

特集 パーソナリティ障害の診断と精神分析的な精神療法

パーソナリティ障害の診断と精神分析的な精神療法

皆川 邦直

最近のパーソナリティ障害に関する研究をPubMedによって展望した。一研究を除いて一生涯改善と悪化を反復する重症病理の治療効果研究としてはいずれも短期に偏りすぎている。しかし短期的ではあるもののメンタリゼーションに基礎を置く治療（Mentalization Based Treatment；MBT）を含む2種の力動的な精神療法および弁証法的行動療法（Dialectical Behavior Therapy；DBT）を含む2種の認知行動療法にはBPDの衝動性と自己破壊性を軽減する効果が認められる。

次いで1980年代に報告されたMcGlashanによる力動的な精神療法を含む長期入院治療後の経過研究を紹介した。McGlashanによる退院後平均15年を超える経過を追跡してみると経過の悪い人から良い人までその予後は多岐にわたることがわかる。それを左右する最も重要な要因は、近い親密な愛情関係を維持・発展できるようになるか否かである。守屋・生田・皆川らの東京BPDs5年追跡研究でも同様の傾向を認めた。その意味で将来の精神療法には、非常に難しい目的設定ではあるが、BPD患者の自己と対象関係の病理の改善を目的とするものが求められるであろう。

最後にBPDの一次予防に関してであるが、BPDに関して乳幼児期の母子関係の発達の障害が実証されている以上、BPDの母親と子どもの子育て支援による一次予防策を研究・実施すべき時代を迎えたと言って良いであろう。

1. はじめに

最近のパーソナリティ障害（PD）に関する研究をPubMedで展望した。そのほとんどは境界性パーソナリティ障害（BPD）を対象としていて、ZanariniやParisをはじめ多くの研究者は、BPDには精神療法の効果が期待できるという意見で一致する。

次いで1980年代のMcGlashanによる力動的な精神療法を含む長期入院治療後の経過研究と守屋・生田・皆川らの5年追跡研究を紹介する。McGlashanは退院後平均15年、最長は30年を超える長期間にわたるBPDの人生を追跡した。この調査によってほとんどずっと施設収容される人から職業をもつが孤立して生活する人、そして職業のみならず結婚もして子どもを育てることのできる人まで広くにわたることが知られるように

なった。予後を左右する最も重要な要因は衝動性や自傷行為ではなく、近い愛情関係を維持・発展させることができるようになるか否かにかかる。その意味で求められる精神療法は転移逆転移を取り扱うものでなければならないであろう。最近では認知行動療法の中にも転移・逆転移の観点を取り入れる研究もある。その意味で、BPDの人々への精神療法は今後さらに進歩するように期待される。本論文では最近の研究の展望とMcGlashanの研究成果を展望したのちにBPDの精神分析的な精神療法の概要を伝えたい。また、今後期待されるBPDの一次予防にも触れたいと思う。

2. 最近のBPD研究

Hadjipavlou, G. と Ogrodniczuk, H.G. らはパーソナリティ障害の精神療法研究のうちランダム

割り当て法を用いて2006年から2009年に発表されたものをPubMedとPsycINFOを用いて検索した。その結果、精神療法効果としては症候学的改善、社会適応と対人関係の改善、不適応行動の頻度の減少、入院回数の減少が認められたと報告する。多くの精神療法ではセラピストの訓練は限定的であり、いくつかの治療法はコスト的に効率的であることを示した。しかし一研究を除き追跡調査はしていない。BPDの治療としては精神療法をサポートする結果であったと結論づけている。しかしこの研究から、多くのBPD治療はコミュニティケアに移行していることが推測される。

Doering, S.らは転移に焦点づけた精神療法とコミュニティサイコセラピストによるBPDを比較して転移に焦点づけした精神療法を受けた方が有意に治療中断の少ないことを明らかにした(38.5% vs 67.3%)。自殺企図は少なく、心理社会機能は良い。そして既遂例も再入院も少ないであろうと推測できると報告する。

Paris, J.は、近年の精神療法効果研究の結果は、BPDに対する構造化された精神療法による治療が効果的であると結論づけている。最善の治療はDBTとMBTであり、その効果は予測性の高い構造と情動調整および問題解決への焦点化といった要素によるものであろうと結論する。

Zanarini, M.C.はBPDの精神療法を展望して次のように要約する。すなわち治療効果の実証される精神力動的な精神療法としてはMBTと転移に焦点づけた精神療法があり、認知行動療法としてはDBTとスキーマに焦点づけられたセラピーの4種がある。いずれも症候の重症度を軽減するが、少なくとも自傷行為の軽減が実証されているという。

