

# 過剰病理化はなぜ起こるのか—1— 非患者群に見られる特殊指標

中京大学心理学部・心理学研究科 八尋華那雄<sup>注</sup>  
中京大学心理学部・心理学研究科 馬場 史津  
東海学院大学人間関係学部心理学科 明翫 光宣

## Why does an over-evaluation on Rorschach occur? —Special Indices seen in non-patient group—

YAHIRO, Kanao (School of Psychology, Chukyo University)  
BABA, Shizu (School of Psychology, Chukyo University)  
MYOGAN, Mitsunori (Tokai Gakuin University)

This is our first report to investigate why does an over-evaluation occur on Rorschach interpretation. We have often encountered the special indices when analyzing non-psychotic data with the Comprehensive System introduced by John.E.Exner. In this survey, we examined the 59 non-patient's Rorschach data and those of 27 patients who were diagnosed and treated with psychiatric drugs. It was found necessary to reexamine the indices such as S-Con, DEPI, HVI, OBS among 6 Special Indices. It is difficult to accept the extraction rate of S-Con (constructed with 12 variables) between non-patient and patient group was not statistically significant. As we have experienced, it is reassured DEPI hit both group frequently. We also encountered HVI index in non-patient data quite often. OBS was considered to be theoretically correct but not keen to extract obsessive individuals.

**Key words:** ロールシャッハ・テスト, 包括システム, 過剰病理化, 非患者群

## はじめに

われわれは、この研究報告のシリーズでロールシャッハ・テスト（以下ロ・テストと略す）でなぜ過剰病理化が起こるのかを明らかにしたいと考えている。

最初のこの報告でわれわれは、包括システムで健常者のロ・テスト反応を解釈しようとした際に時々遭遇する DEPI, HVI, CDIなどの特殊指標のヒット（過剰病理化）の実態を自験例で報告する。続く報告で、過剰な査定が起こっているのならば、それはスコアをどのように扱うから起こるのかなどについて検討したい。この問題を解決するためにはいくつかのプロセスを経なければならない。まず健常者群（非患者群）のロ・テスト反応がどの特殊指標にどの程度該当するものを治療を受けている対象（患者群）と比較しながら行う必要がある。

## ロ・テストの何が批判されているのか？

過剰病理化とは、健康な人を精神的に問題がある、あるいは精神障害があると査定することである。1950年代に、ロ・テストに関する多くの研究がなされ、妥当性での弱点と過剰病理化の傾向を持つことが指摘され、特にアメリカではロ・テストの臨床の場での使用に疑問が投げかけられました。しかし、40年後 Exner, J.E. の「Comprehensive System (包括システム)」が科学的手法でロ・テストの科学的正統性をもたらしたと評価され、再びロ・テストの評価が高まったのである。日本にもこの包括システムは積極的に導入され、現在では若い心理臨床家を中心に盛んに用いられるようになってきている。だが、広く受け容れられるようになった包括システムも、90年代半ばには以前と同じような批判を受け始めるようになったのである。

再びこの過剰病理化の問題やロ・テストの信頼性・妥当性への疑義がわが国でも注目を浴びるようになったのは、Wood, J.M. ら (2003) が著した “What's

注 kyahiro@lets.chukyo-u.ac.jp

“What's wrong with the Rorschach Test?”が2006年1月にセンセーショナルに「ロールシャッハテストはまちがっている」と題して宮崎謙一氏によって邦訳されたのを機にしていると云ってもよいであろう。すぐさま、その年の11月に徳島文理大学で開催された日本ロールシャッハ学会第10回大会のシンポジウムでもWoodらのロ・テスト批判が取り上げられた。Woodらの批判は、包括システムのデータの収集と基準作成、スコアリングの信頼性、解釈の妥当性など多岐に亘っているが、その中に過剰病理化の問題も言及されていた。問題に対する告発を邦訳の記述を引用しながら以下にまとめてみた（引用の頁数などは邦訳による）。

Woodらは、不思議なことにこの書で、例えば精神力動的アプローチなどのシステムには（勿論、片口法についても）言及せず、数量的データを基礎にしたExnerの「包括システム」による査定にターゲットを当てて、さまざまな批判を行っているのである。批判が包括システムに集中している理由は、先に述べたようにExnerの包括システムが科学的で客観的なデータ処理が可能になったと評価され、広く受け容れられるようになったことが背景にあった。

