

最近、解離と自傷についての話をよく頼まれるようになった。事実、ここのクリニックや隣の新大阪カウンセリングセンターでも、解離と自傷の患者やクライアントが多くなっている。それで、この機会に一度、この二つについて考えてみた。

解離性障害のクライアントは自傷行為を起こしやすいし、自傷行為を繰り返す患者は、解離を伴っていることが多い。両者は不可分であると思うが、もちろん、全く同一というわけではない。ここで、話を分かりやすくするためにまず解離ということから始めたい。

[第1部]解離について

1. 解離現象は重大なテーマ

まず、解離が問題になる患者が多く、その対応に苦慮することが多いということである。少なく見積もっても、いわゆる純粋の解離性障害に筆者は百例以上出会っているし、日々増加している感を抱く…だから、解離は、重要な臨床的課題である。

第二に、解離現象は、解離性障害以外に、境界性人格障害はもちろんのこと、離人症やヒステリーなどの神経症、うつ病、心身症、統合失調症、てんかん、アスペルガー障害など、他の精神疾患でも、問題になることが多く、精神疾患全体に広く関わっている現象である。だから、解離は精神医学の根本的テーマの一つだと考えられる。

第三は、解離が、抑うつ、不安、イライラ、怒り、攻撃性、不満、葛藤（前葛藤）、困惑など、人間が日常出会う心理現象とも大いに関係し、解離を考えることで、人間心理の理解をさらに深められる。解離は健康な人間でもよくあり得ることなのである。

第四は、結論を先取りすることになるが、筆者は「解離が患者なりの必死の表現」の一つであり、「生き残るための手段」であるとも考えている。そうなると「有害な解離」以外に「有効で役に立つ解離」もあり、またその中間もあり得ることであろう。解離に限らず、精神症状のほとんどは、有害性だけではなく、有益性もあると思われる。だから、ここで解離の有害性と有益性について、考えてみたい。

第五は、解離の多くが、外傷体験を伴っているとされている。ただ、筆者から言わせれば、人間のほとんどは、多かれ少なかれ、また強い弱いとは別に、外傷体験を被っている。ただし、外傷体験をバネにしてその後の人生を強く生き抜く人もいれば、いつまでも外傷体験をひきずったりして（或いは突然再帰したりして）生活の障害になったり、本人を苦しめたりすることも多い。この外傷体験の受け止め方の問題や、またまた、そもそも「外傷体験とは何なのか」「傷とは何なのか」を考えることも、大事である。

第六は、記憶の問題である。パスカルは「記憶は自分自身である」と言ったが、それは至言であると思う。だから「解離の主症状でもある健忘や記憶障害にある人は、「自分がない」という深刻な問題の中にいる。また、「記憶の無さ」は、「責任の無

さ」にも通じてくる。従って、解離現象を通じて、記憶と責任の問題を考えざるを得なくなる。

第七として、解離の治療の問題がある。解離現象が日常でも起こりえるとしても、有害で、その人の生活を障害したり、周囲を困らせる解離もある。

そうなってくると、治療の目標の一つを「有害な解離」から「有害でもない解離」に移行させるということになるのかもしれない。解離の治療とは何か?解離現象で苦しむ人が、生きやすくなるには、どうしたらいいか、ということが、重大な問題になる。

第八は、解離現象の原因に関してである。解離は、当初、心理的原因が主なものと考えられていた。しかし、最近の研究によれば、幼児期に深刻な外傷を体験した人に、海馬の委縮が見られ、それが解離を起こすという、器質因を唱える人もいる。そこで、原因を考える中で、そもそも「原因とは何か?」「心因とは?器質因とは何か?」を考えることも必要かと思われた。

第九は、人間は、生まれた時は解離状態にあり、それが徐々に統合されていくという、発達過程をたどるので、解離とは「統合不全の一つ」とも考えられる。治療的には、統合不全の観点から考えた方がうまく行きやすいこともあるので、この統合についても、考えてみたい。

以上、解離現象から、「増加する解離症状、解離患者」「解離は精神医学の根本的テーマ」「人間心理の基本的究明」「有害な解離と有益な解離」「外傷とは?」「記憶、責任とは何か?」「解離の治療目標(有害でない解離への移行)」「統合や統合不全」といったことが、連想された。ここで、それらすべてを論じつくすことは、到底不可能だが、上記のことを念頭に置きながら、解離の治療に携わる人に有益な医療情報を提供していきたい。

ただ、解離の問題は、相当複雑である。どこから始めようか、どこの切り口から行こうか、大いに迷っているし、筆者の気持ちはすでにこの点で大きく解離している。

それで、とりあえず、次の順序で話を進めようと考えている。

まず、第一は解離の定義である。これは、一般的な解離の定義以外に、精神医学、心理学、精神分析的な解離の定義も入れてみた。

続いて、解離の機能(解離のメリットとデメリット)、解離症状、いわゆる狭義の「解離性障害」について、そして各精神疾患で起きる解離現象、病的解離反応の原因・背景を記す。そして、病的な解離・解離性障害の治療ポイントについて述べるが、ここは、接し方、見立て、説明、行動記録の有用性など、相当詳しく記していきたい。もちろん、以上は、一応の予定であって、話がどのように跳んでいくか筆者も予想がつかないが、とりあえず始めてみよう。

2. 解離とは?

a. 解離の定義（病的解離の定義）

解離とは文字通り「解け離れる」ことであるが、臨床領域では、以下の定義がなされている。

- ①意識、記憶、同一性、環境認識などの通常統合されている機能間の統合破壊
- ②意識の特殊な一形式であって通常ならば連係しているはずの事象が相互に離散しているもの
- ③情報の流入、貯蔵、放出をその通常の（あるいはそうあるべき）連動関係から能動的に離脱させようとする精神生理学的過程
- ④情報の連携的統合が妨害されている状態

もっともな定義だが、ここで言われる「通常」とか「あるべき」というのは、要するに、解離とは、破壊、離散、離脱であり、統合・連係・連動・連携の破壊・障害ということで、対象となるのは、意識・記憶・認知・情報といったことになるのだ

b. 解離性障害とは？

それでは、臨床で問題になる解離性障害とは、どのようなものか。それは「①解決困難な葛藤にさらされた場合、②その葛藤にまつわる観念や感情が切り離され、③同一性と直接的感覚の統制に関する統合が全面的又は部分的に失われる」といった障害を指す。（ここでは、解離を起こす原因として、困難とか葛藤が挙げられているが、以前、解離性障害が、解離性ヒステリー、ヒステリー性神経症とも言われていたのは、そうした理由に由る）。

c. 解離、dissociation とは？

解離は dissociation の訳語である。解離を一層理解するために dissociation の意味を調べてみる。dissociation の意味は次の通りである。

①分離、分裂

②意識・人格の防衛機制としての分裂（分裂した精神活動や考え方が多重人格の例に見られるように一つの独立した存在を導き出すこと）

③（化学で言う）解離（分子がより簡単な成分に分解すること）。

④（生物学で）多細胞生物が個々の細胞に分離すること。

（解離を広く取れば、連絡が断たれていることであるから、あらゆる心の病の一つの現象かもしれない）。

{# 解離すなわち dissociation の治療は association (連合、連結、連想、提携、つながり) ということになってくるのだろう。ここでも、治療は結合・統合ということになってくる}

(# 解離とは結局、ある観念とある観念を結び付けられない現象であり、ある観念を、別の観念が出てきても保持できないということかもしれない。その意味で解離とは記憶障害であり、治療は記憶能力を回復させることになる、ということになるかもしれない。)

d. 他の定義

フランスのジャネ (1859~1947) は、解離や心的外傷やヒステリーの研究で有名であり、解離を初めて定義したとも言われる。彼によれば、解離とは「心の一部がそのほかの心の部分とつながりを失ってしまっている状態」のことを指す。これはとても単純明快である。

現代の解離性障害研究の第一人者であるパットナムは、解離を正常な解離と病的な解離に分け、正常な解離を「不適応な反応との連合が存在しない解離」とし、病的な解離を「解離性障害を含めて不適応を増大させる解離としている。

3. 解離は自然で必要な現象でもある (しかし、行き過ぎると、有害になる場合がある)

解離は、パットナムも言うように、病的な解離でなく、正常現象としての解離もあるのである。つまり、解離は、他の症状と同じく、プラスもマイナスもある。

a. 解離のメリット

解離は、外傷に対して身を守る自然な反応である。耐え難い苦痛に対して解離反応を起こすことはむしろ必要な場合が多い。人生は、最初から恐怖や苦難に満ちていることが多い。これに対して、その苦痛な体験を軽くしたり、避けたりするのは自然で、むしろ生存にとって必要な現象でもある。

だから、解離や解離能力は生きる上での大事なことであるが、それは適当な物忘れが日常生活において必要なことである (全部覚えていたら脳はパンクする) のと同じである。(# 解離は、また本人なりの苦痛回避、また傷つきに会った時の自己修復、自己治癒の試みの一つとも言える)

(# 碁でも石が危険にさらされた時、一部の石を捨て石にすることで本体が守られることがある)

b. 解離のデメリット

ただ、この必要な活動である解離が、有害になる場合がある。それは、解離が行き過ぎたり、危機的でない時でも、又、解離反応以外の対応手段があるのに、解離反応を起こしてしまい、異常現象や不適応行動が生じ、自分が苦しみ他者も困ることになるといった場合である。

