

の概要、調査手順、WMH 調査票の使用法、模擬面接などから構成された。

WMH 調査では被験者の負担を軽減するため面接を2つのパートに区分し、対象者を面接中にサンプリングしていずれのパートの面接を実施するかを決めている。前半 (Part I) は全ての対象者に対して実施され、後半 (Part II) は対象者のうちからランダムに選択された者のみに対して追加調査として実施された。前半部分では主に心の健康問題 (精神障害を含む) の実態と相談・受診行動を、後半部分では心の健康問題の関連要因や心の健康に関する意識について調査を行った。トラウマティックイベントの経験は、Part II 面接で評価されたため、本研究では Part II 面接データ (N=1,710) を解析した。

2) 主要な調査項目

(1) トラウマティックイベント

トラウマティックイベントについては、表1に示すような「1. 心の傷になるような個人の経験」、「2. 個人の暴力」、「3. 他人に影響を及ぼす出来事」の3つのカテゴリーについて、合計27 (これ以外に「話したくなかったから言わなかった出来事」を含めて28) のトラウマティックイベントについて、これまでの生涯に経験したか否か、経験した場合には何歳で経験したか、また一番最近に経験した年齢についてたずねた。

(2) PTSD の診断

米国ハーバード大学医学部のデータコーディネーティングセンターから提供された SAS プログラムを使用して、面接データから DSM-IV 診断による PTSD の生涯診断を行った。

(3) 基本的属性

基本的属性として、性別、調査時年齢を調査した。調査時年齢は20-34歳、35-44歳、45-64歳、65歳以上に区分した。

3. 解析

統計解析は、SAS および SUDAAN によって行われた。Part II 面接は、Part I を終了した対象者のうちからある基準と確率によって選ばれた者に対して実施される。このためそのまま粗集計すると推定値が偏る。このため、本研究では以下のような2種類の重みづけを考慮した解析を行った。①回答者全員に対して、無回答者による対象の偏りを補正するために、全ての対象者はその性別、年齢分布をその地域の国勢調査人口における性別、年齢構成に合うように重みづけを加えた。②さらに Part II 面接の回答者は、その抽出比率 (Part I から Part II に移行する確率) に反比例した重みづけを行った。

それぞれのトラウマティックイベントの生涯経験ありの者における PTSD の生涯有病率 (およびその標準誤差) を計算した。またトラウマティ

ックイベントの生涯経験と PTSD 生涯診断との関連性について、多重ロジスティック解析により性別、年齢層 (4区分) を調整したオッズ比 (95% 信頼区間) を計算した。またトラウマティックイベントの生涯経験と PTSD の生涯診断との関連性を、男女別、年齢層別でも検討した。

4. 倫理的配慮

WMHJ 調査は、地域ごとにそれぞれ岡山大学医学部 (岡山県)、長崎大学医学部 (長崎市) および精神保健研究所 (鹿児島県)、山形大学医学部 (山形県)、順天堂大学医学部 (横浜市) における研究倫理審査委員会が調査計画の審査を受け、その助言に基づいて修正し、承認されている。調査では、個人同定可能な氏名、住所などの情報はカバーシートと呼ばれる台帳にしか記録せず、PC に保存される面接データには対象者 ID のみが入力されることとした。また面接時に入力されたデータは、各地域の調査センターのパソコン上で管理され、調査終了後に技術支援センターに転送された。これらのデータ転送過程においては、個人を同定可能な情報は各地域の調査センターに切り離して保管され、個人同定不可能な情報のみをやりとりすることで個人情報の保護に配慮した。

C. 結果

1. 全対象者における解析

1) トラウマティックイベントの生涯経験ありの者における PTSD の頻度

対象者全体では、PTSD の生涯有病率 (生涯経験者の人数) は、全体で 0.9% (38名) であった。男性では 0.2% (4名)、女性では 1.5% (34名) であり、女性で有意に頻度が高かった。

対象者全体における、トラウマティックイベントの生涯経験者における PTSD の生涯有病率では、大切な人の心の傷になるような出来事 (15.6%)、ストーカーにつけられた (15.0%)、強姦された (10.9%)、ひどい心の傷になるような出来事、あるいは命に関わるような出来事 (8.6%) で高かった (表1)。また、個人の暴力に関連したイベントの経験者ではいずれでも 5% 以上の生涯有病率が観察された。

2) トラウマティックイベントの経験と PTSD との関連

トラウマティックイベントの生涯経験と PTSD の生涯有病率との関連を多重ロジスティックで解析した結果 (表1) では、他の誰かに殴られた (オッズ比 18.2)、大切な人の心の傷になるような出来事 (同、11.6)、武器で襲われたりおどされたりした (同、9.3) で、有意でかつ比較的大きな相対リスクが観察された。特に個人の暴力に関するイベントでは、(強姦された以外で) 性的に暴行された、以外のイベントはすべて有意に高い

相対リスクと関連していた。他人に影響を及ぼす出来事に関するイベントでは、上に述べた以外で、大切な人の不慮の死、思いがけず他人に重傷を負わせたり殺したりしたことも PTSD と有意に関連していた。心の傷になるような個人の経験に関するイベントでは、その他、命に関わるような事故が有意に PTSD と関連していた。

2. 男女別にみたトラウマティックイベントの経験と PTSD との関連

男女別の解析では、男性では、命に関わるような病気(オッズ比 22.1)、子供の時、養育者に殴られた(同、18.5)、武器で襲われたりおどされたりした(同、23.0)、大切な人の心の傷になるような出来事(同、128.3)、ひどい心の傷になるような出来事、あるいは命に関わるような出来事(同、49.3)が有意に PTSD と関連していた(表2)。一方、女性では、配偶者や恋人に殴られた(津お40.5)、強姦された(同、7.7)、ストーカーにつけられた(同、11.2)が有意に PTSD と関連していた。また男性と共通して、子供の時、養育者に殴られた(同、5.7)、ひどい心の傷になるような出来事、あるいは命に関わるような出来事(同、5.3)が有意に PTSD と関連していた。

