

DSM-IV-TRによる人格障害

町 沢 静 夫

Personality Disorders according to DSM-IV-TR

Shizuo MACHIZAWA

要約

著者は、DSM-IV-TRにそって人格障害を展望した。それは歴史、病因論、そして治療である。著者は特に境界性人格障害について、日本の研究データを明らかにした。アメリカのBPDは身体的虐待と性的虐待とが特に強く結びついているが、日本では過保護が主な病因であると主張した。

キーワード：人格障害, 精神障害と人格障害, DSM-IV-TR

1. 人格障害の歴史

人格障害は、ギリシャ時代からすでに指摘されていた。歴史そのものはきわめて古いものである。しかし今こそ、人格障害の研究はようやくあるレベルに達したというものであり、決して進んでいるものではない。

人格障害の展開は、ギリシャそしてドイツと伝わり、そしてアメリカに移っていくのであるが、アメリカに移ったのは、精神分析家たちが神経症の治療をするのに、中にはきわめて治りにくい人たちがいる。この人たちは人格に問題があるのではないか、たとえば今で言うところのボーダーラインというような人格を背景に持っている人たちの神経症はきわめて治りにくい、ということに次第に気づき始めたのである。

人格障害の現代における端緒は、ボーダーライン研究から始まったと言ってよい。初期は精神分析家ばかりであったが、次第に精神病理学者や、プラグマティックな心理学者などが加わって、人格の研究は大きく進んだものである。

クレペリンは二大精神病を打ち立てたことで有名であるが、この二つの精神病の病前性格として、まず循環性の素質を持ったものは躁うつ病になりやすいと説明し、自閉的気質は早発性痴呆(精神分裂病)になりやすいと説明している。現在犯罪を起こしやすい性格として、今でも残っているサイコパスと呼ばれているものは、クレペリンが最初に導いたものであり、これは精神病の前段階であったり、精神病に移りつつある段階にあるものであるとしている。つまり精神病質人格は、本格的な精神病に至るまでの中間的なものであると考えられていた。しかし今やこれはクレックリーによって、犯罪を起こしやすい人格、つまりサイコパスというように移っていったものである。

このようにクレペリンは人格というものは、精神病に至っていく、その病前性格としてとらえており、その意味ではクレッチマーと同じような精神病につながっていく、あるいは連続していく人格障害を述べたものであった。

クレッチマーは4つの基本的な型にわけた。まず肥満型。このような人たちは大きな胸郭とお腹を持ち、柔らかいが筋肉はあまり発達していない。

町沢メンタルヘルス研究所

次に筋肉質。筋肉が全体に幅広く発達し、太い骨格を持っている。これに対して無力型は、逆に筋肉があまり発達しておらず、骨もいささか脆弱な印象を与えている。分裂病圏の人たちは、無力型の体質を持った人で、内向的な人がなりやすく、さらに気が小さく、人間的な優しさに欠けているという。これは分裂病の引っ込み思案と外界に対する反応の乏しい気質がより弱まっただけと考えているのである。

肥満型は友好的で対人関係では依存的であり、躁うつ病のあまりひどくない、変異したものと考えていた。つまり肥満型は循環気質と結びつきやすく、やがて循環病質となり、最終的には精神病としては躁うつ病に関係づけられと考えた。

無力型の人には分裂気質であり、さらに分裂病質に移り、やがて分裂病に連続していると考えている。また、クレッチマーは分裂気質者をさらに敏感型と鈍感型とに分けている。敏感型は感受性が豊かでありながら対人過敏であり、したがって閉じこもりやすい性格を持つ。鈍感型は他人の批判に鈍感に感ずるので、あまり外界との関係がなく、やや自閉的であると同時に内的な世界もあまり豊かとは言えない、と述べているのである。

またクルト・シュナイダーは、精神病との連続を断ち切った独自の人格障害を明かにしている。

1. 発揚者、2. うつ病的な人格、3. 自己不確実な性格、4. 狂信的な性格、5. 顕示欲の強い、注意を求めた人格、6. 気分の不安定な性格、7. 爆発的な性格、8. 情性欠如、9. 意志薄弱者または意志欠如者、10. 無力的人格となっている。

つい10年以上前まで、このようなクルト・シュナイダーの10個の人格類型が日本の鑑定の人格分類に使われており、今も時々このような鑑定がみられるものである。DSM-IIIが現れるまで、日本ではクルト・シュナイダーの10個の人格類型を使っ

た鑑定がほとんどであった。しかしこの人格類型の説明は、DSM-IVの診断基準にある人格類型に比べるとはるかに簡素にしか記載されていないので、漠然とした理解しか得られないというのが大きな欠点である。

2. DSMの人格障害

DSMでの人格障害類型の登場は、診断基準を明確に述べ、そしてまたクラスターA、クラスターB、クラスターCと大きく分けている。クラスターAは変わった人々、クラスターBは感情の混乱を示す人々、クラスターCは不安の強い人々というように人格を大きく3つに分け、各人各障害の診断基準を細かく述べたものであった。このDSM-IIIでの人格障害は、DSMの分類でのⅡ軸と言われているところに置かれているものであり、症状中心の精神障害つまりうつ病や精神分裂病、あるいは不安障害などといったものが、この第Ⅰ軸、アクシスⅠというところにあるものであり、人格障害は第Ⅱ軸つまりアクシスⅡというところに置かれている。

先日、精神分裂病は統合失調症という名前に変わったのであるが、本来人格障害の中のクラスターAつまり分裂病質人格障害、分裂病型人格障害、妄想性人格障害といったものと精神分裂病は分裂病スペクトラムとして1つにまとめられていたのであるが、分裂病を統合失調症ということによって、この分裂病圏と考える考え方を断ち切ったのである。遺伝的にも分裂病圏の人たちは共通の遺伝を持っていると考えているにもかかわらず、この連続性を断ち切られるということは、学問的にも大きな問題である。そのことを考えずに、ただ「精神分裂病は偏見が強いから」といって「統合失調症」にするのは、いささか問題ではないかと思われる。統合失調症も3、4年も経てば同じよ

