

一般人口集団における解離性体験の形成要因に関する心理学的研究

王, 百慧

<https://hdl.handle.net/2324/7182248>

出版情報 : Kyushu University, 2023, 博士 (心理学), 論文博士
バージョン :
権利関係 :



一般人口集団における
解離性体験の形成要因に関する
心理学的研究

王 百慧

目次

はじめに	3
第1章 問題と目的	6
第1節 解離の概念的位置付け	7
1. 解離概念の歴史的変遷	7
2. 様々な精神疾患と併存する解離性体験	8
3. 一般群に見られる解離性体験	9
第2節 解離性体験のアセスメントに関する先行研究と問題点	11
1. 類型モデルと連続体モデル	11
(1) アセスメントツールとしての解離性体験尺度	12
(2) DES の下位因子について	13
(3) 病的解離と正常的解離	14
(4) DES 得点分布に関する先行研究と問題点	17
(5) DES 得点における性差について	18
2. 解離性体験とメンタルヘルスの関連	19
第3節 解離性体験の形成プロセスに関する先行研究と問題点	22
1. 外傷モデルに基づく先行研究	23
(1) 外傷体験の有無と累積	24
(2) 外傷体験の性質と内容	25
2. 解離性体験と関連する個人要因	25
(1) 被暗示性	26
(2) 対人関係敏感性	28
(3) 情動制御	29
(4) 自己意識	30
3. 出来事要因と個人要因の相互作用と解離性体験	31
(1) 外傷体験の性質による心的外傷後ストレス障害と外傷後認知	31
(2) 養育スタイルと愛着スタイル	32
第4節 本研究の目的と研究全体の構成	35

第2章 日本人の一般人口集団を対象とした解離性体験の検討.....	37
はじめに	38
第1節 一般人口集団を対象とした解離性体験頻度の測定（研究1）	39
第2節 本章の考察とまとめ	46
第3章 出来事要因としての外傷体験と解離性体験との関連.....	51
はじめに	52
第1節 外傷体験内容別における解離性体験頻度（研究2）	54
第2節 外傷体験の有無と累積による解離性体験頻度の差異（研究3）	60
第3節 本章の考察とまとめ	65
第4章 解離性体験と出来事要因を繋ぐ個人要因.....	66
はじめに	67
第1節 解離性体験と被暗示性、対人関係敏感性との関連（研究4）	69
第2節 解離性体験と情動制御、自己意識との関連（研究5）	77
第3節 本章の考察とまとめ	83
第5章 出来事要因と個人要因の相互作用が解離性体験に与える影響....	84
はじめに	85
第1節 外傷体験性質による心的外傷後ストレス障害と外傷後認知が解離性体験に 与える影響（研究6）	86
第2節 養育スタイルと愛着スタイルが解離性体験に与える影響（研究7） ..	96
第3節 本章の考察とまとめ	106
第6章 総合考察	108
第1節 本研究の要約.....	110
第2節 本研究の限界と今後の課題	115
引用文献	117

はじめに

解離症 (Dissociative Disorder) は、世界保健機関 (WHO) の『国際疾病分類改訂第 11 版 (ICD-11)』によると、「同一性、感覚、知覚、感情、思考、記憶、身体運動の制御、行動のうち 1 つ以上の正常な機能における付随的な破綻や不連続性によって特徴付けられる」疾患群 (金, 2021) と定義されているが、実際には様々な文脈で多義的に用いられている。すなわち、病名 (解離症／解離性障害 [Dissociative disorder])、あるいは精神症状 (解離性体験) を指すこともあれば、その成因である心理的防衛のメカニズム自体を意味する場合もある。日常生活においても、没頭や離脱体験として報告されることがあり、ストレス負荷のかかるライフイベントに対する心理的反応として理解されることが多い (田辺・小川, 1992; 岡野, 2007)。

また、先行研究において、解離性体験は、解離性障害やトラウマ関連障害のみならず、統合失調症、摂食障害、パニック障害、気分障害、強迫性障害などの精神疾患と共存することが報告されている (Lyssenko et al, 2018)。このことが、臨床現場で解離性体験が他の顕著な症状の中で見過ごされやすい背景となっている。安ら (1995) は、日本では初診から解離性同一性障害と有効に診断されるまでに平均 4.6 年かかると報告しており、様々な精神症状に併存する解離性体験に留意し、理解を深める必要性を提起している。このように、解離性体験は一般の人々 (一般群) の日常生活の次元から著しい苦痛もしくは重大な機能障害を呈し、なんらかの支援を必要とする人々 (臨床群) の臨床的次元に至るまで広範囲に見られる。こうした解離性体験の広がりから、一般群における解離性体験の臨床的意義が注目されているが、現状では未解明な課題が多い。

具体的には、一般群において、解離という現象は、どの程度体験されるものなのか、その個人差は臨床心理学的にどのような意味を持ち、それを影響する要因とは何か、臨床群と同様な臨床心理学・精神医学的背景を示唆しているのかは明らかにされていない。海外では、解離性障害の疫学的調査 (Waller & Ross, 1997) や解離性障害の成因 (Mulder et al, 1998) など、一般群と臨床群における解離性体験の分布や両群間の異同をめぐって活発な議論がなされてきた。それに対し、日本ではいまだに解離性体験の分布状況は不明であり、形成要因に関する探究も不十分である。

これらの問題の解明に近づくため、本研究では、先行研究のレビューと共に、一般群に

において体験される解離性体験の基礎的データを収集する。また、その背後に潜む問題について、仮説検証のもと、議論と理解を深めていくとする。そのためにまず、先行研究のレビューを進めるにあたって、解離に関する用語と概念を整理する必要がある。従来、解離という概念は研究報告によって、「解離」、「解離症状」、あるいは「解離性体験」として表現され、用語の使い分けは統一されていない。用語による混乱を避けるため、本研究では、解離性障害の症状を「解離症状」、一般群や様々な精神疾患に併存する解離を「解離性体験」、防衛機制としての解離を「解離機能」と区別して、以下の議論と検討に用いるとする。

近年、解離性体験の概念が広義化しつつあり、生来的に解離性体験しやすいという感受性や、特定のきっかけや刺激によって出現するという状況との相互作用も注目されている。例えば、アイデンティティの発達段階においては、異なる状況においては自己の行動や感情を使い分ける自己意識の不連続性や多元的自己が見られることがある（岡野，2007）。従って、すべての解離性体験が病的なものではなく、体験頻度の高さは必ずしも不適応の状態を意味するとは限らない。しかしながら、第1章第3節（22頁）において詳述するように、生来的に解離性体験を生起する感受性の高さは、ネガティブな影響を与える要因が加わると、体験への制御力が弱まる状況では、容易に病的な状態の閾値を超えるリスク要因になりうるという仮説を本研究では立てた。また、体験頻度には注意や集中力の障害を随伴することが多いことを踏まえると、生起理由が必ずしも自明ではない解離性体験も臨床心理学的関心の対象となりうると考えられる（兼本，2011）。従って、本研究では上記のような広義の解離性体験も調査の対象とするという前提に基づいて、検討を行った。

以上から、本研究では、日本人の一般人口集団における解離性体験頻度を確認するとともに、その形成、維持に関与する要因を検討する。これらのことは、日本の解離研究における基礎データの蓄積とつながり、疫学的調査や解離性体験の心理学的背景の解明、及び解離性体験者に対する理解を深めることに寄与し、さらに臨床群との関係が明らかになれば一般群における解離性体験に潜むメンタルヘルス危機の早期予防やその介入支援にも役立つ可能性がある。

以上のことを踏まえ、本研究では、次の2つの研究目的を設定する(Figure 1)。

1つ目の目的は、日本人の一般人口集団を代表するサンプルを対象に解離性体験頻度を調査することである。

2つ目の目的は、解離性体験の形成、維持要因について、出来事要因と個人要因、及び

両者の相互作用の側面から検討することである。まず、出来事要因について、外傷体験の有無や累積、外傷体験の性質による解離性体験の差異を検討する。また、先行研究と臨床的知見に基づき、個人要因について、被暗示性や対人関係敏感性、情動制御、自己意識を中心に解離性体験に与える影響を検討する。さらに、出来事要因と個人要因の相互作用を含む検討では、心的外傷後ストレス障害(Posttraumatic Stress Disorder; PTSD)や外傷後認知、養育スタイル、及び愛着スタイルに着目している。これらの検討を通して、解離性体験が形成されるメカニズムに対する理解を深めることとする。

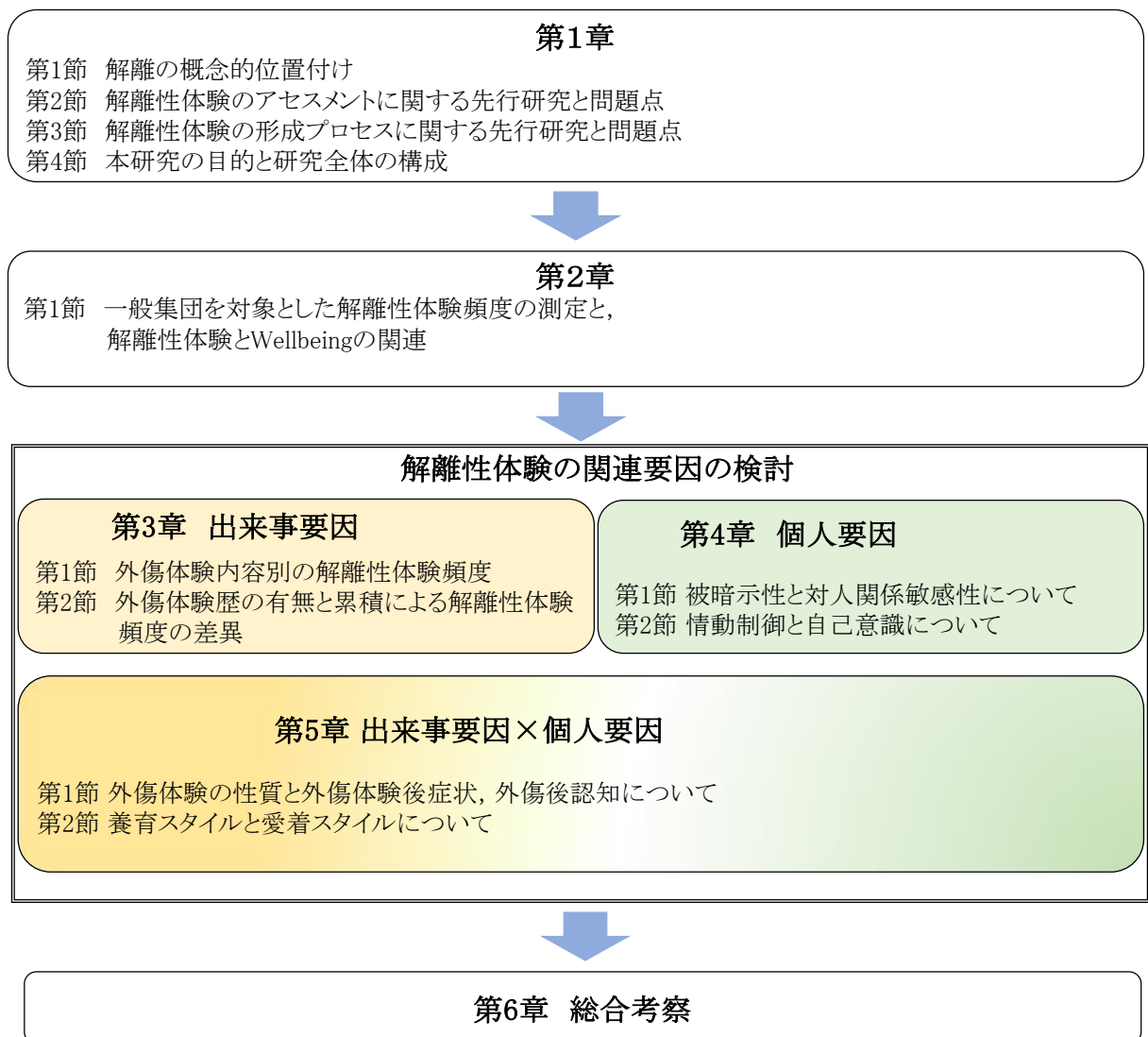


Figure 1. 本研究の全体構成

第 1 章

問題と目的

第1節 解離の概念的位置付け

解離の概念は、研究者間や臨床家間、あるいは両者の間で混乱が見られる。解離を研究の対象とするにあたって、現在、解離と呼ばれる現象が何を指し示しているのかを整理するために、解離の概念の歴史的変遷をまとめ、診断名としての解離症（解離性障害）と、症状としての解離性障害症状、防衛機制の一種である解離機能、様々な精神疾患と併存する解離性体験、日常生活においてみられる解離性体験について概説する。

1. 解離概念の歴史的変遷

遡れば、解離という言葉はヒステリー神経症の説明概念に由来する（高橋，1997）。Janet (1910)によれば、解離は精神内容を切り離すことを意味し、心的外傷により体験される感情、運動などの心的事象の一部が人格から切り捨てられ、意識の解離といった統合の失調がヒステリー症状へと導く。同時代にヒステリーにおける心的メカニズムを追求した Freud は、心的外傷体験における解離の防衛機能を重視した。この考えは長く継承され、かつてヒステリー神経症は解離ヒステリーと転換ヒステリーに大別されていたが、DSM-III以降、病名以外にもさまざまな意味で使用されるヒステリーという用語は用いられなくなった。

また、解離のメカニズムにより患者は心理的問題に直面することなく、不安を回避できる（一次性疾病利得と呼ぶ）とともに、困難な現実に対処しないまま疾病に逃避する傾向（二次性疾病利得）にあると、かつては考えられていた。特に、第二次世界大戦後の兵士の心的外傷体験と解離性障害の関係に関心が集まり、さらに、1970年代以降に児童の性的虐待と多重人格（解離性同一性症）の関連が注目されるようになった。これらのことを背景に、解離性体験は心的外傷後ストレス障害（Posttraumatic Stress Disorder; PTSD）の主症状の一つとして重要視されるようになった（Kluft,1984; Putnam,1997）。以上のように、解離に関する臨床研究はいずれも解離性体験の形成機序の背後には、心的外傷体験をはじめ、耐え難い心理的ストレスや心理的葛藤に対する防衛機制が存在することが想定されてきた（岡野，2007）。

現在、ICD-11の解離症群の下位分類には、解離性健忘（解離性遁走を伴うもの、また伴わないもの）、トランス症、離人感・現実感喪失症などが含まれる。これらの解離症

は、2つ以上の人格交代が見られる自己同一性の破綻や重要な出来事や個人情報への想起不能状態、あるいは、自分の行為や身体感覚が切り離されて傍観者であるように感じたり、非現実的に体験される感覚、意図せずして意識や行動が著しく変容するといった症状を呈することが多い。このように、自己同一性、感覚・知覚、感情、思考、記憶、身体運動の制御、行動の正常な統合における破綻や不連続性は完全なこともあるが、多くの場合は部分的であり、日あるいは時間単位で変動する。また、ICD-11の解離症群のカテゴリーには、解離性神経学的症状も含まれている。これは、その名称の通り、神経疾患に類似した身体症状、例えば、脱力または麻痺、嚥下障害、歩行障害などの運動機能の異常や視覚、嗅覚、聴覚の感覚の消失といった感覚性の症状、非てんかん発作等の症状が見られる。なお、解離性神経学的症状が単独で見られることは少なく、多くの場合、他の解離症全般と関連するとされている(Modestin et al., 1996)。一方、ICD-11と異なり、米国精神医学会のDSM-5では、解離性神経学的症状相当する変換症/転換性障害(Conversion Disorder)が解離症群/解離性障害群のカテゴリーに分類されている。このように、解離症に関連する病態は、国際的な診断分類であるICDとDSMでカテゴリー分類や呼称が多少異なっている。これらの記述的な操作定義の下に、解離性障害の疫学的研究や脳画像をはじめとする神経生物学的研究が進んでいる。

以上のように解離の概念やそれに関連した疾患概念は時代々々によって移り変わってきたが、その形成要因にはストレスや心理的葛藤、心的外傷体験などのいわゆる心因が重要な役割を担う病態であるという共通理解は今日まで一貫している。

2. 様々な精神疾患と併存する解離性体験

前述したように、解離性体験は、解離性障害やトラウマ関連障害のみならず、統合失調症、摂食障害、パニック障害、気分障害、強迫性障害などの精神疾患と併存しており(Lyssenkov et al, 2018; Williams et al., 1995 ; Horen, Leicher, Lawson, 1995; Foote et al., 2006), また外傷体験を有する集団において高い割合で報告されている(Roca et al., 2006; Somer et al., 2015; Manzano et al, 2012)。さまざまな精神疾患との高い併存率は解離性障害が看過されやすい一因となっており、現在、鑑別診断のポイントをめぐる議論が行われている(松本, 2009)。

松本(2009)は臨床的知見に基づき、解離性障害と統合失調症、境界性パーソナリティ

障害の共通点と相違点を列挙しており、鑑別診断の知見を蓄積している。例えば、相違点として、統合失調症と解離性障害に見られる幻聴の持続性や聞こえ方の明瞭さ、意味の明確さの違いが報告されている。しかしながら、症状の形態や性質の違いを見分けるためには十分な臨床経験が必要であることが限界点として挙げられている。従って、臨床経験のみに頼るのではなく、解離性体験に寄与する特定のリスク要因や、解離性体験の併存がみられる精神疾患に共通する病因の解明は、鑑別診断するための知見の蓄積に貢献すると考えられる。また、このことは、リスク要因を手がかりに解離性体験を疑い、メンタルヘルスの危機を見落とさないためにも役に立つであろう。

例えば、性的虐待をはじめとする幼少期の不適切な養育環境は解離性障害発症の無視できない要因として挙げられるが、同様に境界例パーソナリティ患者の多くも外傷体験を持っていることが報告されている（岡野，2007）。つまり、外傷体験歴は両障害に共通するリスク要因として挙げられる。また、摂食障害や物質乱用といったさまざまな水準の自己破壊的行動が両障害に共通して認められることが報告されており、特にリストカットなどの自傷行為は解離性体験との密接な関連が指摘されている（松本，2009）。このように、共通するリスク要因を理解することは、異なる診断カテゴリーにおける解離性体験の可能性を推察することに役立ち、支援の第一歩につながるであろう。一方、これらの共通要因の探求は、解離性体験の併存が見られる他の精神疾患の臨床研究に基づいていることが多い。そもそも解離性体験に寄与する要因の検討は外傷体験に留まっており、知見は限られている。これらのことは、解離性体験と他の精神症状が併存するメカニズムの理解の妨げとなるかもしれない。また、近年、全般的に症状が比較的軽症の臨床群が増加する傾向があり、一般群の日常生活においても解離性体験が認められることから（兼本，2011）、臨床群の研究のみの検討では不十分であり、一般群を対象とする研究の必要性が示唆されている（田辺・小川，1992）。

3. 一般群に見られる解離性体験

先行研究において、解離性体験を一種の防衛機制として捉え、適応的で効率的な生活に必要なとされる行動の自動化のための基礎的過程であると考えられる視点がある（Ludwig, 1983）。例えば、一つの課題に没頭すること、解決不能なことを他人事のように感じる、現実的制約から離れること、破壊的体験の隔離、感情のカタルシス的発散、仲間意識の醸成な

どが含まれる。このような解離的防衛機制により適応が果たされたことが報告されており（舩田，2008），特に注意が一時的に逸れることや，物事に没頭するような内容は健常者に最も頻繁に体験され，健康で且つ必要であると認識されている。このように，日常生活の中で健常者が体験する解離性体験の中には精神的健康にポジティブな効果をもたらすものとして認識されるものもある。

一方，健常者に見られる高い頻度の解離性体験は，抑うつや自傷行為などメンタルヘルスの危機と相関することを指摘する研究が多い（岡野，2007；松本，2009）。例えば，学生相談の場面において，不登校や問題行動，あるいは家族との葛藤などを主訴に来談する事例にも，実は解離性体験が認められており，特に青年期においては，自傷行為や希死念慮に発展する前兆となりうる（松本，2009；橋本，2017）。また，慢性的な解離性体験は，多くの領域（仕事，家族，対人関係，自己意識など）の機能に影響を与えることを考えると，一般群における解離性体験の臨床的意味はより良い転帰を得ることにおいて重要であろう（Jepsen et al., 2014）。

第2節 解離性体験のアセスメントに関する先行研究と問題点

1. 類型モデルと連続体モデル

先述のように、解離性体験は臨床群と一般群の双方に見られ、すべての解離性体験が病的であるわけではないと考えられている。従来、解離性体験の捉え方には類型モデルと連続体モデルが存在しており、論争が続いている。類型モデルでは、臨床群と一般群の解離性体験は不連続的であり、すなわち、解離性障害患者は健常者とは質的な差があり、根本的に異なる人間集団であると考えられている。一方、連続体モデルでは、一般的に見られる解離性体験は、遁走や多重人格性障害のような病的な状態にまでスペクトラムを形成しており、通常の解離機能が失調し、量的質的に重症化したものが解離性障害になると考えられている(Figure 2)。

解離性体験尺度 (DES) を開発した Putnam らのグループ (Bernstein & Putnam, 1986) は、当初、連続体モデルを想定していたが、その後、Taxometric 分析の手法を用いて解離性体験の潜在構造を検討したところ、質的に異なる病的解離と正常解離の潜在構造の存在を見出し、類型モデルを提唱するようになった (Waller, Putnam, & Carlson, 1996)。その結果、後述するように (15 頁を参照)、DES 得点のほか、病的解離を代表する 8 項目 (DES-Taxon) が解析に用いられるようになった。しかしながら、一般群も対象に含む Taxometric 分析研究の多くは有意の潜在構造の存在を認めず、類型モデルを疑問視している (Watson, 2003; Modestin & Erni, 2004; Giesbrecht, Merckelbach, & Geraerts, 2007)。また、類型モデルに基づく分類は、一般群を対象とした際に経時的安定性に欠けるという指摘もある。以上のように、解離性体験の構造的な理解において、類型モデル、または連続体モデルのいずれが妥当であるかは、なお結論が出ていない。

以上のことを踏まえると、連続体モデルを支持した一般群を対象とする先行研究に倣い、検討を進めることは本研究の目的を達成するために有用と考えられる。こうした視点は、一般群において見られる解離性体験がメンタルヘルスの危機と関連するとすれば、その心理学的背景を理解し、介入に導くために意義があると思われる。日本における一般群を対象とした先行研究 (田辺・小川, 1992; 舩田, 2008; 池田・岡本, 2016) においても同様に連続体モデルを採用している。

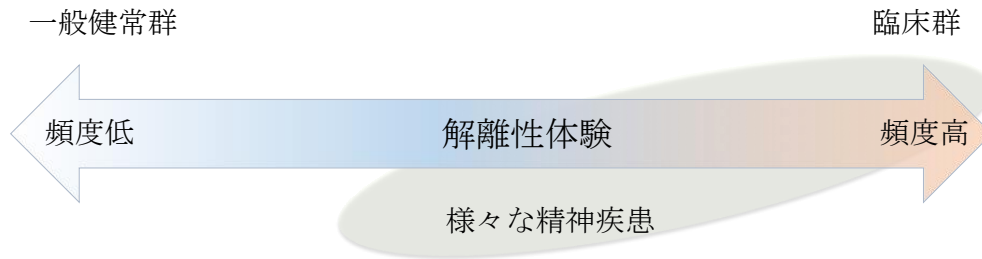


Figure 2. 解離性体験の連続体モデル

(1) アセスメントツールとしての解離性体験尺度（DES ; Dissociative Experience Scale）

1970 年代を通じて、多くの臨床家が解離症状に関する記載を行ったことが、1980 年に DES-III で疾病単位として「多重人格障害」が記載されることに大きな貢献を成し遂げていた。この操作的定義と診断基準の成立により、診断数が爆発的に増加し (DEll & Eisenhower, 1990)、解離症状と心的外傷体験及び PTSD 症状 (Posttraumatic Stress Symptoms; PTSSs) との密接な関連性が注目されるようになった。これらのことを背景に、解離症状を把握し、多重人格障害 (MPD、現在は DID (解離性同一性障害) をはじめとする“病的解離”のスクリーニングの重要性への認識が高まり、連続体モデルに基づく「解離性体験尺度 (DES : Dissociative Experience Scale)」(Putnam, 1997) が開発された。DES の登場により、解離性体験頻度の定量化や、集団サンプルを対象とした研究が可能となり、解離研究において大きな進歩となったと言えよう (van IJzendoorn & Schuengel, 1996)。一般人口集団を対象に行われた海外の先行研究において、DES 得点は低い者から高い者まで連続していることが報告されている。その知見は解離の連続体モデルを支持する傍証の一つとなっている。

DES-II は DES の簡易版であり、Carlson & Putnam (1993) によって作成され、田辺・小川 (1992) によって日本語版が作成された。DES II では日常生活において各項目をどれくらいの頻度で経験しているか (経験頻度) について尋ねる。経験頻度は 0% から 100% までの 11 段階 (10% 間隔) で測定し、全 28 項目の平均点が DES 得点とされている。

DES/DES II の他にも解離性体験を測定する日本語版のある尺度として、Dissociation Questionnaire (DIS-Q) や、Somatoform Dissociation Questionnaire-20 (SDQ-20) が挙げられる。これらの尺度は一般群を対象とした研究にも用いられている。また、梅末ら (1997) は DES 日本語版 (J-DES) を作成し、後期思春期、一般成人群、統合失調症群、解離性障害群に実施し、信頼性と妥当性を報告している。さらに、子どもの解離性体験尺度として、Adolescent

Dissociative Experiences Scale(A-DES)があり，被虐待経験を有する子どもには，Child Dissociation Checklist (CDC)が使用できる。これらの尺度は DES/DES II に共通して，主観的体験の変容過程を内省報告で捉えようとする点が疑問視されている。自己報告に基づく質問票に対して，Steinberg は DSM-IV 解離性障害のための構造化臨床面接 SCID-D (Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders) を作成した。SCID-D では，解離性体験を非病的な体験から病的な症状まで連続していると捉えており，五つの中核症状(健忘，離人症，現実感喪失，同一性変容，同一性混乱)の重症度をパターン化している。SCID-D は北米の解離性障害の研究においてよく用いられており，有効性は確認されているが，臨床面接により実施されるため，利便性に欠ける。現在，高い DES 得点を有する者に構造化面接の SCID-D を実施し，解離性障害の確定診断を行う場合がある。他には，面接形式で実施される Dissociative Disorder Interview Schedule (DDIS; 解離性障害面接スケジュール) がアセスメントツールとして挙げられる。

以上のように，解離性体験を測定する様々な尺度や面接は存在するが，DES II は信頼性と妥当性が統計的に検証され，一般群・臨床群ともに最もよく用いられているものである(田辺・小川,1992)。また，海外の解離研究においても DES/DES II は最も多く使用されている(Parra & Paul, 2009 ; Brunner et al., 2004 ; Somer, Dolgin, & Saadon, 2001 ; Mazzotti et al., 2016 ; Giesbrecht, Geraerts, & Merckelbach, 2007 ; Giesbrecht et al., 2006, Giesbrecht et al., 2007 ; Kanayama, Sato, & Ohira, 2008; Parra & Paul, 2009 ; Kucukgoncu et al., 2010)。従って，DES/DES II を用いることにより，海外の研究成果との比較考量が可能となり，社会的文化的差異を背景とする解離性体験に対する理解が深まると考えられる。

(2) DES の下位因子について

DES/DES II は異なる複数の下位因子によって構成される概念であるという指摘をもとに，探索的因子分析を用いた検討は行われてきた。その結果，明確な解に収束せず，1 因子構造を報告する研究があれば (Spitzer et al.,2015; Bernstein et al., 2001; Lipsanen et al., 2003 ; Mazzotti & Cirrincione, 2001)，2 因子構造 (Olsen et al., 2013), 3 因子構造 (Carlson & Putnam, 1993; Fabbri Bombi et al., 1996; Ross et al., 1991; Ruiz et al., 2008; Stockdale et al., 2002) や 4 因子構造 (Amdur & Liberzon,1996; Espirito Santo & Abreu, 2009) を支持する研究もあり，いまだに統一した見解は得られていない。多因子構造を支持する先行研究のうち，

3 因子構造論は比較的によくの研究より支持されているが、項目通過率（とそれに影響された項目得点の分布の歪度）の違いからくるアーチファク的な立場であるという指摘もある（田辺，2004）。また，3 因子を構成する項目内容の表面的妥当性から，「健忘」「離人」「没入・想像活動への関与」と名付けられることは多いが，研究によって因子を構成する項目内容が異なり，統一されていない。従って，下位因子を用いた検討は一般化の課題が残されている。

(3) 病的解離（DES-Taxon；DES-T）と正常解離（DES-Normal Dissociative Index；DES-NDI）（Table 1, 2）

解離性体験を概念化するもう一つの視点として，病的解離と正常解離の両側面から検討することが挙げられる。先述した通り，DES は軽度で一時的な正常解離から病的解離まで連続した値を取ることを仮定して作成された尺度であり，連続体モデルに基づいている（Bernstein & Putnam,1986）。一方，類型モデルの立場では，病的解離と正常解離を体験する集団は二峰性分布しており，質的に異なると考えられている。類型モデルに基づき，Waller, Putnam, & Carlson(1996)は病的解離をより明確に区別するために，健忘や非現実化，脱人格化といった経験に着目し，DES-T を開発した。DES-T は DES の 28 項目から抽出した 8 つの項目であり，正常な心身機能のコントロールができなくなる症状（例：健忘，昏迷，転換症状）が含まれている。特に病的解離に感度が高く，正常解離と区別することに有効であるとされている。8 項目を除く 20 項目は，没頭など軽度で一時的な体験を意味する正常解離（DES-Normal Dissociative Index）と呼ばれている。

以上，先行研究における DES の指標をまとめると，全体の解離性体験頻度を測定する DES 得点と正常解離を測定する DES-NDI 得点，病的解離を測定する DES-T 得点がある。そのうち，DES 得点 ≥ 30 点と DES-T 得点 ≥ 20 点及び，Taxometric 分析による病的解離への帰属確率を推定する手法(DES-Taxon)はしばしばスクリーニングに用いられている。連続的に分布する DES 得点，DES-NDI 得点，DES-T 得点は次元的方法¹，Taxometric 分析による病的解離への帰属確率を推定する手法(DES-Taxon)はカテゴリー的方法に基づいている。

¹ 次元的方法とは，精神疾患カテゴリーに捉われず，症状・行動指標と生物学的基盤の対応を重視する方法である。

まず, DES-T 得点によるスクリーニングを最初に報告した Waller, Putnam, & Carlson(1996) は, 11 種類の精神疾患が含まれる臨床群と一般群における DES-T 得点を検討した。その結果, 一般群の DES-T 得点は 1 点未満 (100 点満点) であり, 一般群は病的な解離をほとんど経験しないことを報告した。また, 臨床群のうち, 最も関連が深い心的外傷後ストレス障害 (PTSD) 群においても, DES-T 得点は多重人格障害群の得点の半分しか及ばず, DES-T の 8 項目のうちの健忘 (項目 5 と 8) は多重人格障害以外の臨床群においてはほとんど見られないなど, 一連の結果を報告し, 多重人格性障害 (解離性同一性障害) における DES-T 得点の有用性を主張している。さらに, 彼らは Taxometric 分析という病的解離の類型への帰属確率を推定する手順を提唱した。それは, DES-T 8 項目の得点が設定された閾値以上の場合, 病的解離を有するグループに帰属する推定確率の精度が上がると考えられている。

このように, DES-T の 8 項目 (項目 3, 5, 7, 8, 12, 13, 22, 27) の得点は, 平均値として用いることもあれば (Waller, Putnam, & Carlson, 1996), Taxometric 分析という手法により, 病的解離を有するグループ (taxon) への帰属確率の推定に用いられることもある。一方, Taxometric 分析手法の利便性が低いことから, DES-T 得点 ≥ 20 点は, 代替案として提案されている (Waller & Ross 1997; Waller et al., 2001)。

Maaranen et al.(2005)は, DES-T 得点 ≥ 20 点を用いて, 病的解離²の有病率は一般集団 (N=2001) で 3.4%と報告している。また, DES-T 得点 ≥ 20 点でスクリーニングした病的解離は, 抑うつ患者では 9 倍, アレキシサイミア患者では 7 倍以上, 自殺念慮を有する患者では 4 倍以上で高かったという。Ross, Duffy & Ellason(2002)も精神科入院患者を対象とした解離性障害の有病率に関する調査において, DES-T (DES ≥ 20 を解離性障害群とする) と DDIS (解離性障害者面接スケジュール), SCID-D (Structured Clinical Interview for DSM-IV 解離性障害のための構造化臨床面接), 医師による臨床診断面接の評価方法, という 4 つの評価方法の一致度を検討した。その結果, 一致度を意味するカッパ係数はそれぞれ DDIS と DES-T は 0.81, SCID-D と DES-T は 0.76, 臨床医と DES-T は 0.74 であったことから, DES-T 得点 ≥ 20 点は解離性障害群のスクリーニングツールとしての妥当性が主張されている。

² これらの先行研究において, 解離性障害の診断を受けたことがない者も含まれているため, 解離性障害とせず, 病的解離とした。

同様に、解離性体験を測定する指標の臨床的有用性を比較した Spitzer et al.,(2021)は、DES 得点と DES-T 得点 ≥ 20 点及び Taxometric 分析による病的解離の分類 (DES-Taxon) を用いて検討を行った。彼らは、境界性パーソナリティ病理と解離性障害の深い関連を述べながら、DES-T 得点 ≥ 20 点の患者が、高い PHQ-D (一般精神病理症状) と BSL-95 (境界性パーソナリティ症状) 得点を有することを報告し、DES-T 得点 ≥ 20 点は高い病理症状を予測することを指摘している。また、境界性パーソナリティ障害の評価一致率は一貫して高く ($\kappa = 0.66 \sim 0.77$)、それぞれ、DES-T 得点 ≥ 20 は 37.6%、DES 得点(≥ 30 点)は 33.9%、Taxometric 分析による病的解離の分類 (DES-Taxon) は 26.1%であったという。これらの知見は、解離性障害患者をはじめ、心的外傷後ストレス障害 (PTSD) や境界性パーソナリティ障害に併存する解離性体験が顕著な患者とそうでない患者、健常者を識別するのに、DES-T 得点 ≥ 20 点は DES 得点(≥ 30 点)よりも有効であるという指摘と一致している (Waller et al., 1996; Waller & Ross 1997; Zanarini & Frankenburg, 2008; Scalabrini et al.2017)。

しかし、スクリーニングにおける DES-T 得点 ≥ 20 点の有用性を報告する研究と対照的に、Taxometric 分析による病的解離の分類 (DES-Taxon) を疑問視する研究もある。Watson(2003)によれば、学部生を対象としたサンプルにおいて、DES-Taxon による分類は経時的安定性に欠けていた。病的解離分類群に同定された者の多くが 2 ヶ月後には非病的解離分類群に分類されたという。同様に、Modestin & Erni (2004) は、学生と精神科患者の混合サンプルにおいて、病的解離分類の同定は解離性障害の存在を予測しないことを明らかにした。また、Giesbrecht, Merckelbach, & Geraerts(2007)も、大学生、健常成人、統合失調症患者、境界性パーソナリティ障害患者、気分障害患者、幼少期に性的虐待歴のある女性を対象に、DES-T(Taxon)を用いて、病的解離と正常解離が独立しているのかを検証した。その結果、健常成人を除くすべての群において、わずかな割合しか Taxon に分類されなかった。このことから、Taxometric 分析による病的解離のスクリーニングに疑問が投げかけられている。このように、類型モデルに基づく Taxometric 分析と DES-T 得点 ≥ 20 点は、実施の便宜性と結果の経時的安定性が疑問視されている (Dell & O'Neil, 2009)。これらの問題点を背景に、一般群を対象とした研究においては、次元的方法に基づく連続体モデルを中心とした研究が多く行われている。

先行研究において、次元的方法に基づく DES-T 得点はメンタルヘルスの危機と関連することが報告されている。精神科入院患者から構成される臨床群を対象とした研究

において、解離性体験と自傷行為の関連性は、うつ病などの他の精神症状に影響されない強固な関係にあることが指摘されている(Brodsky, Cloitre, & Dulit, 1995; Zlotnick et al., 1996; Ruiz et al., 2008, Low et al., 2000)。興味深いことに、その関連性は一般群においても報告されており(Zoroglu et al., 2003)、特に、DES-T 得点で測定された病的解離と自傷行為や希死念慮 (suicidality)、自殺企図との関連も指摘されている。これらの報告から、DES-T 得点は病的解離とメンタルヘルスの危機の関連を反映する指標として機能することが示唆されている。さらに、DES-T 得点は DES 得点に比較して、治療効果に強い負の影響を与えることから、病的解離 (DES-T 得点) は解離性体験頻度 (DES 得点) より、治療転帰に強いネガティブな影響を与えることが示唆されている。

