

第102回日本精神神経学会総会

シンポジウム

指定討論

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

鈴木 茂（県西部浜松医療センター精神科）

BPDの治療ガイドラインを作成するためのこのシンポジウムで、牛島先生は、BPD患者が今日、「精神医療の現場で敬遠され」「行き場がなく、路頭に迷う状況になっている」から、「一般臨床家が活用できる対処法を提示することが緊急の課題」だと仰いました。けれどもBPD患者は、たとえ臨床家が敬遠したところで、医療の現場にやってきます。私はこの20年間、救急医療のある総合病院に勤めていますので、大量服薬やリストカットの患者が連日のように救急受診してきます。そういう人の多くは感情の不安定や曖昧な自己像や慢性的な空虚感を抱えていますから、DSM-IVの診断基準を表面的に当てはめるなら、多くのケースがBPDということになります。しかし、地方の総合病院では、その患者が5年後10年後に、出産や身体疾患のために受診することがあって、そのとき、青年期の一時期にBPDと診断された患者の多くが、それなりに安定した生活を送っていることがわかります。青年期境界例の多くは一過性の反応であって、横断的診断ではBPDの基準を充たしていても、その予後は必ずしも悪いわけではないのです。

リストカットや大量服薬の患者を見るとBPDの疑いが臨床家の頭をよぎることは致し方ありませんが、牛島先生が指摘されているように「最近の思春期世代では、神経症水準でもストレスに対する反応として自傷行為が結構認められます。『歪な対象関係を示す『見捨てられ抑うつ』や不

安定さなどがなく、人間的親しみを感じる場合は、むしろ神経症として扱った方がよい」のであり、「手首自傷をみればBPDという時代は終わった」⁹⁾のです。

私の病院にやってきたこれらの患者を最初に診察するのは、総合診療科の若い救急医たちです。年間100例は診るでしょうから、彼らはBPDに関する彼らなりの認識を作り上げています。むしろ個人精神療法のようなことはやりませんが、それだけに強い逆転移のような厄介な関係も作りません。私に与えられた主な役割は、彼らのこの活動を維持するために退院時診察などの「事後処理」を担う、ケース・マネージメントの形になっています。

牛島先生は「BPD治療を一般の精神科医たちに分かち持ってもらうためには、脱精神分析化が必要」と仰いました。これはGundersonが「精神療法をケース・マネージメントから区別することが望ましい。なぜなら、境界例患者の治療の際に発生する問題の多くは、患者が精神療法以外の治療を必要とするときに、精神療法を行おうとする見当違いの努力に由来するのだから」とか「入院のような高いレベルのケアを受けている状況では、個人精神療法の果す役割は補助的なものであり、症状の軽減と行動管理を目的とするケース・マネージメントに比べれば重要度が低い」と書いていること²⁾ (p. 239, 266)と一致します。マネ

ージド・ケアの目的は医療コストの削減にあります (p. 4, 39), ケース・マネージメントという言葉において「マネージメント」が意味するのは、むしろ治療の安全管理です。「BPD 患者に (力動的な) 個人精神療法を行うことができるかどうかは、衝動を抑制する能力の有無に左右され」(p. 243, 250) ますから、そういう強さをもたない平均的な BPD 患者にはケース・マネージメントのほうが望ましいし、少なくともそれは、個人精神療法を開始するための前提になるということなのです。そのうえで Gunderson は、「分裂治療の原則」(the principle of split treatment) という言い方で、複数の治療者、複数の治療様式あるいは構成要素を含んだ治療計画を勧めています。それは、個別の治療では避けがたく発生する欲求不満を contain することによって BPD 患者を治療に繋ぎ止め、治療を患者の splitting や projection から守るための構造を提供する、と力説しています (p. 6, 115, 141)。

加藤もまた³⁾、「精神分析的アプローチが BPD に対し、かえって病態を深め、治療を収拾困難にしてしまう危険を持つという点では専門家の間で一致をみている」としながらも、「しかしながら、精神分析の見地は、病態の理解には不可欠なのである」と付言しています。一般の精神科医に今日求められていることは、個人精神療法ではなくて、総合診療科の救急医を含めたさまざまな職種のスタッフとともにチームで行うケース・マネージメントなのであり、精神力動論は其中で限定的な役割を占めている、と私も考えています。

