

妊産褥婦へのエモーショナル・サポートに 関する多施設共同研究

研究の概要と妊娠期間中の抑うつ症状・不安症状の 危険因子

北村俊則, 岡村州博, 木下勝之, 工藤尚文,

佐藤昌司, 西島正博, 中野仁雄

研究協力者

(東北大学) 岡崎伸郎

(岡山大学) 多田克彦, 高馬章江, 松村恵, 山本桂子, 内田久恵, 伏本恵子

(北里大学) 吉原一, 斎藤克, 広瀬恵, 新井陽子, 野口優,

千葉由紀, 斎藤奈苗

(埼玉医科大学) 小林浩一, 黒牧謙一, 林正敏, 松本幸子, 谷島春江,

白石路子, 下館俊枝, 神田千恵, 影山直子, 船生真紀, 白井真由美

(九州大学) 有吉秋代, 竹葉恭子, 山下春江, 今村菜摘, 吉谷薫,

野口ゆかり, 森澤養子, 光武博子

要約

厚生省心身障害研究の一環として、多施設による産後うつ病の正確な頻度とその危険要因、ならびに妊産褥婦へエモーショナルサポートの効果についての調査を企画した。本報告ではその概要を説明し、さらに妊娠後期の抑うつ症状と不安症状が心理社会的要因で説明できること及び心理的支援（の欠如）が精神症状の発現に関与していることを示した。今回の多施設共同研究は、前方視的コホート研究として本邦において嚆矢となるものである。また、精神科面接（構造化面接）と精神疾患診断を助産婦が（練習と訓練ののち）困難なく行えたことは、今後、リエゾン精神医学を母子医療の現場に導入する際のマンパワーとして、コ・メディカル・スタッフが十分働ける可

能性を示したものである。

見出し語

妊娠、分娩、精神症状、エモーショナルサポート

目的

多施設共同研究により(1)初産婦における産後うつ病の罹患率を求め(2)その危険要因を確認する。加えて(3)産後うつ病スクリーニング尺度であるEPDS日本語版の妥当性を確認する。

リサーチクエスション

国外の多くの研究結果は10%の産婦に産後うつ病が出現することを示している(島, 1994)。その病態の出現頻度が高い

こと、そのことで産婦自身が心理的苦痛を経験することに加え、近年の研究で明らかのように、児に短期的・中期的望ましくない影響を与えることと、配偶者（夫）にも心理的負担となっていることから、産後うつ病は広範囲に影響のある問題であるといえる。さらに、核家族、少子化、女性の社会進出を考えれば、以前のように家庭内でのサポートのみでは解決できない心理的問題であると推察される。そこで、産後うつ病に罹患する可能性の高いものを十分な確度で同定し、早期発見方法を開発することは、この病態の予防・治療・再発防止の基礎となり得る。

(1) 初産婦における産後うつ病の罹患率

従来、日本における産後うつ病の発生率に関する研究は少なく、現行の DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) に準拠した診断による報告は見当たらない。本研究では、産後うつ病の危険が高いといわれている初産婦について、DSM-IV に準拠した診断を用いて、産後うつ病の頻度（罹患率）を求める。

(2) 産後うつ病の危険因子

産後うつ病の発症には危険因子と防御因子があると想定できる。危険因子とは、それが存在する場合に産後うつ病の罹患率が上昇するが、それが存在しないからと言って、産後うつ病の発症が抑制できるものではないもの。防御因子とは、それが存在しないことが産後うつ病の罹患率を上昇させるわけではないが、危険因子に暴露されてもこれがあれば産後うつ病の罹患率が上昇しないもの。統計的に言えば、危険要因は産後うつ病発症に主効果を有するが他の因子との交互作用のないもので、防御因子は産後うつ病発症に主効果はないが、他の因子との間に交互作用を示すものである。本研究では先行研究の検討から、可能性ある危険因子と防御因子を以下のように設定する。

[危険因子]

(a) 出産の問題

(b) 胎児・新生児の異常

(c) 妊娠期間中及び産直後のライフ・イベント（職業以外）

(d) 職業上の困難

(e) 望まない妊娠・出産

(f) 過去のうつ病（大うつ病と気分変調症）の既往

(g) 過去のあるいは並存する（うつ病以外の）精神疾患

(h) 妊娠期間中の不安状態・抑うつ状態

(i) 産科退院後の家事の負担

(j) 産科退院後の育児の負担

(k) 産後の「マターニティ・ブルーズ」

(l) 夫のうつ病

(m) 初潮時年齢と月経前困難

[防御因子]

(a) 夫との良好なマリタル・アジャストメント

(b) 夫・他の家族・友人等のサポート

(c) 同時期に出産する他の妊産婦との接触及びサポート

(d) 人格傾向

(e) 実両親との過去の良好な関係

(f) 新生児（他人や兄弟の子）とのこれまでの接触体験

(g) 妊娠期間中の母親学級の参加頻度と内容

(h) その他の妊娠出産に関する知識

(i) 産科退院後の「里帰り」

(j) 対処行動

(k) 良好な住環境

(l) 児童期の喪失体験、被虐待体験、被いじめ体験、他の体験

(m) 産後の夫のうつ病

(n) 妻の人生の目的

(3) EPDS日本語版の妥当性

うつ病に罹患したものが医療機関を受診する率は約10%である（藤原，1995）。これは産後うつ病にもほぼ当てはまる（岡野，1993）。臨床現場で産後うつ病の早期治療を可能にするには、こうした自らは受診しない女性を早期に同定する手法の開発が不可欠である。産後うつ病の早期発見には、面接法とアンケート法がある。面接法は正確であるが、時間・人手・費用の面で

困難を伴いやすい。一方、アンケート法は時間・人手・費用での問題がない。確度の高い産後うつ病スクリーニング用アンケートの開発は重要な課題である。

先行研究と理論背景

(1) 産後うつ病の出現頻度

産後うつ病の頻度はおよそ10%であるといわれている(O'Hara & Zekoski, 1988; 島, 1994)。産後うつ病の頻度を求める際の「産後」の範囲は研究者によって異なるが、3～12か月(Watson et al., 1988)の期間を想定するのが通常である。

(2) 産後うつ病の危険因子

産後うつ病といえどもうつ病であり、うつ病一般に危険因子であるといわれているものの多くは、産後うつ病についても危険因子であることが報告されている。その一方で、妊娠・出産・子育てという周産期に特有の状況から産後うつ病に特徴的な危険要因も指摘されている。

(3) 妊娠期間中及び産直後のライフ・イベントと職業上の困難

発症直前に望ましくない出来事が存在することは産後うつ病(Paykel et al., 1980)にもうつ病一般(Brown et al., 1972, 1987)にも認められている。またライフイベントはうつ病の経過も規定している可能性がある(Brown et al., 1988, 1992)。

