

女性の産後の気分の医療化  
—産褥精神病、産後うつ病、マタニティーブルーの社会的構築—  
**Medicalization of Postpartum Mood of Women:  
Social Construction of Puerperal Psychosis,  
Postnatal Depression and Maternity Blues**

松岡悦子  
Etsuko Matsuoka

---

**abstract**

Although maternity blues and postnatal depression occur frequently in industrialized countries, they do not exist in every society or during every period of time. This paper tries to investigate how these diagnostic categories have taken shape through looking at medical articles between the 1840's and 1960's. The process involved in how these categories have come into existence parallels changes in the way women have given birth in both America and the UK, the two countries which produce most articles on these disorders.

Presently postpartum mood disorders are classified into three categories: puerperal psychosis, postnatal depression and maternity blues. Until the 1940's, articles concerning postpartum mental illness centered on puerperal psychosis while they disregarded the two other categories. This is because women who developed severe symptoms some time after birth were taken into hospital for treatment as doctors did not have a chance to observe postpartum women in general because the majority of them gave birth at home. Between the 1950's and 1968, symptoms of maternity blues and postnatal depression came to be recognized, as the ratio of women having hospital birth increased to a degree where doctors could classify various symptoms found in women who had given birth in hospitals. In 1968, classification into the three classification categories was established by psychiatrists and scales to measure them were devised and applied to women in various societies.

It is proposed that these three categories are the result of the medicalization of women's moods and behaviors after childbirth to which doctors, mainly psychiatrists, gave a label as they considered these behaviors to be deviant from the norm. This delineates the existence of gender

norms that are implicitly fostered and utilized as a point of reference by medical doctors who are predominantly male.

キーワード：医療化、出産、産後うつ病、マタニティーブルーズ、ジェンダー規範

## I. 出産をめぐる記述：西欧と非西欧

非西欧社会の妊娠・出産は、文化人類学者を初めとする西欧の観察者によって、さまざまに記述されてきた。そこには、主に2つの描かれ方があるように思われる。1つは、妊娠・出産を女性の人生の危機的な時と見なし、そこに共同体の儀礼や女性への援助が集中すると見るもの (Kruckman & Stern 1983)。もう1つは、非西欧の女性がほとんど痛みを感じないかのように楽に出産すると述べて、女性の生理的な機能に感嘆するものである (Plane 1999)。前者は出産を幾重もの儀礼に取り囲まれ、保護された期間と見なして、その文化的側面を強調するのに対して、後者は逆に出産を自然な身体機能の一部と見なす点で、両者の出産観は対極にあるように思われる。しかし、そのどちらも西欧というフィルターを通して得られた出産観だという点で、共通の視線から生まれたものと言える。いずれも西欧の出産と比べて違うがゆえに観察者の目にとまったのであり、西欧という地 (背景) に対して浮かび上がった図となっている。従って、このような非西欧の出産観から見えてくるのは、逆に西欧の出産のあり方であり、それとの対比で観察者の目にとまり、切り取られた出産が、非西欧社会の出産として記述されがちだということである。

このことを念頭において、現代の産業社会の産後の女性に高頻度で見られるマタニティーブルーズや産後うつ病について考えることにしたい。マタニティーブルーズや産後うつ病が何かということについては後で述べるとして、まずマタニティーブルーズや産後うつ病が、人類の歴史を通じていつでもどこでも見られたわけではないことを、確かめておきたい。これらが非西欧社会にも見られるか否かという問いは、矛盾に満ちた問いである。なぜならマタニティーブルーズや産後うつ病を、そのような概念がない社会に見いだせるかどうかを問題にするものだからだ。Stern & Kruckman は、文化人類学の文献をもとに、産業化以前の社会の妊娠・出産にはマタニティーブルーズや産後うつ病についての記述が見られないと述べて、その理由を次のように考察している。それは、産業化以前の社会には、日常から分離された産褥期間が決められており、その間に産婦はほぼ強制的に休息し、他の女性たちからの集中的な援助を受けることで、産後のストレスを和らげているからだという。それに対して産業社会では、一定の産褥期間があるわけではなく、他の女性からの実質的な援助も、母の地位への上昇もないために、女性はストレスを和らげられることなく、高い頻度でマタニティーブルーズや産後うつ病になるのだとしている (Stern & Kruckman 1983)。このように、マタニティーブルーズや産後うつ病が産業化以前の社会には存在しなかったとするならば、いつからどのようにしてそれらが形作られるようになったのかが問題となる。本稿は、それを文献を元に明らかにしようとするものである。

## II. 産後の精神障害

産後の精神障害は、現在では3種に分類されている。それらは症状の重い順に、産褥精神病 (puerperal insanity あるいは puerperal psychosis)、産後うつ病 (postnatal depression)、マタニティーブルーズ (maternity blues) である<sup>①</sup>。まず産褥精神病は、ヒポクラテスの時代から記載があるとされ、その頻度は0.1~0.2%とこの150年間ほぼ一定している (Kumar 1994)。症状は幻覚・妄想状態や錯乱状

