



形式・構造解析から見た高機能広汎性発達障害のロールシャッハ反応

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2012-11-30 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/10.24729/00005294

形式・構造解析から見た高機能広汎性発達障害のロールシャッハ反応

橋本朋広

1. はじめに一形式・構造解析と心理臨床

本論の目的は、高機能広汎性発達障害者（以下、High-Functioning Pervasive Developmental Disordersを略してHFPDDと記述）のロールシャッハ反応を形式・構造解析の観点から検討し、彼らの体験構造を理解することである。「形式・構造解析」とは、阪大法スコアリングにもとづくロールシャッハの解釈法である（辻, 1997）。この解釈法でも、他のロールシャッハ法同様、反応を記号化し、それを集計し、様々な指標の数量的変化に注目する。しかし、個々の指標の変化に個別の意味を読み取るようなことをせず、指標の変化の全貌を見渡ししながら、そこにどのような心理的傾向が反映しているか、なぜその心理的傾向が一群の指標に反映されるのかを理論的に考察し、最終的にその傾向の発達の意義を明らかにするのである（辻, 1997, pp.6-11）。その際注目するのは他の解釈法と同じく把握型や体験型であるが、その解釈は、全体と部分の複合、形体と色彩の複合、形体と運動感覚の複合などの理解を通して超越の様態を把握し、最終的に被検者の体験構造の中核としての個体化の様態、すなわち主体性の在り方を把握するのである。そして、このような方法によって体験構造の理解へ至ろうとする根本には、単に被検者を客体的に理解するだけでなく、彼らに治療的に関わっていく際の方向性（主体性をどのように育むか）を見立てようという動機がある。その意味で、形式・構造解析は決して静的な客体的理解ではなく、臨床的な関わりを視野に含めた動的な主体的理解である（辻, 2003, pp.12-15, pp.188-200）。辻（1997, pp.295-299）によれば、臨床的な関わりとロールシャッハ理解は相補的である。形式・構造解析は、彼自身の治療理論である「治療精神医学」（辻, 1980, 1981, 2008）と密接に関わっている。

以上からわかるように、形式・構造解析の観点からHFPDDのロールシャッハ反応を検討するという事は、彼らとの治療的関わりの方角性を考えることである。筆者は、この目的のためにHFPDDのロールシャッハ反応に関する先行研究に目を通した。しかし、それらの研究では、この目的にとって満足のいく議論が展開されていなかった。例えば、良形体のM反応が産出されない点について、HFPDDは他者への共感能力を欠くとする指摘が時折見られるが（石井・岸

本, 1997; 高橋, 2005; 北村ら, 2006など）、筆者にはこのような指摘は不毛に思える。この種の指摘は、HFPDDには普通の人の考え方や対人スキルを教えることが有益であるというような安易な発想を導き出しやすい。だが、心理学的に見れば、共感能力もまた幾つかの心理学的条件によって構成される心の機能であり、それら諸条件の変化によって機能したりしなかったりするものである。したがって、共感能力を何か実体的に存在する不変の能力のように見なし、それがHFPDDにはないと考えることは心理学的に妥当ではない。共感能力が諸々の心理学的条件によって構成される可変的な機能である以上、それらの条件を整える働きかけを行っていくことが治療的な関わりである。したがって重要なのは、彼らには共感能力がないと指摘することではなく、なぜ彼らにおいて他者への共感が困難になっているのかを明らかにすることである。良形体のM反応の産出が困難であるということは、形式・構造解析の観点から見れば、形体と運動の複合、すなわち識別的認知の働きや運動感覚の間接化の働きが困難になっているということである。つまり、彼らにおいては、自他を区別したり、自分自身を対象化したり、自分が自分に関わっていったりする個別的な主体としての在り方に問題があることが推測される。HFPDDにおける種々の臨床的な問題を理解するためには、彼らの体験構造、特にその中核としての主体性の様態を明らかにする必要がある。

しかし、先行研究ではHFPDDの主体性の様態は十分に検討されていない。先行研究のほとんどは、彼らと健常者、あるいは彼らと統合失調症者との反応上の違いを検討したものであった。そこで、本論では、先行研究が明らかにしたHFPDDの反応上の特徴を踏まえつつ、更に進んでそれらを形式・構造解析の観点から検討し、彼らの主体性の様態を明らかにしたい。そして、HFPDDに対する治療的な関わりの方角性について考えたい。

2. HFPDDの把握型の特徴から—内面のない主体

ここでは、把握型の特徴からHFPDDの体験構造について考察する。先行研究では、HFPDDの把握型について以下のような反応上の特徴が指摘されている。

①辻井・内田（1999）によれば、HFPDDでは、R（反応

数) <20個の者が30名中19名 (63.3%), W% >66%の者が21/30名 (70.0%), D% <29%の者が21/30名 (70.0%), VIII X % <30%の者が19/30名 (63.3%) で、これらの人数比は健常者に比べて有意に多い。また、R+ (良形体反応) %が73%より低い値の者は29/30名 (96.7%) (平均R+% = 37.1%) であり、この人数比も健常者に比べて有意に多い。

