

集団精神療法と個人精神療法との併用の実践的研究：  
ある境界性人格障害患者の場合

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2008-01-25 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 磯田, 雄二郎 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://doi.org/10.14945/00000410">https://doi.org/10.14945/00000410</a>

# 集団精神療法と個人精神療法との併用の実践的研究

—ある境界性人格障害患者の場合—

磯 田 雄 二 郎

## はじめに

精神科臨床においては、境界性人格障害<sup>1</sup>の患者（以降この論文ではBPD; Borderline Personality Disorderの略、と記述する）の治療については各識者が様々にその困難性を指摘している。その困難性は彼らの情緒的な不安定性と、対象関係の恒常性のなさ、対象関係の分裂、等々の表現で表されているが、彼らの他者への攻撃のサディスティックな性状とそのエネルギーの膨大さとは、彼らの治療者にとって脅威となることが多い。また、彼らの治療についても多くの識者が様々に論じているが、BPDの患者たちの攻撃性を統制するためには、その最も基本的な教科書とされるカーンバーグの著書(O. Kernberg 1975)

---

<sup>1</sup> この論文でBPDとは、診断基準としてアメリカ精神医学会(American Psychiatric Association; APAと略されるが)による最新の基準、Diagnostic Statistic Manual第四版(略称DSM-IV)の第2軸のB群人格障害のうち、境界性人格障害の基準項目に依拠して診断を行った症例について記載されている。その具体的内容は以下のとおりである。

対人関係、自己像、感情の不安定および著しい衝動性の広範な様式で、成人期早期に始まり、種種の状況で明らかになる。以下の内5つ(またはそれ以上)で示される。

- (1) 現実、また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。
- (2) 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付けられる不安定で激しい対人関係様式
- (3) 同一性障害
- (4) 自己を傷つける可能性のある衝動で、少なくとも二つの領域に渡るもの(例:浪費、性行為、物質乱用、無謀な運転、無茶食い)
- (5) 自殺の行為、そぶり、脅しまたは自傷行為の繰り返し
- (6) 顕著な気分反応性による感情不安定性(例:通常は2、3時間持続し、2、3日以上持続することはまれなエピソード的に起こる強い深い気分、いらいら、または不安)
- (7) 慢性的な空虚感
- (8) 不適切で激しい怒り、または怒りの制御の困難(例:しばしばかんしゃくを起こす。いつも怒っている。取っ組み合いのけんかを繰り返す)
- (9) 一過性のストレス関連性の妄想様観念または重篤な解離性症状

やマスターソンの著書 (J.F.Masterson 1980) によれば、「限界設定のために」入院環境の利用が推奨されることが多い。このことは彼らの問題点として我々が、すくなくとも臨床の現場において問題視することがらは、単にサディスティックな行動や対象恒常性のなさや自傷行為等にあるのではなく、限界設定を乗り越えて侵襲的であり、関係を保つよりも破壊しようとするその行動にあると言いうるであろう。

こうした彼らの自他の境界破壊的な行動は、しかしながら必ずしも入院治療を適用とするとは言い得ないことも事実である。渡部らは(渡部ら 1999)、BPDの治療においては適切なマネジメントが欠かせないものであることを指摘しているし、またその過程では、個人精神療法や集団精神療法や入院治療や家族療法といった、様々な治療方法論が組み合わされるべきであると主張している。しかしながら、実際の臨床場面において、BPDの治療においては、入院治療はその行動化の頻発のゆえに、またその分裂を治療者側にもたらす行動のゆえに、多くの病院において「難しい症例」として敬遠されることも多いのである。したがってこうした症例の治療にあたっては、彼らの「限界設定」をどのように成功させるかがその鍵となるのである。こうした様々な治療法の中でも、集団精神療法についてみると、集団という状況は、個人で一対一で患者と向き合うよりも、境界設定をたやすく行えて、しかも転移が多様化するために、より境界性人格障害の治療に向いていると考えられる。川村は「可能ならば、(個人精神療法に加えて) 家族療法、集団療法、行動療法などを統合的に取り入れるべき」と論じている (川村 1999) が、この点は多くの識者が共通して認めるところであり、同時に不幸なことにはわが国では、いまだ実践されがたい状況でもある。

