

# 東京の精神保健福祉

テーマ

## 現代社会における女性のメンタルヘルス

- 1 女性特有のうつにどう対応するか？ —女性ホルモンとの関係を含めて— ..... ①  
大坪 天平 東京女子医科大学附属足立医療センター 心療・精神科 部長・教授
- 2 摂食障害とはどのような病気だろうか ..... ⑦  
西園マーハ文 明治学院大学心理学部 教授

1

### 女性特有のうつにどう対応するか？ —女性ホルモンとの関係を含めて—

東京女子医科大学附属足立医療センター  
心療・精神科 部長・教授

大坪 天平

#### ◆はじめに

2023年10月5日に、東京都立松沢病院にて行われた「現代社会における女性のメンタルヘルス」という東京都精神保健福祉協議会主催の講演会で、「女性特有のうつにどう対応するか？—女性ホルモンとの関係を含めて—」というテーマで話す機会を得たので、その要旨をここに示す。



女性特有のうつには、月経前症候群 (premenstrual

syndrome:PMS)、月経前不快気分障害 (premenstrual dysphoric disorder : PMDD)、妊娠期のうつ病、マタニティー・ブルーズ、産後うつ病、更年期障害に伴なうつ病、抑うつを示す精神疾患の月経前増悪 (premenstrual exacerbation : PME) などが挙げられる。ここでは、主にPMSとPMDDに関して触れる。

#### ◆PMS/PMDDの歴史と診断

##### 1. PMSの歴史と診断

月経前に何らかの身体的・精神的変調を来す女性が少なくないことは、広く知られている。この月経前に生じる症候は、1931年にFrank RTが15例を月経前緊張症として初めて報告し、その後1953年に、GreeneとDaltonが、同様な患者をPMSと言い換え一般的となった。国際疾病分類ICD-10にもPMSの診断基準はあるが、日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会<sup>1)</sup>は、表1に示したAmerican College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) の診断基準<sup>2)</sup>の使用を推奨している。

## 2. PMDDの歴史と診断

1987年の米国精神医学会DSM-III-Rの付録に、黄体期後期の不機嫌性障害 (late luteal phase dysphoric disorder: LLPDD) が登場した。ついで、1994年のDSM-IVで同様の病態をPMDDという診断名に変更し、「特定不能のうつ病性障害」の1つとして取り上げられた。扱いとしては「今後の研究のための基準案と軸」に掲載されたにすぎなかったが、これを契機に、PMDDの研究が盛んとなった。そしてついに、2013年に19年ぶりで改訂されたDSM-5<sup>3)</sup>では、初めてPMDDが、抑うつ障害群のカテゴリーの1つに分類され、うつ病と同列の独立した疾患として格上げされた。表2にDSM-5<sup>3)</sup>のPMDD診断基準を示す。DSM-IVと比較して、PMDDらしい4症状が最初に強調されている。

### ◆PMS/PMDDの疫学

PMSの診断基準は比較的緩く、重症度の規定もないことから実に女性の85%がその基準を満たすという報告もあり<sup>4, 5)</sup>、疾患というよりも月経に伴う一般的な症状と捉える傾向もある。DSM-5<sup>3)</sup>によれば、PMDDの12ヵ月有病率は、有月経女性の1.8~5.8%とある。筆者ら<sup>6)</sup>は、

861人の看護師を対象に質問票による調査を行った結果、PMDDを4.2%に認めた。以上より、PMDDは有月経女性の約5%存在すると考えられる<sup>3, 4, 5, 6)</sup>。ほぼ重症のPMSがPMDDに相当するといつてよい<sup>3)</sup>。

### ◆PMDD専門外来を通しての印象

筆者の施設ではPMDD専門外来を開設している。比較的珍しいこともあり、遠方より来られる患者も多い。訴えの多くは、月経前の「著しい感情の不安定性」、「著しいいらだたしさ」、「激高後の自己肯定感の喪失」、「人を拒否したいが、無視されると激高してしまう」、「生きている意味や自分の価値を感じなくなる」、「消えてしまったほうがいいのではと考える」などで、人によっては自分が二重人格や境界性人格障害ではと心配して来院する場合もある。筆者らの報告<sup>6)</sup>では、PMDD群は非PMDD群と比較して、有意に神経症的性格傾向が強く、外向性性格が弱いうつ病親和型性格を示し、かつ、PMDDの有無にストレスの強さが有意に相関していた。つまり、うつ病親和性性格に加えて、現時点のストレスが発症と関連していた。また、まだ印象の段階であるが、学生時代よりは就職後に、出産前よりは産後に重

表1 月経前症候群 (PMS) の診断基準 ; ACOG (American College of Obstetrics and Gynecology)

