

●事例報告

統合失調症の陰性症状と警戒心過剰指標の特徴との
関連について
—2つの事例による考察—

The relevance between negative symptoms of schizophrenics and their HVI features;
two clinical case studies

馬場 知晴
(犬山病院)

Tomoharu Baba (Inuyama Hospital)

要 旨

臨床的には明確な妄想体験が語られず、陰性症状が主たる状態像となっている統合失調症の患者のロールシャッハに、妄想傾向の存在を示す警戒心過剰指標 HVI が陽性となる事例をしばしば経験する。本研究ではそのような2事例を取り上げ、HVIの解釈仮説である妄想傾向、傷つきやすさ、警戒心の強さという特徴が、陰性症状の形成にどのように関連しているかを考察した。両事例においてはHVIが陽性となり、かつストレス耐性の低下とFM=0という点の特徴となっていたことから、妄想傾向や傷つきやすさは言語化されず、むしろ傷つきの不安を回避するための行動が優先され、それが陰性症状の形成に大きな影響を及ぼしていると考えられた。そしてこのような事例の援助にあたっては、陰性症状は妄想的対処の結果という面を持っているととらえ、援助者を含め患者を取り巻く人による支持、保証の中で患者が現状を継続できる状況を作っていくことが、状態像の変化をもたらす上で役立つのではないかと考えられた。そしてこのような援助手段を提案できる陰性症状を見出すという点にも、ロールシャッハが統合失調症の臨床に寄与できる面を持っているのではないかと考えられた。

Abstract

Frequently we used to find some positive HVI (Hyper-vigilant Index) in the Rorschach tests of schizophrenics who have not spoken up any delusional experiences in clinical interview and have been showing negative symptoms mainly. In this report, the author considered the relationship between their negative symptoms and HIV features which indicated delusional trends, vulnerabilities and hypervigilances. The two cases showed positive HVI, decreasing stress tolerance and FM were zero. The author considered these characteristics would contribute forming their negative symptoms which covered their delusional trends and vulnerabilities, and as a result they showed avoidant behaviors for keeping them from their vulnerable anxieties. From this hypothesis, we should recognize negative symptoms as their coping effort to the circumstances around them. So we should maintain our supportive and secure atmosphere for them, through which we could give them a chance to change their conditions positively. The Rorschach data could reveal their reasons of negative symptoms and contribute the treatment of schizophrenics.

キーワード：統合失調症、陰性症状、警戒心過剰指標
key words：schizophrenia, negative symptom, HVI

I. はじめに

統合失調症の症状を陽性症状と陰性症状に二分する考え方は、吉松や古茶、濱田のまとめによればWingの研究に端を発するとされており、そこでは陽性症状には着想化声、幻聴、作為体験、妄想等Schneiderの一級症状に相当する症状を当てはめ、陰性症状には自閉や感情の鈍麻等、Bleulerの基本症状に相当する症状を当てはめるという形で考えられている。そして、陽性症状は治療によって消失しやすいが、陰性症状は慢性的であり、治療に反応しにくいとされている(吉松, 1990; 古茶・濱田, 2000)。またWingの研究後、Crowによって統合失調症の二症候群仮説が提唱され、そこでは同疾患が妄想、幻聴、思考障害等の陽性症状を主とするtype I syndromeと、感情鈍麻や会話の貧困等の陰性症状を主とするtype II syndromeに分類されるものと考えられており、前者は抗精神病薬に反応し変化をもたらすことが可能であるが、後者は脳の構造上の変化ゆえに生ずる病態であるために薬物療法に反応しにくいものであると考えられている(Crow, 1980)。その後も陰性症状は統合失調症の基本症状とみなされ、薬物治療に反応しにくく、かつ進行性の経過を辿り重症化していくということが歴史的に指摘され続けたこともあってか(立山, 2000)、陰性症状の治療に関しては、実際の臨床場面においては悲観的に考えられることも少なくないように思われる。しかし、Bellackが、統合失調症の陰性症状と陽性症状の各々について、患者の社会機能に与える影響を調べ、陰性症状は陽性症状よりも、患者の社会機能に大きな影響を与えるものになるということを明らかにしたように(Bellack, 1990)、陰性症状が社会復帰や社会生活の大きな妨げとなっている事例は、臨床場面においても多くみられるものとなっている。そのため陰性症状に対しての援助

のありかたを考えていくことは、治療のみならず、社会復帰活動も含めた統合失調症の臨床全般において重要な課題となっている。

ところで陰性症状の評価に関しては、先のCrowの二症候群仮説が提唱されて以降、臨床症状と病態生理との関連についての研究が多くなされ、その中でSANSやPANSS等のような陰性症状を評価する尺度が開発されていった(岡崎ら, 1984; Kay, R.S, 1990; 久江・稲田, 2000)。しかし、各々の尺度によって評価対象とされる症状が微妙に異なっているという指摘にも示されるように(岡崎, 1990)、統合失調症の症状を陰性—陽性と確に分けることは実際には難しいところがあり、また陰性症状そのものにも複合性や異種性があるということも症状評価を難しいものになっている(立山, 2000)。この点に関連して、Carpenterは統合失調症の陰性症状について、それが一次的な症状として生じている場合と、精神病的な体験、抗精神病薬の副作用、刺激の少ない環境に置かれているという状況、精神病後抑うつ状態等の感情の障害、といった要因から二次的に生じている場合があることを明らかにしている(Carpenter, 1985, 1988)。また小出は精神病理学的な考察から、活発な病的体験が存在していても患者がそれを言語化できない限り、全て陰性症状に含まれてしまうと述べている(小出, 1990b)。これらの指摘にあるように、陰性症状とみなされる症状に対して治療、援助を進めていくにあたっては、その背景にある要因について、患者によって言語化されていない部分を含めて詳細に評価していくことが重要となる場合があると思われる。

そして、実際の臨床場面において、一見したところでは陰性症状が前景に現れており、それが実際の生活に大きく影響を及ぼしているとみられる統合失調症の患者にロールシャッハを施

