

「マタニティーブルーの本邦における実態とその影響因子の抽出」

分担研究者 山 下 洋

【研究目的】

妊娠、出産につづく産褥期の女性では精神障害の発現率が高まることは既に多くの疫学調査で明らかになっている。また妊娠出産を体験する女性の身体一心理的状況の特殊性とその援助の必要性は広く認められている。現在ライフストレス研究では、妊娠出産はストレスとなる生活上の出来事（ライフイベント）の中でも重度のものと評価されている。しかし、妊娠出産期に発現する精神症状や精神障害については、この時期の医療サービスの主体である産科臨床とは基盤が異なる精神科施設の受診例の研究が多く、包括的な実態はまだ十分に明らかにされていない。この現状下で妊娠出産に伴う重度の心理的ストレスへの対処の大部分は家族などによる社会慣習的な援助システムに拠っている。しかし一方で妊娠出産の過程への医療システムの関与は質的量的に高度化している。

今回私達は、妊娠出産期に発現する精神障害の中で特に出現頻度の高いマタニティーブルーズ（以下、ブルーズと略す）の実態を調べた。その結果から、妊娠婦の医療システムにおける精神衛生とその援助の実態を検討した。また産科臨床における、身体一心理的ストレスの評価援助方法の基盤を検討した。

【研究方法】

本研究の3年間の目標は、1) 産後精神障害の実態を産科医療システムを基盤に前方視的に調査する。2) 産褥期の母子のもつ精神一生物学的脆弱性（母子相互作用の発達過程へ

の危険因子）を前方視的に追跡調査する。3) 妊娠出産の過程における精神科的高危険群の評価法及びその援助システムを考案することである。本年度は1) に関し、文献検索及びそれに基づき作成したプロトコールの臨床的有用性を検討する目的で予備調査を行った。

【研究結果】

a) 文献検索

ブルーズの疫学的調査についての国内、国外の文献検索と基礎資料の収集を行った。

1. ブルーズの定義について

ブルースは産褥早期における情動と認知の混乱である。呈する症状は広範で日単位で消長する。このため報告者により、定義の際の基本症状、発症時期はまちまちであった。表1に主な報告者がその評価尺度に含めた症状を示す。情動面の障害が症状複合の大部分を偽し、産後うつ病との鑑別が重要となる。ブルーズに一次的な症状とされた群は情動の障害で、特に涙もろさ、不安定さが主であり、報告者が一致して認める症状である。これに加えて、時間経過の特徴から産後うつ病と区別すべきであるとされる。国外の先駆的研究ではブルーズは産後のうつ状態の調査結果の一部として紹介された。この為国内調査の一部にうつ病との概念の混同がある。

2. 評価尺度と疫学について

これまで国内外でなされたブルーズの疫学調査を表2に示す。用いられた評価尺度や評価

方法は報告者により異なる。評価尺度の質問項目に加える症状は広範なブルーズの症状群から、それぞれの観点で主要な項目を選択し、多くはうつ病の評価尺度を参照していた。この為用いる評価尺度によりブルーズに特異性のある事象をどこまで把握できているかが問題となる。また評価方法も時期、期間が異なっていた。各症状は、それぞれ異なる時期に短期間のピークを示すことが指摘されており、産後何日目で評価するかにより、把握できる事象が異なってくる。まず実態調査では、このような評価尺度と方法の妥当性と統一性を検討する必要がある。次に国外のブルーズの頻度は50~80%と国内より高率であった。これは岡野らのStein方法を用いた結果からも明らかで評価尺度や方法による誤差とは考えにくい。

3. 影響因子について

ブルースの症状の急性の経過や、器質性症状精神病との類似から、産後の急激な内分泌変動が関連要因として検討されてきたが、ブルーズの現象全体と対応する生理的機制は提示されていない。また特定の産科的要因とは関連を見いださない報告がほとんどであった。月経前緊張症はブルーズとの症候学的類似がありその既往を関連要因とする報告があった。心理社会的因子では神経質、未熟などの性格要因が指摘されているがこれを支持しない報告も多い。ソーシャルサポート、ライフイベントなどの心理社会的因子も関連がないとする報告がほとんどであった。Kumarらは喫煙を影響因子としている。

b) 予備調査結果

以上のような諸研究結果を検討し、国内のブルーズの状態について予備調査を行った。
(対象と方法) 対象は、1990年7月より12月までの6ヶ月間に九州大学医学部付属病院母子センター外来を初回受診した妊婦230名、および、同期間に同センター病棟にハイリスク妊娠のため紹介後、即、入院となった妊婦40

