

想起された親への態度に関する項目について因子分析を行った（主成分解・バリマックス回転）。その結果、3つの因子が見出された。因子負荷量が.40未満の項目、二重に負荷している項目を削除し、さらに因子分析を行った（表A参照）。因子1には「親のことを、嫌いだと思うことがあった」「親からあまり好かれていないように感じるということがあった」など7項目が含まれた。佐藤(1993)にならい、この因子を“親との関係への不信感や親への拒否感”を表す「不信・拒否」と命名した。因子2には「学校のできごとをよく親に話した」「親にはげましてもらおうと元気が出た」など5項目が含まれた。佐藤(1993)にならい、この因子を“親を Secure-base として、安心して頼る傾向”を表す「安心・依存」と命名した。因子3には「親から離れてひとりで行動するのはこわかった」「できれば、親とだけ、いつも一緒にいたいと思った」など4項目が含まれた。これも佐藤(1993)にならい、“親から離れる事に対する不安”を表す「分離不安」と命名した。

各因子に関して、各項目の得点をそれぞれ加算して尺度得点を求めた（項目11、9は逆転項目）。各尺度得点は得点が高ければ高いほどその傾向が強い事を意味する。クロンバッハの信頼性係数は、それぞれ「不信・拒否」が $\alpha = .77$ 、「安心・依存」が $\alpha = .84$ 、「分離不安」が $\alpha = .66$ であった。「分離不安」の信頼性係数が低くなっていたが、ほぼ満足できる内的一貫性が得られた。各尺度得点の平均は順に 14.79(SD=4.75)、18.40(SD=3.89)、12.49(SD=1.80)であった。

Table 1 親への愛着尺度の因子分析結果（バリマックス回転後）

	I (不信・拒否)	II (安心・依存)	III (分離不安)
20 親のことを、嫌いだと思うことがあった。	.799	-.072	-.051
5 今の親とは違う親が欲しいと思うことがあった。	.795	-.009	-.115
13 親からあまり好かれていないように感じるということがあった。	.665	-.372	.105
10 親は、私のちょっとしたことで、よく気分を害した。	.648	-.204	.246
11 親のことが好きだった。	-.603	.385	-.055
3 親によくうそをついた。	.536	-.089	-.122
18 親に捨てられてしまうかもしれないと思うことがあった。	.461	-.252	.233
1 学校のできごとをよく親に話した。	-.173	.814	.005
9 親に何か相談したり、親の意見を聞いたりすることは少なかった。	.312	-.756	-.098
4 親にはげましてもらおうと元気が出た。	-.135	.745	-.007
17 心配事や悩みがあるとき、それを親に話した。	-.340	.692	.067
2 何についても親の意見を聞き、言うとおりにしていた。	.011	.586	.333
12 親から離れてひとりで行動するのはこわかった。	.004	.210	.783
15 できれば、親とだけ、いつも一緒にいたいと思った。	-.041	.029	.701
7 親がそばについていてくれないと不安だった。	-.110	.340	.657
19 親や家族以外の人とは、一緒にいても落ち着かなかった。	.214	-.230	.589
因子負荷	3.317	3.228	2.169
寄与率	20.729	20.177	13.558
$\alpha$ (信頼性係数)	.773	.841	.660

### 3) ワーキング・モデル測定尺度

ワーキング・モデルに関する項目について因子分析を行った（主因子解・バ

リマックス回転)。その結果、3つの因子が見出された。因子負荷量が.40未満の項目、二重に負荷している項目を削除し、さらに因子分析を行った(表B参照)。因子1には「ときどき友達が、本当は私を好いてくれているのではないか、私と一緒にいたくないのではないか、と心配になることがある」などが含まれ、「anxious・ambivalent」と命名。因子2には「私はすぐ人と親しくなるほうだ」などが含まれ、「secure」と命名。因子3には「人に頼るのは好きではない」などが含まれ、「avoidant」と命名した。選ばれた項目に多少の差異はあるが、詫摩・戸田(1988)や久保田と類似した因子構造が確認された。

各因子に関して、各項目の得点をそれぞれ加算して尺度得点を求めた。各尺度の平均得点は19.31(SD=4.38)、18.18(SD=3.29)、19.12(SD=4.24)であった。クロンバッハの信頼性係数は、それぞれ「Ambivalent」が $\alpha = .82$ 、「Secure」が $\alpha = .81$ 、「Avoidant」が $\alpha = .74$ で、こちらもほぼ満足できる内的一貫性が得られた。

Table 2 内的ワーキング・モデル測定尺度の因子分析結果(バリマックス回転後)

質問項目	I(対人不安)	II(親和性)	III(対人回避)
	Ambivalent	Secure	Avoidant
20 ちょっとしたことで自信をなくしてしまう。	.741	-.242	-.069
4 ときどき友達が、本当は私を好いてくれているのではないか、私と一緒にいたくないのではないか、と心配になることがある。	.723	-.121	.192
2 人は本当はいいやながら私と親しくしてくれているのではないかとと思うことがある。	.695	-.118	.219
8 自分を信用できないことがある。	.680	-.084	.147
11 自分に自信が持てない方だ。	.676	-.288	-.120
17 私はいつも人と一緒にいたがるので、ときどき人からうとまれてしまう。	.608	.106	.056
14 私は頓解されやすい方だ。	.550	-.327	.221
5 私はすぐ人と親しくなる方だ。	-.044	.855	-.165
1 私は知り合いができやすい方だ。	-.118	.830	-.111
7 私は人に好かれやすい性格であると思う。	-.125	.716	.031
19 初めて会った人とでも、うまくやっていける自信がある。	-.183	.713	.089
10 たいいてい人は私のことを好いていてくれていると思う。	-.123	.564	.125
3 人に頼るのは好きではない。	-.102	-.010	.660
6 私は人に頼らなくても、自分一人で充分上手くやっていけると思う。	-.173	.285	.648
9 あまりにも親しくされたり、こちらが望む以上に親しくなることを求められたりすると、イライラしてしまう。	.087	.040	.645
21 どんなに親しい関係であろうと、あまりなれなれない態度をとられるとイヤになってしまう。	.152	.020	.626
22 人に頼られるのは好きでない。	.195	-.171	.615
12 人と親しくなるのは好きでない。	.318	-.180	.564
18 生涯つきあっていきたいと思うような友人はほとんどいない。	.354	-.114	.513
因子寄与量	3.562	3.212	2.866
累積寄与率	18.746	16.907	15.083
$\alpha$ (信頼性係数)	.818	.812	.735

#### 4) 共分散構造分析

親への愛着の各タイプから胎児の愛着へいたるパスを、現在の対人ワーキング・モデルを媒介するパスと直接いたるパスを想定してモデルを作成した。各モデルの適合度を検討し、最適と思われるものが選ばれた(Fig.1参照)。GFI=0.995、AGFI=0.975、AIC=27.560であり、データのモデルの説明率には問題ないと判断された。「親への不信感」から「secure」へのパス係数は5%水準で、「親への依存・安心」、親への分離不安から「Secure」へのパス係数、「Secure」、「親への依存・安心」から「胎児への愛着」へのパス係数は1%水準で有意であった。

「親への依存・安心」からは「Secure」を媒介するパスと、直接「胎児への愛着」へいたるパスとが描かれたが、「親への不信感」、「親への分離不安」からは直接のパスは描かれなかった。「親への不信感」、「親への分離不安」から「Secure」へのパスは負の値を示し、「親への依存・安心」から「Secure」へ、「親への依存・安心」、「Secure」から「胎児への愛着」へのパスは正の値を示した。

