



ロールシャッハ検査から見た心身症の精神病理

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2013-11-25 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 橋本, 朋広 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.24729/00005287

ロールシャッハ検査から見た心身症の精神病理

橋 本 朋 広

大阪府立大学大学院人間社会学研究科
心理臨床センター紀要 第6号
2013年3月

ロールシャッハ検査から見た心身症の精神病理

橋本 朋 広

I. 研究の目的

1950年前後から欧米で始まった心身症のロールシャッハ研究を総括したBash (1986)によれば、心身症とされる様々な疾患の間でロールシャッハ反応上に違いは見られるが、疾患内にも様々な反応類型が含まれており、結局各疾患に特異的な反応パターンがあるとは言えなかった。また、心身症を全体として見れば、運動反応や識別的で適的な色彩反応の少なさ、独創性や自発性の低さ、硬直した形体による統制等を伴う両貧 (coarctation) といった傾向が見られるが、それらは心身症以外の疾患にも見られる傾向であった。

一方、わが国における心身症のロールシャッハ研究は、主に1960年頃から行われてきた。その研究方法は、心身症とされる様々な疾患の間で反応の違いを比較する方法と、心身症という大きい括りをつ一つの群とし、それを神経症群等と比較する方法に大別される。前者の研究を概観すると、確かに疾患間でロールシャッハ反応の違いがあるが、やはり疾患内には様々な反応類型が含まれており、その意味で各疾患に特異的な反応パターンがあるとは断定しがたい。また、後者の研究を概観すると、「両貧」という点については必ずしもBashの指摘と一致しないものの、「硬直した形体による統制」といった点では類似の傾向を示している。

このように、Bashの指摘は、過去の心身症に関するロールシャッハ研究の要約としてはおおよそ妥当である。しかし、このような大雑把な理解は、先行研究の丁寧な吟味によって見えてくる心身症についての深い理解を阻害してしまう危険がある。Bashは、心身症を他の疾患から区別する特異的な反応パターン、あるいは特定の心身症的疾患を他の心身症的疾患から区別する特異的な反応パターンがないことを指摘し、得られた成果は前述した諸傾向の発見に過ぎなかったと述べる。特異的な反応パターンに注目する背景には、疾患特異的なロールシャッハ指標を発見しようとする意図があるように思われるが、そのような指標の発見はロールシャッハ研究が目指している目標の一つに過ぎない。統計的な指標を発見しようとするアプローチとは異なり、データに示された諸傾向について、なぜそのような傾向が生じるのかを「原因論的 (ätiologisch)」(Rorschach 1921/1972)に考えることもロールシャッハ研究の重要なアプローチである (辻1997)。ロール

シャッハ検査の主要な意義は、単に反応分類による記号化の結果だけに基づいて疾患や患者を理解することにあるのではなく、結果として記号化される反応が産出されてくる過程そのものを推論することによって疾患や患者を理解することにある。したがって、ロールシャッハ検査では、記号化の結果が同じでも、それが同じ意味を持つとは即断しない。心身症のロールシャッハ反応に他の疾患で見られるのと同様の「硬直した形体による統制」が見られたとしても、それがどのような意味を持つのか、他の疾患で見られるのと同じ意味を持つのか、それとも違う意味を持つのかは、反応産出の過程にまで遡って慎重に考察されなければならない。また、心身症を全体として見た場合に「硬直した形体による統制」が見られることと、心身症的な疾患の間で様々な反応類型があり、また同じ疾患内でも様々な反応類型があるということの間に、どのような意味連関があるのかも、反応産出の過程にまで遡って丁寧に考察されなければならない。これらの諸問題について、主にわが国の先行研究を丁寧に吟味しながら考察し、心身症の精神病理を原因論的に理解するのが本論の目的である。

II. 心身症と神経症のロールシャッハ反応の差異

心身症と神経症におけるロールシャッハ反応の差異に関する代表的な研究には、辻・林 (1961)、遠山 (1977)、菅野 (1981) 等のあるものがある。

辻・林 (1961)によれば、神経症群と比べた時、心身症群には、反応数 (R) の減少、反応拒否 (Rej) の増加、平均反応時間 (T/R) と初発反応時間 (RT) の延長、図版回転数 (RC) の増加等の傾向が見られる。これらの傾向は、心身症患者が疾患の心因性に関する自覚がないため、心理検査という状況に困惑と抵抗を示すことから生じる、と辻・林は解釈している。しかし、これらの傾向は、単に必然性がないことをさせられたために生じた困惑と抵抗という以上の意味があるように思われる。このことは、様々な研究で統制群として導入される健常者の検査結果と比較すると、よりクリアになる。例えば菅野 (1981)の研究には、学生を統制群とした結果が示されているが、その反応は形体水準・運動反応・色彩反応等いずれの点でも心身症に比べて良質である。この場

