

「NICUにおける医療意思決定後の母親に対するメンタルヘルスケア」

竹内 徹 大阪樟蔭女子大学児童学科
研究協力者

船戸 正久 淀川キリスト教病院小児科・川野 克子 同病院 NICU

島田 誠一 日本バプテスト病院小児科

研究要旨：新生児医療の急速な進歩により、救命不可能であった重症病児に対して高度な医学的介入が行われ、後障害なき回復が期待できるようになった。しかし一方予後不良で回復不可能な末期患児に対して過剰な医療が続行されることがある。本年度は、院内倫理委員会の承認を得た「倫理的・医学的意思決定のガイドライン」に従い現在迄行ってきた医療内容を、死亡例を分析することにより、死に至る迄の経緯と、死亡前後の両親に対するケアを検討した。

A. 研究目的

新生児医療において倫理的観点から行った医学的意思決定後死亡した症例について、死亡後の両親とくに母親の看取りのケアを検討した。

B. 研究方法

過去4年間に NICU において全死亡症例 77 名について、当病院倫理委員会に提出された医学的意思決定報告書をもとに分析を行った。なお医学的意思決定報告書には 1) 患者の状況、2) 治療内容、3) 治療適用の決定(Class A,B,C,D, の決定日および決定後の医療の具体的内容 9 項目)、4) 適用決定の根拠 4 項目すなわち医学的適用、患者の意思、患者の最善の利益、外的要因（本人の了解、尊厳死協会入会、主治医の了解、家族の了解、医療チームの了解、倫理委員会での検討済、伝道部の立会い希望、以上各項目についての有無）が含まれており、記入後は倫理委員会委員長へ提出する。

また医療意思決定後の家族（母親）に対しては、死亡前に両親による児の抱擁の様子を各医学的意思決定群について検討した。なお倫理的観点から行った医学的意思決定内容については、仁志田らの分類に対応させて「積極的医療」（Class A：あらゆる治療を行う）、「制限的医療」（Class B：一定以上の治療は行わない）、「ホスピスの医療」（Class C：今以上の治療は行わず看護に徹する）および「看取りの医療」（Class D：あらゆる治療の中止）とした。

C. 研究結果

1. 意思決定後の経過（図 1）

全症例共最初は「積極的医療」で医療内容が開始されたが、時間の経過また病状の変化とともに意思決定が移行し医療内容が変化していく例が多くみられた。

「積極的医療」のまま死亡に至ったもの 16

例（20.8%）、「制限的医療」に移行したものの 15 例、そのまま死亡したもの 1 例（1.3%）であった。「ホスピスの医療」に移行した 14 例、そのまま死亡したもの 6 例（7.8%）、残り 8 例（10.4%）は「看取りの医療」で死亡した。また「積極的医療」から「ホスピスの医療」へ移行したものの 40 例中、そのまま死亡したもの 20 例（26%）、「看取りの医療」に移行し死亡したもの 20 例（26%）であった。「積極的医療」から「看取りの医療」に移行した 6 例（7.8%）は、そのままの医療内容で死亡した。

死亡時の最終的医療内容は、「積極的医療」16 例（20.8%）、「制限的医療」1 例（1.3%）、「ホスピスの医療」26 例（33.8%）、「看取りの医療」34 例（44.2%）であった。

2. 最終の医学的意思決定と死亡時の主診断名
「積極的医療」16 例では、敗血症（3）、DOA（2）、NEC（2）、SIDS（2）、虚血性脳症（2）、その他 PFC、肺出血、肝破裂、心室細動、原因不明の呼吸障害各々 1 例。

「制限的医療」1 例は、染色体異常、一時的に制限医療を行った他の 12 例のうち、染色体異常は 5 例、「ホスピスの医療」例 26 例では、IVH（8）、重度奇形（5）、虚血性脳症（3）、肺出血（2）、腎不全（2）、その他術後の出血死、NEC、PFC、DIC、激症肝炎、胎児水腫各々 1 例。

「看取りの医療」例 34 例では、IVH（19）、虚血性脳症（4）、奇形（3）、持続する低血圧（2）、その他敗血症、肺出血、胎児水腫、NEC、PFC、腎不全各々 1 例であった。

最初の「制限的医療」の段階では染色体異常、致命的奇形例が多くみられた。また「ホスピスの医療」と「看取りの医療」では、超未熟児に IVH、虚血性脳症など重度の合併症を併発するものが多かった。

3. 医学的意思決定各段階から死亡に至る迄の

時間 (表 1)

意思決定の各段階から死亡に至る迄の時間を算出した。一旦状態が安定したのちに悪化した例は、悪化した時点からの経過時間とし、また「看取りの医療」は治療中止後からの時間とした。それぞれの経過時間 (平均±SD) は「積極的医療」(77 例) 100.7±187.5 時間、「制限的医療」(15 例) 62.6±78.8 時間、「ホスピスの医療」(54 例) 26.0±52.1 時間、「看取りの医療」(34 例) 28.5±37.0 分であった。

4. 父母による死亡前の新生児抱擁 (表 2)

死亡直前のケアとして両親の腕のなかで死を迎えるため、父母による患児の抱擁を勧めているが、それぞれの最終の意思決定段階について患児抱擁の有無をみた。「積極的医療」16 例では 0 (0%)、「制限的医療」1 例では 1 (100%)、「ホスピスの医療」26 例では、21 例 (80.8%)、「看取りの医療」34 例では 34 例 (100%)、合計 77 例中 56 例 (72.7%) にみられた。なお「積極的医療」の場合でも、死亡後に抱いてもらうことにしている。

D. 考察

新生児の病態生理に対する適確な理解と医療内容の複雑化、精緻化に伴い、新生児医療はチーム医療としての性格が強くなった。さらに時々刻々と症状が変化するため、単なるマニュアル的な治療を全て行えば良しとする医療ではなくなってきた。それと同時に現在行っている医療内容がどこまで不可欠な治療か、また逆に futile な治療かを判定することは難しくなってきた。NICU の対象児がはたして dying 過程をとっているかどうか判定することは非常に困難であり、倫理的・医学的に意思決定することは一人の医師の裁量をはるかに越えることである。医学的意思決定の基準を適用する場合の根拠は、主治医だけでなく医療チームとして、また家族を含め十分検討されたうえで判断されなければならない。

本調査では、最終の医学的意思決定と死亡時の主診断名をみると、一部の先天異常 (染色体異常) を除き、「ホスピスの医療」と「看取りの医療」となった疾病内容は、超未熟児に重度の合併症 (脳室内出血、虚血性脳症など) を併発したもの、急性期の重度の適応障害の例が多かった。医学的意思決定後の死亡に至る迄の時間は、「積極的医療」、「制限的医療」、「ホスピスの医療」、「看取りの医療」の順に短くなり、とくに「看取りの医療」ではほぼ 30 分以内に死を迎えている。判断基準の適正さがある程度反映されていると思われた。

両親が新生児の死を現実として受容することは、出生後の患児の病状を医療従事者と共に身近に経験している場合と、死産の場合とは明らかに異なり、前者は比較的容易である。両親が希望すれば死亡したわが子を見る、抱く、触れることは重要なことである。当院では死亡直前のケアとして父母による患児の抱擁を勧めているが、医療段階に応じて希望することが多く、たとえ「積極的治療」の場合でも、死亡後には抱いている。なお死亡前後に両親のニーズに応じた個別的支援を行うには、両親が一緒にいて、子どもと過ごすための場所 (個室) が必要であるが、現実にはないのが現状である。

