

$p<.05$), 最悪時の「性的強要」の得点の間 ($r=.54$, $p<.01$), 最近 1 年の「性的強要」の得点の間 ($r=.47$, $p<.01$) 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 PTSD 症状や解離症状の出現・悪化させる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 18 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 ヶ月時点において生活への悪影響はやや軽減するものの, その後もさまざまな場面で多くの支障が生じていた。

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。

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 Table4 に示した。Table4 に示したとおり, 3 ヶ月後フォローアップ期を除く 4 時点において, 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^{注)} 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 ヶ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 ヶ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。

PTSD の各症状の時系列的変化を見るため, 調査を完遂した 18 名の IES-R 得点の変化を Fig.8 に示した。結果を見ると, 3 ヶ月後フォローアップ期において, 症状が全体として軽減されるものの, 6 ヶ月後フォローアップ期以降はあまり変化が見られなかった。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, 調査を完遂した 18 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。IES-R の結果と同様に, 3 ヶ月後フォローアップ期にいったん重症度は軽減されるものの, 症状は中等度レベルから下がることは

なかった。

DES-II 得点についても、調査を完遂した 18 名の変化を Fig.10 に示した。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。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。

以上の結果から、PTSD 症状を主とする母親の精神症状は、3 ヶ月後フォローアップ期に改善がみられる傾向にあるが、それ以降は調査開始 1 年を経過しても残存し、維持される症状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 年間の調査を終えて、全期の PTCI と TAC-24 に回答した母親 19 名を対象に、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を検討した。

PTCI の総得点および各下位尺度得点の変化を Fig.11 に示した。Fig.11 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。

TAC-24 の各上位尺度得点の変化を Fig.12 に示した。Fig.12 によると、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。

また、母親の精神状態（PTSD 症状、解離症

状）と被害後の母親の認知やストレス対処の傾向との関係を検討するために、相関分析を行った。

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 得点および DES-II との相関分析を行ったところ、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 ($r=.19, p<.05$), 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 ($r=-.20, p<.05$) が有意に認められた (Table6)。また DES-II 得点と TAC-24 の「問題回避」との間にも正の相関関係 ($r=.28, p<.01$)。同様に PTCI 得点と IES-R 得点および DES-II 得点の相関分析を行ったところ、すべての下位尺度どうしで正の相関が認められた (Table6)。

したがって、DV 被害後に生じた否定的で不合理な認知と母親の PTSD 症状との関連が非常に大きいものと考えられる。

5) 子どもの精神状態、および行動面における時系列的变化

1 年間の調査を完遂した子ども 20 名（男児 8 名, 女児 12 名）の時系列的变化について以下に報告する。

a. 母親評定による変化

母親によって評価された CBCL の総得点および内向尺度、外向尺度の得点の変化を Fig.13 (男児) および Fig.14 (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。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～臨床域のレベルにあったが、女児に関しては全ての時期に

において、健常域におさまらず、境界域～臨床域のレベルであった。特に女兒の外向得点に注目すると、12ヵ月後を除く4時期において臨床域のまま維持されていた。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る傾向があると考えられ、注意が必要であるといえる。

次に、ADHD RS-IV-Jの得点の変化を Fig.15 (男児)、Fig.16 (女兒) に示した。ベースライン期の男児の「不注意」の平均得点、および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(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, $SD=6.91$)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.15)。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、男児の平均値も大きく上回るものであった(Fig.16)。さらに女兒の「不注意」の得点は、1年を経過しても改善が見られなかった。したがって、女兒の不注意や多動・衝動性は男児よりも深刻であるといえる。

次に、CDCの得点の変化を Fig.17 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 ± 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・精神状態や社会性といった問題は時間経過とともに緩やかに改善が見られるものの、特に女兒の精神面および行動面の問題は1年を経過しても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。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 Fig.18 (男児)、Fig.19 (女兒) に示した。もぐら一ずに関しては、男児よりも女兒の成績の方が全体的に良いことが示された。また男女ともに、時間経過とともに緩やかに正答率が改善されていた。

Fig.18 および Fig.19 をみると、ベースライン期では、女兒に比べて男児の正答率が低く、お手つきが多く見られたが、12ヵ月後フォローアップ期までに改善されていた。女兒についてもゆるやかに改善されていた。

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、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(Table7)。その結果、もぐら一ずの成績は全体的に ADHD RS-IV-J の「多動・衝動性」の側面を反映していることが明らかとなった。

