

## ヒステリー反応を伴った境界性人格障害に対する 作業療法の一経験

小林正義<sup>1)</sup>, 富岡詔子<sup>1)</sup>, 宮本正史<sup>2)</sup>

### **Occupational Therapy for a Male Patient with Borderline Personality Disorder Accompanied by Hysterical Conversion Reaction.**

A 17-year-old male student with suspected hysterical conversion reaction has been involved in occupational therapy to improve his psychological adjustment and his concentration. He was referred to the psychiatric clinic by an ophthalmologist, who failed to find any abnormality to explain his fluctuating visual difficulties. Psychiatric interviews and clinical observation of his stormy behavior and manipulative interpersonal dealings indicated borderline personality disorder (BPD; DSM III-R). After one year of a multidisciplinary team approach, he was enrolled in a high school program for the visually handicapped, and he continues with regular psychotherapy and occupational therapy.

The following are findings of therapeutic value in occupational therapy for BPD at the early stages of psychiatric intervention.

1. The nonverbal occupational therapy approach and the verbal psychotherapy complement one another to enhance the therapeutic effectiveness.
2. Real life situations simulated by the occupational therapy program provide nonverbal limit setting for the BPD, ensuring a secure structure to overcome his tremendous feelings of inadequate self control.
3. Various activities serve to facilitate free and satisfying self expression on a more or less somato-sensational level: a carefully guided acting out in a safe environment.
4. The objects created by the patient have emotional significance as transitional objects. However, craft activities are rarely chosen due to the possible emotional threat to his fragile ego should he fail.

---

1) 信州大学医療技術短期大学部作業療法学科; Masayoshi Kobayashi, Noriko Tomioka, Dept. of Occupational Therapy, School of Allied Medical Sciences, Shinshu Univ.

2) 諏訪湖畔病院精神科; Masafumi Miyamoto, Dept. of Psychiatry, Suwa Kohan General Hospital.

### Key Words:

ヒステリー, 境界パーソナリティ障害, OT の治療構造, 限界設定, 移行対象  
Hysteria, Borderline Personality Disorder, Occupational therapy structure, Limit setting, Transitional object

## はじめに

境界例(Borderline)は、かつては分裂病と神経症との境界にある症例を示していたが、DSM-III-R以降はパーソナリティ(人格)の障害を表す用語として捉えられることが多い<sup>1,2)</sup>。しかし、境界概念またはこの障害分類には異論もみられ、宮岡ら<sup>3)</sup>は境界概念の変遷を述べたうえで、DSM-III-Rの境界性人格障害(Borderline Personality Disorder, 以下BPD)のもつ問題点を指摘している。また橋本<sup>3)</sup>はヒステリーと境界パーソナリティ障害の関連を検討し、精神分析的な発達論を背景とする病態水準の視点から、「神経症水準のヒステリーから境界パーソナリティ構造水準のヒステリー性障害に至るまで、連続した病理の態様を想定することができる」と述べている。

疾患概念の検討、障害概念の研究が進むなかで、精神科作業療法の臨床においても、近年BPDを含め人格障害(Personality Disorder)と診断された症例が増えている印象を受けている。しかしこれらの症例に対して、作業療法の立場からの研究報告はごく僅かであり<sup>4,13,19)</sup>、今後の研究が望まれている。

今回、初期にはヒステリーと診断され、経過中に自我機能の発達段階から、境界例水準と診断された症例に約10ヶ月の作業療法を実施し、治療構造や作業の治療的意味について、若干の知見を得たので報告する。

## 症 例

K。17歳の男性。盲学校高等部1年在学中。  
[家族歴] 両親, 4歳年上の兄, 2歳年上の姉の5人家族。父親は工場勤務, 夜勤で家をあけることが多い, 新興宗教の熱心な信者。母親はパート勤務, 子供の養育に自信なく放任主義。兄は小・中学校でいじめられ逆に家ではKをいじめていた, 神経症的な登校拒否で中学途中で養護学校に転校し, 高校中退後は家で自閉的な生活を送り, 現在精神科クリニックに通院している。姉は高校中退後アルバイトを転々としている。

[現病歴] 1990年(16歳)A高校入学, 友人との喧嘩後クラス内で孤立, 集団不適應。登校拒否, 同年秋頃から休学。レストラン, スナック, 土木工事等のアルバイトを転々とする。この間に喫煙, シンナー吸引, 性的逸脱行為, 無免許でのバイク事故を起こす。1991年8月(17歳)より視力低下を来し, S大学医学部附属病院を紹介され, 眼科外来受診後, 中毒性視神経炎の疑いで9月同科入院。眼科治療では薬物療法(ビタミン剤, ステロイド

表1 眼科所見

	入院時	入院後	退院時	退院後
矯正視力(R)	0.6	0.15	0.4	0.06
(L)	0.03	0.06	0.2	0.1
中心暗点(R)		拡大傾向	変動性あり	
(L)		拡大傾向	変動性あり	
(R)	25Hz ↑	25Hz ↑	40Hz ↑	33Hz ↑
中心	25Hz ↓	22Hz ↓	35Hz ↓	24Hz ↓
フリッカー	測定不能	26Hz ↑	45Hz ↑	36Hz ↑
テスト(L)		22Hz ↓	33Hz ↓	30Hz ↓

