

境界性人格障害の事例を通して見た来談者中心療法の考察

藤 中 隆 久

A Discussion of Client-Centered Therapy (CCT) from the Application of CCT to a Borderline Personality Disorder (BPD)

Takahisa FUJINAKA

(Received September 1, 2000)

The author had some impressions about a client with Borderline Personality Disorder (BPD) from his experience of Client-Centered Therapy (CCT). These impressions are as follow:

- ① The client did not hold both negative and positive transference against the therapist.
- ② The client did not act against the therapist.

The reasons there are no transference and a violent acting out in their therapy are discussed. First, the specific space between client and therapist was made by CCT. That space is like that between mother and infant. Second, the therapist acted toward the client in this specific space as an unusual self, which is united self of the unusual and usual self. From the point of view of these two reasons, the reason why CCT was beneficial toward BPD is discussed. The conclusion is that because the clients of BPD failed to unify the good mother and bad mother, the clients developed their personality through their experience of the encounter with the two selves of the therapist.

Key words : Client-Centered Therapy, Borderline Personality Disorder, transference.

【問題と目的】

以前は、精神病と神経症の中間（ボーダーライン）として定義されていた境界例は、その後、多くの研究が蓄積され、グリーンカーやカーンバーグ等によって、それが人格的な問題と位置づけられて後は、人格障害として定着してきている。また、多くの臨床家に信頼されてきた診断基準である DSM-III においても、境界例は人格障害として位置づけられるようになり、現在の DSM-IV で、その状態像もかなり明確になってきた感がある。

カーンバーグ等が、それを人格的な問題としてとらえた背景には、精神分析理論がある。カーンバーグによれば、境界性人格障害は、幼少期に「良い母親」と「悪い母親」の統合がうまくいかなかった事に原因があるという。幼児期にその統合に失敗したため、思春期以降、DSM-IV で「理想化とこき下ろしとの両極端を揺れ動くことによって特徴づけられる」と表現されているような不安定で激しい、つまり、分裂（splitting）といわれるような対人関係の特徴を、この患者は持つというのである。また、マスターソンによれば、この患者の問題は、幼少期の分離・個体化に端を発していると言うことである。つまり、幼少期に母親から分離し個体化してゆく過程での失敗が、思春期以降、対人関係の問題として顕在化するということである。分離に問題を抱えているこの患者は、従って、常に「見捨てられ不安」を抱えており、それが、思春期以降、DSM-IV で「現実には、又は、想像の中で見捨てられることを避けようとする気違いじみた努力」と表現されているような「見捨てられ抑うつ」となって、この患者の基底の感情を支配し、その結果対人関係を不安定なものにしているということである。そのほかにも、アドラーが唱えた、母性愛の欠乏による発達の欠陥理論などもあるが、これも精神分析的病因論といって良いだろう。こ

のように、この障害の病因論としては、精神分析理論の貢献が大きい。

境界例人格障害の病因論が、精神分析理論にその多くを負っているためか、治療理論としても、現在のところ精神分析療法が多くの貢献を果たしている。精神分析的療法に限らず、この障害の治療法として現在おおむね了解されている事柄としては、治療構造枠の設定（限界設定）、治療目標の設定、治療同盟の確立、等が挙げられようが、精神分析的な精神療法は、これらの事柄をすべて含んだ上で、以下の二つのアプローチに集約される。それが表出的療法（洞察的療法）と支持的療法である。

ところが、この二つのアプローチは、精神分析的見地からしてみれば、従来は対等な療法というわけでもないはずである。なぜなら、精神分析とは洞察を伴わねばならないので、その意味からすれば、洞察に至ることを直接の目的としない支持的療法は、いわば次善の策とも言うべきものとなるのである。従って、表出的なアプローチによって患者の陰性の転移感情をとらえるべきであるとした、カーンバーグの主張は、精神分析の正統派の考え方から出てきた、極めて当然の帰結ということが出来る。しかし、その後、表出的アプローチの危険性を指摘し、必ずしも、支持的アプローチが不適切ではないという主張をマスターソンやアドラーがして以来、支持的療法の価値も大きく見直されてきている。Horwitz (1999) は、この両者の関係を、Meissner (1988) が述べる、境界性人格障害にもスペクトラムがあり、その程度によってどちらの療法がふさわしいかが決まる、という考え方も援用しながら、結局、良い治療過程では両方の技法を一人の患者にも必要に応じて適切に用いているものであるから、どちらがよいとは一概には言えないと述べ、やはり支持的療法に大きな価値を見い出している。

このように現在のところ、この両技法はそれぞれに説得力を持っているのではあるが、しかし、境界例が、人格の問題としてとらえられるのなら、それを治療するという働きかけも、根本的には非常な困難性を持つのは当然であることを、忘れてはならない。

なぜ、境界例を人格の問題と捉えた時に治療は困難であるという結論に到達するのか。それは、ふつう精神療法においては、人格は治療の対象にはならないからである。治療とは、本来何らかの症状に対してなされるものであろう。しかし、人格とは、ニュートラルなもので、症状ではないから、治療する対象とはなりにくい。林 (1991) は、この点について、「修正されるべき治療の焦点が、患者の尊重されるべき人格の特徴である」という人格障害治療におけるパラドックスを指摘している。また、神庭 (1999) も、「ヒステリーと診断をつけたら治さなきゃいけないと言われましたけど、ボーダーラインと診断をつけたら治せなくてもいいんだという……それはすべてパーソナリティの問題、人格が出来ていない患者の問題であり、患者の愚行として治療責任を放棄するという立場も考えられる」と述べ、人格障害が治療という概念となじみにくいことを指摘している。

