

「もの忘れ外来」患者のロールシャッハ指標 - Rorschach Index for Slips of Memory RISM (リスム) 作成の試み -

神経科浜松病院 北原 静香
神経科浜松病院 奥田 涼子
神経科浜松病院 柿田 和代
神経科浜松病院 西野 希
中京大学名誉教授 八尋華那雄

The Rorschach Index for the outpatients at the beginning stage of Dementia

KITAHARA, Shizuka (Sawa Memorial Hamamatsu Hospital)
OKUDA, Ryoko (Sawa Memorial Hamamatsu Hospital)
KAKITA, Kazuyo (Sawa Memorial Hamamatsu Hospital)
NISHINO, Megumi (Sawa Memorial Hamamatsu Hospital)
YAHIRO, Kanao (Professor Emeritus, Chukyo University)

The authors explored to make out the Rorschach index for the patients who were experiencing slips of memory and were suspected to be at the beginning stage of dementia at our hospital. To make the first version of the index, we gathered phenomena and/or behaviors that are significant in characteristic upon implementation of the Rorschach's test. Through the several steps, we finally identified 16 notable signs and collectively named them "Rorschach Index for Slips of Memory (RISM)". The data from the 43 subjects tested was evaluated according to the signs and each subject's score was divided by the number of the total responses. We called it the RISM value. The correlation between HDS-R and RISM was -0.515 . A comparison between the 10 subjects who were not diagnosed with dementia and the other 10 subjects whose HDS-Rs was under 14 also had a clear differences in the average age, total responses, HDS-R and RISM.

We think this new index will be useful, though it requires more refinement to assess people who show impairment of daily or social behaviors but on the other hand show high HDS-R score.

Key words: Rorschach Index, Slips of memory, Dementia

はじめに

筆者らが所属する医療機関は創設90年を超え、政令都市の住宅地にあり、交通の便も良く、2005年7月より「もの忘れ外来」を開設している。受診者たちは、記憶想起の障害や思考・判断のミスを経験し、認知症の始まりを懸念されて、自らあるいは周囲の者に連れられて来院するか、他の医療機関からの紹介で受診する。

当院で診療対象としている認知症とは、もの忘れ外来をスタートするに当たり山岡久也医師がICD-10(2005)を参考に作った外来解説文によれば、「慢性あるいは進行性の脳疾患によって生じる多数

の高次脳機能の障害からなる症候群で、単一疾患ではない。様々な症状がみられるが、中核症状としての、記憶・思考・見当識・理解・計算・学習・言語・判断などの低下があり、これに伴って、社会的・職業的に明らかな能力低下が認められる。初期であれば、薬物(ドネペジル塩酸塩)の投与も有効である」状態をいう。

軽度の知的減退と、より重篤な知的活動の障害とを判別することが認知症の支援を計画する上で大切であることは言うまでもない。現在、思考や認知の障害は、障害があるかないかという次元上の現象としてみなされているのではなく、健常から病理への連続線上で捉えるものとされている。さらに認知・思考の問題が、正常-異常の連続線上のどこにある

かを捉えることが臨床心理学的アセスメントに求められているのである (Kleiger, 1999)。知的能力をアセスメントする神経心理学的技法は多くあるが、ロールシャッハ法 (以下口・テストと略す) が求める課題には、教示を理解すること、刺激野 (blot) をスキャンすること、blot と記憶痕跡をマッチングさせること、無関係な blot の部位を排除すること、反応の産出過程をテスターに伝えることなどさまざまな認知・思考・言語的伝達の過程が含まれる。ロールシャッハ図版に対する反応 (以下口・反応と略す) は、その人が現実の生活の場で、さまざまな状況をどのように知覚し、思考し、外界とコミュニケーションするかについての情報を与えてくれる。つまり、その人の認知過程の中で何が起きているのかという特質を具体的に推論する基本情報を提供してくれる極めて神経心理学的側面をアセスメントするツールでもある。

(1) 認知症者や高齢者のロールシャッハ研究

先行研究を概観してみると、この領域の研究は“高齢者の口・テスト”と一括りすることがほぼできるであろう。内外の研究レビューは篠田の報告 (2000) に詳細にまとめられている。篠田によれば、古くは 1946 年に Klopfer, W. G の報告を嚆矢とし、10 年後には日本でも金子・杉村による報告が見られるという。以降の研究の焦点は、在宅高齢者と施設入所者の口・反応の比較 (佐藤ら 1968, 平田 1969, 星野 1995・1997)、健康な高齢者と認知症高齢者の口・反応特徴と両者の比較 (蔦ら 1975, 佐方 1982, 村井 1983, 篠田 1988)、加齢に伴う反応の変化の縦断研究 (杉山ら 1976, 石井 1975, 下仲 1978, 1991)、口・反応から見た老人の心理特性 (斉藤 1960, 荒井 1962, 桑原 1974, 池田 1996)、認知症の原因分類 (アルツハイマー病・血管性認知症など) の口・反応の異同の研究 (小野 1973, 星野 1994, 二橋ら 2002) などがある。

それらについて少し触れると、加齢により内的資質を有効に用いることが出来なくなって、知的活動性や現実吟味力が低下し、興味関心の範囲が狭まり、情緒的感受性も鈍くなる。しかし、健康な高齢者は、客観的・実証的な思考に舵を切り替え、他者に関する関心を維持している一方、認知症者は知覚統合の困難、常同的思考、感情表出の低下、社会不適応などを口・反応上に反映するという。アルツハイマー病では、情緒刺激には敏感だが状況の理解が悪いこ

