

総説

# 人格障害とメンタルヘルス

高岡 健\*

## はじめに

人格障害には、2つの系列がある。一つは、境界性人格障害（BPD）に代表される系列であり、慢性的空虚感・不安定な対人関係・自殺企図や一過性の幻覚妄想がその臨床症状である。他の一つは、統合失調型人格障害（SPD）であり、孤立した対人関係・奇妙さ・一過性の精神病状態を臨床特徴とする。小出<sup>1)</sup>によれば、両者の差異は、BPDが身の回りの具体的な他者（たとえば同級生）に同一化の対象を求めるのに対し、SPDにおける同一化の対象は身の回りにいない遠くの他者（たとえば歌手）であるという点に存在する。

ところで、人格障害をめぐるのは、いまだ解決されていない幾つかの問題点が残っている。第1は、人格障害は、幼少期から老年期まで変わることのない人格特徴なのか、それとも状況の変化に応じて変動しうる状態像なのかという点である。第2は、人格障害と発達障害との関連についてである。そして、第3は、人格障害は治療の対象なのか否かについての議論である。本稿では以上の3点について、筆者の考えを紹介する。

## I. 状態像としての人格障害

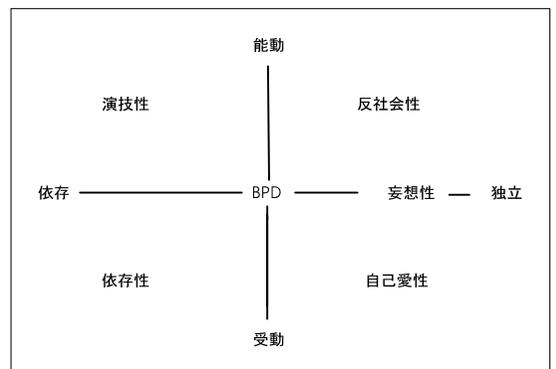
### (1)状態像としてのBPD

慢性的空虚感・不安定な対人関係・自殺企図や一過性の幻覚妄想というBPDの臨床症状は、常

に認められるものではなく、主要対象（たとえば大切な存在としての母親）との関係により消長するものである。Gunderson<sup>2)</sup>は、主要対象が安定して存在する時にはBPDの病像は抑うつ水準にとどまるが、主要対象が失われるおそれが生じた場合は暴力や価値の切り下げといった対人関係の不安定さが加わることで、そして、主要対象が不在になったなら自殺企図や小精神病が出現することを論じている。このようにみえてくるなら、BPDは首尾一貫した臨床症状によって形づくられるものとはいえないことがわかる。

図1は、小出によって提案された、BPDの系列に属する人格障害の相互関係を、高岡<sup>3)</sup>が改変したものである。左上の象限に位置する演技性人格障害は、能動（たとえば自己中心性）と依存（たとえば性的要素）という対人関係上の特徴を有している。換言するなら、演技性人格障害を特徴づける能動と依存は、対人関係の希薄さを補うという意味で、コミュニケーションとしての機能を含

図1 BPDの系列に属する人格障害の相互関係



\* 岐阜大学医学部精神病理学分野助教  
 (たかおか けん)

んでいる。ちなみに、コミュニケーションとは、個人が特定の個人または集団に対して行う意志・思考・感情の伝達であり、非論述的言語であることを意味する。同様に、右上の象限に位置する反社会性人格障害は、能動（たとえば自己中心性）と独立（たとえば逸脱行動）という対人関係上の特徴を有している。そして、反社会性人格障害を特徴づける能動と独立は、対人関係の希薄さを補うという意味で、コミュニケーションとしての機能を含んでいる。もっとも、この場合のコミュニケーションは、対象が固定しているとは言い難いため、正確には拡散したコミュニケーションと呼ぶべきであろう。

上述したコミュニケーションが確保されている場合には、演技性人格障害や反社会性人格障害といった臨床像は、そのままの形にとどまることができるが、コミュニケーションが危機から崩壊に陥ると、Gundersonの述べるように、自殺企図や小精神病が出現することになる。そのような状態に至った時が、狭義のBPDに他ならない。そして、自殺企図や小精神病が出現する以前の病像、すなわち抑うつや価値の切り下げは、あらゆる人格障害において認められるものであるから、狭義のBPDのみがBPDと名づけられるべきである。まとめるなら、BPDは状態像であり、いかなる人格障害もコミュニケーションの崩壊状況の下では「境界例化」し、コミュニケーションが再建されたなら、それぞれの人格障害へと「脱境界例化」されるのである。

## (2)状態像としてのSPD

SPDの3次元モデル<sup>4)</sup>は、SPDの臨床症状を、対人関係因子（たとえば親しい友人がいない）・奇妙さの因子（たとえば風変わりな外見）・認知－知覚因子（たとえば妄想様観念）の三つに区分した。このモデルは、SPDの内包構造を空間的配置として示したという意義を有しているものの、時間的変化については言及していない。しかし、上記3因子は、常に揃って出現するものではないという点こそが重要である。すなわち、SPDは、

