

境界例 (BPD) の歴史と臨床

The Change of Times of Concept and Clinical Guideline for Borderline Personality Disorder

小片 富美子*

Fumiko Ogata

はじめに

1995年12月、厚生労働省は、「ノーマライゼーション7ヶ年戦略」を発表し、精神医療の入院中心主義から地域精神医療体制への変換を明確にした。

その7年の期間中、精神保健福祉士が誕生し、各種社会復帰対策と施設、例えば、ケアマネジメント体制の準備、グループホーム、福祉ホーム、ショートステイ等の機能が充実し、その数も増加した。

一方、この7年間に減少した精神科病床数は約7千床と少なく、授産施設、地域生活支援センターは目標の約6割強の達成度であると報告されている¹⁾。

ちなみに、調査機関により相当の相異はあるが、現在、社会的入院患者数は3万5千人（日本精神科病院協会）、あるいは7万2千人（日本精神神経学会）という調査結果である。

最近でも、2003年度の社会復帰施設設立計画の予算化が大幅に削減され、再申請により一部認定されたという結果は、精神保健福祉に対する行政側と現場の要望のずれを示した一現象といえる。

こうした現状にあって、精神医療の現場では、ここ数年間、全国的にメンタルクリニックの開設が増す傾向にある。

通常、メンタルクリニックの対象疾患は、統合

失調症、気分障害、神経症性ストレス関連障害など、従来の病院精神医療の対象疾患と同様であるが、近年、思春期・青年期の多岐にわたる心の問題が訴えられるようになり、その中に、境界例あるいはボーダーライン例として共通した臨床像を示す例が増しているという報告がなされるようになった²⁾³⁾。

境界例あるいはボーダーライン例は、精神科臨床上の一般的呼称であって、国際分類ICD-10では、「情緒不安定性人格障害の下位分類としての境界型」であり、米国精神医学会DSM-IV⁵⁾の疾患分類によると、「人格障害B群の下位分類である境界性人格障害(Borderline Personality Disorder: BPD)に位置づけられている。

この「人格障害」という診断の概念には、1900年代一世紀に及ぶ長い歴史の変遷がある⁶⁾。歴史的に最も特徴的な転機は1980年以後、人格障害に治療概念が取り入れられたことである。最近では、境界例に対する多くの治療論が展開されるようになり、精神科入院医療の場からメンタルクリニックでの関わり方に至るまで、具体的で実践的見解が報告されている⁷⁾⁸⁾⁹⁾。

精神医療のこうした現状を踏まえて、本文では、人格障害概念の変遷、類型化および境界例の特徴と関わり方などについて概観を述べたいと思う。

*社会福祉学部教授 (2005.3.31退職)

I. 人格障害概念の変遷

本来「人格」とは、生まれつきの性格、素質的なものが、環境、加齢などの影響を受けて変化・発展していく、極めて個別的流動的であって、固定したものではないが、人格傾向としてある程度の類型化は可能である。

精神医学で、人格が対象となる場合は、その人の人格のために、その人個人が困るとか、周囲を困らせるなど、精神病理概念に基づいた診断名であって、分類の項に「人格障害」とその類型化がなされている。

次に、「人格障害」概念の歴史の変遷を述べてい。

1) 精神病質概念

1904年、ドイツの精神科医クレペリン(Kraepelin E.)は、初めて「精神病質人格」を精神医学体系の中に挙げ、興奮者、放埒者、衝動者、ひねくれ者、虚言者、反社会者、好訴者の7型に分けた。いずれも、精神病的状态と独特の個性の中間領域にあって、「その偏りが、身体的及び精神的生活に高度の意義をもつようになった時はじめてこれを病的とみなす」⁶⁾とされている。

1923年、ドイツの精神病理学者シュナイダー(Schneider K.)は、著書『精神病質人格』を公刊した。その中でシュナイダーの精神病質概念は、「その人格の異常性を悩みとし、またその異常性により公益社会が悩むようなそういう異常人格」である。この概念は、現在の「人格障害」概念と本質的には異なっていないといえる。シュナイダーの類型は、①発揚性精神病質人格(以下、「精神病質人格」を省略)、②自己不確実型、③狂信型、④自己顕示欲型、⑤抑うつ型、⑥気分変易型、⑦爆発型、⑧情性欠如型、⑨意欲欠如型、⑩無力型、の10型である。

