

ドメスティック・バイオレンス被害母子に対する
親子相互交流療法の効果に関する研究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・神経医療研究センター精神保健研究所カモトシコ¹ ウジエ ユリ イトウ フミエ¹
加茂登志子¹・氏家 由里¹・伊東 史エ¹
ナカヤマ ミチ イトウ キン ヨシハル^{1,2}
中山 未知¹・伊藤まどか^{1,2}・金 吉晴^{1,2}

(受理 平成27年12月12日)

**The Efficacy of Parent-Child Interaction Therapy for Japanese Mother-Child Dyads
Exposed to Intimate Partner Violence****Toshiko KAMO¹, Yuri UJIIE¹, Fumie ITO¹,
Michi NAKAYAMA¹, Madoka ITO^{1,2} and Yoshiharu KIM^{1,2}**¹Institute of Women's Health, Tokyo Women's Medical University²Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

This study evaluated the efficacy of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) for children between 2 and 8 years old and their mothers. In this study, the children had behavioral problems and the children (mean age = 5.6 years) and their mothers (mean age = 37.6 years) had experienced refuge from intimate partner violence (IPV). The mothers had already received psychiatric treatment at the Institute of Women's Health, Tokyo Women's Medical University before receiving PCIT. Out of 8 mother and child dyads, 6 pairs (75%) completed PCIT (mean sessions = 17.8, mean duration = 8.1 months). The mothers were most often diagnosed with post-traumatic stress disorder and major depressive disorder. The mean scores of the Eyberg child behavior inventory (ECBI) indicated that the children's behavioral problems were already within clinical level; however, no child had received continuous mental health services before PCIT. Pre and post assessment of PCIT revealed that the T-scores of externalized symptoms on the Child Behavior Checklist and the mean score of the parent-child dysfunctional interaction on the Parental Stress Index-Short Form were likely to be improved as well as the mean scores of ECBI. These results might support the efficacy of PCIT for mother and child dyads victimized by IPV.

Key Words: intimate partner violence, mother and child, Parent-Child Interaction Therapy, Eyberg Child Behavioral Inventory

緒 言

20代, 30代の女性が幼児を連れて被害の場から保護施設へとたどり着くといったケースはドメスティック・バイオレンス(以下DV)の現場において一つの典型ともいえるものである。DVが被害者の

みならず, その子どもたちの精神面・行動面にも深刻な影響を与えることは周知の事実であり¹⁾, わが国においても公立一時保護所²⁾³⁾や母子生活自立支援施設に入所中の母子を対象にした調査⁴⁾によって指摘されてきた。金ら²⁾はまた, 母子関係の悪化と子ども

☒: 加茂登志子 〒162-0055 東京都新宿区若松町9-9 パークホームズ新宿若松町 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター

E-mail: kamo@iwh.twmu.ac.jp

の「攻撃的行動」との間に関連があることを示唆し、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可能性も報告している。これらの先行研究や臨床的経験から、DV被害母子をユニットとして捉え、早期から母子の相互交流に着目した治療的介入を行っていく必要があるとの認識は現場において徐々に広がりつつあり、日本においても既に母子の同時並行グループプログラムの試み⁵⁾等があるが、介入による治療効果の具体的検証には至っていないのが現状である。

親子相互交流療法 (Parent-Child Interaction Therapy: PCIT) は、米国で1970年代にEybergによって開発された行動療法であり、行動上の問題を有する子どもや、育児困難に悩む養育者がその治療対象となっている⁶⁾。DV被害親子に焦点を絞ったPCITの有効性に関する研究^{7,8)}はまだ少ないが、良好な結果が示されており、今後の成果が期待できる。PCITの治療効果については、子どもの問題行動の改善をターゲットに既に多くのランダム化比較試験が行われており、メタアナリシス研究でもアメリカ心理学会の提示するエビデンスに基づく治療のガイドラインにおいて「よく確立されたwell-established」治療に位置づけられている⁹⁾。近年では、虐待を受けた子どもとその親に対する効果もまた報告されるようになり¹⁰⁾、被虐待児の行動障害、親の育児ストレスの減少、短期的な虐待の減少が認められたとする報告や虐待の再発を防ぐ中期的効果の報告等が次第に蓄積してきた。現在ではPCITはその使用が全米に広がっており、米国The National Child Traumatic Stress Network (NCTSN)においても推奨されるエビデンスに基づいた治療のひとつとなっている¹¹⁾。これらの状況を鑑み、筆者らは2008年にPCITを日本に導入し、主としてDV被害親子の養育再建に対する効果の検討¹²⁾とともに本療法の紹介を重ねてきた^{13,14)}。PCITの使用は国内でも広がりを見せており、母親の自尊感情が回復した事例¹⁵⁾、虐待事例における効果^{16,17)}や、ハイリスク新生児フォローアップ外来において育児困難を訴える家族に対する効果¹⁸⁾、低出生体重児の発達障害リスクに対する有用性研究¹⁹⁾等が既に報告されているが、DV被害母子に関する検討はまだ十分ではない。そこで、今回の研究ではDV被害母子において、特に既存のエビデンス研究でも治療効果が検証されている「子どもの問題行動」に焦点を当て、複数事例を対象にDV被害母子に対するPCITの効果を検討する。

対象および方法

1. 対象

DV被害がありうつ病や心的外傷後ストレス障害 (Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD) などの精神健康障害を発症し、2009年1月から2010年4月までの期間に東京女子医科大学附属女性生涯健康センターを受診した女性のうち、2歳から8歳の子どもの同居しており、癩癩を起す、なかなか言うことを聞かない、激しいきょうだい喧嘩をする等、子どもの問題行動が主訴の一つとなっている母子12組を母集団とした。精神科主治医から概要と期待される治療効果を母親に書面で説明し、同意が得られたものに対してアイバーク子どもの行動評価尺度 (Eyberg Child Behavior Inventory: ECBI)²⁰⁾を施行し、子どもの問題行動の強度を示すECBI強度スコア得点が114点以上であった母子8組を本研究におけるPCIT導入例とした。ECBI強度スコア114点とは、米国の平均点96.6 (SD35.2) 点²¹⁾に1/2の標準偏差を加えた値であり、米国でPCITを行う際の改善の基準点となっているものである。

