



外傷のワークスルーと新規蒔き直し : 重篤な性的, 身体的虐待の既往を持つ解離性同一性障害患者の終結例を通して(VI. 原著論文)

細澤, 仁

(Citation)

神戸大学保健管理センター年報, 23:89-99

(Issue Date)

2003-04

(Resource Type)

departmental bulletin paper

(Version)

Version of Record

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/81001500>



原 著

外傷のワークスルーと新規蒔き直し*

——重篤な性的、身体的虐待の既往を持つ解離性同一性障害患者の終結例を通して——

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 細澤 仁**

要旨：解離性同一性障害については幼小児期の性的外傷との関連が取り沙汰されているが、その精神病理と精神療法については未だ十分な議論がなされていない状況である。本論では重篤な性的虐待の既往がある解離性同一性障害患者の終結例を臨床素材として取り上げ、その精神病理の形成と精神療法過程を検討し、さらには外傷のワークスルーについて考察した。

症例は解離性同一性障害をもつ20代の女性である。彼女は母親のネグレクト的養育態度を背景にして、父親による長期間に及ぶ重篤な性的虐待を経験した。そのような外傷および外傷を消化する自然治癒力が発揮できない状況が彼女の中核的葛藤を形成し、また性的外傷により圧倒される体験が精神病水準の不安を未消化のまま存続させることになった。当初は解離は精神病水準の不安への防衛として機能し、後には対人関係上に転移される中核的葛藤の回避手段として用いられるようになった。彼女との精神療法過程において、転移された中核的葛藤を今—ここでの治療関係の中で扱っていくことにより、解離により回避されていた生の情緒に触れていくことが可能になり、解離された対象関係の統合の基盤が形成されていった。中核的葛藤のワークスルーが進むにつれて、解離障壁が緩み、解離により防衛されていた精神病水準の不安が露呈し、投影同一化を介して治療関係および病棟に排出された。その精神病水準の不安を治療状況の中で抱えることを通して「新規蒔き直し」が起り、彼女は回復した。彼女との精神療法過程において、外傷体験を感情を伴って語るといことは生じなかった。

慢性の重篤な外傷体験を持つ患者との精神療法における中心課題は、治療状況に転移された中核的葛藤を今—ここで扱いつつ、精神病水準の不安を治療関係の中で抱えていくことを通して患者が自然治癒力を発揮できるように援助することであり、治療の中で外傷記憶を直接取り扱うことは必ずしも必要ないと主張した。

Key Words：解離性同一性障害（多重人格性障害）、外傷のワークスルー、新規蒔き直し、精神病水準の不安、中核的葛藤

dissociative identity disorder (multiple personality disorder), working through of trauma, new beginning, psychotic anxiety, central conflicts

* Working Through of Trauma and New Beginning : Successful Psychotherapy with a Patient with Dissociative Identity Disorder who had been Severely abused both Sexually and Physically

* *Jin Hosozawa, M. D., Medical Center for Student Health, Department of Psychiatry and Neurology, Department of Biosignal Pathophysiology, Kobe University
(2002年4月30日受理)

I. はじめに

近年、臨床の場で心的外傷について話題になることが増え、外傷性精神障害についての精神療法的研究も徐々に積み重ねられてきている。解離性同一性障害 Dissociative Identity Disorder（以下 DID と略記する）に関しては小児期の心的外傷との関連が取り沙汰されているが、解離という機制と心的外傷の関連については決定的な理解には至っていないように思われる。DID および幼小児期の性的虐待の影響に関する精神分析的研究は80年代以降散見されるようになってきているが、まずは古典の文献を検討してみたい。Freud, S. は「人間モーセと一神教」¹⁴⁾の中で神経症の病因として幼小児期の心的外傷を挙げ、そのような外傷体験は性的、攻撃的性質を持ち、早期の自我損傷をもたらすと述べている。そして心的外傷の影響を「心的外傷への固着および反復強迫」と「回避」の二つに分けた。Freud, S. はまた、「自我とエス」¹³⁾の中で、自我の対象同一化が「たがいに隔絶することによって、自我の分裂」が生じ、「個々の同一化が交代しながら意識自体を引き裂く」ことが多重人格の成因であると述べている。ただし Freud, S. の中には外傷と多重人格を直接結びつける視点はなかった。一方 Ferenczi, S. はより明確に現実の心的外傷、特に性的外傷が神経症の病因となると主張した。Ferenczi, S.⁹⁾は人格が発達途上の子供が大人による性的外傷を体験すると、「攻撃者への同一化」という機制を用いて対処すると述べている。さらに彼は「子供の発達期に衝撃が積み重なると、人格の分裂が増加しかつ多様になり、それぞれの断片が分離した人格のように振る舞う」と語っている。彼の論文からは外傷による影響としての人格分裂と外傷への防衛としての同一化がどのような結びつきを持つのかははっきりとしない。その結びつきを独自の対象関係論の立場から理論化したのが Fairbairn, W. R. D. であろう。Fairbairn, W. R. D.⁸⁾によると、性的虐待を受けた子供は、「悪い対象」を内在化し、その内在化された「悪い対象」を抑圧するという。さらに「抑圧には自我分裂が含まれる」と述べ、外傷から多重人格への一貫した理論を形成しうる

