

境界例に関する一試論

皆 藤 章

A Study on Borderline

KAITO Akira

は じ め に

境界例に対する関心は、英国、米国を中心として近年とみに高まってきている。元来この概念は精神分析的方向づけを持つ治療者によって論議されてきたものであるが、最近では記述精神医学の立場にたつ治療者の間でも関心が持たれてきている。

我が国においても現状はあまり変わらない。海外の精神分析研究の流入が盛んであることから見ても、境界例に対する高い関心はおのずと伺える。しかし、我が国の研究は海外の研究の追試段階にあり、独創的研究はほとんど見当たらない。

境界例に関する文献は相当な数にのぼり、その内容も多岐に及んで、しかも今なお衰える兆を見せない。こうした現状の中にあって、新たに境界例についての論議をするのはやはりそれなりの意図があつてのことである。

「境界例」という呼称はかなりの頻度で用いられ、診断名としても次第に使用されてきていると思われるが、それにも拘らず各治療者の抱く境界例像についてはかなりの相違が見られるようである。ところが一方で境界例研究の流れを概観すると、人格障害として境界例を捉えようという見解が次第に一般性を持ちつつある。すなわち、理論としては徐々に構築されつつあるのに比べ、治療実践の中での境界例像にはまだかなりの相違が見られるのである。こうした点は、理論のみの修得では実際の治療は困難であるという一般的見方で片づけられるものなのであろうか。仮にこうした見方を受け入れるとすれば、臨床経験を積み重ねることで理論と治療実践の溝を埋めることができるだろう。しかし、境界例に関しては、相当の臨床経験のある治療者でもその治療にかなりの困難を伴うのである。筆者の調査(1983)によってもこの点は明らかにされている。このように考えて行くと、境界例に関する理論と治療実践との間の溝に意味が見い出せるように思われる。境界例に関する理論は今だ完成されたものとは言えないが、次第に統一見解が認められつつあるという現状にある。しかし、正にこうした事態の中に落とし穴が潜んでいると言えないだろうか。境界例研究の進む道には大きな危険性を孕んでいるように思われるのである。この点を見過ごしてきたことによる精神分裂病、自閉症の誤った理解がもたらしてきた少なからざる影響を考えてみる時、この危険性を一層感じざるを得ない。

ここでやや見方を変えて、境界例がこれほどまでに注目されるようになったということについて考えてみたい。この点については、境界例概念が治療実践の中で生まれてきたものであるということに目を向けてみると、境界例患者の治療はかなりの困難を伴っており、一筋縄では行かな

いという治療における困難さが、この概念に目を向けさせていると言えよう。境界例概念は治療実践の中から生まれ、発展してきたものである。その理論も徐々に構築されてきており、多くの示唆を与えてくれる。しかし、治療実践については「言うは易し」の感がいなめないのではないだろうか。こうしたことを前述した危険性を含めて考えてみると、ここで今一度境界例について考え直してみるべきではないかと思われるのである。

「境界例」という言葉の持つ意味も、その概念の発展と共に変化してきている。「境界例」の持つ「境界」の新たな意味が今、問われつつあるのではないだろうか。「境界例」という呼称の原点に立ち戻り、歴史的経過を通して再考する中で、この呼称の持つ現代的意味を考えてみるべきであると思われる。現在、境界例と診断される患者が増加してきており、その治療もかなりの困難を伴っている。境界例と診断される、その「境界」の現代的意味を考察することによって、この言葉に新たな光を投げかけられないだろうか。

本論文は、境界の研究の歴史的推移を逆転移概念の発展と共に概観することで、境界例について再考し、さらに「境界」の持つ現代的意味を模索しようと試みるものである。ここで逆転移について言及されるのは、後述するが、境界例患者の治療においては逆転移の取り扱いが重要な鍵になっているからである。

境界例研究の歴史的概観

便宜上4期に区分し、以下に論述される。

1. 1940年以前

Capponi (1979)によると、臨床像の短い記述を含む境界例患者の治療問題について報告した最初の精神分析家は Clark (1919) である。それによると、「境界例患者は精神分析によって、神経症患者から期待されるような結果はもたらさない」とし、技術変容の必要性を認め、精神分析治療に一定期間の援助的作業を試みている。

Rickman (1928) は、神経症と精神分裂病との境界という意味で境界例という用語を用いている。

1934年、Deutsch は、as if personality という人格障害の一種を報告したが、それによると、患者は置かれた環境によって人格のあり方が多様に変化し、神経症には属さず、また現実への順応が良過ぎるため精神病にも属しないと述べられている。

