

報告・資料

流産による悲嘆に関する探索的研究

伊藤美奈子*・竹ノ上ケイ子**・ケニヨン充子***

The exploratory study on the grief for abortion

Minako Ito*, Keiko Takenoue**, Kenyon Michiko ***

Abstract

The aim of this study was to collect the items to measure the grief for abortion, and to explore the relation with other factors.

In the preliminary study, 28 items were collected from the experiences of the women who experienced abortion, in the past. In second research, the grief items were asked for 371 women who experienced abortion.

By the factor analysis and the α -coefficient, 18 items were consisted of five factors: ① shock, ② refusal, ③ anger, ④ the wish to talk, ⑤ recovery.

From the correlation analysis, ①' score, ②' score, ③' score and ④' score had a mutual relation, and these showed positive correlation with score of depression and uneasy. And scores of ①, ②, ③ and ④ were decreased, conversely ⑤' score was increased with time from abortion. Grief for abortion was not associated with their age and number of abortion.

Key words: abortion, grief, course of change.

問 題

“流産”とは、22週未満に妊娠が終了することである。牧野（2007）の試算によると“すべての妊娠の約13パーセントが12週以前に流産となる”ことが導き出されている。他方、名古屋市立大学研究チームが実施した「岡崎コホート研究」によると“妊娠したことのある女性の41パーセントが流産を経験している（杉浦・鈴木・尾崎・北折，2009）”という報告もある。3回以上連続する流産を習慣流産というが、その原因はまだわからない

ことも多く、多角的な原因の結果として起こっているといわれる。

愛情や依存の対象を、その死によって失う体験を“対象喪失（object loss）”という（小此木，1979）。フロイト（Freud, S.）は、対象喪失に伴う心理過程を悲哀の仕事（mourning work）と呼んだ。この対象喪失に伴うさまざまな症状および心的反応を“悲嘆（grief）”、人が愛する対象を失った後に見られる混乱から適応に至るプロセスは“悲哀”あるいは“喪の過程（mourning process）”と定義される。こうした喪の過程には、ある一定の

* 奈良女子大学大学院生活環境科学系（Nara Women's University Faculty of Human Life and Environment）

** 慶應義塾大学看護医療学部（Keio University Faculty of Nursing and Medical Care）

*** 東邦大学看護学部（Toho University Faculty of Nursing）

受稿2012.05.10 受理2014.02.13

時間的な過程と段階、そして反応パターンがあるとされ、多くの研究が行われてきた。その代表である Bowlby (1961) はモーニングの 4 段階を提起している。第 1 期は、亡くなってから数時間～1 週間ほど続く「情緒的危機の段階」である。別れのショックのあまり否認が起きたり、強烈な苦悩や怒りを伴ったりする。第 2 期は、失った対象を思慕し探し求める「思慕と探索の段階」で、数ヶ月から数年続くとされる。その後、永久に戻ってこない現実を受け入れ、一次的に激しい絶望と失意が起こる「混乱と絶望の段階」が来る。こうした過程を経て。ようやく諦めの中で現実を受け入れ「離脱・再起の段階」にたどり着くという (永田, 2011)。

流産も、胎内に宿った我が子を失うという意味で、まさしく対象喪失の一つである。その一方、流産という経験が複雑なのは、大切な子どもを失うとともに自己の一部 (自分の胎内に確かに存在した胎児) を失うという意味で、“対象喪失と自己喪失という二重の喪失体験 (Kennell, Slyter & Klaus, 1970)” であり、多様で複雑な喪の過程を辿ると考えられる。流産という対象喪失に伴う心理過程については、Kellner & Lake (1993) による“悲哀の 4 段階” (TABLE 1) や Mander (2006) の“悲嘆の 5 段階” (TABLE 2) が提起されてい

る。もちろん、個々が感じる悲嘆の強さについては個人差も大きく、その順序についてもこれらの段階を一つ一つ直線的に進むとは考えられていない。段階が前後したり反復したり、さらにはさまざまな感情が混在し複雑に絡み合い行きつ戻りつの過程の中で徐々に回復に向かうと考えるのが一般的であろう。また、その回復までの長さ (期間) についても諸説ある。流産後の身体的回復は比較的早いのに対し、心理・社会的回復には通常 3 ヶ月から 1 年、あるいは 2 年、深刻な場合は数年を要すると考えられる (松下・加藤・池田・野口・水野・八神・青木・梶浦, 1994a; 松下・加藤・池田・野口・水野・八神・青木・梶浦, 1994b; 竹ノ上・佐藤・松山, 2000; Toedter, Lasker & Alhadeff, 1988)。

一方“不育症”とは「流産や子宮内胎児死亡を繰り返す、生児を得るに至らない病状」(杉, 2009) であり、“出生 1 週間以内に死亡する周産期死亡”も含まれる。流産や不育症によるわが子との別れによる悲しみについて、平山・高橋 (2001) は、以下の 4 つの特徴を挙げている。一つは、流産等の喪失が“繰り返すこと”である。その結果、不育症患者にとって妊娠するという事は喜びだけでなく、恐怖を引き起こす事態でもあるのである。第 2 の特徴としては“多重な喪失であ

Table 1 Kellner & Lake (1993) による“悲哀の 4 段階”

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. ショック、信じられない思い (Shock and disbelief) 2. 死児へのあこがれ、探索、不安 (Yearning, searching and anxiety) 3. 無秩序、絶望、鬱 (Disorganization, despair, and depression) 4. 再統合、立て直し (Reorganization) |
|---|

