

各論 7 パーソナリティ障害

要約

個人特有の知覚・行動・思考であるパーソナリティ機能が障害され、不安定な状態が持続する臨床群は、パーソナリティ障害と定義される。このパーソナリティ障害患者は、臨床場面において混乱や対立が生じやすく、患者を援助する医療者に困難が生じることが少なくない。本項では、特に周産期領域で重要な課題である境界性パーソナリティ障害（BPD）について述べる。

- I. **境界性パーソナリティ障害（BPD）患者について知る**：BPD は自殺念慮をもちながら衝動的で不安定な対人関係をもつため、しばしば医療現場に不信と混乱を生じさせるパーソナリティ障害である。さまざまな精神疾患を併存したり精神科主治医が患者にBPDと告知しにくかったりするため、患者はBPDと知らず、対応する医療者も気付かないことが少なくない。まずはBPDの特性を知ることが重要である。
- II. **周産期BPD患者に対する臨床対応**：薬物療法のみで無理に対応すると患者が被害的になりがちである。周産期を考慮した薬物療法の適正化に加え、患者を落ち着かせ、家族機能をサポートする包括的な対応が重要である。
- III. **周産期BPD患者の特異的困難とその対策**：BPD患者は、自殺念慮・企図、激しい怒り、分離不安を認めやすい。そのようなとき、臨床現場では大きな混乱や対立が生じてしまうため、産婦人科と精神科が連携・協力してBPD患者に対応する必要がある。
- IV. **産婦人科と精神科との協働**：BPD患者は、しばしば臨床現場に不信感と混乱を生じさせる。医療者間のディスコミュニケーションが生じないように産婦人科と精神科は多職種カンファレンスを開催し、情報を共有することが重要である。

はじめに

BPD 患者に対して医療者が基本的知識なく対応すると、いつの間にか患者の病理に巻き込まれて混乱した臨床状況に陥ってしまう。こうした患者特性ゆえ、精神科臨床ではやむを得ず生じる治療中断も、子どもの命の責任を負う周産期領域では、倫理的にも道義的にも治療中断の判断は難しい。その結果、医療者は BPD 患者の対応に追われて疲弊し、最悪の場合、患者は適切な出産の機会を失うという不幸な状況に陥ってしまう。まずは精神科との連携をしつつ、BPD を理解し、できるだけ正確な診断・評価を実施したうえで、適切に介入する必要がある。本ガイドでは、幅広い職種を対象に安全な医療を提供できることを目的とし、臨床的に対応困難な BPD に対する具体的対策を中心に提示する。

1. 境界性パーソナリティ障害 (BPD) 患者について知る

近年、BPD の脳と心の生物学的基盤が明らかになってきている¹⁷⁾。多くの併存精神疾患が認められるため、患者本人が BPD と知らされていないなかったり、他の精神疾患として治療されていたりすることが少なくない。また、エビデンスに基づく薬物療法では、これまでしばしば用いられたベンゾジアゼピン系抗不安薬や抗うつ薬は推奨されない。特に周産期では、こうした疾患特性を踏まえたエビデンスを確認したうえで、個々の患者・家族の個別性を十分考慮に入れ、治療によるベネフィットとリスクをできるだけ早期から患者とその家族と十分に共有・検討し、真の shared decision making (患者・家族と治療者による双方向性の治療方針決定法) に至るよう努めることが求められる。

1. BPD の有病率

BPD は自殺念慮をもちながら衝動的で不安定な対人関係をもつため、しばしば医療現場に混乱を生じさせるパーソナリティ障害である¹³⁾。有病率は、一般人口の 0.5～5.9% で、精神科外来患者の 10%、精神科入院患者の 15～25% である¹³⁾。

2. BPD の診断 (DSM-5)²⁾

対人関係、自己像、情動などの不安定性および著しい衝動性の広範な様式で、成人期早期までに始まり、種々の状況で明らかになるとされ²⁾、自殺念慮をもちながら衝動的で不安定な対人関係をもつため、しばしば医療現場に不信と混乱を生じさせる特徴をもつ。対応に困った患者について BPD と診断しがちだが、ベンゾジアゼピン系薬剤など使用薬剤の影響下にあったり、双極性障害など他疾患が不安定化して BPD と類似した状態像を呈したりする場合などが混在することがあるため、診断には注意を要する。具体的な診断基準については DSM-5 を参照されたい²⁾。

