

精神疾患を有する母親の育児における 喜びと困難

The joys and difficulties of raising children among mothers who are
suffering from psychiatric disorders

南 智子¹⁾・宮岡佳子²⁾・内田里華³⁾・広瀬徹也⁴⁾

Tomoko MINAMI, Yoshiko MIYAOKA, Rika UCHIDA, Tetsuya HIROSE

要 旨

女性にとって子どもを妊娠、出産し、育児をすることは、ライフサイクルの中で大きな位置を占める。多くの母親にとり子育ては喜びであるが、それと同時にストレス状況も生みやすい。また、周産期ことに産後は精神障害の発症ないし再発の危険の多い時期である。そこで健常な女性でもストレスにさらされやすい子育てを、精神疾患を有する女性がどのように行い、子育てからどのような喜びや困難を感じたかについて、質的研究を行った。うつ病ないし神経症圏の精神疾患を有する通院中の女性で、子どもをもつ7名を対象として、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(M-GTA)を用いて分析した。その結果、18個の概念が成立し、10個のカテゴリーが生成された。「育児の喜び」については、誕生、子どもの成長を実感すること、子どものしぐさや子どもの優しさに育児の喜びを感じており、健常な女性と同じような喜びの認知がなされていた。「育児の困難」に関しては、子どもの夜泣き、お弁当作りなど健常な母親でも感じやすい困難や、精神症状のために育児が充分にできない、子どもとのコミュニケーションが上手くとれないことで自責的になるなど、精神疾患が影響する困難が語られた。育児に関係したネガティブな感情や負担感が、精神症状を誘発している面もあれば、精神症状の悪化で、育児に対しネガティブな感情が増す面もあった。ほとんどの対象者は育児の困難に対して、家族に相談する、協力してもらう、家政婦を雇う、保育園に預ける、などの何らかの対処を行っていた。困難に対処する方法として、夫、親、きょうだい、医師からの道具的、情緒的ソーシャルサポートがことに重要であると考えられた。

キーワード：精神疾患、うつ病、神経症、母親、育児

key words : psychiatric disorder, depression, neurosis, mother, raising children

1) NPO 法人子育て台東 寿子ども家庭支援センター

2) 跡見学園女子大学文学部

3) 医療法人全和会秩父中央病院

4) 財団法人神経研究所附属晴和病院

[問題と目的]

女性にとって子どもを妊娠、出産し、育児をすることは、ライフサイクルの中で大きな位置を占めるとともに、母子の心身の健康のために様々なケアが必要となる時期である。精神疾患の発症という観点からみても、妊娠・出産・育児期は、精神疾患の発症率が女性のライフサイクルの中では最も高い時期といわれる（吉田ら、2005）。

ことに、産後は精神疾患の発症あるいは、精神疾患の既往のある者の再発・悪化がみられやすい時期として知られている（宮岡ら、1997）。産後の精神疾患の類型として岡野（2006）は、(1)産褥精神病、(2)うつ病、(3)神経症性障害、(4)一般身体疾患に伴う精神疾患、(5)母子関係の障害、(6)既往の精神疾患の再発ないし増悪をあげている。

(1)の産褥精神病は、産後の早い時期から急性の幻覚妄想状態、錯乱状態、夢幻状態を呈する疾患である。背景に軽度の意識障害が疑われる場合も多い。病状は、統合失調症に類似するが、経過は2、3ヵ月で軽快する（宮岡ら、1997）。

(2)の産後のうつ病では、状態像は一般のうつ病と同様であるが、産後うつ病に特徴的な訴えとして、「赤ちゃんの具合が悪い」など子どもに対するものがある。また「自分の赤ちゃんに対する愛情が実感できない」など母親としての自責感や自己評価の低下を訴えやすい。妊婦の21.7%が妊娠期から産後1年までの間に抑うつを経験したという報告（安藤ら、2008）、産後の女性の18.5%が抑うつ状態にあったという報告（玉木、2007）があり、また吉田（2003）は総説で、産後うつ病の発症頻度は15%から20%と述べている。産後うつ病は、出産後数週から数ヶ月以内に出現し、出産後1ヵ月頃に発症のピークがある（吉田、2003）。

(3)の神経症性障害は、従来の診断名でいう神経症である。強迫性障害、パニック障害、全般性不安障害、心的外傷後ストレス障害（PTSD: posttraumatic stress disorder）、急性ストレス障害が産後に発症することも少なくない（岡野、2006）。

