

境界例と治療文化

岡田暁宜

保健環境センター

Borderline Case and Therapeutic Structure

Akiyoshi OKADA

Center for Campus Health and Environment

キーワード：境界例，治療文化，精神分析

I．はじめに

近年，境界例 (borderline case) や境界性人格障害 (borderline personality disorder) という用語はテレビのドキュメンタリーやドラマなどでもしばしば取り上げられるようになった。一般精神科臨床において，患者が「自分は境界例ではないか」とか「境界性人格障害を治したい」という主訴で医療機関を訪れることは決して珍しくない。本来，専門用語である言葉は，次第に社会に浸透しつつある。それが日常語化すれば，境界例や境界性人格障害という言葉自体が患者の内的世界を表現する比喻として用いられるようになる。このように心と社会は常に相互的に交流していると思われる。心と社会の相互交流は，治療的営みにおいても見出すことができるのではないだろうか。

本論文において，まず精神医学で論じられる境界例概念の歴史的変遷とその治療的関わりの変遷について精神分析的視点から論説し，次に精神医学領域における「治療文化」について主に精神分析的視点から論説する。最後に境界例と精神分析の治療文化について筆者の考えを発展させたい。

II．境界例概念の歴史的変遷 概念の不在から創造へ

精神医学の中で論じられる境界例の概念は，歴史的変遷を辿ってきた (図1)。1950年代まで境界例は，神経症と統合失調症の境界という意味から始まった。一見神経症の様相をしているが実は統合失調症であるというように，多くの研究者は境界例の臨床単位を主に統合失調症スペクトルの中に見出そうとしていた。Stern, A. (1938) の境界性神経症 (borderline neurosis), Federn, P. (1947) の潜在性統合失調症 (latent schizophrenia), Hock, P. H. と Pollatin, P. (1949) の偽神経症性統合失調症 (Pseudoneurotic form of schizophrenia), Bychow-

ski, G. (1953) の潜在性精神病 (latent psychosis) などが，その代表である^{1, 2, 3, 4)}。その背後には統合失調症かそれとも神経症かというように，境界例を二分法的な見方で理解しようとする学問的姿勢があった。それらは，概念が不在であるために，既存の概念でそれを説明しようとする動きでもあった。1950年代までの動向を Piaget の認識発達論により説明したい。既存のスキーマ (schemata) を当てはめて，新しい事象に適應する様式は，アシミレーション (assimilation) と呼ばれる。1950年代までは，アシュミレーションによって境界例を捉えていたと云える。これを精神分析的に理解すれば，観察する主体である自己を変えずに，新しい対象を変容させて，それに適應する内的過程として理解できる。

それ以降，境界例を統合失調症か神経症かという見方でなく，一つの臨床単位として捉える動きが起こった。Knight, R. (1953) は，境界状態 (borderline state) と呼んで，比較的重篤な状態であることを示すだけであると主張し，既存の疾病に位置づけるそれまでの二分法的な診断的定式化からの脱却を目指した⁵⁾。だがそれは実際には Knight, R. の意向とは逆にむしろ境界例という概念を定着させた。1960年代以降，境界例を既存の疾患の亜型としてではなく，新しい臨床単位として捉える動きが起き始めた。Kernberg, O. (1967) は，精神分析的視点から，境界例を臨床単位よりも人格構造の問題として捉えて，境界性人格構造 (borderline personality organization) という概念を発展させた⁶⁾。Grincker, R. (1968) は精神分析的立場に留まりながら，境界例を一つの臨床単位 (clinical entity) として捉え，境界症候群 (borderline syndrome) という概念を発展させた⁷⁾。Kety, S. S. ら (1968) は境界統合失調症 (borderline schizophrenia) という概念によって，境界例の生物学的基盤を裏付けた⁸⁾。アメリカ精神医学会による『精神障害の診断と統計の手引き』(DSM) -

～1950年代：概念の不在		
二分法的理解	疾患 (disease) ^{1, 2, 3, 4)}	・・・ 神経症か？統合失調症か？
脱二分法的理解	水準 (level), 状態 (state) ⁵⁾	・・・ 比較的重篤な病態
1960年代～：概念の創造		
新たな臨床単位へ	人格構造 (organization) ⁶⁾	・・・ 精神分析的理解, 人格の病理
	症候群 (syndrome) ⁷⁾	・・・ 臨床単位
	人格障害 (disorder) ⁸⁾	・・・ 操作診断 (人格 > 疾患)

