

2022 年 7 月 10 日

第 58 回日本周産期・新生児医学会学術集会

シンポジウム 2: 両親のメンタルヘルスと新生児虐待  
発表演題

新生児虐待のある

新生児ボンディング障害事例に対する支援技法

How to support a case considered to be at risk of neonatal abuse

# 新生児虐待のある新生児ボンディング障害事例に対する支援技法 ～事例と解説～

羽田彩子<sup>1,2,3</sup>、大橋優紀子<sup>4</sup>、馬場香里<sup>5</sup>、佐藤昌司<sup>6</sup>、北村俊則<sup>1,2,7,8</sup>

- 1 こころの診療科きたむら醫院
- 2 北村メンタルヘルス研究所
- 3 国立精神神経研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部
- 4 城西国際大学看護学部
- 5 東京都医学総合研究所 社会健康医学研究センター 心の健康ユニット
- 6 大分県立病院
- 7 北村メンタルヘルス学術振興財団
- 8 名古屋大学大学院医学系研究科 精神医学 親と子どもの診断学分野

### うつ病は児童虐待の危険要因ではない

アメリカの統計では、児童虐待のケース数は、18歳未満の被害者の10%は1歳未満で、1歳未満の児童虐待ケースのうち39%は生後1か月以内、33%は生後1週間以内の事例である。生後1週間以内の虐待の中で、最も頻度が高いのは、生まれたその日および翌日である (CDC, 2008)。虐待死亡事例の約半数は乳児であり、日齢0日での死亡事例も毎年報告されている。Stith, et. al., (2009) のメタ解析によると、親の特徴の中で児童虐待の危険要因として大きな影響が認められた項目は、「怒りの感情と過剰反応」であり、不安、抑うつ、精神疾患はそこまで影響を認めず、むしろ重要なのは、「親が子を問題だと認識」することや、「家族内葛藤」や「家族凝集性の低さ」である。さらに児童虐待の世代間伝播の効果について、Pears and Capaldi (2001) によると、親世代の被虐待体験と彼らのうつ病・PTSDは、彼らの子どもに行われる虐待に対して交互作用を有していた。うつ病・PTSDがある親のほうが子への虐待を行いにくく、被虐待体験のある親が自分の子どもに虐待を行うのは、うつ病・PTSDが存在しない場合に限られていたのである。児童虐待において、親の「抑うつ」だけに着目するのは、木を見て森を見ず、である。

### ボンディング障害とその治療

わが子をかわいと思えない—わが子（胎児を含む）に対する陽性感情の欠如あるいは強い陰性感情をもつ状態をボンディング障害 (bonding disorder) と呼ぶ。ボンディング障害が精神医学の領域で発表されたのは1997年であり (Kummer, 1997)、以降、多くの研究がなされている。このボンディング障害が、虐待の素地になることが、いくつかの研究で示されている (北村ら, 2014; 大橋ら, 2014; Ohashi, et. al., 2016)。また、産後の抑うつとボンディング障害の相関を示す研究は数多く報告されているが、抑うつとボンディングの因果は明らかではなく、母親と父親の気分の状態がそれぞれのボンディング障害にどのような影響を与えるかは今後の研究課題である。

臨床では先行するボンディング障害に続いて、二次的に気分障害を生じるケースが存在する。ボンディングの問題は、親子・家族の関係や子どもの成

長・発達に悪影響を及ぼす一方で、当該女性（男性）にとって心理的な苦痛を伴う体験となることを忘れてはならない。したがって、当該女性（男性）にとって、うつ病その他の精神疾患の治療と同等、あるいは、それ以上にボンディング障害の治療は重要である。

では、ボンディング障害の治療は？というところ、明確な診断基準もない上に、実は確立された治療法は存在しない。カンガルーケアやベビーマッサージのような Skin-to-skin contact がボンディングの改善に効果あるという報告 (Feldman, et. al., 2002; 2003) はあるが、どのようなタイプのボンディング障害に効果があるのか、詳細を検討する必要があるだろう。また、ソーシャルサポートの量が少なく質が悪いとボンディングが悪いという報告があり (Ohara et. al., 2017)、ソーシャルサポートを充実させることは有効かもしれない。したがって、現時点では、実際の臨床場面においては、行動療法的な、カンガルーケアを中心とした育児支援やペアレンティングのトレーニングを行い、同時並行で個別の心理療法、家族心理療法を行うことが不可欠である。さらに他職種連携を基本とする社会的資源を活用し、個々の状況に合わせたアプローチが必要である。

