

特集 さまざまな精神障害の「病識」をどのように治療に生かすか

境界性パーソナリティ障害の病識もしくは疾病認識と精神科治療
——当事者と治療スタッフはどうしたら協働できるか？——

林 直樹

精神障害をもつ人の疾病認識は、治療を進めるための重要な手がかりである。病識は、精神科臨床で重視されてきた疾病認識の1つであるが、もっぱら精神医学的理解に依拠していることなどの限界があるので、境界性パーソナリティ障害（BPD）のような疾病概念が十分確定していない障害の治療では、病識から離れて疾病認識について検討する必要がある。本稿では、BPD当事者の疾病認識に基づいて、精神科治療スタッフが当事者とどのように協働するべきかについて検討を行った。現状では、BPD当事者が強い苦しみを抱えて援助を求めても、精神科医療がその期待に十分応えられないことがしばしばある。他方、BPDの回復や治療効果についての知見が蓄積されつつあり、また、当事者による回復の報告やピアサポートの動きがみられるなどの変化が生じている。この情勢においてわれわれは、当事者の回復をめざして協働を進めるために、彼ら自身の疾病認識から出発して、精神科医療をどのように役立てるかを彼らとともに考えながら治療を進めることが必要である。

<索引用語：病識，疾病認識，境界性パーソナリティ障害，回復，治療関係>

はじめに

精神科治療では、精神障害をもつ当事者の主体的参加が不可欠である。特にパーソナリティ障害（personality disorder：PD）では、その特徴に当事者の意図的行動が含まれているため、彼らの主体的参加の度合いによって治療の成否が大きく左右されることになる。その主体的参加を決定する主要な要因の1つは、彼らの疾病認識である。その疾病認識を確認しながら治療の導入を進めることは、精神科治療スタッフの重要な課題である。

本稿では、PDのなかで最も臨床的問題とされることが多い境界性パーソナリティ障害（borderline personality disorder：BPD）を取り上げて、まず、当事者の疾病認識について検討する。その障害をもつ人々では、強い苦痛を訴えて治療を求めてくるけれども、治療者との協働が困難である

という特徴のあることが早くから指摘されている（例えば、文献22）。すなわちこれは、彼らが彼らなりの疾病認識をもっているのだが、それを治療関係における協働に活かすことは、相当の努力を要する課題だということである。本稿ではさらに、彼らの疾病認識を広げ、治療における協働を進める治療スタッフの役割について検討を試みることにする。

I. さまざまな疾病認識と
パーソナリティ障害（PD）

1. 病識とさまざまな疾病認識

病識は、Jaspers, K.¹³⁾によって「患者の疾病体験に対する態度のなかで、あらゆる症状や病気全体の種類も重さも正しく理解されているもの」と定義されている。この病識概念の臨床的有用性

は、幾多の研究によって実証されている。病識の存在は、統合失調症をはじめとする精神病性障害の診断や治療導入可能性の指標として重視されているし、その獲得は、治療アドヒアランスの改善、治療の進展の評価において有用であることが広く認められている。

Jaspers の「病識」の概念には、精神医学の側から患者の疾病認識を評価するという姿勢が明らかに認められる。病識概念のこの特徴には、歴史的背景がある。Jaspers の病識論は、いわゆる Kraepelinism の隆盛期に産み出されており、そこには、疾病概念が明確に規定されるものだという当時の考え方が反映されている。

この古典的概念については、これまでに修正が多く試みられてきた。David, A. S. の再規定³⁾では、病識が、①自分が疾患に罹患しているという認識、②自分に治療が必要という認識、③自分の体験（精神症状）が病的であるとの認識、の3要因から構成されるとされている。しかし、これらの議論においても、病識が精神医学的理解に立脚するものという基本的特性に変わりはない。

他方、精神障害をもつ人の疾病概念は広がりがあるものとして理解されるべきである。そこには、病識のほかにも当事者が独自に作り上げた疾病理解や民俗学的疾病観、精神医学の枠内にある概念として障害受容や患者役割受容などが含まれる⁷⁾。また、近年盛んに発表されている「当事者研究」もここに位置づけられるだろう。

