

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

周産期のメンタルヘルスにおける認知行動療法：オーバービューレビュー

研究分担者 片岡 弥恵子 聖路加国際大学大学院 教授

	氏名	所属先	役職
研究分担者	片岡 弥恵子	聖路加国際大学大学院 ウィメンズヘルス・助産学	教授
研究協力者	岡津 愛子	聖路加国際大学大学院 看護学研究科 博士後期課程	
研究協力者	青山 さやか	聖路加国際大学大学院 看護学研究科 博士後期課程	
研究協力者	山路 野百合	聖路加国際大学 臨床疫学 HTA センター	

研究要旨【目的】 妊娠中から認知行動療法(CBT)を実施することで産後うつ病や不安症の予防効果が得られるのかオーバービューレビューを実施し、実施されている CBT の概要と予防効果を明らかにすることを目的とした。**【方法】** データベースを用いて、周産期の妊産婦に対し、CBT と通常ケア、CBT 以外の介入などと比較したシステマティックレビュー(SRs)を選定した。包含している論文の研究デザインは、ランダム化比較試験(RCTs)に限定した。PRISMA フローチャートにしたがって、適格基準に合致した SRs の結果を記述的に統合した。**【結果】** 基準に適合した SRs は 7 件であった。CBT による介入に限定したレビューは少なく、心理教育や Interpersonal psychotherapy(IPT)を含めたものが多かった。また、研究毎に CBT の実施回数が異なっていた。CBT による介入は通常ケア、教育的介入、介入なしと比較して、7 件中 5 件でうつ病を減少させた。不安に関する効果を解析している SR は 1 件で、CBT を含む精神療法は通常ケアまたは介入なしと比較して不安を減少させた。**【考察】** 周産期においてはスクリーニングのタイミングと介入開始のタイミングによって回数に制限があること、産後の介入と合わせるか否かなど、心理介入の方法が複雑である。また、育児は長期にわたって行うもので、評価タイミングも産後のどの時期に行うかによって児の特徴も変化することから、母親の心理状況に大きく影響する。このような特徴下において、効果の程度に差は見られたが、妊娠期から開始する産後うつ・不安の予防的介入において CBT は有効であった。**【結論】** 妊娠中から始める CBT の産後うつ病や不安症への予防効果に関するオーバービューレビューを実施し、RCT の SR 7 件が適合した。精神療法の中で CBT は最も一般的であり、周産期におけるうつ病や不安においても効果があることが明らかとなった。

A. 研究目的

周産期では産後うつ病をはじめとしたさまざまなメンタルヘルスが問題となっている。うつ病や不安症などの精神疾患に効果が明らかとなっている認知行動療法(cognitive behavior therapy: CBT)を、妊娠中から CBT を実施することで産後うつ病や不安症の予防効果が得られるのかオーバービューレビューを実施し、実施されている CBT の概要と予防効果を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法 (PROSPERO 登録中:ID244800)

I. 研究デザイン

オーバービューレビューを実施した。包含論文の研究デザインはランダム化比較試験(randomized controlled trial: RCT)のシステマティックレビュー(SR)とし、英語で出版されたものとした。RCT と準 RCT を一緒に分析した SR は RCT のみの結果が分けて掲載されている場合のみ対象とした。準 RCT、コホート研究、前後比較研究、質的研究のみを包含した SR は除外とした。

II. 対象者

妊娠中からの介入効果を明らかとするために、妊娠期のみ、または妊娠中から産後にかけて介入を受けた女性であり、産後1年以内の女性とした。妊婦だけでなくパートナーも一緒に介入したSRはプライマーアウトカムが妊婦であれば対象とした。

妊婦が対象者であっても、プライマーアウトカムが妊娠中の女性でない場合は除外とした(例:パートナーや胎児・新生児)。その他、パートナーのみ、死産後のデブリーフィング、母子分離状態(NICU入院中)への介入は除外とした。

III. 介入方法

妊婦へのCBTによる予防的介入とした。CBTのみの介入だけでなく、CBTに追加して対人関係療法(interpersonal psychotherapy: IPT)などの精神療法や独自の教育プログラムも併用した研究は対象とした。除外基準はCBT以外の精神療法、薬物療法やサプリメントとした。

