

北村俊則，蓮井千恵子

児を亡くした家族はどのようなケアを望んでいるか

助産婦雑誌, 56; 709-713, 2002.

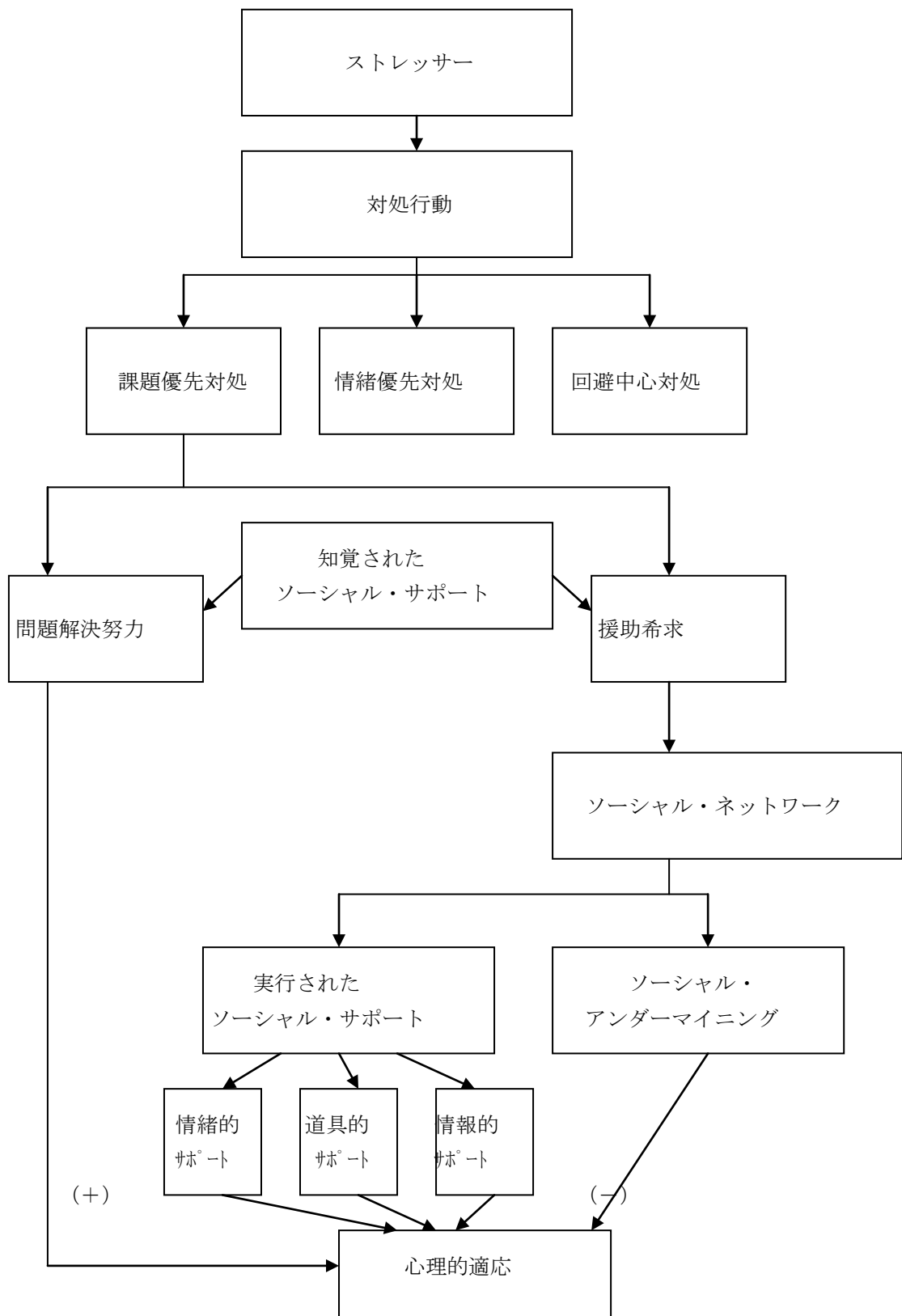
#### 医療・看護教育と悲哀反応への対応

医療・看護の専門職を目指すものは、病に苦しむ人々の苦痛を緩和し、そうした人々の健康の回復を目指し、そのことで人々の幸福に貢献できるという幻想を抱いて卒前教育を受ける。あたかもすべての疾患はわれわれの努力しだいで克服できるのだと教えられ、そのように信じて研鑽を積む。しかし、実際の医療・看護の現場に出たとき、苦痛を緩和し回復に導けるケースは思ったほどは多くないこと、障害が残ったり、死にいたってしまうケースがあることを体で感じるのである。しかし、それまで学習した医学知識・看護知識が、そうした事例にどのように対応すればよいかとか、さらにはそうした人々やその人々を愛する人々がどう感じたかについて理解しようとするのに、ほとんど何の役にも立たないのである。