3. 年齢別にみたトラウマティックイベントの経験と PTSD との関連

年齢別の解析では、若年者(調査時 20-34 歳)で、他の誰かに殴られた(オッズ比 33.3)、ストーカーにつけられた(同、15.8)、死ぬところや死体を目撃したり、誰かが重傷を負うのを見たりした(同、5.5)、ひどい心の傷になるような出来事、あるいは命に関わるような出来事(同、7.9)の他、話したくなかったから言わなかった出来事(同、7.4)が有意に PTSD と関連していた(表3)。壮年期(調査時 35-49 歳)では、その他、命に関わるような事故(同、12.5)、他の誰かに殴られた(オッズ比 13.8)、に加えて、大切な人の不慮の死(同、8.3)、子どもの重病(同 9.5)、大切な人の心の傷になるような出来事(同、15.5)が有意に PTSD と関連していた。中高年(5-64 歳)では、命に関わるような病気(オッズ比 6.5)、個人の暴力のうち 7 項目(同、7.0~50.1)、大切な人の心の傷になるような出来事(同、110.3)、ひどい心の傷になるような出来事、あるいは命に関わるような出来事(同、15.9)が有意に PTSD と関連していた。65 歳以上高齢者では、PTSD と有意に関連したイベントはなかった。

D. 考察

わが国の地域住民の代表サンプルに対する調査データの解析からも、諸外国で観察されたと同様に、①自らの生命の危険につながる体験(暴力、脅し)、②死や重傷の目撃、③性的暴力、④大切

な関係にある者におきた経験(大切な不慮の死、大切な人の心の傷)になるような出来事が、PTSD と関連していることが示された。しかしながら、本研究における分析では、PTSD とトラウマティックイベントとの時間的な前後関係を解析では考慮していない。そのためイベントが PTSD を発症しやすくする一方で、PTSD を発症したことによる影響としてイベントが発生している可能性もあることに注意されたい。また本研究での分析は、トラウマティックイベントが PTSD 診断の A1 基準に該当するイベントかどうかを判断していない。そのため、人生ごく初期に発生したイベントが、その後の PTSD への罹患リスクを高め、その後に別のイベントが発生しこれが PTSD の直接の発症契機になったような場合もあることを念頭において結果を解釈する必要がある。

本研究では、他の誰かに殴られた、武器で襲われたりおどされたりしたなどの暴力関連のイベントは PTSD の高い相対リスクと関連していた。これは NSC 調査(Breslau et al. 1998; Darves-Bornoz et al. 2008; Frans et al. 2005; Kessler et al. 1995)と一致する結果である。欧州の地域住民に対する WHO-CIDI 3.0 を使用した調査では、介護者に殴られる、配偶者や恋人から殴られることは PTSD のリスクと 2~3.5 倍程度関係していた(Darves-Bornoz et al. 2008)。また、スウェーデンの調査では、強盗、身体的暴力が PTSD と関連するオッズ比は 1.9~5.0 と報告されている(Frans et al. 2005)。症例数が多くないため安定した解析ができていないが、わが国では暴力関連のトラウマティックイベントと PTSD との関係は諸外国よりも高い可能性がある。

強姦、ストーカーといった性的なトラウマティックイベントと PTSD との関係も本研究で確認された。これは、米国 NCS 調査の女性(Kessler et al. 1995)、プライマリケア医受診者の女性(Bruce et al. 2001)、オーストラリア(Rosenman et al. 2002)、スウェーデン(Frans et al. 2005)、メキシコ(Orozon et al. 2008)、欧州(Darves-Bornoz et al. 2008)での研究と一致していた。特に最近の欧州での調査ではストーカーの経験と PTSD のリスクとの関連が報告されており、今回の研究とも一致している。しかしトラウマティックイベントの関連性(オッズ比)の大きさを比較すると、本研究では、ドイツの調査(Perkonig et al. 2000)で報告されているほど性関連のイベントがそれ以外のイベントにくらべてより強く PTSD と関連するという傾向は見られなかった。

自分にとって大切な人の問題では「大切な人の心の傷になるような出来事」が PTSD に関連していた。自分にとって大事な人が、大きな心的影響を持つイベントを経験することは、その経験に深

い共感をすることで、自分自身の追体験として記憶されやすくなり、PTSDに関連するのかもしれない。また、大切な人の不慮の死、子どもの重病といった近い関係の者の健康問題による困難や喪失体験も PTSD と関連していた。これは米国デトロイトの調査における大切な人の急死 (Breslau et al. 1998)、欧州調査で重い子供の病気が PTSD と関連していたことと一致している (Darves-Bornoz et al. 2008)。これらのイベントは、必ずしも本人にとって死の脅威を伴うイベントではないが、急激な喪失体験が抑うつや否定的な認知への変化を生じて、これが PTSD の発症をしやすい可能性、これらのイベントによりうつ病や不安障害が発生し、これに PTSD が合併しやすいために関連性が見られた可能性などが考えられる。

全対象者における PTSD の頻度は生涯有病率でも 1%未満であるが、これらのトラウマティックイベントの経験者に限れば 10%を越える場合もあり、トラウマティックイベントの経験者に対する PTSD のスクリーニングや早期発見などの体制が整えられる必要があると思われる。

男性では、PTSD と関連したトラウマティックイベントは、暴力の被害経験が多かった。一方女性では、性的暴行や被害、さらに大切な人の急な死亡や子供の重症が PTSD と強く関連していた。男性で、戦闘行為や暴力の PTSD との関連が強いこと、女性で強姦などの性的暴行が PTSD と関連していることは、これまでの研究でも報告されている (Bruce et al. 2001 ; Kessler et al. 1995)。暴力は、男性の方が女性よりもその状況に暴露しやすいと考えられるが、暴力経験をした場合にも男性で PTSD のリスクが高まることになる。もししたら男性が受ける暴力が女性が受けるそれよりも頻度、程度で強いものであり、その結果としての性差がみられた可能性がある。また子供の重症な病気が、女性において子育てへの関与が大きい日本の現状を反映していると推測される。

若年者では、暴力や命に係わる出来事、性的暴行 (ストーカー) の他、死や重傷を目撃することが PTSD のリスクと関連していた。目撃による心的外傷の形成は、若年層でより進みやすいのかもしれない。壮年期では、暴力や事故に加えて、大切な人の不慮の死、子どもの重病、大切な人の心の傷になるような出来事など、家族関係の中での困難や喪失イベントが PTSD のリスクを増加させると推測された。中高年では、命に関わるような病気が PTSD と関連しており、このライフサイクルでがん等の致死率の高い疾患に直面したことから PTSD のリスクが高まることもであると推測された。また中高年では、暴力に関連するイベントの影響が強い傾向にあった。PTSD につながるトラ

ウマティックイベントには、ライフサイクルにより差異がある可能性が示された。

これら PTSD と関連の見られたトラウマティックイベントは、平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 「心的外傷ならびに自殺等を含む精神健康危機の実態と回復過程に関する研究」分担研究報告書「地域での精神健康危機面接調査：トラウマティックイベントの頻度とうつ病リスクとの関連」(2008)に記載した、大うつ病と関連が強かったトラウマティックイベントと共通する部分が多かった。これには、PTSD と大うつ病がしばしば合併することが多いことから理解できる部分がある。

