

第 103 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

## 産後メンタルヘルス援助事業来談者に見られる摂食障害 ——長期経過の一つの実態——

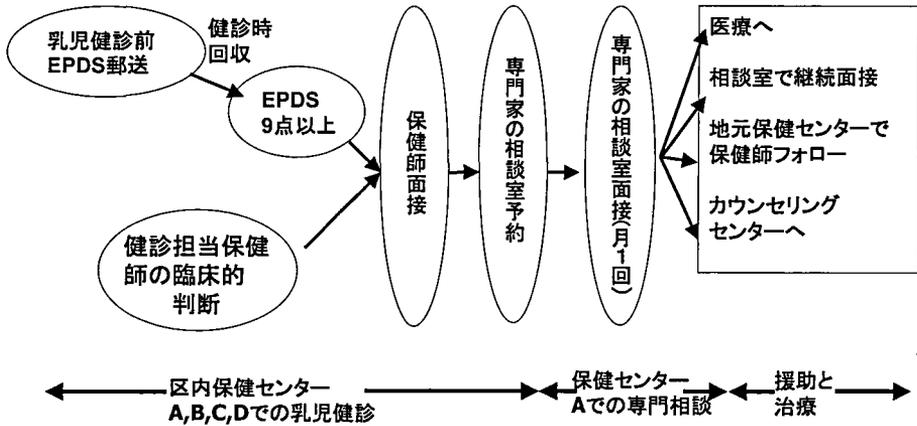
西園 マーハ 文 (東京都精神医学総合研究所)

### 1. はじめに

日本では、1970年代以降、摂食障害についての報告が急増し、一般にも知られる疾患になった。当時は「思春期やせ症」という言葉がしばしば用いられたように、思春期の疾患というイメージが強かった。日本よりも「流行」の開始が若干早かった欧米では、80年代以降、拒食から過食への転化や、拒食のままの慢性化など長期経過について報告されるようになった<sup>1)</sup>。また、過食症の発生も増えたが、過食症の発症年齢は、一般に、神経性食欲不振症の発症年齢より遅い。日本においても、摂食障害の病理や年齢が多様化し、広いライフサイクルを視野に入れて治療を行う必要に迫られている。中でも、妊娠や出産は、摂食障害を持つ個人や家族にとって重大なライフイベントである。海外では、摂食障害患者の妊娠出産について既に多くの報告がなされている<sup>1,3,5)</sup>。神経性食欲不振症の症状の極期には妊娠はまずないが、回復期や過食症には妊娠可能である。摂食量が少ない場合は、胎児の発育不良など産科面の問題もあるが、妊娠を受け入れることや配偶者との関係、育児困難など心理的問題も大きい。また、摂食障害の一つの特徴として、摂食障害を健康問題として認識したり、治療への抵抗感がある。過去には「病識欠如」と表現されてきた特徴である。近年は、さまざまな疾患について病識についての研究が進み、病識は、単純に有る無しに二分できるものではなく、段階を経て成熟していくものだと考えられるようになった<sup>10)</sup>。摂食障害についても、

詳細に面接すれば、病識にはいくつかのレベルがある。オランダでの研究によれば<sup>7)</sup>、地域の神経性食欲不振症者のうち、医療機関を受診するのは約半数で、過食症者では約1割しか受診していない。医療機関以外での相談もあるだろうが、日本においても、多くの患者が未受診のまま地域で生活していることが推測される。未受診者の中には病識が乏しいものが多いだろう。しかし、未受診者の中には、病識が少し育っており、何かきっかけがあれば援助を求めようと思っている場合も珍しくない。育児相談の必要性を感じたことを契機に、摂食障害についても初めて相談ができたという母親もいる。摂食障害の経過に妊娠出産がどう影響するか、また、摂食障害を抱えながらの子育てにはどのような援助が必要かという視点に加えて、妊娠出産は、病識や受診行動を一步進める機会としても重要なライフイベントである。

筆者は、地域の保健センターで、乳児健診後のメンタルヘルス相談を実施する中で、摂食障害の既往歴や現在症を持つ母親に出会ってきた。摂食障害そのものを対象とした相談窓口ではないという特徴のために、摂食障害の専門外来には受診しないタイプの病理が見られる。例えば、既往歴として摂食障害を経験したが今は治癒している例や、部分症状を慢性的に抱えながら未受診の例などである。また、産後の相談の直接のきっかけである抑うつ状態と摂食障害の関連にもさまざまなパターンが見られ、病識もさまざまである。この事業を紹介し、摂食障害のさまざまな長期経過や援助



**EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale): エジンバラ産後うつ病質問票**

図1 産後メンタルヘルスの援助事業：スクリーニングから援助まで

方法等について検討する。

**2. 対象と方法**

対象は、東京都のある区の産後メンタルヘルス事業の相談者である。図1にこの事業の流れを示す。他の健診より受診率が高い乳児健診の場を活用してエジンバラ産後うつ病質問票 (Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS)<sup>2),12)</sup>を配布し、その点数を保健師の個別面接への勧奨のガイドとしている。EPDSはスクリーニング用尺度であり、これだけで診断が付くものではないこと、改めて正しく病状評価を行う必要があることに配慮して援助を行っている。EPDSの質問項目の中には、不安や恐怖の項目が含まれているため、うつ病でなくても不安が強い母親は、ある程度高い点数が出るという特徴がある。乳児健診の1日目にEPDS用紙を回収して採点し、2日目に、採点結果と健診時の臨床判断を踏まえて、援助が必要と思われる対象には、保健師が面接をし、精神科医または臨床心理士との専門面接を勧奨する。面接を希望した対象に、筆者らが後日「相談室」として面接を行い、保健師と共に援助計画を立てている。ここで、研究の趣旨に書面で同意したものに Structured Clinical Interview for DSM

(SCID)<sup>4)</sup>を実施し、さらに時間に余裕があれば質問紙 Eating Disorder Inventor-2 (EDI-2)<sup>6,8)</sup>も実施している。これまでの経験から、SCIDの診断項目を満たさないレベルの症状でも育児に影響があることを観察しているため、面接では、閾値下診断であっても生活に支障をきたしている症状については記録している。なお、この研究については、(財)東京都医学研究機構東京都精神医学総合研究所の研究倫理委員会の承認を得て、実施しているものである。

今回の解析の対象は、SCID面接に同意した46名で、このうち30名がEDI-2の記入にも同意した。46名の年齢は、20から41歳で、平均年齢は31.8(標準偏差5.6)歳であった。46名中34名は第1子の出産後であった。乳児健診経由の来談が37例と大多数であったが、1歳6ヶ月健診後に来談した者も見られた。今回は症例数が少ないため、健診別の比較は行わず全体の解析を行った。EPDS得点の分布は6から24点で、平均13.9(標準偏差4.7)であった。

この事業では、摂食障害者を集めるための特別な働きかけは行っていない。しかし、表1に示す通り、摂食障害の既往も現病歴も見られないのは、46名中23名のみであり、閾値下診断を含めると、

表1 摂食障害の既往歴と現在症

|     | 現在症 |      |      |    |       | 計      |
|-----|-----|------|------|----|-------|--------|
|     | AN  | BN   | BED  | なし |       |        |
| 既往歴 | AN  | 1(1) | 3    | 0  | 7(6)  | 11(7)  |
|     | BN  | 0    | 1    | 0  | 1     | 2      |
|     | BED | 0    | 1(1) | 2  | 7(2)  | 10(3)  |
|     | なし  | 0    | 0    | 0  | 23    | 23     |
|     | 計   | 1(1) | 5(1) | 2  | 38(8) | 46(10) |

AN: Anorexia Nervosa, BN: Bulimia Nervosa, BEN: Binge Eating Disorder  
括弧内の数字は、対象者中、既往歴の病状が閾値下だったものの数

半数はこれまでどこかの時点で、摂食障害を体験していた。現時点で診断が付くのは、神経性食欠不振症（以下 AN）の閾値下診断 1 名、過食症（以下 BN）5 名（1 名は閾値下）、特定不能の摂食障害のむちゃ食い障害（Binge Eating Disorder, 以下 BED）2 名の計 8 名であった。既往歴としては、AN が閾値下の 7 名を含めて 11 名で、そのうち 1 例は現在症としての閾値下診断がある例であり、3 例は現在 BN であった。BN に転じた 3 名は既往の AN は、全例診断基準を満たすレベルであった。閾値下診断の既往がある 7 名中 6 名は、現在はどの診断も満たさない状態に回復していた。BN の既往は 2 名のみであり、そのうち 1 名は現在症として BN があるが、1 名は回復していた。BED の既往は 10 例で、AN と並んで多かった。そのうち 7 名は回復していた。現在症がある 3 名中 2 例は BED であり、1 例は閾値下 BN であった。全体の特徴をまとめると、既往としては AN と BED が多く観察された。詳細に面接すれば、摂食障害の既往歴なしに摂食障害の現在症が見られた例はないことから、妊娠中に既往歴を確認することが有用だと思われる。確認できれば、産後に、食の面で援助が必要になる可能性も視野に入れて経過をみる準備が可能だろう。既往疾患の回復率は高いので、既往が必ず産後の症状を予測するものではないのはもちろんである。一方、今回は、EPDS 低得点者は詳細に面接していないが、低得点者群で、摂食障害の産後初発