過去3回の連続した月経周期のそれぞれにおける月経前5日間に、以下の精神的および身体的症状のうち少なくとも1つ以上が存在すれば月経前症候群と診断できる*	
情緒的症状	身体的症状
抑うつ	乳房緊満感・腫脹
怒りの爆発	腹部膨満感
易刺激性・いらだち	頭痛
不安	関節痛・筋肉痛
混乱	体重増加
社会的引きこもり	四肢の浮腫・浮腫
*これらの症状は月経開始後4日以内に症状が解消し、少なくとも13日目まで再発しない。いかなる薬物療法、ホルモン摂取、薬物やアルコール使用がなくとも存在する。その後の2周期にわたり繰り返し起こる。社会的、学問的または経済的行動・能力に、明確な障害を示す。	

(文献1,2)より引用)

症化しやすく、幼少期のつらい経験、例えば、両親が不仲、父がアルコール依存、父が母や子供達に家庭内暴力をしていた、兄弟間で差別的扱い(男兄弟がえこひいきされていたなど)を受けたなどがあると、PMDDを発症しやすい傾向がみえる。

#### ◆PMS/PMDDの発症機序

PMS/PMDDの症状発現機序は不明であるが、初経前、妊娠中、閉経後には認められないため、性ホルモンの変動が関係していることは疑いが少ない。PMDD患者において、ロイプロイド {ゴナドトロピン放出ホルモン(GnRH)アゴニスト}は、月経前症状を抑制するが、経過中にエストロゲンとプロゲステロンを補充すると月経前症状が再発することからも、性ホルモンとの関係が示唆される<sup>7)</sup>。

PMS/PMDDの症状が強い時期は、黄体期後期に加えて、排卵後1~2日間のエストロゲンが減少する時期に重なるので、エストロゲンとの関係は明らかである<sup>4, 5)</sup>。しかし、それは単純にエ

ストロゲンの量の問題ではなく、減少するという変化に対する受容体の感受性の問題が関係すると考えられている<sup>4, 5)</sup>。

いくつかの報告から、PMDDに対しては、エストロゲンはやや善玉、プロゲステロンはやや悪玉的作用があると考えたと頭を整理しやすい<sup>8)</sup>。

月経前はエストロゲンとプロゲステロンがほぼ同時に減少し、さらにプロゲステロンの代謝産物であるアロプレグナノロン(allopregnanolone: ALLO)が増加する時期である。PMDDとの関連で注目されているステロイドホルモンの一つがそのALLOである<sup>9)</sup>。プロゲステロンが5- $\alpha$ 還元酵素で代謝されてALLOになる。ALLOは先述の通り、月経前に増加し月経開始後、急速に減少する。ALLOはGABA作動性の神経ステロイドであり、抗不安作用があることが動物実験にて示され<sup>9)</sup>、PMDD患者は健常者より黄体期ALLO値が低いとの報告が相次いだ<sup>9)</sup>。中でも、Monteleoneら<sup>10)</sup>の報告によれば、PMS患者と健常者を比較したところ、ALLO値は卵胞期に差はないが、黄体期

表2. 月経前不快気分障害の診断基準(DSM-5)<sup>3)</sup>

- A. ほとんどの月経周期において、月経開始前最終週に少なくとも5つの症状が認められ、月経開始数日以内に軽快し始め月経終了後の週には最小限になるか消失する。
- B. 以下の症状のうち1つまたはそれ以上が存在する。
- (1) 著しい感情の不安定性(例:気分変動;突然悲しくなる,または涙もろくなる,または拒絶に対する敏感さの亢進)
  - (2) 著しいいらだたしさ, 怒り, 易怒性, または対人関係の摩擦の増加
  - (3) 著しい抑うつ気分, 絶望感, 自己批判的思考
  - (4) 著しい不安, 緊張, および/または“高まっている”とか“いらだっている”という感覚
- C. さらに、以下の症状のうち1つ(またはそれ以上)が存在し、上記基準Bの症状と合わせると、症状は5つ以上になる。
- (1) 通常の活動(例:仕事, 学校, 友人, 趣味)における興味の減退
  - (2) 集中困難の自覚
  - (3) 倦怠感, 易疲労性, または気力の著しい欠如
  - (4) 食欲の著しい変化, 過食, または特定の食物への渴望
  - (5) 過眠または不眠
  - (6) 圧倒される, または制御不能という感じ
  - (7) 他の身体症状, 例えば, 乳房の圧痛または腫脹, 関節痛または筋肉痛, “膨らんでいる”感覚, 体重増加
- 注: 基準A~Cの症状は、先行する1年間のほとんどの月経周期で満たされていなければならない。
- D. 症状は、臨床的に意味のある苦痛をもたらしたり、仕事、学校、通常の社会的活動または他者との関係を妨げたりする(例: 社会活動の回避: 仕事、学校または家庭における生産性や効率の低下)。
- E. この障害は、他の障害、例えばうつ病、パニック症、持続性抑うつ障害(気分変動症)、またはパーソナリティ障害の単なる症状の増悪ではない(これらの障害はいずれも併存する可能性はあるが)。
- F. 基準Aは、2回以上の症状周期にわたり、前方視的に行われる毎日の評価により確認される(注: 診断は、この確認に先立ち、暫定的に下されてもよい)。



