

出産後のメンタルヘルス

マターニティ・ブルーズと産後うつ病

大橋 優紀子* 南谷 真理子* 北村 俊則**

マターニティ・ブルーズと産後うつ病

マターニティ・ブルーズは、産後3～10日以内に始まり、産後2週間以内におさまる一過性の抑うつ状態のことである。主な症状は、不安定な気分、敏感な気持ちの高まり、疲労、集中力の低下、孤独感、絶望感などである¹⁾。一方、産後うつ病は、産後数カ月以内に発生するうつ病で、2週間以上の持続が診断基準からは必要とされている。しかしマターニティ・ブルーズ症状があった女性は、産後うつ病を発症するリスクが高まるといわれており²⁾、この両者は無関係ではない。また、産後の女性のメンタルヘルスに留意するならば、抑うつばかりが問題になるわけでもない。そこで本稿では、これらの背景にある要因や、鑑別すべき他の症状、そして周産期医療従事者に期待される包括的なアセスメントを含めて稿をすすめたい。

定義と疫学

はじめに、抑うつ気分、抑うつ状態、うつ病の区別について確認する。「悲しい」、「暗い」などの感情が抑うつ気分である。抑うつ状態とは抑うつ的な気分に加えて、睡眠、食欲などの領域のさまざまな症状を含めたものである。そして抑うつ状態にある者が必ずしもうつ病の診断定義を満たすとは限らない。うつ病の診断基準として国際的に使われているのは、アメリカ精神医学会による「精神障害の診断と統計の手引き」(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM)で

おおはし ゆきこ、みなたに まりこ、きたむら としのり
*北村メンタルヘルス研究所
〒107-0052 東京都港区赤坂8-5-13-101
E-mail address: kitamura@institute-of-mental-health.jp
**名古屋大学大学院医学系研究科精神医学親と子どもの診断学分野

ある。ここで「大うつ病」と呼ばれているものが、いわゆるうつ病である。2週間にわたる抑うつ気分の持続あるいは、興味や喜びの喪失のどちらかがあり、加えて、著明な体重減少、食欲の減退・増加、不眠・過眠、精神運動焦燥・精神運動抑制、疲労感・気力の減退、無価値観・不適切な罪業感、思考力の減退・判断困難・希死念慮のうち、少なくとも5項目以上が確認できるものを指している。なおDSMの第4版(DSM-IV)では大うつ病のうち産後1カ月以内に発症するものに「産後の発症」という特定用語を付記していたが、2013年の第5版(DSM-V)からは妊娠期間中発症のものを含み、「周産期の発症」(peripartum onset)と呼ぶようになった。

マターニティ・ブルーズの我が国での有症率は15～34%程度と報告されており^{1,2)}、かなり高率で発生する症状とみなすことができる。実はこれは諸外国の有症率31～45%³⁻⁵⁾に比べると若干低い。この理由として里帰り分娩という特有の文化があること等が考えられている。

一方DSMを基準とした産後うつ病の割合は、約5%と報告されている⁶⁾。

背景要因

マターニティ・ブルーズの危険要因には、妊娠中の気分の変化、妊娠中の入院歴、シングルマザーであることなどが報告されている³⁾。また、産後うつ病のリスクファクターとしては、パートナーからの暴力⁷⁾、妊娠期の不安症状⁸⁾、望まない妊娠⁹⁾などが報告されている。

