

それを積極的に治療に活用する必要があることは、世界精神医学会 (World Psychiatric Association, WPA) の診断評価ガイドラインにも含まれている。WPA が提唱する精神科診療の「総合的な国際診断評価ガイドライン (IGDA, 2003)」²³⁾ では、IV軸の多軸診断と共に各患者に合わせた総合評価をするが、すべてをその人の治療やケアに役立てることを目的に整理している。その中では、その人の臨床的な問題とともに、「その患者の好ましい要因 (positive factors of the patient)」として、パーソナリティの良い面や、その人にある技能や、入手可能な社会的サポートや資源などを、具体的に明示して、それを治療やケアに活用するように求めているのである。

以下の記述では、“personality” の和訳は主として「パーソナリティ」とするが、文献で「人格」と書いてある場合などはそのままとして統一しなかった。

II. 米国精神医学会分類 (DSM-IV-TR) と国際疾病分類 (ICD-10) の比較

1. ICD-10 と DSM-IV-TR について

1992 年に「WHO の国際疾病分類・第 10 改正版 [ICD-10]」⁵⁴⁾ が発行され、1994 年に「米国精神医学会 (APA) の診断統計マニュアル・第 4 版 [DSM-IV]」が発行されて以降は、日本や欧米の精神医学領域におけるパーソナリティ障害研究では、ICD-10 や DSM-IV の分類が用いられることが多い。2000 年には「DSM-IV-TR」¹⁻²⁾ が発行されたが、これは DSM-IV の分類法と障害名および診断基準は変更しないで、詳細な解説本文 (text) のみを加筆修正した改訂版 (revision) である。DSM-IV-TR の日本語訳では、上述の〈新

訂版 (2003-4)〉¹⁻²⁾ から、パーソナリティと統合失調症に関する「訳語の変更」が行なわれた。

2. パーソナリティ障害分類の対照表

表 1 は、パーソナリティ障害 (「PD」と略すことあり) の分類項目について、「DSM-IV-TR (2000) の英語名称」¹⁾ と「その日本語訳・新訂版 (2003-4)」¹⁻²⁾ および「ICD-10 (1992) の日本語訳 (1993)」⁵⁴⁾ の 3 種類を比較対照したものである。個々のパーソナリティ障害について、相当するものを横 1 行に並べてある。ICD-10 の分類番号は、DSM-IV-TR の「付録 H: ICD-10 コード番号をつけた DSM-IV 分類」によった。ICD-10 と DSM-IV の共通性を多くするために、専門家の協議がなされて、大筋では類似しているが、細部では相違する点がある。言葉の細かい相違などの事項は、注記の (*1) — (*9) を参照されたい。中根³⁸⁾ は ICD-11 に向けての展望を行なっている。

パーソナリティ障害については、DSM-IV-TR では、①精神障害の多軸診断を原則としており、第 I 軸が臨床疾患名であり、パーソナリティ障害は第 II 軸に記載すること、および、②パーソナリティ障害の 10 種類のタイプ (類型) を大きく A、B、C の 3 群 (クラスター) に分けていることである。A 群には妄想性 (paranoid)、シゾイド (schizoid)、失調型 (schizotypal) のパーソナリティ障害 (PD) があり、B 群には反社会性、境界性、演技性、自己愛性の PD を入れ、C 群には回避性、依存性、強迫性の PD を含めている。各群の主要な特徴や用語の比較は、表 1 とその注記 (*1) — (*9) に概要を記してある。

3. schizotypal personality disorder (DSM-IV-TR) と schizotypal disorder (ICD-10)

DSM-IV-TR のパーソナリティ障害 (Ⅱ軸) の A 群には、「schizotypal personality disorder (失調型パーソナリティ障害)」という名称のものがある。これは、統合失調症 (Ⅰ軸) の診断基準は満たさないが、軽度で類似の症状傾向が持続する場合の一つであり、具体的には、疑い深さや関係念慮があったり、迷信・千里眼・テレパシーを本気で信じたりして、考え方や話し方の傾向が「あまい・回りくどい・抽象的・細部にこだわり過ぎる」などとなっている。

これに相当するものが、ICD-10 では「F21. schizotypal disorder (統合失調型障害)」であって、表 1 の注記 (*4) のように、統合失調症 (F20) を含む F 2 の群内に入っている。このような病状は、統合失調症の病前性格と思われる場合もあるが、その後の経過から統合失調症に先立つ前駆症状と考えられる場合もある。また、「統合失調症スペクトラム (障害)」として軽度な統合失調症様症状の家族的発現傾向との関連も検討されている。^{26, 32)}

同一内容の障害の位置づけが分類方式によって異なることは、極端に言えば、ある状態を「パーソナリティ障害の範囲内」と考えるか、「統合失調症圏内の軽症型」とするかということにもなり、これは後述する DSM-IV-TR のⅠ軸とⅡ軸の連続性の問題に関連がある。

Ⅲ. DSM-IV-TR のパーソナリティ障害分類の問題点

1. DSM-IV-TR における複数の精神

障害の重複診断 (comorbidity) について

DSM-IV-TR ではパーソナリティ障害についてだけではなく、種々の精神障害について、それぞれの診断基準に合致していれば、複数の診断名を臨床的重要性の順番に列挙してよいことになっている。ただし、DSM-IV-TR では重複診断による混乱を避けるための方法が、DSM-IV-TR マニュアル版²⁾の冒頭の「本書の使用法」に、詳しく書かれている。たとえば、医療の関与や治療の主対象を「主診断や受診理由」として第 1 順位にすることを勧めている。Ⅱ軸のパーソナリティ障害が「主診断や受診理由」の場合は、それを明記する必要があり、その記載がなくてⅠ軸とⅡ軸の両方に診断名がある場合には、Ⅰ軸診断が「主診断や受診理由」とみなされるのである。

2. 複数のパーソナリティ障害の重複診断。

第Ⅱ軸の「パーソナリティ障害の 10 類型」(表 1) において複数のパーソナリティ障害が、1 人の患者に重複 (合併) して診断されることがある。パーソナリティ障害は、表 1 のように 3 群 [A, B, C] に分けられている。重複診断の可能性は、①同一群内で複数のパーソナリティ障害が重複する場合と、②一つの群を超えて、Ⅱ軸のパーソナリティ障害の 3 群 [A, B, C] にわたり 10 類型が種々の組み合わせで重複する場合が生じ得る。実際にそのような重複例があり、それは DSM-IV のⅡ軸が典型的分類のためとも言われる。その対応策として後述の次元的分類の応用も提唱されており、大野^{12, 13)}、林²¹⁾、Cloninger³⁾、Costa & Widiger¹³⁾、Pincus¹⁷⁾、Widiger⁵³⁾ が詳しく論じている。

3. I軸（臨床疾患）とII軸（パーソナリティ障害）の重複診断

たとえば、パニック障害（I軸）と回避性パーソナリティ障害（II軸）の合併診断はあり得ることで理解し易い。DSM-IV-TRでは、病前性格については分類名の後に続けて括弧して（病前）と書くことになっている。同様に、妄想型統合失調症あるいは妄想性障害と妄想性パーソナリティ障害（病前）の重複もあり得る。反復性大うつ病性障害と境界性パーソナリティ障害（病前）の合併もある。しかし実際には複雑な組み合わせの重複診断がありうる。それぞれの臨床家や研究者が注目するか否かでも取り上げ方が変わり得るので、パーソナリティ障害の重複診断には慎重な考慮が必要である。

