

災害・児童虐待等のトラウマ体験を有する人の心のケア支援の

充実・改善に関する研究

研究代表者 金 吉晴

(国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター・精神保健研究所・所長)

研究分担者 堀 弘明

(国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター・精神保健研究所・行動医学研究部・室長)

研究協力者 河西 ひとみ

(国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター・精神保健研究所・行動医学研究部・リサーチフェロー)

要旨

幼少期の逆境体験（虐待・不適切な養育）は、うつ病や心的外傷後ストレス障害（PTSD）などの精神疾患発症リスクを高め、自殺リスクも高めることが示されている。幼少期逆境体験と自殺という2つの事象の間には結びつきがあるにもかかわらず、各事象間に時間的な隔たりがあることなどにより検討が進んでいない。本研究は、成人 PTSD 患者において、幼少期被虐待体験が自殺リスクに及ぼす影響を明らかにするとともに、被虐待体験が自殺リスクに与える影響を減弱させる保護的要因を明らかにすることを目的として実施した。

本研究に参加した研究参加者は、PTSD 患者 69 名および健常対照者 139 名である。両群とも、すべて女性であり、平均年齢は 30 歳代後半であった。構造化面接および妥当性が確立された自記式質問紙により、診断を確定させるとともに、PTSD 症状、幼少期被虐待体験、うつ症状、対処方略、レジリエンス、ソーシャルサポート、さらに自殺リスクを評価した。

統計検定結果から、PTSD 患者は健常対照者に比べ、幼少期被虐待体験が有意に多く、自殺念慮が有意に強いことが確認された。自殺念慮の評価では PTSD 患者 69 名のうち、24 名（34.8%）が自殺のハイリスク群に該当した。健常群でハイリスク群に該当した者は 139 名中 0 名であった。また、PTSD 患者の 62%がうつ病を合併しており、うつ病を合併している患者は合併していない患者に比べ、自殺念慮が有意に強いことが明らかになった。PTSD 患者における自殺念慮は、幼少期の被虐待体験と有意に相関していた。患者の自殺念慮は、レジリエンスの低さやソーシャルサポートの少なさと有意に関連しており、さらに幼少期被虐待体験は、ソーシャルサポートの少なさと有意に関連していた。

本研究の結果から、PTSD 患者の自殺のリスク因子として、うつ病の併存に加えて、幼少期被虐待体験が重要であることが示された。さらに虐待体験によって希薄化されたソーシャルサポートを社会資源の提供も含めて増やしていくことの重要性が示唆された。本研究プロジェクトでは各研究参加者から採血を行い、血液中のストレスホルモンや炎症系マーカーの濃度を測定しており、今後はこれらのバイオマーカーも含めて、より包括的な観点から自殺のリスク因子と保護因子を明らかにしていくことが必要と考えられる。

1. 研究目的

幼少期の逆境体験（虐待・不適切な養育）は、うつ病や心的外傷後ストレス障害（Posttraumatic Stress Disorder: PTSD）などの精神疾患発症リスクを高め、その結果として自殺リスクが高まる¹⁾。Dubeらは情緒的虐待・身体的虐待・性的虐待や家族に精神疾患のメンバーがいた等の家庭の機能不全を含む幼少

期の逆境体験の種類に問わず、それらに該当しなかった人と比べて自殺企図のリスクが2-5倍上昇することを報告している²⁾。また、幼少期に虐待を受けた体験（幼少期被虐待体験）は、精神疾患とは無関係に自殺のリスクを高めることも示されている³⁾。ただし、被虐待体験を有する者すべてが自殺行動を呈するわけではなく、それらの体験はその後の人生における様々な要因によって修飾されうる。自殺総合対策大綱では児童虐待の被害者への支援の充実化を求めており、最適な支援のためには幼少期被虐待がどのようなメカニズムで自殺リスクを上昇させ、またどのような要因が自殺リスクを低下させるのかを明らかにすることが、それを標的とした予防・介入が可能となりうる点で有用と考えられる。

本研究は、成人PTSD患者において、幼少期被虐待体験が自殺リスクに及ぼす影響を明らかにするとともに、被虐待体験が自殺リスクに与える影響を減弱させる保護的要因を明らかにすることを目的として実施した。

