上越教育大学心理教育相談研究
2001, Vol.1, 49-68

原　著

境界性人格障害の形成に関する生物-心理社会的モデルの理論的検討

井沢功一朗
上越教育大学心理臨床講座

要　旨

DSM-IIIの出版以後，境界性に関する研究の枠組みは病因論的・心理的・理論的なものから，記述的・機械的・実際的なものへと移行した．1980年代初頭には境界性人格障害（BPD）の診断法に関する研究が多くなされ，その後はBPDの形成要因に関心が向けられた．それらの要因として生物学的要因，心理学的要因及び社会的要因が個別にレビューされた．生物学的要因としてはBPDにおける遺伝と大脳生理・分子生物学の側面での特徴が取り上げられ，心理学的要因としては心的外傷理論に焦点が向けられた．また，社会的要因としては家族関係の分裂，両親の養育態度の非一貫性，地域・社会的・文化的な文脈の不連続性や矛盾が多様な研究結果から見出された．以上のレビューから，BPD形成に関する生物-心理社会的モデルが理論的に構築され，その限界と臨床実践のアセスメントにおける利用可能性が検討された．

キーワード：境界性人格障害，形成要因，生物-心理社会的モデル

境界性人格障害研究の歴史的変遷

精神分析からDSM-IIIへ

本論は，臨床心理学の領域で長い年月の間関心を集めてきている境界性人格障害（Borderline Personality Disorder：以下BPDと略す）を，生物－心理社会的（bio-psychosocial）な観点からとらえ，生物学的，心理学的，社会的要因のそれぞれを個々に検討し，最終的に１つの理論的モデルを提出することを目的とする．特にここでは，BPDの諸特性を形成するような具体的で介入可能な要因に着目し，個人・家族・地域・社会などさまざまなレベルに対応した治療・予防・教育的プログラムに先立つアセスメントに役立つようなモデルを提出することが課題となる．

BPDについては，半世紀以上にわたる研究の蓄積があり，そこで示された様々な見解の変遷は20世紀後半の精神医学・臨床心理学の歴史をそのまま反映している．その流れの中で，この問題について論じた初期の研究者の多くが広い意味での精神分析の立場に立つ人々であった点は留意する必要がある．そして，米国において精神分析が興隆を極めた1940年代から50年代を出発点として，様々な研究が蓄積されていった．

borderline概念の原型を初めて唱えたのはStern(1938)である．早期幼児期に愛情の剥奪を体験しており，劣等感が強く，精神分析治療に対して強い陰性の転移を生じる治療困難な一群の患者に対してStern(1938)は“境界神経症(border line neurosis)”という名称を与えている．その後borderlineの研究は継続的に行われ，Zilboog(1941)による“外来分裂病(ambulatory schizophrenia)”，Duetsch(1942)の“かのようなパーソナリティ(as if personality)”，Schmideberg(1947)の“境界例(borderline case)”，Hoch & Polatin(1949)による“偽性神経症性分裂病(pseudoneurotic schizophrenia)”，Knight(1954)による“境界状態(borderline states)”，Kernberg(1967)による“境界パーソナリティ構造(borderline personality organization)”，Grinker, Werble, & Drye(1968)による“境界症状群(borderline syndrome)”，Masterson(1971)による“青年期境界例(borderline adolescents)”などといった研究がなされてきている（これら1980年以前の諸研究の具体的内容については井沢(2002a)を参照

のこと).

我が国でも精神分析医である武田(1958)の“境界線例”に関する研究にはじまって，その後精神分析系の精神科医などにより研究が進められ，その中でborderlineという語はSchmideberg(1947)の研究が紹介された以後，それを受けて境界例と訳され用いられることが多くなった．そして，境界例という疾病概念は広く心理臨床家の中にも浸透していき，今日に至っている．

しかし欧米においては，精神分析の技法や理論は次第に相対化されてゆき，上に列挙した様々な境界例研究の成果は精神障害のための診断・統計的マニュアル第3版 (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders 3rd edition：以下DSM-IIIと略す：American Psychiatric Association, 1980)の中で，BPDとして具体的な診断基準の形に整理され，以後，境界例は人格障害の1つとして位置づけられた．

ここで留意しておくべきことは，DSM-IIIがそれまでの精神分析を中心とした病因論的，心理的，理論的な方法ではなく，記述的，機械的，実際的なアプローチにより明文化され，組織的にまとめられていることである．つまり，DSM-IIIが発表されたことにより，米国の精神医学はそれまで主流であった力動精神医学の枠組みからはなれ，クレペリンの診断学を基礎にした記述精神病理学と生物学的精神医学へとパラダイム・シフトしたのだといえる．

こうしたことを背景にして欧米では精神分析理論は急速に相対化され，1980年以後はDSM-IIIによるBPD診断を基準とした実証研究が徐々に蓄積され始めた．これらの研究は当初はBPDの診断や測定に関するものが多かったが，DSM-III-R(American Psychiatric Association, 1987)以後は，BPD形成要因についてさまざまな観点からの研究がなされるようになった．現在ではDSM-IV(American Psychiatric Association, 1994)が用いられ，BPDに関する研究はさらに多様化してきている．本論ではこれらの研究をレビューし，理論的モデルを構築することを目的とするが，それに先立ち，BPDそのものについての診断法に関する研究を概観したい．

BPDの診断法

面接法　DSM-IIIによる診断基準の操作化を受けて，BPDのための診断面接法が整備されてきた．ここではいくつかある面接法のうち代表的かつ性質が対照的な2つの面接法について簡単にまとめる．

Gunderson & Singer(1975)，Gunderson & Kolb(1978)，Gunderson, Kolb, & Austin (1981)は境界例患者を他の疾患から明確に区別し，診断するための半構造化面接法(semi-structured interview)である境界例のための診断面接(Diagnostic Interview for Borderline patients：以降DIBと略す)を作成した．現在ではその改訂版であるDIB-R(Zanarini & Gunderson, 1989)が用いられている．DIB-Rは106の質問項目と55の評定項目からなり，それらは社会適応，衝動-行動のパターン，感情，精神病，対人関係の5つの領域に分けられている．各領域には均一に2点が与えられ合計7点以上を境界例診断のカットオフポイントとしている．我が国では三宅・皆川・守屋・生田・宮本・小此木(1987)がDIB第1版日本語翻訳版を作成し実証研究を行っている．

DIB，DIB-Rはそれまでの境界例研究の成果を総合する中で開発された半構造化面接法であり，そこでの診断規定はDSM-III以降のBPDの診断基準の中に多くとりいれられたという経緯がある．しかし，その基本には精神分析的な前提があり，DSMにそった診断を行うための手段とはいいきれない側面がある．

一方，国際パーソナリティ障害診断面接(Personality Disorder Examination-International version：以下IPDEと略す：Loranger, Susman, & Oldham, 1987)は，DSM-III-Rの基準についてすべての人格障害を評定するために開

発された半構造化面接法である．これは，WHOの人格障害診断に関する国際比較研究に用いられた面接法であり，標準的な人格障害診断のための手段であるといえる．そのうちBPD尺度では，リテスト法によるκ係数が.87であり，十分な信頼性が確認されている(Loranger, Sartorius, Andreoli, Berger, Buchheim, Channabasavanna, Coid, Dahl, Diekstra, Ferson, Jacobsberg, Mombour, Pull, Ono, & Reiger, 1994)．また，現在ではIPDEをDSM-IVの診断基準に合わせて一部改変したIPDE-DSM-IV様式(Loranger, 1995)が用いられている．

IPDEは理論的前提を持たず，DSMの人格障害すべてをできるかぎりその基準に沿って正確に診断することを目的として構成されている．また各項目は様々な人格障害に特有の認知・行動的特徴を具体的な形で質問するようにできている．

しかし，以上に述べた診断面接はいずれも数時間を要し（最も項目の少ないIPDE-DSM-IV様式でも2時間半かかる），臨床面・研究面で患者の負担や効率の面から見て適切な方法とはいえない．そこで，BPDをより簡便かつ正確に診断する方法として自己記入式質問紙の利用が考えられることになる．

