

産後にうつ病が多いは誤解¹

産後にうつ病はどれほど起こるのか？

赤ちゃんを産んだ後に発症するうつ病を産後うつ病といいます。産後うつ病の発症率は 10%と言われたり 15%と言われたりして、はっきりしません。さらにマターニティ・ブルーズという状態を含めるともっと高い率があるように書かれています。でも本当の発症率はどれほどなのでしょう。

産後に発症するうつ病があることを医療者や一般の人々が気づき始めたのはそれほど古いことではありません。近代的・現代的見地で産後うつ病に焦点を当てた臨床研究を行ったのは英国の精神科医 Pitt² だと考えられます。彼は 1968 年に 305 名の妊婦に対し妊娠 7 ヶ月目と産後 6-8 週目に自己記入式調査票配布し、その結果から 33 名 (11%) にうつ病を見出したと報告しています。33 名のうつ病のうち、当時の診断で「古典的」と考えられる (内因性) うつ病は 1 名のみで、他は「非定型」であることも見出されました。さらに産後 1 年後の追跡時点で 21 名 (64%) はうつ病から回復していました。産直後のいわゆるマターニティ・ブルーズがあるほど産後うつ病が多いという今では誰もが知っている所見も、この Pitt の報告で明らかになっています。以降、Pitt の論文は多くの研究者から引用されるようになりました。

その後 1980 年代に入り、産後 3 か月間の精神科入院患者を調査したエジンバラの研究グループが、精神科への入院のピークが産後の数週間であることを示すデータを発表した³ことも、「産後にうつ病が多い」という通説を作ったのかもしれない。

¹ 北村メンタルヘルス研究所より近刊予定の「産後うつ病に関する 8 つの誤解」から抜粋

² Pitt, B. (1968). "Atypical" depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 114, 1325-1335.

³ Dean, C., & Kendell, R. E. (1981). The symptomatology of puerperal illness. *British*

この研究は入院まで至った事例を扱ったというのが誤解の原因だったと思われます。

おそらく産後うつ病の発生率は約 10%という「通説」はこの論文が影響していると思われます。これに加えて、Kumar & Robson⁴ が 1984 年に妊娠期間中から 119 名の妊婦の追跡研究で、産後うつ病の発症率を 15 名 (13%) と報告し、これも産後うつ病 10% の根拠になっているのかもしれませんが。ところで Kumar が使用した診断基準は当時の最先端の研究用診断基準 (Research Diagnostic Criteria: RDC)⁵ でした。RDC 診断に従うと、5 名が major depressive disorder, 7 名が minor depressive disorder, 3 名が intermittent depressive disorder でした。つまり現在の DSM 基準でいう大うつ病は 5 名 (4%) だったのです。あとは大うつ病には到達しない「非定型」のうつ病というわけです。日本では Kitamura et al.⁶ が多施設共同研究の結果から産後 3 ヶ月以内の大うつ病の発症率を 5%と報告しています。

産後うつ病の発生率の研究は多くの国で行われています。うつ病の評価方法もさまざまです。そこで 1996 年に O'Hara のグループ⁷はその時点までに収集した研究のメタ解析を行いました。総計 59 の疫学研究が確認されました。このうち RDC を基準とした研究が 19 と最も多く、RDC でうつ病とされる産婦の率は 10.5% (95% CI 0.097-0.113) でした。一方、DSM を診断の根拠とする論文 3 編では産後うつ病の発症率は 7.2% (95% CI 0.037-0.107) でした。

ところで産後うつ病の有病率として 15%近くの値を目にすることがあります。よく見るとこれらは、エジンバラ産後うつ病調査票 (Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS) のような自己記入式調査票で調査した研究であることが多いのです。EPDS の感受性は決して高いものではなく、この 15%には「偽陽性」が含まれている可能性があります。O'Hara & Swain⁸ のメタ解析⁹では、産後うつ病の有病率は EPDS を使うと 12%、DSM で 7%と計算しています。

こうしたことをまとめるとこのように言えるでしょう。定型的なうつ病が産後数

Journal of Psychiatry, 139, 128-133.

⁴ Kumar, R., & Robson, K. M. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47.

⁵ Spitzer, R. L., Endicott, J., & Robins, E. (1978). Research diagnostic criteria: Rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35, 773-782.

⁶ Kitamura, T., Yoshida, K., Okano, T., Kinoshita, K., Hayashi, M., Toyoda, N., Ito, M., Kudo, N., Tada, K., Kanazawa, K., Sakumoto, K., Satoh, S., Furukawa, T., & Nakano, H. (2006). Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: Incidence and correlates. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 121-130.

⁷ O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.

⁸ O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.