Table 2 Mander (2006) による“悲嘆の 5 段階”

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. ショック、驚き、否認、孤立 (Denial or isolation) 2. 怒り、混乱、死児へのあこがれ (Confusion or anger) 3. 自己尊重の低下、自責感、罪責感 (Bargaining) 4. 鬱、無力感 (Depression) 5. 受け入れ、再統合、次の人生へと踏み出す (Acceptance) |
|---|

る”ことが挙げられる。すなわち、“妊娠、未来の希望、今後の出産可能性、健康、正常に出産できるという女性イメージ、自尊心などの喪失を同時に経験”するため、喪の過程は複雑で困難なものとなる。そして第3は、産婦人科医療提供者によってさえ“喪失であることが認知されていない”ことがある。その結果として、病院関係者の言葉や対応（「またすぐに妊娠できるから」と喪失体験を無視されたような発言や、流産・死産で生まれた我が子を抱くこともなく処分されるなど）により、流産の苦しみが増幅してしまうような不幸なケースもある。第4としては“喪失に対する男女差”が挙げられる。悲嘆を共通すべき夫婦の間でも喪失に対する反応が異なることは珍しくない。そうした温度差が悲しみのどん底にいる母親を一層傷つけてしまうこともあるのである。流産直後の母親は“健康な赤ちゃんを産むことができなかつたことを恥ずかしく思い、あるいは死なせてしまったことに罪悪感を抱き、自ら重荷を背負う”という（Kennell, Slyter & Klaus, 1970など）。家族の手前、表面的には平静を保っていても内的に深刻なダメージを受けていることも多く、その苦しみを夫婦で共有できない場合にはますます孤立感を深めてしまうこともある。こうした現状により、流産・不育症女性たちは、流産による心身の傷つきに加え、医療関係者や家族、そして身近な人々から何重にも傷つけられ、悲しみを吐露しそれを受けとめてもらえる場が少ないことから、その苦しみを患者自身が一人で抱え抑圧してしまうことも多い。

流産の最大の原因は、“約60～70%を占める胎児側の染色体異常”といわれ（小澤, 2007）、母体側の原因に関しては、子宮奇形、自己免疫の異常（抗リン脂質抗体症候群）、母児間の免疫学的流産などが挙げられる（牧野, 2007）。これ以外にも不育症のリスク因子とその予後については、多くの研究が蓄積されつつある（齋藤・杉浦・田中・

藤井・杉・丸山・竹下・山田・小澤・木村・山本・藤井・中塚・下屋, 2009）が、“高レベルのエビデンスはあまりない”という指摘もある（杉浦, 2009）。他方、周産期医療技術のめざましい進歩により、子どもを持つことをあきらめていた（不妊症や不育症に苦しむ）女性たちが、妊娠・出産に至るケースも増えてきた。しかし、それとは対照的に、先進医療の力でもどうにもならず“子どもを抱けない苦しみ”を抱え続ける女性たちも確実にいる。社会全体においても流産や不育症への理解と認識は決して高くない。胎児側の原因で起こることが多いにもかかわらず、「自分が無理をしたせい」と自分を責める流産患者がいる一方、身近な人からの「またすぐに妊娠できるよ」「運命だったのだから、忘れなさい」などの言葉に傷ついてしまうケースもある。流産・死産を繰り返す不育症に苦しむ女性たちへの心理臨床的な立場からの基礎研究や支援方法については、面接調査による知見が集まりつつあるが（大井, 2001；太田 2006；秋山, 2010ほか）、まだ十分な研究結果として蓄積されていないのが現状である。

目 的

そこで本研究では、流産を経験した女性の喪のプロセスを探る一助として、その悲嘆をとらえるための項目を収集し、流産による悲嘆の特徴をさぐることを主たる目的とする。

予備調査

流産に関する悲嘆感情を測定する項目を、Mander（2006）や竹ノ上・佐藤・松山（2000）を参考とし、各段階に該当する記述を流産経験者の「生の声」をもとに、以下の手順で収集した。

方 法

調査時期 2009年12月。

調査方法 流産に関する悲嘆をとらえる項目を作成するため、次のような手順で、項目の原案となる記述を収集した。流産・死産経験者で作る「ポコズママの会」ホームページ (<http://pocosmama.babymilk.jp/>) で公開されている「私の流産・死産体験記」、および『ともに生きる—たとえ産声をあげなくとも』(流産・死産経験者で作るポコズママの会, 2007) の体験記の中から、各段階に該当するような記述を収集した。

結果と考察

上記の方法で収集された項目について、重複するものを省き、不適切な表現やまぎらわしい表現については修正を加えた上で、Mander (2006) による5段階を基準に分類したのがTABLE 3である。表では、項目作成のもとになった体験談の一部や文献からの引用部分と、その結果作成された項目内容を示した。各項目に付された番号は、因子分析の結果より最終的に分類された因子の番号を示している。

<ショック・否認・孤独>には、流産直後のショック状態や、「なぜ私の子どもが？」に対して答えを模索する気持ちなど3項目が分類された。流産という経験が「予想もしなかったこと」であり、その経験が自分に降りかかってきたことへの答えを切望する思いであり、その“圧倒的な悲しみ”(橋本, 2004) を誰にも分かってもらえないという孤独感が分類された。<怒り、恨み、拒絶>に該当するものとしては、自分の運命(流産という突然の出来事)に対する怒りや、医療関係者やほかの妊婦に対する恨みや羨望、身近な人との確執など、6項目が集まった。これらは、子どもを失うという現実が受け入れられず、その失意から

