

気分障害を対象としたロールシャッハ・テストの 臨床指標に関する研究

沼 初 枝*¹

A Study on clinical indices for mood disorders using Rorschach Test

NUMA Hatsue

Abstract

The purpose of the present study was to explore clinical indices for mood disorders using Rorschach Test. In recent years, the number of patients with mood disorders, especially those with major depression, has increased dramatically. As the concept of major depression has diversified, it is essential to make an assessment of patient's pathological condition and personality for the purposes of diagnosis and treatment. Based on the above, we have been attempting to collect Rorschach protocols of patients with mood disorders and find clinical indices in Rorschach Test which provide guideposts for their treatment and psychotherapy. As a preliminary study, this study presented five case studies with different types of mood disorders and examined the relationship among Rorschach variables, Affective Category, Deviant Verbalization, Mutuality of Autonomy Scale.

[**Keywords**] Rorschach Test, mood disorders, Rorschach variables, Affective Category, Deviant Verbalization, Mutuality of Autonomy Scale

要 旨

本研究の目的は、ロールシャッハ・テストにおける気分障害の臨床指標を探索することである。近年、気分障害（特にうつ病）の患者数は飛躍的に増加している。うつ病概念の多様化により、診断や治療には症状の背後にある病態水準やパーソナリティのアセスメントが欠かせない。こうした問題を踏まえ、我々は気分障害のロールシャッハ・データを収集し、治療や心理療法の目安となるロールシャッハ・テストの臨床指標を抽出する試みを行なっている。その予備的研究として、タイプの異なる気分障害の5事例を提示し、ロールシャッハ変数、感情カテゴリー、逸脱言語表現、相互自律性尺度の関係を検討した。

キーワード：気分障害、ロールシャッハ・テスト、感情カテゴリー、逸脱言語表現、相互自律性尺度

はじめに

現代の精神医療では気分障害あるいはうつ病の治療が最大のトピックの一つになっている。1980年にDSM-IIIが登場し、DSMやICDといった操作的診断基準が臨床場面に根づいて久しい。日本では1999年に新しい抗うつ薬SSRIが導入され、以降次々に抗うつ薬が開発されてきている。この間のいわゆる「うつ病」概念の変化は著しいものがある。これは精神医療領域のみならず、広く社会でも認められることである。厚生労働省が発表する日本の気分障害患者数は、1999年に44万人であったものが、2002年71万人、2008年には100万人を超え、この10年間で2.5倍に増えたことになる。もはや「うつ病」は誰もが罹りうる病気となっている。

大前・松浪（2006）は「うつ病の変化」として、1990年代前半の文献を一覧し「中核群とされていたメランコリー型性格を基礎とする単極性うつ病像の減少と軽症化、慢性化」を挙げている。病態変化のみならず、その後のうつ病と社

* 1 立正大学心理学部臨床心理学科教授

会的変動との関係から、職場におけるうつ病者の休職、うつ病を背景とした自殺者の増加など、メンタルヘルスの問題にうつ病が継承されるに至り、うつ病の多様化といった状況を呈している。またうつ病の多様化の現象のある部分は、操作的診断基準の導入による「うつ病」概念の拡大と関係しているとして、大前らは古典的の症状学から操作的診断基準における「うつ病」の変化を精緻に検討している、引用が長くなるが以下一部を紹介する。「操作的診断基準においては病因論的判断が破棄され、従来の内因性という用語が有していた発症過程の非了解性という含意はない。従来診断の中核的『(内因性)うつ病』か、より心因性の発症であるうつ状態か区別がつかない。『うつ病態』は、従来の『内因性』の病態理解あるいは生物学的理解によって説明されたり、心因の発症が強調されたりさまざまなケースがある」(大前・松浪, 2006)。確かに操作的診断基準では、症状が基準を満たせば従来のメランコリー型うつ病から抑うつ神経症まで、幅広いうつ状態に対してうつ病と診断されることになる。

また2013年にはDSM-IVから19年ぶりにDSM-5へと改訂がなされている。DSM-5の主たる改訂の一つに、従来気分障害として同一カテゴリーに括られていた双極性障害群と抑うつ性障害群が、それぞれ独立したカテゴリーとして扱われるようになったことがある。このような双極性障害とうつ病の捉え方の変遷は、治療の現場では薬物の選択や治療方針、予後に直結した問題となっている。初診時に抑うつ症状を訴えていても双極性障害を見通した診断方略が必要とされるなど、早期の鑑別診断が重要である。昨今増加が指摘されているうつ病には、環境因性や性格因性のうつ状態が多く含まれ、その場合は不安障害、適応障害などのストレス関連障害が併存することも多い。メンタルヘルスと関連して職場不適応の新しいタイプに、発達障害をベースに抱えた成人のうつ病の問題が大きく取り上げられるようになっている。

現代の気分障害の複雑性と多様性を考えると、気分障害の診断、治療、支援に際しては、その背後にある個々の病理水準やパーソナリティ、場合によっては発達障害のアセスメントも必須となってくる。そのためのツールの一つとして、従来臨床現場ではロールシャッハ・テスト(以下、ロ・テストと略記)が活用されており、個人の精神病理やパーソナリティ特性など多面的把握についてその有効性が認められてきている。

目 的

Rorschach (1921/東京ロールシャッハ研究会, 1958)はその著書において、14名の躁うつ病患者のロ・テスト上の特徴を検討し、躁病とうつ病の特徴を指摘している。以降Rapaport, Schafer, Klopferといった研究者もうつ病の特徴を述べているが、Rorschachの指摘と大きな変わりはなく、また同じ精神疾患である統合失調症の研究と比較するとその研究数ははるかに少ない。日本では、岡部(1972)が20名のうつ病患者と10名の躁病患者の特徴を、片口(1974)はそれまでの諸研究を総括して典型的なうつ病の特徴を挙げている。Rorschach、岡部、片口によるうつ病患者のロ・テストの主たる特徴を、表1に示す。