E. 結語

当院 NICU の死亡例について、その医学的意思決定の経緯と死亡前後のケアの実態を把握するため、倫理委員会への報告書から分析を試みた。

その結果、当院 NICU では、最終的に「ホスピスの医療」と「看取りの医療」を適用した例が 77.9% (60 例) と多かった。また死亡前に父母に抱かれて昇天する例が多かった。

新生児医療のなかで患児の臨終に際しては、親子が時と場所を共有し、親の腕の中で昇天できる環境を整え提供できることも、死の受容にとって大切なことである。

F. 参考文献

1. 船戸正久: NICU 最前線「NICU における緩和ケア」Neonatal Care **12**: 9-47, 1999
2. 仁志田博司、山田多佳子、新井敏彦、他: 新生児医療における倫理的観点からの意思決定 (medical decision making). 日新生児誌 **23**: 337-341, 1987

図 1 Medical Decision の経過

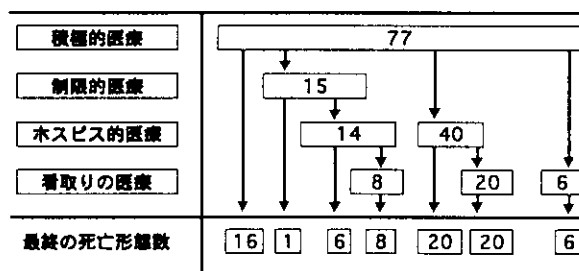


表1 Medical Decisionの各段階における経過時間

各段階のMed.Deci.(例数)	経過時間(平均±SD)
積極的医療 (77)	100.7 ± 187.5時間
制限的医療 (15)	62.6 ± 78.9時間
ホスピスの医療 (54)	26.0 ± 52.1時間
看取りの医療 (34)	28.5 ± 37.0分

表2 父母による死亡前の新生児抱擁

最終のMed.Deci.(例数)	死亡前抱擁の例数(%)
積極的医療 (16)	0 (0%)
制限的医療 (1)	1 (100%)
ホスピスの医療 (26)	21 (80.8%)
看取りの医療 (34)	34 (100%)
計 (77)	56 (72.7%)

3年間のまとめ：

周産期における死を経験した母親への配慮

竹内 徹(大阪樟蔭女子大学児童学科)

船戸正久(淀川キリスト教病院小児科)

周産期医療は、過去30年間に急速の進歩を遂げ、人間の生死をめぐる諸問題も著しく変容してきた。お産をめぐる諸問題も、リスクを科学的に予知し、医学的評価に基づく最も安全なお産を目指すよう努力がはられるようになった。その反面、お産は個別的な家族中心のケアの要求される出来事として捉えられるようになった。そのことは一人の人間の誕生を礼節をもって迎えようとする努力にあらわれている。一方周産期における胎児や新生児の死に対してはどうか。

周産期に死を経験する家族は生と死を同時に体験することになる。なかでも母親には深い悲嘆反応が引き起こされる事実については、医療従事者にやっと理解され始めたところである。しかも母親の入院中および退院後、医療チームの対応の仕方によっては、両親の喪失に対する適応過程や能力にも決定的な影響を与えることになる。したがって医療チームは、周産期における胎児・新生児の死に対しても、両親と共に一人の人間の死として対応する必要がある。そのためには、医療チームは、両親に対して、胎児・新生児の死を現実のこととして受容できるよう努力すること、両親の悲嘆を認識し、その

悲嘆反応や過程を正常なものであると保証し、死別家族の個別的なニーズに対応できる必要がある。

1. 死産の場合

1)母親に対するケア(新生児の死の項参照)

2)両親にはできるだけ正確な情報が必要である。

死産は、一たび発生すると出産という喜ばしい出来事が一瞬に悲劇となる。出産前または分娩中に赤ん坊の死を知ることは、両親にとっては全く理解できない出来事である。分娩介助のスタッフにとっても心の準備がなく、たとえ死の可能性が前もって予告されていても、互いに無言の静寂を守るしかなかったり、彼ら自身もショック状態で精神的動揺のため、両親に必要な支援を与える心の余裕すら失ってしまう。母親にとって産褥期は心身共に極端なストレスに満ちた時期となる。それでもなお医療者は死産の原因に関する情報をできるだけ正確に伝え、納得いくまで繰り返し説明することが不可欠である。(平成10年度本研究報告書参照)

3)解剖の必要性

死産の場合、剖検の許可が得られる可能性は、今後ますます高くなるであろう。死産の正確な原因を得ることは、次回の妊娠に対する情報として最も重要である。(大阪府立母子保健総合医療センターによる最新の情報では、全死産剖検率は、院内出生例約60%、搬送例は、100%、原因究明率80%以上という。)このように胎盤を含む死産児の剖検による原因の究明率が向上してきた現在、なお一層の努力が望まれる。

2. 新生児死亡の場合

新生児期のSIDSといった特殊な例を除くと、新生児はNICUで死亡する。死産の場合と異なり、両親はわが子を具体的な人間としてその存在を実感し、短い生涯を生きたわが子と一緒に過ごすことができたと考える。

(わが国においても、NICU内での両親の面会が許可されている現在、新生児の臨床経過や死亡過程に関して理解度が高く、また死因に対しても納得率が高い。上記報告書参照)。

NICUでの両親へのきめ細かい対応がいかに重要であるかがわかる。

しかし新生児の死の場合も、死因や生存期間にかかわらず、両親は一般的な悲嘆反応を経験することになる。

1)死後への対応(死産の場合も含む)

全国調査の結果、死後への対応については次の対応内容が報告された。(番号は順位を示す)

(1)両親への悲嘆環境の提供、(2)家族の希望への

配慮、(3)剖検依頼、(4)形見の品手渡し、(5)死後処理への両親の参加、(6)家族のフォローアップ、(7)お別れ会を持つ、(8)その他の配慮、剖検結果の報告、退院後の心理的サポート、自宅訪問、相談外来、年1回の追悼ミサ招待など。

(平成11年度本研究報告書参照)

以上の結果に基づいて、周産期の死を経験した母親の入院中および退院後の支援として次のことが必要である。

- (1)子どもを見たり、触れたり抱く機会を与え、一緒に過ごす時間と場所が必要である。
- (2)思い出の品を残す(例：写真、足紋、認識バンド、その他)
- (3)葬儀に関する情報を提供し、準備のため両親の積極的な参加を勧める。
- (4)母親のプライバシーを守って、入院場所を特定し、できるだけ面会し、母親の話に耳を傾け、必要な情報を提供する。また家族その他の支援を得られるよう手配する。
- (5)死因に関するできるだけ正確な情報を提供する。死産に関しては産科医が、新生児死については新生児科医が行う。死因に関する臨床情報、剖検結果を第1報として知らせるなど。
- (6)印刷された情報(周産期の死に対する施設の方針、死亡・死産手続き、お別れ会、相談窓口など)を提供する。
- (7)悲嘆過程について両親に説明する。
- (8)施設には「死別対応チーム」のあることが望ましい。
- (9)自助グループまたは「死別援助グループ」(例えばSIDS家族の会)を紹介する。
- (10)退院後少なくとも1回は、特別外来の形で面接する。その時剖検結果の最終報告を行う。
- (11)母親の悲嘆状況を把握し、必要なら専門家を紹介する。

