

いわゆる「境界性人格障害」の 人々への牧会

松 見 俊

まえがき

日本バプテスト連盟宣教研究所で、牧師の継続研修に参加していたときの経験である。牧師の個人研修において、それぞれの牧会での経験をもとにして「事例研究」を作成してもらい、それを資料にして共に対話を試みたのであった。その中で、心の病を持つ人々に誠意をもって寄り添い、結果的に振り回され、憔悴し、最後まで寄り添うことができなかったことに自責の念を抱いている牧師が少なからずいることに気がつかされた。牧師は精神科医ではないし、カウンセリングの専門家でもない。精神医学の専門家ではないからこそ、聖書のみ言葉の力によって病が癒される可能性を信じて、徹底的に病んだ人たちに寄り添うことになるのである。しかし、私の問いは、なぜ牧師は、心の病を抱えて生きる人たちを牧会する際に、精神科医や専門的訓練を積んだカウンセラーたちとのチームワークで働かないのか、あるいは、その人との関わりを一旦中止して、緊急避難をしたり、専門家の手に乗ねることをしないのだろうかというものであった。神は、宗教制度としての教会や、そこで働く牧師を通して働かれるが、教会や牧師の働きの枠組みを超えても働かれるはずである。最後まで寄り添えなかった自分自身の限界を責めるよりも、他者たちとの「協働」に心が向かなかったことを省みる方が良いのではないかという判断であった。

そのような研修経験において、統合失調症でもうつ病（気分症）でもない

が、神経症にも収まらない、それらの境界線上の、心の病の人がいるのではないかと推測される事例もあった。いわゆる「境界性人格障害」(Borderline Personality Disorder=BPD)と呼ばれる事例である。むろん、私がそう思うのであって、実際はそのような事例ではなかったかも知れない。精神治療の専門家にも BPD の診断は困難なものだそうである。

このような私の経験に加えて、西南学院大学大学院神学研究科に学んでいるある牧師／大学院生が、修士論文に「境界例」の人々との共生を目指すという主題を選んだこともあり、私自身、一緒に BPD 関係の文献を何冊か読むこととなった。そこで、牧師たちの学習のため、牧会を支援するために、文末に BPD 関係の文献表を提示し、キリスト教会の牧会者が BPD の人たちやその周辺の人たちとどう関わったらよいのかをまとめて見ようと思いついたものである。

1. 「境界性人格障害」(Borderline Personality Disorder) とは何か

すでに述べたように、精神医学の臨床において、統合失調症のような精神病の類型には当てはまらず、そうだからといって、神経症にしては少し重いという、その境界に位置する病態に対して「境界例」という言葉が用いられてきた。浮き草のような都会生活や核家族化の進展、社会の複雑化と余りに急激な社会変化によるストレスや自己不安の増大と共に、明らかな精神病とは言えないし(現実判断能力は損なわれておらず、人格の荒廃には向かわない)、また、真面目に思い悩む「不安障害」とも言えない、病名のつけにくい心の病が増加している現実がある。本人にしたらそうではないのであろうが、関わっている人から見れば、非常にわがままで、衝動的であり、それゆえ、行動予測が難しく、突然激しい怒りを爆発させたり¹、急に反省して優しくなったり、目まぐるしく移ろいゆく心の変化が掴みにくい人たちの出現である²。こうして、一方では、診断が困難な精神障害の「軽症化」が進行

1 M. Jones, "Anger and Personal Disorder," in: Pastoral Journal, 1997, Spring 51, 1 を参照。

し、他方では、従来、神経症圏と思われる患者に精神分析療法を施していくと、一過的に精神病の症状を示す現象があることが注目されるようになったのである。その後、このような症例について議論が重ねられ、結局は、人格の偏り（personality の次元）が問題であるということで、「境界性人格障害」という位置づけがなされるようになった³。

「人格」障害というと、言葉の響きが強く、このような病名をつけられた本人はびっくりするであろう。要は、「人格性」（personality）の定義次第であるのだが、人格（person）とは「関係における自己」ということであって、そうであれば、「人格」障害というより、「コミュニケーション」障害と言った方が適切かも知れないと主張する専門家もいる⁴。他者とうまくコミュニケーションができないのである。また、敢えて「人格」という言葉を用いるとすれば、人格上の「特徴」（personality trait）と呼んだ方が良いとする立場もある。なぜなら、「障害」と言われても、可視的なかたちを持たない「人格」の何が、いったいどのように「障害」されているのかが判然としないし、差別に繋がる単なる「レッテル貼り」に陥る危険があるとも考えられるからである⁵。自己同一性そのものが揺らいでいるという事実、とかく、心の病の人たちが社会的に差別され、敬遠されがちであるという事実、また、トゥルナイゼンが言うように、神学的に考えれば、病気であるということは、ま

2 町沢静夫『ボーダーラインの心の病理 自己不確実性に悩む人々』（創元社、2005年、改訂新版）によると、米国では人口の2%、精神病院の患者の中では20%がBPDであると言う（30頁）。また、「人格障害」という、より広いカテゴリーではその有病率は10~15%と推定され、日本でも、それに追いつく日が遠くないかも知れないと言う（岡田尊司『パーソナリティ障害』PHP新書304、64頁参照）。

3 吉松和哉「人格障害とカウンセリング」in：三永恭平・斎藤友紀雄・平山正美・深田未来生監修『現代キリスト教カウンセリング3』（日本基督教団出版局）、2002年、120頁参照。

4 高岡 健・岡村達也編『人格障害のカルテ メンタルヘルス・ライブラリー11』（批評社）、2004年、17頁、40頁以下。本来、「居場所」を求めてのコミュニケーションの問題、依存の問題、非行の問題が、人格障害という概念でレッテル化され、精神科の「商売の種」となり、社会的排除の論理に利用されたのではないかと問うている。