BPDの患者に対する個人療法と集団療法との併用については、古くはウオンが1980年にその論文の中で、境界性人格障害の患者を様々な疾患の患者のグループに入れることは、患者自身にも、グループにも“集団の規範を改善し、凝集性を増す”ことでよい効果を及ぼすと述べ、この併用は“集団精神療法や個人精神療法単独よりも推奨される”、と結論付けている (Wong 1980)。

このことはウオンのみならず、他の論者 (Porter 1980、Pfeifer & Spinner 1985、Stone 2000) も同様に認めるところであるが、これらが有効である理由については、集団での転移の多様さに原因を求めている。これに対して、Clarkinはその論文において、BPDの多くの患者に家族関係の問題、具体的には幼児虐待や性的虐待の経験が専攻することが多いことから、単に個人精神療法単独ではなく、集

団精神療法や家族療法の併用が望ましいことを主張している。(Clarkin 1991)  
また、Roller & Nelson は集団精神療法を併用する点について、対象表象と自己表象との統合が行われやすいことや、集団の維持による対象の恒常性<sup>2</sup>の維持が起きることが有効である原因となるとしている。(Roller & Nelson 1999)

このように BPD の治療において、集団精神療法と個人精神療法と(更には家族療法)の併用治療が有効であることは認められているが、その作用機序については、多くの議論があり、まだ、一定の見解は得られていないのが実情である。

筆者はこの間、某大学医学部付属病院精神科外来において、サイコドラマを用いた集団精神療法のグループを外来患者に対して施行してきた。その中に境界性人格障害の患者がおり、この患者の治療過程において、興味深い事象が現出した。具体的には患者は境界設定を破壊しようと、グループ場面では個人療法の話題を、そして個人療法場面では集団での体験を語ることで、両者の境界をあいまいにし、すべてを自己の統制下におこうとする試みを繰り返したが、これに対して筆者が両者を峻別し、限界設定を繰り返し行うことで、患者の中にははっきりとした自他の境界が生まれ、それが治療的であるということを経験することができた。

従来、個人精神療法場面ではこうした限界設定をすること、すなわち自他の境界を明確にすることが、治療的であることは認識されてきたが、こうした境界設定機能を、集団精神療法と個人精神療法との併用例において、その併用という構造を積極的に利用して治療効果をあげた例の報告はいまだかつてない。そこでこの症例を元に、こうした併用治療が有効なことと、その原因として境界設定機能が重要と考えられること、その根本には BPD の基本的な病理として、分裂ではなく、投影性同一化があると考えると理解し易いということについて、本論文では取り上げて論じていくこととする。

### 症例の提示とグループの概要<sup>3</sup>

症例の提示をする前に、まずグループの概要に付いて述べる。グループは某大学医学部付属病院の精神神経科外来の通院患者から、主治医の紹介によって

<sup>2</sup> 患者が愛着を持つ対象が一定であることが、BPD の治療においては要請される。集団精神療法は集団という構造上、集団のセッションの曜日、場所や参加メンバーを固定することによって、この恒常性を実現しやすいのが特色である。

<sup>3</sup> 症例は、患者のプライバシー尊重のために、論旨の理解に困難でない範囲において、性別、家族構成、職業、住まい等の情報は変更してある。

集められた患者によって構成された、サイコドラマの治療実験のためのグループである。サイコドラマの「治療実験」と銘打ったのは、サイコドラマに対して治療法としての疑問を有しているのではなく、現在厚生省の治療指針に集団精神療法と SST (Social Skills Training) とは記載されたものの、サイコドラマは未記載であるために、保険診療が行えないために他ならず、筆者自身はこれをむしろ確立した治療法と考えている。

グループは一クール、11回のセッションからなり、基本的に一クール終了までは出入りのないクロズドグループであるが、参加希望者の便宜のために、クールとクールの間オープングループとして、誰でも見学可能な機会を設けるようにしている。グループの参加者は、通院患者のうちで各主治医が、適応と認めた患者の同意を得て紹介してくる紹介制で、一応紹介後オープングループに参加してもらって、サイコドラマを体験してもらい、そして最後に筆者らが面接して、参加の意思の最終確認を行って、グループに受け入れるというシステムとなっている。紹介の基準としては、

