

ロールシャッハ・テストからみた
脳血管障害者

－左・右半球損傷の感情障害を中心に－

兵庫教育大学大学院 学校教育研究科
障害児教育専攻 M91322H

松田 明子

目 次

I	はじめに	1
	1. 脳血管障害にみられる感情障害	4
	2. リハビリテーション阻害因子としての感情障害	5
	3. 感情障害に関わる研究	6
	(1)神経心理学的研究	
	(2)口・テストにおける脳器質損傷サインの研究	
	4. 問題と目的	10
II	研究方法	11
	1. 被験者	11
	2. 検査方法	16
	3. 研究の手順	17
	4. 検査期間	17
III	結果と考察	18
	1. 反応態度及び社会的態度	21
	(1)反応数 (R)	
	(2)反応拒否 (R e j)	
	(3)反応時間 (R T)	
	(4)人間に関する反応 (H)	
	(5)動物に関する反応 (A)	
	(6)平凡反応 (P)	
	(7)内容範囲 (C R)、決定因範囲 (D R)	

2. パーソナリティー水準	27
3. 知的側面	29
(1)形態質	
(2)人間運動反応(M)の量と質	
(3)全体反応(W)の量と質	
(4)稀有・独創反応(O)	
(5)内容の多様性	
4. 体験型	36
(1)M : ΣC	
(2)FM + m : Fc + c + C'	
(3)VIII IX X / R %	
5. 情緒的側面	41
(1)情緒的統制	
①外的統御	
②内的統御	
③圧縮的(抑圧的)統御	
(2)情緒の性質と内容	
IV 結論	46
謝辞	
文献	
付表	

I. はじめに

脳血管障害者の問題は一疾病としての問題のみならず、社会生活や人間関係はもちろん、リハビリテーション・プログラムのありかたについても考えさせられる問題を含んでいる。言語療法士、作業療法士、理学療法士とリハビリを受ける患者との関係は、障害児教育における教師と子供の関係に近いものである。また、後にも触れるが、脳卒中後の治療や介護、そしてリハビリにおける家族の理解や社会的援助の重要性も、同じく、障害児教育に欠かすことのできないものである。脳血管障害者のリハビリテーションの実際は、その考え方や内容において障害児教育と極めて類似、共通したものが多い、といえるであろう。そして、これらのリハビリによって、多くの脳血管障害者が社会復帰を果たしている今日、それらが障害児教育に寄与するところははなはだ大きく、学ぶところは多いと考える。

1. 脳血管障害後にみられる感情障害

脳血管障害発症後にはパーソナリティー、ことに気分や情動、意欲や注意等、感情面での障害をみることが少なくない。例えば、ささいなことで不安・焦燥状態をきたし、劣等感・自信欠乏に悩まされ自己過小評価や罪業感等、妄想様気分をみる者、頭重・頭痛・心悸亢進・頻脈・震え・目眩・肩こり・不眠・食欲不振・下痢・便秘・頻尿・多汗など心氣的訴えの絶えない者、気弱・気重で他人の眼差しやささやきに過敏にな

りすぎる者、疲労倦怠感が強く、自発的意欲に欠け、根気なく精彩のない者、多弁・饒舌で気分高揚し、相手かまわずひっきりなしに喋る者、気分が変わり易く刺激過敏となり、ささいなことでかんしゃくなどの爆発的な情動興奮を呈す者、子細なことに偏執的にこだわりそれにひどく執着する者、などさまざまな問題行動を示すことがよく見られる。

なかでも、従来から問題視されてきたのが抑うつ状態や精神運動興奮のはなはだしい気分・情動障害についてであった。しかし、これらの気分・情動障害は脳血管障害者が示すより顕著な神経心理症状、すなわち失語、失行、失認等の問題のかげに隠れて、見逃されがちであったことは否めない。

2. リハビリテーション阻害因子としての感情障害

最近、脳血管障害後のリハビリテーションや社会的ケアが、本格的な治療システムに組み込まれ、重視されるようになってきている。脳血管障害者にとってリハビリは、社会復帰をするための重要な役割を果たすものである。ところが、脳血管障害者の気分・情動障害、ことにうつ状態が顕著になると身体機能障害の回復が遅延し、意欲や集中力が低下するなど、リハビリテーションの効果や社会適応にとって、マイナスの影響を及ぼすことが多く報告されるようになった。つまり、回復やリハビリテーションの阻害因として心の状態、すなわち感情面での障害が指摘され、患者への心理面からのアプローチが注目されるようになってきたのである。具体的には、脳損傷と気分・情動障害の関係、リハビリテーション、対人関係、社会適応と感情障害の関係等が問題として取り上げられ始めたのである。

3. 脳血管障害にみられる感情障害に関わる諸研究

① 神経心理学的研究

ここ15年くらい前から、脳血管障害に関する神経心理学的な研究は、多岐多方面にわたって莫大な研究論文が発表されてきたが、気分・情動障害に関する研究はまだ極めて少なく、データベースによると最近5年間において約47の論文をみるに過ぎない。これらの論文に目を通してみると、2つの対立した見解があるように思われる。

その1つは、脳血管障害後の左・右半球間の気分・情動障害について長期間にわたり成りゆき調査を行ってきた、Johns Hopkins大学のRobinsonらによる研究シリーズである。Robinsonらは、1982年に、脳卒中患者の約三分の一にうつ状態が認められ、右半球障害より左半球障害に頻度が高いと報告し、1984年には、障害部位別に検討したところ、左半球障害の場合左前頭極に病変が近いほどうつ状態をきたしやすく、右半球障害では前頭極より遠いほどうつ状態をきたしやすい傾向にあったと報告している。また、1985年には、脳血管障害発症後3ヶ月以内にうつ状態を呈する患者と、6ヶ月後の時点でうつ状態と初めて診断される患者を比較し、前者は、解剖・生理学的要素との関連が深く、後者は、脳損傷による機能障害の程度と相関があるとし、脳卒中後の情動異常を、単に心理的影響のみでは説明しえないことを報告している。1986年には、損傷があるからうつ病になるわけではなく、いったんうつ病になると、それが脳卒中後の回復に影響を及ぼす可能性が推測された。また、1988年には、Robinsonらは気分障害の予後を左右するものとして以下の3点をあげている。1) 病変部位：左前脳梗塞で、かつ、1・2年のうちにうつ病が重篤化する患者では、病変部位がどれだけ前頭極に近接しているか。2) 情動状態：脳卒中後6ヶ月の入院うつ患者は1・2年後もうつ