名（以下、後入院群と略す）の計270名である。

表4に示すように実態調査は、産科外来初診時、妊娠28週前後、出産後5日目の3時点で評価用質問紙を配布、妊娠婦に自己記載してもらう方法をとった。不安状態のチェックにピットの不安・抑うつ尺度を用いた。産後5日目にSteinの質問表を配布し、5日間のブルーズの症状を自己評価させた。ブルーズの判定は、産科臨床での簡略さという点から泣きがその指標とならないかと考え、“泣き”的項目で5日間のうちで実際に泣いたものをブルーズとする、ヤロムの基準を用いた。同時に影響因子としてPBIに加え、妊娠出産に関連した精神疾患の危険因子、産科的因子を診療録より抽出し、それぞれ、ブルーズと判定した群との関連を統計学的に検討した。

(結果および考察) 産後5日目のブルーズ質問表に答えた者は160名であった。表4、5に示すように産科的要因はその全例につき、心理社会的因子は77名について回答が得られたので各々ブルーズとの関連を検討した。

1. ブルーズの出現頻度

その結果、160名中21名（13.1%）がブルーズと判定された。国内では岡野らがSteinの方法を用い25.8%という結果を得ている。我々も調査期間以後にSteinの基準により評価したところ、その頻度は25%となり岡野らの報告と近似した。評価方法としては、Steinの方法が評価尺度として広範な症状を捉え、時間経過に沿い包括的に評価でき、多くの産科施設で施行しても再現性があり誤差が少ないと考えられる。Steinの方法および25%の頻度を国内多施設間調査の基準に用いるのが望ましい。

また、評価方法を補正しても欧米と比べて頻度が低い。この差を検討すると、第1にブルーズの症状の表現のされ方が欧米と異なることが考えられる。第2にこの差に寄与する関連要因（保護的因子）が存在する可能性がある。英国でKumar、吉田らが使用しているSteinの評価尺度を用いた同一のプロトコールで比較文化的研究を進めることが必要である。その

結果から、産科医療における精神保健に寄与する知見が得られると思われる。

2. ブルーズ群と産科的要因の関連性

表5のように産科的要因の各項目とブルーズとの関連性を検討すると、産科的な理由で、妊娠中に即、入院となった妊婦でブルーズの頻度が有意に高率であった。その頻度は即入院群では25%、通常入院群では9%であった。即入院群と通常入院群の条件を比較すると即入院群が産科的な各項目を持つ比率は通常入院群より有意に高い。しかし、これらの項目は全対象者でのブルーズの発現の有無には直接有意な関連がなかった。大多数の報告でも、産科的要因については関連がないとされている。そこで、即入院群では産科的要因自体よりもそれに基づく予期せぬ妊娠中の入院から二次的に発生する心理社会的状況がブルーズの発現頻度に影響していると考えられる。すなわち第一に転院に当たって妊娠経過に支障のあることを説明されること、主治医を変えることは妊産婦に短期間に急激な心理的緊張を生ずるストレスとなりうる。第二に入院中、ハイリスク妊婦のための紹介入院が多い大学病院の性質や、こうした妊娠や新生児についての情報が伝わり、妊産婦の出産への予期不安が高まる可能性がある。この出産直前に高まる心理的緊張がブルーズの不安緊張などの項目に影響する事が考えられる。

