

包括システムによるロールシャッハ・テストにおける 精神分裂病指標(SCZI)の分析——精神分裂病者を中心にして

Analysis of Schizophrenia Index in the Comprehensive Rorschach System :
Focusing on Schizophrenics

笠井さつき (帝京大学医学部附属溝口病院精神神経科)

津川律子 (東京警察病院神経科)

中野明徳 (福島大学教育学部附属教育実践総合センター)

Satsuki Kasai (Department of Psychiatry, Mizonokuchi Hospital, Teikyo University School of Medicine),

Ritsuko Tsugawa (Department of Neuropsychiatry, Tokyo Metropolitan Police Hospital),

Akinori Nakano (Research and Guidance Center for Teaching Practice, Faculty of Education, Fukushima University)

要 旨

包括システム (comprehensive system) によるロールシャッハ・テストの「精神分裂病指標」(schizophrenia index : 略称 SCZI) に本研究は焦点を当てた。SCZI は 80% という高率で精神分裂病者を同定するとされているが、実際、SCZI はどの程度、日本人精神分裂病分裂者を同定するのかを調査した。対象は DSM-III-R (1987) で精神分裂病と診断された 43 名、辺縁疾患である妄想性障害 5 名、対象群として健常成人 26 名、合計 74 名であり、精神分裂病の亜型分類についても考慮して分析を試みた。結果として、精神分裂病の 3 亜型 (妄想型・緊張型・解体型) を合わせた SCZI 該当率は 52.6% であり、その他の精神分裂病者を入れた最終的な SCZI 該当率は 48.8% であった。亜型分類別の該当率は、解体型 60.0%、緊張型 57.1%、妄想型 43.8% であり、解体型が最も高率で該当していた。SCZI を構成する項目や変数、その他のロールシャッハ主要変数の分析により、特に X-% が精神分裂病の検出に有効であることが示唆された。また、SCZI の今後の課題についても若干の指摘を行った。

Abstract

The validity of Rorschach Test using the comprehensive system was investigated focusing on schizophrenia Index (SCZI). It has been reported that SCZI is able to identify schizophrenics at a high rate of 80% in American counterparts. The aim of this study was to investigate whether or not the finding could be replicated in Japan. The subjects were 43 patients diagnosed as schizophrenia and 5 patients diagnosed as delusional (paranoid) disorder by DSM-III-R. The control group consisted of 26 healthy adults. The validity was also investigated for identifying schizophrenics in each clinical subtypes, respectively. Nearly half of the schizophrenics were correctly identified using SCZI (48.8%, n=43), and the three types of schizophrenia were correctly identified (52.6%, n=38). Among the clinical subtypes of schizophrenia, disorganized type showed a high rate of identification (60.0%), as compared with the other subtypes (atonic type 57.1%, paranoid type 43.8%). Whereas, only one subject of the control group was diagnosed as schizophrenia. Among the variables contained in SCZI, X-% showed a high validity in identifying schizophrenics. Moreover, we pointed out some problems of SCZI that should be overcome in the near future.

キーワード : 精神分裂病指標、包括システム、ロールシャッハ・テスト

Key Words : schizophrenia index, comprehensive system, Rorschach Test

I. はじめに

ロールシャッハ・テスト（以下、ロ・テスト）の創始者であるRorschach, H. (1921)が精神科医であったため、ロ・テストによる精神分裂病研究の歴史は、彼の『精神診断学 (Psychodiagnostik)』に既に端を発している。この著作における405名のロールシャッハ・プロトコルのうち188名は精神分裂病で占められており、その後も、Rapaport, D., Piotrowski, Z.A., Beck, S.J.などロ・テストを発展させた著名な研究者たちが、ロ・テストにおける精神分裂病の特徴を次々と指摘していった。これら複数の研究者による精神分裂病特徴は、片口 (1987) によって分かりやすく整理されている。共通に指摘されている特徴の代表として認知の障害を示す形態質の低下や思考障害を示す逸脱言語表現 (deviant verbalization) の存在などが挙げられ、さらに、たとえば位置反応 (Po) やエッジング (edging) のように精神分裂病者の全てに認められるわけではないが存在すれば示唆的な特徴まで網羅されている。これらの知見を踏まえて、片口 (1958) はロールシャッハ分裂病得点 (RSS) を発表し、精神分裂病診断補助のための量的基準を示した。このRSSは、 $\Sigma F + \%$ と $W - \%$ という形態質をみる2変数と逸脱言語表現を得点化した $\Delta \%$ に、P反応数と修正BRSが加わった5変数から導き出されるが、算出方法を合理化した新RSSも大山ら (1961) によって開発されている。