②明翫ら (2005) によれば、HFPDDでは、Syncretic (融合的把握) を産出したのは12/34名 (35.3%), D→Wを産出したのは19/34名 (55.9%), Dd→Dを産出したのは11/34名 (32.4%), the confabulatory combination (作話的結合) を産出したのは8/34名 (23.5%) で、これらの人数比は大学生群と比べて有意に多い。

③明翫・辻井 (2007) によれば、Syncreticを産出したのは、HFPDDで12/34名 (35.3%), 統合失調症で3/39名 (7.7%) で、HFPDDで有意に多い。同じく、D→Wは、HFPDDで23/34名 (67.6%), 統合失調症で4/39名 (10.3%), Dd→Dは、HFPDDで14/34名 (41.2%), 統合失調症で5/39名 (12.8%) で、いずれもHFPDDで有意に多い。逆に、DWは、HFPDDで2/34名 (5.9%), 統合失調症で9/39名 (23.1%), the confabulatory combinationは、HFPDDで13/34名 (38.2%), 統合失調症で24/39名 (61.5%) で、いずれも統合失調症で有意に多い。更に、the confabulatory combinationを作話的結合反応と作話反応に分類して比較すると、作話的結合反応では、HFPDD12名に対して統合失調症17名で両群に差は見られないが、作話反応のほうは、HFPDD1名に対して統合失調症14名で有意に統合失調症が多い。

①は、多くのHFPDDが、一枚のカードに対して1~2個の反応しか産出しないこと、Wを66%よりも多く産出すること、形体水準の低い反応を多く産出することを示している。さらに、②は、HFPDDでは、識別的・外輪郭形体の関与しない融合的・大域的な把握を用いる者が健常者よりも多いこと、同様にエングラムと図版図形との部分的一致による把握を用いる者が多いことを示している。これらのことは、エングラムと図版図形との対応を検討する過程で、彼らが、エングラムと図版図形との一致と不一致とを区別しないまま、一致部分だけに注目して認知を行う傾向がある (部分認知) ことを示している。ただし、③に見られるように、統合失調症でDWや作話反応が多いのに対し、HFPDDでD→WやDd→Dが多いことは、HFPDDにおける部分認知の機制がDWや作話反応を用いる統合失調症のそれとは微妙に異なっていることを示している。

DWとD→Wの差異について考えてみると、前者の

場合、反応の全体像の確定は、まったく主体の作業として位置づけられておらず、与えられた状況としての図版図形の条件に (委ねているという自覚さえないまま) 完全に委ねられている。このような認知においては、何らかの対象が見えた場合、それを見ているのは自分であること、そして、見えている対象はあくまで自分が見ているものであることが意識されず、単に何かが見えるという体験だけがなされている。それゆえ、ほんの一部が何かに見えただけで、その部分と他の部分との関係はどうか、それと全体との関係はどうかなどを考えることなく、全体をその何かと見なししてしまう。この認知では、見えている対象と対象を見ている自分との区別は意識されていない (「対象 ≠ 自分」の不成立)。また、その区別が意識されていないため、見えているものは内的対象であり、内的対象は外的対象とは区別されるということも当然意識されていない (「内的対象 ≠ 外的対象」の不成立)。こうして、本来内面に位置づけられるべきはずの見えているものは、「外界」に存在するものとして実体化されてしまい、幻覚・幻聴・妄想の体験の契機となる (ただし、この場合の「外界」は、実際には内界と区別された意味での外界ではないので、厳密には外界とさえ言えない。それゆえ、そのような体験世界では、見えたものは、それが現に見えているか、単に見えたと思ったものかの区別のないまま、すべて「そこにある」ものとなっていく。これが非常に恐ろしい経験であることは想像に難くない)。

それに対してD→Wの反応は、部分認知をベースにしながらも何らかの仕方全体の特徴に言及している反応である (片口, 1987, p51)。HFPDDにおいてこのような把握が特徴的に見られるということは、彼らが対象の全体性を何らかの形で意識していることを示している。つまり、この場合、反応の全体像を捉えようとする動きが見られるのであり、その意味で彼らは対象と対象を見ている自分とを確かに区別しているのである。ただし、HFPDDにおける全体像の把握の仕方は、彼らが大域的・融合的把握をすることからわかるように、部分を分化しつつそれを全体によって統合するような識別的な把握ではない。HFPDDでは、「対象 ≠ 自分」は成立しているため対象の全体像を把握しようとはしているが、自分が見ている対象を識別的な仕方でも把握する必要性を認識しておらず、エングラムと図版図形の部分的な一致と、全体像の大まかな一致だけで対象を把握しているのである。対象を識別的に把握する必要性が認識されるには、一致部分と不一致部分との区別が認識されなければならない。そして、一

致部分と不一致部分の区別が生じる条件として重要なのは、エングラムと図版図形との差異の認識である。つまり、HFPDDでは、エングラムと図版図形との差異、言い換えれば内的対象と外的対象とが区別されていないのである。