3. ブルーズ群と心理社会的要因の関連性

表5に示すように心理社会的要因については短期間の環境要因の影響以外の、妊産婦個人に関する長期間の持続的な心理社会的要因とブルーズの発現には関連はなかった。

喫煙習慣はブルーズと有意な関連を認めた。喫煙習慣は胎児への影響もありブルーズの生理的誘因かあるいは喫煙行動の心理的因子として影響するのか今後検討する必要がある。

【今後の展望】

以上の結果より、マタニティーブルーズに

対する精神的援助に関し次のようなことが考えられる。一つは産前教育の段階で、産褥早期（2週間以内）の不安定な情動について、それが妊産婦自身の生活や性格とは関係のない現象であり、4人に1人という誰にでも起こりうることであるという情報を、前もって伝え見通しを与え不全感を軽減する心理教育的アプローチがある。この心理的援助は、妊娠分娩の異常をもつ者への対処のみでなく広く妊産婦全体を対象とすべきである。第2に産科スタッフに対して、ブルーズの実態の把握、影響因子の理解を深める働きかけがなされるべきである。第3に緊急入院などで特殊な医療環境における妊産婦へは通常のインフォームドコンセントに加えて出産までの過程で強い緊張にさらされる心理的状況を明らかにし、その見通しや対処スキルを呈示する必要がある。

今回は産後1ヶ月まで追跡調査したもののがブルーズについて報告した。産褥早期以降の褥婦の精神衛生の実態では現在のところ産後うつ病と診断されたものは87名中3名3.4%となった。この産後うつ病になったものは、妊娠28週時の不安抑うつ尺度が有意に高かった。これは産後精神障害のハイリスクを周産期医療の段階で予測できる可能性を示している。先に述べた産前からの心理的援助に加え予防医学の見地からも産科における母子精神保健において妊娠中から精神科スタッフが連携し追跡していくことが必要である。

本研究計画では周産母子センターという母子保健の出発点から医療サービスの流れに沿って追跡調査を行なうことができる。今後の調査結果をもとに産褥早期から育児期の母子の精神衛生に対し、どの時期にどのような危険因子を評価しどのような援助を行うかを医療システムの側から検討していく予定である。

Maternity Blues の症状

	KENNERLEY	STEN	PITT
1. Primary blues	涙もろさ 感情的 気分の易変性 生気のなさ 気分の上下 過敏性	○	○
2. 心配抑制	よそよそしい感情 感情がなく麻痺した 引きこもり		反抗心
3. 抑うつ	物事をよくよ考える いらいらする 抑うつ的 自己嫌悪 自信のなさ 緊張 不安 落ち着きのなさ	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○
4. 落胆	高揚感のなさ 不幸福感		
5. 精神機能低下	集中困難 ほんやりした 不穏 くつろげない	○	
7. 過敏性		困惑	
8. 自己評価の低下			混乱

マタニティーブルーズの疫学的研究

国 内	発 現 率	評価尺度、評価方法
池本ら (1986)	6.5% (1047人中68人)	独自作成した質問紙 Zung自己評定式抑うつ尺度に基づく
岡本ら (1986)	17.2% (122人中12人)	独自に作成した質問紙
岡本ら (1991)	25.8% (325人中84人)	Hamilton抑うつ評価表とPitt,Steinの方法を総合してSteinの質問紙に用い、その評価方法に準じた。
我部山ら (1985)	55.2% (涙もろさ) (150人中) 40.8% (抑うつ気分)	独自に作成した質問紙 Pitt,Hamilton,Moloneyらの文献に報告された症状に基づく17項目
北村ら (1987)	9.3% (120人中)	SADS構造化面接による診断評価
野上ら (1984)	16.1% (784人中120人)	面接調査
光本ら (1985)	18% (涙もろさ) (340人中) 9% (抑うつ気分)	独自に作成した質問紙 Pittの質問項目に臨床上よく経験する症状を加えたもの

国 内	発 現 率	評価尺度、評価方法
Pitt (1973)	50% (100人中50人)	hAMILTONのうつ病尺度に基づく9項目の質問紙。涙もろさと抑うつのある者
Stein (1980)	76% (37人中28人)	自身の不安、抑うつ症状を含む13項目からなる質問紙。得点8点以上の者
Yalom (1968)	67% (39人中26人)	泣き叫ぶことが観察されることを基準とする
Kendell (1981)		幸福感、抑うつ、涙もろさ、不安、易刺激性不安定さの6項目の視覚アナログ評価尺度。 5日目の上昇の大きいものが産後うつ病につながる。

