

〔論 文〕

境界例理解の変遷とその課題

札幌学院大学大学院臨床心理学研究科 安岡 馨・橋本 忠行

要 旨

本稿では、境界例研究の歴史の変遷とその境界例理解の変遷を素描し、現在において人格障害として理解されるに至った経緯を紹介した。その中で、とくに、Kernbergらの貢献について検討した。その境界例論議の到達点が私たちにつきつけた課題は、人格を総体的に解明し理解するという根本的課題である。と同時に、そのことは治療実践を通じて人格障害の成立機序を解明することが重要であることを明らかにしたのである。今後その視点をふまえて、精神医学とりわけ力動精神医学と臨床心理学が連携して果すべき役割が大きいことについて強調した。

Key Word : 境界例, 境界人格構造, 境界人格障害, 人格の研究

I. はじめに

境界例の概念について、わが国でも1960年代から1980年代にかけて活発な論争がなされた。そして境界例が人格構造上の特異な障害、すなわち人格障害として理解されるようになり、今日に至っている。ところが、最近ではその関心も少し薄れているようにみえる。

そこで、これまでの境界例の概念、とくにその歴史の変遷とその到達点を今一度ふりかえり再検討し、その意義とこれからの課題について考察を加えたい。

II. 境界例概念の歴史の変遷

境界例に関する論議は長期にわたって続いてきたもので、それは現在にも引き継がれている。いわゆる Borderline に関する用語も、Federn (1906) の潜伏性精神病から DSM-III (1980) の境界人格障害までさまざまあらわれた (表1)。その歴史を簡略にふりかえってみよう。

1. Federn の潜伏性精神病

精神分析家の Federn (1906) は、神経症と診断し治療していた患者がその経過において精神病状態を呈したことに注目した。そのような症例を

彼は潜伏性精神病 (latent psychosis) と呼んで、診断と治療上の注意を喚起したのが境界例論議の始まりであった。つまりその症例が神経症なのか精神病なのか、あるいはその中間の「境界例」なのか、という論議の嚆矢となったのである。

以来さまざまな「中間領域」の病態がとりあげられ、論議された。1950年代までは境界例を精神病 (統合失調症) の前段階、あるいは精神病に移行する可能性を含む状態、さらには統合失調症の不全型/頓挫型とみなす立場など、要するに、境界例の本質を精神病と考える立場が大勢を占めていた。

2. Knight の境界状態

そうした流れの中で Knight (1953) は、神経症と精神病との間の一時的な移行状態としての境界状態 (borderline state) という概念を提唱した。ただ、もともと彼は境界状態にある患者をいかにして正確に診断し、治療的に有効な方針を決定するのかを重視していたのであって、診断用語の「境界状態」を提唱したわけではないことには注意を要する。そして、最も重要なことは、彼が境界例と診断するにあたって、防衛機制の発達・退行の様相を正確に把握する必要性を強調した点にあっ

表1 Borderline に関する用語

1906	latent psychosis (Federn, P.)
1911	latente Schizophrenie (Bleuler, E.)
1919	borderland neurosis and psychosis (Clark, L. P.)
1928	borderline (Rickmann, J.)
1932	transitional or potential psychosis (Glover, E.)
1938	borderline group of neurosis (Stern, A.)
1941	ambulatory schizophrenia (Zilboorg, G.)
1942	"as if" personality (Deutsch, H.)
1945	borderline case (Fenichel, O.)
1947	borderline patient , stable in their instability (Schmideberg, Melitta)
1947	latent schizophrenia (Federn, P.)
1949	pseudoneurotic form of schizophrenia (Hoch, P. H. & Polatin, P.)
1951	borderline schizophrenia (Noble, D.)
1952	borderline schizophrenia (Douglas, D. B. Tr.)
1952	masked schizophrenia (Kiesler, D.)
1953	borderline state , borderline schizophrenic patient (Knight, R.)
1953	latent psychosis (Bychowski, G.)
1954	psychotic character (Frosch, J.)
1955	borderline schizophrenic adolescent (Ekstein, R.)
1956	schizotypal disorder (Rado, S.)
1956	pseudoneurotische Schizophrenie (Hoff, H.)
1958	pseudo-schizophrenic neurosis (Alexander, L.)
1965	Grenzpsychosen (Benedetti, G.)
1967	borderline personality organization , borderline structure (Kernberg, O. F.)
1968	borderline schizophrenia (Kety, S. S. et al)
1968	borderline syndrome (Grinker, R. R. et al)
1971	borderline phenomena (Mahler, M. S.)
1973	borderline psychosis (Aarkrog, T.)
1974	la dépression et les états-limites (Bergeret, J.)
1975	borderline personality disorder (Gunderson, J. G. et al)
1975	borderline condition (Kernberg, O. F.)
1979	{ schizotypal borderline personality } { unstable borderline personality } (Spitzer, R. L. et al)
1980	borderline personality disorder (DSM-III)
1992	emotionally unstable personality disorder, borderline type (ICD-10)
1994	borderline personality disorder (DSM-IV)