その後、シュナイダーは第二次世界大戦(1945年)を経て、この概念が、道徳上「困った人」というような人間への価値評価として用いられる風潮に反論し、臨床上「精神病質」という診断名を用いることを戒め、1948年、1957年の論文で、否定的見解を明らかにした。ただ、シュナイダーは、精神病質概念は否定しつつも、「それでも、

そのような例に出会って、若し、この診断名を用いざるを得ないとしたら詳細な描写記述を行うべきである」⁶⁾と臨床例の存在は示唆した。

2) 人格障害概念

1960年代以後、臨床上精神病質概念の否定消滅に伴い、新しく登場した概念が人格障害の概念である。ただ、当時は、それまでの精神病質概念とあまり相異がなく、「素質的、生来性のもので、精神病ないし神経症の病前性格」として用いられていた⁶⁾。

1980年、米国精神医学会による精神疾患分類(Diagnostic and Statistical Manual and Mental Disorder 3rd ed.: DSM-III)が出版され、「人格障害」は、素質論から人の属する社会の中での行動という関係論に移行する見解が強くなった⁵⁾⁶⁾。同時に、人格を病むということへの治療論が加わり、新しい人格障害概念が誕生することとなった。

1992年、精神疾患分類と診断基準の国際分類⁴⁾ならびに2002年 DSM-IV-TR⁵⁾(米国)の分類が相互に関与しあって、人格障害概念は、これまでより一層明確に定義されるようになった。

その概念は、次の如くである。

「その人の属する社会、文化から著しく偏った内的体験および行動の持続様式が、認知、感情性、対人関係機能、衝動の制縛の2つないしそれ以上の領域に現れる。その持続様式は柔軟性がなく、個人的および社会的状況に幅広く広がっていて、臨床上に著しい苦痛、または、社会的、職業的、あるいは他の重要領域における機能障害を引き起こしている。青年期、成人早期に始まり、他の精神疾患の表れやその結果ではない。乱用薬物、投薬、あるいは頭部外傷のような身体疾患の直接的な生理学的作用によるものではない。」と定義し、妄想性人格障害、分裂病質性人格障害、反社会性人格障害、境界性人格障害、演技性人格障害、強迫性人格障害、不安性(回避性)人格障害などの下位分類が挙げられている。

ただ、この分類中、境界性人格障害を除いて、他の人格障害を臨床上診断名として用いることに困難を感じている臨床家が少なくないことは、最近の論議からも知ることができる²⁾³⁾。

II. 境界性人格障害

1940年代以後の約20年間、境界性人格障害（以下、境界例）は、精神病と神経症の境界状態であり、統合失調症とも診断できない、神経症とも違うとする概念に基づいて診断したが、我が国では一部の熱心な臨床家以外には治療法への関心は薄かったことは、他の人格障害と同様である⁷⁾⁸⁾⁹⁾。

米国では、約30年も前から境界例の治療への研究が進められ、最近その研究の集大成が行われたことが報告されている¹⁰⁾。

近年、米国では精神科外来患者の10%、精神科入院患者の10~20%が境界例という統計結果がある。

我が国では、まだ、そのような統計は明らかではないが、事例の増加に伴う治療への関心が高まり、学会、シンポジウムなども開催されるようになった¹¹⁾。

1) 症例の検討

臨床の場で境界例として筆者が関わるようになった青年達との出会いは1985年頃からである。当時、まだ、境界例の精神症状（心理的特徴）や治療の対応については臨床家の間でも一致した見解がなかった。そのため、家族や複数の医療機関、といっても“連携”という計画性のある組織化ではなく、本人が、自分の意向で、あちこちの医療機関を訪れたことにより、交流せざるを得なくなった複数の医療機関スタッフが、互いに暗中模索しつつ対応し、境界例の診断に至ったのが実情である。初期診断は、従って神経症性障害、ストレス・適応障害、などであり、統合失調症を疑う場合もあった。