2)生命予後不良な重症新生児の場合

NICUにおいて、その治療内容について倫理的、医学的意志決定を行う場合、家族に対する特別な配慮が必要である。現在は各施設によって、緩和的医療や看取りの医療についてそれぞれの基準によって行われている。生命予後の判定には、生命維持装置を中心とした各種延命治療な

どにより、死にゆく過程が人為的に変容される可能性がある。いずれにしても児の死にゆく過程は、両親にとっては死を迎える準備過程でもある。とくに看取りの医療(それまでの全ての治療を中止する過程)では、個別化したプライバシーを守った場所の提供が望ましい。

3. 死に関する教育の必要性

高度化した医療に携わる医療従事者には高度な医療知識と医療技術が要求され、医療上のスキルが不可欠である。しかし同時に両親の生活に最も破壊的な影響を与える死、とくにわが子の死をどう理解し、受容していくかを認識し支援していくためには、高い感受性と人間的スキルが要求される。また死別された両親をケアし支援しようとする医療従事者自身に対しても配慮が必要である。さらに周産期医療に携わるものに対しては、死に関する教育が、基礎的知識として不可欠である。

参考文献

1. 船戸正久、玉井 晋、川野克子：新生児における看取りの医療。周産期医学 29：1537-1543、1999
2. 仁志田博司、山田多佳子、荒井敏彦、他：新生児医療における倫理的観点からの意志決定(medical decision making)。日新生児誌 23：337-341、1987
3. 竹内 徹、東百合子、北島智恵美他：周産期の死(死産・新生児死亡)を経験した母親のメンタルヘルスに関する研究。平成10年度厚生科学研究(子ども家庭総合研究事業)報告書(第1/6)、39-42頁、平成11年3月
4. 竹内 徹、船戸正久、川野克子：NICUにおける倫理的・医学的意志決定後の家族への対応、平成11年度厚生科学研究(子ども家庭総合研究事業)報告書(第1/6)、53-55頁、平成12年3月。
5. McHaffie HE, Lang IA, Lloyd DJ. Follow up care of bereaved parents after treatment withdrawal from newborns. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2001 ; 84 : F125-F128

アンケート方式による新生児虐待調査に関する報告

工藤 尚文 岡山大学医学部産科婦人科学教室
研究協力者

多田 克彦、高馬 章江、伏本 恵子、佐藤 久恵、沢村 陽子、河本 洋実
岡山大学医学部産科婦人科学教室

研究要旨：新生児虐待の実態を明らかにするために、岡山市内のローリスク妊婦を取り扱っている施設で分娩した患者を対象に、アンケート調査を実施した。現在調査段階であるため結論は得られていないが、新生児期の虐待に関する興味ある事例を経験した。

A. 研究に至る背景

産後うつ病の発生率等の調査のために本研究班で行ってきた多施設共同研究では、助産婦が妊産褥婦と直接面接を実施してきた。この面接調査を通じて母親が多くのストレスを抱えながら育児をしていることを知り、とくに育児になれるまでの3か月までが非常に大変であるという声を聞き、この時期における虐待はないのだろうかとの疑問を持ち本研究を行うに至った。

B. 研究目的

新生児期における虐待の実態と、虐待に関与すると考えられる因子の相互関係について調査する。

C. 研究方法

アンケート調査内容をはじめ研究方法に関しては国立精神・神経センター精神保健研究所(現熊本大学精神神経科学教室教授)北村俊則先生のご指示を頂いた。

1) 対象：岡山市内のローリスク妊婦・分娩を取り扱っている5施設で分娩した患者を対象とした。

2) 調査方法：アンケート調査にて行った。アンケート用紙は「産科入院中アンケート」を産後5日目あるいは退院前に配布し、「1か月健診時アンケート」を1か月健診時に配布し郵送にて集配した。

3) 調査内容：各アンケートによる調査内容は以下の通りである(図を参照)。

「産科入院中アンケート」①分娩の形態、②ボンディング(親から子へのアタッチメント)、③マタニティブルーズ得点、④ソーシャルサポート、⑤対処行動

「1か月健診時アンケート」①生活状況、②ボンディング、③虐待行動、④生活上のできごと、⑤対処行動、⑥ソーシャルサポート、⑦産後うつ病得点

4) 研究開始日：平成12年8月

D. 研究結果

1) 調査状況：平成13年1月末日において、「産科入院中アンケート」「1か月健診時アンケート」の両方が揃っているものは458部であった。解析のために必要な約1000部を目標に調査を継続している。

2) 事例報告：調査中の段階であるため最終的な解析ができていないが、興味ある事例があったので紹介する。この事例では「1か月健診時アンケート」の虐待行動の調査にて、「赤ちゃんを罵ったりした」「赤ちゃんの反応を無視した」「赤ちゃんに対し怒鳴った」「叩いたり何かを投げるふりをして赤ちゃんをおどかした」といった行動が約1か月の間に3~10回見られていた。さらに、赤ちゃんを実際に叩いたり、なぐったり、傷を負わせたような行動はなかったものの、「赤ちゃんを押ししたり、赤ちゃんにつかみかかったり突きとばしたりした」行動は11~20回におよんでいる。このアンケート調査ではボンディングについて「お子さまへの感じ方について」という項目で調査している。本例の「産科入院中アンケート」では子どもに対してネガティブな感情は一切なかったが、「1か月健診時アンケート」では「子どものことが腹立たしくいやになる」「怒りがこみあげる」「こんな子でなかったらなあと思う」「この子がいなかったらなあと思う」などの感情が出てきており、また子どもの世話が楽しみながらできないときもたまにあると答えている。このような子どもに対する感情の変化と虐待行動の間に何らかの関係があるか興味深いところである。

E. 考察

現在までに児童虐待に関する報告は多数見られるが、ほとんどが幼児期以降のものであり、新生児期の虐待に関しては調査されていない。また被虐待児の約4割が低出生体重児であるとの報告もあり、新生児期における虐待行動調査は意義深いと考える。今回の調査ではまず、

合併症を待たないローリスク妊婦を対象としてアンケート用紙を用いて新生児期の虐待行動を調査した。

新生児期の虐待行動には図に示すようにマタニティーブルーズ、ボンディング不良、ソーシャルサポート、不適切な対処行動、産後うつ病などの因子が相互に関連していると考えられ、それぞれの項目を「産科入院中アンケート」ならびに「1 か月健診時アンケート」の中に入れ調査を行った。前項の事例報告で述べたように、

実際に子どもを傷つけるまでには至らないものの、子どもに対して行動を起こしている例が見られており、ボンディング不良との関連性も示唆されている。

今後症例数が蓄積された段階で、ローリスク妊婦における新生児虐待の実態と虐待行動に関連する諸因子との関連が明らかになることが期待される。さらには、新生児期の虐待行動と幼児期の虐待行動との関連性についても検討していく必要があると考えられる。