た。

3. Schmeideberg の「臨床単位」論

Knight の提唱を受けて、1954年と1955年に米
国精神分析学会は境界例 (borderline case) をテ
マにシンポジウムを開催した。そこでは、境界例
をあくまで精神病 (統合失調症) と考える Zil-
boorg らと、一方境界例をひとつの独自の臨床単

位と考える Schmideberg との間に、大変激しい論
争がおきた。彼女は、境界例の状態像に関しては
症候学的には、正常/神経症/精神病/精神病質
の4領域にまたがることは認めていたが、結論と
して、“境界例は、正常者・神経症者、心因性精
神病者および精神病質者と境を接しているが、質
的にそれらと異なった病的状態であり、精神病と

も異なっており、本質的には生涯を通じて変らない病態を示し、その特徴は、人格のほとんどあらゆる領域にわたる重篤な障害であり、個々の症状にあるのではない”，という見解を主張した。

両派の対立の中で、当時の大勢はというと、“一時的移行状態 (temporary and transitory state)” という Knight の見解を支持するものであり、Greenson の次のような発言に要約されたと言われる。すなわち、“わたくしたちは、まだ不完全にしか理解していない、あるものを理解しようとしている。わたくしたちは、神経症と精神病との移行を意味するのに境界例という言葉を用いている。わたくしたちは、同時に、精神病と神経症、ときには健康な自我機能をあわせもつ比較的安定した臨床状態を示すのに境界例という言葉を用いている”，という発言である。

しかし、そうした理解のもとに境界例の輪郭が一定明らかにされたとはいえず、当時は肝心の治療的努力への熱意が今ひとつであったので、境界例論争もだんだん下火になっていったのである。

4. Kernberg の境界人格構造

当時そしてその後、精神分析学派を中心として境界例研究は維持され、Jacobson (1934) の同一性障害 (identity disorder), Erikson (1956) の同一性拡散 (identity confusion), Gitelson (1958) の自己愛人格障害 (narcissistic personality disorder), あるいは、Frosch (1960) の精神病的人格 (psychotic character) の提唱などの流れの中で1960年代になり、境界例は精神病とは異なるものとする性格病理 (character pathology) の視点からの理解が優勢となってきた。そして、Kernberg (1967) が登場した。彼はそれまでの「移行状態」という考えを放棄して一定の特異な構造をもった人格障害という観点を明確にし、境界人格構造 (borderline personality organization) という概念を提唱するに至った (後述)。彼によって、今日の境界例の理解が人格障害として基礎づけられたことは疑う余地はない。

5. Gunderson の境界人格障害

その後境界例の本質を臨床症状よりも人格の構造的な特徴、中でも対象関係のあり方に求めた Model (1968) と青年期の境界例患者の研究を行っ

た Masterson (1972, 1976) による独自の境界例論の展開が特筆される。Masterson (1972, 1976) は、“分離個体化過程 (Mahler) の再接近期に、母親が子どもの自律を共に喜んでやらないと、子どもは「見捨てられ抑うつ」を体験し、発達停止が生じる。この病理が第二の分離個体化である青年期に顕在化したものが境界例である”，との主張をしている。彼は境界例の人格障害を示す特徴として、ひとつは「見捨てられ抑うつ」、もうひとつは「自己愛的口唇期に固着した自我構造」をあげ、人格障害の素因を重視した。

また一方では、Grinker と Klerman (1969) の境界症候群 (borderline syndrome), Gunderson ら (1975), Perry (1978) による境界例の記載精神医学的研究、すなわち観察可能な行動特性を抽出し、独立した臨床単位として位置づけようとして、境界例の臨床的特徴とその病態の輪郭を明確にする実証的努力を傾けた。

