

## 重症度と治療転帰の評価による解離性同一性障害の類型化

石 黒 大 輔

東京慈恵会医科大学精神医学講座

(指導：牛島定信教授)

(受付 平成 15 年 10 月 14 日)

### CLASSIFICATION OF DISSOCIATIVE IDENTITY DISORDER FROM EVALUATIONS OF SEVERITY AND TREATMENT OUTCOME

Daisuke ISHIGURO

*Department of Psychiatry, The Jikei University School of Medicine*

The severity of dissociative identity disorder (multiple personality disorder) and treatment outcomes were evaluated in 9 patients. The severity was graded as 'mild,' 'moderate,' or 'severe' on the basis of patient background, clinical symptoms, and factors related to treatment. Treatment outcome was graded as 'unchanged,' 'slightly improved,' 'improved,' or 'remission' after comprehensive analysis of symptomatic improvement, improvement of impulsive behavior, recovery from trauma, need for medication, social adjustment, and treatment status (death, interruption, continuation, and completion). On the basis of these results, dissociative identity disorder was classified into three types: adjustment disorder type with mild symptoms that improved or went into remission; psychic trauma type with moderate symptoms that slightly improved; and abuse type with severe symptoms that remained unchanged after treatment. In the adjustment disorder type, repeated trauma at home was not apparent, and personality switching occurred when adjustment was impaired by trauma outside the home. Personality switching disappeared within 1 year after the start of treatment, after the adjustment problem had been resolved. In the psychic trauma type, repeated trauma at home was identified and was a significant subjective experience of patients. Insight-directed psychotherapy revealed attachments in addition to rage and fear against parents who had caused the trauma. In the abuse type, repeated physical abuse at home was commonly observed and no attachment to the abuser(s) was mentioned. The abuse type of dissociative identity disorder was intractable, and the outcome was fatal in 1 case.

(Tokyo Jikeikai Medical Journal 2004 ; 119 : 27-40)

Key words: dissociative identity disorder, multiple personality disorder, adjustment disorder, psychic trauma, abuse

#### I. 緒 言

本邦における解離性同一性障害 (Dissociative Identity Disorder: 以下 DID) または多重人格性障害の症例報告は 1996 年以前には 10 例を数えるのみであったが、近年その報告数は増加している。しかしながら、十分な症例数の本邦における研究

報告は、筆者の知るかぎりでは安ら(15例)<sup>1)</sup>と福島ら(7例)<sup>2)</sup>の報告があるのみである。また、治療転帰や予後の調査は、海外において Coons<sup>3)</sup>, Klufft<sup>4)</sup>, Ellason<sup>5)</sup>などの報告があるが、統一した見解が得られるまでには至っていないようである。

筆者の数年来の DID の治療経験では、患者の臨

床像や社会生活などを含めた全体像は多様であり、治療転帰も死亡例や1年程度で寛解した例など様々であった。当初は治療も手探り状態の中で進められたが、今日では、どのような患者がどの様に回復するかということが、徐々に判りかけてきたところである。そこで本稿では患者の重症度と治療転帰を筆者独自の評価を行い、その結果からDIDの類型化を試みた。

## II. 対象と方法

米国精神医学会による精神疾患の診断・統計マニュアル第4版<sup>6)</sup> (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition. 以下DSM-IV)のDIDの診断基準を満たし、1年以上の治療経過を観察できた9例の患者を対象とした。調査対象となった患者の受診した医療機関は複数である。また、患者のプライバシーの保護のため症例の記述にも精神医学的内容に影響がない程度に改変を一部加えた。初診時の年齢は17歳から25歳までのすべて青年期の症例で、女性は6例、男性は3例である。重症度は大きく分けて、患者背景、臨床症状、治療に関する要因の3項目から患者の全体像を評価し、総得点を30点とし、0~10点を軽症、11~20点を中等症、21~30点を重症と判定した(Table 1)。治療転帰は、症候学的改善、衝動行為の改善、外傷体験からの回復、薬物療法、社会適応、狭義の治療転帰の6項目により総合的に評価し、総得点は20点となる。0~5点を不変、6~10点を軽快、11~15点を改善、16~20得点を寛解と判定した(Table 2)。狭義の治療転帰は、死亡1例、中断3例、継続3例、終了2例である。治療継続例については、その他の6例の治療期間(15ヵ月から24ヵ月)の平均の18ヵ月で評価した。治療転帰は治療期間により異なるものであるが、治療継続例の治療転帰を18ヵ月で評価したことにより、治療期間の差で生じる治療転帰の差は排除できたものと考えた。全体としては18ヵ月前後での治療転帰を指標としたことになる。

### 〈症例の概要〉

・症例A：初診時19歳男性、高校中退後無職。一人子として生育。父親は会社員で、母親は洋品店を経営。幼児期から躁鬱病の父親から暴力を受けた。多忙な母親とは乏しい接触。幼稚園の頃から

ミニ遁走のエピソードあった。10歳、母親代わりの祖母が失踪。13歳、父親からむりやり海外留学させられ、男性から輪姦され、記憶の脱失が増加したという。16歳、父親が愛人と家出。その後、母親と殴り合いの喧嘩を度々するようになり、人が変わったようになることがあった。19歳、失恋後、女装した姿で発見されるなどの人格交代が激しくなり初診。治療では、交代人格による危険な行動化が頻回に起こり、対応に困難を極めた。人格交代の頻度は最後まで不変。中心的な役割を持つ交代人格は、女性の迫害者、暴力的人格、治療者に敵対する人格へと変化した。3度目の過量服薬により死亡。

・症例B：初診時17歳女性、高校中退後無職。4名同胞の末子。父母は会社員。幼児期より兄から度々暴力を受けた。小学校では慢性的にいじめを受けた。小学5年の頃から失神を呈し、中学の頃には記憶の脱失が起こっていた。16歳、恋人とその仲間から輪姦され妊娠中絶。その後、家出を繰り返す。侵入症状が激しくなり初診。交代人格による過量服薬などにより入院を繰り返した。限界設定と支持的な対応により徐々に安定し、アルバイトを断続的に行っていた。しかし、治療開始後72ヵ月後にも過量服薬により集中治療室に入院。