治療上の「脱精神分析化」の具体的な試みの 1 つとして、牛島先生は「転移」という言葉をお使いにならず、「問題のすり替え」現象という表現をなさいました。親に対する激しい感情の突出は「治療によって情緒的に揺り動かされていることを親子の問題にすり替えている」のであって、「治療者の言動に過去の親の言動を重ね合わせている」とみなすことは治療的ではありません。たとえば患者が無断で面接を休んだ行動化を取り上

げて、過去の外傷的な出来事、つまり「担任の教師から職員室に、あるいは父親から床の間のある部屋に呼び出されたときの不快な緊張体験」を想起させるような接近をやったのでは治療はぶち壊しになる、と仰っています。これは精神分析的な見方からの一種の脱却でしょう。精神科医には「逆転移」に対処する能力が要求されますから、「逆転移」という概念は精神分析を離れても重要ですが、患者の言動に「転移」を云々したところで生産的ではないということです。ちなみに BPD を含む慢性うつ病の治療家 McCullough は、「転移」という概念を精神分析から引き離し、認知行動療法的に定義し直しています⁶⁾ (p. 104)。その見解によりますと、「転移」とは、臨床家と他者において行動化される表象的世界観を意味しており、治療は、患者の中心的病理である前操作的な世界観 (Piaget) と、幼い頃のその人にとって実際にあった在りようとの間に仮定される表象的関連を、臨床家が (患者への個人的関与と対人弁別練習を通じて) 転覆させ、新しい対人的現実が彼らと臨床家との間に存在していることを知覚させる点にある、というのです。BPD の診断と治療において「慢性抑うつ」を重視しつつ脱精神分析化を図ろうとする牛島先生の姿勢は、早期発症の慢性うつ病患者の認知行動分析療法システム (CBASP) を提唱した McCullough の立場と重なって見えます。

次に、自傷行為に対して、限界設定 (入院や身体拘束) をしてまで「止めるべきとの態度をとらない」という宣言も、ガイドラインに入れるにしてはかなり思い切った決断と言えるでしょう。私はそれに賛成です。Gunderson²⁾ は、自殺傾向を反復する BPD 患者を入院させるに際しては、「私があなたに入院を勧めるのは、あなたの自殺に私が法的責任を取らされることを避けるためだ」とか「私が入院に同意するのは、あなたが入院に固執するためだ」とか率直に述べた上で、「実はあなたを本当に気遣うやり方は、私にそういう危険があるにもかかわらずあなたを入院させ

ないようにすることだと思う」と付言することで、入院という行為のもつ意味を変更するのだそうです (p. 110)。要するに、会話を「医療の必要性」に関するものから「患者の主体性」に関するものへと移行させてしまう。そうすると、その入院は医者への指示によるものではなくて、患者の意思によるものということになるので、この対話は「患者によって操作された」という治療者の気持ちを和らげるとともに、「愛されている」とか「救ってもらえる」といった患者の幻想を解体します。治療者は表面上は患者の言いなりになるのですが、患者が当てにしていた満足感の多くを奪ってしまうという意味で、彼はこれを「偽の服従の原則」と呼んでいます。ちなみにこのやり方は、牛島先生が言及されている「退院を要求する BPD 患者」に対しても同じように適用できるでしょう。要は患者側の責任であるべきものを治療者が無闇に背負い込まずに、患者側に差し戻していく、ということです。これは確かに「自殺未遂による入院の繰り返しという悪循環を断ち切って、これまでと違った話し合いの場を開く」可能性をもつかもしれませんが、それにしても多くの時間を必要とする方法です。BPD 患者の自傷行為や自殺企図は、彼らをよほど追い詰めたり怒らせたりしないかぎりは生命に関わらないものがほとんどですので、治療者が過剰に恐れないことで十分なのではないか、と私は思います。救急医との普段からの連携が、精神科医にとって安心感を与えてくれる保険となることでしょう。

