

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ー障害の入院治療

小野 和哉, 石黒 大輔, 穎原 禎人, 中村 晃士,
沖野 慎治, 森 美加, 黄 菊坤, 中山 和彦

(東京慈恵会医科大学精神医学講座)

境界性パーソナリティー障害の入院治療について、我々は平成 14 年より、厚生労働省委託費研究「境界性パーソナリティー障害の新しい治療システムの開発の研究」の一端として研究を進め、平成 17 年度よりはそれに基づいて開発したガイドラインの検証の研究を施行している。入院治療においては「短期」で、「明確な構造」を持ち、患者の「主体性を保持」することを基本的骨子とし、その構成は、入院治療全体に関わる①入院治療指針と、入院治療の実態に則した②入院導入、③入院時対応、④入院治療技法、⑤退院指針、などより成り立っている。実際に施行してみると、典型的症例ほどガイドラインの適用頻度が高くみとめられた。また内容的には基本的には妥当と考えられたが、細目では運用上、一部の補足や文言の改訂が必要と考えられた。

はじめに

境界性パーソナリティー障害の入院治療については、歴史的に種々の視点からアプローチが試みられてきた。この障害が統合失調症とは異なるアプローチが必要な障害群であるという見地から、1960 年代頃より本格的に精神分析的アプローチが開始されたわけであるが、これによる入院治療は数年に及ぶものであり、その臨床では種々の困難が経験されてきた。この長期入院治療における治療の経験が、その後の入院治療理論の外形を整えていったのであるが、多分に精神力動的視点からの治療戦略であり、専門家以外の医師やスタッフには必ずしも容易な技法ではなかった。入院という緊密な場で用いられる「治療契約」や「構造化」は極めて力動的視点からみた治療技法であり、精神分析的な治療の中で、患者の病理が、病棟での患者の言語を含めた行動に投影されてきて用いられる技法であるが、一般臨床医が用いると、ともすればサドマゾヒスティクな関係へと治療者患者関係が変質していく危険が内包されていた。この辺りの治療での困難さは一般臨床医に、この障

害に関係することを負担に感じさせてきたし、担当した時点ですでにかかなりの陰性感情を抱く医師が少なくない現状を創出させてきたと言えるだろう。

こうした経緯を踏まえ、入院治療のあり方をガイドラインという形にするということは、かなりの困難と限界を感じる作業であった。統計的に効果を計量するにしても、本障害のような II 軸障害では多くの場合 I 軸障害が並存し、入院自体では I 軸障害の治療が優先され、殆ど全ての症例が I 軸障害の改善を機に退院していくことが多いことから、本障害に定量化した症候の改善、適応度の改善などを判定することがどの程度の意味を持っているかは疑問が多いといえるだろう。むしろ長期に入院後の経過を追う中で入院治療の効果を検証するのがより精確であり、現在我々が開始しているものの、まだこれは時間のかかる作業である。アメリカ精神医学会境界性パーソナリティー障害ガイドライン (西村良二訳)*^{p582} においても、入院適応の選別について述べられている「ケアレベルの適応」については、実証困難で研究もないこ

とから専門家の臨床的見解から導き出されるものと記載されているように、この分野の具体的指針は臨床家の経験に頼らざるを得ないのが現状である。さらに、本障害に特異的な入院治療のシステムとは何かと考えた場合、特異的症候は何かという問題と関連してくると思われる。今日、DSM-IV-TRのクライテリアの上位項目はそうした意味合いがあると考えられるが、これら症候の多くは入院治療でのみ扱われる性質のものではない。そこで入院場面では治療上の混乱を避けて入院目的を明確化するため、あえて人格の問題を直接には取り上げず、むしろ患者が適応を損なっている環境との相互関係に着目して治療を進めることを基本的指針としたのである。

また、診断的側面についてであるが、構造化された面接法ではなく、単純に操作的クライテリアに該当する患者群を抽出するという臨床の実態からは、種々の異なる病態水準の患者が内包されやすいことも臨床の事実として受け止めていく必要があるだろう。最近の我々の臨床的印象として境界性パーソナリティ障害自体がやや変化し、以前経験された強い対象操作性を持たない症例も少なくない。従ってこの研究での目的はDSMのクライテリアで境界性パーソナリティ障害と診断されて入院してくる患者群に対して最も適切なアプローチは何かということを経験の中からの抽出していくことにあると言えよう。そこで本研究では、多くの治療者にとって主観的に認容性が高く、かつ効果が高い印象を持つ治療技法を抽出し、現時点の症例に適合した、できるだけ平易で多くの症例に適応可能なシステムとは何かを考えて調査研究を進めている。

I 入院治療システムの歴史的経緯

入院治療システムの歴史的経緯については以前に文献的研究の中で発表してきたことではあるが、ここで改めて整理してみたい。そのはじまりは、本障害の診断概念自体が当時明確でないものの1930年代あたりからであり、米国を中心に小規模の個人精神病院の中で精神分析理論に基づく入