剤)に反応せず、変動する視力低下と中心暗点を訴え(表1), 検査上矛盾を認め, 11月に同院精神神経科外来に紹介された。精神科では当初 hysteria と診断され, Kの訴えを受入れるかたちで, 支持的精神療法が開始された。

## 作業療法

入院3ヵ月目の1991年12月, 「①集中力の改善, ②転換症状による身体的訴えをも受入れた上で, さらに身体運動による気分転換を図る。」の二点を目標に精神神経科よりリハビリテーション部・精神科作業療法(以下OT)に紹介された。

### 1. OT 初期評価 (開始後2ヵ月)

OT 開始時の特徴把握のために, ①面接, ②描画, パズル, 卓球, ダーツ, 体力テストなどによる自己表現能力や作業能力の観察, ③その他日常の行動の観察を行った。担当者(以下Th)の把握しえた特徴は次の通りであった。

- (1) 観念的な自己理解, 知性化が過剰で現実検討機能は主観的, 独断的。
- (2) 情緒の変動が激しく不安定。すなわち易刺激性, 激情性, 抑うつ気分といった諸状態の易変性が著しく, 情動のコントロールが困難。
- (3) 自我は未発達で, 否認・投影性同一視等の原始的防衛機制が頻繁に使われ, 自己及び他者の評価は不安定で両極化しやすく, 対象関係は恒常性に欠ける。
- (4) 視力障害は動作観察からも認められるが, 障害を口実にした治療者への依存傾向が顕著(疾病利得的側面)。
- (5) 動作は激しいが不器用で, 衝動の統制, 身体運動の統合は未発達。エアロバイクによる体力テストも平均以下。
- (6) 知的能力には問題なく, 絵パズル, 数

字パズルを簡単にこなし, 教科の学習機能自体には問題がない。

- (7) 家族, 特に両親に対する強い陰性感情と依存的攻撃性といった両価的態度が認められるにもかかわらず, 心的葛藤は成立しがたく, 背景に家族病理が推測された。

- (8) 面接では, 「自分の存在を認めてくれる人がいないことが怖い。誰も守ってくれない」と訴えるなど, 孤立感, 心痛, やるせなさ, 自信欠乏感に加えて時に汎不安をも疑わせたが, 切迫感は一時的で深刻味の持続や余韻はほとんど感じられなかった。

### 2. 治療経過

OT 開始後の経過をKの生活環境の変化によりI~IV期に分けて整理した(表2)。

#### (1) 第I期:入院期

(1ヵ月, OT:2h/1回, 3回/W)

当初は, 眼科的検査に矛盾が認められたことから, 視力障害の原因については確定診断が保留されており, K自身も「目さえ良くなれば」と合理化傾向が強く, 不安, 動揺, 依存的態度が顕著であった。当面は視野障害があるものとして現実的に対応し, 保護・受容, 欲求充足的に関わることを基本方針とした。OTの目標を「身体運動を介した気分転換」「集中力の向上」としてKにオリエンテーションし, 視能訓練的なパズルや, 書字訓練をプログラムに加えた。Kは訓練よりも専ら卓球や面接といったThとの個人的な関わりを好み, 早い時期にThに距離感のない甘え, しがみつき(clinging)ともみえる依存など, 退行傾向を示した。Kの生活空間は病院内に限定され, 家族の面会を拒み, 面接では両親の頼りなさへの不満が激しい口調で語られた。