表1 各研究者のロールシャッハ特徴

Rorschach 1921	岡部 1972	片口 1974
<ul style="list-style-type: none"> ● F+% (80~100%) 高い ● Mは0に近い ● 彩色反応の欠如 ● Wは少なく把握型はD+ ● A% (70~100%) 高い ● O反応は少ない ● 初発反応時間は遅い 	<ul style="list-style-type: none"> ● 反応数の減少 ● 初発反応時間の遅れ、反応失敗カードの存在 ● 一般にはW傾向 ● 躁病に比して、よい形態水準 ● 彩色反応は減少、黒色反応はしばしば出現 ● Mの値は低いが、病前期からM反応の多い者はM反応が残る ● 体験型は両貧型 ● 彩色反応は変化の幅が大きい ● H反応は少ない ● O反応はほとんどみられない 	<ul style="list-style-type: none"> ● 反応数の減少 ● 初発反応時間の遅滞 ● 反応拒否(失敗)の出現 ● P%は高いが、形態水準は必ずしも高くない ● 体験型は両貧型 ● H:Hdの比はHd優位 ● A%の増加 ● 紋切型や思考内容の貧困化を示す言語表現

またDSMやICDといった操作的診断基準による気分障害のロールシャッハ研究としては、気分障害の感情カテゴリーによる分析(中野ら, 1995)、包括システムにおけるうつ病尺度の研究(津川ら, 1995, 1999)、双極II型障害に関する事例考察(角藤, 2009)などがある。天満・日高(2011)は2000年以降10年間のロ・テストに関する研究動向をレビュー

し、DSMにおける精神疾患に関する研究として、統合失調症、パーソナリティ障害、解離性障害、摂食障害、性同一性障害など解説しているが、気分障害の論文は見当たらない。操作的診断と関連する心理アセスメントの研究には、治療効果研究の一環としてうつ病の自記式質問紙（BDI-II、SDS、CES-Dなど）が活用されることが多く、ロ・テストに関する研究は極めて限られている。ロ・テストの臨床場面における有用性は広く認められているものの、統合失調症における思考障害などのように、気分障害に関する有効な臨床指標が見いだせていないということも研究の少なさと関係するであろう。

こうした問題をふまえ我々研究グループでは、DSM診断基準に基づいた気分障害患者のロ・テストデータを収集し、治療や援助の一助となるようその特徴抽出や下位分類の試みを行なっている（沼ら、2008, 2009）。ここでは臨床指標となりうるスコアや尺度を検討するための予備的研究として、気分障害の事例を通して片口法のスコア、名大式技法感情カテゴリー、思考障害指標としての言語逸脱表現、相互自律性尺度の関連を分析する。

方法と手続き

1. 対象事例

都内の総合病院精神神経科を受診し、精神科主治医がDSM-IV-TRによって気分障害と診断した外来および入院患者のなかから、性別・年齢・学歴・職歴・気分障害の下位分類を考慮した5事例を取り上げる（事例A、B、C、D、E）。いずれも高学歴の男性で、検査時はどの事例もうつ状態が主症状であり、治療経過からは難治性気分障害である。検査は病態水準やパーソナリティ特徴などのアセスメントの一環として、主治医より治療目的のため依頼されたものである。対象事例の臨床特徴を表2に示す。

表2 対象事例の概要

事例	性別	年代	診断（検査時） DSM-IV-TR	学歴	職歴など
A	男性	20歳代後半	大うつ病 単一エピソード	理科系大学院卒	大手建設企業 病休中
B	男性	30歳代後半	大うつ病 反復エピソード	理科系大学院卒	公務員（研究職）休職中
C	男性	30歳代前半	大うつ病 反復エピソード	文科系大学卒	大手金融会社 休職中
D	男性	40歳代前半	双極I型障害	理科系大学院卒	大手設計会社→30歳代後半退職→無職
E	男性	30歳代前半	双極II型障害	理科系大学卒	情報システム関連会社 病休中

なお当該総合病院の受診患者の特徴として、高学歴高職歴、病休中または休職中で症状の遷延した気分障害患者が多い。

2. 手続き

各事例は、治療上の目的として主治医より検査依頼があったもので、すべて筆者が個人検査を実施した。検査結果は片口法に基づき分析・解釈し、主治医よりフィードバックされている。この研究においては、各事例のロ・テスト結果を、①片口法の主たるスコアの特徴 ②名古屋大学式技法の感情カテゴリー ③思考障害指標（逸脱言語表現）④相互自律性尺度を用いて分析し、気分障害患者の治療の一助となりうるロ・テストにおける臨床指標を探索する。

3. 臨床指標となりうるスコアや尺度

① 片口法によるロールシャッハ変数

Rorschach (1921/東京ロールシャッハ研究会1958)、岡部 (1972)、片口 (1974) などのうつ病特徴を参考に、以下のロールシャッハ・スコアを変数として取り上げる。総反応数 (R)、平均初発反応時間 (R1T)、全体反応の割合 (W%)、体験型 (M:ΣC)、動物運動反応 (FM)、非生物運動反応 (m)、黒色反応 (C')、濃淡反応 (c)、純粹形態反応の割合 (F%)、良形態水準の割合 (R+%)、動物反応の割合 (A%)、人間反応の割合 (H%)、公共反応数 (P)

② 名古屋大学式技法における感情カテゴリーのスコア（資料1参照）

「このカテゴリーは、ロールシャッハ反応の内容に広く分布し反映されている感情的価値、感情表現に注目し、その相違を分析、数量化することによって感情的構造を明らかにしようとするものである」（土川ら, 2011）として、考案者 DeVos の考えを取り入れた名古屋大学式技法のなかのカテゴリーである。反応内容のもつ affect（感情）を包括的に取り扱い、7つの下位カテゴリー（その下に各スコア）で構成されている。

