

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：序論

牛島 定信 (東京女子大学文理学部)

はじめに

境界性パーソナリティ障害 (以下BPD) が精神医学の中で市民権を得たのは、DSM-III (1980) にこれが記載されてからである。既に四半世紀が経ったが、現在の位置づけは如何なるものか。一般臨床家には必ずしも受け入れられているというわけではない状況にある。これまで内因性精神病 (統合失調症や躁うつ病) を対象にして発展してきた通常 of 精神医療的接近では、病状を改善するどころか、逆に治療現場にさまざまな混乱を招くために、外来でも病棟でも敬遠されがちである。一部の心ある精神科医を除いて、一般の精神科クリニックや精神科専門病院はもとより、大学病院のような養成機関でさえも病棟に入院させるとなると非常に厳選された患者をしかも1~2名に留めるという警戒振りである。重篤な問題行動をもつ症例になると、いわゆる専門家に回す傾向にある。

その専門家というのは如何なるものか。一般に、精神力動的方向づけをもつ精神療法家ないしは心理療法家であるとされている。それは、1970年代から80年代にかけて、米国で、OF・カーンバーク、JF・マスターソン、G・アドラーといった人たちが特有の人格構造論とそれに基づく治療理論を展開して、精神療法の有効性を世にアピールしてきた経緯があるが、それが我が国にも輸入され、個人精神療法万能視の雰囲気を作ってしまったことと関係がある。わが国のBPD治療者は、その風潮に乗って精神療法を学び、BPD患者を

引き受けてきたという経緯があるのである。その後、米国では、90年代の反省期に入り、ことはそんなに簡単ではないとの認識が広がったようだ。その結果、外来主治医のケース・マネジメントを中心とした治療システムを組む必要があることが示された (JG・ガンダーソン)。その中で、喝采を浴びた個人精神療法もシステムの中のひとつのモダリティ (重要なモダリティではあるが) として位置づけられているが、我が国においては今なお、個人精神療法万能視が続いているかにみえる。

しかしながら、現実にはそうした専門家による個人精神療法だけでは限界があり、さらに専門家の数も非常に限られていることから、結果的にこの種の患者たちを路頭に迷わせるという現象を醸し出している。自殺・自傷行為が社会現象化し (高校や大学では少なくない数、13%~30%の学生に自傷経験があるという報告がある)、救命救急センターへの搬送とその後の処理が問題化し、さらには企業においてさえも深刻な問題が生じているのである。特殊な理論と技法に頼ることなく、一般の精神医療で使用可能な技法の開発が求められる所以である。これこそが、精神・神経疾患研究委託費事業「境界性人格障害の治療ガイドラインの検証に関する研究」が目指す目標である。

ガイドライン作成上の問題点

過去4年間のガイドラインを作成する上でもっとも困難を極めたことは、この作業それ自体が最初からある矛盾を抱えていたことであった。分担

研究者をはじめとして研究協力者を依頼するとき、当然のことながら BPD 治療に熱心な治療者ということになるが、BPD を好み、それに取り組んできた人というのはほとんどが精神分析的ないしは力動的な精神療法の立場をもった人たちである。それだけに、治療ガイドラインを作成するための資料を集め、具体化しようとするとき、精神分析的な考え方がどうしても基盤になってしまうということである。具体的には、スプリッティング、未熟な理想化と見下し、あるいは投影同一視といった概念がどうしても基盤になるのである。そうすると、一般の精神科医との溝がうまるどころか、いよいよ固定化していく危険が生じてくるのである。一般の精神科医をして BPD 敬遠の態度を固定してしまうのである。それにどう対応するか。