合、統制群としての学生は研究目的で検査に導入されたと考えられ、その意味で検査状況は神経症者が治療のために受検するのとは異なっていたと考えられる。受検の必然性は神経症者ほどではなく、その点では心身症者に近い状況にあったかもしれない。にもかかわらず、学生は明晰かつ自発的な反応を産出し、心身症者は困惑し抵抗するような反応を産出している。ここでロールシャッハ検査の課題を振り返ってみると、それは、漠然図形に対して何が見えるかを自由に述べるという課題である。この課題状況では、頼りにできる準拠棒がほとんどなく、何が測定されているのか何が正しいのかも曖昧なため、被検者は自分を頼りに判断しなければならない。この状況で明晰かつ自発的に反応する学生は、その状況の課題性と自由性に生き生きと反応しており、困惑し抵抗する心身症者は、課題を重荷に感じ、状況への自由な関わりを制限する方向で反応していると考えられる。前者は、必然性がないぶん、その状況をより気楽に一種の遊びのように生き、後者は、その状況を一種の強制のように生きたと言えるかもしれない。心身症患者のロールシャッハ反応に示された困惑と抵抗は、単なる状況への反応を超えて、自由性や自発性の制限といった生き方を反映している可能性がある。

遠山 (1977) では、 $R \cdot Rej \cdot RT \cdot F+$ (良形体) $\% \cdot A$ (動物反応) $\% \cdot$ 反応内容の範囲 (CR) 等で神経症と心身症の違いは見られない。この結果から遠山は、両者の間でパーソナリティ全体の機能や葛藤の所在に違いはないとしているが、ロールシャッハ検査の個々の指標は他の指標との関連でそれに付与される意味が変わってくるので、いくつかの指標で同じ結果が出たとしても、単純に同じ意味を持つとは判断できない。また、 $R \cdot Rej \cdot RT$ の結果は辻・林のものとは異なっているが、このことについても単純な結論は下せない。というのも、遠山では、気管支喘息・消化性潰瘍・筋痛症・神経性食思不振症等が心身症として一括りにされ、その一括りになった一群のデータと神経症群のデータが比較されているのに対し、辻・林では、心身症は一括りにされず、蕁麻疹・円形脱毛症・消化性潰瘍・高血圧症のデータがそれぞれ示され、それらと神経症が比較されているからである。辻・林によれば、前述したRの減少などの特徴は蕁麻疹を除く心身症の傾向であるが、そのなかでも疾患によって強弱があり、蕁麻疹の場合は神経症に近い傾向を示す。また、Rの減少といった点では共通する各疾患群の間でも、色彩反応や運動反応等の特徴はだいぶ違ってくる。遠山の結果は、心身症を一括りにしているため、疾患別に見れば浮かび

上がる特徴を打ち消している可能性がある。

このことからわかるように、心身症というものを一括りする方法は、各疾患の特徴を相殺し、心身症の特徴をかえって見えなくする危険がある。しかし、この大雑把な捉え方から見てくることもあり、それはそれで心身症の精神病理を考えるヒントになる。興味深いのは、心身症という大きな括りを神経症と比較すると、運動反応や色彩反応の領域に違いが出てくるという点である。例えば、遠山 (1977) によれば、既に述べたような指標では心身症と神経症の違いはないが、運動反応と色彩反応には大きな違いがある。まず運動反応については、心身症 (30人) で $M > 2.5$ が多く (26人)、 $FM > 2.5$ 個が18人、 $FM = 0-2$ が12人で、 $M > FM$ が多く (22人) になっており、神経症 (30人) では $FM > 2.5$ が多く (26人)、 $M > 2.5$ が18人、 $M = 0-2$ が12人で、 $FM > M$ が多く (21人) になっている。また、色彩反応については、心身症で $SumC = 0-2$ が多く (20人)、 $FC > CF+C$ (11人) と $FC \approx CF + C \approx 0$ (12人) が多く、神経症では $SumC > 2.5$ が多く (17人)、 $FC > CF+C$ (12人) と $FC < CF+C$ (12人) が多くなっている。遠山は、運動反応については、神経症では「情緒の統合不全」が多く、心身症では「一見情緒の統御が適切であるかに見えながら」「原始的で衝動的な体験は抑制を受け、内面的に過度な統制が行われている」と解釈し、色彩反応については、神経症では「外界とのかわりは積極的だが他者への情緒的反応が過敏で統制を欠いた行動となって表れやすく」、心身症では「外界とのかわりが消極的回避的であり、ある者は感情的な引きこもり、感情閉鎖の状態を示す」と解釈している (p1143)。この解釈をふまると、同じ $F+$ でも、識別認知の機能に違いがある可能性が示唆される。つまり、心身症では、識別認知は欲求や情動等みずから動かすような体験に制限を加えるために機能しているが (「過度な統制」)、神経症では、基本的な適応性を維持しながら、時に生じる欲求や情動に混乱させられるという仕方でも機能しているのである (「情緒の統合不全」)。

菅野 (1981) の研究でも、心身症と神経症では運動反応と色彩反応の違いが見られるが、それ以外に目立った違いはない。運動反応における $M \cdot FM \cdot m$ の比率を見ると、統制群 (平均年齢21歳の学生群) と神経症群は M 優位だが、神経症では m の割合が高くなる (どちらも m の数は2で同じだが M の数は統制群の6に対して神経症群は4)。対して心身症群は FM 優位だが $M=FM$ に近く、 m の割合 (数は1弱) は統制群や神経症群より低い。この結果から、統制群・神経症