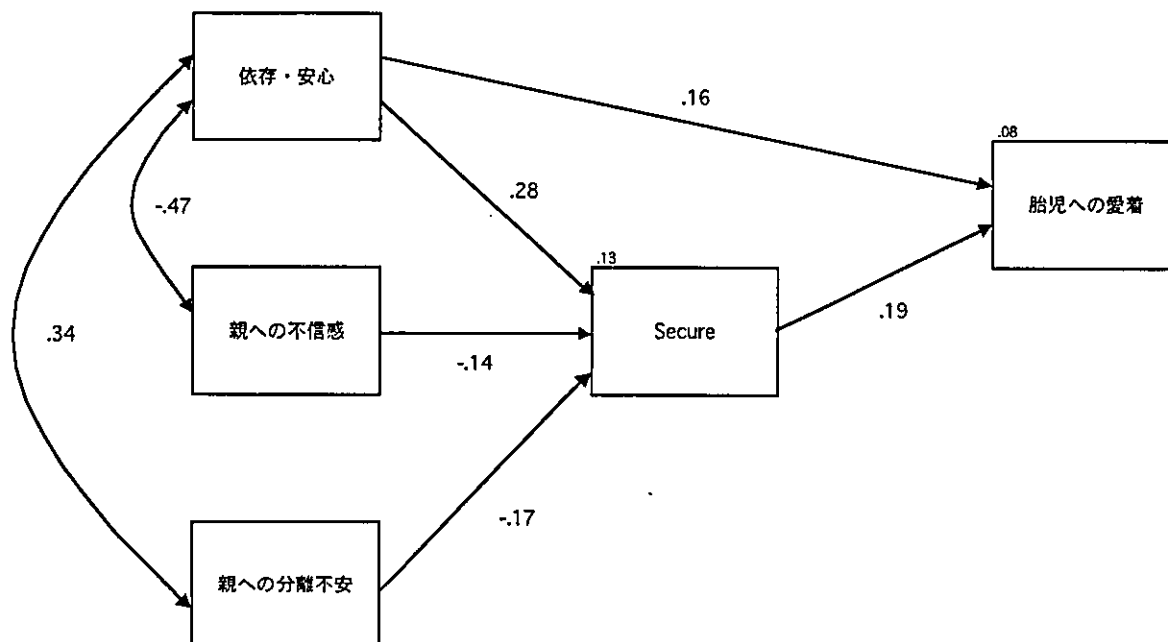


Fig.1 共分散構造分析によるパスモデル

### 考察

本論文においては、母親—胎児愛着を Cranley(1981)の MFAS を用いて測定し、妊婦の母親との愛着関係、他者との IWM が母親—胎児愛着にどのような関連性を有しているかを検討しようとして試みた。このような研究はこれまでの所母親—胎児愛着については行われていないので、母親—胎児愛着に対して、母親の幼児期からの対人関係のありようがどのような影響を与えているかを明らかにできる興味深い物と考えられる。

#### 1) 各尺度について

今回の調査では、母親—胎児愛着を測定するのに Cranley(1981)の MFAS、佐藤 (1993) によって作成された回想された親に対する愛着尺度、詫摩ら (1988) により Haza et al(1987)の愛着スタイルの測定尺度を少し改良した内的ワーキングモデル測定尺度 (新版愛着スタイル尺度) を用いた。

Cranley の MFAS は 24 項目、5 下位尺度からなる尺度であり、母親—胎児愛着を測定するためには最も広く用いられている尺度である。この尺度については尺度の説明の項で述べたように必ずしも母親の胎児に対する愛着を測定している訳ではなく、母親役割に関する項目が含まれていると言われている

(Muller,1993)。オリジナルの尺度は、5つの下位尺度からなっている。しかし、われわれの今回の因子分析の結果からは、MFAS は 1 因子と考えるのが最も自然であると考えられた。今回われわれの結果がどのような要因によって生じたかは明確に論じることが出来ないが、ひとつの可能性としては、わが国と Cranley らの妊婦の愛着構造に何らかの文化的な差異が存在するかもしれない。今後はこの点について、さらに検討が必要であろう。

## 2) 母親—胎児愛着と回想された親への愛着、他者へのワーキングモデルの関係

先にも述べたように、これまで母親—胎児愛着に関連する要因についてはこれまでいくつか検討されている (Hinjo,2003)。そのなかでは、抑うつとの関連がこれまで最も注目されている (Condon et al,1997)。母親-胎児愛着に関連する要因はそれ以外にも存在していると考えられる。取り分け、母親が自分の母親とどのような関係を有していたか、また、母親が現在の周囲の人間とどのような関係を持っているかが母親が胎児とどのような関わりを持つかのひとつの要因であると考えられる。今回の調査はそのような問題を検討することを目的としている。

今回の結果からは、このように、幼少期の親への愛着と、現在の一般的な対人ワーキング・モデル、胎児への愛着には関連が見られた。現在の対人ワーキング・モデルのうち、「胎児への愛着」に影響を与えたのは「Secure」だけであった。「Secure」には幼少期の親への愛着のすべてのタイプから有効なパスが見出されており、幼少期の親への愛着が対人ワーキング・モデルを媒介して胎児への愛着形成に影響を与える事が明らかになった。「親への不信感」、「親への分離不安」は直接「胎児への愛着」に影響しないが、親への不信感が高い、あるいは親への分離不安が強いと他者への親和性を低め、ひいては胎児への愛着を低めると考えられる。一方、「親への依存・安心」からは「Secure」を媒介するほかに「胎児への愛着」への直接のパスが見出された。

このような結果から、妊娠期の母親の愛着は、回想された母親との愛着スタイルや他者に対する IWM と関連があることが明らかになった。今後さらに詳細な研究が必要と思われる。

## 参考文献

Ainsworth,M.D.S., Blehar,M.C.,Waters,E., and Wall,S. (1978) Patterns of Attachment :A Psychological Study of the Strange Situation. NJ, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Bowlby,J. (1969) Attachment and Loss: Vol.1. Attachment New york、Basic books.

- Bowlby, J. (1973) *Attachment and loss: Vol. 2 Separation: Anxiety and Anger*. New York, Basic Books.
- Bowlby, J. (1981) *Attachment and Loss. Vol. 3. Loss: Sadness and Depression*. New York, Basic Books.
- Condon, J. T., Corkindale, C. (1997) The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70; 359-372.
- Fleming, A. S., Ruble, D. N., Flett, G. L., and Shaul, D. L. (1988) Postpartum adjustment in the first-time mothers: relations between mood, maternal attitudes, and mother-infant interactions. *Developmental Psychology*, 24; 71-81.
- Hazan, C, and Shaver, P. (1987) Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52; 511-524.
- Honjo, S., Arai, S., Kaneko, H., Ujiie, T., Murase, S., Sechiyama, H., Sasaki, Y., Hatagaki, C. Inagaki, E., Usui, M., Ishihara, M., Hashimoto, O. Nomura, K., Itakura, A. and Inoko, K. (2003) Antenatal depression and maternal-fetal attachment. *Psychopathology*, 36; 304-311.
- Muller, M. E. (1992) A critical review of prenatal attachment research. *Sch Inq Nurs Pract*. 6; 5-22.
- Muller, M. E. (1993) Development of the Prenatal Attachment Inventory. *West J Nurs Res*, 15; 199-215.
- Kojima, H. (1979) Psychology of the parent-child relationship. Part 2 (in Japanese). *Child Study*, 1126-1143.
- Lindgen, K. (2001) Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health Practices in pregnancy. *Research in Nursing & Health*, 24; 203-217.
- Nagata, M., Nagai, S., Sobajima, H., Ando, T. Nishide, Y. and Honjo, S. (2000) Maternity blues and attachment to children in mother of full-term normal infants. *Acta Psychiatrica*, 101; 209-217
- Nagata, M., Nagai, S., Sobajima, H., Ando, T. and Honjo, S. (2004) Depression in the early postpartum period and attachment to children—in mothers of NICU infants. *Infant & Child Development*, 13; 93-110.
- 佐藤 朗子 (1993) 青年の対人的構えと親および親以外の対象への愛着の関連. *Bulletin of the School of Education, Nagoya University (Educational Psychology)*, 40; 215-226.
- 詫摩 武俊、戸田 弘二 (1988) 愛着理論からみた青年の対人態度—成人版愛着スタイル尺度作成の試み—. *東京都立大学人文学報*, 196, 1-16.

