

ボンディングと親神話

北村メンタルヘルス研究所 研究員/こころの診療科きたむら醫院 助産師/看護師/公認心理師
東京科学大学大学院 保健衛生学研究科 精神保健看護学分野 博士課程
国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部 科研費研究員

羽田彩子

社会福祉法人恩賜財団母子愛育会総合母子保健センター
愛育クリニック 周産期メンタルヘルス科 副部長/愛育産後ケア子育てステーション 副所長
社会福祉法人恩賜財団母子愛育会 愛育研究所 研究企画部次長
北村メンタルヘルス研究所 研究員/こころの診療科きたむら醫院 医師

齋藤知見

北村メンタルヘルス研究所 研究員/こころの診療科きたむら醫院 助産師/看護師
東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻 母性看護学・助産学分野 助教

臼井由利子

城西国際大学 看護学部/城西国際大学大学院 健康科学研究科 教授
北村メンタルヘルス研究所 客員研究員
社会福祉法人恩賜財団母子愛育会 愛育研究所 客員研究員

大橋優紀子

北村メンタルヘルス研究所 所長/こころの診療科きたむら醫院 院長
北村メンタルヘルス学術振興財団 代表理事

北村俊則

ボンディングとは

親のわが子に対する情緒的なきずなを、ボンディングと言います。あなたの目の前にいる母親（あるいは父親、もしかしたらあなた自身かもしれません）は、わが子に対し、幸せや親としての誇りを感じているのでしょうか？ それとも、イライラ、怖い、悲しい、うんざり、申し訳ない、親失格だなどと感じているのでしょうか？ そのような親から子に向かう感情こそが、ボンディングなのです。

人間にはさまざまな感情があり、いくつかの分類の仕方があります。そのうちの一つは基本的感情の分類で、幸福、怒り、恐怖、悲しみ、嫌悪、驚きが含まれます。基本的感情は、反射的に神経を通じて伝達され、表情として表現されます。感情による表情は人類共通です¹⁾。

一方で、恥、罪悪感、誇りの感情は自己

意識感情とも呼ばれ、基本的感情とは異なるメカニズムで生じます。自己意識感情は、その名のとおり、何かの出来事に晒された時に「自己」を意識することによって生じ、「自己」の評価を伴います²⁾。基本的感情が固体の生存や種の存続に機能するのに対し、自己意識感情は対人関係や社会への適応に働きかけるなどの点で区別されます³⁾。

このように、感情はさまざまな機能を有し、親子の関係の中でとても大切な役割を担っています。

時に、子どもに対してポジティブな感情がわからず、ネガティブな感情ばかりを強く感じてしまうことがあります。ネガティブな感情もポジティブな感情も同時に強く感じて、不安定な状態になることもあるでしょう。あるいは、全く何の感情も感じられないこともあるかもしれません。それがボンディング障害の正体です。そうすると、親子の関係に支障を来します。

ボンディングのタイプとその割合

ボンディング障害には、いくつかのタイプがあることが分かってきました^{4, 5)}。

羽田らは、ボンディングを基本的感情（幸福、怒り、恐怖、悲しみ、嫌悪）と自己意識感情（恥、罪悪感、傲慢な誇り、真正の誇り）で説明できるとして概念を構築し、それを測定するScale of Parent to Child emotions (SPCE) を開発しました⁶⁾。

また、SPCEで父親2,336人と母親2,264人、合計4,600人の親のボンディングを測定し、9つの感情の得点からクラスター分析を行いました。その結果、わが子に対して①ポジティブな感情が低得点でネガティブな感情が高得点の「ボンディング障害 (Bonding

