

月経前症候群、月経前不快気分障害の女性の臨床的特徴とストレス・コーピングについて

Clinical characteristics and stress coping behaviors in women with premenstrual syndrome or premenstrual dysphoric disorder

秋元世志枝¹⁾・宮岡 佳子²⁾・加茂登志子¹⁾

Yoshie AKIMOTO, Yoshiko MIYAOKA, Toshiko KAMO

要 旨

月経前の黄体期に精神症状(抑うつ、不安、焦燥など)や身体症状(易疲労感、浮腫、乳房圧痛など)を発現し、月経開始と共にそれらの症状が減退ないし消失するものを月経前症候群(premenstrual syndrome: PMS)と呼ぶ。さらに重度のPMSには、著しい抑うつ気分、不安などの精神症状を示し、日常生活や対人関係に大きな支障をきたす者もあり、PMSの重症型として月経前不快気分障害(premenstrual dysphoric disorder: PMDD)という疾患概念が提唱されている。排卵周期は、視床下部-下垂体-卵巣系のホルモンのフィードバック機構により形成される。PMS、PMDDはこの排卵周期性に伴って出現、消失するため、内分泌系の変化が発症に関連している。しかし、ホルモン以外にも複合的な原因が発症に関与し、心理・社会的要因との関連も示唆されている。そこで、本研究では20～45歳の健常女性303名を対象に、独自に作成したPMDD評価尺度と、ストレス・コーピングを測定するGeneral coping questionnaire特性版(GCQ)を実施した。PMDD評価尺度からPMDD、PMSと判定された者の頻度、月経前症状の特徴、ストレス・コーピングとの関連について検討した。「PMDD」と判定された者は5.9%、「中等症PMS」と判定された者は17.5%であった。ストレス・コーピングでは、「PMDD」の者は「PMSなし・軽症PMS」の者に比べ、ストレス・コーピングの認知的再解釈傾向が低かった。PMDDの者にとっては、ストレスフルな出来事をポジティブに再解釈する対処方略をとることが、月経前症状の軽減に繋がる可能性が示唆された。「PMDD」および「中等症PMS」発症の関連要因の検討から、月経時に腹痛や腰痛のある者、または常用薬がある者は発症の危険率が高くなることが示された。

キーワード：月経前症候群、月経前不快気分障害、ストレス・コーピング、頻度

key words : premenstrual syndrome(PMS), premenstrual dysphoric disorder(PMDD), stress coping behaviors, prevalence

1) 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター

2) 跡見学園女子大学文学部

[問題と目的]

月経前に現れる心身の不調は、近年では月経前症候群 (premenstrual syndrome: 以下 PMS) として知られるようになった。月経前に何らかの心身の違和感を自覚する女性は非常に多いといわれている。しかし、重度の月経前症状を呈する者の中には、日常生活や対人関係に著しい支障をきたす者もいる。

月経前症候群 (premenstrual syndrome: 以下 PMS) は、「月経前の黄体期に精神症状 (抑うつ、不安、焦燥など) や身体症状 (易疲労感、浮腫、乳房圧痛など) を発現し、月経開始と共にそれらの症状が減退ないし消失するもの」と定義されている (日本産婦人科学会, 1990)。本症候群は、多様な症状が患者自身に苦痛を与えるばかりでなく、その女性の社会的機能や人間関係にも影響を及ぼすという点で複雑な問題を包含している。また、作業能率低下による産業界の損失、犯罪率の増加や虐待との関連性も示唆されている (Dalton, 1978) が、今日なおその発症機序は明らかでなく、統一した診断基準もないのが現状である (相楽, 2003)。

一方、PMS のより重症型である月経前不快気分障害 (premenstrual dysphoric disorder: 以下 PMDD) という疾患概念がある。PMS は包括的な概念であるが、PMDD は米国精神医学会の診断基準 (DSM-IV-TR: American Psychiatric Association: 以下 APA, 2000) で、厳密に定められている。その症状の基本的特徴は、著しい抑うつ気分、著しい不安、著しい情緒不安定、活動に対する興味の減退であり、著しい精神症状と共に、対人関係などの社会的機能に著しい障害がみられることが診断基準となっている。

月経前症状を自覚する女性の頻度は、種々の研究によって様々であるが、米国の精神障害診断基準マニュアルである『DSM-IV-TR』(APA, 2000) には、「少なくとも 75 % の女性が、小さなまたは孤発性の月経前変化を報告し、20 ~ 50 % の女性に PMS があり、そのうち 3 ~ 5 % が、PMDD の基準を満たす症状を経験している」と記載されている。

排卵周期は、脳の視床下部、下垂体、および卵巣からのホルモンが、フィードバック機構を保ちながら分泌されることで形成される。視床下部からは、GnRH (gonadotropin releasing hormone: ゴナドトロピン放出ホルモン) が分泌される。このホルモンは下垂体から分泌される FSH (follicle stimulating hormone: 卵胞刺激ホルモン) と LH (luteinizing hormone: 黄体化ホルモン) の分泌を促進する。下垂体から分泌される FSH は、卵巣から分泌されるホルモンのエストロゲン (estrogen: 卵胞ホルモン) の分泌を促し、LH は、急激かつ大量に放出される (LH サージ) ことで、排卵の引き金となる。卵巣から分泌されるホルモンは女性ホルモンともよばれ、エストロゲンとプロゲステロン (progesterone: 黄体ホルモン) がある。エストロゲンは、排卵前の卵胞期に主に作用し、子宮内膜を増殖させる作用を持つ。プロゲステロンは、排卵後から月経前の時期に増加し、子宮内膜の分泌を促進させ脱落膜を形成させる。PMS や PMDD が出現する時

