

痺症状は積極的に問題に対処したり、サポートを求めて行動することで対処する頻度が増えると弱まるが、問題を回避する頻度が多くなると強まるといえ、母親のストレス対処によって影響される症状であることが指摘できる。

同様に PTCI 得点と IES-R 得点の相関分析を行ったところ、IES-R の「過覚醒」と PTCI の「自責の念」以外はすべて弱～中程度の正の相関関係が認められた (Table 8)。したがって、ストレス対処よりも、DV 被害後に生じた否定的で不合理な認知の方が母親の PTSD 症状に大きく影響する可能性が考えられる。

5) 子どもの精神状態、および行動面における時系列的変化

#### a. 母親評定による変化

1 年の調査を終了し、CBCL (親評価) にて評定された男児 6 名 (6.00±3.35 歳) と女児 6 名 (6.50±4.72 歳) のそれぞれのデータを対象に、CBCL の総得点および各上位尺度 (内向尺度、外向尺度) の変化を反復測定による一元配置の分散分析によって検討した。なお、*t* 検定を行った結果、年齢に性差はなかった ( $t(10)=-.21$ , n. s.)。

分散分析の結果、各期における CBCL の総得点 (男児:  $F(4, 20)=.44$ , n. s.; 女児:  $F(4, 20)=1.04$ , n. s.), 内向尺度 (男

児:  $F(4, 20)=.48$ , n. s.; 女児:  $F(4, 20)=1.07$ , n. s.) および外向尺度 (男児:  $F(4, 20)=.29$ , n. s.; 女児:  $F(1.50, 7.52)=1.05$ , n. s.; Greenhouse-Geisser の  $\epsilon$  による修正を行った) の得点に有意な差は認められなかった。

また、同様の対象児、解析方法 (反復測定による一元配置の分散分析) で、ADHD RS-IV-J の合計得点 (男児:  $F(4, 20)=1.24$ , n. s.; 女児:  $F(4, 20)=.50$ , n. s.), 不注意 (男児:  $F(1.71, 8.55)=.69$ , n. s.; 女児:  $F(1.85, 9.26)=.42$ , n. s.; Greenhouse-Geisser の  $\epsilon$  による修正を行った), 多動・衝動性 (男児:  $F(4, 20)=1.84$ , n. s.; 女児:  $F(4, 20)=1.00$ , n. s.), さらに CDC 得点 (男児:  $F(4, 20)=1.50$ , n. s.; 女児:  $F(1.28, 6.41)=1.42$ , n. s.; Greenhouse-Geisser の  $\epsilon$  による修正を行った) の変化についても検討したが、各期における有意な差は認められなかった。

CBCL の総得点、内向尺度および外向尺度の得点の変化を Fig. 12 (男児), Fig. 13 (女児) に示した。対象児の精神状態および問題行動のレベルが臨床領域レベルであるかを把握するため、各期の平均得点を対象児の平均年齢に基づいて CBCL のプロフィール表に照らし合わせたところ、男児の精神状態および問題行動はベースライン期からフォローアップ期にかけて、健常域または境界域のレベルにあったが、

女兒に関してはベースライン期からフォローアップ期にかけて臨床域を維持していた。つまり、DV 被害に遭遇した子どもの場合、女兒の方が男児よりも精神的健康の状態は悪く、問題行動を表出し、時間経過に関わらず維持されてしまうと考えられ、注意が必要であるといえる。

ADHD RS-IV-J の得点の変化を Fig. 14 (男児), Fig. 15 (女兒) に示した。ベースライン期から6ヵ月後フォローアップ期にかけて男児の「多動・衝動性」の平均得点は日本語版作成時(山崎, 2001)の平均値(2.03点,  $SD=3.02$ )よりも高かったが、その後は平均値よりも下回っていた(Fig. 14)。しかし、女兒においては各期の合計得点および下位尺度得点は日本語版作成時(山崎, 2001)の女兒の平均値(不注意: 3.25点,  $SD=3.55$ ; 多動・衝動性: 1.13点,  $SD=2.06$ ; 合計: 4.38点,  $SD=5.17$ )はもちろん、男児の平均値(不注意: 4.65点,  $SD=4.41$ ; 多動・衝動性: 2.03点,  $SD=3.02$ ; 合計: 6.68点,  $SD=6.91$ )も大きく上回るものであった(Fig. 15)。さらに、女兒の合計得点は12ヵ月後フォローアップ期を除いて14~17点の範囲にあった。ADHD RS-IV-J の合計得点(保護者評価)が14~16点以上である場合は専門家に相談することが推奨される。したがって、調査1年後には合計得点が14点をやや下回ったものの、女兒

