

原著論文

修正 BRS 得点は何を査定しているのか？

中京大学心理学部 明翫 光宜

What aspects of personality are assessed by the modified Basic Rorschach Score in the Rorschach test?

MYOGAN, Mitusunori (School of Psychology, Chukyo University)

In the current study, previous studies using the Basic Rorschach Score or modified Basic Rorschach Score were reviewed. The findings regarding the effectiveness of the modified Basic Rorschach Score can be summarized as follows. First, the modified Basic Rorschach Score is useful for considering the effects of psychotherapy. Second, the modified Basic Rorschach Score is more meaningful if low scores are examined in the Rorschach assessment. Third, modified Basic Rorschach Score criteria appear to be more useful than previously suggested by Sorai (1982) or Murakami & Murakami (1988; 1991). Finally, there are several limitations to interpretation based on the Basic Rorschach Score alone. Therefore, it may be useful to use a Rorschach protocol that combines the Basic Rorschach Score with other indices (e.g., F+%, D/D+W%, RPRS).

Key words: Rorschach Test, Basic Rorschach Score, Modified Basic Rorschach Score

1. はじめに

Buhler, Buhler, & Lefever (1949) は、ロールシャッハ・テストの標準化研究の中で基礎ロールシャッハ得点法 (Basic Rorschach Score : 以下 BRS とする) を開発し、その知見をマニュアルとして発行した。同じく 1949 年の *Rorschach Research Exchange and Journal of Projective Techniques* では Symposium On A "Basic Rorschach Score" のシンポジウム記録が掲載された。適応 - 不適応の連続体の幅でパーソナリティの適応水準を査定するという新たな視点から BRS の開発は多くの臨床心理学者の関心を引き、いくつかの追試研究がなされることとなった (McReynolds, 1951 ; Cass & McReynolds, 1951 ; 片口, 1959)。BRS が関心を引いた背景のひとつに、ロールシャッハ・テストは、解釈を行う際に多くの変数があるため、それらにまとまりをもたせて所見にすることの難しさが課題としてあった。つまり、全てのロールシャッハ記号はそれぞれ固有の解釈仮説を持っており、それらの記号の解釈を単に羅列するのみでは、ひとつのまとまった人格の骨組みを構成することが出来ない点である (片口, 1987)。この課題を解決するために、ロールシャッハ・テストでは、人格特徴を抽出するための枠組みとして、力動的アプローチとサインアプローチの2つの方向性がとられることとなった (片口,

1987)。ロールシャッハ研究が多く行われていた 1940 から 1950 年代にかけて多くのロールシャッハ研究者がロールシャッハ変数や変数間比率を一定の目的のために組み合わせたチェックリストを開発してきた。チェックリストによるパーソナリティ理解の方法は、サインアプローチと呼ばれ、歴史的には Piotrowski (1937) の器質疾患サインが最初の優れた試みとされている (堀見・杉原・長坂, 1958)。またロールシャッハ・テストは、精神科領域で発展してきた経緯があり、サインアプローチも神経症サイン (Miale & Harrower-Erickson, 1940) ・器質疾患サイン (Piotrowski, 1937) ・分裂病 (統合失調症) サイン (Kataguchi, 1959) など特定の精神疾患のパーソナリティを理解するサインが開発されてきた (市村, 1967)。こうした疾患別のサインの他に、一般的な適応水準を査定するためのチェックリストも開発されている。適応水準を査定するサインに Munroe (1941) の Inspection Technique Score, Davidson (1950) の The signs of adjustment, Klopfer, Kirkner, Wisham&Baker (1951) の Rorschach Prognostic Rating Scale (以下 RPRS とする : 注 1) がある。

BRS は適応水準のサインに該当するが、BRS と他のサインとの違いとして以下のことが挙げられる。Munroe (1941) の Inspection Technique Score や Klopfer et al (1951) の RPRS は指標の記号化お

よびその判定が複雑な点が課題であった。Davidson (1950) の The signs of adjustment は適応面のみ焦点が当てられており、比較的容易に適応-不適応の連続体で把握できる点がBRSの革新的な点であったといえる。

BRS が発表されて10年後、日本では片口 (1959) が修正BRSとして日本人向けに再標準化し、片口法における総合指標として採用された。現在では、片口法の解析ソフト Rorschach Data System (RODS) (高瀬・佐藤・波田野・藤岡, 2008) も開発され、心理臨床家は修正BRS得点を容易に算出できるようになっている。しかし、修正BRSはロールシャッハ・テストを理解するにあたって有用な指標でありつつも、実際の使用については注意が必要な指標でもある。その代表例として修正BRS得点の基準の問題がある。修正BRSの活用にあたって通常は片口 (1987) のテキストを参照するが、その際の参照資料がBuhler et al. (1949) の基準であり、修正BRSのデータや活用の仕方については他の研究資料を参照しなければならないが、現在のところまとまった展望研究が見当たらない。そこで、本論文では、BRSや修正BRS研究の研究知見を整理し、臨床的適用上の注意点をまとめることを試みた。

2. Basic Rorschach Score の開発と研究

Buhler et al. (1949) は、102項目のロールシャッハサインを518名のロールシャッハ・テストの記録を分析してBRSとした(項目の詳細は、Appendixを参照)。彼女らは適応群と様々な臨床群との群間比較から、多くのロールシャッハ反応は適応群-臨床群(優秀成人・普通成人・神経症群・躁うつ病群・知的障害群・器質精神病群・統合失調症群)の順に段階的に明確な増加および減少といった直線的な分布にあることに気が付いた。このような分布が認められたスコアや指標に対して-2点や+3点など正や負の得点の重みづけを割り当てた(Buhler et al., 1949)。

BRSは以下の領域から構成されるサインである。なお、番号はAppendixの番号に対応している。反応の生産性3項目(1; 2; 3)、反応時間3項目(4; 42; 43)、決定因39項目(5~41; 78~79)、反応内容18項目(44~46; 65~67; 71~72; 80~84; 87~90; 92)、領域14項目(48~50; 54

~64)、ロールシャッハ指標4項目(51; 68~70)、形態水準2項目(73; 74)、逸脱言語表現3項目(75; 76; 77)、特殊な反応内容・関係性・修飾4項目(85; 86; 91; 93)、良くない条件の組み合わせ9項目(94a~102)、バランスの良い組み合わせ1項目(94)

これらの情報を総合すると、BRSは決定因が豊富か貧困かどうかに重点が置かれた総合指標であることがわかる。さらにこの総合指標について、Buhler et al. (1949) は臨床群や健常群の比較から次のようなデータと基準を示した。背景理論としてゲシュタルト心理学を援用して人格統合について適応水準(BRS = 15~35)・葛藤水準(BRS = 0~15)・欠陥水準(BRS = -15~0)・現実喪失水準(BRS = -40~-15)を設定し、BRSの数値と人格統合の臨床像とを対応させている。この人格統合の理論をロールシャッハ解釈にどうつなげていくかという点は重要なテーマであるが、これについては第2報にて考察することとし、本論ではBRS得点の適切な臨床的理解について先行研究のデータから考察する。まず、初期のBRS研究をリストアップすると以下の通りである。

Finny (1955) は、Buhler et al. (1949) の研究データとMcReynoldsの研究データ(McReynolds, 1951; Cass & McReynolds, 1951)を比較して、同じ診断名にも関わらず、同じ母集団とは思えないほど隔たりがあること、患者個人の診断にBRS得点を使用するのは適切ではないと示唆した。このような現象は他にもみられる。Table 1の数値を概観すると、Buhler et al. (1949)の数値とその他の研究者の数値を比較すると、他の研究データの方がかなり低い値をとるようである。正常成人は、BRS得点が10から20という数値もあれば、-7.2から-3.9と負の値を示す研究結果もある。その他Roe (1951)の研究では61名の正常者のうち8名が現実喪失水準(-15~-30)、18名が欠陥水準(-15~0)に分類されたという結果もある。神経症群では、BRSが8.9を示す研究がある一方で、-18.8から-10の値を示す研究もある。統合失調症群では、BRSが-24.5から-29を示す研究もあれば、これらよりも高い-19.42から-9.64を示す研究もある。