基礎理論を提示した。

さて、この論文では、これらの外傷および多重人格に関する古典的な精神分析的理解をふまえ、80年代以降の精神分析の文献に見られる現代的理解を参照しつつ、重篤な性的虐待の既往がある DID 患者の精神分析的精神療法について論じたい。

II. 臨床素材

症例は20代の独身女性 A である。A は小児期より父親による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 A が10代の時に病死した。一方母親はネグレクト的養育態度で、時に A を身体的に虐待した。父親の死後しばらくして、意識消失を数回起こし、そのため精神科に入院し男性精神科医が主治医となった。そこでの治療では、治療者－患者間の境界は侵犯され、また倒錯の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。しばらくして A 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女性産婦人科医 B が主治医となった。そこでも A は極度の依存性、暴力性、攻撃性を表出していた。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。その一方で B 医師との治療関係は非常に密着した共生的なものとなっていた。入院中に精神科医師の協力もあり解離性同一性障害の診断が確定した。入院は3年に及び、その間徐々に B 医師との治療関係は理想化されたものとして安定し、社会復帰と自立を目指し退院となった。退院後も定期的に B 医師の外来を受診していた。退院6カ月後、A、B 医師共に専門家による精神療法の必要性を感じ、私のところに紹介されてきた。

【I 期：中断と再開そして入院を繰り返した時期】

初回面接では、A は心ここにあらずという風情で、消え入りそうな声でとぎれとぎれに語った。A の印象は過敏で傷つきやすいというものであった。私は数回の診断面接を提案し A は同意した。しかし診断面接中に治療は中断した。中断3カ月後に A は再受診し、混乱した様子で解離症状の悪

化を訴え入院を希望した。中断に関しては後に、私が診断面接の構造に関して能動性を発揮したことを主導権を握られるものと体験して中断したと振り返った。入院の目的は解離症状が改善し外来治療が可能になることとした。入院期間は経済的理由もあり1カ月程とした。

入院後、診断面接を再開した。その中で、Aは母親のネグレクト的養育態度、父親による性的虐待、そして親しい者との度々の死別（自殺、事故死）といった外傷体験について語った。しかしAの語り口は淡々としたものだった。入院という保護的な環境の中でAは私との関係を強化することができ、やや軽躁的な雰囲気の中で私への陽性の感情や自分の未来への「希望」をも口にするようになった。

そのような状況下での入院2週間目の面接で除反応が起こった。入院中Aは食欲不振を理由にほとんど食事を取らず、体はやせ細っていった。私は管理医として面接直前にその日の食事量を尋ねたが、Aは答えなかった。精神療法面接に入ると、Aは全身で恐怖感を表し、会話もできない様子になった。Aはとぎれとぎれに断片的で理解困難なうめき声にも似た言葉を発するのみだった。私は彼女の断片的な言葉をつなげ、ようやくAの身に除反応が起こっていることを理解することができた。Aは父親にフェラチオを強要され、その際Aが嫌がると父親にひどく殴られるという場面を再体験していた。さらにAの連想は一生懸命食べようとしているが、看護スタッフが自分のその努力を認めず、食べるように強要するということにつながっていった。そこで私は、私が食事量を尋ねたので、私もAの努力を認めず、食べるように強要したように思え、さらにそれが父親にフェラチオを強要された記憶につながったのだらうと解釈した。Aは「努力を認めて欲しかった」と解釈の前半部を受け入れ、現実感を取り戻しリラックスした雰囲気になった。このように支配-被支配に彩られた対象関係が治療関係の中で除反応やトランス状態に陥るという行為を通して持ち込まれた。私はそれらを繰り返して今-ここでの転移関係の文脈で解釈していった。解釈が彼女に通じると彼女は除反応やトランス状態を脱することが可能になり、

自分の情緒を味わうゆとりが生じた。

入院1カ月で予定通り外来治療に切り替えた。しかし外来ではAは段々と抑うつ的になっていった。面接の雰囲気は重苦しくなり、ほとんどの時間を沈黙が占めるようになった。Aが僅かに口にすることは無力感、罪責感、絶望感、希死念慮といったことだけになっていった。私の都合で面接開始が30分程遅れるということがあった（#27）。その面接でAはトランス状態に入り、そのまま一言も発することなく面接は終了した。そしてAは次の面接を連絡なしでキャンセルし、治療は再び中断した。

中断2カ月後Aは再診し、#27の面接開始時間を私が遅らせたことで、私に主導権を握られていると感じたこと、そして自分が主導権を取り戻すためには中断という手段しかなかったと語った。治療再開後、面接室の内外で急性解離状態のもと危険な行動化を起こし、週1回の外来における精神療法では抱えきれない状態になってきた。セッションの頻度を増やすことは彼女の状況から困難であり、入院において精神療法を行うことで合意した。この入院も現実的理由により、入院期間は3カ月間とあらかじめ決定された。