以上の知見をまとめると、病的な症状を捉える指標として従来の DES 得点 ≥ 30 点是用いられているほか (Carlson & Putnam, 1993; Bernstein & Putnam 1986; Spitzer, Göbel, Wilfer, 2021)、DES-T 得点 ≥ 20 点は解離性障害の識別に使用されることも多い (Waller et al., 2001; Waller & Ross, 1997)。一方、DES 得点 ≥ 30 点や DES-T 得点 ≥ 20 点の有用性は報告されているが、疑問視する研究もある。また、重要なことに、これらの知見は海外のデータから得られたものであり、日本データを対象とした妥当性が検証されていないことから、検討に用いることの適切性が欠けると考えられる。従って、本研究はスクリーニングを目的としたカットオフ得点 (DES 得点 ≥ 30 点や DES-T 得点 ≥ 20 点) を使用せず、Taxometric 分析による病的解離の判定を行わないこととした。

また、DES 得点と DES-T 得点がメンタルヘルス危機を反映している可能性を考えると、正常解離から病的解離までの連続体とする次元的にアプローチに基づく検討が重要であると考えられる (Bernstein & Putnam, 1986; Bernstein et al., 2001; Carlson & Putnam, 1993; Holmes et al., 2005; Ruiz, et al., 2008)。従って、本研究は次元のアプローチに基づき、DES 得点や DES-T 得点、DES-NDI 得点で測定される解離性体験頻度と病的解離の体験頻度 (以下、病的解離 ; DES-T 得点)、正常解離の体験頻度 (以下、正常解離 ; DES-NDI 得点) を検討対象とした。

(4) DES 得点分布に関する先行研究と問題点

Kate, Graham, & Middleton (2020) は 98 の研究のメタアナリシスを行い、解離性体験は一般集団で広く経験されており、その有病率は約 10% と推定されると報告している。また、

海外の研究では、一般集団における解離性体験頻度が報告されている。トルコのシヴァスでは、994 人（女性 47.2%，男性 52.8%，平均年齢 43.7 ± 12.9 歳）の DES 得点の平均は 6.7 (± 6.1) であった。カナダのウィニペグでは、1055 人（女性 58.3%；男性 41.7%；平均年齢 43.2 ± 16.7 歳）の DES 得点の平均は 10.8 (± 10.1 ；Ross, Joshi, & Currie, 1991)。このように、DES 得点は国によって異なり、文化的差異の影響があると示唆されている。アジア諸国においても、解離性障害の有病率（Fung et al., 2021; Chiu et al, 2017; Xiao et al, 2006）や、病的解離を識別する尺度の開発（Fung et al., 2018）など、研究が進んでいる。

一方、日本では、DES II を用いた研究のほとんどは、若年層の大学生や高校生を対象としたものである。先行研究によって報告されている DES 得点にはばらつきがあり（Näring & Nijenhuis, 2005），その範囲は 12.7 点～16.3 点（Yoshizumi & Murase, 2007; Näring & Nijenhuis, 2005）であった。このように、若年層青年期を対象とした解離研究は展開されているが、日本人の一般人口集団における解離性体験頻度の分布は不明であることが課題として挙げられる。

(5) DES 得点における性差について

解離性体験に関するメタアナリシス(Kate, Graham, & Middleton, 2020)によれば、DES 得点に性差はなかった。同様に、大学生を対象とした先行研究の多くも、DES 得点に性差はないことを報告している(田辺・小川, 1992; 田辺, 1994; Shin, Sung, & Chung, 2009)。若年層に A-DES を用いた研究からも性差は報告されなかった（Armstrong et al., 1997; Farrington et al., 2001; Yoshizumi et al., 2010; Muris, Merckelbach, & Peeters, 2003; Shin et al., 2009）。

一方、臨床群である解離性障害の有病率には性差が報告されており、女性における有病率は男性より高いという（Putnam, 1997 中井訳 2001; American Psychiatric Association, 2013; Nijenhuis et al., 1996）。このような臨床群と一般群における性差の相違は、調査対象の分布の偏りが関与する可能性が示唆されている（池田・岡本, 2011）。なぜなら、臨床群においては、女性が被害者となりやすい性的外傷体験が解離性障害の発症と深く関連しているからである。また、女性のほうが医療機関にアクセスしやすい（Tutkun et al, 1998）ことも、臨床群の解離性障害に女性が多くみられる要因として挙げられている。

このように、一般群と臨床群における解離性体験の性差について、知見が分かれており、更なる検討の必要性が示唆されている。その際に、対象サンプルの偏りによる影響を考慮

し、一般人口集団を対象とした検討が求められるであろう。

2. 解離性体験とメンタルヘルスの関連

解離性体験とメンタルヘルスに関する先行研究によれば、軽度の解離性体験はストレスによって引き起こされ (Morgan et al., 2001), 重度の解離性体験は深刻な精神衛生上の葛藤, 複雑な感情的・社会的・身体的健康障害, 機能障害, 生活の質の低下に影響する (Kate Graham, & Middleton, 2023)。また, 解離性体験の増強は慢性経過を辿る傾向があり (Jans et al, 2008), 自傷行為 (穴水・田中, 2010 ; Gratz, Conrad, & Roemer, 2002), 自殺企図リスクの上昇 (Langeland et al, 2020; Calati, Bensassi, & Courtet, 2017), 攻撃的行動 (Tolmunen et al., 2010), 生活の質の低下と関連することが報告されている。このように, 解離性体験頻度は, 外傷体験, ネグレクト, 親の機能不全, 慢性的なストレスなどの有害経験と関連することから, メンタルヘルス分野において重要視されている。したがって, 解離体験がさまざまな心身の不調と関連する条件を理解し, 不適応の予防や改善を行ううえで, 解離性体験の形成や促進, 維持を左右する要因を明らかにすることは, 臨床支援に不可欠である。

Table 1 DES/DES II 正常解離項目内容(20項目)

項目	項目内容
1	自転車・バス・電車・自動車などに乗っていて、今までそこに来るまでの間のこと(全て、またはある場所からある場所までにあったこと)を覚えていないことにふと気がつく、というようなことのある人がいます。あなたにはこのようなことがどれくらいありますか。
2	人の話を聞いている時、言われたことの一部、または全部が、全く耳に入っていなかったことにふと気がつく、というようなことのある人がいます。あなたにはこのようなことがどれくらいありますか。
4	着た覚えのない服を着ていたというようなことのある人がいます。あなたにはこのようなことがどれくらいありますか。
6	見ず知らずの人がやってきて、その人から違う名前と呼ばれたり、前に会ったことがあると言われた、というようなことのある人がいます。あなたにはこのようなことがどれくらいありますか。
9	人生上のある重要な出来事(例えば卒業や結婚式など)の記憶が全くないのに気がついたことがある、というような人がいます。あなたにはこのようなことがどれくらいありますか。
10	自分が言った覚えのないことで、うそをついたと責められる、というようなことのある人がいます。あなたにはこのようなことがどれくらいありますか。
11	鏡を見てのに、映っているのが自分だと気が付かない、というようなことのある人がいます。あなたにはこのようなことがどれくらいありますか。
14	過去の出来事がとても鮮明に思い出され、まるでその出来事をもう一度体験しているかのように感じられる、というようなことのある人がいます。あなたにはこのようなことがどれくらいありますか。
15	自分の覚えていることが、実際に起こったことなのか、それとも夢に見ただけなのか、はっきりしない、というようなことのある人がいます。あなたにはこのようなことがどれくらいありますか。
16	見慣れた場所にいるのに、馴染みのない見慣れないところにいるように感じる、というようなことのある人がいます。あなたにはこのようなことがどれくらいありますか。
17	テレビや映画を観ていて、周囲で起こっている出来事に気づかないほど物語に没頭していることがある、というような人がいます。あなたにはこのようなことがどれくらいありますか。
18	まるでそれが実際に起こっていることに思えるほど、空想や白昼夢に引き込まれることがある、というような人がいます。あなたにはこのようなことがどれくらいありますか。
19	痛みを無視できる(感じない)ことがある、というような人がいます。あなたにはこのようなことがどれくらいありますか。
20	じっと空を見つめて、何も考えず、ただ座っていて、時間が経つのに気がつかないでいる、というようなことがある人がいます。あなたにはこのようなことがどれくらいありますか。
21	一人でいる時、大きな声で独り言を言っていることがある、というような人がいます。あなたにはこのようなことがどれくらいありますか。
23	ある状況下では、普段なら困難なこと(例えばスポーツや仕事や対人関係など)をとても容易に、思うままに成し遂げられることがある、というような人がいます。あなたにはこのようなことがどれくらいありますか。
24	あることを実際にしたのか、それともしよと思っただけなのかよく思い出せない(例えば、手紙を出してきたのか、それとも出そうと思っただけなのかはっきりしない)というようなことのある人がいます。あなたにはこのようなことがどれくらいありますか。
25	したという記憶はないのに、何かをしていた(自分がそれをしたという形跡があった)、というようなことのある人がいます。あなたにはこのようなことがどれくらいありますか。
26	確かに自分が書いたと思われるメモや絵や文章があるのだが、それを自分で書いたということが思い出せない、というようなことのある人がいます。あなたにはこのようなことがどれくらいありますか。
28	まるで世界を霧を通してみているように感じられ、人や物が遠くにあるように見える、または、ぼんやりと見える、というようなことのある人がいます。あなたにはこのようなことがどれくらいありますか。

Table 2 DES/DES II 病的解離項目内容(8項目)

項目	項目内容
3	自分がある場所にいるのに、そこにどうやってたどり着いたのかわからない、というようなことのある人がいます。あなたにはこのようなことがどれくらいありますか。
5	自分の持ち物の中に、買った覚えのない新しいものが増えていることに気がついた、というようなことのある人がいます。あなたにはこのようなことがどれくらいありますか。
7	まるで自分が自分自身のすぐそばに立っているかのように感じたり、自分が何かしているのを見ているかのように感じる、あるいは、まるで他人を見ているみたいに、実際に自分自身を眺めているように感じる、というようなことのある人がいます。あなたにはこのようなことがどれくらいありますか。
8	よく知っている人（友達や家族）なのに、それが誰だかわからない時がある（あるいはそのことを人から指摘されたことがある）、というような人がいます。あなたにはこのようなことがどれくらいありますか。
12	周囲の人や物や世界が現実ではないように感じられる、というようなことのある人がいます。あなたにはこのようなことがどれくらいありますか。
13	自分の体が自分のものではないように感じられる、あるいは自分にそくしたものではないように感じられる、というようなことのある人がいます。あなたにはこのようなことがどれくらいありますか。
22	状況によって全く違ったふうに自分が振る舞うので、自分がまるで2人の別の人間のように感じられることがある。というような人がいます。あなたにはこのようなことがどれくらいありますか。
27	何かをするよう促したり、自分のしていることに意見を言ったりする声が頭の中に聞こえる、というようなことのある人がいます。あなたにはこのようなことがどれくらいありますか。

第3節 解離性体験の形成プロセスに関する先行研究と問題点

従来、解離性障害の形成プロセスの解明を目指し、さまざまな議論がなされており、臨床経験に基づく知見は徐々に増えてきている。そのうち、Kluft (1984) が提唱した4因子モデルは、解離性障害の形成プロセスを検討する数多くの先行研究が依拠している。第1因子は、催眠にかかりやすいという解離性体験をしやすい素因である。第2因子は、通常の適応力が圧倒され、防衛機制として解離性体験を引き起こす外傷体験である。第3因子は、解離性体験が繰り返されること自体が促進要因となる。さらに、第4因子は、外傷体験の影響から回復できるような養育や治療、及びそれらを提供できる環境の欠如である。すなわち、解離性障害の発症機序に、心的外傷体験、安全な体験・環境の欠如の他、解離しやすい個人要因と解離性体験の反復が関連すると考えられている。その後、Braun & Sachs (1985) は Kluft の4因子モデルと類似した3Pモデルを提唱しており、解離性障害の形成プロセスは準備要因と促進要因、及び維持要因の3要因から構成されると捉えている。準備要因とは生物心理学的に解離のしやすさや繰り返される虐待的な環境に晒されることである。それに促進要因のトラウマ的な出来事が加わることにより解離性体験が引き起こされるという。また、過酷な環境に反復して曝露され続けることが維持要因となると考えられている。この維持要因は、Kluft (1984) の4因子モデルにおいて、「子どもが癒やされる機会が得られるような養育環境の不在」と具体的に言及されている。

以上のように、Kluft (1984) の4因子モデルと Braun & Sachs (1985) の3Pモデルは共通して、解離性障害の形成要因には、出来事要因と個人要因の関与を示唆している。したがって、本研究はこの両モデルから示唆された出来事要因と個人要因を中心に検討を行う。

本研究では、まず(1)解離性障害の形成プロセスについて、外傷モデルを中心に先行研究を概観する。また、解離性障害の臨床的特徴に基づき、出来事要因として、(2)外傷体験の有無と累積及び、外傷体験の性質、内容に着目し、解離性体験との関係を検討する。また、解離性体験に関連する個人要因として、(3)被暗示性や対人関係敏感性、情動制御、自己意識が解離性体験に与える影響を検討する。さらに、出来事要因と個人要因の相互作用として(4)外傷体験の性質によるPTSD症状(Posttraumatic Stress Symptoms; PTSSs)と外傷後認知が解離性体験に与える影響(5)養育スタイルと愛着スタイルが解離性体験に与える影響について検討する。

1. 外傷モデル (Trauma Model; TM) に基づく先行研究

まず、出来事要因としての心的外傷体験と解離性体験の関連を概観する。Janet(1889 松本 訳 2013)時代から、解離性障害の原因は外傷体験³であり、両者の因果関係が想定された外傷モデルを中心に研究が展開された。

外傷モデル (Trauma Model; TM) によれば、性的・身体的・感情的虐待・ネグレクトのような幼少期に経験した深刻で予期せぬ事に伴うストレスや外傷体験が解離性体験の先行要因であり、外傷体験の深刻さや死への恐怖、無力感が解離性体験と関連する (Holman & Silver, 1998; Kaysen et al, 2005; Reynolds & Brewin, 1999)。この考えは Dalenberg et al. (2012) のメタ分析を含む数多くのエビデンスにより支持されている。Porges (2011)は、幼少期の外傷体験と解離性体験の関係を、ポリヴァーガル理論 (Polyvagal Theory) に基づいて神経生理学的アプローチから説明した。自律神経系は従来、交感神経系と副交感神経系の2つの部分からなると考えられているが、ポリヴァーガル理論 (Polyvagal Theory) では、副交感神経系には背側迷走神経に加えて腹側迷走神経があると主張している。この腹側迷走神経の発達は、愛着形成期と一致して、養育者の不適切な機能によって阻害される。このような状況では、ストレス対処メカニズム (例えば、他者との相互作用が落ち着きをもたらす) の学習が不十分になり、社会的相互作用を利用した感情の自己調節が困難になる。特に外傷体験のようなストレスの多い状況では、背側迷走神経系が交感神経の防衛機制 (闘争・逃走) の過剰な活性化を抑制する傾向があるため、解離がシャットダウン (凍りつき状態) として引き起こされることが示唆されている (Levine, 2010)。このように、神経生理学的アプローチからも幼少期の対人トラウマを起因に解離性体験が引き起こされる機序の説明がなされている。実証研究も、小児期の外傷体験は、大人になってからの解離性障害の発症に関与することを指摘しており (Briere, Kaltman, & Green, 2008; Cloitre et al., 2009)、解離の外傷モデルを支持している。

一方、外傷体験を中心とした解離研究にはいくつか課題が挙げられる。今回は以下の三つの課題を取り上げる。一つ目は、外傷体験の累積が解離性体験に与える影響について、統一した知見が得られていない点である。二つ目は、外傷体験の性質の違いによる検討が

³ 外傷体験とは、命や身体の保全迫る脅威に曝される、または他者が曝されているのを目撃することである (DSM-5)

⁴ ポリヴァーガル理論 (Polyvagal Theory) は多重迷走神経理論とも呼ばれ、進化論と神経生理学に基づき、Porges が提唱した自律神経系の適応反応に関する理論である。

少ない点である。三つ目は、外傷体験としての虐待体験と解離性体験との関連は報告されている一方、虐待に限定しない有害事象が解離性体験への影響に関する研究の蓄積は不足している点である。つまり、さまざまな外傷体験における解離傾向の調査が不十分である。従って、上記の課題のギャップを埋めるべく、本研究では、まず、外傷体験の有無と累積による解離傾向の違いを検討にする。また、虐待体験に限定しない多種類の外傷体験における解離傾向を確認する。さらに、外傷体験の性質による解離傾向の違いを検討する。

(1) 外傷体験の有無と累積

先行研究によれば、解離性障害患者のほとんどは外傷体験を有しており、PTSD 様の症状を随伴することが多い (Ross et al., 2008; Dalenberg et al., 2012)。(累積した) 外傷体験とそれによる生命への主観的な危機感(心的外傷後ストレス障害(PTSD) (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Emily et al., 2003; Holbrook et al., 2002; Ozer et al., 2003) と解離性体験の予測要因として報告されている (Dalenberg et al., 2012, 2014)。外傷体験に関連して、解離性体験は、ネガティブな対人コミュニケーションへの適応 (Teicher et al., 2006) や解決困難な出来事や不安に対処するための意識変容 (Ozcutin et al., 2009)、圧倒的な感情に対する防衛機制(Waldinger et al., 1994)として報告されることが多い。一方、これは外傷体験を背景に限定して見られる機能ではなく、非外傷体験においても認められる。例えば、環境の急激な変化や人間関係ストレス、長時間の過労、両親の不仲の事例においても解離性体験が報告されている (一丸, 1998; 舩田・中村, 2007)。また、外傷体験があっても解離性体験頻度が高くないことを報告し、外傷体験の有無は解離性体験に寄与しないことを主張する研究もある (Briere, 2006)。これらのことは、外傷体験の有無が解離性体験に影響を与える唯一の要因ではないことを示唆しており、さらなる議論の余地を示している。

近年、外傷体験の累積と解離性体験との関連が重要視されており、経験した外傷体験の種類が多いほど、解離性障害のリスクが高く、解離性障害症状の複雑さが増すことが報告されている (Briere, Dietrich, & Semple, 2016)。虐待と解離性体験の関係を検討した研究においても、虐待する加害者の数や虐待行為の回数は解離性体験を高める特徴として指摘されていることから (Briere, Kaltman, & Green 2008; Briere, Dietrich, & Semple 2016; Cloitre et al., 2009)、複数の加害者による外傷体験の累積が解離性体験頻度の高さと関連する可能性が示唆されている (Dube et al., 2001; Edwards et al., 2003)。これらの知見に従えば、虐待

体験を含む逆境体験の累積や反復が解離性体験を助長するリスクとなる可能性は考えられるが、データの蓄積が必要である。

(2) 外傷体験の性質と内容

外傷体験内容の観点から、外傷体験性質として致死性の有無が解離研究において学術的に注目されている。解離性障害と密接な関係があるとされる心的外傷後ストレス障害 (PTSD) の診断は、診断基準 A「致死性のある外傷体験」の有無によって特徴づけられる。しかしながら、診断基準 A を満たさないケースでも、重度の PTSD 症状を示す被験者が一定数存在することが指摘されている (Foa et al., 1999)。このように、外傷体験の致死性有無と、PTSD 症状との関連は検討する余地がある。

また、解離性体験は多様な形態のストレス体験に対する非特異的な反応である (Sperandeo et al., 2018) ことを踏まえると、より広い視野で心的外傷後ストレス反応 (Posttraumatic Stress Response; PTSR) を捉えるためには、外傷体験を致死性の有無に限定せず、より広い視野で非致死性体験によるストレス反応が解離性体験に与える影響を含め検討する必要がある。従来、虐待体験と解離性体験との関連は多くの先行研究によって報告されている一方、その他の外傷体験に関する検討はほとんどなされていない。Lynn et al (2014)は回避性の高い出来事、極度の孤独や孤立も解離性体験の先行要因となることを指摘している。それは、精神的苦痛を最小化し、環境に対する比較的肯定的な見方を維持するために、空想を用いることと関連するという。このように、虐待体験に限らず、非常に回避的、否定的な出来事も解離性体験との関連が示唆されているが、検討が不十分である。したがって、本研究はさまざまな外傷体験における解離性体験頻度を確認する。このことが解離研究と外傷体験に関する基礎データの蓄積の一助になるであろう。

2. 解離性体験と関連する個人要因

解離性体験は外傷体験となるようなストレスにさらされた後に頻繁に起こる反応であるが、不変的な反応ではない。臨床経験に基づく知見によれば、災害にさらされた人の約 20～25%が一過性の解離性体験を経験する可能性はあるが、後に解離性障害の基準を満たす人はごく一部である (Canan & North, 2019)。このように、外傷体験の深刻さと持続時間に関わらず、解離性体験は外傷体験の不変的な結果ではないことが指摘されている。これ

らの知見から、解離性体験には個人要因の関与が示唆されており (Mai, 1995; Palomo et al., 2007), さらなる検討が求められている。同様に、社会・認知モデル (Sociocognitive Model; SCM) は、社会的、認知的、文化的な要因に広く焦点を当てており、催眠被暗示性、空想傾向、認知の失敗などが解離性体験の形成に関与すると主張しており、外傷モデルとの論争が続いている。さらに、近年の知見は、「外傷モデル」 (Trauma Model; TM) と「社会・認知モデル」 (Sociocognitive Model; SCM), 「空想モデル」 (Fantasy Model; FM) を中心とした議論のみでは、十分に解離性障害の病因を説明できないことを指摘しており、自己意識とメタ認知の障害、認知的帰属、自己調節、情動調節など複数の要因を考慮する必要性を提起している (Lynn, Maxwell et al, 2022; Lynn, Polizzi, et al, 2019)。以上のように、解離性体験の形成要因について外傷体験の他、さまざまな側面から検討する必要性が示唆されている。本研究では、以下に述べる被暗示性、対人関係敏感性、情動制御、自己意識の要因について検討する (Figure 3)。

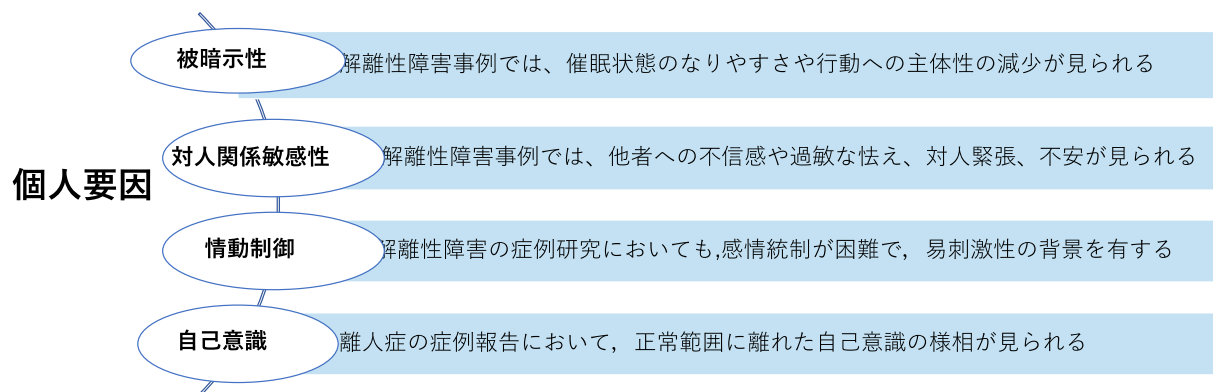


Figure 3. 解離性体験と個人要因について

(1) 被暗示性

催眠と解離の歴史的な関連から (Ellenberger, 1970; Frankel, 1990), 解離性障害の病因における催眠被暗示性の役割に関する議論が続いている。従来の解離性障害の臨床知見において、催眠状態へのなりやすさ (催眠感受性 Hypnotizability あるいは催眠被暗示性) は解離性障害事例の特性と考えられ、個人要因の一つとして挙げられている (Ellenberger, 1970, Deeley, 2016; Mertens & Vermetten, 2018)。それは、催眠被暗示性と解離現象は共通して主体

性や意識の顕著な混乱が見られ (Kirsch & Lynn, 1998), 同様のメカニズムを持っていること (Woody & Sadler, 2008) が一因であると考えられる。また, 催眠被暗示性は, 知覚の歪み (Gruzelier et al., 2004; Jamieson & Gruzelier, 2001) や, 虐待 (Nash, Lynn, & Givens, 1984), 心的外傷ストレス障害 (PTSD) (Bryant, Guthrie, & Moulds, 2001, Bryant et al., 2003, Keuroghlian et al., 2010; Yard, DuHamel, & Galyunker, 2008) との関連が示されており, 高い催眠被暗示性は外傷体験に反応して解離性障害のリスクをもたらすという仮説も両者の関連性を支持している (Diathesis Stress Model; Bliss, 1983; Spiegel & Hunt, 1988; Wieder & Terhune, 2019)。つまり, 高い催眠被暗示性によって外傷記憶が混同され (偽りの記憶), 解離性体験が誘発されると考えられている (Lynn, Maxwell et al., 2019)。

解離性障害における催眠被暗示性の影響を検証したメタアナリシスの論文 (Wieder et al., 2022)によれば, 重度の解離性障害患者の催眠被暗示性が高く, 解離性体験が併存する他の臨床群患者も高い催眠被暗示性を有している (Bryant, Guthrie, & Moulds, 2001; Roelofs et al., 2002)。また, 催眠被暗示性の上昇は解離性障害の重症度と共伴し, その傾向は解離性同一性障害患者において最も顕著であったという報告もある (Wieder et al., 2022)。このように, 臨床群を対象とした先行研究では, 解離性障害における催眠被暗示性の影響力と重要性が示唆されている。

一方, 一般群を対象とした研究において, 解離性体験頻度と催眠被暗示性の仮説的關係に関する一致した知見は得られていない (Dienes et al., 2009)。まず, 催眠被暗示性は誘導的な質問に対する反応として標準化された行動尺度によって測定されてきたが (Acunzo, David, & Terhune, 2021; Woody & Barnier, 2008), 実験教示の違いや状況的な要求の圧力などの要因に影響されやすいことが, 一貫した結果が得られていない原因の一つとして指摘されている (Woody, Bowers, & Oakman, 1992)。すなわち, 測定される催眠被暗示性の不安定性が疑問視されている (Dienes et al., 2009)。

また, Dell & O'Neil (2009)は解離性体験頻度と催眠被暗示性の不安定な関連性には, その他の個人要因も関与している可能性を指摘している。例えば, 認知的知覚的暗示 (陽性幻覚) に対する反応性のばらつき (McConkey & Barnier, 2004) や, ワーキングメモリー (Moghrabi, 2004)などが挙げられる。また, 催眠被暗示性に対する主体性の感覚の歪みは, 主体性の感覚に関連するメタ認知の異常から生じるという指摘もあり (Dienes & Perner, 2007), 催眠被暗示性が高い者は, メタ認知が低下することが指摘されている (Terhune &

Hedman, 2017 ; Lush et al., 2016)。他にも、催眠被暗示性が高い人は、自分の行動や経験に対する主体性の経験が顕著に減少する特徴があることを報告している (Polito et al., 2014; Polito, Langdon, & Barnier, 2015)。このように、主体性の程度は催眠被暗示性と深く関連する要因として、解離性体験に影響を与える可能性が示唆されている。

実際、解離性障害と診断される患者は、解離性体験を持つ健常者と比較して、主体性の乏しさと制御力の低下が報告されている (廣澤, 2010)。この臨床的特性は、外傷体験からの回復に関連する研究からも言及されている。すなわち、防衛機制として用いられる解離性体験は、主体性感覚や信念の低下とつながり、目の前の課題の対処に役立つことが報告されている (Mahoney, & Benight, 2019)。このように臨床的知見から主体性の乏しさと解離性体験との関連が示唆されているが、この特徴は一般群においても同様に見られるかを検証する必要がある。

したがって、本研究では、個人特性としての被暗示性について、従来の催眠のかかりやすさ (催眠被催眠性) ではなく、主体性が関連する被影響性傾向、すなわち、他者からの影響の受けやすさを意味する被暗示性という側面に着目し解離性体験に及ぼす影響を明らかにする。

(2) 対人関係敏感性

愛着理論によれば、「幼少期の受容・拒絶体験は他者と自己信頼感に関する認知に影響を与える。特に虐待のような幼少期に繰り返し起こる有害事象や深刻なストレスは否定的な自己連想を育み、メンタルヘルスに永続的な影響を与えるという (Clark & Beck, 2010)。その不適応反応として、ネガティブな自己認知や社会的に排除されることへの恐怖が特徴づけられており (Gunderson & Lyons-Ruth, 2008), 他者の自分に対する態度の認知を偏らせ、人間関係の発展や維持を妨げる不適応な社会的行動を促すことが指摘されている。これらの特徴は心的外傷体験と解離性体験の併存が認められる BPD 患者において報告されており (Berenson et al., 2011), 解離性障害との関連も指摘されている。解離性障害患者は拒絶されることを連想しやすく、関係性の断絶 (見捨てられるや排除されること) を習慣的に解釈する傾向があると指摘されており (Chiu, Ho, & Tollenaar, 2022), 自己認識の異常, 対人関係障害の問題が報告されている (Amore & Serafini, 2020)。柴山 (2007) も臨床的経験に基づき、解離性障害の患者は基本的に他者に対する不信感と過敏な怯えを持っており、他

者が大勢いる中での緊張や不安に耐えられず、対人過敏性を有することを指摘している。周囲から「変わった人」と見られることを怯えているという。

このような「他者の拒絶や批判される行動や感情に対する過度の意識と過敏さ」は対人過敏性（Interpersonal Sensitivity；IPS）と定義されており（Boyce & Parker,1989），ネガティブな自己認知を反映している。また，幼少期の親の応答的な養育態度の欠如や損害回避（悲観的な心配，不確かさへの恐れ等）との関連も指摘されている。

外傷体験と否定的な自己認知から守るために解離性体験は防衛機制として用いられているという理解に従えば，ネガティブな自己認知や他者の行動に対するネガティブな解釈は解離性体験の維持要因となる可能性が考えられる。

しかしながら，以上の知見はほとんど事例に基づく経験的な示唆に止まり，一般群を含め，解離性体験と対人過敏性の関係について十分に検討されていない。本研究では，被暗示性と対人関係敏感性が解離性体験に与える影響を検討し，臨床群を対象とした先行研究から示唆されたこれらの知見が一般群にも認められるかを明らかにする。

(3) 情動制御

情動制御は「感情の強度を状況に即した適切なレベルに変化させること」（Gross, 1998）と定義されており，情動による行動の制御（Emotion as regulating）と情動自体の制御（Emotion as regulated）という二つの側面が含まれている（Cole,Martin,& Dennis,2004）。情動制御は，精神的健康の維持・向上に非常に重要であることが指摘されており，多くの精神疾患には何らかの情動調整の問題が見られる。

臨床研究において，情動制御は抑うつ傾向や身体症状との関連が報告されており，不安障害の発症と維持に関与する要因として指摘されている(Booth et al, 2019; Chung, Jalal, & Khan, 2014)。また，不適応な情動調節はPTSDの重症度と相関し，解離性障害の発生・維持要因である可能性は，メタ解析を含む多くの研究から報告されている（Cavicchioli et al., 2021；Merckelbach et al., 2017; Powers et al.,2015)。特に「感情自覚困難」と「感情制御方略の少なさ」が解離性体験を強めるという。さらに，PTSD症状と解離性体験との関係における情動制御の媒介効果も指摘されている(Powers et al.,2015)。解離は恐怖を感じる逃避が不可能なことから生じると理論づけられていることを考えると，圧倒的なネガティブ感情は解離性体験が引き起こされる一因である可能性が考えられる。この知見を裏付けるエビ

デンスとして、Deen et al.(2022) は、心的外傷とストレス障害-解離サブタイプ (Dissociative Subtype of Posttraumatic Disorder; D-PTSD) の患者が感情調節の問題を抱えており、抑うつ症状とPTSD症状が深刻であることを報告している。これらのことは解離性体験における情動制御の重要性を裏付ける知見を提供している。

実際、解離性障害の症例研究においても、感情統制が困難で、突然に侵入思考が現れること、刺激によって内面に情動が生じると、混乱に至りやすい(橋本, 2017)ことが特徴として報告されている。また、認知や思考面においては、情報処理に多くのエネルギーを費やし、現実検討力が低く、否定的思考が見られやすいという (青木, 2005)。

一般群を対象とした研究においても、解離性体験頻度が高い人は厳格で融通が効かなく、直接的な攻撃を用いやすいことが指摘されており(吉住,2010)、解離性体験頻度の高さと不安傾向、抑うつ気分との相関が報告されている(眞栄城・関根, 2007)。特にストレス場面では、問題対処を容易に放棄し、間接的に処理する傾向があると言われている (吉住・村瀬, 2008)。これらの知見から、健常者においても、易刺激性の背景には情動制御能力の如何が関与している可能性が示唆されており、解離性体験との密な関連性が推察される。本研究では、情動自体の制御 (Emotion as regulated) として「情動表現や内面の気持ちをコントロール、管理、調整できる能力」(Matsumoto et al.,2005)に着目し、解離性体験頻度への影響は一般群においても同様に見られるかを検討した。

(4) 自己意識

Fenigstein et al.(1975) によれば、自己意識は自分の感情、動機、思考などの内面的な側面に注意を受けやすい私的自己意識 (Private self-consciousness) と、他者による評価的態度に注意を向けやすい公的自己意識 (public self-consciousness) に区分される。そのうち、公的自己意識は、他者の評価的態度に敏感で、対人不安や恐怖に影響を与える重要な要因であることが指摘されてきた (Fenigstein,1979; Buss,1980; Leary & Schlenker,1981)。その背後には、他者から拒否されたくない欲求があると同時に、賞賛されたい欲求があるとされている。高い公的自己意識に伴い、「理想の自己」と「現実の自己」の乖離を自覚するようになり、自己評価が低下し、自己否定感が強化される可能性がある。その否定的感情に対処するため、他者からの評価に敏感になり、対人関係場面を回避するようになるという。同様に回避という防衛機制の側面を持つ解離性体験と対人不安との関連を考えると、その背

後には公的自己意識の影響は否定できない。

また、離人症の症例報告(木村, 1970)において、正常範囲に離れた自己意識の様相が報告されている。自己意識の統合性と一貫性が失われると、主体感覚が希薄になり、自分自身の現実感が持てなくなる。また、自己の不確実感が増し、他者の視線を過度に意識したまま身動きが取れなくなってしまうケースもある。この存在感覚の異常は離人症的な自己意識の特性であるとされているが、日常生活においても、自分を傍観するような体験があれば、興味深い映画を見た後に一時的に固有の自己意識の中断を経験することもあるであろう(梶田, 1988)。このように自己意識の問題と解離性体験の関連が示唆されているが(Allen, 1993)、実証研究が不十分である。本研究では、公的自己意識が解離性体験に与える影響を検討することを目的とする。

3. 出来事要因と個人要因の相互作用と解離性体験

(1) 外傷体験の性質による心的外傷後ストレス障害と外傷後認知

既存の文献では、解離性体験と心的外傷後ストレス障害 (PTSD)との関連が示されている(Brand & Stadnik, 2013)。解離性体験は、圧倒的な外傷体験に対して、不快な認知、感情、外傷的記憶を制限する回避的対処の役割がある一方、外傷体験の認知的・感情的処理を困難にし(Ebner-Priemer et al., 2009)、PTSD 症状の上昇をもたらすという報告がある(Kumpula et al., 2011)。このように、解離性体験を、PTSD 症状や重症度に影響する一因と考える研究は多い一方、逆方向の研究が少ない。Murphy et al. (2017) は、PTSD 症状は解離性体験の有意な予測要因であることを報告しているが、その結果は外傷内容の質(致死性の有無)や、個人要因によって影響されるのかについては、十分に検討されていない。

また、外傷体験に関連する個人要因が解離性体験の増加に影響を与える可能性に研究の関心が高まっている。例えば、外傷に関連した認知(世界や自分に対する否定的認知)や、外傷的状况に関連する感情を回避すること(Serrano-Ibáñez et al, 2021)などが挙げられる。岡野(2007)は、解離の議論において、外傷を経験した個人の認知の仕方を考慮する必要があることを指摘している。また、トラウマ治療に関する研究において、解離性体験頻度が高い患者は、認知的・感情的側面の処理に問題があると指摘され、解離性体験と自己否定的信念との関連が報告されている。他にも、罪悪感を感じやすい(Rugens & Terhune, 2013; Sperandio et al., 2018)ことや、拒絶されることへの自己連想(Chiu et al, 2021)が、解

離性体験を引き起こしやすい個人特徴として指摘されている。池田・岡本（2016）も大学生を対象とした研究を行い、被害認知の繰り返しが解離性体験につながった可能性を報告している。これらの知見は、個人のネガティブな認知特性が解離性体験を助長する可能性を示唆している。

外傷体験後の認知特性は、PTSD 症状や出来事に対する主観的評価と強く関連しており、外傷体験の回復過程における個人差として挙げられる（Weathers & Keane, 2007）。先述したように、PTSD 症状が解離性体験の増加に影響を与える可能性があるという仮説を踏まえると、ネガティブな認知特性により、その影響がさらに増強される可能性は考えられるが、検証が必要である。従って、本研究では、PTSD 症状とネガティブな認知特性がそれぞれ解離性体験の増加に与える影響を明らかにする。また、それらの影響は、外傷体験の質によって異なるのかを検討する。さらに、外傷後症状が解離性体験頻度に与える影響は、外傷後否定的な認知によって増強されるのかについて検討する。