これらの点について、片口・田頭・高柳(1958)も統合失調症のBRS得点はBuhler et al. (1949)の数値と似ているが、神経症群になると数値が大きく異なることを指摘している。Buhler et al. (1949)

Table 1 先行研究による BRS 得点

対象	研究	人数	BRS 得点 (SD)	
正常成人	Buhler et al. のデータを Finny (1955) が掲載	89	19.90 (6.03)	
		優秀 + 一般成人	21.4	
		神経症傾向の成人	14.4	
		看護学生	11.8	
	McReynolds et al. のデータを Finny (1955) が掲載	111	- 7.12 (12.74)	
	Kallstedt (1952)	青年	66	9.1
片口ら (1958)	市村 (1967)	30	- 3.9 (13.89)	
		正常：不明	- 7.2	
		準正常：不明	- 16.2	
神経症	Buhler et al. のデータを Finny (1955) が掲載	176	8.9 (7.2)	
	McReynolds et al. のデータを Finny (1955) が掲載	22	- 10 (13)	
	片口ら (1958)	30	- 10.4 (14.02)	
	Hamlin, Berger, & Cummings (1952)	10	- 18.8	
統合失調症	Buhler et al. のデータを Finny (1955) が掲載	妄想型	29	- 9.64 (13.07)
		混合型	63	- 19.42 (11.75)
		合併	92	- 16.89 (12.28)
	McReynolds et al. のデータを Finny (1955) が掲載	妄想型	31	- 15 (14.13)
		混合型	33	- 18.76 (10.14)
		合併	64	- 16.94 (12.38)
	片口ら (1958)		30	- 24.5 (10.75)
	岡部 (1963)		120	- 29.2
てんかん	佐藤 (1960)	大発作群	27	- 18.6
		精神運動発作合併群	11	- 19.4
		精神症状合併群	11	- 19
		変質性精神病	11	- 22.9
精神病質	市村 (1967)	不明	- 21.8	

*片口 (1959) では BRS 102 項目の出現頻度を資料として示している。

の数値が高い理由として、Buhler et al. (1949) が Klopfer 法に準拠しているとはいえ、実際の実施の質疑はかなり指示的・誘導的であると指摘されている (片口, 1987)。このことについて、片口 (1987) は Buhler et al. (1949) の資料から M や Fc の出現頻度が高いことはその影響の表われであると推測している。また Buhler et al. (1949) の BRS の人格統合の基準とデータとの対応において他の研究データでは一致していないことにも注意が必要となる (片口ら, 1958)。この不一致になる要因の 1 つとして、Roe (1951) が指摘しているように Buhler et al. (1949) の実施法では各図版につき 3~5 個の反応が望ましいと伝えている点も見逃さない (Buhler et al., 1949, p. 54)。

BRS を診断法としての利用することに懐疑的な意見があるが、そもそも BRS の目的が人格統合の水準の把握であり、疾病分類とは異なると Buhler (1949) も当初から指摘している。その他の課題点

では BRS とそれ以外の外的基準との関連といった妥当性の検証が求められるという指摘 (Grayson, 1949) があったが、BRS と Munroe (1941) の Inspection Technique Score との間に - .505 の中程度の負の相関関係が示されている (Roe, 1951)。しかし、BRS は追試研究から結果の妥当性の問題、人格統合理論との対応の悪さなどから BRS は海外において研究されなくなったようである。しかし、BRS は日本において修正され、様々な視点から研究がなされることになる。

その一つの試みとして、(詳しくは後述するが) BRS 得点を介入効果の検討に使用する動きである。日本では佐治・片口 (1956) が 5 名のクライアントに対する心理療法の効果とともに、4 名のロールシャッハ・テストの BRS 得点の変化の検討が行われている (No2: - 8 から - 2 に上昇; No3: - 1 から 20 に上昇; No4: - 5 から 0 に上昇; No5: - 19 から + 8 に上昇)。片口はクライアントの介入効果の検

討に BRS が優れていることに注目し、その後修正 BRS の開発に取り組むことになる。その他、介入効果の検討ではないが、全生活史健忘が生じた事例研究（古元，1965）では健忘前が - 26 から回復後も - 24 の数値を示したことから、クライアントが病前から重篤な現実喪失の水準にあったと考察した事例研究もある。

3. 修正 BRS の開発

片口（1959）は、BRS は臨床的妥当性（臨床場面での有用性）があるものの、米国におけるサンプルに基づいて作成されていること、BRS の項目が 102 項目と多いことによる煩雑さなどの課題点を挙げた。そこで片口（1959）は BRS 項目を簡略化し、日本人データ（統合失調症群 100 名、神経症群 30 名、正常成人 30 名）に再評価したものを修正 BRS とした。

修正点は以下の通りである（片口，1959）。(a) 重みづけは、統計的な有意性に注目し、危険率 10% の項目に 1 点、5% の項目に 2 点、1% の項目に 3 点、0.1% の項目に 4 点、.01% の項目に 5 点を原則として与えた。(b) Buhler et al. (1949) の結果と逆方向になる項目、出現頻度が少ない項目は削除した。(c) 危険率が 10% であっても Buhler et al. (1949) の結果と同じ方向を示したものは残した。(d) 片口らが臨床経験上必要と判断した項目は追加された。

修正 BRS の利点は、簡略化だけではない。片口・田頭・高柳（1958）の研究によれば統合失調症と神経症の弁別において、オリジナルの BRS よりも修正 BRS の方が有効であることが示されたのである。そこで修正 BRS は片口法の RSS（ロールシャッハ統合失調症得点）の計算式や Basic Scoring Table に収録され、現在は日本で多くの心理臨床家がロールシャッハ・プロトコルの全体的評価の指標として使用している。

修正 BRS の臨床的活用について、片口（1987）は以下のように言及している。(a) 平均の知的水準であり、 $R > 10$ でありながら修正 BRS が - 30 以下の場合は一応分裂病（統合失調症）を疑ってもよい。(b) 正常成人で R が少なく、決定因の変化が少ない、いわゆる紋切り型で表現力に乏しく、情緒的に安定した人の場合、マイナス得点を示すことがまれではない。その点を踏まえると個人の判定にあ

たって修正 BRS の値そのものにこだわることは危険である。(c) 修正 BRS はサイコセラピーなどで生じてくる人格変容の相対的变化を客観的に把握するのに有効である。(d) 修正 BRS は R が 10 以上のプロトコルに対してのみ適用可能であり、また思春期前の被験者については、この尺度の臨床的妥当性は保証することが出来ない（片口，1987，p. 256）。

4. 修正 BRS の基礎資料

修正 BRS の研究は BRS と同じく、各精神疾患群における基礎資料、心理療法の効果測定に関する研究とに分かれていく。まずは基礎資料となる修正 BRS 得点の先行研究について取り上げる。

