

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. 平成18年度の研究成果

i) 過去3年の研究を基に作成されたガイドラインの臨床的検証に入って2年目になるが、一般臨床とガイドラインの間の乖離があることが判明した。余りにも精神分析的色合いが強すぎるのである。

ii) その為、BPD状態を幼児期（再接近期）への退行という考えを脱し、現実的状況に対するコーピングのまずさに由来する混乱であるとの認識に達した。治療の基本は生活場面での適応の援助ということになった。

iii) BPDに特有とされた自傷行為を始めとする問題行動が他の臨床診断（統合失調症、非定型な気分障害、軽度の発達障害、その他）でも生じやすくなっているという最近の臨床経験から、診断の洗練化を進めた。

DSM-IVの第1項の「見捨てられ抑うつ」に第2項の「スプリットティング」をポイントとして加えた。

iv) 病名告知は意外と深刻な問題であることが判明した。一般精神科医の2/3、BPDに比較的親和性のある精神科医の1/3が病名告知を避けているという調査結果を得たのである。しかも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好まれる傾向にあることがわかった。

v) 自傷行為その他の問題行動に対して、従来、JF・マスターソンの「限界設定」という概念を基盤にして「禁止」の態度がさまざまな臨床場面で行き互っているが、容易な身体拘束という事態を来たしていることが指摘された。そのため、自傷行為その他のモニタリング、身体的ケア、そして自傷行為後は「何故」を問わずに、壊れた心からの回復を援助する技法が提案された。そのことには、研究者間でもさまざまな意見が出て、十分な一致に到達しているとは言えない状況である。次年度の検討に持ち越されることとなった。

vi) 外来でのマネジメントの中で、入院治療は必須のこととなっているが、その際の要件については比較的意見の一致をみているが、入院を受け入れてくれる病院の少なさ、つまり、一般に敬遠されやすいことが重大な問題となっている。今後の重要な問題となろう。

vii) 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が柱となった感があるが、気分安定薬の使用、抗不安薬、従来来の抗うつ薬、メチルフェニドールの使用については、挿入する文章も含めて、今なお検討の必要性が指摘さ

れた。

viii) 入院治療については短期入院、現実志向性、入院目標の明確化等は一般に認知される傾向にあるが、通常の大学病院等ではまだ治療関係に対する警戒その他が消失したわけではないことが明らかにされた。また精神科病院への入院等（松田、武田）では、私物検査、男女問題等が深刻な問題として無視できないことが指摘されている。

ix) 一般臨床における診断の変遷（傳田）、救命救急センターでの問題（弟子丸、大島）、デイケアの有用性（武田）等でも問題が山積していることが明らかになっている。

2. 平成19年度の研究計画と期待される研究成果

i) まったく未開拓の臨床領域であるから、そう簡単な解決は望めないが、外来治療、入院治療（大学病院、精神科病院）、個人精神療法、さらには家族へのアプローチ、救命救急センターでのBPD対応のあり方等に関しては、さらに調査を進めることと、各研究グループでの検討が残っている。但し、次の一年の間には終えることができると考えている。

ii) それらを含めて、6年間の成果を次年度末には単行本として出版の予定である。

3. 行政施策への貢献度

BPDの治療システムを明確にし、その具体的なあり方を示したことで、精神分析専門家に限定されていたBPD臨床を広く一般精神科医、コメディカル、精神保健関係者に解放することになる。ともすれば責任の所在が不鮮明になりがちなBPD臨床に筋道ができるのである。さらには救命救急センターや一般臨床家と精神科との連携を高めることができよう。

4. 研究発表

・牛島定信、川谷大治、平島奈津子、小野和哉、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。

・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。