群・心身症群は、欲求のような内からの動きを感受し統制する力を持っているが、その力の機能水準には微妙な差異があることが示唆される。すなわち、統制群では、統制の範囲を超えた多様な欲求に対する感受性があるが、統制力の優位は変わらない。しかし、神経症群では多様な欲求の感受によって統制力の優位が低下し、心身症群では、統制力が多様な欲求の感受そのものを制限する方向で機能している可能性がある。色彩反応におけるFC・CF・Cの比率を見ると、統制群はFC優位で（FC：CF：C＝3：2：0）、神経症群（FC：CF：C＝1.5：2：0.5）と心身症群（FC：CF：C＝1.2：3：0）はCF優位だが、神経症群ではCの割合も高い。つまり、神経症群も心身症群も外からの刺激に対して統制的に関わる力が十分に機能しているとは言えないが、神経症群ではその機能不全が刺激に動かされて衝動的になるという方向で生じているのに対し、心身症では何とか統制を保とうとして刺激そのものを回避するという方向で生じている可能性がある。

以上からわかるように、心身症と神経症を比較すると、前者には「過度の統制」「欲求の感受の制限」「刺激の回避」という特徴があり、後者には「情緒の統合不全」「欲求の感受による統制力の低下」「刺激に対する衝動性」という特徴がある。ところで、心身症の特徴を丁寧に見ると、「統制」と「制限」「回避」との間には微妙な差異がある。前者には、欲求や情動を感じつつ、それを現実をふまえて制御しながら生きるというニュアンスがあるが、後者には、欲求や情動を感じる機能そのものが制限されていたり回避されていたりするというニュアンスがある。心身症の場合、どちらかという後者のニュアンスが強い可能性がある。

Ⅲ. 心身症的疾患間に見られるロールシャッハ反応の差異

心身症という大きな括りを神経症と比較すれば、心身症全体の特徴といったものが浮かび上がるが、一方で先行研究は、心身症の各疾患間でロールシャッハ反応に様々な違いがあることを示している。

辻・林（1961）および辻（1967）によれば、高血圧症と消化性潰瘍はともにWが多いが、前者では、これにMの多さ・Mの優位・mの少なさ・FCの優位・Hの多さといった特徴が加わるため、場の全体志向は、豊富で安定した内面生活、外界刺激に対する情動反応の抑制、対人接触の良好等と関連する場への配慮的傾向として理解される。しかし、後者では、場の全体志向は、情緒面の狭さ（Fの多さ・Mの少なさ）、衝動統制の低さ（mの多さ）、外界刺激への不安定さ（CF

やC/Fの多さ）等と関連する融通のきかなさや困難事態での投げ出しやすさといった方向で理解される。また、慢性蕁麻疹については、情緒や衝動の統制の乏しさ（Mの多さ・FMの増加傾向・mの多さ）、外界刺激への不安定さ（CFやC/Fの多さ）、対人接触の困難（Hの少なさ・Hの多さ）という特徴が、円形脱毛症については、情緒面の狭さや内面生活の貧困（Mの少なさ・FM優位・mの少なさ）、刺激への不安定性（CFやC/Fの多さ）、対人接触からの隠遁傾向（HやHの少なさ）といった特徴が指摘されている。

興味深いのは、高血圧症と他の疾患との間に適応／不適応とも言うべき違いが見られることである（ただし、消化性潰瘍は、慢性蕁麻疹や円形脱毛症に比べると対人接触は円滑であり、その意味で両者の間に位置している）。これに関して、高血圧症は長年の生活の積み重ねによって生じる生活習慣病であり、年長者に多い疾患であることを思い出すのは意味がある。事実、辻・林（1961）のデータを見ると、各疾患の平均年齢は、高血圧症45歳（19歳2名を除いた12名は35-58歳）、消化性潰瘍39歳（年齢不詳の2名を除いた28名が25-68歳）、慢性蕁麻疹20歳（12-17歳4名を除いた16名が22-43歳）、円形脱毛症27歳（11-17歳6名を除いた8名が23-51歳）となっている。これを見ると、高血圧症患者は長年社会適応して生きてきた者が生活習慣を積み重ねた結果として発病し、他は社会適応の途上にある者がそれに行き詰まって発病している可能性が示唆される。さらに、TATの結果（辻1967）を見ると、高血圧症の両親像は情愛的で協調的であり、両親に対する主人公の態度は情愛・親密・尊敬であるが、他では、両親像は情愛的な性質と同時に訓戒的・教示的・強制的な性質も示し、主人公の態度は依存的・拒否的・反抗的・服従的である。ここから示唆されるのは、前者が、思春期・青年期に生じる両親葛藤のある程度クリアし、社会的適応を成し遂げているのに対し、後者は、両親葛藤を未だクリアできていない状態にとどまっている可能性である（患者の構成を見ると、慢性蕁麻疹や円形脱毛症には10代のものが多く、それらの疾患ではこの可能性はより高まる）。ただし、高血圧症の適応にも一面的な部分がある。すなわち、それは攻撃性などの情緒を抑制し、場の全体に配慮的にはまり込むような過剰適応の傾向を示している。一方高血圧症以外の三疾患には、情緒の狭さ、衝動の統制困難、刺激に対する情動反応の不安定性といった適応を困難にする未熟さが見られる。両者は、社会適応という点では明らかに異なり、また、高血圧症が情緒を抑制するに対し、それ以外の疾患では情緒体験その

ものが狭いという違いはあるが、どちらも欲求や感情の感受に何らかの制限があり、自由性や自発性が阻害されているという点で共通している。これは神経症と比較した場合の心身症の特徴とも共通しており、「感受性の制限」「自由性や自発性の阻害」がどのような状態で生じているかということが、多様でありながら共通性を持つ心身症の精神病理を理解する鍵になりそうである。