にはPMS群が有意に低く、さらに、プロゲステロン値も卵胞期、黄体期ともにPMS群が有意に低かった。

PMS/PMDDと関連が深いといわれている産後うつ病に対して、米国FDAがALLOそのものであるbrexanoloneを治療薬として承認した<sup>11)</sup>。60時間の点滴で、その後一カ月間の抗うつ効果を認めた<sup>11)</sup>。同様に、ALLOと同じGABA-A受容体のpositiveな調整剤であるzuranoloneが産後うつ病に効果的であると報告されている<sup>12)</sup>。産後うつ病に対するzuranoloneは2週間の投与で、45日間の抗うつ効果を認めた<sup>12)</sup>。さらに、zuranoloneはわが国のうつ病患者を対象にした、2週間投与試験で、2カ月間プラセボに有意差をつけたことは注目される<sup>13)</sup>。

筆者は、エストロゲンの低下に伴い、セロトニンやセロトニンの前駆物質であるトリプトファンが減少することも関連することに最も注目している<sup>5, 14)</sup>。エストロゲンの低下の時期に、トリプトファンとセロトニンも低下することは明らかとなっている<sup>5, 14)</sup>。後述する選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)の治療反応性の高さを考慮

した場合、PMS/PMDDにおけるセロトニンの役割はかなり大きいと考えざるを得ない。

## ◆PMS・PMDDへの対応

### 1. 非薬物療法

表3に、Lanza di Scaleaらの総説<sup>5)</sup>と、産婦人科診療ガイドライン<sup>1)</sup>を基に、PMS/PMDDへの対応の一覧を示した。

PMS/PMDDに対する対応で、薬を使わない方法として、カウンセリング、認知行動療法、およびPMS/PMDDに関するサイコ・エデュケーションは、ある程度効果が証明されている<sup>5)</sup>。

また、症状日記、規則正しい生活と睡眠、アルコールやカフェイン制限、定期的運動、エクササイズなどが挙げられる。特に症状日記を数ヶ月にわたりしっかり付けるだけで、自己の月経周期と気分の変動を予測し、症状への対応がスムーズとなることがある<sup>5)</sup>。他に、ハーブ、鍼、灸が挙げられ、サプリメントでは、カルシウム製剤、マグネシウム製剤、亜鉛、マルチビタミン、ビタミンB6(特にピリドキサミン)、イソフラボンが、ハー

表3 PMS, PMDDへの対応

- カウンセリング, 認知行動療法, サイコ・エデュケーション
- 生活指導(症状日記, 規則正しい生活と睡眠, アルコールやカフェイン制限, 定期的運動, エクササイズなど), 鍼, 灸
- サプリメント(カルシウム製剤, マグネシウム製剤, 亜鉛, マルチビタミン, ビタミンB6, イソフラボン), ハーブ{チェストベリー, イチョウ葉エキス(Ginkgo biloba)}, イブニングプリムローズオイル(γリノレイン酸)など
- 対症療法的薬物療法{精神安定剤(抗不安薬・睡眠薬など), 利尿剤(むくみに), 鎮痛剤(疼痛に), 漢方薬(加味逍遙散, 当帰芍薬散, 桂枝茯苓丸, 桃核承気湯, 抑肝散, 抑肝散加陳皮半夏, 香蘇散など)}
- 精神症状が軽症の場合や身体症状主体の場合, OC/LEPなどを用いる
- 精神症状が中等度以上のPMSおよびPMDDにSSRIが奏効する. またはドロスピレノン・エチニルエストラジオール錠を用いることも可

註;PMS:月経前症候群, PMDD:月経前不快気分障害, OC/LEP:経口避妊薬/低用量エストロゲン・プロゲステロン配合薬, SSRI:選択的セロトニン再取り込み阻害薬, 文献1,5)を基に, 筆者作成

ブとしてチェストベリー、イチョウ葉エキス (Ginkgo biloba)、イブニングプリムローズオイル ( $\gamma$  リノレイン酸) は昔から女性によく使われており、人によっては効果がある場合があるといわれている<sup>5)</sup>。

## 2. 対症療法的薬物療法

対症療法として、イライラに抗不安薬 (アルプラゾラムなど)、不眠に睡眠薬、乳房痛にプロモクリプチン、むくみに利尿剤 (スピロノラクトンなど)、疼痛に鎮痛剤などが使用される場合があるが、必ずしも推奨されるものではない。漢方薬としては、加味逍遙散、当帰芍薬散、桂枝茯苓丸、桃核承気湯、抑肝散、抑肝散加陳皮半夏、香蘇散などが使用される。

