

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）  
分担研究報告書

**IPV 被害女性に対する持続エクスポージャー療法における PTSD 症状とうつ症状の関係**

分担研究者 金 吉晴<sup>1,3</sup>

協力研究者 堀江 美智子<sup>2</sup>、加茂 登志子<sup>3</sup>、清水 悟<sup>3,4</sup>

- 1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
- 2) 東京女子医科大学小児科
- 3) 東京女子医大女性生涯健康センター
- 4) 東京女子医科大学総合研究所研究部

**研究要旨**

被災をきっかけとした PTSD 症状とうつ病症状への治療的取り組みの向上のために、治療回復途上におけるこれらの症状の関連を調べた。PTSD を発症した成人女性に Prolonged Exposure therapy (PE) を実施し、治療経過における PTSD 症状とうつ症状の変化の関係性を検討すること、また intimate partner violence (IPV) 群と not intimate partner violence (NIPV) 群における変化の関係性に相違があるのかを検討することを目的に研究を行った。対象は PTSD を発症した女性患者（DV 被害：15 名、その他の被害：11 名）とし、得られた 26 名のデータについて単回帰分析と PATH 解析を実施した。

単回帰分析においてうつ症状の減少が認められ、PATH 解析では PTSD 症状の減少がうつ症状の変化に関係していることが示唆された。IPV 群と NIPV 群に分けた分析では NIPV 群のみ同様の結果となった。

IPV 群と NIPV 群における‘うつ’の状態は症状だけを単独で評価したのでは把握しづらい相違が存在している可能性が示唆された。IPV 群では治療最終後もうつ病治療が課題として残る可能性については十分予測されるべきであり、PE 治療の効果的なタイミングやうつ症状に対する既存あるいは特化した治療アプローチの検討、その介入時期と介入後の効果などは今後の重要な研究課題である。

**1 . はじめに**

被災体験によって、トラウマ体験を原因とする PTSD の発症が予想されるが、同時に災害は様々なライフイベントの集積であり、うつ病の発症も同様に懸念されるところである。またいくつかの先行研究において PTSD 患者にうつ症状の併存が多いことが示唆されている (Kessler, R.C et al. 1995) (Shalev A.Y et al. 1998) (Stein. et al.

2001)。被災者への精神医療的対応を向上させるためには、これらの症状の相互関係を解明する必要があり、特に回復過程における関係を解明することは治療の優先順位の決定などに重要である。しかし現在のところ PTSD 症状とうつ症状の因果関係については一貫した見解が得られていない。

欧米における PTSD の治療研究では曝露療法が効果的であるという見解が多く出されている。日本においても無作為化比較研究 (Asukai N, et al.

2010, Kim Y, et al,2011 )によって PTSD の曝露療法である持続エクスポージャー療法が PTSD 症状とうつ症状を軽減させ、さらにその効果が長期的に持続されることが示唆された。

PTSD 患者に対し、トラウマに焦点を当てた治療を実施することで PTSD 症状だけでなく併存したうつ症状にも改善が見られることをいくつかの研究が示唆している ( Harvey, A.G et al. 2003 ) ( Asukai, N et al. 2010 ) が、治療経過中における 2 つの症状変化の関連性を示唆した研究はまだ少ない。Aderka らは子どもと青年期の若者を対象として PE 治療経過中における PTSD 症状とうつ症状変化の関連性を調査した ( Aderka, M.I et al. 2011 )。その結果、治療の進行とともに PTSD 症状とうつ症状が相互に影響を与え合いながら軽減していくことと、PTSD 症状の減少がうつ症状の減少を、その逆のパターンよりもより大きく誘導することが示唆された。この研究は、PTSD 症状とうつ症状を併せ持つ患者に対する心理療法の治療構造を決定するうえで重要な指摘を行っているが、成人を対象にした同様の研究はまだない。

このため、本研究では、まず PTSD 症状で PE を受けた対人暴力被害の成人女性を対象とし、PE 治療経過中の PTSD 症状と抑うつ症状との症状変化の関連性を分析することを目的とした。次に、両者の症状変化の関連性について、被害内容による差異の有無を分析するため、Intimate Partner Violence(IPV)被害者と IPV 以外の単回性対人暴力被害者に群別し、検討を行った。IPV 被害は女性の対人暴力被害の中でもっとも頻度が高く、公衆衛生的な観点から論じられることが多い。PTSD の発症率が高く ( Astin, M.C et al. 1993 ) 加えてうつ症状も発症しやすく、( Pico-Alfonso, M.A et al. 2006 ) PTSD とうつは IPV 被害者の二大精神障害であるとのメタ分析も報告されている ( Golding, 1999 )。Battered woman という概念の提出以来、

