

## 平成25年度総会学会・特別講演

## 妊産婦の精神面の問題の把握と育児支援

吉田敬子

## I はじめに

妊娠や出産は本来おめでたいことである一方、妊産婦にとってのこの時期は心理学的および精神医学的に変調をきたしやすい時期である。

メンタルケアの対象となるのは、広く一般人口のなかで見出される育児不安から、幻覚や妄想を伴う産後精神を発症しているごく少数の女性まで含まれる。精神病症状をすでに呈しているような産後精神病は、精神科医師の治療が必要となるが、発症頻度はごくまれであり1000例に1例に過ぎない。そこで、精神科専門治療以外で、地域をベースにした妊産婦へのメンタルケアと育児支援の対象となる妊産婦は、具体的には次の状況にある。すなわち、1) 望まない妊娠、夫や実母などから精神的なサポートがない、精神科既往歴があるなど、出産前から育児環境の不全が想定される妊婦、2) うつなどの精神症状がみられる母親、3) 赤ちゃんに対して怒りなどの否定的な感情を抱き、不適切な育児態度や行動が危惧される場合である。

しかし、これらの妊産婦や育児中の女性が精神科医療機関へアクセスをすることは容易ではなく、ケアや治療は、それらの内容や重症度および発現する時期により異なる。しかも、彼女たちに関わるべき適任スタッフも、産科や小児科、地域保健福祉関連の行政のスタッフから心理士や精神科医師など多岐にわたるため、多領域多職種に共有できるツールを用いての連携支援が望ましい。そこで筆者らは、上記の3つのそれぞれの状況に対応して、3つの自己記入式質問票、I 育児支援チェックリスト、II エジンバラ産後うつ病質問票、III 赤ちゃんへの気持ち質問票を用いている。各数分で記入でき簡便である。筆者らはこの3つの質問票を使用することを推奨し

ている<sup>1)</sup>。

周産期は、産科、新生児科、小児科や小児外科などの医療スタッフ、地域の保健行政福祉スタッフなどによる多職種チームによる支援が必然的に必要となる。本稿では、育児障害をきたす状況や紹介およびその原因について解説し、さらにどの領域や機関が、どのような時期に、母子や家族の特徴に応じた育児支援に関わるのかについての戦略も含めて述べる。

## II 産後うつ病について

妊産婦のメンタルヘルスの中でも、産後うつ病は特に重篤な疾患である。その理由には、まず発症頻度が、15~20%と他の時期のうつ病の頻度に比較してもきわめて高いことがあげられる<sup>2)</sup>。また育児機能に障害をきたした場合は、子どもの発達への負の影響が看過できないからである<sup>3)</sup>。このような背景から、産後うつ病スクリーニング法がCoxにより開発され、岡野によって翻訳、エジンバラ産後うつ病質問票として発表されているので、わが国でもスクリーニングが可能である<sup>5)</sup>。日本版の質問票による調査では、日本では里帰り分娩など文化の差があるにしても、わが国でも産後うつ病の発症頻度は欧米と同じであることが分かった。しかも私たちが勤務する九州大学病院で出産された母親を対象とした調査では、産後の1~2週間以内に、ほとんどのうつ症状の出現がみられることが確認された。つまり産後2週間前後での母乳指導、産後1カ月の褥婦健診などでスクリーニングが可能であることを意味している<sup>6)</sup>。また必要なケースにおいては、地域の保健所から母子訪問を担当する保健師や助産師などへ連携がとれる。そこでは、今後は地域の精神科クリ

ニックもバックアップ体制を作ることが要求されるし、諸外国ではすでに実践されていることでもある。そうすると「糊しろのある」継続した母親へのメンタルケアや育児支援の連携となる。

