

## 特集 妊産褥婦のこころを支えたい——今、精神医療に求められる周産期リエゾン活動——

## 妊産褥婦の抑うつ・不安に対する多職種連携による包括的ケア

清野 仁美, 湖海 正尋, 松永 寿人

周産期において、妊産褥婦はさまざまな心理社会的変化を体験し、新たなアイデンティティへの変換や対象喪失に対処することを余儀なくされ、それが心理的危機となりうる。この心理的危機において妊産褥婦は、抑うつや不安を呈しやすい。この抑うつや不安は、発達過程における正常範囲内のものから病的な水準に達するものまでである。妊産褥婦とパートナー・家族に対して、周産期に生じやすい心理状態や適切な支援方法についての心理教育・家族教育を行っておくことが望ましい。さらに、スクリーニングや面接を実施し、病的水準に達する抑うつや不安を評価しながら、多職種連携による包括的なケアを提供することが必要である。ケアの内容は、周産期の治療方針についての自己決定プロセスへの援助、悲嘆のプロセスの促進、役割の変化への適応促進、ソーシャルサポートの構築、ボンディング形成のサポート、育児スキルの獲得、セルフケアの推奨などである。多職種連携による包括的なケアにより、妊産褥婦は全般的な心理社会的機能が向上し、パートナーや家族からの適切な援助が得られ、周産期の心理的危機を乗り越えていくことが可能になるものと考えられる。

&lt;索引用語：うつ病、不安、妊娠、産後、多職種連携&gt;

## はじめに

妊娠・出産は40週というわずかな期間のうちに、女性の心身に急激な変化をもたらす。それは、身体的にみると子宮内で新たな生命を育み、やがて個体として体外に送り出すという一過程であるが、そこへ、数多の心理社会的変化が押し寄せる。妊婦、そして母親という役割への変換が求められ、出産後は児と身体的に分離されながらも、心理的には一心同体のなかで世話に没頭することになる。児に対する責任を絶え間なく負い続ける母親の視野は自ずと狭小化し、過覚醒状態となりやすい。パートナーとも互いの役割に対する期待がずれやすく、関係性を再構築する必要が生じることが多い。さらに育児を通して自らの養育体験や親との関係性を想起しやすく、里帰りなどにより親世代との物理的距離が再接近し、未解決であっ

た親子間の葛藤が再燃することがある。これらの変化が、妊産褥婦の認知や情動に影響を及ぼし、アイデンティティを揺るがし、抑うつや不安をもたらすのは当然のことといえよう。しかしながら、妊産褥婦の抑うつや不安は、遺伝学的・生物学的・環境的影響を経て胎児期から学童期に至るまで長期にわたって児に負の影響を及ぼすことが明らかとなっており<sup>3,6,12)</sup>、重症化すれば周産期自殺・母子心中などを引き起こす可能性も否定できないため、決して看過できない。とりわけ、妊娠期・授乳期は薬物療法に慎重にならざるをえないため、いわゆる精神科医主導の精神科治療を遂行することが困難である。周産期においては多職種連携によるメンタルケアが発展してきた歴史があり、そこにあるニーズは、妊産褥婦の精神症状のみを対象とした治療行為ではなく、母子関係、家