の問題行動は男児よりも深刻であるといえる。

しかし、臨床現場では男児の問題行動の方が主訴として語られるケースが多い印象がある。女兒の問題行動は保護者や周囲から見逃されてしまう可能性が高い。問題行動は女兒の方が多く見受けられたとしても、男児ほどの派手な行動はなく、目立ちにくいために見逃されてしまいやすいのかもしれない。例えば、暴れたり走り回ったりする行動は女兒よりも男児の方が激しく、保護者や周囲の大人たちの目にとまりやすいだろう。他の子どもに危害を加える危険性は一般的には女兒よりも男児の方が高いと捉えられ、そのために男児の行動の方がより保護者や周囲の大人の注意を引きつけやすいのではないかと推察される。女兒の問題行動を見逃さず、早期かつ適切な対応を行うためには、女兒の問題行動の特徴を知る必要があるといえる。

CDC の得点の変化を Fig. 16 に示した。対象児の各期の合計得点の平均は健常群(米国での調査によれば $2.3 \pm 2.7$ 点)をやや超えたが、解離性障害が疑われるレベルではなかった。

以上の結果から、母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1年を経過しても大きな変化は見られず、

特に女兒の精神面および行動面の問題は強く維持されてしまうことが示された。

#### b. 自己評定による変化

次に、子ども自身によって行われたもぐら一ずの結果の時系列的変化を検討した。全期のもぐら一ずを完遂した男児5名(6.80±3.03歳),および女児6名(6.50±4.72歳)を分析対象とした。なお、*t*検定の結果、年齢において性差は認められなかった(*t*(9)=.11, n. s.)。

各期のもぐら一ずデータ(正答率, 正答率ばらつき, 平均反応時間, 反応時間ばらつき, 見逃し, お手つき)について反復測定による一元配置の分散分析を実施した。その結果、女兒の正答率において時期の差が有意であることが示された( $F(2.57, 12.87)=4.48, p<.05$ ; Greenhouse-Geisserの $\epsilon$ による修正を行った)。多重比較の結果、女兒の正答率はベースライン期よりも3・9・12ヵ月後フォローアップ期の方が有意に高く、3ヵ月後フォローアップ期よりも12ヵ月後フォローアップ期の方が有意に高いことが明らかとなった。つまり、女兒の課題遂行レベルが時間経過と共に高くなっていると考えられる。なお、もぐら一ずデータの変化をFig. 17(男児), Fig. 18(女児)に示した。

しかし、女兒におけるもぐら一ずの結

果は、母親評定によるADHD RS-IV-Jの結果と矛盾するものであった。そこで、女兒のもぐら一ずデータ(ベースライン期~12ヵ月後フォローアップ期)と母親評定によるADHD RS-IV-Jの合計得点および各下位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。相関分析の結果をTable 9に示した。

もぐら一ずの正答率とADHD RS-IV-Jの合計得点, および各下位得点の間に有意な負の相関が認められた(不注意: $r=-.34, p<.05$ ; 多動・衝動性: $r=-.59, p<.001$ ; 合計得点: $r=-.48, p<.01$ )。また、正答率のばらつきとADHD RS-IV-Jの合計得点・各下位得点(不注意: $r=.35, p<.05$ ; 多動・衝動性: $r=.58, p<.001$ ; 合計得点: $r=-.48, p<.01$ )、お手つきとADHD RS-IV-Jの合計得点・各下位得点(不注意: $r=.44, p<.01$ ; 多動・衝動性: $r=.62, p<.001$ ; 合計得点: $r=.55, p<.01$ )、そして反応時間のばらつきとADHD RS-IV-Jの合計得点, および多動・衝動性の評価(多動・衝動性: $r=.46, p<.01$ ; 合計得点: $r=.36, p<.05$ )の間に有意な正の相関が認められた。

つまり、母親が子どもの注意力のなさや落ちつきのなさ, 衝動性を強く認識する時に、子どものもぐら一ずの成績は下がっており、正答率やパフォーマンスは安定せず、お手つきの回数も増えるとい

え、母親は子どもの ADHD 様行動をよく認識できていると考えられる。しかし、母親の方が実際の子どもの ADHD 様行動よりも深刻に捉えており、そのために母親評定では子どもの ADHD 様行動に変化がない結果となっている可能性が考えられる。

