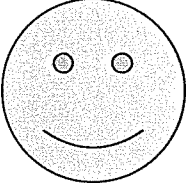



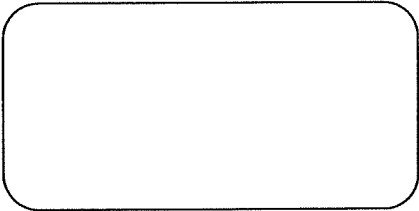
資料6 ワーク②：子どもと自分自身の感情を知ろう

ワーク②：子どもと自分自身の感情を知ろう

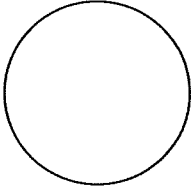
母親



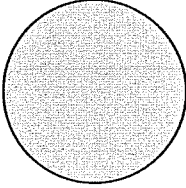
(穏やか)



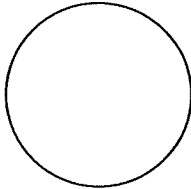
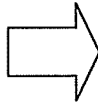
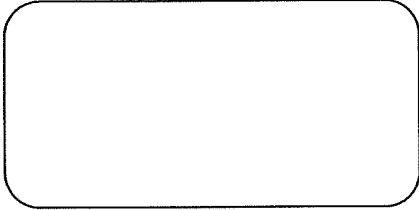
子ども



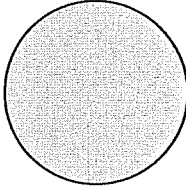
()
どんな感情？



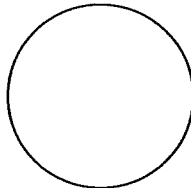
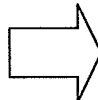
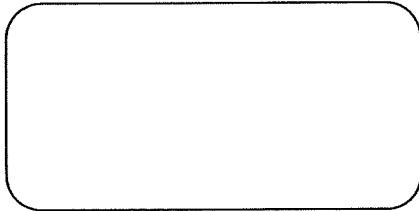
(うれしい・楽しい)



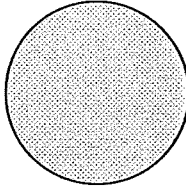
()
どんな感情？



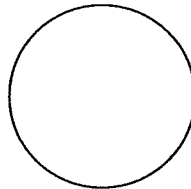
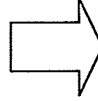
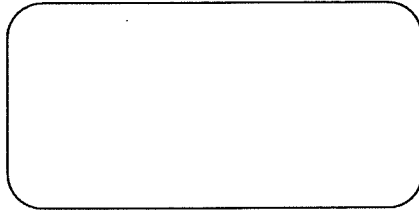
(怒っている・イライラ)



()
どんな感情？



(悲しい・つらい)



()
どんな感情？

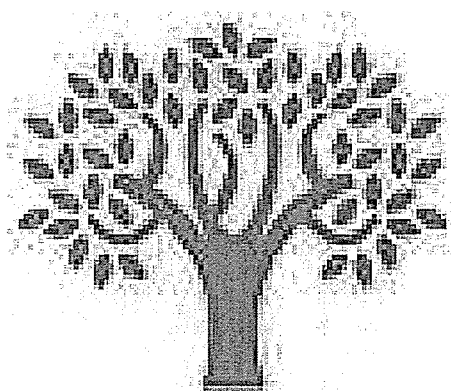
資料7 小ワーク：子どもの気になる行動について

小ワーク：子どもの気になる行動について

* _____

* _____

* _____



資料8 親子関係と行動のマネジメント

レクチャーⅢ：「親子関係と行動のマネジメント」

★ 子どもの気持ちの不安定さや問題行動の出現・維持に影響する4つの要因について

1. 特質

- ・ 全般的な活動水準 (エネルギーの量)
- ・ 注意の範囲 (注意の持続力や質、散漫)
- ・ 衝動のコントロール (反応の速度、待つまでの時間)
- ・ 情緒 (起伏の激しさ、表出の仕方)
- ・ 社会性 (友達とのかかわり、興味の共有、協調性)
- ・ 刺激に対する反応性 (緊張や不安への反応)
- ・ 生得的な気質スタイル

⇒第1回：「お子さんの特質プロフィール」参照

2. 親の特性

- ・ 安定性： 安定 ・ 不安定
- ・ 要求： 高い ・ 低い

3. 家族に影響を及ぼすストレス

- ・ 夫婦仲
- ・ 個人的問題
- ・ 健康問題
- ・ 金銭や仕事の問題

4. 子どもへの親の関わり方

- ・ 状況の随伴性
(子どもの行動が発生したとき親がどのような反応しているか)

⇒ ★1～3に比べて、4はコントロールが可能なもの

- *子どもに対する親の見方を変える
- *子どもの幸福感を直接変える
- *親のしつけの取り組みが、気まぐれではなく、一貫性のあるものにする

資料9 子どもとの接し方・かかわり方について

レクチャーⅣ：「子どもとの接し方・かかわり方について」

1. はじめに：子どもの SOS や問題行動の背景にあるもの

暴力を目撃した子どもは、とても悲しく、つらい思いをしていますが、
その気持ちをうまく表現できないために
問題行動やSOSの形で表したりすることがあります

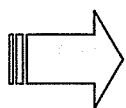


怒りや悲しみといった感情を面に出して、誰かに受けしてもらい、
安心させてあげることが大切になります。

⇒第1回：宿題「子どもの SOS を読み取ろう」参照

子どもとの接し方に大切な大原則

- ① 子どもに温かく接し、子どもを大切な存在だと思っていることを伝える。
- ② 暴力という手段をとらなくても感情を表現し、人とのコミュニケーションがとれることを伝える。
- ③ 子ども自身が自分を大切にできるように働きかける。



