いても、32.5%の回答者が「増えた」「とても増えた」と回答しており、心身相関的な自覚はないまでも、身体疲労を要因とする抑うつ症状と不安神経症状が認められる。

QV-12でも、精神的な不調のために通院および服薬経験のある回答者が44.6%にのぼり、上記の有病率推定を裏付けている。

### 2) 「別居親」の精神心理的症状の発症機序

<sup>1</sup> Mayers(2013),Figure15.4より

「別居親」が精神心理的な症状を発症したきっかけとして第一に考えられるのは、別居という状況そのものと言えるのであるが、別居に伴うあるいは前後して発生する出来事と精神心理的症状の発症の連関については以下のように分析される。

QV-1～15の設問を仮に「有病尺度群」とすると、III-4の子供との面会が「全く会えていない」も含めて合意以下でしか実現できていない（79.2%）、QIII-4b-1の面会頻度が月に1回以下（73.9）、QIII-4b-2の月の累計面会時間が24時間以下（76%）のほぼ重なる層と、「有病尺度群」でネガティブ解答をしている層の間には大きな連関が認められ、思うように子供との面会が実現していないこと、子供と会えない不全感が、精神心理的症状の発現機序として最初に上げられる。

また、Q I -8の親権を（元）配偶者が保持している（62.5%）、Q I -10の子供は主として（元）配偶者と過ごしている（96.3%）などの設問も連関を示しており、親権を持っていないことで父（母）性への法的な侵害を受けていると感じること、子供との関与が強制力をもって制限されていることへの無力感も別居親の精神保健を害する要因となっていると考えられる。

さらに、Q II -2bにある身体的・精神的な暴力（DV）被害（60.1%）、QIII-4a-2に示される配偶者の恣意で子供と面会が叶わない（64.3%）とする回答者も、「有病尺度群」と有意な連関があり、（元）配偶者との子をめぐり高葛藤、DVの精神的外傷も別居親の精神保健にとって脅威となることが読み取れる。

### 3) 障害の治療可能性

抑うつ障害は挿話性（反復性・周期性）の障害であり、特に治療を施さなくても収束することはあるものの、50%<sup>2</sup>あるいは3分の2<sup>3</sup>は確実に再発すると考えられている。抑うつの遺伝率は37%<sup>4</sup>ととされているが、本所見では回答者の遺伝要因は不可知であるため、ストレス要因を機序として発症する抑うつ症状に限り、治療可能性を検討していくこととする。

（注）抑うつ症状の治療については、服薬療法を除けば発症機序を問わない治療方法が確立している。本所見では、基本的に「治療」とは服薬を伴わない心理的治療を主として論じることとする。

また、不安障害・適応障害については、精神病質のものを除いてはストレス要因を機序とする疾患であり、遺伝的な要因は無視して差し支えないものとして、抑うつ障害と同様の方法での治療可能性を検討することとする。

#### 3-1 発症機序の除去

ストレス要因を機序とする障害では、発生機序となるストレス要因を除去することが治療の第1選択肢として考えられる。本所見の場合のストレス要因は「別居とそれに伴い、又は前後して発生するイベント」であることを前提とするが、「別居」そのものの除去は難しい。

そこで考えられるのが、子との別居による苦痛の軽減で、具体的には

---

<sup>2</sup> Comer,2013

<sup>3</sup> Kring&Johnson,2016

<sup>4</sup> 同上

- A, 子との面会交流時間の拡大
- B, 子の養育への関与度の拡大
- C, 家族（同居人）のサポート
- D, 社会的資源の利用によるサポート

が考えられる。

A,B,については、離婚後単独親権制度である日本では、（元）配偶者の協力を得られないと実現が難しい。しかし（2）節で見たように、子との面会交流の充実および養育への関与度が大きければ大きいほど、精神心理的な症状の発症との相関はネガティブになるのであり、心理的治療の基本である「認知再構成<sup>5</sup>」のためにも前記A,B,の実現は急務であり、制度的な支援として共同親権制度の実現が強く望まれる。

### 3-2 家族療法の可能性

治療のシステム論的なアプローチとして、家族療法の可能性も考慮すべきであろう。家族という一つの実存を自律的な制御隊と捉え、症状が現出している人を家族間の関係の不均衡や非機能性が表出した結果「患者とされた人」と捉える方法であり、同居親かつDV被害者である人のPTSDや、親と会う機会を喪失している子の健全な発達の担保も含めて、円環的に治療／ケアしていく試みである。もちろん、別居＝離婚している以上家族の形は正常なものではなくなっているわけだが、ex Familyとしての家族療法は日本を除く東アジア、欧米ではポピュラーなものであり、日本においてもシングルマザー／DV被害者の支援（自助）団体、別居親の支援（自助）団体、地域精神保健、医療などが連携して取り組むべき試みであると思料する。

#### 4) 周縁化される被害者・連帯すべき対象

こうした別居親の精神・心理的な疾病については、「単に離婚だけではなく、『離婚後に（元）配偶者や子との健全なコミュニケーション』を阻害するシステムにより、精神的・心理的に健康な生活を送る権利を奪われている人が存在する」と捉え直すことが可能である。

注目を集めやすいDV被害者に比較すれば少数であるにしても、離婚を巡り法的な保護から疎外されて悲嘆に陥っている「被害者」も確実に存在しているのだが、マスコミなどによる報道もごく限られ、その姿は周縁化され被害実態は可視化されていない。

本年7月15日に出された「シングルマザーサポート団体全国協議会」の調査結果によると、DV被害体験について、「侮辱や自尊心を傷つける」「にらむ、怒鳴る、物を壊して脅した」などの精神面のDVが大きな割合を占めると報告されている。これは我々の調査の精神・心理的な不調の原因とかなりの部分で重なり、さらに、家庭裁判所の運用やその調査の不十分さに対する不満もDV被害者＝シングルマザーと共有している。

共同親権制度につき法制審議会などで審議が進められ、民間からも民法改正案が提案されているが、シングルマザー支援団体などからは共同親権に対する忌避意識がまだ高い。しかし、国家による家族への介入を防ぐこと、家族支援のより一層の拡大など、本来、共通して追求すべき課題も多い。何よりも、「家族に起因する悲嘆を持つもの」として同居親・別居親を区別せずに、共同して両者にとって等しく問題解決となる法的・制度的支援を設計していく方法を確立していくことが急務と思量される。

---

<sup>5</sup> Beck, A. T. (1976) Cognitive therapy and the emotional disorders. New York : Meridian