

パーソナリティ障害

井上和臣

# パーソナリティ障害

井上和臣

## Key words

*cognitive-behavioral therapy, personality disorders, cognitive profile, therapeutic relationship, depressive personality disorder*

この原初の時代にあつては、あらゆる種類の不規則性や混乱(すなわち、あとになると怪物性、罪、犯罪として貶められるすべてのもの)が直接に、また間接に創造の仕事をも促していたのである。しかし創造—制度、法律、技術、芸術—の業によって「人間世界」が始まると、違犯や過剰は禁止されるようになる。(エリアーデ\*)

## はじめに

パーソナリティ障害に対する認知療法・認知行動療法(以下、認知療法)の歴史は1980年代後半にまで遡る。当時ペンシルベニア大学認知療法センターでBeck ATを中心に繰り返された論議が、「パーソナリティ障害の認知療法」(“Cognitive Therapy of Personality Disorders”)として公表されたのは1990年であった。その7年後の邦訳<sup>2)</sup>に際し井上は、パーソナリティ障害の認知療法が認知療法の大きな転回点に位置している、という仮説を提起した。

1/ 症状症候群・症状障害からパーソナリティ障害に対象が移ったとき、認知療法は大きな修正を余儀なくされる。不安や抑うつなどの症状以上にスキーマが治療の主たる標的となり、治療は長期化する。強い情動と結びついた熱いスキーマに働きかけるには、過去の情動体験にま

で遡及する必要が生じる。治療者は治療関係を阻害する自らの感情反応と非機能的認知にも目を向けなければならない。

2/ パーソナリティ障害への適応拡大は認知療法の特質を見失わせる兆候かもしれない。かつて袂をわかつた精神分析療法への再接近を予感させる動向は、差異性を主張してきた従来の立場を崩壊させてしまう。一方で、危険をはらんだ適応拡大にあつても、差異性の融解現象は認知療法の基本理論までには至っていない。パーソナリティ障害を特徴づけるさまざまな方略・行動様式をスキーマと関連づける認知モデルは、精神分析療法との差異を明示している。

3/ 未来予想図として、認知療法を軸とした精神療法の統合、すなわち認知療法と他の精神療法の同一性に立脚した進展が、パーソナリティ障害に対する認知療法から始まろうとしている。

初版から14年、2004年に第2版(邦訳:2011年)<sup>3)</sup>が出版された。改訂は、パーソナリティ障害に対する認知療法がなおも途上にあり続け、さらに発展しうる可能態であることを印象づける出来事であった。井上は邦訳書のあとがきにおいて、パーソナリティ障害から症状症候群への逆輸入を提案している。

パーソナリティ障害という限られた患者の治療だけでなく、さらに多くの患者に対する認知

INOUE Kazuomi: Cognitive-behavioral therapy for personality disorders

医療法人内海慈仁会 内海メンタルクリニック・認知療法研究所：〒663-8247 兵庫県西宮市津門稲荷町5-8 大丸ハイツ

\*ミルチア・エリアーデ/松村一男訳：世界宗教史2 筑摩書房；ちくま学芸文庫，167-168, 2000.

療法にも応用できるヒントが、パーソナリティ障害に対する認知療法のなかに発見できる。スキーマはパーソナリティの基本構造である以上、どのような患者にも認められる。パーソナリティ障害の、地表につねに露呈した鉾脈のようなスキーマではなく、病期に限って顕在化するスキーマを推測することは、不安や抑うつ治療でも重要である。パーソナリティ障害における純度の高いスキーマを希釈するとき、パーソナリティ障害のスキーマと定性的には区別できないスキーマを、症状症候群の患者にも見出すことが可能になる。

さらに第2版から11年、2015年になって第3版<sup>1)</sup>が公刊された。認知療法が対象としてきた臨床上の問題は、うつ病から始まり、パニック障害、強迫性障害、社交不安障害、摂食障害、物質使用障害、ついには双極性障害や統合失調症にまで広がって久しい。しかし、パーソナリティ障害に対する認知療法のように、四半世紀にわたって著作の改訂を繰返し新たな知見を問うてきた領域は例外的と言えるのではあるまいか。

小論では、第3版<sup>1)</sup>に依拠し抄訳を試みながら、パーソナリティ障害の認知療法について論じる。なお、わが国の実臨床に関しては拙編著<sup>4)</sup>を参照いただきたい。