もちろんこれらの危険要因を持つ妊産婦ばかりが、マターニティ・ブルーズやうつ病を発症する

わけではない。しかし予防的視点を持ち、女性の背景にある要因にも関心を払うことは大変重要である。

周産期うつとボンディング障害

さて周産期臨床においてうつ病とならび注目すべき問題の一例に、ボンディングの障害がある。母親が、これから生まれてくる児と、温かで幸せな関係を育てていくことは、周産期における心理面での最も重要な課題といってもよい。ところが時に、児に対して明るい感情が持てない、さらには嫌悪的感情(愛情の欠如、憎しみ、拒絶、ネグレクト、危害を与えたい衝動)を抱く母親がいることに、多くの臨床家は一度ならず心当たりがあるのではないだろうか。そしてそのような母親に出会った時、「産後うつ」ではないかと心配したことはないだろうか。ボンディングの障害は1990年代から取り上げられるようになった¹⁰⁾。産後の抑うつと児に対するボンディング障害の発症は相関している¹¹⁾。しかし、Brockington¹²⁾は、ボンディングの障害がしばしばうつ症状を伴わずに起こることや、うつとは原因論が異なること等をあげ、産後うつとボンディング障害とは区別すべき概念だと説明している。

産後の母親の精神状態と周辺問題のアセスメント

このように周産期はうつ以外の心理的問題もあり得る時期であり、それらが混在している場合もある。昨今では産婦人科医、助産師らに、心理的問題の発見や援助の期待が高まっているが、専門外であるのにという不安を感じることもあるであろう。そこで、アセスメント・診断ツールとして Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR (SCID)¹³⁾を紹介する。SCIDは、DSM第1軸疾患の診断・アセスメントをするための構造化面接である。成人にみられる非器質性精神疾患のほとんどを診断できるように構成されており、訓練により流れをマスターさえすれば、誰もがDSM-IVに基づく第1軸の精神疾患のアセスメントをすることが可能である。30分程度の面接により、診断基準に基づいて専門的援助の要否を判断することができるSCIDは大変役に立つツールである。

母親の児へのボンディングの評価として、Mother-to-Infant Bonding Scale (MIBS)¹⁴⁾を、児童(新生児)虐待には Conflict Tactics Scale (CTS)¹⁵⁾を、パートナーとの適応には Short Marital Adjustment and Prediction Test (SMAPT)¹⁶⁾を利用することも考慮すべきであろう¹⁷⁾。近年では産後うつ病が周知され、スクリーニング目的でエジンバラ産後うつ質問紙票 (Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS)¹⁸⁾をとりいれている施設は多い。しかしEPDSだけではなく、ボンディング障害、虐待のリスク、母児が置かれている生活背景・家族機能について複合的な観察を行うことで、産後うつ病やボンディング障害、虐待の早期発見につながると考えられる。

援助技法例

具体的援助の一例として、当院を受診したクライアント(架空事例)を紹介する。38歳の初産婦である。

1) 現病歴

34歳より4年にわたり不妊治療、IVFなど本格的な治療を行い妊娠した。産後3日目頃、急に悲しくなったがマタニティ・ブルーズだと思い気にしないでいた。産後3週から4週で落ち着いたため、『やっぱりそうだったのか』と思った。ところが産後2カ月になろうとする頃、突然強い疲労感を感じ、育児が手につかなくなった。また、街中ですれ違った子連れの母親たちが「イライラすると子どもを殺したくなるよね」と何気なく談笑していたのを聞いたことで、自分もそのような衝動にかられたらどうしようと考えようになった。殺したいわけでもないのに、子どもを殺めてしまいそうだという気持ちが24時間とれず、児と二人きりしているとますますそのことで不安と苛立ちが強くなり、子どもをベッドに乱暴に放り投げってしまったことがあった。『見えないところに行つて欲しい』、『育児のできない自分というより、他の人というほうが子どもも幸せ』と考えるようになり、乳児院についても調べはじめた。その一方で子どもがかわいいこの時期にかわいがってあげられないことが悲しくなり自分を責めた。

寝つきが悪く、眠れた時も授乳によらない中途

覚醒と熟睡感のなさが続いた。食事は食べられるが、味わいも、食べたいという気力もない。以前楽しみだったTVドラマやショッピングにも興味がなかった。産休に入る前までは化粧品関係の仕事をし、現場チーフとして後輩を指導する立場で働いていた。それが今は、ちょっとしたことの判断さえできなくなり、家事もできなくなった。集中力がなく、時間がかかるばかりで日常の用事のほとんどをこなせなくなった。『どうすれば逃げられるのか』、『いっそのこと消えてしまったら楽なのに』とさえ考えてしまう。