- 1) 急性期幻覚妄想状態や躁状態、自殺企図の危険のある鬱状態は避ける
- 2) 身体的障害、精神障害によるコミュニケーションの困難な症例は避ける
- 3) 思春期の症例は避ける

といった除外条件を明示したほかは原則として男女、診断名、社会的背景等は問わないこととし、推奨する対象としては、

- a) 自己表現がうまくいかずに悩んでいる場合
- b) 対人関係の問題で特に行き詰まっている場合
- c) 「喪の仕事」を遂行中の場合
- d) 集団に入れない場合

をあげるにとどめた。ただし、これらはいくまでも推奨する対象としてあげたのみで、原則としてはどのような症例でも受け入れることとしている。各主治医からはこの3年半の期間に様々な症例が紹介されてきたが、最も多いのが、やはり人格障害の症例である。また、この間グループには様々な理由での出入りがあり、改善して集団精神療法を必要としないと判断されて、「終了」とされたケースから、クール半ばで脱落し、中断となったケースまで結果は様々である。

当初グループはスタッフ3名、患者3名で始まり、開始後3年半、第11クールの終了した現時点においては、スタッフ4名、患者9名へと拡充している。現在のグループ構成、今クールの特色、グループの流れ、サイコドラマの内容

等、グループの報告ならば、取り上げる価値のある情報もこの他に多々あるが、この論文では症例を中心に集団精神療法と個人精神療法の併用について、その境界設定機能を論ずるのが目的であることから、敢えて省略している。

次に症例の紹介に移る。

症例はA。30台半ばの元教員である。Aが筆者の下を初診したのは大学院生のころ、23歳のときであった。当時、研究に行き詰まっていたAは抑うつ気分と、情緒不安定を主訴として大学病院を受診している。初診時のAは苛立った調子で、泣きだすかと思うと急に怒り出す等情緒が不安定であり、事故の将来について「何をして良いか分からない」と訴える等、自我同一性の顕著な障害を表していた。慢性的な空虚感、見捨てられ感を訴え、特に顕著な拒食による自己破壊的な行動化が認められた。又、彼は父親との関係が全くうまく行っておらず、ここ2、3年は音信不通にして、殆ど連絡もないという。両親を全く軽蔑しきっている一方、指導教官を過度に理想化して捕らえており、指導教官に見捨てられることを死ぬほどに怖がっていた。以上のような訴えから、DSM-IVによって現在の時点から診断すると、第一軸は気分障害（うつ病エピソード）であり、第二軸は境界性人格障害であると、判断することが出来るであろう。初診時には、DSM-IVはその作成が1995年であるために未だ存在し無いので、当時における病名は鬱状態であり、その後すぐに境界性人格障害の判断が行われて、それが現在でも変更されていない。

Aはその後抗鬱剤の投与と環境調整によってこの危機状況を乗り越えることが出来た。そして無事大学院を終了した彼は、研究者としての道を歩みだしたのである。しかし、数年のアルバイト生活の後、比較的若くして大学の助手ポストについた彼であったが、仕事先では昇進の可能性が乏しいことに落胆した彼は、上司にあたる教官達に対して強い羨望の念を向けて、彼らを罵倒するようになり、一挙に人間関係を悪化させてしまうのであった。結局Aはこの職場を逃げるようにして退職し、無職となった。そして生活のために働きに出た妻に対し、強い見捨てられ不安によるしがみつきの繰り返すようになり、余計妻との関係をもこじらせてしまうようになった。

こうした状況の中で、彼は異性関係に走ったり、妻に対するDV(Domestic Violence)といった行動化と、妻へのしがみつきの繰り返すにより、妻との関係も悪化するにいたり、短期間の入院を3回繰り返すに至った。入院中は一部の患者、看護者とは仲良くするが、外泊許可の問題や、外出の問題等で一部の看護者とは鋭く対立し、病棟における患者自治運動のリーダー的な存在となって、

