

親が子どもを拒絶する、不安を抱える、怒りを感じるという精神的レベルでの問題が媒介となって、エスカレートすれば虐待に至る可能性は十分に考えられるため、それを未然に緩和する試みが必要である。近年、産後うつ病とボンディング障害の関連が示されており（Brockington, 2003；山下, 2003）、うつ病の中核症状である楽しみや興味の喪失が乳児との関わりの場面で反映されることが分かっている。また、産後うつ病の発症契機として産科合併症などのストレスイベントが示されている（Kumar, 1984）。しかし、ボンディング障害と妊娠中の母親の心理的要因との関連を直接扱った研究は十分ではない。本研究において、妊娠期の抑うつや胎児愛着がボンディング障害の予測因子として明らかにされたことは、妊娠期からの早期介入の有効性を示す意義深い結果であり、母子関係障害のリスク評価の指標になり得るだろう。

次に、本研究において、妊娠中の経済状況や産科的要因は出産後の母子の愛着形成や虐待的行為への影響が見られなかった。一般的には、虐待やネグレクトなどの養育上の問題は、経済的・社会的に恵まれない家族に多く起きることが分かっており、身体的虐待を受けた子どもは年収が1万5000ドル以下の家族から生まれる割合が12倍も高いという結果もある（Sedlak & Broadhurst, 1996）。しかし、本研究において経済的要因と虐待やボンディングとの関連が見られなかったのは、日本は諸外国と比べて社会経済格差が小さいこと、家族状況が比較的良いことが影響していると考えられる。また、本研究の対象者は大学附属病院の産婦人科に通っている母親という、経済的に比較的裕福であり、妊娠・出産への意識が比較的高い母親という特性を持っている。そのため、海外における研究の対象群に比べて、本研究の対象者の社会経済状況はそれほど劣悪ではない可能性があり、従来の研究で指摘された社会経済的地位や望まない妊娠が虐待やボンディングに影響しなかった可能性が考えられる。

最後に、本研究で注目すべき結果として、妊娠中の精神的リスクが「お尻をたたく」「子どもを無視する」などの行動レベルでの虐待的行為には直接的な影響が見られなかったことがあげられる。つまり、母子の情緒的絆の形成という感情レベルでは比較的連続してリスクとなるものの、妊娠中の抑うつや胎児愛着のリスクが後の虐待行為に結びつくことは示されなかった。これは、諸外国に比べ、日本ではま

だ虐待の頻度が少なく、子どもを取り巻く状況が比較的良いことが影響していると考えられる。また、従来の研究では、出産後の抑うつの高さやうつ病と身体的虐待の関連が示されていることから (Chaffin et al, 1996 ; Kotch et al, 1999), 行動レベルでは、妊娠中よりも出産後や育児中の抑うつが大きナリスクとなる可能性がある。今後は、妊娠中および産後のリスク要因との関連を明らかにし、どの時期に見られるどのようなリスク要因が行動レベルでの虐待に強く影響するのかについて具体的に検討していく必要があるだろう。

本研究の結果は、妊産婦の精神面に対する配慮を十分に行うことの重要性を示すものである。現在、臨床実践場面では、産後うつ病の患者の事例を「育児困難」「親子関係の障害」の事例として位置づけ、産後早期から心理的介入を行った事例も見られる (上別府・小野・呉, 2002)。今後は、産後のみでなく、妊娠中に抑うつの高い母親や、胎児への愛着を持ちにくい母親に対しては、将来の育児機能を妨げるリスクグループとして把握し、サポートの必要な妊産婦に対しては家庭訪問など早期の心理的介入を行うことが重要であろう。また、妊娠中の不安や抑うつ、胎児へのアンビバレントな感情がリスクとなって胎児虐待に至る可能性もあるため (Kent et al, 1997), 虐待予防を含めた心理的支援を子どもの誕生前から積極的に行っていくことが有意義である。

## 本研究の限界

本研究では、一般群のサンプルにおいて明らかにされた妊娠期の心理的リスク要因から、連続的な特性として、育児期に臨床的に問題となる母親の妊娠期リスク要因を推定することを試みた。そのため、対象者の中に必ずしも臨床的に問題となるような虐待やボンディング障害が認められるわけではない。今後は、ハイリスクのグループや虐待治療プログラムに参加する母親など、より臨床群に近い対象者に範囲を広げて、その特徴や一般群との違いについてさらに検討していく必要がある。

また、予防的介入を目指すにあたって、夫のサポートが得られるかなどの家族状況も重要な要因になると考えられるため、今後は家族要因も含めて縦断的検討を行っていくことが必要であろう。

