

特集

妊産婦のうつ病・抑うつ状態

中野有美*

内容紹介

周産期にいる女性はメンタルヘルスについても多くの負担が強いられていることはすでに自明のこととなっている。本稿では、周産期におけるうつ病・うつ状態に焦点を当て、有病率・リスク因子・母と子への影響・治療について、医療と行政が本格的に支援体制づくりに取り組んでいることを含めて記述した。うつ病・うつ状態を中心に、周産期の女性のメンタルヘルスに目を向けることがいかに重要であるかについて読者に伝われば幸いである。

はじめに

わが国では、それほど遠い昔でないころ、子どもに尽くすことが母親の愛(母性愛)であり、女性にはだれでも、そのような「母性本能」が備わっていると過剰に強調する、いわゆる母性神話¹⁾の発想がコモンセンスであった時代があった。妊娠期は女性にとって安定し幸福に満ちた時期であるはずだとみなされていた。しかし、日本におけるこれらの考え方は、欧米に遅れを取りながらもこの四半世紀の間にゆるやかに、しかし確実に変化していった。妊産婦は、妊娠・出産により役割が大きく変化するなど社会的側面からのストレスを受

け、そして、生物学的観点からも、出産前後(いわゆる周産期)で体内のホルモンバランスが大変動するなど、体内外の環境が急激かつ大きな変化を経験する。それに伴って精神的な不調が現れやすいことは欧米ではすでに 20 世紀後半から注目され始めていた。やがて、1980 年には周産期精神医学の国際学会(Marce Society)が設立されるなど、周産期の精神状態についての様々な調査研究の結果が世界中から集積されるようになり、それらの動向の成果は、例えばアメリカ精神医学会の診断基準(DSM)において、1990 年に発表された第 4 版(DSM-IV)では、うつ病の診断の中で、産後 1 か月以内に発症したのものには“産後の発症”という特定用語を付記する、という形で現れ、2013 年に発表された第 5 版(DSM-5)においては、妊娠期間中に発症するうつ病を含み“周産期の発症”と呼ぶようになるなどの展開がみられた。このように年を追うごとに、周産期を迎えた女性のメンタルヘルスに留意する意義と重要性に関心が寄せられるようになり、今日に至っている。

周産期の問題を精神医学的観点から概観すると、発症時期に注目した場合、妊娠前からすでに精神疾患に罹患している女性が周産期を迎える、いわゆる精神疾患合併妊娠の場合と、妊娠中もしくは出産後に妊産婦が新たに精神疾患を発症する場合の 2 つに大別できる。そして、もちろん彼女らは様々な精神疾患に罹り得る。このような全体像の中で、本稿では、妊娠中もしくは出産後に新たに発生した“うつ病”に主に焦点を当てて筆を進めていきたい。本稿を通じて、うつ病を中心に周産期

— Key words —

周産期のメンタルヘルス、産後うつ、母子への影響、連携体制、薬物療法、心理的支援

* Yumi Nakano : 南山大学 人文学部 心理人間学科

の女性のメンタルヘルスに目を向けることがいかに重要であるかについて読者に伝われば幸いである。

I. 周産期うつ病，うつ状態の有病率

妊娠中もしくは出産後に新たに発症する精神疾患として、従来から特に注目されるものに産褥精神病とうつ病がある。産褥精神病は、自死の観点から重視されるが、発症率を見ると1,000分娩のうち1~2例と少ない一方で、うつ病の発症率は高い。一般人口中での女性のうつ病の有病率と周産期にいる女性のうつ病の有病率を、観察期間やうつ病の定義を合わせるなどして厳密に比較可能にしたデータを得るのは難しいが、一般人口でのビッグデータ、周産期の女性を対象とした多くの調査それぞれから、周産期にいる女性のうつ病有病率は、一般人口での有病率に比べて明らかに多いことが推察される²⁾。

例えば、インタビューによって産後うつ病であると判断したデータを集めたメタ分析では³⁾、うつ病とうつ病には至らないが抑うつ状態が続いているものを含めた産後3か月間の有病率は19.2% (うつ病のみ：7.2%)であった。日本では徳光らが日本人女性を対象に、産後うつ病のために開発したスクリーニング尺度EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale (日本語版)⁴⁾、妊娠中のうつ病のスクリーニングとしても使用可能)もしくはCES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)⁵⁾のカットオフポイント、それぞれ9点以上、16点以上を“うつ病”と定義した周産期うつ病の調査を集めてメタ解析した⁶⁾。

