

## 第 104 回日本精神神経学会総会

## シンポジウム

パーソナリティ障害診断の現状と問題点  
：都立松沢病院病歴統計から

林 直 樹 (東京都立松沢病院精神科)

## はじめに

世界保健機構 (World Health Organization : WHO) の 国 際 疾 病 分 類 (International Classification of Diseases 10 th Revision : ICD-10) は、2015 年に改訂版 (ICD-11) が発表される運びとなっており、現在その改訂に向けた動きが活発化している。「精神及び行動の障害 (F00～F99)」セクションの改訂は、われわれが世界の精神医学の進歩を取り入れ、われわれの経験を世界に伝える上できわめて意義の大きいものである。

筆者に与えられた課題は、「特定のパーソナリティ障害 (F60)」の改訂について検討を加えることである。しかしそれは、とりわけ多くの問題を抱えており、難航することを覚悟しなくてはならない領域である。

本稿では、まず、現在のパーソナリティ障害 (以下 PD と略) 概念の特徴と問題点を示す。次には、都立松沢病院退院病歴統計を資料として ICD-10 の PD 診断の実態を示し、最後に ICD 改定の方角について若干の意見を述べることにしたい。

## 1. 現行の PD 概念の特徴と問題点

## 1) PD の定義

ICD-10<sup>13)</sup> において PD とは、「いくつかの根深く、持続的な行動のタイプを含む…社会的状況に対する個人の柔軟性を欠く広範な反応パターン」であり、「しばしばさまざまな程度の主観的苦痛や社会的機能の障害を伴っている」と定義さ

れている。その定義は、米国精神医学会 (American Psychiatric Association : APA) の策定した診断と統計のためのマニュアル第四版 (DSM-IV)<sup>1)</sup> の PD の定義でもほぼ同じ記述となっている。さらに、ICD-10 の研究用診断基準 (Diagnostic Criteria for Research : DCR)<sup>14)</sup> の全般的診断ガイドラインは、そこで PD の基本的特性が示されているために、PD の実用的な定義と見ることができる。ここでは、PD に確認されるべき特性として、(a)複数の機能領域、例えば感情、興奮、衝動統制、知覚と思考の様式、および対人関係の様式などにおける調和を欠いた態度と行動のあること、その行動パターンが(b)長く持続していること、(c)広い範囲の適応不全を引き起こしていること、(d)小児期あるいは青年期に始まっていること、(e)個人的な相当の苦痛、(f)職業的および社会的遂行能力の重大な障害をもたらしていることなどが挙げられている。この診断ガイドラインはほぼ同じ形で DSM-IV の PD 全般的診断基準に引き継がれている。ここでは、PD が広範囲の精神機能を巻き込む、持続期間の長い病理であり、それが他の精神障害と診断されない程度のものであることを特徴としていることが確認される。

## 2) PD の位置づけ

ICD-10 での PD は、F60 とコードされて、他の精神障害と同列に扱われているけれども、DSM では、1980 年の第三版以来、通常の I 軸の精神障害から別種の II 軸診断として措定されて

いる。このように精神障害とPDとを独立に評価して、精神障害の成り立ちを理解しようとする発想は、Kretschmer, E.の多次元診断(1919)や、笠原嘉、木村敏のうつ病の分類(1975)にも見られるものであり、精神医学の中で決して新奇なものでない。PDの取り扱いにおいてICD-10とDSM-III~IVのどちらが適切かは早急に結論できないけれども、そこではPDが通常精神障害からある程度独立した次元にあるもの、つまり基本的な性質を異にするものであることが確認できる。

PDとパーソナリティの関係も不明瞭な部分が多い。それはPDの定義にパーソナリティの語が含まれていないことにも表れている。そこには個人それぞれに尊重されるべきパーソナリティ(人格)に「障害」の語をつけることが問題視されてきた歴史的、社会的事情もあろうが、何よりも両者の関係が明確にできないのが実情だと考えられる。それは異例のことである。例えば、気分障害において「気分」の語がなければ、その精神障害が十分に定義できるかどうかを考えれば、その特殊さがおわかりいただけるだろう。そもそもPDの「パーソナリティ」とは、一般的概念とも心理学的概念とも言いがたいものである。その実態は、ICD-10 DCRやDSM-IVの診断基準の記述を見るなら、一般のパーソナリティの延長線上のものでなく、パーソナリティ機能の障害に由来する不適応症状、もしくは精神症状と断じられない程度の周辺の(精神)症状からなる症候群だと考えるべきである。