(4)の一般身体疾患に伴う精神疾患とは、産後に身体疾患が発症、再発もしくは増悪し、それを基盤として、身体疾患による、抑うつ、不安、興奮、気力の低下などの精神症状を呈する場合である。産後は、自己免疫疾患、甲状腺機能異常の発現により、精神症状がおきることがあり注意が必要である（宮岡ら、1997）（岡野、2006）。

(5)の母子関係の障害は、産後に愛着の障害、母子相互関係障害、虐待などがおきける場合をいう。産後にストレスの多い環境にさらされた場合、子育てが困難になり、母子関係にも障害が及ぶことがある（岡野、2006）。

(6)既往の精神疾患の再発ないし増悪とは、精神障害が一度寛解したものの産後に再び発症したり、産後に病状が悪化する場合をいう。産後は、既存の精神疾患が悪化しやすい時期としても知られている。精神疾患には、統合失調症、気分障害（うつ病・躁うつ病）、神経症性障害がある。

一方、妊娠期は、産後に比べて精神疾患の発症が少なく、比較的安定した時期と言われてきた。しかし、近年の研究では、妊娠期に発症するうつ病が少なくないことがわかってきた。頻度は4～29%といわれる（宮岡、2004）。北村（1997）は産後うつ病に比べて、妊娠うつ病では、人工妊娠中絶の既往、生活史に早期の親との離別体験、望まない妊娠が多かったとし、産後うつ病とは異なり、より心理社会的要因の強いうつ病の可能性を示唆している。

このように周産期（妊娠、出産、産後の時期）は、精神疾患の発症ないし増悪のリスクが高まる時期であるが、精神疾患を有する女性が、出産し、子どもを育てることは、健常女性以上にさまざまな困難を感じるであろう。先行研究をふりかえると、主に産後うつ病に関する研究が多い。産後うつ病が続いている女性は不安や不満の子供のサインの読み取りが優位に少ない（森岡ら、2006）、産後うつ病の罹患者は子どもが泣くことで焦り、イライラし、自分を責める気持ちや他人に迷惑をかけていると感じている（福本ら、2005）などの報告がある。その他、うつ病の女性は子どもを指導することがうまくできず、罰やしつけを避ける傾向があり、子どもからの欲求やコミュニケーションにあまり応答的ではない（Goodmanら、1990）、うつ病の女性は子ども達の日常生活に巻き込まれていると感じており、コミュニケーションが難しく、子どもとの関係が調和的ではなかった（Weissmanら、1972）などと言われている。精神疾患を有する母親は、子どもへマイナスの感情や状態に上手く対応できなかったり、子どもとのコミュニケーションの困難さがあり、育児においてさまざまな問題を抱えているのである。

しかしながら、精神疾患を有する母親が、育児に対しどのような認識や感情を持ったか、また育児と精神症状がどのように影響しあうかに関する研究はまだ少ない。本研究では、質的研究の手法で、精神疾患を有する女性が育児に対してどのような困難や喜びを感じたかに焦点をあてた面接調査を行い、精神疾患を有しながら育児をする中で起こる困難や喜びについて明らかにし、それに伴い育児と精神症状がどのように影響しあうかを探ることとした。

[方法]

1. 調査対象者

本研究の対象者は以下の①から③のすべての条件を満たした女性を抽出し、同意の得られた7名を調査対象者とした。

- ① A および B 病院精神科に通院中の女性患者である。
- ② うつ病あるいは神経症圏の疾患と診断されている。
- ③ 高校生までの子どもを育てている母親である。（子どもが1人の場合、母親の病気が子どもの誕生前から小学校入学するまでに発症した者を対象とする。子どもが複数いる場合、母親の病気が第1子誕生前から末子が小学校入学するまでに発症した者を対象とする）。

2. 倫理的配慮

AおよびB病院の倫理委員会に研究計画書を提出し、研究の承認を得た。対象者には、文書と口頭で研究の趣旨を説明した。対象者からは、文書にて研究の同意を得た。

3. 調査時期および手続き

調査は2008年7月から8月にかけて行った。

研究参加に同意を得られた対象者に、A、B病院の面接室にて、対象者の属性などについてアンケートに記入してもらった。

アンケート記入後、40分から50分の半構造化面接を行った。面接内容は、対象者から承諾を得られた者のみテープレコーダー、ICレコーダーに録音した。これらにより、逐語記録を作成した。承諾の得られなかった者に対しては話された内容を研究者がメモで記録した。