⁹ これまでの研究報告をまとめる手法のひとつ。組み入れるべき報告の基準と除外する基準を事前に決めておき、過去の報告を包括的に検索した後に、それらを統合し要約する。系統的レビューとも言う。

か月に新規に発症する率は 20 人に 1 人くらいでしょう。ただし、評価方法によってその率は変化し、特に自己記入式調査票は偽陽性も含まれるので 10-15%の値が示されることがあります。

産後のうつ病発症率は非周産期のそれよりも有意に高いのか？

では産後でない時期に比較して産後はうつ病は多く現れるのでしょうか。ここで再び先ほどの Kumar & Robson の研究に戻ります。彼らの研究では産後 12 週間で 15 例 (13%) のうつ病の発症を見たのですが、4 年後の追跡調査時点で新しいうつ病が 3 名 (3/99 = 3.0%) に認められたと報告したのです。13%と 3%は明瞭な差だと考えられます。

実は Kumar の研究の 5 年前に Cox がウガンダで研究を行い、89 組の産後女性と非周産期の女性に面接を行い、抑うつ神経症の有病率がそれぞれ 12%と 5%、不安神経症の有病率が 7%と 3%と報告しています¹⁰。しかし両群間で重症度のわずかな差が認められたのは不安神経症であって抑うつ神経症ではありませんでした。

さらに英国に戻った Cox は上記の論文を発表した数年後に英国内で周産期の追跡調査を行い¹¹、105 名の妊婦を妊娠中に 2 回、産後に 2 回（産後 1 週間以内と産後 3 - 5 か月目）に面接を実施しました。そして産後に 17 名 (16%) の女性が重症のうつ病を認めた報告をしました。

これらの論文は周産期メンタルヘルス領域の研究者や臨床家に強い衝撃を与えました。このころから多くの人々が「産後のうつ病発症率は非周産期のそれよりも有意に高い」と思うようになり、メディアもこれに同調し始めたのです。

こうした研究は厳密に比較対照をとったものではありませんでした。おそらく最初に非周産期の女性を対照群とした周産期うつ病の有病率研究をしたのは Cox でしょう¹²。先ほどの研究から約 10 年後に彼は 232 名の産後の女性を産後 6 ヶ月目に面接し、非周産期の対照女性と比較したのです。産後 6 か月目のうつ病の時点有病率は産後女性群で 9.1%、対照女性群で 8.2%でした。また 6 カ月間の有病率もそれぞれ 13.8%と 13.4%でした。

同じ頃、アメリカの O'Hara の研究グループは¹³182 名の妊婦と同数の対照非妊婦

¹⁰ Cox, J. L. (1979). Psychiatric morbidity and pregnancy: a controlled study of 263 semi-rural Ugandan women. *British Journal of Psychiatry*, 134, 401-405.

¹¹ Cox, J. L., Conneer, Y., & Kendell, R. E. (1982). Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 140, 111-117.

¹² Cox, J. L., Murray, D., & Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 163, 27-31.

¹³ O'Hara, M. W., Zekoski, E. M., Philipps, L. H., & Wright, E. J. (1990). Controlled perspective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 3-15.

を産後 9 週目まで前方視的に追跡し、Research Diagnostic Criteria の定型うつ病および非定型うつ病の有病率を面接で確認しました。定型うつ病がそれぞれ 8 名 (4.4%) と 6 名 (3.3%)、非定型うつ病が 11 名 (6.0%) と 8 名 (4.4%) でした。いずれかのうつ病の有病率も 10.4% と 7.8% であり、これは統計学的有意の差には至らないものでした。

英米の研究から分かることは、少なくとも同じ国で類似の社会的状況にいる女性で比較すれば周産期が非周産期に比べてうつ病の「危険時期」とは言えないということです。O'Hara グループと Cox グループの研究以降、「産後はうつ病の発症危険時期だ」という表現を周産期メンタルヘルスの研究者は使わないようになりました。「周産期の様々な要因がうつ病と関連している」という表現が多くみられるようになったのはこうした研究が背景にあると思われる。

では産後うつ病はどの国でもどのような社会背景でも一律に発生するものなのでしょうか。決してそうではありません。例えばブラウン大学の産後うつ病予防研究では、予防措置を受けていない妊婦の 33% が産後にうつ病 (DSM の大うつ病エピソード) を発症していました。この女性たちは 54% が非白人、77% が独身、半数以上が過去にうつ病の既往を有していました。Cox らは産後うつ病発生率のメタ解析¹⁴において、産後うつ病の関連要因も確認しています。そうすると産後うつ病と最も強い相関を示したのは家庭の年収でした。つまり、産後のうつ病は分娩という出来事より、他の要因でその発生率が変わるものなのでしょう。

産後うつ病の診断と定義は何なのか？

これまでの説明で、産後うつ病とは分娩後に発症をみたうつ病であり、それ以上の特殊な疾患ではないことが、明らかになったと思います。ではそもそもうつ病とはどのような状態を指すのでしょうか？

うつ病の中核は、一般的には抑うつ的心情であると考えられます。しかし、抑うつ気分だけ存在する状態をうつ病とはいいません。抑うつ感情にその他の様々な症状が加わって初めてうつ病といえることができます。まず、気分は抑うつ感情だけでなく、不安感も存在することが多く見られます。「自分は価値が無い」「自分の将来は暗い」「だれも援助してくれない」など、思考内容が否定的なものになることも多いです。そして、不眠、食欲の低下、体重減少など身体症状もよく見られます。このように、多くの症状がまとまって現れるのがうつ病です。

では臨床現場でうつ病をどのように診断すればよいのでしょうか。そのため、うつ

¹⁴ O'Hara, M., W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.