### 3) PDの診断と類型分類

現在のPDの診断方法の原型が確立されたのは、1980年のDSM-III<sup>1)</sup>に遡る。そこで導入された診断手法によってPDは精神医学的診断として「公認」されたのである。そこでは、次の2つの診断、分類の手法が基礎とされている。

・多神論的記述的症候論モデル (Polythetic descriptive syndromal model)

多神論的記述的症候論モデルとは、診断対象患

者が定められた数以上の診断基準項目に当てはまれば、そのPD類型が診断されるというものである。この操作的診断手法の最大の利点は、診断の信頼性を高められることである。この診断手法は、ICD-10 (DCR)<sup>14)</sup>にも採用されている。

・ミロン臨床多軸目録 (Millon Clinical Multiaxial Inventory : MCMI)<sup>8)</sup>

DSM-IIIでPD類型を定める際に用いられたのは、MCMIであった。これには、伝統的なPD類型が取り入れられていたこと、PD特徴を包括的に捉えようとしていたことといった特長があった。さらにその包括的把握から、従来にはなかった回避性PDのような新しい類型が指定された。そして、この回避性PDは、ICD-10にもほぼ相当する類型として不安性PDが新設されるに至っている。

これまで見てきたように、PDの定義、診断手法、PD類型の採用など、ICD-10とDSM-III~IVとは密に連携して作成されてきた。両者のPD類型の対応を表1に示す。

この表に見られるようにICD-10とDSM-IVのPD分類は多くが共通であるが、重大な相違点もある。それは、ICD-10で統合失調型PDをPDではなく精神病性障害の一つとして位置づけていること、境界性PDを情緒不安定性PDの下位分類として扱いを狭めていること、ICD-10で自己愛性PDを取りあげていないことである。これらの相違点がICDの改訂作業で問題とされるのは間違いない。

この他にも、PD診断には多くの問題が残されている<sup>7)</sup>。中でも最大の問題は、診断の妥当性確認の不十分さである。診断基準は、多神論的記述的症候論モデルにPD類型概念を当てはめて作成されているが、それが正しく病態を反映しているかが十分に確認されていないのである。その主な理由は、PD診断に客観的基準が存在しないことに求められる。また、信頼性にも依然として問題があるが、それはPD診断において評価事項が多数あり、その出現期間も長期にわたるものであることから無理からぬものかもしれない。問題は、

表1 ICD-10 と DSM-IV のパーソナリティ障害類型の対応

ICD-10(1992)		DSM-IV(1994)	
妄想性 PD	F60.0	妄想性 PD	301.00
統合失調質 PD	F60.1	統合失調質 PD	301.20
[統合失調型障害	F21.0]	統合失調型 PD	301.22
情緒不安定性 PD 境界型	F60.31	境界性 PD	301.83
		自己愛性 PD	301.81
演技性 PD	F60.4	演技性 PD	301.50
不安性 PD	F60.6	回避性 PD	301.82
依存性 PD	F60.7	依存性 PD	301.60
強迫性 PD	F60.5	強迫性 PD	301.40
情緒不安定性 PD 衝動型	F60.30		
非社会性 PD	F60.2	反社会性 PD	301.70
その他	F60.8	その他	301.80
特定不能	F60.9	特定不能	301.90

診断手続きにもある。PD 診断では、評価項目が多いので診断過程が煩雑になりやすいし、それが評価者や評価状況によって影響を受けてしまうことが知られている。例えば、構造化面接による診断では PD 診断の合併が多くなるが、臨床診断ではそれがほとんどないという食い違いが生じる。この診断手続きの問題については、後に改めて取り上げることにする。