その結果、108,431人中、1か月時点での産後うつ病の有病率は14.3%であった。さらには、産後うつ病の期間ごとの有病率はそれぞれ、産後1か月以内で15.1%、1~3か月で11.6%、3~6か月、6~12か月では共に11.5%であった。一方で、妊娠中のうつ病有病率は、妊娠第2三半期(14週~27週)で14.0%、妊娠第3三半期(28週以降)で16.3%であった。この結果をみると、出産が近づくにつれてうつ病の有病率は増加傾向を示し、出産後、時間と共に減少していく傾向にあることが

わかる。

このように、周産期にいる女性はうつ病の有病率が高く、次に示すように、うつ病は、妊産婦自身はもちろん、子の体質、産後の育児に影響を及ぼすことが明らかになってきていることから、周産期の精神疾患の対策は、やはりうつ病を中心に練られるべきであり、実際、関連学会や地方行政が中心となって支援の枠組み作りや、人的資源の養成などが着々と整備されつつある⁷⁾。

II. 持続するうつ病・うつ状態と、母・子への影響

確かに、産後の母親にうつ症状が出ていると、母親本人の苦しみはいうまでもなく、症状のために育児が十分にできなくなったり、児に愛着を感じにくくなったりするに至り、いわゆるボンディング形成不全や虐待といった形で児への悪い影響が及ぶことを免れえない。また、2015~16年の調査では、妊娠~産後1年未満の周産期妊産婦死亡の約3割が自殺によるもので、これが最大の原因となっており(2位は悪性腫瘍)⁸⁾、これまでの他の調査を合わせて考えると、自殺者のうちの少なからずがうつ病をはじめとした精神科疾患に罹患していたことが推察される。さらに、産後うつ病発症の危険因子として妊娠中のうつ病やうつ症状があがっており、産後にみられるうつ病の約50%は妊娠中にすでに発症していると言われている⁹⁾。そして、妊娠期うつ病の危険因子として、うつ病の既往が挙げられている¹⁰⁾。

加えて、妊娠中のうつ病そのものが発育途上の胎児へ悪影響を及ぼすことが報告されている。例えば、抑うつ・不安の症状と共に母親のストレス応答系が変化することが胎児の中枢神経の発達過程に影響を与えること、母親の生活が乱れ、低栄養になりやすく、喫煙、飲酒などの機会が増え、流産、早産、胎児発育不全などの転帰が増加することなどが考えられる^{11~13)}。従って、妊娠中からの早期発見、早期介入が大変重要となってくる。

要するに、妊娠する以前にうつ病に罹患したことがある者は妊娠期間中にうつ病になりやすく、妊娠期間中にうつ病や抑うつを経験していると、

胎児の発育に悪影響を及ぼすとともに産後うつ病になりやすいということになる。将来、母親になる世代、すなわち若年女性のうつ病やうつ病のリスクを高めるメンタル不調の予防、治療介入、再発予防に力を入れる意義の一つがここにある。

Ⅲ. その他の危険因子と予防因子

周産期うつ病の危険因子として“うつ病・うつ状態の既往”以外にコンセンサスが得られている要因として、まず、妊娠期に関しては、母親の不安、生活ストレス、ソーシャルサポートの欠如、意図しない妊娠、医療保険の種類(米国)、家庭内暴力、低収入、低い教育歴、喫煙、独身、対人関係の希薄さなどが挙げられる¹⁰⁾。産後に関しても類似しており、妊娠中の不安、神経質、低い自尊心、マタニティブルー、配偶者との希薄な関係、妊娠中や産後早期の生活ストレス、不十分なソーシャルサポートなどが挙げられている²⁾。さらに、産後に発症するうつ病は、双極性障害の危険因子として注目されている¹⁴⁾。すなわち、産後に発症するうつ病は、その後、双極性障害と診断される状態像を呈していく可能性が高いことが指摘されている。