と、血管性認知症では、細部にこだわって統合できずに困難を感じることで、判り易い事柄に集中して適応を図るべきことや対人接触を避けがちであることなどが報告されている。これら多くの研究は、口・反応に反映される加齢や認知症の影響については多くの情報を提供してくれている。

(2) 本研究の目的

しかし、これら従来の研究で採られているような、スコアによる数量的アプローチをした場合、もの忘れ外来の患者らの図版に対する対応は、反応そのものが少なかったり、明細化不足のためにスコアリングが困難であったりするデータが多い。従って数量的な検討に耐えられるデータであるか疑問である。従来のスコア比較以外のサイン・アプローチが必要ではないかというのもこの研究の一因であった。

当院では「もの忘れ外来」を受診する患者全員に簡便な認知症のスクリーニング検査 (HDS-R) と口・テストをバッテリーとして組んで施行している。口・反応を評価・検討し、報告する際に、認知症を疑われる被検者にはどのような口・テスト上の特徴があるのかがわれわれの間で議論されてきた。しかし、それらの人々には、比較すべき彼ら自身の過去のロールシャッハ・データがあるわけでもなく、つい近年まで問題なく仕事や社会生活を送っていたのであろう人々が、軽度の思考障害などを示すようになった時に、どのような反応を示すかに関する情報も少なかった。われわれが自らの経験から抽出した特徴には、Rapaport の逸脱言語表現 (Watkins & Stauffacher の指標) や名大式の思考・言語カテゴリーで取り上げられている指標と重なるものもあった。Rapaport らや名大式の思考・言語カテゴリーの指標は統合失調症の鑑別のために用いられるのは周知のことである。当院でわれわれが口・テストを用いて査定する目的は、認知症であるか否かの心理学的な判断材料を知覚・認知・言語表現の面で医師に提供することにある。それらの受診者の口・テスト反応が、HDS-R の結果と矛盾しないか、またそれまでの生活史や職歴・学歴から予想される結果とどのように隔たっているか、更には主訴や問題行動を説明できるかなどを念頭に読み取りを行ってきた。その過程で先行研究の知見といくつか共通している特徴にも気づいたが、HDS-R の結果と矛盾する口・反応からの情報も多く、苦慮することが多かった。そこで、われわれはよりの確に査定するために、軽

度の認知症者が口・テスト上に示す可能性の高い特徴を抽出し、それを基にロールシャッハ指標を作成する試みを行ったので報告する。

方 法

(1) 指標案作成の手続

まず、医師の依頼で HDS-R と口・テストを日常的に行っている筆者らのうち 4 名から、検査施行中に気付いた、あるいは記憶に残ったさまざまな出来事 (検査態度や反応様式、言語表現や特異な内容など) を書き出してもらった。

それらを、大・中・小のカテゴリーに分類した。受検態度、反応産出の困難、反応様式、明細化の特徴が大カテゴリーの内容となった。教示の確認、正解探し、弁解/いいわけ、固執/反復、明細化の少なさ、漠然とした領域、迂遠・逸脱・焦点ずれ、再認困難、自分の経験からの説明など 25 項目が中カテゴリー (以下サインと略す) として取り上げられた。小カテゴリーはそれらサインの内容を示す具体的な文言である。抽出した特徴を「もの忘れ外来患者のロールシャッハ指標 (Rorschach Index for Slips of Memory RISM)」として概念化し、最初の指標 RISM-1 を作成した (表 1)。

ランダムに抽出したもの忘れ外来患者の口・テストデータ 5 例に RISM-1 を適用し、問題点を検討した。その結果、いくつかのサインを統合すること、追加の新しいサイン (単一概念の多さ) が必要であると判断し、RISM-2 を作成、原案とすることにした (表 2)。その結果、サイン (中カテゴリー数) は 16 となった。各カードへの全ての言動 (自由反応段階、質疑段階) を対象にこれらの特徴があるかを精査した。その際、一つの反応の自由反応段階と質疑段階で同じサイン (ex. 当惑が続く) がある場合、その特徴は 1 つとカウントした。

今までに施行した「もの忘れ外来」患者の口・テスト記録全て (43 名分) に対し、RISM のサインが該当するかを、筆者らが 2 名 1 組になってチェックした。

RISM の値 (以下 RISM 値と略す) は、RISM/TR で算出する。全反応数に対する RISM サインの該当数である。例えば、口・テストの総反応数が 20 だとして、チェックされた RISM サ

イン数が 10 しかなければ、RISM 値は 0.5 となるが、反応数 15 に対し RISM 項目に 20 該当していれば RISM 値は 1.33 となる。RISM 値が大きくなればなるほど問題の言動が多くなる。

(2) 対象

データ解析の対象者は 43 名 (平均年齢 78.5 歳、年齢幅は 59 歳~100 歳、90 歳以上が 4 名、80 代が 14 名、70 代が 21 名、60 代が 3 名、50 代が 1 名、男性は 15 名、女性は 28 名) であった。対象者の HDS-R の得点は 6~30 であった。これら 43 名の受診者の内、結果として 10 名が認知症を否定され (以下 ND 群と略す)、残り 33 名が認知症 (以下認知症群と略す) と医師により診断された。また、これら 43 名の内 8 名は 1~3 年後にももの忘れの進展が懸念され再受診し、再検査を施行されている (表 5)。

結 果

43 名の対象者が示した口・テストの平均の総反応数は 17.6 個 (Range 4~39, TR14 以下 23 名) で、HDS-R の平均は 18.79, RISM の平均は 1.52 であった (表 3)。