4. DSM-IV-TRのI軸（臨床疾患）とII軸（パーソナリティ障害）の連続性の問題

多くの研究者はDSM-III(1980)以後のII軸の存在を評価し、パーソナリティ障害が注目されることを歓迎している。しかし、I軸とII軸の間には次のような問題点もある。

1) あるパーソナリティ特性の程度から見た連続性。

DSM-IV-TRマニュアルによれば、一般的なパーソナリティの性質（例えば、強迫的なこと）が顕著な場合には「強迫性パーソナリティ傾向(trait)」と言うが、それで適応していれば「障害(disorder)」とは言わない。その傾向が柔軟性を欠き、持続して著しい機能障害や主観的苦痛を生じる場合に限って「強迫性パーソナリティ障害」(II軸)と言うのである。I軸（臨床疾患）にある「強迫性障害」は確実な強迫観念や強迫行為

があって診断基準を満たす場合を言う。強迫性パーソナリティ障害と強迫性障害の両者が重複診断される場合もあるが、必ずしもそうとは限らないとされている。

臨床疾患(I軸)にはパーソナリティ障害(II軸)に加えて特定の症状があるとされているが、厳密な診断基準を決めるのは簡単でない。DSM-IV-TRやICD-10のパーソナリティ障害の診断基準には、「下記の何項目中の何項目以上があること」という「多因子的診断基準の組み合わせ(polythetic criteria sets)」を用いており、これは臨床所見の多様な不均一性のために止むを得なかったとされている。

2) 臨床疾患(I軸)の「スペクトラム(障害)」とパーソナリティ障害

内容は同様な「schizotypal

personality disorder(DSM-IV-TR)とschizotypal disorder(ICD-10)」の位置づけが分類方法により異なることは、上記の「DSM-IV-TRとICD-10の比較」[表1の注記(*4)を参照]でも述べた。統合失調症のスペクトル障害にも触れた。DSM-IV-TR(2000)ではDSM-IV(1994)の統合失調症の説明本文に書き加えて「スペクトラム(障害)」のことを次のように述べている。²⁾

「統合失調症の親族中の何人かは“統合失調症スペクトラム(schizophrenia spectrum)”という一群の精神疾患へのリスクが高い可能性がある。家族研究や養子研究で、そのスペクトラムは“失調感情障害(schizoaffective disorder)”や“失調型パーソナリティ障害(schizotypal personality disorder)”を含むと示唆されている。」

「抑うつ性パーソナリティ障害

(depressive personality disorder)」は DSM-IV-TR のⅡ軸には含めずに、「今後の研究のための基準案」の一つとして付録 Bにあるが、その説明文には「これは大うつ病性障害と同一の”スペクトル”上に位置するもので、抑うつ性パーソナリティ障害がうつ病性障害の、早期発症で持続性で素因的な変異型なのかもしれない」と述べてあり、相互に家族成員の有病率が高いことも示唆されている。²⁾

スペクトラム (障害) の概念は、近年の臨床疫学調査や双生児研究、画像解析、追跡眼球運動検査、分子遺伝学的研究などの進展とともに言われているのである。加藤²⁶⁾はスペクトラム概念の精神病理学的考察を述べている。スペクトラム概念は、統合失調症や気分障害という臨床単位 (症候群) の異種性 (heterogeneity) や異型 (variant) の問題や、種々の精神障害との関連や連続性の問題も含めて、実証的 (evidence-based) および記述的 (narrative, descriptive) な方法論を有効に用いて研究されるべき課題であろう。

Ⅳ. パーソナリティ障害の類型的分類と次元的分類

1. 類型的分類について

類型 (category) 的分类は医学的疾患分類に多く用いられている。ICD-10 や DSM-IV-TR のパーソナリティ障害の分類も類型的分類とされている。それは欧米や日本の精神医学で慣用されて来た性格障害の類型との共通性も多い。多くの臨床家にとっては理解し易いという利点もある。しかし、パーソナリティや性格とその障害についての考え方や名称は、時代や文化や学派などにより異なる場合があるので注意を要する。

上述した重複診断の問題や、Ⅰ軸とⅡ軸の連続性の問題などをめぐって、DSM-IV のパーソナリティ障害の類型的分類への批判がなされた。DSM-V への改訂については、次に述べる次元的分類に変更すべきであるという提唱もなされているが、「より良い総合を目指す方向性」も述べられており、複雑な状況である。

8, 9, 13, 14, 19, 27, 32, 33, 44, 47, 53)

2. 次元 (dimension) 的分类について

次元的分類では、パーソナリティの個人差の測定に何種類かの特性 (因子、軸、次元) を設定して、各特性を質問紙法などで数量的に計測して、各特性の強弱やプラス・マイナスの程度を数値で表現するのである。特性 (因子、次元) の数は、3 因子から 5 因子、7 因子、さらには 14 因子以上の多数の因子も研究されて来た。^{2, 8, 19, 21, 24, 31, 32)}

アイゼンク (Eysenck HJ) の 3 次元説は有名で、「① “外向性—内向性 (extraversion—introversion)” [ユングに由来]、② “神経症傾向 (neuroticism)” [感情の不安定と安定性]、③ “精神病傾向 (psychoticism)” [衝動性]」の 3 軸がある。アイゼンクはまず、モーズレイ性格検査 (Maudsley Personality Inventory, MPI, 1959) という 2 軸 (①外向性—内向性と②神経症傾向) を測定する質問紙を作った。アイゼンクはこの 2 軸の身体的基盤として、大脳や自律神経系の覚醒度 (arousal) の敏感性の相違を想定した。第 3 因子の「③精神病傾向」は後に追加されたもので、因子的妥当性が問題にされた。しかし、アイゼンクは、第 3 因子までを含めた 3 因子を測定するための「アイゼンク

人格質問紙 (Eysenck Personality Questionnaire, EPQ, 1976)」を作成した。^{8, 24, 31, 33)}

3種の因子学説 (“Big Three Model”) を重視する研究者には、Clark LA & Watson D もいる。クラークらは、アイゼンクの3因子を尊重して、第1因子は「Neuroticism / Negative Emotionality」で、第2因子は「Extraversion / Positive Emotionality」とし、第3因子は「Disinhibition versus Constraint (衝動的脱抑制と高度抑制の両極)」としている。この3次元は気質を表わし、身体的機構に関連するとして、総合気質調査票 (General Temperment Survey, 1990) を作成した。クラークはその3因子 (“Big Three Model”) と、次に述べる “Big Five” の5因子との相関研究の結果から、“Big Five” はクラークらの3因子をさらに細分して5個の因子としたものとしている。[Clark LA & Watson D: Temperment: A New Paradigm for Trait Psychology, In, Pervin & John, eds.: Handbook of Personality, Theory and Research, 2nd ed., Guilford Press, New York, pp399-423, 1999 (文献 24 参照)]

後に述べるクロニンジャーも始めは3次元説で、パーソナリティの中の気質には3因子があり、それぞれ異なる身体的基盤を持つと考えたが、後には気質4因子と性格3因子の合計7因子説になっている(表2)。^{6-9, 16, 23-29, 33, 40, 44, 45)}

3. 次元的分類の成立過程と “Big Five”。

次元的分類は主として心理学領域で研究され、一般人口で多数の被検者を対象

にして発展して来た。歴史的に見ると、単語辞書的手法から因子分析的手法へと進んでいる。

1) 「単語辞書的手法」

単語法は、1930年代から研究されており、性格 (パーソナリティ) の表現に用いられる形容詞などの単語を多数集めて、意味の共通性や言語的使用法や経験則などによって、何種類かの特性群にまとめて行く方法である。