態、多動、不穏、話にまとまりがないなどで、自殺や嬰兒殺しに至ることもある。2つめは産後うつ病で、産後2週目以降に発病し、気分が落ち込み、疲労感が強く、自分を責める、育児に自信がないなどの症状を示し、発症率は3-20%とされる。3つめはマタニティーブルーズやベビーブルーズと呼ばれるもので、産後10日以内に始まり、涙もろさ、いらいら感、気分の移ろいやすさを特徴とする一過性のものである。発症率は5-80%と調査者によって大きな開きがある。とくに欧米ではその頻度は50%以上と高いのに対して、日本では6-25%と比較的少ない(岡野1998)。マタニティーブルーズは一過性なので治療の必要はないとされるが、うつに移行する場合もあるとされる。

さて、このように精神医学は、産後の女性の気分に対してマタニティーブルーズや産後うつ病などの病名をつけたわけだが、それに対して Romito は、それは女性の持つ不満の医療化であり、産後うつ病という実体があるかどうかは疑わしいと述べている。彼女によれば、マタニティーブルーズにしる、産後うつ病にしる、その発症率とされるものには大きな開きがあり、産後のどの時点で、どんな診断基準で測るのかによって取り出されるものは大きく異なる。また、それらの症状がいつまで続くかもはっきりしておらず、果たして他からはっきり区別される実体があるかどうかは疑わしいというのである。Romitoによれば、産後の女性に限らず、就学前の子どもをもつ女性たちも同じくらいの頻度でうつ症状を経験しており、それを産後うつ病と呼ぼうが、就学前うつ病と呼ぼうが、実態は小さい子を持つ母の多くが不満をもっているということだ述べている(Romito 1993)。しかも調査者によって、産後うつ病の要因として取り出されるものはばらばらで、互いに矛盾する結果が出されることもある。たとえば、出産時の医療介入がうつと関連するという結果もあれば関連しないという結果もあり、また母乳育児がうつを減らすのか、増やすのかについても矛盾する結果が出ている(Romito 1990)。要因に関しては、社会学者は夫婦関係や経済状態に注目し、医師は内分泌ホルモンなどの生物学的要因に、心理学者は幼いときの母子関係や成育過程、また本人のパーソナリティに、女性たちは育児支援の不足やストレスの多さや医療介入の質に注目している。いずれも、それぞれの調査者が質問項目に取りあげたことがらが要因として出されるのであり、個々の調査者がどの分野において、どこまで遡って要因を求めるかによって、異なる結果が得られることになる。このように、さまざまな要因がいずれもある確かさでマタニティーブルーズや産後うつ病のイメージを作り上げてはいるものの、そのイメージは拡散して共通の形を結べないでいる。また、マタニティーブルーズや産後うつ病という概念がまったく存在しない社会もあることを考えると<sup>2)</sup>、果たしてそれらはどんな社会に存在し、何によって出現させられているのかという疑問が出てくる。

そこで、妊娠・出産・産褥というどの文化にも共通する時間(状況)が、西欧社会ではどのようにして医学の対象となってきたのかを考えることにする。時代を3つに区分して、女性の出産・産後が医療化され、3つの概念として形作られるようになった過程を見ていく。この作業は、同時にこれらの概念を図として浮かび上がらせる背景の地がどのようなものであったかを、明らかにすることになる。なぜなら、正常からの逸脱として取り出されるこれらの症状は、とりもなおさず正常とは何かの概念があって初めて成立するものだからである。

### III. 19世紀半ば～1940年代(産褥精神病の時代)

この時代に注目を集めた産後の精神状態は、3つの症状の中で最も重い産褥精神病だった。これはごくまれなもので、精神病院でしかお目にかかることはない、Conollyは述べている(Conolly 1846)。彼によれば、産褥精神病の特徴は脈が速く、熱があり、睡眠不足でいらいらして医師や看護師に突っかかる。子どもに無関心で子どもを拒否する。身体のおちこちに痛みを訴える。患者は馬鹿げ

たことを嘔り、母乳の量が減るなどである。その当時の考えでは、これらは子宮が炎症を起こしていることから来る精神症状で、女性の生殖器と神経系は関連しているとされた。また、身体的理由の他に、貧困や男性との不安定な関係も理由のうちだとされていた。さらに、社会的な大事件がこのような症状の発現に影響するとして、例えばナポレオンがエルバ島から帰還したときには、フランスで産褥精神病が増えたとしている。治療としては、ヒルをお腹や頭において血を吸わす、下剤をかける、下半身浴をしたりシャワーを浴びる、アヘンやワインなどの刺激物をとるなどが試されている。いずれにしても、子宮の状態が回復すると精神症状も回復するとされている。Conolly よりいくつかの例をあげてみよう。

S.K. 38歳 3年間入院

子どもが4ヶ月で、まだ授乳しているときに入院。食べるものがなく、母乳もでなかった。S.K. は細く、弱々しく、不眠を訴えていた。脈は弱い。入院の2日後に発作が起きて、S.K. は走り回り、大声で歌い、演技をして脈が120になった。そこでヒルを頭に置いて血を吸わせ、鎮静剤を与え、暖かい湯で入浴させ、隔離をし、良い食べ物を与えた。

H.L. 23歳 3ヶ月前に入院 大工の妻

H.L. の出産の最中に近所で家事があり、彼女は驚いて錯乱状態になった。ここではない精神病院に連れて行かれ、そこで拘束衣を着せられ、手錠をされ、ベッドにくくりつけられていた。この病院に移されてからは、一切の拘束をしていない。ヒルを頭に置いて血を吸わせ、頭を冷やした。ほとんど回復状態にある。