その中 Gunderson らは、境界人格障害を次のように規定している。1) 達成の低さ (低い仕事の能力), 2) 衝動性 (とくに、薬物依存と promiscuity), 3) 自殺の脅し (手首自傷など), 4) 軽度かつ短期間の精神病エピソード, 5) 良好な社会化 (表面的な適応性およびその背後に変転する同一化によって防衛されている同一性の障害の存在), 6) 近い関係における障害 (①重要な人物がいると抑うつつであり、重要人物が別れようとする怒り、自殺傾向が出現し、一人だけになると精神病反応を起こしがちである, ②一般的に怒りの感情が優勢である)。この診断基準に基づく Gunderson の境界例診断面接 (Diagnostic Interview for Borderline: DIB) は、大野ら (1982) によってわが国に紹介され、応用されている。

このように Kernberg や Gunderson らの研究成果は、やがて DSM-III (1980) における「borderline」という用語の採用、そして境界人格障害 (Borderline Personality Disorder) という概念として結実されたわけである。

6. その後の動向および現在

境界例の理解をめぐる現在までの動向をみると、注目すべき第1点は、境界例の生物学的精神医学の研究である。例えば臨床遺伝学的研究、特

有な生物学的指標の探索、薬物療法などを通じての精神薬理学的研究などがあげられる。その中では、境界例における精神障害の家系内発現では統合失調症より感情障害が多いとする研究報告、うつ病の生物学的指標のいくつかが境界人格障害にみられるという研究など、境界例とうつ病との関連を示唆する研究が多く出てきて、現在まで検証が続いている。その進展を大いに期待する一方で、それが単に境界例を精神病として証明したいという目的であるとするならば、それは間違いというべきであろう。

注目すべき第2は、力動的精神医学の研究である。精神分析学派を中心とする境界例への治療的実践から得られた所見の蓄積は大きく、わが国でも地道な症例研究が続けられている（牛島・館, 1995）（悪・衣笠・伊藤, 1996）（林・西村, 2006）。

いずれにしろ境界例への注目と関心は、精神疾患と人格はどのような関連しているのか、人格障害はどのように形成されるのか、人格障害にはどのような治療が可能で適切なのか、といった基本問題を精神医学に問いかける道を開いたのである。そして、今日までその解答を求めて、多くの努力が払われ続けているのである。

Ⅲ. 境界例理解の到達点とその意義

今日では、境界例はその臨床的症状が神経症と精神病との中間的な特徴を示すとしても、それらの基底にある特異な人格障害にこそ境界例の本質があるという理解に達しているといえよう。そして現在、境界例を人格障害の軸の上に置くことに異論をささむ人は、まずなさそうに見える。しかしながら、そう完全に言い切れるかどうか、一抹の疑念も残るのである。

というのは、かつての Greenson の慎重な発言を想起させるような、今後の研究で明らかにしなければならない未解明の課題も確かに残っているからである。そうした限界を心にとめておきながらも、境界例論争は大変に重要な課題を私たちに提起したところに大きな意義があったと考えるのである。その課題とは、人格形成すなわち人格発達や人格構造についての解明と、人格障害の成立機序の解明および人格障害の治療可能性の探求を

私たちに要請したことである。

1. 人格形成と人格障害の解明

人格の異常性については、精神医学ではかつての「精神病質」から始まり、「性格異常」を経て、今日の「人格障害」として分類されるに至っている。これは人格の理解を基礎に、人格障害を規定する視点の確立である。つまり人格の発達や人格構造の形成過程を明らかにし、それらの正常性、異常性、および相互関連を解明することであり、それに関与する諸要因（生物学的、心理的、社会的要因など）をどう統合的に理解するかという課題も同時に私たちにつきつけている、ということなのである。

一言でいえば人格障害の成立機序の解明であり、これは極めて大きな根本的課題である。その解決のためには、力動精神医学と臨床心理学が、わが国に広く浸透し、人格の研究に取り組む人材の輩出が必要とされる。しかしわが国の現状は、残念ながらその条件を十分に整えるに至っていない。境界例論争が華やかになればなるほど、皮肉なことにわが国では未だに力動精神医学が広く根づいていないという限界性を露呈させることになり、やがて治療実践に十分に裏打ちされない論争は下火を迎えざるうえないのかもしれない。本当はそうあってはならないのである。

2. 人格障害の治療可能性の探求

第2に境界例を人格障害と理解することで、その治療可能性を探求する課題が浮びあがってきたことである。

一般には逆の誤解と偏見が生じている。精神科医の一部には「人格障害は治療の対象ではない」と公言して憚らない人がいて驚かされることがある。また臨床心理士の一部には、障害診断を人を差別するものと考えて「異常性」をあえて無視し、適切な治療的関与ができにくい人もいる。

