

7) 9. 次回妊娠とその時期

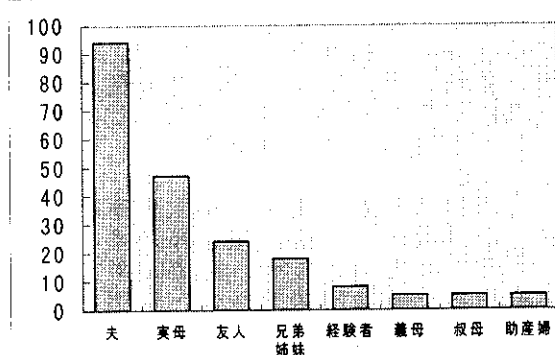


図7 退院後誰に頼ったか(相談相手)

次回妊娠については、82.1%の人が計画(うち35%の人が出産、29%の人が妊娠)していた。妊娠を考えた時期については、「すぐに」が21.7%、「6カ月未満」が34.8%、「約1年後」が17.4%、約2年後が17.4%、約3年後が8.7%であった。

D. 考察

最近SIDSの本態の解明が進むにつれて、その社会的意義とくにSIDSでわが子を亡くした両親に対する支援システムの重要性が認識されるようになってきた。SIDSの場合、その病因病態が不明なこと、また除外診断のために病理解剖と状況調査の必要性が強調されるにつれて、よけいに両親とくに母親に対する配慮と精神的支援の重要性が問題となってきた。SIDSの場合と同様、周産期の死すなわち死産や新生児死亡を経験した母親に対する医療者のケアおよび社会的支援の必要性について、徐々にではあるが認識されるようになってきた。最近諸外国では周産期の死に対する両親とくに母親の精神心理学的な反応に対する認識が深まり、実際の医療現場での対応の仕方およびそのサポートシステムについては、社会的にも一応の形を整えられるようになった。わが国の場合、母親の危機的的心理的背景について詳細に検討された報告は、ほとんどない。従って現在死産・早期新生児死亡を経験する母親の悲嘆過程については、過小評価され社会的に認知されない悲しみのまま、善意の無関心または放置される傾向がある。

われわれは、当院の過去のデータに基づいて、アンケート調査を行なった。この種の調査は、苦渋に満ちた至難なものであったが(回収率41%)母親の悲嘆過程へのわれわれの現行援助を自己評価し、今後どのような援助システムをつくるべきかについて考察してみた。

1. 死産・新生児死亡を経験した母親に対するきめ細かい対応の重要性

周産期の死を経験した母親は、突然の予期せざる出来事、生と死の同時発生、妊娠という女性としての発達段階の中断、更な

る危機的状況の重複を経験する。したがって死亡を告げる医療従事者の態度や説明内容によっては、永続的な影響を残す可能性が高い。今回のアンケート結果をみると、説明を受けた時の医療者の態度に対しては、必ずしも肯定的な回答が得られていない。しかし「優しく声をかけてくれた」「自分が納得のいくまで説明してくれた」と受けとるものが多く(6割)、「医学的用語が多く事務的」「もっと説明して欲しかった」「態度に落ち着きがなかった」「自分自身に直接話して欲しい」といった否定的なものは、3割であった。分娩直後の医療者の説明は、死産の場合原因不明で突然発生することが多いため、一回またはそれ以上の説明で納得するものは、過半数を占めたが(58.4%)、現在なお納得できないとする人が41.7%であり、死産の場合の対応の困難さがうかがえる。また死産胎児の剖検率の高い大阪府立母子保健総合医療センターの成績をみても、原因が特定できる率は非常に低いことから、納得できない背景のあることが理解できる。しかし何回かの説明で納得できたものが41.7%あることは、一つの解決策を示唆している。

気持ちを打ち明けられた人は、対象が夫とするもの71%、ついで家族(実母、身内、叔母など)であり、このことは、家人への対応の必要性を示唆している。また入院中は身体的精神的不調に対する医療者の援助は十分でなく不満のあることは、看過すべきではない。現行の援助内容では、医療従事者が母親と接する機会が少なく、訴えは十分受け止められていない。母親の訴えに耳を傾け、感情を表出させてあげることが重要で、必要に応じて医師が十分説明できる機会をつくるのが大切である。

死亡した児(死産児も含め)を抱かせることは、死亡事実の受容過程で非常に重要である。死亡した児の面会で「不満」と答えた25%の人では、「もっと長い間赤ちゃんを抱いていたかった」という意見が多かった。このことは母親の納得いくまで面会できるように援助することが必要であること、また十分子どもとの別れができるためには、面会のタイミング、場所、その時誰が対応するかが重要な要素であることを示している。

「お別れ会」は、当院で行なう場合キリスト教式で、全体の6割、その他自分の宗教様式に従ったもの3割であり、場所は、病院が50%、自宅40%、その他10%であった。できるだけ関係したスタッフが出席するため「天国に見送ってけじめがつけられた」「一人の人格をもった人間として扱ってもらえた」「家族とスタッフが参加し共に見送ってくれてうれしかった」という意見があった。このことから、たとえ死産児の場合でも、医療従事者の死者に対する礼節を持った対応がいかに重要であることを伺い知

ることができる。

2. どこまでfollow-upすべきか。

周産期の死を経験した女性は、現在なお生殖年齢にあり、次回妊娠の可能性があること、また悲嘆過程を経験しながら育児を担当しなければならない立場にある。退院後の身体的・精神的症状を訴えた人は、71.4%とかなり多いことがわかる。今回の調査では悲嘆過程を詳細に分析する目的でおこなったのではないので、一般的にいわれているような急性期のショック、否認、パニック、怒り、敵意、罪意識などの悲嘆過程、さらにうつ状態のつづく慢性期など、明確に分類することはできなかった。しかし図6に示したように、不調の内容は個人によって多種多様であった。このような問題を抱えながら、だれに頼ることが多かったかを聞くと、9割以上が夫で、ついで実母・友人であった。しかし退院後も医療者からの援助を希望したものは、39.3%であり、必要なしと答えたものが57.1%あった。悲しい思い出の残る病院には関わりを持ちたくないことは、心情的に十分理解できることである。しかしそれにもかかわらず、援助を強く望む内容は、「次の妊娠、出産についてもっと聞きたかった」「乳房のトラブルに対処してほしい」「精神的なカウンセリングを受けたかった」「病院側から一言声をかけてもらいたかった」など、また病院の退院指導の充実を要求する声もあった。

死を医療の敗北と考え、退院をもってすべてが終了したとして対処することには、大いに問題があることは明らかである。次の妊娠について聞いた結果から、8割以上が次の妊娠を考えており、実際にはその内の64%が妊娠・出産を経験している。次の妊娠・出産をどの時期に計画し実行するかによって、正常な悲嘆過程が抑圧されたり、育児上の諸問題にまで発展する可能性のあることを考慮しても、少なくとも何時でも連絡が取れる態勢にある病院のシステムづくりが必要と考えられる。

現在英語圏の諸国では、bereavement team (一定の産科医、新生児科医、臨床心理士、カウンセラー、必要なら牧師など)による対応が行われており、援助可能と不可能なinterventionにわけてfollow-upが行われている。わが国では、一カ月検診時に亡児の母親と一緒に検診するといった配慮のなさを露呈することがあったり、剖検所見の詳細な説明の機会を逸しているのが現状である。周産期医療のなかに何らかの形で死別対応チームの必要性を考慮すべきであろう。

3. 自助グループへの紹介

現在わが国では、死産や新生児期の死亡を経験した両親とくに母親への支援組織は、乳幼児突然死症候群(SIDS)親の会のなかに包含され、その社会的意義がやっ

認められるようになってきた。厳密な意味では、周産期の死をめぐる状況には、母親と死んだ胎児・新生児との関係(妊娠に対する態度、在胎週数、生存期間、奇形の有無、多胎など)によって、特異性がある。何れにしても自助グループないし支援グループへの理解と援助が望まれる。

