第45回
日本外来臨床精神医学会
研究会

2021年2月28日

ZOOMによるオンライン開催

第45回研究会　症例提示・ワークショップ

「PMDD－月経前不快気分障害の治療戦略」

中村 稔

（青山メンタルクリニック　院長）

抄　録

女性の心身症として月経前緊張症PMSは代表的疾患である。PMS の中てもより精神症状の重症化した病態が月経前不快気分障害（premenstrual dyspholic disorder: PMDD）である。抑うつ気分、不安・緊張、情緒不安定、怒り・苛々など 4 つの中核症状に加えて、食行動の変化や睡眠障害などの特徴的な症状が月経前に出現することで、社会活動や人間関係を障害する。PMDDの病因・病態は明らかでなく、確立した標準治療がないのか現状であるか、精神科臨床において中等症以上のPMDD に遭遇する機会は少なくない。

病因・病態に関する仮説に基づき、抗うつ剤、気分安定薬、非定型抗精神病薬などの効果発現機序を概説して無効例、有効例を呈示したい。

PMDD-月経前不快気分障害の治療戦略

2021.02.28　JCOP研究会

青山メンタルクリニック　中村　稔

はじめに

月経前緊張症候群PMS、月経前不快気分障害PMDDは婦人科領域の疾患であるとして、今まで精神科医は敬遠してきた。しかし、精神科外来診療の過半数を超える女性患者に特有の病態を等閑視することは、徐々に難しくなってきている。
PMS/PMDDの原因、機序に関してはいまだ不明な点が多いが、女性特有のホルモン動態がその症状形成に大きく影響していることは確かであり、婦人科的治療を補完しながら、精神科的知見を活かした治療戦略を基に、実臨床で実践できる薬物療法があることを示したい。

月経前緊張症PMSについて

女性の心身症として月経前緊張症（premenstrual syndrome：PMS）は代表的疾患である。

PMS の歴史に関しては1931年、Frank が月経前 7～10 日頃に精神的緊張症状を中心に喘息、浮腫などの症状が現れ、月経開始とともに症状が消失する症例を月経前緊張症と発表したことが最初である。

その後、1953年Greene & Dalton が精神症状だけでなく月経前に周期的に起こる症状を一括して“月経前症候群（PMS）”とすることを提唱し、1990 年にはICD-10に記載された（F38.8他の特定の気分障害，N94.8女性の生殖期と月経周期に関連した他の特殊な状態）。

日本産科婦人科学会産婦人科用語集によるPMSは「月経前 の3～10 日のあいだに続く精神的あるいは身体的症状で、月経発来とともに減弱あるいは消失するものをいう」と定義される。

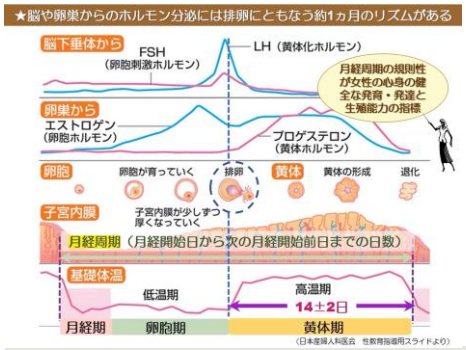
PMSの診断基準（米国産婦人科学会）

- 前 3 回の月経周期において，月経開始前 5 日間のうちに以下の精神症状および身体症状の 1 つ以上認める．

［精神症状］	［身体症状］
抑うつ	乳房痛
怒りの爆発	腹部膨満
イライラ	頭痛
不安	四肢の浮腫
判断力の低下	
社会的引きこもり	

- 症状が月経開始 4 日以内に軽快し，少なくとも月経周期 13 日目までに症状の再発を認めない．
- 症状の発症は，ホルモンの摂取，薬やアルコールの乱用によるものではない．
- PMS を疑ってからの後の，月経 2 周期にも症状の再現を認める．
- 患者が明らかに日常生活に支障をきたしている．

女性の性周期とホルモン動態



月経前不機嫌症候群PMDDについて

PMS の中でもより精神症状の重症化した病態を月経前不快気分障害（premenstrual dyspholic disorder: PMDD）といい、DSM-IVでは特定不能のうつ病性障害の 1 つとして取り上げられ、抑うつ気分、不安・緊張、情緒不安定、怒り・いらいらの 4 症状が中核をなし、食行動の変化や睡眠障害などの特徴的な症状が月経前に出現することで、社会活動や人間関係を障害する。

すなわち、PMDDは月経前に周期的に現れる症候群のうち特定の精神症状を伴うものに限定されPMSと同義ではない

月経後も完全に症状が消失しない病態（premenstrual exacerbation: PME）は臨床でよく見られるが、精神疾患が潜在、併存する症例が含まれている可能性もある。

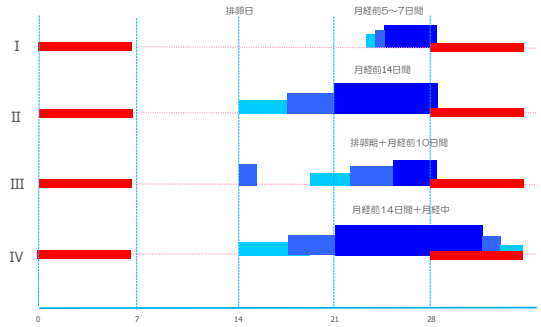
PMDD研究用基準案（DSM-Ⅳ）

青山メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

A．過去１年の間の月経周期のほとんどにおいて，以下の症状の５つ（またはそれ以上）が黄体期の最後の週の大半に存在し，卵胞期の開始後２，３日以内に消失し始め，月経後１週間は存在しなかった．（1）（2）（3）または（4）のいずれかの症状が少なくとも１つ存在する．
（１）著しい抗うつ気分，絶望感，自己卑下の観念
（２）著しい不安，緊張，“緊張が高まっている”とか“いらだっている”という感情
（３）著しい情緒不安定性（例：突然，悲しくなるまたは涙ちくなるという感じ，または拒絶に対する敏感さの増大）
（４）持続的で著しい怒り，易怒性，または対人関係の摩擦の増加
（５）日常の活動に対する興味の減退（例：仕事，学校，友人，興味）
（６）集中困難の自覚
（７）倦怠感，易疲労感，または気力の著しい欠如
（８）食欲の著明な変化，過食，または特定の食物への渇望
（９）過眠または不眠
（10）圧倒される，または制御不可能という自覚
（11）他の身体症状，例えば乳房の圧痛または腫脹，頭痛，関節痛または筋肉痛，“膨らんでいる”感覚，体重増加
注：月経のある女性では，黄体期は排卵と月経開始の間の時期に対応し，卵胞期は月経とともに始まる．月経のない女性（例：子宮摘出を受けた女性）では，黄体期と卵胞期の時期決定には，循環血中性ホルモンの測定が必要であろう．
B．この障害は，仕事または学校，または通常の社会的活動や他者との対人関係を著しく妨げる（例：社会的活動の回避，仕事または学校での生産性および効率の低下）．
C．この障害は，大うつ病性障害，パニック障害，気分変調性障害，または人格障害のような，他の障害の症状の単なる悪化ではない（ただし，これらの障害のどれに重なってもよい）．
D．基準Ａ，Ｂ，およびＣ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（診断は，この確認に先立ち，暫定的にされてもよい）．

