

臨 床

境界性人格障害を有する HIV 感染症の 2 症例

¹⁾横浜市立大学医学部第一内科, ²⁾同 神経科, ³⁾同 臨床検査部

萩原 恵里¹⁾ 勝瀬 大海²⁾ 大久保忠信¹⁾
白井 輝¹⁾ 伊藤 章³⁾ 石ヶ坪良明¹⁾

(平成 12 年 8 月 3 日受付)

(平成 12 年 8 月 18 日受理)

Key words : HIV infection, borderline personality disorder

序 文

HIV 感染症患者における精神神経科領域の問題としては、現在のところ感染症発生後のうつ状態に対する対処などが主である。これに加え、近年の HIV 感染症の増加に伴い、精神科疾患あるいは精神的な問題を有する患者に発生する HIV 感染症が問題となりうる。国外の文献では HIV 感染者において境界性人格障害を有する割合は非 HIV 感染者に比して有意に高いという報告がある。しかし、わが国では HIV 感染症自体の絶対数が少ないこともあり、境界性人格障害と HIV 感染症の関係についてはあまり注目されていない。今回我々は、境界性人格障害を有しその経過中に HIV 感染症を発見された症例を 2 例経験したので、文献的考察を加えて境界性人格障害と HIV 感染症との関係について報告する。

[症例 1：25 歳，男性]

既往歴：平成 6 年 IgA 腎症にて血液透析導入

危険因子：バイセクシュアル。高校時代から不特定多数の男女とコンドームを使用しない性交渉があった。日本人が大多数で、数人は外国人、計 200 人以上とのことで、感染源は不明であった。

現病歴：平成 6 年血液透析導入時に HIV 抗体陽性が判明した。当時 CD4 値 396/μl, HIV-RNA

量 1.6×10^6 /ml であり、A 病院にて AZT+3TC による抗 HIV 療法を開始された。同病院精神科にて HIV 感染症判明とほぼ同時期に境界性人格障害を指摘され、情緒不安定に対してクロルプロマジン、フルニトラゼパム、カルバマゼピン等の処方を受けていた。今回自宅に近い当院への通院を希望され、平成 10 年 10 月 6 日当院を初診した。

経過：自己主張が強く気分の落ち込みが激しい印象があったが、当院では継続的な外来血液透析を行っていないため、他院を再紹介することとなった。その過程で特に大きなトラブルはなかった。

[症例 2：24 歳，男性]

既往歴：気管支喘息，梅毒。

危険因子：バイセクシュアル。19 歳の頃より数人の男性との性交渉や同居経験あり。感染源は特定できている。

職業：高校卒業後就職したが、1 年以内に辞職し、フリーターとなる。

経済状況：H 6 年に友人へ名前を貸し 300 万円の借金を負う。その後も 100 万円近くの借金を抱える。家賃は滞納しており父親が支払っている。一人でいることに耐えられずそれを紛らわすために伝言ダイヤルに頻繁に電話し、月 5～6 万円の電話代を支払っている。

現病歴：H 11 年 7 月 B 病院外科の痔核手術前検査にて HIV 抗体陽性が判明し、H 11 年 9 月 1

別刷請求先：(〒247-0009) 横浜市金沢区福浦 3-9

横浜市立大学医学部第一内科

萩原 恵里

平成12年12月20日

日当院第一内科を紹介され初診した。H 8 年 5 月境界性人格障害と診断され抑うつ状態に対し C 病院にて抗うつ薬等(アルプラザラム 1.2mg 3×, マプロチリン 30mg 3×)を処方されていた。当院受診時までに向精神薬大量服薬歴 6 回, リストカット(手首を切る)1 回とのことであった。初診時の検査成績は, CD4 数 580/mm³, HIV-RNA 量 2.3×10³ コピー/ml であった。

経過: 当初の医師・看護婦・ケースワーカーの印象では, 診療に一見協力的で意欲的であり, 優等生的な発言が目立った。H 11 年 9 月 1 日初診以後, 受診予約日には来院せずに予約外・時間外受診が目立ち, 9 月の第一内科予約外受診は 5 回を数えた。また, これ以外に内科外来・主治医・ケースワーカーに頻繁に長時間にわたる電話がかかっていた。その他, わずかな症状で複数科受診を希望し, 当科と神経科のほかに皮膚科・第二外科・耳鼻咽喉科・口腔外科などを受診し, 「病院はテーマパークのようでいつ来てもいろんなところ(科)に行けてどこでもやさしく接してくれて楽しい」という言動が聞かれた。10 月 6 日 C 病院神経科処方薬を大量服用したと当院ケースワーカーに電話連絡があり, ケースワーカーより救急車を要請し, 当院神経科に入院となった。