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 および CDC の得点と、DVSI 得点の相関分析を行った(母子 36 組)。Table8 に示したとおり、DVSI の「身体的暴行」および「性的強要」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 33 組)。その結果、もぐら一ずの「見逃し」の出現率と DVSI (最悪時) の「心理的攻撃」との間に有意な負の相関関係が認められたが ($r=-.43, p<.05$)、その他の指標では有意な相関は認められなかった。同様に、母親の DVSI 得点と子どもの IES-R 得点 (母子 10 組)、YSR 得点 (母子 17 組) との相関係数をそれぞれ算出したが、有意な相関は認められなかった。ただし、これらの結果は、対象となる母子の数が限られているため、より精査が必要であると考えられる。

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

母親の精神状態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、母親の IES-R 得点および DES-II 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それぞれ行った。その結果を Table9 に示した。

母子の IES-R 得点についての相関を分析結果、母親の「侵入症状」と子どもの「侵入症状」($r=.36, p<.05$)、「過覚醒症状」($r=.38, p<.01$)、「総得点」($r=.35, p<.05$) との間に有意な正の相関が認められた (Table9)。また母親の IES-R 得点および DES-II 得点と、子どもの YSR 得点との相関分析では、両者に有意な相関は見られなかった (Table9)。母親の IES-R 得点および DES-II 得点と、もぐら一ずデータとの相関分析では、DES-II 得点ともぐら一ずの「見逃し」($r=.17, p<.05$) の間にのみ有意な相関が認められた (Table9)。

以上の結果から、母親の PTSD 症状や解離症状が、子どもの PTSD 症状や課題遂行の面と関連がある可能性が示唆された。

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。その結果を Table10 に示した。

Table10 にあるように、養護因子と IES-R 得点との間について、有意な正の相関関係が認められた (侵入: $r=.28, p<.05$; 過覚醒: $r=.36, p<.01$)。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。また、PBI 得点と YSR 得点においては、PBI の養護因子と YSR の内向尺度の間に有意な正の相関関係が認められた ($r=.22, p<.05$)。さらに、PBI 得点ともぐら一ずデータにおいては、養護因子と反応時間の間に有意な負の相関関係が見られた ($r=-.23, p<.05$)。

次に、過保護因子と IES-R 得点との間については、回避・麻痺症状との間に有意な正の相関関係が認められた ($r=.31, p<.05$)。PBI の過保護因子は得点が高いほど、母親が過剰に子どもに関わり、子どもをコントロールしているという評価となっている。また、PBI 得点と YSR 得点の間については、過保護因子と YSR の外向尺度 ($r=-.24, p<.05$) および総得点 ($r=-.23, p<.05$) の間に有意な負の相関関係が認められた。さらに、PBI 得点ともぐら一ずデータにおいては、過保護因子と正答率 ($r=.24, p<.05$)、反応ばらつき ($r=-.22, p<.05$)、お手つき ($r=-.23, p<.05$) の間にそれぞれ有意な相関が認められた。この結果はつまり、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のではないかと考えられる。

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 Table11 に示した。その結果、CBCL と YSR の総得点と各上位尺度得点において、有意な正の相関が認められた。つまり、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可能性が示唆された。

ただし、CBCL と YSR の内向尺度間には中等度の相関 ($r=.57, p<.01$) が認められたのに対し、外向尺度間は弱い相関にとどまっていた ($r=.22, p<.05$)。内向尺度には、「ひきこもり」「身体的訴え」「不安/抑うつ」が含まれるが、これらは話題にされ、母子間で共有されやすいものと考えられる。

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、健常群の得点（親評価；井潤・上林ほか，2001）を Table12 に示した。これらの得点を比較してみると、内向尺度の平均得点は母子間でほぼ同程度なのに対し、外向尺度は母親の方が子ども自身よりも得点が高くなっている。外向尺度には「非行的行動」や「攻撃的行動」が含まれるが、こういった側面に対して母子の認識に差があることが明らかとなった。

以上の結果より、DV 被害にあった母親は子どもの状態を比較的よく認識できているが、「非行

的行動」や「攻撃的行動」といった問題に関しては子ども自身よりも深刻に捉えていることがうかがえる。

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 58.1% がほぼ毎日）、しかも長期にわたって（74.2% 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も多かった。対象児に関しても、ほぼ全員が DV 被害を目撃しており（90.5%）、多くの子どもが直接的にも何らかの被害を受けていた（73.8%）。

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、長期的にわたって維持されることが明らかにされた。

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について明らかにすることができた。また対象となる母子の人数が増えてきたことによって、より安定した結果が得られてきたといえよう。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。