なお、本調査の除外基準は母親に、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歴があるもの、であり、いずれかに該当する親子はあらかじめ母集団から除外した。

2. 方法

まず、PCIT導入群について、フェイスシートを用いて心理社会的プロフィールを調査したうえで、PCITの治療過程における完遂率、治療回数、治療に要した期間、母親のスキル獲得水準等を検討した。次に、PCITを終了した群について、治療前後の母子の精神健康状態と母親の育児ストレスについて、評価尺度を用いて統計学的に比較検討した。

1) PCITについて

PCITはライブコーチングを用いるユニークな行動療法である。具体的には子どもに対し親(養育者)が遊戯療法を行い、治療者はマジックミラーを通してこれを観察し、親が獲得すべき相互交流のためのスキルをマスターできるようトランシーバー等を用いて実地訓練(ライブコーチ)を行う。PCITの対象は前述したように、行動上の問題を有する子どもか、育児困難を有する親である。子どもの最適年齢は

2～7歳とされているが、12歳までは治療可能であるとされている。養育者は生物学的な親のほか、里親や祖父母なども含まれる。今回の研究では上述したように子どもの問題行動の改善を治療目標とし、治療に参加する養育者はDV被害を受けた母親とした。

治療回数は親のスキル到達（マスタリング）の進捗度によってケース毎に異なるが、1回60分セッションを毎週行い、通常12～20回で完了する。プログラムは2段階に分かれており、前半部分では「特別な時間 special time」のなかで、親が子どものリードに従うことによって、親子の関係を強化することを目的とした子ども指向相互交流（Child-Directed Interaction：CDI）を行う。CDIで親が獲得すべきスキルは行うスキル（Doスキル）と避けるスキル（Don'tスキル）の2者であり、Doスキルは（具体的）賞賛（Labeled）Praise、繰り返し Reflection、真似 Imitation、（行動の）説明（Behavioral）Description、楽しい交流 Enjoy の頭文字をとってPRIDEスキルとも呼ばれる。Don'tスキルとしては、命令 Command、質問 Question、批判 Criticism が挙げられている。

後半ではCDIで獲得したスキルを維持しながら、オペラント条件付けモデル理論に基づき、よい命令の出し方や子どもがより親の指示・命令に従える効果的なタイムアウトの手順を指導する。後半部分は子どもの問題行動をターゲットに直接その減少に取り組むため、親が遊びをリードする形を取っており、そのため親指向相互交流（Parent-Directed Interaction：PDI）と呼ばれる。親が獲得すべきスキルは、親子対の相互交流評価システム（Dyadic Parent-Child Interaction Coding System：DPICS）を用いて毎回コーディングされ、プロトコル上具体的な数値で示された課題をマスタリングすることによって次のセッションに移行することができる。各セッション間には、プログラムの進捗に沿って宿題が出される。親がCDIのスキルを維持しながらPDIにおけるスキルをマスタリングし、同時に子どもの問題行動が改善（ECBI強度スコア114点以下）、かつ親が養育に対し自信をもつことが治療終了の指標となる。

2) セラピストとプロトコル

2005年、センターを中心とするPCIT研究チームのコアメンバー3名が米国シンシナティ子ども病院トラウマ治療トレーニングセンター（Trauma

Treatment Training Center：TTTC）主催のPCITトレーニングワークショップに参加し、初期トレーニングを受けた。その後、TTTCで用いている治療プロトコルをもとにほぼ忠実に翻訳し、日本版治療プロトコル（ドラフト版）を完成した。この日本版治療プロトコルを用いて、2008年12月と2009年10月の2回にわたってTTTCから心理士2名をトレーナーとして招き、5日間のワークショップを合計32名の精神科医や臨床心理士などの専門家に行った。また、2回のワークショップに並行し、ワークショップトレーナーの2名から3事例についてビデオを用いたスーパーバイズを受けた。本研究でPCITを担当したセラピストはこの日本でのワークショップに参加し、スーパーバイズ研修を修了したものである。なお、当時TTTCで使用されていた本プロトコルは、Eybergらが用いているオリジナル版プロトコルに対し、PDI部分に若干の変更を加えているが、基本的な評価方法や手順には相違はない。

3) 調査項目

(1) フェイスシート

フェイスシートでは、母子の年齢、子どもの性別、治療対象となる子どもの同胞数、子どものDVの目撃の有無、子どもの直接的虐待被害の有無、親の結婚の状況、母親の就労の有無のほか、母親のDV被害度を定量的に把握するため、「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（Domestic Violence Screening Inventory）²³⁾を使用した。

(2) 母親の精神健康状態

①GHQ精神健康調査30項目版（General Health Questionnaire 30 items：GHQ-30）：一般的な精神健康状態について評価するために用いた²³⁾。総点6点以下は健常、7点以上で何らかの精神健康に関する問題があるとされる。

②ベック抑うつ質問票第2版（Beck Depression Inventory-II：BDI-II）：うつ状態の評価に使用した²⁴⁾。重症度評価では25点以上を重症のうつ病とする。

③改訂版出来事インパクト尺度（Impact of Event Scale-Revised：IES-R）：IES-RはPTSDの3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²⁵⁾。PTSD症状の評価に使用した。日本では25点以上をPTSDの疑いありとする。

④成人版解離体験尺度（Dissociative Experience

Table 1 Socio-demographic profile of the participants

	mean score	SD
Mean age of mothers (years)	37.6	5.3
Mean age of children (years)	5.6	1.5
Mean score on DVSI		
present time	6.9	5.6
before refuge	37.5	24.8
Number of children	2.4	1.3
Sex of identified child (girls)	50 %	
Identified child witnessed domestic violence	100 %	
Identified child experienced direct abuse	38 %	
Divorced from partner that was domestic violence perpetrator	63 %	
Mothers were employed	25 %	

DVSI: Domestic Violence Screening Inventory.