例えば、解離が行き過ぎて、記憶がないことが多くなると不安が強くなるたろうし、慢性に解離機制ばかりで動いていると、自分に一貫性がなくなり、普通意識が減少し、脱落意識が大きくなり、抑うつがひどくなる。また現実感に乏しくなり、自分が何をしたいのかわからなくなり、これは不安、恐怖を引き起こす。

また、行き過ぎた解離反応は、様々な自傷行為や破壊行為を生み出す場合が多い。例えば、行き過ぎのダイエット、拒食、過食、リスト・カット、自傷行為、自殺企図・自殺未遂、薬物依存、アルコール依存、家庭内暴力、見境無し性のセックスなどは、病的解離反応の一つと言っていい。

こうした病的な行動化は次のような機制になっているようである。

- ①耐え難い苦しさ、イライラ、不安、恐怖、絶望感などが存在し
- ②それに適切に対処したり、受け止めたり出来ず
- ③自分を見失ったままで（解離状態や意識水準低下のままで）
- ④自動反応に走り、其の場凌ぎの「苦痛回避」や楽を求める
- ⑤行動化に走る
- ⑥その後、ある程度満たされ、はっと我に帰った時、激しい後悔に苦しむ場合がある
- ⑦又、多くの点で、その行為の前や最中の気持ちに関しては健忘がある)

（#この意味でいくと、治療とは、不適切で過度の解離から、ほどほどの適度な解離への移行かもしれない）

c. 解離現象の連続性

パットナムは、このように解離を一つの連続現象として捉え、DES（解離性体験尺度）によって、その点数の低い順から高い順に、それぞれ、正常人、気質性脳障害者（うつ病などの気分障害）、恐怖症患者、てんかん患者、青年期の人、統合失調患者、PTSD、多重人格者というように並べている。このように、健常人はもちろん殆どの心の病で、解離現象が見られるということである。

4. 解離症状

解離現象が過度になり、本人の苦痛が増すなり、生活や対人関係に著しい支障が出てくると、病的解離・解離症状と呼ばれるのだが、その解離症状をパットナムは1次から3次に分けている。この図式はとても大事である。

a. 一次的解離症状

①健忘と記憶症状

- ・時間喪失、ブラック・アウト、健忘（自分がした証拠があるのに、思い出せない）
- ・遁走エピソード
- ・技能、習慣、知識水準の困惑する動揺（非常に慣れていることを頼まれたとき、突然「頭が真っ白になる」）
- ・自己史記憶の空隙（重要な個人情報記憶の喪失）
- ・由来健忘と記憶の「現実性」決定困難（「想起した」体験の由来を同定するのに困難を覚える）
- ・解離性フラッシュバック

②解離過程症状

- ・離人と非現実感
- ・被影響、被干渉症状
- ・解離性幻聴（統合失調症と違って「頭の内部で聞こえる形の声」である。現実との声との区別はあるが、本人の注意集中を低下させ、心の交通渋滞を起こす）
- ・トランス（脱魂体験）
- ・交代人格状態
- ・切り替わり（スイッチ）行動（思考の流れの中断、感情の突発的変化など）
- ・解離性思考障害（矛盾や不協和の許容）

③連合外傷後症状

- ・回避
- ・思考侵入
- ・生理学的易反応性

- ・過剰覚醒
- ・感情の平板化
- ・超然無関心

b. 二次的症狀

- ・抑うつ
- ・不安
- ・身体化
- ・低い自己価値

（# 解離症状と、一般の心の病の症状は大いに関連する。従って、こうした一般症状に出会ったら、解離がどの程度あるか考えた方がいい）

c. 三次症状

- ・物質乱用、大量服薬
- ・自殺的・自己破壊衝動、自傷行為
- ・暴力的行動
- ・乱交、

（# だから、解離症状は、上記の破壊衝動を伴うので注意が必要。逆にこのような破壊症状に出会えば、その本人の解離の程度を探る必要がある）

（# こうした症状を一覧すると、解離症状が、心の病の広範囲に渡って、重大な役割を占めていることに気付かされる）

さらに大事な点は、今の一次症状（健忘など）、二次症状（うつ、不安などの自覚症状）、三次症状（行動化等）は三つとも併存することが多く、相互に関連するとともに強化し合っているということである。それは一次症状の中の健忘、離人症状、被影響感、切り替わり、思考侵入なども同じ事情である。

5. 解離性障害の種類

a. DSM-IVの場合

DSM-IVでは、解離性障害として以下のものが掲げられている。（ICD-10の分類は、また違っているか、それは後で述べる）

①解離性同一性障害（多重人格障害とも言う）

これは、解離性障害の中で最も基本的な障害とされている。この診断基準としては、

ア、「二つ以上のはっきり他と区別される人格の存在」

イ、この人格の二つ以上が交替的に反復的に、患者の行動を統制する。

ウ、重要な個人的情報の想起が不能であり、通じ用のもの忘れでは説明できないほど強い。

といったものが挙げられている。患者で特徴的なことは、自分は「ある行動をしたのに全くそれを覚えていない、といったことである。例えば、メールの記録が残っているのに、全くそれを覚えていない、ということを繰り返し体験する。要するに、別の人格がしたということである。

また、主人格以外に、副人格がいて、それらは本人に対して、敵対的人格であったり、保護的人格であったりするが、印象では、主人格と対照的な人格であったり、主人格を助けるような人格であることが多い。

これは、自分のしたことに記憶がない、ということや、自分以外にいくつもの人格の支配を受けていることで、患者は自分がバラバラな感じを持ったり、不安・恐怖、抑うつ感情を持ちやすい。また知らない間に借金をしたり、万引きをしたりという行動もあって日常生活に相当支障が出てくる。

また、それと関連して自殺傾向、自傷行為が生じやすくなり、幻聴（副人格からの命令）などの精神症状、頭痛・吐気などの身体症状もあり、このことでも解離性障害患者は大変だと言える。筆者の経験では、破壊的な行動化に一番悩まされる。

②解離性遁走（心因性遁走）

これは、「予期なしに突然、家庭・職場から離れて放浪し、過去を想起できなくなる」状態を指す。つまり、意識なしに突然蒸発し、気がついたら全然別の場所に来ていて、そこにきた経緯を全く覚えていないといったことである。これは、深刻な葛藤があったり、同一性に混乱があるのに、それに気づかずに平静さを装っている時に起きやすい。すぐに反省するが、繰り返すのが難点であるし、自殺も心配である。

③解離性健忘（心因性健忘）

これは、健忘・想起困難が主な症状である。これは、「重要な個人的情報で、外傷的・ストレス性の強い情報が想起されず、それがあまりに広範囲にわたるため、通常のもの忘れでは説明できないような健忘現象」を指す。

これは、よくドラマなどで取り上げられる「記憶喪失」のことである。

④離人性障害（離人神経症）

離人体験（自分の精神過程、又は身体から遊離してあたかも自分が傍観者のように感じてしまう持続的で反復的な体験）が、患者を苦しめ、日常的にも障害をもたらしている状態を指す。「生きている感じがしない」「外界が幕がかかったように感じる」「自分が行動している感じがしない」「頭に霧がかかった感じがする」という訴えと同時に、バランス感覚も失い、家具にぶつかるといったことも生ずる。

⑤特定不能の解離性障害

ガンザー症候群（偽痴呆）；的外れ応答を主とする

多重人格障害の変形

トランス状態

現実感喪失（離人感を伴わない）

P T S Dの解離状態

憑依状態

（解離しやすい人は、カルト集団などから、犯罪実行人として利用されやすい）

といった病態がD S M-IVで示されている。

b. I C D-10の場合

子の分類の特徴は、解離性障害を転換性障害とも呼んでいることである。従って、ここでは、解離性健忘、解離性遁走、解離性混迷、トランス・憑依障害に、加えて、転換性ヒステリーとも言うべき、解離性運動障害、解離性知覚麻痺、解離性けいれん、などの疾病も入っている。

（ここで、転換という現象について、少し説明しておく。転換という言葉は、もちろんフロイトが言い出したものだが、それはまず、①ヒステリーといった神経症などにおいて認められる症状形成の機制であり、②次に、これは、葛藤を、運動麻痺や知覚麻痺、震え、痙攣、嘔吐といった身体症状に移し変え、葛藤を解消しようとする試みであると考えられる。これは、葛藤という困難を心から移動して体に移し替えるということで、解離とほぼ同じ現象と考えてよい。この置き換え現象をジャネは解離と呼び、フロイトは転換と呼んだのだろう）

6. 他の心の病における解離症状

解離現象は、幅広い分野にわたると言ったが、その通りで、いろいろな心の病で起きる。以下それらを追ってみて、解離の理解を一層深めていく。

a. うつ状態、うつ病の場合

うつ病の場合、時に遁走、健忘、昏迷、転換ヒステリー症状が生じることがしばしばある。うつ病そのものが、葛藤が解決されない状態として、出てきている以上、その葛藤の一つの表現として、解離症状が現れても不思議ではない。

