青年期・成人期の困難事例における行き詰まりと治療機序

―精神分析的臨床におけるパーソナリティ障害の対応と一般臨床への応用―

吉沢伸一[1)]・上田勝久[2)]

1) ファミリーメンタルクリニックまつたに　2) 京都民医連中央病院太子道診療所

<要　旨>

本研究はパーソナリティ障害患者との精神分析的心理療法について生起される事柄を、“行き詰まり”と“治療機序”という観点から抽出し、実証的な検討を試みたものである。ボーダーラインパーソナリティ、スキゾイドパーソナリティ、ナルシシスティックパーソナリティの3タイプのパーソナリティ障害患者との精神分析的心理療法を経験した治療者にその治療プロセスに関するインタビューを行い、そのプロセスの中でいかなる困難が生じ、その困難をどのように乗り越えているのかを探索的に把握していった。

得られたデータは修正版グラウンデッドセオリーアプローチによって分析し、その結果、ボーダーラインパーソナリティ障害事例では9のカテゴリーと22の概念が、スキゾイドパーソナリティ障害事例からは9のカテゴリーと23の概念が、ナルシシスティックパーソナリティ障害事例からは7のカテゴリーと18の概念が生成された。

各パーソナリティ障害事例で、それぞれに異なる“行き詰まり”と“治療機序”が概念化されたが、自身のこころや思考を治療的に活用していくための治療者自身の心的スペースの喪失が共通する課題としてあげられ、その喪失をいかにして修復していけるかがパーソナリティ障害患者に対する心理療法的支援の重要な鍵となることが明らかとなった。

最後に本研究にて抽出された知見が精神分析的心理療法以外の様々な臨床的支援にも活用しうることを示唆した。

<キーワード>　パーソナリティ障害、精神分析的心理療法、行き詰まり、治療機序

【はじめに】

これまでにパーソナリティ障害患者への治療的接近に関する研究は様々な方面から提出されてきた。近年ではパーソナリティ障害の生物学的研究、病態の実証的検討や治療効果を数量的に示すことでエビデンスの成立をはかろうとする研究などがさかんになっているが、やはり現在までに取り組まれてきた研究の主たるものは事例研究である。

多くの臨床家が指摘するように、パーソナリティ障害患者への臨床的支援には様々な困難が待ち受けている。その困難は彼らが事を心的に体験しえずに葛藤的な心境をすぐさま行動によって排出してしまうことや彼らのこころのとらまえ難さに起因していると思われるが、ここで重要なことは、こうした困難が抜き差しならない切迫感をともなうパーソナルな困難としてその支援者にふりかかってくることである。

パーソナリティ障害患者と対峙するとき、支援者のこころは彼らの病理に侵され、その病理的な関係性に必然的にまきこまれていく。その体験は容易に数値化できるようなものではなく、いわゆる記述的・客観的診断に記された内容を超えた苦渋をその支援者に味わわせる。彼らとの臨床的な営為を通して体験する実際上の困難は、治療者と患者の主観的体験を軸としたデータに基づいて記された事例研究でしか語りえないものがあり、それゆえに事例研究がこの分野の研究の大勢を占めているのだと思われる。

だが一方で、事例研究によって提出されてきたパーソナルな体験や治療プロセスの内実、あるいはそのプロセスから得られた知見を、包括的・実証的に検討した研究はほとんど見当たらないという実情がある。おそらく現状では、読

者の多くは個々の事例論文がもつ普遍的な理解を各々がつかみだすことで、自身の臨床実践に役立てているのが実際のところだろう。

また、一口にパーソナリティ障害における治療上の困難といっても、当然のことながら各パーソナリティタイプによってその質は異なってくるはずであり、その差異や共通要素を実証的に検討した論考も乏しいといわざるをえない。

そこで本研究ではパーソナリティ障害の中でも特にボーダーラインパーソナリティ障害（Borderline Personality Disorder、以下BPD）、スキゾイドパーソナリティ障害（Schizoid Personality Disorder、以下SPD）、ナルシシスティックパーソナリティ障害（Narcissistic Personality Disorder、以下NPD）の3タイプをとりあげ、これらの患者との治療がどのように展開し、そこで何が生じているのかを個々の事例から読み取り、包括的・実証的な探索を目指すつもりである。

【方法】

1．対象者

対象データは30～60代の精神分析的なオリエンテーションをもつ治療者男女20名（平均年齢：47.7（SD＝8.84）、男女内訳：男4名、女16名）が経験した10～50代の患者男女35名（平均年齢：23.3歳（SD＝6.60）、男女内訳：男8名、女27名）との精神分析的心理療法事例（治療期間：6ヶ月～15年0ヶ月、平均年月5年0ヶ月）に関するインタビューデータである。内訳はBPD事例10例、SPD事例12例、NPD事例13例となっている。

治療者は基本的には日本精神分析学会の認定資格を有する医師および心理士であり（有資格者17名）、それ以外の治療者についても長期にわたり分析的な系統講義、スーパーヴィジョン、事例検討会等で訓練を積んだ臨床家である。

パーソナリティ障害の判別については記述的診断（DSM-IV-TR）と力動的診断をもとに事例提供者に判別してもらい、次に筆者ら自身が集めたデータを経験豊かな臨床家のスーパーヴィジョンにかけ、さらに5名の精神分析的な訓練を積む臨床家に再検討してもらうことで判別の妥当性を高めることにした。

2．調査方法

データ提供者には、あらかじめワークシートに治療者と患者のプロフィールや治療プロセスの概要を記してもらい、その後、事例に関する半構造化面接を施行した（表1）。インタビュー時には研究の主旨とプライバシーの保護および情報の取り扱いについて説明し、インタビュー内容の録音の許可を得た。また、話の流れを妨げない程度に適宜内容を膨らませるための質問を行なっていった。

表1　質問内容

○治療者のプロフィールについて ・年齢、性別、訓練歴、資格の有無、学派など
○患者のプロフィールについて ・年齢、性別、主訴、治療期間、治療構造、見立て、パーソナリティ障害の種類など
○治療プロセスについて ・そのケースがどのように推移していったかを教えてください。

3．分析方法

本研究ではプロセス的性質をもつ現象の分析に優れ、データに基づく分析を体系的に行なうことが可能であり、生成した概念を軸に類似例と対極例の双方向からの比較検討とデータ収集とを並行させることで恣意的な解釈を防ぎやすくなる修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（木下、2003）を採用した。