以上をまとめると、まず、ロールシャッハ反応において良形体の反応を産出するためには、「対象≠自分」「内的対象≠外的対象」が成立していなければならない。ところが、統合失調症では、対象と自分の区別さえ成立困難になっている。彼らにおいては、内と外は区別されず、ただ見えている世界だけがあり、本来なら内面に位置づけられるはずの着想はすべて目に見える世界の側に位置づけられてしまう。そのため、すべてが筒抜けとなり、絶えず目に見える世界から脅かされる。だが、HFPDDでは、目に見える世界と自分とは互いに区別され、目に見える世界は外部に位置づけられている。とはいえ、見えているものが自分の内面に属しているということは認識されていない。つまり、「対象≠自分」は成立しているが、「内的対象≠外的対象」が成立していない。彼らは、自分が見ている対象と見る自分を区別しているから目に見える世界を外界として体験できるが、見ている対象が内面に属することを認識できず、それゆえ外界から区別された領域としての内面を持つことができない。彼らにおいて

は、通常の言うところの内面を持った主体（神経症水準の主体）は成立していない。しかし、彼らは、外界に対する「自分」、対象に対峙する「主体」を持っている。以下、彼らの独自の「自分」や「主体」の様態を、具体的な反応を通して更に徹底的に考えてみたい。

3. 述語合一的な主体

ここで取り上げるのは、北村ら（2006）の論文にHFPDD事例Aの反応例として掲載されているものである。当該論文では3事例が検討対象とされ、各事例の特徴的反応が例示されている。以下では事例Aの反応特徴について論じ、その体験構造を明らかにしていくが、その考察は、実際には様々なHFPDDのロールシャッハ反応を踏まえて帰納的に導き出したものである。具体的には、北村ら（2006）の3事例のほか、石井・岸本（1997）の1事例、高橋（2005）の1事例、高橋・神尾（2008）の4事例、さらに筆者自身が臨床現場で目にした5事例の合計14例を踏まえている。具体例を事例Aに絞り込んだのは、単にすべての反応を検討するには紙面が足りないからに過ぎない。他の事例を取り上げても同様の考察が可能である。

北村ら（2006）によれば、事例Aの反応数(R)は23、W:D=20:1、R+% = 30%であり、全体反応が多く、しかも不良形体のものが多くことがわかる。具体的に反

表 1 事例Aのロールシャッハ反応（Ⅲ・Ⅳ図版）*1

Ⅲ	① 10"	Λ	腰の骨	全体の形ですね。感覚ですけれど、こういう支えているところ。(もう少し説明して)なんか支えている感じだから。 [片口法] W F - Atb [阪大法] W, F, +, Bony At, AS
	② 25"	Λ	バツタ	目(D5)に見えたんで、牙みたいに見えた。むしろカマキリみたいっていうか。こういう虫いかにも嘔みつきそう。カマキリの間違ひかな。黒いところ。赤は内臓でもいい。わかんない。カマキリは心臓2つあるのか知らないけど、心臓(D3)に見えました。 [片口法] dr F 𠄎 Ad, A. At [阪大法] W, F, -1, A, AS
	③ 55"	V	怪獣	何でも入ると思うのですから。(どういこと?)人間も怪獣、結局色ですけれど、垂れている、垂れ流している。(?)周りの血(D1)が人かなんかを食べたみたい。(怪獣は?)怪獣っていうか、食べられた血が。これはまた心臓(D3)みたい。 [片口法] W CF -, m Bl, (A). At [阪大法] (W), Fwith C/F, -2, ±, (A), AS
Ⅳ	① 1' 25"	Λ	置物	何も思い浮かばなかったんですけど、特別に意識せず、取りあえず置いておくもの。 [片口法] W F 𠄎 Obj [阪大法] W, F, pm, Obj, AS

*1 北村ら(2006)に掲載の Table1 を基に筆者が作成した。表中で「片口法」と書いてあるのは、当該方法による北村らのスコア。「阪大法」と書いてあるのは、当該方法による筆者のスコア。なお、領域番号は阪大法による。

応の抜粋例(表1)を見ると、どの反応についても形体条件が明確に指摘されておらず、把握に際して識別的な外輪郭形体がほとんど機能していないことがわかる。Ⅲ①の「腰の骨」について、筆者はそれを骨盤と考え一応WとF+としたが、形体条件が指摘されていない点を考えると、領域を(W)とし、形体水準をF-2としても良いぐらいである。Ⅳ①の「置物」は、通常は(つまり識別的認知が機能していれば)阪大法でいうVクラス概念として花瓶か何かの特定の置物として反応されるべきであるが、外輪郭形体が識別的に機能していないため複義概念で反応されたものと考え、形体水準をpmとした。Ⅲ③「怪物」は、形体条件がまったく指摘されておらず、外輪郭が不明であることから(W)と記号化されるが、「何でも入る」「食べたみたい」「心臓」という指摘を考えると、実質的には「心臓」を内部とするⅢ②の「バツタ」と同様の反応であると考えられる。つまり、Ⅲ②は「黒いところ」という指摘を踏まえて一応Wで取っているが、反応機制はⅢ③と同様であり、実質的には、外輪郭による識別認知というより、輪郭の規定を黒の領域に委ねる(W)反応なのである。この輪郭の規定を図版図形の側に委ねるという機制は、すべての反応に共通であり、その意味でどれも阪大法でいう(W)のような反応と言えるのである。