（2）養育スタイルと愛着スタイル

人生早期の有害体験として、不適切な養育態度が解離性障害の発症と密接に関連していることが示されている。この知見は、性的虐待や身体的虐待を経験した人ほど、成人後の解離性体験頻度が高いという先行研究によって裏付けられている（Favaro et al., 1998; Lipschitz et al., 1996）。特に、家族による身体的・性的虐待は、解離性体験の増加と関連するという（Chu & Dill, 1990; Plattner, Silvermann, & Redlich, 2003）。信頼し頼りにしている家族から暴力や虐待（裏切りトラウマ）を受けても、必要な愛着を維持するために外傷体験の関連情報を遮断する潜在的なメカニズムとして解離が関与している可能性が指摘されている。このように解離のメカニズムは、心理的苦痛から身を守るための適応的プロセスとして概念化されている。

また、Chu & DePrince (2006)は、養育者自身の「裏切りトラウマ体験」に起因する拒絶的で一貫性のない養育が、子どもの状態調節の学習能力に悪影響を及ぼし、解離性障害を発症するリスクを高めると報告している。このように養育者自身のトラウマ体験による家族支援の低さと解離性体験との関連は先行研究（Fung et al., 2018）によって支持されており、解離性体験と関連する養育者の関わり方に関心が集まりつつある。

さらに、先行研究によれば、子どもが安心・安全感を感じられず、養育者から理解され

ないことや、フィードバックがないこと、苦痛な時に癒やされることが欠如する状態は、不安定な愛着や無秩序な愛着を生み、解離性体験の予測要因となる(Hesse & Main, 2006; Lyons-Ruth, 2003; Schimmenti & Caretti, 2016)。これらの知見は、解離性体験の先行要因が虐待経験に限定されないことを示唆しており、親子のダイナミクスの重要性を強調している。特に近年の報告によれば、養育者からの過保護／過度な支配は幼少期の重要なネガティブな出来事として、小児期トラウマやうつ、病的解離(Şar & Türk-Kurtça, 2021, Wu et al., 2022), 複数の精神的問題/疾患(Herbert & Dahlquist, 2008)と関連する。また、過保護や過剰な支配は、子どもの自立した思考や感情を妨げ、自尊心や自己効力感の低下を招き、学習性無気力を助長する可能性 (Seedat, Stein, & Forde, 2003), 社会的スキルの習得を阻害する可能性も言及されている (Bögels et al., 2001; Parker, 1979)。こうした影響を背景に、解離性体験と不十分な制御力、ストレス対処に必要な社会的スキルの未熟さとの関連を考えると、過保護は解離性体験の環境的要因である可能性が考えられる。また、両者の関連は、過保護を背景に自分の感情を識別することが困難な人ほど解離性体験が頻繁に起こるという研究報告からも支持されている(Mason et al., 2005)。一方, Modestin, Lötscher, & Erni (2002) は、過保護と解離性体験の間には正の相関を認めながらも、過保護よりも不十分なケアが解離性体験の実質的な要因であると指摘している。さらに、精神疾患の有無や精神症状の異なる対象サンプルにおいて、不十分なケアと過保護が解離性体験に及ぼす影響は、矛盾した結果が示されており、一貫した知見は得られていない。これらの限界を考慮すると、日本人集団における養育スタイルとしての過保護と養育不足が解離性体験に与える影響について、検討が不十分であると考えられる。

従来、愛着スタイルと解離性障害の関係は、しばしば不適切な養育環境に起因するとされてきた。例えば、虐待的な養育環境に起因する無秩序・無方向型（不安定な無秩序型；Main & Solomon, 1986）に分類される愛着スタイルが解離性障害の基盤を形成することが多くの研究より支持されている (Liotti, Mollon, & Miti, 2005)。一方、虐待以外の有害事象に関するエビデンスが限られており、虐待に限定しない養育スタイルを背景とする愛着スタイルが解離性体験に与える影響を確認することが難しい。受容的養育スタイルの重要性を述べた Schore (2001) は、子どもは受容された安心感や安全感に基づいて不快感をコントロールし、情動調節のための脳機能が発達すると述べている。この過程で、安定した愛着が形成されるが、養育者の感情的反応の欠如が外傷となることがある (Davidov, & Grusec,

2006)。つまり、否定的感情の受容が愛着形成に深く関係していることが示されている。さらに、否定的な感情（不快感や不安）を否定するコミュニケーションは、否定的な感情の調節（Davidov & Grusec, 2006）やストレスの自己調節、愛着の安全性の発達を阻害する（Bugental, 2000）。解離性体験は、否定的な感情を、自己への否定的な影響から切り離すために頻繁に用いられる可能性が考えられる（Davidov & Grusec, 2006）。さらに、否定的なコミュニケーションのような養育スタイルを背景に形成された愛着スタイルによって、解離性体験が促進される可能性はあるが、これを確認するためにはさらなる研究が必要である。従って本研究は、養育スタイルとしての「不十分なケア」と「過保護」が解離性体験に及ぼす影響が、愛着スタイルによって異なるかどうかを明らかにする。

第4節 本研究の目的と研究全体の構成

以上を踏まえ、本節では本研究の目的と研究全体の構成を述べる(Figure 1)。

本研究は、2つの目的により構成される。1つ目の目的は、一般人口集団における解離性体験頻度を調査し、性別と年齢層別に解離性体験頻度に関する基礎的データを提供することである。2つ目の目的は、解離性体験に影響を与える出来事要因と個人要因を検討し、解離性体験の形成に関与する要因を把握するための示唆を得ることである。

第2章では、第1の目的である一般人口集団におけるDES得点の分布を明らかにする。解離性体験のアナログ研究では、解離性体験は年齢と逆相関すること、つまり、青年期は高い頻度の解離性体験が報告されている(Putnam, 1997)。青年期は傷つきやすく、精神疾患を発症しやすいことが、青年期を対象とした解離研究が盛んに行われている原因の一つであろう。一方、調査対象の偏りによる先行研究の限界も指摘されている。本研究は先行研究のギャップを解消するため、日本47都道府県の住民を対象に解離性体験頻度を確認した。調査協力者の分布について国勢調査(2015)の比率に合わせた上で、性別・各年齢層における解離性体験頻度を確認した。また、解離性体験の性差について検証し、メンタルヘルスとの関連を検討した(第2章第1節・研究1)。

第3章では、外的要因としての外傷体験が解離性体験に与える影響について検討することを目的とする。第1章で示された知見を踏まえ、外傷体験内容別における解離性体験頻度を確認した(研究2)。また、外傷体験歴の有無と累積、性質による解離性体験頻度の違いを検討した(研究3)。

第4章では、解離性障害者の臨床的特徴に基づき、解離性体験に影響を与える個人要因について検討した。第1節では、解離性体験と被暗示性、対人関係感受性との関連について検討した(研究4)。また、第2節では、解離性体験と情動制御、自己意識との関連について検討した(研究5)。

第5章では、外的要因と個人要因の相互作用が解離性体験に与える影響を検討した。第1節では、解離性体験と外傷後症状、外傷後認知との関連(研究6)、第2節では、養育スタイルと愛着スタイルが解離性体験に与える影響(研究7)について検討した。

本研究の全体構成図

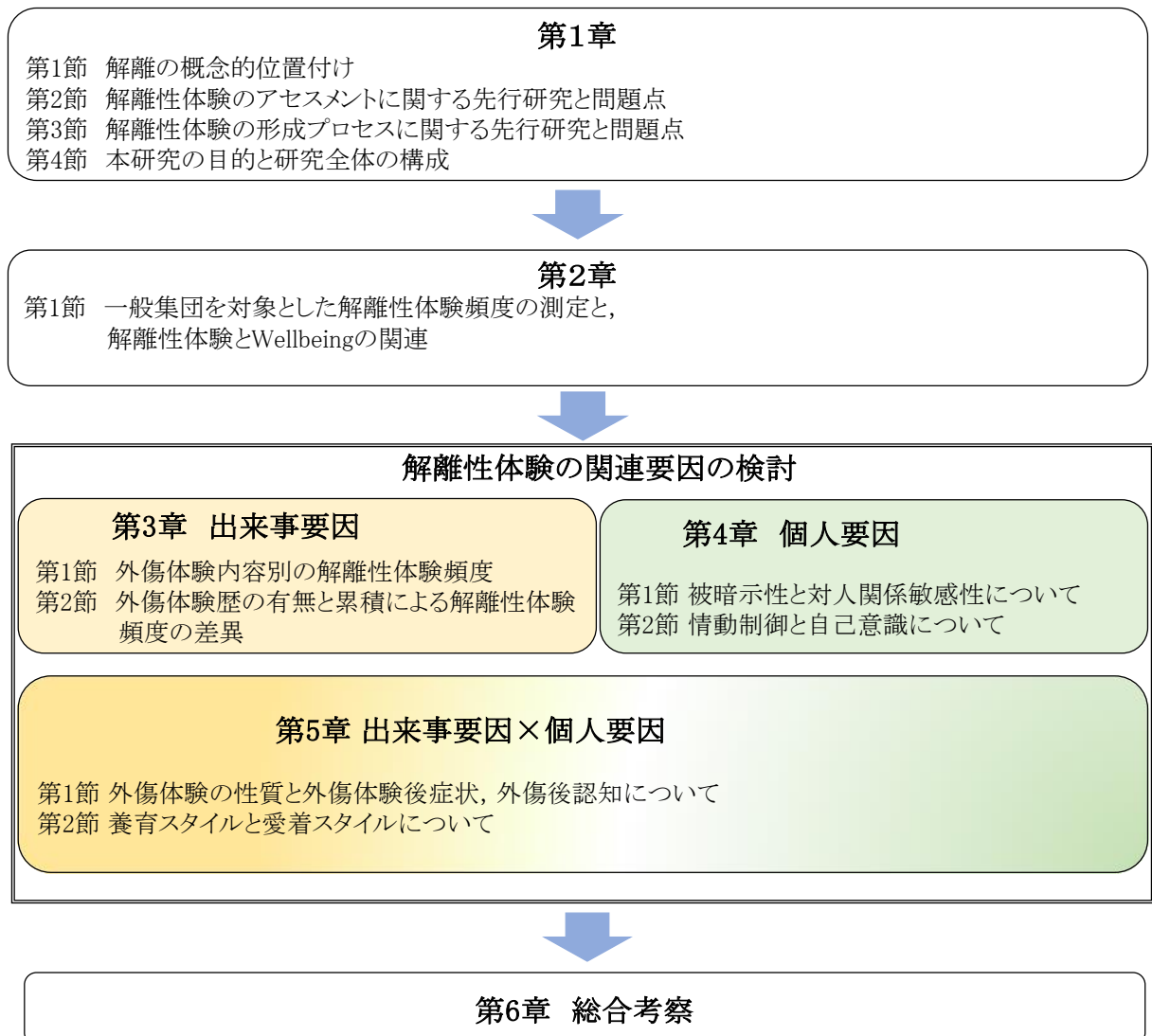


Figure 1. 本研究の全体構成

第 2 章

日本人の一般人口集団を対象とした 解離性体験の検討

はじめに

解離という現象は、日常生活から臨床場面の双方において見られる。臨床場面において、解離性体験は解離性障害やトラウマ関連障害のみならず、統合失調症や摂食障害、パニック障害、気分障害、強迫性障害などの精神疾患と共存しており (Lyssenko et al, 2018; Williams et al., 1995 ; Horen, Leicher, Lawson, 1995; Foote et al., 2006), 外傷体験を有する集団において高い割合で報告されている (Roca et al., 2006; Somer et al., 2015; Manzano et al, 2012)。また、精神症状の軽症化を背景に、一般群における解離性体験もメンタルヘルスの危機と関連する可能性が報告されている。

海外における疫学調査によれば、一般群においても、臨床的問題を抱えているリスク群が存在する。一方、日本では解離性体験をテーマとした臨床研究の知見は蓄積されているが、一般群を対象とした解離性体験の検討は少なく、そのうちのほとんどは若年層の大学生や高校生を対象としたものであるため、一般人口集団における解離性体験頻度の分布はいまだに不明である。一般群を対象とした研究におけるデータの蓄積は、解離性体験の発生と維持メカニズムの把握に近づき、臨床群データとの比較研究に貢献し、予防的示唆を得ることと繋がると考えられる。

本章では、解離性体験に関するアナログ研究の基礎的データを提供することを目的とする。まず、日本人の一般人口集団における解離性体験頻度の分布と性差を明らかにし、各年齢層の解離性体験頻度を確認する。また、解離性体験頻度と Wellbeing との関連を検討する。

第1節 一般人口集団を対象とした解離性体験頻度の測定（研究 1）

1. 目的

海外の先行研究によれば、解離性障害の有病率は約 10%と推定されている（Kate et al, 2020）。DES 得点は国によって異なり、文化的差異の影響があると示唆されている。アジア諸国においても、解離性障害の有病率（Fung et al., 2021; Chiu et al, 2017; Xiao et al, 2006）や、病的解離を識別する尺度の開発（Fung et al, 2018）など、研究が進んでいる。一方、日本では、DES を用いた研究のほとんどは、若年層の大学生や高校生を対象としたものである。先行研究によって報告されている DES 得点にはばらつきがあり（Näring & Nijenhuis, 2005）、偏った調査対象から得られた知見は限定的であることが指摘されている。このように、日本人の一般人口集団における解離性体験頻度の分布が不明であることは、解離性体験が看過されやすいリスクをもたらし、解離のメカニズムへの理解を深める妨げとなる可能性が考えられる。従来の研究のギャップを埋めるため、本研究では、日本人の一般人口集団を対象とし、各年齢層と性別における解離性体験頻度の基礎的データを提供する。

また、解離性体験に関するメタアナリシス(Kate,Graham, & Middleton, 2020)によれば、DES 得点に性差はなかった。同様に、大学生を対象とした先行研究の多くも、DES 得点に性差はないことを報告している(田辺・小川,1992; 田辺,1994; Shin, Sung, & Chung, 2009)。若年層に A-DES を用いた研究からも性差は報告されなかった（Armstrong et al., 1997; Farrington et al., 2001; Yoshizumi et al., 2010; Muris, Merckelbach, & Peeters, 2003; Shin et al., 2009）。

一方、臨床群である解離性障害の有病率には性差が報告されており、女性における有病率は男性より高いという（Putnam,1997 中井訳 2001; American Psychiatric Association, 2013; Nijenhuis et al., 1996）。このような臨床群と一般群における性差の相違は、調査対象の分布の偏りが関与する可能性が示唆されている（池田・岡本, 2011）。なぜなら、臨床群においては、女性が被害者となりやすい性的外傷体験が解離性障害の発症と深く関連しているからである。また、女性のほうが医療機関にアクセスしやすい（Tutkun et al,1998）ことも、臨床群の解離性障害に女性が多くみられる要因として挙げられている。

このような臨床群と一般群における性差の相違は、調査対象の分布の偏りが関与する可能性が示唆されており（池田・岡本, 2011）、今後の追試が必要であろう。その際に日本

人の一般人口集団を代表する幅広い調査対象者のデータに基づく解析が求められるであろう。

2. 方法

2.1. 調査手続きと対象

2020 年 3 月から 4 月にかけて、インターネットリサーチ会社（株式会社マクロミル、東京都港区港南 2-16-1）の協力を得て、全国規模の Web 調査を実施した。調査協力者は(株)マクロミル社の保有するインターネット調査用のアンケートモニタであり、47 都道府県の住民から抽出された。DES の内容を理解するには、一定の年齢と発達レベルが必要であるから、調査協力者の年齢を 18～69 歳とした。また、各地域における性別・年齢別の参加者数は、国勢調査の比率（2015 年）に合わせた（Table 3）。

調査協力者は次の手順で調査に参加した。まず、当方から研究で使用する質問紙案を(株)マクロミル社に送付し、Web 上での調査フォーマットの作成を依頼した。次に、同社が保有するモニタに対しメールによる調査への案内が送付された。調査終了後、同社より当方に対して入力済みの回答データが Excel ファイルで提供された。

2.2. 倫理的配慮

Web ページ上で本研究の目的や主旨、匿名性の担保を記載し、調査参加は対象者本人の自由意志で決定できること、一旦同意して回答を開始した場合でも、回答データを送信するまでにはいつでも中止することができることを記した。その上で、調査参加への意思を確認するために、対象者がクリックして、調査項目の画面に進むこと、回答後のデータを送信することを持って、同意の取得とみなした。本調査は研究者の所属施設の研究倫理委員会において承認された。

2.3. 調査内容

(1) 解離性体験尺度日本語版（Dissociative Experiences Scale-II ; 田辺・小川, 1992）

DES (Bernstein & Putnam, 1986) は解離性体験を測定する 28 項目の尺度である。その後、Carlson & Putnam (1993)は DES の簡易版である DES-II を開発した。本研究では、田辺・小川 (1992) が翻訳した日本語版 DES-II を用いた。調査協力者は、日常生活において各項目

内容をどれくらいの頻度で経験しているか（経験頻度）について尋ねた。経験頻度は 0% から 100%までの 11 段階、10%間隔で測定した。項目内容は、日常生活における軽度の非特異的体験から、解離性障害に典型的な重度の体験まで幅広い。この尺度の信頼性と妥当性は統計学的に検証されており、最もよく用いられている（田辺・小川，1992）。本研究では、DES II 全 28 項目の平均点を算出し、DES 得点とした。また病的解離得点（DES-Taxon）および正常解離得点（DES-Normal Dissociative Index）は、対応する項目得点の平均値を算出し、それぞれ DES-T 得点と DES-NDI 得点とした。

（2）WHO-5 精神健康状態表日本語版（WHO-5-J；Awata et al., 2007）

WHO-5-J は、世界保健機関（WHO）が開発した WHO-5 の日本語版である。この指標は 2007 年に標準化が完了し（Awata et al., 2007），信頼性と妥当性が確認されている。この尺度は 5 つの項目からなり、過去 2 週間の個人の気分を判定する。回答は、「全くない」から「いつもある」の 6 件法により回答を求めた。得点範囲は 0 点から 25 点で、得点が高いほど精神的に健康であることを示す。13 点未満は精神的健康状態が悪いことを示しており、ICD-10 に基づくうつ病の検査が必要であるとされている（Awata et al., 2007）。

（3）年齢区分

年齢による発達段階の分類は、諸家の発達理論によって異なり統一されておらず、また分類する年齢層の境界も曖昧である。従って本研究では、発達段階による年齢分類ではなく、DES 得点に必要不可欠なデータを提供するために、生活環境総合調査（2019 年版）に準拠し、10 歳刻みでデータを提示した。参加者を 18～19 歳，20～29 歳，30～39 歳，40～49 歳，50～59 歳，60～69 歳に分類した。

3. 結果

3.1. 参加者の人口統計学的属性

1044 名のアンケート用紙が回収されたが、DES 得点、WHO-5-J 得点、年齢、性別、精神状態の回答の欠落している 2 名の参加者を除外した。最終的な参加者数は 1042 名であった（有効回答率 99.8%）。Table 3 は、サンプルの各年齢層の人数分布と男女比を、2015 年国勢調査の対応データとともに示したものである。年齢、性別、地域に加えて、対象者の

人口動態における職業の偏りについても考慮した。

3.2. DES 得点の記述統計

DES 得点と標準偏差（以下，SD）は 7.3 ± 13.7 であり，中央値は 1.8 であった。各項目の平均点は 4.7 点（項目 4）～14.1 点（項目 2）であった。

また，6 つの年齢層（10 歳）の DES 得点の平均は以下の通りであった。18-19 歳：15.5 点，20-29 歳：14 点，30-39 歳：8.9 点，40-49 歳：7 点，50-59 歳：3.9 点，60-69 歳：3.4 点（Table 4）。DES 得点と DES-NDI 得点及び DES-T 得点の分布は Figure 4 の通りである。

このように，各年齢層における DES 得点を調べた結果，18 歳～19 歳，20 歳～29 歳の DES 得点は最も高く，60 歳～69 歳の DES 得点は最も低かったことが示された（ $p < .05$ ）

調査協力者（男性 520 名，女性 522 名）のうち，DES 得点 30 点未満が 954 名（91.5%），DES 得点 30 点以上が 88 名（8.5%）であることが示された。このように，DES 得点の分布は低い範囲に偏っており，正規分布に従わなかったことが示唆された（ $p < .05$ ）。

3.3. 性差

Mann-Whitney U 検定により，性別による DES 得点の差が有意であり（ $Z = -2.9$ ， $p = .003$ ），男性が高い DES 得点，DES-NDI 得点，DES-T 得点が出示された。

また，各年齢層における DES 得点，DES-NDI 得点，DES-T 得点の性差について，Mann-Whitney U 検定を用いて検討した。その結果，20～29 歳，60～69 歳を除くすべての年齢層において，DES 得点，DES-NDI 得点，DES-T 得点の性差は示されなかった。20～29 歳において，男性は女性に比較して，高い DES 得点，DES-NDI 得点，DES-T 得点が出示された。60～69 歳においても同様，男性の DES 得点が有意に高く，DES-NDI 得点は高い傾向が出示された。（Table 4）

3.4. DES 得点と WHO-5-J 得点との関連

WHO-5-J 得点と DES 得点，DES-NDI 得点，DES-T 得点の関連を明らかにするため，各尺度間の Spearman の順位相関係数を確認した。その結果，Spearman's ρ 値はそれぞれ -0.26（ $p < .01$ ），-0.25（ $p < .01$ ），-0.23（ $p < .01$ ）であった（Table 5）

4. 考察

本研究は、18 歳から 69 歳までの日本人の一般人口集団（総務省統計局，2015 年）における解離性体験頻度に関する基礎的データを提供した。

4.1. 一般集団における DES 得点の分布

本研究の日本人の一般人口集団における解離性体験頻度（DES 得点）は 7.27 であった。海外の研究報告においても、一般人口集団における解離性体験頻度が低いことが報告されている。トルコのシヴァスでは、994 人（女性 47.2%，男性 52.8%，年齢 43.7 ± 12.9 ）の平均 DES 得点は 6.7 (± 6.1 , Akyüz et al., 1999) である。カナダのウィニペグでは、1055 人（女性 58.3%，男性 41.7%，平均年齢 43.2 ± 16.7 ）の平均 DES 得点は 10.8 (± 10.1 , Ross, 1991) であり、国によって DES 得点が変わることが示された。また、Xiao et al. (2006) は中国の上海において、平均 DES 得点が工場労働者 618 名で 2.6 点、精神科入院患者 423 名で 4.1 点、外来患者で 4.5 点であったと報告している。香港と台湾における最近の研究では、中国人の病的解離性障害の有病率は様々であり、非精神科では 0.3～4.5%，精神科では 1.7～19.5%であることが示されている（Chiu et al., 2017 ; Fung et al., 2021）。このように、解離性体験頻度は国により異なり、文化的背景の影響が示唆されている。大学生の解離性体験に関するメタアナリシスでは (Kate, 2014), 外傷体験への暴露や、個人の安全と安心に関する Legatum のランキングが関連要因として挙げられている。日本は欧米各国に比較して性的虐待の割合が少ないことが一因として考えられる（Fujii et al, 1998; 一丸, 2000）。

以上のように、本研究における DES 得点と DES-NDI 得点、DES-T 得点の分布は共に左に偏っており、体験頻度が低いことを示しているが、この結果は先行研究の知見とも一致する。また、DES-NDI 得点と DES-T 得点に高い相関関係（Table 5）が見られたことは、一般群における正常解離と病的解離の体験頻度には大きな差異がないことを示唆している。これらの所見は一般群における解離性体験の特徴であると言えよう。しかしながら、本結果は、類型モデルの可能性を否定するものではなく、今後を検証する余地を残している。なぜなら、体験頻度の分布状態に加え、一般群における解離性障害の診断基準に一致する者の頻度や DES のカットオフ得点の感度と特異度といった実証的な根拠に基づいて検討することができなかったからである。さらに、一般群の中の高い DES 得点を示す者における、それぞれの DES-NDI 得点と DES-T 得点の分布の差異まで十分に確認できなかったことも今

回の研究の限界といえる。

また、各年齢層における DES 得点を調べた結果、18 歳～19 歳の DES 得点が最も高く、次に 20 代、30 代、40 代、50 代が続き、60 歳～69 歳の DES 得点は最も低かった。年齢と DES 得点の弱い相関も示された。この結果は、先行研究の知見（Putnam, 1993）と一致する。したがって、60～69 歳において高い DES 得点が見られる場合は、DES の内容に誤解がないことを確認した上で、メンタルヘルスリスクの詳細な評価が必要であると考えられる。

また、性差に関する先行研究では、解離性障害の数は女性が多いこと、大学生や児童の解離性体験には性差がないことが報告されている。これらの知見は、調査対象の偏りによる影響を受けている可能性が指摘されている。本研究は、一般人口集団における人数の偏りを考慮し、年齢層ごとに性差を調査した。その結果、年齢層によって、解離性体験頻度の性差が異なり、先行研究の知見と一致しなかったことが示された。そのうち、20～29 歳の若年層に示された性差は、解離性体験との関連が報告されているインターネットゲーム利用問題の影響を受けている可能性が考えられる（Ross, 1997）。インターネットゲームの多用により、現実世界とオンライン上の世界の境界が不鮮明になり、自分自身でのコントロールが難しく、現実世界への違和感を感じるようになる可能性があるという。若年期では、男性が女性よりインターネットゲームに費やす時間が長く（稲垣 et al., 2017）、ゲーム依存度が高いことが指摘されている。そのことが心理的苦痛とも正に相関する（古賀・川島, 2022）ことを考えると、心理的苦痛の回避や主体性の低下により、解離性体験が引き起こされる可能性があると考えられる。一方、同様な問題背景を持つ 18～19 歳のサンプル数が少なく、同様な結果が示されなかった。このことから、若年層における解離性体験頻度の性差については、サンプル数を増やした上、詳細な検討が必要であると考えられる。また、60～69 歳の高齢層に見られる解離性体験頻度も、性差が示された。高齢層には認知機能が低下するリスクが潜んでいることを考えると、認知機能の低下における性差と解離性体験との関連に着目した研究も求められるであろう。このように、本研究は、日本人の一般人口集団を対象に解離性体験頻度の性差を明らかにするための初歩的な試みであり、正確な結果を得るにはさらなる検討が必要であると考えられる。

4.2. 解離体験と Wellbeing との関連性

本研究では、日本人の一般人口集団における DES 得点、DES-NDI、DES-T、幸福感との関連は弱いことが示唆された。Well-being の測定に使用した WHO-5-J は、個人の一般的な幸福感を測定するもので、うつ病のスクリーニングに用いられることが多く、13 点以下は精神的な健康状態が悪いことを示唆している。また、WHO-5-J 得点は、Short General Health Questionnaire 得点 (GHQ-12)、Patient Health Questionnaire -9 得点 (PHQ-9)、Hospital Anxiety and Depression Scale-anxiety -Anxiety (HADS)とは有意な負の相関が示されている (Ramkisson, Pillay, & Sartorius, 2016)。このように、解離性体験頻度が高く、Wellbeing が低い人は、ストレスや精神疾患を経験する可能性が示唆されている。

この結果は、解離の適応機能を言及した Ludwig の知見と相反するが、解離性体験がポジティブな効果をもたらす可能性を否定するものではない。なぜなら、ポジティブな役割を果たすのか、それともメンタルヘルスの危機をもたらすのかの違いには、主体性の有無や制御力の程度が関与している可能性が考えられるからである。主体性をもって解離機能を用いる場合は、ポジティブな役割を果たす可能性がある (福井, 2010)。一方、外傷体験のような耐え難い心理的肉体的苦痛に伴って解離性体験が現れる場合、体験者は状況や体験への主体性と制御力が失われ、通常の体験に内在する構造 (受動的・能動的総合の秩序・調和) が壊されていることから、メンタルヘルス不調を伴う可能性が高いと推測される。そのため、他の精神症状に併存する解離性体験を論じる際、解離性体験という呼称の適切性にさえ疑問が投げかけられている。このように、解離性体験には適応機能を果たす一面はある一方、体験頻度の増加や背景に耐え難い苦痛が存在する場合は、メンタルヘルスの不調を伴うリスクを検討する必要があると考えられる。

第2節 本章の考察とまとめ

本章は、日本人の一般人口集団における解離性体験頻度を明らかにした上で、年齢層別と性別に体験頻度を確認し、メンタルヘルス不調との関連を検討することを目的とした。その結果、日本人の一般人口集団に見られる解離性体験の程度には個人差があり、低い Wellbeing をはじめとするメンタルヘルス不調との関連が示されている。高い頻度の解離性体験にメンタルヘルス不調を伴うリスクがあることから、解離性体験の個人差をもたらす根本的な原因を探究する必要性が示唆されている。また、低い Wellbeing のみでは、解離性体験の個人差とその背後の臨床心理学的意義を説明するのに不十分であり、他の側面から検討することが求められている。これは、解離性障害の形成メカニズムの解明を目指す従来の研究の目的とも一致する。

従来、解離性障害の病因について、臨床研究に基づく議論より膨大な知見が蓄積されている。先述の通り、その形成プロセスについて、Kluft (1984) は、解離性障害の発症機序に、心的外傷体験と安全な養育環境の欠如の他、解離しやすい個人要因と解離性体験の反復が関連すると述べている (22 頁を参照)。また、Braun & Sachs (1985) は、Kluft の 4 因子モデルと類似した 3P モデルを提唱しており、解離性障害の形成プロセスは準備要因と促進要因、及び維持要因の 3 要因から構成されると捉えている。これらの知見は共通して、解離性障害の形成要因には、外的出来事要因と内的個人要因の関与を示唆している。例えば、出来事要因として、幼少期の有害事象としての虐待体験の他にも、極度の孤独や孤立体験が解離性体験の先行要因として報告されている。また、深刻なストレスや外傷体験、親による非養育的な行動などが挙げられる。これらの要因は臨床群においてのみ見られるのか、一般人口集団も臨床群と共通する心理的背景を有するのかは明らかにされていない。したがって、次に続く第 3 章から第 5 章では、解離性体験の形成要因を出来事要因と個人要因、両者の相互作用について検討する。そのうち、次章 (第 3 章) では、出来事要因として外傷体験に着目し、解離性体験に与える影響を検討する。

Table 3. 本サンプルの記述統計量と国勢調査データの比較

年齢	本サンプルの特徴				国勢調査 (2015)			千人
	人数 (%)	男性 (%)	女性 (%)	M/F	人数 (%)	Male (%)	Female (%)	M/F
18～19	32 (3.1)	17 (1.6)	15 (1.4)	1.13	6,078 (7.1)	3,085 (7.2)	2,993 (7.0)	1.03
20～29	155 (14.9)	78 (7.5)	77 (7.4)	1.01	12,378 (14.4)	6,302 (14.6)	6,076 (14.1)	1.04
30～39	197 (18.9)	99 (9.5)	98 (9.4)	1.01	15,607 (18.1)	7,889 (18.3)	7,718 (18.0)	1.02
40～49	233 (22.4)	117 (11.2)	116 (11.1)	1.01	18,395 (21.4)	9,269 (21.5)	9,126 (21.2)	1.02
50～59	195 (18.7)	97 (9.3)	98 (9.4)	0.99	15,445 (18.0)	7,698 (17.9)	7,748 (18.0)	0.99
60～69	230 (22.1)	112 (10.7)	118 (11.3)	0.95	18,099 (21.0)	8,811 (20.5)	9,288 (21.6)	0.95
合計	1042 (100)	520 (49.9)	522 (50.1)	1.00	86,002 (100)	43,054 (50.1)	42,949 (49.9)	1.00

Table 4. 年齢別と性別におけるDES, DES-NDI, DES-T得点

年齢	性別 (N)	DES		Mann-Whitney U test Z	DES-NDI		Mann-Whitney U test Z	DES-T		Mann-Whitney U test Z
		M	SD		M	SD		M	SD	
18～19	M (17)	15.5	19.3	0.8	16.2	18.6	0.9	13.4	20.6	0.6
	F (15)	15.4	22.8		15.7	21.8		13.7	23.6	
	Total (32)	15.5	20.6		16.0	19.8		13.5	21.7	
20～29	M (78)	18.4	21.2	2.4*	18.3	20.4	-2.3*	17.3	21.3	-2.5*
	F (77)	9.4	15.3		9.8	14.5		8.0	15.6	
	Total (155)	13.9	19.0		14.1	18.2		12.7	19.2	
30～39	M (99)	11.9	17.9	-1.6	12.2	17.2	-1.8	10.1	17.8	-0.7
	F (98)	5.9	10.3		6.3	10.2		4.8	10.3	
	Total (197)	8.9	14.9		9.3	14.4		7.5	14.8	
40～49	M (117)	8.2	13.7	-1.0	8.4	13.3	-1.0	7.4	14.0	-1.7
	F (116)	5.7	10.5		6.3	10.5		4.4	10.1	
	Total (233)	7.0	12.3		7.4	12.0		5.9	12.3	
50～59	M (97)	5.2	11.1	-0.7	5.4	10.7	-0.2	4.5	11.3	-1.4
	F (98)	2.6	4.7		3.1	5.0		1.6	4.2	
	Total (195)	3.9	8.6		4.3	8.4		3.1	8.6	
60～69	M (112)	4.1	10.7	-2.0*	4.4	10.4	-1.9+	3.3	10.5	-1.4
	F (118)	2.7	7.4		2.9	7.0		2.2	7.6	
	Total (230)	3.4	9.2		3.7	8.9		2.8	9.1	
Total	M (520)	9.2	15.9	-2.9**	9.5	15.4	-2.8**	8.2	15.9	-3.1**
	F (522)	5.3	10.8		5.7	10.6		4.3	10.8	
	Total (1042)	7.3	13.7		7.6	13.3		6.2	13.7	

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$

Note. DES = Dissociative Experience Scale; DES-NDI = Normal Dissociative Index; DES-T = DES-Taxon

Table 5. 解離性体験と年齢, Wellbeingの関連

		年齢	DES	DES-NDI	DES-T	WHO合計
Spearman's ρ	年齢	1	-.34**	-.33**	-.27**	.09**
	DES	-.34**	1	.98**	.82**	-.26**
	DES-NDI	-.33**	.98**	1	.76**	-.25**
	DES-T	-.27**	.82**	.76**	1	-.23**
	WHO合計	.09**	-.26**	-.25**	-.23**	1

N = 1042, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Note. DES = Dissociative Experience Scale; DES-NDI = Normal Dissociative Index; DES-T = DES-Taxon

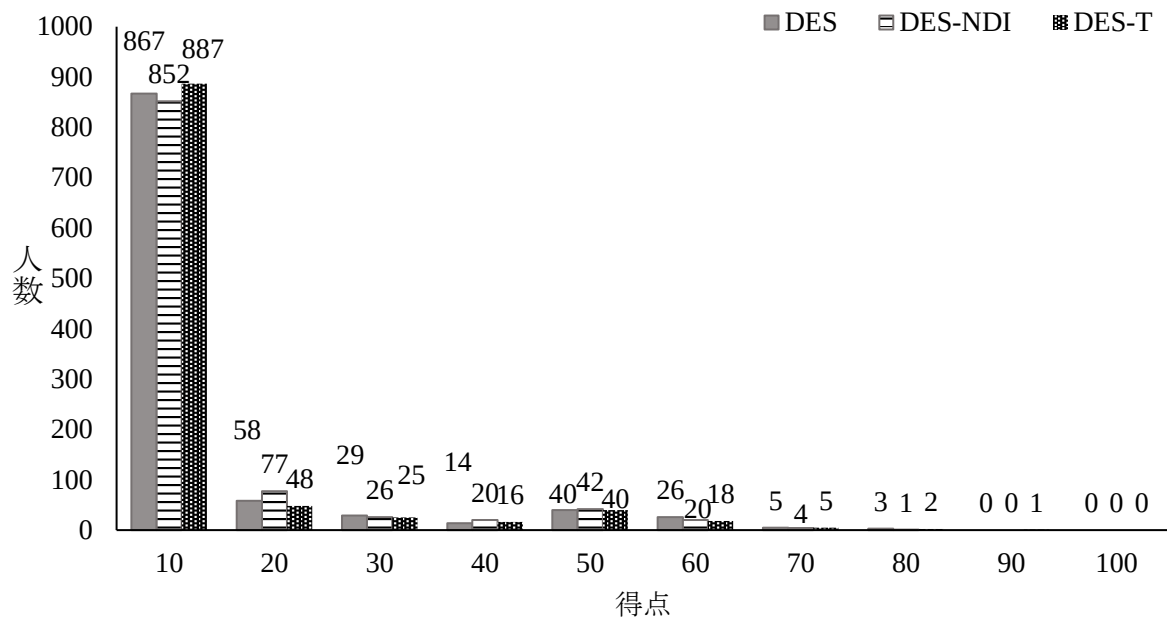


Figure 4. DES (DES-NDI, DEST) 得点における人数分布

第 3 章

出来事要因としての 外傷体験と解離性体験との関連

はじめに

前章では、一般人口集団に見られる解離性体験頻度には個人差があり、その個人差は Wellbeing の低さと関連する可能性を明らかにした。一方、Wellbeing の低さのみでは、解離性体験頻度の個人差とその背後の臨床心理学的意義を解釈するのに不十分である。また、高い頻度の解離性体験にメンタルヘルス不調を伴うリスクがあることから、解離性体験の個人差をもたらす根本的な原因を探究する必要性が示唆されている。これは、解離性障害の形成メカニズムの解明を目指す従来の研究の目的とも一致する。したがって、第3章から解離性体験の形成と維持に寄与する要因を検討する。