また 43 名の年齢、HDS-R, RISM, TR の相関係数を算出した (表 4)。いずれの変数も有意な相関関係にあった。併存的妥当性の観点から RISM と HDS-R が高い負の相関関係 (-0.515) にあったことは興味深い知見である。

これらの対象者の内、認知症の診断が否定された 10 名 (ND 群) と認知症が確定された 33 名 (認知症群) の HDS-R, RISM, TR の合計を算出した (表 5)。平均の差の検定では、年齢のみ有意差が認められなかったが、HDS-R と TR については ND 群が有意に高く、RISM は認知症群が有意に高かった。なお、効果量を示す Cohen の d を算出するといずれの要因も効果量が大きいと判断された。

次に、認知症を否定された 10 名 (ND 群) と認知症 (認知症群) と診断された 33 名の中でも HDS-R14 以下の 10 名 (HDS-R 低群, 以下 HDS-R 低群と略す) の比較結果を示す (表 6)。平均の差について検定を行ったところ、年齢以外の HDS-R, RISM, TR において有意差が認められた ($t=19.12$, $d=8.56$; $t=-4.855$, $d=-2.19$; $t=6.32$, $d=2.83$; いずれも $p<0.01$)。なお、年齢要因も効果量を算出すると $d=-1.17$ であった。表 6 での注目

表1 RISM-1

摘要 (反応例) 小カテゴリー	中カテゴリー (サイン)	大カテゴリー
「何に見えるかですか?」「いくつか云うのですか?」(*1)	教示の確認 Confirmation for Instruction	受検態度
「合っていますか?」「正しい答えはなんですか?」	正解探し Look up a Right Answer	
「こういうの苦手で」「頭が悪いので」「すみません上手く説明できなくて」	正当化 Excuse, Apology, Self-Depreciation	
(質疑に答えられないと) 怒り出す(*2)	易怒的 Verbal Aggression	
(即座に)「見えません」「わかりません」	回避的・拒否的 Rejective Attitude	
「これで何がわかるんですか?」「答えないといけませんか?」(*2)	防衛的 Defensive Attitude	
(長いこと見ていて)「わかりません、難しい」「... (沈黙)」	反応困難 Failure	反応産出の困難
「ムーン、なんだろうこれは? ですか?」「不思議な絵ですね」	当惑 Perplexity	
同じ内容、類似の内容、同じ説明の繰り返し(目安としては3個目から)	固執・反復 Repetition	反応様式
場所付が明確にできない、指で囲むように求めてもわからない	漠然とした領域 Vagueness of Location	
説明すればするほど解らなくなる、どんどん別のことを話し出す、解りにくい	漠然とした明細化 Vagueness of Illustration 迂遠、逸脱、焦点ズレ Devious, Out of Focus	
部位の指摘が1・2ヶ所あるだけで後の自発的な説明がない	明細化の少なさ Lack of Illustration	
「えっ、どこだろう?わかりません」「今はもう見えない」「どこでしたっけ?」	再認困難 Difficulty of Recognition	
「これは、左右対称ですね」「左にも同じものがあります」(*3)	左右対称の指摘 Remarks of the Symmetry	
反応内容が変わっていく	内容の変遷 Modified/Changed Response	
「 ではないし、x xでもない」	決定困難 Difficulty of Making a Decision	
過度の情緒的明細化や特殊化のゆきすぎ「こっちが男でこっちが女」	作話傾向 Fabulized Response	明細化の特徴
とうてい結びつかない2つのものを結合してしまう「蚊がマグマを吸っている」	作話的結合反応 Fabulized Combination	
作話傾向の極端な場合や作話的全体結合「ヒゲがあるから全体で猫」	作話反応/作話的全体結合反応 Confabulation & DW	
位置反応 (Po)「北極...なぜなら...一番上にあるから」などおかしな論理	自閉的論理 Autistic Logic	
造語やおかしな言い回し、弱体の明細化	おかしな言語表現 Peculiar Verbal Expression	
他の図版で見たものとの関係付け、自己関係付け	関係付けの言語表現 Relationship Verbalization	
あたかも現実の恐ろしいものがそこにあるかのような気持ちを込めた表現	情動的言語表現 Affective Verbalization	
「うちにも同じような絨毯がありました」「昨夜テレビで見たのと一緒です」	経験からの説明 Personal Explanation	その他

* 木の忘れインデックスは教示から質疑段階の終了まで全ロールシャッ八過程の被検者の言動をチェックの対象とする (全言動が対象)

* 一つの反応の産出と質疑で複数の項目に該当することがあれば、複数チェックする (複数該当可)

* これらの項目に該当しないが、特異な言動があったら抽出して書き出す (インデックス以外の特異な言動は別途記載)

