

特集1 国際セミナー講演録

境界性人格障害の治療抵抗と力動的治療

講演者 Eric M. Plakun¹
通 訳 松本寿弥²
司 会 岡本祐子³

心理臨床センターでは、第31回国際心理学会(2016.7.23-30, 横浜)に招待講演者として来日された Austen Riggs Center 副所長 Dr. Eric M. Plakun を広島大学にお迎えして、国際セミナーを開催した。Austen Riggs Center は、アメリカ合衆国 Stockbridge にある精神分析的オリエンテーションをもつ精神病院・研究所である。Erikson が長く臨床・研究活動に携わったことでも有名である。Austen Riggs Center には、鑓幹八郎名誉教授が1979～1981年の2年間、Medical Staff として臨床活動と研究に携わり、岡本祐子教授が2012年度 Erikson Scholar として招聘されたことで、広島大学とは長い交流をもつ。本稿は、2016年8月2日に広島大学にて開催された Dr. Plakun の講演記録である。

1. はじめに

こんにちは。この度、ICP(第31回国際心理学会横浜大会)にご招待していただきました岡本祐子先生に、大変感謝申し上げます。それから、私の友人である鑓幹八郎先生は、もうずいぶん前に出会ったときには、二人とも大変若かったということ思い出します。また妻にも今回の講演に、日本に来るためにいろいろサポートしてもらって感謝しています。そして今日一番仕事するのは、通訳の松本寿弥先生だと思います。

今日は、皆さんとある種の旅に出たいと思います。最初は、生物学的な医学、遺伝子学から始めたいと思います。そして最後は、精神分析で終わるということです。これがアメリカでは非常に重要なんですね。それはなぜかといいますと、精神分析は現在、非常に少数の人たちによってしか実践されていません。大半が、生物学的な医学的なアプローチで実践をしています。私は、今日、これがいかに間違いであるかという証拠を皆さんにお示ししたいと思います。それで、精神分析がいかに重要なのかということをお話しします。私たちに重要なのはいろいろ橋を渡すことです。精神分析と他の学問領域の間の橋、それは、生物学的な精神医学、



Dr. Eric M. Plakun

¹ Austen Riggs Center 副所長

² 京都教育大学臨床心理学部 講師

³ 広島大学大学院教育学研究科 教授

精神科もそうだし、認知行動療法もそうです。私は、ドナルド・トランプではありません。なので、橋を燃やすのではなくて、橋を築く人です。

本日お話し申し上げる言葉の中で、馴染みのない言葉がずいぶん出てくるかも知れません。皆さん、わからなければ、ぜひ明確にするために質問をしてください。手をどんどん挙げてください。私はそれは大歓迎です。皆さんが私の申し上げることを理解していただければということ願っています。本日の目標になります。生物医学的なモデルの前提が間違っているということ、まずお話をしたいと思います。次に説明したいのが、境界性人格障害と、人生早期の困難の、この2つがいかに治療抵抗、鬱やその他の疾患の治療抵抗を生むかということをお話します。それから、難治性の患者さんたちですね、境界性人格障害 (borderline personality disorder; BPD) の人や早期の困難を味わった人たちと仕事をする上で、いかに心理力動的な観点が重要かということをお話します。

2. 境界性人格障害の特徴

はじめに、境界性人格障害の困難の領域について、少しお話しします。DSM-5 をご覧いただくと、いくつかの領域でこの BPD の患者さんたちは、非常に困難を抱えています。まずは、気分ですね、気分の統御、制御不全ですね。行動の貞操を抑えて、コントロール不全です。対人関係に対する過敏さ。アイデンティティ拡散ですね。このアイデンティティ拡散は、エリクソンの概念で、岡本先生、鎌先生たちが日本に紹介した概念です。さらに、現実検討がたまにうまくいなくなるということです。しばしば希死念慮や、自殺企図という行為に及んだり、自傷をするということです。

Domains of dysfunction in Borderline Personality Disorder (BPD)

- Affect dysregulation
- Behavioral dyscontrol
- Interpersonal hypersensitivity
- Identity diffusion
- Reality testing
- Frequent suicidal ideation and behavior and/or self-harm



BPD epidemiology in the USA

- 1.6% of general population (USA NIMH)
- 6% of primary care patients (Dubovsky & Kiefer, 2014)
- 10% of psychiatric outpatients (Widiger & Weissman, 1991)
- Lifetime suicide risk 5-10% (Widiger & Weissman, 1991 and others)



BPD は決して稀ではありません。アメリカ全体の人口の 1.6%。一般外来の地域のお医者さんにいく人たちの 6%がこれ。精神科外来の 10%。入院患者、精神科入院患者の 3 割以上ですね。生涯にわたる自殺のリスクが、5~10%。BPD の患者さんの体験と一緒にいた時に、感じる感覚を端的に表しているのがこれですね。「もう大っ嫌い、でも見捨てないで」。アメリカの精神科医療では双極性障害の方が頻繁に診断をされるんですね。それは、それを治療する薬があるからです。双極性と診断される人の多くが、実は BPD だった人たち。それは、双極 II 型の診断を受けた人たちです。双極 II 型の人たちは、こういう風に理解できますね。「ボーダーラインなんだけども、薬を渡したい

からこの診断にする」と。

アメリカのロードアイランド州のジーバンマンは、それぞれの疾患でどのような困難を伴うかということの研究をしています。BPD とこの双極性を比べると、BPDの方が合併症、併存症が多いということです。希死念慮がより高い。自殺企図もより多い。社会的な機能性は低いですね。薬物の乱用がより多い。BPDが見過ごされて、双極性に目が行きがちなんですけども、BPDがいかに問題を呈しているかというのがこれでご理解いただけるかと思います。

APA(アメリカ精神医学会)の治療実践のガイダンス、ガイドラインによりますと、BPDの主たる治療法は、精神療法です。これが唯一の精神疾患で、精神療法が主たる治療法と定められているものです。しかしアメリカでは、残念ながら、精神科医がますます心理療法をしていないということですね。これは日本でも同じだと伺いました。精神学も心理学もモデルをシフトさせたんです。現在のモデルは、バイオメディカル、生物医学的モデルです。これは、心理学でもまさにそうなんです。それは、その意味ではなくて、症状に注目して治療を行うようになったからです。