起こってくる怒りであり、子どもを失ったことから生じる恨みや羨望であると考えられる。<自責感、罪責感>には、流産を自分のせいと感じて自分を責める気持ちや、何もできなかったという無力感を意味する2項目が分類された。「誰もが当たり前にできること」を、なぜ自分ではできないのかという思い、自分のお腹にいたはずの赤ちゃんをなぜ守ってあげられなかったのかというやりきれなさが背景にある。<鬱、無気力>には、大きな喪失による抑うつ状態の深刻さを意味する2項目が集まった。対象喪失による抑うつは「正常反応」の一つであるが、“自然流産後には病的な鬱の危険性が存在する”(松下・加藤・池田・野口・水野・八神・青木・梶浦, 1994a・b) とも言われる。流産経験者の体験談(ポコズママの会ホームページ)や先述の手記からも、重い抑鬱症状を呈していると考えられる記述も多い。<感謝、立ち直り、次の人生>に該当するものには、配偶者や家族への感謝を意味する3項目が集まった。ただし、ホームページ上の体験記は、まだ流産後の傷が癒えない段階でその苦しみを吐き出す場として書かれたものが多いため、対象喪失からの立ち直りや次の人生に踏み出すような内容は多くはなかった。そこで、流産支援の実践にあたる流産経験者2名、および、助産師・看護師でありかつ流産支援の研究や臨床に携わっている大学教員・大学院生により6項目(TABLE 3参照)が加えられた。

さらに、Mander (2006) の5段階には分類しにくいものとして、苦しみや悲しみを聴いて欲しい・わかって欲しいという気持ち3項目(<聴いて>と分類)、立ち直りへの焦りを意味する3項目(<焦り・自制>と分類)が抽出された。

Table 3 項目作成のもととなった記述と、作成された項目

記述内容	作成された項目
【ショック・否認・孤独】	
・(流産発覚直後) その時は頭が真っ白で、先生の説明も何も耳に入りませんでした。 ◇私は何も感じる事ができず、瞬きもしていなかったのではないかと思います。(P.108)	ショックで頭が真っ白になった状態①
・まさか、自分が流産、死産を経験するとは思わなかった。妊娠したら、元気な赤ちゃんを抱けると信じて疑わなかった…。 ・毎日「どうして私が」と、悶々と問い続けています。でも、答えは出ません。	「なぜ私の子どもが？」に対し答えを求める気持ち①
・流産直後は夫との気持ちの温度差を感じたり、誰にも悲しみをわかってもらえないような孤独感をとても感じていました。 ・流産した人でないと、この気持ちは絶対にわからないと思う。	流産の苦しみを誰にもわかってもらえない孤独感②
【怒り、恨み、拒絶】	
・(病院側の説明である)「染色体の異常」「珍しくないこと」も納得できません。日に日に「どうして私が…」という気持ちが強くなって妊婦さんが羨ましくてどうしようもないのです。	「どうして私がこんな目に遭うのか」という怒り②
・(流産発覚直後) 周りの妊婦さんは「順調です」と言われているのに、なぜ私だけ…とみんなを恨みました。	運命を呪いたくなる気持ち②
・「子どもができるだけ、不妊症よりはまし」と友だちから言われた。 ・実母から「生まれてもきっと弱い子だったんだから、これでよかった」と言われた。励ましの言葉が、そのときは受け入れがたかった。	身近な人の言葉による傷つき
・私だけ子どもがない。またみんなと差が付いてしまったと感じます。そんな自分が嫌なことで、自分の心の平穏を保つため自ら友だちとの連絡を絶ちました。	誰にも会いたくないという気持ち③
◇妊婦さんを見るのも、赤ちゃんを見るのも嫌でした。おむつのコマーシャルから目をそらさずにはいられません。感情をどうコントロールしたらいいかわかりませんでした。(P.100) ・友だちが出産しましたが、いまだにお祝いには行きません。	妊婦や子ども連れの姿を避けたいという思い③
・まだ周りの赤ちゃんは見られません。涙が出て来てしまうからです。	赤ちゃんに関するものを見たくないという思い③
【自責感、罪責感】	
・(臍の緒が巻き付いて死んだと知り)「苦しかったんだね…」と自分を責めました。どうして私は生きているんだろう…。 ・誰もが当たり前のように子どもを持つのに、その当たり前ができていない自分もどかしく…。 ◇外出するのは嫌。人に会うのも嫌。笑ったときの自分が嫌。ご飯を食べる自分が嫌。私だけ生きている自分が嫌。(P.127)	自分が悪かったと、自らを責める気持ち①
・(入院中) 私は自分の身などどうでもよく、何よりも赤ちゃんのことしか考えられませんでした。どうして守ってあげられなかったのか。辛かったよね。苦しかったよね。本当にごめんね、と。 ・入院中はわりと落ち着いたので、自宅に戻ると無力感で一杯になりました。もっとしてあげられることはなかったかとか、自分のせいのような気がして自分を責めたり、主人に当たったりしてしまいました。	流産に際し、何もできなかったという無力感①
【鬱、無気力】	
・「赤ちゃん、お腹の中で亡くなっています」その瞬間、頭が真っ白になり、全身が震え、その場で子どものように泣き崩れました。全身の力が抜けて歩くこともできず、そのまま入院することになりました。	家事も仕事も何も手に付かないという脱力感③
・心も痛い、お腹も痛い、このままいつその子と死んでしまいたい。 ・喪失感というか、何かとつもなく大きなものを失ってしまったような空っぽさが襲ってきて、このまま狂ってしまったら楽になるのに…と何度も思いました。 ◇少しずつ胸の痛みが和らいできて、たとえ次の子が生まれても、亡くなった子への重いが消えることはありません。(乗り越えたかに見えても) 本当は人に話さなくなっただけで、心の中ではいつでも存在を求めているのです。(P.128)	子どもがなくなった悲しみ
【感謝、立ち直り、次の人生】	
◇悲しい別れではあったけれど、夫婦の絆を深め両親への感謝を教え、いかに私が周りの愛情に恵まれているかを再認識させてくれました。(P.20)	夫や家族との関係を大事にしようという思い⑤
・夫は仕事が大変なのに、ずっと私を励まし、一緒にいてくれました。周りのみんなに感謝しています。8週間だったけど、パパとママでいさせてくれてありがとう。	自分を支える人がいてくれることへの感謝⑤
・私のがむしやらに泣いたときも、八つ当たりした時も主人は嫌な顔せず支えてくれました。そして一緒に泣いてくれました。主人には本当に感謝しています。	思う存分泣けたという気持ち⑤
追加項目	日常生活が大事に送れている感覚⑤
追加項目	自分の生き方をしようという思い⑤
追加項目	子どもを持たない生き方をしようという決心
追加項目	不育症や流産の治療をやめようという気持ち
追加項目	子どもを持つこと以外が考えられるようになった
追加項目	子どもを持つことについてがんばり過ぎないでこうという気持ち

