

境界性・依存性・回避性パーソナリティ障害傾向と 遂行機能障害との関連

筑波大学大学院人間総合科学研究科 市川 玲子

筑波大学人間系 望月 聡

The relationships among borderline, dependent, and avoidant personality disorder tendencies and executive function deficit

Reiko Ichikawa (*Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba, Tsukuba 305-8572, Japan*)

Satoshi Mochizuki (*Faculty of Human Sciences, University of Tsukuba, Tsukuba 305-8577, Japan*)

The purpose of this study is to examine the relationships among borderline, dependent, and avoidant personality disorder (PD) tendencies and the sub-factors of executive function deficit. In total, 216 Japanese undergraduates completed questionnaires with items about borderline, dependent and avoidant PD from Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (Takahashi et al., 2002) and Dysexecutive Questionnaires (DEX; Kashima, 2001). The results of a factor analysis conducted for DEX indicate that executive function deficit includes two aspects: affect dysregulation and behavior dysregulation. To examine the relationships among these aspects within executive function deficit and the three PD tendencies, multiple regression analyses were also conducted. The results indicate that borderline and dependent PD tendencies are associated with both executive function deficits. On the other hand, the avoidant PD tendency is only associated with executive function deficit within affect dysregulation. After discussing the differences among the effects of each executive function on these PD tendencies, this study also argues that intervention for executive function deficit may be an effective way to treatment PDs.

Key words: personality disorder, executive function, affect dysregulation, behavior dysregulation

パーソナリティ障害（以下 PD とする）は、一般社会の中で人々に見られうる心理的障害として近年注目されている。PD は、現在の境界性 PD にあたる「境界例」のように、精神病と正常の間に位置づけられる概念、あるいは精神の異常から精神病を除いた残余として出発した（林, 2005）。PD に関連した諸概念は、Pinel の「妄想なき狂気 (manie sans délire)」などの概念に端を発し、以後20世紀前半までの精神病質の概念に流れ込み、Kraepelin (1913) や Schneider (1923) によってパーソナリティの異常として位置づけられるようになった。その

後、現在にわたって、PD の重要な類型の系統的な記述が展開されてきた（林, 2005）。当初、人格の異常は「平均からの変異や逸脱」と定義され、その概念に社会規範や価値判断が混入しないよう注意が払われていた。しかし、Schneider (1923) は社会的価値観を含めた精神病質の定義を行い、「その人格の異常さのゆえに自らが悩むか、または社会が苦しむ異常」であると主張した。Schneider の定義には社会の視点からの評価が含まれていたため、これが純粋に医学的概念でありうるかという議論が生じることとなった。

現在、PDの体系的な定義・分類は、アメリカ精神医学会 (American Psychiatric Association: APA) と世界保健機構 (World Health Organization: WHO) によって行われている。これらにおけるPDの類型は、両者が互いの進歩を取り入れることで発展してきた (林, 2005)。本論文では、本邦を含めた全世界において臨床・研究に多く用いられているAPAの精神医学の診断・統計マニュアル第4版改訂版 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR; APA, 2000; 高橋・大野・染矢訳, 2003) におけるPDの分類を用いた検討を行う。DSM-IV-TR (APA, 2000) では、PDは「その人の属する文化から期待されるものから著しく偏り、広範でかつ柔軟性がなく、青年期または成人期早期に始まり、長期にわたり安定しており、苦痛または障害を引き起こす、内的経験および行動の持続的様式である (高橋ら訳, 2003; p.651)」と定義されている。ここでは、PDは平均からのパーソナリティ特性の「偏り」であるとされ、一般的なパーソナリティ概念との連続性が仮定されている。

DSMにおけるパーソナリティとパーソナリティ障害

DSMでは、第3版 (DSM-III; APA, 1980) 以降多軸診断法が採用されており、PDは第II軸に位置づけられてきた。このことは、第I軸に据えられている各種精神疾患とは異なり、PDは健常群とのパーソナリティの質的な違いを強調して扱われてきたことと無関係ではないと考えられる (松本・丸田・飯森, 2012)。PDは、その全般的診断基準では「パーソナリティの偏り」と定義され、一般的なパーソナリティとの連続性が仮定されていたが、各類型のプロトタイプを想定した診断方法は過度のEssentialism (純粋なプロトタイプの存在を前提とする主義) であるとの批判があった (Livesley, 2011)。しかし、PDについて健常群と臨床群との間でパーソナリティ構造、パーソナリティ特性に関する質的な差はなく、その差は量的なものであるとする研究結果が多く見受けられる (Livesley, Jackson, & Schloeder, 1992; O'Connor, 2005など)。一般的なパーソナリティとPDとの最も大きな違いは、PDの全般的診断基準に含まれている「その持続的様式が、臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている (基準C)」という点である。つまり、パーソナリティの著しい偏りによって日常生活が送れなくなるほどの支障を来していることが、PDの大前提であるといえる。Livesley & Jang (2005) によると、臨床群と健常群における質的な差異とは、