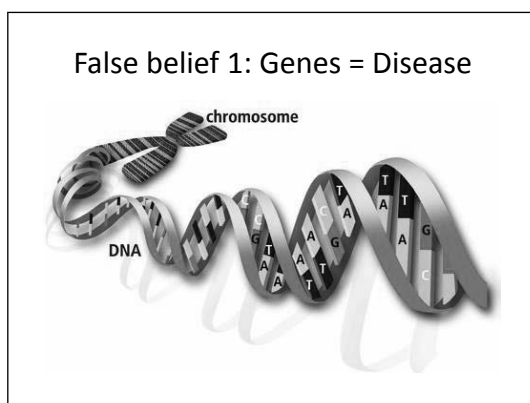
以前はバイオ・サイコ・ソーシャルモデルが主たるモデルでした。現在のアメリカ精神医学会の会長も、このことは憂慮してしまっていて、現在のモデルは、バイオ・バイオ・バイオだと、生物・生物・生物モデルであると。端的に言いますと、間違っています。そのモデルのシフトに伴いまして、以下にお話するのは、3つの間違っただ信念です。それは、心理社会的な影響ですね、その病気の原因に関してもそうですし、治療に関してもそうなのですが、それを過小評価してしまうというものであります。

まず1つは、遺伝子イコール疾病という考え方です。もう1つは、患者が単一の障害でもって単一のエビデンスベーストな治療に反応すると、治癒されるということです。3つ目は、最良の治療は錠剤だということです。この3つの誤った信念を一つずつ検討していきたいと思います。どんな証拠があるのかということを検討します。

3. 生物医学的モデルの誤った信念(1)

最初の誤った信念ですけど、遺伝子イコール疾病という。これが私たちの友達のDNAです。この遺伝子を解析した結果、期待されていたことは、病気の原因がどれかの遺伝子である、どの遺伝子が病気を発するかというのが見つかるということだったと思います。人間の遺伝子が完全に解析されてから13年経ちますが、未だに見つかっていません。

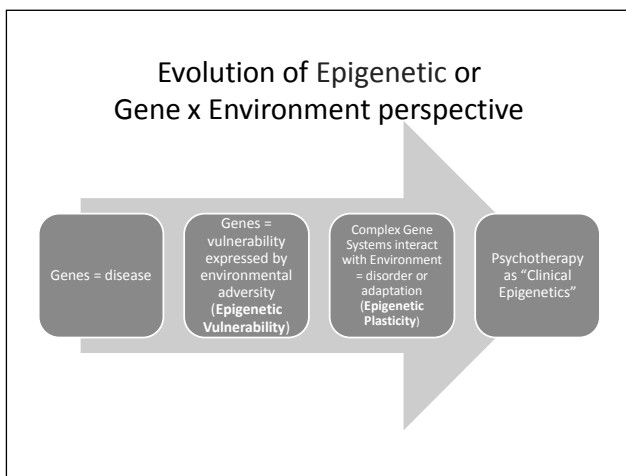
この Genom Wide Association Studies というのが、非常に大規模な遺伝子に関する研究なんです。それは、非常に小さな遺伝子の単位を研究しています。この研究の単位である、1単位の少しの遺伝子なんですけど、これは、スニップ、SNPと書いてスニップと読むんです。これは、一塩基多型という風に訳されています。一つの塩基が



たくさんの形をとるといふものです。この SNP は、病気の原因となるということが分かっています。例えば、胃潰瘍に遺伝的な原因があることが分かっています。その他、乳がんやその他の癌、糖尿病Ⅱ型もですね。しかし、より大規模な研究でも、鬱病のような精神疾患の原因となる遺伝子は未だに見つかっていません。一方で統合失調症に関しては、現在 130 の SNP が見つかっています。ここから言えることは、統合失調症や鬱病といった精神疾患の原因、あり方そのものが非常に複雑なものだということです。

ですので、この遺伝子学は、遺伝子と環境との相互作用を研究する、エピゲノムという領域にシフトして行っています。遺伝子と環境は、相互作用して、病気を発生させると同時に、病気を治療する、そういう役割を持っています。遺伝子と環境が共に共同しているというのは、バイオ・サイコ・ソーシャルに聞こえませんか？

ただそれは、決して遺伝子が重要でないということではありません。それは環境が、私たちが思っている以上に、はるかに重要であるということです。精神科領域で、環境にこの 100 年間ずっと目を向けていた領域は一体何でしょうか？精神分析です。精神疾患は、明らかに遺伝します。しかし私が申し上げたように、遺伝学はエピゲノム遺伝学に移行しています。



ここでご紹介する 2 つの研究は、環境の強力な影響を示しています。母親が、子育ての間、鬱病だった場合、子どもが鬱になるリスクが高まるんですね。ただ、その子どもは、自分の子どもであれ、養子に迎えた子どもであれ、両方なんです。もう一つは、その母親としての母性の不安に関する研究です。これは、一卵性と二卵性の双生児の研究ですが、いずれにしても、その不安は、遺伝子的な要因よりはむしろ環境的な要因によって伝達されたということが分かっています。

精神医学ではこのバイオマーカーと呼ばれるものをすごく一生懸命探しています。それは血液検査であったり、脳の画像です。それを見て、「あ、これが PTSD だ」とか、「これが鬱だ」とかということを行い当てる、そういう指標ですね。そういったバイオマーカーは全く見つかりません。それは、聖なる杯、ホーリーグレイルを探す人たちの神話と同じように例えられています。絶対に見つからないことです。

他方、人生早期の困難が、いかに精神科、医療的な障害に影響をもたらすかということがかなりはっきりわかってきました。バイオマーカー、生物学的な指標を見つけている間、我々が見過しているのは、早期の困難というエンバイロマーカー、つまり環境の指標ですね。この人生早期の困難というのは、非常に強力な影響を精神科の病気や寿命にもたらします。早期の困難とは、何らかの喪失やネグレクト、虐待、何かの欠損、貧困。そういったものが何らかの形で経験されるということです。

4. 類人猿の DNA の翻訳研究

ここから、もう少し DNA の中に飛び込んでいきます。translational research (トランスレーショナル・リサーチ) というものがありまして、これは他の動物、この場合、類人猿の DNA の研究が人間にどう翻訳できるかという研究です。猿の翻訳研究について少しお話しします。

まずは、DNA について、少し説明させてください。私たちは、活用するよりもはるかに沢山の DNA を持っています。私たちのワークベンチですね、机の目の前に、ある一定の DNA があって、それらが全部私たちの神経回路であったり、私たちの人生の基礎となるものであります。DNA のこのメチル化という現象があるんですね。メチルは、メチルアルコールのメチルですね。それが、炭素と三つの水素がくっつくと、このワークベンチですね、この机から DNA が落ちこちてしまうんですね。そこで、その机には、新しい DNA がやってきます。メチル化した DNA は、脱メチル化することもできます。そうすると、また机に戻すことができます。これは非常に単純な、単純化した説明ですが、大体どういうふうに機能しているかということを描んでいただけたかと思います。ここで申し上げたいのは、メチル化、いったんメチル化した DNA を脱メチル化することが可能であるという、その点です。

