

各論 5 摂食障害

要約

摂食障害は、若年女性の有病率が高く、妊産婦にもしばしばみられる疾患である。精神科併存症も多く、産後の育児行動に影響がみられる場合もある。妊娠中に病状を正しく評価し援助することが重要である。

- I. **摂食障害の有病率と産科での「発見」:** 摂食障害の部分回復状態での妊娠もあり、摂食に問題をもつ妊産婦は多い。しかし、治療歴がなかったり、症状について積極的に話さない場合もある。患者が困っていることを聴き取り、信頼関係を作っていくことが重要である。
- II. **妊娠中と産後の症状の変化:** 神経性やせ症では、妊娠中の食事摂取量が持続的に少なく、胎児発育が小さくなる場合もあるが、そうでない場合もある。神経性過食症では、妊娠中は過食嘔吐が減じる場合もあるが、産後に悪化する可能性に注意が必要である。
- III. **妊娠中の摂食障害への対応:** 妊娠中、体重増加がほとんどみられなかったり、体重の変動が大きい、あるいは過剰に体重が増加している場合は、食生活について聴き取る必要がある。また、食事量と体重だけではなく、睡眠や運動などにも注目し、総合的な病状評価を行う必要がある。この結果、摂食障害の症状があると思われる場合は、これまでの受診歴や相談歴を聞く。すでに治療歴がある場合は治療継続あるいは再開を勧める。未治療の場合は、治療に関する抵抗があるかを聴き取り、妊娠中から産後には精神科との連携が望ましいことを説明する。
- IV. **精神科併存症:** うつ病やパーソナリティ障害などの併存診断にも注意する。特に産後のうつ状態には注意を要する。これらの精神症状には、パートナーとの関係も影響する。
- V. **児への影響:** 摂食障害が育児行動に影響している可能性にも注意する。

I. 摂食障害の有病率と産科での「発見」

摂食障害とは、神経性やせ症、神経性過食症、過食性障害などの食行動異常の総称である。アメリカ精神医学会は、DSM-5の診断基準を満たす神経性やせ症の12ヵ月有病率は0.4%、神経性過食症は1~1.5%、過食性障害は1.6%としている¹⁾。しかし、診断基準としてはグレーゾーンでも、摂食問題に留意すべき妊産婦は上記の有病率よりもかなり多い。過去には「思春期やせ症」という呼称もあったように、患者の多くは思春期年代であったが、近年は年齢層が広がっている。神経性やせ症を思春期に発症して長期化する例もあり、成人期に発症する場合もある。また、現在は、神経性やせ症よりも神経性過食症の有病率のほうが高いが、神経性過食症の発症は主に成人期である。神経性やせ症の重症期には妊娠はほとんど成立しないが、回復期、また神経性過食症や過食性障害では妊娠の可能性があるとということになる。

このように、妊産婦のなかに摂食の問題をもった症例は多いはずだが、精神科からの紹介例以外では、産科での発見は容易ではなく、適切な援助が開始できないことがある。神経性やせ症の診断基準¹⁾には、「低体重の深刻さに対する認識の持続的欠如」という項目があるが、「否認」とも言われるこの症状のために、そもそも精神科受診もしていないことがある。妊娠事例では、最低限の体重は維持し、社会参加をしている場合が多いが、食生活が非常に偏っていたり、過剰な運動をしている場合がある。このようなケースでは、食事改善を指導されるのを怖れて、症状について話さない場合も多い。

神経性過食症では、体重が正常で外見からは診断しにくいことから、患者が話さない限り、さらに発見は難しい。嘔吐や下剤乱用によると思われる低カリウム血症がみられたり、体重変動が大きいため、摂食障害が疑われる妊産婦には、食生活や今後の体重管理などに懸念はないか、率直に聞いてみるのが望ましい。Eating Attitudes Test (EAT)^{7,9)}、SCOFF¹¹⁾など、摂食障害のスクリーニング用の質問紙の活用もよい。自記式質問紙にはすぐ率直な回答が得られないこともあるが、食行動は重要だというメッセージになり、面談のなかで話題にする糸口となる。診断項目があてはまるかをチェックするというだけでなく、質