4. 調査内容

以下のような質問を半構造化面接にて行った。

①病気について

(質問内容)

- ・妊娠されてから出産までの間、病気の具合はどうでしたか？
- ・病気の症状はどのような時落ち着きますか？
- ・どのような時悪化すると思いますか？

②育児について

(質問内容)

- ・今あるいは過去に困難だと感じた事柄を挙げてください。
- ・今あるいは過去に育児で喜びを感じた事柄を挙げてください。

③子どもについて

(質問内容)

- ・お子様の発達は普通でしたか？
- ・お子様の育てにくさなどありましたか？

④周りの人との関係について

(質問内容)

- ・育児を援助してくれる人はいましたか？
- ・育児について困ったことなどを相談する人はいましたか？

5. 分析方法

本研究では、対象者の精神症状と育児にどのように相互に影響するか、育児における困難さや喜びは何か、困難をどのように対処したか、について分析をする。よって、研究対象とする現象がプロセス的性格をもっており、ヒューマンサービス領域に適している質的研究方法である木下(2003、2007)による修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach : 以下 M-GTA) を用いて分析した。

M-GTA では、分析に以下の手順を踏む。

- ①分析テーマと分析焦点者に照らして、データの関連箇所に着目し、それを1つの具体例とし、かつ、他の類似具体例をも説明できると考えられる、説明概念を生成する。
- ②概念を創る際に、分析ワークシートを作成し、概念名、定義、最初の具体例などを記入する。
- ③データ分析を進める中で、新たな概念を生成し、分析ワークシートは個々の概念ごとに作成する。
- ④同時平行で他の具体例をデータから探し、ワークシートの具体例欄に追加記入していく。具体例が豊富にでてこなければ、その概念は有効でないと判断する。
- ⑤生成した概念の完成度は類似例の確認だけでなく、対極例について比較の観点からデータを見ていくことにより、解釈が恣意的に偏る危険を防ぐ、その結果をワークシートの理論的メモ欄に記入していく。
- ⑥次に、生成した概念と他の概念との関係を個々の概念ごとに検討し、関係図にしていく。
- ⑦複数の概念の関係からなるカテゴリーを生成し、カテゴリー相互の関係から分析結果をまとめ、結果図を作成し、その概要を簡潔に文章化する。

[結果]

1. 対象者の特性

(1) 対象者の背景

対象者の平均年齢は42.4才であった。年齢範囲は30～58才であった。

挙児数は子どもが1人いる者が4人で、子どもが2人いる者が3人であった。第1子の平均年齢は10.6才で、第2子は6.3才であった。年齢範囲は0～17才であった。家族構成と婚姻状況は核家族が5人、離婚し子どもと2人暮らしが1人、離婚し子どもが夫と暮らしているのが1人暮らしが1人(子どもと暮らしている時期や離れているが子どもとの関わりを語ってもらった)であった。離婚者を除く夫の平均年齢は43.6才であった。離婚者を除く夫の職業は会社員が4人、会社経営が1人であった。

対象者の就労状況は自営業が1人、パートが1人、専業主婦が5人であった。最終学歴は4年

制大学卒業が3人、短期大学卒業が2人、高校卒業後専門学校卒業が1人、不明1人であった。

(2) 対象者の発症時期と診断名

妊娠前発症が1人、妊娠期発症が2人、出産後から子どもが就学前の期間の発症が4人であった。ただし産後1年以内の発症はいなかった。対象者のICD-10 (international statistical classification of diseases and related health problems, version 10) の診断名 (World Health Organization, 1992) では、うつ病圏は5人 (A、B、E、F、G)、神経症圏は2人 (C、D) であった (Table1)。

Table 1 対象者のICD-10の診断名

対象者	ICD分類	病名
A	F33.11	身体症状を伴う中等度の反復性うつ病障害
B	F33.11	身体症状を伴う中等度の反復性うつ病障害
C	F43	重度ストレス反応および適応障害
D	F40.01	パニック障害を伴う広場恐怖
E	F31.9	双極性感情障害、特定不能のもの
F	F34.9	持続性感情障害、特定不能のもの
G	F32.11	中等症うつ病エピソード 身体症候群を伴うもの

(ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems, version 10)

