〔総 説〕

境界性パーソナリティ障害患者への看護の現状と今後の課題

佐々木三和*

NURSING FOR PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONARITY DISORDER － PRESENT SITUATION AND FUTURE ISSUES

Miwa SASAKI *

キーワード：境界性パーソナリティ障害、パーソナリティ障害、看護
Key words：borderline personality disorder, personality disorder, nursing

Ⅰ．はじめに

境界性パーソナリティ障害は、対人関係や自己像、感情の不安定さと著しい衝動性を示す精神障害であり、自殺企図・自傷行為をはじめとした生命に危険が生じているときや、それに伴って生活が破綻し、家庭内の混乱が著しく、家族の疲労が深刻なときには入院が必要になる。

現在の医療保険制度では、人手と時間がかかる境界性パーソナリティ障害患者は、経営上採算のとれない患者であり、医療スタッフの心理的な負担となる迷惑な患者だという歪んだ想定が広がっている（林，2010）。精神科看護師による境界性パーソナリティ障害患者に関する報告においても、患者への陰性感情や巻き込まれに関するものは多くみられ（八木，2003;鎌井，2004；萱間ら，2005）、そのかかわりの困難さが浮き彫りとなっている。

そこで本稿では、まず、境界性パーソナリティ障害の現状について理解するために、歴史的な流れの中でさまざまな変遷を経てきた境界性パーソナリティ障害の概念について概観する。さらに、わが国の境界性パーソナリティ障害患者への看護の実践と研究に関する現状を検討し、今後の課題について述べる。

なお、境界性パーソナリティ障害に関しては、境界例、境界性人格障害、ボーダー、ボーダーラインなどの呼称があるが、本論文では「境界性パーソナリティ障害」で統一して扱うことにする。ただし、引用文献においては、それらのなかで著者が記載しているとおりの用語を使用する。

Ⅱ．境界性パーソナリティ障害概念の歴史的変遷

境界性パーソナリティ障害の概念は、1980 年にアメリカ精神医学会による「精神障害の診断と手引き第 3 版」DSM- Ⅲに採用された。その後、現在の DSM- Ⅳ -TR にみられる境界性パーソナリティ障害の概念に結実するまでには、数十年にわたる議論の経緯がある。まず、「境界例」概念の創出について述べ、次に DSM- Ⅲ以降の境界性パーソナリティ障害の概念について概観する。

1.「境界例」概念の創出

概念としての「境界例」の創出は、1950 年代にまで遡ることができる。はじめは、パーソナリティ構造のレベルが統合失調症と神経症の中間、もしくはその境界上に位置するという意味から発したものであった。Stern（1938）の境界性神経症、Hock ら（1949）の偽神経症性統合失調症、Bychowski（1953）の潜在性精神病などの概念は、神経症状態の内実に精神病性の障害をもつ群を見出す考え方であるといえる。こうした状況のなか、Knight（1953）は、「境界状態」という論文を発表し、「境界例」の特徴を、はっきりとした精神病ではないが比較的重篤であるという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単純な二分法的診断を批判した。そして、自我機能の様相を多面的に評価する必要性を説いた。この論文は、その後の「境界例」概念に関する議論が展開していく重要な契機となるものであったが、Knight がその診断名を使用するのに批判的だったのに対して、「境界例」という用語を

*東京女子医科大学大学院看護学研究科研究生（Tokyo Woman’s Medical University, Research Student of Nursing）