PMS/PMDDの症状パターン

青山メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic



PMS/PMDDの原因について（仮説）

青山メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

諸説あるが不明であり、原因はひとつではない

- プロゲステロン欠乏
- プロゲステロン代謝異常
- エストロゲン過剰
- プロゲステロン/エストロゲン比異常
- テストステロン過剰
- プロスタグランディンE2欠乏
- メラトニン過剰
- ビタミンB6低下・欠乏
- βエンドルフィン欠乏
- 糖代謝異常
- 神経伝達物質異常
  - セロトニン系
  - アドレナリン系
  - GABA系
- 自律神経機能異常
- アレルギー
- 水分貯留
- 遺伝
- 心理的要因（ストレスなど）
- 社会的要因

排卵周期にのみ起こり、黄体期に出現する。
▶性ステロイドホルモンの関与
▶ホルモン異常・検査異常はない（後述）

（山田和男　月経前不快気分障害　星和書店　2017）

RCOG（英国王立婦人科医協会）による PMSの治療アルゴリズム

青山メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

First line	• エクササイズ、認知行動療法、ビタミンB6 • 新世代OC（周期投与もしくは連続投与） • 低用量SSRIの黄体期(月経周期15-28日）周期投与もしくは連続投与(citalopram/escitalopram 10mgなど）
Second line	• エストラジオール貼付剤 + 天然型プロゲステロン（経口または経腟）月経周期17-28日もしくはLNG-IUS • 高用量SSRIの黄体期周期投与もしくは連続投与(citalopram/escitalopram 20-40mgなど）
Third line	GnRHアナログ+アドバックHRT（エストロゲン+プロゲステロンの連続投与）
Fourth line	外科的治療±エストロゲン補充療法

Green-top Guideline No. 48. BJOG. 124(3):e73-e105, 2017
※日本国内ではOC・LEPおよびLNG-IUSにはPMSに対する適応は無し

PMS/PMDDの治療

青山メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

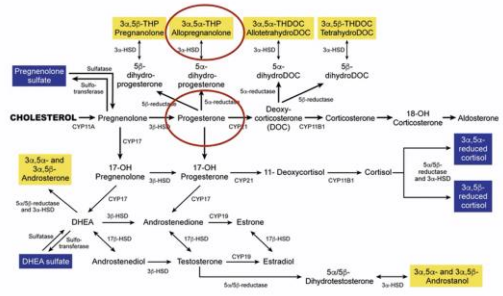
PMSの治療は、病因・病態が明らかではない中で確立した標準治療はないのが現状であるが、中等症以上の PMS や PMDD にはSSRIsが第一選択となる。

1周期連続投与法と黄体期2週間のみの投与法では効果に差を認めず、即効性を示すこと、少量の投薬量で効果が得られることなどから、SSRIsのうつ病や不安障害での効果発現機序とPMS/PMDDでの効果発現機序は異なることが推察されている。

以下、今までに得られた知見をもとに仮説を提示したい。

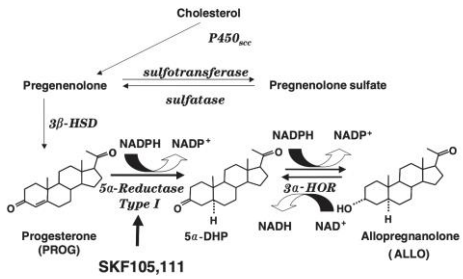
ALLOの合成経路

青山メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic



MacEvoy K., et al. Int Rev Psychiatry. 2019

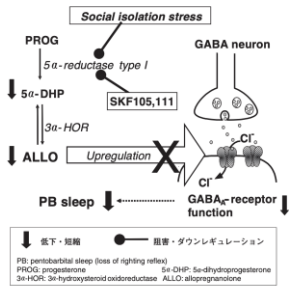
ALLOの合成経路（一部）



コレステロールからアロプレグナノロンへの生合成経路

日薬理誌(Folia Pharmacol. Jpn.)126, 107~112(2005)

ALLOとGABAA受容体機能

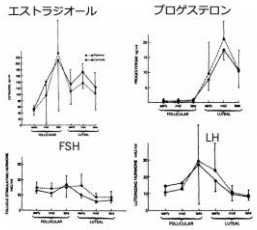


内因性神経ステロイド allopregnanolone による GABAA 受容体機能の促進性制御系機構と隔離飼育ストレス および SKF105111 の影響

日薬理誌(Folia Pharmacol. Jpn.)126, 107~112(2005)

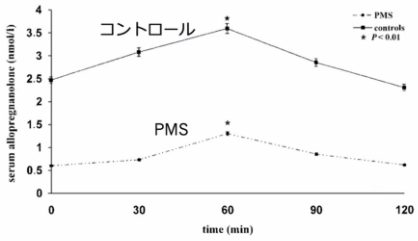
PMS/PMDD患者の女性ホルモンレベル

PMS/PMDD患者のホルモンレベルは非PMS/PMDDと差がない



Rubinow D R., et al. Ann N Y Acad Sci. 1995

PMS女性と非PMS女性のGnRHに対するALLO産生の相違



Monteleone P., et al. Eur J Endocrinol. 2000

PMDDの発症機序（仮説）

1. 視床下部-下垂体-性腺系の正常な変動に対する異常反応
2. Allopregnanolone(ALLO)に対するGABA$_A$レセプターの感受性低下または逆説的反応
3. セロトニン系機能の変化
4. 視床下部-下垂体-副腎系の反応の変化
5. 免疫機能の変化
6. カルシウム恒常性の変化
7. サーカディアンリズムの変化
8. 遺伝的要因（ESR1の遺伝子多型など）
9. 黄体期の感情処理と調節に対する脳領域の異常反応

Lanza di Scalea T., et al. Med Clin North Am. 2019

プロゲステロン代謝とSSRIの影響（仮説）

SSRIsはセロトニン非依存性の機序で、
GABAAの感受性亢進、ないしALLO産生促進による正常化により、
PMDDの症状を緩和（抑うつ改善、攻撃性低減など）する可能性がある

PMS/PMDDの治療戦略

青山メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

しかし、精神科外来を訪れるPMDDの患者においてSSRIが有効な例は期待するほど多くない。婦人科的治療が無効である重篤例、過去の精神病像が不明確であり潜在的PMEである可能性が高いためであろう、と考えている。

症候学的には、PMS/PMDDは黄体ホルモン期に見られる周期性、反復性の気分障害である。抑うつ状態～易怒、感情的爆発まで情動のエネルギー水準にスペクトラムがあることは、単なる抑うつ状態ではなく、混合状態に近似した病態であることを示しており、双極性感情障害に準じた薬物療法が奏功する可能性がある。

