

境界例の治療を顧みて

東北大学精神科 佐藤田實

はじめに

境界例とは、精神病と神経症との境界に位置して、両者の特徴を併せ持った精神障害である。境界例とはつまり、ある時期には抑うつや躁あるいは一過性の幻覚妄想の状態に陥り、またある時期には不安・心気・強迫などの神経症様状態を呈し、さらに別の時期には手首を切るとか大量に服薬するなどの行動障害の状態に陥る患者のことをいう。この定義からもわかるように境界例の精神状態はいつも不安定である。このように不安定であることがむしろ特徴の一つである。またさまざまな問題行動を起こし対処が難しいことも特徴の一つである。どこの病院でもこうした難儀で有名な患者はいる。この障害の本態については、第二次世界大戦後力動精神医学の国アメリカで最も精力的な研究が行われ、人格障害論として結実した。境界例では自我の統合水準が神経症のレベルから精神病のレベルまで変化して一定しない。これは分裂という原始的な防衛機能が克服されないため、抑圧が構築されないことによるとされた。成因論的には人生早期の母子の対象関係が注目された。実際患者の母親がまた境界例的であることがめずらしくない。これはしかし母親原因説を意味するものではない。重要な当事者を患者に見がちな理論は治療的にはむしろ有害である。分裂病の二重拘束理論や分裂病因性母親説などの成因論が臨床的には廃れていったことを思いおこそう。発病の時期は、青年期前半の終わりごろから後半の初めのころ(16、7~22、3歳)にかけてが多い。男性例もないではないが、女性例の報告が圧倒的に多い。

境界例という診断は患者の訴えと行動に以下のような特徴を認めるときにくだす。

- 1.慢性的抑うつ:何をしてもむなしい、楽しめない。離人感。
- 2.同一性障害:自分がない、わからない、クルクルかわる。
- 3.自己破壊行動:過食(嘔吐)、Wristcutting、大量服薬、性的逸脱行動。
- 4.ひとりでいることの困難さ。
- 5.不安定で激しい対人関係:依存と怒り(両価性)。
- 6.一過性の精神病状態:Micropsychosis.知覚の変容、擬人的知覚。

精神医学の診断や疾患分類はともかく、今日境界例と呼ばれる精神状態を呈する人々は昔からいた。Kraepelin自身すでに精神病者とも健常者とも分類しがたい Grenzfall があると自らの教科書で述べていた。

今日境界例という診断が増加したのは確かだが、これは境界例の概念が普及したことは無論であるが、文化や時代の影響があることも見逃せない。現代北半球では歴史上類を見ないほど豊かな物質生活を享受するようになった。反面経済と管理の社会の中で人間関係は希薄になり心に空虚さと孤独が増した。^(注1)

社会と家庭の価値観も変わり生活と行動は自由で多様になったが、同時に従うべき規範も曖昧化した。これがまた境界現象を促進しているように思う。フロイトの時代のヒステリーや強迫が現代では境界例に変化してきているのかも知れない。

患者の世界と治療者

これから述べることは主としてある女子患者の面接から得られた資料を基にした。患者は初診当時大卒の23歳で教職を志望していた。女性らしい点といえば唯一言葉遣いだけ、ほかは全て男装し硬い感じの金縁眼鏡をかけていた。初め数年間は治療者に背を向けて坐って話し、ブルブル身を震わせ緊張していた。治療の目標を尋ねると「人と馴染めるようになりたい」ということだった。爾来今日までの十年余りの間、大量服薬を初めとして幾多の紆余曲折を経て今では静かに過ごすようになった。人に馴染めない心性は、同性愛志向の友人ができたものの、基本は今も変わらない。ある方面の創作で賞金をもらったがそれを仕事にするほどの社会参加は達成していない。

このほかにも1、2人の資料も補足的に使い、以下話しを進めて行く。話の順序は概ね治療の経過に沿うよう努めるが、首尾一貫しないところもでてくると思う。

むなしさ

患者はある時期から生きることがむたしく空虚に感じはじめる。それはたとえば、中学生の女の子の心にふとやってくる。いつものように仲間と一緒にワーワー騒いでいるうちに、フッと「何故みんなは楽しく生き生きできるんだろう」と一人覚めた感覚に捕われる。やがてこの感覚は心の深層へと降りてゆき自己の存在感は萎え、周囲の現実にもリアルな感覚が持てなくなる。空虚と無力の感覚はこんな風にやってくるので、人にそれとわかるような出来事があるわけではない。またこの感覚は人に打ち明けて容易に共感を得る類のものでもない。患者は孤独に一人苦しむ。