片口 (1958) がRSSを世に出して以来、約40年という歳月が経過し、精神分裂病の診断基準や生物学的背景の探索などが飛躍的に進歩した反面、筆者らの知る限りRSSのみならずロ・テストによる精神分裂病指標の発展は乏しかった。その間、周知のようにExner, J.E.が各学派の英知を集大成しようと目指した包括システム (comprehensive

system) が徐々に形をなし、このシステムにおける重要な指標の1つとして精神分裂病指標 (schizophrenia index, 以下、SCZI) の開発 (1986) が試みられ、1989年に最新のSCZIが発表されたのである。SCZIの特徴は、精神分裂病の中心的症状である不正確な知覚 (低い形態質) と思考障害 (逸脱言語表現から特殊スコアへと発展) にのみの絞ったという単純さに加えて、SCZIの6項目のうち4項目以上が該当すれば精神分裂病を疑うところから解釈を開始するという、解釈戦略に極めて密接な指標として位置づけられている点であろう。片口 (1958) によるRSSが精神分裂病者の80%を同定するとされていたのと同じ80%以上の同定率が最新版SCZIにはある (Exner, J.E., 1991) とされているが、SCZIについての追研究は米国でもわずかにFarooqi, Y.N. (1989) の報告のみであり、日本においては磯邊ら (1995) と西尾 (1996) の報告のみである。磯邊ら (1995) では精神分裂病群のうち76.1%が $SCZI \geq 4$ の陽性と高率であったが、西尾 (1996) では45.3%と低率であり、両者の報告する同定率には大きな差異が認められている。

筆者らはExner, J.E.の提案する臨床指標に以前から関心をもち、既にうつ病指標 (Depression Index : 以下DEPI) と対処力不全指標 (Coping Deficit Index : 以下CDI) について、日本において入院患者を中心としたうつ病者を対象として分析を行った (津川ら, 1997)。その結果、DEPIやCDIの同定率は、Exner, J.E.の発表している同定率をはるかに下回り、DEPIやCDIをそのまま日本における臨床診断の補助に用いるには複数の注意点が必要であると考えられた。そこで、今回は、SCZIが日本における精神分裂病者を実際どれくらい同定するのかという課題を、精神分裂病の亜型分類についても考慮して分析を試みたので報告したい。

II. 方法

1. 対象

対象は、東京都内のT大学病院に1987年から1996年までに外来・入院で受診した精神分裂病とその辺縁疾患患者である。精神分裂病の亜型分類はDSM-III-R (1987)で妄想型(P群)16名、緊張型(C群)7名、解体型(H群)15名、分類不能型や残遺型を含むその他の分裂病(O群)5名である。以上は全員精神分裂病患者で、精神分裂病患者の総数は43名となった。さらに、SCZIの判別力を見るために辺縁疾患として、妄想性障害(D群)5名と、対照群として健常群(N群)26名(内、男性13名、女性13名)を加え、対象者は全部で74名となった。なお、DSM-III-R (1987)診断は、主治医を含む複数の医師・パラメディカルスタッフ・看護婦が参加する診断検討会で決定されたものである。

