

# 解離性同一性障害における内的世界の 構造と場所の機能

内 堀 麻 衣

## 1. はじめに

解離はジャネのヒステリー研究の中で初めて取り上げられ、1980年にDSM-Ⅲにおいて解離性障害として改めて精神医学の中に登場することになった。解離性障害はDSM-5において、「意識、記憶、同一性、情動、知覚、身体表象、運動制御、行動の正常な統合における破綻および／または不連続」と定義されている。また、解離性障害群として、「解離性同一性障害」「解離性健忘」「離人感・現実感消失症」「他の特定される解離症（混合性解離症の慢性および反復性症候群、長期および集中的な威圧的説得による同一性の混乱、ストレスの強い出来事に対する急性解離反応、解離性トランス）」「特定不能の解離症」に分類されている。特に解離性同一性障害とは、2つまたはそれ以上の他と区別できるパーソナリティ状態の存在、反復する健忘エピソードを特徴とする。

解離性障害は、幼少期における慢性的で重度な心的外傷の結果であると言われている。解離を引き起こし得る心的外傷としては、これまで幼少期の性的、精神的、身体的虐待が注目されてきたが、近年では親の病気や問題のある愛着形成が幼児を圧倒する対人環境となって影響を及ぼし、正常な自我状態の統合を妨げて解離性障害の要因となることが指摘されている（Liotti, 1992; Lyons-Ruth, 2006）。とりわけ、無秩序型アタッチメントと解離性障害との関連が注目されている。Liotti（2004）は、無秩序型アタッチメントの子どもが、両親に近づいていく途中で突然動かなくなったり、両親の呼びかけに反応しなくなったりする様子を例にあげ、それらが成人の解離症状と似てい

ることを指摘している。

日本においては、岡野が重要な養育者と子どもとの関係から生じるストレスを「関係性のストレス」と名づけ、解離性同一性障害で高頻度にみられることを報告している（岡野、2007）。さらに柴山（2007）は、解離性障害の患者の多くが「安心できる居場所のなさ」を訴えることに着目し、現実世界での「居場所」を失うことで、安定した自己を支える機能が脆弱化し、それが解離症状を生みだす基盤になっていると述べている。

このように、深刻な心的外傷を受けた人でも、その後解離性障害に至る場合とそうでない場合があり、その要因についてはさらに幅広い可能性を検討する必要がある（Howell, 2015; Itzkowitz et al., 2015）。解離性障害の成り立ちは、第三者が客観的にとらえることのできる重大な心的外傷の出来事に限らず、被害を受けた当事者の主観的体験も含めて考えられるべきである。当事者の主観的体験に注目することは、臨床実践において診断の上でも、クライアントとの信頼関係の構築においても重要であろう。

私たちの自己状態は、現在の状況に合わせて様々に変化している。職場では専門家として、家では母親として養育者の態度をとり、親しい他者との間では子どもっぽい態度をとるなど、その場に合わせた自己状態が自然に現れているだろう。通常、私たちはそのことを記憶し、それらすべてが自分自身であるということに気づいている。こうした視点からすれば、「われわれは誰も単一体ではなく、むしろさまざまな程度に、さまざまな方法で内的に解離された自己状態が、高度にまとまった凝集体なのである」（Howell, 2011）。

しかし、解離性障害、とりわけ解離性同一性障害（Dissociative Identity Disorder: DID）の場合は、それぞれの自己状態が人格化され、身体を実行制御し、出来事を共有できるときもあればできないときもあり、一人の自己としての諸機能が深刻に解離している。さらに、解離された自己状態は、第三の現実（Kluft, 2000）、セルフケアシステム（Kalshed, 1996）などといった心的な場所を創り上げ、圧倒的で耐え難い現実に対処している。それによって現実の耐え難い苦痛から一旦は逃避できるが、同時に自らの閉鎖的な

内的世界に引きこもり現実との連続性が断たれてしまうという危険性がある。治療においては、解離された自己状態をつなげていくことが重要となるが、その際、彼らの内的世界の構造や、それらが成立した文脈を理解しておくことが必要である。

