

特集 第24回 広島大学心理臨床セミナー講演録

親子の出会いの危機を支える ～周産期心理臨床の現場から～

井川 ひとみ¹

Hitomi Igawa

1. はじめに

近年、研究・臨床実践の両方において物語やナラティブアプローチへの関心は高まり、ナラティブアプローチは、個人の体験の内実接近する優れた方法として、医療や教育・福祉など多様な領域にまたがって発展してきました。私は「親子の出会いの危機」に関心を持ち、生涯発達の観点から重度障害児の母親の心理的な変容過程を描き出す研究に力を注いできました。その中で、障害児の誕生という危機 (crisis) に際し、その経験に対して意味づけること、自己物語を生成することは、危機体験を経て個人が生きていく核にもなり得る重要なものであると感じるようになりました。一方、総合周産期医療センターの新生児集中治療室 (NICU) において、臨床心理士として赤ちゃんやご家族の心理的支援に携わるようになったとき、過去の体験を振り返って語るという調査面接の場とは非常に異なり、「まさに今、危機的な事態の最中にある」方の語りを聴くことの難しさに直面しました。これには、生と死が近接しており、展開が非常に速い、周産期という医療現場の特徴や心理的支援の構造とも関係しているように思います。周産期の心理臨床は多くの方にとって馴染みのない領域かと思しますので、本稿ではまず、周産期心理臨床の特徴や臨床心理士の役割を紹介し、その後、実践的な観点から、周産期心理臨床の現場でナラティブアプローチをどのように生かせばよいかを考えてみたいと思います。

2. 周産期：親子の出会いのとき

周産期とは、狭義には「在胎 22 週から出産後 7 日前後」を指しています。在胎 22 週とは、もし赤ちゃんが胎外に生まれてきても医療技術で助けられる可能性がある時期であり、出産後 7 日前後とは、赤ちゃんが胎外に適応する時期です。周産期医療という場合には、一般的にこの前後の期間を含めた、産科・小児科の総合的な医療体制を指しています。周産期は、「いのち」と「いのち」が出会うときであると同時に、母親・子どもの両方にとって、「生」と「死」が最も近接した時期とも言われています。妊婦死亡率・周産期死亡率は医療技術の進歩に伴い激減しているものの、赤ちゃんを妊娠し、無事に出産することは当たり前のことではありません。

ここで、基本的なことではありますが、通常の妊娠・出産を通した親子の出会いのプロセスについて触れておきたいと思います。多くの人が周知しているように、親子の相互作用はすでに妊娠中

¹ 前 香川大学教育学部 准教授, 香川大学病院 臨床心理士

から始まっています。母親は、お腹の中で着実に成長していく赤ちゃんの存在を、お腹の膨らみや胎動など、身体を通して直接的に受け止めていきます。多くのお母さんが胎内の赤ちゃんに対するイメージを思い描き、それは妊娠期間を通して変動していきと言われています。Stern et al (1998)によると、胎動を感じ始める時期、妊娠4ヶ月から7ヶ月の頃に、母親は最も自由に、「想像上の赤ちゃん」を思い描き、理想と期待に胸を膨らませます。しかし、妊娠7ヶ月から8ヶ月の頃に、これとは正反対のことが起こります。つまり、これまで思い描いた赤ちゃんのイメージを取り消しかかるのです。これは、誕生したときに会おう目の前の赤ちゃん（「現実の赤ちゃん」）と、「想像上の赤ちゃん」との落差から、出産後の現実の赤ちゃんとの生活を守るために起こる現象であると言われています。一方、赤ちゃんは、外界の音に耳をすませたり、手足を動かしたりと、安定した感覚体験を楽しんでいます。胎内にいる頃から母親とのコミュニケーションを楽しみ、母親のこころの状態も全身で感知しているのです。

その後、出産を経て、母親と赤ちゃんが出会い、実際のやりとりや世話が始めると、赤ちゃんとも母親との関係は急速に深まっていきます。出産前から出産後数ヶ月、母親はいわゆる「原初的母性的没頭」という状態で、赤ちゃんが発するサインに特別敏感になっています。誰に教えられたわけでもないのに、赤ちゃんの目の焦点の合いやすい位置から顔をのぞきこんだり、マザリングと呼ばれるような、少し高い声でゆっくりとしたトーンで話しかけたり、赤ちゃんが落ち着くやり方でゆすったりします。このように、私たちには、赤ちゃんの反応を引き出し、落ち着くことを手助けできるかかわりを行う力が本来備わっているのです。一方、近年の乳児研究から、これまで考えられてきた以上に赤ちゃんは社会的で能動的な存在であることがわかってきています。例えば、赤ちゃんがむずがりかけている状態で、声をかけたり、顔をのぞきこんだりすると、手足の動きがおさまり、赤ちゃん自身が落ち着こうとします。このように、赤ちゃんもまた、全身を用いて他者の注意を自分にひきつける力があり、人とのかかわりによって自分の情緒の状態をコントロールする力を備えて生まれてきます。こうした相互作用を重ねて、親子の関係性は自然と育まれていきます。

