

- 最大耐用量まですでに増加していた場合には、sertraline、paroxetine のうちもう 1 つの薬剤に切り替える。治療抵抗性の判断。
- 併存する精神疾患の症状に対する投薬を強化。
- 診断と治療適応の再確認。
- エビデンスのある認知行動療法の導入の検討。

#### 5) 投薬による副作用

うつ病や PTSD 以外の不安障害と比べて、PTSD 治療に関しての paroxetine, sertraline による薬物療法に特異的な有害事象は報告されていない。

患者によっては、治療を開始した最初の時期に症状が悪化することがある。これは、SSRI の賦活／不安惹起作用に起因している場合がある。また、外傷的出来事について話し合ったり、それまで触れていなかった感情や思考が表現されることに関連して生じる場合もある。

SSRI の一般的な副作用としては activation syndrome がある。また SSRI によって不眠が生じることがある。

PTSD 患者を含む不安性障害の患者は、うつ病などの患者よりも薬物療法の副作用に敏感であることが多く、用量を徐々に増加することが必要になるかもしれない。

患者が部分的な治療反応しか示さない、または全く示さない場合には、薬剤への反応が不十分なために症状が残っているのか、あるいは薬物療法の副作用として症状が生じているのかを検討することが重要である。

#### 6) プラセボ反応

初期に迅速な治療反応が見られた後にそれが消失するという現象は、うつ病に関する文献において示唆されているように、「プラセボ」または「非特異的」反応を示唆するかもしれない。PTSD の場合に、どの程度までこのような考え方をすることが出来るのか、またどのように対処したらよいのかは、不明である。このような状況下では、薬剤の変更が増強療法よりも好ましいとする意見もあるが、この問題に関するデータはない。

#### 7) 併存疾患、症状の治療

PTSD には他の精神疾患、症状が併存することが多く、その治療が優先される場合も有る。また PTSD の治療を開始した後でも、併存する精神疾患、症状の治療が重要であると判断されれば、その治療を平行することも認められる。

なお PTSD に対する薬物療法と、下記に示す併存疾患に対する投薬を同時に行った場合の、PTSD の治療反応性への影響に関するデータはない。

##### a. 不眠

不眠と悪夢を特徴とする睡眠障害は PTSD の中核症状であり、標準的な第一選択薬に反応すると思われる。ただし、SSRI を投与してもしばらくのあいだは、不眠や悪夢は持

続することが多く、こうした薬剤によって増悪する場合さえある (Meltzer-Brody ら、2000 ; Davidson ら、2002)。従って最初に、睡眠障害の一因となる市販の医薬品や、カフェインの多量摂取などのライフスタイルを評価することを勧める。PTSD における悪夢および不眠の改善には、 $\alpha_1$  アドレナリン拮抗薬であるプラゾシンの追加がきわめて有効なことがある (ほとんどの PTSD に併発する。また SSRI 投与によって不眠が悪化することがある。まずカフェインの大量摂取などのライフスタイルを確認する。PTSD ではベンゾ系の抗不安薬に対して心理的依存を生じやすいとの指摘があることから、入眠剤の選択においても非ベンゾ系を優先することが勧められる。特異的な睡眠障害として悪夢障害、レストレスレッグズ症候群、睡眠時無呼吸症候群などが認められ、場合によっては専門の治療を行う。

- b. うつ病 PTSD との併存は非常に多く、Kessler らの調査では約半数が大うつ病を併発する。うつ病の一部に見られる焦燥感を PTSD の過覚醒と鑑別する。PTSD 治療に用いる SSRI で改善が期待されるが、それにとらわれず、うつ病の病状に応じた治療を行うべきである。
- c. 不安障害 PTSD には各種の不安障害が合併する。なお不安障害の治療としてベンゾ系抗不安薬を用いた場合、PTSD 症状も一時的に軽快することがあるが、PTSD の経過を短縮することは出来ない。PTSD 患者はベンゾ系の抗不安薬に対して心理的依存を形成しやすいことが知られているので注意が必要である。
- d. 躁病 うつ病による行動過多と気分変動、易怒性を PTSD の過覚醒と鑑別する。  
幻覚妄想状態：①再体験におけるフラッシュバックが強度で幻覚の性質を持つ場合、幻覚妄想状態として、抗精神病薬による治療の対象となることがある。PTSD の経過そのものを短縮するとの報告はない。②トラウマ的出来事の再体験とは理解できないような、妄想反応。精神病症状は 40%もの PTSD 患者に認められ (Hamner ら、1999)、幻覚、妄想、および妄想観念などの症状が多く報告されている。まず、精神病症状が PTSD 症候群の部分症状なのか、または、併存する精神病性障害によるものなのかを明らかにすべきである。前者の場合、SSRI を用いて PTSD の治療を開始すべきであるが、その治療に反応しない患者が多いことを念頭に置く必要がある。フラッシュバック、過覚醒/持続的な妄想、および解離はすべて精神病症状と共に生じることがある。
- e. 統合失調症：この疾患による幻覚、妄想を、PTSD のフラッシュバックや侵入症状と鑑別する。
- f. アルコール依存：PTSD 患者がアルコール嗜癖、依存を併発する例は少なくない。依存と診断される場合にはその治療が優先されることがある。
- g. 自殺念慮、自傷行為：治療のどの段階においても注意が必要である。

(文献)