* 1 : (注意) 教示の確認: 「どちらから見てもいいですか?」「反対から見てもいいですか?」などは該当としない

* 2 : 易怒的態度と防衛的態度は判別が難しいので、十分に検討する

* 3 : pair 反応はシンメトリーへの言及とはしない

表2 RISM-2

大カテゴリー A：受検態度（サイン No.1～3），B：課題遂行の様式（サイン No.4～12），C：思考・言語（サイン No.13～16）

サイン名と No	その内容と具体的な言葉
1：課題遂行への不安	自分が検査に正しく対応出来ているかが不安に思えていたり、自信がない。 * 教示の確認 「何に見えるかですか?」「覚えておくんですか?」「いくつも云うんですか?」「全体で、でしょうか?」など。 除外：通常よくあるカードの向きや全体か部分かなどの問いは対象としない。 * 正解探し 「合っていますか?」「これでいいですか?」「だめですか?」「みんな判るの?」「当たっていませんね」「何に見えるりゃいいのかな」「答えは何ですか?」「見たことない」など。
2：自己卑下	説明できないこと、質問に答えられないことに対して... 「こういう苦手で」「頭が悪いので」「ダメだ、失格だ」「想像力がないので」「勉強してこなかったので」「ごめんなさい」「こりゃムリだ」「できないからダメだ」など。
3：易怒的	質問に答えられなくて怒り出す 「説明しろと云われても、そうとしか見えないよ!」「これで何が判ると云うんですか!」「これ答えなきゃいけませんか!」「分からんじゃダメですか!」など。
4：反応産出の困難	主に、自由反応段階で、反応ができない、決定できない、当惑してしまう時に採択する。Rejection にはならなかったが、相当迷っていることが明らかな場合。 「わかりません」「うーんこれはなんだろう」「難しい...」「思いつきません」「にも××にも...」「この辺が何かに見えるけどわかりません」など。 除外：「何かの虫」「何かの花」などは曖昧だが該当しない。また「わかりません、難しい」という文言は頻繁に見られるが、この人の平均初発反応時間内に、自由反応段階で反応が得られた時はこの項目には該当しない。 * 質疑段階で同様の態度が見られても合わせて1とカウントする。自由反応段階でこの傾向がなくても、質疑段階で顕著であれば該当する。
5：固執・反復	同じ反応内容を他のカードにも繰り返す場合、3つ目からカウントする。同一カード内で極めて似た内容の反応の場合も該当する。(同一カード内で蝶・蛾・虫など、これは2つ目から) 除外：P 反応 (と のコウモリや蝶・蛾, , の人間反応)
6：領域の曖昧さ・不明	どこに見えたかの質疑に対し、どこを使って反応しているのかが不明の場合。具体的には、領域に全く触れない、領域を明確にできない、指で囲むように求めてもはっきりしない、あるいは漠然と判っても部位の指摘が全くない場合。そのために領域のスコアが困難な場合に該当する。
7：領域と部位の不一致	ここが と部位を指摘するが、反応概念の形態の位置と blot がマッチしていない。指摘された部位がおかしい。
8：迂遠・逸脱・焦点ズレ・DR	明細化の段階で、説明が冗長であったり、話が逸れていたり、連想的であったりする場合で、求められていることに直接答えることができないで、ずれている。Exner 法の DR (Deviant Response) 反応。
9：明細化の乏しさ・漠然さ・困難さ	なぜ に見えたのかの質疑に対し、自発的な明細化が殆んどない。あるいは求められても説明することができない。 * 乏しいとは = 説明はするが、十分ではない。 「{ただ単に} 形が似とった」 部分の指摘2ヶ所以下、あとの自発的な説明がない 部位1ヶ所、更にテスターに促されて1ヶ所のみ * 漠然とは = 説明はあるが理解できない場合。 * 困難とは = 説明そのものが殆んどないことをいう。「なぜそう見えたか?」の説明がない。 除外：部位が2ヶ所+運動や色に言及した場合。形態のみの説明だが部位が3ヶ所以上指摘している場合。
10：PER (Personal)	Personal Explanation 自分の体験を理由にする場合。 除外：自分の過去の話をしだしたら8でカウント

11：再認困難・取り消し	自由反応段階での反応内容を思い出せない。Tester が再現しても忘れていたり、取り消される場合。 注意：再認が困難であっても、1・2ヶ所の部分の指摘をする場合がある。その時は、反応として取り上げ、4や9の可能性を吟味する。併せて11をカウントする。
12：内容の変遷	反応内容が明細化の過程で、その内容が変わって行く。 除外：自発的な追加反応 (add) は変遷とはしない。
13：作話傾向	過剰な個別化や情緒的明細化の行き過ぎ。FAB (Exner 法) はここに含む。
14：奇妙な言語表現	造語、語の間違い、意味不明のそぐわない言葉。蝶に角などの INCOM (Exner 法) も含む。
15：論理の奇妙さ	ALOG (Exner 法) など理由のおかしな説明。位置反応もここに含む。「左右のバランスがとれているので外国の蝶」など
16：単一概念の多さ	DQ + や v / + の少なさ、領域に関係なく単独の概念で反応するものをいう。DQ v (半確定概念・不確定概念) も単独概念とみなす。16にチェックが入るのは、総反応中、単一概念の占める割合が80%を超えた時に1カウントとする。