IV. 対照群

対照群における介入は、通常ケアやCBT以外の介入とした。

V. アウトカム

CBTを使用したうつ病や不安症の予防効果とする。

1. うつ病: エジンバラ産後うつ病自己評価票

(Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS)、うつ病自己評価尺度(The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: CES-D)、ベック抑うつ病評価表(Beck Depression Inventory-Second Edition: BDI-II)、Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)、Kessler Psychological Distress Scale (K10)、包括的精神病理学評価尺度(Comprehensive Psychopathological Rating Scale: CPRS)など。

2. 不安症: 全般性不安障害7項目スケール

GAD-7(Generalized Anxiety Disorder -7: GAD-7)、state trait anxiety inventory scores (STAI)、Beck Anxiety Inventory (BAI)、Injection phobia anxiety score など。

VI. 文献検索

文献検索は、電子検索データベースであるPubMed、Embase、CINAHL、Cochran Database of Systematic Reviews、PsycINFOで検索し、2020

年12月31日までに出版されたSRとした。文献検索のキーワードは、対象者:perinatal、postnatal、postpartum、antenatal、pregnant、maternal、介入:Cognitive Behavioral Therapy、cbt、therapy、therapies、研究デザイン: randomized controlled trialで司書と相談し検索式を検討した。

VII. 文献選択

PRISMAフローチャートにしたがって、2名のレビューワーがそれぞれ独立してタイトル、アブストラクトを読み適格基準に合致したSRを選定した。フルテキストスクリーニング、SRの質の評価は3人のレビューワーがそれぞれ独立して実施した。意見が合致しない場合は、第3者を含め話し合いで解決した。SRの質の評価にはAMSTER2を用いた。

C. 研究結果

データベース検索で2,133件のSRが同定され(図1)、重複論文を除いた946件を選定した。そのうち適格基準と適合したSRは7件だった(表1)。

I. 抽出論文の質評価

抽出論文に関してAMSTER2チェックリスト(上岡,折笠,津谷,2018)に沿って質評価を行った(表2.3)。チェック項目を表2、質評価の結果を表2に示した。1件をHigh、3件をLow、3件をCritically lowと判断した。SRの概要については表4に示した。

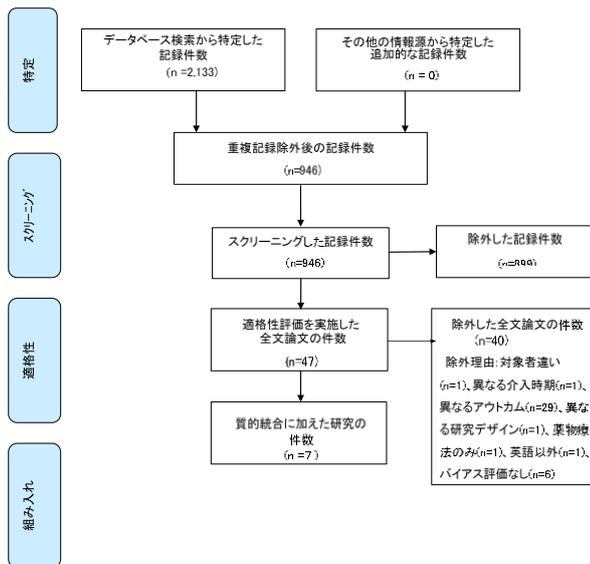


図1 PRISMA チャート

II. 対象者

18歳以上の妊婦1件、出産を控えた妊婦1件、妊娠中および産後6カ月までの女性と少なくとも1人のその成人家族が1件、10代の妊婦および母親1件、妊娠中および産後の6週未満の低所得の中米移民女性1件、妊婦および産後1年までの女性が1件であった。ベースラインのメンタルヘルスについてはほとんどのSRで記載がなかったが、いくつかのSRでは、産後うつ発症リスクが高い女性を対象としていた。