5 鈴木茂「人格認識自体がもたらす『障害』について」in：高岡 健・岡村達也、前掲書、58頁。

さに罪ある「人間の本性」に属することであり、「矛盾における人間」が牧会の主題であり、心の病は強弱の差こそあれ、「操縦上の欠陥」であるとすれば⁶、「コミュニケーション上の不具合」あるいは「人格的偏り」というような病名がふさわしいのかも知れない。あるいは、単にコミュニケーションの不具合という以上に、人格障害と言われている諸症状や反社会的行動化そのものが、実は、その人独自のコミュニケーションの仕方であるということもあろう⁷。しかし、他方、BPDが長い生育史を通じて人間性の深みに食いつこんでいるゆえに、医薬品の効果も薄く、精神科医も匙を投げるような深刻な事態であることを忘れてはならないこともまた事実なのである。

「境界例」という名称や、以上のような事情で明らかのように、「境界性人格障害」という概念はかなり広く、また曖昧でもあるから、元来、自己中心的人間はだれでも、「境界性人格障害」と看做されかねない。そこで、2000年、米国精神医学会で作成されたDSM-IV-TR（『精神疾患の分類と診断の手引き』）からBPDの診断基準を示しておく⁸。

1. 人に見捨てられるということを懸命に避けようとし、そしてまた見捨てられることの想像ですら懸命に避けようとするがむしやんな努力。
2. 他者を極端に理想化したかと思うと価値引き下げ（こき下ろし）を行い、その両極端を揺れ動く、不安定で激しい対人関係。
3. 自己イメージや自己というものの感覚が顕著に、しかも、いつも不安定である自己同一性障害。
4. 自己を傷つける可能性のある衝動性を持ち、少なくとも以下の二つの領域でそうである。たとえば金遣いが荒かったり、性的に問題であったり、あるいは薬物乱用を行ったり、向こう見ずな運転

6 Thurneysen, E., Die Lehre von der Seelsorge. Zuerich/Evang. Verlag, 1946. 加藤常昭訳『牧会学 慰めの対話』（日本基督教団出版局）277, 287, 296頁。

7 高岡, 前掲書, 46頁。

8 町沢静夫, 前掲書, 29頁に訳出されている。岡田尊司『パーソナリティ障害』PHP新書304, 71頁。J. J. Kreisman and H. Straus, I HATE YOU. Avon Books, 1989. 星野仁彦監修, 白川貴子訳『境界性人格障害のすべて』VOICE, 2004年, 28頁。

や過食発作などがみられる。

5. 再三にわたる自殺の行動や身振り、あるいはまた自傷行為の恐れなどがみられる。
6. 感情の不安定さは、気分に対して反応性が顕著に高いことから起こるものである。
7. 慢性的な空虚さ。
8. 不適切で強い怒り、あるいは怒りをコントロールすることの困難さ。
9. 一過性のストレスに関連した妄想的な考えや深刻な解離の症状があること。

以上の九つのうち、少なくとも五つに該当する場合に、BPDと診断されるのである。境界性人格障害は、対人関係が非常に不安定であり、また自己イメージも自分自身の感情変化もきわめて不安定であり、成人初期から顕著な衝動性が起こり始め、発症するとされる。

2. 人格障害の広がり と BPD

BPDは、それよりも広い「人格障害」(personality disorder)という症例の中のある特徴的症狀につけられた病名である⁹。先のDSM-IV(『精神疾患の分類と診断の手引き』)は、まず、精神疾患の症狀を第I軸と第II軸に分類している。第I軸の病状診断には、統合失調病やうつ病など症狀がある時期に発現して、時間が経つにつれて症狀が緩和されるような疾患が分類されている。こうした疾患は生理学的な身体機能(脳)の失調が原因で生じる場合が多く、それゆえ、投薬の効果によって改善される場合が少なくないと考えられる。他方、第II軸には、人格的な素質や性格形成の歪みに関わり、それゆえ、根深く永続的なまとまり(cluster)によって識別されるものが分類

9 最新の研究書に、J. Reich (ed.), Personality Disorder. New York/Routledge, 2005がある。

され、そこに人格障害が位置づけられるのである。そして、この人格障害というカテゴリーの下に、十種類のサブタイプがリストアップされている。そのA群には、妄想性人格障害、失調病質的人格障害、失調病型人格障害が、そしてC群には、依存性人格障害、回避性人格障害、強迫性人格障害が、そしてわれわれが問題にしている境界性人格障害は、反社会性人格障害、演技性人格障害、自己愛性人格障害と並んでB群に上げられているのである¹⁰。

人格障害と合併症的に生じやすい障害は、気分障害、つまり、うつ病や双極性感情障害であると言われるが、従来のうつ病もまた睡眠障害や食欲低下と言った典型的な症状を示すもの以外に、何となくやる気が起こらず無気力で、学校や職場を休むが、それほどうつ気分は強くないという人たちもおり、うつ病であるのか、抑うつ神経症なのか、あるいはある種の人格障害なのか判然としない症例が増加しているとのことである。このようなうつの症例に近いものが、C群に分類されているわけである。また、従来であれば、パラノイアと診断されたかもしれないが、自分の幻想や妄想に親和性がある統合失調症の人より、自分が経験する幻想や妄想はおかしいのではないかという自覚を持った人々があり、自己認識があるという点ではパラノイアとは断定できない。そのような人たちは、対人関係に過敏であり、軽度の妄想傾向を持ちやすいということで、妄想性人格障害として、A群に分類されている。境界性人格障害は、反社会性人格障害、演技性人格障害、自己愛性人格障害と並んでB群にリストアップされているわけであるが、その一連の命名から予想されるように、人間関係の文脈を無視するような怒りの感情を突然爆発させるような衝動的性格を持ち、極めて自己中心的に見える反社会的行動を取り、自分と他者との境界設定が曖昧で、演技をしているのではないかと感じられるような態度を取る人たちがいる。これらの症例がB群に分類されているわけで、この中での境界性人格障害は、特に、愛を貪り求めてまさに、自分と他者との「境界設定」が曖昧になり、自己概念や感情の激しい揺

