

イギリスの医療機関向け「ドメスティック・バイオレンス・ガイダンス」

分担研究者 戒能民江（東邦学園短期大学教授）

イギリスにおいてドメスティック・バイオレンス（以下、DV）に対する取り組みが始まったのは、1970年代以降である。それ以来30年近く、女性NGOのシェルター（避難所）運動を中心にさまざまな取り組みが積極的に展開されてきた。だが、女性や子どもを暴力から守る保護命令を中核としたDV特別法の制定や地方自治体ごとのDV対応機構の整備、警察の対応の改善にもかかわらず、イギリス社会では依然としてDVがはびこり、女性に対する暴力犯罪の40%以上を占めている（「英国犯罪統計1996年」）。また、適切な対応がないまま放置されていると、DVは常習化し、エスカレートする危険性を持つ。男性に殺された女性のおよそ4割がDVケースである。さらに、DVは、女性だけでなく、子どもにも深刻な影響を与えている。DVは、それだけ根深い問題なのである。

イギリスでは、法律や制度の整備から一歩進んで、人々の意識まで深く踏み込んだDV対応政策が、ようやく始まった。教育や啓発によって社会一般の暴力を容認する態度を変えていくことと共に、重視されているのが、DV被害を受けた女性や子どもが直接コンタクトする専門職やワーカーの教育・訓練である。1995年の第4回世界女性会議行動綱領でも、二次被害を防止して問題発見能力を高めるための専門職の訓練を各国政府に求めている（124項(n)）。

DVの被害者の多くがコンタクトする先でありながら、DV認識に大きな立ち遅れをみせていたのが、医療・保健機関である。イギリス医師会は、1996年年次総会で、健康に対するDVの長期的影響に関する調査実施の決議を行った。同年、世界医師会が「家族による暴力に関する宣言」を採択して、各国医師会に対して、被害の広がりや影響、リスク要因およびケアについての調査研究促進を勧告したことに基づく。同宣言では、DVを重要な健康問題としてとらえる基本的な姿勢が明らかにされた。イギリス医師会による調査・研究結果は、医療・保健専門職の意識改革とDV防止における役割についての議論の素材として、1998年に公刊された（イギリス医師会『ドメスティック・バイオレンス—健康問題か？—』）。

DV問題への対応が遅れていた医学界の中でも、一般開業医（GP）の認識の低さは、つとに指摘されてきた。地方自治体ごとに組織される機関相互のネットワーク「DVフォーラム」でも、DVを医療問題として考えようとしないGPとの連携の難しさが大きな壁であった。DV被害者の7割が何らかの負傷をし、繰り返し暴力にさらされる女性が多い。GPでの診察はDV発見の貴重な機会となるはずである。しかし、ほとんどの女性が本当のことを言わないことを前提にすれば、医師がDVのスクリーニングを行わない限り、DVは見過ごされていく。このようにして、沈黙と潜在化の悪循環が続くのである。

本報告で訳出した「一般開業医のためのガイダンス」は、1998年秋に発表された。もっとも身近な医療機関であり、被害の拡大・再発を防ぐための最初のチェックポイントであるGPのための、DV発見と対応のためのガイドラインである。DVを女性の身体的・精神的健康問題と位置づけて、早期発見・早期介入の重要性を強調している。DVの特質を踏まえながら、女性の自己決定権とエンパワメントを重視した内容は参考になる。

Domestic Violence:
The general practitioner' s role

ドメスティック・バイオレンス：
一般開業医の役割

謝辞

Drs Jo RichardsonとGene Federの援助とアドバイスに感謝します。

Royal College of General Practitioners

王立一般開業医協会

翻訳:東邦学園短期大学教授 戒能民江

「ドメスティック・バイオレンス」という言葉は、パートナーまたは、元パートナーの男性から女性に対してふるわれる身体的、心理的虐待をいいます。この暴力が与える影響は大きいのですが、どの一般開業医の診察室でも明らかされているとは限りません。暴力を受けた女性が状況を変えようとして、ためらいがちに初めて訪れたときに、一般開業医がどのように対応するかによって、女性や子どものその後の人生が大きく変わります（Richardson and Feder1997）。

1989年の内務省ドメスティック・バイオレンス調査(Smith,1989)及びそれに続く British Medical Journal誌の論説(McIlwaine,1989)は、医療専門職のドメスティック・バイオレンスに関するよき実践のための規定の必要性を強調しています。1992年のドメスティック・バイオレンス被害者支援に関するワーキング・グループの報告書も同様の勧告を行っています。