IPV 被害者におけるうつ症状は認知や対処方略において特徴的な布置があり、難治であるとの指摘があるが、エビデンスを有した治療的介入という観点には必ずしも反映されていない。IPV 被害女性における PTSD 症状とうつ症状に対する PE の効果の検討は、今後の IPV 被害者治療のパーспекティブを開くためにも意義が大きい。

## 2 . 研究方法

### 1 ) 研究協力者

東京女子医科大学附属女性生涯健康センター、国立精神・神経医療研究センター、武蔵野大学心理臨床センターにおいて PTSD に罹患し、PE を用いた臨床介入研究に参加した 26 名の女性患者を調査対象とした。対象は、以下に提示する適格基準に合致し、治療前アセスメントにおいて、評価者 2 名による PTSD 臨床診断面接尺度 DSM- 版 ( CAPS ) の総合点がそれぞれ 40 以上であるものとした。さらに参加者に対し、書面によるインフォームドコンセントの手続きを行った。評価は CAPS 測定のワークショップに参加し、訓練を受けた評価者が実施した。Key inclusion criteriaとして 7 項目 < 1.Diagnosed as PTSD by the CAPS with its score greater than 40. 2.More than 6 months duration of PTSD. 3.PTSD was caused by human violence, such as rape, intimate partner violence, assault etc. 4.Traumatized after the age 15. 5.Those who live in the catchment area of the participating centers. 6.Those who can spend two hours a day for the homework. 7.Native Japanese speaker >、Key exclusion criteriaとして 11 項目 < 1.Comorbidity of schizophrenia, bipolar disorder, alcohol or drug dependence, group A personality disorder. 2.Presence of psychopathology that needs acute

treatment, such as severe depression, self-harm, severe suicidal attempt, etc. 3. Physical disease that may interfere psychological treatment. 4. Those who have a history of epilepsy and whose EEG has not been normalized. 5. Pregnant. 6. Those who have difficulty in understanding the procedure of the study or treatment protocol, due to illiteracy or intellectual problem, etc. 7. Those who have already received psychological treatment based on exposure to trauma, including EMDR. 8. Ongoing or scheduled court litigation for which PTSD works favorably (excluding arbitration or litigation for divorce). 9. Suicidal attempts of serious self harm within past six months (self mutilation that needs suture, overdose of drugs that caused loss of consciousness, manipulative self-harm in order to threaten others, etc.). 10. Those who are participating in other clinical trial. 11. Those who are judged by the screening doctors as inadequate, due to disturbed consciousness, poor treatment compliance, unstable family environment such as ongoing trauma, etc. > を挙げ、双方をすべて満たす者を対象とした。

本研究の対象である 26 名の女性患者のうち、PTSD 発症に関与する Index Trauma は 15 名が IPV 被害、11 名が IPV 以外のその他の被害（強盗犯罪：2、セクシュアルハラスメント：1、無理心中未遂：1、性犯罪：7）であった。対象者のデモグラフィックデータは Table 1 に示す。

## 2) 治療および治療者

治療はマニュアルに基づき持続エクスポージャー療法（PE）を実施した。実施に際しては、PE を開発した Edna B. Foa のマニュアルを金、小西

らが日本語に翻訳したものを使用した（Foa, E. B., et al. 2007、Trancelation : Kim, Y. et al. 2009）。この治療プログラムは通常週に 1~2 回、約 90 分の個別面接セッションを合計 10~15 セッションを行うことになっている。セッション 1 ではトラウマ面接、PE の治療原理の説明、呼吸再調整法の練習を実施し、宿題として治療原理のプリントを読み返すこと、呼吸再調整法を毎日練習することが出される。セッション 2 ではトラウマへの反応とその影響について話し合い、現実エクスポージャーの治療原理の説明、不安階層表の作成を実施する。現実エクスポージャーとは、患者が現実の生活で避けている状況や活動、場所について抱く不安の階層表を治療者と作成し、その避けてきた状況への直面化を行うものである。セッション 2 の宿題は特定の現実エクスポージャーを実施すること、セッションの録音を聞くこと、『よく見られるトラウマ反応』のプリントを毎日読むことである。セッション 3 では最初の想像エクスポージャーを実施する。想像エクスポージャーとはトラウマ体験を想像の中で振り返りながら詳細に話すことでトラウマ記憶を直面し馴化を促す技法である。患者は 45~60 分かけてトラウマとなった出来事について詳しく話し、その後トラウマに関連した考えや感情を処理するための話し合いを行う。この回の宿題は想像エクスポージャーの録音を毎日聞くこと、セッション全体の録音を 1 回聞くこと、現実エクスポージャーを続けることである。中間のセッションとなるセッション 4~9 では、最長 45 分間の想像エクスポージャーと現実エクスポージャーの振り返りと修正を行う。この中間セッションでは治療が進むにつれて、患者はトラウマの中でも最も辛い部分である『ホットスポット』に焦点を当ててより詳細に話をするようになる。この中間セッションは患者の治療の進行具合に合わせてセッション数を増やすこともある。中間セ

