

第104回日本精神神経学会総会

専門医を目指す人の特別講座

境界パーソナリティ障害治療に関する最近の動向
——精神療法を中心に——

白波瀬 丈一郎（慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室）

【はじめに】

パーソナリティ傾向とは、個人個人に持続的に存在している、環境や自分自身についてのとらえ方、思考の仕方、関係の持ち方の様式の総体であり、それらは特定の環境においてのみ認められるというよりは、時や場所を超えてさまざまな場面で共通して認められる様式である。パーソナリティ障害とは、その様式に柔軟性がなく、非適応的で、そのために著しい機能障害または主観的な苦痛が生じていることを意味している。すなわち、この障害は様式の問題であって、その人そのものに問題があるというわけではないことをまず確認しておきたい。

というのは、医療者にこの点に関するしっかりした理解がないと、パーソナリティ障害をもつ患者による逸脱行動を患者の悪意に短絡させたり、患者に対して批判的攻撃的な態度を向けたりしてしまうことがあるからである。こうした治療態度は、患者の柔軟性のない非適応的な様式を強化することはあっても、それらを修正する方向に働くことはない。医療者が治療的な態度を維持できるために、この区別は不可欠である。また、パーソナリティ障害の治療には患者の主体的かつ積極的な治療参加も欠かせないと考えられている。患者に主体的な治療参加を促すためにも、障害と患者自身とを区別することが重要である。患者を共に

障害治療に取り組む協同治療者と捉え、患者との間で治療同盟を結ぶのである。

本論では、この区別を“パーソナリティ障害を障害として対象化すること”（以下“障害の対象化”）というキーワードとして、境界パーソナリティ障害（以下BPD）治療に関する最近の動向を述べる。

【予後研究に基づいて、“障害の対象化”を促進する】

Zanarini¹⁾は、BPDの経過に関する研究を概観して、まず4つの大規模な後方視的研究の結果から、BPD患者の機能レベルは時間の経過の中で変化しやすいことを見出した。非常によい機能を示す患者もいる一方で、多くは生活領域の多くの分野で相当の困難を抱え続けており、加えて患者の3~10%は自殺している。次に、McLean study of adult development (MSAD) と Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS) という2つの大規模な前方視的研究から得られた所見から、BPDの経過は従来の研究の所見よりも肯定的に捉えることができると述べている。MSADでは、290名のBPD患者を対象にして行われ、94%以上が2年ごと3回の追跡調査を受けている。2年目の追跡調査で34.5%、4年目で49.4%、6年目で68.6%の患

者がBPDの診断基準を満たさなくなっていた。さらに、一旦改善が認められた患者で、その後再発と考えられる症状が出現したのは6%だった。一方、CLPSでは、158名のBPD患者の59%がBPDの診断基準を満たさなくなっていた。

BatemanとFonagy⁴⁾は、彼らの開発した精神分析志向的な部分入院治療(Mentalization-based treatment: MBT)がBPD患者に対して有効であることをRCTにて示した。さらに、その治療効果は8年後の追跡調査においても持続していることを確認している。

Linehan⁷⁾は、1年間の弁証法的行動療法(Dialectical behavioral therapy: DBT)による治療が、通常の治療と比べて、自殺企図の回数と重篤さの減少につながり、入院の頻度とその期間を減少させることをRCTにて示した。しかしながら、うつ症状、寄る辺なさ、生きる理由という項目については、対照群と有意な差を示すことができなかった。

以上の研究結果を受けて、DSM-IVからDSM-IV-TR¹⁾への改訂の際に「激しい情動性の傾向、衝動性、対人関係における激しさは、しばしば一生続くが、治療的介入を受けた人はその最初の1年以内から改善し始めることもしばしばある。…精神科外来通院患者を対象とした追跡調査では、約10年後には半数に達する人が境界性人格障害の診断基準を完全に満たす行動様式をもはや示さなくなる」という記述が加えられた。また、Cochrane Reviews³⁾では、BPD患者が直面する問題のいくつかは、精神療法(MBT)や行動療法(DBT)が有効であるかもしれないとしている。とはいえ、いずれの研究も数が少なく規模も小さいため、その治療効果は確立されたものにはなっていない。