産後うつ病の発症に関連する要因としては、①精神科既往歴やカウンセリング歴がある。②夫や実母からの精神的サポートがない<sup>7)</sup>。③今回の妊娠以後に、両親や身近な家族の死や重大な病気、あるいは夫の失職といった経済的な危機などの人生上の好ましくないライフイベントを経験したなどがある<sup>8)</sup>。また、筆者たちが福岡市内の地域に住む出産後の母親と乳児を対象として保健所からの訪問による調査研究を行った結果、低出生体重児や多胎児、先天奇形やその他の小児の身体疾患があり、母親にとって育児の負荷がかかる場合も、うつ病の発症と関連があることがわかった<sup>9)</sup>。

産後うつ病の母親の症状の主体は気分の障害（抑うつ）であるので、おのずから育児感情も健全な母親とは異なる。赤ちゃんへの喜ばしい気持ちが実感できないので、周囲からの期待やお祝いのことばが負担になる。また、母親によっては乳児がなぜ泣くのかかわからない。乳児の欲求にどのように応えるのかかわからない、と心配になる。さらに、子どもへの関心より自分の感情や心配にとらわれているため、乳児から母親に向けられたサインを見逃し、母子交流は次第に少なくなっていく。これらの好ましくない育児行動は、うつ病の母親がサポートのない孤立した育児環境や経済的に苦しい中で育児を行っている場合に、もっとも顕著となる<sup>10)</sup>。

### Ⅲ 出産後の母親にみられる育児障害を3つの質問票で理解する

#### 1) 3つの次元での把握

育児機能の障害は産後うつ病の母親のみに生じるものではない。その背景にはさまざまな状況がある。これらの母親が、私たちスタッフのところへ自ら積極的にサポートを求めてくる可能性は少ない。周囲からの祝福を受けながらも、気持ちが落ち込み、自分の中にある赤ちゃんへの気持ちに違和感を抱いている母親は少なくない。英国においてさえ、その3

分の2は、誰にもその気持ちをうち明けていない、さらに専門家までたどり着くのはごくわずかである<sup>11)</sup>。さらに、出産後の母親がうつ病を発症した場合、症状は必ずしも自分自身についての訴えではなく、乳児の健康や母乳に関する心配など育児に関連した内容であることも多い。そのため、小児科医師が産後うつ病について十分な知識を持ち、地域に根ざしたアウトリート型のメンタルチェックと育児支援が必要である。

#### 2) 3つの質問票の使い方

3つの質問票の項目と評価は以下のとおりである。Ⅰ育児支援チェックリスト：不利な育児環境の要因を筆者ら過去の報告から選び、それを1枚にまとめて列挙した簡単な自作のチェックリストである。母親への精神的なサポートの不足や精神科既往歴など社会心理的および生物学的なせい弱性や、ライフイベントなどを列挙している。Ⅱエジンバラ産後うつ病質問票：10項目からなる、0, 1, 2, 3点の4件法で合計30点以上であり、わが国でのスクリーニングの区分点は9点である。Ⅲは、赤ちゃんへの気持ち質問票である。

Ⅲの質問票は、育児に支障をきたしている母親への援助や介入と、不適切な育児の環境下におかれる赤ちゃんの保護のためには重要な質問票である。これは、ロンドン大学研究所Kumar、によって考案され、Marksが改編し（未発表）、吉田が日本語版として紹介した自己記入式の10項目からなる質問票である。各項目は、赤ちゃんへの肯定的な気持ちから否定的な気持ちへの0, 1, 2, 3点の4件法になっており、総得点が高いほど否定的な気持ちをわが子に抱いていることになる。母親が記入した否定的な項目については、その項目に沿って具体的に赤ちゃんへの気持ちについて母親に話を聞く。また赤ちゃんへの気持ちの項目と、9点以上でスクリーニングされた母親が記入した産後うつ病の項目との関連もみられた<sup>12)</sup>。これは他国でも利用されており<sup>13~14)</sup>、わが国でも地域のマタニティー病院での産後の母親の記録から妥当性を検討した<sup>15)</sup>。母親の多くは総得点が0点から1点に分布しており、それに