2. パーソナリティ障害 (PD) と疾病認識

PDをもつ人々の治療において、病識の概念は、適用困難である。その理由としては、次のものを挙げることができる。

1) PD の疾病概念の混乱

その疾病概念は、現在も揺れ動いており、議論の帰趨が定まりがたい状況にある。その実例は、2013年に発行された米国精神医学会の精神障害の診断基準 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed : DSM-5)¹⁾において、DSM-IVから引き継がれた診断基準と新しく考案

された代替診断基準の2つが並置されていることである。前者ではPDが不適応をもたらす持続的な「認知行動パターン」として規定されているが、後者では「ある程度以上のパーソナリティ機能の減損」という前者と異なる規定が示されている。

2) 問題行動・精神症状が多彩で広がりがあること

この特徴は、DSM-5の全般的診断基準に記述されている。これは、PD症状の全貌の把握が容易でないことに通じている。

3) ライフスタイルや人生観まで巻き込んでいくこと

PDではライフスタイルや人生観がしばしば問題になる。これは、従来の精神科医療において扱うことが難しい領域であった。

従来のPDの疾病認識についての議論において、病識でなく、当事者それぞれに固有の理解（「自家製の病」¹⁴⁾や病いや治療についての語り¹²⁾）が論じられているのは、このような事情のゆえである。

II. 境界性パーソナリティ障害 (BPD)

当事者の思い

ここでは、BPD当事者の思いについて考えるために、まず一人の当事者の苦しみと精神科医療とのかかわりを紹介する。

1. 事例：咲セリ氏

BPD当事者の半生記では、彼らの体験した苦しみやそれへの対応、そして精神科医療とのかかわりが記述されている⁸⁾。最近刊行された咲セリ氏の著作『死にたいままで生きています』²⁰⁾には、その実体験が綴られている。彼女は、15歳から自宅で暴れるなどの行動をみせるようになり、家出をして多くの苦労を経験した後、信頼できる男性（後の夫）に出会い、さらに精神科医療を安定して利用できるようになった。30代後半になった現在では、時折抑うつ症状や希死念慮が出没するものの、ウェブデザイナーとして活動している。彼女のBPDの経過を次に示す。

1) どのように発症したか？

幼少期の咲氏は、父親から日常的に「失敗作」「できそこない」と罵られていた。母親はそのような心理的虐待を受けている彼女をかばうことがなかった。その状況のなかで彼女は、「自分は世界で一番いらぬ人間だ」と考えていた。中学では、「不良」の仲間と交際するようになり、家庭とは別の世界の存在を知った。15歳頃から、家庭での不満を機に母親に暴力を振るったり、リストカットしたりするようになった。高校ではいじめのために不登校となる。さらに、16歳から「他の人から必要とされていると感じたい」などの思いから援助交際をしたり、家出したりするようになる。その時期には、過度に自分の容姿を気にしたため、「下剤依存」や「エステ依存」が出現した。

2) どのような問題が生じたか？

彼女は、後に結婚する男性と24歳から同居し始めたが、その後しばらく、彼に暴力を振るっていた。彼が期待に答えてくれないと、彼女は、「捨ててよ」「殺してよ」と迫り、さらに憎しみが湧き出てきて暴力に至るのである。また、彼から捨てられる不安を打ち消すために性交渉を頻繁に求める時期があり、その後、不安を和らげるため、強迫的な清掃に長い時間を費やすようになった。ウェブデザインの仕事では、できないことが1つでもあると激しく自分を責めたり、修正を求められると自分の存在を否定されたと感じたりした。

3) 精神科医療とのかかわり

長時間の掃除が強迫症状であることに気づいた彼女は、精神科クリニックを受診した。しかし、副作用への説明や対応がなく、訴えに耳を傾けてもらえないことに医療への不信感を抱いた。また、自分がBPDだと考えて、医師に質問しても、はぐらかされるだけで明確な説明が得られなかった。しかし、幾度も通院先を変えるうちに、ようやく7軒目の医療機関でBPDと診断してくれる精神科医に出会うことができた。以来、担当医の「(病気から) 治るのではなく成長するのがよい」という言葉に従って努力してきた。