Allport (1936) は 18,000 個の単語を集めたとき、1940年代に Cattell はパーソナリティ傾向を表わす 4,500 個の単語から出発して 35 個の傾向要因 (変数) にまとめた。さらに因子分析法も応用して、Cattell (1970) は 12 のパーソナリティ因子を同定し、それらを含む 16 因子のパーソナリティ質問紙を作成した。^{24, 31)}

2) 「因子分析的手法」

因子分析は、1960-1970年代以降には非常に発展した。単語法の成果も含めて、種々のパーソナリティ傾向の質問紙法の結果を検討して、因子分析により何個かのパーソナリティ因子 (軸、次元、特性) が抽出された。何人もの研究者が別々に多数の研究をした結果が、次第に一定の同様な因子特性に集約されることが分かった。^{24, 31)}

3) 「Big Five」

「ビッグ・ファイブ」は、誰がどのようなパーソナリティ質問紙で種々の対象集団を調べても、その結果を検討すると結局は、「5種類の因子になり、各因子の内容には強い共通性がある」ことから名付けられた (Goldberg, 1981)。これはただ「巨大な・偉大な5因子」というよりも、むしろ「5個の因子の一つ一つ

がパーソナリティに関する非常に広い範囲の種々の性質の意味を持っていること」だと John らは説明している。(John OP, Srivastava S, 1999) ⁽²⁴⁾

人間の性格を表わす膨大な単語リストを何十年もかけて調査してまとめた結果の「5 因子」ならば、各因子に多数の性質(言葉)が含まれるのはもっともである。5 次元の具体的名称は、後述する NEO-PI-R (表 3) にあるように「NEOAC あるいは OCEAN (パーソナリティという大洋)」という頭文字を持つ 5 個の単語である。しかし、研究者によって、異なる表現があり、検査方法(自記式質問紙、構造化面接)も種々あるので、5 因子法のすべてが NEO-PI-R と同じではないが、内容的には共通性が多い。5 個の因子の内容には、上述の“Big Three Model”の 3 因子との類似性を思わせるものもある。

4. 次元的分類の有用性について

次元的分類を用いれば、パーソナリティ診断を定量的に連続性をもって行なえるし、複数次元の評価を組み合わせれば、DSM-IV-TR にあるⅡ軸の各パーソナリティ障害の鑑別診断もできると、Costa PT, Widiger TA^(13, 53) らは述べている。つまり、「一般的正常範囲の特性表示」、「各因子の強調や減弱の程度(軽度・中等度・高度)の表示」、「複数因子の強弱を組合わせた表示」、「種々の因子に著しい強弱の偏りがあり生活機能の障害がある場合(パーソナリティ障害)のカットオフ点数の設定」などの方法によって、パーソナリティの詳細診断が可能だという。種々のパーソナリティ障害(Ⅱ軸)との連続性が問題になる精神疾患(Ⅰ軸)との鑑別診断も 5 因子の評点を利用して行

なえるという。そして来るべき DSM-V では次元的分類を何らかの形で取り入れるべきであるという論調が種々の形でなされている。^(13, 32, 47, 53)

DSM-III (1980) のパーソナリティ障害分類には、次元論的な心理学者のミロン(Millon T)の影響があったとされている。DSM-IV (1994) では、Widiger TA がパーソナリティ障害に関するワーキンググループに入っていたが、従来の類型的分類が多少修正されて続いており、次元的分類は採用されなかった。しかし、DSM-IV-TR のマニュアル(灰色表紙 B5 版の厚く重い本)⁽²⁾には目次に続く序(Introduction)の 31 (xxxi) 頁 [日・英語で頁数共通] に「カテゴリー方式の限界」と題して、またパーソナリティ障害の全般的診断基準の箇条書きに続けて英語版 689 頁、日本語・新訂版 655 頁に「パーソナリティ障害の次元モデル」と題して、分類方式の記述がある。次元的分類の利点も認めてはいるが、精神医学分野での親近感と衆知性が十分でないことや、次元的分類の種類も多いのでどれに決めるかは難しいようである。大野らは類型的分類と次元的分類の二つの診断システムをどのように統合して適用して行くかという視点が必要であると述べている⁽¹¹⁾。

V. Cloninger の生物-心理-社会的 7 因子のパーソナリティ・モデル

Cloninger CR はセントルイスのワシントン大学精神科教授であり、カプラン・サドックの総合精神医学教本第 7 版(2000)第Ⅱ巻の 24 章「パーソナリティ障害」を 42 頁執筆している⁽⁸⁾。そこには豊富な図表があってパーソナリティ障

害についての一般的説明とともに Cloninger 自身の7因子(次元)学説についても詳しい説明がなされている。Cloninger はパーソナリティの遺伝生物学的および身体機能的な基礎にも造詣が深く、Benjamin, Ebstein, Belmaker 編著の「分子遺伝学と人間のパーソナリティ」⁹⁾の中にも執筆している。Cloninger は社会学にも詳しく、その7次元学説は、人間的成長の年齢段階も考慮した“Bio-Psycho-Social”な総合的観点から構成されている。

クロニンジャーの7次元学説を要約したのが表2である。クロニンジャーはパーソナリティを大きく二分して、I 気質(身体的基盤が強く、遺伝的要因も強い)とII 性格(個別の環境要因の影響が多く、学習で意識的に学ぶ)と考える。「気質」は無意識の習慣的自動的反応特性であって、4因子(次元)があり、1) 新奇性追求、2) 損害回避、3) 報酬依存、4) 持続となっている。それぞれの活動特性と主な神経伝達物質も想定されており、下位次元の特性も表2の1)-4)の各因子(次元)の2行目に記してある。「性格」は意識的な認知・学習で形成され、より高次の自己認識と洞察を要する認知行動特性であり、3因子(次元)があって、5) 自己志向(個人の自立を目指す)、6) 協調性(社会での人間関係の統合を目指す)、7) 自己超越(個人レベルを超えた崇高な意識)である。性格の3次元では各下位次元の特性も人間性の高いものになっている。これらの詳細は、Cloninger CR 自身の記載⁶⁻⁹⁾、福島・町沢・大野の共同編著「人格障害」¹⁶⁾の中の記載、木島²⁸⁻²⁹⁾、大野・小野田³⁹⁾らによるクロニンジャー理論の記述

などを参照されたい。尾崎⁴⁵⁾による分かり易い解説もある。

Cloninger モデルのパーソナリティ因子検査法は、質問紙法が一般的であり、表2の最下部に示す2種類がある。(a) 気質3次元の自記式質問紙(TPQ)は、1) 新奇性追求、2) 損害回避、3) 報酬依存、の3因子について計測するもので、身体的機能や病態さらには分子遺伝学的研究にも応用されている。このTPQの日本版については竹内美香らの論文[精神科診断学, 3: 491-505, 1992]がある。(b) 7次元の気質・性格を評価する質問紙TCIの日本版については、木島らの論文²⁸⁻²⁹⁾を参照されたい。

TPQ や TCI を用いたパーソナリティ障害関連の研究としては、北川ら³⁰⁾は摂食障害について、Ono (大野裕)ら⁴³⁾はドパミン D4 受容体エクソンIIIの多型性と「新奇性追求」因子との関連について、Ozaki (尾崎紀夫)ら⁴⁶⁾はセロトニントランスポーターミスセンス変異との関連について研究している。ソウルの Ha KS, et al.²⁰⁾は思春期の境界性パーソナリティ障害についてTCI所見を3年後の評価と比較して検討している。