2) フォーミュレーション

38歳の既婚女性。不妊治療後女児出産。産後2カ月に入る頃強い疲労感が出現。児に対して危害を加えることに対するコントロール不能な強迫的不安感がある。不眠と、日常生活機能の低下がみられる。

3) 精神科現在症アセスメント

抑うつ気分。興味の減退。集中力、決断力の低下、易疲労性。強迫症状。睡眠障害。

4) 診断

強迫症状を伴う産後うつ病。

5) ニーズアセスメントと治療方針

- ・強迫症状について：強迫感のパターンを記録し、自分で理解する。症状が増強した時の対処方法を相談する。強迫感はずいぶんおさまるという心理教育を行う。
- ・疲労・抑うつ症状について：心理療法。心の奥でかかえてきた心配ごと、ストレスを探索し傾聴する。社会資源を導入し、家事・育児のサポート体制を整える。
- ・不眠症について：不眠症の認知行動療法¹⁹⁾を行う。
- ・ベアレンティングについて：母子を分離させず両者の安全を確保する。家族のサポートに加え、社会資源(公共のシッターサービスなど)を導入し、子どもと二人きりで過ごす時間がなくなるよう環境を整える。また、二人きりの時に強迫観念が出現した場合、家族や主治医(携帯電話)に連絡するなどの約束を取り決める。きつくなければ育児をする。きつければ離れる、タイムアウトをとることを教える。

- ・緊急対応：近くに住む義母や夫に連絡をする。さらに緊急時は主治医に連絡。

6) 治療経過

危機介入として、児に危害を与えることの強迫感に対する対処方法については、①症状のパターンを記録し自分でパターンを知り、②症状の強い波が来ても必ずおさまることを理解するよう、症状チャートを利用しながら心理教育²⁰⁾を行った。誰か大人と話すとおさを紛らわすことができたため、③強迫症状が出た時には、徒歩圏内に住む義母に電話をすること(あらかじめ事情を話しサポートを頼んでおく)、④緊急時は夫か当院に連絡することについて確認した。これは実際の症状対応としてだけでなく、対処方法を理解することで強迫症状が増強する予防対策とするためであった。

育児、日常生活機能の低下に関し、シッターやヘルパーを活用し、家事・育児の訪問サポート体制を整えた。これは夫不在時に、子どもと二人きりでいる時間がほとんどないようにするためでもある。

週1回のカウンセリングを開始し、2回目の面接時に、産前は美容の第一線で働いていたこと、メイクや爪のケア等を身だしなみとして日課にしていたこと、出産し育児中心の生活になった途端にそれらのことができなくなったこと、「女は家庭」という旧来の考え方だけを持つ実母の考え方に対して葛藤があること、20代に中絶経験があること等が明らかになった。出産し、女性としての大きな役割の変化に直面し、自身の価値観の置き場所が一つのテーマとなった。そこで、これまでの自分のキャリアや価値観をみつめなおし、この先はいかに子育てと両立していけるかについて考えるという作業を行い、生活のしかたや考え方を具体的に整理していった。

カウンセリングの初期過程で、赤ちゃんに対する強迫症状はずいぶんおさまり乳児院については考えなくなっていた。8回目のカウンセリング後には、不眠症状と抑うつ気分はほぼ消失し、軽い疲労感を残す程度になっていた。面接を通して根本にあるストレス要因に気づき、自分の価値観と家事・育児のバランスについて考えることがで

き、サポートの求め方や対処方法を模索し、仕事復帰のめどをたてた。産後6カ月には、ある程度の育児・家事が行え、自分で必要なサポートのマネジメントができるほどになっていた。初回の職場復帰が滞りなく行えたことを確認し、最終セッションとなった(全13回)。

