

(現在喫煙者は6名)。調査が終了した18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26名中6名(23.07%)であった(17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26名中16名であり、全体の61.54%を占めていた(3名が「なし」、6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26名中10名(38.4%)であり、そのうち1名は妊娠中、2名は出産後に体験したことを報告した。他は交際中(14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。金・加茂ほか(2008)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26名中17名(65.4%)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、「ほぼ毎日(50.0%)」の次に「週4~5回(15.0%)」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(15.0%)」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26名中13名(50.0%)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

33名のうち29名(87.9%)がDVを目撃しており、19名(57.6%)が直接被害を受けていたことが明らかとなった。直接被害については、子どもの45.5%が1年以上、12.1%が1年未満の期間で父親から暴力を受けており(Fig. 3), 21.0%がほぼ毎日被害に遭っていた(Fig. 4)。さらに、DVの目撃に関しては、子どもの72.7%以上が1年以上(Fig. 5), 45.5%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)においてSCIDを行った結果、PTSDの診断基準を満たした者は26名中19名であった(全体の73.1%)。

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 ( $r=.55, p<.01$ )。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関係があることが示された (Table 3)。さらに、DVSI 得点と DES-II 得点についても同様に相関係数を算出した結果 (Table 3)、DES-II 得点と、最悪時の DVSI 総得点との間 ( $r=.47, p<.05$ )、最悪時の「性的強要」の得点の間 ( $r=.56, p<.01$ )、最近1年の「性的強要」の得点の間 ( $r=.43, p<.05$ ) にそれぞれ有意な正の相関が認められた。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 15 名を対象に、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3ヵ月時点において生活への悪影響はやや軽減されるものの、その後もさまざま場面で多くの支障が生じていた。調査では6ヵ月の時点において、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、6ヵ月後、9ヵ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 15 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、「母親の友人との関係」( $F(4, 56)=3.41, p<.05$ ) および「母親自身の外出困難」( $F(4, 56)=6.43, p<.01$ ) において時期の有意な差が認められた。多重比較の結果、「母親の友人との関係」はベースライン期よりも9ヵ月後フォローアップ期に改善されていた。「母親自身の外出困難」はベースライン期よりもフォローアップ期 (6~12ヵ月後) 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 15 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6ヵ月後には改善され、1年後まで維持されることが示された。また母親自身の友人との関係も6ヵ月後にはやや改善されるものの、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、金・加茂ほか (2008) 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 得点の間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 ( $N=98$ , 身の回り:  $r=.37, p<.01$ ; 外出困難:  $r=.35, p<.01$ ), 回避症状 ( $N=98$ , 身の回り:  $r=.26, p<.01$ ; 外出困難:  $r=.23, p<.05$ ), 過覚醒症状 ( $N=98$ , 身の回り:  $r=.33, p<.01$ ; 外出困難:  $r=.31, p<.01$ ), および総得点 ( $N=98$ , 身の回り:  $r=.35, p<.01$ ; 外出困難:  $r=.33, p<.01$ ) と正の相関関係にあることが示された。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变化

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 カ月後フォローアップ期、9 カ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>④</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。3 カ月後フォローアップ期にかけて PTSD の診断基準を完全に満たす者の割合は減っていたものの、6 カ月後フォローアップ期以降も診断基準を満たす者の割合は 40% を越えていた。また診断基準を満たさなくとも、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 症状の時系列的变化について、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 15 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「回避麻痺」の得点に時期による差が認められ、ベースライン期よりも 3 ヶ月フォローアップ期に「回避麻痺」の得点が低くなる傾向にあった ( $F(2.60, 36.42)=3.45, p<.05$ ; 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)。下位尺度である「過覚醒」の得点の得点に有意な差が認められ、ベースライン期よりも 3 ヶ月後および 12 ヶ月フォローアップ期に IES-R 総得点が低くなる傾向にあった ( $F(4, 56)=3.92, p<.01$ )。IES-R 総得点にも有意な差が認められ、ベースライン期よりも 3 ヶ月後および 12 ヶ月フォローアップ期に IES-R 総得点が低くなる傾向にあった ( $F(2.60, 36.42)=3.45, p<.05$ ; 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)。侵入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 15 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 15 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 ( $F(4,$