H.C. 28歳

3ヶ月の子を授乳していたときに入院。不幸な結婚で、結婚以来うつの発作がある。入院してきたときには興奮し、歌い踊り、叫び、夜中に動き回った。頭が熱く、脈は弱く、生理がない。その後8ヶ月間、彼女は興奮状態にあった。しゃべり続け、走り回り、足を踏みならした。ヒルを頭、胸、生殖器に置いて血を吸わせた。首の後ろに水ぶくれを生じさせた。温かいお湯で入浴させた。8ヶ月たって次第に静けさが出て、回復の兆しが見え始めた。H.C. は、その後きちんと服を着て、病院の入り口で読書するようになり、1ヶ月後に退院した。

以上の例からわかるように、19世紀の患者はマニア (mania) と呼ばれる興奮、錯乱状態になることが多く、にぎやかに歌い踊り、駆け回り、服を脱ぎ、大声を出すなどの行動をとった。またうつ的なときには、家事や夫、子どもへの無関心、食べ物への無頓着、自傷傾向などが見られた。こういった症状は、当時のピクトリア時代の女性らしい規範を地として、それから浮かび上がる図をなしていたといえる。従って、治ったと見なされるのは、患者がおとなしく針仕事や読書をするようになった時であり、当時の正常な女性のあるべき姿が見られるようになった時だった。19世紀の考えでは、精神病は生殖器の炎症によって生じるとされていた。出産は出血や傷によって子宮に炎症を引き起こし、神経の病気をもたらすものと考えられた (Conolly 1846, Michison 1982, Theriot 1999)。だが生殖器の障害が唯一の原因とされたわけではなく、女性をとりまく社会的状況も理由とされていた。例えば、Gregory は、育児の大変さ、経済的負担、望まない子ども、夫への愛情がないをあげ (Gregory 1924)、Saunders は結婚生活への不満、若さや美しさを失うという恐れ、子どものせいで働けなくな

るという無意識の不満が背景にあるとしている (Saunders 1929)。また出産は、女性にとって心理的にも生理的にも大きなストレスなので、それへの適応がうまく行かないと精神障害になると Frumkes は述べ (Frumkes 1934)、1940 年代には遺伝的素因やホルモン、女性のストレスなどが影響し合って出現するのだらうとされた (Ordway & McIntire 1942)。治療としては、瀉血、ヒルに血を吸わせる、下剤をかけることが行われ、1870 年代からは卵巣摘出などの手術が行われることもあった (Theriot 1999)。

この時期の特徴は、産後の精神障害のうち、産褥精神病のみが認識されていたことである。それは、このころの大部分の出産は自宅で行われていたので、異常にならなければ産婦が産科医の目に触れることはなく、重い精神病になった女性だけが医師の元に連れてこられたからであろう。従って、記録にとどめられたのは、産後しばらくたって目立った症状が出て精神病院に入院してきた患者であり、当然のことながら、発症頻度は 0.1-0.2% と低かった。つまり、この時代に注目されたのは、きわめてまれではあるけれども、劇的な症状を示す女性たちだった。それに対して次の時代には、産後の精神障害は産科医たちによって観察、記録されるようになる。

#### IV. 1950~1960 年代半ば (産科医による観察の時代)

産後の精神症状について、産科の患者を対象に調査した論文が初めて登場するのが 1950 年代である (Kartchner 1950)。Kartchner は 500 人の患者を対象に調査し、出産に対する恐怖感がない人ほど出産への満足感が高く、産後の精神状態も良いことを見いだした。なぜ、1950 年代になって初めて産科患者が登場するのは、出産が誰によってどこで行われていたかということと密接にかかわっている。アメリカ合衆国では、大都市では 1920 年代にすでに出産の約 50% が病院で行われるようになっていたが、国全体で見れば 50% を越える出産が自宅から病院へ移行したのは 1940 年代と推定されている (Wertz & Wertz 1977, Leavitt 1986)。またイギリスでは、1927 年に 15% の出産が病院で行われていたが、1937 年には 34.8%、1946 年には 53.7% が病院などの施設で行われるようになった (Campbell & Mcfarlane 1987)。つまり、アメリカでもイギリスでも 1940 年代に病院出産が自宅での出産を上回るのであり、それによって産婦が病院に集められ、観察の対象とされるようになった。こうして産科医も産後の精神的症状に関心を持ち始めることになる。産科医は、女性を妊娠中から産後にかけて継続的に見るのに対して、精神科医は女性が症状を呈して病院に連れてこられてから観察の対象とする。産科医は健康な女性も含めて女性の気分の変化を連続的にたどれるのに対して、精神科医は華々しい症状が出現した女性のみを観察することになる。こういった違いが、出産直後の軽い気分の変調をも捉えるか、あるいは数としては非常に少ないけれども劇的な症状だけをとらえるかの違いとなったのであろう。では、50 年代以降の文献を通して、産後の女性の状態がどのように医療化されていったのかを見てみよう。