このような問題点に対して 1994 年の DSM-IV<sup>1)</sup>では、PD 診断の合併を減らす工夫がなされており、さらに一般パーソナリティ理論に基づいた Neuroticism, Extraversion and Other Five-Factor Inventory (NEO-FFI)<sup>3)</sup> や Temperament and Character Inventory (TCI)<sup>2)</sup> といった評価法によるディメンショナルモデルの採用が提案されている<sup>12)</sup>。

## 2. 精神科病院における ICD-10 パーソナリティ障害診断の実例

次に ICD-10 診断使用の実例として都立松沢病院の退院時病歴データにおける PD 診断を挙げ、その特徴や問題点について検討することにしよう。これは、入院治療を担当した精神科医による PD の臨床診断である。

検討対象となったのは、都立松沢病院 1996 年 1 月から 2003 年 3 月までの期間に精神科病棟か

ら退院した 7131 人 (延べ 9423 例) (男性 4123 人、女性 3008 人) の病歴である。この期間に複数回の入院治療を受けている患者では、最後の入院を検討対象とすることとした。対象患者では、入院時平均年齢 (SD) が 40.4 (14.5) 歳、当該入院以前の松沢病院への平均入院回数が 1.8 (1.9) 回、平均入院日数が 232 (1287) 日であった。解析においては、多重比較が行われていたため、有意水準は一律に  $p=0.005$  とした。

PD 診断の頻度は、7.2% (513/7131) であった。PD 患者は、そうでない患者に比べて、平均年齢が若い [31.8 (10.5) 歳 vs. 41.0 (14.6) 歳 (括弧内は SD),  $p<0.0001$ ,  $F=196.7$ ,  $df=1,7129$ ], 女性に多い (男性 189 人 女性 324 人,  $p<0.0001$ , Pearson's  $\chi^2=99.7$ ,  $df=1$ ) といった特徴があった。

表 2 に PD 類型の頻度、性比、合併精神障害の種類・比率、合併精神障害のない患者の比率を示す。情緒不安定性 PD は PD 患者全体の半数以上 (59%) におよんでいる (情緒不安定性 PD で下位分類まで記載されていたのは境界型 64 人、衝動型 7 人であったので、その大多数は境界型であったと推定される)。次いで頻度が高い類型は、特定不能 PD と非社会性 PD であった。その他のパーソナリティ障害類型は、合計しても PD 診断全体の 3% 未満であった。すなわち、情緒不安

表2 パーソナリティ障害患者の頻度, 性比, 年齢, 合併精神障害の有無

PD 類型	Code	人数 (男性比率)	平均年齢 (SD)	合併精神障害なし
妄想性 PD	F60.0	4 (75%)	37.3 (14.3)	25%
統合失調質 PD	F60.1	6 (50%)	24.7 (3.2)	83%
非社会性 PD	F60.2	45 <sup>a</sup> (89%)	34.6 (8.8)	16%
情緒不安定性 PD	F60.3	302 <sup>b</sup> (22%)	29.3 <sup>c</sup> (8.2)	72%
演技性 PD	F60.4	7 (71%)	35.9 (18.3)	14%
強迫性 PD	F60.5	3 (100%)	31.7 (5.7)	33%
不安性 PD	F60.6	5 (80%)	45.6 (9.2)	20%
依存性 PD	F60.7	3 (67%)	33.3 (15.5)	0%
その他の PD	F60.8	12 (67%)	34.3 (9.4)	25%
特定不能の PD	F60.9	116 (42%)	35.6 <sup>d</sup> (12.9)	59%
混合性 PD	F61	10 (70%)	42.2 (17.7)	60%

注: F60 とコードされていた 28 例は F60.9 に含めた。PD 診断の重複は 2 例に見られた。2 番目の診断はいずれも F60.8 であったので、これらでは、第一の PD 診断のみ解析に含めた。