従って、臨床家が治療的に人格障害に関わる場合には、まずはじめに、薬物依存であるとか摂食障害であるとかうつ状態であるとかいった症状と関わり、そのうちに、その背後に人格障害が立ち現れて来るというケースが多いはずである。はじめから人格そのものを治療の対象とすることはまれであろう。

では、境界性人格障害に対して治療的アプローチがなじみにくいのなら、治療的以外のアプローチはないのであろうか。人格に対して、治療以外の有効なアプローチとは一体いかなるものであろうか。

そこで考えられるのが、来談者中心療法なのである。来談者中心療法は言うまでもなく、口

ジャーズによって提唱された心理療法であるが、そこに示されている臨床観は、治療モデルというより、成長促進的モデルと言ってよいであろう。ロジャーズが考える心理療法とは、症状を治療するというよりも、むしろ、人格的な成長を目指すというニュアンスがある。人格が成長するとは、カウンセラーがクライアントを成長させるのではなく、あらゆる人間に備わっている（と言うことは、当然クライアントにも備わっている）実現傾向を信じながら、カウンセラーはその援助者として機能することを目指すということである。そのためには、カウンセラーが、クライアントに対してどのような態度を取ればよいのかを示したのがロジャーズの理論と言って良いだろう。このロジャーズの臨床観は、非常に教育色の強いものであり、事実、ロジャーズは、そのようなカウンセラー的な態度を教育場面に適応することも試みている。

人格とは治療する対象ではなく、それを成長させ形成してゆくべきものであるなら、人格障害に対しては、治療を目指すというよりも、人格形成とか人格の成長を目指すという、教育的な方向性がおそらくより適切なのではないのだろうか、従って、その方向性を指向している来談者中心療法は、理論上は人格障害に対して、非常に適切なアプローチであるといえる。

しかし、では、そもそも来談者中心療法とは、一体どのような療法なのであろうか。この問い掛けには、実はかなり厄介な問題が含まれている。例えば精神分析療法の場合には、明確な基準があり、また、精神分析的な精神療法と言った場合にも、そこにはある程度のアウトラインがある。行動療法、家族療法、箱庭療法、記憶療法などと言った場合も、つまり、ほとんどの心理療法においても、これは同様であろう。ところが、ロジャーズ派とか来談者中心療法と言った場合には、そこにこの療法に特有の技法が存在して、それはいかなるものであるのか、と言ったようなアウトラインがとたんに不明確なものになってしまう。もちろんこの療法にもいくつかの技法がないわけではないが、必ずしもその技法を使わなくても、やはり来談者中心療法でやっていると言いう言い方は成り立つ。つまりアウトラインが明確とは言い難いのである。これは言い換えれば、来談者中心療法には、具体的な技法がなく、精神論的、抽象的であるということにもなりかねない。心理療法が、具体的な方法論を伴わない抽象論の域のものである限り、それはいずれ、衰退してゆくであろう。事実、諸富（1997）は、来談者中心療法について、「我が国においても、ロジャーズ派を標榜する臨床家は確実に減少しつつあり、この立場に立つことを明示した研究論文もごくわずかししか発表されていない。つまり、一つの学派としてのクライアント中心療法は終焉を迎えつつあり、カウンセリングの基本的な人間観や態度、技法を支えるものとしてかろうじてその命脈を保っているというのがこの立場が現在おかれている実状なのである」と現状を分析してみせる。ここに述べられているように、来談者中心療法は、様々な技法の基礎にある精神や人間観を提示することで貢献したことにより、もはや、その歴史的役割を終えたということなのであろうか。

そこで本稿は、境界性人格障害と思われるクライアントに対してなされた来談者中心療法的なカウンセリングの1事例を取り上げ、境界性人格障害における来談者中心療法の治療メカニズムを考察し、さらには、「来談者中心療法とは何か?」といういささか大きなテーマをも論じることを目的とする。境界例に対するアプローチは治療モデルより、成長促進モデルの方が適当であるがゆえに、成長促進モデルの代表である来談者中心療法の本質が、境界性人格障害の事例を通して見ることでより明確になると思われるからである。いかなるメカニズムによって境界例の人格促進は援助されると考えられるのか、また、そのためにはどのような方向性を目指すべきなのか、

を考察するのである。このようなことが分かれば、来談者中心療法が、精神論、抽象論に陥らず、現実的な心理療法として有効に機能してゆくであろう。現在、来談者中心療法を再び捉え直そうという動きが、活発である。屋上樓を重ねるがごとき論とならないようにしたい。

なお、ここで取り上げる事例は、クライアントのプライバシーを考慮し、事例研究としての意味を崩さぬ程度にかなりの加工を加えたものであることを付け加えておく。

【事例の概要】

来談時 24 歳，女性。199x 年 5 月から翌年 1 月まで週に 1 回の継続的カウンセリング。

初回の主訴は、対人不安とバイト先の人間関係についてである。高校卒業後実家を離れて、大学に進学するも、心身の不調から休学。その時はじめて心療内科にかかる。そこで、カウンセリングを受けたかったのだが、あまり、主治医が話を聞いてくれるような雰囲気ではなくて、2 回ほどで行くのをやめた。その後、大学は中退して、実家に戻ってきて、現在に至るまで、家族と同居している。筆者の元に来談する以前に、数カ所の精神科クリニックにかかっている。長いところは 2 年間通院していた。そこでは、結局主治医との折り合いが悪くなり、中断した。家族は両親と祖母と本人が同居。幼少時より家族との絆の薄さを感じていた。来談時は、1 週間前からアルバイトをはじめたばかりで、それ以前は、引きこもりのような生活を続けており、週に 1 回病院に行く程度の外出であった。過去に数回の自殺未遂がある。

