人格障害の青年に対する短期面接過程

−「境界例」的心性の青年が表現した自己破壊的攻撃行動の事例分析−

堀　尾　良　弘

問　　題

1．境界例・人格障害の犯罪・非行

精神医学・臨床心理学において境界例という概念が提唱されるようになってからすでに久しいが，犯罪・非行の領域でも，激しい行動化(acting out)として起こされた事件の中には，以前から境界例として注目されてきた事例がいくつもある。かつては，境界例の概念は精神病と神経症との境界線領域あるいは前分裂病状態としての境界状態を意味していたが(武田，1985)，司法精神医学の領域では，福島(1983)は，例えば1960年代に発生したいわゆる「杉並の通り魔少年事件」(当時高校１年生の生徒が６～14歳の通りすがりの子どもを縛って刃物で顔面や陰部を傷付けるなどして，連続11件の暴行・傷害事件を起こし，さらに，被害者宅・警察・マスコミに自らの犯行を誇示して世間を震撼させた事件）の少年は，「分裂病圏と精神病質の境界領域に位置する」と判断している。さらに，福島(1983)は1950年の「金閣寺放火事件」の寺僧・林養賢（当時21歳，仏教系大学在学）が犯行時に発病の前駆期にあったとすれば「古典的な境界例概念のひとつである前精神病状態 pre-psychotic state に相当する」と指摘している。

境界例の概念は，その後次第に精神障害群と正常群との境界症状を意味するようになり，ＤＳＭ－Ⅳ(精神障害の診断・統計マニュアル第４版，1994)における「境界性人格障害(Borderline Personality Disorder)」あるいはＩＣＤ－10(国際疾病分類第10版，1992)における「情緒不安定性人格障害(Emotionally unstanble Personality Disorder)・境界型」という「人格障害」の中に位置付けられるようになった。これらの人格障害診断にはいくつもの問題点が指摘さ

れながらも，今日では広く普及し精神科臨床で一種の共通言語になっている(林，2002)。ちなみに，ＤＳＭ－Ⅳにおける人格障害の全般的診断基準は表１のとおりである。

表１　DSM－Ⅳによる人格障害の全般的診断基準（高橋他訳，1996）

A．その人の属する文化から期待されるものより著しく偏った，内的体験および行動の持続的様式。この様式は以下の領域の２つ（またはそれ以上）の領域に表れる。
(1) 認知（つまり，自己，他者，および出来事を知覚し解釈する仕方）。
(2) 感情性（つまり，情動反応の範囲，強さ，不安定性，および適切さ）。
(3) 対人関係機能。
(4) 情動の制御。

B．その持続的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。

C．その持続的様式が，臨床的に著しい苦痛または，社会的，職業的，または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

D．その様式は安定し，長期間続いており，その始まりは少なくとも青年期または小児期早期にまでさかのぼることができる。

E．その持続的様式は，他の精神疾患の現れ，またはその結果ではうまく説明されない。

F．その持続的様式は，物質（例：乱用薬物，投薬）または一般身体疾患（例：頭部外傷）の直接的な生理学的作用によるものではない。

ＤＳＭ－Ⅲ（精神障害の分類と診断の手引き第３版，1980）より以前から，

境界例や人格障害（当時は精神病質）の事例は，一部の精神分析家や司法精神医学・犯罪心理学の研究者によって事例の積み重ねや研究がなされてきたが，ＤＳＭ－Ⅲ登場以降，一般の精神科治療の臨床場面でも，これらの事例が人格障害として登場するようになってきた（福島，1998）。近年においては，境界例や人格障害の多くの治療及び研究は，病院や心理相談室等の治療機関を中心に展開されているが，ひとたびそのクライエントが犯罪・非行を起こすと，病院や相談機関から強制的に引き離され，司法・矯正の場へと移行してしまうため，診断・治療などの対応は必然的に中断せざるを得ない。それ故，犯罪・非行の領域の側からも境界例あるいは人格障害の治療及び研究を進めていく必要性・重要性はかなり高いといえよう。ただし，犯罪・非行の領域においては，犯罪心理の分析にあたってただ単に「この犯罪は人格障害によるもの」という分析ではあまり意味がなく，また，ＤＳＭ－Ⅳの「反社会性人格障害」，ＩＣＤ－10の「非社会性人格障害」という分類規定も犯罪心理及び人格特性の理解や今後の治療・処遇方針を立てるには役に立たない。具体的な犯罪・非行の事例を詳細に検討し，それらの事例研究の積み重ねをしながら新たな分類基準（細分類）や理論体系が必要になるが（堀尾，1998），今日まだそのような人格障害論の再構築はなされておらず，犯罪・非行臨床の取り組むべき課題の一つとして残されている。

2．犯罪・非行を起こす重症人格障害の面接

山中（1998），河合（1998），狩野（2002）らは境界例や人格障害の重症例について述べているが，病院・心理相談室等の治療機関で接する事例と，犯罪・非行が前面に表れている境界例や人格障害の事例では，その行動の表れ方，行動化の激しさという点で大きな違いがある。もちろん，境界例や人格障害の重症例に入院治療を行う場合もあるが（小野ら，2003），病院側の体制やスタッフの対応に幾多の困難が生じることは周知の事実であり，病棟全体が患者の自己中心的対人関係に巻き込まれて，治療が継続できない場合も多い。