プラスになる友達関係、母親との良好な関係、信頼できる大人との関係などによって、子どもは暴力に支配されない別の新しい世界に気づくようになります。



2. 具体的な接し方について

*子どもが自分の気持ちを表現できるように聴いてあげる。

なにか問題が起こった場合：具体的な接し方

- ① まず落ち着く。
- ② 能動的に聴いてみる。子どもと同じ目線に立って、目を見て話を聴いてあげる。
例：「何かあったみたいだね？」「どうしたの？」
- ③ 共感的に聴いてみる。大人の判断や価値観で一方向的に子どもの話を評価する、意見することは避けて相槌を打ちながら子どもの気持ちを推測してみる。
- ④ 子どもの立場に立って、どんな気持ちでいるか、言葉などでなぞってあげる
例：「つらかったね」「嫌な気持ちしちゃったね」 など
- ⑤ 一緒に解決方法を考えて、子どもの気持ちを推測しながらシュミレートしてみる。
例：「どうしようか？」「〇〇してみると、気持ちが楽になるんじゃない？」
など



資料10 子どもとの関わり方のヒント

★ 子どもとの関わり方のヒント★

* スペシャルタイム（子どもにとっての特別な時間）を作っておける

一日10分でもいいから、ゆとりのある時間を見つけて、子どもに好きな遊びを選んでもらい、子どもが楽しく遊んでいるところに参加する。よく観察して、子どものやっていることを声に出して、プラスの表現をしてあげる。

⇒親子のやりとりが、＜よい行動⇔よい注目＞のパターンに変わっていくきっかけ

* 子どもの「やってほしくない行動」を3つに分けて整理してみる、優先順位をつける

- * _____
- * _____
- * _____



⇒明確で、子どもも納得する理由を伝えて、やってほしくないことを提示してあげる。叱り方、接し方の一貫性にもつながっていく。

* 子どもの「いい行動」に注目してあげる。「やってほしくないこと」以外はすべて子どもの「いい行動」と考えてみる。

- ⇒・ 「悪い行動」を消そうとしても、いい行動は増えない
- ・ 「いい行動」をすることで大人が喜ぶと、もっと「いい行動」をしたくなる（例えば・・・、ほめる・「ありがとう」と言う・感心する、など）
- ・ 「いい行動」が増えると、悪い行動が減る