各群の平均年齢は、P群32.3(±7.6)歳、C群30.1(±9.9)歳、H群22.7(±8.3)歳、O群32.0(±10.7)歳、D群34.2(±10.8)歳、N群29.2(±4.4)歳であり、どの群もおおむね30歳前半であるが、H群(解体型)だけが平均22.7歳と若く、Kruskal-Wallis検定で1%水準の有意差が認められた。

妄想性障害D群5名を入れた臨床群48名の入院と外来の割合は、入院患者38名、外来患者10名で、入院患者が79%と多くなっている。

2. ロ・テストの施行と処理

ロ・テストは対象者全員が個別に受検した。臨床群は研究のためにロ・テストを受検したのではなく、臨床の必要上施行したケースばかりである。そのため、本来、包括システムで規定されている反応数(R) ≤ 13の場合の再施行は行っていない。これが本報告データの最大の特徴であるが、再施行を行わない理由は以下のとおりである。①包括システムの教示で反応数が少ないと再施行になることは被検者に予め教

示されていない。つまり、被検者にとっては抜き打ちであるという臨床家としての倫理上の問題、②ただでさえ疲労しやすい精神分裂病患者がロ・テスト図版を2回見なくてはならないという被検者の負担の過重、③ロ・テスト図版を1回目に見た時と2回目では被検者の精神状態が変化することが想定されるが、こういった2種類の手続きによるデータを混ぜて処理してよいのかという研究方法上の問題、④Exner, J.E.が反応数 ≤ 13のプロトコルを除外したのは主に統計処理上の理由であって、反応数が少ないプロトコルに意味がないと指摘しているのではないという理論上の背景、である。再施行を行わなかったため、包括システムに従い反応数 ≤ 13のデータは今回の研究対象から除外した。結果として、約100あった臨床データのうち約半数のデータが除外されることとなった。このことは本報告の結果に重大な影響を及ぼしたと考えられるが、今後、反応数の少ない臨床群データを統計処理上どう扱うかという問題を再び提起することにもつながるため考察でふれたい。

ロ・テストの処理は、74名の対象者全員をランダムに分けて筆者らが行った。筆者らはロ・テスト経験9~21年で、包括システムに関しては、ワークショップ、講習会、グループスーパービジョンなどで約4年の経験である。

3. SCZI

SCZIの各項目は次の通りである。

表1 SCZI (精神分裂病指標)

- 4個以上の項目に当てはまる場合にヒットする。
- $(X + \% < .61)$ かつ $(S - \% < .41)$ 、あるいは $(X + \% < .50)$ のいずれか
- $X - \% > .29$
- $(FQ \geq FQu)$ 、あるいは $(FQ - > FQo + FQ+)$ のいずれか
- $(\text{Sum Level 2 Sp.Sc.} > 1)$ かつ $(FAB2 > 0)$
- $(\text{Raw Sum of 6 Spec. Scores} > 6)$ 、あるいは $(\text{Weighted Sum of 6 Sp. Sc.} > 17)$ のいずれか
- $(M - > 1)$ 、あるいは $(X - \% > .40)$ のいずれか

表2.SCZI値の分布 (人数)

	P群	C群	H群	O群	D群	N群	計
SCZI ≤ 3	9 (56.3)	3 (42.9)	6 (40.0)	4 (80.0)	5 (100.0)	25 (96.2)	52 (70.3)
SCZI = 4	3 (18.8)	3 (42.9)	5 (33.3)	1 (20.0)	0 (0.0)	1 (3.8)	13 (17.6)
SCZI = 5	3 (18.8)	1 (14.3)	3 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (9.5)
SCZI = 6	1 (6.0)	0 (0.0)	1 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.7)
計	16 (100.0)	7 (100.0)	15 (100.0)	5 (100.0)	5 (100.0)	26 (100.0)	74 (100.0)
SCZI該当率 (%)	43.8	57.1	60.0	20.0	0.0	3.8	

() 内は%を示す

III. 結果

1. 各群におけるSCZIの該当率について、表2にまとめた。精神分裂病の3亜型(H、P、C群)を合わせた該当率は52.6%であり、その他の精神分裂病群O群を入れた最終的な精神分裂病群の該当率は48.8%であった。