行した際に、警戒心過剰指標（以下 HVI）が陽性となる事例を経験することがある。この指標は妄想型の統合失調症や妄想型人格障害において高率に出現するものであるとされ、安全でないという感覚や傷つきやすさの感覚の存在を示すものであり（Exner, 2000）、妄想傾向の典型である対人不安定さや危険に対する過度の用心深さの現れであるとみなされている（Weiner, 1998）。つまりこのような事例では、主たる症状が陰性症状であったとしても、その背景に妄想的思考と連続性を持つような警戒心の強さ、用心深さ、傷つきやすさを持っていると思われる。この点を踏まえての援助を考えていくことが重要になってくるのではないと思われる。

そこで本研究では、これまでの多くの研究者が陰性症状としてとらえている意欲の減退、社会的引きこもり、会話の貧困という症状が主たる状態像となっており、妄想的な思考が明らかになっていないにも関わらず、ロールシャッハを施行した結果 HVI が陽性となった統合失調症の2事例をとりあげ、HVI の特徴と陰性症状の形成との関連について考察することを試みた。またこのような事例に対する援助のあり方の一端を考えることを通して、ロールシャッハが統合失調症の臨床に寄与できる側面についての考察も試みた。

II. 事例1

1. 事例の概要

外来通院中の女性（以下 Pt）。3人きょうだいの末子。高校卒業後、介護職に従事していた。20歳時に職場の人間関係に悩み、退職後にうつ状態になったとのことだが詳細は不明。その後親族の勤める会社に移り、事務職に従事する。22歳時結婚し退職、その後2子をもうけるが、出産時は特に変わったことはなかった。32歳頃言動にまとまりがなくなる、実家に頻回に電

話をかける、自室にこもり家事が一切できなくなる、といった状態を呈するに至り、統合失調症の診断にて精神科病院に入院となった。入院時は能動性低下が著明であり、入浴もできなくなる等自身の身の管理も困難となっていたようである。半年後に退院し筆者の勤務する病院に転院、その後外来通院を継続していたが、36歳時に強い不安感、包丁を振り回す等の不穏状態が現れ再入院となった。8ヵ月後に退院、同時に訪問看護による援助が開始されることとなった。

この時に観察された Pt の状態像としては、幻聴という形での陽性症状も残存していたが、生活場面においては意欲の低下とみなされるような陰性症状が目立っていた。特に食事作りや買い物などの家事活動に対して意欲、関心を持つことができず、その自発的遂行が困難となっており、実際の家事育児は夫から指示を出された事柄のみを機械的に遂行するという形で行っていた。その結果 Pt の家事活動のレポートリーはかなり限定され、そのため近隣に住む親族から家事育児の手助けが継続的になされて何とか家庭生活が維持されているという状況であった。また近所付き合い、友人付き合いも全くみられず、対人交流にも意欲が持てないように見えていた。そして Pt は、自身の家事活動や対人交流の制限を悩んだり苦しんだりするような様子を示してはいなかった。なお、通院服薬は規則的にできていた。

訪問看護場面においても、Pt の陰性症状ゆえと思われる家事活動の遂行の難しさや、社会生活の制限が問題点として挙げられており、この点の理解と援助が課題となっていた。特に家事活動に関して、Pt に自発的に取り組むように促せば良いのか、もしくは代理行為などによってレポートリーの少なさをカバーしていくのが良いのか、という点の判断に訪問看護スタ

表1 事例1 SEQUENCE OF SCORES

CARD	NO	LOC	DQ	DETERM- INANT(S)	a-p	FQ	(2)	CONTENT(S)	POP	Z	SPECIAL SCORES
I	1	D	o	F		-		(H)			DR, PHR
	2	W	o	m	p	-		(H)		1.0	DV, PER, PHR
	3	D	o	F		-		Art			
II	4	W	+	M.FC.FY	a	o	2	H		4.5	DV, GHR
III	5	Dd	+	M	a	-	2	Hd		5.5	DV, AG, PHR
	6	DdS	+	M	a	-		Hd		5.5	DV, AG, PHR
IV	7	W	o	m.FC'	p	-		(H),Cg		2.0	CON, PHR
V	8	W	o	F		o		(H),Cg		1.0	GHR
	9	W	o	F		o		A	P	1.0	
VI	10	W	o	F		-		Sc		2.5	MOR
	11	W	o	F		u		Sc		2.5	
	12	D	o	F		-		Sc			
VII	13	D	+	F		o		(H)			GHR
	14	D	o	F		-		Art			DV
	15	D	+	M	a	o	2	Hd	P	3.0	DV, GHR
VIII	16	W	o	F		-		Art		4.5	
IX	17	D	v	m	a			Ls			DV
	18	D	o	F		u		Bt			DV
	19	D	+	M.YF	p	o	2	Hd,Na		2.5	PHR
X	20	W	v	m.Y	a			Fi,Na			DV
	21	D	+	M.FC	a	u	2	A		4.0	INC, PHR
	22	D	o	F		u	2	A			
	23	D	o	F		o	2	A			
	24	D	o	M	a	-	2	H			PHR
	25	D	o	M	p	-		H			PHR

ツフは苦慮している状況にあった。そこで、Ptの家事活動や対人交流に影響を与えている意欲低下を生じさせている認知機能の特徴の詳細を把握すること、家事活動に関して夫の指示や親族からの援助が継続されていることから、依存心の強さの存在の有無を確認すること等を目的として、Pt38歳時、退院後1年を経過した時点で筆者がロールシャッハを施行することとなった。

2. 事例1のロールシャッハの結果と解釈

認知の三側面についてはPTI陽性であり、現実検討機能や思考機能に障害があり、精神病的な認知、思考の障害は持ち続けていると解釈された。またHVI陽性であることから、臨床的

には明らかになっていないものの、妄想状態に陥りやすいほどの強い警戒心や傷つきやすさを持った思考となっている可能性が考えられた。統制についてはAdj D=+2となっているがAdjes=3であり、FM=0となっていることから、ストレスが高まるとそれを否認するような機制が働いている可能性があると思われた。つまりPtの生活は陰性症状によってかなり制限されているが、これは傷つきの不安を軽減するために回避的な行動を取り続けた結果形成されたものであるという可能性が考えられた。感情面についてはWSumC=1であり感情を言語化することが難しくなっているものの、Afr=0.67であることから、感情刺激に対して易刺激性がある

