

Title	境界性パーソナリティ障害の障害学
Author(s)	野崎, 泰伸
Editor(s)	
Citation	現代生命哲学研究 .3 ,p.15-30
Issue Date	2014-03
URL	http://hdl.handle.net/10466/13789
Rights	

境界性パーソナリティ障害の障害学

野崎泰伸*

はじめに

医療行為とは、患者の身体に介入して、この社会において患者を生きやすくするために、あるいは患者が生きることそのものを保つために行われる営為であると言ってよい。精神医療も、そのひとつである。現在の精神医療の中心は、精神科医による薬物療法と心理カウンセラーによる精神療法であると言っているだろう。言い換えれば、科学的な精神医療と質的援助を志向する精神医療の両輪こそが、現在の精神医療の核心部分である。方法は違えど、「問題となっている事象は、患者本人である」という視点に貫かれていることをはじめに留意しておきたい。

もちろん、そのような身体を持ちながら生きざるを得ない精神障害の患者が、それらによってみずからの〈生きづらさ〉を軽減させることができるなら、それに越したことはない。もしくは、精神医療を利用して、患者の〈生きづらさ〉を軽減させていく行為を、誰も否定しようがない。しかしながら、そのように精神障害を当人の身体の問題へと帰着、還元させることだけによって、果たして精神障害の「治療」、すなわち精神障害者の〈生きづらさ〉の軽減は可能なのであろうか。

本論文で扱う境界性パーソナリティ障害 (Borderline Personality Disorder、以下 BPD) も精神障害のひとつである。BPD に関しては、さまざまな医学的研究が進んでいるにもかかわらず、BPD を生きる人たちの〈生きづらさ〉を軽減していくのは困難であるという印象を私は持つ。それは、BPD の〈生きづらさ〉が、答えようのない問いのなかを生きざるを得ないという〈生きづらさ〉、その問いを特定の人だけに問うことによってその人との関係を保とうとすること、問われる側も答えようのない問いにどう答えてよいかわからず、しかしながら答えなければ現実をまわしていけないというジレンマを抱えてしまうことにあるのではないか。そして、結局そのようななかで、何もかもがうまくいかないように思え、自分や周囲の特定の人さえ犠牲になればよいという思いにかられるのではなからうか。私は、そのような観点から、BPD の〈生きづらさ〉を、当人と周囲との関係、あるいは当人と社会との関係として捉えかえしてみたい。

* 立命館大学大学院応用人間科学研究科非常勤講師。
電子メール：nozaki@e-ml.jp

第一章では、これまでの医学研究のうち典型的なもの、その中心的な要素を取り出し、精神医学における BPD の捉え方を概観する。第二章では、BPD 患者の近親者の手記をもとに、その〈生きづらさ〉が「答えようのない問いを生きていること」にかかわるものであることを示す。第三章では、第二章で示した知見をもとに、医学的な「治療」だけによって BPD の〈生きづらさ〉を軽減するには限界があること、むしろ BPD の〈生きづらさ〉が提起するものとは、実は私たちの社会のありようの問題なのではないかということを示唆する。

なお、本論文は臨床とは何ら関係なく、単なる思考実験であることにその限界はあるだろう。また、私は精神医学による精神障害者の〈生きづらさ〉の軽減を否定するものでもない。ただ、医学という個人への介入ではうまくいかない部分があるなら、そして私はそう思うのだが、社会のありようを問うてみようというのは、これまで障害学が教えてきたことである。その意味において、本論文は BPD を障害学的視点から分析するための素描となるだろう。

第1章 精神医学における BPD

第1節 DSM における BPD

精神医学のガイドラインとして現在でも広く理解されているものに、アメリカ精神医学会によって定められ、1952年に初版が出された『精神障害の診断と統計の手引き』（*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*、以下 DSM）がある。現在、最新版は2013年5月に発表された第5版である¹。

本論文では、そのひとつ前の、第4版修正版における BPD にかんする記述を用いることにする。その理由は二つある²。ひとつに、第4版修正版が出されたのが2000年のことであり、第5版出版まで13年もの歳月を経ており、医療者に十分に行き渡っていると考えられるからである。もうひとつに、第5版から BPD の診断基準が非常に変化しており、本論文執筆時まで1年も経過していないため、その効果が未知数であると思われるからである。

第4版修正版での記述は以下のとおりである。

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も狂わ

¹ American Psychiatric Association DSM-5 Development To the DSM-5 User Community: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

² 以下の二つの理由は、次の記事を参照した。Borderline Personality Disorder: Big Changes in the DSM-5 <http://www.psychologytoday.com/blog/here-there-and-everywhere/201112/borderline-personality-disorder-big-changes-in-the-dsm-5>