3. BPD の併存精神疾患、自殺既遂率、長期予後

有病率は、一般人口の 0.5～5.9% で、精神科外来患者の 10%、精神科入院患者の 15～25% である¹³⁾。BPD の併存疾患は、うつ病が 41～83%、双極性障害が 10～20%、物質使用障害が 64～66%、心的外傷後ストレス障害 (post-traumatic stress disorder : PTSD) が 46～56%、社会恐怖が 23～47%、強迫性障害が 16～25%、パニック障害が 31～48%、摂食障害が 29～53% とされる¹⁴⁾。近年、不変と考えられてきた BPD の長期予後は、16 年間でおよそ 8 割が改善するほど良好²⁰⁾である一方で、自殺既遂率は 10% (一般人口の約 50 倍) と高率とされる¹³⁾。

4. BPD と診断を誤りやすい類似の精神疾患

双極 II 型障害 (bipolar II disorder) と注意欠如・多動症 (attention-deficit/hyperactivity disorder : ADHD) などについて鑑別する必要がある。双極 II 型障害は BPD と横断面において類似点が多い。衝動性、気分の易変性、対人関係の困難である。精神医学的診断には、十分な病歴の聴取を行い、軽躁エピソードの有無、過去の対人関係や社会適応について検討する。BPD は成人期早期までに発症する持続的なパーソナリティの障害であり、長期に精神症状が認められる。一方、双極 II 型障害では、それ以前にはみられなかった不適応はある時点から始まり一定期間に限局される傾向にある。ADHD も BPD と横断面において類似点が多い。対人関係の問題、衝動的な行動や多動性についてである。横断面の症状評価のみならず、養育者からの聴取や客観的な生育歴に基づいて慎重に診断する必要がある。

II. 周産期 BPD 患者に対する臨床対応

1. 周産期 BPD とは

日本の妊産婦の併存精神疾患を調査した研究⁹⁾では、BPD を含むパーソナリティ障害全体が併存する妊産婦は全体の0.3%であり、BPD の一般人口 (0.5~5.9%)¹³⁾の有病率と比較して少なかった。しかし、国外の研究では、周産期メンタルヘルスサービスに紹介された妊産婦のうち BPD は5.7%に併存していたと報告⁴⁾があり、ほぼ同様の結果であった。一方で頻度は増加しているという報告¹⁸⁾もある。

周産期 BPD 管理についてのエビデンスは他の精神疾患と比較してきわめて少ないが、限られた研究報告によると、産婦人科スタッフは、BPD 合併妊娠は周産期予後が不良である点と児の養育が困難となることがあるという点に留意し、多職種連携による周産期管理にあたることを考えるほうがよい。以下に現在報告されているエビデンスを紹介する。周産期 BPD 患者は、約4割が定期的妊婦健診などの標準的ケアをうけておらず、約3割が妊娠をトラウマ体験と捉えており、約1割が妊娠中に精神科入院となっていた⁴⁾。また、約3割が妊娠に伴うストレスから早期娩出を希望したという。対照群の妊婦とその周産期予後と比較すると、37週未満の早産および新生児蘇生を要する BPD 妊婦が有意に多いという結果を示した⁴⁾。育児に関しては、虐待防止の観点から乳児は保護施設へ収容される可能性も高いことが示された。また、周産期予後に着目した比較的大規模な研究¹⁸⁾においても、対照妊婦と比較して、37週未満の早産になる BPD 妊婦が有意に多いことが示されており、早産の要因でもある絨毛膜羊膜炎や前期破水も多かった。したがって患者希望による早産の増加のみではないといえる。その他、妊娠糖尿病、帝王切開率、産後の深部静脈血栓症 (deep venous thrombosis : DVT) 発症リスクも有意に高く、産科合併症が高いので注意が必要である。この背景には、双極性障害などの併存疾患や薬物乱用の既往、喫煙が少なからず影響しているようである。喫煙は日本でもしばしば問題となるが、早産リスクにつながる事が知られている。なお、高い帝王切開率の理由としては、前述の研究と同様に、患者が妊娠に耐えられないことによるのではと推測されているが詳細は不明である。また、DVT は帝王切開の合併症として増加している可能性がある。