	実施時期	配布質問紙
1 初診時		精神科および産科的要因項目 PBI (Parker,1979)
2 妊娠28週～32週		Pittの不安抑うつ尺度 (Pitt,1968)
3 出産後5日目		マタニティーブルーズ質問用紙 (Stein,1980) Pittの不安抑うつ尺度
4 出産後1ヶ月目	↑	エジンバラ産後うつ病調査表 (Cox,1987)
3 出産後3ヶ月目		エジンバラ産後うつ病調査表

関連要因

既往歴

年令、結婚年令、喫煙の有無、職業
精神科既往歴、月経困難、妊娠への態度

産科要因

既往分娩、妊娠週数、帝王切開、緊急入院
異常分娩の既往、産科的合併症、出生体重、児の合併症

マタニティブルー(MB)の頻度と産科的関連要因

項目	MBなし 139例 (86.9%)	MBあり 21例 (13.1%)
年齢(歳)	30.6±4.9	29.0±4.4
初産婦(%)	56 (40.3%)	13 (62.0%)
分娩週数(週)	38.5±3.0	37.6±4.4
帝王切開(%)	28 (20.1%)	5 (23.8%)
紹介後即入院(%) *	30 (21.6%)	10 (47.8%)
前回分娩異常の既往(%)	27 (32.6%)	2 (25%)
母体合併症(%)	59 (42.4%)	11 (52.4%)
児童の出生体重(g)	2898±619.3	2754±812.0
児合併症(%)	28 (20.1%)	7 (33.3%)

* : p <0.05

マタニティブルー(MB)の頻度と心理社会的関連要因

項目	MBなし 139例 (86.9%)	MBあり 21例 (13.1%)
月経困難(n=77)	8/66 (12.1%)	2/11 (18.2%)
喫煙(n=77)*	2/66 (3.0%)	4/11 (36.4%)
精神疾患の既往(n=77)	1/66 (1.5%)	1/11 (9%)
Pittの不安尺度 妊娠28週 産後1ヵ月	12.6 n=58 12.0 n=64	17.4 n=8 13.4 n=7
妊娠中の肯定的態度 妊婦 夫	33/62 (53.2%) 42/62 (67.7%)	5/9 (55.5%) 7/10 (70%)
父との良好な関係(PBI)	20/55 (36.4%)	3/9 (33.3%)
夫との良好な関係(PBI)	20/60 (33.3%)	4/8 (50%)