気分安定薬（mood stabilizer）や非定型抗精神病薬に一定の効果を期待できるものと考え、各種薬剤を試みてみた。

PMS/PMDD症例呈示

青山メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

年齢	事前状況	診断	転帰
①43y	20代前半よりPMDDを発症、30代より症状悪化。結婚、出産、業務負荷増大など心理社会的ストレスの増大に伴い、症状悪化したため当院受診。	PMDD	LVT, BNSで被刺激性は軽減したが、抑うつ症状が残存するためSERを追加したところ、抑うつ症状も改善した。 有症状時服用から連続服用とした。
②25y	大学卒業、就労後にPMDDを発症、漢方薬治療は無効で、抑うつ、過食、自傷行為が続くため当院受診。初診時問診でADHDが判明。	ADHD PMDD	桂枝茯苓丸、BNSで治療開始して被刺激性は軽減したが、抑うつが残存するため、桂枝茯苓丸→LVT→SER変更後、速やかに抑うつ症状は消退。以後、ADHD治療薬を開始、継続。
③26y	社会人となって以降、月経前の易怒性が目立つようになりPMDDを発症、業務負荷も加わりPMEに発展したため当院受診。	PME	LVT+BNSで易怒性は軽減したが、不完全寛解のため、LVT+SERに変更してPMDDは消退、治療終結。
④22y	18歳時に食行動異常で発症、以後、抑うつ症状が消長を繰り返していたが、月経前に症状が増悪するようになったため当院受診。	Dysthymia PME	LVT+BNSで症状軽減するもLVTで傾眠。BNS+LRDで抑うつが軽減するも不完全寛解。BNS+VTXでPMDDが消退。
⑤23y	20歳時に性依存、性的逸脱が出現、中絶後にパニック発作が出現したため当院受診。治療経過の中でPMDDの存在が判明した。	Panic Disorder PMDD	ECPでパニック発作は軽減。クロニジンで性的放縦は消退。治療経過でPMDDが顕在化したがLVT追加で改善、パニック発作も減少。

LVT:レベチラセタム, BNS:ブロナンセリン, SER:セルトラリン
LRD:ルラシドン, VTX:ボルチオキセチン, ECP:エスシタロプラム

①43歳　PMDD　1/2

青山メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

【LH】都下出生、成育。音大卒業後、自宅で生徒のレッスンを見ていた。ホテルで15年間勤務。X-3年に父親が理事長を務める学校法人に入職。29歳で結婚し43歳で一男をもうけた。

【HPI】20代前半より月経前の憂うつ感、苛々、不眠、倦怠感を自覚するようになり、30代になってから症状がひどくなった。徐々に家人に対しても迷惑を掛けるようになったため、X年6月当院を初診した。学校自体が成長過程にあり、業務自体が過酷で身体的負担も大きい。夫の仕事が傾いたこともあり、私立小学校に通う子供の学費負担も大きい。生理前に絶望的な気分になったり、苛々して人を撃ち殺したくなる。家事も充分に出来ないため、同居している家族に迷惑を掛けてしまう。父親に対して必要以上に攻撃してしまう。月経10日前より憂うつ感、苛々、倦怠感が増してくるが、月経開始後1,2日目に軽快する。月経周期：28日。1週間後より月経開始予定だが、昨日は自室で叫び続けて喉を嗄らしてしまった。

①43歳　PMDD　2/2

青山メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

【治療経過】 月経前10日間にLVT1000㎎

X年7月　LVTで多少眠くなったが、効果は感じられなかった。苛々は不変のため、BNS 2㎎2T/2x処方

9月　憂うつ感、苛々は軽減した。BNS 2㎎2T/2x→

11月 苛々、激昂はかなり軽減したが、憂うつ感がまだ残っている。BNS 4mgにSER 50mg追加

X+1年2月　SERを飲むと3日間は眠気、食欲不振が強い

X+1年5月　服薬による効果は実感するが、月経終了後もやる気が出ず、休日は寝てばかりいる。PMDD→PME

X+1年8月　服薬でPMDDは軽くなるが服薬しないと苛々し易い。
→月経前の有症状時服用から連続服用に変更

LVT:レベチラセタム, BNS:ブロナンセリン, SER:セルトラリン

PMS/PMDD症例呈示

青山メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

年齢	事前状況	診断	転帰
①43y	20代前半よりPMDDを発症、30代より症状悪化。結婚、出産、業務負荷増大など心理社会的ストレスの増大に伴い、症状悪化したため当院受診。	PMDD	LVT, BNSで被刺激性は軽減したが、抑うつ症状が残存するためSERを追加したところ、抑うつ症状も改善した。 有症状時服用から連続服用とした。
②25y	大学卒業、就労後にPMDDを発症、漢方薬治療は無効で、抑うつ、過食、自傷行為が続くため当院受診。初診時問診でADHDが判明。	ADHD PMDD	桂枝茯苓丸、BNSで治療開始して被刺激性は軽減したが、抑うつが残存するため、桂枝茯苓丸→LVT→SER変更後、速やかに抑うつ症状は消退。以後、ADHD治療薬を開始、継続。
③26y	社会人となって以降、月経前の易怒性が目立つようになりPMDDを発症、業務負荷も加わりPMEに発展したため当院受診。	PME	LVT+BNSで易怒性は軽減したが、不完全寛解のため、LVT+SERに変更してPMDDは消退、治療終結。
④22y	18歳時に食行動異常で発症、以後、抑うつ症状が消長を繰り返していたが、月経前に症状が増悪するようになったため当院受診。	Dysthymia PME	LVT+BNSで症状軽減するもLVTで傾眠。BNS+LRDで抑うつが軽減するも不完全寛解。BNS+VTXでPMDDが消退。
⑤23y	20歳時に性依存、性的逸脱が出現、中絶後にパニック発作が出現したため当院受診。治療経過の中でPMDDの存在が判明した。	Panic Disorder PMDD	ECPでパニック発作は軽減。クロニジンで性的放縦は消退。治療経過でPMDDが顕在化したがLVT追加で改善、パニック発作も減少。

LVT:レベチラセタム, BNS:ブロナンセリン, SER:セルトラリン
LRD:ルラシドン, VTX:ボルチオキセチン, ECP:エスシタロプラム

②25歳　ADHD, PMDD　1/2

青山メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

【PH】23歳　下痢型IBS、避妊目的にてマーベロン服用中

【LH】○県にて出生、同胞はいない。同地にて生育し、大学卒業後、新卒でIT企業に入職。X-1年5月より現職。未婚、独居。

【HPI】新卒で入社後、3ヵ月間ほど研修した際、涙脆くなり、手や腕を引っ掻くようになり、心療内科を1回受診した。X-1年5月に転職し、10月頃より大きな案件に入った。元々、相性の良くない先輩と一緒に働くようになったが、先輩に対する苛々を抑えられず、険悪な雰囲気になった。社会人となって以降、些細なことで泣いたり、自分を殴るなどの行動が目立つようになったため、PMSを疑いX-1年12月よりHクリニックに2,3回ほど通院していた。抑肝散加陳皮半夏による眠気が強く、抑肝散に変更されたが、X年4月で中断した。月経前の憂鬱感、苛々、過食、自傷行為が持続するため、X年9月当院を初診した。