## 1. 『パーソナリティ障害の認知療法』(第3版)の構成

初版および第2版は、認知療法の概観とともに治療関係や各種の治療技法を論じた「歴史、理論、研究」と、個々のパーソナリティ障害への介入が症例を交えて詳述される「臨床応用」の2部から成っていた。

第3版はその65%が新たに執筆されたと序言にある通り、全体が20章にまで膨らみ、第1部「理論、研究、臨床的方法」に「パーソナリティ障害における不適応的スキーマ/モードに関する神経機構」、「多様性、文化、そしてパーソナリティ障害」の2章が加えられた。第2部「臨床応用」には「抑うつ性パーソナリティ障害」

というDSM-5にはない章が登場している。さらに、第3部として「併存症と臨床的管理」が設けられた。第2部では個々のパーソナリティ障害の順序に変化がみられ、DSMのC群に含まれる依存性、回避性、強迫性パーソナリティ障害から論述が始まっている。分担執筆者の変更によって、依存性、自己愛性、演技性、反社会性パーソナリティ障害の各章は全面的に書き改められた。

## 2. パーソナリティ障害の認知療法：理論

臨床家の関心は、具体的な介入の記述が豊富で実臨床に直結しやすい第2部に集中すると思われる。しかし、旧版同様、第3版にあっても白眉は第1部の、Beck ATによる「パーソナリティ障害の理論」である。

Beckの進化論的仮説では、人類の誕生以来、環境への順応性を有し生存を保障してきた認知・感情・行動特性が、進化の途上で、あるいは文化の進展過程で、ある部分は肥大化し優勢となり、他の部分は萎縮し劣勢となってきたものとして、パーソナリティ障害が理解される。

カテゴリー診断としてのパーソナリティ障害群は、個別には猜疑性/妄想性、シゾイド/スキゾイド、統合失調型、反社会性、境界性、演技性、自己愛性、回避性、依存性、強迫性パーソナリティ障害となる。障害を特徴づける必要からは否定的な形容詞を冠せざるを得ないのかもしれないが、診断だけで中断するならまだしも、治療に結びつけるには名称上の工夫がなければなるまい。

第3版はカテゴリー診断としての個々のパーソナリティ障害に対応する形で各章が構成されている。しかし一方で、認知理論では過大発達した方略/行動(overdeveloped strategies/behaviors)と過小発達した方略/行動(underdeveloped strategies/behaviors)という視点から各パーソナリティ障害が概念化される。たとえば、強迫性パーソナリティ障害は完璧・規則・当為・衝動制御の極端な強調、そして自発性・遊戯性・創造性の相対的欠乏によって特徴づけられる。

表 1 各パーソナリティ障害における過大発達した方略と過小発達した方略

パーソナリティ障害	過大発達した方略	過小発達した方略
依存性	愛着 援助希求 自己抑制	分離性 自己表現 自己信頼
回避性	不快の予期・回避 感情表現の抑制 受動的逃避 関係性希求	社会的危険の甘受 自己主張 日常的交流
強迫性	完璧 規則 当為 衝動制御	自発性 遊戯性 創造性
受動攻撃性	間接的制御 受動的抵抗 表面的服従 妨害	自己主張 協調性 妥協 限界受容
自己愛性	競争 他者利用 権力目的の操作 自己強大化 規則・限界の超越	舞台の共有 共感・配慮の表出 他者支配衝動の抑制 社会的相互性
演技性	感情の誇張 身体的愁訴 衝動的反応 演出	内省的観察 衝動制御 不快耐性 社会的相互性
境界性	自己隷属 交代性の抑制・劇的抗議 他者処罰 緊張解放	自己主張と限界設定 怒りの緩和 不快耐性 衝動制御

(文献 1 をもとに作成)

表 1 に示したように、他のパーソナリティ障害もある方略の優勢と別の方略の劣勢を示す。ある対人的方略が発達しすぎて肥大化すると、それと釣り合いを保つはずの方略が十分に発達しなくなり萎縮するとする仮説である。生物学的基礎が未知であるパーソナリティ障害の治療では、否定的形容詞を伴う価値概念から離れる必要がある。パーソナリティ障害の心理的特徴を、過大発達/過小発達した方略、自己と他者に関するスキーマ・信念から分析することによって、特異的な認知プロフィール (cognitive profile)

を得ることができる。カテゴリー診断の枠内にとどまりながらもディメンション診断に少しでも近づけるなら、治療者は患者に対する否定的な認知・感情・行動的反応からも距離を置くことができるようになるだろう。