入院時現症: 意識レベル JCS 20, BP 132/69, 脈拍 100 整, 体温 35.8℃, 呼吸数 16 回, 瞳孔正円同大径 3mm, 顔色良, 肺呼吸音・心音異常なし, 腹部異常なし, 他の神経学的所見異常なし

入院後経過: 意識レベルは翌日には正常に回復し, 第 3 病日に退院した。当院受診後の患者の行動は治療から逸脱していたため, 内科主治医・神経科主治医・外来看護婦・病棟看護婦・ケースワーカー・カウンセラーによるカンファレンスを行い, 患者への対応方針を討議した。境界性人格障害患者に対する根本治療はなく, 現実的な対応法は患者の行動に医療者が枠を設定 (limit setting, 治療契約) することであることより, 「自傷行為はしない」, 「受診ルールは守る」といった治療契約を結び徹底して行うこととした。

考 察

境界性人格障害は, 非常に不安定な感情・気分

Table 1 Diagnostic criteria for borderline personality disorder (DSM-IV) 文献 2) より改変

- 1) 現実, または想像の中で見捨てられることを避けようとする気違いじみた努力(5 の行為は含めない)
 - 2) 理想化とこきおろしの両極端を揺れ動くことによって特徴づけられる不安定で激しい対人関係様式
 - 3) 同一性障害: 著明で持続的な不安定な自己像または自己感
 - 4) 自己を傷つける可能性のある, 衝動性で少なくとも 2 領域以上にわたる行為(5 の行為は含めない)例: 浪費, 性行為, 物質乱用, 無謀な運転, 無茶食いなど
 - 5) 自殺の行動・そぶり・脅し, または自傷行為の繰り返し
 - 6) 顕著な気分反応性による感情不安定性
 - 7) 慢性的な空虚感
 - 8) 不適切で激しい怒り, または怒りの制御の困難
 - 9) 一過性のストレス関連性の妄想様観念または重篤な解離性症状
- 以上のうち 5 つ以上を満たすもの

・行動・対象関係と自己像によって特徴づけられる疾患であり, 人格障害のサブタイプの一つである。罹患率は人口の約 1~2% であり, 成人期早期に始まることが多い¹⁾。この障害は経過中にほとんど変化せず, うつ病の合併は稀ではないが精神分裂病への発展は示さないとされている。診断は診断基準によってなされる。DSM-IV の診断基準を Table 1 に示す²⁾が, この診断基準に照らすと, 症例 2 は 1 から 6 までの項目に当てはまっていた。

この障害の特徴として症例 2 でも典型的であったのが, 反復性の自傷行為であり, また不安定な対人関係であった。反復性の自傷行為は, 他人の助けを引き出すため, 怒りを表現するため, あるいは抵抗できない感情から自分を麻痺させるためであり, 手首を切るなどの他の自傷行為を演ずるとされている。症例 2 では, この特徴どおり, 当院受診までに 7 回の自傷行為があり, 当院受診直後に同様の行為を引き起こした。また, 不安定な対人関係についても症例 2 は特徴的であった。一般的にこの障害により患者は相手に依存心と敵意の両方を感じており, 親密な人に大きく依存するが, 失望したときは非常に大きな怒りを表現するといったようなことがおこる。患者は, すべてが良いか悪いかという基準にあらゆる人を当てはめており, 良い人は理想化され悪い人は価値下げされるが, さらにこの依存の対象も頻繁に変わっていく。一方, 独りでいることには耐えられず, 一

心不乱に仲間付き合いを求める。症例 2 でも同様のことがみられ、当科受診当初は優等生的な言動が目立ち、何度も電話をしたり予約外受診をするなど病院に大きく依存している様子がみられた。私生活でも、友人に名前を貸して借金を作ったり親友だと思っていた人に裏切られたりしたと本人は言っており、実際に何人かの男性と同居経験もあり、現在は一人暮らしの寂しさのため伝言ダイヤルで多額の電話代を支払ったり友人付き合いを求めて飲み歩いたりしているとのことであった。

こうした患者の対応で最も問題となるのは、明確な治療法のないことである。治療は主として精神療法、薬物療法が併用されている。しかし薬物療法は、気分易変・不安・抑うつ気分等に対し用いられる対症療法的な要素が強い。精神療法は人格の形成が目的とされ、治療契約・定期的な面接などを行い長期にわたる継続が必要とされる。現在これらの治療の限界も指摘されており、様々な研究がなされている。