2. SCZIを構成する6項目について6群間で χ^2 検定を行った。その結果、 $p < 0.01$ で有意差が認められたのは、 $X - \% > 0.29$ の項目であった。次に、 $p < 0.02$ で有意差が認められたのは、(RawSum6Sp > 6) or (WSum6Sp > 17) と、(M - >) 1 or ($X - \% > 0.40$)の2項目であった。最後に、 $p < 0.05$ で有意差が認められたのは(Sum Level 2 > 1) and (FAB2 > 0)の項目であった。残りの項目である($X + \% < 0.61$) and ($S - \% < 0.41$) or ($X + \% < 0.50$)と、($FQ - \geq FQu$) or ($FQ - > FQo + FQ +$)は有意差が認められなかった。

3. SCZIの6項目を構成している10個の変数について6群間で χ^2 乗検定を行った。その結果、有意差の認められたのは9つの変数であった。 $p < 0.01$ で有意差が認められたのは、 $X - \% > 0.29$ 、 $X - \% > 0.40$ 、 $FQ - > FQo + FQ +$ の3変数であった。次に、 $p < 0.02$ で有意差が認められたのは、FAB2 > 0とWSum6 Sp > 17の2変数であった。最後に、 $p < 0.05$ で有意差が認められたのは、

$S - \% < 0.41$ 、 $X + \% < 0.50$ 、 $FQ - \geq FQu$ 、Sum Level 2 > 1の4変数であった。残りの変数である $X + \% < 0.61$ は全く有意差が認められなかった。

4. 精神分裂病の主要亜型3群(H群、P群、C群)と健常群の間で主要なロールシャッハ変数について2群間の検定を行い、その結果を表3にまとめた。特に、H群において各ロールシャッハ変数は多くの有意差が認められている。

表3. 主たるロールシャッハ変数における健常群との有意差

	P群	C群	H群
AGE			***
SCZI	***	**	***
active			*
Ma			***
Sum6	***	**	**
LV2	***	***	***
WSum6	***	***	***
P			*
X+%	*		***
X-%	***		***
Xu%		*	***
Zf		***	***
Dd			*
M			***
DQ+			***
DQv		***	***
Lambda	*		**
FM+m			***
EA			***
FM	*		*
AB	*		

* p < 0.05 ** p < 0.02 *** p < 0.01

注) 群間差はWilcoxon 2-Sample Testによって算出したもの

5. SCZIに採用されていないロールシャッハ変数についても考察を加えるため、主要なロールシャッハ変数を6群間で比較し、表4にまとめた。SCZIに採用されていないロールシャッハ変数にも、有意差が認められた変数があった。

IV. 考察

1. SCZIの該当率について

SCZIの該当率は、精神分裂病者43名中、精神分裂病の可能性が有意に高いとされる4項目以上に該当したものが21名で、陽性率48.8%であった。この48.8%という値は西尾(1996)の45.3%と極めて近似しており、日本ではExner,J.E.の米国での陽性率80%を下

回り、実際の精神分裂病者の約2分の1をSCZIが拾い損ねる可能性を示唆している。

しかし、日本だけでも精神分裂病患者数は約42万人(岡上,1986、川上,1995)と推定されており、このように膨大な疾患群の特徴を、わずか43名のデータで推測するというのは実証科学研究として無謀であり、本報告の値はあくまで単なる参考資料として捉えるべきであろう。また、いかに操作診断基準を用いようと、本報告のような一医療機関からの値では偏りが生じる恐れが高く、今後、各臨床場面から多くのデータが報告されることが望まれる。