②25歳　ADHD, PMDD　2/2

青…メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

【治療経過】SDS:61点，DSM-V,ADHD:A1/6，A2/0

PMDDに社会的ストレス要因が重なり周期性が希薄化。ADDの二次性抑うつ状態である可能性を指摘。桂枝茯苓丸5g/2x，BNS 2mg頓服

10月　急に苛々、落ち込みを覚えて泣いてしまうことがある。苛々時頓服BNSを飲み切ってしまった。憂鬱感、苛々は持続、月経周期とは一致していない印象。桂枝茯苓丸→LVT1000mg, BNS 4mg定時

11月　LVTは眠気を覚えるが症状は不変。LVT→SER 50mg

12月　SER開始後1週間で落ち着いてきた。苛々、自傷行為はない。

MSPA:コミュニケーション/2.5、集団適応力/2.5、共感性/2.5、こだわり/3、感覚/3、粗大運動/2.5、不注意/3.5、衝動性/2.5
以後、SER 50mg, BNS 4mgを継続しながらADHD治療薬を開始

LVT:レベチラセタム, BNS:ブロナンセリン, SER:セルトラリン

PMS/PMDD症例呈示

青…メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

年齢	事前状況	診断	転帰
①43y	20代前半よりPMDDを発症、30代より症状悪化。結婚、出産、業務負荷増大など心理社会的ストレスの増大に伴い、症状悪化したため当院受診。	PMDD	LVT, BNSで被刺激性は軽減したが、抑うつ症状が残存するためSERを追加したところ、抑うつ症状も改善した。 有症状時服用から連続服用とした。
②25y	大学卒業、就労後にPMDDを発症、漢方薬治療は無効で、抑うつ、過食、自傷行為が続くため当院受診。初診時問診でADHDが判明。	ADHD PMDD	桂枝茯苓丸、BNSで治療開始して被刺激性は軽減したが、抑うつが残存するため、桂枝茯苓丸→LVT→SER変更後、速やかに抑うつ症状は消退。以後、ADHD治療薬を開始、継続。
③26y	社会人となって以降、月経前の易怒性が目立つようになりPMDDを発症、業務負荷も加わりPMEに発展したため当院受診。	PME	LVT+BNSで易怒性は軽減したが、不完全寛解のため、LVT+SERに変更してPMDDは消退、治療終結。
④22y	18歳時に食行動異常で発症、以後、抑うつ症状が消長を繰り返していたが、月経前に症状が増悪するようになったため当院受診。	Dysthymia PME	LVT+BNSで症状軽減するもLVTで傾眠。BNS+LRDで抑うつが軽減するも不完全寛解。BNS+VTXでPMDDが消退。
⑤23y	20歳時に性依存、性的逸脱が出現、中絶後にパニック発作が出現したため当院受診。治療経過の中でPMDDの存在が判明した。	Panic Disorder PMDD	ECPでパニック発作は軽減。クロニジンで性的放縦は消退。治療経過でPMDDが顕在化したがLVT追加で改善、パニック発作も減少。

LVT:レベチラセタム, BNS:ブロナンセリン, SER:セルトラリン
LRD:ルラシドン, VTX:ボルチオキセチン, ECP:エスシタロプラム

③26歳　PME　1/2

青…メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

【HPI】 X-4年から月経前に易怒的になった。X-1年上司に自分の事を悪く言われているように感じて、生理前の不機嫌がひどくなった。同棲相手がボディビルのトレーナーでX年1月から自らもトレーニングを本格的に始めた。禁酒して食事に気を遣い、ボディビルの大会で勝つという目的もあり、症状は消失。4月から6月まで月経も止まっていたが、6月に大会が終わり、婦人科の処方で月経が再来し、易怒的になった。仕事も忙しくなりミスが許されないというプレッシャーも大きい。会社からの電話も怖い。上司の前で泣いてしまう。月経1週間前から憂鬱感、苛々が強くなり、2日前がピークになる。以前は月経開始後は治まっていたが、最近は月経が終わっても憂鬱感が続くため、X年9月当院を初診した。

【治療経過】月経前10日間、LVT 1000mg, BNS 2mg頓服

10月　月経前の落ち込み、苛々は若干軽減した。BNSの頓服で苛々は和らいだ。服薬終了後は精神的不調を実感する。

LVT:レベチラセタム, BNS:ブロナンセリン, SER:セルトラリン

③26歳　PME　2/2

青…メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

【治療経過】

X年11月　月経前2週間は苛々より憂鬱感、倦怠感が強かった。
→LVT 1000mg+SER 50mgに変更

12月　日によっては落ち込むが長引くことはない。苛々はない。SER服用後の眠気が強い。→LVT 1000mg+SER 25mg↓

X+1年1月　通常より憂鬱感が強かった。

X+1年2月　通常より苛々が強かった。→ LVT 1000mg+SER 50mg↑

X+1年3月　憂鬱感、苛々はだいぶ軽くなった。知人の会社でバイトを始めたので、現在の会社は退職する予定。

X+1年4月　排卵期～月経開始まで服用で憂鬱感、苛々はなくなった

LVT:レベチラセタム, BNS:ブロナンセリン, SER:セルトラリン

PMS/PMDD症例呈示

青…メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

年齢	事前状況	診断	転帰
①43y	20代前半よりPMDDを発症、30代より症状悪化。結婚、出産、業務負荷増大など心理社会的ストレスの増大に伴い、症状悪化したため当院受診。	PMDD	LVT, BNSで被刺激性は軽減したが、抑うつ症状が残存するためSERを追加したところ、抑うつ症状も改善した。 有症状時服用から連続服用とした。
②25y	大学卒業、就労後にPMDDを発症、漢方薬治療は無効で、抑うつ、過食、自傷行為が続くため当院受診。初診時問診でADHDが判明。	ADHD PMDD	桂枝茯苓丸、BNSで治療開始して被刺激性は軽減したが、抑うつが残存するため、桂枝茯苓丸→LVT→SER変更後、速やかに抑うつ症状は消退。以後、ADHD治療薬を開始、継続。
③26y	社会人となって以降、月経前の易怒性が目立つようになりPMDDを発症、業務負荷も加わりPMEに発展したため当院受診。	PME	LVT+BNSで易怒性は軽減したが、不完全寛解のため、LVT+SERに変更してPMDDは消退、治療終結。
④22y	18歳時に食行動異常で発症、以後、抑うつ症状が消長を繰り返していたが、月経前に症状が増悪するようになったため当院受診。	Dysthymia PME	LVT+BNSで症状軽減するもLVTで傾眠。BNS+LRDで抑うつが軽減するも不完全寛解。BNS+VTXでPMDDが消退。
⑤23y	20歳時に性依存、性的逸脱が出現、中絶後にパニック発作が出現したため当院受診。治療経過の中でPMDDの存在が判明した。	Panic Disorder PMDD	ECPでパニック発作は軽減。クロニジンで性的放縦は消退。治療経過でPMDDが顕在化したがLVT追加で改善、パニック発作も減少。

