

生涯教育コーナーを読んで単位取得を！

日本医師会生涯教育制度ハガキによる申告 (0.5単位 1カリキュラムコード)

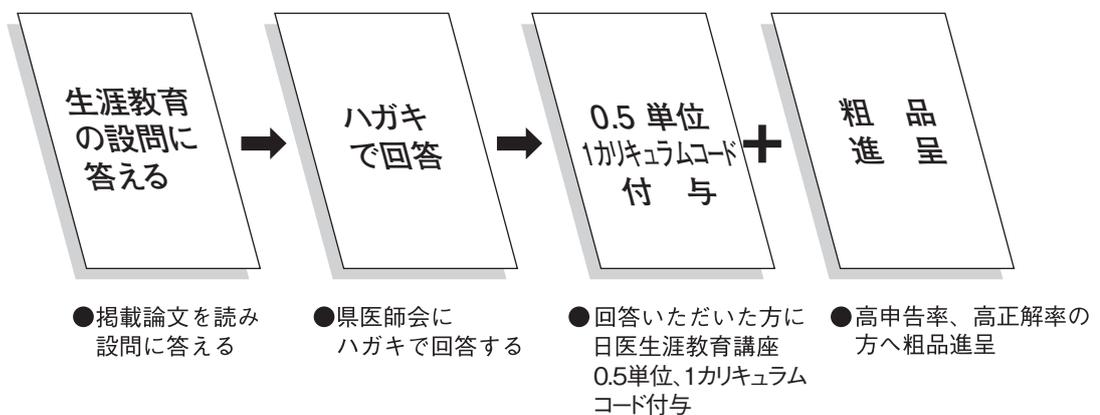
日本医師会生涯教育制度は、昭和62年度に医師の自己教育・研修が幅広く効率的に行われるための支援体制を整備することを目的に発足し、年間の学習成果を年度末に申告することになっております。

これまでは、当生涯教育コーナーの掲載論文をお読みいただき、各論文末尾の設問に対し、巻末はがきでご回答された方には日医生涯教育講座5単位を付与いたしておりましたが、この度、平成22年度より、日本医師会生涯教育制度が改正されたことに伴い、6割（5問中3問）以上正解した方に0.5単位、1カリキュラムコードを付与することに致しました。

つきましては、会員の先生方の一層のご理解をいただき、今後ともハガキ回答による申告にご参加くださるようお願い申し上げます。

なお、申告回数が多く、正解率が高い会員につきましては、年に1回粗品を進呈いたします。ただし、該当者多数の場合は、成績により選出いたしますので予めご了承ください。

広報委員会



人格障害について

沖縄県立精和病院 前田 浩

【要約】

希死念慮に基づくリストカットや大量服薬などによる自殺企図で医療機関を訪れるケースはうつ病だけでなく、人格障害も含まれる。彼らに適切に対応するには人格障害の特徴と治療関係の原則を医療者が理解しておく必要がある。彼らは気質的に環境に反応しやすく、そのパターンが独自であるため、周囲とのミスマッチから適応不全に陥りやすい。本来乗り越えるべき人格上の発達課題を何らかの形で抱えているため、原始的防衛機制という不適切な方法で、ストレスに対処することがその背景にある。ストレス状況と、本人の適応能力、臨床的な病態のレベルに強い関連性があり、神経症水準から精神病水準まで揺れ動く。一般臨床現場では人格障害の下位分類に拘泥する必要は無く、境界性人格障害を中核として理解しておくことで大きく外れることはない。そのためにはカーンバーグの境界性人格構造を参考にすると理解しやすい。

はじめに

救急医療の現場で大量服薬、リストカットなどの自傷行為・自殺企図で搬送されたり、一般診療科で何らかの身体症状で外来治療や入院治療を受けたりする患者たちの中で、周囲の患者やスタッフとの折り合いが悪く、主治医がその対応に難渋し、スタッフから冷たい視線を注がれる経験をする。彼らはもともとトラブルを起こす意図はなく、むしろ、周囲とはフレンドリーに付き合いたいと考えている。しかし、彼らが人と接する場合、その場に相応しい処し方が要請される時に何故かミスマッチを引き起こしてしまう。このミスマッチは生物学的に基礎付けられた気質を土台に、環境との相互作用で形成されたパーソナリティが彼ら独自のセンスに依拠して振舞うときに生じる。今日彼らの対人関係において見られるその様な状態に対して、精神医学では人格障害（パーソナリティ障害）と呼んでいる。そこで一般診療科を訪れる彼ら

