



解離の諸類型間の関係に関する考察

| | |
|-------|--|
| メタデータ | 言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-04-27 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 橋本, 朋広 メールアドレス: 所属: |
| URL | https://doi.org/10.24729/00005314 |

解離の諸類型間の関係に関する考察

橋本 朋 広

1. はじめに

精神科領域に限らず、心理臨床のどの活動領域でも、解離 (dissociation) は見立てにとって重要な視点の一つである。このことは、必ずしも DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) でいうところの解離性障害 (Dissociative Disorders) と診断された事例だけにあてはまるのではなく、そのような診断がついていない他の様々な事例にもあてはまる。一見明確な精神症状の訴えがなく、不登校や問題行動あるいは恋人や家族との葛藤などを主訴に來談する事例のなかにも、その背景に解離の問題が潜んでいることがある。このような場合、表向きの問題に目を向けているだけだと事例の展開が滞ったりするが、解離という視点から事例を見直すと新しい展望が開けたりする。ただし、そのような潜在的な解離の問題も含めて理解するためには、精神医学的な分類としての解離性障害について知っているだけでは不十分であり、解離の構造や機能にまで踏み込んだ心理学的理解を持たなければならない。

以下、本論では、解離の構造や機能について様々な議論を整理し、それらの包括的理解を提示しようと考えているが、解離については長い歴史的経過のなかで様々な理論や概念が提示されている上に、同じ用語が (解離という用語でさえ) 文脈によって様々な意味を持つので、議論を開始する前に少し概念について整理しておきたい。まず、解離と解離症状を区別したい。すなわち、「解離症状」という用語は、健忘・遁走・多重人格・転換症状・離人症・現実感喪失などの症状を指す時に用い、「解離」という用語は、それらの症状を生み出す心理的過程について議論する時に用いる。本論の主題は、解離のモデルの包括的理解である。また、解離症状を記述する用語は、解離研究の歴史的経過のために、症状の記述が心理的機制を指す用語によってなされていることがあり、その点にも注意したい。例えば、DSM-IV (および DSM-IV-TR, DSM-V) には転換性障害 (Conversion Disorders) というカテゴリーがあるが、この「転換 (conversion)」には、もはや精神分析でいう防衛機制の意味は含まれていない。本論が基にする文献は、基本的には最近の欧米の解離研究のものであり、本論で転換症状や転換性障害という時には、症状および症状の記述に基づいて分類され

たカテゴリーとしての疾患を指す。同様に、解離性障害という時には、心理的過程としての解離ではなく、解離症状の記述に基づいて分類されたカテゴリーとしての疾患を指す。

解離に関する議論は、非常に長い歴史的経緯のなかで、Janetの外傷理論からFreudの抑圧 (と転換) 理論への推移、その後のPTSD・多重人格・虐待児に関する研究の進展による外傷理論の再興という幾つかの変遷を経てきている (兼本, 2009)。その流れのなかで、従来はヒステリーといわれていた症状は、抑圧理論の棄却とともに、DSM-IV (および DSM-IV-TR, DSM-V) では解離性障害と転換性障害に分割された。ただし、この捉え方については未だ議論があり、ICD-10では解離性障害のなかに転換性障害が含まれている。一方、DSM-IV (および DSM-IV-TR, DSM-V) では、解離性障害のなかに離人症性障害を含めているが、ICD-10では離人症性障害を含めない (Brown, 2002; Holmes et al., 2005; 岩井, 2009; 岡野, 2016) (ただし、現在Web上で公表されているICD-11 Beta DraftではDepersonalization-derealization disorderをDissociative disordersに含めている¹⁾)。このように、何を解離症状とするかについては様々な議論があるが、それらの議論が進展するなかで、解離症状と解離を捉える枠組みが次第に整理されてきているのも事実である。現在では、転換症状・離人症・現実感喪失なども解離症状のなかに含めて包括的に捉え、その上で症状の種類を類型化し、類型ごとに解離のモデルを考えるのが主流となってきた。

まず、解離現象を正常解離から病的解離までの連続的なスペクトルとして捉える見方に対し、両者を区別して捉える見方が出てきている。また、健忘・遁走・多重人格・転換症状・離人症・現実感喪失などの症状を包括的に捉える一方、それらの症状を離隔 (detachment) と区画化 (compartmentalization) に分類して捉える見方も出てきている。柴山 (2007) によれば、離隔とは、「自己、自己身体、ないしは外界からの分離感覚によって特徴づけられる意識変容」を指し、区画化とは、「通常ならば取得できる情報に意識的にきづくことができなくなり、そのために認知過程や行動過程を制御したり自発的な行動をとったりすることができなくなること」である。これらの見方によって、

正常解離と病的解離，離隔と区画化それぞれの輪郭が明らかになってきている。一方，それらの間には構造的な連関，あるいは互いに移行する関係などがあることもわかってきている。解離という視点を見立てに活用しようとする心理臨床家にとっては，これら種々の解離の間にある関係を包括的に理解することが重要になる。

そこで本論では，正常解離と病的解離，離隔と区画化に関するいくつかの理論的考察と実証研究を取りあげ，その検討を通して解離の諸類型間の構造連関と移行関係について包括的に理解したい。