うな偏見を持った診断名に移っていくに違いないのである。名前を変えても、その偏見を断ち切ることはできるわけではない。むしろ精神分裂病を治すための研究を盛んにして、治癒率を高めることの方が偏見を少なくするものと思われる。そしてこのようなためには、既に述べた分裂病圏とする考え方は、有力な分裂病への流れを読んでいる考え方なのである。

DSMの考え方という人格障害の整理の仕方はきわめて優れているものであって、もちろんこれでもって完全ということではない。誰もそのようなものとは考えてはいない。分類というのは、多かれ少なかれある種のオーバーラップもあり、また本来人間の人格を分けるということは、多分に無理のあるものになってしまう。しかもDSM-IVの人格障害の分類は、そこには統計学的な整合性、統計学的な一貫性や妥当性の検討がなされていないのであり、かなりの矛盾を含んでいるものである。このような批判をしたとしても、クルト・シュナイダーの10個の人格障害に比べれば、はるかに整合性のあるものと考えられる。

このような分類によって、たとえばオウム真理教の松本智津夫被告は、中学高校の頃はきわめて猜疑心が強く、妄想性人格障害と考えられるものであった。やがて痩せる薬といった、犯罪的な薬物を売り出すことによって、既に反社会性を帯びた人格を明かにしていたが、さらに宗教に近づいて空中浮遊ができるということで、多くの人にその写真を見せたものであったが、これは当然ニュートンの力学を否定する非常識な考えであり、全く滑稽なものである。そして予言や神秘的な思想を語るようになると、これは分裂病型人格障害ということになる。さらに松本サリン事件をはじめとする犯罪を犯すようになると、当然これは本格的な反社会性人格障害である。このように松本智津

夫という人間の犯罪の跡を、人格障害から辿ることができる。

池田小事件の宅間被告も非常に猜疑心が強く、それでいて自己顕示欲も強いものであった。また人を騙すのがうまく、演技的に医者まがいの力があると吹聴したり、最終的には池田小の児童を殺して犯罪者になったのであるが、これも妄想性人格障害、人をうまく騙し、そして暴力的であり残酷である、さらに共感性が乏しいという意味で、典型的な反社会性人格障害である。さらにストーカー行為や家庭内暴力などを行い、それでいて寂しがりやだという意味では、境界性人格障害である。自分は誰よりも優れた能力を持っている、精神科医にも負けないという点では自己愛性人格障害であり、3人の女性と結婚しているが、これは人を騙すのがうまい、魅力的に見せるのがうまい、人を惹きつけるのがうまいという意味で、演技性人格障害である。

かくてクラスターBはすべて宅間被告のものである。このようなクラスターBを全部含んだ人という意味では、この人格類型の分類はきわめて有効性を持っているものといえる。

またDSMの特徴として、二大精神病というものがすでにDSM-IIIでなくなり、精神分裂病あるいは精神分裂性障害だけが精神病ということになったのである。つまり精神病とは現実と非現実の区別がつかないということと定義される。この定義によれば、躁うつ病は現実と非現実の区別ができないというのではなく、感情の揺れなので、この躁うつ病ないし双極性障害は精神病から外れ、分裂病だけが精神病となったのである。

さらにDSMでは、全ての疾患は障害として名づけられた。分裂病も分裂性障害、躁うつ病も双極性障害、あるいはパニック障害、人格障害も障害として名づけられたのであるが、DSM-IV-TR

になって、精神分裂病だけが精神分裂病として、病気として認められた。その他は障害として名づけられているのである。

DSM-IVのその他の特徴は、多軸診断であるということである。第5軸まで広がる診断体系なのである。第1軸は既に述べた臨床的症状による精神障害であり、第2軸は人格障害および精神遅滞を示す。第3軸は一般身体疾患、第4軸は心理社会のおよび環境的ストレスである。第5軸は心理的機能の全体的評価である。心理的機能の全体的評価というのは、GAFという名前の尺度を使う。そして1～100点までのGAF得点を考慮して評価する。

3. DSM-IV-TRの人格障害の各論

<クラスターA>

クラスターAは既に述べたように分裂病質人格障害、分裂病型人格障害、妄想性人格障害の3つが奇妙な人格群としてまとめられている。いずれも分裂病との関連は深く、症状はよく似ている。

* 分裂病質人格障害 *

分裂病質人格障害は、分裂病の陰性症状とよく似ている。社会的にも対人関係的にも孤立し、感情はやや乏しい。ただ分裂病と違うところは、精神病的な認知面や知覚的な歪みはなく、厳格な妄想もないことである。さらに次第に症状が進行するということは、当然みられるものではない。分裂病質人格障害は、分裂病の残遺状態にも似ており、さらにまた前駆状態にも似ている。したがってしばしば分裂病の患者は、分裂病質人格障害と誤診されてしまうことがある。実際、分裂病質人格症状は分裂病とは遺伝的には家族発生的なつながりを持っており、分裂病と連続上のものと考えられる。

分裂病質人格障害の診断基準は以下のようである。

- ① 家族を含めて、人と親しい関係をもつことを楽しいと思わず、もちたいと思わない。
- ② ほとんどいつも孤立した行動をとる。
- ③ 他人と性体験をもつことにあまり興味をみせない。
- ④ 趣味のような喜びを感じる活動にあまり関心がない。
- ⑤ 親、きょうだい以外の親しい人や信頼できる人がいない。
- ⑥ 他人の賞賛にも批判にも無関心にみえる。
- ⑦ よそよそしく冷たい。感情の幅が乏しい。

分裂病質人格障害者の注目すべき治療目標は、「まず何か喜びをもたらすものをみつける」ということである。2番目には「対人関係を豊富にし、対人関係的接触を増やす」ということである。それは同時に不安を克服することでもある。3番目には「少し仕事をやってみる、あるいは何らかの教育を受けてみることを可能にする」とことである。

