

第103回日本精神神経学会総会

教育講演

パーソナリティ障害および病理的パーソナリティの
診断，病理の理解と治療

衣笠 隆幸（広島市精神保健福祉センター）

<索引用語：力動的発達診断，境界性パーソナリティ構造，ポジション，破壊的自己愛組織，
病理的組織化>

<Key words: dynamic-developmental diagnosis, borderline personality organization,
position, destructive narcissistic organization, pathological organization>

1) はじめに

パーソナリティ障害 personality disorder の診断名は，DSM によるものであるが，その概念形成の経過においては，特に米国の Kernberg, O. による境界例研究（1975）が背景にある。また英国における対象関係論的な病理的パーソナリティの研究（1950年代以降～現代）が存在している。それらは全て精神分析の分野における臨床病理的研究である。

DSM においては，心因性などの病因論を含む神経症の概念を放棄し，かわりにパーソナリティ障害の診断概念を採用するに至ったが，その経過上，種々の病理学の論争における意見の違いを排除して，普遍的に認められる現在の症状，行動障害のみを診断の指標とした。そうすることによって，地球規模における共通した診断基準の確立を目標としているものである。確かに，このような現症に関するチェック項目だけによる診断を行えば，標準化は比較的容易であって，本来の統計的研究のための世界共通の診断基準としての役割はある程度は満たすことができる。

DSM のパーソナリティ障害の概念は，伝統的な神経症の中でも重症神経症や性格神経症といわれてきた患者群や，精神分析の世界では境界例，病理的パーソナリティなどの概念の下で研究されてきた患者群に関連している。そのような事情のために，ここでは一般論に関するときは，病理的パーソナリティという用語を用い，パーソナリティ障害は DSM の診断の用語として使い分けている。

DSM のパーソナリティ障害の診断基準はスクリーニングとしては，便利なものであるが，実際の臨床場面における病理的パーソナリティを持った患者群の診断の見立てと治療方針の確定のためには，パーソナリティ障害の診断基準である現在の症状と問題行動のチェックだけでは，非常に不十分である。実際には，以下のような総合的な心の発達診断を行う必要がある。

2) 病理的パーソナリティの力動的発達診断

一般精神医学的診断においてパーソナリティ障害の診断基準にも該当し，病理的パーソナリティ

が疑われた場合には、確定診断と治療方針、特に精神分析的な精神療法の対象となるか否かをできるだけ明らかにする必要がある(力動的発達診断)。同じような現症と問題行動を持っていて、DSMの診断上ではたとえば境界性パーソナリティ障害の診断がつけられても、心因性のものだけでなく、軽度の広範性発達障害を背景に持つ「重ね着症候群」など遺伝的素質的要因の強い疾患や障害が含まれてしまう可能性がある⁶⁾。前者の場合には、一般に精神分析的な精神療法が第一選択になり、薬物療法や一時的な入院治療などを補助的に行う。後者の「重ね着症候群」の場合には、薬物療法による衝動コントロール、過敏性や迫害的認知機能の修復などに重点が置かれ、一般的な支持的、助言的な簡易精神療法が適用される。

a) 力動的発達診断のプロセス

一般に45~50分の診断面接を4回行う。さらに、「重ね着症候群」の鑑別診断もかねてWAIS-III, Rorschach Testなどを行うので、合計で6~7時間の時間が必要である。このように時間をかけるのは、診断を綿密にして、適切な治療方針を立てるためである。

力動的発達診断のプロセスでは、患者にはできるだけ自由に自分のことを語ってもらうようにするが、以下の点については、必要であれば質問をすることによって情報を得るようにする。①発症経過と受診の経過の詳細。②患者が、どのような生活を送ってきたか。それをどのように記述することができるか。これについては、患者の乳幼児期、児童期、思春期青年期、成人期などについて、家族との関係、学校や職場などの社会的な場における対人関係の特徴について述べてもらう。特に思春期青年期における、仲間体験、親友、初恋の体験、精神性発達における葛藤、身体像に関する葛藤、家族との葛藤、学業状況などについて詳しく語ってもらう。③家族について；現在の家族関係；両親や兄弟との関係、家族の性格や特徴。幼少時期からの特に養育者との体験。家族構成、両親の家族。両親の生い立ち、祖父母の生い立ち。

