

## 境界性パーソナリティ障害の治療ガイドライン

牛 島 定 信 (三田精神療法研究所)

### はじめに

境界性パーソナリティ障害 (以下, BPD) とは, うつ病, 解離性障害, 不安障害などの I 軸診断をもって受診しながら, 治療経過の中で対人関係や社会的同一性における不安定さ, 感情コントロールの障害, 見境のない行動 (過食, 自傷, 物質乱用, 性依存など) を呈しては, 治療状況その他を混乱させ, 周囲に警戒感, 無力感, 排除感をもたらす病態である。これまで一般の精神医学的技法ではいたずらに混乱を惹き起こす困った患者として位置づけられてきたが, 最近では, 学校や企業その他でさまざまな問題 (パワハラ, セクハラ, 医療過誤の被害者) を起こしては注目を浴びるようになってきている。それだけに, かつては手首自傷, 薬物乱用, 性依存など, 家族内の騒乱が常習化している, いわゆるボーダーライン, ないしは解離やマイクロ精神病を呈する患者といったイメージが強かったが, 最近では才気煥発で見るからに健康であるが, 些細な齟齬で激しい感情が爆発する, あるいはクレマー, 体調を崩す被害者の姿で登場することが多くなった。

### 1. 治療ガイドラインの基本

本発表で提示するガイドラインは筆者らが出した「境界性パーソナリティ障害: 日本版治療ガイドライン」に依拠しているが, その基本は, 「BPD 患者は幼児期の歪んだ母子関係に由来するから個人精神療法しないと治らない」という従来

の信仰を捨てて, 患者の示す諸問題は社会的技能の未発達によるという認識に立つことにある。つまり, この種の患者は心理社会的困難に直面すると容易に壊れて, 幼児心性が表面化しやすいことは確かであるが, それは社会的技能 (事務処理能力, 簡単な危機管理能力, 昇華能力) の低さの所為であり, 治療としては未成熟な社会的技能の支援に力を入れる方が治療的成果も上がるという考えを基本にする。

### 2. 診断をめぐる

診断は一般に DSM-IV に基づいてなされるが, ここ 6~7 年ほど, BPD の特徴とされる衝動的な自傷行為が他の精神疾患でも容易に出現するようになったことを忘れてはならない。統合失調症, 気分障害, ことに非定型な双極 II 型ないしは混合性障害, さらに発達障害, ことに注意欠陥多動性障害とアスペルガー障害が合併した青年例・成人例, さらに思春期の友達間で発生するイジメその他のストレスに伴って生じる抑うつを伴った衝動行為を見るのが少なくない。BPD 診断で考慮されるべき事柄である。

### 3. 治療システムの構築

これまで BPD 治療においては個人精神療法が主体になりやすく, とすれば治療の責任の所在が必ずしもあきらかではなかった。本ガイドラインでは, 精神科医が主治医として責任をもち, 外

来において現実的な生活面での相談にのり、支援することを中心に、必要あれば投薬を行い、入院させ、家族支援を行う、さらに有用であればデイケアなどで社会体験を積みせるといった治療的接近を行う治療システムを構築する。その中で、必要があれば個人精神療法の間を設けるのである。精神分析でいう、個人精神療法を滑らかにするために精神科医が社会的役割を担うシステムとしてのAT スプリットとは根本的に異なる。本治療システムでは、個人精神療法家が治療の責任をもつのではなく、治療の責任は主治医である精神科医にあるのである。そして、主治医の医療的行為をマネジメントと呼ぶことにした。

#### 4. マネジメントをめぐる

マネジメントは、先述の通り、BPD 患者は情緒的のみならず、社会的にも未熟で、個人的、家庭的ないしは社会的場面でのいわゆる「社会的振舞い方」を教えるくらいの心つもりで対応することが基本である。例えば、BPD 患者はいろいろな生活場面での困難よりも、その結果である感情体験や葛藤にとらわれやすく、感情や葛藤が治療場面で話題になりやすいので、感情や葛藤の背後にある生活場面を具体的に再構成し、問題の感情や葛藤との関連を明らかにし、その時の対応を教える治療者の態度が求められる。そんな中で、比較的上手に進んだ状況では認めてやる、あるいは誉めてやることもある。