(1) 修正 BRS による基礎データ

修正 BRS 得点が示されている先行研究をまとめたのが Table 2 である。

Table 2 の数値を概観すると、正常成人においては - 10 から 35.76、児童になると - 24 から - 5.3 と成人と児童との分布には大きな隔たりがあることがわかる。神経症群の数値に目を向けると - 5 から - 15 の間に分布している。このことから正常成人と神経症群との間に明確な差異を見いだすのは困難であると予想される。次に統合失調症群に注目すると - 9.0 や - 8.7 というデータもあるが - 20 以下の数値を示すデータが多いのが特徴であり、統合失調症圏との鑑別には有用な指標となることがうかがえる。ただし、他の臨床群とのデータの比較では非行少年のデータや発達障害とのデータにおいても修正 BRS のスコアが著しく低いこともあり、統合失調症圏と区別がつきにくくなるという新たな課題が見出されている。BRS および修正 BRS の数値を見る限り、精神疾患の鑑別に総合得点を利用するのは、片口を始め数々の先行研究が指摘している通り限界があるといえる。

次に修正 BRS 得点を検討している研究を紹介する。

遠山・吾郷・青木・遠山（1969）は、Klopfert et al. (1951) の RPRS と修正 BRS の臨床的妥当性を、精神分析的な精神療法を受けた心身症 44 名を対象として検討した。その結果、修正 BRS は心理療法で治療困難な事例と非常に困難な事例との弁別力がかなり高いことが示唆された。修正 BRS は個人が受けている障害のレベルを強く反映することから、修

Table 2 修正 BRS の基礎資料

対象	研究	人数	修正 BRS 得点 (SD)	
正常成人	片口ら (1958)	30 名	- 7 (15.79)	
	中江 (1959)	17 名	47	
	栗原 (1961)	15 名	22	
	吉川 (1970)	28 名	35.76	
	原・八尋・芦原 (1987)	女性 27 名	- 2.3 (17.0)	
	津川・中野 (1991)	男性 20 名	- 6 (中央値)	
		女性 23 名	- 10 (中央値)	
		合計 43 名	- 7 (中央値)	
		中野ら (1995)	31 名	- 7.3 (13.7)
		高瀬ら (1995)	28 名	4.71 (14.06)
		小原ら (2010)	19 名	- 5.53 (12.62)
		林・矢花 (1984)	青年 30 名	- 2
児童・思春期	鈴木 (1967)	適応感をもつ中学生 26 名	- 19.43 (10.69)	
		不適応感をもつ中学生 28 名	- 15.00 (11.98)	
	上路路 (1964)	男性 22 名	- 9	
		中学男子 23 名	- 15	
		中学男子 (問題あり) 18 名	- 20	
		黒田 (1962)	児童 30 名	- 5.3 (12.7)
神経症	片口ら (1965)	児童 25 名	- 24.92	
	片口ら (1958)	30 名	- 14.5 (14.41)	
	中江 (1959)	36 名	- 12.1	
	栗原 (1961)	15 名	- 17.3	
	吉川 (1970)	不安顕在型 26 名	- 13.69	
		不安潜在型 46 名	- 10.78	
	林・矢花 (1986)	無気力 28 名	- 9	
		情緒障害児 25 名	- 24.21	
	津川・中野 (1991)	不安障害 男性 21 名	- 9 (中央値)	
		女性 11 名	- 4 (中央値)	
		合計 32 名	- 7 (中央値)	
		津川・中野 (1991)	身体表現性障害 男性 11 名	- 9 (中央値)
	女性 15 名	- 12 (中央値)		
	合計 26 名	- 11.5 (中央値)		
	高瀬ら (1995)	パニック障害 27 名	- 11.22 (15.16)	
	小原ら (2010)	不安障害 19 名	- 8.05 (14.76)	
統合失調症	片口ら (1958)	30 名	- 38.8 (5.06)	
	栗原 (1961)	破瓜型 16 名	- 34.6	
		緊張型 8 名	- 30.6	
		妄想型 6 名	- 36	
		非定型 3 名	- 11.8	
	吉川 (1970)	39 名	- 22.95	
	熱田・高江洲 (1976)	9 名	- 25.33	
	林・矢花 (1984)	22 名	- 30.5	
	空井 (1982)	全体 50 名	- 28.8	
		予後良好 16 名	- 30.8	
		予後不良 16 名	- 24.3	
	小堀 (1988)	社会的適応良好 41 名	- 14.3 (11.4)	
		社会的適応不良 10 名	- 31.4 (11.4)	
	篠崎 (1990)	統合失調症患者 80 名	- 30.2 (12)	
		10 年後長期入院患者 62 名	- 31.8 (12.6)	
	退院患者 7 名	- 12.2 (17.7)		
津川・中野 (1991)	男性 21 名	- 17 (中央値)		
	女性 22 名	- 13.5 (中央値)		
	合計 43 名	- 16 (中央値)		

対象	研究	人数	修正 BRS 得点 (SD)	
非定型精神病 気分障害	福井・小杉 (1997)	予後良好群	14 名 - 8.7 (17.5)	
		予後不良群	10 名 - 25.7 (16.48)	
	村上 (2009)	統合失調症犯罪者		
		妄想型	22 名 - 27 (中央値)	
	小原ら (2010)	解体型	14 名 - 9 (中央値)	
		偽神経症性統合失調症	20 名 - 15.75 (15.29)	
		統合失調症	19 名 - 24.89 (10.85)	
		熱田・高江洲 (1976)	12 名 - 19.17	
	境界例	中野ら (1995)	双極性障害 (うつ)	19 名 - 16.1 (12.2)
			双極性障害 (躁)	17 名 - 13.4 (17.3)
大うつ病 (単一)			39 名 - 14.6 (13.2)	
大うつ病 (反復)			43 名 - 16.8 (11.6)	
その他の抑うつ			23 名 - 16 (11)	
津川・中野 (1991)		男性	13 名 - 5 (中央値)	
		女性	13 名 - 11 (中央値)	
		合計	26 名 - 7.5 (中央値)	
非行少年		林・矢花 (1984)		34 名 - 6.5
			津川・中野 (1991)	男性
		女性	20 名 - 9.5 (中央値)	
		合計	33 名 - 3 (中央値)	
精神病質 発達障害	黒田 (1962)	習慣化した非行	50 名 - 22.1 (9.9)	
		機会的非行	30 名 - 13 (9.25)	
	上川路 (1964)	非行少年	40 名 - 24	
		習慣化した非行	22 名 - 27	
		機会的非行	18 名 - 20	
		在宅指導可	10 名 - 14	
		収容保護意見	15 名 - 27	
	斎藤 (2000)	非行少年事例	- 26	
	斎藤 (2001)	非行少年事例	- 22	
	市村 (1967)	不明	- 21.8	
心身症	辻井・内田 (1999)		30 名 - 30.31 (13.64)	
	遠山ら (1969)	気管支喘息	20 名 - 11.65 (13.9)	
	筋痛症	14 名 - 9.1 (10.4)		
	神経性食欲不振症	10 名 - 14.1 (16.82)		
身体疾患	原・八尋・芦原 (1987)	慢性関節リュウマチ	25 名 - 20.2 (11.3)	
		全身性エリテマトーデス	31 名 - 18.4 (13.2)	

正 BRS の低得点に積極的な意味があること、修正 BRS 得点は自我の歪んだ防衛機能と関連があることを示唆した。また遠山ら (1969) は、RPRS が建設的的自我機能 (注 2) の側面を、修正 BRS は自我の病的・防衛的側面を積極的に反映すると指摘している。つまり、修正 BRS の低得点が臨床的に大きな意味を持つことが示唆された研究であるといえる。

渡辺 (1983) は、遠山ら (1969) の研究にならっ

て修正 BRS 指標を被検者の自我機能を全体的にとらえる視点として援用し、11 名の摂食障害患者の修正 BRS 得点から以下の 2 群に分類した。群 (+11 から - 8) では積極的に神経性食欲不振症の既往が認められず、過食は一過性の代償行動と推測された。群 (- 16 から - 21) は神経性食欲不振症の過食移行型として考えられ、衝動統制、現実検討力、情緒の表出および性的同一性において群よりも混乱が認められたと報告している。修正 BRS