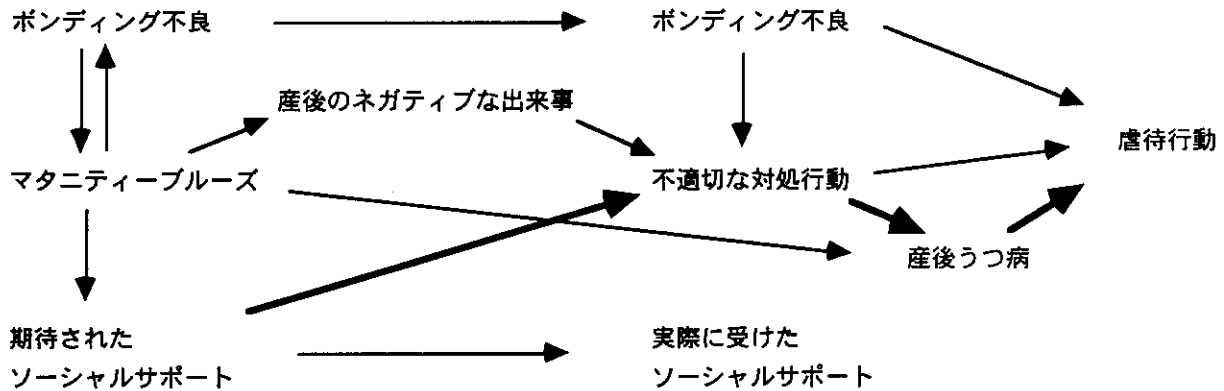


図 虐待行動に関与する諸因子 (国立精神・神経センター精神保健研究所 北村俊則先生による)

厚生科学研究費補助金 (子ども家庭総合研究事業)

「周産期の死をめぐる母親へのサポートに関する研究

—助産婦および臨床心理士の役割について—

仁志田 博司 東京女子医科大学母子総合医療センター
研究協力者

大原 明子、山田 美穂 東京女子医科大学母子総合医療センター

研究要旨：まだ母と子の絆の十分に確立していない出生前後（周産期）であっても、児を失った母親の心理的トラウマは一般に考えられているよりも重いことが知られるようになった。医療の中では医師は診断や治療を、助産婦や看護婦は医療における患者の全体的なケアを受け持っているが、何れにおいても身体的なサポートが中心であり、精神的な面に関するサポートは不十分となりがちである。そのような意味から近年、医療の現場においても、心のサポートの専門家として臨床心理士が参加するようになってきた。

本研究においては、出生直後に児を失った3人の母親に、助産婦および臨床心理士が別々に面接し、精神的なサポートを行った。その面接内容の記録から各々の役割について検討をおこなったところ、直接医療に関わった助産婦には、その医療内容および医療を通じて培った個人的なコンタクトを介したサポートのメリットがあるが、臨床心理士においては、それらを超えた専門的なテクニックによるクライアントの心の問題を引き出すメリットが認められた。

以上より、周産期の死をめぐる患者およびクライアントのサポートには、両者の関わりが必要であると結論された。

A. 研究目的

ある期間社会のおよび人間的なつながりを持った成人や子どもの死が、遺族特に母親に心的トラウマを残すことは良く知られ、そのサポートに関する多くの研究がなされている。しかし、まだそのような関わりが確立する以前に亡くなる胎児および新生児早期のいわゆる周産期の死に関しては、社会的のみならず医学的な関心は未だ薄く、十分な研究および検討がなされていない。そのような母親に対するサポートにおいて、直接医療に携わる助産婦と心のケアの専門家である臨床心理士の両者が、どのような役割を果たすべきかに検討を加えた。

B. 研究方法

出生直後に児を失った3人の母親に、その事例発症の2~3カ月後に助産婦および臨床心理士が日時を異にしてインタビューを行い、その内容について記載した記録をもとに検討を行った。インタビューは最初に助産婦が行い、その後助産婦の紹介によって臨床心理士がある期間の後に2度目の面接を行った。

C. 研究結果

事例1：

31歳初産婦。出生前より18トリソミーと診断され、33週5日に自然経膈分娩となった。1330gの男児。出生1時間半に死亡。

《助産婦による面接（死別後2カ月）》

妊娠経過を振り返ると、羊水検査の結果が出るまでの間が辛かった。夫が羊水過多や染色体異常についての資料を持ってきてくれたことや、実母が「どんな子でも協力する」と言ってくれたことが心の支えになった。羊水検査の結果が18トリソミーと分かり、子どもは短命と言われたが「長生きの記録に挑戦しよう」と夫と泣きながら話し合ったことや、分娩時に夫が側に居てくれたことが母親を支えていた。児をNICUで母親の腕の中で看取ることができたことや、その後も病室で亡くなった子どもと夫と数時間過ごせたことは、子どもとの思い出を作るのに大切な時間であった。面接や人に会って今回の事を聞かれるのが怖かった。いつまでも悲しんでいても仕方ないので、アルバイトを始めることにしている。

《臨床心理士による面接（助産婦面接から3週間後）》

妊娠中の経過を振り返り、胎児の異常が分かるまで助産婦に「泣いても良いですよ」と言わ

れたが、入院中は周りの他の母親に気を使い思い切り感情を出すことができなかったことや、異常があると分かった後は、子どもがかわいいと思えなくなり、生まれてきて欲しくないと思ったことなどが素直な表現で語られた。しかし、生まれた後は、生きて生まれてきてくれたことに喜びと誇りを感じ「本当にかわいい子だった。すごく頑張ってくれた。」と子どもに対する愛情を示す言葉が聞かれた。退院後しばらくは、泣いてばかりいたことや、他人に会いたくない気持ちを持っていたが、時間が経つにつれ気持ち楽になっていたことが表現された。

事例2：

38歳初産婦。妊娠33週に胎盤早期剥離のため、緊急帝王切開で1972gの男児を出生。重症仮死のため3日目に死亡。

《助産婦による面接（死別後2カ月）》

妊娠7カ月で胎児に異常が見つかり、遠方の病院に移らなければならなかったこと。そのため妊娠が進むにつれ徐々に不安が大きくなったことが話された。入院中突然に児の心音が低下し、帝王切開を受けたが子どもが亡くなった。そのため、亡くなる前に子どもに会ったが、手術の後なので十分に悲しめなかったこと、子どもの写真が欲しかったことを家族に強く言えなかったことおよび夫がすぐに次の子どもを欲しがったことで、夫に不信感を持ったことなどが語られた。しかし、助産婦から大変な出産であったことや、家族が気を使って写真を逆に見せないことや、父親が次の子どもを望むことなども通常のことであると話され安心したようだった。病院の中では、助産婦の行き届いた看護に十分甘えられたと話していた。退院後は、近所の人に子どものことを聞かれ辛かった。夫から気持ちを思いやる言葉がかけてもらえないことに不満を感じていた。

《臨床心理士による面接（助産婦面接から3週間後）》

心も体も自分では今まで通りに戻ったような気がするが、でもふとしたことで赤ちゃんを亡くした事実よりも、その時の状況を思い出して涙ぐんでしまう。一番思い出すのは、帝王切開が終わって、麻酔が覚めた後の夫とのやり取りや、助産婦にケアをしてもらったことである。亡くなった子どもの写真を撮らなかったことは後悔している。しかし、実母が書いてくれた絵があるが、その絵を見るとたまらなくなるので家には置くことができなかった。もう少し落ち

着くまで待とうと思う。夫はすぐに普通の生活に戻り、気分転換ができるようで、自分よりも悲しみが癒える速度が違うような気がする。夫婦の間の心のズレを含め、一生に生活を続けて行く上での精神的な悩み事を多く表現し、問いかけてきていた。

事例 3 :