病の可能性があり、加えて、入院うつ病患者は2年目の身体的損傷と重要な関係を持ち、一方、卒中後6ヶ月目のうつ病は、1年目の身体的損傷とある程度関係がある。3) 身体的損傷：ADL障害は1年目のうつ病とある程度関係があり、一方、6ヶ月目にみられるADL障害は1・2年目のうつ病と強い関係がある。そして、脳卒中病変の部位はその後発症するかもしれないうつ病の強い指標となるが、身体的損傷とうつ病の間には相互関係があり、その予後は治療やリハビリと関係が深いと報告している。さらに1989年には、左右脳半球間の脳損傷に対する生化学的反応の差が、左半球損傷はなぜうつ病を発症するか、右半球損傷は(特例的ではあるが)なぜ軽そう状態をきたすか、ということの説明しうるかもしれない、として論文を発表した。また、1990年にはRobinsonらは、不安抑うつグループの患者では高頻度で皮質病変が、大うつ病患者グループでは高頻度で皮質下病変が認められたとし、患者の低い経済状態や病変部位が、脳卒中後大うつ病の患者に重篤な不安を引き起こす要因になるかもしれないことも、報告している。

しかし、一方、Oxford大学のHouseらは、気分障害は脳卒中患者の方が一般の人よりも多くみられ、またうつ病は左前頭葉皮質や皮質下梗塞と密接に関係がある、としながらも、1990年にRobinsonらの諸説は彼らの研究においては支持されず、障害半球によるうつ病状態の出現頻度や症状に関連や差はみられなかった、と報告している。

また、1987年、Morrisらは、脳血管障害後の気分障害で、身体的疾患に伴ううつ病の発症に影響を与える潜在的要因として、以下のものがあるとしている。すなわち、1) 精神病の家族歴、2) うつ病の既往症、3) 病前のパーソナリティー、4) 病気を含む日常の出来事の衝撃度、5) 病気の難治性、6) 内分泌系の異常、7) 疾病期間における社会的援助の質、の7因

子を重視している。さらに、Morrisらは1991年には、患者の後遺症に対する配偶者・家族の援助や認知のあり方が、うつ病の発症や重症度と強く関係している、とも報告している。

この点について、Weddellも、1987年に、脳卒中患者の精神状態は家族の態度と強い関係があり、家族の精神障害は、介護の肉対的負担や、理解できない患者の行動や言語障害の程度の強さと関係がある、としている。そして、リハビリは患者の負担以上に家族の負担を軽減している、と報告している。

日本では、島根医大の小林と広島大の菊本がこの種の論文を発表している。小林は、1987年、脳血管障害後のうつ状態を検討し、その内容としては行動や思考の抑制が最も高頻度で、次いでうつ気分、不安、焦燥感が強く、年齢、性別、発症からの期間、運動麻痺の有無、左・右間に有意差はみられなかったとしている。また、皮質症状のある群、パーキンソン症候群を認めた群、ADLの不良な群では、Zungのself-rating depression scale (以下SDS) のスコアが高い傾向が認められたとしている。1988年には、脳卒中後のうつ状態の経時的変化と局所脳血流量の関係、左右差についての検討をしている。その結果、皮質症状のある群、パーキンソン群ではSDSの改善率が悪かったが、ADLとSDSの改善度間に相関はなかった。また、うつ状態及びその改善には、両側側頭葉の脳血流が関係していることが示唆されたが、左右差は認められなかったと報告している。また、最近では、脳血管障害後の感情障害における半球優位性について検討し、大うつ症状に関しては左半球が優位な可能性が示唆され、その性質は若干異なっているものの、右半球の関与も大きい可能性が考えられた、としている。

また、菊本は1990年にZungスケール、Hamiltonスケールを使って、右

半球損傷発症後のうつ病患者はうつの気分、自殺、日内変動、体重減少、妄想的症状等の、内因性うつ病の症状を示し、左半球損傷発症後のうつ病患者は精神的不安、心気症や疲労等、神経症性うつ病を示す、という見解を明らかにしている。

このように、さまざまな説が発表されているが、一致した見解の見られない現状のままに、気分・情動障害に関する神経心理学的研究は収斂してきた、といえる。これは1つには、脳血管障害の神経心理学的研究において、高齢化社会という時代の要請から、記憶障害や痴呆症がさらに注目されるようになったことにもよるが、もう一つには、気分・情動障害に対する心理学的に有力なアプローチの手段が見つからないことにも関係するであろう。

②ロールシャッハ・テストの脳損傷者への適用

ロールシャッハ・テスト（以下ロ・テスト）は、スイスの精神科医 Rorschach（1884～1922）が創案した10枚1組のあいまいな図形（インクのしみ-Ink blot）を刺激材料として、個々人の知覚や統覚の様式を手がかりに、被験者のパーソナリティーをとらえようとするテストである。よって被験者には「みる」ということと、みたものを「ことばにする」ことが要求される。

栗林・岩井(1958)によると、大脳における器質損傷の有無をロ・テストによって診断しようとする試みは、Rorschachの最も親しい共同研究者の一人であるOberholzerに端を発しているという。また、ロ・テストの脳損傷者への適用は、頭部外傷、脳腫瘍、進行麻痺、脳動脈硬化症その

他に対する研究が、1940年代以降に多く試みられている。それらの研究の中でも最も有効とされているのがPiotrowski(1937)の指標(Organic Signs)である。

医学が驚異的に進歩した現在、脳損傷者へのロ・テストの適用目的は、必ずしも脳器質疾患の鑑別診断というものではない。むしろ、脳損傷による個々の症状が、患者のパーソナリティーに対し機能的にどんな意味をもち、どう影響しているのかを探る、1つの有効な手段になり得るのではないかと期待するものである。

4. 問題と目的

1. 2. 3. で述べたような点をふまえ、本研究では、これまで脳血管障害者の気分・情動障害へのアプローチに使用されたことのない投影法、なかでもロールシャッハ・テストを用いてその実態を明らかにしたい、と考えるものである。そこで、本研究では、ロールシャッハ反応からみた脳血管障害者のパーソナリティー特徴を、左右半球損傷の感情障害を中心に、以下に示す5つの視点から考察することにした。

1. 反応態度や社会的態度
2. パーソナリティー水準
3. 知的側面
4. 体験型（経験や行動のタイプ）
5. 情緒的統制

Ⅱ. 研究 方 法

1. 被験者

本研究の被験者は平成3年9月から平成4年8月の間に、兵庫県立リハビリ病院にリハビリ目的で入院してきた脳血管障害患者のうち、CT所見により損傷部位の局在化が明確になった脳出血および、脳梗塞の者30名である。その内訳は左脳損傷者13名、右脳損傷者17名である（表1、表2）。