II. 正常解離と病的解離

まず，正常解離と病的解離の関係について見ていく。ところで，正常解離と病的解離の関係，あるいは離隔と区画化の関係については様々な研究者が様々な角度から論じているが，その内容は，各研究者がどのタイプの解離症状を土台に論を組み立てているのかによってだいぶ異なる。例えば，区画化タイプを土台にして正常解離と病的解離の関係を考える場合もあれば，離隔タイプを土台にして正常解離と病的解離の関係を考える場合もあり，両者では正常解離と病的解離の関係に関する捉え方もおのずと異なる。したがって，解離の諸類型間の関係について包括的な理解を得るには，各研究者の視点の限界を見定めながら，それらを包括的理解へ向けて整理・統合していく必要がある。そこで本論では，解離の諸類型を便宜的に図1のように図式化し，各研究者が図1中のA（正常な離隔と病的な離隔の関係），B（病的な離隔と病的な区画化の関係），C（病的な区画化と正常な区画化の関係），D（正常な区画化と正常な離隔の）どこに力点を置いて正常解離と病的解離の関係を考察しているのを見

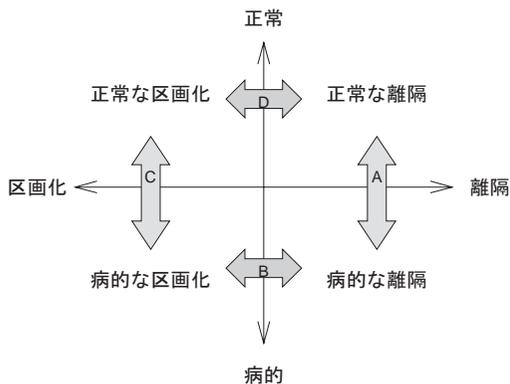


図1 解離の諸類型

ていきたい（以下整理のために解離の諸類型間の関係に言及する際にはA～Dの記号を付す）。

Putnam (1997/2001) は，区画化タイプの解離症状，特に多重人格（解離性同一性障害）を土台にして正常解離と病的解離の関係を考える。彼は，多重人格のような区画化タイプの解離症状を考えるにあたって，個人の人格をいくつかの経路によって体系的に結びつけられた離散的な行動状態の構築物として捉える「離散的行動状態（descrete behavior states）」モデルを提唱する。

このモデルによれば，個人の行動は，「心理学的・生理学的・行動科学の変数のワンセットがつくる特異的でユニークな布置形態」（Putnam, 1997/2001, p.196）からなる一つの行動状態から，「不連続な飛躍」すなわち「スイッチ」を重ねて他の離散的な行動状態へ移行する。離散的な行動状態は「一過性の行動構造体」であり，それが「自己組織化し自己安定化するのはある時間の限界内」であり，限度を越えると状態は「不安定化し，認知と行動の組織化の座」は他の行動状態へ移行する（Putnam, 1997/2001, p.202-203）。だが，通常これらの離散的行動状態は，各行動状態間の連絡経路の発達，各状態間の調整，各行動状態の社会化，蓄積された情報のメタ認知的統合，メタ認知的な自己感覚や自己観察力の発達などによって，まとまりのある全体として統合されている。

ところが，病的解離においては，外傷に誘発された離散的行動状態が存在し，それは正常範囲の行動状態から成る正常な意識状態とあまりに状態が異なるため，正常な意識状態からその行動状態へのアクセスが困難となり，それへの連絡経路も制限され，その結果，メタ認知的な自己感覚のなかに統合されないままになる。こうして正常な意識状態から隔たった行動状態は外傷関連の特定の文脈のなかでのみ生じるようになり，その状態における記憶や同一性は他の状態から隔絶され，その状態でのみアクセスできる極度に状態依存的なものになる。Putnamは，解離性健忘を正常な意識状態と解離された行動状態との隔たり，および情報への接近可能性の状態依存性によって説明し，多重人格を正常な意識状態と解離された行動状態との隔たり，情報への接近可能性の状態依存性，およびメタ認知的統合機能の発達の挫折によって説明している。また，離人症性障害を，メタ認知的自己観察・自己省察機能の危機の反映としている。そして，正常解離と病的解離の差異に関しては，正常解離では内的刺激や外的刺激への没入が中心で，知覚と注意の幅は狭くなるが記憶や同一性はそれほど状態依存的でないのに対

し、病的解離では機能的健忘および同一性が極端に状態依存적であると述べている。このようにPutnamでは、区画化タイプの解離症状を土台にして解離の説明モデルが作られ、それをふまえて正常解離と病的解離の差異が論じられている。そのため、正常な区画化と病的な区画化の関係(C)をよく説明するものとなっている。しかし、正常な離隔と病的な離隔(A)、病的な離隔と病的な区画化(B)、正常な区画化と正常な離隔(D)の関係についての説明はない。

Brown(2002)は、解離症状を離隔と区画化にわけて捉えることを提唱した代表者の一人であるが、解離に関する説明モデルの構築にあたっては、区画化タイプの解離症状を土台にしている。Brown(2002, p.222)によれば、離隔は「自己と世界からの分離感によって特徴づけられる意識の変容状態に関する現象」であり、「実行的なシステムによって感情過程がトップダウン方式で抑制された結果として生じる、認知機能上の基本的な変化を反映」しており、区画化は「特異的かつ症状に特化された機能上の障害に関係しており、情報に基づいたメカニズムを示唆する」。彼は、この「情報に基づいたメカニズム」に関するモデルを、一般的な認知的プロセスに関するモデルを土台にして構築した。

