

01 総論：周産期に見られる精神疾患

北村メンタルヘルス研究所 所長 北村俊則 きたむら としのり ●

はじめに

周産期に見られる精神疾患の多くは、周産期以外で見られるものがほとんどである。しかし、周産期に特徴的な臨床像、成因、介入（治療）方法があるため、周産期精神医学が一つの専門領域として確立されている¹⁾。日本では日本周産期メンタルヘルス学会も立ち上がっている。そして、産後の精神疾患に全て「マタニティ・ブルー」や「産後うつ病」という（誤った）レッテルを貼るのは過去のことになっている。この領域の研究と臨床の嚆矢とされる Ian Brockington が2017年に international position paper を発表した²⁾。これは Brockington の草稿を、60人を超える世界の周産期精神医学の専門家にメール回覧した上で、意見の集約を行なった、意見表明である（日本からの参加者は金子一史氏、吉田敬子氏、著者）。本項はこの内容に沿って、周産期に見られる精神疾患について概観する。

妊娠期の疾患

妊娠に対する拒否的態度は重要な問題であり、産後のボンディング障害を含むさまざまな産後精神疾患の危険要因である。また、胎児ボンディング障害が（新生児ボンディング障害を介在変数として）胎児虐待につながることもある³⁾。

妊娠期間中のうつ病は産後うつ病と同等の頻度で発生し⁴⁾、多くはさまざまな心理社会的要因（夫との信頼関係のなさ、ソーシャルサポートの不良、住環境の不良、特定のパーソナリティ、対処行動など）で発症する⁵⁾。

出産に関連する不安は出産恐怖（分娩恐怖）として認められる。挙児を希望する一方で、分娩に対する病的な恐怖感を持つ女性は少なくない。分娩恐怖の重症例では、日常生活が全く手に付かなくなることもある。妊娠期間中は強迫性障害（例：不潔恐怖）も増加する。予定日よりもかなり早く分娩することを極端に強く訴える（帝王切開分娩を希望するなど）女性もいる。

それまで服用していた薬物を中断することによって、非器質性精神病性障害（統合失調症や双極性障害）が妊娠期間中に再発することも注意しなければいけない。妊娠期間中の向精神薬の処方高度な専門的知識が必要とされる。

分娩に関連する疾患

分娩に伴い器質性精神障害（例：子癇性精神病）が見られることがあり、また分娩がトラウマとなって急性ストレス障害や心的外傷後ストレス障害が起こること⁶⁾も知られている。分娩時の苦痛体験をフラッシュバックとして再体験し、極力、思い出すことを避けようと努力する。分娩に起因する心的外傷後ストレス障害は、必ずしも分娩の生物学的重症度や帝王切開

術など分娩方法とは関連しない⁷⁾。

産後の疾患

産後うつ病は最も研究されている疾患であろう⁸⁾。産後発症率は5%で、これは非周産期のうつ病の発症率より多いものではないと考えられる。日本における多施設共同疫学調査の結果も同様であった⁴⁾。この研究では産後3カ月以内の罹患率（発症率）は大うつ病で5%、特定不能のうつ病性障害で5%であり、合計すると臨床的関与が必要な抑うつ状態が、産後の母親の10人に1人いるということになる。

「産後うつ」という用語でうつ病以外の病態を含めるという傾向が従来あったが、これは改めなければいけない。産後うつ病の発生要因はさまざまであり、症例ごとに注意深く探索すべきである⁸⁾。

加えて、周産期うつ病の母親の育児態度は不良なことが多いという報告もあり、単に母親の精神状態を観察するだけでなく、育児を観察評価することは重要である。産後うつ病の中には双極性障害の抑うつ状態が含まれていることも注意すべき点である。

産後発症の不安障害は、これまで等閑視されてきた。しかし、産後に強迫性障害の発症が増加する。「児を殺すのではないか」という強迫観念を訴える母親もいる。児の突然死を極端に恐れる母親もいる⁹⁾。