このような限界の範囲内であるが、Exner,J.E.のデータでは、米国の健常成人700名で、SCZI=4が2名(0.3%)、SCZI≥5

表4.主たるロールシャッハ変数の平均値と群間値

	P群	C群	H群	O群	D群	N群	6群間
AGE	32.3 (7.6)	30.1 (9.9)	22.7 (8.3)	32.0 (10.7)	34.2 (10.8)	29.2 (4.4)	***
R	22.8 (10.2)	20.6 (8.5)	21.1 (7.9)	19.0 (2.2)	23.8 (9.2)	21.0 (6.3)	
SCZI	3.1 (1.8)	3.1 (1.6)	3.5 (1.6)	2.0 (1.4)	1.6 (0.5)	1.5 (1.1)	***
p	1.2 (1.2)	3.4 (1.9)	1.9 (1.8)	0.6 (0.5)	1.6 (1.5)	2.1 (1.6)	*
Ma	4.1 (4.6)	2.7 (1.4)	1.3 (1.5)	2.4 (3.0)	3.8 (2.2)	3.6 (2.4)	*
SUM6SP	4.1 (2.7)	4.0 (3.9)	4.0 (5.3)	1.2 (1.3)	1.8 (2.9)	1.2 (1.8)	***
Level2	0.7 (1.1)	1.4 (1.8)	1.4 (2.4)	0.0 (0.0)	1.0 (2.2)	0.1 (0.6)	***
Wsum6	16.3 (11.4)	17.4 (17.9)	20.1 (27.7)	4.0 (4.0)	9.2 (16.8)	3.8 (6.0)	***
P	4.1 (2.0)	4.3 (1.6)	3.7 (1.7)	5.4 (2.1)	4.6 (2.3)	5.0 (1.6)	
X+%	52.6 (9.8)	51.6 (16.4)	45.0 (20.8)	58.8 (16.5)	66.0 (14.1)	61.4 (12.0)	*
X-%	31.9 (13.4)	29.9 (20.4)	43.7 (18.7)	27.4 (14.4)	22.4 (6.3)	20.8 (9.0)	***
Xu%	15.2 (8.0)	9.6 (15.3)	6.8 (6.3)	14.2 (7.0)	11.8 (8.9)	16.7 (7.9)	***
Zf	13.6 (6.3)	9.3 (2.5)	9.3 (3.9)	11.8 (3.1)	10.6 (4.2)	13.9 (4.5)	**
M	4.9 (5.0)	4.7 (1.9)	1.8 (2.0)	3.0 (2.8)	4.6 (2.6)	4.5 (2.6)	**
DQ+	5.8 (4.8)	4.7 (3.0)	3.2 (2.4)	4.8 (3.6)	3.6 (2.4)	6.5 (3.2)	*
DQv	1.0 (1.5)	3.1 (3.1)	4.1 (3.0)	0.2 (0.4)	0.4 (0.9)	0.5 (0.9)	***
Lambda	2.0 (1.9)	0.8 (0.7)	2.0 (1.4)	1.2 (0.7)	0.9 (0.4)	0.9 (0.6)	*
FM+m	4.9 (5.0)	4.7 (1.9)	1.8 (2.0)	3.0 (2.8)	4.6 (2.6)	4.5 (2.6)	**
EA	6.8 (6.2)	8.8 (3.9)	4.2 (2.7)	4.4 (3.1)	7.5 (4.9)	7.1 (3.3)	*

()内はSDを示す。

* p<0.05 ** p<0.02 *** p<0.01

注) 群間差はKruskal-Wallis検定によって算出したもの

は0名(0.0%)、偽陽性率は0.3%と報告されているのに対し、日本における報告は次のようになっている。高橋と西尾(1994)の報告では、日本人健常者220名中、SCZI=4が3名(1.4%)、SCZI \geq 5が0名(0.0%)。Sato,Y.et al(1996)の報告では、日本人健常者160名中、SCZI=4が29名(18.1%)、SCZI=5が2名(1.3%)、SCZI=6が0名(0.0%)である。今回のデータ(SCZI \geq 5の健常者は0.0%)、高橋と西尾(1994)のデータ、Sato,Y.et al(1996)のデータ、いずれにおいても健常者が偽陽性となるのは4項目の該当がほとんどである。異なる健常被検者を異なるテスターで集積した3つの研究における日本人健常者総計406名中、SCZI \geq 5の偽陽性者は、わずか2名(0.5%)で、偽陽性率は1%を下回る。さらに、今回、SCZIの判別力をみるため対象に入れた辺縁疾患の妄想性障害群は、わずか5名の対象者数であるが、全員がSCZI \leq 3と陰性を示し、SCZIの信頼性を増す結果となっている。