また牛島先生は、BPD と他の疾患や人格障害との最も基本的な鑑別点として、「見捨てられ不安」を挙げておられます。BPD 治療の要諦は、「見捨てられ不安」と慢性抑うつに対処することであって、自信に乏しい患者に対しては、洞察よりもむしろ「万能感に通じる自己体験」を与えることが大切、というご意見のようです。確かに「見捨てられ不安」は BPD を NPD や schizoid や反社会性人格障害から分かつ大きなポイント²⁾ (p. 33, 38, 66) ですが、それは客観的見地から

「孤独への耐性の低さ」と呼ばれる指標を、主観的な立場から捉え直したものです。DSM-IV に挙げられた BPD の 9 つの診断基準は、いずれもそれなりの根拠があるものですが、診断上の意義という点で Gunderson は、第 1 に「理想化と価値切り下げの両極端を揺れ動く不安定で激しい対人関係」(=splitting が対人関係の領域に顕在化したもの) を、第 2 に「衝動性による自己破壊的な行動化」を挙げており、「見捨てられ恐怖」は 8 番目にやっと出てくるにすぎません (p. 26)。この点も、患者の主観的な体験に焦点化して診断し、治療と直結させようとする牛島先生と、できるだけ客観化された言動に基づいて診断しようとする Gunderson との違いを反映しているようで、興味深く感じられました。

次に BPD の外来治療の問題です。今回のご発表で川谷先生は、冒頭から BPD を①幼少時から手のかからないよい子である「偽りの自己群」、②周囲を巻き込み、他者を困らせる不安定な「中核群」、③虐待の既往をもち、自傷や解離を呈する「マイクロ精神病群」の 3 型に分けておられます。すべての BPD が本当にこの 3 者にきっちり分けられるのかどうか、たとえば「虐待の既往をもった手のかからないよい子」が存在し得ないのかといった疑問が、私には生じます。抄録にあるように、「偽りの自己群」に治療中断が多く、また「中核群」がもっとも治療困難でマネジメントが必要になる、ということであると、川谷流の個人精神療法に最適なのは果たしてどの亜型ということになるのでしょうか？ さらに今回提唱された 3 つの類型は、一昨年論文で使用した「重症、中程度、軽症」⁹⁾ という 3 区分とどのような対応関係にあるのでしょうか？

BPD の外来治療は、主治医の性格や考え方に左右される部分が入院治療よりも大きくて、誰にでも採用可能なスタンダードの提出はなかなか難しいようです。川谷先生もつとに「BPD の治療が精神分析を中心にした個人精神療法の時代からチームによるケース・マネジメントの段階に移

ってきている」ことに言及され、治療チームの中での精神科医の役割を、①スプリット治療のチームリーダー、②精神分析的治療法は行わず、薬物治療に限る、③患者の安全を管理し危機介入の決断、④チームの教育など、「入院治療における病棟医長の役割と機能に相当するもの」とお書きになっておられます⁹⁾。

しかし、2004年の本学会シンポジウムで語られた川谷先生ご自身の外来診療は、ケース・マネージメントとは大きく異なった、力動的な個人精神療法のように見受けられます⁹⁾。先生は「患者への治療者のほれ込みが治療を成功に導く」という信念から、治療者側に患者への幻滅が生じるのを避けるために、スタッフミーティングさえ行わないと仰います。患者が治療の場に持ち込む転移を積極的に引き受けて、治療者の側から患者に同一化、理想化して一体感を作り上げ、患者の万能感を維持していく方法をとる。それは必ず限界におち当たって患者は行動化をおこすけれど、それでも先生はこの「問題行動」を患者の責任とせず、「治療者の見通しが甘かった」といった「環境側の失敗」という形で治療の中に収束します。先生がもっとも重視しているのは、このような形での治療の継続性であり、そのためには直面化や解釈や治療契約を取って行わない。こういうやり方をすれば、治療の中断は、半年間の前向き調査で52例中わずか3例にすぎなかったそうです。BPD患者が半年以内に個人精神療法から脱落する確率は、多くの報告で40%以上ですから(p.240)、これは驚異的な数字です。

