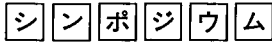


第 102 回日本精神神経学会総会



境界性パーソナリティ障害の外来治療

川谷 大治 (川谷医院)

I. はじめに

平成 14 年度からスタートした厚生労働省委託研究「境界性パーソナリティ障害の治療ガイドライン」(牛島班)の「精神科クリニックにおける外来治療」の担当を報告する。平成 18 年度は検証の 2 年次になる。ガイドラインの骨子は、治療の内外で起こす諸問題に丁寧に対応することによって治療継続性を高め、さらには患者のパーソナリティの成熟を目標にしたものである。

II. 境界性パーソナリティ障害 (以後, BPD) の治療の進め方

1. BPD を 3 型に分ける

BPD を 3 型に分類し治療プログラムを計画することから治療はスタートする。BPD の 3 型とは、患者はよい子を演じるのか、人を困らせるのか、あるいは自分を破壊するかの 3 つである。精神科治療が対人関係によって行われるので過去および現在の対人関係を参考にし、診察時の様子、臨床像、生活上の特徴 (パーソナリティ発達) をもとに分類される。

1) 誰がどのように困っているのか? 患者の診察時の様子

治療は患者に「どのように困っているのですか」と尋ねることから始まる。困っているのは患者自身なのか、それとも周囲の者なのかについて確かめていく。そこで 3 つのタイプ化ができる。1 型は、周囲に過剰適応し結果的に自分が困る「偽りの自己」群。2 型は主に患者自身と周囲が困る「中核」群。3 型は主に自分自身が困り、周

囲は客観的な「解離・精神病」群である。

2) 診察時の様子

1 型は単独来院あるいは家族や恋人と一緒に受診し、診察医に打てば響くように反応し、治療の場でも過剰適応する。そのために、自分を感じられなくなって、診察のあった夜にリストカットや大量服薬などを起こす場合がある。2 型は入れ替わり立ち替わり複数の人間が来院し、現実の諸問題を治療の場に持ち込んでくる。自己破壊的問題、異性関係、家庭内暴力、会社や学校での不適応、などなどである。3 型は恋人や同居人が付き添い、2 型と違って巻き込まれていないので冷静に患者の行動を観察していることが多く、患者自身は言葉数が少ない。

3) 生活史と合併症

1 型:「偽りの自己」群=手のかからないよい子

1 型は生まれつき周囲の空気を読み、瞬時にそれに合わせる事が上手な人たちで、俗にいう「手のかからないよい子」である。彼らは幼い頃から自分のことよりも他人を優先して生活している。爪噛みなどの神経症的習癖が見られることがあるが、幼少期のあいだは問題となることはない。習い事や塾にも自ら希望して通う。問題が起きるのは小学校 4 年生前後の「自我の芽生え」の時期で、患者は内省的になり、「私は自分がないのではないか」と悩みだす。それでも大半の者は見かけ上は何事もなく小学校を卒業する。しかし、「魔の中 2 の 2 学期」を前に混乱を来たすようになる。器用貧乏で高校中退が多いのも特徴の一つ

で自傷行為や大食症を伴うことが多い。

2型：「中核」群＝トルネード

2型はBPDの「不安定さ」が特徴である。幼少の頃から夜驚、癩癩持ち、落ち着きのなさ、などが認められ、発達過程で様々な問題が露呈する。母子分離が難しく幼稚園や保育園でみんなの中に入れない、運動会や学校行事などのときにしばしば発熱や腹痛などの自律神経症状が発現する、対人恐怖や不安症状が小学生の頃に起きる、などである。思春期になると、その不安定さはいろいろな領域で現われる。

文字通り「トルネード」のような人たちなので、彼らに関わる人は吸い込まれては放り出される。そして中学校から学校に通えなくなる者が多くなる。外見とは裏腹に内心は臆病で寂しがり屋である。常に「他者から見捨てられるのではないか」と不安に圧倒され、「嫌われまい」として必死になっている。孤独が耐えられないのが最大の特徴である。気分障害や薬物依存を合併することが多い。