### **ボンディング障害の治療は急性期医療である**

子どもの健やかな成長・発達、ひいては次世代にわたる子育てにとって、新生児期からの温かで適切な養育の重要性は言うまでもない。ボンディング障害が子どもの養育環境に悪影響を及ぼすことは明白である。著しく不良な養育環境が生後6か月を超えて長引くと、子どもの成長・発達においてさまざまな悪影響が生後数年にわたって認められる (Rutter, 2009)。したがって、できるだけ短期間で親子関係が改善するよう、ボンディング障害が発見された時点から、集中的に治療を行う。いわば、ボンディング障害の治療は急性期医療である。一方で、重度なボンディング障害で、一定期間治療を行っても改善がみられず、将来的に子どもの養育が難しいと判断される場合には、子どもにとっての最善の利益を優先し、里親制度や特別養子縁組など、社会的養護を検討する必要がある。臨床的にはその子どもが1歳の誕生日を迎える前に結論を出すことが望ましい。最善を尽しても治療的效果が得られない

場合に備えて、速やかに次の策に移行できるよう、ボンディング障害の治療と社会的養護とを、両睨みで方針を立てて治療を進める場合もある。

### 母親へのケアだけでは不十分

ボンディング障害に対しては、母親へのケアだけでは不十分である。母親にボンディング障害が存在する場合に、母親だけに支援を行っても、改善は期待できない。その母親と生活を営むパートナーへの支援は不可欠である。さらに、母親であっても父親であっても、ボンディング障害がある場合には新生児期の虐待が起こりやすく、新生児や乳児期の虐待に関連する背景要因は、父母で異なる（馬場・片岡, 2017）。積極的に父親に会う機会を作り、父親を対象にした支援も検討が必要である。両親がいる家族については、カップル療法が大変有効であり、看護技法に取り込むべきである。

### 第一発見者が責任を持とう：ボンディング障害の支援技法

Matsunaga et. al. (2017) の研究では、産後5日目の「赤ちゃんへの気持ち質問表」によるボンディング障害のスクリーニングの陽性者は、そのカット・オフ・ポイントを3点/4点とした場合に、実に32%にもものぼる。明日、あなたの目の前にボンディング障害の事例が現れるかもしれない。そのときあなたはどうするだろうか？

ボンディング障害の女性（あるいは、男性、家族）の情報を最も多く持っていて、コンタクトが取れているのは、第一発見者の当人である。そのため、第一発見者の対応としては、訓練された技術を持ってその場で治療を開始するのが適切である。つまり、身体疾患における Basic Life Support (BLS) と同じように、ファーストエイドを行うことであり、初動が肝要なのである。その技術は、周産期医療スタッフが習得可能なものである。ここからは、架空事例でボンディング障害の支援技法を解説する。

母親：檜山千佳さん、38歳、初産、産褥4日（退院前日）、もと保育士。

《面接場面》産科病室。ナースコールを受けた助産師が、病室を訪室する。

【】 助産師の対応

## 《》 母親の心理

助産師：失礼します。**【氏名で呼ぶ】** 檜山さま、どうなさいましたか？

母親：さっきまで、この子ずっと泣いてて。何度もおっぱいをあげたり、おむつも替えたり……。一度泣き出すと、何やっても泣き止まないんですよ、この子！それで、今、やっと、おっぱいを飲ませて何とか落ち着いたんですけど。でも、きっとまたすぐに起きて泣き出すと思います。私、疲れてしまって……。この子、預かってもらえますか？昨日の夜もほとんど寝てないし。ちょっとこの子と一緒にいるのきついです。

助産師：**【着席する】** 確かに、檜山様の赤ちゃん、とっても元気な泣き声ですものね。

母親：《**赤ちゃんがイライラしていると感じる**》元氣って言うか……。何か、すっごくイライラしてくるんです。もう黙ってよ！って思います。

助産師：**【プローブ：強調】** もういい加減に黙ってよ！って、イライラする……。

母親：そうです。

助産師：**【プローブ：コメント・質問】** そのお気持ち、もう少し詳しく、聞かせていただけますか？赤ちゃんが泣いているとき、檜山さんはどのように感じられるのですか？