E. 結論

1. 周産期の死(死産、新生児死亡)を経験した母親は、悲嘆過程を経過するが、たとえ急性期であっても、医療従事者による初期から十分な同情的対応と時間をかけた納得のいく説明が必要である。

2. 悲嘆過程を緩和させたり変化させることはできないが、まず最初に死を現実の事として受け止めるための対応(死産児でも抱くなど)が必要である。死後の儀式へのスタッフの参加も有意義である。

3. 退院後も医療従事者から、次回の妊娠・出産について、また身体的精神的不調について相談できるような、開かれたシステム(例:電話訪問など)が必要である。

4. 施設には死別対応チーム(bereavement team)、一定期間のfollow-upシステムのあることが望ましい。自助グループへの紹介も大切である。

F. 研究発表

1. 論文発表

竹内 徹: 新生児医療のフロンティア; 周産期における死—新生児医療におけるその意義と対応について、近畿新生児研究会会誌第7号1-5、1998年

妊婦褥婦および乳幼児のメンタルヘルスシステム作りに関する研究

「乳幼児突然死症候群で児を失った家族の
メンタルヘルスに関する実態の評価」

仁志田博司 東京女子医科大学母子総合医療センター

研究要旨

乳幼児突然死症候群（SIDS）で児を失った家族の精神的サポートシステムを確立するために、まず、児を失った母親への聞き取り調査をによって精神的問題の内容および特徴を検討した。次に、既に SIDS 家族の会が行っているピアレンダーを中核としたメンタルヘルスサポートの現状を調査し、その問題点について検討を行った。児を失うことは、家族、特に母親にとっては、最も大きな精神的なストレスであるが、その中でも突然に児を失う SIDS による児喪失感は、特異な問題を家族に残すことが示された。

1. はじめに

乳幼児突然死症候群（SIDS）は、本邦を含めた先進国においては乳幼児死亡の重要な死因となっている。どの疾患においても子どもを失うことは、家族特に母親にとっては、大きな精神的な負荷となるが、SIDS は幾つかの点で他の原因で児を失った場合と異なった特徴的な精神的心理的な問題を家族に引き起こしうる。本研究では、そのような家族の精神的な問題の実態に基づき、適切なサポートの方法およびシステムを構築するための基礎的な資料を集積し、考察することを目的とする。

2. SIDS で児を失った家族の精神面の特徴

SIDS による児の死亡は、突然であり予想外であるところから、そのショックの程度が大きいのみならず心の準備ができていないところに問題がある。すなわち、どのような疾患で児を失っても母親には大きな悲しみとなろうが、明らかな疾患で長期にわたって医療を受けるプロセスを経た場合は、その時間的な経緯が悲しみを

を和らげるのみならず、医療を受けた、すなわち現在できうることを児に施したという思いが、その悲しみを和らげる作用があるからである。一方 SIDS は、そのほとんどが医療の場ではなく生活の場所で突然に児を失うところから、児の養育に何か手落ちがあったのではないか、あるいは児の異常に気づけなかったのではないか、軽い風邪などの症状があった場合はそれに対する医療を受けさせることをしなかったからではないか、と自分を責める自責の念にかられる場合が多い。さらに、心疾患や明らかな肺炎等のように、家族にその病態が理解できるものと違い、SIDS は医師の説明によっても児の死亡が十分に理解できないことも言い知れない不安を家族に与える。それに加え、SIDS がまだ十分に一般の人々に理解されていないところから、周囲からの母親の手落ちではないかという心ない言葉が、母親の苦しみを助長する。白岩は、SIDS の 30 家族とそれ以外の疾患で死亡した 39 家族への聞き取り調査から、SIDS による死亡の場合は罪悪感が強く、亡くなった児の姿に

とられる傾向が強いことを、また SIDS による悲しみの程度は他の原因で児を失った場合よりも強く残ることを示している。

3. SIDS の家族への聞き取り調査

本邦における SIDS 家族の会の会員 21 名へインタビューを行い、表 1 に示すような結果を得た。コントロール群がないため統計学的な比較をすることはできないが、その約 1/4 に次の子どもへの不安が認められた。フリートーカーで種々の問題が述べられており、統計にまとめることはできなかったが、その中の一部の例を表 2 に示す。

4. SIDS で児を失った家族のサポートの現状

SIDS で児を失った家族へのサポートは、以下のようなものがある。

- ①医師（メディカルアドバイザー）による疾患に対する医学的な情報の提供により、十分に理解できないゆえの、あるいは原因が不明と言われているゆえの、不安を軽減することが、ある程度可能である
- ②SIDS を経験した家族の精神的なサポート
- ③病的な精神状態になった場合のカウンセラーや精神科医のサポート
- ④行政および社会全体のサポート

それらの中で最も大切な役目をしているのは、家族の会によるサポートである。すなわち SIDS で児を失った悲しみから立ち直りインタビューなどの技術のトレーニングを受けた家族の会の会員（ピフレンダーと呼ぶ）が個別に SIDS の家族と面接する形と、SIDS の家族が数人グループミーティングの形で話し合うスタイルがある。初期は個別サポートにより個人的な心の悩み等をピフレンダーに語り、ピフレンダーの経験に基づいた幾つかのアドバイスを受ける。しかし、この場合もその会話のほとんどは、グループミーティングとほぼ同様に、悲しみを胸に

秘めた家族が堰を切ったように自分の心の内を吐露する内容を、共感を持って同じ経験をした家族が聞き役として受け入れてくれることが、最も悲しみの癒しに役立っている。そのプロセスは、カタリシス（心の浄化）と呼ばれるプロセスに近似している。

公的なサポートとして、東京都は 1998 年 10 月より SIDS の電話サービスを開始している。その内容も、SIDS の情報の提供よりも前述のように SIDS を経験した家族の悲しみのはけ口として利用されるところに、よりサポートシステムとしての役割が認められるようである。さらに SIDS 家族の会は、SIDS の家族に接する医療従事者等へ、心のサポートのガイドを作成し、啓蒙している。

5. まとめ及び今後の方針

SIDS で児を失った家族の精神的なサポートのための基礎情報として文献的にその特徴を検討し、また少数ではあるが SIDS の家族へのインタビューを行った。家族のサポートは、実際に同じ経験をした家族の会が適任と考えられるが、さらにその実態を評価し、よりシステムティックなサポートシステムを公的に構築するための、さらなる検討が必要である。

参考文献

- 1) 福井ステファニー、堀田匡哉：SIDS 家族の会の活動. 小児内科 30 (4) : 553-556, 1998
- 2) 白岩義夫、加藤稲子、戸荊創：SIDS の家族への心理的サポート—被害家族の調査結果から—。小児内科 30 (4) : 548-552, 1998
- 3) 檜木野裕美：家族への対応；乳幼児突然死症候群が起きてしまったときの対応. 小児看護 22 (1) : 74-77, 1998
- 4) SIDS 家族の会（編）：もう一度抱きしめたい. メディカ出版、大阪、1997
- 5) Donna & Rodger, Ewy (著)、梅津祐良、

梅津ジーン（訳）：赤ちゃんを亡くした両親への援助。メディカ出版、大阪、1985

- 6) Henley, A., Kohner, N. Miscarriage (著)、竹内徹（訳）：周産期の死、死別された両親へのケア—流産・死産・新生児死亡。メディカ出版、大阪、1993
- 7) 仁志田博司：乳幼児突然死症候群とその家族のために。東京書籍、東京、1995
- 8) 阿部寿美代：ゆりかごの死。新潮社、東京、1997