さらに注目すべきはモードあるいは様態 (modes) という概念である。刺激の受容に始まり行動的反応に終わる一連の過程に関わる構造として、複数のスキーマが仮定される。認知的スキーマは抽象化・解釈・追想に、情動的スキーマは感情の発生原因に、動因的スキーマは願

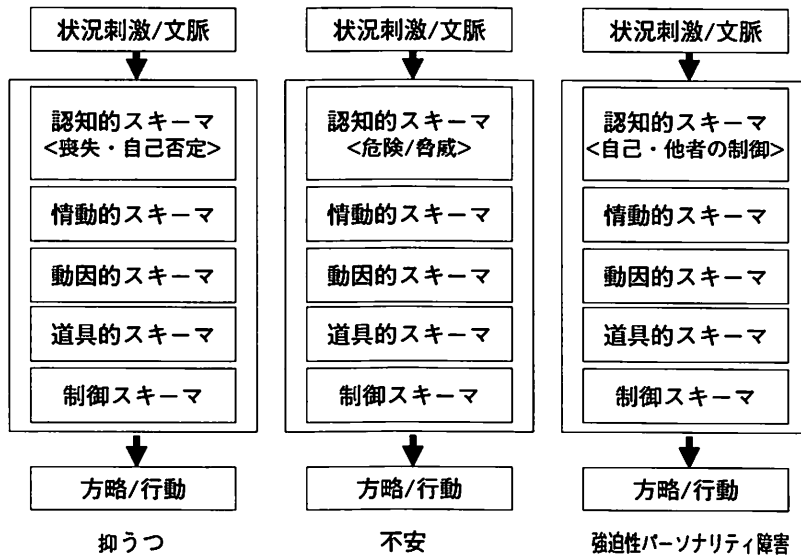


図1 抑うつ・不安・強迫性パーソナリティ障害におけるモード/ネットワーク (文献1をもとに作図)

望と欲求に、道具的スキーマは行為を準備するものに、制御スキーマは自己監視および行為の抑制や指示に、それぞれ関連する。モードはこれらのスキーマから成るネットワークとして作動する。図1に示したように、精神病理に関わるモードは診断カテゴリー名を冠して表現するしかない。しかし、おのおののモードは一方で適応に向かい、他方で不適応に至る連続体である。

### 3. パーソナリティ障害の神経機構

パーソナリティ障害の認知的特性が神経機構という観点から論じられたことは、旧版にはなかったまったく新しい試みと言える。

パーソナリティ障害の理解に神経科学の知見を活用することは、パーソナリティ障害を神経発達障害 (neurodevelopmental disorders) として概念化することを可能にする。神経イメージング法による神経機構の研究がなされているのは、主として境界性、反社会性、統合失調型パーソナリティ障害であり、C群に属する障害の研究は進んでいない。

境界性パーソナリティ障害における情動易変

性は、不安や抑うつで注目される島と扁桃体の機能異常から論じられる。B群の境界性パーソナリティ障害や反社会性パーソナリティ障害にみられる衝動性や嗜癖行動は、報酬系に関わるドパミンへの過剰反応から研究されている。ドパミンのバースト状の発火が、自己制御の低下に至る誇大的なスキーマの活性化をもたらす、という仮説が提示される。A群のパーソナリティ障害である統合失調型パーソナリティ障害にあつては、統合失調症の陽性症状との類縁性から、ドパミン系の機能障害が着目されている。拒絶されることへの過敏性や他者に対する不信任は多くのパーソナリティ障害に共通するが、他者の意図を誤って解釈する特有のスキーマについては、社会認知に係る情報処理の問題として探究されている。

パーソナリティ障害の神経機構の探索は緒についたばかりであるが、患者・家族への心理教育に活用できるという臨床的有用性が指摘されている。「私は人より劣っている」「私には価値がない」「私は愛されない」といったスキーマを神経科学の観点から説明することが可能になれば、患者は自らの感情体験に「観察者」の視点を取り入れ、症状を外在化して、自罰的な認知

から距離を保つことができるかもしれない。機械論的な説明モデルは、家族にとって、患者の問題は性格の問題とする態度から、別の解釈への道を開き、共感を容易ならしめるだろう。

#### 4. パーソナリティ障害：文化という枠組み

パーソナリティ障害の診断・治療に文化的多様性が重要な影響を与えることは想像に難くない。旧版にはなかった文化的側面が第3版では論じられている。米国にあっては無視できない文化という要因は、たとえ希釈されてはいても、わが国の実臨床でも看過できないであろう。