(4) 過去のうつ病の既往

産後うつ病を呈する女性ほど今回の妊娠以前にうつ病を経験している率が高いといわれている(O'Hara et al., 1983)。

(5) 過去のあるいは並存する(うつ病以外の)精神疾患

過去の精神か治療歴と産後うつ病の発症に有意の関連を見る報告もある(Watson et al., 1984)。

(6) 妊娠期間中の不安状態・抑うつ状態

妊娠うつ病と産後うつ病には有意の関連がないとされているが、妊娠期間中の不安が高いほど産後うつ病の発症の危険性は高いと報告されている(Watson et al., 1984)。

(7) 産科退院後の家事・育児の負担

産後うつ病と家事・育児の負担について直接確認した研究は見当たらない。しかし、特に初産婦にとってこれまでに経験しなかった家事と育児の負担増はうつ病発症の誘因となったとしても驚くにあたらない(Brown & Bifulco, 1990)。今回の調査では産後1月目に、家事と育児に費やす時間をアンケートで聞き取ることにする。

(8) 夫との良好なマリタル・アジャストメント

配偶者との葛藤が産後うつ病に関するとの報告もある(Kumar & Robson, 1984)。

(9) 夫・他の家族・友人等のサポート

ソーシャルサポートが存在することで、たとえ望ましくない出来事があってもうつ病の発症が抑制されることは、産後うつ病(Paykel et al., 1980; O'Hara et al., 1982; Terry et al., 1995)でもうつ病一般でも報告されている。また、妻の生活上の目的合致した夫からのサポートの存在が、マリタル・アジャストメントを良好にしているとの報告がある(Brunstein et al., 1997)。

(10) 同時期に出産する他の妊産婦との接触及びサポート

周産期の女性にとって同様の経験をしている女性たちとの情報の交換や感情の開示を行うことは、心理状態を安定化させる効果があると推測できる。

(11) 人格傾向

産後うつ病に限らず、うつ病と病前の人格傾向との間関係については従来多くの研究がなされてきているが、一定の結論には至っていない。Cloninger et al. (1993)は、人間の人格を、遺伝的に規定される気

質 temperament と学習によって成熟する性格 character に分け、そこから精神疾患との関連を推測した。ここでいう気質には(a)行動の触発(新奇追及)(b)維持(報酬依存)(c)抑制(損害回避)(d)固着(固執)が、性格には(a)自律的個人(自己志向)(b)人類社会の統合的部分(協調)(c)全体としての宇宙の統合的部分(自己超越)が含まれる。さらに新奇追及性には dopamine、損害回避には serotonin、報酬依存には norepinephrine が対応すると推定された(竹内ら, 1992)が、すでに dopamine 受容体である DRD4 と新奇追及性の相関は確認されている。今回は、損害回避の高いものが産後に夫をはじめとした人々からのエモーションサポートを求めない傾向にあたり、その結果産後うつ病の頻度が高くなると仮定する。

(12) 実両親との過去の良好な関係

被養育体験が成人になってからのうつ病発現と関連あることについては多くの先行研究がある(Parker, 1979, 1983; Parker et al., 1982)。特に親になったという意識の強い産後の時期は、過去に自分が受けた養育が心理状態に影響することが予測できる。

(13) 妊娠期間中の母親学級の参加頻度と内容

事前に十分な情報を得ているとストレスフルな状況に接しても惹起される不安が少なく、問題解決的対処行動を取ることが知られている。医療上の検査や処置についてもこのことは報告されている(Mavrias et al., 1990; Ludwick-Rosenthal & Neufeld, 1988; Suls & Fletcher, 1985; Miller & Mangan, 1983; Auerbach et al., 1983)。初産婦にとっても、目前に迫った出産について具体的情報を多く得ていたほうが、よりよい適応が可能になる。しかし、すべての者について情報量と適応の間に相関を見るのではなく、情報によって適応を得るものは特定の特性があるともいわれている(Miller & Mangan, 1983)。新生児とのこれまでの接触体験についても類似

の推測ができよう。さらに、母親学級では専門家からの情動的サポート、同じような環境におかれた他の妊婦からの情緒的サポートなど、複雑な影響があると想定できる。

(14) その他の妊娠出産に関する知識

うつ病などの精神疾患に罹患した者が、その症状を身体的なものであると考え、そのため身体各科を受診することが知られている。精神疾患について身体的訴えを行うものを somatiser と呼び、心理的訴えをする psychologiser と区別される。前者の7割はうつ病あるいは不安障害であり(Lobo et al., 1996)、また気分変調症に somatiser が多い(Garcia-Campayo et al., 1996)と報告されている。妊婦が事前に産後うつ病の事実を知っていることは、産後の発症をより速く正確に自覚できることにつながるかもしれない。

(15) 産科退院後の里帰り

参加退院後の里帰りは、実家での援助を容易に得られ、ストレスが軽減すると推定できる。

(16) 対処行動

ストレス状況で人間が取る対処行動が適切か否かが、その後の身体的・精神的健康の程度を規定していることが知られている。産後うつ病に関しても、夫などからのサポートがあるほど妻が適切な対処行動を取る傾向にあり、この対処行動が産後うつ病を防いでいるとの報告がある(Terry et al., 1995)。Kendler et al. (1991) は、対処行動尺度の因子分析の結果から、援助希求、問題解決努力、否認の3つの下位尺度を作成している。ソーシャル・サポートは個人の対処行動を通して心理的に良好な適応を維持しているといわれるが(Terry et al., 1995)、対処行動は性格によって規定されていることも知られている。

(17) 良好な住環境

住環境や狭小環境が身体的・精神的不健康と関連しているという報告は多い(Kellet,

1989; Platt et al., 1989; Booth & Cowell, 1976; Calhoun, 1972; Levy & Herzog, 1974; Magaziner, 1988)。産後の女性にとって新生児の保育を行うスペースの手狭さは重大なストレスになると推定できよう。

(18) 児童期の喪失体験、被虐待体験、被いじめ体験、他の体験

児童期の様々な体験が成人になってからのうつ病の発症に関与していることは従来多くの報告が示すところである。この中には親との離死別体験、被虐待体験(Brown et al., 1994a, 1994b)、被いじめ体験などが含まれる。親との離死別体験が成人になってからのうつ病発生と結び付いているとの報告は多いが結論には至っていない(Tennant et al., 1980)。被虐待体験が成人になってからの精神疾患発生に関与する研究(Berger et al., 1994; Bridge & Runtz, 1990; Weismann Wind & Silvern, 1994; Carlin et al., 1994)は多いが、文化差がある可能性も示唆されている(Burchinal et al., 1996)。児童期の体験については記憶の減退からその正確さについての批判があるが、最近の報告では必ずしも信頼に足りないわけではないと指摘されている(Brewin, 1996)。

