

解説——多重人格研究の問題点とその検討

笠原敏雄

わが国では依然としてきわめて稀であることも手伝って、多重人格障害（解離性同一性障害）を持つ患者を扱った経験は、長年、精神病や心身症を持つ人々の心理療法を専門にしてきた编者にも、残念ながらほとんどない。したがって、本稿は、多重人格障害の非専門家による文献的考察以上のものではない。このたび、浅学を省みず本書のような編著書を上梓した理由には後ほどふれることにして、多重人格障害についてあまりご存じない方々のために、この疾患について手元にある資料から手短かに解説、検討し、問題点をここに明らかにしておくことにしたい。本書の主題から一見はずれているように思われるかもしれないが、そのような問題点があったとしても、多重人格の精神生理学的研究には、やはり重要な意味があることをおわかりいただくうえで、以下の解説ないし検討は必要と考える。ただし、本稿は、この問題に関する徹底的な検討でもなければ専門的な検討でもなく、少々長くなってしまったにせよ、あくまで一部の文献を利用しただけの、本書のための解説にすぎないことを、あらかじめお断りしておく。

多重人格をめぐる論争

本書に収録した各論文からもおわかりいただけるが、多重人格障害については、以前から、その存在をめぐるかなりの論争が繰り広げられ、現在でもほとんどそのままの形で引き継がれている。多重人格という疾患に懐疑的な立場は、大きく分けてふたつある。ひとつは、多重人格という診断そのものを疑問視する立場であり、もうひとつは、イヴの治療者として著名なシグペンら (Thigpen & Cleckley, 1984) のように、真の多重人格は、どの文化圏でもきわめて稀であって、現在、北米などごく一部の地域ではその診断が過剰に下されすぎており、そのため、現象的に多重人格の突発的流行がもたらされたと

する立場である。現に、北米でも、「イヴ」(シグペンら, 1973 年) や「シビル」(シュライバー, 1974 年) 以前には、わずかな症例が報告されていたにすぎない (Sutcliffe & Jones, 1962; Taylor & Martin, 1944) し、北米と一部の国 (オランダやトルコなど) を除く地域では、現在でも、報告数がきわめて限られているのである (たとえば、一丸, 1993 年; Adityan-je, *et al.*, 1989; Atchison & McFarlane, 1994; Fahy, *et al.*, 1989; Golub, 1995, p. 318; Modestin, 1992)。それが“本物”であれ、医原性、文化因性のもの (Coons, 1991; Gleaves, 1996) であれ、詐病によるもの (Coons & Milstein, 1994) であれ、そうした患者がいる限り、その存在自体を疑うことはできない。いずれにしても、1980 年代に入ってから、この障害を持つとされる患者が、主として北米圏で激増し始めたことと、多重人格文献が、それに伴って特に 1984 年以降に急増したこと (Goet-mann, Greaves & Coons, 1994, p. xii) は、事実としてまちがいない。そして、その必然的結果として、いくつかの専門誌が、この障害の特集を組んだのみならず、この障害の研究者が集う学会も組織され、その機関誌が創刊されるに至っている。

最近、誌上で行なわれた論争としては、*American Journal of Psychiatry* 誌や *British Journal of Psychiatry* 誌などで、数号にわたって繰り広げられたもの (その一部は、Cohen, Berzoff & Elin, 1995 に再録) の他に、*Journal of Nervous and Mental Disease* 誌 (1988 年 9 月号) で何人かの専門家が意見を戦わせたものと、ポール・R・マクヒューとフランク・W・パトナムとの間で行なわれたもの (McHugh & Putnam, 1995) などが、その代表としてあげられる。いずれの分野の論争もそうなのであろうが、表面的に見る限り、この分野でも、互いの主張が

註1 1998 年秋まで、国際解離研究協会 (旧、国際多重人格・解離研究協会) の機関誌になっていた (Anonymous, 1999; Hunter, 1998) *Dissociation* を除くと、多重人格障害に関する論文や比較的長文のコメントが 1 号に 4 編以上掲載された欧米の医学・心理学雑誌は、年代順に、*American Journal of Clinical Hypnosis*, 1983, 26(2); *Psychiatric Clinics of North America*, 1984, 7(1); *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1984, 32(2); *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1988, 176(9); *American Journal of Occupational Therapy*, 1990, 44(11); *Psychiatric Clinics of North America*, 1991, 14(3); *Psychoanalytic Inquiry*, 1992, 12(1); *British Journal of Psychiatry*, 1992, 161(Sept); *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1993, 57(3); *Canadian Journal of Psychiatry*, 1994, 39(4); *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35(3) となっている。なお、1980 年以前にも、*Journal of Abnormal Psychology*, 1976, 85(3) がある。

平行線を辿っており、双方が真の意味で理解しあうか、いずれかが歩み寄るといふ結果はあまり期待できそうにない。

スパノス (Spanos, 1996, pp. 202-7) の言うように、昔の精神霊媒も、特に多重人格の素地を持っていたわけでもないのに、時に身体的変化を伴って別人格を演ずることができたし、ハリマン (Harriman, 1942) やマースキー (Merskey, 1992) らが主張するように、多重人格という診断を受けていない人間に、催眠を用いて別人格類似のものを、一時的にせよ作り出すこともできる。とはいえ、かなり昔からその状態の発生が知られており (たとえば、イングリシス, 1994 年, 104-8 ページ; エレンベルガー, 1980 年, 上巻, 151-68 ページ; Azam, 1893, pp. 37-153; Carlson, 1981; Myers, 1903, vol. 1, pp. 305-54) 詳細をきわめた記述が残されている (たとえば、M・プリンス, 1994 年; Hyslop, 1917; W.F. Prince & Hyslop, 1915, 1916) ことや、患者を初めて催眠に導入するはるか以前に多重人格の症状が確認されている症例が少なからず存在することからしても、特殊な形態のヒステリー性疾患と見なすべきかどうかはともかく、この状態すべてを、いわゆる詐病や医原性疾患として片づけるのは難しい。

考察を進める前に、昔の症例と最近の症例の共通点と相違点とを調べた研究を紹介しておきたい。それは、1800 年から 1965 年までの間に報告された 52 例と、1980 年代に報告された 54 例の症例を比較したゴフらの研究 (Goff & Simms, 1993) である。それによれば、診断時の年齢、治療期間、幼児や逆の性別の人格の存在、催眠の利用の有無などについては、両群間で差はなかったが、交代人格の数 (前者で 3 個、後方で 12 個)、発病年齢 (20 歳と 11 歳)、男性患者の比率 (44 パーセントと 24 パーセント)、幼児期の虐待の報告率 (29 パーセントと 81 パーセント) などでは差が見られたという。このように、昔と今の症例では、特に人格数や幼児期の虐待の報告率を筆頭に、いくつかの点で大きな差が観察されるのである。

現在の原因論に関する考察

現在の原因論の問題点

1989 年、当時の国際多重人格・解離研究協会会長リチャード・ローウェン

スタインは、その年次総会で発表した論文で、「主要な精神疾患の明確な原因やその経過や治療法がここまでわかったことは、精神医学史上、一度もなかった」と述べている (Hacking, 1995, p. 81)。この瞠目すべき発言からもわかるように、北米の多くの専門家は、多重人格障害の原因は、他の疾患に先駆けて既に明らかにされ、その理論に基づいた治療法が確立されつつあると考えている。そうした専門家によれば、この障害の原因は、幼少期の身体的虐待、特に性的虐待に求められるという。そして、その考え方を裏づける証拠として、患者の証言を集める努力が重ねられてきた (たとえば、Coons, 1986; Coons, *et al.*, 1989; Kluft, 1990; Putnam, *et al.*, 1986; Ross, *et al.*, 1991)。そのような研究報告を見ると、多重人格障害を持つ患者の圧倒的多数が、幼児期に身体的、性的虐待を受けたと主張していることがわかる^{註2}。

しかしながら、この原因論には、ふたつの問題がある。ひとつは、その記憶を、催眠を用いて“探り出して”いる例が大多数を占めることである。「人々が偶発的に想起したものは正確である可能性が高い。まちがいが起こるのは、本人がむりに思い出そうとした時や、特定の出来事を思い出すよう外部から迫られた時」(Allen, 1995, p. 86)であり、治療者がその仮説や理論に基づいて探り出した記憶や、特に催眠を通じて引き出した“記憶”は、信頼性に乏しい場合が多いことを、常に念頭に置かなければならない。もし催眠によって引き出された“記憶”をそのまま正しいと認めるのであれば、“前世”まで年齢を遡行させて“引き出した記憶”(たとえば、ワイス, 1996年)をも、そのまま正しいと認めなければならないであろう。ところが、このような“記憶”を歴史的事実と突き合わせると、一般に知られている事柄以外には、きわめて稀な例外(たとえば、Tarazi, 1990)を除いて、ことごとく誤っていることが判明するのである(たとえば、Venn, 1986)。

イアン・スティーヴンソンは、“前世療法”の立場から主張されることの多い、催眠によって引き出された“前世の記憶”について批判する中で、自ら行なっ

註2 ちなみに、コリン・ロスが、解離性人格障害のあるカンファレンスで、治療者たち自身を対象に行なった調査によれば、女性治療者(310名)の60パーセントが、自ら幼児期に性的虐待を受けたと主張していることがわかったという。なお、男性治療者(69名)の場合の比率は、35パーセントであった(Ross, 1997, p. 271)。