一方，犯罪・非行を起こした人の精神鑑定や心理鑑別あるいは精神治療は，通常，司法矯正関係の施設内で実施される。人格障害の事例に限らず，施設に

収容された状態での心理面接・治療もまた様々な問題を抱える。例えば，拘束されたことによって生じる拘禁反応の問題，詐病によって拘禁から逃れようとする意図的反応が生じる問題，面接者と被面接者とが身柄収容という権力構造の中に位置付けられる問題などが生じる。しかし，施設収容の利点としては，入院治療と同様の意味合いであるが，強制的な枠組みに身を置くという環境条件によって行動化の問題を抑制できる。すなわち，被収容者の自己中心的な欲求のゆがみを外部から抑え，日常生活の様々な葛藤場面・欲求不満場面から引き離し保護的環境に置くという意義がある。

ただし，このような環境下にあっても，人格障害を有する人との面接の場合は，精神的に落ち着いた状態で定期的な面接を行うことが困難になることが多い。興奮状態にあったり，抑うつ気分に陥っていたりして，対話が成立しなかったり，時には面接室にも来ることができないため，止むを得ず施設内の本人の生活部屋で面接することもある。このような場合，面接の枠組みとしての定型的な条件が確保できず，時にはMasterson(1981)が指摘するように，人格障害特有の復讐衝動から憤怒(rege)が放出され，衝動的な怒りの感情や攻撃行動が面接者に向けられるなどして，面接は困難を極めることがある。

しかしながら，その場合でも本人の人格理解や心理分析あるいは治療を促すためには，面接を実施することが重要である。そして，その面接過程の中から心理特性の理解と今後の治療への橋渡しのための重要な情報を得ることが可能となる。その際，面接者は，面接のための理論的背景や特定の面接スタイルを持つことが求められる。面接者によっては，相手の自我の代理を務めて心理的援助をしたり，相手の心理的依存や同一化の対象となることを積極的に受け止める立場を取るなど様々な方策を講ずる。例えば，思春期外来を専門にしている青木(2001)は，クライエントの能動性と受動性に注目しながらクライエントの支えになる支持的精神療法を用いて，思春期の青年への治療を行っている。また，家庭内暴力の青年に数多く対応している川谷(2001)は，中島敦(1942)の『山月記』にある「臆病な自尊心」と「尊大な羞恥心」をキーワードにしながら，特に境界例の青年に対しては発達促進的な環境を提供し，患者の内的環境の変化を重視している。他にも境界例や人格障害の症例はこれまでにも数多

く紹介されているが，青年期の激しい行動化を示す場合は，とりわけ慎重な配慮が求められる。このような事例にあたる場合，筆者は特に相手との「中立性」を重視している。中立性はフロイトの時代から指摘されているが，Kernberg et al. (1987)も述べているように，技法的な中立性は無関心を意味するものではない。境界例的心性を持つ人格障害の場合には，相手とのやりとりの中で振り回されると，面接経過の中でどのような関係性ができているのかが見えなくなり，いわば「現在地」を見失うおそれがある。また，中立性をいかに確保しようとしても，転移や逆転移は生じるのでその理解を深めつつも，相手の自己中心的な感情論理(affective logic)に取り込まれないような中立性を確保することが最重要の観点だと考えている。本論文で取り上げた事例は，中立性を確保しつつ，どこまで人格理解を深められるか，実践的に検討したものである。

3．面接の期間

従来，境界例あるいは人格障害と呼ばれる事例は，通常，長期の治療期間が必要とされている。実際，事例によっては，数年あるいは10年以上の治療経過をたどる場合もまれではない。例えば，福井(1995)の事例(高3女子)は4年8か月経過してさらに進行中であり，また，弘田(1995)の事例(25歳女性)は7年間，横井(1995)は9年間の事例(25歳女性)を紹介している。治療面接を継続して行くにはそれほど長期の期間が必要なのであるが，前述したように境界例の場合は対人関係の巻き込み・揺さぶりなどから，治療関係を悪化させたり，激しい行動化から治療関係そのものが成立しないこともあり，その面接過程はかなり困難な状態が続くことが多い。ましてや，犯罪・非行を起こす事例や激しい暴力的言動を伴う事例の場合は，ラポールを形成することすら困難になる場合があり，その人格理解を求めていくことも相当に難しい問題を伴うものである。しかし，境界例的心性を持つ人格障害の場合，筆者は短期間の面接でも，面接者との間に特有の対人的関係性を作り上げ，それが「仮そめの関係」であったとしても，そこには様々に展開する特徴的で示唆的な関係性を見出せるのではないかと考えている。