以下は、ドメスティック・バイオレンスの被害を受けて、一般開業医や英国内のプライマリー・ヘルス・ケアの保健ワーカーのもとを訪れる女性たちに対するケアに関するガイダンスの試みです。これは、アメリカ合衆国で使われている病院のプロトコルを参考に翻案されたものです(Braham等,1986)。

4人に1人以上の女性が、一生のうちどこかで、親密な関係にある男性パートナーから暴力を受けています(Mooney,1994)。1992年の英国犯罪統計調査(Mayhew等,1993)では、パートナー、元パートナーおよび親類の男性からふるわれる女性に対する暴力は、身体的対人犯罪の最も一般的な形態であると報告されています。同統計によると、12か月間のドメスティック・バイオレンス総数は、50万件にも及ぶとされています。暴力の危険に最もさらされているのは、離婚あるいは別居している女性たちです。

1996年の英国犯罪統計(Mirrlees-Black等,1996)によれば、ドメスティック・バイオレンス事件の60%が現在のパートナーによるものであり、21%が前のパートナーによる事件であることがわかりました。届出のあった被害者の半分は1回以上の暴力を受けており、3分の1は、3回以上の暴力を受けていました。ドメスティック・バイオレンスは、あらゆる社会階層、人種で起きており、この社会での暴力や犯罪の多くの部分を占めています。

多くの場合、ドメスティック・バイオレンスの被害を受けた女性は、公的機関のうちでも、まず、開業医に援助を求めます。しかし、暴力の可能性を直接女性が申し出ることにはめったにありません(Pahl,1979;Mehta and Dandrea,1988)。殴られたことを実際に言うのは、医療機関に援助を求めてきた女性の4分の1に過ぎません(Dobash and Dobash,1979)。多くの場合、明らかにあまり重要でない身体的兆候を「名刺がわりに」にして、間接的に助けを求めてきます。

従来、一般開業医は、明らかに相反する社会の態度に直面した被害者が陥る無力感を十分理解した上で(McWilliams and McKierman,1993)、効果的に介入する自信がなかったために、適切な対応をしませんでした(Suggandlnui,1992)。しかし、人々の考え方が明らかに変わりはじめ、社会は今や、ドメスティック・バイオレンスを他の犯罪と同様に深刻な問題として取り上げる決意を明

確にしています。

内務省が家庭における暴力への対応での警察の役割についての助言を発表してから1年後にあたる1991年9月、内務大臣John Pattenは、次のように語りました。「家庭内で女性に暴力を振るう男性が、路上で見知らぬ女性に暴力をふるう男性とは異なり、社会から非難されなくても当たり前だという手ぬるい観念を追い払いたい。そのような考え方は、葬り去るべきだ。」

適切な介入がないと、普通、暴力は継続し、その回数もひどさもエスカレートします(Andrews and Brown,1988)。女性が外からわかるようなケガをしない限り、暴力はずっと続くことが多くあります。警察に届出をするまでに、平均して35回、女性はパートナーや元パートナーから暴力を受けていると推定されます(Yearnshire,1997)。

ドメスティック・バイオレンスを受け続けてきた女性は、高い割合で精神病で苦しんでいます。特に鬱病や、さまざまな自己破壊行動、たとえばドラッグやアルコールでの自己虐待、自殺や自殺未遂などです(Jacobson and Richardson,1987)。けれども、これらの症状は、初めて暴力に晒された後に現れるということが証明されています。したがって、暴力の原因というよりも暴力を受けた結果として考えるべきです。(Stark等、1979)。

早期発見と適切な介入を行えば、さらに暴力の被害を受け、結果として精神を病む状態に追い込まれることを防ぐことができます。そして命を守り、救うことができます。一般開業医の診察で最も重要なことは、鋭敏な感覚で疑問を持つことです。差し出された「名刺」を無視することは、閉ざされたドアの向こうでふるわれているドメスティック・バイオレンスを隠し続けることに手を貸すことになります。今、女性を守り、状況を変えようとする女性をエンパワーするために、多くのことができるようになりました。まだ課題も多いのですが、すべての一般開業医は、その地域でどんなサービスが使えるのか、知っておかねばなりません。