ところで、Ⅲ②に関して、北村ら(2006, pp.5-6)は論文の中でその反応をDW的な反応とも見せせるとしながら、表中ではdrとスコアリングしている。ここには、その反応をどうスコアリングするかの迷いがうかがわれるが、この迷いはロールシャッハ・テスターとして共感できる。というのも、質疑段階における説明で「目」以外に「心臓」が言及されていること、「黒いところ」という言い方で対象の全体像が示唆されていること、その示唆された全体について「カマキリ」のほうが適当かもしれないと迷いが生じていることから判断して、事例Aは、自分の見ている対象の全体像に関心を寄せ、それが何であるかを気にしているからである。

「バツタ」もしくは「カマキリ」について明瞭に指摘した部分が「目」と「心臓」だけなら、DWというスコアリングもあり得る。だが、DWは、ごく一部だけを明瞭に把握し、他の相当広範囲な形体上の特徴を考慮していない反応に対するスコアである。片口(1987, p.51)は、DWが「内閉論理などの病的思考」を反映していると考え、何らかの形で全体像への言及がある場合はD→Wなどでスコアリングするよう忠告している。事例Aの場合、「目」「心臓」以外に「黒

いところ」と言及しているから、それを全体像についての指摘と考えることもできる。とはいえ、明瞭なのは「目」と「心臓」という部分だけで、「黒いところ」が全体としてどうなっているかは結局のところ曖昧であり、結果drとするか、あるいは阪大法の領域番号というD1の部分だけが除外されていると考えてD→Wのようにスコアリングするしかないことになる。ロールシャッハ・テスターとしては、以上のような迷いが生じるのである。

ただし、以上の迷いを一つ上の視点から捉え直してみると、そのような迷いが生じるのは、結局のところ反応領域の確定が識別的な仕方で行われていないからであるとわかる。この意味で、Ⅲ②の反応は、反応産出の機制としては(W)と同じである。事例Aは、反応領域の全体を識別的な認知によって確定しないまま、何が「見えた」か(「目」「牙」「心臓」)、どう「見えた」か(「こういう虫いかにも噛みつきそう」といった主観的印象だけを述べ、対象の領域を確定するという作業を地質の表出上の違いという図版図形の条件に委ねている(ただし、DWと異なり、それを「黒いところ」に委ねていることへの自覚はある)。つまり、事例Aもまた、エングラムと図版図形との一致・不一致を検討する必要性を認識していないのである。とはいえ、事例Aは、対象が何に「見えた」か、どう「見えた」かを必死に説明している。それは、彼が自分と対象を区別していること、すなわち対象とそれを見ている自分との区別を了解していることを示している。事例Aは、内的対象と外的対象の区別は認識していないが、対象と自分との区別は認識しているのである。

内的対象と外的対象の区別がなく、対象と自分の区別だけがある体験構造では、内面の自由を持たない主体が、ただ目に見える対象に向き合うしかない。このような体験構造では、目の前の対象との関係だけが絶対的な重要性を持つ。例えば、「カマキリの間違いかな」という語りからは、図版図形を見る事例Aの姿勢が、まるでそこに何が描かれているのかを言い当てる形になっていることがわかる。ロールシャッハの図版図形は、本来そこに自分が何を見るのかという態度で見られるべきものであるが、事例Aはそこに何が描かれているのかを言い当てる仕方で見ている。だからこそ、事例Aは、「黒いところ」が「バツタ」か「カマキリ」か迷うのである。このような反応がHFPDDに特徴的であることは高橋・神尾(2008, p.55)も指摘しており、彼女たちはその特徴を「知覚的な距離感の喪失」と名づけている。しかし、彼女たちは、なぜ知覚的な距離感の喪失が生じるのかに関して理論的な考察は行って

いない。本来、図版図形を見て「バツタ」や「カマキリ」を思い浮かべたのは事例Aなのだから、該当の図形をどちらとするかは被検者自身が決めることである。しかし、事例Aの場合、見ている対象が「バツタ」か「カマキリ」かは、与えられた条件としての図版図形の状態（言い換えれば既存の状況）によって決定されている。だからこそ彼は、図版図形が「バツタ」か「カマキリ」のどちらに類似しているかを迷うのである。内的対象と外的対象の区別がなく、対象と自分の区別だけがある事例Aにとって、対象の側の状態や状況が自分を規定する枠組みであり、それゆえ彼は既存の状態や状況に拘束されるのである。高橋・神尾のいう知覚的な距離感の喪失は、以上のような機制によって生じると考えられるが、それを踏まえると「喪失」というのは正確ではない。喪失とは元々存在していたものがなくなることであるが、HFPDDでは、そもそも知覚的な距離感の成立に必要な内的対象と外的対象の区別が成立していない。したがって、その特徴は「知覚的な距離感の成立不全」と呼ばれるのが適切であろう。