BPDの経過研究としてZanarini, M.C.らは、290名のDSM-III-RならびにDIB-RによってBPDと診断された人々を対象に2年ごとに10年間の追跡研究を実施した。追跡調査に先立つ2年間の症候学的寛解と良好な社会的職業的機能を回復と定義すると、50%の人々は回復した。93%

の人々は少なくとも2年間症状寛解を得て、その30%は悪化した。その86%の人々は少なくとも4年間持続する症状寛解を得た。その僅か15%は悪化した。しかし回復した人の34%は悪化を繰り返した。そして多くのBPDの人々にとって完全回復は難しい。しかし一旦完全回復するとその後比較的安定すると言うことはできると結論する。本研究ではDSM-III-RならびにDIB-Rを用いたプロスペクティブな研究であるので、やがてMcGlashanのそれを越える研究になる可能性は高い。

Zanarini, M.C.らの10年にわたるプロスペクティブな研究を除き、その他は研究期間が短くて、BPDの治療効果を論じる上で必ずしも十分とは言いがたい。また社会適応の改善がどの程度のものであるのかも疑問が残る。そこに限界がある。医療政策上のニーズから治療効果を無理して作り出さねばならない状況もうかがわれる現況である。これに伴い、米国の精神科医の精神療法に従事する時間は減少傾向にあるという。“まるめ”などの医療環境の変化がこうした動向を生み出したようであるが、精神科医は自費診療で精神療法を実施しているという。

3. 1980~90年代の研究

McGlashan, T.H.は1980年代に境界性および統合失調型パーソナリティ障害に関する一連の総合的な臨床研究を発表した。彼はチェストナットロッジ病院に長期入院して精神療法を受けた患者の入院カルテを基礎データとして追跡調査を実施した。その中の一つの研究では、1950年から1975年にチェストナットロッジ病院に90日以上入院して精神療法を受けた患者を対象として追跡研究を行った。退院後2年から32年、平均15年の経過を追って統合失調症、単極性うつとBPDの経過をDSMのGAFスコアの分布によって示した。3群を比較するためにそれぞれのGAFの経過を5段階に分類して図示した(図1)。

図1をみると、BPDの長期経過は統合失調症よりはずっと良く、単極性うつとそれほど大きな

■ Schizophrenia n=101 ▲ Borderline Personality Disorder n=100 ◆ Unipolar n=101

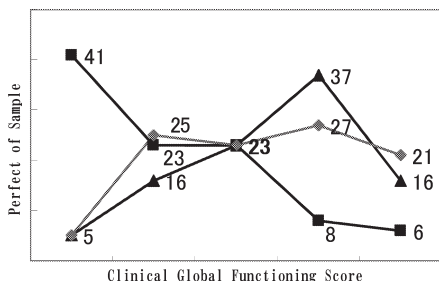


図1 Borderline Personality Disorder and Comparison Groups Frequencies of Global Functioning Since Discharge

スコア0：フォローアップ期間の3/4以上は施設収容で未就労、孤立していた（5％）。

- 1：フォローアップ期間の1/4は施設に収容され、1/5は就労、3/4は症候を認めつつ頑張った。固定した役割を果たす程度の社会性を経験した（16％）。
- 2：フォローアップ期間の1/4は構造化された生活をしていましたが、1/2以上の期間、働いていた。たまに友人に会う程度の社会的接触をもち、時に無症状の期間を経験した（37％）。
- 3：ほとんど再入院はなく、ほとんどの期間、雇用されて社会的にも活動性を発揮して症状はなかった（16％）。
- 4：回復。すなわち安定した愛情生活と増殖性は発揮することができた（21％）。

差のないことがチェストナットロッジ病院のデータは示している。ただし、長期にわたる力動的な精神療法を前提とする入院患者が対象のため、患者群は比較的人間関係を保ちやすい方向に多少偏っているであろうことは容易に推測される。またMcGlashanは境界性パーソナリティ患者の典型的な人生の歩みをそれぞれ男女に分けて記述しているが、ここでは女性のそれについて紹介する。

すなわち、入院に至るまでは多彩な症状（抑うつ、夫婦・異性関係問題）を示す。退院後も症状は持続することが多い。病院からの分離の影響もあって不安定になり、短期再入院を必要とすることもある。20代では異性との親密かつ安定的な関係を求める。その関係が良好である限り生産的な生活は可能である。職業上の発展があると入院