定着させてしまった。

1960年代以降、「境界例」を既存の疾患の亜型としてではなく、まったく新しい観点によるものとして捉える研究があいついで発表された。Kernberg（1967）は、精神分析的視点から、「境界例」の内面的なパーソナリティ構造の特異性に注目し、境界性パーソナリティ構造という概念を発展させた。境界性パーソナリティ構造は、精神病的パーソナリティ構造とも神経症的パーソナリティ構造とも異なり、現実検討力は基本的に保たれているものの、分裂を中心とした未熟な防衛機制で自己同一性が拡散していると主張した。またGrinckerら（1968）は、51名の「境界例」のケースを対象に詳細な自我機能評価を行い、統計的解釈を行った。そしてこれらのケースを精神病的な境界例群、境界例症候群の中核群、神経症的な境界例群などのグループに分け、その後の過程において精神病へと移行していかないことを見出し、一つの臨床単位としての境界性症候群という概念を発展させた。さらにKetyら（1968）は、統合失調症を発症した養子の生物学的親族には重篤な性格病理や統合失調症様の認知様式を持つ人々がいることを見出し、境界例的統合失調症いう概念を発展させた。1960年代後半に発表されたこれらの研究は、「境界例」を精神病の派生状態として捉えるのではなく、臨床単位として積極的にその特徴を記述したものであった。これらの流れを受けて発展し、今日の境界性パーソナリティ障害概念の基盤となったのがGundersonら（1975）の研究である。彼らは、文献的検討から、「境界例」を合理的に判断するための特徴を抽出した。この障害における特徴としては、怒りや抑うつなどの不愉快な気分と感情、衝動的行為、不安定な対人関係、精神病様の思考、社会不適応がある。その後、これらの記述は、いくつかの研究を通し洗練されることによって、他の精神障害から境界性パーソナリティ障害患者の診断基準を明確化するために使われるようになった（Gundersonら，2005）。

2. DSM-Ⅲ以降

現在、わが国の境界性パーソナリティ障害の診断基準としては、2000年からDSM-Ⅳ-TRが使用されている。これは操作的な診断基準と呼ばれるものであり、病因や病理ということを抜きにして、チェックすべき症状のうちのいくつ以上が該当する場合には、その診断を下すと便宜的に決めたものである。精神医学領域では、病因や病理の所見が客観的に得られにくいということや、症状のみによる診断の方が、誰もが容易にかつ同一の基準で診断を行えるという点で有用性をもつという理由から、広く使われている。

DSM-Ⅳ-TR（2000）において境界性パーソナリティ障害と診断される際には、パーソナリティ障害の全般的基準を満たすことが前提となっている。パーソナリティ障害全般の診断基準の要点は、①自己や他者や出来事についての認知、②感情性、③対人関係機能、④衝動の制御、の4つの領域のうち2つ以上の領域で、内的体験および行動の持続的様式が明らかに偏っていること、その持続様式は柔軟性がなく、個人的および社会的状況の幅広い範囲に広がっていること、その持続的様式が職業など社会における機能性を阻害していること、体験・行動様式の偏りは、少なくとも青年期または成人期早期から始まり、長期にわたっていること、こうした特徴が他の精神疾患によるものでなく、また薬物や身体疾患（頭部外傷）の直接的な生理学的作用によるものでもないことである。境界性パーソナリティ障害の診断基準は9項目で、①見捨てられ不安、②不安定な対人関係、③同一性障害、④衝動性、⑤自己破壊的行動、⑥感情の不安定性、⑦空虚感、⑧怒り、⑨一過性認知障害である。これら9項目のうち、5項目以上に該当することが境界性パーソナリティ障害の診断の要件とされる。

DSM-Ⅲ以降、今日のDSM-Ⅳ-TRに移行するまでの間にも境界性パーソナリティ障害に関する議論は続いており、特に最近では、統合失調症以外の精神疾患と境界性パーソナリティ障害との関連に関する議論がある。これについては、白波瀬（2010）が「こころの科学154」で境界性パーソナリティ障害を特別企画した「特別な疾患から普通の疾患へ―境界性パーソナリティ障害概念の変遷」に記しているため、参考にして要約していくことにする。

感情障害との関連では、境界性パーソナリティ障害と非定型うつ病との関連が示唆されてきたが、近年の研究で現象学的研究や薬物反応性などのいくつかの点において、境界性パーソナリティ障害と大うつ病性障害との間の重要な差異が立証された。その結果、論点は双極性障害との関連へ、さらに最近では境界性パーソナリティ障害は双極Ⅱ型障害の変異型か否かという議論へと推移していると述べている。心的外傷との関連では、心的外傷が病因として主要な役割の症例が存在することは確かであるが、すべての境界性パーソナリティ障害は心的外傷体験が病因であると考えるには無理があるといえるだろうと説明している。発達障害との関連では、境界性パーソナリティ障害患者は、自