3型：「解離・精神病」群＝自虐

3型は周囲との関係に症状が現れるのではなく、患者自身が「自爆」するような恐怖を持っている。幼少期の虐待などの悲惨な体験を持ち、自我機能が脆弱で外的刺激によって、現実状況を正しく認識することができなくなっている。心の中で起きる不安から逃れることができないので、意識を解離することで自分の心を守ろうとしているかのようである。心の中は語りたがらないが、性格は頑固で負けず嫌いが多く、解離、自傷行為、PTSDなどが見られ、「初期統合失調症」と診断されることが多い患者群である。

2. BPDの3型

1) 治療の進め方

第一段階：共感と理解→妥当性 validation

心理的には「見捨てられ不安」と「私は悪い子」空想をもっていると理解して治療に臨む。患者は不登校や高校中退、仕事をしても長続きしない、加えて家の中はゴタゴタして崩壊寸前という

現実の中で生活している。彼らの症状の多くは、その結果生じた問題だと患者に共感と理解を示す。患者は治療場面でいろいろな問題を起こすが、元をたどると、環境側の問題が大きいのも事実である。また、精神科治療を受けるようになった「偏見」の問題（自尊心の傷つき）を配慮すると余計な退行現象を防ぐことになる。

第二段階：治療の中で自身と誇りを取り戻す（少なくとも半年間）

患者は主治医に理解と共感を示され、「やっとわかってくれる人が現われた」と理想化すると同時に、急な接近による境界喪失、あるいは見捨てられ不安にかられ様々な「試み」を繰り返すようになる。BPDはそういうものだと思って、うろたえずに丁寧に対応していくと、この主治医の理想化がその後の治療の推進力になる。理想化が起きないと治療は始まらないし、少なくとも半年間は継続しないとその後の治療は進展しない。半年が経過して患者の治療意欲も確かなものになってくると、個人精神療法、集団精神療法、家族療法、デイケア治療などの導入も計画される。その際には、十分な説明と治療契約を結ぶことが大切である（患者には「申し合わせ事項」と柔らかく伝える）。

そして主治医は患者のニーズを読み取りそれを提供する。たとえば、薬物治療や精神療法の併用、家族介入、会社や学校関係者と会う、ことなどである。時には、傾聴するだけのときもありうる。この妥当性という技法によって患者は「私は私でよいのだ」と自信や誇り（自己感）を取り戻す。しかしそれは治療という「錯覚」の世界でしか通用しないものなので、この時期の患者の「出立」には、やんわりと時にははっきりと「社会に出るのは早い」と告げるのが後の治療につながる。

上記のように患者を共感し受け入れると、退行を促進して患者はさらに依存を深め、結果的に主治医はその過剰な要求に応じきれなくなって、患者に幻滅を与えてしまうのではないかと、という疑問が起きるであろう。そのために知恵のある老練な精神科医は「私はたいしたことはしてあげられ

ません」と患者の万能的なニーズに水をかけるやり方を推奨する。しかしこのやり方では彼らは救われない。期待を持たせかつ幻滅させないためには、外来治療では夜間の緊急時には対応できないという現実の限界の中で情熱的に治療しているという微妙なバランス感覚を維持することである。つまり、どちらにも振れない主治医の態度が患者を不必要に退行させないのである。

実際には診察の頻度である。基本的には週1回、状態が悪いときは週2, 3回。保険診療では週2回以上の通院精神療法は請求できないので、再診料のみの請求になる。

第三段階：社会に出て行く練習期間

不安定だが治療は維持され、患者は身の丈にあった社会適応を模索していくことになる。患者は社会に出ることに臆病でまったく自信がないことは押さえておく。この無力感はわれわれが想像する以上に大きいことを知っておくとよい。そのためにも社会に参加するための準備（たとえばデイケアや「社会復帰支援プログラム」など）について患者と話し合う必要がある。それは患者の自殺防止になるだろう。