【聴いて】	
・亡くなったこのために、自分のために、流産経験やなくなった子の思い出などを話せる環境が欲しいです。	気持ちを聴いて欲しい・話したいという思い④
・流産直後より、半年後、1 年後のカウンセリングを強く望んでいます。体験者にしか分からない苦しみ。わかってもらえないと、心を閉ざしがちです。	自分の辛さをわかって欲しいという思い④
・専門家によるカウンセリングができるサイトがもっと増えて欲しい。	心理カウンセラーなど、心の専門家に相談したい
【焦り・自制】	
・この悲しみを癒すには、亡くした赤ちゃんをもう一度妊娠しなおして、今度こそ無事に生んであげることができない。	一日も早く赤ちゃんを抱きたい
・夫に心配かけてもいけないので、早く立ち直らなければと思うが、笑顔になることができない。	早く立ち直らねばという焦り
・誰かに話したいと思う。泣きたいと思う。でも上の子は小さいし、不安にさせてはいけないので泣けない。	家族の手前、泣いてはいけないという思い

注 1 「・」で始まる項目は、ネット上の記述より抽出。「◇」で始まる項目は、流産・死産経験者で作るポコズママの会（2007）より抽出。

注 2 項目欄の番号（①～⑤）は、最終決定した後の因子番号。番号がないものは削除された項目。

本調査

次に、収集された 28 項目について、流産経験者を対象に調査を実施し、その結果より流産による悲嘆の一面を明らかにすることを目的とする。

方 法

調査時期 2010 年 1 月～2 月。

調査方法 流産・死産経験者が作る「ポコズママの会」ホームページ、および特定非営利活動法人（NPO 法人）不育症友の会ホームページウェブ（<http://www.heartbeatclub.jp/index.html>）上にアンケートを公開した。調査の趣旨に関する説明文を読んだ上で「調査への参加」について同意が得られた方に、ウェブ上でアンケートへの回答を求めた（ウェブ上で回答し送信する形）。途中で辛くなった場合は、回答を中止できること、個人情報厳守されることが付記された。それぞれの回答は、「ポコズママの会」が管理するサーバに自動送信・保存された後データ化した形で回収された。アンケートの最後に、結果のフィードバックを求める人には自由意志によるアドレス記入欄があるが、そこに記入されない限り回答者の匿名性は守られる。なお、アンケート調査の内容および実施方法については、慶應義塾大学看護医療学部の倫理委員会による審査を経ている。

調査内容 ウェブ上アンケートは、以下のような内容からなる。①流産による悲嘆についての 28 項目に対し、＜流産直後*¹>と＜現在＞の 2 時点について「強く感じていた（強く感じている）」「少し感じていた（少し感じている）」「感じなかった（感じていない）」の 3 件法で回答を求めた。②抑うつ尺度：Beck ら（1979）によるベック抑うつ性尺度（BDI：Beck Depression Inventory）、ならびに Spielberger ら（1970）による状態-特性不安尺度（STAI：State Trait Anxiety Inventory）を参考に抽出した 10 項目に対し、回答の簡便さを考慮し「いつもある（3 点）」「ときどきある（2 点）」「ない（1 点）」の 3 件法で回答を求めた。これら 10 項目は主成分分析の結果、すべての項目が第 1 因子に、400 以上の負荷量を示したことから 1 因子性が強いことが確認された。また 10 項目の α 係数は、.846 と十分な信頼性が確認されたため、以下の分析では 10 項目の回答結果を 3～1 点に換算し、合計した得点を 10 で除した値を抑うつ・不安得点として扱う。これら以外に、年齢や妊娠・流産に関する履歴（何歳の時に出産・流産・死産したかを尋ねる）についての質問があり、最後に自由記述欄（随意）を設けた。