**ここまでの場面の解説：** 心理支援の基本は面接者がクライアントに**共感**することである。共感とは、相手の心の世界に入って理解し、その理解したことを相手に伝える能力である。そのためには多くの情報を集めなければならず、**傾聴**することで、相手を理解でき、共感できる。この紙面には表現できていないが、**座ってクライアントの目を見てじっくりと話を聴く姿勢**や、うん、うん、と**頷きながら話を聴く**、**重要な場面では身を乗り出す**、**クライアントを名前で呼ぶ**、等は傾聴の基本姿勢であり、**非言語的にも話を聴く姿勢**が大切である。共感するには、様々なテクニックがある。そのテクニックのひとつは、**プローブ**である。プローブには、話をさせて問題を明らかにするための**コメント**、もっと話せるように助ける**質問**、直前の応答に焦点を当てたり、注意を促したりするために繰り返している**強調**、「ええ」、「それで？」「でも？」など、話を聴きながら合いの手を入れて話を促進する**プロンプト**などがある。

母親の「イライラする」という発言で母親の子どもに抱く感情に気付いた面接者が、さらに子どもに対してどのように感じるのか、「そのお気持ち、もう少し詳しく…」と質問し、話を促進している。この事例のように、子どもの泣きに対して訴える母親の様々な感情は、ボンディングを検討する上で重要である (Hada, et. al., 2021; Hada, et. al., 2022)。

母親：泣きはじめは、お腹がすいたのかと思っておっぱいをあげて、おむつを替えたりして。それで泣き止めば良いんですけど……。昨日の夜もそうだったんですけど、おっぱい飲ませてお腹いっぱいになったはずだから、もう寝るだろう、と思ってベッドに寝かすとすぐ起きて。それも何度も何度も！

助産師：【プローブ:強調】何度も何度も……。

母親：そう。昨日の夜はずっとその繰り返して、全然寝てないんです。一度泣き始めると、この子、「きゃーっ」て感じて、甲高い声で泣くから、すごく耳障りなんです。それで、この子の泣き声聞いてたら、だんだんイライラしてきて。

助産師：【プローブ:プロンプト】だんだんイライラしてきて、それで？

母親：あんまり泣くから……。《赤ちゃんから自分が攻撃されている知覚》自分がこの子に振り回されてる気がして。こんな生活がずっと続くと思うともう、ウンザリ！「なんでそんなに泣くのよ！《揺さぶられっ子症候群》私をそんなに困らせないでよ！何で私ばかり我慢しなきゃいけないの！？」って。さっき、この子を何回もゆすってしまいました。

助産師：【プローブ：強調】強くゆすってしまったのですね？

母親：そう……。《投影性同一視》この子、私のことが嫌いなんです。だからこんなに泣くんです！甲高い泣き声も、この子が私を・私を嫌ってるからなんです！私のことが嫌いだから、邪魔をしてくるんです。《回避焦点対処行動》疲れたから寝たいと思っても邪魔するし。子どもなんて産むんじゃなかった……。妊娠する前に戻りたい……！

**ここまでの場面の解説：** プローブの質問、強調等のテクニックを使ってさらに話を促進し、母親の持つ赤ちゃんから自分が攻撃されている知覚や、子ど

もを強く揺すってしまったという事実が明らかになった。ここで助産師は「強く揺すってしまったのですね」と強調し、その事実のみに焦点を当てている。もしも、ここで助産師が「なぜ子どもを揺すったりしたのですか？」と訊ねたとしたら、どうだろうか？口調にもよるだろうが、母親は「自分の行為を批判された」と感じるかもしれない。母親はそれ以上は語るまいと、口を閉ざしてしまうかもしれない。母親の「さっき、この子を何回もゆすってしまいました」という発言に対して、その行為を否定したり批判したりせずに、母親が自らの行動の背景にある思考や感情に気付くよう促している。