の低得点と治療困難性との関連が示唆された研究結果といえる。

林・矢花 (1984) は、修正 BRS の下位項目に着目して統合失調症群と境界例群との比較を行った。その結果、境界例群において caricature 反応、dysphoric 反応が多く出現することが明らかになった。

村上 (2009) は、統合失調症犯罪者の精神鑑定時のロールシャッハ所見を分析し、妄想型が解体型に比較して有意に修正 BRS 得点が低かったことから、病型によって修正 BRS の有効度が異なるのではないかと指摘している。

修正 BRS と他の指標との相関研究もいくつか報告されている。修正 BRS と RPRS との相関研究では、遠山らの研究 (1969) では、心身症患者 44 名に対して修正 BRS と RPRS との間に相関係数 $r = .62$ を見いだした。その他、池田 (1984) では $r = .58$ を、津川・中野 (1991) では Spearman の順位相関係数において、対象者全員 (.55)、正常成人群 (.56)、境界性パーソナリティ障害群 (.65)、統合失調症群 (.48)、気分障害群 (.48)、身体表現性障害群 (.75)、不安障害群 (.64) と有意な相関関係が報告されている。以上のように修正 BRS と RPRS は中程度の正の相関関係がある。両者が被検者のパーソナリティの適応水準を評定することが主な目的と共通していることから、中程度の正の相関関係が認められたことで併存妥当性が示唆されたといえる。一方で、両者はそれぞれのサインを構成するスコアに大きな違いがある。それは RPRS においては形態水準がより重視されている点である。例えば人間運動反応の数だけで評価するのではなく、形態水準が低い人間運動反応は加点ではなく減点対象となる点である。

中野・津川・浜田 (1995) は、気分障害群を対象に修正 BRS と感情カテゴリー (AISS-R) との相関関係を検討した結果、感情カテゴリーの総反応数との間に正の相関関係が見られ、修正 BRS は感情表出機能と密接に関連していると示唆した。

津川・中野 (1991) は、修正 BRS と RPRS との比較研究で以下のことを示唆した。(a) 修正 BRS は正常成人においても BRS 原法とは異なり、中央値がプラスに位置しない可能性がある。(b) 正常成人群、境界性パーソナリティ障害群、統合失調症群、気分障害群、身体表現性障害群、不安障害群の修正 BRS 得点の群間比較において、統合失調症群

が身体表現性障害を除く各群と有意差が認められたがその他の比較では有意差が認められなかったため、修正 BRS は適応水準の尺度としては課題が残る。

(c) RPRS は正常成人から統合失調症までおおむね臨床上妥当な順に並んでおり、修正 BRS よりも適応水準が反映されている。(d) 反応数と修正 BRS および RPRS の回帰分析の結果、修正 BRS は反応数からかなり推測できることも明らかになった。ここから得られた臨床上の知見として、反応数の少ないプロトコルには修正 BRS は向かないこと (逆に反応数の少ないプロトコルでかつ修正 BRS が比較的良好なケースは人格水準が低下していないことを示す 1 つの資料となる)、反応数が多いプロトコルは、修正 BRS においては容易に高得点を示してしまい、人格統合が良好なように評価されかねないため臨床上注意を要することがわかった。

ここまでの研究を概観して明らかになった修正 BRS の課題としては、正常者とされる被検者の中に低い修正 BRS 得点を示す者が存在することである。例えば、黒田 (1962) の研究においても適応に問題がない正常者の中でも修正 BRS 得点が低いものが存在し、個人の人格水準の評価には限界があると述べており、今回の先行研究のデータ (Table 2) を整理すると、正常群の中でもマイナスの値を示す研究も多くみられる。

人格統合の水準について、片口 (1987) が人格統合の図をあくまでも参考にすべきであると念を押しており、空井 (1982) も修正 BRS について Buhler et al. (1949) のように人格統合の水準を設定してはならないと警告している。その理由は、片口の修正 BRS 欄には、Buhler et al. (1949) の人格統合の水準の評定表が挙げられており、修正 BRS について熟知していなければ、この表の通りに各臨床群がならび、正常群ではマイナスにならないという誤った印象を抱かせるからである (津川・中野, 1991)。なお、参考資料として同一被験者による BRS 得点と修正 BRS 得点 (片口ら, 1958) を掲載すると以下である (Table 3)。これらの数値を見てわかるように Buhler et al. (1949) の人格統合の水準と片口ら (1958) の示す BRS 得点の結果とは大きく隔たりのがある。

空井 (1982) は、Buhler et al. (1949) の人格統合の水準評定表を使用してはならないとしつつも、人格統合水準とその適応レベルに関心を持たないわけにはいかないと Buhler et al. (1949) の臨床的視

Table 3 同一データによる BRS 原法と修正 BRS の比較

		統合失調症		神経症		正常群	
片口ら (1958)	BRS	24.5	(10.75)	- 10.4	(14.02)	- 3.9	(13.89)
	修正 BRS	- 38.8	(5.06)	- 14.5	(14.41)	- 0.7	(15.79)

点を評価している。そこで空井 (1982) は修正 BRS の数値に対応する形で以下の 4 つのレベルを改めて提案した。

- ・レベル : 修正 BRS - 5 以上 (適応)
- ・レベル : 修正 BRS - 6 から - 15 (より適応に近い神経症的統合水準)
- ・レベル : 修正 BRS - 16 から - 29 (より現実喪失に近い神経症的統合水準)
- ・レベル : 修正 BRS - 30 以下 (現実喪失)

村上・村上 (1988, 1991) では判別分析の考え方を適用し、図式化すると正常成人と神経症者を弁別する修正 BRS の値は - 8 前後、神経症者と統合失調症者を弁別する値は - 33 か - 34 であると指摘し、以下のように区間を分割した (村上・村上, 1988, p. 98)。

- ・反応数 $R < 10$: 人格の統合水準は病的水準、もしくは現実喪失段階である可能性が大きい。限界吟味段階での情報を考慮する
- ・適応良好水準 (修正 BRS 0) : 人格の統合水準は適応良好水準で正常者である可能性が高い
- ・適応不良水準 (- 1 修正 BRS - 16) : 人格の統合水準は適応不良水準で環境への適応は悪く、神経症である可能性が大きい
- ・病的水準 (- 17 修正 BRS - 29) : 人格の統合水準は適応不良水準で環境への適応はかなり悪く、神経症が精神病である可能性が大きい
- ・現実喪失水準 (修正 BRS - 30) : 人格の統合水準は現実喪失段階で、統合失調症が器質精神病である可能性が高い

修正 BRS 解釈のためのこれらの基準であるが、空井 (1982) は臨床的経験から、村上・村上 (1988, 1991) は統計的なエビデンスのもと上記のガイドラインを提案した。しかし、その後の再現性など実証的検証がされていない点が大きな課題となっている。修正 BRS が、空井 (1982) と村上・村上 (1988, 1991) のガイドラインのように修正 BRS 得点単独で適応レベルを設定してよい指標なのか、次に述べるような治療効果の測定や他の指標との組み合わせる方法のように別の使用法が望ましいのか判断ができないためである。これらの基準の妥当性や再現性