や外来治療の必要性は低下する。症状は緩和するが、関係障害に並行してエピソード的に重篤化し得る。

加齢と共に特に離婚や伴侶の死などによって症状は再度悪化することが多い。職業的には発展するが、対人関係は縮小する。外来治療と就業の安定と持続性は患者の社会活動性を高める。愛情関係に対するニーズはほとんどの事例に存在して、それが適応に重要な役割を果たす。統合失調症の女性では結婚は良好な職業的機能と社会的活動性と結びついているのに対して、BPDの女性にとっては症状悪化の要因になることが多い。既婚の女性ではしばしば社会的に孤立してほとんど友人との接触も乏しいことが多い。退行的な依存性が高いので他者の世話をするのは苦手で、自身の子どもの関係も遠いものになる。このように多くのBPDの人々は一生にわたり親密な関係を築くことが難しく、孤独な毎日を送ることになりやすい。

またBPDはうつ病の亜型であるという議論も重ねられた。結論的には一部うつ病によってBPDに似た病像を呈する人々も存在することが知られるようになった。守屋は、多くのBPDの人々は抑うつを並存して、その場合には怒りの症状が顕著になると報告している。また抑うつ診断の並存は約6～7割であるという。その一方、統合失調症との症候学的な鑑別はつけやすい。というのは米国で取り上げられた精神病様の退行とは、一級症状を含まず、せいぜいが離人感や非現実感および被害関係念慮までであるからである。我が国にはBPDの実証研究はほとんどないが、唯一守屋らの平均5年を越える追跡研究がある。それによれば、DIB (Diagnostic Interview for Borderlines; Gunderson, J.)によってBPDと診断される人々は初診後5年以内に必ず自傷や自殺企図を経験することが明らかになっている。

またこの研究対象の何人かは長期精神療法を10年以上受けた経験がある。少なくとも1人は結婚をして育児を楽しむまでに回復した。しかし夫婦関係が危機に陥ると一瞬のうちに再燃する。

ただ発病当時とは異なり、再入院は必要なく数ヶ月で回復したしその後数年以上を経過するが症状はなく家庭生活も順調である。もう1人は20年以上、無症状で職業生活を楽しんでいる。しかし、異性との愛情生活は怖すぎて避けている。

以上のように一生を通して悪化と改善を繰り返すことの多いパーソナリティ障害やうつ病の研究には膨大な時間とエネルギー投資が必要である。

4. BPD の精神分析的な精神療法

著者は児童精神科研修医時代に長期入院治療病棟で境界例児童および思春期境界例の週3~4回の精神分析的な精神療法の研修を受けた。その後大学の思春期外来を中心に精神分析的な精神療法を続けて、現在では自由診療の精神療法を毎週15~20時間ほど行っている。日本精神分析学会では認定精神療法医のカリキュラムを設定して認定を行うようになって10年前後が経過する。そして予約料の形で有料の精神療法を提供する精神科医は増加しつつある。その一方米国では Mojtabai, R., Links, P.S., Gnam, W.H. らは、精神療法を受ける患者は減少傾向にあり、薬物療法だけを受ける患者が増加中であると報告する。それは“まるめ”などの医療改革に付随する動きであり、本格的な精神療法の提供は保険外の診療行為として行われるようになってきている。であるので BPD を自由診療枠では診ていないであろう。またハンブルグでも事情は同じようであり、一部 DBT による BPD 治療は試みられているものの、ほとんどのセラピストは BPD を診ないという。我が国でも自由診療費を支払える BPD は少ないであろう。研修医期間中に精神力動を理解して対応できるようになることを目的とする研修プログラムが確立して、その中で BPD 治療の研修もできるようになることが望まれる。以下に精神分析的な発達心理学の立場からの BPD 治療を紹介する。

(1) 導入期

神経症の精神療法と比較して、防衛は原始的対象関係が多く、未熟な防衛に偏る（否認、投影、

投影性同一視、行動化など）。連想の文脈を読む上で反動形成すなわち感情の反転した表現は重要な鍵になる。単純に患者の感情表現を鵜呑みにせず、表現される感情の対感情こそ真の感情である可能性を考えながら連想に耳を傾けることによって、セラピストの理解力は大きく広がる。BPD の人々の治療初期の行動化は有名であり、これを調整できるか否かによって外来精神療法の可否は決まる。初期のアセスメントとして自殺やDVあるいは衝動買いの危険性だけではなく家族の受け入れ度についての評価も必須である。