さらに Stern (1938) は、神経症群にも精神病群にも含まれず、しかもいずれの極にも現われる患者の増加に注目している。

以上この時期の報告は、「境界例」という呼称を神経症にも精神分裂病にも含まれない患者について用いるものであった。すなわち屑籠の使用であったと言える。また注目されるのは、Clark に見られるように、精神分析に適合しない患者の報告、つまり治療実践の中からの報告に境界例研究の原流があるということである。

この時期の精神分析は Freud によりその確立をみているが、Freud の逆転移についての報告 (1910) から、精神分析における逆転移の取扱い方が論議され始めた時期にあたる。この時期、逆転移は治療に有効とはなり得ず、克服されるべきものであるという考え方が主流を占めていた。

2. 1940年代

Tab 1. にこの時期の主要な報告が示されているが、そのいずれも、神経症症状を呈してはいるが本質的には精神分裂病と考えられるという内容のものである。ここでは「境界例」という呼称は用いられていないが、「境界」の意味する所が神経症と精神分裂病の間にあるのは明白である。しかし、1940年以前の「境界」の意味と比較すると、屑籠的使用ではなく、外界への顕われとその奥に潜む本質との境界であり、三次元的と言えるかも知れない。そうした比較が Fig 1. に示されている。

Tab. 1. 1940年代以降の主な境界例研究

研究者(年)	呼 称
<u>1940年代</u>	
Zilboorg (1941)	外来分裂病 (ambulatory schizophrenia)
Federn (1947)	潜伏性精神病 (latent psychosis)
Hoch & Polatin (1949)	偽神経症性分裂病 (pseudoneurotic shizophrenia)
<u>1950年代</u>	
Knight (1953)	境界状態 (borderline states)
Schmideberg (1959)	境界患者 (borderline patient)
<u>1960年以降</u>	
Kernberg (1967)	境界人格構造 (borderline personality organization)
Grinker (1968)	境界例症候群 (borderline syndrome)
Balint (1968)	基底欠損 (basic fault)
Masterson (1972)	青年期境界例 (borderline adolescent)
	成人期境界例 (borderline adult)
Spitzer, et. al. (DSM-III, 1980)	境界人格障害 (borderline personality disorder)
	分裂病型人格障害 (schizotypal personality disorder)

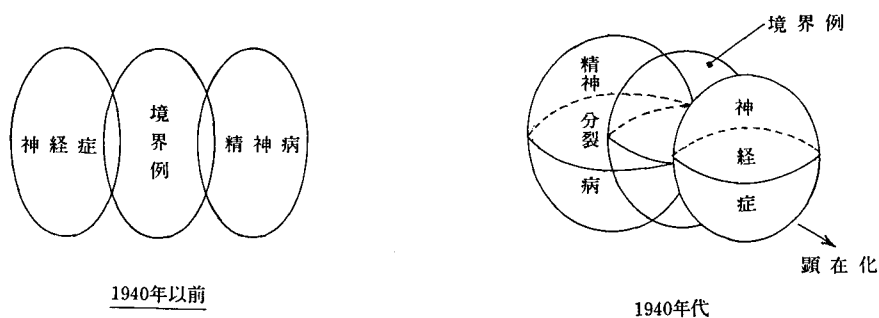


Fig. 1 1940年以前と1940年代における「境界」の意味からみた境界例の位置づけ

これら一連の報告は、神経症症状を呈する患者の中に精神分裂病と認められる特質を潜めている患者の存在を示唆したものとして、今日の日常臨床においても意義あるものと思われる。

なお逆転移についての論議では、1940年代後半より、逆転移は治療において患者の示す内容を分析家が理解する手助けとなるものであるとの考え方が提唱され始めている。

Kernberg (1965) はこの方向でのアプローチを「全体的アプローチ」と呼び、前述したアプローチを「古典的アプローチ」として区別している。例えば、Winnicott (1949) は精神病患者との治療実践から患者に対する客観的反応としての治療者の憎しみ (hate) を重視し、「客観的逆転移 (objective countertransference)」という言い方で、重篤な患者の治療における逆転