今回は、各事例のすべての反応について、感情カテゴリーのスコアを評価し、感情表出の分布とその特徴を分析する。

③ 思考障害指標（逸脱言語表現 資料2参照）

ロ・テストにおける思考障害の指標としては、言語表現の分析を通して Rapaport (1946) の提唱した逸脱言語表現 (deviant verbalization) がよく知られている。「プロットの認知、その理由づけの仕方が、一般の標準から逸脱し、検査事態の現実に即応しない反応様式」と定義されている。思考過程の異常を示し、統合失調症の重要な鑑別点として自我機能障害を示唆する、と言われている。臨床場面においては、統合失調症のみならずパーソナリティ障害などの疾患についても有効な視点を与えるものとして、その一部が包括システムや名古屋大学式技法に取り入れられている。しかし Rapaport の分類は25のカテゴリーという複雑な構成になっていること、概念が理解しにくいことなどがあり、十分活用されているとは言えない。Watkins & Stauffacher (1952) は、このなかから重要と考えるもの15項目を選び数量化を試みている。今回は Watkins & Stauffacher の逸脱言語表現カテゴリーで評価する。その一覧表を資料2に示す。

④ 相互自律性尺度 (MOA 日本語版 資料3参照)

相互自律性尺度 (Mutuality of Autonomy Scale 以下、MOA と略記) は、Urist (1977) が考案したもので、対象関係の発達水準を測るロ・テストの対象関係スケール (Object representation scale) の1つとして用いられている。情緒・行動上の問題を示す児童・思春期の子どもを対象とした臨床的研究などで、その有効性が認められてきた。しかし、反応を7つの水準に分ける評定の困難さも指摘されている。後の研究者、Kelly (1999) は MOA の各水準を再定義すると共に各水準の比較が可能になるような反応を例示し、Holaday & Sparks (2001) は、それまでの14の研究で使われた定義と反応例を検討して「改訂 MOA 評定ガイドライン」(Revised MOA Scoring Guideline) を作成した。我が国においても MOA を用いた研究を可能にするため、大貫ら (2011) が日本語の評定ガイドラインの作成を試み発表している。本研究は大貫らの作成した MOA 日本語版に基づき反応を評価する。簡略してあるが MOA 日本語版を資料3に示す。

結 果 主要データの比較

各スコアや尺度に従い、5事例の結果を表2～5に示す。

1. 片口法によるロールシャッハ変数

表3 各事例のロールシャッハ変数

	A	B	C	D	E
R	18	23	24	19	23
R1T	6"	18"	7"	21"	17"
W%	44	70	83	53	78
M : ΣC	7.5 : .25	7 : 2	5 : 3.5	5 : 0.75	4 : 3.5
FM	2.5	2.0	4.0	4.0	2.0
m	2.0	3.5	1.0	0.5	5.0
C'	0.5	1.0	3.5	0.5	2.0
c	0.0	1.5	1.5	3.0	2.0
F%	33	43	58	32	35
R + %	61	61	58	74	13
A%	33	26	54	58	22
H%	67	39	33	32	17
P	5	4	8	6	2.5

総反応数 R (正常成人20~45) や平均初発反応時間 R1T (正常成人13"~23") については、正常成人平均と比較して大きな偏りは見られない。全体反応の割合 (W%) は諸研究者や文化によって差が大きいといわれているが、片口の正常成人は39%であり、比較すると5事例とも、全体反応の割合が高い。動物運動反応 (FM)、非生物運動反応 (m)、黒色反応 (C)、濃淡反応 (c)、純粹形態反応の割合 (F%) といった決定因は、事例によって数値にばらつきはあるものの、全体にさまざまな決定因を使用して反応を産出している。動物反応の割合 (A%)、人間反応の割合 (H%) では、事例 E の数値の低さが目立っている。

最も特徴的なことは、従来どの研究者も体験型は両貧型で人間運動反応 M (正常成人 3.6) は平均を下回るとしていた点との相違である。本研究の5事例において体験型は、すべて両向型もしくは内向型を示しており、M は正常成人より多く産出し、R との比率から考えるとむしろ M の数値は高いとさえいえる。良形態水準の割合 (R+) や公共反応数 (P) も、従来の研究に反し、事例 E をのぞく4事例は正常成人に近い数値を示している。

2. 名古屋大学式技法感情カテゴリー

表4 各事例の感情カテゴリー数値

感情カテゴリー	A	B	C	D	E
H%	23	13	0	39	21
A%	31	40	17	50	26
B%	0	13	0	6	16
H+A+B% unpleasant%	54	67	17	94	63
D%	31	0	25	0	3
P%	0	20	42	0	11
N%	39	35	50	32	4

各カテゴリーの分布をみると、事例 C 以外の4事例は、敵意 (H%)・不安 (A%)・身体的関心 (B%) の総和である total unpleasant% が50%を超えている。これは反応になんらかの感情を表出する場合に、不快な感情が伴いやすいことを示唆している。特に事例 D は感情反応のほとんどが敵意感情と不安感情である。

感情的な意味をもたないと考えられる反応の割合は中性感情% (N%) であり、健常者では40~50%といわれる。事例 C 以外は N% が40%以下であり、特に事例 E においては4%しかない。事例 E は、どの反応に対してもさまざまな不快感情を投影していることをうかがわせる。「N 反応が少なく、Positive 反応も少ないのは、重篤な不適応を示唆する」(土川ら 2011) と指摘されている。

3. 逸脱言語表現

表5 各事例の逸脱言語表現出現数とΔ%

逸脱言語表現	A	B	C	D	E
作話傾向		1		4	11
作話的結合	1				
作話					2
奇矯な言語				1	
あいまい反応					2
象徴反応					1
荒廃色彩					1
ズタズタ反応					3
Δ%	1.1	1.1		8.0	25.0