交通事故や自然災害は、PTSD と強い関連を示さなかった。しかし特定の比較的大規模な災害の PTSD への影響については、報告のあるところである (例、Kessler et al. 2008)。本調査では、事故や災害の重症度を評定していないため、軽微なものから重度なものまで、さまざまなイベントが混在している可能性があり、PTSD との関連性が明確でなかったのはこのためである可能性がある。本研究の結果は、生死をさまようような交通事故外傷や重度の自然災害が PTSD に与える影響を否定するものではない。

E. 結論

本研究では 2002-2006 年に実施された世界精神保健日本調査 (「こころの健康についての疫学調査」) のデータベースを二次的に解析し、わが国の地域住民におけるトラウマティックイベントの生涯経験と心的外傷後ストレス障害 (PTSD) の生涯リスクとの関連を検討した。WMHJ 調査において国内の 11 地域ごとに無作為に抽出した地域住民のうち合計 4,134 人から回答を得た (平均回収率 55.1%) 者のうち、part II 面接に該当した 1,710 人のサンプルについて分析を行った。トラウマティックイベントは 28 のリストに該当するかどうかをたずね、DSM-IV 診断による PTSD は WHO 統合診断面接 (CIDI) 3.0 版により診断した。解析では抽出比率に応じた重みづけを行い、SAS および SUDAAN で解析した。

諸外国で観察されたと同様に、わが国の地域住民でも①自らの生命の危険につながる体験 (暴力、脅し)、②死や重傷の目撃、③性的暴力、④大切な関係にある者におきた経験 (大切な不慮の死、大切な人の心の傷になるような出来事) が、PTSD と有意に関連していた。これらのトラウマティックイベントの経験者に限れば PTSD の生涯有病率は 10%を越える場合もあり、トラウマティックイベントの経験者に対する PTSD のスクリーニングや早期発見などの体制が整えられる必要があると思われる。男性では、PTSD と関連したトラウマ

ティックイベントは、暴力の被害経験が多かった。一方女性では、性的暴行、大切な人の急な死亡や子供の重症が PTSD と強く関連していた。若年者では死や重傷を目撃することが、壮年期では家族関係の中での困難や喪失イベントが、中高年では、命に関わる病気が PTSD と関連していた。PTSD につながるトラウマティックイベントには、ライフサイクルにより差異がある可能性が示された。

F. 健康危険情報

該当せず。

G. 研究発表

1. 論文発表

該当なし。

2. 学会発表

該当なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当せず。

I. 謝辞

WMH-J 2002-2006 調査の共同研究者は下記の通りである。また各地域の調査員および調査センタースタッフ、調査をご支援いただいた行政関係者、民生委員、愛育委員の皆様、調査にご協力いただいた対象者の方に深く感謝いたします。

川上憲人 1, 大野 裕 2, 中根允文 3, 中村好一 4, 深尾 彰 5, 堀口逸子 6, 立森久照 7, 岩田 昇 8, 宇田英典 9, 中根秀之 10, 渡邊 至 4, 大類真嗣 5, 船山和志 11, 長沼洋一 7, 古川壽亮 12, 畑 幸宏 13, 小林雅典 4, 阿彦忠之 14, 山本祐子 6, 三宅由子 7, 竹島 正 7, 吉川武彦 15

1 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野, 2 慶應義塾大学保健管理センター, 3 長崎国際大学人間社会学部, 4 自治医科大学公衆衛生学教室, 5 山形大学大学院医学系研究科公衆衛生学講座, 6 順天堂大学医学部公衆衛生学教室, 7 国立精神・神経センター精神保健研究所, 8 広島国際大学心理学部臨床心理学科, 9 鹿児島県大隅地域振興局保健福祉環境部長 兼 鹿屋保健所長, 10 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科, 11 横浜市鶴見福祉保健センター, 12 名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学分野, 13 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科社会・行動医学精神機能病学, 14 山形県村山保健所, 15 中部学院大学人間福祉学科

J. 引用文献

Bromet E, Sonnega A, Kessler RC. Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress

disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *Am J Epidemiol.* 1998;147(4):353-61.

Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC, Peterson EL, Lucia VC. Vulnerability to assaultive violence: further specification of the sex difference in post-traumatic stress disorder. *Psychol Med.* 1999;29(4):813-21.

Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC, Davis GC. Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma. *Am J Psychiatry.* 1999;156(6):902-7.

Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry.* 1998; 55(7):626-32.

Bruce SE, Weisberg RB, Dolan RT, Machan JT, Kessler RC, Manchester G, Culpepper L, Keller MB. Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Primary Care Patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2001;3(5):211-217.

Darves-Bornoz JM, Alonso J, de Girolamo G, de Graaf R, Haro JM, Kovess-Masfety V, Lepine JP, Nachbaur G, Negre-Page L, Vilagut G, Gasquet I; ESEMED/MHEDEA 2000 Investigators. Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *J Trauma Stress.* 2008;21(5):455-62.

Frans O, Rimmö PA, Aberg L, Fredrikson M. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;111(4):291-9.

Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1995; 52(12):1048-60.

Kessler RC, Galea S, Gruber MJ, Sampson NA, Ursano RJ, Wessely S. Trends in mental illness and suicidality after Hurricane Katrina. *Mol Psychiatry.* 2008; 13(4): 374-84.

Orozco R, Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, López-Carrillo L. Traumatic life events and posttraumatic stress disorder among Mexican adolescents: results from a survey. *Salud Publica Mex.* 2008;50 Suppl 1:S29-37.

Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU.

Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;101(1):46-59.

Rosenman S. Trauma and posttraumatic stress disorder in Australia: findings in the population sample of the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust N Z J Psychiatry.* 2002;36(4):515-20.