状況によりかかり、それにしばられているということは、状況に融合しているということである。辻(2003, pp.15-49)は、状況に融合して生きている主体の体験世界を「原体験」の世界と呼び、それを述語論理に基づく世界と捉えている。通常の世界は、主語同一性に基づいて個々のものが区別されるため、主体は主語同一的な個体として自己の責任のもとに判断や決定を行う。一方、原体験世界では、主体は自他の分離に先だって成立している既存の状況や状態によりかかって判断や決定を行う。それは、述語によって示される状態や状況が支配・主導する世界であり、その意味で述語論理に基づく世界である。これまでの考察は、事例Aもまた原体験の世界を生きていることを示している。このことは、事例Aにおける圧倒的なWの多さに示されている。もちろん、Wが多いことが無条件に状況への融合を意味するわけではない。事例Aの場合、ほとんどの反応がWであることに加え、(W)に典型的に示されるように、反応領域の確定が図版図形に委ねられており、形体水準が非常に低くなっているという点が重要である。辻(1997, pp.26-29)は、「何に見えるか」を問うロールシャッハの課題状況では、被検者は暗黙の内に図版図形を全体として見ることを求められるとし、図版図形を分割してDを産出するためには、この暗黙の規制を相対化することが必要であると指摘している。当然、課題を相対化するためには、課題状況から分離した判断主体として自分を認識していなければならない。また、DにせよWにせよ良形体の反応が産

出されるためには、外輪郭形体による識別的な認知が機能していなければならない。事例Aの場合、これらの条件が成立していないため、課題状況にしばられ、図版図形を全体としてしか見ることができないのである。

Wの多さ以外にも、上記の見解を支持する有力なデータがある。それは、実施段階における反応と質疑段階における反応の間に見られる明らかな違いである。表1に明らかなように、事例Aは、実施段階において、「腰の骨」「バツタ」「怪獣」というように、対象の名称をただ端的に述べる。それに対して質疑段階では、「なんか支えている感じ」「こういう虫いかにも嘔みつきそう」「何でも入ると思う」「垂れている、垂れ流している」というように、自分が感じ取った動きを表現する。辻(2003, pp.39-40)は同様の特徴を持つ事例(著書ではR1と名づけられている)について考察し、そのような違いが生じる背景に、被検者の側での「主語該当部分」と「述語該当部分」との区別があると指摘している。主語該当部分とは、論理的に主語に該当する部分のことであり、被検者が客体として認知する対象のことであり、また、述語該当部分とは、論理的に述語に該当する部分のことであり、主語が置かれている状況や主語の状態のことであり、R1は、事例Aと同様、実施段階において端的に認知対象の名称だけを言い、質疑段階においてはまったく対照的に、認知対象に自分が感じ取った動きを盛んに語っている(「飛んできそう」「襲んできそう」など)。辻(2003, p.43)は、このような違いが生じるのは、「何に見えるか」を問われる実施段階での課題状況と「どうしてそう思うか」を問われる質疑段階での課題状況との違いを被検者が感じ取っているからであると考えた。そして、「どうしてそう思うか」を問われる質疑段階においてのみ自分が感じ取った述語部分を語っているということは、被検者が自分の感じ取った述語部分を自分自身の側に区別して位置づけていることを意味していると考えた(同書, p.41)。しかし、被検者は、実施段階で、自分が感じ取っている対象の状況や状態を主観的な印象として間接化(対象化)し、図版図形との一致・不一致を検討し、形象化させる作業ができていないのである(同書, p.41)。つまり、これらの事例は、対象を自分とは区別された主語的存在として把握しているから、主語該当部分を言及するよう促されれば、その課題状況に受け身に従って主語該当部分としての認知対象を述べるができるが、対象に向き合っている自分の方は、対象から感じ取った述語該当部分に合一しているので、述語該当部分を言及

するように促されると、今度はそれを対象化することなく、ただ感じ取った「感じ」や「思い」だけを述べるのである。言い換えれば、これらの事例は、対象とそれに向き合う自分だけを体験しており、しかも、自分というものを対象の状態や状況に付随する「感じ」や「思い」としてしか体験していない。「感じ」や「思い」から分離し、それらを間接化し内面化する自分、すなわち主語同一的な自分は体験されていないのである。

4. HFPDDへの治療的な関わりの方向性

以上の考察から、HFPDDの以下のような特徴が指摘できる。まず、彼らは、対象と自分を区別しているが、内的対象と外的対象を区別していない。そして、対象と自分を区別しているため対象を主語的に把握しているが、内的対象と外的対象を区別していないため、対象の状況や状態によって刺激されて生じる「感じ」や「思い」を対象化できず、自分を単に対象の状況や状態によって変化する状態としてしか体験していない。つまり、状況や状態に合一し、それによりかかって生きている。

以上のような体験構造からは、次のような臨床的な問題が生じると考えられる。まず、このような体験構造を持つ主体は、快や不快などの直接体験によってだけ自分の状態を感じ取り、ただその状態だけを自分とする。また、状況に合一しているがゆえに、快・不快の由来は、それをもたらしした状況の側に位置づけられる。つまり、目の前の対象に快を感じれば、それは良い対象になるし、それに不快を感じれば、それは悪い対象になる。しかも、それらの対象は、自分の中の内的対象としては把握されないため、主体は、良い対象の場合はそれに接近し、悪い対象の場合はそれを回避するという直接的な行動をする。とはいえ、良い対象のところにとどまったり、そこから離れたたりできるのは、快や不快を自分の側に位置づけることができる、すなわち快を感じている自分を良い自分、不快を感じている自分を悪い自分として体験できるからである。彼らは、自分が見ている対象を内的対象として自分の内側に位置づけ、対象に対する自分の印象を一つの主観的状态として相対化して把握できるほどには（つまり内面を持った独立した主体＝主語同一的な主体として自分を把握できるほどには）自分自身を対象化できていないが、自分に生じている直接体験を自分の側に位置づけて把握できる程度には（つまり主語的な対象から区別される述語的な主体として自分を把握できる程度には）自分自身を対象化できる。このような体験構造を持つHFPDDでは、基本的には精神病圏の体験