病棟内を引っ掻き回すのであった。結局、彼の入院は当初から短期間の休息入院で、という方針に従って、短期間で終了してすぐに外来へと移行した。

外来段階になってAは相変わらず、妻との関係が最悪であり、仕事につかずにぶらぶらと過ごしているという状態が続き、治療に行き詰まりを筆者は感ぜざるを得なかった。この間彼から面接で繰り返されたエピソードとして、母親がいつも幼い彼を残して家を出て行くというエピソードがあり、それをどのようにしてか取り扱いたいと、筆者自身が思っているところであった。1997年、サイコドラマの外来への導入にあたって、筆者にはこのAのエピソードがドラマとするのにふさわしい物と思われた。そこで彼を集団精神療法と個人精神療法の併用療法<sup>4</sup>に参加するようにと勧誘したのである。こうして彼は併用療法の対象となることを了承した。Aはグループの最初からの参加メンバーであり、第一クールは筆者の受け持ちのこの患者と、今一人の慢性の分裂病の患者、そして別のスタッフの受け持ちの拒食症の患者からなるグループであった。このグループでの治療のほかに、彼は精神分析的な心理療法を、筆者から毎週一回受けており、また投薬も筆者から受けていた。投薬内容は抗鬱剤と安定剤とが主であった。

次に集団の過程と彼自身の行動化とそれらに対する筆者の反応について述べていく。

第二クールのあるセッションにおいて、Aは以下のようなやり取りを筆者との間に繰り広げた。(以下、Dは筆者(ディレクターのD)、Pは他の患者、AはA自身である)

D：この一週間で何か変わったことのある人はいますか？

A：今、こうやって録音を取っているけれど、それをとらなければいけないんでしょうか？

D：これは、我々スタッフの勉強のためにとっています。

A：私はとってほしくないんですが。そういうので、自分の事知られるのは嫌じゃないですか。

D：他の方はどう思っていますか。

P：私はヘンなことに使われなければかまわないんですが。

D：他の方は？Aさん？

A：私は先生に不満があります。先生は私の言うことをいつも聞き入れてくれ

<sup>4</sup> 併用療法：combined therapy の訳。集団と個人とで同一人物が治療者となる場合である。治療者が異なる場合は結合療法 (conjoint therapy) と呼ばれる。

ませんよね。今の例もそうだと思いますし、もっと私の妻とのことも考えてみると、先生が妻を抑えてくれないから…。

D：ちょっと待って。その話は個人面接のときに聞きましょう。

A：そうですか。

このようにAはいつでも自分の不満をぶちまける場所として、特に主治医に対する不満を皆に訴える場所としてグループを使おうとしていた。そのたびに筆者は今—ここで（Here and Now）の問題に絞るようと、今—ここでと過去—ある場所での、また、自分と他人との境界設定を行うように勤めた。もちろんそれは今、ここで起きていることに対する不満、即ち例えばグループ運営に対する不満等は取り上げないということは意味しない。むしろグループの中ではあらゆる話題が扱われていいのである。しかし、問題が全く他のメンバーと関係のない、治療者—患者関係についてとなれば、それはここで話される必要は無いことが、話題に上っていること自体がおかしいのである。

逆に個人面接においては、Aはグループのメンバー個々について様々な批評をした後、グループで問題になったことについて、ああしよう、こうしようと提案してくる。これに対して筆者は、それは全てグループの場で扱うべきである、として返していったのである。

こうして、この間の個人面接は、グループが始まるまでのそれと明らかに内容が変化した。それまでは、過去の事柄を想起するような内容の連想をしていたAは、グループが始まると様々な形で筆者の内面に侵入し、筆者を統制下に置こうと努力したのである。これにたいして、筆者は常に、個人療法と集団療法との構造を維持するように努め、“その話は、グループで” “こちらの話は個人療法で話すように” と区分けをするようにAに返したのである。

こうしてAがきちんと個人精神療法と集団精神療法とを区別して扱うことが出来るようになったと同時に、彼の妻に対するしがみつきは軽減し、彼は妻と自分とが別存在であることを受け入れるようになっていった。あたかも個人と集団との区分を確認することが、妻とAとの間の区分を確認することになるかのように思われた。

こうしてAは境界性人格状態から回復した。具体的には彼は現在、一日レンドルミン（弱い短時間作用型催眠導入剤の商品名）1/2錠で済んでおり、抗鬱剤はこの数年服用しないでも、落ち着いて過ごせている。現在の彼は、社会的にまだ完全に社会復帰を遂げてはいない物の、基本的な人格のゆがみはかなり矯正されて、鬱状態になることが全くなくなっている。