これは、猿を使った研究ですが、赤ちゃんの猿が母親から遠ざけられると、体中の細胞の DNA がメチル化するということが分かっています。これは、早期の困難じゃないですか？膨大な量の DNA がこの机からこう落ちてしまう。そこで残った DNA は、その困難な世界に対応するために活躍する DNA なんです。例えば、これはアメリカの例ですけれども、貧困にある人たちは、そうでない人に比べて、より早期に子供を産みます。これはもういろんな動物ではっきりしていますが、環境の異変に対しては、世代の回転が速くなるんです。これは、その環境の変化に対応する、生存するための生物に組み込まれた機能です。これは、困難な状況の時に、種が生き残る方法を探る、まさに方法そのものなのです。

メチル化した DNA は、体中の細胞にあります。脳や肝臓、精子や卵子にも入っています。つまり、そうなんです。トラウマの世代間連鎖の細胞レベルの機序です。トラウマを受けた両親から生まれる子どもは、伝達された DNA を持つ子どもは、自分の作業台にある DNA が親とは違うものになりますね。違うものではなくて、トラウマを受けていない人とは違う DNA、トラウマを受けた人が持つ DNA を自分の作業台の上に持つということになります。こういう理解をすると、遺伝子を考えてときに、ある 1 個の遺伝子を考えるのではなくて、遺伝子のシステムというものを考えますね。これは、環境で何が起きるかによって、そのスイッチが付いたり消えたりする遺伝子のシステムということ想像できます。

猿の研究では、メチル化した DNA が脱メチル化できるということが分かっています。これは、子猿に親のことを思い出させるという、静かな再評価の機会を与えると起きるんですね。それは、戻す作業ですね。グリーンワークに相当するものではないでしょうか。人間がその感情のためにすることが、遺伝子にも影響をもたらしているのではないかと考えられます。これを言い切るのはまだ早盤、早すぎるとは思いますが、心理療法は脱メチル化の道具、ツールだと考えることができます。

もう少し深みに入りましょう。このエピゲノム、遺伝子環境のこの相互作用の進化について少しお話しします。考え方の変遷は、まず最初に遺伝子イコール疾病というところから始まりました。次に考えたのは、環境との相互作用ですが、ある種の遺伝子が持つ脆弱性、ある種の環境的な困難、早期困難によって、その遺伝子に何か起きると。鬱病に関しては、こういう遺伝子を見つけるのは困難なんです、あるかもしれないと思います。

遺伝子に脆弱性があるというよりも進んだ理解の考え方が実はあります。この考え方は、非常に複雑な遺伝子のシステムが、環境と相互作用することによって、障害や、実は適応、人間の可塑性、変化が可能であることと結びついていることがわかってきました。皆さんの中で、鬱病がセロトニンが少なくなってしまうと、無くなってしまったことと関係しているという理解、理論をご存知の方は手を挙げて下さい。セロトニンが低いと、気分も落ちると。選択的セロトニン再取り込み阻害薬というのが SSRI ですよね、プロザックとか。再取り込みを阻害する、そのポンプのような役割をするものですね。

遺伝子は、そのポンプが2つの形態をとることに影響をもたらします。一つの遺伝子は、そのポンプが小さなポンプしか作れないんです。もう一つは、大きなたくさんのポンプを作る。小さなポンプしか持っていない人は、早期の困難がより鬱病を発症するのに影響をもたらすのです。ということは、これは脆弱な遺伝子のようにも思えます。ポンプが小さいので、困難に直面したときに鬱になりやすい。しかし、これが全てではないんです。データはもっといろいろなことを教えてくれます。実は小さなポンプと困難の方が、大きなポンプと困難よりもましなんです。小さなポンプしかなくて、困難に直面しないということが、一番健康だということです。それは、その可塑性、可変性です。それはどういうことかといいますと、その悪い状況の場合には、悪い結果をもたらしますよね。良い状況の場合、より良い結果をもたらすということなんですね。同じ遺伝子が。

ウィニコットは、このことを意識して執筆していたとは到底思えないんですが、これはグッド・イナフ・マザリング (good enough mothering) ですよね。ほどよい母親というもの、そのものです。このエピゲノム的な可塑性論です、それが、脆弱論を書き換えたとして理解できます。つまり人間というのは非常に複雑なものですから、説明も複雑にならざるを得ないと思います。再度申し上げますが、心理療法というのは、臨床的なエピゲノムであると。もう遺伝子はこれで終わります。

5. 生物医学的モデルの誤った信念(2)

2つ目の誤った信念ですが、1つの障害を呈している患者が、特定のエビデンスベースな治療に反応して治るということです。期待なんです、一人一人の患者が、単一の疾病、障害をもって現れるというのが DSM の基本的な考え方です。実際のエビデンス、証拠はどうでしょうか？何年も前にオステン・リグス・センターで気づいたことなのですが、平均すると患者さん1人が6つの障害を併発、合併しています。私たちはこう考えたんです。複数の障害を持っている人が、治療にうまくいかなかったからうちに来ただなど。でも、リグスは小さな病院なので、取るに足らない存在です。しかし、アメリカ全土の非常に大規模な鬱病の研究があります。これが、「スター・デュー」(STAR*D) と呼ばれる研究です。

これは、ある意味、珍しい研究なんですね。患者をありのまま受け入れた。病院に来たその状態、そのまんまで研究に参加させたんです。これは何の変哲もなく、皆さんのクリニックに患者さんが来る、そのままの姿です。その結果、スター・ディーに参加した患者さんたちの非常に多くが、薬物療法、初期の薬物療法もうまくいかない、認知行動療法もうまくいかない、薬を変更してもうまくいかない、投薬を増服してもうまくいかなかったんです。これは、薬が効かないということでは決してないと思います。これは、高い failure rate, うまくいかなかった率が高いということです。より詳しくスター・ディー研究の患者さんたちを検討すると、非常に興味深いことがわかります。スター・ディーに参加した被験者、患者さんたちの 78%が他の障害を併発、合併症をもっていたんです。もしくは、希死念慮を持っていた。これは、通常のランダム統制研究 RCT だと、被験者から外される原因になります。合併症を持つこの患者さんたちは、薬に対しての耐性も弱いし、治療の反応の率も低いし、鬱の症状が緩解する、治る率も、どうしても低くなってしまいます。おそらくアメリカの臨床家、精神科医がこの状況に直面したときに、これで何を理解するかというと、自分の所に来たより患者さんは、被験者になった患者さんよりも重篤だということなんですね。診ている患者さんの 5 人中 4 人が、その薬を開発するベースになった患者さん達よりも、重篤だということになります。