* できたらご褒美やシールをあげるなど、がんばりたいことについてのお約束をして、ゲーム感覚的に二人が楽しめるように、やりとりしてみる

- ・ ゲーム感覚的に二人が楽しめるようにやり取りを試みる
- ・ 少し頑張ればできそうな目標を二人で決めて、シールが溜まったご褒美など。



資料11 アンケート

★ 以上で終了になります。全3回のペアレントグループに参加して頂きましたが、参加されてみてのご感想をシェアできたらと思います。

* グループに対してのご要望・ご意見があれば、ご自由にお書き下さい。

1. グループに参加してみたの全体的な感想は？

2. グループの満足度は？（何%？）

3. グループに参加して気づいたもの、得たものがあればお書き下さい。

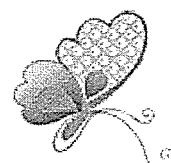
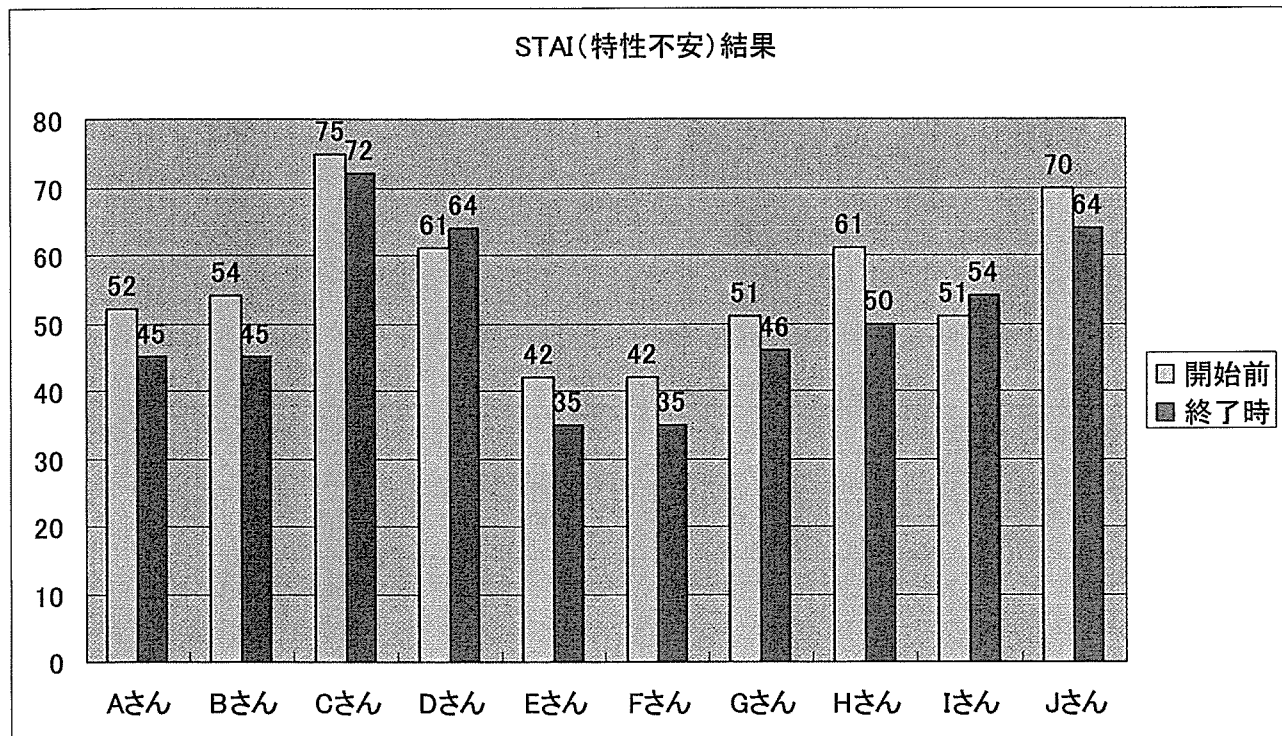
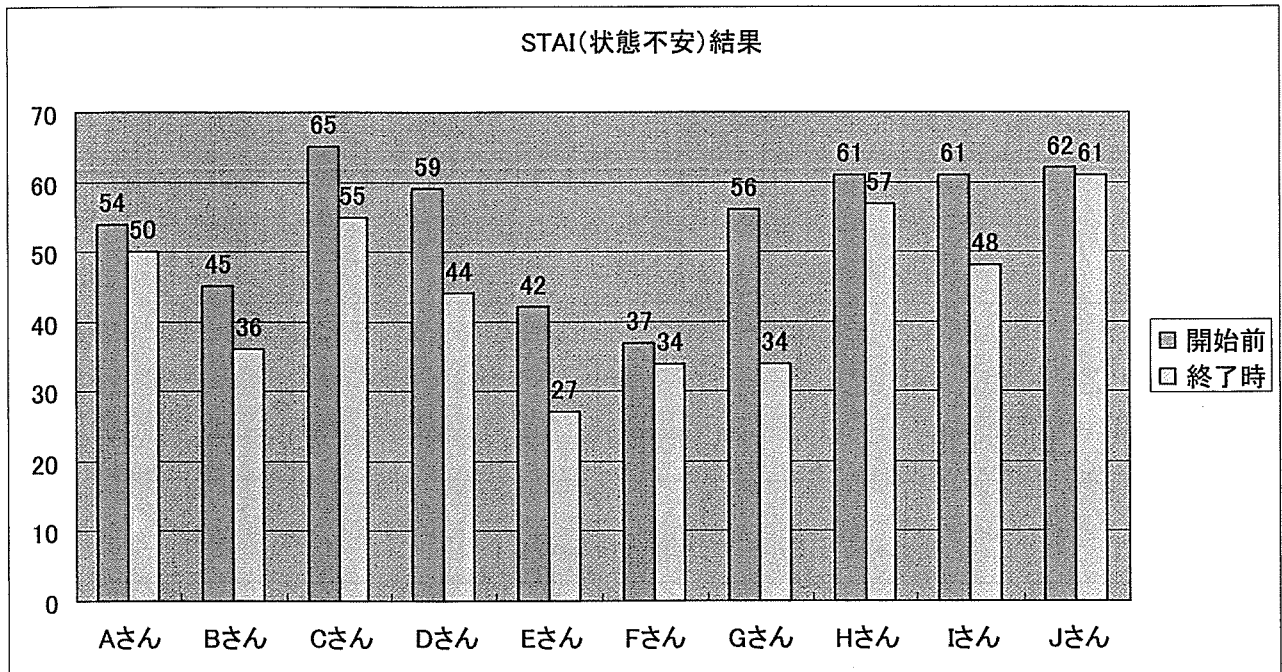


表1 参加者の STAI によるグループ開始前後の得点比較



*STAI 結果は、グループ開始前後でデータがそろっている参加者の結果を集計した。
 *参加者はそれぞれランダムに A~J で割り当て表に示した。

表2 STAI 状態不安、特性不安の開始前、開始後の T 検定

対応サンプルの統計量

| | | 平均値 | N | 標準偏差 | 平均値の標準誤差 |
|------|-----------|---------|----|----------|----------|
| ペア 1 | 状態不安(開始前) | 54.2000 | 10 | 9.57775 | 3.02875 |
| | 状態不安(終了時) | 44.6000 | 10 | 11.45232 | 3.62154 |
| ペア 2 | 特性不安(開始前) | 55.9000 | 10 | 10.89801 | 3.44625 |
| | 特性不安(終了時) | 51.0000 | 10 | 12.46328 | 3.94124 |

対応サンプルの検定

| | | 対応サンプルの差 | | | | t 値 | 自由度 | 有意確率(両側) | |
|------|-----------------------|----------|---------|----------|-------------|----------|-------|----------|------|
| | | 平均値 | 標準偏差 | 平均値の標準誤差 | 差の 95% 信頼区間 | | | | |
| | | | | | 下限 | | | | 上限 |
| ペア 1 | 状態不安(開始前) - 状態不安(終了時) | 9.60000 | 6.70323 | 2.11975 | 4.80480 | 14.39520 | 4.529 | 9 | .001 |
| ペア 2 | 特性不安(開始前) - 特性不安(終了時) | 4.90000 | 4.67737 | 1.47911 | 1.55401 | 8.24599 | 3.313 | 9 | .009 |