分裂病質人格障害の対人関係を豊富にするには、ロール・プレイなどで少しでも人前に出ることを学ぶ。その恐怖を乗り越えることによって、自己表現が他人の前でもできることは重要なことである。また、分裂病質人格障害者は人にほめられることが少なかつただけに、ロール・プレイなどの治療にあたっては、ほめることによって少しずつ学びの力を強くしてあげることが重要なことである。集団療法を通じて、多くの人と感情の交流をし、交わることができるようにすることも重要な治療法である。

分裂病質人格障害者には、時に抗精神病薬、特にフルフェナジンやハロペリドールを少量使うことがきわめて有効である。抗不安薬を付け加える

ことも、有効性が認められている。

*** 分裂病型人格障害 ***

分裂病型人格障害というのは、きわめて奇妙で風変わりな人たちである。他人について極端な不安を持つと同時に、まわりの人たちから分離され、孤立していると考えている。奇妙な信念を持っており、それは当然科学的に納得できることではない。テレパシーあるいは奇妙な宗教的な体験などを持っていることが多い。

診断基準は次の9つである。

- ① 分裂病の症状に似た関係念慮を持っており、「あらゆることが自分に関係している」と考える傾向がある。たとえば人が話しをしているのを見ると、自分の噂をしていると思う。
- ② 迷信深かったり、「自分はテレパシー能力をもっている」「第六感が働く」と言ったりするなど、魔術的な思考や奇妙な空想を信じている。
- ③ 実際には存在しないはずの力や人物の存在を感じるなど、普通にはあり得ない知覚体験や身体の錯覚がみられる。
- ④ 考え方や話し方が奇異である。たとえば会話内容が乏しい、細部にこだわりすぎる、抽象的、紋切り型など。
- ⑤ 疑い深く、妄想じみた考えをもっている。
- ⑥ 感情が不適切で乏しい。たとえばよそよそしくて微笑んだりすることがない。顔くなどの表情や身振りが滅多にない。
- ⑦ 奇妙な宗教に凝ったり、迷信を信じていたりするために、行動や外見もそれに合わせて奇妙で風変わりになっている。
- ⑧ 親子関係以外では、親しい人や信頼できる人がいない。
- ⑨ 社会に対して過剰な不安をいつももっている。それはほとんど妄想に近い恐怖であること

が多い。

分裂病型人格障害は分裂病と連続していると、多くの研究者は考えている。

分裂病型人格障害はみつけるのは容易であるが、治療は非常に難しい。思考障害や妄想的な考えは、治療者と患者のコミュニケーションを歪める。そのためお互いの治療的な同盟が築きにくいことになる。また、分裂病型人格障害の人たちは、本質的に孤独でまわりの人と関係を持とうとしないので、治療者の出現が侵入者が現れたというようにみられてしまう。

治療に関しては、行動療法としてのロール・プレイがきわめて有効であり、個人療法においては支持療法が望ましいものである。最終的にはSSTなどによって対人関係のあり方を修正していくべきである。

薬物療法としては、ハロペリドール、ジプレキサ、セロクエル、ルーランといった薬を使うことが有効である。

*** 妄想性人格障害 ***

妄想性人格障害の人とは、人を信じる能力を破壊されている人である。多くの人は人間を基本的にはよいものとしてみているが、妄想性人格障害の人たちは誠実さを疑わしいものとしてみる。また妄想性人格障害の人たちは、自分を内部にあるものと考え、他人を外の人と考え、はっきりと外と内とに分けるのである。かくて自己防衛的であり、敵対的であり、自分だけが正しいと考える。感情は硬く、白か黒かの二分法で考え、客観的な証拠というものを考えようとはしない。

診断基準は次の7つである。

- ① 十分な根拠はないにもかかわらず、他人が自

分を利用したり危害を加えようとしていると思
いこむ。

- ② 友人などの不誠実さを不当に疑い、そのこと
に心を奪われている。
- ③ 何か情報を漏らすと自分に不利に用いられる
と恐れ、他人に秘密を打ち明けようとしな
い。
- ④ 悪意のない言葉や出来事の中に、自分をけな
したり、脅かすような意味があると思
いこむ。
- ⑤ 侮辱されたり、傷つけられるようなことがあ
ると、深く根に持ち、恨みを抱き続ける。
- ⑥ 自分の評判や噂話に過敏で、勝手に人から不
当に攻撃されていると感じ取り、怒ったり逆襲
したりする。
- ⑦ 根拠もないのに、配偶者や恋人に対して「愛
人があるのではないか」といったような疑惑を
持つ。

妄想性人格障害の人たちは、いつも大変なプレッ
シャーの中で人と戦っているように見え、実際大
変な量のエネルギーを発揮しており、リラックス
することがほとんどできない。彼らは常に気を張っ
て防衛的であり、戦いと同時に逃げるためにいつ
も戦闘態勢になっている。

妄想性人格障害にあっては、all goodのイメー
ジは自己の中にあり、all badのイメージは外界
に投影されている。こうして外界はすべて不愉快
な感情の源泉であり、よいものとされるすべての
源泉は自己の内部に存在し、そして汚れから守ら
れていることとしている。妄想性人格障害の人た
ちは、自分と他人の距離を取り、孤独ではあるが、
しかし安全であることを選択する。

ベックなどの認知療法家は、妄想性人格障害は
「他人は信用できない。大体において意図的に人
間を傷つけるもの」というスキーマを持っており、
認知的介入はこの仮説を修正することである、と

述べている。

<クラスターB>

* 反社会性人格障害 *

クラスターBは感情の混乱を伴う人格障害群で
ある。その中でも、反社会性人格障害が代表的な
ものである。反社会性人格障害はきわめて独立心
の強い人格であり、その独立心への願望は自分の
価値に対する信念から生ずるというよりは、他人
に対する不信感から生じるものである。反社会性
人格障害の人たちは自分自身しか信頼せず、他人
から独立している時に安全感を感じないのである。
その意味では、妄想性障害にきわめて似ていると
ころを持っている。