## 6) 母子の相互作用とその時系列的変化

### a. 母親が受けた DV 被害と子どもの行動・精神面との関連について

子どもが示す問題行動や精神症状と母親が受けた DV 被害の程度との関連を明らかにするため、母親評定の ADHD RS-J と CDC の得点、および DVSI 得点の相関分析を行った（母子 24 組）。相関分析には Pearson の積率相関係数 ( $r$ ) を用いた。相関分析の結果を Table10 に示した。Table10 に示したとおり、DVSI の「心理的攻撃」と CDC 得点に有意傾向である以外、母親が受けた DV 被害と子どもの ADHD 様行動と解離症状の間に有意な正の相関関係が認められた。

次に、ベースライン期の子どものもぐら一ず結果と母親の DVSI 得点の相関分析を行った（母子 18 組）。その結果、もぐら一ずの「お手つき」の出現率と DVSI の「身体的暴行」との間に有意な正の相関関係が認められた ( $r=.48, p<.05$ )。その他の指標では有意な相関は認められなかった。したがって、母親が身体的暴行を

頻回に受けていればいるほど、子どもの衝動性は高まり、行動抑制が困難となってお手つきの出現率は増えると考えられる。

同様に、母親の DVSI 得点と子どもの IES-R 得点の相関係数を算出したところ（母子 5 組）、DVSI の「性的強要」と IES-R の下位尺度「回避・麻痺」( $r=.93, p<.05$ )、「過覚醒」( $r=.93, p<.05$ )、および IES-R 総得点 ( $r=.99, p<.01$ ) との間に有意な正の相関が認められた。つまり、母親が父親から性的強要をされた頻度が多ければ多いほど、子どもの PTSD 症状は悪化すると考えられる。

以上の結果から、母親が受けた身体的暴力や性的強要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だけでなく、精神症状の問題も出現・悪化すると考えられる。

### b. 母親の精神状態と子どもの行動面・精神面との関連について

母親の IES-R 得点と子どもの IES-R 得点の相関分析を行った結果、両者に有意な相関関係は認められなかった（Table11）。つまり、PTSD 症状については母子間で直接影響を及ぼし合わないといえる。しかし、母親の IES-R 得点と子どもの YSR 得点との相関分析では、IES-R の各下位尺度得点・総得点と YSR の外向

尺度得点・総得点との間に有意な正の相関関係が認められた (Table12)。また、母親の IES-R 得点と子どものもぐら一データとの相関分析の結果、IES-R 得点と正答率の間に有意な負の相関関係、IES-R 得点と正答率ばらつき、反応時間、反応時間のばらつきとの間に有意な正の相関関係が認められた (Table13)。

以上の結果から、PTSD 症状は母子相互に影響し合わないが、母親の PTSD 症状は子どもの全般的な精神面の問題や行動面の問題に影響を及ぼすことが示唆された。

なお、母親が評定した DV による生活への影響と子どもの行動面・精神面との関連についても相関分析を行ったが、有意な関連は認められなかった。したがって、子どもの問題行動や精神状態は生活環境よりも、母親の精神状態に左右されることが示唆される。

c. 子どもから見た母親の養育態度と子どもの行動面・精神面との関連について

子どもが認知する母親の養育態度が子どもの問題行動や精神状態とどのように関連するかを明らかにするため、子どもが親の養育態度を評定した PBI の各下位尺度得点と子どもの IES-R 得点、YSR 得点、およびもぐら一データとの相関分析を行った。

その結果、養護因子と IES-R 得点との間に有意な正の相関関係が認められた

( $N=28$ , 侵入:  $r=.55$ ,  $p<.05$ ; 過覚醒:  $r=.66$ ,  $p<.01$ ; 総得点:  $r=.55$ ,  $p<.05$ )。PBI の養護因子は得点が高いほど「養護されていない」という否定的な評価になるため、この結果は母親から「養護されている」と捉えられないと、子どもの PTSD 症状が悪化すると解釈できる。なお、母親の IES-R 得点と PBI の養護因子との相関分析を行ったところ、有意な正の相関関係が認められたことから ( $N=28$ , 侵入:  $r=.55$ ,  $p<.01$ ; 回避・麻痺:  $r=.61$ ,  $p<.01$ ; 過覚醒:  $r=.60$ ,  $p<.01$ ; 総得点:  $r=.67$ ,  $p<.001$ )、母親の PTSD 症状が悪化すると、子どもは母親に「養護されていない」と捉えるようになることがいえる。PTSD 症状は母子間で直接の関係にない可能性があることは前述したとおりであるが、この結果から、母親の PTSD 症状と子どもの PTSD 症状の間には「母親の養育態度」が媒介する可能性が指摘される。つまり、母親の PTSD 症状が悪化し、自分のことに精一杯で子どもに手が回らなくなると、子どもは母親から「ケアされていない」という不安に陥り、子どもの PTSD 症状が悪化することが考えられる。