産後2週間以内に発症する精神病性障害の多くは、双極性障害あるいは類循環性障害¹⁰⁾である。多くは専門病棟への入院が必要になる。統合失調症が産後に初発することはまれである

（増悪はある）。いずれも予後は良好であるが、次の分娩後に再発する可能性が高いことが知られている。従って、次子を計画する際の綿密な臨床指導が必要になる。

育児に関連する疾患

児に対する愛情がなく、嫌悪感や拒否的態度を示すボンディング障害は重大な課題である¹¹⁾。これまで産後のボンディング障害は臨床家から見逃されていたが¹²⁾、それが児童虐待につながる³⁾、病態が持続することを考慮すれば、全ての産後精神疾患の中で最重症のものであるといえる。複数の児を持つ母親が、1人の児に対してだけボンディング障害を有することもまれではない。

児童虐待に加えて、母親の自殺と嬰兒殺という極端な出来事も考慮し、特にパーソナリティ障害の並存に注意すべきであろう。産後の自殺率は、非周産期の女性の自殺率より低いことが知られているが、児や家族への強い影響を考えれば、大変重要な臨床課題である。既遂自殺に至るものは、ほぼ必ず事前に希死念慮を訴える。自殺の危険性の評価は時間をかけ¹³⁾、児と親とを分離することを注意深く計画しなければならない。

周産期は胎児や新生児の死亡が起こる可能性があり、これに伴って悲哀反応が起こることはまれではない。

まとめ

周産期医療の現場で注目すべき精神疾患は多

02 妊娠中のスクリーニングとケア

大阪母子医療センター母性外来 看護師長 和田聡子 わだ さとこ ●
 同統括診療局長(周産期)、産科主任部長 光田信明 みつだ のぶあき ●

周産期の女性の特徴と
支援の必要性

周産期の女性には、心理、社会、身体的に大きな変化が起こる。妊娠・分娩・産褥期は女性の一生の中で最も大きなホルモンバランスの変化が短期間に起こる時期でもあり、女性は急激な身体的、社会的変化に対応しつつ、心と体のバランスを取りながら過ごすことを余儀なくされる。

妊娠・出産は、周囲からはお祝い事として見られ、前向きな声を掛けられることが多い。しかし、妊娠した女性にとっては、計画妊娠・計画外妊娠にかかわらず、それまでの自分の体調や生活のリズムが変化するため、希望に満ちた幸せな気持ちの一方で、しばしばストレスにさらされることになる。

このような時期に妊婦健診を通して定期的に関わる助産師は、妊産婦のメンタルヘルスだけでなく、夫婦関係や家族関係、児の養育やその成長にも目を向け、女性の体と心を知る専門家として支援できる立場にある。そして、女性が今後どのような問題を生じ得るか、それを防ぐために事前に何をすべきか、気付き、ともに考えることができる。このことは、妊婦本人にとって心強い助けになるであろう。

海外の研究では、産後に精神的な不調を来しやすい妊娠期の危険因子として、妊娠中の不

安、サポートのなさ、精神疾患既往、ストレスとなるようなライフイベント、神経質傾向、夫婦関係、経済状況、産科的な問題を挙げている¹⁾。妊娠期からそのようなリスク因子を念頭に置いて関わることで、精神的な問題の早期介入につながると考えられている。

しかし実際のところ、妊婦が本当はどのような危険因子を抱えているのか、産後うつ病や精神疾患になりやすい人かといったことは、一目見て判別できるものではない。妊婦の話を丁寧に聞きながら背景を把握し、アセスメントしていくことが必要であるが、このとき、「この人は大丈夫か……」といったように“探る視点”で妊婦を診るのではなく、「妊娠中の体では毎日の生活も大変だろう」「妊婦の誰もが出産・育児への不安を感じているであろう」という心構えで妊婦と関わっていくべきである。