表2 治療経過

作業療法経過期				I 期	II 期			III 期				IV 期	
治療時期 (月)	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9
全体の経過	<ul style="list-style-type: none"> <li>眼科入院(診断: 中毒性視神経炎?)</li> <li>精神科受診(診断: hysteria)</li> <li>OT 開始</li> <li>眼科, 精神科主治医交代</li> <li>家族面接開始</li> <li>退院・外来通院開始</li> <li>高校中退</li> <li>盲学校入学</li> <li>病院一学校合同 C C(1)</li> <li>C P 面接開始</li> <li>miner tranquilizers 使用開始</li> <li>中断</li> <li>病院一学校合同 C C(2)</li> <li>精神科主治医転勤</li> <li>C P 退職</li> <li>教会に通う</li> <li>ボランティア</li> <li>デイケア見学</li> </ul>												
治療者の 担当期間	<ul style="list-style-type: none"> <li>眼科: 女性</li> <li>精神科: 女性</li> <li>C P: 女性</li> <li>定期的 OT 教師: 男性</li> <li>不定期 OT 教師: 男性・女性</li> <li>交代: 男性</li> <li>交代: 男性</li> <li>女性</li> <li>男性</li> <li>男性・女性</li> </ul>												
言語・行動化	<p>「視野の中心がぼやけて見えない」「自分の存在を認めてくれる人がいない」「去年の夏は平気だったのに」「目さえよければ何でもできる」「コントロールできない感情におそわれる」「死にたいけど怖くて死ねない」</p> <p>「〇〇先生の方がよかった」「生きて初めての別れの体験」</p>												
身体症状	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 頭痛, 胸部痛, 嘔気</li> <li>* 不安・緊張</li> <li>* 両親への暴行</li> <li>* 治療者へのしがみつき</li> <li>* 飛び出し</li> <li>* 学校での暴力</li> <li>* 他者の巻き込み・操作</li> <li>* 治療者の使い分け</li> <li>* 過呼吸・過換気症候群 (悪寒, 冷感, 発汗, 痺れ, 胸部痛)</li> <li>* 幻聴</li> <li>* 不眠傾向</li> </ul>												
精神療法の経過	<p>支持・受容の態度 (絶対的依存) 一方的な訴えに面接は不成立</p> <p>(信頼関係) 精神療法面接の成立</p>												
OT の経過	<p>目標: ①身体運動を介した気分転換 ②集中力の向上</p> <p>種目: スポーツスペース ズル 面接</p> <p>* 保護・受容</p> <p>* 欲求充足的対応</p> <p>目標: ①孤独感, 見捨てられ不安の補償 ②通える場の提供</p> <p>種目: スポーツ 絵画 F P 面接 コミュニケー ショングループ 木工</p> <p>* 受容・支持・気分転換</p> <p>* 飛び出しの制止</p> <p>目標: ①心理的安定 ②逃げ込む場の提供</p> <p>種目: 面接 卓球</p> <p>* 外来での付添い</p> <p>* 身体の清拭・マッサージ</p> <p>* 呼吸法の指導(アンパン 療法)</p> <p>目標: ①別れの手伝い ②関係継続の保証 ③通学援助</p> <p>種目: 陶芸 卓球 面接 コミュニケーション グループ</p> <p>* 支持・賞賛</p> <p>* 共同・協力</p>												
OT の役割	<p>◎空虚感, 孤独感の補償 ◎見捨てられ不安の補償 ◎逃げ込む場(症状発現の場) ◎移行対象の提供(別れの援助)</p> <p>◎自由なプレイ空間 ◎限界設定・行動化の統制 ◎身体ケアを受ける場 ◎関係継続の保証</p> <p>◎精神科治療への導入 ◎安心できる場 ◎探索行動の基礎 ◎探索行動の基地</p>												

院内の保護的環境の中で入院生活は比較的安定し、視力も変動はあるものの僅かな改善(表1)を認めた。12月末には眼科的な入院治療の限界、本人の希望(親に入院費を払って貰うのは不本意)もあり退院となったが、同時期眼科・精神科とも主治医が転勤・交代となり、心理的動揺と極端な視力低下が訴えられ、客観的な視力計測でも変動性が認められた。

## (2) 第II期: 外来開始期

(3カ月, OT: 3h/1回, 3回/W)

年が明け、眼科、精神科、OTへの自宅か

らの外来通院が開始された。「家にいても目が見えないので何もできない、生きて行けるのだろうか。考えていると体が痛くなり吐き気がする。自分の存在を認めてくれる人がいない。誰も守ってくれない」等の訴えが増大した。Kが毎日通院(眼科; 1回/W, 精神科; 2回/W, OT; 3回/W)できるよう時間枠を提示し、「訴えを受入れ、孤独感, 見捨てられ不安を補償し, 精神的自立を促す」という当面の基本方針を眼科医, 精神科医, Th間で確認した。

OTの場では、卓球・雑談・コミュニケー

シヨングループ（注1）への参加など、対人交流の機会が増したが、基本的にはThとの面接（1対1の関係）を好んだ。コミュニケーショングループでは他患者（中年男性）からの批判や、内省を促す内容のThの質問で、その場からの「飛び出し」がみられた。同時にこの「行動化」を制止したThに「先生が止めてくれると思った」と言い、未分化で両面的な対象関係が目立った。身体運動が要求される卓球やダーツゲームでは、視力障害を考慮してもなおかつ動き全体がぎくしゃくして円滑さに欠け、技術的向上は認められなかった。作業診断の目的で用いた投影法（人物画、フィンガーペインティング）には抵抗なく応じ、作品からは内在する攻撃性、衝動性が推測された。また、構造的な木工作業（パズル制作）では、Kはノコギリを巧く使えず、視力障害を理由にする言動が目立った。結局Thと他患がこれを援助し、Kは絵を描く工程を担当した。

K自身の生活設計は観念的な域を出ず、最終的には眼科医の助言で休学中のA高校への復帰を断念し、盲学校への入学希望を表明、自ら入学手続を完了した。しかし入学が近づくとつれ不安・緊張をつのらせ「友達に辛さを解ってもらえず裏切られた、コントロールできない感情に襲われる」と言い、両親への暴行、Thの前では退行（clinging、泣きじゃくり、爪かみ）を示し、3月末からは少量の精神安定剤が処方された。

この時期精神科外来では、Kの一方的な訴え、あるいは途中での飛び出しなどで、構造化された真の面接が成立しなかったが、次第に「OTの先生にきついことを言われた」など、主にOT場面での出来事が主治医との共通の話題として語られるようになった。当初より治療への家族の参加が望まれたが、両親

の問題意識の不足、K本人の強い抵抗（観念レベルでは一見その必要性を認めても、意識すると頭痛、腹痛、嘔気という身体症状が起こる）により見送られていた。しかし家族病理解の改善は治療上必須と考えられたため、やむなく本人には伏せたまま、精神科医、眼科医、Thの三者と両親との合同面接を開始した（1回/M）。