セッションの間の宿題はセッション3と同様である。最終セッションではこれまでに行った治療の振り返りを通じて、治療中での患者の進歩や変化、今後の再発予防などについて話し合い、治療の締めくくりを行う。

治療は日本で開催されたワークショップに参加し、トレーニングを受けた精神科医、臨床心理士が実施した。

### 3) 評価尺度

患者は治療に際し、不安症状と抑うつ症状の重症度の変化を測るため PTSD 診断基準に則った改訂出来事インパクト尺度(IES-R; Asukai, N, et al. 2010)とベック抑うつ質問表(BDI- ; Beck, A. T., et al. 1961, Beck, A.T., et al. 1996)もしくはうつ病自己評価尺度(CES-D; Radloff, L. S., et al. 1977)を各セッション前に実施しそれぞれの症状評価を行った。また、治療の開始前と終了時に PTSD 臨床診断面接尺度 DSM- 版(CAPS; Asukai, N, et al. 2003)を実施した。

### 4) 分析手順

セッションごとのデータの分析には PE のセッションにかかった回数(Time)とセッションごとに実施した PTSD 症状の結果(IES-R)及びうつ症状の結果(BDI-、CES-D)を用いた。うつ症状の評価には二つの尺度を用いたが感度特異度において使用に問題はなく(Shean, G et.al, 2008)、さらに本研究では数値を適正に分析するために二つの尺度を平均0、標準偏差1の標準速度に変換しデータを正規化した。これらのデータを用いた PATH 係数の推定は SAS Ver. 9.13 の CALIS プロシージャーを用いて分析を行った。また、対象者を IPV 群・NIPV 群に分別した際の、PTSD 症状、うつ症状、PTSD 臨床診断のデータにおいて治療前と治療後のデータにそれぞれ有意差が認められ

るかを判定するために、治療開始時と終了時に実施した CAPS、IES-R、BDI-、CES-D の結果から治療前後に分けて分散分析を行った。有意水準の検定には JMP Ver,9.0 を用いた。

### 5) 倫理的配慮

研究では PE を施行した全ての施設において、倫理委員会の承認を得た。研究に参加した対象に対し書面において本研究の趣旨を説明し、同意が得られた参加者にのみ本研究を施行した。同意が得られなかった事例、同意撤回事例に関しても、通常の治療において不利益を受けないことを保証した。

## 3. 結果

IPV 群、NIPV 群における PTSD 症状(IES-R)、うつ症状(Dep Test: BDI- & CES-D)、PTSD 臨床診断(CAPS)のデータを治療前と治療後に分別し分散分析を行った。この結果、IPV 群、NIPV 群の治療前後のデータに有意差は認められなかった。

PE を受けた全患者における PTSD 症状とうつ症状との関係性をとらえるため、まず時間とうつ症状の単回帰分析を行い、加えて predictor に時間、mediator に PTSD 症状を設定しうつ症状との PATH 係数を推定した。その結果、単回帰分析では時間経過によるうつ症状の減少が認められた(Figure 1. a, C)。一方、mediator を用いた分析では PTSD 症状の減少がうつ症状の変化に関係していることを示唆する推定値が得られた(Figure 1. b, B)。

同様の分析を IPV 被害群(IPV 群)とその他の被害群(NIPV 群)に分け実施した。単回帰分析では NIPV 群において時間経過によるうつ症状の減少が認められた(Figure 3. a, C)。また、mediator を用いた PATH 解析では、NIPV 群において PTSD

症状の減少がうつ症状の変化に関与しているという推定値が得られたが、IPV 群にはそうした関係性が示唆される結果は得られなかった (Figure 2. b, B / Figure 3. b, B)。

この結果をより確かにするためにリバースモデルとして mediator をうつ症状に変更し PTSD 症状との PATH 係数を推定した。また、治療による PTSD 症状の減少を示す単回帰分析も同時に実施した。まず単回帰分析の結果では、全患者、IPV 群、NIPV 群ともに時間経過による PTSD 症状の有意な減少が認められ、特に NIPV 群における PTSD 症状の減少を強く示す結果が得られた (Figure 4. a, C / Figure 5. a, C / Figure 6. a, C)。次に、mediator を用いた分析の結果では、特に NIPV 群において、時間と PTSD 症状に関係を示唆する推定値が得られた (Figure 6. b, B, C')。加えて、全患者対象と IPV 群における時間とうつ症状の PATH 係数は時間と PTSD 症状の PATH 係数よりも推定値が弱く、先に実施した mediator を PTSD 症状にした際の推定値とは逆の結果が得られた (Figure 4. b, A, C' / Figure 6. b, A, C')。その一方、IPV 群においては時間と PTSD 症状、時間とうつ症状の推定値にほとんど差が認められなかった (Figure 5. b, A, C')。