LVT:レベチラセタム, BNS:ブロナンセリン, SER:セルトラリン
LRD:ルラシドン, VTX:ボルチオキセチン, ECP:エスシタロプラム

④22歳　Dysthymia, PME　1/2

青…メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

【LH】O県にて2人同胞第1子として出生、弟がいる。大学1年時に抑うつ的となり休学、X-1年3月に中退。以後、飲食店でバイト。

【FH】母方叔母/双極性感情障害

【HPI】X-4年、高校3年時に失恋を契機にダイエットを始めて39kgまで落ちて無月経になった。反動で体重が増加して抑うつ的となったため、大学を休学してX-3年9月より1年間心療内科に通院した。X-1年3月中退しX年3月に上京、飲食店でバイトをしていたが人間関係で思い悩み、9月より抑うつ的となったためX年10月当院を初診した。

【治療経過】月経前の憂鬱感が強く、電車内で気分不快、腹痛が出現したため、休職希望。→休職、AMX 10mg, APR 3mg開始
X年12月　回復基調であったが外来中断

X+6年9月　月経前1週間の憂鬱感、苛々を訴えて6年ぶりに再初診。
→LVT 1000mg, BNS 2mg

AMX:アモキサピン, APR:アリピプラゾール, LVT:レベチラセタム, BNS:ブロナンセリン

④22歳　Dysthymia, PME　2/2

青山メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

X+7年7月　LVT, BNSで憂鬱感、苛々は軽減した。X+7年1月子宮筋腫核出手術を受けてPMDDは軽減していたが今月から再燃した。LVT500mを再開したが嘔気、眠気が残る。→LVT250mg↓

X+7年11月　10月は憂鬱感、苛々がひどくて受診できなかった。帰宅後は横になることが多く、休日は引きこもっていた。
→AMX 10mg+BNS 2mg　11月のPMDDは比較的軽かった。

X+8年8月　同僚から「もっと仕事をして欲しい」と言われて憂鬱感、苛々が増して欠勤した。→BNS 2mg+LRD 40mg

X+8年9月　月経前も憂鬱感、苛々はなく、落ち着いている。

X+8年10月　気分は落ち着いているが、やる気が出ない。家事もあまりできない。月経前にLRDを飲むと眠くなる。→有症状時VTX10mg

X+8年11月　PMDDはほぼ消失。→LRD中止、BNS定時、VTX頓服

AMX:アモキサピン, LRD:ルラシドン, LVT:レベチラセタム, BNS:ブロナンセリン, VTX:ボルチオキセチン

PMS/PMDD症例呈示

青山メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

年齢	事前状況	診断	転帰
①43y	20代前半よりPMDDを発症、30代より症状悪化。結婚、出産、業務負荷増大など心理社会的ストレスの増大に伴い、症状悪化したため当院受診。	PMDD	LVT, BNSで被刺激性は軽減したが、抑うつ症状が残存するためSERを追加したところ、抑うつ症状も改善した。有症状時服用から連続服用とした。
②25y	大学卒業、就労後にPMDDを発症、漢方薬治療は無効で、抑うつ、過食、自傷行為が続くため当院受診。初診時問診でADHDが判明。	ADHD PMDD	桂枝茯苓丸、BNSで治療開始して被刺激性は軽減したが、抑うつが残存するため、桂枝茯苓丸→LVT→SER変更後、速やかに抑うつ症状は消退。以後、ADHD治療薬を開始、継続。
③26y	社会人となって以降、月経前の易怒性が目立つようになりPMDDを発症、業務負荷も加わりPMEに発展したため当院受診。	PME	LVT+BNSで易怒性は軽減したが、不完全寛解のため、LVT+SERに変更してPMDDは消退、治療終結。
④22y	18歳時に食行動異常で発症、以後、抑うつ症状が消長を繰り返していたが、月経前に症状が増悪するようになったため当院受診。	Dysthymia PME	LVT+BNSで症状軽減するもLVTで傾眠。BNS+LRDで抑うつが軽減するも不完全寛解。BNS+VTXでPMDDが消退。
⑤23y	20歳時に性依存、性的逸脱が出現、中絶後にパニック発作が出現したため当院受診。治療経過の中でPMDDの存在が判明した。	Panic Disorder PMDD	ECPでパニック発作は軽減。クロニジンで性的放縦は消退。治療経過でPMDDが顕在化したがLVT追加で改善、パニック発作も減少。

LVT:レベチラセタム, BNS:ブロナンセリン, SER:セルトラリン
LRD:ルラシドン, VTX:ボルチオキセチン, ECP:エスシタロプラム

⑤23歳　Panic disorder, PMDD　1/2

青山メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

【LH】O県にて出生、同胞はいない。5歳時に両親が離婚。中学でいじめの対象となり、高校2年時に通信制高校に編入。大学に進学したが2年で中退。X-3年8月より海外留学。現在、大学2年生。

【HPI】X-2年、中絶手術を受けて以降、不安が高まったため、留学先でカウンセリングを受けていた。X-2年7月より高速道路、地下鉄で動悸、手足の痺れのため倒れそうになるため、パニック障害の可能性を指摘されていた。休暇のため帰国し、X年5月当院を初診した。

【治療経過】ECP10mg開始したところ、不安は著明改善。

X年7月　パニック発作2回。祖母が胃癌、祖父が今年死去したので、中絶のことを思い出して不安になる。留学先に戻ることも不安。
→ECP20mg↑

X年8月　数日前に妊娠が判明したが、母親が彼との交際を認めず中絶するよう言われて口論になり、週1回はパニック発作が起きる。

ECP:エスシタロプラム

⑤23歳　Panic disorder, PMDD　2/2

青山メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

X年9月　繋留流産のため手術、気分変調が顕著

X年10月　気分安定、パニック発作(-)だが不眠↑→MTZ7.5mg追加

X年11月　3,4年前から性欲亢進のため彼以外の人間と性交渉をもってしまう。1週間前にもネットで知り合った男性と性交渉を持った。
→クロニジン75μg追加

X年12月　性的放縦は消退、4年前よりPMDDがあり、月経前1週間は気分の上下が激しく、急に泣いてしまう。→LVT 1000mg追加

X+1年1～5月　PMDDは軽減、性的逸脱行為(-)、パニック発作散発

X+1年6月　コロナの影響でVISAが降りないため渡航せずオンライン授業を受けながら、日本でインターンシップ開始。

X+1年7～10月　ECP 20mg, LVT 1000mg, クロニジン75μgで情動は安定、PMDDはほぼ消失、パニック発作は数ヵ月に1回程度。

ECP:エスシタロプラム, MTZ:ミルタザピン, LVT:レベチラセタム

PMDDの治療戦略　まとめ　1/2

青山メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

治療ガイドラインに従い、まずはSSRIsを第一選択薬として投与。

但し、24歳以下の患者では、SSRIsの投与により、自殺念慮や自殺企図が増加したり、攻撃性が高まる恐れがあるため、危険性と有益性を考慮すべきである。

SSRIsで効果不充分ないし無効の場合、以下の第二選択薬ないし併用薬を検討。

気分安定薬：　レベチラセタム　ペランパネルなど

非定型抗精神病薬：　アリピプラゾール　ブロナンセリン　ルラシドンなど

漢方薬：　当帰芍薬散　桂枝茯苓丸　加味逍遥散　桃核承気湯など

特に女性の場合、体重増加、プロラクチン上昇などの副作用は忌避されることが多いため、症状の特性（抑うつ優勢型/被刺激性優勢型）、安全性を考慮して、患者の希望に応じて使い分ける必要があるだろう。