Scale-II : DES-II) : 28 項目からなる解離体験の重症度を測定する尺度である。主観的解離症状の重症度評価のため使用した²⁶⁾。平均 30% 以上を解離性同一性障害の疑いありとする。

⑤精神疾患簡易構造化面接法 (The Mini-International Neuro-psychiatric Interview : M.I.N.I.) : M.I.N.I.²⁷⁾は DSM-IV-TR²⁸⁾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。母親の精神健康障害に関する診断可能性を全般的にスクリーニングするために用いた。

(3) 子どもの精神健康状態と問題行動

①アイバーク子どもの行動評価尺度 (ECBI)²⁰⁾²⁹⁾ : 子どもの問題行動について評価するために用いた。子どもの問題となる行動を強度スコアと問題数スコアの両面から測定する。母親が回答した。日本語版は原版作者の承諾のもと、筆者らが作成した。

②Child Behavior Checklist (CBCL) : 子どもの精神・行動面の症状の評価のために用いた。4 歳以上の子どもには CBCL/4-18³⁰⁾を、3 歳以下の子どもには CBCL/2-3³¹⁾を使用した。母親が回答した。

日本語版注意欠陥/多動性障害評価尺度 ADHD RS-IV-J (ADHD-Rating Scale IV : ADHD RS-IV-J) : ADHD RS-IV-J³²⁾は ADHD の特徴である多動、注意散漫、衝動性を評価するために使用した。本調査では母親が評定した。

(4) 親の育児ストレス

①Parenting stress index-short form (PSI-SF) : Abidin らにより開発された 120 項目からなる PSI の短縮版として作成された親の育児ストレス尺度である³³⁾。3つの下位尺度、「parental distress 養育困難」「parent-child dysfunctional interaction 親子の非機能的相互関係」「difficult child 難しい子ども」から

構成されている。

(5) 親子の相互交流

①親子対の相互交流評価システム短縮版第 3 版 (Abridged Dyadic Parent-Child Interaction Coding System-III : DIPCS-III) : DIPCS は 1980 年代から米国で親子の社会的交流の質評価のために作られた行動の評価システム³⁴⁾であり、米国で外在化行動障害をもつ幼児とその養育者への介入治療の効果の評価と治療ガイドとして使われているほか、司法領域においても親機能や子どものアタッチメントの評価、虐待家族に対する介入療法後の養育行動における変化の記録に用いられている。具体的には、子どもに対する負荷量に基づき、Child Led Play (CLP), Parent Led Play (PLP), Clean Up (CU) の 3 場面に分けて親子の交流を量的に測定する。今回の研究では開発者である Eyberg の許可を得て筆者らが翻訳した第 3 版短縮版を使用した。

3. 統計

治療前後の数値比較に対し、ウィルコクソンの符号順位検定 (Wilcoxon signed-rank test) を使用した。統計ソフトは SPSS Ver13.0 を用いた。加えて、Excel2013 を使い、Z 値および被験者数から効果量 (effect size) r を算出した。

4. 倫理面への配慮

本研究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。

結 果

1. PCIT 導入群のプロフィール

Table 1 に導入時の母集団のプロフィールを示した。母子の平均年齢はそれぞれ 37.6 (SD5.29, range : 28-43) 歳, 5.63 (SD1.51, range 3-8) 歳であり、治療対象となった子どものうち女兒の割合は

50%であった。M.I.N.Iを用いた母親の現在診断(重複あり)で最も多かったのはPTSD (n=5, 56%)であり、大うつ病性エピソード (n=3, 33%), 気分変動症, 広場恐怖, 強迫行為, 強迫観念 (n=2, 22%)が続いた。各評価尺度の平均点は以下の通りである; GHQ-30 17.0 (SD7.8) 点, BDI-II 32.7 (SD16.8) 点, IES-R 53.6 (SD19.9) 点, DES-II 24.2 (SD22.6) 点。全母子が既に加害者の下を離れて生活しており, PCIT 導入時直接的な被害は受けていなかった。

治療前の子どもの問題行動についてみると, 治療前アセスメントにおける ECBI 強度スコアの平均は 148.5 (SD 26.1) 点, 問題数スコアの平均は 18.8 (SD 7.4) 点であった。強度スコアにおいて各項目の平均値がもっとも高かったのは項目 2「食事のときにぐずぐずしたり時間がかかる」の 6.0 (SD1.2) 点であり, これに, 項目 28「絶えず他者の関心を求める」5.6 (SD1.5) 点, 項目 3「食事のときに行儀がよくない」5.6 (SD 1.8) 点, 項目 6「寝る支度が遅い」5.4 (SD 1.5) 点, 項目 1「着替えるときにぐずぐずする」5.3 (SD 1.8) 点, 項目 29「人の邪魔をする」5.3 (SD1.8) 点が続いた。問題数スコアを見ると, 8人中7人 (87.5%)が問題だと回答した項目は, 項目 2「食事のときに行儀がよくない」と項目 6「寝る支度が遅い」, 項目 8「家のルールに従わない」の 3項目であり, 8人中6人 (75%)が問題としたものは, 項目 1「着替えるときにぐずぐずする」, 項目 7「時間通りに寝ることを嫌がる」, 項目 9「罰として脅されるまで従わない」, 項目 10「何かをするように言われると反抗的にふるまう」, 項目 12「自分のやり方が通らないと怒る」, 項目 13「かんしゃくをおこす」, 項目 17「大声を出したり, 悲鳴をあげたりする」, 項目 29「人の邪魔をする」の 8項目であった。

2. PCIT の治療経過に関する分析

PCIT を導入した 8組の母子のうち, 6組 (75%)が治療終了基準に到達し PCIT を完遂したが, 2組 (25%)が CDI 期間中 (CDI-コーチコーチングセッション 5 および 10 に脱落した。脱落の主たる原因は, 連絡のない連続的な欠席ないし遅刻である。1組は子どもを 5人抱える母子家庭であったため多忙を極めていたこと, もう 1組は母親が就労しており時間繰りがつかないことをその理由として説明した。しかし, 事前に連絡がなかった点についての説明は明確ではなかったため, 母親の解離症状や治療に対する回避的態度の可能性も考慮した上で治療継続困難と判断し, 母親の了解の上 PCIT を中止し, 通

