

課題番号：17指-4

研究課題名：境界性人格障害（BPD）の治療ガイドラインの検証に関する研究

主任研究者：牛島定信

分担研究者：上島国利、市橋秀夫、川谷大治、小野和哉、成田善弘、大島一成、傳田健三、  
武田龍太郎、山下達久、松田文雄、弟子丸元紀

## 1. 研究目的

境界性人格障害（BPD）は、通常精神医学的技法では治療場をいたずらに混乱させ、より専門的な治療技法を主張する専門家を登場させ、それに委ねる風潮を作ってしまった。その結果、過去30年余りの間に社会的問題化したとも言える現象を作り出した。専門家の数は限られ、その治療的能力は社会の期待に応えることができず、増加するBPDを持った若者のニーズに応えることができなかつたからである。そのため、一般の精神医療の中で、こうした患者に対応できるような、一般の精神科医用の治療ガイドラインの作成が望まれ、本研究班が形成されることになった。最初の3年でBPD治療者と目される精神科医を対象に全国的な調査を行い、大方の素案を作り、この3年の間に臨床現場に合うガイドライン作りを目指した。

## 2. 研究方法

外来主治医である精神科医の行為をマネジメントと定義し、その下に薬物療法、入院治療、家族支援、社会療法、そして個人精神療法の項目を立てたガイドライン案を項目別にそれぞれの検討を調査ならびに検討会を通じて行うと共に、いわゆる専門家ではないがBPD患者と治療的接触のある精神科医の参加を得て、北海道、関東、関西、中四国、九州の各地域で検討してもらおうと共に、全国各地でのシンポジウムを開催して意見聴取を行った。

## 3. 研究結果及び考察

i) 基本的な病態の把握の点で過去3年間に紆余曲折があった。さまざまな問題行動を、最初は退行と捉えること、次いで問題のすり替えと捉えること、最終的にスプリッティング思考を基本にした諸問題行動を捉え方へと変遷があった。その結果、スプリッティング思考がある故に、不安定で、後先考えない行動に走る、そのために医療スタッフないしは家族は「構い過ぎ」の関係を作っては患者の境界侵襲的な行動を招き、遂には「見捨てられる不安」を基盤にした「二者関係のト壺に嵌る」関係を発展させて、さらに困った自傷・自殺行動を惹き起こすことになるという、BPD全体を一元的に理解し、対応可能性を高めることができたと考えている。これによって、複雑怪奇な印象を与え

ていたBPD病態が理解しやすくなり、一般臨床家の治療的手技の理解と受け容れも進んだと判断された。これによって、目の前で展開される問題を過去の再現としてではなく、現実的な問題として、医療スタッフないしは家族との関係の中で処理しやすくなった（川谷、牛島）。

ii) 診断過程がこれまでの考えていたより複雑であることが明らかにされた。診断の時期、診断の変更が割と起こりやすいことを心得ておく必要がある（傳田）。

iii) 病名告知は意外と深刻な問題であることが判明した。告知の際の工夫も議論された（山下）。さらに研究班では、病名として境界性人格障害よりも境界性パーソナリティ障害の方がよしいとの意見で一致した。

iv) BPD治療で、入院治療は必須のことであるが、入院形態として、救急入院（1週程度）、戦略的入院（1ヶ月程度）、さらには家族その他の社会的視点を考慮した入院（数ヶ月）を区別することの必要性、入院の動機付けを図り、人格の変容を求める接近を差し控えることが指摘された（小野）。さらに精神科病院での問題として、どうしても長期化しやすいこと、大学病院とは違った諸問題（異性関係、反社会的行動）も起こりやすく、それなりの対応が必要なことが指摘され、その際の工夫がガイドラインに載せられた。