分自身や他者の心的状態を的確に把握する認知について障害があり、こうした流れから、発達障害との近接性や関連性に関する議論が生まれてくるとしている。

境界性パーソナリティ障害概念は現時点でも多様な観方があり、その治療も概念の歴史的変遷に伴って、様々に変遷してきた。もともと「境界例」という概念は力動的な研究から生まれてきたため、1970 年代から 1990 年代にかけては、精神分析的治療が主流であった。1990 年代になると診断は DSM などの操作的診断基準によって定義されるようになり、治療内容もマニュアルベースで統一されるようになった。そのなかで、もっとも実証研究が行われてきた Linehan ら（1993）の DBT（Dialectical Behavior Therapy; 弁証法的行動療法）は、過去の問題よりも患者の現在の社会的能力に注目して、社会療法的な手法を取り入れた治療法で、自殺関連行動の頻度や向精神病薬の使用量、社会的機能の状況で有効性が示されている。しかし、長期的に治療を行った場合の治療効果はまだ解明されておらず、今後の実証研究の成果が待たれている。

したがって、現在のように境界性パーソナリティ障害の絶対的な治療方法が確立していない状況では、患者の状態に応じて有効であると考えられる治療を組み合わせ、複数の臨床家がかかわるチーム医療が有効であると考えられている（白波瀬，2010）。

Ⅲ．わが国の境界性パーソナリティ障害患者の看護に関する研究の概観

境界性パーソナリティ障害患者の看護に関しては、阿保ら（2008）の「境界性人格障害患者の理解と看護」に詳細に記されている。ここではまず、阿保がまとめた 1983 ～ 2006 年までの「パーソナリティ障害」の看護に関する文献検討を参考にしてその動向を要約する。続いて 2007 ～ 2012 年までの「境界性パーソナリティ障害患者」の看護に関する文献を検討する。

1．阿保による 1983 ～ 2006 年までの「パーソナリティ障害」の看護に関する文献検討

阿保による文献の検討は、「パーソナリティ障害」、「境界性パーソナリティ障害」の両方が含まれるが、入院という形式をとる患者には「境界性パーソナリティ障害」の診断が多いこと、「境界性パーソナリティ障害」は「パーソナリティ障害」の典型といってよいほど、彼らが実際に引き起こす臨床上の問題が大きいことから、「境界性パーソナリティ障害」の文献として扱うことにする。

阿保は、医中誌 Web 版を用いて、実質 24 年間（1983-2006 年）の「境界性パーソナリティ障害」をキーワードにもつ原著論文を抽出し、1983 年から 2006 年までは 49 件、1999 年以降になると 25 件と数はさらに減少し、その大多数を事例報告が占めているとしている。そして研究の動向を医療者が現実的にどのように対応しているのか、あるいは看護しているのかをさまざまな研究報告から検討し、5 年毎に整理している。

1983 ～ 1987 年は、「境界例」という新しい概念に触れ、その看護を模索しはじめた時期である。1985 年には、現在においてもなおパーソナリティ障害患者の対象理解の基礎となっている精神力動理論をもとにした、セルフケアモデルの創成期の粕田らの「Orem/Underwood theory による Dr. Underwood による境界例のケーススタディ」が発表された時期であるとしている。1988 ～ 1992 年は、1989 年ごろからの医師たちによるパーソナリティ障害研究に端を発し、看護師による発表件数が増加しはじめる時期である。この間のレポートでは、看護師の中立性や行動制限、病棟規則などが、患者への看護的対応の経験との関係で報告されているとしている。1993 ～ 1997 年は、特に 1994 年には十数件のパーソナリティ障害の原著論文が発表されている。内容としては、精神力動理論や発達理論などを用いて対象理解を深めようとするものや、患者との治療・看護契約や心理的距離の置き方、看護師の意識のもち方に言及するものが目立つ。1995 年には、野嶋らが「精神科看護者の境界性人格障害に対するとらえ方と態度」を発表し、看護師自身が経験している患者に対して抱く感情や対処行動とその根拠などを量的に分析している。その結果、看護者は彼らの示す「逸脱行動への巻き込み」、「自殺の脅かし」、「自暴自棄な行動」、「治療方針や治療行為に関する質問・苦情」、「権利の主張、規則違反」、「回復意欲の欠如」などへの対応に困難を感じていることが明らかにされている。また、境界性パーソナリティ障害に対する看護師の感情と看護師自身に対する感情、その関係に関する結果から、「共感的に理解しようとすればするほど自責的に自尊感情を低下させていくという現象が浮かび上がる。患者の行動に圧倒された時に、看護者は自己の力にある種のあきらめ的感情をもっている」と結論づけている。これに対し阿保は、患者の問題を看護師自身の責任として引き受けてしまう当時の傾向がよく反映されていると述べている。つまり、当時は信頼関係や安心できる環境を提供したり、看護師自身の自己洞察、あるいは患者の生育史に目を向け