これを、想像上ですが、100 人の患者を想像してみましょう。被験者として研究にやって来た 100 人のうち、78 人はお家に帰って下さいと言われます。22 人残りますね。11 人がプラセボをもらいます。11 人が、薬効のある薬をもらいます。7 人が、プラセボで良くなります。薬効のある薬で 9 人が良くなります。そうそう、この薬は 100 人の人たちに効きますという根拠になります。これは問題ですね。もちろんその薬はプラセボよりも効きます。でも、そんなには効かないですね。薬の話をする時に、これにまた戻ってきます。

もう 1 つ、患者が 1 つの障害しか持たないということを邪魔する要因についてお話したいと思います。クリップスという人格障害の大規模な研究調査があるんです。境界性人格障害があることは、鬱により重篤な欠陥をもたらしますし、その機能性に欠陥をもたらします。また病院や医療施設を頻繁に活用することが分かっています。それから、自殺のリスクも高い。ですので結論として、その人格障害、特に BPD は大鬱がずっとしつこく続くことを非常に強力に予測するものだということが分かります。ということは、鬱を治したければ、人格障害を診断して、その人格障害を治療する必要があります。しかしながら、アメリカで一番頻繁に下される人格障害の診断は、果たして何でしょうか？皆さん、当てていただけますか？そう、「保留」なんです。「保留」、まあそのことについては考えないでいく方向。これは問題ですね。

要約する前にもう 1 つ、診断について非常に面白い研究があるのでご紹介させてください。鬱の遺伝子は無いということですよ。統合失調症には 130 の遺伝子がある。これらの診断に、いったい何が起きているのでしょうか。キャスビーという人は、先ほど述べたセロトニンのポンプですね、小さなポンプ、大きなポンプの研究をした人です。彼の研究グループは、精神医学的な診断は果たして何なのかについて研究を行なっています。

まずわかるのは、たくさんの患者さんは、たくさんの障害、疾病を同時に抱えています。鬱であ

ったり、BPD であったり、アルコール中毒であったり、PTSD, そういうたくさんの疾病があるんですが、結局は、同じ薬を使っているんです。75 ぐらいの薬があつて、こつちを先に使うとか、あつちを先に使うっていう順番は違いますが、最終的には結局同じものなんです。


脳画像の研究でも、いろんな疾病の、どこがその疾病と関わるかは、大体決まっているんですよ。扁桃体だったり前頭葉だったり後頭葉だったり大体決まっているんです。どんな疾病でも結局は同じところなんです。キャスビーは、これはいったい何が起きているんだ？と言いました。彼は、いろいろ探して、ニュージーランドで実は 20 年間 1000 人の患者さんを追う重大研究を見つけるんです。

そこで、因子分析をかけるんです。彼は、3 つの因子ですべての精神疾患を予測できるんじゃないかと考えました。3 つの因子ですね。まず 1 つは、鬱のような内向的な病気ですね。内在化する病気と、アルコール中毒みたいに外在化する病気と。それから、思考ですね、統合失調症のような思考にまつわる病気。その 3 因子モデルの根拠を、まあまあ見つけるんですね。キャスビーはこういう自問をします。因子分析を自動で任せたら、何因子出てくるだろうなど。そしたら、1 つだったんですね。それを P ファクターと、精神病に名付けます。まあ IQ のようなものですね。IQ が高ければ、認知課題ができるし、低ければできないと。P が高いと、ある 1 つかもしくは複数の精神的な疾患を抱えている患者さん。P が低いとその可能性は低くなります。P が何かということなんですけど、P を予測する予測因は、成人してからの困難、家族歴、成育歴ですね。早期の成育歴、早期の困難を含めて。それから、何らかの脳の発達障害を受けているという可能性もあります。なので、統合失調症、鬱、PTSD、不安障害、別々のところにあるように私たちは考えますが、それは全て P のそれぞれ異なる側面だと考えられる。ですので、診断というのは、その表面的な表象だということになります。

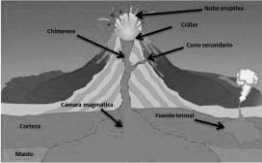
富士山は、見ればそれは富士山だとわかりますよね。同じように統合失調症を見れば、「ああ、統合失調症だ」、鬱病を見れば、「ああ、鬱病だ」と、すぐ見てわかりますよね。しかし、その富士山もそうですけど、私たちが認識している、目の当たりにしている富士山は、その表面上の表象でしかないんです。それは偶然の結果で起きているんです。その形をもたらしている力というのが P になるんです。ですので、診断は、表面的に「あ、

Diagnosis is a surface representation

We know Mt. Fuji when we see it, just as we know depression or schizophrenia




But the shape we recognize is a surface representation due to unseen forces, like "p"



www.ohfrance.com

False belief 2:

Patients present with single disorders that respond to specific, evidence based treatments



富士山だ」とするのではなくて、奥底で一体何が起きてるのかと、マグマが噴き出てる絵がありますけれども、それを考える必要があります。精神科領域の中で 100 年以上にもわたって奥底で何が起きてるのかをずっと見続けていた連中がいますけど、そんな奴等いましたっけ？科学そのものが バイオ・サイコ・ソーシャル、そして精神分析にまた光を当てているわけであります。

6. 生物医学的モデルの誤った信念(3)

皆さん、「バックトゥーザフューチャー」っていう映画、ご覧になりましたか？そこに私達は今、います。3 つ目の誤った信念です。一番良い治療は、薬であると。私たちは、投薬治療の恩恵を過剰に評価しています。100 人の鬱病の患者さんたちの話を覚えておられますよね？78 人が研究から除外されて、22 人が分けられたと。偽薬、プラセボ効果で 7 人が良くなると申し上げましたけど、実際にそうなんです。75%と書いてありますけど、プラセボで効果が出ます。その出版された研究をご覧になってもそうですし、出版されてない研究がたくさんあります。製薬会社は薬が効かないということで、公表してないデータがたくさんあります。それから、学会誌が、効果が無いからと言ってリジェクトした論文があるんですね。そういうのを全部考慮すると、薬効を大体 3 分の 1 ぐらい、過剰に評価してしまっているという現状があります。薬が効かないということではなくて、薬が答えではないということです。抗うつ薬以外の薬でも状況は同じです。ここに我々がいるということなんですが、皆さん、これらの前提がいかにか間違っているかということをご理解いただけたかなと思うんですけど、いかがでしょうか？