Woodらが批判する包括システムの信頼性や妥当性そして誤判定・過剰病理化の背景には、①スコアリングが臨床目的にとって十分な信頼性をもっていないこと、②いくつかのスコアは思考障害の判定に役立ち、エリズール不安尺度は不安と関連があるが、その他は心理異常や心理的症状と明らかな関係が示されていないこと、③MMPIの結果にロ・テストを加えても診断や患者のパーソナリティ判断の精度が高まるとはあまりないこと、④反応総数がスコアに不当に影響する可能性が50年代には既に指摘されていたが、その統制を行っていないことなどが挙げられている（p230, 231）。

もう少しWoodらの主張を詳しくみてみよう。

#### \* スコアリングの信頼性への疑義

スコアリングの信頼性というのは反応語や明細化（反応の説明）に対して正しいスコア（分類）がなされているかということである。1995と翌96年スコアリングの信頼性、基準、妥当性を巡って論争が起こった。Exnerらの示した数値は信頼性係数で

はなく、評定者間のスコアリングの一致率を示したもので信頼性の評定には適切ではないというものである。スコアリングの信頼性は例えば濃淡反応、特殊スコア、passive Mなどで低いと指摘している（p201～208）。

#### \* 基準データと基準（norm）への疑義

疑義の主たるものは解釈の基礎となる基準データについてである。包括システムの最も顕著なそして強力な特徴は基準にあるが、公刊された基準データが少なく、査読を受けていない未公刊もので成り立っていて、同じデータが異なるところで示されていることがあっても数値が違ったりしているというのである。更には基準サンプルで200例を越す重複も指摘された（p213）。1990年代初めには全てのロールシャッハ変数の非患者成人と子ども、精神障害者の大規模な基準が示されたが、非患者成人のサンプルが必ずしも精神的に健康な人と規定できないものであった（p178, 179）。このExnerの基準と比較した研究（Meyer, G. 1989, 1992）で「ほとんどの変数で分散と平均が大きく違ってそれでいて、265人の大学生のデータは病的に見える程であった」という（p194～200）。基準については、1999年の国際ロールシャッハ学会で「非患者のロールシャッハ・データ世界中の知見」が発表された。ヨーロッパ、中央アメリカ、アメリカのロ・テスト・スコアは非常に似ているが包括システムの基準とは合わなかった。Exnerの基準と比較すると、非患者は病的であると判定された。Shaffer, T.W.ら（1999）はアメリカ人の成人の結果を公表しているが、その非患者の結果は、分裂病指標は6人に1人が該当し、30%近くに期待値が0である鏡映反応（Fr）が見られたという（p208, 209）。

「Exnerの結果が他の研究者たちの結果と著しく異なるままである限りは、彼の基準の正確さの問題がいつまでも消えないことは明らかである（p215）」とExnerの基準、その基準となったデータ（の数）、訂正された基準などExnerのnormに対しての批判は研究者の倫理としての問題を糾弾している。

#### \* 過剰病理化との関連

Woodらの主張は、Exnerの基準と比較すると過剰病理化がおこり、Exnerの基準が間違っているというものである（p215）。

Mittman, B.L.（1983）はロールシャッハ・ワー

クショップ参加経験者 90 名にプロトコルを送り、正常を含むいくつかの診断カテゴリーに分類するよう求めた。明らかに正常と思える人々の 75%以上を精神病者と診断した。この結果に Exner は「90 人の判定者たちは・・明らかに精神病や心理的問題をみつけようとしていたと思われる」と判定者の偏りの反映だとした。これらの批判に対する言い訳は「正常サンプルが非常に正常 (Meyer, G.)」とか「non-psychotics が必ずしも正常というわけではない (Exner)」といったものであった (p210, 211)。

「ロ・テストの失敗は、過剰病理化をする傾向があることである。包括システムは正常者のおよそ 75%を心理的に問題があると誤って判定することが研究から示唆されている。古いロールシャッハ法の誤判定率もこれと似たようなものである。正常な人々を病気のように見てしまう傾向がロ・テストにあることから、このテストが子どもたちの判定に用いられた時に心理的な問題があるという誤った判定が下されてしまうかもしれないことが懸念される。…… (p230)」。実際に、2000 年 Hamel, M. らは California 州の子ども 100 人のデータを検討したが、「子供たちは正常のはずなのに、データからは周囲の状況を間違って知覚・解釈する傾向があり、異常な思考傾向と著しい認知障害を抱えているとされるだろう。その現実の歪曲と論理的思考の欠陥の程度は精神病者に匹敵するものであり、また対人関係を確立・維持することと社会的場面に対処することに深刻な問題を抱えているとされる可能性もある。どうみても子どもたちは、うつ病患者に見られる多くの特徴を含む情動的障害があるように見える」と述べている。また UCLA の Kelly, R. らも Exner の基準が正常な子どもたちを過大に異常と判定するようであると批判しているのである (p209, 210)。