VI. Costa & McCrae, Widiger による5因子のパーソナリティ・モデル(NEOAC)

米国の National Institute on Aging の Costa & McCrae は、181 項目の質問[5段階評価]がある自己記入式パーソナリティ質問紙調査票(NEO-PI)を1985年に発表¹⁰⁾して、多数の研究を行なった。1992年には、NEOACの5因子(次元、Domain)に各6個の下位次元(Facet)を整

備した 240 項目改訂版の NEO-PI-R が発行された¹¹⁻¹²⁾。

この 5 因子は上述の「Big Five」であり、その 5 次元 (Domain) の各項目 (NEOAC) の名称と意味する要点を表 3 に示す。表 3 には、NEOAC の下位次元 (Facet) 各 6 項目も記してある。表 3 の英語は主として Widiger が WPA 発行の「World Psychiatry」に書いた「Special article: Personality disorder diagnosis⁴³⁾」に基づいた。日本語訳語は、NEO-PI-R 日本標準化版 [下仲, 中里ほか^{12, 45)}] の訳語を基本として、大野⁴⁴⁾ の表現を参考にした。

NEO-PI-R 検査は 5 因子の次元と合計 30 項目の下位次元の評点を算出できる。しかし、回答に約 1 時間を要するので、その中から 4 分の 1 の 60 項目を抜粋した「NEO-FFI (Five Factor Inventory)」も 1992 年に発行された。NEO-FFI の回答時間は約 15 分であり、それにより、「5 次元 (Domain) の各因子の特性傾向」を評点として算出できる。

NEO-PI-R と NEO-FFI の日本版は、下仲ら⁴⁸⁾により信頼性と妥当性が検証されて 1999 年に発行された。下仲らの日本標準化版は良く整備された、施行や採点・判定がし易いものである。その使用マニュアルには NEO-PI-R と NEO-FFI の詳しい解説もある。

Thomas Widiger (Kentucky 大学心理学教授) は 1994 年に、NEO-PI-R の作成者 Paul Costa と共同編集で「パーソナリティ障害およびパーソナリティの 5 因子モデル」という赤表紙の厚い本を出版して、NEO-PI-R の 5 因子の有用性を述べた。2002 年にはその第 2 版 (A4 版, 500 頁)⁵³⁾ が青表紙で出され、この間の

NEO-PI-R 研究もまとめてある。Costa & Widiger らによれば、パーソナリティの 5 因子には規則性、一貫性があり、自記式検査で良い精度の結果が得られる。被験者が自ら挙げる特徴と、配偶者や周囲の人が挙げる特徴も一致し、各因子には遺伝的影響もあるという。

VII. パーソナリティ障害の治療を含む全般的事項

1. パーソナリティ障害の治療および全般の参考書籍

パーソナリティ障害 (PD) の治療については多数の研究があるが、ここでは治療だけでなく PD の全般を含む文献をあげる。松下・新宮・加藤編の「現代医療文化のなかの人格障害 (2003)」³⁷⁾ には、「PD との出会い、PD 概念の実効性、治療以前に問題になること、PD と行動の科学、医療的介入の道」につき種々の観点から書かれており、PD と精神医療のあり方を問い直している。成田編の「人格障害 (1997)」³⁹⁾ には基本的視点から、「概念、精神病理、成因、問題行動、治療、文化」など多数の叙述がある。福島・町沢・大野編集の「人格障害 (1995)」には DSM-IV (1994) 出版直後のことが多く記載されている。同時期に米国のメニンガークリニック院長 Gabbard が力動的精神医学の立場から PD (Ⅱ軸) 各類型への接近法を書いており、岩崎の協力で舘が監訳した日本語訳 (1997)¹⁸⁾ がある。

種々の PD 類型の評価と治療を 1 冊にまとめた林²¹⁾ は多数の症例を丁寧に述べて、倫理性を重視して総合的治療を目指すべきことを強調している。大野¹¹⁾ も総合的方法の治療の重要性を述べている。

同じ書物（松下・牛島・福島編：人格障害）⁴⁴⁾の中には種々の項目があり、「PDの概念、人格形成、ICD-10とDSM-III、-IVの10類型、発病危険因子（病前性格）[schizophrenia, 躁うつ病, 心身症, 神経症, Alzheimer病], 多重人格, アルコール-薬物依存, 摂食障害, 性別同一性の障害, てんかん, アパシー・シンドローム, いわゆる器質性人格変化, PDの診断・心理テスト, 多重人格の司法鑑定, および治療と管理について（神経症水準・境界水準の精神療法, 家族療法, 行動療法, 犯罪・非行の治療と管理, 薬物療法）」などの記載がある。融編の精神医学症候群(II)では, 福島ほか多数の著者¹⁷⁾が分担して人格障害の10類型や種々の関連症候群につき記載している。

Livesley(2001)のHandbook of personality disorders³³⁾では14章(300頁)にわたりPDの治療について, 心理社会的, 支持的, 精神分析的, 認知的, 人間関係的, 弁証法的, 心理教育的, 薬物的な接近および, グループ精神療法, 部分入院, 他の精神障害(I軸)合併例の治療, 司法的事項などの問題が述べられ, 最終章ではLivesley自ら”integrated approach to treatment”について書いている。

2. 境界性人格障害関連を主とする記載

境界性人格(パーソナリティ)障害については米国に次いで日本においても多くの発表がなされている。上述の多くの文献には「境界性人格障害」に関する記載が多数ある。境界性PDは感情や行動面での不安定傾向があつて, 本人と周囲との対人関係および医療との関係にも種々の困難があり得るので, その対応可

能性が盛んに研究されて来た。日本では, 牛島⁵²⁾, 鈴木⁵⁰⁾, 林²¹⁾, 恵²²⁾ほか多数の書籍^{16, 17, 18, 37, 39, 40, 44, 51)}の中に関連事項が書かれている。それらの中には「自己愛性PD」に関連するものもある。「精神科治療学」雑誌に1987—2002年の15年間に掲載された25編の〈境界例〉関連論文集(増補版, 星和書店, 2003)も出されている。境界性PDについて「はれものにさわるような毎日を過ごす人々」のために書かれた本の荒井ら³⁶⁾による日本語訳が出版された。

3. パーソナリティ障害関連のトピックス

1) 高齢者のパーソナリティについて

高齢化社会の進展に伴い, ①加齢に伴う人格の円熟またはマイナスの変化, ②高齢期の痴呆性疾患に伴う性格変化, ③その他の身体疾患や精神障害に関連する性格変化などが注目されている。周囲の若年世代との価値観や文化的な相違は高齢者と青・壮年者の双方にとって十分に認識すべきことであり, 社会的サポートや介護の行政施策にも関連する。高齢者の高い自殺率がうつ病や環境や性格との関連で検討されている。

老年期における器質性人格障害(変化)については, 勿滑谷(ぬかりや)⁴¹⁾の考察がある。三山吉夫は高齢者の人格障害と適応障害と衝動制御の障害[老精医誌14:1393-1401, 2003]につきまとめている。下仲は100歳以上の超高齢者の人格特徴⁴⁹⁾につき述べている。Bergmann⁵⁾は近年の高齢生活におけるパーソナリティの問題を展望している。