(1) 分布が非連続であること、(2) 機能障害の生じる閾値があること、(3) PD特有の特性が存在することの3つの意味を有する。(1)の分布の連続—非連続性について、Haslam, Holland, & Kuppens (2012) は、各種パーソナリティや精神疾患に関するTaxometric researchの量的レビューを行い、PDの連続性を仮定できることを示唆している。また、PDの連続性について3種のTaxometric分析を用いて検討を行ったArntz, Bernstein, Gielen, Nieuwenhuyzen, Penders, Haslam, & Ruscio (2009) は、境界性・妄想性・抑うつ性・強迫性・依存性・回避性PDの背景にある潜在次元の構造を示し、これらのPDがそれぞれ連続的であることを示唆した。(2)については、パーソナリティ特性がこれ以上になると社会的機能が途端に損なわれるという閾値はこれまでに確認されていない (杉浦, 2009)。(3)については、田村・井上 (2005) が境界性PD群と健常群との間には連続する側面と質的に異なる側面とが存在する可能性を指摘し、田村・井上 (2009) において、健常群と比較して境界性PD群に特異的である特徴が身体感覚の異常と自傷行為であることを示している。しかし、見捨てられ不安や感情の不安定性などの境界性PDに特徴的な特性が一般大学生にも広く見られることが複数の研究 (e.g., 井合・矢澤・根建, 2010) によって示されていることから、多くの境界性PDの特徴については臨床群と健常群との間に質的な差異を仮定することはできないといえる。

以上のことから、本研究においてもPDと対応するパーソナリティとの連続性を仮定し、一般大学生を対象としたアナログ研究を行う。なお、本研究では、「PDと診断されるほどには社会的困難を生じていないが、PD様の非適応的な状態を生じさせるパーソナリティ傾向」を「PD傾向」と呼称する。PDと認知行動機能との関連—神経心理学の観点から—

これまでに、精神科医療や矯正教育、教育現場で用いられる種々の検査における反応と様々な精神疾患との関連が明らかにされてきた (加曾利, 2005; 杉山, 2007など)。近年では、これらの意識的・無意識的なパーソナリティの査定だけでなく、個別的な認知行動機能の状態を測定するツールとして神経心理学的検査が用いられている (望月, 2008)。神経心理学とは、脳の損傷によって生じる高次機能の障害の様相を、様々な検査や実験的手法を通じて把握し、損傷部位との関係から、言語、思考、認知、記憶といった高次機能の神経機構の解明を目指す学問分野である (河内, 1999)。この分野における研

究の発展は、高次脳機能障害の病巣局在を明らかにしただけでなく、脳の解剖学的個体差や性差など、新たな問題を提起する結果となった。そして、近年では、神経心理学的検査の臨床心理学領域への応用も行われており、認知症などの変性疾患による病的な認知行動機能の異常や学習障害、注意欠陥・多動性障害などにおける特定の認知行動機能の未発達・遅れだけでなく、気分障害や不安障害などによって生じる認知行動機能異常の特定、および障害機序を明らかにするための研究手段、治療効果の測定項目として用いられている(望月, 2008)。

神経心理学検査で測定される能力の一つに、遂行(実行)機能(Executive function)がある。これは、目標の設定、行動のプランニング、およびそのプランを実行することや効果的に遂行する能力の総称であり、様々な認知行動機能を「統合・管理」し、「問題解決」するための機能である(望月, 2008)。遂行機能の程度を測定する代表的な検査には、思考の“セット”の保持・切り替えの側面を検討する Wisconsin コンソート分類検査(Wisconsin Card Sorting Test: WCST)や、習慣的な行動・認知傾向の抑制の側面を検討するストループ課題、実生活上の問題に近い形式での下位検査を備えた遂行機能障害症候群の行動評価(Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome: BADS)などがある。