調査対象 それぞれの掲示板では、「不育症と診断された方、または流産（妊娠 22 週未満の流産を意味します）を経験された方にお尋ねします」という形で呼びかけた。調査への協力者は 375 人

注 1) 流産を複数回経験している場合は「一番最近の流産直後」について回答するよう教示を加えた。

(女性)であった。年齢別では、30歳未満が84人(22.4%)、30歳以上35歳未満が136人(36.3%)、35歳以上40歳未満が118人(31.5%)、40歳以上が37人(9.9%)となった。最後の流産からの経過年数によると、1年未満が153人(41.1%)、3年未満(累計)が323人(86.8%)、5年未満(累計)が358人(96.2%)と、流産後の年数が比較的若い女性が多数を占めた。

結果と考察

因子分析結果

より悲嘆の感情が明確であると考えられる「流産直後」に関する31項目についての回答を「強

く感じていた(強く感じている)」=3点、「少し感じていた(少し感じている)」=2点、「感じなかった(感じていない)」=1点とし、その結果について因子分析(最尤法、バリマックス回転)を行った(TABLE 4)。その結果、最初に想定した因子(Mander(2006)の“5段階”、および予備調査で加えた<聴いて><焦り・自制>)とは異なる因子構造が確認された。第1因子は、「赤ちゃんに関するものを見たくないという思い」「誰にも会いたくないという気持ち」など5項目からなり<拒絶>と命名した。この第1因子には、待ち望んだ子どもの死という悲痛な気持ちを逆なでするような「赤ちゃん」「妊婦」という存在、それに無神経な言葉を投げてくる人々からの防衛ともい

Table 4 流産後の悲嘆に関する項目についての因子分析

項目内容	fac1	fac2	fac3	fac4	fac5
12.妊婦や子ども連れの姿を避けたいという思い	.76	-.07	-.05	.27	.13
5.赤ちゃんに関するものを見たくないという思い	.75	-.10	.01	.27	.06
15.誰にも会いたくないという気持ち	.63	.01	.26	.09	-.147
7.家事も仕事も何も手に付かないという脱力感	.56	-.10	.33	-.17	.27
24.夫や家族との関係を大事にしようという思い	.03	.75	.05	-.09	-.01
16.自分を支える人がいてくれることへの感謝	.01	.68	-.09	-.21	-.01
19.思う存分に泣けたという気持ち	.04	.65	.01	.13	-.01
25.自分の生き方をしようという思い	-.33	.51	.09	.03	.19
27.日常生活が大事に送れている感覚	-.18	.49	-.03	-.04	.12
3.流産に際し、何もできなかったという無力感	.06	-.00	.78	.02	.04
17.自分が悪かったと、自らを責める気持ち	.01	-.04	.75	.08	-.09
4.ショックで頭が真っ白になった状態	.11	.10	.54	.18	.13
6.「なぜ私の子どもが？」に対し答えを求める気持ち	.24	-.09	.41	.39	.15
10.運命を呪いたくなる気持ち	.07	-.12	.13	.78	.08
2.「どうして私がこんな目に遭うのか」という怒り	.23	.09	.06	.77	.02
18.流産の苦しみを誰にもわかってもらえない孤独感	.19	-.29	.23	.47	.24
14.自分の辛さをわかって欲しいという思い	.15	.05	.09	.39	.84
13.気持ちを聴いて欲しい・話したいという思い	-.03	.11	.01	.11	.82
累積比率	21.2	32.6	40.2	47.3	53.4
α係数	.668	.640	.627	.664	.703
因子名	拒絶③	立直り ⑤	シ ョ ッ ク①	怒り②	聴いて ④

える拒否反応や、誰とも会いたくない・何もしたくないというひきこもり願望がまとまった。第 2 因子には「夫や家族との関係を大事にしようという思い」「自分を支える人がいてくれることへの感謝」など、配偶者や家族への感謝を意味する 2 項目に加え、その「思う存分に泣けた」「自分の生き方をしよう」「日常生活を大事に送れている」と気持ちの切り替えを意味する 3 項目から構成された。その内容をもとに「立ち直り」と付けた。第 3 は、「流産に際し、何もできなかったという無力感」「自分が悪かったと、自らを責める気持ち」「ショックで頭が真っ白になった状態」など、流産によるショックや自責に関する 5 項目が集まり、＜ショック＞と命名した。流産直後、感情麻痺に陥り、子どもを死なせてしまった自分を責める一方で、自分に降りかかった運命に対する答えを探し求めるという茫然自失な状態を表す項目から成っている。「身近な人の言葉による傷つき」は第 1～3 因子に同程度の負荷量（.330 前後という低い負荷量）を示したため本分析では削除した。第 4 因子は「どうして私がこんな目に遭うのかという怒り」「運命を呪いたくなる気持ち」など 4 項目が集まった。このうち「一日も早く赤ちゃんを抱きたいという思い」については、負荷量が .400 以下であると同時に、第 5 因子への負荷量も同様に高く、また内容からもほかの項目との共通性が薄かったため削除した。流産後の悲嘆の一つとして怒りや非難という攻撃行動が出現することは、多くの理論や研究（Mander, 2006；松下・加藤・池田・野口・水野・八神・青木・梶浦, 1994a・b など）が言及している。その矛先は、医療関係者や家族（配偶者や両親、上の子ども）、友人、さらには罪のない赤ちゃんや妊婦にまで向けられる。それらに通底しているのが、子どもを亡くした自分自身や、自分が背負う運命に対するやり場のない怒りであり恨みである。そしてこれらと同じ因子にまとまったのが「人に理解してもらえない」