特に、発生期や回復期のように、うつ病のエネルギー低下状態を受け入れられない場合に、その葛藤が解離され、転換され、ヒステリー性身体症状が起きやすい。特に、自己アピールの強いうつ病ほど、そうなりやすいし、まれに解離性遁走も起きやすい。

b. 神経症、ヒステリー、身体表現性障害

DSM-IVでは消えてしまっている神経症・ヒステリーは、身体表現性障害と名前を変えて登場しているが、いくら名前を変えようが、解決できない葛藤が解離されて、主として身体表現性障害（頭痛、吐き気、腹痛、過呼吸、頻尿、失声・失立・失歩、けいれん、チックなど）に転換されて現れても不思議ではない。臨床場面で、今のよう訴え・症状はごく一般的である。

c. パーソナリティ障害、特に境界性パーソナリティ障害における解離について

BPDにおいては、もともとBPDの診断基準（DSM-IVによる）の中に「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」という項目が挙げられている。

又、BPDの症状と解離症状の中には、抑うつ、見捨てられ不安、同一性障害や低い自己評価といった自覚症状だけでなく、自傷行為を初めとする破壊的な行動化、切り替わり（スイッチ）行動、が見られ、両者は共通するものが多い。

それでは、BPDと解離性障害は全く同一かという、そうとも言えない。違う点でまず感じるのは、①BPDでは、解離性障害に比べ、そんなに健忘が目立たない（自傷の場合でもBPDの場合は、健忘の度合いが少なく、すぐに思い出せる）（ただ、BPDの特徴として、解離性症状が挙げられているから、BPDは、普通の病態よりは健忘傾向が強いだろう）

②BPDは、解離性障害に比べ、他者を巻き込む度合いや、他者に対する攻撃やアピールの度合いが相当強い。自傷行為の場合でも、BPDの場合はその傷を盛んに見せようとするが、解離性障害の場合はあまり目立たない（といってもアピール性の自傷行為と非アピール性の自傷行為を簡単に区別は出来ない。しかしながら少なくとも自傷行為におけるアピール度に関心を持っている方が、自傷・解離の治療には役立つだろう）

③後、BPDの分裂機制（スプリットィング）と解離の機制に少し、違いがある。両者とも、術語優位で主語が後退しており、状況に支配されやすい傾向（この術語優位については、原因の項で詳しく述べる）にあるが、BPDの場合は、投影や外在化が目立

つ。スプリッティングは、ノラインによれば「対象および自己についての、良い幻想と悪い幻想を別個のものとして隔離しておくこと」となっている。

この「良い」「悪い」で隔離する傾向は、「耐えがたいもの」を切り離す「解離」に少し似るが、スプリッティングの場合は、あらゆるものが「良い群」と「悪い群」に凝集しやすい。これに対し、解離の場合は、もっとばらばらに分かれているようである。しかし、これもいつも明確に分けることは出来ない。

また、スプリッティングは、たいてい投影同一視（神秘的融即）、即ち外在化や巻き込みが伴っている。もう少し、この点を詳しく言うと、

イ、自分に関しても他者に関しても、「全く素晴らしく良い自分」「素晴らしい人たち（親、治療者、友、恋人等）」と感じ、その時「悪い自分」「悪い対象」はまったく体験できていない。逆に、こちらの方が、臨床的には多いが「全く悪い自分」「全く悪い相手、対象」とだけ感じ、「良い部分は全く体験出来ない。（この両者を同時に体験出来る程、健康度が高いと言える）

ロ、「悪い自分」は、同時的に「重大な対象、相手」に投影される結果、相手は「全く悪い対象」となってしまう。また、その「悪い相手」と自分を同一視してしまうため、その悪い相手（悪い自分と同一）を猛烈に攻撃したり、支配しようとしたりする。ホームの自分をアウエイに置くわけである。

ハ、投影される相手がそれに正しく対応出来ればいいが、その投影同一視に反発すると、本人はますます怒りと興奮の度を深め、事態は混乱し、自傷などの行動化が生じやすい。

（ただ、こうした事態は、良いと悪いの認識・区別、自分と他者との区別が出来ていないことから生じるとも言える。認識という分離・明確化が出来ていないので、却って分裂・スプリッティングが生じるのである。いわば融合されたままなのであり、ユングが神秘的融即と呼んだのも、この点を指すのだろう）

（以上、解離とスプリッティングの違いを述べたが、Gabbardのように、解離をスプリッティングの極端な現れと見做す考えもある。治療的にいいのは、解離やスプリッティングの定義というより、それらに対する生きた知識を豊富に持ち、クライアント理解と治療に役立たせることだろう）

d. 解離症状と統合失調症

統合失調的の症状を来す状態を統合失調症とするが、統合失調症においても、解離症状は現れやすい。もっと言うなら統合失調症の症状は解離症状と大変似ていると言える。

①記憶障害、健忘に関して

統合失調症の精神運動興奮状態、混迷状態、強い幻覚妄想状態など、精神病症状が激しい場合は、その時のことに関して、本人は覚えていないことが多いし、また想起に抵抗することが多い。

これは、意識水準低下のための健忘とも考えられるし、苦痛な病的体験の想起を回避するという防衛的な意味合いもある。

いずれにせよ、統合失調症の急性精神病状態と解離症状の比較は、大事なテーマである。

②現実感の喪失、離人感

統合失調症では、しばしば離人感が現れるし、離人感が、統合失調症の前触れであることもある。また統合失調症でよく見られる外界の知覚変容感も離人感の一つと考えてもよい。

大事なことは、離人感、離人症状に出会った場合、その重篤度や根の深さ、その時の主体性や自我の状態をよく観察して、不必要な重症化を防がないといけない。抑うつ、不安、身体症状等と並んで、離人感は、本人なりの必死の「救助信号」と考える方がいい。

③幻聴、妄想、被影響体験など

幻聴は、統合失調症の代表的症状とされているが、解離性障害でも起こりえる。その他、幻聴と並んで、統合失調症の一級症状とされている、被影響体験、考想化声、思考伝播、思考奪取、作為体験、妄想知覚なども、解離性障害などで見られる。

解離で起きる幻聴と、統合失調症の幻聴は、基本的には同じと思われるが、前者は後者に比べ、「声の内容をはっきり知覚し」「また、頭の中で生じているという自覚がある」という点が特徴的である。その点で、解離性障害の方が、まだ現実認識や主体性を保っていると言えるかもしれない。

e. てんかんと解離

解離症状と、てんかん、特に側頭葉てんかんの複雑部分発作との比較・異同は従来から問題になっている。

てんかんは「神経細胞の自発的で過剰な放電によって起こる大脳機能の一過性発作性の病態生理学的障害である」とされ、側頭葉てんかんの複雑部分発作は、精神運動発作とも言われ、自動症（意識なしに自動的に起こる一連の行動、徘徊、ぶつぶつ言う、強迫症状、夢遊病的行動）、意識減損発作、精神発作（聴覚・視覚変容、離人発作）、発作的情動体験（突然の恐怖、孤独、悲しみなど）が、主な症状である。この精神運動発作は、発作性の解離性症状に酷似している印象を受ける。それ故、この

精神運動発作を「ヒステリーてんかん（解離性てんかん）と呼ぶ学者たちも現れたこともあった。

また、解離性障害が心的外傷によるし海馬委縮と関連しているという知見から、解離性障害と側頭葉てんかんの共通のメカニズムが今問題になっている。

一方、解離発作（ヒステリー発作）は、脳器質的基盤を持つてんかん発作と区別しようとする動きから「偽発作」と呼ばれ、考察の対象になった。深尾はその結果を次のようにまとめている。

①複雑部境発作（精神運動発作）を持つてんかん患者は、健常者より解離度が高いが、偽発作（解離性発作）の患者は、てんかん患者より解離度が高い。

②てんかん発作と偽発作を合併している患者の解離度は、偽発作のみの患者とてんかん発作のみの患者の間にある

③偽発作の患者に、性的・身体的虐待の経験が多い。

④てんかん患者の中でも、解離度の高い人は性的・身体的虐待の経験が多い。

⑤てんかん患者における（離人症状・既視感、未視感などの）精神発作の存在は解離度に相関せず、むしろ不安の存在に相関する

ここから、考えられることは、解離とてんかん発作は相当似ているが、解離の方がより外傷と近い関係にあるということのようである。

ただ、てんかん発作と解離発作が全く同じかということ、そうでもない。デヴィンスキーらは、てんかんと診断された解離性同一性障害の脳波とったところ、異常脳波はたくさん見られたが、解離現象とてんかん型脳波との相関はなかったとのことである。

ということで、解離と側頭葉てんかんを全く同一のものとするのは無理があるということである。しかし、両者の間には、共通した脳機能障害が、あるレベルには存在すると考えられる。

それ故、てんかんと解離は同じものだが、違う点もあるという視点と、てんかんと解離は別物だが共通するところも多いという視点を二つ併せ持つ必要があるように思う。またてんかんと解離の合併している患者では、どこがてんかん性の症状で、どこが解離の症状であるかの鑑別と、鑑別が出来ない点はどのあたりかという三つの視点を持つことが大事であろう。

f. アスペルガー障害と解離症状

アスペルガー障害（筆者は、アスペルガー障害的傾向をもつ人々は確かにいるとしても、身体病のような疾患単位としてアスペルガー障害が存在しているかどうかに関しては疑問を持っている。従ってここでは、アスペルガー障害をアスペルガー障害的

傾向を持つ一群のパターンと考える)が強い人は、①対人関係の障害(視線を合わせない、共感・共有の不足、友達を作りにくい、場の雰囲気や他者の気持ちを読めない、仲間に入れない、相手とトラブルを起こすなど)、②言語・コミュニケーションの障害(語用能力の不足、奇妙な話し方、ごっこ遊びの欠如など)、③ファンタジーへの没頭、こだわり・とらわれの多さ、と言った点に特徴があるとされている。

