



解離性同一性障害の精神療法 : 終結3症例を通して (VI. 原著論文)

細澤, 仁

(Citation)

神戸大学保健管理センター年報, 23:73-82

(Issue Date)

2003-04

(Resource Type)

departmental bulletin paper

(Version)

Version of Record

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/81001498>



◆ 原 著 ◆

解離性同一性障害の精神療法

——終結3症例を通して——

細澤 仁*

抄録：解離性同一性障害の終結3症例を提示し、精神療法という観点から考察を加えた。解離性同一性障害患者との精神療法過程においては、以下の二つの次元の転移に注意を払う必要がある。① 幼小児期に患者が外傷を経験したとき、その外傷を消化する能力、つまり自然治癒能力を発揮できないような心的あるいは外的要因が中核的葛藤となり、治療関係に転移されるということ。② 外傷により精神病水準の不安が維持され、投影同一化を介して治療関係の内外に立ち現れるということ。それぞれの転移に対する治療上の留意点として、① には転移解釈、直面化、明確化を用いて、患者が解離という機制で否認することなく、治療関係に転移された中核的葛藤をワークスルーすることを助けること、② には精神病水準の不安を治療者が治療関係のなかで「生き残る」ことを通して抱えること、以上二つの次元の作業が解離性同一性障害患者の精神療法に必要であると主張した。

Key words : *Dissociative Identity Disorder, psychotherapy, trauma, central conflicts, psychotic anxiety*

はじめに

近年、臨床の場で解離性同一性障害(Dissociative Identity Disorder: 以下、DIDと略記)に対する関心が高まりをみせ、症例報告も散見されるようになってきている。しかし、DIDの治療法については未だ決定的なものはなく、議論も十分になされたと言っている状況ではない。だがともかくも、DID患者がわれわれ臨

床家の前に現れ、彼らに対して何らかの援助をすることが要請される機会は確実に増加している。現在われわれに求められているのは、症例の検討を積み重ねることを通してDIDの治療法についての議論を深めることであろう。この論文もそのような議論を活性化させる一助となれば幸いである。

この論文で私は、3例のDID患者の終結例を提示する。どの症例も外的事情が終結の主要な要因となったが、いずれも終結時、精神医学的症状、対人関係、社会適応、外界の認知などさまざまな点で著明な改善を示していた。私が彼女たちとした作業は、転移された中核的葛藤を転移解釈、直面化、明確化を通して治療関係のなかでワークスルーしていくことであった。それと同時に、あるいは前後して治療のなかに現

The psychotherapy of dissociative identity disorder :
Three cases that were successfully terminated

* 神戸大学保健管理センター 神戸大学大学院医学系研究科
精神神経科学 神戸大学大学院医学系研究科病態情報学
〒657-8501 神戸市灘区六甲台町1-1

Jin Hosozawa, M.D.: Medical Center for Student Health,
Department of Psychiatry and Neurology, Department of
Biosignal Pathophysiology, Kobe University

れたのは精神病水準の不安であった。このことは「重篤な外傷を受けた患者は、転移のなかで、早期乳幼児状態を再体験しなければならないので、ときにはコントロールを失わしめる重症の精神病レベルの不安にどうしてもふれなければならない」という Rosenfeld, H.¹⁾ の知見と一致すると思われる。彼女たちとの精神療法過程において、外傷記憶を感情を伴って語るということは起こらなかった。それでも精神療法は、彼女たちに本質的な変化をもたらしたと考えられる。3症例の精神療法過程を検討し、DIDの治療について考察したい。

I. 臨床素材

症例 1

初診時 16歳の女性A。Aは元来優等生だったが、中学2年時、ある男性教師との関係が悪くなり、その教師に攻撃的な行為を繰り返すようになった。その頃より成績も落ち、不登校気味になり、解離症状が認められるようになった。中学3年時には解離症状が顕著になり、精神科を受診し女性精神科医が主治医になった。この時期にDIDと診断された。また、ある相談機関が中学以来一貫してAに係わりをもっていた。通院1年で、Aは女性精神科医と「合わない」と言いだし、治療は中断した。高校入学後も不登校、解離症状、アルコール・薬物乱用、手首自傷などが認められ、結局高校は中退となった。ある日、Aは解離性遁走を起こし行方不明となり、2日後に警察に保護された。そして、相談機関からの紹介で私の勤務していた病院に母親とともに来院した。母親とともに面接室に入ってきた彼女は心ここにあらずという風情で、会話は途切れ途切れにしか通じなかった。そのためおもに母親が病歴を語った。しかし、会話が可能なときは疎通性も良好で、入院の必要性を認め、入院に同意したので任意入院とした。安全な環境で十分な休養と薬物療法のもと、

