

今日の精神分析的精神病理について考える：  
パーソナリティ障害の疾病論・治療論

|       |   |
|-------|---|
| メタデータ | 言語: jpn<br>出版者:<br>公開日: 2019-02-28<br>キーワード (Ja):<br>キーワード (En):<br>作成者: 根本, 眞弓<br>メールアドレス:<br>所属:            |
| URL   | <a href="https://osaka-shoin.repo.nii.ac.jp/records/4357">https://osaka-shoin.repo.nii.ac.jp/records/4357</a> |

# 今日の精神分析的精神病理について考える —パーソナリティ障害の疾病論・治療論—

学芸学部 心理学科 根本 眞弓

要旨：1970年代から1980年代、オイルショックとバブル経済という両極端な社会状況の中、我が国の精神医療や心理臨床の現場では青年期境界例が全盛期であった。彼らの行動化の激しさや怒りと愛着、表裏が反転する極端なあり様は、時代と相似形を示していた。現代において境界例は、パーソナリティの障害として位置づけられ、境界性、反社会性、自己愛性、演技性、強迫性、回避性、依存性、妄想性、スキゾイド、統合失調型などに分類されるに至り、一時期よりは患者数は減ってはいるものの、難治例であることに変わりはない。

本稿では、Freud, S.の理論を土台として発展した現代精神分析の中でも、アメリカを中心とした研究と、英国対象関係論を基盤としたパーソナリティ障害の精神病理に関する先行研究をレビューし、精神病理・疾病論・治療論の理論的変遷について考察するとともに、パーソナリティ障害の心的世界を明らかにする。

これらの臨床思考は、今後の心理臨床実践や、事例から抽出された臨床的事実をもとに、パーソナリティ障害の心的世界について論考するための基盤となる。

キーワード：パーソナリティ障害、精神分析、英国対象関係論、疾病論、治療論

## I. はじめに

19世紀末～20世紀の初めに、オーストリアの精神科医Sigmund Freud（以下Freud）によって創始された精神分析は、無意識の概念を基盤におき、患者との対話によってこころの病を治す治療法であると同時に、臨床実践から得られた臨床思考をもとに構築された理論・技法であり、その集積から人間の心のしくみと働き、心の病を解明しようとする学問である。そしてその理論と技法は、精神療法や心理療法の根幹をなす。

本稿では、Freudの理論を源流として発展した現代精神分析の中でも、アメリカを中心とした研究と、英国対象関係論の臨床思考を基にパーソナリティ障害に関する先行研究をレビューし、その論文や著作から精神病理・疾病論・治療論の理論的変遷について考察するとともに、パーソナリティ障害の心的世界を明らかにすることを目的とする。

パーソナリティ障害の理論的枠組みを明らかにすることは、この障害に苦しむ患者への心理療法や、その家族へのコンサルテーションなど、心理臨床実践に寄与するものと考えられる。

## II. 歴史的変遷からみるパーソナリティ障害の精神病理

### 1. アメリカを中心とした研究から捉えたパーソナリティ障害 (1) Federn, P. (1953)

フェダーンは、一見神経症の様に見えるが、精神分析治療を始めると精神病的破綻を期す患者を、潜在性精神病 (latent psychosis)と呼んで注意を喚起した。このような症例が神経症なのか、精神病なのか、その中間 (境界)なのかとの議論はここから始まったと言われる。

一方、ガンダーソンは、外見上は健康に見える患者に対して、構造化されていない心理テストを実施したところ原始的思考を示したという記載をもとに、境界例の第一の観察者はロールシャッハであると述べている。

その後、Stern, A. (1938)による境界型神経症 (borderline group of neurosis)、Deutsch, H. (1942)の“as if personality”、Hoch, P., Polatin, P. (1949)偽神経症性統合失調症 (Pseudoneurotic form of schizophrenia)といった概念が提唱されたが、この頃は精神病の前段階、統合失調症の不全型など、境界例の本質を精神病と考える立場が大勢を占めていた。