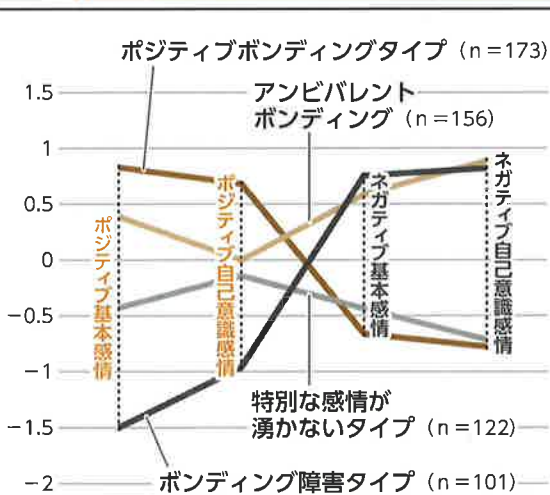
Disorder) タイプ」、②ネガティブな感情・ポジティブな感情が共に高得点の「アンビバレントボンディング (Ambivalent Bonding) タイプ」、③ポジティブな感情が高得点でネガティブな感情が低得点の「ポジティブボンディング (Positive Bonding) タイプ」、④ポジティブな感情・ネガティブな感情が共に低得点の「特別な感情が湧かない (Lack of Bonding Emotions) タイプ」の4つのタイプに分かれることが明らかになりました⁴⁾。

そしてその4つのタイプは36週未満の妊娠女性552人のデータでも再現され、552人のうちの173人 (31%) が特別な介入を必要としないポジティブボンディングタイプ (Positive Bonding) と同定されました⁵⁾。残りの379人 (69%) は、ボンディングに何らかの問題を抱えています⁵⁾。

では、残りの379人のボンディングタイプの内訳は、どのようになっているのでしょうか。101人 (18%) は「ボンディング障害 (Bonding Disorder) タイプ」、156人 (28%) は「アンビバレントボンディング (Ambivalent Bonding) タイプ」、122人 (22%) が「特別な感情が湧かない (Lack of Bonding Emotions) タイプ」に分けられました (図1)。心理支援・介入・治療は、こうしたタイプごとに分けて対応すべきです。

図1

SPCEで測定した、ボンディングのタイプごとのポジティブ基本感情、ポジティブ自己意識感情、ネガティブ基本感情、ネガティブ自己意識感情の得点 (標準化得点)



ポジティブ基本感情=幸福感
 ポジティブ自己意識感情= α プライド+ β プライド
 ネガティブ基本感情=怒り+恐怖+悲しみ+嫌悪感
 ネガティブ自己意識感情=恥+罪悪感

正常とは何か

「ポジティブボンディングタイプはたった31%なんですか？」といった疑問を持った方も多いことでしょう。でもそれが現実なのです。私たち医療者は、「正常か異常か?」「症状があるかないか?」など、0か1かの視点でとらえがちです。しかし、

感情の状態やこころの状態に正常と異常の区別があるのでしょうか？

「正常 (normal)」という言葉には、複数の意味があります⁷⁾。一つには、統計的規範に従った正常です。統計的規範とは、何かの得点の分布を調べた時に平均から外れるかどうか、といった規範です。SPCEで測定したボンディングの結果では、子どもに対するネガティブな感情が高い、あるいはポジティブな感情が低い親が半数以上(69%)を占めています。統計的規範に従えば、この親たちが正常ということになります。もう一つは、価値規範に従った正常です。価値規範とは、その概念における価値(良い、悪いなど)はどうか、といった規範です。価値規範に従えば、子どもに対してポジティブな感情が高くネガティブな感情が低い、ポジティブボンディングタイプの親が正常です。別の例を挙げると、価値規範に従えば「虫歯のない歯は正常です」となります。しかし、多くの人が虫歯の予防をし、治療も経験しているはずで、つまり、統計的規範に従えば「虫歯は正常です」ということになるでしょう。

そもそも、心理症状は目に見えないものです。それを概念化して心理尺度で測定してタクソメトリクス (taxometrics) という手法を使って分析すると、明確に分類できる群 (タクソン [taxon]) が見つからないことがほとんどです⁸⁾。心理現象は明確に区別ができる事象ではなく、連続量です。明らかに他と異なる「病理」が存在する細胞や臓器の「異常」の概念が、心理症状には当てはまりません。したがって、価値規範に依拠した「異常」のラベリングは避けるべきでしょう。