Fertuck, Lenzenweger, & Clarkin (2005)は、注意や実行・認知制御といった基礎的な神経認知機能が境界性PDの進行や発現に関する理解に寄与すると考え、22名の境界性PD患者を対象に、注意ネットワーク課題(Attention Network Task)とWCSTを実施した。その結果、これらの課題・検査の成績が境界性PDの病理の程度と高い特異性で関連していることが示された。つまり、注意機能および遂行機能は、境界性PDの表現型の指標を予測するものであるといえる(Fertuck et al., 2005)。

Ruocco (2005)は、境界性PDに関する神経心理学的研究のレビューおよびメタ分析を行い、境界性PDを有する人々が複数の神経認知領域において、健常群よりも課題成績が低いことを明らかにした。しかし、神経心理学的検査は境界性PDにおける神経認知的な機能障害に対して敏感ではあるが、臨床的有用性は限定されているとも述べている(Ruocco, 2005)。一方で、Coolidge, Thede, & Jang (2004)は、双生児研究の結果から、回避性・境界性・依存性・演技性・反社会性パーソナリティと遂行機能障害との間に遺伝的関連があることを示唆した。そして、PD患者における日常的な意思決定、プランニング、選択的注意およびその抑制といった認知活動の困難

や、PDの治療における困難さ(Millon & Davis, 1996など)は、遂行機能障害によるものであると考察し、臨床的アセスメントにおいて、たとえ神経心理学的損傷が疑われない場合でも、従来の手法に加えて遂行機能の評価を行う必要があると主張した(Coolidge et al., 2004)。

先述の通り、遂行機能には前頭葉、特に背外側部が担っている様々な機能が含まれているが、同時に複数の側面から遂行機能を捉え、それらとPDとの関連を検討した先行研究は見当たらない。Coolidge et al. (2004)が主張したように、PDの理解・介入において遂行機能障害に関するアセスメントが重要な役割を果たすのであれば、幅広い遂行機能のうち、どのような側面がPDにおける日常生活上の困難に寄与しているかを検討する必要があると考えられる。

本研究の目的

以上のことから、本研究では遂行機能障害の下位因子とPD傾向との関連を検討することを目的とする。遂行機能障害の評価には遂行機能障害症候群の行動評価(BADS)に含まれる遂行機能障害の質問票(鹿島(監訳), 2001)を用い、自己評定による測定を行った。また、本研究ではDSM-IV-TRにおいて定められている10種のPDのうち、Coolidge et al. (2004)において特に遂行機能障害との強い関連が見られ、また複数の先行研究(Gude, Karterud, Pedersen, & Falkum, 2006; Leising, Sporberg, & Rehbein, 2006など)でオーバーラップが認められている境界性・依存性・回避性PD傾向について検討を行い、各PD傾向と遂行機能障害の下位因子との関連を検討した。方法としては、一般大学生を対象とした質問紙調査を行い、量的研究によってこれらの関連を探索的に検討した。

方 法

調査対象者

調査対象者は、茨城県内の国立大学生245名であった。このうち、全調査項目の10%以上に回答していない者を分析の対象外としたため、最終的に216名が有効回答者となった(男性96名、女性118名、不明2名; 平均年齢20.0歳, $SD=1.55$)。

調査期間

2010年6月-9月

調査方法

個別記入形式の質問紙調査を実施した。一部の対象者においては心理学の講義後に集合調査形式で実施し、残りの対象者においては個別配布個別回収形

式で実施した。回答はいずれも無記名で行われた¹⁾。

調査内容

質問紙は、施行目的および回答方法と対象者の属性(年齢、性別)記入欄を設けたフェイスシートと、以下の質問項目から構成されていた。

SCID-II 人格質問票 DSM-IV II 軸パーソナリティ障害のための構造化面接 (Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders: SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 2000; 高橋・大曾根 (訳), 2002) に含まれる「人格質問票」の項目のうち、境界性 PD に関する15項目、依存性 PD に関する8項目、回避性 PD に関する7項目の計30項目を用いた。これらの項目内容は、DSM-IV の PD の診断基準に準拠している。これまでに、PD のスクリーニングにおける SCID-II の内部整合性や自己評定-面接者評定間の十分な一致率が確認されていること (Germans, Van Heck, Masthoff, Trompenaars, & Hodiamont, 2010; Ullrich, Deasy, Smith, Johnson, Clarke, Broughton, & Coid, 2008)、および日本語版の再検査信頼性が確認されていること (Osone & Takahashi, 2003) から採用した。各項目について、「あてはまる」「少しあてはまる」「どちらともいえない」「あまりあてはまらない」「全くあてはまらない」の5件法で回答を求めた²⁾。