その直後の母親の発言では、様々な心理的メカニズムが語られているのである。「この子が私を嫌っている」というのは防衛機制のひとつである投影性同一視と判断できる。人は不快な感情や衝動が出た場合、それを直接感じる事が苦痛なため、無意識のうちに他の形に転化する。これを防衛機制という。事例の場合、強く泣いて、泣き止まない赤ちゃんに対して攻撃心が出てきたが、我が子を憎む感情は耐え難いため、その感情を相手である赤ちゃんに投影（転嫁）し、自分が赤ちゃんを憎んでいるのではなく、赤ちゃんが自分を憎んでいると感じるのである。そうであれば、母親に攻撃性を向ける赤ちゃんを母親が憎んだとしても、自然で許されると「合理化」できるのである。次に、「疲れたから寝たい、子どもなんて産むんじゃなかった、妊娠する前に戻りたい」というのは回避焦点型対処行動である。ストレス理論では、ストレスに暴露されたときに人は意識できる形で対応を図る。ここには問題焦点対処、感情焦点対処、回避焦点対処がある。回避焦点対処は、この事例にあるように、現実でないことを空想したり、一時的な（しかし根本解決にはつながらない）「気晴らし」を行うことである。回避焦点対処は一時的に心的安定を導くのでよく取られる対応である。

助産師：妊娠する前に……。【プローブ:質問】 檜山さん、ご妊娠なさる前は、  
確か、お仕事は……。

母親：……保育士をしていました。

助産師：そうですよね。檜山さんがご妊娠なさって間もない頃に、助産師外来  
でお目にかかって。保育士さんだって、おっしゃっていたのを覚えてい

ます。

母親：・・・でも、辞めました。

助産師：お辞めになったのですね。【プローブ:質問】それはまたなぜでしょう？

母親：《心理症状としての悪阻》つわりもひどかったし。つわりが治ったと思ったら、今度は切迫になって。仕事も休みがちになって。通勤も遠かったし・・・。それに・・・。

助産師：【プローブ:プロンプト】それに？

母親：《ソーシャルサポートの不足》夫は仕事が忙しくて。夫には頼れないから・・・。

助産師：【プローブ:質問】ご主人様はどんなお仕事をなさってるんですか？

母親：パソコンの設計です。ほとんど在宅なんですけど。でも一旦、自分の部屋のパソコンから会社のシステムに入って仕事を始めると、なかなかそこから離れられないみたいで。

助産師：【プローブ:コメント】ご主人がおうちにいても、頼れる雰囲気ではないんですね？

母親：《一人ぼっちで育児している感覚》《不安定な成人アタッチメント》そうですね。仕事の邪魔をするのも・・・きっと迷惑だろうから・・・。でも、自分の子どもは自分で・・・保育園に行かせるよりは自分がお世話をすべきだと・・・。子どものそばにいるべきだと思っていたんです。子どもには寂しい思いをさせたくないで・・・。自分は保育士だから子どもの世話も慣れているし。夫が仕事を中断してまで手伝ってくれたりしなくても、別に私ひとりでも大丈夫って、そう思っていました。でも・・・。

助産師：【プローブ:プロンプト】でも？

母親：子どものお世話は慣れているはずで、授乳をするのも、抱っこをするのも、あやすのも、寝かしつけるのも、もっとうまく出来るはずで、子どものお世話は楽しいはずだったのに・・・。でも自分の子は全然違う。イライラを乗り越えて、爆発しちゃうんです。かわいいなんて、とても思えない・・・。

助産師：自分の子にイライラして、かわいいと思えなくて・・・。【感情の共

感】ご自分が責められているような、そんな感覚もおありでしょう？

**ここまでの場面の解説：**ここでは、プローブの質問、コメント、プロンプトのテクニックを使って、妊娠初期には悪阻が存在していたことや、ソーシャルサポートの不足、一人ぼっちで育児している感覚、不安定な成人アタッチメントパターンが明らかになった。十分な情報を得て、やっと、母親がどのような感情を抱いているのか理解でき、「自分の子にイライラして、かわいいと思えなくて・・・。ご自分が責められているような、そんな感覚もおありでしょう？」と、この場面になって、初めて共感している。これが**基本的共感**である。なお、悪阻は消化器の症状であるが、精神症状の一部であるとする証拠も挙がってきている (Kitamura et al., 2022)。

母親：そう。(大きく頷く)。《赤ちゃんから自分が攻撃されている知覚》この子が泣いているときは、あなたにお世話はムリよ！母親失格ね！保育士失格ね！と、そう言われているような気分です。こんなはずじゃなかった・・・！こんなんで、家に帰って・・・ひとりで・・・。もし、この子とふたりきりになったら・・・。私、またきっと、イライラしちゃう。《一人ぼっちで育児をしている感覚》今度は、子どもの首を絞めそうな感覚で・・・。子どもは大好きだったはずなのに・・・子どもが好きだから保育士の仕事をしていたのに・・・。私、おかしいですよね・・・？