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 被害を受けた母子へのフォローアップ研究（1）

— 3ヵ月後の精神的健康・行動・生活と母子相互作用の変化に関する検討 —

主任研究者 金吉晴¹⁾

分担研究者 加茂登志子²⁾

研究協力者 大澤香織¹⁾・正木智子²⁾・加藤寿子¹⁾・中山未知²⁾・小菅二三恵²⁾

¹⁾ 国立精神・神経センター 精神保健研究所

²⁾ 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター

研究要旨 本研究は一時保護施設などを利用後、精神科に通院する母親とその子ども（13組 12家族）を対象に、母子双方の精神状態および問題行動が時間経過に伴ってどのように変化するか、そして母子間でどのように影響し合っていくのかを追跡調査を行って検討することを目的とした。その結果、(1) 母子の精神状態も生活も時間経過と共に落ち着きを取り戻しつつも、新たな不安や心配に悩まされ、症状も残存・維持されていること、(2) 子どもにおいては多動・衝動性といった ADHD 児のような問題行動を呈しており、身体・精神状態や社会性といった問題が時間経過と共に落ち着いていく一方で、多動・衝動性の問題は時間経過にかかわらず深刻な状態で維持されていること、(3) 前年度と同様、DV 被害の深刻さと子どもの問題行動の悪化に関連があること、そして (4) 母親の精神状態の悪化や生活に対する不安と子どもの問題行動の悪化が相互に関連があること、が示唆された。

A. 研究目的

夫や恋人などパートナーから受ける暴力、すなわちドメスティックバイオレンス（Domestic Violence; 以下 DV と略記）による被害が配偶者だけでなく、子どもの精神健康面にまで影響を及ぼすことについては、公立一時保護所（金・柳田ほか、2005;

石井、2005）や母子生活自立支援施設（奥山、2005）に入所中の母子を対象にした調査によって指摘されている。例えば、金・柳田ほか（2005）による公立一時保護所での調査では、同伴する全ての子どもたちに母親の暴力被害の目撃が認められ、そのうち 23% の子どもが母親と同じ加害者から日常的に身体的虐待を受けており、

精神的暴力を含めると全体で54%の子どもたちが虐待被害を受けている実情が浮き彫りとなった。そして、一時保護所に同伴した子どもの精神健康は実際の暴力被害を受けた母親と同様、重篤に阻害された状態にあることが明らかにされている(金・柳田ほか, 2005; 石井, 2005)。

また、DV被害やその目撃だけではなく、被害後の母子の精神状態が相互に影響を及ぼす可能性も指摘されている。金・柳田ほか(2005)は、母子関係の悪化と子どもの「攻撃的行動」との間に関連があることが示され、母子関係の質が子どもの「攻撃的行動」の予測に有効であることを報告している。DVの渦中にあった母子にとっては、「攻撃的行動」のような暴力にまつわる些細な行動や心理状況の一つ一つが過敏に双方の精神状態を混乱させ、母子関係を悪化に導くことは想像に難くない。しかし、一時保護施設などを利用した後の母子の実態については十分に明らかにされていないのが実状である。

そこで当研究班は前年度より、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おいて、一時保護施設などを利用した後にフォローを必要とする母子を対象に追跡研究を実施するプロジェクトを立ち上げた。今年度はその追跡研究の結果から、母子双方の精神状態および問題行動が時間経過に伴ってどのように変化するか、母子間でどのように影響し合っていくのかを検討したので、以

下に報告する。

B. 研究方法

1) 調査対象者

一時保護施設などを利用した後、DV被害を主訴として精神科に外来受診している母親とその子ども(対象年齢は2~18歳)であった。母親は薬物治療を中心とした精神医学的治療を継続中である。また、被害後の症状に関する心理教育や子どもへの対応に関するグループ療法にも参加している。

なお、本調査の除外基準は(1)現在治療中の幻覚、妄想、緊張病症状を呈する精神疾患またはてんかん、または中枢性神経疾患、(2)最近1年のアルコール薬物乱用による入院歴、(3)頭蓋内の器質的病変もしくは外傷、(4)過去3ヶ月以内の自殺企図による救急外来受診もしくは入院、(5)訴訟中、であり、いずれかに該当する者は対象から除外した。

本調査は現在も継続中である。したがって、今年度は2006年5月15日~12月28日の間に調査を実施した以下の母子を分析の対象とした。

調査1回目(ベースライン) 母子13組(12家族)。母親12名(Age 35.50歳, $SD=7.14$), 子ども15名(男児8名, 女児7名, Age 6.87歳, $SD=3.89$)。

調査2回目（3ヶ月後フォローアップ）母子7組（7家族）。母親7名（Age 35.57歳， $SD=7.21$ ），子ども10名（男児6名，女児4名，Age 7.10歳， $SD=4.56$ ）。

2) 手続き

主治医（精神科医；本研究の分担研究者）から紹介を受け，研究に関して十分に説明された母子を対象に，初回調査をベースラインとして3ヶ月ごとに追跡調査を行った。調査は面接方式で行い，母子それぞれに心理士1名（または2名）がついて対応した。母子双方のプライバシーを守るため，別室にて調査を実施した。

3) 調査材料

本調査にて使用した心理尺度，および聴取内容（基本属性，被害状況など）については以下のとおりであった。

a) 基本属性

母子の年齢，生年月日の他に，現在の生活（生活費，就職状況），既往歴，学歴・職歴，飲酒・喫煙歴，ソーシャルサポート，原家族におけるDVの有無（対象者と加害者）について聴取した。

b) DV被害状況

① DVSI (Domestic Violence Screening Inventory)

母親のDV被害度を把握するため，「身体的暴行・傷害」，「性的強要」，「心理的攻撃」の3つの下位尺度（計15項目）からなるDVSI（石井・飛鳥井ほか，2003）を使用した。

また，DVSIに加えて「DV被害内容と期間（月）」，「DVによる生活への影響度（本人の生活，）」，「DV開始状況」，「利用施設」，「現在の婚姻状況（別居期間）」，「加害者との接触（種類と頻度）」，「子どもの被害状況」についても聴取した。