族関係, 社会生活機能を育み, 周産期という心理的危機を乗り越えるための包括的なケアである。

## I. 妊娠と出産をめぐる体験

### —変化と対象喪失—

現代では, 子どもを授かりたいと思いつつ, なかなか妊娠しないカップルは10組に1組とも5組に1組ともいわれている<sup>8)</sup>。不妊であるという事実との直面は, 自らの身体に対する自信の揺らぎにつながる。不妊治療が始まると, 毎周期, 妊娠判定までの間, 不安と緊張にさらされ, 着床に至らなかったときや流産時には喪失感をもたらされる。妊娠もまた, 望まない妊娠, 悪阻, 切迫流産や切迫早産など自己制御できない自らの身体との対峙であり, 安静臥床などを余儀なくされると, 仕事や上の子がいればその育児から離れざるをえず, 生活環境や役割が一変することも多い。一方, 近年の胎児診断技術の発展とともに, 産前から児に関する多くの情報が得られるようになった。妊娠初期～中期は児に対する期待や想像が膨らむ時期であるがゆえ, 障害がみつかった場合には児に対する否定的な認知が強まりやすい。母体血を用いた無侵襲的出生前遺伝学的検査 (noninvasive prenatal genetic testing: NIPT) が急速に広まりつつあるが, 診断を受けること自体に罪悪感を伴い, 自らの倫理観や価値観を問われる決断を迫られる。児に障害がみつかった場合, 人工妊娠中絶を選択する率は高いとされるが<sup>9)</sup>, 倫理的ジレンマが生じるからこそ, 当事者の感情は抑圧され, パートナー間でもその話題を避け, 長期的な不和を引き起こす一因となることがある。妊娠後期においても, 早産や緊急帝王切開など, 予期せぬ事態のなかでの出産が起こりうる。その際, 母親は自らが主体的に産んだという実感が十分にもてず, 自己肯定感の低下や自責感が強まりやすい。また, 出産は生命誕生のときであるのと同時に, 死産・新生児死亡による児の死や, 出産時大量出血などによる自らの死と隣接する時期でもあり, 出産自体が強い恐怖を伴う心的外傷体験ともなりうる<sup>1)</sup>。これらの周産期における喪失体験は, 「自

らの内側からもたらされた出来事」として認識され, 外傷体験は自らが招いた結果のように捉えられ, 罪悪感や自責感がより一層強まる。

## II. 心理教育, 家族教育

周産期の多様な変化のなか, 喪失やトラウマ体験がみられ, アイデンティティの混乱が生じる状況は, 妊産褥婦に心理的危機をもたらす。その一方で, 多くの妊産褥婦は, 胎動を感じる時期になると, 児への想像が活性化し, 情緒的絆 (ボンディング) が形成され始め, 現実適応のために, アイデンティティを再構築し, パートナーや自らの親との関係性を調整していく。その過程では, 一時的に自己肯定感の低下がみられたり, 母性の発達と比例して警戒心が高まり, 「母親としての自分」への承認欲求が強まることもあるが, 周囲からの十分な承認や援助が得られると, 周産期の心理的危機は「建設的危機」として<sup>1)</sup>, 妊産褥婦自身の適応性を高める礎となる。心理教育により, 妊産褥婦特有の心理状態をノーマライズし, 周囲が十分に支援するなかで自己肯定感や自己効力感を育み, レジリエンスを引き出すことが, 周産期メンタルヘルスケアの本質である。周囲からの支援を十分なものにするためには, 家族教育も重視すべきであり, パートナーや親に対しても妊産褥婦のメンタルヘルスに関する情報を提供していく必要がある。そして, それぞれが重要な支援者の一人として機能してもらえるよう適切な支援方法を提案し, パートナー間, 親子間における互いの認識のずれの調整を行い, 家族による支援力を高めていく。その際, パートナーや親も同様に周産期における現実適応過程の途上にいる当事者であり, 抑うつや不安を抱えている可能性があることを忘れてはならない。

一方, 精神疾患の既往, ライフイベント, ソーシャルサポートの不足, 家庭内暴力, 望まない妊娠などのリスク因子<sup>5)</sup>をもつ場合は抑うつや不安が病的な水準まで高じやすく, うつ病の期間有病率は妊娠中12.7%, 出産から産後2ヵ月までで5.7%, 6ヵ月で6.5%, 12ヵ月で21.9%と報告さ

れている<sup>4)</sup>。全例を対象に、二項目質問法やエジンバラ産後うつ病自己評価票を用いてスクリーニングを行い、うつ病が疑われる際には、速やかに精神科医が精神疾患の評価や診断を行い、必要に応じて疾患教育や指導を行うことが望ましい。このなかで、周産期という本来支援が必要な時期にさらなる支援や社会的役割（家事や育児など）の免除が医学的には必要であるという認識を明確に示し、患者として休養をとることの意義を保証し、母性意識が存在するがゆえの自責感を軽減するべく働きかける必要がある。