従来、解離性障害の形成プロセスの解明を目指し、さまざまな議論がなされているが、多くの先行研究は共通して、虐待をはじめとする幼少期の外傷体験は解離性障害の形成要因であることを指摘している。このように、外傷体験と解離性体験の因果関係を想定する外傷モデルは解離研究の中心に位置づけられている。

一方、外傷体験を中心に行われた解離研究にはいくつかの課題が残されている。一つ目は、外傷体験の累積が解離性体験に与える影響について、統一した知見が得られていない点である。二つ目は、外傷体験性質の違いという側面から検討が少ない点である。三つ目は、外傷体験としての虐待体験と解離性体験との関連は報告されている一方、虐待に限らない有害事象が解離性体験に与える影響に関する検討は不足している点である。

上記のような課題のギャップを埋めるべく、本章の第1節では、外傷体験の内容別に解離性体験頻度を確認し、第2節では、外傷体験の有無と累積及び性質による解離性体験頻度の違いを検討する。

一般群を対象とした解離性体験に関する研究では、解離性体験は年齢と逆相関し、青年期の解離性体験頻度が高いことが報告されている。また、青年期は傷つきやすく、ネガティブライフイベントを経験しやすいことから、精神疾患を発症しやすいと予想される。従って、本章では、青年期を対象に外傷体験の内容（研究2）と外傷体験の有無、累積、性質（研究3）が解離性体験との関連について検討する。これらのことを明らかにすることは、解離性体験者への理解と介入の支援に役立つであろう。

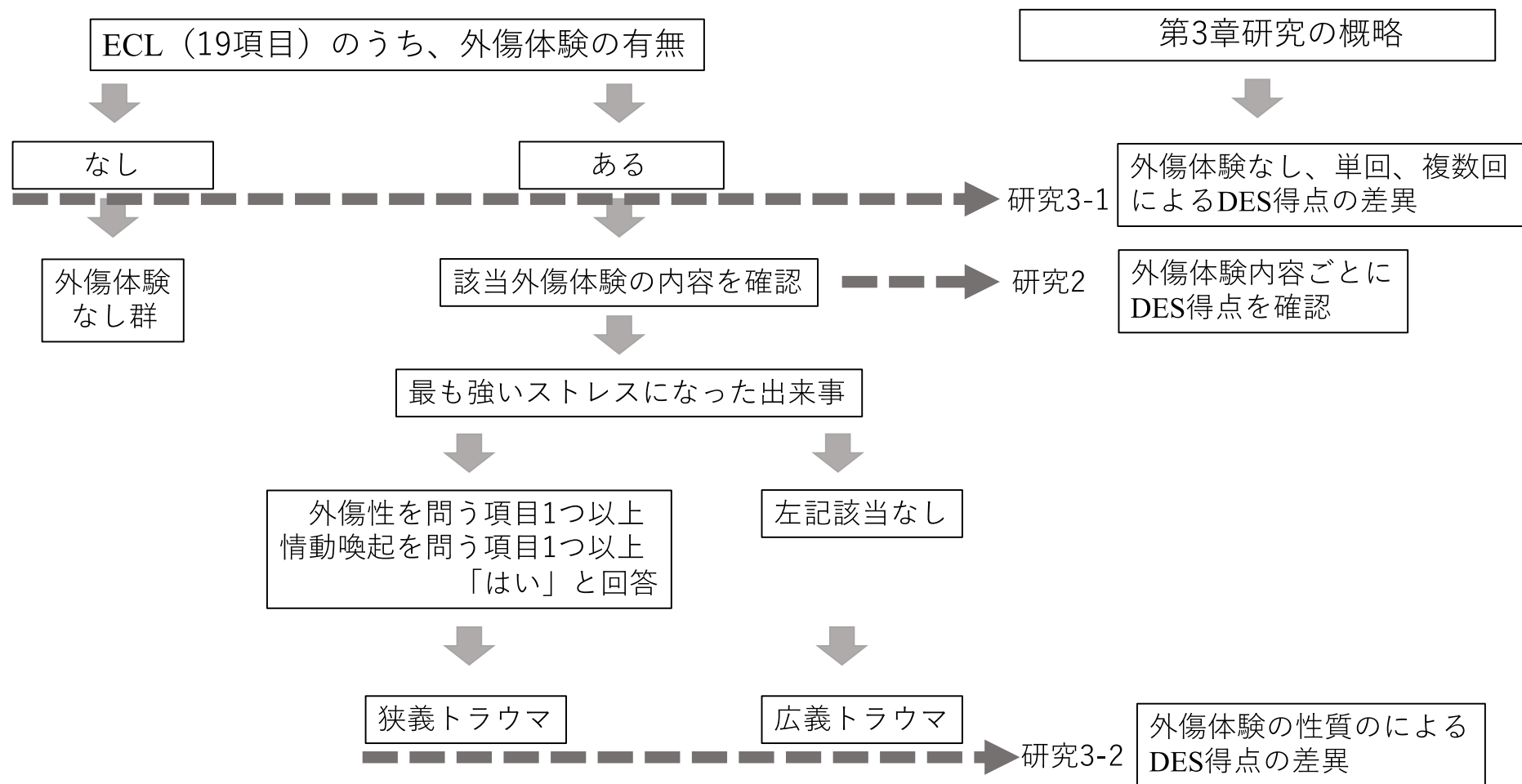


Figure 5.外傷体験性質（狭義・広義）の分類手続き及び第3章（研究2，研究3）の概略

第1節 外傷体験内容別における解離性体験頻度（研究2）

1. 目的

一般集団や様々なレベルの病態を持つ集団で観察される解離性体験の共通的な特徴として、防衛機制の側面が挙げられ（Boysan, 2014）、ストレスや外傷体験に焦点を当てた研究が注目されている（Ross et al., 2008, Dalenberg et al., 2012）。先行研究では、両者の因果関係を想定する外傷モデルは解離研究の中心に位置づけられており、特に人生早期の有害事象として、性的・身体的・感情的虐待・ネグレクトが解離性障害の先行要因として指摘されている（Reynolds & Brewin, 1999）。この考えは、ポリヴァーガル理論（Polyvagal Theory）に基づく神経生理学的アプローチからも説明されており（Porges, 2011）、数多くのエビデンスより支持されている（Briere et al., 2008; Cloitre et al., 2009）。このように、人生早期の有害事象は解離性体験における重要性は示されている。一方、虐待に限定しない外傷体験と解離性体験の関連について、研究の蓄積は不足している。

外傷体験に関連して、解離性体験は、ネガティブな対人コミュニケーションへの適応（Teicher et al., 2006）や解決困難な出来事や不安に対処するための意識変容（Ozceltin et al., 2009）、圧倒的な感情に対する防衛機制（Waldinger et al., 1994）として報告されることが多い。これらの知見から、解離性体験は多様な形態のストレス体験に対する非特異的な反応であることが示唆されている（Sperandio et al., 2018）。

実際、環境の急激な変化や人間関係ストレス、長時間の過労、両親の不仲の事例においても解離性体験が報告されている（一丸, 1998; 舩田・中村, 2007）。また、Lynn et al (2014) は回避性の高い出来事、極度の孤独や孤立も解離性体験の先行要因となることを指摘している。それは、精神的苦痛を最小化し、環境に対する比較的肯定的な見方を維持するために、空想を用いることと関連するという。

このように、虐待体験に限らず、非常に回避的、否定的な出来事も解離性体験との関連が示唆されているが、検討が不十分である。したがって、本節ではさまざまな外傷体験における解離性体験頻度を確認する。このことは、解離研究と外傷体験に関する基礎データの蓄積の一助になるであろう。

2. 方法

2.1. 調査対象と手続き

2021 年 3 月から 4 月にかけて、インターネットリサーチ会社（株式会社マクロミル、東京都港区港南 2-16-1）の協力を得て、全国規模の Web 調査を実施した。調査協力者は（株）マクロミル社の保有するインターネット調査用のアンケートモニタであり、日本 47 都道府県 18～29 歳の住民から抽出された。また、各地域における調査協力者の人数と性別は、Table 6 の通りである。

調査協力者は次の手順で調査に参加した。まず、当方から研究で使用する質問紙案を（株）マクロミル社に送付し、Web 上での調査フォーマットの作成を依頼した。次に、同社が保有するモニタに対しメールによる調査への案内が送付された。調査終了後、同社より当方に対して入力済みの回答データが Excel ファイルで提供された。

2.2. 倫理的配慮

Web ページ上で本研究の目的や主旨、匿名性の担保を記載し、調査参加は対象者本人の自由意志で決定できること、一旦同意して回答を開始した場合でも、回答データを送信するまでにはいつでも中止することができることを記した。その上で、調査参加への意思を確認するために、対象者がクリックして、調査項目の画面に進むこと、回答後のデータを送信することを持って、同意の取得とみなした。本調査は研究者の所属施設の研究倫理委員会において承認された。

2.3. 調査内容

(1) 解離性体験尺度日本語版（Dissociative Experiences Scale-II；田辺・小川，1992）

研究 1 と同様である。全 28 項目の平均点を算出し、DES 得点とした。病的解離得点（DES-Taxon）および正常解離得点（DES-Normal Dissociative Index）は、対応する項目得点の平均値を算出した。

(2) 出来事チェックリスト（Events Check List; ECL）（Kim, 2001）

ECL(Events Check List)は、Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS; Asukai & Nishizono, 1998)に付随するものであり、自然災害、火災、爆発、交通事故などの外傷体験の有無を問うチェックリストである。本研究では、いじめが心身に深刻な影響をもたらし、PTSD に関連するストレス反応を引き起こすという報告（富永 et al, 2002）に基づき、瀧井・上田・

冨永（2013）に習い「いじめ」を追加した。さらに，2021 年の COVID-19 の流行により，生命を脅かす出来事への恐怖，社会的偏見による不安，行動制限などの精神症状が報告されている。メンタルヘルスに深刻な影響を及ぼす可能性を考慮し，「新型コロナウイルスへの感染」，「COVID-19 の蔓延防止に伴う隔離」，「COVID-19 の感染に伴う個人情報の漏洩や誹謗中傷，日用品の不足」といった項目も外傷体験と位置づけ，ECL(Events Check List)に追加した。

(3) PTSD 診断基準 A に関する 4 つの質問について

ECL(Events Check List)でもっとも強いストレスとなった出来事に対して，外傷性と情動喚起の有無を 2 件法の「はい，いいえ」で回答を求めた。外傷性を問う質問項目として，「その出来事はあなた（もしくは他者）の生命を脅かすものでしたか」，「その出来事によってあなた（もしくは他者）は大怪我を負いましたか」，「その出来事はあなた（もしくは他者）の身体保全の脅威となるものでしたか」と尋ねた。情動喚起を問う質問項目として，「その出来事の最中や直後に強い恐怖感，無力感，恐れのいずれかを感じましたか」と尋ねた。本研究では，長江ら（2004）に習い，ECL(Events Check List)でもっとも強いストレスとなった出来事について，外傷性を問う項目が 1 つ以上，且つ情動喚起を問う項目に「はい」と答えた体験を狭義の外傷体験とし，そのほかを広義の外傷体験とした。(Figure 5)

3. 結果

3.1. 参加者の人口統計学的属性

合計 1,036 人のアンケートを収集した（有効回答率：99.8%）。平均年齢は 25 歳（男性：528 人，女性：508 人）であった(Table 6)。

Table 6. 本サンプルにおける人口統計量

	男性		女性		全体	
	N	%	N	%	N	%
北海道	20	1.9	19	1.8	39	3.8
東北地方	32	3.1	29	2.8	61	5.9
関東地方	200	19.3	192	18.5	392	37.8
中部地方	95	9.2	87	8.4	182	17.6
近畿地方	86	8.3	87	8.4	173	16.7
中国地方	28	2.7	27	2.6	55	5.3
四国地方	13	1.3	13	1.3	26	2.5
九州地方	54	5.2	54	5.2	108	10.4
合計	528 (51%)		508 (49%)		1036 (100%)	

3.2. 外傷体験内容別の DES 得点

1,036 人の回答者のうち、619 人が何らかの外傷体験を経験した。このうち、体験率が最も高い内容は、自然災害（36%）、いじめ（22%）、交通事故（19%）であった（Table 7）。

次に、最もストレスとなっている体験における DES 得点を確認した。その結果、DES 得点が最も高かったのは、有害物質への曝露（72.5 点）、次いで戦争体験（68.4 点）、凶器による暴行（58.8 点）であった。しかし、これらの経験を持つ人数の割合は、全体の 2～3% で、僅かであった。また、最もストレスとなった体験を狭義・広義の外傷体験に区別した上、それぞれの区分において最も体験されやすい外傷体験の内容に関連する DES 得点を確認した。それぞれ自然災害（33.5, 33.7）、交通事故（26.1, 38.4）、いじめ（23.8, 27.7）であった。

4. 考察

4.1. 日本の青少年における外傷体験

本研究は、日本の思春期青年期の若者における外傷体験歴の割合と内容を明らかにしたと共に、その内容別における解離性体験頻度に関する基礎的データを提供した。日本の若者に見られる外傷体験率は 59.7% で、過半数の若者が何らかの外傷体験歴を有することが示された。今回の結果は、大学生を対象とした長江・増田ら（2004）の研究で報告された 54% とほぼ一致している。そのうち、外傷体験率の上位 3 位を占めるのは自然災害、いじめ、交通事故であった。日本は自然災害の多い国であることから、経験率が高いことは驚くべきことではない。一方、これらの体験は共通して複数回体験される可能性が高いことを考えると、外傷体験の累積による解離性体験の影響を明らかにすることが求められるであろう。

また、最もストレスとなった体験のうち、有害物質への曝露（72.5 点）や戦争体験（68.4 点）、及び凶器による暴行（58.8 点）が、高い DES 得点を示したが、経験を有する人数はそれぞれ 7 人、3 人、及び 2 人とわずかであった（調査対象者総数 1,036 人）。これらの体験は日本人の日常生活では稀な機会ではあるが、いずれも生命が脅かされる危険性が認められる点では共通している。従って、この結果は、重篤な外傷体験と解離性体験の関連を支持するものであると言える。

ただ、本調査対象者の年齢上限（29 歳）を考えると、過去に少なくとも日本国内におい

て戦争を体験したとは考えられない。戦争体験を回答した 3 人は、かつて海外において従軍、もしくは戦災を経験した可能性があるが、それらの追加情報を得ることはできなかった。なお、回答の信頼性の検証の余地も残している。

さらに、体験の深刻さに関連して PTSD 症状 (Posttraumatic Stress Symptoms; PTSSs) や気分障害が伴うリスクがあることから、これらの体験を有する者の中には、臨床的ハイリスク群が含まれている可能性は考えられ、精神状態を評価する追跡調査による検証が必要であろう。

本調査において、ECL(Events Check List)に新たに追加した新型コロナウイルス感染に関する内容のうち、「新型コロナウイルスの感染」を経験した人の DES 得点 (39 点) は 4 位で高く示されている。COVID-19 感染後に現れた持続的な不安、抑うつ、睡眠障害に関する報告は、この体験が長期的かつ予期せぬ影響をし、解離性体験との関連が示唆されている (Miguel-Puga et al., 2020)。Basagni et al. (2022) が、COVID-19 の封鎖中に解離性健忘の診断基準に部分的に当てはまる原因不明の記憶喪失の症例を報告しており、COVID-19 のロックダウンに関連した精神的苦痛以外に、重大な苦痛や精神医学的既往歴は認められないことから、COVID-19 による社会的な影響が解離性体験と関連する可能性を指摘している。また、COVID-19 のロックダウンが学生のメンタルヘルスに与える影響を報告した Garbóczy et al. (2021) も、COVID-19 の流行と隔離状況は、ストレスの認知レベルを高め、解離体験の発生に重要な影響を与えることを指摘している。これらの報告から COVID-19 がもたらす精神的苦痛の対処として解離性体験が用いられる可能性は示唆されているが、そのメカニズムに関する詳細な検討は今後の研究課題である。

Table 7. ストレスフルな出来事を体験した本サンプルの人口統計学的特徴

項目内容	体験あり		最もストレスと なった体験		広義		狭義	
	N	全体%	N	選択者%	N	選択者% (401人)	N	選択者% (218人)
自然災害（洪水、台風、地震、津波、噴火、土砂崩れなど）	373	36%	179	29%	106	26%	73	33%
火事や爆発事故	57	6%	12	2%	4	1%	8	4%
交通事故（自動車、船舶、電車、飛行機などによる事故）	195	19%	62	10%	40	10%	22	10%
有害物質曝露（毒物、危険な化学物質、放射能などによる被害）	36	3%	7	1%	3	1%	4	2%
その他、仕事や家庭の中、あるいは余暇活動中に起きた深刻な事故	84	8%	24	4%	18	4%	6	3%
殴る蹴るなどのひどい暴行	70	7%	18	3%	8	2%	10	5%
刃物や銃などの凶器を用いた暴行	20	2%	3	0%	1	0%	2	1%
監禁（誘拐、人質、捕虜など）	17	2%	0	0%	0	0%	0	0%
性的暴行（力づくや暴力の脅しによる）	31	3%	6	1%	4	1%	2	1%
その他、意に反した、極めて不快な性的体験	60	6%	18	3%	10	2%	8	4%
子供の頃の身体的虐待	47	5%	16	3%	8	2%	8	4%
戦争体験（戦闘、従軍、空襲など）	16	2%	2	0%	2	0%	0	0%
殺人、自殺、災害、事故などで、人が死んだりひどいケガをした現場を目撃した	32	3%	5	1%	2	0%	3	1%
家族や身近な知人が、No. 1-No. 13の各項目のような出来事に巻き込まれたことを知って、強いショックを受けた	67	6%	20	3%	11	3%	9	4%
その他、ほとんどの人は体験しないような、ひどいショッキングな出来事	51	5%	25	4%	15	4%	10	5%
いじめ（身体的、精神的なものなど）	228	22%	149	24%	110	27%	39	18%
新型コロナウイルスの感染	140	14%	45	7%	38	9%	7	3%
新型コロナウイルスの感染拡大防止に伴う隔離	76	7%	22	4%	19	5%	3	1%
新型コロナウイルスの感染に伴う個人情報漏洩と誹謗中傷、生活用品の不足	39	4%	6	1%	2	0%	4	2%
人数	619		619		401		218	
年齢平均	25							
性別								
男性	528							
女性	508							

注：狭義とは、PTSD診断基準Aの4つの質問のうち、少なくとも外傷を問う項目1つと感情喚起を問う項目1つ以上経験したことを意味する。

第2節 外傷体験歴の有無と累積による解離性体験頻度の差異（研究3）

1. 目的

外傷モデルは解離研究の中心に位置付けられており、臨床知見に基づく多くのエビデンスがある（Ross et al., 2008; Dalenberg et al., 2012）。先行研究によれば、解離性障害患者のほとんどは外傷体験を有しており、PTSD 症状（Posttraumatic Stress Symptoms; PTSSs）を随伴することが多い（Ross et al., 2008; Dalenberg et al., 2012）。また、（累積した）外傷体験と生命への主観的な危機感とは PTSD（Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Emily et al., 2003; Holbrook et al., 2002; Ozer et al., 2003）や解離性体験の予測要因であることが報告されており（Dalenberg et al., 2012, 2014）、経験した外傷体験の種類が多いほど、解離性障害のリスクが高く、解離性体験の複雑さが増すことが指摘されている（Briere, Dietrich, & Semple, 2016）。虐待と解離性体験の関係を検討した研究においても、虐待の加害者の数や虐待行為の回数は解離性体験を高める特徴として指摘されており（Briere, Kaltman, & Green 2008; Briere, Dietrich, & Semple 2016; Cloitre et al., 2009）、複数の加害者による外傷体験の累積が解離性体験頻度と関連する可能性が示唆されている（Dube et al., 2001; Edwards et al., 2003）。これらの知見に従えば、虐待体験に限らず、逆境体験の累積や反復が解離性体験頻度を助長するリスクとなる可能性が考えられる。

一方、外傷体験があっても解離性体験頻度が低いことを報告し、外傷体験の有無は解離性体験頻度に寄与しないことを示す研究もいくつかある（Briere, 2006）。このように、外傷体験の有無と累積による解離性体験頻度の相違について、データの蓄積が必要である。また、外傷体験内容の観点から、外傷体験性質として致死性の有無が解離研究において学術的に注目されている。解離性障害と密接な関係があるとされる心的外傷後ストレス障害（Posttraumatic Stress Disorder; PTSD）の診断は、診断基準 A「致死性のある外傷体験」の有無によって特徴づけられる。しかしながら、診断基準 A を満たさないケースでも、重度の PTSD 症状を示す者が一定数存在することが指摘されている（Foa et al., 1999）。これらの知見から、外傷体験性質の違いは、PTSD 症状をはじめとする精神症状に影響を与える可能性が示唆されている。解離性体験は多様な形態の外傷体験やストレスに対する非特異的な反応であることは報告されているが（Sperandeo et al., 2018）、致死性の有無を含む外傷体験の性質による影響を受けるのかについては、明らかにされていない。

2. 方法

2.1. 調査対象と手続き

2021 年 3 月から 4 月にかけて、インターネットリサーチ会社（株式会社マクロミル、東京都港区港南 2-16-1）の協力を得て、全国規模の Web 調査を実施した。調査協力者は（株）マクロミル社の保有するインターネット調査用のアンケートモニタであり、日本 47 都道府県 18～29 歳の住民から抽出された。また、各地域における調査協力者の人数と性別は、Table 6（56 頁を参照）の通りである。

調査協力者は次の手順で調査に参加した。まず、当方から研究で使用する質問紙案を（株）マクロミル社に送付し、Web 上での調査フォーマットの作成を依頼した。次に、同社が保有するモニタに対しメールによる調査への案内が送付された。調査終了後、同社より当方に対して入力済みの回答データが Excel ファイルで提供された。

2.2. 倫理的配慮

Web ページ上で本調査の目的や主旨、匿名性の担保を記載し、調査参加は対象者本人の自由意志で決定できること、一旦同意して回答を開始した場合でも、回答データを送信するまでにはいつでも中止することができることを記した。その上で、調査参加への意思を確認するために、対象者がクリックして、調査項目の画面に進むこと、回答後のデータを送信することを持って、同意の取得とみなした。本調査は研究者の所属施設の研究倫理委員会において承認された。

2.3. 調査内容

(1) 解離性体験尺度日本語版（Dissociative Experiences Scale-II；田辺・小川，1992）

研究 1，2 と同様である。DES-II 全 28 項目の平均点を算出し、DES 得点とした。病的解離（DES-Taxon；8 項目）および正常解離（DES-Normal Dissociative Index；20 項目）得点は、対応する項目得点の平均値を算出した。

(2) 出来事チェックリスト (Events Check List; ECL) (Kim, 2001)

ECL (Events Check List)は、Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS; Asukai & Nishizono,

1998)に付随するものであり、自然災害、火災、爆発、交通事故などの外傷体験の有無を問うチェックリストである。本研究では、いじめが心身に深刻な影響をもたらし、PTSDに関連するストレス反応を引き起こすという報告（富永 et al, 2002）に基づき、瀧井・上田・富永（2013）に習い「いじめ」を追加した。さらに、2021 年の COVID-19 の流行により、生命を脅かす出来事への恐怖、社会的偏見による不安、行動制限などの精神症状が報告されている。メンタルヘルスに深刻な影響を及ぼす可能性を考慮し、「新型コロナウイルスへの感染」、「COVID-19 の蔓延防止に伴う隔離」、「COVID-19 の感染に伴う個人情報の漏洩や誹謗中傷、日用品の不足」といった項目も外傷体験と位置づけ、ECL (Events Check List)に追加した。

(3) PTSD 診断基準 A に関する 4 つの質問について

研究 2 と同様である。

2.4. データ分析

本研究では、外傷体験の有無と累積（なし、単回、複数回）による DES 得点、DES-NDI 得点、DES-T 得点の差異を検証するためにクラスカル・ワリス（Kruskal-Wallis）検定を実施した。

3. 結果

3.1. 調査協力者の人口統計学的特徴

研究 2 と同様である。

合計 1,036 人のアンケートを収集した（有効回答率：99.8%）。平均年齢は 25 歳（男性：528 人、女性：508 人）であった（Table 6）。1,036 人の回答者のうち、619 人が何らかの外傷を経験しており、そのうち、240 人(39%)が単回、379 人(61%)が複数回外傷体験を経験している（Figure 6）。

3.2. 外傷体験数による DES 得点、DES-NDI 得点、DES-T 得点の相違

ECL (Events Check List)における外傷体験の有無と外傷体験の数（単回、複数回）による DES 得点、DES-NDI 得点、DES-T 得点の差異を検討するため、クラスカル・ウォリス検定

を行なった。その結果、DES 得点 ($p = 0.19$)、DES-NDI 得点 ($p = 0.13$)、DES-T 得点($p = 0.64$)は、外傷体験の有無や体験回数による違いは示されなかった。

また、単回の外傷体験と複数回の外傷体験を持つ者において、外傷体験の性質（狭義・広義）による DES 得点の違いを検討した。その結果、単回の外傷体験と複数の外傷体験を持ついずれの者において、体験の性質（狭義・広義）による DES 得点の差は示されなかった ($p = 0.37, p = 0.12$)。

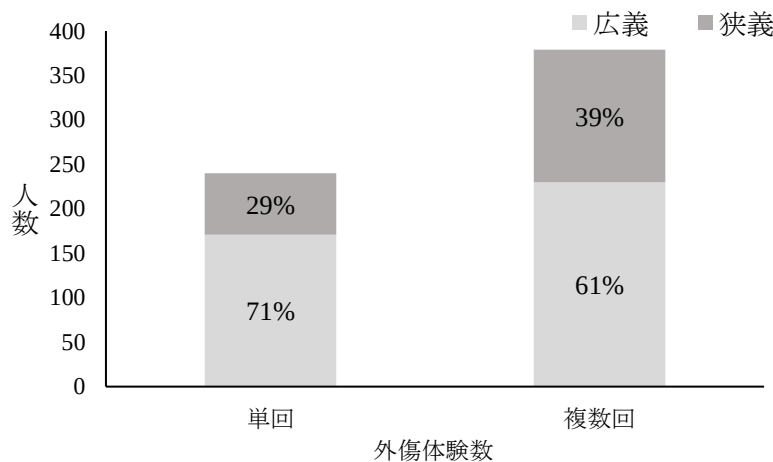


Figure 6. 出来事チェックリストにおける外傷体験の分類

4. 考察

本研究では、外傷体験の数や性質による解離性体験頻度の違いは示されなかったが、この結果は、外傷体験の有無や蓄積、性質と解離性体験頻度の関連を否定するものではない。なぜなら、外傷体験の内容ごとに、これらの要因が解離性体験頻度に与える影響は異なる可能性が残されているからである。例えば、Adverse Childhood Experience 研究によれば、機能不全家族と共に生活するといった困難な体験は、うつ病 (Wiersma et al., 2009) や自殺 (Dube et al., 2001)、解離性障害 (van der Kolk, 2014) と関連する。これらのことから、幼少期の虐待体験をはじめとする逆境体験の有無が、解離性体験頻度や様々な精神症状に影響を与える可能性が示唆されている。本研究で用いた ECL(Events Check List)は、小児期の身体的虐待は含まれているが、逆境体験の内容までは網羅されていない点が限界として挙げられる。したがって、逆境体験の内容ごとに、体験数の累積及び性質の違いが解離性体験頻度に及ぼす影響の解明は、今後の研究課題の一つと言えよう。

また、本節では、PTSD 診断基準 A に含まれている致死性の有無と情動喚起の有無をも

って外傷体験の重篤性を評価し、外傷体験性質の違いとして区別したが、解離性体験頻度に与える影響の相違は示されなかった。致死性の有無をはじめとする診断基準は、外傷体験内容に関する客観的な評価指標であり、外傷体験時の状況を反映しているが、外傷体験後の経過による影響や捉え方の変化は含まれていない。同様な体験においても、捉え方や解釈の違いは PTSD 症状に影響を与える可能性を考えると、外傷体験側の要因のみならず、個人要因の側面から検討することも重要であると考えられる。現在、解離性体験頻度に影響を与える要因として、遺伝的要因や生得要因に関する研究が進められており、知見が蓄積されつつある。一方、日本の解離研究における形成要因の検討は、外傷体験に踏みとどまっており、個人要因の側面から詳細な検討が求められている。

第3節 本章の考察とまとめ

本章では、解離研究の中心に位置付けられている外傷モデルにおける三つの課題を中心に検討を行った。それぞれ、虐待に限らない有害事象が解離性体験に与える影響に関する検討は不足している点と、外傷体験の有無・累積、及び性質の違いが解離性体験に与える影響について、統一した知見が得られていない点である。上記のような課題のギャップを埋めるために、本章の第1節では、外傷体験の内容別に解離性体験頻度を確認し、第2節では、外傷体験の有無と累積及び性質による解離性体験頻度の違いを検討した。

その結果、日本の思春期・青年期の若者における外傷体験歴の割合と内容を明らかにした上、外傷体験歴を持つ若者における解離性体験の分布についても、必要不可欠なデータを提供した。さらに、今回は致死性の外傷体験に限定されないストレス反応を含めた視点から、幅広い外傷体験が解離性体験頻度に与える影響を検討することができたと言えよう。

本章では、外傷体験の有無による解離性体験頻度（DES 得点，DES-NDI 得点，DES-T 得点）の相違は確認されなかった。これらの結果は、外傷内容ごとに検討する今後の解離研究の方向性を示していると同時に、外傷体験側の要因を中心とした解離研究には一定の限界があることを示唆している。例えば、外傷体験に対する脆弱性の視点から考えれば、同様な出来事においても、異なる個人が受ける影響が異なる。Sandberg(2010)も個人脆弱性の重要性を報告しており、成人期における愛着の形成が外傷体験と外傷後ストレス反応の調整変数となり、不安定な愛着を持つ者はそうでない者よりも外傷後ストレス反応を示しやすいという。すなわち、解離性体験は外傷体験の不変な結果ではなく、背後には個人要因の影響が存在する可能性がある(Mai, 1995; Palomo et al., 2007)。したがって、次章（第4章）では、解離性体験頻度に影響を与える要因を個人要因の視点、第5章では、個人要因と出来事要因の相互作用を考慮した視点から検討を進めることとする。

第 4 章

解離性体験と出来事要因を繋ぐ個人要因

はじめに

前章では、解離性体験頻度の個人差を影響する要因及びその背後の臨床心理学的意義を考察するために、出来事要因に着目した。特に、外傷体験を中心とした解離研究の課題を踏まえ、多種類の外傷体験における解離性体験頻度を確認し、外傷体験の有無と累積及び性質の違いによる解離性体験頻度の差異を検討したが、外傷体験側の要因のみによる解離性体験頻度の影響は示されず、一定の限界があることが示唆された。これらの結果は、解離現象は外傷体験の不変な結果ではないという先行研究を支持していると同時に、気質的な背景の存在を示唆している(Mai, 1995; Palomo et al., 2007)。外傷体験に対する脆弱性の視点から考えると、同様な出来事においても、異なる個人が受ける影響が異なる。例えば、Sandberg(2010)も個人脆弱性の重要性を報告しており、成人期における愛着が外傷体験と外傷後ストレス反応の調整変数となり、不安定な愛着を持つ者はそうでない者よりも外傷後ストレス反応を示しやすいという。

また、解離性障害の形成プロセスに関する従来理論においても、Kluft(1984)が提唱した4因子モデルは、解離性障害の形成プロセスを検討する数多くの先行研究が依拠している。第1因子は、催眠にかかりやすいという解離性体験をしやすい素因である。第2因子は、通常の適応力が圧倒され、防衛機制として解離性体験を引き起こす外傷体験である。第3因子は、解離性体験が繰り返されること自体が促進要因となる。さらに、第4因子は、外傷体験の影響から回復できるような養育や治療、及びそれらを提供できる環境の欠如である。すなわち、解離性障害の発症機序に、心的外傷体験、安全な体験・環境の欠如の他、解離しやすい個人要因と解離性体験の反復が関連すると考えられている。その後、Braun & Sachs (1985)はKluftの4因子モデルと類似した3Pモデルを提唱しており、解離性障害の形成プロセスは準備要因と促進要因、及び維持要因の3要因から構成されると捉えている。準備要因とは生物心理学的に解離のしやすさや繰り返される虐待的な環境に晒されることである。それに促進要因のトラウマ的な出来事が加わることで解離性体験が引き起こされるという。また、過酷な環境に反復して曝露され続けることが維持要因となると考えられている。この維持要因は、Kluft(1984)の4因子モデルにおいて、「子どもが癒やされる機会が得られるような養育環境の不在」と具体的に言及されている。以上のように、Kluft(1984)の4因子モデルとBraun & Sachs(1985)の3Pモデルは共通して、外的出来事要因の

ほか、個人要因の関与を示唆している。

これまで、外傷体験を中心とした検討に留まっており、個人要因に着目した研究が少なく、知見が限られている。また、そのうちほとんどは臨床研究から得られているものである。これらのことを踏まえると、個人要因を中心とした研究のさらなる展開が必要であるとともに、臨床群を対象とした先行研究から示唆されたこれらの知見が一般群にも認められるかの検証が求められている。

本章では、2つの研究を通じて、解離性体験に関与する個人要因を検討する。第1節では、被暗示性と対人関係敏感性の側面を中心に、第2節では、自己意識と情動制御の側面を中心に解離性体験に与える影響を検討する。（26 頁，Figure 3 を参照）

第1節 解離性体験と被暗示性、対人関係敏感性との関連(研究 4)

1. 目的

解離性障害の発症機序には、心的外傷体験や安全な養育環境の欠如、解離性体験をしやすいう個人要因が関連すると考えられている(Kluft,1984)。この知見は解離性体験の気質的な背景を示唆している。

従来の解離性障害の臨床知見において、催眠状態へのなりやすさ（催眠感受性 Hypnotizability あるいは催眠被暗示性）は解離性障害事例の特性と考えられ、個人要因の一つとして挙げられている(Ellenberger, 1970, Deeley, 2016; Mertens & Vermetten, 2018)。それは、催眠被暗示性と解離現象は共通して主体性や意識の顕著な混乱が見られ（Kirsch & Lynn, 1998）、同様のメカニズムを持っていること（Woody & Sadler, 2008）が一因であると考えられる。また、高い催眠被暗示性は外傷体験に反応して解離性障害のリスクをもたらすという仮説も両者の関連性を支持している。解離性障害における催眠被暗示性の影響を検証したメタアナリシスの論文（Wieder et al., 2022）によれば、催眠被暗示性の上昇は解離性障害の重症度と共伴し、その傾向は解離性同一性障害患者において最も顕著であった。一方、一般群を対象とした研究においては、質問文によって測定される催眠被暗示性は、実験教示の違いなどの要因に影響されやすく、経時的安定性が欠けていることが指摘されており、解離性体験との関連性が疑問視されている。

また、これまで測定した催眠被暗示性は質問に対する反応に限定した点も限界点として挙げられている。催眠被暗示性が高い人は、自分の行動や経験に対する主体性が顕著に減少する特徴があることから（Polito et al., 2014; Polito, Langdon, & Barnier, 2015）、自己主導の感覚の欠如が推察される。実際、解離性障害と診断される患者は主体性の乏しさと制御力の低下が報告されている（廣澤, 2010）。この臨床的特性は、外傷体験からの回復に関連する研究からも言及されている。すなわち、防衛機制として用いられる解離性体験は、主体性感覚や信念の低下とつながり、目の前の課題の対処に役立つ可能性がある（Mahoney, & Benight, 2019）。

このように臨床的知見から示唆されている催眠被暗示性の関連要因として主体性の乏しさが挙げられ、解離性体験との関連は示唆されているが、この特徴は一般群においても同様に見られるかを検証する必要がある。このように、被暗示性と解離性体験の関連につい

て、低い主体性、すなわち他者からの影響を受けやすいという側面から検討する。

柴山（2007）は、解離性障害事例において、解離性障害の患者は基本的に他者に対する不信感と過敏な怯えを持っており、他者が大勢いる中での緊張や不安に耐えられず、対人過敏性を有すると指摘している。また、解離性障害患者は拒絶されることを連想しやすく、関係性の断絶（見捨てられるや排除されること）を習慣的に解釈する傾向があると指摘されており（Chiu, Ho, & Tollenaar, 2022）、自己認識の異常、対人関係障害の問題が報告されている（Amore & Serafini, 2020）。