表から明らかなように、事例 E のみが大量の逸脱言語表現を産出している。「作話傾向」と「作話結合」は非臨床群においてもみられるものの、重篤な思考障害を示唆する「作話」や「あいまい反応」も出現している。また事例 D については、1個ではあるが「奇矯な言語」があり、反応の質的分析が必須である。事例 D・E は双極性障害の診断であり、このことも考慮する必要がある。

4. MOA 日本語版尺度

表6 各事例のMOA出現数

Level	A	B	C	D	E
1	1	3	2	4	1
2	7	2	4		
3	1		1	1	
4					
5				3	3
6			1	1	3
7					1

事例Eを除く4事例では、良好な対象関係を示唆するLevel1・2をある程度産出している。しかし事例EはほとんどがLevel5～7であり、重篤な対象関係の問題を呈していると考えられる。事例Dでは、Level1とLevel5の両極にMOAが分布しているのが特徴である。

考 察

最初に各スコアや尺度に従い検討する。従来の研究所見と今回提示した事例の特徴とについて検討し、現代の気分障害の背景にある多様な要因について考察する。関連して、難治性うつ病になりうる要因、双極Ⅱ型障害の診断の問題についても検討する。各尺度やスコアは気分障害のどのような側面を掬い取っているのか、気分障害の診断や治療に有効な臨床指標作成についての課題を展望する。

1. ロールシャッハ・スコアの特徴

従来いわれてきた躁うつ病のロールシャッハ特徴と本研究の気分障害の5事例は、肝心のスコアにおいて大きく異なった数値を示した。特に体験型がすべて内向型でありMの豊富さである。体験型はRorschachがパーソナリティ解釈の根幹に位置づけた指標である。それぞれの数値というよりは、運動因子と色彩因子（含む形態因子）の相互関係やバランスから、内的な精神活動や外界への関心を反映すると考えた。包括システムでは、 $M-\Sigma C \geq 2$ 内向型、 $M-\Sigma C = +1.5 \sim -1.5$ 両向型、 $\Sigma C-M \geq 2$ 外拡型、 $M \cdot \Sigma C$ ともに1以下 両貧型としている。従来うつ病患者では、Mが少なく精神活動の低下や外界への興味の消失という症状に対応するように、体験型は両貧型と考えられていた。しかし5事例とも内向型を示しているが、Mや ΣC の数値からすれば両向型と考えてもよい。特にMの数値が高いことが特徴であり、内的な精神活動は活発である。

MはRorschachが最も重きを置いた因子であり、知能、創造性、創造力と重要な関係があり「爽快な気分は、Mの数を増加させ、意気消沈した気分は、Mの数を減少させる」（Rorschach, 1921）と気分との関係にも言及している。5事例とも、検査時はある程度落ち着いた状態ではあるがうつ状態であった。しかしMはいずれも平均以上の数値を示した。また反応数や初発反応時間は正常成人の平均的な数値を示し、良形態水準の割合や公共反応数も、事例E以外は従来の研究に反し正常成人に近い数値を示している。ロ・テストの主なスコアからは、従来うつ病の特徴は見いだせなかった。

しかしRorschach、岡部、片口の研究対象は、伝統的診断分類の躁うつ病の患者であり、そこに表れる特徴も内因性精神疾患、生物学的要因の強い患者のものであるという前提を考慮せねばならない。本研究で取り上げた5事例はDSM-IVの基準で診断しており、いわゆる「気分障害の症状」は揃っているが、背景にどのような成因があるかは定かではない。ただどの事例も、発症までは高学歴であり大手企業に就職するなど、平均以上の知的能力や適応力を持っていた人間であると推測できる。岡部（1992）は「うつ病は全体にM反応が少ないが、病前からM反応の多いものでは、病相期にもM反応が残る場合がある」として、うつ病でも「ある程度良形態水準をもつ運動反応がみられ、体験型も貧困でない場合、それは自我の強さを保持し、内面の弾力性もあると考えられ、予後の見通しや精神療法的なかかわりへの可能性を示唆する」として、すでにうつ病患者の心理療法の可能性について言及している。この5事例もそうした可能性が考えられ得る。

2. 感情カテゴリー

感情カテゴリーに関しては、事例 C 以外はいずれも敵意・不安・身体的関心の総和である不快感情 (total unpleasant%) が高値を示している。特に事例 D と E は不快感情の投影が著しい。このことは、双極性障害の場合、うつ状態であっても内的感情活動は活発であり、特に敵意や不安の感情が強まっていることを示唆している。中野ら (1995) は、感情カテゴリー改訂版 (AISS-R) を用いた研究で、うつ病群では中性感情の比率が高くなり、特に大うつ病反復型において感情抑制が強く感情移入が乏しい、同時に双極性障害躁病と大うつ病エピソード単一では抑うつ感情と敵意感情との結びつきが示唆されたとしている。本研究ではどの事例も中性感情の割合が低いが、気分障害の下位分類を比較すると、大うつ病反復エピソード (事例 B と C) は中性感情の割合が他に比して高めであり、不安感情や依存感情の数値が高いことが特徴となっている。大うつ病単一エピソード (事例 A) と双極性障害 (事例 D・E) は敵意感情が特徴的となっている。中野の AISS-R と名古屋大学式の感情カテゴリーでは、もともと中性感情の健常者平均数値が大きく異なっていることもあり、一概に比較はできないが、大うつ病に比べて双極性障害はうつ状態でも躁状態でも感情投影が活発であり、大うつ病では単一エピソードの方が反復エピソードよりも感情投影が活発であるという、大筋において同様の傾向がみられる。気分障害が DSM-5 において、双極性障害と抑うつ性障害に別カテゴリーが分けられたことを暗示するような結果であり、今後の感情カテゴリーの有用性を示している。