4．分析手順

①分析焦点者を定め、分析テーマに沿ってデータに着目し、他の類似する具体例も説明可能な概念を生成した。②概念生成の際には分析ワークシートを作成し、概念名、定義、具体例、理論的メモを記入した。③データ分析を進める中で新たな概念を生成していき、同時にひとつの概念に対する類似例を検索していった（具体例が少ない場合、その概念は有効でないと判断して棄却していった）。④生成された概念の対極例も検討することで解釈が恣意的になる危険性を防いだ。⑤追加データを上記の手順で分析していき、ベースデータの解釈の適否を確認し、理論的飽和化を認めた時点でデータ収集を終えた。⑥概念間の関係を検討してからカテゴリーに分別し、さらにカテゴリー間の関係から結果図を作り、最後にそれを文章化したストーリーラインを作成した。

尚、妥当性の向上のために、分析開始時、概念生成の初期、理論的飽和化の見極め、ストーリーライン作成時に経験ある臨床家のスーパー

ヴィジョンを受け、さらに精神分析的オリエンテーションをもつ臨床家5名に概念とデータの適合性を検討してもらった。

【結果】

分析の結果、BPD 事例からは 9 のカテゴリーと 22 の概念が、SPD 事例からは 9 のカテゴリーと 23 の概念が、NPD 事例からは 7 のカテゴリーと 18 の概念が生成された（表 2、3、4。図 1、2、3）。以下文中の【　】はカテゴリー名、［ ］は概念名を表すこととする。

尚、性別、臨床経験年数、治療期間、治療者および患者の特性によって各パーソナリティ障害内の概念の表れ方が大きく異なることはなかった。

また、データ分析の結果、治療プロセスの中で生じている事柄として、特に“行き詰まり”と“治療機序”という観点がピックアップされてきた。以降の論述の中で“行き詰まり”とは治療の膠着状態を、“治療機序”とは治療の生産的な方への展開点を意味することをここで明記しておく。

1．BPD 事例のストーリーライン

①【初期状態】において、患者は元来の［激しい衝動性］を治療者の関与によってさらに悪化させていく場合と面接室では［良い子］としてふるまい、面接室外で行動化を起こす場合とがある。対して治療者は［受け入れ難さ］や［情緒の取り上げ難さ］を感じる。

②行き詰まり状況に至ると、患者の［情緒的なつながりへの恐れ］や［本質的問題へのふれられなさ］が顕著となり、葛藤や情緒を暴力的に排出する［衝動的排出］が行われる。解釈を基盤とした交流が困難となり［具象的要求に対する圧力］が治療者に喚起される。さらに［環境からの圧力］も起こるため［マネジメント］が必要とされる局面が増加する。

③一方で、治療者は［情緒体験をもちこたえること］、［無力感・絶望感に取り組むこと］を【治療姿勢】としてもつことで、治療者としての機能を維持しようとする。

④【治療姿勢】の維持を経て、治療者に［新たな気づき］、［転移内容への気づき］などの【理解】が生まれ、治療者自身の［体験様式の変化］が起こる。この【理解】は【根底にある治療観】や【スーパーヴィジョン】によって支えられている。

⑤こうした変化により治療者の【介入・姿勢】にも変化が生じ、［治療の再構造化］、［実感に基づく解釈］を行い、その中で［転移対象とは異なる姿の呈示］が可能となってくる。

⑥治療者の【介入・姿勢】によって、患者の中に次第に［情緒の安定］、［内省力の向上］、［新たな対象としての治療者体験］などの【反応】が生じるようになり、行き詰まり状態が徐々に緩和されていく。その一方で［両価性への耐え難さ］が生じると、ふたたび行き詰まり状況へと立ち戻っていく。

2．SPD 事例のストーリーライン

①【初期状態】において、患者は［緊張］や［冷笑的な態度］を示し、【治療者の反応】としては［わからなさ］や［情緒のつかみ難さ］が喚起される。

②行き詰まり状況に入ると、患者は［侵入される不安］と［接近欲求］とのあいだで揺れ、［侵入される不安］は［介入の否定］を生み、［接近欲求］は治療者に［居心地の悪さ］を喚起する。また、［関係性の希薄さ］も相俟って、治療者に［取りつく島のなさ］を抱かせるような【治療関係】が構築されていく。

③一方で、治療者は［交流をめぐるアンビヴァレンスを抱えること］、［情緒体験をもちこたえること］を【治療姿勢】としてもつことで、治療者としての機能を維持しようとする。

④【治療姿勢】を維持する中で、治療者の中に［新たな情緒への気づき］が生まれたり、患者の無意識的空想が治療者のこころに視覚映像として浮かぶ［空想の視覚映像化］が生じたりする。これらの【理解】が［転移内容への気づき］をもたらす。

⑤こうした【理解】を軸に、治療者は［つながりたい想いに対する解釈］、［情緒・感覚の活用］、［覆いをつくること］、［転移対象としての異なる姿の提示］、［情緒の言語化］などの【介入】を【治療関係】に向けて行なっていく。尚、これらの【治療姿勢】や【理解】、【介入】は【根底にある治療観】や【スーパーヴィジョン】によって支えられている。

⑥治療者の【介入】によって、患者の中に次第に、［関係の深まり］、［行動の広がり］などの

【反応】が生じるようになり、行き詰まり状態が徐々に緩和されていく。その一方で［介入に対する不安］が生じると、ふたたび行き詰まり状況へと立ち戻っていく。

3．NPD 事例のストーリーライン

①患者は【初期状態】として［傲慢さ］や［慇懃無礼な態度］を示し、［表面的な問題の訴え］に終始する。【治療者の反応】としては［憤り］、［脆さへの危惧］、［無力感］が喚起される。

②次第に【治療関係】が煮詰まると、患者は［憤怒］や［附着的な依存］を示すようになり、治療者は［閉塞性］や［不毛さ］を体験するようになる。

③その中で治療者は［転移解釈］を皮切りに、ナルシシスティックなありかたに対する［直面化］、［傲慢さに対する解釈］、［ネガティヴな想いの活用］、［治療の再構造化］などの【介入】を【治療関係】に向けて行なっていく。尚、この【介入】は【根底にある治療観】や【スーパーヴィジョン】によって支えられている。

④治療者の【介入】によって、患者の中に次第に［生きた情緒の湧出］、［心的空間の広がり］、［対象の他者性への気づき］などの【反応】が生じるようになり、行き詰まり状況が徐々に緩和されていく。