自己記入式質問紙　自己記入式質問紙の領域でも多くの診断手段が開発されている．

分裂病型質問紙(Schizotypal Questionnare：以下STQと略す：Claridge & Brocks, 1984)は，DSM-IIIの発表に呼応して開発されたもので，分裂病型人格障害とBPDのそれぞれを診断する2つの下位尺度を持つ．そのうち，BPDに対応する尺度では，アイゼンクパーソナリティ質問紙における精神病尺度との相関が.38と低く(Claridge, Robinson, & Birchall, 1983)，精神病との関連性は認められていない．また，内的一貫性としてはα係数で.80が確認されている (Claridge & Hewitt, 1987)．しかし，DSMによる厳密な診断を外的基準とした妥当性の検討はおこなわれないままできている．

境界性症候群目録(Borderline Syndrome Inventory：以下BSIと略す：Conte, Plutchik, Karasu, & Jarrett, 1980)は，従来の境界例概念とDSM-IIIのBPDの規定とを総合して項目を選択し作成された尺度であり，Kurder－Richardson係数＝.92(Conte et al., 1980)，日本の精神科サンプルを用いた研究ではα係数＝.95が確認されている(町沢, 1989)．しかし，妥当性の面で問題があり，感情障害や抑うつ症状および分裂病症状に対する判別性の低さが指摘されている(町沢, 1989)．

MMPI-境界性尺度(Morey, Waugh, & Blashfield, 1985)は，広く普及しているMMPIの項目の内，4人の臨床家により内容的な妥当性があると判断された22項目から構成されたものである．内的一貫性はKurder-Richardson係数で.71であるが，DSM-III－Rの診断に対してはr＝.56と低い一致度しか見いだされていない(Trull, 1991)．

人格障害質問紙改訂版(Personality Disorder Questionnare-Revised：以下PDQ-Rと略す：Hyler, 1987)は，DSM-III-Rの人格障害すべてを診断するための人格目録であり，BPDに関してもDSM-III-Rの診断基準に忠実に沿った項目選択がなされている．BPD尺度のリテスト法による信頼性はκ＝．64と幾分低く(Hurt, Hyler, Frances, Clarkin, & Brent, 1984)，構造化面接によるDSM-III-Rの確定診断に対する一致度もκ＝.41とかなり低い(Hyler, Skodol, Kellman, Oldham, & Rosanick, 1990)．

ミロン臨床多軸目録II(Millon Clinical Mutiaxial Inventory-II：以下MCMI-IIと略す：Millon, 1987a)境界性尺度は，DSM-III-Rの人格障害の診断基準に沿って作成されており，高い内的一貫性(Kurder-Richardson係数＝.92)とDSM-III-R診断に対する比較的高い基準関連妥当性（感受性＝.72，特殊性＝.93）が確認されている(Millon, 1987a)．また，より重い得点荷重がなされている重要項目のみ用いて診断した場合の方が，全項目を用いた場合よ

りも診断的中率が高いという指摘もなされている(MacCann, Flynn, & Gresh, 1992).

自己記入式質問紙によるBPD診断について, STQ, BSI, MMPI－境界性尺度, PDQ－Rではいずれも信頼性や妥当性に何らかの問題がある. それに対してMCMI-II境界性尺度は信頼性・妥当性が確認されており実用可能性があると考えられる. また, この尺度はDSM-III以降の人格障害の診断基準を作った人格心理学者Millon当人によって開発されている点も注目に値する. 日本の精神科サンプルを用いた研究の中でも, IPDEによる人格障害診断を外的基準とした時の高い信頼性(α=. 87)および妥当性(感受性=1.00, 特殊性=. 90)が確認され, 短縮版が構成されている(井沢・大野・浅井・小此木, 1995). さらに, その短縮版ではIPDE-DSM-IV様式(Loranger, 1995)を用いた人格障害診断を外的基準とする妥当性(感受性=1.00, 特殊性=. 90)も確認されている(井沢2002a).

以上概観したように, BPDの診断に関して自己記入式質問紙の領域では様々な尺度が構成されている. これらの研究はDSMが発表され臨床実践に取り入れられ始めた1980年代初頭から80年代半ばにかけて数多くなされた. こうした研究動向は, 当時の欧米においてDSMの記述的な診断が広く受容されはじめていたことに呼応していると考えられる. そして, DSM診断が定着しはじめた80年代後半になるとBPDの診断法に関する研究は下火になり, 入れ替わるようにしてBPDの様々な形成要因に関する研究が数多くなされるようになった.

我が国でも80年代後半から臨床実践におけるDSM診断の受容が本格化したが, それにともないDSMのBPD診断基準についていくつかの問題点も指摘された. 大野(1988)は, BPDはその症状の多様性からして単一の臨床単位と見なすのは不可能であり, むしろ様々な他の疾病の症状のバラバラな寄せ集めとして考えるのが適切であると考え, "境界パーソナリティ症状群"という概念を提出している. また, 皆川・三宅・守屋・生田・西園(1994)も, DSM-IVにおけるBPDの規定は従来のさまざまな立場からの境界例研究のエッセンスである反面, 内容的な統一性に欠け, 単一の臨床単位とは見なし得ないのではないかとの批判をしている. 井沢他(1995)の研究でも, MCMI-II境界性尺度短縮版は他の人格障害に対して高い判別性を有するのに対し, 比較的低い内的一貫性(α=. 74)しか示さないことが確認されている. ここでも, BPDの症状における統一性の低さが浮き彫りとなっている.

その一方で, 人格障害以外の他の精神疾患の症状とBPDの症状との重複に関する研究(井沢, 1996)では, BPDの症状はDSM-IVの第1軸疾患との間にほとんど関連性を有さないことが確認されている. つまり大野(1988)のいう"境界パーソナリティ症状群"概念とは異なり, BPDは単一の臨床単位としては統一性を欠くものの, 他の疾患からは独立しているということ, いわば"拡散しながら閉じている"といった逆説的な性質を有していることが確認されている. したがって, 臨床単位としてのBPDの問題は, その症状の拡散自体にあるのではなく, 拡散しているような様態を示しながら他の疾患からの独立性を維持させている何らかの要因が明確でないことが問題ではないかと考える.

欧米では80年代後半にDSMによるBPD診断の受容が進み, それを前提としてBPD形成要因に関する研究が展開して今日に至っている. 以降では, これらの研究を生物学的要因に着目したもの, 心理学的要因に着目したもの, 社会的要因に着目したものに分類し, 個々にレビューしていくことにする.

BPD形成要因に関する諸研究

生物学的要因に関する研究

BPD形成要因を生物学的因子に求める研究は, 疾病の遺伝に関する研究と大脳生理・分子

生物学的要因に関する研究とに分けられる.

DSM-III以後になされたBPDの遺伝研究では，感情障害とで比較的強い結びつきが認められるが(Akiskal, 1981；Andrulonis, Glueck, Stroebel, & Vogel, 1982；Sollof & Millward, 1983)，同時に物質依存や人格障害も親族内に多く確認されており(Tulis, 1980；Andrulonis et al., 1982；Loranger, Oldham, & Tulis, 1982；Baron, Grueu, Asnis, & Lord, 1985；Loranger & Tulis, 1985)，特定の疾患とBPDとの遺伝的関係がはっきりと見いだされているわけではない。また，子供で学校不適応が生じやすいこと(Gunderson, Kerr, & Englund, 1980)，父親に犯罪歴を有する者が分裂病患者に比較して多いこと(Weaver & Clum, 1993)などの報告もある.

一方近年では，BPDの大脳生理機能そのものにも関心が向けられるようになっている．そこではセロトニンシステムの失調とノルエピネフリンの過剰活性化(Siever & Davis, 1991；de Vegrar, Siever, & Trestman, 1994)やノルアドレナリンシステムの活動性亢進(Yehuda, Southwick, Perry, & Giller, 1994；Steinberg, Trestman, & Siever, 1994)といった仮説が提出されている.

Cloninger(1987)は，各種の脳内神経伝達物質と気質の特徴との対応関係についてモデルを構築し，その理論枠組みからDSM-IVの人格障害全般を説明しようとしている.彼は，人が環境に適応しようとする中で明らかとなってくる4つの気質の次元を提唱している.それらは遺伝的でありかつそれぞれが独立しているという．その4つの気質は新奇性追求(novelty seeking)，傷害回避(harm avoidance)，報酬依存(reward dependency)および持続性(persistence)である.Cloninger & Svrakic (1997) はこれらの気質のプロフィールパターンにより各種人格障害が説明されるとしている.