3. リスクを抱えて生まれてきた赤ちゃんと家族

以上が通常の妊娠・出産を経た親子の出会いの自然なプロセスですが、本稿では、その自然なプロセスを阻む危機的事態の一つとして、リスクを抱えて生まれてきた赤ちゃん、新生児集中治療室（NICU）に入院となった赤ちゃんとも家族に焦点を当て、周産期の心理臨床の現場を紹介するとともに、こうした現場で語り「聴く」とはどういうことなのかを考えていきたいと思います。

NICUには、早産児、低出生体重児、新生児仮死、呼吸障害、先天異常などを抱えた赤ちゃんが入院しており、そのほとんどが呼吸器による管理を必要とします。非常に独特で緊張した空気に包まれたNICU内で、たくさんの管やモニターにつながれた赤ちゃんを見て、ショックを受ける親も少なくありません。また、両親は早い段階から、赤ちゃんの生命や健康、障害の可能性などを含め、今後起こりうるリスクについて医師から説明を受けることが多く、こうした状況に圧倒されてしまうこともあります。NICUに入院している赤ちゃんの家族は、まず、このような赤ちゃんの生命や健康をめぐる不確実性、「先が見えない状況」に苦しんでいるように思われます。さらには、妊娠中

に思い描いていた健康な赤ちゃんの姿や、よい母親としての自分を喪失し、親子の関係性の発達・構築をめぐる様々な困難を経験することとなります。先ほど述べたように、妊娠 4～7ヶ月頃に母親は赤ちゃんに対して最も自由に詳細に理想と期待を膨らませています。しかし、もし、あるお母さんが妊娠7ヶ月の時期に出産したとしたら、7～8ヶ月頃に行われる「現実の赤ちゃん」と出会うための心理的な準備作業が省略されてしまうこととなります。また、7ヶ月頃に生まれる赤ちゃんは、600グラムほどで皮膚も薄く、血管も透けていて、赤ちゃんらしい脂肪もついていません。こんな風に、非現実的に理想化された赤ちゃん、未熟に生まれて来た現実の赤ちゃんとのあまりに大きな差にも苦しむこととなります。

このように、多くの場合、母親が通常の妊娠・出産ができなかったという喪失感や子どもに対する罪障感を抱えるところから、親子の出会いが始まります(橋本, 2000)。特に赤ちゃんが保育器に入っている時期には、「世話をしているのは看護師さん。母親なのに何もしてあげられない。授乳も、抱っこさえもできない」と、親としての無力感・不全感を訴えることも多いです。さらに、この時期の赤ちゃんは、生命維持のためにエネルギーが注がれており、また神経発達が未熟であるために、社会的な反応性、相互作用の一方のパートナーとしての力が弱いと言われています。そのために家族も赤ちゃんへの応答性が少なくなったり、「私が触るとこの子は嫌がる」などと赤ちゃんの反応を否定的に受け取ることがあります。

このように、NICUに入院した赤ちゃんの家族は深く傷つき、苦しむ時期がありますが、基本的には、こうした傷つきが周囲のサポートで癒されていけば、赤ちゃんの発達に伴って、ゆっくりではあるけれども、しっかりした親子の関係性を築いていくと言われていきます(橋本, 2000)。周産期心理臨床のパイオニアである橋本洋子先生は、多くの臨床経験から「低出生体重児と親における関係性の発達モデル」を考案し、親が赤ちゃんを「生きている」存在から、「反応」しうる存在、「相互交流しうる」存在へと認識していくプロセスを段階的に示しました。しかし、橋本先生ご自身も、援助者はこの表に当てはめるように働きかけて親子を支援するべきではなく、「親と子の関係性の発達プロセスは、関係性の内側から生まれ出る自然のプロセスであり、決して外側から操作することはできない」ことを強調しています。つまり、リスクを抱えて生まれてきた赤ちゃんとの関係性もまた、自然に育まれるものであり、周産期の臨床心理士の基本的な役割とは、その親子の関係性の育ちを守り、支えることです。