発達とは、ある意味、社会性や対人関係能力(何も社会的になるということではなく、人との適切な距離や態度感覚を獲得するということである)の獲得とも言えるので、我々はすべてアスペルガー障害の傾向を持つ危険性はあるのである。

さて、アスペルガー障害の傾向を持つ人に特徴的な「空想への没入」や「周囲とかけ離れた独自の世界にいる」ことなどは、解離症状を持ちやすいと考えられる。

解離を「意識や記憶の統合の障害」とした場合、アスペルガー障害の傾向を持つ人にも同じような現象が見られる。

それは「タイムスリップ現象」と呼ばれ、その特徴は、①突然、時として数年以上前のことを思い出し、その想起した内容を、あたかもつい先ほどのことのように対応する、②知的能力は高いが、感情的に不安定な自閉症によく見られる、③感情体験が引き金になり、過去の同様の体験が想起される、④その記憶は、普通児の能力を超え、言語開始前後の年齢まで、さかのぼることがある、とのことである。

これは、臨床的には、急に怒り出したり、泣いたり、パニックになったりということ、アスペルガー障害に限らず、他の心の病を持っている人や、健常人にも起きても、不思議でもないし、わざわざタイムスリップ現象と名付けるほどのことでもないかもしれないが、この「突然想起現象」を受け止められないと、臨床的事態になるということである。

それから、今ひとつ問題になるのは、アスペルガー障害が解離症状を伴うだけでなく、その解離症状がもとで、いじめという外傷に会い、それがますます解離を強めるという負の連鎖である。これをどう防ぐかは、临床上、重大な問題である。

g. その他の場合の解離症状

以上、解離症状の表れを、うつ病、神経症・ヒステリー、境界性パーソナリティ障害、統合失調症、てんかん、アスペルガー障害などで見てきたが、其の他に、依存症、摂食障害、などあらゆる心の病に見られる一般的現象である。すなわち、解離・健忘は、不安・抑うつと並んであらゆる精神疾患の入り口であり、パスポートである、と考えてもいいだろう。

7. 病的解離反応の原因・背景（平均よりも病的解離反応を起こしやすい人達の背景）

a. 原因探求に当たって（治療に役立つ原因を探す）

解離の原因や解離に関連する要因は、多数に上るが、その前に「そもそも原因とは何か？」といったことを押さえておこう。

原因とは、普通「ある物事や状態を引き起こしたもとなった事・出来事」となっているが、もうすこし詳しく言うと、アリストテレスが言った、形相因（例えば、家を建てるに際しては、家の定義にかなった機能・構造・形姿が、家の生成には必要）・質量因（家を建てる際の土や木や石などの材料）・作用因（家を建てる際の建築家、技師やその働き）・目的因（家としての役割・働きを期待する）、四つの要因が絡む。これらはそれぞれ、構造因子、成分・材料因子、始動因子・動力因子・期成因子、期待・目標要因とも言えるが、原因と言っても、このように複雑なのである。ただ、申し訳ないことに以下の論述では、これらの4要因をそんなに区別して、使っている訳ではないが、原因は少し考えただけでもこれだけ複雑だし、またそれぞれの形相因等4要因の原因をさらに追及すると、およそ、「無限の因と縁」が引き出されてくる。

このように、原因探しは簡単ではないが、筆者はあまり学問的なことにこだわらず、①治療に役立つ原因を探す、②事実に合致する、③患者と共有できる、という三つの原則を則として進めていきたい。といっても、実際は箇条書きできになってしまうのを許していただきたい。

B. 幼児期のトラウマ、虐待

まず、解離といえば外傷体験が必ず持ち出される。外傷・トラウマ体験がは苦痛なものであり、それを避けたいと思うのは自然である。解離においては、知覚・感情の麻痺や体外離脱体験により、恐怖感・苦痛・不安・絶望感などの主観的体験が回避される。動物の擬死反射のような「固まり行動」に例えられるかもしれない。

しかし、このような解離反応は、一時しのぎになっても真の解決にはならないことが多い。これは多くの精神症状にとっても同じことが言える。解離や精神症状は「葛藤や問題の解決を棚上げにした引き伸ばし行動・一時凌ぎ現象」である。

さらに、この解離癖がひどくなると、必要なものまで解離してしまい、その結果統合が出来ず、それがまた不安や苦痛をもたらすという悪循環が生じる。

（#それから、この外傷の存在に関しては、常に議論的になることが多い。それはフロイトが「患者の言う外傷体験は本人の作りだした空想である」という説に代表されるように、事実ではなく、本人の想像に過ぎないという意見がある。これはこれである程度考慮に入れておいてもいいが、筆者の経験で言うとやはり平均よりは多いという印象を受ける。ただ、事実かどうかの判定は難しいし、そんなことに労力を費やしても治療に役立つと思えない。後の治療の項でも述べるが大事なことは、虐待や外

傷を被ったという患者の心的現実であり、これを出発点にしながら、患者と共に「傷のいやし」をさぐっていくことが大事である)

(#また、被虐待児の、脳梁、海馬、前頭葉などの体積は減少し、これが解離をひどくさせているという説もある。海馬は、記憶・学習・感情を司ることなので、脳障害としての側面も頭に入れる必要がある)

C. 幼児期からの解離傾向（思春期になるまで目立たない）

幼児期から空想に耽り、現実を忘れやすい傾向を持つ子供は、嫌なことがあると自分の空想の中に逃げ込みやすいので、葛藤・苦痛から自分を避けやすい。ただ、この解離傾向も、思春期までは大きな課題（対人関係上の）にぶつからないため、目立たないことが多い。解離も、他の心の病と同様、思春期・青年期になって現れやすい。この時期は現実と直面しやすいのである。

それから、自己暗示・自己催眠に陥りやすい傾向にある子供も将来、解離症状を来しやすい。主体性が育っていないからである。

言い逃れや作り話をする傾向も、青年期になって解離症状を来しやすい。これは、一時しのぎにしかならず、真の解決にならない。思春期になって、対人関係などでの主体的判断を求められたときや、葛藤の真の解決を迫られた時、この言い逃れの・虚言的傾向は、事態をますます悪化させやすい。

D. 耐え難い葛藤

人間は生きている以上、意識するしないにかかわらず、何かを願っている。「何も願わずありません」という人でも「何も願わないという一種の安らぎを願っている」と言える。

このような人間の願望は、現実や他者の存在によって、大抵は妨害されることが多い。つまり「思い通りにいかない現実」に出会わされ、困難や葛藤の中に放り込まれるのである。

これに対して「人生は思い通りにいかなくて当たり前。思い通りにいかないとき、適切な行動を取って、不適切な行動を控えればよい」といった考えや「葛藤・困難こそ、人間の創造の源なので、辛いがむしろ歓迎する」という態度をとれたり、口だけではなく、実際にそれらを実践する人は、健全さを保つだけでなく更なる成長への道が開かれる。しかし、全員がそのように出来ないのは自明の理である。

葛藤・困難にあつて適切な対応が取れず、不適切な反応に終始してしまう場合は、過剰な不安・恐怖・混乱・自己喪失など様々な精神症状を来すであろうし、また不適切で過剰な防衛（抑圧、隔離、反動形成、合理化といった一般の防衛だけでなく、投影・外在化、スプリッティング、投影同一化といった原始的防衛を一時しのぎで使うが、

結局事態を悪化させる)を使い、それによってますます追い込まれていく。その結果は、病的な精神症状、様々な身体症状、種々の行動化などである。

病的な解離（正常な解離はむしろ適切な反応である）も、こうした不適切反応の一つである。だから、病的解離を来しやすい人に不安を与えたり、葛藤状況に追い込むと、容易に解離症状を強めることになるので、治療の上では、絶えず彼らの安全・安定確保に努めねばならず、葛藤解決・成長というプロセスを急いではならない。

彼らにとっての不安・葛藤で強いものは、見捨てられ不安、拒絶され不安、無視され不安、自尊感情の傷つき、孤独感、孤立無援感、非難されること、責められること、罪悪感、希望の喪失、誤解されること、周囲の冷たい不適切な対応などであるが、挙げれば切りがないほどである。この葛藤・困難・不安などが、解離を起こすことは紛れる余地が無いほど明白である。

E. 親も解離傾向が強い場合

親が解離傾向や、急激な意識状態の移行（気分が変わり易いということも含む）を繰り返し行う家庭の子は、自分の行動状態の調整もうまくいかなくなって不思議ではない。こうした親で多いのは、アルコール依存症、鬱状態、躁鬱病、気分障害、解離性障害、暴力的な親、威圧的な親などである。

ア、状況依存性、述語優位、主語が育たない

この状況におかれた子供は、親の状態が急速に移行し根本的に別物になってしまふことに対して、それなりの対処法を身に着けざるを得なくなる。

親の極端な状態依存的行動（主体性も見通しもないその場の状態や気分ですぐ動くこと）は、様々な形で子供を傷つけ、子供に悪影響を残す。

まず、そうした親に対して、子供は強力な模倣・内面化・同一化過程によって、親の行動の様々な側面を、自分の行動のレパートリーや枠組みに取り込む。しかし、この過程は、文脈や状況によって相違する矛盾した親の様々なヴァージョン（親なりの様々翻訳・説明）によって、混乱させられることが多いと予想される。