【事例の経過】

初回面接で、アルバイト先の対人緊張を訴える。「パートのおばさんが二人いて、そのうちの一人に特に緊張する。また、お客さんに対しても、緊張感がある」「幼少期より母親の悩みを自分が聞いてきた。それでいつも自分がしっかりしないといけないという気になっていた」「顎の関節がおかしい、肩から腕にかけて重い」などの症状を訴える。話す内容の焦点が不明確で、こちらの質問に対する答えも、的をはずれている。話がまとまらず、途中で混乱する。今後、文脈に沿った話のやりとりが出来るように、少し会話の練習をすることにする。「会話がうまく出来るようになれば、自信がついて緊張感もなくなると思う」とクライアントが提案したことを受けた形でもある。

その後の面接では、たびたび、身体的な不調を訴える。顎のことや右肩から腕にかけてのしびれのこと。また、職場の二人のおばさんに対する緊張感や以前に通院していたクリニックに対する不信感などをずっと話し続ける。この間、話があちこち飛ぶので、そのたびに、これが会話の練習になると思い、軌道修正を筆者がして行く。「会話というのはやりとりだから、私がしゃべったことを、あなたが理解し、それに対してあなたがどう思うかをよく考えて、そして私に返して下さいね。そのあなたの言葉に対して又、私が受け止め理解し感じたことを返す、と言う双方のやりとりによって会話は成り立つのですから。そういう努力をまずは意識的にしないと、会話がかみ合わないと思います」と伝える。クライアントはそのたびに、意識的に、話をやりとり

する努力をしている様子うかがえる。しかし、しばらくするとまた、筆者の話を受け取らず、自分の話したい方向へと、無意識に話を持って行く。「意識して、キャッチボール、キャッチボール」などと言う声掛けをそのたびにしていた。

ある日の面接で、バイト先の二人のおばさんについて、「一人の方は、気さくな感じで色々話しかけてくるので苦手、もう一人はそんなに頻繁に話すわけでもないが、ときどき話しかけてくるので、それくらいのほうがいい」と言う。筆者は、「どうして気さくな人が苦手なの？」と尋ねると、「人から話しかけられるのはもともと苦手だから」という答え。「だからどうしてそれをあなたが苦手と感じるのか？」と尋ねると、「もともと苦手だから」と平行線。「じゃあ、その苦手をどうにかしようとしてここに来てる訳なのだから、どうすれば苦手でなくなるんだろうね？」と筆者が尋ねると、「私は表現力がないから、人に対して、どう話してよいかわからない、話し方教室のようなところででも行ってみようかと思っている」と答える。この答えには、筆者はいささかの失望感を覚えた。（その話し方を今ここで練習してるんじゃないのか。ここで今している会話の練習はなんなんだ）という気持ちと、（問題の本質は、そういうところにあるのではないのに、表現力のせいにして本質に目を向けようとしていないじゃないか）という気持ちからである。クライアントに対して、このとき感じた失望感を、「今、ここで、そのために会話の練習もしてるんじゃないの。あなたの問題は、そうやって問題の本質を表面的に捉えようとすることにあると思う」と伝える。しかし、この頃は筆者としてもやや直面化を促すことを焦っていたようである。又、身体的な不調については、一度、口腔外科や形成外科に行ってみることも勧める。

やがて、アルバイトの期間が終わったので、人間関係や対人不安の話はなくなる。別のアルバイトを捜してはいるが、結局この時以来、アルバイトにつくことはなかった。面接に行こうと思うと、体調が悪くなったり（顎と右肩あるいは全身の筋肉がだるいなど）、話し方が下手なので、面接が出来ないとも思っていく気にならなかつたりするためであると本人は話していた。口腔外科と形成外科には行った。どちらも数カ所行ったが、異常はないと診察された。そのたびに、「ホントにちゃんと調べてくれたのか、異常のないはずがない」と激しい口調で言って、医師とトラブルを起こす。「もし、異常があり、それが原因でもっと大きな病気になり死んだりしたらどう責任をとってくれるのか」と医師に詰め寄り、「そんなマイナス思考はよくない」とたしなめられる。筆者は、そう詰め寄せられた医師たちの気持ちに共感できるような気がして、苦笑しながら、「そんなこと言って、先生たちは困ってなかった？」と聞くと、「なんだか、怒りでふるえてた先生もいました」と答える。「ほんとに詰め寄せられた先生たちの気持ちも分かるよ」と話すと、「でも、私の気持ちはどうなるのですか」と聞き返すので、「そりゃそうだ、あなたの気持ちだっておさまらなかつたよね。あなたの気持ちも、先生の気持ちも、私の気持ちも、みんなそれぞれ言い分があつて、みんなおさまらない思いを抱えながら…、結局何がどうしてこうなってしまうのかねえ」とあきれ半分ながら答えた。実際、我ながら、何がどうしてこうなってしまうのか、誰か説明出来る人がいればして欲しいという心境であった。

以前かかっていた精神科の医師についての非難も毎回激しかった。「そこに2年間も通院しながら、結局先生は全く自分のことを分かってくれようとしなかつた。あまりに、分かってくれないので、悔しくて泣くと、『あなたが泣くと面接にはならないから』と言ってそこで面接が終