10 岡田尊司の前掲書『パーソナリティ障害』においては、それぞれのタイプの特徴とその背景、接し方のコツ、克服のポイントが整理されて論じられているので概要を把握するのに便利である。

れを経験する、自己同一性の形成の挫折あるいは弱さをその本質的病理として持っているのである。もちろん、A群、B群、C群の区分けにもかかわらず、症状が重複している場合も多く、境界性人格障害の場合も、虚無感、死への傾斜、見捨てられ抑うつ感など、C群の特徴であるうつの症状との関係も深い。そしてBPDの家族には、通常の家族より約5倍の割合で、BPDの人がおり、また、うつ病者も多くみられるという。

以上のように見てくると、BPDの周辺には判別が極めて困難な様々な「人格障害」が存在することが分かるし、注意欠陥・多動性障害も混入しがちで、精神科の医師にとっても境界性人格障害の診断は難しいとされている。そして、「人格障害」という用語が相応しいのかどうか疑問を持つ専門家もいるわけであるから、牧師が軽率に、人を境界性人格障害と断定したりしてはならないし、専門医とのチームワークが不在のままでは、牧会的対話が困難な症例なのである。

しかし、コミュニケーションを含めた対人関係のあり方や不安定な自己同一性や衝動のコントロールが問題なのであるから、30歳から40歳台になると大部分の人は精神的に安定してくるというデータもある。それゆえ、キリスト教的愛に根ざした忍耐強い対応と「赦された罪びと」というキリスト教的人間理解や、人格としての人間を尊重することから来る適切な「境界」設定をすることによって、境界性人格障害の人と寄り添うことは可能である。また、家族や友人にBPDの人を持つ人たちを支えていくことも教会の大切な働きである言えよう。

3. BPDの病因

BPDの原因については、他の心の病と同様に、家庭環境の歪みによる発達心理学的原因に重きをおく説と、社会的・文化的環境要因を指摘する説、そして、素質的（生物学的、遺伝的）要因を考える説に分かれている¹¹。まず、BPDの人が生まれ、育った家庭環境の問題を考え、さらに現代の社会

11 クラウスマン／ストラウス、前掲書、89頁。岡田尊司、前掲書、42頁以下。

環境を考慮し、最後に遺伝的要因あるいは脳の障害について触れておく。

3-1 BPDの家族環境：過干渉の親と放任主義あるいは育児に無関心な親

BPDの人は、その感情の不安定さ、自己同一性の曖昧さ、衝動性の高さ、自殺行為、虚無感、見捨てられ感の強さなどを症状的に示すのであるが、基本的には、「感情、対人関係、自己概念」という3つの柱を軸にして揺らぎがあることに特徴がある。この事実は、まず、生育史における親子関係、特に、母子関係の不具合を想定させられる。

「私」というものは、他者の存在なしには成立しない。他者から名前を呼びかけられて初めて「私」の自覚が生まれる。人は、誕生間もない乳児期(the Incorporative Self)¹²には母子一体感の中に生きている。およそ2歳までに母親あるいは身近な保護者からの愛情と保護を受けとり、他者と自分自身への信頼を学ぶ時期である。生後1年くらいに形成される「愛着」パターンが、その後の対人関係に決定的影響を与えている。このような自我の基盤を形づくる時期に、虐待や育児放棄などで親から十分な愛情を受けられないと、自我の連続性の発達が損なわれ、「本当の自己」と「偽りの自己」に分裂してしまう。

乳児期が終わりに近づく、1歳半から3歳くらいの時期は、少しずつ、母親から分離することを通して個体としての自分自身を自覚していく時期である。このような分離——個体化の過程で、母子分離が余りに急激であったり、逆に親が子どもをペットのように扱い、母子一体化して、過保護となり、「しつけ」という境界設定が十分でない、自分と他者の区別が不明確となり、自分の感情と親の感情が混同され、自分の感情をコントロールする力を失ったり、欲望や感情の抑制力が未発達となってしまう。また、親の子どもへの

12 R. Kegan, *The Evolving Self. Problem and Process in Human Development*. Cambridge/Harvard University Press, 1982. 113-132. キーガンは、自分と関わる他者の holding on と letting go のバランスによって満足と喪失を段階的に経験することで自己は発達していくと考える。彼の理解は基本的に、J. Piaget, *Six Psychological Studies*. New York/Vintage Books, 1968 による。思春期の自己同一性再形成の課題の重要性については、E. H. Erikson, *Identity. Youth and Crisis*. New York/W. W. Norton & Co. 1968 を参照。