の示す状態像とその把握、対応の仕方について、困難な患者となりがちな境界性人格障害を中心に少し述べてみたいと思う。

「人格障害」の出現

社会との摩擦を引き起こし、人々を悩ます人達の存在は古くから一定の割合で存在しており、クレッペリンやシュナイダーの時代には精神病質者とされ、正常と精神病の中間に位置して、精神病の前段階状態と考えられていた¹⁾。引きこもりや奇妙で風変わりな行動、反社会的な逸脱行動などがあり、人格傾向が正常人（大多数の人）から偏っている者とみられた。彼らのその性質は正常から連続するものであり、疾患とは明確に区別されて医療の対象とはみなされなかった。一方、精神分析がアメリカで広まると、神経症と思われた患者の中に、分析が深まるほど病態が悪化して精神病状態となるものが認められるようになった。それを「境界例」



と称して、分析治療が病状を悪化させるとして分析家に注意を促したのである。

その後、神経症と精神病の間に位置するとされる境界例概念が著名な精神分析家たちによって様々に理論的に検討され、アメリカ精神医学会の診断統計の手引き（DSM）によって人格障害として位置づけられるようになった。こうして治療の対象外であった人格の問題が治療の対象に組み入れられた。

人格障害とは何か

「人格障害」という呼称には精神科医の間でも議論が分かれている。特に personality disorder が「人格障害」と日本語訳されていることから、人格すべてが障害されているというイメージを与えるからである。医学雑誌や関連雑誌などで敢えて「パーソナリティ障害」を採用しているのもその現れであろう。

人格とは人の認知及び思考、感情、行動の総体的な現れであり、その人を全体的に特徴付けるものである。対人関係において一定のパターンを有するものであり安定的である。また、その時の当人を取り巻く文化と当人の生育史を反映する。人格障害というのは人格全体に問題があるということではなく、対人関係においてミスマッチを生じやすく、人格の一部を反映して一定のパターンと持続性を有するということである。

彼らは精神的に悩みや問題を抱えて各種診療科を訪れることがしばしばある。彼らの悩みの多くは生きにくさであり、空虚・抑うつ感、不安感、絶望感、自己不全感、寄る辺なさ、見捨てられ感である。また、彼らの一部は衝動性、易興奮性、あるときには暴力、意識の乖離、リストカット、自殺企図などで周囲を悩ませる。彼らは自ら悩む場合は自発的に受診するが、人を悩ます場合は家族や友人に説得されて、あるいは救急車で受診する。

彼らの普段の生活は大多数のいわゆる正常人と変わらない。職場の同僚や友人、周囲の人ともうまく付き合っている。トラブルなくやっているといたったほうが正確かもしれない。しかし、社会で生きている以上、何らかのストレス

にさらされるのは避けられない。このストレスに対して彼らなりに努力をした結果、代償できないほどのストレスであった時に適応不全となって上記のような状態が出現するのである。

人格障害の分類

今日の人格障害はDSM-IV²⁾で、その特徴によってA群、B群、C群に分けられている。A群：引きこもりと奇矯で風変わりな態度、B群：感情が不安定で衝動性が目立つ、C群：不安と恐怖が目立つものという具合である。それぞれの群に下位分類を配置している。

A群

妄想性人格障害：他人の動機を悪意のあるものと解釈するという様に、不信と疑い深さが目立つ。

統合失調質人格障害：社会的関係からの遊離と感情表現の乏しさが目立つ。

統合失調型人格障害：社会的関係性の乏しさに加え、外見・話し方・考え方で奇妙・非現実的、関係念慮がみられる。

B群

反社会性人格障害：他人の権利を無視しこれを侵害する、犯罪行為を繰り返す。

境界性人格障害：対人関係、自己像、感情それぞれでの不安定性、著しい衝動性。

演技性人格障害：過度な衝動性、人の注意を引こうとする。

自己愛性人格障害：誇大性、称賛されたいという欲求、共感の欠如。

C群

回避性人格障害：社会的引きこもり、不適切感、否定的評価に対する過敏性。

依存性人格障害：他人に依存したいという過剰な欲求のため、従属的で相手にしがみつく。

強迫性人格障害：秩序・完全主義、統制することにとらわれる。

人格障害の病理とその理解

精神分析理論によると人格障害では発達早期の固着を反映して原始的防衛機制³⁾が用いられるとされる。とりわけ境界性人格障害において顕著である。



分裂機制（スプリッティング）とは、自己にも、他人に対しても「良い」か「悪い」の評価しか出来ないため、対象を「理想化するかこきおろすか」、「善か悪か」という極端な二分法をする態度である。自己対象に対しても一方で「愛される良い自己像」を持ち、他方で「愛されない悪い自己像」を持つため、統合され安定した自己像を持ってない。