### (3) 第III期：入学期

（4カ月、OT：2h/1回、3回/W）

4月には盲学校に入学し、その1週間後に同級生、教師の対応に腹を立て学校を飛び出しOT室に駆込んだ。そして翌日から下校後、精神科外来、あるいはOT室で過換気症候群による激しい症状（悪感、冷感、発汗、四肢・顔面の痺れ、胸部痛など）が頻発するようになった。症状の背後にある不満に対しては、担任の教師に来院を要請し、Kの訴えや要求をTh同席の上で聴いてもらうことにした。

この時期のOTでは、Kが一方的に語る不満のはけ口としての気晴らし面接、過呼吸に対する「アンパン療法」（ビニール袋を使った呼吸法をKとThが2人でニックネームを付けたもの）といったその場限りの対応を余儀なくされ、加えて学校・教師への要求事項（辛さを理解して貰いたいという内容）を書字困難を訴えるKに代りThが代筆する、汗を拭く、マッサージをする、外来診察に付き添うなど、Thは代理自我的役割をも甘受せざるを得ず、全体として退行促進的にならざるを得なかった。非言語的な訴えとしての身体症状は了解できても、症状の訴えのもつ演技性（わざとらしさ）やThを含めた周囲に対する操作性のために、Thは陰性の逆転移感情を誘発され大いに悩まされた。

治療者間では、上記のKの状態をBorder-

line 心性に依るものと判断し、盲学校を含めた生活および治療全体の枠組みの整理、多種多様な職員の役割の確認、具体的な「限界設定」の方法などを検討するため、三治療者に更に臨床心理士(若い女性、以下CP)、盲学校教師、チームのスーパーバイザー役として経験豊富な作業療法士を加えたカンファレンスもち、①達成感のない空虚な内面を理解し、現実的に可能な範囲内で接触をはかり、Kを見捨てないこと。②さしあたり盲学校が現実検討場面であり、限界設定が必要とされること。③家族のモデルがなく従来同様、病院治療者との疑似家族的対人関係が必要なこと。特にKが話しやすいTh、CPはKの吐き出す不満を役割として受入れること。④家族同席面接については見合わせる。などが関係者間で確認された。

カンファレンス後は、CPの献身的な関わりもあってThらとは比較的安定した関係が生じ、夏休み前のカンファレンスで確認された「よく頑張ってる」というKの肯定的評価を、各治療者はそれぞれ積極的にK自身に伝えた。

OTでは7月に入りもう1人いた作業療法士が退職し、Thは多忙となりKと関われる時間が減少した。Thを独占するような行動が一時的に頻発したが、学校で経験したことのある陶芸を導入し、Thと一緒に粘土をこねる、作る、うまくいかずに壊すといった作業を繰返すうちに、しだいにThへのしがみつきは減り、粘土を使った「ひとり遊び」が可能となった。

家族面接については、母親がKの状態に対して一応の理解ができたこと、しかし現状においてはこれ以上家族が治療的に機能することが期待できないこと、家庭に新たな事情(この時期Kの兄が精神病様の状態を呈し始めて

いた)が加わったこと等のため、一時中断せざるを得ないと判断された。

(4) 第IV期：夏休みとCPとの別れ  
(2カ月、OT：2h/1回、3回/W)

Kは夏休みを殆ど通院に費やし、2学期に入っても比較的安定した経過を示した。OTでは、家族の様子を「変な家、誰とも話さない、普通じゃない」と語り、以前にはなかった家族を客観視する態度が芽生えてきた。

8月中旬に担当CPと精神科医の転勤が決り、担当者本人からそのことが慎重に告げられた。幸い主治医の転勤先は近くであり、週に1回は当院での外来診察が継続されることになった。Thは、CPとの別れによるKの動揺を心配したが、OTでは「○○先生(CP)と約束した。一生懸命生きてみる。先生に手作りのコーヒーカップをプレゼントしたい」と、Thの指導を求め、陶芸に取り組んだ。Thはこの自発的な行為と作業の出来栄を支持し、「○○先生(Th)はずっと居ますよね」という言葉に言語による保証を与えた。

CPの退職後はKは夜間の孤独感、抑うつ感と不眠を訴え、時々睡眠剤を服用しているが、精神科外来・OTへの通院は安定している。外来では「いつかは先生たちと対等な人間になりたい」と言い、主治医との精神療法的な面接も可能となり、現在も継続中である。日常生活では、「信じていないけど安定剤のつもりで」と、教師の紹介で教会に通い始め、別の教師の誘いで、障害者団体のバザーに参加したり、主治医のいる病院のデイケアを見学したりと、今までにない経験をしては、その度にOT室にいるThに報告に来ている。

## 考 察

当初Kは視力障害という状況負荷と、多彩な転換症状からヒステリーと診断されたが、

表3 ヒステリー性障害の臨床像<sup>3)</sup>

	神経症群	人格障害群
ヒステリー-症状	単一症的	多彩, 症状移動多い
適応水準	良好, 安定	不安定
自己破壊性	なし	あり
対人関係	永続的	不安定
接 触	温かい, 柔らかい	冷たい, 暗い, 硬い, 図々しい, 押し付け がましい
情緒的分化	深い, 広い, 豊か	浅い, 未分化
衝動の調整	抑制的	露出的