その一方でいくつかの注意すべき要点があるので、以下に若干の解説を行う。

要点1：病歴を読むに、退行的な行動異常より、社会的適応面の難しさに注目する。例えば、ここに27歳の女性がいる。中学の時に一過性に軽度の確認・洗浄強迫が出現。その頃から情動不安定で、両親や親しい友人に対してカンシャクを起こすようになった。大学卒業後、就職がなかなか決まらなかったことを契機として軽うつ状態を呈して近所の心療内科に通院、その後何度か転医あり。3年前には、交際していた男性にふられるのではと絶えず心配し自殺の脅しを繰り返すようになっ

た。1年前には、その男性と破局。その後、億劫感や熟睡困難などが増悪。今年3月頃から元交際男性に対してストーカー行為を繰り返すようになり、度々警察に保護されるようになった。そのため、5月に、入院適応の相談でM医師の外来を受診した。派遣社員の仕事は休みがちになっている。

以上のケースの治療では、一般に、男性相手の自殺のほめかしやストーカー行為といった退行的な行為に注目がいきやすいが、本治療ガイドラインにおいては、むしろ、大学卒業後になかなか就職がまらなかったことや現在の派遣社員の仕事を休みがちなところに注目し、話題として取り上げるようにする。退行的な側面を取り上げると、難しい場面が展開し、どうしても治療期間が長くなりやすい。

要点2：大混乱の背後には未解決な現実的な問題が存在するという認識が必要である。ここに20歳の女子大生がいる。頻回の手首自傷、過量服薬、多重人格のために治療を求めた。激しい混乱で治療終了までに3回に及ぶ短期間の入院の必要があった。このケースはいろいろと錯綜した過去と現在の親子関係を中心にした話を繰り返しながら、BPD特有の衝動行為を見せていたが、次第に、小学校3年のときに兄に性的イタズラを受けた話をまとめてするようになった。中学生の兄がいかかわしいビデオを持ち出して、これと同じことをするのだと強要するのであった。あまりにも辛い体験ゆえに、母親に告白したが、逆に頭から布団を被せて黙らされたという。後で判明したことであるが、母親自身、自らの実兄に性的強要を受けて辛い思いをしている時に、結婚の話が出て、渡りに舟とばかりに現夫の下にやってきたという過去があったのであった。そこで、あまりにも過去の体験に患者の気持ち向きやすいがために、これはきっとS・フロイトのいう隠蔽記憶に違いないと考え、現実的な出来事に目を向けさせていくと、交際中の彼氏と別れようと思っていた矢先に妊娠していたこと、その処置をめぐる混乱を来していたことがわかった。お腹の子どもを処理する罪意識、しかし妊娠の事実ないしは彼氏

を受け入れることができないこと、妊娠中絶自体をどうすればよいのかの戸惑いなどをめぐる不安・葛藤があったのである。加えて、両親が娘の問題解決に動くことなく、お金を持たせて彼氏に任せるところもあった。そうした彼氏との別れをめぐって現実的な解決を支援していくと、次第に患者の内面が整理されてくるとともに、「何故にこんなつまらない男に引っ掛かっていたのだろう」という気づきに到達することができた。患者はこれで治療を終結した。治療開始1年ほどのことである。

要点3：患者のスプリット思考（川谷）に注目する。患者は後先考えない行動や態度をみせやすいので、周囲は困惑し、抱え込み過ぎてドツボに嵌りやすい。それを乗り越えるには背後の「スプリット思考」に着目する必要がある。スプリット思考とは、スプリッティングという防衛機制を基盤にした思考のことである。例えば次のような24歳の男子例がある。病棟回診していたある時、筆者は主治医が退院させてくれないと苦言を呈する患者に出会った。話を聞くと、患者が入院して1週目に退院すると言い出したので、主治医は熱心に説得し、患者は治療を続けることになった。2か月は頑張れといわれたという。患者は説得に応じて、2か月間頑張ったが一向に治らない、しかし主治医は退院させてくれないという苦言である。しかし、よく考えてみると、「入院して治りたい気持ち」も「退院したい気持ち」も患者のものであるはずであるが、いつの間にか、入院したい気持ちが主治医に乗り移って、入院させたい主治医の気持ちに変容し、退院したい気持ちだけが患者のものになっているのである。これがスプリット思考であり、それを基にドツボに嵌った二者関係が形成されているとあってよかった。

大人の患者であれば、是非治りたいと思って入院してきたが、入院しているうちに他の患者との付き合い、病棟規則、看護師への対応等が苦痛で仕方なくなり、入院を継続することに堪えられない、申し訳ないが退院させてもらえないかと申し出てくるものである。ここには、患者の心の中で、