表3 全対象者の口・テストおよびHDS-Rのデータの結果

Subj. No.	Sex	Age	HDS-R	RISM	Diag.	TR	Subj. No.	Sex	Age	HDS-R	RISM	Diag.	TR	
1	M	78	29	0.91	ND	22	23	F	83	16	2.00	認知	14	
2	M	75	28	0.73	ND	30	24	M	83	8	2.29	認知	7	
3	F	72	27	0.76	ND	37	25	F	80	9	1.77	認知	17	
4	M	68	25	1.19	ND	31	26	F	82	11	1.71	認知	13	
5	F	63	28	0.68	ND	28	27	M	76	19	1.00	認知	9	
6	F	90	25	0.73	ND	33	28	F	78	16	0.74	認知	27	
7	F	74	25	0.82	ND	11	29	F	78	22	1.21	認知	14	
8	F	78	29	0.62	ND	34	30	F	82	6	2.13	認知	8	
9	M	78	26	0.26	ND	19	31	F	71	21	1.24	認知	25	
10	F	59	30	0.90	ND	29	32	F	83	9	1.83	認知	12	
11	F	92	24	2.27	認知	11	33	F	83	16	1.55	認知	11	
12	M	78	20	2.44	認知	9	34	M	73	26	1.95	認知	19	
13	F	100	12	1.71	認知	7	35	F	84	7	4.14	認知	7	
14	F	72	20	1.88	認知	17	36	M	71	17	0.94	認知	17	
15	M	74	8	1.38	認知	8	37	F	71	19	0.84	認知	25	
16	F	93	16	1.96	認知	23	38	F	83	18	1.60	認知	10	
17	M	77	13	1.86	認知	8	39	M	85	21	1.71	認知	14	
18	F	85	15	1.69	認知	13	40	F	83	19	3.00	認知	5	
19	F	82	16	1.00	認知	21	41	M	82	11	1.46	認知	13	
20	M	67	20	1.08	認知	26	42	F	78	21	2.39	認知	26	
21	M	77	19	1.00	認知	13	43	F	78	22	2.33	認知	15	
22	F	75	21	1.77	認知	13								
平均										79	18.79	1.52		17.6

表4 各変数の相関関係

	Age	HDS-R	RISM	TR
Age	1			
HDS-R	-0.437**	1		
RISM	0.405**	-0.515**	1	
TR	-0.435**	0.644**	-0.595**	1

**...p < .01

表5 ND群と認知症群の比較

	ND群		認知症群		T-test	効果量 (d)
	平均	SD	平均	SD		
Age	73.5	8.74	79.97	6.82	-2.459	0.90
HDS-R	27.2	1.87	16.30	5.32	9.914**	2.36
RISM	0.76	0.24	1.75	0.68	-7.076**	1.67
TR	27.4	7.88	14.45	6.38	5.321**	1.96

**...p < .01

表6 ND群とHDS-R低群の各変数の結果

ND群					低群				
Sex	Age	HDS-R	RISM	TR	Sex	Age	HDS-R	RISM	TR
M	78	29	0.909	22	F	100	12	1.714	7
M	75	28	0.733	30	M	74	8	1.375	8
F	72	27	0.757	37	M	77	13	1.857	8
M	68	25	1.194	31	M	83	8	2.286	7
F	63	28	0.679	28	F	80	9	1.765	17
F	90	25	0.727	33	F	82	11	1.714	14
F	74	25	0.818	11	F	82	6	2.125	8
F	78	29	0.618	34	F	83	9	1.833	12
M	78	26	0.263	19	F	84	7	4.143	7
F	59	30	0.897	29	M	82	11	1.462	13
平均	73.5	27.2	0.76	27.4		82.7	9.4	2.03	10.1
SD	8.84	1.84	0.24	7.88		6.82	2.27	0.79	3.6

点は、両群には平均年齢で10歳ほどの違いがあり、ND群の方が若い。また、口・テストの平均反応数もND群の方が27.4で、低群の10.1より3倍近く多い。このような差の中で、HDS-Rの平均は27.2と9.4で、これもND群は低群の3倍近い高い得点を保っている。一方、RISM値の平均はND群では0.76、低群では2.03であり、ND群は反応数よりも該当サイン数が少なく、低群は反応数の2倍の数のRISM項目(サイン)に抵触しているのである。なお、RISMどの項目に両群間で差があるかを二乗検定で検討(p<.05)した結果、領域の曖昧さ・不明はHDS-R低群に、PER(Personal)と作話傾向はND群に有意に多かった。

さらに本研究の対象者である43名の中には、8名の再検査者がいた。それらの人たちはHDS-Rと口・テストを二度受検していた。それらの結果を表7に示す。再検査はほぼ2~3年間隔で行われている(平均2.75年)。HDS-Rの値が前後で平均して18.63から16.25へ減少しているが、中には不変の人も、若干だが上がった人もいた。RISM値は再検査の時に減少した者はおらず、全員が受検態度や

課題遂行の様式、思考・言語の面で問題が増大していることを指標は反映していた。これらの変数において対応のあるT検定を行ったところ、いずれも有意差は認められなかった。また効果量を示すGlassの値を算出したところHDS-Rでは-0.4、RISMでは1.02、TRでは-0.61であり、RISMの効果量が大きかった。しかし、RISM値の増大はわずかな者から顕著な者まであり一定してはいなかった。

次の検討は、サインの該当頻度に関するものである。HDS-Rの高低によって、ヒットする項目に違いがあるのだろうか?そのことを検討するために、まず、サイン別に集計してみた(表8)。

43名の延総口・反応数は753個、RISMサイン総数は980個であった。全ての対象者に「明細化の乏しさ・困難」が認められた(一人平均7.67個、RISM総数の33.7%を占めている)。

次いで多かったのは、「再認困難・取り消し」で65%の対象に、「課題遂行不安」「迂遠・逸脱・DR」「作話傾向」は60%に近い対象に認められた。

50%を超える者に「内容の変遷」「反応産出

表7 再検査群の各変数の結果

Subj. No.	性別	Age 1 & 2	間隔年数	HDS1	RISM1	TR1	HDS2	RISM2	TR2	RISM の差
A	M	77 80	3	19	1.000	13	15	1.308	13	0.308
B	F	63 68	5	28	0.679	28	28	0.850	20	0.171
C	F	73 75	2	23	1.304	23	21	1.769	13	0.465
D	F	81 83	2	20	1.929	14	16	2.000	14	0.071
F	M	83 86	3	8	2.286	7	11	4.667	3	2.381
G	F	77 80	3	14	1.333	9	9	1.765	17	0.432
H	F	81 82	1	18	1.273	22	11	1.714	14	0.441
I	M	73 76	3	19	0.760	25	9	1.000	9	0.240