v) 薬物療法に関しては、非定型抗精神病薬、SSRIを中心に、しかも多剤投与を避けることを柱とした定式が提示された。気分安定薬は副作用に注意して使用する、抗不安薬、従来来の抗うつ薬はできるだけ控えることが勧められた。過量服薬に対する対策、薬物を使った患者の治療関係の操作に対する対策も検討された。

vi) デイケアもまた、少なくない患者が利用しているさまがあきらかにされ、その治療的意義は再認識されたが、一方では入院治療と同じくさまざまな問題が起こりやすく、その対応のあり方が議論され、ガイドラインに載せられた。

vii) 地域とのネットワークの形成の必要性も検討された（大島、弟子丸）。つまり作業所、児童相談所、学校や企業のメンタルヘルス部門との連携、活用もBPD治療では考慮に入れる必要があるとされた。さらにまた救命救急センターに運ばれるBPD患者の対策も

また看過できない問題になっていることが指摘された(弟子丸)。

viii) 個人精神療法に関しては、ホンガイドラインと関連させながらも、独立に個人精神療法ガイドラインが作成された(成田)。

#### 4. 結論

i) BPD 治療者といえども、病態理解や技法に統一的な理論があるわけではなく、ましてや一般の精神医療の中ではまったく未開拓のままの状況での仕事であったため、事はそう簡単ではなかった。調査した結果がそのままガイドラインに採用できるわけではなく、個々の現場からの意見と調査結果、さらには分担研究者並びに研究協力者との議論の積み重ねが必要であった。

ii) しかし、何とか治療ガイドラインは出来上がった。ただ、今後は、一般の精神科臨床での更なる検証を経て、より実地に即した内容に洗練されていくことを願っている。

#### 5. 研究発表

・牛島定信、川谷大治、平島奈津子、小野和哉、市橋秀夫、鈴木茂. シンポジウム「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」、第 102 回日本精神神経学会総会、2006.5.13、福岡. 精神神経誌 (2007) 109 : 560-591.

・成田善弘編. 境界性パーソナリティ障害の精神療法 - 日本版治療ガイドを目指して. 金剛出版、2006.  
市橋秀夫 (編). 精神科臨床ニューアプローチ 5 : パーソナリティ障害・摂食障害. メディカルビュー、2006.

・平島奈津子, 上島国利: 向精神薬と精神療法. In. 現場で役立つ精神科薬物療法入門. 22-35、金剛出版、東京、2005

・牛島定信. 外来臨床におけるパーソナリティ障害. 現代のエスプリ No.486 (榎本稔、安田美弥子編)、P178 - 187、至文堂、2008.1.1.

#### 6. 知的所有権の出願・取得状況

なし

#### 7. 自己評価

広大な砂漠の隅に、小さいながらも緑地を作ったという例えがぴったりする。このガイドラインは 2008 年の夏には、「境界性パーソナリティ障害の治療ガイド日本版」(牛島定信編集、金剛出版)として出版される予定である。今後は、一般臨床の現場で緑地が真

の森林となって育つかどうかである。一般臨床の目線に立ったこれまでにない病態の理解であり、我が国の精神医療システムを踏まえたガイドラインであるだけに、これまでの解説書や、例えばアメリカ精神医学会が作成したガイドラインよりもより一般の臨床家に資するところが大きいと確信している。ことに、調査結果をそのままガイドラインに入れ込むのではなく、何度となく議論をしては、内容を練り、現場の臨床感覚に近づけた。

このガイドラインは精神科医を対象としたものであるが、記述には BPD 患者に係るすべての人々にも理解できるように心掛けた。研究会議でもしばしば話題になったが、さらに患者及び家族にも分かるような別冊の解説書が必要との考えが提示されていたが、研究報告書に入れることが出来なかった。ただ、幸いなことに、牛島定信監修「境界性パーソナリティ障害がよくわかる本」、講談社 (2008 年 4 月) というイラスト入りの一般向けの書物が本ガイドラインを基盤にして出版されることになった。併せて、利用していただけると、理解が深まると考えている。

以上