② 出来事チェックリスト

DV被害の他に外傷的出来事に遭遇しているかを確認するために使用した。

c) DV被害後の母親の精神状態

① SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder; DSM-IV第I軸障害構造化面接)

② M.I.N.I. (The Mini-International Neuropsychiatric Interview; 精神疾患簡易構造化面接法)

SCID (First, M. B., Gibbon, M., et al., 2003) と M.I.N.I. (Sheehan, D. V., & Lecrubier, Y., 2000) はいずれも DSM-IV-TR (APA, 2003) による精神疾患の診断に用いられる半構造化面接である。本調査では，DV被害によって生じると考えられる外傷後ストレス障害 (PTSD) の症状の程度および診断基準の該当の有無を確認するため，SCID の PTSD のみを実施した。また，PTSD 以外の精神症状も

確認するため、M.I.N.I.を実施した。

③ IES-R (Impact of Event Scale-Revised: 改訂版出来事インパクト尺度)

DV 被害によって阻害される心理機能を検討するため、PTSD のスクリーニングで用いられる IES-R を使用した。IES-R は PTSD の三症状である「侵入症状」、「回避・麻痺症状」、「過覚醒症状」に関する 22 項目からなる自記式質問紙である。

④ DES- II (Adolescent Dissociative Experiences Scale: 成人版解離性尺度)

⑤ PTCI (Posttraumatic Cognition Inventory: 日本版外傷後認知尺度)

⑥ TAC-24 (Tri-axial Coping Scale 24-item version)

DV 被害によって阻害される認知機能やストレス対処の変化を検討するため、DES- II, PTCI (長江・増田ほか, 2004), TAC-24 (神村・海老原ほか, 1995) を使用した。DES- II は解離症状の程度に関する 28 項目の自記式質問紙である。PTCI はトラウマ遭遇後に見られる特徴的な認知（「自己に関する否定的認知」、「自責の念」、「世界に対する否定的認知」）に関する自記式質問紙であり、3 下位尺度 36 項目で構成されている。また、TAC-24 はストレスに対して行う対処方略（認知・行動）の偏りや頻度に関する自記式質問紙（全 24 項目）である。

d) DV 被害後の子どもの精神状態と問題

行動

① Child Behavior Checklist/4-18 (CBCL)

子どもの精神状態・問題行動を評価するため、4 歳以上の子どもには CBCL/4-18 (井潤・上林ほか, 2001) を用いた。CBCL の各質問について、母親が普段の子どもの様子に基づいて評定した。なお、CBCL は全 118 項目、2 つの上位尺度（「内向尺度」、「外向尺度」）と 8 つの下位尺度（「ひきこもり」、「身体的訴え」、「不安／抑うつ」、「社会性の問題」、「思考の問題」、「注意の問題」、「非行的行動」、「攻撃的行動」）から構成されている。なお、3 歳以下の子どもには CBCL/2-3 (中田・上林ほか, 1999) を使用し、CBCL/4-18 と同様に母親が評定を行った。

② ユースセルフレポート (Youth Self Report: YSR)

8 歳以上の子どもに対しては、CBCL の本人評定（自記式）である YSR にて自らの行動や精神状態を評価するように求めた。YSR は全 113 項目であり、下位尺度は CBCL と同様であるため、母子間の評価比較が可能である。

③ もぐら一ず (ADHD テストプログラム もぐら一ず第 3 版)

もぐら一ずは、のるぷろライトシステムズ社が作成した注意欠陥多動性障害 (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) の研究用テストプログラムである。もぐら一ずでは、PC 上に 2 つの指

標（メガネをかけたモグラとかけていないモグラ）がランダムに表示され、メガネをかけたモグラ（ターゲット指標）が出現した場合にのみスペースキーを押すことが課題とされる。課題は10分間連続で行われる。10分が経過すると正答率、反応時間、正答数と反応時間のばらつき、ターゲット以外の指標に反応した率（お手つき）、ターゲットを見逃した率（見逃し）が自動的に算出されるシステムになっている。

④ ADHD RS-IV-J (ADHD-Rating Scale IV: 日本語版注意欠陥／多動性障害評価尺度)

ADHD RS-IV-J (山崎, 2001) は ADHD の特徴である多動、注意散漫、衝動性を評価するための自記式質問紙（他者評定。本調査では母親が評定）である。ADHD RS-IV-J は不注意（9項目）、多動・衝動性（9項目）の計18項目で構成されており、4段階で評定される。

⑤ CDC (The Child Dissociative Checklist, version 3.0: 子ども版解離評価表)

母親と同様、子どもにも DV 被害によって阻害される認知機能を検討するため、Putnam (1993) によって開発された CDC を使用した。CDC は解離症状の程度に関する20項目の自記式質問紙であり、本調査では母親が評定した。

4) 倫理面への配慮

本調査は東京女子医科大学の倫理委員

会にて承認を受けた上で実施した。調査中および調査直後に対象者（母子）が気分・体調の悪化を訴えた場合は、速やかに調査を中断し、クリニックにてフォローする体制をとった。また、調査終了後に気分の悪化が維持されたり不安が増大し続ける場合に備えて調査研究用ホットライン（携帯電話）を設置し、診療時間内は電話にて、診療時間外はメールにて対応できるようにした。

C. 研究結果と考察

1) 母親の基本属性 (N=12)