まず、一般的な認知プロセスとして、感覚情報が受容されると、世界の基本的特徴について表象する初期の認知過程が引き起こされる。そして、この情報が統合的な記憶のなかにコード化されると、記憶内の関連表象が活性化される。そして、活性化した記憶表象が一つの安定したパターンを成立させると、世界についての既存の知識を基にした環境についての解釈が得られる。この際、この解釈が安定したものになるように、低次元の注意のメカニズムが働き、記憶内の最も活性化している表象を選択し、記憶表象と感覚情報を統合し、複合的な知覚単位を作り出す。こうして低次元の注意選択によって作り出された複合的表象が行動の基礎となるが、その行動のコントロールは二つの次元でなされる。すなわち、低次元の注意と表象のシステムは、おきまりの環境において決まった行動パターンを自動的に作動させる。しかし、馴染みのない環境では決まった行動パターンが通用しないため、低次元のシステムを通して作動している種々の行動を高次元のシステムが目的に向かっての段階的操作を使って修正する。この高次元のシステムは、低次元のシステムが自動的に作動するのに対し、意識的な自発性や努力によって作動する。とはいえ、高次元のシステムにも限界はあり、低次元のシステムにおける複合的表象の構

成にまではコントロールが及ばない。

このモデルに基づいて、Brown(2002, p.229)は、転換症状や健忘などのメカニズムを、「記憶の中での学習された症状表象の慢性的な活性化に由来する意識と統制の障害」と捉える。すなわち彼は、低次元の注意システムと高次元の注意システムの解離が解離症状を発生させると考える。この解離モデルによれば、偽幻覚のような症状は、低次元の注意システムによって複合的表象が構成される際、蓄積された記憶表象の不適切な選択によって感覚データが誤って解釈されることで生じる。そして、その構成過程は高次元の注意システムによる内省によっては接触できないため、個人は複合的表象を現実的な知覚と見なす。また、歩行障害などでは、特定の足の位置を指定するような自動的な手順や動きを禁止するような表象が関係し、感覚喪失のような場合では、関連する表象が低次元の注意システムを導き、特定の感覚様態や身体領域からの情報を抑制する。さらに、健忘のような場合では、記憶再生手順の働きや特定の記憶情報の再生を抑制する表象が作動する。いずれの場合でも、高次元の注意システムは、低次元の注意システムによって複合的表象が構成され、自動的な行動が発動した後に機能するため、症状をコントロールすることができない。

このBrownの解離モデルによれば、病的解離は、低次元の注意システムにおいて感覚情報が症状関連の表象によって誤って解釈され、それに基づいて症状関連の行動手順が自動的に発動することで生じる。さらに、このようなメカニズムによって生じた症状は、それに高次元の注意システムが目を向け、それを病的なものに見なすほど、症状表象が活性化され、症状発生の閾値が低下し、慢性化する。逆に正常解離では、感覚情報は不適切な表象の活性化によって誤解釈されることがないため、環境に適切な行動が自動的に発動し、そのぶん高次元の注意システムは、自動的な行動から自由になり、別の作業に注意を向けられるのである。このように、Brownの解離モデルは、正常な区画化と病的な区画化の成立、および両者の関係(C)をよく説明している。しかし、やはりPutnamと同様、離隔については区画化との違いに簡単に言及するだけで、正常な離隔と病的な離隔(A)、病的な離隔と病的な区画化(B)、正常な区画化と正常な離隔(D)の関係については説明していない。

PutnamやBrownとは対照的に、柴山(2007, 2010)は離隔タイプの解離症状を土台にして解離モデルを構築し、正常解離と病的解離の関係を考える。まず、柴山(2007)は、病的解離までは至らないが解離との関

連性が示唆される体験として、記憶像に自分の姿が現れる体験、記憶を当事者視点で想起したり観察者視点で想起したりする体験、現在の出来事において自分が離れたところから見える体験、肉体的や身体的から離脱して空想的表象を生々しい知覚の対象のように感じたり、さらにはその対象と一体化して私が偏在するように感じたりする体験、あらゆるものが主観性を帯びているように感じる体験、鏡の自己像を自分でないように感じたり、別の人やもう一人の自分のように感じたりする体験、入眠時幻覚、覚醒時と区別できないかのようなリアルな夢の体験、デジャヴ体験などを指摘する。そして、病的解離、特に離隔タイプの離人症・現実感喪失・気配過敏・対人過敏などの症状を、上記に示した正常範囲の体験の量的拡大と捉え、これらの体験には、当事者的な「存在者としての私」と観察者的な「眼差しとしての私」への「私」の二重化という共通の構造があるとする。そして、病的解離は、二重化した「私」が一方に偏って体験されたり、さらには「存在者としての私」からの離脱によって「眼差しとしての私」が空想的表象へ没入したりし、意識状態が（二つの「私」が統合されている）覚醒意識とは異なる状態に変容することによって生じるとしている。柴山（2010）によれば、病的解離における意識は夢意識と覚醒意識の間にあり、そこでは現実の時間・空間的な世界のなかに自己を明確に位置づけるという意味での自己意識が十分に確立されていない。つまり、正常解離では、そのような中間状態を体験することはあっても、そこから自己の自覚によって自己意識を確立し、再び覚醒意識へ復帰するのに対し、病的解離では、自己を現実世界に自覚的に位置づけることができず、自己意識が確立されないため、夢意識と覚醒意識の間にある中間状態をさまようのである。柴山は、このような病的解離における自己意識の弱体化が、現実世界に自己を包み込む居場所を見つけれないことによって生じると述べている。

このように、柴山の解離モデルは、正常な離隔と病的な離隔の発生、および両者の関係（A）をよく説明するものとなっている。また、このモデルは、病的な離隔と病的な区画化（B）の関係についても発展的に説明している（後述）。しかし、病的な区画化と正常な区画化（C）、正常な区画化と正常な離隔（D）についての説明はない。