急性解離状態を脱することを治療目標とした。

入院当日の夜、Aは手首自傷をし保護室使用となった。翌日私が面接すると、粗暴な交代人格の状態で、自傷行為に関しては「覚えていない」と語り、ぶいっと面接室を飛び出して行った。さらに、翌日の面接でも粗暴な交代人格が強硬な退院要求をしたので、私は医療保護入院に切り替えた。Aはむしろ私の決断にほっとしたようだった。この後、多数の交代人格が面接の場、あるいは病棟で出現するようになった。私に対して陽性感情をもつ交代人格は私に甘えてさまざまな依存的要求をしてきた。一方、陰性感情をもつ交代人格は攻撃的な態度をとり、時に私に暴力を振るった。そして抑うつ感情をもつ交代人格は自傷行為を繰り返していった。私は一貫した姿勢でマネジメントを行い、面接は短時間で心理面を掘り下げるより現実的な対応をし、不必要な退行を防止することを心掛けた。薬物療法に関しては、強い焦燥感を訴えるので、抗精神病薬を比較的多量に使用した。また家族面接を定期的に行い、両親と理解を共有するよう努めた。入院1カ月日程からBという明るく積極的な交代人格が面接場面および病棟生活で頻繁に出現し、その他の人格はオリジナルのAを含めて時々しか登場しなくなった。徐々に逸脱行動は認められなくなり、入院3カ月で退院となった。外来では45分週3回の構造化された精神療法を行うことで合意した。入院は緊急避難として使用し、入院時は構造化された面接を行わないと彼女に告げた。外来に移行した当初、面接室の中で彼女は落ち着かない様子で、連想は広がらず、少しでも話が途切れると立ち上がって帰ろうとした。今—ここでの感情を取り上げてもほとんどの場合拒絶的だった。ときに今—ここでの感情をめぐる意味のある面接が可能なこともあったが、その後には激しい行動化が生じた。また対人関係が自分の思うとおりにならないと路上で意識消失を起こし

て救急搬送されるなど、葛藤を心の中で抱えられない様子だった。症状が家族のサポートの限界を超えたときに緊急避難として短期入院を数回使用した。入院を決める際、彼女の意に添わない結論になると大暴れし、私に暴力を振るったり、父親と殴り合いのけんかをした。このように状況は混乱と暴力に満ちあふれていた。私は彼女の内面の混乱と不安が分裂排除され、面接の内外で具象的な形で現れているのだろうと理解していた。私は、一方でその混乱を一貫した態度でマネジメントし、他方で今一ここの感情に焦点を当て続けた。その作業により彼女の断片化された自己がまとまりをみせ、やがて転移の文脈が明瞭になってきた。

Bは私への接近に関するアンビバレンスを語り始めた。やがて彼女は面接をキャンセルすることが多くなった。彼女は私に隠し事がある様子で、秘密の存在を仄めかしはするが、はっきりとは語らなかった。私は秘密を私への接近のアンビバレンスと関連づけて取り上げたが、彼女は否定し続けた。あるとき、彼女の周辺から彼女が中年男性と不倫関係になっていることが知らされた。さらに私は現実的要請から不倫関係に対して具体的マネジメントを取る必要に迫られた。そのことをBに告げた後も彼女は不倫の事実を否定し続けたが、ある面接で久しぶりにオリジナル人格Aが登場し事実を認めた。Bに戻った後、私は彼女に対して秘密をもつこと、不倫関係をもつことそれ自体より、それらの意味を治療のなかでともに見ていくことができなくなっていることを話し合うことが大切であると告げた。するとBはほっとしたように不倫関係を認め、「先生に言えないことが苦しかった」と甘えた態度で語った。私と彼女のつながりが実感された面接だった。しかしこの面接直後、彼女は解離性遁走により行方不明になり警察に保護された。そして母親とともに来院したが、面接室の中で凶暴な人格に交代しナ