新奇性追求の気質次元は単調さを避け，潜在的な報酬に対する積極的な探索行動をもたらす傾向であるとされる.傷害回避の気質次元は，その人にとって敵対的な意味を持つ刺激や罰，新奇性，欲求不満を回避するために自らの行動を強く抑制する傾向とされている.たとえて言うなら，人間の脳の中で，新奇性追求はアクセル，傷害回避はブレーキのような機能を果たしていると言うことができるだろう．報酬依存の気質次元は，報酬（特に社会的賞賛や感傷，言語的なおだて)に強く反応する傾向と定義されている.よりくわしくいえば，報酬を得ることにつながった行動や，罰を避けることができたような行動がなかなか消去されない傾向ということになる.最後の持続性の気質次元は，忍耐と関連するとされる.(Cloninger, Svrakic, &Przybeck, 1993).

新奇性追求には神経伝達物質であるドーパミンの賦活系が，傷害回避には同じく神経伝達物質であるセロトニンの賦活系が，そして報酬依存にはノルエピネフリンの賦活系がそれぞれ生理的ベースとしてあり，それらの持続的な活性化のレベルは人それぞれ遺伝的に決定されているという.新奇性追求については，そのドーパミンとの結びつきという仮説が分子生物学的な事実として解明されつつある(Benjamin, Patterson, Greenberg, Murphy, &Hamer, 1996；Ebsten, Novic, Umansky, Priel, Osher, Blaine, Bennet, Nemanov, Kats, & Belmaker, 1996；Ono, Mank, Yoshimura, Muramatsu, Mizushima, Higuchi, Yagi, Kanda, & Asai, 1997).これらの気質と結びついた行動の特徴は幼児期に早くも明かとなり，その人の生涯を通じて変わらないとされる.(Cloninger et al., 1993).そしてCloninger & Svrakic (1997) はBPDに関して，その衝動性や感情不安定性などの特徴は，高い新奇性追求傾向，高い傷害回避傾向そして低い報酬依存傾向という気質のプロフィールパターンにより，遺伝的に規定されているとの仮説を示している.

井沢 (2002b) はCloninger & Svrakic(1997)の仮説に沿い，数量化I類理論を用いて新奇性追

求傾向の高さ，傷害回避傾向の高さおよび報酬依存傾向の低さがBPD傾向の高さに対して有する説明力を検討した．その結果，心的外傷体験や両親の養育態度などにくらべこれらの気質傾向は低い偏相関しか有さないことが明らかとなった．こうした結果を導いた要因としては，このような生物学的指標を質問紙により評価しようとすること自体に問題があること，その質問紙である気質と性格のための目録(Temperament and Character Inventory：Cloninger, Przybeck, Svrakic, & Wetzel, 1994) の日本語翻訳版(木島・斉藤・竹内・吉野・大野・加藤・北村，1996) に翻訳上の問題があること，さらにCloninger & Svrakic(1997)が概念化しているBPDがDSM-IVの規定とずれていることなどがあげられる．今後，これらの問題を解決した上で，精神科サンプルを用いてさらに検討を重ねていく必要がある．

BPDの生物学的要因に関する研究からはさまざまな仮説や検証がなされてきているが，他の多くの精神疾患と同様に，決定的な素因と呼べるようなものは見いだされていない．しかし，それらの研究に共通しているのは，BPDが感情や衝動の不統制に関連しているという点である．その指標としてドーパミン，セロトニン，ノルエピネフリンおよびノルアドレナリンなどに焦点が向けられているといえる．今後はこれらの生理学的指標とパーソナリティとの関連性が経験的に証明される必要がある．そして最終的にはBPDに特有な遺伝子構造配列のパターンが探求されることになると考えられる．

心理学的要因

先にも論じたようにDSMは現象学的・記述的方法にもとづいた診断分類体系であり，その背景には生物学的精神医学の考えがある．したがって，DSM-III以降の米国精神医学では生物学的研究と薬物療法が主流であり，そうした傾向は世界的に広がりつつある．DSM-IVの診断分類を力動精神医学の観点からとらえ直そうとする試みもあるが(Gabbard, 1994)，そうした動きは少数派に属する．このような現状の中では，心理学的要因は独立した因子としては考えられず，むしろ生物学的な背景を持つ素因と，その素因を何らかの精神障害の形で発現させる環境要因との相互作用のプロセスとして考える素因－ストレスモデルがとられることになる．

BPDの生物学的な素因に関する研究は前節で概略した．本節では，DSM-III以後BPDについてとりあげられたトピックの中で最も代表的な素因－ストレスモデルである心的外傷(trauma)論に的を絞ってまとめる．

心的外傷論ではBPDと幼児・児童期における心的外傷体験との関連性に注意が向けられる．両者の結びつきを検討する研究では，心的外傷として放置，性的虐待，身体的虐待，父母間もしくは家庭内暴力の目撃，人生早期における養育者との別離などを取り上げ，こうした心的外傷体験とBPDとの結びつきを実証的手法により検討したものが多い．Herman, Russell, & Trocki(1986)は半構造化面接により，BPDの女性外来患者12人を対象に性的虐待体験の有無について調査した．その結果8人(67%)が何らかの性的虐待体験を報告した．この結果を受け，Herman&van der Kolk(1987)は，BPDと心的外傷後ストレス障害(post-traumatic stress disorder：以下PTSDと略す)とでは，感情の調整，衝動コントロール，現実検討，対人関係，自己の統合といった各側面における障害が共通する点を指摘し，虐待体験（特に性的虐待）がBPD形成の主要な要因であるとした．

この見解以降，心的外傷体験とBPDとの結びつきを検討する研究が増加した．心的外傷体験のカテゴリー別にBPDと他の精神疾患とで体験頻度を比較した研究結果をまとめたのがTable 1である．各研究で比較の対象とされた群の属性が異なるため結果の一般化はできないが，概してどの心的外傷体験のカテゴリーにおいてもBPD群での体験率が高い．また，井沢(1999)は心的外傷体験として身体的虐待，両親

Table 1 BPD患者における心的外傷体験率

著者	調査方法	対象者の属性*1	心的外傷体験率*2			
			性的虐待	身体的虐待	暴力目撃	早期別離
Herman et al. (1986)	半構造化面接	女性BPD(12)/ -	8人(67%) -	- -	- -	- -
Herman et al. (1989)	半構造化面接	女性BPD(21)/ 非BPD外来(23)	14人(67%)/ 6人(26%)	15人(71%)/ 9人(39%)	13人(62%)/ 7人(30%)	- -
Shearer et al. (1989)	半構造化面接	女性BPD(40)/ -	16人(40%)/ -	- -	- -	- -
Wsten et al. (1990)	ケース記録の評定	思春期女性BPD(27)/ 非BPD思春期女性(23)	14人(52%)/ 4人(22%)	14人(51%)/ 6人(26%)	- -	10人(37%)/ 3人(13%)
Ogata et al. (1990)	半構造化面接	BPD入院(24)/ 非BPD抑うつ入院(18)	17人(71%)/ 4人(22%)	10人(42%)/ 6人(33%)	4人(17%)/ 1人(6%)	- -
Byrn et al. (1990)	構造化面接	BPD外来・入院(15)/ 分裂病患者(14)	13人(87%)/ 4人(29%)	5人(33%)/ 1人(7%)	7人(46%)/ 6人(42%)	6人(40%)/ 1人(7%)
Paris et al. (1994a)	半構造化面接	女性BPD(78)/ 非BPD女性(72)	55人(71%)/ 33人(46%)	57人(73%)/ 38人(53%)	- -	- -
Paris et al. (1994b)	半構造化面接	男性BPD(61)/ 非BPD男性(60)	24人(45%)/ 15人(25%)	40人(66%)/ 35人(58%)	- -	- -

*1 BPD群(人数)/対照群(人数)

*2 BPD群での体験者数(%)/対照群での体験者数(%)

間の暴力目撃，両親との別離をとりあげ，過去におけるこれらの心的外傷体験が現在のBPD傾向の高さに統計的に有意な効果を有することを見いだしている．こうした結果はHerman& van der Kolk(1987)の主張を裏付けると考えられるが，一方でこうした主張に一定の留保を求める見解も出されている．