不安は自己喪失不安や接近恐怖であり、人との近しいオープンな関係を極端に恐れる。この接近恐怖に対応するために here and now でのやり取りが必要になり、そこでは不安の下がるような対応が求められる。不安を下げる方法としては共感、保証、示唆などの支持的技法が有効である。徐反応は悪性退行を起しやすいため避けるべきである。

(2) 転移神経症形成に向けて

沈黙と共感中心の面接が1ヶ月、3ヶ月、半年と続く時に、それが単なる精神療法の停滞であるのか、微妙な発達の過程であるのかは、行動化がないことや、面接外での適応の改善などから判断することができる。社会適応が改善方向で安定していれば、セラピストを全体対象としてリビドー備給していると判断して良い。言語表現の少ない面接であっても BPD の人は徐々に前回の面接でのセラピストの表情を想起して、それについての自身の想像を言語化して、悲観的な思い違い（陰性転移）を認識するようになる。そして前向きの姿勢や楽観的な考え方が出てくる。こうしてプレエディパルな無意識の葛藤のワークスルーが進行する時にセラピストにとっては抵抗と勘違いしやすい沈黙が多くなるのである。

この段階を越えてエディパルな局面に入っていくが、この段階でも BPD の人の対象備給は精神神経症と比較して圧倒的に不安定であり、意識しないセラピスト自身の表情や何気ない言葉が陰性

転移を瞬間的に誘発する。そのような時に患者は瞬時に再接近期ないし肛門期に退行する。この退行の動きは精神神経症の人にはなく、両者の大きな相違点である。たとえば、精神神経症の人であれば、先生寝てます？ 私の話を聞いてますか？とセラピストにオープンにチェックを入れることができるが、BPDの人にはそれができない。そして拒絶されたという陰性感情で一杯になって、しかもその感情さえ言語化することがむずかしい。代わりに行動化が発生する。それを止めるには here and now のやり取りしかない。このようなやり取りを乗り越えて、エディパルな願望や恐怖をセラピストに向けて、かつ言葉でそれについて交流できるようになる。このような事情があるので連想も治療関係も二つの文脈すなわち二者関係の文脈と三者関係の文脈を忙しく往来する。それを続けていくうちにセラピストを対象とする同一性形成や対象愛と二次的自己愛の往来を経験するのである。この自己愛と対象愛の世界をセラピストと共に往来しつつ対象を手放すモーニングワークもできるようになる。エディプスコンプレックスの解消と対象選択という通常の発達の道を歩むようになれる BPD の人は限られている。多分、神経生物学的な損傷の度合のような病理には多様性があるのであろうが、現在のところそれはブラックボックスの中にあると言わざるを得ない。

この限界のある中で、セラピストが留意すべきは BPD の人のプレエディパルな固着（出来事、対象、断片化した自己すなわち部分パーソナリティ）にこだわり過ぎないことである。これにこだわるとセラピーは BPD の人といつまでも早期母子関係を繰り返すだけになる。こだわらなければ BPD の人に残る発達への力が現れて、前向きの心の動きを観察することになることが多い。

(3) 終結の仕事

終結の仕事は最も困難であり、守屋・生田氏と共同で行った追跡調査によれば研究対象 60 余名の中では数名に過ぎなかった。2 名は精神療法中に常勤の職業を得て終結後に結婚、育児に至った。

そのうちの 1 名は 2 人の子どもを出産後、一時、夫婦関係問題が生じて、再発したが、短期の支持的な精神療法で回復した。このように良好な回復と言えるところまで発達を遂げる人は少ないが、その一方、多くは初期の段階の通過が困難である。または通過して沈黙と共感の段階で、接近恐怖との間を往来して中断に至る人も少なくない。

5. 終わりに

MBT と DBT とは共に衝動性と自己破壊性を減じる急性期の治療として今後期待がかけられる。ただそれが一生にわたる改善につながるには限らないことは McGlashan や Zanarini の研究で明らかになっている。BPD は誕生以来の後成的 (epigenetic) な重篤な病理であり、その詳細は未知であり、病理の表現型である精神症状のある部分には精神療法の及ばないところもあるように思われる。その意味で、病理形成の全貌は未解明のままであっても一次予防に期待することができるし、そのほうが医療行政施策としては適切なのではないか。というのは、Steele, H., Siever, L. ら、Hobson, R.P., Patrick, M.P., Hobson, J. A. らはそれぞれ BPD を病む母親には乳児を怖がる傾向があり、同時に乳児を怖がらせるコミュニケーションの多い傾向も認められることを観察している。そしてそれが母子関係の発達を阻害する BPD の後成的な最初の表現であると主張する。であるので、ティーンエイジ・マザーをはじめ、子育てリスクの高い両親を母親教室で発見して、分娩後の早い時期にアウトリーチ・チームによる家庭訪問によってリスクの高い母親と乳児を国が選択的に保護する政策が強く求められる。これによって早期乳幼児期の剝奪体験を減少させることは可能になるので、それによって軽度知的障害、注意欠陥・破壊性障害 (attention deficit-disruptive disorder) の発生は減少するであろう。それは学級崩壊、児童期・思春期の非行、怠学などの減少、さらには青年期以降の社会的ひきこもりの減少にもつながるものと期待される。