・症例C：初診時23歳男性、大学生。2名同胞の第1子。父母は会社員。幼児期より父親から暴力を受けていた。母親は多忙で、7歳から家事をさせられ、この頃には身近に見知らぬ名前が書かれた物品が発見されたという。中学の頃から家庭で物を壊すようになり、一人住まいをはじめ。某有名国立大学に入学。大学卒業後の進路選択で不安定となり、母親に暴力をふるうようになり、離人感などを主訴に初診。治療することで自分自身が消えてしまうのではと不安になり、第9回以降の面接は母親のみとなった。母親を蹂躪するような行動の反面、一緒に食事をする子どものように喜ぶなど、母親との密接な再体験で安定化した。人格交代は若干減少し、初めて恋人もでき、学業は優秀な成績を残していた。治療者の勤務変更に伴い母親が来院しなくなり治療中断。

・症例D：初診時25歳女性、高校中退後自営業の手伝い。2名同胞の第2子。実家は学習塾を営む。

Table 1. Global evaluation of severity of patient

- 
1. Patient background
    - 1-1 Social adjustment at initial visit
      - 2: After dropping-out of high school, no steady job.
      - 1: After graduating from high school, the patient went to school or took a job, but is presently on leave of absence.
      - 0: After graduating from high school, the patient has been attending school or holding a job.
    - 1-2 Repeated trauma at home
      - 2: The patient has experienced repeated trauma from one or both parent(s).
      - 1: The patient has experienced repeated trauma from someone in the household besides the parents.
      - 0: No clear repeated trauma at home.
    - 1-3 Attachment to the one who caused trauma at home
      - 1: Absent, 0: Present
    - 1-4 Patient's parent(s) experienced trauma from his/her/their parent(s).
      - 1: Yes, 0: No
    - 1-5 Development of dissociative symptoms before junior high school
      - 1: Yes, 0: No
    - 1-6 Development of personality switching after a particular trauma
      - 1: No, 0: Yes
  2. Clinical symptoms
    - 2-1 Alter personality has his/her own job.
      - 1: Yes, 0: No
    - 2-2 Alter personality has his/her own personal relationships.
      - 1: Yes, 0: No
    - 2-3 Alter personality has a last name that is different from the host personality.
      - 1: Yes, 0: No
    - 2-4 Functional differentiation of personality system
      - 1: Significant, 0: Slight
    - 2-5 Repeated personality switching for more than a year since initial visit to clinic
      - 1: Yes, 0: No
    - 2-6 A blank spell for more than 24 hours during the course of therapy
      - 1: Yes, 0: No
    - 2-7 Personal history of the patient includes amnesia for more than a year.
      - 1: Yes, 0: No
    - 2-8 Complications of dissociative and conversion symptoms besides personality switching
      - 2: Rarely, 1: Occasionally, 0: Frequently
    - 2-9 Suicidal personality
      - 1: Present, 0: Absent
    - 2-10 Serious suicide attempt
      - 1: Yes, 0: No
    - 2-11 Impulsive behavior
      - 3: Involving others unrelated to the patient,
      - 2: Involving people around the patient,
      - 1: Self perfection,
      - 0: None
  3. Factors relating to treatment
    - 3-1 Personality switching occurred within 3 months since the initial visit.
      - 1: No, 0: Yes
    - 3-2 Personality switching was the chief complaint for the initial visit.
      - 1: No, 0: Yes
    - 3-3 An alter personality consistently antagonizes the therapist.
      - 2: Yes, 1: Difficult to define, 0: No
    - 3-4 Countertransference of therapist
      - Unpredictable vague fear
      - 1: Present, 0: Absent
      - Anger at patient
      - 1: Absent, 0: Present
    - 3-5 Guarding capability of parents
      - 2: Virtually none, 1: Insufficient, but some, 0: Sufficient
- 

Evaluation: Total score 30 points

0-10 points: Mild

11-20 points: Moderate

21-30 points: Severe

Table 2. Global evaluation of treatment outcome

---

1. Symptomatic improvement
4: Nearly negligible symptoms
3: Dissociative symptoms have disappeared, but other symptoms are present.
2: Personality switching has disappeared, but other dissociative symptoms are present.
1: Frequency of personality switching has decreased.
0: No change in frequency of personality switching.
2. Improvement in impulsive behavior
3: None, 2: Self-perfection, 1: Involving people around the patient,
0: Involving others unrelated to the patient
3. Recovery from trauma
3-1 Item B of PTSD
1: The patient does not meet Item B., 0: The patient meets Item B.
3-2 Item C of PTSD
1: The patient does not meet Item C., 0: The patient meets Item C.
3-3 Item D of PTSD
1: The patient does not meet Item D., 0: The patient meets Item D.
3-4 Stability of therapeutic relationship
1: Present, 0: Absent
3-5 Acceptance of object-loss
1: Yes, 0: No
3-6 Able to form new personal relationships
1: Yes, 0: No
4. Need for medication
2: No need for medication
1: Prescription unchanged
0: Changing prescription or patient refuses medication.
5. Social adjustment
2: Patient has no problem in holding a job or continuing school.
1: Patient can hold a job or continue school, but sometimes with difficulty.
0: Patient cannot hold a job or continue school.
6. Treatment status
3: Therapy is completed or is continued only for follow-up.
2: Therapy has been discontinued or continued after a certain degree of improvement.
1: Therapy has been discontinued, although it clearly should be continued.
0: Death

---

Evaluation : Total 20 points  
0-5 points : Unchanged  
6-10 points : Slightly improved  
11-15 points : Improved  
16-20 points : Remission

幼い頃より父親から理不尽なことで何度か折檻された。父親から「女の子はいらない」と言われたことが大きな外傷体験となる。虚言癖があり、小学校では嘘つきだといじめを受けた。高校1年、参加した林間学校で全生活史健忘を一過性に発症。その後、集団恐怖を呈し、時に失神するようになる。精神科や民間療法に通ったが改善せず。主治

医の転勤により初診。面接中の人格交代は治療開始後6ヵ月後に初めて起こり、その後新たな交代人格が次々と出現するようになった。

・症例E：初診時23歳女性、大学卒業後定職なし。2名同胞の第1子。実家は魚屋を営む。幼い頃から父親が母親に暴力をふるうのを目撃していた。母親からは、気まぐれに可愛がられたり、邪険に扱