III. 介入方法

1. 介入者

セラピストに関する明らかな記載がないものが5件、メンタルヘルスの専門家（ソーシャルワーカー、博士号のある家族療法士、心理学者、精神科医、心理学の研修生、訓練を受けた母子保健看護師）が1件、様々な専門家（心理学者、研究スタッフ、精神医学の訓練を受けたヘルスビジター、臨床ソーシャルワーカー、看護師、作業療法士）が1件であった。

2. 介入内容

CBTに焦点を当てたものが1件、青年期に対する心理教育およびCBTセッションが1件、CBTやIPTなどの心理的介入が1件、カップルコミュニケーションや問題解決法などのCBTスキルト

レーニングが1件、出生前のうつ病、不安など母親の生活の質に対する精神療法的介入とCBTを含んだものが1件、カウンセリング（CBT、IPT、心理教育、またはその他の支援的介入を含む）が1件であった。また、1件は包含した18件の試験のうち、10件がCBTの効果を検証する試験を含んでいたと報告しており、その他はソーシャルサポート、教育、栄養補助食品等であった。

3. CBTの介入形態

介入形態は、グループセッションが2件、自宅訪問が1件、インターネットによる介入を含むものが1件、グループセッションやグループ出生前セッションと個別の産後セッションの組み合わせ、グループセッションと家庭訪問の組み合わせ等を含むものが1件、6件のグループセッションと4件の個人セッションを含むものが1件、具体的な記載がないものが1件であった。

4. CBTの介入タイミングと回数

介入回数は研究によって様々であり1~16回であった。実施されたCBTについて報告されたものは、4回セッション2件、8回セッション3件、8週毎1件、10週毎1件、妊娠中、毎週8回と産後6、16、52週に3回のブースターセッション、5セッションと追加のセッション1回、妊娠中4セッションと産後1セッション、4~70週間の中で4~16回のセッションであった。

IV. 介入の効果

Li et al(2020)は、22研究を包含し、うちCBTによる介入を行ったものは13件あった。8件のCBTに関する研究を含む14件をメタ解析した結果、CBTを含む心理的介入は通常ケアまたは介入なしと比較して、うつ病を減少させた（Hedges's $g = -0.48$, 95%CI: -0.76 to -0.20 ($I^2 = 39\%$))（エビデンスの確実性：評価なし）。また、CBTを含む心理的介入は通常ケアまたは介入なしと比較して、不安を減少させた（Hedges's $g = -0.48$, 95%CI: 1.00 to -0.05 ($I^2 = 32\%$))（エビデンスの確実性：評価なし）。

Yasuma et al.(2020)は18研究を包含し、10件が CBT-based の介入を実施していた。うち3件の CBT をメタ解析にしており、CBT は通常ケアと比較して、産前のうつ病を減少させた (SMD: 0.53, 95%CI: 0.13 to 0.94 (I²=85%)) (エビデンスの確実性: 評価なし)。また、4件の CBT に関する研究をメタ解析にしており、通常ケアと比較して産後うつに関して統計学的な差は認められなかった (SMD: 0.45, 95%CI: -0.03 to 0.92 (I²=90%)) (エビデンスの確実性: 評価なし)。

O'Connor et al(2019)は、50件を包含し、うち17件のメタ解析を行った。17研究のうち CBT は6件であった。17件をメタ解析した結果、CBT や IPT などの精神療法は、通常ケアや介入なしと比較して、うつ病の発生・有病割合、症状のカットオフ値を超えた結果を組み合わせたアウトカムを減少させた (RR= 0.61, 95%CI: 0.47 to 0.78 (I²=39.1%)) (エビデンスの確実性: 評価なし)。

Cluxton-Keller & Bruce (2018)は、7件を包含した。うち CBT を用いた介入をしたものは4件であった。7研究をメタ解析した結果、CBT を含む家族心理介入は、産後うつを減少させた (SMD: -0.18, 95%CI: -0.32 to -0.04, (I²=1.1%)) (エビデンスの確実性: 評価なし)。