いずれにしろ、それはかつての「境界例は精神病であり、精神療法の対象ではない」とか、「精神病質はもともと矯正治療不能」とか、あるいは一般人の「性格は治らない」とか、あるいは「障害や異常との診断は、レッテルはりの人間差別」「障害を病気と考えるべきでない」といった考えや信念と一脈通じるものであろう。

診断とは、本来治療のために行われるものである。したがって境界例を人格障害という診断カテゴリーに導入したことの本質の意味は、そこに人格障害の治療可能性を私たちが視野に入れていると当然にも解釈すべきである。そうした治療的視点が欠落しているならば、臨床的に人格障害を診断し分類することは、それ自体ほとんど無意味な作業とさえ言うてよいであろう。

IV. 境界例の診断基準をめぐる問題

さて、今日私たちは境界例と呼ばれる多くの患者に出会っている。臨床的には、自傷行為、摂食障害、抑うつ状態、薬物依存、非行などの表面化した症状や行動異常の基底に Kernberg のいう境界人格構造をもつことで、障害の本質を人格障害と診断しうる人たちである。

実際の臨床では症候学的な鑑別診断を行っているが、その際 Gunderson (1984) が図示したように、諸家によって境界例の概念や診断基準が重複していることに留意しておく必要がある。(図1)

1. Kernberg の境界人格構造論

境界人格障害の診断基準に関しては、Kernberg の境界人格構造の概念にふれておかねばならない。彼は長年にわたる精神療法の経験から、特異でしかも著しい安定性をもった病的な自我構造が共通した特徴として認められる一群の患者の存在に気づき、そうした安定した病的な人格構造を境界人格構造と名づけた。それは一般の人格障害と同じ姿をみせながら、それよりも低い水準で機能する安定した人格構造を意味する。したがって、他のさまざまな人格障害と並列する意味での境界人格障害ではないことに注意しておく必要がある。

彼の理論的基礎は、対象関係の内在化にとくに焦点をあてた独特の人格理論にある。彼は人格発達に3段階あることを指摘し、それぞれ、精神病的な人格構造、境界人格構造、神経症的人格構造と呼び、その区別を、同一性統合の程度、原始的防衛機制、そして現実吟味(現実検討)の能力という3つの指標のもとで行っている。(表2, 表3)

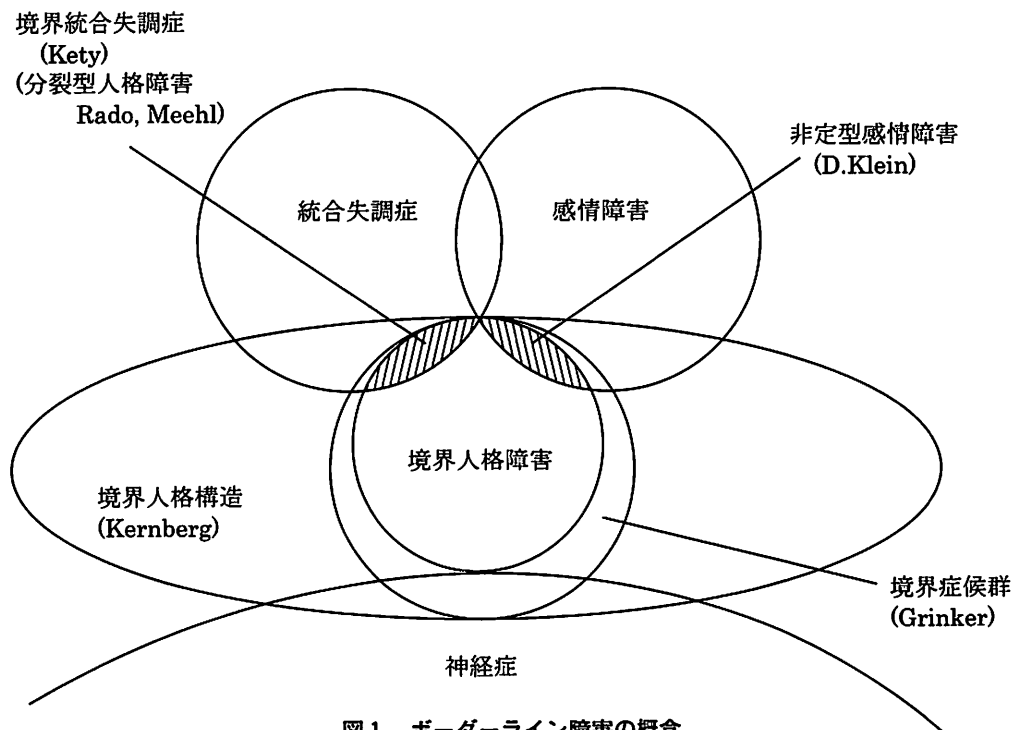


図1 ボーダーライン障害の概念
(Gunderson: Borderline Personality Disorder, 1984. より)