助産師：【深い共感】子どもが大好きで、保育士さんになって・・・自分の子どものお世話も完璧にできていると思っていた・・・。でも、実際には、泣き止んでくれない自分の子に、どうして良いか途方に暮れて、イライラする気持ちすら出てきて。ふたりきりになったときにイライラしてしまったらどうしよう、と怖くなって。こんな気持ちで子どものお世話をするなんて自分には無理だ、と、投げ出したくなるんですね？

母親：そう・・・。《回避焦点対処行動》子どものお世話を投げ出したくなります。本当はもっともっと、ちゃんとお世話できるはずだったのに。

**ここまでの場面の解説：**基本的共感を示したことでさらに感情表出が促進されて、母親が気付いていなかったさらに深い部分の感情や思考の探索を始めている。そこで助産師は、今までの会話の中で集めた情報から、さらに深い共

感を示している。基本的共感は「〇〇という体験（経験）があって、△△と考えて（△△と行動し）、それで、×××と感じられたのですね。」と、体験（行動）→思考（行動）→感情が基本的な構造である。クライアントは順不同に体験、思考（行動）、感情を語るの、それらを整理して言語的に表現し、クライアントに伝えることが共感なのである。深い共感のテクニックは、クライアントのパーソナリティー的な特徴や対人関係のパターン、対処行動のパターンや防衛機制などの、そのクライアントの感情的な反応や思考のパターンのアセスメントのもとに、クライアントが気付いていなかった感情を面接者が推察して、基本的共感よりもさらに深い水準の共感を示すことである。

助産師：なるほど……。保育士さんの仕事は、檜山さんにとって、どんなところが魅力的なのですか？【プローブ:質問】

母親：……。どんなところ……。うーん……。《人生の価値観》子どもって、すごくいろんな意味で大人を必要としてるんですよね。それに応えていくことにすごく充実感があって。

助産師：【プローブ:プロンプト】ええ、ええ。

母親：《人生の価値観》その子の親の代わりにはなれないけれど、でも、私はその子の成長にとって必要なことをして、私のしていることが、この子の成長に結びつくんだ、助けになるんだ、と思うと、とってもやりがいがありました。

助産師：【プローブ:コメント】なるほど。それが保育士の仕事の魅力なのですね。

母親：はい。

**ここまでの場面の解説：**ここで助産師は「保育士さんの仕事は、檜山さんにとって、どんなところが魅力的なのですか？」と、質問し、保育士の仕事の魅力を母親に語らせている。「子どもは大好きだったはずなのに……子どもが好きだから保育士の仕事をしていたのに……」という発言があったにもかかわらず、「仕事を辞めた」という体験には矛盾がある。保育士の仕事の魅力や人生の価値を感じることを意識的に回避しているか、もしくは防衛機制が働いて、保育士の仕事をしていたいという真の欲動を無意識のうちに押し込めている

と助産師はアセスメントしたのである。

助産師：やりがいがあって・・・そういう保育士の仕事をなさっていて・・・。

【プローブ：質問】お仕事をお辞めになるときはどんなお気持ちだったのですか？

母親：え？仕事を辞めるときですか？

助産師：はい。そうです。

母親：《防衛機制：抑圧》別に・・・。

助産師：別に・・・ですか？【プローブ：コメント】さっき、妊娠してから、つわりがひどくて、切迫早産にもなって。通勤も遠かったし、それに、ご主人も忙しいから頼れないし、仕事を辞めた、とおっしゃっていたでしょう？

母親：そうですけど・・・。

助産師：【プローブ：プロンプト】そうだけど・・・？

母親：《防衛機制：合理化》この状態で、仕事を続けていくのはムリだなって、思いました。主人には、私から提案したんです。「私、仕事辞めるね、子どもが生まれたら子どものそばにいるべきだと思うから」って。「自分の子どもは自分で世話したいから」って。

助産師：【プローブ：強調】ご自分から？ご自分で保育士の仕事を辞めたい、と？

母親：そうです。

助産師：【プローブ：質問】ご主人がそう望んでいるだろうと思ったから、ですか？

母親：《不安定な成人アタッチメント》いや、それはないです。だって、そうしないと・・・主人にも迷惑ですよ。保育園の送り迎えだとか、そんなことは主人に頼めません。それに子どものお世話はやっぱり母親の私がやるべきで、子どもが小さいうちは母親が子どものそばにいるのが良いと思うので・・・。