院治療理論が発展してきた。この結実として1960年代までには様々な体系立った精神療法的接近が生まれてきた。1970年代になると精神分析的な長期入院は、統合失調症の脱施設化の流れを受けて、また長期入院による、スタッフ患者関係をめぐる問題の増加、悪性の退行、などその弊害の経験の蓄積なども相まってしだいに短期入院の方向が進行した。1980年代にはそうした入院治療の場で本格的に本障害を扱うことが少なくなってきたことを受けて、デイホスピタル、部分入院、中間施設入所など多様な入院および入院外治療形態が模索されてきたのである。こうした過程で見逃せないのが、治療の主体が医師からコメディカルなスタッフに移行してきたことである。これは医療費抑制という経済的要請によるところが少なくないが、治療が精神分析的治療から離れ、多様化してきたことも背景にあると思われる。1990年以降は弁証法的行動療法など、治療効果にエビデンスがある治療法が求められるようになってきた。この背景には米国では医療行為に関して保険会社の承認を必要とするため、明確な効果のない治療には保険金が支払われなというシステムから、より経済性が優先されるシステムが選ばれるようになってきていると言えるだろう。従って、文献を中心に入院治療システムを概観すると米国の医療政策の流れが投影されすぎる傾向がみられ、現実にはどのような入院治療が患者にとって適切な治療であるのかは必ずしも明らかではないという点は留意すべきであろう。

II 入院治療ガイドライン

1. ガイドライン作成の経緯

平成14年度に文献調査及び症例実態調査を施行し、その後それを拡大し、翌年度から全国調査を展開してわが国での本障害への入院治療状況を明らかにしてきた。この結果、症例調査からは、入院期間においては病棟での管理上困難な問題行動の発生した症例群では有意に平均入院日数が多くみとめられること、また入院2週位までに現れる問題行動とそれ以降の問題行動では質が異なる

点などが明らかになった。つまり入院2週までは適応不安からくるスタッフを含めた環境への反発的言動及び行動であり、入院3週以降では患者相互、スタッフ、治療者を含めた対人関係上の問題であった。また全国施設アンケート調査では、本障害の入院患者割合は、5%以上10%未満の施設は30.8%で、10%を超える施設も11.5%であり、少なくない患者が入院で治療されている実態が明らかになった。この結果から平成16年度にはガイドラインの骨子となる項目の抽出を行った。平成17年度からガイドラインの検証作業に着手し、ガイドラインの骨子となる部分を臨床の中で検証している。

2. ガイドラインの構成

入院ガイドラインは入院治療全体に関わる①入院治療指針と、入院治療の実態に則した②入院導入、③入院時対応、④入院治療技法、⑤退院指針、などより構成される。構成上留意したのは実際の臨床での有用性であり、幾つかの項目で他の障害と類似性があるのは疾患特異的アプローチが必要な部分とそうでない部分がこの障害の治療に必要な部分であり、あえて臨床の実態に合わせた包括的ガイドラインを目指していることによるものである。

Ⅲ 入院治療ガイドラインの検証

1. 目的

本研究は具体的および簡易に利用できる入院治療システムを確立し実際の運用に耐えるガイドラインを確定、検証していこうとする研究である。今回、我々は過去3年の厚生労働省委託費研究の成果である「境界性人格障害の入院治療ガイドライン」を実際の治療現場で運用し、その効果、認容性、改善点などを明らかにして検証をするための基礎調査を施行した。

2. 方法

ガイドラインに基づく治療を施行（ただし施行担当医師は臨床経験5年以上の医師に限定する）し、調査票調査項目を検証する。評価項目はガイ

ドライン評価表に記載の入院治療における個別の治療的対応方法であり評価方法は調査項目全般を1ヶ月単位のラウンドテーブルディスカッション方式で検討評価する。

3. 結果

集積症例 10症例 平均年齢 27.6歳 性別 女性症例のみ

入院期間 6日から77日

閉鎖病棟使用 6例（4例が入院初期の2週間まで使用） 開放病棟使用 4例

評価スケールスコア結果：

最低10点から最高30点まで 平均20.5点
22項目の評価項目の平均値は9.32点このうち10点をカットオフポイントとして、10点以上を適用頻度の高い項目として取り上げると次の13項目が抽出された。

- ①主治医による週2～3回の定期的な面接（20～30分）を行う。（定時定期面接の遵守）（16点）
- ②入院期間は、一般に、1ヶ月前後が望ましく、3ヶ月は超えないように心掛ける。（短期入院の原則）（18点）
- ③入院目標を入院前に明確化する。（12点）
- ④入院目標は個別的具体的なもので人格構造自体の変化など長期で大きな課題設定は行わない。（16点）
- ⑤入院前に口頭及び文書にて病棟で守るべき原則を提示しあらかじめ同意を得る。この告知は入院担当医以外の者がそれを行うことを原則とする。（19点）
- ⑥入院前に治療への動機付けに配慮し、患者の治療における主体性を維持する。（11点）
- ⑦治療上の約束に対する違反には、まず問題を明確化する。（10点）
- ⑧治療上の約束に対する違反には、退院、行動制限などの処置を懲罰ではなく患者の治療における主体性を維持する上で重要な治療的対応として施行する。（非懲罰的対応の原則）（10点）
- ⑨治療上の約束に対する違反への処置は直ちに施