表1 生涯のトラウマティックイベントとPTSDとの関連:世界精神保健 2002-2006 データ(パートII 回答者 1710名、重み付け後の解析)

	生涯のトラウマティックイベント経験率		生涯のトラウマティックイベント経験者におけるPTSDの生涯有病率		生涯におけるトラウマティックイベントとPTSDとの関連†	
	%	標準誤差	%	標準誤差	オッズ比	95%信頼区間
1. 心の傷になるような個人の経験						
戦闘体験	1.9	0.4	-	-	-	-
戦争地帯での救援者	0.0	0.0	-	-	-	-
戦争地帯の市民	5.1	0.6	0.3	0.3	0.3	0.03-2.5
テロ地域の市民	0.3	0.2	-	-	-	-
難民	0.5	0.2	-	-	-	-
誘拐された	0.5	0.2	-	-	-	-
有毒な化学薬品にさらされた	1.0	0.4	1.6	1.7	3.6	0.4-34.8
自動車事故	7.0	0.7	1.6	0.9	1.9	0.6-6.5
その他、命に関わるような事故	3.5	0.5	3.1	1.8	4.6	1.1-19.5
自然災害	5.4	0.7	0.6	0.4	0.5	0.1-2.2
人災	2.1	0.5	-	-	-	-
命に関わるような病氣	9.7	0.8	2.5	1.3	2.6	0.8-8.7
2. 個人の暴力						
子どもの時、養育者に殴られた	7.1	0.8	5.7	2.0	7.2	2.6-19.8
配偶者や恋人に殴られた	4.2	0.6	5.4	3.0	3.9	1.04-14.5
他の誰かに殴られた	8.0	0.8	5.5	2.3	18.2	6.9-48.1
武器で襲われたりおどされたりした	2.2	0.4	6.9	4.8	9.3	1.8-48.0
強姦された	0.7	0.3	10.9	6.0	7.3	1.6-33.1
性的に暴行された	1.7	0.4	6.0	3.1	2.9	0.8-10.2
ストーカーにつけられた	2.9	0.5	15.0	6.2	9.9	3.8-25.9
3. 他人に影響を及ぼす出来事						
大切な人の不慮の死	24.4	1.3	2.6	0.8	3.2	1.3-8.0
子どもの重病	6.2	0.8	2.5	1.1	2.8	0.9-8.1
大切な人の心の傷になるような出来事	1.3	0.4	15.6	8.5	11.6	2.2-62.0
死ぬところや死体を目撃したり、誰かが重傷を負うのを見たりした	20.5	1.2	1.5	0.7	1.8	0.6-6.0
思いがけずに他人に重傷を負わせたり殺したりした	1.2	0.3	5.2	3.5	7.1	1.4-36.7
わざと他人に重傷を負わせたり、拷問したり、殺したりした	0.3	0.2	-	-	-	-
残虐行為を見た	1.2	0.5	-	-	-	-
ひどい心の傷になるような出来事、あるいは命に関わるような出来事	4.7	0.7	8.6	4.0	7.0	2.1-23.3
話したくなかったから言わなかった出来事	10.5	0.9	4.7	1.5	4.9	2.0-11.8

∴ PTSD ケースの発症なし. * p<0.05.

†: 性別と年齢層を調整.

表2 生涯におけるトラウマティックイベントとPTSDの関連:性別の解析

	男性(n=752)		女性(n=958)		
	オッズ比	95%信頼区間	オッズ比	95%信頼区間	
1. 心の傷になるような個人の経験					
戦闘体験	-	-	-	-	
戦争地域での救援者	-	-	-	-	
戦争地域の市民	-	-	0.3	0.03-2.8	
テロ地域の市民	-	-	-	-	
難民	-	-	-	-	
誘拐された	-	-	-	-	
有毒な化学薬品にさらされた	-	-	11.3	0.7-182.1	
自動車事故	1.7	0.2-17.7	2.1	0.5-8.3	
その他、命に関わるような事故	3.2	0.2-48.1	5.5	0.9-34.2	
自然災害	-	-	0.6	0.1-2.6	
人災	-	-	-	-	
命に関わるような病気	22.1	3.9-126.0	* 1.6	0.5-5.4	
2. 個人の暴力					
子どもの時、養育者に殴られた	18.5	2.5-134.6	* 5.7	1.8-18.2	*
配偶者や恋人に殴られた	-	-	40.5	1.9-873.9	*
他の誰かに殴られた	2.0	0.6-7.3	12.5	3.2-48.4	
武器で襲われたりおどされたりした	23.0	2.2-240.6	* 4.2	0.8-23.9	
強姦された	-	-	7.7	1.6-37.7	*
性的に暴行された	-	-	3.0	0.9-10.7	
ストーカーにつけられた	-	-	11.2	4.2-30.0	*
3. 他人に影響を及ぼす出来事					
大切な人の不慮の死	0.5	0.04-6.6	4.5	1.7-11.6	*
子どもの重病	-	-	3.3	1.1-10.0	*
大切な人の心の傷になるような出来事	128.3	3.9-4215.0	* 3.6	0.6-19.9	
死ぬところや死体を目撃したり、誰かが重傷を負うのを見たりした	0.6	0.04-8.8	2.4	0.7-8.1	
思いがけずに他人に重傷を負わせたり殺したりした	13.7	1.1-169.4	* 4.9	0.7-34.9	
わざと他人に重傷を負わせたり、拷問したり、殺したりした	-	-	-	-	
残虐行為を見た	-	-	-	-	
ひどい心の傷になるような出来事、あるいは命に関わるような出来事	49.3	7.4-326.6	* 5.3	1.6-17.9	*
話したくなかったから言わなかった出来事	1.5	0.1-15.6	5.9	2.2-15.5	*