一方で、妊娠中からソーシャルサポートがあることが、周産期のうつ病の予防的因子になる¹⁵⁾ことが名古屋大学の研究で示唆されている。ソーシャルサポートとは、社会的関係の中でやりとりされる支援、すなわち、周囲の人々からの支援を指す。名古屋大学医学部附属病院では、これらの点を踏まえ、人的支援体制を整え、妊娠中からの予防、早期発見と早期介入が可能になるシステム作りが行われ、周産期母子医療センターとしての機能を果たしている。

Ⅳ. 連携した取り組み —医療と地域—

わが国では、関連学会や地方行政などが中心となり、周産期の女性たちをサポートする仕組みが、今世紀に入ってからやっと、しかし、この数年は特に加速的に整備が進んできている。

周産期に関わる医療現場や地域医療には、地域差はあるものの、有病率が高いうつ病を中心に、

そして、母親が安心して妊娠期を過ごし、出産後も追いつめられることなく余裕をもって子育てする日常に入っていくことができるように様々な対策が工夫されている。そして、うつ病のスクリーニングはもちろんのこと、衣食住環境、経済状態、夫や実母を中心とした人的サポート状況、児への愛着形成の程度を確認し必要に応じて支援する体制が、かなり浸透してきている。それらは、妊娠中は定期検診を受ける産科医療機関で、出産後は、児の定期検診や予防接種を実施している地域の保健センターや小児科で、簡便なアンケートを使うことを最初の糸口にするなどして実施することが推進されている。

うつ病のスクリーニングに関して最も普及している自記式尺度はEPDS(前述)である。産後うつ病の診断のために開発されたが、現在は、妊娠中の女性に対しても全国的に適用されている。日本産婦人科学会では、多職種が共同して支援することで母子とその家族が不安の少ない生活をおくることができることを目指し、令和に入ったところより、周産期医療に携わるすべての医療スタッフを対象に「母と子のメンタルヘルスケア研修会(MCMC)(Mental Health Care for Mother & Child)」のシステムを構築している⁷⁾。そこでは、アンケート内容と使い方の学習はもちろん、周産期女性の心理的側面、うつ病をはじめとした精神障害、人の話を聴く(傾聴と共感)訓練、多職種連携や地域連携の在り方など周産期を対象としたメンタルヘルスプロフェッショナルを養成し、シームレスな支援体制強化を目指した本格的な内容になっている。

これらの研修会で学習したスタッフがそれぞれの地方行政が構築したシステムや医療機関内で活躍すれば、うつ病の予防、早期発見は、今後ますます確実に向上していこう。

Ⅴ. 周産期うつ病の治療

うつ病の治療は一般的に薬物療法が中心であるが、周産期の女性の治療については、妊娠期は薬剤が胎盤を通じて、出産後は母乳を通じて薬剤が子に移行することによる子への悪影響と、母親の

精神症状による子への悪影響との間のリスク・ベネフィットを考え、治療選択する必要がある。

特に妊娠初期においては、薬剤の影響による流産、催奇形性、それ以降の時期においては、胎児への薬剤毒性のリスクに留意しなければならない。様々な器官が作られる時期(妊娠4週～7週：絶対過敏期)に薬剤の影響が出やすいとされるため、すでにうつ病の薬物療法を受けている女性は、パートナーや精神科主治医と相談しながらより計画的に妊娠を進めていくことが重要であるといえる。妊娠16週目以降は、胎児の器官形成がほぼ終了しているため催奇形性の心配は減少するが、薬剤の胎児毒性を視野に入れる必要がある。抗うつ剤を含む多くの精神科治療薬には、出生直後、新生児に離脱症状があらわれ得るが、現在の抗うつ薬の主流であるSSRIs (selective serotonin reuptake inhibitors)による治療は、新生児不適応症候群、新生児遷延性肺高血圧症のリスクがあり、出生後一時的な管理が必要となる場合がある¹⁶⁾。

出産後では、母乳からの薬剤の移行が心配になる。母乳からの薬剤移行は胎盤移行よりも総じて低レベルであり、科学的根拠のある有害事象の報告は乏しいが¹⁷⁾、母乳に対する児の態度や体重増加に留意しながら母乳で育てるかどうかについて行動選択する必要があるだろう。