遂行機能障害の質問票 (The Dysexecutive Questionnaires: DEX) 遂行機能障害症候群の行動評価 (BADS) 日本語版 (鹿島 (監訳), 2001) に付帯されている遂行機能の自己評価のための質問項目である。20項目それぞれについて、「ほとんどいつも」「よくある」「ときどき」「たまに」「全くない」の5件法で回答を求めた³⁾。

- 1) 調査対象者には、倫理的配慮に関する事項や調査への参加の諾否およびその撤回の自由を持っていることを、口頭および質問紙のフェイスシートにおいて説明した。また、質問紙調査への回答を得ることで参加に同意したとみなすことにし、これについての説明も同様に行った。
- 2) 本来、SCID-II は「はい」「いいえ」の2件法で回答を求める尺度である。しかし、本研究では、症状の有無ではなくパーソナリティの強弱として、すなわち連続量として測定することを前提としているため、より個人差が抽出されるように5件法で回答を求めた。
- 3) 本研究では他の変数についても測定を行ったが、本稿では省略する。

結果

各尺度の因子構造および得点の算出方法

PD 傾向得点 各項目への回答について、「あてはまる」を5点、「少しあてはまる」を4点、「どちらともいえない」を3点、「あまりあてはまらない」を2点、「あてはまらない」を1点と得点化した。そして、各 PD 傾向に関する項目がそれぞれ単因子構造であることを確認するために、各 PD 傾向の項目について因子数を1に固定した主成分分析を行った。その結果、それぞれの第1主成分に対する負荷量が .35-.71と、いずれの PD 傾向項目についても概ね単因子構造が得られた。また、各 PD 傾向尺度について信頼性係数を算出したところ、 $\alpha = .69-.84$ と十分な信頼性が確認されたため、各 PD 傾向に関する項目の合計得点を算出し、それぞれの PD 傾向得点とした。

遂行機能障害尺度 (DEX) 「ほとんどいつも」 を4点、「よくある」を3点、「ときどき」を2点、「たまに」を1点、「全くない」を0点と得点化した。そして、遂行機能障害の下位尺度の構造を確認するために、最尤法・プロマックス回転による因子分析を行った。結果を Table 1 に示す。分析の結果、2因子が抽出された。いずれの因子に対しても負荷量が .30 を下回った1項目 (項目2) を削除し、残りの19項目を採用した。第1因子には、判断能力の欠如、アパシーと意欲低下、計画性の障害といった特徴を測定する項目が高い負荷量を示していた。したがって、この因子を情緒や思考の制御に関する機能障害の特徴を表す因子であると解釈し、“情意制御不足”因子と命名した。第2因子には、保続、脱抑制、反応抑制の障害、多動といった特徴を測定する項目が高い負荷量を示していた。したがって、この因子を行為の制御に関する機能障害の特徴を表す因子であると解釈し、“行動制御不足”因子と命名した。そして、それぞれの因子に対して .30 以上の負荷量を与えていた項目の得点の合計値を算出し、下位尺度得点とした。また、遂行機能全般の能力の程度を示す、DEX の20項目の合計得点も算出し、遂行機能障害得点とした。いずれの得点についても、得点が高いほど関連する遂行機能障害傾向が高いことを示す。

各得点の記述統計量および正規性の検定

記述統計量 Table 2 に、各得点の得点範囲、平均値、標準偏差、最小値、最大値および各尺度の α 係数を示した。いずれの尺度も、概ね十分な内的一貫性が確認された ($\alpha = .69-.89$)。

正規性の検定 各 PD 傾向得点の分布の正規性を

検討するために、Shapiro-Wilk 検定を行った。分析の結果、回避性 PD 傾向得点については分布の正規性が棄却されなかったが ($W = .990, n.s.$)、境界性 PD 傾向得点は 5% 水準で ($W = .984, p < .05$)、依存性 PD 傾向得点は 1% 水準で ($W = .981, p < .01$) 正規分布にしたがうという帰無仮説が棄却された。境界性・依存性・回避性 PD 傾向と遂行機能障害との関連の検討