た次のような実験を紹介している。

催眠は、正確な情報を引き出す手段として不当な名声を得ているが、それを別にしても、催眠によって解放される劇的な心の力のため被験者（および、時に立会人たち）は、説得力ある現実の記憶が本当に蘇ったかのように思い込んでしまう。……この女性の被術者は……“前世”では十六世紀イギリスの船乗りであったという。この船員が乗組んだ船は嵐に遭って座礁し、船員は水中に投げ出されて溺死した。その模様を演じる中で被術者は、恐怖を露わにし、呼吸困難に陥った。溺死する様を再現しているらしき時、被術者の身体状態があまりに切迫してきたため、別のもっと穏やかな場面を思い描くようすぐに暗示をかけざるをえなくなったことがあった。……“前世”を思い出したかに見えるこの女性は、通常的手段で得た情報を利用して、空想にのめり込んだと私は考えるが、その後本人は、本当の前世を想起し、その時の出来事が蘇ってきたと思い込んだのである。その時の体験が現実的なものに思えたため、この女性は、他の可能性については考えようとしなかった。（スティーヴンソン、1990年、75-76ページ）

この中で描写されている身体反応は、解除反応と呼ばれる現象の中で出現するのと同質なものと考えられる。このような反応を見ると、それを、その“記憶”が本物であることの証拠と即断、誤解する専門家が、特に多重人格の治療者の中には決して少なくない。

とはいえ、多重人格障害の研究者の中にも、この種のものも含めた解除反応を、スティーヴンソンと同じく冷静に眺める者がいないわけではない。この方面の研究者として名高いフランク・W・パトナムは、ある女性が、沸騰している熱湯に片手を突っ込まれたという、幼少期の体験を想起した際に、指先から前腕部にかけてが真っ赤になる、劇的な解除反応を起こした症例について述べている（Putnam, 1992）。まさに幼児が熱湯に手を突っ込まれた時のように、腕側の発赤の境界が明瞭な環状になったわけであるが、それでもパトナムは、「感情的に激しく、鮮明にして詳細な、生理学的にも劇的な解除反応が、それ以外の解除反応よりも実際に事実と一致するものであることを示す証拠は存在しない」（*ibid.*, p. 62）と率直に認めている。つまり、解除反応の強さを根拠にして、

その時に“出てきた記憶”の信憑性を論ずることはできないということなのである。

このように、特に催眠やそれ類似の状態の中で“引き出された記憶”は、施術者の指示に可能な限り従おうと努める被験者によって、いわゆる無意識のうちに捏造されたもの（たとえば、Coons, 1988a）がきわめて多いし、その中に事実が多少混じっていたとしても、それを切り分けることは難しい。このことは、幼少期の記憶（たとえば、Spanos, 1996, pp. 95-98）はもとより、それ以外の時期の記憶にも当てはまる。

また、今日のように、幼児虐待が、多重人格をはじめとする心因性疾患の“原因”として広く一般に知られるようになった状況では、患者自身が主張する“記憶”は、催眠を用いて“引き出された”ものでなくとも信頼性が低い。それは、ヒステリー患者を使ったシャルコーの実演が、体を弓なりに反らせた女性が描かれた絵の前で行なわれたことに対して批判が集まるのと同じ理由による。

にもかかわらず、治療と倫理と政治運動とが癒着しあい渾然一体となった状況を自ら作りあげた、^{註3}多重人格の治療者たちの中には、幼時に虐待されたとして両親を告訴する患者を無条件に支援する者まで現われた。そして、自分の子どもから告訴されるという、夢想だにしなかった事態（たとえば、ライト、1999年）に困惑した、身に覚えのない両親たちは、それに対抗して、1992年に虚偽記憶症候群財団を設立するに至るのである。^{註4}

催眠状態で引き出された“記憶”に信頼性や信憑性が乏しいことは、悪魔崇拜儀式による虐待を幼時に受けたとする申し立てを行なう患者が1982年に出現するや、そうした“体験を思い出す”患者が続出するようになった（Mayer, 1991; Ross, 1995; Young, *et al.*, 1991）経過からも明らかである。そして、あろうことか、多重人格患者の治療者の少なからずが、この申し立てを、一部にせよ、その裏づけを取ることもないまま、事実として受け入れてしまったのである

註3 子どもの虐待自体が悪いことは言うまでもないが、だからといって、それと原因論を混同してはならないし、患者の主張を検討もせずにそのまま受け入れ、それを頭から原因と決めつけてはならない。当然のことながら、治療が目的なのであって、同情が目的ではないからである。註7も参照のこと。

註4 その経緯については、ハッキング（Hacking, 1994）の著書に詳しい。同書は、邦訳されているが、残念ながら不適訳が多いので注意が必要である。

(Loftus, 1995)。かくして、北米の多重人格“運動”は、政治的姿勢をさらに鮮明にするとともに、混迷の度をさらに深めることになった。

その一方で、患者自身の証言以外には、虐待の証拠がほとんど提示されていないのではないかという、当然の批判（たとえば、Frankel, 1993）に答えて、その主張を裏づけようとする研究も、最近、少しずつ進められるようになった。解離性障害を持つ 11 名の子どもを家族を対象に行なったイエガーらの研究 (Yeager & Lewis, 1996) や、ある解離性障害クリニックに紹介されてきた 5 歳から 17 歳までの少年少女 31 名を対象に行なったクーンズの研究 (Coons, 1994) や、殺人を犯して刑務所に収容されている 12 名の多重人格患者を対象にしたルイスらによる研究 (Lewis, *et al.*, 1997) などが、その代表的なものであろう。そうした研究では、患者自身の証言以外に、家族や警察や児童保護局からも証言が得られたとされている。とはいえ、患者の証言を遡って確認する場合、患者の個々の主張を、それぞれの関係者に別個に細かく確認してゆくという厳密な（しかし、人間の証言という不確かなものに裏づけを与えるうえで必要最低限の）方法論は、加害者と目される人々やその周辺に、かなり昔の加害状況を問い質さなければならぬため、技術的には少々困難であるにしても、まだほとんど採用されておらず、現段階では、虐待の有無しか問題にされていないようである。

ところで、幼児期に虐待されたとする患者の主張が仮に正しかつたとしても、幼児期の虐待とこの障害の発生との間には、きわめて高い相関がある (Ross, *et al.*, 1991 によれば、88.5-96.0 パーセント) と言える以上のものではない。両者の間に、因果関係のあることが証明できているわけではないからである。^{註5}これが、現在の原因論のもうひとつの問題である。幼児虐待などほとんど問題にもされなかった昔の症例に加えて、たとえば、わが国でも有名なイヴの症例でも、患者自身による克明な自伝 (サイズモアら, 1995 年) を見る限り、発症前に誰かから、通常のしつけの枠を越えるような虐待を受けたという記述は見当たらない。それどころか、両親の愛情深さが詳細に書き連ねられているのである。このような症例では、患者の主張をそのまま受け入れる限り、別の原因を想定しなければならないことになる。事実、現在の多重人格運動に批判的な研究者 (たとえば、Piper, 1997) はもとより、多重人格の存在を認めている精神科医や心理学者の中にも、多重人格の症例一般を、幼児虐待にその原因があるとして説明するのは難しいと考える者 (たとえば、内沼, 1995 年; Adityanjee, *et al.*, 1989;

Fujii, *et al.*, 1998) がある^{註6}。

幼時に虐待を受けたという証言が得られなかった症例の場合には、虐待以外の“心的外傷”にその原因を求めれば、とりあえずは収まるのかもしれないが、そのような安易な取り繕いですませてよいものであろうか。いずれにせよ、多重人格障害が幼児虐待に基づく心的外傷によって発生するという原因論は、どこから生まれたのであろうか。

現在の原因論の由来

心因性疾患の患者は、その原因を、必ずと言ってよいほど他罰的な形で——自らの感情や自己主張を極度に抑え込んでいる者の場合には、最初は、自罰的というよりも自虐的に見えることもあるが、ひとたびその“堰が切れる”と、やはり他罰的な形で——外部に求めるため、特に治療者から幼少期の体験を尋ねられた場合、両親から与えられた苦痛やそれに基づくうらみを、症状の原因ないし遠因として引き合いに出すことが多い。心理療法の多くの理論は、そうした証言に沿って構築されたと言うことができる。それゆえ、多重人格障害を

註5 仮に虐待体験を“想起”した瞬間に何らかの症状が消えたとしても、その体験をその症状の原因と断定することはできない (Stevenson, 1994)。もし、そのように断定してよいのであれば、“前世の心的外傷”をも、それを“想起”した瞬間に消えた症状の“原因”と考えてよいことになる。この種の問題は、わが国ではあまり知られていない心理療法研究という分野で扱われている。この分野では、著書 (たとえば、APA Commission on Psychotherapies, 1982; Talley, Strupp & Butler, 1994) も多数出版され、心理学雑誌でも何度か特集が組まれている (たとえば、*American Psychologist*, 1986, 46(2); *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1986, 54(1))。邦文の文献としては、J・フランクの著書 (フランク, 1969 年) や拙著 (笠原, 1995 年) 第4章を参照されたい。

ところで、デイヴィーズ (Davies, 1978-79) は、イエール大学病院に 1968 年からの 10 年間に入院した 1947 名の中から、家族内で幼時に近親相姦の対象になっていた 22 名の患者を拾い出し、その医学的記録を検討した結果、神経精神医学的な異常所見をきわめて高率に見出している。それによれば、脳波異常を示した者が 17 名 (77.3 パーセント)、臨床的な発作を起こした者が 6 名 (27.3 パーセント) いたのみならず、衝動性や自我感喪失 (離人症) の徴候を持つ子どもも高率に見られたという。確かに劇的な結果が得られたとは言えるが、このような研究も、やはり相関関係を明らかにしているだけであって、両者の間に因果関係のあることを証明しているわけではない。

持つ者が、治療者からの教唆なくして、幼時の身体的、性的虐待をその原因として主張する例があることは、特に近年の風潮の中では、不思議どころか、むしろ当然のことと言える。