移の重要性を強調している。

3. 1950年代

Tab 1. に示されているように、この時期になると再び「境界」という言葉を用いての報告がみられる。まず Knight (1953) は「境界状態 (borderline states)」という語を、神経症とも精神分裂病とも決定し難い患者について用いることを提唱した。そして、この語を診断名として用いようと試み、診断基準を定めている (Tab 2 参照)。それによると、Knight はこの状態にある患者の精神力動的、発達の理解を最初に重視し、今後の研究を促している。しかし、Knight 自身も述べている通り、「境界状態」という語は患者が重い病気に罹ってはいるが簡単に精神病とは言い切れない状態にあるという意味で用いられているのであって、何ら診断的解明がされたという訳ではなく、屑籠的使用と言わざるを得ない。しかし、患者を簡単に精神病として診断してしまうのではなく、その精神力動、発達に注目したという点では慎重であったと言える。

Tab. 2 Knight の「境界状態」の診断基準

Perry & Klerman (1978) より引用

I. 神経症症状の出現

II. 自我脆弱性の巨視的証拠

- A. 状態についての関心の欠如,
- B. 観察的に予知できるストレスがないこと.
- C. 自我親和的あるいは外在的に予知されるとみなされる症状.
- D. 長期間続く実行力の欠如.
- E. 非現実的計画.
- F. 奇妙な夢との関わり.
- G. 夢と実生活との間の不釣り合い.

III. 自我脆弱性の微視的証拠

- A. 思考の統合障害.
- B. 概念形成の障害.
- C. 判断の障害.
- D. ししばの思考中断.
- E. 言葉の特異的使用.
- F. 明白な意味内容については明白であること.
- G. でたらめな語法.
- H. 時々不適切な感情.
- I. 疑惑に満ちた質問と行動.
- J. 会話の特異性についての認識と困惑さの欠如.

次に Schmdieberg (1959) は、「境界例は、正常、神経症、心因精神病、精神病質との境界に位置する1つの臨床的単位である」と述べ、境界例を1つの臨床的単位として位置づけようとした。Schmdieberg の言う「境界患者 (borderline patient)」は人生を通して同位置に安定して留まっており、不安定性の中で安定 (stable in instability) しながらも、人格と生活の全範囲に影響される障害に病んでいるのであり、人格障害として境界例を把える立場を明らかにしている。ここでの「境界」は単に神経症と精神分裂病との間のものではなく、広い意味で用いられしており、境界例を人格障害として把えようとしているにも拘わらず、その「境界」は一層曖昧なものとなっている。

逆転移についての論議では、Kernberg が言う所の全体的アプローチがかなり重要視されてきているが、逆転移を重視することの危険性についても指摘されている。Heiman (1950) は、逆転移は分析作業のための最も重要な1手段であり、患者の無意識を探究する道具となると、逆転移の有効性を強調している。また、Reich (1951), Racker (1957), Menninger (1959) らは、逆転移の有効性を強調しながらもその危険性について言及している。例えば Racker は、「転移と同様逆転移もまた最大の危険物であるし、それと同時に患者を理解する最上の手段であり、解釈する人としての分析家の役割を補助するものである」と述べている。

4. 1960年以降

この時期になると境界例を1つの臨床的単位として捉え、診断名として使用して行こうとする立場が明確に打ち出されてくる。その先駆けとなるのが Kernberg (1967, 1975, 1978) である。Kernberg は心理療法の実践の中で特異的でしかも安定した病的な自我構造が共通特徴として認められる一群の患者について、「そうした患者は神経症と精神病の間を浮動する状態にあるのではなく、特有な、安定した人格を有しているのである」として、「境界人格構造 (borderline personality organization)」という概念を提唱した (Tab 1 参照)。その診断基準が Tab 3 に示されているが、そこにおいても明らかなように、境界例が極めて力動的に捉えられており、対

Tab. 3 Kernberg の「境界人格構造」の診断基準

Perry & Klerman (1978) より引用

- I. 自我脆弱性の非特異的表出
 - A. 不安耐性の欠如.
 - B. 衝動抑制の欠如,
 - C. 発達した昇華経路の欠如.
- II. 一次的思考へと向きを変えること
- III. 境界人格構造に特徴的な防衛機制
 - A. 分裂 (Splitting)
 - B. 原始的理想化.
 - C. 投影の初期形態, 特に, 投影性同一視.
 - D. 否認.
 - E. 万能感と卑下.
- IV. 病的に内在化された対象関係

Tab. 4 Grinker らの「境界症候群」の診断基準

I. 共通特徴

- A. 激怒が主かそれとも唯一の感情.
- B. 感情的対人関係の欠如.
- C. 恒常的な自己同一性の欠如.
- D. 抑うつ的な生活.

