

# 「マタニティーブルーズの本邦における実態とその対策」 —診断基準とスクリーニングシステムの構築について—

分担研究：妊産婦の精神面支援とその効果に関する研究

九州大学医学部神経精神科

研究協力者 山下洋

要約：前年度の文献研究と予備調査からマタニティーブルーズに関する諸外国の調査研究<sup>1),2),3)</sup>と国内での先行する調査研究<sup>4),5)</sup>とではその実態に大きな差があることが明らかになった。このため産直後から産後精神障害までを追跡調査する際、日本国内の多施設での調査において妥当性をもつ評価システムを策定することが求められた。これを今年度の検討課題とし、①日本におけるマタニティーブルーズの診断基準の策定と、②産科臨床において実用性をもつスクリーニング法の検討を行った。

## ①マタニティーブルーズの診断基準について

海外との比較および多施設において実態を明らかにする際、その診断の基準を操作的に定義され一定の診断手続きを経れば一致した結果がえられる形式とする必要がある。オープンフォーラムにおいて検討を行い、本文中に示したような診断基準を作成した。

## ②マタニティーブルーズのスクリーニング法の検討

前記のような診断基準にもとづき、九州大学医学部付属病院周産母子センターにて出産した妊産婦を対象に調査を行った。対象とした妊産婦に対し、産前の心理社会的指標、産後5日間の自己記入式質問表、産後3週間目の電話面接による調査を行った。報告の時点で調査を終えた妊産婦は30名であった。このうちスタインのブルーズ質問票による産後5日間の調査結果を英国の基準により判定するとマタニティーブルーズの頻度は36.7%となった。RDC診断に基づき作成した構造化面接（マタニティーブルーズ、産後うつ病スクリーニング面接）を用いた電話面接の結果、23.3%の妊産婦が、マタニティーブルーズと診断された。以上の結果にもとづき、日本においてスタインの質問票をスクリーニングに用いる際、妥当なカットオフポイントを検討したところ、英国と同じ8点となった。今後本邦におけるマタニティーブルーズの出現頻度を多施設において検討するさいスタインの質問票を用い、8点をカットオフポイントとしてスクリーニングを行うことが望ましいと考えられた。

見出し語 マタニティーブルーズ、RDC診断基準、電話

面接、スタインの自己質問票

## 研究方法：

①診断基準作成；マタニティーブルーズを独立した精神現象として精神医学的診断が出来るよう、既に確立した操作的診断基準を参照し診断基準を作成した（表1）。

表1. マタニティーブルーズの診断基準

マタニティーブルーズの診断のためには以下のAからDまでのすべての項目を満たす。

A. 以下の2項目の両方を呈する状態が、出産後でかつ産後5日までに発症し、産後2週間未満で消失する。

(1) 特別な状況との関連なく泣きたくなくなったり、実際に（数分間）泣くなどの涙もろさ

(2) 抑うつ感

B. 以下の症状のうち少なくとも2項目を満たす。

(1) 不安（過度の心配）

(2) 緊張感

(3) 落ちつきのなさ

(4) 疲労感

(5) 食欲不振

(6) 集中困難

C. RDCの定型うつ病、準定型うつ病、循環気質型人格、気分易変型人格、断続うつ病、双極性障害、恐慌性不安障害、全般性不安障害、強迫症、恐怖症、身体化症、摂食障害、精神分裂病、分裂感情障害、分類不能の機能性精神病、のいずれの基準をも満たさない。

D. RDCの器質的疾患、精神活性物質常用障害、人格障害のいずれからも説明できない

②アンケート調査とスクリーニング法の妥当性の検討；上記の診断基準は症状、時間的経過、同様な症状を持つ他の精神障害の除外などの項目を含む操作的診断基準の形式をとっている。このような操作的診断基準とそれに基づく診断のための構造化面接に、RDC診断およびSADS面接<sup>6)</sup>がある。RDC診断に表1のマタニティーブルーズの診断基準を診断分類として、またその診断のための質問項目をSADS面接にそれぞれ加え、マタニティーブルーズ、

産後うつ病スクリーニング面接法を独自に作成した。これを電話面接に用い、マタニティーブルーズとそれ以外の精神障害の診断を行った。

同時に英国で吉田らが行っている後方視的研究と同じ研究プロトコルで、妊娠後期より産後にかけての妊産婦の心理的諸指標と関連諸因子について自己質問表を用いたアンケート調査を行った。

電話面接による精神障害の診断結果とアンケート調査で明らかとなった心理的諸指標の関連を調べ、特に今回はマタニティーブルーズの自己質問表によるスクリーニング法について検討した。

アンケート調査および電話面接の方法と時期は以下のようになる

### 1. 妊娠後期

- 1) 今回の妊娠についての態度
- 2) STAI、Zungうつ病自己質問表

### 2. 産後5日間

- 1) マタニティーブルーズ自己質問表<sup>2)</sup> (Stein,1980)
- 2) 母親の児に対する感情
- 3) エジンバラ産後うつ病自己質問表<sup>7)</sup> (以下EPDS)