- んばかりの努力（注：5.の自殺行為または自傷行為は含めないこと）
2. 理想化と脱価値化との両極端を揺れ動くことによって特徴づけられる不安定で激しい対人関係様式
 3. 同一性障害：著明で持続的な不安定な自己像や自己観
 4. 自己を傷つける可能性のある衝動性で、少なくとも2つの領域にわたるもの（例：浪費、性行為、物質濫用、無謀な運転、むちゃ食い）
 5. 自殺の行為、そぶり、脅し、または自傷行為のくり返し
 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強い気分変調、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くり返す）
 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³

以上の9項目のうち、5項目以上が当てはまれば **BPD** であると診断される。これはまた、次のように平易な言葉で言い換えることが可能であろう。すなわち、以下を **BPD** の特徴として挙げるができるということである。

BPD の人は常に不安に苛まれ、孤独を感じる。自尊心が低い。見捨てられるという感覚が強く、ときに猛烈な怒りを表出させる。永続的な愛情を欲する。善悪にこだわり、当人に永続的な愛情を与えるものが善であり、見捨てるものが悪である。善も悪も抱えた統合体として人間を理解することが難しい。これによって、他人と信頼関係を作っていくことが困難になる。

「自分が何者であるか」がわからない、それゆえ自分と他人との区別も不明瞭になる。ときに、自分の存在証明のために、みずからを傷つけることがある。うまくコントロールすることができない感情によっても、みずからを傷つけることがある。信頼できると感じるごく少数の特定の相手には激しい感情をぶつけるが、それ以外の人に対してはまったく感情を表現できない場合が多い。自分の感情をうまくコントロールできない代わりに、他人の感情をコントロールしようとするが、それに気づくことが難しい場合がある。相手の人間性を観察し、それゆえ人の弱みを暴き出す能力がある。また逆に、他人への深い理解や共感を示すこともある。これらは、多くは過去に受けた虐待から自分の身を守る手段として身につけたと言われている。

他人からの賞賛を過度に求め、また、関心をひきつけようとすることがある。

³ たとえば、以下の記述などとともに示される（「境界性パーソナリティ障害の診断基準」）。

「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、成人期早期までに始まり、種々の状況で明らかになる」（岡田 [2009:41]）。

「こうすれば関心をもってくれるのではないか」という思いから、その行動が他人にどのような影響を与えるかを考えることが難しいことが多い。自分の不安、苦痛や絶望から逃れようとして、他人を操作しようとすることがある。当人は、「他人を操作しようとしている」ことに自覚的な場合もあるし、無自覚な場合もある。

このように、**BPD** の人の行動の対象は、自分自身の場合も、また、他人の場合もある。それらの行動によってある種の「目的」を果たすがゆえに、一見「おさまった」かに見えても、なんら自身の苦痛を和らげはしない。自己と他人との境界は未分化のままである。

第2節 精神科医が診断する **BPD**

つぎに、精神科医がどのように **BPD** を理解しているかを見てみよう。**BPD** に関する医療本は数多く出版されており、そのすべてを紹介することはまずもって無理である。だが、異なる医師が異なる診断を下しても困る。ゆえに、精神科医が描き出す **BPD** の像にそれほど大きな違いがあるわけではない。そして、そうした理解はおおよそ上に記述した **DSM** に従っていると言える。よって、それらは似たりよったりであるといえる。本論文においては医学的な精確さというよりは、**BPD** に関して精神科医がどのような記述で私たちに伝えようとしているのかを確認するため、パーソナリティ障害に関する新書を精力的に出している岡田尊司の『境界性パーソナリティ障害』の記述をもとにしている。

岡田は、**BPD** の最大の特徴を、「変動が激しい」⁴ところに見る。「気分の面でも、対人関係や行動の面でも、自己のアイデンティティの面でも、短い間に揺れ動き、別人のように状態や方向性が変わってしまう。しかも、まったく正反対の方向に、両極端に揺れ動くのが特徴である」⁵。すなわち、周囲の「すこしだけ言い過ぎたひとこと」にも、過剰に反応してしまうのである。それを繰り返すうちに、周りも本人に委縮してしまっていて、言いたいことも言えなくなってしまう。「本人には、特に周囲を心理的にコントロールするとか、振り回す意図はないのだが、結果的にそうになってしまうのも、境界性パーソナリティ障害の特徴だといえる」⁶。感情の揺れや、周囲にはコントロールであると感じられるような所作も、決して本人の責任ではないのである。また、**DSM** に関しては、「操作的な診断基準」「病因や病理ということは抜きにして、統計学的に関連性の高い症状により、症候群として診断を行っているに過ぎない」「実際の診断で

⁴ 岡田 [2009:37]。

⁵ 岡田 [2009:37]。

⁶ 岡田 [2009:38]。

は、熟練した精神科医ほど診断基準を単純に当てはめるといことはせず⁷とかなり慎重である。とはいえ、「誰もが簡便かつ同一の基準で診断を行えるという点で大きな有用性を持ち、今日では広く使われている」⁸とも述べている。

