

第 102 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

境界性パーソナリティ障害治療のガイドライン作成をめぐる

コーディネーター 牛島 定信

まず、司会者（企画者）から、境界性パーソナリティ障害（BPD）治療のガイドライン作成上の問題として幾つかの点が呈示された。一つは、これまでの BPD の理解と治療に関しては精神分析が大きな役割を果たしてきた関係で、どうしても精神分析的用語や考え方、技法が前面に出やすいために、一般の精神科医に敬遠される傾向のあること、それを越えるためにはより非専門的な言葉で書かれたガイドラインが必要なことである。この点について異論は出なかったが、その難しさの指摘があった。もう一つは、BPD 患者が何らかのかたちで退行を起し、幼児期の母子関係の問題へと焦点化されやすいことがある。現実には友だち関係での傷つきが、家に帰って母親の育て方が悪かったからこうなったと話るとどうしても、幼児期の問題へと話題が引きずられ、精神分析的な思考が中心となりやすくなるのである。したがって、現実的な問題への焦点づけが外来でのマネジメントを進める上では重要であると提示された。この点については、指定討論者からは賛同を得た。

次いで、外来でのマネジメントでは、同じく BPD と云っても、幾つかのタイプがあり、その

把握と治療態度のあり方が呈示された。偽りの自己群、中核群（トルネード群）、解離やマイクロ精神病群が具体的に示されたが、BPD 研究発表でありがちな、聴取の臨床感覚との距離が感じられた。状態記載その他での工夫が必要かと思われた。

薬物療法に関しては、非定型抗精神病薬、SSRI を中心とした薬物療法を中軸に、あくまで補助手段であることの認識が大切であるとされ、メチルフェニデートやベンゾジアゼピン系抗不安薬の使用は可能な限り控えることが奨められた。

入院治療については、(1)患者の自我機能水準をできるかぎり低下させない、(2)治療者を含めたスタッフ、患者関係をできるだけ親密化させない、(3)入院治療の BPD 治療における位置づけとして外来治療補完的な応急入院にするなどの基本が示され、面接時間や内容についても、人格的問題を深めないような心掛けの必要性が説かれた。

以上を踏まえた討論がなされたが、発表に追加的なものとして、現在の精神科外来での鑑別診断の必要性、人格障害という呼称についての再検討の必要性が指摘され、討論がなされた。