表2 事例1 STRUCTURAL SUMMARY

LOCATION FEATURES				Determinants		Contents		Summary of Approach		
Zf =	13			Blends	Single	H	3	I	D. W. D	
Zsum =	39.5			M.FC.FY	M	5 (H)	5	II	W	
Zest =	41.5			m.FC'	FM	0 Hd	4	III	Dd. Dds	
				M.YF	m	2 (Hd)	0	IV	W	
W =	9			m.Y	FC	0 Hx	0	V	W. W	
D =	14			M.FC	CF	0 A	4	VI	W. W. D	
W+D =	23				C	0 (A)	0	VII	D. D. D	
Dd =	2				Cn	0 Ad	0	VIII	W	
S =	1				FC'	0 (Ad)	0	IX	D. D. D. W	
					C'F	0 An	0	X	D. D. D. D.D	
					C'	0 Art	3			
					FT	0 Ay	0	Special Scores		
					TF	0 Bl	0		Lv1	Lv2
					T	0 Bt	1	DV	9	0
					FV	0 Cg	2	INC	1	0
					VF	0 Cl	0	DR	1	0
					V	0 Ex	0	FAB	0	0
					FY	0 Fd	0	ALOG	0	
					YF	0 Fi	1	CON	1	
					Y	0 Ge	0			
					Fr	0 Hh	0	SUM6=	12	
					rF	0 Ls	1	WSUM6=	21	
					FD	0 Na	2	AB=0	GHR=4	
					F	13 Sc	3	AG=2	PHR=9	
					(2)	8 Sx	0	COP=0	MOR=1	
						Xy	0	CP=0	PER=1	
						Id	0		PSV=0	
								SPECIAL INDICES		
								S-CON=	2	CDI= 1
								PTI=	4	HVI= Yes
								DEPI=	3	OBS= No
RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS										
PROCESSING				MEDIATION		IDEATION		AFFECT		
Zf=	14	XA%=	0.44			a:p=	8:4	Sum6=	12	FC:CF+C= 2.0
W:D:Dd=	9:14:2	WDA%=	0.48			Ma:Mp=	6:2	Lvl2=	0	Pure C= 0
W:M=	9:8	X-%=	0.48	2AB+(Art+Ay)=	3	MOR=	1	WSum6=	21	SumC!:WSumC= 1:1
Zd=	-2.0	S=	1					M=	4	Afr= 0.67
PSV=	0	P(P)=	2(0)					M none=	0	S= 1
DQ+=	7	X+%=	0.28							Blends:R= 5:25
DQv=	2	Xu%=	0.16							CP= 0
CONTROL				SELF PERCEPTION				INTERPERSONAL		
R=	25	L=	1.08			3r+(2)/R=	0.32			COP= 0
EB=	8:1.0	EA=	9.0	EB per=	8.0	Fr+rF=	0			AG= 2
eb=	4:4	es=	8	D=	0	SumV=	0	GHR:PHR=	4:9	a:p= 8:4
		Adjes=	3	Adj D=	2	FD=	0			Fd= 0
FM=	0	C'=	1	T=	0	An+Xy=	0			SumT= 0
m=	4	V=	0	Y=	3	MOR=	1			Human Cont= 12
						H:(H)+Hd+(Hd)=	3:9			Pure H= 3
										PER= 1
										Isol Indx= 0.24

表3 事例1 CONSTELLATIONS WORKSHEET

S-Constellation (Suicide Potential)		PTI (Perceptual-Thinking Index)	
Positive if 8 or more conditions are true:			
No	..... FV+VF+V+FD>2	Yes	... XA%<.70 and WDA%<.75
No	..... Col-Shd Bl>2	Yes	... X-%>.29
No	..... 3r+(2)/R<.31,>.44	No	... LVL2>2 and FAB2>0
No	..... MOR<3	Yes	... R<17 and WSUM6>12 OR R>16 and WSUM6>17
No	..... Zd> ± 3.5	Yes	... M- > 1 OR X-% > .40
No	..... es>EA	4 Sum PTI	
No	..... CF+C>FC		
Yes	..... X+%<.70		
No	..... S>3		
Yes	..... P<3 or P>8		
No	..... Pure H<2		
No	..... R<17		

DEPI (Depression Index)		CDI (Coping Deficit Index)	
Positive if 5 or more conditions are true:		Positive if 4 or 5 conditions are true:	
No	... (FV+VF+V>0) OR (FD>2)	No	... (EA <6) OR (AdjD <0)
Yes	... (Col Shd Blends>0) OR (S>2)	No	... (COP <2) AND (AG<2)
Yes	... (3r+(2)/R>.44 & Fr+rF=0) OR (3r+(2)/R<.33)	Yes	... (Weighted Sum C <2.5) OR (Afr < .46)
No	... (Afr <.46) OR (Blends <4)	No	... (Passive > Active+1) OR (Pure H <2)
No	... (SumShading > FM+m) OR (SumC' >2)	No	... (Sum T>1) OR (Isolate/R>.24) OR (Food>0)
No	... (MOR >2) OR (2AB+(Art+Ay) >3)		
Yes	... (COP <2) OR (Isolate/R>.24)		

HVI (Hypervigilance Index)		OBS (Obsessive Style Index)	
Positive if condition 1 is true and least 4 of the others are true:		Positive if one or more is true:	
Yes	... (1)FT+TF+T=0	No	... (1)Dd>3
Yes	... (2)Zf>12	Yes	... (2)Zf>12
No	... (3)Zd>+3.5	No	... (3)Zd>+3.0
No	... (4)S>3	No	... (4)Populars>7
Yes	... (5)H+(H)+Hd+(Hd)>6	No	... (5)FQ+>1
Yes	... (6) (H)+(A)+(Hd)+(Ad)>3		
Yes	... (7)H+A:Hd+Ad<4:1		
No	... (8)Cg>3	No	... Conditions 1 to 5 are all true
		No	... 2 or more of 1 to 4 are true AND FQ+>3
		No	... 3 or more of 1 to 5 are true AND X+%>.0.89
		No	... FQ+>3 AND X+%>.0.89