研　究　の　目　的

従来，境界例や人格障害の事例については，通常，長期の面接経過を通じて様々な人格特性が表現され，時には治療関係を継続することが困難になることも多かったが，短期間の面接過程ではどこまで人格理解が深まるのか，また，治療的関係をどこまで成立させることが可能なのかということについて，事例を通して検討することが本研究の目的である。

事　　例

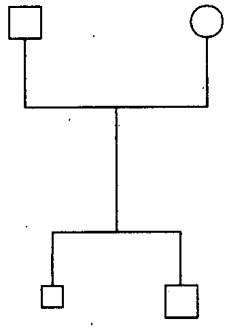
1．事例の概要

性・年齢等　A男・男子18歳・高校3年生（初回面接時）。がっちりした体格で筋肉質。目つきは鋭い。

主訴　食欲不振，不眠，不安，情緒不安定，妄想様観念，空虚感，自己不全感，絶望感，家庭内暴力，興奮。

（週末にになると興奮しやすい。また，1日サイクルでは，朝や午前中は比較的調子が良いが，夕方から情緒不安定になることが多かった。気分の安定した状態と不安定な状態像が極端に異なった。情緒不安定な時には30分程度の面接時間内にも感情が激しく変化し，怒り，憎しみ，悲しみ，自信喪失，不安，絶望感などが生じ，怒ったり泣いたりとその変化は著しかった。）

家族　(a)　実父（40代）は会社勤務。真面目で堅い性格。短気だが無口。仕事中心の生活を送っており，普段，家のことは母親に任せきり。最近になって，A男のことに関わるようになってきた。A男は父のことを「うっとうしい」「最悪」という。



(b)　実母（40代）はパート勤め。神経質で不安が強く，優柔不断で他者依存的。A男が小さい頃は，A男のことを何から何まで世話していた。最近では，A男の家庭内暴力に対して恐怖心が強く，どう対処したらいいか

分からない状態である。

(c) 実兄（20代）は学生。明るい性格で，弟思い。A男は「最高の兄貴」と表現する。

生育歴の概要　出生時，異常なし。発育順調。4歳時，頭部外傷（後遺症等不明）。

小学生の頃の成績は中くらい。中学では成績は下位だったが，活発でクラスでも目立つ方。運動部で活躍した。高校進学にあたって，中位にいるより上位になれるようにと，一つ低いランクの高校へ進学した。高1，高2時の成績は学校内でトップクラス。高2までは特に問題行動なし。親の期待がやや過剰だったが，それに応えようとするいわゆる「良い子」だった。高2の終わり頃，周囲の人間が自分を変な目で見て，自分を悪者扱いしていると感じるようになった。高3の頃から，交通事故など多くの挫折体験を経験し，人生を滅茶苦茶にされたような被害感を高めた。成績は下位に落ち，イライラ感が高じて神経性脱毛症になり，不眠も続いた。高3の夏頃から親の過保護・過干渉に反発して，家庭内暴力が始まった。高3の2学期からはほとんど不登校状態となった。

2．面接に至る経緯

高3時の2月，大量飲酒の上，元恋人の勤めている勤務先にナイフを所持して押し入り，店内で暴れた。その直後，元恋人の自宅へ行き，窓ガラスを割って侵入し，台所で暴れ，帰ってきたその家の父親と口論になった。自宅に戻り，親戚に促されて警察へ出頭し逮捕された（事件1）。逮捕中に措置入院の検討のため精神保健指定医2名の診察を受けたが，「措置入院不要」と判断された。その後，施設に入所し，筆者と面接する機会を持った。

3．面接経過の概要

面接は，高3の3月から卒業後5月までの2か月余りの期間，A男が入所している施設内で実施した。施設入所直後，その日の夕方からA男は激しい興奮状態になって暴れ，暴言を吐きながら，室内の物を手当たり次第破壊した。興奮は2～3時間続いた。翌日以降も，同様に興奮して何度も暴れた。情緒不安

定で，怒ったり，恨んだり，泣いたり，絶望感に陥ったりと，短時間で様々に感情が激しく変化した。午前中は躁状態，夕方から鬱状態になることが多かった。過剰に興奮していない時を見計らって面接すると，多少なりとも落ち着いて話ができた。しかし，A男は個室に戻って一人で過ごしているとイライラ感を募らせ，自分の思うようにならないと怒り出して，けわしい表情で語気強く要求事を言ったり，A男から面接を求めたりすることもあった。