けれども、今回の抄録に「BPDの外来治療では、主治医の治療への英雄的なまでの情熱と治療の限界を知った慎重な態度が望ましい」とあるように、「英雄的な情熱」まで求められる治療法となると、とても万人に使用可能な一般的技法にはなり得ないでしょう。実際、先生の技法は、多くの点でケース・マネージメントが掲げるBPD治療論とは対立しています。精神科医がみなBPD治療にこれだけのエネルギーを使わなくてはならない道理はないし、向かない治療者が川谷流のや

り方をしたなら徒に悪性退行を作り出す危険性もあるでしょう。もっとも先生は先ほどのご発表で、治療者が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たなら、「自分の蒔いた種は、自分で何とかするように求める」ということも仰っていました。自信に乏しい境界例患者の万能感を維持することは治療的かもしれませんが、治療者が自らの万能感を維持しようとする事になったら問題でしょう。それはNPD患者が誇大自己に固執するのと似たようなものかもしれません。患者に自己責任をどこまで求めるのかという問題は、平島先生の薬物療法に関するご発表でもジレンマをもたらすものになっていました。

薬物療法に関しては、私は経験に疎いのですが、それでも①BPD患者ではとくに、薬理学的効果に帰することのできない投薬行為自体がもつ意味の大きさや、②薬物療法は補助的かつ一時的なものであり、マネージメント全体の中で他の治療法と併用することが望ましいとか、③ベンゾジアゼピン系やリタリンの使用は控えたい、といった平島先生のご意見には賛同できます。私がいま処方しているのは、むしろSSRIやSNRIもありますが、ときにリーマスやデパケンが効果をあげているように見えるケースがあります。その場合には「BPDか双極II型かの鑑別」といった頭でっかちの問題とせずに、衝動性の勝っているBPD患者にはこれらの薬物を一度試してみる価値がある、と私は思っています。

BPDと軽躁状態を伴う双極性障害との「鑑別」問題は近年のトピックになっています。なるほどDSM-IVによるBPDの診断基準は感情や衝動性に関する項目が多くて、BPDは気分障害に近いという印象を抱かせます。しかし、ここで問題になっているのは、相互に独立した疾患の間の鑑別や共存というよりも、類似のものを見るとき視点の相違といったものではないでしょうか。加藤先生は精神的病態に生命力動面と人格構造面という2つのレベルを区別して、「BPDでは抑うつや

不安など情動性の症状が多く、そのため少なくともある時期、気分障害や気分変調症と診断される症例が目につく」が、「BPDは人格構造の視座からの診断名である。BPDがまずうつ病と診断される時、それは生命力動の視座からなされたものである」、「BPDの症例に、少なくともある時期、抗うつ薬や感情調整薬が効果的であるが、この薬物療法はあくまで、生命力動レベルに働きかけていると考えるべきである。他方、広義の精神療法や認知行動療法的アプローチは人格構造のレベルに働きかけることを目指している」と述べておられます³⁾。

要するに、この領域の病態診断には「軽症の双極性障害」のように生命力動面に照準した概念もあれば、KernbergのBPOのように人格構造面に照準した診断も可能なのです。DSMのBPD診断基準では両者が混在していて、生物学的立場の精神科医は生命力動面を重視し、「BPDの多くは不適切に治療された軽症の双極性障害である」などと主張する一方で、心理的立場の精神科医は双極性障害概念の拡張に「薬物による人格改変のみを目指して、患者との内的交流を撥ねつける」冷たさをみることとなります。Akiscalの提出するbipolar spectrumは¹⁾、自生的な感情領域と生物学的要因のみに基づいた分類であって、对人的防衛機制や集団力動といった社会的な要因が考慮されていません。つまりBPDの本質が最初から無視されている以上、彼にとってその種の患者は当然BPDでは有り得ないわけです。生物学的研究者は感情領域の何らかの症状にBPDの特異性を見出したいところでしょうが、感情を単に量的なもののようにみなしていたのでは、気分障害における感情症状との微妙な質的差異が見えてこないと思います。「軽躁」は躁が単に薄まったものではなくて、躁状態と根本的に相違するのかもしれませんが、躁については誰でも容易に画一的なイメージを抱くことができるけれども、軽躁に関しては皆が共通の単一的なイメージをもっているとは考えにくいですから、双極II型や気分循環症診断の主軸となる「軽躁エピソード」には、いくつ