2. 研究方法

本研究に参加した研究参加者は、PTSD患者69名および健常対照者139名である。両群とも、すべて女性であり、平均年齢は30歳代後半であった（表1）。これらの研究参加者に対し、精神科医師または臨床心理士／公認心理師が構造化面接および妥当性が確立された自記式質問紙により、診断を確定させるとともに、PTSD症状、幼少期被虐待体験、うつ症状、対処方略、レジリエンス、ソーシャルサポート、さらに自殺リスクを評価した。PTSD診断および重症度評価の自記式質問紙として、Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)を用いた。幼少期被虐待体験はChildhood Trauma Questionnaire (CTQ)により評価し、自殺念慮はBeck Depression Inventory-II (BDI-II)の項目9により評価した。BDI-IIの項目9は、0-3の4段階のリッカート尺度であり、得点が高くなるほど強い自殺念慮を示す。先行研究に基づき、「2：自殺したい」「3：機会があれば自殺するだろう」を自殺のハイリスク群と定義した^{4) 5)}。CTQは28項目、1-5の5段階のリッカート尺度で、下位尺度は「情緒的虐待」「身体的虐待」「性的虐待」「情緒的ネグレクト」「身体的ネグレクト」で構成されている。レジリエンスはConnor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)で測定し、対処方略はTri-axial Coping Scale 24 (TAC-24)で評価した。ソーシャルサポートは、繋がりのある人の人数（連絡を取り合う・気兼ねなく話せる・手助けを頼める等）で評価した。PTSD患者の大部分は対人関係暴力被害によりPTSDを発症し、69名中43名（62.3%）がうつ病を合併していた（表2）。

倫理面への配慮

本研究は、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」等を遵守し、国立精神・神経医療研究センターの倫理委員会による承認を得て実施された。

3. 研究結果

幼少期被虐待体験については、CTQの5つの下位尺度得点および合計得点はいずれも患者群において健常対照群より有意に高いことが確認された（表1）。自殺念慮については、PTSD患者69名のうち24名（34.8%）が自殺のハイリスク群であったのに対し、健常対照群では自殺のハイリスク群は139名中0名であった（図1）。

うつ病を併存しているPTSD患者43名のうち20名（46.5%）が自殺のハイリスク群であったの対

し、うつ病を併存しない患者 26 名では自殺のハイリスク群は 4 名 (15.4%) であった (Mann-Whitney U = 793.0, $p = 0.002$)。うつ病を合併している患者は、合併していない患者に比べ、自殺念慮が有意に強いことが明らかになった (図 2)。PTSD 患者における自殺念慮は、情緒的虐待・性的虐待・情緒的ネグレクト・身体的ネグレクト・CTQ 合計得点と有意に関連していた (表 3)。

PTSD 患者の自殺念慮は、レジリエンスの低さやソーシャルサポートの少なさ、対処方略としての肯定的解釈・カタルシスの少なさと有意に関連していた。さらに、PTSD 患者において、情緒的虐待・情緒的ネグレクトをはじめとする幼少期被虐待体験は、ソーシャルサポートの少なさと有意に関連していた (表 4)。

患者群における PTSD 重症度 (PDS 合計得点で評価) は、自殺念慮と有意に関連していたのに対し ($p = 0.353, p = 0.003$)、どの幼少期被虐待体験得点および CTQ 合計得点とも有意な相関を示さなかった (すべて $p > 0.05$)。

表 1 患者・健常対照者における人口統計学的変数と幼少期被虐待体験

	PTSD女性患者 (n = 69)	健常対照女性 (n = 139)	p
年齢: 平均値 ± 標準偏差	37.7 ± 10.8	37.4 ± 13.1	0.85 ^b
教育水準 ^a : 中央値 (25-75パーセンタイル)	3.0 (2.25-4.0)	3.0 (3.0-4.0)	0.08 ^c
CTQ: 中央値 (25-75パーセンタイル)			
情緒的虐待	15.0 (8.0-21.0)	6.0 (5.0-8.0)	< 0.001 ^c
身体的虐待	7.0 (5.0-12.0)	5.0 (5.0-5.0)	< 0.001 ^c
性的虐待	5.0 (5.0-9.0)	5.0 (5.0-5.0)	< 0.001 ^c
情緒的ネグレクト	19.0 (13.0-23.0)	11.0 (7.0-15.0)	< 0.001 ^c
身体的ネグレクト	9.0 (7.0-11.5)	6.0 (5.0-8.0)	< 0.001 ^c
合計得点	60.0 (39.5-75.0)	34.0 (29.0-41.0)	< 0.001 ^c

略語: CTQ, Childhood Trauma Questionnaire.