【考察】

1．各パーソナリティ障害事例における“行き詰まり”と“治療機序”の表れ方とその共通要素

各パーソナリティ障害事例において生起される事柄を、特に“行き詰まり”と“治療機序”という観点から実証的に探索してきた。

BPD 事例においては、従来からいわれるように衝動性や破壊的な行動化が行き詰まりの主な要因として概念化されたが、治療開始当初から衝動性を発揮するパターンがある一方で、そうした側面をスプリットオフして［良い子］になることで、治療者と密接な排他的関係を結ぼうとするパターンもみられた。ただ、各具体例を検討すると、両パターンともに“治療者が自分をどれだけ抱え、どの地点で見捨てるのか”という患者のテスティングが作用しており、いずれにせよ治療者はこのテスティングの感覚を強い圧力として体験するようである。

行き詰まり状況では、治療の進展によって患者のこころに形をとってきた様々な葛藤や情緒、抑うつ感や対象の不在にともなう心的苦痛を、彼らが行為を介して排出していく頻度が増えていく。そのため治療者は“心的で言語的な交流によってこころを進展させていく”といった象徴性を媒介とした治療関係の保持が困難となり（Segal,H., 1795）、具体的な対応の必要性に迫られ、ふりまわされるような心境に陥っていく。その具象的な要求に応えられないと、患者の攻撃性はますます強力なものとなり、治療者はさらに疲弊していく。

このとき鍵となるのは、外界に排出され散り散りになってしまった患者の心的内容物をふたたび彼らのこころに収納することを目的とした［マネジメント］である。だが、ここで注目しておきたいデータは、ほとんどの治療者が事態に対して直線的にマネジメントを施行しているわけではないという点である。治療者の多くは患者の要求に具体的に応じたり、環境調整を行ったりする上で“安易に患者の要望を満たしているだけではないか”、“今は分析的な態度を遵守すべき局面ではないか”、“具体的な支援を講じることで患者の激しい行動化によって生起された自身の無力感や絶望感を穴埋めしようとしているのではないか”といった様々な迷いや葛藤を経てマネジメントの施行を決定しているようであった。

無論、子育てに正解がないのと同様に、治療方針や介入に絶対的な正しさをみいだすことはできないわけだが、重要なことは、治療者が悩み、もがき、苦しみながら、今、患者にとって本質的に必要なことをみいだしていくことである。それこそが患者がもっとも困難に感じてきた生き方であり、もしかすると患者が求めながらも、十分に提供されえなかった対象関係なのではないかと筆者らには感じられる。

一方、SPD 事例において問題となるのは、患者の中の“対象から［侵入される不安］”によって組織された心的交流の乏しさ、ないしは隔絶である。彼らにとって対象との深い交流は自己を攪乱させ、自身のペースで生きていくことの侵害となり、自己を対象に乗っ取られるような不安とリンクする。そのために彼らは対象への［接近欲求］をこころの底には秘めつつも、

心的にひきこもらざるをえない事態にある。本研究から導き出されたこのような SPD の様態は、Winnicott,D.W（1958/2005）のいう侵襲への不安やGuntrip,H.（1968）のin and out program と符合するが、やはり SPD 患者の心理療法においては、交流を恐れ、交流を拒絶するしかない患者とのあいだで、いかなる心的交流を築きうるかという問いを治療者は突きつけられることになるようである。

ここでポイントとなる概念は［交流をめぐるアンビヴァレンスを抱えること］である。交流したい/したくない、理解されたい/されたくないという患者の両価的な想いを抱えるとともに、その両価性に対応した形で生成される、介入すべきか/そっとしておくべきか、アンカバリングか/カバーリング（［覆いをつくること］）か、といった治療者自身のアンビヴァレンスな想いをどのように共存させ、対話させ、交わらせることができるかが鍵となってくるようである。

SPD 患者との治療では、治療者もこのような形で対人的交流をめぐる葛藤や不安を生きることになる。つまり、治療者もまた自身のスキゾイド心性を刺激されることになり、その不安をまず治療者自身がどのように抱えていけるかが治療機序の生成と結びついてくるようである。

最後に NPD 事例についてふれると、彼らのもっとも大きな課題のひとつが対象の他者性の受け入れがたさであり、他者を自分とは異なる思考や感情、体験世界を生きているひとりの独立した主体として認めることの困難が様々な問題を生みだしているようである。

この対象の他者性を受容することの困難により、彼らは社会的、文化的、人間的な世界から締め出され、非生産的な心的世界を生きることになる。その非生産性は治療者の中に［閉塞性］や［不毛さ］という感覚体験として形をとり、行き詰まり状況を基礎づけていく。

本データは、先の二タイプの事例と比して、NPD 事例は開始当初から治療が膠着状態に陥りやすい傾向があることを示しているが、それは人としての文化的営みを生きえず、そこから排除されている彼らが、私たちの“治療文化”そのものを否定してしまうという、ある種の裏返しの反応として理解できるように思われる。

当初から治療者は患者の［傲慢さ］や何か人を軽視しているような［慇懃無礼な態度］を見せつけられることで、［憤り］、［脆さへの危惧］、［無力感］を覚え、それらの感覚が次第に［閉塞性］や［不毛さ］へと発展していき、膠着状態をつくりだしていくわけだが、ここで注目したい概念が［脆さへの危惧］である。

この“危惧”とは［傲慢さ］などで覆い隠されている患者の傷つきやすさに対する治療者の反応を示しているが、この概念はかなり防衛的なニュアンスを帯びた概念でもある。概念の具体例をうかがうと、“患者は弱いので傷つけてはならない”といった意味合いをふくむデータがいくつかみられ、そこには患者を非対等な存在として評価する治療者の心性が垣間見えるからである。実際、この概念データを呈示した治療者の多くが、その後のインタビューの中で“どこかで患者を見下していた”自身のありかたについてふり返っている。

だが、NPD 事例のポイントはここにあり、この“脆さ”や“弱さ”の意味合いが治療者の中でどのように変化していくかがひとつの鍵となっているようである。

当初の治療者は患者の“弱さ”を“頼りなさ”や“不甲斐なさ”といった力のベクトルで測っており、それは NPD 患者がもちこんだ自己愛的なパワーゲームに乗せられた反応として理解できるものである。しかし、治療機序となるような［転移解釈］を生成しうる段階になると、多くの治療者は同じ“弱さ”でも、“痛み”や“悲しみ”といった彼らの抑うつ的なパートにふれはじめていることがデータに示されていた。