そのような意味で、幼児虐待が治療の中で取りあげられた多重人格の最初の症例は、イアン・ハッキング (Hacking, 1994, p. 86) によれば、知的障害者が頻出した“カリカク家”の研究者として知られるヘンリー・ゴダードの報告 (Goddard, 1926, 1927) に登場する、1921年に発生したバーニス・R (ゴダード自身の著書や論文では仮名のノーマ) の症例だ^{註7}という。しかし、それを初めて原因論に取り込んだ治療者は、多重人格障害の治療法を確立したとして称えられる (Kluft & Fine, 1993)、シビルの治療者として有名な、異端の精神分析家コーネリア・ウィルバーであった。『シビル』(シュライバー, 1974年)を読むと、ウィルバーが、素朴で常識的な(つまり“誘惑理論”的な)精神分析理論に基づく自らの見解を、シビルの証言に沿ってそのまま治療理論に組み入れてゆき、推測が無批判に断定と化す過程が明瞭に見て取れる。かくして、幼少期の虐待が多重人格障害の原因とされるに至ったのである。

多重人格の症例が精神分析関係の専門誌に発表されることは、催眠によって第2、第3人格が引き出された1例を報告しているハリー・C・リーヴィットの論文 (Leavitt, 1947) を除けば、ステイーヴン・マーマーの報告以前にはなかったようである (Marmer, 1980, p. 439)。そのことから判断すると、精神分析家が多重人格の治療に携わった例は、(フロイトの治療したアンナ・Oが多重人格であれば、それを除いて) ウィルバー以前には存在しなかったのであろうし、ハンナ・リース (Ries, 1958, p. 400) のように、父親による幼児期の性的虐待の記憶らしきものを、“分裂人格”を示す精神病患者から聞き出した精神分析家がいても、

註6 多重人格の中心的な研究者のコリン・ロスも、近著の中で、幼児虐待以外の原因によっても多重人格が発生することを明確に認めている (Ross, 1997, pp. 62-73)。

註7 フロイトとは違って「理論を持っていなかった」(Hacking, 1991, p. 859) ゴダードは、父親に性的虐待を受けたとするこの女性の主張を、本人の空想によるものと見なし、催眠状態にある患者に、そのような出来事は現実には存在しなかったという、現在の治療法とは正反対の暗示をかけ、その治療に成功しているという (Goddard, 1926, p. 186)。ついであるが、この虐待問題について、ゴダードは、一般向けの著書 (Goddard, 1927) には明確に書いておらず、専門誌に発表した論文でも、ラテン語 (*hallucinosis incestus patris*) で書いている (Goddard, 1926, p. 185)。

その後のフロイト学説に染まっていたため、それに焦点を絞ることがなかったのであろう。以上のような経過を見ると、現在の多重人格障害理論が初期フロイト学説に沿うように形成されたのは、むしろ当然であることがわかっていうものである。その場合、患者の同意と「時代精神としての『被害者意識』が大いに高まる風潮」(福島, 1996年, 224ページ)とをその追い風にしていることは言うまでもない。

ウィルバーがこの原因論を確立する過程で発生した、もうひとつの大きな問題は、どうやら無自覚のうちに独り芝居を打ってしまったらしいことである(Hacking, 1994, pp. 83-84)。ウィルバーは、1986年の論文で、「多重人格の精神分析について考察する中で、マーマー(1980年)は、幼少期の心的外傷が核心であり原因であると指摘している」(Wilbur, 1986, p. 136)と明言している。ところが、実際にはマーマーは、「幼少期の心的外傷と多重人格の関係……が特に重要なのは、報告された複数の症例で、心的外傷となる幼少期の出来事が核心であり原因だとされているからである」(Marmer, 1980, p. 455. 傍点、引用者)と述べているにすぎない。つまり、マーマーはこれを、多重人格の症例報告で提示されているひとつの原因論として紹介している以上のものではないのである。そして、マーマーがその典拠としたのは、当該の参考文献を見る限り、何と、ウィルバーが名前を連ねている報告以外にない。これではまるでナンセンスであろう。他者のいない部屋の中で、鏡に映った自分の姿を別人と曲解し、それによって他者の実在が証明されたと主張するのと等価だからである。ところが、結局は、患者の証言が後押しになったとはいえ、ウィルバーの常識的着想が事実上の出発点となって、さまざまな理論が構築されることになる。現在、多重人格の専門家の間で重視されているリチャード・P・クラフトの4因子論(Kluft,

註8 精神病理学は一種の哲学(木村, 1994年, i ページ)であり、現在の心理療法も科学的なものではなく(Stevenson, 1994)、心理療法には偽薬効果以上のものはない(Frank, 1977; Wilkins, 1984)と言えるのかもしれないが、このウィルバーのような態度が一般に許容されている現状では、残念ながら、真の意味で科学的な方法論に基づいた心理療法が構築されることはない。一方、皮肉なことに、治療者が注目している状況では新しい交代人格が発生しやすいという指摘(Salama, 1980)もあるし、周囲の注目がなければ、特に治療をしなくとも、長い間には自然に寛解に向かうとする追跡調査報告(Cutler & Reed, 1975)もある。

1984c) も、最近発表されたコリン・ロスの4経路説 (Ross, 1997, pp. 62-73) も、基本的には、それを中核に構成されていると言える。

以上のような事実を踏まえて、ハッキングは、「幼児期の虐待が成人期の機能障害の原因になるとする主張は、ひとつの知識というより、信仰という行為にはるかに近い」(ibid., p. 65) と指摘している。^{註9} もちろん、信念ないし思い込みから出発しているとしても、それをすべて誤りと断定することはできない。科学の中には、証拠ではなく、自らの信念に基づいて行なった主張が、その後得られた証拠によって幸運にも裏づけられたという実例が、有名なルイ・パスツールによる自然発生説の否定(コリンズら, 1997年, 152-71 ページ)をはじめ、いくつか存在するらしいからである。

幼児虐待の側から見た、現在の原因論への疑問

ところで、幼児虐待という現象が存在すること自体は、もちろんまちがいない。幼児のせっかん死(たとえば, Ellis, 1997) が、その極端な例と言える。わが国でも、そうした報道が昔から時おり行なわれるという事実を直視すれば、通常のしつけの範囲を越える、幼児ないし児童の虐待がこれまで考えられてきたほど少なくないことは容易に想像できる。その一方で“先進国”とも言われるアメリカでは、かなり以前からその専門誌が発行されているし、多くの研究も発表されている。また、さまざまな精神疾患を扱う専門家の間でも、そうした虐待の主張が事実であることを裏づけようとする試みが数多く行なわれている(たとえば, Terr, 1991; Williams, 1994, 1995)。

先述のように、多重人格障害を持つ患者の多くは、主として心理療法を受けた結果、幼児期に身体的虐待や性的虐待を受けたと主張するようになる。フィゲロアらによれば、非患者と比べてそうした主張を有意に多く行なうことが、现阶段で繰り返し確認されている精神科的疾患は、他には境界型人格障害しかないというが、後者では、報告によってかなりばらつきがあり、虐待を受けたと主張する患者は 26 パーセントから 71 パーセントであるのに対して、多

註9 幼少期の体験は、それ以降の体験よりも、人間の後年の人格形成その他に大きな影響を与えるとする仮説は、実は、実証されていないどころか、それを反証するデータすら提出されている。この問題については、たとえば、Cass & Thomas, 1979; Clarke & Clarke, 1976 を参照のこと。

多重人格障害では、その比率が85パーセントから97パーセントにもものぼっている (Figuroa, *et al.*, 1997)。また、この研究ではなぜか参考文献にあげられていない、いくつかの精神疾患を対象に行なったクーンズらの調査 (Coons, *et al.*, 1989) でも、幼時に性的虐待を受けたと主張する比率が最も高いのは、やはり多重人格群 (80パーセント) であつた。このように、性的虐待があつたという主張については、北米の多重人格研究者が提出した数字で見ると、多重人格障害が、精神疾患全体の中で異常に突出しているのである (ちなみに、藤井らのまとめ (Fujii, *et al.*, 1998) によれば、10名の日本の多重人格患者では、その比率は10パーセント〔1名〕にすぎない。また、身体的虐待と性的虐待とを合わせても、20パーセントにすぎなかったという)。したがって、もし多重人格患者の主張が文字通り正しければ、少なくとも北米地域では、幼時に身体的、性的虐待を受けた者が、後年、精神障害を起こした場合、多重人格障害になる可能性が多少なりとも高いことになろう。

ところが、幼時の虐待が先に発見された症例の中には、多重人格障害が高率に見つかるどころか、事実上ほとんど見つからないようなのである。虐待が現実に発見されたわけではない、患者の証言のみを採用した場合でも、同じことが言える。精神科の救急治療室を訪れた93名の女性患者に、幼児期に虐待を受けていたかどうかを尋ねた研究 (Briere, *et al.*, 1997) によれば、身体的虐待を受けていたという39例にも、性的虐待を受けていたという49例にも、多重人格という診断を受けた者はひとりもいなかった。ちなみに、この調査で、両者とも群を抜いて多かった症状は、調査対象者の選択基準に関係しているのであろうが、自殺念慮 (66.7パーセントと65.3パーセント) と自殺企図 (61.5パーセントと65.3パーセント) であつた。もちろん、そうした症状の背後に多重人格障害が隠れている可能性を否定することはできまい。また、多重人格障害の場合には、その診断を受けるまでにある程度の年月を要すると言われる

註 10 ついでながら、境界型人格障害という診断を受けた入院患者と、境界型人格障害を伴わない、うつ病と診断された入院患者および正常者 (男性12名、女性56名) を対象にした、先のフィゲロアらの調査 (Figuroa, *et al.*, 1997) では、幼時に虐待を受けたと回答した者は、境界型人格障害群で47名中37名 (78.7パーセント)、うつ病群で16名中5名 (31.3パーセント)、正常者群15名中3名 (20.0パーセント) であつた。

(Putnam, *et al.*, 1986) し、患者数が多いとされているものの、絶対数はまだ少ないはずなので、もちろん、このようなデータだけで判断することはできないであろう。とはいえ、多重人格の文献と幼児虐待の文献では、ある程度の食い違いが見られるとまでは言えるかもしれない。それは、多重人格障害の専門家が主張するように (Coons, 1998)、鑑別診断の際に、多重人格という診断を無視する医師が多いためなのであろうか。