4. 周産期の臨床心理士の役割

NICUにおいて、心理的なケアを専門とする臨床心理士に求められているのは、NICUにさりげなく「いる (being)」ことを通した「場」そのものへのかかわりです(永田, 2011)。現在、周産期にかかわる多くの臨床心理士は、産科やNICUをラウンドして、入院中の妊婦や、赤ちゃんの面会に来た家族に自分から声をかけ、共に赤ちゃんを見守ったり、必要に応じて個室で話をじっくり聴く、という形式をとっています。この時期の家族は、通常心理相談のように個室で定期的に対一の面接を行うという枠組みで支援を行おうとしても、自分から相談を申し込むようなエネルギーや余裕が無かったり、「心のケア」に抵抗を示すこともあります。また、周産期の心理的支援で最も重要

なのは、親子の「関係性」の支援、親子の出会いを支えることです。そのため、「家族と援助者」という構図ではなく、必ず真ん中に赤ちゃんが存在してはなりません。「赤ちゃん」と家族と援助者」という構図で支援するためには、赤ちゃんのベッドサイドで会うという構造が最も自然で支援しやすいと思います。

これらを踏まえてまとめると、NICU に入院した赤ちゃんの家族は、「想像していた妊娠・出産、元気な赤ちゃんの喪失に伴うグリーフ・ワーク」と「目の前にいる赤ちゃんとの関係を築く」という過程を同時に経験しています。それに対するサポートとして、臨床心理士は、出産にまつわる様々な感情、罪障感・悲しみ・怒りなどを安心して表出できる場を提供すること、目の前の赤ちゃんを共に見つめて、赤ちゃんの微妙な反応や行動に注意を促したり、その意味の読み取りを共有したりしながら、赤ちゃんに「いる」ことを支えること、という大きく2つの役割を担うこととなります（永田，2011）。

5. NICU で語りを「聴く」難しさ

ここからは、私自身のNICUでの実践経験から、周産期の心理臨床の現場で「体験の語りを聴く」とはどういうことなのか、その難しさや実際についてお伝えしようと思います。周産期の現場に入る前、私は一对一の相談室での面接という構造での臨床経験が主であり、NICUでも、「辛い思いをしているご両親の“話”を聴こう」と意気込んでいました。けれども、実際に現場に入ってみると、ベッドサイドでの雑談に終始したり、ただ沈黙していたりする場面がほとんどで、ご両親が自分の心の内を見つめて言葉にすること、気持ちや体験を語り始めるまでが非常に難しいのだと実感しました。その背景には当然、聞き手である私との信頼関係の問題もありますが、それ以前に、周産期の心理臨床の構造上の特徴も影響しているように思います。多くの心理臨床場面では、クライエントが支援を求めていたり、自分について話そうというある程度の構えがありますが、赤ちゃんのベッドサイドで臨床心理士が声をかけるという構造においては、ご両親は直接的に心のケアを求めて臨床心理士に会うわけではないし、特に初めて出会った頃には臨床心理士の役割を知らない人も多いわけです。また、赤ちゃんが急性期にいる頃は、事態が次々に変化し、ご両親の心理的な緊張も強いため、その時々のお気持ちを言葉にする難しさもあるように思います。「頑張っている赤ちゃん」を目の前にすると、涙や弱さを見せないように、あるいは「親だから強くあらねば」と自身を奮い立たせ、弱さを見せないという側面もあるように見受けられます。

一方で、親子が共にいる場面に同席していると、言葉にはならなくても、非言語的なレベルで様々なことが起こっていることに気づかされます。例えば、赤ちゃんの呼吸状態を管理しているモニターのアラーム音が鳴ったとき、それまで赤ちゃんを触っていた手を引っ込めて、身を固くしてモニターをじっと見つめる母親の姿。あるいは、初めてわが子を抱っこした時の緊張と喜びに包まれて頬を紅潮させた母親と、母親に身を委ねて安心しきったような赤ちゃん。そうした一つ一つの場面に同席する中で、周産期の現場で「語りを聴く」とは、「話」を聴く、つまり言語での表現にこだわるべきではないということに気づき始めました。こうした現場で赤ちゃんと家族と会う際には、「語られた内容よりも、あるいはその前に語り手という存在に波長を合わせようとするスタンス」(岸本、