#### 4. 考察

対人暴力被害により PTSD に罹患した成人女性の全サンプルを対象として、PE 中の PTSD 症状とうつ症状の関係について検討したところ、時間、PTSD 症状、うつ症状の PATH 係数の推定値から、Aderka らの思春期事例と同様に、PE は、成人女性においても PTSD 症状とうつ症状をともに減少させており、両者には相互的な関係性があるが、PTSD 症状の減少がうつ症状の減少をリードしていることが示唆された (Figure 1. b, Figure 4. b)。すなわち、成人女性の PTSD 症状とうつ症状を合

併する事例に対しては、PE を用いることで PTSD 症状の減少と同時にうつ症状の減少もまた期待できると考えられる。

一方、IPV 群と NIPV 群に分けた検討では、NIPV 群では PTSD 症状の減少がうつ症状の減少に強く関与していることが示唆されたが、IPV 群ではそうした関係性を示す推定値は得られていなかった (Figure 2. b)。つまり、IPV 被害を受けた女性においては、PE によって PTSD 症状とうつ症状はともに軽減するものの、PTSD 症状の軽減はうつ症状の軽減に直接結びついていなかったのである。他方で、治療前のデモグラフィックデータ (Table 1) では、IPV 群と NIPV 群で Major depressive disorder の罹患率に大きな差は認められない。加えて治療前後のうつ症状の値においても、IPV 群と NIPV 群に有意差は認められなかった (Table 2) ので、上記の結果は IPV 群と NIPV 群における治療前後のうつ症状の減少によっては説明できない。

N 数が少ないことは本研究の限界であり、従って所見は preliminary なものである。得られた所見は、IPV 群と NIPV 群におけるうつ症状の PE に対する治療反応性の相違を示唆するものではなかったが、PTSD 症状と比較した症状の経過を解析することによって、うつ症状だけを測定したのでは分からない、性質の差があることが示された。このことは、PTSD に併存するうつ状態に、トラウマ症状との関連における病因に異種性 Heterogeneity が存在することを示している。すなわち、治療経過から見ると、NIPV 群のうつ症状はいわば PTSD 症状と直結しているが、IPV 群のうつ症状は PTSD 症状に対し、NIPV 群のうつ症状より、より独立的に存在しているようにみえる。本研究において、PE は成人女性 IPV 群においても PTSD 症状を十分に改善するという結果が得られた。このことは言うまでもなく PTSD 症状に苦しむ IPV 被害女性に対して大きな福音である。しか

し、IPV 群において PE 開始時に明らかなうつ症状が併存している場合、そのうつ症状は PTSD 症状に対して純粋に併発したものである可能性があり、PTSD 症状が軽快した後もうつ病治療が課題として残る可能性については十分予測されるべきであろう。Iverson, K. M., et al.(2012) は、IPV 被害女性に対して PTSD 症状とうつ症状の双方をケアしていくことは治療後の長期的な IPV の予防的対策にもなりえ、このことは IPV 被害女性の将来にわたる生活の質を向上させることにもつながると報告しているが、本研究もこの報告を支持する結果となった。しかし、どのような治療が IPV 被害者のうつ症状に効果があるのかはまだ十分にわかっていない。IPV 被害者におけるうつ病発症のリスクとして、既存の研究では、若年であること、低所得社会階層であること、児童期の虐待歴があること、社会的支援に乏しいことが挙げられているが (Wong et al, 2012) これらは既存のうつ病発症リスクと重なる点も多く、IPV 被害者に特化されたものとは言えない。一方で Lenore Walker による Battered Women Syndrome(1984)以来、IPV 被害者の認知の特徴に着目した研究は多く、近年では IPV における被害内容や被害者のコーピングスタイルの観点から、IPV 被害者の maladaptive cognitive schema が disengagement coping に関連し、うつ症状を悪化させるとの報告 (Calvete et al 2007) もある。もし IPV 被害者に特徴的な認知やコーピングスタイルがあり、うつ症状に密接に関係しているとすれば、そこに特化したうつ病治療の開発もまたあり得るだろう。

日本における PTSD に対する PE の治療研究はまだ導入間もなく RCT による研究論文が近年ようやく発表されたばかりであるが (Asukai, N et al. 2010, Kim, Y., et al) いずれの論文も PTSD 症状とうつ症状における PE 治療の十分な効果を示唆している。これらの研究結果を鑑み、現在日本は

PE の拡張のために研修会などを通じて治療原理・方法の教授や治療者の育成などに取り組んでいる。このような国内での動向の中、IPV 被害に注目して症状を分析した論文はなく、本研究では標本数が 26 と少ないものの、IPV 被害女性への PE におけるうつ症状への対応の必要性というひとつの示唆を提示したことから、今後の PE の発展において意義ある論点を提出したと考えられる。