われた。中学の頃からは父親がEのことも時々殴ることがあった。18歳、母親が自殺。20歳、母親の命日に、初めての性的体験をした直後に限局健忘を発症。その後も記憶の脱失が起こるようになり精神科に通院。22歳、恋人の子を中絶した後より人格交代が激しくなりDIDの診断で紹介となり初診。交代人格による性的逸脱行動が度々あり、主人格も男性に対して依存的であった。治療開始18ヵ月後頃から治療関係が安定し、3年経過後、母親を喪失した悲哀を受容できてからは解離症状は消失。社会適応も良好である。

・症例F: 初診時18歳女性、大学生。2名同胞の第1子。父母は会社員。幼い頃より父親から時々殴られ、オラールセックスを強要されたこともあったという。5歳時、両親が離婚し母親と暮らしたが、9歳から13歳までは父親からむりに同居を強いられ、家出を繰り返した。13歳から母親と再び同居したが、異父妹の世話をさせられた。18歳、国立大学に入学し他県で暮らす。親元を離れると父親の幻声が出現し初診。当初から、手首自傷や過量服薬で頻回に救急室を受診した。父親に対する性的葛藤が治療者に転移され始めると、治療から逃避するように中断となった。

・症例G: 初診時18歳男性、高校生。3名同胞の第2子。父母は会社員。小学3年から中学1年まで慢性的に特定の同級生から執拗にいじめを受けた。その後中学では暴走族となり、気がつくとい鉄パイプで相手を激しく殴打していたという。高校時代は剣道に打ち込み安定していたが、高校3年時に失恋をきっかけに人格交代が激しくなり、初診となる。治療開始後3ヵ月後に「自分でどうにかする」と治療中断。2度目の失恋をして過量服薬をしたことで治療再開。その後「人格交代する自分に嫌気がさした」と人格の統合を宣言。経過観察が必要であったが治療中断。

・症例H: 初診時20歳女性、短大中退、失職中。出生後直ぐに隣県の乳児院で育成。3歳、最初の里親から拒絶され乳児院に戻された。4歳から二番目の里親と他県で暮らす。4歳時に見知らぬ男から性的悪戯を受けたという。中学から里親に反抗的となる。高卒後、里親に離反し独立。19歳、恋人から暴力を受けるようになり、人格交代が出現。健忘を訴え初診。治療開始1ヵ月後、繰り返す悪夢

が、最初の里親から拒絶された体験であったことを想起することにより人格交代は消失。その後、恋人との不安定な関係から、解離・転換症状を呈していたが、治療者との転移関係を通じて恋人との分離が徐々に進むにつれ安定した。里親とも復縁し、新しい恋人との関係も安定し、同性の友人が初めてできるなど人間関係も広がり、社会適応も良好となり治療は終了した。

・症例I: 初診時22歳女性、大学中退、失職中。3名同胞の第2子。父親は会社員、母親は専業主婦。小学4年の時に同級生数名からいじめを受けており、見知らぬ男から性的悪戯をされたこともあったという。中学2年時も、同級生の兄から性的悪戯をされたという。高校1年でも同級生数名からいじめを受けた。22歳、前の恋人からストーキングされ、人格交代が出現。人格交代を主訴に初診。新しい恋人の前で、年齢退行（それぞれの年齢の交代人格）を繰り返す。恋人に外傷体験を語ることで人格が統合され、4ヵ月で人格交代は消失。再就職し、恋人と結婚、出産するに至り、治療は終了した。

### III. 結 果

重症度の評価の結果をTable 3に、治療転帰の評価の結果をTable 4に示し、3年以上の長期の治療継続例については最近の治療転帰(B', D', E')についても参考に示した。全体のまとめをTable 5に示した。重症は3例(男性2例)、中等症は3例、軽症は3例(男性1例)であった。治療転帰は、不変は3例(重症例)、軽快は3例(中等症例)、改善は1例(軽症例)、寛解は2例(軽症例)であった。

### IV. 考 察

#### 1. 重症度と治療転帰について

DIDの重症度と治療転帰を評価するにあたって、現在のところ適当な評価尺度は乏しい。解離体験尺度<sup>7)</sup>は患者の主観に頼るものであり、客観性に欠け、定量的な評価をするには不適當である。Kluftの治療転帰の評価尺度<sup>4)</sup>は、あまりに人格システムの在り方に焦点が集中しすぎている感がある。適当な評価尺度がないため、著者が独自の評価方法を考案した。その方法と結果について以下

Table 3. Results: Global evaluation of severity of patient

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1. patient background									
1-1 social maladjustment	2	2	0	1	1	0	0	1	1
1-2 repeated trauma at home	2	1	2	2	2	2	0	0	0
1-3 no attachment	1	1	1	0	0	0	0	0	0
1-4 parent(s) experienced trauma	1	0	1	0	1	0	0	0	0
1-5 development of dissociation	1	1	1	1	0	0	1	0	0
1-6 development of switching	1	1	1	1	1	1	0	0	0
Subtotal score	8	6	6	5	5	3	1	1	1
2. Clinical symptoms									
2-1 alter's own job	1	0	0	0	0	0	0	0	0
2-2 alter's own personal relationships	1	1	0	0	0	1	0	1	0
2-3 alter's last name	1	0	1	0	0	0	0	0	0
2-4 personality system	1	1	1	1	1	1	1	0	0
2-5 repeated switching	1	1	1	1	1	1	0	0	0
2-6 blank spell	1	1	1	1	1	0	0	0	1
2-7 amnesia of personal history	0	1	0	1	0	1	0	0	0
2-8 no other dissociation and conversion	2	1	2	1	1	1	1	0	0
2-9 suicidal personality	1	1	1	0	0	0	0	0	0
2-10 serious suicide attempt	1	1	0	0	0	0	0	0	0
2-11 impulsive behavior	3	3	2	2	3	2	2	2	1
Subtotal score	13	11	9	7	7	7	4	3	2
3. Factors relating to treatment									
3-1 first switching	1	1	1	1	0	1	0	0	0
3-2 chief complaint	1	1	1	1	0	1	0	1	0
3-3 antagonizing alter	2	1	1	1	1	0	0	0	0
3-4 countertransference:vague fear	1	1	1	0	0	0	0	0	0
3-5 countertransference:can not feel anger	1	0	1	0	0	0	0	0	0
3-6 poor guarding capability of parents	1	1	1	1	2	1	1	1	0
Subtotal score	7	5	6	4	3	3	1	2	0
Total score	28	22	21	16	15	13	6	3	3