例が見られる可能性は否定できない。

より微妙な症状の差を知るため、EDI-2 の 11 のサブスケール得点についても検討した。SCID による病歴から、摂食障害の既往も現病歴もないもの、AN の既往があるが摂食障害の現在症はないもの、BN あるいは BED の既往はあるが摂食障害の現在症はないもの、摂食障害の既往もあり現在症もあるものの 4 群に分類した。統計学的検討にはまだ不十分な数のため、今回は、特徴的と思われる事項の記述にとどめる。EDI-2 の成人期の健常者データは少ないが、中井の報告<sup>9)</sup>による学生、企業勤務者、主婦からなる健常群の得点を参照にしながら産後 4 群の EDI-2 得点について検討した。やせ願望サブスケールでは、AN 既往群や現在症あり群は、健常群よりやせ願望が高かった。既往のみ群では、閾値下診断ともいえないレベルまで回復しているはずではあるが、やせの理想化が残存する場合があることが示唆される。過食サブスケールは、現在症あり群のほとんどが BN と BED であることを反映して、健常群より高かった。AN 既往のみ群、BN 既往のみ群でも若干高く、やはり残遺症状の存在が推測された。身体不満足は、摂食障害の既往も現在症もない群で高い点が予想外であった。無力感、対人不信、内界への気付きの障害は、概ね産後 4 群とも健常群より高かった。これは現在の抑うつ状態の反映があると思われるが、現在症あり群の内的感覚の気付き障害得点は高く、また完全癱得点も高かつ

た。内的感覚の気付き、すなわち空腹感や満腹感やさまざまな感情の認知に問題がある母親は、児の空腹感などの読み取りも悪い場合が多く、育児上の負担が大きいと思われた。既往があつて残遺症状がある場合、本人にもフィードバックして、その症状が悪化しそうな状況には注意するなど再発防止の試みが可能だと思われる。今後症例数を増やしてさらに解析を進める予定である。

### 3. 長期経過と妊娠出産の位置付け

#### (1) いくつかの臨床パターン

次に、匿名化した簡単な症例記述を基に、対象者に見られる経過や受診状況のいくつかのパターンについて提示したい。

##### ①パターン1：短期間で回復例

きれいになりたいと思い、20代でダイエットを始めた。体重が7kg減少し、半年間無月経となった。婦人科で相談したが精神科は受診しなかった。その後自然に体重は回復し、20代後半で結婚、出産した。出産後のEPDSは13点と中等度の値であり、訴えの中に食事や体型のテーマはなかった。EDI-2は、どのサブスケールも低値であった。子育てに対する自信のなさは目立ち、育児全般にアドバイスが必要であったが、食に特化した特別な指導は必要ないと思われた。

##### ②パターン2：自我違和感の乏しい長期のBEDの例

高校生の時、BEDの時期があり、ほぼ毎日むちゃ食いが見られた。この時増えた体重のまま、大学時代まで過体重で過ごし、自己評価は低かった。大学卒業後、むちゃ食いの回数は減少した。過去5年間のうちほぼ20%の期間はBEDといえる状態だが、これ以外の時期には、生活に支障をきたすほどの症状はなかった。抑うつ的だった時期もあるが、抑うつとBEDの時期は必ずしも一致しない。妊娠中に一度むちゃ食いがひどくなった際、糖尿が出て医師から注意を受け、むちゃ食いの習慣は病的なのだと初めて認識したくらいである。EPDS得点は11点であり高くはなく、本人の悩みは主に夫との葛藤である。自信のなさ