表1：SIDS 家族の不安

（家族の会会員 21名より）

次の子どもへの不安	; 5名 (24%)
育児そのものへの不安	; 2名 (9.5%)
自責の念	; 2名 (9.5%)
相談相手のない不安	; 2名 (9.5%)
原因不明という事への不安	; 2名 (9.5%)
病院・保育所への不信	; 2名 (9.5%)

表2：児を失った後の家族の心理

・気分的なものです。何もする気になれませんでした。また、人と会うことも電話がかかってくることも、いやでした。そっとして欲しい、私には構わないで欲しいと思った。
・いつもいる子がいなくて、手が寂しくなりました。子育てをしているという充実感がなくなってしまい、ぼーっとしてしまいました。
・3日間何も飲まず食わずで10kg痩せ、さらに1週間で10kg痩せました。
・無気力という精神的なものから来るものだと思うのですが、だるいという状態が続いた。
・卵巣機能不全で1年半通院した。
・体重が減り、頭痛、胃痛などがあつた。
・食事ができないので体力が無くなった気がした。亡くなって10日くらいで職場に出たが、家で一人でいたら頭がおかしくなつたかなと思います。
・何もする気になれなかつた。仕事に行っても何をしているのか自分でも分からないような状態だつた。
・2週間ずっと嘔吐し続け、東女医大脳神経外科に通院してつた。
・無力感が強かつた。でも、上の子のためにできるだけ前向きに、いい方へいい方へ考えるようにした。
・現在精神科で治療中。

妊産褥婦および乳幼児のメンタルヘルスシステム作りに関する研究

「乳幼児期早期の母子コミュニケーションの
質的評価とありかたに関する研究」

小林 隆児 東海大学健康科学部社会福祉学科

研究協力者

（琉球大学教育学部）財部盛久

（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院神経精神科）竹之下由香

（丹沢病院）石垣ちぐさ、中澄襟子

（仙台白百合女子大学人間科学部）白石雅一

研究要旨

乳幼児期早期の母子コミュニケーションの質的評価にあたって、筆者がこれまで実践してきた乳幼児期の母子関係性障害の臨床例をもとに検討した。コミュニケーションの質的評価にあたっては、とりわけ情動的コミュニケーションの重要性を強調し、生物学的脆弱性、過敏な気質などを持つ乳児において生じやすい接近・回避動因的葛藤の問題を取り上げ、愛着形成の問題がコミュニケーション形成において果たしている役割を論じた。

A. 研究目的

乳幼児期早期における母子間のコミュニケーションの質的検討をする上で、最初に把握することが求められるのは、この時期のコミュニケーションがどのような構造をもち、コミュニケーションの成立にどのような要因が関与しているかを明らかにしておくことである。われわれの世界においては、言語を始めとしたシンボル機能を持つ道具（話し言葉、書き言葉はもちろんのこと、身振り言語なども含む）を用いたコミュニケーションが中心的役割を果たしている。しかし、乳幼児期早期は子どもにまだこのようなシンボル機能は明確には獲得されていない。しかし、母子間でコミュニケーションは確実に深まっていくことは実感するところである。先の一般的なコミュニケーションを象徴水準とするならば、乳幼児期のコミュニケーションはよ

く情動水準のものとして対比されて称されている。ここでは情動的コミュニケーションと呼びたいと思う。つまりコミュニケーションの構造には本来このような二重性が備わっているのである。情動水準のコミュニケーションが深まっていき、その後の発展した形態として象徴水準のコミュニケーションが存在するわけである。ここで重要なことは、たとえ象徴水準のコミュニケーションへと発展したからといってその基盤に情動水準のコミュニケーションは消えて無くなることはないのである。あくまで層状構造をなしているということである。しかし、コミュニケーション形態がどんどん進化を遂げていくにつれ、この二重の層状構造が崩壊の危機に瀕しやすいことは、昨今のインターネットを通じたコミュニケーションに伴ういくつかの事件に如実に示されている。

情動的コミュニケーションを可能にするのは、人間ないし動物に備わった独特な知覚機能によることはよく知られている。この時期の知覚機能は、相貌的知覚や力動感 vitality affect (Stern, 1985)に代表されている無様式知覚 amodal perception と言われ、その後の知覚機能が分化した状態はその性質において随分と趣の異なった性質を持っている。その特徴を端的に表現すれば、「外界の刺激の動きの輪郭が自分の身体を揺さぶり、引き起こされる情動的な体験」とでもいえるものである。われわれにとっては五感によって分かれて知覚されるような性質のものではなく、いかなる知覚刺激の中でも、すべての刺激に含まれているリズム、強弱、大小などといった動きの輪郭 activation contour (Stern, 1985)を自己の身体内部で知覚し、身体そのものが揺さぶられ、情動が揺り動かされるとでもいえる体験様式である。そのため、刺激の動きを敏感に察知するとともに、その刺激は外界に限らず、自己の身体内部の変化も刺激となって知覚され、それが外界の知覚のあり方をも左右するといえる。つまりは自己と外界（環境世界）は融合したような状態でもって知覚されているのである。

このような性質を持つがために、乳幼児は、自身の生理的、心理的状态如何によって外界の刺激は快適にも、不快にも変わりうる。そしてなにより重要なことは、それらの刺激、つまりは動きが彼らにとって相貌性をもって知覚されるということである。無様式知覚である相貌的知覚のことをしているが、知覚機能にこのような性質があるために、たとえば強い不安に襲われて自己（自我）が萎縮している状態にあれば、外界の刺激は不快で、自己に向かって迫害的、侵入的色彩を帯びて知覚されやすくなる。すこぶる快適な自我状態にあれば、外界の刺激のあらゆるものが快適で生き生きした相貌性を帯びて映るようになるのである。健康な乳幼児で

はおそらくこのような状態が多いのである。

しかし、われわれが本研究において主な対象とするであろう子どもたちは、特に不安が強い、過敏な、傷つきやすい乳幼児であることが多い。difficult infants, high risk infants, vulnerable infants と称されている子どもたちである。彼らにとっては外界の刺激が侵入的色彩を帯びやすいといえよう。筆者が先に発表した知覚変容現象(perception metamorphosis phenomenon) (Kobayashi, 1998)は自閉症に限定しているが、子ども自身の生理的、心理的状态如何によってそれまで慣れ親しんでいた刺激でも容易にその相貌性が変容して彼らに迫害的な色彩を帯びて映るがために、強い不安反応を示すのである。それが行動面で顕在化した現象をこのように筆者は概念化を試みたのである。実は非常に過敏な子どもたちは少なからず、このように知覚しやすいことは疑いのないところであると思う。情動的コミュニケーションは、コミュニケーションの原初的形態といえるが、そこでは二者相互間で情動が分かち合えるとされている。廣松渉はこのような現象を二つの音叉の共振現象に例えている。

母子間の情動的コミュニケーションは子どもの愛着行動 attachment behavior に伴う母子間の愛着形成によって始まる。しかし、ここで問題となるのが、先に述べたような、特に不安が強く、過敏で、傷つきやすい乳幼児では、養育者のとの間で愛着行動が容易にとれないことがコミュニケーション形成上大きな問題となる。それは子どもの側に接近欲求と回避欲求との間で双方の欲求の葛藤状態が生まれやすい、すなわち接近・回避動因的葛藤 approach-avoidance motivational conflict (Richer, 1993)を起こしやすいことが問題とされている。この現象は、母子間の物理的距離が近くなればなるほど回避欲求が強まり、逆に遠くなればなるほど接近欲求が高まる。そして双方の動因が同じように強

まり葛藤状態となるとパニックが引き起こされるといのである。このような母子関係では、接近したから親が抱きかかえようとすると、回避してしまい、かといって放置すると接近してくるといった悪循環が生まれ、まるであまのじゃくとも思えるような行動が展開する。両者間に永続的に良好な愛着関係が成立しがたいということになる。