また、岡田は、**BPD** のひとにたいするカウンセリングについて、「標準的な精神分析や受容的なカウンセリングの手法が本人を支え、回復に役立つどころか、しばしば症状を悪化させてしまう」⁹とも述べ、いくつかの心理特性を挙げている。それらの項目を列挙すると、「枠組みのない状況が苦手である、自己と他者の境界が曖昧になる、心から安心することができない、思い通りにならないと攻撃されていると思う、過去の人物の影響がたち切れない、本心と逆の反応をする、過剰に反応してしまう、好奇心旺盛だが飽きっぽい、両極端にしか考えられない、正反対の感情を併せもつ、愛情飢餓感が人一倍強い、根底では自分を否定している、親に対して強いこだわりがある、萎縮した自己愛を抱えている、「本当の自分」が「偽りの自分」を拒絶している、ネガティブな体験に脳が反応する」¹⁰となる。私はこれらのなかで、自他の境界の未分化と、根底における自己否定のふたつの特徴が、**BPD** を「難治」にさせているものだと感じている。岡田はこれらに対して、「自分と相手が別の存在で、自分の感じ方と相手の感じ方は別々のものだと頭では理解していても、いつのまにか混同し、そのことにも本人は気づかないのである」¹¹、「生きていても意味がない」「何の価値もない」「誰にも愛してもらえない」という気持ちにしばしば陥り、そのことを口にする。人によっては、もっと激しく、「生まれてきたことが呪わしい」「自分を跡形もなく消し去りたい」と、存在することへの強烈な呪詛を語ることもある¹²と説明している。つまり、人間関係において、自己と他者を同一視することによって、他者を自分の思い通りに統制し、そこから逸脱すれば「自分を裏切った」と感じる、裏切られた自分には何の価値も見いだせない、他者に裏切られることから自分を守るために、特定の、しかも **BPD** ではないひとたちには歪んでいるとしか思えない人間関係しか築けない、言い換えると、自己を正しく見つめ、適切な形で自分を愛し、他者と関係することができない、そのようななかで **BPD** のひとたちは生きていけると言える。したがって、本人が生きていくことじたいが、本人にとってはとても負担であることは想像に難くない。

次章では、**BPD** にまつわる、ある手記をもとにして、**BPD** のひとたちの〈生きづらさ〉を具体的に挙げながら、その本質に迫っていく。

⁷ 岡田 [2009:40]。

⁸ 岡田 [2009:40]。

⁹ 岡田 [2009:68]。

¹⁰ 岡田 [2009:70-107]。

¹¹ 岡田 [2009:72]。

¹² 岡田 [2009:96]。

第2章 BPDの実例——手記をもとに

ここでは、実際の BPD 患者の生活を、ある手記をもとに描いてみよう。ここで題材にする手記は、稲本雅之の『境界に生きた心子』である。これは、BPD 患者である村瀬心子と、その恋人である稲本との交流を、稲本自身が綴ったものである¹³。

なぜこの手記をもとに分析するのか。それは、稲本が描く心子が、BPD によくありがちな行動をとるように思えたからである。稲本は次のように記している。

心子が求めるのは、痛みを百パーセント理解され、全てを抱擁される理想的な愛情である。わずかでもそれに飽き足らないと、その悲しみが怒りと化して荒れ狂い、自他を傷つける。心子自身、その感情を抑えることができなくなってしまうのだ。¹⁴

まさしく「理想化とこき下ろしの両極端を揺れ動く」というのは、僕がただならず振り回されているものだ。俗にジェットコースターと言われる。全か無か、白か黒かの「分裂 (splitting)」は、ボーダーの人の特徴である二分思考だ。人間は善悪の両面を合わせ持った、灰色で割り切れないものだということが認識できない。百パーセント理想的な文句なしの人間か、自分を打ちこわす最悪の輩か、一方でしかなくなってしまう。それは自分自身についても同様で、素晴らしいところもだめなところも両方あって自分なんだという、統合された自己イメージをキープできない。心子は並外れた夢や気概と、無力感や絶望との両極を行き戻りする、「不安定な自己像」を擁している。¹⁵

BPD 患者の恋人である者——正確には心子は自殺したので「恋人であった者」

¹³ 本論に直接関係するわけではないが、『境界に生きた心子』の書籍の帯には、「激しい感情の荒波に巻き込まれ、壮絶ながらも、ピュアでドラマチックなラブストーリー」とある。販売促進が帯の目的のひとつであるとはいえ、こうした文言が販促として成立するような社会のありように対し、私は次の二点において疑問を投げかけたい。ひとつめは、患者あるいはなんらかのハンデを背負った者が恋愛物語に登場するとき、それをあたかも純粋なものとして描こうとする点である。ふたつめは、いわゆるロマンティック・ラブ・イデオロギーを前提として描こうとする点である。出版社が、こうした点を読者に対してあからさまに要求している点において、この社会における恋愛の表象、とりわけなんらかのハンデを有する者との恋愛の表象は不問にされている。この点は非常に大切な論点であるが、本論の性質を鑑み、これ以上は触れずにおく。