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.
- 奥山眞紀子 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=30)	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	6.05	6.55	5.10	8.16	10.40	7.42	21.55	18.50
最悪時*	9.93	9.13	3.26	6.36	15.74	3.75	28.93	13.99

* 最悪時のN=27

Table2 母親が受けたDV被害の内容と被害期間

	身体的暴力 (N=31)	性的暴力 (N=31)	心理的暴力(N=31)			追求 (N=31)	その他 (N=31)
			言葉の暴力	行動制限	経済的暴力		
被害なし	5	12	0	4	7	13	19
被害あり	26	19	31 *	27 *	24	18 *	12
被害期間							
1ヶ月未満	4	0	0	0	0	2	0
~1年未満	1	2	1	2	2	6	1
1~3年未満	5	4	8	2	5	3	3
3~5年未満	1	2	1	4	2	1	3
5~10年未満	8	5	7 *	5 *	5	3	1
10年以上	7	5	13	13	10	1	2
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

	総得点	IES-R(母親)			DES-II
		侵入症状	回避・麻痺症状	過覚醒症状	
DVSI(最近1年) (N=30)					
身体的暴行	.46 *	.37 *	.45 *	.45 *	.28
性的強要	.57 ***	.42 *	.55 **	.62 ***	.47 **
心理的攻撃	.24	.21	.22	.21	.00
総得点	.51 **	.40 *	.49 **	.52 *	.30
DVSI(最悪時) (N=27)					
身体的暴行	.23	.27	.21	.14	.23
性的強要	.58 **	.50 **	.43 *	.66 ***	.54 **
心理的攻撃	.09	.03	.21	-.02	.08
総得点	.44 *	.41 *	.39 *	.38 *	.42 *

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

Table4 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=31)		3ヵ月後FU期 (N=22)		6ヵ月後FU期 (N=25)		9ヵ月後FU期 (N=21)		12ヵ月後FU期 (N=21)	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
何らかの精神疾患(現在症のみ)	該当した	20	64.52	10	45.45	14	56.00	15	71.43	11	52.38
何らかの気分障害(現在)	該当した	15	48.39	6	27.27	8	32.00	8	38.10	10	47.62
PTSDを除く不安障害(現在)	該当した	7	22.58	4	18.18	7	28.00	7	33.33	6	28.57
PTSD(現在)	該当した	11	35.48	6	27.27	7	28.00	8	38.10	6	28.57

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

注) 何らかの精神疾患とは、大うつ病(現在)、気分変調症、軽躁病(現在)、躁病(現在)、パニック障害(現在)、広場恐怖(現在)、社会恐怖(現在)、強迫性障害、外傷後ストレス障害、アルコール依存、アルコール乱用、薬物依存、薬物乱用、精神病性障害(現在)、精神病像を伴う気分障害、神経性無食欲症、神経性大食症、全般性不安障害のうち、いずれかにあてはまるもの。

注) 何らかの気分障害とは、大うつ病(現在)、気分変調症、軽躁病(現在)、躁病(現在)に当てはまるもの。

注) PTSDを除く精神疾患とは、パニック障害(現在)、広場恐怖(現在)、社会恐怖(現在)、強迫性障害、全般性不安障害に当てはまるもの。

Table5 各期におけるSCIDの評定結果

SCID		ベースライン期 (N=31)		3ヵ月後FU期 (N=22)		6ヵ月後FU期 (N=25)		9ヵ月後FU期 (N=21)		12ヵ月後FU期 (N=21)	
		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	20	64.52	7	31.82	11	44.00	9	42.86	10	47.62
	該当せず	11	35.48	15	68.18	14	56.00	12	57.14	11	52.38
PTSD症状の重症度	完全寛解	0	0.00	1	4.55	1	4.00	1	4.76	1	4.76
	部分寛解	11	35.48	14	63.64	13	52.00	11	52.38	10	47.62
	軽症	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	4.76	0	0.00
	中等症	11	35.48	6	27.27	7	28.00	4	19.05	6	28.57
	重症	9	29.03	1	4.55	4	16.00	4	19.05	4	19.05

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

Table6 母親の精神状態(IES-R得点, DES-II得点)と, TAC-24得点およびPTCI得点との相関分析の結果

		IES-R(母親)				DES-II
		総得点	侵入症状	回避・麻痺症状	過覚醒症状	
TAC-24	(N=119)					
	問題解決・サポート希求	-.09	-.07	-.20 *	.08	-.06
	問題回避	.08	.05	.19 *	-.05	.28 **
	肯定的解釈と気そらし	.00	-.03	.05	-.04	.06
PTCI	(N=118)					
	自己に対する否定的認知	.56 ***	.53 ***	.55 ***	.44 ***	.56 ***
	自責の念	.32 ***	.27 **	.39 ***	.20 *	.46 ***
	世界に対する否定的認知	.52 ***	.46 ***	.53 ***	.44 ***	.46 ***
	総得点	.56 ***	.51 ***	.57 ***	.44 ***	.57 ***