に述べる。

#### 1) 患者背景

社会適応の不良は障害の結果でもあるが原因ともなる。DID という同一性の重篤な障害では、社会的同一性が不安定であることは障害を悪化させる原因となる。高校を中退した A, B, D は重症度が高い。そして障害が悪化すれば、安定した社会的同一性を獲得することがますます困難になるという悪循環に陥る。しかし、C と F は比較的重症であるが大学生として学業を継続していた。DID においては社会適応が不良ならば重症と言えるが、重症ならば社会適応が不良とは必しも言えな

いようである。DID の状態で高度な社会的機能を発揮している症例が報告<sup>8)</sup>されている。

DID 患者のほとんどが小児期に被虐待体験を持ったと述べていることは、大規模な調査でも多数報告<sup>9-11)</sup>されている。しかしながら、何を虐待とするかは難しい問題がある。そのため本稿では、客観的事実である虐待と主観的体験としての意味が強い心的外傷の双方を表すものとして外傷体験という表現を用いた。自験例では家庭内での性的虐待を報告したものは F の 1 例だけで、安ら<sup>1)</sup>や福島ら<sup>2)</sup>の報告や米国の統計では 70% 以上に性的虐待が報告されているのと比べるとかなり少な

Table 4. Results: Global evaluation of treatment outcome

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	B'	D'	E'
1. Symptomatic improvement	0	0	1	1	1	1	3	4	4	1	1	3
2. Improvement in impulsive behavior	0	0	1	2	1	1	3	3	3	1	2	3
3. Recovery from trauma												
3-1 item B of PTSD	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1
3-2 item C of PTSD	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1
3-3 item D of PTSD	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1
3-4 therapeutic relationship	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1
3-5 acceptance of object-loss	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
3-6 new personal relationships	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
4. Medication	0	0	0	1	1	0	2	2	2	0	1	2
5. Social adjustment	0	0	2	0	1	1	2	2	2	1	1	2
6. Treatment status	0	2	1	2	2	2	2	3	3	2	2	2
Total score	0	2	5	6	8	6	15	19	19	5	7	17

Table 5. The sum of the investigation

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	B'	D'	E'
Age at initial visit	19	17	23	25	23	18	18	20	22			
Sex	M	F	M	F	F	F	M	F	F			
Treatment period (month)	20	18	17	18	18	24	16	15	18	72	36	48
Severity of patient												
patient background	8	6	6	5	5	3	1	1	1			
clinical symptoms	13	11	9	7	7	7	4	3	2			
treatment factor	7	5	6	4	3	3	1	2	0			
total score	28	22	21	16	15	13	6	6	3			
evaluation	SE	SE	SE	MO	MO	MO	MI	MI	MI			
Treatment outcome	0	2	5	6	8	6	15	19	19	5	7	17
treatment status	DT	CT	IR	CT	CT	IR	IR	CP	CP	CT	CT	CT
evaluation	UC	UC	UC	SI	SI	SI	IP	RE	RE	UC	SI	RE

M: Male F: Female

SE: Severe MO: Moderate MI: Mild

DT: Death IR: Interruption CT: Continuation CP: Completion

UC: Unchanged SI: Slightly improved IP: Improved RE: Remission

い。

2) 臨床症状

人格システムの機能分化が大きいと判定するには、少なくとも2つ以上の交代人格（本稿では交代人格という用語については主人格を含めないものとする）を持つことを必要条件とした。また、それぞれの交代人格が独立した機能を持つか否かも判定の対象とした。交代人格の総数については、少ない（1~2）ものは軽症と言えそうだが、多いほど重症とは言えないようである。よって交代人格

の総数そのものを評価の対象とはしなかった。各症例の人格システムを Table 6 に示した。重症例 C の人格交代は直接確認されることはなかったが、幻声では迫害者、保護者、自殺者などの交代人格が明確に区別できた。また、解離性障害の患者が外傷体験を、あたかも他人ごとのように淡々と話すことはしばしばみられる。しかし、C の場合は他人ごとどころか、恥ずかしそうに照れ笑いをしながら悲惨な外傷体験を語るといった深い感情と体験の解離が認められた。以上から、C について

Table 6. Personality system

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Persecuter	■	■	□	○	□	□	○	○	○
Protector		●	□	○	□		○		
Suicidal	□	□	□						
Child	□		?	□	□	○			○
Cross-gender	+	+	?	+	+	-		-	-
Total number	5	5	*	16	7	4	3	1	4

- : clear identity  
 ○: unclear identity  
 ■●: cross-gender  
 ?: unknown  
 \*: uncountable

は人格交代が直接観察されることはなかったが、人格システムの機能分化は大きいと判定した。5項目のどれにも該当しない最軽症例Iの交代人格は主人格と異なる名を自称していたが、主人格は交代人格を○歳頃の自分であると認知することもあった。また、迫害者的な交代人格もあったが、主人格の首を絞めたり、髪の毛を切る程度の自傷行為であった。よってIの人格システムの機能分化は4つの交代人格があるものの、小さいと評価した。

岡野<sup>12)</sup>によると、解離連続体仮説ではDIDでは解離の対象となる心的内容の量が解離性障害では最大となると考えられている。よって、人格交代以外の解離・転換症状の存在は、人格交代以外の解離のメカニズムで解離されている心的内容の存在を示していることになる。逆に人格交代以外に解離・転換症状が存在しないことは、解離という防衛が人格交代として集約されて完成されていることとなる。

衝動行為の重症度は、衝動行為の対象となる範囲が広がるほど高く評価した。過食・嘔吐、下剤乱用、リストスラッシュなどは自己完結型、過量服薬、リストカット（外科的治療を必要としたもの）、家庭内暴力などは特定の他者を巻き込むもの、無関係の他者を対象にした傷害や性的乱脈などは不特定の他者に及ぶものと評価した。衝動行為の対象が無差別になるに従い、衝動の制御が不良となると考えた。