## 3. ホルモン療法

PMS/PMDDの治療で最も確立しているのは、SSRIによる薬物療法とホルモン療法である<sup>1, 5)</sup>。

基本的には婦人科では経口避妊薬/低用量エストロゲン・プロゲステロン配合薬 (OC/LEP) を中心としたホルモン療法が、精神科ではSSRIの使用が第一選択になる。いずれも効果はあるが、**表3**にもあるように、OC/LEPはどちらかというとき身体症状主体の方に向いており、SSRIは精神症状主体の方に向いている。OC/LEPは、排卵を抑制することにより月経前症状の軽減が期待される。使用により症状の緩和をみる症例報告は多数あるが、実際にランダム化試験 (RCT) で有効性が示されている薬剤は少ない。その中で、ドロスピレノン含有LEP (日本で発売されているものとしてはヤーズ<sup>®</sup>が該当) は、450例を対象としたRCTにおいてPMDDの症状軽減の有効性が確認されている<sup>15)</sup>。他のホルモン療法として、性腺刺激ホルモン放出ホルモン (GnRH) が使用される場合もある。

## 4. 抗うつ薬

PMS・PMDDに対するSSRIを中心とした抗うつ薬療法は予想以上に効果的で、即効性があり安全である<sup>5, 16)</sup>。Griffinら<sup>17)</sup>は、SSRIがPMDDに

有効である根拠として、SSRIが直接的に3 $\alpha$ -HSDの活性を上げ、プロゲステロンの代謝を促進し脳内のALLOレベルを上昇させていることをあげた。SSRIは、うつ病の治療時のように連日で服用する必要はなく、月経前の症状のつらいときだけ服用する間欠療法で十分効果が認められる<sup>4, 5, 16)</sup>。Cochrane Reviewのメタ解析においても、連日投与、間欠投与、ともにプラセボに有意差をつけている<sup>18)</sup>。さらに、服薬継続期間に関しては確立していないが、筆者の施設では、大体6ヵ月間使用して安定した時点で、一旦中止して経過をみている。PMDDの抗うつ薬療法に関しては山田によるガイドライン<sup>16)</sup>があるので参照していただきたい。筆者らの施設での経験では、山田のガイドライン<sup>16)</sup>より少ない量で反応が見られる場合が多い印象がある。

また、同じSSRIの中でも、なるべく消失半減期の長い薬剤の方が、受容体占拠率のピークとトラフの差が小さいので、受容体密度や感受性を上げたりせず、間欠療法に向いている可能性がある<sup>4)</sup>。

## ◆さいごに

PMDDを婦人科が診るのか、精神科が診るのかという問題があり、婦人科医の中でも、精神科医の中でも不得意と感じている医師も多い。いずれにしても、PMDDに関する知見が、もっと一般にも浸透し、女性の心身の不具合に関して、耳を傾ける姿勢が重要といえる。月経のある女性がいる限り、そこにはPMS/PMDDはあるのだから。

## ◆文献

- 1) 日本産科婦人科学会・日本産婦人科学会. 産婦人科診療ガイドライン—婦人科外来編. 174-176, 2020.
- 2) American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Guidelines for Women's Health Care: A Resource Manual. 4th ed. Washington, DC: ACOG; 607-

- 613, 2014.
- 3) 日本精神神経学会 (監). DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京: 医学書院; 171-174, 2014.
- 4) 大坪天平. 女性心身医学24: 294-298, 2020.
- 5) Lanza di Scalea T, et al. Med Clin N Am. 103: 613-628, 2019.
- 6) 大坪天平, ほか. 女性心身医学 12: 268-272, 2007.
- 7) Schmidt PJ, et al. N Engl J Med. 338: 209-216, 1998.
- 8) Comasco E, et al. Am J Psychiatry. 178: 256-265, 2021.
- 9) Bäckström T, et al. Prog Neurobiol. 113: 88-94, 2014.
- 10) Monteleone P, et al. Eur J Endocrinol. 142: 269-273, 2000.
- 11) Meltzer-Brody S, et al. Lancet. 392: 1058-1070, 2018.
- 12) Frieder A, et al. CNS Drugs. 33: 265-282, 2019.
- 13) Kato M, et al. Psychiatry Clin Neurosci. 2023; doi: 10.1111/pcn.13569.
- 14) Carretti N, et al. Hum Reprod. 20: 1548-1553, 2005.
- 15) Yonkers KA, et al. Obstet Gynecol. 106: 492-501, 2005.
- 16) 山田和男. 精神科. 24: 36-42, 2014.
- 17) Griffin LD, et al. Proc Natl Acad Sci. 96: 13512-13517, 1999.
- 18) Marjoribanks J, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2013. doi:10.1002/14651858.CD001396.pub3.