という孤独感であった。「誰にもわかってもらえない」という孤独の背景にも周りへの怒りの思いが潜んでいると考えられるため＜怒り＞と命名した。第 5 は「自分の辛さをわかってほしいという思い」「誰かに気持ちを聴いて欲しい・話したい」など 4 項目が集まった。このうち、「心理カウンセラーなど心の専門家に相談したい」については、負荷量が .400 未満であると同時に、第 7 因子にも同程度の負荷量が得られた。さらに、この項目を除いた方が因子としての信頼性（ α 係数）が高まることもわかったため削除した。また「子どもがなくなった悲しみ」については、負荷量が .284 と極端に低かったため削除し、残る 2 項目を＜聴いて＞因子と命名した。第 6 因子としては「子どもを持たない生き方をしようという決心」「不育症や不妊症の治療を辞めようという思い」など 5 項目で、子どもを持たない次の人生への踏み出しを意味する＜別の道＞と名付けた。流産による悲嘆や悲哀過程に関する理論においても、“次の人生”（Mander, 2006）や“新しい目標”（Nimeyer, 2002）を最後の目標に含めているものが多い。ここでまとまりを見せた“子どもを持たない生き方”を志向する項目も、悲嘆からの回復や悲嘆の最終段階を示唆するものと考えられる。第 7 因子には「家族の手前、泣いてはいけないという思い」「早く立ち直らねばと言う焦り」など 5 項目が集まり＜焦り＞と名付けられた。上記の削除項目を除いた上での α 係数を見ると、 $\alpha = .703 \sim .435$ となった。 α 係数が .600 に満たない第 6、第 7 因子は不採用とし、5 因子構造を採用した。削除項目を除いた 18 項目で因子分析（最尤法、バリマックス回転）を行った結果と、各因子ごとの α 係数を TABLE 4 に示す。以下では、各因子ごとに項目得点を合計し項目数で除した値を流産による悲嘆 5 得点として扱う。なお以下、Mander (2006) の前 4 段階に関連すると見られる＜ショック＞＜怒り＞＜拒絶＞を第 1、第 2、第 3 因子とし、新たに追加し

た<聴いて>を第4因子、Mander (2006) の第5段階に該当する<立ち直り>を第5因子と並べ替え、以下の分析を行う。

直後と現在の悲嘆5得点間の相関

悲嘆5得点が、どのような構造を示すかについて、5得点間の相関を調べた (TABLE 5)。“流産直後”の5得点については、悲嘆の中核ともいえる<ショック><怒り><拒絶>は互いに正の相関関係にあり、このうち<怒り><拒絶>は<聴いて>と弱い相関が見られた。また<怒り><拒絶><聴いて>は<立ち直り>との間に|.200|未満の負のごく弱い相関が見いだされた。他方、“現在”の5得点の相関については、<ショック><怒り><拒絶><聴いて>が互いに正の相関でまとまっており、<立ち直り>は<怒り><拒絶>との間に負の相関が見出された。これらの結果より、悲嘆5得点のうち<ショック><怒り><拒絶><聴いて>は互いに関連し合いつつ悲嘆の中核を成すことが確認された。また<立ち直り>については、直後には悲嘆とはごく弱い関連しか見られなかったが、現在については、<怒り><拒絶>との間に負の関連が見出された。周りへの感謝や立ち直りの感情は、その後の時間経

過により怒りや拒絶という強い悲嘆の感情とは対極的な位置づけを示し、悲嘆からの回復や悲嘆を軽減する効果を持つことが示唆された。

抑うつ得点との相関

“現在”の悲嘆5得点と抑うつ不安得点 (調査に回答した“現在”の抑うつ不安) との相関を求めた (TABLE 6)。その結果、悲嘆の中核ともいえる<ショック><怒り><拒絶><聴いて>が強いほど、抑うつ感が高まる一方、<立ち直り>の意識が強いほど抑うつ感や不安は低減される可能性が示された。

流産後の時間、流産回数、年齢による直後・現在の悲嘆得点の比較

直後・現在の悲嘆5得点と、年齢、流産回数、および流産後の時間 (経過年数) との相関 (スピアマンの相関係数) を調べたところ (TABLE 7)、年齢と流産回数については、部分的にごく弱い相関関係しか見いだせなかった。一方、経過年数については、直後の<ショック><怒り><聴いて>との間にごく弱い正、現在の<拒絶>との間に負、<ショック><拒絶><聴いて>との間にごく弱い負の相関が有意であることがわかった。

Table 5 悲嘆5得点の流産直後と現在との相関

直後\現在	ショック	怒り	拒絶	聴いて	立ち直り
ショック	—	.569***	.430***	.302***	-.104
怒り	.385***	—	.531***	.373***	-.295***
拒絶	.349***	.412***	—	.377***	-.350***
聴いて	.159**	.239***	.204***	—	-.150**
立ち直り	-.045	-.189***	-.199***	-.115*	—