自分が、だれか他人の暴力の継続的な標的になっていることに気づくことで、女性は自分を貶め、自信を失う結果となります。ドメスティック・バイオレンスを生き延びようとする女性は、自尊心を失い、彼女等自身にいくらかでも落ち度があるという非難を受け入れてしまいがちです(Harwin,1997)。もし女性が暴力をふるわれている状況から抜け出そうとすると、しばしば、孤独や子どもから父親を奪うという高い代償を覚悟しなければなりません。暴力をふるわれる関係は、彼女にとってただ一つの親密な関係なのであり、失うものが大きすぎます。また暴力的な関係に終止符をうち家から出る決断をすることは、目に見えて収入が落ち、ホームレスになる危険さもあるのですから、多くの女性にとって、経済的な代償は余りに高すぎます。これこそ、なぜこんなにも多くの女性たちが、暴力を繰り返される危険があるにもかかわらず何度も何度も家に戻り、時には警察や医師達やその他の援助者たちの驚きといらだちを引き起こしてしまう理由なのです。決めるのは彼女自身だということ、ある特定の状況で彼女が決めたことはいつでも道理にあっていられる一方、彼女たちが自分の人生を取り戻し、現実的な選択ができるように、効果的な援助がなされるべきです。暴力をふるうパートナーの許に帰ったとって、決して女性が責められてはなりません。暴力によって自信を失った女性が、自分に対する確信を得て自分と子どもにとって今までとは異なる生き方を選ぶまでには、とても長い時間がかかるのです。

一般的にいて、1回の診察だけに、このガイダンス全体が適用されるのは、極めて例外的かつ深刻な状態の場合だけです。普通、このガイダンスは、何週間、何か月もしくは何年も継続する診療の中で、他の多くの条件とともに、患者のケアのための枠組みを用意するために使われます。それによってドメスティック・バイオレンスの診断が下され、サバイバーの女性のためのケアが時間を行われていくこととなります。

ガイダンス 可能性を考える

次のような状態があるときには、ドメスティック・バイオレンスの可能性が考慮されるべきです。

1. 患者が過去または現在の虐待を認めている。
2. 患者が説明できない傷を呈示している。たとえば、ひどく揺すられるために起こったと思われるむち打ち症、平手打ちによると思われる紅斑、裂傷、火傷、その他さまざまな段階の治りかけの傷などです。
3. 衣服に隠されたところに傷がある(Mehta and Dandrea,1988)。しかし、たとえば、第一世のアジア女性にとっては、当然のことながら、衣服を脱いだりすることを恥ずかしがったり、その衣服が特徴をもっているために、これを調べることは、それほど簡単なことではありません。
4. 患者の顔や胸部、腹部に傷がある(Stark等、1979)。
5. 患者に性的虐待を受けた徴候がある。
6. 患者の説明が、傷のひどさや傷の種類とあわない。
7. 傷を受けてから傷の処置に来るまで時間がかかりすぎる。
8. 患者が躊躇しながら、困惑した様子であるいはあいまいな様子で、それは「事故」とであると主張する。
9. 患者が、繰り返し「事故」で負傷しているとの治療記録がある。
10. 患者が説明できない身体症状を繰り返し呈示している(Jaffe等、1976)。特にこの特徴は第1言語が英語でない女性たちの間で見られます。それゆえ感覚や苦痛を言葉で表現するのが難しいのです(Fenton and Sadiq,1993)
11. パートナーが患者に付き添ってきて、患者の側にぴったりと座り全ての質問に答えている。
12. 患者が妊娠している(Mezey and Bewley,1997)。ドメスティック・バイオレンスはしばしば初めての妊娠時に始まります。傷は、胸と腹部に最も普通にみつかります(Lent,1991)。
13. 患者に流産歴がある。ドメスティック・バイオレンスを経験している女性は15倍以上流産しやすい(Stark and Flitcraft,1996)。
14. 患者またはそのパートナーに精神病歴があること、アルコール依存症、麻薬依存症がある(Jaffe等、1986 ; Andrews and Brown,1988)。
15. 自殺傾向があること(Gayford,1975;Stark等1979)。USAではドメスティック・バイオレンスを受けた女性の4分の1が自殺を試みている。
16. 抑鬱状態、無力感からくる不安、失敗するのではないかという不安、社会から取り残されてしまうのではないかという懸念。
17. 行動上の問題や説明のない傷や子どもへ影響を与えている虐待(Mehta and Dandrea,1988;Abrahams,1994)。