ここでもうひとつの問題が明らかになった。境界性パーソナリティ障害の治療を進展させたのは精神分析的実践であることは間違いないが、それだけに治療の中で展開される議論（病態の理解や技法）がはなはだ精神分析的である（スプリッティング、投影同一視、未熟な理想化と見下し、逆転移など）ことである。結果的に、BPD 治療を進めるためには精神分析の勉強をしなくてはならないということになる。分担研究者の中には、それは当然のことであるという意見を持つものもいた。しかし、そうした精神分析的表現ないしは思考は一般の臨床家を遠ざけてしまうことになったことも間違いないことである。それだけに、この問題を解決していく必要がある。そのため、患者理解をもっと現実的な、あるいは実践的で具体的な次元をもっていく方向を模索することとした。

本研究班では、この点にどう取り組むかは本当のところまだ形にはなっていない。そこで、本シンポジウムでは、主任研究者提案として、幾つかの問題点を整理しておきたい。

差し当たっての検討が求められる項目

1. 診断・鑑別診断

本研究班では、DSM-IVの診断基準を採用することにしたが、最近になって、自己を傷つける可

能性のある衝動行為、自殺の行動、そぶり、脅しまたは自傷行為の繰り返しといった境界性障害にもっとも特徴的とされた症状が他の診断名の病態（統合失調症、気分障害、発達障害、一過性の青年期同一性障害など）にも頻繁に見られることが判明した。そのため鑑別診断に細心の注意が求められた。そこで、最初のガイドライン（案）では、「見捨てられることを避けようとする気遣いじみた努力」という項目を重視することとした。ところが、それだけでは不十分ではないかという意見が研究者間で出され、「理想化とこき下しとの両極端を揺れ動くことによって特徴づけられる不安定で激しい対人関係様式」を加えることとした。この検討も進めていかねばならない。

ただし、「見捨てられる不安」や「理想化とこき下ろしの両極端」という症状の評価の問題が残っている。双極II型気分障害の鑑別診断において、これらの症状がすべて揃っているかの記載があるが、これらの症状は気分障害で見られるものとは違うのである。例えば、「見捨てられる不安」に関しては、すでに活字化されている次のような症例がある。ある BPD 患者は、「リストカットする度に友だちに電話をしたから〈あなたにはリストカットを治す気がない〉といわれて見捨てられた。後悔している。だから私の目標は自立。でも本当は甘えたいのです」と述べている。ここには、患者がどのように「見捨てられる不安」があるかどうかである。注意すべきは、ここには自立と甘えの二つの気持ちを人格内に抱えた姿、つまりアンビバレンスの心理がある。つまり、「リストカットする度に友だちに電話するので、対応に困った友達に〈あなたにはリストカットを治す気がない〉といわれて、見捨てられたような気持ちになった」というのが実情である。これは神経症的ないしは健康な見捨てられた気分である。境界性障害でいう「見捨てられる不安」はこのようなものではない。「気遣いじみた努力」を伴うもので、この症例ではむしろ、リストカットを惹き起こした不安であり、友だちの迷惑も考えずに電話をしまくる行動に走らせる不安がこれに相当するので

ある。患者には意識されないことも少なくない。「理想化とこき下ろしの両極端の不安定さ」もまた、些細なズレで激しく揺れ動く感情の暴発であって、異様な緊迫感を伴っているもので、気分障害で見られる攻撃的な言動とは質的に違うのである。

2. 病名告知の問題

まず、呼称を境界性人格障害とするか、境界性パーソナリティ障害にするかの問題があるが、趨勢が決まってはいない。以前から人格が障害されているという表現は人格否定的なニュアンスがつよいために、患者には負担になるという批判が根強く、DSM-IV-TR ではその辺をほかすために境界性パーソナリティ障害が採用されたようである。今度のシンポジウムでもその線に沿って「境界性パーソナリティ障害」を採用してみたが、賛否両論があることも忘れてはならない。つまり、人格否定的なニュアンスの軽減する目的で、パーソナリティ障害の方が好ましいという意見に対して、一般社会ですでに「人格障害」が一人歩きしはじめ、患者にも最初のころの衝撃はなくなったことを指摘する声がある。[人格者]「立派な人格」といった人格に伴いやすい昔の意味合いがなくなった、死語化しているという意見である。加えて、患者たちが示す行動障害をみていると、人格障害の方がわかりやすい、納得がいくという見方もある。今後の検討が必要である。