Gundeson&Sabo(1993)は，症状，知覚の障害，対象関係，大脳生理機能などの諸側面におけるBPDとPTSDの類似性を検討している．その結論として，BPDの形成において虐待は重要な因子に違いはないが，それはBPDに特異なものではなく，むしろそのような心的外傷体験によって引き起こされた心理的衝撃を軽視・無視する生活環境によってBPDの形成が促進されるとの見解を提出している．また，Paris(1994)は，多くの研究で性的虐待体験とBPDとの結びつきが認められていることを取り上げながら，米国における一般人口調査ではBPDの有病率(2%)よりも性的虐待体験率の方がずっと高いこと(女性で27%，男性で16%：Swartz, Blazer, George,&Winfield, 1990)を指摘し，性的虐待がBPD患者だけに見られる特殊な体験ではないと述べている．そしてむしろ性的虐待の深度や加害者が複数にわたることなどがBPDと関連しているのではないかとしている．井沢(2002b)でも，心的外傷体験より両親の養育態度の偏りの方がBPD傾向の高さに対して影響力の強いことが検証されている．

また，心的外傷が人の生理機能に及ぼす影響についてもかなり明らかになってきている．ストレスを受けると，交感神経の賦活系（特にアドレナリンシステム)の活性化および視床下部－下垂体－副腎皮質系（HPA系）の活性化が生じるが，心的外傷体験者では交感神経の機能は亢進している一方，HPA系は機能抑制状態になっているという(加藤，2001)．これは，心的外傷体験直後にHPA系が一旦活性化し，ノルエピネフリンとコーチゾルの機能が亢進して過覚醒の状態や解離を含む侵入思考などの症状が生

じた後，時間を経てノルエピネフリンとセロトニンの受容体の減少と再取り込みが起こり，回避行動が顕著になるという一連のプロセスの結果を示しているもの思われる（Flannery, 1992）.

したがって，前節で引用した研究のうち，BPDの特徴としてセロトニンシステムの失調とノルエピネフリンの過剰活性化（Siever & Davis, 1991；de Vegrar et al., 1994）やノルアドレナリンシステムの活動性亢進（Yehuda et al., 1994；Steinberg et al., 1994）を指摘している諸研究は心的外傷を受けて間もない時期の状態を，またノルエピネフリンの機能低下をBPDの特徴として挙げているCloninger(1997)の指摘は心的外傷から一定の時間がたった状態をそれぞれ示しているものと考えることができる．さらに，うつ病者ではデキサメゾン抑制検査で非抑制の者が多いのに対し，心的外傷体験者では逆に過抑制の者が多く，海馬ステロイド受容体の機能亢進が想定されている．MRI(核磁気共鳴画像)を用いた研究では，心的外傷体験者における海馬の体積減少が報告されており，このことも心的外傷体験直後にノルエピネフリンとコーチソル及び海馬ステロイドの機能が亢進し，結果として海馬神経細胞が壊死したことを示している(加藤，2001)．このことは，BPDにおける気分易変性やそれに伴う短期記憶の障害及び解離などの症状と関係しているものと推測される.

BPDに関する心的外傷論は1980年代後半に米国で注目され，90年代半ばまでに多くの研究がなされた．我が国ではアルコール依存症者の子供のPTSD問題としてBlack(1981)が紹介されたのを機に主に社会精神医学の観点からの導入が行われ，90年代後半に“アダルトチルドレン”現象としてブーム化したという経緯がある．また，BPDとの関連については，BPDを複雑型PTSDとみなす見解も出されている(Herman, 1992；西澤，1999)．しかし，心的外傷のカテゴリーは多岐にわたり，また体験の深度の客観的な測定も困難であり，実証的研究を行うには限界がある．今後は心的外傷の生理的メカニズムに関する生物学的研究が積み重ねられていくものと考えられる.

社会的要因

BPDの形成に関する社会的要因としてまず取り上げられるのは家族環境である．家族及び親族内における精神病理といった遺伝的問題については生物学的要因の節でまとめた．ここでは家族関係や両親の養育態度などについてまとめる.

DSM-III以後，BPDの家族に見られる特徴を包括的にまとめたのがGunderson et al.(1980)である．そこではBPDの家族の記述的特徴として夫婦間の役割転倒，配偶者の出生家族に対する忠誠心が強いこと(夫婦生活を犠牲にした両親への備給)，夫婦間の結びつきが強いゆえに子供に適切な注意・支援を向けられないこと，両親における不貞，両親が親類や家政婦などを養育者として巻き込むこと，家族は本人＋きょうだいvs両親とに分裂していたり，きょうだい＋両親vs本人，本人＋一方の親vs他方の親に分裂していたりすること，互いに敵対するような複数の養育パターンにさらされること，物理的精神的な無視，過干渉の親／不干渉の父という養育パターンが存在すること，母親が家庭で母親役割をとれないこと，家庭内のルールによる強制が乏しいこと(放任)，両親が親役割をとることに不快感を抱いていること，子供を慢性的欲求不満であるとみなすこと，きょうだいのうちある者を良い子，ある者を悪い子に分けること，不適切な罰の与え方，放置と過干渉の一定周期での交代，潜伏期には子供を良い子とみなすが思春期にはいると悪い子とみなすというパターンが存在すること，両親が家庭をかえりみずに仕事に没頭してしまうこと，父親（もしくは両親）の仕事の不連続性，など合計して72項目に上る特徴を提示している．こうした研究はBPDの家族の問題を多面的にとらえてはいるもの

の，内容が多様化しすぎており，BPDの家族に特殊化した特性の把握にはあまり有効ではない．この研究以後は，無数にある家族にまつわる変数のうちいずれかに焦点を絞った実証研究がなされることになった．

それらの研究では，両親が子供の情動の状態を理解できず感情統制を教えられないことや，子供の感情への反応性を欠くこと(Feldman & Guttman, 1984)，家族システムの凝集性が低いこと(Ogata et al., 1990；Feldman, Zelkowitz, Weiss, & Vogel, 1995)，家族内での感情表現が乏しいことや問題が生じた場合の家族の対処・問題解決能力が低いこと(Waller, 1994)などが指摘されている．また，両親の養育態度を測定する“両親とのきずな尺度(Parental Bonding Scale：以下PBIと略す，Parker, Tupling, & Brown, 1979)”を用いた調査研究も多くなされている．PBIは，両親の養育態度を“世話(care)”と“過保護(overprotection)”の2因子によって把握するものであり，被験者が15才以前の自分の両親の養育態度を自己記入式で評定する．BPDについては両親の養育態度として，“世話の乏しさ”，“強度の過保護”というパターンが多くの研究で見いだされている(Paris & Frank, 1989；Byrne et al., 1990；Zweig-Frank & Paris, 1991；Torgersen & Alnaes, 1992)．また，生物学的要因や心的外傷体験よりも“世話の乏しさ”がBPDの形成に相対的に最も高い説明力を有するという結果もある(井沢，2002b)．

しかし，“世話の乏しさ”，“強度の過保護”というパターンは実証研究を行う上では有効であるが，臨床的観点からすると大雑把すぎるという難点がある．そこで，そうした養育パターンの内容をより具体的に考察する必要が出てくる．ここではそうした試みの1つとして，Linehan(1993)のBPD形成に関する理論を取り上げる．

Linehan(1993)は個体要因と両親の養育態度の双方が相互に影響しあいつつ変容を繰り返す過程からBPDが形成されるとし，それを弁証法的・経過的モデル(dialectical transactional model)と名付けている．個体要因としてLinehan(1993)は感情の非統制(dysregulation)をあげている．それは以下の項目に細分化される．

(1)感情的脆弱性

a．高い感受性：感情的な反応を引き起こす刺激に対する閾値が低い．

b．感情の強烈さ：感情的な反応の性質が極端である．

c．感情のベースラインへの回帰の遅さ：一度生じた感情反応が長く続く．

(2)感情調整の失敗

a．激しい反応をあおるような状況を弁別し回避することができない．

b．感情の回避：感情の発散を制止する．

(3)生物学的基質

a．辺縁系活性化誘因刺激に対する閾値が低い．

b．感情障害系・性格的偏りの遺伝的負因が存在する．

一方，環境的要因としては主に両親による養育態度に焦点を絞り，その特徴をまとめている．BPDに特徴的な養育態度は不当化する環境(invalidating environment)と名付けられている．それは“私的な経験についてのコミュニケーションが気まぐれかつ不適切で，極端な反応で満たされているような環境”と定義され，具体的に以下のような特徴があげられている．

(1)子供が自分の経験についてなす描写や分析を“それは間違っている”とラベル付けする．

(2)子供に感情を押さえ込むよう教える．しかもそれは一貫しておらず，ある時は感情の爆発を罰し，またある時はそれを受け入れるという形で子供の感情抑制-爆発の両極化を間歇強化する．