一番良いエビデンスベーストの治療についても、高い失敗の確率があるということですね。これが治療抵抗、トリートメントレジスタンスの問題に光を当てるようになりました。このレジスタンス (resistance)、抵抗という言葉は、よくよく考えてみる必要があると思うんです。しかし、その治療抵抗には少なくとも 3 種類ぐらいありまして、その中の一つについてだけ、今日はお話ししていきます。

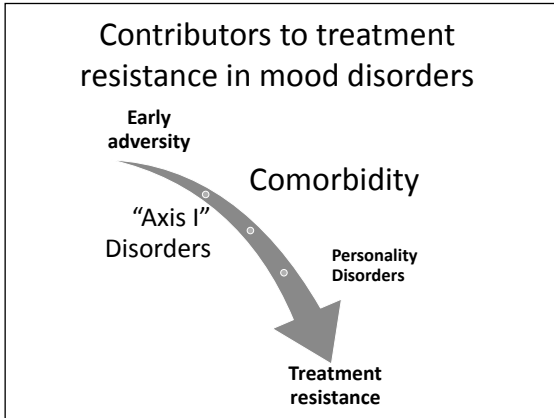
False belief 3: The best treatments are pills



一つは、治療をして欲しくないという人ですね。母親とか父親とか学校が、治療を受けなさいっていうけど、本人は、嫌だ、しませんと。そういう人が、治療に来なかったら、ある種の抵抗ですけど、そのことを申し上げているわけではありません。精神分析的な抵抗というものがありますね。それは、無意識の中からいろいろな感情や思い、気持ち、考えが、無意識から意識に上ることに対する抵抗です。ここでのいう治療抵抗は、そういうことでもありません。

ここでははっきりとした定義があり、少なくとも 2 つのエビデンスベーストな治療法に反応しなかった患者を指します。患者自身は治療動機があるんですね。ちゃんと治療に従っているという状況です。これは、ますます問題になってきています。過去 20 年間で、これにまつわる論文が 25% 増えたのに対して、それを引用した数が 80% 増えたんです。こういう治療抵抗を呈している患者さ

んたちが Austen Riggs Center にやって来るということです。他の治療法を試したけど、うまくいかなかった人たちです。皆さんの所にも来ているはずですよ。そういう人たちを、より良く治療をどのようにすればよいのでしょうか？

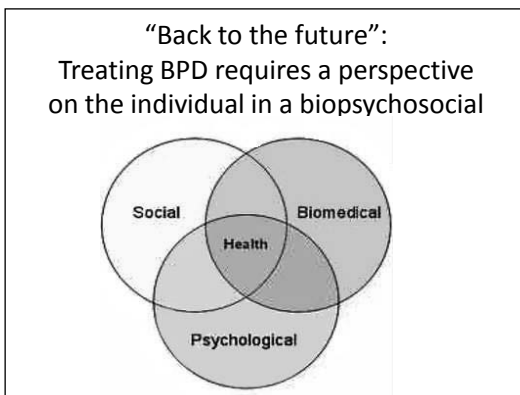


一つはこの事実を知ることですね。BPD が鬱、不安障害やその他の障害の治療抵抗を増す要因になっているという事実です。これは良く知られている研究結果です。しかし、BPD やその他の人格障害は、十分に診断を受けていません。なので、皆さんは、それを探し当てる必要があります。そして、治療する必要があります。そのことによって初めて、治療抵抗から逃れられるようになるんです。

この絵が、私たちが治療抵抗についてこれまで検討してきた内容を表すものです。これは気分障害の治療抵抗ですけれども、どこから来るかという早期の困難、それから合併症ですね。これは、DSM でいう I 軸の障害も含まれます。薬物使用も含まれますけれども、人格障害も含まれます。今日、これだけは覚えて帰るといものがあるとすれば、この2つですね。早期の困難と併発、合併症が治療抵抗の原因だということ覚えて帰ってください。それから、幼少期の早期の困難に効く薬はありません。脱メチル化する薬はまだ開発されていません。脱メチル化する人間関係の方がより期待できます。併発や合併症に効く薬はありません。掘り下げて P に取り組まないといけません。

この絵が、私たちが治療抵抗についてこれ

7. 最も有益な生物-心理-社会モデルは精神分析



The most useful biopsychosocial model is psychodynamic

A few of the relevant concepts:

- Therapeutic Alliance (“Unobjectionable part of the positive transference” Freud)
- Immature defenses (splitting and projective identification)
- Enactment

私が申し上げたいのは、BPD を治療することは、治療抵抗を低減し、命を救うということです。そこで、私たちはもうバックトゥーザフューチャーです。BPD の治療には、個人をこの生物・心理・社会という文脈でとらえることが必要になります。最も有用なバイコ・サイコ・ソーシャル・モデルは、精神分析だと思います。精神分析はたくさん有用な仕事をしてきましたが、ここで、関係す

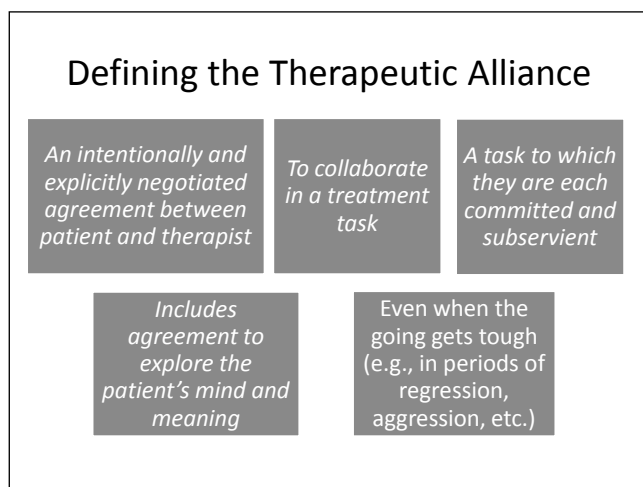
るものを幾つか取り上げたいと思います。

一つは、セラピューティック・アライアンス、治療同盟です。陽性転移の否定されざる部分だとフロイトは言っていました。フロイトを喜ばせたいと患者が思っていることを、フロイトは、それが患者を良くするのであれば、全く問題ないと思っていた。陽性転移の、問題ない部分です。しかし、それよりもより深い内容があるんです。次に、未熟な防衛機制、分裂 (splitting) とか、投影同一視 (projective identification) についてお話ししたいです。これらは、BPD の患者にとっては非常に重要な関係のあるものですね。最後に、この精神分析的な概念であるエンアクトメントということについてお話し申し上げます。