## 摂食障害とは どのような病気だろうか

明治学院大学心理学部 教授  
西園マーハ文

### 1. 「やせたい」 だけではない病気

摂食障害というのは、神経性やせ症や神経性過食症など、食行動に問題が表われる病気の総称です。一般には、拒食症、過食症と呼ばれていますが、これらの病名を耳にすることは多いと思います。メディアの報道では、若い女性が体型を気にして、過激なダイエットをする病気と説明されていることが多いと思います。報道の中には、なぜ外見のために身体を壊すようなことをやっているのだろうという批判的なニュアンスがあることもあります。ダイエットは誰でもやっているのに、わざわざ病気と呼ぶ必要があるのかという声をお聞きすることもあります。摂食障害の患者さんは、発症後は体型を気にする傾向が非常に強いですが、発症までのプロセスには、実はさまざまな要因があります。これらを知らずに「体型なんか気にしないように」と声をかけても症状は改善しにくいのです。精神医学の立場から、摂食障害とはどのような病気で、どのように対応できるのかを考えてみたいと思います。

摂食障害の背景には、挫折感や無力感などの心理がしばしば見られます。典型的な発症パターンとしては、それまで勉強やスポーツなどで頑張っていた人が、精一杯努力したのに成績や順位が落ちたというような体験があります。このような時、たまたま試したダイエットでやせたことを人



に褒められ、これが代理の自信になってしまうなどが典型的な経過です。この時は、やせることが、うまく行かない状況を脱出するための「解決法」に見えてしまいますが、これはもちろん、かりそめの解決法です。というのは、ダイエットを長く続けているうちに、低栄養でさまざまな身体症状が出ますし、多くの場合、自分では元の状態に戻ることができず「こんなにやせるつもりはなかった」というところまで体重が減ってしまうことが多いからです。こうなると、解決法どころか、問題の素になってしまいます。

このように、神経性やせ症では「やせてきれいになりたい」というだけではない心理的背景があることに注意が必要です。しかしこれは、患者さんには「健康な人にはわからない心の闇がある」ということではありません。そうではなく、摂食障害以外の方も経験するような、学校、職場、家族の中での葛藤が多いのですが、摂食障害の方は、自分の気持ちを言葉にするのが苦手な方が多く、それが身体の症状に出てしまうと考えられます。自分の気持ちをすぐ言葉で表現できる方だったら、「親が勧める進路は自分では納得できない」と、友達に相談したりできるでしょう。摂食障害の方の場合、なんとなく「モヤモヤ」とは感じるけれどもはつきり表現できず、こういう気持ちがダイエットでちょっとずつつきりしてしまったというような経過が多いのです。

神経性やせ症は、ダイエットの流行に伴う現代病のように思われていますが、昔から症例報告はありました。「神経性やせ症」という病名を作ったのは19世紀の英国の医師です。日本でも江戸時代の医学書に「不食」という病気の記載があります。発症の心理的背景は、これらの論文に詳細には書かれていません。なぜダイエットの流行がない時代に発症したのでしょうか。推測としては、何かがつきつけて食べない日が続いた際、食欲が低いままにとどまる人が人口の中の一定数はいると考えられています。多くの人は、しばらく食べなければ空腹を感じますが、この時に食欲が出て来ないという食欲中枢の問題です。昔はダイエットが流行せず、この病理が明らかになるケー



又は少なかったのですが、今のようにダイエットを試す人が多いと、これらの方々には発症しやすいと考えられています。

現代は、ダイエットの流行だけでなく、家庭での体重計の普及によって、体重や体脂肪率などの数字が気になりやすいなど、社会的に摂食障害を促進しやすい面は確かにあり、発症が増えていると考えられます。このように、発症には、体質的なもの、心理的背景、社会の在り方などが複雑に影響しています。

## 2. 摂食障害の症状

現在の精神医学は、診断に必要な特徴を列挙した診断基準を用いますが、神経性やせ症については、現在、日本でも用いられるアメリカの診断基準<sup>1)</sup>では、体重減少の他、肥満恐怖、自己評価が体重や体型に過剰に影響することなどが挙げられています。成長期の場合は、「体重減少」ではなく、身長が伸びない場合もあることに注意が必要です。神経性過食症の診断基準には、自分ではコントロールできない過食が週に1度は見られること、体重増加への不安から、代償行動(排出行動)と言われる、嘔吐や下剤乱用などが見られることが挙げられています。神経性やせ症と同じく、体重や体型が自己評価に過剰に影響するという特徴もあります。神経性過食症は、「意志の力で止められるはず」と周囲が批判し、時には本人もそのように思っていることもあります。自分の意志では止められないことに注意が必要です。

摂食障害には、さまざまな身体症状も見られます。スポーツ領域では、「アスリートの3徴」と言って、摂取エネルギー不足の他、骨粗鬆症と無月経の3つを取り上げて摂食障害の特徴とすることがありますが、摂食障害の症状は「3徴」にはとどまりません。栄養不足は、貧血、白血球減少、徐脈、低血圧、肝機能障害などさまざまな問題を起こします。一方、神経性過食症では、嘔吐や下剤乱用を長期に続けると、血中のカリウムが失われ、低カリウム血症になります。これは、不整脈などを引き起こすので注意が必要です。神経性過