は生じにくい。もちろん、非常に激しいネガティブな感情のある対象に対して体験した時には、彼らは対象それ自体を非常にネガティブに体験すると考えられるので、その際には対象についての理解が主観的印象に覆われてしまい、妄想的に見える発想をすることはある。とはいえ、認知対象と対象を認知している自分との区別はあくまで維持される。この体験構造は基本的に人格障害と類似である。もちろん、HFPDDのロールシャッハと種々の人格障害のロールシャッハには違いも見られるが、本論の主題から逸れるのでその点についての議論は省略する。

HFPDDは、上記の特徴ゆえに常に状況に拘束される。原理的に言って、状況は常に主体に先立って在るものであり、それは主体にとってよりかかれるものであると同時に拘束してくるものである。特に対人状況は、よほど周囲に配慮がない限り、主体にとっては押しつけがましい性質を持っている。それゆえ、HFPDDは対人状況を回避しやすく、逆に押しつけがましくなく、主体の側からの接近をそっと待っているような安全な対象（物体や情報）との関係に埋没しやすい。対人状況であっても、彼らに対して細やかな配慮をし、あまり侵入していかず、彼らに不快な印象を与えないような人がいれば、彼らはその関係の中に埋没し、時にはその関係に執着を示すかもしれない。しかし、彼らは、今度はその関係の中によりかかろうとするので、その関係の中に置かれた他者は、自分自身が相手に道具のように扱われているような体験をし、結局その関係に窮屈さを感じ、そこから脱却しようとするかもしれない。そして、その他者が相互配慮的な関係を求めた途端、彼らはあっという間に関係を回避する可能性がある。この辺りも種々の人格障害に生じる人間関係パターンと類似である。HFPDDにとって対人状況は常にこのような危険性を孕んでいるので、結局彼らは、対人状況を回避し、物体や情報などより安全な対象との関係に埋没し、引きこもり状態などに陥ってしまう。このように、HFPDDが他者への想像力や共感を欠いているように見えたり、自分の関心に没頭して周囲を考慮していないように見えたりする根底には、内的対象と外的対象の区別の不成立や内面の不成立という事態があり、それゆえ対象に対して直接的な反応しかできないということがある。彼らは、状況合一的な在り方ゆえに周囲に敏感すぎるほど反応しているのであって、そのことは、通常言う意味での他者への共感性とは異なるものの、状況の中を生きる人間存在にとって根源的な共感性を彼らもまた持っていることを示している。

筆者の場合、心理療法場面では引きこもり状態に陥ったHFPDDに出会うことが多い。また、筆者の同僚などは、引きこもり状態とは逆に、長年社会人として（しかもかなり高度な専門職として）働いているが、物体や情報との関わりの中だけに自分を制限し（つまり職業生活だけに自分を限定し）、家族などとの親密な（逆に言えば押しつけがましい）関係を回避し続けている事例に多く出会っている。いずれにせよ基本的な体験構造は同じであり、両者の違いは、物体や情報との関わりに際してかなり高度な能力を発揮できるか否か、その能力を生かす場所を獲得できているか否かに過ぎない。両者とも、周囲が本人との関係に困る、あるいは本人が周囲との関係に困るというような状況が発生し、結果、周囲から強制されて、あるいは本人が困り果てて心理療法に来談する。

このような場合、治療者が、HFPDDは他者の心を読み取る想像力がないとか、共感性がないとかいう理解しか持っていないと、彼らに他者の心を理解させようとしたり、対人スキルを教えようとしたりすることがある。このようなアプローチを一概に間違いとは思わないが、これまでの考察をふまえると、そのような単純な発想は彼らの体験構造への根本的な理解を欠いていると言わざるを得ない。というのも、彼らにおいては、他者への想像力や共感性の前提となる内的対象と外的対象の区別が成立しておらず、だからこそ想像力や共感性が困難になっているのであって、決して想像力や共感性がないのではない。治療は、彼らの困難の前提となっている体験構造に働きかけ、彼らが少しずつでもみずからの困難に主体的に対処していけるように援助していくべきである。

では、彼らの体験構造に働きかける治療とは。これまでの考察をふまえると、彼らの治療において重要なのは、内的対象と外的対象が成立すること、少なくともその方向への働きかけが行われることである。では、そのような働きかけとは。まず大切なのは、彼らが治療者との関係にとどまることができるかどうかである。このためには、治療者は安全な対象である必要がある。ところが、彼らと関係を結んだことのある治療者であればおわかりと思うが、彼らは関係において生じる不快に非常に敏感であり、それゆえ治療者は関係の中で彼らが不快を体験しないように細心の配慮をするよう無意識に強制される。ただし、単に彼らが治療関係にとどまっているだけなら、状況との合一という彼らの基本的な体験構造はそのままである。しかし、彼らが治療関係にとどまり、みずからの体験について表現するようになると、そこに興味深い現象が生