愛するものとの死別 **bereavement** の後に起こるさまざまな心理状態や行動を悲哀 **grief** と呼ぶ。悲哀は時間経過とともに変化し、喪失体験からの回復過程としての喪 **moaning** の作業を形成する。流産・死産・新生児死亡といった周産期死亡はこうした悲哀を強く呈する可能性のある出来事である。残された母と父や周囲の人々への看護的介入は重要であるにもかかわらず体系的に検討されてこなかった。また、そうした研究や臨床検討の多くは、残された者を外部から客観的に観察評価する手法を取っていた。しかし、児との死別を体験した親に対する援助を構築するあたって、悲哀を自らの体験として主観的に叙述する作業が不可欠であろう。われわれは児死亡後の心理的变化に関する一連の研究を行い、その中で長時間にわたる聞き取り調査を施行した<sup>1-5,7-9</sup>。この論文では、これらの面接から得た情報から、児死亡後の親がどのようなケアを望んでいるかについて述べ、今後の助産援助のあり方について検討する。

#### ソーシャルサポート

ストレス状況（ストレッサー **stressor**）に直面すると、人間は何らかの対応をする。この対応を対処行動 **coping behaviour** という。対処行動は（1）課題優先対処行動 **task-oriented coping**（2）情緒優先対処行動 **emotion-oriented coping**（3）回避優先対処行動 **avoidance-oriented coping** に分けられる。課題中心対処には、みずから問題を解決しようとする問題解決努力と家族・友人・同僚などの他者（ソーシャル・ネットワーク **social network**）からの援助を求める援助希求 **support seeking** がある。ここで援助を求められた他者が必要な支援を行えばソーシャル・サポートが実行されたことになり、そのことでサポートを求めた者の心理的適応は安定すると考えられている<sup>6</sup>。



サポートはその内容により情緒的サポート、道具的サポート、情動的サポートに分けられる。気持ちを理解してくれる、喜怒哀楽の感情を共有してくれるなどが情緒的サポートである。家事

や仕事で実際的な手助けをしてくれるのが道具的サポートである。役に立つ情報を教えてくれるのが情動的サポートである。

しかし、ストレス状況に晒された人がすべて援助を希求するわけではない。ストレスがまだ存在しない状況で、もし何かが起きたら誰かが援助してくれると認識し、それに満足できている人ほど、ストレス時に恐れずに援助を求めるであろう。一方、何かが起きても援助してくれる人が少なくと感じている人は、それほど援助希求行動には出ないであろう。援助を求めることは自分の「弱み」を人に見せることにもなるので、むしろこうした人は自身に閉じこもってしまう。実際、周囲の人々が常に援助を与えてくれるわけではなく、かえって心理的に邪魔で不愉快な言動を取ることもある。これをアンダーマイニングという。また、もし何かが起きたら誰かが援助してくれると認識し、それに満足できている人は、いつでも援助は得られるとの認識から、まずは自分で解決を試みようとする。サポートがあれば心理的には安定し、アンダーマイニングがあれば心理的適応が不安定となる。

### そっとしておいてもらいた

流産であれ死産であれ新生児死亡であれ、子を失った親は不必要な声かけで傷つく。「高校時代の女性の友人がやってきて、その人は子どもがいるのに、『早く次の赤ちゃんを生めば良いのよ』といった。あの言葉で一番傷ついた」という表現は、こうした例である。死んだ子には独立した人格があり、たとえ次に子を産んでも、その子は全く別人格である。そうであるのに、あたかも破損した商品を取りかえるかのように、「次の赤ちゃんを生めば良い」というのは子の人格を否定するのだ、と彼女たちは怒りと悲しみを表す。一人でいたいときに掃除や料理などを手伝いに来て、勝手に家に上がる人も、「神経を逆なでにする」人である。

死産を体験した女性が大部屋の病室にいる場合は、同室の女性たちはこれから分娩を迎える人たちであったり、ごく最近無事分娩を終えた人たちであったりする。病室での話題は必然的に他の患者の子どもに関する事柄になる。流産後にづらい気持ちで復職した女性に、同僚が慰めようと、児の死亡のことを話題にするのも、づらい経験である。周囲の人々のこうした対応は、子を亡くした親にとってアンダーマイニングである。極論すれば、こうした状況の親にどのような声かけや援助をしてもすべて「悪意あるおせっかい」と取られかねない。