秘密を守ることを強調する

恐怖がしばしば女性を暴力的な関係にとどまらせる理由となっています。常にインタビューするときは、患者だけとしましょう。彼女が話すことは全て秘密にするということを心しておきましょう。唯一の例外は、彼女の子供たちが危険な状態になる恐れがあるとドクターが気づいた時のみです(British Medical Association,1998)。もしできることなら女性の保健ワーカーの方が患者にとってより話しやすいでしょう。医療上の守秘義務という概念は、移民の一世の女性にはあまり理解されないかもしれないので、秘密を守るということをより注意深く説明し強調する必要があります。また患者の同意を得て、通訳者や権利擁護ワーカーや、属している民族コミュニティに関係しているふさわしいワーカーたちにも関わってもらうとよいでしょう。

質問をしましょう (Stanko,1997)

暴力にさらされている女性は質問されることを望んでいるし、もしその女性が質問されたくなくても質問されることを気にしないものだという示唆があります(Friedman等,1992)。優しく、直接的に質問しましょう。決して脅かしてはいけません。たとえば次のように。

1. 私はあなたにたくさんの傷があると気づいたのだけど、なぜそうなったか教えてくれない？誰かがあなたを叩いたの？
2. あなたは、パートナーを怖がっているようにみえるけど、彼は、前にあなたを傷つけたことがあるの？
3. 多くの方が、近親者の誰かから危害を加えられつづけていると私に言うのだけれど、あなたもそうじゃない？
4. あなたは、あなたのパートナーがお子さんたちに対し癩癩をおこすというけれど、あなたに対してもそうなんでは？彼が癩癩をおこすとどうなるの？
5. あなたは、今までに誰かから殴られたり、平手打ちにされたり、蹴られたり、傷つけられたりしたことがありますか？今もそのような関係にありますか？
6. あなたは、パートナーがドラッグを使ったり酒を飲む言いましたよね。ドラッグやアルコールで、彼はどうなるの？
7. あなたのパートナーは時々あなたをけなしたりあなたをの行動を規制したりするの？
8. 時として、あなたが言うような過保護で嫉妬深い人は、強く振る舞い、暴力をふるうのだけれど、あなたの状況もそうなのではないかしら？
9. あなたのパートナーはとても心配そうで懸念をもっているようにみえるけど、彼はなにか罪悪感をもっているのではないかしら？あなたの負傷に責任があるのではないかしら？

ヘルス・ケアに相談にきている全ての女性は、ドメスティック・バイオレンスに曝されていないかどうか必ず質問されるべきだという議論があります。それほどにドメスティック・バイオレンスは広まっており、多くの女性が多めに肉体的精神的健康の犠牲を強いられているのです(Jones,1997)。このような提案は、出生前診断のようにごく普通に行われるべきかもしれませんが、これを広く導入する前に、このような介入が効果的であることを、組織的な研究によって立証することが大切です。一般的な診察のなかで、さまざまに状況が異なるのに、常にスクリーニングの質問を入れることは

不適當だと思われるかもしれませんが、プロトコルに則って形式的に最初から質問事項に入れるほうが患者自身を納得させやすいのです。やはり、すべての開業医は暴力の疑いを高い基準で持つこと、そのような疑いができればすぐにでも行動するということが重要なのです。

記録

診察を継続する中で、正確な記録を作成しておくことは、虐待の証拠を積み重ね、裁判上必要になったときには重要な証拠として使うことができます(Edwards,1997)。

明白に記録しましょう

1. 以前の虐待を明らかにする医療上の記録からのデータ。
2. 暴行または事故が発生した時間、日付、場所、証言。
3. もし虐待が負傷の原因であると患者が陳述したときは、「患者は陳述した...」と書くことから始めてください。
4. 患者の利害に反する主観的なデータは避けましょう(たとえば、「子どもを時間までにベッドに寝かせなかったという落ち度が私にあったので、彼は私をぶった」などの陳述)。
5. もし患者が暴行を受けたことを否定するときは、「患者の負傷についての説明は、確認された身体症状と矛盾する」あるいは「傷は何度もたたかれたためと思われる。」などと書きましょう。
6. すべての傷の大きさ・パターン・古さ・特徴・場所について記録しましょう。「多くの打撲傷・裂傷」などのような大雑把な記録では、裁判官や陪審員に明確に伝わらないので、「のどに打撲傷と裂傷」のように記録すると、のどを絞められて窒息しそうになった状態の陳述に役立ちます。もし可能ならば、性的な虐待の徴候を含めて、体中の傷の地図を作ってください。
7. 衣服を切り裂かれたりするような、肉体の負傷以外の証拠も記録しなさい。