自己投影が、ガミガミと小言の多い過干渉という形を取れば、自分を肯定して自信を持つより、萎縮して自分の感情表現が十分に出来なくなったり、他者の感情に過剰に敏感になるであろう¹³。岡田尊司はこの時期における「対象恒常性」の発達の重要性を指摘する。乳幼児はお腹が空けば泣き、そうすると母親あるいは保護者がミルクをくれ、満腹になると満足する。空腹を満たしてくれる親は良い親であり、満足させてくれない親は悪い親である。あるいは、自分の欲望にに応じてくれる人は良い人であり、そうでない人は悪い人である。ところが乳幼児が経験する一つ一つは断片的であり、部分的な対象関係であって、なかなか一人の親との関係には統合されない。しかし、欲求が応えられたり、応えられなかったりする経験の積み重ねによって、親にもその時々都合があるのであって、同じ母親が自分の欲求に応えたり、応えなかったりするものであり、たとえ、自分の欲求が応えられなくても自分への愛情が欠如しているわけではないことを悟るようになる。こうして部分対象関係が全体対象関係に統合され、「対象恒常性」を獲得するのであるが、BPDの人はこの過程に問題があり、容易に部分対象関係に退行してしまう傾向がある。そして思春期以降になっても、自分の思い通りになる人は「良い人」であり、味方であり、思い通りにならない人は「悪い人」あるいは敵に容易に変わってしまうのである。こうして、白か黒か、すべて良いかすべて悪いか、オールオアナッシングの二分法的で、両極端な思考や感情の動きを示すのである¹⁴。BPDの人の幼児的、退行的とも言える感情の爆発現象はまさに、このようなメカニズムの歪みの結果として説明可能である。

こうして、人は衝動のままに自己表現する時期 (the Impulsive Self) や第一次反抗期が現れる初期自我形成期 (the Imperial Self) を経て、衝動の適度な容認と限界設定を身につけ、他者と共に生きる自我形成期 (the Interpersonal Self) に入っていくが、その過程で、両親から与えられるイメージや意見の集積が自己の成立には重要な要素となるのである。このような時期に、

13 ジェロルド・クライスマン／ハル・ストラウス『境界性人格障害のすべて』91頁以下参照。

14 岡田尊司、前掲書、49頁以下にメラニー・クラインの考え方として引用されており、BPDの人の性格の病因をうまく説明している。

親が育児に無関心で十分な愛情を伝えられずいたり、子どもを放任しておく、適切な「境界設定」が出来ず、さらに、虐待（性的虐待も含め）などがある場合には、自己乖離、自己評価の低下、感情の抑圧などが結果するであろう¹⁵。1960年代における、既成権威への徹底的反抗に直面しての親の自信喪失、核家族化による親子の距離感の喪失、親の忙しさ（父親不在家庭）や親自身の欲望追及（自己否定・犠牲の世代から自己実現・自己満足の世代へ¹⁶）による子育ての放棄などは、社会的環境変化と決して切り離すことはできないが、急激な社会変化から人間を守る家庭そのものが機能不全を起しており、BPDの多発と平行した、あるいは、それに一歩先立つ現象であると言える。

親元で育った子どもたちは、やがてそこから自立し、社会的自己として、積極性や自主性をもって社会的課題を担うことを期待される（the Institutional Self）。そのためには、他者と共に生きる集団協調性を身に着けねばならない。しかし、親子関係の歪みと社会的規範性を指し示す親の不在によって自己同一性の確立過程に問題がある子どもたちは、他者とどのように関わったら良いかを十分習熟していない。思春期に仲間や友人関係に恵まれたり、模範的な「大人」に出会えれば幸いであるが、そうでないと、「遅れた反抗期」というか、自己の不安定さ、孤独の恐れから怒りを爆発させたり、自己中心的な反社会的行動を取るようになるのである。

3-2 社会的病因

人間の性格形成と社会構造との関係を強調し、『衝動的性格』という著書

15 ハーマンによると、1988年の調査で、BPDの人の内、身体的虐待は71%、性的虐待は68%を経験していると言う。また、ザナリーニらの調査によると、1997年では、BPDの人の98%が18歳までに虐待を経験し、92%がネグレクトを受けていると報告している。町沢によると日本では性的虐待を受けている人は、51.1%、身体的虐待は33.6%、情緒的虐待は64.4%、情緒的ネグレクトは68.8%とのことである。町沢、前掲書、37頁。BPDの人には注目と愛情の切望、自分の身体への不満から自己確認のためあるいは自己否定の表現としての性的無節操が多く見られる。

16 T. Sample, U. S. Lifestyle and Mainline Churches. Louisville/Westminster/John Knox Press, 1990にDaniel Yankelovichの用語として紹介されている。10-21.

において、都市型人間の衝動的性格に注目した精神科医が、ウィルヘルム・ライヒであった¹⁷。彼は第二次世界大戦前のウィーンの彼のクリニックにおいて、統合失調症に極めて近いが、現実判断能力が損なわれていない衝動的な性格を持つ新しいタイプの若者たちに出会ったのである¹⁸。

現在の状況は大戦前とは比べ物にならないほど流動化・都市化が進行している。BPDと都市化現象との因果関係については、あまりに変数が多く、科学的に実証することは困難であろう。しかし、伝統的「ムラ」社会としての農村共同体が崩壊し、流動化が進行して、価値の多元化と、情報や生活様式の多様化（結果としての「何でもあり」の価値観の浮遊、性的嗜好の多様性の容認、離婚率の増加など）が、一方では過去のしがらみからの解放を意味すると同時に、他方、安定性と信頼性に欠ける社会を作り出し、他者と親密な関係を創出するのを困難にしていることは事実である。人は、人間関係の複雑化と希薄化とに同時に対応せざるを得なくなり、人格形成上極めて不安定な状況に生きるようになったことは明らかである¹⁹。ジェロルド・クライスマンとハル・ストラウスは「しっかりした構造を持たない社会は、自分自身の価値体系を作り上げることに大変苦労している BPD の人にとっては、とりわけ適応しにくい環境となっていますし、女性の役割の変遷（たとえばキャリアをめざすか家庭に入るかの問題など）も、アイデンティティの問題

