

# 助産師ができる 周産期の メンタル ヘルスケア

事例で  
まなぶ

編集

江藤宏美

長崎大学生命医科学域教授

この1冊で  
全てが  
わかる

病態生理、  
スクリーニング、  
服薬指導、多職種連携…

# 01 周産期の身体とこころ ～産後うつ病のホルモン仮説

北村俊則 北村メンタルヘルス研究所 所長

羽田彩子 北村メンタルヘルス研究所 研究員

大橋優紀子 城西国際大学 教授

## このテーマで何を学ぶ？

- 産後うつ病は妊娠・分娩に伴うホルモン変化とは無関係です。
- うつ病は他から質的に峻別できるカテゴリーでなく、次元的・連続量的現象です。
- 周産期の心理社会的変化への対応に困難を感じているのが周産期精神疾患です。

## 産後うつ病の原因はホルモン？

産後うつ病の原因は、アダムとイブが神の言いつけを破り、林檎を食べたことに対して、神がいわば懲罰として与えたものだと考えられています。旧約聖書創世記第3章にそのように記載されています。「女は苦しみの中で子を産む」というのが、産後うつ病の「原因」だといわれています。

つぎに（神は）女に言われた、  
「わたしはあなたの産みの苦しみを大いに増す。あなたは苦しんで子を産む。（以下略）」  
To the woman he said,  
“I will make your pains in childbearing

very severe ;

with painful labour you will give birth  
to children.

出産に関連した心身の苦しみを、アダムとイブの行為に原因があるというのは宗教上、許容される考えかもしれません。しかし、応用自然科学である医療では受け入れられないアイデアです。医療者は自然科学として認められるエビデンスで考えを進めていくものです。

周産期はホルモン動態が大きく変化し、特に産後に急激な変化が見られます。そこで、産後の心理的变化が内分泌学的変動に由来するという仮説が現れることは容易に理解できます。そこで、これまでの研究を振り返って

みましょう。

### 1) 性腺ホルモン

すでに1980年代からエストロゲンの系列（卵胞ホルモン。エストロン、エストラジオール、エストリオール）とプロゲステロンの系列（黄体ホルモン）について、産後うつ病やいわゆる「マターニティ・ブルーズ」（すでに死語）について研究報告がありました。5例という小数例で産後5日目の唾液中エストラジオール値が「マターニティ・ブルーズ」群で高いという報告がありますが、これを否定する研究もありました。

本格的大規模研究は1990年代まで待たねばなりません。アイオワ大学のO'Haraら<sup>1)</sup>のもので。対象は182名の妊婦です。妊娠期間中に3回（妊娠34週、36週、38週）、産後に6回（産後1日目、2日目、3日目、4日目、6日目、8日目）、採血を行いました。測定したのはエストラジオール、総エストリオール、遊離エストリオールです。産後9週目に構造化面接を用いて産後うつ病の診断を行いました（用語解説①を参照）。有意差が出たのは、妊娠36週と産後2日目のエストラジオールのみで、産後うつ病群で有意に低いものでした。他のいずれの時点でのホルモン値は両群で差がありません。エストラジオールの所見は第1種の過誤（つまり偶然の所見）と考えるのが相当です。同様の否定的所見はその後、幾つも発表されています。

プロゲステロンと産後うつ病の関係も同様です。O'Haraら<sup>1)</sup>の研究ではプロゲステロ



### 用語解説

#### ①うつ病の診断基準

DSM-5では、①抑うつ気分、②興味の減退、③体重、食欲の減退あるいは増加、④不眠または過眠、⑤精神運動焦燥または制止、⑥疲労感または気力の減退、⑦無価値感または過剰であるか不適切な罪責感、⑧思考力や集中力の減退または決断困難、⑨死についての反復思考、の9つの症状のうち、合わせて5つ以上（①②は少なくとも1つは含む）が、同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしていること、その症状は臨床的に意味のある苦痛や機能の障害を引き起こしていること、そのエピソードは物質の生理学的作用や他の医学的疾患によるものではないこと、としています。

ンの値は、妊娠期間中と産後を通じて、産後うつ病群と健常群の間で有意差は1回も認められていません。その後の研究で、分娩の2週間前から産後35日目までの期間、毎日唾液採取でプロゲステロンを測定した研究がありますが、ここでもプロゲステロンの絶対値もあるいは数日間の変化量も、抑うつ状態重症度や大うつ病の診断と、なんら有意な関連はありませんでした。ごく最近、米国の研究<sup>2)</sup>では、1,000人を超えるデータの解析が行われ、エストラジオールおよびプロゲステロン（およびその派生物質であるアロプレグナロン）は産後うつ病群と健常群の間で有意差がないことが認められました。