$56)=5.11, p<.01$ )。多重比較の結果、ベースライン期よりも 3 ヶ月後フォローアップ期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 15 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 ( $F(2.21, 30.01)=1.35, n.s.$ ; 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、維持される部分が多いことが示された。

#### 4) 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 ( $6.00 \pm 3.35$  歳) と女児 8 名 ( $8.75 \pm 3.80$  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。



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:  $F(4, 28)=2.87$ , n.s.), 内向尺度 (男児:  $F(4, 20)=.48$ , n.s.; 女児:  $F(1.79, 12.5)=1.76$ , n.s. Greenhouse-Geisser の  $\epsilon$  による修正を行った) および外向尺度 (男児:  $F(4, 20)=.29$ , n.s.; 女児:  $F(4, 28)=2.54$ , 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, ADHD RS-IV-J (親評価) で評定された男児 7 名 (5.75±3.26 歳), 女児 10 名 (6.20±4.08 歳) のそれぞれのデータを対象に, CBCL 同様, 反復測定による一元配置の分散分析を行ったところ, ADHD RS-IV-J の合計得点 (男児:  $F(5, 30)=.55$ , n.s.; 女児:  $F(1.99, 17.94)=1.65$ , n.s. Greenhouse-Geisser の  $\epsilon$  による修正を行った), 不注意 (男児:  $F(1.64, 9.82)=2.68$ , n.s. Greenhouse-Geisser の  $\epsilon$  による修正を行った; 女児:  $F(1.97, 17.73)=.19$ , n.s.; Greenhouse-Geisser の  $\epsilon$  による修正を行った), 多動・衝動性 (男児:  $F(5, 30)=2.40$ , n.s.; 女児:  $F(1.66, 14.98)=.68$ , n.s. Greenhouse-Geisser の  $\epsilon$  による修正を行った), さらに CDC (親評価で評定された男児 8 名 (6.25±3.58 歳), 女児 10 名 (6.20±4.08 歳) 得点の結果は, 男児:  $F(5, 35)=2.92$ , n.s.; 女児:  $F(1.70, 15.31)=.77$ , 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, 女児に関しては内向得点は, ベースライン期からフォローアップ期にかけて臨床域から境界域へと多少問題行動は緩和された。外向得点, 総得点については, 臨床域から, 3 ヶ月後に正常域へと一度問題行動が解消されるものの, フォローアップ期には臨床域へと問題行動が維持されていた。この結果から, DV 被害に遭遇した子どもの場合, 女児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る傾向があると考えられ, 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 (女児) に示した。ベースライン期から 6 ヶ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, 女児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) の女児の平均値 (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) したがって, 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 6 名 ( $6.17 \pm 3.13$  歳), および女兒 8 名 ( $6.67 \pm 4.03$  歳) を分析対象とした。

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) について男女別に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 ( $F(2.58, 20.64)=3.80, p<.05$ ; , 平均反応時間 ( $F(1.93, 15.46)=5.13, p<.05$ ), 反応時間のばらつき ( $F(5, 40)=17.97, p<.05$ ) において時期の差が有意であることが示された (Greenhouse-Geisser の  $\epsilon$  による修正を行った)。しかし多重比較の結果, 各期に有意な差はみられなかった。なお, もぐら一ずデータの変化を Fig.17 (男児), Fig.18 (女兒) に示した。

## 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。今年度はまず, 母子双方の DV 被害の実態を把握するとともに, 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検討した。

本研究の対象者は日常的に (対象者の 50.0% 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を目標撃していたり(87.9%)、直接的に暴力を受けていた(57.6%)。

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。

また、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い加害者から避難した後の母子の変化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。

来年度も調査を継続し、さらに対象者を増やすとともに、母子がどのように相互に影響しあっているかにも焦点を当てより詳細に報告する。

注)

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.
- 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 2008 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.
- 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 トラウマティック・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。



Table 1 DVSI(総得点, 下位尺度得点)の平均得点と標準偏差(SD)

(N=26)	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	6.08	6.77	5.38	8.46	10.5	7.27	21.96	18.82
最悪時※	10.22	9.62	3.43	6.69	15.96	3.10	29.61	14.18