助産師；【プローブ：コメント】「この状態で仕事を続けていくのはムリだな」、というのは、それは・・・？

母親：え？だから、その言葉のとおりですね。「仕事続けられないな」って。

助産師：【プローブ：クライアントの盲点】「仕事続けられないな」というのは「仕事を続けたいけど、続けられないな」ですよ？

母親：え？あっ！・・・続けたいけど、続けられない・・・続けたいけど・・・。

助産師：そう・・・。違いますか？

母親：いや・・・。

助産師：先ほど、赤ちゃんが泣いたときに、「なんで私ばかり我慢しなきゃいけないの！」と泣きたくなるとおっしゃいました。【プローブ：クライアントの盲点】泣く泣く、保育士の仕事を続けることを、諦めたんですよ？あの時も、「なんで私ばかりやりたいことを我慢しなきゃいけないの？」って、泣きたかったんじゃないですか？？

母親：・・・そう・・・。

助産師：【プローブ：強調】そうですね・・・。

母親：そうです・・・。そう・・・。(泣く)

助産師：【プローブ：コメント】戻りたいんですよ。

母親：・・・(うん、うん、と頷く)。《洞察》戻りたい・・・できることなら戻りたい・・・。

**ここまでの場面の解説：**これまでのところで母親の保育士の仕事に対する魅力や人生の価値観を語ってもらったが、この場面でさらに、母親が「この仕事を続けるのはムリだ」と考えながら、その理由を「子どものそばにいるべきだと思うから」と、それがあたかも仕事を続けられない正当な理由であるかのように語っている。しかし、それは自分の真の欲動とはかけ離れたところで、無意識のうちに「仕事を辞めること」の正当性を主張し、**合理化**していると、助産師は考えた。合理化も防衛機制のひとつである。そこで助産師は「仕事を続けられないな」の言葉の裏には「仕事を続けたい」というメッセージが込められていることを指摘し、**盲点**を突いた。母親が無意識のうちに押し込めていた欲動とそれに伴う様々な不快な感情を無意識から意識に上らせて、「なぜ、今、自分がこういう心理状態におかれているのか」その心理的メカニズムに母親が気づき、**洞察**を得たのである。

助産師：【母親に評価をさせる】 こういうお話をして、今、ご気分はいかがですか？

母親：う、ん……。はっきりと目の前が明るくなって道が開けた、って言う感じではないんですけど……。でも、さっきまで、ズン、と重くのしかかっていたものが軽くなったような。そんな感じです。

助産師：かれこれ 10 分ちょっと、お話をしていましたけれど……。赤ちゃん、起きませんね。何だか、すやすや、気持ちよく寝ているようですが、どうしますか？

母親：うん……。《認知の変化》何かよく寝てるみたいだし……。やっぱり一緒にいます。

助産師：【プローブ：コメント】 そうですね。寝かしつけ、大成功ですね！

母親：はい、そうですね……。(にっこりする)。

助産師：【次回の面接の予定】 それで、退院なさったあと、確か 1 週間後に赤ちゃんのフォローアップの体重チェックのご予約をいただいていたと思いますけど、その時にまた、このお話の続きをしませんか？

母親：《不安定な成人アタッチメント》 あ、はい。あの……。でも、いいんですか？こんなことでお話する時間もらっても？

助産師：もちろんです。60 分、時間をお取りします。【緊急時の指示】 それから、退院なさったあとに、今日みたいに、イライラしたりですとか、お気持ちが落ち着かないですとか、そういうときには、こちらの、産科病棟直通の電話番号がありますでしょ。どうぞ遠慮なくお電話ください。私がいれば、私に対応いたしますし、もしも私がいなかった場合には、必ず、病棟のスタッフが責任を持って対応いたします。もちろん、夜間でも対応いたします。【情報共有についての許諾を得る】 ですので、先ほどまでお話いただいたことは、スタッフ内で共有させていただいてもよろしいですか？

母親：はい。あ、でも……。

助産師：【守秘義務の説明】 ご安心ください。ご主人様やご家族様には、千佳さんの許可を得ない限りは、先ほどお話しいただいた内容をこちらからお伝えすることはありません。