(3) 対象者の日常生活の特徴

平均睡眠時間は6時間42分であった。その内訳は、5時間が1人、6時間が3人、6時間半が2人、9時間が1人であった。睡眠薬の服薬有りが5人、なしが2人であった。

毎日の生活における、具体的な家事の状況については、部屋の掃除がだいたいできるが3人、あまりできないが4人、全くしないが0人であった。衣類の洗濯がだいたいできるが5人、あまりできないが2人、全くしないが0人であった。食料品や日用品の買い物がだいたいできるが3人、あまりできないが4人、全くしないが0人であった。食事の準備がだいたいできるが3人、あまりできないが3人、全くしないが0人であった。1人は回答が得られなかった。

2. M-GTA による分析結果

(1) 概念

本研究では、全ての対象者のデータやメモを逐語におこした後、特に内容が豊富に語られたと感じたAから分析を行った。

Aの分析を終え、Bの分析を行った。Aの分析で生成された概念に照らし合わせながら具体例を追加し、Aのデータではみられなかった内容でテーマに関連しているデータについては新しい概念を生成した。このようにC、D、E、F、Gと順次分析を行い、30個の概念が生成された。理

論的飽和化を確認するため、生成された30個の概念を全ての対象者のデータと照らし合わせ、概念の具体例に新たに加えるデータがないかを1人1人確認した。加えるデータがあれば随時加えていった。これ以上概念に加えるデータがないと判断し、理論的飽和化とした。30個の概念が成立するかどうかを検討し、概念の修正を行い、最終的に18個の概念が成立した。

概念名と定義は以下のとおりである。

概念1：概念名 子どもとの出会いに関する喜び

定義名 “妊娠発覚、出産時における子どもとの出会いによる喜び”

子どもが誕生したときの嬉しいという気持ちに着目し、子が授かる喜びとをこのように命名した。妊娠が分かった時点で語られた場合も、胎児を子として、この概念に含めた。

概念2：概念名 妊娠期の精神疾患の症状

定義名 “妊娠前、妊娠中に発症したケースにおける妊娠期の精神症状”

不安、動悸、気力の低下、自殺願望などの精神症状が認められた。

概念3：概念名 薬の影響を心配する

定義名 “妊娠中に薬を飲む事で子どもへの影響の心配をする”

漢方薬投与や、減薬を希望するなどの行動がみられた。これらは薬による子どもへの影響を心配していると考えて命名した。

概念4：概念名 薬の制限で症状が悪化する

定義名 “妊娠中に薬を十分に処方されない事で精神疾患の症状が悪化する”

薬が飲めない事から起きる、症状悪化に対して命名した。

概念5：概念名 精神疾患により育児ができない

定義名 “精神疾患の症状により、子どもの面倒がみれなかったり、行事への参加が難しくなる”

寝てばかりいる、育児ができない、子どもの行事に参加できないなど、精神疾患の症状より育児ができなくなっている状態について命名した。

概念6：概念名 育児困難に対処する

定義名 “育児が困難になり、周りの人に援助を求めたり、サービスを受ける”

子どもの面倒がみれないため、保育所に預ける、市の福祉課に相談する、自身の精神疾患を周囲に告白し、育児への援助を求めたりする事を育児困難への対処と考えて命名した。

概念7：概念名 援助先での問題

定義名 “育児の負担を軽くするために求めた援助が援助の役割を果たしていない”

預けた保育園の管理体制がよくなかったり、家政婦との関わりが上手くいかなかったりと援助を求めたものの、そこで問題が起こり援助の機能を果たしていない場合にこの概念を用いた。

概念 8：概念名 家事育児の困難

定義名 “子どもをもつ事で家事や育児の困難が起きる”

搾乳や塾の送り迎え、お弁当作りなどに感じるつらさに対して命名した。

概念 9：概念名 精神疾患の告白への抵抗感

定義名 “精神疾患の辛さがあるが告白への抵抗感がありなかなか言い出せなかったこと”

友達に病状を打ち明けられない、精神科に行きづらいなど、精神疾患に罹患していることを周囲に告白することに抵抗感を感じている場合に命名した。

概念 10：概念名 育児を援助してくれる人の支え

定義名 “育児を道具的情緒的に援助してくれる人（夫以外）の支えとその援助方法”

実母、夫の親、きょうだい、大家、家政婦などからの援助に対して命名した。子どもの面倒をみてくれたりと道具的な援助、育児の相談にのってもらったりする情緒的な援助がある。