¹⁴ 稲本 [2009:3]。

¹⁵ 稲本 [2009:46-47]。

——の手記を使う利点としては、家族ほどには利害関係が多くはないことが挙げられる。BPD患者の場合、幼少期に親から適切な愛情が得られなかったとも言われ、ときに親に対する強いこだわりが見られる。その結果、親のほうも「正しい理解を示すこと」より「毎日の現実をまわすこと」に追われ、よき伴走者になれない場合が多い。恋人の場合、生まれてからずっといっしょにいるわけでもない。稲本と心子も、心子が自殺するまでの一年半を恋人として過ごし¹⁶、その前の六年間は事あるごとに連絡がある程度だった¹⁷。また、本論では、稲本と心子、二人の個人的関係には立ち入らず、まずは2つの場面をコマ切れで心子の様子を抜粋したい。それでも、恋人が書いたものというバイアスを完全に消し去ることは難しい。しかし、みずからできえ自分を持って余してしまうBPD患者当人とは違った目で、ときに外側から、またときに内側に迫って書くことが、恋人にはできるのではないだろうか。そのような観点から、本書を題材とするものである。

《場面1》

心子と差し向かうとき銘記すべきは、彼女の発言や行ないに「巻き込まれないように」極力努めることだ。彼女の言うことを真に受けて、困惑したり怒ったり、巻き込まれてしまうと共倒れになり、それでは元も子もない。

例えばあるとき、心子は生きる望みを失い、悲憤に駆られて僕に詰め寄ってきた。

「どう生きていったらいいの！？ 彼氏なら教えて！ あたしの彼氏はちゃんと答えられる人であってほしいの！ 答えられなかったら別れるからね！ 彼氏はあたしより全てにおいて上じゃないといけないの！」

心子の問い詰めに即答できるかどうか、僕は内心うろたえた。

「それも白か黒かを求めてるってことだよ。ひとつの答えはないんだよ」

僕はかろうじて取り澄まし答えたが、心子は軽蔑的なため息をついて言った。

「答えられないんだね……これで別れよう」

巻き込まれないようにということが分かっているはずなのに、僕はすっかり彼女の言い草に乗せられていた。詰問に答えなければと焦ってしまった。しかし、心子は実際に具体的な答えが聞きたくて言っているのではない。よしんば別のどのような返答をしても満足しなかっただろう。“どちらに転んでも恨まれる”と言われる、ボーダーの人との袋小路だ。¹⁸

《場面2》

¹⁶ 稲本 [2009:191]。

¹⁷ 稲本 [2009:4-6]。

¹⁸ 稲本 [2009:56]。

心子は友達にもピュアだと言われたそうだ。

「あやし、ピュアじゃないんだけどオ」

心子は冗談めかし、僕もふざけて言った。

「じゃ、けがれてんの？」

もちろん「けがれてないでしょ」という前提だ。僕は自分がてんで奥手のくせに、つい口先だけのきついジョークを言うてしまうことがあった。だが下手な戯れ言だった。それもせめて「不純なの？」というようなら、まだしもだったかもしれないが、なぜか口が滑った。

「どうせ、あやしはけがれてる……」

心子はしょげ込んだ。いくら謝っても、弁解し慰めても、あとの祭りだった。

(中略)

心子は、クリスチャンにとって「穢れてる」という言葉は、生きる価値もないことだと言った。頭を殴られた気がした。宗教的な意味合いでの「穢れ」という発想はなかった。だがもう取り返しがつかない。

「あれから体中が痙攣して、湿布だらけで、立てないの。心臓も発作起こして……。マーはいい人だって分かってるよ。でも会うのが怖い。危険な人だから。これからも付き合うか考えてる。怒りや恨みはないよ。ただ怖い。こんど倒れたらおしまいだから。立ちなおるのに何週間もかかるのよ。治療費払ってリハビリするのは私だから。マー君には責任取れないでしょ」

僕が治療費を出すと言っても、心子は自分のプライドだと言って受け付けなかった。

「昔の私だったら二～三発殴って別れてるよ。お前は清廉潔白なのかって言いたい。マーと手をつないだりするのよそうときえ思った。私を傷つけたこと、今まで何回もあったね。私と付き合うっていうのはこういうことなのよ。それが分かってないと私の彼氏は務まらない。何度も説明したよね。マー君は人の本当の痛みが分からない」¹⁹