境界性・依存性・回避性 PD 傾向と遂行機能障害尺度の下位因子との関連を検討するために、これらの得点間の相関分析および重回帰分析を行った。

相関分析 境界性・依存性・回避性 PD に関する各 PD 傾向得点および下位尺度得点間の相関係数を算出したところ、Table 3 に示す結果が得られた。全ての相関係数が 1% 水準で有意な正の相関であった ($r = .30-.92, p < .01$)。

重回帰分析 DEX の下位尺度間の相関が $r = .61$ と高かったため、これらの下位尺度間の影響を統制した上で各 PD 傾向と遂行機能障害との関連を検討するために、DEX の 2 つの下位尺度得点を独立変数、各 PD 傾向得点をそれぞれ従属変数とした重回帰分析 (ステップワイズ法) を行った。分析の結果、採用された変数と標準偏回帰係数および単相関係数を Table 4 に示す。

境界性 PD 傾向得点を従属変数とした分析の結果、説明率 R^2 は 29.7% で、説明率の検定は 1% 水準で有意であった ($F(2, 204) = 42.99, p < .01$)。情意制御不足得点および行動制御不足得点の標準偏回帰

Table 1
遂行機能障害の質問票の因子分析結果
(最尤法・プロマックス回転)

No.	項目で測定される特徴	因子 1	因子 2	共通性
19	判断能力の欠如	.77	-.14	.48
8	アパシーと意欲低下	.77	-.11	.50
4	計画性の障害	.69	-.01	.47
10	衝動制御の障害	.67	.07	.52
7	病識の欠如と社会的気づきの障害	.66	.14	.57
18	転導性の亢進	.60	.09	.43
11	情動的反応の浅さ	.53	.06	.32
17	知識と反応の解離	.37	.26	.33
1	抽象的思考の障害	.32	.04	.12
20	社会的規則への無関心	.32	.13	.16
14	保続	-.13	.77	.48
9	脱抑制	-.08	.70	.43
16	反応抑制の障害	.02	.68	.47
15	落ちつきのなさ/多動	.06	.56	.36
5	多幸	.02	.56	.33
13	無関心	.09	.51	.33
6	時間的順序の障害	.16	.42	.28
3	作話	.09	.41	.22
12	攻撃性	.10	.30	.14
2	衝動性	.25	.26	.21
		固有値	6.60	1.72
		寄与率 (%)	29.94	5.75
				35.69
		因子間相関	1	.62
			2	

注：太字は因子負荷量 .30 以上を表す。

Table 2
各得点の記述統計量

	得点範囲	平均値	標準偏差	最小値	最大値	α 係数	尖度	歪度
境界性 PD 傾向	15-75	36.22	9.85	15	66	.84	.45	.28
依存性 PD 傾向	8-40	18.21	4.83	8	38	.69	.89	.41
回避性 PD 傾向	7-35	20.30	5.20	7	33	.71	-.47	-.13
遂行機能障害	0-80	25.73	12.13	0	78	.89	1.13	.71
行動制御不足	0-36	9.00	5.76	0	36	.81	2.20	1.08
情意制御不足	0-40	15.14	7.23	0	38	.85	-.03	.30

Table 3
各 PD 傾向得点と遂行機能障害得点間の相関係数

	依存性 PD 傾向	回避性 PD 傾向	遂行機能障害	行動制御不足	情意制御不足
境界性 PD 傾向	.59**	.50**	.56**	.49**	.49**
依存性 PD 傾向		.54**	.56**	.45**	.55**
回避性 PD 傾向			.48**	.30**	.55**
遂行機能障害				.87**	.92**
行動制御不足					.61**

注：** $p < .01$

Table 4
各 PD 傾向得点を従属変数とした重回帰分析の結果

従属変数	独立変数	β	R^2	単相関係数
境界性 PD 傾向			.30**	
	情意制御不足	.30**		.49**
	行動制御不足	.30**		.49**
依存性 PD 傾向			.33**	
	情意制御不足	.45**		.55**
	行動制御不足	.18*		.45**
回避性 PD 傾向			.32**	
	情意制御不足	.56**		.55**

注: ** $p < .01$, * $p < .05$

係数が1%水準で有意であり、いずれの下位尺度も境界性 PD 傾向得点と正の関連を示した ($\beta = .30$, $p < .01$; $\beta = .30$, $p < .01$)。