高血圧症とは別の生活習慣病的な心身症に関する研究として、糖尿病患者98名(平均年齢59歳)と心疾患患者83名(平均年齢59歳)のロールシャッハ反応の差異を探った絹巻(1998)のものがある。これによれば、両者とも見直しを欠いた把握をする者が多いが、糖尿病では濃淡カードで対応が変化する者が多く、心疾患では花のみの色彩反応をする者が多いという特徴がある。これらの特徴について絹巻は、それぞれ、主体的な現実認知の欠如、影響のされやすさや敏感さ、感情統制の努力と解釈し、糖尿病患者は場に過剰に適応しようとし、心疾患患者は感情を抑えて過剰に適応していると理解している。ところで、心身症の特徴は「統制」というより「制限」や「回避」のニュアンスが強いことを前に指摘した。「過剰適応」という捉え方には「過度の統制」というニュアンスがあるので、この点について慎重に考察したい。

データを吟味すると、両者ともF+は70%あるが、運動反応・色彩反応・濃淡反応とも少なく、色彩カードで反応遅延が見られるがⅧ-X%は30%未満で、わずかに見られる運動反応や色彩反応はFMやCF+Cが優位になっている。これをふまえると、両疾患の識別認知は、確かに絹巻の言うように十分には機能していないかもしれないが、現実適応を踏み外すほどではない。しかし、欲求や情緒を十分自覚的に感受する機能が制限されていることを考えると、糖尿病患者の影響のされやすさは、意識的にそうしているというより、気づかないうちにそうになっているという性質のものであり、同じく心疾患患者の感情の抑制も、意識的に抑制しているというより、感受すること自体が制限されているといった性質のものであることが示唆される。つまり、適応はしているが、それは、その努力が過剰になされているというより、場にはまり込んでいるような受動的な状態にとどまっていると考えられるのである。

以上からわかるように、高血圧症と糖尿病や心疾患との間には大きな違いがある。高血圧症では、欲求や情緒の感受自体が制限されるのではなく、感受能力が保持されているがゆえに感受された特定の欲求(例え

ば攻撃性)の体験が選択的に制限される。しかし、糖尿病や心疾患では、感受能力自体が制限されており、それによって現実適応が保たれている。両者は体験可能性が制限されている点では同じだが、制限が機能する水準が異なっている。ロールシャッハの解釈理論で言えば、前者の識別認知は運動感覚や色彩の流入と複合的に関わる能動性を有しているが、後者の識別認知は未だその能動性を有しておらず、運動感覚や色彩の流入を制限することによってその機能を維持する受動的な状態にとどまっている。前者が初期集約的把握(辻1997)通過以後の段階に該当するとすれば、後者は初期集約的把握の段階に該当すると言えるだろう。絹巻は、見直しの欠如を初期集約的把握以前の段階として考え、糖尿病患者や心疾患患者の把握を初期集約的把握以前に位置づけているが、被検者の把握が初期集約的把握以前かどうかは、見直しの欠如が主導的な位置を占めているかどうかで判断する必要がある。これらの疾患では、まがりなりにもF+が70%程度に維持されているので、一応初期集約的把握の段階に位置づけるのが妥当であろう。さらに、これらの患者の平均年齢は59歳であり、その多くはそれなりに社会適応をしてきた者と考えられる。それらの者が、発達のには児童期に身につくと考えられる初期集約的把握に至っていないとは考えにくい。さらに、高血圧症も糖尿病も心疾患も、日本人の多くが罹患する生活習慣病である。生活習慣病の発生には、習慣的に繰り返される生活への「はまり込み」が大きく関わっている。ここで高橋等(1998)の調査による日本人のロールシャッハ傾向を見ると、日本人は、米国に比べると、形体反応が多くて色彩反応や運動反応が少ないという特徴がある。これは米国を基準にすれば不適応状態と言えるような反応パターン(包括システムでいうハイラムダ)であるが、藤岡(2004)は、日本文化の特徴ということ考えると、特に形体水準が低いというようなことがない限り、この特徴はむしろ適応的であると見なすこともできると指摘している。さらに、日本人の発達もまた、このような方向に沿って展開することが実証されている。松本(2005)によれば、米仏に比べると、日本人の場合、幼稚園から中学生まで一貫して形体反応が主で運動反応や色彩反応が少なく、形体水準は低く、形体水準が上昇する小学校高学年頃になってようやく少し運動反応や色彩反応が出てくる。逆に米仏では、形体反応の割合に違いはあるものの、一貫して運動反応や色彩反応が多く、形体水準も高く、形体水準が上昇する小学校高学年頃から運動反応や色彩反応はさらに上昇する。以上からわかるように、日本人の場

合、運動反応や色彩反応が押さえられた反応は一般的とも言え、識別認知がある程度確立し、現実適応を成し遂げると、後はあまり自分の欲求や感情と関わらず、初期集約的把握のまま生きている可能性が高い。糖尿病患者や心疾患患者は初期集約的把握の水準で生きており、高血圧症患者は初期集約的把握を通過し、欲求や情緒との取り組みがある程度可能な水準で生きていられる。