よって本論文では、解離性同一性障害（以下、DID と表記する）を有する人にとっての内的世界に焦点を当て、その構造について概観し、さらに治療にとって必要な「場所」について考察することにした。

## 2. DID における交代人格

DID を有する人々は基本的に、さまざまな自己の人格部分たちを有しており、それらは記憶、感情、行動、自己像、身体像、思考様式など重要な点において、互いにはっきりと分かれている。これらのさまざまな経験の断片には、それぞれ自分自身の別個の感覚、すなわち「私」という感覚を持っている（Howell, 2011）。それが一般的な交代人格である。

Putnam (1989) は交代人格を、主人格、子ども人格、迫害者人格、自殺者人格、保護者および救済者人格、内部の自己救済者、記録人格、異性人格、性的放縱人格、管理者人格および脅迫者人格、薬物乱用者、自閉的人格および身体障害のある人格、特殊な才能や技術をもつ人格、無感的あるいは無痛覚的人格、模倣者および詐欺師、悪魔と精霊、オリジナル人格に分類している。それぞれの自己状態の基礎組織には、主に表面的に活動して社会と関わっている部分もあれば、ほとんど外界と関わることなくトラウマ体験を抱えている部分もある。諸部分は、とりわけその機能や感情状態によって区別されている。

さらに Putnam (1997) は、DID の発達論モデルとして病的解離の「離散的行動状態 (discrete behavior states)」モデルを提唱し、その中で交代人格の生成について述べている。彼によると、誕生した頃の私たちの行動の構成はいくつかの別個の状態が直列につながっているようなものであり、子どもの成長につれて、新しい行動意識状態が付け加わり、状態間の移行が円滑に

なっていくという。しかし、心的外傷を受けた子どもは、その状況に適応するために行動意識状態間の分離性を高め、心的外傷によって生じた圧倒的な感情と記憶とを別々の区画に封じ込める。それが繰り返されるたびに、特異な解離状態の中に入りこむようになり、これに新しい記憶、感情、行動を加えられて、その解離状態と状態依存的に結合し、交代人格の「生活史」が形成されていくという。つまり、心的外傷を受けることによって DID の人たちは通常とは異なる発達過程をたどることとなり、さまざまな行動意識状態をつなぐ一貫した自己を築き上げるようにならず、複数の解離状態が交代人格にまで精密化していくという。

Van der Hart (2006) は解離を、あたかも正常に見える人格部分 (Apparently Normal Personality: ANP) と情動的な人格部分 (Emotional Personality: EP) の共存と交代現象として記述した。あたかも正常にみえる人格部分 (ANP) とは正常な生活が続けることに固着し、外傷記憶を回避している人格部分である。もう一方の情動的な人格部分 (EP) とは、外傷を受けたときのシステムに固着し、活動範囲、機能、自己感が極めて制限されている人格部分である。たいてい EP は人生における辛い記憶や感情を抱えており、ANP はそれらを回避している。人格部分によって状態は異なり、それぞれが日常生活のふるまい方や耐え難い感情への対処法について対立する考えをしばしば持っている。

Howell (2011) は、DID を有する人たちの内的世界に共通したパターンが、「カープマンのドラマ三角形 (Karpman drama triangle)」(Karpman, 1968) とおおよそ一致しており、苦悩する犠牲者、加害者、救済者といった部分によって構成されていると指摘している。

犠牲者人格とは、たいていは虐待などに苦しんでいる子どもたちである。加害者人格は、発達早期における迫害者が内在化されたものであり、救済者人格は人生において重要で好ましいとされた現実の人物をもとに形成されることが多いと考えられている。