と思われた。また $Y=3$ 、色彩濃淡ブレンドが1であり、EB回避内向型でもあるため、感情を刺激される状況に混乱しやすいという点も特徴となっていた。そのため、Ptの非常に限定された対人交流は、感情刺激に対する易刺激性ゆえに生ずる混乱を避けているために生じているのではないかということが考えられた。自己知覚については、 $3r+(2)/R=0.32$ であり自尊心は低く、かつFD、V共に0であるため自分自身について内省することは少ないと考えられた。反応内容から考えられる自己イメージについては、図版Iに「宇宙人、足もとが宙に浮いている」、図版IVに「悪い王様、浮いている、黒い物体」、図版VIに「くずれたジオラ」、図版VIIIに「高級そうな壺の絵、怖い、海外からの輸入もの」という反応があることから、自己イメージに不安定感やネガティブな感覚、損傷感、自己価値を意識することへの恐怖感等の感覚を持っていると思われ、これらはPtの自尊心の低さや傷つきやすさの内実を表すものと思われた。加えて、図版IIで「女の人同士、手と足を合わせている、足をグーッと押さえている、目もとが女の人っぽい、ファンデーションを塗っている」、図版IIIに「喧嘩です、2人見つめあって、めらめらと」「人の顔、めらめらとものすごく怒っている」という反応が連続して現れていることから、自らの力や動き、そして自らの女性性を意識することは、同時に争いや怒りの関係を意識することにもなる、という感覚を自己イメージに持っているのではないかと考えられた。一方で図版Xに「腹筋している女性2人、意味はないけど」という反応があることから、Ptは自らの力や動き、女性性を“意味のないもの”としてとらえると、争いや怒りの関係を意識しなくなる、ということも考えられた。対人知覚については $H_{cont}=12$ であり、対人関心は十分に持っていると考えられた。また家事育児は夫

の指示を遂行するのみ、という特徴がみられるが、 $a:p=8:4$ 、 $Ma:Mp=6:2$ であり対人関係においては受身的なポジションをとったり意志決定を他者に委ねたりするような特徴はなく、また $Fd=0$ であり、依存心の強さも持ち合わせてはいないと思われた。ペアの運動反応の内容については自己知覚において言及した図版II、III、Xの反応内容から、対人関係を争いや怒りの関係として認識することと“意味のないもの”として認識することの2点が特徴となっていると考えられたが、同時に図版VIIに「男の子が見つめあっている、うちに男の子は二人いる」、図版IXに「子供が水鉄砲して遊んでいる」という反応があることから、Ptは自身の子供との関係については、否定的なイメージは持っていないようでもあった。

以上の解釈を踏まえると、Ptの家事活動や他者との交流に意欲が持たなくなっているという点は、意欲や関心そのものが欠如しているのではなく、またそれは受身性や依存心の強さの現れでもなく、むしろ自発的に行動するというところに強い警戒心を持ち、それを回避しているために生じた現象ではないかと考えられた。これまでに明確に言語化されてきてはいないが、Ptは家事活動や、他者との交流を自発的に行うことで自らの主体的な力や女性性を意識すると、争いや怒りの関係も意識されて感情的に混乱し、自尊心の傷つきに直面してしまうのではないかという、一種の妄想的な不安を感じている可能性があると思われた。そしてこのような不安に直面することを避けるために、Ptは自発的に家事活動や他者との交流を行うことを警戒し回避することを続け、その結果意欲が低下しているように見える陰性症状が現れ、家事活動や対人交流において制限の多い生活ができているのではないかと、という仮説が考えられた。しかし夫からの指示を機械的に遂行するという

形での家事活動は遂行することができていることと、子どもに対して否定的なイメージは持っていないことから、指示を機械的に遂行するという形で行う家事育児は、Ptにとっては自身の力や女性性を“意味のないもの”と認識することになるものの、その分争いや怒りの関係は意識せずすみ、感情の混乱や自尊心の傷つきの不安は幾分でも和らぎ、家事活動の取り組みへの意欲を発揮しやすくなるのではないかと、ということが考えられた。

3. 事例1のその後の経過

上記のロールシャッハの解釈を筆者から訪問看護スタッフに報告し、Ptに対する援助のあり方について検討を行った。そこで他者の指示を機械的に遂行するというPtの特徴をむしろ支持、保証していくような関わりが、Ptにとっては不安が少なく安心できるものではないかという仮説をスタッフ間で確認した。そして、主体性の尊重という点では問題を含む面があるが、当面はPtに自発的な家事活動を促すよりも、訪問看護スタッフから家事活動について細かく指示を出し、それをPtに遂行してもらうという関わりを多くしていくことが家事活動のレパートリーを増やすことにつながり、陰性症状ゆえの生活の制限を緩和させるのにも役立つのではないかと考えた。

その後実際の訪問看護場面において、スタッフから食事の作り方、買い物の仕方、育児のあり方などについて、何をどうしたらよいか、どうすべきかについて細かく具体的に指示を出すという関わりを継続したところ、Ptは「言われたからする」と述べながらも新しく電子レンジを購入したり、同じメニューの食事を作り続けるなど機械的な面が目立つものの、自ら炊事に取り組む、などの変化が見られるようになった。制限の多い生活スタイルや親族の援助が必要な状態は今なお続いており、自尊心の向上と

いう点に問題は多く残されているが、遂行できる家事活動のレパートリーは少しずつ増えているようである。

Ⅲ. 事例2

1. 事例の概要

外来通院中の男性（以下Pt）。2人きょうだいの末子である。小学生時は運動が好きで成績も上位、友人との交流もあった。しかし中学入学後不登校となり、その後自室に閉じこもり家人とも言葉を交わさなくなった。自室ではパソコンゲームをして過ごすことが多くなっていたようであった。中学3年時、Ptの引きこもり生活を心配した両親に付き添われて筆者の勤務する病院に受診したが、Ptは診察時終始無言に近い状態であった。その後筆者に心理検査の依頼があり検査導入を試みたが、Ptは言葉を発せず、心理検査を施行することはできなかった。

診察にて不眠傾向と抑うつ状態の存在が疑われたため、睡眠導入剤と抗うつ薬を処方することから治療が開始されたが、明確な精神病症状は確認できず、精神医学的診断の確定は困難になっていた。この後主治医より心理面接の依頼があり、医師の診察と並行して筆者の心理療法的関わりも導入されることとなった。無言に近い状態は続いていたため、心理面接では、あらかじめ筆者から話せない時は無理に話さなくて良いということを伝えただけで、Ptに生活の様子や体調、気分などの様子を少しずつ尋ねていくというやりとりを行うこととした。Ptは筆者の問いかけに、うなずいたり首を横に振ったりするなど、質問に対する肯定否定をジェスチャーで表現することが多く、面接の時間も5分程度の短いものとなっていた。