愛着理論によれば、「幼少期の受容・拒絶体験は他者と自己信頼感に関する認知に影響を与える。特に虐待のような幼少期に繰り返し起こる有害事象や深刻なストレスは否定的な自己連想を育み、メンタルヘルスに永続的な影響を与えるという（Clark & Beck, 2010）。その不適応反応として、ネガティブな自己認知や社会的に排除されることへの恐怖が特徴づけられており（Gunderson & Lyons-Ruth, 2008）、他者の自分に対する態度の認知を偏らせ、人間関係の発展や維持を妨げる不適応な社会的行動を促すことが指摘されている。このような「他者の拒絶や批判される行動や感情に対する過度の意識と過敏さ」は対人過敏性（Interpersonal Sensitivity ; IPS）と定義されており（Boyce & Parker, 1989）、ネガティブな自己認知を反映している。また、幼少期の親の応答的な養育態度の欠如や損害回避（悲観的な心配、不確かさへの恐れ等）との関連も指摘されている。外傷体験と否定的な自己認知から守るために解離性体験は防衛機制として用いられているという理解に従えば、ネガティブな自己認知や他者の行動に対するネガティブな解釈は解離性体験の維持要因となる可能性が考えられる。

このように、解離性体験はメンタルヘルス不調と対人関係の困難と関連する可能性が示されている。しかしながら、以上の知見は臨床事例に基づく知見であり、解離性体験と対人過敏性の関連は一般群を対象とした研究において十分に検討されていない点が課題として挙げられる。本研究では、被暗示性と対人関係敏感性が解離性体験に与える影響を検討し、臨床群を対象とした先行研究から示唆された知見が一般群にも認められるかを明らかにする。

2. 方法

2.1. 調査対象と手続き

2018 年 4 月から 2018 年 5 月にかけて A 県内大学生 305 名にアンケート調査用紙を配布し回答を依頼した。最終的に分析対象となった 295 名の年齢は 19 歳～23 歳であった（平均年齢：19 歳）。

2.2. 倫理的配慮

調査協力者に研究の目的を説明し、本調査の主旨や匿名性の担保および自由に回答を中止しても問題がないこと等の倫理的配慮に同意する者がアンケート回答を行った。本調査は研究者の所属施設の研究倫理委員会において承認された。

2.3. 調査内容

デモグラフィック項目として、すべての調査対象者に性別および年齢を尋ねた。

(1) 解離性体験尺度日本語版（Dissociative Experiences Scale-II；田辺・小川，1992）

研究 1 と 2, 3 と同様である。DES-II 全 28 項目の平均点を算出し、DES 得点とした。病的解離（DES-Taxon；8 項目）および正常解離（DES-Normal Dissociative Index；20 項目）得点は、対応する項目得点の平均値を算出した。

(2) Interpersonal Sensitivity Measure 日本語版（IPSM；桑原ら，1999）

対人関係敏感性の測定は、Interpersonal Sensitivity Measure 日本語版（桑原 et al., 1999）を用いた（以下、IPSM と略記）。「自分が他の人に及ぼす影響について気に病む」などの 7 項目からなる「対人意識」，「他の人と親しい関係にあると，安心する」などの 8 項目からなる「是認要求」，「人と別れると，動揺する」などの 8 項目からなる「分離不安」，「拒否されるのを恐れて，自分の考えを言うのを避ける」などの 8 項目からなる「臆病さ」，及び「他の人が本当の私を知ったら，私のことを好きにならないだろう」などの 5 項目からなる「脆弱な内的自己」について，「全く該当しない」から「とても該当する」までの 4 件法により評定を求めた。それぞれの下位項目の合計得点を下位尺度得点とした。

(3) 多要因被暗示性尺度

「被暗示性」を測定するために，多要因被暗示性尺度（井手・山村・梶原，2009）の中，

「周りの人の感情に左右され、動揺してしまったり、神経質になることがある」、「他人から言われることが気になる」、「強く主張する他人の意見に従ってしまいやすい」などの被影響性の内容が含まれる 7 項目について、5 件法より回答を求め、合計得点を被暗示性得点とした。

2.4. データ解析

被暗示性と IPSM 各下位尺度（対人意識、承認欲求、分離不安、臆病、脆弱な内的自己）得点を説明変数、DES 得点、DES-NDI 得点、DES-T 得点を目的変数とした重回帰分析（強制投入法）を行なった。統計解析には SPSS Ver.25 を用いた。

3. 結果

被暗示性と IPSM 下位尺度得点（対人意識、承認欲求、分離不安、臆病、脆弱な内的自己）が DES 得点、DES-NDI 得点、DES-T 得点に与える影響を検討するため、重回帰分析（強制投入法）を行なった。その結果、Table 8 の通りである。

まず、DES 得点と DES-T 得点を従属変数とした重回帰分析の結果、モデルは有意であった $R^2=0.22$, $F(7,294)=12.61$, $p<.001$; $R^2=0.21$, $F(7,294)=11.88$, $p<.001$ 。標準偏回帰係数として、被暗示性 ($\beta=0.33$, $p<.001$; $\beta=0.34$, $p<.001$) と分離不安 ($\beta=0.40$, $p<.001$; $\beta=0.36$, $p<.001$)、臆病さ ($\beta=-0.17$, $p<.001$; $\beta=-0.17$, $p=0.04$) が有意に影響していることが示された。

また、DES-NDI 得点を従属変数とした重回帰分析の結果、 $R^2=0.17$ でありモデルは有意であった ($F(7,294)=9.18$, $p<.001$)。標準偏回帰係数として、被暗示性 ($\beta=0.25$, $p<.001$) と分離不安 ($\beta=0.46$, $p<.001$) が有意に影響していることが示された。

4. 考察

先行研究において、高い頻度の解離性体験とメンタルヘルス不調との関連が報告されている。このことを踏まえ、本研究は解離性体験に寄与する個人要因を被暗示性と対人関係敏感性の視点から検討し、解離性体験の形成メカニズムの解明及び高い頻度で解離性体験を有する者への理解を深めるための示唆が得られたと言えよう。

4.1.解離性体験と被暗示性について

従来、主に催眠被暗示性に関する研究から解離性障害と被暗示性の関連が指摘されてきたが、本研究で使用した被暗示性（第二次被暗示性）尺度と解離性体験との関連を検討した研究報告は未だない。この尺度は、被催眠性を測定する CIS 尺度（Barber & Wilson, 1977）よりも、主として他者からの意志的・感情的な影響の受けやすさを測定し、能動的に主体性を持って、安定した自己のありかたを検出することに適している（仲, 1998）。その測定項目には、感情的に周囲からの影響を受けやすい、他人から言われることが気になる、強く主張する他人の意見に従ってしまいやすい等が含まれる。よって、本研究の結果は、被催眠性以外にも、他人の言動に影響を受けやすく、主体性を持って主張したり、実感を伴って物事を体験したりすることが困難である特性が解離性体験を助長する可能性を示唆している。また、CIS 尺度の被暗示性を情動として測定した先行研究によれば、被暗示性は公的自意識と正の相関があり、自尊心、他者と望ましい関係を築く社会的スキル、主体的に行動することとは負の相関がある（鈴木・木野, 2008）。これらの知見から、不十分な社会的スキルによる対人不安や自己主張の欠如、不慣れな行動などが背景となり、解離性体験を引き起こしている可能性が考えられる。さらに、被暗示性が高く、自己主導感覚の欠如の人は、他者の注意を維持するために服従的に行動することが推察される。この特徴は演技性パーソナリティ障害においても見られることが興味深い。

4.2.解離性体験と対人関係敏感性（IPSM）について

また、本研究の結果から、対人関係敏感性は解離性体験に影響を与えることが示され、そのうち、解離性体験頻度（DES 得点）と病的解離（DES-T 得点）には分離不安とともに臆病さによる影響が示された。今回の所見は、柴山（2007）が、臨床経験に基づき、解離性障害患者は、対人過敏性を有し、他者の自分に対する好意的な評価を疑い、その視線を過剰に気にする傾向があるという指摘と一致している。

IPSM の下位尺度である分離不安は人から心理的に遠ざかることによって不安が生じやすくなる傾向、及び臆病さは人に対してアサーティブになれない傾向を、それぞれ反映している。それゆえ、対人関係敏感性の強い人は、特に批判や拒絶されるような対人関係に敏感であり、他者からのネガティブな評価のリスクを最小限に抑えるよう行動する傾向があり（Posternak & Zimmerman, 2002）、対人的状況の回避や他者に対する不安を生じやすいと

考えられている（江田・日高,2007）。

IPSMの下位尺度の中で、解離性体験との関係では分離不安が最も高い影響力を示した。これまで両者の関係を報告した研究はほとんどない。Şar et al.(2014)は、11歳から17歳の思春期の外来患者のうち、解離性障害と診断された患者群は、対照患者群と比較して、分離不安障害の合併率が有意に高いことを報告し、アタッチメントの障害の存在を示唆している。分離不安は、他者との心理的距離が遠ざかることによる不安を意味しており、対人関係の劣等感（長谷川，2013）、及び抑うつ症状（McCabe et.al, 1999）との関連が対人関係敏感性の他の側面との関連よりも強い。また、IPSMとアタッチメントスタイル（AAS）との関連を報告した調査（Mohammadian et.al,2017）によれば、IPSMの得点が、見捨てられたり、愛されないことへの不安(anxiety)と正の相関を示し、親密的な関係による快適さ(closeness)、及び他者への信頼(dependence)とは負の相関を示した。以上の知見を合わせると、高い対人敏感性や見捨てられ不安、他者への不信が解離性体験に影響を与える背後には、アタッチメントの問題が存在する可能性がある。この点は、解離性体験を頻繁に体験する青年期事例に対する心理支援においても十分に留意する必要があると考えられる。

しかしながら、解離性体験と対人不安、あるいはアタッチメント障害との因果関係はなお明らかではない。なぜなら、解離性体験は抑うつや不安を呈する病態にも広く認められており（Şar et al. 2014; Lyssenko et al, 2018）、それらの合併する精神状態も対人過敏性と深く関連するからである。そもそも IPSM によって測定される対人関係敏感性は、「他人の行動と感情に対する過度の認識と過敏」と定義されており、うつ病のリスク要因として臨床観察から提唱された心理特性である（Boyce & Parker,1989）。その下位尺度のうち、対人意識は、他人の評価や考えを気にしやすい傾向、分離不安は人から心理的に遠ざかることによって不安が生じやすくなる傾向、及び脆弱な内的自己は拒絶されることを恐れ自己開示できない傾向を、それぞれ反映している。対人関係敏感性の強い人は、特に批判や拒絶されるような対人関係に敏感であり、他者からのネガティブな評価のリスクを最小限に抑えるよう、自己の表現を修正する傾向があり（Posternak & Zimmerman, 2002）、対人的な回避や他者に対する不安が生じると考えられる（江田・日高,2007）。また、大学生を対象に行われた調査において、高い対人関係敏感性は、抑うつ症状や社交不安との関連が報告されている（McCabe et.al 1999; Mohammadian et.al, 2017）。以上のように、解離性体験は、対人過敏性、なかでも分離不安による不安や抑うつ症状と関連する可能性もあることから、今後は

状態－特性不安尺度（STAI）や自己評価式抑うつ尺度（SDS）などの評価尺度も用いて、解離性体験と抑うつ・不安、対人過敏性との構造的関係を明らかにする必要があると考えられる。

Table 8. 被暗示性と対人関係敏感性 (IPSM) がDES (DES-NDI、DES-T) に与える影響

個人特性	<i>M</i>	<i>SD</i>	DES		Standardized coefficients β	<i>t</i>	<i>p</i>	DES-NDI		Standardized coefficients β	<i>t</i>	<i>p</i>	DES-T		Standardized coefficients β	<i>t</i>	<i>p</i>
			Unstandardized coefficients	Std. Error				Unstandardized coefficients	Std. Error				Unstandardized coefficients	Std. Error			
			β					β					β				
性	-	-	-0.47	1.07	-0.02	-0.44	0.66	-0.40	1.12	-0.02	-0.36	0.72	-0.50	1.15	-0.02	-0.43	0.67
被暗示性	22.85	4.93	0.66	0.14	0.33	4.60	0.00***	0.50	0.15	0.25	3.36	0.00***	0.73	0.16	0.34	4.69	0.00***
対人関係敏感性																	
対人意識	19.07	4.59	-0.23	0.24	-0.11	-0.94	0.35	-0.16	0.25	-0.07	-0.65	0.52	-0.25	0.26	-0.11	-0.98	0.33
承認欲求	22.46	3.65	0.10	0.17	0.04	0.58	0.57	-0.16	0.18	-0.06	-0.90	0.37	0.20	0.18	0.07	1.10	0.27
分離不安	19.97	4.41	0.91	0.22	0.40	4.10	0.00***	1.05	0.23	0.46	4.55	0.00***	0.86	0.24	0.36	3.57	0.00***
臆病さ	21.73	4.11	-0.41	0.19	-0.17	-2.08	0.00***	-0.34	0.20	-0.14	-1.66	0.10	-0.43	0.21	-0.17	-2.07	0.04*
脆弱な内的自己	11.41	2.94	0.01	0.28	0.00	0.02	0.98	-0.16	0.29	-0.05	-0.54	0.59	0.07	0.30	0.02	0.24	0.81
定数	-	-	-10.22	3.74	-	-2.73	0.01**	-8.12	3.89	-	-2.09	0.04*	-11.06	4.02	-	-2.75	0.01**
Coefficient of Determination R2					0.24					0.19					0.23		
Adjusted R2					0.22					0.17					0.21		
Sig					.00***					.00***					.00***		

N = 295 ; DES-NDI : DES-Normal Dissociative Index (20項目) ; DES-T : DES-Taxon (8項目)

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

第2節 解離性体験と情動制御，自己意識との関連（研究5）

1. 目的

情動制御は「感情の強度を状況に即した適切なレベルに変化させること」(Gross, 1998)と定義されており，精神的健康の維持・向上に非常に重要である。多くの精神疾患には何らかの情動調整の問題が見られることが報告されている。臨床研究において，情動制御は抑うつ傾向や身体症状との関連が報告されており，不安障害の発症と維持に関与する要因として指摘されている(Booth et al, 2019; Chung, Jalal, & Khan, 2014)。また，不適応な情動調節はPTSDの重症度と相関し，解離性障害の発生・維持要因である可能性が，メタ解析を含む多くの研究より報告されている (Cavicchioli et al., 2021 ; Merckelbach et al., 2017)。そのうち，「感情自覚困難」と「感情制御方略の少なさ」が解離性体験を強めるという。同様，Powers et al. (2015) はPTSD症状 (Posttraumatic Stress Symptoms; PTSSs) と解離性体験との関係における情動制御の媒介効果を指摘しており，Deen et al.(2022) も心的外傷とストレス障害-解離サブタイプ (Dissociative Subtype of Posttraumatic Stress Disorder; D-PTSD) の患者が感情調節の問題を抱えており，抑うつ症状とPTSD症状が深刻であることを報告している。これらのことは解離性体験における情動制御の重要性を裏付ける知見を提供している。

このように，解離性体験は恐怖や逃避が不可能なことから生じると理論づけられていることを考えると，ネガティブ感情に圧倒され対処困難であることは解離性体験を引き起こす一因となる可能性が考えられる。従来，解離性障害の症例研究において，解離性障害に見られる特徴として，感情統制が困難で，突然に侵入思考が現れること，刺激によって内面に情動が生じると，混乱に至りやすいことが報告されている（橋本，2015）。これらの知見からも同様に，易刺激性の背景には情動制御能力の如何が関与している可能性が示唆されている。

また，離人症の症例報告（木村，1970）から正常範囲に離れた自己意識の様相が窺える。自己の不確実感が増し，他者の視線を過度に意識したまま身動きが取れなくなってしまうケースもある。この存在感覚の異常は離人症的な自己意識の特性であるとされているが，日常生活においても，Fenigstein et al.(1979)によって提唱された，自己の外的側面や他者による評価的態度に注意を向けやすい公的自己意識（public self-consciousness）の高さも解離性体験との関連が示唆されている。高い公的自己意識に伴い，「理想の自己」と「現実の自

己」の乖離を自覚するようになり、自己評価が低下し、自己否定感が強化される可能性がある。その否定的感情を対処するため、他者からの評価に敏感になり、対人関係場面を回避するようになるという。同様に回避という防衛機制の側面を持つ解離性体験と対人不安との関連を考えると、その背後には公的自己意識の影響は否定できない。

このように、解離性体験に影響を与える個人要因について、解明されていないことが多い。本節では、情動制御能力、公的自己意識の高さが解離性体験に与える影響を検討した。

2. 方法

2.1.調査対象と手続き

2014年1月～2015年11月にA県内大学生・大学院生205名にアンケート調査用紙を配布し回答を依頼した。記入漏れがあった7名を除外し、198名（平均年齢：20歳）を分析対象とした。

2.2. 倫理的配慮

調査協力者に研究の目的を説明し、本調査の主旨や匿名性の担保および自由に回答を中止しても問題がないこと等の倫理的配慮に同意する者がアンケート回答を行った。本調査は研究者の所属施設の研究倫理委員会において承認された。

2.3.調査内容

デモグラフィック項目として、すべての調査対象者に性別および年齢を尋ねた。

(1) 解離性体験尺度日本語版（Dissociative Experiences Scale- II ; 田辺・小川, 1992）

研究1と2, 3, 4と同様である。DES-II全28項目の平均点を算出し、DES得点とした。病的解離（DES-Taxon ; 8項目）および正常解離（DES-Normal Dissociative Index ; 20項目）得点は、対応する項目得点の平均値を算出した。

(2) 自己意識尺度（菅原, 1984）

自己意識尺度は、自己の内面に対して注意が向く傾向である私的自己意識と、他者に対して注意を向ける傾向である公的自己意識の合計21項目で構成されている。本研究では、公

的自己意識を測定する 11 項目を用いた。調査協力者には、「当てはまらない」から「あてはまる」の 4 件法で回答を求めた。得点が高いほど、他者に対して注意を向ける傾向が高いことを示す。

(3) 情動制御尺度(ER 尺度; Matsumoto, LeRoux, Ratzlaff, Tatani, Uchida, Kim, & Araki, 2001)

国際適応力尺度(The Intercultural Adjustment Potential Scale:ICAPS; Matsumoto et al.,2001)の 4 つの下位尺度のうちの情動制御 (ER) を使用した。ER は異文化状況に限定されずに心理的スキルとして、ストレスや葛藤状況において、情動を安定させて対応できる能力を測定している。11 項目について「全く当てはまらない」から「非常に当てはまる」の 7 件法で回答を求めた。得点が高いほど、情動を制御していることを示す。

2.4. データ解析

自己意識（公的自意識）と情動制御得点を説明変数、DES 得点、DES-NDI 得点、DES-T 得点を目的変数とした重回帰分析（強制投入法）を行なった。統計解析には SPSS Ver.25 を用いた。

3. 結果

自己意識と情動制御が解離性体験に与える影響

自己意識（公的自意識）と情動制御得点が DES 得点と DES-NDI 得点及び、DES-T 得点に与える影響を検討するため、重回帰分析（強制投入法）を行なった。

DES 得点と DES-NDI 得点及び DES-T 得点を従属変数とした重回帰分析の結果、全てのモデルは有意であったが、 R^2 は低い値であった。それぞれ、DES 得点は $R^2 = 0.05$ ($F(3,197) = 4.6, p < .001$), DES-NDI 得点は $R^2 = 0.04$ ($F(3,197) = 3.9, p < .001$) , DES-T 得点は $R^2 = 0.06$ ($F(3,197) = 5.3, p < .001$)。標準偏回帰係数として、公的自意識 ($\beta = 0.18, p = 0.02$; $\beta = 0.15, p = 0.05$; $\beta = 0.22, p = 0.002$) と情動制御 ($\beta = -0.21, p = 0.01$; $\beta = -0.20, p = 0.01$; $\beta = -0.21, p = 0.006$) が有意に影響していることが示された。(Table 9)

4. 考察

本研究の目的は個人要因としての自己意識と情動制御が解離性体験に与える影響を明らかにすることであった。その結果、公的自己意識に加え、情動制御能力の低さは解離性体験を助長する個人要因であることが示された。

4.1. 公的自己意識と解離性体験

公的自己意識が高いことは、青年期大学生の特徴の一つである。青年期において自己覚醒(Self-awareness)が高まり、自己の状態に敏感になり、理想の自己との差を感じやすく、この状態を脱出するために、他者の評価、社会的規範などの外的要因を基準に自己を一致させる傾向がある（押見，1986）。従って、他者からの評価的態度や視線に対して敏感になり、他者の評価に不安や恐怖を抱きやすい。また、高い公的自己意識を有し、他者の目に映る自分を強く意識しやすい人は、防衛的・逃避的行動を取ることがあることを考えると（菅原，1984），解離性体験はその逃避的な対処法の一つとして用いられている可能性が考えられる。つまり、公的自己意識の背後には、理想の自己とのギャップに由来する他者の評価的態度への敏感さや対人不安、対人緊張が隠れており、防衛機制としての解離性体験の頻用に影響を与える可能性がある。

4.2. 情動制御と解離性体験

また、本節の結果から、困難な情緒制御も解離性体験に影響を与える要因であり、自己コントロールする力の弱さは情緒面においても反映されていることが示された。情動コントロールが難しいことは、ストレスや不安を抱えやすい一因である可能性が考えられる。従来、情緒制御の問題と精神病理との関連が考えられており、我が国で理解されているうつ病の病前性格として、特に下田の執着性格と Tellenbach のメランコリー親和型性格がよく知られている（黒木・七田，2015）。この通説は情動制御能力の乏しさと抑うつとの関連性と矛盾するかもしれない。しかしながら、近年のパーソナリティとうつ病の関連性に関する研究では、Big Five のニューロチズム（Neuroticism）の高さがうつ病と関連することが指摘されており、不安障害の発症を強く予測しうることも報告されている（Kotov et al,2010）。これらの知見を踏まえると、他者的評価及び態度に敏感になりやすい青年期の大学生は、情緒制御の苦手さが背景となる不安及び抑うつ感を感じることが考えられる。これらのことも解離性体験の頻繁使用を促進する可能性が考えられる。

さらに、情動制御困難な背後には、感情に対する否定的な認知が存在し影響を果たしていることが指摘されている。Garnefski et al.(2001)によれば、反芻、破局視、自己非難などの不適応な認知的情動制御スタイルを用いる人は、情動的問題に陥りやすい。また、感情を圧倒的なものと考える人ほど情動制御が困難であることが指摘されており、感情に対する否定的な認知が情動制御の如何に影響を与えるという。それらの知見に従えば、感情を耐え難いものと認知することにより、感情回避や不適応な対処の頻用が促進され、情動制御困難になる可能性があると考えられる。これらの知見は、情動制御が解離性体験に与える影響の背後には、感情に対する否定的な認知が存在する可能性を示唆しており、認知的評価の側面による更なる検討の方向性を示している。

著者(2018)によると、頻繁に解離性体験を経験する大学生において、最も体験されやすいのは一時的に注意が逸れる体験、何かに没頭する体験である。これらの体験は、心理的なリラクゼーションや作業効率の向上に役立ち、ポジティブな効果が期待できる。一方、これらの体験に反映される共通的な特性は、低い制御力や他者からの評価的態度に対する敏感性であることから、解離性体験の頻用に留意する必要があるが示唆されている。特に、問題解決場面において、低い主体性や課題対処力の欠如により、非機能的な回避パターンが優先される可能性があると考えられる。

Table 9. 情動制御と自己意識がDES得点（DES-NDI、DES-T）に与える影響

個人特性	<i>M</i>	<i>SD</i>	DES			<i>t</i>	<i>p</i>	DES-NDI			<i>t</i>	<i>p</i>	DES-T			<i>t</i>	<i>p</i>
			Unstandardized coefficients	Std. Error	Standardized coefficients			Unstandardized coefficients	Std. Error	Standardized coefficients			Unstandardized coefficients	Std. Error	Standardized coefficients		
			β		β			β		β			β		β		
私的自己意識	34.25	5.48	-0.14	0.20	-0.06	-0.72	0.470	-0.08	0.20	-0.03	-0.40	0.69	-0.30	0.22	-0.11	-1.38	0.17
公的自己意識	28.54	5.21	0.46	0.19	0.18	2.44	0.015*	0.39	0.19	0.15	2.02	0.045*	0.63	0.21	0.22	3.07	0.002**
情動制御	26.02	5.16	-0.57	0.20	-0.21	-2.79	0.006**	-0.55	0.21	-0.20	-2.62	0.01*	-0.62	0.22	-0.21	-2.77	0.006**
定数	-	-	27.57	10.48	-	2.63	0.009**	29.03	10.77	-	2.70	0.008**	24.02	11.48	-	2.09	0.038*
Coefficient of Determination R2			0.07			0.06			0.08								
Adjusted R2			0.05			0.04			0.06								
Sig			.00***			.00***			.00***								

N = 295 ; DES-NDI : DES-Normal Dissociative Index (20 項目) ; DES-T : DES-Taxon (8 項目)

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

第3節 本章の考察とまとめ

先述の通り、解離性障害の形成プロセスに関する先行研究において、Kluft(1984)は4因子モデル、Braun & Sachs(1985)は準備要因、促進要因、及び維持要因から構成される3Pモデルを提唱している(22頁を参照)。これらの知見は共通して、解離性障害の形成要因には、外的出来事要因のほか、個人要因の関与を示唆している。本章は、個人要因に着目し、臨床群を対象とした先行研究から示唆された知見が一般群にも認められるかを明らかにした。第1節では、被暗示性と対人関係敏感性、第2節では、情動制御と自己意識の観点から検討を行った。その結果、主体性や情動制御力が低く、他者の評価的態度に敏感で、他者の期待に応じるような言動を調整する傾向、対人不安を感じやすい傾向が解離性体験を助長することが示された。対人関係敏感性と抑うつ・不安との関連を報告した先行研究を踏まえると、解離性体験と対人過敏性との関連は、解離性体験の併存が見られる抑うつや不安を反映している可能性が否定できない。この点を明らかにできなかったことは本研究の限界であり、今後、抑うつ・不安の評価尺度も用いた調査を行い、相互の関係を検討する必要がある。また、困難な情動制御が解離性体験に与える影響の背後には、感情及びその対処に対する否定的な認知が影響を及ぼしている可能性があり、今後は更なる検討が必要である。

このように、第4章では個人要因を中心に、解離性体験への影響を検討した。これらの個人要因の背後には、低い自尊心や制御力、ネガティブな自己評価、否定的な認知が存在する可能性が示唆されており、出来事を受け止める際の脆弱性として作用する可能性が示唆されている。同様な体験においても、出来事を深刻でネガティブに捉えることにより、重篤なストレス反応を示すと同時に解離性体験が現れる可能性が考えられる。このことを踏まえると、出来事の影響と、個人脆弱性を構成する要因とともに、両者の相互作用を含めた検討が必要であると考えられる。したがって、第5章では、個人要因と出来事要因の相互作用による影響を含めて検討することとする。

第 5 章

出来事要因と個人要因の相互作用が 解離性体験に与える影響

はじめに

従来、外傷モデルに基づく解離の先行研究において、外傷体験による影響が重要視されてきた。そのことを背景に、第3章では、外傷体験の内容と外傷体験の累積及び性質の違いを中心に解離性体験の差異を検討した。その結果、外傷体験のみでは、解離性体験を説明するのに不十分であることが示され、個人要因の側面から検討する必要性が示唆された。第4章では、外傷体験のほか、個人要因が解離性体験の形成に関与している可能性を踏まえ、被暗示性や対人関係敏感性、自己意識、情動制御に着目した。その結果、低い主体性と情動制御、及び高い対人関係敏感性、公的自己意識が解離性体験を助長することが示された。すなわち、一般群において、解離性体験頻度が高い者は臨床群と同様な臨床心理学的背景を有することが示唆された。このように、前章までの第3章と第4章では、解離性体験に影響を与える要因について、それぞれ個人要因と出来事要因を中心に検討を行った。

一方、近年、個人要因と出来事要因の相互作用による影響が注目されつつある。特に、外傷モデルに基づく解離研究において、個人の脆弱性や出来事の捉え方といった個人要因によって、外傷体験の影響力が異なる可能性が指摘されており、個人要因の媒介効果に関心が集まっている。つまり、出来事要因と個人要因の相互作用を含む検討が必要であることが示唆されている。したがって、本章（第5章）では、出来事要因と個人要因の相互作用を考慮し検討する。

例えば、外傷体験後に見られる否定的な認知は、PTSD 症状（Posttraumatic Stress Symptoms; PTSSs）の上昇をもたらすという報告がある。また、人生早期の有害事象とそれによって形成される愛着スタイルは解離性体験の先行要因として数多くの先行研究より指摘されていることを踏まえると、人生早期に形成される愛着スタイルも個人要因の一つとして重要視すべきであろう。このように、出来事要因と解離性体験の関連を検討していくにあたって、個人要因の媒介的役割を配慮し、両者の相互作用を含めて検討する必要は示唆されているが、実証研究が少ない。

したがって、本章では出来事要因と個人要因及び両者の相互作用が解離性体験に与える影響を検討する。第1節では、外傷体験を出来事要因とし、PTSD 症状の強さと外傷後認知特性を個人要因とし、両要因がそれぞれ解離性体験の増加に与える影響を検討するとともに、その影響の強さは外傷体験の性質（狭義、広義）によって異なるのかを検証する。

また、PTSD 症状が解離性体験の増加与える影響は、外傷後認知特性によって増強されるのかを検証する。第 2 節では、養育スタイルを出来事要因、愛着スタイルを個人要因とし、両要因がそれぞれ解離性体験の増加に与える影響を検討し、さらに、養育スタイルが解離性体験に及ぼす影響は愛着スタイルによって異なるのかを検証する。

第1節 外傷体験性質による心的外傷後ストレス障害と外傷後認知が解離性体験に与える影響（研究6）

1. 目的

先行研究において、解離性体験と心的外傷後ストレス障害 (Posttraumatic Stress Disorder; PTSD)との関連が報告されている (Brand & Stadnik, 2013)。解離性体験は、外傷体験の認知的・感情的処理を困難し (Ebner-Priemer et al., 2009)、PTSD 症状 (Posttraumatic Stress Symptoms; PTSSs) や重症度を影響する一因として指摘されることは多い一方 (Kumpula et al., 2011)、逆方向の研究が少ない。Murphy et al. (2017) は、PTSD 症状は解離性体験の有意な予測要因であることを報告しているが、その検討は外傷体験の質（狭義、広義）や、体験者の個人要因を考慮しておらず、さらなる研究が求められている。

現在、外傷体験に関連する個人要因が解離性体験の増加に影響を与える可能性に研究の関心が高まっている。例えば、外傷に関連した認知（世界や自分に対する否定的認知）や、外傷的状况に関連する感情を回避すること (Serrano-Ibáñez et al., 2021) などが挙げられる。岡野 (2007) は解離を論じるためには、外傷体験者の捉え方 (perspective) を考慮すべきだと指摘している。また、トラウマ治療に関する研究において、解離性体験頻度が高い患者は、認知的・感情的側面の処理に問題があることが指摘され、解離性体験と自己否定的信念との関連が報告されている。他にも、罪悪感を感じやすい (Rugens & Terhune, 2013 ; Sperandio et al., 2018) ことや、拒絶されることへの自己連想 (Chiu et al., 2021) が、解離性体験を引き起こしやすい個人特徴として指摘されている。これらの知見は、個人のネガティブな認知特性が解離性体験を助長する可能性を支持している。

外傷体験後の認知特性は、PTSD 症状や出来事に対する主観的な評価と強く関連し (Weathers & Keane, 2007)、外傷体験の回復過程に関与する個人差として挙げられている。先述したように、PTSD 症状が解離性体験の増加に影響を与える可能性があるという仮説を踏まえると、ネガティブな認知特性により、その影響がさらに増強される可能性は考えられるが、検証が必要である。

従って、本節では、まず、PTSD 症状と外傷後認知特性がそれぞれ解離性体験の増加に与える影響を明らかにする。また、それらの影響は、外傷体験の質によって異なるのかを検討する。さらに、PTSD 症状が解離性体験頻度に与える影響は、外傷後否定的な認知によっ

て増強されるのかについて検討する。

仮説は以下の通りである。

H1：PTSD 症状の強さと外傷後否定的な認知特性は、解離性体験の増加に影響を与える。

その影響の強さは外傷体験の致死性の有無によって異なる。

H2: PTSD 症状が解離性体験の増加与える影響は、外傷後否定的な認知によって増強される。

2. 方法

2.1. 調査対象者と手続き

2021 年 3 月から 4 月にかけて、インターネットリサーチ会社（株式会社マクロミル、東京都港区港南 2-16-1）の協力を得て、全国規模の Web 調査を実施した。調査協力者は(株)マクロミル社の保有するインターネット調査用のアンケートモニタであり、日本 47 都道府県 18～29 歳の住民から抽出された。また、各地域における調査協力者の人数と性別は、Table 6（56 頁を参照）の通りである。

調査協力者は次の手順で調査に参加した。まず、当方から研究で使用する質問紙案を(株)マクロミル社に送付し、Web 上での調査フォーマットの作成を依頼した。次に、同社が保有するモニタに対しメールによる調査への案内が送付された。調査終了後、同社より当方に対して入力済みの回答データが Excel ファイルで提供された。

2.2. 倫理的配慮

Web ページ上で本調査の目的や主旨、匿名性の担保を記載し、調査参加は対象者本人の自由意志で決定できること、一旦同意して回答を開始した場合でも、回答データを送信するまでにはいつでも中止することができることを記した。その上で、調査参加への意思を確認するために、対象者がクリックして、調査項目の画面に進むこと、回答後のデータを送信することを持って、同意の取得とみなした。本調査は研究者の所属施設の研究倫理委員会において承認された。

2.3. 調査内容

(1) DES (田辺・小川, 1992)

研究 1, 2, 3, 4, 5 と同様である。全 28 項目の平均点を算出し、DES 得点とした。病的解離得点 (DES-Taxon) および正常解離得点 (DES-Normal Dissociative Index) は、対応する項目得点の平均値として算出した。

(2) 出来事チェックリスト (Events Check List; ECL) (Kim, 2001)

研究 2, 3 と同様である。

(3) PTSD 診断基準 A に関する 4 つの質問について

研究 2, 3 と同様である。

(4) Impact of Event Scale-Revised (IES-R) の日本語版 (Asukai et al., 2002)

Weiss & Marmar (1997) によって作成された Impact of Event Scale-Revised (IES-R) の日本語版 (Asukai et al., 2002) を使用した。IES-R は、侵入症状、回避症状、覚醒亢進症状の 3 因子、全 22 項目から構成されている。過去 1 週間でどの程度、PTSD 症状に悩まされたかを 5 件法 (全くなし~非常に) で測定する質問紙である。日本語版では、外傷性ストレス症状のハイリスク者をスクリーニングするには、24/25 点のカットオフ得点が推奨されており、25 点以上である場合、PTSD の発症リスクが高いとされている。

(5) 日本版心的外傷後認知目録 (JPTCI; 長江 et al., 2004)

JPTCI は Foa et al. (1999) が開発し、長江・増田らが日本語版作成し、外傷体験者の認知を測定する尺度であり、3 つの下位因子から構成されている。それぞれは、「自分は、だめな人間である」などの 22 項目からなる自己に関する否定的な認知 (Negative Cognitions About Self) と、「あの出来事が起きたのは、自分の振る舞いが原因であった」などの 5 項目からなる「トラウマに関する自責の念 (Self-Blame)」と、「いつでも用心していなければならない」などの 7 項目からなる世界に関する否定的な認知 (Negative Cognitions About the World) である。また、「感情がコントロールできないので、何かとんでもないことになってしまいそうだ」などの 3 項目はダミー項目である。これらの項目内容について、「全くそう思わない」から「全くそう思う」の 7 件法で回答を求めた。

2.4. データ分析

本研究では、H1 と H2 について、性と外傷経験の性質（狭義、広義）、IES-R と JPTCI の下位尺度得点、両尺度の下位尺度の交互作用項、外傷体験性質と両尺度の各下位尺度の交互作用項が DES-NDI, DES-T 得点に与える影響を検討するため、階層的重回帰分析を行った。交互作用項は、IES-R の下位尺度の「侵入症状」、「回避」、「過覚醒」得点と、JPTCI の下位尺度の「自己に関する否定的認知」、「自責の念」、「世界に関する否定的認知」得点を中心化して上、掛け合わせたものを使用した。

3. 結果

3.1. 調査協力者の人口統計学的特徴

調査 2, 3 と同様である (Table 6)。1,036 人の回答者のうち、ECL (Events Check List) の項目内容に「経験があり」と回答した者は 619 人であった。また、IES-R のカットオフ得点以上を示す 287 人のうち、狭義・広義の外傷体験に分類される人数はそれぞれ 218 名, 161 名であることが示された。