このように、妊産褥婦の抑うつや不安は、発達過程における正常範囲内のものから病的な水準まで連続性をもつため、常に縦断的・横断的の評価を行いながら、個々の心理状態に応じた心理教育・家族教育・疾患教育を提供することが望ましい。

### Ⅲ. 多職種連携による包括的ケア

#### 1. 一貫した担当者制とカンファレンスによる情報共有

周産期メンタルヘルスにおいて多領域が関与することの利点の1つとして、産科・小児科・精神科・地域保健（ケースによってはさらに保育・療育・教育の専門家が加わる）などの専門的立場から情報を統合することにより、全体の機能評価が可能となる点が挙げられる。職種として医師・看護師・助産師・心理士・作業療法士・薬剤師・保健師・保育士などがかわることで、母子それぞれの身体的状況および精神的状況のみならず、児への情緒的絆（ボンディング）の形成具合、育児を含めた社会生活スキル、生活環境や支援状況など、追加情報によりケアの必要度や本質的なニーズがより明確化する。しかし、当事者とその家族にとって、情報収集のプロセスが決して侵襲的なものとなつてはならず、領域ごとに産前産後を通じて一貫した担当者体制とし、窓口を決定し、当事者の同意を得てカンファレンスにて領域間で情報共有することが、重複しがちな情報収集による負担の軽減につながる。医療機関においては外来と入院ケア担当者の統一や、地域においては産前

から産後までを同一の担当者がかかわり、長期入院の場合も可能な限り定期的に連絡をとり、関係性を維持することが切れ目のないケアにつながる。

#### 2. Shared Decision Making による治療方針の検討

精神疾患の現症や既往がある妊産褥婦においては、精神科の専門的観点から悪化・再燃予防に努め、必要に応じて治療的介入を行うことになるが、まず取り組むべきは、妊娠中・授乳中における各精神科治療のリスクとベネフィットの検討である。医師・看護師・薬剤師などの多職種の専門家がエビデンスに基づく十分な情報を提供し、Shared Decision Making にて双方向性に妊産褥婦と家族とともに検討を行い、自己決定のプロセスを支援することが望ましい。当事者が「薬を飲むと奇形や障害が起こる」といった切り取られた情報にアクセスすると不安に駆られて薬物治療を自己中断することがある。薬剤を使用していない一般女性においても先天奇形の出現率は約2～3%<sup>7)</sup>という事実や、各治療のリスクとベネフィットに関する情報をわかりやすく説明し、精神状態や支援状況などを総合的に評価して、最良の選択を多職種の専門家とともに模索することは、ヘルスリテラシー（健康に関するさまざまな情報入手し、それを理解・評価し、自分の健康維持に利用する能力）の向上につながる。心理教育のみならず、このShared Decision Making のプロセスにおいても、妊産褥婦は自らの心身の健康を維持することの重要性や、援助希求のスキルを学んでいくことになる。

#### 3. 悲哀のプロセスの促進

周産期においては、過去・現在の流産、中絶、死産、新生児死亡による児の喪失や、重要な他者の死（妊産褥婦の高齢化により妊娠・出産時期と親世代の死が重なることが増えている）などに伴う悲哀が生じうる。特に児の喪失体験は自責感や怒りをもたらし、複雑化した死別反応を呈しやすく<sup>10)</sup>、うつ病を生じるリスクがある。出産後の多