なお、被験者の同質化を保つため、以下の条件に該当する者は除外した。

- (1) 同病院の神経内科医により、ち呆、あるいはち呆の疑いがある、と判断された者。
- (2) 検査実施時点で、重度の失語および半側無視がある、と認められた者。
- (3) 病前に精神疾患の既往歴のある者
- (4) 原則として70歳以上の高齢者。

表1：左脳損障者の性別、年齢、疾患名、損傷部位および範囲、職業、教育年数、その他

データ名	性別	年齢	疾患名	損傷部位	および	範囲	職業	教育年数	利き手	MMS得点 (30満点)	RAVEN得点 (36満点)	発症～入院 (日)	発症～ロ・テスト (日)
L 1	F	68	出血	視床～内包		限	主婦	—	R	11	13	94	109
L 2	M	56	出血	視床～内包～放射冠		限	溶接工	6	R	17	25	254	312
L 3	M	57	出血	視床		限	農業	12	R	29	33	33	74
L 4	F	54	梗塞	被殻～放射冠		限	農業	12	R	25	32	59	165
L 5	M	55	梗塞	中大脳動脈域		限	溶接工	—	R	29	33	47	113
L 6	M	48	出血	被殻～放射冠		限	警察官	9	L R	29	31	56	113
L 7	M	33	出血	視床		限	技術者	12	R	28	36	26	85
L 8	F	58	出血	視床～被殻		限	工員	6	R	13	14	48	86
L 9	F	72	梗塞	放射冠		限	農業	8	R	28	30	83	161
L 10	M	53	出血	シルビウス裂直下		限	塗装業	9	R	26	21	103	554
L 11	F	35	梗塞	ACA、MCA領域		広	薬剤師	16	R	24	34	126	211
L 12	F	69	出血	視床		限	主婦	10	R	23	26	23	131
L 13	M	49	出血	被殻・放射冠		限	仏壇製造	12	R	30	35	42	145

註1：表中のACA領域は前大脳動脈領域、MCA領域は中大脳動脈領域。

註2：教育年数欄の—は教育年数の不明の者。

表2：右脳損障者の性別、年齢、疾患名、損傷部位および範囲、職業、教育年数、その他

データ名	性別	年齢	疾患名	損傷部位 および	範囲	職業	教育年数	利き手	MMS得点 (30満点)	RAVEN得点 (36満点)	発症～入院 (日)	発症～ロ・テスト (日)
R 1	F	56	出血	被殻	限	工員	6	R	23	21	141	244
R 2	M	65	梗塞	MCA領域	広	船員	7	R	27	18	28	79
R 3	F	59	梗塞	MCA領域	広	店員	8	R	26	17	108	185
R 4	M	47	出血	被殻	限	会社員	16	R	28	36	41	105
R 5	M	65	出血	被殻	限	製材業	13	R	24	26	95	140
R 6	F	48	出血	被殻～視床	限	主婦	12	R	28	22	36	85
R 7	F	56	梗塞	被殻～放射冠	限	厨房パート	9	L	20	20	37	78
R 8	M	40	梗塞	MCA・被殻～放射冠	限	金融事務	16	R	30	33	13	49
R 9	F	54	出血	被殻	限	ホテル従業員	—	R	25	13	54	114
R 10	M	41	出血	脳幹	限	飲食店店員	9	R	28	31	307	356
R 11	F	62	梗塞	前頭頂ACA・MCA領域	広	主婦	12	R	28	28	98	161
R 12	F	44	出血	被殻	限	清掃業	9	R	25	22	58	135
R 13	M	43	出血	視床	限	現場監督	12	R	29	27	73	167
R 14	M	54	出血	被殻～放射冠	限	新聞販売	9	R	30	29	97	165
R 15	M	40	出血	被殻～放射冠	広	事務	12	R	32	28	106	191
R 16	M	46	梗塞	ACA～MCA領域	広	経理事務	12	R	29	26	204	296
R 17	F	59	梗塞	側頭皮質～放射冠	広	教員	16	L	27	29	125	174

註1：表中のACA領域は前大脳動脈領域、MCA領域は中大脳動脈領域。

註2：教育年数欄の—は教育年数の不明の者。

被験者の特徴について主要項目別にみると、以下のようであった。

(1) 年齢：表3に示すように、左脳損傷者群（以下左群）は年齢範囲が33才から72才、平均54.4才±5.5才、右脳損傷者群（以下右群）は40才から65才で、平均51.7才±8.4才であった。なお、両群の平均年齢間に有意差は認められなかった。

表3：被験者の年齢の比較

	範囲	平均	S D
左脳損傷者群	33～72	54.4	5.45
右脳損傷者群	40～65	51.7	8.42

$t=0.961$, $df=28$: 有意差なし

(2) 性別：性別は表4に示すように左群は男7名、女6名、右群は男9名、女8名であった。両群ともやや女性が少ないが、検定の結果、性別による有意な差は認められなかった。

表4：被験者の性別の比較

	男 (%)	女 (%)
左脳損傷者群	7 (53.8)	6 (46.2)
右脳損傷者群	9 (52.9)	8 (47.1)

$\chi^2 = 2.424$, $df=1$: 有意差なし

(3) 疾患・その他：両群の疾患別数は表5に示す通りである。左群では脳出血が9名、脳梗塞が4名、右群では脳出血が10名、脳梗塞が7名であった。両群ともに梗塞が少なかったが、検定の結果、両群間の疾患のタイプに有意な差は認められなかった。

表5：被験者の疾患別比較

	脳出血 (%)	脳梗塞 (%)
左脳損障害者群	9 (69.2)	4 (30.8)
右脳損障害者群	10 (58.8)	7 (41.2)

$\chi^2=0.041$, $df=1$: 有意差なし

また、被験者の脳損傷の範囲については、表6に示す通りである。広範、限局の厳密な基準はたてにくいだが、ここではカルテ記載によって判断した。左群は広範1名、限局12名で、脳損傷の範囲が限局された者が多かった。右群は広範6名、限局11名でやはり限局の者が6割以上であった。これは、1の(2)に該当する者（左群では主として重度失語、右群では主として半則無視のある者）を被験者から除外したことにより、損傷範囲の限局された者が多くなったのではないかと考えられる。しかし、推計学的には有意差は認められなかった。