II. 4 亜型の特徴

A. 第1型……精神病との境界

1. 場違いな、場に適しない行動.
2. 自己同一性と現実感覚の欠損.
3. 拒否的行動と怒りの表出.
4. 抑うつ.

B. 第2型……中核的境界例症候群

1. 他者との関わりへの揺ぎ.
2. 憤怒的行動化.
3. 抑うつ.
4. 自己同一性の非恒常性.

C. 第3型……適応しているが感情を欠き、防衛的な「かの如き (as if)」人間

1. 適応した適切な行動.
2. つけたしの対人関係.
3. 感情に貧しく自発性を欠く.
4. 引き籠りと知性化による防衛.

D. 第4型……神経症との境界

1. 依存的抑うつ.
2. 不安.
3. 神経症的, 自己愛的性格との類似性.

象関係論の知見を導入して、諸々の防衛機制をその診断基準の一部としている。さらに Kernberg はこうした考えを押し進め、神経症、精神病、境界例の鑑別診断を問題にし、1978年に構造鑑別診断を提唱している。

Grinker ら (1968) は境界例を症候群として拘えようと試み、初めての組織的研究を行い、その診断基準を提唱した (Tab 4 参照)。それによると、第1型で精神病との境界、第2型で「中核的境界例症候群 (the core borderline syndrome)」第4型で神経症との境界と、それぞれ「境界」という呼称を用いている。また、第3型は前述した as if personality を指している。Grinker らは「境界」ないしは「境界例」という用語を用いてはいるが、症候群として捉えようとするものであり、その用語に特徴的意味は持たせていない。

Balint (1968) は従来の精神分析技法の限界外にある患者の多くの特性を成人言語による伝達が通用しない原始的二人関係の特徴とする「基底欠損 (basic fault)」患者と呼び、その治療的アプローチについて考察している (Tab 1 参照)。その中では「境界」という言葉は用いられておらず、独創的な「基底欠損」という用語で見事に境界例の特徴が論述されている。

また、Masterson (1972, 1976) は境界例の病理を発達的に検討し、境界例を青年期と成人期に区別し、それぞれ治療論を展開している (Tab 1 参照)。青年期境界例においてはその発達停止を幼年期 (1才半～3才) にあるとし、この点の明確化を強調している。そして、その病理を Mahler の言う「分離—個体化 (Separation-individuation)」の失敗としている。それにより幼児は「見捨てられ抑うつ (abandonment depression)」を体験し、自我発達が停止される。そして青年期にこの見捨てられ抑うつを再体験する結果、病的防衛機制が働き、症状が形成されるとしている。

以上、この時期は前述したように多くの独創的研究が行われているが、境界例を診断名として確立しようとする動きは、Kernberg, Gunderson らを中心として進み、DSM-III (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed.) へと引き継がれて行った。DSM-III によると、境界例は「境界人格障害 (borderline personality disorder)」と「分裂病型人格障害 (schizotypal personality disorder)」の2種に分けられ、その病態に重みづけがされている。

このように見ていくと、1960年以降は境界例を人格障害として捉え、診断名として使用しようとする動きが中心となっている。しかし、Masterson, Balint らにみられるように、治療論についての報告も欠かすことはできない。

この時期の流れの中での「境界」の持つ意味については、すでにそれが失われていると言っても過言ではないだろう。Balint の言う「基底欠損」概念は境界例を見事に捉えている。「境界例」という呼称によって「境界」の持つ意味が誤解される恐れに比べれば、統一用語としてこの言葉を用いる価値はどこに見い出されるのかという疑問が生じてくる。

ここで逆転移概念の発展に目を向けてみる。そこでは、Freud の時代の古典的アプローチの警告を謙虚に受け入れつつ、しかもなお、全体的アプローチを指向して行こうとする動きが盛んになっている。さらにこうしたアプローチは特に、重篤な患者の治療に有効であると考えられてきている。Spotonitz (1969) は精神分裂病の精神分析の中で、また、Kernberg (1965), Chessick (1977) は、境界例の治療の中で、Searles (1979) は境界例、精神分裂病の治療の中でそれぞれ逆転移の有効性を指摘している。

Kernberg は境界例患者の治療において客観的逆転移を取り扱うことの必要性を強調し、それは患者の退行の程度を知る手掛りとなると述べている。また、治療中に治療者に生じてくる感情は、そのまま患者に同時に生じてくる可能性があり、それを取り上げることが治療につながると考えている。