## 脚注

※1) 対象者は68名であるが、尺度によって欠損値が見られるため、61～68名までの変動がある。また、家族の年収は未記入が多く、得られたデータ数は51名である。

## 引用文献

- Brockington, I. F., Oats, J., George, S., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, M., Loh, C. & Murdoch, C. (2001) A Screening Questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 3, 133-140.
- Brockington, I. F. (吉田敬子訳) (2003) 母子間のボンディング形成の障害の診断的意義. *精神科診断学*, 14(1), 7-17.
- Cappell, C., & Heiner, R. B. (1990) The intergenerational transmission of family aggression. *Journal of Family Violence*, 5, 135-152.
- Cazdow, S. P. & Armstrong, K. L. (1999) Stressed parents with infants: Reassessing physical abuse risk factors, *Child Abuse & Neglect*, 23(9), 845-853.
- Chaffin, M., Kelleher, K. & Hollenberg, J. (1996) Onset of physical abuse and neglect: Psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse & Neglect*, 20(3), 191-203.
- Cindy, L. M., & Robin, D. P. (1999) *Child maltreatment: An Introduction*. Sage Publications, Inc.
- Condon, J. T. & Corkindale, C. (1997) The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 359-372.
- Daro, D., & McCurdy, K. (1994) Preventing child abuse and neglect: Programmatic interventions. *Child Welfare*, 73, 405-430.
- Finkelhor, D., & Dzuiba-Leatherman, J. (1994) Victimization of children. *American Psychologist*, 49, 173-183.
- Honjo Shuji, Arai, Shiori, Kaneko Hitoshi, Ujiie Tatsuo, Murase Satomi, Sechiyama Haya, Sasaki Yasuko, Hatagaki Chie, Inagaki Eri, Usui Motoko, Miwa Kikuko, Ishihara Michie, Hashimoto Ohiko, Nomura Kenji, Itakura Atsuo, & Inoko Kayo (2003) Antenatal depression and maternal fetal attachment.

- Psychopathology*, 36, 304-311.
- 福田一彦・小林重雄 (1973) 自己評価式抑うつ性尺度の研究. *精神神経学雑誌*, 10, 673-679.
- 上別府圭子・小野和哉・呉 太善 (2002) 子どもを愛せないと訴えた母親の事例—心理療法をサポートシステムによる援助— *児童青年精神医学とその近接領域*, 43(1), 64-77.
- (Kiyoko Kamibeppu, Kazuya Ono, Taizen Go, The care of a mother who complained that she could not feel love for her baby: Psychotherapy and a support system)
- 金子一史・本城秀次・村瀬聡美・野邑健二 (2004) 母親から子どもへの愛着形成—心理社会的検討— *小児科臨床*, 57, 1273-1279.
- (Kaneko Hitoshi, Honjo Shuji, Murase Satomi, Nomura Kenji)
- Kent, L., Laidlaw, J. D., Brockington, I. (1997) Fetal Abuse. *Child Abuse & Neglect*, 21(2), 181-186.
- 小泉武宣 (2001) 低出生体重児に対する虐待予防対策. *小児科*, 42(3), 306-313.
- (Takenobu Koizumi)
- Kitamura T, Shima S, Sugawara M, Toda MA. (1994) Temporal variation of validity of self-rating questionnaires: repeated use of the General Health Questionnaires and Zung's Self-rating Depression Scale among women during antenatal and postnatal periods. *Acta Psychiatr Scand*, 90, 446-450.
- Kotch, J. B., Browne, D. C., Dufort, V. & Winsor, J (1999) Predicting child maltreatment in the first 4 years of life from characteristics assessed in the neonatal period. *Child Abuse & Neglect*, 23(4), 305-319.
- Kumer, R. & Robson, K. M. (1984) A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47.
- Kumer, R. (1997) "Anybody's child" severe disorders of mother-infant bonding. *British Journal of Psychiatry*, 171, 175-181.
- 松野郷有実子・水井真知子・相田一郎・武井明 (2004) 育児不安を抱えた母親に対するグループ・ケアの試み. *小児保健研究*, 63(4), 453-458.
- (Yumiko Matsunogo, Machiko Mizuno, Ichiro Aida, Akira Takei, Group

Psychotherapy for Women with Difficulties in Mothering)

Nayak, M. B. & Milner, J. S. (1998) Neuropsychological functioning : comparison of mothers at high-and low-risk for child physical abuse. *Child abuse & Neglect*, 22(7), 687-703.

Pollock, H. & Percy, A. (1999) Maternal Antenatal Attachment Style and potential fetal abuse, *Child Abuse & Neglect*, 23(12), 1345-1357.

Sedlak, A. J., & Broadhurst, D. D. (1996) Third national incidence study on child abuse and neglect. Washington, DC:U. S. *Department of Health and Human Services*.

内山 絢子 (2000) 児童虐待の実態分析 現代刑事法, 18, 15-23.

鈴宮 寛子・山下 洋・吉田 敬子 (2003) 出産後の母親にみられる抑うつ感情とボンディング障害—自己質問紙を活用した周産期精神保健における支援方法の検討—, *精神科診断学*, 14(1), 49-57.

(Hiroko Suzumiya, Hiroshi Yamashita, Keiko Yoshida)

Wekerle, C., & Wolfe, D. A. (1998) Windows for preventing child and partner abuse: Early childhood and adolescence. In P. K. Trickett & J. Schellenbach (Eds) *Violence against children in the family and the community* (pp339-369) Washington, DC: *American Psychological Association*.

山下 洋 (2003) 産後うつ病と Bonding 障害の関連 *精神科診断学*, 14(1), 41-48.

(Hiroshi Yamashita)

Zung, W. W. (1965) A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

Table 1 母親の就労状況 (生後2年時)

	人数	割合
専業主婦	54	79.4%
育児休業中	1	1.5%
パート就労	7	10.3%
フルタイム就労	5	7.4%
未記入	1	1.5%

Table 2 子どもと遊ぶ時間 (生後2年時)

	人数	割合
4時間以上	27	39.7%
3時間くらい	10	14.7%
2時間くらい	19	27.9%
1時間くらい	6	8.8%
30分	5	7.4%
未記入	1	1.5%

Table 3 家族形態 (生後2年時)

	人数	割合
核家族	54	79.4%
同居	13	19.1%
その他	1	1.5%

Table 4 関連変数の相関

		妊 娠 期							
		生 後 2 歳							
		胎児愛着			抑うつ		虐待傾向		
		ボンディング障害							
		全体	否定的感情	怒りと拒否	自信と不安	子への攻撃			
妊 娠 期	胎児愛着	—	-.10	-.10	-.25 *	-.26 *	-.12	-.30 *	-.02
	抑うつ	-.10	—	.16	.34 **	.35 **	.21	.31 *	.20
2 歳	虐待傾向	-.10	.16	—	.39 ***	.30 *	.39 **	.27 *	.48 ***