- 1) 2012. 金 吉晴：大規模災害や犯罪被害等による精神疾患の実態把握と対応ガイドラインの作成・評価に関する研究. 平成 24 年度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））「PTSD 診断尺度日本語版の臨床群での妥当性検証」総括・分担研究報告書（研究代表者：金 吉晴）. pp21-24
- 2) 2006. 金 吉晴：トラウマ反応と診断. In：心的トラウマの理解とケア第 2 版（金 吉晴編：じほう，東京
- 3) 2007. 金 吉晴，原恵利子：PTSD 薬物療法アルゴリズム. メディカルフロントインターナショナル，東京.
- 4) 2012. 前田正治、金吉晴編：PTSD の伝え方：トラウマ臨床と心理教育 誠信書房：東京
- 5) 2013. 金吉晴監訳：PTSD ハンドブック、金剛出版
- 6) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual, ver.5.
- 7) Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA, Brewin CR. Considering PTSD for DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011 28:750–69.
- 8) Scheeringa MS, Zeanah CH, Cohen JA. PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithm. *Depress Anxiety*. 2011 28:770–82.
- 9) Steuwe C, Lanius RA, Frewen PA. Evidence for a dissociative subtype of PTSD by latent profile and confirmatory factor analysis in a civilian sample. *Depression and anxiety*. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22653764>

(資料1)

## 外傷後ストレス障害 Posttraumatic Stress Disorder

(DSM-IV：精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院より)

- A. その人は、以下の2つが共に認められる外傷的な出来事に暴露されたことがある。
- (1) 実際にまたは危うく死ぬまたは重症を負うような出来事を、1度または数度、または自分または他人の身体の保全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した。
  - (2) その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである。
- B. 外傷的な出来事が、以下の1つ（またはそれ以上）の形で再体験され続けている。
- (1) 出来事の反復的で侵入的で苦痛な想起で、それは心像、思考、または知覚を含む。  
**[注]** 小さい子供の場合、外傷の主題または側面を表現する遊びを繰り返すことがある。
  - (2) 出来事についての反復的で苦痛な夢。  
**[注]** 子供の場合は、はっきりとした内容のない恐しい夢であることがある。
  - (3) 外傷的な出来事が再び起こっているかのように行動したり、感じたりする（その体験を再体験する感覚、錯覚、幻覚、および解離性フラッシュバックのエピソードを含む、また、覚醒時または中毒時に起こるものを含む）。  
**[注]** 小さい子供の場合、外傷特異的な再演が行われることがある。
  - (4) 外傷的出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合に生じる、強い心理的苦痛。
  - (5) 外傷的出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合の生理学的反応性。
- C. 以下の3つ（またはそれ以上）によって示される、（外傷以前には存在していなかった）外傷と関連した刺激の持続的回避と、全般的反応性の麻痺。
- (1) 外傷と関連した思考、感情、または会話を回避しようとする努力。
  - (2) 外傷を想起させる活動、場所または人物を避けようとする努力。
  - (3) 外傷の重要な側面の想起不能。
  - (4) 重要な活動への関心または参加の著しい減退。
  - (5) 他の人から孤立している、または疎遠になっているという感覚。
  - (6) 感情の範囲の縮小（例：愛の感情を持つことができない）。
  - (7) 未来が短縮した感覚（例：仕事、結婚、子供、または正常な一生を期待しない）。
- D. （外傷以前には存在していなかった）持続的な覚醒亢進症状で、以下の2つ（またはそれ以上）によって示される。
- (1) 入眠、または睡眠維持の困難
  - (2) 易刺激性または怒りの爆発
  - (3) 集中困難

(4) 過度の警戒心

(5) 過剰な驚愕反応

E. 障害（基準B、C、およびDの症状）の持続期間が1ヵ月以上.

F. 障害は、臨床上著しい苦痛または、社会的、職業的または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている.

▶該当すれば特定せよ：

急性 症状の持続期間が3ヵ月未満の場合

慢性 症状の持続期間が3ヵ月以上の場合

▶該当すれば特定せよ：

発症遅延 症状の始まりがストレス因子から少なくとも6ヵ月の場合

(資料2)

PTSDに対する塩酸パロキセチンおよび塩酸セルトラリンの臨床試験

#### ・FDA承認時の臨床試験

○パロキセチン（商品名：パキシル グラクソスミスクライン株式会社）

急性期治療について PAR627 試験、PAR648 試験、PAR651 試験の3試験が行われた。PAR627 試験、PAR648 試験、PAR651 試験のいずれも、12週においてパロキセチン群はプラセボ群に対して有意な症状の改善を示した。また、再発予防治療について PAR650 試験が行われ、24週においてパロキセチン群はプラセボ群に対して有意な再発率の低下を示さなかった。上記4試験の結果に基づき、FDAによりパロキセチンはPTSDに対しての適応が認められた。

○セルトラリン（商品名：ジェイゾロフト ファイザー株式会社）

急性期治療について 93CE21-640 試験、93CE21-641 試験、95CE21-671 試験、96CE21-682 試験の4試験が行われた。93CE21-640 試験、95CE21-671 試験では、12週においてセルトラリン群はプラセボ群に対して有意な症状の改善を示した。93CE21-641 試験、96CE21-682 試験では、12週においてセルトラリン群はプラセボ群に対して有意な症状の改善を示さなかった。上記4試験の結果に基づき、FDAによりセルトラリンはPTSDに対しての適応が認められた。

#### ・プラセボを対照とした比較的大規模な臨床試験

○パロキセチン

Marshall ら（2007）の研究では、10週においてパロキセチン群はプラセボ群に対して有意な症状の改善を示した。Schineier ら（2012）の研究では、持続エクスポージャー療法との併用において、10週においてパロキセチン群はプラセボ群に対して有意な症状の改善を示した。

#### ○セルトラリン

96CE21-703 試験では、28 週においてセルトラリン群はプラセボ群に対して有意な再燃または悪化の抑制を示した。Panahi ら（2011）の研究では、10 週においてセルトラリン群はプラセボ群に対して有意な症状の改善を示した。Zohar ら（2002）、Davidson ら（2006）の研究では、セルトラリン群はプラセボ群に対して有意な症状の改善を示さなかった。

#### ・日本で行われた臨床試験

#### ○パロキセチン

長期投与について PAR799 試験が行われ、52 週において症状の改善を示した。

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疾患の実態把握と  
対応ガイドラインの作成・評価に関する研究  
分担研究報告書