この表では、それぞれの PD 類型ごとにそれのない PD 患者との年齢, 性比の比較が行われた。

a:  $p < 0.0001$ ,  $\chi^2 = 57.4$ ,  $df = 1$  非社会性 PD は男性 40 人, 女性 5 人

b:  $p < 0.0001$ ,  $\chi^2 = 70.9$ ,  $df = 1$  情緒不安定性 PD は男性 66 人, 女性 236 人

c:  $p < 0.0001$ ,  $F = 47.4$ ,  $df = 1$ , 512

d:  $p < 0.0001$ ,  $F = 20.1$ ,  $df = 1$ , 512

表3 ICD-10 精神障害におけるパーソナリティ障害の合併比率

	全 PD	非社会性 PD	情緒不安定性 PD	特定不能 PD
器質性障害 F0	1.8% (5/272)	0.4% (1/272)	1.1% (3/272)	0.0% (0/272)
物質使用障害 F1	5.9% (91/1549)	1.7% (26/1549) <sup>a</sup>	2.2% (34/1549)	1.0% (16/1549)
精神病性障害 F2	1.1% (45/4109)	0.2% (8/4109)	0.4% (18/4109)	0.2% (10/4109)
感情障害 F3	5.2% (25/485)	0.2% (1/485)	1.6% (8/485)	2.5% (12/485) <sup>b</sup>
神経症性障害 F4	10.7% (26/243)	0.8% (2/243)	5.3% (13/243)	2.9% (7/243)
摂食障害 F5	20.8% (5/24)	4.2% (1/24)	12.5% (3/24)	0.0% (0/24)
発達遅滞 F7	6.3% (19/304)	2.0% (6/304)	2.3% (7/304)	1.3% (4/304)
小児精神障害 F9	4.9% (2/41)	2.4% (1/41)	2.4% (1/41)	0.0% (0/41)

注: 発達障害 F8 の 36 例に PD 診断はなかった。PD 患者の中で表 2 の PD 類型と精神障害との関連を検定した。

a:  $p < 0.0001$ ,  $\chi^2 = 54.2$ ,  $df = 1$ , b:  $p = 0.0019$ ,  $\chi^2 = 9.7$ ,  $df = 1$

定性 PD 境界型と特定不能 PD, 非社会性 PD が PD の主要な評価・治療の対象となっていたということである。さらに、非社会性 PD では男性が多い, 情緒不安定性 PD では女性が多く, 平均年齢が若い, 特定不能 PD では平均年齢が高いといった所見が見出された。これらの PD の性比や平均年齢には、それぞれの類型の特徴が現れていると考えられる。

合併精神障害のない症例の比率は、特に情緒不安定性 PD で高い。これは、情緒不安定性 PD が単独で臨床診断になりうることを反映している所見だと考えられる。

表 3 は、ICD-10 の精神障害ごとの PD もしくは PD 類型の比率を示している。物質使用障害 (F1) では非社会性 PD の比率が、感情障害では特定不能 PD の比率が高かった。

表4 精神障害におけるPD合併症例と非合併症例の比較

	例数	入院時年齢	入院回数 <sup>a</sup>	入院期間	その他の所見 <sup>b</sup>
物質使用障害 F1					
PD 合併群	64	35.0 <sup>c</sup> (10.3)	2.4 (3.1)	120 (312)	左の所見には、非社会性PDと情緒不安定性PDにおける相違が影響している。転帰では不変、未治が多い。退院時入院形態では医療保護、措置入院が多い。これらの所見は、F15でもっとも顕著であった。
PD 非合併群	1169	44.0 (13.2)	1.8 (1.7)	75 (137)	
精神病性障害 F2					
PD 合併群	19	35.2 (11.9)	2.2 (2.5)	138 (300)	退院時入院形態ではPD患者に医療保護入院が多い。退院後治療では他院通院が多い。転帰では不変、未治が多い。
PD 非合併群	2231	39.0 (13.5)	2.0 (1.6)	268 (1127)	
感情障害 F3					
PD 合併群	12	32.6 <sup>d</sup> (9.7)	2.1 (1.4)	122 (271)	左の年齢差には、情緒不安定性PDでの差が寄与している。
PD 非合併群	320	52.0 (14.8)	2.2 (2.4)	103 (219)	
神経症性障害 F4					
PD 合併群	18	34.1 (11.3)	2.2 (2.6)	110 (227)	転帰では不変、未治が多い（非社会性、情緒不安定性PDが寄与）。
PD 非合併群	165	38.2 (15.6)	1.4 (1.8)	60.5 (100)	
付：情緒不安定性PD単独診断群	99	29.6 <sup>e,f</sup> (7.7)	2.0 (2.1)	52 (118)	退院時入院形態では、医療保護入院（69%）、転帰では未治（32%）、退院後治療では他院通院（35%）が多い <sup>f</sup> 。