とはいえ、臨床では、どんな人にどんな

支援が必要かを見極める必要性が生じます。その症状における価値規範のみに頼ることなく、個別の特徴を反映できるタイプ分けを考慮する必要があります。

母性神話 (親神話) とは？

「ポジティブボンディングタイプはたった31%なんですか？」という疑問の背後には、「ほとんどの親は子どもに対してポジティブな感情を持っているはず」という思い込みが潜んでいます。まさにその感覚こそが母性神話 (親神話) なのです。「神話とは、広く受け入れられている、議論の余地のない無意識の思い込みのことである」とBarthesは定義しています⁹⁾。では、母性神話 (親神話) とはどのような神話でしょうか？

「親は、こうであるべき…」「親は、こうするのが当然だ…」。母性神話 (親神話) には、①本能：子育ては本能の問題だ、②本質主義：子育ては本質的なものだ、③つながり：子育ては深いつながりの感覚だ、④充足感：親は子どもによって完全に満たされていると感じる、⑤刺激：親が子どもに一貫した知的刺激を与えている、⑥子ども中心主義：親の生活が子どもを中心に回っている、という6つの側面があるとされています¹⁰⁾。母性神話 (親神話) は文化にある程度影響されるものの、文化横断的に広く認められます^{11~13)}。母性神話 (親神話) は規範とも言えるもので、親としての正しい行動の動機付けになりますが、一方で、親 (主に母親) に罪責感を抱かせることも知られています^{10, 12, 15)}。さらに、母性神話がボンディングに問題を抱えている親への偏見をも生み出し、苦しみをより深めることにつながっているのです。

表 「ボンディング障害への偏見」に影響する変数は何か？

	モデル1		モデル2		モデル3		モデル4		モデル5	
	R ² change	β	R ² change	β	R ² change	β	R ² change	β	R ² change	β
STEP 1. (人口統計変数)	.029***		.029***		.029***		.029***		.029***	
年齢		-.009***		-.017		-.017		-.008		.009
性別		-.171***		-.036*		-.036*		-.035*		-.014
STEP 2.			.669***		.669***		.669***		.669***	
差別 総得点 1回目				.829		.830***		.829***		.751***
STEP 3.					.000		.000		.000	
事例の種類						.009		.011		.000
STEP 4. (母性神話尺度)							.006***		.006***	
責任								-.038		-.005
生得仮説								-.070**		.048*
真正性								-.069*		-.033
STEP 5. (共感的説明尺度)									.037***	
共感的										-.086***
非共感的										.172**
Adjusted R ²	.028		.698		.698		.703		.739	

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

重回帰分析。モデル1で年齢・性別，モデル2で差別総得点，モデル3で事例の種類，モデル4で母性神話尺度の下位尺度得点，モデル5で共感的説明尺度の下位尺度得点をそれぞれ強制投入した。ボンディング障害への偏見を有意に説明する変数は，母性神話の生得仮説の得点，助産師の共感的説明尺度の得点であった。

ボンディング障害への偏見と母性(親)神話

齋藤らの研究¹⁶⁾では，20歳以上の男女1,200人を対象に母性神話の強度を測定し，ボンディングに問題を抱える母親の事例動画を提示しました。その後，ボンディング障害に対する偏見/差別を測定し(偏見評価1回目)，助産師がボンディング障害を説明する動画を視聴してもらい，最後に偏見評価2回目と医療者の態度に対する評価を測定しました。

その結果，母性神話のうちの生得仮説(innateness)の側面(親は本能で子どもの世話をするものだ，自分の赤ちゃんなら初対面でもうまくいく等)は，ボンディング障害の偏見(腹が立つ，軽蔑する，ひどい親だ等)に影響を与えていることが分かりました(表)。つまり，母性神話の生得仮