Ogden,T.H.（1986/1996）はひとりの独立した主体としての“私”が構築され、別の独立した主体である“他者”と交わることの可能な世界を抑うつポジション的なモードの中にみたが、この“弱さ”についての意味合いの変化は、治療者が患者の抑うつポジション水準のこころにふれ、彼らを根源的な悲しみと痛みを負ったひとりの独立した人間として認識しはじめたことを示していると考えられる。その後、ナルシシスティックなありかたに対する［直面化］や［傲慢さに対する解釈］の有効性が増し、患者は徐々に［対象の他者性への気づき］を得ていくことになる。

つまり、NPD 事例においては、まず治療者

が患者をひとりの独立した他者として認識することが治療機序となり、その認識は患者の“弱さ”に対する理解の質的変化に依拠していることが本研究から明らかとなった。

以上、各々のパーソナリティ障害事例にて生じる事柄について検討してきたが、やはり治療者自身のこころの逼迫、あるいはこころや思考を自由に展開させることの困難が各タイプの行き詰まり状況に通底する要素となっているようである。それは治療者のこころが患者の病理に蝕まれ、侵蝕されることで、心的なスペースが失われてしまった結果である。

この観点からすると、治療機序とはその失われた心的スペースを再修復していく契機やプロセスを意味することになる。そして、本研究では、その方法として、【スーパーヴィジョン】によって閉塞状況にある治療関係を外から眺める場を獲得すること、訓練を通じて【根底にある治療観】をつかんでいくこと、治療者自身の様々な内的変容過程の促進という要素を抽出することができた。Ogden,T.H.（2004）は治療者が患者のコンテイナーになるには、治療者が一度コンテインドになる必要があり、そのコンテインドをコンテイナーに変容させる過程こそがコンテイニング機能であることを示唆している。最後の治療者の内的変容過程の促進は、まさにこの見解と符合するように思われる。

2．本研究の一般臨床場面への活用について

本研究が呈示した概念とその定義、カテゴリーは、基本的には専門用語を排した日常用語によって描きだしてきた。修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチという分析方法の特性（学術的データではなく、インタビューデータという生の実践的データから仮説生成的に分析を進めていくために、自然に日常的・口語的概念が生成されやすくなる）もあるが、やはり本研究の目的が精神分析的心理療法から得た知見をいかに幅広く活用いけるかという地点にあるからである。

精神分析的臨床という相当に独自的で、独創的な営みの中で生起されていることを、こうした日常用語でつかみだしていくことで、異なるオリエンテーションをもつ臨床家や他職種の支援者にとっても、より活用しやすい研究になったものと筆者たちは考えている。

だが、そこで使用されるタームはある種の特殊性をはらんでいたとしても、精神分析という営み自体は、そもそもからしてきわめて人間的な営みであり、人間の自然と合致した営みであるように感じられる。精神分析もしくは精神分析的心理療法はたしかにすべての人に適応となる技法とはいえないが、ただ、膨大な数の臨床体験の蓄積とその経験から抽出してきた人間に対する様々な知見は、多くの人に適用していけるように思われる。

本研究によって提出された理論や知見は、たしかに“精神分析的心理療法において生起される事柄”という方法論的限定を受けることになるが、今後は精神分析以外の心理的アプローチを行った場合に生起されること、医師・心理士以外の支援者とのあいだに生起されることなど、本研究をもとに、より研究領域を拡大させていくことがパーソナリティ障害事例の理解の深化につながっていくと筆者たちは考えている。

文献

Guntrip,H.（1968）：*Schizoid Phenomena, Object Relations and the Self.* Karnac books. London.

木下康仁（2003）：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践　質的研究への誘い　弘文堂.

Ogden,T.H.（1986）：*The Matrix of Mind : object relations and the psychoanalytic dialogue.* Jason Aronson. London. 狩野力八朗監訳，藤山直樹訳（1996）：こころのマトリックス－対象関係論との対話．岩崎学術出版社.

Ogden,T.H.（2004）：*On holding and containing, being and dreaming.* International Journal of Psycho-analysis. 85 :1349-64.

Segal,H.（1957）：Notes on symbol formation. In, *The Work of Hanna Seagal.* Jason Aronson, New York, 1981.

Winnicott,D.W.（1958）：*Through Paediatrics to Psycho-analysis.* Tavistock Pub. London. 北山修監訳（2005）：小児医学から精神分析へ. 岩崎学術出版社.