についての追試研究が今後必要になってくるであろう。

(2) 修正 BRS 得点による治療効果の検討

介入効果の測定にロールシャッハ・テストを用いることについて、古典的であるが片口 (1958, 1961) の論考に詳しく書かれている。数多くあるロールシャッハ変数の中で片口は修正 BRS を鑑別診断よりも人格変化 (同一個人内における修正 BRS の変化) の尺度として有効であることに着目し、佐治・片口 (1956) の研究では治療効果の検討に修正 BRS を用いている。その後もいくつかの研究で修正 BRS の数値の変化が注目されている (Table 4)。

児童期の介入効果に関して、片口他 (1965) は修正 BRS 数値から治療的改善に伴って BRS 得点が上昇することはほぼ疑いないと指摘する。しかし、事例の修正 BRS の項目変化を検討すると、臨床的改善の側面が修正 BRS における機械的評価ではうまく捉えられていないという事実から、片口ら (1965) は低年齢の児童の人格変容の尺度には向いていないと示唆した。修正 BRS を用いた査定のポイントとして総合得点だけではなく、各項目の変化を拾っていく視点が必要であるといえる。

空井 (1982) は、改善を示した統合失調症群の修正 BRS について検討を行った。その結果、全ての事例において修正 BRS 総合得点が上昇していた。さらに修正 BRS の下位項目について検討したところ、反応拒否, FM : M, P 反応といった基礎スコアの変化以外に、F - 反応, Contamination, Confabulation, Cn, Ink, Mud, Sex といった各項目に改善の方向性が見られる点に注目した。空井 (1982) は、臨床経験から Contamination の消失を含む F - 反応の減少が統合失調症の治療効果を示す条件として必須であると指摘している。また入院治療の治療効果を考えたとき、退院時の修正 BRS 得点ではなく、入院時から比べてどれだけ改善したかという修正 BRS の変化量をとらえることが必要であることを予後良好群・予後不良群のデータとともに示している。

同じく児玉 (1985) は、平均 5 年の間隔を置いて

Table 4 修正 BRS による介入効果の検討

研究	介入形態		Pre	Post
片口 (1958)	心理療法			
	神経症 (非支持療法・折衷法)	7 例	- 12	12
	神経症 (森田療法)	9 例	2.7	4.3
中江 (1959)	心理療法			
	神経症・神経質 (森田療法)	36 例	- 12.1	- 5.3
片口ら (1965)	心理療法			
	情緒障害児	25 例	- 24.21	- 20.64
	改善群	16 例	- 23.18	- 18.06
	非改善群	9 例	- 26	- 25.22
栗原 (1961)	入院治療			
	統合失調症破瓜型	16 例	- 34.6	- 28.3
	統合失調症緊張型	8 例	- 30.6	- 14.8
	統合失調症妄想型	6 例	- 36	- 29.8
	統合失調症非定型	3 例	- 11.8	- 14.3
空井 (1982)	入院治療			
	統合失調症全体	50 例	- 28.8	- 23.3
	予後良好	16 例	- 30.8	- 13.7
	予後不良	16 例	- 24.3	- 24.9
橋口 (1983)	眼窩・下内側面の皮質下白質切截術			
	全体	36 例	- 15.47	- 9.5
	非定型統合失調症	3 例	0.3	10.7
	定型統合失調症	9 例	- 24.9	- 18.9
	うつ病	11 例	- 9.2	- 3.1
	神経症	8 例	- 15.3	- 10.3
	その他	5 例	- 24.8	- 18.5
	てんかん・知的障害・セネストパチー・退行期精神病			
児玉 (1985)	入院治療			
	統合失調症	29 例	- 4.35	- 19.18

統合失調症の検査 - 再検査の比較を行った。修正 BRS に関しては有意な低下が認められ、長期経過による心的エネルギーの低下によるものであると考察した。また再検査による修正 BRS の変化が一時的な精神状態を反映しているのか、あるいは長期経過による人格水準の変化を反映しているのかを見極めることが重要であると指摘した。

Table 4 の Pre-Post の数値の変化およびこれらの介入効果の検討を概観すると、心理療法であれ、入院治療であれ、成人のクライアントの治療効果として改善を示した事例において、修正 BRS 得点が上昇している。修正 BRS は鑑別診断ではなく、ロールシャッハ・プロトコルの質あるいは自我機能を査定することに意義があるとされている。また修正 BRS を全体的な数値のみの理解ではなく、修正

BRS 項目で何か変化したのかを捉える視点が臨床的理解につながっている点も重要である。

(2) 臨床研究から得られた修正 BRS の臨床的活用法
修正 BRS のみで人格統合の水準の評価することについての問題は先ほど述べたが、臨床研究では修正 BRS と他のロールシャッハ指標と組み合わせて適応レベルの分類に成功した一連の研究がある。

西田 (1982) は、統合失調症の予後判定の研究で 60 名の統合失調患者に対して臨床評価点 (九大式精神症状評価表と三大学式行動評価表を合わせたもの) と F+%, 修正 BRS の相関係数を算出した。その結果、臨床評価点と修正 BRS との間で $r = .58$ 、臨床評価点と F+% との間で $r = .55$ 、修正 BRS と F+% との間で $r = .53$ と中程度の正の相関関係

が示された。さらに西田 (1982) は、修正 BRS, $F + \%$, 臨床評価点の組み合わせから統合失調症患者の人格構造を分類し、それに基づいた予後判定表を作成している (西田, 1982, p. 100)。

さらに西田 (1982) は、修正 BRS によって統合失調症の生命躍動の障害の程度を把握できるのではないかと仮説を立てた。つまり、修正 BRS を被検者の精神的エネルギーの量の指標と考えたのである (中村・西田・飯田, 1988)。さらに西田 (1980, 1982) は、修正 BRS で課題になっていた形態水準項目の少なさを課題点を補うために $F + \%$ を別途指標として取り上げており、現実吟味力や自我の強さのレベルを以下のように設定した (a レベル: $F + \%$ 70, b レベル: $70 > F + \%$ 60, c レベル: $60 > F + \%$ 50, d レベル: $50 > F + \%$)。修正 BRS 得点と臨床評価点, $F + \%$ での基準を示すと以下である。また西田 (1982) は、修正 BRS 項目を、反応の豊かさ・統制力、反応の貧弱さ、病的反応の3つのカテゴリーに分類して分析を行っている。

- A: 独力で積極的に、かなり広範囲な社会生活が可能
修正 BRS - 20 以上 $F + \%$ 70,
または $70 > F + \%$ 60
- B: 限定された範囲内で社会生活が可能
修正 BRS - 20 ~ - 30 $F + \%$ 70,
または $70 > F + \%$ 60
- C: 院内生活には順応するが社会生活は困難
修正 BRS - 15 ~ - 30 $60 > F + \%$ 50,
または $50 > F + \%$ 。
- D: 長期入院治療が必要
修正 BRS - 25 ~ - 40 $50 > F + \%$
妄想型の場合: $F + \%$ 70,
または $70 > F + \%$ 60
- E: 長期入院治療が必要
修正 BRS - 40 以下 $50 > F + \%$
欠陥の場合: $F + \%$ 70,
または $70 > F + \%$ 60

これらの分類から、以下の A, B および C グループの $F + \%$ 60 の者は治療的な働きかけによって、より良好な社会的予後が得られる可能性があると言後研究から示唆されている。

橋口 (1983) は、眼窩・下内側面の皮質下白質切除術の事例 36 名を術後 5 ~ 20 年の臨床経過観察から臨床評価として分類した。その臨床評価と修正 BRS を対応させると以下のような関連が示唆され

ている。(a) A 群 12 例 (著効: 完全寛解: 修正 BRS - 4.5 から 3.0), (b) B 群 9 例 (良好: 主症状の消失, 社会生活が可能: 修正 BRS - 14.8 から - 8.3), (c) C 群 9 例 (軽効: 症状軽減, 作業能力の復活: 修正 BRS - 17.4 から - 13.3), D 群 6 例 (微効: 症状がやや軽減だが作業能力は不変: 修正 BRS - 35.5 から - 30.5)