アメリカの研究では、反社会性人格障害と自己
愛性人格障害がきわめて類似していると考えてい
る。反社会性人格障害は、まずフランスのルネッ
サンスの精神医学の父であるところのピネルが狂
気の合理性と呼んだものである。別な言い方では
「妄想なき狂気」と命名していた。プリチャード
は「背徳性症候群」と呼んだものであり、つまり
反社会性人格障害の人たちというのは、その当時
の人にとって「脳の生来的な欠陥のため、道徳を
守りきれない人」という意味であったのである。

ドイツのコッホは、道徳上の狂気としてこの反
社会性人格障害をまとめたものであるが、別名
「精神病質的劣等者」とも呼んだのである。この
精神病質的というのは、今我々がいうところのサイ
コパスということであり、それは英語ではサイ
コパシーと呼んでいるものであるが、20世紀まで
全ての人格障害を意味する言葉であったが、コッ
ホはこのような精神的な荒廃を示す人々には身体
的な基礎が存在するという信念を持っており、そ
れを精神病質的という言葉にあてたのである。つ
まりピネルの「妄想なき狂気」という言葉には、

プリチャードの道徳上の狂気になり、それがやがてコッホの言うサイコパスになっている。

クレックリーは「狂気の仮面」という著書の中で、サイコパシーつまり精神病質人格の基本的な性格傾向を明らかにした。罪悪感がなく、人を愛する能力がなく、衝動的で情緒的には浅く、表面的には社会的な魅力をもち、経験から何かを得るという能力はないという、今で言うところの反社会性人格障害の性格なのである。クレックリーは犯罪者だけではなく、一般社会の中にもこのような精神病質人格者はみられるものであると主張している。

DSM-IIIの反社会性人格障害のモデルは、ロビンソンが行った研究に基づいている。それは特定の行動が診断基準の基本になったものである。しかしDSM-III-Rには、罪悪感や人への哀れみの欠如というものが加わり、性格上の特徴を加えるべきであるとの意見が起こってきたのである。

DSM-IV-TRによる診断基準は以下の通りである。

1. 15歳以来、反社会的な行動が認められ、次の7つのうち3つ以上があてはまる。
- ① 逮捕の原因になる行動を繰り返し行うことで示されるように、法を守るという社会的な規範に従うことができない。
- ② 人を騙す傾向がある。例えば自分の利益や快楽のために嘘をつく、偽名を使う、人を騙すといったことを繰り返す。
- ③ 衝動性が強く、将来の計画が立てられない。
- ④ 怒りっぽく、攻撃的で、頻繁に喧嘩をしたり、繰り返し暴力をふるう。
- ⑤ 向こう見ずで、自分や他人の安全を考えない。
- ⑥ 一貫して無責任である。たとえば1つの仕事を続けられない、借金を返さないといったことを繰り返す。

⑦ 良心の呵責を感じない。たとえば人を傷つけたりいじめたり、人のものを盗んだりしても反省することなく、正当化する。

2. 18歳以上である。

3. 行為障害が15歳以前にみられる。たとえば盗み、けんか、放火、家出、不登校、窃盗、嘘をつく。

このようなDSM-IV-TRによる反社会性人格障害は、集団的犯罪に多いものである。したがって非行少年群から反社会性人格障害への移行が認められるのである。しかし日本に昨今みられる一人犯罪、あるいは孤立犯罪というものは、少年や青年に多いものであり、家にひきこもっていることが多く、犯罪を犯す以前に行為障害が認められないことが多い。このような場合にはDSM-IVには当てはまらないが、ひきこもりを前駆とする一人犯罪も大きな問題になっており、この点ではDSM-IVの基準に厳密に従うべきではないと考えられる。彼らはいきなり犯罪とも呼ばれている。

18歳でなければ反社会性人格障害と呼ばないというのは、これも大きな問題である。アメリカでも大きな問題であり、年々犯罪は若年化しており、反社会性人格障害は18歳にならずとも、10歳前後で成立していることがあるとみなすべきである。日本でも神戸の酒鬼薔薇少年、あるいは長崎の4歳時殺害事件の少年、バスジャックの少年などは18歳に達していないが、反社会性人格障害として当然みなすべき犯罪性を帯びたものであった。

反社会性人格障害の人たちは、罪責感を持たない、あるいは共感性が低いので治療はきわめて困難性を帯びているものである。認知療法家のベックは次のように述べている。「恥や不安を引き起こすことなく、道徳的な考えを初歩的なレベルか

ら抽象的なレベルにまで持ち上げることを助けるのが認知的戦略である」

精神分析的な心理療法は、一般的には不適応である。精神療法がうまくいくためには、治療の初期の目標をまず設定すべきであり、具体的な特定の問題に焦点をあて、問題解決に向かうべきである。患者が自分の衝動をコントロールできるようになり、自分の行動結果を予測できるようになったならば、次に他人の考え方や感情を性格に理解することで、自分のとった行動が対人関係にどのような影響を及ぼすのかを予測するよう患者に働きかけることが重要である。

また個人精神療法のみでなく、集団精神療法や家族精神療法を実施することが必要であり、集団療法によって人がどう考えるのかという共感性や自分の行動が他人の及ぼす影響をよく知ることが望ましい。さらにロールプレイを通じて、より実践的に問題解決の方法を彼らが習得していくことが望ましい。したがってSSTを利用することが多いものである。

* 境界性人格障害 *

境界性人格障害は人格障害の歴史と云っていいほど重要なものである。境界性人格障害というのは、非常に複雑であり、一貫したものとしてとらえるのは難しいものである。したがって依存性人格障害や演技性人格障害、自己愛性人格障害、反社会性人格障害などがオーバーラップしているものであり、その点用心深く診断しなければならない。

クルト・シュナイダーは「不安定な人格」という名前で1つの人格障害を取り上げているが、これは現在の境界性人格障害ときわめて似ている。またウィルヘルム・ライヒは「衝動的な性格」というものを取り上げているが、これも境界性人格障