表6：被験者の脳損傷の範囲の比較

	広範 (%)	限局 (%)
左脳損障害者群	1 (7.7)	12 (92.3)
右脳損障害者群	6 (35.3)	11 (64.7)

$\chi^2=1.784$, $df=1$: 有意差なし

(4) 発症から検査までの期間：発症からロールシャッハ・テスト実施までの期間は表7に示す通りである。左群では範囲が74～554日、平均 173.8 ± 90.9 日、右群は範囲が49～356日、平均 158.1 ± 80.39 日で、左群が13日ほど長かった。しかし、これらの間に有意な差は認められなかった。

表7：被験者の発症から検査までの期間の比較

	範囲	平均	S D
左脳損障害者群	74～554	173.8	125.60
右脳損障害者群	49～356	160.24	77.92

$t=0.482$, $df=28$: 有意差なし

(5) 職業：それぞれの被験者が発病前に従事していた職業は、社会一般にみられるごく普通のもので、職業について両群間に違いはみられなかった。

(6) 教育年数：表8に示すように、被験者の教育年数は、左群の範囲は6～16年、平均 10.2 ± 2.9 年、右群は範囲6～16年、平均 11.1 ± 3.1 年であった。なお、年数のはっきりしない者若干名については除いて計算した。検定の結果、特に有意な差は認められなかった。

表 8 : 被験者の教育年数の比較

	範囲	平均	S D
左脳損障害者群 (11名)	6~16	10.18	2.85
右脳損障害者群 (16名)	6~16	11.13	3.06

$t=0.778$, $df=25$: 有意差なし

(7) MMS得点およびRAVEN得点による被験者の現在の症状：被験者を選択する上で一つの目安となったのが、言語性認知能力検査のMMS得点（30点満点）と非言語性認知能力検査のRAVEN得点（36点満点）であった。MMS得点は表9、RAVEN得点は表10に示す通りである。左群のMMS得点は範囲11~30、平均 24.0 ± 6.98 、右群は範囲20~30、平均 27.0 ± 2.85 で、右群の方が得点が高かった。RAVEN得点は左群が範囲13~36、平均 27.92 ± 7.98 、右群が範囲13~36、平均 25.06 ± 5.91 で左群の方が得点が高かった。しかし、推計学的にはどちらについても、有意な差は認められなかった。

表 9 被験者のMMS得点の比較

	範囲	平均	S D
左脳損障害者群	11~30	24.0	6.98
右脳損障害者群	20~30	27.0	2.85

$t=1.551$, $df=28$: 有意差なし

表 1 0 : 被験者の RAVEN 得点の比較

	範囲	平均	S D
左脳損障者群	13~36	27.92	7.98
右脳損障者群	13~36	25.06	5.91

$t=1.089$, $df=28$: 有意差なし

2. 検査方法

ロールシャッハ・テストは、標準図版（スイス図版）を用い個別に施行した。教示、実施、分類、評価は Klopfer (1954) に準拠した片口修正法 (1987) によった。

各被験者のテスト時期は、入院からある程度以上日数が経過し、リハビリ病院での生活に十分慣れてからの実施になるよう配慮した。

テスト施行にあたっては患者がリハビリの中で出入りしている心理・言語治療室内の個室を使用した。リラックスして反応できるよう、患者の気持ちをほぐし、話しやすい雰囲気を保つよう心掛けた。年輩の被験者の中には検査がうまくできるか、間違えないか等の不安や緊張のみられた者もいたので、この検査には正解がない、どのように見えなければならぬということもなく、自分なりに見えたこと、感じたことをそのまま話してもらったらよい、等を納得させてから検査を行った。

3. 研究の手順

- (1)個人別の基礎整理表(Basic Scoring Table)、まとめの表(Summary Scoring Table)等基礎資料を作成した。
- (2)基礎資料の各項目ごとに左脳損傷者、右脳損傷者、脳損傷者全体の平均値とSDを算出した。
- (3)左脳損傷者・右脳損傷者のロールシャッハ反応の比較検討を行った。

4. 検査期間

本研究においてロールシャッハ・テストを施行した期間は、1991年11月から1992年8月までの10ヶ月間である

Ⅲ・結 果 と 考 察

30名の脳血管障害者にロールシャッハ・テスト（以下、ロ・テスト）を実施した際の臨床印象は以下に示す通りであった。

－左脳損傷者群－

- ・うまくできなかつたらどうしよう、検査というのは なんかいややな というような、検査への緊張感があり結果を気にするが、検査には協力的であった。
- ・反応数は少なく反応の内容や範囲も広くはない。
- ・緊張感や言葉数の少なさからか、一見気むずかしい、かた苦しい感じを受けた。
- ・また、相手との距離を図り控えめで、どちらかという自分を押さえ気味な印象を受けた。
- ・個性が余り見えず、特に男性はどの人も同じような感じがした。

－右脳損傷者群－

- ・難しい、分からんと言いながらもよくしゃべる人と、淡々とマイペースな人とがいるがどちらも余り緊張感はみられなかった。
- ・1つ1つの反応に要する時間は短く、反応数は左群と比べると多かった。
- ・情動失禁（心的刺激に対する感情表出の調節が失われ刺激に不相応な悲しみや怒り 等が唐突に表出される状態や逆に軽いそう状態、多幸

状態のことを言う)、あるいは感情の平板化が目についた。

- ・ 周囲や相手の反応にかまわず、自己中心的にものごとを進めてしまう印象を受けた。
- ・ 個人差が、左群よりははっきりするようであるが、左群とは逆に女性によく似たタイプが多いような感じがした。

すなわち、左群では控えめで無口、緊張や不安のあるせいかやや堅苦しい印象が強く、検査者としては、リラックスして口・テストに臨めるように気を遣うことが多かった。全体的にエネルギーに乏しく、言葉数は少なかったが、その場を意識した態度を示し、気持ちの通い合いや意志の疎通は決して悪くはなかった。

右群では多弁・多幸状態の者と感情が平板で無表情な者の両極端がみられたものの、いずれも緊張感はあまりなかった。検査者やその場の雰囲気にお構いなく、自分の思いのままに振る舞っているような印象があった。たとえば、口・テストで、見終わった図版カードは裏返して横に置くといったような、何度か繰り返してやっているうちに相互に了解ができていくようなことがなかなかうまくいかず、こちらのちょっとした意向をうまく伝えるのに気を遣ったように思われる。つまり、右群ではある程度のエネルギーはあるものの、それが散漫あるいは偏っており、言葉数は多いのに意志の疎通がうまくいかず、もどかしい場合があった。