この懊悩を解消するためであろう、患者はうすぼんやりとした意識の中で手首を切る。その痛みによりあるいは流れでる血を見つめて、自分を実感する。長時間鏡に見入ることもある。鏡に映る人物を見つめて自己を実感しようとする。あるいは虚ろさを埋めるかのように、お菓子をむさぼり喰らいお腹に詰め込む。食事には罪の意識が伴うが、お菓子ならむさぼりの手段に出来る。そして過食しては指を入れて吐く。吐くのはわずか1キロの体重増加すらも恐れるからだが、背後には少年のような体を理想として女性的な身体を嫌悪する心理が潜んでいる。

患者のこうした心性や行動は、どんな観点に立ったなら、全体としての理解が得られるだろうか。「自分がない、自分がわからない」という患者の訴えに注目して、自己の感覚ということについて考えてみる。健全な状態ではその都度の思考と行為はその背後で働く自己の感覚に支えられている。つまり思考や行動を“**囟**”とすれば自己の感覚は“**地**”の関係(以後

単にパターンと呼ぶ)にあって、思考や行為に個としての能動性と独自性を与えるのだと仮定する。自己を理解しようとして様々に知的分析を加え要素に分析して行くと(これにはパターンを意図的に逆転する必要がある)、最後は知的説明の対象にはならぬ“何かあるもの”に突き当たる。そのとき働く我々の意識作用はもはや分析的知性ではなく感性である。感性的把握によってその存在を知るもの、これを自己の感覚と呼ぶことにする。自己がうまく働くときは、パターンの逆転は随意に戻せるから、己をことさらに意識はしない。葛藤状態にある場合は、パターンは逆転したまま自己の感覚が前景化するだろう。「自分がない、自分がわからない」と訴えるときの状態は、緊張多弁というよりはむしろ静かで内省的だから、こういう訴えは症候論的には一種の欠損態を表すといえる。静かに述べるとしても、あるべき感覚の不在は重い障害であると受け止めたい。自己は病的な状態や思春期においては衰弱と肥大が起こる。自己感覚が損なわれると、自らを回復させるための代償機制が発動する。自己感覚の代償的回復の一つに、感性から感覚のレベルに価値を切り下げ、身体次元で実感を求める方法がある。こうして見ると、鏡に映る人物を見つめ、手首を擦過して血を流し、食べ物を詰め込んで吐くなどの行為には身体的レベルで自己の実感を求めるという共通項が見えてくる。また代償機制の別の方法には、自己の肥大化がある。何か(たとえば物質や身体部分)を強く“感覚”し、“所有”し、“支配”し、“破壊”することで自己の実感を回復させようとする。物質や部分身体は、ない自己・わからない自己の代理物を象徴し、同時にまたそうした自己の対象でもある。強く“感覚”し、“所有”し、“支配”し、“破壊”する自己は病的な分化と肥大化を被り、パターンが逆転したまま元に戻らなくなった、自己解体の産物である。本来の自己は所有、支配、破壊などの要素に還元できないし、それら部分要素の総合でもない。そもそも分析の対象にはならない。分析の対象になり要素に分解できるのは病的な、いわば死んだ自己である。これら解体した自己に治療者が目を奪われ捕らわれていては、面接の場で患者の本来の自己に共感し呼びかける作業は成り立たない。境界例の理解のために自己のほかにも仮定しておきたいことがある。身体や感情の運動を支配する緊張と弛緩についての法則である。緊張と弛緩のリズムは基本的な生命機能の一つだが、自己成立以前のものであるので、これを自己とは区別しておく。生命機能が円滑であるときには緊張と弛緩はほどよい間隔を置いて交互に生起してリズムがある。境界例の患者は怒りを募らせた直後に自殺を図ることがあり、これはリズムの障害の一例である。リズムの障害に似ているものに悉無律がある。(注3)

<怒り>

治療初期患者はことある毎に怒りを発していたので、治療者には結局何がもとで怒るのかわからなかった。あるとき怒っている最中に「実感が湧いてきた」と独り言のようにいったことがある。怒ることで自己の実感を取り戻していたのだ。後述のように社会に対して怒りを発するときも同様であろう。一般に虚しさと無力感を払拭して、萎えた自己を回復させるためには、苛立ち怒るという方法がある。怒ると真実感と万能感が湧いてきて虚