(19) 産後の夫のうつ病

従来夫にはこの誕生後のうつ病はないとされていた。しかし、Areias et al. (1996a, 1996b)は、産後12か月間の間に夫の29%にうつ病が発生していると報告した。妻に産後の重要なサポート源である夫がうつ病になることは、妻の精神保健にとっても重要な影響が考えられる。

(20) 妻の人生の目的

人生の目標・目的は人さまざまである。金銭的成功、社会への貢献、愛情、容姿など。こうした人生の目的の差が、妊娠出産という人生の出来事に遭遇したときの心理的反応を規定している可能性がある。人生の目標を社会への貢献においている女性は、産後に休職・退職という状況が加わると産

後うつ病になり、人生の目標を容姿においている女性は、妊娠期間中にうつ病になるというのが今回の仮説である。

対象

(1) 参加施設

以下の4施設の産婦人科教室が参加する。
東北大学医学部
埼玉医科大学
北里大学医学部
岡山大学医学部
九州大学医学部

(2) エントリー基準

- (a)初産婦（妊娠歴は問わない）
- (b)エントリー時点で妊娠8か月である者
- (c)当該施設で出産予定である者
- (d)調査への同意が得られた者

(3) 目標例数

300例

(4) 調査期間

197年12月24日までに集計した症例

(5) 方法

面接者：面接者は、産科医、その他の医師（精神科医を含む）、看護婦・助産婦、臨床心理士、その他の医療専門家が行う。面接は、妊娠後期（9か月目）、産後1か月目、産後3か月目、産後12か月目に実施する。この調査期間を通じて同一の妊産褥婦には1名の面接者が専任となって面接にあたる。産後うつ病を自ら訴えることに抵抗のある女性が存在することは経験的に知られている。1名の面接者が専任となることで、良好な人間関係を構築し、妊産褥婦の精神症状の供述の正確さが増すと思われる。面接者は精神疾患の診断並びに今回使用する構造化面接の使用法について事前の訓練を受ける。この訓練は国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部が行う。訓練は(1)通信教育と(2)スクーリングから構成される。通信教育では、診断練

習用診断要旨集を各面接者に送付し、これに回答することで DSM-IV の診断技術を向上させる。また、参加の面接者の評定者間信頼度を求める。

面接者の診断信頼度：精神疾患に関する面接者の診断信頼度は次の2つの方法で求める。第1に、上記の診断訓練中の症例用紙への回答から、各面接者と正答（国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部で準備する）との一致率および面接者相互の一致率を計算する。第2に、本調査の面接については可及的にカセットテープによる録音を行いこれを後に（面接者が記載した面接記入用紙を見ないで）国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部の担当者が聞き直し独自に診断を下すことにより同席法に準じた診断一致率を計算する。なお、精神疾患の診断以外の面接部分の信頼度も第2の方法で同時に確認できる。

(6) 手続き

1：各施設において本調査開始時期を決定する。この年月日以降に妊娠8か月を迎える産婦全員についてエントリー調査用紙を担当医が記載する。エントリー調査用紙には、カルテ番号、生年月日、過去の妊娠歴、結婚歴、教育歴、職業、出産予定施設など基本的情報を記入する。ここで得られるものは、当該施設の調査期間中の産婦の基礎変数と対象被検者のうちドロップアウトした者の基本属性を確認する際の情報である。この作業は、各施設ともxxか月間実施する。

2：上記の情報をもとに、エントリー基準を満たす者に研究計画の説明を行い、調査への参加を依頼する。妊娠後期アンケート及び妊娠後期夫用アンケートを配布し、家に持ち帰り記載の上、次回来院時に外来担当者に手渡すよう指示する。同時に次回来院時の面接の招待と予約を取る。

3：妊娠9か月目の受診時に、妊娠後期アンケートを回収し、妊娠後期面接を行う。対象となった妊婦は、妊娠後期面接の内容にかかわらず産後12か月面接まで実施す

る。例えば、妊娠後期にうつ病であっても、以降の調査は実施する。これは、妊娠期間中のうつ病のほとんどが出産までに消失すること、かりに産後に持続しても統制群としての価値があること、実施手続きを複雑にしないことによる。

4：産後入院期間中（産後1日目から5日目までの毎日）マターニティ・ブルーズ尺度を配布し、記入させる。退院時に1か月検診時の面接予約を取る。

5：産後1か月検診時に産後1か月面接を行う。同時に産後1か月アンケートを実施し、その場で回収する。産後3か月の面接予約を取る。

6：産後3か月目に施設に被検者を招待し、産後3か月面接を行う。同時に産後3か月アンケートを実施し、その場で回収する。謝礼（2,000円相当のテレホンカード）を手渡す。産後12か月の面接予約を取る。

7：産後12か月の面接の約2週間前に電話により予約の確認を取る。

8：産後12か月目に施設に被検者及び配偶者を招待し、産後12か月面接及び産後12か月夫用面接を行う。同時に産後12か月アンケート及び産後12か月夫用アンケートを実施し、その場で回収する。謝礼（5,000円相当のテレホンカード）を手渡す。

9：厚生科学研究費に対する報告書作成のため、12月末日で中間集計を行う。

(7) 告知と同意

該当する各女性について妊娠後期アンケートを配布する際に本研究の目的と内容を説明し、同意を得る。さらに、妊娠後期面接に先だって再度、面接者が本研究の目的と内容を説明し、その上で書面による同意を得る。

(8) 情報管理

本研究参加被検者のすべての資料は解析を担当する国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部に集めるが、施設番号とカルテ番号を付けたデータをデータベース化し、さらに資料を画像読取りにて

ハードディスクに収納（アプリケーション・ソフト・ウェアは「超ファイリングシステム」）した後に、資料はすべてシュレッダーにて細断する。

尺度の内容と実施時期

(1) 産後うつ病の診断

今回の研究用に特別に作成。DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) に準拠した大うつ病挿話の有無、ある場合は、発症時期。産後1か月面接、産後3か月面接、産後12か月面接で施行。

(2) 産後うつ病のスクリーニング

エジンバラ産後うつ病自己評価票 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox et al., 1987, 1994; 岡野ら, 1996)。産後1か月アンケート、産後3か月アンケート、産後12か月アンケートで施行。

(3) 出産の問題

今回の研究用に特別に作成。妊娠後期アンケートおよび産後1か月アンケートで施行。

(4) 胎児・新生児の異常

今回の研究用に特別に作成。産後1か月アンケートで施行。

(5) 妊娠期間中及び産直後のライブ・イベント（職業以外）

今回の研究用に特別に作成。すでに Brugha et al. (1985) はうつ病の発症前に有意に多く認められるライフイベントを12挙げているので、今回はこの12項目に、日本人が遭遇する機会の多い出来事を追加し、妊娠後期にアンケートで確認する。また、産後のストレス状況については、Arizmendi & Affonso (1987) の一覧表を参照して項目を設定する。妊娠後期アンケートおよび産後1か月アンケートで施行。