投影性同一視は、自己の中に悪意に満ちた攻撃衝動や怒りがあると葛藤が生じるが、その葛藤を軽減させようとして相手の内面にそれを投影し、相手に悪意があるとみなす。それに対して幼氣的万能感を用いて相手に攻撃を向け、それをもって相手をコントロールすることで自身の安定を得ようとする原始的防衛機制である。分裂機制を用いる人は気分の変動によって、愛着のある対象が突然攻撃性を帯びた対象に変化し、対象を攻撃する。彼らは愛着を求めて相手にすがりつくが、愛着の対象が見つからないと強い孤独感や空虚感に襲われる。

自我同一性の統合障害とは分裂機制によって対象のイメージも自己のイメージもともに分裂した自我状態のことである。患者の自我状態は状況や感情状態に左右されやすく不安定である。自分の感情や思考が自己所属感に乏しくなり、自己の帰属意識や価値観、目標等が不明瞭となる。

人格障害を考える場合にはカーンバーグが提唱した境界性人格構造⁴⁾という考え方が有用である。彼は人格障害を重症度で精神病的人格構造、境界性人格構造（highとlowに二分）、神経症的人格構造の3つに分けた。重症度の指標として自我同一性、原始的防衛機制（特に分裂機制）、現実検討能力の状態3つを用いた。

境界性人格構造は防衛機制として分裂機制が優勢であるため自我同一性が拡散し衝動的、情動不安定であるが現実検討能力が保たれている。現実検討能力が保たれているとは幻覚妄想状態のように現実と空想を混同せず、見当識障害もないということである。境界性人格障害を中心に自己愛性人格障害、反社会性人格障害、統合失調型人格障害を含む病態である。

精神病的人格構造では幻覚妄想や乖離状態と

なり現実検討能力を欠くため小精神病状態に相当する。

神経症的人格構造は自我同一性の拡散がなく、防衛機制は抑圧や合理化といった成熟した方法が用いられ、不安耐性、衝動コントロールなどが安定した状態である。強迫性人格障害、回避性人格障害を含む。

人格障害を考えるうえで大切なことは、これらのサブカテゴリーが病態水準の変動によって相互に移行すると捉える事である。彼らがストレス状況に陥った時に対人関係での不適応状態として困難な患者として立ち現れる態様はlowなレベルの境界性水準であるといつてよい。そして境界性人格障害として記載された症状とほとんど重複する状態で医療機関を訪れることになる。神経症的人格構造で困難な患者として現れることは無い。精神病的人格構造に至ると精神病と似た病像となり精神科を訪れることになる。

高岡はメランコリー親和型のうつ病発症までの状況変化を人格障害の状況変化に対比させて、状況構成の第1段階、第2段階を病像出現前、第3段階を病像出現時とし、治療が必要となる状態を第3段階であるとしている。つまり、周囲と人格傾向が違っても日常生活で代償できている間は状況構成の第1・第2段階であり、第3段階に至って初めて治療を要する「障害」とみなすべきだといふのである⁵⁾。高岡の主張とカーンバーグの人格構造論を比較すると共通する視点が見て取れるのではないだろうか。

人格障害の医療機関への現れ方

●不安障害（パニック障害、広場恐怖症）

パニック障害で一般開業医や病院救急外来を受診したり、精神科救急を受診したりすることが多い。人格障害を背景にした不安障害は対人関係でのストレス状況が続く間は遷延し治療抵抗性であることが多い。

●抑うつ性障害

気分変調症と人格障害は合併率が高く、症状も重複する。人格障害の多くで対人関係でのストレスから抑うつ気分を訴える。些細なライフイベントを契機に容易に抑うつ状態を



呈しやすく、治療抵抗性が多い。自殺企図、自傷行為につながりやすい。

●アルコール依存、薬物依存

アルコールを含めた薬物依存では各類型の人格障害が合併することが多い。ストレスや不安・抑うつに対する対処行動として形成されるという側面がある。

●自殺企図、自傷行為

境界性人格障害に圧倒的に多い。不安や抑うつに対する場合が多いが、操作的手段として、家族や重要人物、あるいは医師に対する脅しや、ジェスチャーの形で繰り返されることも多い。大量服薬、飛び降り、リストカットが多い。