また、幼児虐待の専門誌である *Child Abuse and Neglect* 誌には、1977 年の創刊以来、何らかの形で多重人格障害にふれた論文は、MEDLINE で検索する限り、1998 年末現在で 1404 本中 12 本しか掲載されておらず、しかも、その中で幼児虐待の側から多重人格の症例を報告している論文は、わずか 2 本にすぎないのである。幼児虐待と多重人格障害では、多くの場合、表面化する年齢が違いすぎるという事実は確かにあるが、子どもの多重人格例もいくつか報告されている (Kluft, 1984d; Vincent & Pickering, 1988; Weiss, *et al.*, 1985) ことを考えると、幼児虐待の症例の中に多重人格患者がほとんど見当たらない理由を、表面化する年齢の差だけで説明するのも難しいのではなかろうか。

幼児期の虐待の記憶

やはり虐待が先に発見される、たとえば「代理によるミュンヒハウゼン症候群^{註11}」の場合には、どうなのであろうか。その実態を知っておくことは、多重人格障害を、広い視野から眺めるうえで意味があるように思われる。117 症例をまとめた総説論文 (Rosenberg, 1987) によれば、虐待者 (97 名) は次のような特徴を持っていたとされる。(1) 98 パーセントが実母、残りの 2 パーセントが継母であり、男性の積極的虐待者は見つからなかったこと。(2) 虐待者である母親の職業は、「不明」の 40 パーセントを除くと、看護婦や看護教育を

註 11 この症候群の 2 症例を初めて報告したロイ・メドウ (Meadow, 1977) による命名。虚偽の多い劇的な症状や生活史を並べ立て、病院への入退院を繰り返すミュンヒハウゼン症候群 (たとえば、フェルドマンら, 1998 年) を思い起こさせるとして名づけられた病名であるが、虐待者の一部にミュンヒハウゼン症候群を持つ者が見られるとはいえ、その成り立ちは異なっているため、誤解を招きやすい。なお、英語には、Münchhausen syndrome by proxy と Münchhausen by proxy syndrome のふたつの表記法がある。また、稀に、成人が被害者になる例もある (Sigal & Altmark, 1995)。

受けた者が最多の 27 パーセント、続いて在宅勤務者が 20 パーセント、専業主婦が 4 パーセント、医療事務従事者が 3 パーセント、ソーシャル・ワーカーが 2 パーセント、教師、ホーム・ヘルパーなどがそれぞれ 1 パーセントとなっていること。(3) さまざまな手段を使って、現実にも子どもを病気にさせたり、負傷させたりした症例は、全体の 75 パーセントにのぼること。(4) そのうちの 70 パーセントでは、入院中の子どもに危害を加えていること。以上の特徴、特に、虐待者に医療関係者が多く、病院内でも子どもに虐待を重ねる比率が高いという点は、代理によるミュンヒハウゼン症候群という特殊な状態像に関係するものなのであろうし、これをもって、多重人格患者の主張が誤りだと言うことはもちろんできないにしても、多重人格患者の主張とあまりに食い違っているのも事実である。

両者の食い違いは、そのような点ばかりではない。2 歳の時から、本人が虐待を強く拒絶するようになる 8 歳までの 6、7 年間、看護婦である実母から、「治療」と称して、かなづちで足首などを繰り返して殴りつけられて骨折させられたり、刃物で切りつけられたり、傷口の中に、そのためにわざわざ培養した細菌を植えつけられたり、熱湯をかけられて広汎に火傷を負わされたりして入退院を繰り返して、入院中にも母親の虐待を受け続けた、代理によるミュンヒハウゼン症候群の女性の、想像を絶する虐待によって発生した著明な欠損や傷痕を示す写真入りの手記によれば、母親から受け続けた虐待の記憶は、消えることなく、いつも保たれていたというのである (Bryk & Siegel, 1997, p. 6)。

ここで、多重人格障害の場合に問題なのは、“抑圧”された幼時の性的虐待なのであって、単なる身体的虐待ではないという反論が、もしかするとあるかもしれない。ところが、そう単純にも言えないようなのである。やはり多重人格とは関係のない研究であるが、17 年前の思春期以前 (生後 10 ヶ月から 13 歳まで) に性的虐待を受けたことが、救急治療室に受診した当時の記録から明確に確認できる 119 名の女性を追跡調査した研究によれば、当時の病院の記録に残されている通りの虐待体験を覚えていた女性は 80 名 (67.2 パーセント) いることがわかった。^{註13} その中で、その後も虐待体験を記憶し続けていた群と、

註 12 ただし、父親が虐待者になっていた例も、稀ではあるが存在しないわけではない。Meadow, 1998 を参照のこと。

どこかの時点で忘れたことのある群とを比較すると、17 年前の記録と照合する限り、記憶の精度に差は見られないことが明らかになったけれども、その記憶が17年の間、終始保たれていたとする女性は、調査データが利用できる74名のうち62名(83.8パーセント)にもものぼったという(Williams, 1995)。つまり、こうした体験の記憶は、常識的、精神分析的な推定とは裏腹に、基本的には消えにくく、消える者の方が圧倒的に少ないと考えなければならないのである。その点から推定すると、記憶を消している者の場合には、そのための必要条件が、虐待体験自体とは別個に存在する可能性が高いことになろう。なお、この論文には、そうした記憶が消えていた女性の場合にも、消えていなかった女性の場合にも、後年、多重人格障害を発症させた者があるという記述はない。

レノア・テアは、自著の中で、現実起こった苦痛な出来事を想起した、さまざまな症状を持つ患者の症例を描写している(テア, 1995年)。その中には、20年以上前の、本人が8歳の時に発生した、自分の父親による少女殺害事件の記憶を、ある刺激がきっかけとなって自発的に蘇らせた女性の症例も含まれている(この証言が契機となり、その後、実際にこの女性の父親は、裁判にかけられ、有罪の判決を受けたという)。そして、この女性は、一度思い出してからは、「20年以上忘れていたのに、もうどうしても忘れられなかった」(同書, 17ページ)のである。ところが、同じ女性が、酒乱のこの父親に8歳までひどく殴られ続けていた事実については、一度も忘れたことがなかったという(同書, 25ページ)。この違いは、その体験の内容によるのでなければ、どこに由来するのであろうか。

記憶の隠蔽と反省の回避

テアは、集団誘拐事件に巻き込まれた児童を対象に行なった自らの調査結果

註13 残る39名が、虐待体験の記憶を残していなかったことになるが、著者のウィリアムズが提示している生データをもとに計算すると、虐待時の年齢が6歳以下であった者と7歳以上であった者とは、記憶を残していなかった者の比率は、それぞれ54.8パーセントと27.6パーセントであり、虐待時の年齢が低かった群の方が、その記憶がなかった者の比率が圧倒的に高いという結果が得られている(Williams, 1994, p. 1171)。そのことから推定すると、6歳以下であった者の多くは、それを“抑圧”していたというより、通常の意味で忘れてしまっていた可能性の方が高そうである。

(Terr, 1981, 1983) などから導き出した、「くりかえしトラウマを体験した子供たちは、一度だけの子供たちにくらべて、体験をあまり記憶していない」(テア, 1995年, 25ページ) という推定をもとに、その理由を、心的外傷体験の繰り返しの有無に求めている。しかし、それでは明白な自己矛盾に陥ってしまう。先の女性が父親に殴られ続けていたという、まさに繰り返された心的外傷体験を一度も忘れていなかった事実については、また、逆に、一度しかなかった父親による少女殺害事件の記憶が消えていた事実については、どう説明すればよいのであろうか。

いくつかの心的外傷体験の症例報告を読むと、それまで消えていた虐待などの心的外傷の記憶は、先の症例のように、いったん意識にのぼるともはや消えない場合がほとんどらしいことがわかる。しかし、編者自身の臨床経験からすれば、本当に強い抵抗が働いている場合には、いったん意識にのぼった記憶でも、繰り返し消えてしまうことは決して珍しくない。仮にその出来事を、直後に自分で記録していても、すぐに忘れて読み直すたびに驚くが、記憶力とは無関係に、またすぐに忘れてしまうのである。^{註14} そのような例と比較すると、いわゆる心的外傷体験の記憶は、それほど強く“抑圧”されているわけではないことがわかる。

本人にとって真の意味で苦痛な体験の場合、単発的な出来事なら心的外傷にならず、繰り返し起こった出来事こそが心的外傷になるとテアは主張するわけであるが、その著書を読む限り、不可抗力によるものではなく、むしろ患者自身の責任や自己主張が関係する体験が、つまり本人の反省や自己主張を強く迫る体験こそが問題なのではないか、と考えることもできる。このことは、リンダ・ウィリアムズによる先の調査結果からも裏づけられる。加害者が見知らぬ相手であった場合には、虐待体験を記憶していた者が82名、していなかった者が18名であったのに対して、加害者が家族であった場合には、記憶していた者が52名、していなかった者が47名と、記憶が消えていた者の比率は、^{註15} 加害者が家族であった場合の方が圧倒的に高かった(18パーセント対47.5パーセント)のである(Williams, 1994, p. 1172)。この結果から、不可抗力による虐待の場合の方が、本人の自己主張や責任が絡んでくる場合よりも記憶が消えにくいことがわかる。

そのような観点からすれば、その体験にまつわる自らの責任を否定すること

なく、「いやだ」という感情を、相手に向かって主張するかどうか、少なくとも意識に明確に留めているかどうかを鍵ということになるであろう。それに対しては、テアの著書のタイトルのように、「泣くこともできないほど脅えて」(Terr, 1990) いるため、自己主張するところではないし、万が一そのようなことをすれば、苦痛も虐待も実際に激化するのではないかという、推定に基づく反論が出されるかもしれない。しかし、本当のところはどうなのであるか。代理によるミュンヒハウゼン症候群の先の女性は、その手記の中で次のように述べている。

