

境界例の主観的体験についての客観化 記録の効果

木澤光子，田中 香

家政学部生活科学科生活科学専攻

(2006年11月8日受理)

An Objective Analysis from Subjective Experiences in Borderline Disorders Effectiveness of Records

Department of Home and Life Sciences, Faculty of Home Economics,
Gifu Women's University, 80 Taromaru, Gifu, Japan (〒501 - 2592)

KIZAWA Mitsuko and TANAKA Kaori

(Received November 8 , 2006)

1. はじめに

境界例の治療は，パーソナリティ構造の水
準から見ると，いわゆる支持的療法だけで緩
解に向かうことが難しい。ナンシー (Nancy,
M.) は，境界例患者には表出的技法，つまり
限度や決まりの保持をさせるために，患者自
身の心に浮かんだことについて述べさせるこ
とが必要であると言っている。心に浮かんだ
ことを述べさせ，セラピストは患者がその表
出された内容の意味を理解することを手助け
する。その洞察で重要なのは，「共通性より
も違いである」と強調する。その共通性によ
って境界例は混乱するのであるが，日常の人間
関係だけでなく境界例患者とセラピストの間
でも容易に混乱が生じる。つまり境界例は統
合された自我を持たないため，簡単に他自我
に変わる。境界例は，ナンシーの言う「共生
的な愛着と敵意に満ちた孤立的な分離との間
を行きつ戻りつ」しながら治療者との関係
をもつ。そのことを十分に受けとめることで
きる治療者との関係形成の中で，行きつ戻り

つする自我を認識することができる。

愛着と敵意間の容易な移行は，他者への飲
み込まれ不安と見捨てられ不安から引き起こ
されるとナンシーは述べる。この容易な移行
によって生じる様々なアクションの発生を防
いだり，またその後の治療者との安定した関
係形成に必要なのは「枠」である。カーンバ
ーグも，境界例患者との治療関係を継続的に結
ぶためには，一定の治療枠の中で行うことが
重要であることを強調している。枠を設けず
自由な環境を用意すると，境界例患者は境界
がないために他者の不快になるような行動を
容易に引き起こし，ひいてはそれが境界例患
者に混乱を招くことになる。

また，境界例患者への治療効果の上がって
いる方法として，境界例患者が対象関係にお
いて簡単に敵意に移行するときに，その気持
ちを表出させることがナンシーの著書からも
有効性を見いだすことができる。しかし表出
は単なる発生的表出であると言え，境界例は
確かにあった事実を認証しにくいことがまま
ある。そこに境界例の治療と研究の困難さが

ある。

そこで今回これまでの筆者が関わった境界例の心理治療を顧み、境界例治療の整理を行ってみたい。1つには文献等から優れた境界例治療の臨床家の事例をもとに、主観的認知の変換と言う点に絞って治療技法についてまとめてみたい。また、自験例の中で、境界例患者の主観的体験の変換を試みたものについて検討を行なう。つまり自分自身で行動と気持ちを記録させ、その記録をもとに客観化を行う。それによって境界例患者が、愛着から敵意へ移行するときどのような感じ方をするのか、またその感じ方は正当なものであるのかという評価を時間を経過しないうちに行う。このことを通して境界例患者の主観的認知を、客観的なものに変換できるようにするための記録法の効果について検証すること目的とする。

2. 一般的な境界例の治療法

境界例の治療は、精神分析療法や支持的 정신療法がこれまでの主流であった。しかし、最近の臨床報告では、家族療法や認知行動療法などによる治療が多く見られるようになってきている。家族療法の台頭は、境界例が本人のみならず、家族の病理として捉えられてきていることによる。また、境界例の極めて偏った主観的体験と言う認知の歪みが、境界例の様々な行動化を招いているところに焦点を置く治療法が注目されるのも今日の傾向であろう。ここでは個人精神療法として、筆者のケースを整理するのに必要な治療法について述べる。

1) 精神分析的試み

境界例の研究は、1940年あたりからアメリカの精神分析学派を中心に研究が結果が報告されてきた。日本においては、境界例が精神科医にとって最も関心の持たれていたの

は、1970年から1980年のことであると狩野は言う。しかし、このころはまだ境界例を誰でも知るものではなく、一般的なものではなかったようである。このころの治療はもっぱら精神分析的治療が主流であった。狩野自身は境界例に関する研究論文のうち主たるものは1980年から1990年にかけて執筆しており、精神分析的アプローチで境界例治療に当たっている。狩野の言葉をそのまま借りると、境界例治療における精神分析療法とは、「治療者と患者の相互作用を通してなされ、治療者は自分の性格の中で健康に機能している部分とそうではない部分、あるいは自己の表層心理と深層心理などについての洞察を媒介として、患者の心的構造の修正を行う」と述べている。つまりイド・自我・超自我の相互作用の修正を行うためには、境界例が経験している極めて主観的な混沌とした世界にみられる深層心理を分析し、時には患者自身の洞察に基づいて経験の解剖を試みなければならない。