表8 サイン別該当頻度 n = 43

該当頻度%	RISM サイン	43名の合計
58.1	課題遂行不安	55
39.5	自己卑下	49
11.6	易怒的	7
53.5	反応産出・決定困難	75
55.8	固執・反復	51
27.9	領域不明	20
32.6	Blot と部位の不一致	25
60.5	迂遠・逸脱・DR	58
100.0	明細化の乏しさ・困難	330
39.5	PER	47
65.1	再認困難・取り消し	66
55.8	内容の変遷	34
60.5	作話傾向	72
53.5	奇妙な言語・表現	56
18.6	論理の奇妙さ	12
53.5	単一概念の多さ	23

困難・決定困難」「固執・反復」「奇妙な言語・表現」「単一概念の多さ」が見られた。

一番少なかったのは、「易怒性」で11%程度、「論理の奇妙さ」「PER」「領域不明」「Blot と部位の不一致」「自己卑下」などは20~40%程度の対象者に見られた。

表9は、サイン別該当頻度のND群と認知症群との比較である。Fisherの直接確率法を用いて比較した結果、両群の間に該当率で有意に差があった項目は作話傾向のみND群が多かった(P=0.0305)。

次に、認知症と診断されたが、HDS-Rのcut off point20点を超えている境界線級の11名(HDS-R=20~26, 以下Bor群と略す)と境界線以下の(Low群)22名とを比較してみたい。ND群も含めた3群間の統計的検討では、サインにおいてPERと作話傾向に有意差が認められた。残差分析の結果、

PER、作話傾向は共にLow群が有意に少なかった。

3群の平均値の比較では、サインのパライティを除いて全ての変数で有意差が認められた。数値に着目するとND群、Bor群、Low群にいくにつれて、平均年齢は徐々に上がり、口・反応の平均は徐々に少なくなっている。特徴は、Bor群のRISM値の平均がHDS-Rが19以下のLow群よりもわずかだが大きいことである。平均は1.843であるが、該当者数に注目すると1.0~1.99に該当する者が7名、2.0以上が4名いた。

考 察

われわれは、もの忘れ外来患者の口・テストを解析し、査定する過程で、過去の数量的研究の知見からだけでは、多くのデータを処理するのが難しいこ

表 9 ND 群と認知症群のサイン別頻度

認知症群				ND 群				
N = 33				N = 10				
%	位	% / 総数		%	位	% / 総数		
54.5	7	45	5.85	課題遂行不安	70	3	10	4.74
36.4	11	43	5.60	自己卑下	40	9	6	2.84
15.2	16	7	0.91	易怒的	0	16	0	0.00
57.6	6	65	8.45	反応産出・決定困難	40	9	10	4.74
51.5	9	41	5.33	固執・反復	70	3	10	4.74
33.3	13	19	2.47	領域不明	10	15	1	0.47
36.4	11	23	2.99	Blot と部位の不一致	20	13	2	0.95
60.6	3	45	5.85	迂遠・逸脱・DR	60	5	13	6.16
100.0	1	252	32.8	明細化の乏しさ・困難	100	1	78	36.97
33.3	13	31	4.03	PER	60	5	16	7.58
69.7	2	58	7.54	再認困難・取り消し	50	8	8	3.79
54.5	7	26	3.38	内容の変遷	60	5	8	3.79
51.5	9	41	5.33	作話傾向	90	2	31	14.7
60.6	3	46	5.98	奇妙な言語・表現	30	11	10	4.74
18.2	15	7	0.91	論理の奇妙さ	20	13	5	2.37
60.6	3	20	2.60	単一概念の多さ	30	11	3	1.42

表 10 RISM 各サインにおける 3 群比較

サイン	ND 群 10 名 (%)	Bor 群 11 名 (%)	Low 群 22 名 (%)	統計
課題遂行不安	70	64.0	50.0	
自己卑下	40	45.0	31.8	
易怒的	0	18.0	13.6	
反応産出・決定困難	40	54.5	59.1	
固執・反復	70	72.7	40.9	
領域不明	10	27.3	36.4	
Blot と部位の不一致	20	27.3	40.9	
迂遠・逸脱・DR	60	63.6	59.1	
明細化の乏しさ・困難	100	100.0	100.0	
PER	60	54.5	22.7	$\chi^2 = 5.389^{**}$
再認困難・取り消し	50	90.9	59.1	
内容の変遷	60	54.5	54.5	
作話傾向	90	72.7	40.9	$\chi^2 = 7.861^{**}$
奇妙な言語・表現	30	72.7	54.5	
論理の奇妙さ	20	27.3	13.6	
単一概念の多さ	30	54.5	63.6	
平均年齢	73.5	77.1	81.5	F = 4.594* ND < Low
Av. HDS-R	27.2	21.6	13.6	F = 59.09** MLow < Bor < ND
Av. RIS	0.76	1.843	1.71	F = 10.11** ND < Bor, Low
Av. TR	27.4	17.2	13.1	F = 16.20** ND < Bor, Low
Av. サインのバラエティ	7.5	9.0	7.4	

とを経験してきた。その主な理由は、量的検討に耐えうる反応数が得られ難いことや十分な明細化が得られないことに依っていた。それらの少ない情報からでも査定し得る指標を作ることを目的にこの研究を行った。