注：F0, F7については省略した。

a：過去の松沢病院における入院回数。

b：全PD、情緒不安定性PD、非社会性PD、特定不能PD、および年齢、入院回数、退院時入院形態、入院転帰、退院後治療のそれぞれの関連を検定して得られた有意（ $p < 0.005$ ）な所見。

c： $p < 0.0001$ ,  $F = 34.7$ ,  $df = 1$ , 1231

d： $p < 0.0001$ ,  $F = 20.3$ ,  $df = 1$ , 330

e： $p < 0.0001$ ,  $F = 63.8$ ,  $df = 1$ , 4393

f：これは情緒不安定性PDのある患者とない患者との比較である。

次に死亡退院と転院症例を除いた治療症例4395例（PD270例を含む）について検討してみよう。その平均入院日数は192（938）日、退院時入院形態は医療保護入院55.3%、任意入院32.9%、措置入院9.9%、転帰は軽快79.7%、不変10.4%、未治8.4%、退院後治療は自院外来57.6%、他院外来22.4%であった。

精神障害診断ごとのPD患者の臨床特徴を表4に示す。ここでは、物質使用障害および感情障害のPD患者がPDでない患者よりも平均年齢が低い、情緒不安定性PD単独患者がその他の患者よりも平均年齢が低いなどの所見が認められている。特にPD患者で未退院や他院への紹介の比率が高いという所見は、その患者で治療効果が上がりにくいこと、治療関係の継続が困難であることを示唆している。

このような表2～4に見られる所見は、われわれの臨床的感覚にそぐうものであり、多くの点で構造化面接による診断に基づく研究知見と傾向として一致している。しかし、そこには重大な相違がある。従来の研究所見と明らかに異なるのは、PD診断の頻度である。例えば、わが国のOnoほか<sup>9)</sup>による外来患者の国際パーソナリティ障害評価（International Personality Disorder Examination：IPDE）によるPD診断の調査では、41%が何らかのPDがあると診断されている。本報告で提示した入院患者でなら、外来患者よりも高いPDの比率が報告されてしかるべきところである。また、PD診断の合併も、Gundersonほか<sup>6)</sup>の報告する平均3～4個という値よりも著しく小さい（表2の注参照）。これは端的に言って、臨床診断でPDの特徴の多くが見落とされている

表5 構造化面接に基づく診断と臨床診断の比較

構造化面接に基づく診断	臨床診断
信頼性が高く、研究では不可欠。網羅的評価で見落としが少ない。	信頼性が低い。前景にある問題が中心に扱われて見落としが多い。
手続きが煩雑。一定の構造の下でしか診断ができない。	シンプル。通常の診療の枠組の中で行われる。
問題を拾いすぎる。PD 合併診断が多数生じる。診断は、重症例だと数個に及ぶことは稀でない。 多数の診断によって臨床で重点をおくべきところが不明瞭になりやすい。	前景にある問題に影響される。診断名は少数(1, 2個)に限られる。 臨床・治療で重点をおくべき問題を示す。