その後の臨床像の経過, 激しい行動化, 治療者への操作的な関係のもち方といった行動特徴から, 表3<sup>3)</sup>に示す人格障害群に該当すると考えられた。また自我の発達段階でみた場合, 表4<sup>6)</sup>に示す Mahler, M<sup>5)</sup>のいう分化期, 練習期, 再接近期に相当し, その中心的葛藤がエディプス期以降とされているヒステリーとは異なると考えられた。これらの点からKの自我状態(ego state)は, 基本的にはBPD水準であると考えられ, 精神医学的には「ヒステリー反応を伴う境界パーソナリティ障害」と判断された。そこでBPD水準の特徴に着目し, OTの経過を, (1)治療関係の土台造り, (2)治療構造の特徴, (3)作業の治療的意味, の3点から考察した。

### 1. 治療関係成立の土台造り

BPD水準の患者は「分離個体化期(表4)の失敗」<sup>7,8,14)</sup>による発達停止により, 基本的信頼は存在せず治療関係を形成することが困難であることから, 「治療の枠組み設定」の必要性が指摘されている<sup>9)</sup>。成田<sup>7)</sup>はさらに, 患者の「無構造への希求」を理解したうえで治療構造を明確に設定することの必要性を強調している。Kの場合, 言語表現能力は極めて未熟で, 当初主治医との面接は一方的な身体症状の訴えに終始し, 言語的な精神療法のみでは治療の継続と進展は困難と思われた。このため最初の精神科主治医は, 行動への枠組み

の提供を目標に精神科受診直後からOTを勧め, 交代した主治医も, OT場面の出来事を共通の話題として積極的に取上げていった。主治医に支持的に受け入れられる体験が, 結果的に主治医との信頼関係を深め, 第IV期では精神療法的な面接が可能なるまでに進展した。逆にOTでは, 精神療法で語られた内容から, Kの体験内容を理解する手掛りが得られ, Kとの接し方の工夫に役立てることができた。

OTが主治医との治療関係の成立を, また精神療法がOTでのThとの治療関係の成立に, 何等かの相補的な役割を果し, 全体としては精神科の治療継続を可能にする土台造りを促進したものと思われる。このことは治療への導入が困難なBPD症例に対して, OTのみならず多職種によるチーム医療, 特に言語的・非言語的な両面からのアプローチの重要性を改めて示唆するものといえよう。またチーム医療全体の経過を特徴づける, 各治療者の臨機応変な試行錯誤的対応, 頻回にもたれた治療者間の話し合い, 治療状況が錯綜した時のカンファレンス, などは, 神田橋<sup>10)</sup>のいう「行動を用いた模索行動を奨励し, 可能な限り言語に置き換えて, 2人で観察してみるという共同作業的精神療法の重要性」<sup>6)</sup>が, 治療者間の共同作業としてのチーム医療にも通じる基本原則であることを例証したともいえよう。

### 2. OTの治療構造の特徴とBPD

#### (1) OTの治療構造の特徴

OT経過をみると導入期は, 診療日や回数, 診療費, 利用可能な場所や作業種目, 時間の取決め等, 治療の大枠を決めただけで, 厳密な目標設定, 具体的な作業の選択等は行なわず, その都度Kの要求やThの現実的な状況に合わせて臨機応変に対処してきた。こうした

表4 Mahlerによる発達段階<sup>7)</sup>

年齢	発達期	状態	他の概念
1～2月	正常な自閉期	自己と外界の区別がない	未分化段階 (Hartmann)
4～5月	正常な共生期	自己の内界(あいまいなもの)へ注意 ↓ 緊張状態では外界へ関心を払う	欲求充足的依存期 (A. Freud) 前対象期 (Spitz) 3カ月無差別微笑
		分化期	一次的自律自我 移行対象 (Winnicott)
8月	分離・ 個体化期	母の顔、衣服、アクセサリーなどへの手さぐり(外界へ興味)受身的なくいいないないパー	8カ月不安 情緒的補給 (Furer)
10～12月		練習期 早期練習期	母の特定化 はいはい、おもちゃへの関心 一時的に母から離れる一触れる
15～18月		固有の練習期	気分の高揚—自分の世界に熱中・積極的なくいいないないパー ・母を忘れるが、時折、母に接近し補給する。よちよち歩き 気分のおちこみ、分離不安
	再接近期	積極的に母に接近—後追い(まわりつき) とび出し (母は自分を追いかけてくれる) 言語による象徴的接近(象徴的プレイ) 〈世界の征服〉	肛門期 (Freud) 快感原則から現実原則へ 記憶想起能力 (Piaget)
25月	個体化期	現実吟味・時間の概念 空想と言語の交流 建設的あそび—他の子へ関心 反抗	対象表象の内在化
36月 + α月	情緒的对象恒常性	対象恒常性の萌芽 対象と自己の統合 ↓ 全体対象へ	

対応は、一見「枠組みの設定」を重視するBPDの治療原則に反するように思われるが、言語的精神療法や診察場面とは異なり、OTの構造がもっている、治療への導入のしやすさに着目する必要があると思われる。

すなわち、松井<sup>9)</sup>が指摘するようにOTでは「作業」という変化に富んだ媒介を使えること、面接室という固定された構造ではなく

「場の移動」を可能にする、比較的大きな広がりをもった治療空間であること、言語交流のみならず、非言語的な交流や表現をも自在に使い得るといった治療構造上の特徴があり、好むと好まざるに関わらず、現実志向的な側面が強い。さらに当院のOTでは、複数の治療者、他科(整形外科・内科・脳外科など)から来る患者、面会者、付添い、家族、