本研究ではこのような性質をもつ乳幼児期の母子コミュニケーションの実態とその質的検討を臨床例を対象に遂行していくことが主たるねらいである。

B. 研究方法

1. 研究対象

今回われわれが対象としたのは、われわれの臨床実践の場である東海大学健康科学部における Mother-Infant Unit (小林ら, 1997b) における治療例である。われわれはここにおいて、乳幼児期早期において母子間で重篤なコミュニケーションの障害を示している症例に対してコミュニケーションの病理を子どもの側のみの問題としてとらえるのではなく、あくまで両者間の関係性の病理としてとらえ、関係そのものに早期介入を試みることでもってコミュニケーションの改善をねらっている。具体的な対象は、乳児が少数、大半は幼児(1~4歳)である。

2. 研究方法

研究は次の3つの段階に分けて進めていく予定である。

第1段階：母子コミュニケーションの破綻の事例検討。

第2段階：早期介入を通して母子コミュニケーションの破綻の要因の解明。

第3段階：治療後の母子間のコミュニケーションの進展過程の分析。

C. 事例検討

では具体的な事例を呈示して母子コミュニケーションの実態を素描してみよう。全例の子どもに先に述べたような接近回避動因的葛藤が明確に認められた。

事例1 H 男児 生後4ヶ月 臨床診断：関係性障害

<家族歴>社員の父、専業主婦の母、同胞は2人。兄が2歳5ヶ月、落ち着きがなく、注意欠陥多動障害ADHDの疑いが強い。

<主訴>出生直後から母と視線を合わせないことに気づき、今でもそれが心配で自閉症ではないかと心配。

<発達歴>出産までは特に問題がなかったが、生後数日たってから母はこの子が自分と視線を合わせないことが気になりだした。以来ずっとその心配は続いている。出産後、母はかなり気分的に落ち込んでいた時期がしばらく続いていた。特に治療を受けることなく回復はした。3ヶ月時、小児科受診したが、問題ないといわれただけであった。それでも心配なので当科を受診した。

<母子コミュニケーションが破綻しやすい母親の関与の特徴>養育者の対他的意識(世間体を気にしすぎる)が非常に強く、子どもの行動をすぐに評価した対応をする。その結果行動制限の強い養育となる。母親の心的緊張、不安が非常に強く、その醸し出す vitality affect が非常に侵入的であるため子どもは視線を回避してしまう。

<母親の精神病理の特徴>産後の不安・抑うつ状態の既往。過度に他者の評価を気にする。

事例2 N 男児 1歳8ヶ月 臨床診断：自閉症圏障害(関係性障害)

<主訴>ことばの遅れ、親になつかない。

<家族歴>社員の父、専業主婦の母、Nの3人暮らし。Nの出生2カ月前に母方祖母が癌で死亡。離婚し別居していた母方祖父も当時肺炎

で入院。そのため母は多忙を極めていた。

＜発達歴＞胎生期、周産期正常。身体運動発達は正常。始歩 11 カ月。人見知りや後追いはなかった。1 歳半まで両親からみて手のかからない子。1 歳半健診で自閉的といわれた。その後両親は心配になり、育児書などを読みあさり、当科受診。両親からみて最近の気になる行動として、ことばの遅れ、物事への関心がうすく、限られた玩具でしか遊ばない、ひとり遊びに没頭し、邪魔されるとかんしゃくを起こす、相手をしていてもつい TV の CM に関心が向いてしまうほどに好んで見ていた。そのためある本に書かれていたように、四六時中相手をするように努力してみた。すると夜泣きがひどくなったので 3 日間で止めたこともあった。その他にも、ひとりでどんどん遠くまで行っても平気、視線があまり合わない、爪先立ち歩きや手をひらひらさせる常同行動、夜中に突然起きて泣きだし、怯えることなど、気になる行動がたくさんみられていたという。両親は今までのやり方を反省して極力 N の相手をするように心がけるようにした。すると随分と良い方向に変化してきているという。母に甘える仕草を見せ始めた。喃語様発声が増えた。模倣をどんどんするようになってきた。しかし、まだはっきりとした有意語はみられないという。

＜母子コミュニケーションが破綻しやすい母親の関与の特徴＞子どもの愛着行動に対して否定的に受け止める。子どもの強い意思表示の行動に困惑してしまう。

＜母親の精神病理の特徴＞思春期に心身症（円形脱毛症）、反社会的行動障害の既往。過度に他者からの評価を気にしてしまう。

事例 3 K 男児 3 歳 2 ヶ月 臨床診断：自閉症圏障害（関係性障害）

＜主訴＞しゃべらない、奇声を上げる、他人が話かけても見向きもしない

＜家族歴＞会社員の父、専業主婦の母、K、妹

（1 歳）の 3 人暮らし。

＜発達歴＞身体運動発達の多少の遅れとともに乳児期から知覚過敏な一面があった。1 歳半で有意語を幾つか発していたが、2 歳直前になってそれも消失。それに代わってひどく奇声を発するようになった。2 歳半、保健所経由で障害福祉センター受診。発達障害の診断で母子通園の処遇を受ける。そこで担当保母の要請により 3 歳 1 カ月時、筆者のところに受診。治療が開始された。

＜母子コミュニケーションが破綻しやすい母親の関与の特徴＞子どもの愛着行動の意味がわからず戸惑い、否定的に受け止める。flashback が起こりやすい。身体感覚運動水準で子どもの動きに呼応することが困難。

＜母親の精神病理の特徴＞20 歳頃、摂食障害既往。高すぎる自我理想。

事例 4 I 男児 3 歳 3 ヶ月 臨床診断：自閉症圏障害（関係性障害）

＜主訴＞多動、言葉が出ない。自閉症ではないか。

＜家族歴＞会社員の父、専業主婦の母、K の 3 人家族。道路を隔てた向かい側に母方祖父母が住んでいる。

＜生育歴および受診までの経過＞満期正常分娩、生下時体重 2980g。

身体運動発達 予定 4 ヶ月、はいはい 9 ヶ月、始歩 11 ヶ月など正常範囲。3 ヶ月であやすと声を出してよく笑い、5 ヶ月頃に人見知りらしきものが出現したが、6 ヶ月には消失。11 ヶ月頃、回転するものを好むようになり、睡眠が不規則になった。1 歳の誕生日前には母方祖母は視線が合わないこと、母を視線で追わないことなどに気づいた。ぐるぐる回転する遊びにふけり、呼んでも振り向かず、著しい偏食や、気に入ったものを見るときには決まった角度に傾かないと気が済まない、特定のトイレしか入れないなどこだわりがみられた。多動、パニックもみられていたが、それまで 1 日 6 時間以上見せ

ていたテレビやビデオを2歳11ヶ月頃にやめ、スキンシップを増やす努力を母が始めると、多少落ち着き、母とも少しは視線を合わせ、母が見えないと泣くようになった。

3歳頃に数カ所の病院や相談所を受診し、3歳7ヶ月、Y園に通園開始。3歳3ヶ月、東海大学病院児童精神科を受診し、自閉症と診断され、Mother-Infant Unitに導入となった。

＜母子コミュニケーションが破綻しやすい母親の関与の特徴＞母親は非常に熱心に子どもの動きに沿って対応するが、子どもがいま遊んでいる対象に対して、母親がより楽しいようにと自分のペースに巻き込んでしまいやすい。そのため子どもは自分の楽しみ方を奪われてしまい、母親のペースに引き込まれてしまう。