#### \* 解釈妥当性への疑義

ロ・テストは 1980 と 90 年代、さまざまな精神医学的障害を判定できると主張した。「包括システム」でも情緒的問題の有無、自己中心性や衝動性、反社会的傾向などの性格特性を見つけ出せるとされた。更には犯罪の再犯予測、性的虐待の判定、がん罹患の可能性をも検出可能と報告された (p216)。しかし、妥当性が確かめられているのは、いくつかのスコアは認知能力 (知能) や認知障害 (思考異常や精神病) の指標と認められる (p221) が、他の症状

や特性との関連は考えられないというものであった。それらの所見は指標や解釈仮説を追試した多くの研究で明らかとなった。DEPI と自己中心性指標の追試では Exner のいう結果と同じ結果が得られなかつたし、空白反応 (S) を敵意の指標と見做す根拠がない (Fonda, C. 1977) とか、現実経験の基礎にある理論は矛盾している (Kleiger, J. 1992) とか、ストレスや苦痛と関連するスコアが否定的気分や抑うつ質問紙と無相関であった (Meyer, G. 1989) といった否定的結果が出た。es と D スコアとストレスの関係も支持されなかった (Aron, L. 1980) (p197~198)。妥当性研究の流れの中で、MMPI との比較研究が行われ、身体疾患患者の抑うつの有無や精神病 2 群の判別では MMPI での判別の方がロ・テストよりも (Whitehead, W. 1985) という結果でさえあった。

以上のように、Wood らの批判はかなり手厳しい。それもこれも皆適切な基準の作成がなされていないことに帰するようである。しかし、この感情的とも言える批判は、Wood らの言う“ロールシャッハ推進派”であるわれわれにとってはかなり力が萎えるものである。それでは、臨床的に最も問題である過剰病理化は日本でも明白なのかどうか検討していくことにしよう。

**目的：**非患者群に特殊指標がどの程度見られるのかを、患者群と比較しながら検討し、次にどのような吟味をすべきか計画することを目的とする。

**対象：**20 代を中心とした反応数 14 以上の 18 歳から 35 歳までの非患者群 59 名 (男性 17 名, 19~34 歳, 平均年齢 22.2 歳, SD 2.59, 女性 42 名, 18~35 歳, 平均年齢 21.8 歳, SD 3.86) 試行時及び過去に精神疾患の既往のない者。

患者群は精神科クリニックを受診し、精神科医による精神医学的診断と投薬を受けている 17 歳から 54 歳までの患者群 27 名 (男性 12 名, 平均年齢 28.3 歳, SD 4.6, 女性 15 名, 平均年齢 30.6 歳, SD 10.8) である。

\* 非患者群のデータは筆者らが既に収集・保管してあったものと大学院生が演習で収集してきたもので、大学生 (社会人学生を含む) が対象である。

表1 特殊指標該当者の人数 男女別

		S-Con	PTI	DEPI	CDI	HVI	OBS
非患者群	男性 n=17	1 5.9%	0	8 47.0%	4 23.5%	5 29.4%	0
	女性 n=42	3 7.1%	0	22 52.4%	8 19.0%	15 35.7%	1 2.4%
患者群	男性 n=12	0	0	7 58.3%	7 58.3%	3 25.0%	0
	女性 n=15	0	0	6 40.0%	6 40.0%	4 26.7%	0

表2 特殊指標該当者の人数 非患者群と患者群

		S-Con	PTI	DEPI	CDI	HVI	OBS
非患者群	n=59	4 6.8%	0	30 50.8%	12 20.3%	20 33.9%	1 1.7%
患者群	n=27	0	0	13 48.1%	13 48.1%	7 25.9%	0