また、PBI 得点と YSR 得点において同様に相関分析を行った結果 (Table14)、やはり PBI の養護因子と YSR 得点との間に有意な正の相関関係が認められた ( $N=28$ , 内向尺度:  $r=.63$ ,  $p<.001$ ; 外向尺度:

$r=.54$ ,  $p<.01$ ; 総得点: $r=.62$ ,  $p<.001$ )。つまり、子どもが母親から養護されていないと捉えると、行動面や精神面の問題が増悪するといえる。さらに、PBI 得点ともぐら一データにおいても相関分析を行い、養護因子と正答率 ( $N=26$ ,  $r=-.49$ ,  $p<.05$ ), 正答率のばらつき ( $r=.50$ ,  $p<.05$ ), 見逃し ( $r=.43$ ,  $p<.05$ ), お手つき ( $r=.48$ ,  $p<.05$ ) の間に有意な相関関係が見られた (Table15)。この結果から、「母親から養護されていない」と子どもが捉えると、注意が散漫になり、正答率は下がり、正答率のばらつきが増え、見逃しやお手つきの頻度も増えることがいえる。したがって、母親の養育態度は子どもの行動面・精神面に大きく影響すると考えられる。

臨床現場では、子どもの気になる行動のひとつに「赤ちゃんがえり」を訴える母親が多い。DV から逃れて家を出た後、子どもは母親に対する甘えが強くなり、実年齢に見合わない行動（泣いて駄々をこねる、母親にくっついて離れない等）をするようになったり、母親の愛情を取り合うきょうだいケンカを頻発したりするようになるようである。このように臨床現場でよく聞かれる子どもの行動も含めて本研究の結果を考慮しても、やはり「自分が母親からどれだけ注目されているか」という認知的評価が、子ども自身

の精神安定に影響するのだろうと考えられる。

なお、PBI の過保護因子ともぐら一ずの正答率の間に有意な正の相関関係 ( $r=.48$ ,  $p<.05$ ), 正答率のばらつき ( $r=-.40$ ,  $p<.05$ ), 見逃し ( $r=-.54$ ,  $p<.01$ ), お手つき ( $r=-.44$ ,  $p<.05$ ) の間に有意な負の相関関係にあった (Table15)。これらの結果はつまり、母親が過剰に子どもに関わり、子どもをコントロールすることによって、もぐら一ずの成績が上がることを示唆するものであるが、もぐら一ずは子どもの注意力や衝動性を測定する検査である。子どもの不注意や衝動性は、母親の積極的な関わりが求められる行動であるため、本研究のような結果が得られたと考えられる。なお、PBI の過保護因子と YSR との間に有意な相関が認められなかった (Table14)。したがって、母親の過剰な接触は、子どもが示す問題の種類によっては効力をもたなくなるといえ、子どもとの適切な距離を保つことが重要であることが示唆される。

d. 母親から見た子どもの行動面・精神面と子ども自身による行動面・精神面とのギャップについて

実施された母親評定による CBCL と子ども自身によって評定された YSR の相関係数を算出した結果を Table16 に示した。

その結果、母親が評定した子どもの行動・精神面と子ども自身が評定した行動・精神面との間に有意な正の相関が認められた。したがって、前年度の結果とは異なり、DV被害にあった母親は子どもの行動や精神状態を比較的正確に認識していると考えられる。

母親評定によるCBCL得点と子ども自身の評定によるYSR得点、および前年度(加茂・金ら, 2006)に報告した小児精神外来に通院する臨床群の得点、健常群の得点(親評価; 井潤・上林ほか, 2001)をTable17に示した。これらの得点を比較してみると、小児精神外来に通院する臨床群は内向得点、外向得点、および総得点いずれにおいても、子どもの方が親よりも自身の問題を重く捉えていることが示されている。