## 妊娠期における父親・母親の抑うつ傾向と 胎児への愛着との関連

研究協力者 萩野聡子<sup>1)</sup>

分担研究者 村瀬聡美<sup>2)</sup>

1) 名古屋大学大学院教育発達科学研究科

2) 名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター

### 問題と目的

妊娠・産褥期のメンタルヘルスに関しては、従来、出産後の母親の精神障害を中心に研究がなされてきている。マタニティーブルーズや産後うつ病は発症頻度が高く、出産後は女性にとって精神的に不安定な時期であることが示されている(岡野ら, 1991; Yamashitaら, 2000)。

一方、出産後と比較して妊娠期は安定した時期であると考えられていたため、妊娠期における母親の精神障害に関する研究は、十分になされてきたとは言えない。しかしながら、従来考えられてきたよりも、妊娠期も出産後同様、精神的に不安定な時期であることが様々な調査研究から次第に明らかになってきた。妊娠期における母親の抑うつの出現率は、15%前後との報告が多い(Kumarら, 1984; Kitamuraら, 1993; Mattheyら, 2000)。また、妊娠期は産後よりもうつ病の出現率が高い可能性があることや、妊娠期のうつ病が産後の抑うつ傾向のリスク要因になることを示唆する研究もある(Gotlibら, 1989)。このように、妊娠期における母親の抑うつ傾向に注目する必要があるが、本邦における研究は非常に限られている(Kitamuraら,

1993, 1996; Sugawaraら, 1999; Honjoら, 2003)。

妊娠・産褥期における精神病理に関する研究は、主に母親に焦点が当てられてきたため、父親の精神病理、特に妊娠期における精神病理を扱った研究は稀である。先行研究によると、妊娠期における父親のうつ病の出現率は、15%前後と報告されている(Atkinsonら, 1984; Raskinら, 1990; Buistら, 2003)。父親の抑うつ傾向と母親の抑うつ傾向の関連を指摘する研究もある(Ballardら, 1994; Mattheyら, 2000)。このように妊娠・出産をめぐるメンタルヘルスの問題に取り組むためには、母親の精神病理のみならず、父親の精神病理にも注目する必要がある。その必要性にも関わらず、本邦においては、妊娠期における父親の精神病理に関する研究は今までのところ皆無であり、この点においても妊娠期における父親の精神病理への注目は非常に重要であると考えられる。

一方、親子相互作用における愛着行動に関しては、母子相互作用での乳児から母親への愛着行動に焦点が当てられてきた。しかし、母親の感情や行動が母子相互作用を制御する大きな要因であるにも関わらず、母親から乳児へ

の愛着行動についての研究は十分ではなく、さらに母親が精神病理を持つ場合、それが臨床的に重要な問題となる可能性が指摘されている(吉田, 2000)。

親の抑うつ傾向と子どもへの愛着形成に関する研究では、妊娠・産褥期における父親・母親の抑うつ傾向は、胎児・乳児への愛着形成を阻害することが示唆されている(Condonら, 1997; Buistら, 2003)。子どもへの愛着形成は妊娠期からすでに始まっており、この時期において形成された愛着は、将来の愛着を予測するとも指摘されている(Cranley, 1981; Condonら, 1997)。しかし、本邦においては妊娠期における抑うつ傾向と胎児への愛着との関連についての研究は少なく(Honjo, 2003)、特に父親のメンタルヘルスと胎児への愛着の関連性を検討した研究は皆無である。

以上より、本研究では、妊娠期における父親と母親の抑うつ傾向を調査し、抑うつ傾向と胎児への愛着との関連を検討することを目的とする。

## 方法

### 1. 対象者

対象者は、A 大学医学部附属病院産科を受診し、妊娠中期(妊娠 12~20 週)・妊娠後期(妊娠 32~36 週)の二度の質問紙調査に協力した父親 53 名、母親 53 名の合計 106 名(夫婦 53 組)であった。対象者の平均年齢は、父親が平均 33.2 歳(SD5.4 歳, 24~45 歳)、母親が平均 30.9 歳(SD3.9 歳, 24~42 歳)であった。母親において、多胎や高齢出産、合併症などの理由でハイリスク外来を受診した妊婦が 29 名(54.7%)認められた。また、初産婦

は 33 名(62.3%)、経産婦は 20 名(37.7%)であった。

### 2. 尺度および質問紙の構成

妊娠中期の愛着を測定する尺度として、Honjo ら(2003)による妊娠中期母親胎児愛着尺度(Antenatal Maternal Attachment Scale; AMAS)を用いた。AMAS は合計 8 項目を 4 件法で評定する尺度であり、合計点は 8~32 点である。また、妊娠後期の愛着を測定する尺度として、Cranley(1981)による Maternal-Fetal Attachment Scale(MFAS)を用いた。MFAS は合計 24 項目を 5 件法で評定する尺度であり、合計点は 24~120 点である。いずれの尺度も得点が高いほど胎児への愛着が強いことを示す。

抑うつ尺度として、福田ら(1973)による Zung's Self Rating Depression Scale(SDS)日本語版と、岡野ら(1996)による日本語版エジンバラ産後うつ病自己評価票(Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPDS)を用いた。SDS は合計 20 項目を 4 件法で評定する尺度であり、合計点は 20~80 点である。福田(1967)は、cut-off point を 39/40 としており、Kitamura ら(1994)は、妊娠期の女性における cut-off point を 42/43 としている。したがって本研究においても、父親は 40 点以上、母親は 43 点以上を抑うつ陽性とした。EPDS は合計 10 項目を 4 件法で評定する尺度であり、合計点は 0~30 点である。日本における産褥期の cut-off point は 8/9 とされおり(岡野ら, 1996)、本研究でも 9 点以上を抑うつ陽性とした。いずれの尺度も得点が高いほど抑うつ傾向が強いことを示す。なお、EPDS は母親にのみ実施した。

妊娠中期の母親用質問紙は、基本属性、AMAS、SDS、EPDS から、父親用質問紙は、基本属性、AMAS、SDS から構成された。妊娠後期の母親用質問紙は、MFAS、SDS、EPDS から、父親用質問紙は、MFAS、SDS から構成された。

### 3. 手続き

本研究では、口頭および書面による研究に関する十分な説明を行い、書面による同意を得られた対象者に対して質問紙への回答を求めた A 大学医学部附属病院産科を受診した妊娠期の母親に対して父親用・母親用質問紙を配布し、母親にはその場で回答を求め、父親用質問紙は同意意志を確認の上、後日郵送回収とした。調査時期は 2002 年 2 月から 2004 年 8 月であった。なお、本調査は、A 大学医学部倫理委員会により承認されている（承認番号：173）。