いずれにせよ、このような親への模倣、また親の状況依存的行動は、子供もまた状況依存的にさせ、主体性や自分が育たない。いわば「述語優位」になり、主語が育たないのである。この主語が育っていない点は、他の心の病でも生じるが、特に病的解離では、顕著に見られる現象で、治療上では、「述語優位の不安・苦しさの理解」と「主語の育成」がポイントになる。

イ、親の行動に対する子供の「相補的行動」の成立

親の根本的に異なる複数の仮面（ペルソナ）は、親が薬物中毒であれ、抑うつ・躁状態、解離によるものであれ、子供の中に相補的な行動状態の成立を促す。この行動

状態は、模倣とは逆の意味でひたすら自分より親の状態に影響されるということで、これも自己や主体が育たない。

ウ、首尾一貫性のない親→子供は時間と歴史を持たなくなる

親の行動状態の劇的で急速な変化は、首尾一貫性のない子育て、気まぐれな報償と羨行動となる可能性が高い。また、親の言動は高度に状況依存的なので、子供は首尾一貫性のない行動をとりやすくなってしまう。

また、親の首尾一貫性のない子育ては、親が子供の体験をある文脈の中に置いて統合的に理解できないということにもなる。より健康度の高い親なら、発達中の子供と自分を重ねつつ、より広い人生展望を持ち、その展望を適切な形で、子供に分かち与えることができる。

ただ、そうでない親に育てられた場合、子供はできごとを時間的に整理して、年代順に並べることができず、記憶は断片的なものになり易く、これも解離の温床となる。だから、解離性障害の患者は、自己の歴史を整理して語りにくいのであり、治療者はよくそのことを理解しておく必要がある。

エ、体験の恒常性の無さ

幼少時の繰り返しや恒常性体験は、各体験や各状態間のいろんな裂け目や隙間に橋を架け、それらを繋ぐ。ところが、解離的な親は、年少児が探し求めている体験の恒常性を与えることが難しい。その結果、子供は安定性の重要なよりどころを持たないようにされてしまう。

このように、解離的な親は、外傷という好ましくない体験を子どもに与えるだけでなく、必要な体験（主語の育成、主体や自己の形成、首尾一貫性・歴史性、恒常性、安定等）を与えることが出来ない。だから、外傷と同時に統合不全というの、病的解離の重大な要因となる。

F. 医原性

親だけでなく、治療者も解離を促進させることがある。だいたい、治療状況や面接場面そのものが、幼児期の外傷の再演舞台になり易い危険性を持っていることを治療者はよく自覚すべきである。

そうでないと、解離を助長する治療者（本来は連結すべきなのに）になってしまう恐れがある。特に催眠が好きな治療者だと、催眠をかけることに熱心になり、本人の主体性や統合性を高めるより、むしろ被暗示性を促進させて、解離をひどくさせる。これは解離の治療に有効といわれるEMDRでも同じことが言えるが、この点は治療の章で詳しく述べる。

(#治療者にわかってもらおうとして多重人格現象を訴える患者もいる。治療者がそのことに興味を持てば、ますますその症状は強まる。治療者は、単に解離に興味を持つというより、解離の治療に関心を持って聞いた方が、患者は健康性を回復しやすい。)

(#いずれにせよ、症状は患者と医者との合作。症状に限らず、病名も両者の合作といえる場合もあるだろう。病名だけが独立して存在している訳ではない)

(#原因に関しては、虐待が主原因と考える人もいれば、その思い込みの方が問題だという人もいる。どちらも一理ある。問題はセラピーを受けているクライアントがどう考えるかということで、クライアントと共に、役立つしかもクライアントが納得する病因論を構築していけばいいのでは、と思われる。治療者が勝手に仮説を立てて、クライアントからの情報を自分の都合のいいように使っていくと、真実から離れ、もちろんそれは反治療的なことになる)

G. その他の解離要因、追記

先にも述べたが、解離する人は、①生まれつき素質に恵まれ、対人的な感受性に敏感である ②複雑で豊かな内的世界を持つ(想像上の友達など) ③感情に圧倒され、それを処理する力がない人が多い。

さらに、あまり深い有益な対人関係・友人関係を持たずに育ってきたことが多い。逆にいじめや仲間外れの体験が多いし、仮に集団に認められてもそれは公的な自分が認められただけで、私的な自分を受け入れてもらえた訳でもない。だいたい、私的な自分をさらけ出すことそのものが出来ないでいるのである。

だから、彼らの異性関係は不幸に終わることが多い。恋愛関係は、私的な自分を出せる場面であるが、最初はよくても、相手は本人の「病的現象」に耐えられなくなり、いわゆる「捨てられる」ということになり、また傷つく。たまに、パートナーが患者を治療に連れてくることもあるが、治療の最後までつきあってくれる人は少ない。

このような、空想癖、内的世界の閉じこもり、現実世界からの無視・排除・いじめ、公的自分の強調という過剰適応、不幸な恋愛体験といったことも、解離を助長する因子である。

それから、以上の例からも推測されるように解離は、女性に多いようである。しかし、男性にない訳ではない。DV(異性間・家庭内暴力)、ギャンブル依存、アルコール依存、蒸発・遁走、「キレやすい人」、重症うつ病、未熟型うつ病などで、よく男性の解離現象が見られる。

解離の原因・要因にはまだまだ、いろいろなものが挙げられるが、とりあえず、ここまですべて、今度は解離の生物学的背景を探っていく。

8. 解離の生物学的背景

a. 心因と器質因は相互排他的ではない。両方の考え方を持っている方が立体的・治療的

今までは、解離の主として心理的要因を探っていたが、今度は解離の生物学的背景を探っていきたい。その前に大事なことを一つしておく。それは、解離に限らず、あらゆる心的現象・精神症状に関して言えることであるが、心因と器質因（生物学的要因）を対立的・相互排他的にとらえる見方についてである（例えば、「神経症は純粹に心の問題である」とか「統合失調症は生物学的要因によるもので、心理的要因は関係ない」といった見方）。

筆者は、これに対し、心・脳・身体は不可分関係にあると考える。つまり、人間は様々な心的現象を体験する時、当然脳や身体にはある種の変化が起きているし、また脳や身体の変化は大抵心の次元にも現れる。もっとはっきり、誤解を恐れず言えば、ある種の症状を探っていく時、心理的要因を探れば、いくらでも出てきてそれなりの説明をつけられるし、また器質因を探していけば、これまたいくらでも出てくるといった具合である。

これは、心の病と身体疾患を比較すればより分かり易い。身体病の場合、例えば、慢性疲労状態の原因として、「慢性感染症」「糖尿病」「膠原病」「悪性腫瘍」「甲状腺機能低下症」といった病態は、相互排他的・独立的で、原因はどれか一つとして絞り易い（もちろん上記の疾患が合併することはあり得るだろうし、それ以外の要因も加わるだろうが）。

しかし、精神症状となると、例えば、幻聴といった症状については、一方では「主体を圧倒する体験による心的統合力の低下」とも言えるし「脳内ドーパミンの過剰分泌」ということも言えるということになる。結局、両者は、実は同じ現象（圧倒された中における心脳の興奮・混乱、思考力低下状態）を別々の言葉で言っているだけなのである。魚を、英語では fish と言い、フランス語では poisson というようなものである。

唯、日本語しか知らない人よりは、英語も知っている人の方が日本語を奥深く柔軟に理解しやすいと同様、心理学語だけでなく、生物学語や、社会学語などを知ってる方が「治療語」が豊かになる（即ち治療能力の向上になる）だろう。また、ある現象・症状の理解が立体的で幅広く奥行きが深く正確で柔軟なものになる。ということ踏まえて、今度は、解離を「生物学語」で解明していこう。

b. 外傷と解離（外傷の与える生物学的変化）

パットナムによれば、外傷に誘発された変化の結果として「単一システム内フィードバック調節の攪乱」と「システム間のフィードバック調節の乱れ」があるとの、このことである。

ア、フィードバック調節の乱れ

フィードバックとは「出力や刺激に応じて、入力や反応を調節したり、原因に応じて結果を調節する」という、生命体に備わった基本的な機能システムである。例を挙げると、自動車のスピードが上がり過ぎると、アクセルを緩めるとか、ブレーキをかけるといった自動安全システムのようなものである。簡単に言えば、「自動調節システム」ということで、生物はこのフィードバックのおかげで生命を維持できるのである。

ところが、慢性PTSD患者では、たとえば、視床下部－下垂体－副腎系（Hypothalamus－Pituitary－Adrenal系、略してH－P－A系）の混乱をきたし、必要なコルチゾール分泌の低下が起きる。コルチゾールは副腎皮質ホルモン（ステロイド）の一つで、これは抗炎症作用をゆうするので、これが低下するということは、生体維持に良くない訳で、外傷を受けた子供の罹病率や死亡率は、そうでない人よりも多いという報告がある。

イ、システム間のフィードバック型相互作用 外傷やストレスを感受する生物学的システムは、複数のレベルで濃厚に影響し合っている。例えば、先のHPA系のグルココルチコイド類が免疫系を抑制するといった具合である。こうしたシステムは多数あるが、これらも健康状態では、自動的に調節ができていたが、外傷が強すぎると、システム同士が相互の協調性を失うことになり、疾病罹患率が高くなる。