忙な生活での悲哀のプロセスの遅延は、長期的にうつ症状をもたらす可能性があり、新たに生まれる児が喪失対象の代理とみなされることも、母子相互作用に影響を与えうる。よって、喪失に伴う感情表出を促す場をもうけて悲哀のプロセスを促進し、現在の対人関係のなかを生きることや新たな対人（母子）関係を築くことへの不安と罪悪感を軽減できるよう支援する。さらに、過去に喪失した児のイメージが、現在の児と重なり、不安や警戒心が極端に強まることがあるが、喪失した児と、現在の児を分けて認識できるようにサポートすることが望ましい。実際の悲哀のプロセスへのアプローチは、喪失体験をともした産科・小児科スタッフによってなされることが多く、多職種連携のなかで精神科医や心理士は後方支援にまわり、喪失をめぐる心理過程のさまざまな情緒反応をスタッフが理解し治療的役割を担うことをサポートする。

#### 4. 役割の変化への適応

上記3で述べた死別に伴う喪失に加え、周産期には結婚・妊娠・出産に伴って休職・退職・転居・里帰り・経済的变化などの社会面での変化から生じる外的・内的対象の喪失がみられ、抑うつや不安がもたらされやすい。妊産褥婦は、これまでの役割に新たな母親としての役割が加わることでアイデンティティの再構築が必要となり、育児中心となる生活のなかで新たなソーシャルスキルを獲得していかななくてはならない。また、パートナーや親、他の児たちといった妊産褥婦をとりまく重要な人との関係性も変化し、相手に対して抱く期待と現実のずれを経験しやすい時期でもある。これは、内的対象の喪失となるが、このずれを現実に合わせて互いに再調整し適応していくことが求められる。その過程においては、これまでの役割を喪失することへの感情表出を促し、失われた役割に対する理想化やマイナス面の過小評価についてバランスのとれたものに修正し、新しい役割の良い側面を見つけることを援助する必要がある<sup>13)</sup>。また、周産期だからこそ対人コミュニ

ケーションスキルを高め、「母親としてこうあるべき」を手放し、周囲に援助を求めることを肯定できるように促していく。また、助産師や保健師も含む多職種で援助することにより、心理的援助のみならず妊娠中や産後の生活に即した新しいソーシャルスキル獲得が可能になり、役割の変化への適応を促進することができる。

#### 5. ソーシャルサポートの構築

周産期の役割の変化に伴い、妊産褥婦は親や友人などそれまで慣れ親しんできたソーシャルサポートを失うことがある。ソーシャルサポートの不足は、うつ病のリスク因子である<sup>5)</sup>ため、周産期における新たなソーシャルサポートを構築していく必要がある。多職種でケアすること自体、新たなソーシャルサポートの一翼となるが、長期的にみると、医療から離れた後も切れ目なく日常的にサポートが受けられる関係性づくりを準備していくことが望ましい。地域における子育てやこころの相談窓口など母子保健・精神保健の社会資源に関する情報提供、自助グループへの参加の提案などもその1つである。これらソーシャルサポートは本人のニーズを前提とするため、現在のニーズがなければ、利用に関する情報提供のみ行い、希望に応じてアクセスできるよう準備しておくだけでも、社会的孤立を防ぐ手立てとなりうる。また、本人のニーズを聴く過程において、現在の対人関係（パートナー、親など）における援助希求のパターンを探索し、「通常（非妊娠期、非産褥期）、援助を求めるタイミングよりも早い段階で」（母親の生活機能の障害は児の生命的危機につながるため）、「相手に対して率直に言葉で援助を求める」（周産期の変化に伴う妊産褥婦の心理を周囲の援助者が推し量ることはしばしば困難であるため）ことを推奨し、いつどのようにして誰にサポートを求めるかを事前に話し合っておくことも重要な意義をもつ。また、ソーシャルサポートを担う側は、妊産褥婦の主体性を尊重し、自尊心や自己効力感を保てるよう問題解決的ではなく情緒的理解を主とした援助をすることが望ましい。