本研究結果を踏まえた今後の課題として、標本数が増加しても結果が変化しないかを調査すること、PTSD 症状とうつ症状が併存する IPV 被害者に対し、どのタイミングで PE を行うのが最も効果的であるのか、また、独立的に併存するうつ症状に対し、認知行動療法 (CBT) や薬物療法など、既存のうつ病治療の追加で十分であるのか、あるいは IPV 被害者の特殊性を重視し特化した治療的アプローチが望ましいのか、そしてその介入はいつなされるべきなのか、そして治療的介入後の QOL は向上しうるのかは今後の重要な研究課題である。

## 5 . 参考文献

- Aderka, M.I., Foa, E.B.(2011). Direction of Influence Between Posttraumatic and Depressive Symptoms During Prolonged Exposure Therapy Among Children and Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79(3)*, 421-425.
- Astin, M.C., Lawrence, K.J., Foy, D.W.(1993). Posttraumatic Stress Disorder Among Battered Women: Risk and Resiliency Factors. *Violence and Victims, 8(1)*, 17-28.
- Asukai, N., Hirohata, S., & Konishi, T.(2003). Psychometric properties of the Japanese-language version of the Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-

- , *Japanese Journal of Traumatic Stress*, 1, 47-53. (in Japanese; English abstract).
- Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., Kim, Y., Yamamoto, K., Kishimoto, J., et al.(2002). Reliability and validity of Japanese-language version of Impact of Event Nervous and Mental Disease, *190*, 175-182.
- Asukai, N., Saito, A., Tsuruta, N., Kishimoto, J., Nishikawa, T.(2010). Efficacy of Exposure Therapy for Japanese Patients With Posttraumatic Stress Disorder Due to Mixed Traumatic Events: A Randomized Controlled Study. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 744-750.
- Beck, A. T., Steer, R.A., Brown, G. K.,(1996), Beck Depression Inventory. *San Antonio: The Psychological Corporation*.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J.(1961). An inventory for measuring depression. *Archive of General Psychiatry*, 4, 561-571
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., et al. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75-89.
- Campbell, J. C.(2002), Health consequences of intimate partner violence., *The Lancet*, 359 (13), 1331-1336.
- Calvete, E., Corral, S, Estevez, A.(2007). Cognitive and coping mechanisms in the interplay between intimate partner violence and depression, *Anxiety, Stress & Coping*, 20(4): 369-382
- Foa, E.B., Hembree, E.A., Rothbaum,B.O.: Prolonged Exposure Therapy for PTSD. Emotional Processing of Traumatic Experiences Therapist Guide.(2007). *Oxford University Press, New York*, (Translation Kim, Y., Konishi, S.,: Tokyo, 2009)
- Gleason, W.J.(1993). Mental Disorders in Battered Women: An Empirical Study. *Violence and Victims*, 8(1), 53-68.
- Golding, J. M.(1999), Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis., *Journal of Family Violence*, 14(2), 99-132.
- Harvey, A.G., Bryant, R.A., Tarrrier, N.(2003). Cognitive behavior therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 501-522.
- Iverson, K. M., Gradus, J. L., Resick, P. A., Suvak, M. K., Smith, K. F., Monson, C. M. (2011)., Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD and Depression Symptoms Reduces Risk for Future Intimate Partner Violence among Interpersonal Trauma Survivors., *Journal of Consult Clin Psychol.*, 79(2), 193-202.
- Kelly, U.A.(2010). Symptoms of PTSD and Major Depression in Latinas Who Have Experienced Intimate Partner Violence. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 119-127.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B.(1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kim Y, Kamo T, Konishi S, et al. (2010-08062590) RCT for the prolonged exposure therapy in Japan (UMIN000001183). Annual report of the research fund of the ministry of health, labor and welfare of Japan 2011;5-14.

- Pico-Alfonso, M.A., Garcia-Linares, M., Celda-Navarro, N., Bllasco-Ros,C., Echeburua,E., Martinez, M.(2006). The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate male Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, state Anxiety, and Suicide. *Journal of Women's Health, 15(5)*, 599-611.
- Radloff, L, S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement. 1*, 385-401.
- Shalev, A.Y., Freedman, S., Peri, T., Brandes, D., Sahar, T., Orr, S.P., Pitman, R.K.(1998). Prospective Study of Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Trauma, *Am J Psychiatry, 155(5)*, 630-637.
- Shean G, Baldwin G.(2008) Sensitivity and specificity of depression questionnaires in a college-age sample. *J of Gen Psychol*,169:281-8.
- Stain, M. B., Kennedy, C.(2001)., Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victim of intimate partner violence., *Journal of Affective Disorders, 66*, 133-138.
- West, C.G., Fernandez, A., Hillard, J.R., Schoof, M., Parks, J.(1990). Psychiatric disorders of abused women at a shelter. *Psychiatr Q.* 61(4), 295-301
- Wal;er L.E.(1984) The Battered Women Syndrome. New York: Springer
- Wong, J.Y.H., Fong, D.Y.T., Tiwari, A.(2012) Depression in Women Experiencing Intimate Partner Violence., in *Essential Notes in Psychiatry* edited by Victor Olisah, InTech, 2012