以上により、SCZI値が5以上で、対象が若年者でなく成人であり、反応数が14以上であれば、日本の臨床場面においても精神分裂病の可能性に注意してプロトコルを読む価値が充分生じるだろう。

2. SCZIを構成する項目や変数について

SCZIを構成している各項目や各変数のうち、どれが精神分裂病の同定に有効であったのかという点について考察したい。

Exner,J.E.がSCZIを作成するにあたって大切とした形態水準と特殊スコアという2つの柱の内、今回の結果では、形態水準、特にX-%が有効であった。形態水準は文化差の影響を受けやすい変数と思われるが、日本人の健常群と日本人の精神分裂病群の比較において、X-%がその弁別に役立ったという事実は、精神分裂病がその疾患特徴として文化差を超えた不正確な知覚を備えており、ロ・

テスト上、この不正確な知覚の存在が精神分裂病を検出する重要な要素であるという従来の見解は支持されたと思われる。

一方、SCZIで次に大切とされる特殊スコアは、SCZIの項目としては1%水準の有意差を示さなかったものの、各変数の出現率そのものは1%水準で有意差が認められたことから、日本人を対象とすると、統計処理上cut off pointがずれている可能性を否定できず、今後の研究課題の1つとなる。特殊スコアは妄想型・緊張型・解体型の3つの精神分裂病亜型に共通して健常群と有意差が認められているので、ロ・テストを読み込む際に特殊スコアが発生している反応のプロトコルを熟読する姿勢が臨床家として促されるのは従来どおりである。

3. 亜型群について

亜型分類の特徴は表2で明らかのように、解体型(H群)が妄想型(P群)や緊張型(C群)との差が大きく、形態水準を中心としてかなり多くのロールシャッハ変数において健常群との間で有意差が認められた。本報告の解体型精神分裂病患者は、DSM-III-R(1987)で「滅裂、著しい連合弛緩、またはひどく解体した行動」などが特徴として挙げられる群であり、平均年齢も他の群より有意に若く22.7歳であった。このように若く、まだ疾患が長期化慢性化する前の、精神症状が滅裂に近いような時期にロ・テストを施行すれば、健常者との間に有意差が生じるのは当たり前のことである。

Weiner,I.B.(1997)が指摘しているように、ロ・テストで見られる精神分裂病の特徴は、検査の施行時期によって違いが著明である。「精神症状が滅裂である」ことはロ・テストを使用せずとも臨床観察で明らかであり、それよりも、急性症状や陽性症状が落ち着いた後のリハビリテーションに役立てるためにロ・テストはその真価を発揮するのであって、今

後は精神分裂病の経過のどの時期にロ・テストを施行すると、SCZI値をはじめとする各ロールシャッハ変数がどのような値になるのかに関する報告が積み上げられ、その結果、どの時期にロ・テストを施行することがリハビリテーションに有効かを実証データで検討する必要が残るだろう。

以上のような課題を残しながらも、解体型（H群）だけがSCZIで該当率が高かった（60.0%）わけではなく、緊張型（C群）で57.1%、妄想型（P群）で43.8%の該当率があったという事実は、SCZIが亜型分類に拘わらず精神分裂病を拾い出す可能性を示唆し、臨床に有益な情報と思われる。

4. SCZIの今後の課題

SCZIの今後の課題としては、SCZIには採用されていないものの、今回の報告で有意差が認められた変数、たとえば、漠然とした知覚反応を示すDQvの多さを再評価するなど、採用変数そのものからまだ改良の余地が残されているように思われる。