引き続き2点がみられる。3点以上は非常に少なくなる。

海外の母親を対象とした本質問票の得点分布をみると、Taylorら<sup>13)</sup>や、この質問票を出産後のごく早期で利用したBienfaitら<sup>14)</sup>の研究からも総得点が0点と1点が全体の母親のほぼ70%を占め、2点は15%、それ以上は、かなり分布は少ないことがわかった。Bienfaitらは、別に面接による聞き取りも行い、2点以上をボンディングに支障をきたしている閾値の得点として設定している。筆者は3点以上の母親には母親の気持ちと実際の育児態度に気を付け、2点の母親の場合でも、他の質問票と照らし合わせて、総合的に母親のメンタル面の評価と支援を立てることを提唱したいと考えている。

#### IV 愛着と育児の問題

##### 1) 母親の赤ちゃんへの気持ち（ボンディング）の意義とその障害

出産後の母親の乳児に対する気持ちは、母親の精神状態、乳児の状態や、社会心理的なさまざまな要因と関連がある。乳児の要因では、低出生体重、身体的な疾患、乳児の気質などがある。母親の要因としては、母親自身の愛着スタイル、彼女へのサポートのネットワーク、母親自身の産後の身体疾患、産後うつ病、他の精神障害などである。

しかし、何をもって、母親の乳児に対する気持ちが損なわれており、それが育児などに支障をきたすかについて、つまりボンディング障害をはっきりと提示するのは困難である。最も共通して記述されている内容をまとめると、母親がわが子に対して特別な感情が湧かない、むしろイライラ感がつくる、敵意や攻撃性を抱く、わが子に対して病的な考え（いなくなればいい、わが子が突然死をしてくれればなど）、わが子への拒絶などである。しかし、Brockingtonらが強調しているように、「ボンディング障害」精神科診断の定義はない<sup>15)</sup>。ボンディング障害の定義はとにかく、母親の乳児に対する気持ちが平たんや否定的なことにより、育児に支障をきたす場合の多くには、産後うつ病など母親の精神疾患が見られることが多い。しかし逆に、ボンディン

グ障害とみられるケースの母親のうち20%から30%は、母親の精神疾患がみられない<sup>16)</sup>。そうすると、うつ病質問票であるエジンバラ産後うつ病質問票のみを用いてすべてが評価できるわけではないことは明らかである。私たちの臨床経験でも、産後うつ病の発症はみられないのに、わが子への気持ちが否定的な母親には少なからず遭遇する。そのような意味から、ボンディング障害をみる評価そのものが必要となる。

##### 2) ボンディング障害の母親に見られる子どもへの態度

Brockingtonらは、ボンディングに障害がみられると母親の子どもへの感情や態度がどのようなかについて、以下のように述べている。まずは、情緒的応答性の遅れ・喪失である。母親は、赤ちゃんに何も感じなくなり、そうすると、育児がおっくうとなる。また赤ちゃんからの要求を拒絶するようになり、赤ちゃんの存在を否定する。具体的には、抱っこや声かけがない。子どもがいなくなれば、死んでしまえばいい、と少なくとも1回、実際に子どもの世話から逃れることなどがみられる。赤ちゃんに病的な怒りを抱くと子どもを傷つけたり殺したい衝動がわいたり、言葉のコントロールを失い、赤ちゃんに大声で叫ぶ、ののしる行為が見られる。実際に手荒にあつかう。ゆさぶる、口をふさぐ、たたく、投げるなどの行為が見られたら赤ちゃんの保護が必要にもなるので福祉領域が関与することになる。

#### V 妊娠中からはじめる多領域による統合的な育児支援

産後のメンタルケアの重要性とケアに関しては、最近妊婦のストレスとその子どもたちの予後に関する多くの報告から、妊娠中からのケアと治療が求められている。妊娠中のストレスが胎児の子宮内発育不全、形成異常（奇形）、低出生体重、子どもの誕生後の情緒や発達障害（注意欠如多動性障害）など、子どもの予後に関連することが明らかになってきた<sup>18~19)</sup>。これは妊婦の喫煙や飲酒などの可能性のある交絡因子（出生前母親の喫煙やアルコールな