出来事の特徴から課題中心対処は有効とは考えられず、援助希求行動をすることで二次的な心的外傷を受けるのではないかという危惧を強く持っている。表面的なリップサービス(アンダーマイニング)には大変敏感になっているのが児死亡後の親であるといえる。安易な声かけは避けるべきであろう。

### そばにいてもらいたい

周囲の人々が、流産や死産を体験した女性たちが大変づらい状態にあることを認識しているほど、かける声もなく、「しばらくそっとしておいてあげよう」との配慮から、遠巻きにしてしまうことも多い。しかし、こういう対応をされると、子を亡くした親は一人取り残されたような気持ちになる。孤立感や世界の安全性への不信といった症状が死別反応の症状として特徴であり、一人になることの恐怖感は強い。ある母親は、一人で入浴することに強い恐怖感を持つようになり、妹に泊まってもらい、自分が入浴する時は必ずバスルームのドアを開け、外に椅子を置いて妹に座ってもらっていた。

終日中に児を亡くしたある母親は「それまで自分たちの味方になり、子どもの病気と戦ってくれた医師や看護婦が、子が死んだことを境に、離れていってしまい、スタッフと遺族の間に超えられない線ができたみたいと感じた」と述べていた。一方、病院で子の死を迎えたある親は、受持看護婦がベッドに来て、児の前で静かに泣いてくれたことが何にもましてこころの癒しになったと述べた。

一人でいたくない人へのサポートはそこに居てあげることである。児を亡くした親の気持ちを共感し、情緒的サポートを与えるのに、言葉は不要である。

#### 怒りの感情を受け止めてほしい

死別反応の特徴のひとつとはやり場のない怒りの感情である。この怒りの感情は、配偶者に、家族に、友人に、病院関係者に、自分に、そして死んでいった子に向くことになる。医療関係者に怒りが向くとき、子の死亡の原因は医療ミスであるとか、看護体制を決めた国の施策にあるといった形で現れる。医療過誤であると責められると、医療・看護スタッフは防衛的になる。医療・看護に「落ち度はなかった」と反論したり、弁明したりする。胎児や新生児の死亡の原因や経過を親に分かりやすく説明することは非常に大切である。しかし、それに加えて、医療過誤だといって医療・看護スタッフを責める親の心性の基礎に、上記の怒りの感情があることを理解することが重要である。児の死亡後に、医療・看護スタッフの些細な言動を「許せない」と非難する親がいる。こうした言動を「理不尽である」と反発するのは医療・看護スタッフの持つ逆転移であることに気づき、親の怒りの感情を受け止めることが大切である。

どんなに弁明しても、その子が死亡したことは事実である。「できるだけことはした」と説明しても、「では何故自分の子は死んだのだ」と反論される。「危険性は説明した」と述べても「必ず死ぬとは言っていなかった」と反発される。生後まもなく心臓の手術を受け、術中に死亡した児の母は、死後数ヶ月たっとなお気持ちの整理ができず、執刀医に手紙で説明を求めた。手術経過を丁寧に説明した返書の最後は、「お子さんを失ったことは担当医として本当につらく悲しく、申し訳なく思っている」と述べる文章で締めくくられていた。その母親は「この言葉を聞きたかった」といって、その執刀医からの手紙を宝物のように保管していた。

#### 悲しい気持ちを共有してほしい

児を亡くした親の悲哀は深くかつ個人的なものであり、触れがたい思いを医療・看護スタッフに与える。一方、医療・看護スタッフは、患者やその家族の前で自分の個人的感情を表してはいけないという教育を受けてきたし、また児の死亡という厳粛な現実を目の当たりにして、無意識に感情的になってはいけないと感じるのであろう。長期の闘病の末、児を亡くした母親は、受け持ち看護婦がベッドに来て死んだ児の前で泣いてくれたことが、もっともこころを癒してくれたと述懐している。明らかに、情緒的サポートが有効であるといえる。

#### なぜわが子が死んだのか教えてほしい

救急車で病院に運ばれたものの1時間も経たず死亡した生後まもなくの子の母に外来担当者は、「お母様もなぜお子様が亡くなられたか知りたいでしょ」といって行政解剖を薦めた。両親の同意を得て解剖が行われ、急性肺炎の診断が下された。半年しても母親の割り切れなさは続き、その母親は解剖担当者に電話をかけた。