表2 Kernbergの境界人格構造

1. 人格の発達 の 3 段階

- ・精神病人格構造 (P. P. O = Psychotic Personality Organization)
- ・境界人格構造 (B. P. O = Borderline Personality Organization)
- ・神経症人格構造 (N. P. O = Neurotic Personality Organization)

2. 境界人格構造の診断基準

1. 次のような症状が示され、それが2つあるいは3つ存在するときにはBPOが推定される。

1) 不安

慢性、びまん性、浮動性であり、以下に示すさまざまな症状と併存すると、BPOの推定はより確実なものとなる。

2) 多彩な神経症

恐怖症状、自己の身体、視線に関する恐怖症、強迫的な不潔恐怖。自我親和的な強迫観念、多彩で奇異、慢性の転換症状、意識障害をとともう解離反応、心気症、妄想傾向。

3) 多形性倒錯傾向

二種類以上の性倒錯が混在している。

4) 古典的な前精神病性人格

妄想パーソナリティ、軽そうのパーソナリティ、分裂的パーソナリティなど。

5) 衝動的な神経症性嗜癖

衝動の統制が悪く反復的に繰り返される。例えばアルコール依存、薬物依存、浪費性的逸脱、過食、心因性肥満。

6) 低水準の人格障害

その性格防衛が分裂 (splitting) を中心にした原始的防衛機制が動員され、幼児的性格、自己愛的性格などがある。

2. 人格構造上の特徴

1) 自我脆弱性

この現れとしては不安耐性の欠如、衝動調節の欠如、昇華経路の欠如があげられる。

2) 一次思考過程への退行傾向

通常の場合では一次思考過程があらわれないのに、特に構造のあいまいな投影法テストにおいて一次思考過程が示されることがある。

3) 特有な防衛機制

自我の統合機能の障害に注目し、その結果、自己表象、他者表象のそれぞれが一個の全体としての個人の表象とならず、すべてに良い自己 (他者)、すべてに悪い自己 (他者) が分裂したまま統合されない。そのために相反する感情状態を同時に体験することも認識出来ない。このような状態を維持する手段として、次の様な防衛機制があげられる。i) 分裂 (splitting) ii) 原始的理想化 (primitive idealization) iii) 投影性同一性 (projective identification) iv) 否認 (denial) v) 万能視と脱価値化 (omnipotence and devaluation)

このような防衛機制の動員により内在化された対象関係も特異的な病理がある。

3. 対象関係の病理

1) 感情の分化、発達の障害。原始的感情の突出傾向、罪悪感や他者への配慮の欠如、情緒的交流の乏しさ。

2) 超自我の統合不全。超自我は前駆の状態にとどまり、その結果超自我前駆の懲罰性は過酷なものとなり、外界対象は非常に恐ろしい迫害的なものになる。また自我同一性を形成するための基礎となる自我理想も前駆のままにとどまり自我の現実的目標を作りださない。

3) さまざまな特徴的な性格病理。これは他者に対する現実的評価や感情移入の欠如、攻撃的色彩の強い前性器的、性器的衝動の突出、対象に対して搾取的、法外な要求がましき、巧妙な他者操縦、自己愛的かのごとき性、同一性拡散などがあげられる。

表3 神経症, 境界例, 精神病の人格構造の区別 (Kernberg, 1980)

	神 経 症	境 界 例	精 神 病
同一性統合度	自己表象と対象表象とは境界鮮明		自他境界不鮮明か、どこかに妄想的同一性あり
	統合同一性： 自己および他者の矛盾するイメージは総合的概念の中で統合される	同一性拡散： 自他の矛盾する諸側面はうまく統合されず、分離したまま残存	
防 衛 操 作	抑圧と高次の防衛： 反動形成, 隔離, 取り消し, 合理化, 知性化	主として分裂と低次の防衛： 原始的理想化, 投影性同一視, 否認, 万能感, 価値切下げ	
	防衛は内的葛藤から本人を守る解釈は機能を改善する		防衛は本人を不統合, 自己-対象融合から守る。解釈は退行へ導く
現 実 吟 味 (現 実 検 討)	現実吟味能力は維持-自己と非自己の分別, 知覚と刺激の外的起源と内的起源を分別		現実吟味の欠如
	自己評価や他者評価の能力は現実的でかつ深い	現実と現実感覚との関係が変転する	