●身体化障害

明らかな身体障害は無いにもかかわらず、痛みや複数の身体の不調を訴え、繰り返し医療機関を受診する。女性に多く、身体化障害を有する女性の半数以上が人格障害を有するといわれる。疾病利得を有したり、重要人物の注意を惹き自己の承認を得る目的としたりすることがある。

西岡は救急外来を訪れた境界性人格障害の診察で診断を思いつくための鍵として次の9つの視点を述べているが、DSM-IVの診断基準とほぼ同じである⁶⁾。

- ①頻回に繰り返される自殺企図の既往
- ②しばしば「落ち込み」と表現される2週間以内のうつ状態の周期
- ③うつ状態の訴えに自責感よりも他責的な傾向が濃厚に認められる。
- ④対人評価が極端であり、高く評価していた人を一転してぼろくそに言う傾向。
- ⑤しばしば自分の中に良い自分と悪い自分があると感じると述べる。
- ⑥寄る辺のない不安感、見捨てられる不安、無気力、孤立無援感、空虚感と万能感、特に憤怒ともいべき怒りの感情など強烈な感情体験を繰り返し経験している。
- ⑦家族が困るような行動、性的逸脱行為、万引き、浪費等の問題行動が頻発し、しばしば家庭内暴力を伴う。

⑧摂食障害（特に過食）を伴うことが多い。

⑨家族像の特徴として、母親がストリーミー(stormy)なパーソナリティであり、母子同盟が強固で父親の影が薄く、家族の中で疎外されている傾向。

どの人格障害であれ、ストレスフルな状況に陥ると病態水準が低下し、上記と同じような状態を呈して医療機関の前に立ち現われるということである。

DSM-IVの診断基準で人格障害を診断すると、他の人格障害との重複診断率が非常に高く、境界性人格障害で50%を超えるという。一般診療科の医師が人格障害を扱う場合、下位診断に拘泥する必要はなく、身体症状、あるいは精神症状で医療機関を訪れた場合はその症状に対する治療を行い、その過程で対応の困難な患者として現れた時、上記の状態を、境界性水準の病態にある人格障害、その多くが境界性人格障害だろうと理解すればよいであろう。

人格障害を持つ患者への対応^{7), 8)}

治療目標を具体的に設定

まず主訴を明確化する。各種身体症状、不安や抑うつ、人間関係の悩みなどが多いが、生きにくさなどの漠然とした訴えもある。背景として空虚感や孤独感があり、かわりを渴望する気持ちが強いが、具体的にすることが大切である。

治療の構造化（治療の枠組みの設定）

主治医と患者がどのような形で治療をセッティングするのか具体的に明確にすること。人格障害の患者は無構造的な状況で退行し病理を露呈しやすいからである。

限界設定（リミット・セッティング）

患者の様々な要求に対して、出来ることと出来ないことをはっきりさせる。限界が不明確な状況では患者が混乱しやすいためである。

自己破壊行動（リストカット、薬物乱用など）や暴言・暴力の禁止を言明する。

行動化の対処

患者はストレス状況で葛藤や不愉快な感情に自ら対処できなくなったときに様々な形で治療破壊的な行動を示す。この場合明確な限



界設定を行い行動化の意味を自覚させ、行動化が有害であることを自覚させる。同時に治療者が受容範囲内で出来ることを明確にし、患者の内的な枠組みを構築する。また、適応的な行動への努力が見られれば些細なことでも評価をする。

テスト（試し）への対処

患者は治療初期に、治療者を試そうとしたり、挑発しようとする。自傷行為のそぶり、治療拒否の脅し、無理な要求、無視などには毅然とした態度をとる。

対人操作への対応

治療スタッフの中で自分にとって「良いスタッフ」と「悪いスタッフ」を作ってスタッフ間に分断を引き起こし、治療に混乱を持ち込む。治療スタッフ間で原則的対応を確認し、統一することで動揺しないようにする。スタッフ間のコミュニケーションをよくし、共通理解を得る。

二者関係に埋没しない

人格障害の人は常に枠組みを破壊して周囲を振り回そうとする。二者関係での親密さに埋没した時に、治療者対患者の枠組みを超えて生身の関係に陥りやすいので注意が必要である。

おわりに

人格障害の歴史と概念に触れ、一般臨床現場での現われ方、その背景、対処の原則等について述べた。人格特性によって関係者との間に対応上の困難を来し、治療現場が混乱する結果となるケースに対し、その概念、背景、対処方法などを理解しておくことは臨床医にとって有益であり、総合病院でリエゾンコンサルテーション医療を担う精神科医療従事者にも助けとなると考えられる。