(6) 職業上の困難

今回の研究用に特別に作成。妊娠後期アンケートおよび産後1か月アンケートで施行。

(7) 望まない妊娠・出産

今回の研究用に特別に作成。妊娠後期アンケートで施行。

(8) 過去のうつ病（大うつ病と気分変調症）の既往

今回の研究用に特別に作成。DSM-IV に準拠した大うつ病及び気分変調症の現在挿話及び過去挿話の有無、ある場合は、挿話回数、各挿話の発症時期と終止時期、治療の有無と内容、これまでの妊娠歴との時間関係妊娠後期面接で施行。

(9) 過去のあるいは並存する（うつ病以外の）精神疾患

今回の研究用に特別に作成。DSM-IV に準拠した全般性不安障害、パニック障害、躁病、恐怖性障害、強迫性障害の現在挿話及び過去挿話の有無。今回妊娠以前に発症の挿話がある場合は、挿話回数、各挿話の発症時期と終止時期、治療の有無と内容、これまでの妊娠歴との時間関係。今回妊娠以降の挿話については、発症時期と終止時期、治療の有無と内容。妊娠後期面接、産後1か月面接、産後3か月面接、産後12か月面接で施行。

(10) 妊娠期間中の不安状態・抑うつ状態

Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD; Zigmond & Snaith, 1983) 総計14項目、4件法。下位尺度は不安（7項目）と抑うつ（7項目）。liaison psychiatry で用いることを目的とし、不安・抑うつの身体症状を排除し、認知・感情症状に限定した。従って身体症状がある被検者に使用可能。日本語版の信頼性・妥当性は検討されている（東ら, 1996）。妊娠後期アンケートで実施。

(11) 産科退院後の家事の負担

今回の研究用に特別に作成。産後1か月

アンケートで施行。

(12) 産科退院後の育児の負担

今回の研究用に特別に作成。産後1か月アンケートで施行。

(13) 産後の「マターニティ・ブルーズ」

Stein の Blues Scale。産後入院期間中（産後1日目から5日目までの毎日）マターニティ・ブルーズ尺度で施行。調査日のそれぞれ就寝前に記載させ、病棟看護婦が回収する。

(14) 夫のうつ病

今回の研究用に特別に作成。妻の過去のうつ病の既往と同様の内容。産後12か月夫用面接で施行。

(15) 初潮時年齢と月経前困難

今回の研究用に特別に作成。妊娠後期アンケートで実施。

(16) 夫との良好なマリタル・アジャストメント

Intimate Bond Measure (Wilhelm et al., 1988) 4件法、総計24項目。PBIと同様にケアと過保護の2下位尺度。妊娠後期アンケートで施行。

(17) 夫・他の家族・友人等のサポート

perceived support を妊娠後期アンケートで、enacted support を産後1か月アンケートで施行。

(18) 同時期に出産する他の妊産婦との接触及びサポート

今回の研究用に特別に作成。妊娠後期アンケートで施行。

(19) 人格傾向

Temperament and Character Inventory (TCI; Cloninger et al., 1993; 木島ら, 1996)。妊娠後期アンケートで実施。

(20) 実両親との現在及び過去の良い関係

係

Parental Bonding Instrument (PBI; Parker et al., 1979)。妊娠後期アンケートで実施。

(21) 新生児（他人や兄弟の子）とのこれまでの接触体験

今回の研究用に特別に作成。妊娠後期アンケートで施行。

(22) 妊娠期間中の母親学級の参加頻度と内容

今回の研究用に特別に作成。妊娠後期アンケートで施行。

(23) その他の妊娠出産に関する知識

今回の研究用に特別に作成。妊娠後期アンケートで施行。

産科退院後の「里帰り」：今回の研究用に特別に作成。妊娠後期アンケートで施行。

(24) 対処行動

Folkman & Lazarus (1980)の Ways of Coping Checklist から Kendler et al. (1991)が選んだ14項目を用いる。妊娠後期アンケートで施行。

(25) 良好な住環境

今回の研究用に特別に作成。妊娠後期アンケートで実施。

(26) 児童期の喪失体験、被虐待体験、被いじめ体験、他の体験

今回の研究用に特別に作成。喪失体験は、15歳以前の父および母からの12か月以上の離別並びに死別と定義し、あれば、その時の本人年齢、親の年齢、離別・死別の原因を確認。被虐待体験は、15歳以前の父または母からの心理的虐待（3項目）および身体的虐待（5項目）と定義し、あればその頻度（最も多かったときの頻度）を6件法で確認。被いじめ体験は、小学校・中学校でいじめられた体験と定義し、あれば、その内容と頻度を6件法で確認。その他の体験は、15歳以前に経験した様々な

ライフイベントと定義し、学校と友人、健康、家庭、法律・事件の分野に数個のイベントを挙げ、その有無と、あれば当時の年齢を確認。妊娠後期アンケートで実施。

(27) 産後の夫のうつ病

今回の研究用に特別に作成。妻の過去のうつ病の既往と同様の内容。産後12か月夫用面接で施行。

(28) 人生の目的

Aspiration Index (Kasser et al., 1995)。5件法、32項目であるが、今回は14項目に限定。7下位尺度は

self-acceptance

affiliation

community feeling

physical fitness

social recognition

appealing appearance

financial success

妊娠後期アンケートで実施。

結果

今回の報告はあくまで予備的解析であるが、日本における周産期の精神疾患の発現に関する前方視的多施設コホート調査として嚆矢となるものである。以下に現時点までの調査結果の概要を記す。

各施設の産科外来を受診した初産婦 36名

東北大学 8

岡山大学 11

九州大学 17

(1) 精神疾患

調査時点での DSM-IV 精神疾患 (時点有病率)

特異的恐怖症 5例

広場恐怖 1例

強迫性障害 1例

(2) 精神症状

HAD 尺度で抑うつの重症度と不安の重症度を測定した。Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) はリエゾン領域での不安と抑うつの程度を測定する目的で開発された尺度で、身体疾患から由来する可能性のある症状を排除し、認知症状や感情症状にのみ限定した項目を用いている (参考資料)。不安7項目、抑うつ7項目から構成され、各項目は0-3の4段階評価を行う。各下位尺度の範囲は0-21点。

HAD の抑うつ得点と不安得点の相関係数は低かった ($r = .37^*$)。下位尺度ごとに危険因子の同定を行った (別表)。

抑うつ得点が高い女性は、

配偶者の職業が取締役・技術・自由業以外 ($p < .05$)

今回の妊娠に対して配偶者の反応が「実感がない」または「困った」 ($p < .05$)

望む子の性別が女兒 ($p < .05$)

今回の妊娠は望んでいなかった・時期が早かった ($p < .01$)

産後の過ごし方に自信がない ($r = -.38 p = .05$)