＜母親の精神病理の特徴＞祖母が仕事の上で非常にやり手で成功を収めたひと。母も祖母を取り入れ、やや高すぎる自我理想を持っている。

D. 考察

ここでは次の2点に絞って考察してみよう。

1. 乳幼児期の母子コミュニケーションの破綻をもたらす要因

1) 個体（子ども）側の要因

臨床例の多くの例で、子どもの側に特に乳幼児期のエピソードから養育困難な気質、なんらかの生物学的脆弱性が推定される。

2) 環境（養育者）側の要因

しかし、コミュニケーションそのものは、少なくとも二者によって構成されることを考えると、コミュニケーションの質を決定する上で、子どもの側のみならず環境側、つまり養育者側の要因の検討は不可欠である。実は、環境側の要因が少なからず関与している例が少ないのである。関係性の病理は、一方の病理が他方の病理性を誘発したり、その逆であったりすることが起こりうる。このような特徴が関係性の病理の大きな特徴の一つともいえよう。

ここでコミュニケーションの構造を別な観点から整理しておきたい。つまり、情動的コミュニケーションといってもけっして養育者は乳幼児との間で情動の交流のみを行っているのではない。養育者は乳幼児の行動の背後に何らかの意図（動因、動機）を察知し（ないしは読みとり、あるいは読み込み）、それに呼応した対応を取っている。そこには言葉による語りかけが当然含まれる。情動的コミュニケーションが深まると、相互に気持ちや動機、意図などが容易に両者間で共有（通底）されるようになる。そのような関係においては現実の目の前にいる乳児の姿そのものが養育者の心の中に表象化（イメージ化）されるようになる。これは養育者の意識水準で描かれた現実的乳児像と言われている。そうした表象化された上で養育者側から働きかけられることによって、乳幼児は自分の行動の社会的意味が与えられるようになるのである。このようなプロセスが乳幼児の認知、言語の発達において極めて本質的な要素をなしていると思われる。

ただ養育者は目の前の乳幼児の姿を無色透明の目で見ていたわけではけっしてない。各々がそれぞれに抱いているなんらかの理想、夢、想像でもって描いてきた乳児像を表象化しながら子どもに対峙している。そこで必ず養育者は子どもの行動を時にかわいい・かわいくない、悪い・よい、などといった何らかの価値判断をして対応しているのである。これが前意識水準での想像的乳児像と言われるものである。このような乳児像は社会全般の支配的な価値観が大きく養育者の行動を規定しやすい。事例1のように高すぎる自我理想を持っていたり、さらには他者からの評価に過剰に反応しやすいような養育者ではこの種の乳児像が養育者の行動を拘束することにもなりかねない危険性を秘めている。

事例1に示されたように、養育者が他者の目、つまり他者の評価に過度に過敏に反応する状態

は、母子コミュニケーションにおいて両者間で情動的コミュニケーションの成立が困難になる。ただそのような関係において養育者の醸し出す強い緊張感といったものが乳児にとっては強い侵入的色彩を帯びた形で知覚されてしまうことが両者間のコミュニケーションの病理を複雑に彩っていくのである。乳児にとってはそれが不快な刺激となるため、回避反応を起こすのである。母親への接近したい、しかし、接近すると緊張がもたらされ、その不快な刺激から回避反応が誘発されることになり、そこに接近・回避動因的葛藤が生まれるのである。

最後に最も問題となるのが、親の精神病理の世代間伝達、つまり無意識水準での幻想的乳児像 (Lebovici, 1983) の問題である。これはなかなか理解の難しい問題であるが、わかりやすくいえば、養育者自身の過去の子ども時代の愛着関係の質が現在の子どもとの間で再現されやすいことを示している。事例2、3はそのことを示しているわかりやすい例といえよう。

2. 母子コミュニケーションの破綻とその進展のプロセス

最後に母子コミュニケーションの破綻とその進展のプロセスについて筆者の考えを述べてみよう。

1) 愛着形成不全と情動的コミュニケーションの破綻

非常に敏感な、不安の強い乳幼児は養育者との間で接近・回避動因的葛藤を持ちやすいことは先に述べたが、そのため彼らは望ましい愛着行動をとれず、母子間で愛着形成が困難になる。すると必然的に母子間で心的緊張が高まり、心地よい情動的コミュニケーションは成立せず、破綻しやすくなる。

2) 母子間で情動や意図（動因）などの共有の困難さ

情動的コミュニケーションにおいて、最も重

要な役割は母子双方間で容易に情動が通底し、子どもの情動を母親が、母親の情動も子どもが容易に感知することができるようになることである。そこでは子どもの行動の意図も容易に母親によって察知される。そのことによって母親は子どもの行動の背後にある意図や動機に沿った養育が可能になっていくのである。

しかし、情動的コミュニケーションが破綻した母子関係においては、両者間の望ましい情動や意図は共有されず、双方が異なった方向を向いたまま、各々の情動や意図によって行動が繰り広げられることになりやすい。ただここで忘れてはならないことは、両者間で望ましい情動は共有されないにもかかわらず、心的緊張といった望ましくない情動がとりわけ養育者の意識しない水準で（主に無意識）容易に通底して共有されてしまうことである。そのため乳幼児はますます養育者に対してそうした緊張から回避しようとし、愛着形成がより困難になっていくという悪循環が生まれやすいことである。

3) 養育者の意図と子どもの意図のずれ

このような母子関係の質をひきずったまま、母子交流が繰り広げられていくと、子どもの動きに沿って養育的関与をすることが養育者には困難となり、養育者の思いによって子どもの動きが制御されていくということになりやすい。その危険性は乳幼児自身が自分の情動を調整するためには養育者という他者の存在が不可欠である（自己調整的他者 self-regulatory other）という必然性によるのである。

4) 行動（情動）と意識（言語）の乖離

先に述べたように、乳幼児は自らの行動の社会的意味を養育者から与えられることによって、社会的存在へと成長していくことになるが、そのためには乳幼児の行動の背後にある動機を的確に感知し、それにふさわしい養育的関与をすることがぜひとも必要になる。例えば、おなか

を空かせて泣いている乳児に対して、今おなか
が空いて泣いているのだという情動的变化を養
育者は的確に感知し、それにふさわしい世話を
することがなにより大切になることはいうまで
もない。しかし、もしなぜ泣いているのか、そ
の読みとりを間違えて世話をするとということの
繰り返しが頻繁に生じるような母子交流におい
ては、乳児自ら現在の情動と体験そのものが養
育者の関与を通して的確な意味を与えられない
ことになる。このような状況が特に接近・回避
動因的葛藤の強い母子関係においては程度の差
はあれ起こりやすい。そのような質の交流の体
験を蓄積していくと、乳幼児は自らの行動とそ
の社会的意味（意識）との間に乖離を生むこと
にもなりかねない。おそらくは、こうした質の
交流が様々な程度に存在し、乳幼児の言語認知
発達や社会情緒的発達において多様な影響を及
ぼしていくのであろう。

D. 結論

乳幼児期早期の母子コミュニケーションの質
の評価にあたって、今回は筆者の自験例をもと
に検討した。その中で、情動的コミュニケーションの破綻の要因として接近・回避動因的葛藤
を特に取り上げ、最後にコミュニケーションの
破綻後の進展の様相について概説した。