17 ウィルヘルム・ライヒ『衝動的性格』イザラ書房、1973年。町沢、前掲書 16頁から引用。

18 森山公夫によれば、1830-40年代は、普遍的市民社会の理想が崩壊し、階級に分裂、都市化に伴い貧困が社会問題になった時点で、産業社会における精神病者の処遇、つまり、強制入院の基本的パターンがすでに確立したと言う。そしていわゆる精神病でもない、そうかと言って正常人とも言えない中間領域として「道徳的狂気」の概念が語られたという。こうして、社会の変化に伴い、新しい社会システムに不適応な人が登場し、医者あるいは医療者の視点も変化すると主張している。「人格障害論の史的発展」 in: 高岡 健・岡村達也編、前掲書、109-112頁。

19 宮台真司は「団地化」「ニュータウン化」というキーワードを用いているが、これは農村共同体の崩壊と都市化と高度成長経済と画一化を象徴する興味深いキーワードである。高岡 健・岡村達也編、前掲書、19頁。また、農村共同体が崩壊したにもかかわらず、徹底して集団から離脱してしまうより共同体幻想を持ち続けている場合の方が、心理的には問題であり、「共同体の同調圧力に服する過剰同調が起きるのは、共同体が堅固なときというより、むしろ共同体が空洞化したときである」と主張している。29頁。

をますます難しくする傾向にあります」と言っている²⁰。E. フロムは『自由からの逃走』²¹を書いたが、多すぎる選択の自由は人間にかえって眩暈を起こさせ、心理的にはむしろ、自主的判断の責任を回避させ、画一性や統一性に隷属するようになるのである。そして他方、そのような画一的集団に帰属できない「落ちこぼれ」を生じさせるのである。そして、体制に順応できない人たちが「病氣」あるいは「ナルシスト」として排除され、取り扱われてしまうのである²²。

こうして、過去との絆を失い、将来への希望が見出しにくい状態の中で、孤立化させられた個人はますます一人で考え、一人で行動することを求められている。にもかかわらず、「隣人」の顔は極めて疎遠で、みな「匿名」で生きており、自分自身も「匿名化」を強いられる。また、コンピューター・ゲームなどによる、いわゆるヴァーチャル・リアリティなどという仮想的現実世界に晒されて、私たちには現実と仮想、自己と他者との「境界線」が曖昧になり、結果的に、自己確立が極めて困難な社会に生きているのである。

また社会変化のスピードが余りにも急激であり、心の成熟度のテンポが社会変化のテンポに追いつかないのが現実である。さらに、知的・技術的な合理化の展開と感情の成熟度がアンバランスになり、価値の多様化やテレビによる暴力シーンの増加と相俟って、まさにライヒが言う「衝動的なもの」が剥き出しになっている社会でもある。そうであれば、私たちは、生半可な「弱い自己形成では太刀打ちできない境界不鮮明な社会」²³に生きているのである。こうして、現代はまさに、「私とは誰であるのか」、つまり、「自己同一

20 J. J. Kreisman and H. Straus, I HATE YOU - don't leave me. New York/Avon Books, 1989. 白川貴子訳『境界性人格障害のすべて』VOICE, 2004年。113頁。

21 E. Fromm, Escape from Freedom. New York/Avon Books, 1965. 日高六郎訳『自由からの逃走』東京創元新社, 1966年。斎藤貴男『安心のファシズム 支配されたがる人びと』岩波新書, 2004年参照。Riesman, The Lonely Crowd. New Haven/Yale University Press, 1961 加藤秀俊訳『孤独な群集』みすず書房, 1964年参照。

22 高岡 健・岡村達也編, 前掲書, 18頁。1950年代から60年代の米国で、画一的で、似通った「団地」に住み、しかも「家族幻想」からはじき出されていた人たち、黒人と付き合ったり(人種差別的である)、マリファナをやる人たちもすべて十羽一からげで「境界例」とされていたのではないかと批判されている。

23 町沢静夫, 前掲書, 17頁。

性」(identity)が問われている時代であり、BPDはまさに「自己同一性」、他者との「境界」設定の仕方が問われている現代人の心の病なのである。

また、ボタン一つで欲しいものが得られる、豊かで便利な社会は、ゆっくり待つことや人と交渉する手間を省いて、衝動をコントロールする力を益々脆弱化させるのである²⁴。こうして、現代社会の諸傾向が、「積極性が攻撃性へ、個人主義が孤立化へ、自己愛が自己中心に変わるまで、ほんのひとまたぎ」²⁵としているのである。

ある不適応が起こる場合に、不適応になった人間そのものに、人格的未熟さや、家族関係によるトラウマやら、適応不全の原因になる問題があったのか、それとも、不適応者を出さざるをえない社会システムに問題があったと考えるべきか？ という問題が残る。しかし、あらゆる人がこのような社会状況に直面しているのに、すべての人が病気になるわけではない。また、ある人は非行に走ったり、不安障害になったり、また、統合失調症になったりする。そしてそのような中に、BPDを発症する人もいるのである。確かに、家庭環境による生育史上の問題がこのような差異をもたらすと言って良いのであるが、さらに、ある種の遺伝的または素質的な内発的要因を考える余地も残っていよう。

3-3 素質的病因

以上論述してきたように、BPDはコミュニケーションの問題、あるいは、自己同一性不安の問題であるように思える。特に、病因のほとんどを家庭の機能不全による発達心理学的問題や社会環境の急激な変化や不安定さに帰することができよう。しかし、他の精神疾患の場合と同様に、BPDにも生化学的なアンバランスが関わっていると考える精神科医もいるのである。抗うつ剤、一般的な精神安定剤などの投薬によって、BPDの症状の緩和が認められるからである。しかし、この事実はいくまでも合併症としての他の病根に対する対処療法的効果であって、BPDの症状の改善はあっても、BPDの