以上、口・テスト時の臨床印象は左群と右群とでは、ややタイプを異にするものであった。

次に、表11は、本研究で口・テストを施行した被験者の結果を、主要記号を中心にまとめたものである。

表 11 : 脳損傷者の口・テストの主要指標結果

	左群		右群		脳損傷者全体	
	平均値	S D	平均値	S D	平均値	S D
R	12.38	3.99	17.12	7.10	15.07	6.40
R e j	1.38	1.94	0.82	1.29	1.07	1.63
R T (Av.)	71.45	14.80	71.08	46.20	71.24	36.12
R1T (Av.)	22.45	11.09	25.25	23.97	24.04	19.52
R1T (Av. N. C.)	20.10	10.73	21.38	22.24	20.83	18.18
R1T (Av. C. C.)	22.23	14.56	29.26	26.05	26.22	22.11
W	8.31	2.97	8.53	4.27	8.43	3.77
D	3.46	2.53	7.59	5.42	5.80	4.86
W%	69.59	18.13	52.52	24.06	59.92	23.28
D%	25.48	17.09	39.04	22.47	33.16	21.40
D d%	2.67	5.11	3.95	5.47	3.39	5.35
S%	2.25	3.43	1.53	2.53	1.84	2.97
M	1.38	1.51	1.00	0.84	1.17	1.19
Σ C	1.69	1.44	1.84	1.40	1.78	1.42
FM	1.73	1.46	2.41	1.74	2.12	1.66
FM+m	1.92	1.62	2.65	1.76	2.33	1.73
F c + c + C'	0.77	0.97	1.15	1.48	0.98	1.30
VIII IX X / R%	23.30	10.37	30.42	9.34	27.33	10.42
FC	0.50	0.78	1.03	1.18	0.80	1.06
CF + C	1.35	1.45	1.24	1.39	1.28	1.42
FC + CF + C	1.85	1.34	2.26	1.51	2.08	1.45
F%	60.98	16.19	60.56	18.24	60.74	17.38
Σ F%	88.37	13.08	88.69	18.43	88.55	16.33
F +%	49.95	27.66	45.85	21.99	47.63	24.69
Σ F +%	61.62	23.47	56.17	19.37	58.53	21.41
R +%	55.75	22.49	50.35	20.79	52.69	21.70
H%	11.97	10.11	10.84	7.11	11.33	8.56
A%	54.94	11.75	53.60	18.31	54.18	15.82
A t%	1.53	3.97	0.70	2.01	1.06	3.05
P	3.85	1.68	4.12	2.18	4.00	1.98
P%	35.47	23.13	26.98	17.25	30.66	20.45
CR	4.62	1.50	5.47	2.30	5.10	2.04
DR	3.77	1.12	4.53	1.38	4.20	1.33

表11で示した各ロールシャッハ記号は、それぞれ固有の解釈仮説をもっている。しかし、各記号の解釈を羅列することから、一つのまとまったパーソナリティー構成を把握することは難しい。そこで、本研究では各記号のもつ意味を考慮した上で、それらの相互関係、比率や均衡に注目しながら総合的に解釈をおこなうことにした。

そのため、ここでは、5つのパーソナリティー解釈上の視点を設定し、脳血管障害者におけるロールシャッハ反応の、一般的記号の総合的解釈を進めていきたいと考える。なお、各視点に関係のある指標の数値は、そのつど表12～15として掲載した。したがって、これらの表（表12～15）は表11と重複する箇所をもつものである。また、必要に応じ、一部の指標の形態水準別数値は註として欄外に記した。

なお、本文中の標準値については、片口（1985）もしくは高橋（1981）を参考とした。

1. 反 応 態 度 お よ び 社 会 的 態 度

通常反応態度は総反応数（R）、拒否・失敗数（Rej）、1図版あたりの反応終了時間（RT）や初発反応時間（R₁T）、無彩色図版に対する初発反応時間（R₁T N.C）と彩色図版に対する初発反応時間（R₁T C.C）からみる陰影・色彩ショック、人間反応（H%）、動物反応（A%）、平凡（P）反応、内容範囲（CR）・決定因範囲（DR）等の指標に反映されるといわれている。

したがって、これらの指標から口・テスト場面における被験者の態度一般、特に不安や緊張、防衛、注意の持続や関心、テストへの拒否、協

力をはじめ、被験者の社会的な関わり方や一般的な社会的行動に含まれる社会常識、社会感情、社会的役割、社会的責任感などが、ある程度が推察できるものである。

その結果は表 1 2 に示す通りであり、以下、順に反応数から見ていくことにする。

表 1 2 : 反応態度についての指標

	左群	右群
	平均値 (S D)	平均値 (S D)
(反応時間・反応拒否に関わる記号)		
R	12.38 (3.99)	17.12 (7.10)
R e j	1.38 (1.94)	0.82 (1.29)
R T (Av.)	71.45 (14.80)	71.08 (46.20)
R ₁ T (Av.)	22.45 (11.09)	25.25 (23.97)
R ₁ T (Av. N. C.)	20.10 (10.73)	21.38 (22.24)
R ₁ T (Av. C. C.)	22.23 (14.56)	29.26 (26.05)
(反応内容に関わる記号)		
H %	11.97 (10.11)	10.84 (7.11)
A %	54.94 (11.75)	53.60 (18.31)
P	3.85 (1.68)	4.12 (2.18)
P %	35.47 (23.13)	26.98 (17.25)
(内容・決定因範囲に関わる記号)		
C R	4.62 (1.50)	5.47 (2.30)
D R	3.77 (1.12)	4.53 (1.38)

(1) 反応数 - R

Rは、一般に知的水準、創造性、生産性やテストへの協力性を表す、といわれている。したがって、Rが減少するのは、想像力に乏しく非生産的であったり、防衛的・抑制的であったり、抑うつ気分が強い場合に多い、と思われる。

Rについては左群12.4、右群17.1で、成人の標準値が25前後であることから見ると、反応数は両群共に少ない、と言わざるを得ない。特に左群ではこの傾向が顕著である。一方、右群は、SDに示される個人差が大であるため決定的なことは言えないが、やはり標準値を下回るものである。

これらRの低値については、次の(2)反応拒否やテスト場面での被験者の態度からみて、必ずしもテストに非協力的であったため、とは考えにくい。むしろインクプロットの認知の際の想像性の乏しさ、意味づけ、言語表現の貧困さによる反応の失敗、と同時に単調で、無気力な感情などによる、被験者の戸惑いや困惑によるようでもある。この傾向は左群の方が右群より顕著に現れているといえる。