2か月余りの面接期間中に，途中でA男は一度施設を退所しているが，退所後，一度「外来相談」として面接し，その2週間後，再入所してからは再度施設内の面接を継続した。

4．心理検査

A男の精神状態が比較的安定している時期を見計らって，テスト・バッテリーを組んで心理検査を実施した。

(a) 新田中B式知能検査：IQ＝112，知能偏差値SS＝58で，知能程度は「中の上」の段階にあった。

(b) 法務省式人格目録（MJPI）：神経症傾向，抑うつ傾向，自己顕示，爆発性，活動性が顕著に高く表れていた。

(c) クレペリン精神作業検査：a'f～F（A）非定型の特徴（わずか），やや激しい動揺，急な落ち込みなどの特徴が見られ，情緒不安定さがうかがわれた。（図1）

(d) SCT：60／60反応。文意は通っている。万能感の強さ，神経質，対人関係の不安，被害感などが表れていた。父に対してはアンビバレントな感情，

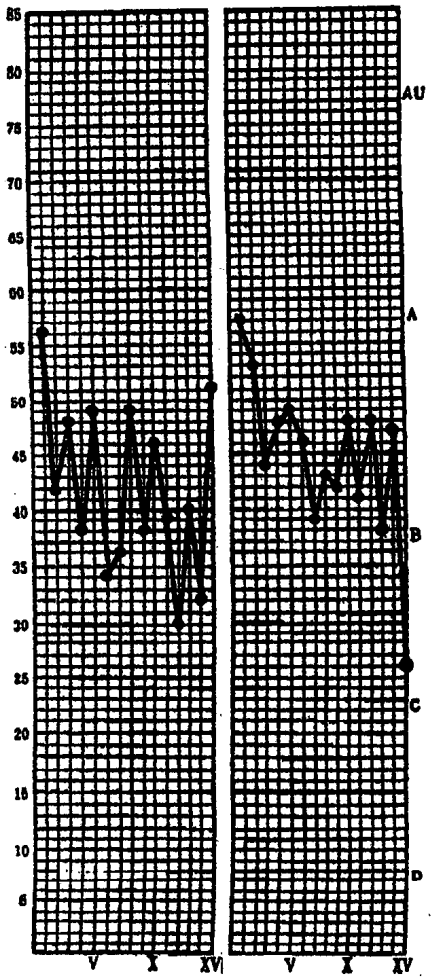


図1　クレペリン検査の結果

母には心配の気持ちが表現されていた。

(e) バウム･テスト：用紙を横長にして巨木を描き，全体に影を付けていた。自我肥大傾向や陰鬱な不安感が見られた。幹にはナイフで切ったような傷が多数あり，過敏な被害感がうかがわれた。(図2)

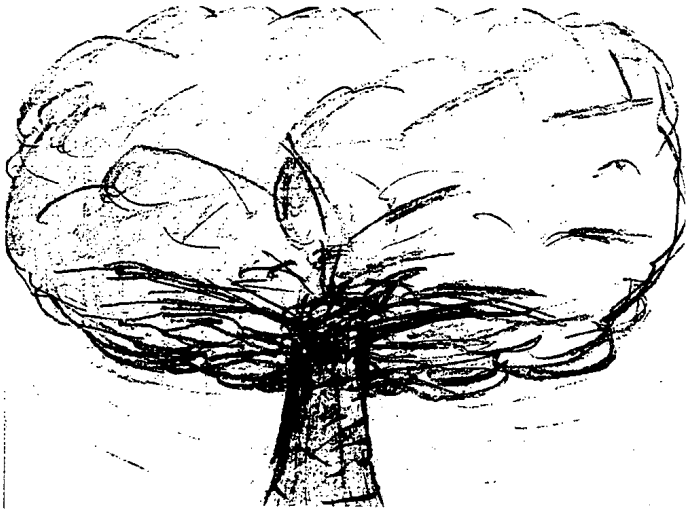


図2　バウム・テスト

(f) ロールシャッハ・テスト：知的なレベルは保たれていた。現実吟味力や常識的発想はある程度認められたが，情緒の不安定，易刺激性，衝動性，爆発性，外界に対する恐怖心，脅かされる不安，自我が失われる不安などが示されていた。全般的に，病的水準にはないが，不安定な人格構造が示唆された。

考　　察

1．面接経過の分析

面接経過を5つの時期に分け，第Ⅰ期を「導入期」，第Ⅱ期「依存期」，第Ⅲ期「混乱期」，第Ⅳ期「不安期」，第Ⅴ期「別離」と名付けた。

第Ⅰ期「導入期」(1か月め，面接第1～2回)　施設入所直後，初日から激しい興奮状態になって暴れた。A男の気持ちを落ち着かせることを第一にしながら，本人の涙ながらの訴えに耳を傾けた。A男は，過去の辛い体験をとうとうと述べた。面接者である筆者と一気に対人的関係付けができたが，情緒的には混乱状態が続いた。不安や恐怖の感情が優位で，感情爆発があり，物を破壊するなどして，面接時間は長く続けられなかった。

第Ⅱ期「依存期」(1か月め，第3～6回)　何かあると「心理の先生を呼んでくれ」と要求し，「あんただったら俺の気持ちが分かるだろう」と，自分

の気持ちを押し付けようとしていた。「病院へ連れて行ってくれ」,「薬をくれ」と治療や薬への依存傾向を示した。また,「あんたなら何とかしてくれるだろう」と,面接者への依存を示していた。面接者を「善なるもの」ととらえ,全面的に信頼を寄せていたが,それは「理想化」や「分裂(splitting)」を示していた。一方で,突然「希望の光が見えた」と,明るい未来を空想的に語り,室内ではがむしゃらに勉強したり,激しい筋肉トレーニングを行ったりして,極端な昇華の過程を見せた。面接時には,時々,上機嫌になり,勉強でもスポーツでも「俺が一番になるんだ」と自信に満ちた誇らしげな態度,万能感を示した。