その一方で、DV被害にあった母子間では内向尺度の得点は子どもの方が高く、子どもは自身の内向的な面での問題を重く捉えているが、外向尺度の得点は母親の方が子ども自身よりも高く、子どもの外向的な面に対して子ども自身よりも深刻に捉えていることがわかる。しかしながら、総得点では両者に差はほとんどなかった。

以上の結果より、DV被害にあった母親は子どもの状態をよく認識できているが、子どもの内面よりもむしろ、目に見えや

すい行動などの外向的な問題の方に注意が向きやすく、かつ深刻に捉えていることが示唆される。

#### 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、1年間の追跡調査を行うことで検討することであった。

本研究の対象者は日常的に(対象者の61.0%がほぼ毎日)、しかも長期にわたって(76.0%が5年以上)、DV被害を受けていた。対象者全員が長期的な心理的暴力を受けており、付随して身体的暴力や性的強要を受けていた人数も多かった。対象児に関しても、過半数を超える子どもが長期間にわたって日常的にDVを目撃していたり(87.5%)、直接的に暴力を受けていた(66.7%)。

暴力がもたらす母子間の相互作用を検討した結果、母親が受けた身体的暴行と性的強要の被害頻度が多いほど、母親の精神症状のみならず、子どもの行動面・精神面の問題も出現・悪化しやすくなることが示唆された。特に、身体的暴行は母親のPTSD症状や子どもの衝動性を強め、性的強要は母子双方のPTSD症状や母親の解離症状を強めることが明らかにされた。

さらに、本研究の結果から、母親の精神症状も子どもの問題も1年で大きく変化することはなく、維持されてしまうことも示された。精神的な暴力に比べて、身体的暴力や性的暴力は母子にとってインパクトが大きく、その衝撃は長期にわたって尾をひくものであることがいえるだろう。

母子の問題のみならず、DV被害が生活面に及ぼす悪影響も調査開始1年を経ても大きく改善されることはないことが本研究から明らかにされた。そして、不安定な生活環境は母親のPTSD症状の悪化につながることも本研究から示された。これらの結果は、DVの問題は単に加害者と被害者を引き離せばよいということではないこと、そして加害者から避難した後の被害者に対するケアやフォローについて再考する余地があることを意味しているといえるだろう。本研究の対象者は、加害者から避難した後に精神科外来でメンタルケアと生活のフォローを継続して受けている人々である。しかし、そのような人々であっても、長期にわたってDV被害の影響に苦しめられていることが本研究から明らかにされた。いかにDV被害が被害者の人生に大きなインパクトを与えるものであるかを窺い知ることができるだろう。被害者のメンタルヘルスを守るためにも、単に加害者から避難させる

だけではなく、避難後早期に被害者が安全に生活でき、安心して専門的なケアとフォローが受けられる環境づくりに重点を置くことが今後求められる。

ところで、本研究からDV被害によって生じた母親の否定的で不合理な認知（自己や世界に対する否定的認知、自責の念）が自身のPTSD症状を悪化させることも示された。ストレス対処については、回避症状とのみ関連があることが明らかにされた。したがって、DV被害にあった母親のPTSD症状には認知行動療法(Cognitive Behavior Therapy: CBT)が有効である可能性が考えられる。特に、否定的な認知がPTSDの三症状すべてと関連していたこと(Table 8)、そして否定的認知は長期にわたって強く維持されていたこと(Fig. 10)から、DV被害にあった母親には認知的要素をうまく取り入れたCBTの治療パッケージを組むことが症状低減に効果的であるかもしれない。また、母親に対するストレス・マネジメント教育が回避症状の低減に有用である可能性も考えられる。母親のPTSD症状に対するCBTの有効性を検討する上で、DV被害にあった母親の認知・行動と症状との関連についてより検討し、理解を深めていくことが今後重要となってくるだろう。

母親の精神症状(主にPTSD症状)はDV



被害の程度，DV 被害によって生じた生活環境への悪影響や否定的な認知によって悪化することは前述したとおりである。子どもの場合，DV 被害が精神症状や問題行動に影響を及ぼすことはもちろんであるが，母親の精神症状や養育態度に大きく左右されることが本研究の結果から示唆された。生活への悪影響と子どもの問題行動や精神状態に相関は認められなかったことから，生活環境よりも母親による要因の方が大きいといえるだろう。