(3)子供の不快な経験の原因を，その子供の性質やパーソナリティに帰属する．

(4)子供のかかえる問題を単純化し，“たいしたことではない”と片づけ，具体的な対処方法を教えない．

(5)自己統制と業績的達成に価値をおき，それを子供に強要する．

(6)性別に関する不当化

a．性的・身体的虐待．

b．両親の子供の感情表出模倣(ミラリング)の失敗．

c．性別にマッチしない子供の能力を認めない．

上記した個体要因と両親の養育態度を因果モデルとしてまとめたものをFigure 1に示す．Linehan(1993)のモデルは個々の要因が明確に規定されており理解しやすいが，社会環境要因を両親の養育態度に限定している点が特徴的である．BPD形成における社会的要因に関する研究では多くが家族・親族内の要因を取り上げているが，よりマクロなレベルの社会的要因についての考察も数は少ないがなされている．

Millon(1987b)はBPDを形成する社会文化的要因について，社会学習理論を基盤にしながら論を展開している．それは，社会システムのさまざまなレベルにおける関連要因を羅列的にまとめたものだが，多様な側面に目を向けている点で評価できる．そこではBPDを形成する社会的要因を“社会習慣の分割・拡散”と“修復的で凝集的な社会的習慣の減退”の2つに分け，それらをさらに細かく下位分類している．

“社会習慣の分割・拡散”は，制度的拘束力の低下，家族構造の分裂化をその主要な要因として含み，さらにそれらに次ぐ副次的要因としてテレビによる“境界例的な”役割モデルの継続的提示，“境界的精神構造”をさらに強化する薬物の蔓延といった社会病理的要因を指摘している．

“修復的で凝集的な社会的習慣の減退”には，宗教などの伝統的制度の減退や社会移動の増加による地域レベルの結集力の減退，養育的な代理者の減少，社会的アノミー状況(特にMerton(1957)の社会構造理論における退行的逸脱行動の増加を促すような価値観の内面化の弱体化と合法的な価値達成手段の剝奪された状況)，社会的強制力の低下が含まれる．

Millon(1987b)の考察は，社会学的な観点からすればさまざまな社会病理理論(Merton(1957)の緊張理論，Matza(1964)の漂流理論，シカゴ学派の都市生態学理論など)のエッセンスを折衷したものにすぎず，一貫性のある理論

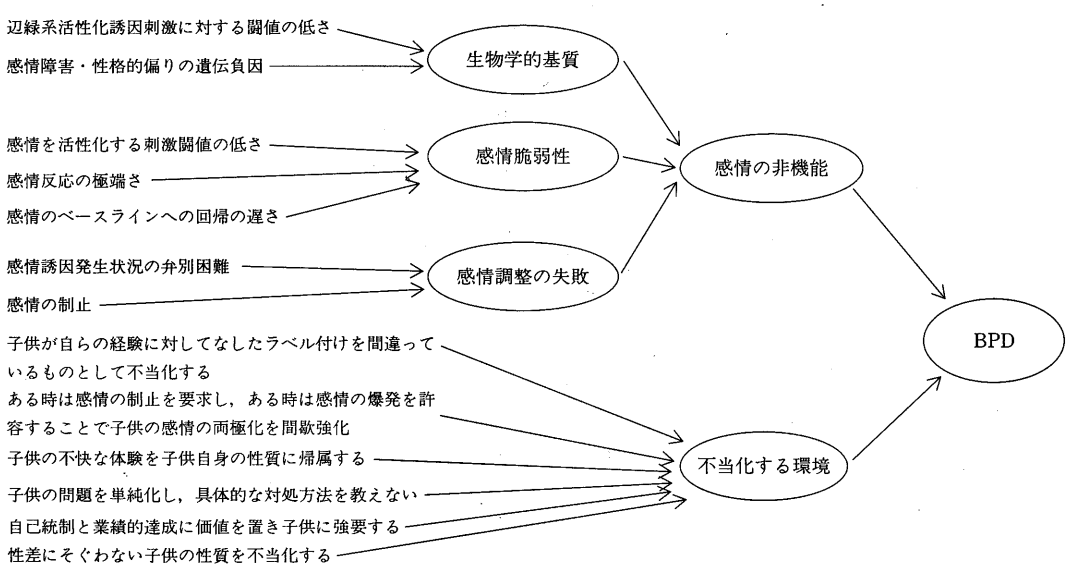


Figure 1

Linehan (1993) に基づくBPD形成に関する個体－社会的要因の因果モデル

とはいい得ないが，BPDのケースに接したことのある者にとってはそれなりのリアリティを持つものとして写る．Millon(1987b)の考察を図式化したものをFigure 2に示す．

また，我が国の研究の中にもマクロな社会要因を扱ったものがいくつかある．その中で実証的な方法により理論の裏付けを試みたものとして町沢(1990)があげられる．

町沢(1990)は境界例の病理を形作る生物学的基底要因として衝動性をあげ，それが自傷行為などの問題行動を引き起こすと同時に，そこに都市化や高度情報社会化という社会的要因が作用することで，同一性の拡散や慢性的空虚感といった特性が副次的に形成されるというモデルを提示している．モデルを図式化したものをFigure 3に示す．

町沢(1990)はこのモデルに従って都市と農村とでデータを取り，BSIにより測定された高校生の境界性得点の比較を行い，都市群で有意に高い境界性得点を見いだしている．しかし，都市/農村という生活環境の区分に理論的背景を欠き，両者を区別するために用いられている指標もマクロな人口統計指標であり，町沢(1990)自身が指摘している高度情報化などの現代的な社会的要因に関する指標が分析に含まれていない．しかし，とかく個人臨床的な観点からの論考が優勢である我が国の境界例論の中で，境界例を社会病理的な視点からとらえた調査研究であるという点で，町沢(1990)の研究は先駆的であったといえる．

以上，BPD形成における社会的要因として家族に関する諸側面，両親の養育態度，社会文化的な背景について先行研究をレビューした．これらの諸研究はそれぞれ両親，家族，地域，社会，文化といった次元の異なる問題を取り扱っており結果や考察も多様である．しかし，それらの研究を通して見えてくる問題は，BPDの形成の背景にある社会的文脈が不連続で一貫性を欠くことであり，生存のための保護的機能を有する社会集団としてのコミュニティが拡散して