PTSD 診断尺度日本語版の臨床群での妥当性検証

分担研究者 金吉晴 1) 研究協力者 加茂登志子 2)

- 1) 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
- 2) 東京女子医科大学女性生涯健康センター

研究要旨

PTSD の診断スクリーニングに特化した自記式質問紙である PTSD 診断尺度（PTSD Diagnostic Scale : PDS）の日本語版について、DV、性暴力被害を中心として精神科を受診した女性患者 109 名を対象に、CAPS を外的基準として、尺度特性の検証を行った。感度 96.9% 特異度 50.0%、陽性的中率 94.0%、陰性的中率 66.7%であり、優れた尺度特性を有し、スクリーン具尺度としての優性が示された。また重症度の相関も 0.713 と高く、重症度の指標としても有用であることが示唆された。

1 はじめに

外傷後ストレス障害（posttraumatic stress disorder: PTSD）の評価尺度には各種あるが、日常診療での簡便なスクリーニングのためには自記式質問紙を用いることが最も簡単である。この目的で開発された質問紙としては、IES-R がすでに日本語化されているが、これはもともと 1980 年の DSM-III に PTSD の診断基準が登場する前に開発された IES が元になっており、PTSD の 3 症状に対応していない。またカットオフ値を用いてスクリーニングをするために開発されたものではなく、そのような使い方については開発者の Weiss が否定的な見解を述べている。他方、Foa らが開発した PTSD 診断尺度（PTSD Diagnostic

Scale : PDS）は DSM-IV の診断基準項目に合致した質問項目から構成されており、直ちに診断を下すことが出来る。各項目は必ずしも DSM-IV と同じ表現ではないが、たとえば B1 項目として、DSM-IV では単にトラウマ記憶を想起することだけが述べられているのに対し、PDS では想起すると動揺する、というように、想起時の反応まで織り込んでいることが特徴である。現時点で DSM-5 の診断基準 draft が明らかになっているが、それによれば PTSD の侵入症状は単なる思考ではなく、フラッシュバックを本態とすることになっているので、PDS における想起の要件として単なる思考ではなく、動揺することまで含めていることは DSM-5 を先取りしているかのようで

もあり、Foa たちの臨床的実感を反映したものであるといえる。

これまで日本では長江らによって、大学生を対象とした妥当性検定が行われているが、PTSD 該当者がほとんどいないサンプルであったため、臨床での有用性についてはさらなる検討が望まれていた。筆者らは、長江らの研究成果に基づいて東京女子医科大学女性生涯健康センターにおいて PDS を実施した結果に基づき、臨床群での妥当性について事後的な解析を行ったので、茲に報告する。

## 2 方法

東京女子医科大学女性生涯健康センターに DV 被害または性暴力被害を主訴として受診した 24 才から 54 才までの女性 109 名。被害の内訳は持続性 DV が 64 名、DV 目撃が 1 名、養育者からの虐待が 7 名、単回性の性被害が 22 名、わいせつ 6 名、暴力被害が 5 名、交通事故 1 名、災害 1 名、薬物混入 1 名、その他の犯罪 1 名であった。

全員にトラウマ症状のルーチン評価として、CAPS と PDS を施行した。その結果を事後解析し、CAPS を外的基準として PDS の尺度特性を検証した。

## 3 結果

両尺度による PTSD 診断の有無は以下の通りである。CAPS については各症状項目の頻度と強度の合計点が 3 以上を、その項目を陽性とした。PDS については各症状項目で 1 以上の回答があった倍医、その項目を陽性とした。

CAPS					
		PTSD+	PTSD-		
PDS	PTSD+	94	6	100	
	PTSD-	3	6	9	
		97	12	109	

感受性	96.9%
特異度	50.0%
陽性的中率	94.0%
陰性的中率	66.7%

PDS 合計得点と CAPS 合計得点の Pearson 相関係数 0.713 ( $p < 0.01$ )

## 4. 考察と結論

PDS は精神科クリニックを受診する、女性の性暴力、DV を中心とする被害患者において、スクリーニングとしての有用性が示された。特に高い感受性、陽性的中率を持ち、PTSD 患者の検出力に優れている。他方、陽性、陰性のいずれの場合にも、擬陽性、擬陰性の混入と、後者が前者に比べると公立である点には注意が必要である。CAPS との重症度の相関も高く、重症度の指標としても有用であると思われる。

(文献)

- 1) 2004. 長江信和, 広幡小百合, 志村ゆず, 根建金男, 金吉晴: 日本の大学生における外傷的出来事の体験とその影響. *トラウマティック・ストレス*, 2:77-80.



パート1

パート2

多くの人々が、人生のいくつかの時点において、非常にストレスに満ちた、トラウマ的な出来事をくり抜いたり、目撃したりしています。以下には、トラウマ的な出来事の一覧があります。あなたが経験したことのある、あるいは、目撃したことのある出来事があればすべて、その隣の□に✓をつけてください。

- (1)  深刻な事故、火事、爆発  
(たとえば、工場、農場、自動車、飛行機や船の事故)
- (2)  自然災害  
(たとえば、竜巻、暴風雨、洪水や大きな地震)
- (3)  家族、または、知人による性的ではない暴行  
(たとえば、強盗される、身体的な暴行を受ける、銃撃される、刺される、あるいは、銃を突きつけられる)
- (4)  見知らぬ人からの性的ではない暴行  
(たとえば、強盗される、身体的な暴行を受ける、銃撃される、刺される、あるいは、銃を突きつけられる)
- (5)  家族、または、知人による性的な暴行  
(たとえば、レイプやレイプ未遂)
- (6)  見知らぬ人からの性的な暴行  
(たとえば、レイプやレイプ未遂)
- (7)  戦闘体験、または、紛争地域にいたこと
- (8)  あなたが18歳未満のときの、自分よりも年上の相手との性的な接触  
(たとえば、性器や胸に触る)
- (9)  監禁  
(たとえば、投獄される、捕虜にされる、人質にとられる)
- (10)  拷問
- (11)  命にかかわる病気
- (12)  その他のトラウマ的な出来事