### 2) 副腎皮質ホルモン

副腎皮質ホルモンの異常は、血液中の値を測ることに加え、デキサメサゾン抑制試験

(dexamethasone suppression test ; DST) というテストを行います。これが陽性だと副腎皮質ホルモンが異常に分泌されやすくなっているのです。O'Hara<sup>1)</sup>らの大規模研究では、唾液中および尿中のコルチゾール値を測定しました。妊娠期間中と産後を通じて、産後うつ病群と健常群の間で有意差は1回も現れませんでした。さらに DST の陽性率は産後うつ病群と健常群の間で有意差はありませんでした。その他、かなりの数の研究がありますが、産後の抑うつ状態を予測するものではありません。

副腎皮質ホルモンの微細な異常がうつ病の生物学的指標であるという仮説は1980年前後から爆発的に広まり、全世界で膨大な研究報告が出版されたのです。しかし、分かったことは DST が (本当のホルモン疾患を除き) 生体にストレスが負荷された場合に陽性になるものであり、疾患特異的指標ではないことです<sup>3)</sup>。

### 3) 甲状腺ホルモン

甲状腺ホルモン異常と周産期うつ病の関係も、1980年代から報告されています。事例を見てみると、多くは本当の甲状腺疾患の心理症状と思われるものです<sup>4)</sup>。一方、抗甲状腺マイクロゾーム抗体陽性あるいは甲状腺の自己抗体である抗 TPO 抗体 (抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体) が高値のもので産後うつ病が多いという報告もあります。甲状腺刺激ホルモン値は特別な所見がありません。甲状腺機能の異常や抗甲状腺抗体高値が産後うつ

病で見られることは可能性が高いと考えられます。甲状腺機能との関連がうつ病で見られるのは、男性女性を問わず多く報告されています。産後うつ病と思われた女性の中に、実は (軽症の) 甲状腺機能低下症があったと考える方が常識的でしょう。

### 4) オキシトシン

オキシトシン (oxytocin) と産後うつ病の関係を指摘する報告があります。システマティック・レビューによれば、6本の論文があり、オキシトシンが高いことと抑うつ症状が低いことを示唆する傾向にあるようですが、いまだ結論までに至ってはいません<sup>5)</sup>。ごく最近の大規模研究でも、オキシトシンは産後うつ病群と健常群でまったく差が認められませんでした<sup>2)</sup>。

#### ピットフォール



本稿を読み、驚かれた読者の皆さんもいらっしゃるかもしれません。本稿から、産後うつ病の女性に対して、「産後はホルモンの変化でよく起こることです」とか、「生理が戻るころには落ち着きますよ」などのように言うのは、無責任かもしれないと考えさせられます。なぜなら、女性のパートナーの方が産後うつ病になったら、何と言いましょ。存在しないかもしれない原因物質に解決策を委ねるのではなく、「現に存在している周産期の困り事」に寄り添う援助が、医療従事者には求められるといえます。



## 産後にうつ病は多いのか？

妊娠・出産に伴う激しいホルモンの変化が原因で産後にうつ病が発生するのであれば、産後は女性のライフステージの中で目立ってうつ病の罹患率が高いはずですが、周産期以外の期間と産後におけるうつ病の発症率を比較した研究では、両者に有意差はありませんでした<sup>6,7)</sup>。

また、ホルモンの変化が原因で産後にうつ病が発生するのであれば、パートナーである男性はホルモン変化がないのですから、産後のうつ病発生率には明らかな男女差がなければいけません。事実、産後（つまり赤ちゃんの出生後）に男性（夫）も女性（妻）と同程度にうつ病が発生します<sup>8)</sup>。このことから、産後うつ病のホルモン仮説は否定されます。

## 産後うつ病という疾患は存在するのか？

そもそもうつ病という病理現象は存在しないのです。ストレス状況において、ストレスの程度に応じてわれわれは気持ちの落ち込

み、不安、不眠、食欲の低下を経験します。これは当然のことであり、病理学現象ではありません。タクソメトリ（用語解説②を参照）による研究でも、うつ病といわれる心理状態は、他から質的に峻別できる病理現象でなく、次元的なものであることが分かっています<sup>9)</sup>。産後のさまざまなストレスに曝露されれば、男女を問わず気持ちの落ち込みは強くなります。産後うつ病を経験する男女は、いわば環境変化の中で適応への困難や葛藤を体験しているのです。

### 用語解説

#### ②タクソメトリ (taxometric analysis)

統計解析手法の一つです。ある心理現象について、心理尺度を使って測定し観測変数として用いて、その心理現象が次元的な現象である（つまり、病理性があるように見えるのはその心理現象における程度の問題である）か、非連続的（つまり、一つの集団の中に全く質が異なる病理群が存在する）かを峻別する目的で、タクソメトリ (taxometric analysis) が用いられます。

## 産後うつ病のホルモン仮説は都市伝説

先行研究を見れば、周産期や特に産後の大きなホルモンバランスの変化で産後うつ病を説明するのは科学的には無理なことが分かります。一方、産後うつ病の発生には多方面の心理的要因が関与しているエビデンスは多く発表されています。対抗する明白な証拠があっても維持する確信は、宗教的信念か妄想です。優格観念かもしれません。産後うつ病はホルモンの変化で発生するという主張は都市伝説です。