また、考察の2で指摘した日本人を対象にした場合の、特殊スコア統計値のずれも今後の研究課題である。

さらに、方法で述べた反応数の少ない精神分裂病者のプロトコルについて、この指標をどう活用するかは重大な課題と思われる。実際の臨床場面では精神内界が枯渇した欠陥状態の精神分裂病者にもリハビリテーションの必要上、ロ・テストを施行することが往々にしてある。こうした患者には反応数の極端に少ないものも多く認められるので、包括システムのマニュアルどおり再施行して反応数を上げるのがよいのか、少ない反応数でも目安となる指標を開発するか、そもそも反応数が少ないという事実を精神病の特徴の1つ（生産性の低下）として従来どおりに捉え解釈に生かすか、今後多くの意見や研究が公表されることを期待したい。

<付記>本報告の要旨は、包括システムによる日本ロールシャッハ学会第3回大会（1997）で発表した。当日、座長として貴重なご指摘を下された田形修一先生（中京大学）と横山恭子先生（東洋英和女学院大学）に感謝致します。

<文献>

- American Psychiatric Association (1987):
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition-Revised).
- Exner, J.E., Jr. (1986): The Rorschach: A comprehensive system. Volume 1: Basic foundations (2nd ed.) New York: Wiley. 高橋雅春・秋谷たつ子他監訳(1991): 現代ロールシャッハ・テスト体系 (上・下). 金剛出版.
- Exner, J.E., Jr. (1990): A Rorschach workbook for the comprehensive system (3rd ed.). Asheville, NC: Rorschach Workshop: Wiley. 小川俊樹監訳(1992): ロールシャッハ・テスト ワークブック. 金剛出版.
- Exner, J.E., Jr. (1991): The Rorschach: A comprehensive system. Volume 2: Interpretation (2nd ed.). New York: Wiley. 藤岡淳子・中村紀子・佐藤豊・寺村堅志訳(1994): エクスナー法 ロールシャッハテスト解釈の基礎. 岩崎学術出版社.
- Exner, J.E., Jr. (1993): The Rorschach: A comprehensive system. Volume 1: Basic foundations (3rd ed.) New York: Wiley.
- Farooqi, Y.N. (1989): Validity of Exner's Schizophrenia Index in discriminating schizophrenics from nonschizophrenics. Dissertation Abstracts International, 50, 5, 2149-2150.
- 磯邊聡・田村彫子・能幸夫・大沼里江(1995): エクスナー法による分裂病・うつ病・神経症者のロールシャッハ法構造データの比較検討. ロールシャッハ研究, 37, 75-92.

- 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,28,5,273-281.
- 片口安史(1987)：改訂 新・心理診断法。金子書房。
- 川上憲人(1995)：精神分裂病と国民保健。こころの科学,60,18-23.
- 西尾博行(1996)：包括システムの日本人への適用—統計学的研究結果をふまえて。包括システムによる日本ロールシャッハ学会第2回大会・シンポジウム。
- 大山正・杉山善朗・西里静彦(1961)：精神分裂病と神経症との判別におけるロールシャッハ・スコアの有効性の検討—簡便判別法と新RSSの提案。ロールシャッハ研究,4,65-79.
- 岡上和雄(1986)：分裂病の疫学。こころの科学,10,8-15.
- Sato,Y.et al.(1996):What is Japanese-From Normative Analysis. XV International Congress of Rorschach & Projective Methods,Program,p.51.
- 高橋雅春・西尾博行(1994)：包括的システムによるロールシャッハ・テスト入門—基礎編。サイエンス社。
- 津川律子・浜田さつき・中野明德(1997)：ロールシャッハ・テストの包括システムにおけるうつ病指標および対処力不全指標の分析—大うつ病者を対象にして。心理臨床学研究,15,4,361-370.
- Weiner,I.B.(1997)：ロールシャッハ法の過去・現在・未来 包括システムによる日本ロールシャッハ学会誌,1,1,8-21.

1997年9月15日 受稿

1997年10月31日 受理