Hemphill は、1952 年の論文で、これまでの調査は精神病院の患者を対象に行われていたが、産科の女性の調査がなされていないとして、1938 年~1948 年までの 10 年半の間に、イギリスのブリストルで出産した女性を対象に調査を行った (Hemphill 1952)。ブリストル全体ではこの 10 年半の間に 8 万 1 千人が出産し、そのうち 3 万 7 千人が 2 つの病院で、残りの 4 万 4 千人が自宅やその他で出産した。3 万 7 千人のうち 0.17% が産褥精神病になったが、精神病院に入院したのは 0.1%、そして自宅やその他で産んだ 4 万 4 千人については 0.18% が精神病院に入院した。病院で産んだ人と、自宅で産んだ人とは、精神病になったのはほぼ同じ割合だが、自宅の方が入院した割合が高かったのは、自宅では十分に面倒をみきれなかったのだらうと Hemphill は述べている。そしてこの 10 年半の後半になる

と、入院を要するケースが減っているが、それは良い薬が出てきたためと、産科環境が改善されたためだろうとしている。精神障害の症状が出る理由の1つに産科環境を挙げていることは、当時の産科医療が女性の心身にかなりの負担となっていたことを想像させる。さらにこの論文で、Hemphillは、出産直後の気分の揺れに気をとめている。「問診歴の中には、気分の浮き沈みや涙もろさ、不眠を特徴として2-3日で終わってしまうものがたくさんあったが、重要とも異常とも思えなかったため、それらは無視された」と Hemphill は述べている (Hemphill 1952: 1232)。この頃には産科医たちは、産科病棟の患者を観察して、軽い一過性の症状を呈する女性たちに気づいていたことになる。

Victoroff は、出産に伴う精神病 (para partum psychosis) のことばを用いて、自分が精神分析で治療を行った 55 人の患者について報告している。Victoroff は、この症状は出産を終えた女性だけになるとは限らず、流産や中絶、養子を迎えた後にもなるし、夫が妻の妊娠によってなる場合もあるとしている。そしてこれらのケースを収集する中で、2種類の患者がいるのに気づいたと述べている。1つは産後すぐに急に発症してまもなく治るタイプであり、もう1つは妊娠中から産後6ヶ月ぐらいの間に始まり、統合失調症のような症状を呈するタイプだと述べている。この2種の患者のうち、前者は現在のマタニティーブルーズに相当するケースだと思われるが、彼はこの2つを共に para partum psychosis と呼んでいた。彼は、治療に精神分析や電気ショック療法、インシュリンショック療法を用いていたが、このようなやり方は、当時の精神科では一般的なやり方であった。para partum psychosis の症状は、幼稚さ、赤ん坊の世話を十分にしない、自罰意識、子どもを拒否する、うつ的になる、自殺企図などであり、彼によれば、一般的にこれらの女性は、自分の楽しみばかりを追いかけてナルシスト的で、子育てをうまくできず、女性役割を放棄する傾向があるとしている。彼は、55人のうち33人が子どもを拒絶したが、それは次のような訴えの形をとっていたという。例えば、子どもを抱き上げるのが怖い(落としてしまうかもしれないので)、ミルクを作るのが怖い(作り間違えるかもしれないので)、子どもをずっと見ていないと窒息死しそうで怖いなどであった。Victoroff は、これらの訴えは子どもを殺したいという欲求が隠されたものだとして述べている。これらを踏まえて、彼は次のように書いている。「医師たちに、マタニティーブルーズの母親にもっと注意を向けるように促した」これが、マタニティーブルーズのことばが初めて文献に登場したときだと思われる<sup>9</sup>。この Victoroff の文献で注目すべきは、彼が治療の対象とした女性たちの症状が、女性のジェンダー規範からはずれる特徴を持っていたことである。彼が症状としてあげた、子どもの世話をしない、女性役割を放棄するなど、母親や妻に期待される役割の逆であり、女性のあるべき姿からはずれるものである。そのような女性たちが病気として取り出され、精神分析や電気ショック療法を受けさせられたとするならば、医学的治療は規範をはずれた女性への統制であり、罰の側面を持っていたと言えるだろう。

さて、それまでもっぱら精神科医が記述、分析の対象としていた産後の女性の症状に、産科医も関心をもつようになったのが1950年代以降であるが、これは産科医療が大きく変わりつつあったことと関係している。例えば、Tylden 自身は精神科医だが、ロンドンの産科病棟で産後の行動障害を起こした女性に聞き取りを行い、産科病棟の慣行が影響していると述べている。彼女があげた産科の問題点は以下のようなものである。まず、産科のスタッフが女性を馬鹿にすること。そのせいで女性はますます上手に産めなくなっている。2つめに、産婦に対してヒステリックな振る舞いをすると胎児の命が危なくなると脅すこと。そうすると、子どもが病気になるときに、女性は自分のせいかもしれないと責めるようになる。3つめに、産婦に体罰を加えること。4つ目に、出産中の患者はとても敏感な状態にあるのに、不用意な発言をすること。5つ目に、陣痛中の女性を一人にして不安にさせること。6つ目に、患者の身体を露出させて恥ずかしい思いをさせることである。Tylden は、病院よりも自宅

で産む方が、女性にとっては精神的に満足できるだろうと述べ、医師や助産師などを含めた病院の環境が女性の精神状況を悪化させていると指摘している (Tylden 1952)。