高血圧症・糖尿病・心疾患等の生活習慣病的な心身症の発病は、ある程度持続的な社会適応を前提としている。対して神経症は、現実適応とそれに相反する欲求や情動との葛藤が前提となり、その葛藤が限局化されて体験される精神症状である。どちらも現実適応が前提になっているという意味で、初期集約的把握の確立、もしくはそれ以降の認知力が保たれている必要がある。生活習慣病的な心身症と神経症の間には、適応が保たれ、生活へのはまり込みが持続した時に身体症状としての前者が生じ、何らかの事情で欲求や情緒を体験せざるを得なくなり、適応を保つことが困難になった時に精神症状としての後者が生じるという相関関係があるのかもしれない。生活習慣病的な心身症の発病は、基本的には神経症水準のパーソナリティと相関関係にあると考えられる。

しかし、既に見た慢性蕁麻疹・消化性潰瘍・円形脱毛症、さらに以下で見ていく気管支喘息等のロールシャッハ特徴は、生活習慣病的な心身症の特徴とは明らかに異なり、未熟な特徴を示している。これを裏づけるかのように、辻・林(1961)のデータでも、それらの疾患には思春期や青年期の患者が比較的多く含まれている。したがって、それらの心身症については、また別の捉え方が必要である。

IV. 心身症的疾患内で見られるロールシャッハ特徴の差異

辻(1967)の要約によれば、消化性潰瘍には、融通のきかなさや困難事態での投げ出しやすさ、情緒面の狭さ、衝動統制の低さ、外界刺激への不安定さ、といった特徴があった。絹巻(1998)が設定したのとはほぼ同様の項目について糖尿病と消化性潰瘍を比較した辻尾等(1996)の研究によれば、消化性潰瘍ではF+は糖尿病とほぼ同じ70%で、さらに見直しの欠如はほとんど見られないが、色彩カードで対応の変化するものが多く見られた。これを辻尾等は形体と色彩の複合困難と捉え、消化性潰瘍では現実への対処に問題はないが、感情体験への対処に問題があると解釈している。辻・林(1961)のデータでも、消化性潰瘍患者の多く

が70%前後のF+を維持しており、消化性潰瘍患者は、欲求や情緒への対応に問題があるが、いちおう現実適応には大きな問題がないと捉えられそうである。

しかし、同じ消化性潰瘍でも、小児の場合には若干事情が異なる。田中・高橋(1987)は、小児消化性潰瘍の人格特性を探るために、ロールシャッハ反応特徴を運動反応や色彩反応ごとに考察している。この研究は、指標ごとの考察をしているだけで、反応パターンで対象者を類型化していないが、各指標の特徴を整理すると、W優位を基本としつつ、①運動反応も色彩反応も見られない両貧型、②FM優位の運動反応とCFが見られる型、③FM優位の運動反応とFCあるいは濃淡反応が見られる型、といった三類型があることがわかる。田中・高橋の考察をふまえると、③は欲求や情緒を表面的には統制しているものの、それらが生じると統制が取れなくなるという神経症の特徴があり、②は引っ込み思案で欲求や情緒を回避して安定を保っているが、それらに刺激されると動かされるという特徴があり、①は受け身で消極的という特徴がある。提示されている患児の性格を見ると、③は明るかったり正義感が強かったり恐がりだったりするが、②や①は大人しかったり気が小さかったりする。これを見るとわかるように、小児消化性潰瘍のパーソナリティには、③に見られるように人格の輪郭が明確で神経症に近い水準と、②や①に見られるような回避的で受け身の未熟な水準がある。辻・林の消化性潰瘍患者はみな20代以上であり、辻尾等の患者の平均年齢は56歳である。これらの患者は、みな欲求や情緒の対応に問題を抱えていたが、それでも現実適応を保っており、そのパーソナリティは神経症水準と考えられる。一方小児消化性潰瘍には、神経症水準もあれば、それ以前の水準も含まれている。これをふまえると、消化性潰瘍の発病とパーソナリティの関連の仕方には二つの様態があると推測される。一つは、現実適応がある程度保たれている中で、それに相反する欲求や情動が生じるが、それへの対応幅が狭いため葛藤が精神症状として体験されず、またその処理もなされず、結果ストレス状態に陥って身体症状が生じるという様態。この様態は、神経症を形成できないという意味では神経症的パーソナリティに完全に一致するとは言えないものの、それに近い水準にある。もう一つは、神経症を形成するほどの明確なパーソナリティ構造が備わっておらず、欲求や感情を感受する力も弱く、状況に対して受動的・回避的に生きているため、状況に翻弄され疲弊し、その疲弊さえ感じないまま病気になるという様態。こちらは、パーソナリティ構造の形成が不全に陥っ

ているという意味で、人格障害の水準にあると考えられる。

以上からわかるように、心身症には、たとえ同じ疾患でも、その中には神経症的構造を基底にするものと人格障害を基底にするものの二つがあると考えられる。特に同じ心身症でも、患者が若年者である場合、(パーソナリティ構造の歪みというより構造の形成不全という意味での)人格障害を基底に持つ心身症である可能性が高い。辻・林における慢性蕁麻疹や円形脱毛症の研究はこの区別をしていないが、本来は検査結果はこれを区別した上で吟味される必要がある。実際、円形脱毛症について多発型と全頭型のロールシャッハ反応を比較した石井等(1987)の研究では、より重症度の高い後者において人格の萎縮が顕著であり、前者では微かに情緒や人への関心が動いていることが示唆されている。心身症とパーソナリティの関連を考える場合、この二様態の区別は重要である。というのも、以下で取り上げる気管支喘息の研究が示しているように、この区別は治療方針にも密接に関連するからである。