∴ PTSD 症例の発症なし、あるいは少数のため解析不能。* $p < .05$; 年齢層を調整。

表3 生涯におけるトラウマティックイベントとPTSDとの関連:年齢層別の解析

	20-34歳(n=309)		35-49歳(n=411)		50-64歳(n=535)		65歳以上(n=455)	
	オッズ比	95%CI	オッズ比	95%CI	オッズ比	95%CI	オッズ比	95%CI
1. 心の傷になるような個人の経験								
戦闘体験	-	-	-	-	-	-	-	-
戦争地帯での救援者	-	-	-	-	-	-	-	-
戦争地帯の市民	-	-	-	-	-	-	0.4	0.04-3.8
テロ地域の市民	-	-	-	-	-	-	-	-
難民	-	-	-	-	-	-	-	-
誘拐された	-	-	-	-	-	-	-	-
有毒な化学薬品にさらされた	-	-	-	-	6.0	0.4-91.0	-	-
自動車事故	4.0	0.9-18.0	1.0	0.1-9.2	-	-	-	-
その他、命に関わるような事故	6.3	0.9-42.5	12.5	1.2-135.0 *	-	-	-	-
自然災害	-	-	-	-	0.9	0.1-8.2	0.9	0.1-9.3
人災	-	-	-	-	-	-	-	-
命に関わるような病気	0.6	0.1-6.1	-	-	6.5	1.1-39.7 *	4.4	0.5-41.5
2. 個人の暴力								
子どもの時、養育者に殴られた	2.6	0.6-10.9	4.1	0.4-40.3	26.6	6.7-105.3 *	39.8	3.6-436.5 *
配偶者や恋人に殴られた	0.8	0.1-7.2	-	-	16.3	0.8-322.8	8.6	0.9-86.3
他の誰かに殴られた	33.3	6.8-162.2 *	13.8	1.1-173.0 *	14.1	2.7-73.9 *	-	-
武器で襲われたりおどされたりした	3.7	0.6-21.6	-	-	32.3	4.8-217.8 *	-	-
強姦された	3.5	0.2-53.5	-	-	50.1	7.3-345.4 *	-	-
性的に暴行された	1.0	0.1-9.6	7.0	0.9-53.7	12.1	2.1-71.8 *	-	-
ストーカーにつけられた	15.8	3.9-63.4 *	6.2	0.6-64.1	7.0	1.6-31.0 *	-	-
3. 他人に影響を及ぼす出来事								
大切な人の不慮の死	3.0	0.7-12.1	8.3	1.2-56.2 *	1.4	0.3-6.6	6.7	0.7-64.38
子どもの重病	-	-	9.5	1.5-59.3 *	1.5	0.3-9.1	1.5	0.2-11.1
大切な人の心の傷になるような出来事	2.0	0.2-22.3	15.5	1.2-195.6 *	110.3	8.4-1457.3 *	-	-
死ぬところや死体を目撃したり、誰かが重傷を負うのを見たりした	5.5	1.3-24.0 *	-	-	0.4	0.1-2.8	0.7	0.1-7.3
思いがけずに他人に重傷を負わせたり殺したりした	8.2	0.6-123.3	9.7	0.7-130.0	6.5	0.5-82.0	-	-
わざと他人に重傷を負わせたり、拷問したり、殺したりした	-	-	-	-	-	-	-	-
残虐行為を見た	-	-	-	-	-	-	-	-
ひどい心の傷になるような出来事、あるいは命に関わるような出来事	7.9	1.6-40.4 *	4.1	0.4-42.1	15.9	2.2-117.5 *	-	-
話したくなくかつたから言わなかつた出来事	7.4	1.8-30.2 *	2.6	0.4-15.9	3.5	0.8-15.5	2.8	0.4-19.5

95%CI: 95%信頼区間. *: PTSD 症例の発症なし、あるいは少数のため解析不能. * p<.05; 性別を調整した。

総合病院小児科における児童トラウマ例の特徴と治療的介入について

研究1：総合病院小児科における post traumatic stress reaction (PTSR) 例の臨床的検討

研究2：児童思春期トラウマ例の児童抑うつ尺度の有用性の検討

研究分担者：前田正治¹⁾

研究協力者：永光信一郎²⁾、大園秀一²⁾

1)久留米大学医学部精神神経科学教室、2)久留米大学医学部小児科学教室

【研究要旨】

児童期思春期のトラウマ例の治療について、総合病院小児科における実態を、カルテを資料として後方視的に調査し（研究1）、かつ小児抑うつ尺度（CDI）を用いてトラウマ例の特徴について定点調査した（研究2）。研究1の結果、児童の場合、いわゆるA基準問題（イベント性の問題）や症状出現のあり様が成人型PTSDと大きく異なっており、診断的問題が大きいと考えられた。また精神科との連携が必要なケースが大きく、どのように連携を構築していくかが重要と考えられた。研究2では、CDIを精神科で使用した結果、抑うつ症状を呈した児童期の患者では、高頻度にトラウマ体験を受傷していることが示唆されたが、まだ例数が少なく今後小児科においても引き続き、検討していく必要がある。学童や思春期児童においては成人例のPTSD症状評価やイベント基準が相応しないのではないかと提唱がなされている。一方で児童期において抑うつ症状がきっかけでトラウマのイベントが明らかになる例も認められ、両者における関連性も示唆されている。今回発表者らは総合病院治療中の思春期児童に対し、最新版の小児抑うつ尺度（CDI）を用いて抑うつの評価を行い、同時にトラウマティックイベントの体験状況を探的に調査した。イベントを経験している被験者にはIES-Rによるトラウマ症状の定量的評価を行い抑うつ症状との関連につき検討を行った。

研究1：総合病院小児科における post traumatic stress reaction (PTSR) 例の臨床的検討

【はじめに】

子どもの心的外傷の反応は、成人と同様な再体験症状、回避・麻痺症状、覚醒亢進症状を呈するものと思われるが、その出現様式は発達段階に大きく左右される。とりわけ言語発達が未熟な幼児・前学童では、DSM-IVのPTSD診断基準の多くが自身の体験や内的状態を言語的に表現することを求められているため、PTSDと診断される例は少ない。子どもの怖い外傷体験はむしろま

とまりのないまたは興奮した行動によって表現されることがある。子どものPTSDの症状として、外傷後プレイがみられる事、退行、分離不安、ひきこもりが多い事、過覚醒症状が強い、身体化、行動化、睡眠障害が多いと言われている。子どものPTSDはそのトラウマに対する親の反応が大きく影響すると言われる。なぜなら、子どもは幼いほど、外傷的出来事の危険性や意味について理解できないことがあるからである。同じような恐怖体験をもって、他者への信頼がどの程度育っているかによって、症状の出現頻度は異なる。精神科臨床では受診患者の低年齢化で、幼児学童のトラウマ

アの対応を求められることも少なくない一方、子どものトラウマ患者は、多彩な身体・精神症状を呈し、様々な診療科を最初に受診する可能性がある。総合病院における診療科間のトラウマケアの連携が、患者支援において重要になってくる。総合病院におけるトラウマケアの連携のあり方を知る目的、総合病院小児科におけるトラウマティック・イベントを体験した、あるいはトラウマティック反応を呈した乳幼児、学童、思春期例の臨床的検討をおこなった。

【方法】

対象は平成 18 年度から平成 20 年度の 3 年間にトラウマティック・イベントを体験した、あるいはトラウマティック反応を呈し、久留米大学病院小児科神経外来または心身症外来を受診した生後 8 ヶ月から 14 歳未満項目

- A (2) 出来事は、関する強い恐怖、無力感、戦慄に関するもの
- B (5) 再体験時の生理学的反応
- C (1) 外傷と関連した思考、感情、会話の回避
- C (3) 外傷の重症な側面の想起不能
- C (7) 未来が短縮した感覚

採用項目

- 発達スキルの喪失を C 項目に追加
- 新しいクラスターとして分離不安、新たな攻撃性、外傷と関係のない恐怖心
- クラスター C : 3 項目 → 1 項目
- クラスター D : 2 項目 → 1 項目に変更