\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

Table 5 抑うつ陽性群と抑うつ陰性群における平均値比較

	陽性群 (N=29)		陰性群 (N=32)	d f	t 値
ボンディング障害	51.57 11.82	>	45.47 9.19	59.00	2.25 *
虐待傾向	30.64 4.77		29.63 6.49	58.00	0.63

下段は標準偏差を示す

\*\*\*  $p < .001$  \*\*  $p < .01$  \*  $p < .05$

Table 6 胎児愛着高群と胎児愛着低群における平均値比較

	高群 (N=35)		低群 (N=28)	d f	t 値
ボンディング障害	44.49 7.74	<	50.04 11.91	61.00	-2.23 *
虐待傾向	29.09 5.61		30.3 6.28	60.00	-0.80

下段は標準偏差を示す

\*\*\*  $p < .001$  \*\*  $p < .01$  \*  $p < .05$

## 親行動および抑うつについての自己評価表作成の試み

名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター・教授

氏家達夫

### 1. 親行動について

#### 目的

この研究の目的は、親行動スクリーニングテストの開発とそれを活用した親行動の自己評価システムの開発である。

現在、乳幼児をもっている親の中に親として適切な養育行動をうまくとれない親が数多く存在している。そのような親に対して、具体的に問題点を伝え、そして必要に応じて親としての適切な行動を形成するための教育的アプローチをすることが、親に対するもっとも実質的な育児支援になると考えられる。そのような試みは、親の育児能力を向上させるだけでなく、育児に対する負担感や自分自身に対する不信感や不安を軽減する効果ももつと考えられる。

親の不適切な行動は、子どもの心身の健康な発達にさまざまな悪影響を及ぼす。最近の乳幼児精神医学の進展や発達障害に対する早期療育体制の充実にともない、子どもの発達上の問題を早期発見するためのスクリーニングテストが開発され、子どもの発達上の問題を早期に発見し、的確に対応する上で大きな効果を上げてきている。しかし、乳幼児精神医学や発達心理学的に重要な問題の多くは、養育環境の劣悪さや不適切さによって生み出される。したがって、子どもの発達上の問題を予防し、解決するためには、子どもの問題を早く見つけることだけではなく、なるべく早く養育環境の問題を見つけ出し、必要な改善を図ることが非常に重要になる。

しかし、実際に健診や発達相談の場で利用できる、親行動の問題点を多角的に測定するための簡便で、妥当性の高いツールは存在していない。また、育児に自信を持ってない親に対して、具体的に問題点を指摘し、その問題を改善するための情報提供の仕組みや教育プログラムは存在していないといってもよい。そこでこの研究では、親行動の問題を多角的に測定し、その結果に基づいて親に的確な情報を提供し、親自身による親行動の問題のセルフモニタリングのための仕組みを開発する。



## 方法

### 調査対象者

調査対象は、名古屋市近郊の T 市に在住する母親であった。4 ヶ月、1 歳半、3 歳の健診参加者、2 歳児の「すくすく教室」の参加者、それに保育園児の母親である。回答者は 1,118 名であった。調査対象の平均年齢は 30.73 歳(年齢範囲は 19 歳～53 歳、SD は 4.45)であった。子どもの性別は、女兒が 567 名、男児が 527 名、無回答その他 24 名であった。第 1 子が 570 名、第 2 子が 395 名、第 3 子が 101 名、第 4 子以降が 19 名、無回答その他が 33 名であった。初産年齢は、20 歳未満が 48 名、20 歳～24 歳が 300 名、25 歳～29 歳が 517 名、30 歳～34 歳が 209 名、35 歳以上が 37 名、無回答は 7 名であった。初産の平均年齢は 26.45 歳 (SD4.25) であった。

## 変数

### 親行動尺度

親行動を 4 つの側面で捉えた。各 3 項目で、合計 12 項目。それに、ポジティブ項目を加えて 20 項目とした。各側面の質問項目は以下のとおりである。関わり方がわからない：子どもの期限の変化が予測できず、困ったこと；子どもをどうしつければよいのかわからなくなったこと；子どもにどう関わればよいのかわからなかったこと。子どもに対する腹立ち：子どもにまどわりつかれて、腹が立ったこと；子どもが泣き、腹が立ったこと；子どもが失敗したことで、腹が立ったこと。子どもに対する拒否感情：子どものせいで、生活が不自由になったと思ったこと；子どもがいなければよいのに、と思ったこと；子どもの世話をするのが面倒だと思ったこと。体罰・意地悪：子どもをからかったり、意地悪したりして、子どもの機嫌を壊してしまったこと；口でいってもわからないので、体罰を与えたこと；子どもを叩いたりつねったり冷たい仕打ちをしてしまったこと。

### 夫への不満

夫への不満は、夫は話を親身になって聞いてくれない、夫を頼りにしていない、結婚生活に満足していない、の 3 項目で測定した。

### ストレス

ストレスは、子育てやお子さんのことで悩みや困り事がある、自分自身のことで悩みや困り事がある、まわりの人とのことで悩みや困り事がある、むしゃくしゃしたときお子さんにあたることもある、毎日の生活で精一杯で心に余裕がない、の 5 項目で測定した。

### 傷つきやすさ

傷つきやすさは、何かあると考え込んでしまう、いろいろなことを要領よくこなす(逆転)、周りの人に気がねしてしまう、パニックになりやすい、些細なことでもよくよする、の 5 項目で測定した。