依存性 PD 傾向得点を従属変数とした分析の結果、説明率 R^2 は32.5%で、説明率の検定は1%水準で有意であった ($F(2,206) = 49.51$, $p < .01$)。情意制御不足得点の標準偏回帰係数が1%水準 ($\beta = .45$, $p < .01$)、行動制御不足得点の標準偏回帰係数が5%水準で有意であり ($\beta = .18$, $p < .05$)、いずれの下位尺度も依存性 PD 傾向得点と正の関連を示した。

回避性 PD 傾向得点を従属変数とした分析の結果、説明率 R^2 は31.8%で、説明率の検定は1%水準で有意であった ($F(1,208) = 96.92$, $p < .01$)。情意制御不足得点の標準偏回帰係数が1%水準で有意であり、回避性 PD 傾向得点と正の関連を示した ($\beta = .56$, $p < .01$)。

考 察

本研究の目的は、境界性・依存性・回避性 PD 傾向と遂行機能障害の下位因子との関連を検討することであった。

まず、遂行機能障害尺度 (DEX) についての因子分析を行った結果、2因子が抽出され、それぞれ「情意制御不足」「行動制御不足」と命名した。したがって、遂行機能障害には、情緒や思考の制御に関する機能障害と、行為の制御に関する機能障害の2側面が含まれていることが示唆された。

次に、各 PD 傾向得点の分布の正規性について検定を行ったところ、境界性・依存性 PD 傾向得点の分布の正規性が棄却された。Table 5より、いずれの得点分布も歪度が $\alpha_3 = .28-.41$ と正の値をとっており、分布の中心が負の方向に歪んでいた、つまり

中央値が理論的中央値よりも低かったことが示された。したがって、境界性・依存性 PD 傾向は、一般大学生サンプルにおいて正規分布をとる特性ではなく、臨床群特有の特徴を含む症候群である可能性が考えられる。

そして、境界性・依存性・回避性 PD 傾向と遂行機能障害の下位因子との関連を相関分析と重回帰分析によって検討した。その結果、境界性・依存性・回避性 PD 傾向と遂行機能障害との間にはいずれも中程度の正の相関が見られ、これらの不適応的なパーソナリティに対しては基礎的な神経認知機能が関連していることが示唆された。また、重回帰分析の結果より、各 PD 傾向と関連する遂行機能の側面がそれぞれ異なることが示され、境界性 PD 傾向には情緒や思考の制御に関する機能障害と行為の制御に関する機能障害の2側面が同程度に影響を及ぼしていること、依存性 PD 傾向にはこれら2側面のうち、特に情緒の制御に関する機能障害が強い影響を及ぼしていること、そして回避性 PD 傾向には情緒や思考の制御機能障害のみが強い影響を及ぼしていることが明らかとなった。

以上の結果から、各 PD 傾向として表れる不適応的な認知・情動・行動傾向には、それぞれ異なる側面の遂行機能の障害が関連していることが示唆された。まず、境界性 PD 傾向に含まれる不安定な対人関係や自己像および感情には情動や思考の制御に関する機能障害が影響を及ぼし、その統制されていない強い情動と行為の制御に関する機能障害がともに衝動性や攻撃性、自傷行為に影響を及ぼしていることが考えられる。Linehan (1993)などは、境界性 PD の治療における認知行動療法の効果について明らかにしているが、本研究の結果は、境界性 PD 傾向における不適応的な認知や行動に対する直接的な介入だけでなく、それらに影響を与えるより基本的な神経機構への介入の必要性も示唆している。

一方、依存性 PD 傾向に含まれる他者に対する不適応的な依存傾向や過度の服従傾向には情緒や思考の制御に関する機能障害が強く影響し、行動の制御に関する機能障害も弱く影響を及ぼしていることが示唆された。したがって、情意の制御の困難によって、依存性 PD 傾向に見られる「分離に対する強い不安」が制御できず、さらに行動の制御の困難さによって他者に対する「従属的ではがみつく行動」が生じるものと考えられる。

そして、回避性 PD 傾向における強度の社会的制止には、行動ではなく情緒や思考の制御に関する機能障害が影響を及ぼしていた。したがって、その要因となる強い自己不全感の統制が困難なために、回