29歳経産婦、3歳の女兒が健在。出生前より児の心奇形が診断され、37週で3210gの女兒を自然分娩したが、心臓の手術後生後6日に死亡。

《助産婦による面接（死別後2カ月）》

妊娠を振り返ると、つわりから今回の妊娠は前回よりも辛いものであった。3歳の娘が夜泣いていると側に来て、「寂しいね」と慰めてくれる。入院する前に図書館などで、不整脈や心臓の奇形のことを調べた。夫とは、「お腹の子どもはどんな子どもであっても育てよう」と言うことで一致していた。お腹の中で亡くなるかも知れないと聞いていたので、生まれてから亡くなるとは思わなかった。赤ちゃんを抱いたのは分娩台だけだったので、子どもを持ったという実感がわからない。病院では1日30分の面会が朝と夕にあるだけで、手術後は5分だけの面会であり、おっぱいをあげることができず、赤ちゃんは点滴の栄養だけしか知らないで逝ってしまったことが悲しい。

《臨床心理士による面接（助産婦面接から2週間後）》

妊娠中から、赤ちゃんの心臓が悪いことが分かっていたので、「何をするにしても楽しめない」と夫に言っていた。超音波で子どもの姿が映っていても実感がわかず、気持ちは将来の不安ばかりであった。あまり良いことは考えられなかった。もう少し気持ちに余裕があって、生まれてくるのを楽しみにしてあげれば良かったと思う。亡くなってすぐは、周りも心配してくれたが、「生まれた？」という電話も結構入った。まもなく亡くなったことが分かると周りが気を使うのか連絡が来なくなってしまった。亡くなってすぐは、「自分がしっかりしなければ」と思っていたが、日が経つにつれやる気がなくなってきた。こちらが一番悲しいのに周りからは、「いつまでも悲しんでいないで」というような感じで受け取られているようであった。

D. 研究結果と考察

早期新生児死亡を経験した3人の母親に、

死別後約2カ月ごろに産科に入院中に関わりを持っていた助産婦が面接を行い、その2〜3週間後に臨床心理士が2回目の面接を行った。面接の場所は「子どもの亡くなった病院で面接するのは辛い」とのことで、別の場所で行われた。

メディカルな立場である助産婦との面接は、入院生活を共に過ごし、身体的・精神的なケアを受けたという関係から、妊娠期・出産期・産褥期の出来事の共有が説明を必要とせずにスムーズに会話に出るところから、具体的な質問や情報のやり取りの中で自然に母親の気持ちが表現されていた。たとえば、妊娠中の体の変化や亡くなった子どものお墓の扱い、夫の悲しい気持ちへの対応など、これまで同様の経験をした母親が少なくないことを情報として提供することにより、母親の持つ悩みが自分だけではないことが伝えられ、そのようなアドバイスのガイダンス的な視点で面接が行われたことが特徴と言えよう。

ノンメディカルな立場である臨床心理士の面接は、医療については母親ともども非専門家同士であり、病院で経験したことを外側から振り返るといった視点を共有していた。その時に感じたことや考えたことを否定されることなく、自然に表現してもらうことが可能な面接となった。母親は、助産婦との1回目の面接を振り返ることができ、自分の体験した出来事をさらに言語化し、気持ちの流れに沿った心的物語として語るが行われた。

長い時間育ててきた子どもの死であれば、親の悲しみの深さは一般社会にも比較的受け入れやすいが、新生児の死亡に対しては、「それほどでもない」と見なされてしまう傾向が考えられる。「いつもでも悲しんでいないで。また次があるから。」というような慰めの言葉は、母親にとっては亡くなった子どもを悲しむことを禁ずるようにとられ、また生まれてきた子どもをまるで無かったことにされるような感じに受け取られている。周囲からの十分な共感と理解が得にくく、母親からのサポートも求めにくいために、母親は孤立感を深め、しっかりと悲しむことができにくくなっている。このような状況にいる母親には、メディカルな立場からの現実的な情報提供が行われる面接とノンメディカルな立場からのじっくりと感情表現をして、受け入れてくる面接の両方が必要であることが伺えた。

以上より、直接医療に携わった助産婦や看護婦には、その医療内容および医療を通じて培った個人的なコンタクトを介したサポートのメリ

メリットがある一方、臨床心理士はそれらを超えた専門的なテクニックによるクライアントの心の問題を引き出すメリットがあり、周産期の

死をめぐる患者のサポートには、両者が必要であると結論される。

厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

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

小林 広美、上條 敦 東海大学大学院健康科学研究科
板垣 里美、船場久仁美 東海大学健康科学部

竹之下由香 聖マリアンナ医科大学神経精神科 財部盛久 琉球大学教育学部

研究要旨：これまでの母子関係の研究は、両者の行動水準での相互作用を客観的に分析する手法が主であったが、母子関係を基盤として形成されていく子どもの認知過程の内実に肉薄するには、行動水準のみならず母子双方の主観、および間主観の世界を視野に入れる必要がある。そこでわれわれは、母子コミュニケーションの破綻の要因について、乳幼児期の自閉症圏障害を対象に、①乳幼児の愛着パターン、②養育者の成人愛着表象をAdult Attachment Interview(AAI)によって評価するとともに、③母子コミュニケーションの質的検討を行った。その結果、養育者のAAI安定型では、愛着形成を促す治療介入が功を奏すると、急速に母子間の情動調律が改善し、コミュニケーションが深まっていくことが示された。しかし、AAI愛着軽視型(Dismissing type)では、子どもを行動水準で捉えやすく、子どもの行動の意図を察知することに困難さを示しやすいことがわかった。以上より、養育者自身の愛着表象の質が母子コミュニケーションの成立過程に大きな影響をもたらす可能性が示唆された。

A. 研究目的

これまでの母子関係の研究は、両者の行動水準での相互作用を客観的に分析する手法が主であったが、母子関係を基盤として形成されていく子どもの認知過程の内実に肉薄するには、行動水準のみならず母子双方の主観、および間主観の世界を視野に入れる必要がある（小林, 2000g）。

われわれは、乳幼児期における母子間のコミュニケーションの破綻をもたらす要因として、nature（個体素質）と nurture（養育環境）の間で相互にどのように影響し合っているかを、Mother-Infant Unit (MIU)（小林, 1998e）にて、関係障害臨床の立場から検討してきた。

本研究では、特に養育者の子どもに対して抱く内的表象（内的ワーキングモデル）の質的問題が子どもとの愛着関係に及ぼす影響を主に検討した。

B. 研究対象と研究方法

1. 研究対象

今回の対象はMIUにおける治療例で、年齢・性別による構成（表1）、臨床診断別構成（表2）、知的水準別構成（表3）を表に示した。

表1：治療開始時年齢／性別

性別	年齢（歳）						合計
	<1	1-	2-	3-	4-	5=<	
男性	0	2	5	6	5	0	18
女性	0	1	1	2	3	0	7
合計	0	3	6	8	8	0	25

表2：治療対象（ICD-10）

ICD-10 (F code)	性別		合計
	男性	女性	
自閉症 (F84.0)	10	5	15
その他の広汎性発達障害 (F84.8)	8	2	10
合計	18	7	25

表3：治療対象（知的水準性別）

性別	知的水準					合計
	正常	軽度	中等度	重度	最重度	
男性	4	6	7	1	0	18
女性	2	5	0	0	0	7
合計	6	11	7	1	0	25

遵守式発達検査結果（正常：DQ85<、軽度：50-84中等度：35-49重度：25-34最重度：0-24

2. 研究方法

われわれは、母子コミュニケーション破綻の要因の解明にあたって、乳幼児期の自閉症圏障害を対象に、①乳幼児の愛着パターン (Ainsworth's Strange Situation Procedure; SSP)、②養育者の成人愛着表象(Adult Attachment Interview; AAI)（小林・財部, 1998）を評価するとともに、各事例にみられる