期は、プロゲステロンの分泌が増加する黄体期であり、PMS、PMDD の症状は、黄体期が終わって、月経が始まると共に消失する。従って、PMS、PMDD は排卵周期性に伴うものであり、内分泌系の変化が関連していることは明らかである。

しかし、その発症には複合的な原因が多角的に関与していると考えられ、心理・社会的要因は無視できないといわれている（川瀬，2006）。先行研究においても、PMDD と強迫傾向の関連（Critchlow ら，2001）、月経前症状とローカス・オブ・コントロール（統制の所在）における外的統制者との関連（Lane ら，2003）、うつ病親和性の病前性格との関連（大坪ら，2007）、生活満足感や負担感などの認知的要因との関連（森ら，2004）やストレスとの関連（Futterman ら，1998）が報告されている。赤松ら（2005）は、女子大学生のストレスと月経随伴症状の関連を調査し、日常生活においてストレスを多く知覚する人ほど月経随伴症状が生じていたと報告している。さらに、月経随伴症状に対するサポートについて、月経随伴症状がある者はサポートが少なく、日常生活のストレス、月経随伴症状のストレス、ストレスサポートの有無は連鎖していたと述べている。ストレス状況において、他者に援助を求めることは、ソーシャル・サポートとして有効なストレス対処法（コーピング）のひとつにも挙げられていることから（中野，2005）、ストレス反応としての月経随伴症状はストレス・コーピングの影響を受けると考えられる。しかし、PMS、PMDD とストレス・コーピングとの関連を調査した研究はほとんどない。

そこで、本研究では、健常者における PMS および PMDD の頻度、症状の特徴、ストレス・コーピングとの関連を比較検討する。

[方法]

1. 調査対象

月経を有する 20～45 歳の女性に質問紙調査を行った。更年期障害の影響を除外するため、年齢の上限は 45 歳までとした。2008 年 6 月から 8 月に研究者の知人を介して、学校、職場、子どもの通う学校や幼稚園などの関係者 435 名に質問紙を配付し、郵送にて 327 名分を回収した（回収率 75.2 %）。そのうち、過去あるいは現在にうつ病およびうつ状態と診断されたことがある 19 名と欠損値の多い 5 名の計 24 名分を分析データからはずしたため、303 名を分析の対象とした（有効回答率 69.7 %）。

2. 倫理的配慮

東京女子医科大学の倫理委員会に研究計画書を提出し、研究の承認を得た（番号 1332）。質問紙には、研究の趣旨を説明した文書を添付した。返送をもって研究に同意したとみなし、研究に同意しない場合は返送しないように明記した。

3. 調査内容

(1) フェイスシート：年齢、職業、婚姻、挙児数、喫煙、うつ病罹患の有無、月経の規則性、最終月経開始日からの日数、PMSに関する質問など全22項目で構成される。

(2) PMDD 評価尺度：Steiner ら (2003) が開発した PMS スクリーニング尺度 (premenstrual symptoms screening tool: PSST; DSM-IV の PMDD 診断基準をもとに作成された) を参考に作成した尺度である (Table 1)。産婦人科医師 1 名、精神科医師 1 名、臨床心理学専攻の大学院生 1 名が協議して作成した。精神的症状、身体的症状、社会的機能の支障についての質問全 17 項目で構成される。「なかった (1 点)」、「少しあった (2 点)」、「あった (3 点)」、「とても強くあった (4 点)」の 4 件法で評定を求めた。因子分析の結果、「疲れ・身体症状」、「抑うつ気分」、「対人関係・怒り」の 3 因子が抽出された。高い信頼性と妥当性を有している点については、別に報告した (宮岡ら, 2009)。

PMDD、PMS の判定 (以下 PMS 判定) は、Steiner ら (2003) が開発した PSST の基準を参考に判定基準を作成し、『PMDD』、『中等症 PMS』、『なし/軽症 PMS』の 3 群に分類した。判定基準は、①『質問紙の PMDD 評価尺度 I の項目 1～4 の症状のうち「4. とても強くあった」が 1 つ以上存在する』、②『①に加え、I の項目 1～12 の症状のうち「3. あった」か「4. とても強くあった」が少なくとも 4 つ以上存在する』、③『II の項目 1～5 の症状のうち「4. とても強くあった」が 1 つ以上存在する』の以上 3 つの条件を満たしたものを『PMDD』とし、①『I の項目 1～4 の症状のうち「3. あった」以上が少なくとも 1 つ (1 つ以上) 存在する』、②『①に加え、I の項目 1～12 の症状のうち「3. あった」か「4. とても強くあった」が少なくとも 4 つ以上存在する』、③『II の項目 1～5 の症状のうち「3. あった」以上が少なくとも 1 つ (1 つ以上) 存在する』を『中等症 PMS』とした。そして、『PMDD、中等症 PMS の診断基準に当てはまらないもの』を『なし/軽症 PMS』とした (質問番号と質問内容については Table 1 を参照)。

(3) General coping questionnaire 特性版 (以下 GCQ)：佐々木ら (2002) が作成した日常一般的なコーピング・ストラテジーの使用傾向を評価する尺度であり、信頼性と妥当性が確認されている。「感情表出」、「情緒的サポート希求」、「認知的再解釈」、「問題解決」の 4 下位尺度、全 32 項目で構成される。「まったく行わない (1 点)」、「あまり行わない (2 点)」、「ときどき行う (3 点)」、「よく行う (4 点)」、「いつも行う (5 点)」の 5 件法で評定を求めた。各下位尺度の得点範囲は 8～40 点であり、得点が高いほどその対処方略を用いる傾向が高いことを示す。