てかかわろうとしているとし、医学的治療への積極的な協力や薬物への期待など、精神科看護の方法を多様に活用していたとしている。病気として捉える傾向が低い一方で、医学的治療には高い期待を寄せるという矛盾した結果は、当時の看護師の混乱と戸惑いを表していると述べている。1998 ～ 2002 年は、境界性パーソナリティ障害患者が引き起こす問題行動への看護経験に焦点をあてた報告がみられる。依然として問題行動をとりあげる傾向は続くものの、境界性パーソナリティ障害の病理を理解してのかかわりや、具体的な援助の方法に関する報告もみられる。これらには、「見捨てられ不安」や、看護師間での「統一した対応」、「治療チーム」としてのかかわり、「父性的口調での生活指導」といった表現がみられ、精神力動的理解が少し取り入れられてきていることがわかると述べている。しかし、同時に傾聴を基本とする支持的援助の効果を述べた報告もみられるとしている。2003 ～ 2006 年は、2000 年以降に見られはじめた傾向で、境界性パーソナリティ障害患者に対峙したときに看護師が抱く感情や、患者と看護チームとの間に生じる葛藤に焦点をあてた報告が多くみられる。また、他職種と連携をとりながら境界性パーソナリティ障害患者を地域でサポートしようとする試みや、外来、訪問看護、保健所など、病棟以外での看護実践の報告があるのも特徴的である。その中で特筆すべきものとして、2003 年の鈴木の「境界性人格障害に関するわが国の最近 6 年間の文献的研究―看護上の問題行動に焦点を当てて」をあげている。これは、1995 ～ 2000 年までの境界性パーソナリティ障害に関する既出文献を総覧し、患者の問題行動に対する研究を整理、分析したもので、有効と考えられる看護実践を導き出したものである。結論としては、まず、患者の問題行動をアセスメントし、＜中心的症状（対人関係、感情の不安定さ、衝動性）、具体的な問題行動を把握する＞、＜主な問題行動である衝動行為、操作性、依存性は単一なものではなく、関連づけて捉え、患者の発達過程や力動的視点から捉える＞としている。次に、患者の問題行動への対応として、構造化された治療的環境を提供するために、＜生命の危険を守るため、自身をコントロールするといった限界設定（Limits Setting）の必要性を事前に説明し、同意を得る＞、＜規則は厳守するように促し、必要以上の要求に対して受け入れられないと伝える＞、＜違反した場合の現実的具体的な対応、約束事を決めておく＞、＜医師の治療、方針を知り、連携を図りながら一貫した対応、看護を実施する＞としている。また、自殺企図、自傷行為に対しては、＜操作的であっても積極的に介入していく＞、＜制限設定の確認、振り返り、枠組みの変更を行い、カンファレンスを通じ、情報交換する＞としている。最後に、支持的精神療法を取り入れ、＜健康な自我（現実原則に添った反省的な機能を持つ自我）を支持していく＞、＜健康な自我に働きかけ、セルフケア能力を高め、自立、成長を促す援助を行う＞としている。これについて阿保は、2003 年までの境界性パーソナリティ障害患者の看護に関する研究の、一応の総括とみることができると述べている。しかし、「よくまとまった看護援助の方法であると評価できる一方で、実際には、こういった援助を支えるための学習や他の医療職との連携、看護師自身の精神的･感情的修練、マンパワーや援助のための環境づくりなど、どれ 1 つをとっても困難な問題が立ちはだかっているといえるだろう」（阿保，2008，p36）と指摘している。

2. 2007 ～ 2012 年までの「境界性パーソナリティ障害」の看護に関する文献検討

看護における「境界性パーソナリティ障害」の原著論文を医中誌 Web 版を用いて 2007 ～ 2012 年で検索すると 28 件となり、その大多数を事例報告が占めている。それら文献の内容を整理すると、やはりここでも、境界性パーソナリティ障害の病理を理解してのかかわりと具体的な援助の方法に関する報告が多数を占める。これには、患者－看護師関係を考察するとともに看護の役割について明らかにした報告（夏堀，2007；石部，2008）や医療チームでかかわることの重要性を述べた報告（夏堀，2010；島田，2010）が含まれる。また、重要他者とのかかわりに焦点をあて、そのかかわりの内容と変遷を分析し、対象理解の視点を検討した研究（那須，2007；那須，2009）がみられる。さらに、家族という視点が加わって、特に母親を中心とした家族支援の必要性を述べた報告（知識，2008；阿部，2008）がみられることも特徴としてあげられる。また、これまでにみられなかった新たな研究としては、「境界例」の入院治療体験を持つ成人の男性のアイデンティティ確立過程における体験の構造を、当事者の視点から明らかにした報告（石橋，2010）がみられる。