まず、われわれが採った手続きは、外来日にその場で依頼される検査を手分けして担当してきた臨床心理士（筆者ら）に、検査中に経験した特徴的な出来事や、困難であったこと、印象に残った言動などを書き出してもらったことであった。それら抽出された特徴をカテゴリー化し、最終的には16の項目と採点基準（RISM）を作成した。それらの項目に該当するサインの総数を反応数で割った値をRISM値とした。

(1) もの忘れ外来患者の口・反応の特徴

平均のTRは17.6だったが、TR14以下が23名（52.3%）いた（表3）。そのうちTR10以下が11名と全対象者の25.6%であった。このように半数を超える対象者が、包括システムが求めるTR14以下である。RISM値の平均1.52は、平均で反応数に対する該当サイン数が1.5倍を超えてあったということを示している。RISM値1.0以下が15名（34%）で、反応数よりも多いサインを示した者が29名（66%）いたことになる。HDS-RとRISMそしてTRとの関係を見てみると（表4）、HDS-RとTRとの相関は $r=0.644$ で、知的能力が保たれているほど反応数も増している。RISMとTRの関係は、 $r=-0.595$ で、反応数が低くなるほどRISM値は高くなった。HDS-RとRISMの相関も -0.515 であった。これらの結果は、知的能力が損なわれているほど、反応数は得られにくくなり、口・反応の産出過程や伝達過程にはさまざまな問題が生じることを示唆していた。

(2) ND群とHDS-R低群

認知症を否定されたND群と知的減退が激しかったHDS-R低群10名ずつの比較では明らかな違いがある（表6）。当然ながら、平均のHDS-Rの値はND群が3倍近く高い値を示していた。年齢は平均でND群の方が10歳ほど若く、反応数もND群が3倍ほど多かった。RISMの平均は0.76：2.03で低群の方が約3倍（2.67倍）高かった。反応数が平均で27.4個と十分にあったND群は、認知症群に比べ、反応内容の部位の指摘が明確で、加えて

作話的な明細化を展開したり、自分の経験を理由に合理化しようとするのが有意に多かった。（HDS-Rでみた）知的な能力が損なわれていないほど、年齢は若く、口・テストの反応数も多いのは合理的な結果だと思える。それと対応してRISM値も低く保たれているという結果から、この指標が妥当であると云えるのではないだろうか。

(3) 再受診者の結果

表7よりTRとHDS-R共に減った者が6名、不変であった者が2名、増加した者が1名であった。表7においてTRが増加した者（Subj.F 9 17）、HDS-Rが高くなった者（Subj.E 8 11）の2名は共にRISM値が高くなっていた。再検査時にRISM値が低くなることは見られず、HDS-Rが不変や増加していてもRISMサインは問題の深化を捉え得ることを示したと思われる。

(4) サイン別の検討

全ての対象者に明細化の乏しさ・困難が該当していた（表8）。43名の総数330個は全サイン総数の1/3を占め、一人平均7.7個（Range 1~16）であった。

名越（2010）は「相手にそのことを正確に伝えようとする時、大きく二つの技術が発生する。一つはより詳しくかつ理解し易いように丁寧に語ろうと配慮すること。もう一つは、自分は決して独りよがり人間ではない...中略...自分本位の誤った認識を植え付けようとしているのではないことを伝えようとする努力である」と述べている。明細化が乏しい・困難であるということは、自分が連想したものを他者に伝える時に、自発的でなかったり、相手が分かり易いように丁寧に説明する心配りが足りなかったり、相手が求めていることを的確に掴めない事態が起こっていることを推測させる。次に多くの対象者に認められたのは「再認困難・取り消し」（65.1%）であった。このサインは認知症群だけで見ると69.7%にも達して（表9）、短期記憶の障害を示唆するものと思われる（ND群との有意差はなし）。認知症群ではその後 反応産出・決定困難、迂遠・逸脱・DR、奇妙な言語・表現、単一概念の多さが6割近くに見られる（表9）。これらは、課題の遂行や複雑な思考が難しくなっていること、相手に伝える時に構成する力や適切な言葉が使えなくなっていることを示している。一方、

ND 群では、作話傾向、課題遂行の不安、固執・反復が70%以上の対象者に認められる(表9)。自分がちゃんと課題を熟せているのが不安で盛んに確認しようとする。沢山の反応を出そうと似たような反応を繰り返す。更には、見たものに過剰な説明を加える。これらは自分の能力の減退が懸念されることに対する防衛とも理解できる。

(5) HDS-R 境界線級の検討

医学的診断は認知症とされたが、HDS-R が20~26のcut off pointを満たしている人たちについて特にND群との違いが口・テスト課題に反映されないかと云う点を検討した(表10)。HDS-Rのcut off pointは20である。まだ十分に能力を保っているからと認知症を否定される場合や対照的に知的減退やADL(activities of daily life)の低下が著明な場合は、査定上の問題は少ないであろう。問題は、言動に変化があるのにcut off point以上の知的減退が著しくない場合である。HDS-Rが20から26を示す者は11名(以下Bor群)いた。ND、Bor、Lowの3群の比較では順に年齢は上がり、HDS-R平均、TR平均は減少している。しかし、Bor群のRISMは平均でND群より2倍以上に増加し、認知症群のそれよりも大きい。統計的な検討を行ってみたが、有意差はND群Bor群と認知症群の間でしかみられなかった。ND群とBor群の間では再認困難・取り消しと奇妙な言語・表現がBor群に増大する傾向が見られた。有意ではないが、Bor群は、ND群よりも単一概念が多くなっていること、反応産出・決定困難を示す人も増えるように見える。Bor群の中のRISMが1.7以上は8名であった。この群のサイン・バラエティ数の平均は9.25で、RISMでチェックされた項目の平均は32個であった。8名の内6名以上に認められたのは固執・反復、迂遠・逸脱・DR、明細化の乏しさ・困難、再認困難、作話傾向、奇妙な言語表現であった。HDS-Rでは認知症かどうか判定しがたい人たちにかなり高いRISM値を示すものがあり、その人たちに上記の6サインやサインのバラエティの多さが目立っていた。HDS-Rだけでは微妙な能力の損傷を捉えることが出来ないが、口・テストを併用すれば、判別しがたい事例にもいくつかの認知や再認、明細化に損傷があることを示唆するものである。この指標はHDS-Rのような簡易スクリーニング検査に加えて認知症の可能性を傍