図1　ボーダーラインパーソナリティ障害事例　結果図（⇨変化の方向　→影響の方向　↔相互作用　以下同）

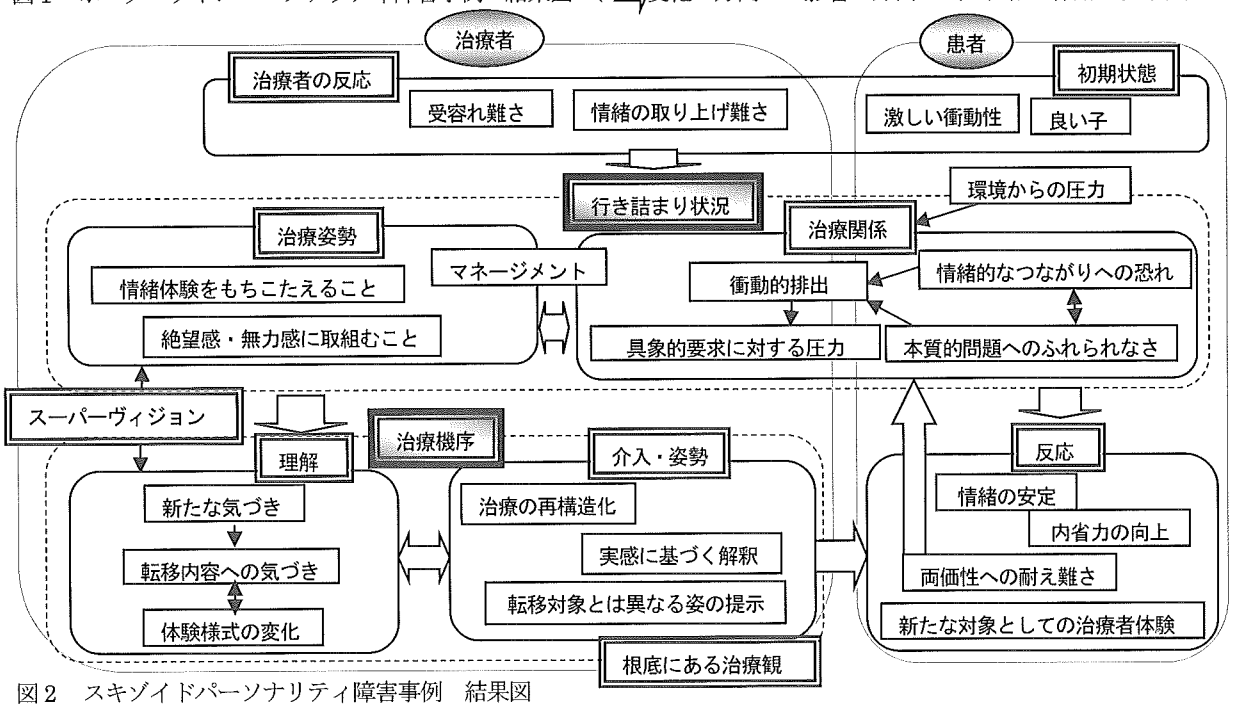

図2　スキゾイドパーソナリティ障害事例　結果図

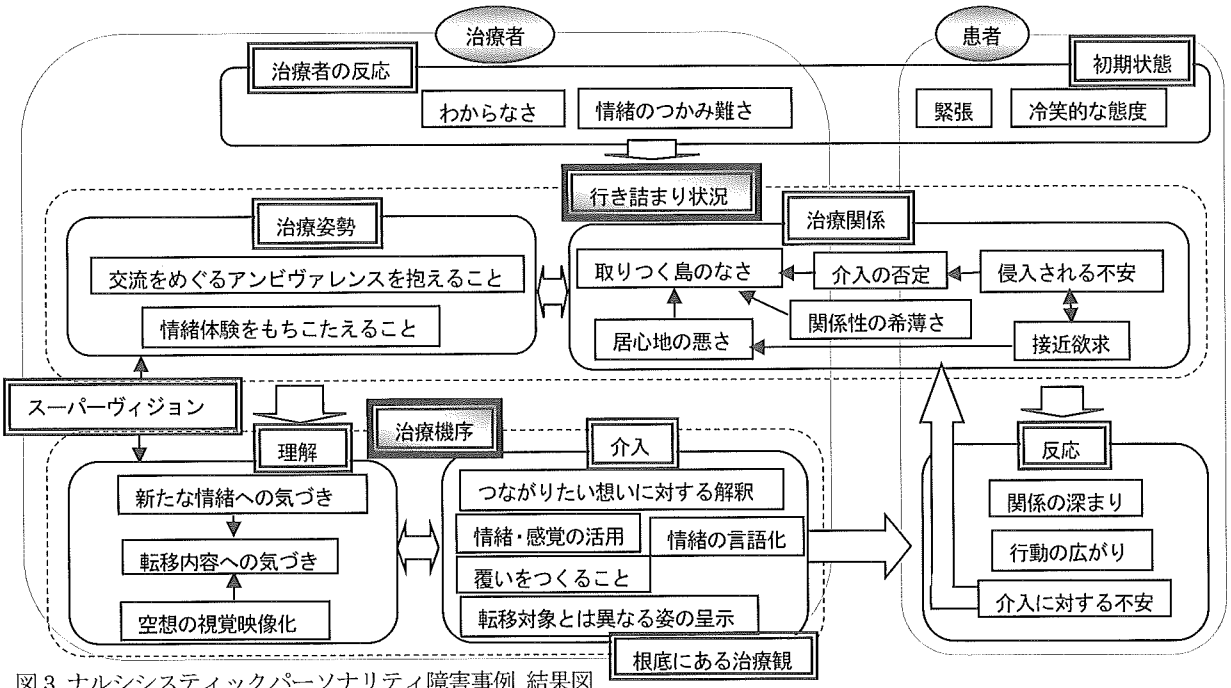

図3 ナルシシスティックパーソナリティ障害事例 結果図

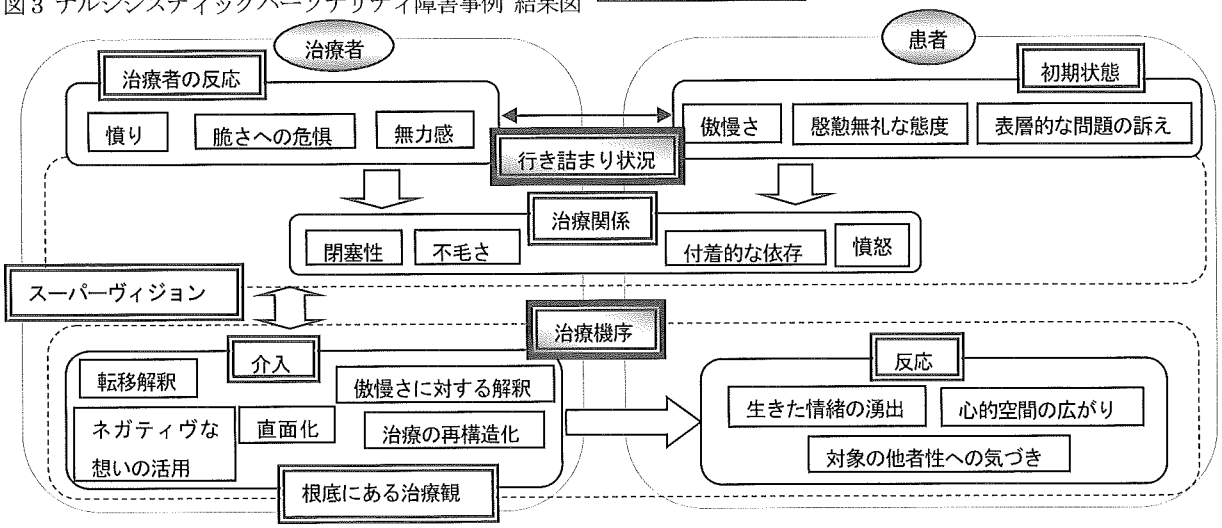

表２　ボーダーラインパーソナリティ障害事例　カテゴリー・概念・定義・具体例（治療者の性別，年齢，資格の有無）

カテゴリー	概念	定義	具体例
初期状態	激しい衝動性	患者が示す様々な破壊行動や衝動性	ちょっと解釈したり心に触れるようなことすると必ず行動化して、万引きしてつかまったり、電車のすぐ前を通って行ったとか。（男、42、有）
	良い子	衝動的・攻撃的部分を出さずに適応的にふるまうこと	身体化が激しくて、すごく硬い感じで、知的な思いだけで。いい子で固めてきてた感じ。（女、47、有）
治療者の反応	受容れ難さ	患者を引き受け難い気持ち	なんで（セラピーを）始めちゃったんだろうと思うんですけど。（女、43、有）
	情緒の取り上げ難さ	現象の背後にある患者の情緒反応の取り上げ難さ	ネガティブな転移を扱わないことで、全部外にこぼれて、当時は私がちゃんとそれを取り上げられなかったから、陰性の転移が外にいっちゃって、こんなことになってしまったと思いました。（女、43、有）
治療関係	情緒的なつながりへの恐れ	治療者との情緒的な交流への恐れ	つながりの感覚が脅威だから、関係を深めない方向で介入する方が安定はしますよね。でも、そこでストーミーなものを通過していく必要があるような気がするんですけどね。（男、45、有）
	本質的問題へのふれられなさ	問題の核心に接近することへの恐れ	ボーダーラインの人ってある意味賢いじゃないですか、勘がいいというか、先を行かれる感じがあって、核心的なものが扱いにくいんですよ。（男、50、有）
	衝動的排出	解釈や介入が患者のこころから排出され、理解へと至り難いこと	元々感情のコントロールが苦手で、つまり攻撃性ですね。家庭で著しい暴力行為みたいなものが出てたんですね。物を投げてテレビ壊したり、家の中を無茶苦茶に。（男、45、有）
	具体的要求に対する圧力	患者の具体的要求に応えねばならないという圧力	具体的に抱えてもらわないと、バラバラになっちゃうんだよ。むちゃくちゃになっちゃって、それで再入院みたいな感じだったから。（男、50、有）
	環境からの圧力	患者を取り巻く周辺環境からの圧力	親が混乱しちゃって余計彼女が悪くなるっていうことがあって、とにかく周囲からの圧力がかかってくるわけですね。（男、42、有）
治療姿勢	マネジメント	治療環境を管理し、維持しようとすること	分析設定を維持するか、マネジメントをするかというところですごく迷いながらマネジメントを入れていきましたね。具体的な抱えがやはり必要になってきます。（男、43、無）
	情緒体験をもちこたえること	患者から投げ込まれる情緒をもちこたえること	最初は何が起こっているのか分からない感じが、なんかすごく投げ込まれてる感じはするのに、それが何かわからないみたいな感じ。（女、47、有）