そして彼によれば、境界人格構造と診断するには、まず症候学的分析によってその症候の基底に境界人格構造と推定診断を下すこと、そして次に、確定診断のための構造論的分析と力動的・発生的分析が必要とされる。とくに精神力動が診断には重要で、要は分裂 (splitting) を中心とする防衛機制のあり方、および内的対象関係の病態を認識することである。

彼は上述の人格の3つの水準 (精神病水準, 境界水準, 神経症水準) を明らかにする面接技法を提唱し、それを構造論的面接 (あるいは、構造面接) と呼び、数回から10回の面接で人格水準の診断が可能と主張している。

この構造面接は、通常精神科面接と同じように、「どのような問題で受診することになったのか?」という質問から始めて、図2、図3に示す通り、矢印の方向に系統的な探索を行うものである。

最初に主要な症状についての質問から始め、臨床診断の鑑別を行う。(図2)

次に臨床診断の鑑別の過程で現われた主要症状に焦点をあて、それらの症状について明確化、直面化、暫定的な解釈を行い、患者の反応を観察す

る。つまり、同一性、防衛、対象関係、現実検討を知るための質問をして、それに対する患者の反応を観察することで、患者の治療者に対する共感の能力や内省力を知ることができるわけである。この過程では「今、ここで (here and now)」の介入を用いて患者の発言の矛盾を指摘したり、その矛盾についてどう思うか、どう感じるかを質問することが肝要である。(図3)

この面接技法によって、人格水準は①神経症人格水準 (同一性は統合され、防衛は抑圧中心であり、現実検討は保たれている)、②境界人格水準 (同一性は拡散していて、防衛は分裂中心であり、しかしながら、現実検討は保たれている)、③精神病人格水準 (同一性は拡散、防衛は分裂中心、そして現実検討は障害されている)、以上に3分され診断される。

しかし、この構造面接は信頼性が高いものの、かなりの臨床経験と高度の技術を必要とする。そのため、誰にでもすぐできるというものでないことが難点である。とはいえ、私たちはそれを身につけることに努め、Kernbergの業績の再評価を行い検証を通じてとり入れていく必要があると考える。