4) どうやって回復の軌道に乗ったか？

回復への道を進むことができるようになった契機はいくつかあるが、ここではそのうちの2つを挙げる。あるとき、うつ状態が強まり、飛び降りようとして高所に上がったが、どうしても自殺に踏み切ることができなかった。その後、茫然として雨の中をずぶぬれになって街を歩いていた彼女は、通りがかりの人に呼び止められて、車で自宅まで送ってもらった。夫も「帰ってきてくれて嬉しい」と温かく迎え入れてくれた。それは、「自分が愛されている」ことを実感できた体験だった。

夫の協力を得て始めた「生まれなおしの儀式」も1つの支えとなっている。それは、「朝、私は目覚めると、膝を抱え胎児のように丸くなり、夫を呼ぶ。目を閉じた耳元で彼は『生まれておいで、みんな、君に会いたいよ』とささやく。…毎朝、この言葉が私を包み込んでくれる」というものである。

2. 当事者の体験している苦痛

BPD当事者は強烈な苦痛を体験している。Stern, A.²²⁾は、不安と絶望が強く、それによって感情や対人関係が著しく不安定になる境界例(BPDの前身の疾病概念)の特徴を“psychic bleeding”と名づけている。また、従来から内的空虚感など自己感覚の異常、非現実感を慢性的に体験し、虚無的な世界観を抱いていることが報告されている⁶⁾。

BPD患者の主観的体験について質的研究を行ったMiller, S. G.¹⁷⁾は、彼らでは周囲に溶け込めない感覚、自己不全感や空虚感、生きていたくなるほどの絶望感が支配的であると報告している。また、彼らは、感情を(気晴らしや酒・ドラッグを使って)切り離すこと、対人関係を制限すること、自己主張・自己開示を避けることを対処法として選択することが多いとされる¹⁷⁾。このように彼らは、強い苦痛を慢性的に体験しており、それを問題として捉えて、さまざまな対応を実践しているのである。

また、従来の研究では総じて、当事者がBPDで

あることから強いスティグマを抱き、それに苦しんでいることが報告されている^{2,4)}。

3. 当事者の精神科医療への思い

従来の研究から BPD 当事者は、精神科治療に対してしばしば不満や不信感を抱いていることが知られている。彼らが治療の筋道が示されない不安を感じていることや、治療で提供されるものが自分の感覚とズレていること¹⁵⁾、PD と診断されたことで不利益を被ったこと^{18,19)}、PD という診断は自分に関係ないと感じていること¹⁸⁾などが報告されている。

このような精神科医療への不満については、これを裏づけるように精神科治療スタッフの BPD 患者に対する姿勢が否定的であることが繰り返し報告されている²⁾。ここでは、治療スタッフと当事者のもつネガティブな治療のイメージが実際に劣悪な関係を生じさせるという循環的過程が生じていると考えられる²⁾。

さらにそのほかにも、前述の咲氏のように、診断すらしてもらえずに精神科医療に失望している人が多くいると考えるべきである。

Ⅲ. 境界性パーソナリティ障害 (BPD) の回復についての研究の進歩

精神医学的研究のなかで回復について多くを教えているのは、長期予後や治療についての研究である。

1. 長期予後研究

BPD の長期予後については、重要な研究知見が多く発表されている¹¹⁾。例えば、Zanarini, M. C. らの研究²⁶⁾では、18~35 歳の BPD 入院患者 290 人の退院後 16 年間の経過が調査され、2 年以上 BPD と診断されない「寛解」の期間を患者の 99% が、総合評価尺度 (General Assessment Scale : GAS) スコアが 2 年以上 60 以上となる「回復」の期間を 60% が経験するけれども、その後に患者の約 40% がそれぞれの「寛解」「回復」の状態を失うことが明らかにされた。他方、他の PD と比較

すると BPD の障害が重いことが報告されている。Zanarini ら²⁵⁾によれば、他の PD と診断された 72 人の患者と比較すると、BPD 患者は、衝動行為などの精神症状が多く残存し、就労の継続や安定した家族関係の維持が困難であり、重い適応困難に苦しんでいた。この所見は、BPD は改善するけれども、その後も十分な治療、ケアを継続する必要があると解釈することができる。