また、Searles は、「逆転移はいかなる患者をも理解する上で最も妥当な接近法の 1 つを提供する」と述べ、「分析家に対する患者の転移イメージの奇怪な内容や構造だけでなく、患者のより精神病的な現実価値は、時々分析家自身の現実価値と同一性感覚を圧倒的に脅かす」と指摘して、境界例患者の転移により、分析家は精神病的になったり、患者の現実価値に近づいたりすると報告している。さらに、分析家が自己分析により、自らの同一性感覚の変化に敏感になると、「それは分析家自身の内部だけでなく患者の内部にも何が起きているのかを知る最も信頼できる情報源となる」と自らの体験を通して論述している。Searles はさらに進めて、分析家が効果的な転移解釈を境界例患者に行うことが極めて困難な理由として、「分析家からの言語化された知性に患者は無意識的に広く耳を傾けることはなく、患者の無意識においては、分析家は一個の完全な人間ではなく何か全く別の物になるからである」と述べ、境界例患者の治療における non-verbal な接近法を重要と考えている。

この時期の境界例概念と逆転移概念との発展を見るとその両者が並行していることがわかる。すなわち、境界例概念が次第に構築され、それを人格障害として位置づけ、さらに診断名として使用していこうとする動きが定まりつつあり、その治療論に論議が発展してゆくにつれ、逆転移概念ではその治療における重要性が強調されてきているのである。この両概念の並行する流れを神田橋 (1970) は次のように説明し、理論に対する警告を行っている。「境界例の治療においては、一見客観的な理論もその中に治療者の逆転移を含んでいる場合が多い」

境界例と逆転移について

前述したように境界例研究の流れは、逆転移概念の発展に輻輳するように動き、今日に到っている。境界例は元来、精神分析に適合しない患者への注目にその研究の端を発している。その時期の逆転移は、精神分析において治療上有効なものではないと考えられていた。Freud はそうした精神分析に適合しない患者についていみじくも、「私はこうした患者は好きでない。彼らは私を悩ます。そして、私から、さらにすべての人間からこうした患者が非常に遠い所にいるように感じる。こうした私の不耐性は明らかに私に、精神科医であることの不適合をもたらすものである (Roazen (1975) による)」と述べている。

けれども、この時期においても、Balint & Balint (1935) は、患者治療者間の相互作用は避けられないとし、また、Jung (1935) は、分析過程を「2 種の精神機構の相互作用である」と見なしていた (Adler (1967) による)。すなわち、逆転移は治療においては避けられないものであり、取り扱ってゆかねばならないと考えていたのである。Spiegelman (1982) によると、Jung は Freud より早く逆転移に気づいていた。Freud が自由連想法を用いて、主に神経症患者の治療を行ったのに対し、Jung は主に精神病患者の治療を対面法を用いて行ったが、それは、一面で、Jung が逆転移を積極的に評価しようとするものであったと思われる。こうした逆転移の重要性に対する評価は次第に高まり、境界例研究もそれと相伴って発展してきたものと考えら

れる。

ここで大きく視点を変えてみると、従来の精神分析に適合しない患者達が、治療者にこのような逆転移の重要性を気づかせようとして来たとも言えるのではないだろうか。そう考えてゆくと、精神分析が確立した時期から、その技法に適合しない患者達によって今日の境界例理論、治療論が発展してきたと思われるのである。この時期の患者が境界例患者であったかどうかの議論はともかく（少くとも、重篤な患者であったとは言えよう）、境界例に対する近年の関心の高まりは、何も境界例患者が近年増加してきているという事実のみに拠るのではなく、過去においてそうした患者の訴えが見過ごされ易かったのではないかという点にも注目して考えなければならないと思われる。

時代の流れと共に、社会の発展と共に境界例患者は注目されてきているのである。1960年以前にはそうした患者は屑籠的に取り扱われ、見過ごされ易かったのではないと思われるのである。現在の境界例研究は、その病態の重みづけを試みることにより、診断の細分化が行われつつある。しかし、理論が先行するきらいのある今、見過ごされてきた要因について顧みみることも重要であろう。逆転移概念を含めて考えてみる時、それは患者の訴え（あるいは治療における転移）であり、それに対する治療者の内的揺ぎ（逆転移）であると思われる。実際、異なる治療者によって同一の患者が境界例的特徴を顕わしたり、そうでなかったりする場合もあるのである。しかし、何も境界例理論が治療実践に全く生きていないと言うのではない。精神分析では、境界例患者を取り扱う場合、自由連想法を放棄し、対面法をとることが多くなっている。患者の訴えを正面から聞き、受けとめる素地はできている。ここで今一度、患者の訴えを、既成の枠にはめ込もうとする愚を犯すことなく謙虚に聞くべきであり、それと共に、治療者は自らの内的状態の変化に耐えず留意すべきであると思われるのである。