第Ⅲ期「混乱期」(2か月め,第7～11回)　一度目の退所を前にして,虚勢を張った傲慢な自己中心的態度に出るようになった。退所翌日,母親に連れられ「外来相談」として来所したが,イライラした情緒不安定な状態が見られた。2週間後,自殺未遂と自宅放火を起こし(事件2),再度施設入所した。茫然自失の状態で,無力感や絶望感が漂っていた。「死にたい気分だと」と希死念慮を表現した。翌日以降,「あんたじゃ駄目だ,他の先生を呼べ」と叫び,筆者が医師を呼ぼうとすると「あの医者はヤブだ」と,面接者や治療者に対して全否定をするようになり,「価値下げ」や「分裂」を示した。その一方で,筆者以外の関係者(施設スタッフ)へ全面的な依存傾向を示したり,周囲の人間関係をかき回すようになり,その時その場で変化するような「カメレオン的態度」を示すようになった。周囲のスタッフとの関わりが弱くなると,「誰も俺のことを分かってくれない」と自分の殻に閉じこもって,不安を増大させた。服薬を拒否したり,飲んだふりをして後で吐き出すなどして,治療への「抵抗」を示した。

第Ⅳ期「不安期」(2か月め,第12～14回)　その後,医師の説得によって服薬するようになり,薬の効果もあって,一時期のような激しい精神運動性興奮は見られなくなった。しかし,漠然とした不安や,絶望感,さらには「人格が変わっていき,自分をコントロールできない」という恐怖感,「何かに取り憑かれたかもしれない」という不安,「自分の中に別の自分がいる」ような解離症状などが語られるようになったが,筆者とは比較的安定した関係が保た

れた。面接に際しては「今，ここで」の感情を大切にし，A男の外界体験の把握の仕方を確認しながら，正常な現実感覚の部分を指示的肯定的にとらえることによって，本人の現実認識をわずかでも高めるようにした。そして，意志疎通，感情疎通の実感を大切にした。この時期は，自己と対象との統合までには至らなかったが，不安，絶望，恐怖などに向き合いながらも，筆者との共同探求的な関わりが持てた。

第Ⅴ期「別離」（3か月め，第15回）　一般的に，施設内面接では，本人の病態像とは関係なく，一定の期限や本人の条件によって，面接期間が終了してしまう。そして，短期間の面接期間であっても，急速に関係の深まった相手との最終面接は，「見捨てられ不安」を増大させるおそれがある。実際に，A男は「別れ」を意識して，不安が高まった。自分の置かれている状況を受け入れることへの抵抗もあった。「別れ」の直前には，首や頭が回らないという頭部失行のヒステリー症状を呈した。「自分を助けてほしい」「元に戻してほしい」と筆者に懇願し，「別れ」の不安を表現したが，最終的には，現実を直視することの大切さを理解することによって，不安は少し軽減した。そして，次の施設へ移ることが明確になった時点で，頭部失行の症状は消失した。

2．面接経過全体を通じての留意点と考察

面接の導入　どんな場合の面接でも「初回面接」は重要な意味を持つが，境界例的心性を持つ人格障害の場合はことさらに重要である。A男の場合にも，警戒心，恐れ，不安，不信感が見られたと同時に，反対に安心，依存などの態度も入り交じっていた。このような両価的（アンビバレント）な感情を察知しながら，面接者に「敵意のない」ことが伝わることが重要であり，その点を特に心掛けた。境界例の場合，原始的防衛機制が働きやすいので，意外なほど早い段階で対人的関係付けができてしまう。それが「仮そめの対人関係」であったとしても，急速に対人関係が深まる中で，逆に取り込まれてしまうことがあるので，中立性に配慮しながら注意深く接した。

面接の話題　精神状態が安定しているとき，A男は過去の辛い体験や，今後の生活展望を語ったが，いずれにしても視野狭窄的な視点になり，話題は同じ

所を巡っているだけで展開しないことが多かった。また，本人の感情が混乱して不安定になることもあったので，本人が切々と語る話題にはあまり入り込まないようにした。むしろ，「今，ここで」の思いや感情を語ってもらう方が，現実感覚を取り戻すには効果的であった。それによって，本人の不安の軽減や，情緒的な安定感は一時的にでも図られ，内在する現実感覚を広げることができたと思われる。特に，妄想様観念にとらわれている様子がうかがわれ，それが本格的な妄想へと拡大・展開するのではないかというおそれを筆者は抱いた。それは筆者の「逆転移」だったかもしれないが，その時点ではどの程度の病的水準かを確認するための配慮をしながら，A男の現実感覚を支持するようにした。