### 4. 分析方法

本研究では、AMAS および MFAS 得点の抑うつ陰性・陽性別による得点差に関して Mann-Whitney の U 検定を用いて比較した。また、父親・母親別による愛着および抑うつ得点の差に関して、 $t$  検定を行った。さらに、ピアソンの相関係数を求め、各尺度の相関を検討した。分析には、SPSS for Windows11.5J を用いた。

## 結果

### 1. 抑うつ陽性者の出現率と抑うつ得点の性差

父親の SDS 抑うつ陽性者は、妊娠中期では 8 名 (15.1%)、妊娠後期では 10 名 (18.9%) であった。母親の SDS 抑うつ陽性者は、妊娠中期では 17

名 (32.7%)、妊娠後期では 20 名 (38.5%)、EPDS 抑うつ陽性者は、妊娠中期では 6 名 (11.5%)、妊娠後期では 8 名 (15.4%) であった。妊娠中期よりも妊娠後期における父親の SDS 得点の平均の方が、高い傾向にあった ( $t(52) = -1.94, p < .10$ )。父親と母親の SDS 得点に関して  $t$  検定を行ったところ、妊娠中期・後期の両期において、父親よりも母親の SDS 得点の方が有意に高かった ( $t(93) = -5.93, t(104) = -5.02$ , それぞれ  $p < .01$ )。

### 2. 愛着得点の性差

妊娠中期・後期の両期において、父親と母親の AMAS 得点および MFAS 得点に有意な差は見られなかった ( $t(104) = -1.16, t(104) = .13$ , それぞれ  $ns$ )。

### 3. 抑うつ陰性・陽性別による愛着得点

SDS および EPDS 陰性者・陽性者による愛着得点に関して、Mann-Whitney の U 検定を行った。抑うつ陰性者・陽性者によって愛着得点に有意な差は見られなかった ( $Z = .90, Z = 1.07, Z = 1.21, Z = 1.11, Z = 1.00, Z = .14$ , それぞれ  $ns$ )。

また、パートナーの SDS および EPDS 陰性・陽性による愛着得点に関して、Mann-Whitney の U 検定を行った。抑うつ陽性者である父親をもつ母親は、抑うつ陰性者の父親をもつ母親よりも、妊娠中期および後期の愛着得点が有意に低かった ( $Z = 2.12, Z = 2.00$ , それぞれ  $p < .05$ )。

### 4. 愛着得点と抑うつ得点の相関

妊娠中期・妊娠後期における愛着得点と抑うつ得点に関して、ピアソンの相関係数を求めた。



#### 1) 各期における相関

妊娠後期において父親の MFAS 得点と母親の MFAS 得点の間に中程度の正の相関が見られた ( $r = .49, p < .01$ )。同じく妊娠後期において、父親の MFAS 得点と SDS 得点、母親の MFAS 得点と SDS 得点の間に負の相関が見られた ( $r = -.35, p < .01; r = -.28, p < .05$ )。

妊娠中期・後期ともに、父親の SDS 得点と母親の SDS 得点・EPDS 得点の間に有意な相関は見られなかった ( $r = .16, r = .23, r = .24, r = .17$ , それぞれ *ns*)。

#### 2) 妊娠中期の愛着得点と妊娠後期の愛着得点の相関

父親の妊娠中期における AMAS 得点と後期における MFAS 得点、母親の中期における AMAS 得点と後期における MFAS 得点の間に正の相関が見られた ( $r = .29, p < .05; r = .47, p < .01$ )。

#### 3) 妊娠中期の抑うつ得点と妊娠後期の愛着得点の相関

妊娠中期における父親の SDS 得点と後期における父親の MFAS 得点、中期における父親の SDS 得点と後期における母親の MFAS 得点の間に中程度の負の相関が見られた ( $r = -.37, r = -.35$ , それぞれ  $p < .01$ )。

#### 4) 妊娠中期の抑うつ得点と妊娠後期の抑うつ得点の相関

父親の妊娠中期における SDS 得点と後期における SDS 得点に正の相関が見られた ( $r = .62, p < .01$ )。また、母親の中期における SDS 得点と後期における SDS 得点、中期の SDS 得点と後期の EPDS 得点、中期の EPDS 得点と後期の SDS 得点、中期の EPDS

得点と後期の EPDS 得点の間に正の相関が見られた ( $r = .38, r = .54, r = .40, r = .73$ , それぞれ  $p < .01$ )。

## 考察

### 1. 抑うつ陽性者の出現率

父親の SDS 得点の平均および抑うつ陽性者の出現率は、妊娠中期では 15.1%, 妊娠後期では 18.9%であった。妊娠期における父親のうつ病に関する先行研究では、出現率は 12~18.6%とされており (Atkinson ら, 1984; Raskin ら, 1990; Buist ら, 2003), 本研究での結果と一致する。妊娠期における父親の抑うつ傾向を捉えた研究は、わが国では本研究が初めてであり、諸外国におけると同様、父親において妊娠中に抑うつ傾向が見られることが判明した。

母親の SDS による抑うつ陽性者と、EPDS による抑うつ陽性者の出現率を比較すると、SDS による陽性者の出現率の方が高かった。Kitamura ら (1996) によると、cut-off point を 42/43 とした場合の陽性反応的中率は 25%, 陰性反応的中率は 99%であり、SDS は抑うつ傾向を過大評価している可能性が考えられる。また、Sugawara ら (1999) は、SDS の身体症状項目について、周産期に関連した身体変化によるものか、抑うつ症状によるものかの区別が必要であると指摘している。これらのことから、SDS による抑うつ傾向の解釈は慎重にすべきであると考えられる。

母親の EPDS による抑うつ陽性者の出現率は、妊娠中期では 11.5%, 妊娠後期では 15.4%であった。妊娠期における母親のうつ病に関する先行研究で

は、12.3～16%と報告されており (Kumar ら, 1984; Kitamura ら, 1993; Matthey ら, 2000), 本研究の EPDS による結果はこれらと一致する。先行研究と本研究の結果から、妊娠期における母親の抑うつ傾向の出現率は、15%前後であると考えられる。

また、妊娠中期・後期ともに父親よりも母親における SDS 得点の平均の方が有意に高かった。先行研究においても、性差による抑うつ得点の違いが示されており (Matthey ら, 2000; Buist ら, 2003), 父親よりも母親の方が、抑うつ傾向が高率で出現するということは一致した見解と言える。

## 2. 父親の抑うつ傾向と母親の抑うつ傾向の関連

先行研究では父親と母親の抑うつ傾向の関連が指摘されている (Ballard ら, 1994; Matthey ら, 2000)。しかしながら本研究では、妊娠中期・後期ともに父親と母親の SDS, EPDS 得点に関して、有意な相関が見られなかった。先行研究における父親と母親の抑うつ傾向の関連は、全て産後において見出されている。Matthey ら (2000) は、父親と母親の抑うつ傾向の相関は、妊娠期では低く、産後1年かけて高くなると報告している。妊娠期において母親の抑うつ傾向が強まると父親はその影響を受け、母親の抑うつ傾向が持続しその影響が長期に及ぶと、父親も抑うつ傾向を示すようになると考えられる。すなわち、妊娠期においては、母親の抑うつ傾向による影響をそれほど長期間受けていないため、本研究では父親と母親の抑うつ傾向に相関が見られなかったと推測され、産後にわたって追跡をしていくと、関連が見られ