3. 逸脱言語表現と MOA 日本語版

逸脱言語表現と MOA 日本語版においては、うつ病事例 (A・B・C) と双極性事例 (D・E) の相違がより際立って反映されている。ロ・テストが精神疾患の鑑別診断に有効な臨床的道具とみなされてきた一つに、思考過程の異常を示す逸脱言語表現がある。うつ病事例ではほとんど逸脱言語表現が出現しないし、あっても「作話傾向」「作話的結合」である。「作話傾向とは、過度の情緒的明細化や反応の特殊化のし過ぎ」であり、気分状態の高揚や言語能力が高い場合は、非臨床群でも出現する。しかし事例 E のような「作話：現実的でない内閉的思考」は、非臨床群ではほとんど出現しない。Watkins は Δ % について、正常者は 5 % 以下、神経症者 10 % 以下、精神病者の半数は 10 % 以上の値を示し、正常群と神経症群では Δ % が 20 % 以上示すことはないとしている。このことを考慮すると、事例 E (Δ % 25 %) はなんらかの状態で精神病状態のレベルになりうる可能性を示唆している。事例 E の病歴をみると、躁状態の後に軽い妄想状態を認めている。また事例 D (Δ % 8 %) についても、ロ・テストの具体的な反応には「死体が横たわっているのを足の方からみている (カード IX)」という奇妙なものがあり、病歴においても躁状態時には妄想的な言動がみられる。片口 (1987) は、 Δ % が疾患の経過、予後の良・不良、重症と関連する、多彩な症状を示す時期には Δ % は上昇し、人格の欠陥を示しながらも安定期では Δ % は低下するとしている。

思考障害との関連が大きいとされている MOA においても、逸脱言語表現と似た傾向を示している。事例 A・B・C はほとんど、Level 1 と Level 2 である。大貫ら (2011) は「Level 1 と Level 2 は『相互性』の有無、具体的には『協働』と『協力』が明確に示されているかどうかで判別するが、Level 1 と Level 2 は独立したカテゴリーとしてよりも連続する尺度と見なすほうが適切と考えられる。Level 1 や Level 2 と評定される反応は対象関係の高い発達水準を示すと仮定されている」としている。事例 E は Level 5, Level 6, Level 7 に偏って出現している。「自律性」「独立性」が脅かされ、傷つけられたり、破壊されたり、死に至ったりする関係を示し、低い発達段階の対象関係の水準を示すと考えられる。しかし、事例 D では、Level 1 も事例中で一番多く出現している。Level 1 の発達段階でもあり、Level 5 の段階でもある。推察ではあるが、自立性を保ちながらも、攻撃、支配、威圧によって存在が危険にさらされているということであろうか。しかし MOA 日本語版自体が、まだ妥当性や有効性を検証する段階であり、思考障害との関連においても今後の研究が待たれる。Bombel, et al. (2009) は諸研究を検討して、臨床群においては MOA と病理との間に高い相関があることを指摘している。大貫ら (2011) は「MOA は対象関係の発達水準を思考障害の有無とは独立して評定しているが、思考障害と対象関係の発達水準との関係をどう考え、プロトコル全体の解釈にどう組み込むかという問題がある」としている。気分障害の臨床指標を作成するについては、思考障害指標と MOA をどのように関連づけていくか、気分障害のどういう側面や要因が掬い取れるかが大きな鍵となる。

4. 気分障害の下位分類とロ・テスト

今研究の5事例は、気分障害の下位分類を考慮して取り上げた。しかしそれぞれの障害の中核事例かという、DSMの診断基準では中核事例という考え方が適当ではない。それでも大うつ病単一エピソード、反復エピソード、双極性障害といった各事例のロ・テスト特徴は、従来の躁うつ病のロ・テスト特徴と比較し、新たな知見も得られると考える。事例Aは従来の内因性うつ病（特にメラニコリー親和型うつ病）のロ・テスト特徴が、垣間見える。総反応数の減少、MやP反応は多いものの、色彩（C、C'）や濃淡（c）といった外界の刺激を抑制し、反応内容はHとAに収縮している。思考障害はないが、感情は不安と敵意と依存が投影されやすい。MOAのほとんどはLevel2であり、病前は高い水準の対象関係を持っていたと考えられ、Mの数を考慮すれば今後は精神療法も視野に入れた治療の可能性がある。事例B・Cは、ロールシャッハ・スコア上にうつ病の特徴はみられず、逸脱言語表現は出現せずMOAもLevel1と2で対象関係上の問題も目立たない。事例Bにおいて、不安の感情表出が高いというぐらいである。中野ら（1995）は「慢性化された内因性の抑うつ気分は形式的な分析では捉え難く、ロ・テストの限界を示すかもしれない」と述べている。ただし事例B・Cは病歴において、職場の不適応（自分の興味や能力と合わない環境）が発症の大きなきっかけとなっており、環境という社会的要因も考慮する必要がある。

双極性障害の事例D・Eは、明らかにうつ病の事例とは異なるロ・テスト特徴を示している。それも従来のロールシャッハ・スコア（形式的分析）ではなく、感情カテゴリー、逸脱言語表現、MOAにおける偏りである。岡部（1972）は、躁病の反応特徴に、体験的距離の喪失の結果としての作話傾向を挙げている。Singer & Brabender（1993）も、双極性障害の特徴として、高水準の認知のずれや現実検討力の障害（思考障害）を指摘する。今回の感情カテゴリー、逸脱言語表現、MOAは、DSM-5であれば、双極性障害群と抑うつ障害群を判別する指標になりうる可能性を示唆している。

さらに一番特徴的な偏りを示したのが事例Eであり、改めて双極II型障害の診断と難治性気分障害の問題を考えさせられる。双極II型障害は、DSM-IVから採用された新しい診断概念であり、「軽躁エピソード（高揚した気分が4日間は持続する）が存在し、社会的・職業的に著しい障害を起こすほどではなく、入院を必要とするほど重篤ではない」としているため、双極I型に比して軽症という印象を与えがちである。しかし実際には、双極II型は他よりも有意に自殺企図の危険性が高いという報告や、ラピッドサイクル化しやすい、不安障害やパーソナリティ障害などと併存することが多い、という指摘もされている。また初診時に、患者や家族から軽躁エピソードを聴取するのは困難な場合が多く、適切な薬物療法や治療がなされず、再発を繰り返し重症化しやすいとも言われている。