次いで、呼称問題を越えて、患者に病名告知をどのようにするかの問題がある。研究者の間では、告知を控えているという意見も聞かれた。しかし、患者をして自らの問題に立ち向かわせるため（動機づけ）には、病名告知は必須のことであり、予後調査の結果を見ても、控えるほどのことはないと考えられる。そこで、ひとつの案として、『世にいう「境界性人格障害」です。人格障害といっても、従来の生まれつきだから変わることはない性格の歪みといったものではなく、子どもから大人に成長する過程で、大人的人格に到達できていないという意味での「人格障害」なのです』とい

う述べ方を提案しておきたい。その他、〈自分を求めての旅をしている過程という意味での人格障害です〉という言い方の提唱もなされている。

3. 薬物療法

分担研究者 上島らの研究によると、90%以上のBPD患者が投薬を受けており、しかも多剤併用・大量投与が多いという。しかも抗精神病薬から、抗うつ薬（それも三環系抗うつ薬からSSRI [セロトニン選択性再取り込み阻害薬]に至る）、抗不安薬、抗てんかん薬（または感情調整薬）、さらにはメチルフェニデートに及ぶすべての向精神薬の多剤併用で、ことにベンゾジアゼピン系抗不安薬がこれまた多種類が使用されているという状況である。当然のことながら、薬物親和性のつよいこの種の患者が作り出した状況であることは間違いないと思われる。そうした結果を基にして、彼らは、非定型抗精神病薬を中心にした処方の方を考えている。ことに非定型抗精神病薬をまず投与し、抑うつ症状が認められた場合はSSRIを追加するというのが基本路線である。従来の定型抗精神病薬は認知障害等の副作用がつよいため、次善の選択薬として挙げておく。なお、一般に使用されがちな三環系抗うつ薬やベンゾジアゼピン系抗不安薬の使用は控えるように心掛ける。殊に、抗不安薬は衝動抑制力をそぐ可能性が高いために、使用は極力避けたいとする。また、メチルフェニデートが抑うつないしはADHD等の発達障害を考慮に入れた使用がされることをときに見かけるが、回避すべきである。また、抗けいれん薬が衝動性抑制ないしは気分調整のために使用されることがあるが、研究班の見解としては、有効性を示す根拠がないため、使用は控える方向で考えている。詳しくは、シンポジストの平島に譲る。

4. 入院治療

治療経過中に入院治療の必要性がでてくるのは必須の感がある。治療継続が困難になったとき、生命の危険があるとき、生活の破綻をきたしたと

きは入院を考える。この際、家族の理解とともに、患者本人の入院への動機づけが重要である。入院期間は、一般に1ヶ月以内が60%、3ヶ月以内が90%という結果を得た。この結果は、幼児期に及ぶ心理操作が好ましくないことが示している。病棟内での生活や人間関係などの調整を中心にした治療となろう

ただし、入院治療が失敗に終わった症例として報告されたもので、必ずしも失敗とばかりはいえないことのあることも留意しておく必要がある。発表済みの症例で、4年ほど私費による個人精神療法が続いている中で、状態悪化(生活の破綻)をきたして、入院治療をさせざるを得なくなった症例があった。しかしながら、入院した病棟では、入院後すぐに落ち着いたが、まもなくすると他の患者とトラブルを起し、それを調整しようとするスタッフとの間でもトラブって、結局は治療があまり進まないままの退院となるという散々たる入院治療となった。ところが、その後の個人精神療法は滑らかに進んでいるのである。これまで3回ほどの入院治療があるが、いずれも成功裡の入院治療ではないが、その入院を通じて、個人精神療法が破綻をきたすことなく継続されているのである。入院治療だけを評価するのではなく、長い治療過程での入院治療を評価するという姿勢も必要である。