Table 1 PMDD 評価尺度

- I. 下記のような症状が月経の始まる1~2週間前から始まり、しかもその症状は月経が始まると2, 3日で消失するということが、この1年間の月経周期のほとんどの期間にありましたか？ 該当する欄の数字に○をしてください。

症 状	なかった	少し あった	あった	とても強く あった
1. 抑うつ気分になる。 または絶望的な気分になる。	1	2	3	4
2. 不安になる。 または緊張する。	1	2	3	4
3. 涙もろくなる。 または突然悲しくなる。	1	2	3	4
4. 怒りっぽくなる。 またはイライラする。 または人にあたる。	1	2	3	4
5. 興味がなくなる(仕事、学校、趣味など)。	1	2	3	4
6. 集中力が低下する。	1	2	3	4
7. 疲れやすくなる。 または気力がなくなる。	1	2	3	4
8. 食欲が増す。または特定の食べ物 (例:甘いものなど)が欲しくなる。	1	2	3	4
9. いつもより眠りすぎる。	1	2	3	4
10. いつもより眠れなくなる。	1	2	3	4
11. 自分をコントロールできない感じになる。	1	2	3	4
12. 下記の身体症状のどれかが現れる。 乳房の痛みや張り、腹部の張る感じ、 腹痛、頭痛、関節痛、筋肉痛、 身体がむくんだ感じ、体重増加、便秘	1	2	3	4

- II. 上記に挙げた症状が1つでもあった人(少しあった~とても強くあったに○をした人)に伺います。
その症状が出現している間、下記の日常生活に支障がでたかお答えください。

	なかった	少し あった	あった	とても強く あった
1. 仕事の能率に支障がでた(職場や学校)。	1	2	3	4
2. 家事に支障がでた。	1	2	3	4
3. 職場の人との関係に支障がでた (関係に支障がでる例:つきあいを避ける、 人にあたる、けんかをするなど)。	1	2	3	4
4. 家族との関係に支障がでた。	1	2	3	4
5. 友人・知人との関係に支障がでた。	1	2	3	4

[結果]

1. 対象者の背景

対象者の平均年齢は32.0歳 (SD = 7.7) であった。年代別に見ると、20代前半 (20～24歳) が76名 (25.2%)、20代後半 (25～29歳) が46名 (15.2%)、30代前半 (30～34歳) が49名 (16.2%)、30代後半 (35～39歳) が62名 (20.5%)、40代前半 (40～45歳) が69名 (22.8%)、不明1名であった。職業は、会社員43名 (14.2%)、公務員12名 (4.0%)、自営4名 (1.3%)、専門職28名 (9.3%)、パート／アルバイト47名 (15.6%)、専業主婦77名 (25.5%)、学生89名 (29.5%)、無職0名 (0%)、その他2名 (0.7%) であった。仕事を持つ者の就業形態は、「常勤 (フルタイム)」が65名 (47.4%)、「非常勤」が72名 (52.6%) であった。婚姻については、「未婚」155名 (51.3%)、「既婚」147名 (48.7%) であった。子どもの有無は、「なし」が185名 (61.3%)、「あり」が117名 (38.7%) であった。喫煙については、「吸わない」が267名 (89.0%)、「時々吸う」8名 (2.7%)、「毎日1～15本吸う」23名 (7.7%)、「毎日16本以上吸う」2名 (0.7%) であった。常用薬の有無では、「ない」が261名 (86.1%)、「ある」が42名 (13.9%) であった。

月経に関しては、月経周期が「ほぼ規則的」と回答した者が251名 (82.8%)、「不規則」と回答した者が52名 (17.2%) であった。月経時の腹痛や腰痛については、「強くある」が50名 (16.6%)、「ある」が104名 (34.6%)、「少しある」が109名 (36.2%)、「ない」が38名 (12.6%) であった。質問紙回答日が最終月経開始日から数えて何日目かについては、「1～12日目」が128名 (42.4%)、「13～20日目」が82名 (27.2%)、「21日目～」が92名 (30.5%) であった。21日目以降と回答したものは、黄体期後期つまり月経前期とみなすことが出来る。

2. PMDD および PMS の頻度

PMS 判定基準に基づき分類した結果、『PMDD』の基準を満たした者は18名 (5.9%)、『中等症 PMS』の基準を満たした者は53名 (17.5%)、『なし／軽症 PMS』の者は232名 (76.6%) であった。

3. 月経前症状の出現頻度

Table 2 に PMS 判定別 3 群の月経前症状の出現頻度を示した。この数値は PMDD 評価尺度において『PMDD』、『中等症 PMS』の判定基準となる、症状が「3. あった」、「4. とても強くあった」と回答した者の合計の割合であり、判定基準に影響しない「2. 少しあった」は除外した。

『PMDD』と判定された18名中、「抑うつ・絶望感」がある者は66.7%、「不安・緊張」61.1%、「涙もろくなる・悲しくなる」33.3%、「怒り・イライラ・人にあたる」100%、「興味減退」38.9%、

「集中力低下」94.4 %、「疲れやすい・気力の低下」94.4 %、「食欲増加・特定の食べ物の渴望」61.1 %、「過眠」88.9 %、「不眠」5.6 %、「自己制御不能」83.3 %、「身体症状」94.4 %であった。社会的機能の支障については「仕事の能率に支障」があると回答した者が72.2 %、「家事に支障」が66.7 %、「職場の人との関係に支障」が27.8 %、「家族関係に支障」が83.3 %、「友人関係に支障」が38.9 %であった。

『中等症 PMS』と判定された 53 名中、「抑うつ・絶望感」がある者は 39.6 %、「不安・緊張」32.1 %、「涙もろくなる・悲しくなる」43.3 %、「怒り・イライラ・人にあたる」92.5 %、「興味減退」41.5 %、「集中力低下」62.3 %、「疲れやすい・気力の低下」94.3 %、「食欲増加・特定の食べ物の渴望」73.6 %、「過眠」79.2 %、「不眠」3.8 %、「自己制御不能」35.8 %、「身体症状」96.2 %であった。社会的機能の支障については「仕事の能率に支障」があると回答した者が 54.7 %、「家事に支障」が 52.8 %、「職場の人との関係に支障」が 20.8 %、「家族関係に支障」が 41.5 %、「友人関係に支障」が 11.3 %であった。

『なし／軽症 PMS』と判定された 232 名中、「抑うつ・絶望感」の症状がある者は 5.6 %、「不安・緊張」3.4 %、「涙もろくなる・悲しくなる」4.3 %、「怒り・イライラ・人にあたる」29.7 %、

Table 2 PMS 判定別 月経前症状出現頻度

症状	PMDD	中等症 PMS	なし／軽症 PMS
抑うつ・絶望感	66.7	39.6	5.6
不安・緊張	61.1	32.1	3.4
涙もろくなる・悲しくなる	33.3	43.3	4.3
怒り・イライラ・人にあたる	100.0	92.5	29.7
興味減退	38.9	41.5	2.6
集中力低下	94.4	62.3	9.1
疲れやすい・気力の低下	94.4	94.3	30.2
食欲増加・特定の食べ物の渴望	61.1	73.6	29.3
過眠	88.9	79.2	40.1
不眠	5.6	3.8	1.7
自己制御不能	83.3	35.8	6.0
身体症状	94.4	96.2	62.5
仕事の能率に支障	72.2	54.7	6.5
家事に支障	66.7	52.8	7.8
職場の人との関係に支障	27.8	20.8	.9
家族関係に支障	83.3	41.5	4.7
友人関係に支障	38.9	11.3	.4

数値は「あった」「とても強くあった」の合計 (%)

PMDD: premenstrual dysphoric disorder

PMS: premenstrual syndrome

「興味減退」2.6%、「集中力低下」9.1%、「疲れやすい・気力の低下」30.2%、「食欲増加・特定の食べ物の渴望」29.3%、「過眠」40.1%、「不眠」1.7%、「自己制御不能」6.0%、「身体症状」62.5%であった。社会的機能の支障については「仕事の能率に支障」があると回答した者が6.5%、「家事に支障」が7.8%、「職場の人との関係に支障」が0.9%、「家族関係に支障」が4.7%、「友人関係に支障」が0.4%であった。

4. 各尺度得点の平均値

各尺度得点および各下位尺度得点の平均値を対象者全体、PMS判定別に算出した。結果をTable 3に示す。

対象者全体のPMDD評価尺度の総得点平均値は29.9 (SD = 9.6)であった。下位尺度においては、「疲れ・身体症状」15.0 (SD = 5.2)、「抑うつ気分」6.0 (SD = 2.6)、「対人関係・怒り」9.0 (SD = 3.3)であった。GCQ下位尺度の平均値は、「感情表出」22.1 (SD = 5.6)、「情緒的サポート希求」25.9 (SD = 6.9)、「認知的再解釈」27.8 (SD = 6.2)、「問題解決」27.9 (SD = 5.3)であった。

PMS判定別では、PMDD評価尺度総得点の平均値は、『PMDD群』が48.6 (SD = 7.3)、『中等症PMS群』が40.9 (SD = 5.7)、『なし/軽症PMS群』が26.0 (SD = 6.3)であった。下位尺度の「疲れ・身体症状」の平均値は、『PMDD群』23.0 (SD = 3.3)、『中等症PMS群』20.4 (SD = 3.3)、『なし/軽症PMS群』13.1 (SD = 4.0)であった。「抑うつ気分」の平均値は、『PMDD群』9.4 (SD = 3.5)、『中等症PMS群』8.5 (SD = 3.0)、『なし/軽症PMS群』5.1 (SD = 1.7)であった。「対人関係・怒り」の平均値は、『PMDD群』16.2 (SD = 2.3)、『中等症PMS群』11.9 (SD = 2.5)、『なし/軽症PMS群』7.8 (SD = 2.2)であった。

GCQ各下位尺度の平均値は、「感情表出」では、『PMDD群』23.7 (SD = 8.7)、『中等症PMS群』22.9 (SD = 5.7)、『なし/軽症PMS群』21.8 (SD = 5.3)であった。「情緒的サポート希求」では、『PMDD群』23.9 (SD = 7.9)、『中等症PMS群』26.8 (SD = 7.4)、『なし/軽症PMS群』25.9 (SD = 6.7)であった。「認知的再解釈」では、『PMDD群』24.8 (SD = 7.9)、『中等症PMS群』26.4 (SD = 6.1)、『なし/軽症PMS群』28.4 (SD = 6.0)であった。「問題解決」では、『PMDD群』25.5 (SD = 6.8)、『中等症PMS群』28.0 (SD = 5.0)、『なし/軽症PMS群』28.1 (SD = 5.2)であった。

5. PMS判定におけるストレス・コーピングの差の検討

『PMDD』、『中等症PMS』、『なし/軽症PMS』の3群において、ストレス・コーピングに差があるかを検討するため、GCQ各下位尺度得点を従属変数として一元配置の分散分析を行った。また、分散分析において有意な差が見られたものに対しては、TukeyのHSD法による多重比較を

行った。その結果、GCQ「認知的再解釈」において有意な差が見られた ($p < .05$)。多重比較を見ると、『PMDD—なし／軽症 PMS』に有意な差が見られた ($p < .05$)。分散分析の結果を Table 4～7 に示す。

Table 3 各尺度および下位尺度の平均値

	全体	PMDD	中等症PMS	なし／軽症PMS
PMDD評価尺度	29.9 (9.6)	48.6 (7.3)	40.9 (5.7)	26.0 (6.3)
疲れ・身体症状	15 (5.2)	23.0 (3.3)	20.4 (3.3)	13.1 (4.0)
抑うつ気分	6 (2.6)	9.4 (3.5)	8.5 (3.0)	5.1 (1.7)
対人関係・怒り	9 (3.3)	16.2 (2.3)	11.9 (2.5)	7.8 (2.2)
GCQ				
感情表出	22.1 (5.6)	23.7 (8.7)	22.9 (5.7)	21.8 (5.3)
情緒的サポート希求	25.9 (6.9)	23.9 (7.9)	26.8 (7.4)	25.9 (6.7)
認知的再解釈	27.8 (6.2)	24.8 (7.9)	26.4 (6.1)	28.4 (6.0)
問題解決	27.9 (5.3)	25.5 (6.8)	28.0 (5.0)	28.1 (5.2)

* () 内はSD

*全体: N=303, PMDD: N=18, 中等症PMS: N=53, なし／軽症PMS: N=232

PMDD: premenstrual dysphoric disorder

PMS: premenstrual syndrome

GCQ: general coping questionnaire

Table 4 PMS判定における一元配置の分散分析(「GCQ感情表出」)

【基礎統計量】					
従属変数	因子	平均値	標準偏差	度数	
GCQ感情表出	PMDD	23.67	8.711	18	
	中等症PMS	22.85	5.672	53	
	なし／軽症PMS	21.84	5.321	232	
	合計	22.13	5.636	303	
【分散分析表】					
要因	平方和	自由度	平均平方	F値	有意確率
グループ間	89.343	2	44.671	1.410	.246
グループ内	9503.892	300	31.680		
合計	9593.234	302			

PMDD: premenstrual dysphoric disorder

PMS: premenstrual syndrome

GCQ: general coping questionnaire

Table 5 PMS判定における一元配置の分散分析（「情緒的サポート希求」）

【基礎統計量】					
従属変数	因子	平均値	標準偏差	度数	
GCQ 情緒的サポート希求	PMDD	23.89	7.858	18	
	中等症PMS	26.75	7.390	53	
	なし／軽症PMS	25.85	6.674	232	
	合計	25.89	6.879	303	
【分散分析表】					
要因	平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
グループ間	112.014	2	56.007	1.185	.307
グループ内	14178.606	300	47.262		
合計	14290.620	302			

PMDD: premenstrual disphoric disorder

PMS: premenstrual syndrome

GCQ: general coping questionnaire

Table 6 PMS判定における一元配置の分散分析（「GCQ 認知的再解釈」）

【基礎統計量】					
従属変数	因子	平均値	標準偏差	度数	
GCQ 認知的再解釈	PMDD	24.78	7.856	18	
	中等症PMS	26.36	6.077	53	
	なし／軽症PMS	28.40	6.014	232	
	合計	27.83	6.219	303	
【分散分析表】					
要因	平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
グループ間	356.912	2	178.456	4.727	.010
グループ内	11324.817	300	37.749		
合計	11681.729	302			
【多重比較】					
2群の組		平均の差	標準誤差	有意確率	
PMDD	— 中等症PMS	- 1.581	1.676	n.s.	
PMDD	— なし／軽症PMS	- 3.619	1.503	*	
中等症PMS	— なし／軽症PMS	- 2.038	.935	n.s.	

* $p < .05$

PMDD: premenstrual disphoric disorder

PMS: premenstrual syndrome

GCQ: general coping questionnaire

Table 7 PMS判定における一元配置の分散分析（「GCQ問題解決」）

【基礎統計量】					
従属変数	因子	平均値	標準偏差	度数	
GCQ問題解決	PMDD	25.50	6.793	18	
	中等症PMS	27.96	5.011	53	
	なし／軽症PMS	28.06	5.237	232	
	合計	27.89	5.317	303	
【分散分析表】					
要因	平方和	自由度	平均平方	F値	有意確率
グループ間	110.166	2	55.083	1.961	.143
グループ内	8426.455	300	28.088		
合計	8536.620	302			

PMDD: premenstrual dysphoric disorder

PMS: premenstrual syndrome

GCQ: general coping questionnaire

6. PMDD、PMS 発症の関連要因の検討

『PMDD』および『中等症PMS』の有無と有意に関連する因子を検討する目的で、PMDDおよび中等症PMSの「有無（なし：1、あり：2）」を従属変数とし、「月経痛の有無（ない：1、少しある：2、ある：3、強くある：4）」、「年齢（5歳毎に区切る、20～24歳：1、25～29歳：2、30～34歳：3、35～39歳：4、40～45歳：5）」、「常用薬の有無（なし：1、あり：2）」、「喫煙の有無（吸わない：1、時々吸う：2、毎日1～15本吸う：3、毎日16本以上吸う：4）」、「子供の有無（なし：1、あり：2）」、「結婚の有無（していない：1、している：2）」、「常勤職の有無（仕事をしていない：1、非常勤：2、常勤：3）」を独立変数として、強制投入法でロジスティック回帰分析を行った。その結果、「月経痛の有無」と「常用薬の有無」において、『PMDD』および『中等症PMS』の有無と有意な関連を示した。「月経痛の有無」のオッズ比は1.464（95%信頼区間：1.057 - 2.028）、「常用薬の有無」のオッズ比は2.169（95%信頼区間：1.030 - 4.568）であった。ロジスティック回帰分析の結果をTable 8に示す。

Table 8 PMDD・中等症PMSの有無の関連要因 (Logistic解析)

	B 値	オッズ比	95%信頼係数		有意確率
			下限	上限	
月経痛	.381	1.464	1.057	2.028	.022 *
年齢	-.189	.828	.617	1.112	.210
常用薬	.774	2.169	1.030	4.568	.042 *
喫煙	.222	1.249	.808	1.929	.317
子ども	.115	1.122	.396	3.180	.829
結婚	.151	.860	.320	2.308	.764
常勤職	.072	1.075	.735	1.572	.710

* $p < .05$

PMDD : premenstrual dysphoric disorder

PMS : premenstrual syndrome

[考察]

1. PMS、PMDD の頻度

PMDD 評価尺度での PMS 判定の結果、『PMDD』と判定された者は 5.9 %、『中等症 PMS』と判定された者は 17.5 %であった。本邦における有病率は、大坪ら (2007) が 20 ~ 50 歳の女性看護師 861 名を対象とした調査において、DSM-IV の PMDD 診断基準案における各症状 11 項目中、1 項目以上を満たす者は 53.5 %、5 項目以上を満たす者は 17.9 %、5 項目以上を満たし、かつ、社会生活に支障をきたす者は 5.9 %、PMDD の診断基準を満たす者は 4.2 %であったと報告している。また、DSM-IV の PMDD 診断基準案を基に尺度を作成した Takeda ら (2006) の調査では、20 ~ 49 歳の日本人女性 1152 名のうち、中等症から重症の PMS は 5.3 %、PMDD は 1.2 %と、その頻度は欧米女性より少ないことを示唆している。欧米における有病率は、前述したように、『DSM-IV-TR』(APA, 2000) には、「推定では、少なくとも 75 %の女性が、小さなまたは孤発性の月経前変化を報告している。20 ~ 50 %の女性に PMS があり、そのうち 3 ~ 5 %が、PMDD の基準を満たす症状を経験している」と記載してある。また、DSM-IV の PMDD 診断基準案をもとに作成したツール (PSST) を用いた Steiner ら (2003) の調査では、18 ~ 55 歳の女性 519 名中、PMDD 群が 5.1 %、中等度から重症の PMS 群が 20.7 %、軽症 PMS または症状なし群が 65 %であると報告している。

本研究とこれらの調査とは、対象者の年齢や背景が異なるため一概に比較することは出来ない。しかし、本研究における健常群の有病率は、Takeda らの (2006) の調査よりは高いものの、大坪ら (2007) の PMDD 有病率とほぼ一致しており、欧米の調査結果 (APA, 2000 ; Steiner ら、

2003)ともほぼ一致している。

2. 月経前症状の出現頻度

出現頻度が多い月経前症状は、『PMDD群』では、「怒り・イライラ・人にあたる」が100%、「集中力低下」94.4%、「疲れやすい・気力の低下」94.4%、「身体症状」94.4%、「過眠」88.9%、「自己制御不能」83.3%であった。社会的機能の中では、「家族関係に支障」が83.3%と一番多かった。

『中等症PMS群』は、「身体症状」96.2%、「疲れやすい・気力の低下」94.3%、「怒り・イライラ・人にあたる」92.5%の順で多かった。社会的機能の中で高頻度だったのは、「仕事の能率に支障」54.7%、「家事に支障」52.8%であった。

『なし／軽症PMS群』は、「身体症状」62.5%、「過眠」40.1%、「疲れやすい・気力の低下」30.2%の順で多かった。社会的機能の支障の頻度は低いが、「家事に支障」が7.8%で一番多かった。

症状が高頻度の項目をPMDD評価尺度の3下位尺度と照らし合わせてみると、『PMDD群』は下位尺度の「疲れ・身体症状」、「対人関係・怒り」の項目が高頻度であった。『中等症PMS群』においても、「疲れ・身体症状」、「対人関係・怒り」の項目が高頻度であった。『なし／軽症PMS群』の高頻度の項目は、全て「疲れ・身体症状」であった。

これらの結果から、『PMDD群』は怒りやイライラ感、自己制御不能感が強く、家族との関係に支障をきたす者が多いことが明らかになった。あわせて身体症状や疲れやすさを感じていることも明らかになり、『PMDD群』は心身共に苦痛を感じていることが示唆された。

『中等症PMS群』においては、疲れや身体症状と怒り・イライラ感などの精神症状が同頻度で見られ、『PMDD群』と類似した特徴が確認された。しかし、社会的機能では、家族関係よりも仕事や家事への支障が高頻度だった。両群の社会的機能に関する相違は、「自己制御不能」が『PMDD群』83.3%であるのに対し、『中等症PMS群』は35.5%であることが要因の一つと考えられる。『PMDD群』は仕事や家事への支障も高頻度であるが、それ以上に自己制御不能による対人関係の支障が現れるのだろう。『PMDD群』が、対人関係の中でも特に家族関係の支障が高頻度なのは、先行研究による夫婦喧嘩や虐待との関連(Dalton, 1987、廣瀬ら, 2004)と繋がるものと思われる。

『なし／軽症PMS群』においては、疲れや眠気、身体症状が主な症状で、精神症状では怒り・イライラ感をもつ者が約30%見られた。しかし、社会的機能に支障をきたす者は少なく、日常生活への影響は小さいと思われる。

PMDDはDSM診断ではうつ病性障害に含まれ(APA, 2000)、一般的なうつ病に類似の病態と考えられる。しかし、PMDDさらにはPMSにおいても、精神症状は、抑うつや不安よりも怒り・

イライラ感が高頻度であった。また、身体症状では過眠や過食が高頻度であった。これらは一般的なうつ病とやや異なる点と思われ、PMDD、PMSは、うつ病の中でも、過食や過眠を特徴とする非定型うつ病(穴水, 2009)(DSM 診断では、「非定型の特徴を伴うもの」という特定用語がついて記載される。APA, 2000)との近縁性が推測された。

3. PMS 判定におけるストレス・コーピングの差の検討

PMS 判定3群における、GCQ 各下位尺度得点を従属変数とした一元配置の分散分析では、「認知的再解釈」で有意差が認められた。多重比較を見ると、『PMDD—なし/軽症 PMS』に有意差が見られ、『PMDD 群』は『なし/軽症 PMS 群』に比べ、「認知的再解釈」が低い傾向を示した。

本研究の結果、PMS の重症型である PMDD と「認知的再解釈」の関連が明らかになり、PMDD の者は、『なし/軽症 PMS』の者に比べ、「認知的再解釈」の対処法を利用しない傾向が示唆された。GCQ を作成した佐々木ら(2002)は、認知的再解釈を「嫌悪的な出来事に直面した時、それを良い方へ考え直したり、自分にとってプラスになることを探そうとすること」と定義している。一般に、物事をポジティブに捉えることは、精神衛生上好ましいといわれている。中野(2005)は日本語版 WCCL コーピングスケールの下位尺度である「積極的認知対処」は、自分自身の感情をコントロールしたり、ストレスとなる出来事に肯定的な意味を持たせたり、自分の考え方を変えたりする精神努力であり、抑うつや不安感の軽減に効力を発揮すると述べている。この日本語版 WCCL の積極的認知対処は、「出来事にプラスの面を見つける」、「最良でなく、その次に良いことでも受け入れる」など、GCQ の「認知的再解釈」と類似の質問項目で構成されていることから、本研究の「認知的再解釈」も抑うつや不安感の軽減に有効な対処法といってよいだろう。また、野田(2001)は、楽観性と月経周辺期の変化について研究し、楽観性は月経周辺期の変化を低く抑える傾向があると示唆している。戸ヶ崎ら(1993)は、楽観性は身体的・精神的自覚症の頻度と深い関係があり、楽観性傾向が低いほど身体的・精神的自覚症の頻度が多くなること、さらに楽観性であることは主観的健康感に影響し、保険行動に影響する要因ともなると述べている。楽観性とは、「物事がうまく進み、悪いことよりも良いことが生じるであろうという信念を一般に持つ傾向」と定義されている(Scheier ら, 1994)。認知的再解釈と楽観性の定義は多少異なるが、どちらもポジティブ思考であることは共通している。以上のことを考慮すると、PMDD と「認知的再解釈」との関連が見出されたことは理解できる。

Blake ら(1998)は、PMS の女性は生理学的な変化の認知的解釈をネガティブな方向で行いやすいとする認知行動モデルを提唱し、実際に認知行動療法を行った結果、黄体期に局限した症状の軽減に成功したと述べている。さらに、長(2004)は、女子大学生の月経前・月経中の随伴症状と月経に対する認識、つまり「月経観」との関連について検討し、月経観は身体症状よりも精神症状、もしくは、女性であることがわずらわしい等の社会的症状に影響を与えていると報告し

ている。これらの報告からも月経前症状と認知的要因との関連性の深さがうかがえる。また、PMDD、PMS の治療において、広い意味での認知行動療法が有効であるとの報告もある（後山，2004）。以上のことから、ストレスフルな出来事をポジティブに再解釈する対処方略が、月経前症状の予防、軽減に繋がる可能性が考えられる。

4. PMDD、PMS 発症の関連要因の検討

『PMDD』および『中等症 PMS』の有無を従属変数にしたロジスティック回帰分析の結果、常用薬がある者は、そうでない者に比べ PMDD、PMS 発症の危険率が 2.2 倍であることが明らかになった。これは、何らかの体調不良があることが、PMDD、PMS の危険因子となることを示唆していると思われる。また、月経時に腹痛や腰痛がある者は、そうでない者に比べ PMDD、PMS 発症の危険率が 1.5 倍であることが明らかになり、月経痛の強さが有意な関連因子として抽出された。以上のことから、PMDD および PMS は、月経開始後は症状が消失することを特徴とするが、月経中に腹痛や腰痛の強い者は、PMDD、PMS の危険因子となることが示唆された。Steiner ら（2003）のカナダ女性を対象とした調査では、PMDD の者はそうでない者に比べ月経痛が強いことが指摘されている。また、大川ら（2005）は、就業女性を対象とした調査において、月経前の自覚症状が高いものほど月経中の自覚症状が高かったと述べている。本研究で得られた結果はこれらの先行研究と一致した。

5. 今後の課題

本研究は質問紙を用いた自己申告に基づく後方視的調査であり、PMDD および PMS の正確な判定には限界がある。DSM-IV の PMDD 診断基準案には、「PMDD の診断には、症状のある性周期の少なくとも連続 2 回について、前方視的に行われる毎日の評定により確認される」と記されている。しかし、実際のところ多数の対象者に前方視的な調査を行うことは難しい。また、性周期連続 2 回において、心身の変化を毎日記録できる者のみが対象者となることの問題も無視できず、例えば几帳面な性格であるなど何らかのバイアスがかかる可能性が考えられる。これらのことから、後方視的ではあるが、本研究において PMDD、PMS の判定に役立つ簡易なツールを用い、月経前症状を多面的に検討したことは意義深いと思われる。

本研究では PMDD とストレス・コーピングの「認知的再解釈」との関連が見出せた。しかし、私たちは日常のストレス状況において単一のコーピングのみを用いるわけではない。したがって、今後は単一のコーピング行動を独立して検討するだけでなく、複数のコーピングの組み合わせやバランスなどの観点から検討を行いたい。

引用文献

- 穴水幸子(2009): 非定型うつ病. 鹿島晴雄, 宮岡等編: うつ病の全て 改訂第2版. 永井書店, 大阪, 218-226.
- 赤松恵美, 四宮美佐恵, 吉本恵子(2005): 女子大学生のストレスおよび生活習慣と月経随伴症状の関連性. *インターナショナル Nursing Care Research* 4: 19-27.
- American Psychiatric Association(2000): Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition Text revision: DSM-IV-TR. American Psychiatric Press, Washington DC. (高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸(訳)(2003): DMS-IV-TR精神疾患の診断・統計マニュアル新訂版. 医学書院, 東京).
- Blake F, Salkovskis P, Gath D et al.(1998): Cognitive therapy for premenstrual syndrome: a controlled trial. *J Psychosom Res* 45: 307-318.
- Critchlow DC, Bond AJ, Wingrove J(2001): Mood disorder history and personality assessment in premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychiatry* 62: 688-693.
- Dalton K(1978): Once a month. Fontana Paperbacks. (児玉憲典(訳)(1987): ワンス・ア・マンズ. 時空出版, 東京).
- Futterman LA, JE. Jones(1998): The PMS & Perimenopause Sourcebook. Lowell House. (池上千鶴子(監修) 松島聖子(訳)(1999): 心の揺れ, 知性の波 PMSと更年期—ホルモンをめぐる物語. はまの出版, 東京).
- 廣瀬玲子, 杉山三知代, 藤本次良, 玉舎輝彦(2004): 女性外来で対応した育児期のPMS症例の検討. 第33回日本女性心身医学会学術集会・第17回日本心理医療諸学会連合大会抄録. *女性心身医学* 9: 54.
- 川瀬良美(2006): 月経の研究. 川島書店, 東京.
- Lane T, Francis A(2003): Premenstrual symptomatology, locus of control, anxiety and depression in women with normal menstrual cycles. *Arch Womens Ment Health* 6: 127-138.
- 宮岡佳子, 秋元世志枝, 上田嘉代子, 加茂登志子(2009): PMDD評価尺度の開発と妥当性および信頼性の検討. *日本女性心身医学会雑誌* 14 (印刷中).
- 森和代, 川瀬良美, 吉崎晶子, 和田充弘, 松本清一(2004): 成熟女性のライフスタイルとPMSとの関連についての検討. *女性心身医学* 9: 134-145.
- 中野敬子(2005): ストレス・マネジメント入門—自己診断と対処法を学ぶ. 金剛出版, 東京.
- 日本産婦人科学会(1990): 委員会報告のうち統一見解とした事項. *日産婦会誌* 42: 6-7.
- 野田洋子(2001): 女子学生の月経の研究と楽観性・悲観性との関連性. *順天堂医療短期大学紀要* 12: 55-65.
- 大川洋子, 飯田和質, 梯正之(2005): 就業女性における月経随伴症状と作業形態との関連. *母性衛生* 45: 414-421.
- 大坪天平, 尾鷲登志美(2007): 月経前不快気分障害 (PMDD) とうつ病—看護師861人を対象としたアンケート調査より. *日本女性心身医学会雑誌* 12: 268-272.
- 相良洋子(2003): 月経前症候群. *心療内科* 7: 6-13.
- 佐々木恵, 山崎勝行(2002): コーピング尺度(CCQ) 特性版の作成および信頼性・妥当性の検討. *日本公衆衛生雑誌* 49: 399-408.
- Scheier MF, Carver CS, Bridges MW(1994): Distinguishing optimism from neuroicism (and trait anxiety, self-mastery, and self esteem): A reevaluation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology* 67: 63-78.
- Steiner M, Macdougall IM, Brown E(2003): The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Arch Womens Ment Health* 6: 203-209.
- Takeda T, Tasaka K, Sakata K, Murata Y(2006): Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in Japanese women. *Arch Women Ment Health* 9: 209-212.
- 戸ヶ崎泰子, 坂野雄二(1993): オプティミストは健康か. *健康心理学研究* 6: 1-11.
- 良香織(2004): 女子大学生の月経の実態と月経観との関連. *思春期学* 22: 360-374.
- 後山尚久(2004): 月経前症候群. *Hormone Frontier in Gynecology* 11: 149-160.