写真

写真は深刻な負傷状況を言葉で表現するよりもっと効果的に伝えることができます。可能ならば全ての患者の傷を、写真に撮るべきです。一般開業医がこれを行うことができない場合は、どこか別の場所で写真撮影をするようにアドバイスしましょう。

1. 患者に、写真は現在また将来において加害者を起訴すると決めたときに、証拠として非常に有益なものとなることを説明しましょう。
2. 写真は、医療上の記録の一部であり、患者の許可なしにはリリースできないことを説明しましょう。
3. 写真を撮影することについて患者から同意書を得ましょう。(その同意書には、「これらの写真は、署名者が医療記録としてリリースする許可を出したときにのみリリースされる」という声明書を含むべきでしょう。)
4. 性能の良いポラロイドカメラで、カラーフィルムとフラッシュを装備しているものを使いましょう。
5. 可能な限り明るい光線のところで撮影しましょう。
6. 傷のクローズ・アップの写真を取りましょう。また、その患者の傷であることが確認できるようにしましょう。もし、それが不可能であれば、クローズ・アップの写真に続いて、遠景からとつ

た写真も付け加えるべきでしょう。

7. 撮影者は、背景に、撮影した証拠と日時を入れるべきです。
8. 写真は封印された封筒に保管し、患者の記録に確実にくっつけておくようにしましょう。そして、日付と「患者の負傷状況の写真」と表記しておきましょう。
9. 打撲傷は、負傷後2～3日してからのほうがもっとはっきりします。そのような場合、後日患者にもう一度来てもらい撮影するか、又はほかの場所(例えば警察署など)でもっと写真を撮ってもらうなどのアドバイスをすべきでしょう。

現況の評価

患者に自分の話をしてもらいましょう。そして、できるだけたくさんの情報を集めましょう。その情報には次のようなものが含まれます。

1. 虐待の歴史（過去から現在に至る、身体的・精神的そして、性的虐待を含む）
2. 患者が彼女の状況を改善するためにどこへ行ったか（例えば、警察、裁判所、別居、避難所など）。
3. 心情的なサポートをどこに求めたか。
4. 現在の生活状況。もし、家庭に帰ることが危険な場合に回復を図れるような場所が家庭以外にあるか？
5. 現在存在する危険
 - (a) 加害者は、言葉で彼女を脅していますか？
 - (b) 加害者は、彼女の友人や親戚を脅かしていますか？
 - (c) 加害者は、脅かすときに武器を使いますか？
 - (d) 加害者には、中毒症状がありますか？
 - (e) 加害者は、犯罪歴がありますか？
 - (f) 子どもたちも危険な状態ですか？

情報の提供

1. 患者に、家庭内での暴力も、路上での暴力と同様に違法なものであり、彼女は犯罪の被害者であること、そして法的な権利を持っていることを説明する（Jones,1997）。
2. 常習的な殴打の身体的、情緒的影響について説明する。
3. 次のようなことについて、書面での情報を提供する（Osborne,1990）。
 - (a) 法的手段
 - (b) その他の手段：
 - 警察のドメスティック・バイオレンス・ユニット
 - ウイメンズ・エイド全国ヘルプライン(Women's Aid National Helpline Tel: 0345023468)
ウイメンズ・エイドのシェルター(アジア系女性のためのシェルターは、特に少数民族の女性たちのためのサービスを行っています。ウイメンズ・エイドを通じてコンタクトをとることができます。)
 - 地方自治体の社会福祉サービス部門
 - 地方自治体のハウジング部門
 - 社会保障省

4. その他の機関との接触ができるように援助する。

安全確保の計画

次のような特定の行動をとるよう患者は絶対に強要されてはいけません。唯一、患者だけが自分のおかれている状況のもとで、自分が正しいと思ったことを決められます。彼女の自律の権利、自己尊重、自己決定のみが奨励され、尊重されるべきです。仮に患者が暴力的な状態に戻ることを決心したとしても、彼女はこの情報や援助を忘れないでしょう。早晩、これが虐待のサイクルを打ち破るための手助けになることでしょう。少数民族に属する患者がその文化の故にみせかけの「尊敬」のもとに無視されている危険性に注意しなさい。

1. もし、加害者のもとに戻ることを望まないならば、地域の機関から得られるサービスについてアドバイスし、それらとコンタクトできるように手助けしましょう。
2. もし、加害者のもとに帰る決心をしたときには：
 - (a) 地域の女性のための避難所やWomen's Aidの電話番号を教えましょう。
 - (b) 緊急の場合に備えて、いくらかのお金や、財務上、法律上の重要な書類を安全な場所に隠しておくようにアドバイスしましょう。
 - (c) 緊急時に逃げられるように、避難路を確保するように手助けしましょう。
3. もし子供たちも危険に曝されていると思えるときは、社会サービスに照会することが非常に重要です。もし可能であれば、患者の同意を得ましょう。

参考文献

Abrahams C(1994) The Hidden Victims: Children and Domestic Violence. London, NCH Action for Children.