2) 思春期・青年期関連その他のトピックス

境界性パーソナリティ障害については上述したが、それとの関連も含めて馬場謙一 4) は「摂食障害」の心理的成因におけるパーソナリティの問題を述べている。「ひきこもり状態」を示す精神障害の一つとして、狩野²⁵⁾ は分裂病型人格障害と分裂病質について考察している。

「生育環境がパーソナリティ形成に及ぼす影響」の研究が、境界性人格障害や、思春期・青年期の問題行動や、幼児期の心的外傷体験がその後のパーソナリティに及ぼす影響などについて行なわれている。

頭部外傷後の性格変化は重要なテーマである。アルコール依存についても本人と家族を含む種々の性格に関する問題が研究されている。

Ⅷ. 文献

- 1) American Psychiatric Association: Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR. published by American Psychiatric Association, Washington DC, 2000 (高橋三郎、大野裕、染矢俊幸 訳: DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引, 新訂版. 医学書院, 東京, 2003)
- 2) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision, APA, Washington DC, 2000 (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸 訳: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル, 新訂版. 医学書院, 東京, 2004)
- 3) 浅井昌弘: 高齢者の統合失調症および他の精神病性障害, 老年精神医学, 14(12): 1521-1538, 2003
- 4) 馬場謙一: 摂食障害・成因論・心理学的成因, 松下正明, 牛島定信, 山内俊雄 編, 臨床精神医学講座 S 4 巻, 摂食障害・性障害, 中山書店, 東京, pp38-50, 2000
- 5) Bergmann K: Psychiatric aspects of personality in later life, Jacoby R, Oppenheimer C, eds.: Psychiatry in the elderly, 3rd ed., Oxford Univ Press, Oxford, UK, pp762-798, 2002
- 6) Cloninger CR: A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants, A Proposal, Arch Gen Psychiatry, 44: 573-588, 1987
- 7) Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR: A Psychobiological Model of Temperament and Character. Arch Gen Psychiatry 50: 975-990, 1993
- 8) Cloninger CR, Svrakic DM: Personality Disorders, Sadock BJ, Sadock VA. eds.: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Vol. 2, 7th ed., Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, pp1723-1764, 2000
- 9) Cloninger CR: Relevance of normal personality for psychiatrists, Benjamin J, Ebstein RR, Belmaker RH, eds.: Molecular Genetics and the Human Personality, American Psychiatric Publishing,

- Washington DC, pp33-42, 2002
- 10) Costa PT, McCrae RR : The NEO Personality Inventory manual, Odessa, FL, Psychological Assessment Resources, 1985
 - 11) Costa PT, McCrae RR: The Five-Factor Model of Personality and its Relevance to Personality Disorders, J Personality Disorders, 6:343-359, 1992
 - 12) Costa PT, McCrae RR: Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) Professional manual, Psychological Assessment Resources, Odessa, Florida, 1992
(下仲順子, 中里克治, 権藤恭之, 高山緑: 日本標準化版 NEO-PI-R, NEO-FFI 人格検査 [使用マニュアル, 検査用紙], 東京心理株, 1999, 2002)
 - 13) Costa PT, Widiger TA : Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality, 2nd ed. American Psychological Association, Washington DC, 2002
 - 14) Endler NS, Kocovski NL : Personality disorders at the crossroads, J Personality Disorders, 16(6): 487-502, 2002
 - 15) First MB, Gibbon M, Spitzer RL, et al.: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II). American Psychiatric Publ., Washington DC, 1997. (ファースト MB ほか著, 高橋三郎監訳, 大曾根 彰訳: SCID-II, DSM-IV II 軸人格障害のための構造化面接, 医学書院, 東京, 2002)
 - 16) 福島章, 町沢静夫, 大野裕編: 人格障害, 金剛出版, 東京, 1995
 - 17) 福島章, 平田豊明, 友竹正人, 吉村玲児ほか: 人格障害, 融道男編, 別冊 日本臨牀, 精神医学症候群(II)—摂食・睡眠・性・人格障害など一, 日本臨牀社, 東京, pp333-382, 2003
 - 18) Gabbard GO : Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, [The DSM-IV Edition], Part III, Dynamic Approaches to Axis II Disorders, American Psychiatric Press, Washington DC, 1994. (ギャバード GO 著, 館哲朗 監訳: 精神力動的精神医学, その臨床実践, [DSM-IV 版] ③ 臨床編: II 軸障害, 岩崎学術出版, 東京, 1997)
 - 19) Gunderson J : DSM-IV Personality Disorders: Final Overview, Widiger TA, Frances A, eds. : DSM-IV Source Book, Vol. 4, American Psychiatric Association, Washington DC, pp1123-1140, 1998
 - 20) Ha KS, Kim SJ, Yune SK, et al.: Three-year follow up of women with and without borderline personality disorder: development of Cloninger's character in adolescence. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 58(1): 42-47, 2004
 - 21) 林直樹: 人格障害の臨床評価と治療,

- 金剛出版, 東京, 2002
- 22) 恵智彦, 衣笠隆幸, 伊藤洸: 境界例とその周辺, 金剛出版, 東京, 1996
- 23) IGDA Workgroup, WPA (Mezzich JE, Sartorius N, et al.): Essentials of the World Psychiatric Association's International Guidelines for Diagnostic Assessment (IGDA), *Brit J Psychiat*, 182 (suppl. 45): pp33-66, May 2003
- 24) John OP, Srivastava S: The Big Five Trait Taxonomy (History, Measurement, and Theoretical Perspectives), Pervin LA, John OP, eds.: *Handbook of Personality, Theory and Research*, 2nd ed., Guilford Press, New York, pp102-138, 1999
- 25) 狩野力八郎: ひきこもり状態を示す精神障害, 分裂病型人格障害と分裂病質, *精神医学*, 45(3): 259-262, 2003
- 26) 加藤敏: 生物学的精神医学と精神病理学の架橋の試み, *精神経誌*, 106(1): 93-101, 2004
- 27) Katschnig H, Maj M, Sartorius N, eds.: WPA International Thematic Conference, "Diagnosis in Psychiatry: Integrating The Sciences" Vienna, 2003 (June), *World Psychiatry*, 2(Supl.1): 1-54, 2003, (Official Journal of WPA, publ. by Masson, Italy, Milan), [On web: www.wpanet.org.]
- 28) 木島伸彦, 齊藤令衣, 竹内美香, 他: Cloninger の気質と性格の 7 次元モデルおよび日本語版 Temperament and Character Inventory (TCI), *精神科診断学*, 7: 379-399, 1996
- 29) 木島伸彦: Cloninger のパーソナリティ理論の基礎, *精神科診断学*, 11: 387-396, 2001
- 30) 北川信樹, 朝倉聡, 久住一郎, 傳田健三, 小山司: Temperament and Character Inventory (TCI) による摂食障害患者の人格特性の評価および臨床症状との関連, *精神医学*, 44(4): 381-389, 2002
- 31) 小谷英文, 林直樹, 伊沢功一朗ほか: 人格障害に関連した研究と臨床, 下山晴彦, 丹野義彦編: 講座 臨床心理学 4, 異常心理学 II, 東大出版, 東京, pp27-105, 2002
- 32) Kupfer DJ, First MB, Regier DA eds.: A research agenda for DSM-V, American Psychiatric Association, Washington DC, 2002
- 33) Livesley JW. ed.: *Handbook of Personality Disorders, Theory, Research, and Treatment*, Guilford Press, New York, 2001
- 34) Loranger AW, Janca A, Sartorius N, eds.: Assessment and diagnosis of personality disorders, The ICD-10 international personality disorder examination (IPDE), Cambridge Univ Press, Cambridge, UK, 1997
- 35) 前野信久ほか: 三次元人格評価尺度 (TPQ) を用いた季節性感情障害 (SAD) の人格特性の解析, *精神医学*, 45(5): 475-482, 2003