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

Table7 ADHD RS-IV-J(母親評定)得点ともぐら一ずの成績の相関分析結果

	(N=138)	ADHD RS-IV-J(母親評定)		
		不注意	多動/衝動性	合計
もぐら一ず				
	正答率	-.18 *	-.41 ***	-.31 ***
	正答率ばらつき	.26 **	.48 ***	.39 ***
	反応時間	.05	.35 ***	.21 *
	反応時間ばらつき	.14	.39 ***	.28 **
	見逃し	.10	.33 ***	.23 **
	お手つき	.19 *	.37 ***	.29 ***

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

Table8 DVSI得点とADHD RS-IV-J得点, およびCDC得点間における相関分析結果

	(N=36)	DVSI(最近1年)				DVSI(最悪時)			
		身体的暴行	性的強要	心理的攻撃	合計	身体的暴行	性的強要	心理的攻撃	合計
ADHD RS-IV-J(母親評定)									
	不注意	.55 ***	.49 **	.15	.46 **	.34 *	.41 *	-.07	.40 *
	多動/衝動性	.71 ***	.55 **	.26	.59 ***	.54 **	.42 *	.04	.56 ***
	合計	.68 ***	.55 ***	.22	.56 ***	.48 **	.44 **	-.01	.52 **
CDC得点(母親評定)		.78 ***	.71 ***	.25	.68 ***	.49 **	.60 ***	-.04	.60 ***

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

Table9 母親の精神症状(IES-R得点, DES-II得点)と, 子どものIES-R得点, YSR得点, もぐら一ず成績間における相関分析結果

	IES-R(母親)				DES-II (母親)
	総得点	侵入症状	回避・麻痺症状	過覚醒症状	
IES-R(子ども) (N=46)					
総得点	.19	.35 *	.00	.15	.08
侵入症状	.22	.36 *	.06	.16	.10
回避・麻痺症状	.04	.21	-.12	-.01	-.10
過覚醒症状	.29	.38 **	.11	.29	.25
YSR(子ども) (N=83)					
内向尺度	.01	.07	-.07	.04	.10
外向尺度	-.06	-.09	-.08	.03	.12
総得点	-.01	-.01	-.07	.06	.11
もぐら一ず(子ども) (N=139)					
正答率	-.01	-.03	.06	-.08	-.13
正答率ばらつき	.01	.01	-.05	.10	.08
反応時間	-.05	-.02	-.15	.05	.09
反応時間ばらつき	-.04	.00	-.14	.04	.09
見逃し	.02	.04	-.05	.10	.17 *
お手つき	.00	.02	-.05	.05	.08

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

Table10 PBI得点と, 子どものIES-R得点, YSR得点, もぐら一ず成績間における相関分析結果

	PBI(母親)	
	M-CA (養護因子)	M-OP (過保護因子)
IES-R(子ども) (N=50)		
総得点	.21	.09
侵入症状	.28 *	-.04
回避・麻痺症状	-.02	.31 *
過覚醒症状	.36 **	-.09
YSR(子ども) (N=83)		
内向尺度	.22 *	-.09
外向尺度	.13	-.24 *
総得点	.21	-.23 *
もぐら一ず(子ども) (N=84)		
正答率	-.16	.24 *
正答率ばらつき	.19	-.22 *
反応時間	-.23 *	.06
反応時間ばらつき	.06	-.12
見逃し	.11	-.20
お手つき	.18	-.23 *

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

Table11 CBCL(母親評定)得点とYSR得点間の相関分析結果

(N=82)	CBCL(母親評定)		
	内向尺度	外向尺度	総得点
YSR(子ども)			
内向尺度	.57 ***	.09	.36 **
外向尺度	.40 ***	.22 *	.35 **
総得点	.44 ***	.13	.33 **

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

Table12 CBCL得点(母親評定), YSR得点(子ども評定), および健常群のCBCL得点(親評定)の平均と標準偏差(SD)

	CBCL (親評定, N=153)		YSR (子評定, N=85)		健常群 (親評定)
	平均	SD	平均	SD	平均
内向尺度	9.41	8.51	9.67	11.86	3.56
外向尺度	10.67	11.18	6.64	6.13	3.11
総得点	31.91	26.77	29.26	24.85	11.98