かの異種的なタイプが混同されているのではないのでしょうか。

平島先生は「薬物療法に関して、患者に責任を持たせる」と仰いました。具体的にどうやって責任を持たせるのがよくわかりませんでした。一般に投薬行為は「BPDを医学的疾患として扱う」という主治医の態度表明と患者には受け取られますから、「責任を要求する」こととは逆方向になりがちです。BPDが脳病ならば、患者に自己責任はないわけです。この点でMcCullough⁶⁾は、慢性うつ病患者に対して、「患者は自分のうつ病に対して責任がある」(p. 15, 20)と明言しています。「社会的変数のみを操作することで脳内アミンに大きな変化を引き起こすことができるのだから、『うつ病は化学物質の不均衡のせいであって、私のせいではない』と患者が言うことはできない。うつ病を終焉させる手段は、現在の自分の生き方に対する責任をしっかりと引き受ける以外にないのである」という彼の断言は、基本的にBPD患者にも当てはまるもの、と私は思っています。

最後に小野先生の入院治療に関してですが、これも一昨年のシンポジウムのご発表が、2004年の精神神経誌106巻に掲載されています⁷⁾。ある程度の症例数を系統的に集めたBPDの入院治療に関する論文は、これまでアメリカの研究の受け売りばかりで、わが国独自の治療経験に基づいた報告はなかったのではないのでしょうか。慈恵医大では2001年11月に新病棟が完成して、それまでの閉鎖48床から閉鎖と開放を併せ持つ46床へと移行したそうですが、この論文は、入院構造のこの相違がBPD患者92例の治療結果に著しい変化をもたらしたことの報告でした。結論を箇条書きにしますと、①平均入院期間が59日から25.8日にまで半減した。②問題行動に対処する仕方が、A) 隔離拘束を汎用する管理的な手法から、B) (患者の主体性を尊重して) 行動の自主的制御や退院を促す非管理的な手法へと重点移動した。そ

れとともに、③病的退行の遷延化やスタッフとの関係性を巡ってのトラブルが著しく減少した。④入院目的が、緊急避難や危機介入に限られてきた、というものです。

今回のご発表の内容はこれを踏まえて、「①患者の自我機能の水準を低下させないこと、②スタッフ・患者間の対人関係の問題の出現を回避すること、③入院治療の位置づけを、外来治療を補完する応急入院にとどめることに留意したガイドライン案の策定」でしたが、短時間だったためにガイドラインの22項目とそれぞれに付けられた点数の意味が私にはよく理解できませんでした。いづれ論文化されたときに熟読してみたい、と思っています。

まとめとして、仮説的な私見を述べさせていただきますと、BPD患者は決して一様ではなく、少数の重症例を「原本群」としてその周りにメディア情報からの暗示を受けて自己投影した多数の社会的「増幅群」を含んでいます。前者の原本群はどんな治療者にとっても難物ですが、大多数の増幅群は治療者が変な先入観さえ持たなければ長期的にみてさほど治療困難な対象ではありません。要するに、操作的診断では等しくBPDと診断される症例のなかに、重症の原本群と、マスコミ情報によって増幅された軽症群とがいる、ということですが、そこで重要な点は、同一の症候に対する対処法を両者で全く逆にしたほうがよいということです。たとえば数万人のリストカッターから電話やメールによる相談を受けているという水谷修氏によりますと、その大半は軽症の「自己愛病」で、自分を不幸なヒロインに仕立てている傾向があるから、彼女らに「辛かったね」と同情してあげると、「やはり私は不幸で可哀想なんだ」と思わせ、成長を阻害してしまうので禁句だということです。しかし他方で、幼少時から父母に虐待され、学校では級友や教師に不潔物扱いされてきた逃げ場のない「本物の」リストカッターが少数ながら存在します。両者を鑑別し、後者に対しては「自分を大切にしろ」「頑張らなくていい」