HIV 感染症との関連でこの境界性人格障害が問題になると思われる点は、主として 2 点挙げられる。まず、独りでいることに耐えられず一心不乱に仲間付き合いを求め、見知らぬ人を友人として受け入れ乱交関係等の危険な性行為に陥りやすいという特徴があり、これから HIV 感染に罹患する確率が高くなる可能性がある。また、本障害をもつ男性は健常人に比して 10 倍の高頻度でホモセクシュアルが多いという報告もある³⁾。症例 1・2 とも明らかにこの点に合致しており、危険な性行為の結果 HIV に感染したと考えられる。第二に、不安定な対人関係から、医療機関を“理想化”して熱心に優等生を演じているあいだはいいが、あるとき自分のエスカレートする親密な関係を求める要求が受け入れられないとわかると突然“こきおろし”に変わり受診の中断などに結びつく危険性である。これは、特に HIV に対する薬物療法を開始した後は重大な問題となる。これに対しては、最初から医療者側がどこまで患者の希望に沿えるのか、どこからはできないのかを明確にし、治療契約を結んでおくことが重要である。

国内では HIV 感染症の頻度が海外に比して低

いため、筆者らの調べた限りこの問題に関する報告はなく関心も低いものと思われるが、海外ではすでに 1993 年頃より HIV 感染症と境界性人格障害について報告されている。Ellis らは HIV 感染者とそうでない者の精神科併診状況を後向き研究により検討し、HIV 感染者には有意に境界性人格障害の頻度が高いことを示した⁴⁾。一方 Perkins らは横断研究により、同様の結果すなわち HIV 感染者で境界性人格障害を含む人格障害者は有意に多いことを示した⁵⁾。最も多数の患者を調査した Gala らは 279 人の HIV 感染者において、実に 11 %にあたる 31 例が人格障害であり、うち最も多いのが境界性人格障害 9 例 (3.2%) であると報告した⁶⁾。この割合に比し、当院でのこれまでの HIV 感染者受診数 119 中 2 例の 1.7% は少ないが、症例 1 を経験した後この障害に注目して以降の頻度は平成 10 年 10 月以来の外来受診者数 59 例中 2 例 (3.4%) とほぼ一致する。海外文献の著者らは、HIV 感染者に境界性人格障害が多く見られる理由を危険性の高い性行動によるものと考察しており、我々の経験した 2 症例にもこれが当てはまる。現在わが国でも HIV 感染者が増加しており、ことに青年層の感染が深刻化していることから、今後は境界性人格障害患者の感染もさらに増加するものと思われ、医療者の適切な知識と対応が必要である。

文 献

- 1) HI Kaplan, BJ Sadock, JA Grebb 編, 井上令一, 四宮滋子監訳. カプラン臨床精神医学テキスト DSM-IV 診断基準の臨床への展開 1995; 453-455.
- 2) 米国精神医学協会編, 高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳. DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院 1996; 650-654.
- 3) Zubenko GS, George AW, Soloff PH, Shulz P: Sexual practices among patients with borderline personality disorder. Am J Psychiatry 1987; 144: 748-752.
- 4) Ellis D, Collis I, King M: A controlled comparison of HIV and general medical referrals to a liaison psychiatry service. AIDS Care 1994; 6: 69-76.
- 5) Perkins DO, Davidson EJ, Leserman J, Liao D, Evans DL: Personality disorder in patients infected with HIV: a controlled study with implications for clinical care. Am J Psychiatry 1993; 150: 309-315.
- 6) Pergami A, Gala C: Personality disorder and HIV disease. Am J Psychiatry 1994; 151: 298-299.

Two Cases of HIV Infection Accompanied with Borderline Personality Disorder

Eri HAGIWARA¹⁾, Ohmi KATSUSE²⁾, Tadanobu OKUBO¹⁾, Akira SHIRAI¹⁾,
Akira ITOH³⁾ & Yoshiaki ISHIGATSUBO¹⁾

¹⁾First Department of Internal Medicine, ²⁾Department of Psychiatry,

³⁾Division of Clinical Laboratory Medicine, Yokohama City University School of Medicine
3-9, Fukuura, Kanazawa-ku, Yokohama 236-0004

We report here two cases of HIV infection with a borderline personality disorder. Case 1 was a 25-year-old male patient who was diagnosed with HIV infection 4 years ago. Borderline personality disorder was also diagnosed at that time. Although he was referred to our hospital in 1999, we had to refer him to another hospital for his regular outpatient hemodialysis. Case 2 was a 24-year-old male patient who had borderline personality disorder since 1996. He was diagnosed with HIV infection in 1999 and referred to our hospital. He ignored rules in visiting clinics such as prior reservations and frequently called doctors, case-workers and nurses. After several visit he intentionally took excessive sedative medicines and called a case-worker at our hospital. He was admitted to our hospital for three days. After he was discharged, we set limitations for his behavior not to harm himself and to obey the rules in visiting clinics. In other countries investigators report that borderline personality disorder is more common in HIV-infected persons. It may be because persons with borderline personality disorder are more likely to engage in high-risk sexual behavior, which is also applicable to these two cases. As HIV infection is rapidly prevailing in Japan, it is possible that the chance are that this disorder will be seen more frequently in HIV infected cases.

[J.J.A. Inf. D. 74 : 1077~1080, 2000]