## 6. ボンディングの形成

児への情緒的絆（ボンディング）形成力の低下や欠如がみられる状態をボンディング障害という<sup>2)</sup>。原因については、母子相互的であり、母親側の妊娠を望まない気持ちや、児の病気などに伴う社会的反応の遅れ、親自身の否定的な養育体験などが指摘されている。一般に、妊産褥婦は、児に対してネガティブな感情をもつことに自責の念を抱いたり、周囲からの非難を恐れてその表出をためらうことが多い。「自分の赤ちゃんではないように感じる」（情緒的絆の欠如）、「赤ちゃんを二人きりになると不安」（不安）、「赤ちゃんを傷つきたいという衝動に駆られる」（怒り）、「この子が死産であったらよかったのに」（拒絶<sup>14)</sup>などの情緒的反応が垣間見えた場合には決して非難や否定をせず、まずはその背景にある問題に目を向けていく。パートナーに対する否定的感情や、妊産褥婦自身の養育体験における葛藤などがみられる場合は、援助者との安定した関係性のなかでともに洞察を深めることが望ましい。また、助産師、看護師、保健師らによる育児スキルトレーニングや訪問指導など実際に母子に接するなかで、母子間の愛着形成が見受けられた場合は、承認とフィードバックを行い、ほどよい母子相互交流を促していく。一方、実際の児の養育に支障がみられる場合は、他の家族による支援状況を確認し、必要に応じて保育所や乳児院など養育支援の方法を検討することも母子双方の保護につながる。

## 7. 育児スキルの獲得とセルフケアの両立

適切な食事、睡眠、適度な運動（切迫兆候などがある場合は安静）を心がけ、飲酒や喫煙を避けて、妊娠合併症の予防や早期発見に努めて定期的な診察を受けることが周産期のセルフケアの基本である。さらにメンタル面では、ストレスコーピング、援助希求、適切な服薬などもセルフケアに含まれる。セルフケア能力が不足すると、妊娠合併症を生じやすくなり、睡眠不足・過労などを招き、精神状態の悪化にもつながる。これは妊産褥婦自身のみならず児にとっても不利益となる。一

方、産後早期には授乳など育児スキルの確立のため、頻回の授乳などを余儀なくされる。育児スキルが不足していれば、児の不適切な養育につながるおそれがあるため、スキルの獲得が最優先事項となりやすい。しかし、育児スキルの獲得とセルフケアがしばしば対立構造をとることがある。例えば、「母乳哺育の確立のための頻回授乳」か「睡眠や休養の確保」か、といった背反する選択肢がそれにあたる。個々の状況に合わせて、これらのバランスの舵取りをするのが多職種連携のなせる業であり、助産師が乳汁分泌や児の哺乳の状況を確認しながら、小児科医は児の体重増加など健康状態をモニタリングし、精神科医は母親の精神状態を評価して睡眠や休養の必要度を判断する。それによって、「母親の睡眠確保のために夜間は家族が人工乳にて授乳を代替し、昼間は母乳栄養を行う」という折衷案の選択も可能になる。母親が心身のセルフケアを心がけ、周囲の支援者は母親の心身の健康維持を援助しながら、育児スキルの獲得をめざすことが、長期的に母子双方にとってベネフィットをもたらすと考えられる。

## おわりに

妊産褥婦の抑うつや不安は、ライフステージにおける一般的な情緒反応から病的な水準まで連続性をもち、妊娠～出産～産後まで時間軸に沿って刻々と変化していく。妊産褥婦が周産期という変化と喪失の心理的危機を乗り越えていくために、抑うつや不安という症状単位、疾患単位として捉えるのではなく、母親として、家庭全体としての機能を含めた全人的な機能単位として評価し、ケアを検討する必要がある。そのケアは当然、個々の状況に合わせた包括的なものとなり、多職種の専門家の連携なくしてはなしえない。多くの手で妊産褥婦自身が幾重にも支えられることで、妊産褥婦は心理的危機を発達の好機に変え、母親としての機能を育むことが可能になる。これは、その家庭や次世代のメンタルヘルスの向上にもつながるものと考えられる。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