Note. 健常群の得点は、井潤・上林ほか(2001)で最も得点が高かった女兒(12-15歳)の値とした

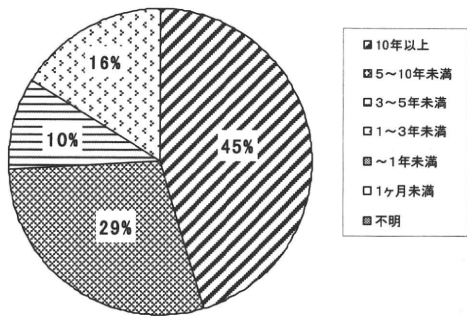


Fig.1 母親のDV被害期間(N=31)

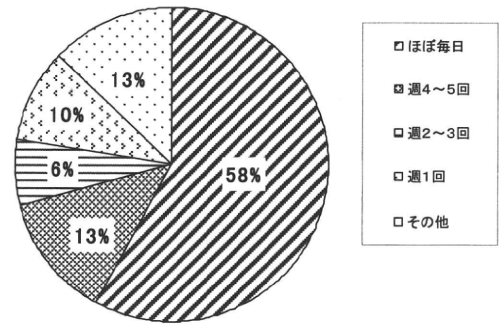


Fig.2 母親のDV被害頻度(N=31)

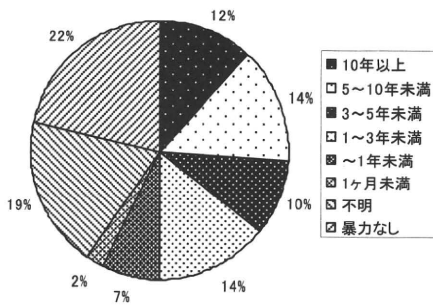


Fig.3 子どもの直接の被害期間(N=42)

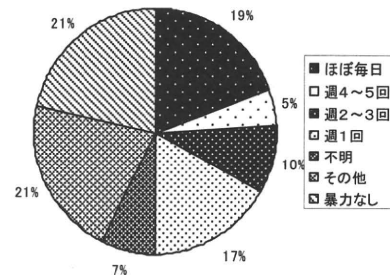


Fig.4 子どもの直接の被害頻度(N=42)

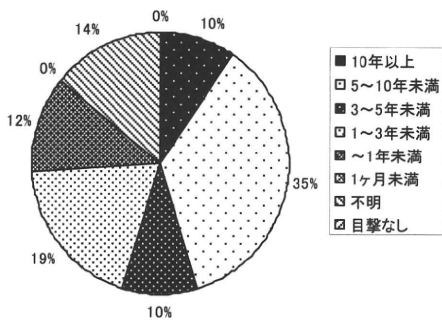


Fig.5 子どものDV目撃期間(N=42)

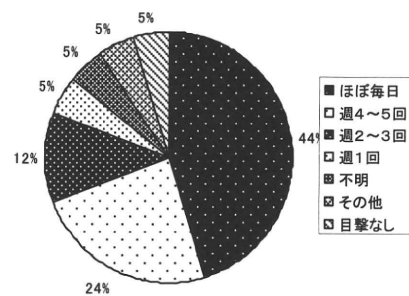


Fig.6 子どものDV目撃頻度(N=42)

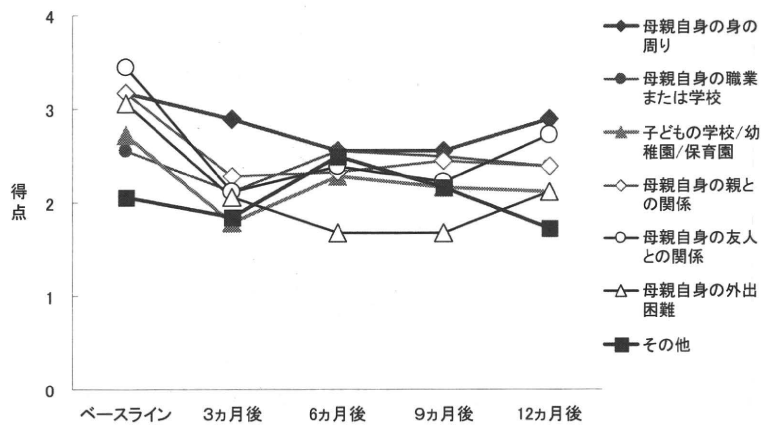


Fig.7 DV被害による生活への影響度の変化 (N=18)