食症の方は、体重は普通で、外見上は健康に見えますが、身体の中のこのような変化にも注意しておく必要があります。

## 3. 摂食障害への対応

では、摂食障害にはどう対応したらよいでしょうか。「やせたい」の背景の心理にも注意が必要だと説明しましたが、言葉にするのが苦手な場合が多いので、最初から「こんなことに悩んでいる」と説明できないことが少なくありません。心理的面接には傾聴が大事だとよく言われますが、摂食障害については、傾聴しようとしても「食べたくない」とか「どこも悪くありません」という話で終わってしまうことが多いのです。「日頃より多く食べてしまったけれども大丈夫だろうか」といった、食や体型に関する不安ばかりが表出されることも少なくありません。このような状況を少しでも改善するには、近年、治療には「外在化」という考え方が用いられています。つまり、その患者さんの人格が全部摂食障害になってしまったわけではなく、患者さんと病気は別物、つまり病気は患者さんの外にあつて、患者さんは摂食障害に支配されてしまっているという見方です。海外の教科書では、患者さんの背中に、お化けのようなものが乗っているイラストが描かれていたりします。このお化けが耳元で「そんなに食べる?」とか、「スポーツの練習時間を減らしたら負けだよ」などというので、患者さんはその通りにしてしまうというわけです。つまり160cm、30kgの患者さんが、「練習は皆と同じメニューで頑張ります」と言っているのは「病気」が言っているのに、摂食障害の特徴を知らないと、「病気の声」に耳を傾けてしまいがちになるということです。もし病気に自分が支配されていることに気付けば、「皆と一緒に頑張ります」ではなく、「つい病気の声の通りに行動してしまうので、これを何とかしたい」と考えられるようになるでしょう。

このように考えられるようになるためには、摂食障害の症状についてよく理解する必要があります。摂食障害の症状を学ぶための教材などを読



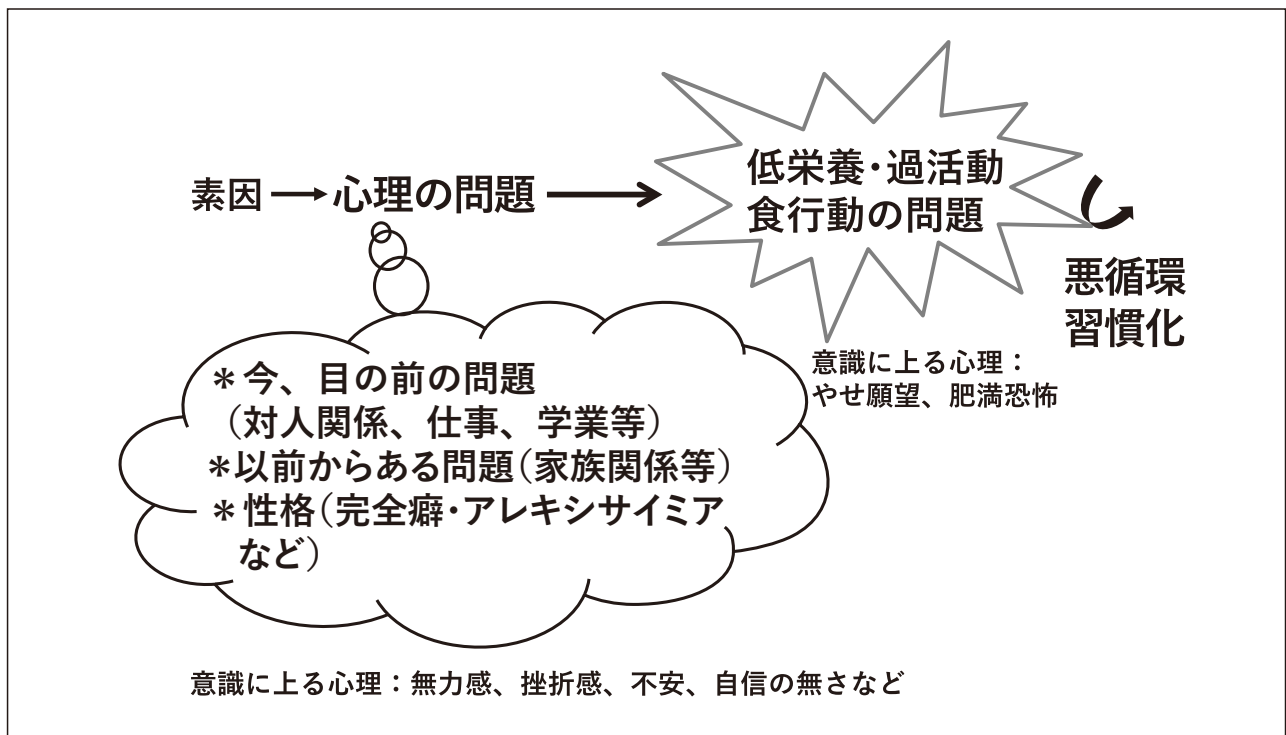


図1 摂食障害の症状の構造 (文献2) より

み、「これしか食べない」という自分のこだわりは、実は摂食障害の症状なのだと知ることが重要です。令和4年から、高校の保健の授業で、精神疾患について具体的に取り上げることになり、摂食障害についても教えることになりました。教材も開発されています<sup>3)</sup>。今後は、「授業で習ったあの病気だ」と、本人も周囲も気付きやすくなることが期待されます。