概念 11：概念名 夫からの支え

定義名 “夫からの育児に対して道具的情緒的援助の支えとその援助方法”

夫がお弁当を買ってくるなど道具的な援助、悩みを聞いてくれる、優しくしてくれるなどの情緒的な援助を受けた場合に命名した。

概念 12：概念名 子どもとの関係性の困難

定義名 “子どもとの関わりの中で感じる不快な気分や自責的な感情”

子どもとのコミュニケーションのとり辛さや、子どもに問題が起こると自分を責めるようなことに対して命名した。

概念 13：概念名 医師による支え

定義名 “医師からの精神疾患に対する治療を受ける事で支えを感じる”

医師に話を聞いてもらう、適切な処置を受けるなどで、支えられていると感じている場合に命名した。

概念 14：概念名 育児の喜び

定義名 “子どもとの関わりや成長を感じる事から生まれる喜び”

子どもの成長を感じる、子どもの笑顔に嬉しく思う場合に命名した。

概念 15：概念名 精神疾患による子どもへの影響

定義名 “精神疾患を患ったために子どもにネガティブな影響を与える”

子どもが神経質である、運動神経が鈍いことを、自己の精神疾患のためと感じた場合に命名した。

概念 16：概念名 日常生活のストレス要因

定義名 “子どもの特徴、病気、経済的問題、夫への不満など日常生活でストレスに感じること”

夫への不満や子どものアレルギーや自身の元々抱えている病気など、精神疾患そのものとは

関係のない部分で、ストレスの要因がある場合に命名した。

概念 17：概念名 産後精神疾患発症の心理社会的要因

定義名 “産後精神疾患発症に影響した心理社会的要因と発症前後の経過”

産後発症の精神障害に関連して心理社会的要因が語られた場合に命名した。保育園の子どもへの対応に問題がある、きょうだいの病気の発症などがあつた。

概念 18：概念名 辛さのはげ口がない

定義名 “日常生活、対人関係の辛いことを人に言えないで悩んだり、人が理解してくれないことで悩む”

自分の辛さを人に言えない、ストレスの発散の場がないなどの状況に対して命名した。

(2) カテゴリー

カテゴリーとは、似たような概念をまとめた、概念の上位に位置するものである。(1) で述べたように 18 個の概念が成立したが、それぞれの概念と概念の関係を検討し、カテゴリーを生成した。重要であれば 1 概念 1 カテゴリーとした。この結果、10 個のカテゴリーが成立した。

- ・ カテゴリー 1 妊娠期の精神疾患による問題
- ・ カテゴリー 2 育児から得る喜び
- ・ カテゴリー 3 育児の困難さ
- ・ カテゴリー 4 人から理解を得られない辛さ
- ・ カテゴリー 5 ソーシャルサポート
- ・ カテゴリー 6 子どもへの影響
- ・ カテゴリー 7 対処する
- ・ カテゴリー 8 日常生活のストレス要因
- ・ カテゴリー 9 産後精神疾患発症の心理社会的要因
- ・ カテゴリー 10 援助先での問題

(3) 結果図

次にカテゴリー同士がどのように関係しているかを矢印で示しながら検討し、結果図 (Figure 1) を作成した。その際全体としての統合性を検討し、重要な部分が抜け落ちていないかどうかを再確認した。その結果、生成されたカテゴリーは 7 人から得られたデータを網羅しており、理論的飽和化がなされたと判断した。

援助を求めることがすぐにできなかつたり、辛さのはけ口がないため人に助けを求められないような〈人から理解を得られない辛さ〉のため、援助を求める事に戸惑う場合がある。これらのことにすぐに対処できていたなら、育児が困難になることを少しでも防げたのではないだろうか。また精神疾患による子どもへの影響を心配する思いもある。

一方で、育児に困難を感じながらも、子どものよさや成長の部分に気づくことができ育児の喜びを感じていることも事実である。

育児困難に対処するために、全ての対象者は何らかの行動を行っていた。自身の状況を説明したり、育児をやりやすくするため、夫や自身の母親や医師などに相談し〈ソーシャルサポート〉を得ている者もいた。〈ソーシャルサポート〉は、妊娠前後、産後全ての時期を通じて精神疾患を抱える母親達を支えている。〈妊娠期の精神疾患による問題〉や〈産後精神疾患発症の心理社会的要因〉や〈日常生活のストレス要因〉や〈育児の困難さ〉それぞれの場面で、育児を援助してくれる人の支え、夫からの支え、医師による支えを得て、困難さを抱えながらも育児を行っている。精神疾患を抱えながら育児をする母親にとって〈ソーシャルサポート〉は病気を持ちながらも育児を行ってこたための大きな支えとなっている。