この入院治療ではいくつかの文脈が並行して、そして絡み合いながら展開した。主要な3つの軸を記述したい。第一軸は私との転移関係の上に展開した側面で、それは支配-被支配という色合いを基調としていた。入院に際して限界設定を含む様々な設定を治療契約として結ぶことにしたが、Aは私の治療設定に関する能動性を自分を支配するものとして受け取った。彼女の面接への態度は3パターンあり、第1は面接自体の拒否であり、第2は面接中完全に沈黙するというものであった。第3は面接中トランス状態下で、あるいは交代人格にスイッチし暴力的場面の除反応を起こすというものであった。私は沈黙や除反応を私への陰性転移と結びつける解釈をし続けたが、容易には変化は訪れなかった。しかし私はどこかで彼女に通じているという感覚は持っていた。第二軸は女性看護スタッフCとの転移性の関係の上に展開し、それは理想化された母親転移という趣を呈していた。Aは私との面接を拒否する一方、Cとは密着

した共生的関係を形成した。第三軸は男性看護スタッフDとの関係で、これは性的虐待の再演という意味合いを持っていた。彼女の断片化された対象関係が投影同一化を介して個々のスタッフとの関係の上に立ち現れ、いくつかの文脈が相互に影響を与えながら発展していった。それぞれの転移関係が徐々に切迫していく中、ある問題が持ち上がった。彼女はDに性的に誘惑されたと病棟で言いふらしたのである。私は病棟カンファレンスを開きAに関する理解を看護スタッフと共有するよう努めた。また個別の介入により関係の調整を図った。このようなマネジメントは有効であり、結果は生産的なものとなった。Aは落ち着きを取り戻し、入院2カ月目のある面接で「先生と一緒にいるのも、顔を見るのも嫌だった」と私への陰性感情を言語化し、続けて「やっぱり治療を先生と続けていきたい」と語った。彼女は私と再び穏やかな陽性の関係を結ぶことができ、その後ここまでの入院生活における情緒体験を振り返った。それと同時にC、Dとの関係も現実的な看護者—患者関係になっていった。

しかし、退院の日が近づくにつれて、彼女は再び私に強い陰性転移を向け、退院までの2週間は終始沈黙が支配するセッションが続いた。そして彼女は退院し、そのまま治療は中断した。

中断3カ月後に彼女は私の一般外来を受診した。彼女は疲れ果てた様子で、解離症状と暴力衝動のため生活が無茶苦茶になっていると語った。さらに前回の入院に関して、入院期間があらかじめ設定されていたことで私に主導権を握られていると感じ、自らの主導権を中断という形で取り戻したと語った。しばらくは外来で精神療法を行っていたが、急性解離状態下での暴力的行動化が激しくなり、再度入院治療を行うことで合意した。今回の治療目標は暴力衝動がある程度コントロール可能になることとし、入院期間は何らかの成果が上がるまでと特に定めなかった。

【Ⅱ期：精神病水準の不安が病棟の中に排出された時期】

入院直後にAは急性解離状態で女性看護スタッフ(Cではない)に暴力を振るい保護室使用となっ

た。保護室の中で彼女は、「ぐちゃぐちゃになっている」など泣きながら幼児的な口調で断片的に叫ぶだけだった。いったんは平静に戻り保護室解除となり、面接の中で「私の中では好きとか嫌いとか分かれていない」と自分の愛情と攻撃性が未分化であることを語った。しかしまもなくトランス状態下で、あるいは交代人格にスイッチし、暴れたり、無断離院するなど、行動のコントロールを失っていった。私に対しても激しい暴力を振るうようになり面接室での通常のセッションを行うことが不可能になり、常時保護室を使用することが必要となった。またこの当時、病棟には重症の人格障害患者が全入院患者の一割以上を占める状況が続いており、病棟は疲弊し受容力が低下していたこともこの経過に影響を与えていると思われる。

そのような状況下で、前回の入院で共生的関係を結んだCとの間にトラブルが起こり、それをきっかけにAはCに極度の陰性感情を向け、激しい暴力的言動を浴びせるようになった。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。病棟の雰囲気は極度に重苦しくなり、そこかしこに妄想的、迫害的不安が立ちこめた。保護室の中でトランス状態下のAが断片的に話すことは、迫害不安、解体不安、罪責感などで、その文脈を理解することは困難だった。Aと意味のある会話をすることはほとんどできなかった。早期乳幼児状態への退行が生じたと思われる。私は彼女の治療そして病棟のマネジメント共に無力感を感じ、心の中の中立性を維持することが困難になり、治療者として機能できなくなった。私はただAと定期的に面接し、Aの前に現存し、妄想的、迫害的不安を共に体験することしかできなかった。面接の中でときに彼女の暴力に晒され、私の中に彼女の暴力を恐れる気持が生じ、私は自由に発想する心のゆとりを失った。また、面接の後は極度の疲労を感じ、考えること自体がしばらくできなくなるということがしばしばあった。病棟のマネジメントに対しては、一方で何とかしなくてはという焦燥感を感じ、一方で被害的になり怒りや孤立無援感を感じた。私はそれでも彼女は治療を求めていると信じることでた