私たちは、意識的にであろうが無意識的であろうが、現実に対してなんらかの妥協をしながら生きている。そうせざるを得ないのが現実というものの制約である。「人は、どんな結果をも受け入れる（肯定する）しかない」し、「現実を受け入れ肯定しなければ、その中で（適応して）生きていくことができない」²⁰。だが、そうであるからこそ、妥協というものを一切拒み²¹、みずからの思い

¹⁹ 稲本 [2009:74-76]。

²⁰ 土屋 [2012:5]。

²¹ 矛盾するようだが、BPD 患者は時として「妥協を許さない」態度とはまったく正反対の「諦念する」という態度をとる。しかしこれも考えてみれば、みずからが傷つかないように「0か1か」の思考パターンが身につけてしまった BPD 患者の特徴なのかもしれない。さらに、「みずからが傷つかないように」と述べたが、「どうしようもなくみずからをメチャクチャにしたい」という願望も、おそらくは持っている。根底にある「自分など必要とされない、自分が生きていても価値がない」という思いが、そのような願望を抱かせてしまうのである。

に百パーセント純粋であろうとする BPD の患者が、現実への「不適応」をおこすのは当然のことであると言える。当人にとっては、みずからの感情の発露であるとしても、現実を回そうとする周りにとってははた迷惑な存在としてしか映らないのもまた理解できよう。いずれにしても、BPD 患者が「現実を生きる」ということは、このように矛盾のただなかを生きざるを得ないということであり、そのことだけですでに BPD 患者は疲弊してしまうことは、想像するに難くない。

場面 1 では、心子にそのつもりがなくても、心子の言動は稲本を巻き添えにし、共倒れに追い込むものであろう。他人には「私はどう生きていけばいいのか」などという問いは、端的に言って答えられないものである。それを、場面 1 における心子は問わずにはいられない状況だった。稲本も述べているように、心子にとっては稲本がどう答えようとその答えじたいは、乱暴に言ってしまえばどうでもよいのだ。むしろ、「このような問いに私はとらわれているからこそ、私は生きづらい」と解釈してもよいのではなかろうか。答えなどどうでもよいが、そのようなどどうでもよい答えを求める問いを生きざるを得ないことを、心子は訴えているのではなかろうか。だからこそ、稲本がどのように答えようとも、あるいはその問いを前に稲本がかりに沈黙したとしても、問うている心子本人にはほとんど響かないわけである。

場面 2 では、心子が冗談を言ったのに対し、稲本も冗談で応じる。ただ、稲本の冗談が過ぎたものであると感じた心子は、それまでの穏やかな応対から急変し、突如傷つき、調子を狂わせてしまう。たしかに、稲本の言い方には「私が傷つかない言い方なら、心子も傷つかないだろう」という思い込みがあったかもしれない。しかしながら、心子の傷つきようはやはり尋常ならざるものがあるだろうと言わざるを得ないだろう。また、「怒りや恨みはない」と言いながらも、「私を傷つけたこと、今まで何回もあったね」とも言う。通常私たちが考える「怒りや恨み」とは違うとしても、稲本に傷つけられたことを「根に持つ」ぐらいには、心子は「壊れやすい」と理解することができよう。

BPD 患者は、自分の存在が根本から肯定できないがゆえに、上記のような独特の〈生きづらさ〉に苛まれる、そのように通常は考えられる。だが、視点を逆転させてみて、次のように考えることはできないであろうか。すなわち、この社会は、BPD 患者に対してのみならず、ありとあらゆる人々にとって生きづらい。そして、その〈生きづらさ〉は、社会的に構築された「弱者」により重くのしかかる。こんな不正義な社会であるからこそ、BPD 患者が生きづらくなるのは、その意味で理にかなっていると言えるのではないか。実際、心子をはたから見ていた稲本は次のように言う。

ボーダーの人は何かしら純粋なものを待望している。良くも悪くも世の常識に染まることがない。普通の人間は、自分と周りとのバランスを取ったり達観したりしながら、より多様で柔軟な人生観を見いだしていこうとする。それとも現実とぶつかることを回避して、本音と建前を使い分けたり、長いものに巻かれたり、事なかれ主義で浮世を渡っていく。しかしボーダーの人は決して世間ずれすることはないという。

心子も権威的なものになじまず、体制におもねる者を嫌った。威力を笠に着て弱い人を泣かせる手合いには、憤りをあらわにした。世俗の不条理や権力に屈することなく、そのために自分が不利になるのを微塵も意に介さない。こういう無垢な心根がボーダーの人の魅力だ。それが社会の虚偽粉飾を暴いたり、マンネリ化を打ち破ることがある。危険性を伴うと同時に、ボーダーの人の独創的な面である。²²