症例の経過を仔細に調べると多くの変化が生じていることが確認される。例えば、15 年以上 (平均 22 年) の経過を観察しえた症例についての報告¹⁰⁾では、暴力や衝動行為が徐々に軽快し入院が減ること、親との関係が徐々に穏やかなものに変化すること、がむしゃらに対人関係を求める傾向が減り、ひきこもり優位になることなどが記述されている。

2. 治療の成果と広がり

Stoffers, J. らの系統的展望とメタ分析^{23,24)}では、弁証法的行動療法やメンタライゼーション療法をはじめとする精神療法、および気分調整薬や非定型抗精神病薬などによる薬物療法の有効性が十分に確立されていることが確認されている。そこで取り上げられているのは主に、BPD の病勢が強いいわば急性期の治療であるが、その後の慢性期、安定期の治療も議論されている。

Links, P. S.¹⁶⁾は、BPD のリハビリテーションモデルを提示している。そこでは、患者に承認を与える環境が提供され、家族の支援を受け入れる働きかけが行われる。リハビリテーションは、一般的な BPD 治療にも組み入れられている⁵⁾。

BPD 当事者への援助、治療は、確実に広がりつつあるということができる。わが国では、BPD 治療についての実証的研究はほとんど行われていないが、他国の研究知見を参考にしながら治療が行われていると考えられる。

Ⅳ. 当事者の疾病認識の発展

1. 疾病認識の形成過程

これまでの議論に基づいて BPD 当事者におい

表1 境界性パーソナリティ障害 (BPD) の当事者における疾病認識の形成の過程

	疾病の過程	治療の過程	疾病認識の形成過程
発病期	感情・衝動コントロール不良, 対人関係の不安定さを反映した問題行動・精神症状が徐々に顕在化する.	治療開始が大幅に遅れることが多い.	苦しみを自覚し周囲に助けを求めると、有効な援助はなかなか得られない.
活動期	問題行動・精神症状が持続的もしくは頻回に発生する. 気分障害, 不安障害, 物質使用障害などをしばしば併発する.	BPD (もしくは他の診断) として治療が開始されるが, 中断が稀ならず起きる.	徐々に問題行動・精神症状の認識が進む. ステイグマ, 社会の差別を認識し, 自己概念の傷つきが生じる.
安定期	問題行動・精神症状が消長を繰り返しながら徐々に軽快する.	治療が継続されるようになる. 自己概念の修復がめざされる.	安定した疾病認識が形成され, 治療スタッフや精神保健ワーカーと協働できるようになる.
回復期	上記症状が残存する. それらは, ゆっくりと消褪していく.	治療, リハビリテーションが継続され, 社会参加が促される.	疾病認識が深まり, 障害受容が進められる. 障害からの回復, 自己概念の再建の歩みを進める.

注：この表は、統合失調症患者の疾病認識の形成過程の表⁷⁾を BPD の経過に合わせて書き直したものである。

て想定される疾病認識の形成の過程を表1に示す。

疾病認識は、BPD の症状、およびそれに由来する苦痛を自覚することから生じ、それへの対応の努力や精神科治療の体験のなかで深まるものと考えられる。しかし、治療を受けても苦痛が軽快しないなどの状況では、その発展は停滞することになる。また、BPD 症状の強い苦痛が持続すると、自己概念の傷つきによって自殺の危険が高まることもある。安定期、回復期では、社会活動や家族との交流が重ねられるなかで、傷ついた自己概念が修復され、回復への過程が徐々に進行していく。

2. 当事者の回復の努力とピアサポート

BPD 当事者の自伝的著作では、彼らが経過中に体験したことや回復の過程が記述されている。これらの著者の多くは、他の BPD に苦しむ人々を励まし、助けたいという意思を表明している⁸⁾。また、回復者の一部は、自己治療学習書の出版などのピアサポートの活動を開始している⁹⁾。同様に先述の咲氏も、自らの対処法を紹介する「8つのテクニック」²¹⁾を公表している。

これらの人々の活動は、当事者の側から疾病認識を深めて、さらにそれを多くの人に伝えて回復

のために役立てようとするものである。これは、彼らが精神科治療スタッフと大きく重なる役割を担おうとしていることを示している。

3. 当事者と協働する精神科治療スタッフの役割

治療スタッフのかかわりの第一歩は、当事者の苦しみを確認し、その疾病認識を尊重することである。次には、当事者に自分の状態についての認識を深め、それにどのように対応するかを考えてもらうことが課題になる。