## 考 察

境界性人格障害の治療については、人格障害を生み出すに至った基礎障害である精神病理の理解と方法論とが密接に結びついている。BPD の治療法と病理についての理解との関係を、まず、最も高名なマスターソンとカーンバーグによって調べてみよう。

マスターソンは周知のように、マラーの幼児の発達図式 (マラー 1972) に基づいて、BPD の病理を理解しようとしている。マスターソンによれば、BPD の基本的な障害は病的な「見捨てられの不安」に由来する物であり、その淵源はマラーの言う分離＝個体化の時期の 4 つの小区分の第 3 番目の小区分、再接近期 (rapprochement) にあるとされる。このラプロシュマン期において子供が過剰に母親に固執したり、又は母親が子供の自立を妨げる行動に出た場合、子供の心の中には見捨てるぞという母親からの脅かしから構成された撤去型自己表象＝対象表象単位 (WORU) と、逆にしがみつくことを喜ぶ母親との関係で成立してくる報酬型自己表象＝対象表象単位 (RORU) 戸に分裂することになる。この WORU と RORU とが患者の世界を「全て善」なる世界と。「全て悪」なる世界とに分裂させるというのである。したがってマスターソンの BPD の治療においては、何よりも行動制限設定と、母子関係遮断のための入院治療、という点が原則となる。しかしながら、これらの点は実は実際の臨床という場から見ると、多くの問題をはらんでいる。臨床家ならば周知のように入院した BPD 患者は周囲を巻き込み、分裂させて自己の支配統制下に置こうとするのである。むしろ、市橋や川村は入院はあくまでも短期間に限るべきであることを提言しているぐらいである。

マスターソンの理解がうまく働かない一因は、メラニー・クラインの投影性同一化 (Projective Identification) (クライン 1946) という概念を理解しそこなっていることにあるといえる。彼の世界においては分裂は母子相互関係の中から、具体的には母親の行動によってしか生じ得ない。しかし、入院環境で周囲を分裂させていく BPD 患者は理想的な母親が存在しないことによって分裂を撒き散らしているのではないことは明らかだからである。

では、次にカーンバーグについて考えてみよう。カーンバーグもまたマラーの再接近期に BPD の病理の淵源を求め、分裂をその病理の根本にあるとする。しかし、カーンバーグとマスターソンとの大きな差はカーンバーグはメラ

ニー・クラインにならって、BPDの基本的障害を、何らかの未知の遺伝的な要因に求めている点にある。具体的には、子供は生来的な攻撃性の量を持っており、その量が多量であるような子供、(クラインはこれを口唇の変形や母親の乳汁分泌の不全やその他に原因を求めている)は自己の攻撃性を外へ放り出し、外からの攻撃として取り込もうとする。こうして周囲の世界に多くの良い対象や悪い対象が投影され再び取り込まれていく。こうして自己は周囲に「全て善」なる世界と、「全て悪」なる世界とを持つことになる。カーンバーグは再接近期に投影性同一化のメカニズムが亢進してきて、生来攻撃性の多量なBPDの子供は、周囲に攻撃性を投影し、周囲(この場合母親)をコントロールすることを覚える。こうしてBPD的な母親と子供の組み合わせが成立するというのである。したがって、カーンバーグにあっては攻撃性の積極的な解釈が自他の区別をつけるため、即ち今現れる攻撃的感情(怒り)が誰の物であるかを明らかにするために重要なこととして、治療論の中心となるのである。

この方法論は、我々にとってより実際の現場にフィットする考え方だといえるであろう。しかし、カーンバーグのこの議論の問題点は、むしろ方法論としては投影性同一化の解釈を重視しつつも、メカニズムとしては分裂に重点をおいていることにあるだろう。

