

第 102 回日本精神神経学会総会

教育講演

人格障害の診断と治療

狩野 力八郎 (東京国際大学)

<索引用語：人格障害，重症人格障害，構造化，治療目標，想像する能力>

<Key words: personality disorder, severe personality disorder, structuring, treatment goal, capacity for imagination>

はじめに

「さっきの秘密をいおうかね。なに、なんでもないことだよ。心で見なくちゃ、ものごとはよく見えないってことさ。かんじんなことは、目に見えないんだよ」。これはかの有名な「星の王子さま」の一節である。では、心で見るとはどのようなことか。辛抱することと同じ時刻に同じ場所で見え続けるというきまりの2つの手段によって、他者は物ではなく自分にとって意味のあるかけがえのない人として見えてくると、キツネは教えてくれる。

これはまさに重い人格障害を持つ人の治療のポイントを衝いている言葉である。時間と空間に規定された治療構造(きまり)を設定し、それを辛抱強く維持するという治療者の情緒的態度によって、患者とわれわれは対象恒常性に基礎付けられた意味のある治療関係を作ることができる。

1 精神医学的評価の仕方と人格の評価の仕方

まず、実際の精神科臨床で、われわれ臨床医は意図的か否かは別として医学的評価(記述精神医学的)と精神力動的評価という2つのアプローチをしていることを明確にしておきたい。ついでに

下にそれらの違いを述べることにする。前者は、医学体系における疾病学に基づき症状を把握し疾患を同定するのだから、答えは医師が持っていることになる。後者は、疾病学の外から、非特異的に事例性(case-ness)を重視し、なぜ患者はここにいるのかを考えるのである。つまり、答えは患者が持っているわけである。具体的にいうと、第1に、患者は症状による苦痛の解消を求めて受診しているだけでなく、さまざまな受診動機を持っているので、それらを理解しようとするのである。第2に、適切な助言をしてもうまく通じないことがあるが、そういうコミュニケーション不全がなぜおきているのかを考えるのである。いいかえると、診療状況に対する患者の適応機能(あるいは適応の障害)や考える力(象徴能力)を考えるのである。人格の特性は、対人関係の中に表現されるわけだから、動機や適応の仕方を考えるということは、まさに人格を考えることに他ならないのである。第3には、家族機能や社会機能を理解する。

以上のようなアプローチによってかなり全体的に患者を理解することができるが、ここでもうひとつ大事なことは人格水準の評価である。筆者は、

まず2つの水準に大別することが臨床的にみて役に立つと考えている。つまり、他者と信頼関係を持てるような軽度の人格障害と信頼関係をもつことが難しい重症人格障害である。この捉え方は、Kernberg, O.⁹⁾のNPO（軽症に相当）、BPO、PPO（この2つは重症に相当）という人格構造論に準拠している。

このことを念頭において、つぎにいろいろな人格特性は治療関係の中でどのように現れるか、そして治療者はどのように対応するかの基本的事柄について述べ、そのあと主に重症人格障害の病理や治療について概説する。ここでは、説明のため典型例を簡略化して述べるが、臨床家が会おうであろう人格特性を重視しているため、必ずしもICD-10やDSM-IV-TRと一致させていないことをお断りしておきたい。

さらに人格障害は軽度でも重症でも、その人格特性は、程度の差こそあれ必ず他者を情緒的に巻き込むことを特徴としているので、括弧内に治療者の特徴的情緒反応を示した。

2 治療関係における人格特性の表現と対応 の仕方——軽度の人格障害の場合

1) 助言をしてもあれこれ理屈っぽく考えこんでしまう、愚図愚図して結論を出せない（イライラしてくる）。これは強迫的人格であり、患者はコントロール感の喪失により自信を失っている。

2) 自分自身による判断や決定を避け、相手にゆだねる（突き放したくなる）。これは依存的人格であり、患者は他者の援助なしではうまく機能しない、他者からの拒否を恐れている。

3) 引っ込み思案でオドオドし、話が弾まない（叱りつけたくなる）。これは回避的人格であり、患者は恥をかかされることを恐れ新しいことを回避している。

4) 次々に問題を持ち出し、よくなることを望んでいないような態度をとる（徒労感と無力感）。これはマゾキスティック人格で、患者は自分よりも他者の役に立とうとする、自虐的世話役といった振る舞いを示す。