文 献

- 1) Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., et al.: Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 196 (5); 389-395, 2010
 - 2) Hadjipavlou, G., Ogrodniczuk, J.S.: Promising psychotherapies for personality disorders. *Can J Psychiatry*, 55 (4); 202-210, 2010
 - 3) Hobson, R.P., Patrick, M.P.: How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants. *Br J Psychiatry*, 195 (4); 325-330, 2009
 - 4) McGlashan, T.H.: The borderline syndrome 1. Testing three diagnostic systems. *Arch Gen Psychiatry*, 40; 1311-1318, 1983
 - 5) McGlashan, T.H.: The borderline syndrome 2. Is it a variant of schizophrenia or affective disorder? *Arch Gen Psychiatry*, 40; 1319-1323, 1983
 - 6) McGlashan, T.H.: The Chestnut Lodge follow-up study: 1. Follow-up methodology and sample. *Arch Gen Psychiatry*, 41; 573-585, 1984
 - 7) McGlashan, T.H.: The Chestnut Lodge follow-up study: 3. Long-term outcome of borderline personalities. *Arch Gen Psychiatry*, 43; 20-30, 1986
 - 8) McGlashan, T.H.: The longitudinal profile of borderline personality disorder: Contributions from the Chestnut Lodge follow-up study. *New Approach to the "Borderline Syndrome"* (ed. by Minakawa, K.). Iwasaki Gakujutsu Shuppansha, Tokyo, 1994
 - 9) McMain, S.F., Links, P.S., Gnam, W.H.: A randomized trial of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 65; 962-970, 2009
 - 10) Mojtabai, R., Links, P.S., Gnam, W.H., et al.: National trends in psychotherapy by office-based-psychiatrists for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 166 (12); 1365-1374, 2008
 - 11) 守屋直樹: 感情障害と境界例。境界例 (皆川邦直, 三宅由子編)。医学書院, 東京, p.173-255, 1993
 - 12) Paris, J.: Effectiveness of different psychotherapy approaches in the treatment of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 12 (1); 56-60, 2010
 - 13) Steele, H., Siever, L.: An attachment perspective on borderline personality disorder: advances in gene-environment considerations. *Curr Psychiatry Rep*, 12 (1); 61-67, 2010
 - 14) Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., et al.: Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and STABILITY of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry*, 167 (6); 618-619, 2010
 - 15) Zanarini, M.C.: Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 120 (5); 373-377, 2009
-

Diagnosis and Psychoanalytic Psychotherapy for Personality Disordered Persons

Kuninao MINAKAWA

Hosei University, Graduate School of Clinical Psychology

The author uses pubmed searches on clinical studies on personality disorders and finds that the borderline personality disorder is most extensively researched. Mary Zanarini summarizes there are four kinds of psychotherapies that are proved to be effective in the treatment of BPD patients, including mentalization based treatment, transference focused therapy, dialectic behavior therapy and schema focused therapy. They are all effective to improve the severity of impulsivity and self-destructiveness.

The author then reviews McGlashan's series of extensive follow-up studies on BPD and other mental disorders at Chestnut Lodge back in 1980's. The data tells us that both symptomatic stability and level of social adaptation in the long term outcome of BPDs varied to be very poor to recovered. The outcome seem to be heavily relied on the intimate relationship BPDs could enjoy or not. This finding was also noted in a five year Tokyo BPDs follow-up studies by Moriya, Ikuta and Minakawa in 1990's. Both impulsivity and self-destructiveness get always worse along with loss or threatened loss of love object. Therefore all psychotherapies for BPDs should be directed to improve their pathological object relations although it would be extremely difficult to attain.

The author finally points it out that the primary prevention of BPDs should be designed and begin a program on a trial basis in a community soon because there are many empirical studies to show the mothers with BPD tend to be frightened by her baby and/or frighten her baby and this pattern of communication is the first epigenetic expression of BPDs.

<Author's abstract>

<**Key words** : borderline personality disorder, object relation, long term outcome, psychoanalytic psychotherapy>