Ptは中学卒業後も一日の大半を自室で過ごし、パソコンゲームに費やすという引きこもり

表4 事例2 SEQUENCE OF SCORES

CARD	NO	LOC	DQ	DETERM-			FQ	(2)	CONTENT(S)	POP	Z	SPECIAL SCORES
				INANT(S)	a-p							
I	1	W	o	F		-		(H)		1.0	PHR	
	2	W	o	F		o		A	P	1.0	DV	
II	3	WS	o	FC		o		(Hd)		4.5	GHR	
III	4	W	+	M.C	p	o	2	H,Fi	P	5.5	GHR	
	5	DdS	o	F		-		(Ad)		4.5		
IV	6	W	o	F		o		Bt		2.0	DV	
	7	W	o	F		o		(H),Cg	P	2.0	GHR	
V	8	W	o	F		u		(A)		1.0		
VI	9	Dd	o	F		-		Sc			DV	
	10	W	o	M	p	-	2	H,Cg		2.5	PHR	
VII	11	D	o	F		o	2	Hd			PHR	
VIII	12	WS	o	FC		-		(Hd)		4.5	PHR	
IX	13	W	o	m.CF	a	-		H,Fi		5.5	FAB2,PHR	
X	14	DdS	o	M	a	-		Hd,Cg		6.0	FAB2,PHR	

の生活を送っていた。言葉が極端に少ない状態や引きこもりの生活は続き、17歳時より統合失調症の診断のもと、抗精神病薬による治療がなされることとなった。心理面接においてはジェスチャーで返答することはなくなり、短い言葉でパソコンゲームの話をするというやりとりができるようになっていったが、学業や職業、友人や異性との関係など、社会的活動への興味や関心が全く語られず、意欲の低下や会話の貧困という陰性症状がPtの生活に大きな影響を与えていると思われる状況が続いていた。加えてPtから主訴や苦訴なども全く語られず、現状を悩んだり苦しんだりする様子も示されていなかった。

そのため筆者はPtの状態像の詳細について、特に陰性症状を生じさせている認知の特徴や対人関心の程度を把握して今後の援助のあり方をあらためて考えることを目的とし、Ptに再度心理検査を提案したところ、Ptも検査の施行に了承し、Pt18歳時にロールシャッハを施行することとなった。ロールシャッハ施行時も、反応の説明の際の言葉は少ないものであった

が、14の反応数を産出することはできた。

2. 事例2のロールシャッハの結果と解釈

認知の三側面についてはPTI陽性であり、現実検討機能や思考機能に障害があると解釈される結果となり、精神病的な認知、思考障害を持っている可能性が高いと考えられた。また事例1と同様HVIがヒットしていることから、これまでに明らかな妄想様の体験が言語化されたことはないが、妄想状態に陥りやすいほどの強い警戒心や傷つきやすさを持った思考となっている可能性が考えられた。また統制についてはAdj D=+2であるがAdj es=0であり、FM=0となっていることから、ストレスが高まるとそれを否認する機制が働くという特徴を持っていると考えられた。この点についても事例1と同様、Ptの意欲低下故の制限の多い生活は、傷つきの不安を軽減するために回避的な行動を取り続けた結果形成されたものである可能性が考えられた。感情面についてはAfr=0.27であり、感情的な交流を避ける傾向が強く、この点はPtの引きこもりの生活にも影響を与える要因となっていると思われる。またS=4となっており、

表5 事例2 STRUCTUAL SUMMARY

LOCATION FEATURES				Determinants		Contents		Summary of Approach			
Zf =	12			Blends	Single	H	3	I	W.W		
Zsum =	40.0			M.C	M	(H)	2	II	WS		
Zest =	38.0			m.CF	FM	Hd	2	III	W.DdS		
					m	(Hd)	2	IV	W.W		
W =	10				FC	Hx	0	V	W		
D =	1				CF	A	1	VI	Dd.W		
W+D =	11				C	(A)	1	VII	D		
Dd =	3				Cn	Ad	0	VIII	WS		
S =	4				FC'	(Ad)	1	IX	W		
					C'F	An	0	X	DdS		
					C'	Art	0	Special Scores			
					FT	Ay	0				
					TF	Bl	0		Lv1	Lv2	
					T	Bt	1	DV	3	0	
					FV	Cg	3	INC	0	0	
					VF	Cl	0	DR	0	0	
					V	Ex	0	FAB	0	2	
					FY	Fd	0	ALOG	0		
					YF	Fi	2	CON	0		
					Y	Ge	0				
					Fr	Hh	0	SUM6=	5		
					rF	Ls	0	WSUM6=	17		
					FD	Na	0	AB=0	GHR=3		
					F	Sc	1	AG=0	PHR=6		
					(2)	Sx	0	COP=0	MOR=0		
						Xy	0	CP=0	PER=4		
						Id	0		PSV=0		
								SPECIAL INDICES			
								S-CON=	4	CDI=	2
								PTI=	4	HVI=	Yes
								DEPI=	4	OBS=	No
RATIOS,PERCENTAGES,AND DERIVATIONS											
PROCESSING				MEDIATION		IDEATION		AFFECT			
Zf=	12	XA%=	0.50	a:p=	2:2	Sum6=	5	FC:CF+C=	2:2		
W:D:Dd=	10:1:3	WDA%=	0.64	Ma:Mp=	1:2	Lvl2=	2	Pure C=	1		
W:M=	10:3	X-%=	0.50	2AB+(Art+Ay)=	0	WSum6=	17	SumC':WSumC=	0:3.5		
Zd=	2.0	S=	3	MOR=	0	M=	2	Afr=	0.27		
PSV=	0	P (P) =	3 (0)			M none=	0	S=	4		
DQ+=	1	X+%=	0.43					Blends:R=	2:14		
DQv=	0	Xu%=	0.07					CP=	0		
CONTROL				SELF PERCEPTION				INTERPERSONAL			
R=	14	L=	1.33	3r+ (2) /R=	0.21	COP=	0				
EB=	3:3.5	EA=	6.5	Fr+rF=	0	AG=	0				
eb=	0:0	es=	1	SumV=	0	GHR:PHR=	3:6				
		Adjes=	0	FD=	0	a:p=	2:2				
FM=	0	C'=	0	An+Xy=	0	Fd=	0				
m=	1	V=	0	MOR=	0	SumT=	0				
				H: (H) +Hd+ (Hd) =	3:6	Human Cont=	9				
						PURE H=	3				
						PER=	0				
						Isol Indx=	0.07				