## (2) Knight, R.P. (1953)

ナイトは、強迫性、恐怖症症状、ヒステリー症状など多彩な神経症的症状を呈し著しい退行を示す患者を、精神病と神経症の“境界状態”(borderline state)として抽出した。精神病か神経症かとの二分法的な診断に対して、一時的な移行状態として重篤な状態にあることを示した。そして、これらの患者の自我の脆弱性を強調すると共に、統合失調症とは異なった精神的理解(防衛・退行の把握)を必要とするとの提言を行った。

1954年・1955年の米国精神分析学会において、境界例を精神病とするのか、独自の臨床単位と考えるのかで論争が起きたが、1960年代以降、境界例は精神病とは異なる精神病理であるとの理解から、新しい臨床単位として捉える動きが優勢となった。

## (3) Kernberg, O.F. (1967)

カーンバーグは、自我心理学と精神分析的な発達論にクラインの原始的防衛機制を統合した理論を展開し、「境界パーソナリティ構造」(borderline personality organization、以下BPO)として人格構造を定式化した。対象関係の観点から、自己と他者を区別する能力、自己と対象の良い部分と悪い部分との統合度を軸に、神経症性人格構造、境界性人格構造、精神病性人格構造に分類した。患者は原始的防衛機制(スプリッティング、投影同一化、原始的理想化、脱価値化、否認)を用い、自我同一性が不安定であるが、現実検討能力は保たれている。BPDにおける精神病症状は一過性の退行状態において観察され、短期に回復可能であるとした。カーンバーグは環境要因よりも内的攻撃性の強さを重視した。

## (4) Masterson, J.F. (1972)

境界例の中心病理を見捨てられ抑うつ(abandonment depression)と規定し、患者が行動化によって見捨てられ抑うつを防衛しているとの理解から、行動化をリミットセッティングすることによってコントロールする必要性を強調した。また、Mahler, M.S.の分離-個体化理論と結びつけ、最接近期において分離する子どもの動きに対して母親が愛情を撤去することが見捨てられ抑うつを発動させるとした。マスターソンは現実の母親の態度を重視した。

1980年、DSM-IIIにより境界例は“Borderline

Personality Disorder”として人格障害の1型として位置づけられ、DSM-IV(1994)、DSM-IV-TR(2000)、現在のDSM-V(2013)へと引き継がれている。

## (5) Linehan, M. (1991)

リネハンは、1960年代頃から注目され、うつ病や強迫神経症への有用性が報告されるようになった行動療法・認知療法の手法を境界例にも適用し、弁証法的行動療法(dialectical behavior therapy: DBT)を行っている。

弁証法的行動療法では、対立する気持ちを両方とも否定しないで認めることを大事にしながら、より安定した状態を目指す。「あれかこれか」という二つの気持ちの中で揺れ動く状態から「あれもこれも」という姿勢へと変化することが、より安定した次のステップを見つけるために必要なプロセスとなる。症状行動への対処スキルの習得を目指すプログラムである。

## (6) Gabbard, G.O (1994)

ギャバードは、境界例を内的攻撃性をめぐる葛藤モデル(Kernberg, O.)から、共感不全による欠損モデル(Adler, G.)、外傷体験による外傷モデル(Herman, J.)へと至る「1つのスペクトラム」として捉える視点を示した。

## (7) Batemann, A.・Fonagy, P. (2004)

「メンタライゼーション(MBT)理論」

メンタライゼーション能力とは、自分自身や他者の心的状態を的確に把握する能力であり、「この中の中にこころを保持すること」であるとされる。つまり、自分や他者を感情や信念、ニーズ、欲望といったこころを備えた存在として捉え、我々の行為をそうしたこころの状態と関連付けて理解しようとする能力のことである。

フォナギーは、精神分析諸学派の理論に加え、愛着理論、認知科学、認知哲学、進化生物学、神経科学までをもその理論に含み込んでいる。また、メンタライゼーション能力の欠如という観点から、境界パーソナリティ障害や自閉症などの発達障害との関連についても論じている。