害ときわめて類似したものであった。フロッシュは1950年に「衝動コントロールの障害」と名づけた人格類型をまとめ、研究したものである。この「衝動コントロールの障害」というのは、DSM-IIIの境界性人格障害の特徴を描いていたものであった。

境界性人格障害の初期は、神経症と精神病の中間という考えであったが、それは次第にうつ病圏よりになった。それを明確にしたのは、DSM-IIIの中で、一方で分裂病型人格障害、他方で境界性人格障害と従来の漠然とした境界性人格障害をわけることによって、境界性人格障害はいつそう感情病圏よりのものになったのである。

アメリカでは、境界性人格障害はほとんど虐待やレイプといったものから生ずるとされている。つまり80%が暴力的虐待であり、40%が性的虐待であるとされているのである。しかしながら、日本の境界性人格障害を調べている町沢は、虐待によるものは暴力的虐待が6%、ネグレクトつまり放置を受けたものは30%前後と考えられている。ここで言う放置は暴力虐待や性的虐待に比べればはるかに穏やかな虐待である。虐待というより放任と言うべきである。その虐待はせいぜい30%を超えるぐらいであり、暴力虐待は6%である。その他の60%以上は過保護から生じているものであり、過保護によって衝動のコントロールができず、また現代という消費社会の中で、その欲望の渦に巻き込まれ、自分というものを見失い、境界性人格障害に至るもの考えた。こうなるとアメリカの境界性人格障害は虐待が圧倒的であり、日本では過保護が圧倒的ということになり、その原因とするものが日米では大きな違いとなる。

このことはアメリカの境界性人格障害の治療はきわめて困難で、ドロップアウトも多く、また成功率は数が出ないほど少ないのである。しかし日

本の町沢のデータによれば、ドロップアウトはせいぜい20～30%であり、成功率も1年で30%に至っているが、これは日本の境界性人格障害は過保護から生じたとするならば、甘えが強く依存するので、治療者への依存ができればドロップアウトは少なくなり、またそれによって治療の成功率も高くなるものと考えている。

アメリカのリネハン (Linehan) は、「ボーダーラインを特徴づける障害は、情緒的な脆弱性と感情の調節障害からくる」と述べている。この二つの結びつきからボーダーラインが生じると論じている。ボーダーラインの研究では、リネハンは今アメリカでは最も注目されているものである。そして自らの治療方法を、弁証法的認知行動療法と名づけている。つまりDBTと呼ばれているものである。弁証法的とは、ボーダーラインの人は両極端の二分法的考えを持っていることが多く、それを統合することができないということの意味するものである。

リネハンによれば、ボーダーラインの幼児期は、その家庭を中心とした周辺環境によって自分の生き方が無効にされるようなところで生きてきたとされている。また、ボーダーラインの人たちは、相反する要素の統合のプロセスに失敗しており、つまりは弁証法的なプロセスが欠けていると述べている。リネハンは個人療法と集団療法を行っている。

DSM-IV-TRにおける診断基準は以下のようである。

- ① 愛情欲求が強いために、愛情対象が自分から去ろうとすると、異常なほどの努力や怒りを見せる。
- ② 相手を理想化したかと思うときき下ろしてしまうといったように、人に対する評価が極端に

揺れ動くので対人関係が非常に不安定。

- ③ アイデンティティーが混乱して、自分像がはっきりしない(同一性障害)。
- ④ 非常に衝動的で、喧嘩、発作的な過食、リストカット(手首を切る)、衝動買いなどの浪費、覚醒剤などの薬物乱用、衝動的な性行為などがみられる。
- ⑤ 自殺行為、自傷行為や自殺を思わせるそぶり、脅しなどを繰り返す。
- ⑥ 感情がきわめて不安定。
- ⑦ たえず虚無感にさいなまれている。
- ⑧ 不適切で激しい怒りを持ち、コントロールできない。そのため物を壊したり、人を殴ったりといった激しい行動を起こす。
- ⑨ ストレスがあると、妄想的考えや解離性症状が生じることもある。

このようなDSM-IVの診断基準をみると、虚無感が強いということ、自殺行為が多いということを見ると、感情病圏になるのは当然だといえるものである。実際うつ病は約80%、ボーダーラインの人にオーバーラップしてみられるものである。

精神療法については、ベックの認知行動療法やガンダーソンの治療、さらにまたマスターソン、カーンバーグの治療方法がみられるが、言葉で言うほど治療方法は明確に区別できるものではない。ただ、筆者はボーダーラインに関しては、日本の場合、過保護で生じていることが多いとするならば、まずは甘えを少し受けることによって彼らとの関係をよくし、信頼関係を作り、その上で感情の抑制を促していくことが望ましいものである。そのプロセスには、初期は支持療法的に接すべきであり、そしてやがては信頼感とともに分析的な治療方法に入っていくことが普通である。しかしその前に行動化がみられるならば、行動制限に

よってもう一度初めから、支持療法的な治療に戻るものと考えている。

このような循環的でなかなか先に進まないことが多いものであるが、粘り強い治療によって、やがて力動精神療法や認知行動療法が適用可能なレベルになっていき、生きる行動や感情の統制の再学習に成功することが望まれる治療方法である。

薬物療法はこれといったものがよく効くわけではない。そもそも境界性人格障害はきわめて雑多な人格障害群と考えるべきだとするならば、特異的によく効く薬があるはずはない。しかし行動の障害が多い場合にはカルバマゼピン、あるいはリチウムなどが有効であり、抑うつ気分が強い場合には当然抗うつ剤、あるいはSSRIなども適応可能なものである。

しょせん境界性人格障害は薬物で治すというよりも、薬物を使いながら精神療法をうまく適用して治療に導くべきものである。

* 自己愛性人格障害 *

自己愛性人格障害は「自分は特別な人間であり、特別な対応をされてしかるべきだ」と考えている。自分の成功や理想に限りない野望を抱き、他人から非難されることに対して強く反撃する。それでいて他人への共感性が低く、自己中心的な人たちである。