内的迫害者人格の起源については議論が分かれている。Howell は、救済

者の部分が子どもを先制的に守ろうとして、虐待者をモデルとした迫害者になると考えている。しかし、柴山（2010）は Ferenczi の「攻撃者との同一化」という理論を引用し、内的迫害者の起源を実際の虐待者とする見方に異議を唱えている。Ferenczi は、クライアントが心的外傷の攻撃者に同一化し、それを取り入れることについて述べた。それは攻撃者を交代人格として自分の中に取り込むということを意味しているのではなく、「攻撃者の意思に服従させ、攻撃者のあらゆる欲望の動きを汲み取り、それに従わせ、自らを忘れ去って攻撃者に完全に同一化」することを意味する（Ferenczi, 1933: 2007 所収）。Freud, A. も攻撃者の同一化について述べているが、彼女のいう攻撃者との同一化は、自我が攻撃者の属性を取り入れて模倣することを指す。柴山（2017）は Freud, A. のいう攻撃者との同一化を「攻撃者への模倣的同一化」と呼び、それに対して Ferenczi のいう攻撃者との同一化を「相補的同一化」と呼んで区別した。解離性障害における内的迫害者人格の起源は、Ferenczi のいう攻撃者への服従という自己変容的な同一化であるとし、虐待者をそのまま取り入れ、それに同一化することで交代人格が形成されるということは極めて稀であることを述べている。

交代人格はさまざまに解離された別々の主体を持った部分であるが、相互に関係した部分であり、一人の人間のあらゆる面を含んでいる。よって、たとえば体験が異なっているとしても、ひとつの身体を共有しているように、すべての人格部分が一つの全体的な人格システムであることをよく知っておく必要がある。

### 3. DID の内的構造

Kluft（1998）は、DID のクライアントたちが3つの現実に関与していると述べている。

第一の現実とは、クライアントが思いだすことのできる歴史的現実である。第二の現実とは、様々な情報によって影響を受け、再現ないし再構成された記憶である。そして、第三の現実とは、DID 患者の内的世界において交代

人格たちが交流する場所であり、あたかも現実であるかのようにありありと知覚される世界のことを言う。第三の現実について尋ねることによって、交代人格たちそれぞれが抱えている問題や彼らの存在の意味を理解し、患者あるいは交代人格たちの主観的現実を知ることが可能となる。知っている交代人格たちに彼らの物語を話すように尋ね、内的世界における彼らの役割や関係性をつきとめることは治療において非常に重要である。Kluft (2000) は、DID の中核を、交代人格たちが具現化され人格化される「多重現実障害 (multiple reality disorder)」であると表現している。

また、ユング派精神分析家である Kalsched (1996) はこのような内的世界を「セルフケア・システム (self-care system)」と名づけている。

彼は、「ばらばらにさせること」と「一緒にさせること」という両過程、すなわち「脱統合／再統合の相補的なダイナミズム」が心理的営みにおいて本質的であり、そのバランスがとれていることがこころのホメオスタシスの過程に不可欠であるとしている。こうした調整過程は、こころと外的現実のあいだの移りゆく接点で、つまり防衛が必要になる境界で特に活発になるという。この自動制御的な活動は、身体の免疫システムと似た「セルフケア・システム」である。身体の免疫システムのように、セルフケア・システムは「異質の」あるいは「危険な」要素となるものに対して積極的攻撃を加えることで、その機能を果たしている。通常、セルフケア・システムは、内的・外的境界における門番として機能し、体験の私でない要素は私の要素から区別され、外に向かって攻撃的に拒否され、内に向かってしっかりと抑圧される。しかし、発達早期のトラウマがある子どもは、本来の防御的な反応の中で何らかの間違いが起こり、内的世界を迫害と自己攻撃の悪夢に変える「自己破壊システム」となってしまうことがあるという。

虐待された子どもというのは、たいてい虐待者である親を憎むことができず、憎むかわりに「良い」ものとして同一化し、Ferenczi が「攻撃者への同一化」と呼んだ過程をとおして、内的世界に虐待者の攻撃性を取り込み、自分自身を憎むようになるという。取り入れられた攻撃性は、自己に向け変え

られて、内的世界がダメージを受けることになる。

このように、DID における内的迫害者人格は、ときに非常に強力な威力をもって、内的世界を暴力的に分断している。それは、現実から乱暴に「切り離され」た、クライアントの断片的で傷つきやすい部分を、あたかも再び暴行を加えられることから守るように包み込んでいるようである。さらに別なときは、一種の守護天使であり、自己の子どものような部分を内側で慰め、守り、同時に世界から恥ずべきものとして隠している。内的迫害者人格は、保護的あるいは迫害的な役割をもち、この二重なイメージは、内的な「構造」としてつながりあっており、セルフケア・システムと呼ばれるものを作り上げている。