と優しく受容し、前者には「自分を後生大事にするな」「他人に喜んでもらえるようなことを何かしたら」と少し厳しく、自己責任をもたせるように接する。これは何もリストカッターだけでなく、自称PTSDやACや多重人格にも、うつ病の自責型と他責型にも適用できる考え方ではないでしょうか。

操作主義のマニュアル診断や俗流精神分析の紋切り型図式を信奉しているかぎり、同一の症候に対して正反対の対処など思いつかないでしょう。マニュアルにさえ従っていれば失敗しても責任をとらないで済むという「無責任な安全策志向」が、自殺のジェスチャーや自傷行為が精神科医に「高く売れる」と他責型の患者に思わせたり、甘すぎる対応が彼らの病状を悪化させ、増幅群の数を徒に増やしたりしているのではないのでしょうか。起炎菌の同定を怠って、安易に広域スペクトルの抗生物質を選択し、漫然と長期に使い続ける医療行為は、耐性菌を徒に作り出して感染症を世に蔓延させてしまいます。今日流行している心理的病態の多くは、「甘さの過剰投与」という不適切な対処が増幅させた「心理的感染症」なのかもしれません。

Gunderson²⁾は、ケース・マネージメントにおいては「必要とされるよりも高いレベルのケアを患者に提供することは決してよいことではなくて、最小限のレベルのケアが最適なレベルのケアなのである」とか「ケアのレベルを下げることにに対して大半のBPD患者は怒りの反応を示すけれども、治療者は患者の要望に反して、ケアのレベルをより集中度の低い外来ケアへと適切に落としていくことが望ましい」(p.121, 123, 134, 183)と強調しています。入院のような高レベルのケアを長期的に続けることはコスト面のみならず治療面にも(退行促進的とかスタッフとの関係を巡ってトラブルを起こしやすいといった)マイナスが大きいのので、入院治療と一般外来治療との間に中間的レベルのケア体制を作ることが望ましい。具体的に言うなら、それはデイケアやナイトホスピタルとか、外来でのグループ療法や行動療法や家族療

法の併用といった集中的な治療体制を意味しています。Gunderson と牛島先生が BPD の治療経験を通じて独立に、個人精神療法よりも「複数の治療者、複数の治療様式あるいは構成要素を含んだ」ケース・マネージメントが望ましいとする結論に到達したことは、今後の BPD 治療にとってきっと重要な一里塚になることでしょう。

文 献

- 1) Akiscai, H.S.: Soft Bipolarity—A footnote to Kraepelin 100 years later. 臨床精神病理, 21; 3-11, 2000
- 2) Gunderson, J.G.: Borderline Personality Disorder. A Clinical Guide. American Psychiatric Press, Washington D. C., 2001 (黒田章史訳: 境界性パーソナリティ障害. クリニカル・ガイド. 金剛出版, 東京, 2006)
- 3) 加藤 敏: 転移の諸相をふまえた境界性人格障害

の治療的対応. 精神科治療学, 19; 719-727, 2004

- 4) 川谷大治, 諸江健二, 妙木浩之: 境界性人格障害の精神科診療所におけるケース・マネージメント. 精神療法, 29; 257-265, 2003
- 5) 川谷大治: ケース・マネージメント. 精神経誌 106; 1260-1265, 2004
- 6) McCullough, J.M.: Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). Guilford, New York, London, 2000 (古川壽亮ほか訳: 慢性うつ病の精神療法—CBASP の理論と技法. 医学書院, 東京, 2005)
- 7) 小野和哉, 大島一成, 石黒大輔ほか: 境界性人格障害の入院治療に関する研究. 精神経誌 106; 1266-1269, 2004
- 8) 牛島定信: 境界性人格障害治療の現状と問題点, その序論. 精神経誌 106; 1256-1259, 2004