### 3. 産後第3週目

1) 電話面接 (マタニティーブルーズ、産後うつ病スクリーニング面接法による) : 構造化面接のトレーニングを行った精神科医師が、アンケート調査の結果は参照せず、電話による構造化面接を実施し、RDC診断を行った。

正常産褥婦群とマタニティーブルーズにおけるスタインの自己質問表の総得点の差、区分点を設定して評価尺度としての妥当性を検討した。

結果：電話面接とアンケート調査に関するインフォームドコンセントに同意し協力した妊産婦は現在までに30名であった。回答者の産科的関連要因を表2に示す。

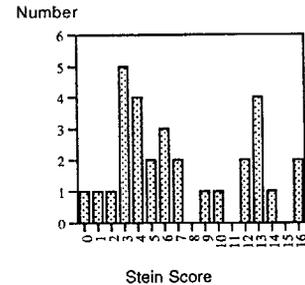
表2

項目	N = 30
平均年齢	31.7才
初産婦	10名 (33.3%)
分娩週数	38.週
帝王切開	8名 (26.7%)
紹介後即入院	3名 (10.0%)
産科的ハイリスク	18名 (60.0%)
児の出生体重	2883.4g
児の合併症	13名 (43.3%)

妊娠後期の心理的指標として不安の程度を示すSTAIの状態不安の平均得点は39.3点、特性不安の平均得点は38.7点であった。抑うつ症状の程度を示すZung抑うつ尺度の平均得点は40.4点であった。

次に産後5日間のスタインの自己質問表の最高得点の分布を図1に示す。5日間の平均得点は4.1点であり、1日目にピークがあった。

図1 得点分布



電話面接による診断結果を表3に示す。マタニティーブルーズと診断されたものは7名(23.3%)であった。これは岡野ら<sup>5)</sup>のスタインの自己質問票を用いた調査結果と近似していた。一方自己質問票によるスクリーニングでは、従来の英国でスタインが用いた8点を区分点とすると、11名(36.7%)が、マタニティーブルーズに該当した。この11名のうち、10名はマタニティーブルーズ、準定型うつ病、恐慌発作症などの精神医学的診断をうけた。8点未満のもので、何らかの精神障害の診断をうけた者はマタニティーブルーズ、準定型うつ病がそれぞれ1名のみであった。

表3

精神医学的診断	N = 30	Stein Score ≥ 8
精神障害なし	18 (人)	1 (人)
Maternity Blues	7	6
準定型うつ病	4	3
恐慌発作症	1	1

また電話面接による診断で正常産褥婦とされたものと、マタニティーブルーズとされたもののスタインの自己質問表での5日間の最高得点の平均と分散はそれぞれ、正常群; 4.4 ± 2.9、マタニティーブルーズ群; 11.6 ± 3.4であった。

以上の結果からスタインの自己質問票をマタニティーブルーズのスクリーニングに用いる際、日本国内でも8点を区分点とすると十分な有効性と妥当性が得られた。また産後1ヶ月以内では、産後うつ病などの精神障害も

マタニティーブルーズとしてスクリーニングされたものの中に含まれる可能性が高いことも示唆された。一方産後5日目のEPDSの平均得点は4.4±1.4点であり、うつ病としてスクリーニングされる9点以上の高得点のものはなかった。準定型うつ病と診断されたものは、EPDSに回答していないものもあり、EPDSの得点とブルーズ、準定型うつ病との関連は例数が十分でなく、現在のところ産直後のスクリーニングとしての妥当性は明らかではない。

次にその他の心理的指標、産科的要因とマタニティーブルーズやその他の精神障害との関連を検討した結果、有意な関連をもつ因子は検出されなかった。紹介後即入院、喫煙など予備調査においてブルーズと有意な関連があった因子に関しても例数がまだ少なく関連は検出されなかった。

考察：産褥早期に電話面接を行うことにより、従来マタニティーブルーズとしてスクリーニングされてきた現象を精神医学的に診断し位置づけることができた。その結果よりスタインの自己質問票はマタニティーブルーズのスクリーニングに妥当性をもつこと、またそれ以外のうつ病性障害などの精神障害も同時に抽出する可能性も考慮すべきことがわかった。今後ブルーズのスクリーニングで高得点を示し、産褥早期に準定型うつ病と診断された対象を追跡し1ヶ月目、3ヶ月目でのスクリーニングや診断結果と照合し産直後での予測可能性を検討する必要がある。また対象数を増すことにより、危険因子の策定などを行っていくことが課題となる。

また今回の調査により産直後のスクリーニングとしてスタインの自己質問票を英国と同じ区分点で用いることができることがわかった。この結果より産直後のブルーズのスクリーニングに、産後5日目と1ヶ月検診時の産後うつ病のスクリーニングテスト（EPDS）、臨床上精神的援助が必要と考えられたものの検索と精神医学的評価を加えたスクリーニングシステムを、多施設間で行うことが提言できる。このようなスクリーニングシステムでは産科臨床に沿って産科的関連因子や転帰とも併せて縦断的に調査することが可能であり、その結果から各時点でどのようなスクリーニングができ、精神面支援が必要かが明らかになると考えられる。

文献：(1)Kennerley H,Gath D:Maternity Blues 1.Detection and Measurement by Questionnaire. Brit.. J. Psychiat. 155:356-362,1989 (2)Stein G:The pattern of mental change in the first postpartum week. J Psychosomatic Research 24:165-171,1980 (3)Pitt B:"Maternity Blues".