表6 事例2 CONSTELLATIONS WORKSHEET

S-Constellation (Suicide Potential)		PTI (Perceptual-Thinking Index)	
Positive if 8 or more conditions are true:			
No	..... FV+VF+V+FD>2	Yes	... XA%<.70 and WDA%<.75
No	..... Col-Shd Bl>2	Yes	... X-%>.29
Yes	..... 3r+ (2) /R<.31,>.44	No	... LVL2>2 and FAB2>0
No	..... MOR>3	Yes	... R<17 and WSUM6>12 OR R>16 and
No	..... Zd> ± 3.5	Yes	... WSUM6>17
No	..... es>EA	4 Sum	M- > 1 OR X-% > .40
No	..... CF+C>FC	PTI	
Yes	..... X+%<.70		
Yes	..... S>3		
No	..... P<3 or P>8		
No	..... Pure H<2		
Yes	..... R<17		
DEPI (Depression Index)		CDI (Coping Deficit Index)	
Positive if 5 or more conditions are true:		Positive if 4 or 5 conditions are true:	
No	... (FV+VF+V>0) OR (FD>2)	No	... (EA <6) OR (AdjD <0)
Yes	... (Col Shd Blends>0) OR (S>2)	Yes	... (COP <2) AND (AG<2)
Yes	... (3r+(2)/R>.44 & Fr+rF=0) OR (3r+(2)/R<.33)	Yes	... (Weighted Sum C <2.5) OR (Afr < .46)
Yes	... (Afr <.46) OR (Blends <4)	No	... (Passive > Active+1) OR (Pure H <2)
No	... (SumShading > FM+m) OR (SumC' >2)	No	... (Sum T>1) OR (Isolate/R>.24) OR
No	... (MOR >2) OR (2AB+ (Art+Ay) >3)		(Food>0)
Yes	... (COP <2) OR (Isolate/R >.24)		
HVI (Hypervigilance Index)		OBS (Obsessive Style Index)	
Positive if condition 1 is true and least 4 of the others are true:		Positive if one or more is true:	
Yes	... (1) FT+TF+T=0	No	... (1) Dd>3
No	... (2) Zf>12	No	... (2) Zf>12
No	... (3) Zd>+3.5	No	... (3) Zd>+3.0
Yes	... (4) S>3	No	... (4) Populars>7
Yes	... (5) H+ (H) +Hd+ (Hd) >6	No	... (5) FQ+>1
Yes	... (6) (H) + (A) + (Hd) + (Ad) >3		
Yes	... (7) H+A:Hd+Ad<4:1		
No	... (8) Cg>3	No	... Conditions 1 to 5 are all true
		No	... 2 or more of 1 to 4 are true AND
		No	... FQ+>3
		No	... 3 or more of 1 to 5 are true AND
			X+%>.89
			FQ+>3 AND X+%>.89

強い怒りや対抗的構えを持っていると考えられた。自己知覚については、 $3r+(2) = 0.21$ であり、自尊心は低くなっているようであった。自己イメージが投映されていると思われる反応内容については、図版Ⅰに「ゲームのボスキャラ」、図版Ⅱに「赤鬼」、図版Ⅲ、Ⅳに「敵キャラ」、図版Ⅴに「魔王」という反応が現れており、自己イメージを想像上の、ゲームの世界にあるものとして捉えている面があると思われた。またこれらは攻撃性を示唆するような反応内容ともなっており、これは強い怒りや反抗的構えという感情に関連したものである可能性が考えられた。一方で図版Ⅲに「人が向かい合っている、儀式的、お尻を後ろに出している、いけにえ的なものがあって、周りに火の玉」、図版Ⅵで「燃えさかる炎の中に小さい人がいる」、図版Ⅶで「露出狂の人が踊っている、白色が肌」という PureH 反応がみられることから、Pt は現実のものとしての自分のイメージの中に何か犠牲となるものが出てくるような感覚、自分が小さくなる感覚、自身の狂気が顕わになるという感覚を持っているようであり、これらの点は自尊心の低さや傷つきやすさに関連しているものと推測された。対人知覚については $Hcont=9$ となっており、対人関心は十分に保たれていると考えられた。ペアの運動反応は自己知覚で言及した図版Ⅲの反応と、図版Ⅵの「人が背中を向けて手を上げている、座っている、着物を着ている」という、いずれも PureH 反応となっていることから、Pt は現実的に他者と向かい合うことにも何か犠牲となるものが出てくるような感覚を感じることで、他者に対しては距離を取ろうとする傾向があること、という点が推測された。

以上の点を踏まえて、Pt の状態像は引きこもりや会話の貧困、意欲の低下といった陰性症状が主となってはいるが、それは意欲や関心そ

のものが欠如したり低下しているために生じているのではなく、むしろ自尊心の傷つきに直面することを警戒し、回避し続けた結果形成されたものではないかと考えられた。これまでに明確に言語化されてはいないが、Pt は社会的活動や他者との関わりを通して、現実のものとしての自分を認識すると、犠牲となるものが生じると感じられたり、自分が小さく感じられたり、自身の狂気が顕わになると感じられたりして自尊心が傷ついてしまうのではないかと、というような妄想的な不安を感じている可能性が考えられた。そのような不安に直面することを避けるために、社会的活動や他者との交流を警戒し回避し続けた結果、意欲の低下や会話の貧困とみなされるような陰性症状が形成され、引きこもり生活が続くことになったのではないかと思われた。

一方で、引きこもり生活の中でパソコンゲームは継続して行っていることから、このような状況においては警戒心や傷つきの不安は幾分でも和らぎ、行動を遂行しやすくなっているのではないかと考えられた。また Pt は想像の世界、ゲームの世界において自らの怒りや攻撃性を意識しているようであることから、Pt にとっては怒りや攻撃性の表現が意欲の発現や行動の継続につながるのではないかと、という点も合せて考えられた。

3. 事例2のその後の経過

以上のロールシャッハの解釈から考えられた Pt の状況を、筆者から Pt と両親に説明した。筆者からは、Pt は特に人と関わりを持つことを含めた社会的活動に、警戒心を強く感じるようであること、そのため現在の一見引きこもりに見える生活は Pt にとって安心できる生活でもあること、そして、その中では安心して物事に取り組んだり興味を持ったりすることができるとを伝えた。そして当面はむしろ今の生活