しさや無力感は退く。

虚しさを背景にした怒りには本質的にはその向うべき固有の対象がない^(注 2)。怒りは対象のない自己愛的なものである。だから怒りに巻き込まれた者は、済まないことをしたというよりは、八つ当たりされたという印象を持つであろう。対象なき怒りの背後には、深刻な被害感が蔓延する。すなわち自己愛と被害感は表裏を成すと考えねばならない。

治療が少し進んだ段階では怒りが対象に向かう。見捨てられることに対する怒りである。見捨てられると感じるほどの重要な対象が生まれてくるわけである。境界例では後者の怒りがよく知られているが、今述べたような自己愛的怒りを呈する段階もある。

<呑み込まれる不安>

患者は治療を始めて間もないころ社会とは「男性権力が支配し女性は子袋にされている」と非難し続けた。尊大な態度で「治そうと思うのは治療者の思い上がりだ」などともいった。現実社会とは弱肉強食の権力が支配し、その社会に餌食として呑み込まれるかあるいは異物として吐き出されるしかなく、恐怖を覚え憎悪を露にした。

まずは治療の定石に従い、批判を差し控えその世界観に傾聴すべく努めた。傾聴して行くことやがて独特の不快感が湧いてきて、疑義を匂わず言葉が不意に漏れでてしまった。微かな疑義には論陣を固め、反証の試みはいち早く察知し、挑戦的に論駁してきた。患者の申し立てに該当する出来事はこの世にはいくらでもあるから、こうした世界観は荒唐無稽つまり妄想には当たらない。事実の核はある。もっともその観点は新聞で目にするグロテスクな戯画に似て、問題の立て方が針小棒大である。真実の核があり周囲を巻き込む力があることでは、むしろ妄想をも凌いだ。

治療者は患者に傾聴して一層の了解の手を差しのべていった。すると硬い鎧のような世界観は動揺し始めて、患者には嫉妬と好意とが錯綜してきた。他方治療者の心中には予期してなかったことが起こった。患者が憎悪と殺意の言葉を社会に向けて投げつけるとき、実は治療者自身もまたその標的であることに思い当たったのである。患者には呑み込まれる不安が惹起されて治療者に怒りをつのらせたが、当時の治療者にはそのことは窺い知ることができないでいた。共感を持って接しようとするものが何故に隠微な嫉妬と攻撃の対象となるのか、この世の悪を一身に背負わされ殺人空想の対象とすらなるのか、その無意味さと不条理さとにただ怒りが湧くばかりであった。ついにあるとき「もう来なくてよい」と冷たく突き放した。患者はめずらしく荒れもせず引き下がって帰宅すると、密かに貯めおいた眠剤を大量に飲み自殺を図った。

昏睡から回復すると、「助けたことは無用のこと、死を願う程に自分は傷つけられた」と非難した。傷ついたという非難を浴びる中で、患者の世界観を被害的“幻想”というよりは心的“現実”としてやっと了解した。治療者も患者の世界をアリアリと思い浮かべることができた。思うに自殺を盾に取ったこの非難は、不条理な世界への誘いであり、そこへ閉じ込めて逃がさぬ手段でもあった。なお後になって患者はうち明けたが、大量の錠剤を

飲むのは難しいので、グラスに赤ワインを盛って飲み下したとのことである。

鏡: 自己の成立

患者がいった言葉と同一の語句で言葉を受け止めると憎悪を鎮め落ち着かせることに気がついた。あなたは……なんですね」と言葉を返す代わりに、「……ですね」と端的に受け止める。言葉の内容もさりながら、さらに大切なことはそれを伝える声の調子であって、やや低めの声で語りかけることが患者を落ち着かせた。また“あなた”と“わたし”といった自と他の間の溝を垣間見させる話法は患者を落ち着かなくさせた。「あなたは」といえば「私は違う」という前提を際立たせるらしかった。端的にいえばオウム返しで患者の言葉を繰り返し、患者の世界を“反映”する作業を必要とした。問題は共感に紛れ込む治療者の他者臭が反映の障害になったことだった。上記のような社会に対する決めつけと憎悪の誇示は社会から排除された(と感じている)者の自己愛的な認知の要請であろう。もっとも自己が成立するのはその要請が受け入れるからではなく反映されるからである。当時の患者にとって他者が自分を理解することは、憎悪すべき社会の範疇で自己が裁断され呑み込まれること、自己の解体そのものであった。治療者の理解(するという能動的行為)が自己を脅かすほどに患者は被害的であって、人物性・能動性を消した鏡のような他者との間で、自己はかろうじて成立できた。ここに肥大した自己が対象(鏡としての治療者)を支配し所有する病理性を見て取ることもできる。