この時期の出産でもう一つ問題視されているのは、麻酔による出産の増加である (The Lancet 1953)。イギリスでは、1951年に58%の出産が麻酔下で行われていたが、麻酔分娩は女性から達成感を奪い、母子関係を結びにくくすると言われていた (Sclare 1955)。そしてこの頃から、多くの文献に、マタニティーブルーズらしき症状が記述されるようになっていく。例えば、Sclareは「多くの初産の人が、めそめそ泣き、無関心、疲れを含む軽うつ症状を、産後1週間目までに経験している」と述べ (Sclare 1955; 153)、Pleshetteらは、産後約60%が一時的なうつ状態 (temporary depressive state) になるとしている (Pleshette et al. 1956)。さらに、産科医であるTobinは、産前の回診中にわけもなく泣く (crying spells) 患者がいると述べ、この症状をbluesということばで呼んでいる (Tobin 1957)。さらにRobinは、イギリスで産後の女性25人にインタビューしたところ、そのうち16人 (80%) が、感情の浮き沈み (up and down) を経験し、19人は一時的にうつになっていたと述べている (Robin 1962)。

以上のように、50年代から60年代に半ばにかけて、マタニティーブルーズらしき症状が認識され、crying spells, temporary depressive state と呼ばれたり、Victoroffによってまさにmaternity blues と呼ばれるようになっていく。だがこのときのマタニティーブルーズは、現在のように他の2つの診断名と区分された上でのマタニティーブルーズではなく、産後うつ病との境界はあいまいなままであった。しかし、昔から知られていた産褥精神病とは違う、一過性の涙もろさの特徴とする気分の変調が気づかれるようになっていく。それには、いくつかの理由が考えられる。

1つは、出産が自宅から病院に変わったことであり、それによってこれまで医師の目に触れることがなかった出産直後の女性の状況が医学のまなざしに曝されることになった。しかも自宅でならば、個々の女性はそれぞれ個別の出産を個別の状況下で体験するのに対して、病院では女性たちは一か所に集められ、同じ環境で同じような処置を施されることになる。産科医は、集団としての女性たちをつぶさに観察し、あるいは女性たちに聞き取りをすることで、彼女らの表す症状を分類することができたのである。そして精神科医ならば、精神病院に入院してきた程度の重いケースしか目にすることがないのに対して、産科医は出産直後の正常な女性を見ることになった。Kaneらはこう述べている「マタニティーブルーズあるいは3日目ブルーズは、産科医には知られているが、精神科医にはそのようなものは知られていない」 (Kane, Harman, Keeler & Ewing 1968)。出産場面への産科医の登場は、観察の対象を正常な女性に、そして観察する時期を産後の比較的早い時期へとずらすことになったのである。

2つめに、産科医療が女性の心身に暴力的な影響を与えるようになったことがある。病院で産むことで、出産の主役が女性から医師に移り、女性は麻酔によって完全に受動的にされ、自分が産んだという体験を持てなくなってしまった。そして大勢のスタッフや医学生に見られながらの出産は、女性に屈辱感や心理的な負担を与えることになった。そういう産科環境や侵襲的な産科医療の影響が、産後の女性の精神障害に結びつく可能性が指摘されたのである。その頃の出産が麻酔や会陰切開、鉗子を用いた手術のような出産であったことは、よく知られている。ニューヨークのマウントサイナイ病院の調査では、質問に答えた31人の産婦のうち全員がスコポラミン、デメロールなどの麻酔をされ、30人が会陰切開され、26人が鉗子による出産であった (Pleshette, Asch & Chase 1956)。麻酔を使って出産した女性は、赤ん坊が誕生した時には意識がなく、産後12~24時間たってから赤ん坊を見ることになる。出産から育児へのつながりが断ち切れ、母子関係を結ぶのがむずかしくなっていること

が、指摘されたのである。このように、産科医療が産後の精神障害を産み出す一因になっているのではないかという指摘は、大きな声にはならないものの、すでに 50 年代に言われていたと言える。だがそれがもっと大きな声になるのは、ずっと後のことだった<sup>④</sup>。

以上のように、女性の産後をめぐるのは、まず精神科医が産褥精神病に注目し、その後 1950 年頃からは、産科医が精神病ほど重症ではない、一過性の気分の浮き沈みや涙もろさ、うつと言った症状に注目するようになっていたのである。そして、次に現代に至る 3 つの分類へとつながることになる。

#### V. 1968 年以降 (精神科医による 3 つの分類)

マタニティーブルー、産後うつ病、産褥精神病という 3 つの症状の区分がなされ、再び精神科医による文献が増えるのがこの時期である。産褥精神病とマタニティーブルーの間にある産後うつ病について、Pitt は次のように述べている。「マタニティーブルーと産褥精神病の間に、入院するほどではないけれども、一時的ではない産後のうつ症状がある。精神科医の多くは、外来で産後の調子が良くない女性を診たことがあるが、この軽度なうつが研究されることはこれまでになかった」(Pitt 1968: 1325)。Pitt はこう述べて、ロンドンの病院で出産した 305 人に産後 6-8 週目に質問紙調査を行い、10.8%が産後うつの症状を示したと述べている。症状としては、涙もろさ、気分の落ち込み、眠れない、食欲がない他に、赤ん坊の世話ができないというのがあった。そのような女性たちは、授乳上の問題を訴えたり、赤ん坊のことを極度に心配するのが特徴だった。