Table 1

対象におけるトラウマに関連したデモグラフィックデータ：治療前（N=26）

Measure	% or M(SD)		
	All (n=26)	IPV (n=15)	NIPV (n=11)
<b>Gender</b>			
<b>Female</b>	100%	--	--
<b>Age</b>	31.6 (9.8)	39.7 (8.0)	32.6 (10.8)
<b>Type of trauma</b>			
<b>Domestic violence</b>	57.7%	--	--
<b>Sexual assault</b>	26.9%	--	--
<b>Robbery</b>	7.7%	--	--
<b>Physical violence with sexual harassment</b>	3.8%	--	--
<b>Attempted murder-suicide</b>	3.8%	--	--
<b>Additional AXIS disorder</b>			
<b>Major depressive disorder</b>	65.4%	66.6%	63.6%
<b>Anxiety disorder</b>	50.0%	46.6%	54.5%
<b>Eating disorder</b>	11.5%	0%	27.2%

Table 2 PTSD 症状、うつ症状、PTSD 臨床診断の治療前後のデータにおける分散分析

Measure	Pre			Post		
	IPV	NIPV	p	IPV	NIPV	p
<b>IES-R</b>	51.533	50.546	0.9	31.067	23.455	0.3
<b>Dep Test</b>	32.867	28.636	0.33	24.867	18	0.12
<b>CAPS</b>	85.583	77.909	0.43	51.25	42.5	0.43

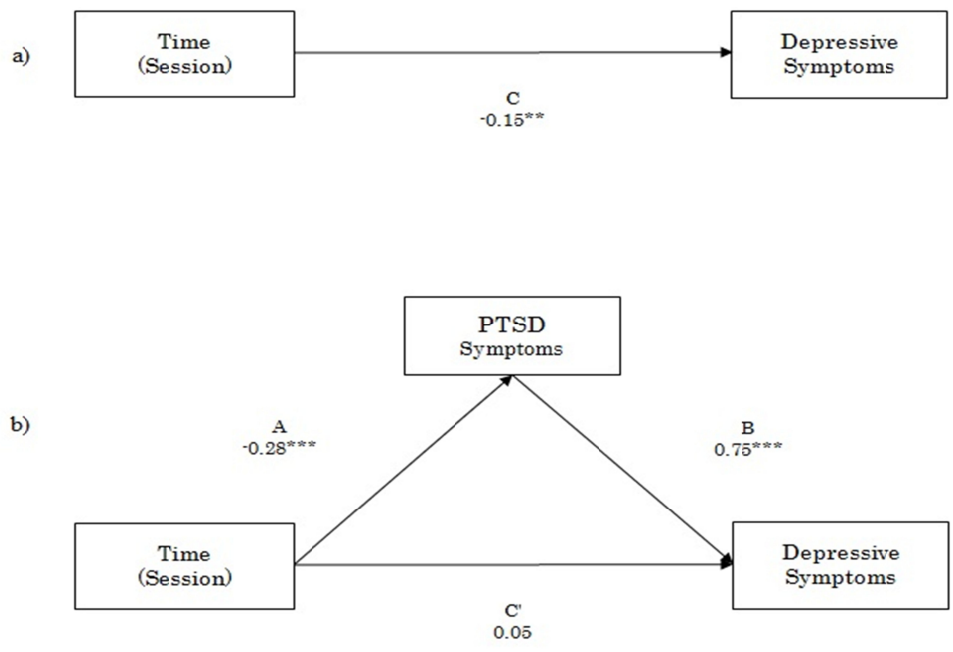


Figure 1. 全患者における時間とうつ症状の a)単回帰分析と PTSD 症状を mediator に用いた b)PATH 解析 \*\*\*p<0.0001 \*\*p<0.001