Lieberman et al (2014) は、低所得と少数民族に焦点を当てた周産期のうつ病の予防と治療を評価した。9件を包含し、うち1件が在宅ベースの CBT であった。CBT は周産期教育支援と比較して、EPDS、CES-D に統計学的な差は認められなかった。しかし、CBT で介入した対象者に対し抑うつ症状の重症度を EPDS と CES-D を介して介入直後と産後4、12、24週後のフォローアップまで評価した結果、重症度は減少した。効果量は EPDS が 0.03 から 0.22 点、CES-D が 0.05 から 0.22 点の範囲であったが、うつ病に関して、値に有意差は見られなかった。

Sockol et al (2013) では、37件を包含した。うち10件の CBT 試験を含んでいた。CBT のみ5件をメタ解析した結果は、CBT は通常ケア、教育的介入と比較して産後6ヶ月までのうつ症状を減少させた (Hedges'g: 0.23, 95%CI: 0.00 to 0.46) (エビデンスの確実性: 評価なし)。また、産後6

ヶ月までのうつ病エピソードの有病率を減少させた (Odds Ratio: 0.63, 95%CI: 0.41 to 0.97) (エビデンスの確実性: 評価なし)。他の5件は、サプリメントや心理教育など含んでいた。

Dennis et al(2013)は、心理教育、CBT、IPT など様々な非薬物的介入28件を包含し、うち CBT は1件であった。CBT 1件の結果は、通常ケアと比較して、BDI-II とうつ病のエピソードに対する統計学的な差は認められなかった (RR: 0.74, 95%CI: 0.29 to 1.88) (エビデンスの確実性: 評価なし)。

D. 考察

1. 周産期メンタルヘルスにおける CBT の活用 の有効性

CBT による介入に限定したレビューは少なく、心理教育や IPT を含めたものが多かった。Sockol et al (2013) の報告では、予防的介入の精神療法の中では CBT が最も多く用いられており、英国国立医療技術評価機構 (National Institute for Health and Care Excellence: NICE) の産前産後メンタルヘルスガイドラインにおいても、周産期において不安障害や重度のうつ病に対して CBT が推奨され、閾値以下の不安症状にも CBT に基づくセルフヘルプが推奨されている(NICE,2014)。

CBT の研究1件を含む SR2 件では、うつに関して統計学的な差は認められなかったが、CBT を含む SR5 件では、CBT はうつ病を減少させた。また、1件の SR では、CBT を含む心理的介入は通常ケアまたは介入なしと比較して、不安を減少させた。本レビューの結果、CBT が周産期の女性に対してうつと不安減少させることが示唆された。

周産期においてはスクリーニングのタイミングと介入開始のタイミングによって回数に制限があること、産後の介入と合わせるか否かなど、心理介入の方法が複雑であらざるを得ない特徴がある。また、育児は長期にわたって行うもので、評価タイミングも産後のどの時期に行うかによって児の特徴も変化することから、母親の心理状況に大きく影響する。このような特徴下において、効果の程度に差は見られながらも、妊娠期から開始する産後うつ・不安の予防的介入において CBT は有効であることが窺える。より増強的で効果的な治療法と期待されているコンピューター化された認知行動療法 (CCBT)に関するメタアナリ

シスでは、適切な隠蔽と結果評価の盲検化を伴うすべての RCT を含めた 16 文献で SMD: -0.48 [95%CI: -0.63~ to -0.33]とされ CBT のレビューと同等の効果が報告されている (So, et al, 2013)。周産期における CBT の本レビューでも同等の効果があり、周産期のメンタルヘルスにおける CBT は期待できる。

また、本レビューは妊娠期に介入を開始しているものに限定している。産後うつ病のリスク因子は、精神疾患の既往、妊娠中のうつ症状や不安、ソーシャルサポートとされており (Milgrom et al., 2008)、妊娠中のうつ病のリスク因子は、妊娠中の不安、ライフイベント、うつ病の既往、ソーシャルサポートの不足、予期しない妊娠、低い教育歴等があげられる (Lancaster et al., 2010) ことから、妊娠期にスクリーニングし介入を開始する意義が高いからである。今回の結果から、妊娠期に介入することの有効性も明らかとなった。ただし、本研究に含まれた 7 件の SR は AMSTAR2 を用いたバイアスの評価は 1 件のみが High で、3 件が Low、3 件が Critically low と判断された。また、包含した SR 全てでエビデンスの確実性の評価がされていなかった。そのため、今後の研究によって効果推定値に対する確実性が変わる可能性も念頭に置き、本研究の結果を用いる場合は注意して扱う必要がある。