図 1

(1980) と - (1994) では、境界例を人格障害の一種として位置づけた。国際疾病分類 (ICD) - 10 では、F60. 3 として情緒不安定性人格障害を設け、衝動型と境界型にさらに分類している。現在は、研究や統計では DSM や ICD が用いられ、臨床では各臨床医が各々の考えで、上述の概念を用いているのが現状である。

1960年代以降の動向を Piaget の認識発達論により説明したい。アシミレーションによって、新しい事象に適応できなくなると、既存のスキーマを変容させて、新しい事象に適応する様式は、アコモデーション (accomodation) と呼ばれる。1960年代以降は、アコモデーションによって境界例を捉えていたと云える。これを精神分析的に理解すれば、対象の変容ではなく、観察する主体である自己を変容させて、新しい対象に適応する内的過程として理解できる。

以上のように境界例概念に対して多くの研究者は、アシミレーションからアコモデーションの過程を辿り、境界例という病態に適応的に取り組んできたと云える。境界例概念を模索する過程は、境界例患者が思春期青年期に未知の対象に出会って、それに適応して行く過程に等しい。

Ⅲ．境界例治療の歴史的変遷 比較から統合、そして

境界例概念の歴史的変遷に伴い、その治療も様々な歴史的変遷を辿ってきた (図 2)。1950年代まで今日境界例と呼ばれる症例は治療に抵抗する厄介な症例や治療困難例として捉えられてきた。科学的思考に基づく医学では、疾病の診断によってその治療方針が決定される。今日の精神薬理学が台頭する前には、統合失調症研究に端を発した精神病理学 (現象学) や神経症研究に端を発した精神分析が精神医学の中心であった。このように境界例の概念や治療に大きな影響を与えたのは、精神分析学派に帰属する多くの臨床家である。境界例に対する治療的姿勢は精神分析の適応があるかどうかという見方から始まった。1960年代からは米国を中心に精神分析家や精神分析家的志向性をもった精神療法家により、境界例治療に対する積極的な精神分析の入院治療が行われるようになった。その頃の境界例の精神分析的理解は、Kernberg, O. や Masterson,

J. を中心とした精神分析学派による葛藤モデルが主流であった^{6, 9)}。Kernberg, O. は環境要因に比して内的攻撃性の強さを重視し、Masterson, J. は葛藤モデルに依拠しながらも環境要因を重視し、Kernberg, O. の考えと若干の違いはあるものの基本的には内的葛藤を病理の中心と考えていた^{6, 9)}。その後、精神分析学派の内部から境界例の葛藤モデルに対する反論が起き始めた。それは境界例に対する欠損モデルである。それは1970年代の Kernberg, O. と Kohut, H. との自己愛病理をめぐる論争に端を発し、境界例治療については1980年代の Kernberg, O. と Adler, G. の治療技法の違いに発展した¹⁰⁾。同じ頃、境界例患者の外傷体験に注目した Herman, J. は、境界例の病理として外傷モデルを展開した¹¹⁾。

以上のように、境界例の病理は内的攻撃性をめぐる葛藤モデルから、共感不全による欠損モデルさらに外界の外傷体験による外傷モデルに至る一つのスペクトラムとして捉えることができる¹²⁾。そして境界例に対する精神分析的アプローチは、上述のモデルに則して、表出的アプローチから支持的アプローチに至る一つのスペクトラムとして捉えることができる¹²⁾。今日では厳密な意味での精神分析 (psychoanalysis) は境界例に対しては否定的な意見が多い。

一方、精神分析の外側では、1952年に clorpromadine が開発され、1957年に haloperidol と imipramine の開発を皮切りに、向精神薬の開発が加速化し、現在では精神医学の中で精神薬理学が台頭していった。非定型抗精神病薬の開発は、統合失調症治療に1つの希望をもたらした。精神薬理学の発展は、境界例治療にも影響を与えた。境界例治療に対する薬物療法の経験の報告がなされるようになった。今日、境界例には非定型抗精神病薬、第三世代抗うつ薬、気分安定薬などが選択されることが多く、衝動コントロールなどの症状に対して一定の効果が報告されている。現在では精神分析的治療を行うにしても薬物療法を併用することが殆どである。