このように考えると、境界例患者は正に現代の心理臨床に警鐘を鳴らしているのではないかとと思われる。神田橋（1970）の次の言葉は「患者」と「治療者」の部分を入れ替えてみる時、一層深い示唆を与える。「境界例の治療においては、患者の言葉が歪んでいるために、コトバの水準で治療者患者関係を確かめてゆくことには限界があり、non-verbal communication を抱えてゆかねばならない。……治療中に起こってくる自分の不安、イラダチ、怒り、葛藤を手がかりにすることにより、それまで理解困難であった患者の言動のそのかくされた意味を洞察できることは非常に多い」。

境界例の現代的意味について

境界例研究の歴史的概観の中で論述したように、「境界例」という言葉は、神経症にも精神病にも含まれない患者を意味する、いわば屑籠的使用に始まり、人格障害として扱えようとする立場が明確になるに従い、「境界」の意味する所が失われてきている。しかも、この言葉自体の持つ曖昧さのために今なお、屑籠的使用がされているといった危険性も有している。「境界例」の持つ従来の意味が失われつつある今日、この語の現代的意味について考えてみることは意味あることに思われる。そこで、「境界」の有していた従来の意味から全く離れて、境界例の現代的意味について、いささか大胆ながら試論を展開してみたい。

境界例の病理を発達的に見た場合、発達停止は Mahler の言う分離—個体化期の第3段階に

あたる「再接近期 (rapprochement subphase)」にあるとされている。この再接近期は1才半～3才に当たるが、この時期に発達しようとする幼児に対し、母親が愛情供給を行わないため、幼児は見捨てられ抑うつを体験する。この時期の問題が解決されずにいると、10才～12才の前思春期になって、見捨てられ抑うつが再体験され、それを防衛する結果、境界例症状が形成されるというものである。

ここで母子関係についての論議はさておき、注目したいのは、1才半～3才という発達停止年令と10才～12才の前思春期という症状形成の時期である。

1才半～3才の全般的発達特徴は、言語の獲得と歩行の開始である。いずれも母親という安定基盤から外界へと踏み込むために必要なものである。この時期を順調に経過することが後の発達に大切なことは言うまでもない。こうした時期に発達停止があることを考えると、境界例患者は、外界への踏み出しという大きな変化のある幼児期から児童期への壁が乗り越えられていないと言っても良いだろう。ここで、幼児期と児童期の間にある境界という言い方をしてみると、すなわち、幼児期から児童期への境界が乗り越えられていないとも言えよう。

そして、さらに強調したいのは、前思春期という症状形成の時期が大人になる前段階に当たるという点である。大人になるということは、単に経済的に自立するとか、結婚するとか言ったような社会的現実的ことがらを意味しているのではなく、そうしたことに関連したより深い意味でのものであり、精神的に大人になることと言っても良いであろう。現代は、諸家によって述べられているように、大人になることの困難な時代と言える。河合 (1983-a) は大人になることの難しさについて、イニシエーションという視点から明快に論じている。また、モラトリアム、ピーターパン症候群などの言葉にみられるように、大人になることをなるべく延期しよう、あるいは大人になりたくないという考え方がこの時期の若者達の間には波及している。こうした時期を乗り越えることは現代の課題の1つとも言える。境界例患者は正にこうした時期の嵐のまっただ中にいるのであり、大人になることの壁、すなわち境界を乗り越えるため必死になっているのではないかと思うのである。境界例患者と会っていると、時として患者の中に、ある種の非常な純粋性を感じることが多い。それは我々成人が大人になるまでに捨て去ってきた、あるいは妥協により失ってきたもののように思うのである。境界例患者は治療者のそうした弱点を見事に突いて迫ってくる。そのことで治療者に何かを訴えようとしているように思える。境界例患者を、「大人への境界にぶつかり、もがき、苦しんでいる人」として理解することはできないだろうか。