問紙を活用して患者が困っていることを聴き取るという姿勢が重要である。

NICEの摂食障害のガイドライン¹⁴⁾では、摂食障害患者の妊娠について、健康やメンタルヘルスを保つことに関するアドバイスや教育が重要であることが強調され、かかりつけ医や助産師などが妊娠期を通じて援助をすることとされている。NICEの産前産後のメンタルヘルスのガイドライン¹³⁾でも、精神疾患をもつ者全般への注意として、患者が自分の症状について語るのを恥ずかしく思ったりためらう場合もあることに留意し、治療者間での情報共有や治療関係を形成することが重要であることが強調されている。よい援助関係を形成し、維持することも援助目標として、対応することが望まれる。

II. 妊娠中と産後の症状の変化

摂食障害では、摂食障害をもたない人に比較して、予定外の妊娠が多いという報告が多い。すなわち、神経性やせ症では、月経が規則化する前に妊娠することがある。神経性過食症でも、月経が不規則で、予定外の妊娠をすることがある。神経性過食症患者で、妊娠時点で月経が規則的だったのは71%で、28%は稀発月経だったとする報告もある¹²⁾。この報告では、45%が予定外の妊娠であり、月経不順なので妊娠しないと思ったという患者が多かった。このように、心の準備なく妊娠すれば、妊娠中の食行動の改善とメンタルヘルスの安定にはかなりの援助が必要となる。

神経性やせ症では、妊娠中も食事摂取量が少なく、胎児体重が低いとする報告が多い一方で、必ずしも低いとは限らないとする報告もある^{2,8)}。臨床的にも、完全癪が強い症例で、児に栄養がいかずに障害が出ることなどを不安に思い、栄養摂取ができる場合もある。なかには、このような妊娠中の食生活の改善が産後も維持される場合もある。

神経性過食症については、妊娠中は過食嘔吐が減少するが、産後は悪化するという報告が多い^{5,12)}。Morgan, J. F.らは、過食嘔吐に飲酒も伴う患者を観察し、第3三半期で、診断基準を満たすレベルの過食が続いているのは、約20%のみであったとしている。一方、第2三半期の段階での過食や飲酒は、産後の症状悪化やうつ病の発生と関連がみられた。この報告では、過食と飲酒を伴う患者は、産後34%では過食が消失していた一方、58%では悪化していたとし

ている¹²⁾。妊娠中には、過食嘔吐は減少しても、質問紙で計測される「身体不満足」などの心理面は悪化するという報告もある⁴⁾。妊娠中に過食嘔吐が減少していた症例でも、出産後の症状悪化やうつ病の発生には注意する必要がある。妊娠中に症状が高いレベルで続いている症例にはさらに注意が必要だと考えられる。

III. 妊娠中の摂食障害への対応

摂食障害をもつ患者に食事指導をする場合は、1日の必要摂取カロリーなどの抽象的な数値ではなく、食事、間食の時間、食べ方など、行動レベルに対応したアドバイスをする必要がある。また、摂取カロリーは十分にみえても運動が過剰であったり、夜中に過食して昼夜逆転し、それが日中の気分に影響しているような場合もある。負担のない範囲で生活記録を付けながら、生活リズムを整えていくことが望ましい。摂食障害の認知行動療法では、本格的な心理的援助の前に、生活の規則化、食の規則化を行うが⁶⁾、認知行動療法を行わない症例でも、これが治療の基本と言えるだろう。

体重が増えるのを心配している患者ほど体重が増加するという報告もあり¹⁸⁾、神経性過食症や過食性障害など、過食のみられる病型では注意すべき点である。このように、体重については、厳格な体重管理は逆効果なため、ある程度の変動は許容するほうが、極端な体重増加を避けることができる。