表6 ICD と DSM の相違点と今後

	ICD	DSM
現状	多軸診断ではない。しかし IPDE など、PD を独立に評価する診断面接が開発されているなど、他の診断と独立とみる考え方はある。	多軸診断。PD を独立の II 軸診断として重視。
	PD 類型の選択が保守的。	統合失調型 PD を残している。境界性 PD を重視。自己愛性 PD を取り上げている。
今後	ディメンショナルモデルへと向かう。すでに DCR は、多神論的記述的症候論モデルとなっている。 PD 診断の普及を促進できるか？	さらに徹底した一般パーソナリティ理論に基づくディメンショナルモデルに向かうか？ PD と一般パーソナリティを分けて評価するかどうか？
	DSM-V の改訂をどこまで取り入れるか？	統合失調型 PD (と境界性 PD) を通常の I 軸精神障害に移すか？

ゆえと考えられる。

このように研究と臨床とで所見が大きく乖離することは問題である。それでは、研究の知見を臨床に還元できないことになるし、臨床経験を研究の方向を導くために利用しがたいのである。本稿で提示した臨床診断には、ある種のステレオタイプに基づいて行われている可能性がある。例えば、情緒不安定性 PD 境界型の頻度の高さは、その概念の普及度に由来しているものと思われる。反面、臨床診断は、そのシンプルさによって患者の情報や病態の情報をごく効率的に伝えるという利点もあろう。それに対して、構造化面接による診断は、PD 同士の診断合併が高頻度で、簡潔な情報伝達が困難であることが問題とされる。

PD の臨床診断と構造化面接による PD 診断の相違を表5にまとめる。それぞれに得失があり、どちらも必要である。両者の並存は当面やむをえまい。しかし、少なくとも臨床診断と構造化面接による研究の知見とが互いに参照できるものとなることが必要である。

次に ICD 改訂の方向について考えてみよう。ここでは、その改訂作業が2012年に発表される予定の DSM-V と連動することが予想されるので、まず表6に ICD と DSM とを対比して現状と今後で予想される動きを示し、次いでそれについて若干の考察を加えたいと思う。

・ディメンショナルモデルへの動き

PD 診断が今後、ディメンショナルモデルによ

る評価に向うことは間違いないだろう。それは、PDが一般の人々との間に連続性があると想定される障害であるため、当然のことといえる。また、ディメンショナルモデルには、信頼性と妥当性を向上させることができる、時間的な安定性が高いなどの利点がある。DSM-III~IVで導入されたMCMIIを応用した多神論的記述的症候論モデルは、PD類型ごとに合致する診断基準項目の数によって診断がなされるので、ディメンショナルモデルの一種といえる。それをICD-10 DCRが採用したことから、ICD-10は既にディメンショナルモデルに足を踏み入れていると見ることができる。

しかし問題は、NEO-FFIやTCIを使った一般パーソナリティ理論に基づくディメンショナルモデルを取り入れるかどうかである。筆者はこれについて否定的意見である。Svrakicほか<sup>10)</sup>は、TCIのスコアとPD類型との対応を示しており、その大枠が実証されてはいるけれども、その相関はせいぜい0.5未満であり（例えば、文献4, 11）、従来のPD診断にとって替わるのはそれらとPDの病態とのよほど確かな関連性が実証されなければならぬ。現行のPDについての研究では、それが一般パーソナリティ特性の延長線上にあるのか、または一般のパーソナリティ機能と異質のものであるかという問題の結論は出ていない<sup>5)</sup>。また、一般パーソナリティ特性の評価には、一定の手続きが必要であり、ICDのようなさまざまな状況での診断が求められる診断体系にはそぐわないことも指摘されなければならない。少なくとも、ディメンショナルモデルの診断を普及させるためには、それに基づく簡便な診断法を提供することが必要である。

#### ・PDの分類・類型の整備

ICD-III~IVでは、PD類型の拡充が図られた。その眼目は、従来「境界例」と呼ばれていた障害を統合失調型PDと境界性PDとに二分してPDに編入したことである。それによってPD概念の臨床的有用性が格段に高まり、PD診断が普及し、その臨床的有用性が確認されるという動きが生じ

た。それに対してICDはずっと保守的な立場を取ってきている。統合失調型PDをPDでなく精神病性障害（F21）として位置づける一方で、境界性PDを情緒不安定性PDの下位類型としていわば格下の扱いをしている。元々の「境界例」が境界的な性質の病理であることを考えれば、それをどのように位置づけるかはずっと微妙な問題でありつづけているといえる。自己愛性PDの採否もICDとDSMの重大な相違点であるが、それについての研究は特に活発化していないようだ。