この時期の境界性パーソナリティ障害患者への看護に関する研究では、「看護師としてどのように患者とかかわるか」、「チームはどうあるべきか」など、患者への看護実践に向けての問題解決志向性の強い視点で行われたものが中心として行われてきたことが示された。

Ⅳ．境界性パーソナリティ障害患者への看護の現状と今後の課題

境界性パーソナリティ障害の歴史的変遷について概観し、その看護の実践と研究に関する現状を検討してきた。

境界性パーソナリティ障害は、精神科の臨床場面において、既存の診断分類に収まらない精神病と神経症の境界線上にある人々を「境界例」とみなしたことから始まった。それが現在のDSM-Ⅳ-TRにみられる境界性パーソナリティ障害の概念に結実するまでには、数十年にわたる議論の経緯があるが、未だに一定の見解は得られていない。とりわけ、境界性パーソナリティ障害は他の複数の精神疾患と併発することが多く、病像が多様性に富んでいるため、患者への看護は個別の状況に応じた看護師の判断に委ねられているといえる。ある程度の基本的な境界性パーソナリティ障害患者の看護援助方法が確立されているとはいえ、それは患者の問題行動へのチームとしての統一した対応であり、先に述べた阿保の論が言い表すように、看護師自身の精神的・感情的な修練に関しては深刻な問題が潜んでいるといえよう。境界性パーソナリティ障害患者を看護する際には、その病理ゆえに、患者自身の不安や怒りなど、さまざまな感情が看護師に投げ込まれるため、強烈な陰性感情が看護師の側に引き出されたり、未解決な葛藤が刺激されるなど、冷静に対応できなくなることがある。また、患者の激しい衝動性ゆえの自傷行為や暴力などの問題行動に直面するときには、看護師自身の感情が激しく揺さぶられ、自己の価値観や専門職としての判断に葛藤を覚えやすくなる。前述した精神科看護師が境界性パーソナリティ障害患者に対峙したときの経験を明らかにした研究（野嶋ら，1995）では、患者の問題行動に焦点をあてて、「看護師がそれをどのように認知しているのか」や、「看護師は患者に対してまた自分自身に対してどのような感情を経験しているのか」等を量的に分析したものにとどまっていた。このような特性の抽出は、「なぜ境界性パーソナリティ障害患者の看護が難しいのか」を示しても、現実にみられる多様な境界性パーソナリティ障害患者に対峙するときの看護師の精神的・感情的な修練につながるものではない。境界性パーソナリティ障害は、対人関係のなかで症状を表す疾患であり、患者はそのなかで悪循環的に混乱を引き起こしていく。したがって、境界性パーソナリティ障害患者への看護の困難さから脱却するためには、これまでのように問題解決志向性の強い視座からの議論ではなく、実際の臨床状況における境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師個々の経験に焦点をあてる必要があると考えられる。そこでの経験を記述し、さまざまなバリエーションから意味を理解することにより、埋もれていた新たな発見がもたらされる可能性があるといえよう。

Ⅴ．おわりに

境界性パーソナリティ障害患者への看護は、その困難さが指摘されているにもかかわらず、否定的なものばかりとはいえない。境界性パーソナリティ障害患者への看護の経験を記述し、その意味を理解することによって、普段の看護実践を深く理解することを導き、実践に根ざし、経験に裏打ちされた新たな知識や技能を発見することにつながる可能性がある。また、そのことにより、看護師の優れた実践やそれを阻害するものが明らかとなり、看護の質の向上に貢献できると考えられる。さらに、語り手である看護師自身が自らの実践の担う意義を積極的に意味づけられれば、精神看護の価値を高めることに貢献すると考えられる。

謝辞：本稿をまとめるにあたりご指導くださいました東京女子医科大学看護学部の田中美恵子教授に心より感謝いたします。

文献

阿部貴子（2008）：思春期・青年期の初回入院における家族支援の必要性　境界性人格障害患者の母親に対する援助を通して，日本精神科看護学会誌，51（2），237-241.