治療の必要性を認識するには、彼らが治療を苦痛の軽減や回復に役立つ手段として受け入れることが決め手となる。そこでは、それを説明する治療スタッフを信頼することや、治療が苦痛の軽減や回復に役立つことを治療のなかで実際に体験することが重要である¹²⁾。そのような過程を経て、精神科治療の役割がその疾病認識のなかに組み入れられることになる。症例によっては、病名告知を行って、BPD が問題だという認識を促すことが有効であることがある。しかしその場合でも、当事者自身の疾病認識を最大限尊重するよう心がける必要がある。そして、そこで提示される精神医学的な説明は、数ある疾病理解のなかの 1

つとして提示されるべきである。

他方、当事者の認識を尊重することは、精神医学の理解や精神科治療の価値が低いということの意味しない。精神科治療に BPD 当事者をしっかりと支援できる力があることは先に示した通りである。治療スタッフは、精神医学の知識や治療技術の有用性を適宜伝えていく必要がある。

治療でめざすべきことは、当事者と治療スタッフのパートナーシップの確立である。治療でめざされる当事者の回復が本来の自分の姿を取り戻し、自分の人生を進むことができるようになるという意味ならば、パートナーシップに基づくかわりにおいてこそ、治療スタッフはその回復を助けるために十全の力を発揮できるのである。

おわりに

BPD 当事者は精神科医療の援助を切実に必要としている人たちであり、彼らが治療スタッフとの協働に通じる疾病認識を形成することは十分期待できる。しかし、彼らが自らの疾病認識に基づいて精神科医療機関を訪れても、精神科医療がそれに応えられないことがしばしばあるのが現状である。

当事者が障害を認識し、治療スタッフと協働するようになる過程は、自らの苦痛を自覚することから始まり、その精神障害との関連性を認識するに至り、さらに治療スタッフを信頼して、その説明を受け入れ、さらに治療の効果を実感して、それらを疾病認識のなかに組み入れるという作業の積み重ねとして把握できる。その過程における治療スタッフの果たすべき役割は、当事者に精神医学の疾病概念を「正しく」理解してもらいよりもむしろ、その疾病認識を豊かにして、当事者とともにさまざまな回復への道を考え、その道を拓いていくことである。それぞれの当事者の回復を達成するための努力やそこから得られる成果は、治療スタッフの治療経験のなかに蓄積されて、精神科医療、さらには精神医学を豊かにすることになるだろう。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Arlington, 2013 (日本精神神経学会 日本語版用語監修, 高橋三郎, 大野 裕監訳 : DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, 2014)
- 2) Aviram, R. B., Brodsky, B. S., Stanley, B. : Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harv Rev Psychiatry*, 14 ; 249-256, 2006
- 3) David, A. S. : Insight and psychosis. *Br J Psychiatry*, 156 ; 798-808, 1990
- 4) Grambal, A., Prasko, J., Kamaradova, D., et al. : Self-stigma in borderline personality disorder- cross-sectional comparison with schizophrenia spectrum disorder, major depressive disorder, and anxiety disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 12 ; 2439-2448, 2016
- 5) Gunderson, J. G. : Borderline Personality Disorder : A Clinical Guide. American Psychiatric Publishing, Washington, D. C., 2001 (黒田章史訳 : 境界性パーソナリティ障害クリニカル・ガイド, 金剛出版, 東京, 2006)
- 6) 林 直樹 : 境界例の精神病理と精神療法. 金剛出版, 東京, 1990
- 7) 林 直樹 : 疾病認識の評価. *精神障害とリハビリテーション*, 5 ; 102-105, 2001
- 8) 林 直樹 : 患者の目から見た精神科医療 : 境界性人格障害患者の著作から. *こころの科学*, 120 ; 174-179, 2005 (林 直樹 : パーソナリティ障害とむきあう. 日本評論社, 東京, 2007 に所収)
- 9) 林 直樹 : 境界性人格障害の自己治癒援助 : 自己学習治療から学ぶこと. *こころの科学*, 126 ; 148-156, 2006 (林 直樹 : パーソナリティ障害とむきあう. 日本評論社, 東京, 2007 に所収)
- 10) 林 直樹 : 境界性パーソナリティの治療経過とライフサイクル : 長期治療例 7 例の検討から. *日本サイコセラピー学会雑誌*, 12 ; 117-125, 2011
- 11) 林 直樹 : 境界性パーソナリティ障害の長期予後. *臨床精神医学*, 43 ; 1457-1463, 2014
- 12) 林 直樹 : パーソナリティ障害治療における「病識」と「語り」. *精神科治療学*, 30 ; 1231-1236, 2015
- 13) Jaspers, K. : *Allgemeine Psychopathologie*. Springer, Berlin, 1946