※最悪時のN=23

Table2 母親が受けたDV被害の内容と被害期間

	身体的暴力 (N=26)		性的暴力 (N=26)		心理的暴力(N=26)			追求 (N=26)	その他 (N=26)
			言葉の暴力	行動制限	経済的暴力				
被害なし	4	9	0	2	6	9	15		
被害あり	22	17	26 ※	24 ※	20	17 ※	11		
被害期間									
1ヶ月未満	4	0	0	0	0	2	0	0	
～1年未満	1	2	1	2	2	6	1	1	
1～3年未満	4	4	7	3	3	3	3	3	
3～5年未満	1	2	1	4	2	1	3	3	
5～10年未満	6	4	7 ※	5 ※	6	2	1	1	
10年以上	6	4	10	10	8	1	2	2	
不明	0	1	0	0	0	2	1	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=25)					
DVSI(最近1年)					
身体的暴行	.63 **	.52 **	.63 **	.58 **	.35
性的強要	.69 ***	.63 **	.64 **	.64 **	.43 *
心理的攻撃	.12	.12	.12	.08	-.12
総得点	.55 **	.48 *	.54 **	.50 *	.25
DVSI(最悪時)					
身体的暴行	.50 *	.47 *	.47 *	.40 *	.38
性的強要	.74 ***	.72 ***	.63 **	.69 ***	.56 **
心理的攻撃	.15	.04	.31	.03	.06
総得点	.64 **	.60 **	.61 **	.54 **	.47 *

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

Table 4 各期におけるMINIの評定結果

MINI	ベースライン期 (N=26)		3か月後FU期 (N=20)		6か月後FU期 (N=19)		9か月後FU期 (N=16)		12か月後FU期 (N=18)			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
いずれかの精神疾患 (現在症のみ)	該当した	19	73.08	該当した	10	50.00	12	63.16	10	62.50	8	44.44
PTSD(現在)	該当した	11	31.25	該当した	6	30.00	6	31.58	5	31.25	5	27.78
大うつ病性エピソード(現在)	該当した	10	31.25	該当した	4	20.00	7	36.84	3	18.75	8	44.44

Note. MINI=The Mini-International Neuro-psychiatric Interview; FU=Follow-up



Table 5 各期におけるSCIDの評価結果

SCID	ベースライン期 (N=26)		3か月後FU期 (N=20)		6か月後FU期 (N=20)		9か月後FU期 (N=15)		12か月後FU期 (N=17)		
	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	19	73.08	7	35.00	9	45.00	6	40.00	8	47.06
	該当せず	7	26.92	13	65.00	11	55.00	9	60.00	9	52.94
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	10	62.50	6	50.00	2	14.29	4	40.00	5	45.45
	重症	9	56.25	1	8.33	3	21.43	1	10.00	3	27.27
部分寛解	7	43.75	12	100.00	8	57.14	9	90.00	8	72.73	

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ヵ月後FU期	7.32	12.38
6ヵ月後FU期	13.13	18.01
9ヵ月後FU期	8.88	14.61
12ヵ月後FU期	6.96	10.16

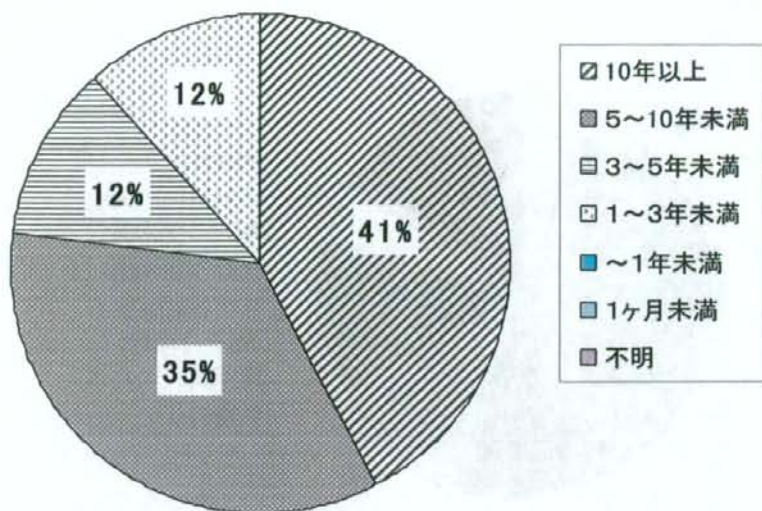


Fig. 1 母親の DV 被害期間 (N=26)