じる。既に述べたように、彼らは嫌な体験を自分の側の嫌な体験として感じ取り、それをそのようなものとして語るができる。つまり、何らかの対象に対して不快を感じた時、その体験を「自分は嫌だった」と語るができる。ところが、彼らは、〈何が嫌だった？〉とか、〈どう嫌だった？〉とかいう治療者の問いかけに答えることがとりわけ苦手である。これは、ロールシャッハの質疑段階で、彼らが認知対象についての形体条件を述べるができないことと類似の現象である。内的対象と外的対象とが区別されていないHFPDDにとって、自分の不快が認知対象の客体的な条件とどう関係しているのかを述べるのは非常に難しい。しかも、彼らにしてみれば、このような問いかけは、何を聞かれているのかわからない問いなのである。なぜなら、このような問いは、結局のところ内的対象と外的対象との区別とその対応関係を尋ねているからである。このような問いを繰り返されると、彼らにとって治療場面は、訳のわからないことを聞かれる、できないことをさせられる状況となり、結果治療者は嫌な対象となり、彼らは早晚治療を去っていく。このあたりがHFPDD、特に接近したり回避したりの行動を一人でできる青年期以降のHFPDDの治療の難しさである。

しかし、この難しさこそが治療の可能性でもある。少なくとも彼らは、快や不快を自分のものとして体験している。「嫌だった」という彼らに対して、〈嫌だったんだね〉と応答することを彼らは拒否しない。というのも、彼らは一応はその体験を自分のものと位置づけているからである。統合失調症では、この種の応答さえクライアントの自己感覚を吹き飛ばしかねない。HFPDDは、不快を自分の体験として位置づけることはできる。しかし、その体験を即座に回避する。彼らは、自分が不快を体験しているとわかるや否や、その不快な自分を体験しまいとする。例えば、「外へ出るとしんどくなる」と語るHFPDDは、しんどい自分を嫌って外へ出ない。ここで〈何がどうしんどいの？〉と問われると、彼らは途端に困る。せいぜい、「なんとなくしんどい」「人が迫ってくるみたいなの」と言う程度である。そして、突然寝てしまったりする。ところが、〈しんどくなるんやね〉には、彼らは「はい」と答える。そして、「どうしたら楽になるんですかね」などと聞いてくることもある。そこで、〈じゃあ、楽になるために少しずつ練習しよう〉などと言うと、途端に治療状況は嫌なことをさせられる場所になり、また寝てしまったりする。ここで大事なことは、彼らが嫌な自分を体験できること、だからこそ、嫌な自分を体

験させられそうな対象を回避するというパターンを繰り返している点を理解することである。このパターンゆえに、彼らは、一つの対象を良いと感じたり嫌と感じたりする機会（つまりアンビバレンスもしくは葛藤を体験する機会）を逃してしまふ。ある対象が良いものであったり悪いものであったりするという体験ができないと、一つの対象を良いと感じたり悪いと感じたりする自分、すなわち内面を持つ自分を発見することができない。治療として重要なのは、嫌な自分の体験を避けようとして嫌な対象を回避するパターンが変化する方向へ働きかけられるかどうかである。注目すべきは、彼らが嫌な体験を回避しようとしていることである。つまり、彼らにとって、嫌な体験は排除したい体験である。例えば、外に出るとしんどくなるような場合、彼らはそれを「うつなんです」と病気の状態として把握し、それを取り除こうとする。このような時、彼らに〈外に出るとしんどくなるなんておかしい?〉と聞くと、彼らは同意する。ここで、〈そういう時もあるよ〉などと言うのは、彼らの体験から外れている。とはいえ、基本的には、この〈そういう時もある〉という体験ができるかどうかが肝心である。つまり、嫌な自分を体験しても自分は大丈夫、快な自分も不快な自分も全部自分という体験ができるようになることが治療の方向性である。これができて初めて、対象についても、自分はそれを良いと感じたり悪いと感じたりすること（内的対象を所有する、内面を持った主体の成立）、そのような自分の印象とは別に対象は対象で独自に存在することがわかってくる（外的対象の成立）。

例えば、〈おかしいって思うんやなあ〉と治療者が言って黙っている。少なくとも、このような仕方では治療者がクライアントに面する時、治療者は、嫌な自分の体験はおかしいと思っているクライアントを否定せずに一緒におり、同時に嫌な自分の体験をクライアントのようにはおかしいと見なさず、嫌な自分を体験することもあるし、そういう自分も自分であって、その体験は必ずしもおかしくないという方向へも開かれている。つまり、治療者とクライアントの関係の中には、嫌な自分の体験をおかしいと思うクライアントがコンテインされつつ、嫌な自分の体験もおかしくないかもしれない、嫌な自分も自分かもしれないという仕方では、嫌な自分がコンテインされている。つまり、関係の中に葛藤がコンテインされている。ここでクライアントが、「おかしくないんですか?」などと聞いてくるようなことがあれば、それは彼が嫌な自分を自分の内面にコンテインし始めた時である。辻（2003,

pp.77-79）もまた、R1への治療的関わりについて、〈自分は自分だけ?〉と問うてみて、クライアントがどのような様子をするのかを見るのが重要であると指摘している。そして、戸惑っているようなら、〈そう言われても戸惑う?〉と呼びかけてみることで、クライアントが自分の直接体験に目に向け、それを間接化（対象化）するきっかけになると述べている。この働きかけもまた、嫌な自分でも大丈夫、自分は自分という方向への働きかけを目指したものである。