だ耐え続けた。

しかしその中で進展が認められた。入院後2カ月経ったある面接で、Aは母親について初めてまとまった内容を語った。そして、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。母親が治療の中に現れたことは1つの転機となった。Aは落ち着きを取り戻し、私とのほど良い関係を再構築していった。しかし病棟の混乱は収まらず、その余波がついには病院全体に及び、ついにはAは病棟を変えることになり、私は病院を辞めざるをえない状況にまで発展した。Aの病理がまさに病院全体を支配したのであろう。

病棟が変わってからは穏やかに推移し、私の転勤と共に彼女は退院した。入院期間は4カ月間だった。

【Ⅲ期：ワークスルー、そして終結期】

私の転勤先の外来で彼女は女性看護スタッフCについて盛んに連想した。そしてCに向けた陰性感情が女性産婦人科医Bに対する陰性感情に起源があるという文脈が明らかになっていった。あるセッションで彼女はB医師に関して「抱えられて心地よいというものもあるけど、息苦しいというものもあった」と語り、さらにCにB医師のことを重ね合わせて怒りを出したと連想した。そしてCとの情緒的体験のワークスルーが進むと同時にB医師との関係も理想化されたものからより現実的にならざるを得ないものになっていった。

また父親についてもあるセッションでまとまった形で語った。彼女は父親の死に対する罪悪感を語り、続いて「お父さんは生きて、改心して、それで苦しむ人生を送って欲しかった。そして和解したかった」と複雑な胸の内を語った。また「お父さんが死んだときほっとした。それから苦しみが始まった。張り詰めていた糸が切れた」と父親の死が一つの契機となったことを語った。

その後はおおむね穏やかに過ごしていた。そんな中、彼女はある男性との結婚を決めた。彼とは今までの虐待の再演のパートナーと異なり、対等なほど良い関係を持つことができた。そして彼女は自発的に自らの歴史(＝物語)を回顧し始めた。それは外傷記憶ではなく、家族や周囲の人との日

常的な情緒的關係についてだった。彼女は躁的な否認という雰囲気ではなく、未来への希望を語るようになっていった。あるセッションで彼女ははにかみながら「今まで子供を愛せないと思っていたけど、自分と彼の血を引いた子供なら無条件で愛せると思う」と語った。その後彼女は妊娠した。妊娠したことで支配-被支配をめぐる葛藤が再燃したが、Aは解離という機制で否認することなく葛藤を抱えられるようになっていった。出産を機に治療終結することで合意した。その後は治療の振り返りが中心となった。彼女は治療経過の中で支配-被支配を巡る葛藤を強く感じ治療関係の内外で行動化していたこと、葛藤の否認として解離症状を用いていたこと、そして交代人格の起源などを洞察していった。そして最後のセッションで、彼女は「以前は明日がない方がいいと思っていたけど、明日があってもいいかなと思えるようになった。自分で明日をなくしてしまったらもったいない」と語った。治療期間は2年8カ月だった。

【フォローアップ期】

フォローアップでも改善の維持が認められている。しばらくは2カ月に1度フォローアップ面接をしていたが、そのとき彼女が母親の付き添いのもと来院していたことが印象的だった。彼女は非常に強い葛藤を持っていた母親とほど良い現実的な関係を保てるようになっていった。出産直前に彼女から手紙が来た。そこには、安定して出産に臨んでいる状況、および夫や子供、そして私への感謝の気持ちが綴ってあった。その後無事子供を出産し、順調に育児に取り組んでいることが報告された。治療終結1年後のフォローアップでも、「子供は元気に笑ったり泣いたりしてます。毎日が楽しい」と語った。

Ⅲ. 考 察

1) 症例の精神病理について

解離という機制に関する理解には大きく2つの観点がある。1つは解離を外傷体験による発達の停止と見る観点であり、もう1つは外傷体験に対する防衛と見る観点である。Aの治療過程を振り返ると、治療状況の中で露呈した未分化な愛情と

攻撃性、そして十分に消化されていない精神病水準の不安より、情緒発達の停止を想定することが可能である。Berman, E.⁴⁾は解離を「対象と自己表象の統合、および自己－対象の境界を強固にする能力を含む基本的な自我機能の発達が停止」したことによるものとしている。また Marmer, S. S.¹⁹⁾および Reis, B. E.²²⁾は Winnicott の「移行対象」²⁵⁾や「潜在空間」²⁶⁾という概念を援用し、解離を外傷の影響による発達の障害として論じている。この考え方は解離性障害を愛着障害と捉える立場^{3,18)}とも共通の視点を持つと思われる。