家族の歴史の中での別離、虐待、剥奪体験などの存在。④最近見た夢、繰り返し見る夢、よく覚えている幼少時の夢など。⑤最早期の記憶、楽しい記憶、つらい記憶など。⑥現在の信頼できる人物について。

4回の診断面接において以上の事柄などについて十分情報を得ることによって、診断のフォーミュレーションを行う。そのときには次のことに留意する。①発症の契機や受診動機；これは本人の葛藤の中核的なものを刺激するような体験に関連しており、それまで本人が使用していた防衛が破綻したことを意味している。②葛藤；患者の幼少時からの中核的な苦痛や苦悩つまり葛藤はどのようなものか。同じことであるが、養育者との関係性はどのような葛藤的なものか。③防衛；そのような葛藤的体験に対して、本人はどのような心的対処法(防衛)を採用してきたか。④パーソナリティ形成；そのような生活史の中で、患者はどのようなパーソナリティを形成してきたか。それがどのように組織的な防衛として働くようになっているか。⑤自己破壊性；自己破壊的なサドマゾ的な病理的世界がどの程度形成されているか。自傷行為、自殺企図など、病理的行動化の可能性を示すものの程度。⑥精神分析的な精神療法の適用となるか否か。適用と考えられる場合には、i) 精神分析的な精神療法の治療者の選択、週何回のものを採用するか、グループ療法などを併用するか、ii) 管理医の必要性、投薬の併用、iii) 家族との調整など他の職員の援助の必要性、iv) 自傷行為、過量服薬、自殺企図などの危険性、救急や入院が必要な場合の対処、などを決定したり予防的に準備しておく。⑦治療開始の後、どのような転移関係や行動化の可能性があるか。

以上のことを、4回の診断面接の中で、まとめておく。さらに、母親への質問紙によって患者の0歳から幼稚園時代ころまでの詳細な発達に関する情報を得るようにし、心理テストを参考に、「重ね着症候群」などを鑑別診断しておく。後者の場合には、パーソナリティ障害のクライテリアに該当しても、ほとんどの患者は、精神分析的な

神療法の対象とはならず、より療育的で現実的な指導や支持的なアプローチと薬物投与を主とした治療法になる。

3) 病理的パーソナリティの精神分析的病理学

精神分析的な精神療法の対象とみなされた病理的パーソナリティの患者に、実際に治療を提供する場合には、そのような患者の心の構造など基本的病理学を理解しておく必要がある。それなしには、治療法の選択の可否や治療経過上の問題行動などの予測や対処法などの指標を得ることが非常に困難になる。精神分析的な精神療法の特徴は、一定の治療構造の下で導入し、患者の抵抗と転移の解釈による対処が中心的な技法になる。そして、患者の自由連想法的な表現の中に、それらの転移や抵抗などの現象を探し出して同定していくことが必要である。そのためには、これまでに研究されてきた、先人の臨床研究を学ぶ必要がある。紙数の関係で、その研究の歴史の概略を紹介してみたい。

a) Klein, M.: 躁うつ病と統合失調症の精神分析的研究

英国の Klein は、躁うつ病 (1935~45) や統合失調症 (1946~1950 年代) の研究を行った⁷⁻⁹⁾。そして、それぞれの病理解の象関係の世界を抑うつポジション (6 ヶ月児心性; 全体的象関係, 分裂, 投影性同一視, 取り入れ性同一化, 躁的防衛などの原始的防衛機制, 見捨てられ不安, 配慮, 罪悪感, 償などの情緒が特徴), 妄想分裂ポジション (3 ヶ月児心性; 部分象関係, 分裂, 投影性同一視, 否認, 万能など原始的防衛機制, 絶滅の不安, 迫害的不安など) の概念で説明した。このような Klein による精神病などの研究が、現在の病理解のパーソナリティや境界例研究の基礎になっており、ひいては DSM のパーソナリティ障害の概念形成に大きな影響を与えている。