<治療戦略>

1)メンタライゼーションを促進する=患者と治療者のどんな心の状態によって、今起きていることが説明できるかと問い続ける治療者側の能力。

2) ギャップの橋渡しをする=患者の一次的な情動体験と象徴的表現にはギャップがあるので、その橋渡しのためにリフレクティブ・プロセスを促進する。

＜例＞：（患者が興奮したような怯えた様子でやって来て、腰掛けて口を閉ざした時・・・）

治療者：今日、あなたは私を怖い存在だと思っ  
るようにみえますね。

患者：（挑発的に）何でそう見えるんですか？

治療者：あなたは、頭を下げて、私を見るのを避  
けていましたよ

患者：えっと、あなたは私に腹を立てているんだ  
と思った。

治療者：私はあなたに腹を立てているとは思いま  
せんよ。だからどうして私が腹を立てていた  
とあなたが心配したのかを一緒に考えると  
役に立つかもしれません。

3) 転移の扱い：①単なる過去の反復あるいは置き換  
えとしては用いない。また反復・置き換えの転移解釈  
は行わない。②転移は患者によって、リアルで正確で  
現行のものとして体験され、治療チームからもそのよ  
うに受け入れられる必要がある。③転移はもう一つの  
見方の例証として用いられる。（治療者や他者に関する  
患者の認識と他の人のそれとで対比する）＜探索的  
側面を治療に築くには、転移トレーサーを用いる：行  
動パターンや他者との関わりに光を当てるため、徐々  
にTh-CI関係に焦点を当てる。直面化はしない＞

4) 精神的近さを保持する。幼児の情緒に対する養育  
者のミラーリングが、他者の状態への感受性の獲得に  
役立つと考える為、その関係を重視する。

5) 現在の精神状態を扱う。

6) 欠陥をこころに留めておく。

7) 現実的關係（例：治療の休みに葉書を送る等）

2000年代に入るとアメリカ精神医学会（American  
Psychiatric Association）などによるBPDの治療ガイド  
ラインが発表され、我が国でも2008年、境界パーソ  
ナリティ障害（BPD）日本版治療ガイドライン（牛  
島定信（編）金剛出版）が出版されている。（「BPD  
は幼児期の歪んだ母子関係に由来する」という従来の  
考えを捨て、患者の示す諸問題は社会的技能（事務処  
理能力、危機管理能力、昇華能力）の未発達による  
との認識に基づいた、未熟な社会的技能や生活面の支  
援、対処法の視点から書かれている。主治医の医療行  
為としてのマネージメントを重視するとともに、退行  
を取り上げず、現実的な側面（社会的振る舞いの指

導・教育）に注目するようになった。

Cornell Westchesterの研究では、一年間、思考場  
療法（TFT）か弁証法的行動療法（DBT）か言語聴  
覚療法（ST）を受けた患者を効果判定した結果、  
TFTが衝動性・苛々・暴言・暴力などを改善し、  
TFTおよびDBTでは次圧関連行動の減少がSTより効  
果的だった。TFTでは愛着パターンの不安定型から  
安定型への修正およびメンタライゼーション機能の向  
上もあったことが認められた。精神分析的な治療の  
主な特徴である「転移解釈」については、精神分析に  
由来するMBTとTFTでは、対象関係の障害の強い患者  
ほど転移解釈の恩恵を受けたという解析結果がでて  
いる（Hoglund, 2006）。MBTは過去の反復や置き換  
えの転移解釈は患者を不安定にすると考えており、現  
在の心的状態と機能を扱う。TFTは未統合の怒りとそ  
の関連する表象を転移解釈によって統合することを課  
題としている。

## 2. 英国対象関係論から見たパーソナリティ障害

クライン派では、パーソナリティ障害の類型化では  
なく、パーソナリティの構造や病理の観点から考えら  
れている。そして、陰性治療反応や治療の行き詰まり  
などからパーソナリティの概念化が進展した。

Isaacs, S. (1948) が、「全ての衝動や感情や防衛様  
式は、空想において体験される」「幼児期におけるさ  
まざまな困難やヒステリー性の転換症状だけでなく、  
ふつうに見られる身体的な特徴やふるまい、性格身体  
的特徴もまた、特定の空想が表現されたものです」と  
述べたように、クライン派では、内的世界における対  
象と自己の交流による体験様式がパーソナリティを顕  
すとの考えが基盤になっている。