### ストレス

結果と考察

親行動の4側面の度数分布

親行動の4つの側面（関わり方がわからない、子どもに対する腹立ち、子どもに対する拒否感情、体罰・意地悪）の度数分布を表1に示した。

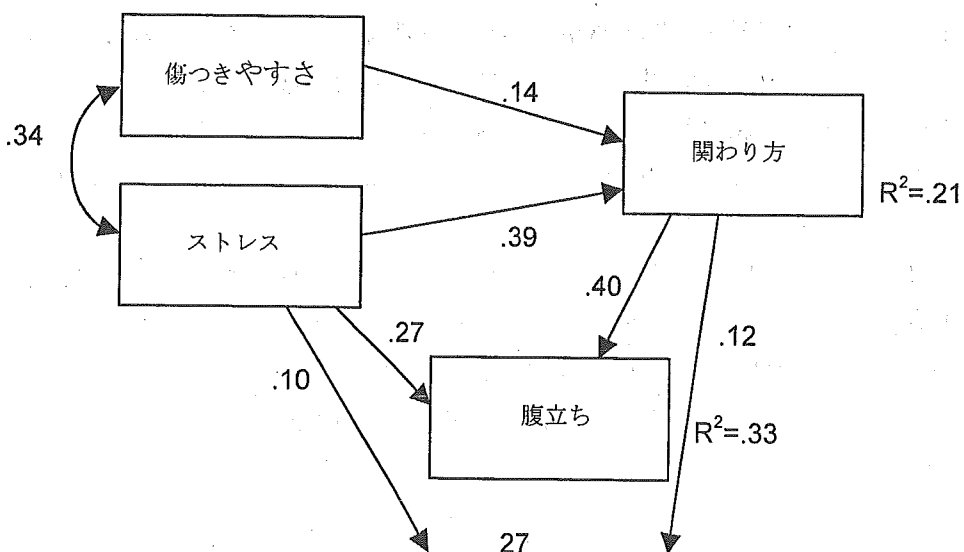
親行動の問題の発生モデル

子どもに対する拒否感情と体罰・意地悪を従属変数とし、母親の年齢、子どもの年齢、抑うつ、ストレス、傷つきやすさ、夫への不満、子どもに対する腹立ち、関わり方がわからない、を予測変数としてパス解析を行った。その結果、子どもに対する拒否感情と体罰・意地悪を1つのモデルに組み込むことができなかったため、2つのモデルを立てた。

モデルのテストに、構造方程式モデルを用いた。

表 1-1. 親行動の4側面の度数分布

	体罰	拒否	腹立ち	関わり方
0	284 (26.5%)	390 (36.2%)	125 (11.7%)	157 (14.7%)
1	194 (18.1%)	192 (17.8%)	130 (12.2%)	166 (15.5%)
2	173 (16.1%)	200 (18.6%)	179 (16.7%)	177 (16.6%)
3	127 (11.8%)	115 (10.7%)	160 (15.0%)	174 (16.3%)
4	119 (11.1%)	67 (6.2%)	146 (13.7%)	128 (12.0%)
5	58 (5.4%)	39 (3.6%)	108 (10.1%)	93 (8.7%)
6	68 (6.3%)	31 (2.9%)	104 (9.7%)	73 (6.8%)
7	30 (2.8%)	20 (1.9%)	46 (4.3%)	45 (4.2%)
8	7 (0.7%)	6 (0.6%)	28 (2.6%)	31 (2.9%)
9	13 (1.2%)	16 (1.5%)	43 (4.0%)	25 (2.3%)
計	1073	1076	1069	1069



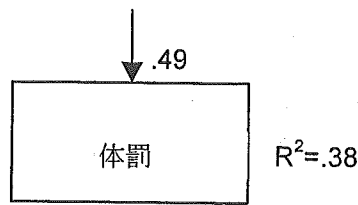


図 1-1. 体罰・意地悪のパスモデル

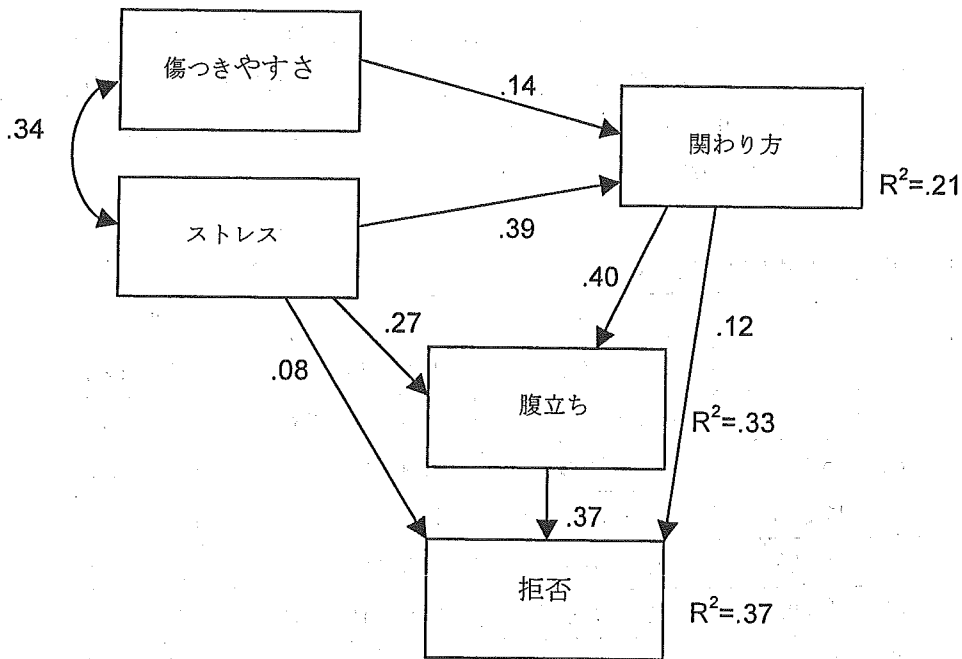


図 1-2. 子どもに対する拒否のパスモデル

いずれのモデルも、適合度が十分に高く、満足できるモデルであることが示された。

このモデルから、子どもに対する拒否感情や体罰・意地悪は、おもには子どもに対する腹立ちから起こると予想される。子どもに対する腹立ちは、それを構成する項目の内容から判断して、おそらく子どもの問題が関与していると思われる。

