

シンポジウム

周産期メンタルヘルスについて ～精神科医の立場から～

島根大学医学部附属病院 精神科神経科
山下 智子 (Satoko Yamashita)

要 約

周産期はホルモンバランスの変化から精神的な不調を起こしやすい時期である。マタニティーブルーは国内での発生率は25%程度、産後うつ病は10-20%、産褥精神病は0.1-0.7%との報告がある。産後うつ病の危険因子として、精神科既往歴・通院中、産後うつ病の既往、家族歴、ソーシャルサポートの欠如などが挙げられており、さらに妊娠中から症状を呈することも少なくないとされる。また近年、産後うつ病は双極性障害の危険因子とも言われている。産後うつ病や産褥精神病は治療が遅れると、自殺、育児放棄、虐待など最悪な結果を招くこともあり、産科 - 小児科 - 精神科間や多職種による連携をとりながら患者を治療することが大切であると思われる。

1. はじめに

周産期とは、ICD-10¹⁾ (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision)によると狭義には、妊娠22週から出生後7日未満とされている。しかしながら、精神科で良く利用されている精神疾患の分類と診断の手引DSM-5²⁾ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)によると、周産期発症として、「気分障害が、妊娠中または出産後4週間以内に発症している場合」とし、更に「3-6%の女性が妊娠中または産後数週～数か月の間に抑うつエピソードを発症する。『産後の』抑うつエピソードの50%は、実際には出産前から始まっている。それゆえ、これらのエピソードはまとめて周産期エピソードとされる」という記載があり、精神科領域では『妊娠中のうつ病+マタニティーブルー、産後うつ病、産褥精神病』をもって周産期メンタルヘルスとして扱っていると思われる。

更に詳しくDSM-5における周産期発症の項目をみていくと、「周産期抑うつエピソードの女性は、しばしば強い不安とパニック発作さえ伴う」、「妊娠中の気分および不安症状は、“マタニティー・

ブルー”と同様、産後の抑うつエピソードの危険を増す」、「周産期発症の気分エピソードは、精神病性の特徴を伴うことも伴わないこともありうる」、「産後の気分エピソード(抑うつまたは躁病)、精神病性の特徴を伴う」は、500-1000回の出産に1回の頻度で起こり、初産婦ではより多くみられる可能性がある」、「精神病性の特徴を伴う産後エピソードの危険は、過去に産後の気分エピソードを経験したことがある女性で特に増大するが、過去に抑うつ障害または双極性障害(特に双極I型障害)の経験がある人や双極性障害群の家族歴のある人でも増大する」、「産後の気分エピソード(抑うつまたは躁病)、精神病性の特徴を伴う」に一度罹患したことがある場合には、その後の各出産における再発の危険性は30-50%の間である」、「産後のエピソードは、産後の期間に起こるせん妄と区別されなければならないが、これは意識や注意の水準の変動によって区別することができる」、「産後の期間は神経内分泌学的変化と心理社会適応の程度、母乳養育が治療計画に与える影響、産後の気分障害の既往がその後の家族計画に及ぼす長期的な意味といった点で、特異な期間である」という記載がなされている。

2. 性ホルモンと脳機能

性ホルモンは女性の成長と発達に欠かせないホルモンだが、脳機能の発達にも大きな影響を与えており、精神機能や精神障害にも関与しているといわれている。女性ホルモンのエストロゲンにはセロトニン系に作用して抑うつ症状を改善させ、満足感や幸福感を強める作用と、抗不安作用がある。プロゲステロンには母性的行動を促すGABA系に作用して抗不安作用があるといわれている。妊娠中は強迫性障害などの精神障害は悪化しやすく、産褥期など、性ホルモンの著しい低下や変動がみられる時期には、うつ病が発症しやすい。以前妊娠中は精神症状が安定すると考えられていたが、近年、産後の抑うつエピソードの50%は実際には妊娠中から始まっているとされ、妊娠中の再発も少なくない。

3. 周産期の代表疾患について

●マタニティー・ブルー

出産後3～5日頃におきるうつ状態。ホルモンバランスの崩れも関連しているとされる。発生率は欧米では50～80%、国内では25%程度との報告がある。症状は短時間で自然に回復し、正常の反応と考えられている。薬物治療は必要とせず、一過性の症状であることを説明し育児への不安を取り除く対応を行う。

●産後うつ病

産後4週間以内に発症するうつ病とされるが、臨床的には分娩後3ヵ月以内に多い。非産褥期の女性と比較して10～15%と有意に高い出現率を示し、出産女性の10～20%に生じる。一般のうつ病と比較して不安や焦燥感が強くなる特徴がある。長期化すると育児の障害や、母子の相互関係が損なわれることによる児の発育障害も懸念される。自殺や育児放棄、虐待などの原因ともなりうるため早期から治療が必要である。

●産褥精神病

ほとんどが産後1週間頃発症し、初産婦に多いとされる。発生率は出産女性の0.1～0.7%。新生児に対する妄想や不安を訴え、幻聴、幻視、興奮、錯乱などをきたす。子殺しは、子ども

を殺すよう命令する幻聴や子どもに憑きものがついたというような妄想によって特徴づけられる産後の精神病性エピソードと非常にしばしば関連しているとの指摘もあり、入院を含めた早期の治療が必要である。

4. Why Mothers Die?

2004年にG.Lewis³⁾によって報告された英国の後発妊産婦死亡率late maternal death調査では産科的身体疾患による死亡数よりも自殺による死亡数が多いという結果であった。その論文によると、妊産婦の自殺者の精神医学的診断は、産褥精神病(主として精神病性感情障害)が38%、重症うつ病が21%、適応障害・悲哀反応が10%、薬物依存が31%であったという。また自殺者の60%以上が精神科既往歴があり、精神疾患の既往歴のあるハイリスク妊産婦に対する十分な対応が必要ということが叫ばれている。