柴田他 (1985) は、統合失調症の女性患者 41 名のロールシャッハ・テストの分析から修正 BRS と再入院の危険性との関連性を見出した。具体的には以下の結果である。(a) 修正 BRS - 10 の者は家族や服薬継続のいかにかわらず再入院のリスクが少ない, (b) 主治医が治療経過等からある程度良くなったという判断と修正 BRS - 20 という結果がほぼ一致した, (c) 修正 BRS - 20 から - 30 という結果と社会復帰をためられるという主治医の臨床的評価とがほぼ一致し, 家族や社会の受け入れ方や服薬状況が再発の有無と関係してくる, (d) 修正 BRS - 30 になると反応数や反応の乏しさから狭い生活の中で一応のまとまりを示していることから再入院率が低いと考えられる。さらに社会的適応能力として、柴田ら (1985) では $D/D + W\%$ に注目し、生活適応状況の 5 段階分類との関連を示し、 $D/D + W\%$ 40% のものが良好群であることが示唆された。D は発達論的には領域を「私はこういう風に見えた」として区切る自我の主体性が示唆されている (小沢, 1979) ことを踏まえると、 $D/D + W\%$ 40% が良好群であることは示唆的である。高橋他 (1987) は、統合失調症の男性患者 41 名について追試研究を行ったが柴田ら (1985) の女性患者データのような再入院を予測するロールシャッハ・スコアは見いだせなかった。しかし、修正 BRS - 37 かつ $D/D + W\%$ 40% の者は再入院が少ないことは男性患者のデータでも同じであったと報告している。

小堀 (1988) は、退院し、11 年以上再入院せずに定期的に服薬を行っている統合失調症患者 51 名のロールシャッハ反応と社会的適応 (生活適応の 5 段階)、家族の受け入れ状況を分析した結果、以下の知見を得た。(a) 修正 BRS - 15 のときは家族の受け入れ状況に関わらず社会的適応は良好である。(b) - 15 > 修正 BRS - 30 のときはほとんどの家族の受け入れは良好であり、社会的適応も良好であった。柴田ら (1985) の知見を踏まえると家族の受け入れ状況によって予後が変化すると考えられる。

(c) 修正 BRS < -30 のときは社会的適応の不良が目立つが、社会適応している事例もある。なお、統合失調症者の良好群と不良群において 1 年前のロールシャッハ指標である D/D+W% と修正 BRS に有意差が見られたという追試研究も見られている (福井・小杉, 1997)。

篠崎 (1990) は、10 年以上の入院期間のある統合失調症患者 80 名を対象にロールシャッハ・テストを用いた追跡調査を行っている。各調査における修正 BRS 得点のうち平均値以上を良好群、平均値以下を不良群と設定し、生活態度評価点 (院内にける活動について看護師が評価し、高得点ほど生活態度が良好と判断される)・向精神薬服薬量の平均値を従属変数にして t 検定を行った。その結果、1 回目・2 回目の両調査の生活態度得点においてのみ良好群が不良群に比較して有意に高かった。次に各調査における生活態度得点の平均値以上を良好群、平均値以下を不良群と設定し、修正 BRS・向精神薬服薬量の平均値を従属変数にして t 検定を行ったところ、同じく両調査の修正 BRS 得点においてのみ良好群が不良群に比較して有意に高かった。ここから篠崎 (1990) は修正 BRS と生活態度評価との間に関連があることを示唆した。

以上、修正 BRS を用いた臨床研究を概観すると、修正 BRS 得点と他のロールシャッハ指標とを組み合わせることで統合失調症圏のクライアントに対して自我機能と予後を的確に査定できることがうかがえる。

5. まとめ：修正 BRS の有効活用に向けて

本論で修正 BRS 研究を概観してみると、修正 BRS 得点が査定している側面として以下のことがあげられる。まず、修正 BRS を構成するスコア群から反応決定因の豊富さ・貧困さが、津川・中野 (1991) の研究から反応数や反応拒否といった生産性が強く反映されることがうかがえる。つまり、被検者の精神的エネルギーのレベル (感覚的には貧困なプロトコルか豊富なプロトコルか) がわかる。しかし、実際の精神疾患の鑑別には向かないなどの限界がある。

また臨床研究から修正 BRS の有用な活用法がいくつか見られたので最後にまとめておく。

- ・修正 BRS 得点は精神疾患の鑑別には向いていない

- ・修正 BRS 得点の適応レベルの基準は、さしあたって空井 (1982) や村上・村上 (1988, 1991) を参照する (ただし今後の科学的検証が必要である)
- ・修正 BRS 得点は低得点において臨床的に大きな意味を持つ。それは西田 (1982) に示唆する被検者の精神的エネルギーの低さが反映され、治療困難性も推測できる
- ・修正 BRS 得点のみの解釈では限界があり、いくつかの指標との組み合わせが臨床的に有用である。それは形態水準 (F+%) や D/D+W% 40, RPRS などである
- ・介入効果の検討に修正 BRS 得点を活用することができる。その際には全体的な数値のみではなく、各項目についても検討し、何が変化したかを確認することが必要である

今後の研究への示唆としては、本文にも取り上げたように修正 BRS 得点の適応レベルの追試研究がまず必要となってくる。その他には修正 BRS 得点と組み合わせが有効なロールシャッハ指標の探索であろう。形態水準 (F+%) や D/D+W% 40, RPRS の他にも存在する可能性がある。また BRS 原法で課題になっていた併存妥当性の問題において、日本ではロールシャッハ指標では RPRS、支援者の他者観察による臨床評価点・生活態度評価で併存妥当性が示唆されている。今後は客観的な心理アセスメントツールとの併存妥当性の検討が望まれる。

本論では、解釈する上で重要な概念である Buhler et al. (1949) の人格統合について取り上げることができなかった。第 2 報では解釈という視点で BRS の人格統合を解釈にどう援用するかについて考察する予定である。

注

- 1 RPRS は、Klopfer の自我心理学 (建設的自我機能) を理論的基盤に持つロールシャッハ・サインであり、建設的自我機能が強いほど心理療法による回復が早いとされる (空井, 1995)。RPRS は、心理療法の予後評定だけでなく、自我の強さとしても捉えられており、臨床心理査定における有効性については多くの研究から確認されている (河合, 1969)。
- 2 建設的自我機能とは Klopfer の概念であり、健康なこころの機能というべきものである。建設的自我機能は、Klopfer の自我機能発達図式をもとに各々の自我の発達段階 (基本的安全感、現実吟味、情緒的統合、自己実現) を経て形成されていく。Klopfer は自我機能発達の図式とロールシャッハ反応との対

応を理論づけし, RPRSの開発に成功した(河合, 1969; 空井, 1990)。

文献

熱田一信・高江洲田鶴子(1976). 非定型(内因)精神病の研究 その1 ロールシャッハ・テスト, MPIテストによる予備考察. *ロールシャッハ研究*, 18, 55-72.

Buhler, C. (1949). REPLIES TO PANEL DISCUSSION. *Rorschach Research Exchange and Journal of Projective Techniques*, 13 (1), 9-13.

Buhler, C., Buhler, K., & Lefever, D.W. (1949). *Development of the Basic Rorschach Score, with Manual of Directions*. Western psychological Services.

Cass, W.A. & McReynolds, P. (1951). A contribution to Rorschach norms. *Journal of Consulting Psychology*, 15 (3), 178-184.

Davidson, H.H. (1950). A Measure of Adjustment Obtained from the Rorschach Protocol. *Journal of Projective Techniques*, 14, 31-38.