境界例患者と治療者との間には、発達のみにても存在する世界が異なっているのであり、そこに境界があるのは当然とも言える。境界例の治療においては、言語による相互理解は困難であると言われているが、患者の用いる言語は我々の日常理解のレベルでは及びもつかないものであって、同じ言葉を用いているにも拘わらず、その言葉にこめられた言外の意味は我々の日常会話理解をはるかに越えるものなのである。

このように考えると、境界例患者は、幼児期から児童期の境界を乗り越えられず、思春期において大人になる境界にぶつかり、もがき、苦しんでいる人と言ってもよいのではないか。河合 (1983-b) は「人間はすべて生と死との間の僅かな境界に生を受けている存在である」とし、「このような境界性を意識することなくしては境界例患者の治療はできないのではないか」と指摘している。ここで「死」という問題について考えると、それは発達のみにて、思春期と老人期の主

要なテーマとなってくる。我々は死後の世界について語る言葉を持たないが、死は身体が活動を停止することにより訪れるものであることは認識している。河合(1983-b)は我々が生と死の間の僅かな境界にある存在とした上で、「一応ノーマルと言われている人は、このような境界性をあまり意識することなく、安定して生きているのである。しかし、考えてみると、境界例の人の感じている強い不安は、このような人間存在に本来的にそなわっているのかも知れないのである」と述べている。ノーマルと言われている人が安定して生きているのは、死が全ての人間に訪れるものであり、かつ死後の世界については知らない訳であるから、考えてもどうなるものでもないといった思いが我々にあるからかも知れない。しかし、思春期の人は正に人間存在そのものに問題を投げかけ、苦悩するのであって、死という問題に直面するのもうなづける。ここで、老人期の死を身体的活動停止という次元で考えると、思春期の死は精神の活動停止と考えられるかも知れない(もちろん、老人期の精神的問題を見過ごしている訳ではない)。しかも、思春期の人はこのような死の世界、すなわち大人の世界を伺い知ることができるのである。思春期の若者の立場に立って現代の大人の世界を眺めてみると、彼らが大人になりたくない(死にたくない)と思うのも不思議なことではないだろう。何も大人社会を批判しているのではない。こうした思春期の境界にもがき、苦しむ人々の姿を我々は何らかの警告と受け止めなければならないと思うのである。Jung の取り扱った人生後半の問題はすでに思春期にまで浸透してきている。境界例が相当な注目を浴びている今日、境界例の持つ現代的意味を考えずして、この問題と取り組んで行くことはできないであろう。生と死の間の僅かな境界の中にある大人になるという壁の境界でもがき、苦しんでいる人の姿に境界例の持つ現代的意味を感じるのである。そして我々は自らの境界性について考え、真の人生の意味を見い出す努力をしなくてはならないと思われる。

終 わ り に

境界例に関する筆者のこれまでの理解を示してきたが、今後臨床経験を積み重ねることにより、理解の仕方に誤りがあると気づいたり、さらに深い理解に到ることもあるだろう。「境界例の現代的意味」については今だ試論の段階であり、多くの疑問も残されている。筆者の理解は何も境界例に限らず他の診断名の患者にも言えることかも知れない。今後一層検討してゆかねばならない。

境界例患者に限らず、心に悩みを抱く人の話を聞いていると、治療者自身についても実に多くのことを教えられるように思う。治療とは、正に患者—治療者の相互関係のあらわれであると今さらながら実感させられる。

人間の身体と外界との境界は多く認められる。皮膚、眼、鼻、口、耳など。しかし、Green (1977) も言うように、人間の精神の境界は何であるのか、その境界の扉を流れるものは何によってコントロールされているのか。このように思いをめぐらせると、境界は真に人間存在に関わる深淵な問題になってくる。境界例患者はそうした問いかけを我々にしているように思われる。

文 献

- Adler, G. 1967 Methods of treatment in analytical psychology. In: Wolman, B. B. ed., Psychoanalytic Techniques. New York Basic Books.
American Psychiatric Association (3rd ed.) 1980 Diagnostic and statistical manual of mental