避性PD傾向における社会的制止、すなわち過度の行動抑制が生じると考えられる。

本研究の結果から明らかとなった以上の各PD傾向に及ぼす遂行機能の特徴は、Coolidge et al. (2004)が主張したように、これらのPDを有する患者の治療の困難さに寄与するものと考えられる。これまでに、Siever & Davis (1991)の所見より、PDにおけるパーソナリティ特性が神経生理学的・神経生化学的に規定されていることと、その治療のためには生物学的な治療法が奏功し得ることが示唆されている(林, 2005)。同様に、本研究の結果から、境界性・依存性・回避性PDにおけるパーソナリティ特性が基礎的な神経認知機能によっても規定されていること、そしてその治療には、遂行機能の回復に効果的な訓練法(本田・坂爪, 1998)などを用いることも有効であることが考えられる。

本研究の限界点として、以下の2点が挙げられる。まず1点目は、遂行機能の程度の測定に自己評定式質問紙のみを用いた点である。本来、遂行機能は、様々な課題を用い、より客観的な指標によって評価される高次機能である。したがって、自己評定のみでの測定では、特にPD傾向が高い個人において回答にバイアスが生じていたことが考えられる。このことは、PDの人はしばしば自分自身を現実的に見ることができない(Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2002)、PDの人の自己報告は特にバイアスの影響を受けやすい(Soldz, 1997)といったように、PDに関する多くの研究の問題点は自己報告式の質問紙のみを用いている点であると主張されている(Bornstein, 2003)ことにも起因している。

2点目は、PDの診断基準には認知、感情、行動に関する様々な特性が含まれているが、本研究では各PD傾向におけるどのような特性に遂行機能の障害が影響を及ぼしているのかを検討していない点である。Persons (1986)は、各種精神疾患のメカニズムに関する理論に繋がり、臨床群と健常群における現象やメカニズムの連続性について扱うことができる症状別アプローチの利点を主張している。したがって、PDにおける各特性に関する神経基盤を明らかにするためには、症状別アプローチが有効であることが考えられる。

今後の展望としては、より多くの種類のPD傾向について検討を行い、全般的なPDと神経基盤との関連を検討することと、他の神経心理学的検査を用いることでより広範な、あるいは詳細な認知行動機能とPD傾向との関連を検討し、各PD傾向における高次機能のメカニズムの解明を目指すことが考えられる。

引用文献

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders Third Edition; DSM-III*. Washington D. C.: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text revision; DSM-IV-TR*. Washington D. C.: American Psychiatric Press.
- (アメリカ精神医学会 高橋三郎・大野 裕・染矢俊幸(訳)(2003). *DSM-IV-TR—精神疾患の診断・統計マニュアル—* 医学書院)
- Arntz, A., Bernstein, D., Gielen, D., van Nieuwenhuyzen, M., Penders, K., Haslam, N., & Ruscio, J. (2009). Taxometric evidence for the dimensional structure of cluster-c, paranoid, and borderline personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, *23*, 606-628.
- Bornstein, R. F. (2003). Behaviorally referenced experimentation and symptom validation: A paradigm for 21st-century personality disorder research. *Journal of Personality Disorders*, *17*, 1-18.
- Coolidge, F. L., Thede, L. L. & Jang, K. L. (2004). Are personality disorders psychological manifestations of executive function deficits? Evidence from a twin study. *Behavior Genetics*, *34*, 73-82.
- Fertuck, E.A., Lenzenweger, M.F., & Clarkin, J.F. (2005). The association between attentional and executive controls in the expression of borderline personality disorder features: A preliminary study. *Psychopathology*, *38*, 75-81.
- First M. B., Gibbon M., Spitzer R. L., Janet B. W. Williams., & Benjamin L. S. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders: SCID-II*. American Psychiatric Publishing.
- (M. B. フェースト 高橋三郎・大曾根彰(訳)(2002). *DSM-IV II軸パーソナリティ障害のための構造化面接* 医学書院)
- Germans, S., Van Heck, L., Masthoff, D., Trompenaars, M., & Hodiamont, G. (2010). Diagnostic efficiency among psychiatric outpatients of a self-report version of a subset of screen items of the Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR personality disorders (SCID-II). *Psychological Assessment*, *22*, 945-952.