ウ、感情の解離（離人感）の場合の生物学的変化

今度は、解離現象が起きている時、脳では何が起きているか見ていく。

解離症状の代表的なものの一つである離人感について、シーラは、扁桃体－前部帯状回－内側前頭野の神経ネットワークの異常を取り上げている。扁桃体は不安恐怖金脳に関する組織だが、不安恐怖が一定の閾地を越えると、内側前頭野（特に左側）の働きにより、却って扁桃体が強く抑制される。扁桃体が抑制されると、自覚的感情は弱められ、現実感が希薄となり、離人感が生ずる。また同時に、前部帯状回も抑制されることで、外界に対する注意機能も変容し、漠然とした警戒緊張感が高まる一方で、注意集中力は弱まるということである。

また、離人感を呈する患者のPET試験で、右上・中側頭回の代謝率・活性低下、両側の頭頂葉と左後頭葉の代謝率・活性上昇がみられている。これはシーラの見解と関連しているように思える。

エ、転換性障害（転換ヒステリー）の場合の生物学的変化

ヴィニョエは、7名のヒステリー性片側運動麻痺の患者を対象としてSPECTの検査をしたところ、脳局所の血流変化を観察している。

昔から、筆者は「ヒステリーに器質的变化はない」という従来の見解に疑いを持っていたが、ヒステリーの生物学的変化が、立証されるようになり、少し違った気分で治療に取り組める感じがする。

C. カウンセリング・心理療法、薬などは脳を癒す

ここで、もうひとつ断っておいた方が、昔は「脳病」「脳障害」と言われると、不治の病と誤解されたことはあったようだが、適正な治療は脳に好影響を与え、生物学的変化を異常なものから正常なものへと変えることができる。

たとえば、適正な薬物療法、認知療法、カウンセリングなどで、扁桃体の活性を正常化したり、外傷で委縮した海馬の体積が増えるという知見があるとのことである。だから、「脳に器質的变化があるから、心理療法は無効である」というのは、全く歪んだ見解であり、脳に障害があるからこそ、心理療法を含んだ治療的取り組みが有効なのである。患者も治療者も「自分の脳に責任を持つ」ことが大事なのである。

9. 統合・連絡不全としての解離（多重機能使用の未成熟）

今度は、解離を、精神の連絡・統合の不十分さ、多重機能の未熟の結果という観点から、考えていく。筆者には、こちらの方が理解しやすいし、治療的だと思われる。

ア、人間の多重性

人間はもともと多重人格、多重機能の持主だと言える。普通に考えても、仕事人格、勉強人格、公的人格、他者向け人格、私的人格、遊び人格などいろいろあるし、また他者の人格でも、相手によっていくらかでも人格や態度は変わっていく。ただ、われわれが多重性を持ちながら、何とか生活できているのは、それらの多重性を記憶してそれらの各々の多重性を連絡し、比較的無難に多重機能を使っているからだと言える。ところで、そうなると、連絡や使いこなしが出来る人に比べて出来ない人はどこが違うのかが問題になって来るが、これを少し見ていこう。

イ、保護者の役割

子供は、先ずばらばらの状態にすることが多いので、パットナムは、保護者に「子供に他の状態や文脈で学習したことを思い出させ、新しい状況に合わせて適用するように援助しなさい」とか「子供がいくつかの状況や体験から得た知識を一般化して、子供を取り巻く増大してやまない世界に適用できるように援助しなさい」といい、こうした連結が、論理的、時間的、歴史的、因果関係的な能力を増やすものであるとしている。また、健全な自己感覚、自己愛の獲得・増大、自己コントロール能力の獲得、多重機能の調整や統御も子どもにとっては大きな課題である。そして、解離状態が強くなると、解離人格・交代制人格として名前を必要とする所まで行くようである。

これらの親の営みは、まさに治療者の営みそのものと言えるが、不幸にして、これらの能力の獲得・育成が不十分だと、自己の中の多重性や多重機能を上手に使えなくなり、病的解離状態を来しやすくなる。

従って、解離ということをいつも連結・連絡・調整・統合不全ということで理解できるし、もっと言うなら、解離という言葉を使うより、交通不全という言葉を使う方が治療的なような気がするが如何であろうか？

ウ、原体験からの孵りそびれ

辻先生は、原体験からの孵りそびれという形で、心の病の成り立ちを説明しようとしているが、これは解離の治療にも大変役に立つ話なので、それを述べさせて頂く。

人間は気がつけば生を受けていたというように自分の意志で生まれた訳でなく、出産も最初の成長も、親に全面的に依存する。だから乳幼児の世界を原体験世界と呼ぶなら、原体験世界は受け身の体験世界である。

その原体験世界の特徴としては、①区別が問題にならない世界であり、②受け身の世界であり、③直接的体験の世界であり、④空間・状況を融合・合一的に体験する世界であり、⑤思っているだけの世界であり、⑥問題を意識することのない体験世界である。

これらは、一言で言うと、前から述べているように「述語優位の世界」であり、これはそのままであると「病的解離」をひどくさせる。

しかし、人間はここから「卵（原体験的世界）からの孵り」という成熟のプロセスも体験しだす。孵り・成熟が順調に行くと、「目に見えない心の動きに気づき」「体験を間接化し」「独立体としての自分を見分け、区別する」「葛藤を内包できる」「主語が優勢になる」といった成長が可能になり、人間世界・対人関係的世界が可能になってくる。

特に、ここでの間接化・主語優位は、バラバラで解離のままにとどまりそうになる原体験それぞれの区別を認識し、それらの各々に連絡をつけ、それらを主語主導のもとに使い分け・統合していく過程でもある。この点がうまくいかないと、思春期・青年期を迎えると、ちょっとしたストレス・葛藤で容易に「病的解離」を起こしやすくなる。解離は、原体験という直接的体験の受け身の支配の結果であり、治療者が、表面的な解離現象の背後に、その述語優位性を見抜き、そこへの理解を踏まえつつ、そこを治療焦点にすると治療は進みやすい。

10. 病的解離・解離性障害の治療ポイント

いよいよ治療に入るが、ここは、筆者の体験に基づくものなので、やや自分勝手な所もあるので、願わくば、他の成書も参照して欲しい。

ちなみに、解離性障害の筆者のキーワードは「安全感確保」「波長合わせ」「共同作業」「心に響く」といったことである。

a. 正確な見立て・診断・理解（病歴聴取を通じての）

治療に当っては正確に、相手を診断することが大事である。しかし、診断とは、単に病名を付けることではない。病名は単なる参考意見であり、「出発点」である。病名にこだわって、他の可能性を排除したり、安易なマニュアルに頼ったり、固定化しては、診断は有害になる。見立てや診断を起点として、アクティヴ・イマジネーションをどのくらい展開できるかがポイントになる場合も多い。（ただ、診断のためには事情や病歴の聴取が必要になるが、これは下手をすると相手に対して侵害的になりやすい。従って治療者は病歴聴取に関して安全感の増大を念頭においておく方がいい）

参考までに解離を疑った場合の病歴聴取や見立てのポイントを挙げておく

- ①本人の主訴、家族の主訴（最初は不安、抑うつ、行動化などで、解離でないこともある）
- ②解離症状の詳細、歴史、解離のタイプ
- ③一時的な解離か慢性的な解離か
- ④解離されているものや、解離されている人格（交代人格；幼児人格、迫害者人格、破壊的・攻撃的人格、自殺人格、守護・援助人格、自己主張人格、やんちゃ人格、行動推進人格、行動抑制人格、批判人格、記録人格など）の見立て
- ⑤本人の精神状態（不安・抑うつが強過ぎるとその手当が必要）（安易な堀下げの危険）
- ⑥主体性後退の程度（治療者との共同作業がどの程度可能か）
- ⑦解離によるメリットとデメリット
- ⑧衝動コントロール力の程度、危険性・破壊性の程度、緊急的処置の必要性の有無
- ⑨他者への信頼能力、不信感の程度
- ⑩過去の外傷・被虐待体験の程度と現在への影響（但し、これは本人が言ってくれば聞いてあげればよく、こちらが無理やりほじくり出すのはよくない）
- ⑪治療促進要因と治療妨害要因
- ⑫予後診断（おおまかな未来予想である。当らなくてもいいし、こだわる必要もないが、予想を多く持っている想像力が広がり、治療のプラスになる）

13 治療機関への信・不信の程度（かなりのクライアントが、他の治療機関での治療やカウンセリングを経験しているので、それに対する気持ちを探り、見立てておくことは、今後の治療の参考になる。それは、前の治療者との間で起きたことが繰り返される可能性があるからである。従って病歴以上に治療歴は大事と言ってもよい）

14. 本人の治療希望・治療目標の中身と、治療意欲の程度（肯定的動機）

15. 本人の治療への恐れや不信、疑惑の程度（否定的動機）

16. 家族診断（治療への協力・非協力など）

⑰本人の安全感の程度、不安・困惑・混乱の程度

17. 治療者側の診断（実力、経験、治療者の心身の状態、多忙さや疲労度、スーパーヴァイザーや仲間などの援軍の存在、緊急の場合の医師や病院との連携など、このクライアントを引き受けられるかどうかの見立て。治療者自身の覚悟）

18. 治療目標の見立て（短期目標と長期目標。短期の場合は解離とは限らず、抑うつや不安であることも多い。長期の場合でも統合とは限らず、相手側の事情により様々である。要するに、相手の困っている所から、治療目標を設定したほうがいい）