5. 産後うつ病について

産後うつ病について少し詳しく調べてみると、危険因子として、「精神科既往歴・通院中」、「産後うつ病の既往」、「家族歴」、「ソーシャルサポートの欠如」が挙げられている。

産後うつ病の病像としては、混合性エピソード、不機嫌な躁病、急速な病像の変化、困惑・錯乱などが特徴的であることが指摘されている。また、その急激な悪化から、本人・家族の疾病への受け入れの困難さもうかがわれ、これらが治療開始の遅れる要因になっていることが考えられている。

一方、2006年に行われたデンマークの大規模疫学的調査によると、非双極性障害の産褥女性(n=2870)の15年間の追跡調査では、産後30日以内に初回入院した産後うつ病の13.87%がその後双極性障害に診断変更となったという報告がある。よって近年、産後うつ病は双極性障害の危険因子であることが言われており、初発の産後うつ病の場合でも、その後の躁病エピソードの出現を念頭に入れて対応すべきとされている。

6. 症例提示

<症例①>

30歳代女性，栄養士（夫は公務員）。

X-12年結婚し，X-6年に第1子を出産。その際には軽度抑うつなどを認めたが数日で一過性に改善した（マタニティー・ブルー）。X-2年頃より仕事の人間関係で悩みうつ病発症。近医にて薬物療法で軽快し通院を中止していた。X年1月13日第2子を出産。3日後より「自分はダメな母親だ。警察に行かないといけない」など訴え突然泣きだすなど混乱状態であり，産科より当科にリエゾン紹介となった。抑うつ，希死念慮，罪業妄想，不安焦燥を認め同日当科に入院となった。産後うつ病と診断し，薬物療法を開始した。産科・小児科とも連携をとりながら，家族も含めて支援会議を行った。その後症状も改善し，外泊でも家事・育児に対して家族のサポートが得られ問題なかったため2月22日退院した。

<症例②>

20歳代女性，理学療法士（夫は会社員）。

X-4年に結婚。家事は苦手であった。X-1年11月に近医産科で出産した。X年1月頃から「母乳が出ない」というメールが長期出張中の夫にあった。2月中旬に夫が出張から帰ると子供がやせていた。ミルクに拒否感が強かったが，夫の説得で母乳とミルクを併用した。しかし子供が泣いていても「まだあげる時間じゃない」と授乳間隔の知識にこだわった。助産院に相談に行ったところ「ミルクをあげる前に相談してくれば良かったのに」と言われ，ミルクをあげたことを後悔するようになり，家に引きこもるようになった。X年3月頃より「子どもの面倒が見られない。もうだめだ」など混乱状態となり，3月27日に近医精神科クリニックを受診。笑顔を保ちながら話すも，自責的な訴えが強く，薬物療法が提案されたが，服薬すること，授乳を中断することへの抵抗が強く保留となった。その後も「最初は母乳の出が悪かったことがショックだったが，自分の力不足で横着をしてしまった。子育ての資格がない，離婚した方が良く，死んだ方が良く。」と夫に

訴えることが続いたため，夫に強く勧められ抗うつ薬内服を開始した。しかし受診したことや，服薬したことを後悔し始め，ネットで自殺サイトを調べたり，夜中に車で逃げだそうとすることが続き，家族も対応に苦慮していた。X年4月10日に家族とともに当科紹介初診し，希死念慮，不安焦燥，混乱状態にて医療保護入院となった。しかし入院後は速やかに症状が改善し，産後うつ病などとは異なる印象であった。心理検査を行ったところ，発達障害（自閉症スペクトラム障害）と思われた。同時並行や予期しないことへの対応が苦手であり，子育てを上手にやりたい気持ちが強いができて，混乱状態，自責感が強まったと思われた。薬物療法は行わず，家族へ病名告知し対応を話し合った。試験外泊を繰り返し，7月1日に退院となった。

以上2症例を提示したが，症例からみえてくるものとして，典型的な産後うつ病などの問題に加えて，発達障害などによる育児困難例への対応も考慮する必要があると思われる。また本人・家族にとって，周産期のメンタルヘルスの不調は精神疾患だと認識されないことがあるが，最悪な事態にならないように，早期に適切な治療介入，多診療科・多職種による支援が必要である。薬物療法 or 非薬物療法や薬物投与中の授乳 or 授乳中止に関しては，本人や家族と十分に相談しながら，リスクとベネフィットを説明した上で検討する必要がある。近年，母乳信仰・母乳神話がネット上で加熱していると言われている問題についても知っておく必要がある。

7. 考察

周産期うつ病への期待されるアプローチとしては，まずは，産科-小児科-精神科間や多職種による連携の重要性が挙げられる。また妊娠可能年齢にあるうつ病を有する女性への薬剤の配慮として，FDAでは妊娠禁忌薬に，バルプロ酸，リチウム，トリアゾラム，エスタゾラム，クアゼパムを挙げており注意が必要である。

周産期の患者本人に対する治療として，薬物療

法, 非薬物療法 (呼吸法, 認知行動療法など), 精神療法などがあり, 個々の症例に併せて選択する必要がある。早期発見のためのスクリーニングや自傷・他害の予防, 再発予防, 子育て支援 - 子どもの発達支援なども重要であると思われる。

8. おわりに

周産期はホルモンバランスの変化から精神的な不調を起こしやすい時期である。個々の症例に応じて, 薬物療法, 非薬物療法を行いながら, 産科・小児科・精神科間や多職種による連携をとり, 早

期に治療を行うことが大切であると思われる。

文 献

- 1) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10)
- 2) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
- 3) G.Lewis, Why Mothers Die 2000-2002, RCOG Press, 2004, 86-95