る可能性が考えられる。

## 3. 妊娠期における抑うつ傾向と胎児への愛着

父親・母親ともに妊娠中期の AMAS 得点と、妊娠後期の MFAS 得点との間に正の相関が見られた。また、父親・母親ともに妊娠中期の SDS 得点と後期の SDS 得点との間に正の相関が見られた。これらの結果から、妊娠中期において胎児への愛着が高いと、後期においても愛着が高く、中期においても抑うつ傾向が高いと、後期においても抑うつ傾向が高いと言える。

妊娠後期において父親の MFAS 得点と SDS 得点、母親の MFAS 得点と SDS 得点の間に負の相関が見られた。諸外国における先行研究では、父親・母親における抑うつ傾向と胎児への愛着の関連が示されているが (Condon ら, 1997; Buist ら, 2003), 本研究の結果から、父親・母親における抑うつ傾向が高いと胎児への愛着は低く、抑うつ傾向は胎児への愛着形成におけるリスク要因であることがわが国においても示された。さらに本研究では、妊娠中期・妊娠後期ともに、SDS 陽性者である父親をもつ母親は、SDS 陰性者の父親をもつ母親よりも、AMAS 得点と MFAS 得点が有意に低かった。加えて、父親の妊娠中期の SDS 得点と、父親・母親の後期の MFAS 得点との間に負の相関が見られた。これらの結果から、妊娠期における抑うつ傾向は、胎児への愛着形成のリスク要因であり、特に妊娠期における父親の抑うつ傾向の存在により、母親は胎児への愛着を形成しにくくなることが示された。従来の研究では、妊娠期における父親のメンタルヘルスが注目されて

こなかったため、このことは諸外国においても報告されていなかった。しかし、本研究の結果により、妊娠期からの父親を含めた「両親」のメンタルヘルスの重要性があらためて示された。

#### 4. 今後の課題

本研究では、これまで注目されてこなかった妊娠期における父親と母親の抑うつ傾向を調査することで、妊娠期の親の抑うつ傾向が胎児への愛着形成のリスク要因となることが示された。このことから、妊娠期から父親を含めた両親のメンタルヘルスに注目していく必要があると結論付けられた。本研究は対象者数が少ないため、今後対象者の数を増やし産後にわたって縦断的に検討していく必要がある。また今後は、妊娠期の抑うつ傾向への具体的な早期介入を検討していく必要があるだろう。

#### 引用文献

- Atkinson,A.K.&Rickel,A.U. (1984). Postpartum depression in primiparous parents. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(1), 115-119.
- Ballard,C.G., Davis,R., Cullen,P.C.et al. (1994). Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers . *British Journal of Psychiatry*, 164, 782-788.
- Buist,A., Morse,C.A.&Durkin,S. (2003). Men's adjustment to fatherhood : Implications for obstetric health care . *Journal of Obstetric Gynecologic,and Neonatal Nursing*, 32(2), 172-180.
- Condon,J.T.&Corkindale,C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 359-372.
- Cranley,M.S. (1981). Development of a tool the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30(5), 281-284.
- Gotlib,I.H. , Whsiffen,V.E. , Mount,J.H.et al. (1989). Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 269-274.
- Honjo,S., Arai,S., Kaneko,H.et al. (2003). Antenatal depression and maternal-fetal attachment. *Psychopathology*, 36, 304-311.
- 福田一彦 (1967). 一般臨床医に役立つ心理テスト, SDS - 抑うつ性の測定 - . *山形県立病院医学雑誌*, 1 (2), 36-42.
- 福田一彦, 小林重雄 (1973). 自己評価式抑うつ性尺度の研究. *精神神経学雑誌*, 75(10), 673-679.
- Kumar,R.&Robson,J.M. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47.
- Kitamura,T., Shima ,S., Sugawara ,M.et al. (1993). Psychological and social correlates of the onset of affective disorders among pregnant women. *Psychological Medicine*, 23, 967-975.
- Kitamura ,T., Shima ,S., Sugawara ,M.et al. (1994). Temporal variation of validity of self-rating questionnaires : Repeated use of the General Health Questionnaire and Zung's Self-rating Depression Scale among women during antenatal and postnatal periods . *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 446-450.
- Kitamura,T., Sugawara,M., Sugawara,K.et al. (1996). Psychosocial study of depression in early pregnancy. *British Journal of Psychiatry*, 168(6), 732-738.
- Matthey,S., Barnett,B., Ungerer,J.et al. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 60, 75-85.

- 岡野禎治, 野村純一, 越川典子ら (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.
- 岡野禎治, 村田真理子, 増地聡子ら (1996).  
日本語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. 季刊精神診断  
学, 7(4), 525-533.
- Raskin,V.D., Richman,J.A.&Gaines,C. (1990).  
Patterns of depressive symptoms in expectant  
and new parents . American Journal of  
Psychiatry, 147(5), 658-660.
- Sugawara,M. , Sakamoto,S. , Kitamura,T.et al.  
(1999). Structure of depressive symptoms in  
pregnancy and the postpartum period. Journal of  
Affective Disorders, 54, 161-169.
- Yamashita,H., Yoshida,K., Nakano,H.et al. (2000).  
Postnatal depression in Japanese women  
detecting the early onset of postnatal depression  
by closely monitoring the postpartum mood.  
Journal of Affective Disorders, 58, 145-154.
- 吉田敬子 (2000). 母子と家族への援助 妊娠  
と出産の精神医学. 東京, 金剛出版

## 分担研究報告書

### 母親の問題行動の類型化とその発生メカニズムのモデル化について

名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター・教授

氏家達夫

#### 問題と目的

本研究は、母親の親行動の問題を類型化し、親行動の問題の類型に応じた親行動に対する支援プログラムを開発することを目的としている。今年度は、母親の問題行動の類型化とその発生メカニズムのモデル化を行ったので報告する。

母親の親行動の問題を類型化するとき、もっとも一般的なモデルは、現象的アプローチ、すなわち親行動の問題そのものに基づくモデルであろう。親行動の問題を多面的に測定した上で、親行動の問題が類型化される。例えば、子どもに対する拒否や虐待傾向をもつかどうかによって、母親の問題が整理される。しかし、本研究では、現象的アプローチだけでは不十分だという立場をとる。支援プログラムの効果は、問題が生み出される仕組みに応じて異なると考えられる。そして、現象的に類似した問題がすべて同じ要因によって生み出されるわけではないし、異なった類型に含まれる問題がすべて異なった要因によって生み出されるというわけでもない。親行動の問題の類型に応じた親行動に対する支援プログラムを開発するためには、それらの問題類型がどのような要因と関連しているのかを明らかにする必要があると考えるのである。本研究で開発することを目指している支援プログラムは、親行動の問題の類型化と同時に、それらが関連する要因についてのモデル（因果モデル）にもとづく。

そこで本研究では、親行動の問題の類型化を試みると同時に、因果モデルの構築をめざした調査を行った。

#### 方法

##### 調査対象者

調査対象は、名古屋市近郊の T 市に在住する母親 1,121 名であった。4 ヶ月、1 歳半、3 歳の健診参加者、2 歳児童の「すくすく教室」の参加者、それに保育園児の母親であった。母親の平均年齢は 30.7 歳（年齢範囲は 19 歳～44 歳）であった。子どもの性別は、女兒が 567 名、男児が 526 名、欠損が 28 名であった。第 1 子が 569 名、第 2 子が 395 名、第 3 子が 101 名、第 4 子以降が 19 名、欠損 37 名であった。初産年齢は、20 歳未満が 48 名、20 歳～24 歳が 300 名、25 歳～29 歳が 516 名、30 歳～34 歳が 209 名、それ以上が 36 名、欠損は 12 名であった。初産の平均年齢は 26.9 歳であった。有職者は 562 名（うち、52 名は産休・育休中）、