自己愛ということは、フロイトにとっては退行した関係であり、人間は成長するにつれ対象愛に向っていくと考えていたものである。それに対して精神分析家のコフォートは、自己愛というの対象愛にとって解消されていくものではなく、自己愛は成熟し、自己愛の独自の行動を持つように展開していきと考えている。つまり、成熟した自己愛はユーモアや創造性という形になっていく。そして最も重要なことは、このような自己愛の発展を

通じて心の構造がより凝集し、自己というものが最終的に現れてくると考えるのである。この考えはフロイトが「自己愛は病的である」というものと全く相反する方向を主張したものであり、大きな精神分析のターニングポイントであった。

コフォートによれば、「自己愛性人格障害とは自己愛が過大に肥大した場合に起こる障害である」と考えている。自己愛は親の無関心や拒絶によって自己愛を過大に作り、それによって自分の悲惨さを埋め合わせることから起こってくるものと考えている。しかし自己愛は親の過保護からも起こるものであり、それはアメリカでも言われていることである。コフォートのように虐待に近い形から起こり、それを埋め合わせる空想としての自己愛という考えは必ずしも統一されているものではない。両方あると考えるのが妥当なことだと思われる。

自己愛性人格障害の診断基準は以下のようである。

- ① 自分は特別重要な人間だと考えている。
- ② 限りない成功、権力、才気、美しさ、理想的な愛の空想に取り憑かれている。たとえば、自分は才能に溢れているから、どんな成功も思いのままだし、素晴らしい相手と素晴らしい恋愛ができるなど思い込んでいる。
- ③ 自分は特別であって独特なのだから、同じように特別な人たちや地位の高い人たちにしか理解されないし、そういう人たちと関係があるべきだと信じている。
- ④ 過度な賞賛を要求する。
- ⑤ 特権意識を持っている。自分には特別に有利なはからいがあると思っている。
- ⑥ 自分の目的を果たすために、他人をいいように利用する。
- ⑦ 共感する力に欠けている。他人の感情や欲求

が理解できず、認めようもしない。

- ⑧ しばしば嫉妬する。または他人が自分に嫉妬していると思こんでいる。
- ⑨ 尊大で傲慢な行動や態度がみられる。

コフォートにとって精神分析の本質を規定するのは、転移や抵抗の解釈ではなく、共感であるという。言いかえるならば、コフォートは自己認知の欲求を人間本来のものとして強調した。フロイトの強調したのはエロスの存在であるが、フロイトのエロスに代わって自己認知の欲求が中心になったのである。

コフォートはまた、共感に関してロジャーズらとは異なり、治療者と患者との自己-対象関係を共感的共鳴することで変容と内在化を起こさせ、患者の自己構造の強化を図ろうとする。これがコフォートの治療目的である。

境界性人格障害者の自己は断片的であり、自己愛性人格障害者の自己は脆弱であるとして両者は連続しているものと考えている。

自己愛性人格障害の治療はきわめて力のある精神療法家の手にかかることが大きい。薬物はほとんど意味をなすことはないのである。もちろん治療のプロセスで、その患者の自己愛的特性が明らかになるにつれ、一時怒りを示すものの後にうつ病的になることが多く、その時は抗うつ剤を使うべきである。

* 演技性人格障害 *

演技性人格障害は、ベックによれば、物事を徹底的に考えて検討するよりは、印象にとらわれてしまう傾向があるので、全か無か、白か黒かという絶対的二分法の考えを持ちやすい。また演技性人格障害の患者は、過度な一般化という、認知療

法ではよくみられる歪みを示しやすいと述べる。

演技性人格障害は女性に多いが、男性にも見られなくはない。このような議論は現在からみればいささか奇妙なものに思えるが、ヒポクラテスの「ヒステリーは子宮が原因で起こる」という考えから女性にしか起こらないことになり、それがやっと19世紀にいたって否定され、男性にも女性にもヒステリーが起こり、同時にヒステリー人格が起こる、つまり現代流に言うならば男女ともに演技性人格障害はみられることということが明確になった。

ヤスパースは今で言う演技性人格障害について、次のように述べている。

「自己欺瞞や演技的な傾向がいよいよはいつくばっていくように広がるならば、真の感情との接触はなくなり、ついには何も残らず、ただ偽の顕示性だけが残るであろう」

認知療法家のベックとフリーマンは、次のように述べている。

「演技性人格障害の人たちの考えの歪みは、彼らは他人が自分の注意や喜び、あるいは愛情を引き出しているかぎり、その人たちを好意的にみる。彼らは、そのグループの中心にいて、他の人が注意深い聴衆であるという役割を演じているかぎり、周りの人たちと強い仲間意識を形成しようとする」

またベンジャミンなどの対人関係学派は、演技性人格障害に対して次のように述べている。

「彼らは無視されることに対する強い恐怖を持っていると同時に、愛され、誰か力強い人に世話をしてもらおうとする望みをもっている。そして、そのような強い援助者たちを、自分の魅力と人を楽しませる技術を使うことを通じて、コントロールできると考えている」

レイゼアの研究では、演技性人格障害を強く予測する因子は、情動性、露出狂的なまでの表現、

自己中心性、性的な挑発であると述べている。

診断基準は以下のようである。

- ① 自分が注目的になっていないと楽しくない。
- ② しばしば不適切なほどに性的に誘惑的・挑発的な態度をとる。
- ③ 感情表現が浅く、変わりやすい。
- ④ たえず自分の身体的な魅力を強調して、人の関心を引こうとする。
- ⑤ 感情表現がオーバーなわりに内容が乏しい。
- ⑥ 芝居がかった態度や感情表現をする。たとえば感情的に泣いてみせたり、ささいなことに大げさに喜んでみせる。
- ⑦ 周りの人や環境の影響を受けやすい。
- ⑧ 対人関係を実際以上に親密なものと思いきみ、たいして親しくもない人になれなれしく振舞ったりする。