- 36) Mason PT, Kreger R : Stop walking on eggshells, Taking your life back when you care about has borderline personality disorder, New Harbinger Publication, Oakland, 1998 (荒井秀樹, 野村佑子, 東原美和子 訳: 境界性人格障害=BPD, 一はれものにさわるといふ毎日をすごしている方々へ, 星和書店, 東京, 2003)
- 37) 松下正明, 新宮一成, 加藤敏 編: 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, 2003
- 38) 中根允文: ICD 改訂への国際的な準備作業を中心に, 精神科診断学, 13(4): 349-360, 2003
- 39) 成田善弘編: 人格障害 (「現代のエスプリ」別冊), 至文堂, 東京, 1997
- 40) 日本生物学的精神医学会, 中澤恒幸, 三好功峰編: 人格障害と生物学, 学会出版センター, 東京, 1996
- 41) 忽滑谷和孝: 老年期における器質性人格障害・性格変化, 精神科治療学, 18(6): 687-693, 2003
- 42) 大野裕: 人格障害と comorbidity, 精神科治療学, 12(8): 877-884, 1997
- 43) Ono Y, Manki H, Yoshimura K, et al.: Association between dopamine D4 receptor(D4DR) exon III polymorphism and novelty seeking in Japanese subjects. Am J Med Genet. 74(5): 501-503, 1997
- 44) 大野裕, 小野田直子: 人格障害の最近の研究, 松下正明, 牛島定信, 福島章 編, 臨床精神医学講座 第7巻, 人格障害, 中山書店, 東京, pp27-41, 2001
- 45) 尾崎紀夫: こころの病や人格と遺伝子, こころの科学 No.100: 100-107, 2001
- 46) Ozaki N, Goldman D, Kaye WH, et al.: Serotonin transporter missense mutation associated with a complex neuropsychiatric phenotype., Mol Psychiatry, 8(11): 933-936, 2003
- 47) Pincus HA, Tew JD, First MB : Psychiatric Comorbidity: Is More Less? World Psychiatry 3(1): 1-16, 2004
- 48) 下仲順子, 中里克治, 権藤恭之, 高山緑: 日本標準化版 NEO-PI-R, NEO-FFI 人格検査 [使用マニュアル, 検査用紙], 東京心理(株), 1999, 2002(第2刷)
- 49) 下仲順子: 超高齢者の人格特徴, 老年精神医学, 13(8): 912-920, 2002
- 50) 鈴木茂: 人格障害の臨床精神病理学—多重人格・PTSD・境界例・統合失調症, 金剛出版, 東京, 2003
- 51) 高岡健: 人格障害論の虚像—ラベルを貼ること剥がすこと, 雲母書房, 東京, 2003
- 52) 牛島定信ほか: 特集 境界性人格障害治療の現在 I, 精神療法, 29(3): 249-315, 2003
- 53) Widiger TA : Personality disorder diagnosis, World Psychiatry 2(3): 131-135, 2003
- 54) World Health Organization : The ICD-10 Classification of Mental

and Behavioural Disorders:
Clinical descriptions and
diagnostic guidelines. WHO,
Geneva, 1992. (融道男, 中根允文,
小宮山実 訳: ICD-10 精神および行
動の障害—臨床記述と診断ガイドラ
イン, 医学書院, 東京, 1993

IX. 表

(表説明は、表 1 は上記ⅡとⅢ、表 2
は上記Ⅴ、表 3 は上記Ⅵを参照)

D. 考察

以上に研究結果としてまとめた事項を
含めて総合的に考察する。

1. ICD-11 と DSM-V へ向けての検討

ICD-10 は 2006 年の大改正を目標にし
て、各診療科の分類専門委員会の検討が
なされる予定である。精神障害について
は、WHO の精神障害に関する専門委員
会で検討されるが、これに協力する形で
WPA(世界精神医学会)は種々の事業を行
なっている。WPA の「精神科診断に関す
る国際会議(2003 年 6 月、ウイーン)」
が Katschnig と Sartorius の協力により
開催された。WPA が「総合的な国際診
断評価ガイドライン(IGDA, 2003)」を提
案したことは結果の項目の最初に述べた。

DSM-V(2010 年予定)に向けての検討や
提案が種々の形で行なわれている。米国
精神医学会 (APA)は、DSM-V に向けての
検討 (Kupfer ら, 2002) を出版した。
その中のパーソナリティ障害の項目
(pp123-199) では、First MB ら
が、"Personality Disorders and
Relational Disorders: A Research
Agenda for Addressing Crucial Gaps
in DSM"という題で述べており、次元的

分類やスペクトラムにも触れている。

2. 今後の検討課題

1) 研究の倫理性、プライバシーの
尊重、

パーソナリティには個人の特性、個性
や個人差の問題が含まれており、パー
ソナリティに関連する研究では基本的に
プライバシーが十分に尊重される必要が
あり、研究における倫理性が重要である。

2) パーソナリティ障害の診断分類

臨床的には類型的分類が衆知のも
のであるが、一般的パーソナリティ特性と
パーソナリティ障害との連続性などの観
点から、次元的分類が盛んに研究され重
要視されて来ている。類型的分類と次元
的分類を巧妙に組み合わせる折衷案も
ありうるが、簡単ではない。ICD-11 の
身体疾患分類は 2006 年には具体案に
なる可能性があるが、精神障害分類につ
いては予測が難しい。DSM-V は 2010
年発行が目標とされているが、パーソ
ナリティ障害分類が実際にどのような
かには検討が続けられている。

3) パーソナリティ特性に関する生
物・心理・社会的研究

パーソナリティ特性に関する分子遺
伝学的基盤の生物学的研究が盛に行な
われている。重要なのは、分子遺伝学
的所見とパーソナリティ特性との間を
結ぶ身体的中間機構(メカニズム)を
解明することである。環境要因が
パーソナリティ形成に及ぼす影響も、
双生児研究や幼児期生育環境の研究
などにより行なわれている。また、
対人関係や文化状況などもパーソ
ナリティ特性を表わす行動様式との
関連が検討されている。それらを
総合して、以前からある体質と性格
の研究成果も含めて説明できるよ
うな「生物・心

理・社会的研究」を目指すことも不可能ではない。そのような方向性の手掛かりの一つとしては、Cloningerのようなパーソナリティの生物・心理・社会的モデルの仮説が参考になるであろう。

E. 結論

人格障害に関する研究について現在までの文献資料を収集した結果をまとめた。人格障害に関する研究では今後も、用語や概念および診断分類の再検討が種々の形で行なわれると考えられる。米国精神医学会の「精神疾患の診断・統計マニュアル (DSM-IV-TR, 2000)」の日本語版では、“personality disorder”の訳語が「人格障害(2002)」から、2003年8月発行の新訂版で「パーソナリティ障害」へと変更された。

世界精神医学会(WPA)の国際診断評価ガイドライン(2003)では、「患者が持っているパーソナリティなどの良い面に着目して、それを治療やケアに活用すること」を目指す点が注目される。