## 文 献

- 1) Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., et al. : The aetiology of post-traumatic stress following childbirth : a meta-analysis and theoretical framework. *Psychol Med*, 46 (6) ; 1121-1134, 2016
- 2) Brockington, I. : Maternal rejection of the young child : present status of the clinical syndrome. *Psychopathology*, 44 ; 329-336, 2011
- 3) Evans, J., Melotti, R., Heron, J., et al. : The timing of maternal depressive symptoms and child cognitive development : a longitudinal study. *J Child Psychol Psychiatry*, 53 (6) ; 632-640, 2012
- 4) Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., et al. : Perinatal depression : a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*, 106 (5 Pt 1) ; 1071-1083, 2005
- 5) Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., et al. : Risk factors for depressive symptoms during pregnancy : a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 202 (1) ; 5-14, 2010
- 6) Leis, J. A., Heron, J., Stuart, E. A., et al. : Associations between maternal mental health and child emotional and behavioral problems : does prenatal mental health matter? *J Abnorm Child Psychol*, 42 (1) ; 161-171, 2014
- 7) 村島温子 : 妊婦への薬物療法の考え方. 向精神薬と妊娠・授乳 (伊藤真也, 村島温子ほか編). 南山堂, 東京, p.2-4, 2014
- 8) 日本生殖医学会 ([http://www.jsrm.or.jp/public/funinsho\\_qa03.html](http://www.jsrm.or.jp/public/funinsho_qa03.html)) (参照 2017-10-18)
- 9) NIPT コンソーシアム (<http://nipt.jp/index.html>) (参照 2017-10-18)
- 10) Spinelli, M. : *Interpersonal Psychotherapy for Perinatal Depression : A Guide For Treating Depression During Pregnancy and the Postpartum Period*. Create Space Independent Publishing Platform, 2017
- 11) スターン, D. N., スターン, N. B., フリーランド, A. (北村婦美訳) : 母親になるということ—新しい「私」の誕生—. 創元社, 東京, 2012
- 12) Van Batenburg-Eddes, T., Brion, M. J., Henrichs, J., et al. : Parental depressive and anxiety symptoms during pregnancy and attention problems in children : a cross-cohort consistency study. *J Child Psychol Psychiatry*, 54 (5) ; 591-600, 2013
- 13) ワイスマン, M. M., マーコウィッツ, J. C., クラークマン, G. L. (水島広子訳) : 対人関係療法総合ガイド. 岩崎学術出版社, 東京, 2009
- 14) 吉田敬子, 山下 洋, 錦井友美ほか : ポンディング障害. クロストークから読み解く周産期メンタルヘルス (岡野禎治, 鈴木利人ほか編). 南山堂, 東京, p.180, 2016

## Comprehensive Care with Multidisciplinary Specialists for Pregnant and Puerperal Women with Depression and Anxiety during the Perinatal Period

Hitomi SEINO, Masahiro KOKAI, Hisato MATSUNAGA

*Department of Neuropsychiatry, Hyogo College of Medicine*

The transition to motherhood can trigger psychological and developmental crises characterized by a range of changes requiring coping with a new identity as well as object loss. These changes in pregnant and puerperal women induce depression and anxiety that may persist and may range from normal and adaptive to pathological and maladaptive levels. Psychoeducation and family education regarding perinatal mental conditions, and supporting methods that prevent pathological depression and anxiety, are beneficial for the women as well as for their partners and family members. Furthermore, while evaluating mental status via screenings and interviews, it is necessary for multidisciplinary specialists to provide comprehensive care for pregnant and puerperal women. The care includes help with the perinatal decision-making process, facilitating the mourning process, help adjusting to one's new role, building social support, supporting formation of bonds, help acquiring parenting skills, and recommending of self-care practices. Through such comprehensive care by multidisciplinary specialists, women's psychosocial functioning is enhanced, and proper support from their partner and family can result. These outcomes help in ensuring the ability to overcome related crises.

<Authors' abstract>

<**Keywords** : depression, anxiety, pregnancy, postpartum, multidisciplinary collaboration >

---