### (1) Riviere, J. (1936) 「陰性治療反応」

リビエールは、陰性反応の原因をナルシズムと結  
びつけ、「抑うつ態勢での愛する内的対象への罪悪感  
に基づいた抑うつに耐えられず、それを強力に躁的に  
防衛しておくパーソナリティ部分による」と述べた。  
また、健康なパーソナリティ部分と併存しているが、  
独立しているかのように機能しているこの躁的部分  
を、「躁的防衛システム」とよんだ。この理解が、後  
のクライン派のパーソナリティ構造研究の先駆けとな  
った。

### (2) Fairbairn, W.R.D. (1940)

フェアバーンのスキゾイドパーソナリティの研究



が、パーソナリティ研究を進展させた。スキゾイドパーソナリティとは、①万能な態度、②孤立し感情的に距離を取る態度、③内的現実への没頭する態度を示す。スキゾイド状態の特徴を、①リビドー対象との（口唇的）部分対象関係水準の関わり（これにより対象は、勝手に扱う身体器官とされ、非情動的になる）②対象に与えることの困難さ（与えることは自己の内容を失うことと等しい）③具象的に経験される体内化（内的優越感は、価値ある対象を密かに所有している感覚に由来する。また体内化した対象を失う恐れは、秘密主義の態度を形成する）④愛情＝口唇的体内化による対象破壊の不安（この不安故に自分の愛情を恐れ、引きこもる）であると論考した。

彼は、個人のパーソナリティ構造の無意識的基底には、攻撃性と罪悪感に関わる自己－対象関係群と、迫害的不安と飲み込まれる不安に関わる自己－対象関係群が存在すると考えた。健康な場合にはそれらは適度にバランス良く機能するが、母子関係の中で過剰な欲求不満に置かれると、神経症的な組織やスキゾイド性格が、早期不安状態に対する防衛として働くことを見いだした。それは、パーソナリティの病理的な側面が、迫害不安や抑うつ不安に対する防衛システムとして機能するという、その後のクライン・ポストクライン派の臨床思考に影響を与えた。

（スキゾイド患者が対象に依存せず超然と見えるのは、投影同一化によって理想化された対象の内部に自己の一部が入り込み、分離不安が否認されているからだ多くのクライン派は考えており、単なる引きこもりとはみなしていない。）

### (3) W.R.Bion. (1957)

「パーソナリティの精神病部分・非精神病部分」

ビオンは、個人の中に精神病人格と非精神病人格という別個の人格が存在する心的組織体について論じた。パーソナリティの精神病的部分は、欲求不満に耐えきれない時、欲求不満体験そのもの（感覚印象＝ベータ要素）を断片化して対象に投影し、投影性同一化が過剰に行われ、自我は断片化・弱体化する。自我が排泄したものはベータ要素や断片化された知覚装置や超自我・自我成分等によって凝集され、迫害対象としての奇怪な対象群（bizarre object）が形成される。自己が過剰に対象に投影同一化されることによって、自己と対象が未分化となり、現実を知る為のこころの装置も破壊しようとする＝「結合への攻撃」、そして、象徴機能は低下し具体思考となり、自我の認知判

断能力は崩壊することになる。このパーソナリティの精神病部分がパーソナリティ全体を支配したり、他のパーソナリティを分裂排除する考えを示した。また、このモデルによって、二次過程を介さずに行動化・身体化する原始的な心的機能が理解された。

### (4) D.W.Winnicott (1960)

「偽りの自己（False Self）」

ウィニコットは、赤ん坊の身振りの中に現れる自発的衝動が本当の自己の起源であり、赤ん坊の身振りに現れる万能感を満たす母親のほどよい関わりによって本当の自己が形成されるが、母親が赤ん坊の欲求を感知できない時、母親は赤ん坊の身振りに応じることに繰り返し失敗し、赤ん坊は母親に服従するやりかたを身につけることになると述べた。これが偽りの自己の出発点となる。母親の独りよがりな態度は赤ん坊にとっては侵襲的であり、それに服従する反応を基盤として形成されたパーソナリティを示す。偽りの自己は、想像を絶する不安（Unthinkable Anxiety）への、破壊を招く本当の自己の暴露に対する防衛としても作用する。