短期間の面接過程における対人的関係性　比較的短期間の面接過程であったが，この間に不安，怒り，依存，理想化，価値下げ，分裂，過剰な努力，万能感，見捨てられ不安など，様々な特徴的様相を示した。また，妄想様観念や解離症状に近い状態も見受けられたが，筆者との対人的関係性を持つことができ，A男の現実認識を高めることが多少なりともできた。また，この短い期間の中でも，面接者との関係においては，急速な対人的心理的接近から始まり，激しく相手を巻き込むような様々な対人関係の展開があって，(強制的な形ではあるが) 終結という形を迎えた。もちろん，その関係性は十分な治療関係とは言い難いが，短期間の中でも筆者との関わりは一時的にでも良好に持つことができ，不安の軽減，現実認識の向上，共同探求的な関わりなどが得られたことは，今後の治療関係に引き継ぐ有効な手掛かりとなった。

3．Kernbergの境界性人格構造の観点からの考察

では次に，これらの面接経過を通して明らかになったことに加えて，A男の心理検査の分析結果，行動観察，その他の情報収集等を総合的に把握し，Kernberg (1967) の境界性人格構造 (borderline personality organization) の観点から，本事例を検討してみる。Kernbergは症候記述的分析，構造論的分析，発生的－力動論的分析の3つの側面から分析しており，以下，その観点に沿って分析を試みる。

症候学的分析　本事例の症候学的分析としては，次のようなことが指摘できる。

(a) 不安：A男に特徴的なのは自己の身体，将来に対する強い不安であり，親からも，周りの誰からも見捨てられるのではないかという不安もあった。さらに，「自分の人格が崩れていくのでは」という不安も抱えていた。その不安は慢性的であり，拡大していた。不安が高まってパニック状態になることもあった。

(b) 多彩な神経症の症状：自己の身体に対する脅迫的な恐怖が認められた。妄想様観念も指摘できた。

(c) 多形の性倒錯傾向：（本事例では見られなかった。）

(d) 古典的な前精神病性人格構造：（人格構造は固定化しておらず，不安定だった。）

(e) 衝動神経症，嗜癖：大量飲酒，睡眠薬への依存傾向が認められた。

(f) 原始的防衛機制優位の性格障害：望みのなさ，愛情や支持の喪失体験からくる失望，自我崩壊の危機などに由来する抑うつ感など原始的な自己破綻傾向が見られた。

構造論的分析　内在化された対象関係に注目すると，次のような点が指摘できる。

(a) 自我脆弱性：不安耐性の欠如，衝動調整の欠如が見られた。また，昇華の傾向はあったが，それは極端であり，目標獲得への継続的プロセスが欠如していた。

(b) 一次思考過程への退行傾向：（本事例では明確に確認できなかった。）

(c) 原始的防衛規制：分裂(splitting)，原始的理想化(primitive idealization)，投影同一視（projective identification）が認められた。

(d) 内在化された対象関係の病理：感情の分化が阻害され，未熟な感情状態が突出していた。「自我」と「超自我」が適切に統合されず，混乱していると見て取れた。自我の統合不全は，「性格病理」にまで発展しているとは確定しがたいが，対人関係，感情状態，状況次第で「カメレオン的」な態度になった。また，エリクソンの「同一性拡散」も指摘でき，

自己の希望，将来設計，自分自身(自己の在り方)を確立できないでいた。

発生的－力動的分析　この分析は，Kernberg（1967）の境界性人格構造の分析の中では重要な位置づけにあり，「前性器期，特に口唇期的な攻撃衝動の過度の発達」あるいは「前性器期と性器期の諸葛藤の凝縮」があるとされるが，本事例で見られる攻撃衝動がこのようなものと位置づけられるかどうかは，今回の短期面接の中では十分確認できなかった。

以上の点から見ると，最後の「発生的－力動的分析」など一部に十分確認できなかった点はあるものの，本事例はKernbergの「境界性人格構造」をほぼ満たしている事例であり，短期間の面接でも，ここまでの分析が可能であることが示された。

4．A男の人格及び行動に関する総合的事例分析

最後に，A男の人格及び行動の心理的問題を総合的に分析すると，次のようなことが指摘できる。

A男の場合，青年期の自立葛藤の時期に強烈な挫折体験が重なって，心的葛藤が強まっただけではなく，精神的な変調を来しており，最近では情緒が非常に不安定で，粗暴な言動を繰り返していた。情緒の不安定（衝動性，爆発性），自己像及び対人認知・対人関係を問題とする人格障害があり，特に本人と密接に関連した場所や人の居る所では自分の欲求を優先しがちで，思うようにいかないと興奮して攻撃的な言動を取ってしまう。それが社会規範から逸脱したことであっても構わず行動に移すなど，規則に従った行動を取ろうとする規範意識は乏しく，自己中心的な欲求への固執傾向が強く表れ，自己本位な行動が多方面で見られた。孤独感，不信感，被害感，見捨てられ不安が強く，それが「周りの者がすべて自分を悪者扱いする」，「すべてが敵だ」という妄想様観念につながっており，反抗心や敵意の感情も強く，他者への共感性に欠け，対人関係を円滑に結べないなど，人間関係の持ち方に大きな支障を来していた。このように，本人及び周囲を悩まして逸脱行動を取っている青年であり，総じて人格構造が不安定で，資質面・行動面共にその問題性は大きい。