PMDDの治療戦略　まとめ　2/2

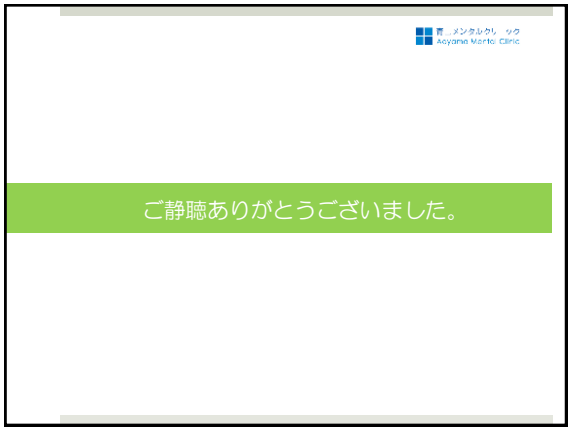
青山メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

気分安定薬や非定型抗精神病薬は、PMDDの被刺激性、易怒性の改善に有用である。また、抗うつ増強効果も期待できるものと思われた。

何より即効性であることが、PMDDの有症状時の治療に有用だが、連続服用で治療効果は増すものと思われた。

SSRIsで効果不充分な症例において、気分安定薬や非定型抗精神病薬、漢方薬との併用でPMDDに対する治療効果は増すものと思われる。

様々な薬物を試みることが患者のQOL向上に役立つものと思われた。


青山メンタルクリニック
Aoyama Mental Clinic
ご静聴ありがとうございました。

第45回研究会　特別講演

「精神科診断に関する提案」

岩谷 泰志

（いわたにクリニック　院長）

抄　録

2020年2月の当学会学術総会での基調講演において，最近の臨床精神医学的知見を演者なりに統合し，体系づけた理論を展開した．ここで紹介したセオリーは臨床現場で経験する様々なパラメーターを演者個人のセンスで抽出し，理論的に組み上げたものであるが，その過程だけでなく，ある程度の結論に至った後も1年以上の検証を続けたものであり，「臨床的エビデンス」と言える内容であると確信している．これを元に執筆した著書を紹介する形でこの診断理論とそれに基づいた治療論を提示する．

会社で「生きづらい」と思ったら読む本
&
精神科診療で「診断する前」に読む本

（電子書籍版に含有）

Now On Sale

Not For Sale

岩谷　泰志

出版の背景

- 恩師である牛島定信先生が大学の研究会の演者に「人の言ってる事を繰り返すだけでは駄目だ」という指摘が，私の中に「現状で安寧とする事を悪しとする」観念を強めた．
- 新しい分析，提言，提案には，盗用されることに対してのリスク・マネジメントが必要であること．
- 研究会をする上で，共通認識を持つための資料．
- この数年の試行錯誤の一時的な整理ができること．
- 学会発表では得られない，読者からの貴重なフィードバックを得られること．
- 少しばかりの精神分析学の勉強と，主だった生物学的知見や日々の臨床経験を元にして総合的俯瞰的かつ微細なこだわりをもって展開させた理論が，現在直面している精神科外来患者の病態をどこまで説明できるか，あるいは，新たな病態を予言したり，治療戦略を提案することができるかを追求すること．
- 精神という検証困難な現象に対して仮説を提唱し，将来生物学的に証明すべき方向性を見いだせないか．

などをテーマとしてまとめることを目的とした．

この10年ほどの精神科診断のトレンド

- 難治性うつ病，〇〇型うつなどの非定形なうつ状態を呈する病態
  - 病像変化or双極スペクトラムという議論の結果，最近は後者優勢．
  - 「双極スペクトラムとして過剰診断している」という注意喚起．
- ASD，ADHDなどの発達障害の表面的な増加
  - うつ病，双極性障害，統合失調症，パーソナリティ障害の「中には」発達障害である人が含まれているという論調．
  - あるいは「成人発症」というtable flippingな発想！
  - 例によって「発達障害として過剰診断している」という注意喚起．
- BPDの減少とNPDが増加した状態を維持
  - 未熟な人格が増えたという指摘の背景は未熟な自己愛者が増えたという内容．
  - BPD減少による精神分析的理解の衰退．
- 当時の私の理解
  - 基本的にこれまで学習してきたパーソナリティ論および社会文化的環境との関係に関する考察に準拠していた．しかし，これだけでは説明しきれないことは，実際の臨床からは明らかだった．
  - BPDの根底にASDがあるという私の意見はパーソナリティ障害治療エキスパートからは否定された．彼らのBPDのガイドラインにも鑑別診断として発達障害が記載されていたが，その内容は半ページほどの概要的なもので，具体的な鑑別ポイントは明記されていなかった．

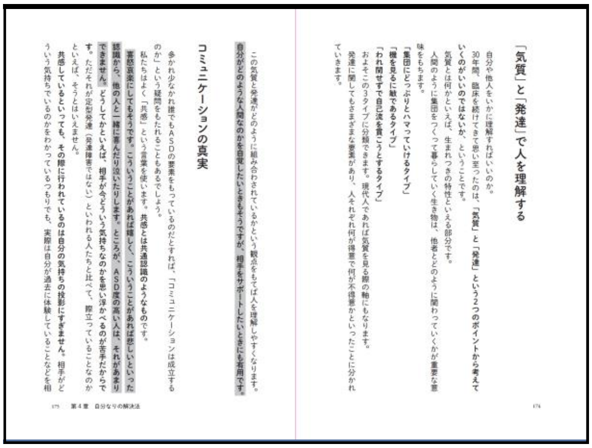
精神医学に関しての自明風な非自明性

- **脆弱性（健康度？）**
  - 脆弱性の実態は何かという議論の定説はなく，極めて感覚的な概念．
- **葛藤処理能力**
  - 古くは神経症理論がその中心にあり，精神分析理論の独壇場であったが，その内容，実態には提案者のバイアスが大きいという印象がある．
  - パーソナリティ障害の精神分析理論の展開が葛藤の水準を明らかにしたという功績はある．
- **内因性**
  - 例えば「内因性うつ病」という概念に関する論理的な議論がないこと．
  - 「メランコリー親和型の人のうつ病」が内因性うつ病の典型例であるという論理的に破綻している認知をもつ精神科医の存在．
- 心因性
  - 「心因性」という概念に関して，それが準拠すべき心理プロセスに関する“正当な心因論” などは少なくとも卒後研修では習いはしないという実態．