特に注目すべき点は，母親の養育態度との関連である。本研究では母子間において PTSD 症状に直接的な関係は認められなかったものの，子どもが母親の養育態度を「養護的」として捉えると，子ども自身の PTSD 症状は低減することが示された。つまり，母親の養育態度に対する子どもの主観的な評価が，子ども自身の PTSD 症状に影響するということができる。しかし，母親の精神状態が悪化すれば，子どものことに目が行きにくくなることは想像に難くない。そのような母親の態度が子どもを不安にし，症状を悪化させ，しかもその状態が長期にわたって維持されるのであれば，母子のメンタルヘルスのみならず，母子関係の悪化にもつながると考えられる。これは早期に解決すべき大きな問題に発展する可能性が高い。

さらに，母親評定による CBCL 得点と

YSR 得点を比較したところ，母親は子どもの外向的な問題の方を深刻に捉え，子どもは自身の内向的な問題の方を深刻に捉えており，問題に対する認識が相互に異なっていることが考えられた。問題に対する目の向け方が母子間で異なると，「養護的かどうか」の認識にも母子間で食い違いが生じる可能性も十分に考えられる。すなわち，母親は子どものことをよく見ているし，ケアできていると思っけていても，その問題は子どもにとって重要ではなく，その他にケアされたい問題があれば，母親は自分を「ケアしていない」という評価になってしまうことが考えられる。子どもが母親に「ケアされている，守られている」という安心感を抱き，精神面・行動面を安定させるためには，母子間のパイプ役となる専門家の存在，そして母親が子どもの問題にどのように注意を向け，どのようにケアすべきかを学び，実践する機会（例えばペアレント・トレーニングなど）をもつことが重要となってくるだろう。

正木・柳田ほか（2007）は被害者同士である母子関係の均衡を修復し，適切で良好な関係の再構築を目指した治療プログラムである Parent-Child Interaction Therapy (PCIT: 親子のための相互交流療法) について紹介している。本研究の結果から，このような治療プログラムをわ

が国においても積極的に導入し、母子が相互に適切な関わりをもてるように支援することが必要であると考えられる。臨床現場においては、子どもが成長するにつれて加害者へと変貌し、母親を攻撃するケースが少なくない。本研究において、加害者側の両親間にDVがあったケースが全体の66.67%を占めていたことは、「被害者」が「加害者」に変容する可能性の高さを示すものといえるだろう。PCITが作成された背景にも、おそらく子どもの攻撃性をもたらす深刻な問題が存在しているのだろうと推察される。その証拠に、PCITは子どもの攻撃性の改善に有効であることが報告されている（正木・柳田ほか、2007）。子どもが加害者へと変貌し、再び暴力に脅かされる環境を作らないよう、予防的観点からも母子関係への早期治療介入が重要であるといえる。

ところで、本研究の結果から、男児よりも女児の方が精神面・行動面の問題が深刻であり、長期にわたって維持されることが明らかにされた。しかし、女児のもぐら一ずの成績は時間経過にともなって良くなっており、母親が実際よりも女児の問題を深刻に捉えている可能性が考えられた。しかし、もぐら一ずの課題は検査者の注目を浴びながら実施するため、「人から良く見られたい」という欲求が課題への動機づけになっている可能性も

考えられる。体力面等を考慮すれば、男児に比べると女児の問題行動は周囲から問題視されていない可能性があるため、女児特有の問題行動の特徴は何か、母親は何をもって問題行動として捉えているか、検討する余地はあるだろう。

本研究における1年間の追跡調査により、これまで十分に明らかにされていなかった加害者から避難した後の母子の変化、そして母子の相互作用について明らかにすることができた。暴力被害から逃れてきた母子の追跡研究が国内外を通じて十分に行われてこなかった大きな理由に、シェルター等の施設利用後に被害者の追跡が困難であることが挙げられる。そして、DV被害者は加害者から逃れた後に山積する課題（加害者からの身の保全・安全確保、離婚等の法的手続き、生活環境の整備、自身や子どものケア、親子関係・家庭の再構築など）をこなすことで精一杯であり、研究に参加できる余裕がないことも挙げられる。DV被害者を対象とした追跡調査は非常に難しいといえ、その困難な状況下で得られた本研究のデータは、DV被害者を支援する上で非常に希少で意義のあるものといえる。今後も調査を継続し、有用な情報収集と問題提起をしながら、DV被害に見舞われた母子のニーズに応える努力を続けていく

ことが支援者としての義務であろう。

注)