また精神分析以外の精神療法という枠組みの中でも、オペラント条件付けなどの実験心理学に端を発する行動療法や認知療法が注目されるようになった。1960年代にはうつ病や強迫神経症に対する行動認知や行動療法の有効性が報告されるようになり、1980年代に入

ると統合失調症治療にも波及していった。これらは精神分析で扱う無意識を想定せずに、患者の意識のみを扱うという点において同じである。1990年代には、認知行動療法は境界例に対しても行われるようになり、現在では一定の成果を挙げている。Linehan, M. による弁証法的行動療法（dialectical behavior therapy, DBT）がその代表である¹³⁾。さらに患者の精神内界のみを扱うのではなく、家族療法に代表される家族への働きかけや心理教育に代表される患者への教育的関わりなども社会的治療の一環として重要視されている¹⁴⁾。精神分析的アプローチのみならず、薬物療法や他の精神療法や社会的治療を組み合わせた折衷的アプローチも報告されている¹⁵⁾。その理論的背景には、Engel, G. L. (1980) の bio-psycho-social medical model があると思

われる¹⁶⁾。

1990年代には医学領域において、evidence-based medicine (EBM) という概念が普及し始めた¹⁷⁾。ここでは randomized controlled trial (RCT) の結果が客観的証拠として重視され、常に客観性が要求されている。EBM における世界観は、本来主観心理学である精神分析と対極的な世界観である。境界例治療においても、治療者の主観的観察や患者の主観的变化ではなく、客観的变化や外的変化が重視されるようになり、客観的証拠に乏しい精神分析的治療は精神医療の中からその姿を消し始めた。そこには保険診療に代表される医療経済的背景があるだろう。さらに他の医学領域で普及したアルゴリズムやプロトコルやクリニカルパスなどに代表されるマニュアル主義も精神医療に波及し始

年代	精神分析	精神療法等	精神薬理	その他
～1950年代	<ul style="list-style-type: none"> ●精神分析の適応か否か ●精神分析技法の修正 		<ul style="list-style-type: none"> ○clorpromadine(1952) ○haloperidol(1957) ○imipramine(1957) 	
1960年代 ～1970年代	積極的な精神分析的入院治療 <ul style="list-style-type: none"> ●表出的アプローチ ・・・葛藤モデル (Kernberg, O.; 1967)⁶⁾ ・・・環境-葛藤モデル (Masterson, J.; 1972)⁹⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> ○認知療法 (Beck, A.T.; 1963) 		
1970年代 ～1980年代	精神分析内部からの批判	<ul style="list-style-type: none"> ●家族療法 		
1980年代 ～1990年代	<ul style="list-style-type: none"> ●支持的アプローチ ・・・欠損モデル (Adler, G.; 1985)¹⁰⁾ ●現実的アプローチ ・・・外傷モデル (Herman, J.; 1989)¹¹⁾ ●折衷的アプローチ (Stone, M.H.; 1990)¹⁵⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> ●集団療法 		<ul style="list-style-type: none"> ○ bio-psycho-social model (Engel, G.L.; 1980)¹⁶⁾ ●治療効果、予後の検証 ○バブル景気(日本)
1990年代 ～現在	境界例治療のガイドライン <ul style="list-style-type: none"> ●Gunderson, J.G. (2001)¹⁸⁾ ●Oldham, J.M. (2001)¹⁹⁾ ●厚生労働省の委託研究『境界性人格障害の新しい治療システムの開発に関する研究』(2002～)(牛島)²⁰⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> ○認知行動療法 ●弁証法的行動療法 (Linehan, M.; 1991)¹³⁾ ●心理教育 (Brightman, B.K.; 1992)¹⁴⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> ○第三世代抗うつ薬 ○非定型抗精神病薬 ○治療アルゴリズム ●境界例に対する薬物療法 	<ul style="list-style-type: none"> ●併存疾患の調査 ○Evidence-based medicine ○バブル崩壊(日本) ○クリニカルパス ○医療制度改革

