

- 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。

本年度は前年度よりも長期間(12ヵ月)の追跡調査を通じて、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うかを検討した。その結果について、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ヵ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。今年度は2006年5月15日~2007年12月15日に調査を実施した以下の母子を分析の対象とした。なお、母親の精神的健康と子どもの精神面・行動面の問題における時系列的变化の検討において、今年度より参加し、12ヵ月後フォローアップ調査が終了していない母子に関しては、2006年5月15日~2007年12月15日の間に3ヵ月後フォローアップ期まで終了した母子を分析対象に加えた。

### ベースライン期

母子24組。母親21名(35.81±6.83歳)、子ども24名(男児12名、6.92±3.32歳; 女児12名、6.83±4.17歳)。

なお、母親の精神的健康と子どもの精神面・行動面の問題における時系列的变化を検討においては、母子19組(母親16名[35.69±6.91歳]、子ども19名[男児11名、6.45±3.05歳; 女児8名、7.00±4.75歳])を分析対象とした。

### 3ヵ月後フォローアップ期

母子13組。母親12名(35.33±6.96歳)、子ども19名(男児11名、6.45±3.05歳; 女児8名、7.00±4.75歳)。

### 6 ヶ月後フォローアップ期

母子 16 組。母親 14 名 (36.00±6.68 歳), 子ども 19 名 (男児 11 名, 6.45±3.05 歳; 女児 8 名, 7.00±4.75 歳)。

### 9 ヶ月後フォローアップ期

母子 12 組。母親 10 名 (35.20±7.18 歳), 子ども 15 名 (男児 8 名, 6.38±2.92 歳; 女児 7 名, 7.43±4.96 歳)。

### 12 ヶ月後 (1 年後) フォローアップ

母子 13 組。母親 11 名 (36.00±7.27 歳), 子ども 15 名 (男児 8 名, 6.38±2.92 歳; 女児 7 名, 7.43±4.96 歳)。

なお, 12 ヶ月間のフォローアップ調査を完遂した母子は 9 組 (母親 9 名, 子ども 11 名) であった。

## 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 (13 週±1 週) 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」, 「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 Neuro-psychiatric 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 PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale :

日本語版外傷後ストレス診断)

PDS (長江・廣幡ら, 2007) は DSM-IV-TR (APA, 2003) による PTSD の診断基準に対応した成人用の自記式質問紙である。PTSD の判定に加え、症状の総合的重症度や機能障害などを測定することが可能である。

⑤ DES- II (Adolescent Dissociative Experiences Scale: 成人版解離性尺度)

⑥ PTCI (Posttraumatic Cognition Inventory: 日本版外傷後認知尺度)

⑦ 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。TAC-24 は 3 つの上位尺度 (「問題解決・サポート希求」、「問題回避」、「肯定的解釈と気そらし」) と 8

つの下位尺度(「情報収集」,「放棄・諦め」,「肯定的解釈」,「計画立案」,「回避的思考」,「気晴らし」,「カタルシス」,「責任転嫁」)から構成されている。

なお,PTCI と TAC-24 は調査前に回答し,調査当日に持参するように依頼した。

#### 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/4-18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つの上位尺度(「内向尺度」,「外向尺度」)はCBCL/4-18と共通する。

##### 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分経過後,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。

なお，母親評定による CBCL，ADHD RS-IV-J，および CDC は調査前に回答し，調査当日に持参するように依頼した。

⑥ 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，11 歳以上の子どもには母親と同様に 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。

⑦ PBI（Parental Bonding Instrument）

PBI（Parker, 1979）は親の養育態度を評価するための自記式質問紙（子ども評定）である。本研究では小川（1991）の翻訳による日本語版の尺度を使用した。PBI は 2 因子（養護 [care] 因子，過保護 [over-protection] 因子）25 項目から成り立っており，自身の母親の養育態度について「非常にそうだ」（3点）から「まったく違う」（0点）までの 4 段階で子どもに評定するように求めた。養護因子の得点が低いほど，過保護因子の得点が高いほど，養育態度を肯定的に評価したことになる。

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，電子メール）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=21)

既往歴 精神科の既往歴はなかった。

最終学歴 高卒3名，専門学校卒4名，短大卒8名，大学卒6名であった。

職歴 全員が働いた経験をもっていた（正社員15名，パート3名，アルバイト12名，その他〔派遣社員など〕3名；重複あり）。現在，21名中14名が無職であり（全体の66.7%），8名が生活保護や児童扶養手当などの支給により生活し，5名が親の収入や過去の貯蓄，元夫からの養育費で生活し，1名がその他の方法（貯金など）で生活していた。本人の収入のみで生活している者は7名であった。

調査が終了した11名の就職状況を見ると，ベースライン期において職に就いていた者は3名であったが，1年後には6名が職に就き，1名は進学した。母親自身の体調や子育てなどに合わせて，パートタイムで働くケースが多かった。