全てのデータのスコアリングを明記とハサウエー個別に行い、後に照合して違いがあったスコアについては二人で合議の後に決定した。

結果：両群の特殊指標の結果を順次呈示する。

まず、6つの特殊指標に該当している人数を群別・男女別に表1と2に示す。

Table 1 に見られる特徴を抽出すると、

- \* S-Con (Suicide Constellation Index 自殺の可能性) は、非患者群に 6% 程度見られるが、患者群に該当する者はいない。
- \* PTI (Perceptual-Thinking Index 知覚と思考の指標) は、両群共に該当者はいない。
- \* DEPI (Depression Index 抑うつ指標) に該当した者は、非患者群で 30 名 (50.8%) 患者群で 13 名 (48.1%) であった。両群共に男女差は見られなかった。
- \* CDI (Coping Deficit Index 対処力不全指標) は、患者群が非患者群の倍以上に (48.1% vs 20.3%) 該当していた。両群とも男女差はなかったが、非患者群に比し患者群に CDI に該当する者が有意に ( $p < .01$ ) 多かった。
- \* HVI (Hypervigilance Index 警戒心過剰指標) は、該当者の割合は非患者群の方が患者群を上回っていた (33.9% vs 25.9%) が有意の差ではなかった。両群に男女差も認められなかった。
- \* OBS (Obsessive Style Index 強迫的様式指標) は、ほとんど該当する者はなく、非患者群で僅か 1 名のみであった。

#### S-Con の結果：

患者群は先述したように病院やクリニックに通院していて、抗不安薬や抗うつ薬などの投薬を受けて

いる人たちである。しかし、S-Con 8 变数以上に該当する者はいなかった。我々の患者群のサンプルは Exner の記述に従うと、(さまざま) 患者比較群ということになろうが、cutting-point すぐ下の 7 变数にチェックされたのは 3 名 (11.1%) に過ぎなかった (非患者群も 7 变数は 3 名 (5.1%))。しかし、非患者群では 8 变数以上の指標に 4 名 (6.8 %, 女子 3 名 = 7.1%, 男子 1 名 = 5.9%) が該当していた。その 4 名の反応数はそれぞれ、59, 26, 54, 19 で、TR が多い者が該当するというわけではなかった。

#### PTI の結果：

PTI は両群とも cutting-point の 4 变数以上の該当者が全くいなかった。患者群の中に明らかに統合失調症と診断された者はいなかったが、知覚と思考に大きな歪みを持つ者がいないという結果も意外であった。cutting-point は 4 变数であるが、PTI は連続性の尺度とも言っている。ならば、患者群により高い点数の者が分散していくてもよいことになる。特典の分布を示すと、表 3 に見るような結果であった。非患者群には 2 变数以上が 5 名 (8.5%) いて、患者群の最高点は 2 变数で 8 名 (30%) であった。やはり患者群の方に該当に近い者が有意に多かった。3 と 2 を 1 つにまとめても統計上の結果は変わらない。PTI 得点の 2 あるいは 3 と 2 では患者群が有意に ( $p < .05$ ) 多く、0 は非患者群が有意に多かった。

#### DEPI の結果：

今回の調査で特殊指標がもっと多く該当していたのは DEPI である (全非患者群 30/59=50.8%, 女性 22/42=52.4%, 男性 8/17=47%, 全患者群 13

表3 PTI の得点分布

(人数)

PTI 得点	3	2	1	0	3+2	1	0
非患者群	1	4	10	44	5	10	44
患者群	0	8	7	12	8	7	12

表4 DEPI の得点分布

(人数)

DEPI 得点	7	6	5	4	3	2	1
非患者群	3	12	15	10	10	8	1
患者群	0	5	8	6	5	3	0

/27=48.1%，女性 6/15=40%，男性 7/12=58.3%）。性差・群間差共にない。患者群の中には抑うつを訴える者が少なからずいるので、半数に近い者が該当しても不思議はないはずだが、非患者群が有意ではないが患者群よりも多くこの指標に該当しているのは理解に苦しむ。

反応数の多少に影響されていないかと、R≥40, 39≥R≥30, 29≥R≥20, R≤19 の 4 群に分けて該当者数を見てみたら ( $\chi^2$  検定)，両群間と患者群の男女で差はなかったが、非患者群の男女間で有意の差 ( $p<.01$ ) が見られた。残差分析の結果、R≥40 の女性と R≤19 の男性に DEPI が多く、R≥40 の男性と R≤19 の女性に DEPI が少なかった。

#### HVI の結果：

HVI で両群間に該当者数に統計的な差はない（全非患者群 20/59=33.9%，女性 15/42=35.7%，男性 5/17=29.4%，患者群 7/27=25.9%，女性 4/15=26.7%，男性 3/12=25%）。両群の男女間にも差は認められなかった。ここで両群其々の平均反応数で多い群と少ない群の 2 群に分けて男女間の差も見てきたところ、非患者群で、R≥32 では女性に、R≤31 では男性に HVI が有意に ( $p<.05$ ) 多かった。患者群の分岐点は R≥26, R≤25 であるが、ここでは反応の多い男性と反応の少ない女性に HVI が多いという逆の結果であった。