【結果】

1. 対象者の性・受診時年齢・受傷時年齢および受診経路

対象者は男児 7 例、女児 10 例で、各々の受傷時年齢は男児が 3 歳から 13 歳、平均 7.1 ± 3.7 歳で、女児が 8 か月から 14 歳、平均 6.6 ± 4.7 歳であった。久留米大学小児科における初診時の年齢は男児が 8.6 ± 3.7 歳、

での小児 17 例 (男児 7 例、女児 10 例)。トラウマティックイベントは、交通事故、性被害、身体的または性的虐待、悪質な嫌がらせ、いじめ等で、トラウマティック反応は、出来事により睡眠障害、出来事の最体験、多動・衝動性などの行動化、自律神経症状などの身体化を呈した例とした。個別カルテから後方視的に、外傷体験の内容、受傷時年齢と初診時年齢、受診経路、主な精神的、身体的症状、PTSD 診断の有無、治療内容、精神科・他科との連携、転帰などの項目を抽出した。言語機能が未熟な幼児、前学童では、恐怖、思考や感情を表出する事ができない事を鑑み、行動観察を主体とした Scheeringa ら¹⁾の代替診断基準を使用した。具体的には、DSM-IV から、以下の項目を削除、あるいは新規に採用している。

女児が 8.1 ± 4.2 歳であった (図 1 図 2)。すべての症例が同一の医師によって診断・診療されており、同医師 (小児神経専門医、小児心身症診療医) の 3 年間の新患者数は 255 例 (精神遅滞、発達障害、てんかん、心身症疾患、境界域疾患等) で対象の新患に占める割合は 6.7% (17/255) であった。受診経路は 17 例中 11 例がホームドクター、市中病院からの紹介であった。10 歳以前の症例 11 例中 9 例が紹介されて来院されたのに対して、10 歳以降の前思春期、思春期例の 6 例で紹介受診した者は 2 例のみであった。

図 1 男児のトラウマティック・イベントと外傷時、初診時年齢

No	性	外傷時年齢	受診時年齢	トラウマティック・イベント
1	M	3 歳	3 歳	交通事故 (母親死亡)
2	M	3 歳	6 歳	悪質な嫌がらせ
3	M	6 歳	8 歳	同窓の強行去りを自撃
4	M	7 歳	7 歳	車内置き去り
5	M	9 歳	13 歳	いじめ (初年認められる)
6	M	9 歳	10 歳	心理的虐待
7	M	13 歳	13 歳	いじめ

2. 外傷体験の内容

男児では母親の死亡をとまなう交通外傷、隣人からの数年間に及ぶ罵声、器物破損による悪質な嫌がらせ、離婚に伴い同胞を目の前で連れ去る、車内置き去り、首を絞める等の悪質な虐め、母親による心理的虐待などであった。女兒では性被害、性的虐待

図2 女兒のトラウマティック・イベントと外傷時、初診時年齢

No	性	外傷時年齢	発症時年齢	トラウマティック・イベント
8	F	8 mo	10 mo	交通事故
9	F	3歳	4歳	性被害 (単回)
10	F	3歳	7歳	性的虐待
11	F	3歳	6歳	身体的虐待の目撃
12	F	5歳	8歳	身体的虐待
13	F	6歳	7歳	悪質な嫌がらせ
14	F	6歳	8歳	性被害 (単回)
15	F	12歳	12歳	悪質な嫌がらせ (自殺予告)
16	F	13歳	14歳	祖父の自殺
17	F	14歳	14歳	いじめ

が3例、身体的虐待あるいはその目撃が2例、自殺予告などの悪質な悪戯が3例、近親者の自殺が1例であった(図1 図2)。

3. 主な精神的・身体的症状

17例の対象者の内、10歳以前の乳幼児、前学童の精神症状、身体症状を図3に示す。最も頻度が高い症状は、入眠障害や夜間に突然叫ぶなどの睡眠障害で7割に認めた。同じく母親の傍から離れられなくなった、幼稚園に行けなくなったなどの分離不安症状を7割に認めた。夜に一人でトイレに行けなくなった、排尿排便の始末ができなくなったなど外傷体験前には獲得されていた発達スキルの消失も6割以上に認めた。集中困難、いらいら、かんしゃく、攻撃性など注意欠陥多動性障害に似た症状も高頻度に認められた。

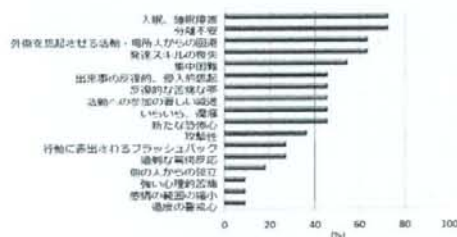


図3 外傷体験後の児童の身体・精神症状

4. PTSD診断の有無

10歳以前の乳幼児、前学童の11例において、DSM-IV診断ではA2項目を満たさないためPTSDと診断される例はなかった。Scheeringaら¹⁾の代替診断基準を使用した場合、11例中8例でPTSD診断が可能であった。一方、前思春期、思春期の6例ではDSM-IV診断を適応したが、診断基準を満たすものはなく、適応障害の診断がなされた。

5. 治療内容および転帰

遊技療法やカウンセリングなどの診療療法が受診時、あるいは受診後に施行された者は17例中8例(47%)で、10歳以前の症例が7例、10歳以降の症例が1例であった。2例(症例No2, 8)を除く全例で薬物治療が外来診療で併用された。主な標的症状は睡眠障害に対して第一選択薬として、リスペリドンが5例(No3, 4, 10, 11, 12)に使用され、ニトラゼパムが乳児例(No1)に使用された。再体験症状に対してSSRIが4例(No6, 8, 13, 16)、に使用された。その他気分安定剤、抗不安薬などが使用された。性被害、性的虐待の3例では衝動性、多動、分離症状を現在も呈している。その他の症例は、治療が終結、あるいは良好な学校適応を獲得することができた。

6. 精神神経科との連携

4例(No3, 5, 11, 12)で精神神経科との連携がおこなわれた。内3例は性被害、性的虐待の症例で、低年齢の被害児童に対しては両親の動揺も激しく小児科病棟入院のうえ非定型抗精神病薬を含めた治療導入がなされた。また精神科がもつソーシャルワーカー、カウンセラー、犯罪被害者支援センターなどの社会資源を利用し、学校復帰支援がなされた。症例5では落ち着きのなさ、コミュニケーション障害が、外傷体験後に