成田等(1966)によれば、気管支喘息患者のロールシャッハは、Rの減少・Rejの増加・RTの延長・Wの増加・良形体の減少・運動反応や色彩反応の減少・Aの増加といった特徴を示す。これを成田等は、情緒的に未成熟で不安定、共感性や柔軟性に欠け感情抑制的、紋切り型といった萎縮的な人格と解釈している。高山等(1970)の研究もほぼ同様の結果を示しており、そこでも気管支喘息患者のパーソナリティは萎縮的であるとされている。だが、これらの研究は、10代初めから40代半ばまでの患者を一緒くたにしている。ところが、一般的に見れば萎縮的な気管支喘息患者にも、パーソナリティ水準による違いがある。

丹治(1987)は、入院しながら養護学校に通学している気管支喘息児(平均年齢12歳)35名について、軽快群15名と不変群20名のロールシャッハ反応を比較した。全体的に見れば、先行研究と同様の結果(R少・M少・色彩反応少・F高・A高)が示されたが、軽快群は再検査において、Rejの減少・AS¹⁾の減少・RT>30の減少・Fc+c+C'>FC+CF+Cの減少を示した。これを丹治は、情緒刺激に対する思考の混乱や抑鬱感が改善され、言語活動が活発になり、率直な表現が可能になったと解釈している。一方不変群では、Mの減少によってM>FMが減少し、ASが増加している。丹治はこれを、気管支喘息の性格が強化されたと解釈している。興味深いのは、軽快群は不変群に比べて、もともと神経症を示すNS²⁾が高く、質問紙による心因

調査表のスコアも高いという点である。つまり、軽快群は不変群より神経症的な傾向を持っているのである。

吉村等(1996)は、治療経過の良好であった気管支喘息児2例と経過に困難の多かった喘息児3例とを比較している。少数例の比較なので両者の差について一般化することはできないが、YG・SCT・ロールシャッハ検査・生育史上における依存対象との問題など多方面からの比較がなされており、それが示す差異は興味深い。比較によると、経過良好児はYGがA型なのに対し、困難児はE型やC型である。SCTでは、前者が全項目記入しているのに対し、後者では記入できない項目が多い。ロールシャッハでは、前者が、知覚の崩れがなく、Mがあり、R+が高いのに対し、後者では、作話傾向が見られ、Mがなく、Hも出にくく、R+が低い。後者は、MやHが出にくくR+が低いことなどから考えて、丹治の研究において不変群がより典型的に示す「萎縮」という在り方に近い可能性がある。依存対象についての問題では、両者とも葛藤はあるが、後者は幼少時から辛い出来事を体験していた。この研究における「治療過程の困難」は、喘息以外の問題(拒食や過食や不登校など)が軽快したかどうか、治療関係を継続できたかどうかなどで判断がなされている。良好児では、喘息の軽快だけでなく日常への適応も改善しているが、困難群では、喘息の軽快が見られるだけで他の問題が改善されていない。この結果からも、気管支喘息児のパーソナリティ水準は多様であり、依存対象との葛藤が深刻でなく、安定性があり、自己表現の能力もある程度育っている神経症的なパーソナリティの場合と、葛藤が深刻で、安定性がなく、自己表現の能力があまり育っていない人格障害的なパーソナリティの場合とでは、治療経過が異なることがわかる。

そこで治療法を見てみると、丹治等の治療は、喘息体操や乾布摩擦等の自己コントロールを目指した療法が主で、必要に応じて薬物療法や箱庭療法等が行われている。吉村等の場合、箱庭療法などを含む心理療法が主である。これらの治療では、患者は構造化された治療状況の中で自己自身を操作したり表現したりすることが求められるので、少なくとも神経症水準に近いパーソナリティである必要がある。箱庭療法とて、最低限イメージを自主的に表現することを求められるわけで、やはりある程度の心理化の能力が必要である。それゆえ、当然萎縮が強いパーソナリティでは、これらの治療が困難となる。

では、これら人格障害を基底に持つ心身症の場合、

どのような治療的アプローチが可能か。これについては、遠山・末広(1976)および遠山(1977)が報告している、ある気管支喘息患者(27歳男性)の治療過程とその前後でのロールシャッハの変化が参考になる。報告によれば、患者は、児童期から成人になるまで生活の節目で喘息を起こしており、遠山が出会った時も仕事に由来する生活上の変化をきっかけに発作が生じ入院した。詳しい経過は省くが、遠山によると、この治療のポイントは「受け身的対象愛の満足」であった。すなわち、この患者は、言葉による情緒の交流や共有に安心するどころか、そのような交流に抵抗を示し、頻繁に治療を投げだそうとしたり、治療者を非難したりした。しかし、スタッフがこの直接的な行動に甘えと適意を感じ取り、患者を辛抱強く丸ごと抱え、かつ同時に心理療法で直接的な行動の背後にある思いをセラピストが言語化して返していくと、患者は次第に葛藤を認識し、行動の激しさや症状が和らいていったのである。興味深いのは、この治療の前後に取られたロールシャッハの結果である。遠山・末広によれば、患者の最初のロールシャッハは、客体化・プロットとの距離の維持・深入りや退行の回避・躍動感の欠如・現実否認・感情分離等の萎縮的な特徴を示していた。しかし、治療の終結時には、Fの減少・運動反応の増加・色彩反応の増加・形体水準の低下といった特徴を示した。この二度目のロールシャッハは見ようによっては不適応になっているとも解釈できるが、遠山・末広は、むしろ情緒の過度の統制がゆるみ、葛藤が認知されるようになり、感情表現が促進されるようになったと解釈している。治療の経過は、確かにこのような解釈可能性を裏づけている。