次に解離を防衛として見る観点を取り上げてみたい。解離は何を防衛しているのであろうか。Ⅱ期において、Aの解離障壁が緩み、精神病水準の不安がAの断片的な言葉、行動、そして投影同一化を通して表出されたことより、解離は精神病水準の不安に対する防衛として機能していると考え得る。性的虐待という自己を圧倒する体験により、Aの中の解体不安、絶滅不安等の精神病水準の不安が高レベルで存続し、それへの防衛として解離が用いられたと思われる。Bromberg, P. M.⁶⁾は、外傷の基本的性質は自己の断片化であるとし、「解離は自己の断片化に対する防衛であり、類催眠状態で両立し難い意識状態の結合を解き、認知的には相互に無関係な非連続的心的体験としてのみそれらに接近することを可能にすることにより個性と正気を再建する機制」であると述べている。

解離は精神病水準の不安の存続など発達の停止という側面を持つと共に、精神病水準の不安への防衛という側面を持つと理解するのが妥当であろう。Rosenfeld, H.²³⁾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。

さて解離は当初精神病水準の不安への防衛として用いられが、今度は対人関係上に現れる葛藤の回避手段として用いられるようになる。DID患者の対人関係上に現れる葛藤は主に彼らが持つ中核的葛藤に起源を持つと思われる。DID患者の

中核的葛藤は私自身が別の論文¹⁶⁾で定式化している。以下中核的葛藤を簡単に要約したい。我々は生きている限り心の傷つきを日常的に経験している。それでも我々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、及び外的支持環境を持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、或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、この心的、外的要因が患者の対象関係に影響を与え、中核的葛藤を形成する。今度はその中核的葛藤は治療関係を含む対人関係上に転移される。その葛藤を回避するため交代人格現象を初めとする解離が用いられるのである。Aの場合は支配－被支配の色彩を強く持つ対象関係が中核的葛藤を形成していた。支配－被支配をめぐる対象関係は文献的には Freud, S.¹²⁾による外傷に関する思索に遡ることができる。その中で Freud, S. は反復強迫を、受け身的に与えられた外傷体験を能動的に反復することにより支配しようとする試みとして記述している。さらに Pine, F.²¹⁾は、上記の Freud, S. の考えを取り上げ、反復強迫を古い内在化された対象関係を反復する傾向と概念化し、反復する動機を与える力の起源を外傷と快 pleasure であるとした。外傷の側面では、対象関係は支配を求める努力の中で反復される、つまり、受動的体験を能動的なものに変えようとするのである。快の側面では、対象関係は快を求める努力の中で反復される、つまり、反復により小児期の親への愛着を生き生きとしたものとして保存しようとするのである。Pine, F. は、この二種の反復は臨床場面ではしばしば融合した形で表れると述べている。さて、Aは母親とはつながりを欠くというネグレクトの関係であったが、父親とは性的・身体的虐待という形ではあるが「自分が必要とされている」という実感を持てるつながりを結ぶことができた。Aが治療の中に持ち込んだ支配－被支配という転移関係は、外傷の再演という文脈と共に、父親に対するリビドー的感情が私に転移されたという文脈もあり、それらが融合していたと思われる。支配－被支配という転移状況の中でAは陽性の感情と共に、恐怖、傷付きや

攻撃的感情など様々な陰性感情を同時に、そして融合した形で体験した。中核的葛藤に起源を持つこのような扱い難い混乱した情緒を回避するため、Aは解離症状を治療の内外で用いていたのである。

2) 症例の精神療法過程について

【Ⅰ期について】

当初は私との治療関係に支配－被支配という対象関係が転移された。私が設定に対してなど何らかの能動性を発揮すると彼女はそれを自分に対する支配と受け取り、治療中断、セッションの中での沈黙という回避の形、もしくは暴力的場面の除反応という行動化の形で反応した。1度目の入院中に生じた除反応はAが私との治療関係を良いものとして体験し始めたときに生じた。つまり私に対する陽性感情が行動化としての除反応が起こる素地を準備したと言い得る。上述のように情緒発達という観点、および中核的葛藤という観点からもAにとって自分の陽性の感情は恐怖、傷付きや攻撃的感情などの様々な陰性感情と未分化であり、またAは陽性の感情を性的虐待者に利用され、搾取されてきたという生活史を持っている。Aの中で陽性の感情が育つと共に陰性の感情が膨らんできたのであろう。そのような扱い難い感情を彼女はこころの中のメカニズムとしては解離で処理し、そのような感情の排出として除反応を起こした。一方、外への対処行動としては関係からの引きこもりという形で回避していた。つまり、彼女の治療中断あるいはセッションの中での沈黙は解離と同等の機能を持っていたのである。また治療中断、沈黙、除反応により彼女は治療をコントロールしていたという側面もある。これは彼女自身意識的にしていたことで、彼女の言葉を借りれば「主導権を取り戻す」行為であった。さらにはそのような行動を通して彼女は自らの情緒を私に伝えようとしたというポジティブな側面もある。彼女の行動に相対して私が感じた無力感、不安などは彼女が投影同一化のコミュニケーションとしての側面を利用して私に伝えてきた彼女自身の生の情緒であらう。