2015) が有用であると思います。

6. 語りが生まれる基盤：共に「いる (being)」こと

先ほども述べたように、周産期の心理臨床の現場では、語り始めるまでが難しいと感じます。そうした場合まず、語り始める前、語りが生まれる基盤について考えることが役に立つのではないかと思います。基本的なスタンスは、共に「いる(being)」ことであり、これは周産期の臨床心理士にとって支援の基本として言われています。しかし、「いる (being)」とは一体どういう状態の支援なのか、これを感覚的に掴むことは容易ではありません。そこで今回は、ナラティブアプローチのスタンスを用いて「いる (being)」とはどういうことなのか、説明してみたいと思います。ナラティブアプローチの基本姿勢は、日々の行為や営みの中に意味を見出すこと、物語を読むことです。例えば、私が経験した周産期の事例で、非常に深刻な生命危機の状態にいる赤ちゃんの母親が、ある日看護師に「ちょっと大きくなったような気がするんですけど」と話しかける場面があります。このとき、母親の声のトーンは少し明るく、良い変化の兆しを期待しているように見えます。一方で看護師は「少しむくんでいるのかも」と現実的に応答します。この場面に同席した心理士は、希望を打ち砕かれた母親の心の痛みを感じるわけです。そこで心理士が母親に「私も少し顔が変わったなど感じていました」と語りかける、つまり母親の希望的な側面を受け止めるように応答したとき、母親は自分の妊娠していた頃のことをポツリポツリと語り始めました。このように、心理士はただそこにいるのではなく、自身の心を動かし続け、一つ一つの行為に意味を見出している。そしてその体験の中に共にいて、いつでも応答できる関係である。そのようなスタンスが、家族にとって自由な語りが生まれる基盤となるように思います。

この例のように、行為の中に意味や物語を読み取る際、非常に重要と考えられるのが、言語以前、あるいは言語を超えたコミュニケーションです。そもそも赤ちゃんのご家族のコミュニケーションは、皮膚接触や視線を合わせるなど、非言語的なコミュニケーションが中心です。その場面に同席し、共に声をかけたり、赤ちゃんの反応を共有することで、支援者も赤ちゃん和家人の関係の中にそっと参与することが基本となります。また、家族の心の内の葛藤や苦しきについても、言語以外の表現に着目することが重要です。表情、声のトーン、赤ちゃんを見つめるまなざし、触る仕草、そして内的な赤ちゃんイメージといった、「言葉を超えた、あるいは言語以前の地平」(岸本, 2015)で共有することを目指します。先ほどの事例でも、「ちょっと大きくなったような気がするんですけど」という「言葉の内容」だけでなく、「声のトーン」へ着目することが、家族の心の動きを感知することにつながっていたように思います。加えて、非言語的なレベルで生じていることを、心理士自身が言語化する機会を持つということが非常に大切であると思います。そうすることで、その場で何が起きているかを深く理解し、意味を見出すこと、加えて観察眼が養われるという専門家としての訓練的な意味合いもあります。

7. 援助者自身の心の動きを意識化する

臨床心理士が相談場面や心理的な援助を行う際に、自身の心の動きを意識化するように努めるこ

とは、改めて言うまでもないことのように思いますが、それでも周産期の心理臨床においては、やはり強調されるべき点ではないでしょうか。周産期の現場では、心理士自身が心を揺さぶられる場面が非常に多く、赤ちゃんが置かれている状況そのものや家族の語りに圧倒されることもあります。家族の苦痛や混乱が大きい時期には、「死にたい」「赤ちゃんがかわいいと思えない」という言葉も聞かれますが、こういった言葉は聴き手にとっても非常に苦しい、心に収めにくいものです。心理士自身の心に収まりの悪い部分は切り離されやすく、そのために家族の苦しみを軽く見積もったり、家族を避けるという行動化にもつながりかねません。特に、赤ちゃんの死に向き合うとき、心理士自身も非常に強い苦痛を感じます。その状況や家族の苦しみに圧倒されている自分に気づいていること、私たち自身の心もまた流動的であることを意識していることが非常に重要であるように思います。私自身、自分が強く苦痛を感じる事例では、家族と距離を置いてしまった経験が幾度もありますが、やはり、心理士自身がその場にいることに苦痛を感じる時は、家族の葛藤や苦しみが強いときである場合が多いと思います。こういった場面で、心理士が苦痛を抱えながらその場にいつけるか、苦痛に耐えかねて離れるかが、家族の支え手となるかどうかの分かれ目とも言えるかもしれません。