(13) 項目12に印をつけた場合は、そのトラウマ的な出来事について、以下に具体的に記してください。

上記の質問項目に一つでも印をつけた場合は、回答を続けてください。そうでない場合は、ここでやめてください。

(14) パート1で一つ以上のトラウマ的な出来事に印をつけた場合、以下の□で、一番悩まされている出来事のとりに✓をつけてください。パート1で一つのトラウマ的な出来事にのみ印をつけた場合は、以下の同じ出来事に印をつけてください。

- 事故
- 災害
- 性的ではない暴行／家族や知人によるもの
- 性的ではない暴行／見知らぬ人によるもの
- 性的な暴行／家族や知人によるもの
- 性的な暴行／見知らぬ人によるもの
- 戦闘体験、または、紛争地域にいたこと
- 18歳未満のときの、年上の相手との性的接触
- 監禁
- 拷問
- 命にかかわる病気
- その他

以下の空欄では、上で印をつけたトラウマ的な出来事について、簡単に説明してください。

これ以降は、すぐ上で説明されたトラウマ的な出来事について、いくつか質問をします。

(15) そのトラウマ的な出来事が生じたのは、どれくらい前のことでしたか？(一つに○をつけてください)

1. 今から1ヶ月未満のうち
2. 1ヶ月から3ヶ月前
3. 3ヶ月から6ヶ月前
4. 6ヶ月から3年前
5. 3年から5年前
6. 5年以上前

以下の質問では、ハイかイエに○をつけてください。そのトラウマ的な出来事の最中:

- (16) 負傷しましたか? ハイ・イエ
- (17) 誰か他の人が負傷しましたか? ハイ・イエ
- (18) 自分の命が危険にさらされていると思いましたが? ハイ・イエ
- (19) 誰か他の人の命が危険にさらされていると思いましたが? ハイ・イエ
- (20) 無力さを感じましたか? ハイ・イエ
- (21) 恐怖を感じましたか? ハイ・イエ

パート3

以下のリストは、トラウマ的出来事に遭遇した人が、その後、経験することがある問題についてのもので、一つ一つを注意深く読み、過去1ヶ月間に、その問題がどのくらいあなたを悩ませたか、もっともよくあてはまる番号(0~3)に○をつけてください。どの問題についても、質問項目(14)であなたが記述したトラウマ的出来事について、点をつけてください。

0. まったくない、もしくは、一度だけあった  
 1. 週に1回以下／ときどき  
 2. 週2~4回／ほぼ半分の時間  
 3. 週5回以上／ほとんどいつも
- (22) 0 1 2 3 望まないにもかかわらず、トラウマ的出来事に関する考えやイメージが頭に浮かんで動揺した。
- (23) 0 1 2 3 トラウマ的出来事に関する不快な夢や悪夢をみた。
- (24) 0 1 2 3 トラウマ的出来事を再体験し、それが再び起こっているかのように行動したり、感じたりした。
- (25) 0 1 2 3 トラウマ的出来事について思い出させられたとき、気持ちが動揺した(たとえば、恐怖、怒り、悲しみ、罪の意識などを感じた)。
- (26) 0 1 2 3 トラウマ的出来事について思い出させられたとき、生理的な反応を体験した(たとえば、汗がふきでた、心臓がときどきした)。
- (27) 0 1 2 3 トラウマ的出来事については、考えないように、話さないように、何も感じないようにした。
- (28) 0 1 2 3 トラウマ的出来事を思い出させるような活動、人々、または場所を避けようとした。
- (29) 0 1 2 3 トラウマ的出来事の重要な部分が思い出せなかった。
- (30) 0 1 2 3 自分にとって大切な活動への関心はかなり薄れたり、参加が著しく減ったりした。
- (31) 0 1 2 3 周囲の人から孤立している、あるいは、疎遠になっていると感じた。
- (32) 0 1 2 3 気持ちが麻痺していると感じた(たとえば、泣くことができない、あるいは、愛情をもてない)。
- (33) 0 1 2 3 自分の将来の計画や望みが叶えられないような気がした(たとえば、仕事に就けない、結婚できない、子供がもてない、または、長生きできない)。
- (34) 0 1 2 3 寝つけなかった、あるいは、途中で目が覚めた。
- (35) 0 1 2 3 イライラしたり、怒りが爆発したりした。
- (36) 0 1 2 3 集中しにくかった(たとえば、会話についていけなかった、テレビ番組の筋を追い切れなかった、何を読んでいたのかを忘れた)。
- (37) 0 1 2 3 自分の安全を気にした(たとえば、周りに誰がいるかを確認した、ドアに背を向けていると落ち着かないなど)。
- (38) 0 1 2 3 ささいなことでびくつとした、または、驚きやすかった(たとえば、誰かが背後に近づいたとき)。
- (39) 上述したような問題は、どれくらいの期間経験してきましたか？(1つに○をつけてください)  
 1. 1ヶ月未満  
 2. 1ヶ月から3ヶ月の間  
 3. 3ヶ月以上
- (40) こうした問題はトラウマ的出来事後、どれくらい経過してからはじまりましたか？(一つに○をつけてください)  
 1. 出来事から6ヶ月未満のうちにはじまった  
 2. 出来事から6ヶ月以上経過してからはじまった

パート4

あなたがパート3で点をつけた問題は、過去1ヶ月の間に、次のような生活のさまたげとなりましたか？以下にお答えください。さまたげとなった場合はハイに、さまたげにならなかった場合はイエに○をつけてください。