Ⅲ. 離隔と区画化

以上から、正常解離と病的解離の関係について考える場合、その考察は、正常な区画化と病的な区画化の

関係（C）という視点からなされるか、正常な離隔と病的な離隔の関係（A）という視点からなされるかのどちらかであることがわかった。しかし、解離の包括的理解のためには、離隔と区画化の関係を理解することも重要である。そこで、次に離隔と区画化の関係について見ていく。

Holmes et al. (2005) は、解離に関する多数の先行研究をレビューし、解離症状を区画化と離隔にわけて捉えることが妥当であることを示した。また、区画化も離隔もそれぞれ正常なものから病的なものまで連続体をなすこと、区画化と離隔は通常は別個に生じるものの同時に生じることもあり、両者には密接な関係があることを示した。

まず、区画化と離隔の密接な関係については、PTSDを例に次のような説明がなされる。すなわち、PTSDに見られる外傷体験の想起の障害は、外傷体験の直後の離隔が外傷関連情報の不適切なコード化を引き起こすことで生じるとも考えられるし、区画化によって記憶過程が意識へのアクセスを妨害されることで生じるとも考えられる。ここには、病的な離隔と病的な区画化に何らかの関係（B）があること、特に病的な区画化の成立に病的な離隔が絡んでいる可能性があることが示唆されていて興味深い。

次に、正常な区画化と病的な区画化の関係（C）および正常な離隔と病的な離隔の関係（A）については、それぞれのタイプの治療を論じる際に指摘されている。まず、病的な離隔は、状況によって一時的に生じる（それ自体は病的とは言えない）離隔の体験が病的な異常体験や恥や罪の体験として解釈されたり、そのような体験を引き起こした状況そのものが過度に回避されたりすることで生じる。したがって、これらの治療では、離隔を病的なものに固定化している解釈や信念の修正が治療のターゲットとなる。また、外傷体験あるいは直後の離隔によって自伝的な記憶のなかにコード化されなかった体験は、フラッシュバックのような侵襲的な記憶となり病的な離隔を形成するが、このような場合は離隔に対する解釈の修正に加え、外傷体験の想起による自伝的記憶への組み込みがなされる。さらに、転換症状のような病的な区画化は、症状を身体的な症状のサインと見なすような信念から生じるが、その治療では、信念の修正がターゲットになるとともに、症状の背景に区画化された心理的葛藤がある場合には、その葛藤を認識していく作業がなされる。

このように、Holmes et al. の解離モデルでは、病的な離隔と病的な区画化は、それ自体は一過的で病的で

はない症状関連の体験が間違っ解釈されることで生じると考えられる。この解離モデルは、その提唱者の一人にBrownが含まれているのだから当然であるが、病的な区画化に関するBrownのモデルによく似ている。ただ、このモデルは、PTSDにおける外傷体験記憶の区画化とその治療に関連して、離隔が区画化の媒介となる可能性があること、および解釈の修正による離隔の治療が区画化された記憶の回復作業へ展開する可能性があることなど、病的な離隔と病的な区画化の関係 (B) を示唆しており、その点でBrownのモデルより発展的かつ包括的である。

柴山 (2007, 2010) の解離モデルは、病的な離隔と病的な区画化の関係 (B) について非常にクリアに論じている。それによれば、病的な離隔は、「眼差しとしての私」と「存在者としての私」の二重化を契機として、主体が二重化された「私」のどちらかに偏って体験され、それにとまって意識状態が変容することで生じる。そして、主体が「眼差しとしての私」に偏って体験される場合には「存在者としての私」が目の前に見えたり、逆に「存在者としての私」に偏って体験される場合には「眼差しとしての私」が背後から自分を見る他者のように感じられたり、空間的な変容の体験が生じる。前者は離人や現実感喪失のような症状の構造的基盤であり、後者は気配過敏や対人過敏の構造的基盤である。さらに、「眼差しとしての私」の体験においては意識の狭窄が起こるため、次第に「私」の意識は幻想的な表象空間のなかへ没入していき、ついにはあらゆるものに一体化し、それになりきる「没入する私」になっていく。その際、意識状態は覚醒意識から夢意識へ移行する。交代人格は、このような幻想への完全なる没入という構造を基盤として生じる上に、没入によって体験されるのが外傷関連の体験であり、それゆえその体験は通常の意識状態からあまりに隔たっているため、結果そこでの体験は区画化されたままになる。柴山は、このような変容を時間的な不連続によって特徴づけられるものと捉え、区画化タイプの変容を離隔の空間的変容に対し時間的変容と呼んだ。

以上からわかるように、柴山のモデルによれば、病的な離隔と病的な区画化には密接な関係 (B)、すなわち離隔の媒介によって区画化が成立するという関係がある。柴山は、このモデルを支持する根拠として、交代人格の出現や多重人格の治療において生じるいくつかの現象をあげている。まず、交代人格の出現は、目を開けたまま一瞬の緊張を孕んだ無動状態が生じ、次にダラリと力が抜け眠り込んだようになり、その

後、目を開けると交代人格になっているという過程をたどる (柴山, 2007)。ここには、覚醒意識から入眠状態の意識へ、さらには夢意識へと意識状態が移行する過程が示されていると考えられる。さらに、多重人格の治療過程では、時に交代人格になっている自分を遠くから見ているような離隔の体験がなされたり、また解離症状そのものが区画化タイプから離隔タイプに移行したりということが生じる (柴山, 2010)。この柴山のモデルは、Holmes, et al. が示唆している離隔の媒介による区画化の成立のメカニズムをより詳細に示しているという点で、より発展的かつ包括的な非常に意義深いものと言えよう。