私が彼女とした作業を精神療法とマネージメントに分けて述べてみたい。精神療法に関して、Aと

の二者関係において私への転移感情を解釈、直面化、明確化を通して彼女が味わえるように援助した。Reis, B. E.²²⁾は、治療の目標はコンテインや抱えの機能を用い患者が耐え難く思っている情緒を治療関係で抱え、耐えることが可能な情緒体験に変形し、患者が再取り込みすることを援助することと主張している。彼女は私への転移感情を解離という機制を用いて否認したり、中断・沈黙・除反応という行動化を通して回避していた。今ここでの情緒を共に味わうという介入を通して彼女は自らの情緒に触れていくことが徐々に可能になっていった。

また入院というパラメーターの導入に加え、入院治療において様々なマネージメントを積極的に行った。Aの中の分裂排除されたものが投影同一化を介して私および看護スタッフ間の分裂として具体化された。しかし転移の文脈は明瞭であり、いまだ病棟の受容力の範囲であったので、破壊的になり過ぎることはなく、適切なマネージメントにより建設的な結果が生み出された。このことは彼女の解離された対象関係の統合に寄与したと思われる。重傷な解離性障害患者に関しては治療を患者の破壊性から守るため、そして患者に「抱え」を提供するため様々なパラメーターの導入が必要と思われる^{5,10)}。私はパラメーターの導入に関しては治療者の様々な可能性に開かれた柔軟性が重要であると考えている。またパラメーターの導入が治療関係にいかなる影響を与えるのかということを確認し、再度精神療法の枠組みに収納していくことが肝要であると考えている。

【Ⅱ期について】

3回目の入院で彼女は早期乳幼児状態への退行を起こし、精神病水準の不安を排出した。ここに至るまで中核的葛藤のワークが進み彼女が自分の生の情緒に触れることが可能になってきたことを背景に、入院期間を決めなかったことが彼女には「抱え」と受け止められた一方、未分化な愛情と攻撃性が揺さぶられたことがきっかけと思われる。また病棟の受容力が低下していたことも彼女の退行を促進し、また病棟が彼女の投影同一化の受け皿となりやすい素地を作っていたと思われる。彼

女はまともに会話することが困難になり、妄想的・迫害的不安、解体不安を断片的に話すだけになった。ときに私をはじめ看護スタッフに激しい暴力を振り、また個々のスタッフを巻き込み、2回目の入院とは異なり文脈が読みとれない混沌を病棟の中に出現させた。強力な投影同一化を介して病棟全体に精神病水準の不安が排出された。ここに至り私は中立性を保つことが困難となり治療者として機能できなくなった。私はただ彼女と共に妄想的、迫害的不安を体験することしかできなかった。このとき私が感じていた恐怖、怒り、被害感、傷付き、焦燥感、閉塞感は彼女が投影同一化を介して私に伝えてきたものであろう。治療状況として、現実的には彼女を保護室に入室させているということにより私が彼女を支配しているという外傷の再演が生じており、心的には私が彼女の病理に支配され、心の空間を狭められているという転移状況になっていた。つまり私は彼女が私に投げ込んできた虐待する父親像、および虐待される彼女の自己の表象を共に体験していた。私はただ彼女の治療可能性を信じ、希望を持ち続けることでその状況に耐えることしかできなかった。そのような中で彼女の母親が登場し治療は展開した。

ここで私がしたことは何だったのだろう。私がしたことはAの未分化な愛情と攻撃性、そして精神病水準の不安を抱え、「生き残る」(Winnicott, D. W.)²⁵⁾ことであったと思われる。彼女はBalint, M.²⁾の言う「悪性の退行」を起こしていたと思われる。私が生き残り、彼女を十分に抱えることを通して「悪性の退行」は「良性の退行」に変形した。また私は解釈をして精神病水準の不安に急いで形を与えようとしなかった。早期乳幼児状態に退行しているときは、治療者の解釈は患者には分離の強要、あるいは攻撃と受け取られる危険性が高いと思われる。治療者はただ患者の精神病水準の不安を共に体験し抱え、患者の前に「控えめな治療者」として現存し生き残れば患者は自然に前進すると思われる。この治療機序はBalint, M.^{1,2)}の言う「新規蒔き直し」の特徴と一致する。

【Ⅲ期について】

この時期に様々な転移の諸相が明らかになった。彼女はB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、共生的関係の中で彼女は、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B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、Cに向けたのである。

一方、この時期に父親についてもまとまった連想を語っている。これは私との関係において父親転移がワークスルーされた結果であろう。彼女は父親の死について自分の責任であると感じていた。私は彼女との治療の影響で病院を辞めざるをえなくなった（もちろん彼女にその事実は知らされず通常の転勤として伝えてある）。彼女は私を象徴的に殺したと言ってもよいであろう。しかし私との関係はほど良いものとして継続していった。このことを通して彼女は父親との関係を整理し、父親の死を消化していったのであろう。