- (41) 仕事 ハイ・イエ
- (42) 家事や家の仕事 ハイ・イエ
- (43) 友達との関係 ハイ・イエ
- (44) 娯楽や余暇活動 ハイ・イエ
- (45) 学業 ハイ・イエ
- (46) 家族との関係 ハイ・イエ
- (47) 性生活 ハイ・イエ
- (48) 生活全般に対する満足感 ハイ・イエ
- (49) 生活のあらゆる側面におけるすべての機能 ハイ・イエ

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

対応ガイドラインの作成・評価に関する研究

分担研究報告書

## DV被害親子に対するこころのケアガイドラインの開発に関する研究

分担研究者 加茂登志子<sup>1)</sup>・金吉晴<sup>2)</sup>

研究協力者 氏家由里<sup>1)</sup>・伊東史エ<sup>1)</sup>・丹羽まどか<sup>1)</sup>・中山未知<sup>1)</sup>・廣野方子<sup>1)</sup>・  
大久保彩香<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター

<sup>2)</sup> 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

### 研究要旨

DV被害親子とは典型的には母子対であり、ここには、取り扱うべきテーマとして女性のトラウマと子どものマルトリートメントの両者が含まれているが、日本では女性支援と子ども支援はそれぞれDV防止法と児童虐待防止法に依拠し、別々の軸で扱われている。そのため現場では、女性支援に重点がおかれた場合子どもへのこころのケアへの取り掛かりが遅れ、子ども支援に重点がおかれると母親に対するこころのケアの必要性が十分に理解されないといった現象が生じうる。そこで今回の研究では、DV被害親子支援に携わる全ての専門家が共有できる親子のこころのケアに関するガイドラインないしハンドブックを作成することを目的とした。今年度はガイドライン作成に先立ち、1) DVに関係する世界的な動向とケアの方向性の検討 - 特にこころのケアと予防の関連から2) 日本におけるDV被害者とその子どもへのケアに関する支援の現状3) 被害親子の精神健康被害と求められるアセスメント4) 専門的支援者に必要なスキルと推奨される専門的治療5) 予防とこころのケアガイドラインの関係概念図について検討した。

### A. はじめに

DV被害に関するこれまでの研究から、被害者本人には外傷後ストレス障害（PTSD）やうつ病等の精神健康障害が高い頻度で発症すること、両親間にDVのある環境で養育された子どもにもADHD様症状や不登校など精神・行動面での症状が出現しやすいこ

とが知られている（Kamo 2010, 加茂ら 2011）。また、これらの精神健康障害は被害親と子どもが加害親のもとを離れ被害から逃れたとしてもすぐには軽減されず、場合によっては症状のみならず親子の相互関係も悪化し、そこにふたたび暴力が介在してしまう場合もある（金、加茂ら 2011）。

DV被害親子とは典型的には母子対であり、ここには、取り扱うべきテーマとして女性のトラウマと子どものマルトリートメントの両者が含まれているが、日本では女性支援と子ども支援は基本的にそれぞれ

「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律（以下DV防止法）」と「児童虐待の防止等に関する法律（以下児童虐待防止法）」に依拠し、別々の軸で扱われている現状がある。個別的にみると日本のDV被害女性の支援、マルトリートメントを受けた子どもの支援は過去10年で明らかな発展を遂げている。DV防止法が平成13年に施行されておよそ12年が経過し、DVの存在とその影響が広く社会に知られるようになり、様々な社会的事業や資源へのアクセスが可能となり、また支援者のノウハウも徐々に蓄積され、スキルも底上げされてきた。一方これに先立つ平成12年には児童虐待防止法が施行されおり、以来、立法をもとに増え続ける子どものマルトリートメントに対し、児童相談所を中心に様々な介入努力が続けられていることも周知の事実である。実はこの両法は、改定児童虐待防止法の改定においてDVの目撃が子どもの虐待に当たることが明記されたことですでに繋がりが持たれている。次に必要とされるのはDVと子どものマルトリートメントの表裏一体と言ってよいほどの深いつながりに対する有機的理解と対策であろう。疫学的研究からはDV家庭で養育される子どもの大部分にDV目撃があることが分かっている。

これらのことから、日本において特にこ

ころのケアという観点からはDV被害母子を被害を受けた親子ユニットと捉えて介入するシステムはまだ十分に構築されていない。そのため現場では、女性支援に重点がおかれた場合子どもへのこころのケアへの取り掛かりが遅れ、逆に、子ども支援に重点がおかれると母親に対するこころのケアの必要性が十分に理解されないといった現象が生じる可能性がある。そこで今回の研究では、女性・子どもいずれかの支援軸に偏らず、DV被害親子支援に携わる全ての専門家が共有できる親子のこころのケアに関するガイドラインないしハンドブックを作成することを目的とした。

## B. 研究方法

ガイドラインの作成に先立ち、今年度は以下を検討する。

- 1) DVに関係する世界的な動向とケアの方向性の検討 - 特にこころのケアと予防の関連から
- 2) 日本におけるDV被害者とその子どもへのケアに関する支援の現状
- 3) 被害親子の精神健康被害と求められるアセスメント
- 4) 専門的支援者に必要なスキルと推奨される専門的治療
- 5) 予防とこころのケアガイドラインの関係概念図

## C. 結果

- 1) DVに関係する世界的な動向とケアの方向性の検討 - 特にこころのケアと予防の関連から

家庭内における対人暴力は、世界中のあ

らゆる国々において最も頻度の高い man-made disaster である。近年、対人暴力はグローバルな公衆衛生上の問題として位置づけられ、その予防対策が世界的な重要課題としてとり挙げられるようになった。DV 被害親子に対する精神健康に関するケアを置いた場合、治療の目的は当事者の精神健康障害の回復のみならず、増悪と再発の予防や、ひいては暴力の再被害化の予防といった側面を持つこともまた期待される。子どもに対しては将来の被害者や加害者になることの予防、すなわち世代間連鎖の予防もまた考慮していく必要がある。