常外来で引き続き経過を追うこととなった。なお, 治療脱落 2 事例の子どもの ECBI 強度スコアと問題数スコアはそれぞれ 121 点と 14 点および 138 点と 20 点で, 全対象の平均点を下回っていた。母親の精神健康状態では, 1例は M.I.N.I.を用いてうつ病 (現在), パニック障害, PTSD, 全般性不安障害が診断され, 各評価尺度もすべて平均を超えるなど精神健康障害重症例として位置づけられたが, もう 1例は M.I.N.I. では診断がつかず, また, 評価尺度では GHQ-30 がわずかに平均を上回ったのみであり, むしろ軽症例と言えるものであった。

6組 (子どもの平均年齢 5.57 (SD 1.90) 歳) が治療を完遂した。PCIT 群の平均治療期間は 248.3 (SD 45.7) 日であった。治療に要したセッション回数は, 前半 CDI 部分が 7.3 (SD 1.9) 回, 後半 10.5 (SD 1.2) 回, 通算 17.8 (SD 2.8) 回である。これは毎週セッションを行えば 4~5 ヶ月で終了する回数であったが, 治療期間が平均 8.1 ヶ月と長引いた主たる理由はセッションのキャンセルであり, その理由の主たるものは母の病状の悪化と子どもの保育園や学校の行事であった。

Fig. 1 に, 治療前後の DPICS-III の CLP における親 Do スキル得点および子どもの ECBI 強度スコア得点の推移を示した。ECBI 強度スコア得点は治療開始前の平均得点は 153.0 (SD 27.5) 点であったが, 治療終了時には 104.2 (SD8.8) 点に有意に減少しており (Wilcoxon signed-rank test, $p=0.028$), その効果量 r も -0.90 と大きく, 母親は PCIT の前後で子どもの問題行動が減少していると評価していることが明らかとなった (Table 2)。母親の Do スキル獲得については, 「繰り返し」と「行動の説明」は, 治療後, マス터리ーとして期待されるスキル数 (5分間に 10回) をほぼ達成していたが, 「具体的賞賛」は平均 5.83 回に留まった。一方, Don't スキルはすべて順調にその頻度を減じたが, 「命令」が平均で 0 回, 「批判」が 0.67 回であったのに比べ, 「質問」は平均 1.83 回とやや多かった。治療終了後に行った母親からの聞き取り調査では, CDI において「質問」を減らすことの困難さとともに, 子どもを「具体的賞賛」をすることの困難さが語られることが多かったが, その感想を反映する結果となった。なお「具体的賞賛」を頻繁に使用することについては子どもを誉めすぎると増長するのではないかと, 謙譲の美德が失われるのではないかとのためらいを訴える母親も存在した。しかし, 抵抗感を訴えると同時に, 「子ども時代に親か

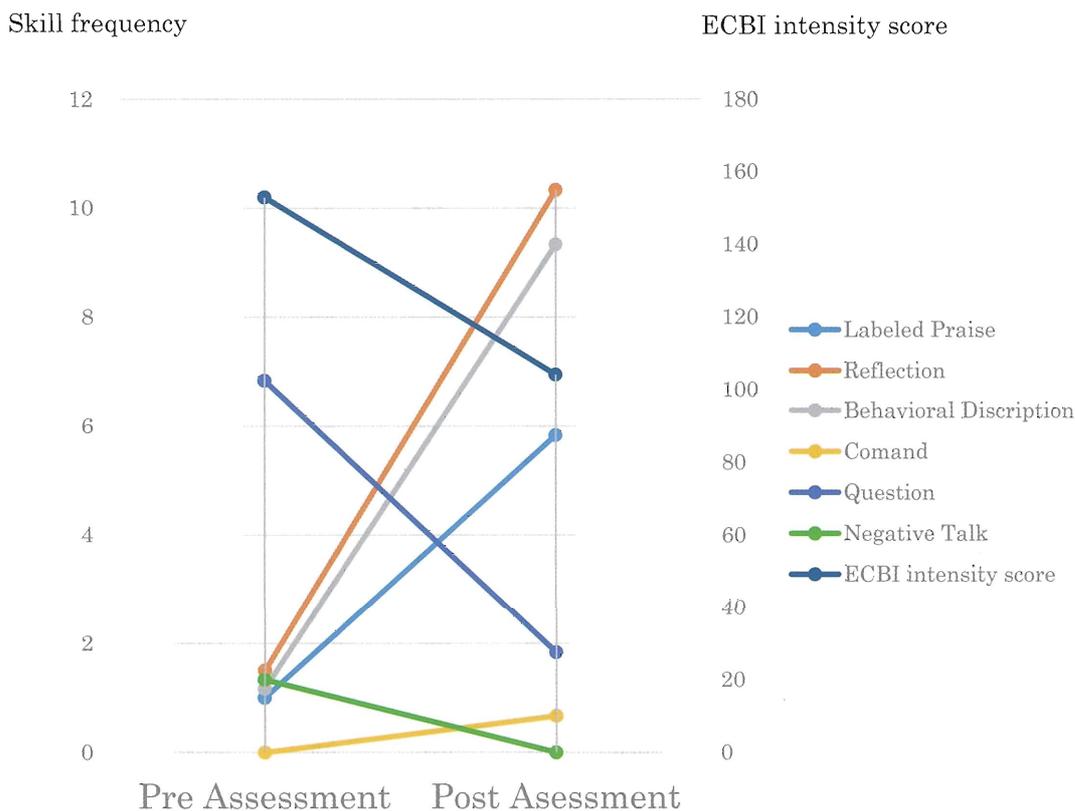


Fig. 1 Comparing the frequency of “Do Skills” in Parent-Child Interaction Therapy and the intensity scores of the Eyberg child behavior inventory between pre and post assessment

ECBI: Eyberg child behavior inventory.