メンタルヘルスへの２つのアプローチ

疾病モデル	適応モデル
精神医学のパラダイムを基にしたモデル．「疾病」として理解する．	心理社会ストレスモデルを基にする．「適応」という視点で理解する．
不健康者が対象．	健康者・不健康者が対象．
生物学的モデル：「器質性」「内因性」「心因性」という理解．	心理学的モデル：不適切なコーピングが原因であるストレス反応の集積として考える．
特定し，除去可能なものを原因と考える．	本人と環境との関係性の中に原因を見出す．
原因を除去．	コーピングにより積極的に改善．
“病的”性格との因果関係を追及	内的プロセスを追求
性格を固定的にとらえる	性格を動的にとらえる

- 適応モデル的視点は精神医学教育ではほぼ抜け落ちている．
- 疾病モデルと適応モデルのどちらが正しいということではなく，統合した理解が必要である．



「気質」と「発達」で人を理解する

自分や他人をいかに理解すればいいのか。

30年間、臨床を続けてきて思い至ったのは、「気質」と「発達」という2つのポイントから考えていくのがいいのではないか、ということです。

気質とは何かといえば、生まれつきの特性といえる部分です。

人間のように集団をつくって暮らしていく生き物は、他者とどのように関わっていくかが重要な意味をもちます。

「集団にどっぷりとハマっていけるタイプ」
「機を見るに敏であるタイプ」
「われ関せずで自己流を貫こうとするタイプ」

おおよそこの3タイプに分類できます。現代人であれば気質を見る際の軸にもなります。

発達に関してもさまざまな要素があり、人それぞれ何が得意で何が不得意かといったことに分かれていきます。

174

この気質と発達がどのように組み合わされているかという観点をもてば人を理解しやすくなります。自分がどのような人間なのかを自覚したいときもそうですが、相手をサポートしたいときにも有用です。

コミュニケーションの真実

多かれ少なかれ誰でもASDの要素をもっているのだとすれば、「コミュニケーションは成立するのか」という疑問をもたれることもあるでしょう。

私たちはよく「共感」という言葉を使います。共感とは共通認識のようなものです。

喜怒哀楽にしてもそうです。こういうことがあれば嬉しく、こういうことがあれば悲しいといった認識から、他の人と一緒に喜んだり泣いたりします。ところが、ASD度の高い人は、それがあまりできません。どうしてかといえば、相手が今どういう気持ちなのかを思い浮かべるのが苦手だからです。ただそれが定型発達（発達障害ではない）といわれる人たちと比べて、際立っていることなのかといえば、そうとはいえません。

共感しているといっても、その際に行われているのは自分の気持ちの投影にすぎません。相手がどういう気持ちでいるのかをわかっているつもりでも、実際は自分が過去に体験していることなどを相

175　第4章　自分なりの解決法

「血液型感覚」でパーソナリティを考える

自分自身、あるいは気になる人が「どのタイプに当てはまるか」を分けて考えてみれば、トラブルが起こる原因を知るガイドにもなり得ます。

第1章で紹介した「のび太型か、ジャイアン型か」といった分け方は、とくにわかりやすいのではないかと思います。

類型論の一種です。イメージとしては、血液型のA型にはどんな人が多く、AB型にはどんな人が多い……というような見方をするのにも近いといえます。

パーソナリティ分類をしていくうえで、複数の要素を絡めて考えていくレーダーチャートやマトリクスもあります。

診断基準となるような絶対的な分類ではないにしても、**「この人はどういうところに問題を抱えているのか」「どういう職業が向いているのか」**といったことを考える指針になります。

私が作成したのが図1のパーソナリティ分類です。

「社会志向性」を縦軸、「神経発達偏倚（発達障害）度」を横軸にしています。社会志向性が高いは

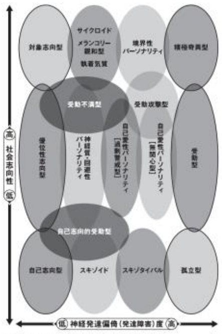


図1 パーソナリティ分類「気質と神経発達の関係から」
出典：いわたにクリニック

あなただけじゃない！
誰もがみんな発達障害時代

会社で〝生きづらい〟と思ったら読む本【目次】

プロローグ ―― 6
はじめに～誰もがみんな発達障害の要素がある ―― 20
「発達障害」要素チェックシート ―― 28
あなたの「発達障害」要素は…？ ―― 30

「発達障害」要素チェックシート

**自分にも「発達障害」の要素があるのかチェックしてみませんか？
客観的な診断で自分のパーソナリティを知ることで、
あなたが今抱えている悩みや問題の解決への
きっかけになるかもしれません。**

※すべての回答の点数を合計して、次のページにある解説を読んでください。

	そう思う	まあそう思う	どちらでもない	あまりそう思わない	そう思わない	点数を記入してください
人の気持ちがわかるほうだ	2	1	0	1	2	点
人の気持ちを気にするほうだ	2	1	0	1	2	点
人の気持ちの変化がわかるほうだ	2	1	0	1	2	点
相手の考え方の癖がわかるほうだ	2	1	0	1	2	点
人の気持ちに共感できるほうだ	2	0	0	1	2	点
はっきり言われなくても察することができる	2	0	0	1	2	点
相手の求めていることがわかるほうだ	2	0	0	1	2	点
物事をはっきりさせないと気が済まないほうだ	2	1	0	1	2	点
物事を起承転結で理解するほうだ	0	1	1	2	2	点
物事の展開を推測して動くほうだ	0	0	1	2	2	点
出来事の背景の動きがわかるほうだ	2	0	1	1	2	点
物事の根底にある法則を見いだせるほうだ	2	0	1	1	2	点
物事の共通点を整理して見いだせるほうだ	2	0	1	1	2	点
何かをやり始めると自分が納得できるように完璧にしないと気が済まないほうだ	2	2	1	0	0	点
興味のあるものは徹底的に集めるほうだ	2	2	1	0	0	点
整理の仕方についてこだわるほうだ	2	1	0	1	2	点
決められたルールは絶対に守るべきだ	2	2	1	0	0	点
どんなときでも正義を貫くべきだ	2	2	1	0	0	点
成長して優秀な存在になることがとても大事だ	2	2	0	0	1	点
信じていた人に裏切られることがよくある	2	2	1	1	0	点
自分の考えが正しいので、他人に指示を出すことが重要だ	2	2	1	1	0	点
自分の意見を言わずに周りに従ったり合わせたりするほうだ	2	1	0	1	2	点
					解説はP28へ！	合計　点

あなたの「発達障害」要素は…？

**合計点数の該当する部分があなたの「発達障害」要素です。
この診断はあくまで目安です。心身に異変を感じたら、
心療内科や精神科の専門医に相談しましょう。**

0-15点 レベル0　当面は今の生き方でいいでしょう

大きな偏りはなく、状況にある程度柔軟に対応できるようです。

16-24点 レベル1　何かのきっかけで会社に適応しにくくなる傾向があります

状況によってはうまく気持ちや考えを適応させるのが困難なことがあります。どうしていいかわからないときは会社の「従業員支援プログラム」（EAP：Employee Assistance Program）のカウンセリングを利用したり、専門家に相談に行ったりして早期対応を心がけましょう。