ところで、妊産婦への薬物治療のように、薬剤の悪影響に懸念がある場合は特に、認知行動療法^{18, 19)}などのうつ病症状や抑うつ・不安症状を緩和することを目的とした心理的支援を活用しない手はない。これらのアプローチを学んだ看護師、心理職、PSW (精神保健福祉士)などが、薬物を処方している主治医や医療機関と連携して、臨床現場の様々な場面で活用できるようになる時代が来ることが強く望まれる。日本産婦人科学会のMCMCの中においても、治療として薬物療法と共に心理療法を選択できる環境の重要性に触れている。現在、厚生労働省は、認知行動療法の治療者養成を進めているが、MCMCと連動するなどすれば、シームレスな周産期サポートの現場に、そのような介入ができる者が現れる道筋を作るのは、それほど難しくないのかもしれない。

おわりに

周産期におけるうつ病・うつ状態に焦点を当て、その有病率、リスク因子、母と子への影響、治療について、医療と行政が本格的に支援体制づくりに取り組んでいることを含め、その概要を記述した。女性が安心して周産期を迎えられる環境が整っていくことを願ってやまない。

利益相反

本論文に関して、筆者が開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) 大日向雅美：母性は女の勲章ですか？. サンケイ新聞社、東京、1992.
- 2) O'Hara MW and McCabe JE : Postpartum depression : current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol* 2013 ; 9 : 379-407.
- 3) Gavin NI, et al : Perinatal depression : a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. 2005 ; 106 (5 Pt 1) : 1071-1083.
- 4) 岡野禎治：日本版エジンバラ産後うつ病自己評価表 (EPDS) の信頼性と妥当性. *精神科診断学* 1996 ; 7 : 525-533.
- 5) 島 悟ほか：新しい抑うつ性自己評価尺度について. *精神医学* 1985 ; 27 : 717-723.
- 6) Tokumitsu K, et al : Prevalence of perinatal depression among Japanese women : a meta-analysis. *Ann Gen Psychiatry* 2020 ; 26 : 19-41.
- 7) 公益社団法人日本産婦人科学会編：妊産婦メンタルヘルスマニュアルー産後ケアの切れ目ない支援に向けて. 2021.
- 8) 平成30年度厚生労働省科学研究費補助金 行政政策研究分野 政策科学総合研究(臨床研究等 ICT 基盤構築・人工知能実装研究)研究報告書(研究代表者：森崎菜穂、分担研究者：太田えりか)。
- 9) 日本精神神経学会日本語版用語監修：DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引き. 医学書院、東京、2014.
- 10) Lancaster CA, et al : Risk factors for depressive symptoms during pregnancy : a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2010 ; 202 : 5-14.
- 11) Jarde A, et al : Neonatal outcomes in women with untreated antenatal depression compared with women without depression : A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2016 ; 73 : 826-837.
- 12) Marroun ElH, et al : Maternal use of selective serotonin reuptake inhibitors, fetal growth, and risk of adverse birth outcomes. *Arch Gen Psychiatry* 2012 ; 69 : 706-714.
- 13) O'Connor TG, et al : Maternal antenatal anxiety and

- behavioural/emotional problems in children : a test of a programming hypothesis. *J Child Psychol Psychiatry* 2003 ; 44 : 1025-1036.
- 14) Sharma V, et al : Bipolar postpartum depression : An update and recommendations. *J Affect Disord* 2017 ; 219 : 105-111.
- 15) Ohara M, et al : Impact of perceived rearing and social support on bonding failure and depression among mothers : A longitudinal study of pregnant women. *Journal of Psychiatric Research* 2018 ; 105 : 71-77.
- 16) 鈴木利人 : 向精神薬の妊娠期曝露による胎児への影響. *臨床精神薬理* 2019 ; 22 : 907-916.
- 17) 周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド 2017. http://pmhguideline.com/consensus_guide/consensus_guide2017.html
- 18) Sockol LE : A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *J Affect Disord* 2015 ; 177 : 7-21.
- 19) Shortis E, et al : The efficacy of cognitive behavioral therapy for the treatment of antenatal depression : A systematic review. *J Affect Disord* 2020 ; 272 : 485-495.