DID患者からは、様々な自殺をほのめかす言動が報告される。NIMHの調査<sup>9)</sup>は、臨床家の61%

以上が担当患者の真剣な自殺企図に遭遇し、71%が生命に関わるほどでない自殺のジェスチャーに遭ったと報告している。Rossの調査<sup>13)</sup>では、236例中5例に自殺既遂例が認められている。本稿の致命的自殺企図とは、放置すれば死亡する量の過量服薬（例えば、気管内挿管が必要なもの）、飛び降り、首吊り、服毒などである。自験例では6例に過量服薬が認められたが、気管内挿管を要したのはAとBであった。また、自殺者人格の存在は、自殺の衝動が主人格から解離されて制御することが困難となり、自殺既遂の可能性が高いことを意味すると考えられる。

### 3) 治療に関与する要因

人格交代とは、それまで隠していた秘密をさらけ出すことであり、それを秘匿する傾向が強いほど、患者の抱える他者への不信感は根深いと考えられる。面接中に初めて人格交代が起きた時期は重症例ではAが9ヵ月後、Bが14ヵ月後、Cは途中から母親のみの来院となり治療者の前で人格交代が観察されることはなかった。中等症例ではDが6ヵ月後、Fが11ヵ月後、Eは初診当日から人格交代が起きたが、Eの場合は既にDIDの診断が前医で告知されている。軽症例ではGが初診当日、Hが10日後、Iが3ヵ月後である。軽症例に比べて重症例では、その時期が遅いことが明らかである。

治療者は、精神療法を通して患者の体験を追体験するものである。治療者はDIDの治療では空恐ろしさを感じることもある。この空恐ろしさは、患者が日常的に感じていた、いつ何が自分の身にふりかかるかわからないという恐怖感に由来する逆転移と考えられる。また、治療者が患者に怒りを覚える時は、患者も治療者に怒りを感じている時である。外傷体験に圧倒された患者は、初めは恐怖感のみで他者に対して怒りを感じることができない。逆に、治療者に怒りを感じることができるということは、外傷体験からの回復が進んでいると解釈される。この時、治療者自身も患者に怒りを覚えても、その怒りに耐え得る強さを患者が持っていることを感知している。

治療経過中に新たな交代人格が出現することは珍しいことではない。精神療法により、それまで解離されていた空想や感情が刺激されたり、葛藤



に直面すると、DID 患者はそれを人格交代という方法で表現すると理解される。新に創りだされた交代人格のなかでも、とくに対処が困難であるのは治療者に激しく敵対する交代人格である。それが明らかに認められたのは症例 A である。A の入院治療<sup>14)</sup>では、交代人格による危険な行動化が頻回に起こり、厳しい治療管理が行われた。その結果、新たな交代人格 AT が現われた。危険な行動化を起こした交代人格は、その行動の責任をとって消失したが、今度は AT が様々な行動化を起こしたり、激しい敵意を治療者に向けた。A は父親から虐待され、完膚なきまでに叩きのめされていた。A は AT が出現するに至って初めて、父親の代理である治療者に怒りを向けることができるようになったと言えよう。父親に対する激しい怒りは AT という交代人格に収斂し、治療者に転移されたと考えられる。

#### 4) 治療転帰の総合的評価

症候学的改善は、解離されていた心的内容が統合されるにしたがい、順次人格交代の消退、健忘の消退、転換などの身体化症状の消退という経過をたどると考えられる。自験例においても、改善や寛解例ではほぼそのような回復を示した。人格交代については最終的には 9 例中 4 例が消失した。G, H, I は 1 年以内、E は約 3 年で人格交代が消失した。

衝動行為の改善は重症度と同じ方法で評価した。衝動行為は人格交代の消退に伴い改善傾向が認められた。衝動行為は人格交代した状態で多くの場合行われたと考えられる。

初診時には 9 症例のすべてが DSM-IV の外傷後ストレス性障害 (Post Traumatic Stress Disorder: 以下 PTSD) の B (侵入性想起), C (回避・鈍麻反応), D (覚醒亢進) 項目を満たしていた。18ヵ月後の治療転帰では、5 例で覚醒亢進症状が改善し、軽症例の 3 例で B, C, D の 3 項目が改善している。

Herman<sup>15)</sup>によれば外傷体験の回復過程は、安全、想起と服喪追悼、再結合の三つの段階があるという。本稿では、安全には「治療関係の安定」が、服喪追悼には「対象喪失の悲哀の受容」が、再結合には「新たな対人関係の構築」が対応している。想起については PTSD の B 項目で評価されると

考えた。

治療関係が安定すると治療が面接時間内に集約される。患者は救急室を受診したり、面接時間外に電話をかけてきたり、無断で予約をキャンセルしたりというそれまでの行動をとらなくなる。患者は治療者への信頼を述べ、治療者に同一化することも起きてくる。この段階に至れば、患者が治療を中断することはない。それ故、治療中断例については、治療関係の安定がないと評価した。

対象喪失の悲哀の受容は DID の治療の到達点と言えるものである。自験例では、深く悲哀を受容できた<sup>16)</sup>と評価できるのは E のみであった。精神療法開始後 3 年目のことである。その頃には解離症状は消失していた。18ヵ月程度で寛解した H と I では、悲哀を受容する体験を精神療法では持たなかったが、この 2 例は軽症例のため、悲哀の受容までの深い精神療法的な変化を必要とせずに回復できたと考えられる。

新たな対人関係を構築し得たと評価されたのは、軽症で寛解した H と I のみであった。他の症例でも、新しい恋人ができたということもあったが、こうした関係は単なる共生的関係にすぎず、評価はしなかった。

## 2. DID の類型化

重症度と治療転帰の関係を Fig. 1 に示した。これまでの結果から DID を軽症で改善または寛解した G, H, I を適応障害型、中等症で軽快した D, E, F を心的外傷型、重症で不変だった A, B, C を虐待型と類型化した。

外傷体験と人格交代が反復した期間に着目すると、以下の点で 3 つの類型は明確に区別される。適応障害型は治療開始から 1 年以内で人格交代が消失しているが、心的外傷型と虐待型では 1 年以上人格交代が発現している。家庭内での反復された外傷体験は適応障害型ではないが、心的外傷型と虐待型では認められる。その外傷体験において、心的外傷型では外傷体験を与えた人物に対しての愛着が認められるが、虐待型では認められない。この点に着目して以下にそれぞれの類型の簡潔な特徴を示す。