2) 各型による治療の進め方

1型：治療にはよく反応するが、周囲への過剰適応で疲れ果てて治療中断に陥りやすいことを知っておくとよい。特に主治医や医療スタッフにサービスする性格の癖を早いうちから介入することが必要である。また患者は器用貧乏で誇り高いにもかかわらず、現実に対応できずに、「自己否定」感情が渦巻いていることが面接でしばしば話題になる。第二段階では、他の治療法、たとえばSSRIを中心とする薬物治療や個人精神療法や集団療法の併用が奏効する。第三段階で患者が社会に出るときには精神療法家や他のスタッフの意見が参考になる。予後のよいタイプである。

2型：このタイプはもっとも治療が難しい。治療は患者の先を行かず、半歩遅れて、患者の起こした現実問題の後片付けという気持ちで一つ一つ丁寧に当たっていく過程がパーソナリティの成熟への道になる。患者は入院と外来の往復が激しく、

とにかく手のかかる患者で、治療者に対する不満や反発が起きたり、分裂現象splittingがしばしば起きる。患者は自傷行為や大量服薬などの治療上の問題から、「バイトを始めようと思う」、「彼と別れようと思う」、「親がうるさい」、妊娠などの現実問題まで、さまざまな揺さぶりをかけてくる。「主治医の品定め」と考え、一つ一つ現実的に対応していく。

SSRIや非定型の抗精神病薬や抗てんかん薬などが組み合わされる。抗不安薬は禁忌。治療が行き詰まって他の治療法の導入を試みるのは、患者の「見捨てられ不安」を強めるので避けたほうがよい。治療のなかで分裂現象が起きたときは、チーム内でミーティングするのも一つの対策である。それよりも、分裂現象は患者の適応困難な状況を示していると考えて、環境を調整する方が患者の行動を否定しなくて効果的である。

2型に特徴的な興奮を伴う「怒り」の問題は次のように対応する。主治医は、「怒り」の原因を探るよりも積極的な薬物治療などで2週間乗り切ること集中する。落ち着いた時点で、患者に大事に至らなかった経緯を振り返らせ、認知能力を高めることは重要である。10年以上治療していると社会への参加が治療のテーマになってくる。社会に出る段階に入ったら自殺には注意がいる。

3型：治療の中でも自傷行為が繰り返され解離症状が頻発する。家庭内の揉め事の原因は自分にあるという信念に近い空想（「自分は悪い子」）を持ち、学校でのいじめ体験や仲間に入れないなどの適応の失敗から自尊心が傷つきやすい状況にある。患者は多くを語らないので、治療初期には内面には触れず、治療関係が安定するまで薬物治療を中心に治療を進めるほうがよい。少量のHPDや抗てんかん薬が奏効することがある。抗不安薬は禁忌。患者は感情表出が苦手で、精神療法は無理には行わずに、状態の改善と社会適応に治療の焦点を置く。治療への不満や反発は身体症状や薬物治療の副作用としてあらわれやすい。患者が現実生活で起きる不安を溜め込み、他者との間でそれを問題解決できない点を配慮し、治療経験の中

でそれを学ぶことを援助するのが治療になる。

第三段階では、主治医に支えられて、言語的交流が盛んになるが、集団適応が苦手なので、併用治療は個人精神療法程度にするか、あるいは安定するとデイケア治療も奏効する。1対1の対人関係の中で安定するタイプである。

3. 行動化の対応について

①限界設定 limit setting は最小限度に

この限界設定は消極派と積極派に分かれる。筆者は消極派である。その理由について自傷行為を例にとって説明しよう。「自傷行為をしないように」と言われて、それができないのが彼らの自我の脆弱性（衝動コントロールの悪さ）であるからである。患者の中には「私のために先生が本気で向き合ってくれた」という印象をもたれる場合もあるけれど、長い治療経過の中で、自傷行為を行った患者の扱いが難しいのである。患者は自己否定感情や主治医に申し訳ない気持ちでいっぱいになるであろう。中には反発するものも出てくると思われる。主治医のほうも繰り返される自傷に反治療的な気持ちになるかも知れない。自傷患者はこころの中に「切る人」と「切られる自分」の二人が同居しているので、主治医はその片棒を担がされて患者を叱り、患者はうな垂れて自己嫌悪に陥ることを劇化することも生じうる。このような泥沼に陥らないためにも筆者は「約束」を取り付ける代わりに、彼らの困ったことを理解し、現実問題を一緒に解決する道を模索することを勧めるのである。