今年度は対人暴力全般の視点から、世界保健機構（WHO）対人暴力予防チームによるアクションプラン（2012－2020）（World Health Organization Violence Prevention Alliance, Global Campaign for Violence Prevention 2012）について検討した。その概要を表 1 に示す。ここでは、対人暴力をグローバルな公衆衛生の問題として再認識することと、エビデンスの報告されている対人暴力予防ストラテジーを高い優先順位で用いること、ハイリスク集団に焦点を当てること、被害者と加害者の両側面から予防施策を立てていくこと等が挙げられているが、中でも親のペアレンティングに関する支援や子どもや青年の生活スキルトレーニング支援など、次世代を見据えた予防策が具体的に提起されていることが特徴的である。

上記指針を鑑みると、本ガイドラインでは、DV 被害親子に対して施行するところのケアが当事者の精神健康障害の改善に加え、具体的にどのように暴力の再発の予防

や世代間連鎖の予防につながっていくのかを明確化し、将来的には妥当性の検証をしていく必要があると考えられる。

## 2) 日本におけるDV被害者とその子どもへのケアに関する支援の現状

平成13年にDV防止法が施行されて以来、公的には配偶者暴力相談支援センターが各都道府県や市区町村に配置され、電話相談や直接来談相談を受け持ってきた。同時に公的な一時保護事業（シェルター保護）も各都道府県に配置されている。大都市では女性保護と子ども保護が女性相談所と児童相談所に分担されていることが多いが、人口の少ない地域等では両者が同じ敷地内に設置され、心理士や相談員が職務を兼任している地域も多い。心理相談員に関しては大学院心理学修士課程修了者が多いが、資格要件が統一されているわけではない（米田ら 2012）。

また、忘れてはならないのはわが国における全国女性シェルターネットなどに代表される私的シェルターの活動である。私的シェルターは相談業務のほか、アドボカシー事業やシェルター設置など、幅広い分野でもDV被害女性やその子どもの相談・保護に寄与している。

一方、DV被害者やその子どもが訪れることが多い医療機関では、例えば特定機能病院認定に向けて虐待に関する委員会の設置が求められるなど、徐々に暴力に対する具体的対応が構造化されつつあり、今後が期待される。

以上に示すように、DVや子どものマルチトリートメントには精神医学や心理の専門

家のみならず、ピア支援を含めて様々な背景を持つ支援者がかかわっている。ここからは、DV被害者とその子どものケアに携わる支援者に対し、専門的訓練の有無や対応する被支援者の状況に合わせた様々な段階でのトレーニングとスキルが必要であることが分かる。

### 3) 被害親子の精神健康被害と求められるアセスメント

DV被害に関するこれまでの研究から、被害者本人には外傷後ストレス障害 (PTSD) やうつ病等の精神健康障害がシェルター保護事例で30~80%と高い頻度で発症することが知られている。また子どもにもADHD様症状や不登校など精神・行動面での症状が出現しやすいことが知られている。しかし、公的女性相談所に勤務する心理職を対象に行ったDV被害女性や子どもの精神健康状態に関する調査では、DV被害母子に対する心理アセスメントはまだ統一されておらず、それぞれの施設が独自に工夫を行っている現状がある(米田ら、2012)。今後はエビデンスの示されたアセスメントをできる限り共通して施行していく等の対策が必要である。

筆者らは先行研究で、精神健康障害のため医療施設に通院しており、DV体験があるが既に加害者の元から離れている、2歳から7歳までの子どもと同居する母親である女性(DV臨床群)と、保育園に通園する同年代の子どもと同居するDV被害を受けた経験のない母親である女性(保育園非DV群)を対象とし、親子それぞれの精神健康状態と育児ストレスに関する記述的横断調査を行

っているため、その概要を紹介したい(加茂ら、2011)。この調査の結果、DV臨床群は、被害後も母子ともに精神健康の状態は悪く、母親は生活の維持、育児などに多くの困難を抱えていることが分かった。DVは、暴力の直接的インパクトに加え、離婚に関する調停や裁判の手続きなど、別居後の生活にも影響を及ぼし続けていた。また、DV臨床群の子どもの82%は両親間のDVを目撃し、50%は直接的身体的暴行を受けていた。子どもの精神・行動面の症状は臨床的な介入治療が必要とされる領域に達するものが多く、問題行動も多かった。また、DV臨床群の母親のトラウマ体験後の特徴的認知(外傷後認知)は、子どもの精神・行動面の症状の悪化の要因となっていると考えられた。子どもの症状は両群ともに母親の育児ストレスを悪化させていたが、DV臨床群のみに、育児ストレスが外傷後認知を緩和するパラドキシカルな作用が認められた。症状のある難しい子どもに対し、育児ストレスを感じつつも母親として機能しようとすることは、DV臨床群にとって第4のストレス対処方略として外傷後認知を軽減する可能性が指摘された。

本研究から、DV被害母子の精神健康障害が改善するためには、両者への治療的介入が同時に行われる必要性が高いことが確認されている。推奨される心理アセスメントは、母親のうつ症状、トラウマ症状、外傷後認知、育児ストレスと、子どもの精神・行動面の症状のための評価尺度であり、次いで母親の解離症状、ストレス対処方略である。事例の理解を深めるためには、DV体験の重篤度のほか、母親とその夫(元夫)

の原家族でのDVの有無、学歴の聴取もまた重要である。母子の症状の回復のアウトカム評価は、母親の外傷後認知（ないしうつ症状とトラウマ症状）と子どもの症状の2側面から行うのが望ましい。

#### 4) こころのケア支援者に必要なスキルと推奨されるエビデンスが報告されている研修や専門的治療

DV被害者とその子どもへの対応については、最初の窓口となる相談業務からこころのケアに関するスキルを持つことが望まれることは言うまでもない。その後被害者の精神健康状態の水準やニーズに従い、支援者や治療者に必要なスキルは徐々に専門分化する。