参考文献

- 1) Kobayashi, R.(1998). Perception metamorphosis phenomenon in autism. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52(6), 611-620.
 - 2) 小林隆児ら(1997a). 乳幼児期の自閉症圏障害における情動的コミュニケーションと母親の内的表象. *乳幼児医学・心理学研究*, 6, 9-27.
 - 3) 小林隆児ら(1997b). 東海大学健康科学部に
おける Mother-Infant Unit の活動紹介.
乳幼児医学・心理学研究, 6, 31-43.
 - 4) Lebovici, S.(1983). *Le nourrisson, la mere et le psychoanalyste: Les interactions precoces*. Paris: Editions du Centurion.
 - 5) Richer, J. M.(1993). Avoidance behavior, attachment and motivational conflict. *Early Child Development and Care*, 96, 7-18.
 - 6) Stern, D.(1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. NewYork, Basic Books.
小此木啓吾, 丸田俊彦監訳 (1989).
乳児の対人世界 理論編, 臨床編. 岩崎学術出版社, 東京.
- #### F. 研究発表
1. 論文発表
 - 1) 小林隆児(1998). 自閉症-児童期. (花田雅憲・山崎晃資編) *臨床精神医学講座第11巻 児童青年期精神障害*. pp. 76-86, 中山書店, 東京.
 - 2) 小林隆児(1998). 自閉症-交互作用発達モデル. *こころの臨床ア・ラ・カルト*, 17(増刊号), 278-280.
 - 3) 小林隆児(1998). 小児自閉症-最近の考え方. *日本医師会雑誌*, 120(5), 758-761.
 - 4) 小林隆児(1998). 摂食障害の精神病理と世代間伝達. *児童青年精神医学とその近接領域* 39(5), 433-445.
 - 5) Kobayashi, R.(1998). Perception metamorphosis phenomenon in autism. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52(6), 611-620.
 - 6) 小林隆児(1999). 自閉症の発達精神病理と治療. 岩崎学術出版社, 東京.
 - 7) 小林隆児(印刷中). 母と子のあいだを治療する -Mother-Infant Unit での治療実践

- から－. 乳幼児医学・心理学研究.
- 8) 小林隆児(印刷中). 自閉症の人々にみられる愛着行動とコミュニケーション発達援助について. 東海大学健康科学紀要.
 - 9) Kobayashi, R. & Murata, T.(1998). Behavioral characteristics of 187 young adults with autism. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52(4), 383-390.
 - 10) Kobayashi, R. & Murata, T.(1998). Setback phenomenon in autism and long-term prognosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(4), 296-303.
 - 11) 小林隆児・白石雅一・石垣ちぐさら(1997). 乳幼児期の自閉症圏障害における情動的コミュニケーションと母親の内的表象. 乳幼児医学・心理学研究, 6, 9-27.
 - 12) 小林隆児・白石雅一・石垣ちぐさら(1997). 東海大学健康科学部における Mother-Infant Unit の活動紹介. 乳幼児医学・心理学研究, 6, 31-43.
 - 13) 小林隆児・財部盛久(1998). 自閉症児の母親たち－母子治療からみた世代間伝達－. *臨床精神医学*, 27(増刊号), 158-165.
2. 学会発表
- 1) 小林隆児(1998). 自閉症児における母子間コミュニケーションと内的表象. 第9回日本発達心理学会シンポジウム「関係性を通して見る子どもの社会情緒的発達」, (1998.03.26.-03.28.東京都, 日本女子大学).
 - 2) Kobayashi, R., Shira'ishi, M., Ishigaki, C., et al. (1998). Affective communication of infants with autistic spectrum disorders and interpersonal representation of their caregivers. 14th International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.(1998.08.02.-08.06. Stockholm, Sweden).
 - 3) 小林隆児・白石雅一・石垣ちぐさら(1998). 乳幼児期の自閉症圏障害における知覚様態と病態変容過程に関する研究.第39回日本児童青年精神医学会発表(1998.10.28.-10.30. 東京都)
 - 4) 竹之下由香・小林隆児・白石雅一ら(1998). 乳幼児期の自閉症圏障害における情動的コミュニケーションと知覚様態. 第39回日本児童青年精神医学会発表(1998.10.28.-10.30.東京都)
 - 5) 財部盛久・小林隆児・竹之下由香ら(1998). 乳児期における自閉症ハイリスク児の睡眠覚醒リズム障害と vitality affect.第39回日本児童青年精神医学会発表(1998.10.28.-10.30. 東京都)

妊産褥婦および乳幼児のメンタルヘルスシステム作りに関する研究

「妊産褥婦と乳幼児の精神保健援助に関する研究」

崎尾 英子 国立小児病院心療内科・精神科

研究要旨

「心的外傷」は脳生理学的基礎を有する。「心的外傷」の治療を通して、どのような人格の準備状態と、その状態の世代間継承がなされるかを探ることで、人格形成過程における負の影響要因を探ってみた。

A. 研究目的

研究協力者に与えられた課題は、

- ①人格形成過程において負の影響を及ぼす因子はなにか、の特定、
- ②負の影響が世代を超えて継続する場合の継続のされ方の探求、
の二つである。

「人格」とは、医学がこれまで厳密に扱ってこなかった対象である。人格とは個々の臓器や神経系を超えた、全体としての人間の振る舞いに関わるものであり、目に見えるデータに依存する現在の医学では直接的に扱いにくい対象である。

「三つ子の魂百まで」と言われるように、人格形成が人生早期まで溯り、その基本的傾向が終生にわたって変更されにくいものであることからすれば、一人の子どもが誕生する前後の情緒的脈絡や環境条件が「人格」形成にとって重要であることは言うまでもない。分担研究者の専門領域は子どもを中心とする精神医学である。また分担研究者が精神医学の最近のトピックのうちで「心的外傷」の及ぼし得る影響力に関心を寄せていることから、「人格」という抽象概念に接近する際に、「心的外傷」という経路から入ってみたい。

この経路から入ろうとすると、先の二つの質問は次の二つの仮説として書き換えることができる。

- ①' 子ども時代に受ける否定的な情緒的社会的影響は、子どもに「不幸な体験」が生じた際にそれが「心的外傷」として残存しやすい素地をつくる。言いかえると、不幸な経験が「心的外傷」として残存しやすい人格の準備のされ方があり、それは生後間もなくから周囲から否定的影響を受けた場合である。
- ②' 人が親になり、子どもとの関係に置かれると、親世代が自分自身子どもの時に受けた否定的影響が子どもとの間で再現されやすい。すなわち①' が準備されやすい状況は親世代から子世代に継承される。これら二つの仮説を論証するのが研究協力者の課題である。

当然のことながら、すべての子どもが心療内科的、精神科的症状を発現させるわけではない。子ども時代に通過する様々な不幸な出来事が、出来事は終わったにも拘わらず、情報処理傾向を更に不適応的にさせる形で影響を残す子どもたちが病院に精神科的問題で連れて来られると考えられる。「心的外傷」の悪影響軽減を目標に入れた治療の結果、子どもの日常生活および子どもの精神保健に改善が見られれば①' は確認

されたことになる。

② ‘は、もしも子どもの「心的外傷」治療によって、親が自分が子どもであった時代に、自分の親との間に展開された出来事の記憶（解釈）を修正する場合、親と子の「関係」に由来する影響とは、新たに次世代の子どもとの「関係」に置かれて始めて効力を及ぼし、「関係」に置かれることで継承されることが示されたことになる。

B. 研究方法

I: 心的外傷とは

最近の「心的外傷」研究の進展^{1) 2)}から、

(イ) 心的外傷とは、個人に強い衝撃をもたらす一生命に危険を及ぼし得る一経験が生じた際に、その経験を通して、身体に生じた感覚が身体記憶として残存し、その経験の断片（としての記憶）を想起させる刺激が加わった場合に、その経験に伴われた身体感覚が再現されることを言う。(ロ) 「心的外傷」は、脳内に対応する特定の情報処理過程の生理状態を持ち、

(ハ) 「心的外傷」と呼ばれる生理的な情報処理過程が有効に「治療」されることで、脳内部の生理機能にも変化が生じることが知られている。これらの前提から、人格—そう呼ばれる「もの」はない—の基礎が形成されるのが人生早期であるとして、その時期に、あるいはそれ以降に通過する辛い経験の全部または一部が、「心的外傷」—身体感覚記憶—として留まりやすい脳内生理状態があらかじめ準備されていれば、その準備状態はその後起こってくる経験の脳内処理のされ方を大きく決定することになる。戦地で死亡した数よりも帰国後「心的外傷後ストレス障害— Posttraumatic Stress Disorder —³⁾」から立ち直ることが出来ずに自殺したベトナム帰還兵の数の方が多かったという報告⁴⁾からも見られるように (a) 「心的外傷後ストレス障害」が重症である場合には、その人間の「心的外傷」