アメリカ精神医学会による臨床ガイドライン²⁾、Gundersonによるクリニカル・ガイド⁵⁾、そしてMBTのいずれにおいても、個人精神療法(行動療法を含む)が治療の中心となることを示しつつ、個々の患者の状態に応じて、入院治療、部分入院治療、家族療法、集団療法、薬物療法などの適切

な治療を組み合わせ、複数の臨床家が協調して治療に当たることが推奨されている。

【心理教育により、“障害の対象化”を促進する】

BPD患者はしばしば自分自身と障害とを同一視して、自らを欠陥のある存在と見なしていることが多い。その同一視は時に「どうせ自分なんかみんなの嫌われ者だ」という開き直りとなって現れ、周囲からの陰性の反応を誘発することにつながる。そして、周囲からの陰性反応は患者の同一視を再強化するため、患者と周囲との間でしばしば悪循環が生じてしまう。患者がこうした悪循環から抜け出すためには、医療者に加えて患者自身もパーソナリティ障害を対象化して自分自身と区別できるようになることが必要である。この過程を促進する作業の一つが心理教育であり、心理教育の第一歩は診断と、その説明である。

診察場面の患者の言動だけで直感的にBPDの診断をするというのは極端にしても、その診断作業は必ずしも系統立っていない。その診断作業においては、問題となるパーソナリティ傾向が空間的にも時間的にも広く認められることをまず確認しなくてはならない。加えて、器質疾患やその他の精神疾患を除外する作業も必要である。そのために、頭部CT、MRI、脳波検査や血液検査に加えて、心理検査が有用な情報をもたらしてくれる。以上の作業によってBPDの診断がついたら、その説明を行う。その際、DSMの診断基準を患者と一緒に一項目ずつ確認しながら、その説明を行う医療者もいれば、比較的専門用語を使わずにBPDに関する概要を医療者なりにまとめて説明する医療者もいる。筆者⁹⁾は後者のタイプであり、BPDの説明に“眼鏡”と“スイッチ”という比喩を使う。まずパーソナリティを、ものごとの見え方や捉え方の傾向、しかも比較的継続的に認められる傾向と考える。その上でそれを、個々人が生まれてからずっとかけている、その人らしい歪み(個性と呼べる程度のもの)のある“眼鏡”にたとえる。したがってパーソナリティ障害とは、その歪みが極端に大きく何を見てもワンパターン

にしか見えない“眼鏡”であるといえる。BPDであれば、他者のことは、たとえその人が援助を差し伸べてくれる人であったとしても、「人はみんな私のことを嫌いになるし、絶対私のことを見捨てたくなる」としか見えない。また、自分自身に対しても「私は一人では何もできない」という見え方になってしまう歪みである。ただ、パーソナリティ障害をもつ人の“眼鏡”であっても、全面的に大きく歪んでいるわけではない。比較的歪みが小さく、現実を現実としてみることのできる部分が存在している。歪みの大きい部分と歪みが比較的小さい部分の間には“スイッチ”があって、わずかな心理的負荷で、歪みの大きな部分へと“スイッチ”は入ってしまいやすいのである。

以上の説明をした上で、治療の説明に入る。こうした“眼鏡”の歪みや“スイッチ”はすぐにはなくならないので、治療の目標は〈歪みの大きい方にスイッチが入りにくくすること〉、そして〈入ってしまったら、できるだけ早く歪みの小さい方へスイッチを切り替えられるようにすること〉とする。さらに、たとえスイッチをなかなか切り替えられなくても、スイッチが入っていること自体を認識してその状態を観察することができれば、それはそれでとても重要であることも伝える。