b) Klein 以後

英国の Fairbairn, D. は、1940 年にスキゾイドパーソナリティの研究を世界に先駆けて行い、

Klein とも相互影響を持ち続けた研究者である。Bion, W. と Rosenfeld, H. は、Klein の研究をさらに発展させた。Bion は、精神病的パーソナリティの研究を行い、つねに無意識の中には、非精神病的パーソナリティが並存しているという、いわゆるダブルパーソナリティ論を展開した (1957)^{2,4)}。この考え方は、英国における病理解のパーソナリティ研究の基本的考えになっている。Rosenfeld は、非精神病的な病理解のパーソナリティの問題を持つ患者群の臨床的研究も行った (1964, 1971)^{10,11)}。たとえば、性倒錯, 薬物依存, アルコール依存, 情緒不安定性障害, 強度の心気症, 反社会性パーソナリティなどの患者群である。彼はそのような患者群は、しばしば治療の経過上治療が破壊されてしまうような強い陰性治療反応 (自傷行為, 自殺企図, 反社会的行為, 症状の極端な悪化, 治療者への激しい攻撃や価値下げによる治療中断など) を示す患者群である。Rosenfeld は、そのような患者群の中には、健康な自己を暴力的に支配する病的自己の部分が存在していて、破壊や攻撃的な自己を理想化している面が見られることを明らかにした (破壊的自己愛組織 destructive narcissistic organization)。そして、変化に対して頑なに抵抗し、治療で得られた良い体験を生かそうとする健康な自己の部分を、激しく攻撃し拒否するような破壊的攻撃的な組織が存在していることを明らかにした。この考え方は、病理解のパーソナリティおよび境界例研究の原点であり、イギリスにおけるいわゆる境界例研究は、Rosenfeld に始まっている。

c) Kernberg, O による境界例研究

境界例の概念を世界的に知らしめたのは、米国の Kernberg である (1975)³⁾。DSM のパーソナリティ障害の概念は、彼の境界例研究の中で論じている各種性格障害などの現症面だけを取り上げて、パーソナリティ障害の診断基準を形成したものである。Kernberg は、一過性の精神病状態を呈する患者、つまり神経症と統合失調症の境界にある患者群の境界線上にある患者群 (境界例) に

ついでの研究を行った。Kernberg の研究の特徴は、境界例には多彩な病理的パーソナリティを呈する患者群が含まれていて、それらに共通の境界例の特徴を示すものとしての内的病理的組織を明らかにしようとしたことである。彼はそれを境界性パーソナリティ構造 *borderline personality organization* と呼び、境界例の病理の核心と考えた。それを基にして、彼の境界例の特徴は以下のようにまとめられている。

①臨床症状の特徴； i) 慢性的な広汎の不安， ii) 複数の多彩な神経症症状， iii) 性倒錯， iv) 古典的な前精神病的人格（分裂気質，循環気質など）， v) 衝動神経症，行動化しやすいパーソナリティ障害， vi) 薬物依存，アルコール依存， vii) 低水準の性格障害（ヒステリー性性格障害，幼児の性格障害，自己愛性性格障害，アズ-イフ性格障害，反社会的性格障害など）。

②内的特徴（境界性人格構造）； i) 自我の脆弱性（不安に対する耐性の欠如，衝動のコントロールの欠如，昇華能力の欠如など）， ii) 一次的思考過程への移行， iii) 過剰な欲求不満と激しい攻撃性，不満に対する耐性の欠如， iv) 原始的防衛機制（分裂，投影性同一視，否認，万能など）， v) 内的対象関係の病理（病的罪悪感，配慮の欠如，喪の作業の欠如，激しい見捨てられ不安など）。