(2) 反応拒否 - R e j

反応拒否数は左群1.4、右群0.8である。反応拒否は通常では見られないものであり、問題にせざるを得ない。

しかし、テスト場面での全般的な印象では、上述したように両群共に単純な反応の拒否ではなく、反応の失敗や戸惑いからであるように思えた。被験者はテストには協力的で図版を懸命に眺め、インクプロットを指でなぞったり、ぶつぶつとひとりごとを言ったりするが、「やはり分からない」あるいは「何も見えてこない」、「こんなん 何に見えるん

や」というものが多かった。

そして、テスト時の観察や記録から、左群では、インクプロットからの印象を言語表現化する際の、渋難さや非流暢さなどによる反応への焦りや不安からの、反応の失敗が考えられた。それに対して、右群では、テスト場面でのインクプロットを意味あるものに構造化しえないことや、それに対する関心のなさ、あるいは逆にいらだち、興奮、注意散漫や気分易変による投げやりの拒否が少なくない、とも思われた。このように両群共に、それぞれニュアンスを異にする理由はあるにせよ、これは拒否というより、むしろ反応の失敗、戸惑いの表れである、とみた方がよい。なお、この傾向は反応時間からもうかがえるのである。

(3) 反応時間 - RT

反応時間は、左群では71.5秒、右群は71.1秒である。これらは反応数の少なさから考えると長すぎる。

また、初発反応時間 (R_1T) は、被験者の気分や新しい場面を処理する能力を表すとみなされている。一般には30秒以内、平均で15秒前後である。これは左群22.5秒、右群25.3秒で、両群共に標準値を7~10秒オーバーしている。つまり、反応数が少ない割に反応時間が長い、ということから、検査には協力的で反応しようという構えはあるものの、反応しにくい様子がうかがえる。このことは上記の認知の言語化の貧困さ、認知そのものの乏しさなど、認知上の決定的問題、弱気や気重な気分などによる生産性の低下による、反応の失敗や反応態度のためらいを示唆するもの、と推察できる。

次に、無彩色図版 (陰影カード) に対する初発反応時間 ($R_1T - N, C$) は左群20.1秒、右群21.4秒で、共にやや長い両群間に差はない。

また、両群共に陰影ショックといえるほどのものは考えにくい。それに対し、彩色図版（色彩カード）に対する初発反応時間（ $R_1T_{C.C}$ ）は左群22.2秒、右群29.3秒と右群が約7秒間長い。また、右群では陰影カードと色彩カードとの反応時間差は9秒との大きい。この点から右群は、図版に色がつくことで認知自体が混乱し、反応がより一層難しくなることが示されている。今一つは、これは情動的ないわゆる色彩ショックの存在を暗示するものでもあろう。つまり、右群は、ちょっとしたことで認知が混乱し意味づけができなくなる。しかも、その上、情動的にも興奮しやすく、一見、平穩そうに見えても、ささいな刺激で情動反応を来たししやすい傾向のあることは否定できない。

なお、社会知識、つまりテスト場面で社会常識的にどのように振る舞うか、また、その言動はどうか、といった社会的態度をみると、ここでの被験者の特徴は、おおむね以下のように思われる。

（4）人間に関する反応－H

人間に関する反応のRに対する割合であるH%は、左群12.0%、右群10.9%で共にほとんど差はない。また、これらは両群共に標準値の16%よりはやや少ないが、パーソナリティ・レベルが未発達な過程にある幼児や、低水準にとどまっている精神遅滞者に比べると遙かに高い。したがって、両群共に人間的関心、つまり、对人的関係づけについては特別に問題はない、といえる。

（5）動物に関する反応－A

大人であっても子供であっても、インクプロットを意味付けする際、

最も出やすいのは動物（A）反応である。その動物反応の割合、A%は左群55.0%、右群53.6%で両群共に標準範囲の中ではあるが、やや多い数値域にある。したがって、社会的関心そのものは健常範囲で問題はない。しかし、その観念内容は紋切り型で、いわゆる味のある認知のできにくい、バラエティーに欠ける、面白味のない人間像が想起されるのである。

（6）平凡反応－P

社会的公共性を示すP反応数は左群3.9、右群4.1で通常成人の反応数に比べ若干低い。また、両群共に総反応数Rが少なく、P%は左群35.5%、右群27.0%となる。しかし、Pの実数からみる限り、この数値から公共性に欠ける、とはいいいにくい。つまり、両群共に社会的公共性に関し、特に問題とすべきものはない。少なくとも表面的にはごく一般的な社会態度で振る舞っている、という印象が強いのである。

（7）内容範囲－CR・決定因範囲－DR

CR数は左群4.6、右群5.5、DR数は左群3.8、右群4.5でこれらも総反応数の少なさを考慮すると、平均範囲にある。したがって、両群共に社会的関心の範囲も決して狭くはなく、ごく平均的な人間像を示すのである。それだけに、特に右群では些細な刺激による情動興奮や気分易変が、まわりの人々に意外な感じを与えやすいわけである。

以上の項目を総合すると、両群共にⅡ. 研究方法で述べた、教育歴、病前職業、現在のMMS、RAVENからみた知的レベルに問題がなかったように、社会的知識、社会常識、社会的な態度に関しても特別に問題はみられない。つまり、表面的にみる限り健常者の示すような常識的な対人接

触、社会常識を備え、社会的行動や社会感情についても、一見したところでは特に変わったものでも、偏ったものでもない。少なくとも、社会的態度の奇異性は感じられない、といえる。

にもかかわらず、特に右群では感情の易興奮性を示唆する色彩ショックの存在が示唆され、また、公共性Pが左群より低いことなどから、突発的な情動変動が予想される。それだけに右群では、気分・情動の急変の際には周りの者に意外性が強く感じられるといえる。さらに、左群で、右群とは違った緊張ないし不安傾向による感情不安定性が想像されることには、注意しなければならない。

2. パーソナリティー水準

ロールシャッハ反応から、被験者のパーソナリティーのおよその水準を予測する場合よく用いられるのが、反応総数Rで示される反応の量とその質である。反応の質は形態水準の反応数Rによる比率によって示されるもの、つまり、良形態の反応率である $\Sigma F + \%$ によって示される。片口はこの反応の量と質をそれぞれ直交する二つの次元と見て、A・B・C・Dの4ゾーンにパーソナリティー・レベルを分類している。