神経性過食症に対しては、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (selective serotonin reuptake inhibitor : SSRI) が過食嘔吐の頻度を減らす効果があることは知られている。しかし、海外では、認知行動療法など心理的治療のほうが重視され、薬物療法は、神経性過食症の治療の選択肢の1つという位置付けである¹⁴⁾。わが国では、非妊娠時の神経性過食症は、薬物療法を中心に治療されている場合も多い。妊娠中に初めて診断された神経性過食症の場合、うつ病が併存し、他の治療よりも薬物療法が推奨される場合を除き、第一選択として薬物療法を行うことには慎重であるべきであり、薬物療法のみという対応も望ましくないだろう。

過食性障害は、過食はあっても嘔吐や下剤乱用などの排出行動が目立たず、摂食障害のなかでは比較的軽症に分類される。治療を受けていない者も多いが、妊娠中は過剰な体重増加に伴う産科的合併症がある場合もあり、注意が必

要である。

これらの症状は、第1三半期から精神科と共同で治療にあたることが重要である。

IV. 精神科併存症

妊産婦にみられる摂食障害は、摂食障害単独の場合も多いが、精神科併存症をもっている場合も少なくない。特に多いのが、うつ病である。妊娠中からうつ状態がみられたり、産後にうつ病がみられる場合がある。必ずしも摂食障害の現在症でなく、既往をもつことがうつ病に関連するという報告もある^{3,5)}。摂食障害は、体重回復や過食嘔吐の頻度の軽減をもって回復とされることが多いが、これら以外の心理的特徴もある。自己評価の低さや無力感、完全癱、「アレキシサイミア」(自分の感情を言語化することの困難)や、「アレキシソミア」(空腹感、満腹感など身体感覚の弱さ)と呼ばれる心理である。食行動がある程度回復していても、これらの心理が長く続き、うつ状態その他の精神症状につながる場合があることに注意が必要である^{15,16)}。

うつ病以外にも、パニック障害やアルコール乱用などを伴う場合もある。境界性パーソナリティ障害など、パーソナリティの問題を伴う症例では、過食以外の衝動性も高く対人関係も不安定なため、継続的な心理的援助が必要となる。

英国での大規模前向きコホート研究によると、摂食障害歴のない妊産婦に比較して、拒食症歴がある患者では、パートナーからの妊娠期の身体的暴力、心理的暴力、また、産後の身体的暴力や心理的暴力の体験が多かった。過食症歴がある患者ではこの率は拒食症歴がある患者よりも高く、妊娠中にも体型懸念や嘔吐などの症状がある場合はさらに高い傾向がみられた¹⁰⁾。摂食障害とパートナーからの暴力 (intimate partner violence : IPV) をつなぐ概念については今後検討が必要であるが、対人コミュニケーションの問題が、摂食症状と、親しい関係のなかでの被害の両方をもたらしている可能性が考えられる。妊産婦の一部にはこのような背景をもつ者がいることには注意しておくべきだろう。

V. 児への影響

摂食障害が産後の育児行動に影響する場合もある。自分自身の食欲の読み取りが悪い症例のなかには、児の空腹の読み取りも悪く、児の発育が遅れる場合もある。一方、児

が泣くとすぐミルクなどを与え、児が過体重となる場合もある。このように、摂食障害が、児の育児にも影響を与える可能性にも注意が必要である¹⁶⁾。摂食障害をもつ母親は、児の食事場面でも遊びの場面でも児に対する支配的な態度や批判的な感情表出が多いという報告もある¹⁷⁾。

出産前後は医療関係者との接点も多く、それまで治療を受けていない患者については、治療のきっかけとなりうる。児への影響を少なくするためにも、妊娠中から産科と精神科が連携して治療にあたるのが望まれる。産科の診察場面で体重管理に不安をもつ者には、摂食障害の可能性を考えて丁寧な対応をすることが望まれる。精神科で摂食障害の治療中で、挙児希望の患者に対するアドバイスとしては、心身の準備がある程度整った状況での妊娠出産が児にとっても望ましいことを伝えるほうがよいだろう。