ただし調査では、BPD患者の入院を引き受けてくれる病院は少なく、入院先捜しが大変だという回答が多かった。日頃から引き受け手との連携を取っておくことはBPD治療の重要な要件となる。詳細は、シンポジスト小野に譲ることとする。

5. 社会療法の活用問題

分担研究者 武田の調査によると、BPD治療の中でデイケアを活用するという考えはないようであるが、少なくともBPD患者がデイケアでの治療を受けているという結果を得ている。ただ、BPD患者がデイケア治療に入ってきたとき、境界侵犯や患者同士のトラブル(異性関係を含めた)が起りやすく、スタッフへの負担には少な

くないものがあるという。しかしながら、分担研究者 大島の報告によると、長い治療歴の中で、デイケアでの出会い、例えば、作業所の所長との出会いが患者の人生に対する態度を変え、社会生活も精神生活も力まない滑らかな経過を辿った例があるという。一般に、急性期の諸問題の解決に、あるいは家庭生活と入院生活の橋渡しの役割を期待するデイケア活動が多いが、長い目でみたデイケア使用の可能性を示したものといえる。

ただし、デイケアを急性期の諸問題の解決の助とする技法の開発はこれからだといわねばならない。

6. 問題すり替え現象に注目する

これは、これまでのBPDの精神療法ではあまり注目されなかったが、私が最近になって気づいた事象である。この事象は何も境界性パーソナリティ障害だけの特徴ではないが、問題の焦点をぼかす機能があり、治療場を混乱させる機能があるだけに、その対応のあり方によって、現実的で今日的な問題に接近しようとするマネジメントを進めるのに役立つと考えられる。マネジメントのひとつの柱にしようと考えている。

具体的にどのようなことかという、例えば、患者は学校や職場ないしは友だち関係での傷つき(不適応)を、家に持ち帰って親の育て方のせいと詰り、親子関係での葛藤が中心の問題であるかの様相を作り出す。現実的な問題を過去の親子関係の問題に移し変えるのである。力動的な精神療法を進めている治療者にとって、過去の問題として提起されると、治療者が前もって考えていたことと通じるために、乗せられたような関係へと発展しやすい。しかし、治療そのものは混迷を極めることがあっても、先に進むことはない。それだけに、過去の情緒的問題として話される背後に現実困っている社会生活での適応の問題があることに細かに気を配り、過去と現在につながる情緒問題として相談にのるような接近をすることによって、治療的展開をきたすことができるのである。この中ではじめて、患者からみて治療者が「役に

立つ」体験をもたせることができるのである。

例えば、長い回り道をして入学したある女子大生は、治療が進んで安定し、元気になって復学した。ただ、そばでみていて単位の取り過ぎではないかと思われるほどに講義に出席するようになった。ところが次第に、緊張が増し、心の余裕がなくなっていくかに見えた。その時である。母親との壮絶な争いが発展してきたのである。母親が自分に当たる、もともとこの母親は気分屋で自分のことしか考えない、激しい感情の持ち主でと、過去のさまざまな思い出を語るようになった。さらには祖父母の病理性まで持ち出すほどである。過去にも聞いた話でもあった。こうした話を聞いているうち、本当は講義を取りすぎて混乱をしているのが主題ではないかと問うた。すると、授業という現実と直面することに気づき、実は大学入試をめぐる破綻をきたし、ある男性との関係を作り、違法薬物の乱用にまで至っていたことを話せ

るようになった。もちろん、その後も紆余曲折があるわけであるが、彼女が現実を前にして上手にことを運ぶことができないことを治療者と共有できるようになった。

以上は、多少とも精神療法の素養が必要であることは論じるまでもないが、外来のマネジメントにおいて、過去よりも現実に注目することによって、過去の問題で覆っていた現実的な問題を見過ごすことなく、解決への糸口を見出す途を示している。

おわりに

精神分析的ないしは精神力動的な理解とそれに基づく技法で凝り固まっている BPD の治療理論から抜け出して、一般に通用するような技法を開発することの難しさを述べた後、新しい技法のいくつかを提示して、若干の考察を行った。