狩野は、精神分析的アプローチには6種類あり、これらに共通するものとして、性格形成の過程において、性格はその特徴である一定性をもった構造をいかに獲得したかという問題、性格障害の臨床において、外的行動に対する自我の親和的態度つまり内的葛藤や無意識的衝動の行動化、罪悪感や恥といった情動の障害が中心的課題であったとまとめている。

2) 支持的 정신療法

支持的 정신療法は、現実適応に重点が置かれ、患者の混沌とした内的世界の秩序を形成させることを試みる。支持的療法では、患者自身に治癒するという力や内的志向性があり、暖かい治療者との関係によって患者の変化が起こると考えるものである。この治療法では、メラニー・ディーンがまとめているも

のを参考にすると、境界例の治療に対し次の3点を重視している。

治療的關係を形成し保持するようにクライアントを援助する

防衛を支持し強化する

治療経過中の退行を防ぐ

この方法では、解釈や直面化をせず、問題解決と適応を重視する。

3) 認知行動療法

ベックによって創始された認知行動療法は、うつ病の患者のために開発されたものである。この理論では、境界例の感情的な激しい変化などを絶対的二分法と呼び、治療の核として取り上げた。境界例の認知には歪みがあるが、それは白か黒か、善か悪かという一方の極から一方の極へ途中がないかがごとく一瞬に移行する。この問題に焦点を当て、認知行動療法では患者との合意の上で目標を定め、そこに向かって患者と一緒に努力する方法である。境界例の患者に対し詳細な治療目標を作り、その目標に達成できたならばセラピストは評価する。この方法を繰り返し、患者自身がスムーズにその課題をこなせるようになればその課題は終了する。

またリネハン (Linehan, M. M) の認知行動療法は、境界例の二分法つまり相反する感じ方を和らさせ統合するプロセスだと町沢静夫は解説している。この方法はリネハン自身は弁証法的行動療法と呼び、患者の対人関係を修正するために共同体関係を形成する。この時セラピストは患者と真っ向から対面し、直面化を避けず、時に支持的に接して、クライアントの行動の変容を起こす方法である。リネハンによれば、弁証法的認知行動療法の注意点と目標は以下のようである。

(1) 注意点

その時々に見られる患者の行動を受け入れ、行動を認める。

治療を妨げる行動、すなわち治療を妨害する逸脱行動や思考および感情を治療することが重要である。

治療の中心を占めるものは治療関係である。

(2) 目標

情緒の調節・対人関係を有効にすること

苦痛に耐えうる耐性を確立すること

注意深く中心となる核を作ること

自分を管理する技術を学ぶこと

上記のような目的を達成するためには、境界例治療においてセラピストとの安定した関係の維持は重要である。ガンダーソンも境界例治療に優れた治療者のパーソナリティについて触れているが、安定し且つ暖い人格、そして問題に直面できる距離を保つことができるということが重要だと言える。

境界例の研究によって、患者の経過に沿って複数の治療理論を用いることが有用であることは、すでに多くの臨床家が述べているところである。例えばウォラースタイン (Wallerstein, R.) は支持的介入と表現的介入はすべての精神療法に含まれており、支持的介入によって境界例が改善していると指摘する。

境界例治療に有効な治療法で大切なことはどのような治療法によろうと、境界例患者の初期面接が重要だと言うことである。境界例患者は、治療者との信頼関係を築きにくいいため、早い段階で診断と見通しを伝えることが必要である。段階別の境界例治療が組み合わせられ構造化されることが望ましい。

3. 主観的体験に対する客観化の方法

1) リネハンによる弁証法的認知行動療法を用いた客観化の方法

先に述べたように認知行動療法では境界例の特徴である相反する極端な感情の移行

について二分法という方法を用いている。

治療プロセスにおいて、治療者との共同作業的關係を作り上げ、肯定的に關係を維持する。リネハンの認知行動療法は、個人治療と集団療法の組み合わせで、集団療法はマニュアルに従って進められる。教育的な構造關係であり、グループ自体は共同作業的集団である。

2) 狩野力八郎の客観化の方法

狩野(1986)は、スキゾイド患者に対して次のようなアプローチを試みている。このスキゾイドという意味は、スキゾイド機制が優勢な人という意味で使用しており、病理としてのスキゾイドとして扱っているものではない。

転移状況の中で精神分析を体験しつつある治療者に焦点を当てる

治療過程の初期段階に焦点を当てた治療を行う

治療構造論的アプローチ 分析的設定・分析状況・情緒的相互作用の無意識的意味を探求する

セラピストとして境界例患者との間の転移・逆転移を扱うことは、それが果たしてセラピスト固有の感情ではないかという十分な吟味が必要である。時にこの解釈により患者との關係を維持できなくなることもある。