Akiskal（1981）は、境界性パーソナリティ障害のパーソナリティ障害像はその基底にある気分障害に由来すると考え、双極II型を含む双極スペクトラム概念を提唱している。一方徳永・林（2008）は、境界性パーソナリティ障害にみられる問題行動や感情不安定を双極II型の症状として位置づける傾向について、この2つの障害の関連は決して確立されたものではなく、鑑別診断や合併症治療について多くの検討課題を含むと警鐘している。北西（2010）は、難治性うつ病の臨床的背景にはパーソナリティ障害や不安障害の併存、うつ病エピソードで発症した双極性障害などを挙げているが、その他にも多様な病態が含まれている可能性があるとして、その中核に双極II型があり、この病態がしばしば治療困難で慢性化し、精神療法的取り組みを要請するとしている。

事例Eのロ・テスト結果は、このような診断概念の変遷や曖昧さも含めて、非常に興味深いものがある。逸脱言語表現やMOAのLevel5～7が多く存在することは、思考障害の存在や重要他者との対象関係の重篤な問題を見据えた治療方針が必要となる。ときには精神病状態への落ち込みや自殺企図などの行動化も考慮し、治療者との二者関係にも配慮が必要になる。事例Eの病理の深さは、ロ・テストだからこそ見えてくるものである。診断を超えた個々人の認知、パーソナリティ、精神病理、対象関係などを、より実証性のある指標として提案するという、ロ・テストの今後の課題を提示している。

今後の課題

「はじめに」述べたように、現代において気分障害患者の飛躍的増加と伴に、その多様性と複雑性から、気分障害の下位分類を考慮した丁寧な治療が課題となっている。神庭（2004）は「うつ病治療の生物学的視点への偏り」に警告を發し、うつ病の病前性格や環境調整の重要性を指摘している。津川・元永（1999）は「重篤なうつ状態にあるという医学

的に同一な状態とは別に、それぞれがもつ個性や独自の認知がロ・テストに表現され、そこから治療や援助への示唆が得られる」と個別性の高いロ・テストの有効性を述べつつも、「典型的ロールシャッハ像をしっかりと自分の根づかせておくことも大事である」としている。これは本研究の目指すところであり、予備的研究からは、感情カテゴリー、逸脱言語表現、MOA の組み合わせが、気分障害下位分類の指標となりうることを見出した。それぞれ事例の個性や独自性が豊かに投影されていることを改めて確認した。次の段階として、現在収集している気分障害患者のロールシャッハ・データ約100例をもとに、どのような組み合わせが臨床指標として妥当であるか、どのような臨床場面で活用しうるかについて研究を進めていきたい。

稿を終えるにあたり、国内研修をお引き受けいただき丁寧なご指導を賜りました名古屋大学大学院教育発達研究科森田美弥子教授、多忙な研究や業務が山積するなか、快く研修に送り出してくださった立正大学心理学部諸先生方に心より深謝いたします。

資料1 名古屋大学式技法 感情カテゴリー

下位カテゴリー	内 容	スコア
Hostility (H) * 1 敵意感情	反応のなかに敵意的要素が含まれているもの	Hor, Hdpr, HH, Hcmpt, Hh, Hha, Hhat, Hhad, Hsm, Hden
Anxiety (A) * 1 不安感情	不安を暗示するような象徴的内容、気づかない漠然とした不安を意識することに対する防衛を示す	Arej, Acnph, Aobs, Adef, Aev, Adif, Agl, Adis, Abal, Acon, Asex, Adeh, Athr, Afant
Bodily Preoccupation (B) * 1 身体的関心	解剖反応が代表的なものであり、自己愛的に内に向けられ、身体に結びついた感情を示す。個人の身体や部分が、エロティックなあるいは破壊的な感情の焦点になっている	Bb, Bf, Bn, Bs, Bso, Ban, Bdi, Bch
Dependency (D) 依存感情	対象関係における依存的な態度に強調点が置かれる	Df, Dor, Dcl, Dsec, Dch, Dlo, Drel, Daut, Dsub
Positive Feeling (P) 快的感情	快的な対象関係を示すような種々の反応。外部の対象や自身の身体にたいして、positive な関係を持つ能力を示す	Por, Ps, Pch, Prec, Pnat, Porn, Pst, Pnar, Pcpt, Pden
Miscellaneous (M) その他	どのカテゴリーにも入らないが、特有の強い情緒的なものや、個人的象徴と関連がある反応	Mor, Man, Msex, Mprt, Mgrand, Mi
Neutral (N) * 2 中性感情	特に明確な感情的負荷のない反応	N

* 1 : Hostility% + Anxiety% + Bodily Preoccupation% = Total Unpleasant%

* 2 : 全反応のなかの中性反応の割合 $N\% = N \text{ 反応の数} / \text{総反応数} \times 100$

N以外のスコアされた Affect は、その総和を分母として各カテゴリーの相対比率を産出例) Hostility (H) % = Hostility スコア数 / Affect スコア総数 × 100

資料2 逸脱言語表現カテゴリー

下位カテゴリー	内 容	評 定
作話傾向反応	過度の情緒的明細化や反応の特殊化のゆきすぎ	0.25
作話的結合反応	1つ1つは適切な判断であるが、到底結びつかない二つ以上の要素を結合	0.25 0.50
作話反応	現実的でない内閉的思考	0.50 1.00
混交反応	二つ以上の概念を混交して反応するが、別個のものであることに気づかない	1.00
内閉的理論	常識を無視した奇妙な理論に基づく反応	1.00
特異な言語表現	検査場面以外では奇妙ではないが、ロールシャッハ反応としては異常	0.25