既往歴 精神科の既往歴はなかった。

最終学歴 高校が2名、専門学校が3名、短大が3名、大学（4年制）が4名であった。

職歴 全員が働いた経験をもっていた（正社員9名、パート2名、アルバイト5名、その他〔派遣社員など〕2名）。現在12名中9名が無職であり（全体の75%）、5名が生活保護、7名が親の収入や過去の貯蓄、元夫からの養育費、児童扶養手当などで生活している（重複あり）。有職者（自営含む）は3名、本人の収入で生活している者は2名であった。

婚姻歴 全員が初婚であった。初回調査時において、12名中8名が加害者と離婚しており、4名が別居中（離婚裁判中が1名）であった。

ソーシャルサポート 頼れる人が平均

4.70名、気が楽になる人が平均3.92名であり、全員が何らかの心理的サポート資源をもっていた。

飲 酒 12名中8名に飲酒歴があった（現在飲酒者は3名）。なお、飲酒の問題はなかった。

喫 煙 12名中3名に喫煙歴があった（現在喫煙者は2名）。

原家族におけるDVの有無 対象者（母親）の両親間にDVがあったと報告した者は11名中4名（36.36%）であった（6名が「なし」、1名が「不明」、1名が無回答）。加害者側の両親間にDVがあったと報告した者は11名中9名であり、全体の81.81%にも及んでいた（1名が「不明」、1名が無回答）。

なお、調査2回目時（3ヶ月後）に就職していた者はいなかった。また、加害者と離婚した者が1名、飲酒した者が2名増えていた。

2) DV被害状況

DVを結婚後に体験した者は12名中6名（50%）であり、そのうち1名は出産後に体験していた。その他6名は交際中（4名）、婚約中（1名）、同棲中（1名／婚約も同時）に最初のDVを体験し、そのうち3名は妊娠中にDVの被害を受けていた。DVSIの結果と被害内容についてはTable 1, 2に示した。また、対象者（母親）の75%が5年以上被害に遭って

おり、半数以上がほぼ毎日なんらかの被害に遭っていたことが明らかになった。

また、別居・離婚後も、12名中5名が加害者から望まない接触を受けていた（電話やメール、待ち伏せ、住居に現れる、実家に無言電話や荷物が届く等）。3ヶ月後に加害者との接触があった者は1名であった。

対象児の被害状況については、15名のうち13名（86.67%）がDVを目撃した経験を持っていた。対象児の92.31%が1年以上もの長期間にDVを目撃しており、さらに半分以上（53.84%）が週のほとんどでDVを目撃していた。さらに、11名（73.33%）が直接被害を受けていた。対象児の80.00%が1年以上もの長期間に虐待被害を受けており、45.45%が週のほとんどで被害に遭っていた。

DV被害による生活への影響度については、調査1回目から2回目にかけて改善に向かっているように見えるが、統計学的には有意な変化は認められなかった（Fig. 1）。これは加害者から離れたとはいえ、DV被害による悪影響は短期間で改善するものではないことを示唆する結果と考えられる。また、加害者から新たな危害を加えられる不安（待ち伏せや子ども連れ去り等）や新たな生活に対する不安（居住場所、経済面など）、子どもへの対応に関する不安は全員から毎回報告された。加害者から離れ、生活が時間経過と共に落ち着きを取り戻しつつも、同

時に新たな不安や心配に悩まされ続けている様子が伺えた。

3) 母親の精神状態における時系列的变化

出来事チェックリストの結果、DV被害の他に外傷的出来事を体験していた者はいたが、「最も影響を受けた出来事」として対象者全員が「DV被害」を挙げた。

DV被害によるPTSD症状の評価としてSCIDを実施した結果(N=7)、PTSDの診断基準を満たした者は調査1回目で4名であり、調査2回目では2名に減少していた。しかしPTSDの診断基準を完全に満たさなかった者についても、症状がすべて消失したわけではなく、三症状(侵入症状、回避・麻痺症状、過覚醒症状)が部分的に残存し持続していることが明らかとなった。

また、M.I.N.I.の結果、調査1回目では大うつ病性障害(現在・過去)に2名、メランコリー型うつ病に2名、パニック障害(過去)に1名、PTSD(現在; DV被害によるもの)に4名が該当した。調査2回目では大うつ病性障害およびメランコリー型うつ病に該当する者は0名、PTSD(現在)に該当する者は1名に減少したが^{註)}、軽そう病エピソード(過去)に該当した者が2名に増加した。

さらに、調査1回目から2回目におけるPTSD症状の変化を見るため、IES-R得点(総得点と各下位尺度得点)を従属

変数とするt検定を実施した。その結果、「回避・麻痺」と「過覚醒」の得点が有意傾向であり、調査1回目に比べて2回目の方が得点が低い傾向にあった(回避・麻痺: $t(6)=1.96$; 過覚醒: $t(6)=2.44$, いずれも $p<.10$; Fig. 2)。総得点、侵入症状においては有意な差は認められなかった。DES-IIの得点についても同様にt検定を行った結果、有意傾向であり、調査1回目に比べて2回目の方が得点が低い傾向にあった($t(6)=2.37$, $p<.10$)。したがって、本調査の母親の精神状態は時間経過に伴って緩やかに改善されつつあるが、症状は少なからず残存し、維持されていることが示された。

被害後の認知機能の変化については、PTCIの総得点および各会尺度得点を従属変数とするt検定を行った結果、総得点と「自責の念」の得点が調査2回目に低減する傾向にあった(総得点: 調査1回目 109.86点[$SD=31.09$], 調査2回目 93.14点[$SD=36.89$], $t(6)=1.99$, $p<.10$; 自責の念: 調査1回目 14.00点[$SD=6.86$], 調査2回目 11.86点[$SD=7.34$], $t(6)=2.03$, $p<.10$)。したがって、DV被害後に生じたトラウマ特有の認知も時間経過に伴って緩やかに改善に向かっているが、大きな変化は見られなかった。