8. 葛藤を葛藤のまま抱える器となる

今まさに危機的事態を体験されている方の語りを聴くときに重要なのは、「葛藤を葛藤のまま抱えられる器になる」ということだと思います。嵐のような混乱の最中にいる方の語りは、断片的であったり、矛盾を孕んでいたり、その瞬間ごとに変わるのが自然です。特に、命の選択に関わる場合には、どのような選択をしたとしても、葛藤が解決できるとは限りません。例えば、積極的な治療を続けるか、治療をやめてターミナル期に移行するかという治療方針を家族が選択しなければならぬとき、最後まで積極的な治療を続けることで赤ちゃんの苦しみを長引かせるのではないかと悩むかもしれないし、あるいは治療をやめるという選択をして看取った後に、なぜ諦めてしまったのかと後悔するかもしれません。どちらを選んでも、後悔したり、割り切れない思いを抱き続けることは珍しくありません。医療は合理的な判断で決定されることが多いですが、その合理性からはみ出した心の部分、割り切れなさや矛盾をそのまま受け止めて聴くのが臨床心理士の仕事なのだろうと思います。葛藤を解決する方向に導くのではなく、葛藤を見つめ、葛藤と共に生きることを支えること。このとき当然、心理士自身の心も揺れます。さらには、心理士自身のもつ生命に対する倫理的な価値判断との間で葛藤することもあるでしょう。その揺れる心に気づいていることが大切だと思います。

9. ナラティブが生まれるとき

最後に、周産期の現場で聞かれるナラティブについて触れておきたいと思います。早産で3ヶ月早く生まれてきた赤ちゃんのお母さんは、出産をめぐる罪悪感から、早産となった原因を自分に結びつけるような、ネガティブな意味に彩られたストーリーが圧倒的に優勢でした。しかし、退院間際になって、出産に至る直前、突然の破水という緊急事態に咄嗟に対応したことを、「今思えば、私

よくやったな」と振り返りました。このように、語ることを通して、出産をめぐる圧倒的に優勢なストーリーとは別のストーリーが生まれてきたり、出来事の別の側面が見えてくることがあります。また、将来的に脳性麻痺と診断される可能性の高い赤ちゃんのお母さんは、「信じるのは苦しい。この子ができるようになるかもって希望を持つのは苦しい。」と深い葛藤を語りました。出産をめぐる傷つきや医療従事者への不信感も強く持っていましたが、その一方で「人を責める生き方はしたくない。生き方を考える…」と呟いておられました。こうした葛藤を抱える中で、生き方の模索が行われ、心の奥深くで大きな変容が起こり始めていることがわかります。また別の事例、早産で2ヶ月早く生まれてきた赤ちゃんのお母さんからは、退院後数ヶ月して「辛い目にもあったけど、その分周りの結びつきも強くなった」と、早産という危機的な体験で「獲得」した側面に注目し、体験に意味を与えるような語り聞かれました。

周産期の現場では、赤ちゃんが急性期を過ぎ、発達や成長を実感するようになった頃、つまり危機的な事態が収束した頃に、物語が生成されることが多いように思います。守られた関係の中で自然と生成された物語は、辛い出来事を心に収め、今後生きていくことを支える機能を持っています。そして、体験していることの意味を共に確かめ、物語を共有する聞き手になることが、周産期の臨床心理士の役割でもあると思います。

参考文献

- 橋本洋子 (2000) NICU とこころのケア -家族のこころによりそって- メディカ出版
- 橋本洋子 (2004) 赤ちゃんの死とこころのケア 竹内正人 (編著) 赤ちゃんの死を前にして - 流産・死産・新生児死亡への関わり方とこころのケア- 中央法規, Pp. 14-36.
- 岸本寛史 (2015) ナラティブ・メディスンの基盤と自己-状態 森岡正芳 (編著) 臨床ナラティブアプローチ ミネルヴァ書房, Pp. 63-73.
- 永田雅子 (2011) 周産期のこころのケア -親子の出会いとメンタルヘルス- 遠見書房
- Stern, D.N. & Bruschiweiler-Stern, N. (1998) *The Birth of a Mother : How the motherhood experience changes you forever* New York: Basic books (スターン.D. N.・B-スターン.N 北村婦美) (監訳)
- (2012) 母親になるということ -新しい「私」の誕生- 創元社)