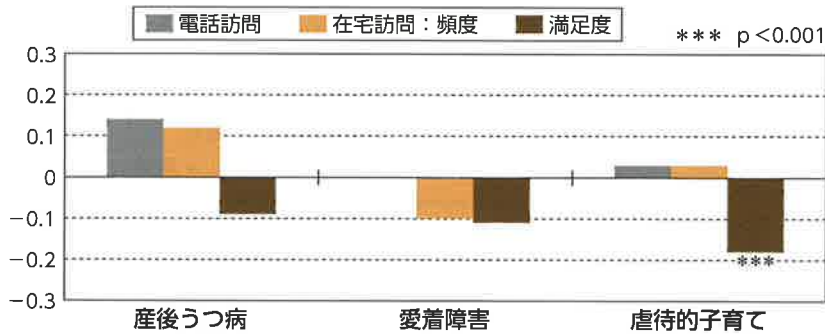
説を強く持っているほど，ボンディング障害への偏見を抱くのです。さらに，医療者の非共感的な態度(事務的な説明だった，私に冷たかった等)が偏見に影響を与えていました。親のボンディング障害についての説明をする際の，医療者，つまり私たちの態度が温かく，共感的であればあるほど，ボンディング障害の偏見が減るのです。

温かく，共感的な態度は，ケアの基本であり，ケアをする人のこころの表現でもあります。ケアの受け手は，ケアをする人の非言語的な表現の中に，誠実さ，信頼，希望，勇気などのさまざまなメッセージを受け取るのです。

看護職の援助は有効か

では，医療者の温かく共感的な態度が，ボンディング障害の偏見/差別の低減に関

マメな援助をすれば効果的でしょうか



2004年4月～8月
熊本県下29市町村
N=1,293

基準変数

産後うつ病
愛着障害
虐待的子育て

説明変数

保健師の訪問の有無
保健師の訪問の回数
訪問の満足度

訪問の満足度が高いほど虐待的子育ての頻度が低い

1,293人の親を対象に調査を実施。訪問の満足度が高いほど虐待的子育ての頻度が低く、保健師の訪問による支援が有効であることが報告された。保健師の訪問の有無や回数は、産後うつ病や（児の）ボンディング障害、虐待的子育ての程度には関連しなかった。

北村俊則：児童虐待介入基礎演習，北村メンタルヘルス学術振興財団，2013.

して有効だったように、幼い子どもを持つ家族の心理的支援において、看護職の支援が有効だという事実はあるのでしょうか。古くは、アメリカのOldsらの研究に、その答えがあります¹⁷⁾。

Oldsらは、看護職による、出生前～幼児期の家庭への訪問が有効かどうかを検証しました。家庭訪問（特別な心理介入ではない通常の育児指導）の介入を受けた介入群と、家庭訪問を受けなかった対照群とで、15年間にも及ぶ追跡調査を行い、比較検討をしました。その結果、家庭訪問を受けたグループの家庭に生まれた青少年の反社会的行動（家出、逮捕の数、性交渉相手の数、1日あたりの喫煙本数、過去6カ月間の飲酒回数など）や薬物使用が有意に少なかったことが明らかになりました。

日本においては、北村らが2004年に熊本県で行った調査があります。この調査では、1,293人の親に調査を行い、訪問の満足度が高いほど、虐待的子育ての頻度が低

く、保健師の訪問による支援が有効であることが報告されました（図2）¹⁸⁾。この調査で、保健師の訪問の有無や回数は、産後うつ病や（児の）ボンディング障害、虐待的子育ての程度には関連しなかった点は注目に値するところです。つまり、「話を聞いてもらえた」「分かってもらえた」とケアの受け手が実感できることが、メンタルヘルスの支援において大きな効果を発揮するのです。

私たちに
何ができるでしょう？

多くの親が子どもへネガティブな感情を抱いていたり、何の感情もわかなくなったりしています。私たち支援者には何ができるのでしょうか？

まず、支援者であるはずの私たちが、母性（親）神話を捨てましょう。母性（親）神話の色眼鏡で親子を見ていても、感情の

色彩や濃淡は見えません。大切なことは、支援者の態度です。「聞いてもらえた」「分かってもらえて救われた」と実感できるメンタルヘルスケアの技法の習得が不可欠です。

そして、親が「この子と一緒に楽しい」「この子に対して幸せを感じる」「この子の親であることに満足」「この子に対する日々の対応が誇らしい」と感じられるようにすることが必要です。また、ボンディングの問題へのタイプ別支援について、今後検討していくことが必要でしょう。支援の手を差し伸べることができるのは誰ですか？ それは、親子のそばにいるあなたなのです。