病診断には診断の基準が準備されています。世界保健機構 (World Health Organization: WHO) やアメリカ精神医学会 (American Psychiatric Association: APA) が決めた基準が有名で、国際的にも広く用いられています。

古典的ドイツ精神病理学では、うつ病を内因性うつ病と反応性うつ病に分けていました (表1)。内因性うつ病 (endogenous depression) では、発症と終了の時期がはっきりしています。気分は朝に悪いという日内変動を示し、食欲と体重の低下、性欲の減退や月経の停止、精神運動性の障害 (激越や制止) といった生物学的症状が目立ちます。これまでの経過を見ると躁病の既往が少なくありません。電気けいれん療法のような生物学的治療が有効と考えられていました。幻覚や妄想がみられるのも内因性うつ病です。そのため、内因性うつ病は精神病性うつ病 (psychotic depression) とも言われます。さらに、感情には体で感じる身体感情という部分があり、内因性うつ病の感情は身体感情の抑うつであると言われていました。これは、哀しい気持ちではない、質的に異なった感情だと考えられます (生氣抑うつ vital depression)。内因性うつ病の人の血縁にはおなじ疾患が多く見られると考えられていました。

一方、反応性うつ病 (reactive depression) は、ストレス状況に反応して起こります。発生の時期や終わり方は必ずしも明確に同定できず、「・・・頃から」といったものです。症状では、不安、恐怖、強迫など、いわゆる神経症に見られる症状が多く出現します。そのため神経性うつ病 (neurotic depression) とも言われます。経過中に躁病挿話はありませぬ。身体的治療法より心理療法が有効であると考えられていました。

表 1. 内因性うつ病と反応性うつ病

	内因性うつ病	反応性うつ病
経過	明確な起始と終始	不明確な起始と終始
臨床症状	生物学的症状	神経症的症状
病前性格	良好な病前性格	病前の性格上の問題
躁病挿話	躁病挿話の既往がありうる	躁病挿話の既往なし
有効な治療法	電気けいれん療法	心理療法
家族集積	家族集積性あり	家族集積性なし

先ほど述べた Pitt の古典的研究で、産後のうつ病は「非定型」と言っていたのは、実はこの反応性うつ病の病像を示す用語だったのです。また Kumar & Robson の先駆的研究で用いた RDC 基準において minor depressive disorder もここに該当します。RDC の major depressive disorder は DSM 基準の major depressive episode にほ

ば一致します。この中には重症であって内因性うつ病に相当するものと、比較的軽症ではなく反応性うつ病に相当するものが混在しています。

周産期と非周産期の精神疾患の発症率はどれほどなのか？

では一般にうつ病はどれほど出現するものなのでしょう。うつ病の発生頻度はさまざまな要因に左右されます。そのため一定の値に固定されるものではありません。

日本において、診断用構造化面接を用い、操作的診断基準による地域住民中の各種精神疾患の発症率を見る研究は1990年代に初めて行われるようになりました。これを表2に示しましょう¹⁵。ここには日本国内の2箇所で行った調査の結果を示しています。

表 2. 地域住民中における精神疾患の生涯有病率

	Kofu project		Gotemba project	
	男性	女性	男性	女性
大うつ病	7.3	18.5	24.4	23.0
気分変調性障害	0.0	4.0	0.0	0.0
躁病性E°ソト°	1.0	0.8	6.7	8.1
全般性不安障害	2.1	1.6	2.2	4.1
パニック障害	1.0	0.8	2.2	1.4
恐怖症	4.2	4.0	15.6	10.8
強迫性障害	4.2	3.2	2.2	2.7

いったん発症するとその後継続する疾患と違って、多くの精神疾患は一過性のものです。その時点でその疾患を有している人の全体に占める率を時点有病率 (point prevalence)、ある期間内 (例えば6ヶ月間) にその疾患を新しく発生した人の全体に占める率を、罹患率 (incidence)、調査時点までの人生のなかで1回でもその疾患を経験したことのある人の全体に占める率を生涯有病率 (lifetime prevalence) といいます。過去の出来事ほど人間の記憶はあいまいになり、また忘れるものです。従って、生涯有病率はおそらく真の値より低めにできるものです。表2は各診断カテゴリーの男女別の生涯有病率を表示しています。

¹⁵ Kitamura, T., Fujihara, S., Iwata, N., Tomoda, A., & Kawakami, N. (1999). Epidemiology of psychiatric disorders in Japan. In (eds. Y. Nakane & M. Radford) *Images in Psychiatry: Japan*, pp. 37-46, Paris: World Psychiatric Association.

これを見ると、大うつ病の生涯有病率が明らかに女性に多くなっています。これは日本以外の国々でも同じような所見が得られています。そしてかなり多くの人がうつ病を経験していることが分かります。