文献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Arlington, 2013 (日本精神神経学会 日本語版用語監修, 高橋三郎, 大野 裕監訳 : DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2014)
- 2) Bulik, C. M., von Holle, A., Siega-Riz, A. M., et al. : Birth outcomes in women with eating disorders in the Norwegian Mother and Child cohort study (MoBa). *Int J Eat Disord*, 42 (1) ; 9-18, 2009
- 3) Chua, Y. W., Lewis, G., Easter, A., et al. : Eighteen-year trajectories of depressive symptoms in mothers with a lifetime eating disorder : finding from the ALSPAC cohort. *Br J Psychiatry*, 216 (2) ; 90-96, 2020
- 4) 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 (2) ; 220-223, 2004
- 5) Easter, A., Solmi, F., Bye, A., et al. : Antenatal and postnatal psychopathology among women with current and past eating disorders : longitudinal patterns. *Eur Eat Disord Rev*, 23 (1) ; 19-27, 2015
- 6) Fairburn, C. G. : Cognitive behavior therapy and eating disorders. Guilford Press, New York, 2008 (切池信夫監訳 : 摂食障害の認知行動療法. 医学書院, 東京, 2010)
- 7) Garner, D. M., Garfinkel, P. E. : The eating attitude test : an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 9 (2) ; 273-279, 1979
- 8) Kimmel, M. C., Ferguson, E. H., Zerwas, S., et al. : Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. *Int J Eat Disord*, 49 (3) ; 260-275, 2016
- 9) 切池信夫 : 摂食障害第2版—食べない, 食べられない, 食べたらずまらない—. 医学書院, 東京, p.109-111, 2009
- 10) Kothari, R., Easter, A., Lewis, R., et al. : Intimate partner violence among women with eating disorders during the perinatal period. *Int J Eat Disord*, 48 (6) ; 727-735, 2015
- 11) Morgan, J. F., Reid, F., Lacey, J. H. : The SCOFF questionnaire : assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*, 319 (7223) ; 1467-1468, 1999 (日本摂食障害学会訳 : 摂食障害—医学的ケアのためのガイド—, 第3版. 2016 (http://www.jsed.org/wp-content/uploads/2019/03/AEDGuide_JP.pdf)) (参照 2021-06-24)
- 12) Morgan, J. F., Lacey, J. H., Chung, E. : Risk of postnatal depression, miscarriage, and preterm birth in bulimia nervosa : Retrospective controlled study. *Psychosom Med*, 68 (3) ; 487-492, 2006
- 13) National Institute for Health and Clinical Excellence : Antenatal and postnatal mental health : clinical management and service guidance. 2014 (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>) (参照 2021-06-24)
- 14) National Institute for Health and Clinical Excellence : Eating disorders : recognition and treatment. 2017 (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>) (参照 2021-06-24)
- 15) 西園マーハ文 : 産後のメンタルヘルスと摂食障害. 摂食障害の治療 (西園マーハ文責任編集, 専門医のための精神科臨床レビュー 28). 中山書店, 東京, p.207-216, 2010
- 16) 西園マーハ文 : 産後に見られるさまざまな病状. 産後メンタルヘルス援助の考え方と実践—地域で支える子育てのスタート—. 岩崎学術出版社, 東京, p.56-114, 2011
- 17) Stein, A., Woolley, H., Cooper, S. D., et al. : An observational study of mothers with eating disorders and their infants. *J Child Psychol Psychiatry*, 35 (4) ; 733-748, 1994
- 18) Swann, R. A., von Holle, A., Torgersen, L., et al. : Attitude toward weight gain during pregnancy : Results from the Norwegian mother and child cohort study (MoBa). *Int J Eat Disord*, 42 (5) ; 394-401, 2009