同じく 1968 年に、Yalom らは *postpartum blues* ということばで、マタニティーブルーについて書いている。「産後に起こる一過性のうつ症状は多くの人たちが罹り、良性なので、まじめに取りあげるまでもないと考えられてきた」(Yalom et al. 1968)。Yalom らが、調査した 39 人のうち、66.7%が産後 10 日目までの間に 5 分以上泣いたことがあると答えた。泣きなくなった理由として女性たちがあげたのが、医師が注意を向けてくれなかった、長く待たされた、夫の見舞いが少し遅れた、見舞い客が帰ってしまったなどの些細なことであり、女性たちの泣く閾値が低くなっているという特徴があったとしている。Yalom らによれば、新米の母親は、自分たち自身が母親のように世話をしてくれる人を必要としているのである。彼らは、女性をとりまく社会的状況にも言及しており、大家族が減り、赤ん坊の世話をしたくない人たちが母親になり、家事と仕事の矛盾が第一子の誕生で大きくなり、夫からの援助が得られず、女性に期待される役割が変わりつつある中で、女性たちは役割モデルを見いだせなくなっていると述べている。

そして、1968 年に産後うつ病に注目した Pitt は、今度は 1973 年にマタニティーブルーと題した論文を書いている。そのために、マタニティーブルーのことばは Pitt が初めて用いたと言われることが多いが、実際にはすでに Victoroff が 1952 年に用いており、実態としての症状は *baby blues*, *third day blues*, *postpartum blues* などさまざまな呼び方で認識されていた。Pitt 自身はロンドンの病院で出産した 100 人の女性に産後 7-10 日目にインタビューし、50 人がブルーの症状を示したと述べている。症状は、泣いたり、気分が落ちこむことで、母親の多くが赤ん坊のことを心配し、授乳がうまくいかないと訴えていた。ブルーの症状を表した 50 人のうち 6 人は、1 ヶ月以上症状が続いて産後うつ病に発展したと報告されている (Pitt 1973)。

ちなみに、日本でマタニティーブルーのことばが文献に登場するのは、1980 年代半ばからである(高橋、飯田、根来 1985、高橋 1985、我部山、成田、本多、岡崎 1985、前原 1986、池本、飯田、菊地、高橋、高橋 1986)。おそらくそれ以前に、精神科医や産科医の間では英語の文献からことばと概念が輸入されていたのであろうが、調査データを元に学術文献として登場するのは、イギリス、アメ



リカよりかなり後のことである。また、イギリスやアメリカでのマタニティーブルーズの発症率は5-80%とかなり高いのに対して、日本の病院分娩では約10~25%とされ、欧米に比べて低いとされている(岡野 1991、松岡他 2005)。

その後、マタニティーブルーズや産後うつ病を診断する尺度が精神科医によって考案されるようになり、それらの尺度を用いてさまざまな集団に対する調査が行われるようになった。有名な尺度としては、Stein (1980)、Kennerley & Gath (1989) によるマタニティーブルーズの尺度、Cox らによる産後うつ病の尺度 EPDS がある (Cox, Holdern & Sagovsky 1987)。とくに、EPDS は10個の質問からなる自己評価の尺度で、簡便で使いやすいことから多くの国で翻訳され用いられるようになっている。興味深いことに、これらの尺度を用いてさまざまな集団で調査すると、それまでマタニティーブルーズや産後うつ病といったことばや概念がなかった社会でも、ある割合でマタニティーブルーズや産後うつ病とされる人々がとりだされることである。その社会に概念がないのに、尺度を用いるとそれに当てはまる人々が取り出され、その人たちにマタニティーブルーズや産後うつ病の診断名がつけられ、やがてそういう概念が人々に受け入れられるようになるということであろうか。このプロセスは、欧米の枠組みを異文化に当てはめことであると同時に、医学的ラベルを人々に貼ることであり、まさに医療化のプロセスといえることができる。それぞれの文化で、多様な症状をもつものとして存在していた産後の folk illness が、医学の視点で再構成されることになったのである。

## VI. 医学のもつジェンダー規範

病気とは社会的な判断であり、その判断をする正統な権力を持つ人々によって定義され、作り上げられるものである。そして病気と見なされるのは、規範からの逸脱行動である、とコンラッドとシュナイダーは述べている(コンラッド&シュナイダー 2003)。このような社会構築主義の考えに立てば、産褥精神病、産後うつ病、マタニティーブルーズは規範からの逸脱として取り出され、病気として分類されてきたといえる。では、これらを逸脱と見なすようにさせた規範がどのようなものであったのかが、問われなければならない。

まず産褥精神病については、19世紀によく見られた mania は、興奮、錯乱、歌い踊る、卑猥なことを喋るなどの症状を特徴としている。このような症状が正常な規範からの逸脱と見なされたとするなら、そこで前提とされていた正常な規範とは、これらの症状の逆であったと見て差し支えないだろう。つまり、女性は慎ましく、しとやかで、身だしなみに気を遣い、夫や子どもの世話をするのが正常とされていたので、そこからの逸脱はまともではないという烙印をおされたのである。ちょうど19世紀のヒステリーが子宮を持つ女性にとって慢性病と見なされたように、産褥精神病は出産という時期に現れる急性病とされた。女性のジェンダー規範が強い時代や社会において、ヒステリーが苦境に陥った女性が演じる弱者の抵抗の意味合いを持っていたように、産褥精神病も強いストレスに曝された女性が規範の逆を演じたものと言えよう。