相対的安定段階においては対人関係因子のみによって構成されるが、適応の危機段階に陥ると奇妙さの因子が加わり、さらに適応の崩壊段階に至れば認知－知覚因子が加わる。

3因子のすべてが揃ったものを狭義のSPDと呼ぶなら、それはもはや状態像でしかなく、恒常的な人格とは言い難いのである。

## II. 発達障害との関連からみた人格障害

### (1)BPDと発達障害

BPDと発達障害との関連についての論考は、筆者の知る限り少ない。しかし、アスペルガー症候群がBPDと誤診されていた症例の報告があり、両者は対人関係困難・強い怒り・精神病様症状など、多くの領域で重なっているとの指摘がなされている<sup>5)</sup>。

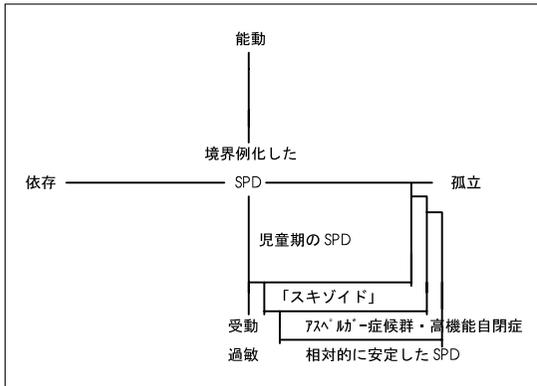
### (2)SPDと発達障害

Wolffら<sup>6)</sup>は、「スキゾイド」(SPDとほぼ同じものを指している)と診断された男児のフォローアップ研究を通じて、「スキゾイド」は自閉症やアスペルガー症候群の連続線上にあると結論づけた。なお、Wolffら<sup>7)</sup>は後に、女兒についても同様の指摘を行っている。同じくNagyら<sup>8)</sup>は、SPDの診断基準に合致する児童を対象とする研究から、SPDのあるサブグループは自閉症のマイルドフォームであるという結論を導き出した。

以上を、前章で述べた状態像としてのSPDという考え方とあわせて、示したものが図2である<sup>9)</sup>。

(図1と較べた場合、独立という極は孤立に、受動という極は受動・過敏に、それぞれ言い換えられている)右下の象限は、対人関係因子のみによって構成される相対的安定段階のSPD、アスペルガー症候群ないし高機能自閉症、Wolffらの「スキゾイド」、およびNagyらのいう児童期のSPDが、互いに重複する概念であることを意味している。これらは、孤立と受動・過敏に特徴づけられるコミュニケーションを保つことができる限りにおいては、それぞれの概念の範囲にとどまることがで

図2 SPDと人格障害の相互関係



きる。しかし、コミュニケーションの安定性が危機から崩壊へ向かうと、奇妙さの因子や認知-知覚因子が加わって、中央に示した狭義のSPDの病像が出現するのである。

なお、上述した概念と一部において重なるものとして、multiple complex developmental disorder (MCDD) と呼ばれる一群がある<sup>10,11)</sup>。MCDDは、強い全般性不安や普通でない恐怖などの感情・不安症状、社会的無関心・親しい仲間関係を作ることが出来ないなどの社会行動上の問題と過敏さ、および認知・思考障害によって特徴づけられる(emoto-cognitive dys-social disorder)。加えて、これらの特徴は5歳以前に始まり、劇的な動揺性を有するとともに、一貫せず予測できない対人関係や、とくにストレス下で幻覚や妄想にまで至る障害を示す。また、MCDDは、自閉症などの広汎性発達障害と似るものの、上述した症状の動揺性や、抽象・シンボル操作・言語などの障害がないこと、および常同行動がないことによって区別されるものである。ただし、MCDDが成人の人格障害と連続するものであるかどうかは、現時点では明らかでない。

### Ⅲ. 治療がメンタルヘルスカ

筆者は、ここまでに、BPDは状態像であり、いかなる人格障害もコミュニケーションの崩壊状況の下では「境界例化」することを確認してきた。

そして、狭義のSPDもまた状態像であり、それは、相対的安定段階のSPD・アスペルガー症候群ないし高機能自閉症・「スキゾイド」・および児童期のSPDが、コミュニケーションの崩壊状況の下で変化したものであることを指摘してきた。コミュニケーションが崩壊した後に出現する病像に対して治療が要請されるのは当然といえるが、コミュニケーションの崩壊以前の状態に対しては、必ずしもそうとはいえない。このことを説明するために、治療とは何かについて、以下に略述しておくことにする。