奇矯な言語表現	検査場面以外でも、普通とか適切には考えられない異常な反応	0.50 1.00
あいまい反応	形態知覚上の弱さやあいまいさ。漠然とした感じ	0.25
混乱反応	概念そのもの、反応の表現、伝達の仕方にもみられる混乱	0.50
支離滅裂反応	異質な材料が入って、反応の統合ができなくなってしまう	1.00
象徴反応	象徴的に解釈する反応 比較的正常な範囲から、極端なものまで幅がある	0.25 0.50
関係づけ言語表現	プロットの諸領域間の関係づけ、図版相互間の関係づけ	0.25 0.50
不合理反応	実際の図版と反応のあいだに、なんらの対応も認められない	1.00
荒唐色彩反応	プロットの色彩のみに基づいてなされる反応	.050 1.00
ズタズタ反応	グシャグシャ、切り裂かれたというような破壊され歪められたという特徴をもつ	0.25

$$\Delta \% = \Sigma (\Delta \text{値} \times \text{出現個数}) / \text{総反応数} \times 100$$

資料3 MOA 日本語版

表1 MOAの7つのレベル(定義、日本人反応例)

<p>Level 1 相互的關係 協働と協力</p> <p>二人の人物(人間・動物)が、お互いの個性を尊重した上で、共に一つの活動に従事している。「それぞれが別々の独立した存在であること」「それぞれが自分の意志で自律的に動いている存在であること」をお互いに認めた上で、「相互関係があること」が必要である。キーワードとして、「お互いに」とか「いっしょに」といった言葉が使われたり、2人で一つの活動に従事していることを示す協力的・協働的動作が見られることが多い。</p> <p>反応例①: カードⅢ P段階“両方で何か物を持ち上げているように見えますね” I段階“物(D5)があつて、人(D2x2)ですね”</p>
<p>Level 2 並行した活動 単純な相互關係</p> <p>人物が並行した活動に従事している。それぞれが自律的に行動しているが、2人で一つの活動に従事しているような相互の協力的・協働的關係はなく、相互のやり取りもない。「相互性」があるかないかが、Level 1とLevel 2の違いである。Level 2活動には、積極的な動作だけでなく、受け身の動作や姿勢も含まれる。</p> <p>反応例②: カードⅡ P段階“人が手を合わせている” I段階“頭を下げて。着物を着ている”</p>
<p>Level 3 依存</p> <p>人物がもう一方の相手に、あるいはお互いに、「寄りかかって」いたり、「ぶら下がって」いたりなどの動作をしている。ここでは、「自分自身の足で立っていない」という感覚が存在していて、何か別の外からの支えや方向付けが必要とされている。</p> <p>反応例③: カードⅧ P段階“動物(D1)が半分が割れたところ(D2)から生まれて、父母にすがっているところ” I段階“……生まれ出たところ……お母さんにつかまっているところ”</p>
<p>Level 4 反射と鏡映</p> <p>人物がもう一方の人物の反射、鏡映、複写とされている。キーワードとしては、「反射している」、「二人とも同じ」などがある。なお、反射が単に「風景反応」の場合は評定しない。人間や擬人化された動物が中心的な反応概念となっている場合にのみLevel 4となる。</p> <p>反応例④: カードⅦ P段階“朝、私がお化粧している、鏡に映った自分……” I段階“座っている。ここに鏡がある”</p>

Level 5 支配と威圧

一方が、あるいは、お互いに悪意を持って相手を支配しようとする意図が反映されている。それぞれが独立した存在であり、それぞれが自律的に動いている存在であることが脅威にさらされる。関係が対等でなく、攻撃や支配によって一方またはお互いにダメージが与えられても、完全な破壊には至らない場合は、Level 5 となる。完全な破壊や死が起こる場合は、Level 6 となる。

反応例⑤：カードⅨ P段階“虫（D13x2）が喧嘩している” I段階“どちらか崖（D6x2）から落ちて死んだら終わりになる。負ければ、この崖から落ちる”

Level 6 関係の不均衡と破壊

悪意を持って一方的な攻撃と支配がおこなわれる。一方が相手の破壊や深刻なダメージをもたらす。

反応例⑥：カードⅦ P段階“推理小説の影響かな。頭の潰れた死体みたい”

Level 7 飲み込まれる・殲滅される

Level 7 の関係性とは、「人のコントロールを完全に超えた力によって」圧倒され、破壊され、飲み込まれ、むしばまれ、支配される関係である。人のコントロールを超えた力とは、人間の力を超えて全てを破壊つくすような圧倒的な力で、「爆発」、「大火災」、「洪水」、「原爆」、「戦争」、「台風」、「自然の力」、などがある。破壊的な力は対象同士の関係性を超えており、力の強さとそれが向けられた人物の完全な無力さを反映している。

プロットに見られた対象は、「破壊され」、「死んで」、「ずたずたにされ」、「蒸発し」、「焼かれた」ものと見られ、対象の一部だけが「煙」や「残骸」などの形で残っていることが多い。

反応例⑦：カードⅠ P段階“傷ついた自然かな。傷ついた自然と人” I段階“人と自然がどんどん破壊されて、人間が食い尽くされていていっているイメージ……ぼろぼろになった……傷ついて病んでいる”

表 2 MOA 共通ルール

共通ルール 1

Level 1, 2, 3, 4 においては、必ず二つの対象（人、動物、もの）が実際にプロットに見られていなければならない。しかし、Level 5, 6, 7 においては、もう一方の対象（人、動物、もの）は実際にプロットに見られている場合だけでなく、加害者もしくは被害者として暗黙の前提となっている場合も含める。Level 4 においては、第二の対象は、影や反射された像である。

共通ルール 2

Level 1, 2, 3, 5 においては、関係が何らかの運動（動作・姿勢）によって示されていることが必要である。Level 4 においては、反射された像の場合などは運動が伴ってなくてもよい。Level 6, 7 においては、破壊された後の状態の場合もあるので、必ずしも運動は伴わなくてよい。