症例の認知的概念化にあたって文化を考慮しようとするとき、認知療法の共同的経験主義 (collaborative empiricism) をいっそう重視する必要がある。治療上は、治療者の固定観念が及ぼす悪影響に鋭敏になることである。治療者には治療関係を左右しかねない、自らの内なるすべての憶説 (assumptions) を差し控えることが求められる。

#### 5. パーソナリティ障害と併存症

パーソナリティ障害と併存することの多い症状障害には気分障害、不安障害、物質使用障害などがある。気分障害や不安障害のリスクが大きいのは、境界性・反社会性・依存性・強迫性・統合失調型パーソナリティ障害である。症状障害に併存するパーソナリティ障害の診断には過剰診断と過小診断がありうる。症状障害の治療に供される認知療法のマニュアルはパーソナリティ障害の併存を通常は考慮していない。パーソナリティ障害の併存がある場合、症状障害から治療を始めるか、パーソナリティ障害に先に介入するかという問題が生じる。一般には症状障害の治療が優先されるものの、併存するパーソナリティ障害が治療反応性を低下させたり治療の長期化をもたらしたりする。パーソナリティ障害の併存が治療関係に影響することは言うま

でもない。

パーソナリティ障害を神経発達障害として仮説的に理解することは先述の通り可能だが、現行の分類体系において神経発達障害に分類される自閉症スペクトラム障害との関連は明確にはなっていない。自閉症スペクトラム障害と臨床像が類似するのは、シゾイド/スキゾイド・統合失調型・強迫性・回避性パーソナリティ障害である。高機能自閉症スペクトラム障害では刺激への過敏性を代償する方略として回避が選択されることがある。この場合、不安、社会認知、社会生活技能の改善に認知療法が有用とする報告がある。

#### 6. 治療の原則

第3版の最終章では下記の治療ガイドラインが提案されている。

1/ 治療は患者の問題に関する個別の概念化に基づいてなされるとき最も効果的となる。2/ 治療目標に関する同意が具体的になされるよう、治療者と患者が協力することが重要である。3/ いつも以上に治療者・患者関係に留意することが重要である。4/ 他人への不信があって不安や恐怖が著しい患者には、広範な自己開示を必要としない介入から始めるよう心がける。5/ 患者の自己効力感を高める介入によって、症状は軽減し、他の介入が行ないやすくなる。6/ 言語的な介入だけに頼ることがないようにする。7/ 変化を促そうとする前に、患者の恐怖を明確にして、これに働きかけるようにする。8/ 嫌悪感に適切に対応できるよう患者を支援する。9/ 治療によって生じ得る嫌悪感に対処できるよう患者を支援する。10/ 予定された治療の終結に関連する問題を予測しておく。11/ 患者はそれなりの環境で生活している、と思いつむことがないようにする。12/ 生育歴について患者が語る時間をあらかじめ確保しておく。13/ 限界設定は治療プログラム全般の必須部分である。14/ 治療者は治療経過中に生じる自らの感情反応を注視しておく。15/ 治療期間、治療目標、そして治療者の自

表2 治療関係に影響する認知的特徴

---

依存性パーソナリティ障害
他者/治療者に関する視点
人は私より賢い。私は人に頼り、人の言う通りにしたほうがいい。
過大発達した方略
不調を口にする。慰めに、ひどく困っているように振る舞う。人に受身的に依存する。
治療者がとれる態度
話題設定ができるようにする。患者に意見を求め、積極的に問題解決できるようにする。
回避性パーソナリティ障害
他者/治療者に関する視点
人は私を善悪で判断し、批判し、私のことを努力のしがない人だと思う。
過大発達した方略
関係のない話題ばかり不安そうに話す。自分を貶める。負の感情を隠そうとする。
治療者がとれる態度
ゆったりとした姿勢でこの場が安全であることを示す。セッションの話題を決めるのに重要な事柄を話題に加えるよう力を合わせる。個人的な印象や感想を話すことを求める。感情について優しく尋ねる。
強迫性パーソナリティ障害
他者/治療者に関する視点
人は物事をきちんとしない。人は正しい答えを見つけるのにありとあらゆる情報を必要としている。
過大発達した方略
極端に完璧をめざす。微に入り細を穿った話をする。まとめをしたり話題を変えたりすることが難しい。
治療者がとれる態度
セッションの話題ごとに時間設定をどうするか意見を求める。問題を詳細に語りすぎることに制限を設ける意義を説明する。
抑うつ性パーソナリティ障害
他者/治療者に関する視点
人は結局のところ理想主義的で、非現実的なほど楽観主義的で、失望させる。
過大発達した方略
何事にも感情を交えずに懐疑的であり続ける。治療や治療者に対して批判的であったり品位を落とそうとしたりする。努力など無駄だとして放棄する。
治療者がとれる態度
可能性のある選択肢には好奇心と興味を示す。治療的な自己開示によって、気分を修復し維持するためのスキルの手本となる。