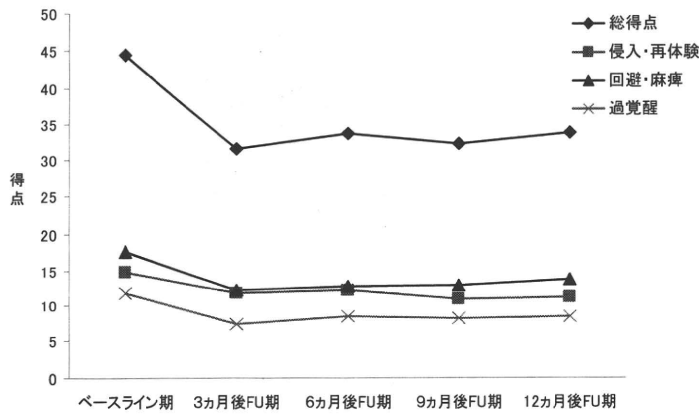


Fig.8 IES-R(母親)得点の変化 (N=18)

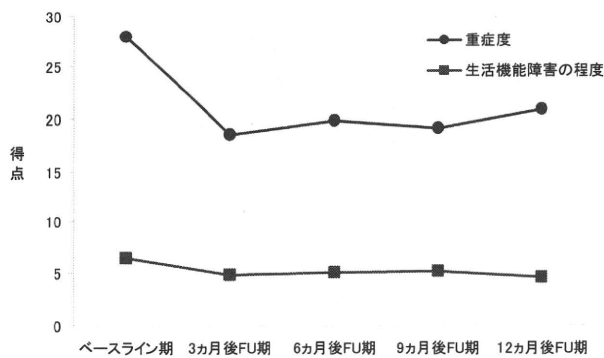


Fig.9 PDSにおいて評定されたPTSD症状の重症度と生活機能障害の程度の変化 (N=18)

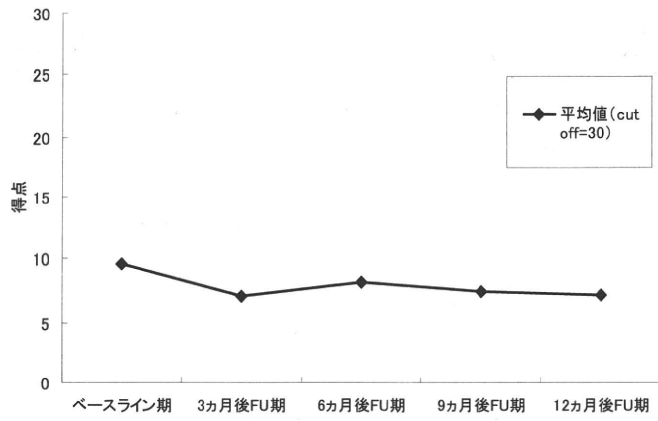


Fig.10 DES-II 得点の変化(N=18)

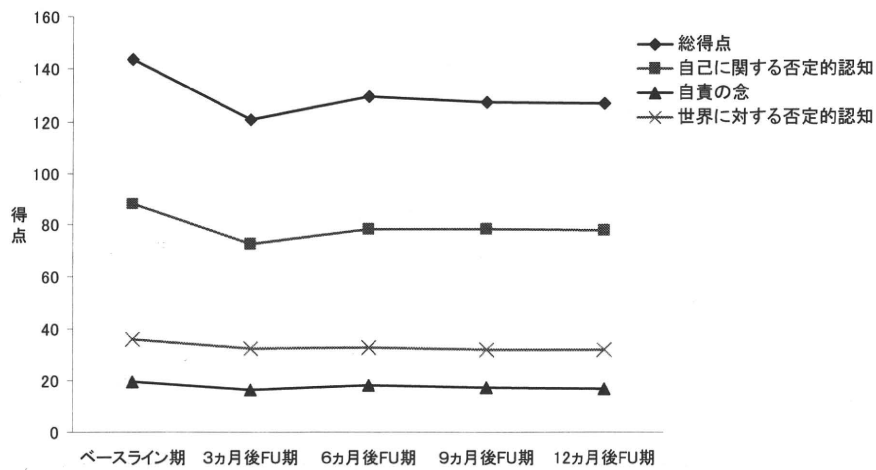


Fig.11 PTCI 得点の変化(N=19)