どのような病気でもそうですが、摂食障害でも早期に治療を始めるのが大変重要です。病状が進んでから受診する方が多いのですが、生命に危険がある状態では、入院して栄養補給をするしか選択肢がなくなっています。早期に治療が始まれば、本人と治療者が協力して治療を進めることができます。ガイドド (指導付きの) セルフヘルプという言葉がありますが、治療者のアドバイスの元で、ご本人が食事を増やしたり、運動を控えることなどを外来で行えるのが理想です。このプロセスも試行錯誤ですので、あまり身体的に限界状態になる前に治療を始めるのが望ましいのです。摂食障害には、「やせてきれいになりたい」以外にさまざまな心理的背景があると述べました

が、早めに受診していただければ、心理的な葛藤が生じた時点からあまり時間を置かないで心理的背景について考えていくことができます。摂食障害の症状の構造は図1<sup>2)</sup>のようになっています。心理的背景があつて、右側に示したような低体重や過活動、過食嘔吐などが生じてくるのですが、右側の症状が強いと、栄養補給や過食嘔吐を抑えることが治療の優先となり、なかなか心理の問題に到達することができません。早めの受診、あるいは身体状況改善のための入院治療の中で少し心理的背景を振り返るなど、心身両面へのアプローチが重要です。

#### 4. 予防をめざす際の注意

摂食障害にならないような予防教育を学校でできないのかというご質問もよく受けます。ダイエットの怖さを伝えれば摂食障害は減らせられるのではないのかという期待も大きいと思います。しかし、怖さを伝えて摂食障害を起こさないようにするという「一次予防」には落とし穴もあります。一次予防というのは、感染症に対するワクチンの

ように、病気を起こさせないということです。一次予防をめざして、「ダイエットをすると臓器が壊れます」「将来子どもを産めません」などを強調する授業も行われていますが、このメッセージを受け取ってくれる人も多い反面、既にダイエットをしていると、相談に行くと怒られるのではないかと、受診すると異常が見つかるのではないかと、思って相談に行きにくくなります。一番相談に来てほしい生徒を遠ざけてしまうという結果になってしまうのです。発症した後の早期の発見、早期の治療開始を「二次予防」と言いますが、予防教育をするならば、「自分流のダイエットで困っていませんか。困っていたらいつでも相談してください」という二次予防のメッセージを伝えることが重要です。「病院に行くような子は部活のレギュラーから外す」と言われるから受診しないという生徒もいるようですが、相談や受診など、健康回復のための受診は望ましいことだという文化を学校の中で作っておくことも大事だと思います。

## 5. 成人期の注意

主に思春期の摂食障害について述べてきましたが、成人期の摂食障害にはどのような特徴があるのでしょうか。大学生以降は、神経性やせ症が長期化したケースと、神経性過食症があります。神経性過食症の初発は大学生以降が多いのです。一人暮らしが多い世代ですが、神経性過食症では体重は正常なので、誰も摂食障害に気付かないことが少なくありません。もちろんご本人にはわかっていますが、自分の意志が弱いのが悪いと考え、受診せずに何年も経過していることがあります。神経性過食症でも身体症状が生じることもありますし、早めに受診していただきたいと思います。

神経性過食症の治療は、まず生活を規則的にすることから始まります。神経性過食症の治療を始める時期には、意識的に、食事の時間を決めておくに役立ちます。過食症の方は「明日から過食をゼロにしよう」と決心して、過食にならないよう普通の食事も控えているうちにまた過食衝動が出てしまうという経過になりがちです。自分の生

活を振り返り、空腹が過食につながらないように、食事や間食の時間をあらかじめ決めておくことで症状をコントロールしやすくなります。症状がコントロールできたら、どういう状況で症状が出やすいかなど、背後の心理を考えていくことができます。神経性過食症には抗うつ剤も用いられますが、食事や生活を整える作業なしに、抗うつ剤だけで「飲めば過食が止まる」という効果は得にくいので、生活を健康的にする試みは必要です。

成人の場合、症状をどう和らげるかということに加えて、どうやって生活していくかということが課題になってきます。症状が軽快して就労しても、周囲に摂食障害のことを全く伝えていないと、通院のために休むのが難しくなって再発することもあります。うつ病の回復期の復職支援や発達障害への配慮は行われるようになってきますが、摂食障害は女性に多く、非正規雇用の方も多いため、産業医などにまだ知られていない面があると思います。一方、男性にも見られる疾患ですが、男性が摂食障害になるはずがないと産業医に言われたという方もいます。今後は、一層啓発が必要だと思います。社会参加して、家族以外の方とも接点を持つことは、自信を回復するのに重要なので、通院の時間が取れるような働き方ができるならば試してみることをお勧めしたいと思います。もちろん仕事だけではなく、趣味等での人間関係も重要です。仕事や治療だけでない世界を持つことは、摂食障害の回復に役立ちます。忙しくなり過ぎない範囲で少しずつ試してみると良いでしょう。