- disorders. (Third Edition) Washington, D. C.
- Balint, M. and Balint, A. 1939 On transference and countertransference. *Int. J. Psychoanal.*, 20, 223-230.
- Balint, M. 1968 The basic fault. London, Hogarth. (中井久夫訳 治療論からみた退行, 金剛出版).
- Capponi, A. 1979 Origin and evolution of the borderline concept. In : LeBoit, J. & Capponi, A. eds. *Advances in Psychotherapy of the Borderline Patient*. 63-147. New York, Jason Aronson.
- Chessick, R. D. 1977 Intensive psychotherapy of the borderline patient. New York, Jason Aronson.
- Clark, L. P. 1919 Some practical remarks upon the use of modified psychoanalysis in the treatment of borderland neuroses and psychoses. *Psychoanal. Rev.*, 6, 306-308.
- Deutsch, H. 1934 Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanal. Q.*, 1942, 11, 301-321.
- Federm, P. 1947 (1949) Principles of psychotherapy in latent schizophrenia. *Psychiatric Q.*, 23.
- Freud, S. 1910 The future prospects of psychoanalytic therapy. *Standard Edition*, 11, London, Hogarth Press. (古沢平作訳 精神分析療法の今後の可能性, フロイド選集15, 日本教文社).
- Green, A. 1977 The borderline concept. In : Hartocollis, P. ed. *Borderline Personality Disorders*, 15-44. I. U. P.
- Grinker, R. R., Werbie, B., and Drye, R. 1968 The borderline syndrome. New York, Basic Books.
- Heiman, P. 1950 On counter-transference. *Int. J. Psychoanal.*, 31, 81-84.
- Hoch, P. H. and Polatin, P. 1949 Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatric Q.*, 23, 2, 248-276.
- 皆藤 章 1983 境界的に関する研究. 京都大学教育学部修士論文.
- 神田橋條治 1970 境界例の治療. *精神医学*, 12, 486-491.
- 河合隼雄 1983-a 大人になることのむずかしさ. 岩波書店.
- 河合隼雄 1983-b 境界例の心理療法について. 京都大学教育学部心理教育相談室紀要, 10, 1-3.
- Kernberg, O. F. 1965 Countertransference. *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 13, 38-56. In : *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. 1975, New York, Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. 1967 Borderline personality organization. *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 16, 641-685.
- Kernberg, O. F. 1975 Borderline conditions and pathological narcissism. New York, Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. 1978 The diagnosis of borderline conditions in adolescence. *Adolescent Psychiatry*, 6, 320-338.
- Knight, R. 1953 Borderline states. *Bul. Menninger Clin.*, 17, 1-12.
- Masterson, J. F. 1972 Treatment of the borderline adolescent. New York, John Wiley & Sons. (成田善弘, 笠原嘉訳, 青年期境界例の治療, 金剛出版).
- Masterson, J. F. 1976 Psychotherapy of the borderline adult. Brunner & Mazel.
- Menninger, K. 1959 Theory of psychoanalytic technique. *Original English Language*, ed. New York, Basic Books. (小此木啓吾, 岩崎徹也訳 精神分析技法論, 岩崎学術出版社).
- Perry, J. C. and Klerman, G. L. 1978 The borderline patient. *Arch. Gen. Psychiatry.*, 35, 141-150.
- Racker, H. 1957 The meanings and uses of countertransference. *Psychoanal. Q.*, 26, 303-357. In : *Transference and Countertransference*. 1968 London, Hogarth Press. (坂口信貴訳 転移と逆転移, 岩崎学術出版社).
- Reich, A. 1951 On counter-transference. *Int. J. Psychoanal.*, 32, 25-31.
- Rickman, J. 1928 The development of the psychoanalytic theory of psychoses. London, Tindall and Cox.
- Roazen, P. 1975 Freud and his followers. New York, Knopf.
- Schmideberg, M. 1959 The borderline patient. *American Handbook of Psychiatry*, 1, 398-416.

- New York, Basic.
- Searles, H. F. 1979 Countertransference with the borderline patient. In: LeBoit, J. & Capponi, A. eds., *Advances in Psychotherapy of the Borderline Patient*. 309-346. New York, Jason Aronson.
- Spiegelman, J. M. 1982 Personal Communication.
- Spotonitz, H. 1969 *Modern psychoanalysis of the schizophrenic patient*. Grune & Stratton. (神田 橋條治, 坂口信貴訳 精神分裂病の精神分析 岩崎学術出版社).
- Stern, A. 1938 Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. *Psychoanal. Q.*, 7, 4, 457-489.
- Winnicott, D. W. 1958 Hate in the countertransference (1947) In: D. W. Winnicott *Collected Papers*. 194-203. Tavistock Publications.
- Zilboorg, G. 1941 Ambulatory schizophrenia. *Psychiatry*, 4, 2, 149-155.

(博士後期課程)