母親：はい、それなら……。すみません。よろしく願います。

助産師：かしこまりました。では一旦これで失礼します。何かあれば、もちろん、遠慮なくナースコールしてください。

**ここまでの場面の解説：**心理支援の区切りで、クライアント自身に自分自身の状態を評価してもらうことは有効である。ここで次回の約束を必ず取り付けておく必要がある。重症なケースほど、「次回のお約束」を持ってキャンセルされる可能性も高くなる。話を聴いてもらいたいと聴いてもらうのには苦痛を伴う、聴いてもらいたいけど聴いてもらいたくない、という、非常にアンビバレントなこころの状態にあるのが常である。他の専門職者に渡そうとすると、関係が途切れてしまう可能性も高い。この事例は回避焦点対処を取る傾向が強く、成人アタッチメントも不安定であり、担当者が交代することで支援を求めない、あるいは拒否する可能性が高い。したがって、ボンディング障害を発見したら、発見したその医療者が責任を持って安定した育児が行えるようになるまでの間、責任を持って支援をする必要がある。同時に、緊急時の対応についてもクライアントと共有しておく必要がある。特に希死念慮を伴う場合や虐待的な育児行動が予測される場合には、予め、どんなサインがあると危険が高まっていると考えられるか、クライアントとともに検討し、その場合の対処を話し合っておく必要がある。この場面では、助産師は緊急時の連絡先として、病棟直通の電話番号を母親と確認している。ソーシャルサポート理論で考えれば、知覚されたサポートを増強させているのである。

守秘義務の説明も必須で、「秘密が完全に守られている」ことを認識してもらい、クライアントにとってのこころの安全基地がここにあるのだ、と感じてもらおうのである。安心して話ができる治療環境を提供することは、面接者とクライアントの治療的関係を気づく上で重要な事柄である。

心理支援では、クライアントの発言を瞬時にアセスメントし、いくつかのパターンを想定し、その場に最も適している反応をすることが求められる。最初は難しく感じられるかもしれないが、トレーニング次第で習得できる技術である。周産期メンタルヘルスの心理支援やボンディング障害の支援に関しては書籍が出版されているし（周産期メンタルヘルススタッフのための

心理介入教本、ボンディング障害支援ガイドブック)、動画教材も手に入る(周産期メンタルヘルスプロフェッショナル研修:北村メンタルヘルス学術振興財団より配信)ので、是非活用していただきたい。

### ボンディング障害の治療・支援に適した環境とは?

親子を離さない、それが真の意味でのボンディング障害の治療である。Salomonsson (2016: 2018) が実践しているように、視線や表情、声のトーンなど、親と子の中で交わされる様々なやりとりを観察しながら、親子で精神療法を行える環境が理想的である。ボンディング障害は母と子、あるいは父と子、とその子の同胞を含むその家族全体が治療の対象である。ボンディングは親と子が相互に影響し合う関係性の中で、育まれるものである。したがって、母子分離の状態では、ボンディングの改善は期待できない。それどころか、長期間にわたる母子分離は、さらに子どもへの否定的な感情を強めるかもしれない。事例の女性の希望に従って一時的に赤ちゃんを新生児室で預かっても、「赤ちゃんの養育を放棄した」という自責感を強め、自尊感情を低下させる可能性を十分考慮する必要がある。レスパイトは必要であるが、心理的側面に注目せず、安易に母親の表面的希望を聞くことはかえって母子関係に悪影響を与える。

しかしながら、現在の日本の周産期医療制度の中で、ボンディング障害の治療や支援に敵した環境を提供できるかということ、不可能に等しい。母親の安全と子どもの安全を確保しつつ、24時間集中的に母子・家族をケアできる Mother Baby Unit (MBU) の設立が望まれる。また、妊娠が判明した時点から始まるシームレスな支援を行うための周産期メンタルヘルスの制度設計も検討課題である(北村, 2022)。周産期医療の現場での一次予防と多職種連携による支援でボンディング障害は防ぐことができるし、早期発見、早期治療は可能である。目の前の治療可能なボンディング障害を見過ごし、問題が大きくなってから対応するよりも、費用対効果は高いはずである。