## 参考文献

- 1) アメリカ精神医学会：DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院,2023
- 2) 西園マーハ文：外来治療における「小さな行動制限」の活用. 摂食障害の精神医学, 日本評論社, pp142-153, 2022.
- 3) こころの健康教室サニタ:各種教材,摂食障害. <https://sanita-mentale.jp/video/anime/ja/sessyoku.html>

特別協賛

一般社団法人 東京精神科病院協会

法人会員情報

ご入会ありがとうございます

2023年11月末日現在

	法人名	施設名	自治体名
1	一般社団法人	東京精神神経科診療所協会	中野区
2	医療法人社団 光生会	平川病院	八王子市
3	医療法人社団 成仁	成仁病院	足立区
4	医療法人財団 鳶の木会	南晴病院	大田区
5	医療法人社団 敬聴会	祐天寺松本クリニック	目黒区
6	社会福祉法人 鶴風会	西多摩療育支援センター	武蔵村山市
7	医療法人社団 じうんどう	慈雲堂病院	練馬区
8	医療法人社団 ソラ	にしむらクリニック	国分寺市
9	医療法人社団	根岸病院	府中市
10	医療法人社団 良江会	久留米ヶ丘病院	東久留米市
11	医療法人社団 欣助会	吉祥寺病院	調布市
12	医療法人財団 厚生協会	東京足立病院	足立区
13		山本メンタルクリニック	立川市
14	医療法人社団 雄心会	山崎病院	清瀬市
15	一般社団法人	MHC リサーチ&コンサルティング	港区
16	医療法人社団 耕和会	五和貴診療所	墨田区
17	公益財団法人	井之頭病院	三鷹市
18	医療法人社団 薫風会	山田病院	西東京市
19	医療法人財団 青溪会	駒木野病院	八王子市
20	医療法人社団 正心会	よしの病院	町田市
21	医療法人社団 東京愛成会	高月病院	八王子市
22	医療法人財団 厚生協会	大泉病院	練馬区
23	社会福祉法人 桜ヶ丘社会事業協会	桜ヶ丘記念病院	多摩市
24	医療法人財団 良心会	青梅成木台病院	青梅市
25	医療法人財団 岩尾会	東京海道病院	青梅市
26	医療法人社団 天紀会	こころのホスピタル町田	町田市

引き続き法人会員の募集をしています。詳しくは奥付の入会案内をご覧ください。

# ホームページのご案内

東京都精神保健福祉協議会ではホームページを開設し、皆さまのお役に立つ情報を掲載しております。また会員専用ページも充実の内容となっております。

 <https://www.tokyo-mhw.jp/>

こちらのQRコードからご覧ください。



## 編集後記

女性のメンタルヘルスは、今日の臨床あるいは社会の課題として注目されており、当協議会の講演会でも関連するテーマが数年毎に繰り返されています。その度に多数の方に聴講頂き、関心の高さを感じています。しかし残念なことに、PMDDと摂食障害ともに、これらの治療を苦手とするあるいは経験が乏しい精神科医が多いように思われます。研修医時代から幅広い精神疾患や病態の治療経験を積み、地域における多様なニーズに応えられる精神科医を育成することの重要性を再認識しました。当協議会が発信する情報が、精神科医療の新たな動向を反映できればと願っています。

(M. M)

## 東京都精神保健福祉協議会 入会のご案内

精神保健福祉向上に協力の意思のある方は、どなたでも入会できます。入会された場合、年2回のニュースレターや精神保健福祉に関する講演会のお知らせなどをお送りします。

会費 (入会金は不要です。)

個人 1,000円  法人 10,000円

多くの精神保健福祉に関心ある方  
施設・法人の入会をお待ちしています。

入会の方法 事務局にお問い合わせください。

お問い合わせ 東京都精神保健福祉協議会事務局 担当 鈴木 真理子

〒156-0057 東京都世田谷区上北沢2-1-1  
東京都立松沢病院内

TEL ▶ 03-3303-7211 (内)1014 FAX ▶ 03-3329-7586  
Mail ▶ tokyoshfk@gmail.com (院長室宛)

登録番号 (5) 71  
(通巻No.82) ISSN 1343-3830

### ●発行

令和5年12月発行  
東京都福祉局障害者施策推進部  
精神保健医療課  
〒163-8001  
新宿区西新宿二丁目8番1号  
TEL 03-5321-1111 (内) 33-173  
FAX 03-5388-1417

### ●編集

東京都精神保健福祉協議会事務局  
担当 鈴木 真理子  
〒156-0057 世田谷区上北沢2-1-1  
東京都立松沢病院内  
TEL 03-3303-7211 (内)1014  
FAX 03-3329-7586 (院長室宛)

### ●印刷

社陵印刷株式会社