イフを振り回し、看護スタッフを傷つけた。結局10人がかりで取り押さえ、医療保護入院とし拘束を加えて保護室に入室となった。このとき私は、彼女が私と情緒的に接近し、それ故に不安が増大し、その不安を抱えることができず、私とのつながりを破壊しようとしたのだろうと理解していた。

翌日私が保護室を訪れると、凶暴な交代人格が登場し私を罵倒した。その後も不倫相手と会いたいからと外出を要求し、要求が認められないと暴れるということが続いた。また不倫関係に対するマネジメントも泥沼化していった。私はそのような彼女の態度や状況に無力感、被害感や怒りを感じ、彼女の治療の可能性を信じることができなくなった。私は逆転移に絡め取られ、余裕を失い治療者として機能できなくなった。しかし、私が感じている無力感や絶望感こそ彼女が耐え難く恐ろしいものと思ってきたもので、それを私に分かちあってもらいたいのであろうと理解することにより、かろうじて治療者として「生き残る」²⁾ことが可能になった。

退院後も面接のキャンセルはたびたびで、また路上で意識消失を起こすなど治療関係および彼女の精神状態は安定しなかった。不倫関係も続いていた。私は不倫が治療者への恋愛性転移の行動化であると繰り返し解釈した。彼女はあるときはその解釈を聞くやいなや面接室を飛び出したり、あるときは怒りをもって否定した。しかし、私はそれでも彼女に通じているという感覚をもち、その解釈を受け入れる不安も取り上げながら解釈し続けると、彼女の態度は受け入れるでも拒否するでもない、拗ね甘えのような態度に変わっていった。面接は遊びに満ちた雰囲気醸し出すようになってきた。そして転機となる面接をもつことができた。その面接で彼女は初めて、彼女の言葉を借りれば、自分の「恥ずかしい」過去を生き生きと語った。それ

は、中学の時に通院していた精神科の女性医師との関係のなかで生じた感情の揺れだった。さらに彼女は私に対して「先生のこと信用していると思った」と言った。その面接の後、彼女は定職に就いた。薬物療法も必要なくなった。この改善はこれまでのように陰性治療反応を引き起こさなかった。治療関係という抱えのなかで葛藤、不安のワークスルーが十分に進展したからと思われる。そして、解離という機制を用い葛藤を否認することなく、ものごとに対処することができるようになっていった。治療開始1年半で私の転勤が急遽決まった。その後の2カ月は終結の作業にあててことで合意した。最後の2週間、彼女は私への感謝の気持ちを語った。そして終結の日、彼女はそれまで決して認めることがなかった、不倫が私への恋愛性転移の行動化であるという文脈を自らの洞察として語った。治療期間は1年8カ月だった。

現在、数カ月に1度フォローアップを行っている。治療終結1年後に彼女から手紙がきた。それによると彼女は定職に就いており、解離症状が生活を脅かすことはなくなっていた。また不倫関係も清算していた。そして将来の夢について具体的に表現し、「自分の世界が広がっている」と書いてあった。

症 例 2

初診時21歳の女性Cである。彼女の両親は不仲で、彼女は情緒不安定な母親に対して保護者の役割を果たしていた。母親はCに依存的でありながら、自分の都合でCを拒絶するようなところがあった。そのような葛藤に満ちた母子関係を背景に、幼児期と思春期に性的外傷を体験した。中学時より交代人格の存在を自覚したが、役割分担をし生活上は支障はなかった。中学、高校とAはある女性と性関係を含む非常に密着した関係をもった。遠方の大学に進学した後、Aは一人暮らしを始め学生生活を楽しんだ。

しかし、上記の女性に男性の恋人ができたので別れた後、性的放縱に傾いたり、自傷行為をするようになった。ほどなく保護者的な男性の恋人が登場し、その後の大学在学期間は安定していた。大学卒業後、地元の専門学校に進学し現在の男性の恋人と出会い、依存的関係を結んだ。しかし両親が交際に反対したこと、および母親との同居の苦痛から情緒不安定になった。焦燥感が強まり、市販薬（風邪薬など）を大量服薬し数回救急搬送される事態にいたり、一人暮らしをして近医精神科に通院することになった。その過程でDIDとの診断のもと精神療法の適応と判断され、私を紹介されてきた。初診時八つの交代人格が存在した。主要な交代人格は10代の男性人格Dである。初回面接でCは「そわそわしてじっとしていられないことがある」と語り、治療目標は主訴の改善を挙げた。他人事のように自らを語るCの態度が印象的であった。診断面接終了後、精神療法の適応と判断し治療契約を結んだ。治療構造は45分週1回の対面法とした。