図 2

めた。よって治療者になるために長い訓練を要する精神分析的治療ではなく、精神分析的訓練を受けていない一般精神科医にも可能な治療のガイドラインが求められるようになった。その流れに沿って、Gunderson, J. G. や Oldham, J. M. は、ガイドラインの作成に力を注いできた^{18, 19)}。我が国でも2002年より牛島を主任研究者として厚生労働省の委託研究『境界性人格障害の新しい治療システムの開発に関する研究』が行われ、治療ガイドラインの作成が進んでいる^{20, 21)}。

以上のように、境界例治療において、精神分析的治療の中でも“葛藤モデル 探索的アプローチ”は主流の座にあったが、1970年代から1990年代にかけて、精神分析的治療の“内側”から“欠損モデル 支持的アプローチ”を重視する反流が生まれた。1990年代以降は精神分析的治療の“外側”(社会的治療、認知行動療法、薬物療法)から新たな潮流が起こり、それぞれ比較されるようになった。現在ではそれらの流れは比較ではなく、統合の方向に向かっている。現在の境界例治療では、客観性を重視するEBMが主流化し、主観を重視する精神分析的治療は傍流化しつつある。

IV. 治療文化論について 精神分析視点から

治療的営みは、一つの治療文化を形成している。ここでは治療文化について精神分析的視点から論説する。文化とは、大辞林では「人間の生活様式の全体であり、人類が自らからの手で築き上げてきた有形・無形の成果の総体」、大辞林では「社会を構成する人々によって習得・共有・伝達される行動様式ないし生活様式の総体」と記載されている。人は文化によって作られ、社会の中で生きていく存在である。人は文化に対して能動的側面と受動的側面があると筆者は考えている。

中井は、三症候群(個人症候群、文化依存症候群、普遍症候群)とそれにかかわる治療的アプローチと、それらを担う人間の因子すなわち(広義の)患者と(広義の)治療者をはじめとする関与者とこれらをすべて包含する一つの下位文化(subculture)の存在を想定した²²⁾。これは治療文化(therapeutic subculture)とその下位文化としての精神医学的治療文化(psychiatric therapeutic subculture)という文化的全体性を備えている。さらに中井は「治療文化の相互接触にともなう変化」を考察する際の概念的道具になることが治療文化概念の有用性であると指摘している²³⁾。中井はさらに医師-患者関係、入院の手順、診断、診断治療の発想、診断形式、処方、多剤性、ルール違反、治癒などについて日本国内の地域差を治療文化の視点から論じている²³⁾。

これまでにも、文化と精神障害との関連は、比較精神医学(comparative psychiatry)、多文化間精神医学会

(transcultural psychiatry)、社会精神医学(social psychiatry)などで論じられてきた。小田は精神障害は事例として析出するまで、個人が帰属する社会および文化の枠組みとして相互関係の力動が存在すると述べ、それを関数[$CN = f(i, t)$ 、CN: 事例性(caseness)、i: 疾病性(illness)、t: 社会の耐容度(tolerance)]として示している²⁴⁾。精神障害のi(疾病性)自体が文化的・社会的影響を受けるので、狭義の文化結合症候群(culture-bound syndrome)でなくとも、すべての精神障害は広義の文化結合症候群と云える。さらに小田は20世紀後半の社会文化的変容(近代化、現代化、産業化、都市化)の過程は、精神障害の有病率の上昇をもたらしたと考察している²⁴⁾。

精神医学的治療文化とは、患者とそれを取り巻く諸因子(患者個人の病理や家族や地域など)、治療者の個人的因子(臨床経験、訓練、世代やライフサイクル、パーソナリティ、アイデンティ、所属する学派や集団や医局など)、疾病に対する学問的因子(疾患の病因や病理、治療理論、予後や成績など)、医療とそれを取り巻く社会的因子(医療経済や社会動向など)の総体である²⁵⁾。精神分析的視点から、治療文化を捉えたと、精神科医や他の医療スタッフのみならず、患者の自我は、精神医学的治療文化との間で、投影(projection)と取り入れ(introjection)あるいは、内在化(internalization)と外在化(extrnaliztion)というサイクルを繰り返していると云える²⁵⁾。精神医学的治療文化に参与する者は、その文化との間で、常に意識的-無意識的交流を続けている。