わっていた。あのときなんで先生は、泣いた私に取り合ってくれなかったのか。あの先生は、私のことを治そうとしていたんだらうか。悪くしようとしていたようにしか思えない。私がこうなったのもあの精神科医のせいだ」と言う。そして筆者に、「〇〇先生（以前の精神科医の名前）は、私を悪くしようとしてたのですか？」と尋ねる。怒りの感情は含まれてはいるが、しかし、その口調は決して激しいものではなく、自分で本当にそう感じていることを、筆者に同意してもらいたいという雰囲気であった。筆者は、「あなたが〇〇先生のことをそう感じてしまうくらい、悔しかったというのはよく分かりました。私は、あなたにそんな感じをもたれないようにしっかりとあなたのことを理解するように努めます」と伝えた後、「しかし、自分の患者を悪くしようとする医者はいないと思うよ」と、客観的判断を伝える。

自分の親についての思いも多く語った、「母親はとても口数の少ない人で、私ともほとんど話をしたことがない。親と話をせずには育った子どもは精神的に不安定になると言う本を読んだことがあるが、私の今の状況も親が原因だと思う。もともとは、明るくて勉強だって良くできる子どもだったのに、親のせいで人生をめちゃくちゃにされた。もっと親が親身に私と話してくれていたら、私も話がうまくなって、人からもバカにされたりしなかったはず」と、話し方の問題を親の問題として今の状況を捉えている。筆者としては、少しはクライアントが、自分自身の内面にも目を向けた上で、今の状況を捉えるようになって欲しいのだが、面接の回を重ねても、一向にそういう方向に進みそうもないので、いらだちを覚える。しかし、また、焦ってはいけなくとも思うし、クライアントのそう感じている悔しさにも共感していたので、「確かに、もっと親と話が出来たら良かったね。あなたがそう感じてるつらさ、悔しさを私はしっかりと受け止めようと思ってますよ」と返し「でもね、今の状況は確かに親かもしれないけど、すべてが親のせいだとも思えない。それを、すべて親のせいにしてしまう、あなた自身のそのような考え方にも、何か原因があると思いませんか。話し方の問題についても、じゃあ、もし話し方がうまくなれば、あなたの対人不安は消えて対人関係は良くなるんだらうか」と尋ねると、しかし、クライアントは「私は絶対親のせいだと思う。〇〇先生は、『親は関係ない』ってよく言ってたけど、絶対親のせいだと思う。親のせいであることは確かでしょ。どうなんですか」と詰め寄ってくる。筆者は、「まあ確かとも言えるし、確かじゃないとも言える」などといささかとぼけたようなことを言った。この答えは、故意にはぐらかしたわけでもないのだが、クライアントは「先生は、今、はぐらかそうとしてるでしょ」と、追求をゆるめてくれない。仕方がないので、「そうそう、はぐらかそうとした。でも、人生、はぐらかすことだって大事でしょ」などと、またしてもはぐらかしとも、あるいは開き直りとも取れるようなことを言った。内心、（なんでこんなことになるのだらう、もういいだらう）と思っていたが、しかし、（これほど親を攻撃しなければいけないくらい、苦しかったのだらう、そういうクライアントの苦しさをやはり、誰かが聞いてゆくべきだらう）とも思ったので、「でも、あなたの苦しさは分かるような気がしますよ。随分とつらかったし苦しかったんでしょね。でもね、だからといって、すべて親が悪い、ほんとにひどい親だったねって、今ここで私が言ってみたとこで、状況は変わらないじゃないですか。私は、あなたに今の状況を乗り切ってもらいたいと思ってるし、そのためにはやっぱり自分で何とかするしかないんですよ。あなたのそういう悔しさやつらさは、私なりにしっかりと受け止めてるつもりですよ。その上で、あなた自身にここを乗り越えていってもらいたいと思ってこういうことを言ってるんです。」と言ったところ、クライアントは無言であった。しばらく沈黙が続くが、やがて、「そういうことなら嬉しいです」と言った。なんだかこれでこの日の話はうまく終わったような

気がしたので、「じゃあ、今後はそういう風に考えて見ようね」と言ったのだが、今後もそうはいかなかった。

この後も相変わらず、親に対する気持ちと、以前の精神科医に対する気持ちを毎回の面接で語り続ける。クライアントとしては、どうしても、「〇〇先生は間違っていた。〇〇先生は、自分を治す気などなかった」という意見に同調して欲しい様子であった。筆者は、そういう話につき合うのにも困ってはいるが、クライアントのこの一貫した態度にいささか感心する部分もあり、(もう、この際この話をずっと腰を据えて聞き続けるしかないのかな、それも仕方ないけど、でも、出来れば違う話をしたい)という思いを込めて、「本当は私としても、あんまりそういう話は聞きたいとは思わないよ。そもそも〇〇先生のごことは全く知らないで、意見を求められても、コメントもしかねる。きっと〇〇先生にも言い分があるだろうから、あなたの言い分と〇〇先生の言い分を両方聞いてはじめて、どちらの言い分が正しいのか判断が出来る。あなたからの話だけでは、どちらが正しいのか私も判断できない。〇〇先生が悪いかどうかなんてことは、私には分からない」と告げた。しかし、そうは言ったものの、そんな客観的な正論を言ったところで何もならないことは分かっていた。(結局、クライアントは、『自分の気持ちを受け止めてくれた』という思いを持ってなかったのだろう)と思い、「あなたをそういう気にさせたということは、つまり、あなたのつらさを受け止めてくれなかったということで、その精神科医にも原因はあるかもしれない」とコメントした。ただし「こうなったのが親や精神科医のせいだと言ってるだけでは、問題は解決しないと思います。このままでは、あなたからみんな離れて行くよ」と付け加えていた。