---

(文献1をもとに作表)

己評価基準に関しては現実的であるようにする。

## 7. 治療関係

---

治療関係はパーソナリティ障害の認知療法では生育史と現在の生活状況とともに治療の三側面を形成する。今、ここでの患者の認知を同定・検証・修正するという症状障害で活用される手法が、縦断的に、横断的に、そして治療の枠内

で進められる。

治療関係に関わる認知を図式的に対比するなら、症状障害の場合には「治療者は有能で、私のことを理解して、温かい気遣いに満ちた対応をしてくれるだろう」「治療によって私は気持ち楽になるだろう」という期待がみられる。パーソナリティ障害では「治療者は私を傷つけたり批判したり管理したりするだろう」「治療によって私はさらに気分が悪くなりかねない」といっ

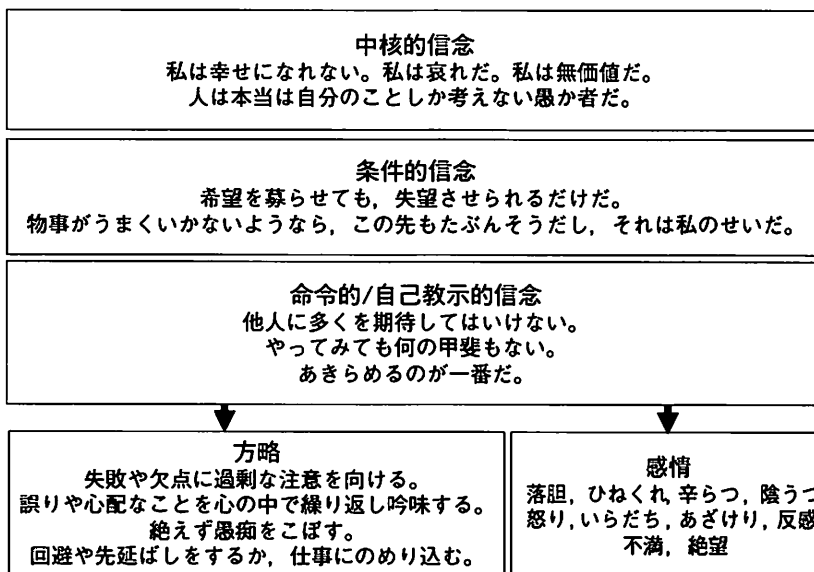


図2 抑うつ性パーソナリティ障害の認知プロフィール (文献1をもとに作図)

た予期が認められる。

治療関係を構成する要素は、治療者に対する患者の反応であり、患者に対する治療者の反応である。パーソナリティ障害を対象とするとき、認知療法の基本にある共同的経験主義は患者だけでなく治療者においても危機に瀕する。二分法思考に陥り適正な治療的距離を保てなくなる治療者には、治療セッションを振り返ったり、思考記録用紙による認知再構成法を自ら活用することや、同僚やスーパーバイザーによる提案に耳を傾けたりすることが有用となろう。

第3版には治療関係に影響する認知的特徴がパーソナリティ障害ごとに列挙されているので、表2に抜粋しておく。

## 8. 抑うつ性パーソナリティ障害

第3版で1章を与えられた抑うつ性 (depressive) パーソナリティ障害は、DSM-5には特定の診断カテゴリーとして採用されず、病的なパーソナリティ特性とされる。抑うつ障害群とパーソナリティ障害の接点にあって、気分変調症

との鑑別は難しいが、抑うつ性パーソナリティ障害は自己だけでなく他者に向けられた認知に特徴がある。

クレイトンはIT企業で働く中年の男性で、自らを悲観論者と呼ぶ。人生の否定面だけをいつも見てきたし、自分ばかりか世界の将来についても暗い予測をする。若い頃から自分のことを批判し憎悪してきたが、他人にも寛大でなく、容赦なく性急な判断をして、激しやすく、我慢を知らなかった。周囲をいらだたせるので、職場の同僚や近所の人に好かれなかった。仕事ぶりは緻密でも、自分の価値や有能さを疑っていて、実力を発揮することはなかった。