ど)をコントロールされてもなお、有意である。

筆者が周産期精神医学を学んだ英国のKumarらは、出産後の母親を対象に母子ユニットで入院治療を行っていたが、同時に、産科スタッフと週1回の会議を開き、産後の育児に支障を来すリスクのある妊婦についての検討会を行っていた。そこで問題になった妊婦は、精神科外来を受診して治療やケアを受けており、出産後重篤になれば母子ユニットに入院の機会もあることを説明されていた。妊産婦のメンタルヘルス専門外来、必要に応じての入院、および退院後の地域で支えるコミュニティでのケアという流れがあり、Kumarの臨床は系統的で合理的である。

わが国でも今後精神科医師がどのようにこの領域に関与するかについて、そのシステムを検討する時

期に来ている。産後の育児支援で精神科が関与するケースは、精神科既往歴がある、妊娠前か妊娠中からすでに精神科治療を受けている。母親が地域の育児支援を受けたがらない、または家族の協力や理解が全くない場合である。これらの連携について表1および表2に示す。

## VI 今後の動向

母親のメンタルヘルスの障害と子どもたちの長期予後についての否定的なデータの蓄積から、今後は、妊娠中あるいは出産後早期からの予防や介入の効果についての研究がさらに必要となる。たとえば、産後うつ病の母親のもとで育った子どもについては、思春期までのフォローがなされている。今後は、次世代の子どもの妊娠中からの取り組みが重要になる

表1 育児支援の包括的評価ツールの担当連携機関における用い方および使用意義

|                          | 産科                             | 保健福祉行政                                  | 小児科  | 精神科   |
|--------------------------|--------------------------------|---|--|---|
| 質問票Ⅰ：<br>育児支援チェック<br>リスト | ハイリスク妊婦の同定を行い行政機関へ情報提供         | 産科機関からの情報をもとに母子訪問の計画                    | 育児の背景状況を把握し、診療中の養育者へ助言、指導に利用                     | 産科から精神科既往歴患者の情報を受け取る。現在精神科で治療中の妊婦の背景状況の確認が可能。 |
| 質問票Ⅱ：<br>エジンバラ産後うつ病質問票   | 産後うつ病の検出、同定                    | 産科機関からの情報をもとに母子訪問を実施                    | 低出生体重児や小児身体疾患のある子どもの母親のうつ病のチェックが可能、該当の母親を行政機関に連絡 | 薬物療法が必要な中等度から重症うつ病の治療                         |
| 質問票Ⅲ：<br>赤ちゃんへの気持ち質問票    | 不適切な養育のリスクのある母親の同定を行い行政機関に情報提供 | 虐待防止の意味から、モニター、フォロー時に母親の気持ちと、その変化について把握 | 気になる母親に施行、養育者へ助言、指導に利用                           | 育児感情と行動を把握し、その情報を精神科診療での治療に活用                 |

表2 地域保健福祉スタッフと精神科医師のかかわりとの役割分担

＜地域での保健福祉スタッフで支援が可能な場合＞＜地域での保健福祉スタッフで支援が可能な場合＞

- ・精神科既往歴がない。
- ・妊産婦自身が地域のスタッフのサポートを受け入れ、求める場合
- ・家族のサポートがある程度期待できる場合

＜精神科の関与が必要な場合＞

- ・うつ病をはじめ精神科の既往歴がある（産後うつ病の慢性化や重症化の可能性あり）
- ・妊娠前か妊娠中にすでに精神科の治療を受けている（精神科の主治医と連絡をする）
- ・母親がサポートを受け入れない（病識がない場合など）
- ・家族の協力や理解が得られない