8. 治療同盟

まず、治療同盟からいきましょう。医療モデルは、知識のある専門家と受け身の患者というモデルです。しかしそれよりももっと医療は、私が知っていることを言った通りにあなたはやりなさいというものです。それは、治療同盟ではありません。この同盟というのは、治療を支えるその基礎そのものです。これは共同関係 (collaboration) です。そこには、発見と学習の体験があります。たくさんの研究がありますが、治療のその結果を最も強力に予測する要因となります。良いアライアンス、良い同盟は、良い結果をもたらします。治療同盟を理解するには、この治療関係の3つの部分について見ていく必要があります。

必ず転移の関係があります。早期の関係性のパターンを一人一人が持っていますが、それがその治療者の理解に必ず影響をもたらします。それから、患者に対しての治療者の考えも、もちろんそこには含まれます。それは逆転移です。もう1つ必ずあるのは、実際の関係というものです。患者が私と会う時、私の眼鏡も髭も禿げてきている頭も、それは私というもののものにまつわることですね。この2つの部分は必ずずっと、いつ何時も存在しています。しかし、この3つ目の部分、このセラピューティック・アライアンス、治療同盟は、交渉されて初めて存在します。一体、その治療同盟というのは何なのでしょう？



ここに挙げている5つの部分は非常に重要です。治療同盟は、意図的に、非常に明示的に交渉されて、患者とセラピストの間で交渉し同意をしたものです。これは、料金にしてもそうですよね。1セッションの時間についてもそうですよね。それから、自由連想をするかしないか、してくださいというのも、全てそれに含まれます。そこで行われる同意というのは、治療の課題、目標に向かって2人が共同するということです。

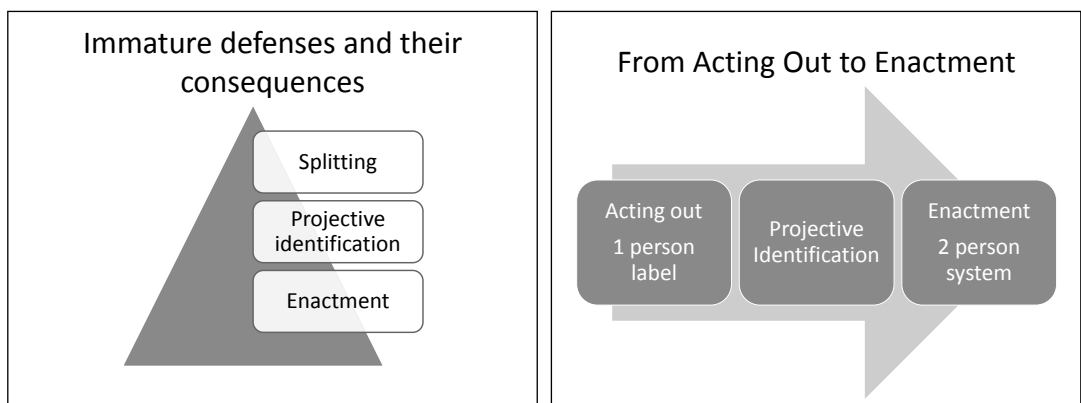
その課題、目標に対して2人ともコミットをして、2人とも それに従うということが大事です。治療同盟には、したがって、3つの部分があるんです。それは、患者、治療者、それからその治療作業そのものです。治療のワーク、3つ目の3項目なんです。その他の患者と治療者が、3つ目のワークに2人ともコミットをする。

そこには、患者の心とか、意味を探索するという合意が含まれます。これは違う種類の治療では、この同意は異なるかもしれませんね。しかし、心理力動的な治療には必ずこの同意が入ります。私たちはもう常に意味の探索をしています。それは、無意識を意識化するという目標に向かってです。それは、物事が困難になってきたときも、それを続けるということです。対抗したり攻撃的になったりしても、患者がやめたいと言う時もそうですね。私達には、それが何を意味しているのかを理解するという、理解を続けるという、そういう合意がそこにはあるんです。患者を面接室に鍵をかけて閉じ込めることはしませんが。しかし、その治療者は「あれ？何かおかしいですね」と。「同意があったのに、何かがその同意を阻止していますね」と。何が起きたんですか？何か私がしたこと、あなたの気が障ったり、傷ついたり怒ったりしたんでしょうか？と。これは例えば、自殺自死に取り組むには非常に重要な方法だと。私たちは、あなたが治療を受けている間、生きていくという同意があったはずじゃないか。でもあなたは今、自分は死にたいと言っている。何があったんですか？どうしたんですか？何か私がしたことがあなたに影響をもたらしたんですか？先生、あなたはすごい重要人物のような振る舞いをしていますね。その治療者は、少なくとも私は、私があなたの命を救うために雇われている意味においては、私は重要な人物ですよ。そして、あなたの命はとても重要だと思いますよ。だから、何があったんですか？

それによって、自殺・自死が、面接室の中にあるんですね。2人の関係の中で自殺というものが取り扱われるということです。自殺を掴むハンドル、その持ち手をそこで提供してくれるんです。そこで自殺は、症状ではなくて対人関係の中で起きているものとして扱われます。これは、非常に長い議論のほんの一部にすぎませんが、そういうことです。

9. 分裂 (splitting)

次に、未熟な防衛とその結果についてお話しします。ここでは、splitting 分裂、projective



identification 投影同一視, それからエンアクトメントについてお話しします。まず, スプリッティングからお話ししましょう。ここでは, スプリッティングを, 未熟な, 幼稚なディフェンスですね, 防衛としてお話しします。しかし, これは実は, 乳児の発達の中の一つの段階にある状態でもあるんです。

精神分析的な発達論に立ち返って考えますと, 自己と他者, それから, 良い悪いというものは, 分化していないんですね。未分化で, 一つのものである。そこから始まります。まず, 何が起きるか。発達の最初の大きな変化は, 良い悪いという感覚を得るんです。その後, 自他の分化が起きます。これは, メラニー・クラインとハンナ・シーガルがいう, スプリッティング 分裂という状態ですけど, パラノイドスキッツォイド, Paranoid-Schizoid (PS) ポジションのことを指します。