（治療設定の中で精神病性の破綻が経験されることや、侵襲に対する反応として形成された偽りの自己が妄想的転移によって解消されるとの考えを示した。また患者が本当の自己に触れ始める時、強い依存が生じるがそれを治療者が見損なうと治療のチャンスは失われると述べている「依存的になる患者の過酷な欲求に立ち向かって対応できない分析医は、偽りの自己型の症例を引き受けないように」と述べている）

### (5) Meltzer,D. (1967) 「自己愛構造体」

(narcissistic organization)

メルツァーは、自己の暴君的部分が他の部分を恐れるように仕向け、自己全体を支配する様子を描いた。暴君的自己は死んだ対象や傷ついた対象と向き合い、抑うつを体験することを避けるために、躁的かつ暴君的に対峙し、残りのパーソナリティ部分が死んだ対象からの攻撃に守られているように振る舞う。それによって、対象への思いやりや喪失感を味わう機会は失われ、抑うつポジションには至らず、パーソナリティの成長も困難となる。このような悪質で倒錯的な構造体を自己愛構造体とよび、患者の改善を妨げる重篤な要因とみた。

#### (6) M. Balint. (1968)

バリントは、「基底欠損basic fault」の概念によって境界例を捉えている。フェレンツィの受身的対象愛（乳房は母親が与える）を発展させて、バリントは「愛されたい」という情緒的欲求を一次対象愛（primary object love）と概念化した。そして、一次対象愛が失われた時に生じる心の有り様を基底欠損と概念化し、対象関係は以下の幻想に支配されると考えた。

＊オクノフィリア「しがみつく人（ギリシャ語）」：対象に触れている限り安全という幻想にもとづき、対象にしがみつく。内的には対象を隔てる恐ろしい空っぽの空間でできており、対象への要求は絶対で、相手が満たして当然だと考える。本当は対象に抱きかかえられることを求めている。

＊フィロバティズム「スリルを楽しむ人（ギリシャ語）」：対象を危険な者と認知し、対象のいない空間を志向する心性。対象に依存せず独力で世界に向かって冒険し征服していく態度で、楽観的、自信過剰、軽信的。スキルによって自己と対象をコントロールすることで、一次愛に退行することを目的とする。その意味で現実検討に欠陥をもつ。

（患者自身が内部に欠損を感じており、その欠損が力動を形成していると捉える。また、基底欠損は、口愛期の対象との依存葛藤が解決されない基本的障害によるとの理解を示した）

#### (7) Rosenfeld,H. (1971)「破壊的自己愛組織

(destructive narcissistic organization)」

ローゼンフェルドは、スキゾイド・自己愛・境界性パーソナリティなどパーソナリティに問題をもつ患者が、治療が成功しそうになると自殺を企てたり、犯罪行為や社会的地位を破壊する行為を行うことで、治療に対する自己の依存や治療の保証などを破壊的に拒絶する患者群に注目した。彼らは自己および対象の破壊的・攻撃的部分を理想化しており、対象を信頼したり依存したりする自己部分に対して破壊的・攻撃的になり、防衛を組織する。ここには羨望や分離への否認が働いていると考えられ、これらを「破壊的自己愛組織」と呼んだ。この破壊的自己愛組織は、マフィアに喩えられるように、健康な自己が働き始めると暴力的に支配する。つまり、破壊衝動と倒錯が結びつき、攻撃的な衝動が一種の快楽と化してしまうことを論じた。（これがカーンバーグの境界例ケースに相当すると考えられる。）

また、ローゼンフェルドは、自己愛を性愛的自己愛（自己が理想化され世界の中心だと捉える。外界の全てが自分を賞賛し、自分の支配に従うと感じ、自分が依存している対象を軽蔑や価値下げする）と破壊的自己愛の2つのタイプに分類し、様々な臨床レベルがあると考えた。健康人では一過性に思春期にもみられる。