- Gude, T., Karterud, S., Pedersen, G., & Falkum, E. (2006). The quality of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition dependent personality disorder prototype. *Comprehensive Psychiatry*, *47*, 456-462.
- Haslam, N., Holland, E., & Kuppens, P. (2012). Categories versus dimensions in personality and psychopathology: A quantitative review of taxometric research. *Psychological Medicine*, *42*, 903-920.
- 林 直樹 (2005). パーソナリティ障害—いかに捉え、いかに対応するか— 新興医学出版社
- 本田哲三・坂爪一幸 (1998). 遂行機能障害のリハビリテーション. 失語症研究, *18*, 146-153.
- 井合真海子・矢澤美香子・根建金男 (2010). 見捨てられスキーマが境界性パーソナリティ周辺群の徴候に及ぼす影響. パーソナリティ研究, *19*, 81-93.
- 鹿島晴雄 (監訳) (2001). 遂行機能障害症候群の行動評価日本語版. 新興医学出版社
- 加曾利岳美 (2005). 神経症傾向およびうつ傾向のある大学生に見られるバウムテストの特徴. 共栄大学研究論集, *3*, 106-122.
- 河内十郎 (1999). 神経心理学 中島義明・安藤清志・子安増生・坂野雄二・繁榊算男・立花政夫・箱田裕司 (編) 心理学辞典 有斐閣 p.440.
- Klonsky E.D., Oltmanns T.F., Turkheimer E. (2002). Informant-reports of personality disorder: Relation to self-reports and future research directions. *Clinical Psychology Science and Practice*, *9*, 300-311.
- Kraepelin E. (1913). *Psychiatrie, Achte Auflage*. Leipzig: Johann Ambrosius Barth.
- (E.クレペリン 遠藤みどり・稲浪正充 (訳) (1989). 精神医学・強迫神経症. みすず書房)
- Leising D., Sporberg D., & Rehbein D. (2006). Characteristic interpersonal behavior in dependent and avoidant personality disorder can be observed within very short interaction sequences. *Journal of Personality Disorders*, *20*, 319-330.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Livesley, W. J. (2011). The current state of personality disorder classification: Introduction to the special feature on the classification. *Journal of Personality Disorders*, *25*, 269-278.
- Livesley, W. J., Jackson, D. N., & Schloeder, M. L. (1992). Factorial structure of traits delineating personality disorders in clinical and general population samples. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*, 432-440.
- Livesley, W. J., & Jang K. L. (2005). Differentiating normal, abnormal, and disordered personality. *European Journal of Personality*, *19*, 257-268.
- 松本ちひろ・丸田敏雅・飯森眞喜雄. (2012). DSM-5作成その後の動向：パーソナリティ障害に関して. 精神医学, *54*, 7-19.
- Millon T., & Davis D. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond, 2nd edition*. New York: Wiley & Sons.
- 望月 聡 (2008). 神経心理学的検査法. 下山晴彦・能智正博 (編) 心理学の実践的研究法を学ぶ新曜社 pp.193-208.
- O'Connor, B. P. (2005). A search for consensus on the dimensional structure of personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, *61*, 323-345.
- Osone, A., & Takahashi, S. (2003). Twelve month test-retest reliability of a Japanese version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *57*, 532-538.
- Persons, J. B. (1986). The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses. *American Psychologist*, *41*, 1252-1260.
- Ruocco, A. C. (2005). The neuropsychology of borderline personality disorder: A meta-analysis and review. *Psychiatry Research*, *137*, 191-202.
- Schneider K. (1923). *Die Psychopathischen Personalitäten*. Franz Deuticke: Wien.
- Siever, L. J., & Davis, K. L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 1647-1658.
- Soldz, S. (1997). The interpersonal circumplex in clinical research. In R. Plutchik & H. R. Conte (Eds.). *Circumplex models of personality and emotion*. pp.411-428. Washington D. C.: American Psychological Association.
- 杉浦義典 (2009). アナログ研究の方法. 新曜社
- 杉山 崇 (2007). 抑うつの心理臨床に向けたロールシャッハ法, TAT, SCT と各種質問紙法の実施法および臨床的利点: 投影法, 質問紙法の臨床活用とテストバッテリーに向けた一考察. 山梨英和大学紀要, *6*, A19-A39.
- 田村和子・井上果子 (2005). 青年期における境界例心性と養育態度の関連について. こころの健

康, 20, 73-87.

田村和子・井上果子 (2009). 境界性人格障害の特異性について. *心理学研究*, 79, 506-513.

Ullrich, S., Deasy, D., Smith, J., Johnson, B., Clarke, M., Broughton, N., & Coid, J. (2008). Detecting personality disorders in the prison population of

England and Wales: Comparing case identification using the SCID-II screen and the SCID-II clinical interview. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19, 301-322.

(受稿 3 月 29 日 : 受理 5 月 8 日)