このような萎縮からの成長・発展が一見悪質な退行として生じるという現象は、実は小児心身症では発達的な現象として生じている可能性がある。気管支喘息の研究ではないが、例えば松森他(1987)によれば、心因性視覚障害児は、ロールシャッハ反応から見ると三つのタイプにわけられる。一つは、本論でも述べてきたような情緒や欲求が未分化で萎縮して受け身なタイプ、二つ目は、前者よりは情緒や欲求への感受力があるが抑制的なタイプ、そして三つ目は、自己中心的で衝動的なタイプ。後者にいくほど年齢が上がり、ロールシャッハでは運動反応や色彩反応が多くなり、形体水準が悪くなり、振る舞いは自己中心的で衝動的な不適応の様相を示す。同時に、前者ほど本当に視力が悪く、にもかかわらず症状の訴えが少なく、後者になると症状が変動し、本人の訴えが多くなる。ここで注目すべきは、小児心身症の場合、心身症と身体表現性障

害は大人のように明確にわけられないということである。つまり、小児では、身体症状と精神症状はあまり明確には区別されず、それどころか、時には症状に違和感さえ体験されないうまま、外から見ると奇妙な行動を示し、大人が聞いてはじめて、息苦しいとか、揺れているとか、見えないとか、聞こえないとか言う。ところが、このような状態は、主に情緒や欲求が未分化な小学校低学年や中学年で見られるもので、高学年になって情緒や感情が動き出してくると身体表現性障害のような訴えになってくる(宮本2010)。つまり、萎縮を基底にした小児心身症では、萎縮の成長・発達によって心身症から身体表現性障害のように症状が変化するが、萎縮からの成長・発展は一見悪質な退行の様相を示すと考えられるのである。

以上からわかるように、これまで述べてきた萎縮の背景には、身体の体験と感情の体験の未分化という問題がある。この分化がある程度成立している神経症水準では、心の領域を体験できるので現実把握や自己対象化を行うことができ、治療プログラムの枠組みに従いながら自己自身の在り方を問題にし、変化させることができる。しかし、萎縮したパーソナリティである場合、身体や心の体験が困難であるため、状況の揺れ動きに翻弄され、自分に襲ってくるものが何かを把握できないまま、その動きを活用することもコントロールすることもできず、ただ動きに呑み込まれるか、呑み込まれる恐怖を避けるために死んだように身を固めるしかない。このようなパーソナリティ構造の形成不全を基底にした心身症の治療では、その中にいる生体から自発的な反応が生じてくるような安全な抱えの環境を作ることが重要になる。すぐに身体の管理をしようとしたり、心を見つめようとしたりするのではなく、ともかく周囲が患者の生体反応に持続的に注意を払うような環境を作り、患者の自然な生体反応を迎え入れるような雰囲気を作る。患者の生体から自然な反応が出てくると、次第に周囲から見れば欲求や感情に見える反応—しかし本人はまだそれをそのようなものと体験していないために周囲へ向かって直接的に表出されるような反応—が出てくる。ここで周囲がそれを受けとめ、それに言葉を与えていく時、患者は自分に生じていることを理解していくのである。この過程で一見不適応のような状態が生じるが、この退行状態をいかに抱え続けるかが重要になる。遠山の治療や小児心身症の発達に示される退行的な動きは、萎縮が崩れ欲求や感情が生じ始めている兆候と考えられる。これは病態水準的に考えれば、低水準の人格障害から高水準の人格障害への変化として考えられる。これに関し

てAppel (2011) は興味深い指摘を行っている。すなわち、思春期の心身症には、感情と身体感覚が区別されず、主観的感情を名づけたり認知したり抱えたりすることの困難なアレキシサイミアに一致する型と、ファンタジーと外的現実と混同しているような精神病的な反応を示す型がある。Appel自身は、単に両者をタイプの違いとして捉えているだけであるが、前者を萎縮のまま停滞している状態と考えると、後者は欲求や感情が動き出している状態と考えることができる。事実、アレキシサイミアに一致する型として示されている事例と比べると、精神病的な型としてあげられる事例では、心理的な葛藤の萌芽のようなものが語られている。人格障害を基底に持つ心身症の治療では、その障害が萎縮の状態での停滞なのか、そこから動き出そうとしている状態なのかをアセスメントしつつ、未分化な体験に言葉を与える作業を時宜に合った仕方で行っていくことが重要であると考えられる。