IV. 解離の諸類型間に関する包括的理解

ここでは、これまで見てきた様々な解離モデルの整理と統合を試みたい。まず、PutnamとBrownのモデルは、正常な区画化と病的な区画化の関係 (C) を説明している。Putnamの行動状態はBrownの低次元の注意システムに該当し、Putnamのメタ認知的自己はBrownの高次元の注意システムに該当すると考えられる。そして、病的な区画化は、特定の行動状態＝低次元の注意システムによる行動が、状況に適合しない外傷関連の表象や症状関連の表象を契機として発動するため、そこでの体験をメタ認知的自己＝高次元の注意システムが統合できずに生じると考えられる。対照的に正常な区画化では、特定の行動状態＝低次元の注意システムによる行動が生じたとしても、それは状況に適合的な表象によって発動しているため、メタ認知的自己＝高次元の注意システムが解離し、両者がそれぞれ異なる行動に没頭したとしても、後にそれらの体験をメタ認知的自己＝高次元の注意システムが統合でき、記憶や同一性を保つと考えられる。

また、正常な離隔と病的な離隔の関係 (A) については柴山の解離モデルが説明しており、病的な離隔は、「眼差しとしての私」と「存在者としての私」の二重化を契機として、主体の体験がどちらかに偏ることによって生じると考えられる。また、このモデルは、さらに発展的に病的な離隔と病的な区画化の関係 (B) を説明する。それによれば、病的な区画化は、「眼差しとしての私」の体験における意識狭窄を経由して、主体が「没入する私」に変容し、そこで通常の意識状態からはアクセスできない外傷関連の体験がなされるために生じると考えられる。このような離隔を媒介とした区画化という考え方はHolmes et al. の解離モデルにも示唆されている。また、Holmes et al. のモデルは、病的な離隔の形成について、柴山のモデルを補う視点

を与えてくれる。すなわち、柴山のモデルの場合、正常な離隔では離隔は一時的に過ぎず、自己意識の回復によって覚醒状態へ復帰するが、病的な離隔では、自己意識の弱体化によって覚醒状態への復帰が生じず離隔が持続する。Holmes et alのモデルは、このような要因に加え、離隔に対する誤った解釈という要因も離隔体験の統合を困難にさせ、離隔を持続させることを示唆している。なお、離隔を媒介とした区画化というモデルは、病的な離隔と病的な区画化の関係 (B) に関するものであることは注意する必要がある。Putnam や Brown による捉え方に示されるように、正常な区画化では、柴山のいう「眼差しとしての私」と「存在者としての私」は解離されつつも同時並行で機能している。つまり、正常な区画化は、離隔に媒介されておらず、それゆえ二つの「私」は必要に応じて切り替えやアクセスが可能な状態に保たれている。この点が正常な区画化と病的な区画化の大きな違いであると考えられる。おそらく、このために、正常な区画化では、空想的表象への一時的な没入があったとしても、記憶や同一性が安定しているのであろう。

ここで、区画化タイプを土台に構築された Putnam や Brown の解離モデルと、離隔タイプを土台に構築された柴山の解離モデルが、どのように対応するかを考えてみたい。そのヒントになるのが、病的な離隔に関する Putnam や Brown の捉え方である。Putnam は病的離隔をメタ認知的自己省察の危機と捉え、Brown は実行的システムによる感情過程の抑制と捉えている。つまり、彼らによれば、病的な離隔は、行動状態や感情過程といった低次元の自己が高次元の自己によって統合されないことで生じるのである。柴山は「眼差しとしての私」を体験における観察者視点と同等とし、またそれを「背後から私を支えてくれる存在」(柴山, 2010, p.203) とも述べている。このことからわかるように、「眼差しとしての私」は、Putnam のいうメタ認知的な自己や Brown のいう高次元の注意システムに該当すると考えられる。

以上の整理をふまえると、これまで見てきた様々な解離モデルは、次のように統合できる。まず、いずれのモデルも二重の自己を考えている。一つは、「行動状態」「低次元の注意システム」「存在者としての私」などと呼ばれるもので、この自己は、状況によって刻々と変化し、その変化も自動的に起こり、さらにその都度の状況に応じて多様な形態を取り、しかもその各状態は離散的である。ここでは、仮にこれを、その存在状態に即して「状況依存的自己」と呼んでおこう。もう一つは、「メタ認知的自己」「高次元の注意システム」

「眼差しとしての私」などと呼ばれるもので、この自己は、状況の変化によって多様に変化する状況依存的自己を、より超越的な視点から眺め、観察し、統合的に包括する。ここでは、仮にこれを、状況依存的な在り方ではなく、むしろ状況から超越しているという意味で「超越的自己」と呼んでおこう。そして、解離とは、通常は統合されている超越的自己と状況依存的自己が分離し、主体の体験がどちらかに偏向するところに生じる。

まず、離隔であるが、正常な離隔の場合、一時的に超越的自己への偏向あるいは状況依存的自己への偏向が生じたとしても、それは一時的な体験として解釈され、超越的自己によって自己体験の一つとして統合される。言い換えれば、正常な離隔では、離隔体験の最中にも、それを一時的なものとして捉える超越的自己の機能が保たれていると言えよう。しかし、病的な離隔においては、超越的自己への偏向あるいは状況依存的自己への偏向によって生じた離隔が、自己意識の弱体化のために、あるいは離隔体験への誤った解釈のために超越的自己によって統合されないまま持続し、超越的自己への偏向による離人や現実感喪失、状況依存的自己への偏向による気配過敏や対人過敏が生じる。また、病的な離隔における超越的自己への偏向によって意識狭窄がひどくなると、今度は空想的表象への完全な没入が起きる。この場合、没入によって超越的自己の機能が失われるため、そこでの体験は超越的自己によって統合されずに区画化される。ここに病的な区画化が成立する。一方、正常な区画化の場合には、状況依存的自己と超越的自己の間に一時的に解離が生じ、空想的表象への没入が生じたりするが、両者は離隔に媒介されないため同時並行的に機能し、それゆえ超越的自己は後に状況依存的自己を容易に統合でき、記憶や同一性を保つ。