無職（専業母親）は 553 名、欠損は 6 名であった。夫が就労しているのは 1044、夫が無職は 7、単親は 62 であった。夫と子どもだけの家庭は 339（86.0%）であり、3 世代の大家族は 49（12.4%）であった。母子家庭は 6（1.5%）であった。

#### 変数

妊娠・出産への態度および妊娠・周産期のリスク：幼い子どもとの接触経験、妊娠がわかったときの自身の反応、周産期のリスク、産後のマタニティブルーの有無など 9 項目。「はい」「いいえ」の 2 件法で質問した。夫・友人との関係：夫の育児参加や結婚満足、交流している友人の有無など 8 項目。「はい」「いいえ」の 2 件法で、1 と 0 に得点化した。両親との関係：両親が健在かどうか、子どもの頃の両親との関係についての 7 項目。「はい」「いいえ」の 2 件法で、1 と 0 に得点化した。ストレス：ストレスとストレス解消法についての 7 項目。「はい」「いいえ」の 2 件法で、1 と 0 に得点化した。育児行動：この 1 ヶ月間における子どもに対する攻撃や無視、敵意・拒否感情、感受性や構造化の欠如、妨害性などについての 30 項目。「1 回もなかった」「1、2 回あった」「数回あった」「何回もあった」の 4 件法で、0、1、2、3 と得点化した。自身のパーソナリティ：完全主義傾向や社交性、自己効力感についての 10 項目。「はい」「いいえ」の 2 件法で、0 と 1 に得点化した。抑うつ：CES-D を参考に、20 項目からなる尺度を構成した。「まったくない」「少しある」「かなりある」「いつもある」の 4 件法で、0、1、2、3 に得点化した。

## 結 果

#### 合成変数の作成

ストレス、自身のパーソナリティについて主成分分析を行い、変数の合成を行った。ストレスの 7 項目が単一の因子であることを確認し、負荷量の大きかった「子育てや子どものことで悩みや困り事がある」「自分自身のことで悩みや困り事がある」「まわりの人とのことで悩みや困り事がある」「むしゃくしゃしたときに子どもにあたることがある」「毎日の生活で精一杯で心に余裕がない」の 5 項目を加算して「ストレス」得点とした。自身のパーソナリティについての 10 項目が単一の因子であることを確認し、負荷量の大きかった「何かあるとか考え込んでしまう」「いろいろなことを要領よくこなす（逆転）」「周りの人に気兼ねしやすい」「パニックになりやすい」「些細なことでくよくよする」の 5 項目を加算して「傷つきやすさ」得点とした。

夫・友人との関係についての 8 項目のうち、「夫は親身になって話を聞いてくれる」「夫を頼りにしている」「結婚生活に満足している」の 3 項目を加算して、「夫への満足」得点とした。

育児行動の 30 項目は、母親の心理状態を表す項目と結果としての行動を表す項目、それにダミーとして入れたポジティブな行動項目からなっていた。母親の心理状態を表す項目と結果としての行動を表す項目についてそれぞれ因子分析をした結果、それぞれ 2 因子を抽出した。母親の心理状態を表す項目について、第 1 因子は、「子どものまわりつかれてはらが立ったことがある」「子どもが泣き止まないの腹が立ったことがある」「子どもと遊んでいて子どもが思い通りにしないの腹が立ったことがある」「子どもの失敗に腹が立ったこ

とがある」の 4 項目からなり、「子どもに対する腹立ち」因子と解釈した。負荷量の大きさにもとづいて、「子どもと遊んでいて子どもが思い通りにしないので腹が立ったことがある」を除く 3 項目を加算して、「子どもに対する腹立ち」得点とした。第 2 因子は、「子どもの機嫌の変化が予測できず困る」「子どものしつけ方がわからなくなったことがある」「子どもにどう関わればよいかわからなくなったことがある」の 3 項目からなり、「困惑」因子と解釈した。3 項目を加算して「困惑」得点とした。結果としての行動を表す項目について、第 1 因子は「子どものせいで生活が不自由になったと感じたことがある」「そのときの気分で子どもを無視したことがある」「子どもがいなければよいと思ったことがある」「子どもが話しかけてきたのに相手をしなかったことがある」「子どもを憎たらしく感じたことがある」「子どもの世話をするのが面倒だと思ったことがある」の 5 項目からなり、「子どもに対する拒否」因子と解釈した。負荷量の大きさにもとづいて、「子どものせいで生活が不自由になったと感じたことがある」「子どもがいなければよいと思ったことがある」「子どもの世話をするのが面倒だと思ったことがある」の 3 項目を加算して、「子どもに対する拒否」得点とした。第 2 因子は、「子どもをからかったり意地悪したりして子どもの機嫌を壊してしまったことがある」「口でいってもわからないので体罰を与えたことがある」「子どもに何かをさせようとして無理強いをしたことがある」「子どもを叩いたりつねったり冷たい仕打ちをしてしまったことがある」の 4 項目からなり、「体罰・虐待傾向」因子と解釈した。負荷量の大きさにもとづいて、「子どもに何かをさせようとして無理強いをしたことがある」を除く 3 項目を加算し、「体罰・虐待傾向」得点とした。

抑うつについての 20 項目を因子分析して、1 因子からなることを確認した。負荷量の大きさにもとづいて 10 項目を抽出し、それらを加算して「抑うつ」得点とした。

#### 親行動の 4 側面の度数分布

子どもに対する腹立ち、困惑、子どもに対する拒否、体罰・虐待傾向の 4 側面の度数分布を表 1 に示した。

表 1 に示されるように、子どもに対する腹立ちや困惑を経験している母親が非常に多い。この 1 ヶ月間で、1 項目も当てはまらないという母親は、20%にも満たず、およそ半数は少なくとも 1 項目以上について、「1、2 回あった」と回答している（子どもに対する腹立ちでは約 44%、困惑では 47%）。

また、かなり多くの母親が体罰・虐待傾向や子どもに対する拒否を示すこともわかる。体罰・虐待傾向については、1 項目も当てはまらないと回答した母親はサンプルの 4 分の 1 に過ぎず、46%はこの 1 ヶ月間で少なくとも 1 項目以上について、「1、2 回あった」と回答した。子どもに対する拒否については、1 項目も当てはまらないと回答したのは 36%であり、少なくとも 1 項目以上について、「1、2 回あった」と回答したのは 47%であった。

表 1 親行動の 4 側面の度数分布

	体罰	拒否	腹立ち	困惑
0	284 (26.5%)	390 (36.2%)	125 (11.7%)	157 (14.7%)
1	194 (18.1%)	192 (17.8%)	130 (12.2%)	166 (15.5%)
2	173 (16.1%)	200 (18.6%)	179 (16.7%)	177 (16.6%)