V. 結論

本論では、過去の心身症のロールシャッハ研究を概観し、心身症のロールシャッハ特徴を原因論的に考察することを通して、心身症の二様態を明らかにした。一つは神経症水準のパーソナリティを基底に持つ心身症であり、もう一つは萎縮したパーソナリティという人格障害を基底に持つ心身症である。前者の場合、身体と感情が分化しており、心の体験ができるので、身体の管理や心因の洞察を目指す治療が可能である。後者の場合、身体と感情が未分化であり、心の体験ができないので、自発的な生体反応を可能にするような持続的な抱えの環境の構築が第一となる。萎縮を基底に持つ心身症の治療では、変化の過程で萎縮が崩れて退行が生じ、一見不適応状態を呈するが、それは未分化な欲求や感情が動き始めた兆候と考えられる。このような場合、未分化な動きを抱え、適宜それを言語化することが重要になる。人格障害を基底に持つ心身症の場合、パーソナリティが萎縮した状態か、それとも未分化な動きが生じている状態かをアセスメントする必要がある。心身症には様々なパーソナリティ水準が混在しているので、その水準を適切にアセスメントすることが重要であると考えられる。

註

- 1) Asthmatic signs : $R \leq 16 \cdot Rej \geq 1 \cdot CS \geq 1 \cdot \Sigma C < 1 \cdot F\% > 70 \cdot A\% > 70 \cdot P \leq 3$ の項目を得点化したもの。
- 2) Neurotic signs : $R \leq 25 \cdot M \leq 1 \cdot FM > M \cdot Rej \geq 1 \cdot F\% \geq 50 \cdot A\% \geq 50 \cdot FC \leq 1$ の項目を得点化したもの。

参考文献

- Appel, L. (2011). The Collapse of Potential Space in Adolescents with Psychosomatic Disorders: A Rorschach Illustration of Two Case Studies. *Rorschachiana*, 32, 151-182.
- Bash, K. W. (1986). Psychosomatic Diseases and the Rorschach Test. *Journal of Personality Assessment*, 50 (3), 350-357.
- 藤岡淳子 (2004). 包括システムによるロールシャッハ臨床—エクスナーの実践的応用—. 誠信書房.
- 石井春子・手島ちづ子・細谷律子 (1987). 円形脱毛症のロールシャッハ反応. *ロールシャッハ研究*, XXIX, 39-45.
- 菅野信夫 (1981). 心身症における症状の身体化について—Rorschach Scoreの検討—. *心理学研究*, 52 (1), 30-37.
- 絹巻純子 (1998). 対処行動としてのロールシャッハ反応—糖尿病患者と心疾患患者の対比において—. *ロールシャッハ法研究*, 2, 1-9.
- 松本真理子 (2005). 文化と子どものロールシャッハ法. 小川俊樹・松本真理子 (編著). *子どものロールシャッハ法*. 金子書房, 89-115.
- 松森基子・水鳥川洋子・海老沢薫・松井三枝・佐藤ゆかり・長谷川正士・矢野徹 (1987). ロールシャッハ・テストからみた心因性視覚障害児. *ロールシャッハ研究*, XXIX, 1-13.
- 宮本信也 (2010). 心身症と身体表現性障害. *子どもの心とからだ—日本小児心身医学会雑誌—*, 19 (2), 127-132.
- 成田隆・角田隆・小野康夫 (1966). 気管支喘息患者のロールシャッハ・テスト. *精神身体医学*, 6(3), 173-179.
- Rorschach, H. (1972). *Psychodiagnostik: Methodik und Ergebnisse eines Wahrnehmungsdiagnostischen Experiments (Deutenlassen von Zufallsformen)*. Hans Huber.
- 鈴木睦夫 (訳) (2004). 新・完訳 精神診断学—付形態解釈実験の活用—. 金子書房.
- 高橋雅春・高橋依子・西尾博行 (1998). 包括システムによるロールシャッハ解釈入門. 金剛出版.
- 高山巖・黄炎撮・林茂女・林八千夫・竹田隆二・金久卓也 (1970). 気管支喘息患者のパーソナリティについての再検討(第1報). *精神身体医学*, 10(6), 369-374.
- 田中順子・高橋伸子 (1987). 小児消化性潰瘍の人格特性要因について—ロールシャッハ法による検討—. *ロールシャッハ研究*, XXIX, 15-27.
- 丹治光治 (1987). 小児気管支喘息におけるロール

シャッハ・テスト像の変化. ロールシャッハ研究, XXIX, 29-37.

遠山尚孝・末広晃二 (1976). 心身症の治療的变化について——喘息患者のロールシャッハ再検査法による検討——. ロールシャッハ研究XVIII, 89-101.

遠山尚孝 (1977). 心身症者の性格・適応様式および情緒の性質について. 精神医学, 19(11), 1139-1150.

辻尾武彦・絹巻純子・三好耕・森岡千佳子・行田建・小松庸一 (1996). 心身症患者の行動特性の分析. 大阪労災病院医学雑誌, 20(1・2), 29-38.

辻悟・林正延 (1961). 精神身体症におけるロールシャッハ・テスト. ロールシャッハ研究, IV, 95-111.

辻悟 (1967). PSMにおける器官選択—精神身体医学における心的特性の特異性について—. 精神身体医学, 7(1), 31-35.

辻悟 (1997). ロールシャッハ検査法—形式・構造解析に基づく解釈の理論と実際—. 金子書房.

吉村佳世子・向山徳子・山口公一・増田敬・馬場実 (1996). 心理外来を受診した気管支喘息児の心理アセスメントと治療経過について. 呼吸器心身医学, 13, 113-115.