Cの連想は母親および彼との関係が多く、依存と見捨てられ不安を巡る葛藤が中心であった。そして、治療の進展に伴い面接室の外で自傷行為、自殺企図などの行動化が出現した。一方面接室の中では、C自身は現れず、複数の交代人格が出現し語るという事態が起こった。私は、私への依存欲求と見捨てられ不安が中核的葛藤として治療関係のなかに転移されていると理解し、連想内容、面接の内外での行動化を解釈していった。依存と見捨てられ不安の葛藤が徐々にワークスルーされるにつれて、Cが常時面接場面で語るようになり、行動化は収まっていった。それに伴い、彼女の不安が軽減し対人関係などの葛藤状況への対処技術が向上した。そして彼女は専門学校卒業後、専門職への就職を決めた。この間、C以外の人格はすべて自然にDに融合した。そのDも面接の内外でほと

んど登場しなくなった。また、彼との依存的関係も自立の方向に変化していった。

治療開始1年3カ月ほど経ったときから、彼女は留学を希望するようになった。この希望は健康的な自立への欲求という側面と、依存と見捨てられ不安という中核的葛藤の躁的な否認という側面をもっていた。私が転移の文脈を軸に解釈していくと、彼女はあるセッションで、それまで具体的に語ることはなかった上述の同性の恋人との相互同一化を含む密着した関係と別れを、情緒を伴って想起した。彼女がまとまった形で過去を想起したのは初めてであった。しかし、次の面接で彼女は治療を脱価値化する連想を語った。私は彼女が前回の面接で私とのつながりを良いものとして体験したので、依存欲求と見捨てられ不安が刺激され増大し、私と距離を取りたくなったのだらうと解釈した。彼女はその解釈を裏づける連想を行った。その後の1カ月間、面接でCは全体に沈黙がちで、時に泣きじゃくりながら自らの未分化な愛情と攻撃性、そして解体不安やそれに伴う離人感を語った。実生活では抑うつ、焦燥感、解離症状が悪化し休職した。早期乳幼児状態への退行が生じたと思われる。この間、私は解釈を控え、彼女の不安をただ受容し、ともに体験しもちこたえるよう努めた。そのなかで彼女は自然と立ち直っていった。

やがて彼女は仕事にも復帰できるほど回復し、十分にその意味を話し合った後に留学を決めた。そのためそれ以降の3カ月間を終結の作業に当てることで同意した。この間彼女は治療の成果、交代人格の起源について語り、自らの物語を紡いでいった。また、彼女は留学までの2カ月間実家に戻ることにした。母親とは葛藤をもちながらも、現実的な関係を保つことができた。彼女は私との別れを十分に体験し、治療は終結した。治療期間は1年8カ月であった。

留学から帰国した時点で行ったフォローアッ

プ面接でも、彼女の改善は維持されていた。そのとき彼女は将来の希望を生き生きと語った。

症例 3

初診時25歳の女性Eである。彼女は小児期より父親に重篤な性的虐待を長期間にわたって受けてきた。その父親は彼女が18歳の時に病死した。一方、母親はネグレクト的養育態度で、時にEを身体的に虐待した。Eは中学の頃から解離症状を自覚するようになっていたが、「気づかれないように周りに合わせてきた」という。専門学校在学時（19歳）に意識消失を起こし、そのため精神科に入院し、ある男性精神科医が主治医となった。そこでの治療において治療者—患者間の境界は侵犯され、また倒錯的とすら思われる治療関係になっていた。長期入院を含む入退院を繰り返したが、結局治療は中断した。中断後Eは家出をし、某センター（虐待を受けた女性を援助するセンター）の紹介で産婦人科に入院した。そこで女性産婦人科医Fによる丸ごと抱えられるような濃密な体験をした。その産婦人科病棟においてもEは極度の依存性、暴力性、攻撃性を表出した。時に大暴れし病室を破壊したり、解離性遁走により行方不明になるなど治療構造は常に脅かされていた。また、F医師との治療関係も通常の治療者—患者関係を逸脱したものになっていった。入院中に精神科医師の協力もありDIDの診断が確定した。入院は3年に及び、その間徐々にF医師との治療関係は理想化されたものとなり安定し、社会復帰と自立を目指し退院し、外来に移行した。退院6カ月後、E、F医師ともに専門家による精神療法の必要性を感じ、私に紹介してきた。