援助を求めても人とのコミュニケーションのとれなさや、保育園の管理体制の悪さなどから〈援助先での問題〉が起こってしまうことがある。このような問題が起こる可能性についてサポートを与える側は注意しておく必要がある。

[考察]

1. 育児の困難について

育児の困難さについては、カテゴリーに〈育児の困難さ〉があり、それを構成している概念は、精神疾患により育児ができない、家事育児の困難、子どもとの関係性の困難であった。

精神疾患により育児ができない具体例では、精神疾患のために寝てばかりいる状態や、不安発作により育児が一時的にできなくなる様子があげられた。自分の状態が悪化することで自分の辛さに対応するだけで精一杯なところに自分以外の人の世話をする力は残っていないように思われる。家事育児の困難の具体例では、子どもの夜泣き、子どものアレルギーへの対策、お弁当作り、塾の送り迎えなど精神疾患を有していない母親でもストレスに感じる事があげられた。健常な母親でも感じるストレスは、精神疾患を有している母親でも同様にストレスに感じるのであるが、それが健常な人より強く感じられると思われる。

子どもとの関係性の困難の具体例では、子どもとのコミュニケーションが上手くとれない、自分の生い立ちを思い出してしまう、子どものことでストレスが溜まり症状が悪化する、子どもが問題を起こすと自分を責めること等が語られ、子どもとの関係性の中で起こる困難さがあった。

このカテゴリーで語られたことは、先行研究（Goodman ら、1990）（Weissman ら、1972）に述べられている、うつ病の女性が子どもとのコミュニケーションが難しいということと一致した。

2. 育児の喜びについて

育児の喜びについては、カテゴリーに〈育児から得る喜び〉があり、それを構成している概念は、子どもとの出会いに関する喜び、育児の喜びであった。

子どもとの出会いに関する喜びの具体例では、妊娠・出産という子どもとの出会いに対する母親としての喜びを感じられることができた。

育児の喜びは、子どもの成長を感じ、そこからくる喜びを感じていた。自分が病気を持ちながらもここまで育てたという一種の達成感が喜びとして感じられたのだろう。その他、子どもの笑顔や表情から喜びを感じる、子どもから優しく声をかけてくれることに喜びを感じるなどがあった。

清水ら（2006）の一般の母親を対象とした研究によると、母親が育児幸福感を感じることで子どもの成長が21.6%と一番多く、次いで子どものしぐさ（笑顔、表情など）が12.3%となり、子どもの存在（生まれてきてくれたこと、子どもを授かったことなど）が8.8%とあり、次に子どもの優しさ（優しさ、心配してくれるなど）が6.9%であった。本研究の結果でも子どもの成長や子どものしぐさや子どもの優しさに育児の喜びを感じており、清水らの育児幸福感の内容と一致した。健全な母親を感じる喜びを精神疾患を有する母親も同様に感じており、喜びに関しては健康的な認知ができていると考えられた。

その他に、自身の精神状態が良くなることで、食事を作れたり、子どもが可愛く見えたりすることでも喜びを感じていた。精神疾患の症状で辛い思いをしていた分、精神状態が良くなることで得られる喜びは大きいと考えられる。

以上のことから、育児の喜びにおいて、多くの側面から喜びを得ている事がわかった。育児の喜びがあったからといって、精神障害自体が大きく軽減することはないかもしれない。しかし、喜びを認知できたからこそ、なんとか育児をやりこなすことができたのだろう。

3. 育児と精神症状がどのように影響しあうか

育児と精神症状がどのように影響するかについては、カテゴリーでは〈妊娠期の精神疾患による問題〉と〈育児の困難さ〉であった。

〈妊娠期の精神疾患による問題〉を構成している妊娠期の精神疾患の症状で特に1人の対象者から妊娠期において精神症状がどう影響するかについて詳しく語られた。自殺願望が出現する、妊娠している事が嬉しいと思えない、自分1人になってしまいたいなどと語られた。妊娠に対して