この少し後に、〇〇先生のところに行って、「先生は、私を見捨てたんじゃないか。私の2年間を返して欲しい。いつも、私の話なんか、本当はうっとうしいとしか思ってなかったでしょ、だから私が泣くと面接を終わらせてたんじゃないか。今の先生は(筆者のことである)私に対して随分と厳しいことも言うが、それでも、そういうことでも言ってくれるだけ良い」と苦情をぶちまける。そう言って〇〇先生の前で随分と泣いたようである。このとき筆者は、クライアントに対して(そんなこと勝手に、〇〇先生に言ってもらったら、困るなあ)と思っていたのが、そういう気持ちが見透かされたのか、クライアントは筆者に対して、「でも大丈夫ですよ、安心して下さい。藤中先生という名前は出しませんでしたから」と付け加えた。〇〇先生以外にもいくつかの精神科や心療内科にもかかっていたのだが、それらのところでも過去に面接を断られたり、怒鳴られたりしたので、「いずれ、お返しに行きたい」とも言う。自分をみんなが見捨てたので、そのことを一言でも言いに行きたいと言う。「そんなことしないほうがいいよ」と言うと「どうしてですか、藤中先生の名前は出さないんだから、迷惑かけないからいいじゃないですか。」と言う。(そういう問題じゃないだろ)と思いつつも、「こっちの気も知らないで」と今まで思っていたけど、少しは、こっちの気も分かってくれてるんだ)とわかり、少し嬉しかったのも事実である。

このようにして、ほぼ8ヶ月の間、面接が行われたが、前半は、対人不安並びに話し方の練習と、自分の過去の話をして、そして後半の話題は、ほとんどが親と精神科医の〇〇先生についてであった。クライアントは、「毎回、ここに来る前にはもっと別の話もして、先生から、アドバイスをしてもらったりするのが本当の面接じゃないかと思うのだけど、来ると、なぜか、同じ話

をしてしまう。毎回毎回よくも、同じ話ができると自分でも不思議だけど、ここに来るとせずにはいられなくなる」と言っていた。筆者は、「あなたが、それをせずにはいられないというのなら、やっぱり、それは、何かの必然性があるってしてるのだろうから、それはそれでいいですよ」と言う風に言っていた。確かに初期の頃は、筆者も、話し方の練習をするという名目でクライアントに話をしてもらい、そこから問題を分析し、クライアント自身がそれに直面化する事で、面接を進行させてゆきたいと思っていたが、後には、(この人のこういう話を今まで誰も、真剣に聞いてくれなかったのだろう)と思い直し、心理療法を進めてゆこうという考え方はだんだんと少なくなっていく。しかし、一方でカウンセリングとか心理療法が一向に進展しないことに、(困ったなあ)と言う気持ちが、全くなくなったという訳ではなかった。

そのように、面接で同じような話を毎回交わしながら時間が過ぎてゆき、そして、9ヶ月程度たった頃、何回かのキャンセルの連絡が連続してあった後に、クライアントは筆者との連絡を絶ち、面接が中断してしまったのである。

【考 察】

以上の事例について、境界性人格障害の治療法としての来談者中心療法についての考察を以下に進めてゆきたい。

本事例の面接の特徴として、次のような項目を挙げることが出来るだろう。

- ①中断したこと。
- ②8ヶ月続いたこと。
- ③様々な転移が起こらなかったこと。
- ④表出的アプローチが取れなかったこと。(もっとも、このアプローチは、もともと指向していたわけではない)
- ⑤筆者が焦っていた、心理療法の進展も見られなかったこと。
- ⑥境界例に見られるような行動化や、感情の爆発などが、筆者には向けられなかったこと。

まず、①②についてであるが、やや支持的療法に近いニュアンスを持つ探索療法を唱えたガンダーソンは、境界例の治療率について、6ヶ月で半数が脱落して、1年で3/4が脱落することを述べている。それからすれば本事例は、ほぼ平均的な事例であり、当然成功事例とは言えない。しかし、事例とは成功ばかりとは限らず、失敗例からも学ぶべき点は多くある。特に境界例に関しては、上の数字からも明らかなように失敗事例の方が圧倒的に多い。従って、その多くのケースがなぜ失敗したのか、又、失敗であったにしても、その中にも何か得るべきものはなかったのかを考えることは必要なことなのである。しかしそういう理由以上に、本事例は十分に検討に値する事例であると思われる。なぜなら、事例の成功とか失敗とかはいわば結果であり、つまり、結果的に失敗ではあったにしろ、部分的にはあるいはプロセスとしては成功であった事柄もある。本論文の趣旨は、来談者中心療法が境界例人格障害者の治療に成功した事実を示すことによって、その有効性を論ずることではない。他の障害の事例よりも境界例の事例を通して見ることによって、より明確になるであろう来談者中心療法の特徴を論ずることが目的であるから、結果としての成功、失敗はあまり関係がない。むしろ、面接を進めてゆくプロセスにおいて何が起こったの