【治療の構造化により、“障害の対象化”を促進する】

治療構造とは、治療を構成するさまざまな要因や条件であり、場所、時間、人との関係などを規定する事柄を指す。具体的には、どのようなことが治療として提供されるのか、その目標は何か、どのような計画か、手段は何かということであり、その際の制限はどのようなものかもまた治療構造である。こうした要因や条件を定めていくことが治療の構造化である。ここでは、具体的な構造化についてはではなく、何故構造化するのかその目的を中心に述べる。

筆者は、BPDの治療の基本は、患者の“眼鏡”の歪みに一致しない健康な対人関係を提供し、そ

の積み重ねによって“眼鏡”の歪みを修正することだと考えている。一方、患者自身もまた、さまざまな主訴を述べるものによく話を聞いてみると、そうした健康な対人関係を希求して受診してくることが多い。ところが、こうした2人が出会ったとしても、そこで健康な対人関係が展開することは困難である。何故なら、患者の病的な対人関係様式の影響力が強く、主治医・患者関係の中にその様式が再現されて、治療は患者の病的対人関係様式を再強化する場へと変質してしまうことが多いからである。こうした変質を避け、主治医・患者関係が健康な対人関係の提供の機会となるためには、何らかの工夫が必要である。成田⁹⁾は、その工夫は、主治医・患者関係を何らかの目標達成のための手段として位置づけることであるという。「私たちが今こうして会っているのは～のためです」という「～」の治療目標を明確にするのである。たとえば、薬の乱用をやめること、手首を切らなくてもよいようになることなどである。筆者が思うに、この工夫によって治療という作業から主治医・患者関係を背景にさげることができ、患者の病的対人関係様式の矢面になることを回避しつつ健康な対人関係を継続的に提供しやすくなるのだろう。内海¹⁰⁾のいう「byproductとしての精神療法」という発想にも通じる工夫だと考える。このように、治療の構造化の目的の一つは健康な対人関係の提供のための工夫であるといえる。

狩野⁶⁾は、BPD治療における治療導入期、すなわち「患者が初診してから構造化されたフォーマルな治療を開始するまでの治療が相対的に構造化されていない段階」の重要性を強調し、この段階で主治医が積極的に治療を構造化し続ける必要があるという。つまり、主治医がBPDという障害をどのように捉え、その障害に対してどのような意図を持ってある治療方法を選択したのかを説明するのである。また、その治療方法がどのようなものであるのかも具体的に説明する。加えて、治療を実施するにあたって、患者に求められる協力（限界設定）についても述べる。このようにBPDの治療とはどのようなものか具体的に説明

することで、患者からの同意や協力が得られるという条件付きではあるけれども、主治医はいつでも治療に応じる準備があるということを伝えるのである。この作業を通して、患者に「治療に関するより現実的な概念や治療意欲の内的形成」を促すことが可能になるという。狩野のいう治療導入期において、筆者⁹⁾は《できないことは無理しない、できることは一所懸命やる》という姿勢を意識しておくことが重要だと考えている。すなわち《治療では何ができなくて、何はできるのか》を考え続ける姿勢である。しかし、この姿勢もそのまま患者に示したのでは、患者の病的対人関係様式に絡め取られてしまう。結果、患者は前半部分に反応して「結局何もしてくれない」と受け取り、後半の《一所懸命》の部分は伝わりにくいのである。ここで筆者が試みている工夫は、〈これはできて、それはできない〉というようにできないこととできることを切り分けるのではなく、《できないこと》に対して《できること》を組み合わせた工夫したりすることで、少しでも《できること》に近づけようと努力する姿勢を示すことである。その姿勢を示すことで、《一所懸命》の部分を患者に伝えようとしている。後述するが、この《一所懸命やろう》と思っけても人にはできないことがある、ということを理解することがBPD患者には極めて困難なのである。だからこそ、それができるようになることが治療の大きな目標となる。