表 7-1 承認 (validation) と共感

	承認 (validation)	共感
定義	患者がその状況にあれば、そう感じることも理解できる	患者と同一の体験を面接者が体験する
面接者	知的な理解	情緒的な同一化
患者	理解してもらえた	汲んでもらえた

(文献 11 より引用)

以上より、BPD の周産期予後の改善のためには、併存精神疾患の治療、喫煙などの生活習慣への介入、産婦人科スタッフによる十分なケアが考えられる。

2. 周産期 BPD 患者への対応

周産期 BPD 患者に安全に対応するため、3つの側面からの対応が必要になる。第1に患者と直接面談することにより精神状態を安定化させ(患者に対する精神療法的接近)、第2に患者を不安定にさせかねない向精神薬の適正化を行い(向精神薬の適正化)、第3に家族のサポート機能を回復させる必要がある(家族サポート機能の回復)。これらの対応は、原則として精神科医が主導する。しかしながら、患者が精神科医の関与を拒んだり、精神科医が BPD の対応に消極的だったり、患者が産婦人科スタッフの関与を望んだりする場合、産婦人科スタッフは、精神科医と情報共有しながら患者の対応をする。

1) 精神療法的接近¹⁶⁾

BPD 患者は健常者よりも不安が高く被害的になりやすいため、患者の話を十分に傾聴し共感して不安や不満を軽減する必要がある。しかしながら、BPD 患者の一方的で対応困難な要求に困惑することが少なくない。こうした場合、パーソナリティ障害患者に対する面接技法である承認(validation)、「患者の体験や感情を面接者が知的に理解し、それと認め肯定する」を用いる。共感とは異なり、必ずしも患者が訴える内容のすべてに納得できないが、患者がそのように感じることは知的に理解するように努める(表 7-1)。

2) 向精神薬の適正化^{8,11)}

妊婦の向精神薬の調整については、6つの原則(総論1「精神疾患合併または既往症がある女性に対するプレコンセプションケア—Shared decision making を基本姿勢として—」参照)に基づき慎重に行う。大量服薬などの逸脱行動がしばしば認められる BPD 患者の薬物療法では、安全

性を第一に考える。BPD 患者の求めに応じてベンゾジアゼピン系薬剤を処方する機会が多いが、依存や乱用の危険性、脱抑制から衝動性の増悪（奇異反応）など、BPD 特有の問題行動を引き起こす可能性がある。BPD 患者に対する薬物療法で有用性が示されたのは、気分安定薬と第二世代抗精神病薬で、前者ではトピラマート、ラモトリギン、バルプロ酸、後者ではオランザピン、アリピプラゾールであった¹⁵⁾。近年クエチアピン徐放製剤の少量（150 mg/日）使用が、プラセボに比べて BPD の症状を優位に抑える成果が報告¹⁵⁾され、実際の処方も年々増加傾向にある³⁾。抗うつ薬は効果が不十分であるのみならず、単剤使用で不安・焦燥感を生じさせる可能性があり、使用しないことが推奨される⁵⁾。さらに、大量服用のリスクを鑑みれば、三環系抗うつ薬やバルビタール系薬剤は使用を控えなければならない。このような BPD の薬物療法は、妊娠の過程ですでに減量中止されていることが少なくないが、一方で、妊娠を機に向精神薬を突然中断し、その離脱症状により精神疾患を不安定にさせる場合は、薬物療法の再開について患者や家族と相談する必要がある。なお、日本では BPD の薬物療法は適応外処方であるため、使用時には患者に説明する必要がある。