・ローゼンフェルドの概念は、シュタイナーの病理組織化理論に大きな影響を与えた。

・スィーガルは、P-SとDの間での防衛の均衡という考えを示し、また自己愛構造が羨望と羨望への防衛が優勢なPSポジションに起源をもっていて、自己愛対象関係の分析が自己愛構造体の解消に必要であると述べている。

・オーショネスイは1981、弱い自我をもつ迫害不安のある患者がDポジションに達した時、防衛構造体が組織化され、それが二次的に倒錯的な欲求充足をもたらす過程を示し、固定的で搾取的な防衛構造体を提示した。

・ジョセフは、自己の破壊的部分と依存的部分の嗜癖的側面について述べ、「性格の倒錯」と呼ぶ病理について論じている。

#### (8) Steiner, J. (1993)「病理構造体（病理的組織化） (pathological organization)」

シュタイナー（1993）は、パーソナリティの中に安定した組織として機能し、他のパーソナリティ部分を支配し、病的な状態を保持するものを病理構造体として概念化し、内的な病的対象関係、防衛組織、不安など、その特徴や生成過程について考察した。

病理構造体は、P-Sポジションにおける原初的な破壊欲動から生み出される自己の断片化や迫害不安にたいする防衛として作り出されるが、Dポジションにおける不安や罪悪感に対する防衛としても働くとして、PSとDの間で平衡状態にある病理構造体（第3のポジション）のあり方を明確にした。

人はP-SとDという2つの異なる不安、防衛、対象関係を揺れ動きながら、抑うつ不安の徹底操作を繰り返すことで情緒的に成熟するが、病理構造体の元では、真実への洞察に気づかないふりをしてある種の安定を患者に与え偽統合をもたらす。PSやDポジションで生じる不安や苦痛から逃れられるという幻想の場が与えられることになり、真の統合は妨害される。現実との触れ合いを成し遂げるには、病理構造体は放棄されなければならないが、この病理構造体がパーソナリ

ティを支配すると、分析を行き詰まらせ、治療も困難となることを論じた。

### (9) Britton, R. (1998)

ブリトン は、個人の心が統合・崩壊・再統合を絶えず周期的に繰り返している過程を明らかにした。正常の発達ラインから病理構造体への動きを「退行」とよんだが、この動きは1つのセッションの中でも、長期の治療にもあらわれるとした。

日本において松木 (1990) は、次のように病理構造体の特徴を示している。①その自己は対象群との間に、過剰な投影同一化によって自己と対象が未分化な自己愛的な万能構造を創る。その構造は死の本能もしくは羨望の充足とともに防衛でもある。②この病理構造体は様々な臨床表現型を示すが、常に残りのパーソナリティ部分と敵対し、パーソナリティ全体の支配を目指している。③病理構造体によってパーソナリティはPSポジションでの破滅不安から守られるが、Dポジションでの情緒発達、パーソナリティの成熟に不可欠な課題の達成は妨げられ、現状維持がもくろまれる。すわなち避難場所としての役割を果たす。④倒錯嗜癖的な欲求充足がもたらされ、病理構造体と残りのパーソナリティとの関係はより複雑化し、サドーマゾ的に固定化して解消が困難になっていくと論じた。

### III おわりに

パーソナリティ障害者は、対人関係、自己同一性、衝動コントロール、感情、認知の歪みの特徴とし、耐えられない苦痛な感情や思考を行動によって排泄するか、投影同一化によって他者に押し込もうとする。あるいは否認や解離によって心的苦痛を無いものとする精神病理をもつ人々たちである。激しい行動化ゆえに治療的関わりは困難を来し、セラピストは彼らから投げ込まれたヒリヒリとした心の痛みや哀しさ、怒りや憎しみの情動を体験させられることになる。心的苦痛や激しい情動を喚起されながらも、愛着・依存の対象を激しく希求する彼らの内的世界に触れるとき、その切なさや悲しさが心に迫り、彼らの心の深いところに触れている感覚を筆者にもたらす。