^a最終卒業学校 (1: 中学校, 2: 高校, 3: 短大・高専, 4: 専門学校, 5: 大学, 6: 大学院).

^bt-test.

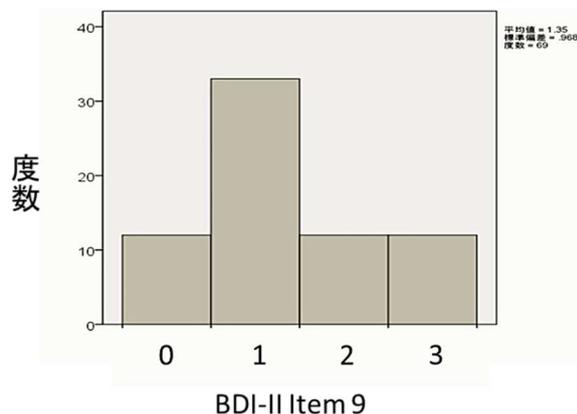
^cMann-Whitney U test.

表2 PTSD患者の臨床的特徴

	PTSD患者 (n = 69)
インデックストラウマの種類: n (%)	
対人関係暴力	63 (91.3)
その他	6 (8.7)
罹病期間, n: 6か月未満/6か月以上	5/64
併存精神疾患: n (%)	
大うつ病性障害	43 (62.3)
不安障害	31 (44.9)
向精神薬: n (%)	
抗うつ薬	36 (53.7)
抗不安薬	31 (46.3)
PDS, 合計得点: 平均値 ± 標準偏差	31.0 ± 9.8
侵入症状	8.2 ± 3.5
回避	13.5 ± 4.6
過覚醒	9.2 ± 3.6
略語: PDS, Posttraumatic Diagnostic Scale.	

PTSD患者 (n = 69) における

BDI-II Item 9 で評価した自殺念慮の分布



健常者 (n = 139) における

BDI-II Item 9 で評価した自殺念慮の分布

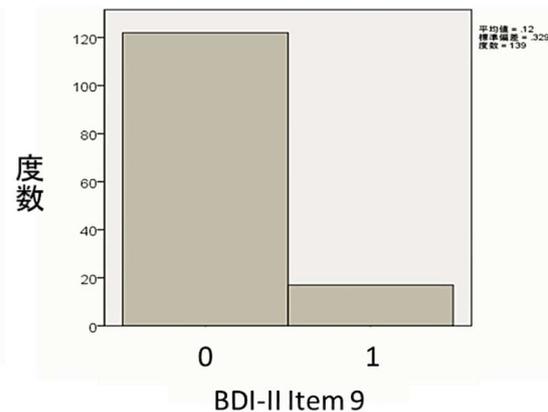
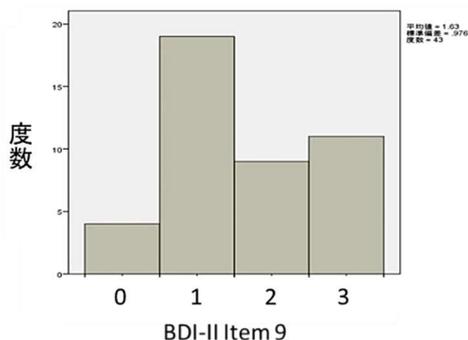


図1 PTSD患者と健常対照者における自殺念慮の比較

図1について:

- 患者は健常者に比べ、自殺念慮が有意に強い (Mann-Whitney U = 8,374.5, $p < 0.001$)
- 患者 69 名のうち、24 名 (34.8%) が「2: 自殺したい」「3: 機会があれば自殺するだろう」と回答
- 健常者は「2: 自殺したい」「3: 機会があれば自殺するだろう」はゼロ