この事例のような主訴を聞くと、症状の深刻さや児への虐待の危惧から、子育てや子ども自体から距離をとらせ、まずは本人の休養や治療を優先すべきと考えられがちである。しかし産後の母親から授乳や育児の役割を奪うことは、自信喪失や罪悪感を生み、抑うつだけでなく取り返しのつかない愛着障害をも促進する原因となり得る。そこで、母子の安全を確保しつつ、治療と育児が併存できる環境を整え、薬物の使用は必要最小限に心理援助を中心とした治療を行った。その結果、葛藤を乗り越え自身の価値観を再構築するという人間的成長を果たすことができたとも考えられよう。

おわりに一周産期医療現場に期待されること一

周産期は、一人の女性が妊婦となり、母親となり、立場や役割の大きな変化にチャレンジする時期である。多かれ少なかれ誰もが人生初めての葛藤を経験し、当然メンタルの問題の発生しやすい時期である。マターニティ・ブルーズ、産後うつ病、愛着障害等の産後のメンタルヘルスの問題の好発時期は、産科医療現場から家庭への移行期であり、医療的支援の目が手薄になる時期でもある。産科医療従事者が、メンタルヘルスのアセスメントの技術を持ち、早期から心を傾けることで、周産期医療現場はすべての周産期女性に対して手を差し伸べられる貴重な場となると期待できよう。

文献

- 1) Sakumoto K, Masamoto H, Kanazawa K : Postpartum maternity 'blues' as a reflection of newborn nursing care in Japan. *Int J Gynaecol Obstet* **78** : 25-30, 2002
- 2) Watanabe M, Wada K, Sakata Y : Maternity blues as predictor of postpartum depression : a prospective cohort study among Japanese women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* **29** : 206-212, 2008
- 3) Adewuya AO : The maternity blues in Western Nigerian women : Prevalence and risk factors. *Am J Obstet Gynecol* **193** : 1522-1525, 2005
- 4) Gonidakis F, Rabavilas AD, Varsou E : Maternity blues in Athens, Greece : A study during the first 3 days after delivery. *J Affect Disord* **99** : 107-115, 2007
- 5) Hau FW, Levy VA : The maternity blues and Hong Kong Chinese women : An exploratory study. *J Affect Disord* **75** : 197-203, 2003
- 6) Kitamura T, Yoshida K, Okano T, et al : Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan : Incidence and correlates. *Arch Womens Ment Health* **9** : 121-130, 2006
- 7) Wu Q, Chen HL, Xu XJ : Violence as a risk factor for postpartum depression in mothers : a meta-analysis. *Arch Womens Ment Health* **15** : 107-114, 2012
- 8) Kokubu M, Okano T, Sugiyama T : Postnatal depression, maternal bonding failure, and negative attitudes towards pregnancy : a longitudinal study of pregnant women in Japan. *Arch Womens Ment Health* **15** : 211-216, 2012
- 9) Mercier RJ, Garrett J, Thorp J, et al : Pregnancy intention and postpartum depression : secondary data analysis from a prospective cohort. *BJOG* **120** : 1116-1122, 2013
- 10) Kumar RC : "Anybody's child" : Severe disorders of mother-to-infant bonding. *Br J Psychiatry* **171** : 175-181, 1997
- 11) O'Higgins M, St James Roberts I, Glover V, et al : Mother-child bonding at 1 year : Associations with symptoms of postnatal depression and bonding in the first few weeks. *Arch Womens Ment Health* **16** : 381-389, 2013
- 12) Brockington IF : Diagnosis and management of postpartum disorders : A review. *World Psychiatry* **3** : 89-95, 2014
- 13) First MB, Spitzer RL, Gibbon M, et al : Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis Disorders. (高橋 三郎監修, 北村俊則, 岡野禎治監訳 : 精神科診断面接マニュアル第2版, 日本評論社, 東京, 2010)
- 14) Yoshida K, Yamashita H, Conroy S, et al : A Japanese version of Mother-to-Infant Bonding Scale : factor structure, longitudinal changes and links with maternal mood. *Arch Women's Ment Health* **15** : 343-352, 2012
- 15) Straus MA, Hamby SL : Measuring physical and psychological maltreatment of children with the Conflict tactics Scales. Manual for the conflict tactics scales (CTS) and test forms for the revised conflict tactics scales. Family Research Laboratory, University of New Hampshire, Durham, NH, 1995
- 16) Locke HJ, Wallace KM : Short marital-adjustment and prediction tests : their reliability and validity. *Marriage and Family Living* **21** : 251-255, 1959
- 17) 北村俊則, 南谷真理子, 大橋優紀子 : 産後うつ病・児童虐待・育児殺に関する意見. 北村メンタルヘルス研究所報告書, pp10-11, 2014 (<http://www.institute-of-mental-health.jp/perinatal/pdf/J1-4.pdf>)