4. 症例研究

ここでは筆者の自験例をもとに、境界例患者の主観的体験の変容の方法について認知行動療法の考え方を用いて、患者自身が記録を書くこと それをもとに客観化を行う、という方法(以後、記録法という)の効果について考察する。なお、境界例患者と治療者との間にはラポール及び愛着關係が形成されている。

1) 対象

a 症例 女性(××歳)

b 主症状

境界例であり、非常に強い愛着を感じるセラピストBに近づく者への敵意と妄想様觀念

2) 治療目標

セラピストBを尋ねてくる人への敵意を生じさせる相手からの悪意があると感じる経験の修正

3) 記録の方法

記録を取ることによって、A子の述べる体験が、客観的事実か主観的経験なのかを明確にするということ、A子が了解した上で開始した。

以下、記録法の手順である。

セラピストBに対し第三者が話しかけてきたときの様子について、思ったままを記録する。記録については特に形式はなく記録1のように自由に思ったままを書くようにした。

記録を書くことは、その事象が発生したときからできるだけ時間を経ないうちに書く。

状況が視覚的に理解できるように、解説図を多く用いる。

書いた記録をもとに、それが事実なのか、想像したことなのかを一人で検証し想像した事象ならば赤ペンで修正する。

セラピストBと一緒に修正が正しいのか検討する。

クライアント本人で自己評価を行い、セラピストBは客観化の努力や変換に対しコメントする。

4) 記録による経過

A子の記録をもとに経過を述べる。

1) 平成 年5月26日11:20~

セラピストBと一緒に過ごしていた部屋

に、ノックし、女性が入室してきた。女性は「相談があるんですけど」とセラピストBに言った。A子に記録を書くように指示し、セラピストBはその場から別の部屋に移動した。

A子の記録(記録1)

記録1



「部屋のドアを2回ノックし、そいつはドアの3分の2を開けて『失礼します』と言って入ってきた。下向き加減。バレまいとする拳動な動き」と、見知らぬ女性がノックしたときから女性に対し悪意を感じている。

「ついにきたぞ。やってきたぞ。見てやるぞ。見てやるぞ。あいつが相談に来ているやつだな。(セラピストB)を取ろうとしているやつが来た。見てやがる。こっち見てやがる。ついに来た。あーうっとうし。取りに来たな」

A子は、セラピストBと一緒にいた時間と空間を奪う悪人として女性を認識している。

「こっち見てやがる」とA子は表現している

が、実際はA子は女性をちらっと見ただけで、正面から見ることができずうつむいていたように見えた。うっとうしい、と表現した後に行動化を想定する表現が多々出現している。

セラピストBが部屋を出ていった後、一人部屋に残りA子は次のように記録を書いた。「相手が先生といなくなり、自分は自分一人となる。頭の側頭葉だけが痛い。死んでやる、殺してやると悪意が募る。こうやって文章を書くのにもままならない。手が思うように動かない。手足と書きたいのに頭と書いた。落ち着かない。不安が続く。」

セラピストBが部屋を出ていた時間は20分ほどであった。その間に記録は豊かに書いていても良いはずだが、A子は一人では整理ができずに、落ち着かない時間を過ごしていた。セラピストBが戻ってくると電球がパッと点くように目がひらいたと述べている。また、それまで気持ちを支配していた悪意がどこかに消えてしまった、と非常に嬉しそうな表情で言った。

女性が来た瞬間から女性に対してネガティブな感情を示し、帰った瞬間にその感情は消失した。境界例患者によく見られる他自我への容易な変容である。

この記録を書くことによって、身体の中で感じているのか、また実際にどのような場面に対しどのように感じたかなど、A子は自己の悪意の転換について初めて視覚的に認識した。

セラピストBが部屋に戻ると、早速検討を二人で行った。訪問者は何のために来たのか、A子を迫害しているように感じているがそれは事実か、などのA子の認知の一つ一つを事実であるのか、想像であるのか検討を行った。最初、直筆でなぐり書きをした記録を、A子自身の手によってワープロで打ち直しを行った。しかし、自分の体験をすぐその場で書か

ずに後から書いたり、ワープロで打ち直すという作業をするたびに過去の体験の修正がなされていた。これは境界例患者が、確かにあった過去の事実を認証・保持することが困難なため、容易に認知の変容が行われるからである。このことを防ぐために、それ以降はできるだけその場で書くこと、後からワープロで打ち直さないことにした。