終結時、彼女は精神医学的症状、対人関係、社会適応、外界の認知など様々な点で改善を示していた。またフォローアップ面接においても改善の維持が認められている。中核的葛藤はワークスルーされ、彼女は葛藤を病的な防衛で回避することなく自ら抱えることができるようになった。本症例の臨床的改善を、「転移性治療」(Oremland, J. D.²⁰⁾)という側面から理解可能かどうかという問題が残っている。確かに、今後の経過を観察し追跡する中で、詳細にその異同を検討すべき余地はあると思われるが、現時点では、私は「転移性治療」とは考えていない。

3) 外傷のワークスルーと技法の問題

外傷のワークスルーはいかにしてなされるのであろうか。

Ferenczi, S.⁹⁾は分析状況自体が過去の外傷状況と類似の構造を持ち、外傷の反復となると述べている。彼はそのような転移状況にある患者に自己

開示を通して信頼を作り出すことを目指し、この信頼が治療的に働くことを述べている。また彼は治療技法としての除反応は持続的効果を生み出さないと述べている。Kirshner, L. A.¹⁷⁾は外傷の本質は「良い対象」の破壊と喪失の脅威であり、それゆえ精神分析の治療効果は象徴的良い対象の維持と回復にあると述べている。この考え方も Ferenczi, S. の延長上にあると思われる。外傷の再演の治療的扱いについて、Bromberg, P. M.⁶⁾は、解離された自己の領域は関係性の文脈における再演を通してのみ象徴化を達成できると述べ、分析家がオリジナルの外傷の不可避的な再演を患者と共に生きることにより外傷がワークスルーされると主張している。その他、Hegeman, E.¹⁵⁾が対人関係論の立場から、Ulman, R. B. & Brothers, D.²⁴⁾が自己心理学の立場から、そして Davies, J. M. & Frawley, M. G.⁷⁾は対象関係論の立場から解離性障害の治療技法を定式化している。

終結時、Aは様々な点で著明な改善を示していた。治療は彼女の役に立ったようである。治療全体を通覧して外傷体験を感情を伴って語るということは生じなかった。彼女はまさに外傷を「想起するかわりに反復」¹¹⁾したのである。私がした作業は転移された中核的葛藤を転移解釈、直面化、明確化を用いて、治療関係の中で、つまり今一ここで扱っていくことであった。私はAが私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ことに専心した。中核的葛藤が十分にワークスルーされると、彼女は早期乳幼児状態に退行し、精神病水準の不安を投影同一化を介して治療関係および病棟に排出した。その不安を治療状況の中で抱えることを通して、つまり私が「生き残る」ことを通して、「新規時き直し」が起こった。この2つのレベルの作業を通じて、彼女は自らの自然治癒力を回復させたと思われる。我々のなすべきことは患者が外傷を消化する能力、自然治癒力を発

揮できるように援助することで、そのためには治療の中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。

IV. おわりに

本論文で私は重篤な性的虐待の既往を持つ DID 患者の精神病理と精神療法について論じた。精神病理に関しては中核的葛藤および精神病水準の不安という2点を取り上げた。精神療法に関してはこれら2つのレベルの病理が治療関係に転移されたとき、それらをいかに扱うかという点について論じた。さらに外傷のワークスルーに関して論じたが、ここで再度 Freud, S. に返りたい。前述のように Freud, S. が注目した外傷の影響は反復強迫と回避である。それらは外傷の再演として捉えることが可能であろう。外傷の再演はそれ自体症状であると共に、患者の治癒への試みでもある。私は今一ここでの外傷の再演を治療的に取り扱うことで患者が未来における外傷の再演という悪循環を解き放つことができるように援助することが外傷のワークスルーの本質と考える。そこから私の治療技法は過去の外傷体験の想起にこだわらずに、今一ここでの情緒体験に焦点を当てることが中心となる。そして患者が自分の情緒を味わうことができるようになると、最も傷付いた部分、精神病水準の不安が治療の中に現れる。それを治療関係の中で抱えることを通して「新規時き直し」が起こる。反復強迫や様々な活動の制止につながる回避を脱し、未来における開かれた可能性（＝自然治癒力）の回復を目指すということが私が考える治療目標である。

本稿の一部は日本精神分析学会第45回大会で発表した。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 前田潔教授、並びに神戸大学保健管理センター 馬場久光所長に感謝します。