をもたらした経験以前に獲得していた機能ははなはだしく障害され、(b) 人生早期に情緒的、身体的、社会的に恵まれない状況で育った人間ほど、「心的外傷後ストレス障害」からの回復は困難であることが窺われている^{5),6)}。

II: EMDRについて

「心的外傷後ストレス障害」をはじめ、「心的外傷」の影響の考えられる精神科疾患に対して著効することの知られている EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing—眼球運動による脱感作と再処理)^{5),6)}を用いて子どもの様々な精神的疾患を治療した。ここで用いた EMDR 治療は以下の前提に立つ。同時にこれらの前提は治療経過で必ず観察される現象でもある。

①人間の「精神現象」は認知（知的に判断される側面）、感情、感覚からなる。

②ある出来事が「心的外傷」として強く残存する場合、その出来事が起こったのは例えば「自分がだめだからだ」といった否定的自己認知（自分に関する考え）が随伴する。

③EMDR 治療過程で、その出来事のときに経験した「身体感覚」と「感情」とが生き生きと想起され、それらは言語化され「記憶の一部」として統合される。

④そしてその「出来事」が言語化される過程を通して、「そういうことも過去にはあった。しかし今の自分は安全だ」と思えるときに、否定的な自己認知も部分的に修正される（例：あの時の自分は不運だったのだ。しかし今の自分はあの時とは違う、といったような）。

人間の精神現象が認知、感情、感覚からなる、ということは、「あたまで分かった」だけでは人間は納得せず、身体感覚で「そうか」と思えて始めて得心がいく、ということと合致する。認知、感情、感覚は、それぞれ大脳皮質、大脳辺縁部、更に深部の感覚をつかさどる脳組織の活動に対応し、EMDR 治療が有効に行われる場合

に、これらの三つの脳機能に働きかけ得るものであることが分かる。

EMDR によって繰り返し明らかになるのは、「心的外傷」となる強い恐怖を伴う経験には、必ず否定的な自己認知が髄伴するという点である。子どもの情緒などまったく考慮されない環境に置かれている子どもは、言語を獲得し、認知機能が発達する過程（これは 2, 3 歳で既に起こる）で、「自分は悪い子だから大事にしてもらえないのだ」と考えるようになるが、このような背景のある子どもでは「心的外傷」が残存しやすいということが出来る。EMDR 治療によって「心的外傷」が有効に一言語的に想起しうる、すなわち相対化された一記憶の一部に統合される場合、その人間の基本的アイデンティティー（自分はどのような人間だ、といった）にも変更が起こる。基本的アイデンティティーが人生早期の経験に基盤を持つことから、「心的外傷」を引きずっている人間は、それが「身体記憶」として残存しやすい素地が本来あり、「心的外傷」が中立的な記憶に変更される場合、その脈絡であったアイデンティティーの変化も促すと考えられる。

C. 研究結果

子どもの心の病いを「心的外傷」と関連していると仮定して試みた治療

子どもの精神科臨床現場において、子どもの呈する様々な症状を「心的外傷」が関係している、と仮定して EMDR 治療（およびその変法）を行ってみた。その結果を表にしたものを示す^{表 1}。表 1 から見られるように、子どもの示す様々な精神科疾患に直接的あるいは間接的に「心的外傷」の影響介在を想定して、治療を行ってみた結果、これまでの伝統的な対話を中心とする精神療法と比較してはるかに速やかに症状の改善が観察された。

D. 考察

妊産褥期の特殊性

我々人間は、何にも増して置かれた（対人）関係によって影響を受けやすい。自ら虐待されて育った人間が、自分の子どもを持って、「こうしてはならない」と認知面では知っていても、感情的に子どもに当たり散らすことを防止できないように、関係の中で学習された事柄は、関係の中で再現される傾向を持つ。この意味で、一人一人の人間が、「関係」と呼ばれる複数の人間から構成される全体において、如何にその一部に過ぎず、その構造から受けた影響から逃れがたいかが分かる。

すると、妊産褥期は、もしも、その女性が「虐待」あるいはそれに近い待遇を受けて育った経過を経ていたとしても、こつ時期は葛藤を生じる相手—子ども—を欠いているだけに、「自分が親になったら、自分が経験したような思いは子どもにはさせまい」と認知で自分に言い聞かせる最も適切な時期なのかもしれない。

しかし、昨今の（3, 4 歳から思春期に至る）子どもの呈する精神的諸問題を眺め、その問題の形成や展開に色濃く家族関係が影響を落としていることを、家族療法理論からも実践からも繰り返して実感させられる立場にいと、親がその子ども時代に経験した親子関係とそこでの否定的影響を再現したとしても、その「問題性」が明らかになるのは、子どもがある程度の年齢に達し、子ども自身が否定的自己像の上に上塗りされた「心的外傷」の影響で苦悩しはじめてからであることが推論される。

妊産褥期に比較的精神保健上の問題が露呈することがなく、子どもが対人、対社会的葛藤を引き起こす時期になって始めて、一つ前の世代で経験されていたことが次世代での親子の葛藤として具現化し、それが現代では、価値の混乱などの深刻な修飾因子の影響もあって、現代に特有な子どもの精神的諸問題として姿を現してい

る、ということが強く示唆されるのである。

E. 結論

小さなサンプルではあるが、心やさしい母親に育てられたと感じている女性は、同じく心やさしい性質を発達させやすい傾向があることを既に検証した⁷⁾。前の世代で親との間で経験されたことは、次の世代で自分の子どもとの間で反復しやすいということである。妊産褥期という、次の世代を生み出すという気概こ満ちた時期に、自分の親との関係で受けた否定的情緒の影響が、子どもとの間で自ずと展開されやすく、それ「心的外傷」が残りやすい素地をつくることといった知識が啓蒙されることと、希望するものや、リスクが高いもの（親との間に強い葛藤を経験したと自覚しているものや、否定的自己認識イメージが強いもの）には、そのような否定的自己像、さらにそれに加わっていると想定される「心的外傷」から開放される治療が提供されることは是非必要であろうと思われる。

しかし妊産褥期は、（一つ前の世代の）親子という「関係」から、（次の世代の）親子関係へ移行する狭間の時期であり、「親子関係」という脈絡の及ぼしうる影響がもっとも希薄になっていることを忘れてはならない。

親子の間の悲劇が世代を超えて繰り返されるということは、「関係」に置かれて始めて、一つ前の世代に獲得された否定的心性や、それに加わった「心的外傷」が、我々の理性を超えて我々の行動に影響を及ぼしはじめることを意味する。言い換えれば、あらたに親になろうとしている人間は、過去の関係から自由になろうとする（多くは無意識的な）心性が働いており、そのような「問題」があったことを意識面ではすっかり忘却している可能性が高いのである。「今困っている問題は何もない」と妊娠産褥期の女性が言うことと、その女性の脳神経回路に、脈絡さえ準備されれば一親子間の関係という舞台さえ用

意されれば一彼女の理性を押しつけて吹き出してくる感情の嵐があるかもしれないことは、本人も認知しえない、ということである。

表面に何も出ていないからといって、深部に何が隠れていることを否定するものではない。そのことを「心的外傷」とその生理学的基礎研究や「心的外傷」治療によって明らかになる出来事は教えている。世代を超えて繰り返される「負の影響」を軽減するためには、どの時期であれ、十分な啓蒙と、啓蒙によって自覚するに至るものへの治療的関与が是非に必要であると考える。

この意味で、この時期に妊産褥婦に関わることの多い職種一産科、婦人科、小児科それぞれの医師と周縁の医療従事者一に対して、本論文で展開した趣旨が徹底されることが望ましい。

参考文献

- 1) A van der Kolk, B. & Fisler, R.,
Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Explanatory Study, *Journal of Traumatic Stress*, pp.99-112, Vol.8, NO.4, 1995 .
- 2) A van der Kolk, B., Burbridge, J.A & Suzuki, J. , *The Psychobiology of Traumatic Memory*, in Yehuda, R & McFarlane, AC. (eds.), *Annals of the New York Academy of Sciences* (Vol.821): *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*, New York, New York Academy of Sciences, 1997.
- 3) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, IV edition, American Psychiatric Association, 1994.
- 4) Bly, R. , *Iron John*, Vintage Press, 1990.
- 5) Shapiro, F., *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures*, Guilford Press

1995.