註 14 そのような出来事は、基本的には“心的外傷”や“ストレス”となる類のものではなく、本当は“幸福感”を抱かせる事柄や、本人に自己主張や反省を迫る事柄である。躁うつ病では、本来、幸福を感じずはずの出来事がその発病状況にあるとされる(飯田, 1983年)が、私見によれば、それは、心因性疾患全体に当てはまるように思われる(笠原, 1997年)。ただし、言うまでもなく、その幸福感は、意識の上では完全に否定されている。ところで、多重人格患者の場合、肉親の死が症状出現(というか、新たな人格発生)の契機になることが少なくないように見える。それについても、“心的外傷”や“ストレス”の結果としてしか説明できないわけではない。その問題については、拙著(同書)第4章「愛情の否定」を参照されたい。

ついでながら、編者が調べた範囲では、幸福な状況で心因性の身体症状が発生する症例について論じている論文は、他には、ある意味で編者の恩師と言える、ヴァージニア大学精神科のイアン・スティーヴンソンによるもの(Stevenson, 1950, 1970)以外ないようである。なお、この知られざる2論文については、引用されているのを見たこともなければ、スティーヴンソンから聞かされたこともなかったのも、編者もごく最近までその存在を知らなかった。

また、記憶を消すという、珍しい現象のように聞こえるかもしれないが、現実には多かれ少なかれ、かなり多くの者が日常的に行なっているようである。比較的わかりやすい実例としては、他人の顔はすぐに思い浮かぶのに、肉親、特に母親や配偶者や子どもの顔が浮かびにくい、極端な場合にはまったく浮かべられず、実際に見ても、その直後には記憶が消えてしまう者が少なくないことがあげられる(笠原, 1997年, 136-37ページ)。

註 15 一般には、それが不可抗力によるものかどうか問題にされるのではなく、家族が虐待者になっていた例では、本人に心理的葛藤が生ずるため、その葛藤を回避する目的で“抑圧”が起こるとされるのであろう。その場合、心的外傷を引き起こすのは、身体的虐待や性的虐待そのものではなく、それによって本人に発生した心理的葛藤ということになる。したがって、仮にこの方向から考えたとしても、本人の責任を完全に無視することはできない。

自力で助かるしかないことがわかったのは、小学校4年生の時だった。私はひどく恥ずかしがりやで、恐くて人に助けを求めることができなかった。それまで人から聞かされてきたのは、母はすばらしい人物で、私のために自分を犠牲にしてきたという話ばかりだった。……本当のことを話しても、信じてくれる人は誰ひとりいなかったではないか。

ある日の午後、母が“治療”の準備をしていた時、勇気をふるって、これから学校の先生とお医者さんに話しに行くと言った。どうしてかわからないが、母はそれで手を引いた。……虐待はなくなり、私の健康状態は“奇跡的に”改善して行った。8歳まで生きてきて初めて、完全に両脚を使えるようになった。その後、修復のために何度か手術を受けなければならなかったが、最悪の状態は終わりを告げたのだ。とはいえ、両足の靴のサイズがふたつ違っていることや、両腕と両脚全体に広がるひどい傷痕が、母の歪んだ愛情の記憶を、今なお留めている。(Bryk & Siegel, 1997, p. 3)

この症例では、母親の虐待を止めるには、本人がそれを断固として拒絶する

註 16 では、なぜ両親（特に母親）はわが子を虐待するのであろうか。複数の子どもを持っている場合でも、虐待の対象となる子どもはたいてい（少なくとも同時的には）ひとり（多くは長子）であり、同じ親でも、他の子どもには比較的“ふつう”に接することが多い。ある母親は、ひとり息子が1歳になる少し前から“虐待”を始めた。もちろん、それからは、おむつを替えることも、子どもが夜泣きした時に世話をすることもほとんどなくなった。ある時、鎮まりかけていた虐待が激化した。祖母（その女性の実母）から経過を聞くと、それは、息子が初めてひとりで立った直後のことであった。編者は、祖母を通じて、そのことと虐待の関係を本人に指摘しておいたが、数日後、夫とともに編者のもとを訪れた時、本人は、祖母から聞かされたその指摘を、その直後から忘れていたことがわかった（註 14 参照）。しかし、再指摘された後には、子どもに対する虐待はほとんど取まった。

このように、子どもの成長がはっきりするたびに、あるいは子どもが自分を慕っていることがわかるたびに、あるいは自分が母親であることを自覚せざるをえなくなるたびに、虐待がひどくなる例が多いようである。本当はその子がかわいいので、気が向けば自分から遊ばせたり、何かをしてあげたりすることもあるが、子どもの要求に従って遊ぶなど、その要求を適えることは、抵抗が強すぎるため、きわめて難しい。したがって、必然的に“押しつけの愛情”という形を取る（笠原, 1997 年, 第4章）。

態度を母親に示すだけで十分だったのである。この女性の場合も、いったんあきらめていたが、その後、考え直したのであった。また、この女性は、その虐待について、30年もの間、誰にも話さずにいたというのが、ずっと覚えていたということは、その嫌悪感をも記憶し続けていたということであろう。しかし、そのおかげかどうかはわからないが、この女性は、解離性障害などの疾患を、後に起こすこともなかったのである。

テアの著書には、幼少期から成人に達する前後まで、父親に性的虐待を受け続けたという姉妹が登場する（テア, 1995年, 165-205ページ）しかし、その出来事に関するふたりの記憶のあり方は、まったく異なっている。妹は虐待にまつわるすべての記憶を消していたのに対して、姉は、口外こそしなかったが、その記憶を失ったことは一度もなかったという。そして、姉は、父親に対する「怒りのおかげで〔その虐待を〕生き延びられた」（同書, 109ページ）と考えていたのである。

ひるがえって、多重人格の場合には、特に“古典的”多重人格の患者自身や主治医による記録などを通じて、その“病前”（および主人格）の性格傾向を眺めると、現実の世界では本来なすべき自己主張や反省を回避しつつ、内的世界では自らに自信が持てず、自分を異常に責める傾向を強く示し、自らを「みそっかす的存在」と見なして、自己憐憫的になっていることがわかる。そのため、両親に対するいわゆるアンビバレンツを強く残し、両親に対しても他人に対しても、うらむことはするが、的確に批判することはできない。

自分の失敗や不適切な行為に対する自らの責任を認めることと、自分を責め立てることとは、言うまでもなくまったく別種の問題である。前者は、反省を通じて自らの考え方や行動を改め、自らを前向きにする力を持っているのに対して、後者は単なる他罰的、独善的な心理的自慰／自傷行為にすぎず、人格の向上をもたらすものではない。「虐待体験者が心的外傷を繰り返す」（van der Kolk, 1989）のが事実であれば、その問題は、そうした観点からとらえ直すこともできる。

イヴとして知られるクリス・サイズモア（サイズモアら, 1995年）も、幼少期に異常なまでの責任回避を徹底して繰り返している。次に、幼児期をともに過ごし、後に心理学者となった従妹（エレン・ピティロ）との共著から、その中の1例を引用する。幼少期に、その従妹が大事にしていた腕時計を、従妹が

横で昼寝をしている隙にこっそりと掴み取り、壊してしまう場面である。

眠っていたのだろうか？ あれは夢だったのだろうか？ 白い毛糸のパンツをはいて、赤茶色の短髪を横わけにして耳にかけた少女が、そのたいせつな腕時計に夢中で手を伸ばし、つかんだのは？ まさか夢だなんて。ようやく手に入れた輝く宝物の滑らかな表面をなでるえもいわれぬ快感が、一転しておそろしい悪夢に変わった。クリスティーナ〔クリス〕の見守るまえで、その少女がぎゅっと目をとじてむき出した歯を食いしばり、力いっぱい時計のバンドをひきちぎり、真っ赤なチェーンがクモの子を散らすように一気にはじけとんだ。これは夢なんかじゃない！ クリスティーナの背後でだれかが愕然とした声をあげた。

「クリスティーナ！ 何てことしたの！ 信じられないわ。悪い子！ こんなことして、ムチ打ちの罰よ！」母親がしゃがみこんで、クリスティーナをマットから引きずり出した。……

クリスティーナはいきなり叱られてびっくりして泣きだしながら、悪きをした例の少女の姿をさがして必死に室内を見まわした。どこにもいない。そして、ほかでもないクリスティーナ自身が、こわれた時計をにぎりしめ、チェーンの継ぎ目からちぎれたゴムが垂れ下がっていた。……

「母さん、あたしじゃない、あたしがやったんじゃないわ！」かつとなったズヴェリン〔母親〕が手で脚をたたいて罰を与えはじめるとクリスティーナは悲鳴をあげた。「やったのはあの子よ！ あたし、見たもん！ やめて、母さん、あたしがやったんじゃないってば！」(サイズモアら, 1995年, 85-86ページ)

クリスは、いつも、ここまで事実を無視しながら、自らの責任を否定し続けたのである。精神分裂病の患者も、自らの責任を追及されると、話を繰り返し逸らせるなどして、やはり必ず徹底して責任回避を図ろうとするが、証拠を突きつけられると、“妄想”的な理屈づけをして責任を逃れようとするか、その場を逃げ出すか、興奮するか、黙り込むか、眠り込むかする場合が多い。しかし、それは、“異常”だからでもなければ、不拔の妄想を抱いているからでもなく、本当は自分の責任をどこかで自覚しているからだと考えるべきであろう(笠

原, 1976年; 1997年, 119-47 ページ)。

この引用文には、クリスが、(もちろん無意識的に) 架空の人物を持ち出すことまでして、自らの責任を回避しようとする様子がみごとに描き出されている。言うまでもなく、それは、クリスの反省のたまものである。その時点でクリスが、幻視的に“別人の姿”を眼前に“見て”いるのか、遡って思い込みを作っているのかはともかく、多重人格の患者が、クリスと同じような極度の他罰的傾向を幼少期から一般に示すとすれば、こうした傾向と、後年、多重人格障害という疾患を選択することとの間には、明瞭な因果関係のあることが推定されよう。