・適応障害型：家庭内での反復された外傷体験は明らかではない。家庭外での外傷体験により適応が障害されたことを契機に人格交代が発現して

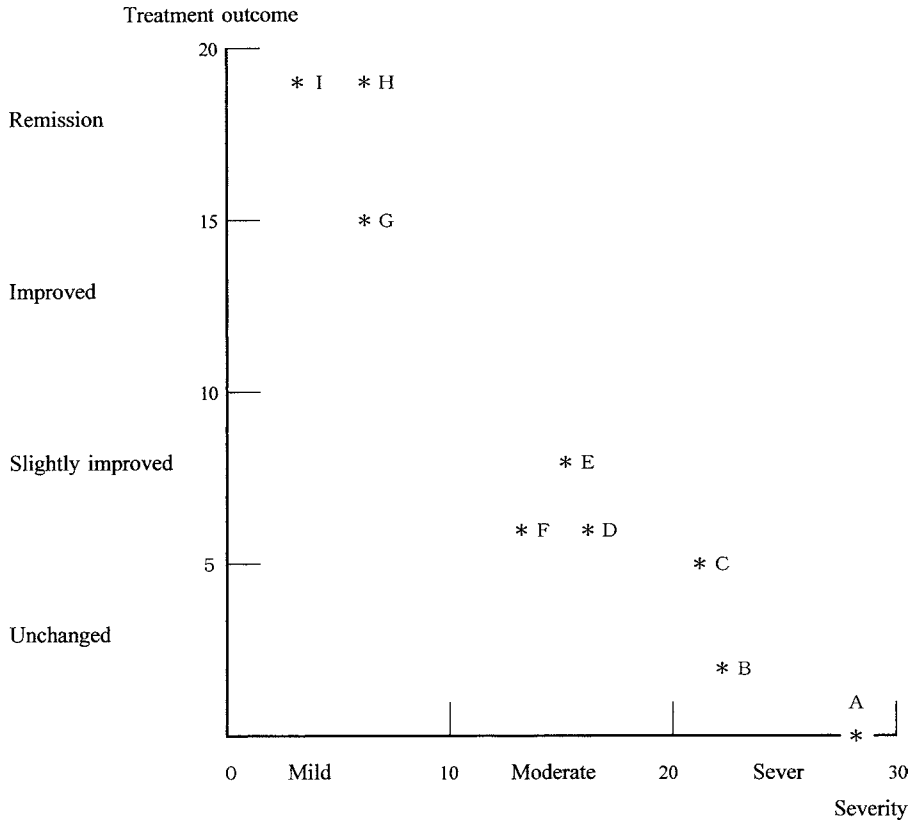


Fig. 1 Severity and Treatment outcome

いる。適応の問題が解決されると、治療開始から1年以内に人格交代は消失した。

・心的外傷型：家庭内での反復された外傷体験が認められるが、それは患者の主観的体験としての意味が大きいものである。洞察志向的な精神療法により、外傷体験を与えた親に対する怒りや恐怖心の他にも愛着も持つことが明らかとなった。

・虐待型：家庭内での反復された身体的虐待が共通して認められた。虐待したものに対する愛着が語られることはまったくなかった。難治であり死亡例も認められた。

これらの3類型の外傷体験と人格交代のあり方の詳細を以下に述べる。

#### 1) 適応障害型

適応障害型の外傷体験はほとんど家庭外のもと考えられる。また、親の治療破壊的な言動により治療が阻害されることもなく、親の保護能力に明らかな問題はなかった。Gの外傷体験は、小学3年から中学1年までのいじめ、2度の失恋であ

る。Hの外傷体験は、生母から捨てられたこと、最初の里親から拒絶されたこと、4歳の時の見知らぬ男からの性的悪戯、恋人からの暴力である。Iの外傷体験は、小学4年の時のいじめと見知らぬ男からの性的悪戯、中学2年の時の同級生の兄からの性的悪戯、高校1年の時のいじめ、元の恋人からのストーキングである。

人格交代を発現させるに至った外傷体験はGでは失恋、Hでは恋人からの暴力、Iでは元の恋人からのストーキングと考えられる。そして、これらの問題が治療中に解決され人格交代が消失している。つまり、ある外傷体験により適応が障害され人格交代が発現し、その適応の問題が解決されると人格交代が消失している。Gは新しい恋人ができて、安定して就労することもできるようになった。最後となった面接では「周囲の人に支えられて楽になっていますね」と語っていた。Hは暴力的な恋人と別れて里親と再び同居するようになった。就労も安定し、初めて同性の友人ができ

るなどの人間関係の広がりもみられた。Iは新しい恋人と結婚し、出産している。このように治療の最終段階では、患者を取り巻く環境は安定したものとなっている。

適応障害型の交代人格の同一性は明確なものではない。それぞれの交代人格の性格に共通するところがあり、役割分担もはっきりしない。また主人格が交代人格を幼い頃の自分であると認知することもあり、交代人格というよりは人格の退行と考えたほうがよいものもある。人格交代は3症例すべてで1年以内に消失している。また人格交代以外の解離・転換症状の合併が多い。このように適応障害型の解離による人格交代の防衛の完成度は低い。人格交代は一過性の解離症状の1つとみるべきであろう。適応障害型 DID は、いわゆる古典的なヒステリーとすることができる。

適応障害型では人格交代を秘匿する傾向が全くない。GとIの初診時の主訴は人格交代であり、Hは主訴こそ健忘であったが10日後の面接で人格交代を起こした。こうした治療の初期からの人格交代は、治療者に対する依存の表現と考えることができる。しかし、異なった見方をすれば、他者に対する根深い不信感がなく、他者を信頼できる能力が虐待型や心的外傷型よりも高いといえる。治療転帰においても安定した人間関係を構築することができている。