以下に暫定的に、窓口相談ライン、シェルターライン、治療ラインに分けてそれぞれ専門職に必要とされるスキルについて検討する。

##### ①窓口相談ライン

被害者は長い間ためらった末に相談に訪れることが少なくなく、それ故最初にアクセスする窓口相談は今後の方向性を決定する上で非常に重要な役割を持っている。窓口相談に当たる専門職は、DVに関し、疫学と精神健康のほか、福祉や法律に関する正しい情報と知識を持つこと、被害者のニーズに応じて個別の専門窓口につなぐことのほか、なによりDVを人的災害として捉え、その災害急性期の中にある被害者の訴えに耳を傾け、差別のない対応、とりわけ二次被害を起こさない対応ができること等が望まれる。

上記に加え、窓口相談対応をする者が必ずしも臨床的な訓練を受けた心理専門職員でない場合も考慮し、窓口相談ラインでは災害時における心理的応急処置

Psychological First Aid(PFA) (World Health Organization 2011) に関するスキル等をミニマムとして習得していることが望ましい。

##### ②シェルターライン

シェルター保護期間はDV被害者とその子どもにとっては最も変化と動きが激しく、従前から存在していた精神健康障害に急性ストレスが加わり、混乱が激しくなっている時期でもある。わが国の公的シェルターでの保護期間は原則2週間の範囲が限度であるため、今後の方向性を決定するなど数多くの課題を短期間にこなさなければならないことが多い。ここではしばしば生活全般に携わり、主に生活や福祉の観点からDV被害者に対応するものと、心理的ケアを重点的に行うものが役割分担されている。このラインで被害者に対応するものは、全般に窓口相談ラインと同様PFAのスキルを習得していること、子どもに対応する場合は、トラウマ体験を有し、何らかの問題行動を持つ子どもに対する対応手段としてペアレンティングのスキルについても同様に習得している必要がある。ここでは、例えばChild-Adult Relationship Enhancement(CARE) (福丸 2010) に関するトレーニングが推奨される。被虐待児童に対する治療効果エビデンスが報告されている治療に親子相互交流療法(Parent-Child Interaction Therapy: PCIT)があるが(加

茂ら 2012)、PCITをベースに作成された CAREは、被虐待児童への有用性が想定できるペアレント・トレーニングである。

心理専門職においては、精神健康に関するアセスメントを親子に行い、必要があれば治療機関につなぐこと、そのうえでDV被害による精神健康障害について初期の心理教育を行うこと、リラクゼーションを指導することなどのスキルを持つことが望まれる。

### ③治療ライン

わが国のDV被害者とその子どもに対する治療では、個人心理療法のほか、グループ療法、ピアカウンセリングなどが用いられることが多い。精神健康に関する全般的な知識と技術のほか、心的トラウマに関しても精通するなど高い専門性を要求されるラインである。

グループカウンセリングは効率的な心理教育やノーマライゼーションに有効であるとされており、日本でも頻繁に使用されている。効果研究が望まれる分野である。

被害親にうつ病やPTSDへの明らかな罹患があり、一般的な精神科治療で改善が認められない場合は、それぞれにエビデンスのある心理療法を導入することが考慮される。詳細は成書に譲るが、日本でもすでに導入され、エビデンスが検証されているものとして、うつ病に対しては認知行動療法(CBT)が、またPTSDに対しては持続エクスポージャー療法(prolonged Exposure Therapy: PE)がある。また、DV自体が長期反復的な被害であること、DV被害者には過去にDV家庭で養育されたものも相当数含まれることな

どから、複雑性PTSDを呈するものが少なくない。すなわち複雑性PTSDに対する診断と治療アプローチに関する知識と技術もここでは必要とされる。

一方、マルトリートメントを受けた子どもの呈する諸症状に対し、欧米圏でエビデンスが確認されているものTrauma-Focused CBT(CBT)とPCITがある。これらは両者とも親もまた治療に参加するタイプの治療であり、特に後者は親子の相互交流改善をターゲットに子どもの問題行動の減少をはかるものであり、日本でも試行研究で効果が認められている(加茂ら、2012)。PCITは地域導入研究で子どもの虐待の再発率をおよそ2割に抑えたとの報告(Chaffinら、2004)が提出されており、日本でも再発予防への有機的なつながりが期待できる。

上述したように、被害親子に対し専門的なこころのケアを施行していくためには、トラウマ関連疾患への深い理解と心理療法的アプローチの技術を習得することが必須条件となるが、これらを系統的に習得する場はまだないのが現状である。今後はトレーニングセンターの設置等を検討していく必要がある。

### 5) DV被害親子に対するこころのケアと予防に関する関係概念図

上記を踏まえて、図1にDV被害親子に対するこころのケアガイドラインに先立ち、こころのケアと予防に関する関係概念図を構築した。

DV被害親子に対するこころのケアは、そのまま、暴力の再発防止、精神健康障害の悪化と再発防止、さらに世代間連鎖の防止



につながっていく可能性が高い。今後はこの概念図をもとに特に予防に関するアウトカム調査を並行して行っていく必要がある。

なお最後に、DV加害者に対する暴力再発予防は、暴力の予防を考えていくうえで非常に重要な介入ポイントであることを付記しておきたい。現在日本には公的な加害者向けプログラムは設置されていないが、将来的には本概念図のなかに位置づけていきたいと考えている。

## E. 文献

Toshiko Kamo. The adverse impact of psychological aggression, coercion and violence in the intimate partner relationship on women's mental health, in "Contemporary Topics in Women's Mental Health: Global perspectives in a changing society" (Prabha S. Chandra, Helen Herrman, Dr Jane E. Fisher et al), Wiley (2010/1/19)

加茂登志子他：DV被害母子家庭における母親の育児ストレスと認知特性に関する調査—主として子どもの精神・行動面の問題との関連について、こども未来財団平成22年度児童関連サービス調査研究等事業調査研究 報告書 2011

金吉晴、加茂登志子、大澤香織他：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—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」（主任研究者：金吉晴）平成22年度分担研究報告書 2010

World Health Organization, Violence Prevention Alliance, Global Campaign for Violence Prevention: Plan of action for 2012-2020, Geneva, Switzerland, 21 May 2012.