喜びを感じる余裕がなく、自分の感情にとらわれてしまっている様子が伺える。

〈育児の困難さ〉では精神疾患により育児ができないと子どもとの関係性の困難の概念から、育児と精神症状がどう影響するかの具体例が得られた。

精神疾患により育児ができないと語った対象者は、うつ病の精神活動低下、易疲労感から育児に対して無気力になっていると思われた。その他、子どもの学校生活への親のとしての役割に順応することが困難である対象者がいた。

子どもとの関係性の困難では子どもとの関係で上手くいかなくなると感情をコントロールできなくなっている様子であった。本人の幼少期にあった辛いことが解決されておらず、子ども育てていく中でフラッシュバックが起こる、子どもの問題で自責感が高まる、自身の具合が悪くなったことで、今まで子どものために一生懸命していた事がむなしいことに思えるなどが語られた。症状が悪くなることで、子育てに対して悲観的な方向に認知が変わってしまった可能性も考えられる。これらのように育児と精神症状がどのように影響するのかは、複雑に絡み合っている。育児に関係したネガティブな感情や負担感が、精神症状を誘発している面もあれば、精神症状の悪化で、育児に対しネガティブな感情が増す面もある。

育児と精神症状は相互に影響しているが、子どもとの関わりだけが症状を悪化させているわけではない。〈日常生活のストレス要因〉には、子どもの発達のな問題、自身の身体的な病気、夫への不満などがあった。〈産後精神疾患発症の心理社会的要因〉では、3人の対象者から具体例が得られた。その時期に起きた問題が未だに強く続いている者もあり、これらの問題が精神疾患を遷延させる要因の1つとして存在していると思われた。

4. ソーシャルサポート

精神疾患を有しながら育児をしている母親を支えているものが、結果図 (Figure 1) で示したように〈ソーシャルサポート〉である。ソーシャルサポートとは、ある個人が家族や友人などその周囲に存在する人達から得る事のできる有形・無形のサポートをいう (生島、2004)。

ソーシャルサポートを得る前の段階として、母親達は自身が精神疾患に罹患して育児が大変であることを認識し、育児困難に対処しているのである。対処を行い、〈ソーシャルサポート〉育児を援助してくれる人の支え、夫からの支え、医師による支えを得ていた。

育児を援助してくれる人の支えは、援助してくれる人として、実の母親、きょうだい、夫の両親、大家、家政婦の支えがあった。ソーシャルサポートの方法は、道具的サポートが多く、次に情緒的サポートであった。道具的サポートは子どもの世話を具体的に援助してくれる事で育児の負担が軽減されていた。情緒的サポートは、困った時に母親に電話し安心するなどがあった。

援助先での問題では、家政婦との関係でストレスを感じたり、やりとりが上手くいかなかった具体例が挙げられた。家政婦とは身内でない人間が家庭に入ることであるから、関係がいつも上手

くいくとは限らなかった。家政婦等に来てもらえば問題が全て解決する訳でなく、十分考慮が必要である。

夫からの支えの道具的サポートは育児や家事について具体的なサポートを得ていた。情緒的サポートは、夫から精神面での支えを得ていた。柏木ら（1994）の一般の母親を対象とした研究によると、父親の育児・家事参加度の高さは母親の否定的感情の軽減につながるといふ。一番身近な存在の夫からの具体的、情緒的なサポートを得ることは、精神疾患を持ちながら上手に育児を行っていくための重要なポイントと思われる。

医師からの支えに関しては、医師に病状や家庭状況を聞いてもらう、適切な治療を受けるなどで、気持が楽になる、病状が良くなると語られた。入院治療を受けた者もいたが、入院治療は精神疾患を集中的に治療するという意味合い以外に、一定期間、育児から離れることが出来ることで、改善につながると思われる。

以上により、ソーシャルサポートが精神疾患を有しながら育児をしている母親達を支えていることがわかった。筆者の一般の母親を対象とした卒業論文（2007）では、道具的ソーシャルサポート（夫、両親、きょうだいから）を得ることと育児ストレスが軽減することと関連があることが示された。本研究でも、具体的に育児を助けてもらうことで、育児の負担も軽減されていたと考えられる。育児だけでなく家事を助けてもらうことは母親の家事の負担を軽くさせる援助になっていた。