を維持していく方が、Ptが物事に興味や関心を持つ上で役立つと思われることも合わせて説明し、しばらく現状を継続できるようにしてほしい、という筆者の要望にPt、両親共に納得された。

その後現在まで筆者の心理療法的関わりは継続されているが、筆者から折に触れて現在の生活スタイルを維持していくことをPtに勧めたり、ゲームやインターネットの話をしたりしながら体調や気分などを尋ねていく、という面接を続けている。面接場面では少しずつではあるが言葉数が増え、笑顔も多くみられ、面接の時間も30分程になるなどの変化がみられるようになった。また日常生活においては両親の支持のもとに引きこもりの傾向の強い生活を続けてはいるが、その中でも自動車学校に通って免許を取得したり、インターネットを通して友人を作るようになるなど、少しずつ活動の幅が広がってきているように思われる。

IV. 考察

1. 両事例の陰性症状とHVIに示される妄想的特徴との関連について

陰性症状が主となる統合失調症は、精神医学的な類型においては破瓜型と単純型に含まれるとされており(大熊, 1994)、ロールシャッハと陰性症状との関連についても、主に統合失調症の病型分類に関する研究において言及されている。高橋、北村は単純型の統合失調症のロールシャッハの特徴としてSchaferの研究を引用しながら、適切形態反応の低下、作話全体反応の出現、人間運動反応の欠如もしくは1つのみ、色彩反応の欠如もしくは純粋色彩反応1つのみ、濃淡反応の欠如、動物反応や解剖反応の割合の増加、などの点を挙げており、これらの特徴は患者の思考の貧困や感情の鈍麻、引きこもり、無関心といった症状と結びつくものである

としている。また破瓜型の特徴としては、適切形態反応の低下、色彩優位の体験型、人間運動反応の欠如もしくは1つのみ、純粋色彩反応の生じやすさ、公共反応の減少などの点を挙げている(高橋、北村, 1981)。実際に陰性症状を主とする統合失調症は単純型や破瓜型に類型されることが多く、ロールシャッハ反応においても人間運動反応の欠如、動物反応の増加や解剖反応の出現、形態色彩反応の欠如と純粋色彩反応の増加、といった特徴が多くみられるということは筆者の経験とも一致するところである。また特殊指標に関しては、このような事例においてはPTIが陽性となることに加えて、疾患により精神機能、対処能力の低下をきたすゆえにCDIが陽性となることが多く経験される。

しかし、ここでとりあげた両事例は、意欲の低下や会話の貧困、社会的引きこもりという陰性症状が目立っていた事例であり、疾患類型には単純型、破瓜型の特徴を持っていると思われるが、一方でPTIに加えてHVIも陽性となっていることから、臨床的には体系化された妄想が明らかになってはいないが、妄想型に近い特徴も持ち合わせている可能性が考えられた。両事例において妄想的思考ではなく陰性症状が前景に現れていた理由としては、まずストレスを否認し、傷つきの不安を軽減するために回避的な行動をとる、という特徴との関連が考えられる。つまり、妄想的な警戒心や傷つきやすさを持ちながらも、それを他者に言語化して表明するよりも傷つきの不安を回避する行動が両事例においては何よりも優先されてきていたと思われる、その結果意欲低下や会話の貧困、引きこもりといった状態像が形成され、妄想的思考が明らかにならずに経過してきたのではないかと考えられた。具体的なロールシャッハ反応に即して考えると事例1においては自発的に家事活動に取り組んだり、他者と関わりを持つことで

自らの力や女性性を意識すること、事例2においては他者と会話を交わしたり、社会的活動を行うことによって現実のものとしての自分を意識することによって、自尊心の傷つきに直面してしまう不安を感じ、それらを警戒し回避し続けた結果、陰性症状とみなされる状態像が前景に現れ、生活が大きく制限されることにつながっていったと考えられた。

また小出は、妄想的意味づけは患者を当惑から救う面があるとし、妄想的意味づけや対処がある程度可能になれば、もはや患者は妄想を語る必要がなくなると指摘しているが（小出，1990a）、両事例においてみられる陰性症状や生活の制限は、回避行動を優先させることで妄想的な不安を軽減させるという、いわば妄想的対処がある程度可能にしている面を持っていると思われる、そのために妄想が語られずに経過しているという可能性も推察できると考えられた。事例1では自ら家事活動に取り組みず、指示を遂行するのみという状態が観察されて以降、事例2では初診時からみられていた引きこもりの生活が継続される中で、生活に多くの制限が伴いながらも共に精神病状態の顕著な悪化が見られずに経過していることがその証左ではないかと考えられる。

以上の点から、両事例に見られる陰性症状や生活の制限は、意欲や関心そのものの欠如や低下のために生じたものではなく、先のCarpenterの指摘に合わせて考えれば（Carpenter, 1985, 1988）一次的な陰性症状ではなく、妄想的であるほどの強い警戒心や傷つきやすさを持ち、かつ傷つきの不安に直面することを回避するための行動を生活の中で優先し続けてきた結果形成された二次的なものであると考えられるのである。言い換えれば、統合失調症の陰性症状の中には、傷つきの不安を回避するという患者の妄想的対処の結果形成されたも

のがあるということが考えられるのである。

2. 陰性症状の援助過程において HVI 陽性の事例を見出すことの臨床的意義

両事例にみられた陰性症状や制限の多い生活スタイルが、患者の妄想的対処の結果という側面を持つものと捉えられるならば、援助にあたって妄想に対する関わりという視点も取り入れることが必要となると思われる。

統合失調症の妄想に対する関わりについて松浪は、治療者が妄想の内容を直接に批判、否定することは反治療的なものとなると指摘し（松浪，1990）、渡辺も、妄想を否定せず一貫して患者の内的現実として聴くことが、患者の自立した生活と安定を図る上で重要な援助技法の1つとなると述べているように（渡辺，1980）、援助の過程においては治療者が患者の持つ妄想を否定したり訂正したりせずに受容していこうとする姿勢を持ち続けていくことが重要となる。