産後うつ病の症状である子どもへの無関心や拒否、気分の落ち込み、家事をしないなどは、やはり女性のジェンダー規範を侵す特徴をもっている。子どもが生まれ育つことは、まさに社会の存続と維持そのものであるが、それが女性の役割規範とされているがゆえに、それをしない女性は逸脱者と見なされることになる。なぜなら次世代の成員の育成に障害が出ることは、社会の安定にとって大きな脅威と見なされるからだ。それゆえに、女性のリプロダクションにまつわることには常に権力が介入することになる。子どもへの無関心や家事をしないなどの症状を表す女性には、産後うつ病というレッテルが貼られ、医学的治療の対象とされることになる。

マタニティーブルーの症状も、出産直後の女性の姿として期待されるイメージにそぐわないものである。なぜなら、社会一般の規範では、女性は子どもが生まれると幸せいっぱいのはずであり、喜びこそすれ、泣いたり落ち込んだりするなど理解できないことだからである。出産した母親に期待される役割規範からの逸脱として、これらの症状は正常ではないと見なされ、病気のレッテルを貼られることになった。

逸脱行為は、法律のパラダイムでは犯罪と見なされ、医学のパラダイムでは病気とみなされる（コンラッド&シュナイダー 2003）。これらの逸脱が医師によって病気と定義されるようになったことは、19世紀以降医療パラダイムが支配的になったこと、つまり科学が大きな力を持つようになった時代背景のなかで、医師が定義する正統な力を付与されるようになったことを示している。医学がジェンダー規範に合わない女性の行動を病気と見なして治療の対象としたことは（治療とは、電気ショック療法に見られるように、罰としての側面をもっている）、医師のほとんどが男性であったことと関連しているであろう。医師が男性であったからこそ、ジェンダーという規範から見た逸脱行為が取り出されたのであろうし、患者である女性もそれを利用したと見ることができる。つまり、女性にとっても男性医師との対比の上で、自らの不満をジェンダー役割の拒否の形で表現したと考えられるからだ。逸脱が医療化され、病気とされることで、女性は病気の責任を問われず、自らの不満を表現することができる。パーソンズが病人役割について述べたように、病人は病気であることの責任を問われずに、日常の役割や義務を免除されるからである。したがって、女性にとって自らの不満を病気として表現することは、利用しうる方便となり、弱者の抵抗の1つの形となり得たのである。

しかし、このような医療化に対しては、批判もある。Romitoは、女性の感じる不満を産後うつという医学的実体にしてしまうことで、問題は女性の置かれた社会的状況ではなく、女性の内部にあると見なされることになる」と述べる（Romito 1990, 1993）。医学は病気を病人個人の内部に限定し、病人のみを治療の対象とするからである。それによって、女性の置かれた社会的状況は不問にされ、事態の解決が女性個人の治療として行われてしまうことになる（Day 1982）。だがそれでは、女性を取りまく社会的状況は何ら変わらず、不満を産み出す真の原因は改善されないままになってしまう。このように医療化が批判されるのは、それが女性をとりまく状況に目を向けさせるのではなく、女性の内部のみに目を向けさせ、真の原因を放置することになるからである。

19世紀以降、産後の女性の気分が精神科医と産科医によって定義され、分類されてきたことを述べた。この両者は女性の精神と身体を医療化し、女性をジェンダー規範に従わせる力を行使してきたと言える。その意味で、医学は道徳上の統制の役割も果たしてきたのであり、医学が中立的な営みではなく、その時代の社会規範を表現し実現させる大きな力を持っていたことを示している。

#### 注

- ① この3つが同じもので、程度の重さが異なるという意味ではない。この3つが同種のものかどうかについては、答えがだされていない。
- ② 筆者がインドネシアのジャワ村落で、村の女性たちに、マタニティーブルーについて質問したところ、そのような概念もことばもないと言われた。
- ③ 通常、マタニティーブルーのことばが初めて使われたのは、1973年のPittの論文だとされる。
- ④ 社会学者のA. Oakleyは、70年代にイギリスの女性たちにインタビューをし、84%がベビーブルーを経験していたと述べ、病院で出産するようになったことが影響していると考えた（Oakley 1979）。またDayは、

さらに押し進めて、産科医療が女性のコントロールを失わせてしまうことが、産後うつ病を産み出す要因になっていると述べている (Day 1982)。また Levy は、産後のうつ病は出産によらなくても、大手術の後でも同じように生じると述べて、産後うつ病は出産に特有のものではなく、手術のような大きなできごとへのストレス反応だと述べている (Levy 1987)。