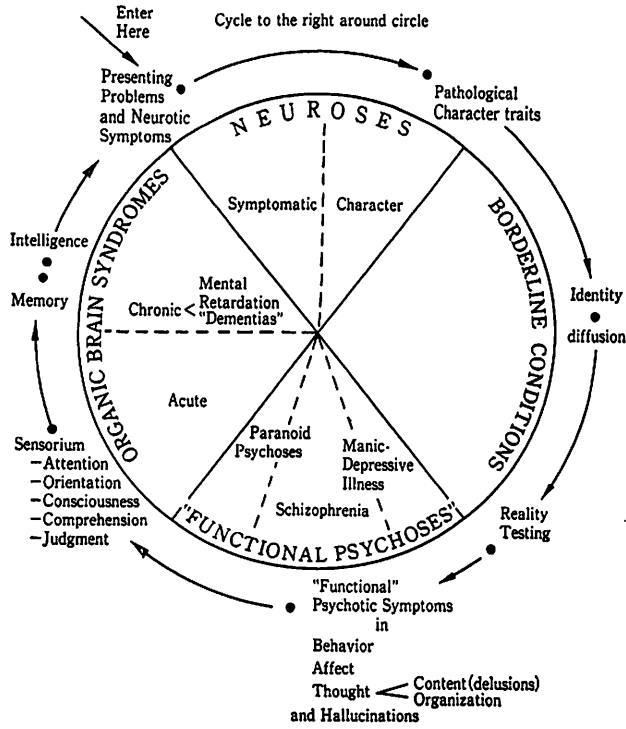


図2 Cycling of Cardinal Symptoms

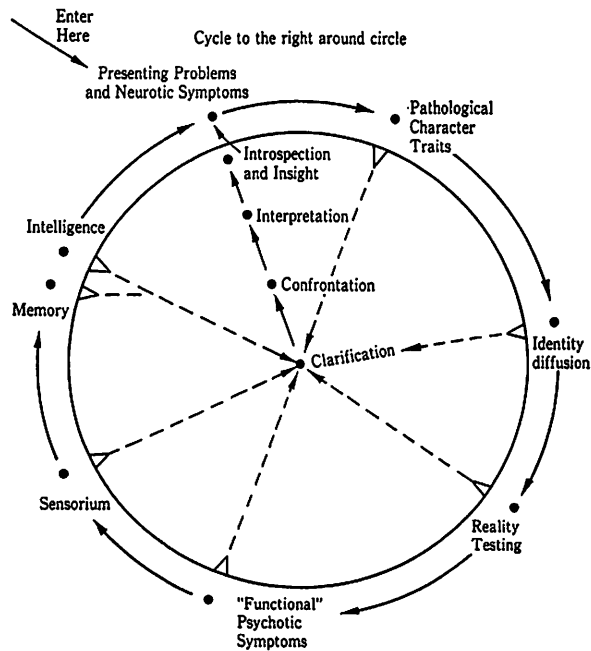


図3 Cycling through "Here-and-Now" Interaction

(Kernberg, O.: The structural Diagnosis of Borderline Personality Organization より引用)

2. DSM-Ⅲ (1980) と DSM-Ⅳ (1994), DSM-Ⅳ-TR (2000) における境界人格障害

これまで述べてきたように、多くの諸家、とりわけ Kernberg や Gunderson らの診断基準に関する研究は、DSM-Ⅲで境界人格障害の登場というかたちで結実した。

ただ DSM-Ⅲの診断基準の8項目(表4)は、個人の行動面の特徴が中心で、Kernberg がとくに診断上で最も重視した精神力動の特徴にふれられていないという問題が含まれている。つまり第1に、防衛機制で分裂の存在が最も重要で、他の原始的防衛機制(投影性同一視、原始的理想化、否認、万能感、脱価値化、など)はそれを補強するものである、という理解が強調されていない点である。とくに、分裂の機制は、治療の過程で、治療者・患者関係で潜伏性の陰性転移やその結果としての治療同盟の障害としてあらわれ、一見表面的に良い関係がみられたとしても、その裏側では逆のことが潜伏して存在し、治療関係が混沌と

しやすというかたちであらわれる意味でも、重要なのである。第2に、不安定性とめまぐるしい変化を特徴とする対象関係に象徴されるような病理の存在がとくに強調されていない点である。つまり境界人格障害では、同一の個人がいろいろな特性について相反する両極性を内蔵させていることであり、しかもそのバランスが崩れやすい、その不安定性にこそ特徴があるということである。

以上のことを念頭において、DSM-Ⅲの診断基準を補強して読みとる必要がある。

DSM-Ⅳ (1994) では診断基準は9項目(表5)となり、「見捨てられ不安」という精神力動の記載や解離症状の明記などより詳細な解説と若干の修正はあるが、後の DSM-Ⅳ-TR (2000) でも同様に基本的には DSM-Ⅲを踏襲したまま現在に至っている。

今後は先に述べたように精神力動の理解、すなわち治療を通じた理解の進展をとり入れたかたちの診断基準の改変が行われるであろうし、人格の

表4 境界人格障害 (DSM-Ⅲ, 1980) の要点

対人関係と気分および自己像の不安定性を主徴とする。衝動的で予測できぬ行動をする。不機嫌 dysphonic なことが多く、怒りっぽい、孤独に耐えられず、つねに空虚感・倦怠感をもっている。他の人格障害(分裂型、演劇的、自己愛的、反社会的)をしばしば伴う。極端なストレスがかかると、一過性の精神病症状を生じうる。これに合併しうるものとして、dysthymic disorder と major depression と brief reactive psychosis がある。女性に診断されることが多い。18歳未満で、同様の臨床像がある場合は identity disorder (児童・青年期) とする。cyclothymic disorder とは軽躁期がないことで区別する。