	無力感・無力感に取り組むこと	治療者自身の無力感や絶望感を抱え、その内実を考えること	逆説的だけれど、治療者自身が、（精神分析的セラピーの）文化みたいなものの、無力感のようものを経る必要があるような気はしています。とにかく、無力感を感じましたね。（女、45、有）
理解	新たな気づき	これまでにない新しい患者理解	性的虐待のサバイバーだったことが理解されてきて、そのことを隠蔽するために色々をやっていたっていう感じがあったんです。（男、42、有）
	転移内容への気づき	転移状況が明確になっていくこと	絶望していたっていうこと自体がある種の転移だっていうことへの気づきがあった。（男、50、有）
	体験様式の変化	治療者の心的な構えや物事の捉え方が変化すること	私だけが、この状況を問題だって感じていて、何とかしようとしてる感じで、彼女は何もしてないじゃないかって感じになったんです。（女、47、有）
介入・姿勢	治療の再構造化	治療構造をふたたび練り直し、再提示すること	最初は構造をゆるくね。あんまり構造をがちがちにしなかったんだけど、行動化が酷くなっちゃうと、こころのまとまりがなくなっちゃうんで、リミットセッティングをより強固にしましたね。でも、本当に悩みつつだけど（男、50、有）
	実感に基づく解釈	知的理解ではなく、実感に基づく解釈を呈示すること	この人が死にたいのは無理がないって実感して解釈したら、死ぬしかないっていってくれたから生きることにしたっていわれて。（男、42、有）
	新たな対象としての治療者体験	転移対象とは異なるありかたを治療者が示すこと	喧嘩のあと関係が断たれなかったっていうのが私が初めての相手だったんだと思うんです。（女、43、有）
スーパーヴィジョン	スーパーヴィジョン	スーパーヴィジョンによって治療者が支えられたり、新たな気づきを得ること	もう一回考えるスペースっていうか、自分の中でも考えるスペースができて、考えられるようになったっていうのが、スーパービジョンの機能だったと思うんですけど。（女、47、有）
根底にある治療観	根底にある治療観	礎石となる治療観	良い対象を体験してるっていうんじゃなくて、ほとんど悪い対象なんだけど、それほど悪くもない対象を体験することが大事なんだっていうのが、僕の治療観でもあるけど、彼女もそう体験したんじゃないかね。（男、50、有）
反応	情緒の安定	衝動的・破壊的な行動化が収まり、情緒が安定すること	今はもう全然おとなしくて静かな、全然行動化するタイプの人じゃなくて、むしろ絵を書いたりとかが好きなタイプで。（男、43、有）
	内省力の向上	物事を治療者と共に考え、自身のこころをふりかえる力の向上	内省的なしっとりした情緒を体験して語れる人みたいな感じになってきて、それが一定期間以上維持されるようになってきて。（女、43、有）
	治療者を新たな対象としての体験すること	これまでとは質の異なる生産的な対象として治療者を体験すること	何かの反復になっても、その自分の反復にはまらない人もちゃんといるんだっていうことを体験したんだと思う。（男、50、有）
	両価性への耐え難さ	信頼と不信など、治療者に対する両価的な感情の高まり	解釈をして、ちょっとこう彼女が安心したとすればするで、また拒絶されるという不安が出てくるみたいで、また飛び出して行くみたいな理解はしていました。（女、47、有）