という点では、抑うつとむちゃ食いに関連があるような気もするという。

##### ③パターン3：他の症状の陰で、摂食障害は問題の緊急度が低い例

20歳頃からアルコール乱用がある。数年後にANを発症。その後BNに転じ、経過中の7~8割の期間は強い症状がある。近医から処方された睡眠導入剤を大量服用し、同時に大量飲酒して救急病院で治療を受けた。その際に神経圧迫や褥創などが生じ、今でもその治療を継続中である。EPDSは18点と比較的高く、EDI-2でもやせ願望、過食、無力感、完全癖、内的感覚の気付き障害、成熟拒否などのサブスケールで高値が見られた。本人は、感情の不安定さや飲酒のコントロールには興味があるが、過食嘔吐は、いろいろある不安定性の中では問題の優先順位が低く、治したいという切迫感はあまりない。

##### ④パターン4：育児困難と自分の食の問題との関連を理解している例

高校生の頃から気分不安定、拒食過食の繰り返しがあった。スクールカウンセラーに2~3回相談したが、卒業と同時に相談も終了した。体型を気にしながらも、アルバイトを継続し、人間関係を最低限に絞ることで社会適応はできていた。予想外の妊娠をして結婚し、出産した。児と2人で過ごすうちに、抑うつ感や肥満恐怖が強まり、自分の食事量についても混乱するようになった。児が泣いてもミルクを与えてよいのかどうか判断する自信がない。児の身長や体重が伸びず、健診で面接を勧奨された。本人の中で、自分の中で空腹満腹の察知が悪いことと子どものニーズの察知の問題が関連して理解されていた。本人はカウンセリングに積極的に参加し、児についてはまず時間決めてミルクを与えることを勧奨し、少しずつ自信を回復した。

#### (2) これまで未受診例への治療の導入

以上の症例が示唆するように、症状が軽かったり、自我違和感が少ない場合は精神科を受診せず、医療未受診か婦人科受診だけになりやすい。一方、

他にも症状が多く、摂食障害が本人の中であまり大きな問題になっていない場合も受診しない。自分の症状には違和感なく経過した例でも、育児に際しては、哺育が負担になったり、発育不良を軽視するなどの形で問題が顕在化する。多職種が連携しながら、育児援助を手がかりに母親の援助も行うのが理想である。

#### 4. 終わりに

産後のメンタルヘルスは多彩であり、摂食障害だけに注目するのは望ましくない。しかし、「食べさせる」ことが大きなテーマである産後の時期に、自分自身の食の問題が抱えきれなくなる症例が存在することは確かであり、治療のタイミングとしては重要な時期だといえる。今回の方法論は、閾値下も含めて病理を広めに同定しており、また、既往歴は後方視のため、現在の病理に影響を受けるなどの問題はある。それでも今回の結果は、現在30歳代の母親が思春期の頃、受診者以外にも摂食障害が広く存在していたことを改めて示しているといえるだろう。今後は、産科以外の科でも未治療の成人摂食障害患者が発見される可能性があり、各科の連携がますます重要になるとと思われる。

#### 文 献

- 1) Abraham, S.: Sexuality and reproduction in bulimia nervosa patients over 10 years. *J Psychosom Res*, 44; 491-502, 1998
- 2) Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R.: Detection of postnatal depression; development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression. *Br J Psychiatry*, 150; 782-786, 1987
- 3) Crow, S.J., Keel, P.K., Thuras, P., et al.: Bulimia symptoms and other risk behaviors during pregnancy in women with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 36; 220-223, 2004
- 4) First, M.B., et al.: Structured Clinical Interview for DSM IV. American Psychiatric Press, Washington D. C. (高橋三郎監修：精神科診断面接マニュアル (SCID). 日本評論社, 東京, 2003)
- 5) Franko, D.L., Blais, M.A., Becker, A.E., et al.: Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Am J Psychiatry*, 158; 1461-1466, 2001
- 6) Garner, D.M.: The Eating Attitudes Test; An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Medicine*, 9; 273-279, 1979
- 7) Hoek, H.W.: The distribution of eating disorders. *Eating Disorders and Obesity* (ed. by Brownell, K. D.). The Guilford Press, New York, p. 201-211, 1995
- 8) 中井義勝: Eating Disorder Inventory (EDI) を用いた摂食障害患者の心理特性の検討. *精神医学*, 39; 47-50, 1997
- 9) 中井義勝: Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2), 大食症質問票 Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (BITE) の有用性と神経性大食症の実態調査. *精神医学*, 40; 711-716, 1998
- 10) Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J. C.: In search of how people change. *Am Psychologist*, 47; 1102-1114, 1992
- 11) Steinhausen, H-C.: The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*, 159; 1284-1293, 2002
- 12) 吉田敬子: 母子と家族への援助. 金剛出版, 東京, 2000