耐え難いほどの苦痛な体験をしたとき、慰めて守ってくれる現実の他者が不在であるため、彼らは自らの想像的力に頼らざるをえない。それは、外からみたら空想的な作り話のように思われるかもしれないが、彼らにとってはありありとした現実として体験されており、現実からの逃避を可能にするほど強力な保護的機能を持つ。耐え難い情報や感情から自己を切り離すことによって、内的世界の中でつかの間の安心を手に入れられるかもしれないが、それによって現実世界とのつながりが切断されるため、社会的機能は大きく損なわれるかもしれない。つまり、解離性障害における内的世界は一時的な対処法であるかもしれないが、そこに頼りすぎてしまうと閉鎖的な自己システムへの引きこもりが生じ、社会的な自己として生きることが難しくなる。

Howell (2011) は、第三の現実と閉じられたセルフケア・システムの共通点について以下のように述べている。「内的な部分と外界が現実につながらない限り、内側はずっと閉じられたシステムに留まったままとなり、成長することができなくなる。これらの部分が互いに分離したままである限り、彼らの信念、願望、動機における対立は、問題のあるもの、葛藤を抱えたものとして体験されることはないだろう (p. 93)」。さらに、閉じられたシステムは、外部の他者と自己との間主観性を妨げるだけでなく、自己状態の間主観性をも妨げる。よって、治療者は、自己状態が分離した体験のより

多くを互いに共有するための、関係の架け橋（Bromberg, 1998）として機能すべきである。

以上が交代人格を含めた DID の内的構造の概略であるが、次に治療者との関係を含んだ、治療にとって不可欠な「場所」について考察する。

#### 4. 自己状態の間をつなぐ

##### (1) 段階的治療

では、分離された自己状態をつなぎ合わせるにはどうしたらいいのだろうか。そもそも解離は、恐ろしくて圧倒されるような体験を自己から切り離し、生き残るための対処方略であるため、切り離された情動、記憶、思考を伴う自己状態を再びつなぎ合わせる作業は慎重に行わなければならない。クライアントの準備が整う前に急にトラウマにアクセスすると、過去のトラウマ体験が侵入してきて再外傷体験になる危険性がある。そのような危険性を配慮して、安全に治療を開始するための方法として、段階的治療が知られている。

段階的治療は、解離性障害の専門家から多く支持されており、ISST-D（国際トラウマ解離研究学会）の治療ガイドラインにも記されている。大きく三段階からなり、第一段階は「安全の確立」、第二段階は「外傷記憶の想起」、第三段階は「日常生活との再統合」とされている。Howell（2011）は、各段階において注意すべきことについて詳細に記述しているため、以下に概要を記す。

第一段階で最も重要な課題は信頼の確立である。解離性障害のクライアントの場合には、目の前のクライアントだけでなく、多重に解離された自己状態とも信頼関係を構築する必要がある。Howell（2011）は、「共意識（co-consciousness）」と「共参加（coparticipation）」という概念を用いてその方法について述べている。共意識とは、2人以上の交代者が同時に同じ精神、感情、知覚を共有していることを意味し、内的システムのより一層の調和と共同にとって必要である。共参加とは、1人の人だけでなく多数の主体性が治療に参加することであり、さまざまな人格部分たちに対して一緒に参加す



るよう働きかけることで治療が大きく前進する。そして解離性の人格部分たちと交流する方法を、①共意識と共参加を促進すること、②部分たちの間の共感を強化すること、③システム全体の情報を増やすこととしている。ここで、催眠などを用いて無理やりコンタクトを取ろうとすることは望ましくない。そうすることで、表に出てくる準備ができていない自己状態たちを脅かすことになるからである。治療者の焦りや欲望は時に、クライアントにとって脅威に感じられる可能性があるため、始めの第一段階では誠実で丁寧な関わりを心がけなくてはならない。