かの方が、大事なのであり、それが分かれば、来談者中心療法とは何かも分かるのである。

そういう意味では、本事例における、③転移が起こらなかったこと⑥行動化や感情の爆発が筆者には向けられなかったことの二点は、来談者中心療法を考える上で、多くのサジェスチョンが得られる特徴である。境界性人格障害とは、最初にも述べたように、分裂や投影的同一視などの防衛規制の障害とする見方や（カーンバーグ）見捨てられ不安を基本とする障害であるとする見方（マスターソン）あるいは、自己同一性障害と抑制障害を主たる障害とする見方（町沢）など、その病因論には、多少のニュアンスの違いが見られる。しかしその病因を何と見るかに関わらず、治療過程においては、必ず転移が出現するはずであり、その転移を扱うことで治療は進められていくのである。言い換えれば、転移も起こらないような人格の核心の触れあいを持たない治療では、治療とも言えないということになる。

確かに、「分裂」や「見捨てられ不安」あるいは「抑制障害」が境界例の特徴であるとすれば、転移が起こって当然であろう。また、境界例のクライアントと普通に接している限り、必ず逆転移という感情は経験するであろうし、従って、その転移、逆転移を如何に建設的に扱ってゆけるかが治療者の能力であり、そのために、治療構造枠の設定や治療同盟の確立が重要視されるのである。しかし、林（1995）や林ら（1999）が指摘する通り、治療構造の設定や治療同盟の確立が境界例においては困難である。そこで、クライアントが治療に参加し継続されるある種の工夫をカウンセラーがする必要性が出てくる。例えば、相田（1995）は、その工夫として、「何でもありの原則」を挙げている。つまりクライアントのある行動を検討する場合に、そんな行動は禁止する、というスタンスで検討するのであれば、それはクライアントを構造の中に閉じこめることを検討するということであり、それでは、本当に検討したことにはならない。それよりも、なぜ今、クライアントがそういう行動を起こしたいと考えるのかを検討した上で、その行動を禁止するかどうか検討することの方が有効である、と言うことである。また、松尾と野見山（1999）は、人格障害の患者の治療者に必要な心構えを、陰性の感情を抱いても否認せず、罪悪感を抱かないことであるとし、陰性、陽性の感情を抱いてゆくことで、ある種の緊張感を維持しながら、治療は進展してゆくことを述べている。相田や松尾らのこの考え方は、ある意味で非常に来談者中心療法的な考え方とも言える。

来談者中心療法は、輪郭が明確ではないという意味のことを、はじめに指摘したが、しかし、その主張自体は非常に明確である。村山（2000）は「ひとりひとりの人間を尊重し、個人の持っている自己実現の可能性を信頼し、いわゆるセラピストの3条件を特色とする援助関係の中でその力が解放される」ようなアプローチを、来談者中心（あるいはパーソンセンタード）療法であると考えている。これによれば、来談者中心療法の具体性とは、セラピストの3条件で示されていると言えよう。そして、相田が述べたような「何でもありの原則」に示されている考え方が、セラピストの3条件に示されている共感的理解に、松尾等が述べているような「陰性の感情を否認せず罪悪感を抱かない心構え」は自己一致に通じるものがある。だから、このように、セラピストの3条件的な共感的理解や自己一致が重視されたこれらの工夫は、来談者中心的であると言える。

そして、このような来談者中心的な工夫をする事によって得られるものが、枠の設定や治療同盟の成立であるということが、転移が出現しなかったことと関連するのではないだろうか。

つまり、来談者中心的アプローチの本事例において転移が起こらなかったことや激しい感情や行動化が筆者には向けられなかったことは、枠の設定や治療同盟（狭義のそれではないが）が成

立したからであり、言い換えれば面接場面でカウンセラーとクライアントのある種の共通空間が作られたからではないかと推測される。クライアントがある種の空間（あるいは環境と言い換えても良いが）にいるとき、おそらく転移感情や行動化が出現しない。このことは、例えば、奥村（1999）の、外部の病院でボーダーラインという診断のついた人々が、「矯正施設の中ではボーダーラインの病像を呈さないんです。人為法則が物理法則と同じくらい強固に守られているところでは、ボーダーラインは機能しないと言うか、顕在化しないのではないかと言うことです」という発言の中においても示されている。このような空間のことを氏原（1995）は、「意味のある共通空間」と呼んでいるが、今、問題となっている。「意味のある共通空間」とは、奥村が述べるところの、「人為法則が強固に守られた空間」であるといっても良い。そして、カウンセラーとクライアントの間にこのような「意味のある共通空間」が出来ることが、来談者中心療法の特徴の一つとあって良いだろう。では、それはいかなる共通空間なのか。その問いを論じる前に、そういう空間を作るためにはカウンセラーは、どうすればいいのかを論じてみたい。そういう空間をつくるための努力の方向性を確かめることで、それがいかなる空間であるのかが明確になってくるからである。

武田（1999）は、境界例に対しては、「やや距離を置いて、過度の関心を持ちながら、見守る態度が適当」であると述べている。しかし、それは経験の浅い臨床家には非常に困難であることを述べてもいる。町沢（1990）も「達人級の人じゃないと出来ない」とか、境界例であったと推測される太宰治の後見人であり、ある意味で治療者でもあった井伏鱒二を例に出し「よっぽど人間が出来ている。（略）繊細さと鈍感さと大らかさと怒るときには怒る」というような人格者じゃないと境界例の治療は困難であることを述べている。つまり、境界例に対しては、治療者側が人格的に高いレベルに達していることが、求められているようである。確かに、ここには治療者が人格的に高いレベルにあるからこそ成り立つ共有空間が成立したという構造が見て取れるだろう。