これらの背景には，基本的に親子間の過剰な関わりから一転した信頼関係の

崩れがあり，家族（親子）という最も基本的な人間関係の絆に歪みが生じているため，情緒面の安定や他者との信頼関係の形成に支障を来し，安定した人格形成ができていないことが指摘できる。

また，A男は一見して自信に満ちあふれた「尊大な自己像」を持つかと思えば，内心は不安・無気力・抑うつ感情が強く，「自己不全感」に悩まされ，外面と内面のギャップが大きいのも特徴的である。虚勢を張った強気の傲慢な態度は，実は不安定な内面の表れでもある。「いつも一番でないと気がすまない。駅伝でも全国のトップレベルを目指す」というような現実にそぐわない「万能感」や「尊大な自己像」を抱きながら自己本位な行動を取ってしまうため，不本意な結果に終わって親や周囲の期待から外れたり挫折したりすると，逆に「自己不全感」を強く抱いてしまう。その「自己不全感」は，非常に大きな無力感や絶望感につながり，不安や厭世的気分・空虚感に支配されてしまう。自信に満ちた充実した意欲とその逆の無気力とは容易に反転しやすいなど，この点からも不安定な人格構造が指摘できる。さらに，そうした自己の弱さを否定（否認）したいために，より「尊大な自己像」を無理に得ようとするという悪循環を繰り返しているのである。

こうした内面の矛盾の拡大が周囲からの孤立感につながり，自分の欲求が通らないという現実問題に直面したA男が最近取っていた行動は，家庭内暴力であった。しかも，「周囲からがんじがらめにされている」，「皆，俺を悪者扱いにする」という妄想様観念に支配されていた上に，情緒面の安定が得られず，不満を蓄積させてはしばしば周期的に感情を爆発させて粗暴な言動を起こしており，激しい興奮状態に陥ると自分ではもはやその感情を抑えることができなかった。その状態は，家庭や居住地域での生活においても，施設内の生活においても同様であった。情緒不安定になって欲求不満が高まると，A男の行動化は激しい怒りの感情を伴い，時には通常の行動様式を超えて，周囲の者もあるいはA男自身も予期しないような突発的で衝動的な（相手も自分も何もかも破壊するような）自己破滅的行動に走ってしまうのである。

今回の事件1（ナイフを持って店で暴れ元恋人宅に侵入した事件）は，自分の置かれている状況を過酷と感じながら，女友達のことを思い詰める中で，居

てもたってもいられず，そこに飲酒の影響も加わって，女友達に関連する場所で自暴自棄的に粗暴な行動に出たものであり，そこには，この青年の抱える不安や情緒の不安定さ，衝動性の強さ，怒りの感情の統制不能性がよく表れている。

また，事件2（自殺未遂と自宅放火）の際も，長期間，精神的に不安定な状態が続いており，生活面での充実感もなく，むしろ，「自分がどうなっていくのか」という焦燥感や自己不全感が強く，家族や女友達との関係が修復できずに「周りの者は皆，自分を避けていく」という孤独感，孤立感，「見捨てられ不安」が増大し，精神的な支えを完全に失ってしまったように思い込み，自暴自棄的な気分に支配されて，自分に関わるすべてのものを無くしてしまいたいという破壊願望や希死念慮が生じて，自宅放火に至ったものと考えられる。

そして，施設に入所してからも，A男は怒りの感情を表現し続けて粗暴な自己破壊的行動を取りながら，短期間の面接過程の中で境界例の心性を特徴的に描き出したのである。

以上，境界例的心性を持つ人格障害の青年との短期面接過程を通じて，青年が起こした自己破壊的な攻撃行動の心理的意味及び人格理解について検討を行った。また，短期間の面接でも，そこで形成された対人的関係性を重視することによって，初期の治療関係を持てることが示された。これらは，次の治療機関へ継続する際の重要な手掛かりになるであろう。

おわりに

本事例では，2か月余りという比較的短期間の中で10数回の面接を行い，境界例的心性を持つ人格障害の様々な特徴をつかむことができ，また，不安の軽減，現実認識の向上，共同探求的な関わりなど初期の治療的関係も持つことができた。もちろん，本格的な治療は，この後何年間にも渡って継続していくことになるのであるが，その初期の短い関わりにも有意味性を見出したと言える。

なお，事例を通してこれらの他に気付いた点，実感した点としては，施設内

面接では，面接者以外の人との生活上の関わりが大きな影響を持っているということである。境界例の場合，周囲の人を巻き込んだり操作したりするため，治療スタッフの人間関係の対立，混乱，分断を引き起こすことは，これまでにもよく指摘されている。実際，A男の事例の場合も，特定スタッフを「良い人」，「悪い人」として位置づけたり，処遇の仕方を自分で操作しようとしたりした。そのため，スタッフ全員が常に意志統一して対応のための共通認識を持ち，処遇の彩一化を図る必要があると実感した。