両事例に対する実際の援助においては、陰性症状や制限の多い生活スタイルを援助者が支持、保証し、また患者の家族が支持、保証できるような働きかけを行ったのであるが、これは患者にとっては、自身の妄想的対処を周囲の人によって否定、訂正されることなく受け入れられたという体験につながった面があったのではないかと考えられる。また小出は、妄想の持つ自己治癒的側面に言及し、妄想的枠組みに沿って世界を構造化し豊かにしていくことが病的世界の修復につながり、それが成功した時には、我々に近い世界が構成され、安定すると述べているが（小出，1990b）、妄想的対処の中で遂行している行動や活動を周囲の支持、保証のもとで患者が継続できたということは、両事例にとって妄想的枠組みに沿った構造化が生活の中で実践されえたという側面も持っていたと思われる。そしてこれらの要因が援助過程に加わった

ことによって、少しずつではあるが生活の中で意欲を発揮するようになり、新たに遂行できる行動が現れたり生活の幅が広がるという変化がみられるようになったのではないかと考えられた。

認められた変化としては僅かなものであるため、両事例の陰性症状や制限の多い生活の、その全てが先に述べた妄想的対処の結果であるとは言えず、援助としての課題は多く残されている。統合失調症の陰性症状改善のための具体的な手段としては SST, 問題解決訓練, 自己教示訓練等のようなプログラムが開発されており(加藤・三島, 1991), 両事例とも今後経過や状態を慎重に判断しながら, 上記のような手段の導入や援助のあり方の工夫を考えていく必要がある。しかし, 陰性症状に妄想的対処の結果生じている部分があると思われる事例に対しては, 援助者を含めた患者を取り巻く人が現状を支持, 保証し, その中で遂行している行動や活動を, 患者が積極的に継続できるような状況を作るということを, 援助の一手段として提案することができるのではないかとと思われる。そして, HVI が陽性となったロールシャッフの結果から, このような援助手段を提案できるような陰性症状を有する事例を見出すことができる場合があるということが考えられるのである。

精神科臨床における心理検査は主に精神医学的な鑑別診断の補助としての役割を求められることが多く(馬場, 1998), また心理療法の有効性の判断や心理療法過程における人格の変化を把握することに役立つものとなってもいるが(河合, 1999) 妄想的対処によって生じている陰性症状を持つ事例を見出し, それに基づいて心理療法や生活援助場面における具体的な関わり方を考えるという形で, ロールシャッフを統合失調症の臨床に役立たせることができる場合もあると思われた。この点においてロールシャッフが,

精神医学的な鑑別診断や心理療法に関するアセスメントに加えて, 生活援助も含めた統合失調症の援助活動においても寄与できる面を持っているのではないかと考えられる。

付 記

本論文をまとめるにあたり, 貴重なご助言を頂きました金沢工業大学の矢野寿美子助教授に御礼申し上げます。

なお, 本論文の一部は包括システムによる日本ロールシャッフ学会第9回名古屋大会において発表した。

文 献

- 馬場禮子 (1998) : 精神神経科における心理臨床。病院の心理臨床, 金子書房, p.131-138.
- Bellack, A.S., Morrison, A.L., Wixed, J.T, Mueser, K.T. (1990) : An Analysis of Social Competence in Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 156, 809-818.
- Carpenter, W.T., Heinrichs, D.W, Alphas, L.D. (1985) : Treatment of Negative Symptoms. *Schizophrenia Bulletin* 11, 3, 440-452.
- Carpenter, W.T., Jr., Heinrichs, D.W, Althea M.I. (1988) : Deficit and Nondeficit Forms of Schizophrenia : The Concept. *American Journal of Psychiatry* 145, 5, 578-583.
- Crow, T.J. (1980) : Molecular pathology of schizophrenia : more than one disease process?. *British Medical Journal* 12, 66-68.
- Exner, J.E. (2000) : A Primer for Rorschach interpretation. 中村紀子, 野田昌道監訳 (2002) : ロールシャッフの解釈. 金剛出版.
- 久江洋企, 稲田俊也 (2000) : 陰性症状の評価尺度. 八木剛平編 : 精神分裂病の陰性症状. *ライフ・サイエンス*, p.64-74.
- 加藤元一郎, 三島順子 (1991) : 作業療法, デイケアの役割. 浅井昌弘, 八木剛平編 : 精神分裂病治療のストラテジー—薬物療法と精神療法の接点を求めて—, 国際医書出版, p.226-252.
- 河合隼雄 (1999) : 心理検査と心理療法. *精神療法* 25, 1, p.3-7.
- Kay, S.R. (1990) : Methods of assessing negative symptoms. 藤原妙子, 岡崎祐士訳 (1990) 陰

- 性症状の評価法, 精神科診断学, 1, 3, 331-338.
- 古茶大樹, 濱田秀伯 (2000): 精神分裂病の陰性症状—その歴史と概念—, 八木剛平編: 精神分裂病の陰性症状, ライフ・サイエンス, p.5-13.
- 小出浩之 (1990a): 分裂病と構造, 金剛出版.
- 小出浩之 (1990b): 陰性症状の精神病理学的考察, 精神科診断学, 1, 3, p.361-376.
- 松浪克文 (1999): 妄想の精神療法: 薬物・精神療法—精神科一般臨床の立場から—, 精神療法, 25, 3, p.205-215.
- 岡崎祐士, 安西信雄, 太田敏夫, 島 悟, 他 (1984): 陰性症状評価尺度 (SANS), 臨床精神医学, 13, 8, p.999-1010.
- 岡崎祐士 (1990): 陰性症状概念の精神分裂病研究への影響, 精神科診断学, 1, 3, p.315-329.
- 大熊輝雄 (1994): 現代臨床精神医学改訂版第5版, 金原出版.
- 高橋雅春, 北村依子 (1981): ロールシャッハ診断法II, サイエンス社.
- 立山萬里 (2000): 陰性症状の症候学, 八木豪平編: 精神分裂病の陰性症状, ライフ・サイエンス, p.52-63.
- 渡辺雄三 (1980): 精神分裂病の精神療法における「内枠づくり」と「外枠づくり」, 季刊精神療法, 6, p.268-279.
- Weiner, I.B (1998): Principles of Rorschach interpretation. 秋谷たつ子・秋本倫子共訳 (2005) ロールシャッハ解釈の諸原則, みすず書房.
- 吉松和哉 (1990): 分裂病の陰性症状, 精神医学, 32, 10, p.1036-1048.

*

*

*