なおオウム返しにするということは治療者が患者の世界観と一体化することでは全くない。患者が必要としたのは自分の姿が“歪められずに”映る鏡であって、自己と同じ世界観を持った治療者なのではない。鏡とは自己の外にあって自己を映すところの対象であらねばならないが、“能動的に”写す対象であってはならない。一次愛(Balint)、移行対象(Winnicott)、自己対象(Kohut)といった概念も同様の事態をさしているものと思う。

<やさしさ>

治療者が反映作業に努めて行くと、男性の権力社会を挑戦的・自己顕示的に憎悪する態度がやわらぎ、微かな依存が見え隠れしだした。次いで「女性であることを必ずしも厭わない」と述べる時期がきて、やがては恋人に対するよううっとりした眼差しで治療者を見てはばからなくなった。

恋愛転移が全面的に開花して行った。面接室以外の場で患者に会うことは無論してはいなかったにもかかわらずである。患者は依存対象と共にいると生き生きした感覚が蘇り自己を実感するようになった。一般に他者を恋し理想化するとき、人は虚しく無力な自分を見ずにすむ。

恋愛転移が開花したとはいえ、患者の怒りと非難は依然止むことはなく不安定であった。“あり得ない親密さ”を渴望したが、同時にやさしさに潜む服従の強制を過敏に読み取って、治療者への怒りは激しくなった。両価的な不安定さが前景化して面接は再び荒れだし

た。やがて怒りにはその対象が析出してきた。つまり治療者が「見捨てる」と感じて怒るようになった。なお怒りの状態にあって「怒っている」と言葉で表せたのはずっと後のことである。

自己破壊

患者の自己破壊行為には緊張と弛緩のリズムの障害を示す例がある。虚しさと不安とが入り混じったある種独特の焦燥感が高まると、その苦痛を消すかのように眠剤を数日分まとめて飲む例がそうである。この場合苦痛な精神緊張の解消を端的に求めており、文字どおりの死を企図はしていない。次に述べる例のような他者を巻き込む要素も見取れない。治療者に激しく怒った直後に大量服薬して自殺を図る場合がある。昂じた怒り(即ち緊張)が容易に自己破壊(即ち弛緩)に結びつく。そもそも自己破壊傾向は患者の背後で絶えずうごめき実現の機会を窺っている。自己破壊の衝動が高まり始めると患者は一層の興奮を求め、治療関係を荒れさせて治療者煮に拒絶させるような態度にでる。一人では自己破壊を実現できない患者にはこの拒絶が「死ぬように」との指示となり、待ってましたといわぬばかりの事態である。こうした場合の対処法であるが、経験の乏しい初期は安定剤の注射で鎮静させるしかなかった。後にはこんなときは「自分をメチャクチャにしたいんだね」と告げることが患者を落ち着けることを知った。注射などよりずっと手間もいらず即効性があり副作用もなかった。

自己の破壊は同時に対象の破壊でもある。患者は大量に服薬して確かに死ぬつもりではあるが、反面助かるかも知れない方法と場所と時を選んで実行する。その結果昏睡状態で発見され病院に担送されるが、これはむしろ入院を見越して大量服薬すると見るのが正しい。自殺企図は助けを求めるサインである。しかも無視し得ないサインであって、死の危険を犯しつつ有無をいわず治療者を巻き込む。昏睡に陥りベッドに横たわる患者のそばにつきながら妙な離人感に捕らわれた。患者への怒りと治療者としての無能感が心底にうごめく。この無能感を経験して思うに、自己の破壊は同時に対象の破壊でもある。自他未分化な対象関係の世界での出来事である。

<感情の木目

患者はいつも虚しく塞ぎ込んでいるか、あるいは怒っているかである。感情的にはおよそこの二つしか体験できない。感情の発達の度合いは未分化・単純であり、たとえば木目が粗くむきだしである。そして他者の行為に対して不満は残るものの感謝の念を抱くとか、あるいは自分の痛みは堪えながらも人の過ちを許すといった複雑な体験は難しい。社会儀礼上そうした態度を示すことは承知しており、演技できるという点では健常者とそう違わない。しかしコピーであり感情的実感が伴わないし、伴わぬことに対する自己違和感是否認される。