面接空間において、クライアントとセラピストの「今ここで」の関係によって、クライアントの内的世界や対象関係がセラピストとの間にエナクトメントされ、現実化されることを通して治療の可能性が開かれるものと考えられる。上述したレビューを基盤としつ

つ、筆者の行った心理臨床実践に基づく事例研究から抽出される臨床的事実をもとに、境界性パーソナリティの心的世界について詳述し論考することを今後の課題としたい。

### 文献

- Balint, M. (1968) *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*. Tavistock. London. 中井久夫訳 (2017) 新装版 治療論から見た退行—基底欠損の精神分析. 金剛出版.
- Bateman, A. W. and Fonagy, P. (2004) *Psychotherapy for Borderline personality Disorder: Mentalization - based Treatment*. 狩野力八郎・白波瀬丈一郎監訳 (2008) *メンタライゼーションと境界パーソナリティ障害*. 岩崎学術出版社.
- Bion, W. R. (1957) *Differentiation of the Psychotic from the Non - psychotic Personalities*. *International Journal of pPsycho - Analysis*, 38. 義村勝訳 (1993) *精神病人格と非精神病人格の識別*. メラニー・クライン・トゥディ①. 岩崎学術出版社.
- Britton, R. (1998) *Belief and Imagination. Explorations in psychoanalysis*. 松木邦裕監訳 (2002) *信念と想像—精神分析のこころの探究*. 金剛出版.
- Fairbairn, W.R.D. (1940) *Schizoid factors in the personality*. 相田信男・栗原和彦訳 (2017) *対象関係論の源流—フェアバーン主要論文集*. 遠見書房.
- Federn, P. (1953) *Ego psychology and the Psychoses*. Karnac Books (2000)
- Gabbard, G. O. (1994) *Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients: A high-risk, high-gain phenomenon*. *Harvard Review of Psychiatry*, 2.
- Isaacs, S. (1948) *The Nature and Function of Phantasy*. *International Journal of Psycho-Analysis*, 29. 一木仁美訳 (2003) *空想の性質と機能*. 松木邦裕監訳. 対象関係論の基礎. 新曜社.
- Kernberg, O.F. (1967) *Borderline personality organization*, *journal of the American Psychoanalytic Association*.
- Knight, R.P. (1953) *Borderline states*. *Bull Menninger Clin*. Jan. 17 (1)
- Linehan, M. (1991) *Cognitive - behavioural treatment of chronically parasuicidal borderline patients*. *Archives of General psychiatry*, 48.

- Masterson, J. F. (1972) Treatment of the Borderline Adolescent : A Development Approach, New York : John Wiley & Sons, Inc. 成田善弘・笠原嘉訳 (1979) 青年期境界例の治療. 金剛出版.
- 松木邦裕 (1990) クライン派精神分析における人格病理, とりわけ人格の中の心的構造体についての研究の展開 精神分析研究.
- Meltzer, D. (1967) The Psycho - Analytical Process. 松木邦裕監訳 (2010) 精神分析過程. 金剛出版.
- Riviere, J. (1936) A contribution to the Analysis of the Negative Therapeutic Reaction. International Journal of Psycho-Analysis. 17. 松木邦裕監訳 (2003) 対象関係論の基礎. 新曜社.
- Rosenfeld, H. (1971) Contribution to the Psychopathology of Psychotic States. the Importance of Projective Identification in the Ego Structure and the Object Relations of the Psychotic Patient. 松木邦裕監訳 (1993) 精神病状態の精神病理への寄与. メラニー・クライン・トゥデイ①. 岩崎学術出版社.
- Steiner, J. (1993) Psychic Retreats : Pathological organizations in psychotic, neurotic and borderline patients. 衣笠隆幸監訳 (1997) こころの退避—精神病・神経症・境界例患者の病理的組織化. 岩崎学術出版社.
- 牛島定信編 (2008) 境界パーソナリティ障害 日本語版ガイドライン. 金剛出版.
- Winnicott, D. W. (1960) Ego Distortion in terms of True and False Self. 牛島定信訳 (1977) 情緒発達 of 精神分析理論. 岩崎学術出版社.