以上、患者の病的対人関係様式を治療目標とするという文脈で治療の構造化について述べた。治療構造化とは、主治医と患者とのつながりを規定するものであり、明確な境界をもち基本的に不変である必要がある。さもないと、患者の病的対人関係様式が容易に主治医・患者関係に再現・反復され、治療は患者の病的対人関係様式を再強化する場へと変質する危険性が高まってしまう。しかし、このことは、構造化がその中で行われる人と人の交流、すなわち治療過程と無関係に静的staticであればよいということの意味しているわけではない。おそらく、治療過程との関係が絶たれた瞬間

から治療構造化は形骸化を始め、その治療には実質的に治療構造化が不在となってしまうだろう。構造化は常に、その中の対人交流から影響を受け続けている。別の表現をすれば、如何に治療を構造化しても患者の病的対人関係様式を完全に回避することはできない。それは治療場面で反復され続ける。それでも、その影響に対応して構造化を動的dynamicに維持・保持し続ける、すなわち構造化し続けることによって、患者の病的対人関係様式を治療対象として捉え直すことが可能になる。そうすることによって治療の構造化が治療過程そのものになるのである。

【理論により、“障害の対象化”を促進する】

BatemanとFonagy⁴⁾はBPDに有効性を認められた治療の特徴について調査したが、その一項目として治療が理論と調和していることを挙げている。ここでは、彼らの提唱するMBTの中核概念であるメンタライゼーションという視点から、BPDの精神病理と治療について概観する。

メンタライゼーションとは、自分や他者の行為を志向的精神状態（欲望、気持ち、信念など）から理解する能力である。

この能力は、次のような養育者のメンタライゼーションによって子どもの自己表象が安定する過程を通して、子どもにも獲得されると考えられている。一次表象しか持たない子供は自分自身を身体感覚でしか体験することができない。たとえば、不快な感覚で自分自身が一杯になる感覚である。子どもはこの状態を泣く行為によって母親に伝える。この時、母親が「ああ、気持ち悪いね。どうしたのかな。おしめ濡れてて気持ち悪いのかな」（メンタライゼーション）とやさしく、そして少し大げさに子どもに話しかけながら、おしめを替える対応をしてくれる。母親のこの対応を通して、子どもはおしめが濡れて気持ち悪くなっている自分という二次表象を獲得できる。この二次表象と一次表象との間で内的状態の象徴的結合が生じ、情緒は象徴化され、自己は安定化する。この過程を経てメンタライゼーション能力を獲得した子ど

もは、母親が子どもの心から子どもの行為を理解したように、他者には自分と異なる心、すなわち思考、願望、欲求があることを理解できるようになる。具体的には、希望したとおりの反応（行動）が他者から戻ってこなかったとしても、それは他者には他者なりの事情があるのだというように考えられるようになる。先に述べたことでいえば、《一所懸命やろう》と書いていても人にはできないことがある、ということを理解できるようになるのである。この発達段階を彼らは Dennet に準じて志向姿勢と呼ぶ。一方、メンタライゼーション能力を未だ獲得できていない子どもは、志向姿勢以前の発達段階である目的論的姿勢に留まると考えられている。目的論的姿勢では、行為を精神的な結果ではなく物理的な結果でしか理解できないことが特徴である。Bateman と Fonagy は BPD の中核的欠損はメンタライゼーション能力の発達不全であると考えているが、BPD 患者がしばしば見せる「私がこんなにつらいって言うのに、先生は薬も出してくれないし時間通りに面接を終わる。先生は私のつらさなんか何もわかってないんだ」といった発言はまさに目的論的姿勢の典型例である。

子どもと母親の交流にもう一度戻ろう。泣いている子どもに対して、母親が「私が忙しいときに限って、あんたはいつも泣き出す。本当に嫌な子ね」と怒ったり、「この子はどうしたのかしら。私はどうしたらいいの」と狼狽して怯えた態度をとったりすると、子どもは取り入れるべき自らの二次表象を母親の中に見出すことができない。この時、子どもは、怒鳴っている母親や狼狽している母親を二次表象の代わりに自己の一部として取り入れる。この自己部分は「よそ者の自己 alien self」と呼ばれ、その後子どもを内側から非難したり恐れたりし続けるようになる。BPD においても、このよそ者の自己が患者を内側から脅かし続けている。BPD 患者はその対処として、身近な他者によそ者の自己を投げ入れ外在化する。内側から脅かされるよりも、他者から攻撃される方がまだましなのである。その結果、BPD 患者は、