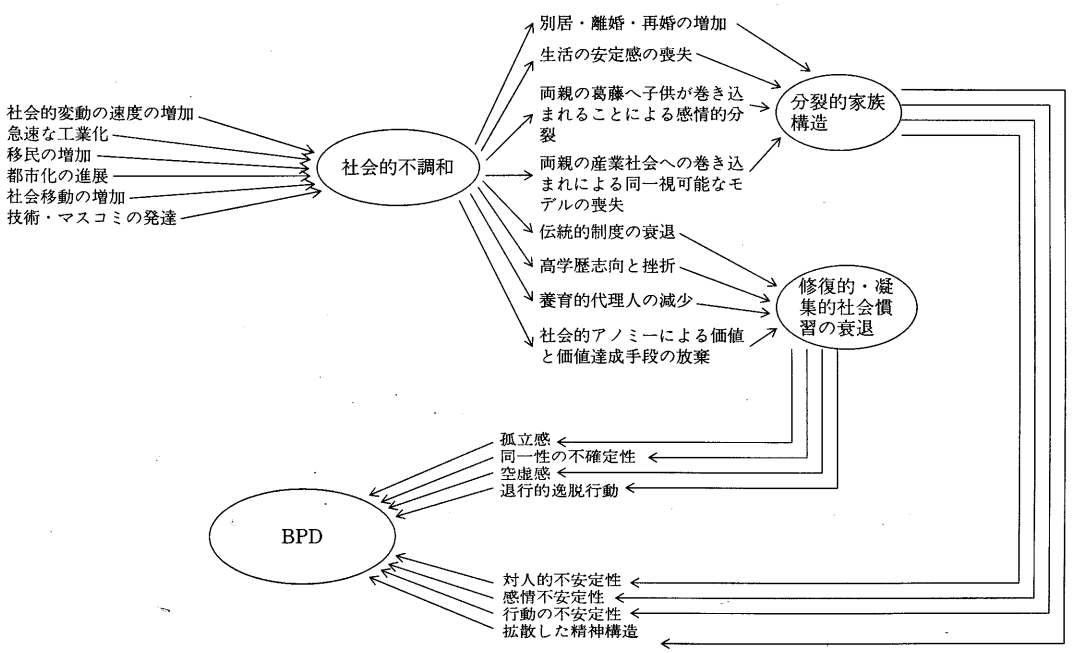


Figure 2
Millon（1987）に基づくBPD形成に関する社会的要因の因果モデル

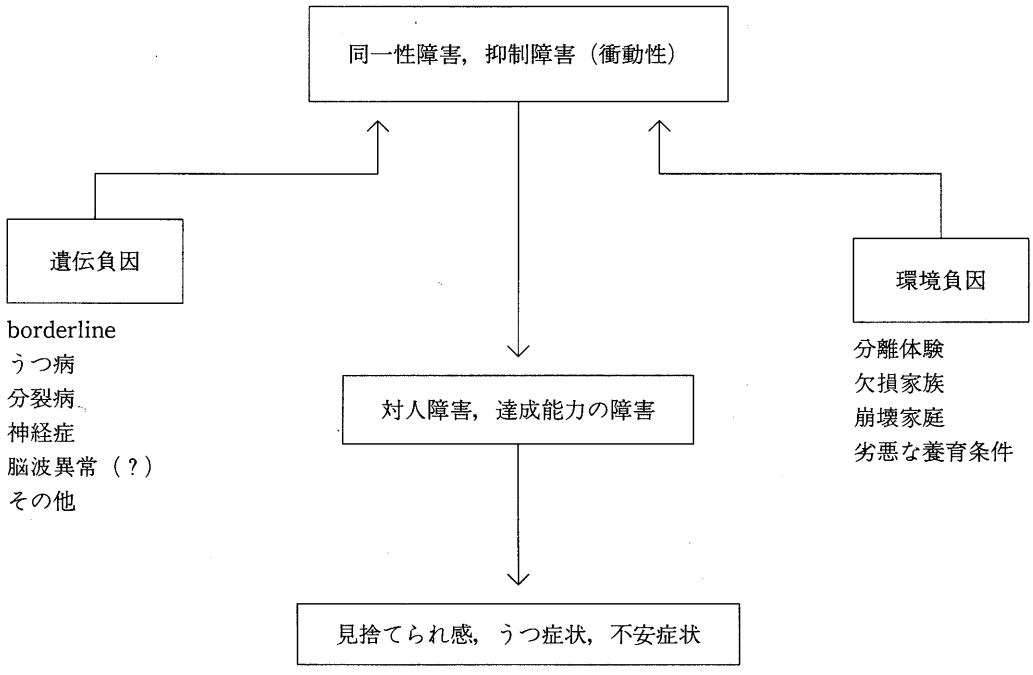


Figure 3
町沢（1990）によるBPD形成の個体－社会的要因モデル

いるという状態である．Gunderson et al.(1980)があげている72のBPD家族の特徴は，いずれも何らかの形で家族関係における分裂・拡散や矛盾を示唆しているし，一連のPBI研究による“世話の乏しさ”，“強度の過保護”という養育パターンやLinehan(1993)の理論も，両親の養育態度における非一貫性を示しているといえる．また，Millon(1987b)や町沢(1990)の考察は同様の傾向を社会・文化的レベルで論じたものと位置づけることができる．

このように考えてくると，BPDの問題としてその社会的存在の次元における矛盾や逆説といったテーマが浮かび上がる．BPD者の言説は逆説に満ちているし(例えば“面接を断りたいので面接してください”といってくるような場合)，その存在様式自体が逆説的である（“死ぬことを生き甲斐にしながら生きている”）．この問題については別稿で考察したいが，このような逆説的な社会的存在の様式が，不連続で矛盾に満ちた社会環境の中で学習された可能性がある．今後はこのような社会的矛盾とBPDの症状特徴についてさらに考察を深めていく必要がある．

BPD形成に関する生物－心理社会的モデル構築の試み

前章ではDSM-III以後のBPD形成要因に関する研究を生物学的，心理学的及び社会的要因別にまとめ簡単な考察を行った．ここでは先行諸研究の結果をもとにしてBPD形成に関する生物－心理社会的モデルの構築を試みる．

生物学的要因としてはまず遺伝負因が想定される．具体的には，感情障害系・性格的偏りの傾向と，神経伝達物質機能の偏り(ドーパミン・セロトニン系の失調，HPA系・アドレナリン系・海馬ステロイドの活動性亢進)及びその帰結(海馬神経細胞の損傷とノルエピネフリン・セロトニン機能の低下)が考えられる．

心理学的要因としてはさまざまな心的外傷体験が主要な要因として考えられる．

また，社会的要因としては，家族・両親の養育態度・地域・社会・文化などの文脈の不連続性が想定される．それは両親の養育態度，家族関係，社会文化的背景といった下位カテゴリーに分かれ，そのカテゴリーは相互に重複していると考えられる．

また，上にまとめた生物学的，心理学的及び社会的要因もそれぞれ重複しあっていると考えられる．さらに3つの要因が重複する中核的な問題として，Linehan(1993)の指摘する感情脆弱性と感情調整の失敗が位置づけられると考える．以上をFigure 4に示す．

今後の課題

DSM-III以後になされたBPDに関する研究は膨大な数にのぼり，その全容を把握することは難しい．本研究は1980年代から現在に至るまでのBPD研究の中で，その時代その時代で特に注目を浴びたトピックを追うという形でレビューを行った．したがって，診断法や心理学的要因などの最新の知見についてはレビューしきれていないという問題点がある．特に，薬物療法や行動療法，認知行動療法など，症状に特化した治療法が開発されている今日では診断の重要性が増しており，BPDについても他の人格障害やDSMの第I軸疾患からの判別性を高める必要性がある．また，BPDという疾病概念が大衆化してきているという問題もあり，一般人口における“自称ボーダー”や“リストカッター”からの判別性を高める必要もある．

さらに，本研究で提示したBPD形成に関するモデルは上記のような限界のあるレビューに基づいている上に，あくまで理論的仮説であり，暫定的なものである．また，各要因は重複しており，共分散構造分析などを適用できるような明確な因果モデルではない．そのため，実証研

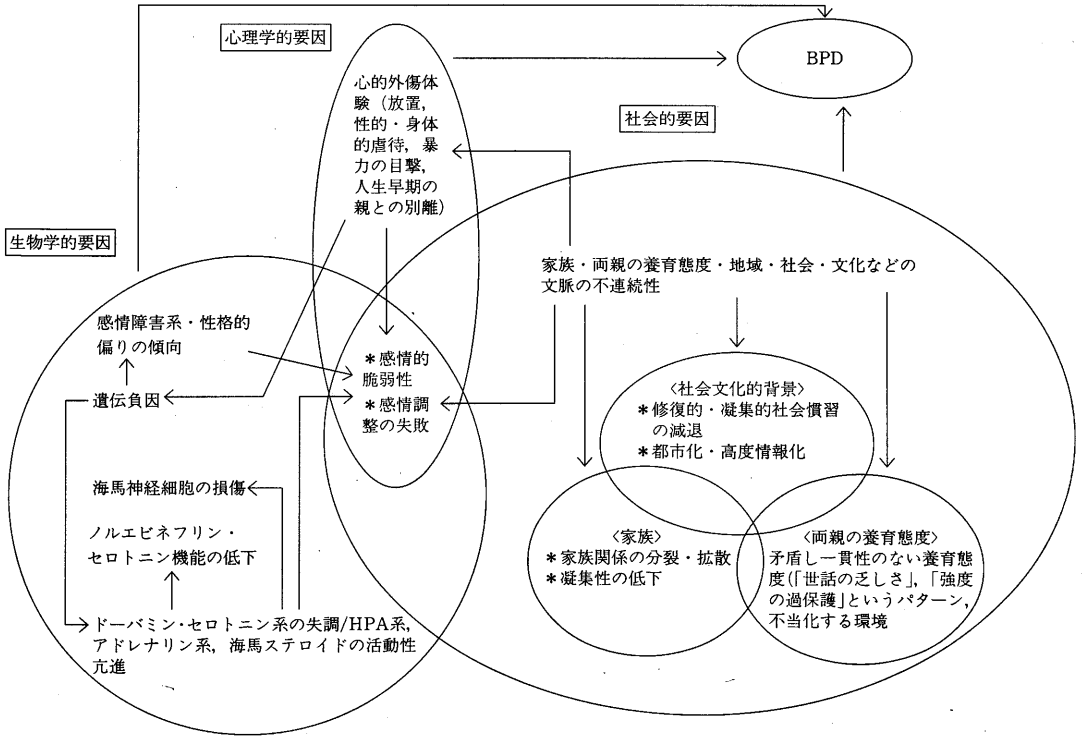


Figure 4
BPD形成に関する生物—心理社会的モデル

究を行っていくためにはさらにモデルを洗練し，諸変数の位置づけを明確化する必要がある．

最後に，このモデルの臨床実践における意義と限界についても言及しておきたい．本モデルはBPDの形成要因に関する諸領域についてまとめたものであるが，それは直接臨床実践に役立つものではない．しかし，BPDに対する今後の治療的介入においては，本研究でまとめた諸領域を視野に入れることは不可欠であると考える．したがって生物学的，心理学的及び社会的諸要因のアセスメントではここで提示したモデルが何らかの指針になるのではないかと考えられる．