24 大平健『豊かさの精神病理』岩波新書、1990年参照。

25 クラウスマン／ストラウス、前掲書、119頁。

基本的な病理の特質は変わらないとも言える。

また、最近の研究では、衝動的あるいは異常な行動には、気分障害に関係している神経伝達物質のセロトニンが関わっている可能性も指摘されている²⁶。また、BPDの人たちに良く見られる、過食症やアルコール・薬物乱用などの自己破壊的行動は、逆説的に、内面的な不安を克服するための自己治療の試みであるとも解釈可能である。聖書証言にも、自傷的行為への言及があるが（マルコ5：5，列王紀上18：28），これは心理学的には自己処罰における自己確認の行為であると理解されるが，生理学的には，自分を傷つける行為において，体内には麻酔効果のあるベータ・エンドルフィンが発生し，ある種の自己治療の行為として考えられるそうである²⁷。

また，BPDは気分障害と隣接するだけではなく，遺伝性のものを含む神経系の疾患とも隣接している場合もあり，学習障害（LD），注意欠陥多動性障害（ADHD），頭部外傷などとも関係づけられてきた。BPDを基本的に，自己同一性の形成の挫折とそれに伴う感情コントロールの問題と考える町村静夫も，ADHDの有無に注意し，微小な脳障害がないかどうかのチェックも必要であり，その場合は，治療は早期にすべしとアドバイスをしている²⁸。さらに，BPDと診断された人々には側頭葉に脳波の異常が認められたり，睡眠中に通常とは異なる脳波を表わす短いレム潜時が観測される場合も報告されていると言う²⁹。牧会者が，BPDの子どもを抱える親に，脳障害の可能性を指摘し，専門医を訪問するように薦めることは，育児に失敗したのではないかと自分を責める親に「逃げ道」を作ってあげることになるのか，あるいは，脳障害ということでさらに心理的に重荷を負わせることになるかはケースバイケースであろう。慎重な対応が望まれる。

こうして，BPDの病因は，遺伝的素質と家庭環境，社会環境の複合的な

26 クラウスマン／ストラウス，前掲書，104頁。岡田尊司は，セロトニンの多型と共に，神経伝達物質のドーパミンとトランスポーター遺伝子の多型が衝動性や不安性格と関係しているという研究を紹介している。『パーソナリティ障害』42頁。

27 クラウスマン／ストラウス，前掲書，104頁。

28 町村静夫，前掲書，138頁。

29 クラウスマン／ストラウス，前掲書，104頁。

要因の相互作用であると結論づけることができる。ただ、BPDの人への牧会者としては、遺伝的素質への見識を持ちつつも、運命論に陥らずに、その人たちの生育史における問題への気づきと、社会環境から由来する生きづらさの悩みへの共感に根ざして、適正な「境界設定」を提示して、自己同一性を確立できるように、愛と忍耐を持って接することが大切な課題となろう。

4. 牧会上の注意

それでは、自分の牧会する教会員や求道者の中に、あるいはその家族の一人にBPDの人がいる場合に、どのように牧会あるいは牧会カウンセリングをしたら良いであろうか。

4-1 「境界設定」の必要性

一般に、BPDの人を治療する場合は、患者と治療者との間にしっかりと治療契約を結ぶことが前提になると言われる。その内容は、治療中に治療者に無断で危険な、あるいは抑制を欠いた行動に出ないこと、面談時間や場所など治療に関する物理的約束事を守ること、入院措置もありうることなどを含んでいる³⁰。BPDの人は、心理的、社会的ストレスを受けると行動化に出て、危険な行動を起こす可能性もあるので、教会の集会において無断で発言したり、文脈を無視して言いたいことを言ったり、発言を独占したりしないこと、あるいは、毎日のように余りに頻繁に牧師館を訪問したり、真夜中に長電話をかけてきたりしないことなどの「境界設定」が必要である。牧師にも他に多くの仕事があり、牧師の家族も自分たち自身を大切にす権利があり、また、集会には一定の目的があることを明確に説明することである。「境界性」人格障害と言われるくらいであるから、「境界設定」あるいは「行動制限」が大切である。これは牧師自身や牧師の家族、教会員の身を守るためでもあるが、コミュニケーションに課題を持つBPDの人の癒し（人格的成熟）のためにこそ重要なことなのである。

30 吉松和哉「人格障害とカウンセリング」124頁。

4-2 愛情をしっかりと伝えること

BPDの人は基本的に、愛情に飢えており、過剰に「見捨てられること」を恐れている。それゆえ、牧会者は、神のゆるぎない愛を伝えると共に、BPDの人をしっかりと愛情を持って受け止めねばならない。そしてその愛情が境界設定とは決して矛盾するものではなく、愛するがゆえに、境界設定をするのであり、境界設定を通して愛するのであることを知らせる必要がある。

BPDの人は、よく「虚しい」という感情を口にするが、どんな場合にそのような気持ちになるのか、いつごろからそのような気持ちを持つようになったのかなどを聴くことが肝心である。相手の感情に対して決まり文句のお説教をしたり、無視してしまえば、その人にはまさに「見捨てられ」感が昂じてくるのであるから、何よりも相手の感情を受け止め、適切な言葉で確かめてあげることが必要になる。

4-3 BPDの人の転移感情に耐え、牧会者の逆転移感情を制御すること

BPDの人は、「他者を極端に理想化したかと思うと価値引き下げ（こき下ろし）を行い、その両極端を揺れ動く、不安定で激しい対人関係」をその症状とするのが特徴である。理想化とは自分を愛してくれて、自分の思いのままに感じ、行動してくれる人のことを褒めちぎることである。基本的に牧師は他者をありのまま受け入れるのがその仕事であるから、はじめはBPDの人に尊敬され、あたかもキリストであるかのように理想化される。これはあくまでも自分自身の隠れた心理を相手の心の中にみて、さらにその相手の心理に自分を同一化させ、一体感を得るための「投影性同一視」の機能であって、決して牧師の実像の評価ではないことに注意し、妙に、舞い上がらないように慎むべきである。特に、牧師は自分自身の中に「救済主願望」（メサイア・コンプレックス）がある場合があるので注意すべきである。