感情を色彩にたとえると灰色と赤だけで中間的色彩に乏しい。これには比喩以上の意味

がある。春先の山々の萌葱色に馴染めなくて落ち着かなくなるとか、中間色の衣服を選ぶのが苦手であったりする。衣服が原色から中間色に変化したらそれは感情面の統合が一步進んだといえまいか。

<ひび割れ、自己殲滅の不安、小精神病>

面接開始早々から怒ったり泣いたりして、ひどく混乱していることがある。何が混乱のきっかけとなったのか、本人もしばらくは振り返ることができない。

面接の終わりころになって何気なくもらす。わかってみれば日々の生活の些細な出来事なのである。たとえば会話中に親が何気なく「働けたらね」といったとか、通院の道すら公衆電話を使おうと思ったら若い女の子が長電話して待たされたとか、そんなことなのである。しかし、患者はこうしたことで自我のまとまりが一挙に解体して大いに混乱してしまう。あたかもガラスは力が部分に加わった場合でもひび割れは一挙に全体に及ぶのに似ている。

依存対象との生別、死去、あるいは生活の基盤を脅かすストレスがあると、これに対する反応は人格の深部に及び、自己殲滅の不安が惹起されてパニックに陥る。患者が体験する急性反応の中ではこの不安がいちばん苦痛の度合いが強いようだ。次に述べる幻覚や妄想にも苦痛は伴うが、患者がそれを訴える緊張の度合いから判断すると、自己殲滅の不安よりは温和である。幻覚や妄想はこの苦痛を回避して何らかの形で自己を保存する意義があるのかも知れない。

小精神病(半日から1~2週間程度の幻覚や妄想の状態)を呈することもある。この一過性の精神病状態に陥った際は、不思議と落ちついた態度を示す。妄想を抱くとしてもそれに対して違和感を抱きむしる治療を求める。それまで治療場面を占めていた嵐のような難儀さが不思議にも凪いでしまう。

患者の苦悩の質がシフトするのであろう。妄想を持ちながら病識があるということだが、人格障害の状態にあって現実社会を針小棒大式に戯画化して憎悪するときのあの病識のなさは対照的である。

<偽りの自己>

患者は明るく素直に振る舞うことがある。明るく素直な自分はしかし偽りの自己であり、周りの非難と迫害から自分を守る隠れ蓑なのである。そして明るい自分を褒めたり励ましたりする人物は、軽蔑の対象にする。何が軽蔑の理由なのか。見せかけにまどわされる無能さ、本当の自分(といって患者にもそれはわからたい)に対する無理解、あるいは素直さの強制と受けとめるからなのか。そうした人物は少なくとも好ましい人物には映らない。面接の無意味さと嵐のような難儀さの中にある治療者にとっては、患者が明るく素直に振る舞いしかも自己洞察的であったりすれば、思わず「ついによくなった」と喜ぶ一瞬ではある。しかし次の面接では必ず揺り戻しがあって荒れたから、患者が素直に振る舞うときは

実は最も危ういときでもあることを知るに至った。

<治ることへの恐れ

患者にはおよそ自己と周りの変化に不安を覚え抵抗する超保守的とも呼ぶべき心性がある。(注³)この段階では治ることすなわち自己の変化は破壊の対象である。患者が憎悪の段階にあるとき、治ることは社会に呑み込まれ規格化され没個性化することである。強迫の段階では、治ることは自己変質の不安を招く。

依存が開花した段階ならば、治ることは「治ったからもう来なくていい」と見捨てられることである。治ることへの不安は治療の経過に伴ってこのように微妙に姿を変えてゆく。

神と悪魔

患者は明るい自分とむなしい自分とが共に同じ自分の一側面であるにとらえることができない。明るい自分を体験するときはむなしい自分を実感しない。(注⁴)

双方は互いを他人のように体験している。分裂し別個の自分があることに違和感を抱いて苦悩するのでもない。患者はむなしくもあれば明るくもあるというない混じりの自分を体験することができない。

自分の周りの人をも良い人と悪い人とに分裂させる。良い人は神のように理想化するが、悪い人は悪魔のように侮蔑する。患者が周りの人を非難するとき、その当人も自覚していない欠点を鋭く突いている。それだけに非難には真実味がある。真実であることによって非難は周りの者に感染し感情反応を呼び起こす。そうした非難を受けると不意打のような怒りの感情が湧き、次いで鈍痛にも似た自責の念に捕らわれる。他方患者から理想化されている人に嫉妬して両者の関係は対立的になっていく(注⁵)。両者の間に以前から齟齬・疎通の悪さがあったりすると、これが契機となって対立が表面化するほどに感染力が強いこともある。分裂という病理機理解と患者についてのディスカッションの場が大切である。