しかし、それで治療が進むことは確かかもしれないが、高いレベルの人格者であることを要求する心理療法など、心理療法とは言えないのではないだろうか。普通の健全な人格さえ持ち合わせていて、その上で知識と技術を身につけてトレーニングを積み重ねれば、誰もが実施できるものでなくては、心理療法とは呼べないはずである。来談者中心療法は、よく、「3条件なんていう神様のような境地には誰も到達できない」といわれるが、これは、もちろん誤った理解である。あるいは「3条件のカウンセリングマインドさえあれば、知識や技術がなくてもできる」と思われているようであるが、これもまた誤った理解である。この両者に共通する誤解は、どちらも、日常的な自己を高めることによって3条件的なカウンセリングマインドを持った人間となり、そういう人格者が行う心理療法が、来談者中心療法である、と考えている点、つまり、日常的な自己が人格者となって治療者となると考えている点にある。しかし、カウンセリング場面における自己と日常的な自己が同じものである必要はない。氏原（1995）は、日常場面なら、とてもつきあいたくないようなひとでも、カウンセリングの場面ではそこそこ好きになることが出来ることを述べている。つまり、カウンセリング場面では、カウンセラーは日常と異なる自己となることが出来るのである。そして、そういう日常と異なる自己がクライアントと接することで、意味のある共通空間が成立するのである。だから、カウンセラーが日常的な意味での人格者となることは敢えて必要とはせず、そのような自己を作るためのこのころの方向付けが、いわゆるカウンセラーの3条件であるということになる。従って、カウンセラーの3条件の態度を指向するトレーニングに

よって、カウンセリング場面に登場する非日常的な自己を作ることが可能となるのである。カウンセリングの場面のみには出現する、非日常的な自己であるからこそ、境界例の人は、そういう人に対しては、転移を向けず、行動化や激しい感情も向けないのである。

意味のある共通空間とは、すなわち、日常の自己を離れたカウンセラーがクライアントと作る空間であることは分かった。ここでさらに、日常の自己とは異なるカウンセリング場面の自己とはいかなるものであるのか、について論じてみたい。それを考察することによって、意味のある共通空間とは、いかなる空間であるかが分かってくるからである。

増井（2000）は、カウンセリングの場面における二つの自己を、専門家としての自己と素顔の自己と規定し、その二つの自己を自由に行き来する自己について述べている。これは、非日常的な自己と日常的な自己とも対比しうる自己である。また、カウンセラーの3条件における、共感的理解、無条件の受容、自己一致とも対比できる自己でもある。3条件における前者の2つは、いわば専門家であり、非日常的な自己である。また、後者の1つはいわば素顔の自己であり、日常的な自己である。この二つの相反するよう見える自己を、カウンセリングの場面では一つに統合する事で、真のカウンセラーとしての自己がカウンセリングの場面に現れてくるのである。本事例における筆者は、クライアントからすれば「厳しいことも言う」し「はぐらかそう」ともする。あるいは、困った顔をして見せるし、クライアントに同意せず意見が対立することも多い。しかし、クライアントの心の中で主観的に成立させた概念は、否定せず、そのまま受け止める努力はしているように思われる。このような対応が、日常と非日常の自己あるいは素顔と専門家の自己を統合した、いわゆるカウンセリング場面での日常とは異なる自己なのである。この二つの自己を自然な形で統合できている自己が現れることによって、クライアントとのある種の人間関係が成立し、境界性人格障害のクライアントでも、その空間に置いては、ボーダーラインが機能せず、症状が顕在化しないのである。森岡（2000）は、来談者中心療法におけるカウンセラーは、非人称的（impersonal）であると読み解いている。非人称とは二つの自己の両面を統合して表現した言葉でもある。つまり、どちらでもあり、どちらでもない人なのである。どちらでもあり、どちらでもない非人称の人に対しては、境界性人格障害といえども転移や行動化を起こすことは困難であろう。

しかし、人間は日常場面では、そういう二つの自己を統合して対人関係を取っているわけではない。従ってそういう自己を作ることによって成立しているカウンセリング場面とは、非日常的でフィクショナルな空間でもある。そして、そのようなフィクショナルな空間こそ、幼児期の母親と子どもとの間に成立する空間であるとは言えまいか。「素顔の1人の人間であり専門家でもあり、そのどちらでもあり、どちらでもない」「自分のことを共感的に理解してくれ」「無条件に受容してくれる」カウンセラーとは、まさに、幼児期の子どもが母親に対して抱く思いではないだろうか。幼児期の母親と子どもとの関係ほど、特殊な人間関係はない。そのような関係を、箱庭を媒介として再現する事が、箱庭療法であり、そのときのセラピストとクライアントの関係を、Kalff（1966）は「母と子の一体性」に例えたのである。あらゆる心理療法は、このような関係を作ることが絶対に必要であり、そのような関係は幼児期の子どもと母親の間にしか成立しない関係であるが故に、大人同士のカウンセリング場面では、人工的に作らざるを得ないのである。そして、そのような関係をつくための、具体的な方法がカウンセラーの3条件的な態度であるということになる。