牧師といえども、完全な人間ではないし、そうは、BPDの人の言いなりになってもいられない。心に負担を感じたり、何か冷たい素振りをすると、急激な価値引き下げ（こき下ろし）が始まる。悪口を言われて平気でいる人はいないし、特に、他の教会員の間で牧師のこき下ろしが始まれば、心は平

穏ではいられない。ところがBPDの人は相手の心理を読むことに長けているので、牧師の問題をさらに突いてきたり、それが牧師に拒絶されれば、しおらしい謝罪や悔い改め、贈り物攻勢、そして再び理想化が始まる。まさに、悪か善か、敵か味方かしかないのであって、「中間」という現実認識、他者認識、自己認識が欠如しているのである。こうして牧師や牧師家族そして教会員たちが振り回されることになるのである。牧師もこのような心理的トリックにはまり込んでしまう。つまり、BPDの人が牧師と自己一体化してくる心理状態を、今度は牧師自身がそれを自分自身のものであるかのように思い込み、BPDの人の思い通りの状態に陥り、操られてしまうのである。しかも問題の本質を突いた本格的なカウンセリングになればなるほどこのような理想化とこき下ろしの振幅が大きくなり、相互投影現象に巻き込まれるのであるから厄介である。このようなプロセスにおいて、牧会者は対象者との感情的関係に必要以上に巻き込まれないこと、牧会者自身の心の安定が大切である。その成熟した大人の反応の仕方こそBPDの人が学ぶ模範となるのである。そうであれば、教会カウンセリングの過程における自己チェックのために、牧会者の牧会者を必要とするのである。それは通常、牧会者の配偶者であったり、熟練した教会員であったりして良いわけであるが、まさに、牧会者の家族も、教会員もこのプロセスに巻き込まれてしまう危険が多いのであるから、専門家のアドバイスを必要とする。

4-4 反社会的行動化の意味を受け止めること

BPDの人の症状の中に、「自己を傷つける可能性のある衝動性を持ち、少なくとも以下の二つの領域でそうである。たとえば金遣いが荒かったり、性的に問題であったり、あるいは薬物乱用を行ったり、向こう見ずな運転や過食発作などがみられる」という行動化が見られる。このような行動化に直面して、牧会者が境界設定を思い起こさせることは重要であるが、道徳的・倫理的に非難することは問題を解決しない。むしろそのような問題行動によってBPDの人が何を訴えているのか、その不安、怒りに共感してあげることが重要なのである。BPDの人には自殺願望もあり、自傷行為もあるが、そ

れはわれわれの注目を求める行為であり、自己不安を抱きとめてあげる良い機会なのである。こうして、その時々 of 行動化を通して、BPD の人の思いを共有できるかどうか、そのような人と出会えるかどうか、BPD の人の人格的成長、コミュニケーション上の成長の鍵があると言ってよいであろう。

4-5 具体的目標を見失わず、牧会関係の全体構造を把握すること

様々な症状や問題行動、感情転移などによって振り回されるのが BPD の人の牧会の現実であるから、いつも関わりの全体構造と具体的目標を見失わないようにすることが肝心である。全体構造には、すでに述べた「境界設定」も含まれている。牧会の最終目標は、その人がキリストに触れ、自分自身を罪赦された罪人として自己受容できるようになること、そのような者として、他者とコミュニケーションすることができるようになることである。それは具体的に、自分で自分の感情を言葉にして表現できるようになること、他者も同じように否定的感情を持つ権利があることを認めること、自分も他者も「罪赦された罪人」として灰色であるというアンビヴァレント（両義的）な存在であることに耐えること、自分と他者に対して全体的イメージを持つこと、自分で何かを成し遂げ、自信を持てるようになることなどである³¹。また彼らとの付き合い方の豊富な事例研究は、文献に挙げておいた、D. メイソン/R. フリーガー『境界性人格障害：はれものにさわるような毎日をする方へ』荒井秀樹、野村祐子、東原美和子訳、星和書店、2003年が便利であり、また、BPD の家族や配偶者で悩んでいる人たちには、R. クリーガー/J. P. シャーリー『境界性人格障害=BPD 実践ワークブック』、ロレーヌ・バル『自傷行為とつらい感情に悩む人のために ボーダーライン・パーソナリティ障害 (BPD) のセルフヘルプ・マニュアル』井沢功一朗、松岡律訳、誠信書房、2006年が参考になる。

4-6 チームワークの構築

心の病を負った人を牧会する場合に、牧師は精神医療の専門家ではないし

31 吉松和哉、前掲論文、128 頁。

(薬を処方できない!), カウンセリングの専門知識を持っているわけでもないのであるから、精神医療の専門家や専門カウンセラーとのチームワークを作ることが大切になる。BPDの人と出会った場合、一緒に医者やカウンセラーを訪問することもできるだろう。自分が良かれと思ってしたアドヴァイスがかえって病状を悪化させてしまう場合もあるのだ。弁護士、社会福祉ケースワーカーなどと並んで医師、特に、精神科の医師と共に働くことは重要である。