発展したものか、本来の発達障害の気質があり外傷を受けたのか小児神経科医による発達査定がおこなわれた。

【考察】

児童学童のトラウマティック反応は、成人例と同じく顕著な睡眠障害として現れていた。子どもの睡眠障害は養育者の睡眠障害をひきおこすため、家族の精神的身体的疲労は子どもの養育、トラウマ治療に大きな影響を与えるものと思われる。また子どもにとっても睡眠障害は日中のイライラ、落ち着きのなさ、攻撃性など実行能力の低下をひきおこす。発達スキルの消失や新たな分離不安に対する養育者の不安も大きい。これら行動異常、睡眠障害を標的症狀に少量の非定型抗精神病薬が使用されたが、睡眠障害には短期間で改善を示したが行動異常に対しては効果が得られなかった。再体験症状に対する SSRI の使用についても明らかな効果は得られなかった。子どもの治療は、トラウマに対する親の反応が大きく影響するため、精神・身体症状を呈する子どもを養育するうえで、親の負担軽減に少しでも寄与するのであれば、またプレイセラピーなどを行う際の安定した治療関係を構築する意味で、薬物療法も手助けになると思われる。

PTSD の診断について Scheeringa らの代替診断を用いて検討した。Scheeringa らは学童前の PTSD の頻度は 0.1%と大人の頻度(1-5%)に比べ少なく、子どもはあまりトラウマに遭遇しないのか、トラウマに耐性があるのか、それとも診断基準が不適切なのかと述べている。彼らの研究では 20 か月から 6 歳の 61 名の児童で、交通外傷、シエルター、癌、目撃など、外傷体験があり、2 か月以上ひとつ以上の PTSD 症状をもつものを対象としている。複数医師による DSM-IV 基準により PTSD と診断された症例はなかったが、代替診断基準で 26%の児童

が PTSD と診断された。診断基準の閾値を下げることで、より多くの症例が治療的サービスの恩恵を受け、さらに研究分野も発展すると述べている。本研究では乳幼児・前学童の 11 例中 8 例 (73%)もの症例で代替診断基準を用いて PTSD 診断がなされているが、症例数、外傷内容、1 名の医師による主観的判断などの違いによるものと思われる。

子どものトラウマの重症度、出現様式、治療にはその子どもの発達段階が大きく関与してくる。とくにトラウマ反応が発達スキルの消失をひきおこす事が多いため、小児科医による発達の査定は重要である。子どもの精神治療における精神科と小児科の連携の必要性は従来から指摘されている。とりわけ子どものトラウマ治療については、その病態の複雑性から支援には精神科側がもつ犯罪者被害者支援センター、ソーシャルワーカーなどの社会資源と小児科側が得意とする教育機関とのネットワークを活用し、治療と生活両側面からの支援体制が必要とされる。

【引用文献】

Scheeringa et al. New Findings on Alternative Criteria for PTSD in Preschool Children. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 2003;42:561-57

研究2：児童思春期トラウマ例への小児抑うつ尺度(CDI)の有用性の検討

【背景と目的】学童や思春期児童においては成人例の PTSD 症状評価やイベント基準が相応しないのではないかと提唱がなされている。一方で児童期において抑うつ症状がきっかけでトラウマのイベントが明らかになる例も認められ、両者における関連性も示唆されている。今回発表者らは総合病院治療中の思春期児童に対し、最新版の小児抑うつ尺度(CDI)を用いて抑うつの評価を行い、同時にトラウマティックイベントの体験状況を探索的に調査した。イベントを経験している被験者には IES-R によるトラウマ症状の定量的評価を行い抑うつ症状との関連につき検討を行った。

【対象と方法】

対象：調査時 7～17 歳で精神科外来通院中の児童

評価項目：医学的、人口統計学的項目

心理評価尺度：①Children's Depression Inventory (CDI) 日本語版：CDI は 27 項目 3 件法の尺度で点数が高いほど抑うつ症状が強いことを意味する。本研究の実施にあたり、著作権を有する Multi-Health System 社に日本版作成の許可を得て翻訳を行った。うつ病の妥当性評価の目的で対象に簡易構造化面接 M. I. N. I. を施行した。

②Impact of Event Scale-Revised (IES-R) 日本語版

【結果】患者群参加者 21 名 (男性 7 名、女性 14 名) 平均年齢 16.4 才 (SD: 1.4、範囲 9～17 才)。慣用診断は適応障害 7 名、うつ病 3 名、抑うつ状態 3 名、神経症 3 名、その他 5 名であった。M. I. N. I. により現在あるいは過去にうつ病エピソードを認めたのは 10 名 (48%) であった。CDI 総得点の結果は平均値 15.8 ± 7.3 であった。

また、参加者の 11 名 (52%) が過去に外傷性体験を経験したと返答し、IES-R の評価

を行った。イベントの内容は、学校でのいじめ (5 名)、虐待 (1 名)、性被害 (1 名)、交通事故 (2 名)、親類の死 (1 名)、不明 (1 名) であった。

外傷的体験のあった群となかった群における CDI の得点比較は以下の通りである。

	イベント	N	平均値	標準偏差	p 値
CDI					
Total	なし	10	17.3	8.1	0.38
	あり	11	14.5	6.5	

外傷的体験を経験した群での IES-R の得点状況は以下の通りである。

N=11	平均値	標準偏差
IES Total	30.4	13.4
侵入症状	8.8	5.8
回避症状	13.3	7.3
覚醒亢進症状	8.3	5.1

また、11 例中 6 例が臨床的意義のある 25 点以上の評価であった。

【考察】症例数が少ないものの、精神科外来受診の児童思春期例において高い頻度の外傷的体験の経験例を認めた。対象の主観的な基準を従来の PTSD 診断基準に当てはめることにまだ議論の余地があるが、多くの例において高い外傷的認知が認められる。抑うつと PTSD 症状の関連に関して今回有意差が認められなかったため、今後症例を重ねながら検討を継続してゆく。抑うつ症状への注意喚起は、児童トラウマ例への対応に有効であり今後総合病院における小児科・精神科の連携を深める目的としても意義あるものと考えられる。

【研究発表】

論文発表

Nagamitsu et al. Characteristic prefrontal blood volume patterns when imagining body type, high-calorie food, and mother-child attachment in childhood anorexia nervosa: a near infrared

spectroscopy study. Brain and Development 2009 (in press).