（＃このような病歴聴取は、あまり焦らず、じっくりやる方がいい。一挙に初めから全部把握しようなどとは無理な話しであり、慎重に根張り強い対応が必要とされる。もちろん、自殺などの破壊行動の危険性が高い場合は、それなりの緊急対策が必要であるが）

b. 相手との関係の確立（安心感・安全感、希望、信頼の育成など）

正確な見立てが大事だと言っても、そのためには、相手と対話したり、相手に質問したりせねばならない時もある。

しかし、質問はしばしば相手には侵入と取られたり、負担を感じさせる場合がある。特に解離性障害のように、主体性後退の程度が強い場合には特にそれを気を付けねばならない。（あるクライアントは「どう思いますか」という無限応答的質問は苦手で、それをされるだけで混乱してくるので、「この2つ（3つ）の内、自分の気持ちはどれに近いですか」という、2択・3択問題に絞ってあげることが必要になった時があった）

それでは、なるべく慎重になって質問は控え気味にして治療者は、待ちの姿勢でいる方がいいのか、ということになるが、これもあまりよくないようである。というのは、彼等は沈黙に耐えられないことが多く、また自分から喋ることが苦手な人も多い。さらに喋っている間に話しがバラバラになり、困惑してしまう場合も多いからである。

従って、クライアントは、適切な質問を適当にしてもらって話しを引き出して欲しいと期待していることがあるし、またばらばらの話を適当に要約してもらうことで非常に安心する場合もある（自己理解がすすむからである）。また、押し付けではない適切な助言をしてもらって、理解や想像が深まったという場合もある。

それ故、治療者としては、今、本人は質問されたがっているかどうか、そっとしてほしいかどうかを見立て、又、質問するとしたらどのような質問の仕方が適切か吟味し、更にアドバイスを求めているかどうかのアンテナを鋭敏にしておくことが必要とされる。

要するに、クライアントの波長に敏感になり、それに対する「波長合わせ」が重要なのである。また、適切な対話と質問が大事という点から言えば、治療学とは、まさに「対話学」であり「質問学」だとも言える。

こうした波長合わせが適切だと、クライアントに安心感・安全感が生じ、治療にも希望が湧いてくることが多い。原則的には、見立てより波長合わせの方が大事かもしれない。しかし、波長合わせのためにはある程度、相手の理解・診断が必要なので両者は、車の両輪なのだろう。

（#経験によれば、数多くのクライアントが、従来のカウンセラーの、不適切な「待ちの姿勢」に不安や不満・不信を抱き、不幸な中断を経験しているようである。しかし、待ちの姿勢が悪いわけではない。ただ、それが適切かどうかの徹底した吟味が必要なのである）c. 出会いから説明へ

①解離性障害患者との出会い

解離性障害のクライアントは、いきなり「自分は解離性障害なので治療してください」と言ってくる訳ではない（もっとも、他の治療機関で、そのような診断を受けている場合は、そう言うこともある）し、また「解離してるのでなんとかしてください」と言う場合も少ない。

大抵は、不安やパニック障害、抑うつやイライラ感・モヤモヤ感、不眠などを訴えてくることが多い。そして、話を聞いていると多くの場合、過食・嘔吐・拒食、リスト・カットなどの自傷行為、引きこもり、自殺願望や自殺未遂、暴力や破壊行為、遁走、万引きなどの行動化、行動障害的なことが出てくることが多い。

そして、そうした精神状態や行動化の背後の事情を聞いていると「記憶がとぶ」「記憶が無くなる」「話の内容がわからない」とか「人格が変わる」「人格が何人もいる」といったような、解離の一次症状のような訴えが出てくるのである。

（#従って、不安、パニック、うつ、離人感、イライラ、様々な問題行動を聴いた時には、解離を一度は疑う方が治療的である）

②説明

ア. 安心感・安全感・希望の育成と自己理解の増大

どんなクライアントに対しても、聞いているだけでは治療にならないことが多いが、解離性障害では、特にそれが言える。何故なら、解離性障害のクライアントは、「自分のことがわからない」「自分がどうなってしまうのかわからない」という不安の中に怯え、絶望の中にいることが多いからである（この点で、治療者が何も言わないと、クライアントはますます不安になり、新たに不幸な行動化を起こしたり、不適切な中断を起こす可能性がある）。

従って、治療者は、本人の安心感・安全感・希望の育成と、自己理解を助けるために、本人に説明という形で有益な情報を与えることが必要である。但し、有益な情報と言っても、場合によっては、クライアントにとって、とても「痛い内容」であることもあるので、伝え方やその時機に関しては慎重さが必要である。

イ. 状態・病名や核心（解離）の説明

[治療者側の説明。相手の自然な理解を助ける]

まず、クライアントは自分の状態がどうなっているかを知りたがっている。この状態の説明は、各々によって違ってくるので、何とも言えないが、できるだけ、わかりやすくしかも一貫性のある説明がいい。また、できれば、治療者が説明してクライアントが理解するというよりは、話の流れの中で、クライアントが理解することが望ましい。

いずれにせよ、説明は様々だが、例えば「あなたの記憶は、ある事柄（特に辛いこと）に関しては、他の人より低下しているようです。だから、記憶力低下状態とか、記憶をまとめきれないという意味で統合力低下状態と言えるでしょう。専門用語で言えば、解離性障害と言えます（解離とは統合の反対です）。この統合力が低下しているので、ある辛い気持ちが出てきたとき、それをしっかり心の中で見て、それをコントロールすることができず、過食やリスト・カットに走ったりしてしまいます。また、記憶を統合できていないので、絶えず不安がつきまといまいます」といったことを述べるか、もしくは、話し合いの中で今の理解を共有する作業をする。

[クライアントの反応に関して注目しておく]

もちろん、治療者は言い放しではだめで、治療者の説明が、どのくらい正しく理解されたか、そしてそれにクライアントが納得しているかどうか、それを聴いて安心感が生じたかどうかなど、相手の反応に気を配っておく必要がある。もし、反治療的な反応だと、それに対する話し合いをした方がいい。

もし、解離性障害と聴いて、安心するよりショックを受けるとしたらその理由を聞いていき、そのことを共同探求すべきである。

ウ. 原因の説明

原因について、クライアントの方が知りたければ、一緒に考えながらクライアントが自己理解できるように進めていく。クライアントが思い当らなければ、こちらからヒントを出していく。これもクライアントの波長に合わせていくほうがいいが、いずれにしろポイントは、「解離が、外傷や困難に対する、クライアントなりの必死の生き方の工夫であったこと」を思いやり、「今、そのやり方で少し困難が出てきたので、適切な変更や対策を考える必要が出てきている」という基本的考えを伝えることが大事である。

また、クライアントによっては、虐待が原因と訴えることが多い。その場合はクライアントの考えを聞いた上で、一つの考えとして尊重し、その考えが、今後の治療のどういうプラスになるかを探求する必要がある

エ. 見通しや予後の説明

この場合は、クライアントの治療目標を聞き、治療者とそれを共有し、その目標達成を助けてくれる要因と妨害する要因を共に考えていく。「いつごろ治るか」という問いは答えるのが困難であり、多くの要因（本人、家族、治療者の自覚と治療意欲、関係者の動き、状況、運と縁など）が絡むので難しいが、ということをおかしてもらった上で、とりあえずの参考例として、治療者の経験したケースや他のケースの話をして、一つの参考としての治療期間（平均2，3年から5，6年だがあくまで目安）を述べておく。

これも相手の感想を聞いておく。

オ. 治療方法（面接主体）の説明

[面接の意義]

面接しながら、主にクライアントの現在の気持ちや生活を聞き、必要に応じて過去や未来の話をしていくことで、「心の整理」ができ、また「苦悩の共有」が得られたり、自己理解が深まったりということで、安心感や安らぎや困難の解決が得られ、将来の方向性が見えてくること、またそうしたことを通じて記憶が統合される、というようなメリットがあるという説明をある程度しておいて、面接には十分意味があることを伝えておく。

更に、面接に意味を感じられなくなったり、抵抗を感じたらできるだけ言葉にするように伝えておく。そして、その時はそのことを十分に話し合いたいとも言っておく。

（#クライアントにカウンセリングの意味を説明しておかなかったため、不幸な中断が起きる時があるので注意）（#描画も本人が乗り気で意味を感じられる場合はいいが、そうでない場合は無意味な押しつけとなって治療が破壊されやすい）

[行動記録の有用性]

また、クライアントが乗り気であれば、毎日の行動記録やメモをつけることを勧め、治療者と共にその記録やメモを検討することも、自己の体験や自己を客観化したり、間接化したりすることを助け、記憶統合のプラスになることを説明する。

(ここでも、この説明をどう理解しどう感じたかをこちらが把握するのもポイント)

d. 破壊から身を守ること (治療契約や限界設定)

解離性障害のクライアントは、抑うつ感、自己否定が強く、自己コントロールも弱いので、自傷行為を繰り返したりするし、自己破壊や自殺の危険が多く、ここから身を守るとは大きな課題である。従って、治療の開始の前に破壊行動を行わない(これは自己破壊だけでなく、治療者、家族や第三者、あるいは治療者の持ち物に対する破壊の禁止も含む)という約束(契約)をした方がいい。できれば、文書で契約し、双方が持っているといふ。

また、理想化が極度に強かったり、対人的距離のコントロールができないこともあって、治療者を独占したがることも多い。従って、ルール設定(面接の数、電話では治療できないことなどを納得してもらい、など)も大変大事である。