心理療法は、当然演技性人格障害の誘惑性あるいはセラピストを巻き込む感情に注意すべきであり、一定の距離間隔を意識しながら彼らの思考パターンを是正していくべきである。

精神療法で精神分析の人たちは患者を幻想から覚めさせ、そのことによって深刻な行動化や治療の中断が起こりうる。特に深刻に混乱した患者は、なおのことである。

彼らの依存的欲求を満足させようとする傾向に対して、ある時は満たしてあげ、ある時は引き上げるというような柔軟なバランスを維持することが勧められる。そのようなことによって患者が、他の人から期待できる満足の限度というものを理解できるように助けるべきである。

演技性人格障害の女性というものは、女性セラピストをライバルとして考え治療を無効にしてしまう危険性があることに、我々は注意しなければ

ならない。逆に男性は誘惑の対象となってしまう、これもまた治療を無効にしてしまうことに注意しなければならない。

<クラスターC>

クラスターCは不安の強い人格障害であり、回避性人格障害、強迫性人格障害、依存性人格障害がみられる。

* 回避性人格障害 *

回避性人格障害は、日本中の不登校、ひきこもり、入社拒否といった人々たちによくみられる人格障害である。この回避性人格障害には、母親との分離不安が根底にみられるように思われる。

回避性人格障害はミロンによって初めて明確に概念化された用語で、この概念はやがてDSM-IIIに登場し、より一般化された。このような人たちにとっては引きこもりは、極端に希薄な自分の内面を保つ方法である。

ベックによれば彼らが持っているスキーマというのは、『私は不十分である』『私は防衛的である』『私は好かれない』『私は無関心だ』『私はそことうまく合わない』というふうについていつも考えてしまうものだという。

診断基準は以下のようである。

- ① 人から批判、否認、拒絶されるのを恐れて、仕事で重要な人と会わなければならない機会を避けてしまう。
- ② 「好かれている」と確信できる人としか、つきあおうとしない。
- ③ 恥をかかされたり馬鹿にされることを恐れて、親密な相手に対しても配慮してしまう。
- ④ 人が集まっているような社会的な状況では、批判されないか拒絶されないかと、そればかり考えてしまう。

- ⑤ 「自分は人とうまく付き合えない」と思っているため、新しい対人関係がつかれない。
- ⑥ 「自分は社会的にうまくやっいけない」「自分にはいいところがない」「人よりも劣っている」などと思っている。
- ⑦ 「恥をかくかもしれないから」と思い、新しいことをはじめることを脅え、個人的にリスクを冒すようなことに対して、異常なほど引っ込み思案である。

回避性人格障害の人たちは、そもそも回避することが特徴であるので、治療も回避する可能性がある。つまり恥から逃げようとしたり、侮辱から逃げようとする欲求がきわめて強い。

ベックなどの認知療法家は、「回避性人格障害者の『私はよくない人間だ。不十分である』『私は欠陥人間だ』『他人は私を馬鹿にする』というような自動的思考を検討し、そのディスカッションによって患者は自らの感情や心の問題に気づいていくことを助けるのである」と述べている。

認知行動療法と同じように、ロール・プレイ、SST、集団療法へと進んでいくことが、回避性人格障害の治療には重要なことである。

薬物療法は、筆者はフルフェナジンという抗精神病薬と抗不安薬をあわせて使うことが多い。

* 強迫性人格障害 *

強迫性人格障害は、役人気質と言われているものでもある。

強迫性人格障害の特徴は、柔軟性や解放性を犠牲にして、心や対人関係のコントロールあるいは秩序といったものにとらわれているところにある。このような傾向の人は、強い感情を表現することを抑制する能力があり、秩序正しく、極端な儉約家で、頑固という特徴をもっている。

強迫性人格障害の人たちは、好意的に受け入れるか、あるいは拒否するかという葛藤をつねにもっている。彼らは見なれないところや自分のコントロールする力を脅かす状況では、緊張感と恐怖心が非常に強い。彼らは過度な良心性、頑固さ、知的で、かつ認知的な面に頼るところに特徴がある。

彼らはワークホリックであり、対人関係的には社会的な地位やランクというものをきわめて敏感に意識しており、自分の行動もそれに従って振るまう。つまり上司や目上の人たちには敬意をはらい、媚びへつらう態度を示す傾向があるが、部下や同僚には尊大であったり、あるいは独裁者のような振るまいをすることがある。

対人関係論者のベンジャミンは、次のように述べている。

「強迫性人格障害の人たちは、いつも失敗があるのではないか。あるいは完全ではないので批判されるのではないかという恐怖をもっている。秩序への要求は、基本的な対人関係の立場を生み出している。それは批判と、ぶしつけな他人へのコントロールである。強迫性人格障害の人たちのコントロールの要求は、権威者や原理に盲目的に従うことが繰り返される。また、極度の自己統制や感情抑制、厳しい自己批判、そして自己に対する無視がある」

その診断基準は以下のものである。

- ① 細かいこと（規則、順序、構成、予定表など）にとらわれて、ポイントを見失う。
- ② 何か1つでも落ち度があると、それを理由に計画の達成を丸ごと諦めてしまうというような完全主義。
- ③ 娯楽や友人関係を犠牲にしてまで、仕事にのみめり込んだり、効率をよくすることにのみめり込む。
- ④ 1つの道徳、倫理、価値観に凝り固まっている

て、融通がきかない。

- ⑤ とくに思い出があるわけでもないのに、使い古したものの、価値のないものを捨てられない。
- ⑥ 自分のやり方に従わないかぎり、人に仕事を任せたり、一緒に仕事をするができない。
- ⑦ 金銭的に自分に対しても人に対してもケチである。将来の破局に備えて、お金は貯めておくものと思っている。
- ⑧ 頑固である。

これはアメリカ人からすると、日本人の基本的な性格とみなされていることがあるが、日本人ならば必ずしもこのような性格が一般的だとは思えるものではない。ただし、全て否定できるものではなく、規則にこだわり、完全主義というのは確かに日本人には多いものである。そのような完全主義は、時に受験勉強や偏差値には向いているが、新しいものを作り出す創造性において、大きな困難を抱えていると言えるものである。