ではなぜ、都市伝説がエビデンスに優先しているのでしょうか。病理学は19世紀後半から臓器（細胞、DNA）レベルでの現象に特化して進展してきました。医学や看護学は臓器領域のアセスメントと支援がその中心となったのです。疾患別の支援が主流となり、疾患ごとの専門職が発生してきました。このこと自体は望ましいことです。しかし、個々の人間を「社会的動物」としての視点からマクロに見る作業が欠けてきたことも事実です。

歴史を振り返ると、個々の人々の心身の苦痛や困難に対して（おそらく）最も有効な（とその時点で判断できる）支援を、集学的に（つまり手あたり次第に）多職種連携（つまり役に立つ人なら誰彼かまわず集めること）を基礎に行うのが、医療や看護の仕事でした。心理援助の基礎も、クライアントの持っている多くの問題点（体験している症状そのもの、

直前のストレス、現在の人間関係、過去の人間関係、トラウマ体験、対処行動や防衛機制、認知様式、社会環境、法制度……）<sup>1011</sup>の中から、「ここを動かせば全体が動く」と思われる部分に、集学的、多職種連携的に、（薬物や外科治療などによらない）非身体医学的援助を行うことにあります。

臓器の疾患に治療を行ってもなお残る周産期の心理社会的変化の中で前景に現れ出た生活上の問題や心理的困難が、産後うつ病をはじめとする、さまざまな周産期の心理症状の本体なのです。ミクロの視点、診断別の見方だけでは解消できない問題です。こうした状態にある女性（と赤ちゃんとパートナーを含めた周囲の人々）に医療・看護支援を行うには、歴史的伝統であった集学的、多職種連携による、個別にテーラーメイドした技術の研修と実践が必要です。そのことからわれわれは、こうした問題や困難を体験している人々を「援助が必要な弱い人間（病者）」と捉えるのではなく、そうした体験とそれを乗り越えることの価値と、そういった人々を支援する必然性を学習できるのだと思います。

こころの貧しい人たちは、さいわいである、天国は彼らのものである。

悲しんでいる人たちは、さいわいである、彼らは慰められるであろう。

Blessed are the poor in spirit:  
for theirs is the kingdom of heaven.  
Blessed are they that mourn:  
for they shall be comforted.

（新約聖書 マタイによる福音書第5章）

## 最新トピックス

## 産後うつ病と児童虐待の関連

産後にうつ病が多い、そしてそれはホルモンの影響だというのは都市伝説ですが、もう一つの都市伝説は「産後うつ病が児童虐待の素地だ」です。妊娠期から産後1カ月までの非臨床例の追跡調査では、産後1カ月の新生児に対する心理的（情緒的）虐待への影響は（産後のボンディング障害で統制すると）産後5日目の抑うつ状態は影響がなく、むしろ虐待を低くする傾向さえ見られています<sup>12)</sup>。

## 引用・参考文献

※関連文献はおびただしい数になるので、ここでは一部を引用します。希望者は筆者に依頼すれば詳細情報を提供します→ kitamura@institute-of-mental-health.jp

- 1) O'Hara, MW. et al. Controlled prospective study of postpartum mood disorders :psychological, environmental, and hormonal variables. *J Abnorm Psychol.* 100 (1), 1991, 63-73.
- 2) Guintivano, J. et al. Adverse life events, psychiatric history, and biological predictors of postpartum depression in an ethnically diverse sample of postpartum women. *Psychol Med.* 48 (7), 2018, 1190-200.
- 3) 北村俊則. 精神科診断学概論：病理所見のない疾患の概要を求めて. 東京, 北村メンタルヘルス研究所, 2013, 305p.
- 4) Amino, N. et al. High prevalence of transient post-partum thyrotoxicosis and hypothyroidism. *N Engl J Med.* 306 (14), 1982, 849-52.
- 5) Moura, D. et al. Oxytocin and depression in the perinatal period-a systematic review. *Arch Womens Ment Health.* 19 (4), 2016, 561-70.
- 6) Cox, JL. et al. Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *Br J Psychiatry.* 140, 1982, 111-7.
- 7) O'Hara, MW. et al. Controlled prospective study of postpartum mood disorders : comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psychol.* 99 (1), 1990, 3-15.
- 8) Areias, ME. et al. Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *Br J Psychiatry.* 169, 1996, 30-5.
- 9) 北村俊則. 精神に疾患は存在するか. 東京, 星和書店, 2017, 285p.
- 10) 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, 224p.
- 11) Takegata, M. et al. Theoretical framework for interpersonal psychotherapy in the prevention of post-partum depression: A commentary. *Int J Nurs Health Sci.* 1 (6), 2014, 37-40.
- 12) Ohashi, Y. et al. Mother-to-infant bonding disorder, but not depression, 5 days after delivery is a risk factor for neonatal emotional abuse:a study in Japanese mothers of 1-month olds. *Open Fam Stud J.* 8 (1), 2016, 27-36.