3) 家族サポート機能の回復

BPD 患者の混乱に影響され、家族自身の不安が高まったり患者に対して自暴自棄的になったりして、患者に対するサポート機能が低下してしまう場合が少なくない。家族は適切な支援によって機能が回復する可能性が高いため、医療者は、家族自身のサポート機能を高めるという視点をもつ。BPD 患者の家族には、入院中の患者付添、転院時、退院後にわたり協力を要する場面が多い。BPD 患者を安定させるために、家族のサポート機能を回復させることは重要である。

III. 周産期 BPD 患者の特異的困難とその対策

BPD の臨床場面では、自殺念慮・企図、激しい怒り、分離不安が生じやすい。医療者はさまざまな困難に直面するが、それぞれについて適切に対応する必要がある^{10,16)}。周産期 BPD の臨床マネジメントに関するエビデンスは乏しく、終末期癌領域における BPD 臨床マネジメントの行動指針（表 7-2）⁷⁾を参照したが、基本的な BPD 患者対応に違いはない。

表 7-2 BPD 患者の逸脱行動に対する一般原則

医療スタッフの原則	・自暴自棄にならないため、冷静な感情を維持する
患者の逸脱行動をコントロールする	・一貫して対応する ・限界設定（リミットセッティング*）を適切に用いる（したたかに戦う、ルールと結果を明示する、穏やかに対応する、落ち着いている時は前向きに応じる）
医療スタッフと患者との境界破綻を予防する	・スタッフがルールを逸脱しないようにする ・得られた情報をチームで共有する

*限界設定（リミットセッティング）とは、BPD の治療で用いられる治療技法の 1 つ。治療契約を逸脱する患者の言動で安全な医療提供ができないとき、「ここまでは診療できるがこれ以上逸脱が大きくなると診療が困難にならざるを得ない」という限界を設けること。

（文献 7 より和訳して引用）

1. 自殺念慮、自殺企図^{1,10,16)}（総論 4「精神症状を呈した妊産婦への対応—精神科への橋渡し—」参照）

BPD の自殺念慮については、自殺企図や自殺既遂につながる可能性があり、注意深く観察する必要がある。BPD 患者の場合、拒絶された感覚、見捨てられた感覚をもつと、自殺念慮や自殺企図を急速に促進させることが考えられる。具体的な評価手順としては、医療者が自殺念慮を察知した場合、患者と面談して自殺念慮の具体性を評価する。例えば、患者が混乱しないように自殺念慮の程度や方法について具体的に確認し、自殺企図や自殺既遂が生じるリスクについて評価する（例「あなたのように死にたい気持ちをもっている人のなかに具体的に考えている人もいるのだけど、もしあなたが具体的に考えているなら教えてもらえますか？」など）。医療者が焦って「自殺してはいけない」などと無理矢理に説得する場合、患者は医療者に反発し、かえって自殺企図を誘発することがある。このような自殺の兆候がある場合、産婦人科スタッフが精神科医に対応のアドバイスを受けるなどの連携が必要になる。

医療者は、患者の死にたい気持ちについて十分に耳を傾けなければならない。また、自傷行為をしてしまった場合も、慌てることなく患者の精神症状を評価しながら不安を軽減し、落ち着いて処置を行う必要がある（表 7-3）。自殺既遂のリスクが高いと判断した場合、躊躇せずに精神医療につなげるように努める。前述のように、BPD 患者は、専門医への紹介を「拒絶された」「見捨てられた」と思い込み転医を拒むことがある。医療者が焦って強引に転医を勧めるとかえってしがつきが生じてしまうため、精神科医療

表 7-3 BPD 患者が自傷したときの対応

1. 処置をする前にこれから行う処置について具体的に説明する。患者は何をされるのかわからないと被害的になっていることが多く、安心感を与える。
2. 患者の話を傾聴しながら、処置をしつつ、自殺に関する精神症状の評価を行う。
3. 医療者側に患者を責める気持ちがあると、患者は容易に混乱するため、自傷行為に対して「患者にとって精一杯の対処法だった」と評価する。

(文献 19 をもとに著者作成)