第二段階では、クライアントの外傷記憶を扱う。恐ろしい記憶にアクセスすることによって生じる圧倒的な情動からクライアントを守るために、様々な催眠技法が提案されている（Putnam, 1989; Kluft, 1993）。ここでは再外傷体験の危険を防ぎ、解離されていた記憶がゆっくりとクライアントに認識されるよう配慮することが重要である。その際、解離した自己状態たちと治療者が対話するなかで、また解離された自己状態たちが相互に対話するなかで、トラウマにまつわる記憶と感情が明らかとなり、それが共有される。

第三段階では、日常生活との再統合が行われる。この段階までに多くの解離症状は治まり、トラウマを想起する頻度も少なくなっているため、治療者はクライアントが社会の中で適応していけるようにサポートしていく。日常生活における刺激によって過去の外傷記憶を想起する可能性もあるため、再び第二段階に戻って作業する場合もあるかもしれない。このように段階的治療は直線的ではなく、クライアントの状態に合わせて行き来するプロセスとしてある。

## (2) 関係性の視点

段階的治療の中でもとくに重要なのは、やはり第二段階の外傷記憶を取り扱うプロセスだろう。それまで切り離されていた外傷記憶をクライアントが自分のものとして認識するとき、激しい不安、恐怖が喚起され、再び解離することなく内的葛藤を抱えられるようにするためにはどのように関わればいいのか。Bromberg（2011）はこの、解離することから内的葛藤を抱

えられることへと移行する精神的プロセスについて研究している。彼は、エナクトメントという現象を接点として、クライアントと治療者が関わりをもち、間主観性の発達を促すことによって、葛藤の能力が育まれると考えた。エナクトメントとは、無意識に留まっているものが、十分意識化されないまま治療の場において实际的な行動として現れてしまう事態を意味する言葉で、「実演」とも訳される。エナクトメントは、当初治療者側の逆転移と関連する克服すべき問題として取り上げられていたが、近年では、無意識の世界に到達するための手がかりを告げるものとして論じられている。

さらに Bromberg は、内的葛藤を可能にするために、自らの内的状態を観察する自省的姿勢の重要性について強調している。解離性障害のクライアントの自省的姿勢を育むにあたって、治療者には単に精神状態を正確に映し返すこと以上のことが求められる。すなわち、治療者は映し返すことを超えて、治療者の主観性ととともにクライアントの主観性を反映し、適切な経験の表象を提供しなくてはならない。そのためには、治療者自身が自分自身の「私でないもの」という経験を同じように観察し自省することを自ら進んで行うことが必要である。そのような治療者自身の情動的正直さはクライアントにとって大きな助けとなり、クライアントは治療者との関係を通して、自分の解離された自己状態間の内的な結び付けを行う。続けて Bromberg (2011) は、「話すべき物語としてではなく、再び足を踏み入れるべき空間として、その瞬間を知覚するように患者が求められるという臨床プロセス」の重要性を指摘している。つまり、クライアントが外傷記憶について語るとき、単に思い出された記憶として表面的に語らせるのではなく、「今、ここ」における生きた体験として語ることが必要である。

以上のようなプロセスを通して、クライアントは内的な自己状態と相互交流することが可能となり、嫌な体験を押し付けられて苦しんでいる部分たちの声に耳を傾け、それらを自分の体験として組み入れることができるようになる。治療者は、必然的に自分自身とクライアントの複数の声に耳を澄ますこととなり、そのような聞き方をするためには、話し手に全面的に「同調

(attunement)」することが求められる。

適切な同調については Hopenwasser が詳しく述べている。Hopenwasser (2015) は、「解離性同調 (dissociative attunement)」という概念を提示し、解離性障害の治療におけるその重要性について言及している。まず、解離性障害との治療においては、面接中のクライアントの変化が非常に速く、かつ非線形的であるため、それが起きている通りに洞察することが不可能である。そのため、投影性同一視、転移、逆転移のような「あなたが」「わたしが」という直線的な理解ではクライアントの状態を十分にとらえきれないと指摘する。解離性障害の治療において重要なのは、「あなたが」「わたしが」でもない体験であり、それは同時性を持ち、同時に存在しているという認識的な意識であり、直線的ではなく、完全に双方向的であると述べている。治療者がセッション中に自らの防衛に気づいていること、相反する様々な感情、感覚に気づいていることによって、逆転移を越えた共有過程が可能になる。例えば、治療者の恥と罪悪感、そしてクライアントの恥と罪悪感、この全ての関係性の悪循環が引き起こす恥と罪悪感も一緒に、それらとともにいることを受け入れることを通して、少しずつ、つながりの感覚が生まれてくる。以上が Hopenwasser の主張するところである。