3	127 (11.8%)	115 (10.7%)	160 (15.0%)	174 (16.3%)
4	119 (11.1%)	67 ( 6.2%)	146 (13.7%)	128 (12.0%)
5	58 ( 5.4%)	39 ( 3.6%)	108 (10.1%)	93 ( 8.7%)
6	68 ( 6.3%)	31 ( 2.9%)	104 ( 9.7%)	73 ( 6.8%)
7	30 ( 2.8%)	20 ( 1.9%)	46 ( 4.3%)	45 ( 4.2%)
8	7 ( 0.7%)	6 ( 0.6%)	28 ( 2.6%)	31 (2.9%)
9	13 ( 1.2%)	16 (1.5%)	43 ( 4.0%)	25 ( 2.3%)
計	1073	1076	1069	1069

### 親行動の問題の発生モデル

子どもに対する拒否と体罰・虐待傾向を従属変数とし、母親の年齢、子どもの年齢、抑うつ、ストレス、傷つきやすさ、夫への満足、子どもに対する腹立ち、困惑、を予測変数としてパス解析を行った。その結果、子どもに対する拒否感情と体罰・虐待傾向を1つのモデルに組み込むことができなかつたので、それぞれについてモデルを立てた。

図1に、体罰・虐待傾向についてのパス解析の結果を、図2に子どもに対する拒否についてのパス解析の結果を示した。図1、図2に示されるように、母親や子どもの年齢、夫への満足は有意な説明力を持たなかつた。体罰・虐待傾向と子どもに対する拒否のいずれについても、よく似たパス図が得られた。いずれにしても、直接の引き金になっているのは子どもに対する腹立ちであつた。ストレスと困惑も小さいながら有意な説明力を持った。

子どもに対する腹立ちは、困惑によつてもっともよく説明され、さらにストレスによつても予測された。この結果から、ストレスの多さと傷つきやすいというパーソナリティ特性が、子どもとうまく関われない、どうすればよいかわからない、という困惑を引き起こし、それが子どもに対する腹立ちを引き起こすことがわかる。



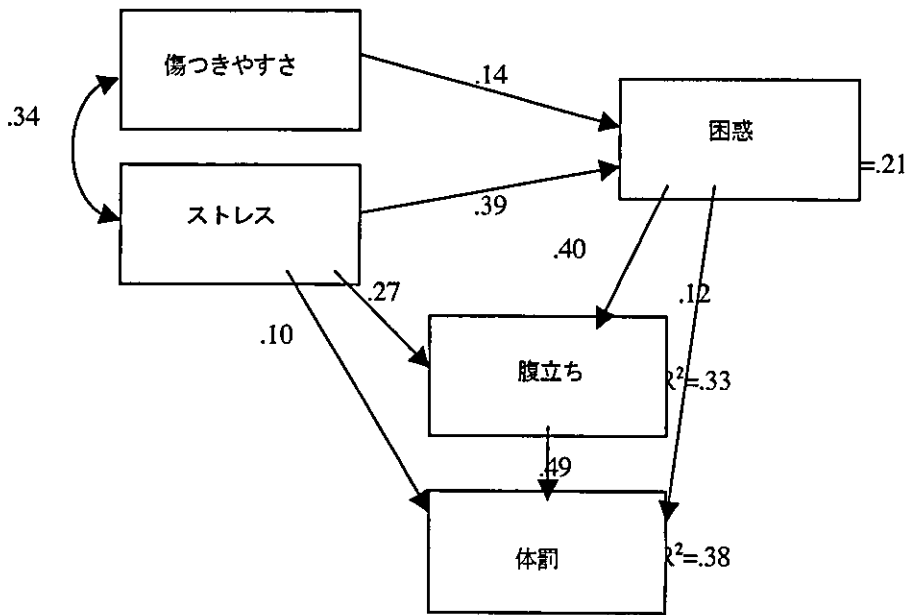


図1 体罰・虐待傾向のパスモデル

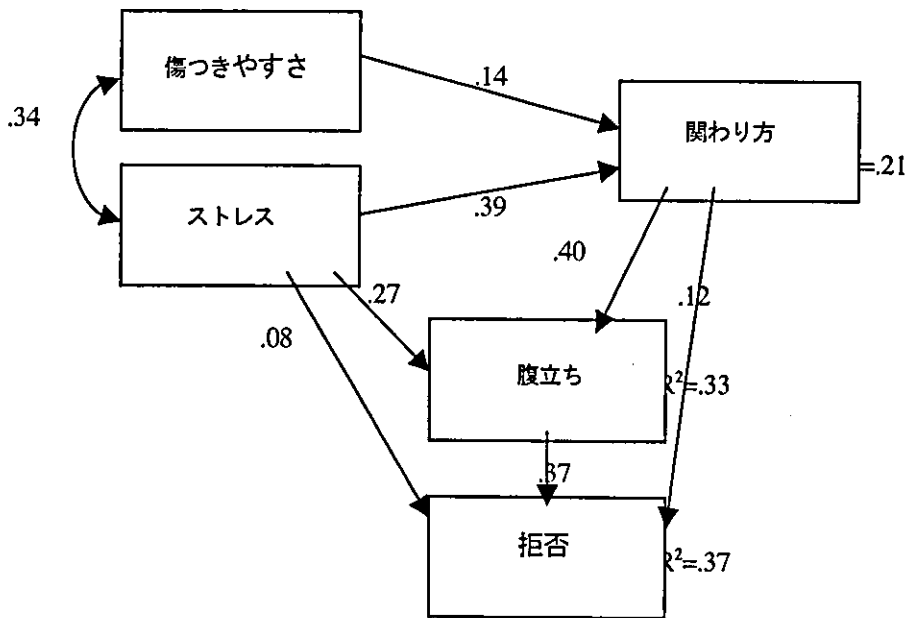


図2 子どもに対する拒否のパスモデル

親行動の判定基準

パス解析の結果、子どもに対する拒否と体罰・虐待傾向、子どもに対する腹立ちと困惑、それにストレスが関係していることが示された。そこで、それぞれの変数間の関係をより直感レベルで把握するために、各変数の得点を高、中、低群にわけ、クロス集計を行った。

群わけは、次の基準にしたがって行われた。まず、体罰・虐待傾向と子どもに対する拒否については、0～2 を低群、3～5 を中群、6 以上を高群とした。各変数は 3 項目からなり、得

点は 0～9 に分布する。0～2 は、1 項目あたりの平均得点が 1 未満であることから、その変数が（ほとんど）該当しないということの意味している。3～5 は、1 項目あたりの平均では 1 以上 2 未満であり、数回まではいかないが 1・2 回以上あったことを意味する。6 以上は、1 項目あたりの平均が 2 以上であり、数回以上あったことを意味する。

体罰・虐待傾向や子どもに対する拒否に対して直接効果を持っていた子どもに対する腹立ちについては、体罰・虐待傾向や子どもに対する拒否との対応ができるだけはっきりとわかるように基準値を決めた。その結果、子どもに対する腹立ちについても、0～2 を低群、3～5 を中群、6 以上を高群とすることにした。表 2 に、子どもに対する腹立ちと体罰・虐待傾向、子どもに対する拒否の関係を示した。表 2 からわかるように、子どもに対する腹立ちが低群では、体罰・虐待傾向と子どもに対する拒否も、大部分が低群に収まる。子どもに対する腹立ちが中群の場合、体罰・虐待傾向と子どもに対する拒否のいずれも、中群になる可能性が高まる。体罰・虐待傾向では、13.3→38.6 で、およそ 3 倍に跳ね上がるし、子どもに対する拒否も 9.1→23.0 で 2 倍強になる。子どもに対する腹立ちが高群では、体罰・虐待傾向と子どもに対する拒否感情のいずれも高群になる可能性が高まる。体罰・虐待傾向では、2.1 と 5.9→37.7 になってしまうし、子どもに対する拒否でも、0.3 と 3.4→25.0 になる。