文 献

- 1) Balint, M. : 1965 Primary Love and Psycho-analytic Technique. Tavistock Publications, London. (森茂起, 栢矢和子, 中井久夫訳 1999 一次愛と精神分析技法. みすず書房, 東京)
- 2) Balint, M. : 1968 The Basic Fault : Therapeutic aspects of regression. Tavistock Publications, London. (中井久夫訳 1978 治療論からみた退行—基底欠損の精神分析, 金剛出版, 東京)
- 3) Barach, P. M. : 1991 Multiple personality disorder as an attachment disorder. Dissociation 4, 117-123.
- 4) Berman, E. : 1981 Multiple Personality : Psychoanalytic perspective. The International Journal of Psycho-Analysis 62, 283-300.
- 5) Brenner, I. : 2001 Dissociation of Trauma : Theory, phenomenology, and technique. International Universities Press, Madison.
- 6) Bromberg, P. M. : 1994 "Speak! That I may see you" : Some reflections on dissociation, reality, and psychoanalytic listening. Psychoanalytic Dialogues 4, 517-547.
- 7) Davies, J. M. & Frawley, M. G. : 1994 Treating the Adult Survivor of Childhood Sexual Abuse : A Psychoanalytic Perspective. Basic Books, New York.
- 8) Fairbairn, W. R. D. : 1952 Psychoanalytic Studies of the Personality. Routledge, London. (山口泰司訳 1995 人格の精神分析学. 講談社学術文庫, 東京).
- 9) Ferenczi, S. : 1933 Confusion of Tongues between Adults and the Child. Final Contributions to the Problems and Methods of Psycho-analysis. Karnac books, London.
- 10) Fink, D. : 1992 The psychotherapy of multiple personality disorder : A case study. Psychoanalytic Inquiry 12, 49-70.
- 11) Freud, S. : 1914 Remembering, Repeating and Working-through. S. E. 12 (小此木啓吾 1969 想起, 反復, 徹底操作. フロイト著作集 6. 人文書院, 京都).
- 12) Freud, S. : 1920 Beyond the Pleasure Principle. S. E. 18 (小此木啓吾 1969 快感原則の彼岸. フロイト著作集 6. 人文書院, 京都).
- 13) Freud, S. : 1923 The Ego and the Id. S. E. 19 (小此木啓吾 1969 自我とエス. フロイト著作集 6. 人文書院, 京都).
- 14) Freud, S. : 1939 Moses and Monotheism : Three essays. S. E. 23 (森川俊夫訳 1984 人間モーセと一神教. フロイト著作集 11. 人文書院, 京都).
- 15) Hegeman, E. : 1995 Resolution of traumatic transference : Two cases. Contemporary Psychoanalysis 31, 409-422.
- 16) 細澤仁 : 2001 解離性同一性障害の精神療法—終結 3 症例を通して—. 思春期青年期精神医学 11(2), 89-98.
- 17) Kirshner, L. A. : 1994 Trauma, the good object, and the symbolic : a theoretical integration. The International Journal of Psycho-Analysis 75, 235-242.
- 18) Main, M. & Morgan, H. : 1996 Disorganization and Disorientation in Infant Strange Situation Behaviors : Phenotype resemblance to dissociative states. Handbook of Dissociation. Plenum Press, New York.
- 19) Marmer, S. S. : 1980 Psychoanalysis of multiple personality. The International Journal of Psycho-Analysis 61, 439-459.
- 20) Oremland, J. D. : 1972 Transference cure and flight into health. International Journal of Psycho-

- analytic Psychotherapy 1(1), 61-75.
- 21) Pine, F. : 1989 Motivation, personality organization, and the four psychologies of psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 37, 31-64.
 - 22) Reis, B. E. : 1993 Toward a psychoanalytic understanding of multiple personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic* 57, 309-318.
 - 23) Rosenfeld, H. : 1978 Notes on the psychopathology and psychoanalytic treatment of some borderline patients. *The International Journal of Psycho-Analysis* 59, 215-221.
 - 24) Ulman, R. B. & Brothers, D. : 1988 *A Psychoanalytic Study of Trauma : The shattered self*. The analytic press.
 - 25) Winnicott, D. W. : 1959 *Collected Papers : Through Paediatrics to Psycho-analysis*. Tavistock Publications, London. (北山修監訳 1990 児童分析から精神分析へ. 岩崎学術出版社, 東京)
 - 26) Winnicott, D. W. : 1971 *Playing and Reality*. Tavistock Publications, London. (橋本雅雄訳 1979 遊ぶことと現実. 岩崎学術出版社, 東京)

WORKING THROUGH OF TRAUMA AND NEW BEGINNING : SUCCESSFUL PSYCHOTHERAPY WITH A PATIENT WITH DISSOCIATIVE IDENTITY DISORDER WHO HAD BEEN SEVERELY ABUSED BOTH SEXUALLY AND PHYSICALLY

JIN HOSOZAWA, M. D.

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

In this paper, I have tried to discuss about working through of psychological trauma, including childhood sexual abuse. First, I illustrated a vignette of a single woman with Dissociative Identity Disorder (DID). She had been severely both sexually and physically abused by her father. In working with her, two levels of transference often appeared. One was that when she experienced traumatic events and did not deal with them owing to psychic and/or external factors, central conflicts were made out of those factors and were transferred to therapeutic relationship. The other was that early infantile anxieties persisted and via projective identification were presented in and outside of the therapy. At first dissociations were used as defences against psychotic anxieties, and in turn as defences against central conflicts on interpersonal relationship. Based on the discussions as to how I dealt with those two levels of transference and dissociations, I proposed the formulation of psychotherapy for DID patients that is as follows.

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, dissociation barriers may loosen and psychotic anxieties may appear in therapeutic situations. 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. It seems that the essential task of the therapy with such patients is to work through traumatic transference on therapeutic relationship. As a result of this working through, patients can integrate dissociated traumatic experiences into their life histories, and can experience new beginnings.