夫との親密度のケア (愛情) 得点が低い ($r = -.50 p < .01$)

夫婦生活の満足度が低い ($r = -.35 p < .05$)

夫婦の意見の一致度が低い ($r = -.37 p < .05$)

図画・書道・工作・音楽で一等になったことが少ない ($r = -.34 p < .05$)

親友に裏切られたことが多い ($r = .48 p < .01$)

恋人と別れた・失恋したことが多い ($r = .34 p, .05$)

家族や友人とうまくいかなかったことが多い ($r = .35 p < .05$)

夫婦仲がうまくいかず別居したことが多い ($r = .49 p < .01$)

人生の目的で成功・財産の重要性が高い ($r = .35 p, .05$)

人生の目的についての配偶者の理解が低い ($r = -.35 p < .05$)

不安得点が高い女性は、
教育歴が中学校まで ($p < .01$)
年収が低い ($r = -.43 p < .05$)
今回の妊娠に対して配偶者の反応が「実感が
ない」または「困った」 ($p < .01$)
今回の妊娠は望んでいなかった・時期が早
かった ($p < .05$)
妊娠合併症がある ($p < .05$)
普段の飲酒あり ($p < .05$)
夫婦の意見の一致度が低い ($r = -.36 p < .05$)
恋人と別れた・失恋したことが多い ($r = .46 p < .05$)
性格の持続傾向が強い ($r = .35 p < .05$)
人生の目的で身体健康の重要性が低い ($r = -.43 p < .05$)

考察

今回の多施設共同研究は、本邦の産後うつ病の正確な発生状況を明らかにすること、ならびにハイリスク症例を事前に特定する方法を開発するという、これまでになかった研究目的をもって開始された。解析時点で出産を迎えた妊婦はいまだ少数であるが、症例のエントリーは各施設において順調に進行中である。

妊娠後期の抑うつ・不安についてその予測因子を検討したところ、両症状は妊娠後期に低くない頻度で見られること、また別個の危険因子のプロフィールを有することが明らかとなった。妊娠後期の抑うつ・不安は、分娩にも悪影響があることが知られており、結果に述べた事項は今後、臨床場面で事前の心理的介入に応用できる。

周産期の精神症状発現の危険要因を調査するにあたっては、特定の理論構成が必要であり、今回行った広範囲にわたる先行研究の検討は、今後の調査手段に理論的根拠を与えたことにもなる。

さらに、今回は助産婦が精神疾患の診断を行った。事前の診断練習や面接訓練（構造化面接）は大きな困難なく実施できたことは、今後、リエゾン精神医学を母子医療の現場に導入するための手段として、助産

婦などのコ・メディカル・スタッフが貴重な人材として活躍する可能性があることを示唆している。周産期の女性に対するサポートシステムを創造するうえでマンパワーとして期待できよう。

文献

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). American Psychiatric Association: Washington D.C.
- Areiras, M. E. G., Kumar, R., Barros, H. & Figueiredo, E. (1996a). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth: validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *British Journal of Psychiatry*, 169, 30-35.
- Areiras, M. E. G., Kumar, R., Barros, H. & Figueiredo, E. (1996a). Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry*, 169, 36-41.
- Arizmendi, T. G. & Affonso, D. D. (1987). Stressful events related to pregnancy and postpartum. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 743-756.
- Auerbach, S. M., Martelli, M. F. & Mercuri, L. G. (1983). Anxiety, information, interpersonal impacts, and adjustment to a stressful health care situation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1284-1296.
- Berger, D., Saito, S., Ono, Y., Tezuka, I., Shirahashi, J., Kuboki, T. & Suematsu, H. (1994). Dissociation and child abuse histories in an eating disorder cohort in Japan. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 274-280.
- Booth, A. & Cowell, J. (1976). Crowding and health. *Journal of health and Social Behavior*, 17, 204-220.
- Brewin, C. (1996). Scientific status of

- recovered memories. *British Journal of Psychiatry*, 169, 131-134.
- Bridge, J. & Runtz, M. (1994). Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse & Neglect*, 14, 357-364.
- Brown, G. W., Adler, Z. & Bifulco, A. (1988). Life events, difficulties and recovery from chronic depression. *British Journal of Psychiatry*, 152, 487-498.
- Brown, G. W. & Bifulco, A. (1990). Motherhood, employment and the development of depression: a replication of finding? *British Journal of Psychiatry*, 156, 169-179.
- Brown, G. W. & Bifulco, A. & Harris, T. O. (1987). Life events, vulnerability and onset of depression: some refinement. *British Journal of Psychiatry*, 150, 30-42.
- Brown, G. W., Lemyre, L. & Bifulco, A. (1992). Social factors and recovery from anxiety and depressive disorders: a test of specificity. *British Journal of Psychiatry*, 161, 44-54.
- Brown, G. W. & Moran, P. (1994a). Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. I. a community survey. *British Journal of Psychiatry*, 165, 447-456.
- Brown, G. W. & Moran, P. (1994a). Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. I. a patient enquiry. *British Journal of Psychiatry*, 165, 457-465.
- Brown, G. W., Sklair, F., Harris, T. O. & Birley, J. L. T. (1972a). Life-events and psychiatric disorders: part 2: nature of causal link. *Psychological Medicine*, 3, 159-176.
- Brugha, T., Bebbington, P., Tennant, C. & Hurry, J. (1985). The list of threatening experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychological Medicine*, 15, 189-194.
- Brunstein, J. C., Dangelmayer, G. & Schultheiss, O. C. (1996). Personal goals and social support in close relationships: effects on relationship mood and marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1006-1019.
- Burchinal, M. R., Follmer, A. & Bryant, D. M. (1996). The relations of maternal social support and family structure with maternal responsiveness and child outcomes among African American families. *Developmental Psychology*, 32, 1073-1083.
- Calhoun, J. B. (1972). Population density and social pathology. *Scientific American*, 206, 139-148.
- Carlin, A. S., Kemper, K., Ward, N. G., Sowell, H., Gustafson, B. & Stevens, N. (1994). The effect of differences in objective and subjective definitions of childhood physical abuse on estimates of its incidence and relationship to psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 18, 393-399.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. & Przybeck, T. R. (1993). A psychological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Cox, J. & Holden, J. (1994). The Japanese version of the EPDS. In *Perinatal Psychiatry: Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. pp 261-262, London: Gaskell.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An

- analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- 藤原茂樹(1995). 一般人口中におけるうつ病の頻度および発症要因に関する疫学的研究. *慶應医学*, 72, 511-528.
- Garcia-Campayo, J., Campos, R., Marcos, G., Perez-Echeverria, M. J. & Lobo, A., (1996). Somatization in primary care in Spain: II. differences between somatisers and psychologisers. *British Journal of Psychiatry*, 168, 348-353.
- 東あかね, 八城博子, 清田啓介, 井口秀人, 八田宏之, 藤田きみゑ, 渡辺能行, 川井啓市(1996). 消化器内科外来における hospital anxiety and depression scale (HAD尺度) 日本語版の信頼性と妥当性の検討. *日本消化器病学会雑誌*, 93, 884-892.
- Kasser, T., Ryan, R. M., Zax, M. & Sameroff, A. J. (1995). The relationship of maternal and social environments to late adolescents' materialistic and prosocial values. *Developmental Psychology*, 31, 907-914.
- Kellet, J. (1989). Health and housing. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 255-268.
- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Heath, A. C., Neale, M. C. & Eaves, L. J. (1991). Coping: a genetic epidemiological investigation. *Psychological Medicine*, 21, 337-346.
- 木島伸彦, 斎藤令衣, 竹内美香, 吉野相英, 大野裕, 加藤元一郎, 北村俊則 (1996). Cloninger の気質と性格の7次元モデルおよび日本語版 Temperament and Character Inventory (TCI). *精神科診断学*, 7, 379-399.
- Kumar, R. & Robson, K. M. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47.
- Levy, L. & Herzog, A. N. (1974). Effects of population density and crowding on health and social adaptation in the Netherlands. *Journal of Health and Social Behavior*, 15, 228-240.
- Lobo, A., Garcia-Campayo, J., Campos, R., Marcos, G. & Perez-Echeverria, M. J. (1996a). Somatization in primary care in Spain: I. estimates of prevalence and clinical characteristics. *British Journal of Psychiatry*, 168, 344-348.
- Ludwick-Rosenthal, R. & Neufeld, R. W. J. (1988). Stress management during noxious medical procedures: an evaluative review of outcome studies. *Psychological Bulletin*, 104, 326-342.
- Magaziner, J. (1988). Living density and psychopathology: a reexamination of the negative model. *Psychological Medicine*, 18, 419-431.
- Mavrias, R., Peck, C. & Doleman, G. (1990). The timing of pre-operative preparatory information. *Psychology and Health*, 5, 39-45.
- Miller, S. M. & Mangan, C. E. (1983). Interacting effects of information and coping style in adapting to gynecological stress: should the doctor tell all? *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 223-236.
- O'Hara, M. W., Rehm, L. P. & Campbell, S. B. (1982). Predicting depression: a role for social network and life stress variables. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 336-341.
- O'Hara, M. W. & Zekoski, E. M. (1988). Postpartum depression: a comprehensive review. in (R. Kumar & I. F. Brockington, eds.) *Motherhood and Mental Illness* vol. 2, London: Academic Press.
- 岡野禎治 (1993). 産後精神障害の悉皆調査: 三重県下における予備調査. 平成5年度厚生省心身障害研究「妊産婦をとりまく諸要因と母子の健康に関する研究」

- 報告書, pp21-25
- 岡野禎治, 村田真理子, 増地聡子, 玉木領司, 野村純一, 宮岡等, 北村俊則 (1996). 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.
- Parker, G. (1979). Parental characteristics in relation to depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 134, 138-147.
- Parker, G. (1983). Parental 'affectionless control' as an antecedent to adult depression: a risk factor delineated. *Archives of General Psychiatry*, 40, 956-960.
- Parker, G. & Hadzi-Pavlovic, D. (1982). Parental representations of melancholic and non-melancholic depressives: examining for specificity to depressive type and for evidence of additive effects. *Psychological Medicine*, 22, 657-665.
- Parker, G., Tupling, H. & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Paykel, E. S., Emms, E. M., Fletcher, J. & Rassaby, E. S. (1980). Life events and social support in puerperal depression. *British Journal of Psychiatry*, 136, 339-346.
- Platt, S. D., Martin, C. J., Hunt, S. M. & Lewis, C. W. (1989). Damp housing, mould growth, and symptomatic health state. *British Medical Journal*, 298, 1673-1678.
- 島悟(1994). マタニティ・ブルーズと産後うつ病の診断学. 精神科診断学, 5, 321-330.
- 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.
- Suls, J. & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: a meta-analysis. *Health Psychology*, 4, 249-288.
- 竹内美香, 吉野相英, 大野裕, 加藤元一郎, 北村俊則 (1992). Cloninger の3次元人 (TPD) 理論および日本語版 Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ). 精神科診断学, 3, 491-505.
- Tennant, C., Bebbington, P. & Hurry, J. (1980). Parental death in childhood and risk of adult depressive disorders: a review. *Psychological Medicine*, 10, 289-299.
- Terry, D. J., Rawle, R. & Callan, V. J. (1995). The effects of social support on adjustment to stress: the mediating role of coping. *Personal Relationships*, 2, 97-124.
- Watson, J. P., Elliott, S. A., Rugg, A. J. & Brough, D. I. (1984). Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry*, 144, 453-462.
- Weismann Wind, T. & Silvern, L. (1994). Parenting and family stress as mediators of the long-term effects of child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18, 439-453.
- Wilhelm, K. & Parker, G. (1988). The development of a measure of intimate bonds. *Psychological Medicine*, 18, 225-234.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (訳) 北村俊則 (1993). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD尺度). 精神科診断学, 4, 371-372.

表 1. 基本的指標と産科学的指標

説明変数		抑うつ HAD Depression	不安 HAD Anxiety
全体	n = 36	0-14 M = 4.14 (3.42)	0-11 M = 3.56 (2.92)
年齢	18-39 M = 27.7 (5.4)	r = -.33	r = -.21
住環境			
住居			
一戸建て	8	3.63 (2.97)	2.63 (1.69)
集合住宅	28	4.29 (3.58)	3.82 (3.16)
階層	1-9 M = 2.6 (2.0)	r = .19	r = -.20
エレベータ (2階以上の居住者 n = 23)			
ある	9	5.11 (5.09)	2.67 (3.12)
ない	14	3.43 (1.83)	4.29 (2.73)
住居の所有権			
自己・家族	7	3.86 (3.44)	2.86 (0.90)
賃貸	29	4.21 (3.48)	3.72 (3.22)
住居の満足度 (非常に満足 1; 非常に不満足 5)	1-4 M = 2.2 (0.9)	r = -.12	r = -.13
産後に手狭に			
ならない	17	3.82 (3.43)	3.53 (2.72)
なる	19	4.42 (3.49)	3.58 (3.17)
職業			
専業主婦	8	2.88 (3.27)	3.50 (3.70)
他に職業あり	28	4.50 (3.44)	3.57 (2.74)
産後の職業 (現在他に職業ある者のみ n = 28)			
続ける・子育て後再就職	22	4.95 (3.66)	4.05 (2.84)
子育てに専念	6	2.83 (1.84)	1.83 (1.47)
就業への熱意			
専業主婦・ 出産後は退職	14	2.86 (2.66)	2.79 (2.99)
仕事は続ける・ 子育て後に再就職の希望	22	4.95 (3.66) p = .073	4.05 (2.84)
上記の決定の不満足度	1-4 M = 2.0 (0.9)	r = -.19	r = -.02
教育歴			
中学卒業	3	6.67 (4.73)	8.33 (2.89)**
高等学校卒業以上	33	3.91 (3.28)	3.12 (2.55)**
配偶者			
配偶者の年齢	19-44	r = -.33	r = -.24