前年度と同様、PTSD に該当した者の人数が SCID と M. I. N. I. で相違があったが、これは PTSD の診断基準Aの表現が SCID と M. I. N. I. で異なるために起こったと考えられる。自身が体験した DV 被害を SCID における基準 A「気持ちをひどく動揺させる出来事」には該当するが、M. I. N. I. における基準 A「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」には該当しないと回答する者が多く、そのために M. I. N. I. において PTSD の診断基準を満たした者の人数は SCID において満たした者の人数よりも少なくなっていた (Table 4, 5 参照)。同様の現象は吉田・小西ほか (2005) においても認められており、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。

加茂 (2004) は、長期間の暴力被害によって自己評価の低下を主体とした認知障害が起こることを指摘している。したがって、PTSD の診断基準 A を満たすような出来事であったとしても、「自分の体験は大した出来事ではない」と自己の体験を実際よりも低く評価してしまうために、

M. I. N. I. では PTSD と判断されない可能性が考えられる。

追記)

本研究は、今後の DV 被害者に対するケアの必要性を理解していただき、積極的に調査に参加して下さった対象者の皆様のおかげで実施することができました。この場をお借りして、記して感謝の意を申し上げます。

## E. 文献

American Psychiatric Association (著)  
高橋三郎・大野裕ほか (訳) 2003 DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き  
医学書院

First, M. B., Gibbon, M., et al. (著)  
北村俊則・富田拓郎ほか 2003 精神科  
診断面接マニュアル SCID—使用の手引き・テスト用紙 日本評論社。

石井朝子・飛鳥井望ほか 2003 ドメスティックバイレンス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, 817-823.

石井朝子 2005 DV 被害母子に対する援

助介入に関する研究 平成16年度厚生労働科学研究 子ども家庭総合研究事業報告書（主任研究者 石井朝子）

井潤知美・上林靖子ほか 2001 Child Behavior Checklist/4-18 日本語版の開発 小児の精神と神経, 41, 243-252.

神村栄一・海老原由香ほか 1995 対処方略の三次元モデルの検討と新しい尺度（TAC-24）の作成 教育相談研究, 33, 41-47.

加茂登志子 2004 PTSD と診断されたドメスティック・バイオレンス被害女性の1例 こころのライブラリー（11）PTSD（心的外傷後ストレス障害） 星和書店 pp147-163.

加茂登志子・金吉晴ほか 2007 DV 被害を受けた母子へのフォローアップ研究（2）— DV 被害が母親の状態把握に及ぼす影響に関する検討 — 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）

金吉晴・柳田多美ほか 2005 DV 被害を受けた女性とその児童の精神健康調査 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）

金吉晴・加茂登志子ほか 2006 DV 被害を受けた母子へのフォローアップ研究 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）

金吉晴・加茂登志子ほか 2007 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 — 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）

長江信和・増田智美ほか 2004 大学生を対象としたライフ・イベントの実態調査と日本版外傷後認知尺度の開発 行動療法研究, 30, 113-124.

中田洋二郎・上林靖子ほか 1999 幼児の行動チェックリスト（CBCL/2-3）の日本語版作成に関する研究 小児の精神と神経, 39, 305-316.

正木智子・柳田多美ほか 2007 PCIT（Parent-Child Interaction Therapy）— 親子のための相互交流療法について — トラウマティック・ストレス, 5, 67-73.

小川雅美 1991 PBI (Parental Bonding Instrument) 日本版の信頼性、妥当性に関する研究 精神科治療学, 6, 1193-1201.

奥山真紀子 2005 被害児童への治療・ケアのあり方に関する研究 平成 16 年度厚生労働科学研究 子ども家庭総合研究事業 報告書 (主任研究者 石井朝子)

Parker, G., Tupling, H., Brown. L. B. 1979 A parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.

Putnam, F. W., Helmer, K. et al. 1993 Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse and Neglect*, 17, 731-741.

Sheehan, D. V., & Lecrubier, Y. (著) 大坪天平・宮岡等・上島国利 (訳) 2000 M.I.N.I.—精神疾患簡易構造化面接法 星和書店.

山崎晃資 2001 高機能広汎性発達障害およびアスペルガー症候群の神経心理学的特徴に関する研究 厚生科学研究補助金 障害保険福祉総合研究事業 総括・分

担報告書 (主任研究者 石井 哲夫)

吉田博美・小西聖子ほか 2005 ドメスティック・バイオレンス被害者における精神疾患の実態と被害体験の及ぼす影響 ト라우マティック・ストレス, 3, 83-89.