引用・参考文献

- 1) Ekman, P. (1971). Universals and cultural differences in facial expressions of emotion. *Nebraska Symposium on Motivation*, 19, 207-283.
- 2) Tangney, J. P. (1990). Assessing individual differences in proneness to shame and guilt : Development of the Self-Conscious Affect and Attribution Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (1), 102-111. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.1.102>
- 3) Tangney, J. P. (1995). Shame and guilt in interpersonal relationships. In J. P. Tangney & K. W. Fisher (Eds). *Self-conscious emotions : The psychology shame, guilt, embarrassment and pride* (pp-114-139) Guilford Press.
- 4) Hada, A., Ohashi, Y., Usui, Y., & Kitamura, T. (2024). Typology of parent-to-child emotions : A study of Japanese parents of a foetus up to a 12-year-old child. *Healthcare*, 12, 881. <https://doi.org/10.3390/healthcare12090881>
- 5) Kitamura, T., Hada, A., Usui, Y., & Ohashi, Y. (2024). Maternal-foetal bonding disorders : Clusters and case vignettes. (under review).
- 6) Hada, A., Ohashi, Y., Usui, Y., & Kitamura, T. (2023). A scale of parent-to-child emotions : Adaptation, factor structure, and measurement invariance. *Family Process*, 00, 1-25. <https://doi.org/10.1111/famp.12919>

- 7) Sims, A. *Symptoms in the Mind* ; Baillière Tindall : Paris, France, 1988.
- 8) Haslam, N., McGrath, M. J., Viechtbauer, W., & Kuppens, P. (2020). Dimensions over categories : A meta-analysis of taxometric research. *Psychological Medicine*, 50 (9), 1418-1432.
- 9) Barthes, R. (1972). *Mythologies*. Hill & Wang. (Original work published 1957)
- 10) Constantinou, G., Varela, S., & Buckby, B. (2021) Reviewing the experiences of maternal guilt : The "motherhood myth" influence, *Health Care for Women International*, 42 (4-6), 852-876, <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1835917>.
- 11) Johnston, D. D. (2003). Invisible mothers : A content analysis of motherhood ideologies and myths in magazines. *Sex Roles*, 49 (1/2), 21-33. <https://doi.org/10.1023/a:1023905518500>
- 12) Liss, M., Schiffrin, H. H., & Rizzo, K. M. (2013). Maternal guilt and shame : The role of self-discrepancy and fear of negative evaluation. *Journal of Child and Family Studies*, 22 (8), 1112-1119. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9673-2>
- 13) Shakespeare, J., Blake, F., & Garcia, J. (2004). Breast-feeding difficulties experienced by women taking part in a qualitative interview study of postnatal depression. *Midwifery*, 20 (3), 251-260. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2003.12.011>
- 14) Constantinou, G., Varela, S., & Buckby, B. (2021) Reviewing the experiences of maternal guilt : The "motherhood myth" influence, *Health Care for Women International*, 42 (4-6), 852-876, <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1835917>.
- 15) LeBeau, C. S. (2014). *Maternal guilt : An existential phenomenological study of the early experiences of first-time mothers* (doctoral dissertation, Duquesne University). Retrieved from <https://dsc.duq.edu/etd/808>
- 16) Saito, T., Hada, A., Yamamoto, M., Matsunaga, A., & Kitamura, T. (2024). Stigma and segregation against mothers with neonatal bonding disorders II. Development of a scale for stigma and segregation against mothers with neonatal bonding disorders. (Manuscript in preparatin).
- 17) Olds, D., Henderson Jr., C. R, Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Lukey, D., Sidora, K., Morris, P., & Power, J. (1998). Long-term Effects of Nurse Home Visitation on Children's Criminal and Antisocial Behavior : 15-Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 280 (14) : 1238-1244. [doi:10.1001/jama.280.14.1238](https://doi.org/10.1001/jama.280.14.1238)
- 18) 北村俊則：児童虐待介入基礎演習，北村メンタルヘルス学術振興財団，2013。