	M = 29.9 (5.5)		
配偶者の教育歴			
高等学校卒業まで	10	3.70 (4.11)	3.50 (3.06)
それ以上	23	4.04 (2.93)	3.30 (2.75)
配偶者の職業			
取締役・技術・自由業	14	2.57 (2.74)*	3.00 (2.77)
その他	19	5.11 (3.25)*	3.84 (2.81)
年収 (百万円)	1-13 M = 5.2 (2.8)	r = -.28	r = -.43*
産科学的既往歴			
初潮年齢 (歳)	10-15 M = 12.5 (1.39)	r = -.12	r = -.19
月経前緊張症 (1:常に 4:全くない)	1-4 M = 3.0 (0.8)	r = -.26	r = -.22
過去の妊娠回数	0-4 M = 0.6 (0.9)	r = .23	r = .24

最低点 - 最高点; M 平均; () 標準偏差; r 積率相関係数

$p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

表 2. 今回の妊娠

説明変数		抑うつ HAD Depression	不安 HAD Anxiety
心理的反応			
1.本人の反応			
嬉しかった	24	3.67 (3.36)	3.42(2.93)
実感がなかった・困った	12	5.08 (3.50)	3.83 (3.01)
2.パートナーの反応			
嬉しかった	29	3.52 (3.12)*	2.90 (2.34)**
実感がなかった・困った	7	6.71 (3.64)*	6.29 (3.59)**
3.望む子の性別			
男の子	7	4.86 (4.00)	4.29 (3.20)
女の子	7	7.00 (4.16)*	2.43 (1.81)
どちらでもよい・分からない	22	3.00 (2.41)*	3.68 (3.12)
4.妊娠は			
望んでいなかった・ 時期が早かった	15	6.07 (4.10)**	4.87 (3.31)*
自然に任せていた・ 望んでいた・努力した	20	2.65 (1.98)**	2.50 (2.24)*
産科学的特徴			
5.妊娠合併症			
なし	17	4.71 (3.72)	4.76 (3.33)*

あり	19	3.63 (3.12)	2.47 (2.04)*
前置胎盤			
なし	33	4.27 (3.51)	3.82 (2.90)
あり	3	2.67 (2.08) $p = .445$	0.67 (1.16) $p = .073$
妊娠・出産・育児に関する知識と体験			
8.他人の赤ちゃんを抱いた	1-4 M = 3.2 (0.9)	$r = -.08$	$r = -.08$
9.教室形式の母親学級			
不参加	12	5.33 (4.25)	3.92 (3.66)
参加	24	3.54 (2.84)	3.38 (2.55)
回数	0-6 M = 1.9 (1.9)	$r = -.26$	$r = -.08$
10.個別の母親学級			
不参加	32	4.09 (3.61)	3.69 (2.99)
参加	4	4.50 (1.29)	2.50 (2.38)
12.電話相談			
なし	32	4.28 (3.49)	3.41 (2.99)
あり	4	3.00 (2.94)	4.75 (2.22)
13.マタニティビクス・水泳			
通わない	34	4.24 (3.48)	3.65 (2.94)
通った	2	2.50 (2.12)	2.00 (2.83)
回数		$r = -.02$	$r = -.01$
14.他の妊婦と話す機会が			
なかった	20	4.65 (3.99)	3.75(2.83)
あった	16	3.50 (2.53)	3.31 (3.11)
回数		$r = -.11$	$r = -.24$
15.育児書を			
読まなかった	4	6.75 (5.85)	3.75 (2.75)
読んだ	32	3.81 (2.99)	3.53 (2.98)
合計冊数	0-13 M = 4.1 (3.4)	$r = -.23$	$r = -.24$
16-1.マタニティ・ブルーズを			
知らない	2	6.50 (3.54)	6.00 (1.41)
知っている	34	4.00 (3.42)	3.41 (2.94)
産後うつ病を			
知らない	15	4.47 (3.50)	4.20 (3.72)
知っている	21	3.90 (3.43)	3.10 (2.17)
健康行動			
17.普段の飲酒			
なし	12	3.58 (4.06)	2.17 (1.47)*
あり	24	4.42 (3.12)	4.25 (3.23)*
18.妊娠と分かって(飲酒者のみ n = 24)			
禁酒した	18	4.33 (2.93)	4.17 (3.17)
飲酒を続けた	6	4.67 (3.93)	4.50 (3.73)
19.普段の喫煙			
なし	24	3.54 (2.67)	3.33 (2.67)

あり	12	5.33 (4.46)	4.00 (3.46)
里帰り			
里帰り			
予定でない	18	4.39 (3.76)	3.61 (2.99)
予定だ	18	3.89 (3.14)	3.50 (2.94)
産後の過ごし方に	1-3 M = 2.4 (0.7)	r = -.38*	r = -.22

()は標準偏差

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

表 3. 結婚生活と配偶者

説明変数		抑うつ HAD Depression	不安 HAD Anxiety
婚姻			
1.現在の結婚状況			
既婚	34	3.97 (3.22)	3.41 (2.78)
独身	2	7.00 (7.07)	6.00 (5.66)
2.配偶者の年齢 §	19-44 M = 29.9 (5.5)	r = -.33	r = -.24
4.結婚期間 (月) §	2-168 M = 32.1 (37.3)	r = -.18	r = -.07
夫婦の親密度と結婚満足度			
IBM Care §	0-36 M = 30.4 (7.3)	r = -.50**	r = -.10
IBM Control §	4-30 M = 11.2 (7.0)	r = .26	r = .09
夫婦生活の満足度 §	1-5 M = 3.8 (1.6)	r = -.35*	r = -.07
夫婦の意見の一致度 §	1-5 M = 4.3 (1.0)	r = -.37*	r = -.36*

()は標準偏差; § (既婚者のみ n = 34)

$p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

§ (既婚者のみ n = 34)

表 4. 社会的 (対人的) 支援

説明変数		抑うつ HAD Depression	不安 HAD Anxiety
社会的 (対人的) 支援の人数			
情緒的支援	1-23 M = 8.3 (5.3)	-.21	-.11
情動的支援	1-23 M = 5.3 (4.2)	-.10	-.11