行する。(対応の即時性) (10点)

- ⑩治療上の約束に対する違反への処置は治療者の逆転移に留意する。(10点)
- ⑪入院治療においては入院の契機となった患者の環境面での変化を明確化し、その具体的改善のために心理社会的接近を試みる。(13点)
- ⑫入院中は内面的な人格に関わる問題を操作しないように心がける。(19点)
- ⑬退院時においてその後の治療計画を明確に提示する。(10点)

さらに10症例をDSM-IV-TRの9つの診断項目のうちBPDの診断特異性の高い、見捨てられ防衛、不安定な対人関係の両方項目をみたまない症例3例と、それ以外の症例7例に分けてガイドライン評価平均値の比較を行ったところ前者が17.3点、後者21点であり統計的な有意差は認めなかったが、後者の典型的BPD症例で高い値を示した。

IV 考 察

ガイドラインの適用状況については評価尺度により半数の項目が平均的に適用された。個別に症例を解析すると、見捨てられ防衛、不安定な対人関係の二つを認める典型症例ほど、本ガイドラインの適用が多くみとめられた。この意味では本ガイドラインが境界性パーソナリティー障害の典型例群には使用しやすい構成を持っていると考えられた。

本入院ガイドラインは今までの臨床研究の結果に基づいて、「短期」で、「明確な構造」を持ち、患者の「主体性を保持」することをキーコンセプトに策定されてきた。それを実際に運用してみると前記のように適用頻度には差があり、またガイドライン項目を検討してみると現実にはいくつかの改善すべき諸点が浮かび上がってきた。それらについて考察を加えると以下ようになった。

①短期入院について

短期入院の原則は退行を防ぎ、問題行動の出現を予防する方法としては意味があるが、短期を原則とするも、患者の症状を増悪させている環境面

の変化を促そうとした場合においてはケースマネージメントが重要となり、この部分に意外に時間を必要とする事例が少なくない。短期入院の可能な症例とそうでない症例の一応の区別基準をより具体的に盛り込む必要が考えられた。

②入院目標について

入院目標は入院時に外来主治医が概ね決定するが、正確な入院治療目標はどちらかと言えば入院1, 2週以内に明確になって来る場合が多かった。従って目標設定には入院初期目標と入院経過に応じて経過目標が設定される必要がみとめられた。

③入院規則の告知

外来で入院規則の告知を行っているが、ともすれば形骸化しやすかった。患者個々に生じやすい問題を明確化し、個別のアセスメントを作成して説明する方が望ましいと考えられた。

④精神療法的接近のあり方

全ての症例で精神分析的接近を避けて患者の抱える現実的問題を明らかにし、それをどのように扱っていくかを個別具体的に検討した。この場合に患者の表出する不安や悲哀は傾聴し受容的に接近する部分と、現実を吟味し変化していく方向を定めるオリエンテーションを面接場面で含むように配慮した。その結果、治療者が患者の精神的な状況の理解の手段として力動的解釈は有用と思われたが、患者への治療者の病状理解の説明においてはそうした力動的解釈を避けて、患者の持つ認識のパターンが現在の状況をもたらしている構図を明らかにすることが患者の自我機能の安定に寄与した印象がみとめられた。

⑤問題行動への対処

問題行動に際しては、問題行動への対応は原則的に画一化し治療の場の安定を図るという方向と、問題行動の質や症例の個性性に留意した対応の方向とが共に求められる。これは本障害の治療で随時現れる、謂わば「ボーダーラインジレンマ」と呼べるものである。この相互の対立課題を止揚した形で対応して行かなければならないところに本障害の対処の難しさがあると考えられる。具体的には問題行動では、その契機となった患者の感情

の事実は受け止め肯定するも、行動の事実は病棟のルールとして許容できないことを明確に伝えてみる方略をとった。この結果、患者が問題行動を行った際の治療者のスタンスが明確化し、治療者側が患者の問題行動へ対処しやすくなる印象を受けた。

V ま と め

- ガイドラインを症例に適用して運用してその利用頻度や、運用上の問題について検討した。
- ガイドラインは境界性パーソナリティー障害の

典型例に対して適用しやすい印象をうけた。

- ガイドラインの運用の実際から一部の内容について改変や補追の必要がみとめられた。
- ガイドライン治療の精確な効果判定には今後長期の予後研究が続けられる必要と考えられた。

文 献

- 1) Work Group on Borderline Personality Disorder: Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry, 158; 6-7, 2001