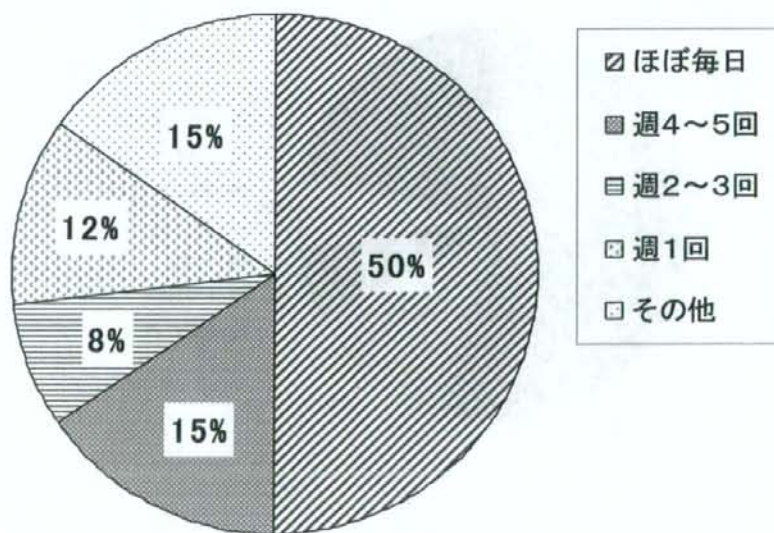


Fig.2 母親の DV 被害頻度 (N=26)



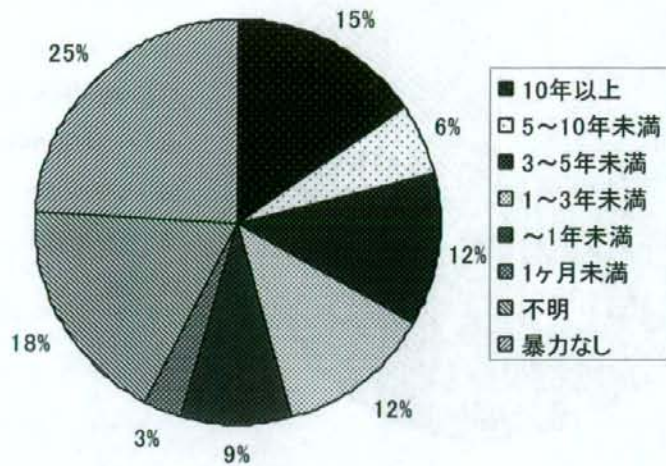


Fig.3 子どもの直接の被害期間(N=33)

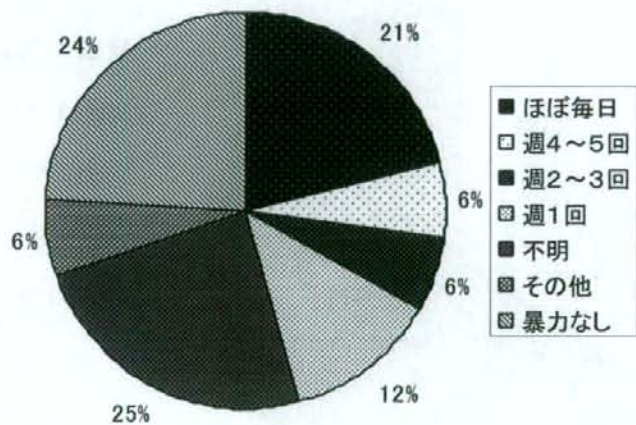


Fig.4 子どもの直接の被害頻度(N=33)