ボーダーラインの患者さんの多くは, このレベル, この状態にあるんですね。彼らの心の世界を治療に持ち込むので, そこで分裂 スプリッティングというものを目の当たりにします。もしあなたがセラピストで, 精神科医と, エイティスプリットをした状態で治療してたら, 患者にとって, 精神科医が素晴らしい人で, 心理治療者のあなたは, ダメな人ということになります。心の中の善と悪の分裂が, 外在化されているということです。

一つの治療の考え方は, その患者を PS ポジションから, 抑うつポジション, Depressive なポジションに移行させるということです。これは, 現実是非常に悲しいものだということを理解するということです。優しい母親は, 同時に私を苦しめる母親でもあるということです。Austen Riggs Center のような場所では, 患者が, セラピストを大嫌いで, ソーシャルワーカーを大好きとか, まあ逆もありますけど, そういうことが良く起きます。なので, こう考えます。患者は, いろいろな関係に, 自分を拡散, 広げることができるんです。セラピストの仕事は, それをまた戻すということです。日本に来る前に, このような患者さんに言われたのは, 医師になかなか会えないと, 予約が何週間も先になってしまうということで, とっても怒っていたんですね。私に対してはまったく文句はなかった。日本に来る前ですよ。でも, 最悪な奴は必要な時にいないと。大嫌いだと。先生で, 必要な時に居なくて, 全然アポが取れない人って, どこかで聞いたことがある人じゃないですか? それはね, 私が行っちゃうわけですから。私が行っちゃうことに対する考えとかは, 何もこれとは関係ないですかね? 私に対しては, 何も感情がないんですかね? そう言われたら, 確かに, プレイカン先生, あなたは, 全然居ないよ, この野郎と。スプリッティングしたもの, 拡散したものをまた集めて, もとに戻すという作業をします。この患者さんは, 私のことを好きであって嫌いであるということが同時に起きてるということだんだん気づいてきている, そういう状態です。より抑うつポジションに近づいてきているということです。

10. 投影同一視

投影同一視にいきます。投影同一視の最も単純な定義は, ある人が, それを抱えきれない, もうそれを拒否するある感情を抱いている。その感情が, 他の人に投げ込まれることです。次に投影同一視の複雑な定義を申し上げます。相手が, 実はそのホックを持っている。そこに, その投影が引っかかるんです。その本人の意図とは関係なしに, 本人の性格がそうだから, それを受け入れてし

Projective identification is an immature defense used by all humans—to differing degrees.



But there are 2 humans in a therapeutic situation

まうんです。

一視の複雑な定義を申し上げます。相手が、実はそのホックを持っている。そこに、その投影が引かかるんです。その本人の意図とは関係なしに、本人の性格がそうだから、それを受け入れてしまうんです。

ある事例でこれを説明します。ある男性が、女性の治療者のところに来ました。彼は、自分の人生と自分が価値が無いものだというこを非常に苦しんでいます。実はこの人もセラピストなんです。

でも治療を受けに来ました。あまり稼いでいませんので、料金を半額にしてもらっています。その治療中に彼は、裕福な女性と結婚します。彼は、自分が価値のない人間だとずっと思い続けているので、一貫して、自分は実はお金のために結婚したんじゃないかとずっと悩んでいます。本当にその奥さんを愛していないで、そのお金のために結婚しているんじゃないかと心配しています。裕福な女性と結婚したその男性に対して、治療者は、「じゃあもう半額ではなくて、全額払えるようになりましたね」と言います。患者は治療者に、「いや、何でだよ、あなたは、なんでそんなに欲深いんだって。あなたはお金のことしか考えてないだろう」というふうにキレるんですね。それが、投影同一視です。

これは、患者が「私が愛ではなくて、お金のために結婚したということに耐えられない」「だから、もっとお金を請求するあなたに、私はキレます」。それは、今はもうお金があつて半額にする必要がないから、そういう請求を受けているにもかかわらずです。

問題が一つあります。実は、この投影同一視というのは未熟な防衛なんです。全ての人間が、程度の差はありますが、使用しています。私たち治療者が、より成熟した防衛を持っていて、患者が未熟な防衛を持っているという、そんな単純に違うことはありません。良い日であれば、大体の時間をより成熟した防衛状態で過ごしているはず。患者も成熟した防衛を持っていますが、より未熟な防衛で過ごす時間が長いということです。ですので、人間は全員、投影同一視を行いません。セラピー状況にいるときは、二人とも投影同一視をすることが可能です。そのことは、その治療状況で、患者が私に投影同一視するのと同時に、私が患者に投影同一視する可能性を意味しています。

先ほどより複雑な定義でホックの話をしましたね。そのホックっていうのがここで重要になってきます。投影同一視は、相互に起きることがあるんです。それが起きた時の状態を、私はエンアクトメントと呼んでいます。このスライドでは、その、エンアクトメントという概念がどう変遷してきたか、発展してきたかということを表しています。

11. エンアクトメント

私たちが最初、心理学で、行動化、アクティ
ングアウトについて学びました。アクティ
ングアウトというのは、患者が、私の気にく
わないことをしたと、それに対して私が付け
た名前ということです。そこで私達がより洗
練されていくと、そのアクティグアウトみ
たいなものは、実はないことに気づきます。
一人でしたと言い切れないですよね。全て共
同作業なので。アクティグアウトというの
は、一人、ワンパーソンの患者がした。私た
ちは関係ないと。

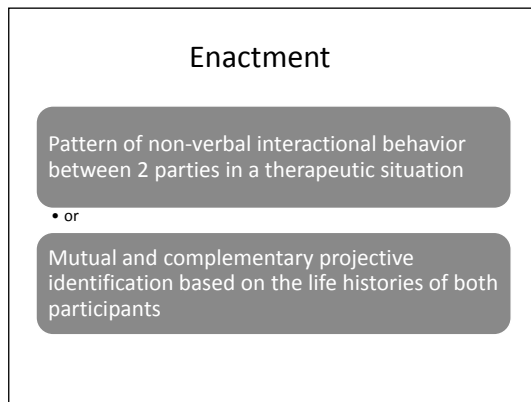
投影同一視まで考えが進むと、治療者もホックを持っていて、そこに患者がいろいろなものを掛
けるという理解に進みます。なので、私達も少しそこには関わります。二人の人たちが同時に投
影同一視できるということを理解すると、エンアクトメントという、二人の人間のシステムになり
ますから、そこで、エンアクトメントが生じると理解できます。これが、エンアクトメントの定義
になります。