まず、診断とは、共同体の境界で行われる症状と病名の交換であり、治療は診断に引き続いて共同体の安定のために行われることを原型とする<sup>12)</sup>。たとえば、咳と発熱といった症状が蔓延すると、共同体の混乱が生じる。この時、最も原初的な段階では、治療法の確立されていなかった時代の肺結核や現代のSARSの場合がそうであるように、隔離すなわち共同体からの人間の排除が行われる。排除された人間存在を、再び共同体へ回帰させていくものが治療である。これに対し、共同体からの人間の排除を伴わずに、共同体の内部でその人のあり方に関与する場合を「かかわり」と呼ぶことにする。そして、「かかわり」の精神面での様式が、メンタルヘルスにほかならない。

仮に人格障害を治療の対象ととらえるなら、それは常に人間存在全体を排除していく危険を払拭できないことになる。なぜなら、人格(障害)は、うつ病の病前性格として有名なメランコリー親和型などと同じく、生涯を貫く特徴だからである。メランコリー親和型は果たして人格障害<sup>13)</sup>かという問いには多くの示唆が含まれているが、少なくともそれ自体は治療の対象とはならず、うつ病の発症以降が治療の対象であることについては、異論は少ないであろう。

以上のような視点からは、コミュニケーションの崩壊以前の人格(障害)にはメンタルヘルスを対置し、崩壊以降の病像に対してのみ治療を対置することが適切ということになる<sup>14)</sup>。なお、ここでいうメンタルヘルスとは、その人にとって固有

のコミュニケーション（たとえば能動-依存コミュニケーションや、独立-受動・過敏コミュニケーション）を保証しうるような環境調整を指している。また、治療とは、自殺企図などによる生命的危機や小精神病状態への救急対応を指している。そして、治療の結果、図1や図2のそれぞれ中央に位置していた病像が、再び左上や右下の象限に戻っていくのである。

## おわりに

人格障害という用語は、それを有する個人のためというよりも、そのように名づけられた人たちの排除を通じて、社会の安定をはかるために使用される傾向がある。このような傾向は、かつての精神病質概念などと同様に、社会の変動期に生じやすい。しかし、精神医学は社会の安定を目的とするものではなく、あくまで個人の精神的生活を向上させるために存在するのである。そのような意味で、本稿で紹介したメンタルヘルスという考え方は、人格障害を有するとされる人々と関わる医療保健従事者にとって、必須の視点であるといえよう。

なお、本稿で十分に触れられなかった問題点については、筆者によるモノグラフ<sup>15,16)</sup>を参照していただきたい。

## 【文 献】

- 1) 小出浩之：境界性人格障害と分裂型人格障害の異同。臨床精神病理11：31-34, 1991
- 2) Gunderson JG (松本雅彦, 石坂好樹, 金吉晴ほか訳)：境界パーソナリティ障害。岩崎学術出版社, 1988
- 3) 高岡健, 平田あゆ子, 栗栖徹至：境界例は人格障害か？精神医学42：753-760, 2000
- 4) Battaglia M, Torgersen S: Schizotypal disorder: At the crossroad of genetics and nosology. Acta Psychiatr Scand 94：303-310, 1996
- 5) Pelletier G: Borderline personality disorder vs. Asperger's disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 37：1128, 1998
- 6) Wolff S, Townshend R, McGuire RJ et al: 'Schizoid' personality in childhood and adult life. II. Br J Psychiatry 159: 620-629, 1991
- 7) Wolff S, McGuire RJ: Schizoid personality in girls: A follow-up study - What are the links with Asperger's syndrome? J Child Psychol Psychiatr 36: 793-817, 1995
- 8) Nagy J, Szatmari P: A chart review of schizotypal personality disorder in children. J Autism Dev Disord 16: 351-367, 1986
- 9) 高岡健, 高田知二：分裂病型人格障害の内包と外延。精神医学44：563-571, 2002
- 10) Towbin KE, Dykens EM, Pearson GS, Cohen DJ: Conceptualizing "borderline syndrome of childhood" and "childhood schizophrenia" as a developmental disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 32: 775-782, 1993
- 11) Ad-Dab'bach Y, Greenfield B: Multiple complex developmental disorder: The "multiple and complex" evolution of the "childhood borderline syndrome" construct. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 40: 954-964, 2001
- 12) 高岡健：診断と査定 of 構造。岡村達也（編）：臨床心理の問題群 pp92-101, 批評社, 2002
- 13) Stanghellini G, Mundi C: Personality and endogenous/major depression: An empirical approach to typus melancholicus. 1. Theoretical issues. Psychopathology 30: 119-129, 1997
- 14) 高岡健：かかわりか治療か。新宮一成, 加藤敏編：現代医療分化のなかの人格障害（新世紀の精神科治療第5巻）pp 274-285, 中山書店, 2003
- 15) 高岡健：人格障害論の虚像。雲母書房, 2003
- 16) 高岡健, 岡村達也（編）：人格障害のカルテ。批評社, 2004