2. CBT の実践内容と方法

介入方法においても、セラピスト、介入回数、介入期間、形態は様々であった。一般的な CBT は、セッション時間やセッション回数は、クライアントの状況によるが、1 回の面談は 30 分~1 時間程度、回数は 6 回~16 回、全体的な治療は 3 か月~1 年程度とされている (国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター, 2019)。そして、治療効果は集団よりも個人の方が高いこと (Sokol, Epperson & Barber, 2011)、しかし集団での介入も効果が認められたこと (Scope et al., 2013)、予防のために実施された介入セッション数は 3 回~12 回で、介入のセッション数と効果の大きさに明らかな関連は認めなかったという報告もある (Sokol, 2015)。全妊婦やハイリスク群に対する予防という観点の介入は、少ない回数やグループでも効果があることが分かっており、各

産科施設の状況に応じて現実的な方法を模索していくとともに、さらに研究の蓄積が必要である。また、CBT の介入はまず対話スキルが重要とされており安全・安心な環境をつくるのが土台として必要となる (堀越, 2015)。対話スキルトレーニング、CBT に関する教育の充実が重要と考える。

E. 結論

妊娠中から CBT を実施することで産後うつ病や不安症の予防効果が得られるのかオーバービューレビューを実施し、SR 7 件が適合した。精神療法の中で CBT は最も一般的であり、周産期におけるうつ病や不安においても効果があること示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表：なし
2. 学会発表：なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

【引用文献】

- Cluxton-Keller, F., & Bruce, M. L. (2018). Clinical effectiveness of family therapeutic interventions in the prevention and treatment of perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 13(6), e0198730.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A. & Dobson, S.K. (2013). Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison With Other Treatments. *Can J Psychiatry*, 58(7):376-85.
- Dennis, C. L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions

- for preventing postpartum depression. The Cochrane Database of Systematic Reviews, (2):CD001134.
- 上岡 洋晴, 折笠 秀樹, & 津谷 喜一郎, (2018). 「AMSTAR 2 : ヘルスケア介入のランダム化または非ランダム化研究あるいは両方を含むシステマティック・レビューのための厳密な評価ツール」の紹介と解説. 薬理と治療, 46(11), 1785-1796.
- 国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター (2019) .平成 31 年度認知行動療法ベーシック研修.
- Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M., & Davis, M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: A systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 202(1), 5-14.
- Li, C., Sun, X., Li, Q., Sun, Q., Wu, B., & Duan, D. (2020). Role of psychotherapy on antenatal depression, anxiety, and maternal quality of life: A meta-analysis. Medicine, 99(27), e20947.
- Lieberman, K., Le, H. & Perry, D. F. (2014). A systematic review of perinatal depression interventions for adolescent mothers. Journal of Adolescence, 37(8), 1227-1235.
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., . . . Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. Journal of Affective Disorders, 108(1-2), 147-157.
- National institute for Health and Care Excellence guidelines. <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines> (2021 年 3 月 30 日接続)
- O'Connor, E., Senger, C. A., Henninger, M. L., Coppola, E., & Gaynes, B. N. (2019). Interventions to prevent perinatal depression: Evidence report and systematic review for the US preventive services task force. JAMA: Journal of the American Medical Association, 321(6), 588-601.
- 堀越勝 (2015) ケアする人の対話スキル ABCD. 日本看護協会出版,東京.
- Sockol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J. P. (2011). A meta-analysis of treatments for perinatal depression. Clinical Psychology Review, 31(5), 839-849.
- Sockol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J. P. (2013). Preventing postpartum depression: A meta-analytic review. Clinical Psychology Review, 33(8), 1205-1217.
- Sockol, L. E. (2015). A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. Journal of Affective Disorders, 177, 7-21.
- So, M., Yamaguchi, S., Hashimoto, S., Sado, M., Furukawa, T. A., & McCrone, P. (2013) . Is computerized CBT really helpful for adult depression? -A meta-analytic re-evaluation of CCBT for adult depression in terms of clinical implementation and methodological validity. BMC Psychiatry, 13, 113.
- Yasuma, N., Narita, Z., Sasaki, N., Obikane, E., Sekiya, J., Inagawa, T., Nakajima, A., Tamada, Y., Yamazaki, R., Matunaga, A., Saitoh, T., Watanabe, K., Imamura, K., Kawakami, N. & Nishi, D. (2020). Antenatal psychological intervention for universal prevention of antenatal and postnatal depression: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 273, 231-239.