婚姻歴 20名が初婚，1名が再婚であった。ベースライン期において，21名中12名が加害者と離婚しており，9名が別居中であった。

調査が終了した11名の婚姻関係の変化を見ると，ベースライン期において加害者と離婚した者は7名であったが，1年が経過した時点で9名に増えていた。11名中2名は離婚が困難な状況にあり，別居という形をとっていた。

ソーシャルサポート 全員が何らかの心理的サポート資源をもっていた（頼れる人：平均4.33名，気が楽になる人：平均3.52名）。

調査が終了した11名のソーシャルサポート資源に関しては，1年後に頼れる人の平均人数はほとんど変わらず（ベースライン期：4.70名，12ヵ月後フォローアップ期：3.91名），気が楽になる人の平均人数が増えていた（ベースライン期：3.92名，12ヵ月後フォローアップ期：5.64名）。

飲酒 21名中15名に飲酒歴があった（現在飲酒者は5名）。なお，飲酒の問題はなかった。

調査が終了した11名の飲酒状況については，ベースライン期（3名）よりも1年後（5名）に飲酒者が増えていたが，就職などにより，付き合いで飲みに行く機会が増えたことが大きく，飲酒の問題による増加ではなかった。

喫煙 21名中7名に喫煙歴があった（現在喫煙者は5名）。調査が終了した11名の喫煙状況は1年を通じて変化はなかった。

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21名中4名（19.05%）であった（15

名が「なし」、2名が「不明」)。一方、加害者側の両親間にDVがあったと報告した者は21名中14名であり、全体の66.67%を占めていた(2名が「なし」、5名が「不明」)。

## 2) DV被害状況

### a. 母親の被害状況について

DVを結婚後に体験した者は21名中9名(42.9%)であり、そのうち1名は妊娠中、1名は出産後に体験したことを報告した。他は交際中(10名)、婚約中(2名、1名は婚約と同時に同棲した)にDVを体験し、そのうち5名は妊娠中にDVを体験したことを報告した。

DVSIの結果をTable 1, 被害内容についてはTable 2に示した。前年度と同様、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、追求を受けていた。また、性的強要も受けていた人は21名中13名(61.9%)もいた。さらに、分析対象となった母親の76.0%が5年以上被害に遭っており(Fig. 1), 半数以上(61.0%)がほぼ毎日なんらかの被害に遭っていた(Fig. 2)ことが明らかになった。Fig. 2を見ると、前年度とは異なり「ほぼ毎日(47.0%)」の次に「週4~5回(14.0%)」被害に遭っていた人が多く、したがって対象者は日常的に暴力を受けていたことがわかった。なお、「その他(19.0%)」に

については「気分によって変わるのでわからない」、「3ヵ月ごとに集中的に暴力を振るう」、「月に1回」などの回答が得られた。また、別居・離婚後も21名中10名(47.6%)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)。

### b. 子どもの被害状況について

24名のうち21名(87.5%)がDVを目撃しており、16名(66.7%)が直接被害を受けていたことが明らかとなった。直接の被害にあっていた子どもの75.0%が1年以上、25.0%が1年未満の期間で父親から暴力を受けており(Fig. 3), 50.0%がほぼ毎日、40.0%が1日おきの頻度で被害に遭っていた(Fig. 4)。さらに、DVを目撃していた子どもの85.0%以上が1年以上(Fig. 5), 57.1%が週のほとんどで母親が受けるDVを目撃していた(Fig. 6)。

### c. DV被害によるPTSDの有無

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たことを報告する者はいたが、「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。調査初回(ベースライン期)に

において SCID を行った結果、PTSD の診断基準を満たした者は 21 名中 19 名であった（全体の 90.48%）。

母親の DV 被害の頻度と PTSD 症状との関連をみるため、DVSI 得点と IES-R の下位尺度得点および総得点との間で Pearson の積率相関係数( $r$ )を算出した。その結果を Table 3 にまとめた。Table 3 に示したとおり、最近 1 年の DVSI 総得点と IES-R 得点との間に有意な正の相関関係が認められた ( $r=.43, p<.05$ )。暴力被害のうち、最近 1 年に受けた「身体的暴行」と「性的強要」の得点と IES-R 得点との間に有意な正の相関関係があることが示された (Table 3)。また、暴力が最もひどかった時期（最悪時）の「性的強要」の得点と IES-R 得点との間にも有意な正の相関が認められた (Table 3)。さらに、DVSI 得点と DES-II 得点に関しても同様に相関係数を算出した結果 (Table 3)、最悪時の DVSI 総得点と DES-II 得点との間 ( $r=.41, p<.05$ ) に有意な正の相関が認められた。特に最悪時の「性的強要」と DES-II 得点との間に有意な正の相関が認められた ( $r=.49, p<.05$ )。したがって、DV 被害の中でも身体的暴行と性的強要の被害頻度が多いほど、母親の精神症状が出現・悪化するといえる。特に、性的強要が母親の精神的健康に悪影響を及ぼすことが明らかとなった。