証する情報を提供できると思われる。

おわりに

この指標では、概念の確定性(DQ)、把握型、決定因、反応内容や平凡反応の数、形態水準といった変数は取り扱っていない。これらの変数は先行研究では主要な検討マーカーであったが、一定以上の反応数がなければ俎上に載せることができない。われわれのデータでも、包括システムが求める14個以上の反応を示したのは、54.5%であり、半数近くは量的検討が難しい対象であった。しかし、われわれの提案する指標では、反応数が少なくても多くの手掛かりを得ることが出来る。

この指標を用いて認知症の可能性を検討するためには、被検者の「つぶやき」を含めた丁寧な口・反応の記録が必要である。やり取りをほぼ逐語的に記されたものが望ましい。われわれの経験から最後までテストを施行する上で留意している点は、最低限の質疑(どこに見えるか? どういう風にみるのか? らしさ・特徴は?)はするが、明細化で詳しい説明ができないことが判った時点で、細かな指摘を強くは求めないことである。

本論文では軽度の認知症の査定に有用と思われる指標を提起した。更に洗練され、切れ味の鋭い指標にすることを願い、我々の次の目標にしている。例えば、HDS-RやRISMと相関が高かったTRの少なさをサインに組み込むなどである。加えて、今回は十分検討できなかったが、健康な高齢者やうつなどの他疾患の患者に当てはめた時の結果を検討するのも興味深い。今回の試論について読者からの多くの疑義やご指摘をいただきたい。

引用文献

- 荒井保男(1962) 老年者のロールシャッハ・テスト. 老年病第6巻, 39-51.
- 平田富美子(1969) 老人のロールシャッハ反応の研究. ロールシャッハ研究, 57-66.
- 星野和実(1994) 老人のロールシャッハ・テスト - 思考過程と言語表現の特徴 - 日本心理臨床学会第13回発表論文集 p. 458-459.
- 星野和実(1995) 老人のロールシャッハ・テスト. ロールシャッハ研究, 94-108.
- 星野和実(1997) 在宅高齢者のロールシャッハ・テスト - 人格の健康な側面に関する検討 - ロールシャッハ研究, Vol. 39, 85-105.
- 池田敏郎(1996) ロールシャッハ・テストからみた高

- 齢者の人格特性. 精神医学, 38, 379-385.
 石井幸子 (1975) ロールシャッハ技法における老人の心理特性. 日本心理学会第39回大会論文集 p. 370.
 Kleiger, J. H. (1999) *Disordered Thinking and the Rorschach*. Routledge (馬場禮子監訳 (2010) 思考活動の障害とロールシャッハ法. 創元社) p. 21.
 桑原治雄 (1974) 老人の精神機能の特性について. ロールシャッハ研究 , 47-69.
 名越康文 (2010) 心がフッと軽くなる「瞬間の心理学」. 角川 SSC 新書, p. 179.
 二橋那美子・小阪憲司 (2002) ロールシャッハ・テストによるアルツハイマー型痴呆と健常高齢者の比較. 神経心理学 18: p. 219-229.
 村井則子 (1983) 老年者におけるロールシャッハ反応の特徴について. 東北福祉大学紀要, 第7巻1号, 110-120.
 小野和雄 (1973) ロールシャッハ・テストより見た痴呆の研究. ロールシャッハ研究 , 83-102.
 佐方哲彦 (1982) 健康老人のロールシャッハ反応の分析. 日本教育心理学会第24回総会抄録集, 806-807.
 斉藤専一 (1960) 老人の精神医学的研究. 新潟医学会雑誌, 第74巻, 1505-1511.
 佐藤誠・岡本伸子 (1969) 老年者に施行せる Rorschach Test. 浴風園調査研究紀要, 43, 63-66.
 下仲順子 (1978) 加齢及び精神老化よりみた老人のロールシャッハ反応. ロールシャッハ研究 , 69-83.
 下仲順子 (1991) 老人のロールシャッハ反応における加齢と痴呆要因の研究. ロールシャッハ研究 , 129-144.
 篠田美紀 (1988) ロールシャッハ・テストから見た痴呆老人の人格特性. 心理臨床学研究 Vol6 (1), 4-15.
 篠田美紀 (2000) ロールシャッハ・テストについての文献研究 (3) - 日本の高齢者研究とその問題点. 児童・家族相談所紀要 17, 69-84.
 杉山善朗・大坊郁夫・奥瀬哲・柴田洋子 (1976) 老年者におけるロールシャッハ・テストの経年的研究. ロールシャッハ研究 , 1-11.
 薦政和・大久保美恵子・井上勝也・長谷川和夫 (1975) ロールシャッハ・テストによる老人痴呆の理解. 第17回日本老年社会科学大会報告要旨集, 42.
 World Health Organization (1992) *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. WHO. (融道男・中根允文・小見山実 (監訳) (2005) *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* 新訂版 医学書院) p. 57.