3.2. IES-R と外傷後認知が解離性体験に与える影響

IES-R 下位尺度（侵入症状、回避、過覚醒）と外傷後認知下位尺度（自己に関する否定的認知、自責の念、世界に関する否定的認知）及び各交互作用が DES 得点（DES-NDI, DES-T）に与える影響を検討した。DES-NDI 得点と DES-T 得点を従属変数として、階層的重回帰分析を行った。Step1 では、統制変数として、性と最もストレスとなる出来事の性質（狭義・広義）のダミー変数を投入した。Step2 では、主効果の検討として、IES-R の下位尺度と、外傷後認知の下位尺度を投入した。Step3 では、外傷体験の性質（狭義・広義）と IES-R の各下位尺度、外傷後認知の各下位尺度得点の交互作用項（変数を中心化した後に掛け合わせたもの）、並びに IES-R の各下位尺度と外傷後認知の各下位尺度の交互作用項を投入した。

まず、DES-NDI 得点を従属変数とする階層型重回帰分析の結果、Step1 ($F(2,618) = 22.5$, $p < .001$) から Step2 で分散説明率の有意な増加が見られた ($\Delta R^2 = 0.20$, $F(8,618) = 26.5$, $p < .001$)。また、外傷後認知の下位尺度、すなわち自己に関する否定的認知 ($\beta = 0.23$, $p = 0.002$), 自責の念 ($\beta = 0.12$, $p = 0.028$), 世界に関する否定的認知 ($\beta = -0.16$, $p = 0.004$) の主効果は

有意であった。一方、Step3 では ΔR^2 は有意ではなかった ($\Delta R^2 = 0.02, F(23, 618) = 10.45, p < .001$)。

また、DES-T 得点を従属変数とする階層的重回帰分析では、Step1 ($F(2, 618) = 22.1, p < .001$) から Step2 で分散説明率の有意な増加が見られた ($\Delta R^2 = 0.19, F(8, 618) = 28.2, p < .001$)。外傷後認知の下位尺度である自己に関する否定的認知 ($\beta = 0.23, p = 0.002$)、自責の念 ($\beta = 0.12, p = 0.026$)、世界に関する否定的認知 ($\beta = -0.21, p = 0.0003$) の主効果は有意であり、IES-R の下位尺度である回避 ($\beta = 0.12, p = 0.079$) の主効果は有意傾向が示された。Step3 では ΔR^2 は有意ではなかった ($\Delta R^2 = 0.03, F(23, 618) = 10.22, p < .001$; Table 10; Table 11)。

本研究では、共通して Step3 における ΔR^2 は有意ではなかった。つまり、IES-R の下位尺度（侵入症状、回避症状、過覚醒）と外傷後認知（自己に関する否定的認知、自責の念、世界に関する否定的認知）がそれぞれ正常解離、病的解離に与える影響は、外傷体験致死性の有無によって変動しないことが示された。また、IES-R の下位尺度としての侵入症状、回避症状、過覚醒が DES-NDI 得点、DES-T 得点に与える影響は、外傷後認知の下位尺度（自己に関する否定的認知、自責の念、世界に関する否定的認知）の程度によって変わらないことが示された。

4. 考察

本研究では、IES-R のカットオフスコア以上の者も、非致命的な外傷体験を報告しており、重度の PTSD 症状が狭義の外傷体験に限定されないことが示唆された (Gold et al., 2005)。したがって、広義の外傷体験を対象とした本研究では、致命的な外傷体験に限定されないストレス反応を含めるという観点から、幅広い外傷体験が解離体験に与える影響を検討することができたと言えよう。

次に本研究は、20 歳から 30 歳の日本の若者の性別や外傷体験の性質（狭義・広義）に加え、PTSD 症状や心的外傷後認知の観点から、解離性体験に影響を与える要因について検討したことは成果の一つとして挙げられる。正常解離と病的解離は共通して、性と外傷体験後認知としての「自己に関する否定的な認知」、「自責の念」、「世界に関する否定的認知」が体験頻度に寄与することが示され、そのうち「自己に関する否定的な認知」の影響が最も高かった。また、病的解離に対してのみ、外傷後回避症状は影響する傾向が示され

たが、他の尺度および、各尺度の交互作用の影響は示されなかった。つまり、否定的な認知が解離性体験頻度に与える影響は、PTSD 症状や外傷体験の性質の影響を受けないことが示された。解離性体験頻度には、外傷体験側の要因より、体験者側の否定的な認知、特に自己に関するネガティブな思考が重要な影響力を果たしていると考えられる。

自己に対する否定的な認知は、JPTCI の他の下位尺度よりも、Beck Depression Inventory (BDI)、State-Trait Anxiety Inventory (STAI)- 状態不安、特性不安との関連が高い。Sperandeo et al. (2018) の報告によれば、外傷体験自体が、適応的実行システムの機能的損傷をもたらす慢性的圧倒的ストレス状態を構成し、解離性体験がそのストレスの結果として引き起こされる可能性がある。これらの知見を踏まえると、今後、解離性体験と精神病理的体験の関連における自己否定的な認知の媒介効果に関する検討が期待される。

また、外傷に関連した「自責の念」は、外傷体験に関する思考や感情を回避し、自己防衛的な認知として機能する可能性がある (Startup et al., 2007)。PTSD 治療に関する臨床研究では、否定的な認知や必要な認知・感情処理を回避することは PTSD の重症度や抑うつ症状の増加と関連し (Feeny et al., 2000)、治療効果を阻害することが指摘されている (Bryant et al., 2003)。これらの報告と本研究の結果から、解離性体験とトラウマ回復不良との関連が示唆されている。

解離性体験は DSM-5 において PTSD のサブタイプとして追加されており、PTSD 患者の約 14% が解離性体験を有すると報告されている。このことを考えると、解離性体験がネガティブな認知に影響されるという今回の知見は、トラウマ治療への示唆に富むと考えられる。つまり、トラウマに伴う解離性体験は、感情の過剰変調を引き起こし、トラウマ記憶想起時の感情変化を弱め、PTSD に対する心理療法（特に連続暴露療法）の効果を低下させること (Lanius et al., 2010) の背後には、否定的認知が関与する可能性が考えられる。同様、解離性体験と PTSD 症状全体の重症度 (Murphy et al., 2017) や治療期間の長さ (Bailey & Brand, 2017) との関連においても、否定的認知の影響は否定できい。非機能的認知・感情の修正をはかるために、外傷体験を通じて変化した自己に関する見方を検出し、その妥当性を検証することが有益な認知への置き換えに役立つであろう (Asukai, 2008)。したがって、自己に対する否定的認知に介入することは、回避として機能する解離性体験の軽減とつながり、その結果、トラウマ治療を通して PTSD 症状に取り組む意欲が高まる可能性が考えられる。

病的解離に影響を与える可能性が示された回避症状は、外傷後のネガティブな適応を媒介すると考えられており、助けを求める行動レベルの低さと関連することが報告されている (Schwarz & Kowalski, 1992)。同様に、解離性体験は防衛機制の側面を有しており、外傷体験のダメージに対する消極的な対処として用いられる可能性を考えると (Ozcutin et al., 2009)、両者の関連は当然といえは当然である。しかし、病的解離は、「同一性の深刻な変化や自己史記憶の断絶」(Putnam, 1997 中井訳 2001) など、主に病理現象を反映している。両者の関連性を踏まえると、回避が強く認められる場合は、病的解離の発展に留意し、スムーズな治療を受けられるようなサポートが必要であろう。また、回避のような非機能的認知に重点を置き、感情や行動の調整スキル訓練がサポートとして求められるであろう (Cloitre et al., 2012)。

さらに、本研究では、世界に関する否定的認知が高いほど、解離性体験頻度が低くなることが示された。この結果から、「いつでも用心していなければならない」とような世界に対する否定的認知が高いことは、危機感を持って注意して対処することやコントロール感の向上に繋がり、結果的に解離性体験を抑制した可能性があると考えられる。一方、Table 13 の通り、世界に対する否定的な認知と解離性体験は正の相関関係が示されており、階層的重回帰分析の結果と矛盾した見解が示されている。それは、自己に関する否定的な認知と自責の念、及び世界に関する否定的な認知が相互に相関し、そのうち、自己に対する否定的な認知や自責の念が解離性体験と正に相関することに原因があると考えられる。つまり、下位尺度間の相関関係により、世界に関する否定的認知と解離性体験との関連性は抑制されているが、階層的重回帰分析の標準偏回帰係数において、自己に関する否定的な認知と自責の念という2つの変数が統制されることで、世界に関する認知が解離性体験と負の相関が示されたことに一因があると考えられる。この結果に関する研究の蓄積が不十分であることから、今後、認知特性に着目した外傷後ストレスと解離性体験の比較研究が求められるであろう。

Table 10 DES-NDIとDES-Tを従属変数とする階層的重回帰分析

Scale	DES-NDI			DES-T		
	Standardized coefficients β			Standardized coefficients β		
	Step 1	Step 2	Step 3	Step 1	Step 2	Step 3
性	-0.25	-0.18***	-0.17	-0.25	-0.17***	-0.17***
狭義/広義	0.09	0.03	0.03	0.1	0.04	0.05
JPTCI						
1. 自己に関する否定的認知		0.23**	0.24*		0.23**	0.22*
2. 自責の念		0.12*	0.07		0.12*	0.08
3. 世界に対する否定的認知		-0.16**	-0.17**		-0.21***	-0.24**
IES-R						
4. 侵入		0.08	0.21		0.09	0.25*
5. 回避		0.11	0.16+		0.12+	0.14
6. 過覚醒		0.11	0.01		0.09	0.02
狭義/広義 $\times$ 1			0.02			0.05
狭義/広義 $\times$ 2			0.06			0.05
狭義/広義 $\times$ 3			0.00			0.00
狭義/広義 $\times$ 4			-0.11			-0.12
狭義/広義 $\times$ 5			-0.09			-0.07
狭義/広義 $\times$ 6			0.11			0.08
1 $\times$ 4			0.01			-0.04
1 $\times$ 5			0.16			0.18
1 $\times$ 6			-0.17			-0.16
2 $\times$ 4			0.01			0.14
2 $\times$ 5			-0.16			-0.13
2 $\times$ 6			0.16			0.04
3 $\times$ 4			-0.09			-0.16
3 $\times$ 5			0.01			0.02
3 $\times$ 6			0.00			0.03
R2	0.07***	0.27***	0.29***	0.07***	0.25***	0.26***
$\Delta R2$	—	0.2***	0.02	—	0.19***	0.03

N = 618, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Note. DES = Dissociative Experience Scale; IES-R = Japanese version of the Impact of Event Scale-Revised; JPTCI = Japanese Version of the Posttraumatic Cognitions Inventory; DES-NDI = Normal Dissociative Index; DES-T = DES-Taxon

Table 11. 本節で使用了各尺度の記述統計と尺度間の相関

Scale	<i>M</i>	<i>SD</i>	DES-NDI	DES-T	侵入	回避	過覚醒	自己に関する 否定的認知	自己非難	世界に対する 否定的認知
DES-NDI	30.8	21.8	1	0.92**	0.47**	0.44**	0.45**	0.45**	0.40**	0.28**
DES-T	28.4	23	0.92**	1	0.48**	0.46**	0.46**	0.45**	0.39**	0.27**
IES-R										
侵入	8.5	8.1	0.47**	0.48**	1	.85**	0.89**	0.62**	0.53**	0.45**
回避	9.5	8.1	0.44**	0.46**	0.85**	1	0.82**	0.58**	0.49**	0.48**
過覚醒	6.7	6.1	0.45**	0.46**	0.89**	0.82**	1	0.63**	0.50**	0.48**
JPTCI										
自己に関する否定的認知	68.1	30.4	0.45**	0.45**	0.62**	0.58**	0.63**	1	0.73**	0.74**
自責の念	15.7	7.8	0.40**	0.39**	0.53**	0.49**	0.50**	0.73**	1	0.55**
世界に対する否定的認知	27	10.1	0.28**	0.27**	0.45**	0.48**	0.48**	0.74**	0.55**	1

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

Note. IES-R = Japanese version of the Impact of Event Scale-Revised; JPTCI = Japanese Version of the Posttraumatic Cognitions Inventory; DES-NDI = Normal Dissociative Index; DES-T = DES-Taxon

第2節 養育スタイルと愛着スタイルが解離性体験に与える影響 (研究7)

1. 目的

人生早期の有害体験として、不適切な養育態度が解離性障害の発症と密接に関係していることが示されている (Briere, Kaltman, & Greene, 2008; Cloitre et al., 2009)。この知見は、性的虐待や身体的虐待を経験した人ほど、成人後の解離性体験頻度が高いという先行研究によって裏付けられている (Favaro et al., 1998; Lipschitz et al., 1996)。一方、虐待体験のほか、養育者自身の裏切り外傷体験に起因する拒絶的で、一貫性のない子育てが子どもの状態調節学習能力に悪影響を及ぼし、解離性障害の発症リスクを高めることが指摘されている (Chu & Deprince, 2006)。このように、養育者による家族支援の低さと解離性体験との関連 (Fung et al, 2018) に関心が集まりつつある。

同様に、解離性体験における親子のダイナミクスの重要性を指摘した研究によれば (Hesse & Main, 2006; Lyons-Ruth, 2003; Schimmenti & Caretti, 2016)、養育者による過保護/過度の支配が、幼少期の重要なネガティブな出来事として、小児期トラウマやうつ、解離性体験 (Şar & Türk-Kurtça, 2021; Wu et al., 2022)、複数の心理的問題/病気 (Herbert & Dahlquist, 2008) と関連する。過保護や過剰な支配は、子どもの自立した思考や感情を妨げ、自尊心や自己効力感の低下を招き、学習性無気力を助長し (Seedat, Stein, & Forde, 2003)、社会的スキルの習得を阻害する (Bögels et al., 2001; Parker, 1979) 可能性が指摘されている。こうした影響を背景に、解離性体験と不十分な制御力、ストレス対処に必要な社会的スキルの未熟さとの関連を考えると、過保護は解離性体験の環境的要因である可能性が考えられる。実際、過保護を背景に自分の感情を識別することが困難な人ほど、解離体験が頻繁に起こるという報告も、両者の関連性を支持している (Mason et al., 2005)。

一方、Modestin, Lötscher, & Erni (2002) は、過保護と解離性体験の正の相関を認めながらも、過保護よりも不十分なケアが解離の実質的な要因であることを指摘している。さらに、精神疾患の有無や精神症状の異なる対象サンプルにおいて、不十分なケアと過保護が解離性体験に及ぼす影響は、矛盾した結果が示されており、一貫した知見は得られていない。これらの限界を考えると、日本人集団における養育スタイルとしての過保護と不十分なケアは解離性体験に及ぼす影響について、さらなる研究が必要である。

また、愛着スタイルと解離性体験の関係は、しばしば不適切な養育環境に起因するとさ

れてきた。例えば、虐待的な養育環境に起因する無秩序・無方向型（不安定な無秩序型；Main & Solomon, 1986）に分類される愛着スタイルが解離性障害の基盤を形成することが数多くの知見から示されている（Liotti, Mollon, & Miti, 2005）。一方、虐待に限らない養育スタイルを背景とした愛着スタイルが解離性体験に与える影響に関するコンセンサスが少ない。先行研究によれば、ネガティブな感情（不快感や不安）を否定するコミュニケーションは、否定的な感情の調節（Davidov & Grusec, 2006）やストレスの自己調節、愛着の安全性の発達を阻害する（Bugental, 2000）。解離性体験は、ネガティブな感情を自己への否定的な影響から切り離すために頻繁に用いられる可能性が考えられる（Davidov & Grusec, 2006）。このように、否定的なコミュニケーションのような養育スタイルを背景に形成された愛着スタイルによって、解離性体験が促進される可能性はあるが、さらなる研究が必要である。

本研究の目的は、養育スタイルとしての「過保護」と「不十分なケア」が解離性体験に及ぼす影響が、愛着スタイルによって異なるかどうかを明らかにすることである。養育スタイルとして過保護と不十分なケア、愛着スタイルとして親密性の回避と見捨てられ不安に注目した。また、養育スタイルと愛着スタイルが解離性体験に与える影響を検討するとともに、養育スタイルと解離性体験の関連における愛着スタイルの役割について検討し、以下の仮説を検証する。

H1：養育スタイルと愛着スタイルは解離性体験に影響を与える。

H2：養育スタイルが解離性体験に及ぼす影響は愛着スタイルによって異なる。

2. 方法

2.1. 調査対象者と調査手続き

2020年3月から4月にかけて、インターネットリサーチ会社（株式会社マクロミル）の協力を得て、全国規模のWeb調査を実施した。調査協力者は（株）マクロミル社の保有するインターネット調査用のアンケートモニタであり、47都道府県の住民から抽出された。DESの内容を理解するには、一定の年齢と発達レベルが必要であるから、調査協力者の年齢を18～69歳とした。また、各地域における性別・年齢別の参加者数は、国勢調査の比率（2015年）に合わせた（Table 3, 47頁を参照）。

調査協力者は次の手順で調査に参加した。まず、当方から研究で使用する質問紙案を（株）

マクロミル社に送付し、Web 上での調査フォーマットの作成を依頼した。次に、同社が保有するモニタに対しメールによる調査への案内が送付された。調査終了後、同社より当方に対して入力済みの回答データが Excel ファイルで提供された。

2.2. 倫理的配慮

Web ページ上で本調査の目的や主旨、匿名性の担保を記載し、調査参加は対象者本人の自由意志で決定できること、一旦同意して回答を開始した場合でも、回答データを送信するまでにはいつでも中止することができることを記した。その上で、調査参加への意思を確認するために、対象者がクリックして、調査項目の画面に進むこと、回答後のデータを送信することを持って、同意の取得とみなした。本調査は研究者の所属施設の研究倫理委員会において承認された。

2.3. 調査内容

(1) 解離性体験尺度 (Dissociative Experiences Scale II ; 田辺・小川, 1992)

研究 1, 2, 3, 4, 5, 6 と同様である。全 28 項目の平均点を算出し、DES 得点とした。病的解離得点 (DES-Taxon) および正常解離得点 (DES-Normal Dissociative Index) は、対応する項目得点の平均値として算出した。

(2) 養育スタイル PBI (Parental Bonding Instrument; 北村, 1995)

PBI は Parker et al (1984) によって開発され、小川 (1991) によって日本版が作成された。親の愛情や愛着の程度を測定する「ケア」と、親の過保護や過干渉の程度を測定する「過保護」の 2 因子から構成されている。「全くない」から「非常にある」の 4 件法により回答を求めた。

(3) 愛着スタイル ECR-GO (Experiences in Close Relationships inventory-GO; 中尾・加藤, 2004)

Brennan & Shaver (1998) は、ECR 尺度 (Experiences in Close Relationships inventory) を作成した。それをもとに、中尾・加藤 (2004) は、他者に対する愛着スタイル全般を測定する尺度として、36 項目からなる ECR-GO (Experiences in Close Relationships inventory-

generalized-other-version) を作成した。ECR-GO は「親密さの回避」と「見捨てられ不安」の2因子より構成されている。本研究では、「非常によく当てはまる」から「まったく当てはまらない」7件法により回答を求めた。

(4) 年齢区分

年齢による発達段階の分類は、諸家の発達理論によって異なり統一されておらず、また分類する年齢層の境界も曖昧である。従って本研究では、発達段階による年齢分類ではなく、DES 得点に必要な不可欠なデータを提供するために、生活環境総合調査（2019 年版）に準拠し、10 歳刻みでデータを提示した。参加者を 18～19 歳、20～29 歳、30～39 歳、40～49 歳、50～59 歳、60～69 歳に分類し、後述の分析では 18～19 歳に基づくダミー変数を用いた。

3. 結果

3.1. 調査協力者の人口統計学的特徴

調査 2, 3 と同様である。

3.2. 養育スタイルと愛着スタイルが解離性体験に与える影響について

PBI 下位尺度（ケア、過保護）と ECR-GO 下位尺度（親密さの回避、見捨てられ不安）とそれぞれの相互作用が DES-NDI 得点、DES-T 得点に及ぼす影響を検討した。DES-NDI 得点と DES-T 得点を従属変数として、階層的重回帰分析を行った。Step 1 では、性別と年齢区分のダミー変数を統制変数とした。Step 2 では、主効果を検討するために PBI 下位尺度と ECR-GO 下位尺度を入力した。Step 3 では、PBI と ECR-GO の下位尺度の交互作用項（各変数を中心化した上、掛け合わせたもの）を投入した。

まず、DES-NDI 得点を従属変数とした階層型重回帰分析の結果、Step1 の回帰式は有意であった ($F(6,1035)=19.35, p<.001$)。Step2 では、 ΔR^2 が有意であり ($\Delta R^2=0.07, F(10,1031)=20.53, p<.01$)、男性が女性より高い DES-NDI 得点が示された ($\beta=0.12, p<0.001$)。また、18 歳から 19 歳の年齢層に比較して、30 歳から 69 歳の年齢層では、年齢が上がるにつれて DES-NDI 得点が低くなることが示された ($\beta=-0.23, -0.30, -0.36, -0.38, p<0.001$)。さらに、PBI 下位尺度としてのケア ($\beta=-0.12, p=0.002$) と過保護 ($\beta=0.12, p=0.002$) の主効

果が有意であることが示された。Step3 では、 ΔR^2 が有意でなかったため ($\Delta R^2 = 0.004$, $F(14,1027) = 15.07$, $p < 0.001$)、最終的に Step2 のモデルが選択された (Table 12)。

次に、DES-Taxon 得点を従属変数とする階層型重回帰分析において、Step1 の回帰式は、同様に有意であった ($F(6,1035) = 16.48$, $p < 0.001$)。Step2 では、 ΔR^2 が有意であり ($\Delta R^2 = 0.06$, $F(10, 1031) = 17.57$, $p < 0.001$)、男性が女性より高い DES-NDI 得点が示された ($\beta = 0.12$, $p < 0.001$)。18 歳から 19 歳に比較して、30 歳から 69 歳の年齢層は、年齢が上がるにつれて DES-NDI 得点が低くなることが示された ($\beta = -0.19, -0.25, -0.31, -0.32$, $p < 0.001$)。さらに、PBI 下位尺度として、ケア ($\beta = -0.09$, $p = 0.018$) と過保護 ($\beta = 0.12$, $p = 0.003$) の主効果が有意であることが示された。Step3 では、 ΔR^2 が有意でなかったため ($\Delta R^2 = 0.004$, $F(14,1027) = 12.93$, $p < 0.001$)、最終的に Step2 のモデルが選択された (Table 12)。

4. 考察

本節は、解離性体験に影響を与える要因について、性別、年齢、養育態度、愛着スタイルの観点から検討し、解離性体験の増加における各要因の相対的重要性を明らかにした。その結果、性別、年齢、養育態度としての「ケア」「過保護」が解離性体験 (DES-NDI・DES-T) に寄与することが示された。不適切な養育が非機能的なストレスコーピングやうつ病との関連を踏まえると (Galambos, Barker, & Almeida, 2003)、過保護やケアが不十分な養育スタイルは、回避的なストレス対処を習慣化し、解離性体験という非機能的な防衛機制の働きを助長したと考えられる。また、愛着スタイルとして「親密性の回避」は病的解離に寄与することが示された。一方、「ケア」と「過保護」が病的解離に与える影響は、愛着スタイルの影響を受けないことが示された。愛着スタイルの程度にかかわらず、過保護や不十分なケアといった養育スタイルが解離性体験に与える影響は軽視できないことが興味深い。

Şar & Türk-Kurtça(2021)は親の厳しい批判や過保護/過干渉が脆弱なナルシズムを媒介に解離性体験を助長する可能性を報告している。Linde-Krieger, Yates, & Carlson (2022)も、子どもの自律性を損なう侵入的な養育行動は、5 歳時点での解離性体験をより高く予測することを報告している。これらの報告は解離性障害の人が語った親の養育スタイルと一致することにより裏付けられている。本節の結果は一般集団においても過保護は解離性体験を助長するリスクがあることを示唆しており、先行研究の知見を発展させたと言えよう。

また、Offen, Thomas, & Waller (2003)によれば、過保護は解離性体験を介して抑うつ症状と関連するが、解離性体験の媒介効果を取り除くと、過保護と抑うつとの関連はなくなる。つまり、過保護による解離性体験の有無は、抑うつ状態を引き起こす重要な要因であることが示唆されている。今回の結果は、過保護が解離性体験を引き起こす一因であることを報告し、解離性体験に伴い抑うつが現れる可能性を裏付けていると同時に、メンタルヘルス不調に留意する必要性を提起している。また、Kawabata et al (2011)は、「過干渉」は親自身の不安感情や、子どもを統制下に置きたいという心理によって生じる親中心の行動であることを述べており、子ども中心で、安全を願うための「見守り」行動 (Child-centered) と区別している。押し付けがましく一貫性のない行動的特徴の背後の支配する心理が解離性体験の増加に与える影響を確かめるためには、今後、養育スタイルの行動的特徴に加え、支配的な心理の有無に着目する必要もあろう。

過保護を社会文化的視点から考えると、東アジアにおける合計特殊出生率の減少や、中国での一人っ子政策、日本の少子高齢化の進行は過保護の社会的背景を構成している可能性がある。例えば、中国では、かけがえのない子どもを学業で成功させることへの願望が非常に強く、勉強以外の身の回りのことは保護者が世話するといった子どもへの過度な注目は過保護につながる。また、子どもの数の減少に伴い、子ども同士の交流の機会が減少することも、子ども自身の健やかな成長に影響する一因となる。このような少子化の社会的問題も今回の結果に影響を及ぼしている可能性が考えられる。

養育スタイルとしてのケアは受容と支援を意味している。ポジティブな受容は子どもの自己概念の発達に重要な働きをしており、回避的な行動を抑制する (Flett, Hewitt, & Martin, 1995)。また、十分なケアはレジリエンスと関連し、ストレスや気分障害を緩和する可能性も報告されている (Jones, Forehand, & Beach, 2000)。一方、支持的・受容される経験が少なければ、子どもが他者との関わりを通して機能的な対処法を学習する機会が少ない。そのことが、現実的な困難に対する回避的対処法を優先する背景を構成し、解離性体験を助長する可能性があると考えられる。

Kate, Jamieson & Middleton(2023)は親からのケアや安らぎを求めることができること、自尊心と自己価値の発達は肯定的な親子間ダイナミクスとして解離性体験の予防要因になることを報告している。一方、ケアの欠如と過保護/過干渉は否定的な養育態度として、子どもの安全体験を阻害し、無気力感と解離性体験を助長する(Schimmenti & Caretti,2016)。

このように、本節の結果は、不十分なケアや過保護といった養育スタイルに関連するメンタル不調は、高い頻度の解離性体験によって悪化する可能性を示唆しており、解離性体験と養育に関する検討の方向性を示した。正常解離は、日常生活に支障がないと理解されている点は、病的解離と区別される。一方、解離性体験に伴い、嫌悪記憶の断片化や不安を示すことがある (Kindt & van den Hout, 2003)。また、解離の消極的対処法略としての側面が、効果的な認知戦略の開発を妨げ、うつ病に発展するリスクを高める可能性がある (Offen et al., 2003)。したがって、回避的対処法の側面を持つ正常解離が頻繁に現れることに留意する必要がある。また、自己制御力や社会資源にアクセスする能力を高め、コミュニケーションを利用する社会スキルの獲得に向けてのサポートは支援として考えられる。

さらに、本研究は、愛着スタイルとしての親密性の回避は病的な解離性体験に影響を与えることを明らかにした。親密性回避は「他者は自分を助けてくれるか、信頼できるか」という他者への期待や他者に対するネガティブな信念を反映している (Bartholomew & Horowitz, 1991)。親密性の回避が高い人は、他者との関係にストレスを感じ、他者に心を開くことに拒否的であり、対人場面でのネガティブな認知や行動と関連することが報告されている (Collins & Feeney, 2004)。すなわち、ポジティブ情報へのアクセスが困難で、周囲のサポートを利用してストレス対処する経験の少なさが、回避的なストレス対処と関連し (Simpson, Rholes, & Nelligan, 1992)、解離性体験を助長する可能性があると考えられる。一方、愛着スタイルの如何によって、過保護や不十分なケアのような養育スタイルが解離性体験に与える影響は変わらない結果が示された。この結果から、養育スタイルの解離性体験の増加における重要性が示された。つまり、虐待に限らず過保護やケアが不十分のような不適切な養育スタイルも、回避的対処パターンやネガティブ感情に対する脆弱性を形成し、解離性体験を助長する可能性があることに留意する必要がある。

この観点から、養育者と子どもの双方を支援する専門職は、養育者の過保護により、子どもが無力感や自分の人生をコントロールできない、外界から孤立していると感じることが、高い頻度の解離性体験と関連する可能性に注意する必要がある。このことは、過保護が子どもに及ぼす悪影響に鈍感な東アジア諸国においては特に重要である (Wu et al., 2022)。また、親のサポートや肯定的なフィードバックは、逆境に対するレジリエンスの発達や、外傷体験の処理、回復する能力の発達につながる可能性があり、重要な視点である (Kate et al., 2023)。

以上，本節の結果をより確かなものにするためには，否定的感情のコントロールや社会コミュニティの存在，社会的スキル，養育行動の背後の心理側面に焦点を当て，解離性体験との関連をさらに検討することが必要であろう。

Table 12. DES-NDIとDES-Tを従属変数とした階層的重回帰分析

Scale	DES-NDI			DES-T		
	Standardized coefficients β			Standardized coefficients β		
	Step1	Step2	Step3	Step1	Step2	Step3
SEX	0.14***	0.12***	0.12***	0.14***	0.12***	0.13***
年齢ダミー 1	-0.05	-0.06	-0.06	-0.02	-0.02	-0.02
年齢ダミー 2	-0.19**	-0.23**	-0.22**	-0.17*	-0.19**	-0.19**
年齢ダミー 3	-0.27***	-0.30***	-0.30***	-0.23**	-0.25**	-0.25***
年齢ダミー 4	-0.34***	-0.36***	-0.36***	-0.30***	-0.31***	-0.31***
年齢ダミー 5	-0.38***	-0.38***	-0.38***	-0.32***	-0.32***	-0.32***
ECR-GO						
親密さの回避		0.05	0.05		0.10**	0.10**
見捨てられ不安		0.06	0.06		0.03	0.03
PBI						
ケア		-0.12**	-0.11**		-0.09**	-0.09*
過保護		0.12**	0.13**		0.12**	0.13**
親密さの回避 × ケア			0.03			0.03
親密さの回避 × 過保護			0.06			0.06
見捨てられ不安 × ケア			-0.004			-0.004
見捨てられ不安 × 過保護			0.03			0.04
F	19.35***	20.53***	15.07***	24.73***	21.85***	14.98***
R2	0.10	0.17	0.17	0.09	0.15	0.15
Adjusted R-squared	0.10	0.16	0.16	0.08	0.14	0.14
ΔR^2	0.10***	0.07***	0.004	0.09***	0.06***	0.004

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$

Note. DES = Dissociative Experience Scale; DES-NDI = Normal Dissociative Index;

DES-T = DES-Taxon; PBI = Parental Bonding Instrument; ECR-GO = Experiences in Close Relationships inventory-the-generalized-other-version

Table 13 本節で使用了した各尺度の記述統計と尺度間の相関

Scale	<i>M</i>	<i>SD</i>	DES-NDI	DES-T	親密さの回避	見捨てられ不安	ケア	過保護
DES-NDI	7.59	13.30	1	.76**	.09**	.24**	-.21**	.25**
DES-T	6.21	13.72	.76**	1	.17**	.21**	-.26**	.26**
PBI								
親密さの回避	61.74	14.55	.09**	.17**	1	.21**	-.27**	.21**
見捨てられ不安	32.39	9.39	.24**	.21**	.21**	1	-.23**	.27**
ECR-GO								
ケア	21.97	7.52	-.21**	-.26**	-.27**	-.23**	1	-.66**
過保護	14.63	6.31	.25**	.26**	.21**	.27**	-.66**	1

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$

Note. DES-NDI = Normal Dissociative Index; DES-T = DES-Taxon;

PBI = Parental Bonding Instrument; ECR-GO = Experiences in Close Relationships inventory the generalized other version

第3節 本章の考察とまとめ

本研究は解離性体験の形成要因を明らかにすることを目的に、第3章では出来事要因としての外傷体験、前章の第4章では、個人要因を中心に検討を行ってきた。近年、個人要因と出来事要因の相互作用による影響が注目されており、特に、個人要因の媒介効果に関心が集まっている。これらのことを背景に、本章では、出来事要因と個人要因、及び両要因の相互作用が解離性体験に与える影響を検討した。第1節では、外傷体験の性質（広義・狭義）と、個人要因の外傷体験後症状、外傷体験後認知に着目し、検討を行なった。第2節では、出来事要因としての養育スタイルと、個人要因としての愛着スタイルの側面から検討を行なった。その結果、外傷体験と養育スタイルはいずれも、個人要因との相互作用による解離性体験頻度の増減は認められなかった。

出来事要因は外傷体験の場合、致死性を伴わなくても、外傷後回避症状と自己非難、自分への否定的な認知は、解離性体験を助長する可能性が示された。すなわち、個人要因が解離性体験の増加にもたらす影響は外傷体験の致死性によって増減せず、その重要性が明らかとなった。上記の結果は、外傷体験を背景に解離性体験を議論する際に、外傷体験側の要因より、体験者側の否定的な認知に留意すべきことを示唆している。また否定的な認知特性や、それによって助長される解離性体験は、トラウマ受診や難治性と関連する可能性が考えられる。したがって、予防や治療的観点から、外傷後認知特性、特に自己に関する否定的な認知や自責の感情に着目した介入が解離性体験の減少や不安・抑うつ症状の改善、トラウマ治療につながる可能性が示唆されている。

また、非外傷体験の場合において、過保護やケアが不十分な養育態度が解離性体験に与える影響は、愛着スタイルの如何に関わらず一貫していることが示された。養育態度としての過保護やケアの欠如が、現実的な困難に対して回避的な対処法を優先的に選択する背景となり、解離性体験を助長する可能性が示唆されている。このことを踏まえると、トラウマモデルでは説明困難な非外傷的出来事でも、高い継続性を有するネガティブイベントや環境も解離性体験を助長するリスクがあると考えられる。Brunner et al.(2000)も継続的にストレスに曝されると、解離性体験が引き起こされると指摘しており、これらの知見はKluft(1984)、3Pモデルの主張とも一致している。ネガティブイベントの継続性といった側面と個人要因との相互作用による解離性体験への影響については、今後の研究の発展に期待したい。

以上のように、本章では、出来事要因として、外傷体験と養育スタイルに着目し、個人要因として、愛着スタイルと外傷後症状、外傷後認知に着目して、出来事要因と個人要因の相互作用が解離性体験に与える影響について検討を行った。しかしながら、外傷後症状と外傷後認知は外傷体験に付随して見られるものであり、外傷体験と切り離せない関係である。また、愛着スタイルも出来事要因の養育スタイルとは緊密に関係している。つまり、本章における出来事要因と個人要因は厳密に区別することが難しい概念といえよう。さらに、両要因の相互作用について、外傷体験と養育スタイルの観点からしか検討しておらず、結果を一般化することには限界がある。すなわち、第3章から第4章で扱った全ての要因の組み合わせが解離性体験に与える影響まで検討ができなかった。このことが本研究の限界として挙げられ、出来事要因と個人要因の相互作用による解離性体験への影響に検討の余地を残している。これらのことを踏まえると、出来事要因と個人要因の相互作用の解釈は慎重に行うべきであると考えられる。

以上、解離体験の頻度が精神疾患を悪化させる可能性があることを考慮すると、本研究は、解離性体験に関するタイムリーな介入や支援-予防の取り組みに不可欠なデータを提示した。特に、これらの知見は、外傷体験を背景とした出来事や、発達環境とそれによって形成された個人特性の側面を検討する一般群に見られる解離性体験の研究に大きく貢献するであろう。

第 6 章

総合考察

第1節 本研究の要約

本研究の目的は、一般人口集団における解離性体験頻度の分布状況を明らかにし、解離性体験の形成要因を出来事要因と個人要因及び両要因の相互作用の側面から検討することであった。本章では、これらの目的に基づいた研究結果の整理を行い、最後に本研究における限界と今後の課題について述べる。

第1の目的に基づき、第2章の研究1では、日本人の一般人口集団における解離性体験の分布に関する基礎的でデータを提供した。日本人の一般人口集団（18歳～69歳）における解離性体験頻度を点数化すると、100点満点で7.27点であり、体験頻度がわずかであることが示された。また、各年齢層における解離性体験頻度も先行研究の知見と一致して、18歳から19歳、20歳から29歳が最も高く、60歳から69歳が最も低いことが示された。また、高い頻度の解離性体験がWellbeingの低さと関連し、ストレスや精神疾患を経験しやすい可能性が示された。特に、18～29歳の若年層は他の年齢層よりも頻繁に解離性体験を経験する傾向にあり、精神症状が好発な時期であることを踏まえると、Wellbeingの低下に留意することが必要であると考えられる。また、その他の年齢層においても、平均より高い頻度の解離性体験が見られる場合は、尺度内容に誤解がないことを確認した上で、メンタルヘルスリスクの詳細な評価が必要であると考えられる。