しかし、協働は易しいことではない。特に、心の病を負った人たちが、近隣の教会者の間を渡り歩くことを認めるのかどうかは難しい判断であろう。心の病を負った人たちは、いろいろな人からいろいろ異なった情報を得て混乱してしまう場合もあり、結局、目先の所で、自分に都合の良いことを言ってくれたり、してくれる牧師のところに行くのが通例であるからである。チームワークを構築する場合は、初めからの約束事として、他の牧師訪問を許すかどうか決めておくことよ。それでなくとも、BPDの人は、関わる人たちの理想化とこき下ろしが激しいのであるから、チームを構成する人々の間の信頼関係を築くことが必要であるからである。ある牧師が「こう言っていた」ということをBPDの人から聞くときも、疑心暗鬼にならずに、本当にそう言っているかどうか確かめることも、チームを構成する人々の間の信頼関係を築く上で重要なことである。

おわりに

「境界性人格障害」と呼ばれる人たちの教会について考えてきた。BPDは確かに特殊な心の病であろう。しかし、自己同一性の揺らぎの問題やコミュニケーションの問題は、さらに普遍的な課題でもある。特に、「境界設定」の問題は、親子関係、夫婦関係、牧師と教会員との関係、そして人間と神との関係にとっても重要な概念である³²。教会とは、いわば、その人と神との

32 この点では文献表の中の、H. クラウド/J. タウンゼントの『境界線』がなかなか参考になる。

境界設定を指し示してあげること（罪赦された罪人としての断絶と和解）であり、牧師と教会員とのそれぞれの適度な「距離感」、その人と教会との「距離感」を受け入れ、保持し、多少正してあげることであるとも言えよう。詰めすぎれば風通しが悪くなり窒息してしまうし、離れすぎでは孤立してしまい寂しい。きっと、BPDの人たちはいわゆる普通の人が感じることのできないような孤独感、見捨てられ感を持っているのであろう。その「つらさ」にいかに関感できるかが牧会の鍵であり、まさに、イエスの十字架と復活の出来事において啓示されたインマヌエルの神への信仰が問われているのであろう。

境界性人格障害関係文献

- Bell, Lorraine, *Managing intense Emotions and Overcoming Self-Destructive Habits. A Self-help Manual.* Taylor & Francis Books, 2002. ロレーヌ・ベル『自傷行為とつらい感情に悩む人のために ボーダーライン・パーソナリティ障害 (BPD) のセルフヘルプ・マニュアル』井沢功一朗, 松岡律訳, 誠信書房, 2006年。
- Cauweis, Janice M., *Imbrogio: Rising to the Challenge of Borderline Personality Disorder.* New York: W. W., Norton, 1992.
- Cloud, H. and Townsend, J., *Boundaries.* Michigan/Grand Rapids, 1992. 中村佐知・中村昇訳『境界線』地引網出版, 2004年。
- Cox, J. L., “Borderline Personality Disorder,” in: *A Dictionary of Pastoral Care.* 磯部潮『人格障害かもしれない』光文社新書, 2003年。
- Gallagher, R. E., Manierre, A. and Castelli, C., “From the Valley of the Shadow of death: A Group Model for Borderline Patients,” in *The Journal of Pastoral Care*, 1944, 48 No1 46-53.
- J. G. Gunderson, *Borderline Personality Disorder.* 1984. 松本雅彦他訳『境界パーソナリティ障害: その病理と治療』岩崎学術出版社, 1988年。
- Jones, M., “Anger and Personal Disorder,” in: *Pastoral Journal*, 1997, Spring 51
- Johnson, W. Brad, *The Pastor’s Guild to Psychological Disorders and Treatments.*
- S. ケイセン, S. 『思春期病棟の少女たち』草思社, 1994年。(原著1993年)
- Kernberg, O. F., *Severe Personal Disorder.* New Haven/Yale University Press, 1984. 『重症パーソナリティ障害』岩崎学術出版社, 1996年。
- Kreger, Randi and Shirley, James P. *Stop walking on eggshells. Workbook.* New Harbinger Publications 2002. クリーガー, R. /シャーリー, J. P. 『境界性人格障害=BPD

- 実践ワークブック』野村祐子，東原美和子，黒澤麻美訳，星和書店，2006年
- Kreisman, J. J. and Straus Hal, I have You - don't leave me. Avon Books, 1989. 白川貴子訳『境界性人格障害のすべて』ヴォイス，2004年。
- Mason, Paul T., and Kreger, Randi, Stop walking on eggshells: taking your life back when someone you care about has borderline personality disorder. New Harbinger Pubns, 1998. メイソン，D. / クリーガー，R. 『境界性人格障害：はれものにさわるような毎日をすごしている方へ』荒井秀樹，野村祐子，東原美和子訳，星和書店，2003年。
- Masterson, J. F., Treatment of the Borderline Adolescent. 1972. 成田善弘・笠原嘉訳『青年期境界例の治療』金剛出版，1979年。
- 町沢静雄『自己愛性人格障害』駿河台出版社，1785円。
- 『ボーダーラインの心の病理 自己不確実に悩む人々』創元社，1990年。
- 岡田尊司『人格障害の時代』平凡社，2004年。
- 『パーソナリティ障害 いかに接し，どう克服するか』PHP新書，2004年。
- Reich, James, (ed.), Personality Disorders. Current Research and Treatments. New York/Routledge, 2005.
- 鈴木 茂『人格の臨床精神病理学 多重人格・PTSD・境界例・統合失調症』金剛出版，2003年。
- 高岡 健，岡村達也編『人格障害のカルテ 理論編』メンタルヘルス・ライブラリー11，批評社，2004年。
- Victor, Martin “Bright, beautiful, and deeply troubled: Borderline Personality Disorder: How to help the Person and protect yourself,” in: Leadership, 16 Winter, 1995, p111-116.

「境界性人格障害」の自己診断チェックリストについては，町沢の資料218頁以下，岡田の資料288頁以下参照。