*** : p<.001 ** : p<.01 * : p<.05

Table 6 現在の悲嘆5得点と抑うつ不安得点との相関係数

ショック	怒り	拒絶	聴いて	立ち直り
.378***	.380***	.515***	.347***	-.391***

*** : p<.001

Table 7 現在の悲嘆5得点と年齢・流産回数との相関係数

流産直後	ショック	怒り	拒絶	聴いて	立ち直り
年齢	.000	.054	.007	.048	.017
流産回数	.032	.138**	.003	-.027	-.022
経過年数	.133*	.198***	.051	.140**	-.100
現在	ショック	怒り	拒絶	聴いて	立ち直り
年齢	.033	.090	-.016	-.017	-.089
流産回数	.055	.130*	-.082	.012	-.125*
経過年数	-.118*	-.130*	-.337***	-.111*	.087

*** : p<.001 ** : p<.01 * : p<.05

Table 8 最後の流産からの年数による比較 (平均と標準偏差)

	1年未満	1~2年未満	2年以上	分散分析 (F値)
直後 ショック	2.60(.45)	2.65(.42)	2.75(.32)	3.18* 1<3
怒り	1.72(.47)	1.79(.44)	1.94(.34)	7.04** 1,2<3
拒絶	2.52(.51)	2.53(.49)	2.66(.39)	ns
聴いて	2.39(.70)	2.48(.64)	2.62(.58)	3.45* 1<3
立ち直り	1.95(.48)	2.03(.46)	1.91(.48)	ns
現在 ショック	2.07(.55)	1.95(.51)	1.84(.53)	4.83** 3<1
怒り	1.49(.48)	1.45(.48)	1.33(.46)	3.27* 3<1
拒絶	1.84(.53)	1.61(.51)	1.25(.42)	36.06*** 3<2<1
聴いて	2.21(.67)	2.11(.65)	1.94(.69)	4.13* 3<1
立ち直り	2.25(.41)	2.35(.44)	2.35(.39)	2.44+
抑うつ不安	2.00(.40)	1.85(.39)	1.76(.46)	9.36*** 3,2<1

*** : p<.001 ** : p<.01 * : p<.05 + : p<.1

F値横の1~3は、それぞれ「1年未満群」「1年以上2年未満群」「2年以上群」を意味し、不等号は、多重比較により差が見出された部分に付した。

そこで、経過年数による差異を詳しく分析するため、流産後の時間により3群に分け、それぞれの直後・現在の悲嘆5得点について群間比較(分散分析)を行った(TABLE 8)。“直後”では<ショック><怒り><聴いて>で有意差が見出され(それぞれ、 $F(2/364) = 3.18, p < .05$; $F(2/364) = 7.04, p < .01$; $F(2/368) = 3.45, p < .05$)、3得点とも2年以上群が最も高く、1年未満群が最も低いという点で共通していた。

“現在”については5得点とも有意差および差の傾向が見出され(それぞれ $F(2/357) = 4.83, p$

$< .01$; $F(2/357) = 3.27, p < .05$; $F(2/359) = 36.06, p < .001$; $F(2/362) = 4.13, p < .05$; $F(2/337) = 2.44, p < .1$)、<立ち直り>だけは1年未満群が最も低く、1年以上である2群との間に有意傾向が見出された。他方<ショック><怒り><拒絶><聴いて>は1年未満群が最も高く、2年以上群が最も低いという共通した結果であった。<拒絶>だけは、3群間の差がすべて有意となった。さらに、抑うつ不安得点についても群間差が有意で($F(2/362) = 9.36, p < .001$)、1年未満群が最も高く、1年以上2年未満・2年

以上群との間の差が有意であった。

以上より、流産による悲嘆は、対象者の年齢とは全く関連がなく、流産回数によっても明確な特徴が見出されなかった。流産という経験が対象者の年齢や流産回数とは関係なく、1回1回特別な喪失体験として意識されていることが示唆された。一方、流産後の時間による違いに注目すると、ある傾向が見出された。すなわち、“流産直後”の悲嘆は、流産後の経過年数が長くなるほど得点が高くなる。これより、経過年数とともに、記憶の中での流産による悲嘆はより深刻なものとして思い出されることがわかる^{*2}。一方、“現在”については、悲嘆の中核でもあるショックや拒絶、怒りや聴いてほしいという思いや抑うつ不安は、2年（あるいはそれ以上）という長い時間をかけて徐々に軽くなる一方、周りへの感謝や気持ちや立ち直りの感覚は時とともに緩やかに上昇していくことが明らかになった。

まとめ

本研究では、流産を経験した女性の“言葉”から、流産後の悲嘆を表す18項目、5因子が抽出された。5因子のうち<ショック><怒り><拒絶>は流産直後の女性たちが抱く身を切るような悲嘆の気持ちを表すものである。そして<聴いて>も、その心の叫びを聴いて欲しい・苦しみをわかって欲しいという思いに通じるものであり、これらの気持ちが大きいほど抑うつ傾向も強くなる。しかし、その苦しみは長い時間経過とともに徐々に薄らいでいくことも示唆された。他方、<立ち直り>は時間とともに高まっていく。しかも、悲嘆の中核4得点（現在）とは負、抑うつ不安得点とも負の関連を示すことより、周りへの感謝や気持ちの切り替えという感情は流産による悲