本項では、当センターで行っている取り組みを紹介することで、周産期のメンタルヘルスケアについて、助産師ができることを考えたい。

妊婦健診の場から見えてくる
こと～スクリーニングの実際

産科診療の場では、妊婦の医学的な身体症状の相談だけでなく、家族関係や生活状況、出産後の子育て準備についてなど広く相談を受けることが多い。妊婦を取り巻く周囲の問題が見え

岐にわたる。「周産期の心理問題は産後うつ病」といった画一的アプローチは大変危険である。さまざまな病態に関する正確な診断、予後判定、発症要因の探索、そして有効な介入・治療には、専門的知識と技能が求められる。アセスメントには、いわゆる病名診断にとどまらず、パーソナリティ、育児や家事の機能、対人関係、周囲のサポートなどを含める⁸⁾。予後は、疾患自体の予後に加え、親子関係、親の養育行動¹⁴⁾、児の発達も視野に入れた判断が必要であ

る。介入計画は、多業種共同が大前提である。治療方針は、危機介入と中長期の介入に分けて考える。親の精神疾患が児の発達に与える影響を考えれば¹⁵⁾、できるだけ短時間で治療することを方針とし、必ず治療目標達成までの時間間隔(例:何週間以内に)を設定する。

以下のサイトにて周産期精神疾患に関する情報を提供している。
 北村メンタルヘルス研究所
 URL: <http://www.institute-of-mental-health.jp/>

引用・参考文献

- 1) Brockington, I. Diagnosis and management of postpartum disorders: a review. *World Psychiatry*. 3(2), 2004, 89-95.
- 2) Brockington, I. et al. An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice. *Arch. Womens Ment. Health*, 20(1), 2017, 113-20.
- 3) Ohashi, Y. et al. Mother-to-infant bonding disorder, but not depression, 5 days after delivery is a risk factor for neonate emotional abuse: a study in Japanese mothers of 1-month olds. *Open Fam. Stud. J.* 8, 2016, 27-36.
- 4) Kitamura, T. et al. Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Arch. Womens Ment. Health*. 9(3), 2006, 121-30.
- 5) Kitamura, T. et al. Psychological and social correlates of the onset of affective disorders among pregnant women. *Psychol. Med.* 23(4), 1993, 967-75.
- 6) Takegata, M. et al. Aetiological relationships between factors associated with postnatal traumatic symptoms among Japanese primiparas and multiparas: a longitudinal study. *Midwifery*. 44, 2017, 14-23.
- 7) Bell, AF. et al. Childbirth and symptoms of postpartum depression and anxiety: a prospective birth cohort study. *Arch. Womens Ment. Health*. 19(2), 2016, 219-27.
- 8) 北村俊則編. 事例で読み解く周産期メンタルヘルスケアの理論: 産後うつ病発症メカニズムの理解のために. 東京, 医学書院, 2007, 232p.
- 9) Weightman, J. et al. Pathological fear of cot death. *Psychopathol.* 167, 1999, 246-9.
- 10) Brockington, I. et al. The course and outcome of cycloid psychosis. *Psychol. Med.* 12(1), 1982, 97-105.
- 11) Matsunaga, A. et al. Discrete category of mother-to-infant bonding disorder and its identification by the mother-to-infant bonding scale: a study in Japanese mothers of a 1-month-old. *Early Hum. Dev.* 111, 2017, 1-5.
- 12) Kitamura, T. et al. Seeking medical support for depression after the childbirth: a study of Japanese community mothers of 3-month-old babies. *Open Women's Health J.* 3, 2009, 1-14.
- 13) Joiner, TE Jr. et al. 自殺の対人関係理論. 北村俊則監訳. 東京, 日本評論社, 2011, 292p.
- 14) Middleton, M. et al. Parental depression, parenting behaviours, and behaviour problems in young children. *Infant Child Dev.* 18(4), 2009, 323-36.
- 15) Sanger, C. et al. Associations between postnatal maternal depression and psychological outcomes in adolescent offspring: a systematic review. *Arch. Womens Ment. Health*. 18(2), 2015, 147-62.