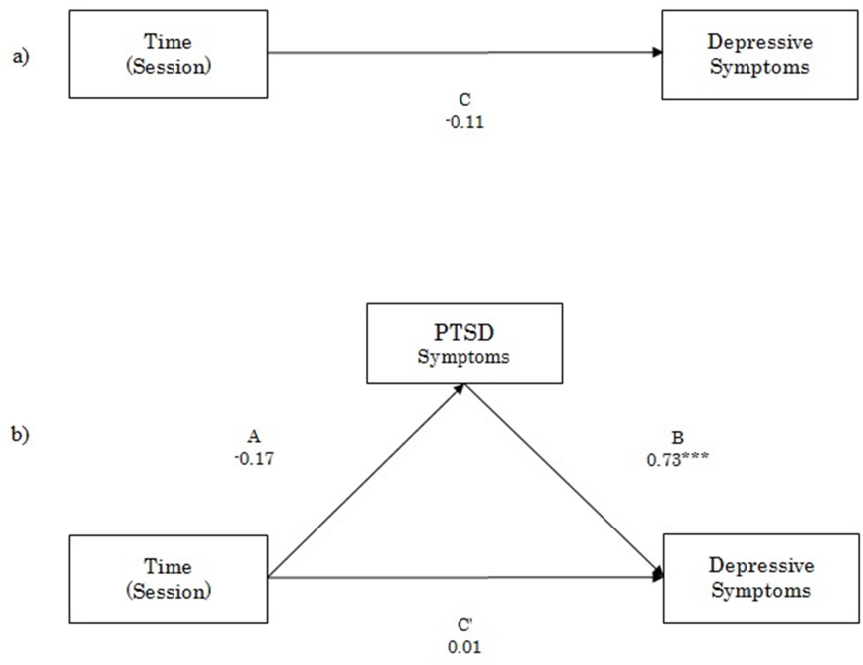


Figure 2. IPV 群における時間とうつ症状の a)単回帰分析と PTSD 症状を mediator に用いた b)PATH 解析 \*\*\*p<0.0001

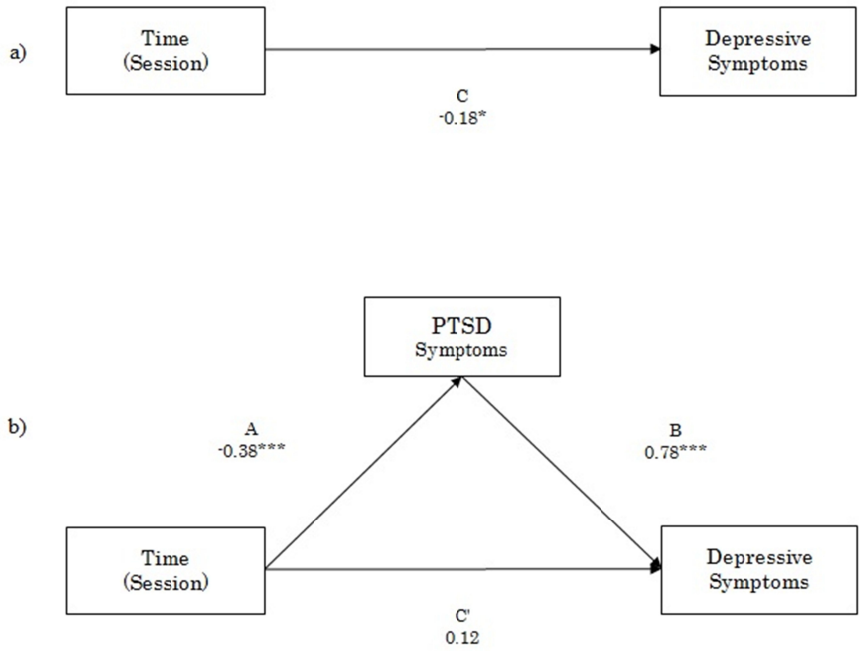


Figure 3. NIPV群における時間とうつ症状の a)単回帰分析と PTSD 症状を mediator に用いた b)PATH 解析 \*\*\* $p < 0.0001$  \* $p < 0.01$

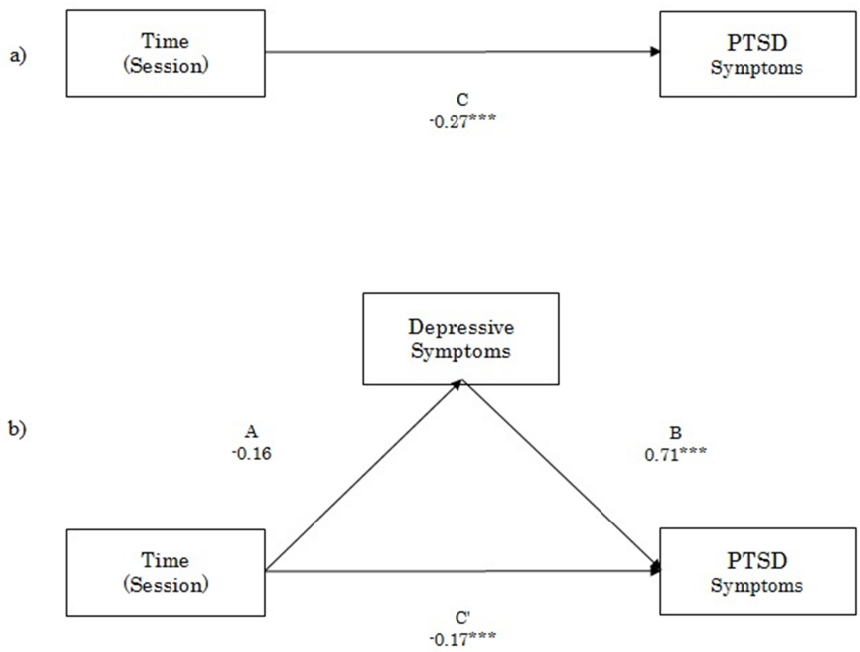


Figure 4. 全患者における時間と PTSD 症状の a)単回帰分析とうつ症状を mediator に用いた b)PATH 解析 \*\*\* $p < 0.0001$