抑うつ性パーソナリティ障害の認知プロフィールは図2のようになる。信念と方略を軸にして認知的概念化を行うことができれば、次に治療目標を設定する。

クレイトンの治療目標は1/「自分には価値がない」という否定的信念に対する確信度を低下させ、現実的な自己評価ができるようになること、2/過去の失敗や落胆の原因を何に求めるかを再検討できるとともに、未来の出来事に関する否



定的予測からバランスのとれた視点に移行できるようになること、3/ 失敗を回避しようと先延ばしをしたり、受身的であったり、衝動的に行動したりすることで、かえって無価値感を強めることがないようにすること、4/ 今という瞬間に対する自覚を高め、肯定的な感情に注意を向けられるようになり、過去の失敗体験から距離を置けるようになること、5/ 職場では他人と比較して自分のことを判断するのではなく、新たな技能を学ぶ機会ととらえられるようになること、などが考えられた。

介入の基本は、抑うつ性障害と同じように、認知再構成法、行動活性化、経験に基づく仮説検証である。抑うつ性パーソナリティ障害ではとりわけ、治療初期には目標に向けた取り組みを進め、中期の認知再構成法ではスキーマを扱い、後期には感情体験への自覚を促すことになる。初期：離婚が差し迫っていたクレイトンとは、妻子と疎遠になり別居に至った経緯に多くの面接時間を当て、父親としての新たな役割を果たすには何をなすべきかが話し合われた。

中期：クレイトンの自責・他罰について、対人関係と業務に関連した日々の体験を素材に、誤った解釈を明らかにし、適応的な解釈を促し、さらには「認知的セルフケア」を勧めた。自己批判が自動的に起こる傾向に拮抗するために、自分を思いやり、自分に優しく、自分のことをよくわかろうとするのである。「認知的セルフケア」は容易ではなく、効果の発現は緩やかで、長く取り組むことが求められた。

後期：否定的感情に慣れたクレイトンには難しいことであったが、時々刻々の感情状態を評価し、肯定的感情に着目し、肯定的感情を体験しやすい方法を自ら学ぶことが続けられた。

抑うつ性パーソナリティ障害の認知療法では、否定的な自己像を弱めるだけでは長期的な変化は望めず、自己と世界と未来の3領域において肯定的で健康な信念を強めることが不可欠になる。認知の変化とともに重要なのは、日々の生活で生まれる喜びと幸福と満足をそのつど感じとれるようになることである。肯定的な感情状態を能動的

に創り出す工夫を体得することも必要になる。

クレイトンの治療は5年間にわたり、最初の1年間に23回、5年後に15回を数えた。BDI-IIの評価では当初は20～30点の範囲にあったが、5年後の治療終了時は10～12点に落ち着いた。この間には休職を要したため復職に向けた治療（return-to-work plan）を行った。クレイトンは働くことに価値を見出せず、皆ができる仕事なので、自分は使い捨てにされるだけだと語った。「仕事には価値がある」という前提と「仕事には価値がない」という前提を比較して、それぞれの前提からどんな結果が得られそうかが検討された。薬物療法としては venlafaxine と気分安定薬が投与された。

## 9. パーソナリティ障害の認知療法：将来展望

パーソナリティ障害に対する認知療法を回顧するとき、パーソナリティ障害に特異的な認知が明確になり治療技法が洗練されてきたことがあげられる。未来を展望するとき、治療による変化がどのように進展するのかという認知療法の作用機序を解明することが課題となろう。治療抵抗性と形容されるパーソナリティ障害が抑うつや不安の病理と同じように修正可能である、という希望の道が開けることになるだろう。

### 文献

- 1) Beck AT, Davis DD, Freeman A: Cognitive Therapy of Personality Disorders, Third Edition. Guilford Press, New York, 2015 (Kindle 版).
- 2) Beck AT, Freeman A & Associates: Cognitive Therapy of Personality Disorders. Guilford Press, New York, 1990. (井上和臣監訳: 人格障害の認知療法. 岩崎学術出版社, 東京, 1997)
- 3) Beck AT, Freeman A, Davis DD & Associates: Cognitive Therapy of Personality Disorders, Second Edition. Guilford Press, New York, 2004. (井上和臣, 友竹正人監訳: 改訂第2版 パーソナリティ障害の認知療法 全訳版. 岩崎学術出版社, 東京, 2011)
- 4) 井上和臣 編著: パーソナリティ障害の認知療法—ケースから学ぶ臨床の実際—. 岩崎学術出版社, 東京, 7-20, 2011.