#### d. DV 被害による生活への影響度

調査を完遂した者 9 名 (33.67±7.40 歳) を対象に、DV 被害による生活への影響度の変化を Fig. 7 に示した。Fig. 7 を見ると、母親自身に関しては 6 ヶ月、9 ヶ月フォローアップ期において、さまざまな場面で多くの支障が生じていた。調査では 6 ヶ月の時点において、PTSD 症状による生活への悪影響（電話やメールが困難、近所で似た人を見かけた等）を訴える者が多かった。また、9 ヶ月後フォローアップ期には「子どもの学校など」のように子どもの生活場面で DV による支障が生じていた。

調査を完遂した者 9 名を対象に各期における生活への影響度の変化を検討するため、反復測定による分散分析を行った。その結果、「母親自身の外出困難」においてのみ時期の有意な差が認められた ( $F(4, 32)=3.01, p<.05$ )。多重比較の結果、外出困難の程度はベースライン期よりもフォローアップ期（3～12 ヶ月後）において改善されていた（すべて  $p<.05$ ）。したがって、調査を完遂した者 9 名を対象に解析した場合、DV 被害が母親の外出に及ぼす悪影響の程度は調査開始 3 ヶ月後には改善され、1 年後まで維持されることが示されたが、他の生活面においては DV による影響に大きな変化はないことが示唆された。



これらの結果は、加害者から離れた後も長期にわたってDV被害による生活への悪影響は維持されてしまい、なかなか改善されないことを示唆するものといえるだろう。また、前年度（金・加茂ほか、2007）と同様に、加害者から新たな危害を加えられる不安（待ち伏せや子どもの連れ去り等）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。加害者から離れた後に生じる新たな不安や心配に長期間悩まされ続けている様子が伺え、DV被害者の生活支援が重要な役割を果たすことが示唆される。

ところで、母親のベースライン期からフォローアップ期にかけての生活への影響度とIES-R得点との関係を検討するため、相関分析を行った結果（Pearsonの積率相関係数 $r$ を算出）、DV被害が及ぼす身の回り（生活環境）への影響と外出困難の程度がIES-Rの侵入症状（ $N=71$ ，身の回り： $r=.27$ ， $p<.05$ ；外出困難： $r=.32$ ， $p<.01$ ）、過覚醒症状（ $N=71$ ，身の回り： $r=.26$ ， $p<.05$ ；外出困難： $r=.34$ ， $p<.01$ ）、および総得点（ $N=71$ ，身の回り： $r=.26$ ， $p<.05$ ；外出困難： $r=.32$ ， $p<.01$ ）と正の相関関係にあることが示された。なお、同様にDES-II得点との相関分析を行ったが、生活への影響度との関連は認められなかった。つまり、不安定な生活環境は

母親のPTSD症状の悪化につながるといえ、DV被害者に対する早期の生活支援が重要であることを裏づける結果といえるだろう。

### 3) 母親の精神状態における時系列的変化

母親の精神症状を評価するため、M.I.N.Iを実施した。M.I.N.Iに記載されている、いずれかの精神疾患で診断基準（ただし現在症のみ）を満たした人数をTable 4に示した。Table 4に示したとおり、ベースライン期と6ヵ月後フォローアップ期において、気分障害（大うつ病性障害や気分変調症など）や不安障害（パニック障害、広場恐怖、PTSD<sup>註</sup>など）などの診断基準を満たす者が、対象者の過半数を占めることが明らかとなった。特に、大うつ病性障害とPTSDに多くの該当者が認められた。しかし、時間経過と共に該当する割合は減少する傾向にあった。

また、PTSDの診断基準を満たすかどうかを評価するため、各期においてSCIDを実施した。なお、各期において出来事チェックリストを行ったところ、「最も影響を受けた出来事」として対象者全員が「DV被害」を挙げており、SCIDで評価されたPTSD症状はすべてDV被害とその関連事項を起因とするものであった。SCIDによってPTSDの診断基準を満たすと判断され

た者の人数と重症度を Table 5 に示した。ベースライン期からフォローアップ期にかけて時間経過と共に PTSD の診断基準を完全に満たす者の割合は減っていたが、PTSD の診断基準を完全に満たさなかったとはいえ、症状がすべて消失したわけではなく、PTSD の三症状（侵入症状、回避・麻痺症状、過覚醒症状）は 1 年が経過しても部分的に残存し、持続していることが明らかとなった。

IES-R による PTSD 症状の時系列的変化について、平均得点のみを見ると、6 カ月後フォローアップ期に PTSD 症状は悪化し、特に侵入・再体験症状が優位となっているように見受けられるが、時間経過と共にゆるやかに低減していた。