③早期発達論の説明；Kernberg は，Klein の早期発達論を基礎にして，原始的な不安と対象関係，防衛機制の展開する病理的構造が境界例の病理の核心であると見なした。また Mahler, M. の再接近期の不安に注目している。

d) Steiner, J. の「病理的組織化」 *pathological organization* (1979～現在)

英国の現代クライン派の代表的な研究者である Steiner は，精神病的パーソナリティや境界性パーソナリティなど重症な病理的パーソナリティの研究を通して，包括的な力動的パーソナリティ構造論を展開している英国の代表的な病理的パーソナリティ研究者である^{5,13)}。Steiner は，Klein,

Bion, Rosenfeld などの精神病や重症な病理的パーソナリティの研究を統合して，包括的な病理的パーソナリティ論を構築している。そしてそのような病理的パーソナリティの無意識の中に，病理の核として「病理的組織化」が存在していると考えている。それは以下のような特徴を持っている。

①この病理的組織化は，強力な病理的防衛組織である。それは健康な妄想ポジションと抑うつポジションの発達過程に対して防衛的に作用する。それは第3のポジションであり，迫害的不安や抑うつの不安，部分対象関係，分裂，投影性同一視などの原始的防衛機制から成り立っている。この病理的組織化が肥大して自己を支配するようになると，臨床的には病理的パーソナリティの像を呈するようになる。

②その病理的組織化の形成過程は，発達早期の母子関係の時期にさかのぼることができる。つまり，欲求不満をもたらす対象に対して，乳幼児は激しい攻撃をし，報復の恐怖におびえる。そして，そのような攻撃的部分を対象に投影性同一視して，次には取り入れ性同一化によって自己に取り入れていく。このようなプロセスを反復する中で，欲求不満と攻撃性に満ちた病理的な自己の部分形成されていく。

③ポジションの細分化；Steiner は Klein のポジションの発達段階をさらに細分化して，早期妄想分裂ポジション，後期妄想分裂ポジション，早期抑うつポジション，後期抑うつポジションの4つの段階に区分している。そしてそれぞれの段階における対象との葛藤的な関係が過剰になったとき，各段階に応じた病理的組織化が形成される。その結果として，統合失調症，躁うつ病，パラノイア，スキゾイドパーソナリティ，境界性パーソナリティ，自己愛性パーソナリティ，依存，性倒錯，強迫神経症，恐怖症，ヒステリーなどさまざまな臨床状態を呈する病理的パーソナリティが形成される。

④このようにして形成された病理的組織化は，本来が病理的な対象関係，過剰な不安，原始的防衛機制からなっていて，変化に対して頑なに抵抗

する。そこには、対象関係の倒錯や嗜癖の傾向が見られる。そして内的破壊の自己を理想化する傾向が見られ、健康な自己の部分が変化し成長しようとする、激しく攻撃して自己が変化することに強い抵抗を示す。それは臨床的には陰性治療反応として現れ、急激な自己破壊行為（自傷行為、自殺企図、反社会的行為、治療への攻撃、価値下げ、極端な症状の悪化などによる治療の中断、など）として観察される。

4) 病理的パーソナリティの精神分析的精神療法

心因原性の病理的パーソナリティの患者群に対しては精神分析的精神療法が根治療法として第一選択になる。アセスメントが終了して、精神分析的精神療法が適用されることが決定した患者には、以下のような治療手順を採用する。

①治療構造 時間と空間；落ち着いた部屋を変更せず使用。時間は1回45～50分、病態に応じて週1～4回行う。治療期間は期限設定をしない。多くの患者の治療は数年必要である。週1～2回の時は、対面法を採用することが多い。週3回以上の時には、横臥法を採用することが多い。

②自由連想；患者にはその場で心に浮かんだことを自由に話してもらう。

③治療者の基本的態度；中立性と自由に漂うような注意、傾聴と共感。

④無意識的幻想などの理解；自由連想や行動化によって表現されたものを通して、無意識的幻想の活動状況を理解する。そのときには、治療者の逆転移に関する非言語的原義的コミュニケーションにも注目する。その中でも特に、治療者への転移、内的な不安の特徴、原始的防衛機制などの活動に注目していく。