上がアメリカ精神分析協会の公式の定義です。治療的な状況における二人の間で起きる非言語的
なやり取りのインタラクション、関わり行動のパターンということになります。下の定義を使うと、
私にとってはすごく役に立つので、私はこの下の方を使います。それは、「両方の参加者の人生史に
基づいた相互的な投影同一視」ということになります。**Mutual**、相互的ですね。それは両方の人た
ちが、その役割を担っているわけですから。相補的なんですよ。つまり、90度を作りたくて、片
方が60度だったら、もう片方は30度になりますよね。パズルの二つのくつつくピースみたいで
すね。それは、両方の参加者の成育史に基づいているわけです。

エンアクトメントの例ですが、先ほどのセラピストの男性で、半額で治療を受けていた人です。
お金持ちと結婚して、自分はお金のために結婚したんだと心配して、治療者が全額に引き上げた時
に非常に怒ったという人ですね。二人ともセラピストで、患者さんの方が、実はお金がないんで
すよね。給料が低いクリニックで働いています。このセラピストの方は、訓練を受けた分析家で、自
分が請求する高い金額について実は罪悪感を抱いています。

これはまだおもしろいことが起きているんです。彼女が請求書を出すんですけど、計算ミスが
頻発しているんですね。請求額が高すぎたり、低すぎたりという。このことは、患者さんの怒りを
鎮める効果には寄与しませんね。この状態がエンアクトメントなんですよ。彼らは、相互的で、相
互的な彼らの人生史に基づいた投影同一視をお互に行なっている。エンアクトメントというもの
は、よくある話、現象ですよ。避けられないもので、全ての治療関係に存在します。

患者さんの中で、早期の困難を体験して、その未熟な防衛、投影同一視のようなものを使うと。
こういう人たちは、我々治療者のホックを探すのが非常に上手なんです。我々の脆弱性をすぐ見
つけます。こういう人たちを、エンアクトメントになりやすい患者さんたちと言います。エンアクト



Enactment is a slippery slope.
As in skiing, sliding downhill on
the slippery slope is expected.



メントというのは、非常に滑りやすい斜面と呼びます。滑り落ちる可能性がありますからね、斜面は危険です。

私の暮らすマサチューセッツは冬が寒くて、スキーができるんですね。冬にこのように斜面でスキーするのはとっても楽しいです。エンアクトメントというのは、この滑りやすい斜面のようなものです。セラピストである以上、この滑りやすい斜面に乗るということです。誰がこの斜面に乗るかということ、全員なんですね。経

験のある治療者が乗らずに、経験のない治療者が乗るというわけではなくて、全員がこの滑りやすい斜面に実は乗っています。ですので、経験を積んだセラピストと、未熟な経験しか積んでないセラピストも、スキーヤーと同じように、その違いはエッジを見つけられるかどうかです。エッジをちゃんと見つけられれば、スピードをコントロールして、それから旋回できますよね。

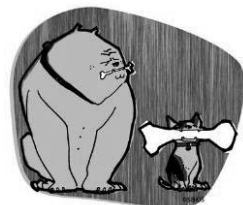
エンアクトメントに取り組むということは、私たちが三つのことをする必要を示しています。これは、まず、気付く、見つけることです。それから、それを分析すること、それを活用することです。まず、気付く必要がありますね。先ほどの治療者たちの関係でいうと、女性の治療者がね、気付くはずなんですよね。「あ、私ちょっと変なことしている」「何が起きているのか、ここで？」と。そこで、分析する必要があるんですけど、ここで非常に重要になってくるのが、治療者自身のセラピストです。分析家ですね。このレベルで治療する人が持てる分析家の役割は非常に重要になってきます。つまり、自分の持つ脆弱性や盲点を理解することを、自分の治療者、分析家によって助けられて、それによって、それを治療に活用することができる。

もう一つは、分析するために非常に役に立つのが、外部の人ですね。スーパーバイザーやコンサルタントです。気付いて、それから、分析しましたね。で、エッジの使い方が分かると。そうすると、エッジを見つけたら、エッジを使うということになります。

このエンアクトメントは、お金のために結婚した患者と、裕福で罪悪感を抱えているセラピストの関係ですが、このエンアクトメントに気づいて分析した結果、患者のセラピストの裕福な開業に対する羨望 *envy* について話し合うことができました。それは実は、この羨望の感覚が、その患者の自分が価値がないとか自分がつまらない人間だという感覚と密接に結びついているということだったんです。そのことについて話し合えた。それは、そもそも、患者が困っていて、その治療に入っ

In the enactment of a patient who married for money and a guilty, wealthy therapist

- Detecting and analyzing the enactment allowed them to address the patient's envy of the therapist's lucrative practice—and to see how this related to feelings of worthlessness and inadequacy



た理由ですね。ですので、このエンアクトメントが何を提供してくれるかという点、よりこの治療の作業を深めることができます。それから、それまで隠れていた新たな意味を見つけることができます。それは治療の面接室の中で、何が話されたかではなくて、何が起きたかに基づいて治療を進めることができると思います。しかし、エンアクトメントが滑りやすい斜面であるということをお忘れなきようお願いいたします。それはその状態が、コントロール、統制を失って、逆転移に基づいた行動化、アクティングアウトにつながるという危険性をはらんでいるということです。

例えば、性愛的な境界の逸脱は、エンアクトメントを頻繁に含みます。それは例えば、そのセラピストが陰性転移を嫌うと、つまり嫌われたくないというその動機に基づくことがあります。そうすると、その陰性の投影同一視を治療者が拒否する。そうすると、治療者は嫌われたくないものだから、「まあまあ、終わったけど、もう少し居てはどうですか」と。「この後食事でも行きましようか？」ということで、結局、性的な関係に陥ったりするということがあります。なので、皆さん、よくよく覚えておいていただきたいのは、セラピストになりたいければ、スキーマのレッスンをちゃんと受けてください。ご清聴ありがとうございました。

講演者紹介

Eric M. Plakun, MD, Ph.D.

Austen Riggs Center 副所長、精神科医、精神分析家。長年 Austen Riggs Center にて、境界性人格障害、統合失調症、さまざまな重複障害を持つ患者の診断、精神分析的治療、長期にわたる治療経過についての研究と臨床に携わる。

主著:

Plakun, E.M. 2015 Psychotherapy and psychosocial treatment: Recent advances and future directions,

Psychiatric Clinics of North America, 38:3:405-418.

Plakun, E.M. (Ed.) 2011 Treatment resistance and patient authority. New York: W.W. Norton.

Plakun, E.M. (Ed.) 1990 New perspectives on narcissism. Washington: American Psychiatric Press.