DSM-IV-TRのパーソナリティ障害分類の問題点としては、複数診断 (comorbidity)、精神疾患とパーソナリティ障害との連続性や鑑別診断の複雑性などがある。

人格障害の現在の分類は、ICD-10やDSM-IV-TRのような類型 (カテゴリー) 的分类であるが、それに対比される次元 (ディメンジョン、軸、特性) 的分类の特徴と歴史的成立過程を説明した。クロニンジャーによる素質と性格を含む7因子 (次元) の生物-心理-社会的パーソナリティ・モデルとその検査法を述べた。Costa & McCrae とWidiger による5因子 (NEOAC) のパーソナリティ・モデル

とその検査法 (NEO-PI-R、NEO-FFI) を説明した。

パーソナリティ障害の治療では、思春期・青年期の境界性人格障害を中心に多くの研究がある。臨床的には、種々の診療場面においてパーソナリティ特性に配慮することが有用である。

今後の課題としては、高齢者の性格に関する問題が重要であり、ICD-11やDSM-Vへの分類改訂の問題もある。パーソナリティに関する研究は生物-心理-社会的な総合的観点から行なうことが望ましく、とくに倫理性とプライバシーの尊重が重要である。

F. 研究発表

1. 論文発表。なし。
2. 学会発表。なし。

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

なし。

表1 DSM-IV-TR(2000)とICD-10(1992)のパーソナリティ障害分類の対照表

<u>DSM-IV-TR(2000)</u> 英語名称(文献1)	<u>DSM-IV-TR(2000)</u> 日本語訳(新訂版)(2003-4)(文献1-2)	<u>ICD-10(1992)</u> 日本語訳(1993)(文献54)
Personality Disorders (PD)(*1) Code on Axis II	パーソナリティ障害 II軸にコード	F6 成人の人格および行動の障害 F60 特定的人格障害
Cluster A PDs (appear odd or eccentric)	A群パーソナリティ障害 (奇妙で風変わりに見える)	
Paranoid PD	妄想性パーソナリティ障害	F60.0 妄想性人格障害
Schizoid PD	シゾイドパーソナリティ障害	F60.1 分裂病質[性]人格障害(*3)
Schizotypal PD	失調型パーソナリティ障害(*2)	F21 分裂病型障害(*4)
Cluster B PDs (dramatic, emotional, erratic)	B群パーソナリティ障害 (演劇的, 情緒的, 移り気に見える)	
Antisocial PD	反社会性パーソナリティ障害	F60.2 非社会性人格障害(*5)
Borderline PD	境界性パーソナリティ障害	F60.31 情緒不安定性人格障害, 境界型(*6)
Histrionic PD	演技性パーソナリティ障害	F60.4 演技性人格障害
Narcissistic PD	自己愛性パーソナリティ障害	F60.8 他の特定的人格障害(*7)
Cluster C PDs (anxious or fearful)	C群パーソナリティ障害 (不安や恐怖を感じているよう)	
Avoidant PD	回避性パーソナリティ障害	F60.6 不安性(回避性)人格障害(*8)
Dependent PD	依存性パーソナリティ障害	F60.7 依存性人格障害
Obsessive-Compulsive PD	強迫性パーソナリティ障害	F60.5 強迫性人格障害(*9)
Personality Disorder NOS	特定不能のパーソナリティ障害	F60.9 人格障害, 特定不能のもの

(*1): PD = Personality Disorder

(*2): 日本精神神経学会(2002)は、「schizophreniaは統合失調症」、「schizotypalは統合失調型」と呼称する提案をした。

(*3): 日本精神神経学会(2002)は、「schizoidは統合失調質」と呼称する提案をした。

(*4): ICD-10では、「F21 schizotypal disorderはこれまで人格障害に分類していたが、F20-F29(schizophreniaほか)の節(block)にある種々の障害と共通する特徴が多いので、F21として入れた」と説明されている。

(*5): ICD-10の名称は、「dissocial(非社会性)PD」である。

(*6): ICD-10では、「F60.3 情緒不安定性人格障害(Emotionally unstable PD)」の中の下位分類として、

「F60.30 衝動型(impulsive type)」と「F60.31 境界型(borderline type)」の2型を入れている。

(*7): ICD-10の「F60.8」は、「自己愛性(narcissistic)」や「受動・攻撃性(passive-aggressive)」などのPDを含んでいる。

(*8): ICD-10での英語名称は、「anxious (avoidant) personality disorder」である。

(*9): ICD-10での英語名称は、「anankastic personality disorder」であり、第I軸の「Obsessive-compulsive disorder」との混同を避けて、性格特性としての名称を用いている。

表2 クロニンジャーの生物-心理-社会的7次元パーソナリティ学説(文献6-9, 28-29, 44)

パーソナリティ7因子(次元) = 気質4因子(次元) + 性格3因子(次元)

I. 気質(Temperament) [遺伝的要因強い] <無意識の習慣的自動的反応特性>

習慣的な「刺激-反応システム」(主要関連領域: 大脳辺縁系・線条体)

脳神経システム活動特性 主要な神経伝達物質

- 1) 新奇性追求(Novelty Seeking) 行動の活性化(誘因賦活)・Dopamine
探究心、衝動的、浪費、刺激性
- 2) 損害回避(Harm Avoidance) 行動の抑制(受動的回避)・GABA,
恐怖心、人見知り、疲労性、悲観的。 および Serotonin (dorsal raphe)
- 3) 報酬依存(Reward Dependence) 行動の維持(社会的愛着)・Norepinephrine,
依存的、愛着性、感傷的、暖かさ。 および Serotonin (median raphe)
- 4) 持続・固執(Persistence) 部分的強化 Glutamate,
勤勉、熱中性、完全癖、決断性。 および Serotonin (dorsal raphe)

II. 性格(Character) [生育環境の影響大] <意識的な認知・学習で形成>

自己認識と洞察による認知行動特性(主要関連領域: 側頭葉皮質・海馬)

- 5) 自己志向(Self-directedness) 自立的個人
責任感、目的指向性、臨機応変、自己受容、規律性。
- 6) 協調性(Cooperativeness) 人類の統合的社会
協力性、共感性、同情心、寛容性。
- 7) 自己超越(Self-transcendence) 宇宙的な超個人的統一意識
想像力、直感性、信仰心、理想主義、精神主義。

◎自己記入式質問紙 :

? 主要な気質の3次元 [上記1) - 3)] を数値で表出する ;

TPQ (Tridimensional Personality Questionnaire, Cloninger, 1987)

? 気質と性格の7次元 [上記1) - 7)] を数値で表出する ;

TCI (Temperment and Character Inventory, Cloninger, 1993)

表3 NEO-PI-Rにおけるパーソナリティの5次元(Domain)と30下位次元(Facet)

[Revised NEO Personality Inventory(Costa & McCrae, 1992)(文献11-13, 24, 44, 日本標準版 48, 53)]

N : 神経症傾向 Neuroticism · · Neuroticism vs. emotional stability

(神経質 : Neuroticism, Nervousness, Negative affectivity)

- N1 : 不安 · · · · · Anxiousness (tense)
- N2 : 敵意 · · · · · Angry · hostility (irritable)
- N3 : 抑うつ · · · · · Depressiveness (pessimistic)
- N4 : 自意識 · · · · · Self-consciousness (shy)
- N5 : 衝動性 · · · · · Impulsivity (urgent, moody)
- N6 : 傷つきやすさ · · · · · Vulnerability (fragile)