ストレス対処に関しては、TAC-24の各下位尺度得点を従属変数とするt検定を行った結果、有意な変化は認められなかった。しかし、調査1・2回目のいずれ

においても、対象者はストレスに対して気晴らしや話をする事等で情動調整をしながら積極的に問題解決をはかっていることが示された。つまり、ストレスに対して適応的な対処スタイルが確立されていることが示唆される。

4) 子どもの精神状態、および行動面における時系列的变化

4歳以上用の CBCL (親評価) にて評定された子ども8名 (男児5名, 女児3名, Age 8.38歳, $SD=4.27$) を対象に, CBCL の総得点および各下位尺度の変化を検討した (Fig. 3)。t検定の結果, CBCL の下位尺度である「身体的訴え」, 「社会性の問題」, 「非行的問題」, および CBCL 総得点は2回目の時点で有意に低くなっていた (身体的訴え: $t(7)=3.74$; 社会性の問題: $t(7)=2.86$; 非行的問題: $t(7)=2.83$; 総得点: $t(7)=2.73$, いずれも $p<.05$)。「注意の問題」, 「内向尺度」の得点は, 調査1回目比べて2回目の方が低い傾向にあったが, 外向尺度の得点に変化は見られなかった (注意の問題: $t(7)=2.16$; 内向尺度: $t(7)=2.07$, いずれも $p<.10$)。また, CBCL の平均得点は調査1回目では内向得点と総得点が臨床域にあったが, 2回目ではすべて健常域までに改善されていた。

ADHD RS-IV-J の得点を見ると (Table 4), 日本語版作成時の平均値 (山崎, 2001) よりも「多動・衝動性」が男女と

もに1回目も2回目も高く, 女児においては合計得点も高かった。CDC については, 合計得点の平均が調査1回目で5.40 ($SD=8.58$) であり, 健常群の平均 (2.30点, $SD=2.30$) に比べると高かったが, 2回目では2.40点 ($SD=2.80$) と健常群とほぼ等しい得点であった。

したがって, 親評定の結果を見る限りでは, 子どもの身体・精神状態 (解離症状も含む) や社会性といった問題は時間経過と共に落ち着いているが, 多動・衝動性といった行動面の問題は時間経過にかかわらず残存し, 維持されていることが示された。

5) 母子の相互作用とその時系列的变化

まず, 子どもが示す問題行動 (多動・衝動性) の程度が母親の評価とどのくらい一致しているかを確認するため, 子どものもぐら一ずの結果と母親が評定した ADHD RS-IV-J 得点について相関分析を行った。相関分析には Pearson の積率相関係数 (r) を用いた。

調査1回目まで終了した子ども14名と (男児8名, 女児6名, 平均年齢6.43歳, $SD=3.63$) とその母親のデータを対象に相関分析を行った結果, もぐら一ずの「正答率」, 「正答率のばらつき」, 「反応時間のばらつき」, 「お手つき」と ADHD RS-IV-J の「多動・衝動性」得点との間に中程度の相関が認められた (Table 5)。つまり, もぐら一ずによって示された子ども

もの衝動性や不注意と、母親が評定した子どもの多動・衝動性の評価が一致していることが考えられる。

次に、子どもが示す問題行動（多動・衝動性）と母親が受けた DV 被害の程度との関連を明らかにするため、調査 1 回目に実施した子どものもぐら一ず結果（ $N=14$: 男児 8 名, 女児 6 名, 平均年齢 6.43 歳, $SD=3.63$ ）と母親の DVSI 得点の相関分析を行った。相関分析には Pearson の積率相関係数 (r) を用いた。その結果, もぐら一ずの「正答率」と DVSI の「性的強要」の得点との間に負の相関が有意傾向で認められた ($r=-.48, p<.10$)。したがって, 母親が受けた性的強要の被害が大きいほど, 子どもの正答率は下がる傾向にあると考えられる。また, もぐら一ずの「反応時間のばらつき」と DVSI の「身体的暴行」, 「性的強要」との間にも有意傾向で正の相関が認められた (身体的暴行: $r=.48, p<.10$; 性的強要: $r=.51, p<.10$)。もぐら一ずの「反応時間のばらつき」は最もひどかった時期の DVSI の「性的強要」との間にも有意傾向で正の相関がみられた ($r=.50, p<.10$)。さらに, もぐら一ずの「お手つき」の出現率と DVSI の「性的強要」との間に有意な正の相関が認められた ($r=.54, p<.05$)。もぐら一ずの「お手つき」の出現率は DVSI の「身体的暴行」と合計得点, そして最もひどかった時期の DVSI の「性的強要」との間に有意傾向で正の相関が認められ

た (身体的暴行: $r=.51, p<.10$; 合計: $r=.47, p<.10$; 性的強要: $r=.49, p<.10$)。以上の結果から, 母親が受けた身体的暴力や性的暴力の被害が大きいほど, 子どもの集中力の低下や落ち着きのなさ, 衝動性が深刻になることが考えられる。

同様に, 調査 1 回目の子どものもぐら一ず結果と母親の IES-R 得点の相関分析を行ったところ, 両者間に有意な相関が認められ, 子どもの問題行動と母親の精神症状は関連があることが示された (Table 6)。つまり, 母親の侵入症状や過覚醒症状が深刻であればあるほど, 子どもの問題行動も深刻になることが考えられる。加えて, 子どものもぐら一ず結果と母親が評定した生活への影響度について相関分析を行った結果, もぐら一ずの「お手つき」の出現率と「その他の影響」との間に有意な正の相関が認められた ($r=.62, p<.01$)。したがって, 生活に対する不安が子どもの問題行動の悪化につながることを示唆された。