また、第2の目的に基づき、解離性体験の形成要因について、第3章の研究2と研究3では出来事要因、第4章の研究4と研究5では個人要因、第5章の研究6と研究7では出来事要因と個人要因の相互作用を検討した。

そのうち、研究2と3では、出来事要因とされてきた外傷体験の有無と累積のみでは、解離性体験頻度の差異を説明するのに不十分であることを明らかにした。この結果は、外傷体験による影響を否定するものではないが、外傷体験が解離性体験に影響を与える唯一の原因ではないことを支持している。今後は外傷体験別にその性質の違いを中心とした研究とともに、外傷体験以外の側面から検討することが求められるであろう。

研究4と5では、外傷体験以外の側面としての個人要因に着目し、他者に影響されやすい被暗示性の高さや低い情動制御（研究4）、他者の評価的態度への過敏さ、他者に影響されやすく、期待に応じるように言動を調整する傾向（研究5）が解離性体験に影響を与えることを明らかにした。

他人に影響されやすい被暗示性の高さは低い主体性と自尊心と相関し、自己概念との関連が示唆されている。対人関係敏感性は「他者の拒絶や批判される行動と感情に対する過度の意識と過敏さ」を意味しており、うつ病のリスク要因として報告されている (Boyce & Parker, 1989)。特にその下位尺度の分離不安は、対人関係の劣等感 (長谷川, 2013)、及び抑うつ症状 (McCabe et al, 1999) との関連が強いとされている。本研究は、これらの要因が同様に解離性体験に影響を与えることを明らかにしたことにより、解離性体験とうつ症状の併存メカニズムへの理解を深めたと言えよう。

また、高い対人関係敏感性を有する人は、傷つけられやすい状況を回避することにより自己評価の維持を図っているという (Posternak & Zimmerman, 2002)。この特性は、幼少期の拒絶体験を一因に形成され、自分が排除されることへの恐怖、対人関係における否定的な自己連想と関連し (Clark & Beck, 2010; Gunderson & Lyons-Ruth, 2008)、ネガティブな自己認知を反映しているという (Gunderson & Lyons-Ruth, 2008)。これらの知見に従えば、解離性体験に影響を与える主体性のなさや高い対人関係敏感性の背後には、幼少期の拒絶体験に関連する自己への否定的な認知が潜んでいる可能性が考えられる。

さらに、この否定的な認知は対人場面に限定せず、出来事への解釈や情動生起においても、影響を及ぼす可能性が示されている。本研究は先行研究と一致して、困難な情動制御が解離性体験に影響を与えることを報告しているが、Ford & Gross (2018)は、両者の関連性の背後には、感情に対するネガティブな信念が存在し影響を果たしている可能性を指摘している。この知見は、本研究の結果の背後にも感情に対する否定的な認知が同様に存在する可能性を提起しており、解離性体験との関連を示唆している。Westphal et al. (2016)によれば、この特性は、幼少期に親のケアが欠如する状況では、よりうつ病や PTSD 症状、境界性パーソナリティ障害症状を増悪させるリスクがある (Westphal et al., 2016)。解離性体験はこれらの精神症状との高い併存率を有することを考えると、受容の欠如や拒絶される体験を背景に形成される否定的な認知が同様に解離性体験を助長する要因となりうると思われる。

このように、他者に拒絶される不安や感情へのネガティブな信念の根底に共通して、自己や出来事評価への否定的な認知が中核として存在している可能性がある。否定的な認知により、出来事とそれに伴う感情をよりネガティブに認識し (Garton & Pratt, 1995)、対人場面において、自分が他者から否定的に評価されていると考えやすく、罪悪感や喪失感と

いったネガティブな感情を感じやすいと考えられる (Brown et al., 1990)。この可能性は、解離性体験と恥、罪悪感と関連することからも支持されている。

研究 6 と 7 では、出来事要因を外傷体験と養育スタイルの側面から、個人要因との相互作用による解離性体験への影響を検討した。ここでは、否定的な認知のみならず、密な関連性が示唆されている、親の不十分な養育も解離性体験に影響を及ぼすことが検証された。

具体的に、研究 6 において、外傷体験認知が解離性体験への影響は外傷体験の性質によって増強せず一貫していることから、特に外傷体験後に見られる自己への否定的な認知の解離性体験の助長における重要性が示唆されている。研究 7 において、過保護や不十分なケアは愛着スタイルによらず、一貫して解離性体験に影響を与えることが示された。このように、外傷体験後に見られる否定的な認知と不十分な養育が解離性体験に寄与することが示され、研究 4 と 5 の示唆を支持する結果が得られたと言えよう。一方、両要因の相互作用による解離性体験への影響まで検討が及ばなかったことが課題として挙げられる。

以上、本研究では、一般集団において、解離性体験はかなりの個人差が見られる分布をしており、その背後には、メンタルヘルスの危機や心理学的背景が存在することを明らかにした (Figure 7)。そのうち、個人要因に関連して、他者に影響されやすさや低い情動制御、他者の評価的態度への過敏さ、期待に応じるように言動を調整する傾向から、自己概念と出来事への否定的な認知が潜んでいる可能性が示唆されている。このように、今回、個人要因から示唆された否定的認知が解離性体験に影響を与える可能性について述べてきたが、近年、注意機能障害や自閉スペクトラム症に見られる発達特性も個人要因として、解離性体験との関連が指摘されている (兼本, 2011)。例えば、注意の維持機能において、柔軟に切り替えることが難しいとされる集中困難や、「注意と行動の調節障害」に見られる情動制御困難といった発達特性が、高い頻度の解離性体験と併存することに留意が必要であろう。これらの発達特性による人間関係の問題や生活上の難しさも、解離性体験が促進される一因となる可能性が考えられる。

また、出来事要因に関連して、過去に外傷体験歴が認められる場合は、外傷体験後に生じる否定的な認知が解離性体験の形成と維持に影響を果たすことが明らかとなった。また、過保護やケアの欠如といった不十分な養育スタイルから、受容されないストレスが継続される影響が示唆された。つまり、ネガティブな出来事の高い継続性が解離性体験を助長す

る可能性が示唆されている。このことから、ネガティブな出来事の継続性に留意し、特に非受容的・ケアが欠如する環境においては、否定的認知が形成されないよう、客観的な自己評価に関する心理教育や支援が必要であると考えられる。今後は、ネガティブな出来事を広い範囲で検討し、継続性や個人要因との媒介効果を考慮する研究が求められるであろう。

これらの考察において、認知に関連する概念として、解離性体験に影響を与える個人要因として示唆された自己概念や情動生起を纏わる出来事への否定的な認知と、外傷体験後に生じる否定的な認知について述べた。両者は必ずしも同一の概念ではないが、個人要因としての否定的な認知は外傷後否定的な認知を刺激し、精神症状に更なるネガティブな影響を与える可能性は推察され、更なる研究の方向性を示している。また、外傷体験歴を背景に呈する否定的認知は、複雑性 PTSD の診断における自己組織化障害⁵ (Disturbance of self-organization: DSO) においても取り上げられている。DSO 症状がみられる PTSD 治療に関するメタアナリシスにおいて、認知行動療法と暴露療法の有効性が報告されている (Karatzias et al., 2019)。さらに、STAIR Narrative Therapy というトラウマに焦点を当てた心理療法が開発されており、複雑性 PTSD 患者を対象に行った前後比較試験において、解離性体験の軽減が報告されている (Niwa et al., 2022)。この知見は、臨床研究に基づいており、更なる検証が進められている段階であるが、解離性体験の改善における否定的な認知パターンや感情への気づき、対人関係スキーマの発見と修正の重要性を提起しており、外傷体験歴を有する者の PTSD 症状の治療に重要な示唆を与えている。前述の通り、本研究は一般健常者を対象としていることから、背後に外傷体験歴を持たない者も含まれている。困難な感情調整や否定的な自己概念は、自己組織化障害がみられる臨床群とは、程度の差が存在するのか、それとも質的に異なる特性なのかについて、検討の余地が残されている。

以上、本研究は一般群を対象に解離性体験の個人差に影響を与える要因について、臨床群から示唆された知見に基づき、検討を行った。その結果から、臨床群と同様な臨床心理学的背景を有することは示唆された。しかしながら、これらの特性から考える臨床群との連続性及び異同について、慎重な解釈と吟味が必要である。例えば、これらの特性に伴う機能障害の有無は臨床群を見極める上で重要なポイントであるが、一般群を対象としたデ

⁵ 自己組織化障害⁵ (Disturbance of self-organization: DSO) は感情制御困難、否定的自己概念、対人関係障害によって構成されている。

一タのみ扱った本調査では、社会機能を含む検討はできなかった。今後、解離性体験と Wellbeing の関連における個人的媒介要因を考慮する研究や、一般群と臨床群における認知機能の比較研究が求められるであろう。

最後に本研究で得られた結果の臨床心理学的意義について考察してみたい。本研究で報告した要因は、それ自体が対人関係やメンタルヘルス不調を来す可能性が高い一方、解離性体験は本人が比較的自覚しにくく、周囲からも気付かれにくい可能性があると考えられる。したがって、解離性体験を主訴に来談するクライアントでなくても、心理臨床場面において上記のような要因が見られる場合は、解離性体験の有無に留意する必要がある、その確認はクライアントが抱える心理的病理性の評価に寄与するのではないだろうか。また、クライアントに解離性体験の存在を指摘することにより、他人の意見に影響されやすく、人間関係による悩みを感じやすい特性や他者の評価的態度に対する敏感さに対する洞察を深めることも可能かもしれない。その場合、特に他者評価に対する多様な視点を持てるように、適切なフィードバックや心理教育的なサポート、環境調整が有用であろう（安達・安達，2019）。これまでの臨床研究では、受容されない経験や不十分なケア、不適切な愛着関係は、社会の中で新しい人間関係を形成する妨げとなり、孤立感や不安を高める可能性が指摘されている（岡野，2007）。先に考察した他者の視線への敏感さと支援をネガティブに捉える認知傾向も不安と孤立感につながり、居場所のなさ発展する可能性があるのではないかと考えると、解離性体験の自覚はクライアントが漠然と感じている居場所のなさや孤立感を受け止める手がかりになる可能性もある。

一方、高い頻度の解離性体験を訴えるクライアントの相談を受ける際に、外傷体験歴の確認に加え、本人の特性に留意し、発達歴や生活史に関する情報収集が必要である。死別や失恋等、生命や身体の危険を伴わない状況に起因するストレスや、長く継続されるネガティブな出来事も解離性体験と PTSD を引き起こす可能性 (Gold et al., 2005) にも留意する必要がある。今日、外傷体験歴と深く関連する解離性障害に対しては、否定的な自己認知に焦点を当てた認知行動療法やメンタライゼーションに基づく精神分析的な心理療法の有用性が報告されている（岡野，2007）。

しかしながら、以上のような本研究の臨床心理学的意義に関する考察は十分な根拠に基づくものではなく、次の第 6 章 2 節に述べるように、一般群における解離性体験の転帰が解明されなければならない。ただ、本研究が日本人の一般人口集団において、特に若年層

の解離性体験が臨床群と連続する心理学的問題を有している可能性を示唆したことの意義は大きいと考えられる。

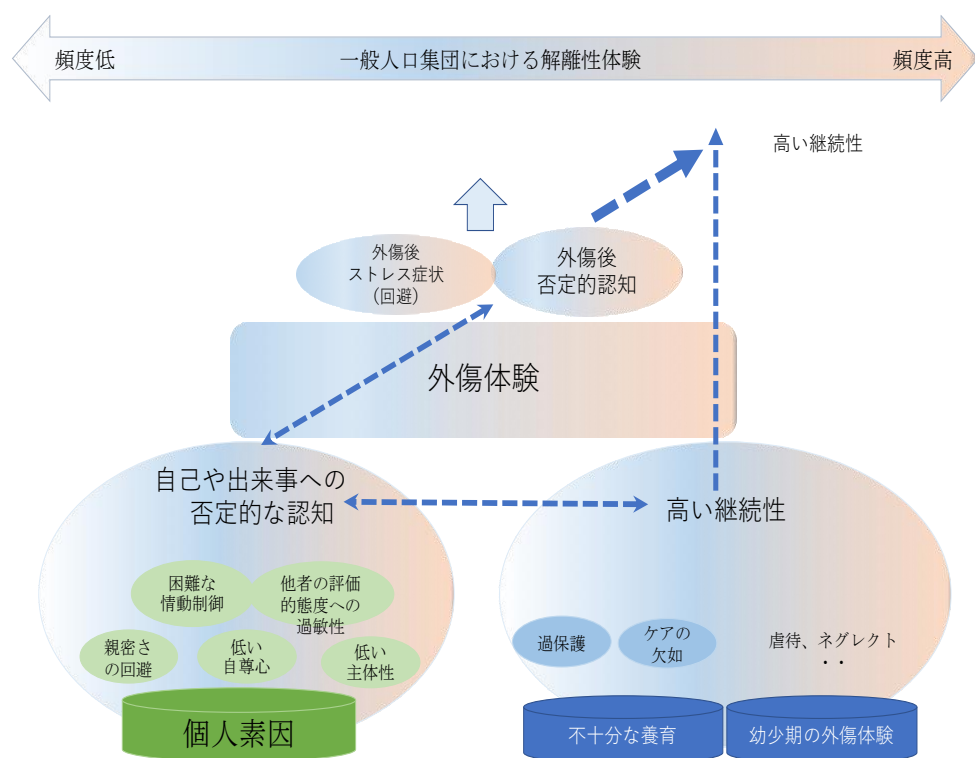


Figure 7 解離性体験に影響を与える要因について

注:色の濃淡は体験頻度の高低を示す。点線は本研究の結果から推測される示唆である。

第2節 本研究の課題

本研究にはいくつか課題が挙げられる。

まず、日本の一般集団における病的解離と Wellbeing は弱い関連性が示された。解離性障害の有病率に関する海外の先行研究によれば、一般集団の中には解離性障害者が含まれているが、病的解離（DES-T）はメンタルヘルスの危機をスクリーニングするツールとしての臨床応用は、解離性障害の疫学調査とともに今後の研究によって解明されることが求められる。

次に、本研究は解離性体験の形成要因を明らかにすることを目的に検討を行ったが、第3章（研究2, 3）と第4章（研究4, 5）は、出来事要因と個人要因それぞれに着目したものであり、Kluft（1984）や Braun & Sachs（1985）が報告した形成プロセスまで検討が及ばなかったことが限界として挙げられる。

また、今回、出来事要因としては、外傷体験と養育スタイルに着目し、個人要因としては、被暗示性と対人関係敏感性、自己意識、情動制御に加え、外傷後ストレス症状と外傷後認知、愛着スタイルに着目して検討を行った。一方、個人要因の外傷後ストレス症状と外傷後認知は外傷体験後に見られるものであり、出来事要因の外傷体験とは独立して論じることができない。同様に、愛着スタイルの形成も養育スタイルと深く関わっている。これらのことから、出来事要因と個人要因は切り離せない関係であり、厳密に区別することが難しい概念であることが示唆されており、相互作用を解釈する際に注意が必要であろう。特に、今回、外的要因としての外傷体験と養育スタイルとそれぞれの個人要因について、全ての組み合わせが解離性体験に与える影響まで検討できなかったことも課題であると言える。

さらに、本研究の結果から、解離性体験に影響を与える個人要因の根底に共通する脆弱性として、否定的な認知が存在する可能性が示唆されている。この特性は外傷体験の遭遇により活性化され、解離性体験への影響が増強する可能性を言及したが、検証が必要である。また、否定的認知を引き起こし、解離性体験と共存することが報告されているうつ病の影響を考慮していないことが限界として挙げられる。他にも、最初に外傷体験を経験した時の年齢と、最も深刻な外傷体験からの経過時間に関する情報を収集することができなかった点も課題である。今後の研究では、これらの要因の潜在的な影響を考慮し、外傷体

験内容ごとに、個人要因との相互作用が解離性体験に与える影響について検討することが望まれる。

本研究では、調査対象者の年齢による影響も少なくない。例えば、外傷体験に関する調査（研究 2, 3, 及び 6）は、一般群の若年層を対象に実施されたため、その知見の一般化することは慎重であるべきであろう。研究 7 において言及した養育スタイルは、18 歳～69 歳を対象に測定したが、養育スタイルへの認知は人生経験によって変化する可能性も考えられるため、回答者の年代別の差異を考慮する必要がある。

最後に、解離性体験尺度には、誤解されやすい内容が含まれており、注意する必要がある。例えば、項目 11 は「デパートなどで、別段鏡に注意を向けていない時」のように、自己の同一性を問う意図が理解されない場合もある（田辺・小川，1992）。しかしながら、解離性体験尺度は項目内容の曖昧さはあるものの、高い信頼性と妥当性が確認され、解離性体験の尺度としての有用性も高い（田辺，2004）。今後は DES 得点が高い人に対する構造化診断面接を含むフォローアップ研究が必要であろう。

引用文献

- Acunzo, David J., & Terhune, D.B.(2021). A critical review of standardized measures of hypnotic suggestibility. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* **69** (1), 50–71. <https://doi.org/10.1080/00207144.2021.1833209>.
- 安達知郎・安達奈緒子（2019）.大学新入生に対するアサーション・トレーニングの効果—適応感とアイデンティティ，自己受容に注目して，教育心理学研究，**67**，317-329.
- Akyüz, G., Doğan, O., Şar, V., Yargıç, L. I., & Tutkun, H. (1999). Frequency of dissociative identity disorder in the general population in Turkey. *Compr. Psychiatry*. **40**, 151-159. doi: 10.1016/s0010-440x(99)90120-7
- Allen, J. G. (1993). Dissociative processes: Theoretical underpinnings of a working model for clinician and patient. *Bulletin of the Menninger Clinic*, **57**(3), 287–308.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, D.C.: APA Press. 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.
- Amdur, R.L., Liberzon, I. (1996). Dimensionality of dissociation in subjects with PTSD. *Dissociation*, **9**, 118–124.
- Amore, M., & Serafini, G. (2020). Early stress and dissociation: psycho-pathological pathways. *Journal of Psychopathology*, **26**, 54–69. <https://doi.org/10.36148/2284-0249-362>
- Anamizu, Y., & Tanaka, Y. (2010). A study of mentality of high school students: from the viewpoint of self-injury. *Jpn. J. Adolesc. Psychiatry*. **20**, 51-74.
- 安克昌・金田弘幸（1995）.多重人格性障害の診断について，精神科治療学，**10**，27-34.
- 青木佐奈枝（2005）.ロールシャッハ・テストに見られる心的外傷性の理解，心理臨床学研究，**27**（2），129–139.
- Armstrong, J.G., Putnam, F.W., Carlson, E.B., Libero, D.Z., & Smith, S.R. (1997) Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale. *J Nerv Ment Dis*. **185**, 491-497.
- 飛鳥井望（2008）.エビデンスに基づいた PTSD の治療法，神経精神雑誌，**47**（7），110(3), 244–249.

- Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., Kim, Y., Yamamoto, K., Kishimoto, J., Miyake, Y., & Nishizono-Maher, A. (2002). Reliability and validity of the Japanese-Language version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J): Four studies of different traumatic events. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **190**(3), 175–182. <https://doi.org/10.1097/00005053-200203000-00006>
- Asukai, N., & Nishizono (1998). *CAPS PTSD clinical diagnostic interview scale (DSM-IV)*. Metropolitan Institute of Psychiatry, *Division of Social Psychiatry*.
- Awata, S., Bech, P., Koizumi, Y., Seki, T., Kuriyama, S., Hozawa, A., et al. (2007). Validity and utility of the Japanese version of the who-five well-being index in the context of detecting suicidal ideation in elderly community residents. *Int. Psychogeriatr.* **19**, 77-88. doi: 10.1017/s1041610206004212
- Bailey, T. D., & Brand, B. L. (2017). Traumatic dissociation: Theory, research, and treatment. *Clinical Psychology: Science & Practice*, **24**(2), 170–185 <https://doi.org/10.1111/cpsp.12195>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *J. Pers. Soc. Psychol.* **61**, 226-244. doi: 10.1037/0022-3514.61.2.226
- Barber, T.X., & Wilson, S.C.(1977). Hypnosis, suggestions, and altered states of consciousness: Experimental evaluation of the new cognitive-behavioral theory and traditional trance-state theory of “hypnosis”. *Annals of New York Academy of Science*, **296**, 34-47.
- Basagni, B., Martelli, S., Mazzucchi, A., & Cecchi, F. (2022). Amnesia of Uncertain Etiology in an Adolescent during COVID-19 Pandemic: A Case Report. *Case reports in neurology*, **14**(2), 223–230. <https://doi.org/10.1159/000523733>
- Berenson, K. R., Downey, G., Rafaeli, E., Coifman, K. G., & Paquin, N. L. (2011). The rejection-rage contingency in borderline personality disorder. *Journal of abnormal psychology*, **120**(3), 681–690. <https://doi.org/10.1037/a0023335>
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **174**(12), 727–735. <https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00004>

- Bernstein, I. H., Ellason, J. W., Ross, C. A., et al. (2001). On the dimensionalities of the Dissociative Experiences Scale (DES) and the Dissociation Questionnaire (DIS-Q). *J Trauma Dissociation*, **2**, 101–120.
- Bliss, E.L.(1983). Multiple personalities, related disorders and hypnosis. *Am. J. Clin. Hypn.* **26** (2), 114–123. <https://doi.org/10.1080/00029157.1983.10404151>.
- Booth, R. W., Sharma, D., Dawood, F., Doğan, M., Emam, H. M. A., Gönenç, S. S., Kula, N. A., Mazıcı, B., Saraçyakupoğlu, A., & Shahzad, A. U. (2019). A relationship between weak attentional control and cognitive distortions, explained by negative affect. *PloS one*, **14**(4), e0215399. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215399>
- Boysan, M. (2014). Dissociative experiences are associated with obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical sample: A latent profile analysis. *Noro Psikiyatri Arsivi*, **51**(3), 253–262. <https://doi.org/10.4274/npa.y6884>
- Boyce, P. & Parker, G. (1989). Development of a scale to measure interpersonal sensitivity. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, **23**, 341-51.
- Bögels, S. M., van Oosten, A., Muris, P., & Smulders, D. (2001). Familial correlates of social anxiety in children and adolescents. *Behav. Res. Ther.* **39**, 273-287.
- Brand, B. L., & Stadnik, R. (2013). What contributes to predicting change in the treatment of dissociation: Initial levels of dissociation, PTSD, or overall distress? *Journal of Trauma & Dissociation*, **14**, 328–341. <https://doi.org/10.1080/15299732.2012.736929>
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. in Attachment Theory and Close Relationships, eds. J. A. Simpson and W. S. Rholes. (New york: The Guilford Press), 46-76.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **68**, 748–766.
- Briere, J. (2006). Dissociative symptoms and trauma exposure: Specificity, affect dysregulation, and posttraumatic stress. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **194**(2), 78–82. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000198139.47371.54>

- Briere, J., Kaltman, S., & Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *J. Trauma. Stress.* **21**, 223-226. doi: 10.1002/jts.20317
- Briere, J., Dietrich, A., & Sempé, R. J. (2016). Dissociative complexity: Antecedents and clinical correlates of a new construct. *Psychological Trauma*, **8**, 577–584.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/tra0000126>
- Brodsky, B.S., Cloitre, M., & Dulit, R. A. (1995). Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, **152**, 1788–1792.
- Brown, G. W., Bifulco, A., Veiel, H. O., & Andrews, B. (1990). Self-esteem and depression. II. Social correlates of self-esteem. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, **25**(5), 225–234. <https://doi.org/10.1007/BF00788643>
- Brunner, R., Parzer, P., Schuld, V., & Resch, F. (2000). Dissociative symptomatology and traumatogenic factors in adolescent psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **188**, 71-77.
- Brunner, R., Parzer, P., Schmitt, R., & Resch, F. (2004). Dissociative symptoms in schizophrenia: A comparative analysis of patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychopathology*, **37**(6), 281–284. doi: 10.1159/000081984
- Bryant, R. A., Guthrie, R. M., & Moulds, M. L. (2001). Hypnotizability in acute stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, **158**, 600-604.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., Dang, S. T., & Nixon, R. D. V. (2003). Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **71**(4), 706–712.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.706>
- Bugental D. B. (2000). Acquisition of the algorithms of social life: a domain-based approach. *Psychological bulletin*, **126**(2), 187–219. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.2.187>
- Buss, A. H. (1980). Self-consciousness and social anxiety. San Francisco, CA: Freeman.
- Calati, R., Bensassi, I., & Courtet, P. (2017). The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: Metaanalyses. *Psychiatry Res.* **251**, 103–114.

- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, **6**, 16–27.
- Canan, F., & North, C.S. (2019). Dissociation and disasters: A systematic review. *World J. Psychiatry*, **9**, 83–98.
- Cavicchioli, M., Scalabrini, A., Northoff, G., Mucci, C., Ogliari, A., & Maffei, C. (2021). Dissociation and emotion regulation strategies: A meta-analytic review. *Journal of psychiatric research*, **143**, 370–387. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.09.011>
- Chiu, C.D., Tseng, M.C., Chien, Y.L., Liao, S.C., Liu, C.M., Yeh, Y.Y., et al. (2015). Cumulative traumatization associated with pathological dissociation in acute psychiatric inpatients. *Psychiatry Res.* **230**, 406–412.
- Chiu, C. D., Meg Tseng, M. C., Chien, Y. L., Liao, S. C., Liu, C. M., Yeh, Y. Y., et al. (2017). Dissociative disorders in acute psychiatric inpatients in Taiwan. *Psychiatry research*, **250**, 285–290. doi: 10.1016/j.psychres.2017.01.082
- Chiu, C., Ho, H. L., & Tollenaar, M. S. (2022). Relational self-evaluations in dissociation: Implicit self-rejection? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, **14**(1), 99. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0001017>
- Chu, J. A., & Dill, D. L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *The American Journal of Psychiatry*, **147**(7), 887–892. doi: 10.1176/ajp.147.7.887
- Chu, A. T., & Deprince, A. P. (2006). Development of dissociation: examining the relationship between parenting, maternal trauma and child dissociation. *J. Trauma Dissociation*. **7**, 75-89.
- Chung, M. C., Jalal, S., & Khan, N. U. (2014). Posttraumatic stress disorder and psychiatric comorbidity following the 2010 flood in Pakistan: exposure characteristics, cognitive distortions, and emotional suppression. *Psychiatry*, **77**(3), 289–304. <https://doi.org/10.1521/psyc.2014.77.3.289>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, **14**(9), 418–424. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.06.007>

- Cloitre, M., Petkova, E., Wang, J., & Lu, F. (2012). An examination of the influence of a sequential treatment on the course and impact of dissociation among women with PTSD related to childhood abuse. *Depression and Anxiety*, **29**, 709–717. <https://doi.org/10.1002/da.21920>
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., et al. (2009). A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *J. Trauma. Stress.* **22**, 399-408. doi: 10.1002/jts.20444
- Cole, P. M., Martin, S. E. & Dennis T, A. (2004) Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, **75** (2), 317-333.
- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2004). Working models of attachment shape perceptions of social support: evidence from experimental and observational studies. *J. Pers. Soc. Psychol.* **87**, 363-383. doi: 10.1037/0022-3514.87.3.363
- Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardeña, E., Frewen, P. A., Carlson, E. B., & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, **138**(3), 550–588. <https://doi.org/10.1037/a0027447>
- Davidov, M., & Grusec, J. E. (2006). Untangling the links of parental responsiveness to distress and warmth to child outcomes. *Child Dev.* **77**, 44-58. doi: 10.1111/j.1467-8624.2006.00855.x
- Deeley, Q. (2016). Hypnosis as a model of functional neurologic disorders. *Handb. Clin. Neurol.* **139**, 95–103. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801772-2.00009-6>.
- Deen, A., Biedermann, S. V., Lotzin, A., Krüger-Gottschalk, A., Dyer, A., Knaevelsrud, C., Rau, H., Schellong, J., Ehring, T., & Schäfer, I. (2022). The dissociative subtype of PTSD in trauma-exposed individuals: a latent class analysis and examination of clinical covariates. *European journal of psychotraumatology*, **13**(1), 2031591. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2031591>
- Dell, P. F., & Eisenhower, J. W. (1990) . Adolescent multiple personality disorder: A preliminary study of eleven cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **29**(3), 359–66.
- Dell, P. F., & O'Neil, J. A. (Eds.). (2009). Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond. Routledge/Taylor & Francis Group.

- Dienes, Z., Brown, E., Hutton, S., Kirsch, I., Mazzoni, G., & Wright, D. B. (2009). Hypnotic suggestibility, cognitive inhibition, and dissociation. *Consciousness and Cognition*, **18**, 837-847.
- Dienes, Z., & Perner, J. (2007). Executive control without conscious awareness: The cold control theory of hypnosis. *Hypnosis and Conscious States: The Cognitive Neuroscience Perspective*. Oxford University Press, 293–314.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001b). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the adverse childhood experiences study. *JAMA*, **286**(24), 3089–3096.
<https://doi.org/10.1001/jama.286.24.3089>
- Dutra, L., Bureau, J. F., Holmes, B., Lyubchik, A., & Lyons-Ruth, K. (2009). Quality of early care and childhood trauma: a prospective study of developmental pathways to dissociation. *J. Nerv. Ment. Dis.* **197**, 383-390. doi: 10.1097%2FNMD.0b013e3181a653b7
- Ebner-Priemer, U. W., Mauchnik, J., Kleindienst, N., Schmahl, C., Peper, M., Rosenthal, M. Z., & Bohus, M. (2009). Emotional learning during dissociative states in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, **34**(3), 214–222.
- Edwards, V.J., Holden, G.W., Felitti, V.J., & Anda, R.F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the Adverse Childhood Experiences Study. *Am J Psychiatry*, **160**, 1453–1460.
- 江田早紀・日高三喜夫 (2007). 対人感受性尺度の作成—因子構造と信頼性, 妥当性の検討—久留米大学心理学研究, **6**, 43-49.
- Ellenberger, H. F. (1970). *The discovery of the unconscious*. New York, Basic Books.
- Elliott, D. M., & Briere, J. (1992). Sexual abuse trauma among professional women: Validating the Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40). *Child Abuse & Neglect*, **16**, 391–398.
[https://doi.org/10.1016/0145-2134\(92\)90048-V](https://doi.org/10.1016/0145-2134(92)90048-V)
- Emily, J. O., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, **129**(1), 52-73.
- Espírito Santo, H., & Abreu, J.L.P. (2009). Portuguese validation of the Dissociative Experiences Scale (DES), *J Trauma Dissociation*. **10**, 69–82.

- Fabbri Bombi, A., Bertin, I., Cristante, F., Colombo, F. (1996). Un contributo alla standardizzazione della Dissociative Experience Scale (DES) di Bernstein e Putnam. *Bollettino di Psicologia Applicata*, **219**, 39–46.
- Farrington, A., Waller, G., Smerden, J., & Faupel, A. W. (2001). The adolescent dissociative experiences scale: psychometric properties and difference in scores across age groups. *The Journal of nervous and mental disease*, **189**(10), 722–727. <https://doi.org/10.1097/00005053-200110000-00010>
- Favaro, A., Dalle Grave, R., & Santonastaso, P. (1998). Impact of a history of physical and sexual abuse in eating disordered and asymptomatic subjects. *Acta Psychiatr. Scand.* **97**, 358-363.
- Feeny, N. C., Zoellner, L. A., Fitzgibbons, L. A., & Foa, E. B. (2000). Exploring the roles of emotional numbing, depression, and dissociation in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, **13**(3), 489–498. <https://doi.org/10.1023/A:1007789409330>
- Fenigstein, A. (1979). Self-consciousness, self – attention, and interaction, *J Pers Soc Psychol*, **37**, 75-86,1979.
- Fenigstein, A., Scheier, M. F., & Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **43**, 522-527.
- Flett, G. L., Hewitt, K. R., & Martin, T. R. (1995). Procrastination, negative self-evaluation, and stress in depression and anxiety: A review and preliminary model. in Procrastination and Task Avoidance: Theory, Research, and Treatment, ed. J. Ferrari, J. Johnson, and W. McCown (New York: Plenum Press), 137-167.
- Frankel, F.H. (1990). Hypnotizability and dissociation. *Am. J. Psychiatry* **147** (7), 823–829. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.7.823>.
- Foa, E. B., Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., & Kozak, M. J. (1999). Feared consequences, fixity of belief, and treatment outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, **30**(4), 717–724. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(99\)80035-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(99)80035-5)
- Ford, B.Q., & Gross, J.J. (2018). Emotion regulation: why beliefs matter. *Canadian Psychology*, **59**,1–14. <https://doi.org/10.1037/cap0000142>

- Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt M.E., & Lipschitz D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *Am. J. Psychiatry*. **163**, 623–629.
- Fung, H.W., Chan, C., Ross, C.A., & Wang, E.K.S. (2021). Clinical Features of a Chinese Sample with Self-Reported Symptoms of Pathological Dissociation. *Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, **22**(3), 378–393. doi:10.1080/15299732.2020.1869651
- Fung, H.W., Chien, W.T., Chan, C. & Ross, C.A. (2023). A cross-cultural investigation of the association between betrayal trauma and dissociative features. *J. Interpers. Violence*. **38**, NP1630-NP1653. doi: 10.1177/08862605221090568.
- Fung, H.W., Choi, T.M., Chan, C., & Ross, C.A. (2018). Psychometric properties of the pathological dissociation measures among Chinese—A pilot study using online methods. *J. Evid. Informed Soc. Work*. **15**, 371-384. doi: 10.1080/ 23761407.2018.1456995
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Individ Dif*, **30**(8), 1311–27. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(00)00113-6).
- Galambos, N.L., Barker, E.T., & Almeida, D.M. (2003). Parents do matter: trajectories of change in externalizing & internalizing problems in early adolescence. *Child Dev*. **74**, 578-594.
- Giesbrecht, T., Jongen, E. M., Smulders, F. T., & Merckelbach, H. (2006). Dissociation, resting EEG, & subjective sleep experiences in undergraduates. [Comparative study research support, non-U S gov't]. *Journal of Nervous & Mental Disease*, **194**(5), 362–368. doi: 10.1097/01.nmd.0000217821.18908.bf
- Giesbrecht, T., & Merckelbach, H. (2006). Dreaming to reduce fantasy? – Fantasy proneness, dissociation, & subjective sleep experiences. *Personality and Individual Differences*, **41**(4), 697–706. doi: 10.1016/j.paid.2006.02.015
- Giesbrecht, T., Merckelbach, H., & Geraerts, E. (2007). The dissociative experiences taxon is related to fantasy proneness. *The Journal of nervous and mental disease*, **195**(9), 769–772. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318142ce55>

- Gold, S. D., Marx, B. P., Soler-Baillo, J. M., & Sloan, D. M. (2005). Is life stress more traumatic than traumatic stress? *Journal of Anxiety Disorders*, **19**(6), 687–698.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.06.002>
- Gratz, K. L., Conrad, S. D., & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *Am. J. Orthopsychiatry*, **72**, 128-140. doi: 10.1037/0002-9432.72.1.128.
- Gross, J.J. (1998) . The emerging field of emotion regulation : An integrative review, *Review of General Psychology*, **2**, 271–299.
- Gruzelier, J. H., De Pascalis, V., Jamieson, G., Laidlaw, T., Naito, A., Bennett, B., et al. (2004). Relations between hypnotizability & psychopathology revisited. *Contemporary Hypnosis*, **21**, 169-175.
- Gunderson, J. G., & Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: A gene–environment–developmental model. *Journal of Personality Disorders*, **22**(1), 22–41.
doi:10.1521/pedi.2008.22.1.22
- 長谷川文香（2013）．対人関係におけるストレスに影響を及ぼす要因の検討．跡見学園女子大学文学部臨床心理学科紀要, **1**, 31-42.
- 橋本朋広（2017）．解離の諸類型間に関する考察,大阪府立大学大学院人間社会システム科学研究科心理臨床センター紀要, **10**, 11-20.
- 梶田叡一（1988）.自己意識の心理学, **2**, 14-18, 東京大学出版会, 東京.
- Herbert, L. J., & Dahlquist, L. M. (2008). Perceived history of anaphylaxis and parental overprotection, autonomy, anxiety, and depression in food allergic young adults. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, **15**(4), 261–269. doi:10.1007/s10880-008-9130-y
- Hesse, E., & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: description, discussion, and interpretations. *Dev. Psychopathol.* **18**, 309-343.
doi:10.1017/s0954579406060172.
- 廣澤愛子（2010）.「解離」に関する臨床心理学的考察-「病的解離」から「正常解離」まで. 福井大学教育実践研究, **35**, 217-224.
- Holbrook, T. L., Hoyt, D. B., Stein, M. B., & Sieber, W. J. (2002). Gender differences in long-term posttraumatic stress disorder outcomes after major trauma: women are at higher risk of adverse outcomes than men. *JTrauma*, **53**(5), 882-888.

- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C., Frasquilho, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical psychology review*, **25**(1), 1–23.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.006>
- Holman, E. A., & Silver, R. C. (1998). Getting ‘stuck’ in the past: temporal orientation and coping with trauma. *Journal of Personality and Social Psychology*, **74**, 1146–1163.
- Horen, S. A., Leicher, P. P., & Lawson, J. S. (1995). Prevalence of dissociative symptoms and disorders in an adult psychiatric inpatient population in Canada. *Can. J. Psychiatry*, **40**, 185–191.
- Household Statistics Office of Japan (2019). Comprehensive Survey of Living Conditions,
<https://www.mhlw.go.jp/english/database/db-hss/cslc-index.html>
- 井手正和・山村 豊・梶原隆弘 (2009). 他要因被暗示性尺度と妥当性の検討.催眠と科学, **23・24**(1), 50–57.
- 池田龍也・岡本祐子 (2016).被害的な認知特性と出来事の外傷性が外傷反応と解離性体験に及ぼす影響, パーソナリティ研究, **25** (2) , 166-170.
<https://doi.org/10.2132/personality.25.166>
- 池田龍也・岡本祐子 (2011).関係性の持ち方と解離傾向の関連－正常解離の下位機能における性差に関する基礎研究－. 広島大学大学院心理教育研究センター紀要, **10**, 5-20.
- 一丸藤太郎 (1998). 多重人格障害の研究と臨床—日本・アメリカでの解離性障害臨床像の特徴— 松下正明・浅井昌弘・牛島定信・倉知正佳・小山 司・中根允文・三好功峰 (編) 臨床精神医学講座 第 **23** 巻, 多文化間精神医学, 213-229, 中山書店.
- Jamieson, G. A., & Gruzelier, J. H. (2001). Hypnotic susceptibility is positively related to a subset of schizotypy items. *Contemporary Hypnosis*, **18**, 32-38.
- Jans, T., Schneck-Seif, S., Weigand, T., Schneider, W., Ellgring, H., Wewetzer, C., & Warnke, A. (2008). Long-term outcome and prognosis of dissociative disorder with onset in childhood or adolescence. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, **2**(1), 19.
<https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-19>
- Janet, P.(1910). Les Nervoses. Ernest Flammarion, Paris. (ジャネ, 高橋徹 (訳) (1974). Janet 神経症, 291-318.医学書院, 東京.)

- Jepsen Ellen, K.K, Langeland, W., Sexton, H., & Heir, T. (2014). Inpatient treatment for early sexually abused adults: a naturalistic 12-month follow-up study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, And Policy*, **6**(2), 142–151. doi: 10.1037/a0031646
- Jones, D.J., Forehand, R., & Beach, S.R.H. (2000). Maternal and paternal parenting during adolescence: forecasting early adult psychosocial adjustment. *Adolescence*. 35, 513-530.
- 兼本浩祐 (2011) .思春期の解離, 精神科治療学, **26**, 719-725.
- Kate, M.A., Graham, J., & Middleton, W. (2023). Parent-child dynamics as predictors of dissociation in adulthood, *European Journal of Trauma & Dissociation*. **7**,100312. doi:10.1016/j.ejtd.2023.100312
- Kanayama, N., Sato, A., & Ohira, H. (2008). Dissociative experience and mood-dependent memory. *Cognition & Emotion*, **22**(5), 881–896. doi: 10.1080/02699930701541674
- Kawabata, Y., Alink, L. R. A., Tseng, W. L., van Ijzendoorn, M. H., & Crick, N. R. (2011). Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and meta-analytic review. *Dev. Rev.* **31**, 240-278.
- Kaysen, D., Morris, M. K., Rizvi, S. L., & Resick, P. A. (2005). Peritraumatic responses and their relationship to perceptions of threat in female crime victims. *Violence against women*, **11**(12), 1515–1535. <https://doi.org/10.1177/1077801205280931>
- Keuroghlian, A.S., Butler, L.D., Neri, E., & Spiegel, D. (2010). Hypnotizability, posttraumatic stress, and depressive symptoms in metastatic breast cancer. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* **58** (1), 39–52. <https://doi.org/10.1080/00207140903310790>.
- 木村敏 (1970). 自覚の精神病理,14-20,紀伊国屋新書, 東京, 1970.
- Kindt, M., & van den Hout, M. (2003). Dissociation and memory fragmentation: experimental effects on meta-memory but not on actual memory performance. *Behav. Res. Ther.* **41**, 167-178. doi: 10.1016/s0005-7967(01)00135-8
- Kirsch, I., & Lynn, S.J. (1998). Social–cognitive alternatives to dissociation theories of hypnotic involuntariness. *Rev. Gen. Psychol.* **2** (1), 66–80. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.1.66>.
- Kluft,R.P. (1984). Treatment of multiple personality disorder: a study of 33 cases. *Psychiatric clinics of North America*, **7**, 9-29.
- Kim, Y. (2001). *Comprehension and care of psychological trauma*. Jiho.

- 金吉晴 (2021). ICD-11 におけるストレス関連症候群と解離症群の診断動向, 精神神経学雑誌, 123-10, 676-683.
- 古賀佳樹・川島大輔 (2022) .大学生におけるゲーム依存の実態と関連要因の検討—SNS 依存, ギャンブル依存との異同に着目して—, 中京大学心理学研究科・心理学部紀要, 1-10.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F.L. & Watson, D.(2010). Linking “Big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychol Bull* **136**, 768-821.
- Kucukgoncu, S., Aktar, E., Erginbas, E., Bestepe, E. E., Calikusu, C., Algin, F., & Erkoc, S. (2010). Relationship between dissociative experiences, abnormal sleep experiences, and sleep quality in undergraduate students. *Düşünen Adam*, **23**(2), 77-84. doi: 10.5350/DAJPN2010230201
- Kumpula, M. J., Orcutt, H. K., Bardeen, J. R., & Varkovitzky, R. L. (2011). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as prospective predictors of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, **120**, 617-627.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0023927>
- 黒木俊秀, 七田千穂(2015). パーソナリティ特性とうつ病, 臨床精神医学, **44** (4) , 457-463.
- 桑原秀樹・坂戸 薫・上原 徹・坂戸美和子・佐藤哲哉・染矢俊幸 (1999). Interpersonal Sensitivity Measure (IPSM) 日本語版の作成—信頼性と妥当性の検討.精神科診断学, **10**(3), 333-341.
- Langeland, W., Jepsen, E.K.K., Brand, B.L., Kleven, L., Loewenstein, R.J., Putnam, F.W., Schielke, H.J., Myrick, A., Lanius, R.A., & Heir, T. (2020). The economic burden of dissociative disorders: A qualitative systematic review of empirical studies. *Psychol. Trauma*, **12**, 730-738.
- Lanius, R. A, Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, **167**(6), 640-647.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081168>

- Liotti, G., Mollon, P., & Miti, G. (2005). Dissociative disorders. in Oxford Textbook of Psychotherapy eds. G. O. Gabbard, J. S. Beck, and Holmes, J. (Oxford: Oxford University Press).
- Lipsanen, T., Saarijärvi, S., & Lauerma, H. (2003). The Finnish version of the Dissociative Experiences Scale-II (DES-II) and psychiatric distress. *Nord J Psychiatry*, **57**, 17–22.
- Lipschitz, D. S., Kaplan, M. L., Sorkenn, J., Chorney, P., & Asnis, G. M. (1996). Childhood abuse, adult assault, and dissociation. *Compr. Psychiatry*. **37**, 261-266.
- Linde-Krieger, L. B., Yates, T. M., & Carlson, E. A. (2022). A developmental pathways model of dissociation. in *Dissociation and the Dissociative Disorders*, eds. M. J. Dorahy, S. N. Gold, & J. A. O’Neil. 2nd edn. (Lyons: Routledge).
- Low, G., Jones, D., MacLeod, A., Power, M., & Duggan, C. (2000). Childhood trauma, dissociation, and self-harming behavior: a pilot study. *British Journal of Medical Psychology*, **73**, 269–278.
- Ludwig, A. M. (1983) . The psychological functions of dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, **26**, 93–99.
- Lush, P., Naish, P., & Dienes, Z. (2016). Metacognition of intentions in mindfulness and hypnosis. *Neurosci. Conscious.* <https://doi.org/10.1093/nc/niw007>.
- Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., Merckelbach, H., Giesbrecht, T., McNally, R. J., Loftus, E. F., Bruck, M., Garry, M., & Malaktaris, A. (2014). The trauma model of dissociation: Inconvenient truths and stubborn fictions. Comment on Dalenberg et al. (2012). *Psychological Bulletin*, **140**(3), 896–910. <https://doi.org/10.1037/a0035570>
- Lynn, S. J., Maxwell, R., Merckelbach, H., Lilienfeld, S. O., Kloet, D. V. H., & Miskovic, V. (2019). Dissociation and its disorders: Competing models, future directions, and a way forward. *Clinical psychology review*, **73**, 101755. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101755>
- Lynn, S.J., Polizzi, C., Merckelbach, H., Chiu, C.D., Maxwell, R., van Heugten, D., & Lilienfeld, S.O. (2022) . Dissociation and Dissociative Disorders Reconsidered: Beyond Sociocognitive and Trauma Models Toward a Transtheoretical Framework. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* (Advance online publication).

- Lyons Ruth, K. (2003). Dissociation and the parent-infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* **51**, 883-911.
doi:10.1177/00030651030510031501.
- Lyssenko, L., Schmahl, C., Bockhacker, L., Vonderlin, R., Bohus, M., & Kleindienst, N. (2018). Dissociation in psychiatric disorders: A meta-analysis of studies using the dissociative experiences scale. *Am. J. Psychiatry*. **175**, 37-46. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.170-10025
- Leary, M. R., & Schlenker, B. R. (1981). The social psychology of shyness: A self-presentational model. In J. T. Tedeschi (Ed.), *Impression management theory and social psychological research*. New York: Academic Press.
- Levine, P. (2010). *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. North Atlantic Books.
- Maaranen, P., Tanskanen, A., Honkalampi, K., Haatainen, K., Hintikka, J., & Viinamäki, H. (2005). Factors Associated with Pathological Dissociation in the General Population. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, **39**(5), 387–394. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01586.x>
- 眞栄城和美, 関根和生(2007).自伝的記憶想起における視点と自己評価との関連-女子大学生の不安傾向・解離傾向に焦点をあてた検討-,清泉女学院大学人間学部研究紀要, **4**, 33-42.
- Mahoney, C. T., & Benight, C. C. (2019). The temporal relationship between coping self-efficacy and dissociation in undergraduate students. *Journal of Trauma & Dissociation*, **20**(4), 471–487. <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1597805>
- Mai, F.M. (1995). “Hysteria” in clinical neurology. *Can. J. Neurol. Sci*, **22**, 101–110.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (95–124). Ablex Publishing.
- 舩田亮太 (2008) .青年の語りからみた日常的解離の発達について-事例研究による体験・意味付け変容モデルの検討, パーソナリティ研究, **16** (3) , 295-310.
- Matsuda, S. eds. (2020) *Low Fertility in Japan, South Korea, and Singapore: Population Policies and Their Effectiveness*. Population Studies in Japan, SpringerBriefs in Population Studies. Springer, Singapore. doi: <https://doi.org/10.1007/978-981-15-2830-9>

- 舩田亮太・中村俊哉 (2007). 近年の国内における解離性同一性障害の分類について——一時的ストレス型 DID の心理臨床的検討. *心理臨床学研究*, **25**, 476-482.
- 松本俊彦 (2007). 解離をめぐる青年期症例の治療-解離性自傷患者の理解と対応, *精神科治療学*, **22**, 311-318.
- 松本俊彦 (2009). 解離性障害と鑑別すべき疾患, 専門医のための精神科臨床リュミエール **20**, 解離性障害, 中山書店, 140-151.
- Matsumoto, D., LeRoux, J., Ratzlaff, C., Tatani, H., Uchida, H., Kim, C., & Araki, S. (2001). Development and validation of a measure of intercultural adjustment potential in Japanese sojourners - The Intercultural Adjustment Potential Scale (ICAPS), *International Journal of Intercultural Relations*, **25**, 483-510.
- Matsumoto, D., Hirayama, S., & LeRoux, J.A. (2005) Psychological skills related to intercultural adjustment. In Wong, P.T.P., & Wong, L.C.J. (Eds.) , *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping*. New York : Kluwer Academic/Plenum Publishing.
- Mason, O., Tyson, M., Jones, C., & Potts, S. (2005). Alexithymia: its prevalence and correlates in a British undergraduate sample. *Psychol. Psychother.* **78**, 113-125.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1348/147608304X21374>.
- Manzano-Mojica, J., Martínez-Taboas, A., Sayers-Montalvo, S.K., Cabiya, J.J., & Alicea-Rodríguez, L.E. (2012). Dissociation in sexually abused Puerto Rican children: a replication utilizing social workers as informers. *Journal of trauma & dissociation : the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, **13**(3), 330-344.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2011.641205>
- 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. doi: 10.2147/ndt.s105110

- Mazzotti, E., & Cirrincione, R. (2001). La “Dissociative Experiences Scale”: esperienze dissociative in un campione di studenti italiani. [The Dissociative Experiences Scale: Dissociative experiences in a sample of Italian students]. *Giorn It Psicol*, **28**, 179–192.
- McCabe, R.E., Blankstein, K.R., & Mills, J.S. (1999). Interpersonal Sensitivity and social problem-solving: Relations with academic and social self-esteem, depressive symptoms, academic performance. *Cognitive Therapy and Research*, **23**(6), 587-604.
- McConkey, K.M., & Barnier, A.J. (2004). High hypnotizability: Unity and diversity in behavior and experience. In M. Heap, R.J. Brown, & D.A. Oakley (Eds.), *The highly hypnotizable person: Theoretical, experimental and clinical issues*. 61-84. NY: Routledge.
- Merckelbach, H., Boskovic, I., Pesy, D., Dalsklev, M., & Lynn, S.J. (2017). Symptom overreporting and dissociative experiences: a qualitative review. *Consciousness and Cognition*, **49**, 132–144. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2017.01.007>
- Mertens, J.B.C., & Vermetten, E. (2018). The Value of Hypnotizability in Differentiating Dissociative from Psychotic Disorders. *Psychosis, trauma and dissociation*. John Wiley Sons, Ltd, 223–239. <https://doi.org/10.1002/9781118585948.ch14>.
- Miguel-Puga, J. A., Cooper-Bribiesca, D., Avelar-Garnica, F. J., Sanchez-Hurtado, L. A., Colin-Martínez, T., Espinosa-Poblano, E., Anda-Garay, J. C., González-Díaz, J. I., Segura-Santos, O. B., Vital-Arriaga, L. C., & Jáuregui-Renaud, K. (2021). Burnout, depersonalization, and anxiety contribute to posttraumatic stress in frontline health workers at COVID-19 patient care, a follow-up study. *Brain and behavior*, **11**(3), e02007. <https://doi.org/10.1002/brb3.2007>
- Ministry of Health, Labour & Welfare (2019). Comprehensive Survey of Living Conditions. <https://www.mhlw.go.jp/english/database/db-hss/cslc-index.html>
- Modestin, J., Ebner, G., Junghan, M., et al., (1996). Dissociative experiences and dissociative disorders in acute psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, **37**, 355-361.
- Modestin J, & Erni T (2004) Testing the dissociative taxon. *Psychiatry Res*. 126, 77– 82.
- Modestin, J., Lötscher, K., & Erni, T. (2002). Dissociative experiences and their correlates in young non-patients. *Psychol. Psychother*. **75**, 53-64. doi: 10.1348/147608302169544

- Moghrabi, H. (2004). Cognitive correlates of hypnotizability and imaginativity: A movement towards a perceptual control model of hypnosis (Doctoral dissertation, Concordia University, 2004). *Dissertation Abstracts International*, **65**, 6066.
- Mohammadian, Y., Mahaki, B., Lavasani, F.F., Dehghani, M., Vahid, M.A. (2016). The psychometric properties of the Persian version of Interpersonal Sensitivity Measure, *Journal of Research in Medical Sciences*, **22**, 10.
- Morgan, C.A., Hazlett, G., Wang, S., Richardson, E.G., Schnurr, P., & Southwick, S.M. (2001). Symptoms of dissociation in humans experiencing acute, uncontrollable stress: A prospective investigation. *American Journal of Psychiatry*. **158**, 1239–1247.
- Mulder, R.T, Beautrais, A.L, Joyce, P.R, Fergusson, D.M. (1998). Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. *American Journal of Psychiatry*, **155**, 806–811.
- Muris, P., Meesters, C. & van den Berg, S. (2003). Internalizing and Externalizing Problems as Correlates of Self-Reported Attachment Style and Perceived Parental Rearing in Normal Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, **12**, 171–183.
<https://doi.org/10.1023/A:1022858715598>
- Murphy, S., Elklit, A., Murphy, J., Hyland, P., & Shevlin, M. (2017). A cross-lagged panel study of dissociation and posttraumatic stress in a treatment-seeking sample of survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Clinical Psychology*, **73** (10), 1370–1381.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22439>
- 長江信和・増田智美・山田幸恵・金築優・根建金男・金吉晴（2004）.大学生を対象としたライフ・イベントの実態調査と日本語版外傷後認知尺度の開発，行動療法研究，**30**（2），113-124. https://doi.org/10.24468/jjbt.30.2_113
- 仲真紀子（1998）.偽りの記憶と諸尺度：被暗示性尺度（GSS,CIS）と解離性体験尺度（DES）.千葉大学教育学部研究紀要 I ,教育科学編, **46**, 1-18.
- 中尾達馬・加藤和生（2004）.成人愛着スタイル（ECR）の日本語版作成の試み，心理学研究，**75**（2），154-159.
- Näring, G., & Nijenhuis, E. R. (2005). Relationships between self-reported potentially traumatizing events, psychoform and somatoform dissociation, and absorption, in two non-clinical

- populations. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, **39**(11-12), 982–988.
<https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01701.x>
- Nash, M. R., Lynn, S. J., & Givens, D. L. (1984). Adult hypnotic susceptibility, childhood punishment, and child abuse. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, **32**, 6-11.
- Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *The Journal of nervous and mental disease*, **184**(11), 688–694.
<https://doi.org/10.1097/00005053-199611000-00006>
- Niwa, M., Kato, T., Narita-Ohtaki, R., Otomo, R., Suga, Y., Sugawara, M., Narita, Z., Hori, H., Kamo, T., & Kim, Y. (2022). Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation Narrative Therapy for women with ICD-11 complex PTSD related to childhood abuse in Japan: a pilot study. *European journal of psychotraumatology*, **13**(1), 2080933.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2080933>
- Offen, L., Thomas, G., & Waller, G. (2003). Dissociation as a mediator of the relationship between recalled parenting and the clinical correlates of auditory hallucinations. *Br. J. Clin. Psychol.* **42**, 231-241.
- Olsen, S. A., Clapp, J. D., Parra, G. R., & Beck, J. G. (2013). Factor structure of the Dissociative Experiences Scale: An examination across sexual assault status. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, **35**(3), 394–403. <https://doi.org/10.1007/s10862-013-9347-4>
- 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．
- 小川雅美（1991）．PBI 日本語版の信頼性,妥当性に関する研究 精神科治療学, **6**, 1193-1201.
- 押見輝男（1986）．自己意識,対人行動学研究会編:対人行動の心理学,誠信書房，東京, 227–233.
- Ozçetin, A., Belli, H., Ertem, U., Bahcebasi, T., Ataoglu, A., & Canan, F. (2009). Childhood trauma and dissociation in women with pseudo seizure-type conversion disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, **63**(6), 462–468. <https://doi.org/10.3109/08039480903029728>

- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, **129**(1), 52–73.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
- van Ijzendoorn, M. H., & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clin Psychol Rev*, **16**(5), 365–82.
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Viking.
- Palomo, T., Kostrzewa, R.M., Beninger, R.J., & Archer, T. (2007). Genetic variation and shared biological susceptibility underlying comorbidity in neuropsychiatry. *Neurotox. Res*, **12**, 29–42.
- Parker, G. (1984). The measurement of pathogenic parental style and its relevance to psychiatric disorder. *Soc. Psychiatry*, **19**, 75-81. doi: 10.1007/bf00583818
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *Br. J. Med. Psychol.* **52**, 1-10.
- Parra, A., & Paul, L. E. (2009). Exploring the links between nocturnal hallucinatory experiences and personality characteristics. *European Journal of Parapsychology*, **24**(2), 139–154.
- Plattner, B., Silvermann, M.A., & Redlich, A.D. (2003). Pathways to dissociation: Intrafamilial versus extrafamilial trauma in juvenile delinquents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **191**, 781-788.
- Polito, V., Barnier, A.J., Woody, E.Z., & Connors, M.H.(2014). Measuring agency change across the domain of hypnosis. *Psychol. Conscious. Theory, Res., Pract.* **1** (1), 3–19.
<https://doi.org/10.1037/cns0000010>.
- Polito, V., Langdon, R., & Barnier, A.J. (2015). Sense of agency across contexts: insights from schizophrenia and hypnosis. *Psychol. Conscious. Theory, Res., Pract.* **2** (3), 301–314.
<https://doi.org/10.1037/cns0000053>.
- Porges, S. W. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation*. New York: Norton.
- Posternak, M.A., & Zimmerman, M. (2002). Anger and aggression in psychiatric outpatients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, **63**(8), 665–672.

- Powers, A., Cross, D., Fani, N., & Bradley, B. (2015). PTSD, emotion dysregulation, and dissociative symptoms in a highly traumatized sample. *Journal of Psychiatric Research*, **61**, 174–179. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.12.011>
- Putnam, F. W. (1993). Dissociative disorders in children: behavioral profiles and problems. *Child Abuse Negl.* **17**, 39-45.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental*. New York: Guilford Press. (パトナム, F.W. 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)
- Ramkisson, S., Joseph Pillay, B. J., & Sartorius, B. (2016). Diabetes distress and related factors in South African adults with type 2 diabetes. *J. Endocrinol. Metab. Diabetes S. Afr.* **21**, 35-39. doi: 10.1080/16089677.2016.1205822
- Reynolds, M., & Brewin, C. R. (1999). Intrusive memories in depression and posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, **37**, 201–215.
- Roca, V., Hart, J., Kimbrell, T., & Freeman, T. (2006). Cognitive function and dissociative disorder status among veteran subjects with chronic posttraumatic stress disorder: a preliminary study. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, **18**(2), 226–230. <https://doi.org/10.1176/jnp.2006.18.2.226>
- Roelofs, K., Hoogduin, K. A. L., Keijsers, G. P. J., Näring, G. W. B., Moene, F. C., & Sandijck, P. (2002). Hypnotic susceptibility in patients with conversion disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, **111**(2), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.2.390>
- Ross, C. A., Duffy, C. M. M., & Ellason, J. W. (2002). Prevalence, reliability and validity of dissociative disorders in an inpatient setting. *Journal of Trauma & Dissociation*, **3**(1), 7–17. https://doi.org/10.1300/J229v03n01_02
- Ross, C. A., Joshi, S., & Currie, R. (1990). Dissociative experiences in the general population. *Am. J. Psychiatry*. **147**, 1547-1552.
- Ross, C. A., Joshi, S., & Currie, R. (1991). Dissociative experiences in the general population: a factor analysis. *Hosp Community Psychiatry*, **42**, 297–301.

- Ross, C. A., Keyes, B. B., Yan, H., Wang, Z., Zou, Z., Xu, Y., Chen, J., Zhang, H., & Xiao, Z. (2008). A cross-cultural test of the trauma model of dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation*, *9*(1), 35–49. <https://doi.org/10.1080/15299730802073635>
- Ruiz, M. A., Poythress, N. G., Lilienfeld, S. O., et al. (2008). Factor structure and correlates of the Dissociative Experiences Scale in a large offender sample. *Assessment*, *15*, 511–521.
- Rugens, A., & Terhune, D. B. (2013). Guilt by dissociation: Guilt primes augment the relationship between dissociative tendencies and state dissociation. *Psychiatry Research*, *206*(1), 114–116. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.010>
- Şar, V., Onder, C., Killincaslan, A., Zoroglu, S. S., & Alyanak, B. (2014). Dissociative identity disorder among adolescents: prevalence in a university psychiatric outpatient unit. *J Trauma Dissociation*, *15*(4), 402–419.
- Şar, V., & Türk-Kurtça, T. (2021). The vicious cycle of traumatic narcissism and dissociative depression among young adults: a trans-diagnostic approach. *J. Trauma Dissociation*, *22*, 502–521.
- Şar, V., Necef, I., Mutluer, T., Fatih, P., & Türk-Kurtça, T. (2021). A Revised and expanded version of the Turkish childhood trauma questionnaire (CTQ-33): overprotection-overcontrol as additional factor. *Journal of Trauma and Dissociation*, *22*, 35–51.
- Saxe, G. N., Chawla, N., & Van Der Kolk, B. A. Self-destructive behavior in patients with dissociative disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *32*, 313–320.
- Scalabrini, A., Cavicchioli, M., Fossati, A., & Maffei, C. (2017). The extent of dissociation in borderline personality disorder: A meta-analytic review. *Journal of trauma & dissociation*, the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD), *18*(4), 522–543. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1240738>
- Schimmenti, A., & Caretti, V. (2016). Linking the overwhelming with the unbearable: developmental trauma, dissociation, and the disconnected self. *Psychoanal. Psychol.* *33*, 106–128.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Ment. Health J.* *22*, 201–269, 2001.

- Schwarz, E. D., & Kowalski, J. M. (1992). Malignant memories: Reluctance to utilize health services after a disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **180**(12), 767–772.
<https://doi.org/10.1097/00005053-199212000-00005>
- Seedat, S., Stein, M. B., & Forde, D. R. (2003). Prevalence of dissociative experiences in a community sample: relationship to gender, ethnicity, and substance use. *J. Nerv. Ment. Dis.* **191**, 115-120.
- Serrano-Ibáñez, E. R., Ruiz-Párraga, G. T., Gómez-Pérez, L., Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., & López-Martínez, A. E. (2021). The relationship between experiential avoidance and posttraumatic stress symptoms: A moderated mediation model involving dissociation, guilt, and gender. *Journal of Trauma & Dissociation*, **22** (3), 304–318.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1869647>
- Shin, J. U., Sung, H. J., & Chung, U. S. (2009). The Korean version of the adolescent dissociative experience scale: Psychometric properties and the connection to trauma among Korean adolescents. *Psychiatry Investigation*, **6**(3), 163–172.
- 柴山雅俊 (2007). 解離性障害-「うしろにだれかいる」の精神病理, 筑摩書房, 67-72.
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Nelligan, J. S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *J. Pers. Soc. Psychol.* **62**, 434-446.
- Somer, E., Dolgin, M., & Saadon, M. (2001). Validation of the hebrew version of the dissociative experiences scale (H-DES) in Israel. *Journal of Trauma & Dissociation*, **2**(2), 53–65. doi: 10.1300/J229v02n02_05
- Somer, E., Ross, C., Kirshberg, R., Bakri, R. S., & Ismail, S. (2015). Dissociative disorders and possession experiences in Israel: a comparison of opiate use disorder patients, Arab women subjected to domestic violence, and a nonclinical group. *Transcultural psychiatry*, **52**(1), 58–73.
<https://doi.org/10.1177/1363461514552584>
- 総務省統計局 (2015). 平成 27 年国勢調査結果
<https://www.stat.go.jp/data/kokusei/2015/kekka.html>.

- Startup, M., Makgekgenene, L., & Webster, R. (2007). The role of self-blame for trauma as assessed by the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): A self-protective cognition? *Behaviour Research and Therapy*, 45(2), 395–403. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.02.003>
- 鈴木有美・木野和代・出口智子・遠山孝司・出口拓彦・伊田勝憲・大谷福子・谷口ゆき・野田勝子 (2000). 多次元共感性尺度作成の試み 名古屋大学大学院 教育発達科学研究科 紀要 (心理発達科学), **47**, 269-279.
- Sperandeo, R., Monda, V., Messina, G., Carotenuto, M., Maldonato, N. M., Moretto, E., Leone, E., De Luca, V., Monda, M., & Messina, A. (2018). Brain functional integration: An epidemiologic study on stress-producing dissociative phenomena. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, **14**, 11–19. <https://doi.org/10.2147/NDT.S146250>
- Spiegel, D., Hunt, T., & Dondershine, H.E. (1988). Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder. *Am. J. Psychiatry*, **145** (3), 301–305. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.3.301>.
- Spitzer, C., Freyberger, H., Brähler, E., Beutel, M. E., & Stieglitz, R. (2015). Teststatistische Überprüfung der Dissociative Experiences Scale-Taxon (DES-T) [Psychometric evaluation of the Dissociative Experiences Scale-Taxon (DES-T)]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, **65**(3-4), 134–139. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1395690>
- Spitzer, C., Göbel, P., Wilfer, T. et al.(2021). Pathologische Dissoziation bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapeut*, **66**, 299–305. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00512-7>
- Stockdale GD, Gridley BE, Balogh DW et al. (2002). Confirmatory factor analysis of single - and multiple-factor competing models of the Dissociative Experiences Scale in a nonclinical sample. *Assessment*, **9**, 94–106.
- 菅原健介(1984). 自意識尺度 (self-consciousness scale) 日本語版作成の試み, 心理学研究, **55**, 184–188.
- Szabolcs Garbóczy, Anita Szemán-Nagy, Mohamed S. Ahmad, Szilvia Harsányi, Dorottya Ocsenás, Viktor Rekenyi, Petra Tischler, Ala'a B. Al-Tammemi, László Robert Kolozsvári.(2021). The Emergence of Dissociative Experiences as a Function of Perceived Stress Among University

- Students During the COVID-19 Lockdown. PREPRINT (Version 1) available at Research Square [<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-145432/v1>]
- 高橋徹（1997）.ヒステリーから解離性障害へ.解離性障害.精神医学レビューno.22.(中谷陽二編), ライフ・サイエンス, 5-12.
- 瀧井美緒・上田純平・富永良喜（2013）.トラウマ体験の違いによる 137 外傷後ストレス反応, 身体症状, 抑うつ症状, 不安感受性の差異に関する検討, 不安障害研究, **4**（1）, 10-19. <https://doi.org/10.14389/adr.4.10>
- 田辺肇（2004）.DES-尺度による病理的解離性の把握—臨床精神医学, **33**, 293-307.
- 田辺肇（1994）.解離性体験と心的外傷体験との関連-日本語版 DES（Dissociative Experiences Scale）の構成概念妥当性の検討, 催眠学研究, **39**, 58-67.
- 田辺肇・小川俊樹（1992）. 質問紙による解離性体験の測定-大学生を対象とした DES（Dissociative Experiences Scale）の検討.筑波大学心理学研究, **14**, 171-178.
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Polcari, A., & McGrenery, C. E. (2006). Sticks, stones, and hurtful words: relative effects of various forms of childhood maltreatment. *The American journal of psychiatry*, **163**(6), 993–1000. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.6.993>
- Terhune, D.B., & Hedman, L.R.A. (2017). Metacognition of agency is reduced in high hypnotic suggestibility. *Cognition*, **168**, 176–181. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2017.06.026>.
- Tolmunen, T., Honkalampi, K., Hintikka, J., Rissanen, M. L., Maaranen, P., Kylmä, J., et al. (2010). Adolescent dissociation and alexithymia are distinctive but overlapping phenomena. *Psychiatry Res.* **176**, 40-44.
- 富永良喜・高橋哲・吉田隆三・住本克彦・加治川伸夫（2002）. 子ども版災害後ストレス反応尺度（PTSSC15）の作成と妥当性：児童養護施設入所児童といじめ被害生徒を対象に発達心理臨床研究, **8**, 29–36.
- Tominaga, Y., Takahashi, T., & Yoshida, R. (2002). Development and validity of a children's version of the post-disaster stress reaction scale (PTSSC15)—For children in foster care and students victims of bullying. *Journal of Human Development and Clinical Psychology*, **8**, 29–36.
- 梅末正裕（2006）. 解離性障害の概念史."解離性障害".西村良二編,樋口輝彦監.新興医学出版社, 13-20.

- Tutkun, H., Sar, V., Yargiç, L. I., Ozpulat, T., Yanik, M., & Kiziltan, E. (1998). Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish University Clinic. *The American journal of psychiatry*, **155**(6), 800–805. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.6.800>
- Waldinger, R. J., Swett, C., Jr, Frank, A., & Miller, K. (1994). Levels of dissociation and histories of reported abuse among women outpatients. *The Journal of nervous and mental disease*, **182**(11), 625–630. <https://doi.org/10.1097/00005053-199411000-00005>
- Waller, N.G., Putnam, F.W., & Carlson, E.B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, **1**(3), 300–321. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.3.300>
- Waller N.G., & Ross, C.A. (1997). The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: taxometric and behavior genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology*, **106**, 499–510.
- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., Everill, J., & Rouse, H. (2001). The utility of dimensional and categorical approaches to understanding dissociation in the eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, **40**, 387–397.
- 王百慧・黒木俊秀（2018）. 大学生に見られる日常解離性体験と心理的特性との関連，九州神経精神医学，**64**(1)，8-15.
- 王百慧（2018）.DES- II 尺度で測定した日常解離性体験の体験頻度及びその体験評価について，九州大学心理学研究，**19**, 51-57.
- Watson, D. (2003). Investigating the construct validity of the dissociative taxon: Stability analysis of normal and pathological dissociation. *J Abnorm Psychol.* **112**, 298–305.
- Weathers, F. W., & Keane, T. M. (2007). The criterion A problem revisited: Controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma. *Journal of Traumatic Stress*, **20**(2), 107–121. <https://doi.org/10.1002/jts.20210>
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The impact of event scale–Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399–411). Guilford Press.
- Westphal, M., Leahy, R. L., Pala, A. N., & Wupperman, P. (2016). Self-compassion and emotional invalidation mediate the effects of parental indifference on psychopathology. *Psychiatry Research*, **242**, 186–191. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.040>

- Wiersma, J. E., Hovens, J. G., van Oppen, P., Giltay, E. J., van Schaik, D. J., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. (2009). The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. *Journal of Clinical Psychiatry*, **70**(7), 983–989.
<https://doi.org/10.4088/jcp.08m04521>
- Wieder, L., Brown, R. J., Thompson, T., & Terhune, D. B. (2022). Hypnotic suggestibility in dissociative and related disorders: A meta-analysis. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, **139**, 104751. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104751>
- Wieder, L., & Terhune, D.B. (2019). Trauma and anxious attachment influence the relationship between suggestibility and dissociation: a moderated-moderation analysis. *Cogn. Neuropsychiatry*, **24** (3), 191–207. <https://doi.org/10.1080/13546805.2019.1606705>.
- Williams, D. T., Ford, D., & Fahn, S. (1995). Phenomenology and psychopathology related to psychogenic movement disorders. *Advances in Neurology*, **65**, 231-257.
- Woody, E.Z., & Barnier, A.J. (2008). Hypnosis scales for the twenty-first century: what do we need and how should we use them? *The Oxford handbook of hypnosis: Theory, research, and practice*. Oxford University Press. 255–280.
- Woody, E.Z., Bowers, K.S. & Oakman, J.M. (1992). A conceptual analysis of hypnotic responsiveness: experience, individual differences, and context. I. Fromm & M.R. Nash (Eds.) *Contemporary Hypnosis Research*. New York: Guilford press. 3-33.
- Wu, Z., Liu, Z., Jiang, Z., Fu, X., Deng, Q., Palaniyappan, L., et al. (2022). Overprotection and overcontrol in childhood: An evaluation on reliability and validity of 33-item expanded Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33), Chinese version. *Asian Journal of Psychiatry*, **68**, 102962. doi: 10.1016/j.ajp.2021.102962
- Xiao, Z., Yan, H., Wang, Z., Zou, Z., Xu, Y., Chen, J., et al. (2006). Trauma and dissociation in China. *Am. J. Psychiatry*. **163**, 1388–1391.
- Yard, DuHamel, & Galynker, I.I. (2008). Hypnotizability as a potential risk factor for posttraumatic stress: a review of quantitative studies. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* **56**(3), 334–356.
<https://doi.org/10.1080/00207140802042007>.
- 稲垣俊介, 和田裕一, 堀田龍也 (2017) .高校生における対人依存欲求とインターネット利用の性差との関連, 日本教育工学会論文誌, **41**, 89-92.

- 吉住隆弘 (2010).一般青年の解離傾向とアグレッションの関連について- P-F, スタディを用いた検討, パーソナリティ研究, **19**(1), 62-64.
- Yoshizumi, T., Hamada, S., Kaida, A., Gotow, K., & Murase, S. (2010). Psychometric properties of the Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES) in Japanese adolescents from a community sample. *Journal of Trauma & Dissociation*, **11**, 322–336.
- 吉住隆弘, 村瀬聡美 (2008) .大学生の解離性体験と防衛機制及びコーピングとの関連について, パーソナリティ研究, **16**(2), 229-237.
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2008). A preliminary, randomized trial of psychoeducation for women with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, **22**(3), 284–290. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.3.284>
- Zlotnick C, Shea MT, Pearlstein T, Simpson E, Costello E, & Begin A. (1996). The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive Psychiatry*, **37**, 12–16.
- Zoroglu, S. S., Tuzun, U., Lar, V., et al. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, **57**, 119–126.