以上の包括的な解離モデルからわかるように、解離の最も核心的な構造は、状況依存的自己と超越的自己への自己の二重化にある。解離においては、それが正常なものであれ病的なものであれ、離隔であれ区画化であれ、ともかく自己の二重化という構造が成立している。自己の二重化は一見不安定な病理的構造のように見えるが、実際には自己が自己自身を意識するという自己意識そのものの構造であり、それ自体には何ら病理性はない。正常解離と病的解離の差異は、この構造を共通にした上での構造契機間の関係の差異であって、決して構造そのものの差異ではないと考えられる。

このような解離の構造的特徴は、他の精神疾患との

差異を考察することによってより明確になる。例えば、解離性障害の症状と統合失調症の症状に多くの重なりが見られることはつとに言われてきたことであり、最近では、統合失調症に見られる解離の症状を離隔と区画化にわけ、それらと陽性症状や陰性症状との関連を探る実証研究も見られる。Vogel et al. (2013)によれば、統合失調症に見られる解離症状も離隔と区画化にわけられ、離人や現実感喪失などの離隔の症状は陽性症状と、健忘などの区画化の症状は陰性症状と関連し、解離と精神病の間には、脅威的体験の不安を減少させる離隔によって幻聴への対処がなされるといった関連が示唆される。しかし、DES (The Dissociative Experiences Scale) を離隔と区画化に下位尺度化し、下位尺度得点を様々な精神疾患の間で比較したMazzotti et al. (2016)の研究によれば、精神病のDES得点は、境界性パーソナリティ障害や解離性障害に比べてかなり低く、それらの間には違いがあることが示唆されている。また、柴山 (2010) は、表面的な症状の共通性を見ているだけでは、両者の構造的差異を見落としてしまう危険があると指摘している。彼は、解離性障害の症状と統合失調症の症状に多くの重なりがあることを示しながらも、統合失調症では、自分の意志や行動が他者によってさとりられ先取りされ、「私」が他者によって構成された他者の部分になってしまうという構造があり、解離性障害では、そのような構造は見られないと述べている。解離性障害では、させられ体験がある場合でも、させられている自分を眺める自分がいたり、幻聴でも、その声は私のものでもあるように感じられたりする。

上記の解離モデルを踏まえれば、解離性障害では、状況依存的自己と超越的自己という二重の自己が体験され、その体験が前提となって、片方が疎遠になったり、見失われたりするのに対し、統合失調症では、状況依存的自己が他者のように体験され、それゆえ超越的自己も自己性を見失っていると言える。Putnam (1997/2001) は、メタ認知的自己が様々な要因に媒介されながら発達することを示唆しているが、これを踏まえると、状況依存的に変化する状態を一連の連続した自己の状態と捉えるメタ認知的機能が発達してくると、状況依存的な変化が状況依存的自己として構成されるようになり、さらに多様な自己の統一という体験が積み重なることによって、状況依存的自己を越えた超越的自己の感覚が強化されていくという発達の過程があると推測される。一方、統合失調症の場合、構造的に見れば、状況依存的な変化がメタ認知的機能によって十分に自己のものとして位置づけられないた

め、それが他者から及ぼされる力のように体験され、状況依存的自己もせいぜい他者に隷属するものとしてしか体験されず、それゆえ多様な自己の統一としての超越的自己も挫折した形でしか体験されないと考えられる。解離では、状況依存的自己と超越的自己の二重性が前提となるが、それは自己の自己性が引き裂かれまとまりをうしなっているというようなものではなく、逆説的ながら、自己の二重性が成立する程度に自己の統一性が成立していると言えよう。その意味で解離は、自己の根源的な統一性の成立を前提にしての自己の二重性なのであって、決して自己の根源的な統一性の不成立や破綻ではないと言えるのである。

この他、解離の構造的特徴は、解離性障害と境界性パーソナリティ障害との比較によっても明らかになる。この二つは、しばしば類似の症状を示し、診断的にもかなり混同されることが多いが、病態の構造には顕著な違いがあると指摘されている。例えば岡野 (2007) によれば、解離性障害でも境界性パーソナリティ障害でも、悪い自己=悪い対象イメージを良い自己=良い対象イメージから隔離するスプリッティングの機制が見られるが、境界性パーソナリティ障害では、悪い自己=悪い対象イメージをスプリットさせた上で他者に投影したり外在化したりし、他者を攻撃したり他者に責任転嫁したりする。一方、解離性障害では、悪い自己=悪い対象イメージを投影や外在化によって排出できず、そのため他者に迎合して悪い自己=悪い対象イメージを良い自己=良い対象から完全に隔離してしまう。柴山 (2010) もまた、古典的な意味での「ボーダーライン」とDSM-IVでいう境界性パーソナリティ障害の間に違いがあることを指摘した上で、「ボーダーライン」と解離性障害の違いに言及している。それによれば、「ボーダーライン」では、他者との関係によって救われようと関係にしがみつき、そうすることで現実を変えようとし、その結果、他者に対する理想化と脱価値化を繰り返し (対象側の分裂)、外界を破壊したりする動きが見られる。しかし、解離性障害では、そのような動きは見られず、現実とのつながりが希薄で、現実世界に居場所を見つけられず、空想の世界へ遊離していったり、逆に空想世界から逃れるために自分を傷つけたりして自己の同一性を書き換えようと試み (自己の切り離し)、結果的に現実と空想の間をさまようような動きが見られる。