共通ルール（1）と（2）を合わせると、Level 1, 2, 3 においては、知覚像に 2 つの対象が含まれていることが必要で、かつ、運動によって関係が示されていることが必要である。

共通ルール 3 攻撃と血に関するルール

プロットに、血が見られている場合は、二つの対象間の力関係や地位、支配関係が等しいかどうかは別にして、Level 5, 6, 7 のいずれかのスコアになる。

共通ルール 4

一つの反応にいくつかの Level が含まれている場合でも、一つの反応には一つのスコア、最も重い Level のスコアを一つだけつける。

文 献

1. Akiskal, H.S. (1981). Subaffective disorders ; dysthymic, cyclothymic, and bipolar II disorders in the “borderline” realm. *Psychiatric Clinic North America*, 4, 25-46.
2. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text Revision* : American Psychiatric Association, Washington DC. (高橋三郎・大野 裕・染谷俊幸 (訳) (2004). DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル新訂版 医学書院)
3. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5* : American Psychiatric Publishing. (日本精神神経学会日本語版用語 (監修) 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)
4. Bombel, G, Mihura, J.L., & Meyer, G.J. (2009). An examination of construct validity of the Rorschach Mutuality of Autonomy (MOA) Scale. *Journal of Personality Assessment*, 91(3), 227-237.
5. Devos, G. (1952). A Quantitative Approach to Affective Symbolism in Rorschach Responses. *Journal of Projective Technique*, 16, 133-150.
6. Holady, M., & Sparks, C.L. (2001) Revised guidelines for Urist’s Mutuality of Autonomy Scale (MOA). *Psychological assessment*, 8(2), 145-155.
7. Kelly, F. (1999) *The psychological assessment of abused and traumatized children*. Lawrence Erlbaum Associates /London.
8. Rorschach, H. (1921). *Psychodiagnostik*. Hans Huber, Bern. (東京ロールシャッハ研究会 (訳) (1958). 精神医学診断 牧書店)
9. Singer, H.K., & Brabender, V. (1993). The Use of Rorschach to Differentiate Unipolar and Bipolar Disorders. *Journal of Personality Assessment*, 60, 333-345.
10. Urist, J. (1977) The Rorschach test and the assessment of object relations. *Journal of Personality Assessment*, 41, 3-9.
11. Watkins, J., & Stauffacher, J. (1952) An Index of Pathological Thinking in the Rorschach. *Journal of Projective Technique*, 16, 276-286.
12. World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. : World Health Organization. (融 道男・中根允文・小見山 実 (監訳) (1993). ICD - 10精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン 医学書院)
13. 大貫敬一・沼 初枝・佐藤至子 (2011). ロールシャッハ・テスト MOA (相互自律性) 尺度の検討 - MOA 日本語版ガイドラインの作成 - 日本心理臨床学会第30回秋季大会論文抄録集 p303.
14. 大前 晋・松浪克文 (2006). うつ病の精神療法 - 総論 - 精神療法 Vol.32. NO.3. 4 - 14.
15. 岡部祥平 (1972). 心理テスト 新福尚武 (編) 躁うつ病 医学書院 pp141 - 160.
16. 角藤比呂志 (2009). 双極II型障害のロールシャッハ研究 東洋英和女学院大学心理相談室紀要 Vol.13. 66 - 75.
17. 片口安史 (1974). 新・心理診断法 金子書房 pp284 - 286.
18. 片口安史 (1987). 改訂 新・心理診断法 金子書房
19. 北西憲二 (2010). 難治性うつ病 - 見立てと精神療法的取り組み - 精神療法 Vol.36. No.5. 3 - 8.
20. 神庭重信 (2004). 気分障害 - その治療と診断の概説. 1. 治療 - その知と技の世界 気分障害の診療学 - 初診から治療まで 中山書店
21. 津川律子・元永拓郎 (1999). 50歳代内因性うつ病男性4名のロールシャッハ・テスト : 包括システムにける主要変数およびうつ病尺度を中心として こころの健康 Vol.14, No2. 76 - 84.
22. 土川隆史・加藤俊子・長瀬治之・森田美弥子 (編) (2011). ロールシャッハ法解説 - 名古屋大学式技法 - 2011年改訂版 名古屋ロールシャッハ研究会 pp33 - 51.
23. 天満 翔・日高三喜夫 (2011). ロールシャッハ・テストに関する近年の研究動向 久留米大学心理学研究 No.10. 159 - 163.

24. 徳永太郎・林 直樹 (2008). 双極Ⅱ型障害と境界性パーソナリティ障害は関連しているのか? 精神科治療学 Vol.23(7). 805-811.
25. 中野明徳・津川律子・浜田さつき (1995). 気分障害のロールシャッハ・テスト-感情カテゴリーのスコアリングシステム改訂版(AISS-R)による感情の分析 ロールシャッハ研究37. 9-25.
26. 中野明徳・津川律子・浜田さつき (1997). ロールシャッハ・テストの包括システムにおけるうつ病指標および対処力不全指標の分析 心理臨床学研究 Vol.15. No.4. 361-370.
27. 沼 初枝・大貫敬一・佐藤至子 (2008). 事例を通して考える気分障害のロールシャッハ・テスト 第12回日本ロールシャッハ学会発表抄録集 p39.
28. 沼 初枝・大貫敬一・佐藤至子 (2009). 双極性Ⅱ型と診断された男性会社員のロールシャッハ反応 第13回日本ロールシャッハ学会発表抄録集 p30.
29. 松浪克文 (2010). 双極性感情障害(とくにⅡ型)の精神療法 精神科治療学 Vol.25. 増刊号 117-121.
30. 溝口純二 (1985). 心理テストからみた躁うつ病 精神科 MOOK No.10. 163-171.