ら誉められることがほとんどなかった」と自身の経験のなさを訴える母親も多かった。

Fig. 2 には、治療前後の DPICS-III の PLP における「直接的命令 Direct Command (DC)」と「間接的命令 (Indirect Command) (IC)」の数の推移、および子どもの「命令に対する従う」率 (Compliance) と「従わない」率 (Non-compliance) を示した。PDI の適切な命令の出し方では、子どもが従うことを要請される命令には「直接的命令」が適当であるとされている。治療前アセスメントでは親がリードする場面において「直接的命令」の数は少なく、「間接的命令」が多かったが、治療後、「間接的命令」の頻度は著しく減じ、代わりに「直接的命令」が増加していた。子どもの直接的命令に従う率 (DC-Compliance) は治療前も 88% と高いものであったが、治療後は 92% とさらに高くなった。

3. PCIT の治療効果の検討

Table 2 に、子どもの精神面・行動面の症状、母親の精神健康に関する症状、および母親の育児ストレスに関する治療前後の評価を示した。

まず子どもの精神面・行動面の症状では、ECBI の強度スコア値、問題数スコア値の有意な減少 (Wilcoxon signed-rank test, それぞれ $p=0.028, 0.027$), および CBCL の外向化尺度の T 値の有意な減少が認められた (Wilcoxon signed-rank test, $p=0.042$)。さらに、ADHD-RS における注意欠損 Attention Deficit スコアおよび多動・衝動性 Hyperactivity スコア、全体 Total スコアも減少する傾向にあった。これらのスコアに関する治療の効果量は大きであった ($r=-0.7\sim-0.90$) が、その他の評価尺度のスコアにおいても、有意差は認められなかったもののすべてが減少しており、中等度以上の効果量が得られていた。

母親の精神症状では、すべての評価尺度において治療後に重症度スコアは下がっていたが、有意な変化には至らなかった。もっとも大きな効果量が得られたのは外傷後ストレス障害症状における過覚醒症状 Hyperalousal ($r=-0.723$) であった。育児ストレスにおいては親子の非機能的相互交流 Parent-child dysfunctional interaction の得点が有意に減少

Table 2 Comparing psychometric measurements between pre and post PCIT: child, mother and parental stress

Index	Scales	Sub-scales	Pre assessment		Post assessment		Z	p	effect size
			mean	SD	mean	SD			
Child	ECBI	Intensity score	153.0	27.9	104.2	8.8	-2.201	0.028*	-0.900
		Problem score	20.7	7.6	8.67	4.3	-2.207	0.027*	-0.900
	CBCL	T-scores of Internalized symptoms	70.5	10.3	63.5	8.1	-1.367	0.172	-0.560
		T-scores of Externalized symptoms	71.0	13.4	62.2	12.9	-2.032	0.042*	-0.830
		T-scores of Total symptoms	62.8	7.6	56.3	8.2	-1.577	0.115	-0.644
	ADHD-RS	Attention Deficit	11.8	6.5	9.5	5.4	-1.841	0.066	-0.752
		Hyperactivity	11.4	8.1	7.7	5.0	-1.761	0.078	-0.719
Total Score		23.2	12.2	17.2	9.9	-1.761	0.078	-0.719	
Mother	GHQ-30	Total score	16.2	8.9	15.3	10.7	-0.734	0.463	-0.300
		BDI-II	Total score	30.4	17.7	27.3	17.8	-0.944	0.345
	IES-R	Intrusion	17.8	8.4	14.0	12.0	-0.734	0.463	-0.300
		Avoidance	21.8	6.2	16.7	8.9	-1.572	0.116	-0.642
		Hyper arousal	15.7	5.3	10.7	10.2	-1.769	0.077	-0.723
		Total score	55.3	15.5	41.3	30.3	-1.572	0.116	-0.642
	DES-II	Mean percentage	17.3	14.5	11.6	12.7	-0.314	0.753	-0.129
Parental stress	PSI-SF	Parental distress	31.8	8.1	34.8	5.6	-1.156	0.248	-0.472
		Parent-child dysfunctional interaction	43.3	5.1	27.8	12.5	-1.992	0.046*	-0.814
		Difficult child	33.7	6.8	34.3	4.9	-0.954	0.340	-0.390
		Total score	108.8	8.2	97.0	14.1	-1.572	0.116	-0.642

ECBI: Eyberg child behavior inventory, CBCL: Child Behavior Checklist, ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Wilcoxon signed-rank test, * = $p < 0.05$.

し (Wilcoxon signed-rank test, $p = 0.046$), 効果量も大であった ($r = -0.814$).

考 察

PCIT 導入群の母親の精神健康障害で最も多かったのは PTSD, 次いで大うつ病エピソードであったが, この両疾患が DV 被害者に多いことはメタアナリシス研究でも既に指摘されている³⁵⁾. 各評価尺度の結果からは, 導入群の母親のうつ状態, PTSD 症状, 解離症状のどれもがカットオフ値や重症度水準などに照らし, 重症度が比較的高い状態にあることが確認されたが, 本群の母親が既に精神科外来に通院していたことを考えれば想定を著しく超えた結果とは言えない. 一方子どもの症状に目を向けると, 日本における 2~7 歳児の ECBI 平均得点は, 強度スコア 100.1 (SD24.6) 点, 問題数スコア 6.57 (SD6.46) 点であり, 専門家によるさらなる評価が望まれる臨床域の目安は強度スコア 125 点以上, 問題数スコア 14 点以上であった³⁶⁾が, 本研究の対象となった子どもたちの ECBI 得点はこの臨床域を超えるものであった. それにも関わらず, 今回の対象では PCIT

導入時, 既にほかの臨床に繋がっていた子どもはならず, 母親の精神科受療のなかで初めて事例化されたことは特筆すべきであり, 母親の受療の場が子どもの受療の場に直接繋がることの意義を示唆するものであった. ここでは DV 被害女性と DV に曝された子どもの治療の場の有機的な連携の必要性和重要性を強調したい.