#### 文献

- Campbell R. & A. Macfarlane, 1987 Where to be born? National Perinatal Epidemiology Unit, Radcliffe Infirmary.
- Conolly J., 1846 Principal Forms of Insanity. *The Lancet*, March 28: 349-354.
- Cox J. L., Holdern J. M. & R. Sagovsky, 1987 Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 159: 782-786.
- Day S., 1981 Is Obstetric Technology Depressing? *Radical Science Journal*, 12: 14-45
- Gregory M. S., 1924 Mental Disease Associated with Childbearing. *The American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Vol.8: 420-430.
- Frumkes G., 1934 Mental Disorders Related to Childbirth. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 79 (5): 540-552.
- Hemphill R. E., 1952 Incidence and Nature of Puerperal Psychiatric Illness. *British Medical Journal*, Dec. 6: 1232-1235.
- Kartchner F. D., 1950 A Study of the Emotional Reactions during Labor. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 60 (1): 19-29.
- Kennerley H. & D. Gath, 1989 Maternity Blues I. Detection and Measurement by Questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 155: 356-362.
- Kumar R., 1994 Postnatal mental illness: a transcultural perspective. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 29: 250-264.
- Leavitt J. W., 1986 Brought to Bed: Childbearing in America 1750-1950. Oxford UP.
- Levy V., 1987 The Maternity Blues in Post-partum and Post-operative Women. *British Journal of Psychiatry*, 151: 368-372.
- Mitchison W., 1982 Gynecological Operation on Insane Women: London, Ontario, 1895-1901. *Journal of Social History*, 15: 467-484.
- Oakley A., 1979 *Becoming a Mother*. Martin Robertson.
- Ordway M. D. & McIntire A. M., 1942 Mental Disorders Associated with Pregnancy and the Puerperium. *The New England Journal of Medicine*, 226 (25): 969-974.
- Pitt B., 1968 'Atypical' Depression Following Childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 114: 1325-1335.
- Pitt B., 1973 Maternity blues. *British Journal of Psychiatry*, 122: 431-433.
- Plane A. M., 1999 Childbirth Practices Among Native American Women of New England and Canada, 1600-1800. In *Women and Health in America*. Judith Walzer Leavitt (ed.), pp.38-47. The University of Wisconsin Press.
- Pleshette N., Asch S. & J. Chase, 1956 A Study of Anxieties During Pregnancy, Labor, the Early and Late Puerperium. *Bull. N.Y. Acad. Med.* 32 (6): 436-455.
- Robin A. A., 1962 The Psychological Changes of Normal Parturition. *Psychiatric Quarterly*, 1: 129-150.
- Romito P., 1990 Postpartum depression and the experience of motherhood. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 69 Supplement 154: 20-30.
- Romito P., 1993 (1989) Unhappiness after childbirth. In *Effective Care in Pregnancy and Childbirth Vol. 2: Childbirth*. I. Chalmers, M. Enkin & M. Keirse (eds.), pp.1433-1446. Oxford UP.
- Saunders E. B., 1929 Association of Psychoses with the Puerperium. *The American Journal of Psychiatry*, 85: 669-680.

- Sclare A. B., 1955 Psychiatric Aspects of Pregnancy and Childbirth. *The Practitioner*, 175: 146-154.
- Stein G., 1980 The Pattern of Mental Change and Body Weight Change in the First Post-Partum Week. *Journal of Psychosomatic Research*, 24: 165-171.
- Stern G. & L. Kruckman, 1983 Multi-disciplinary Perspectives on Post-partum Depression An Anthropological Critique. *Soc. Sci. & Med.* 17 (15): 1027-41.
- The Lancet, 1953 Comfortable Childbirth. *The Lancet*, June 27: 1294-1295.
- Theriot N., 1999 Diagnosing Unwanted Motherhood: Nineteenth-Century Physicians and "Puerperal Insanity". In *Women and Health in America*, (ed) J. W. Leavitt, University of Wisconsin Press.
- Tobin S. M., 1957 Emotional Depression During Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 10 (6): 677-681.
- Tylden E., 1952 Psychology and the Maternity Unit. *The Lancet* 1 (5) i: 231-233.
- Victoroff V. M., 1952 Dynamics and Management of Para Partum Neuropathic Reactions. *Diseases of the Nervous System*, Vol.XIII No.10: 291-298.
- Wertz R. & D. Wertz, 1977 *Lying-In: A history of Childbirth in America*. The Free Press.
- Yalom I., Lunde D. T., Moos R. h., et al, 1968 Post-partum blues syndrome: a description and related variables. *Archives of General Psychiatry*, 18: 16-27.
- 池本桂子 飯田英晴 菊地寿奈美 高橋三郎 高橋清久 1986「いわゆるマタニティーブルーの調査 — その1 出現頻度と臨床像 —」『精神医学』28(9)：1011-1018
- 岡野慎治 1998「産後の精神障害」『日医雑誌』第119巻7号
- 岡野慎治 1991「Maternity Blues と産後うつ病の比較文化的研究」『精神医学』33(10)：1051-1058
- 我部山キヨ子 成田容子 本多裕 岡崎祐士 1985「マタニティーブルーの臨床的研究：マタニティーブルーの実態調査」『助産婦雑誌』39(7)：38-48
- コンラッド&シュナイダー 2003 「逸脱と医療化」進藤雄三監訳 ミネルヴァ書房
- 前原澄子 1986「マタニティー・ブルーを知ってますか」『婦人公論』9月号 329-335
- 高橋三郎 1985 「マタニティー・ブルー」『産婦人科治療』51巻増刊 p.278-279
- 高橋三郎 飯田英晴 根来左知代 1985「産褥ブルース症候群」『産婦人科治療』51(4)：436-444
- 松岡悦子 正高信男 加納尚美 土倉玲子 高橋龍尚 2005 「リプロダクションと育児を成り立たせる社会・文化的文脈をめぐる研究」平成14～16年度科研費補助金 基盤研究(C) 研究成果報告書。

(まつおかえつこ 文化人類学)