表3　スキゾイドパーソナリティ障害事例　カテゴリー・概念・定義・具体例

カテゴリー	概念	定義	具体例
初期状態	緊張	患者から醸し出される緊張感や緊迫感	最初の2ヶ月はとにかく緊張が強くて、ほとんど喋れないんですね。そこはやっぱり主体性の発揮の問題で、自分が何かいうとここがどうにかなってしまうと思っているようで。(女、46、有)
	冷笑的な態度	患者の無機質で冷たく、万能的な態度	こちらが何かいうと鼻で笑う感じの態度を示すのが気になっていて。何か舌打ちして軽く首を傾げるみたいなね。(女、43、有)
治療者の反応	わからなさ	患者の病態や心的様態のつかみ難さ	生きているのか死んでいるのかよくわからない人。自殺企図をしたのに全然そんな感じじゃなく、何の表情も感情もなく、ただ淡々と語る。終始一貫、何もない。(女、46、無)
	情緒のつかみ難さ	患者の情緒体験のつかみがたさ	日常生活のことを淡々と語るだけで情緒が読みとり辛いんですよね。広がりもなくて、ただ事実だけを語っている感じです。(男、45、有)
治療関係	侵入される不安	治療者との深い心的交流に対する恐れ	一瞬、交流が起こっても、それが脅威になるわけで、それでまたひきこもるんだよね。解釈を伝えると侵襲になって、黙っていると彼女の人と交流しないですむ病理に支配されつづけるので、どうしたものかとなるわけですね。(男、50、有)
	接近欲求	治療者との深い心的交流への希求	膜や壁がありそうな感じですけど、一方で、近づいてくることもあって、そのときにはぴったりと皮膚レベルで張りついているような、そんな感じになるんです。(女、45、有)
	介入の否定	治療者の介入を無効化すること	解釈というよりは、独り言を互いに言い合っているような感じで、私がいてもいなくてもよいような、何してもほとんど何も意味がないような、そういう事態になっていきましたね。(女、47、有)
	居心地の悪さ	患者と共にいる際に感じる治療者の居心地の悪さ	何言っても拒絶的な対応されて。でも毎週来るわけです。何が目的だろうとかわからなくなってきて、嫌がらせをされているのではないかと。すごく窮屈で不自由な感じになりましたね。萎縮していっちゃったの。(女、43、有)
	関係性の希薄さ	治療関係の希薄さ	薬を1ヶ月分処方されたら、それで十分という感じで、セラピストをひとりの人として見ずに薬を出すだけの人としか見てないところがありましたね。モノ的な関係というか、ものすごく希薄な関係性でした。(女、43、有)
	取りつく島のなさ	とっかかりなく、為す術ない治療者の心境	不毛で無意味で、何やっても無駄だから、何もやらない方がよいという感じになって。こっちが色々と感情が動いても、そんなのは嘘だという雰囲気になっていく。何もできない。(女、43、無)
治療姿勢	交流をめぐるアンビヴァレンスを抱えること	患者の交流したい想いとひきこもりたい想いとを同時に抱えること	解釈を伝えると侵入になり、黙っていると患者の病理に支配される。そのあいだを揺れること、見守るでもなく、解釈するでもなく、そのアンビヴァレンスを抱えつづけることが大切だと感じながらやってたけどね。(男、50、有)
	情緒体験をもちこたえること	患者や治療者に生起された情緒を抱えること	圧迫感とか、緊張、この分析を無意味にしていこうとする動きとか、そのときに生じる私の方の虚しさとか怖さとか、そういうものを抱えることが大切なのだろうとは思います。(女、39、有)
理解	新たな情緒への気づき	患者および治療者の新たな情緒への気づき	この人を恐れているんだなって本当に実感したというか。帰りに後をつけてくるんじゃないかとか。そういう私が感じていたこの人への恐怖こそがこの人が他者に対して感じている恐怖なのかもしれないと。(女、46、有)
	空想の視覚映像化	患者の心的世界が治療者の中に視覚映像として思い浮かぶこと	ひとり勝手に患者の実家の情景なんかを空想していたんですよね。映像として。そしたら、この人も小さいときから人とあまり交わらず、ひとりでアニメの世界に耽っていたことを思い出して。(女、47、有)
	転移内容への気づき	転移に対する治療者の気づき	とにかく自分のみじめな気持と同じ気持ちに私をさせたかったのだとわかって、私は何のためにここに座っているのだろうと思っていたんですが、それは彼が親から疎まれて、誰からも相手にされないで、何でいるのだという感じと重なっていたんですよね。(女、47、有)
介入	つながりたい想いに対する解釈	患者の対象希求性に対する解釈	こんなに嫌がられながら、こんなに疎まれながら、それでも一生懸命近づこうとしている彼女のありかたを抱えて、伝えていくことが大切だったかと思います。(女、45、有)
	情緒・感覚の活用	治療者の中に生起された情緒や感覚を活用した解釈	ずっと沈黙なので、とにかく私は自分の中に湧いてくる感覚とか連想とか、そういうものが彼女のこころの状態と結びついているのではないかと思って、何とか解釈にして伝えようとしていましたね。(女、39、無)
	覆いをつくること	患者のひきこもりたい想いやプライバシーの感覚を尊重すること	こちらはこんな面接でよいのか、触れてないけどよいのかと思いつつも、情緒や心的体験を無理に出させることは避けて、そこに十分に触れられないということ、その理由みたいなことをシェアしていきました。交流したくない気持ちも尊重するというか。(女、65、有)
	転移対象とは異なる姿の呈示	転移対象とは異なるありかたを治療者が示すこと	見守っても放っても悪い対象になる。それをひきうけつつも、でも、特に良くしようとも悪くなることもない現実的な対象として治療者が機能することだと思う。現実は特に良くも悪くもないよね。(男、50、有)
	情緒の言語化	患者の情緒体験を言語化すること	原始的な情動に圧倒されている人たちなので、その体験を丁寧に言葉と結びつけていくと、この人たちはもっと安全に生きていけるような気がしてますが。(男、45、有)
スーパーヴィジョン	スーパーヴィジョン	スーパーヴィジョンによって治療者が支えられたり、新たな気づきを得ること	ヴァイズがあったから良かったんでしょうね。そこで私は自分がどんな気持ちになったかを話していて、患者はあまり話さないので自ずと私がどう感じたかに焦点が当たって。そのおかげで自身の感情を解釈に使えたんですよね。(女、39、有)
根底にある治療観	根底にある治療観	礎石となる治療観	こういう他者の侵入に弱い人たちを無理に変えようとしてはいけないのだと思います。人はそんなに変わるものではないと思っておくぐらいで調度いいのではないかと。自然に変わっていくものだから。(男、45、有)
反応	関係の深まり	治療関係が深まること	構造を変えて、この人が毎週来れるようになると、放り出される不安があったことなどが語れるようになって、関係が一段深まった感じはありました。かといって、安易に動かせばよいというわけではないのでしょうけど。(女、43、有)
	行動の広がり	患者の行動に広がりがもたらされ、生産的になること	同僚と食事にいったり、彼氏ができたり、人とともに過ごすとか。自分の限界みたいなのはわかりつつも、行動に広がりが出てきましたね。(女、45、有)
	介入に対する不安	治療者の介入によって生起された患者の不安	関われば関わるほど、段々相手は驚異を感じて恐ろしくなってくるようで、その不安がこちらにもひしひしと伝わってきましたね。(女、65、有)