学会発表

1. 永光信一郎、大園秀一、高松真理、丸岡隆之、前田正治：子どものトラウマティック・イベントに関連した身体・精神症状に対する薬物療法 第7回トラウマティック・ストレス学会 2008.4.20. (福岡)
2. 永光信一郎、大園秀一、高松真理、丸岡隆之、前田正治、山下裕史朗、松石豊次郎：子どものトラウマティック・イベントに関連した身体・精神症状に対する薬物療法. 第26回日本小児心身医学会学術集会 2008.10.17-19 (沖縄)
3. 永光信一郎、山下裕史朗、松石豊次郎：難治性てんかんと性的虐待. 第26回日本小児心身医学会学術集会 2008.10.17-19 (沖縄)
4. 永光信一郎、大園秀一、原宗嗣、大矢崇志、山下裕史朗、松石豊次郎：Psychogenic nonepileptic seizures (PNES) を呈した性的虐待の1例 第451回日本小児科学会福岡地方会 2008.12.13 (福岡)
5. Ozono S, Nakagawa S, Ueda K, Inada H, Saeki T, Okamura H, Ogata A, Yamawaki S. Psychological Impact of Hospitalization for Parents of Childhood Cancer Survivor. 10th International Psychosocial Oncology Society (IPOS) Meeting 2008 Madrid, Spain (2008/6/11-13)
6. 井上麻利子、大園秀一、中川慎一郎、上田耕一郎、稲田浩子、淡河恵津世、八木実：胸腔内播種を認めた右肋骨原発ユーイング肉腫の一例. 第37回九州地区小児固形悪性腫瘍研究会 2008年2月23日 (福岡)
7. 大園秀一、永光信一郎、中川慎一郎、上田耕一郎、稲田浩子、前田正治、佐伯俊成、山脇成人. 入院中の小児がん患者の両親における外傷後ストレス症状と関連要因：第7回日本トラウマティックストレス学会学術集会 2008年4月19~20日 (福岡)
8. 大園秀一. 医療者と小児がん経験者による医療情報の共有—治療サマリーの提案：第111回日本小児科学会学術集会 2008年4月25~27日 (東京)
9. 大園秀一、中川慎一郎、上田耕一郎、稲田浩子、岩元二郎、高田英俊、大賀正一、蒲池吉朗、吉見礼美、小島勢二. 若年性骨髄単球性白血病(JMML)との鑑別が困難であったWiskott-Aldrich症候群の一例：第14回九州山口小児血液・腫瘍研究会 2008年7月5日 (福岡)
10. 大園秀一、永光信一郎、松石豊次郎、尾形明子、小野泉、吉野敦雄、山脇成人. 小児抑うつ尺度(CDI)を用いた小児心療外来通院患者群と健常群の比較研究：第49回日本児童青年精神医学会総会 2008年11月5~7日 (広島)
11. 大園秀一、中川慎一郎、上田耕一郎、稲田浩子、尾形明子、浜本和子、小林正夫. 入院及び外来通院中の小児がん患者における学校適応感と心理的負担の関係：第50回日本小児血液学会・第24回日本小児がん学会学術集会 2008年11月14~16日 (千葉)

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
大規模災害や犯罪被害等による精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究
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 年後の精神的健康・行動・生活と母子相互作用の変化に関する検討 —

研究分担者 加茂登志子¹⁾

研究協力者 大澤香織²⁾・丹羽まどか¹⁾・加藤寿子¹⁾・中山未知¹⁾・丹 愛¹⁾・
氏家由里¹⁾・中島愛子²⁾・正木智子¹⁾・小菅二三恵¹⁾・大村美菜子²⁾

研究代表者 金 吉晴²⁾

¹⁾ 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター

²⁾ 国立精神・神経センター 精神保健研究所

研究要旨 本研究で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（33 組）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うかを 1 年間の追跡調査を通じて検討した。今年度はまず、対象となった母子の DV 被害の実態把握、精神状態および問題行動の時間経過に伴う変化を中心に検討した。その結果、①母親が受けた身体的暴行と性的強要の頻度が多いほど、母親の精神症状（PTSD 症状、解離症状）も悪化する、②調査開始 1 年を経過しても DV が及ぼした生活への悪影響は改善されにくく、母親の PTSD 症状も中等症レベルで維持される、③女兒の方が男児よりも精神的健康の状態は悪く、問題行動も維持される、といったことが明らかにされた。

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。

そのプロジェクトの一環として行った研究（金・加茂ほか，2008）に引き続き、本研究では対象者をさらに増やして、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する。今年度の報告では、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を中心に結果を報告する。

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～2009年1月17日に調査を実施した以下の母子を分析の対象とした。

ベースライン期

母子33組。母親26名（ 36.08 ± 6.51 歳）、子ども33名（男児16名， 7.69 ± 3.68 歳；女児17名， 7.18 ± 4.07 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変化を検討においては、12ヵ月にわたる全5回の調査全てに参加した母親および子どもを分析対象とした。

3ヵ月後フォローアップ期

母子 22 組。母親 20 名, 子ども 25 名 (男児 10 名, 女子 15 名)。

6ヵ月後フォローアップ期

母子 21 組。母親 19 名, 子ども 21 名 (男児 8 名, 女子 13 名)。

9ヵ月後フォローアップ期

母子 18 組。母親 16 名, 子ども 18 名 (男児 7 名, 女子 11 名)。

12ヵ月後(1年後)フォローアップ

母子 20 組。母親 18 名, 子ども 20 名 (男児 7 名, 女子 13 名)。

なお, 12ヵ月間のフォローアップ調査を完遂した母子は 16 組 (母親 15 名, 子ども 18 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ヵ月 (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 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 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: 日本語版外傷後認知尺度)

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=26)

既往歴 精神科の既往歴はなかった。

最終学歴 高校中退2名, 高卒2名, 専門学校卒5名, 短大卒9名, 大学卒8名であった。

職歴 全員が働いた経験をもっていた (正社員18名, パート3名, アルバイト14名, その他 [派遣社員など] 3名; 重複あり)。現在, 26名中19名が無職であり (全体の73.1%), 13名が生活保護や児童扶養手当などを受給しており, 9名が親の収入や過去の貯蓄, 元夫からの養育費で生活していた。本人の収入のみで生活している者は4名であった。

婚姻歴 25名が初婚, 1名が再婚であった。ベースライン期において, 26名中13名が加害者と離婚しており, 11名が別居中であった。

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4.35名, 気が楽になる人: 平均3.23名)。

飲酒 26名中19名に飲酒歴があった (現在飲酒者は7名)。なお, 飲酒の問題はなかった。

調査が終了した18名の飲酒状況については, ベースライン期 (4名) よりも1年後 (9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 26名中10名に喫煙歴があった