実習生、見学者といった不特定多数の出入りが頻繁にあり、同じ場所を共有することから、自然発生的な対人交流が生じること、常に他者の視線にさらされていること、といった富岡の指摘する「適応すべきマイクロ社会」<sup>17)</sup>としての特徴が備っている。

こうした、現実指向的な疑似社会としてのOTの治療構造は、日常的な場として馴染みやすく、「無構造への希求」をもつBPD水準の患者でも、比較的落ち着きやすい場であったと考えられる。すなわち日常生活に類似した場の雰囲気、時間枠内での自由な時間の使い方、開放的な不特定多数の対人交流の機会などを保証する、現実的かつ自由で安全な生活空間であり、BPD特有の「自分をコントロールできないという無力感、やるせなさ、コントロールを求める切迫した要求」<sup>7)</sup>に応ずる、「非言語的な限界設定」の意味をもっていたといえよう。

## (2) Thの役割

Thの接し方を振り返ってみると、作業に関連した現実的な指導、日常的な雑談相手や一方的な不満の聴き役、Kの要求への可能な範囲内での対応、必要に応じた代理行為の実施など、その場その場での具体的な手当や対応が主であり、OTでの治療契約の成立や、履行に関するThとの言語のみによる面接場面は、意識的には設定せず、面接を要求してきた時に簡単に取上げる程度に終始した。一時期頻繁に見られた演技的な訴えと身体症状に対しては、清拭、マッサージ、ストレッチ等の身体的接触の手技を重視し、情緒的に巻き込まれることのない対処を行うことで、症状の改善が認められた。

いずれの場合も、Thの不用意な言動がBPDの非現実的で観念的な思考を強めたり、対象関係の歪みを露呈させる危険を伴うこと

から、OT場面での非言語的なサイン、身体動作、作業遂行に必要な素材と道具、作業（行動）の結果等を重視する「作業面接」の概念が有用であった。特に言語的コミュニケーションにThが翻弄されやすいBPD水準の患者に対しては、言語的・非言語的交流のバランスをとり、患者-Th間の心理的距離を保つためにも、「作業面接者」<sup>15,16)</sup>としての役割を優先させることが望ましいといえよう。尚、時間外あるいは院外での接触は、富岡<sup>4)</sup>の指摘する「乱暴な防衛解釈」による治療の妨げになりやすいことから、やむを得ない場合はその場限りの場面設定をして対処することが不可欠となろう。

## 3. 作業の治療的意味

OT経過の10カ月間に利用した作業の種類を整理してみると、身体運動を主とする活動（ボール遊び、ランニング、卓球）、創造的な表現活動（絵画、フィンガーペインティング、陶芸）、言語的交流活動（面接、コミュニケーショングループなど）、身体ケア（呼吸指導、マッサージ、清拭等）、代理行為（代筆、連絡行為）などに大別されよう（表2）。前述したOTの治療構造の一要素であるこれらの作業種目に取組むことが、どのような治療的意味をもっていたか、以下の3点に集約してみた。

### (1) 統制された行動化としての作業

利用した作業種目による違いはあるにせよ、KのOT室にいる時間は、導入期直後の1時間前後から2～3時間までと変動があり、その間に作業に集中できる時間は10分～30分前後と極めて短時間で、合間に退室して喫煙したり、あたかも「何をやるということなく気ままにOT室を漂っている」ようであった。作業への取り組み態度は、絵画での紙面からはみ出し、陶芸での粘土の捏ね回し、卓球やランニングでの爆発的で不器用な

動きに代表されるように、作品に仕上げることや勝敗への関心が希薄であり、まるで「作業に伴う瞬間瞬間の身体感覚自体を楽しんでいる」ようであった。訓練的な作業や、何かを作るという構成的な作業には勧めても取掛からず、目的をもって計画的、持続的に特定の作業を継続することは、第IV期後半のコーヒーカップの制作で初めて可能となった。

こうした作業への取組み方は、BPD水準の特徴の、「行動を通して自己価値を体験しやすい」こと、「行動化が一時的な衝動満足を伴うためなかなか止めにくい<sup>7)</sup>」こと。一方治療的には、「自分という感覚の充足」が必要であり、「具体的行動が治療上不可欠<sup>10)</sup>」であることなどを考慮に入れると、作業自体は一時的、刹那的な衝動満足を得る行動としての意味もっていたと見なすことも可能であろう。一貫してKが多用した言語的交流活動も、会話の内容よりも話すこと自体が重要であり、身体的ケアも受身的な、「自分という感覚」の充足になっていたと思われる。

治療導入期における作業の治療的意味づけは、OTの治療構造全体が現実指向的な、非言語的限界設定となり、個々の作業のプロセス自体は、一時的な衝動の満足につながる「統制された行動化」を可能にしたことにある。OT室から飛び出す、OTを休むと言った本来の行動化が殆ど見られなかったのは、作業自体がOT場面での「行動化」として利用されていたことの一つの裏付けとみなせよう。従って特に導入期での作業は、今・ここで(here and now)の身体感覚レベルでの自己表現体験を可能にするもの、さらに皆川ら<sup>1)</sup>の指摘する「自分が大切にされている」という体験を可能にするものが望ましい。こうした体験の蓄積が、OTでの成功体験、即ちBPD患者のもつ無力感を補い、自己価値につ