DV に曝された子どもの精神健康障害についての既存の報告では, 不安, 抑うつ, 学校での成績不振, 低い自尊心, 反抗, 悪夢, 身体的愁訴など, 情緒的・行動的問題のすべての領域で高いリスクを有しているとされている¹⁾が, 具体的な問題行動に焦点を当てた研究は少ない. 本研究では ECBI の結果をもとに, 子どもの問題行動の頻度と親が問題と捉える子どもの行動についても検討した. 子どもの行動の頻度という観点からは, 食事や寝る支度, 着替え等日常生活の遂行上に生じる問題のほか, 絶えず他者の関心を求めることや人の邪魔をすることについて母親は「よくある」以上の項目として捉えていた. これらが DV に曝された子どもの問題行動の特徴を示すかど

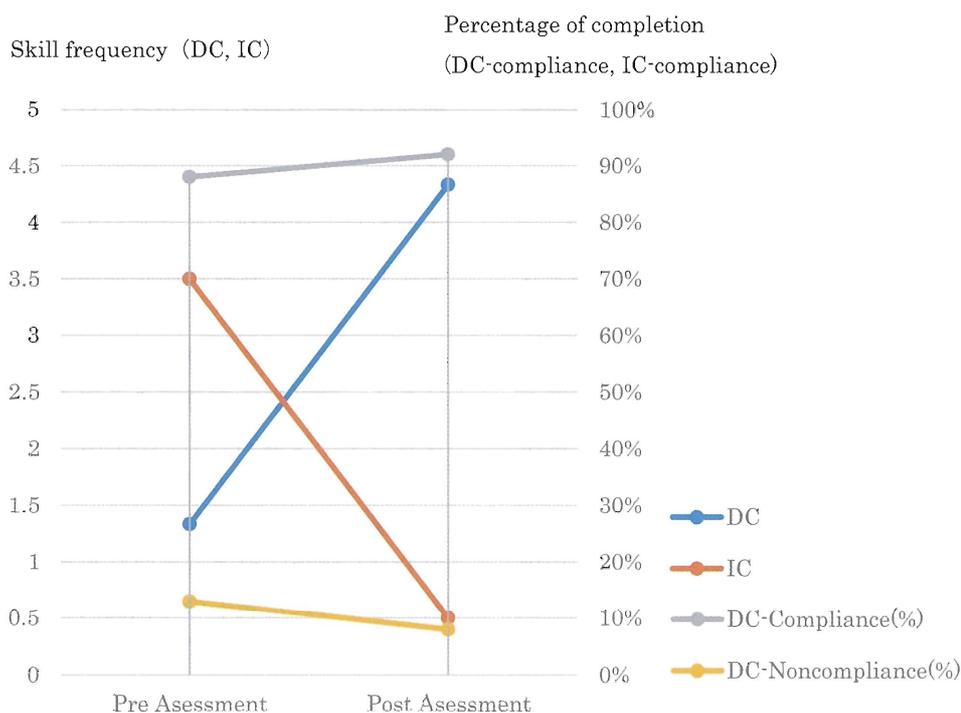


Fig. 2 Comparing the frequency and completion percentage of parent-directed interaction PDI skills in Parent-Child Interaction Therapy between pre and post assessment
DC: direct command; IC: indirect command.

うかは今後一般の子どもから得られたデータとの比較等を用いて検討を深めていく必要がある。また、親にとって子どもの行動が問題かどうかといった観点からは、上述した頻度の高い項目のほかに、子どもがルールに従わないこと、罰として脅されるまで従わないなど、子どもの不服従や、何かをするように言われると反抗的にふるまう、かんしゃくを起こす、大声を出したり悲鳴をあげたりするなど攻撃的な行動を問題として捉える母親が多かった。ECBIの問題数スコアには親の子どもの行動に対する耐性が反映されることが指摘されているが³⁷⁾、治療開始前の DPICS 評価において子どもの直接的命令に従う率が治療前に既に 88% と高い水準にあったことも考慮すると、治療の場における初めての親子間交流で日常とは異なった反応を子どもが呈した可能性とともに、子どもの不服従に対する母親の耐性低下もまた検討の俎上に上がる。今回用いた DPICS では子どもの攻撃的行動は評価の対象ではないため踏み込んだ考察はできないが、ECBIにおいて強度スコアよりも問題数スコアの領域で問題として挙がってきていることから、やはり母親の耐性低下について十分に検討すべきであると考えられる。

今回の研究では PCIT 導入群 8 組のうち 6 組 (75%) が治療を完遂しており、その治療効果についても良好な効果率を確認することができた。PCIT の治療脱落率に関する研究³⁸⁾では、50% が脱落することもあると報告されており、これに比較すると今回の対象の治療完遂率は比較的高いものであったと言えよう。この点については、母親が実施施設で既に治療を受けており、治療者-患者関係が作りやすい環境にあったことがその背景の一つとして考えられる。母親の治療が連携する等環境が整えば比較的重い精神健康障害を有した母親でも子どもの治療に積極的に参画できることもまた今回確認できたことの一つである。しかし、治療回数は米国等の報告とほぼ同水準であったにも関わらず、治療期間はおよそ倍にあたる 8.1 ヶ月と長引いた。1 ケースの治療が長期化すると施設内で扱えるケースの数もまた減少する。治療期間の短縮化は医療経済的な問題のほか、治療待機親子に与える不利益の解消の観点からも重要な視点である。セッションキャンセルの主たる要因に母の病状の悪化があったことを鑑みると、PCIT を導入する前に PTSD に対する持続エクスポージャー療法やうつ病に対する認知行動療法など、母