道具的支援	1-7 M = 5.3 (4.2)	-.28	-.10
合計	5-52 M = 16.2 (10.0)	-.20	-.03
社会的（对人的）支援の満足度			
情緒的支援	1-4 M = 3.7 (0.6)	.06	-.18
情動的支援	1-4 M = 3.7 (0.6)	.15	-.07
道具的支援	1-7 M = 2.6 (1.5)	.04	-.03
合計	3-12 M = 10.8 (1.9)	.09	-.09

()は標準偏差

$p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

表5. 幼少期の親の養育・虐待と生活史上の出来事

説明変数		抑うつ HAD Depression	不安 HAD Anxiety
父親			
離死別			
なし	29	3.93 (2.78)	3.69 (2.67)
あり	7	5.00 (5.60)	3.00 (4.00)
虐待得点 §	8-29 M = 10.3 (4.3)	$r = .03$	$r = -.13$
愛情 §	8-36 M = 24.2 (7.0)	$r = -.04$	$r = -.10$
干渉 §	0-29 M = 10.0 (7.0)	$r = .07$	$r = .08$
母親			
離死別			
なし	32	4.06 (3.25)	3.66 (2.70)
あり	4	4.75 (5.19)	2.75 (4.86)
虐待得点 §	8-20 M = 10.0 (2.8)	$r = .10$	$r = -.15$
愛情 §	17-36 M = 30.9 (5.3)	$r = .13$	$r = .00$
干渉 §	0-24 M = 8.3 (6.7)	$r = -.05$	$r = .05$
人生の出来事			
図画・書道・工作・音楽で一等になった	0-5 M = 0.8 (1.3)	$r = -.34^*$	$r = -.25$
親友に裏切られた	0-4 M = 0.3 (0.7)	$r = .48^{**}$	$r = .05$
恋人と別れた・失恋した	0-5 M = 1.6 (1.3)	$r = .34^*$	$r = .46^*$
家族や友人と	0-5 M = 0.4 (1.1)	$r = .35^*$	$r = .33$

うまくいかなかった 夫婦仲がうまくいかず 別居した	0-2 M = 0.1 (0.3)	r = .49**	r = -.15
---------------------------------	-------------------	-----------	----------

()は標準偏差

p < .05; ** p < .01; *** p < .001

§ 当該の親との15歳以前の離死別体験のない者のみ

表 6. 対処行動・パーソナリティ・人生の目的

説明変数		抑うつ HAD Depression	不安 HAD Anxiety
対処行動			
援助希求	4-16 M = 9.9 (3.0)	r = .04	r = .08
問題解決	3-18 M = 8.8 (3.1)	r = .21	r = .22
否認	4-14 M = 8.3 (2.6)	r = -.11	r = .16
Temperament and Character Inventory (TCI)			
新奇性追求	19-45 M = 30.9 (7.9)	r = .04	r = -.02
損害回避	21-49 M = 36.5 (6.7)	r = .22	r = .31
報酬依存	19-40 M = 29.3 (5.4)	r = .02	r = -.13
持続	1-15 M = 8.2 (3.6)	r = -.01	r = .35*
自己指向	8-54 M = 37.2 (11.1)	r = .26	r = .27
協調	28-49 M = 37.3 (5.5)	r = .16	r = .16
自己超越	5-37 M = 19.6 (7.5)	r = .19	r = .14
人生の目的指数			
自己実現	4-10 M = 7.1 (2.1)	r = .34	r = .17
愛情・愛着	6-10 M = 8.9 (1.4)	r = -.20	r = .10
社会貢献	2-10 M = 6.1 (2.2)	r = .14	r = .01
身体健康	3-10 M = 9.0 (2.2)	r = -.21	r = -.43*
有名・尊敬	0-10 M = 2.9 (2.5)	r = .30	r = .01
美貌・ファッション	0-8 M = 3.4 (1.8)	r = .23	r = -.07
成功・財産	0-8 M = 3.1 (1.8)	r = .39*	r = .06
人生の目的についての 配偶者の理解	1-5 M = 4.0 (1.0)	r = -.35*	r = .03
人生の目的についての 配偶者の援助	1-5 M = 4.1 (1.0)	r = -.28	r = .13

()は標準偏差

$p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

参考資料

HAD 項目とその得点分布

item	min	max	Mean	SD
緊張感を感じる (A)	0	3	0.61	0.73
以前楽しんでいたことを楽しめない (D)	0	3	0.92	.087
ひどいことが今にも起こりそうな恐ろしい感じ (A)	0	2	0.50	0.74
笑えない・いろいろなことのおかしい面が理解できない (D)	0	3	0.22	0.64
くよくよした考えが心に浮かぶ (A)	0	3	0.67	0.76
気げんが良くない (D)	0	2	0.58	0.77
くつろぐことができない (A)	0	1	0.25	0.44
考えや反応がおそくなったように感じる (D)	0	3	0.75	0.94
胃が気持ち悪くなるような一種恐ろしい感じ (A)	0	2	0.31	0.58
自分の身なりに興味を失う (D)	0	3	0.86	0.80
まるで始終動きまわっていなければならないほど落ち着きがない (A)	0	2	0.56	0.61
これからのことが楽しみにできない (D)	0	2	0.31	0.58
急に不安に襲われる (A)	0	3	0.67	0.72
良い本やラジオの番組を楽しめない (D)	0	3	0.50	0.88

HAD 項目間相関

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1:緊張感	-	-13	37	01	54	26	22	15	29	00	12	22	62	09
2:楽しめない		-	07	19	09	37	06	25	-06	19	25	51	09	43
3:恐ろしい感じ			-	-12	46	38	13	39	44	22	19	-03	43	09
4:笑えない				-	16	02	20	-05	-11	-05	-11	12	04	61
5:くよくよ					-	49	00	28	24	16	23	17	32	34
6:気げんが悪い						-	32	49	49	28	14	55	41	32
7:くつろげない							-	09	14	10	21	37	36	19
8:反応がおそい								-	41	56	-05	09	26	26
9:気持ち悪い									-	34	07	-03	46	03
10:身なりに										-	-13	-03	22	26
11:落ち着き											-	32	18	05
12:これからの												-	18	42
13:急に不安													-	09
14:楽しめない														-

各項目の文章は一部省略。調査用紙参照。



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

厚生省心身障害研究の一環として、多施設による産後うつ病の正確な頻度とその危険要因、ならびに妊産褥婦へエモーションナルサポートの効果についての調査を企画した。本報告ではその概要を説明し、さらに妊娠後期の抑うつ症状と不安症状が心理社会的要因で説明できること及び心理的支援 (の欠如)が精神症状の発現に関与していることを示した。今回の多施設共同研究は、前方視的コホート研究として本邦において嚆矢となるものである。また、精神科面接 (構造化面接)と精神疾患診断を助産婦が(練習と訓練ののち)困難なく行えたことは、今後、リエゾン精神医学を母子医療の現場に導入する際のマンパワーとして、コ・メディカル・スタッフが十分働ける可能性を示したものである。