E : 外向性 Extraversion · · Extroversion vs. introversion

(活動性 : Extraversion, Energy, Enthusiasm)

- E1 : 温かさ · · · · · Warmth (affectionate)
- E2 : 群居性 · · · · · Gregariousness (sociable)
- E3 : 断行性 · · · · · Assertiveness (forceful)
- E4 : 活動性 · · · · · Activity (energetic)
- E5 : 刺激希求性 · · · · · Excitement-seeking (adventurous)
- E6 : よい感情 · · · · · Positive emotions (enthusiastic)

O : 開放性 Openness · · · · · Openness vs. closedness to experience

(開拓性 : Openness, Originality, Open-Mindedness)

- O1 : 空想 · · · · · Fantasy (imaginative)
- O2 : 審美性 · · · · · Aesthetic (artistic)
- O3 : 感情 · · · · · Feelings (excitable)
- O4 : 行為 · · · · · Actions (wide interest)
- O5 : アイデア · · · · · Ideas (curious, creative)
- O6 : 価値 · · · · · Values (broad-minded)

A : 調和性 Agreeableness · · · · · Agreeableness vs. antagonism

(愛想の良さ : Agreeableness, Altruism, Affection)

- A1 : 信頼 · · · · · Trust (forgiving, naive)
- A2 : 実直さ · · · · · Straightforwardness (honest)
- A3 : 利他性 · · · · · Altruism (generous)
- A4 : 応諾 · · · · · Compliance (cooperative)
- A5 : 慎み深さ · · · · · Modesty (humble)
- A6 : 優しさ · · · · · Tender-mindedness (empathic)

C : 誠実性 Conscientiousness · · Conscientiousness vs. undependability

(誠実さ : Conscientiousness, Control, Constraint)

- C1 : コンピテンス · · · · · Competence (efficient)
- C2 : 秩序 · · · · · Order (organized)
- C3 : 良心性 · · · · · Dutifulness (dependable)
- C4 : 達成追求 · · · · · Achievement striving (workaholic)
- C5 : 自己鍛練 · · · · · Self-discipline (devoted)
- C6 : 慎重さ · · · · · Deliberation (reflective)

気分障害研究の現状と将来計画に関する研究

分担研究者 越野好文 金沢大学大学院 脳情報病態学教授

研究要旨

気分障害についての生物学的精神医学研究を、1. 気分障害の遺伝学と疫学、2. 気分調節の神経的および行動的基盤、3. 前臨床モデル、4. 小児の発達と自然経過、5. 高齢期うつ病、6. うつ病と身体疾患との共存、7. 薬物および身体療法の開発、8. 心理社会的介入の発展、9. 臨床試験を実地診療へ移す方策、10. ケアのバリアーの克服および公共の重荷の軽減の10領域について展望し、今後の研究課題を提案した。わが国では自殺防止と双極性障害研究が重要なことを指摘した。

A. 研究目的

今後の気分障害研究の重要課題を提案する。

B. 研究方法

2000年から2003年に発表された、気分障害に関する生物精神医学領域の研究を幅広く概観し、現在もっとも必要と思われる研究領域、研究テーマを絞り込み、研究課題を提案する。

C. 研究結果

2000年末に、米国のNIMHは、気分障害研究の再活性化を目的にThe NIMH Strategic Plan for Mood Disorders Research（委員長 D.S. Charney）を立案し、米国の総力を挙げて以下に述べる10領域について作業部会を結成した。その報告書「気分障害の研究促進のため戦略」は、Biological Psychiatry 52巻（2002年）に公表された。この報告書が気分障害研究の現状と今後の課題をもっともよく分析している。各領域に共通の課題として、研究者

の養成と学際的な包括的研究のためのネットワークの構築があげられている。各領域について、特に臨床と関連の深い課題について概説する。

1. 気分障害の遺伝学と疫学

気分障害の遺伝研究の進歩を妨害している要因は、表現型の妥当性が乏しいこと、研究によって用いられる情報源と技法にばらつきがあること、および遺伝の複雑性である。表現型に関しては、臨床的な表現のみに基づく疾患診断には限界がある。そこで表現型のコア成分の特異性、表現型の妥当性の検討が必要である。小児うつ病や不安障害の長期経過を研究することで、表現型の妥当性を検討することも試みる価値がある。連鎖および関連研究では、既存の大量のデータを統合的に再検討することを勧めている。研究技法の不統一に対しては、研究間の比較ができるように定義、分析方法、操作方法を標準化することが求められる。また、協同研究やデータの共有によっ

て連鎖・関連研究のデータベースを拡大することも必要である。遺伝研究には一般住民での疾患頻度が必要であり、遺伝疫学は将来の重要な分野である。たとえば、双極性障害は家族集積が高度なことが疫学研究から示されており、双極性障害が気分障害の遺伝研究において、第1に挑戦すべき標的といえる。

2. 気分調節の神経的および行動的基盤

行動と認知の領域では、気分障害の認知と感情の脆弱性、脆弱性／ストレスの相互作用、正常人の気分・情緒研究と気分障害患者での研究の結びつきの強化、環境ストレスから保護するメカニズムと元気を回復するための研究が必要である。

神経化学の分野では神経伝達物質、神経ペプチド系が、神経解剖学や神経病理学では扁桃体、前頭前野、前帯状回、海馬が研究の標的である。将来の課題は、気分障害の理解に関連した神経回路の同定、回路内での連結、解剖的・機能的な発達の解明である。これらの研究で認められた変化が、気分障害の原因か、結果なのかを明らかにすることが重要である。そのためには剖検脳研究のインフラ組織の整備、および動物モデルの開発が必要である。神経-行動相互作用の解明には、情動／気分障害に関連した神経回路と、気分障害の調整を区別して研究すべきである。病的可塑性の研究、コンピューターモデル、感情と感情調整のプロローブの開発が必要であろう。そのほかに、新しい知識を一般人、臨床家へ普及することも課題である。

3. 前臨床モデル

気分障害の基礎にある遺伝的、神経生物学的メカニズムについては気分や感情を調整する正常な脳回路、および気分障害の時に異常に働く脳回路が理解され始めた。以下の4領域の研究が必要である。①気分障害の動物モデル開発、②ヒトと動物の正常ならびに異常気分の遺伝的な決定因子の同定、③気分障害治療の新規な標的（神経伝達物質受容体、細胞内セカンドメッセンジャー発生システム、向神経カスケードに関連した蛋白）と生物マーカーの発見、および④分子遺伝学から行動とシステム神経科学に及ぶ多彩な研究背景をもった研究者の獲得。

4. 小児の発達と自然経過

小児うつ病について、遺伝と環境面のリスク、および保護因子を含めた病因についての学際的研究が必要である。たとえば、治療が成功した思春期うつ病、およびうつ病の前駆疾患として知られている疾患（例：小児期不安障害など）が、その後の小児に与える影響のフォローが有用である。小児期発症の双極性障害は疾患の重要性、診断と治療が未解決なこと、向精神薬の影響が不明なことなどから緊急の課題である。抗うつ薬と精神刺激薬が双極性障害を誘発する可能性の検討も必要である。

5. 高齢期うつ病

高齢期うつ病と前頭-線条体の機能低下との関連が示されている。そこで、抗うつ薬への反応に関連している部位の同定と、新しい薬物療法と心理社会的介入を目指した研究が求められる。身体疾患の共存が多いので身体疾患とうつ病の相互関係の研究、