境界性人格障害を、分裂（splitting）の障害と捉える説は多くの支持を得るだろうし、たとえ、

見捨てられ不安や抑制障害と捉えたとしても、DSM-IVに述べられているような、理想化と引き下ろしの両極端の人間関係については、異論を挟む余地はない。そして、それが幼児期の、良い母親と悪い母親の統合に失敗の原因があったとしたら、そのような人間関係を再体験すればいいということになる。従って、非日常的でありかつ日常的な自己を統合した（3条件を満たすとはそういう意味である）「無条件に受容してくれ」「共感的に理解してくれ」「人間として正直である」カウンセラーがクライアントと築くフィクショナルな空間は、良い母親と悪い母親の統合に失敗した境界性人格障害者にとっては、彼らが普段日常的に経験し、そこで多くの行動化を起こしている空間よりは、ずっと居心地が良く、また、幼児期の問題を再体験するのに適した空間であると言えよう。それでこそ人格の基礎を再構築し、成長してゆける空間なのである。

幼児期の母子関係によって、幼児はエリクソンの述べるような基本的信頼感を形成し、それによって、後の人生を歩んでゆくことが出来る。その段階で失敗した境界性人格障害者が、基本的信頼感をもう一度形成し、人格を再構築し成長してゆくためには、カウンセリング場面で日常的でありかつ非日常的であるような非人称のカウンセラーと、非日常的でフィクショナルな空間を体験することである。転移は起こさずとも、そして、それを解釈しなくとも、クライアントは、そのような人間関係を自然に体験し人格の核を作ることができる。これこそが来談者中心療法の境界性人格障害の治療理論（もしくは成長促進理論）の基本構造ではないだろうか。もちろん、人格障害に限らず、あらゆる人の成長促進にこの構造が当てはまることは言うまでもない。

最後に、本事例の失敗点についても触れておきたい。本事例の特徴の④⑤として述べた、精神分析が目指すような表出的アプローチや、あるいは、自己の内面に目を向け、自己を修正してゆくようなアプローチが全く進まなかったことが、中断の原因であることはおそらく間違いのないであろう。その原因は、筆者の焦りにある。正直なところ、筆者は自らのカウンセラーとしての能力に自信を持ってはいない。誇れるべき技能もない。ゆえに、そういう方向のアプローチを取ることを焦っていたのは確かである。逆説的ではあるが、そういう方向のアプローチを、過度に指向しなければ、自然な形で、クライアント自身が、いずれその方向に進んでゆけたのではないかと後悔している。また、来談者中心療法の表出的アプローチ指向の少なさにこの問題は帰属されるかもしれないが、その点は今後の課題としたい。

考えてみれば、精神分析療法の表出的療法と支持療法においても同様の関係が見て取れるはずである。支持することによって、患者は自らの問題を表出するようになり、その解釈を行うことで、結局自らのコンプレックスを人格に統合してゆくようになるのである。つまり、精神分析の表出療法においても、目指すべき方向はより高い地点での人格の統合であり、より高い地点での人格の統合を遂げるとは、つまり人格的に成長を遂げることである。従って、治療的アプローチである精神分析の表出的アプローチにおいても、成長促進モデルを指向していることが分かる。基本的には、カウンセリングもセラピーも同じであると言われる理由はここにある。まずは成長促進を指向することが、来談者中心療法の根幹であり、そのためのこのころの方向性がカウンセラーの3条件にある。3条件を無理なく統合した自己、つまりカウンセリング場面での非日常的な自己を形成するための、トレーニングの方法を開発する必要がある。

文 献

- 相田信男 (1995) 人格障害の精神力動的個人精神療法
「人格障害」福島章・町沢静夫・大野裕編 金剛出版 455-464
- 神庭重信 (1999) 人格障害をめぐる諸問題—症例を中心に—
臨床精神医学 28 (11) 1313-1388
- 林 直樹 (1995) 境界性人格障害と入院治療
「人格障害」福島章・町沢静夫・大野裕編 金剛出版 524-540
- 林もも子・生田憲正・皆川邦直 (1998) 青年期の境界性パーソナリティ障害患者の精神療法
精神科治療学 13 (9) 1155-1161
- Horwitz, L (1999) 境界性人格障害の精神分析的精神療法
—支持的技法および表現的技法について—
精神分析研究 43 (5) 533-544
- Kalff, D. M. (1966) : Sandspiel:Seine therapeutische Wirkung auf die Psyche.
Zurich und Stuttgart : Rascher Verlag
河合隼雄監修：大原貢・山中康裕訳：「カルフ箱庭療法」誠信書房
- 増井武士 (2000) 心理療法における微笑と笑い—記述しがたい事象の真実性—
「遊戯療法の研究」日本遊戯療法研究会 誠信書房
- 町沢静夫 (1990) 「ボーダーラインのこころの病理 自己不確実に悩む人々」創元社
- 松尾信一郎・野見山晃 (1999) 人格障害症例の治療を通じての考察—治療者の構えについて—
臨床精神医学 28 (11) 1515-1523
- 森岡正芳 (2000) いま、私にとってのロジャーズ 非人称 (Impersonality) の視点
「ロジャーズ再考」氏原寛・村山正治共編 培風館 142-159
- 諸富祥彦 (1997) クライエントセンタードはどこへ行くのか
こころの科学 74 79-83
- 村山正治 (2000) 「ロジャーズ再考」氏原寛・村山正治共編 培風館 241-243
- 奥村雄介 (1999) 人格障害をめぐる諸問題—症例を中心に—
臨床精神医学 28 (11) 1313-1388
- 武田雅俊 (1999) 境界例は今いずこ—borderline case の精神療法—
精神療法 25 (1) 58-61
- 氏原 寛 (1995) 「カウンセリングはなぜ効くのか」創元社