母子コミュニケーションの質的検討を試みた。

C. 研究結果

1. SSPとAAI

① 乳幼児の愛着パターン (表4)

SSPによる分類では、安全型 (Secure type; B) 2例、回避型 (Avoidant type; A) 17例、アンビヴァレント型 (Ambivalent type; C) 6例、崩壊型 (Disorganized type; D) 0例で、回避型が最も多く68%を占めていた。

性別	attachment pattern				合計
	B	A	C	D	
男性	2	12	4	0	18
女性	0	5	2	0	7
合計	2	17	6	0	25

B:Secure, A: Avoidant, C: Resistant/ambivalent, D: Disorganized/disoriented

② 養育者の成人愛着表象 (AAI) (表5)

今回は母親23例にAAIを実施した。その結果、安定型 (Secure type; F) 10例、愛着軽視型 (Dismissing type; Ds) 7例、とらわれ型 (Preoccupied type; E) 6例、未解決型 (Unresolved type; U) 0例であった。

母親	AAI				合計
	F	Ds	E	U/d	
母親	10	7	6	0	23

③ 養育者のAAIと治療反応性 (表6)

養育者のAAIによって治療反応性がどのように関係しているかを検討した。その際、治療反応性は、治療後の母子間の情動調律の良否によって判定した。その結果、安定型やとらわれ型では治療反応性は良好であったが、愛着軽視型では7例中3例の治療反応が不良であった。

治療反応性	AAI				合計
	F	Ds	E	U/d	
良好	10	4	5	0	18
不良	0	3	1	0	4
合計	10	7	6	0	23

2. 事例検討

養育者のAAI安定型では、愛着形成を促す治療介入が功を奏すると、急速に母子間の情動調律が改善し、コミュニケーションが深まっていきやすいことが示された。しかし、AAI愛着軽視型では、子どもを行動水準で捉えやすく、子どもの行動の意図を察知することに困難さを示しやすいことがわかった。

具体的な治療経過からみた母子コミュニケーションの特徴について、1例のみ呈示する。本事例は、母親のAAIが安全型で、実際治療経過に

において、実に望ましい養育行動がとれていた。それにもかかわらず、養育者の子どもに抱く内的表象の質が容易に母子コミュニケーションの破綻をもたらしうることを示していたので、ここに取り上げた。

事例 K男 治療開始時3歳3ヶ月

臨床診断：自閉症 SSP：回避型 AAI：安全型
 なお、本事例の詳細については小林(2000g)の中の事例翔太を参照されたい。

治療開始直後から接近・回避動因的葛藤 (Richer, 1993) が顕著に認められたが、治療介入が功を奏してから、急速に母子間の愛着関係が深まり、母子交流は豊かに展開していた。次第に、K男自身の内的世界の広がり芽生え始めていた頃、治療開始後16ヶ月経過していた第49回セッションで、母親の目の前に様々な物を差し出して誇示するように、これは何かと言わせようとするのでした。母親が的確に反応してくれると機嫌がよいが、当たらないと不機嫌になり、顔を背けてしまいました。ブロックが沢山重ねられている治療室で、K男は半円形のブロックを二つ重ねて「ガー、ガー」といって、母親に分かってもらおうと誇示する仕草をするようになった。その時、なぜか母親はK男の要求に即座に回答できず、母親は寂しそうな申し訳なさそうにした。その時の母親のことは強い困惑と頼りなさを感じられた。するとそれまでの母親への積極的な行動が急速に後退し、回避的行動を取り始めた。

その時の心境を母親はセッションの終わりに次のように説明した。母親はブロックの合わせ目が気になっていただけで、母親は彼のこうしたブロックへのとられを受け入れがたいところがあったという。治療開始直後にK男はこのようなしてブロックを積み重ねる遊びに没頭していた。その際彼はブロックの継ぎ目を神経質なまでのきちんと合わせていたのが印象的であったが、そのような行動を母親は自閉的な子どもの特徴として捉えていたので、治療初期の状態を思い起こしていた。この時は母親に映ったK男の行動は、「またブロックをきちんと合わせるこだわりが始まったのかしら」という現実不安が高まっていたために、K男の無様式知覚の世界、すなわち相貌的な世界と一緒にいくことができなかつたのである。

D. 考察

母子治療による介入が功を奏すると、子どもに積極的な愛着行動が出現する。その際、養育者の愛着表象(AAI)が安全型であれば、子どもの行動の背後にある意図を容易に察知するこ

とが可能になり、母子コミュニケーションが進展していく。しかし、AAIが愛着軽視型ないしとらわれ型であると、子どもの行動を捉える際に、自己の愛着表象が投影され、否定的に捉えてしまう危険性が高い。さらに安全型のAAIをもつ養育者においても、具体的な事例に示したように、時に子どもの行動に対して過去の外傷的体験が投影されて否定的に捉える危険性が潜んでいることがわかった。ここに子ども自身の生物学的脆弱性による傷つきやすさを想定する必要があることが示された。

E. 結論

母子間のコミュニケーションが、子どもの愛着パターンのみならず、養育者の成人愛着表象の質にも大きく左右されることが示された。しかし、たとえ養育者のAAIが安定型であっても、子どもに対する不安の質によって、容易に母子コミュニケーションが破綻する危険性もはらんでいた。

以上より、養育者自身の愛着表象の質が母子コミュニケーションの成立過程に大きな影響をもたらす可能性が示唆された。

参考文献

- 1) Richer, J. M.(1993). Avoidance behavior, attachment and motivational conflict. *Early Child Development and Care*, 96, 7-18.

F. 研究発表

1) 論文発表

1. 小林隆児(1998a). 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(1998b). 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(1998c). 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(1998d). 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. 小林隆児 (1998e). 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*, 7(1), 1-10.
6. 小林隆児(1998f). アスペルガー—症候群. 今日の治療指針 1998年版—私はこう治療している. p.290, 東京, 医学書院.
7. 小林隆児(1998g). 自閉症の青年期発達と精神療法. 山崎晃資 (編) 発達障害児の精神療法. 東京, 金剛出版, pp.139-155.

8. 小林隆児 (1998h). 精神科治療技法ガイドライン (第2部) 治療技法: 小児期の精神療法. *精神科治療学*, 13(臨), 111-115.
9. Kobayashi, R.(1998). Perception metamorphosis phenomenon in autism. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52(6), 611-620.
10. Kobayashi, R. & Murata, T.(1998a). Behavioral characteristics of 187 young adults with autism. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52(4), 383-390.
11. Kobayashi, R. & Murata, T.(1998b). Setback phenomenon in autism and long-term prognosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(4), 296-303.
12. 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.
13. 小林隆児(1999a). 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*, 4(1), 63-75.
14. 小林隆児 (1999b). 自閉症の発達精神病理と治療. 岩崎学術出版社.
15. 小林隆児 (1999c). 関係障害臨床からみた自閉症理解と治療. *季刊発達*, 78, 22-35.
16. 小林隆児(1999d). 青年期・成人期の自閉症. (中根晃編). *こころの科学セレクション「自閉症」*. pp.115-134, 日本評論社.
17. Kobayashi, R. (1999a). Physiognomic perception, vitality affect and delusional perception in autism. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 53(5), 549-555.
18. Kobayashi, R. (1999b). Clinical study on emotional development in pre-adolescence and its disorders. In (JACAPAP Ed.), *Recent Progress in Child and Adolescent Psychiatry Vol.2*. pp.60-73, Springer-Verlag, Tokyo.
19. Kobayashi, R. (1999c). Autism: Recent perspectives. *Asian Medical Journal*, 42(6), 273-278.
20. 小林隆児 (2000a). 関係障害臨床からみた多動. *教育と医学*, 48, 28-35.
21. 小林隆児 (2000b). コミュニケーションの成り立ちからみた強迫性の起源—自閉症の関係障害臨床—. 小島秀夫・速見敏彦・本城秀次 (編). *人間発達研究と心理学*. 金子書房.
22. 小林隆児 (2000c). 社会情緒的発達と言語認知的発達をつなぐもの—自閉症の関係障害臨床—. *東海大学健康科学紀要*, 5(1), 9-17.
23. 小林隆児 (2000d). 関係障害臨床からみた学