モデルから、子どもに対する拒否感情や体罰・意地悪が、子どもにどのように関わったらいいかかわからないという問題とストレスによっても引き起こされていることがわかる。したがって、子どもとの関わり方についての情報提供、たとえば子どもの信号の読み方とか子どもの扱い方についての情報提供やそれを実行するためのスキル学習や練習の機会の提供が効果的であろう。

腹立ちや子どもとどう関わっていいかわからないという心理の背景には、累積したストレスがある想像される。ストレスが、子どもに介入するタイミングや介入方略を誤らせる可能性もあるから、ストレスの低減と効果的な対処の習得も必要だろう。

度数分布からわかるように、子どもに対する腹立ちは相対的に多くの母親で経験されて

いる。したがって、おそらく腹立ちをなくすことはむずかしい。むしろ、腹が立っても不適切な行動をとったり感情をもったりしないための条件を考えた方がよいかもしれない。

#### 親行動の判定基準

母親に、自身の親行動の問題をフィードバックするためには、親行動の問題を一定の判定基準で判別する必要がある。そこで、分布と得点の意味にもとづいて、子どもに対する拒否感情と体罰・意地悪を、問題のない水準（安全）、少し問題がある水準（黄信号）、問題がある水準（赤信号）の3つに分類する基準を決めた。

子どもに対する拒否感情と体罰・意地悪はそれぞれ0～9に分布する。問題のない水準は、0～2に設定した。1項目あたりの平均が1未満であり、該当する行動がほとんど見られないことを意味している。少し問題のある水準は、3～5に設定した。この値は、1項目あたりの平均が1以上2未満であり、該当する行動が数回まではいかないが1・2回以上あったことを意味している。問題がある諮詢は、6以上に設定した。この値は、1項目あたりの平均が2以上であり、該当する行動が数回以上あったことを意味している。

表 1-2. 体罰・意地悪および子どもに対する拒否感情の判定基準別頻度

	体罰	拒否
安全	652 (60.8%)	782 (72.7%)
黄色信号	304 (28.3%)	211 (19.6%)
赤信号	119 (11.1%)	73 (6.8%)
計	1073	1076

体罰・  
親は約  
なり問題

が、過去1ヵ月の間に1・2回以上子どもに体罰を与えたり冷たい仕打ちをしたりすることになる。

体罰・意地悪に比べて、子どもに対する拒否感情はやや少なく、黄色信号以上の母親は約25%であった。それでも、4人に1人は、過去1ヵ月の間に1・2回以上、子どもに対して拒否感情をもったことになる。

意地悪の黄色信号以上の母親は約40%になる。この数値はか  
かもしれない。10人に4人

表 1-3. 子どもに対する腹立ちと体罰・意地悪および子どもに対する拒否感情の関係

		子どもに対する腹立ち		
		0～2	3～5	6～9
体罰・ 意地悪	安全	364 (84.7%)	227 (55.5%)	52 (23.6%)
	黄色信号	57 (13.3%)	158 (38.6%)	85 (38.6%)

	赤信号	9 (2.1%)	24 (5.9%)	83 (37.7%)
子どもに 対する拒 否感情	安全	387 (89.3%)	306 (74.8%)	82 (37.3%)
	黄色信号	39 (9.1%)	94 (23.0%)	84 (38.2%)
	赤信号	4 (0.9%)	14 (3.4%)	55 (25.0%)

子どもに対する拒否感情と体罰・意地悪との関係で、子どもに対する腹立ちの判定基準値を決めた。子どもに対する腹立ちの基準値は、安全が 0~2、黄色信号が 3~5、赤信号が 6 以上。

表 1-3 からわかるように、子どもに対する腹立ちが安全圏の場合、体罰・意地悪も拒否感情も、大部分が安全圏に収まる。子どもに対する腹立ちが黄色信号の場合、体罰・意地悪と拒否感情のいずれも、黄色信号の可能性が高まる。体罰・意地悪では、13.3→38.6で、およそ 3 倍に跳ね上がるし、拒否感情も 9.1→23.0 で 2 倍強になる。子どもに対する腹立ちが赤信号の場合、体罰・意地悪と拒否感情のいずれも赤信号になる可能性が高まる。体罰・意地悪では、2.1 と 5.9→37.7 になってしまうし、拒否感情でも、0.3 と 3.4→25.0 になる。関わり方がわからない、の判定基準は、0~2 であれば安全、3 と 4 であれば黄色信号、5 以上なら赤信号というものである。

表 1-4. 関わり方がわからないと子どもに対する腹立ちとの関係

		関わり方がわからない		
		0~2	3~4	5~9
子どもに 対する腹 立ち	安全	294 (59.4%)	92 (30.1%)	43 (16.2%)
	黄色信号	171 (34.5%)	145 (48.7%)	94 (35.5%)
	赤信号	30 (6.1%)	61 (20.5%)	128 (48.3%)