近年、境界例の臨床症状は他の人格障害よりも「感情性、対人関係機能、衝動制御の領域での機能障害」⁹⁾明確であり、より不安定で柔軟性のない行動と、社会的・職業的機能の障害の持続により、診断が以前より容易になっている。

1985年から1993年に対応した自験例の症状と経過の概要を述べたい。

<症例1> 初診22才

都会の進学高校を卒業後一浪し、希望通り理系学部に入學した。20歳頃、中年の男性と恋愛、そ

の後、自分から交際を断っている。その頃から学業不振となり留年し、「いらいらして落ち着かない」を主訴とし受診した。既に他医も受診し服薬（抗不安薬）していた。初診時の印象は、いわゆる偏差値教育の生活史にふさわしい筋道立った話し方と落ち着いた態度で自分の内的体験も打ち明けた。留年や異性との関係による、かなり几帳面な性格傾向を素因とした不安神経症（全般性不安障害）と診断の方向を考えた。受診回数を重ね半年ほど経過した頃、頻回に電話をかけてきて要求が叶わないと攻撃的になったり、易泣的で不安定な、子どもっぽい依存性が認められるようになった。学業も欠席しがちで、心配した母親が下宿に同居し支えたが、衝動的に常用薬を多量に服用し、自分から外出先に救急車を呼んで、夜間、筆者が駆けつけるなど、自傷的自棄的行動に周囲は振り回された。結局、複数の病院スタッフによる対応が行なわれ、母親の支えもあって、卒業後国家試験にも合格、資格を得た。しかし、その後の進路選択は定まらず、転々と方向を変えているという報告があった。

<症例2> 初診21才

有名男子私立校卒業後、進路について文系か理系かで迷い、親の勧めもあって、ストレートで理系学部に入學した。2年目、教養課程の必須理系科目が苦手で進級への不安があると来院した。本人は再試験には不満であったが、無事進級することができた。診断上は適応障害とした。まだ、進路上の文系か理系かの葛藤は強かったが、進級するにつれて解決したようにみえた。実習を含む専門課程で学ぶようになって「ゆううつ感」、「現実がピンとこない」ことを主訴に再来院した。既に他院で眠剤を与薬されていたが、服薬しても熟眠感がなく、学業への不完全感（実際は成績は悪くない）が強く、抑うつ気分が持続していて、前回よりかなり疲弊した印象があった。突然、親の反対を押し切って休学届を出し、自分から精神科病棟を希望して入院した。1ヶ月の入院生活中、突然筆者を訪ねてきたり、無断でかなりのスピードを出して運転して遠方の実家に帰省するなど不安定で衝動的な行動があって、スタッフを困惑させた。退院後も、その時の担当医（30代、男性医）に強く依存し、進路変更の相談をする一方、親と

筆者には復学を希望するなど、見捨てられることへの不安と、“同一性”の頼りなさがあり、長期的に対応する必要性が予想された。

2) 心理的特徴

境界例の主たる特徴は、未熟で小児的な思考、対人関係の不安定性、自己像の混乱（自我同一性障害）と衝動性（行動化）および感情易変性、などである。これらの心理特徴に、過性のストレス関連性の妄想様観念または解離症状を伴う場合もある。

実際、メンタルクリニックや精神科救急医療の場を初めて受診するきっかけは、一過性の精神症状（幻覚妄想状態）や神経症症状（強い見捨てられ不安、抑うつ気分、不眠、むちゃ食いなど）、自殺行為、自傷的行為（リストカット、無謀な運転）、薬物乱用、などであるが、交流が深まるにつれて、境界例として対応せざるを得なくなるのが実状である。

その特徴的対人関係は、強く依存したかと思うと急に敵意を示してこきおろすような不安定で、こちらが“付き合いきれない”困惑に落とし入れられてしまうような関係である。つまり、他者を自分の思った通りに動かそうと操作し、治療スタッフをはじめ家族、友人等の周囲を混乱させることがしばしば起こる。現実生活でも見捨てられることを想像し、それを避けようとする“なりふり構わぬ行動努力”をする。衝動的に行動し、感情が不安定で、怒りなど激しく制縛困難な反面、著しく孤独に耐えにくい傾向⁵⁾がある。