参考文献

- 1) 新井尚賢：人格異常－概念と歴史的展望，人格異常・性格異常，現代精神医学体系第8巻，中山書店，東京，3-60,1981
- 2) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual and Mental disorder, Forth Edition (DSM-IV) , American Psychiatric Association, Washington DC (1994) -高橋三郎ほか（訳）：精神障害の診断・統計マニュアル. 医学書院，東京（1995）
- 3) 加藤正明（編）：新版精神医学事典，弘文堂，東京，1995
- 4) 牛島定信：人格形成と人格障害，人格障害，臨床精神医学講座第7巻，中山書店，東京，11-26，1998
- 5) 高岡健：かかわりか治療か，現代医療文化のなかの人格障害，新世紀の精神科治療第5巻，中山書店，東京，274-285，2003
- 6) 西岡和郎：人格障害者の救急外来での対応，人格障害，臨床精神医学講座第7巻，中山書店，東京，213-230，1998
- 7) 明橋大二：境界性人格障害治療における問題行動への対応，精神科治療学 vol.19 No.7 Jul.2004，831-835
- 8) 平井孝男：重症境界性人格障害のクリニックでの治療，精神療法 vol.30.No.2 ,2004,134-143



QUESTION!

次の問題に対し、ハガキ（本巻末綴じ）でご回答いただいた方で6割（5問中3問）以上正解した方に、日医生涯教育講座0.5単位、1カリキュラムコード（70.気分の障害（うつ））を付与いたします。

問題1

境界性人格障害によく認められる徴候として正しいのはどれか？

- 1) 抑うつ気分
- 2) 希死念慮
- 3) 分裂した自己および対人評価
- 4) 身体的不定愁訴
- 5) 見捨てられに対する強い不安

- ① 1)、2)、3) ② 1)、3)、5)
- ③ 3)、4)、5) ④ すべて

問題2

人格障害への対応として正しいのはどれか？

- 1) 主訴にとらわれなくて、できるだけ多くの訴えを解決するように心がける。
- 2) 治療の枠組みを緩やかにしていつでも対応できるようにする。
- 3) 自傷行為などの自己破壊的行動や暴力には毅然と禁止を表明する。
- 4) できるだけ親密な関係で対応して受容的、傾聴を第一とする。
- 5) 治療者への試しや操作性には無視をして乗らないようにする。

- ① 1)、2)、3) ② 1)、3)、5)
- ③ 3)、4)、5) ④ 3)のみ

問題3

投影性同一視について正しい説明はどれか一つ選びなさい。

- ①心理検査における投影法とその視方の一つである。
- ②人物誤認の一つで他人を家族が変装しているとみなすことである。
- ③芸術療法の一つである。
- ④自分に悪意があると、それを相手にあるとみなして葛藤を軽減させる機制である。

問題4

リミットセッティングについて正しい説明はどれか一つ選びなさい。

- ①治療を迅速に行うための方法である。
- ②防衛機制の一つで願望が満たされないとき一段低い願望で満足を得る事である。
- ③精神科診療で行われる隔離と拘束の事をいう。
- ④患者に起こる事態を想定し、対処をあらかじめ設定し患者の行動化や現場の混乱を防ぐ事をいう。

問題5

境界性人格構造について正しいのはどれか一つ選びなさい。

- ①カーンバーグが提唱し、人格障害を重症度で3つの人格構造に分けて人格障害を統一的に理解しようとするものである。
- ②フロイトが提唱し、人格構造をエス（イド）、自我、超自我に分けて理解することをいう。
- ③アメリカ精神医学会精神疾患の診断と統計の手引きによる人格障害の診断で重複診断が多い事をいう用語である。
- ④2重人格において主人格と第2人格が統合されずに分離した状態をいう。

CORRECT ANSWER! 3月号 (Vol.46) の正解

Pregnancy Related Death と Pregnancy Associated Death

＝妊産婦死亡統計のパラダイムシフト＝
問題：次の中から正しいものを選びなさい

- 1. 本邦の現行の妊産婦死亡統計は、不慮または偶発の原因による死亡を含めている。
- 2. 2007年の本邦の妊産婦死亡統計では、妊産婦死亡数は出生10万対32である。
- 3. 本邦の妊産婦の推定外因死数は、産科的死亡数を大幅に上回っている。
- 4. Pregnancy-Associated Death (CDC, ACOG) とは、妊娠中～妊娠終了後42日未満の、外因死を含む全ての原因による死亡をさす。
- 5. Pregnancy-Related Death (WHO) とは、妊娠中～妊娠終了後365日未満の、外因死を含む全ての原因による死亡をさす。

正解 3