25-34点 レベル2　会社や社会に適応しづらい場合には、専門家に相談してみることも大切です

適応困難な局面が生じやすいといえます。ふだんから相談できるカウンセラーを持てるといいですし、なんらかの症状がある場合は的確な分析とサポートを得られる専門機関、医療機関を見つけましょう。

35-44点 レベル3　社会への適応が困難な場合はすぐに専門家に相談しましょう

これまでも自分では一生懸命活動しているのになぜかうまくいかないとか、嫌な思いをするとか、周囲が間違っているのに自分が孤立してしまうなどの経験があったのではないでしょうか。まさに生きづらい状況ではないかと予想されます。きちんと状態を分析し、的確なサポートを提供してくれる専門機関、医療機関を見つけ、相談しましょう。

第1章　生きづらさの正体

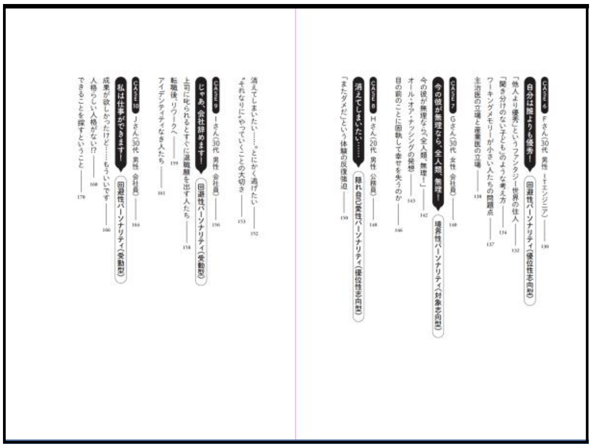
「生きづらさ」の正体 ―― 32
発達障害を構成するASDとADHD ―― 34
コミュニケーション障害とは何か？ ―― 36
みんな、どこかが違う！
「1億総発達障害社会」 ―― 38
イマジネーション能力が低く、
固執性が強い。さらに…… ―― 41
脳のシステムは一人ひとり違う ―― 42
「スタンダード」がなくなった意味 ―― 45
不器用な人たちが行き着く
「パーソナリティ障害」 ―― 47
パーソナリティ分類とビッグ・ファイブ理論 ―― 49
あなたはどっち？
「サイクロイド」か「スキゾイド」か ―― 50
ビクビクしている
「自己愛性パーソナリティ障害」の人たち ―― 52
「のび太型」と「ジャイアン型」 ―― 53

第2章　あなたのパーソナリティ診断

「血液型感覚」でパーソナリティを考える ―― 58
「サイクロイド」と「スキゾイド」 ―― 63
日本人に多い「受動不満型」 ―― 65
ベンチャー企業の社長に多い
「自己愛性パーソナリティ障害」 ―― 67
「境界性パーソナリティ障害」と
「メランコリー親和型」「執着気質」 ―― 69
「スキゾイド」が多いイギリス、
「サイクロイド」が当たり前のアメリカ ―― 71
患者さんたちとの対話 ―― 73
パーソナリティ障害と発達障害 ―― 75
パーソナリティに合った生き方を
考えるということ ―― 79

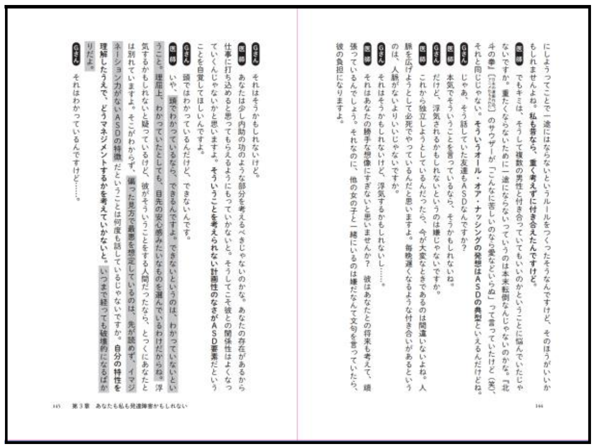
第3章　あなたも私も発達障害かもしれない　会社で〝生きづらい〟10人のケース

CASE 1　Aさん（20代　男性　会社員） ―― 82
いつだって自分が一番！　自己愛性パーソナリティ（優位性志向型）
突然、体に力が入らなくなった…… ―― 84
エネルギッシュに生きていものて、過労はない ―― 88
みんなの期待に応えるのが自分の存在価値 ―― 89
「優勝劣敗に固執」することの危険 ―― 92
CASE 2　Bさん（20代　女性　会社員） ―― 96
土下座して謝って！　死にたい……　境界性パーソナリティ（対象志向型）
「土下座して謝って！」「死にたい……」 ―― 98
繰り返される「投影性同一視」 ―― 101
対象志向型の一体化願望 ―― 102
「フォールスセルフ＝偽りの自分」というウソ ―― 105
CASE 3　Cさん（20代　男性　ITエンジニア） ―― 108
私には無理です……　スキゾイドパーソナリティ（自己志向型）
「管理業務は無理」と本人も自覚 ―― 110
「フォールスセルフ・コンプレックス」との付き合い方 ―― 112
うまくやれるスキゾイド ―― 114
CASE 4　Dさん（20代　女性　会社員） ―― 116
ダメだと思われている……？　サイクロイドパーソナリティ（対象志向型）
天真爛漫で完璧主義。人の中に入っていくのは積極的 ―― 118
周りと一体化したいのに、できないと…… ―― 120
大切なのは「孤立」からの脱却 ―― 122
CASE 5　Eさん（40代　女性　主婦） ―― 124
面倒で疲れる……　統合失調型パーソナリティ（自己志向型）
人と関われば、頻尿や下痢に！ ―― 126
生きていくのが大変な人たち ―― 128

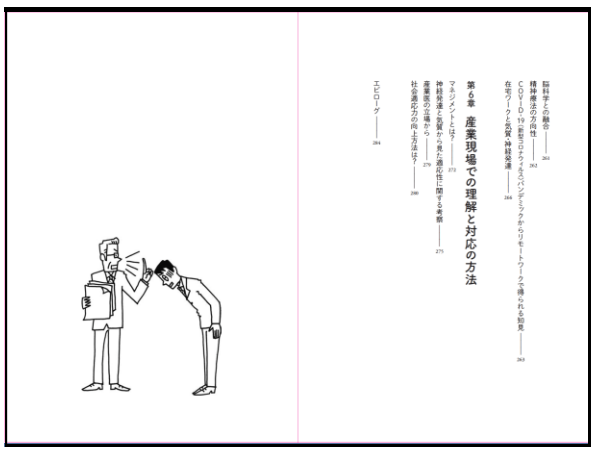


CASE 2
境界性パーソナリティ
（対象志向型）

CASE 7
境界性パーソナリティ
（対象志向型）



第4章 自分なりの解決法
第5章 ようこそ第5章へ


第6章 産業現場での理解と対応の方法