PTSD/うつ病(+)患者(n=43)における
BDI-II Item 9 で評価した自殺念慮の分布



PTSD/うつ病(-)患者(n=26)における
BDI-II Item 9 で評価した自殺念慮の分布

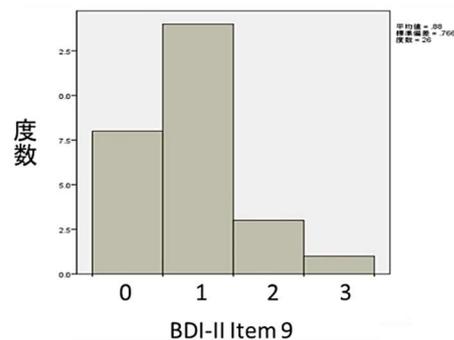


図2 PTSD患者におけるうつ病合併有無での自殺念慮の比較

図2について：

- うつ病 (+) 患者はうつ病 (-) 患者に比べ、自殺念慮が有意に強い (Mann-Whitney U = 793.0, p = 0.002)
- うつ病 (+) 患者 43 名のうち、20 名 (46.5%) が「2：自殺したい」「3：機会があれば自殺するだろう」と回答
- うつ病 (-) 患者 26 名のうち、4 名 (15.4%) が「2：自殺したい」「3：機会があれば自殺するだろう」と回答

表3 PTSD患者における幼少期被虐待体験と自殺念慮の関連

	情緒的虐待	身体的虐待	性的虐待	情緒的ネグレクト	身体的ネグレクト	CTQ 合計得点
自殺念慮	.313**	.207	.335**	.270*	.339**	.378**

相関係数はSpearman's rhoを示す *p < 0.05; **p < 0.01.

表4 PTSD患者における自殺念慮・幼少期被虐待体験と心理学的特徴の関連

	CD-RISC合 計点 (レジ リエンス)	ソーシャル サポート 合計人数	TAC-24 肯定的解釈	TAC-24 カタルシス	TAC-24 回避的思考	TAC-24 気晴らし	TAC-24 計画立案	TAC-24 情報収集	TAC-24 放棄諦め	TAC-24 責任転嫁
BDI-II 自殺念慮	-.480**	-.300*	-.523**	-.388**	-.019	-.297*	-.144	-.186	.078	-.167
CTQ 情緒的虐待	-.146	-.307*	-.274*	-.101	-.177	.113	-.042	-.059	.224	.060
CTQ 身体的虐待	.014	-.106	-.058	-.072	.092	.211	.068	.156	.221	.021
CTQ 性的虐待	-.194	-.255*	-.267*	-.120	.112	.187	-.170	-.100	.181	-.072
CTQ 情緒的ネグレクト	-.160	-.371**	-.163	-.306*	-.073	.049	.048	-.042	.243*	.028
CTQ 身体的ネグレクト	-.044	-.258*	-.259*	-.164	.057	.029	.005	-.014	.133	-.129
CTQ合計得点	-.152	-.317**	-.249*	-.189	-.053	.107	-.039	-.037	.259*	.001

相関係数はSpearman's rhoを示す *p < 0.05; **p < 0.01.

4. 考察・結論

本研究の結果から、PTSD 患者の自殺のリスク因子として、うつ病の併存に加えて、幼少期被虐待体験が重要であることが示された。PTSD 患者群と健常対照群の自殺念慮のプロフィールは大きく異なっていた。PTSD 患者において幼少期被虐待体験の得点の高さとソーシャルサポートの少なさには関連があり、ソーシャルサポートの少なさが自殺念慮と関連していた。先行研究では幼少期に逆境体験がある者の中には自己肯定感が低下していることや、安心して他者を頼ることができない感情や習慣といった内的なソーシャルサポート（内的なリソース）が減弱化されているとの報告がある。加えて、そのような人々は家族関係や対人関係の困難さから実際に頼る人が周りにいないといった外的なソーシャルサポート資源（外的なリソース）が希薄化されていることも多い^{6) 7)}。本研究の結果から、虐待体験によって希薄化されたソーシャルサポートを社会資源の提供も含めて増やしていくことの重要性が示唆された。

PTSD の重症度は、自殺念慮と関連していた一方、幼少期被虐待体験とは関連していなかったことから、現在の PTSD 症状は幼少期逆境体験とは独立に自殺リスクの増大に寄与するものと考えられる。したがって、PTSD に対して適切な治療を行うことで自殺リスクを低減できる可能性が示唆される。