表1 組み入れ文献

著者、年	タイトル
Li C et al,2020	Role of psychotherapy on antenatal depression, anxiety, and maternal quality of life: A meta-analysis
Yasuma N et al,2020	Antenatal psychological intervention for universal prevention of antenatal and postnatal depression: A systematic review and meta-analysis
O'Connor et al,2019	Interventions to Prevent Perinatal Depression: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force
Fallon C.K & MarthaL.B, 2018	Clinical effectiveness of family therapeutic interventions in the prevention and treatment of perinatal depression: A systematic review and meta-analysis
Lieberman et al, 2014	A systematic review of perinatal depression interventions for adolescent mothers
Sockol et al,2013	Preventing postpartum depression: a meta-analytic review
Dennis & Dowswell, 2013	Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression (Review)

表2 AMSTAR2 チェックリスト

1. リサーチ・クエスチョンと組み入れ基準にPICO の要素を含めたか？
2. レビュー実施前にその方法を決定したことを明示、重大な計画変更があれば正当な理由を示したか？
3. レビューに組入れる際の研究デザインの選択基準について説明したか？
4. 網羅的な文献検索の手法を用いたか？
5. 複数人で研究選択を行ったか？
6. 複数人でデータ抽出を行ったか？
7. 除外した研究のリストを提示し、その除外が正当である理由を示したか？
8. 組み入れた研究を十分詳細に記述したか？
9. 各研究のバイアスリスク評価に際し、満足のいく手法を用いたか？
10. レビューに組み入れた研究に対する資金源を報告したか？
11. メタ分析が行われた場合、結果の統計的併合において適正な方法を用いたか？
12. メタ分析が行われた場合、各研究のバイアスリスクがメタ分析や他の統合結果に与える影響について評価したか？
13. レビュー結果の解釈や考察をする際にバイアスリスクを考慮したか？
14. レビュー結果にみられるいかなる異質性に対しても、満足のいく説明や考察を行ったか？
15. 量的な統合がなされた場合、出版バイアスについて十分な検討、およびレビュー結果に与える影響の可能性を考察したか？
16. レビュー実施に際して受領した財源を含め、考えられる利益相反について報告したか？

著者、年号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	合計
Li C et al,2020	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes	No	Yes	No	No	No	Yes	No	8
Yasuma N et al,2020	Yes	No	No	Yes	Yes	Yes	14										
O'Connor et al,2019	Yes	No	Yes	Yes	No	No	No	Yes	Yes	12							
Fallon C.K, MarthaL.B,2018	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	No	Yes	12
Lieberman et al, 2014	No	No	Yes	Yes	No	No	Yes	Yes	Yes	Yes	No meta	No meta	Yes	Yes	No meta	No	12
Sockol et al,2013	Yes	No	Yes	No	No	No	Yes	Yes	No	No	Yes	No	No	Yes	No	No	6
Dennis, 2013	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	16										