また、約束して安心するのは私たち環境側であることを押さえておくべきである。「自傷行為をしない」と約束して救われる患者は少ない。というのは、約束の後も彼らは現実の嵐の中で生活することになるからである。もし約束したときには、決して彼らが自傷行為に走らないように「傷つける以外にどうしたらよいか」を提供するか、あるいは環境を調整する必要がある。

②限界設定に代わる技法＝「環境側の失敗」という視点

限界設定に否定的な姿勢を示すだけでは積極派は納得しないだろう。それに代わる「環境側の失敗」という技法を紹介しよう。先ほどの患者の万能的なニーズに主治医が応じきれなくなったときの扱いを例に考えてみよう。たとえば患者が自傷行為をしたときに「どうして切ったの」と聞くのではなく、「どのように困っていたの」と原因よりも患者の困っていることを優先することは基本的な治療姿勢であるが、長い関わりの中で主治医も彼らに理解・共感できなかつたりすることが起きるものである。ところが、彼らは主治医の失敗を自分のせいにすることで主治医との関係を修復しようとするのである。つまり、両親の仲が悪い原因は、あるいは親に虐待を受けたりする理由は「私が悪い子だから」と思っていたのと同じように、現実の治療の失敗を自分のせいにするのである。これが劇化と呼ばれる現象である。その瞬間に、環境側の失敗を取り上げることで、つまり、それを演じること playing によって患者の凍結した「自己肯定」感情に温もりを与えることが可能になるのである。

たとえば面接のあとに自傷行為をしたと知ったときに、過去と一緒に振り返り、「そう言えばあのとき、あなたは私に心配かけまいとして辛い気持ちを言えなかったのだ。気づかなかった」と自身の落ち度を誠実に認めるのである。重要なポイントは、治療側の失敗が患者にとって幻滅にならない程度に小さなものにするのである。幻滅よりは痛みの少ない脱錯覚化は、眠れない、薬の副作用として表現されることを知っておくとよい。そして、治療者との信頼関係が構築されると、現実の困った問題を語り始め、行動化といった解決方法を捨てて、成熟した人間関係の中で心理的問題を解決できるようになり、現実の人間関係にも変化が見られ始め、立ち直っていくのである。

また、長い治療の中では、「先生、どうしたら自傷をしなくなりますか」と主治医を万能視する患者も現れるようになる。それは、患者が自身の

万能感から他者を頼りにするという新たな関係作りの一歩なので、その芽生えを摘まないように接するとよい。

③思い切った入院治療の選択

行動化が激しく生命の危険を感じたら、患者に「入院が必要な状態だと思う」と伝えることは重要である。その時入院するかどうかは別として、主治医の入院の選択は、患者の自我の疲弊や患者のおかれている状況に対する主治医の一つの解釈になることがある。それは患者の自我機能の脆弱性を受け止めたという主治医の考えを示すことになる。入院先の病院は、日頃より、協力できる病院を見つけておくに限る。入院をきっかけに患者は治療を離れていくことが多いので、入院は短期で退院後は再び戻ってくることを前提に入院先的主治医とも話し合っておくことが重要になる。

4. 患者が抱えきれない問題（「周りが悪い」）を話題にしたとき

しばしば臨床で経験する対応に困難な状況について述べよう。「母親が小遣いや治療費を出してくれない」、「薬を飲むなという」、「父親が干渉的」、「恋人が暴力を振るう」などである。対応のワンステップは、訴えられたときに患者に代わって問題解決を図るようなプレッシャーを感じるかどうかにある。患者は自分が悪いのではなく周囲が悪いと主張し、それに対して「どうして欲しい」という訴え方はしていないからである。それなのに圧迫を感じるようなら（精神分析的には投影同一化という）、ただ「それは大変だね」と同情するにとどめる。すると患者は「先生は何もしてくれない。わかっていない」と攻撃的になる。その怒りを「あなたは私が何もしてくれないと怒っているのだけど、自分でも悪いと思っているのではないですか」と受け止めるのである。