また，具体的な治療的介入として，生物学的要因には薬物療法が，心理学的要因には危機介入や心的外傷に関する心理療法の諸技法が，そして社会的要因には家族への介入や地域資源との連携づくりおよび新しい資源の開発，社会制度の活用や制度そのものへの働きかけなどが考えられる．このようなさまざまな実践が考えられるが，特に3領域が重複する感情的脆弱性や感情調整の失敗を扱う技法としてLinehan(1993)の弁証法的行動療法(dialectical behavior therapy)が注目される．弁証法的行動療法はBPDの問題行動に焦点をあて治療者との弁証法的過程の中で19のステップを段階的に経過する中で自傷行為や衝動性，感情の不統制などの問題を解決していくというプログラムから成り立っている．具体的な治療構造については井沢(2000)にまとめられている．今後は弁証法的行動療法を中心にした3領域それぞれにおける治療的介入の充実がのぞまれる．

引用文献

Akiskal, H. S. 1981 Subaffective disorders: Dysthymic, Cyclothymic and bipolar disorders in the"Borderline"realm. *Psychiatric Clinics of North America*, 4, 25-46.

American Psychiatric Association 1980 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd edition(DSM-III)*. Washington D. C.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association 1987 *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 3rd edition (DSM-III-R)*. Washington D. C.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association 1994 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition(DSM-IV)*. Washington D. C.: American Psychiatric Association.

Andrulonis, P. A., Glueck, B. C., Stroebel, C. F., & Vogel, N. G. 1982 Borderline personality subcategories. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 170, 670-679.

Baron, M., Grueu, R., Asnis, L., & Lord, S. 1985 Familial transmission of schizotypal and borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 142, 927-934.

Benjamin, J., Patterson, L. L., Greenberg, B. D., Murphy, D. L., & Hamer, D. H. 1996 Population and familial association between the D4 dopamin recepter gene and measure of novelty seeking. *Nature Genetics*, 12, 81-84.

Black, C. 1981 It will never happen to me. Laguna Niguel, C. A.: Claudja. (斎藤学監訳 1989 私は親のようにならない．誠信書房)．

Byrne, C. P., Velamoor, V. R. Cernovsky, Z. Z., Cortese, L., & Losztyn, S. 1990 A comparison of borderline and schizophrenic patients for childhood life events and parent-child relationships. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 590-595.

Claridge, G., Robinson, D.L., & Birchall, D. M. A. 1983 Characteristics of schizotypics and neurotics relatives. *Personality and Individual Differences*, 4, 651-664.

Claridge, G. & Brocks, P. 1984 Shizotypy and hemisphere function-I: Theoretical considerations and the measurement of schizotypy. Personality and Individual Differences, 5,

633-648.

Claridge, G. & Hewitt, J. K. 1987 A biometrical study of schizotypy in a normal *population. Personality and Individual Differences*, 8, 303-312.

Cloninger, C. R. 1987 A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-588.

Cloninger, C. R., Svrakic., D. M., & Przybeck, T. R. 1993 A psychological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.

Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, T. R., & Wetzel, R. D. 1994 The *Temperament and Character Inventory(TCI): A guide to its development and use*. Washington D. C.: Washington University, Center for Psychobiology of Personality.

Cloninger, C. R. & Svrakic, D. M. 1997 Integrative psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment. *Psychiatry*, 60, 120-141.

Conte, H. R., Plutchik, R., Karasu, T. B., & Jarret, I. 1980 A self report borderline scale: Discriminative validity and preliminary norms. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 168, 428-435.

de Vegrar, M. L., Siever, L. J., & Trestman, R. L. 1994 Impulsivity and serotonin in borderline personality disorder. In L. J. Siever (ed.), *Biological and Neurobehavioral Studies of Borderline Personality Disorder*. Washington D. C.: American Psychiatric Press. Pp23-40.

Duetsch, H. 1942 Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanalysis Quarterly*, 11, 302-321.

Ebsten, R. P., Novic, O., Umansky, R., Priel, B., Osher, Y., Blaine, D., Bennet, E. R., Nemanov, L., Kats, M., & Belmaker, R. H. 1996 Dopamin D4 recepter (D4DR) exon III polymorphism associated with the human personality trait of novelty seeking. *Nature Genetics*, 12, 78-80

Feldman, R. B. & Guttman, H. A. 1984 Families of borderline patients: Literal-minded parents, borderline parents and parental protectiveness. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1392-1396.

Feldman, R. B., Zelkowitz, P., Weiss, M., & Vogel, J. 1995 A comparison of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 157-163.

Flannery, R. B. 1992 Post-traumatic stress disorder: The victim's guide to healing and recovery. New York: Crossroad Publishing.

Gabbard, G. O. 1994 Psychodynamic psychiatry in clinical practice: The DSM-IV edition. Washington D. C.: American Psychiatric Press. (権成紘訳 1998 精神力動的精神医学-その臨床実践 (DSM-IV版)).

Grinker, R. R., Werble, B., & Drye, R. D. 1968 *The borderline syndrome*. New York: Basic Books.

Gunderson, J. G. & Singer, M. T. 1975 Difinitiing borderline patients: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1-10.

Gunderson, J. G. & Kolb, J. E. 1978 Discriminating features of borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 135, 792-796.

Gunderson, J. G., Kerr, J., & Englund, D. W. 1980 The families of borderlines. *Archives of General Psychiatry*, 137, 27-33.

Gunderson, J. G., Kolb, J. E., & Austin, V. 1981 The diagnostic interview for borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 138, 896-903.

Gunderson, J. G. & Sabo, A. N. 1993 The Phenomenological and conceptual interface

between borderline personality disorder and PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 150, 19-27.

Herman, J. L., Russell, D., & Trocki, K. 1986 Long-term effects of incestuous abuse in childhood. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1293-1296.

Herman, J. L. . & van der Kolk,B. A. 1987 Traumatic antecedents of borderline personality disorder. In B. A. van der Kolk(ed.), *Psychological trauma*. Washington D. C.: American Psychiatric Press. Pp111-126.

Herman, J. L., Perry, J. C., & van der Kolk, B. A. 1989 Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.

Herman, J. L. 1992 *Trauma and Recovery*. New York: Harpar Collins Publisher. (中井久夫訳 1996 心的外傷と回復. みすず書房).

Hoch, P. & Polatin, P. 1949 Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatry Quarterly*, 23, 248-276.

Hurt, S., Hyler, S. E., Frances, A., Clarkin, J. F., & Brent, R. 1984 Assessing bordreline personality disorder with self report, clinical interview, semi-structured interview. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1228-1231.

Hyler, S. E. 1987 PDQ-R: *Personality diagnostic questionnare-revised*. New York: State Psychiatric Literature.

Hyler, S. E., Skodol, A. E., Kellman, H. D., Oldham, J. M., & Rosanick 1990 Validity of the PDQ-R: Comparison to two structured interviews. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1043-1048.

井沢功一朗・大野裕・浅井昌弘・小此木啓吾 1995 MCMI-II(ミロン臨床多軸目録II)境界性スケール短縮版の構成とその妥当性・信頼性の検証. 精神科診断学, 4, 10-22.

井沢功一朗 1997 DSM-IV第I軸障害と重複する境界性人格障害諸症状の検討. 心理臨床学研究, 14, 393-402.

井沢功一朗 1999 境界性人格特性の高さに対する心的外傷体験の持続的効果の検討. 性格心理学研究, 7, 88-98.

井沢功一朗 2000 境界性人格障害の認知行動療法-リネハンの弁証法的行動療法. 現代のエスプリ, 392, 192-200.

井沢功一朗 2002a IPDE-DSM-IV様式による人格障害診断を外的基準としたMCMI-II境界性スケール日本語短縮版の妥当性・信頼性の再検討. 上越教育大学研究紀要, 21, 印刷中.