BPD患者は、「世の常識に染まることがない」ゆえに〈生きづらさ〉を感じると考えればどうなるか。常識は、「常識であること」によってだけでは、正しいか正しくないかわからない。私は、体制や常識の正しさを吟味することなく、体制に寄りかかったり、自分を押し殺し常識に迎合することで、世間を渡っていける人たちよりも、断然、心子のような人々を評価する。しかしながら、そのことが心子ら BPD 患者たちを苦しめ、〈生きづらさ〉を感じさせるのであるから、事態は厄介なのだ。

しかし、だとすれば、次のような稲本の叙述は不可解である。

ボーダーの人は、本来発達すべき人格ができなかったと言える。安定した自己がなく、衝動を自省できないのが中心的な症状であると言う人もいる。そのため、自分の願望通りにいかないと感情をコントロールできなくなってしまふ。子供に適切な愛情を与えられない親が増加し、子供の健全なメンタリティの発育が妨げられることと関係しているかもしれない。現代は父親や母親の役割をはじめ、世の中の伝統的な価値観の枠が揺らぎ、確固として人格の形成がしにくくなっている。境界性パーソナリティ障害は、ボーダーレス時代の象徴的な心の障害だと思う。彼らは社会の枠組みの境界線上におり、一触即発の雲行きで彷徨しているのだ。

ボーダーの人は人格の「核」ができていないので、苦しみや悲しみに向かい合う力がきわめて弱いと考えられる。葛藤を冷静に見つめたり、自省する自我ができていない。心子にとって自分の言動を否認されることは、生存そのものが消滅してしまうくらい恐ろしいことである。彼女の過激な反応は、

²² 稲本 [2009:73]。

その恐怖を振り払って生き延びるための命がけのあがきなのだ。²³

稲本はここで、BPD患者の〈生きづらさ〉の問題を、「人格」「メンタリティ」「心の障害」「自我」といった個人の問題に還元させてしまい、「適切な愛情」の問題へと帰着してしまっている。また、「伝統的な価値観」が、「伝統的」であるだけで正しいとは限らない。むしろ伝統的価値観に基づいた「父親や母親の役割」は、社会において女性を不当に抑圧してきたことは、フェミニズムが指摘してきたとおりである。BPD患者は、そのような世の中の不正には敏感なのである。しかし、世の中の不正など一朝一夕で正されるものではない。そのあいだで、BPD患者は何とか生きていたのである。そうした意味において、個人の問題に焦点を当てることは、社会的不正義の問題を霧消させてしまうのだ。

また、言動の否定と生存の否定とを結びつけてしまうのは、BPD患者の責任でもなんでもない。私たちの社会が、正しいやり方で議論をし、何ごとかを決定する段をふまえないからこそ、こうしたことがBPD患者の〈生きづらさ〉となって現れてしまうのではないか。つまり、「主張の否定が人格の否定ではない」ということを、社会に根づかせる必要があるということである。そしてそれは、教育において教えられるべきことのひとつになるであろう。

心子はロマンチストでモラルを尊ぶ反面、世間は薄汚く、きれいごとが通るわけではないと見限っていたりした。そしてペシミスティックなことを言っただけで僕を困らせた。でも純潔なゆえに追求するものが高く、そして打ち破られ、失意が高じて何もかも捨ててしまいたい心理になるのは、僕にはうなずけた。²⁴

このように考えたとき、BPD患者の〈生きづらさ〉の問題の根底には、自分と社会とが折り合いがつけられないときどうするか、という問いが横たわる²⁵。言い換えれば、私はBPD患者の不安の根源には、「答えのない問いを生きざるを得ない」ということがあると主張したいのである。こうしたことを、次章においてより説得的に示していきたい。

²³ 稲本 [2009:54]。

²⁴ 稲本 [2009:113]。

²⁵ もちろん、社会もBPD患者の主張も間違っている、ということがありうる。しかし、二者択一で考える思考パターンを身につけているBPD患者にとって、そのこともまた理解することが困難のように思われる。

第3章 境界性パーソナリティ障害の障害学に向けて

第1節 個体への着目から社会への着目へ

私たちは好む好まざるにかかわらず、生きているかぎりには社会と相対さざるを得ない。先に見てきたように、BPD患者は「社会のなかで生きることそのもの」に〈生きづらさ〉を感じているが、その場合でも容赦なく、生きているかぎりには社会と相対さざるを得ない。生きているかぎりには、完全に個体だけが問題として浮上してくることなど、ほぼあり得ない。BPD患者の〈生きづらさ〉は、貴戸理恵の言う「関係的な生きづらさ」に近いものではなかろうか。「それは個人の特殊な状態や性質というよりも、人が他者や集団につながる時にある局面で不可避に立ち現れてくる関係性の失調のようなもの、ではないでしょうか」²⁶。さらに貴戸は続ける。