治療を通して学んだこと

「ある種の愛情」が人間の心理発達にとって根源的に重要であるということ。母子間の共生関係の中で基本的信頼感が培われやがて子供が分離と自律の課題に直面する時期の0歳~3歳の間の愛情のことである。親の側に即していえば、子供を将来しかじかの人物にしたいとか、あれこれの職業に就かせたいといった、そうした親が子供に対して個人的・現世的な願望を抱く以前の時期の愛情。つまり元気な子になることを願ってひたすら慈しみ育む時期の愛情。子供が自律の時期にさしかかったとき、親が自己の分離不安を克服して子供の自律を見守る愛情のことである。

これを一つの光景に例えよう。子供が初めて立って歩き出したとしよう。このとき親が思わず支えようとして手を差しのべたとする。しかし子供はその手にかまわずフラフラ歩

くうちに転ぶかも知れない。子供が助けもかまわず歩いて転んだからといって、親はこのとき眉をひそめるだろうか。いやむしろ目を輝かせて子供を見るだろう。

境界例患者が求めているのはこのような“反映”の眼差しと愛情だと思う^(注6)。

患者の呈する多様な症状や行動の背後には、こうした愛情の喪失不安がある。

あとがき

石井先生がご在任のころ、私は境界例患者の治療に孤軍奮闘していた。患者からは予期せぬ反応が返ってくるし、良くなったかと思えばまた逆戻りするの、苦難の連続だった。今般先生のご退官記念に、境界例についてまとめる機会を与えていただき幸いに思う。

そもそもこの患者さんを診るのは医局のH先輩のはずであった。彼が精神衛生相談で患者に会い、精神分析の心得のある者が医局にいるとってしまったために私が担当する羽目になった。難治なことでは超一級の患者だと知ったときにはもう後の祭であった。

この患者は境界例の中では分裂病もしくは自己愛人格障害よりの病態である。患者の自己が成立するか否かのぎりぎりのところに興味が湧いた。それこそが分裂病と境界例とが分かれる分岐点のように思えたからである。

境界例には強迫症状を主体にしたものや過食症のようなタイプなど、本論では触れられなかった病態がある。治療への反応はここに述べた自己愛タイプとも少し違った面があるように思う。

注

- 1) 飢餓、疫病、戦闘の続く社会にも境界例はいるだろうか。物が乏しく死と隣り合わせて生活していれば、集団内の連帯は強いのではたいだろうか。
- 2) 対象とは精神分析用語で、患者にとって身近で重要な人物を指している。親・兄弟、担任教師、治療担当の医師や看護婦など。患者の心の中にいる人物の意味であり実在する人物を直接指すものではない。現実の人物は患者の心中では歪んで映っている。患者が反応するのはその心像に対してである。
- 3) この超保守的心性は反復強迫の原基であり、また悉無律とは一切の変化を拒むかしからずんば全ての変化を望む心性のことである。超保守と超急進とをつなぐのはこの悉無律である。悉無律はまた緊張と弛緩のリズムの障害とつながりがあると思う。同じ事態を緊張か弛緩かで見れば悉無律であるし、緊張と弛緩の時間的継起を見ればリズムの問題であろう。
- 4) こういう事態を精神分析では splitting と呼んでいる。精神内界における自己および対象の分裂という意味である。「分裂」と訳しているが精神分裂病というときの分裂とは意味が異なる。E. Bleuler が分裂病についていった分裂の意味は、この精神機能が全体としての統制を失いバラバラであることを指していった。splitting よりも意味は広いがその分曖昧さもある。
- 5) こうした場合患者に悪くいわれた人は、少なくとも内心では次のような気持ちが湧くかも知

れない。「同じように接していながら何故あの人はよくいわれ、自分は悪くいわれなければならないのか。だいたいあの人は患者を甘やかすのでいけない」。当人をそんな気持ちにしたのは患者なのに、その患者から目がそれてよくいわれた人を憎むのである。嫉妬が惹起されると人はこうした心理状態に抗しがたく陥るもののようである。

- 6) これまで長々と述べてきたが、患者を通して知った人間理解は言葉に表せば眼差しと愛情というただこれだけのことである。ここで問題となっていることは、実は言葉が発達する以前の人間の感情活動であり、患者にとっても治療者にとってもそれを理性によって操作することはたいへん難しい。