自殺の保護的要因として寄与する可能性がある概念としてレジリエンスがあげられるが、本研究ではレジリエンスの低さと自殺念慮の高さに関連が見られた。また、対処方略の豊富さや最適さも自殺の保護的要因となる可能性があるが、本研究では自殺念慮と対処方略の関連において、PTSD 患者では精神的につらい状況にある際に肯定的に解釈したり、他者に話して感情を解放したりといった対処方略を取らない度合いと自殺念慮の高さに関連が見られた。自殺の手段が取られる際には心理的に視野狭窄に陥っていることが多いと言われる。困難に陥った際に自殺に直線的に向かうのではなく別の視点や選択肢を検討できることや、リスクが低く有効な対処方略を選択して使えるようになるための予防的介入や治療の普及が求められる。

ただし、自殺には、ストレス因子を背景とする認知や行動の変化といった心理学的要因に加え、内分泌系や脳機能の変化、遺伝的要因などの生物学的要因が関与することが報告されている^{8) 9)}。幼少期の逆境体験から自殺に至る経路は、社会的要因、心理学的要因、生物学的要因など様々な要因によって修飾され、複雑化していると考えられる。自殺予防と介入を効果的に行うためには、最適な標的を同定するためのメカニズムの解明が求められる。本研究プロジェクトでは各研究参加者から採血を行い、血液中のストレスホルモンや炎症系マーカーの濃度を測定しており、今後はこれらのバイオマーカーも含めて、より包括的な観点から自殺のリスク因子と保護因子を明らかにしたい。

5. 政策提案・提言

本研究結果から、幼少期被虐待体験が成人期以降も長期にわたって自殺リスクを高めることが明らかになり、幼少期の虐待やネグレクトの早期発見および介入の重要性が示された。そのためには臨床場面や教育・福祉現場等での注意深い観察や傾聴によって、子どもの虐待／ネグレクトに気づき、適切な介入を行うことが望まれることから、そういった現場でのきめ細かな対応を可能とする体制の整備が重要となる。一方で、幼少期にそのような逆境を経験した方に対しては、それらの体験の負の影響を最小化するために、その後の人生で十分なソーシャルサポートを受けることができるよう社会福祉サービスを拡充することが求められる。また、PTSD の発症を抑制することが自殺リスク低減のための一つの方略になることも示されたため、広く日常臨床で用いることのできる PTSD の予防法や治療法の開発が期待される。

6. 成果外部への発表

- (1) 学会誌・雑誌等における論文一覧（国際誌 0件、国内誌 0件）
- (2) 学会・シンポジウム等における口頭・ポスター発表（国際学会等 0件、国内学会等 0件）
- (3) その他外部発表等 なし

7. 引用文献・参考文献

- 1) Scott KM, Smith DR, Ellis PM. Prospectively ascertained child maltreatment and its association with DSM-IV mental disorders in young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Jul;67(7):712-9.
- 2) Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*. 2001 Dec 26;286(24):3089-96.
- 3) Hoertel N, Franco S, Wall MM, Oquendo MA, Wang S, Limosin F, Blanco C. Childhood maltreatment and risk of suicide attempt: a nationally representative study. *J Clin Psychiatry*. 2015 Jul;76(7):916-23; quiz 923.
- 4) Green KL, Brown GK, Jager-Hyman S, Cha J, Steer RA, Beck AT. The Predictive Validity of the Beck Depression Inventory Suicide Item. *J Clin Psychiatry*. 2015 Dec;76(12):1683-6.
- 5) Brown, Gregory K. A Review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research with Adults and Older Adults. Philadelphia: G.K. Brown, 2001.
- 6) 一般社団法人日本うつ病センター作成資料『ワンストップ支援における留意点—複雑・困難な背景を有する人々を支援するための手引き—』自殺ハイリスク者支援：5.幼少期の逆境体験（虐待・不適切な養育）
https://www.jcptd.jp/pdf/2018/jdc_onestop_2018_2_5.pdf（2021年3月4日アクセス）
- 7) 児童期虐待を生き延びた人々の治療. メリレーヌ・クロアトルほか（著），金吉晴（監訳），星和書店, 2020
- 8) Turecki G, Ernst C, Jollant F, Labonté B, Mechawar N. The neurodevelopmental origins of suicidal behavior. *Trends Neurosci*. 2012 Jan;35(1):14-23.
- 9) Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci*. 2003 Oct;4(10):819-28.

8. 特記事項

- (1) 健康被害情報 なし
- (2) 知的財産権の出願・登録の状況 なし