「何故私の子は死んだのですか？」  
「お子様の直接の死因は呼吸不全でした」  
「何故私の子は呼吸不全になったのですか？」  
「お子様は肺炎でした」  
「何故私の子は肺炎になったのですか」  
「細菌かウイルスの感染です」  
「何故私の子は細菌やウイルスに感染されなければならなかったのですか」  
「細菌やウイルスは空気中にいくらでもあるのです」  
「でも、何故私の子は細菌やウイルスに感染されなければならなかったのですか細菌やウイルスに感染されなければならなかったのですか」  
「それはわかりません」  
「なぜあの子が死んだのか知りたいでしょうといわれたので解剖に同意したのですよ」  
「空気中にいくらでもある細菌やウイルスに感染する理由はさまざまでしょうし、ひとつに断定できるものではありません」  
「では、何故私の子が死ななければならなかったのかの原因はわからないじゃないですか」

ここまで読めば読者は気づかれたであろう。母が知りたかったのは「何故、(何万人といる同じ年齢の子どもたちでなく) 自分の子(『よりによってわが子』) が死ななければいけなかった」であり、法医学者が答えているのは、「お子さんが死んだ医学的原因」なのである。母は情緒的サポートを求め、法医学者は情報のサポートを与えている。これではサポートが何の安らぎにもつながらない。子を亡くした親が求めているサポートの種類と内容を把握することが、看護師や医療者に強く求められている。

#### 亡くなった児が存在した意味を理解してほしい

生後まもなくの死亡であったり、出生前の死亡である場合、親は「この子が生を受けた意味は何であったのか」を考える。「ほとんど誰にも知られることなく生を終えたあの子の短い生命の目的は何であったのか」「多くの子どもは大きくなり、社会に貢献できるのに、自分の子は栄養を与えられ、看護を受けただけで死んでしまった」と考え、子の生命の存在価値について悩んでいる。

こうした親はまず、その子が、他にかけがえのない一個の独立した人格であることを認めてもらいたいと思う。助産婦が「〇〇ベビー」とか「ベビーちゃん」と呼ぶことに嫌悪感を持つ親は多い。どんなに短い生命であっても子には人格がある、と親は感じる。

死後に自ら解剖を希望する親がいるが、これも「疾患の原因追求の役に立つことで短い生命の存在価値を確認したい」と思うからであろう。子の死後に仕事に打ち込んだり、社会に貢献するような取り組みを行う親も多い。こうした親は「子が教えてくれたこと」「子が遺してくれたこと」をしているのだという。

#### 最後に

周産期に子を喪うという取り返せない出来事を体験した親に対し、医療・看護に携わるものが取るべき態度を、子を亡くした親の視点から振り返ってみた。

助産婦であるとか看護婦であるといった意識を捨て、ごく普通の人間としての感覚を取り戻すことが必要であろう。

なお著者のHPは

<http://www.medic.kumamoto-u.ac.jp/dept/psychia/psychia.html>

#### 文献

- 1) Hasui, C. & Kitamura, T.: Aggression and guilty feelings during mourning of mothers who lost an infant. 1st World Congress on Women's Mental Health, 31 March, 2001, Berlin, Germany.
- 2) 蓮井千恵子, 北村俊則: 子どもを亡くした両親の攻撃性・被害感情・自責感. 日本心理臨床学会第20回大会 2001年9月15日, 東京
- 3) 北村俊則, 蓮井千恵子 (2001). 新生児の突然死に伴って見られる悲哀反応—攻撃性の評価と意味. 精神科診断学, 12, 337-345.
- 4) 大塚明子, 富田拓郎, 北村俊則 (2001). 死別後に仕事をするものの意味と死別反応との関係. 精神科診断学, 12, 467-485.
- 5) Otsuka, A., Tomita, T., & Kitamura, T.: Resuming a job after the death of a loved one: in-depth interview study. World Congress of Behavioral Cognitive Therapy, Vancouver, 17-21 July, 2001.
- 6) Tardy, C. H. (1985). Social support measurement. American Journal of Community Psychology, 13, 187-202.
- 7) Tomita, T., & Kitamura, T. (2001). Diagnostic reliability and accuracy of pathological grief and psychiatric disorders among Japanese psychologists and psychology students. Psychological Reports, 88, 743-746.
- 8) 富田拓郎, 大塚明子, 伊藤拓, 三輪雅子, 村岡理子, 片山弥生, 川村有美子, 北村俊則, 上里一郎: 幼い子どもを失った親の悲嘆反応と対処行動の測定. カウンセリング研究, 33, 168-180.
- 9) 富田拓郎, 伊藤拓, 大塚明子, 川村有美子, 片山弥生, 村岡理子, 三輪雅子, 北村俊則, 上里一郎 (2001). 死別体験者の抑圧様式の個人差と死別後の悲嘆反応、対処行動、病的悲哀、不安障害および気分障害との関係. カウンセリング研究, 34, 9-20.