## 5. 治療における「場所」

これまで、DID における交代同一性、内的システム、自己状態間をつなぐことについて紹介してきた。解離という対処法は、耐え難い心的外傷から自己を守るための重要な機能であるが、切り離された体験は人格化され、様々な交代同一性（交代人格）として内的世界に存在し続けるため、完全に切り離すことはできない。それは一時的な対処法でしかない。さらに体験の切り離しを続けることによって内的システムが複雑に作り上げられ、現実世界とのつながりはより希薄になるため、閉鎖的な対処法と言ってもよいだろう。

解離性障害のクライアントたちの多くは、発達早期において外部の他者による予測不能な攻撃にさらされており、平和で静かだった世界が突如サディ

スティックで恐ろしい世界に一変するという体験をしている。それは、自己が安心して存在するために必要な基盤、支えの発達を妨げることになる。Bromberg (1993) は、「健康とは、さまざまな現実のあいだの空間に、それらのどれをも失うことなく立つ能力のことである」と述べているが、解離性障害のクライアントたちは、現実の空間に立つための、地平、大地を見つけられずにいるのではないだろうか。

治療においては、関係性の視点が重視されているが、Bromberg と Hop-enwasser の共通点は治療者とクライアントが「共にいること」である。この「共にいること」には、複数の意味が含まれていると思われる。まずは、「治療者が自分自身と共にいること」である。クライアントとの関係において生じる自らの感情、感覚、記憶などに注意を払い、ときにそれが不快で耐え難く感じられたとしても切り離さないでそのまま受容する姿勢である。その場から逃げず、クライアントの心に無理やり入っていかうともせず、ただ起きていることに気づいてそこに居続ける治療者の姿勢は、クライアントと共にいる治療空間を支える軸となるであろう。そのような治療者の姿勢は治療空間に安定感をもたらし、クライアントが安心して立つことのできる足場、すなわち大地を作り出すだろう。互いの信頼関係が成り立つこうした基盤によって、治療者とクライアント間の関係性が結ばれ、様々な交流が生じ、「2人で共にいること」が可能になる。

治療者との関係性が構築されるとともに、クライアントは治療者の内的自己状態を受容する姿勢を取り入れ、自らの内的世界を見渡すことのできる視点を獲得する。それによって「様々な自己状態と共にいること」も可能になっていく。クライアントは自らのなかにこうした視点と場所を形成することで、交代人格たちとのつながりを作っていくことができる。それは交代人格たちに、そうした視点と場所を与えることでもある。

このように関係性の視点を取り入れることは、治療空間全体から内的な自己状態との交流までも理解するのに役立つが、治療者はクライアントとの関係性の中に居続けるだけでなく、そこから抜け出ることも同時にできなけ

ればならないだろう。トラウマ被害者との作業において、治療者は代理性のトラウマを受けることがある。治療者が、解離性障害のクライアントと共に居続けることは容易なことではない。治療者自身も、スーパービジョンやコンサルテーションを受けるなど、外部とのつながりを保持し、自らの場所、支えを得ておくことが重要であろう。

本稿では、安全な治療空間を作るために重要な治療者側の姿勢や、解離性同調などの技法を中心に考察を行ったが、今後はクライアントが治療空間や場所についてどのように体験しているのかというクライアント側の主観的体験についてもさらに詳細に検討する必要がある。