ストレスも子どもに対する腹立ちを予測する要因であると考えられたが、(モデルの係数の低さから予想されるように) あまりセンシティブな要因ではないようである。ストレスの判定基準は、抑うつのとときと異なった値を設定した方がよいようだ。ストレスが 0~2 では安全、3 と 4 で黄色信号、5 で赤信号である。

表 1-5. ストレスと子どもに対する腹立ちの関係

		ストレス		
		0~2	3~4	5
子どもに 対する腹 立ち	安全	474 (90.1%)	276 (73.0%)	57 (48.3%)
	黄色信号	32 (6.1%)	74 (19.6%)	39 (33.1%)
	赤信号	20 (3.8%)	28 (7.4%)	22 (18.67%)

## 親行動の自己診断シートのイメージ

上述の結果にもとづいて、親行動についての自己診断シートの構成を想定すると、次のようになる。第 1 に、子どもに体罰を与えているかどうかと子どもに対して拒否感情を持っているかどうかを直接質問する必要はないかもしれない、ということ。まずは、子どもに対する腹立ちが低ければ、子どもに体罰を与えたり子どもを拒否したりしている可能性はとても低いということになる。一方、それが高ければ子どもに体罰を与えたり拒否したりしている可能性が高いことになる。

第 2 に、子どもに対する腹立ちは、ストレスで生まれる場合と関わり方がわからないために生まれる場合がある。それぞれの要因の高さを知ることによって、必要なアドバイスが違っていると予想される。ストレスが多いために子どもに腹を立てやすくなっているとすれば、問題を予防したり解決したりするのに、まずは母親のストレスを解消することを考えることが有効だろう。一方、関わり方がわからずにイライラしている場合には、母親に必要な知識やスキルを与えることが重要となる。

## 2. 抑うつについて

### 抑うつの尺度

抑うつの測定には、10 項目を用いた。家族や友だちから励ましてもらっても気分が晴れないということがありますか、憂鬱だと感じることがありますか、何をしてもおっくうだと感じることがありますか、過去のことについてくよくよ考えてしまうことがありますか、やるべきことがあるのに手につかないことがありますか、毎日が辛いと思いますか、急に泣き出したくなることがありますか、悲しいと感じることがありますか、みんなが自分を嫌っていると感じることがありますか、まわりの人がよそよそしい（自分に冷たい）と思うことがありますか。

回答形式は、全くない、少しある、かなりある、いつもある、の 4 点尺度であった。採点に当たっては、全くない→0、少しある→1、かなりある→2、いつもある→3 とした。10 項目の合計点を抑うつ得点とした。抑うつ得点の度数分布を表 2-1 に示した。

表 2-1. 抑うつ得点の度数分布

	度数	有効パーセント	累積パーセント		度数	有効パーセント	累積パーセント
0	137	12.63	12.63	14	15	1.38	94.10
1	127	11.71	24.33	15	9	0.83	94.93
2	109	10.05	34.38	16	9	0.83	95.76
3	107	9.86	44.24	17	8	0.74	96.50
4	95	8.76	53.00	18	9	0.83	97.33
5	86	7.93	60.92	19	5	0.46	97.79
6	74	6.82	67.74	20	6	0.55	98.34

7	75	6.91	74.65	21	5	0.46	98.80
8	53	4.88	79.54	22	3	0.28	99.08
9	52	4.79	84.33	23	1	0.09	99.17
10	35	3.23	87.56	24	1	0.09	99.26
11	21	1.94	89.49	25	1	0.09	99.35
12	23	2.12	91.61	28	1	0.09	99.45
13	12	1.11	92.72	30	6	0.55	100

### 抑うつ の基準値について

基準値を 8 と 9 の間に設定する。根拠は、20 項目版での基準値 16 点の半分。

この基準によれば、抑うつ的な人はサンプルの 20%にも及ぶことになるが、この数値はおそらくそれほど高いものではない。

### 抑うつ の発生モデル

抑うつ の発生モデルとして、先行研究やこのサンプルでの相関パターンから、図 2-1 に示したモデルを想定した。その結果、抑うつ がストレスの量、傷つきやすさ、夫への不満の 3 要因でかなりよく説明できることがわかった。

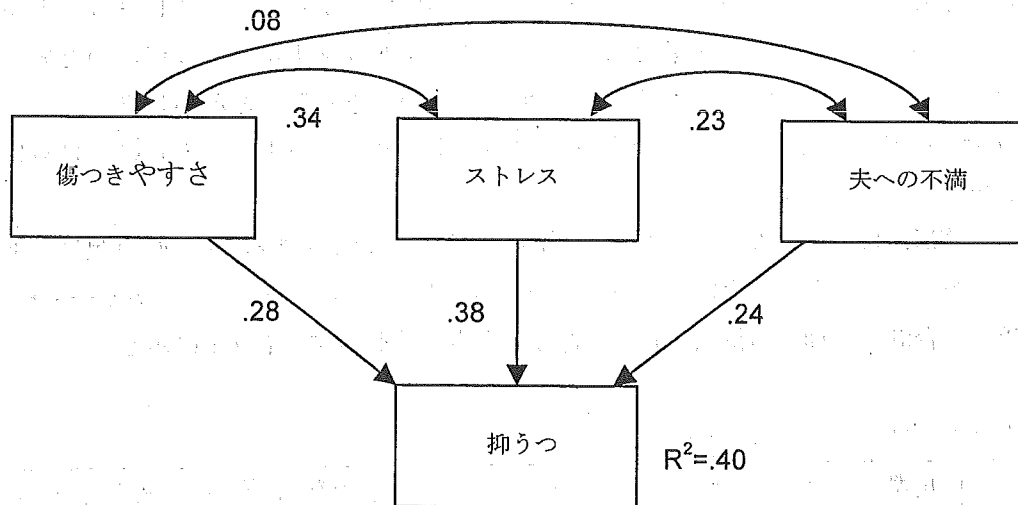


図 2-1. 抑うつ の発生モデル

このモデルにしたがえば、抑うつ的な人を、ストレスの量、傷つきやすさ、夫への不満の 3 要因で予測することができる。

そこで、わかりやすさと作業の単純化を狙って、ストレスの量、傷つきやすさ、夫への不満の 3 要因を 2 分割（高、低群）した。ここで、夫への満足が他の 2 要因と効果の方向が反対になるので、2 分割にあたり高低が逆にした。分割の基準はそれぞれ次のとおりで