表 4 SRSの概要

著者、年	研究デザイン	介入方法	対照群の介入方法	アウトカム	評価尺度	評価時期	結果	risk of bias評価	GRADE評価
Li C et al, 2020	22の研究 (17のRCTs, 5つのcontrolled clinical trials)、妊婦2,146名 その内13件がCBTを評価し、1,339名の妊婦が含まれた(1,242名がRCTs + 97名がobservational study)	CBTを含む妊娠中のうつ病、不安症、妊娠生活のQOLに関する心理療法 3件はインターネットによるセッションを1-12回実施	通常ケア	妊娠中のうつ病、不安症、生活の質の変化	うつ病: EPDS=7, BDI=3, self-efficacy questionnaire=1, severity of depression scales=1, depression inventory scales=1 不安症: GAD=2, BAI=2, STAI=1, pregnancy anxiety scale=1, IPS=1	妊娠14週から40週	うつ病: Hedges's g = -0.480, therandomized controlled trialsにて評価。 研究の質が低いものが含まれる	Cochranerisk of bias tool	なし
Yasuma N et al, 2020	18件のRCT、7,416名の女性で10 CB-based trial 18歳以上の妊婦	10件がCB-base、4件が心理教育 2件がマインドフルネス、3件がIPT	心理療法を含まない通常ケア	妊娠中・産後のうつ病	EPDS=3, BDI-II=3, CES-D=1, IQ=1, PHQ-9=1, SCID-I=1	記載なし	妊娠中: SMD: 0.53, 95%CI=-0.13-0.94 (I2=85%) 産後: SMD: 0.45, 95%CI=-0.03-0.92 (I2=90%)	Cochrane Collaboration's Tool for Assessing Risk of Biasにて評価 2件がアウトカムなし 2件が評価の質が低い 検化でlow risk 14件がランダム化でlow risk 評価	なし
O'Connor et al, 2019	50件(49のRCTsと1件はランダム化されていない介入研究)、22,385名の女性 妊娠中の女性、産後1年以内の母親	周産期のうつ病予防のためのカウンセリング (CBT, IPT, 心理教育やピアメンタリング)	通常ケア、介入なし(積極的な介入は除外)	うつ病の診断、母親の健康の転帰、出産の転帰 新生児・子どもの転帰、その他の有害事象	うつ病の発生率=4 うつ病の有病率=2 カットオフの組み合わせ(LO=1, BDI=1)	産後6週から52週間	RR=0.61, 95%CI: 0.47-0.78, (I2=39.09%)	報告なし	なし
Fallon C K & Martha L B, 2018	7件のRCTs (RCTs=5, cluster RCTs=2), 801名の子どもと女性(妊娠中から産後6ヶ月以内)、少数民族の低い少数民族の成人家族(パートナー、配偶者、父祖母、兄弟)	グループによる家族療法 4件はCBTを含む問題解決スキル	通常ケア	女性のうつ病	うつ病	介入後	7件の70-80%はlow risk		なし
Lieberman et al, 2014	9件(治療=1, 予防=7, 予防と介入=1) 前後研究=2; 治療は成人108名、7件のRCTsと前後研究; 予防は737名の成人の妊婦	CBTの対象: 47名の周産期のうつ病をもつ社会的経済的地位が低い少数民族のインド系アメリカ人の妊婦	通常ケアなど 研究により異なる CBTは在宅ベースプログラムを実施。うつ病のコーピングスキルは含まない	うつ病の改善	CES-D	記載なし	Jaad Scaleを用いて評価4件が1点、2件が2点、3件が3点		なし
Sockol et al, 2013	37 trials (35 RCTs and 2 quasi-RCT) : 10 trial 妊婦もしくは妊婦	18件の試験 -CBTの10件の試験を含む治療、ソーシャルサポート6件、修正ケア6件、教育3件、サブチレント2件、ADM/マルチプログラム1件、内分泌1件	通常ケア 教育 プログラム	うつ病	EPDS MINI SADS BDI-II MMS	産後1か月から6か月の間	CBTを含むもののみ Hedges's g: 0.23, 95%CI: 0.00-0.46	12項目について 評価研究	なし
Dennis & Dowswell, 2013	28件のRCTs (女性17,000人) : CBT trial 1件 妊娠中および産後の6週未満の女性	心理教育、CBT, IPTなど 様々な非薬物的介入 : CBTは1件	通常ケア	産後うつ病	BDI-II major depressive episodes (Mood Screener)	産後3週間から24週	RR=0.74, 95% CI 0.29-1.88	bias tool を用いて評価ほとんどどの研究はlow riskの評価。6件は退避率は80%未満であり、バイアスが高いriskと評価	なし