表 7-4 BPD 患者の激しい怒りに対する対応

1. 1人での対応が可能な場合		2. 複数での対応が必要な場合	
しばらくの傾聴で患者の怒りが収まっていけば1人で対応できることが多い。		患者の怒りがどんどん高まり身の危険を感じる場合は、複数で対応する。必要なら医療安全部門や警備担当部門とも連携をはかる。	
1) 内容を把握する	患者が激しく怒れば怒るほど、その内容はまとまりに欠き理解が困難である。さらに激しい怒りに対して医療者も慌ててしまい、怒りの内容を理解しにくくなる。まずは怒りの内容の把握に努め、ゆっくりと患者に確認しながら落ち着いて理解することが一案である。	1) 立ったままで話し合わない	患者の怒りが高まっているとき、立ったまま話し合うと物理的距離も近づき、対立的な関係にエスカレートしやすい。お互いが、座って話しあうことが一案である。
2) 穏やかな口調で対応する	激しく怒る患者と同じ調子で応戦していると、互いに高まって事態が収束できなくなる。医療者側は落ち着いてゆっくり話すことにより、患者も徐々に落ち着いてくる。	2) 大人数で取り囲まない	一度に大人数で取り囲むようにすると、患者も追い詰められたと感じ、逆に、攻撃性を助長してしまう。可能ならプライバシーの保たれた机と椅子のある個室を準備し、お互いが椅子に座り対応するほうが安全である。

(文献 11 より引用)

の必要性について患者や家族の理解が得られるよう時間をかけて説明する。

2. 激しい怒り (表 7-4)

BPD 患者が激しい怒りを表出するとき、患者は「ぞんざいに扱われた」などと被害感をもっていることが多い。そのため「患者の歪んだ認知を修正しつつ、誤解を解いていく姿勢」が求められる。このとき、医療者は、患者の激しい怒りに反応して感情的に反応することがない（売り言葉に買い言葉にならない）ように考える。

3. 分離不安 (見捨てられ感)

BPD 患者は、分離する状況に対して見捨てられたと感じやすく、極端に不安が高まったり被害的になったりする傾向がある。不安の高まりは、自殺念慮や激しい怒りを容易に誘発してしまう。周産期領域では、精神科への紹介、退院（転院）時、乳児との分離などで生じやすい。医療者は、患者の分離に伴う特異な心理状態に配慮し、できるだ

け見捨てられ感が少なくなるように工夫する。例えば、精神科に紹介する場合、産科医療を終診するわけではなく、精神科と情報共有は十分に行いつつ必要なときは産科医療が提供されることを保証することがある（総論 3「精神症状を呈した妊産婦への対応—精神科への橋渡し—」参照）。

IV. 産婦人科と精神科との協働

産婦人科スタッフ（産婦人科医、助産師、看護師）にとっては、診療に非常に困難を感じる人が多い。その大きな要因は、疾患の特性が理解できていないことにある。例えば、医療者の接し方で「易怒性」「衝動性」といった症状が表出することがあるという疾患の特性を理解していないために、医療者自身が感情的に反応してしまい、事態をさらに悪化させてしまうこともある。そうした場合にも、精神科で疾患が十分に治療されていないためではないかと誤解している産婦人科スタッフも少なくない。周産期 BPD 患者が問題行動を繰り返す、転院を余儀なくされるケースも

ある。したがって、精神科と産婦人科の双方がケースカンファレンスで話し合い、接し方についても情報を共有しておくことが重要と考えられる。しかしながら、精神科医にとっても不安定なBPD患者の対応は非常に困難であるため、精神科医の関与が消極的になりがちである。精神科医は、専門家としてカンファレンスに参加し、BPD患者の臨床マネジメントに積極的に関与する姿勢が重要である。このような精神科医のかかわりによって、産婦人科スタッフが、疾患の特性を理解することにより「共感的態度」で接することが可能となるかもしれない。それは結果として、症状の安定化をもたらし、妊娠・出産・育児といった各時期における必要なケア・サポートを提供しやすくなる可能性が期待される。また、妊娠前や妊娠中に、患者がパートナーとともに、妊娠・出産・育児について専門医と話し合う機会を設けることが必要であるという意見もある。ただし、BPD患者では、10代、低所得層、予期せぬ妊娠が多いという報告⁶⁾もあり、こうした層への課題は残ったままである。