あった。

ストレスの量と傷つきやすさはいずれも 0-3→1 (低)、4-5→2 (高)、夫への不満 (満足していると高得点になるので、得点を逆転させた) は 3→1 (低)、0-2→2 (高)。

ストレスの量の 2 群の比率は、1 が 70.1%、2 が 29.9%。傷つきやすさは、1 が 70.2%、2 が 29.8%。夫への不満は、1 が 81.2%、2 が 18.9%。

次に、抑うつ得点に対して、2 分割した 3 要因のクロス集計 (ストレスの量×傷つきやすさ×夫への不満) を行った。その結果を表 2-2 示した。

3 要因ともない人 (少ない人) の抑うつ率は 5.6%。どれか 1 つだけが高い人の抑うつ率は 10%台になる。ストレスだけの人で 20%、傷つきやすさだけでは 13.6%、夫への不満だけだと 19.4%。2 つの要因が高い人たちでは、抑うつ率は 40%前後に跳ね上がる。ストレスと傷つきやすさでは 44.7%、ストレスと夫への不満では 40.5%、傷つきやすさと夫への不満では 34.8%。3 要因とも高い人では抑うつ率が 81.8%にもなる。

表 2-2. ストレス、傷つきやすさ、夫への不満と抑うつとの関係

ストレス	傷つきやすさ	夫への不満	非抑うつ	抑うつ	抑うつ率%
低群	低群	低群	421	25	5.6
		高群	50	12	19.4
	高群	低群	102	16	13.6
		高群	15	8	34.8
高群	低群	低群	84	21	20.0
		高群	25	17	40.5
	高群	低群	47	38	44.7
		高群	8	36	81.8

#### 抑うつの自己診断シートのイメージ

上述の結果にもとづいて、抑うつについての自己診断シートの構成を想定すると、次のようになる。第 1 に、抑うつそのものを測定しなくてもよいかもしれない、ということ。3 要因を質問し、その回答を一定の基準で分類して、1 つも高がないとすれば、抑うつの恐れは低いといえる。2 つ高がある場合には要注意。3 割から 4 割の人が抑うつ的である可能性が高い。3 つとも高い人は、抑うつ的であると判断してよい。

第 2 に、高い要因によって、アドバイスが違ってくる、ということ。

それぞれのケースで考えられる対応の方向性は次のとおり。

ストレスだけが高い人：ストレスの軽減とストレス処理能力の増加を図る措置が必要であろう。

傷つきやすさだけが高い人：自分で抱え込みすぎないようにすること、自己効力感 (自

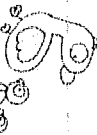
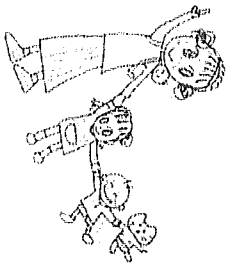


信)をもつようになること、などが必要だろう。

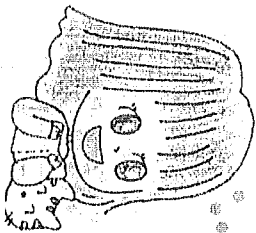
夫への不満だけが高い人：単に手助けがないだけではない可能性がある。むしろ、夫婦関係の問題（葛藤の存在）である可能性がある。しかし、この問題に対する介入は非常にむずかしいかもしれない。

※

# 私の子育て見つけよう!



このアンケートは、あなたの子育てタイ  
 プを知ろうとするものです。良い・悪いでは  
 なく、これからの子育てに生かしていけるよ  
 うな内容になっています。この機会に、自分  
 の子育てを再確認してみませんか？



東海市役所こども課  
 お問い合わせ：東海市

子育て総合支援センター

TEL:052-689-1177

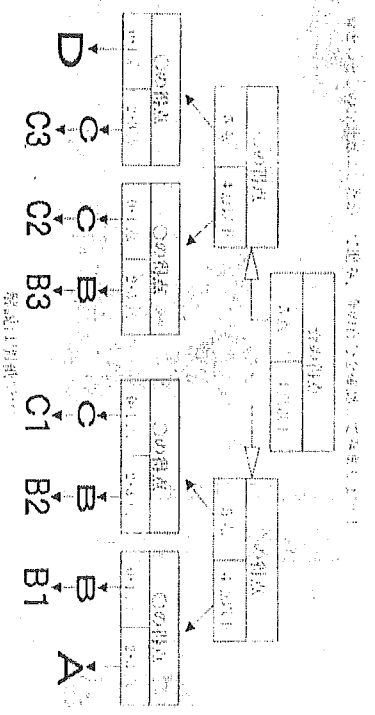
FAX:052-689-2630

## 2. 自分について知ろう?

子育てに関する「これ!」は、あなたが「これ!」を「これ!」と認識しているかどうかを、ご自身の経験からご記入ください。

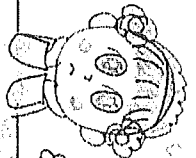
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
○	△	◇	□	◇	○	△	◇	□	◇	○	△	◇	□	◇

自分のタイプを見つけよう!!