井沢功一朗 2002b 境界性人格特性を高める諸要因に関する研究. 下山晴彦・丹野義彦 (編) 講座臨床心理学4 異常心理学II 東京大学出版会 印刷中.

加藤忠史 2001 心因性精神障害の生物学的要因. こころの科学, 95, 42-47.

Kernberg, O. F. 1967 Borderline personality organization. *Jounal of American Psychoanalytic Association*, 13, 35-56.

木島伸彦・斉藤令衣・竹内美香・吉野相英・大野裕・加藤元一郎・北村俊則 1996 Cloningerの気質と性格の7次元および日本語版Temperament and Character Inventory (TCI). 精神科診断学, 7, 379-399.

Knight, R. (Ed.) 1954 *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology*. New York: International Universities Press.

Linehan, M. M. 1993 *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

Loranger, A. W., Oldham, J. M., & Tulis, E. H. 1982 Familial transmission of DSM-III borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 39, 795-799.

Loranger, A. W. & Tulis, E. H. 1985 Family history of alcoholism in borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 153-157.

Loranger, W. A., Susman, V. L., & Oldham, J. M. 1987 *Personality Disorder Examination-International version: A structured interview for DSM-III-R and ICD-10 personality disorders*. New York: New York Hospital-Cornell Medical Center, Westchester Division. (大野裕・末岡留美子・江副智子・小此木啓吾訳 1988 国際パーソナリティ障害診断面接. 慶応大学医学部精神科).

Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R. F. W., Ferfson, B., Jacobsberg, L. B., Mombour, W., Pull, C., Ono, Y., & Reiger, D. A. 1994 The International Personality Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215-224.

Loranger, A. W. 1995 *International Personality Disorder Examination DSM-IV Module*. World Health Organization. (大野裕・武田龍太郎・井沢功一朗訳 1997 国際パーソナリティ障害診断面接DSM-IV様式. 武田病院).

MacCann, J. T., Flynn, P. M., & Gresh, D. M. 1992 MCMI-II diagnosis of borderline personality disorder: Base rate versus prototypic items. *Journal of Personality Assessment*, 58, 105-114.

町沢静夫 1989 ボーダーライン・スケールの日本人への適用：日本における境界型人格障害の診断的妥当性の検討. 精神科治療学, 4, 889-899.

町沢静夫 1990 ボーダーラインの心の病理 創元社.

Masterson, J. F. 1971 Treatment of the adolescent with borderline syndrome: A problem in separation-individuation. *Bulletin of Menninger Clinic*, 35, 5-18.

Matza, D. 1964 Delinquency and Drift. New York: Wiley & Sons. (非行理論研究会訳 1986 漂流する少年-現代の少年非行論. 成文堂).

Merton, R. K. 1957 *Social theory and social structure(revised edition)*. New York: Free Press.

Millon, T. 1987a *Manual for the Millon Clinical Multiaxial Inventory*. Minneapolis: National Computer Systems.

Millon, T. 1987b On the genesis and prevalence of borderline personality disorder: A social learning thesis. *Journal of Personality Disorders*, 1, 354-372.

皆川邦直・三宅由子・守屋直樹・生田憲正・西園マーハ文 1994境界型パーソナリティ障害とその診断基準. 臨床精神医学, 23, 857-863.

Morey, L. C., Waugh, M. H., & Blashfield, A. 1985 MMPI scales for DSM-III Personality Disorders: Their derivation and correlates. *Journal of Psersonality Assessment*, 49, 245-251.

西澤哲 1999 トラウマの臨床心理学 金剛出版.

Ogata, S. N., Silk, K. R., Goodrich, S., Lohr, N. E., Westen, D., & Hill, E. M. 1990 Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1001-1013.

大野裕 1988 境界パーソナリティ症状群：3つの診断基準にもとづく「境界例」群の症状学的比較検討. 慶応医学, 65, 251-260.

Ono, Y., Mank, H., Yoshimura, K., Muramatsu, T., Mizushima, H., Higuchi, S., Yagi, G., Kanda, S., & Asai, M. 1997 Association between dopamin D4 receptor (D4DR) exon III polymorphism and novelty seeking in Japanese subjects. *American Journal of Medical Genetics*, 74, 501-503.

Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. 1979 A parental bonding instrument. British *Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.

Paris, J. & Frank, H. 1989 Perception of parental bonding in borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1498-1499.

Paris, J. 1994 *Borderline personality disorder: A multi-dimensional approach.* Washington D. C.: American Psychiatric Press.

Paris, J., Zweig, F, H., & Guzder, H. 1994a Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 410-413.

Paris, J., Zweig, F, H., & Guzder, H. 1994b Risk factors for borderline personality in male outpatients. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 182, 375-380.

Schmideberg, M. 1947 The treatment of psychopaths and borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*, 1, 45-70.

Shearer, S. L., Peters, C. P., Quaytman, M. S., & Ogden, R. L. 1989 Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories in adult female borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 214-216.

Siever, L. J. & Davis, K. l. 1991 A Psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1647-1658.

Soloff, P. H. & Millward, J. W. 1983 Psychiatric disorders in the families of borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 40, 37-44.

Steinberg, B. J., Trestman, R. L., & Siever, L. J. 1994 Neurotransmitter systems and affective instability in boderline personality disorder. In L. J. Siever (ed.) , *Biological and Neurobehavioral Studies of Borderline Personality Disorder*. Washington D. C.: American Psychiatric Press. Pp41-62.

Stern, A. 1938 Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489.

Swartz, M., Blazer, D., George, L., & Winfield, I. 1990 Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders*, 4, 257-272.

武田専 1958 「境界線例」Borderline Case. 日吉病院精神分析学研究室出版部.

Torgersen, S. & Alnaes, R. 1992 Differential perception of parental bonding in schizotypal and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 34-38.

Trull, T. J. 1991 Discriminant validity of the MMPI-borderline personality disorder scale. *Psychological Assessment*, 3, 232-238.

Tulis, E. H. 1980 Borderline personality disorder: Its relation to the major psychoses and other genetic factors. *Dissertation Abstracts International*, 41, 382.

Waller, G. 1994 Borderline personality disorder and perceived family disfunction in the eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 182, 541-546.

Weaver, T. L. & Clum, G. A. 1993 Early family environments and traumatic experiences associated with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1068-1075.

Westen, D., Ludolph, P., Misle, B., Ruffins, S., & Block, J. 1990 Physical and sexual abuse in adolescent girls with B. P. D. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 55-60.

Yehuda, R., Southwick, S. M., Perry, B. D., & Giller, E. L. 1994 Periphral catecholamin alteration in borderline personality disorder. In L. J. Siever (ed.) , *Biological and Neurobehavioral Studies of Borderline Personality Disorder*. Washington D. C.: American Psychiatric Press. Pp63-89.

Zanarini, M. C. & Gunderson, J. G. 1989 The

reviced diagnostic interview for borderlines: Discriminating BPD from other axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 10-18.

Zilboog, G. 1941 Amubulatory schizophrenia. Psychiatry, 4, 149-155.

Zweig-Frank, H. & Paris, J. 1991 Parents emotional neglect and over protection according to the recollection of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148, 648-651.

Journal of Joetsu Clinical Psychology and Counseling, Vol. 1, No. 1, Dec. 2001

Original Article

The theoretical examination of a bio-psychosocial model in relation to formation of borderline personality disorder

Koichiro IZAWA

Division of school Psychology and Counseling, Joetsu University of Education

Abstract

Since publication of DSM-III, the framework of research about borderline has shifted from the etilogacal, psychological and theoretical to the descriptive, mechanical and practical. Early in the 80s, much research was conducted on the methods for diagnosing Borderline Personality Disorder (BPD), but then concern shifted to the formative factors of BPD. The biological, psychological and social factors involved were then reviewed individually. As biological factors the characteristics of BPD from the standpoint of heredity, the cerebral psysiological process and molecular biology drew attention. The focus became the psychological trauma theory. Also, social factors such as the breakdown family relationships, inconsistency in the parents' rearing attitude, discontinuity and discrepancy of the context in the regional, social and cultural phases were found from the manifold results of various research. From the above review, a bio-psychosocial model was theoretically constructed with regard to the formation of BPD, and the limits and possibility of its clinical utilization were discussed.

Key words: borderline personality disorder, formative factors, bio-psychosocial model