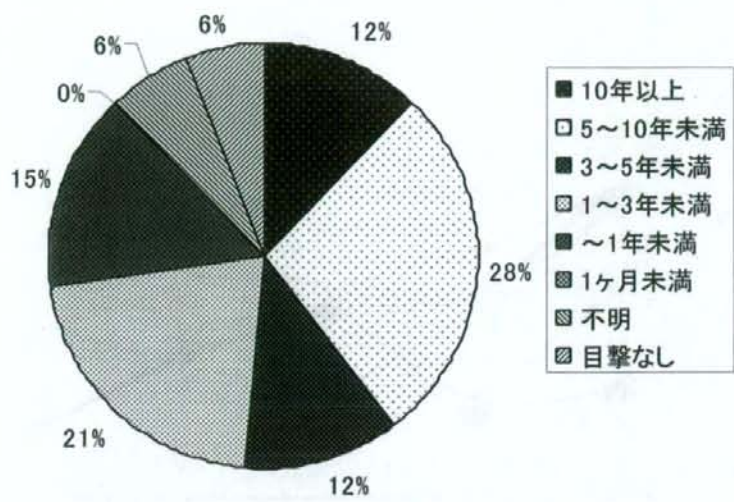


Fig.5 子どものDV目撃期間(N=33)

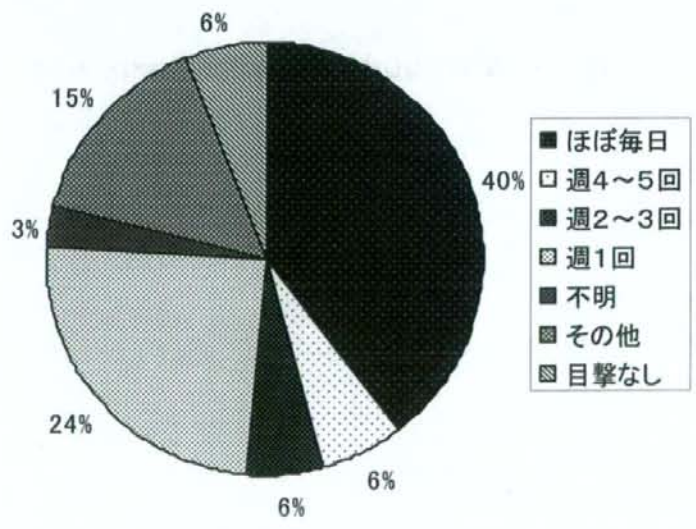


Fig.6 子どものDV目撃頻度(N=33)

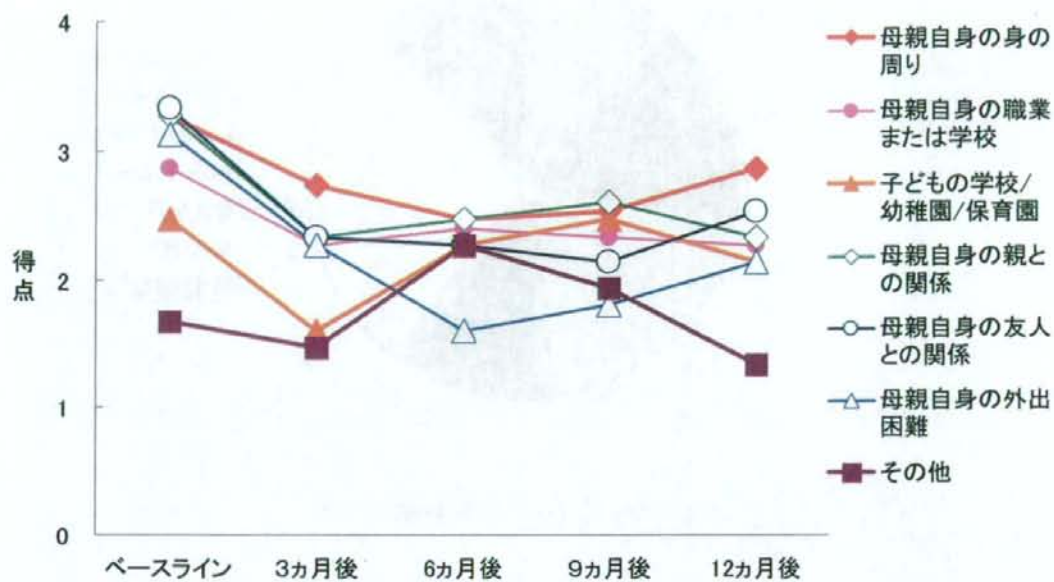


Fig.7 DV被害による生活への影響度の変化(N=15)