#### CDI の結果：

CDI では両群の間に差が見られた（全非患者群 12/59=20.3%，女性 8/42=19%，男性 4/17=23.5%，患者群 13/27=48.1%，男性 7/12=58.3%，女性 6/15=40%）。残差分析の結果、 $p<.01$  で患者群に CDI 該当者が多かった。しかし、両群共に男女差は認められなかった。CDI も其々の群の平均反応数より上と下の 2 群で出現率を見てみると、非患者

群でのみ R≥32 と R≤31 で反応の少ない群に CDI が多い傾向 ( $.05 < p < .10$ ) があった。

#### OBS の結果：

OBS に該当したのは非患者群でたった 1 名（女性 R=47）だけであった。両群合わせた全被検者の 0.11% に過ぎなかった。

#### DEPI と CDI

Exner による感情の解釈では、DEPI と CDI の値を検討する。この二つの値が共に高い場合は、感情が混乱し、その問題がかなり深刻であると考える。DEPI が高い人は情緒が混乱し、悲観的認知をし、無気力で、挫折感を抱いている人に見られやすい。CDI の高い人は、他人と成熟した人間関係を作り維持する Social Skill を欠き、不適切で無力な行動を取りやすい。この二つの変数はお互い関係し合っていることが考えられる。そこで、DEPI と CDI が共に該当している人がどの位いるかを見てみた。非患者群では 9 名 (15.3%，男性 3 名，女性 6 名)，患者群では 7 名 (25.9%，男性 4 名女性 3 名) であった。統計的には有意差は認められなかった。

#### 考察

##### \* S-Con

S-Con は 1980 年代中ごろまでにロ・テストを受検後 60 日以内に自殺既遂した 101 名のプロトコルを分析して抽出された変数や変数の組み合わせで創られたとされている。12 項目 (12 変数) で構成されていて、そのうち 8 項目以上に該当すれば自殺の可能性が示唆される。Exner (2000) は「自殺群のサンプルの 80% を正確に同定した。患者比較群の 6%～12% にしか 8 以上の項目が該当するものではなく、非患者比較群には該当するものはいない。cutting-

point を 7 に下げるに自殺群の正当率は 90% に上がるが、さまざまな比較群で擬陽性の割合が 30% 以上に上昇し、6% の非患者の記録にも当てはまることになる」と記している。わが国の高橋(2007)の資料では、「健常成人 400 人の資料では、S-Con $\geq$ 8 に 2 人 (0.5%) が該当している。なお S-Con=7 の者は 8 名 (2%), S-Con=6 の者は 32 名 (8%) である。」という。

われわれの患者群サンプルでは、7 項目にチェックされたのは 3 名 (11.1%) に過ぎなかった (非患者群も 7 変数は 3 名 (5.1%) ) が、非患者群では 8 項目以上の指標に 4 名 (6.8%, 女子 3 名 = 7.1%, 男性 1 名 = 5.9%) が該当していた。患者群に該当者がなく (Exner 患者比較群 6%~12%), 非患者群に 4 名の該当は Exner (0%) や高橋ら (0.5%) の資料よりも多い。7 項目でも Exner (6%) 高橋 (2%) に比しわれわれのデータでは実数は 3 名と少ないものの、患者群 11.1%, 非患者 5.1% が多いのである。われわれのサンプル数が圧倒的に少ないことを考えるとこの違いは注目すべきものがある。そこで、12 の変数のどの変数に該当が多いのかを見てみた。非患者群と患者群の男女および両群の間に、いずれかの変数が有意に多いとか少ないということはなかった。 $\textcircled{8} X + \% < .70$ ,  $\textcircled{3} r + (2) / R < .31$  or  $> .44$  の 2 変数は両群共に 70% 以上の被検者に該当していた。3 番目に多く該当した変数は  $\textcircled{6} es > EA$  であった。両群共にあまり該当しなかった (15% 以下) 変数は、 $\textcircled{4} MOR > 3$ ,  $\textcircled{10} 3 > P > 8$ ,  $\textcircled{12} R < 17$  であった。つまり、われわれの被検者の多くは、現実を正しく認知できず、自分への注意が少なすぎるか過剰で、統制できないほど欲求などが強くなつて苦痛を感じストレス耐性が低下している。しかし、自分を否定的・悲観的には見ておらず、常識的な判断や慣習的行動が期待でき、生産性が損なわれている人は少ないということになる。非患者群の多くは青年期にある大学生で、現実検討に問題があったり、自意識が過剰 (あるいは自分を見ることを避けたり) だったり、欲求を抑えられないことも当然あるだろうと思われる。このことがどのように自殺と関連するのかを、自己評価や一般的常識的判断は損なわれている者は少ないことも考え併せるとこの指標は再考を要するように思われる。