5) 注目を引き、大切にしてもらおうとする（やさしくしたくなる）。これはヒステリー人格で、自己顕示的、情緒過剰、小心なのである。

つぎに対応の仕方あるいは臨床家が取るべき基本的態度について説明する。

1) 強迫人格：自分や状況をコントロールしている感覚を保証するために、よくなろうと努力している側面を認める。これは自信や自尊心の回復、困難に積極的に取り組む態度を促進する。なぜなら、患者はコントロール感覚を維持したいと願っているからである。

2) 依存人格：丁寧に、穏やかに、できることできないことを明確化する。患者は相談関係の維持が保証されれば、ある程度欲求不満に耐え、努力する。依存さえ満たされれば何とかしようとしているからである。

3) 回避人格：じっくり傾聴しながら、彼らの問題解決に対する誠実さや真剣さを見出す。少しでも自分の考えを表出したらその妥当性を評価する。患者は自己不全感に悩みながらも何とかしたいと願っているからである。

4) マゾキスティック人格（最も対応が難しい）：目標の設定が大切で、治療者は苦痛の消失よりも、社会的機能の維持やそこにおける生きがいを見出す努力をする。患者は、根底において自分は誰よりも愛される資格があると考えているのである。

5) ヒステリー人格：治療目標の達成には協力的なので、ほどよい暖かさに関心を向けつつ、適度な賞賛を与える。患者は、小心で、自分は人から愛される資格はないと感じている。

3 治療関係における人格特性の表現 ——重症人格障害

重い人格障害は、臨床家を情緒的にだけでなくその人の職業的同一性や自己評価を揺さぶるほどに巻き込むのが特徴である。以下に典型的なパターンを示す。

患者の受診のニーズには緊急性があるため、彼らは即座の満足を求める。これに対し医師は何ら

かの助言をすると、患者は「先生は役に立っている」というメッセージを伝えるとともに要求を募らせる。医師は、何とかしてあげようという気持ちになり、助言などを重ねる。すると患者はさらに要求をエスカレートさせるが、医師はそれらの要求には完璧に応じられるはずもない。その際、医師の取る現実的態度について、患者は「先生は自分の気持ちにに応じてくれない」「自分を拒否している」と受け止めるのである。この文脈の中で医師の中にも患者に対する批判的な気持ちが強くなると、患者は自己破壊的行動など不適切な振る舞いで反応する。これは「もっとケアせよ」というメッセージだが、もはや医師は「何とかしたい、でもだめだ、私は役に立たない」と感じ、無力感、無能力感、憤懣に襲われるのである。反対に医師がもし患者の要求に関心を払わず助言をしない場合はどうなるであろうか。患者は即座に去っていくであろうが、医師の心の中には不快感、不全感、罪悪感が残るであろう。

これが典型的な治療関係パターンだが、以下にいくつかの重い人格障害の例を述べる。この分類は自己像のあり方の違いに基づいている。カッコ内は治療者の情緒反応である。

1) 関心を引こうとし、自慢し、大きさに訴える、内省しようとしなが、依存する(批判、軽蔑、無視したくなる)。これは演技的人格で、ちっぽけな自己像をもっている。

2) 自分勝手に、思い込みが強く、賞賛を当然のことと期待し、ほめられないと「うつ」や怒りを示す(かわいくない、ずうずうしい、直面化すると壊れそうではっきりいえない)。これは、自己愛人格で、誇大的自己像をもつ。

3) すべてを支えて欲しい、愛情のためなら自分を傷つけてもよい、不信感があり不当な扱いから自分を守らねばならないという思い込み、ひとりになれない、不可能を可能にする魔術的な人を求めている(治療者の反応は典型例として上記したパターンである)。これは境界人格で、不安定な自己像をもつ。

4) あきらめ、破滅的、頼らない、依存を隠す、

しかし内的には誇大的、かつ環境に頼っている(退屈や虚しさを感じる)。これはスキゾイド人格で、秘められた誇大的自己像をもつ。

4 1980年代までの重症人格障害の病理と治療

Kernbergが、メニングァー精神療法研究プロジェクトの最終報告を発表したのが1972年である。ここで、境界人格構造に対する表出的精神療法の有効性が主張され、米国精神医学界に多大な影響を与えたことが、重症人格障害治療の活性化や1980年のDSM-IIIにおける人格障害のリストアップにつながったのだが、もっと重要なことは1970年ころまでに現代的な意味での重症人格障害に関する理論と技法が確立したことである。つまり、精神分析の対象関係論や集団力動論、システム理論にもとづいて、この病態に対して力動的入院治療、精神分析的精神療法、集団精神療法が試みられた。そして、1970年代はこれらの臨床経験にもとづき理論と技法が推敲された時代であった。そこで明らかになったのは、高度に構造化された治療設定が治療において最も重要な技法だということである。つづく1980年代は、この基本的な考えに従って多様な治療法が試みられた。この動向は、米国における医療経済的な圧力によっていっそう加速された。たとえば、短期入院治療、部分入院治療、精神分析的(支持、表出)精神療法、家族療法、集団精神療法、認知行動療法、薬物療法などである。