ながる意味のある行動に発展して行くのではないかと考えられる。

(2) 「移行現象および移行対象」としての作業

OTで扱われる「物・作品」は、しばしば象徴的な意味合いを帯び、Winnicott, D. W.<sup>11)</sup>のいう「移行対象」(transitional object)あるいは「移行現象」(transitional phenomena, 表4)との関係が示唆されている<sup>12)</sup>。

今回、Kの陶芸作業への取組み方を振り返ると、対象関係の発達段階である移行期にみられる「分離不安(表4)の防衛<sup>18)</sup>」として、「6ヶ月～1歳前後の子どもが手近な品物(シーツ、人形など)を象徴的に代用する<sup>18)</sup>」現象に類似した行動が観察された。即ち、経過の第III期に担当Thが多忙になり、Kと過ごす時間が減少した時点での「作品らしき物を作っては壊す粘土いじり」と、第IV期におけるCPの退職を知った時のプレゼントとしての「コーヒーカップ作り」である。これらはいずれも外的な事情で、ThあるいはCPへの絶対依存の状態から、相対依存へ変化せざるを得ない状況での分離不安を、一時的に防衛するために「情緒的代理物」として物・作品が利用されたとみなすことができよう。

山根<sup>12)</sup>は、「OT過程そのものに、現実生活に向けての移行現象に類似した機能がある」と述べている。物・作品などを治療手段として多用するOTでは、今後のKの治療経過のみならず、他の症例での「移行現象や移行対象」に関する知見を蓄積していく必要があろう。

(3) 「非言語的直面化」としての作業

今回Kに利用した作業種目の中には、分裂病では比較的多用される、作業手順や工程が明確で作品としての成否が判断しやすい、いわゆる「物を作る」という構成的な作業は、

コーヒーカップを唯一の例外として、殆ど含まれていなかった。初期に試みた木工によるパズル制作も、最終的にはThと他患者が中心になって完成し、K自身は「絵を描く」工程の一部を手伝うのみであった。これは、Kの視力障害を考慮したとしても、日常の臨床経験でBPD水準の患者に観察される、構成的な作業への取り組みにくさ—潜在的な拒否反応—を裏付けるエピソードといえよう。こうしたBPD患者の特徴は、おそらく構成的作業のもつ複雑な枠組み(手順・道具の使用・時間枠・結果の一目瞭然さ・教え—教えられるという関係など)が、自己との直面化をもたらす危険な状況として、認知されるがゆえの反応と思われるが、今後の解明が待たれるテーマである。

経験的には、BPD水準の患者が自発的、計画的、継続的に一つの作品を完成し、他者の客観的な評価を受入れ、作品に愛着を示すようになるには、かなりの年数がかかることから、導入期では構成的な作業の利用は、原則として回避するのが賢明な選択と思われる。

#### (4) 「探索行動」の基礎としての作業

前項までは、主としてBPD水準の自我機能に焦点を当てながら検討してきたが、最後に「作業行動理論」を援用したOTの治療的意味について簡単に言及してみたい。

Kielhofnerの人間作業モデル(The model of human occupation<sup>14)</sup>)では、BPD患者の主たる作業障害は、探索遊びのレベルで生じており、それが成人としての自律的な役割遂行の能力低下に表現されているとみなしている。それ故、作業行動の不適切なシステム修正がOTの目標となり、そのためには、確固たる探索行動の基礎を形成し、有能感、達成感への変化を可能にするような様々な実験的な作業体験を、段階的に提供するのが基

本原則であるとしている。この立場に立つSalz<sup>13,14)</sup>は、BPDの作業行動にみられる無意味感、空虚感、退屈感、価値・興味の抱きにくさ、役割のもちにくさを指摘し、自発的な仕事や遊びを生み出すための、安全な環境と遊びを追求する場の提供と、メンター(Mentor)としての指導者の役割を強調している。

今回のKのOT経過にみられた作業への取り組み方—身体感覚レベルでの自己表現活動、粘土での一人遊びやプレゼント作り、教会やボランティアの試み、デイケア見学など—の変化は、前述したOTの治療構造に支えられた探索行動の変遷と見なすこともできよう。現在OTは、現実的な生活場面での探索行動を継続して行くための予備練習の場、あるいは困った時の緊急避難的な安全地帯として利用されているといえる。

### 今後の課題

Kは年齢的には、青年期心性の渦の中にいること、社会的な役割としての盲学校通学は、学校側の個別的な配慮があって可能になっていること、家族関係が依然として錯綜していること、器質的な変化を完全には否定できない視力障害の存在など、精神科治療を継続する上では、引続き検討されなければならない問題が数多く残されている。また、現実生活とOTでの様々な経験が、Kの中でどのように統合され、同一性の確立、あるいは自律的な大人としての役割行動の獲得につながるかは、いずれOTが直面しなければならない最大の課題となろう。当面の課題は、導入期の経過から明らかになった、OTの治療的意義を前提にして、年単位での経過を見るマクロ的な視点と、「今・ここで」のミクロ的視点を併用し、「患者の中に保護を要しない部分が育ってきたことを認知」<sup>10)</sup>しながら、試行錯誤