Eとの精神療法は困難を極めた。治療設定などで私が能動性を発揮すると彼女はそれを「主導権を握られる」ものとして体験し、自分が主導権を取り戻すために治療を中断した。中断中に解離症状が悪化すると、再び私の前に現れ治

療が再開されるということが繰り返された。また面接のなかでも積極的に連想することもあれば、私に激しい陰性感情を向け、完全に沈黙したり、あるいは交代人格現象のもと暴力的な外傷体験の除反応を起こし面接にならないことも多々あった。また解離症状が悪化すると、解離性遁走により行方不明になったり、危険な性的逸脱行為に及んだり、また暴力衝動がコントロール不能になり他者に暴力を振るったりするので数回の入院治療を要した。入院では複数のスタッフおよび患者を外傷の再演のパートナーとして巻き込んだ。面接では私は彼女の中核的葛藤を支配—被支配という対象関係を巡るものと理解し、その文脈で連想内容や治療中断などの行動化を解釈していった。

治療開始後1年4カ月経ったとき、彼女は3回目の入院をすることとなった。入院直後より彼女は暴力的な人格にスイッチし、私やスタッフに激しい暴力を振るい、常時保護室を使用することが必要になった。そんななか、それまで彼女が原始的理想化を向けていた女性看護スタッフGとトラブルを起こした。それをきっかけにEは極度の陰性感情をG看護婦に向けるようになった。そして病棟の数名の看護スタッフが個々に巻き込まれ、病棟は大混乱に陥った。妄想的、迫害的な状況がそこかしこに具象的に現れ、まさに混沌が病棟の中に出現した。私は迫害されているという感覚をもち、無力感に襲われ、治療者として機能できなくなった。私にできることはただ耐えて、彼女との面接を定期的に行い、迫害不安、無力感、怒りを相互に体験することだけだった。しかしそのなかで進展が認められた。それまで彼女が頑なに拒んでいた母親面接を、彼女の方から私に依頼してきたのである。母親が治療のなかに現れたことは一つの転機となった。それをきっかけにEは落ち着きを取り戻した。しかし病棟の混乱は収まらず、その余波が病院全体に及び、ついにはEは病棟

を移ることになり、私は病院を辞めざるをえない状況にまで発展した。病棟を移ってからは、彼女は抑うつ的になり、G看護婦を破壊してしまったことへの罪悪感を語った。その後は穏やかに推移し、私の転勤とともに彼女は退院し、私の転勤先に通院することになった。外来で彼女はG看護婦について盛んに連想した。そしてG看護婦に向けた陰性感情が彼女を丸抱えした女性産婦人科医Fに対する陰性感情に起源があることが明らかになってきた。彼女はF医師に対して理想化された母親転移を向け、共生的関係を結んでいた。しかし、共生的関係のなかで彼女は受け身にさせられ、身動きがとれず、自分自身を見失っていると感じていた。さらに、自分を誘惑し、引き込んでいる共生的対象に迫害されていると感じ、そのため激しい怒りが生じ、共生的対象を破壊したいと感じるようになった。しかし、F医師との間でその迫害不安と攻撃性をワークスルーすることができず、G看護婦に向けたのである。そのような文脈が治療のなかでワークスルーされていくとともに、F医師との関係も万能的に理想化されたものから、より現実的にほどよいものになっていった。そんななか、彼女は幼なじみとの結婚を決めた。その幼なじみとは今までの虐待の再演のパートナーと異なり、対等なほどよい関係を保っていた。そして彼女は妊娠した。妊娠したことで支配—被支配をめぐる葛藤が再燃したが、彼女は解離によりそれを回避することなく、自分で十分に抱えることができるようになっていた。出産を機に治療終結することで合意した。その後、彼女は治療を振り返り治療の成果を語るとともに、生活史の再構成を行っていった。治療期間は2年8カ月だった。