このような錯綜した状態に対する解決策は、PDの生物学的研究や他の精神障害との関連の研究からもたらされることが期待されている<sup>5)</sup>。しかし決定的な知見が見いだされない場合、改訂方針は、米国と欧州各国、その他の諸国の意見を集約する中で定まってゆくものとなろう。

#### ・PD診断の普及を目指す

構造化面接によるPD診断は、研究において必要であるが、煩雑すぎて一般の臨床現場での使用に無理が生じやすい。しかし先に示したようにPDの臨床診断には見落としが多いという大きな問題がある。ICDでは、DSM-III~IVにおいて実現されたような、PDの診断率を上げる工夫がこらされるべきである。そこでは同時に、研究用の構造化面接による診断と臨床診断を近づけようとする努力を怠るべきでない。

## 結 語

「特定のPD」の改訂作業は、解決困難な問題を多く抱えている。DSM-V作成のための研究指針<sup>5)</sup>では、PDの領域を大きく変えようという意気込みが記されている。しかしそれは、PDの病態の解明が十分進んでいないため、依然として先が見通せない状態にあるように思われる。

ICD-11およびDSM-Vへの改訂作業の中で、現行のPD診断の欠陥を補い、わが国でスムーズに受け入れられるものが作成されることを望みたい。

## 文 献

- 1) American Psychiatric Association: DSM-III, III-R, IV. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1980, 1987, 1994 (高橋三郎ほか訳: DSM-III, III-R, IV 精神障害の分類と診断の手引き. 医学書院, 東京, 1982, 1988, 1996)
- 2) Cloninger, C. R.: A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Arch Gen Psychiatry*, 44; 573-588, 1987
- 3) Costa, P.T., McCrae, R.: Personality disorders and the five-factor model of personality. *J Personal Disord*, 4; 362-371, 1990
- 4) Duggan, C., Milton, J., Egan, V., et al.: Theories of general personality and mental disorder. *Br J Psychiatry*, 44; S19-23, 2003
- 5) First, M. B. D., Bell, C. C., Cuthbert, B., et al.: Personality disorders and relational disorders: A research agenda for addressing crucial gaps in DSM. A research agenda for DSM-V (ed. by Kupfer, D. J., First, M. B. D., et al.). American Psychiatric Association, Washington, D. C., p. 123-200, 2002
- 6) Gunderson, J. G.: Introduction to section IV, Personality disorders. DSM-IV Sourcebook. American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1996
- 7) 林 直樹: 人格障害の臨床評価と治療. 金剛出版, 東京, 2002
- 8) Millon, T.: Disorders of Personality: DSM III Axis II. Wiley & Sons, New York, 1981
- 9) Ono, Y., Yoshimura, K., Sueoka, R., et al.: Avoidant personality disorder and taijin kyofu: socio-cultural implications of the WHO/ADAMHA International Study of Personality Disorders in Japan. *Acta Psychiatr Scand*, 93; 172-176, 1996
- 10) Svrakic, D.M., Whitehead, C., Przybeck, T.R., et al: Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50; 991-999, 1993
- 11) Trull, T. J., Tragesser, S. L., Solhan, M., et al.: Dimensional models of personality disorder: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition and beyond. *Curr Opin Psychiatry*, 20; 52-56, 2007
- 12) Widiger, T. A.: Personality disorder dimensional models. DSM-IV Sourcebook Vol 2 (ed. by Widiger, T. A., Frances, A. J., et al.). American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1996
- 13) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, Geneva, 1992 (融 道男, 中根允文ほか監訳 ICD-10 精神および行動の障害: 臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院, 東京, 1993)
- 14) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research. WHO, Geneva, 1993 (中根允文, 岡崎祐士ほか訳 ICD-10 精神および行動の障害: RDC 研究用診断基準. 医学書院, 東京, 1994)