むしろ考えてみれば、どの識者も共通に指摘するように、BPDの特色が過剰なしがみつきであり、過剰な同一化であり、見捨てられ抑うつであるとするならば、その根底は投影性同一化の病理にこそあり、分裂には無いのではないだろうか？分裂は精神病的な人格(ビオン 1957)の反応として、心の苦痛を避けるために多用されているメカニズムであって、BPDの病理の根源ではないのではないだろうか。こう考えることによって、我々がなぜBPDの患者に振り回され、彼らを特殊視せざるを得ないかが分かってくる。彼らは投影性同一視という原始的でありながら、高度な他者を統御するための防衛機制を利用するからである。また、こう考えることで、BPD患者の他者操作性ということに付いても理解が可能となるのである。

では、こう考えることによって、治療の方法論はどのように変化してくるであろうか？ここで我々はかつての自我心理学派に戻らなくてはならない。自我心理学派の中心概念として、自我境界の保持(persistence of ego boundary)という概念がある。この概念を利用することがBPDにとってはふさわしい治療的な態度と考えられる。彼らの多用する周囲への分裂攻勢も、しがみつきも、行動化による制御も全てが、自我境界をあいまいにしようとする試み、投影性

同一視のなせる業として理解しうる。ただし、この場合でも単に自我境界の保持のみでは弱いことになる、したがってより積極的に、「内的世界、外的世界、移行領域、あらゆる心的現象における境界の保持」こそが治療的と考えられるのである。こうなっこそ、“境界”という根本的な言葉が再び意味を持つことになるであろう。この意味で BPD においては境界設定 (boundary setting) に大きな治療的な意味がこめられることとなるであろう。

では次に、症例 A における併用療法の実際と境界設定機能との関連について考察を加えてみよう。境界性人格障害患者に対しては、個人精神療法単独や集団精神療法単独よりも、両者を併用した場合のほうがより効果的であることは、ウオンがすでに述べていることである。しかし、これらがどのようにして可能になるか、何故、こうしなくてはならないか、あるいは何故併用してはならないかについては、あまりはっきりとした結果は得られていない。実際、バテゲイ (Battegay 1972) は集団精神療法の併用は、転移の十分な発展を妨げることもあると警告している。しかし、彼は同時に集団で明確になった課題が、個人療法の中で深められることに大きな治療的な意義を見出しているのである。したがって、この併用については、ヤーロムがその著作の中で書いているように、利点もあるが欠点もあるのであり、その適応については「個々の症例の経験を積み重ねることによって」(Yalom 1995) おのずから結論が出るということになる。筆者の症例でも個人精神療法と集団精神療法との併用療法 (Combined Therapy) は、それまでの薬物の量を大幅に減らし、患者が治療者から自立していく契機となり、患者の社会性も改善されて、明らかに治療効果があったといえる。それまでの数回の入退院の繰り返すと、その後の妻と治療者への長年月にわたるしがみつきがまったく無くなったことは、奇跡的な出来事であった。

それではこうした変化が何によってもたらされたのか、患者自身は「グループでのことはグループで」と返されることによって、「グループに固執する必要がなくなった」と表現している。当初、彼にとってこのグループは彼の提案をおとなしく他の人々も受け入れるはずの、思い通りに操れるグループであったはずであった。しかし、グループで起こることはすべてグループへ返すようにすると、A にとってはグループは徐々に居心地の悪い場所になっていった。メンバーたちは必ずしも彼の提案に賛同せず、彼は他の人と“うまく付き合っていく”ことを学ばざるを得なくなったのである。

スタインは境界性人格障害の治療における困難の大きなものとして、患者がこうした状況下で個人治療に逃げ込んだり、集団を価値切り下げして、捨てて

しまうことが起こると指摘している (Stein 1981)。Aの場合にもそうした行動化が見られて、Aは個人療法の場で「サイコドラマグループをやめたい」と言い出すようになった。そこでこれに対しても筆者は、まず彼の気持ちを十分に聞いた後に、彼がグループに対していやな感情を持っているとしたら、それはグループの場で解消すべき問題と思われる、としてグループにおいてそれを表明することを求めて、結論は出さなかった。この筆者のスタンスは基本的に常に変わずに維持されていた。すなわち、Aが境界を越えて治療構造をゴチャゴチャに、混乱に陥れるような行動化をする（例えば、集団の場で個人的な妻との葛藤の相談をしようとする、等）場合、筆者はまず彼の主張を一定聞いた上で、その問題が今グループに関わる問題なのか、個人療法で扱うべき問題ではないかを吟味し、境界を明確に保つようにと勤めた。この点では容易だったのは集団精神療法においてサイコドラマという行為法を用いていたことも一因である。すなわち、自分の気持ちを扱うときには個人療法、他人との関係での自分の行動を扱うにはグループで、と明確に区分ができたということである。このことが、例えば言語的集団であった場合、これほど明確に集団での討議の内容と、個人での面接内容とをクリアーに区別できたかどうかは問題であろう。集団内での自由な討論である限り、それが集団とは無関係とは言えなくなるからである。むしろそうした場合には、今ここでAが妻との葛藤の話をするこの意味に焦点を絞って、境界を鮮明にするという努力がなされるのであろう。