#### 参考・引用文献

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition: DSM-5. Washington, D.C: American Psychiatric Association. 日本精神神経学会. 高橋三郎・大野 裕 (監訳) (2014). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院.
- Bromberg, P. M. (1993). Shadow and substance: A relational perspective on clinical process. In Bromberg, P. M. Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma, and dissociation. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Bromberg, P. M. (1998). Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma, and dissociation. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Bromberg, P. M. (2011). The Shadow of the Tsunami: and the Growth of the Relational Mind. New York, NY: Routledge. 吾妻 壮・岸本寛史・山 愛美 (訳) (2014). 関係するところ―外傷、癒し、成長の交わるところ. 誠信書房.
- Dell, P. F. (2002). Dissociative phenomenology of dissociative identity disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **190**, 1–15.
- Ferenczi, S. 森 茂起・大塚紳一郎・長野真奈 (訳) (2007). 精神分析への最後の貢献―フェレンツィ後期著作集. 岩崎学術出版社.
- Howell, E. F. (2011). Understanding and treating dissociative identity disorder: A relational perspective. New York, NY: Taylor & Francis.
- Howell, E. F., Itzkowitz, S. (2015). The Dissociative Mind in Psychoanalysis: Understanding and Working with Trauma. London & New York: Routledge.
- Hopenwasser, K. (2015). Dissociative attunement in a resonant world. In Howell, E. F. & Itzkowitz, S. (Eds.), The Dissociative Mind in Psychoanalysis: Understanding and Working with Trauma. London & New York, Routledge.
- Itzkowitz, S., Chefetz, R. A., Hainer, M., Hopenwasser, K., Howell, E. F. (2015). Exploring dissociation and dissociative identity disorder: Roundtable discussion. *Psychoanalytic perspectives*, **12**(1), 39–79.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines

- for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision: Summary Version. *Journal of Trauma & Dissociation*, **12**(2), <188–212.[http://www.isst-d.org/downloads/GUIDELINES\\_REVISED2011.pdf](http://www.isst-d.org/downloads/GUIDELINES_REVISED2011.pdf)> (2017 年 5 月 8 日アクセス)
- Karpman, S. (1968). Fairly tales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin*, **7**(26), 39–43.
- Kluft, R. P. (1993). Basic principles of conducting the psychotherapy of multiple personality disorder. In R. P. Kluft & C. G. Fine (Eds.). *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp. 19–50). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kalsched, D. (1996). *The Inner World of Trauma Archetypal Defenses of the Personal Spirit*. New York: Routledge. 豊田園子 (監訳) 千野美和子・高田夏子 (訳) (2005) *トラウマの内なる世界 セルフケア防衛のはたらきと臨床*. 新曜社.
- Kluft, R. P. (1998). Reflections on the traumatic memories of dissociative identity disorder patients. In S. J. Lynn & K. M. McConkey (Eds.), *Truth in memory*. New York: Guilford Press.
- Kluft, R. P. (2000). The Psychoanalytic Psychotherapy dissociative identity disorder in the context of trauma therapy. *Psychoanalytic inquiry*, **20**(2), 259–286.
- Liotti, G. (1992). Disorganized/Disoriented Attachment in the Etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, **5**(4), 196–204.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, **41**, 472–486.
- Lyons-Ruth, K. (2006). The interface between attachment and intersubjectivity: Perspective from the longitudinal study of disorganized attachment. *Psychoanalytic Inquiry*, **26**, 595–616.
- 岡野憲一郎 (2007). *解離性障害 多重人格の理解と治療*. 岩崎学術出版社.
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York: Guilford Press. 安 克昌・中井久夫 (訳) (2000) *多重人格性障害—その診断と治療—*. 岩崎学術出版社.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in Children and Adolescents: A developmental Perspective*. New York: 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—「うしろに誰がいる」の精神病理*. ちくま新書.
- 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.
- 柴山雅俊 (2017). *解離の舞台—症状構造と治療*. 金剛出版.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton. 野間俊一・岡野憲一郎 (訳) (2011). *構造的解離: 慢性外傷の理解と治療 上巻 (基本概念編)*. 星和書店.
- (内堀: 東京女子大学大学院人間科学研究科博士後期課程在籍)

#### キーワード

解離性障害、解離性同一性障害、内的世界の構造、関係性