5. 望まれる支援

精神疾患を有する母親に対する望まれる支援として〈育児の喜び〉の考察から、今後母親に困難だけを取り上げて援助するのではなく、母親の感じている喜びにも焦点を当てその喜びを一緒に感じながら、サポートを行うことが大切であると思われる。〈ソーシャルサポート〉の考察から、育児や家事に対して具体的なサポートを得ることも育児の負担を軽くさせる。子どもの面倒をみてもらうなど、育児から一時的にいったん離れることも大切だろう。家政婦に気を遣っている者もあり、家政婦やヘルパーが、メンタルヘルスを研修する機会を設けるなどの対策も必要だろう。〈精神疾患への告白への抵抗〉というカテゴリーに示したように、精神科受診に対する敷居の高さ、精神科に対する偏見は依然としてある。このような受診の困難や偏見を少しでも解消するには、母親が受診しやすい体制づくり、メンタルヘルスに対する一般社会への啓蒙が必要である。さらには、精神疾患の早期発見、早期治療も大切である。医療・福祉関係者が、母親を精神科医療機関にスムーズに紹介できれば、早期治療に結びつく。このためには、医療・福祉関係者同士の連携が非常に大切になるだろう。

引用文献

- 安藤智子, 無藤陸 (2008) : 妊娠期から産後1年までの抑うつとその変化 — 縦断研究による関連要因の関連要因の検討—. 発達心理学研究 19 : 283-293.
- 福本祐子, 石原千絵子, 渋川敏彦 (2005) : 産後うつ病と育児ストレスに関する実態調査. 第9回 (平成16年度) 島根県母性衛生学会学術集会シンポジウム一般演題. 島根母性衛生学会雑誌 9 : 65-69.
- Goodman S.H. and Brumley H.E.(1990) : Schizophrenic and depressed mothers : relational deficits in parenting. *Developmental Psychology* vol.26, pp31-39.
- 生島浩 (2004) : 2 臨床心理的地域援助論の基礎 [3] 社会支援, 地域支援. 氏原寛・亀口憲治・成田善弘・東山紘久・山中康裕 (編) 心理臨床大事典 pp1133. 培風館, 東京.
- 柏木恵子, 若松素子 (1994) : 「親となる」ことによる人格発達 : 生涯発達の視点から親を研究する試み. 発達心理学研究 5 : 72-83.
- 木下康仁 (2003) : グラウンデット・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い. 弘文堂, 東京.
- 木下康仁 (2007) : ライブ講義M-GTA 実践的質的研究法 修正版グラウンデット・セオリー・アプローチのすべて. 弘文堂, 東京.
- 北村俊則 (1997) : 周産期の女性のうつ病 : その頻度と発症要因. 日本新生児学会雑誌 33 : 454-456.
- 南智子 (2007) : 被養育体験と育児ストレスの媒介要因について. 聖心女子大学文学部教育学科心理学専攻卒業論文 (非刊行).
- 宮岡佳子, 宮岡等 (1997) : 産褥期の精神障害. 臨床精神医学 26 : 98-103.
- 宮岡佳子 (2004) : 女性のうつ病治療. *Bulletin of Depression and Anxiety Disorders* 2 : 4-7.
- 森岡由起子, 佐藤文, 佐藤奈緒子, 生地新 (2006) : 産後うつ状態を呈する母親の情緒応答性について. 第59回日本心身医学会東北地方会演題抄録. 心身医学 46 : 253.
- 岡野禎治 (2006) : 産褥期精神障害への治療の実際. 玉田太郎, 本庄英雄 (編) 女性心身医学. pp217-227. 永井書店, 東京.
- 清水嘉子・伊勢カンナ (2006) : 母親の育児幸福感と育児事情の実態. 母性衛生 47 : 344-351.
- 玉木敦子 (2007) : 産後のメンタルヘルスとサポートの実態. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要 14 : 37-56.
- Weissman, M., Paykel, E., Klerman, G. (1972) : The depressed woman as a mother. *Social Psychiatry* 7 : 98-108.
- World Health Organization(1992) : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization : (融道男・中根允文・小見山実・岡崎裕士・大久保善朗 (監訳) (2006) : ICD-10 精神および行動の障害 — 臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院, 東京.)
- 吉田敬子 (2003) : 母子と家族への援助. 金剛出版, 東京.
- 吉田敬子, 山下洋, 岩元澄子 (2005) : 妊娠・出産・育児 女性のライフサイクルからみた周産期のメンタルヘルス. 油井邦雄・相良洋子・加茂登志子 (編) 実践・女性精神医学. pp118-143. 創造出版, 東京.