もしこのとき、主治医が患者に代わって、環境調整などの具体的な行動に出ようとするなら、患者に巻き込まれ、境界を失うことになるかもしれない。自分で蒔いた種は自分で刈り取ることを学ぶチャンスなので、一旦は、患者の片棒を担いで、

その後それをおろすとよい。つまり「私はどうしたらよいと思いますか」と問うと、多くは相手とのあいだで前哨戦があることが明らかになる。浪費が高んでいるとか、薬を飲みたくないと訴えるとか、出会い系サイトに電話して厳格な父親を巻き込むとか、恋人に離れないでと無理を言うとか、かならず「私は悪い子」が劇化しているものなのである。

次に多いのが、二者択一的ジレンマに陥った時の対応である。患者の現実生活の困難さ（たとえば「スタッフと合わないのでアルバイトが続けられない」）に対して、主治医が「しばらく休んでみては」と言う。「それだと彼らに負けたことになります」と答える。それでは「上司に相談してみたら」とアドバイスすると「わかってくれる上司ではないから悩んでいるのです」とにべもない返事が返ってくる。このようなジレンマに陥ったときは、第三の道を提示しないと患者は納得しない。それは以下のような介入である。陥っているジレンマをわかりやすく描写したのちに、この介入が第三の道なのであるが、「なかなか厄介な事態ですね」と具体的なアドバイスを控える。このことによって患者は不満を表明するようであれば、それを受け止めるとよい。つまり、患者の内的世界と外的世界に橋を架けるのが主治医の仕事なのである。

5. 家族の対応や生活指導について

逆に、家族から以下のような相談を持ちこまれる場合も多々ある。昼夜逆転の生活、暴力がひどい、ネットに嵌っている、自傷行為をしている、金遣いが荒い、などである。必ず家族は「ほっといてよいものかどうか」訊ねてくる。「ほっといてもいけないし注意すると荒れ狂う」ので手が出せないのである。家族の心配はもっともなことばかりなのであるが、家族には「患者が困っている」という視点が欠けている。患者は家族に自分の内的問題、たとえば見捨てられ不安や空虚感や無力感、の片棒を担がせようとしているのである。だから「(患者は) 何に困っているのでしょうか

ね」と訊ねて、家族に理解と共感という視点を持たせたらよい。

6. 社会参加について

いよいよ治療も終盤に近くなると社会に参加することが話題になってくる。治療のどの時期でも患者から就労の相談があったときには見合わせるようにするのが基本である。患者は自信がないから相談するのであって、その自信のなさは現実検討能力が損なわれていない証拠でもある。そのためにも相談を受けたときは「見合わせてはみては」と指導するとよい。逆に、治療初期を除いて、仕事を見つけてきたときはそれを支援するほうが将来に希望を持つことができるので現実的である。社会に出るまでの期間は3型によって異なる。1型は数年を要する。個人精神療法が奏効するときがあり、主治医は現実生活を支えながら適応を支援する。2型は十年以上、ときには仕事について

も治療は継続する症例が少なくない。結婚するケースも出てくる。出産には保健所や児童相談所などと連携し、育児をサポートするなどのチーム作りが主治医の仕事になる。3型は2、3年で治療が終了するケースが多く、状態の改善と社会適応が治療目標になる。

III. ま と め

以上、境界性パーソナリティー障害の外来治療のガイドラインを紹介した。ポイントはBPDを3型に分類し、それに応じた治療方針を立てること、患者が何に困っているのかを念頭において治療に当たること、患者の理想化を維持すること、治療の限界の中で情熱的に治療に当たる治療感覚が患者の退行現象を防ぐこと、行動化に対する限界設定の困難さと環境側の失敗という視点の導入、最後に臨床でしばしば経験する問題や家族の対応や指導、などについて述べた。