Brit J Psychiat 122:431-433,1973 (4)北村俊則ら：妊娠、出産に伴う精神障害の疫学的研究：社会精神医学 10:255-263,1987 (5)岡野慎治ら：Maternity Bluesと産後うつ病の比較文化的研究、精神医学33:1051-1058,1991 (6) Spitzer, R. L., Endicott, J., Robins, E. : Research diagnostic criteria for a selected group of functional disorders. 3rd ed. New York, Biometric research, New York State Psychiatric Institute, 1981 (7) Cox J.L. et al : Brit J Psychiat 150:782-786,1987

abstract: I have studied about assesment system of psychiatric status of post natal women in clinical practice of obsterics. In the early post natal period there have been no manipulative diagnostic criteria for maternity blues such as Research Diagnostic Criteria or DSM III - R. I draw up the diagnostic criteria of matenity blues following the format of Research Diagnostic Criteria.

Based on the diagnostic criteria as mentioned above, prospective research was carried out with the object of the investigation of practical screening method for post natal mood disorder especially for matenity blues. Self reporting questionnaires (STAI, Zung depression Scale, Maternity Blues and Edinbugh Post natal Depression Scale) were used during late pregnancy, daily for the first five days potnatally, fifth day of postnatly. After the two weeks postnatally, the maternity blues and postnatal depression screening interview which is revised version of SADS enlarged by the items for diagnosis of maternity blues was used for the detection of post-natal depression and maternity blues.

Thirty mothers have already completed the 5 day Matenity Blues Questionnaire constructed by Stein and also have been interviewed on the telephone. 30% of the mothers were found to have Maternity Blues and 10% of the mothers were found to have clinical depression (minor depressive disorder) from the result of telephone interview. 33% of the mothers had Maternity Blues Scores of 8 or above. Both of the incidence of Maternity Blues by the scores of questionnaire and telephone interviews were close to figures by Okano's previous study. Maternity Blues Questionnaire could detect 86% of the mothers with Maternity Blues and involved the mothers with minor depressive disorder suspected. From these result Maternity Blues Questionnaire was found to be an appropriate measure for screening of Matrernity Blues and the appropriate cut-off point is 8. At the same time the mothers

with the extreme high score had the high possibility to have clinical depression and need to be followed up and ruled out. Clinical correlates of the Maternity Blues could not be detected statistically. Clinical depression was correlated with the high score of Maternity Blues Questionnaire

However this study is preliminary and the number of the subjects is insufficient, the important practical suggestions as follows were acquired.

1. Stein's self reporting Questionnaire can be used for the appropriate screening of Maternity Blues.
2. The same cut-off point with Stein's in England can be also applied among mothers in Japan.
3. The following up of mothers mental status immediately after delivery is possible by using Stein's Questionnaire and might be useful for predicting major or minor depressive disorder in post-natal period.
4. Screening system combined with the following up by EPDS at 5 days and 1 month postnatally and the detection of clinical psychiatric problem might be essential.



## 検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



要約:前年度の文献研究と予備調査からマタニティーブルーズに関する諸外国の調査研究 1)2)3)と国内での先行する調査研究 4)5)とはその実態に大きな差があることが明らかになった。このため産直後から産後精神障害までを追跡調査する際、日本国内の多施設での調査において妥当性をもつ評価システムを策定することが求められた。これを今年度の検討課題とし、日本におけるマタニティーブルーズの診断基準の策定と、産科臨床において実用性をもつスクリーニング法の検討を行った。

### マタニティーブルーズの診断基準について

海外との比較および多施設において実態を明らかにする際、その診断の基準を操作的に定義され一定の診断手続きを経れば一致した結果がえられる形式とする必要がある。オープンフォーラムにおいて検討を行い、本文中に示したような診断基準を作成した。

### マタニティーブルーズのスクリーニング法の検討

前記のような診断基準にもとづき、九州大学医学部付属病院周産母子センターにて出産した妊産婦を対象に調査を行った。対象とした妊産婦に対し、産前の心理社会的指標、産後5日間の自己記入式質問表、産後3週間目の電話面接による調査を行った。報告の時点で調査を終えた妊産婦は30名であった。このうちスタインのブルーズ質問票による産後5日間の調査結果を英国の基準により判定するとマタニティーブルーズの頻度は36.7%となった。RDC診断に基づき作成した構造化面接(マタニティーブルーズ、産後うつ病スクリーニング面接)を用いた電話面接の結果、23.3%の妊産婦が、マタニティーブルーズと診断された。以上の結果にもとづき、日本においてスタインの質問票をスクリーニングに用いる際、妥当なカットオフポイントを検討したところ、英国と同じ8点となった。今後本邦におけるマタニティーブルーズの出現頻度を多施設において検討するさいスタインの質問票を用い、8点をカットオフポイントとしてスクリーニングを行うことが望ましいと考えられた。