図1は左群、右群の反応数Rと $\Sigma F + \%$ の平均値を坐標点として、両群のパーソナリティー水準の関係を見たものである。それによると左群、右群共にDゾーンに位置している。このDゾーンは反応数Rが少なく $\Sigma F + \%$ の小さいもので、これから見ると両群共に、健常者に比べ心的エネルギーの低下や生産性の低さ、抑うつを基調にする気分性は否定できない。

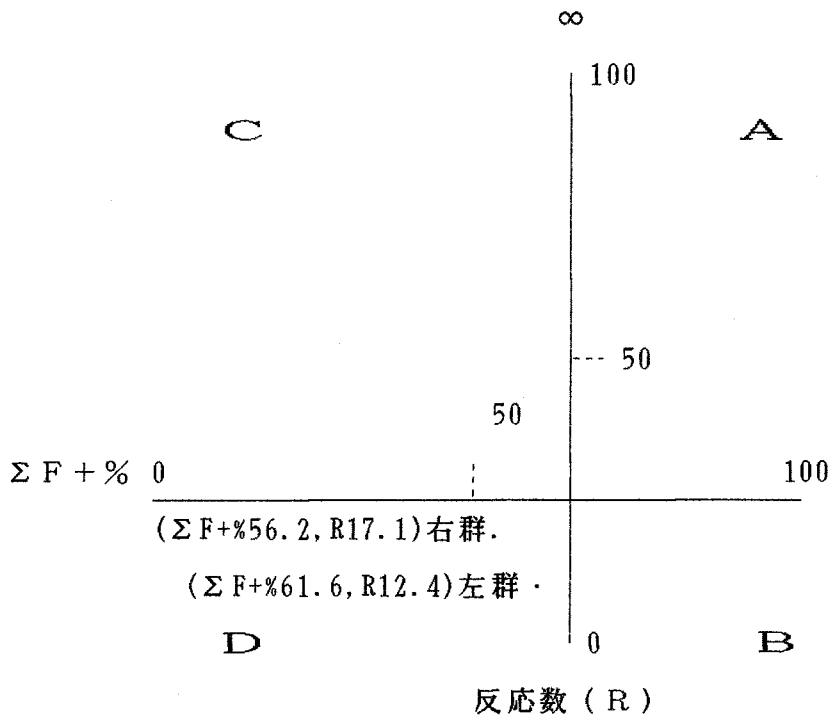


図1： RとΣ F+%との関係の型

これらのため、社会的公共性のある態度は両群共に一応は保たれてはいるが、その反応や行動に自我のコントロールの混乱のあることが予想され易いのである。言い換えると、パーソナリティーの統合の水準の低下が顕著であり、しかも、それが形式的には未熟な幼児のレベル、パーソナリティーの退行の顕著な精神病の水準を出ない、ということである。

また、ここでの問題は、テスト態度から観察される社会的公共性のある態度、あるいは社会常識を備えた反応中において、両群共に認知の障害や言語表現化の失敗、気分易変性や情動不安などに基づくパーソナリティー統合の水準の低さがみられる、という事実である。つまり、表面

的・外面的なパーソナリティー像と、その背後にある病的に低水準にあるパーソナリティー像との喰い違いが、特別に問題として指摘されるのである。この点について、以下、パーソナリティーの知的側面と情意的統制面を中心に詳細な検討を進めていきたい。

3. 知的側面

いうまでもなく、この口・テストから把握される知能は、いわゆる知能テストによって測定される知能ほど構造化された知能ではない。このテストは知的素質と知的効率の水準を評価するものである。具体的に言うと、いろいろの情報をどう認知し、それに基づいて問題をどのように解決するかといった認知・思考パターン、言い換えると認知や問題解決の構え、というべき知能である。このような面は、このテストでは、問題解決の構えに関係のある因子、たとえば形態質、F+%、M反応の量と質、全体反応(W)の量と質、O反応、内容の多様性などから、いわゆる知能が推察されるわけである(表13参照)。

(1) 形態質

形態質は形態水準ともいわれ、物の見方の公共性、現実吟味の実際、知的水準の如何、自己統制力の良否など、パーソナリティーの主要な機能をとらえる最も有効な手がかり、となるものである。

表 1 3 : 知的側面についての指標

	左群		右群	
	平均値	(S D)	平均値	(S D)
(形態に関わる記号)				
F %	60.98	(16.19)	60.56	(18.24)
Σ F %	88.37	(13.08)	88.69	(18.43)
F + %	49.95	(27.66)	45.85	(21.99)
Σ F + %	61.62	(23.47)	56.17	(19.37)
R + %	55.75	(22.49)	50.35	(20.79)
(人間運動に関わる記号)				
M	1.38	(1.51)	1.00	(0.84)
(反応領域に関わる記号)				
W	8.31	(2.97)	8.53	(4.27)
D	3.46	(2.53)	7.59	(5.42)
W %	69.59	(18.13)	52.52	(24.06)
D %	25.48	(17.09)	39.04	(22.47)
D d %	2.67	(5.11)	3.95	(5.47)
S %	2.25	(3.43)	1.53	(2.53)

註1: Mの形態水準別値は、(左群) $M+0$ 、 $M\pm 1.08$ 、 $M\mp 0.15$ 、 $M-0.08$
 (右群) $M+0$ 、 $M\pm 0.76$ 、 $M\mp 0.06$ 、 $M-0.12$

註2: Wの形態水準別値は、

(左群) $W+0.70$ 、 $W\pm 4.54$ 、 $W\mp 2.23$ 、 $W-0.54$

切断 $W+0.00$ 、切断 $W\pm 0.15$ 、切断 $W\mp 0.00$ 、切断 $W-0.08$ 、

(右群) $W+0.00$ 、 $W\pm 4.53$ 、 $W\mp 2.53$ 、 $W-1.25$

切断 $W+0.00$ 、切断 $W\pm 0.12$ 、切断 $W\mp 0.06$ 、切断 $W-0.12$

特に純粹良形態の反応率を示すF+%は注意を集中維持する能力、形のはっきりした記憶を保持する能力、明細で鮮明な記憶像を再生する能力、さまざまな記憶像の中から最も適当と思われるものを選び出す能力など、認知に関する諸機能が強く反映するものである。したがって、F+%は知的で認知力の優れた者では高く、精神遅滞や知能の欠陥者では逆に低くなる。また、抑うつ状態などの抑制の強い気分では高く、高揚したそう気分の時には低くなる、といわれている。