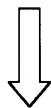
PBI; Parental Bonding Scale

* : p <0.05

文献一覧

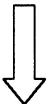
- 1) Ballinger,C.B.,Buckly,D.E.,Naylor,G.J.and Stansfield,D.A. : Emotional disturbance following childbith and the excretion of CyclicAMP.Psychol.Med.9 : 293-300,1979
- 2) Davidson,J.R.T. : Post partum mood changes in Jamaican women and a discussion on its significance.Brit Psychiat.121 : 659,1973
- 3) Handley,S.L.,Dunn,T.,Baker,J.M.,Cockshott,C.and Gould,s : Mood changes in the pureperium and plasma tryptophan and cortisol.Brit.Med.J.2 : 18-22,1977
- 4) Harris,B. : Prospective trial of L-Tryptophan in the maternity blues.Brit.J.Psychiat.137 : 233-235,1980a
- 5) Harris,B. : MaterniTY blues.Brit J Psychiat.136 : 520-521,1980 b
- 6) 池本桂子、飯田英晴、菊地寿奈美、他：いわゆるマタニティブルーの調査
—その1. 出現頻度と臨床像—. 精神医学 28 : 1011-1018,1986
- 7) 池本桂子、飯田英晴、菊地寿奈美、他：いわゆるマタニティブルーの調査
—その2. 性格要因—. 精神医学 29 : 147-154,1987
- 8) Iles S,Gath D,Kennerley H : Maternity Blues 2.A Comparison Between Post-operative Women and Post-natal Women. Brit J Psychiat. 155 : 363-366,1989
- 9) 我部山キヨ子、成田容子他：マタニティブルーの臨床的研究
—マタニティブルーの実態調査。—. 助産婦雑誌 39 : 594-604,1985
- 10) Kendell RE,Mcguire Rj,Connor Y,Cox Jl : Mood Changes in the First Weeks after Childbirth. J Affective Disorders 3 : 317-326,1981
- 11) Kendell RE,Mackenzie WE,West C,et al : Day-to-Day Mood Changes after Childbirth : Furher Data.Brit J Psychiat 145 : 620-625,1984
- 12) Kennerley H,Gath D : Maternity Blues 1.Detection and Measurement by Questionnaire. Brit. J.Psychiat. 155 : 356-362,1989
- 13) 北村俊則ら：妊娠、出産に伴う精神障害の疫学的研究。
—妊娠初期の感情障害の罹患率とその発病危険因子—社会精神医学 10:255-263,1987
- 14) Kumar R,Robson KM : A Prospective Study of Emotional Disorders in Childbearing Woman. Brit. J. Psychiat. 144 : 35-47,1984
- 15) 光本恵子、林謙治：褥婦の情動不安および不定愁訴の出現
—マタニティブルーとの関連において—。母性衛生 26(1) : 38-46,1985
- 16) 野上保治：マタニティブルーズの予後をめぐって. 周産期医学 19(8) : 49-52,1989
- 17) Nott,PN.,Frankin,M.,Armitage,C.and Gelder,M. : Hormonal changes and mood in the early puerperium. Brit J Psychiat. 128 : 379-383,1976
- 18) 岡野禎治、野村純一、越川法子、他：Maternit'y bluesと産後うつ病の比較文化的研究.
精神医学 33 : 1051-1058,1991
- 19) 岡野禎治、野村純一、藤田一郎、他：Maternity bluesの臨床内分泌的研究.
精神薬療基金研究年報、第18集 : 294-301,1986
- 20) 岡崎祐士：マタニティブルーの評価基準と尺度. 助産婦雑誌 39 : 590-593,1985
- 21) Pitt B : "Atypical" Depression Following Childbirth. Brit. J. Psychiat.
14 : 1325-1335,1968

- 22) Pitt B : "Maternity Blues" . Brit J Psychiat 122 : 431-433,1973
- 23) Stein G : The pattern of mental change and body weight change in the firstpostpartum week. J Psychosomatic Research 24 : 165-171,1980
- 24) Yalom id,Lunde DT,Mos Rh,Hamburg Da : "Postpartum Blues" Syndrome A description and Related Variables. Archives of General Psychiatry 18 : 16-27,1968
- 25) 吉田敬子、中野仁雄、Kumar R : マタニティブルー
-産科スタッフの役割-. 臨婦産 46 : 1251-1260,1992



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



【研究目的】

妊娠、出産につづく産褥期の女性では精神障害の発現率が高まることは既に多くの疫学調査で明らかになっている。また妊娠出産を体験する女性の身体・心理的状況の特殊性とその援助の必要性は広く認められている。現在ライフストレス研究では、妊娠出産はストレスとなる生活上の出来事(ライフイベント)の中でも重度のものと評価されている。しかし、妊娠出産期に発現する精神症状や精神障害については、この時期の医療サービスの主体である産科臨床とは基盤が異なる精神科施設の受診例の研究が多く、包括的な実態はまだ十分に明らかにされていない。この現状下で妊娠出産に伴う重度の心理的ストレスへの対処の大部分は家族などによる社会慣習的な援助システムに拠っている。しかし一方で妊娠出産の過程への医療システムの関与は質的量的に高度化している。

今回私達は、妊娠出産期に発現する精神障害の中で特に出現頻度の高いマタニティーブルーズ(以下、ブルーズと略す)の実態を調べた。その結果から、妊娠婦の医療システムにおける精神衛生とその援助の実態を検討した。また産科臨床における、身体・心理的ストレスの評価援助方法の基盤を検討した。