表 2 子どもに対する腹立ちと体罰・虐待傾向と子どもに対する拒否とのクロス集計

		子どもに対する腹立ち		
		低	中	高
体罰・虐待傾向	低	364 (84.7%)	227 (55.5%)	52 (23.6%)
	中	57 (13.3%)	158 (38.6%)	85 (38.6%)
	高	9 (2.1%)	24 (5.9%)	83 (37.7%)
子どもに対する拒否	低	387 (89.3%)	306 (74.8%)	82 (37.3%)
	中	39 (9.1%)	94 (23.0%)	84 (38.2%)
	高	4 (0.9%)	14 (3.4%)	55 (25.0%)

表 3 は、困惑と子どもに対する腹立ちの関係を示したものである。困惑の基準値は、0～2 を低群、3 と 4 を中群、5 以上を高群とした。表 3 からわかるように、困惑が低群では子どもに対する腹立ちは少なくなる。約 60%が子どもに対する腹立ちが低群であり、高群は 10% 未満である。一方、困惑が高群では、子どもに対する腹立ち高群が約 50%にも跳ね上がる。

表 3 困惑と子どもに対する腹立ちのクロス集計表

		困惑		
		低	中	高
子どもに対する腹立ち	低	294 (59.4%)	92 (30.1%)	43 (16.2%)
	中	171 (34.5%)	145 (48.7%)	94 (35.5%)
	高	30 (6.1%)	61 (20.5%)	128 (48.3%)

ストレスも子どもに対する腹立ちを予測する要因であると考えられたが、表 4 に示される

ように、あまりセンシティブな要因ではないようである。この結果は、モデルの係数の低さからも予想されたことである。ストレスの基準値は、0～2 が低群、3 と 4 で中群、5 で高群である。

表4 ストレスと子どもに対する腹立ちのクロス集計表

		ストレス		
		低	中	高
子どもに対する腹立ち	低	474 (90.1%)	276 (73.0%)	57 (48.3%)
	中	32 ( 6.1%)	74 (19.6%)	39 (33.1%)
	高	20 ( 3.8%)	28 (7.4%)	22 (18.67%)

### 考 察

以上の結果をまとめると、①母親の問題行動（子どもに対する拒否と体罰・虐待傾向）の直接の引き金になっているのは子どもに対する腹立ちであった；②子どもに対する腹立ちは、困惑によってもっともよく説明され、さらにストレスによっても予測された；③ストレスの多さと傷つきやすいというパーソナリティ特性が、子どもとうまく関われない、どうすればよいかわからない、という困惑を引き起こした。この結果から、ストレスの多さと傷つきやすいというパーソナリティ特性→困惑→子どもに対する腹立ち→母親の子どもに対する拒否や体罰・虐待傾向というプロセスを想定することができる。

これらの結果にもとづいて母親の問題行動に対する対応を考えると、子どもの腹立ちが重要な決め手になっているという点に注目すべきだろう。子どもに対する腹立ちは、それを構成する項目の内容から判断して、おそらく子どもの問題が関与している。そのため、子どもとの関わりに対する困惑と（累積した）ストレスと密接に関係する。したがって、子どもとの関わり方についての情報提供（子どもの信号の読み方や子どもの扱い方）やそれを実行するためのスキル学習や練習の機会の提供が効果的だと思われる。また、ストレスの低減と効果的な対処の習得も必要だろう。ストレスが、子どもに介入するタイミングや介入方略を誤らせる（適切なタイミングを外した、簡単になだめる方法を取らなかった）可能性があるからである。すでに述べたように、子どもに対する腹立ちは多くの母親で経験されており、腹立ちをなくすことはおそらくむずかしい。むしろ、腹が立っても不適切な行動をとったり感情をもったりしないための条件を考えた方がよいだろう。

体外受精後分娩修正 3 歳時点における母親の抑うつとおよび子供の問題行動について  
分担研究者 板倉 敦夫 名古屋大学医学部附属病院周産母子センター・助教授

研究要旨 体外受精によって出産した子どもの 3 歳時点での母親の愛着・抑うつ尺度は、自然妊娠の母親と差は見られなかったが、子どもの問題行動リストでは、睡眠・食事尺度と注意集中尺度に自然妊娠の子どもとの間に有意差がみられた。体外受精で出生した子どもの発育・発達に対して、長期的なフォローアップが必要であると考えられた。

#### A. 研究目的

体外受精による出産例は、全国で年間 10000 例にもおよび、不妊カップルに福音をもたらしていることは明白であるが、生児獲得までの経済的・心理的負担は大きく、また体外受精を特別視する風土がまだ存在しているため、体外受精を行ったことに対する母親の心理的影響は育児にも少なからず与えていると考えられる。また体外受精は妊娠率向上を目指すために多胎妊娠率が自然妊娠より高く、早期産・未熟児を生み出す結果となっており、このような点からも、長期的予後の解析は多角的かつ詳細に検討されるべきであろう。母親の精神的健康と児の発育・発達を検討することは、今後の不妊治療の治療方針策定の際の重要なエビデンスとなり、体外受精による妊娠であることが児の発育・発達にどのような影響を与えるかを解明することによって児の健全な心理的発達に資することができる。

#### B. 研究方法

被調査者 臨床群は中部地方の不妊治療クリニックで体外受精を受け出産し子どもが 3 歳となり、質問紙への協力を承諾した女性とその子ども 28 名であった。正常サンプルは大学病院で出産した女性とその子どもである。協力依頼に際しては、文書での説明を行った。

(a) 測定尺度として産褥うつ病の評価 Cox (1987) による産褥うつ病のスクリーニングを目的としたエジンバラ産褥うつ病自己評価票 (EPDS) の日本語版 (岡野ら 1996) を用いた。子どもの問題行動リストは CBCL を用いた。

#### C. 研究結果

体外受精によって出産した母親の EPDS 9 点以上 (スクリーニング陽性) は 5% と自然妊娠の 16% と比較して、有意差はみられなかった。母親愛着尺度・育児ストレスについても有意差はみられなかった。

CBCL で得られた依存分離尺度、引きこもり尺度、不安神経質尺度、発達尺度、男児・女児攻撃尺度、反抗尺度、その他の項目、内向尺度、外向尺度には、両群間に差は見られなかったが、睡眠・食事尺度、注意集中尺度には体外受精による子どもに有意に高かった。

#### D. 考察

日本版エジンバラ産褥うつ病調査票 EPDS, CBCL の信頼性とスクリーニングに用いる場合の妥当性については、すでに報告されている。

3 歳時点での体外受精による妊娠で出産した母親の精神的健康は、自然妊娠との間に差はみられなかったが、体外受精によって出産した子どもに問題行動リスト上、一部有意差がみられた。この理由として、体外受精では 7/30(23%) が出生後 NICU に入院するなどの早期産や出生時の諸問題によって、その後の発育にも影響を与えている可能性がある。

#### E. 結論

子どもの問題行動リストでは、睡眠・食事尺度と注意集中尺度に自然妊娠によって出生した子どもとの間に有意差がみられた。体外受精で出生した子どもの発育・発達に対して、長期的なフォローアップが必要であると考えられた。

#### F. 健康危険情報

研究協力に対しては、倫理委員会承認のもと文書にて同意を得た。人権及び利益の保護の取扱いについては問題がない。

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし