

うつ病の認識と援助探索行動の関連について —半構造化説明モデル面接を用いた横断調査—

今井必生¹⁾、石川元直²⁾、松田晶子²⁾、木村友美³⁾、
福富江利子³⁾、陳玫玲³⁾、和田泰三⁴⁾、坂本龍太⁵⁾、石本恭子³⁾、
王紅心⁶⁾、代青湘⁶⁾、奥宮清人⁵⁾、松林公蔵⁴⁾

- 1) 京都大学大学院医学研究科フィールド医学
- 2) 東京女子医科大学東医療センター内科
- 3) 京都大学大学院社会健康医学専攻フィールド医学
- 4) 東南アジア研究所
- 5) 総合地球環境学研究所
- 6) 青海大学附属病院

I. 背景

人が病をどうとらえるか（説明モデル：Explanatory Model）を知ることは医療者にとって重要である。病の問題、原因、重症度、予後、治療をどう考えるかは、患者の援助探索行動（help-seeking behavior）や治療のコンプライアンス、満足度に影響する¹⁻⁴⁾。

Kleinman は患者の説明モデルを知るために小・民族誌的方法（mini-ethnographic approach）を提案した。「なぜ私が？」「なぜ今？」「何が原因でこうなったか？」「どの位続くか？」「どの位深刻か？」「誰が助けになってくれるか？」など患者の関心を突き止めることが目的である。これまで説明モデルの調査法はいくつかあったが⁵⁻⁷⁾、いずれも時間がかかりすぎる欠点があり、規模の大きい調査を目的として Semi-structured Explanatory Model Interview（SEMI）が開発された⁸⁾。

SEMI により様々な国で精神疾患の説明モデルが調査されたが、気分障害を対象にしたものは我々の知る限り1つの研究のみである⁸⁻¹⁴⁾。

チベットはこれまで様々な変化を経験した。近代、政治的には中国、イギリス、ロシア、インドとの関係でこの地域は翻弄されてきた。自然災害では、2008年に四川大地震、2010年に玉樹県大地震に見舞われた。これらの事柄は、チベットの住民にとって大きな苦悩と考えられる。

震災はうつ病患者を増加させることが知られているが^{15,16)}、震災後、玉樹住民を対象にした精神面の評価は我々の知る限り報告がない。また、1949年の中国による侵攻以降のチベット難民を対象にした研究では11.5-57%が大うつ病を経験していた¹⁷⁾。チベット難民の子供の調査では、11.5%が大うつ病と診断されたが、中央チベット地方政府の役人一部、チベットこども村（Tibetan Children Village）の全ての教師、母親ですら精神的な障害を認識していなかった¹⁸⁾。

このような状況の中で、玉樹住人がどのような精神状態にあるのか、また、うつ病の可能性がある者がどのようにうつ病を認識しているかを調査することは、今後の玉樹住民の精神衛生を保つ上で重要である。精神疾患の認識は、医療受診率と治療継続率の上昇に関連があるため^{2,6)}、本調査はうつ病の認識度に応じた介入を計画する資料を提示することになる。また、患者と医療者の説明モデルの一致度が治療満足度に関係することも知られているため²⁾、まだ知られていない玉樹でのうつ病の説明モデルを明らかにすることで、よりよい治療関係を構築することができると考える。

今回、我々は中国チベット自治州である玉樹で住民対象の健康診断を行い、そのうち、うつ病の可能性のあるものを対象に、うつ病に対する認識および抑うつ状態を評価した。

II. 方法

1. 調査期間、場所

調査は2011年8月27日から9月5日に行われた。玉樹は中国西部青海省の南西部に位置するチベット自治州である。玉樹は海拔3,800 m、面積は188,794 km²である。今回の調査では4200 m付近の地域からの参加者もいた。ケツベン気候区分では亜寒帯気候から高山気候、半乾燥気候に属し、冷寒、乾燥した地域である。住民の多くはチベット人であり、チベット仏教の信仰に篤い。遊牧生活を送るものがある一方、町の中心部では冬虫夏草の販売やチベット犬の養育、ドライバーなどで生活するものもある。2010年4月14日には大地震に見舞われ多くの死傷者がでた。調査時には、見渡せば瓦礫がない場所はなく、住居兼店舗のテントが乱立していた。小学校は完成していたが、多くの建物は建設中でコンクリートの中から木製の骨組みが見えた。調査拠点である病院も、施設、設備、物資ともに未だ復興までは遠い印象であった。時折停電も起こるため、我々は自家発電機で機材に電気を供給した。

2. 対象者

各地域のリーダーを通じて、無料の包括的健康診断が行われることを広報した。うつ病の認知に関する調査は、うつ病診察の一環として行われた。

健康診断参加者(n=184)のうち、二問からなるうつ病スクリーニング質問のいずれかが陽性であったもの(n=44)をSEMI面接の対象者とした。このうち、面接前から情緒不安定であったもの(n=2)は対象者から除外した。最終解析対象者は42名であった。

3. 測定

主要評価項目はSEMIの質問に対する答えである。提示症例を“病気と認知するかどうか”、提示症例の“どこが問題と考えるか”、“その原因を何と考えるか”、“問題・原因に対してどのように対処したらよいか(援助探索行動)”、“その状況で医師は何をしたらよいか”に対する被験者の答えを評価した。その他の評価項目は、Primary Health Questionnaire-9 (PHQ-9)による大うつ病と抑うつ症状を伴うその他の精神障害とした。

4. 尺度

1) SEMI

Kleinmanの説明モデルの概念に基づいてつくられた半構造化面接である⁸⁾。様々な説明モデルの研究で用いられている。平易な言葉で構成され、専門用語は使用されていない。被験者は質問に対し、自分の言葉で率直に答えるように促される。

面接は5つのセクションから構成されているが、一部を用いても良いとされている。今回使用したセクションは仮想的なうつ病症例を提示して、病に対する考えを尋ねる部分である(資料1)。症例に関する質問は、1. 何が問題か、2. 病気であるかどうか、3. 問題の原因は何か、4. どう対処するか、5. 医師は何をしたらよいか、からなる。

回答はコーディングマニュアルにより分類し、解析した。

2) PHQ-9

PHQ-9はプライマリケアでの使用を目的とした9項目からなる自記式の質問紙で、妥当性が確立している¹⁹⁾。大うつ病性障害の診断の感度は73%、特異度は98%、精度は93%であった。それぞれの質問に対して、全くない、数日、半分以上、ほとんど毎日の4段階で答える。PHQ-9による大うつ病性障害は、興味の喪失または抑うつ気分の質問項目で少なくとも一つ、その他の項目で5つ以上“半分以上”を選択することで診断される。抑うつ症状を伴うその他の精神障害の診断は、興味の喪失または抑うつ気分の質問項目で少なくとも一つ、その他の項目で3つから4つ“半分以上”を選択することで診断される。中国語版があるが、調査対象者はチベット語しか使用しないものがほとんどであったため、通訳を介して験者が質問しながら回答を得た。

資料1 SEMIで提示されたうつ病症例

Ms J is a 29 year old single parent with two small children. They live on a fairly run down estate and rely on benefits. She feels low in energy, has lost weight, is not sleeping properly, feels terrible in the mornings She feels she has no self confidence and that the future holds nothing for her. At times, if it wasn't for the children she wonders if it would be worth going on. Her boyfriend pops in from time to time but is not prepared to contribute to childcare.

5. 解析

解析はSPSS ver.19.0（SPSS Inc., Chicago, IL USA）を用いた。

Ⅲ. 結果

表1に被験者の基本背景を示した。被験者の平均年齢（標準偏差）は53（12.2）歳で、男性の割合は35.7%であった。職業では遊牧民が26%を占めた。PHQによる大うつ病性障害に該当するものは9.5%、その他のうつ病性障害に該当するものは35.7%であった。精神医学的面接では、フラッシュバックや易刺激性、回避行動など外傷後ストレス障害の要素も認めた。

表2にSEMIに対する被験者の回答割合を示した。

何が問題か、という質問では、家族・結婚の問題が76.2%で多く、心理的な問題（19.0%）、モラルの問題（7.1%）が続いた。内容では、家族・結婚の問題として、パートナーが悪い（33.3%）、パートナーの喪失（31.0%）が多く、独身で子供を持っていること（4.8%）、子供が嫌い（2.4%）という回答もあった。心理的な問題の内容には、希望がないこと（4.8%）、自信がないこと（2.4%）、能力がないこと（2.4%）があった。モラルの問題では、自己中心的（4.8%）、怠け者（2.4%）があった。その他の問題として、お金がないこと（4.8%）、継続的な収入源がないこと（2.4%）があった。

病気かどうか、という質問では、約80%の人が病気であると答えた。回答者の多くが“Heart

disease”と答えた。通訳からは現地では心理的な病気に相当すると説明があった。しかし、被験者男性の一人は“Heart disease”について「心臓に血がたまると、気分が落ち込む」という身体的な要因も含む説明をした。

問題の原因が何かという質問では、回答者の多く（69.0%）が社会的な原因と答え、続いて（個人に関連する）内的な原因（16.7%）、超自然的な原因（2.4%）と答えた。社会的な原因の内容では、パートナーの死去（35.7%）、子供からのストレス（21.4%）、金銭の問題（7.1%）が多かった。「女性だから社会での活動は難しい」という回答もあった（2.4%）。内的な原因の内容では、能力がない（7.1%）、自己中心的（4.8%）心臓の病気（2.4%）、悲しみすぎる（2.4%）という回答があった。超自然的な原因は、前世からの罪という回答で、僧侶からの回答だった。

どう対処するか、という質問では仕事に関すること（47.6%）、内的な生活の立て直し（28.6%）、家族/友人の支援を求める（7.1%）が多かった。医療的な支援を答えた者はいなかった。仕事に関することでは、仕事を見つけること（40.5%）、一生懸命仕事をする（4.8%）が回答にあがった。個人の内的な生活の立て直しでは、強くなること（26.2%）、良い人になること（2.4%）、という回答があった。家族/友人の支援では、パートナーにモラル面でのアドバイスをもらう（4.8%）、結婚する（4.8%）という回答があった。その他の回答には、子供の面倒を見る（9.5%）、政府の支援を得る（2.4%）、寺院を訪れ祈る（2.4%）があった。

医師は何をしたらよいかという質問では、アドバイスが最も多く52.4%で、続いて治療（38.1%）、検査（7.1%）があった。分からない、何もできないと答えた者は14.3%であった。アドバイスの内容では、ただアドバイスと答えた者が40.5%、強くなるためのアドバイスが7.1%、治療のためのアドバイスが2.4%、モラルに関するアドバイスが2.4%であった。治療の内容では、ただ治療と答えた者が28.6%、心理的治療、薬物による治療と答えた者がそれぞれ4.8%であった。検査ではモラルの検査と答えた者が2.4%いた。

医師の対処について、何も無い、分からないと答えた者を、“医療援助探索可能性低い（No

表1 被験者の基本背景

Age, mean±SD	53.6±12.2
Male, %	35.7
Nomad, %	26.2
Living alone, %	?
Loss of partner, %	9.5
Housemate, median (max-min)	5 (1-12)
Subjective poverty, %	21.4
PHQ-9 Diagnosis	8.7±4.6
Major depression, %	9.5
Other depressive disorder, %	35.7

medical help-seeking potential) 群”、それ以外を“医療援助探索可能性あり (Medical help-seeking potential) 群”とし、提示症例を病気と認識するかどうかとの関連を解析した。解析の結果、提示症例の人物には病気がある、と認識したもののうち、医療援助探索可能性があった割合は88%であった。一方、病気がないと答えた者のなかでも医療援助探索可能性があった割合は78%であった。ロジスティック回帰分析を行ったところ、医療援助探索可能性ありについて、病気があると認識することをリファレンスとすると、年齢、性別調節

後のオッズ比 (95%信頼区間) は2.4 (0.3-19.3) (未調節のオッズ比2.1 (0.3-13.7) であり、病気の認識と医療援助探索の関連があるとは言えなかった (表3)。

性差について、抑うつ状態を伴うその他の精神障害を持っている割合は有意に女性が高かったが (男性13.3%, 女性48.1%, $P=0.04$)、それ以外の説明モデルの各回答割合、大うつ病性障害の割合についてはいずれも有意な性差があるとは言えなかった。

表2 SEMI 質問に対する回答割合 (n=42)

a. What if anything is her problem ?	
Marital/Familial	76.2
Psychological	19.0
Othrer Social	7.1
Moral	7.1
Physical	0
Employment	0
Not Known	4.8
b. Does she have an illness ?	
Yes	78.6
No/Not known	21.4
c. What are the causes of her problem ?	
Social	69.0
Internal	16.7
Supernatural	2.4
Natural	0
Not Known	11.9
d. What should she do about it ?	
Change work	47.6
Change personal life "pull self together"	28.6
Seek help from family/friends	7.1
Seek other professional help	2.4
Seek help from spiritual advisor	2.4
Not Worry	2.4
Seek biomedical help	0
Other	19.0
Not Known	9.5
e. What should the doctor do about it ?	
Explanation/advice/results	52.4
Treatment	38.1
Investigations/tests	7.1
Diagnosis	0
Sick note other letter or form	0
Referral to hospital specialist	0
Listen	0
Not known	14.3

表3 医療模索可能性（Medical helpseeking potential）について、病気の認識の有無を比較基準としたときの病気認識有のオッズ比

Cognition of illness	Medical helpseeking potential	No Medical helpseeking potential	Odds ratio* (95%CI)
Illness	88%	12%	2.4 (0.3-19.3)
No Illness	78%	22%	reference

*Adjusted by Age and Gender

IV. 考察

今回の調査で我々はチベット自治州の玉樹での説明モデルを明らかにした。

これまで、うつ病の症例により、うつ病の認識を検討した研究がなされてきた。アフリカンアメリカンの大学生を対象にした研究では63%²⁰⁾、30歳代前後の英国在住白人及び黒人を対象にした研究では30%前後²⁾、オーストラリアの大学生を対象にした研究では医学生が約70% - 80%、非医学生では中国系大学生が19%、その他では30%²¹⁾、英国の16歳から24歳を対象にした研究では約40% - 60%²²⁾がうつ病の症例をうつ病と認識した。今回の参加者は平均54歳の玉樹住民であった。80%がうつ病症例を病気と認識したが、これは先行研究と比較して認識度が高い。今回はうつ病かどうかを問うたのではなく、病気か否かを尋ねたため、高い割合になった可能性や、比較的高齢者を対象にしたため、先行研究との違いが出た可能性がある。多くの対象者が“Heart disease”と認識し、これには、身体的な要因のニュアンスも含まれる可能性もあるため、純粋な精神的疾患と認識していないかもしれない。実際、問題に対する対処として、医療への援助を答えた人はいなかった。これは、我々が考える『医療が必要な』“病気”とは異なる“病気”を意味している可能性を示唆する。しかし、さらに、この症例に対する医師の役割をたずねると、“ない・わからない”と答えた者は14%にとどまり、この症例での医師の役割も認識していることがわかった。ただし、その内容では、治療、検査、治療のためのアドバイスなど純粋に医療に関連がある回答は45%であり、他の半数近くは、単なるアドバイス、話を聞くことなど、医療というより人間的な関わりを意識した回答をした。検査と答えた者の中にはモラルの検査という答えもあり、医療への期待に、純粋な医療以外のものも多く含まれ

ることが示唆された。

病気の認識と医療援助探索の可能性の検討では、病気の認識と医療援助探索の可能性には関連があるとは言えなかった。先行研究では、うつ病の認識と援助の間には関連があることが知られている。今回の参加者が医療を必要とする病気とは異なる概念の病気として回答していた可能性を検討する必要がある。

今回の調査対象者での結果から、たとえ病気の認識度が高くとも、必ずしも医療援助探索行動には結びつかないことがわかった。より正確な知識の普及が望まれる。また、医師に対して医療以外の役割も期待されており、多職種での多面的な対応が医療への満足度を高めると考えられる。

この症例で問題となる点、その原因については、家族（パートナー・子供）に関する回答が最も多かった。しかし、問題の対処については仕事に関する対処法が多く、友人・家族へ援助を求めることは7%と少なかった。原因と行動の関係は必ずしも対応しない可能性があり、対処行動への介入の際にはその関係を検討しておくことが必要であろう。

PHQ-9による大うつ病性障害の診断では、全体の9.5%が大うつ病性障害と診断された。これは日本、ベトナム、インドネシアの高齢者を対象にうつ病のスクリーニング尺度を用いた研究で示された17% - 34%より低い²³⁾。しかし、構造化面接を用いて18歳から64歳を対象にした台湾と韓国の調査では、大うつ病性障害の生涯有病率がそれぞれ1.5%、2.9%であった²⁴⁾。玉樹の調査はこの中間にあり、妥当であると考えられる。一方で、抑うつ症状を伴うその他の精神障害と診断された者は約36%と高かった。問診では、フラッシュバックや睡眠障害、易刺激性、回避行動など外傷後ストレス障害に該当する症状も聞かれ、震災の影響の大きさが推測された。

本研究の限界は選択バイアスである。参加者は玉樹のいくつかの地域のリーダーを通じた広報で集まった者であり、さらに、健康診断に車あるいは徒歩で来ることができる者に限られた。さらに、本調査は精神医学的診察を兼ねていたため大うつ病性障害のスクリーニング検査に陽性のものを対象とした。このため、被検者も少なくなった。このような背景から実際よりも大うつ病性障害の有病率を過小評価している可能性もある。震災が与える影響も考慮しなければならないが、本調査は症例提示を用いた調査であり、震災が説明モデルに与えた影響は小さかったと考える。

V. 結論

玉樹では、うつ病の症例を病気ととらえるものは80%にのぼった。しかし、うつ病の症例を病気ととらえるかどうかは、医療援助探索可能性と関連があるとは言えなかった。参加者の言う病気の概念は、医療の対象となる病気と異なる可能性がある。医療援助探索行動への介入を考えるときには、その地域での病気の説明モデルとその行動への影響を検討する必要がある。また、その他の抑うつ性障害と診断される参加者も多く、未だに残る震災の影響も考えられた。

VI. 謝辞

調査に参加いただいた住民の方々と、青海大学スタッフの方々の御協力に心より感謝申し上げます。

参考文献

- 1) Kleinman, A., *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. 1980, Berkeley, CA: University of California Press.
- 2) Brown, J.S., et al., How black African and white British women perceive depression and help-seeking: a pilot vignette study. *Int J Soc Psychiatry*, 2011. 57(4): p. 362-74.
- 3) Foulks, E.F., J.B. Persons, and R.L. Merkel, The effect of patients' beliefs about their illnesses on compliance in psychotherapy. *Am J Psychiatry*, 1986. 143(3): p. 340-4.
- 4) Callan, A. and R. Littlewood, Patient satisfaction: Ethnic origin or explanatory model? *International Journal of Social Psychiatry*, 1998. 44(1): p. 1-11.
- 5) Maiman, L.A., et al., Scales for measuring health belief model dimensions: a test of predictive value, internal consistency, and relationships among beliefs. *Health Educ Monogr*, 1977. 5(3): p. 215-30.
- 6) Eisenbruch, M., Classification of natural and supernatural causes of mental distress. Development of a Mental Distress Explanatory Model Questionnaire. *J Nerv Ment Dis*, 1990. 178(11): p. 712-9.
- 7) Weiss, M.G., et al., The Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC). Contribution to cross-cultural research methods from a study of leprosy and mental health. *Br J Psychiatry*, 1992. 160: p. 819-30.
- 8) Lloyd, K.R., et al., The development of the Short Explanatory Model Interview (SEMI) and its use among primary-care attenders with common mental disorders. *Psychological Medicine*, 1998. 28(5): p. 1231-1237.
- 9) Das, S., et al., Effect of a structured educational intervention on explanatory models of relatives of patients with schizophrenia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 2006. 188: p. 286-7.
- 10) McCabe, R. and S. Priebe, Explanatory models of illness in schizophrenia: comparison of four ethnic groups. *Br J Psychiatry*, 2004. 185: p. 25-30.
- 11) Joel, D., et al., Explanatory models of psychosis among community health workers in South India. *Acta Psychiatr Scand*, 2003. 108(1): p. 66-9.
- 12) Sumathipala, A., et al., Randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for repeated consultations for medically unexplained complaints: a feasibility study in Sri Lanka. *Psychological Medicine*, 2000. 30(4): p. 747-57.
- 13) Ngoma, M.C., M. Prince, and A. Mann, Common mental disorders among those attending primary health clinics and traditional healers in urban Tanzania. *Br J Psychiatry*, 2003. 183: p. 349-55.
- 14) Shaw, C.M., et al., Prevalence of anxiety and depressive illness and help seeking behaviour in

- African Caribbeans and white Europeans: two phase general population survey. *BMJ*, 1999. 318(7179): p. 302-5.
- 15) Favaro, A., et al., Posttraumatic stress disorder and depression in heart transplantation recipients: the relationship with outcome and adherence to medical treatment. *Gen Hosp Psychiatry*, 2011. 33(1): p. 1-7.
- 16) Zhang, Z., et al., One year later: Mental health problems among survivors in hard-hit areas of the Wenchuan earthquake. *Public Health*, 2011. 125(5): p. 293-300.
- 17) Mills, E.J., et al., Prevalence of mental disorders and torture among Tibetan refugees: a systematic review. *BMC Int Health Hum Rights*, 2005. 5: p. 7.
- 18) Servan-Schreiber, D., B. Le Lin, and B. Birmaher, Prevalence of posttraumatic stress disorder and major depressive disorder in Tibetan refugee children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1998. 37(8): p. 874-9.
- 19) Spitzer, R.L., K. Kroenke, and J.B. Williams, Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA*, 1999. 282(18): p. 1737-44.
- 20) Stansbury, K.L., Wimsatt, M., Simpson, G. M., Martin, F., Nelson, N., African American College Students: Literacy of Depression and Help Seeking. *Journal of College Student Development*, 2011. 52(4): p. 497-502.
- 21) Hickie, A.M.I., et al., The assessment of depression awareness and help-seeking behaviour: experiences with the International Depression Literacy Survey. *BMC Psychiatry*, 2007. 7: p. 48.
- 22) Klineberg, E., et al., Symptom recognition and help seeking for depression in young adults: a vignette study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2011. 46(6): p. 495-505.
- 23) Wada, T., et al., Depression, activities of daily living, and quality of life of community-dwelling elderly in three Asian countries: Indonesia, Vietnam, and Japan. *Arch Gerontol Geriatr*, 2005. 41(3): p. 271-80.
- 24) Weissman, M.M., et al., Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*, 1996. 276(4): p. 293-9.

Summary

The Relation between Cognition of “Depression” and Help-seeking Behavior

— Cross Sectional Study using Semi-structured Explanatory Model Interview —

Hissei Imai¹⁾, Motonao Ishikawa²⁾, Gaku Yamanaka²⁾, Akiko Matsuda²⁾,
Yasuko Ishimoto³⁾, Yumi Kimura³⁾, Eriko Fukutomi³⁾, Wen-ling Chen³⁾, Taizo Wada⁴⁾,
Ryuta Sakamoto⁵⁾, Yasuko Ishimoto⁵⁾, Hongxin Wang⁶⁾, Qingxiang Dai⁶⁾,
Kiyohito Okumiya⁵⁾, Kozo Matsubayashi⁴⁾

- 1) Field medicine, Graduate School of Medicine, Kyoto University
- 2) Department of Medicine, Medical Center East, Tokyo Women's Medical University
- 3) Field medicine, Graduate School of Public Health, Kyoto University
- 4) Center for Southeast Asian Studies, Kyoto University
- 5) Research institute for Humanity and Nature
- 6) Qinghai University affiliated hospital

Background: Explanatory models (EM) increase help-seeking behavior, treatment satisfaction and good relationships with clinicians. Tibet experienced political pressures and experienced two big earthquakes in modern times, which should have influenced the prevalence of depression in the region. However, there were no studies on depression and its explanatory models in Tibet region.

Method: Among the persons who joined in the community health-checkup, those with positive depression screening test were included in the study. The number of subjects was 42 in Yushu. The vignette of depression and questions from semi-structured explanatory model interview were used to clarify the EM. The pattern of response was analyzed quantitatively and qualitatively.

Results: The percentage of subjects who regarded the person in the vignette as being ill was 78.6%. The main problem and the cause of the case which subjects recognized was related to the social and familial matter, especially partner related matter, which was about 70 to 80%. As for the actions against the problem, 47.6% of the subjects sought solution in employment, but no one answered they sought solution in medicine. However, 85.7% of subjects appreciated doctor's role in the situation, when asked. There were no significant relation between the cognition of illness and the medical help seeking potential. The percentage of subjects who were diagnosed with depressive disorder other than major depression was 35.7%.

Conclusion: EM and its relation to the help seeking behavior may be different according to the communities, which should be cared in the intervention in the help seeking behavior.