Finney, B.C. (1955). The Diagnostic Discrimination of the "Basic Rorschach Score". *Journal of Consulting Psychology*, 19 (2), 96.

福井博一・小杉正太郎(1997). ロールシャッハ・テストと予後因子から見る精神分裂病の予後予測について. *日本応用心理学大会発表論文集*, 64, 25.

古元順子(1965). 軽度の一酸化中毒の既往歴を有し, 脳器質性異常を基盤にして発生した全生活史健忘の興味ある一症例について: とくに意識障害と関連した全生活史健忘の文献的考察. *岡山医学会雑誌*, 77 (5・6), 773-794.

Grayson, H. (1949) PANEL DISCUSSION. *Rorschach Research Exchange and Journal of Projective Techniques*, 13 (1), 13-15.

Hamlin, R.M., Berger, B., & Cummings. S.T. (1952). Changes in adjustment following psychotherapy as reflected in Rorschach signs. In Wolff, W. & Precker, J.A. (Ed.). *Success in Psychotherapy*. New York, Grune & Stratton.

原久美子・八尋華那雄・芦原睦(1987). 膠原病患者のロールシャッハ反応. *ロールシャッハ研究*, 29, 61-73.

林行雄・矢花英美子(1984). 境界例のロールシャッハ・テストによる研究 第2報 各種ロールシャッハ・インデックスによる検討. *ロールシャッハ研究*, 26, 73-88.

堀見太郎・杉原方・長坂五朗(1958). 歴史的発展と意義. In 戸川行男・村松常雄・児玉省・懸田克躬・小保内虎夫(監修) 本明寛・外林大作(編) *ロールシャッハ・テスト1 心理診断双書* (pp. 1-39). 中山書店

橋口英俊(1983). 眼窩・下内側面の皮質下白質切截術(orbito-ventromedial undercutting) 施行前後における Rorschach 反応の分析. *日本医科大学雑誌*, 50 (4), 563-585.

市村潤(1967). *ロールシャッハ・テスト 非行少年診*

断への応用. 新書館

池田律子(1984). 自我の強さに関する一研究: RPRSの有効性について. *日本教育心理学会第26回総会発表論文集*, 852-853.

河合隼雄(1969). 臨床場面におけるロールシャッハ法. 岩崎学術出版社

Kallstedt, FE. (1952). A Rorschach study of sixty-six adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 8 (2), 129-132.

上川路紀久男(1964). ロールシャッハ・テストにみられる非行少年と勤労青少年の相違. *ロールシャッハ研究*, 7, 33-43.

片口安史(1958). ロールシャッハ・テストの心理療法への適用. *心理学評論*, 2 (2), 216-232.

片口安史(1959). 修正BRSについて. *ロールシャッハ研究*, 2, 159-163.

Kataguchi, Y. (1959). Rorschach schizophrenic score (RSS). *Journal of Projective Techniques*, 23, 214-222.

片口安史(1987). *新・心理診断法*. 金子書房

片口安史・田頭寿子・高柳信子(1958). ロールシャッハ分裂病得点(RSS). *心理学研究*, 28, 273-281.

片口安史(1961). 臨床精神医学におけるロールシャッハ法の適用について. *精神衛生研究*, 9, 1-23.

片口安史・小泉英二・中山和子・金城朋子・小林旦子・藤島輝子・多賀野久子・野村東助・井上弘光・和田季子・五十嵐睦・鹿取淳子・島津滋子・高橋和子・小野美佐緒(1965). ロールシャッハ法による問題児の人格変容の測定 遊戯治療施行前後の比較 *ロールシャッハ研究*, 8, 131-158.

Klopfer, B., Kirkner, F., Wisham, W., & Baker, G. (1951). Rorschach prognostic rating scale. *Journal of Projective techniques*, 15, 425-428.

栗原喬一(1961). ロールシャッハ・テストによる精神分裂病の病的過程の研究. *ロールシャッハ研究*, 3, 40-48.

黒田喜久二(1962). 年少少年非行のロールシャッハ反応 片口修正BRSについて. *ロールシャッハ研究*, 5, 143-149.

児玉憲典(1985). ロールシャッハ・テストによる精神分裂病者の経過研究. *杏林医学会雑誌*, 16 (3), 355-366.

小堀俊一(1988). 精神分裂病者の長期通院予後について. *東邦医学会雑誌*, 35 (1), 80-88.

McReynolds, P. (1951). Perception of Rorschach concepts as related to personality deviations. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 46 (2), 131-141.

Miale, F.R., & Harrower-Erickson, M.R. (1940). Personality Structure in the Psychoneuroses. *Rorschach Research Exchange*, 4 (2), 71-74.

Munroe, R. (1941). Inspection Technique - A Modification of the Rorschach Method of Personality Diagnosis for Large Scale Application. *Rorschach Research Exchange*, 5 (4), 166-191.

村上千鶴子(2009). 統合失調症犯罪者の統計学的ロー

- ルシャッハ分析：認知と気分の視点から．日本橋学
館大学紀要，8，15-26.
- 村上宣寛・村上千恵子 (1988)．なぞときロールシャッ
ハ：ロールシャッハ・システムの案内と展望．学芸
図書
- 村上宣寛・村上千恵子 (1991)．ロールシャッハ・テス
ト 自動診断システムへの招待．日本文化科学社．
- 中江正太郎 (1959)．神経質症の森田療法における治療
効果及びその精神病理に関する研究．ロールシャッ
ハ・テストによる．ロールシャッハ研究，2，86-
101.
- 中村協子・西田京子・飯田真 (1988)．精神分裂病のロー
ルシャッハ・テスト：分裂病指標と予後研究を中心
に．臨床精神医学，17 (1)，35-44.
- 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.
- 西田京子 (1980)．精神分裂病患者の予後評定．ロール
シャッハ研究，22，53-70.
- 西田京子 (1982)．精神分裂病の予後評定に関する研究
ロールシャッハテストおよび臨床評価点に基づいて．
東京慈恵会医科大学雑誌，97，85-108.
- 小原倫子・古井由美子・秋岡良江・尾関真紀子・加藤
友希恵・田丸陽子・土屋美恵子・二階堂玲子・能勢
有希・兼本浩祐 (2010)．偽神経症性統合失調症の再
評価．ロールシャッハテストによる不安障害および
統合失調症からの鑑別の試み．精神医学，52 (2)，
127-134.
- 岡部祥平 (1963)．ロールシャッハ・テストによる精神
分裂病の研究．ロールシャッハ研究，6，182-193.
- 小沢牧子 (1979)．全体反応とは：知能観・発達観との
関連．ロールシャッハ研究，21，125-135.
- Piotrowski, Z. (1937). The Rorschach inkblot method
in organic disturbances of the central nervous system. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 86,
525-537.
- Roe, A. (1951). Two Rorschach Scoring Techniques:
The Inspection Technique and The Basic Ror-
schach. *The Journal of Abnormal and Social Psy-
chology*, 47 (2), 263-264.
- 斎藤文夫 (2000)．教師をナイフで刺した非行少年の人
格査定：ロールシャッハ・テストと TAT の所見に着
目して．追手門学院大学人間学部紀要，10，1-26.
- 斎藤文夫 (2001)．ロールシャッハ・テストによる連続
放火少年の人格査定．武庫川女子大学紀要 (人文・
社会科学)，49，47-55.
- 佐治守夫・片口安史 (1956)．心理療法による治療効果
の測定に関する研究．精神衛生研究，4，1-48.
- 佐藤枕平 (1960)．ロールシャッハ・テストによるてん
かんの研究．ロールシャッハ研究，3，71-89.
- 柴田洋子・高橋紳吾・内田泰蔵・小堀俊一・川名明徳・
西塚百合子・小泉美子・田中美代子・竹内浩子
(1985)．精神分裂病者の予後予測の検討：ロールシャッ
ハ・テストを中心として．臨床精神医学，14 (7)，
1083-1090.
- 篠崎徹 (1990)．ロールシャッハテストを用いた長期在
院慢性分裂病者の臨床経過に関する研究．東京慈恵
会医科大学雑誌，105 (3)，449-468.
- 空井健三 (1982)．心理検査による精神分裂病者の研究
入退院時の修正 BRS 測定による入院治療効果の検討．
ロールシャッハ研究，24，1-12.
- 空井健三 (1990)．ロールシャッハ・テスト．土居健郎・
笠原嘉・宮本忠雄・木村敏 (編集) 異常心理学講座 8
テストと診断．みすず書房．pp. 72-118.
- 空井健三 (1995)．精神科領域におけるロールシャッハ・
テストの過去と未来．精神医学レビュー，17，5-12.
- 鈴木正義 (1967)．不適応感のもつ児童に適用した片口
修正 BRS について．人文論究，27，41-49.
- 高橋紳吾・柴田洋子・小堀俊一・川名明徳・西塚百合
子・小泉美子・河村百合子・竹内浩子 (1987)．精神
分裂病者の予後予測の検討 (第 2 報)：退院時ロー
ルシャッハ・テストを併用して．臨床精神医学，16 (1)，
45-52.
- 高瀬由嗣・貝谷久宣・松井亮 (1995)．恐慌性障害のロー
ルシャッハ反応．ロールシャッハ研究，37，151-161.
- 高瀬由嗣・佐藤洋一・波田野由美・藤岡新治 (2008)．
RODS (ロールシャッハ・データ・システム，
Windows Vista 対応版)．金子書房
- 遠山尚孝・吾郷晋浩・青木宏之・遠山純子 (1969)．ロー
ルシャッハ予後評定と修正 BRS の臨床的妥当性に関
する一研究．精神分析的な精神療法を行った心身症を
対象として．ロールシャッハ研究，11，89-102.
- 津川律子・中野明徳 (1991)．ロールシャッハ・テスト
における修正 BRS の検討．BPRS と比較して．心理
臨床，4 (3)，189-198.
- 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.
- 渡辺勉 (1983)．過食症者のロールシャッハ・テストに
ついての一考察．修正 BRS による分類の試み．医学
心理学，1 (1)，27-41.
- 吉川武彦 (1970)．ロールシャッハ・テストによる不安
の研究．特に不安の顕在化と潜在化をめぐる精神力
動について．ロールシャッハ研究，12，1-20.