「関係的な生きづらさ」とは、自己責任にも社会要因にも還元されない、個人と他者や集団との「あいだ」に生じる失調です。つまり、「働きたくても仕事がない」（失業）、「どんなに一生懸命働いても生活がまわらない」（ワーキングプア）といった労働市場の問題とはひとまず切り離された、「働くことに踏み出せない」「働き始めてもつらくなって辞めてしまう」という事態です。そのため、「甘えている、意志が弱い」としてしばしば自己責任と見なされます。しかし、本人にとっては「ぎりぎりまで頑張ってもどうにもならない」という圧倒的な経験であることが少なくありません。²⁷

第二章で取り上げた心子の「病状」も、心子のメンタルな個体の失調というより、心子と稲本、あるいは心子と周りの人たちとのあいだの関係性の失調と考えた方がよい。なぜなら、ひとは個体で完結して生きていくわけではなく、かならず他者との相互作用によって生きていかざるを得ないからである。こうして、BPD患者が失調を起こすと考えるのではなく、むしろこの社会によって規定された関係性によって〈生きづらさ〉を生起させられる、という発想にたどりつくのである。

さらに掘り下げていけば、こうした社会こそが「正常」であり、病気や疾患を持つ個人、個体が「異常」であるという考え方を疑問に付すことができる。個人が「異常」だから〈生きづらさ〉を感じるのではなく、〈生きづらさ〉を誘引するような社会的規範が存在するのだと考えることができるのである。

²⁶ 貴戸 [2011:10]。

²⁷ 貴戸 [2011:10]。

異常という言葉の原義から考えると、はじめに何らかの規準・規範（＝正常）がある（中略）。そもそも、一定の規準や規範、あるいはルール、作法などというものは、（中略）その集団の中で多数の人々（多数派）にとって都合の良いもの、共感できるもの、価値あるもの、などでなければならない。つまり、異常とは、このような一種の物差し（規準、定規）の尺度から外れている在り様を指すということになる。したがって、異常という様態は基本的に正常（＝規範）を規定した集団の内部では少数派であり、正常とは、いつもそれを規定した多数派の側にある。²⁸

フーコーによれば、「国民」の一成員を「障害者」として個別化していくプロセスは、同時に他の成員を「健常者」として規格化（正常化＝ノーマル化）するプロセスでもある。つまり、異常の同定＝特殊化による排除は、健常者の規格への同化と表裏一体の操作なのである。²⁹

どういうことか、つまり、医学的処置や心理学的支援は、個体への介入による個人の〈生きづらさ〉しか焦点化できないため、「この社会に BPD 患者が生きていること」という事実を矮小化しがちなのではなかろうか。たとえば、BPD 患者について、自己と他者とが未分化であると言ったとき、当の私たちは、明確に分化し、責任ある主体としての自己を確立していると言えるだろうか。また、そうした主体を形成するような教育を受けてきたり、社会環境に置かれたことがあったりすると断言できる者は、いったいどれだけいるのだろうか。急いで言葉を足そう。私は、BPD ゆえの〈生きづらさ〉を、こうした言明によって相対化したいのではない。そうではなくて、責任ある主体としての自己を形成させないような教育や、その結果、社会と主体的にかかわりながら責任ある行動を取れないひとたちが集まっただけの「社会」において、なぜ BPD 患者だけがその性質を医療によって問題視されなければならないのか、ということである。

また、貴戸の言う「関係的な生きづらさ」の「関係性」も、往々にして社会規範を暗黙のうちに前提にしていることがある。たとえば、つながっていこうとする他者や集団が年功序列的であったり、またジェンダー規範を内包していたりする場合はどうか。さらに、「空気を読めない」人たちを排除するような社会であればどうか。つまり、貴戸が想定するような「社会要因」からは外れるが、なんらかの社会規範を前提にして関係性を組み立てようとするとき、その

²⁸ 小俣 [2010:19]。

²⁹ 山田 [1999:288]。

規範じたいが間違っていることが原因となって「関係的な生きづらさ」が生起することはあるのではないだろうか。そういう場面においては、間違った規範から外れることが正しいこととなるが、なかなかそのようなことは指摘もしづらい。なぜなら、たとえ間違っていたとしても、社会の側は個人に「異常さ＝病理」を押しつけてくるからである。社会において医療化という装置は、このように社会的不正義の問題までも個人の問題の問題として片づけ、隠蔽しようとするのである。

第2節 犠牲を美化する社会の果てに

さらに考察を進める。BPD 患者が「答えのない問いを生きる」とき、最終的にはみずからの犠牲によって「解決」しようとすることが多い。多くの場合は、周りの人たちを巻き込んでしまう。心子は最終的に究極的な自己犠牲、つまり自殺によってこの世を去った。なぜ、BPD を患った者が、このように生きることそれじたいに苦しまなければならないのか。