う。特に10代の妊婦はドメスティックバイオレンスの被害も高くストレスにさらされているので要注意である。将来は教育機関も含めて、多領域の関連機関が次世代の育児支援のためのひとつのまとまった長期的に機能するシステムを構築すること、そしてその実践と検証が望まれる。

## 文献

- 1) 吉田敬子, 山下 洋, 鈴宮寛子: 産後の母親と家族のメンタルヘルス 自己記入式質問票を活用した育児支援マニュアル. 母子保健事業団, 東. 2005
- 2) O' Hara MW and Zekoski EM: Postpartum depression: a comprehensive review. KumarR, BrockingtonIF (Eds). *Motherhood and mental illness* 2. Wright, London, 17-63,1988.
- 3) Poobalan AS, Aucott LS: Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development. Systematic review. *Br J psychiatry*, 191:378-386, 2007
- 4) Cox JL, Holden JM, SagovskyR: Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, 150:782-786, 1987
- 5) 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. *精神科診断学* 7 : 525-533, 1996.
- 6) Yamashita, H. Yoshida, K. Nakano, H. et al. : Postnatal depression in Japanese women – Detecting the early onset of postnatal depression by closely monitoring the postpartum mood –, *J Affect Disord.* 58 : 145-154, 2000.
- 7) Bifulco A, Moran PM, Ball C: Child hood adversity, Parental vulnerability and disorder: examining inter-generational transmission risk. *J Child Psychol Psychiatry* 43:1075-1086, 2002.
- 8) Boyce PM : Risk factors for postnatal depression: a review and risk factors in Australian populations. *Arch Women Ment Health Suppl* 2 : S43-50, 2003.
- 9) Ueda M, Yamashita H, Yoshida K: Impact of infant health problems on postnatal depression: A pilot study to evaluate the use of a health visiting system. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 60, 182-189, 2006.
- 10) Murray L, Cooper P, Hippwell A: mental health of parents caring for infants. *Arch Women Ment Health* 6 : s71-s77, 2003.
- 11) Appleby L, Fox H, Shaw M, Kumar R : The Psychiatrist in the Obstetric Unit Establishing a Liaison Service. *Br J Psychiatry*, 154:510-515, 1989.
- 12) 鈴宮寛子, 山下 洋, 吉田敬子: 出産後の母親にみられる抑うつ感情とボンディング障害 自己質問紙を活用した周産期精神保健における支援方法の検討. *精神科診断学*, 14 : 49-57 2003.
- 13) Taylor A, Atkins R, Kumar R et al: A New Mother-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood *Arch Women Ment Health* 8 : 45-51, 2005.
- 14) Bienfait M, Maury M, Haquet A, Faillie J-L, Franc N, Combes C, Daude H, Picaud J-C, Rideau A, Cambonie G : Pertinence of the self-report mother-to-infant bonding scale in the neonatal unit of a maternity ward, *Early Human Development*, 87 : 281-287, 2011.
- 15) Yoshida K, Yamashita H, Conroy S, Marks M, Kumar C: A Japanese version of Mother-to Infant Bonding Scale: factor structure, longitudinal changes and links with maternal mood during the early postnatal period in Japanese mothers. *Archives of Women's Mental Health* 15 : 343-352, 2012.
- 16) Brockington IF, Aucamp HM, Fraser C : Severe disorders of the mother-infant relationship: definitions and frequency. *Arch Womens Ment Health*, 9 (5) : 243-251, 2006.
- 17) Kumar RC: Anybody's child: severe disorders

- of mother-toinfant bonding. *Br J Psychiatry* 171:175-181, 1997.
- 18) Vivette Glover, Thomas G O' Connor, 吉田敬子 (訳) : 出産前の母親のストレスや不安が子どもに与える長期的影響. *臨床精神医学*33:983-994, 2004.
- 19) Vivette Glover : Annual Research Review: Prenatal stress and the origins of psychopathology: an evolutionary perspective. *J Child Psychology and Psychiatry* 52, 356-367, 2011.