以上からわかるように、境界性パーソナリティ障害や「ボーダーライン」では、悪い対象に責任転嫁することで悪い自己を体験しないようにし、それによって良い自己=良い対象を維持しようとするのに対し、解

離性障害では、悪い自己そのものを隔離して悪い対象をないものにし、それによって良い自己＝良い対象を維持しようとするが、結局それは現実への基盤を欠いた空虚な自己感覚しかもたらさない。前者では、悪い対象のせいになっているぶん、悪い自己も微妙に感じ取られており、良い自己と悪い自己を同時に感じることも可能である。また、悪い自己を体験する苦痛は瞬時に他者への責任転嫁によって排出されるぶん、現実のなかで良い自己の体験が幻想的に維持される。一方後者では、悪い自己＝悪い対象は幻想的にないものにされるため、良い自己と悪い自己が同時に感じられることはなく、結果まとまった自己感覚が失われる。両者は、幻想上の心的操作としてスプリットングを用い、その操作に没入しているという意味では共通であるが、それが現実や他者に向かっているか、そこから遠ざかり自己へ向かっているかという点で大きく異なっている。本論の解離モデルで言えば、境界性パーソナリティ障害は、解離性障害に比べて超越的自己が安定しているが、にもかかわらず状況依存的自己の統合に伴う葛藤を拒否し、都合の悪い状況依存的自己をもたらしした状況の側を攻撃する病態であると言えよう。言い換えれば、超越的自己は、状況依存的自己を選び好みして選択する程度に安定しているのである。一方、解離性障害は、状況依存的自己の統合に伴う葛藤を、超越的自己と状況依存的自己を切り離したり（離隔）、離隔を媒介にして区画化したりすることによって回避していると言えよう。つまり、解離性障害では、境界性パーソナリティ障害に比べて状況依存的自己に対する超越的自己の優位性が低く、状況依存的自己と超越的自己が不安定に入れ替わる病態であると言えよう。両者は、自己の二重性を構造的基盤としているという意味では共通であるが、境界性パーソナリティ障害では、状況依存的自己を排除したり統合したりする超越的自己の動きがメインなのに対し、解離性障害では、状況依存的自己と超越的自己の統合不全（解離）がメインなのである。先に述べたMazzotti et al. (2016)によれば、境界性パーソナリティ障害と解離性障害は、両方とも他の精神疾患よりDESのすべての下位尺度得点が高いが、下位尺度別に見ると、共通するのは没入（absorption）得点だけであり、区画化得点と離隔得点は解離性障害で高く、境界性パーソナリティ障害はそれに及ばない。このことも上記の点を示唆していると言えよう。

最後に、正常解離の構造的特徴についてさらに考察することで、解離の構造的特徴をよりクリアにした。既に述べたように、正常な離隔では、状況依存

的自己と超越的自己との間に一時的に離隔が生じて、その体験は超越的自己によって一過性のものと捉えられ統合される。また、正常な区画化では、空想的表象への没入が一時的に生じて、それは離隔によって媒介されず、そのため没入時にも両者が同時に機能しているため、没入体験は超越的自己によって統合される。つまり、正常解離では、常に超越的自己が機能しているため、離隔も区画化も一時的なものにとどまり、記憶や同一性は保たれる。ところで、正常な区画化と正常な離隔の関係（D）については、これまで、正常な区画化は離隔に媒介されないという以上のことを述べてこなかった。しかし、例えば、何らかの作業への没入の最中に極度の疲労が生じて現実感が失われる場合、あるいは逆に極度の疲労や興奮のなかで空想に没入し行動化してしまう場合、さらには催眠暗示の場合などでは、正常な区画化と正常な離隔が同時に生じていると考えられる。これらは、病的な離隔に媒介されて病的な区画化が生じるような場合と比べると、慢性化しておらず、すべて一時的であるという点では病的なものとは言えないが、離隔の媒介によって区画化が極端化するという点で、病的解離における離隔と区画化の関係に似ている。つまり、正常解離では、離隔と区画化は基本的に単独で生じ、それゆえ一時的なものにとどまるが、それらが同時に生じると、区画化の極端化が生じると言えよう。このことは、正常解離から病的解離への移行の可能性を示唆すると考えられる。例えば、現実生活などで挫折体験などが生じ、生きる意欲が失われたりした場合、一時的な離隔が異常なものと体験されることで病的な離隔に移行し、さらにそれが媒介となって病的な区画化が発生するかもしれない。逆に言えば、解離を正常範囲にとどめ、病的解離の発生を抑止しているのは、離隔や区画化の現象を一時的なものとして捉え、それを自己体験として統合する超越的自己の働きであると言えよう。

これに関連する知見は、正常解離に関する実証研究にも示されている。例えば、舛田（2008）は、日常生活のなかで体感し得る一時的・限定的な意識・記憶・同一性等の遮断・喪失体験を「日常的解離」、日常生活のなかで体感し得る離人感を「日常的離人」と呼び、それらを測定する尺度を作成した。日常的解離尺度は、「一過性健忘・没入」「空想」「感情の切り替え」「没頭・熱狂」の下位尺度によって構成される。これらの尺度とDESの相関を見ると、比較的高い相関を示したのは日常的離人、中程度の相関を示したのは一過性健忘・没入、逆に相関がなかったのは感情の切り替えと没頭・熱狂であった。つまり、日常的に体感される