米田弘枝他：女性相談機関における女性と子どもの心理的アセスメントとケアの標準化に関する調査研究 こども未来財団平成23年度児童関連サービス調査研究等事業調査研究 報告書 2012

World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International (2011). Psychological first aid: Guide for field workers. WHO: Geneva. (訳：(独)国立精神・医療研究センター、ケア・宮城、公益財団法人プラン・ジャパン (2012)。心理的応急処置(サイコロジカル・ファーストエイド：PFA) フィールド・ガイド

加茂登志子他：DV被害母子に対する親子相互交流療法(Parent-Child Interaction Therapy: PCIT)の効果に関する研究—DV被害母子フォローアップ研究との比較、平成23年度厚生労働科学研究費補助金、「大規模災害や犯罪被害等による精神疾患の実態把握と対応ガイドラインの作成・評価に関

する研究」報告書 2012

福丸由佳：CAREプログラムの日本への導入と実践、白梅学園大学教育福祉研究センター研究年報(14).23-28, 2010

Chaffin M, Silovsky JF, Funderburk B et.al. Parent-Child Interaction Therapy With Physically Abusive Parents: Efficacy for Reducing Future Abuse Reports. Journal of Consulting and Clinical Psychology Copyright 2004 by the American Psychological Association 2004, Vol. 72, No. 3, 500-510

## F. 関連業績

### 著作

加茂登志子：【家族・夫婦面接をもつことの意義 日常臨床から】女性精神科外来における夫婦家族面接、精神療法(0916-8710)37巻6号 Page729-730(2011.12)

### 研究発表

Toshiko Kamo, et al: Post-traumatic cognition of mothers victimized by intimate partner violence may increase severity of mental and behavioural problems of their children, 2013 The 5th World Congress on Women's Mental Health, Lima, Peru

Toshiko Kamo, Tomoko Honda. Psychiatric Symptoms and Sociodemographic Profiles of Japanese Victims of Intimate Partner

Violence, 2013 The 5th World Congress on Women's Mental Health, Lima, Peru

## 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。

表1 WHO対暴力予防チームによるアクションプラン（2012–2020）（WHO Violence Prevention Alliance, Global Campaign for Violence Prevention: Plan of action for 2012–2020より抜粋）

---

グローバルな公衆衛生としての、また発展的重要事項としての、エビデンスが報告されている（evidence-informed）対人暴力予防の優先順位を高める

1. コミュニケーションとアドボカシーの強化
2. 対暴力予防をグローバルな重要課題に統合するよう強化すること

対人暴力予防の基盤構築

3. 国内のアクションプランの発展と強化
4. 暴力に対する予防のための個人と施設の容量を増やし、また被害者と加害者のための社会事業の配信を増やす
5. 暴力に関するデータ収集と研究の強化

対人暴力予防ストラテジーの使い方

エビデンスが報告されている対暴力予防ストラテジーを用いる。すなわち：

- 1) ペアレンティング支援：ハイリスク親に対する、エビデンスが報告されているペアレンティング支援のストラテジーと社会資源の利用の促進
- 2) 生活スキルトレーニング：ハイリスクの子どもと青年に対する、エビデンスの報告された生活・社会スキルトレーニングストラテジーの利用の促進
- 3) 社会規範：暴力を容認する社会と文化の規範を変え、非暴力の規範を強化する
- 4) アルコール：アルコールへの接近と、有害な使用の減少
- 5) 銃器：銃器に関連した死や受傷のリスクを減らすための、エビデンスが報告されている調査結果の使用
- 6) 社会事業：被害者と加害者のための、暴力のもたらす結果を緩和し、再発を減らすことを目的とした社会事業や社会資源の利用

---

（筆者訳）

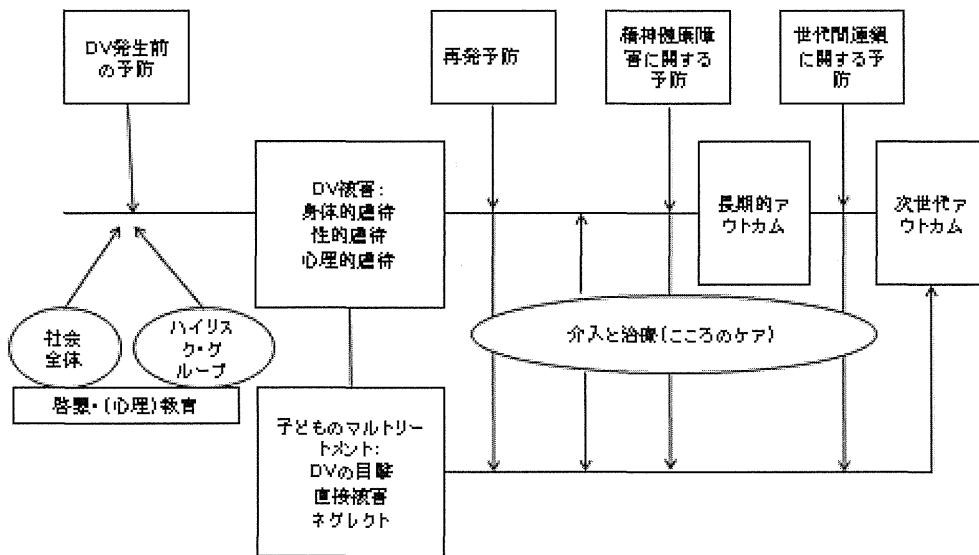


図1 DV被害親子に対するこころのケアと予防に関する関係概念図