この時点までに明らかになった重症人格障害病理の主要な問題は今もなお基本的な理解の仕方を我々に提供している。それらを要約すると次のようになると思う。

最も主要な病理は、対象喪失と喪の仕事にかかわる能力に制限があるということである。「不在という空白」に耐えることが困難だといいかえてもよい。具体的にあげると；第1に親密な状況に脅え、真に自発的の反応を必要とする状況を避ける(他者との内面的関係の深さや安定性に欠ける)、第2に他者との関係において暖かさに欠け、愛情対象へのアンビバレンスに耐えられない、第3に分

離に耐える力、罪悪感に耐える力、喪の仕事を行なう力に欠ける（病的うつが問題になる）、第4に自己概念の統合の障害、自己概念と行動パターンの不一致といった自己の病理である。

治療技法的にみて重要な事柄は、Waldinger, R.J.⁹⁾が1987年にまとめた境界例に関する8つの技法によく示されている；1) 安定した治療の枠組みを作る（治療構造の設定と維持）、2) 積極的な態度、3) 患者の憎悪に耐えること、4) 自己破壊行動を満足させない、5) 患者の感情と行動との関連をつける（言葉で表現する）、6) 行動化の阻止（構造化、限界設定）、7) 今ここでの脈絡における明確化と解釈、8) 逆転移の注意深い観察。

5 既存の理論の有用性と限界

1990年代になり、重症人格障害治療は大きく変化している。たとえば、入院治療から外来設定におけるさまざまな治療法を重視するようになったこと、実証的な治療効果研究が一般化したこと、生物学的研究が行われ始めたことなどである。すなわち、治療が短期化、焦点化していることである。それを象徴するのが1990年代に登場したLinehan, M.による弁証法的行動療法（DBT）である。2000年代に入ると、このような動向をふまえながら従来の精神分析理論と技法をも活用した新しい様式の治療法が生まれてきた。それが、Fonagy, P.ら^{1,2)}によるMentalization Based Psychotherapy (MBP) である。

このような歴史的変遷があるにしても、既存の理論や技法は基本的準拠枠を与えてくれるという意味でなお役に立つと筆者は考えている。たとえば、Freud, A.の発達ライン、Erikson, E.H.のライフサイクル論、Blos, P.の段階特異性と発達課題の研究、Kernbergの境界人格構造論、クライン学派の3つのpositionなどであるし、Waldingerがまとめた上述した技法などがあげられる。われわれ臨床家は既存の決定論に基づいた理論や概念を用いて病理を公式化し、それに相応した治療計画を立て治療の将来を予測するのである。

たとえば、既存の理論を用いた場合、つぎのような治療計画が立てられる。家族に大きな問題がなく、全体的対象関係が成立していれば、本人の能力を活用して、洞察的精神療法が適用されうるし、もし家族が混乱していたり、対象関係が部分的な水準にとどまっていれば、支持的治療法、家族療法、入院などを用いる、といった考え方である。

いっぽう、社会構造の流動性、離婚や再婚が当たり前前のようになっていてまるでパッチワークのような家族が増えているといった家族構造の多様化、もっとも好ましい治療目標は個の自立・自律ではなくむしろ相互関係の形成ではないかという意見を目の前にすると既存の理論には限界があるといわざるを得ない。つまり、現代においては内外からの予測できないいろいろな要因をも考慮する必要がある。われわれの臨床経験にもとづくと、われわれの概念化を、既存の理論だけでなく、未決定性・予測不能性・相互関係性をも視野に入れたものへと拡大する必要があるように思われる。つまり、われわれは、患者の精神機能を考える際に、体質・素因や人格構造間あるいは構造内の葛藤という概念だけでは現状に対応できない。精神は組織化されるにしたがって予測性は増大するが、それでも「永続性と変化」という過程すなわち「自分になる過程」⁹⁾は進行するわけで、人格障害の不安定性に対してこの視点はとりわけ必要だといえるからである。こうした考え方にたつて、現在実施されているいろいろな様式の治療に対応するような概念が必要とされているのである。

6 現代における重症人格障害の治療戦略と治療目標

では、現代においてどのような治療が望ましいかということが問題であるが、これまで述べてきたことや、最近の重症人格障害治療に関する治療効果研究を振り返ってみると、基本的には次のようなことがいえると筆者は考えている⁹⁾。