# 県内版

誰かに話を聞いて欲しいとき・・・子育て総合支援センターにお出かけ下さい。あわさき村保健福祉センター 2階



## 相談したいとき

- 育児・妊婦相談 (個別毎月市本本曜日) 妊娠相談、子育て下調べ、産褥生活指導
- 子育て電話相談 Tel:052-6889-7600 子育て総合支援センター
- 健康サポートライオン Tel:052-6889-1680 保健婦、栄養士、歯科衛生士が担当
- 家庭児童相談室 Tel:052-689-1889 家庭内の虐待や人間関係、児童虐待等の相談

- 親子・父子相談 Tel:052-603-2111 ひとり親家庭の自立支援相談
- 女性のための悩み事相談 子育て期、産後、妊婦問題に方 Tel:052-694-9191 子育て専門員 Tel:052-694-9191
- 教育相談 Tel:052-42-66300 学校生活等の相談 青少年センター
- 育児もしもしキヤノン Tel:052-48-0355 お問い合わせは本県保健医療総合センター(2F) 個別相談 TEL:052-211-900



## あわさきに行こう

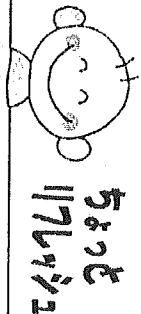
- 子育て広場 (予約不要) しあわせ村、加木屋市民館、勤労センター
- 子育てサロン (申込制) 地域の女性の場です
- 親子遊び方教室 市内各児童館で実施
- 児童館 地域の居場所です

## 育感に気づく

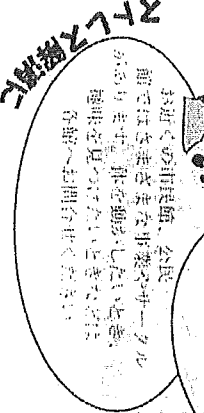
- 子育て育児講座 (紙見直し) 子育ての悩みや疑問を解決
- 幼児期家庭教育セミナー 『子どもとまめカール』 (紙見直し) 子どもの発達や子育ての悩みを解決

## 友達を作ろう

- 保育園子育てサークル 地域の子育ての仲間を作りたいときは、各保育園にお問い合わせ下さい



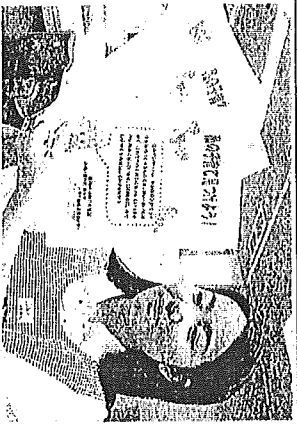
### ちびと いっしょに



## ネットを解禁に

お近くの市民館、公民館 前ではまだ大きな事業やサークルがあまりありません。解禁を覗いてみたいとき、趣味を夏まつりに使えば、お祭り・お問合せください

- 緊急一時保育 市内各児童館 保護者の病気やリハビリのための緊急一時保育
- ファミリー・サポート・センター 子育ての手助けをして欲しい人、手助けしたい人の双方に有利な助成金がある



## 子育ての傾向チェック 母親向け自己診断シート

子育ての傾向の心 子育ては、親の心と子育ての傾向が大きく関係しています。子育ての傾向を知ることで、子育ての悩みを解決することができます。

子育ての傾向を知ることで、子育ての悩みを解決することができます。

子育ての傾向を知ることで、子育ての悩みを解決することができます。

子育ての傾向を知ることで、子育ての悩みを解決することができます。

子育ての傾向を知ることで、子育ての悩みを解決することができます。

平成17年度 厚生労働科学研究費（子どもか低層剛健級事業）

（分担）研究報告書

## 母親の抑うつと母親から子どもへの愛着に関する縦断研究 妊娠中期から産後1ヶ月まで

分担研究者 金子一史

名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター

### 【問題と目的】

従来、出産後の母親は精神的に不安定になりやすいことは、広く知られていた。なかでも発症頻度が高く臨床的介入が必要なものに、産後うつ病がある。産後うつ病の頻度は、およそ10-15% (Kumar et al., 1984; Watson et al., 1984) とされている。

これに対して、妊娠期は出産後に比べて比較的安定していると考えられていた。しかし近年の研究では、妊娠期も出産後と同様に母親は精神的に不安定になりやすい事が示されている。研究用診断基準 (the Research Diagnostic Criteria) を用いた研究では、妊娠期における母親のおよそ10%が、うつ病の診断基準を満たした (Kitamura, et al., 1993; O'Hara, et al., 1984)。加えて、妊娠期のうつ病は、産褥期のうつ病に比べて頻度が高いという報告もある (Demyttenaere, et al., 1995; Gotlib, et al., 1989; Evans, et al., 2001)。日本においては、妊娠期の抑うつに関する研究はいくつかみられる(萩野ら, 2006; Kitamura et al., 1993, 1996a; Sugawara et al, 1999; Honjo et al., 2003)。ところが、妊娠期から産後まで追跡して検討しているものは、極端に少ない。

一方、母親から子どもへの愛着形成については、妊娠期から既に始まっており、妊娠期の胎児への愛着は、出産後の愛着を予測する (Cranley, 1981; Condon et al., 1997)。また、妊娠産褥期の抑うつは、胎児および乳児への愛着の形成を阻害することが示唆されている (Buist et al., 2003; Condon et al., 1997; 萩野ら, 2006; Nagata et al., 2000)。近年問題となっている児童虐待の背景には、両親から子どもへの愛着形成の要因も関与している事を考慮すると、両親が子どもに対して形成する愛着の問題は重要であるに