- 18) 岡野禎治, 村田真理子, 増地聡子, 他: 日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票(EPDS)の信頼性と妥当性. 精神科診断7: 525-533, 1996
- 19) Ediger JD, Carney CE: Overcoming insomnia: A cognitive-behavioral therapy approach: Therapist guide (北村俊則監訳, 坂田昌嗣訳: 不眠症の認知行動療法: 治療者向けマニュアル, 日本評論社, 東京, 2009)
- 20) Joiner TE Jr, Van Orden KA, Witte TK, et al: The interpersonal theory of suicide: Guidance for working with suicidal clients, 2009 (北村俊則監訳, 奥野大地, 鹿沼愛, 他訳: 自殺の対人関係理論. 日本評論社, 東京, 2011)

* * *

臨床研究と論文作成のコツ

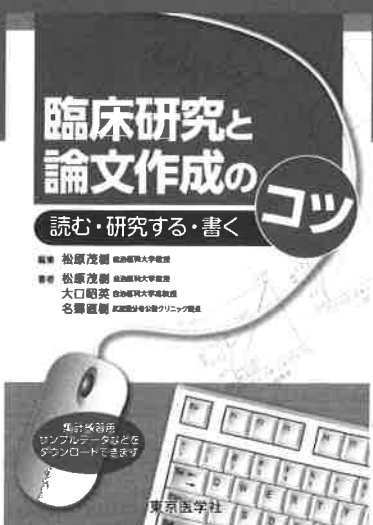
—読む・研究する・書く—

編集: 松原茂樹 著者: 松原茂樹, 大口昭英, 名郷直樹

この本は次のような読者におすすめしたい。
 研究・論文を実施したり書いたりしたことが1回もない人。
 何かやってみたいが、やり方がわからない人。
 あるいは、1~2編は筆頭著者論文をもっているが、先輩がほとんど書いてしまい、1人ではできない人。
 また、論文はある程度書いているが、後輩の論文をみてあげる暇が十分にはない人には、後輩にぜひ本書をすすめてあげて欲しい。
 本書「研究・論文事始め—企画者の言葉に替えて」より抜粋

好評


A5判 2色刷 400頁
 定価 (本体 3,800円+税)



臨床研究と論文作成のコツ
読む・研究する・書く

編集 松原茂樹 徳島大学医学部
 著者 松原茂樹 徳島大学医学部
 大口昭英 徳島大学医学部
 名郷直樹 京都府立医科大学

東京医学社



東京医学社

〒101-0051 東京都千代田区神田神保町 2-20-13 Y's コーラルビル TEL 03-3265-3551 FAX 03-3265-2750

URL <http://www.tokyo-igakusha.co.jp> e-mail hanbai@tokyo-igakusha.co.jp