あるいは、この引用文の時点のクリスは、既に別人格を作りあげていたのではないかと考える者もあるかもしれない。しかし、仮にそうであるとしても、このような戦略をそれまで弄し続けることによって、自分の責任を負わせる他者の存在(という妄想)を、自らのうちに次第に発展させてきていたことが推測されるのである。

多重人格という戦略

多重人格運動の中心に絶えず位置してきたコリン・ロスは、近著の中で、「解離性同一性障害を持つ人々は、複数の人格を持っているわけではない。……解離性同一性障害の存在を信じないことは、幻覚の存在を信じないのに等しい」(Ross, 1997, p. 62) として、交代人格が患者の空想の産物だと明確に認めているようである。多重人格の患者は、先述のような動機づけから、別人格を複数作りあげ、それぞれが別個の存在であることを(他者の存在が周囲にない時にも同じ症状を示すことから判断しても、他者に対してではなく、おそらく自らに) 証明するため——換言すれば、自己欺瞞のため——に、相異なる身体的、心理的特徴をそれぞれの人格に賦与し、それぞれを独立した個人と見なそうとするのではないかと考えることもできる。

次に引用するのは、多重人格患者が、各交代人格を、どこまで別人と見なしたがるかを例証するビリー・ミリガンの症例である。これは、レイゲンという名前を自称する、「憎悪を管理」する役割を担うとされる交代人格が、主治医と対話しているところを録画したビデオを、“主人格”のビリーが見せられる

場面である。

ビリーは自意識過剰で笑みを浮かべ、モニターの自分を見まもった。……やがて自分とそっくりのレイゲンの顔があらわれ、レイゲンの声が出た。頭の中ではなく、はじめてスクリーンで見たのだ。……

いまのままで、ビリーはほかの者から聞いたことをすなおに受け入れ、内心ほんとうとは思えなかったが、自分が多重人格者だと信じてきた。これまでは、〔頭の中で〕ときどき声が出て、時間を失っただけだった。……いまはじめてビリーは自分の目で見、理解した。

怖いもの見たさから、レイゲンが好ましくない者たちを含めて、紙片にある二十四の名前を話すのを、夢中になって見まもった。レイゲンが、みんなにいろんなことを教えたという〈教師〉について話すあいだ、ビリーはあんぐり口をあけて聞いていた。だけど、〈教師〉って誰だろう。

『教師』はひとつにまとまったビリーだ。だけどビリーは自分が〈教師〉だと知らない」レイゲンがスクリーンから言った。(キイス, 1992年, 上巻, 235 ページ)

それを見ていたビリーは、脱力発作を起こした。このように、それまで回避してきた自らの責任を認め、引き受けざるをえない段になると、強い抵抗が発生する。それは、責任を認めるという行為の本質を考えればわかるように、それが苦痛だからということではなく、自分が一人前の社会人になること、あるいは既にそうであることを認めることに対する抵抗なのではないか。

……最初は基本人格のビリーがいるだけだった。……やがてビリーはいくつもの部分に分裂したが、その分裂した人格の背後には、名前のない誰か、レイゲンが〈教師〉だと言った誰かがいた。ある意味では、〈教師〉と呼ばれる、姿のない、断片となった、精霊のような存在が、ほかの者全員を——子供たちも怪物も——つくったのであり、したがって彼らが犯した罪は、彼ひとりに責任があるのだ。(同書, 236 ページ)

このように、自らの行動の責任を負わなければならないのは、当然のことな

がら、他の“人格”を生み出した基本人格たるビリーである。ここでの問題の核心は、ビリー自身が、現実の中で、自ら起こした行動の責任を一個の社会人として背負うことばかりでなく、自らがふつうの感情を持つ、実はそれなりに統合された、一人前の社会人であるのを是認することにあるのではなからうか。そうした自立という観点から考えると、多重人格障害は、社会的自立を控えて、あるいはその途中で挫折する形で初発する精神分裂病と（それに比べて表面化は少々遅いことが多いにしても）ある意味で似通った疾患ということになる。

このように、多重人格障害を持つ者が、自らをふつうの人間と認めることに對して強力な抵抗を持っているとすれば、それを否定し、自らを、ふつうに成長しつつある、あるいは成熟した一個の人間ではないことにするため、まず、基本的には“まじめでけなげ”な生き方を続ける一方で——意識で明確にわかってしまうと続けにくくなるので、あまり明確にはわからないようにしているが——自らの中に幼児性や非常識性や非現実性が残されていることにしなければならぬ。そして、“基本人格”とはできる限り異質な人格を妄想的に作りあげ、そうした人格群に、感情的側面や成人的側面（さまざまな責任の遂行、性的行動、社会的、技術的能力、生活能力、十全な体力など）をそれぞれ担当させる必要があるが、その場合、それらの行動に、あるいは交代人格間の相互作用の中に、何らかの形で欠陥を残しておくことが望ましい。それら人格群は、主人格から完全に“分離”させておかなければならないことは言うまでもない。しかし、同時に内在する“交代人格”の数は、それほど多くなくともよい（ひとつでも絶対的に困るわけではないが、できれば2、3個以上あった方が便利である）。また、各交代人格の年齢は、原則として実年齢よりも若くなければならないが、異性や幼児の人格は、あってもよいけれども、なくても特に困るわけではない。そして、実は自らがふつうの人間であるという事実を認めるよう迫る事態に直面した時、それを否定するうえでつごうのよい人格を新たに作りあげることもある。

その一方で、自分が実はふつうの人間であることを意識下で完全に承知しているため、いろいろな事情を知っており、記憶の欠落もほとんどない“教師”的、

註 17 もちろん、一部には社会的に活発に活動している者もあるが、その場合でも、やはり欠陥を内包している。フィリップス，1997年；Kluft，1986を参照のこと。

“指導者”的人格を作りあげたいという欲求が生ずることもある。その場合には、その人格を多少なりとも“奥”に配置して別格的存在にしたうえ、社会的な責任感や性的な感情や衝動を持たせないなどして、成人的側面の少なくとも一部を欠落させておいた方が無難である。

以上のような推測の当否に関する検討は当面棚上げにして、それを出発点にさらに推測を重ねると、各人格がそれぞれ“別人”であることを自らに、迫真性をもって証明する必要があることから、それぞれに、相異なる心理的、行動的、身体的特徴を賦与しなければならないことになる。そして、それは、精神病の妄想にも匹敵する極度の思い込みでなければ、意味を持たないであろう。そのような視点からすれば、それぞれの人格が“別の家族”や“別の生い立ち”を持っていたり、“別の性別”や“別の人種”に属していたり、“別の容姿”を装ったりしていながら、現実との乖離や矛盾に本人が疑問を感じないとしても、また、人格の交代によって、利き手や行動特徴や持病や精神生理学的指標がきわめて短時間のうちに (Putnam, 1994, p. 295) 変化したとしても、不思議ではないどころか、起こるべくして起こる必然的な結果ということになる。

さらに、そのような思い込みを強化する——つまり、各人格間の差別化を図る——必要性という点から考えれば、自らの能力を総動員して、高度に専門的な知識や技術を身につける人格があったとしても、あるいは奇妙な癖や特徴を示す人格があったとしても、やはり何ら不思議なことではない。場合によっては、自傷行為の一環として、異常行動や違法行為を平然となす人格すらあるかもしれない。その点については、意識的な詐病を除けば、“古典的”な多重人格患者であっても、いわゆる医原性、文化因性の多重人格患者であっても、いわゆる無意識的な詐病による多重人格障害であっても、自己欺瞞にのめり込んでいるという点では共通しているので、似通った現象が観察されることであろう。

これまでは、主として、多重人格障害という状態を生み出す動機づけについて推測を重ねてきた。今度は、そのような状態を作り上げる際に、無自覚のう

註 18 このような形で能力が発揮されている場合、人格の統合が起こると、その能力が消失してしまう可能性がきわめて高い。そのからくりについては、拙著 (笠原, 1997 年, 176-214 ページ) を参照のこと。

ちに発揮される能力について考えることにしよう。その前に、いったん多重人格から離れ、医学や心理学の中で知られているさまざまな現象を眺め、しかる後に多重人格の問題に戻ることにしたい。

心の持つ力

偽薬効果と反偽薬効果

今から 30 年ほど前になるが、大学の心理学の演習で、鏡映像の実験をしたことがあった。6 名ほどのグループがひとりずつ、鏡に映った 10 センチ程度の大きさの星型模様の輪郭を鉛筆でなぞるという、知覚心理学的な自己実験を 1 時間ほど行ない、その後、各自レポートをまとめるのである。星型は、全体が斜線で構成されているため、なぞるのが意外に難しく、ほとんどの学生は、最後まで迷わずなぞれるようにはならなかった。

レポートを書き始めてしばらくすると、ひとりの女子学生が悲鳴をあげた。編者を含め、驚いた学生たちが見ると、その女子学生の綴り出す文字が、すべてみごとな鏡映文字になっているのであった。本人は、ふつうに文字を書こうと努力するのであるが、そうすればするほど、きれいな鏡映文字が、右側から左側に向かって、ふつうのスピードで次々と綴り出されて行った。まもなく、その騒ぎが収まってレポートに戻ると、すぐに、別の女子学生が悲鳴をあげた。今度は、それまでふつうにレポートを書いていたその女子学生の綴り出す文字が、いったん中断した後から、ほとんど鏡映文字になっていたのである。これらの鏡映文字は、裏返して見ると、特に前者の場合には、本人の筆跡がそのまま現われた、ほぼ完璧な鏡映像であることがわかった。もちろん、この実験で行なった“訓練”は、鏡に映った星型をなぞることであって、その中で、文字を書く練習は一度もしていない。