また，家族には可能な限り接触して，家族の抱える不安を軽減し，家族と本人との緊迫した関係をほぐす必要がある。短期間の接触では家族病理そのものを解決するまでには至らないが，本人の「見捨てられ不安」を軽減させるためにも，家族の側の受け入れ姿勢の調整が必要不可欠である。

最後に，精神科医との連携の問題であるが，人格障害をどのように取り扱うかは，各医師によって見解が異なる。今日，これほど境界例や人格障害が広く普及したとは言えども，未だに「精神科治療の対象外」とみなされる場合は少なくなく，精神科医からの十分な援助・協力が得られないこともある。しかし，少なくとも，興奮状態，抑うつ状態，不安状態を呈する場合は，それらを軽減し，自傷・自殺を防止することが重要であり，そのための薬物治療などはほとんどの精神科医療機関で対応できるだろう。仮に本人に精神科治療を受ける心構えがなくても，本人の苦しみを軽減する点に焦点を絞って（例えば，不安，不眠等を軽減し楽にするなどの観点で），投薬などの治療を受ける構えを促すことが必要である。

このように，初期の短期面接のみならず，周囲のスタッフ，家族，医師等治療者との関係性を重視していくことは，本人の治療への構えを肯定的で前向きな姿勢に展開させるためにも必要なことである。また，初期の面接における関係性の中から面接者との信頼関係を引き出すことによって，次の治療へとつなげていくことが可能になることも重要な点として指摘しておきたい。実際，ここで得られた情報及び分析は，A男が次の治療施設（精神科医の常駐する施設）へ移る際に，新たな主治医及びスタッフに詳しく伝達され，治療・処遇の手掛かりとして引き継がれた。

引 用 文 献

青木省三　2001　思春期の心の臨床－面接の基本とすすめ方－　金剛出版

米国精神医学会　高橋三郎・大野裕・染矢俊幸（訳）　1996　DSM－Ⅳ　精神疾患の診断・統計マニュアル　医学書院（American Psychiatric Association 1994 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition; DSM-Ⅳ, Washington D.C.）

米国精神医学会　高橋三郎（訳）　1982　DSM－Ⅲ　精神障害の分類と診断の手引き　医学書院（American Psychiatric Association 1980 DSM－Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM－Ⅲ, Washington D.C.）

福井　敏　1995　人格障害の入院治療　牛島定信・館直彦(編)　思春期青年期ケース研究2，境界例－パーソナリティの病理と治療－　121－144.

福島　章　1983　境界例の司法精神医学　保崎秀夫(編)　精神科MOOK　4，境界例　46－53.

福島　章　1998　人格障害の概念とその歴史的展望　松下正明(編) 臨床精神医学講座　第7巻　人格障害　3－10.

林　直樹　2002　人格障害の臨床評価と治療　金剛出版

弘田洋二　1995　羨望によって社会性，女性性の確立が困難であった症例　牛島定信・館直彦(編)　思春期青年期ケース研究2，境界例－パーソナリティの病理と治療－　11－34.

堀尾良弘　1998　犯罪非行と人格障害　犯罪と非行　青少年更生福祉センター・矯正福祉会，115，180－191.

狩野力八郎　2002　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

河合俊雄　1998　重症例の病体水準とその治療的分類　山中康裕・河合俊雄(編) 心理臨床の実際　第5巻　境界例・重症例の心理臨床　金子書房　13－25.

川谷太治　2001　思春期と家庭内暴力－治療と援助の指針－　金剛出版

Kernberg. O. F. 1967 Borderline personality organization. Journal of American Psychoanalitic Association. 15, 641－685.

Kernberg O. F, Selzer M.A, Koenisberg H.W, Carr A.C, Appelbaum A.H. 1987 Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients. Basic Books Inc., New York

Masterson J. F. 富山幸佑・尾崎新(訳) 1990 自己愛と境界例－発達理論に基づく統合的アプローチ－ 星和書店 (Masterson J. F. 1981 The Narcissistic and Borderline Disorders : An Integrated Developmental Approach, Brunner/ Mazel)

中島 敦 1942 山月記 (中島 敦 1994 山月記・李陵 他九編 岩波書店 111－120. 所収)

小野和哉・石黒大輔・和久津里行・頴原禎人・藤森浩之・森美加・中村晃士・黄菊坤・牛島定信 2003 境界性人格障害の入院治療 精神療法, 29, (3), 293－300.

世界保険機関著 融道男・中根允文・小見山実(監訳) 1993 ＩＣＤ－10 精神および行動の障害－臨床記述と診断ガイドライン－ 医学書院 (World Health Organization 1992 The Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva)

武田 専 1985 いわゆる「境界線例」Borderline Case について－特に精神分裂病と神経症との境界領域－ 武田 専ほか著 境界線例 金剛出版 1－163.

山中康裕 1998 最近の心理臨床領域における「重症例」の増加について 山中康裕・河合俊雄(編) 心理臨床の実際 第5巻 境界例・重症例の心理臨床 金子書房 2－12.

横井公一 1995 ある境界例患者との9年間の治療経過 牛島定信・館直彦(編) 思春期青年期ケース研究2, 境界例－パーソナリティの病理と治療－ 67－85.