- 14) 狩野力八郎：人格障害という病名の使用と知ること—精神科外来マネジメント技法の1つとして。精神科治療学, 19 ; 151-156, 2004
- 15) Katsakou, C., Marougka, S., Barnicot, K., et al. : Recovery in borderline personality disorder (BPD) : a qualitative study of service users' perspectives. PLoS One, 7 ; e36517, 2012
- 16) Links, P. S. : Psychiatric rehabilitation model for borderline personality disorder. Can J Psychiatry, 38 (Suppl 1) ; S35-38, 1993
- 17) Miller, S. G. : Borderline personality disorder from the patient's perspective. Hosp Community Psychiatry, 45 ; 1215-1219, 1994
- 18) Ramon, S., Castillo, H., Morant, N. : Experiencing personality disorder : a participative research. Int J Soc Psychiatry, 47 ; 1-15, 2001
- 19) Rogers, B., Acton, T. : 'I think we're all guinea pigs really' : a qualitative study of medication and borderline personality disorder. J Psychiatr Ment Health Nurs, 19 ; 341-347, 2012
- 20) 咲 セリ：死にたいままで生きています。ポプラ社, 東京, 2015
- 21) 咲 セリ：8つのテクニック NHK ハートフォーラム 「境界性パーソナリティ障害—回復は大きならせん階段をのぼっていくように」小冊子, NHK 厚生文化事業団近畿支局, 大阪, 2017
- 22) Stern, A. : Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neurosis. Psychoanalytic Quarterly, 7 ; 467-489, 1938
- 23) Stoffers, J., Völlm, B. A., Rücker, G., et al. : Pharmacological interventions for borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev, 6 ; CD005653, 2010
- 24) Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rücker, G., et al. : Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev, 8 ; CD005652, 2012
- 25) Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., et al. : Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. J Pers Disord, 19 ; 19-29, 2005
- 26) Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., et al. : Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects : a 16-year prospective follow-up study. Am J Psychiatry 169 ; 476-483, 2012

Insight into Illness or Illness Recognition, and Psychiatric Treatment of Borderline Personality Disorder : How do Persons with the Disorder and Psychiatric Staff Work Together?

Naoki HAYASHI

Department of Psychiatry, Teikyo University School of Medicine

Illness recognition of persons with psychiatric disorders is an important basis for establishing a therapeutic relationship. Insight into illness is a useful clinical concept of illness recognition, which is defined based on whether the recognition is consistent with the psychiatric concept of a particular disorder. Therefore, it is hardly applicable for cooperating with persons with not-well-conceptualized disorders. This paper examined the role of illness recognition of persons with borderline personality disorder (BPD) in forming a cooperative relationship. The current situation is that many persons with BPD who seek psychiatric treatment, are not provided with appropriate treatment, and resultantly fail to gain sufficient relieves from it. One reason for this is that treatment staffs are unable to use their illness recognition for facilitating cooperation. On the other hand, favorable conditions that have emerged lately are that a large body of research has demonstrated the effectiveness of treatment and possibility of recovery, and that peer support activities such as revealing themselves as having BPD for encouraging others with the same disorder and spreading hope for recovery, are growing. In conclusion, it is recommended that for the purpose of working together with persons with BPD toward recovery, treatment staffs acknowledge their own illness recognition and presenting them psychiatric treatment as a potent and practical means to endorse distress reduction and stable daily life.

< Author's abstract >

< **Keywords** : insight into illness, illness recognition, borderline personality disorder, recovery, patient-treatment staff relationship >