- 習とその困難さ。石川 元 (編) 特集LD (学習障害) の臨床。現代のエスプリ398号, 102-110.
24. 小林隆児 (2000e). 関係障害臨床からみた自閉症の発達精神病理—接近・回避動因葛藤を中心に—. 小児の精神と神経, 40(3), 163-170.
25. 小林隆児 (2000f). 高機能自閉症. 小児内科, 32(9); 1350-1353.
26. 小林隆児 (2000g). 母と子のあいだを治療する—自閉症の関係障害臨床—. ミネルヴァ書房.
27. Kobayashi, R.(2000). Affective communication of infants with autistic spectrum disorders and internal representation of their mothers. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54(2), 235-243.
28. Kobayashi, R. (in print-a). Dual function of speech in communication with people with autism. Richer, J. & Coates, S.(Eds.), *Autism: Putting together the pieces*. Jessica Kingsley, London.
29. Kobayashi, R. et al. (in print-b). Early intervention for infants with autistic spectrum disorders in Japan. *Pediatrics International*.
2. 学会発表 (略)

厚生科学研究費補助金 (子ども家庭総合研究事業)

妊産褥婦に関わる技法：新たな人間理解モデルによるビデオ学習

崎尾 英子 国立小児病院心療内科・精神科

研究要旨：妊産褥婦の多くが経験する精神的困難を取り扱おうる人間理解モデルを示した。こちらは癒す側、相手は病む側という認識では、妊産褥婦の心理的需要に応じることはできない。医療に従事する側の「専門職」アイデンティティを包含しなおかつ超越する人間理解がどのようなものかを概説し、その理解に立った心的援助の実際の方法をビデオによって映像化した。

A. 研究目的

妊娠産褥期にある女性の多くの部分が分娩前後にさまざまな精神的困難を経験する。その困難をどう通過できるかが、その後の子育ての姿勢に影響し、延いては次世代を担う子どもの人間的成長に関わってくる。従って、それらの女性と接触する職種にいる人間が、苦悩を経験している女性にとって現実的に援助を提供できる資質を備えることが非常に重要となる。援助者がどのような内的条件や内的要素を満たせば「援助」となりうるかについての一つの方法を提示してみた。

B. 研究方法：この研究は以下の前提による。

1) 前提の1：「専門知識」では人間的な援助は難しい。

研究協力者は、この研究に参加する過程で、精神的困難を抱えた人間とどう付き合うかが研究に関わる人間に共通する課題であることを実感してきた。この課題は助産婦に限らず、産婦人科医や小児科医にも共通するものである。自分の専門職としてのノウハウが通用しない場合に、専門職にある人間の多くはどう振る舞ってよいのか分からなくなる。自分の表面的なア

イデンティティが通用しない場合に、どう「その場にいる自分」を保ってよいか分からなくなるためである。

援助される側（ここでは妊産褥婦）は通常之母的行動ができない、ということによる混乱を経過中であり、援助する側（ここでは助産婦その他の関係職種）が自分の「専門知識」が役に立たないという混乱に身をおく。換言すれば、援助される人間の問題と援助する側の問題とは根を一つにするとということである。

2) 前提の2：どの人間も表面に見せている以外のいくつかの顔を有する。

それは妊産褥婦の場合、子どもをうとうしく思う自分であったり、責任から逃れたい自分である。それらの「自分」は当人にとっては（そんな自分が居ることは許されない）と感じられるため、他者に対してはそれらの「自分」を隠そうとする。（まさにこの理由で多くの妊産褥婦が治療を受けない。）しかしそれらの「自分」は表面的な「自分」の制御から外れて姿を顕わす。これがうつ症状であったり、子育てノイローゼと呼ばれる状態である。

3) 前提の3：これまでの精神科的治療では、真の人間的援助とはならない。新しい視点が必要である。

人間にはいくつかの顔があるとしても、存在を許されている顔（表面に出ているアイデンティティ＝たとえば母親ならば母親としての顔）が、それ以外の「顔」への支配を強めることに重点が置かれていた。

治療者側にとっても同様のことがあてはまる。患者の前でどうしてよいのか分からなくなる「自分」はあってはならないとされており、専門的知識で武装したり、相手の状態を説明する言語を増やすことで治療者が自らのアイデンティティを守ろうとしてきた。

しかし、そのような治療者側の自己防衛的姿勢はますます援助を必要とする人間との間の気持ちの距離を広げていたと思われる。

4) 前提の4:「居てはならない自分」に、人間の内部に居場所を作ってもらうことに精神的援助の中軸がある。

焦ったり困惑している人間は往々にして呼吸が乱れたり、呼吸が浅く短いものになっている。ゆったりと深い呼吸に、「居てはならない自分」と「その居場所としての自分」とをつなぐ役割を果たしてもらおうのである。

このような考え方は言葉で説明されても、相手の「あたま」に入るばかりで実効性はない。治療者が自ら深呼吸をし、自分の内部の（どうしたらいいんだろう！）という焦りや悲鳴を鎮めるプロセスに入ることが、まず治療者側の「居てはならない自分」を自己の内部に統合し自己を鎮める。次に患者にも同様の深い呼吸をしてもらうことで、患者の内部にある自己否定の騒音を鎮静化させ、自らの内部での気づきを育てるプロセスを促す。

5) ビデオの内容

シナリオ構成は以下のごとくである。

①精神的援助の新しい方法の一つとして、このビデオの基本的な考え方が提示される。

人間には表面に出ているアイデンティティ以外の隠されたアイデンティティ（群）があり、後者の存在を許されないアイデンティティが、その人間内部に存在を許可されて統合されていくことが治癒プロセスである、という解説が最初になされる。

②精神的困難を抱えている妊産褥婦と治療者との面接場面。

最初に治療者が「専門職」というアイデンティティを表面に出して相手の心に触れようとしてもうまくいかない。

治療者は、自分が感じる困惑（どうしよう！）に対し、深く呼吸し、より深部にいる「自分」が不安な自分を許しなだめるプロセスに身を置いていく。

また治療者の前に身を晒し、「治療を要する人間」という定義をされたこと自体への恥辱を感じている人間に、どう（表面に出ている以外の顔も）居てよいのだ、という許可を与えるプロセスについても治療者が指示を与える。

③治療者は深呼吸をすることで、あたまで（どうしよう！）と叫ぶ焦りが鎮まり、表面に出せない悲しい自分や恐怖におののく自分（などの身体感覚）とが結び合わされていく経過を説明し、患者とともに深呼吸を始める。