明日、あなたはボンディング障害の第一発見者になるかもしれない。そのときに、少しだけ、勇気を持ってその人に関わって欲しい。それが著者らの願いである。

## ●引用文献

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2008). Nonfatal maltreatment of infants United States, October 2005-September 2006. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 57(13), 336-339.
- Feldman, R., Eidelman, A. I., Sirota, L., & Weller, A. (2002). Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: Parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics*, 110, 16-26.
- Feldman, R., Weller, A., Sirota, L., & Eidelman, A. I. (2003). Testing a family intervention hypothesis: The contribution of mother-infant skin-to-skin contact (kangaroo care) to family interaction, proximity, and touch. *Journal of Family Psychology*, 17, 94-107.
- Hada, A., Imura, M., & Kitamura, T. (2021). Parent to baby emotions: Parental immediate emotional reactions towards infant crying. *Open Psychology Journal*, 14(1), 338-341. <https://doi.org/10.2174/1874350102114010338>
- Hada, A., Imura, M., & Kitamura, T. (2022). Development of a scale for parent-to-baby emotions: Concepts, design, and factor structure. *Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports*, 1(3). <https://doi.org/10.1002/pcn5.30>
- Kitamura, T., Hada, A., Minatani, M., Wakamatsu, M., & Takeda, S. (2022). Is emesis a part of antenatal depression? Factor structure and cluster analysis of depression and nausea and vomiting among pregnant women in Japan: A proposal of emesis/depression complex during pregnancy (in preparation)
- Kumar, R. C. (1997). "Anybody's child": Severe disorders of mother-to-infant bonding. *British Journal of Psychiatry*, 171(2), 175-181.
- Matsunaga, A., Takauma, F., Tada, K., & Kitamura, T. (2017). Discrete category of mother-to-infant bonding disorder and its identification by the Mother-to-Infant Bonding Scale: A study in Japanese mothers of a 1-month-old. *Early Human Development*, 111, 1-5.
- Ohara, M., Okada, T., Aleksic, B., Morikawa, M., Kubota, C., Nakamura, Y., ... Ozaki, N. (2017). Social support helps protect against perinatal bonding failure and depression among mothers: A prospective cohort study. *Scientific Reports*,

7, 9546.

- Ohashi, Y. Sakanashi, K., Tanaka, T., & Kitamura, T. (2016). Mother-to-infant bonding disorder, but not depression, 5 days after delivery is a risk factor for neonate emotional abuse: A study in Japanese mothers of 1-month olds. *Open Family Studies Journal*, 8, 27-36
- Onozawa, K., Glover, V., Adams, D., Modi, N., & Kumar, R. C. (2001). Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 63, 201-207.
- Pears, K. C., & Capaldi, D. M. (2001). Intergenerational transmission of abuse: A two-generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1439-1461.
- Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Kreppner, J., Stevens, S., & Sonuga-Barke, E. (2009). *Policy and practice implications from the English and Romanian Adoptees (ERA) Study: Forty five key questions*. British Association for Adoption & Fostering.
- Stith, S., et al. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 13-29
- Salomonsson, B. (2016). Infantile defences in parent-infant psychotherapy: The example of gaze avoidance. *International Journal of Psychoanalysis*, 97(1), 65-88.
- Salomonsson, B. (2018). *Psychodynamic interventions in pregnancy and infancy: Clinical and theoretical perspectives*. Routledge.
- Salomonsson, M. W., Sorjonen, K., & Salomonsson, B. (2015). A long-term follow-up of a randomized controlled trial of mother-infant psychoanalytic treatment: Outcomes on the children. *Infant Mental Health Journal*, 36(1), 12-29.
- 北村俊則. (2022). 周産期メンタルヘルスの制度設計私案. 北村メンタルヘルス学術振興財団
- 北村俊則, 高馬章江, 多田克彦 (2014). 新生児虐待の原因は産後の抑うつ状態ではなくボディング障害である:岡山地区疫学調査から. 第 11 回日

本周産期メンタルヘルス研究会学術集会, 2014年11月13日14日,  
さいたま

大橋優紀子, 北村俊則, 坂梨京子, 田中智子 (2014). 新生児虐待の原因は産後の抑うつ状態ではなくボディング障害である: 熊本地区の縦断調査から. 第11回日本周産期メンタルヘルス研究会学術集会, さいたま, 2014年11月13日14日

馬場香里, 片岡弥恵子. (2017). 構造方程式モデリングを用いた乳児虐待と家族内の要因の因果構造の探索. 第31回日本助産学会学術集会, 徳島, 2017年3月18日19日