的に OT を継続していくことであろう。

## ま と め

- 1 ヒステリー反応を伴い、多彩な身体症状を呈した BPD の一症例に対する治療経験から、治療関係の土台造り、治療構造の特徴、作業の治療的意味の 3 点について考察した。
- 2 言語的精神療法の困難な時期に、チーム医療による言語的・非言語的アプローチは、相補的に作用し、治療継続を可能にする精神科治療の土台造りを促進した。
- 3 OT の現実指向的で、疑似社会的な特徴をもつ治療構造は、BPD 患者への「非言語的限界設定」の意味をもつと思われた。
- 4 言語的コミュニケーションに翻弄されやすい、BPD 水準患者に対しての Th の接し方としては、「作業面接」の概念が有用であった。
- 5 OT で利用する作業は、「統制された行動化」、「移行対象及び移行現象」、「非言語的な直面化」、「探索行動の基礎」としての治療的意味をもっていることが示唆された。

## 謝 辞

稿を終えるにあたり、共に治療に加わり、多大な協力とご指導をいただきました信州大学医学部附属病院眼科笠木靖夫先生、現在は千葉県柏市保健所臨床心理士の宮尾憲子先生、松本盲学校の町田・駒井・中野の各先生、また症例理解のために御教授いただきました信州大学医学部精神科神経科教授吉松和哉先生に感謝致します。

注 1：コミュニケーショングループ

作業療法では、3 年前から週に 1 回の頻度で約 1 時間、主にロールプレイを用いたグループ活動を行っている。活動の目的は、人

と接し話すことの練習、行為・振舞の練習、問題解決（例えば、就職先に面接に訪れる場面を想定し、予行演習を行う）の場などであり、具体的には毎回参加者からテーマを出してもらい、その場で場面設定、役割設定をして、簡単な寸劇方式で行っている。対象者は、作業療法受療者の中から希望者を募って決め、基本的なグループの構造は semi-closed としながらも、比較的出入り自由な構造となっている。また活動中の出来事は、その場限りの出来事として、他言しないことを約束事としている。

平均すると毎回の参加者は 7～8 名で、これにスタッフ（監督役 1 名、ファシリテーター 1 名）が加わり、計 9～10 名で行っている。

## 文 献

- 1) 皆川邦直：境界例の治療—精神療法を中心に—、精神経誌、92：837-842、1990。
- 2) 宮岡等・浅井昌弘：ボーダーラインと人格障害、臨床精神医学、119：1509-1518、1990。
- 3) 橋本元秀：ヒステリーと境界パーソナリティ障害、精神科治療学、17：595-603、1992。
- 4) 富岡詔子：境界例の作業療法—治療構造からみた技法上の特徴—、第 5 回作業療法学会学術誌：72-74、1981。
- 5) Mahler, M. S.: The Psychological Birth of the Human Infant, 高橋雅士・他（訳）：乳幼児の心理的誕生、第 1 版、47-128、黎明書房、名古屋、1981。
- 6) 前田重治：図説臨床精神分析学、第 3 版、115、誠信書房、東京、1987。
- 7) 成田善弘：青年期境界例、精神科治療学、12：319-326、1987。
- 8) Masterson, J. F.: The Narcissistic and Borderline Disorders—An Integrated Developmental Approach—、富山幸祐・尾崎新（訳）：自己愛と境界例—発達理論に基づく統合的アプローチ—、第 1 版、179-198、星和書店、東京、1990。

- 9) 松井紀和：精神科作業療法の手引，第1版 71-88，牧野出版，東京，1978。
- 10) 神田橋條治：治療。諏訪望・他（編），現代精神医学体系12境界例・非定型精神病，第1版，93-112，中山書店，東京，1981。
- 11) Winnicott, D. W.: *Playing and Reality*. 橋本雅雄（訳）：遊ぶことと現実，第6版，1-36，岩崎学術出版，1987。
- 12) 山根寛：作業療法における物の利用，作業療法，11：274-281，1992。
- 13) Cheryl Salz: *A Theoretical Approach to the Treatment of Work Difficulties in Borderline Personalities*, *Occupational Therapy in Mental Health*, 3：33-46，1983。
- 14) Gary kielhofner: *A Model of Human Occupation—Theory and Application—*，山田孝（訳）：人間作業モデル—理論と応用—，第1版，264-273，協同医書出版，東京，1990。
- 15) 富岡詔子：面接（1）作業面接の意義と構造（上）作業療法ジャーナル，23：664-672，1989。
- 16) 富岡詔子：面接（2）作業面接の意義と構造（下）作業療法ジャーナル，23：736-745，1989。
- 17) 富岡詔子，吉沢真理子：身体障害をもつ分裂病患者に対する作業療法の一経験—障害受容の側面から—，信州大学医療技術短期大学部紀要，14：123-137，1988。
- 18) 前田重治：図説臨床精神分析学，第3版，121，誠信書房，東京，1987。
- 19) Gail B. Goodman: *Occupational Therapy Treatment: Interventions with Borderline Patients*, *Occupational Therapy in Mental Health*, 3：19-31，1983。

受付日：1992年10月12日

受理日：1992年11月30日