自らのメンタライゼーション能力を育んでくれる他者に出会ったとしても、その他者にはよそ者の自己の引き受け手としての役割を担ってもらうことを優先せざるをえず、その他者をメンタライゼーション能力を育む他者として活用することができないのである。

治療は以上のような理解に基づいて、患者の言動を情緒、その情緒を引き起こした出来事、そして患者の中にある信念という三つ組みで理解する作業を試みる。たとえば、〈私が遅刻したことで（出来事）で、あなたは私があなたと話したくないんだと信じて（信念）、それで私に怒鳴ったんですね（情緒）〉といった具合に理解する。このように三つ組みの理解を行った上で、別の見方ができないかを患者と共に考えてみる。たとえば〈あなたは、私が単に寝坊したとか、急な用事が入ったといった可能性についてはあまり考えないようですね〉という問いかけである。このようにして、信念の書き替えを患者に促すのである。この作業には治療者のメンタライゼーション能力が欠かせず、この作業を継続する過程を通して、患者のメンタライゼーション能力の向上を目指すのである。

【おわりに】

信頼できる長期予後調査によって、BPD の長期予後は従来考えられたよりも良好であることが明らかにされ、その結果を受けて BPD の治療法に関する整備も進んでいる。そのなかで強調される事柄の一つが治療同盟の形成である。治療同盟の形成に不可欠と思われる“パーソナリティ障害を障害として対象化すること”をキーワードとして、BPD の治療について概観した。

文 献

- 1) APA: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision; DSM-IV-TR, APA, Washington, D.C., 2000 (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, 2002)

- 2) APA: Practice Guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. <http://www.psychiatryonline.com/content.aspx?aID=54855>, 2001
- 3) Cochrane Reviews: Psychological therapies for people with borderline personality disorder. <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab005652.html>
- 4) Bateman, A., Fonagy, P.: Psychotherapy for Borderline Personality Disorder—Mentalization-based Treatment—. Oxford University Press, 2004 (狩野力八郎, 白波瀬丈一郎監訳: メンタライゼーションと境界パーソナリティ障害—MBTが拓く精神分析的な精神療法の新たな展開—. 岩崎学術出版社, 東京, 2008)
- 5) Gunderson, J.: Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide. John Scott & Company, 2001 (黒田章史訳: 境界パーソナリティ障害—クリニカル・ガイド. 金剛出版, 東京, 2006)
- 6) 狩野力八郎: 境界性人格障害の治療—個人精神療法と力動的入院治療—. 狩野力八郎: 重症人格障害の臨床研究—パーソナリティの病理と治療技法—. 金剛出版, 東京, p.133-157, 2002
- 7) Linehan, M.: Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. Guilford Press, 1993 (大野 裕監訳: 境界性パーソナリティ障害の弁証法的行動療法—BTDの治療. 誠信書房, 東京, 2007)
- 8) 成田善弘: 境界性人格障害への援助. 成田善弘: セラピストのための面接技法—精神療法の基本と応用—. 金剛出版, 東京, p.98-107, 2003
- 9) 白波瀬丈一郎: 境界パーソナリティ障害の精神療法. 専門医のための精神科臨床リュミエール 11. 精神療法の実際 (青木省三, 中川彰子編). 中川書店, 東京, 未刊
- 10) 内海 健: byproductとしての精神療法. 臨床精神医学, 34; 1699-1707, 2005
- 11) Zanarini, M.: 境界パーソナリティ障害の長期経過. Gunderson, J., Hoffman, P. 編, 林 直樹, 佐藤美奈子訳: 境界パーソナリティ障害最新ガイド—治療スタッフと家族のために—. 星和書店, 東京, p.131-159, 2006
-