「入院したい」と「退院したい」の相反する気持ちの間には何らかのつながりがある。一般にアンビバレンスと呼ばれる心理現象である。ところが、ここで問題になっているケースでは、入院したい気持ちと退院したい気持ちの間にはつながりがないのである。入院するときは、入院する気持ちだけで、退院したくなると、入院時の入院したい気持ちはどこかへ吹き飛んで退院したいだけの気持ちになり、入院したいと退院したいの間には全くの連関がないのである。これがスプリッティングである。こうした状況では、患者の心中から飛び出した「入院したい気持ち」は通常、その相手をしている主治医の心の中に投げ込まれているものである。かくて、入院させたい主治医と退院したい患者の対立関係が生じることになる。スプリッティング思考が働く場所では、見境のない行動の様相を呈するので、相手をする人間（親、主治医、看護師その他）は構い過ぎているうちに、患者が投げつけた気持ちを引き受けてしまい、二進も三進もいかないドツボに嵌った二者関係を形成することになるのである。

こうした時は、原点に立ち戻って、治療者（ないしは母親）が背負い込んだ気持ちを患者に返してやるように心がけることが大切である。入院、退院で問題になったケースでは、さっさと退院させてあげることである。ただ、こうした場合、問題になってくるのが常識である。回診中に生じた会話を続けると、「すぐに退院させてあげればよいじゃない」と私がいうと、主治医は「そんなことができるわけない。またすぐに入院させてくれと言い出すことはわかっています」と反論するので、「また入院させてあげればよいじゃないか」と返すと、今度は病棟医長と病棟師長が出てきて「それでは示しがつきません」と抗議するのであった。それでも部長の責任で退院させ、また入院させるという方式を採ることになった。これを実行してみると、特別の場合を除いて、3~4回で入院をしなくなるのである。

このドツボに嵌る現象は、BPD臨床ではさまざまな場面で立ち現われてくるものである。気づ

いてみると意に反して患者を熱心に説教している場面、あるいは意に反して大量の多剤併用の処方箋を切っているときなどがそうである。いずれもできるだけ早くそれに気づいて、原点に戻り、引き受けてしまった気持ちを患者に返すことが必要である。構い過ぎないように距離を持った関係を維持する必要があるが、注意を要するのは患者の危険を秘めた行動を冷たく見守るという非常識な行動を主治医自身が採らざるを得ない場面が少なくないことである。勇気が必要なことがしばしばである。

要点4：一過性の激しい自傷行為もまた背後に現実的な問題を秘めていることの認識が必要である。例えば、ここに25歳の女性例がいる。かなり激しい手首自傷をし、付き添った父親との間で「死んでやる」、「死ぬなら死んでしまえ」という激しい対立が生じた場面を現出していた。見るからに、患者の自殺願望にはかなり深刻なものがあつた。入院させるかどうかも検討された。そこで、話を詳細に聴いていくと、以前から父母の間で軋轢があつて夫婦間の対立が表面化すると、母親は決まって弟を連れて実家に帰る癖があるということが判明した。実は、今度もそうした言い争いの最中での手首自傷であつた。いわば、母親の実家への逃走話が父親と娘の対立問題へとすり替えられていたのであつた。そこで、夫婦喧嘩の最中に何故に「大抵にしてよ！」と大声をあげなかつたのか、これから手首を切る代わりに、大声をあげることにしようと思つたのであつた。患者はその点については、手首を切らずに済むようになった。もちろん、夫と喧嘩して実家に帰る母親の姿が患者の幼児期から問題を秘めていることは忘れてはならないだろう。しかし、それは患者の人格がもっとまとまりをもつようになってから解決に乗り出しても決して遅くはない側面である。