ここまでの理路をたどってくれば、BPD 患者の〈生きづらさ〉と社会的不正義とを関連づけようとするのは、それほど突飛なことではないだろう。たとえば、この社会は「犠牲」とりわけ「自己犠牲」をことさら美化する社会である。ただでさえ自分が生きていることに申し訳なさを感じてしまう BPD 患者にとっては、この圧力は相当大きなものであろう。この社会の「自己犠牲」の美化が、BPD 患者に「犠牲」を甘受させ、ときに周りの人たちを「共倒れ」にさせてしまうのである。

BPD 患者の織り成す世界のひとつの魅力とは、純粹なるものへの激しいまでの渴望である。ただし、その世界においては、現実と折り合いがつかない。折り合いがつかないからこそ〈生きづらさ〉を感じるのだが、そのとき、現実のほうが間違っている可能性もあるわけである。言い換えれば、この種の〈生きづらさ〉に関しては、個人を病理化して治療しても、「病巣」は社会的不正義なのであるから、〈生きづらさ〉が解消することはないということである。

このように考えたとき、私たちの社会のいい加減さが見事に露呈されるのである。そのいい加減さとは、「答えのない問い」に対して、適当に答えを見繕うということである。BPD 患者は、決して妥協を許さない。だから、いい加減でことを済ませる社会とは相容れないのは当たり前である。「答えのない問い」にとってつけたような適当な答えでは、どのような答えであれ満足できるものではない。

字義通り、「答えのない問い」に答えることはできない。ならばどうすればいいのか。「答えのない問い」を可能な限り社会からなくしていくことである。す

なわち、「答えのない問い」にはまり込む手前で、そのような問いを問う必要のない社会を作っていくことである。「現実にはグレーゾーンであり、白や黒などはっきりと決着のつけられないものである」とよく言われる。それは一理あるかもしれない。しかしながら、決着をつけるべき問いに決着をつけようとしていないだけのこともあるだろう。そのような状況を、BPD患者は出し抜かずにはいられないのである、みずからの〈生きづらさ〉と引き換えに。純粹さが、「自己犠牲」へと変わってしまうのである。

BPD患者の「治療」を考えるならば、薬物療法と精神療法だけではうまくいかない。なぜならば、それらは両方とも、患者個体に働きかけることによって社会との折り合いをつけることを目指すものだからである。むしろ、BPD患者を取り巻く人たちや、社会が変わらない限り、真にBPD患者の〈生きづらさ〉は焦点化されないといい。社会的不正義を問題にし、それを変えていくことこそ、BPD患者の「治療」につながっていくのではないだろうか。BPD患者が社会と折り合いがつけられない、ではなく、社会のほうがBPD患者と折り合いをつけない、と見たとき、事態はこのように描くことができるだろう。

おわりに

本論文では、BPD患者の〈生きづらさ〉を主題に、障害学的な分析を行った。第一章では、DSMや精神科医の記述をもとに、BPDとはどういう状態であるかについて述べた。第二章では、実際のBPD患者の様態を、手記を手がかりに再構成して描いた。第三章では、BPDの「治療」は精神医療だけでは限界があり、実は社会的不正義の問題と密接にかかわっており、社会規範を問題にすることで〈生きづらさ〉が解消できる部分もあると主張した。

もちろん本論文は思考実験であり、この通りに事が運ぶとは限らないだろう。また、社会を変えるなどというのは途方もなく長い年月がかかるかもしれない、その間にBPD患者が死んでしまう可能性もある。しかし、理詰めで考えていけば本論文のようになるはずであり、その意味において本論文のように社会規範を問題にするような研究が、少なくとも医学界においてほとんどなされないことはきわめて残念である。

BPDを一日生き切るということ、それだけで本人にとっては〈生きづらさ〉を感じるはずである。すべてのBPDを生きる人たちに「お疲れ様」と声をかけたい。できるならば、長い一日を凌ぐだけの生から解放され、生を送ることが出来ますように、と願いながら。

文献一覧

- 貴戸理恵 (2011) 『「コミュニケーション能力がない」と悩むまえに——生きづらさを考える』岩波ブックレット No.806、岩波書店。
- 稲本雅之 (2009) 『境界を生きた心子』星和書店。
- 石川准・長瀬修 編 (1999) 『障害学への招待——社会、文化、ディスアビリティ』明石書店。
- 岡田尊司 (2009) 『境界性パーソナリティ障害』幻冬舎新書 123、幻冬舎。
- 小俣和一郎 (2010) 『異常とは何か』講談社現代新書 2049、講談社。
- 土屋貴志 (2012) 「ただ生きていることの意味」びわこ学園医療福祉センター野洲公開講座講演。
- <http://www.lit.osaka-cu.ac.jp/user/tsuchiya/gyoseki/presentation/biwako120616.pdf>
- 山田富秋 (1999) 「障害学からみた精神障害——精神障害の社会学」(石川・長瀬編 [1999:285-311])