Andrews B and Brown G W (1988) Marital violence in the community. British Journal of Psychiatry 153, 305-12.

Bewley S, Friend J and Mezey G.(1997) Violence against women. London, RCOG Press.

Braham R, Furniss K, Holtz H et al. (1986) Hospital Protocol on Domestic Violence. Morriston, New Jersey: Jersey Battered Women's Service.

British Medical Association(1998) Domestic Violence: a health care issue? London, British Medical Association. pp.51-53

Dobash R E and Dobash R P (1979) Violence Against Wives. New York, Free Press

Edwards SSM (1997) The law and domestic violence. In Bewley S, Friend J and Mezey G. Violence against women. London, RCOG Press. P.96.

Fenton S and Sadiq A (Eds.)(1993) The Sorrow in My Heart....sixteen Asian women speak about depression. London, Commission for Racial Equality.

Friedman LS, Samet JH, Roberts MS, Hudlin M and Hans P(1992) Inquiry about victimization experiences. A survey of patient preferences and physician practices. Arch Int Med 152, 1186-90.

Gayford JJ(1975) Wife battering: a preliminary survey of 100cases. British Medical Journal 1, 194-7.

- Harwin N (1997) Domestic violence: understanding women's experiences of abuse. In Bewley S, Friend J and Mezey G. Violence against women. London, RCOG Press. P.63.
- Jacobson A and Richardson B (1987) Assault experiences of 100 psychiatric in-patients: evidence of the need for routine inquiry. *Am J Psychiatry* 144, 908-13
- Jaffe P, Wolfe D A, Wilson S et al.(1986) Emotional and physical health problems of battered women. *Canadian Journal of Psychiatry* 31,625-9.
- Jones RF(1997) Domestic violence-a physician's perspective. In Bewley S, Friend J and Mezey G. Violence against women. London, RCOG Press. P.76-82,84.
- Lent B (Ed.) (1991) Reports on Wife Assault. Ontario, Ontario Medical Association Committee on Wife Assault.
- McIlwaine G (1989) Women victims of domestic violence. *British Medical Journal* 299,995
- McWilliams M and McKiernan J (1993) Bringing it out in the open: domestic violence in Northern Ireland. Belfast, HMSO.
- Mehta P and Dandrea L (1988) The battered woman. *American Family Physician*, 37, 193-9.
- Mezey GC and Bewley S (1997) Domestic Violence and pregnancy. *BMJ* 314, 1295.
- Mooney J (1994) The Hidden Figure: Domestic Violence in North London. London, Islington Council Police and Crime Prevention Unit.
- Osborne J (1990) Domestic Violence Fact Pack. London, HMSO.
- Pahl J (1979) The general practitioner and the problems of battered women. *Journal of Medical Ethics* 5, 117-23.
- Richardson J and Feder G (1997) How can we help? – the role of general practice. In Bewley S, Friend J and Mezey G. Violence against women. London, RCOG Press.p.157-167.
- Schei B (1989) Interviewing women about sexual abuse experience from a controlled study of women in abusive relationships. In Von Hall E and Everaerd W (eds) *The Free Women's Health in the 1990s*. Carnforth, Lancashire: Parthenon Publishing Group. p p. 726-33.
- Smith L J F (1989) Domestic Violence: An Overview of the Literature. Home Office Research Study No. 107 London, HMSO
- Stanko EA (1997) Models of understanding violence against women. In Bewley S, Friend J and Mezey G. Violence against women. London, RCOG Press. p.31
- Stark E, Flitcraft A and Frazier W (1979) Medicine and patriarchal violence: the social construction of a 'private' event. *International Journal of Health Services* 9. 461-93.
- Stark E, Flitcraft A (1996) *Women at Risk*. London, Sage.
- Sugg NK and Inui T (1992) Primary care Physicians' response to domestic violence. Opening Pandora's box. *JAMA* 267, 3156-60.
- Yearnshire S (1997) Analysis of cohort. In Bewley S, Friend J and Mezey G. Violence against women. London, RCOG Press. p.45.