解離のうち、感情の切り替えや没頭・熱狂といった現象は病的解離に関連しないが、日常的離人や一過性健忘・没入については、その傾向が強いほど病的解離と関連するのである。感情の切り替えは本人が意図的に感情を切り替えようとする動き、没頭・熱狂はスポーツやコンサートなどに没頭する動きを示しているが、これが病的解離と関係しないことは、意図的な要素の有無が正常解離と病的解離の差異を作り出していることを示唆している。この点については、自分にとって苦痛な体験を切り離す行為を解離的対処行動と呼び、解離的対処行動尺度を作成した廣澤ら（2015）の研究も示している。それによれば、解離的対処行動は「切り捨てる」「割り切る」「距離を置く」の三要素によって構成されるが、それらはいずれもDESとは相関がなかった。解離的対処行動は、苦痛を切り捨て、それと関係しないようにするという意味では解離的であるが、それらはどれも意図的という点で病的解離とは異なる。また、Mazzotti et al. (2016)によれば、統制群と解離性障害群のDES得点を比較すると、区画化得点は6.59対19.17、離隔得点は7.46対34.58、没入得点は20.34対35.65であった。ここからは、統制群と解離性障害群は、没入という点では近いが、離隔と区画化、特に離隔においては遠いという関係があることがわかる。以上の知見は、正常解離と病的解離は没入の要素に関して共通していること、ただし前者は（意図を司る）超越的自己在機能しているという点で病的解離と異なること、とはいえ離隔の介在によって正常解離は病的解離に移行する可能性があること等を示している。

V. 結論

本論では、Putnam, Brown, Holmes et al., 柴山の解離モデルを検討し、正常な離隔、病的な離隔、正常な区画化、病的な区画化という解離の4類型間の関係について包括的な理解を試みた。検討の結果、解離の核心的構造は、状況依存的自己と超越的自己への自己の二重化であることが明らかとなった。離隔の体験も区画化の体験も、超越的自己あるいは状況依存的自己への偏向によって生じるが、正常な離隔および区画化ではその体験が超越的自己によって統合され、病的な離隔および区画化では超越的自己による統合がなされないと考えられた。正常な離隔と正常な区画は、超越的自己在機能しているため、基本的にそれぞれ単独に機能するが、離隔が介在すると超越的自己の機能が低下し、区画化が極端になるという関係があると考えられた。また、超越的自己の機能が著しく低下し、離隔が

病的なものになると、病的な離隔の媒介によって病的な区画化が発生すると考えられた。正常解離と病的解離の差異は、超越的自己の機能上の差異によって生じると考えられた。

この他、本論では、他の精神疾患と解離性障害を比較し、解離の構造的特徴を浮き彫りにした。統合失調症と比較すると、解離性障害では、状況依存的自己と超越的自己という二重の自己が体験され、その体験が前提となって片方が疎遠になったり、見失われたりするのに対し、統合失調症では、状況依存的な変化が他者の力のように体験され、状況依存的自己と超越的自己の自己性が挫折した形でしか成立しないと考えられた。また、境界性パーソナリティ障害と比較すると、境界性パーソナリティ障害では、状況依存的自己を排除したり統合したりする超越的自己の動きが主導的なのに対し、解離性障害では、その主導性が不全であると考えられた。

注.

1. <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en>
2017年2月9日検索

引用文献

- Brown, R. J. (2002). The cognitive psychology of dissociative states. *Cognitive Neuropsychiatry*, 7(3), 221-235.
- 廣澤愛子・大西将史・岸 俊行 (2015)：解離的対処行動尺度の作成。日本教育心理学会第57回総会発表論文集, 727.
- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C. M., Fransquillo, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two distinct forms of dissociation?: A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25, 1-23.
- 兼本浩祐 (2009). ヒステリーから解離へ。岡野憲一郎 (編). 専門医のための精神科臨床リユミエール20 解離性障害. 中山書店, 33-41.
- 岩井圭司 (2009). 解離性障害の範囲と分類. 岡野憲一郎 (編). 専門医のための精神科臨床リユミエール20 解離性障害. 中山書店, 84-92.
- 舩田亮太 (2008). 青年期における日常的解離に関する調査研究—日常的分割投影, 日常的離人との弁別モデルについて. *心理臨床学研究*, 26 (1), 84-96.
- Mazzotti, E., Farina, B. Imperatori, C., Mansutti, F., Prunetti, E., Speranza, A. M. & Barbaranelli, C. (2016). Is

the Dissociative Experiences Scale able to identify detachment and compartmentalization symptoms? Factor structure of the Dissociative Experiences Scale in a large sample of psychiatric and nonpsychiatric subjects. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1295-1302.

岡野憲一郎 (2016). 最近の転換性障害の動向. *臨床精神医学*, 45(1), 51-55.

Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York, London: The Guilford Press. 中井久夫 (訳) (2001). 解離—若年期における病理と治療. みすず書房.

柴山雅俊 (2007). 解離性障害—「うしろに誰かいる」の精神病理. ちくま書房.

柴山雅俊 (2010). 解離の構造—私の変容と〈むすび〉の治療論. 岩崎学術出版社.

Vogel, M., Grabe, H. J., Schneider, W. & Klauer, T. (2013). Detachment, Compartmentalization, and Schizophrenia: Linking Dissociation and Psychosis by Subtype. *Journal of Trauma & Dissociation*, 14, 273-287.