このような強迫性人格障害者は治療を受ける際には、初期は治療者を権威者として、あるいは専門化として自然に敬意を払う。しかし治療が進むにつれ、このような患者の期待はゆるんでしまう。きわめて指示的であり、かつまた対決型の治療者は、強迫性人格障害の発達初期の体験を思い出させ、かくて自己批判、あるいは抑圧された反抗、声にならないイライラ感というものを強めてしまうことがある。

また、治療者が一貫してあたたかく受容的であっても、彼らから何らかの情緒を引き出そうとする気持ちがあれば、その気持ちはコントロールされねばならない。このような人格障害者の感情に触れることは、よりゆっくりとすべきである。

強迫性人格障害の人たちは、変化に弱いので、いつも一定した治療の形式を保つことは、彼らの

自己防衛の一つである。変化がないとしても、感情自体を問題にすることで、強迫性人格障害の人たちは不安定になり、安心できず、傷つきやすい状態になるのである。

ベンジャミンは対人関係論の立場から、強迫性人格障害の治療は、力に対するたたかいになってしまうことを強調している。

フリーマンらの認知行動療法では、次のように述べている。

「強迫性人格障害の人たちがいちばん恐れていることは、治療を受けることによって変化することである。その変化によって悪化するのではないかとおびえているのである。したがって、行動を変えるように働きかける前に、失敗への恐れを取り除くことができれば、治療は非常に簡単になる」

強迫性人格障害者の問題解決は、知的に解決しようとする傾向にある。したがって治療でのやり取りで、単に言語的で知的なものにしてしまうべきではない。それは彼らがもっとも得意とする、病理的な問題だからである。むしろ感情には注意を払い、その感情をより豊かに彼らが入力することができるのならば、大きな精神療法的な効果を生むに違いない。

強迫性人格障害の人たちは緊張がきわめて高く、余裕のある思考パターンや行動パターンがとれないので、リラクセーションの技法を使うことも重要である。

* 依存性人格障害 *

依存性人格障害の人たちの行動と対人的なスタイルは、従順性、受身性、非主張性という点にある。対人関係的には、彼らは人を喜ばせようとし、自己犠牲的になろうとし、そしてしがみつこうとする。またたえず、他人からの保証を必要とする。彼らは他人に盲従し依存するが、そのことによ

て、他人が彼らの生活の主たる領域で責任を取ってくれることをひそかに要求している。

DSM-IV-TRによる依存性人格障害の診断基準は以下のものである。

- ① 日常のことで、人からありあまるほどのアドバイスと「大丈夫だよ」「何かあったら助けをあげるよ」といった保証をもらわなければ決められない。
- ② 自分の生活上の重要なことで、たいいてい人に責任をもってもらいたがる。
- ③ 人の支持を失うのが怖くて、人の意見に反対できない。
- ④ 自分の判断や能力に自信がないために、自分自身の考えで計画を始めたり、ものごとを行うことができない。
- ⑤ 人から愛情や支持を得るために、不快なことでやってしまうことがある。
- ⑥ 「自分で自分のことができない」という、強い恐怖や無力感を感じている。
- ⑦ 死別生別を問わず、親しい関係が終った時に、自分を世話し、支えてくれる別の関係を必死に求める。
- ⑧ 「自分が誰にも世話されずに放っておかれる」という恐怖に、非現実的なまでにとらわれている。

依存性人格障害の治療は、依存しているが故に治療者を見つけることは彼らの依存性を満足させてしまう。したがって治療の矛盾が生じる。依存することから自由にするために治療することが、依存性を促進してしまうという矛盾なのである。この点を十分に注意し、治療の終わりには自立した人間として、治療者から離れるよう励ましていかなければならない。

また、依存性人格障害にはうつ病と合併することが多いので、抗うつ剤の適用も考えなければな

らない。

依存性人格障害の人たちは、治療者を喜ばせようとし、早急な改善ができるという予感を与える。しかしそれがかえって有効な精神療法の主たる障害になってしまうことがある。

依存性人格障害者は、もし話が望まれるのならば話をする。彼らは全ての指示に従い、それに対するあらゆるほめ言葉と是認のサインで心が暖まるのである。しかし、それは次第に治療者に依存することになり、依存性人格障害者は依存という自分の問題点に再び陥ってしまうという矛盾をもっている。

依存性人格障害の人々は、服従するよりも、自分自身を励まし自尊心を守りつつ他人と交わることを学ぶべきである。

4. おわりに

このように人格障害を述べたが、決してこれで十分といえるものではないが、人間の個性や個性性を考えるならば、十分カテゴリーとしてその意味の一貫性を担っているものと考えられる。

昨今、もうひとつ人格障害の可能性が考えられているのは、うつ病性人格障害というもので、しょっちゅううつになりやすい人格類型を加えるべきであるという意見がみられるものである。それが妥当かどうかについては、筆者は十分納得するものではない。それは気分変調性障害でいいのではないか、と思えるからである。

しかし振り返ってみると、分裂病群が主となるクラスターA、感情のコントロールができないクラスターB、不安をうまくコントロールできないクラスターC、としての分類はきわめて大きな意味を持つものと筆者は考えている。

なお、本論文は第1回臨床心理教育研修会において講演したものに加筆した。

文献

- APA (2000) DSM-IV-TR APA.
- 町沢静夫 (2003) 人格障害とその治療. 創元社
- Millon, Theodore (1996) Disorders of Personality DSM-IV and Beyond. John Wiley and Sons, Inc.

Abstract

The author reviewed personality disorders using DSM-IV-TR from the perspective of history, etiology, and therapy, and introduced his own Japanese research data especially on borderline personality disorder. BPD in the US is especially connected with physical and sexual abuse, but in Japan the author insisted that overprotection was the main etiological factor.

Key words : Personality Disorders, Psychiatric Disorders and Personality Disorders,
DSM-IV-TR