精神医学の中で、あるインパクトのある研究成果が発表されると、学会・研究会を通じて、一定の時差をもって各臨床医の元に拡散する。その多くは欧米からの流入である。最近ではインターネット等の普及により、情報伝達についてはその時差は短縮している。有効な研究成果であると認められると、それは一つの潮流となり、やがては一つの治療文化へと発展する。精神分析的臨床を実践する精神家医は、精神分析的治療文化を形成し、同時にそこに帰属する。精神病理学的(現象学的)臨床を実践する精神家医は、精神病理的治療文化を、生物学的精神医学を實踐する精神科医は、生物学的治療文化を形成し、そこに帰属する。いくつもの治療文化の中で、多くの精神科医が、患者や疾病の観察と治療的試行を繰り返し、疾患の概念や治療が生まれたと云える。本論文で取り上げた境界例の概念や治療は、主に精神分析的治療文化の“内側”で営まれてきたものであったが、その後、精神分析的治療文化の“外側”の治療文化との内的外的交流の中で営まれてきた。

V．境界例をめぐる治療文化 精神分析的治療文化について

境界例と治療文化との関連について精神分析的視点から論説したい。境界例概念とその治療の歴史的変遷を見る限り、そこには精神分析的臨床家（精神分析医や精神分析的精神療法医など）による貢献が大きい。つまり境界例治療は主に精神分析的治療文化の中にあった。1970年代までの米国では精神分析的治療文化が精神医学的治療文化の中心であった。だが1970年代以降、精神分析的治療文化は徐々に衰退していった²⁵⁾。

まず精神分析的治療文化の内部で、境界例患者の治療成績をめぐり、その病理と技法について論争が起き始めた（精神分析的治療文化の内部における葛藤）。その後、精神分析的治療文化とその外部の治療文化との間で交流が起き始めた（精神分析的治療文化の内外の交流）。生物学的治療文化や認知行動療法的治療文化や社会的治療文化との交流である。その結果、精神分析的精神文化は衰退していった（精神分析的治療文化の斜陽）。さらに managed care など医療経済をめぐる治療文化の影響を受けて様々な葛藤が生じた（精神医学的治療文化の改変）。

それまで精神分析的治療文化では臨床的経験主義（clinical empiricism）が中心であった。ヘーゲルの言えば、精神分析的治療文化では経験証拠（experimental evidence）の蓄積が1つのテーゼ（These）であると云える。その権威を伴った経験的証拠に対するアンチテーゼ（Antithese）として、統計的証拠（statistical evidence）を重視する EBM という概念が生まれた¹⁷⁾。EBM は近年の精神医学的治療文化の中心である。境界例概念とその治療において精神医学的治療文化と精神分析的治療文化は徐々に分離し始めたようである。EBM に対する更なるアンチテーゼとして NBM（narrative based medicine）が近年注目されている。藤山は精神分析プロパーの視点から、精神分析を一つの文化であると主張し、精神医学と精神分析は本質的に異なると論じている²⁶⁾。それは精神分析的治療文化であっても精神分析（探索的アプローチ）と精神分析的精神療法（支持的アプローチ）の本質的な違いを示唆している。

では精神分析的視点から、精神分析的治療文化と境界例との関係について考察したい。境界例概念は精神分析的治療文化の中で生まれたとすれば、現在は境界例は精神分析的治療文化を離れて、他の精神医学的治療文化の中で捉えられている。この過程はまさに Mahler, M. S. のいう母子の分離個体化（separation individuation）の過程に等しい。つまり精神分析的治療文化と境界例の関係は、他の治療の余地のない二者関係の時期を経て、1990年代には精神分析的治療文化と境

界例治療との間に、他の治療文化が参入するという三者関係に入ったと云える。換言すれば、境界例はまさに複数の精神医学的治療文化との間でエディプス状況にあると云える。複数の精神医学的治療文化はライバルの関係となり、互いに他の治療文化を排除する傾向があるかも知れない。ことに近年の境界例治療ではこの傾向があるように思われる²⁵⁾。