こうした、いわゆる“ヒステリー現象”を説明するに当たっては、被暗示性という概念を引き合いに出すことが多い。この場合、そのグループの半数ほどが男子学生であったのに、ひとりとして鏡映文字を書いていないことも、その裏づけとされるかもしれない。このような説明に対しては、二元論の理論的研究者として名高いジョン・ベロフ (Beloff, 1964, p. 236) のように、被暗示性と

いう機械論的な心理学的概念を嫌い、心が本来持っている力の関与に力点を置く者もある。いずれにせよ、この場合、“被暗示性”という要因とは別に考慮しなければならないのは、直接的な練習をしなくとも、鏡映文字を綴り出す能力が、何らかの理由で自然に発揮されたという事実である。

ごく一部の例外（たとえば、Ewin, 1978; Mason, 1952, 1955）を除けば、直接に催眠をかけて被験者に指示した時よりも、自然状態で発生した時の方が、はなばなしい現象ないし効果の得られることが多い。そのためであろうか、“被暗示性”とは無関係に起こるとされる偽薬効果（Bentler, *et al.*, 1963）の方が、直接に催眠暗示をかけた時よりも、その効果が大きく、しかも広範囲に見られるように思われる。以下に紹介するのは、主に広い意味での偽薬効果に含まれる、さまざまな症例や現象の報告である。^{註19}

ドイツのハンス・レーダーという医師が報告した興味深い“心霊治療”の実験的研究（Rehder, 1955）がある。対象となったのはすべて女性で、胆石により慢性胆嚢炎を起こした患者、開腹手術後の回復が遅れ、極度に痩せ衰えた患者、子宮癌の末期患者の3名であった。レーダーは、地元の有名な信仰治療師に依頼し、患者には知らせないまま3名に“遠隔治療”を施してもらったが、その時点ではどの患者にも変化は観察されなかった。そこで、レーダーは、治療師に遠隔治療を頼んだことを患者に話して期待を持たせ、治療師が何もしていない時間帯を選び、その時間に治療師が癒しを与えてくれることになっていると患者たちに告げた。すると、その時間内に、3名ともがそれぞれの症状を、急速かつ劇的に改善させたのである。術後の回復が遅れていた患者はそのまま完治してしまっただが、他の2名は一時的な回復に留まった。とはいえ、癌の患者は、それまでのむくみや貧血が改善され、帰宅して家事ができるほど体力が回復し、死亡するまで自覚症状を訴えることがなかったし、胆嚢炎の患者も、その後の数年間は再発を免れたのであった。

フランスの著名な生理学者であるアレクシー・カレルによる、結核性腹膜炎の女性が聖地ルルドで癒されたという報告（カレル, 1983年, 69ページ）は、

註 19 ここでは、一般に信憑性が低いと見なされやすい報告をいくつか紹介するが、そうした印象をできる限り払拭するため、主として有力な医学雑誌に掲載された報告から引用することにする。

一般にもよく知られている。それに匹敵しそうな実例としては、故郷のフィリピンで“悪霊を祓って”もらった、エリトマトーデスを持つアメリカ在住の女性の例があげられる。主治医の報告 (Kirkpatrick, 1981) によれば、その後、この女性の疾患は完治し、1年11ヵ月後に正常児を出産したという。

妊娠中の妻を持つ男性が、妊婦とよく似た症状を示す擬娩症候群 (couvade syndrome) という状態像 (たとえば、Trethowan & Conlon, 1963) は、わが国ではあまり知られていないけれども、妊娠を望んでいる、あるいは極度に恐れている既婚女性に見られる、想像妊娠という現象 (Bivin & Klinger, 1937) は、一般にもよく知られている。これは、それほど珍しい現象ではなく、ある調査によれば、産科の入院患者の0.4パーセントに観察された (Schopbach, *et al.*, 1952, p. 130)。通常の妊娠の徴候を示す、そのような状態にある27名の女性を対象にしたこの研究によれば、最初に観察される最も一般的な症状は月経障害であり、月経過少が19名に、無月経が7名に見られたという。分泌物を伴う乳房の変化は22名に観察された。また、子宮頸の軟化を示した女性は19名であり、そのうちの11名で、妊娠6週目程度までの子宮の膨隆が観察された。そして、いずれの女性についても、少なくともひとりの医師が妊娠を考え、検査後ですら、診察した延べ40名の医師のうち16名が、27名中9名の女性を妊娠と診断したという (*ibid.*, pp. 129-30)。ところが、妊娠していないことを告げられると、そうした徴候は即座に消失してしまうのである。

野戦病院で戦傷者の治療に当たっていたヘンリー・K・ビーチャーによれば、傷の重さと痛みの強さは比例するという一般常識は、重傷を負った兵士の4分の1にしか当てはまらないという。残る4分の3は、それほど痛みを感じなかったのである (Beecher, 1946)。こうした経験を重ねたビーチャーは、その後、偽薬効果の研究に進むようになる。

また、ビーチャーは、心臓や胃の手術に関連した、興味深い研究も行なっている。つまり、手術法自体の違いではなく、施術者がその方法を「熱心に信じて」いるか、それに「懐疑的」かによって、患者の回復率に大きな差が見られることがわかったというのである (Beecher, 1961)。

最近、催眠によって起こる現象や偽薬効果 (たとえば、Beecher, 1955; Beck, 1977) を、伝統的な“暗示”という説明に代わって、ベータ・エンドルフィンなどの内因性オピオイドを持ち出して説明しようとする立場が台頭してきて

いる（たとえば、ブラウン、本書第7章 79 ページ；Gauld, 1992, p. 623; Noll, 1988, p. 91; Spiegel, 1991, p. 444）。とはいえ、このような説明は、かなりむりを重ねなければ成立しないように見える場合が少なくない。確かに痛みの軽減効果などについてはかろうじて説明できるとしても、陰性の偽薬効果や反偽薬効果などについては、そうした物質で説明するのは難しいであろう。

陰性の偽薬効果とは、本人たちが意識の上でそのような予測をしているわけではないのに、本来の薬が持つ副作用という形をとって患者や被験者に出現する偽薬効果のことである。補助的に化学療法を施行していた 411 名の胃癌患者を対象に、管理条件で行なった偽薬効果に関する J・W・L・フィールディングらの研究によれば、抗癌剤と称して偽薬を投与された 130 名の実験群のうち、45 名（34.6 パーセント）が嘔気を出現させ、28 名（21.5 パーセント）が実際に嘔吐し、40 名（30.8 パーセント）に脱毛が見られたという（Fielding, *et al.*, 1983, p. 396）また、W・B・タッカーが行なった、やはり盲検法を用いた研究によれば、ストレプトマイシンと偽って偽薬を投与された患者の 61 パーセントもに、その副作用として知られる、高音および低音の聴力障害や好酸球の増加などが観察されたという（Wolf & Pinsky, 1954, p. 340）。

それに対して、反偽薬（nocebo）とは、このような陰性の偽薬効果とは異なり、薬の形をした物質を用いるかどうかはともかく、はっきりした物理的原因が存在しないにもかかわらず、本人の否定的予測や願望に沿った形で現象が起こることを指して用いられる言葉である。そのまま死ぬことを願っている患者が、手術の成否に関係なく、実際に手術台の上で死亡してしまったり、それほどでなくても、自分の身に何か悪いことが起こるのを、積極的にであれ消極的にであれ願ったり予測したりしている者に、現実には悪いことが起こるなどの現象がその一例としてあげられる（Hahn, 1997）。本書第7章で紹介されている池見西次郎らの実験結果も、この範疇に入るであろう。

いわゆるアレルゲンの皮内ないし皮下注射には陽性反応を示したが、非盲検法の手順での生理的食塩水の注射には反応を示さなかった患者を対象に、食物アレルギー・テストの妥当性を検討する目的で、二重盲検法を用いてドン・L・

註 20 言うまでもないであろうが、説明できるからといっても、その説明が妥当であることの保証はない。

ジェウエットら (Jewett, Fein & Greenberg, 1990) が行なった実験によれば、実際に食物エキスを注射した実験群と、生理的食塩水を注射した対照群では、自分が活性物質を注射されたと判断した者の比率は、前者で 27 パーセント (60 名中 16 名) 後方で 24 パーセント (180 名中 44 名) で、両群間に有意差のないことがわかったという。つまり、こうしたアレルギー・テストの無意味性が示唆されるとともに、少なくとも対照群では反偽薬効果も認められたわけである。また、この反偽薬効果は、心因性疾患の“流行”を説明する概念ともなる^{註21}。

精神分析の中では昔からその存在が知られている“記念日の反応”(たとえば、Mintz, 1971) も、反偽薬効果の亜型と考えることができる。リチャード・コーンフィールドらの報告によれば、動悸がして不安になり、救急治療室を受診した 17 歳の男子高校生が、突発性心房細動の診断で緊急入院になった。ところが、その日は、1 年前に、本人がやはり心房細動で入院し、正常な洞リズムを回復させるため電気除細動を行なったのと、まったく同じ日であることが判明した。しかしながら、この高校生は、1 年前と同じ日に再入院したことには気づいていなかったのである (Cornfield, *et al.*, 1979, p. 1597)。

医学の中で昔から知られている現象には、反偽薬効果よりもさらに説明が困難なものもある。最近の『アメリカ医師会誌』に再録された (American Medical Association, 1996) 100 年前の同誌の記事を見てもわかる通り、前世紀末頃までの欧米の医学書や医学雑誌には、妊婦刻印 (maternal impressions) という現象に関する記事や論文が、否定的なものに混じって、依然として、かなり肯定的な形でも掲載されていた (たとえば、Fisher, 1870; Gould & Pyle, 1900, pp. 81-85; Murdock, 1888) これは、妊娠中の女性が、奇形を持つ人物を見て驚愕したり不安を覚えたりすると、それと同じ奇形を持つ子どもが生まれてくるという、妊娠中の女性の思念がそのまま胎児に影響を及ぼすとされる、世界各地で言い伝えられてきた、いわゆる迷信的な現象である^{註22}。1960 年以降でも、英語圏の医学雑誌には、その現象に関する論文がごく稀に掲載される (たとえば、Pearn & Pavlin, 1971; Warkany & Kalter, 1962)。