診断基準

A. 以下のうち5項目以上

- (1) 衝動性ないし予測不能性が次のような自己破壊的な行動のうち2種類以上についてある。：浪費、性、賭博、薬物の乱用、万引き、過食、身体的自己損傷行為。
- (2) 不安定で激しい対人関係：態度の著明な変動、理想化、価値切下げ、自分のために他者を操作し利用し続ける。
- (3) 不適切な激しい怒りをしばしば示し続ける、怒りの制御不能。
- (4) 同一性障害：次のような事柄について態度がはっきりせず変りやすい。自己像、性的同一性、長期的目標、職業選択、交友関係、価値観、忠実性。
- (5) 情動不安定。正常の気分から抑うつ、刺激性、不安へと著明に変動する。数時間ぐらいしか続かず、数日間続くのはごくまれである。その後、正常気分に戻る。
- (6) 孤独不耐性。一人で居ることを極度に避ける。1人になると抑うつになる。
- (7) 身体的自己損傷行為、自殺企図、自傷、事故反復ないし格闘。
- (8) 空虚感、倦怠感の慢性的持続。

B. 18歳未満の時は identity disorder (児童・青年期) とする。

表5 境界人格障害の診断基準 Borderline Personality Disorder (DSM-IV)

対人関係、自己像、感情の不安定および著しい衝動性の広範な様式で、成人期早期に始まり、種々の状況で明らかになる。以下のうち5つ（またはそれ以上）で示される。

- (1) 現実に、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。
注：基準5で取り上げられる自殺行為または自傷行為は含めないこと。
- (2) 理想化とこき下ろしと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つの領域にわたるもの（例：浪費、性行為、物質乱用、無謀な運転、無茶喰い）。
- (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（例：通常は2、3時間持続し、2、3日以上持続することはまれな、エピソード的に起こる強い不快気分、いらいら、または不安）。
- (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（例：しばしばかんしゃくをおこす、いつも怒っている、取っ組み合いの喧嘩を繰り返す）。
- (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。

力動精神医学的研究と臨床心理学的研究の発展がそれを推し進めるであろう。

V. おわりに

今日境界例論議は人格障害論が固まるにつれ、再びその関心が薄れている印象を受ける。それが治療への関心の低下のせいとすれば、まさに歴史は繰り返されているわけである。

本稿では、今一度境界例の概念の歴史の変遷とその到達点をふりかえり、境界例論議がもたらした最大の意義は、人格の総体的かつ徹底的な解明を精神医学や臨床心理学に要請している点にあることを今一度強調せねばならない。

その際失念してはならぬことは、そもそも人格は人との関わり、さらに治療的関わりを抜きにはその理解も解明も不可能であるということである。したがって、今後も精神医学とくに力動精神医学と臨床心理学とが連携・協力して、しかも治療実践を通じて人格と人格障害の成立機転の解明のための研究に積極的に関わる専門家を養成することが急務である。将来、そうした専門家が多くの輩出することを期待するものである。

〈文 献〉

- American Psychiatric Association (1980): DSM-III. A. P. A., Washington, D. C.
- American Psychiatric Association (1994): DSM-IV. A. P. A., Washington, D. C. (高橋三郎・大野裕・染矢俊幸 (訳) (1996) : DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院)
- American Psychiatric Association (2000): DSM-IV-TR. A. P. A., Washington, D. C.
- Gunderson, J. G. (1984): Borderline personality disorder. *Am. Psychiatric Press*.
- 林直樹・西村隆夫編 (2006) : 医療現場におけるパーソナリティ障害 医学書院。
- 悪智彦・衣笠隆幸・伊藤洸 (1996) : 境界例とその周辺 金剛出版。
- Kernberg, O. F. (1981): Structural Interviewing. *Psychiatric Clinics of North America*, 4, 1, 169-195.
- 皆川邦直 (1983) : 境界例の診断基準 精神科 Mook.4, 76-93.
- 西園昌久 (1989) : 境界例をめぐる最近の動向 季刊精神療法, 15, 318-335.
- 大野裕・小此木啓吾他 (1982) : 境界例診断からみた DSM-IIIの問題点 精神神経誌, 84(10),

787-793.

牛島定信 (1991) : 境界例概念はどのように発達してきたか *こころの科学*, 36, 36-42.

牛島定信・館直彦編 (1995) : 境界例—パーソナリティの病理と治療 岩崎学術出版社.

保崎秀雄編 (1983) : 境界例 *精神科 Mook*.4.

(注) 本稿では、用語の使用をできるだけ統一した。Schizophrenia (かつての、精神分裂病) は統合失調症。感情障害 (気分障害ともいい、これには躁うつ病, うつ病が含まれる)。Personality (パーソナリティ) は人格。Borderline (ボーダーライン) は境界。なお、神経症 (neurosis) は精神病と対比するうえで便利なので、そのまま使用 (現在では「神経症性障害」と呼ぶべきであろうか)。