阿保順子，粕田孝行（2008）：境界性人格障害患者の理解と看護，精神看護出版.

American Psychiatric Association（2000）／高橋三郎，大野裕，染矢俊幸訳（2006）：DSM-Ⅳ-TR精神疾患の分類と診断の手引（新訂版第6刷），医学書院.

Bychowski，G.（1953）：The problems of latent psychosis. Journal of American Psychoanalytic Association 1（3），484-503.

知識裕子（2008）：医療チームにおける家族看護の実践　家族を中心にすえた看護・文章化することで見えてきたもの，日本精神科看護学会誌，51（2），91-95.

Grincker, Jr. R. R., Werble, B., Drye, R. C.（1968）：The Borderline Syndrome. Basic Books，New

York.
Gunderson，J．G.，Singer，M．T．（1975）：Defining Borderline Patients：An overview．American Journal of Psychiatry 132（1），1-10.
Gunderson，J．G.，Hoffman，P．D．（2005）／林直樹，佐藤美奈子訳（2006）：境界性パーソナリティ障害最新ガイド（初版第1刷），星和書店，東京.
林直樹（2010）：治療スタッフのかかわり方についての疑問―境界性パーソナリティ障害の場合，こころの科学（152），37-42.
Hock，P．H.，Pollatin，P．（1949）：Pseudoneurotic form of schizophrenia．Psychoanalytic Quarterly23，248-276.
石橋通江（2010）：境界例治療経験をもつ成人のライフヒストリー　退院から20年経過した体験のふり返り，日本赤十字九州国際看護大学 Intramural Research Report，8，15-22.
石部弘美（2008）：青年期における境界性人格障害患者への援助　患者-看護師関係から考える看護の役割，日本精神科看護学会誌，51（2），232-236.
鎌井みゆき（2004）：精神科病棟において看護師が患者に抱く陰性感情と看護チームのサポートについての分析，福島県立医科大学看護学部紀要，33-42.
萱間真美，林亜希子（2005）：ケースから学ぶ精神科訪問看護（3）境界性パーソナリティ障害を持つ利用者への「巻き込まれ」―浪費、拒食、スタッフの操作に介入困難を感じたケース，コミュニティケア 7（10），72-76.
Kernberg，O．F．（1967）：Borderline Personality Organization．Journal of American Psychoanalytic Association 15（3），641-685.
Kety，S．S.，Rosenthal，D.，Wender，P．H.，et al．（1968）：The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics．In Rosenthal，D.，Kety，S．S．（eds.）：The transmission of schizophrenia．Pergamon Press，Oxford，345-362.
Knight，R．P．（1953）：Borderline states．Bulletin of Menninger Clinic 17（1），1-12.
Linehan，M．N．（1993）／小野和哉監訳（2007）：弁証法的行動療法実践マニュアル，金剛出版，東京.
那須典政（2007）：人格障害における他者とのかかわりとその変遷 A 氏の場合，北海道医療大学看護福祉学部学会誌，3（1），69-71.
那須典政（2009）：人格障害における他者とのかかわりとその変遷（第3報）C 氏の場合，北海道医療大学看護福祉学部学会誌，5（1），63-67.
夏堀響子（2007）：境界性パーソナリティ障がい患者に対する看護の役割　回復過程を振り返った一事例から，日本精神科看護学会誌，50（2），63-67.
夏堀響子（2010）：青年期における境界性人格障害患者への看護　カンファレンスを柱とした医療チームとしてのアプローチを考える，日本精神科看護学会誌，53（1），284-285.
野嶋佐由美，蛙池博子，森岡三重子ら（1995）：精神科看護者の境界性人格障害に対するとらえ方と態度，看護研究，28（6），2-11.
島田都（2010）：境界性人格障害患者に対するチーム・ビルディングの有効性，日本精神科看護学会誌，53（1），282-283.
白波瀬 丈一郎（2010）：特別な疾患から普通の疾患へ―境界性パーソナリティ障害概念の変遷，こころの科学（154），12-18.
Stern，A．（1938）：Psychoanalytic investigation of therapy in borderline neuroses．Psychoanalytic Quarterly 7，467-489.
八木こずえ（2003）：ボーダーと呼ばれる人々を抱える看護チームの痛み，精神医療，30，57-65.