註 21 最近では、幸か不幸か、わが国でも多重人格障害の“小流行”が起こりつつあるように見える (たとえば、服部, 1998 年; 町沢, 1999 年)。

次に紹介するのは、厳密に言えば妊婦刻印というよりも、祖母の“呪い”の言葉が、生まれてくる孫の肉体に影響を及ぼしたかに見える例である。1960年にオーストラリアの医学雑誌に掲載されたその症例報告 (Turner, 1960) によれば、未婚で妊娠した16歳の娘に腹を立てた母親が、そのまま出産すれば、その子は「手足のない、目の見えない」状態で生まれてくるという呪いの言葉を、口頭および書面で繰り返し発したところ、生まれてきた子どもは、盲目ではなかったものの、実際に両脚が完全に欠落しており、右上腕部が半分しかなかったという。この症例について、報告者である医師は、通常の原因は見つからなかったと述べている。

以上のような現象や症例については、無視したり、偶然の一致や観察の誤りや思い込みに戻せしめたりすることができない場合には、何らかの説明が必要となる。それらの一部は、これまで、伝統的に“暗示”という言葉で説明されてきた。しかしながら、言葉や思念が、その内容に沿った影響を直接肉体に及ぼす機序は未だ解明されていないため、暗示という現象の本質は、まだほとんどわかっていないと言える。そのためもあって、近年、その存在が明らかにされた脳内物質の変化などによって、そうした現象を説明しようとする動きが浮上してきたわけであるが、では、たとえば、何らかの身体症状が脳内物質の変化によって永続的に消失したことが、あるいは難治性とされる疾患が脳内物質の変化により長期にわたって治癒したことが直接に証明された事例があるのかといえば、編者の知る限り、そうした例はこれまでのところ存在しないようなのである。また、反偽薬効果などを、いわゆるストレスその他の物理的要因で説明することも、その症状が高度に選択的な形で出現する理由も同時に説明で

註 22 フィリップ・K・ウィルソンの論文 (Wilson, 1992) には、18世紀のイギリスで行なわれた妊婦刻印に関する有名な論争が詳しく紹介されている。妊婦刻印という現象の存在が現代医学の中で否定されたのは、生理学などの発達により、母親と胎児の間に物理的結びつきがないことが判明し、従来の生理学の知識やその延長線上ではその説明がつかなくなったためであって、それ以上の理由によるものではない。生理学者を含め、現代の科学者の圧倒的多数は、すべての現象が、いわゆる“合理的”に説明できると思いついていて、残念ながら、その保証が実際に与えられているわけではない。

註 23 正確に言えば、“暗示”という概念を持ち出しても説明できそうにない現象が、偶然の一致や観察の誤りや思い込みとして片づけられてきたということであろう。

きなければならないため、きわめて難しいであろう。

それに対して、ベロフ (Beloff, 1964, 1994) やスティーヴンソン (スティーヴンソン, 1998 年, 27-52 ページ; Stevenson, 1997, vol. 1, pp. 33-175) や編者 (笠原, 1995 年, 111-52 ページ) は、“暗示” という概念の裏に、人間の心の力の働きをみるのであるが、現段階では、ある程度の裏づけが存在するとはいえ、それが明確に証明されているわけではないので、他に適切な説明があれば、それを排除するものではない。

交代人格間の精神生理学的変化を研究する意味

以上、現在の医学知識では説明困難な現象を、医学雑誌に報告された論文からいくつか紹介してきた。しかしながら、こうした現象が多重人格障害と関係していることは、もしかすると、まだおわかりいただけないかもしれない。

これまで何度かふれてきたように、多重人格の症例では、人格の交代に伴って、さまざまな精神生理学的変化の起こることが、本書第6章でも紹介されている通り、かなり昔から知られているわけであるが、残念ながら現段階では、恒常的に観察される指標のようなものは、視機能に関係した測度などの(現段階での) 例外を除けば見つかっていないし、今後もあまり見つかるようには思われない。もし多重人格患者が、先述のような理由から人格間の差別化を図つ

註 24 現在、国立精神保健研究所 (NIMH) と並んで、アメリカ国立保健研究所 (NIH) の下部組織となっている国立補完代替医療センター (NCCAM) は、そのインターネット・ホームページの「祈りと心的癒し」と題する節で、「眼球運動、筋動、皮膚電気活動、プレチスモグラフ、呼吸、脳波」が、「直接的な心的影響によってどうやら影響を受けた」ことを示す実験群を紹介し、その中に、互いに遠く離れた場所に置かれた「送り手もターゲット人物も、そのような努力がなされていることを知らない状況で行なわれた研究」が存在することを明確に認めたと、こうした研究では、動物がターゲットとしてふつうに用いられている。人間が被験者となった場合には、暗示や偽薬効果によるものではないかという批判がしばしば加えられるが、動物であれば、暗示や偽薬効果の影響を受けないであろうから、この点は重要であると述べている (National Center for Complementary & Alternative Medicine, 1999)。それが事実であれば、内因性オピオイドはもとより、いわゆる暗示でも説明できない現象が存在することになる。アメリカ国立補完代替医療センターが、こうした現象を真剣に研究する価値があると考えているのは、少なくともまちがいない。

ているのであれば、時に応じて人格間の差を発生させれば十分なのであって、あまり矛盾が起こらない程度に留めておける限り、それを恒常的なものにする必要はないことになる。もしそのような推測が正しければ、安定した差が観察されるとしても、それは、せいぜいのところ一部の患者内であり、それが患者間で観察される可能性はあまり高くないことになろう。

さて、人格交代に伴って観察される精神生理学的変動は、症状を作りあげる動機づけという側面ではなく、人間の持つ能力という側面から見る限り、本書第7章のブラウンの指摘にもあるように、催眠や偽薬効果などを通じて引き起こされた現象と同質のものと考えてよいであろう。もしそうなら、そうした現象すべてに共通した説明ができなければならない。つまり、従来、それぞれ別個の説明が付されてきたさまざまな現象を、統一的に説明する必要があるのではないかということである。

国の内外を問わず、精神医療の専門家の間には、これまで、精神疾患の患者が密かに発揮する能力を真正面から取りあげようとする姿勢はほとんど見られなかった。確かに、一部の知的障害児や小児自閉症児などが示す神童的能力は、これまでもかなり取りあげられてきた。また、ヒステリー患者やメスメリズムや催眠を通じて、人間の持つめざましい能力が観察されてきた歴史もある註26（たとえば、イングリス，1994年，61-82 ページ；エレンベルガー，1980年，上巻，393-432 ページ）。しかし、ここで言っているのは、もちろん、そのような能力のことではない。そうしたもの以外にも、“症状”の間に見え隠れしている能力があり、そのことが比較的わかりやすい実例のひとつが、多重人格障害を持つ人々がそれと気づかないまま発揮する、短時間のうちに自らの体質まで変えてしまうかに見える、現在の医学知識の枠を完全に越えるほどの能力なの

註 25 編者は、こうした現象や偽薬効果、解除反応、催眠、非通常の癒しその他についても、本書と同様のアンソロジーの編集・出版を計画しているが、現在のような出版状況がしばらく続くようなら、その実現は難しいかもしれない。

註 26 興味深いことに、1960年代には、たとえば、かつてアイヌ女性に見られたイム（トッコニ〔＝マムシ〕という言葉を書くことによって誘発される発作性の精神錯乱状態）を「未開民族の原始反応」（内村，1967年，73 ページ）などと、下等な機械的現象と見なすことがまだ躊躇なくできていたが、最近では、そうした見方はさすがに難しくなっているように思われる（たとえば、石垣，1994年参照）。

である。このような見地からすれば、多重人格障害の“流行”というか、多重人格が医原性、文化因性に発生することについても、まったく別の角度からとらえ直すことができる。もしそうした変化を短時間のうちに起こす仕組みが真の意味で解明されれば、多重人格障害のみならず、さまざまな疾患の治療法が大幅な進歩を遂げるのは、まちがいないであろう。

近年、いくつかの精神疾患の原因を、脳内の物理的異常に求める動きが再燃しつつあり、多重人格障害の周辺でも、同様の動きが観察される（たとえば、和田、1993年）そのためあって、多重人格患者の精神生理学的研究は、この疾患が神経生理学的基盤を持つことの裏づけとなりそうな証拠を収集する目的で行なわれることが多い。現に、本書の執筆者のほとんどは、そのような立場を取っている。とはいえ、現行の原因論で、多重人格障害が心因性の疾患であることも一方で認めている点については、評価しておかなければなるまい。また、交代人格は患者自身の空想の産物であると是認しながらも、短時間のうちに精神生理学的変化が起こることは、多重人格の研究者の多くが認めているのである。確かに、多重人格の患者全般に共通する恒常的な精神生理学的変化を見出そうとする試みは、これまでの研究を見る限り、失敗に終わったと言えるかもしれない。そのことは、交代人格間の精神生理学的変化を研究する者たちを落胆させる結果となっているのであろうが、現在の医学知識では説明しにくい変化が現実に観察されているのも、一方で事実なのである。本書の目的からすれば、恒常的な変化が観察されなくとも、それだけで十分であると言えよう。

編者は、多重人格のほとんどの研究者とは、ある意味で対極的な立場から本書を編集したわけであるが、心と体の接点を、肉体の側に求める立場に立つとしても、編者らのように心の側に求める立場に立つとしても、人格の交代に伴って、きわめて短時間のうちに起こる精神生理学的変化の研究は、残念ながら、少なくとも現段階のわが国ではその機会がほとんど与えられていないけれども、人間の心と体の関係を探究するうえで、きわめて有望な領域のひとつと言えるのである。