6) Shapiro, F. & Forrest, M.S., EMDR: The Breakthrough Therapy, Basic Books, 1997.

7) 崎尾英子「母子間のコミュニケーションにお

ける自己不全感の伝達に関する研究」厚生省心身障害研究「妊産褥婦のエモーショナル・サポートに関する研究」平成8年度報告（主任研究者中野仁雄）。

表1 EMDR 治療による症例のまとめ

	年齢	性	状況像診断	通院期間	EMDR の手技	1 回の時間・回数・期間	主な変化
1	14 中3	女	鬱状態	—	車椅子上での膝のタッピング	20分・7回・2m	JRA による痛みが軽快する。対人場面で安定感が出てきた。
2	16 高2	女	心身症	2m	タッピングによる標準型 EMDR	60分・5回・5m	いじめによるトラウマは処理され、自身回復、社会復帰を考えている。
3	17 専門	女	鬱状態	2y2m	標準型 EMDR	40分・5回・6m	身の回りの清潔に気を使うようになった。
4	20 通信	男	不安性障害	2y5m	タッピングによる標準型 EMDR	70分・15回・10m	試験が受けられるようになった。
5	21 大3	女	不安性障害	2y	標準型 EMDR	60分・2回・12m	対人場面でビクビクしなくなった。
6	23 短大	女	摂食障害	1y	標準型 EMDR	60分・10回・12m	性暴力によるトラウマは処理され、仮面様顔貌は柔らかくなった。
7	5 幼中	男	夜驚症	—	母親による膝のタッピング ¹⁾	10分・毎日・3w	夜驚症状はほとんどおこらなくなった。
8	6 小1	男	強迫観念	—	母親による膝のタッピング	10分・毎日・3w	不潔恐怖による「大丈夫？」という確認がほとんどなくなった。
9	7 小1	女	チック症	—	母親による膝のタッピング	10分・毎日・3m	チック症状は 1m で消失。指しゃぶりも減った。
10	10 小4	女	強迫観念	—	膝のタッピング ²⁾	10分・4回・2m	嘔気の恐怖は軽減。体調が良くなった。
11	10 小4	女	不安性障害	2y	膝のタッピング（母親の膝枕） ³⁾	10分・10回・6m	安心感、安定感をはるかに増した。表情が柔らかくなった。
12	11 小6	女	抜毛症	—	膝のタッピング	20分・5回・2m	不安や心配なことについての言語化が進んだ。
13	12 小6	男	身体化障害	—	母親による膝のタッピング	10分・毎日・2w	緊張で舌を噛むことによって続いていた口内炎が全く治った。
14	15 中3	男	学習障害	3y6m	膝のタッピング	40分・8回・7m	教室で寝なくなった。解離性健忘がなくなった。
15	19 中卒	男	強迫性障害	8y6m	タッピングによる標準型 EMDR	60分・14回・7m	洗浄強迫改善。行動範囲が広がった。バンドで演奏するようになった。
16	18 高1	男	精神分裂病	1y8m	①標準型 EMDR ②仰臥位での膝のタッピング	①60分・13回・6m ②10分・12回・4m	妄想はあっても落ち着いていられるようになった。
17	19 中卒	女	精神分裂病	3y	膝のタッピング・EM による標準型 EMDR	30分・36回・15m	不安・焦燥・希死念慮はあまりなくなり、自分の心の動きを生きたものとして感じるようになった。高校進学を考えている。
18	20 通信	男	自己臭恐怖	4y7m	①手の甲のタッピング ⁴⁾ ②ライトバー ⁵⁾ 標準型 EMDR	①10分・5回・5m ②30分・1回	自己肯定感が強まり、治療意欲が高まった。車の免許を取得、行動範囲が広がった。

注1) 母親による膝のタッピング：外来受診時に膝のタッピングの方法を母親に教えて、寝る前に仰臥位でしてもらおう。安心したイメージで行う。

2) 膝のタッピング：標準型 EMDR のように言語化することをあまりせず、安心感のみで行うことが多い。

3) 母親の膝枕：仰臥位、母親の膝枕で膝のタッピングを行う。

4) 手の甲：手を机の上に出してもらいタッピングを行う。

5) ライトバー：光の点滅による眼球運動。

No. 1～6 ト라우マが明らかで PTSD と診断できる。

7～15 ト라우マは明らかではないが、関連した病気といえる。

(DSM-IV Dissociative Disorders; Dissociative Amnesia, Depersonalization Disorder, Dissociative Disorder Not Otherwise Specified)

16～18 精神分裂病圏内 複雑にトラウマが関係している病態と見ることができる。

妊婦褥婦および乳幼児のメンタルヘルスシステム作りに関する研究
「助産婦教育における母子のメンタルヘルスケアに関する研究」

新道幸恵 神戸大学医学部保健学科

研究要旨

助産婦に必要な母子のメンタルヘルスケア能力及びその育成のための教育内容を明らかにする目的で、助産婦及び助産婦教育担当者や医師、心理学の専門家を対象に、デルファイ法による調査研究を行った。その結果、必要で里かつ重要であると認識されている内容と能力を明らかにした。又、教育内容については、教育時期（看護・助産婦・卒業後の教育）を明らかにすることができた。さらに、今後の課題として、母子のメンタルヘルスケアに関する教育評価研究と卒後研修プログラムの構築の必要性が示唆された。

A. 研究目的

助産婦教育のカリキュラムは、社会の変化に対応して、これまでに数度の大きな改訂がなされてきた。その過程の中で、助産婦の母子への家族ケア及び心理的ケア能力に育成の重要性が認識され、家族社会学、母性心理学という科目がカリキュラムの中に含まれるようになってきた。助産婦は、母子保健医療職の中でも、妊娠、分娩、産褥期の母子と接する機会の多い職種であり、助産婦に必要な母子のメンタルヘルスケア能力は、母子の精神的健康を左右する重要な要素とも言える。

そこで、本研究においては、助産婦に必要なメンタルヘルスケア能力を明らかにし、さらに、その能力育成に必要な教育内容及び教育時期（看護教育・助産婦教育・卒後教育）を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

助産婦教育に必要な母子のメンタルヘルスケアに関する教育について、デルファイ法による3回の反復調査を行った。

1. 1回目調査

平成10年12月に下記の①～③の対象者の施設に対して調査票を郵送し回収した。研究対象は、①「全国病院要覧」により産科を所有している病院を系統抽出法にて抽出し、その病院に勤務する5年以上母子のケアに携わった助産婦及び産婦人科医師等計1,038名、②「全国助産所マップ」により系統抽出法にて抽出した開業助産婦59名、③助産婦教育を行っている全国の大学・短期大学部専攻科・養成所の教員(各校1名)(以下教員)114名の合計1,211名とした。調査内容は、「助産婦に必要なメンタルヘルスケアの教育内容」(以下「教育内容」)及び「助産婦に必要な母子のメンタルヘルスケア能力」(以下「能力」という)とは何かを自由記載でたずねた。

2. 2回目調査

1回目の調査結果の内容分析から「教育内容」及び「能力」項目の重要度を示す4段階リッカート尺度で調査票を作成した。「教育内容」については1回目調査ののべ1,301項目を教育内容(116項目)・教育方法(6項目)・科目名(41項