おわりに

本ガイドを通して、産科スタッフの疾患への理解がすすみ、共感的、支持的対応により、妊娠・分娩によるストレスや不安が軽減し、妊娠継続・自然分娩につながるかもしれない。医療者と患者・家族にとって安全で有効な援助が少しでも可能になることを期待する。

文献

- 1) American Psychiatric Association : Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. American Psychiatric Association, Washington, D. C., 2010
- 2) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Arlington, 2013 (日本精神神経学会 日本語版用語監修, 高橋三郎, 大野 裕監訳 : DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2014)
- 3) Black, D. W., Zanarini, M. C., Romine, A., et al. : Comparison of low and moderate dosages of extended-release quetiapine in borderline personality disorder : a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry*, 171 (11) ; 1174-1182, 2014
- 4) Blankley, G., Galbally, M., Snellen, M., et al. : Borderline Personality Disorder in the perinatal period : early infant and maternal outcomes. *Australas Psychiatry*, 23 (6) ; 688-692, 2015
- 5) Bridler, R., Häberle, A., Müller, S. T., et al. : Psychopharmacological treatment of 2195 in-patients with borderline personality disorder : a comparison with other psychiatric disorders. *Eur Neuropsychopharmacol*, 25 (6) ; 763-772, 2015
- 6) De Genna, N. M., Feske, U., Angiolieri, T., et al. : Pregnancies, abortions, and births among women with and without borderline personality disorder. *Womens Health Issues*, 22 (4) ; e371-e377, 2012
- 7) Feely, M. A., Havyer, R. D. A., Lapid, M. I., et al. : Management of end-of-life care and of difficult behaviors associated with borderline personality disorder. *J Pain Symptom Manage*, 45 (5) ; 934-938, 2013
- 8) Gunderson, J. G. : Borderline Personality Disorder : A Clinical Guide. American Psychiatric Press, Washington, D. C., 2001 (黒田章史訳 : 境界性パーソナリティ障害—クリニカル・ガイド—. 金剛出版, 東京, 2006)
- 9) Hironaka, M., Kotani, T., Sumigama, S., et al. : Maternal mental disorders and pregnancy outcomes : a clinical study in a Japanese population. *J Obstet Gynaecol Res*, 37 (10) ; 1283-1289, 2011
- 10) 木村宏之, 神谷栄治, 成田善弘 : 境界性パーソナリティ障害の個人精神療法—一般臨床家のために—. 境界性パーソナリティ障害—日本版治療ガイドライン—(牛島定信編). 金剛出版, 東京, p.577-594, 2008
- 11) 木村宏之 : 面接技術の習得法—患者にとって良質な面接とは?—. 金剛出版, 東京, 2015
- 12) 木村宏之 : 境界性パーソナリティ障害の薬物療法—最近の知見と臨床実践について—. *臨床精神医学*, 47 (増刊) ; 178-182, 2018
- 13) Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., et al. : Borderline personality disorder. *Lancet*, 377 (9759) ; 74-84, 2011
- 14) Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., et al. : Borderline personality disorder. *Lancet*, 364 (9432) ; 453-461, 2004
- 15) Lieb, K., Völlm, B., Rucker, G., et al. : Pharmacotherapy for borderline personality disorder : cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry*, 196 (1) ; 4-12, 2010
- 16) 成田善弘編 : 境界性パーソナリティ障害の精神療法—日本版治療ガイドラインを目指して—. 金剛出版, 東京, 2006
- 17) 尾崎紀夫 : 境界性パーソナリティ障害の病態理解から共感的対応へ—「心と脳」の観点より—. *精神医学対話* (松下正明, 加藤敏ほか編). 弘文堂, 東京, 2008
- 18) Pare-Miron, V., Czuzoj-Shulman, N., Oddy, L., et al. : Effect of borderline personality disorder on obstetrical and neonatal outcomes. *Womens Health Issues*, 26 (2) ; 190-195, 2016
- 19) 牛島定信 : 手首自傷とその周辺. *精神療法*, 31 (3) ; 257-264, 2005
- 20) Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., et al. : Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects : a 16-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry*, 169 (5) ; 476-483, 2012