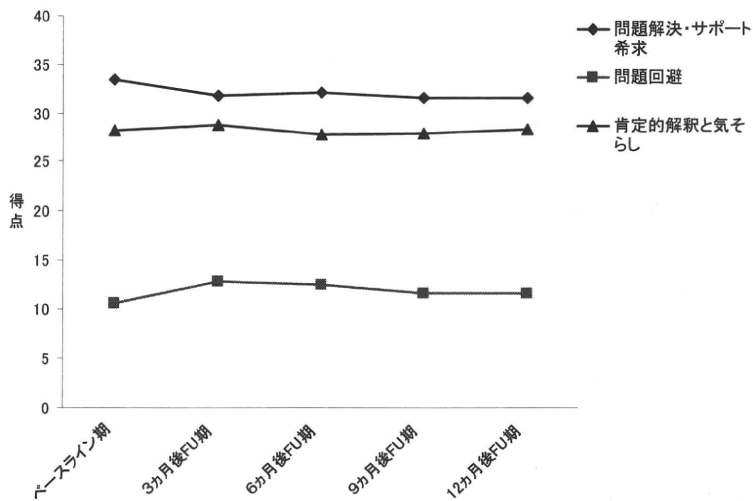


Fig.12 TAC-24 得点の変化(N=19)

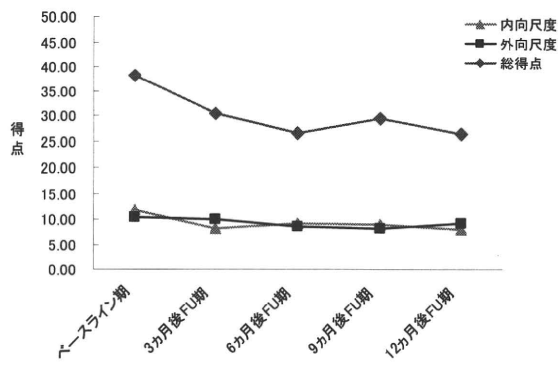


Fig.13 CBCL 得点の変化(男児 8名)

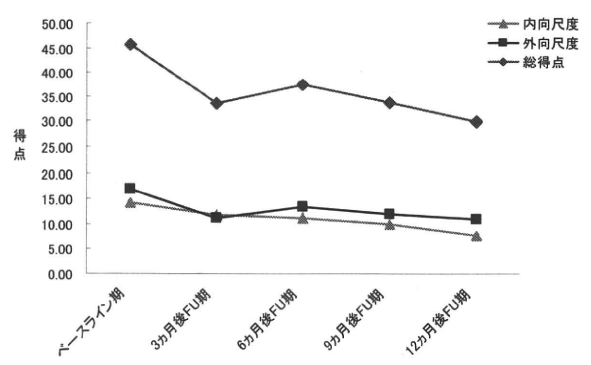


Fig.14 CBCL 得点の変化(女児 12名)

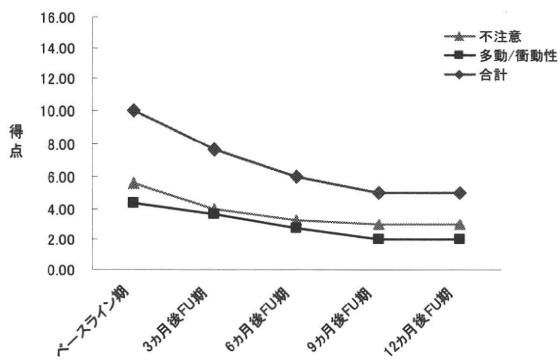


Fig.15 ADHD RS-IV-J 得点の変化(男児 8名)

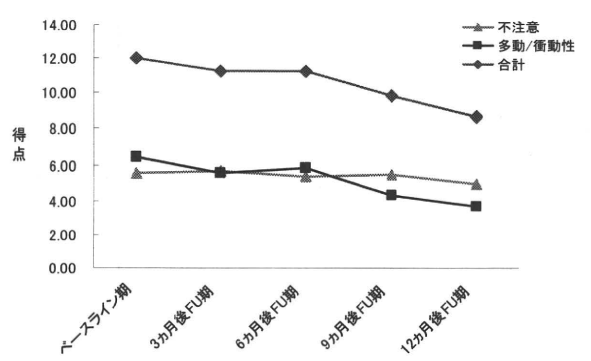


Fig.16 ADHD RS-IV-J 得点の変化(女児 12名)

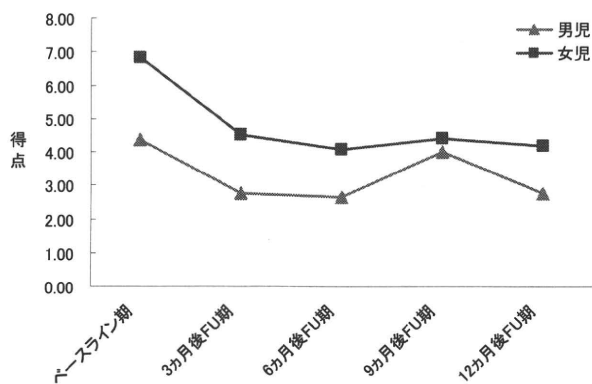


Fig.17 CDC 得点の変化(男児 8名, 女児 12名)