## 2) 心的外傷型

心的外傷型の家庭内での外傷体験は主観的体験としての意味が大きい。客観的にそれらが虐待であるとまでは言い切れないところがある。Dの外傷体験は父親から「女の子はいらない」と言われたり、時に理不尽な理由で折檻されたことなどである。Eでは、幼い頃から父母の暴力的な関係を目撃したこと、母親からきまぐれに可愛がられたり邪険に扱われたこと、中学の頃から父親から時に殴られたことがあったこと、高校3年の時に母親が自殺したことなどである。Fでは、幼いときに父親から時々殴られたことがあったこと、5歳から9歳まで離婚した父親とむりやり同居させられたこと、その後に母親と同居したが異父妹の世話をさせられたことなどである。またFからは、幼い頃に父親から何度かオラルセックスを強要されたことが報告されている。この情報は本人以外の者

からは確認はされていない。その点では偽りの記憶の可能性もある。ただ、事実はどうであれ心的現実であることには変わりわない。

これら心的外傷型3例については、治療が進むにつれ（治療転帰を評価した18ヵ月以降の経過も含む）様々な外傷体験が新に語られたり、中心的な意味を持っていた外傷体験が他の外傷体験に置き換わったり、外傷体験を与えた者に対する両価的な感情が明らかとなった。Dは水に恐怖心を持っていて入浴するときは常に人格交代していた。また、水の中でこどもたちが溺れる悪夢を繰り返し見ていた。その後、小学校の時に水泳の居残り練習をさぼって先生から厳しく注意された記憶を想起すると、こどもたちが溺れる悪夢を見ることはなくなった。また、交代人格の口からはあるが、父親と入浴中に「言うことをきかないと死んじゃうよ」と言って父親が溺れた真似をして恐い思いをしたことも語られた。Eでは治療の当初は父親からの暴力が面接の話題の中心だったが、徐々に自分を大切にしてくれなかった母親に対する怒りを語るようになった。最後には母親を喪失した悲哀を受容できるようになり、解離症状は消失した。Fは自験例のなかで唯一親からの性的虐待を報告した症例である。父親に対する「いじられたいVSいじられたくない」という性的な葛藤が治療者に転移され始めると、治療から逃げ出すように中断となった。

心的外傷型の女性例では父親に対する恐怖心や怒りを感じている一方で、愛着もあることが語られた。外傷体験を与えた者に対する愛着は両価的な感情である。DIDでは両価的な感情を保持できずに解離させてしまう傾向がある。外傷体験を与えた者に対する愛着を持っていないものは、持てるものよりも重症であると考えられる。しかし、父親から虐待された男性例では、父親に対する愛着が語られることは全くなかった。父親から息子が受ける外傷体験と父親から娘が受ける外傷体験とは、その持つ意味が異なるのではないかと考えられる。それにはフロイトのエディプスコンプレックスが関与していると考えられるが、外傷体験のあり方に性差が見られたことは興味深い。

心的外傷型の交代人格の同一性は適応障害型に比べて明確である。しかし、人格交代による防衛

は治療によって徐々に崩れていく変化が認められた。当初は交代人格に解離されていた外傷体験や感情を主人格自身が語れるようになり、両面的な感情を主人格が自覚できるようになっていった。治療転帰では3例すべてで人格交代の頻度は減少している。Eの治療転帰は18ヵ月後では軽快であったが、36ヵ月後には人格交代は消失して寛解と判定されている。

手首自傷、過量服薬などの周囲を巻き込む衝動行為は繰り返されるが、治療環境を破壊するまでには至らない。Eの衝動行為は無関係の他者に及ぶものと評価されたが、これは不特定多数の者との性交渉である。虐待型の衝動行為が無関係の他者に対する暴行であることは異なるものである。心的外傷型の他者への攻撃性は虐待型ほど激しいものではない。

治療者に敵対する交代人格も認められるが、その同一性は虐待型ほど明確ではない。自傷行為を行うなどして主人格に不利益をもたらす迫害者人格が、治療者に対しても敵対する。しかし、それは虐待型のように制御不能の攻撃性を治療者に向けるのとは異なっている。心的外傷型の迫害者人格が治療者に敵対する目的は、治療者を攻撃することではなく、治療に対して抵抗することである。つまり、人格交代という防衛を維持するための抵抗である。このような治療に対する抵抗は精神療法の経過中には必然的に起こるものである。そのため治療者も虐待型の場合のように問題のある逆転移を起こすことはない。また、治療者と主人格との信頼関係ができると、迫害者人格も治療に対して協力的となり、その性格を変えるようになる。

### 3) 虐待型

虐待型の家庭内の外傷体験は、3例に共通して身体的虐待が認められる。AとCは父親からの、Bは兄からの身体的虐待である。これらは第三者からも確認された客観的事実である。虐待型では外傷体験の内容と主題は終始一貫して変化はなかった。父親から虐待された男性例のAとC、兄から虐待された女性例のBは虐待者に対する愛着を語ることは全くなかった。心的外傷型では外傷体験を与えた者への愛着ある点で、外傷体験は欲動興奮的<sup>12)</sup>な側面も有しているが、虐待型の外傷体験は侵襲破壊的<sup>12)</sup>である。こうした侵襲破壊的な

外傷体験はフロイトの後期の外傷体験理論に当てはまる。フロイトは外傷体験を「短時間のうちに刺激の増加が通常の仕方では処理したり解消できないほどに強力な場合、エネルギーの作動に永久的な障害を来すもの」と定義し<sup>17)</sup>、刺激障壁という概念を提示した<sup>18)</sup>。外傷体験により刺激障壁の破壊が起こり、個体の快感原則を支える機構を一挙に機能不全に陥れ、快感原則よりも原始的で本能的な反復強迫が露呈するようになると述べている。それだけに虐待型ではフロイトの死の本能（攻撃性）を基盤とした反復脅迫的な行動様態をとりやすく、それは人格交代として再演される。フロイトは反復強迫を受身的な外傷体験を能動的にやり直すことで、受けた過剰な刺激を統制しようとする試みと考えた。虐待型 DID では外傷体験を与える主体と外傷体験を受ける客体とが同時に一つの自己のなかに存在しており、止むことがない外傷体験の循環が生起しているかのようである。

虐待型の交代人格の同一性は明確である。独自の職業をもつ交代人格や、主人格と氏まで異なる交代人格は虐待型でのみ認められた。虐待型の3症例は数日間記憶が脱失することが、他の誰にでも自分と同じように起こることと考えていた。初診時に健忘を訴えた者や交代人格の存在を自覚していた者はいなかった。これは人格交代が長期間反復し、習慣化していたことを意味すると考えられる。その他の解離・転換症状の合併もほとんどなかった。虐待型の解離による防衛は人格交代として高度に完成しているといえる。