平成 年6月15日 11:40~

セラピストBとこの時間に部屋にいる予定であったが、セラピストBは用事ができ、A子に不在になることを告げ、その間記録を取るよう指示した。

「とにかくうざい。あくびを1回する。いらねー。うぜー。しんでしまえ。じがうつろー。ぼやぼやー。何も見えない。見えるがうつろー。なにもわからない。」

セラピストBと一緒に過ごす予定だったが、自分の意に反して予想外にセラピストBは自分以外の用事を果たしに外に出ていった。そのため、A子は自分は捨てられたと感じていた。

その後記録を機会あるごとに書くように指示をしたが、記録を書くときにセラピストBが不在であると、記録を一人で書き進めることができなかった。セラピストBが不在であると、落ち着かず記録をとることに集中できない。つまりセラピストBを誰かに取られるような耐え難い不安を感じるのだった。そのこともセラピストBと一緒に洞察を行ない、紙面上に残した。

記録は、時間を経ずにできるだけ早くセラピストBと分析を行なった。現実と非現実、現実と想像、自己の感情と他者の感情など、紙面上で混乱している箇所に朱をいれ、現実の認識を書き入れていくことを繰り返した。1回目~3回目は紙面が真っ赤になり、それを見てA子は「わーすごい、ほとんど妄想だ」

と笑った。記録を書くことを進めていくことによって、次第に朱を入れるところが少なくなった。そのことを評価し、一つ一つどのように考えるとよいかを確認した。4回目以降、A子の考えが健全な方向へと向かっていることは自明であった。しかし、常に好調な歩みをしたのではない。記録を取らなくなると、とたんに現実認識ができなくなるなど、境界例の健全さの保持は難しく、繰り返しの粘り強い支援が重要である。

5. まとめ

境界例の症状に、現実認識の歪みがある。この症状に対し治療効果の期待できる治療法として、認知行動療法を挙げることができる。本症例では、認知行動療法の考え方をういて、記録をとるということを通して認知の誤りの修正を行った。つまり、セラピストBの支えのもとに記録を書き、書いた後、現実か非現実なのかを検討した。その結果、記録を書いてセラピストBとともに認知の誤りの確認を行うことを通して、A子の客観的認識が形成されていった。しかし、その時にセラピストBの支えは重要であり、境界例の空虚感や依存心を満たし、安定した状況を作ること、この技法を実施する上で大切なことが確認できた。

境界例患者であるA子は知的レベルが高く、セラピストBの言語での解釈や指示を正確に理解することができた。そのことによって、比較的短期に現実検討が進んだものと思われる。また根底には、セラピストBへの高い依存とも言える信頼関係が土台であったことは言うまでもない。

境界例との信頼関係は早期に形成しなければ、その後の再形成は難しい。早期の目標を定め互いに了解した上で、具体的目標に向かって進めることは必須である。そしてこの

確実性が、境界例患者の信頼を獲得する重要な要素である。

境界例に実施する記録法の効果には、次のことがあげられる。

セラピストと共同作業を行うことで、境界例患者の依存心を満たす。

セラピストの解釈が、常に境界例患者の憧憬に値することによって、より信頼感を高める。

記録を書くことによって、視覚的に自分の行動の確認をすることができる。

記録に朱を入れることによって、現実認識の誤りを理解することができる。

セラピストと一緒に評価をすることによって、一つ一つの行動について、正しい社会スキルを獲得することができる。

同じことを何度も確認することによって、望ましい行動の定着を図ることができる。

境界例患者に対して、言語によつてのみの修正では、その行動の保持は難しい。そこで視覚的に理解できるように記録をとることで、境界例の現実認識を促進することができると思われる。

この症例は、プライバシーの保護のため、内容に誤りのない程度に脚色がなされています。最後になりましたが、A子さんには快く本研究にご協力をいただき、感謝いたします。

引用・参考文献

- 1) 浅野弘毅 望月美和子 杉博 境界例のデイケア 精神科治療学 17(10)pp 41-52 2002
- 2) 市橋秀夫 境界性人格障害と自己愛成人各障害の表出 精神科治療学 17(10) pp 229-232 2002
- 3) 橋本元秀 境界パーソナリティ障と自己愛パーソナリティ障害 精神科治療学 17(10) pp.11-20 2002
- 4) 狩野力八郎 重症人格障害の臨床研究 パーソナリティの病理と治療技法 金剛出版 2002
- 5) 笠原嘉 村上靖彦 再び境界例について 強迫と妄想 木村敏編 分裂病の精神病理 3 東京大学出版 pp.123-142
- 6) 北山修 肛門期の観点から見たいわゆる「境界例」 特にその保持機能について 精神分析研究 27 1983
- 7) 宮本忠雄 阿部裕 境界例の概念 全般的理解のために 精神科MOOK 4 1983
- 8) 宮田明 青年期境界人格障害について 青年の精神病理 3 pp 49-77 弘文堂 1983
- 9) 成田善弘 境界性人格障害への援助 精神科治療学 17(10) pp 223-227 2002