1) いくつかのアプローチの組み合わせが望ましい。実際に単一の治療法で進行する治療などないからである。個人精神療法（力動的・認知行

動・DBT・心理教育など), 家族療法, 薬物療法, 集団療法などの組み合わせを行う。

2) どの精神療法理論がよいかという議論は治療的には価値がない。

3) 理論は何でもよいが, 首尾一貫した治療理論に基づくことが大切である。実際, 精神分析以外の多様な理論は, 分裂・投影同一視・同一性・現実検討など精神分析の概念を自らの理論系列に置き換えているので, 関連する精神分析の概念, 特に防衛機制は共通言語としてそれらについて知るの助けになる。

4) 治療の構造化が技法上重要である。多くの統制された効果研究はそれぞれ良好な結果を示しているという共通性があり, そこからいえることはそうした治療法の特徴は, 臨床の構造設定が明確だということである。それぞれの治療法にはそれぞれの目標, 設定, 手段があることを意識して治療を実践するということが大切である。

5) 治療には家族を含むこと。家族の協力なしに治療は成功しないので, 家族を治療への能動的な参加者あるいは協力者として位置づける。

6) 治療者には経験と訓練が必要である。当然のことではあるがやはり専門的な訓練が必要である。もし経験が不十分な場合はコンサルテーションを受けるべきである。

7) 非現実的な治療はしない。以上に述べたところに留意し, 自分の置かれている臨床施設において可能な範囲で, また自分の専門家としての技量が許す範囲での治療をすることが必要である。初心者がスーパービジョンもなしに自己流精神分析の精神療法を行っているのを仄聞することがある。これは避けるべきである。

8) チームないし広いネットワークの協働を意識する。

そこで, どんな治療を行う場合でも共通の目標があると実践上役に立つ。従来の概念を現代の傾向の文脈でとらえてみると, 重症人格障害の病理として, 想像する能力・象徴機能の不全があげられるのではないかと考える。もう少し, 限定して言えば Fonagy らがいう「対人関係において他者

の心を想像し, 考え, 読み取る能力」(Mentalization 能力)^{1,2)} である。他の病態にこの種の病理が存在しないかとなると必ずしもそうではないが, この病理は重症人格障害治療のターゲットにもなりうるという意味で捉え方は役に立つ捉え方である。

しかも, この目標を達成しうる治療法は, 個人精神療法に限らないことは容易に理解できるであろう。強調しておきたいのは, この目標は一般外来における主治医の診療においても達成可能なものだということである。従来ともすると重症人格障害の治療は個人精神療法のみの特化される傾向があったが, 以上のように考えてみると, 主治医の機能は本質的であると位置づけることができる。本論文では, 主治医機能に関する具体的な手段について述べる紙数はないが, 少なくとも, 主治医は, 継続的見立て, 家族面接, 薬物療法に加え, 自分と患者との対話を通して「想像する能力」「Mentalization 能力」の進展を意図するといった重要な機能をもつということだけは明確にしておきたい。

7 おわりに

治療関係の文脈から軽度人格障害と重症人格障害の特徴的パターンや治療アプローチの原則的な事柄を述べた。その中で, 現代の社会・家族状況に見合った概念の必要性を明確化しつつ, 重症人格障害治療ではとくに臨床の構造化と「想像する能力」「Mentalization 能力」の展開を治療目標にすえることの意義を強調した。さらに, 治療において主治医の機能が本質的意味を持つことも指摘した。

文 献

1) Bateman, A., Fonagy, P.: Psychotherapy for Borderline Personality Disorder; Mentalization-Based Treatment. Oxford University Press, New York, 2004

2) Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., et al.: Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. Other Press, New York, 2002

3) 狩野力八郎：自分になる過程—青年期における自己愛脆弱性と無力感—。思春期青年期精神医学, 15; 25-35, 2005

4) 狩野力八郎：青年期人格障害。児童青年精神医学とその近接領域, 47; 326-336, 2006

5) Kernberg, O.F.: Borderline Condition and Pathological Narcissism. Jason Aronson, New York, 1975

6) Waldinger, R.J.: Intensive psychodynamic

therapy with borderline patients; An overview. Am J Psychiatry, 144; 267-274, 1987

※なおサン＝テグジュペリの著作については以下の翻訳から引用した。

サン＝テグジュペリ：星の王子さま。1943（内藤 濯訳，岩波書店，2000）

サン＝テグジュペリ：人間の土地。1939（堀口大學訳，新潮社，1950）