Appendix

No	項目	BRS 得点	修正BRS 得点	BSRと修正BRS との対応			
1	R < 24	-3	-4	○	51a	W:M=1:2(それ以上)	-1 -2 ○
2	R 25	3	4	○	52	W:M=2:1	1 1 ○
3	Rej 1	-3	-3	○	53	W:M=3(それ以上):1	-1 なし
4	初発反応時間 30"	-2	-2	>30"	54	D W	-1 なし
5	M=0~1	-3	-3	○	55	D% 45	0 なし
6	M=1.5~2	-1	-1	○	56	D%=46~55	0 なし
7	M=2.5~3.5	1	1	○	57	D% 56	-1 なし
8	M=4~12.5	3	3	○	58	d% 15	-1 なし
8a	M=13~15.5	1	-1	○ M 13	59	Dd%=0~25	0 なし
8b	M 14	-2			60	Dd% 26	0 なし
9	FM=0~1	-3	-2	○	61	dd>0	0 なし
10	FM<M	2	1	○	62	di>0	0 なし
11	2M FM M	-1		なし	63	S=0.5~3	0 なし
12	FM 2M or more	-2	-2	FM>2M	64	S 3.5	-1 なし
13	m=0~0.5	-2	-3	○	65	A% 20	-1 -1 ○
14	m=1~2.5	2	3	○	66	A%=21~45	1 1 ○
15	m 3	-1	-1	○	67	A% 46	-1 -1 ○
16	k+K=0	0		なし	68	全体:部分=1:1(それ以上)	-1 なし
17	k+K=0.5~1.5	1	1	○(K+c)で表記	69	全体:部分=2:1	1 1 ○
18	k+K 2	-1	-1	○(K+c)で表記	70	全体:部分=3(それ以上):1	0 なし
19	FK=0	-1	-3	○	71	P 4	-2 -5 P 3
20	FK=0.5~2.5	1	2	○			-1 P=3.5~4.5
21	FK 3	-1		なし	72	P 5	1 3 ○
22	F% 20	-3	-1	○	73	F- =1~2	-1 -1 ○
23	F%=21~40	3	5	○	74	F- 3	-3 -5 ○
24	F%=41~50	2	1	○	75	同一の反応内容の反復 3	-1 -2 同一反応の反復=3~4
25	F%=51~75	-3	-3	○	76	同一の反応内容の反復 5	-3 -4 ○
26	F% 76	-4	-4	○	77	作話・混交、関連反応	-3 -5 ○
27	Fc=0	-4	-2	○	78	象徴反応	0 なし
28	Fc=0.5	1		なし	79	Cn, インク, シミ, 泥, 絵具	-1 -5 ○
29	Fc=1~5.5	2		なし	80	血液, 火, 煙	1 なし
30	Fc 6	1		なし	81	爆発, 噴火	-1 なし
31	c Fc	-1		なし	82	雲, X線写真, 岩, 影	-1 なし
32	c 3	-1		なし	83	At 3	-1 なし
33	C'=0	-2	-3	○	84	Geo 3	-1 なし
34	C'の存在	2	3	C'=1~3	85	Sex 反応	0 -1 Sex=1~2
34a	C' 5	-2		なし			-3 Sex 3
35	陰影反応合計 20%	-1	2	<20%	85a	性的倒錯, 拷問, 病的・外傷を受けた器官	-2 なし
36	FC=0	-3	-3	○	86	戦っている人や動物 3	-1 -1 2
37	FC CF+C	-2	-2	○	87	氷, 雪	0 なし
38	FC>CF+C	2	3	○	88	独立した項目としてのEye 反応	0 なし
39	CF+C 3	-1	-2	○	89	食物反応	0 なし
40	SumC 2.5	-3	-3	○	90	エンブレムまたはマスク	1 なし
41	SumC 3	3	3	○	91	漫画, ディズニー, おどぎ話の像 3	-1 -1 ○
42	R1T(無色彩図版-色彩図版)<10"	0		なし	92	記念碑または彫像 3	-1 なし
43	R1T(無色彩図版-色彩図版) 10"	-1	-1	>10	93	傷ついた, 死骸, ヘビなど不快内容 3	-2 -2 ○
44	CR 25%	0		なし	94	M 3, SumC 3	3 5 ○
45	CR=26~40%	0		なし	94a	M 2 (FC+CF+C)	-2 -1 ○ M>2(FC+CF+C)
46	CR 41%	0		なし	95	11(12)+22(24, 25, 26)+37	-2 なし
47	SumC M	0		なし	96	11(12)+13	-1 なし
48	W% 20	0		なし	97	11(13)+38	-1 なし
49	W%=21~30	0		なし	98	14+17+20	2 なし
50	W% 31	-1		なし	99	15+18+21	-1 なし
51	W:M=1:1	0		なし	100	7(8)+27	-5 -2 ○ 33に対応
					101	7(8)+74	-5 -5 ○ 34に対応
					102	7(8)+77	-5 -5 ○ 35に対応
							5 8+25+(C'=1-3)+38