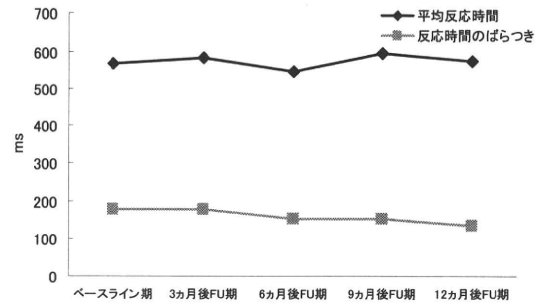
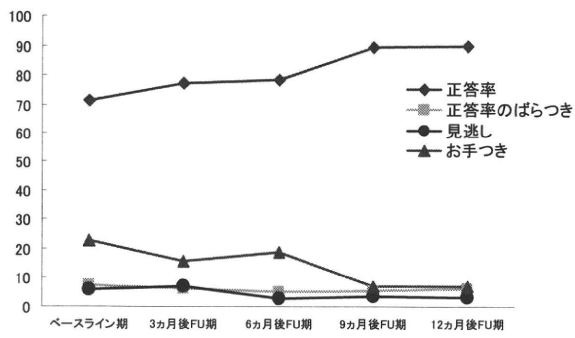


Fig.18 もぐら一ずの成績の変化(男児 8 名)

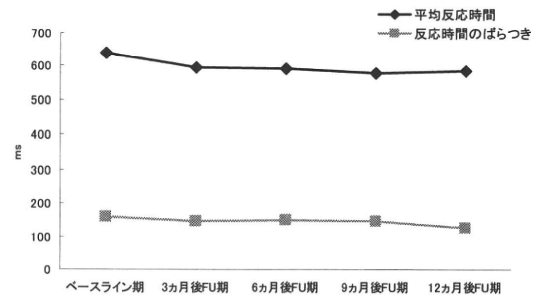
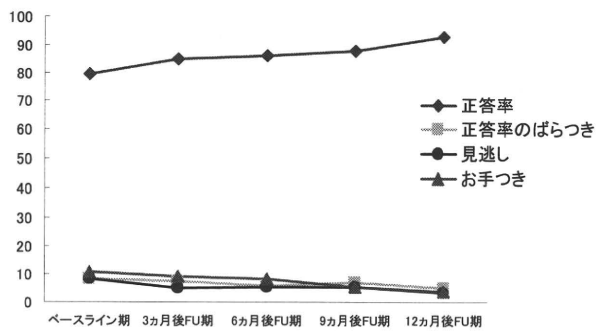


Fig.19 もぐら一ずの成績の変化(女児 12 名)

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
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
平成 22 年度 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 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター 所長
研究協力者 丹羽まどか 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター
中山未知 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター
廣野方子 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター
加藤寿子 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター
氏家由里 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター
正木智子 独)国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
成人精神保健研究部
大澤香織 東海学院大学 人間関係学部
研究代表者 金吉晴 独)国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
成人精神保健研究部 部長

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（58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。昨年度までの結果は、以下の5点に要約される。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（母親評価）、④子どもの問題行動や精神状態は、母親の精神状態のみならず、母親の養育態度に対する子どもの判断（自分を養護してくれているかどうか）にも左右される、⑤母親は子どもの状態を比較的よく認識できているが、非行的行動や攻撃的行動などの問題を、子ども自身よりも深刻に捉えている。上記の知見に加えて、今年度の分析によって明らかとなったのは、子どもの不注意や多動衝動性（もぐら一ず成績にて評価）は、母親の解離症状や、自己や世界に関する否定的認知、対人過敏や怒りといった精神状態と関連している点であった。

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) にひき続き、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。昨年度までの報告書で、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検討してきた (金・加茂ほか, 2010)。今年度は、ベースライン期の調査がすべて終了したため、横断的な結果のまとめと、時間経過に伴う変化の検討、そして母子の相互作用に関する分析を行ない、3年間のまとめとする。

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。

本調査のエントリーは2010年8月で締め切り，全ケースが1回目の調査を終了した。現在もフォローアップが継続中であるが，今年度は2006年5月15日～2010年10月31日までに調査を実施したケースを分析対象とした。

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.