嘆とは対極ともいえる状態、あるいは悲嘆を和らげる原動力となるものである可能性が示唆された。こうした結果は、さまざまな体験談や体験事例（流産・死産・新生児死で子をなくした親の会、2002；流産・死産経験者で作るポコズママの会、2007；永田、2011など）、そして事例研究による成果（大井、2001；太田2006；秋山、2010ほか）とも合致するものであり、作成された項目が、流産による悲嘆の一面をとらえるものであることを示す結果であるといえよう。

今後は、今回作成された項目を用いて、さまざまな要因（配偶者との関係や家族等からのサポートの有無など）との関連から、丁寧に分析することが求められる。その際、調査研究からでは論じることができない時間経過による悲嘆の変化過程については、面接調査や事例研究など質的分析により丁寧に確認することが有効であろう。また、一口に流産といっても、初めての流産もあれば、2人目不育（2人目を希望しているのに、流産を繰り返すというパターン）もある。流産に苦しむ女性たちへの心身両面からの支援を考える上でも、さらなる研究結果の蓄積が求められる。

引用文献

- 秋山花（2010）．産後の女性の主観的体験とそのプロセス—反復・習慣流産経験者の語りから— お茶の水女子大学大学院修士論文．
- Beck, A. T., Ruth, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. NY: The Guilford Press.
- Bowlby, J. (1961). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and Depression*. (黒田実郎ほか訳 (1981). 母子関係の理論Ⅲ 愛情喪失 岩崎学術出版社.)
- 橋本洋子（2004）．赤ちゃんの死とところのケア 竹内正人（編） 赤ちゃんの死を前にして—流産・死

注2) 今回の調査対象者は、最後の流産からの年数が1年未満のものが41.1%と多くを占め、全体の96.2%が5年未満という比較的短期間のものが多いことを踏まえると、直後と現在の違いは、時代の影響や価値観の変化によるものとは考えられにくい。

- 産・新生児死亡への関わり方とこころのケア pp. 13-36. 中央法規.
- 平山史朗・高橋克彦 (2001). 不育症の心理的ケア 産婦人科治療, **82**, 567-572.
- Kellner K. R. & M. F. Lake (1993). Grief Counseling. In Knuppel R. A. & J. E. Drukker *High Risk Pregnancy: A Team Approach*, pp. 717-732, W. B. Saunders Company.
- Kennell, J. H., Slyter, H., & Klaus, M. H. (1970). The Mourning Response of Parents to the Death of a Newborn Infant. *The New England Journal of Medicine*, **283**, 344-349.
- 牧野恒久 (2007). 「不育症」をあきらめない 集英社新書.
- Mander, R. (2006). *Loss and Bereavement in Childbearing (2nd.)*, London: Routledge.
- 松下美恵・加藤高枝・池田玉味・野口眞弓・水野金一郎・八神喜昭・青木耕治・梶浦詳二 (1994a). 自然流産を経験した女性の心理過程の分析—自然流産後における悲嘆の反応について 母性衛生, **35**, 187-192.
- 松下美恵・加藤高枝・池田玉味・野口眞弓・水野金一郎・八神喜昭・青木耕治・梶浦詳二 (1994b). 自然流産を経験した女性の心理過程の分析—悲嘆反応における怒り・不信感・非難の感情についての分析と考察 母性衛生, **35**, 278-283.
- Neimeyer R. A. (2002). *Lessons of Loss: A Guide to Coping*. (鈴木剛子訳 (2006). <大切なもの>を失ったあなたに—喪失をのりこえるガイド 春秋社.)
- 永田雅子 (2011). 周産期のこころのケア 遠見書房.
- 小此木啓吾 (1979). 対象喪失 中央公論社.
- 大井けい子 (2001). 胎児または早期新生児と死別した母親の悲哀過程—死別に関する母親の行動—(第 2 報) 母性衛生, **42**, 303-315.
- 太田尚子 (2006). 流産で子どもを亡くした母親たちの視点から見たケア・ニーズ 日本助産学会誌, **20**, 16-25.
- 小澤伸晃 (2007). 不育症と死産 産科と婦人科, **75**, 426-433.
- 流産・死産・新生児死で子をなくした親の会 (2002). 誕生死 三省堂.
- 流産・死産経験者で作るポコズママの会(編) (2007). ともに生きる—たとえ産声をあげなくとも 中央法規.
- 齋藤滋・杉浦真弓・田中忠夫・藤井知行・杉俊隆・丸山哲夫・竹下俊行・山田秀人・小澤伸晃・木村正・山本樹生・藤井俊策・中塚幹也・下屋浩一郎 (2009). 本邦における不育症のリスク因子とその予後に関する研究 日本周産期・新生児医学会雑誌, **45**, 1144-1148.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- 杉俊隆 (2009). 不育症学級 金剛出版.
- 杉浦真弓 (2009). 不育症の診断と治療 血栓止血誌, **20**, 501-509.
- 杉浦真弓・鈴木貞夫・尾崎康彦・北折珠央 (2009). 本邦における不育症患者の頻度調査 厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業) 分担研究報告書.
- 竹ノ上ケイ子・佐藤珠美・松山敏剛 (2000). 自然流産後の女性の心理 (1) —流産直後、3 ヶ月、6 ヶ月後の変化 日本助産学会誌, **13**, 20-34.
- Toedter, L. J., Lasker, J. N., Alhadeff, J. M. (1988). The Perinatal Grief Scale: Development and Initial Validation. *American Journal of Orthopsychiatry*, **58** (3), 435-449.