このように、衝動的破壊行為の禁止やルール設定や治療の構造化は、本人の自己コントロール力を高めるだけでなく、社会性を身につけさせ、内省力を増大させ、治療者は限界があり、普通の人間に過ぎないということをはっきりさせるというメリットもある。

もちろん、これに対するクライアント側の抵抗もあるから、それは尊重しながら丁寧に話し合い、双方の納得する点を探し出す。

(#ポイントは「できないことはしない」「できることだけを約束する」「できることと、できないことの区別をつけること」である)

(#又、契約や限界設定を申し渡すことより、それを巡って話し合いを継続することが、彼等の成長を促すことになるので、契約についての話し合いの方が重要な場合がある)

{#解離性同一性障害(多重人格障害)の場合、交代人格ともしっかりと、契約について話し合うことが大事}

e. 交代人格に対して

各々交代人格は、それぞれひいきすることなく公平に尊重し、各人格の言うことに耳を傾ける方がいい。しかし、無理に引き出ししたりしない方がいい。人格の中には登場したくない時もあるからである。

各人格間の相互関係を調べたりしながら、各人格が互いにコミュニケーションを取れるように促し、また各人格が連携・協調していくこと（破壊性から身を守るという目的などのために）を援助する。もちろん、ある種の人格がそれに抵抗してくれば、それはそれで尊重して、その抵抗を巡って話し合いを続ける。

このコミュニケーションは、次第に内部コミュニケーションにしていき、主人格が他の各人格と自分だけで連絡が取れ対話できるようになることが望ましい。

何かを決定したり、行う場合は、各人格全員の意見を考慮して、主人格が自己決断することが望ましいが、これには、相当の抵抗もあるので急がない方がいい。

f. 外傷の想起と解除反応（除反応）について

ア. 語ることの治療的意義（感情発散、カタルシス、苦悩の共有、一貫性や同一性の回復、感情の間接化・コントロールなど）

過去の外傷・虐待・ネグレクト、辛い成育史などは、機会があれば（時が熟すれば）、できるだけ、明確に、詳細に、具体的に、そして一貫性を持てるように聞く方がいい。また、その時の感情（恐怖・絶望・悲しみ・怒りなど）についても明確化するほうがいい。フロイトが「談話療法」を始めたように、解離性障害のクライアントには、特にこの感情の発散を伴った聞き取りが、治療的に重要であるようである。

「語る」ことが、カタルシスになるだけでなく、他者（治療者）に自分の感情を理解してもらえたという感覚や、「自分の苦悩を共有してもらえた」という気持ちは、クライアントをほっとさせるといえるか、安心させる。長年の重荷を降ろしたような感じである。

また、時系列に沿って一貫性のある話ができることで、自分の記憶が回復する。それにより、自分の過去が、時間的に一貫性のあるものとして統合されるので、これは安定した自己同一性を回復するのに役立つ。ポイントは「記憶の鎖」を繋ぐことである。また、その時の感情を明確に表現できることで、その感情を間接化できるし、その感情にふりまわされずそれがコントロールできる可能性を広げられる。感情のコントロールは、行動のコントロールにつながる。

イ. 「語ることへの抵抗」の尊重

しかし、この語るという行為は、クライアントにとって切なる願いでもありながら、大いなる恐怖でもあるので、語ることを急がせてはならない。いつも「その時の感情を聞いていいですか？」とあって、相手の承諾を求める気持ちが大事である。もちろん、想起に抵抗する交代人格もいるので、その交代人格を尊重し、そのことについて、十分話し合うことが、重要である。そこで、大事なことは、「語る」ことよりも、「想起や語ることに対する」ためらいや抵抗について話し合い、かれらの葛藤能力や悩む力の育成の方である。「想起や語ること」がスムーズに見えても、そのことで却って状態

が悪化したと言ってくるクライアントや、激しい攻撃性を向けてくる交代人格もいるので、彼等のその時の気持ちをよく聞いて話し合う必要がある。

g. 転移・逆転移の問題

転移は、他の心の病と同様、起きてくるが、解離性障害の場合の転移は、ばらばらでまとまりのないことが多いので、全体として、どういう感情を向けてきているのかを掴むようにした方がいい。あまり、細かく詮索することはないが、必要とあればじっくり話し合う。

逆転移・逆抵抗は、解離性障害の困難さもあって、一般の心の病より、程度が強いようである。主な点をあげると、「いったい、誰と契約し、誰を相手に治療しているのか」という疑問を初めとして「クライアントや交代人格がもたらす過度の情報に対して、全部記憶していないのでは」と不安になったり、クライアントの理想化や非現実的で過度の要求にとまどったり、人格が次から次へと登場するので嫌になったり、絶えず事故や行動化や治療者の私生活への侵入の恐怖に怯えたり、といったことが起きる可能性がある。

ここで大事なことは、こうした疑問、不安、とまどい、嫌悪、恐怖は当然のことと受け止め、治療者の「逆転移感情」こそ、治療の出発点であるという視点をもつことである。また、逆に、治療者の方が、クライアントの辛い成育史に共感する余り、クライアントを育て直そうと肩入れし過ぎる陽性の逆転移があるが、これはあまりうまくいかないことが多い。クライアントを再養育するのは、クライアント自身である。つまり「親にしてもらえなかったことを、自分が自分にしてあげること」が課題になる（もちろん、簡単なことではないが）。

h. 家族などの扱い

家族に対しては、まず家族の話や気持ちを聞いて、信頼関係を結ぶよう努力する。その上で家族に治療の協力者になってもらえるかどうか聞くことが大事だが、すぐに家族から良い返事をもらえなくても焦らず、その家族をじっくり観察する方がいい。

治療者が家族にとって有益な存在だと認知されるにしたがって、協力がなされてくる。協力してもらうことは、本人を理解してもらうこと（治療者が本人の了解を得て解離の説明を家族にするなどして）、本人の安全感・安心感を高め、本人を傷つけることのないよう注意し、また時に本人の健忘部分を指摘して統合を助けてあげることも大事である。

家族は疲れきっていることが多いので、家族を支えることが大切である。

i. 認知障害について

認知は、他の心の病と同じく障害されていることが多い。それは、部分の全体化、瞬間の絶対化、複合的見方の困難（悪い方にしか見れない）、他者からの評価を気に

し過ぎる、過度の他者不信、過度に低い自己評価、過度の罪責感、自己処罰願望といった点が多いように思えるが、機会を捉えてその度に修正を試みるのが大事である。

(# 認知障害の訂正作業に限らず、治療の焦点は「今、ここに」当てるのが原則であろう。患者は広がりやまとまりを持って考えにくいから)

8. 解離性障害と他の心の病との比較

a. 解離状態と統合失調症

・解離性患者は、ちょっとしたストレスで、統合失調症の症状（幻聴等）を引き起こしやすい。しかし、統合失調症と比べて、①関係性を持ちやすいし、また関係を求めてくる、②主体性の後退がそう著しくなく、思考障害もそう見られない、③主人格が自分を見失っていても、それを補うしっかりした副人格がいる、といった特徴がある。

b. 解離状態と境界例

・解離と境界例の分裂(splitting) はかなり似るが、前者は健忘があるのに、後者はそれが目立たない。また、前者に比べ、後者は治療者への関心やまとわりつきが強すぎるといった特徴があるが、これらは相対的なものである

c. 解離状態とヒステリー

ヒステリーの場合は健忘が中核的問題となるより、むしろ随伴現象として現れ、多彩な精神身体症状の背後にある依存傾向、演技的傾向、情動の過度の興奮性や易変性、自己中心性、被暗示性が目立つ。だから、ヒステリーの場合は、背後にある衝動、空想、無意識的葛藤に焦点を当てる方がいい。

d. 解離状態と反社会性人格障害

反社会性人格障害の健忘は、詐病の色合いが濃い。自分の利益不利益に敏感である。

[追加]

結局、虐待や外傷に対する、解離傾向は彼等なりに身につけた自己防衛の試みであり、また交代人格は本人を助ける「自己修復や自己治癒の試み」と取った方が、治療的だと思われる。

治療者の役目は、彼等の試みがなるべく建設的で安全で生産的な試みになっていくことを援助し、またその「自己修復の試み」の変化作業がなるべく負担のかからないものになるよう助けることだろう。

これが、彼等の「命の流れ」を促すことになればいいのだろう。

[更に追加]

解離性障害のクライアントは、治療が進むと、自己否定・自己嫌悪的な言動を表出することが多くなるようである（最初から出ず場合もあるが）。例えば「生まれて来なければよかった」「今まで生きて来なければよかった」「私の人生は失敗だ」「自分が嫌い」「自分が憎い」「自然死を願う」「希望など全くない」といった言辞である。この自己否定・自己憎悪は、もちろん、他者（家族など）否定・他者憎悪やひどい罪悪感、不信感（自己や他者や全世界に対する）にもつながっている。

これを聞かされた治療者は、直ちに自殺の心配などをするかもしれないが、冷静に考えてみると、否定一色ではないようである。もし否定一色なら、カウンセリングや診察に来たりしないし（連れて来られたにしても来ているし）、何も喋らないはずである。自殺にしても、自殺未遂の形を取る（どこかで援助を求めている）し、ともかくも今まで生きている。従って大事なことは、主人格にも交代人格にも出現するこの自己否定・他者否定を大事なものとして尊重しそれについて波長を合わせながら話し合いを続けることである。この自己否定の根源を共同探求して、それをどう解決していくのが、解離性障害の治療の一つの眼目かもしれない。