その後のフォローアップでも改善は維持されていた。出産間際に手紙が届いた。そこには、自分を支えてくれている夫や子どもに対する、そして私に対する感謝の気持ちが記してあっ

た。その後無事出産したことが報告されている。

II. 考 察

症例の精神療法過程を検討してみる。彼女たちはさまざまな面で著明な改善を示し、現在も改善は維持されている。治療は彼女たちにとって役に立ったようである。

症例1は、当初暴力と混乱した状況を治療のなかに作り出し、早期乳幼児不安を投影同一化を介して私に伝えてきた。私は一貫した姿勢でマネジメントすることを通してその不安を抱え続けた。また一方で、今—ここでの感情の焦点を当てるよう努めた。その作業により彼女の断片化された自己はまとまりをみせ、私への転移が明瞭な形で現れた。それは恋愛性転移という形をとり、中年男性との不倫という行動化を通して具体化された。恋愛性転移という形をとってはいるが、底には依存を巡るプレエディバルな意味合いがあると思われる。つまり彼女の中核的葛藤は依存を巡る葛藤であろう。さて、この行動化は秘密という性格をもっていたため、治療のなかで扱うこと自体に困難があり状況は切迫していった。ある面接で彼女は転移のワークスルーのきっかけとなりうる良い体験をもち、私とのつながりを実感した。そのときに陰性治療反応が生じた。彼女は私とのつながりを解離性遁走という形で破壊し、さらには看護スタッフ（それはまさに私の身代わりだろう）を傷つけるという形で攻撃性を具象的に行動化した。入院後早期乳幼児状態に退行し、彼女は自らの破壊性を排出した。私は陰性逆転移に絡め取られ、治療者として機能できなくなった。しかし、彼女の私への攻撃とさえ思われることのなかに、彼女が自分ではとても耐え難い恐ろしい経験を私に共有してもらうことを望んでいるというポジティブなものを実感することができたとき、私は「生き残る」ことが可能になっ

た。そして再び転移を軸に解釈を積み重ねていくと、面接は遊びの雰囲気醸成するようになり、治療は展開した。

症例2は、依存と見捨てられ不安を巡る葛藤を中心に精神療法は展開した。その葛藤が転移の上でワークスルーされた後、彼女は早期乳幼児状態に退行した。彼女は病態水準は比較的高レベルであったが、それでも精神医学的症状の悪化のため休職せざるをえなかった。彼女は面接の内外で退行を起こし行動化したと言っているが、私はその行動化を彼女が未分化な生の情緒を私に伝えようとする行為として受容し、これに解釈を与えて急いでまとめようとせず、適切な距離を取り彼女の前に現存し続けた。その結果、彼女は自然に前進した。ここで生じたことは Balint, M.³⁾ の「新規蒔き直し」の特徴と一致すると思われる。

症例3は、このなかではもっとも病態水準が重い症例であろう。彼女が治療関係に持ち込んだ中核的葛藤は、彼女がよく使う「主導権」という言葉からも、支配—被支配という対象関係を巡るものだった。支配—被支配関係を巡る葛藤が転移のうえでワークスルーされていくにつれて出現したのは、飲み込まれ不安、迫害不安といった精神病水準の不安だった。それは私だけではなく、病棟スタッフ、さらには病棟全体に投影同一化を介して排出された。そして病院全体が彼女にコントロールされたとき、妄想的、迫害的になった病院は私と彼女を排除した。私は精神病水準の逆転移を体験し、治療者として機能できなくなった。私はただ耐え、彼女の前に現存し、彼女とともに精神病水準の不安を体験し続けた。すると彼女の母親が登場し治療は展開した。その後再びワークスルー過程が進展し始めた。いずれの症例にも共通するのは、精神療法過程で外傷記憶の感情を伴った想起は生じず、中核的葛藤と早期乳幼児不安が十分に治療的に扱われた後、治療は展開し彼女たちは回

復に向かったということである。

ここで、DIDの精神療法に関する先行研究を簡単に展望する。まず第一に外傷理論の立場について述べる。複雑性外傷後ストレス障害という概念を提唱し、長期反復性外傷を受けた患者の治療について論じているHerman, J. L.⁴⁾は、外傷のワークスルーは外傷記憶の想起と喪の作業を通してなされるという治療モデルを提唱している。そのために外傷記憶を感情を伴って語るという治療技法が必要と言う。