S-Con を抽出するに当って受検後 2 カ月以内に自殺既遂したデータから得られた 12 もの変数の出現率が非患者群と患者群の間で統計的に差がないと

いうのは理解し難い結果である。この種のデータを手に入れるのは極めた困難ではあるが、改めて検討してみる必要があるのでなかろうか。

#### \* PTI

PTI は精神分裂病 (統合失調症) 指標 (SCZI) と呼ばれていた指標を修正したものである。以前は SCZI 値が 4 以上あれば分裂病様の問題を持つ可能性があると示唆されていた。しかし、他の患者群にも擬陽性を示す者が見られていた。統合失調症ではない患者が所見に該当しても、この指標には認知の媒介や思考と関連している変数が含まれているので必ずしも間違いともいえない。かなり混乱している患者は、よく認知や思考に障害を示すからである。彼らには blot のはっきりした手掛けかりを無視するとか、 blot と形態が合致しないロールシャッハ反応を連想してしまい易い傾向がある。擬陽性の割合が若年者の中にかなり目立つのも特徴で、特に思春期前期と思春期で衝動的行動をとる若者に多いことも報告された。このような経過で SCZI が使われなくなってきて、新しい「知覚と思考の指標」が設けられた。5 項目 6 変数で構成されている。「PTI は統合失調症を鑑別するための診断指標ではない。これは心理機能の 2 つの重要な領域である認知の正確度 (Reality Testing 現実検討力) と思考の明確性 (Ideational Clarity 概念の明確性) の程度を表し、 PTI 値が高いことはこの 2 つの機能に潜在的問題がある (高橋 p99)。」と考えられている。この指標は決め手となる cutting-point が設定されていない。なぜなら、この指標は連続性の尺度と見るのが相応しいからで、値が高くなればなるほど望ましくないと考えられる。PTI 値が 4・5 であれば、値が 0・1・2 よりも認知の媒介や思考に問題があることを示している (高橋 2007)。表 3 で見たように、患者群が 2 変数に該当する者が多く、全く該当しない者は非患者群に多くみられた。この結果は、理論的にはかなり妥当なものと思われる。

#### \* DEPI

DEPI の高い人は、チェックするスコアの項目の意味するところから、①感情が混乱し、②情緒不安定で気分が変わり易く、③憂鬱な気分に捉われたり、④心理的苦痛を訴えたり、⑤物事を悲観的に考え、⑥消極的・無気力で挫折感を抱きがちで、⑦緊張感や不安を抱え易いという特徴を持つ人たちである。

感受性の鋭さと否定的な信念と不適切な反応をすることがDEPIと関係付けられている。

今回のわれわれのデータでは、①特殊指標でもっとも該当していたのはDEPIであった。両群共に半数に近い該当があったが、性差・群間差は共になかった。該当には、②反応数の多少が非患者群の男女間で影響していて、 $R \geq 40$ の女性と $R \leq 19$ の男性にDEPIが多く、 $R \geq 40$ の男性と $R \leq 19$ の女性にDEPIが少なかった。

DEPIは7項目14の変数で構成されている。cutting-pointは5項目である。DEPIが5を超えているからと言って、ただちにうつ病と診断することはできないが、高い値は情緒が混乱し、悲観的な認知をし、無気力で挫折感を抱いている人に見られ易い。高橋ら(2007)によれば、健常成人400名の平均は3.54、SDは±1.22、中央値4.00であるという。われわれの結果は、非患者群では平均が4.32、SDが±1.50、中央値は4.00であった。患者群では、平均4.26、SD±1.26、中央値4.00であった。非患者群と患者群には差がなく平均は共に高橋らのものよりもやや多かった。そこで、両群の14の変数其々の該当数を見てみた。両群の男女間に差はなく、群間で差があったのはAfr<0.46とBlends<4の2変数であった。共に患者群に有意に多かった。AfrはAffective Ratio(感情の比率)のことで多彩色図版であるVIII・IX・XとI～VIIまでの反応数の比率をいい、感情刺激に対する関心に関係している。平均は0.48、SD±0.16、中央値0.45(高橋2007)である。Blendsは複数の決定因を用いていることを意味している。平均2.96、SD±2.18、中央値3とされている(高橋2007)。Afrの低い人は情緒刺激を避け、感情を搔き立てるような刺激への関心が薄く、感情を適切に処理できないので人間関係を回避し易い。Blendsの少なさは物事を単純に取り扱おうとし、多面的な見方が出来ず、知的に劣っていることや、精神的に未熟な可能性を示唆する。患者群にこの特徴が見られることは容易に推測できるが、うつとAfrの低さやBlendsの少なさの関係がどちらが原因でどちらが結果であるのかを決定することはできない。