人格交代による防衛の完成度が高いことにより、それぞれの交代人格に解離された自己破壊性や他者への攻撃性は制御不能となる。自殺者人格や致命的自殺企図は虐待型でのみ認められ、3例すべてに自殺者人格が認められた。Bは十数回の過量服薬をしたが、集中治療室に入院するまでの状態になったことがあった。Cは母親に対する度重なる暴力が認められた。治療者を傷つけてしまうという不安が高まり、C自身が面接に臨むことはなくなった。とくにAでは、交代人格が治療者を刃物で脅したり、看護者に暴行を働くことも起こっている。治療者は著しい逆転移を起こし、治療状況に対して空恐ろしさを感じた。また治療者は交代人格から激しい攻撃性を向けられても、そ

それぞれの交代人格に完全に分断された患者の姿に怒りを感じることができなくなってしまった。こうした制御不能な攻撃性により治療環境は破壊され機能不全に陥ることもあった<sup>14)</sup>。

## V. 結 語

1. 9例の解離性同一性障害の患者について精神病理学的検討を加えた。

2. それらについて重症度と治療転帰の評価を筆者独自に行った。重症度は患者背景、臨床症状、治療に関係する要因の3項目から患者の全体像を軽症、中等症、重症の3段階に評価した。治療転帰は症候学的改善、衝動行為の改善、外傷体験からの回復、薬物療法、社会適応、狭義の治療転帰(死亡、中断、継続、終了)の6項目により総合的に不変、軽快、改善、寛解の4段階に評価した。

3. その結果から解離性同一性障害を軽症で改善または寛解したものを適応障害型、中等症で軽快したものを心的外傷型、重症で不変だったものを虐待型と3つに類型化した。

4. 適応障害型では家庭内での反復された外傷体験は明らかではない。家庭外での外傷体験により適応が障害されたことを契機に人格交代が発現している。適応の問題が解決されると、治療開始から1年以内に人格交代は消失した。交代人格の同一性は不明確であり、人格交代は一過性の解離症状の1つと見ることができ、いわゆる古典的なヒステリーとすることができる。

5. 心的外傷型では家庭内での反復された外傷体験が認められるが、それは患者の主観的体験としての意味が大きいものである。洞察志向的な精神療法により、外傷体験を与えた親に対する怒りや恐怖心の他にも愛着も持っていることが明らかとなった。心的外傷型の交代人格の同一性は適応障害型に比べて明確である。しかし、人格交代による防衛は治療によって徐々に崩れていく変化が認められた。周囲を巻き込む衝動行為は繰り返されるが、治療環境を破壊するまでには至らない。心的外傷型の他者への攻撃性は虐待型ほど激しいものではない。

6. 虐待型では家庭内での反復された身体的虐待が共通して認められた。虐待したものに対する愛着が語られることはまったくなかった。交代人

格の同一性は明確で、交代人格に解離された自己破壊性や攻撃性は制御不能となる。治療環境は破壊され機能不全となることも起きた。難治であり死亡例も認められた。

稿を終えるにあたり、直接のご指導を賜りました東京慈恵会医科大学精神医学講座、牛島定信主任教授に深謝いたします。また、さまざまな協力をいただいた看護スタッフの皆様、ご指導およびご助言をいただきました精神病理・精神療法研究班の皆様感謝いたします。

## 文 献

- 1) An K, Tanaka K, Kobayasi S. Dissociative Identity Disorder in Japan: A Report of 15 Cases. Presented at the 13th International Fall Conference of the International Society for the Study of Dissociation, San Francisco, 1996.
- 2) 福島春子, 胡桃澤伸, 金光洙, 田中 究, 小林俊三, 安 克昌 ほか. 解離性同一性障害入院患者の臨床的特徴. 精神医学 2000; 42: 153-7.
- 3) Coons PM. Treatment progress in 20 patients with multiple personality disorder. Journal of Nervous and Mental Disease 1986; 174: 715-21.
- 4) Kluft RP. Treatment trajectories in multiple personality disorder. Dissociation 1994; 7: 63-75.
- 5) Ellason JW, Ross CA. Two-Year Follow-Up of Inpatients With Dissociative Identity Disorder. Am J Psychiatry 1997; 154: 832-9.
- 6) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994 (高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸訳. DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル第4版. 東京: 医学書院; 1996.)
- 7) Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. J Nerv Ment Dis 1986; 174: 727-35.
- 8) Kluft RP. High-functioning multiple personality patients; Three cases. J Nerv Ment Dis 1986; 174: 722-6.
- 9) Putnum FW, Guroff JJ, Silberman EK. The clinical phenomenology of multiple personality disorder: a review of 100 recent cases. J Clin Psychiatry 1986; 47: 285-93.
- 10) Coons PM, Bowman ES, Milstein V. Multiple

- personality disorder: a clinical investigation of 50 cases. *J Nerv Ment Dis* 1988; 176: 519-27.
- 11) Ross CA, Miller SD, Reagor P. Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 596-601.
  - 12) 岡野憲一郎. 外傷性精神障害. 東京: 岩崎学術出版社; 1995.
  - 13) Ross CA. *Dissociative Identity Disorder*. New York: Wiley; 1997. p.124-5.
  - 14) 石黒大輔. 解離性同一性障害の入院治療: その集団力動に及ぼす影響と治療状況の混乱. *児童青年精神医学とその近接領域* 2000; 41: 528-38.
  - 15) Herman JL. *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books; 1992. (中井久夫訳. 心的外傷と回復. 東京: みすず書房; 1996.)
  - 16) 牛島定信, 石黒大輔. 思春期臨床における解離性障害. *精神療法* 2000; 27: 572-8.
  - 17) Freud S. The introductory lectures on psycho-analysis. S.E. 16. 1916-7. (懸田克躬, 高橋義孝 訳. *精神分析入門*. フロイト著作集 1. 東京: 人文書院; 1971.)
  - 18) Freud S. Beyond the pleasure principle. S.E. 18. 1920. (小此木啓吾訳. *快感原則の彼岸*. フロイト著作集 6. 東京: 人文書院; 1971.)