表4　ナルシシスティックパーソナリティ障害事例　カテゴリー・概念・定義・具体例

カテゴリー	概念	定義	具体例
初期状態	傲慢さ	傲慢で、尊大で、誇大的な態度	自分が勝ち誇る状況を望んでいて、自分に手を差し伸べるなら、自分を王様みたいにしてくれないと絶対に認めないという感じでしたね。(男、40、有)
	慇懃無礼な態度	攻撃性や蔑み、万能感などを覆い隠した態度	私たちの前では礼儀正しいのだけれど、外での出来事に対する話はいかにも傲岸なんですよね。一生懸命におだててくれているけれど、やりづらさを感じてました。(女、45、有)
	表面的な問題の訴え	中核的な問題にコミットしようとしない態度	吐いたとか、パニックへの恐怖とか、表面的な症状の問題ばかりで、何を感じて生きてきたかとか、成育史上のエピソードについても、情緒をこめて語ることができない。(女、68、有)
治療者の反応	憤り	患者の傲慢さに対する憤りや嫌悪感	転移解釈に対して、何故いつも治療者との関係に結びつけて理解していくんだと向こうが憤ってきて、彼女は分析的な治療や治療者としての私を値踏みしていて、それに対してちゃんとやってるからと躍起になってましたね。こちらも憤って戦ってた。(女、43、無)
	脆さへの危惧	患者の内奥にある脆さへの危機感	自己愛の人特有の脆さみたいなものがあって、強烈に強がっているところを砕いてしまう怖さですね。自己愛の人に自己愛の病理を直面させることの難しさですよね。(男、40、有)
	無力感	どうしようもなさや介入の意味のなさに対する無力感	依存が高まると、何かを話すと崩れるみたいな感じになって、ますますナルシシスティックな殻にこもって取りつく島がなくなりましたね。何もできない感じで、無力感、寂寥感がありました。(女、47、有)
治療関係	閉塞性	非共感的で対象とのつながりの感覚を排しているありかた	つながろうとしないんですよね。つながって、何かふたりで事を起こしていくことは彼女にとって今の状態を失う危険なことだから。(女、39、有)
	不毛さ	治療関係が死んだ、不毛な営みと化すこと	治療空間が死んでしまった感じになるんですけど、特に解釈がことごとく否定される、はねつけられるような状態がずっとありましたね。すべてのことに何の意味もなくなるような。(女、36、有)
	付着的な依存	べったりと張りつくような依存を治療者に向けること	お母さんか自分か、自分かあなたか、自分か彼かがわからない、分離の悪いところにいましたね。共生枠の中に入って、他者が自分とずれることへの不安がある人でした。(女、67、有)
	憤怒	治療者や家族に対する患者の怒り	一定の洞察を得たところで、これから人生に波乱がなくなるとか、バラ色になるわけないけれど、でも、この人はそれが何故だって怒るんですよね。(女、67、有)
介入	転移解釈	転移状況を理解し、解釈すること	身体化するのは、そうしないと世話されない状況が母との関係の中であって、私の言葉に附着的に同一化するのは、とにかく言いなりになっていた父親との関係を転移していたことに気づいていけたんですね。(女、68、有)
	直面化	ナルシシズムを基礎にした様々な情緒や考えに対する指摘	この人たちには今ここに展開している現実を直面化していくことが大切だと思います。そういうある種の父性的な態度を維持することで悪性の退行に陥らないようにできますから。(女、68、有)
	傲慢さに対する解釈	患者の傲慢さを様々な文脈から解釈すること	抑うつ的な感情とか愛情があるのだけれど、それをぐっと抑えている、抑えてヒトラー的な傲慢さの方で塗り替えてしまっているというところを解釈していきました。(男、42、有)
	治療の再構造化	治療構造をふたたび練り直し、再提示すること	たまたまクリニックが有料の方針でいくことになったのもありますが、この人の動かなさや搾取性と対峙するためにも、料金をもらうことに変えたんですね。その意味をかなり考えた上でね。(女、39、有)
	ネガティヴな想いの活用	患者に対するネガティヴな想いを治療的に生かした介入	プレデター的な感じがあって、うんざりしていたし、怖さもあったんですが、その人が不安であり、自分の方針を生みだせないので親御さんや私を動かしたりしているのだろうと伝えると、真っ赤な顔して肯定して、自分の弱いところを話すようにはなったんです。(女、43、有)
スーパーヴィジョン	スーパーヴィジョン	スーパーヴィジョンによって治療者が支えられたり、新たな気づきを得ること	この人が一番やばいときにスーパーヴィジョンしてもらって。ひとりでは生き残れないことが多いので、スーパーヴィジョンを受けて生き残ることを支援してもらうことが重要だと思う。(男、42、有)
根底にある治療観	根底にある治療観	礎石となる治療観	結局、閉塞的な状態になりがちなので、こちらは逆転移感情などを、どのようにその治療関係に起こっている何かとしてとらえていけるのかが大切だと思います。そういうスペースをもつことで閉塞感を打開していくような気がしてますけど。(女、47、有)
反応	生きた情緒の湧出	生き生きとした情緒体験が生まれてくること	死にたい、絶望、どこにもコミットできないというのが、コミットできるようになってきた。このことをこの人は“たけのこを掘り当てた”と表現して、その“たけのこ”が2、3歳の子どもだと感慨深げに語るようになったんですね。(女、67、有)
	心的空間の広がり	より広がりのある心的空間がつくられていくこと	変わりたい、変わりたくないというところで悩むことができるようになってきて、こころに空間ができはじめた感じです。葛藤できるようになってきた。(女、68、有)
	対象の他者性への気づき	対象を自分とは異なるひとりの他者として認識し、関係していけるようになること	直面化をしたり、解釈していくことで治療者があなたとは違う世界をもっていて、それを生きていることを伝えることになるんですね。そうして患者も徐々に他者というものを本当の意味で受けいれていく。思い通りにならない存在としての他者を。(女、68、有)