いずれにしろ、経験的にもDEPIの該当率は患者・非患者を問わず高いことが今回の調査でも確認できた。特殊指標として、かくも容易に該当し、しかも患者群と差がない変数が12にも及ぶのは、やはり指標としての切れ味がないと言わざるを得ない。

この指標も再考を要する。

#### \* CDI

CDI(対処力不全指標)は5項目11変数で構成されていて、そのうち7変数は対人関係の欲求の有無を、2変数は情緒の回避や貧困を、2変数は統制力や対処力の乏しさをチェックしている。CDIの高い人は、他者との成熟した人間関係を結び、持続するSkillを欠き、不適切で効果のない行動を取り易い。高橋らは(2007, p35)「包括システムのCDIの基準をそのまま用いると、DEPIの値と同じように、日本人のCDIの値はアメリカ人よりもかなり高くなる。これはCDIを構成する変数の中で、日本人のEAがアメリカ人よりも一般に低いことなどにも影響されているからである。平均は2.68、SDは±1.27、中央値は3.00である」という。われわれのデータでは非患者群の平均は2.44、SDは±1.11、中央値3.0、患者群の平均は3.22、SD±1.23、中央値3.0であった。

CDIでは両群共に男女差は認められていないものの両群の間に差が見られ、患者群にCDI該当者が有意に多かった(患者群48.1%、非患者群20.3%)。どの変数に該当が多いかを見てみた。各変数の該当率に両群で統計的には差はなかったが両群とも同じ3つの変数が高く、その該当率は患者群の方がみな高かった。

患者群では③-2 Afr<0.46(70.4%)、②COP<2かつAG<2(66.7%)、⑤-3 Fd>0(44.4%)の順で多かった。一方、非患者群では②COP<2かつAG<2(59.3%)、⑤-3 Fd>0(50.8%)、③-2 Afr<0.46(32.2%)の順であった。Afrの低い人は、感情を刺激される場面を適切に処理できないので、人の関係を回避しがちになる。COPは見えた対象二つが積極的にかつpositiveに関わっている場合にコードされる。対人関係を肯定的に眺め、人は相互に協力するものという態度と期待を表している。われわれのデータはそれが半数以上の人々に欠けているということになる。高橋によれば、日本人のCOPは平均が1.27で0～2が83%(AG=0は73%)にも及ぶという。例え二人の人間を左右に見ても交流がなければCOPはコードできない。AGは明細化の中に現在攻撃が向けられている表現に与えられる。対人関係を自己主張的・競争的な関係と見る態度を表している。COP<2かつAG<2は人の関係が攻撃的でも協調的でもないかなり中

途半端な関係であることを意味している。Fd（食物反応）は他者に頼ったり、寛大に接してもらって、自分のために動いてくれることを期待する願望を象徴している。人とは協力的ではないが甘えさせてくれる関係を望んでいるということになる。そういう情緒的刺激に弱く（ストレス耐性が低く）、人を頼りにしがちな人が、対処力が足りないということになるらしい。換言すれば自我の弱さということになるだろう。CDIは健常者のデータでもよく該当するがこのように患者群と非患者群で差が見られることなどからも、一応適切な特殊指標と見てよいのではなかろうか。

#### \* HVI

高橋（2007, p75）によれば、「HVI（警戒心過剰指標）は対人知覚・情報処理・思考のクラスターにおいて用いられる。HVI陽性の人は、自分が弱いと感じていて、外界への否定的で猜疑的な態度を持っている。彼らは他者への警戒心が強く、自分の生活空間を守ろうとつとめ、他者に利用されたり、他者から傷つけられないように控え目に行動することで自己を防衛する。また彼らは他者を信用せず、他者と親密になることを避け、いつ何事が起きても対応できるように、外界を注意深く慎重に眺め、用心深い態度を示す。」健常成人の陽性は12%であるという。