要点5：ドツボに嵌った母子関係が患者の生活全体を支配していることがある。

慢性的に過食、自傷、物質乱用、性依存が続くケースでは、その背後で、母子間のドツボに嵌った二者関係が支配する状況があることを知ってお

きたいものである。

例えば、ここに24歳の女子大生がいる。彼女は、小学5年でイジメを受け、中学2年で不登校に陥り、間もなくすると死にたいと手首自傷を行うようになった。過食、手首自傷、過量服薬、さらにはアルコール乱用、ともすれば生活自体が破壊されて、高校は1年の時に中退した。一方では努力家でもあつて大検で大学に進学した。しかしながらここでも登校できなくなっていた。これまで数え切れないほどのクリニックを転々とし、さらには一人で外国（北米、アジア諸国など）を旅するという得意技をも見せている。そうした経過の末の受診であつた。初診時から母親同伴で、その母親によると夜中に布団の中へ入ってくるという。その一方で本人は母が怖い、すぐに怒ると述べている。さらには、一人で外出しては母親を心配させるという一面もあつたのであつた。そのうち、「母親が怖い」の本当の理由は両親の不和、離婚になるのではないかという不安があるという、さらには両親の離婚騒動の原因は私であるとまで告白するようになった。こうした両親と本人の三者関係での話になってくると、興味深くも外出したがるようになるが、どうしても恐怖を伴うこと、これは小学校の時のイジメに関係していると言い、さらにアルバイトを始めると自傷行為が再現した。その原因は職場の人間関係での緊張の高まりであると報告するまでになった。この状況で、母親がアルバイトは続けないといけないと言い、同じく大学もまた続けないといけないという態度が本人に圧力になっていることが明らかになった。その時、治療者がふと思つたことは、治療者もまたアルバイトは続けないといけないと思われているのではないかということであつた。そこでそれを問い質すと、患者はそうじゃないですかというのである。「とんでもない、何時止めてもいいんだよ」と告げると、次回には、患者は「9歳の時、夫婦喧嘩の後、母親が患者のベッドへもぐりこみ、患者を強く抱きながら泣いていた」光景を思い出したのであつた。最初に、ベッドの入ってくるのは、患者ではなく母親であつたことが判明したのであ



る。これを契機に、患者は、母にこっそり母方の祖母を訪ねて、外務省関係の専門学校へ通うようになった。こうなると、手首自傷はほとんど消失していた。ところがそんな経過の中で父親が患者の部屋に入ってきて、二人で日本一周しようと言いつつ事件が起こった。父親の問題はそれで終了したが、その報告の後の面接で驚いたのはお化粧品して20代半ばの女性よろしくきれいになっていることである。30代男性との交際が始まったという。ただ、「先生は私が不倫を働いていると思っているでしょう」、というのである。そこで、不倫であることは確かだが、これで君が元気になったことは確かだとして述べておいた。その後は、専門学校に通い続けた。治療は一応これで終結した。その1年後に再受診した時は海外旅行を専門に扱っている旅行社に勤務し、海外勤務をこなしているという。ただ、非常に厳しい上司に叱咤され自信を失って、手首自傷再発のための再受診であった。そこで、最近の職場環境で上司の問題を指摘し、患者の問題ではないことを指摘してやると、再び元気になり、職場に戻っていったのであった。

母子間のドツボに嵌った二者関係からの解放が成るのに1年3か月が必要であった。

### 5. その他薬物療法など

紙幅も尽きたので、その他の面については参考文献に譲るが、薬物療法について一言述べておきたいと思う。それは、BPD治療では大量多剤併用が多いことである。BPDの薬物療法の第一選択は、中等量の非定型抗精神病薬であり、抑うつ、不安に対してはセロトニン選択性再取り込み阻害薬SSRIぐらいに抑えるべきであるというのがガイドラインにおける薬物療法の基本である。ベン

ゾジアゼピン系抗不安薬は衝動性を高める危険があるので、できたら止めた方がよしいという証拠がある。そして衝動性に使用されがちなバルプロ酸ナトリウムは有用であると積極的根拠はないし、慎重に使用すべきだというのが治療ガイドラインの結論である。

### 6. 治療ガイドラインの限界

最後に本治療ガイドラインがすべてのBPD患者に有用であるわけではないことを指摘しておかねばならないだろう。例えば、i) 売春、窃盗などの反社会的行動が前面に出たケース、ii) アルコールおよび物質依存のケース、iii) 劣悪な生活環境の中で常習化している過食・自傷行為、iv) 生活保護や障害者年金などで精神障害者意識ができて上がっているケースなどがそうである。BPDそのものよりも、個々の諸問題への対応が何よりも必要になるのである。

### おわりに

BPDも時代とともに変化し、姿かたちも若干なりとも変化した。そして、幼児期の母子関係を操作する個人精神療法よりも、生活場面に注目した指導的な面接の方がより有効であることを指摘した。そして、BPD患者がもっているスプリッティング優位の防衛体制に注目した取扱いが必要であることを強調した。

### 文 献

- 1) 牛島定信編：境界性パーソナリティ日本版治療ガイドライン。金剛出版、東京、2008
- 2) 牛島定信監修：境界性パーソナリティ障害のことがよくわかる本。講談社、東京、2008