一境界性人格障害患者について、集団精神療法と個人精神療法とを併用して治療効果をあげた例について、有効であった根拠を検討した。その結果境界設定の機能が大きな意味を持っていたことを見出した。しかし、この症例に施された集団精神療法はサイコドラマという行為法であり、多数派である言語的集団精神療法ではなかったため、言語的集団精神療法の場合でも同様に、境界設定機能が重要であるのかは、今後の検討を待ちたい。

## まとめ

1. 境界性人格障害の患者に集団精神療法と個人精神療法との併用療法を行って、良好な結果を得た。
2. この結果を得るにあたっては、患者の境界を破壊する行動化（個人の場と集団の場との混同）を徹底操作することが大きな意味を持った。
3. この結果、BPDの病理においては、従来言われる分裂の機制ではなく、投

影性同一化が中心的なものではないかという結果が示唆された。

## 文 献

- Bategay, R. : Individual Psychotherapy and Group Psychotherapy as Single Treatment Methods and in Combination, *Acta Psychiat. Scand.*, 48, 43-48, 1972
- Bion, W.L. : Differentiation of the Psychotic from the Non-Psychotic Part of the Personalities, *Int. J. of Psychoanalysis*, 38 : 262-275, 1957
- 
- ~~Clarkin LF Marzali F Munroe-Blum H : Group and family treatment for~~
- 
- borderline personality disorder, *Hosp. Community Psychiatry*, 42, 1038-1043, 1991
- 市橋秀夫：境界人格障害の初期治療, *精神科治療学*, 6, 789-800, 1991
- 川村邦彦：境界性人格障害の入院治療—一般精神病院における治療の指針について—, *臨床精神医学*, 28, 1373-1380, 1999
- Kernberg, O. : *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, Jason Aronson, N.Y., 1975
- Klein, M. : Notes on some schizoid mechanisms (1946). In: *Envy and Gratitude*, The Hogarth Press, London, 1975
- Mahler, M.S. : On the First Three subphase of the separation individuation, *Int. J. Psychoanal.*, 53, 333-356, 1972
- Masterson, J. : *From Boderline Adolescent to Functioning Adult: The Test of Time*, Brunner/Mazel, N.Y., 1980
- Pfeifer, G. and Spinner, D. : Combined Individual and Group Psychotherapy with Children: An Ego Development Perspective, *Int. J. Group Psychother.*, 35, 11-35, 1985
- Porter, K. : Combined Individual and group Psychotherapy: A Review of the Literature 1965-1978, *Int. J. Group Psychother.*, 30, 107-114, 1980
- Roller, B. & Nelson, V. : Group Psychotherapy treatment of borderline personality disorder, *Int. J. of Group Psychother.*, 49, 369-385, 1999
- Stein, A. : Indications for Concurrent (Combined and Conjoint) Individual and Group Psychotherapy. In LR Wolberg and ML Aronson (eds.), *Group and Family therapy 1981*, Brunner/Mazel, N.Y., 1981

- Stone, M.H.: Clinical Guidline for psychotherapy for patints with borderline personality disorder, *Psychiatrica Clinica of North America*, 23, 193-210, 2000
- 渡部京太ほか：境界人格障害の治療における適切なマネジメントについて, *臨床精神医学*, 28, 1505-1513, 1999
- Wong, N.: Combined Group and Individual Treatment of Borderline and Narcissistic Patients: Heterogeneous vs. Homogeneous Groups, *Int. J. of Group Psychother.*, 30, 389-404, 1980
- Yalom, I.: *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, Basic Books, N.Y., 1995