⑤解釈；解釈には、抵抗解釈、防衛解釈、発生的解釈、転移解釈、内的不安の解釈などがある。特に転移解釈が重要であるが、その他の解釈も重要であり、全体のバランスに注意する。

5) おわりに

病理的パーソナリティおよびパーソナリティ障

害の力動的発達診断、基本的な精神分析的病理学の歴史と、主な研究者の業績を紹介した。DSMの診断基準は、現症だけを診断基準にしているために、世界規模で共通した診断を行うことを可能にしたが、他方で、患者個人の生活史的発達の視点、発達の家族内力動の視点など、治療実践上重要な側面を置き去りにしてしまい、臨床重大な問題を呈することを明示した。そして、精神分析的精神療法を行う場合のごく基本的な視点を紹介した。また、鑑別診断上、重ね着症候群は重要な障害群であり、薬物療法と支持的、療育的アプローチが必要であることを紹介した。

文 献

- 1) Anderson, R., ed.: Clinical Lectures on Klein and Bion. 1992 (小此木啓吾監訳：クラインとビオンの臨床講義。岩崎学術出版社、東京、1996)
- 2) Bion, W.R.: Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. *Int J Psychoanal*, 38, 1957; reprinted in *Second Thoughts*, Heinemann, London, 1967
- 3) Kernberg, O.; *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Jason Aronson, New York, 1975
- 4) 衣笠隆幸：Bionの精神分裂病の病理学—主として1950年代から60年代前期の研究について。精神分析研究, 35, 1991
- 5) 衣笠隆幸：現代クライニアンへの動向。精神分析の現在。現代のエスプリ別冊, 1995
- 6) 衣笠隆幸、池田正国、世木田久美ほか：重ね着症候群とスキゾイドパーソナリティ障害—重ね着症候群の概念と診断について—。精神経誌, 109; 36-44, 2007
- 7) Klein, M.: A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *Int Nat J Psychoanal*, 16, 1935; *The Writings of Melanie Klein, Vol. 1*. Hogarth Press, London, 1975 (安岡 啓訳：躁うつ病の心因論に関する寄与。メラニー・クライン著作集3。誠信書房、東京、1983)
- 8) Klein, M.: Mourning and its relation to manic-depressive states. *Int Nat J Psychoanal*, 21, 1940; *The Writings of Melanie Klein, Vol. 1*. Hogarth Press, London, 1975 (森山研介訳：喪とその躁うつ状態との関係。メラニー・クライン著作集3。誠信書房、東京、1983)

9) Klein, M.: Notes on some schizoid mechanisms. *Int Nat J Psychoanal*, 27, 1946; *The Writings of Melanie Klein*, Vol. 3. Hogarth Press, London, 1975 (狩野力八郎ほか訳: 分裂的機制についての覚え書き。メラニー・クライン著作集 4. 誠信書房, 東京, 1985)

10) Rosenfeld, H.A. : On the psychopathology of narcissism: a clinical approach. *Int J Psychoanal*, 45, 1964; reprinted in *Psychotic States*. Hogarth Press, London, 1965

11) Rosenfeld, H.A.: A clinical approach to the psychoanalytic theory of life and death instincts: an

investigation into the aggressive aspects of narcissism. *Int J Psychoanal*, 52, 1971

12) Segal, H.: *Introduction to the Work of Melanie Klein*. Hogarth Press, London, 1964 (岩崎徹也訳: メラニー・クライン入門. 岩崎学術出版社, 東京, 1977)

13) Steiner, J.: *Psychic Retreats: Pathological Organizations in Psychotic, Neurotic and Borderline Patients*. 1993 (衣笠隆幸監訳: こころの退避. 岩崎学術出版社, 東京, 1996)