こうした心理特徴は、本質的には自我がしっかりせず、自分の考えが明確でなく、自他の区別ができないため、相手も自分と同じ考えと思いつみ、真の他者配慮ができない。相手からすれば一方的で、共感性が感じられなくなり困惑するが、それを察知すると見捨てられ感をもち、不信感に陥り、心理的危機が繰り返されると考えられている⁴⁾。

ただ、こうした心理特徴は、青年期の発達過程でも起こりやすく、精神医療の場では、他の人格障害同様、診断は慎重であるべきであろう。

3) 治療的対応

ここ数年、我が国では、境界例治療に関する著書、論文が増している。その全てを概観することは難しいが、治療的対応への共通した見解をうかがい知ることができる。

一般に、境界例の治療開始は、受診のきっかけとなった行為の障害に対してであったり、限られた人間関係の問題に対してであったり、で、“人格の病”としての対応が直接的に行われる訳ではない。村上⁷⁾は、人格障害全般の治療について、まず、「人格の問題の有無に目を向けず、別の疾患（うつ病や神経症）として治療する」のが日常の臨床であり、「長期に付き合う姿勢、治療関係をもつことができれば十分治療的であろう」と述べ、「本人の本人らしさそのままに、環境調整や無理に適応しようとする姿勢にアプローチする」立場を基本として、境界例を含む具体的実践を報告している。

岩田⁸⁾は、「境界例現象」と称して関わる側の状況が影響すること、関わる側の態度に敏感に反応する特質を指摘し、長い経過の中で治療に導くものは、「当事者本人が育んでいた実践に関わる」として、自助グループの有効性も示唆している。多くの臨床家が治療的関わりの際、その関係が境界例の心理特徴である人間関係操作により崩されていくことを経験する。

その結果、従来の主治医对患者、1対1の関係で対応するのではなく、各種専門職により構成されたチームによる治療者側の中立性を重んずる構造化された対応（電話回数、面接時間の枠など）が、患者の情動の安定に効果があることも報告される⁶⁾⁷⁾⁸⁾ようになった。

境界例に対する治療的対応は、その増加傾向により一層医療、保健、心理、福祉などの広い分野から検討されていくことになると思われる。

おわりに

本学精神保健福祉士養成課程の指定科目に「精神保健福祉援助実習」がある。

その実習は、3年生時は主として公私立精神病院ないし総合病院精神科で、4年生時は各種法内社会復帰施設で、各3週間行われる。学生たちには実習終了後に、「精神保健福祉援助演習」時間に報告する場が与えられている。

最近、その報告内容に、境界例に関する話題が提供されるようになった。大部分は境界例に関する勉強会への参加、研修会出席などであるが、学生によっては当事者とのコミュニケーションの際、境界例の対応としてスーパービジョンを受けた経験も報告された。

大学を辞して、現在、私は精神医療の現場で診療しつつ、こうした時代の変化を日々実感し、長野大学での貴重な体験を心より感謝申し上げている。

<文献>

- 1) 江畑敬介：脱入院化時代は来るか。精神医学；46, 112.2004。
- 2) 牛島定信、鈴木國文、林直樹、奥村雄介、神庭重信：人格障害をめぐる諸問題—症例を中心に—。臨床精神医学；28, 1313.1999。
- 3) 高岡健：人格障害の虚像—ラベルを貼ること剥がすこと—。雲母書房、2004。
- 4) World Health Organization. (融道男、中根允文、小見山実監訳)『ICD-10精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン』医学書院、1993。
- 5) The American Psychiatric Association. (高橋三郎、大野裕、深矢俊幸共訳)『DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引』医学書院、2002。
- 6) 森山公夫：人格障害論の歴史的展開。精神医療；29, 71.2003。
- 7) 村上伸治、青木省三：人格障害の治療とは。精神医療；30, 30.2003。
- 8) 岩田柳一：人格障害雑感。精神医療；30, 30.2003。
- 9) 田中究：境界性人格障害という診断について—臨床の中で考えること—。精神医療；30, 48.2003。
- 10) 川谷大治：境界性人格障害の現在。臨床精神医学；33, 405.2004。
- 11) 狩野力八郎、上別府圭子：境界例臨床における多職種コラボレーション。精神神経誌；106, 727.2004。