調査を完遂した者 9 名を対象に PTSD 症状の時系列的変化を見るため、各期における母親の IES-R 得点（総得点と各下位尺度得点）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、下位尺度である「過覚醒」の得点が有意傾向であり、ベースライン期よりも 12 カ月フォローアップ期に「過覚醒」の得点が低くなる傾向にあった ( $F(1.48, 11.86)=3.02, p<.10$ ; なお、モークリーの球面性の仮説が棄却されたため、Greenhouse-Geisser の  $\epsilon$  による修正を行った)。総得点、侵入症状、および回避・麻痺症状においては有意な差は認められ

なかった。調査を完遂した者 9 名の IES-R 得点の変化を Fig. 8 に示した。Fig. 8 に示したとおり、IES-R の総得点は 1 年を経過しても高い得点を維持していることが明らかとなった。

次に、PTSD 症状の重症度の時系列的変化を見るため、調査を完遂した 9 名の PDS の総合的重症度について反復測定による一元配置の分散分析を行った。その結果、時期による差は認められた ( $F(4, 32)=3.64, p<.05$ )。多重比較の結果、ベースライン期（中等度～重度）よりも 3 カ月後・9 カ月後・12 カ月後フォローアップ期（中等度）の方が重症度は軽減していた。しかし、症状は中等度レベルから下がることはなかった。また、生活機能障害の程度については同様に分散分析を行ったところ、時期による差はなかった。調査を完遂した者 9 名の PDS における重症度、および機能障害の程度の変化は Fig. 9 に示したとおりである。

DES-II の得点についても同様に反復測定による一元配置の分散分析を行ったが、有意な差は認められなかった ( $F(1.86, 13.02)=1.58, n. s.$ ; Greenhouse-Geisser の  $\epsilon$  による修正を行った)。しかし、平均得点はベースライン期からフォローアップ期にかけて、解離性障害の発症リスクを示すカットオフポイント (30 点) は超えていなかった (Table 6)。

以上の結果から、PTSD 症状を主とする母親の精神症状の一部は時間経過に伴って緩やかに改善されるが、調査開始1年を経過しても残存し、維持される部分が大きいことが示された。

#### 4) 被害後の母親の認知とストレス対処の傾向における時系列的变化

1年後の調査を終えて、全期の PTCI と TAC-24 に回答した母親 10 名 (34.30 ± 7.26 歳) を対象に、被害後の認知の変化について、各期における PTCI の総得点および各下位尺度得点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。その結果、有意な差は認められなかった (総得点:  $F(4, 36)=1.25$ , n. s.; 自己に関する否定的認知:  $F(4, 36)=1.12$ , n. s.; 自責の念:  $F(4, 36)=.48$ , n. s.; 世界に対する否定的認知:  $F(4, 36)=.83$ , n. s.)。1年後の調査を終えた 10 名の PTCI の総得点および各下位尺度得点の変化を Fig. 10 に示した。Fig. 10 に示したとおり、各期における PTCI の総得点および各下位尺度得点は長江・増田ほか (2004) における中央値 (総得点: 97.0 点, 自己に関する否定的認知: 54.5 点, 自責の念: 14.0 点, 世界に対する否定的認知: 28.0 点) を超えて維持されていることが明らかにされた。

被害後における母親のストレス対処に

についても同様に、1年後の調査を終えた 10 名の各期における TAC-24 の各上位尺度得点、および下位尺度得点について反復測定による一元配置の分散分析を行った結果、有意な変化は認められなかった。1年後の調査を終えた 10 名の TAC-24 の各上位尺度得点の変化を Fig. 11 に示した。Fig. 11 を見ると、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。したがって、被害後もストレスに対して適応的な対処スタイルが維持されていることが示唆された。

ところで、ベースライン期からフォローアップ期にかけての TAC-24 の各上位尺度得点と IES-R 得点との相関分析を行ったところ (Pearson の積率相関係数  $r$  を算出), IES-R の「回避・麻痺」と TAC-24 の「問題回避」との間に弱い正の相関関係 ( $N=71$ ,  $r=.26$ ,  $p<.05$ ), IES-R の「回避・麻痺」と TAC-24 の「問題解決・サポート希求」との間に弱い負の相関関係 ( $N=71$ ,  $r=-.23$ ,  $p<.05$ ) が有意に認められた。IES-R の「回避・麻痺」と TAC-24 の「肯定的解釈と気そらし」、または他の PTSD 症状 (侵入, 過覚醒症状) と対処方略の頻度 (TAC-24) との間には有意な相関関係は認められなかった (Table 7)。

つまり、PTSD の三症状のうち、回避・麻

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 得点が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ず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、およびもぐら一ず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の三症状すべてと相関していたこと(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