HVIで両群間、両群の男女間にも該当者数に統計的な差はなかった（非患者群20/59=33.9%，女性15/42=35.7%，男性5/17=29.4%，患者群7/27=25.9%，女性4/15=26.7%，男性3/12=25%）が、われわれのデータでは高橋らの平均出現率よりも倍以上の該当率であった。経験的にも健常者のプロトコルでHVI陽性に出会うことが多いよう思う。藤岡によれば（2004, p109）「日本人でHVIに該当する人を見ていると、対人不信感が強く、親密さを回避するというよりは、むしろ人に対する『慎重で、節度のある、気遣い、気配りの人』という印象を受けることが多い。『警戒心過剰指標』と名づけるよりも『気遣い指標』と呼んだ方が適切」とある。気遣いという特徴であれば1/4～1/3の人を見られても不思議ではないし、患者群の方に該当者が少ないとこも肯けるのではないか。この指標は藤岡がいうようなpositiveな視点で再考する必要があるのではなかろうか。

この指標は反応数の多少で別けてみると男女間の

差が見られた。群間で逆の結果が得られた。非患者群では反応の多い女性にHVI陽性が、患者群では反応の多い男性にHVI陽性が多いということの意味するところは現時点では解らない。更なる検討が必要である。

#### \* OBS

OBS（強迫的様式指標）は情報処理や思考のクラスターにおいて検討される。OBS陽性の人は完全主義の傾向があり、正確さや厳密さを求め、些細なことに過度にこだわるという特徴を持つ。この特徴を捉える変数は5つで構成されている。①Dd>3 Ddが多いのは些細なことに拘りや術学的な傾向を示す。②Zf>12 inkblotを全体として見なければと思い込んだり、部分を全体に統合しようしたり、Sも取り入れて完全性を求めて反応しがちである。③Zd>+3.0 組織化活動反応値（Zsum-Zest）のことで、刺激を取り入れる過程で完全であろうと多大な努力をし、取り込み過剰になってしまうことを示している。④Populare>7 平凡反応の量が多すぎるのは、社会に容認されることに強い関心を抱く強迫傾向や完全主義の傾向を持つ人に多い。⑤FQ+>1 FQ+が多いのは詳細で正確であろうとし、完全主義や過度に用心深い人に多い。以上の記述を見る限り、5つの変数がOBSを形成する項目として用いられている事に疑義はない。われわれのデータではOBSに該当したのは非患者群でたった1名（女性R=47）だけであった。両群合わせた全被検者の0.11%に過ぎなかった。高橋らのデータ（高橋p73）でも、「OBS陽性の人は400人の健常成人には全く見られず、健常成人の強迫傾向を口・テストから推測する時、この指標の数値のみに頼るべきではない。陽性0%。我々のデータでも非患者群59名中1名、患者群27名中0名であった。」としている。強迫的様式のOBSはHVIやCDIと同様に病気のサインというよりもその人の行動上の特徴や刺激を処理する構造といつてよいもので、強迫性は日本人的心性のひとつと考えてもよいだけに非患者群だけではなく患者群にも一定数いても不思議ではない。PTIが非患者群でhitしないのは当然だとしても、OBSが全くhitしないというのは解せない。このような結果は奇異な印象を与える。この指標については慎重に再考する必要があるだろう。

以上、6つの特殊指標の該当率を自験の非患者群

と患者群を用いて検討してきた。病理化だけではなく、当然該当してもよいはずの指標（例えば非患者群にある程度の OBS 該当や患者群にある程度の PTI 該当者など）にチェックされないという現象もみられた。特に再考を要する指標は S-Co, DEPI, HVI, OBS である。理論的に妥当と考えられるのが PTI で、指標として適切と判断できるのが CDI という結果であった。OBS は理論的には妥当だと思えるが指標としての切れ味はほとんどないといってよいのではなかろうか。シリーズの次のステップはこれらの再考を要する指標の一つ一つについて、反応数などを操作的に扱って検討して行くことである。

#### 文献

- Exner, J.E (2000) ロールシャッハの解釈, 中村ら訳  
金剛出版 2002
- 藤岡 淳子 包括システムによるロールシャッハ臨床  
誠信書房 2004
- 高橋雅春, 高橋依子, 西尾博行著 ロールシャッハ・  
テスト実施法 金剛出版 2006
- 高橋雅春, 高橋依子, 西尾博行著 ロールシャッハ・  
テスト解釈法 金剛出版 2007
- Wood, J.M What's Wrong With The Rorschach:  
Science Confronts the Controversial Inkblot Test.  
2003 (ロールシャッハ・テストはまちがっている—  
科学からの異議 宮崎謙一訳 北大路書房 2006)

(受理年月日 2009年12月15日)