やがて深呼吸を繰り返すことで患者の内的な気づきが育っていく経過が示される。

C. 研究結果

提出したビデオテープを参照していただきたい。

D. 考察

妊娠出産はそれを通過する女性にとって大きなアイデンティティ変化を経験する時期である。アイデンティティ変化は「子ども」から「赤ん坊の親」へ、「一人の女性」から「夫婦というペアの一方」に、原家族のメンバーから婚家のメンバーへという複数のレベルで同時に生じる。これは女性に深刻な人間的危機をもたらす。人間的危機にはそれまでの個人史で蒙ったトラウマが表面化しやすい。（それが多くの女性がマタニティー・ブルーを経験する所以であろう。）

この時期の妊産褥婦に関わる人々が人間的な援助を提供できれば以下のような広域の利益をもたらす可能性がある。

1) 育児される乳幼児への直接的影響

母親が精神的により安定した人間でいることは、高度情報化社会の混乱の渦に身を投じることになる子どもの基本的安心感を確立する上で非常に重要である。

2) 周囲の人間への影響

民主主義の普及に伴い、個人の内部にある複数の異なるアイデンティティがそれぞれ居場所を主張するさまが明らかになりつつある。「切れる」子どもの増加とは、抑圧された怒りは、その人間内部に在ってよいものとして居場所を創ってもらえるまで、条件が整えば暴発する機会を待っていることを示す。

妊産褥婦が育児ノイローゼのような形をとってトラウマを表現する場合、トラウマを抑圧されるべきものとして扱うのではなく、その人間の一部として受け入れられていくことの意義が周囲に認識されれば、周囲の人間のトラウマも治癒を求めて表面化する機会を得る。妊産褥婦の心理面での困難の軽減は、妊産褥婦を取り巻く人

間のメンタルヘルスの改善にもつながりうるものである。

3) メンタルヘルスに関わる職種の認識について

人間のメンタルヘルスを考慮する上で、近代医学が提供してきた機械論的人間モデルが有用ではないことは明らかになっている。こちら側(医療側)は相手(患者側)のどこか悪いところを指摘して取り除くという一方的な関わりは、相手側に問題がある、とする前提に立つ限り、相手の罪悪感を強化しやすく、援助とはなりにくい。また「専門的知識」に依存した援助の姿勢も、人間的なレベルで苦悩を抱えている患者の

信頼を獲得できない。

生きる上で必然的に生じるトラウマと、その延長上にある苦悩を、「あってはならないもの」としてではなく、「誰にでもあって当然」という認識で受け入れていくことを可能にする精神的援助の方法論を提供した。

本ビデオ制作にあたっては(株)テレマックのご協力を得ました。深く感謝します。

参考文献

1. スティーブン・ギリガン著、崎尾英子訳「愛という勇氣」言叢社 1997

刊行書籍又は雑誌名(雑誌のときは雑誌名、巻号数、論文名)	刊行年月日	刊行書店名	執筆者氏名
Journal of Affective Disorders. 58, Postnatal depression in Japanese women Detecting the early onset of postnatal depression by closely monitoring the postpartum mood.	2000	Elsevier	H.Nakano, et al.
日母医報 周産期とリエゾン精神医学	印刷中	日本母性保護産婦人科医会	中野仁雄
産科と婦人科67巻 妊娠中の精神疾患—産前うつ病	2000年1月1日	診断と治療社	岡野禎治
産科と婦人科67巻 妊娠中と産後のパニック障害	2000年2月1日	診断と治療社	岡野禎治
産科と婦人科67巻 精神科母子ユニット	2000年3月1日	診断と治療社	岡野禎治
産科と婦人科67巻 月経周期と関連した女性の精神障害	2000年4月1日	診断と治療社	岡野禎治
産科と婦人科67巻 メンタルヘルスケア	2000年4月1日	診断と治療社	岡野禎治ほか
臨床精神医学講座S7巻 産婦人科における精神科的問題 産後精神病	2000年4月30日	中山書店	岡野禎治
産科と婦人科67巻 地域における母子精神保健サービス	2000年5月1日	診断と治療社	岡野禎治
最新精神医学19巻 内分泌検査と診断	2000年5月25日	世論時報社	岡野禎治
産科と婦人科67巻 人工中絶に関連した心理学的影響と精神疾患	2000年7月1日	診断と治療社	岡野禎治
ペリネイタルケア19巻 産後精神障害の診断と治療	2000年7月1日	メディカ出版	岡野禎治
産婦人科治療81巻 周産期女性のうつ病	2000年7月	永井書店	岡野禎治
産科と婦人科67巻 周産期における摂食障害の診断と治療	2000年8月1日	診断と治療社	岡野禎治
産科と婦人科67巻 ドメスティック・バイオレンスと女性のメンタルヘルス	2000年9月1日	診断と治療社	岡野禎治
産科と婦人科67巻 妊娠と物質乱用障害	2000年10月1日	診断と治療社	岡野禎治
産科と婦人科67巻 女性特有の腫瘍とメンタルヘルス	2000年11月1日	診断と治療社	岡野禎治
産科と婦人科67巻 産婦人科領域におけるコンサルテーション・リエゾン精神医学	2000年12月1日	診断と治療社	岡野禎治ほか
臨床精神医学29巻 産後うつ病	2000年	アークメディア	岡野禎治
女性心身医学会雑誌5巻 産後うつ病の現状と治療—生物学的要因と社会心理学的要因の関連から—	2000年	日本女性心身医学会	岡野禎治
産婦人科研修医ノート マタニティブルーズ	2000年	診断と治療社	岡野禎治
図説産婦人科VIEW39巻 偶発合併症妊娠—精神疾患	2000年	メジカルビュー	岡野禎治
新女性医学体系32巻 精神疾患	印刷中	中山書店	岡野禎治
産褥 マタニティブルーズ、産後うつ病、産褥精神病	印刷中		岡野禎治
産婦人科疾患看護のための最新医学講座18巻 産褥期精神病	印刷中	中山書店	岡野禎治
教育と医学48巻 関係障害臨床からみた多動	2000年1月		小林隆児
人間発達研究と心理学 コミュニケーションの成り立ちからみた強迫性の起源—自閉症の関係障害臨床—	2000年	金子書房	小林隆児
東海大学健康科学紀要5巻 社会情緒的発達と言語認知的発達をつなぐもの—自閉症の関係障害臨床—	2000年		小林隆児
現代のエスプリ398号 関係障害臨床からみた学習とその困難さ	2000年		小林隆児
小児の精神と神経40巻 関係障害臨床からみた自閉症の発達精神病理—接近・回避動因葛藤を中心に—	2000年9月	アークメディア	小林隆児
小児内科32巻 高機能自閉症	2000年9月		小林隆児
母と子のあいだを治療する—自閉症の関係障害臨床—	2000年12月25日	ミネルヴァ書房	小林隆児
Psychiatry and Clinical Neurosciences 54, Affective communication of infants with autistic spectrum disorders and internal representation of their mothers.	2000		Kobayashi, R.
Pediatrics International 43, Early intervention for infants with autistic spectrum disorders in Japan	In print		Kobayashi, R. et al.
Autism: Putting together the pieces. Dual function of speech in communication with people with autism.	In print	Jessica Kingsley	Kobayashi, R.
看護のための最新医学講座15巻 妊娠による母体の変化—精神・心理的变化	印刷中	中山書店	金澤浩二ほか