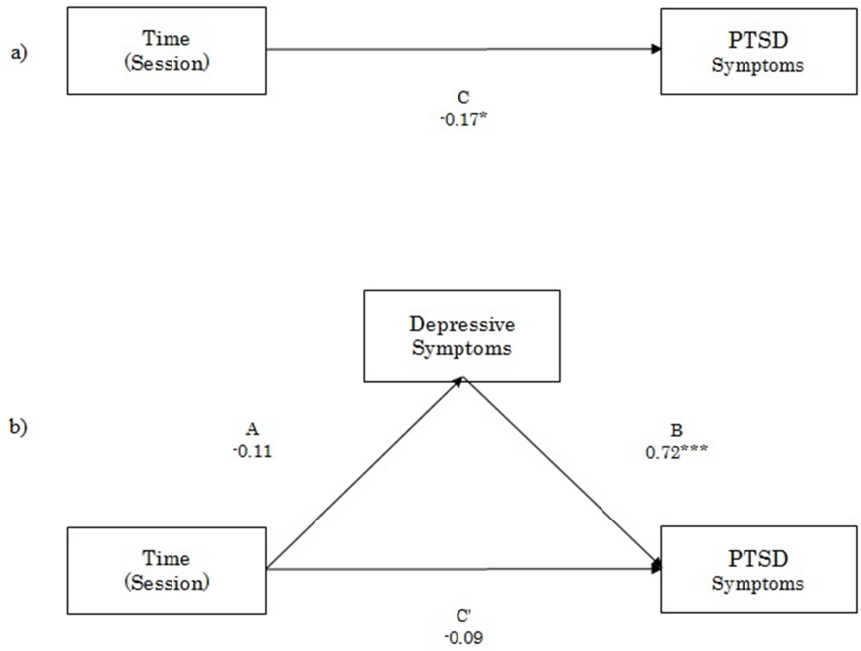


Figure 5. IPV 群における時間と PTSD 症状の a)単回帰分析とうつ症状を mediator に用いた b)PATH 解析 \*\*\* $p < 0.0001$  \* $p < 0.01$

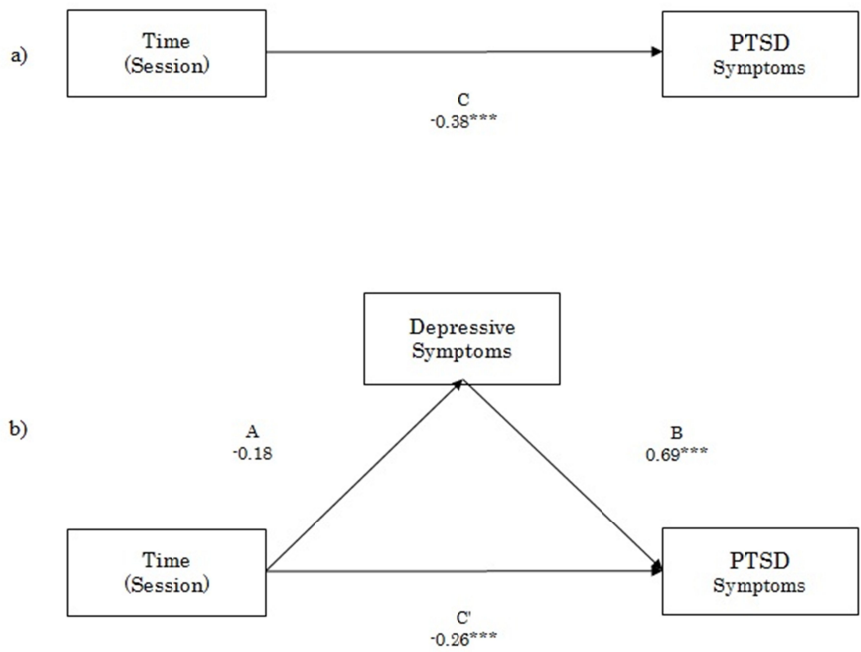


Figure 6. NIPV 群における時間と PTSD 症状の a)単回帰分析とうつ症状を mediator に用いた b)PATH 解析 \*\*\* $p < 0.0001$