ところで, 時間経過に伴って母子の相互作用がどのように変化するかを検討するため, 調査 1・2 回目のいずれも参加し, もぐら一ずを実施した子ども 8 名 (男児 6 名, 女児 2 名, 平均年齢 6.88 歳, $SD=4.39$) とその母親のデータを対象に相関分析を行ったが, 調査 1 回目・2 回目のいずれにおいても, もぐら一ずの結果と母親評定の ADHD RS-IV-J 得点との間に有意な相関は認められなかった。同

様に、もぐら一ずの結果と DVSI, IES-R の関係も調査1・2回目ともに有意ではなかった。調査1回目では有意な相関が認められていたにも関わらず、人数が減って有意な値が得られなくなったことから、これらの結果にはサンプルサイズの小ささが影響している可能性が考えられる。時系列による母子の相互作用の変化については、今後データを追加して再度検討することが求められるだろう。

なお、前年度（金・加茂, 2006）と同様に YSR 得点との関係について検討する予定であったが、本調査で YSR を実施した子どもで、2回目の調査まで終了していた者が3名のみであったため、統計解析を行うことができなかった。この点についても、今後データを追加した上で検討する必要がある。

D. 総合考察・まとめ

本研究の目的は、母子双方の精神状態および問題行動が時間経過に伴ってどのように変化するか、どのように相互に影響を及ぼしあっているか、追跡調査を行うことで検討することであった。

本研究の結果から、加害者から離れ、生活も母子の精神状態も時間経過と共に落ち着きを取り戻しつつも、新たな不安や心配や持続する症状に悩まされ続けていることが示唆された。PTSD 症状の維持に関連するとされているトラウマ特有

の認知も、時間経過に伴って緩やかに改善に向かっているが、大きな変化は見られなかった。しかし、本研究の対象者には PTSD 症状の回復に寄与するとされる適応的なストレス対処スタイル（認知・行動）が確立されていることも示唆された。今後、DV 被害を受けた母親の症状維持や回復にこれらの認知・行動的変数がいかに寄与するかを時系列的に検討することは、DV 被害者に対する支援にとって重要な情報を与える可能性が高く、意義深いものであると考えられる。

また、前年度や先行研究（金・柳田ほか, 2005）の結果と同様、DV 被害は母親のみならず、子どもにも悪影響を及ぼしていることは今年度でも明らかとなった。特に DV 被害にあった子どもは多動・衝動性といった ADHD 児のような問題行動を呈しており、身体・精神状態や社会性といった問題は時間が経過するにつれて落ち着いていくが、多動・衝動性の問題は時間経過にかかわらず、深刻な状態で維持されていることが明らかにされた。

さらに本研究の結果から、母親が受けた身体的暴力や性的暴力の被害が大きいほど、子どもの集中力の低下や落ち着きのなさ、衝動性が深刻になることが示され、前年度と同様、母親が受けた DV 被害の程度が大きいほど子どもの問題行動は深刻化することが示された。また、母親の侵入症状や過覚醒症状が深刻であれ

ばあるほど、生活への不安が増大すればするほど、子どもの問題行動も深刻になることが示され、前年度に比べて母子間の相互作用がより明らかにされた。

加害者から避難しても、短期間で母親の後遺症（PTSD 症状）が改善され、生活が安全なものになるわけではないことは今年度の結果から示されている。したがって、母親の症状改善と安全確保を目指した早期介入が母親のみならず、子どもにも好影響を及ぼすことが考えられ、この点を踏まえた母子に対するサポート体制の整備は急務といえよう。

なお、今年度では時間経過に伴って母子の相互作用がどのように変化するかを検討したが、調査1・2回目ともに有意な結果は得られなかった。ただし、この結果はサンプルサイズの影響が大きく関与している可能性がある。時系列による母子の相互作用の変化については、今後データを追加して再度検討することが求められるだろう。しかしながら、子どもの問題行動が時間経過にかかわらず維持されていたことと併せて考えると、DV被害を受けた子どもの問題に対する早期発見・介入が重要であることに変わりはないだろう。問題の早期発見と有効な介入のために、どのように母子に支援することが有用かを考えていくことが今後の課題といえる。その課題を達成するためにも、今後追跡調査を継続してデータを追加し、さらなる母子の変化と相互作用を

明らかにしていく必要がある。

注) 調査2回目において、PTSD に該当した者の人数が SCID と M.I.N.I.で相違があった。これは調査2回目の時点で、DV被害を M.I.N.I.における PTSD 診断の A 基準「あなたか他の誰かが、実際に死んだり、危うく死にそうな、または重傷を負うような、極めて外傷的な出来事」には該当しないと判断した者が増えたためであると考えられる。調査2回目で M.I.N.I.の A 基準に該当しないと判断した者が増えた理由に、長期間の暴力被害によって生じた記憶バイアスが関与しているのかもしれないが、本調査の結果からはっきりとしたことはわからない。しかし、吉田・小西ほか（2005）は DV 被害によって明らかに PTSD 症状が認められる者であっても、M.I.N.I.では PTSD の診断がつかない可能性を指摘している。本調査の対象者においても、DV 被害を M.I.N.I.の A 基準には該当しないが、SCID における A 基準「気持ちをひどく動揺させる出来事」には該当すると判断する者がほとんどであった。吉田・小西ほか（2005）が指摘するように、DV 被害者のメンタルヘルスを評価する上で DV 被害者が DV 被害をどのように捉えているか、そして時間経過によって DV 被害に対する評価がどのように変化するか、検討の余地はあると考えられる。