またDID治療の専門家であるPutnum, F. W.⁵⁾は、解離を「本来心的外傷体験を処理するための防衛として用いられている正常過程であり、時がたつにつれて不適応のない病的過程に発展する」ものであると理解し、外傷のワークスルーが解離性障害の治療の中心としている。外傷の治療的取り組みはHerman, J. L.と同様の考えであるが、外傷のワークスルーに際して催眠技法を用い、コントロールされた除反応を重要な治療技法として挙げているところに特徴がある。

また彼らはともに外傷性精神障害患者、あるいはDIDとの精神療法過程で特有の転移—逆転移が生じると言っているが、彼らはそれらの転移—逆転移はむしろ治療の妨げになるもの、つまり克服すべきものであると考えているようである。

一方で、外傷性精神障害の治療に係わる精神分析的治療者は、むしろ行動化、転移—逆転移のコミュニケーションとしての側面を重視し、そこを通して外傷をワークスルーすることを目指しているようである。たとえば、性的虐待を受けた患者との精神療法において出現する転移—逆転移を精緻に図式化したDavies, J. M. & Frawley, M. G.⁶⁾によれば、心的外傷によって解離するのは外傷記憶だけではなく、自己—対象システムも解離された状態で存在するとのこ

とである。したがって「精神分析の立場からみた治療目標は、転移—逆転移の再演と解釈を通して小児期の虐待によって生じた自己—対象表象の分裂排除されたシステムをワークスルーすることである」と彼女たちは主張する。つまり外傷記憶の想起の重要性は認めつつも、そのみでは永続的人格変化はもたらされないであろうと彼女たちは主張している。またDIDの治療に積極的に係わっている精神分析家Brenner, I.⁷⁾は「抵抗、防衛、特有の転移の分析を通して統合は自然に起こるだろう」と主張している。

これらの先行研究を念頭におきつつ提示した症例を素材としてDIDの精神療法について考察する。なお本稿はDIDの精神病理を論じることが主眼ではないので、治療に関係ある部分のみ簡単に触れる。精神病理に関しては別の機会に論ずるつもりである。われわれは生きているかぎり心の傷つきは日常的に経験している。それでもわれわれが外傷性精神障害を発症しないのは、外傷を消化できる心的な力、および外的支持環境をもっているからである。この外傷を消化する能力を自然治癒力と呼ぶことが可能であろう。つまりDID患者はこの自然治癒力が心的、あるいは外的要因により発揮できなくなっていると考えられる。そして、その心的・外的要因はその患者の中核的葛藤を形成し、特有の対象関係を形成すると思われる。さらにRosenfeld, H.⁸⁾は、外傷を負った患者は、「自己のリビドー的部分と攻撃的部分、そして良い対象と悪い対象の正常な分裂過程が発達せず」混乱状態を経験する、さらに「そのような混乱状態に対する防衛として、異常な、時に奇怪な分裂過程が自己の混乱した部分を断片化したり、排除する」と述べている。つまり外傷により、精神病水準の不安は維持され、病理的な分裂過程が起こるとのことである。この病理的な

分裂過程が解離と関係あるのであろう。

さて DID の精神療法においては、中核的葛藤と精神病水準の不安が治療関係に転移される。中核的葛藤と精神病水準の不安と理論的に分けたが、相互に関連していることは明白で、実際の臨床場面ではそれらがモザイク状に、あるいは表裏一体として認められることもありうる。そのため、中核的葛藤がワークスルーされるにつれて、精神病水準の不安が立ち現れたり、また精神病水準の不安が十分に抱えられないと中核的葛藤が現れないということが生じる。いずれにせよ、治療者の第一の役目は転移された中核的葛藤を転移解釈、直面化、明確化を用いて治療関係のなかでワークスルーすることである。つまり、患者が治療者との間で体験した情緒を解離という機制で否認することなく味わえるような外的・内的な環境を整えるということである。そして、中核的葛藤のワークスルーとともに、あるいはその前後に現れる精神病水準の不安を治療者が十分に抱えることを通して、つまり治療者が「生き残る」ことを通して「新規蒔き直し」が起こると考えている。その二つのレベルの作業を通じて、患者は自らの自然治癒力を回復させられると思われる。われわれ治療者がすべきことは、患者が自然治癒力を発揮し自ら外傷のワークスルーをしていくことを助けることであろう。そのためには治療のなかで外傷記憶を直接取り扱うことは必ずしも必要ないと考える。