なお、以上の関わりは、決して技法のようなものではない。筆者が言いたいのは、嫌な自分を体験しないために嫌な対象を回避するHFPDDの治療では、治療関係の中に嫌な自分をいかにコンテインできるかが重要であるということである。上記の例は、言語的な関わりとして示したが、例えば自閉症の子どものプレイセラピーにおいて、子どもがパニックを起こしても、あるいは治療者を毛嫌いして近寄らせてくれなくても、治療者は、時には抱きかかえたり、時には許可された距離にとどまったりしながら、子どもに寄り添う。この時、子どもは嫌な対象としての治療者の前で嫌な自分を体験しているかもしれないが、その嫌な自分の体験それ自体は、それでも去ってしまわないで何とか寄り添い続けている治療者との関係の中にコンテインされている。ここでも、嫌な自分も自分という体験が、具体的な関係の中で生きられている。良い自分も嫌な自分も自分であって、自分は対象を良く感じたり悪く感じたりするという体験が直観的にでもなされるなら、自分の思惑を超えたものとしての対象が発見される。例えば、自閉症の子どもの治療者を嫌いと言いながら一緒に時空間にいる時、好き嫌いを超えて共に存在可能な世界が生きられている。このように、人は、自分の思惑を超えて自分と他者を包み込む根源的な平等世界を発見する時、一つの対象を好きになったり嫌いになったりする自由な主体として世界の中に出て立つことができるのである。

以上の考察からわかるように、HFPDDの心理療法において大事なのは、彼らに対人関係のスキルを教えることなどでは決してない。もちろん、それが無駄というのではない。しかし、HFPDDには想像力や共感性のないということを理由に治療者が普通の人の心や対人スキルを一方向的に教えるなら、それは状況へ合一した彼らの在り方を強化するだけであって、彼らが根源的な平等の世界を発見するのを妨害していることになる。現行では、DSMにせよICDにせよ想像力や共感性のなさという特徴によってHFPDDを捉えようとするのが主流であるが、これは治療の質を決定的に低下

させる危険がある。少なくとも心の働きを尊重しようとする心理臨床家は、そのような素朴な症状記述的な把握を超え、そもそも想像力や共感性が困難になっている心理学的構造を理解する必要がある。彼らに対する心理検査も、そのような心構えで実施されるべきである。内的対象と外的対象が成立し、自分と他者とが共に根源的な意味で平等に立つ世界が発見されるところに、快や不快、愛や憎しみを超えて自分や他者の存在を許す想像力と共感性が生まれるのである。人が人生を発見的に歩むのを援助しようとする（河合, 1994, p.3）心理臨床家は、クライアントがこのような世界を発見する可能性に開かれていることを絶えず肝に銘じるべきである。

文献

- 石井雄吉・岸本英爾（1997）：ロールシャッハ・テストからみた高機能自閉性障害の特徴，心理臨床学研究，第15巻第2号，171-180
- 片口安史（1987）：改訂 新・心理診断法，金子書房
- 河合隼雄（1994）：心理療法序説，岩波書店
- 北村麻紀子・小嶋嘉子・千葉ちよ・篠竹利和・高橋道子・前田貴記（2006）：高機能広汎性発達障害のロールシャッハ・テストの特徴，ロールシャッハ法研究，第10巻，3-15
- 明翫光宣・内田裕之・辻井正次（2005）：高機能広汎性発達障害のロールシャッハ反応(2)―反応様式の質的検討，ロールシャッハ法研究，第9巻，1-13
- 明翫光宣・辻井正次（2007）：高機能広汎性発達障害と統合失調症におけるロールシャッハ反応の特徴―反応様式の質的検討，ロールシャッハ法研究，第11巻，1-12
- 高橋裕子（2005）：アスペルガー障害のロールシャッハ反応に関する一事例研究，大阪樟蔭女子大学人間科学研究紀要，第4号，95-103
- 高橋靖恵・神尾陽子（2008）：青年期アスペルガー症候群のロールシャッハ―高機能自閉症事例との比較検討，心理臨床学研究，第26巻第1号，46-58
- 辻井正次・内田裕之（1999）：高機能広汎性発達障害のロールシャッハ反応(1)―量的分析を中心に，ロールシャッハ法研究，3，12-23
- 辻悟（1980）：治療精神医学―ケースカンファレンスと理論，医学書院
- 辻悟（1981）：治療精神医学への道程，関西カウンセリングセンター・治療精神医学研究所
- 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
- 辻悟（2003）：こころへの途―精神・心理臨床とロールシャッハ学，金子書房
- 辻悟（2008）：治療精神医学の実践―こころのホームとアウェイ，創元社