この傾向について次のような精神分析的理解が可能である。精神科医と境界例患者との関わりの中で、外的内的交流が進み、投影 - 取り入れを通じて、患者の前エディプス的な精神病理が精神科医に転移される。その結果、精神科医と患者との間である種の同一化が起きる。精神科医は自分が帰属する治療文化との間で投影 - 取り入れが活発化し、精神科医は自らの治療文化との間で、他の治療文化を排除した前エディプス関係を実演（enactment）を反復する。そして自分が信じる治療文化に万能感を抱きながら、自分が帰属する治療文化を理想化し、他の治療文化を脱価値化する傾向が生じる。しかしその状態に留まる治療文化は、病理性の強いものになる。

ここで境界例患者の文化体験について触れる。狩野は境界例の病理として、境界体験（boundary experience）について論じている²⁷⁾。境界体験とは、内と外との境界で関わる現実感のある体験であり、境界例患者では境界体験をもつ能力に欠けているという。境界例患者は文化と文化の間の移動が困難であることを示唆している。近年、境界例治療が直面している精神医学的治療文化の変遷は、医療を提供する側から患者に対してある種の投影が起きるかも知れない（逆投影 counter-projection）。境界例治療に携わる精神科医の多くは自らが帰属する治療文化をめぐる様々な葛藤を体験している。

だが精神科医が自ら体験する治療文化葛藤の体験の中に、境界例治療の可能性があると思われる。Pine, F. は精神分析における4つの心理学（欲動論、自我心理学、対象関係論、自己心理学）の統合について論じた。2003年に開催された Pine, F. による講演（於京都）とシンポジウムの中で「高橋は5番目の心理学として「文化」の心理学を挙げている²⁸⁾。例えば、味噌汁やお雑煮などは、同じ日本の文化であっても地域や家庭によってその味は若干異なる。この違いは、ご飯とパンの違いのような違いに比べると僅かなものである。筆者はご飯とパンのような大きな違いは社会の違いであり、味噌汁やお雑煮のような小さな違いは文化の違いと考える。文化の違いは暗黙（implicit）のものであり、普段は前景ではなく背景に位置している。異文化葛藤はしばしば精神病と関連するとされており、文化葛藤をめぐる境界例患者の病理が顕在化する²⁵⁾。それは文化は母子関係を反映しており、前エディプスの要素が強いからである。これに対して社会は三者関係

でありエディプスの要素が強いと云える。社会と文化の関係は、社会が前景であれば、文化は後景にあると云えるかも知れない。

最後に精神分析的治療文化について触れる。牛島は現代の精神分析的治療文化の斜陽を認めつつも、精神分析的治療の未来を人格障害の中に見出している²⁹⁾。精神分析的治療の実践は、精神分析かそれ以外かという二分法的な見方つまり選択ではなく、むしろ交流や統合である（これは折衷とも異なる）。精神医療の中で治療者と精神分析と他の治療文化と三者関係の中で生じる様々な葛藤に耐えながら、他の治療文化と内的交流を続けながら、それらを統合してゆくことが精神分析的治療文化であろう²⁵⁾。精神分析的治療文化は、自らの文化に存在する権威主義というテーゼに対するアンチテーゼを越えて、それらを統合するジンテーゼ（Synthese）を目指す必要があるだろう。2006年に藤山は精神医学における EBM（evidence-based medicine）と対比して、精神分析的臨床の鍵概念として EBM（experience-based medicine）を主張している³⁰⁾。これはまさに EBM 対 EBM である。しかしながら、精神分析的治療文化は他の治療文化と対比する治療文化ではなく、他の治療文化との関係を論ずる文化なのである。それこそ治療関係という主観と主観との間の体験を重視する臨床的姿勢であり、精神分析的治療文化の真の姿を示唆している。そこに境界例治療の本質を見出すことができるだろう。

本論文は2007年7月4日に行われた第3回名古屋東部メンタルフォーラム（於名古屋、ルブラ王山）で発表した内容を加筆修正したものである。筆者に発表の機会を与えて下さった近藤三男先生と室谷民雄先生に心より御礼申し上げます。