## F. 関連業績

### 著作

加茂登志子 8. ドメスティック・バイオレンス 心的トラウマの理解とケア 第2版 じほう, 152-161.

### 研究発表

Masaki, T., Ogawa, A., Yanagita, T., Kamo, T., & Kim, Y. 2006 *Research on the mental health of the mother and her child who suffered DV damage: Interim Report(1)*. Poster session presented at the 22nd annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Hollywood, CA.

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得 なし。
2. 実用新案登録 なし。
3. その他 なし。

Table1 DVSI(総得点, 下位尺度得点)の平均得点と標準偏差(SD)

(N=21)	DVSI							
	身体的暴行		性的強要		心理的攻撃		合計	
	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
最近1年	4.55	7.65	2.67	7.14	8.86	7.42	15.40	19.27
最悪時*	10.81	9.86	2.33	5.57	16.10	3.02	29.24	14.74

※ 最悪時の平均期間=1.27年(SD=1.29)

Table2 母親が受けたDV被害の内容と被害期間

	身体的暴力 (N=21)	性的暴力 (N=21)	心理的暴力(N=21)			追求 (N=21)	その他 (N=21)
			言葉の暴力	行動制限	経済的暴力		
被害なし	4	8	0	1	5	6	12
被害あり	17	13	21 ※	20 ※	16	15 ※	9
被害期間							
1ヶ月未満	3	0	0	0	0	2	0
～1年未満	1	1	0	1	1	6	0
1～3年未満	2	3	6	3	3	2	2
3～5年未満	1	2	1	4	2	1	1
5～10年未満	6	3	7 ※	5 ※	5	2	0
10年以上	4	3	7	7	6	0	1
不明	0	1	0	0	0	2	1

※夫の親戚からの被害を含む。



Table3 DVSI得点とIES-R(母親)得点, およびDES-II 得点間における相関分析の結果

	IES-R(母親)				DES-II
	総得点	侵入症状	回避・麻痺症状	過覚醒症状	
(N=21)					
DVSI(最近1年)					
身体的暴行	.50 *	.36	.54 *	.44 *	.20
性的強要	.61 **	.54 *	.56 *	.55 *	.31
心理的攻撃	.06	.05	.09	.00	-.21
総得点	.43 *	.35	.45 *	.36	.09
DVSI(最悪時)					
身体的暴行	.34	.31	.35	.25	.31
性的強要	.69 ***	.68 ***	.55 *	.62 **	.49 *
心理的攻撃	.11	-.03	.31	.00	.09
総得点	.51 *	.46 *	.50 *	.40	.41 *

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

Table 4 各期におけるM.I.N.I.の評定結果

M.I.N.I.	ベースライン期 (N=16)		3か月後FU期 (N=12)		6か月後FU期 (N=14)		9か月後FU期 (N=10)		12か月後FU期 (N=11)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
いずれかの精神疾患 (現在症のみ)	9	56.25	4	33.33	8	57.14	2	20.00	1	9.09
PTSD(現在)	5	31.25	2	16.67	3	21.42	1	10.00	2	18.18
大うつ病性エピソード(現在)	5	31.25	1	8.33	6	42.85	1	10.00	4	36.36

Note. M.I.N.I.=The Mini-International Neuro-psychiatric Interview; FU=Follow-up

Table5 各期におけるSCIDの評価結果

SCID	ベースライン期 (N=16)		3か月後FU期 (N=12)		6か月後FU期 (N=14)		9か月後FU期 (N=10)		12か月後FU期 (N=11)		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
PTSDの診断基準(現在) にすべて該当したか?	該当した	10	62.50	3	18.75	5	31.25	3	18.75	4	25.00
	該当せず	6	37.50	9	56.25	9	56.25	9	56.25	7	43.75
PTSD症状の重症度	軽症	0	0.00	0	0.00	1	7.14	1	10.00	1	9.09
	中等症	6	37.50	2	16.67	2	14.29	1	10.00	3	27.27
	重症	4	25.00	1	8.33	3	21.43	1	10.00	1	9.09
	部分寛解	6	37.50	9	75.00	8	57.14	9	90.00	6	54.55

Note. SCID=Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder; FU=Follow-up

Table6 各期におけるDES-II 得点の平均と標準偏差(*SD*)

	DES-II	
	平均	<i>SD</i>
ベースライン期	10.22	9.15
3カ月後FU期	7.32	12.38
6カ月後FU期	13.13	18.01
9カ月後FU期	8.88	14.61
12カ月後FU期	6.96	10.16