III. ま と め

DID の終結した 3 症例を提示し、精神療法の視点から考察を加えた。DID 患者との精神療法過程においては以下の二つのレベルの転移に注意を払う必要がある。

① 患者が外傷体験をもったとき、その外傷を消化する能力、つまり自然治癒力が発揮できないような心的、あるいは外的要因があったと

考えられる。その要因が中核的葛藤となり、治療関係に転移される。

② 外傷により精神病水準の不安が維持され、その不安が投影同一化を介して治療関係のなかに立ち現れる。

そして精神療法上、以下の二つの点に留意することが重要である。

① 治療者が適切なマネージメントを講じつつ、転移解釈、直面化、明確化を用いて、患者が解離という機制で否認することなく、転移された中核的葛藤をワークスルーしていくことを助けること。

② 精神病水準の不安を治療者が「生き残る」ことを通して治療関係のなかで抱えること。

〔本稿の一部は日本思春期青年期精神医学会第 14 回大会（2001 年、大阪）で発表した。本稿をご高覧いただいた健育研究所の高橋哲郎先生に感謝します。また日頃ご指導賜っている神戸大学大学院医学系研究科精神神経科学の前田潔教授、ならびに神戸大学保健管理センターの馬場久光所長に深謝します。〕

文 献

- 1) Rosenfeld, H. : Impasse and Interpretation : Therapeutic and Anti-therapeutic Factors in the Psychoanalytic Treatment of Psychotic, Borderline, and Neurotic Patients, Tavistock Publications, London, 1987. 神田橋條治監訳：治療の行き詰まりと解釈—精神分析療法における治療的／反治療的要因，誠信書房，東京，2001.
- 2) Winnicott, D. W. : Collected Papers, Tavistock Publications, London, 1958. 北山修監訳：児童分析から精神分析へ，岩崎学術出版社，東京，1990.
- 3) Balint, M. : The Basic Fault : Therapeutic Aspects of Regression, Tavistock Publications, London, 1968. 中井久夫訳：治療論からみた退行—基底欠損の精神分析，金剛出版，東京，1978.
- 4) Herman, J. L. : Trauma and Recovery, Basic

-
- Books, New York, 1992. 中井久夫訳：心的外傷と回復，みすず書房，東京，1996.
- 5) Putnum, F. W. : Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder, Guilford Press, 1989. 安克昌，中井久夫訳：多重人格性障害—その診断と治療，岩崎学術出版社，東京，2000.
- 6) Davies, J. M., & Frawley, M. G. : Treating the Adult Survivor of Childhood Sexual Abuse : A psychoanalytic Perspective, Basic Books, New York, 1994.
- 7) Brenner, I. : Dissociation of Trauma : Theory, Phenomenology, and Technique, International Universities Press, Madison, 2001.
- 8) Rosenfeld, H. : Notes on the psychopathology and Psychoanalytic Treatment of Some Borderline Patients. International Journal of Psycho-Analysis. 59 : 215-221, 1978.
-

THE PSYCHOTHERAPY OF DISSOCIATIVE IDENTITY DISORDER : THREE CASES THAT WERE SUCCESSFULLY TERMINATED

JIN HOSOZAWA, M.D.

(Medical Center for Student Health, Department of Psychiatry and Neurology,
Department of Biosignal Pathophysiology, Kobe University)

Abstract : In this paper discussed is the psychotherapy of the dissociative identity disorder (DID). First, three clinical vignettes are provided. Secondly, I shall describe two levels of transference of DID patients. One is that when patients experienced traumatic events and did not deal with them owing to psychic and/or external factors, central conflicts are made out of those factors and are transferred to therapeutic relationship. The other is that early infantile anxieties persist and via projective identification may be presented in and outside of therapy. Thirdly, I shall discuss how we should deal with those two levels of transference. In the psychotherapy with DID patients we should help them to work through central conflicts by transference interpretation, confrontation, and clarification. While working through central conflicts, psychotic anxieties may appear. It is crucial that we survive by holding those anxieties, but the recollection of particular traumata and the associated feelings may or may not appear during successful psychotherapies.