Ⅵ．文 献

- 1) Stern, A. (1938) Psychoanalytic investigation of therapy in borderline neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 7; 467-489.
- 2) Federn, P. (1947) Principles of psychotherapy in latent schizophrenia. *American Journal of Psychotherapy* 1; 129-144.
- 3) Hock, P. H. & Pollatin, P. (1949) Pseudoneurotic form of schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly*, 23; 248-276.
- 4) Bychowski, G. (1953) The problems of latent psychosis. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 1 (3); 484-503.
- 5) Knight, R. P. (1953) Borderline state. *Bulletin of the Menninger Clinic* 17 (1); 1-12.
- 6) Kernberg, O. F. (1967) Borderline personality organization. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 15 (3); 641-685.
- 7) Grincker, Jr. R. R., et al (1968) The borderline syndrome. Basic Books, New York.
- 8) Kety, S. S. et al (1968) The types and Prevalence of Mental Illness in the biological and Adoptive Families of Adopted Schizophrenics. In Rosenthal, D. and Kety, S. S. (Eds.), *The transmission of Schizophrenia*. Pergamon Press, Oxford, pp345-362.
- 9) Masterson, J. F. (1972) *Treatment of the borderline adolescent*. Wily-Interscience, New York. (成田義弘・笠原嘉訳 (1972) 青年期境界例の治療。金剛出版)
- 10) Adler, G. (1985) *Borderline psychopathology and its treatment*. Jason Aronson, New York. (近藤三男・成田義弘訳 (1998) 境界例と自己対象。金剛出版)
- 11) Herman, J. L. et al (1989) Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146 (4); 490-495.
- 12) Gabbard, G. O. (1994) *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. The DSM-IV Edition. American Psychiatric Press, Washington D. C., (権成鉉訳：精神力動的臨床精神医学—その臨床実践[DSM-IV版] 理論編。岩崎学術出版社、東京、1998; 96-97).
- 13) Linehan, M. M. (1991) Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48 (12); 137-150.
- 14) Brightman B. K. (1992) Peer support and education in the comprehensive care of patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Hospital* 23 (2); 55-59.
- 15) Stone, M. H. (1990) Treatment of borderline patient-pragmatic approach-. *Psychiatric Clinics of North America*, 13 (2); 621-641.
- 16) Engel G. L. (1980) The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*. 137 (5); 535-544.
- 17) Guyatt G, Cairns J, Churchill D, et al [Evidence-Based Medicine Working Group] (1992) Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*; 268: 2420-5.
- 18) Gunderson, J. G. (2001) *Borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Publishing, Washington D. C. (黒田章史訳 (2006)：境界性パーソナリティ障害臨床ガイド。金剛出版)
- 19) Oldham, J. M. et al (2001) Practice Guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158 (10); 1-52.
- 20) 牛島定信 (2000)：厚生労働省の委託研究『境界性人格障害の新しい治療システムの開発に関する研究』
- 21) 成田善弘編 (2004) 境界性パーソナリティ障害の精神療法 日本語版治療ガイドラインを目指して、金剛出版、東京。
- 22) 中井久夫 (1983) 概説 文化精神医学と治療文化論, p 1 124, 岩波講座, 精神の科学 8 治療と文化 : 岩波書店.
- 23) 中井久夫 (1986) 治療文化と精神科医, 季刊精神療法, 12 巻 1 号, 8 17.
- 24) 小田晋 (2000) 文化と精神障害 - 現代の文化変容と社会変動が精神障害に及ぼした影響, 精神科治療学, 15 巻 12 号.
- 25) 岡田暁宜 (2006) ある境界例女性の病院治療に関する精神分析的考察 治療文化をめぐって, 精神療法, 32 巻 1 号.

- 26) 藤山直樹 (2003) 精神分析という営み 生きた空間をもとめて．岩崎学術出版．
- 27) 狩野力八郎 (2002) 重症人格障害の臨床的研究 - パーソナリティの病理と治療技法 ，金剛出版
- 28) Pine, F. (2005) 21世紀の精神分析 理論と技法において抑制されたものの回帰 ，臨床心理研究 京都文教大学心理臨床センター紀要 ，第7号，p 3 ～p29 ．
- 29) 牛島定信 (2000) 現代精神医学と精神分析，精神分析研究，44 (3) ：239 248 ．
- 30) 藤山直樹 (2006) 第3 回日本精神分析的な精神医学会，教育講演，東京．

(平成19年 9 月18日受理)