親の精神健康障害によりインテンシブに働きかける治療を導入することが治療期間の短縮に役立つ可能性がある。しかしこの場合、一方で目覚ましい発達新时期にある子どもに対し親子相互交流に働きかける治療の導入が後回しになることの不利益もまた考慮すべきであろう。本研究の脱落例を見た場合、1例は精神健康障害の重症度が脱落に一定の影響を及ぼした可能性があるが、もう1例の重症度は必ずしも高くなかった。時間はかかっても治療が完遂した事例のなかには脱落例に比べて評価尺度上重症度がより高い事例も含まれることから、母親の精神健康障害の重症度はPCITの適用の参考にはなるが、決定要因としてはやや弱いと考えられた。今後は動機づけに関する検討もまた不可欠である。子どもの保育園や学校の行事への参加の優先もまたPCITの長期化に影響を与えていたが、就学後の欠席は学業や交友関係より大きな影響を与える可能性があるため、できる限り就学前にPCITを終了するよう治療計画を立てるべきである。

Fig. 1, 2に見る通り、親のスキル獲得は比較的順調であったが、具体的賞賛のみが低い得点にとどまった。PCITは子育てという文化差の大きい分野に積極的に介入する治療であることから、プロトコルの文化適合的な修正の必要性に関する検討は重要な課題の一つである。今回の研究では母親のなかに「謙譲の美德」精神を理由に子どもに具体的賞賛を与えることにためらいを表明するものがあり、今後の課題と思われた。しかし一方、子どもを褒めることへの苦手感は母親自身の「褒められることが少なかった」という子ども時代の体験にも影響されている可能性があり、単純に文化の問題とひとくくりにできない面も指摘された。プロトコルの安易な変更は治療効果エビデンスを下げる危険を伴う。加えて具体的賞賛はPCITにおいて行動科学論的に子どもの好ましい行動を増やすための強化子として重要な親スキルとして位置づけられていることから、本スキルに係る変更については特に慎重に検討すべきと考えた。

治療前後のアセスメント比較において、ECBI強度スコアおよび問題数スコアの減少とCBCLの子どもの外在化尺度Tスコアの減少に有意差が認められ、ADHD-RSでも得点の減少の傾向が確認されたことから、本研究においてDVに曝された子どもの問題行動は被害者である母親とともに行うPCITによって有意に改善することが示唆された。加えて

重要と思われたのは、PCITによって子どもの問題行動の改善に意識を集中していた期間も、母親の精神健康状態が悪化しなかった点である。子どもが精神的・心理的治療を専門施設で受ける場合、親は治療に同伴し、子どもの症状や日常を報告し、また養育者として治療的なかわりを要請される等負担は少なくないが、自身に精神健康障害があればそれはなおさら重くなることが予想される。しかし、今回の研究では母親の精神健康状態の悪化を示した指標はなく、統計学的有意差こそ得られなかったもののむしろすべて改善の方向に向かっていた。PCITによる母親のうつ状態の改善に関する報告³⁹⁾を鑑みると、親の精神健康状態の回復に関するテーマは今後のPCIT研究における重要な視点と思われた。治療後に認められた親子の非機能的相互交流の改善が子どものみならず親の精神健康にも良好な結果をもたらすとすれば、親に精神健康障害が認められる事例にもPCIT導入の可能性は広がるであろう。これらの結果は、今後もDV被害親子を対象にPCITによる治療的介入を継続していくことに対し、肯定的な意味を十分に与えるものと結論づけられる。

最後に、本研究の限界について述べたい。本研究は対象数が小さく、また、PCITを導入したシングルグループにおける治療効果の検討であった。今後、PCITの治療効果についてより高い治療効果エビデンスを得るためには、ランダム化比較試験が必須であることは言うまでもない。また、今回用いたプロトコルは米国等においてエビデンスが確立したオリジナル版PCITに若干の変更を加えたものであった。現在筆者らは本質的エビデンスの確立に加え、国際比較を念頭に、オリジナル版によるPCITを中心に推進しているが、オリジナル版PCITを用いた治療効果研究もまた必須である。

結 論

子どもの問題行動を主訴とするDV被害母子8組に対し、PCITの効果を検討したところ、6組(75%)が治療を終了した。平均治療期間は8.1ヵ月とやや長かった。PCIT導入前、母親の精神健康障害で最も多かったのはPTSD、次いで大うつ病エピソードであり、子どもの行動上の問題はECBI得点において臨床領域にあると判断されたが、PCIT導入時、既にほかの臨床に繋がっていた子どもはおらず、母親の受療の場が子どもの受療の場に直接繋がることの意義が示唆された。治療前後の評価尺度得点の比較において、ECBI得点とCBCLにおける外在化症状T

スコアの有意な改善と注意欠陥/多動性障害評価尺度の軽減の傾向が認められ、子どもの行動面の症状が改善したことが示唆された。また、母親の育児ストレス評価では親子の非機能的相互交流が有意に改善していた。これらの結果は、今後もDV被害親子を対象にPCITによる治療的介入を継続していくことに対し、肯定的な意味を与えるものとして結論づけられた。

謝 辞

石郷岡純教授東京女子医科大学精神医学講座主任にこころより深謝し、本論文を石郷岡純教授講座主任退任記念論文として捧げます。なお本研究は平成20年度ファイザーヘルスリサーチ健康財団研究助成及び平成27年度科学研究費助成事業課題番号「26382961」を受けて行われたものです。

開示すべき利益相反状態はない。

文 献

- 1) Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA et al: Violence by intimate partners. *In* World Report on Violence and Health, pp87-122, World Health Organization, Geneva (2002)
- 2) 金 吉晴, 柳田多美, 成松裕美ほか: DV被害を受けた女性とその児童の精神健康調査。「平成16年度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)。(2005)
- 3) 石井朝子: 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)。(2005)
- 4) 奥山眞紀子: 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)。(2005)
- 5) 春原由紀, 森田展彰, 古市志麻: DVに曝された子どもたちへの援助—コンカレントプログラムへの実践。武蔵野大心理臨セ紀 8: 19-61, 2008
- 6) McNeil C, Hembree-Kigin TL: Parent-Child Interaction Therapy. Springer Science & Business Media (2010)
- 7) Borrego J Jr, Gutow MR, Reicher S et al: Parent-child interaction therapy with domestic violence populations. *J Fam Violence* 23: 495-505, 2008
- 8) Pearl E: Parent-Child Interaction Therapy with an Immigrant Family Exposed to Domestic Violence. *Clin Case Stud* 7: 25-41, 2008
- 9) Thomas R, Zimmer-Gembeck MJ: Behavioral outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P-Positive Parenting Program: A review and meta-analysis. *J Abnorm Child Psychol* 35: 475-495, 2008
- 10) Chaffin M, Silovsky JF, Funderburk B et al: abusive parents: efficacy for reducing future abuse reports. *J Consult Clin Psychol* 72: 500-510, 2004
- 11) <http://www.nctsn.org/content/treatments-children-and-families>
- 12) 加茂登志子: ドメスティック・バイオレンス被害母子の養育再建と親子相互交流療法。精神経誌 112: 885-889, 2010
- 13) 正木智子, 金 吉晴, 加茂登志子ほか: PCIT (Parent-Child Interaction Therapy) 親子のための相互交流療法について。トラウマ・ストレス 5: 67-73, 2007
- 14) 伊東史工, 加茂登志子: 親と子へのPCIT。保健の科学 56: 657-661, 2014
- 15) 宮川千春: PCITを用いた母親の自尊感情回復のプロセス。武蔵野大心理臨セ紀 12: 41-48, 2012
- 16) 小平かやの: 虐待事例における親子相互交流療法の有効性の検討。東女医大誌 83: E219-E227, 2013
- 17) 小平かやの: 被虐待児への治療的アプローチ 虐待事例におけるPCIT(親子相互交流療法)の実践。児童青年精医と近接領域 54: 378-383, 2013
- 18) 吉川陽子, 平澤恭子, 竹下暁子ほか: ハイリスク新生児フォローアップ外来における育児困難を呈した母子への支援。東女医大誌 83: E408-E414, 2013
- 19) 細金奈奈: 極低出生体重児における発達障害の診断と介入 極低出生体重児の発達障害リスク児に対する親子相互交流療法(PCIT)の臨床的有用性。日周産期・新生児会誌 51: 29-31, 2015
- 20) Eyberg SM, Ross AW: Assessment of Child Behavior Problems: The Validation of a New Inventory. *J Clin Child Adolesc Psychol* 7: 113-116, 1978
- 21) Colvin A, Eyberg SM, Adams CD: Restandardization of the Eyberg Child Behavior Inventory. <http://pcit.php.ufl.edu/Measures.htm>, 1999
- 22) 石井朝子, 飛鳥井望, 木村弓子ほか: ドメスティックバイオレンス(DV)簡易スクリーニング尺度(DVSI)の作成および信頼性・妥当性の検討。精神医 45: 817-823, 2003
- 23) 中川泰彬: 「質問紙法による精神・神経症症状の把握の理論と臨床応用」, 国立精神衛生研究所, 千葉(1981)
- 24) Kojima M, Furukawa TA, Takahashi H et al: Cross-cultural validation of the Beck Depression Inventory-II in Japan. *Psychiatry Res* 110: 291-299, 2002
- 25) Asukai N, Kato H, Kawamura N et al: Reliability and Validity of the Japanese-Language Version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J): Four Studies of Different Traumatic Events. *The J Nerv Ment Dis* 190: 175-182, 2002
- 26) Carlson EB, Putnam FW: The Dissociative Experiences Scale (DES-II). *Psychoanalytic Inquiry* 20: 361-366, 2000
- 27) Sheehan DV, Lecrubier Y: 「M.I.N.I.: 精神疾患簡易構造化面接法 日本語版5.0.0」, (大坪天平ほか訳), 星和書店(2003)
- 28) American Psychiatric Association: 「DSM-IV-TR 精神疾患の分類と手引」, (高橋三郎ほか訳), 医学書院, 東京(2003)
- 29) Eyberg SM, Robinson EA: Conduct Problem Behavior: Standardization of Rating Scale with Ado-

- lescents. *J Clin Child Psychol* **12** (3): 347-354, 1983
- 30) 井潤朋美, 上林靖子, 中田洋二郎ほか: Child Behavior Checklist/4-18 日本語版の開発. *小児の精と神* **41**: 243-252, 2001
 - 31) 中田洋二郎, 上林靖子, 福井知美ほか: 幼児の行動チェックリスト (CBCL/2-3) の標準化の試み. *小児の精と神* **39**: 317-322, 1999
 - 32) 山崎晃資, 木村友昭, 小石誠二ほか: 注意欠陥/多動性障害の評価尺度の作成と判別能力に関する研究 ADHD Rating Scale-IV 日本語版の標準値. 「厚生労働省精神・神経疾患研究委託費研究報告書 注意欠陥/多動性障害の診断・治療ガイドライン作成とその実証的研究 平成11~13年度」, pp23-35 (2002)
 - 33) 奈良間美保, 兼松百合子, 荒木暁子ほか: 日本版 Parenting Stress Index (PSI) の信頼性・妥当性の検討. *小児保健研究* **58**: 610-616, 1999
 - 34) Robinson EA, Eyberg SM: The dyadic parent-child interaction coding system: Standardization and validation. *J Consult Clin Psychol* **49**: 245-250, 1981
 - 35) Golding JM: Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *J Fam Violence* **14**: 99-132, 1999
 - 36) 伊東史エ: 日本における ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory) の標準化研究. 山梨大学リポジトリ http://opac.lib.yamanashi.ac.jp/opac/repository/1/29491/Abstract_2015KD_317.pdf 2015
 - 37) Butler AM, Brestan EV, Eyberg SM: Examination of the Eyberg Child Behavior Inventory Discrepancy Hypothesis. *Child Fam Behav Ther* **30**: 257-262, 2008
 - 38) Werba BE, Eyberg SM, Boggs SR et al: Predicting outcome in parent-child interaction therapy: success and attrition. *Behav Modif* **30**: 618-646, 2006
 - 39) Timmer SG, Ho LK, Urquiza AJ: The effectiveness of parent-child interaction therapy with depressive mothers: the changing relationship as the agent of individual change. *Child Psychiatry Hum Dev* **42**: 406-423, 2011