このようにF+%は知的因子である、と同時に情緒的因子の強い影響を受けるものである。

通常成人のF+%は約78.8%であるが、これに比べ左群は50.0%、右群は45.9%と極端に低い値を示している。よって、再三指摘したように、両群ともに低い認知能力、現実吟味の弱さ、あるいは、何らかの情緒不安定性、衝動性、をもつことが特徴的である。

また、 $\Sigma F + \%$ は成人の場合では約77.7%である。F+%も $\Sigma F + \%$ も60%~85%の範囲外になることは極めて稀れである。しかし、ここでの結果は $\Sigma F + \%$ は左群61.6%、右群は56.2%と低い値である。この点からも両群共に問題があることはいうまでもない。つまり、両群共に認知、情動ともに顕著な不統合がみられ、さらには不統合な認知と連想の相互作用にも混乱が推察される。それは特に右群で際だっている。

一方、F+%に関係するF%、これは形態のみに反応した率であるが、成人の標準値は43.8%である。ここでは左群61.0%、右群60.6%で両群共に非常に高い値である。F%の出現は、発達的にみると幼児期では70%を越え、その後10才で60%前後に減少し、成人になるとさらに減少し、上述のように50%以下になる。これは発達と共に認知のタイプが、インクプロットのさまざまな属性に敏感になり部分を全体の中の意味ある分節として、

より統合のとれた認知が可能になるからである。いうならば、成人では認知の際、主観的な立場から認知を行うよりも、むしろ、客観的に物事を認知する態度をとりやすいことを、反映するものである。

しかし、この傾向、つまりF%が著しく増大する場合は、想像力の乏しい、感情の抑制された陰気、弱気、気重なパーソナリティーによる、形式的、紋切り型、抑うつ気分にとどめられた認知、想像力の乏しい平板な認知、抑うつ的で控えめな認知が想像されるのである。

いずれにせよ、左右両群共にF%値の高いことは、その認知特徴はインクプロットをうまくとらえ、まとまりのあるものとして統合し意味付けすることができず、ごく形式的、杓子定規な認知にとどまるか、あるいは認知したものをうまく言語化できないことを示唆している。具体的にいうと、認知そのものが漠然として曖昧であるだけでなく、認知したものを言語によって表現する際に、反応語に錯語が混入したり、語の保続が現れたり、記憶の錯誤があったりし、そのために不適當な語句となり易いこと、さらに、それに加えて抑うつ的な、無気力で整合性の極めて低い認知になり易いことが、示唆されるのである。

その他、形態質に関するものとして総良形態反応率R+%があげられる。R+%は、プロトコル全体における形態質の水準と割合を示した指標であり、通常F+%や ΣF +%より低くなるものである。ここでは左群が55.8%、右群が50.4%である。この点からも、すでに述べたように脳損傷の両群に、重篤な認知の欠陥とそれに基づく混乱があることを強く示している。

以上の所見から、両群共に認知の実際は現実吟味ができず、形骸化した空漠とした認知に終始せざるをえず、また、言語化にも失敗し易いた

めに、その程度は極度に低下し、病的状態にある、といわざるをえない。また、認知したものの言語化の劣悪さも、一層、これらの傾向を極端なものとしている、と考えられる。特に、この点は左群に目立つといえるのである。

(2) 人間運動反応 (M) の量と質

一般にM反応は想像力や共感性等において優れた知的素質を必要とする、といわれている。そして、このMを形態水準と反応内容とに分けて見ると、優秀な知能の持ち主が水準の高いMを示すことは事実である。そして、平均以上の知能レベルの人では、通常3.6のM反応をみせる。

このM反応は両群共に少なく、左群1.4、右群1.0である。被験者のこうむった認知レベルでの重篤な障害は、このM反応数にも直接反映されている。

ところで、この少ないMの内訳でもある形態水準別値をみると、左群がM+0、M±1.08、M±0.15、M-0.08、右群ではM+0、M±0.76、M±0.06、M-0.12で、両群共に水準の低いM反応ではあるが、その内容的に、形態水準の低劣なM±やM-は右群の値が高く、それだけ右群の認知のあり方、内容が左群より劣っている、と考えられる。

いずれにしても、教育歴、職歴から示される知的水準、また、発病後のADLをはじめ、社会態度などから推測される知的レベルは、決して両群共に低くはないが、このようなM反応の量と質を見た場合、両群共に、重篤な認知障害の存在は、全心理機能に決定的に影響を及ぼしているといえる。

(3) 全体反応(W)の量と質

Wは、インクプロットを全体として把握しようとする態度に基づく反応である。そして、W反応の量が知能と相関関係にあることは周知の通りである。しかし、ただ単にW反応の多いことが、知能に結びつくわけではない。構成度が高く、明細化の行きとどいた良形態水準のWが多い時、はじめて高い知能が推定されるのである。

また、W反応は年齢によって変動するものである。幼児期には比較的高く、その後、インクプロットに対する明細化が進むにしたがいWは少なくなり、児童期後半から再び増えてくるが、Wの出現は、それほど多いものではない。つまり、W%は通常成人の標準値は39.0%程度である。

ところが、左群69.6%、右群52.5%と極端に高い。しかも、その質を示す形態水準は、左群が $W + 0.70$ 、 $W \pm 4.54$ 、 $W \mp 2.23$ 、 $W - 0.54$ 、切断 $W \pm 0.15$ 、切断 $W - 0.08$ で全体的に空漠とし、インクプロット形を曖昧にしか表現していない反応に終始している。それに対し右群は $W + 0$ 、 $W \pm 4.53$ 、 $W \mp 2.53$ 、 $W - 1.25$ 、切断 $W \pm 0.12$ 、切断 $W \mp 0.06$ 、切断 $W - 0.12$ で、左群に比べ形態水準はより低い不良形態の段階にとどまっている。

したがって、両群共にインクプロットの認知は漠然とした全体的なものか、インクプロットの一部に対し形式的に反応しているのに過ぎないといえ、この点からも、両群の認知の混乱の重篤さが強く示唆される。特に、この傾向は右群に顕著か、と思われるのである。

また、W%とD%については左右群で5%水準で有意な差が認められた。周知のように、全体反応(W)、普通大部分反応(D)、特殊部分反応(Dd)の割合は、健常な成人の標準値は、W%が39.0%、D%が50.8%、Dd%が8.6%である。

ところが、左群ではW%が69.6%、D%が25.5%、右群ではW%が52.5%、D%が39.0%で、W%は左群が有意に高く、D%は右群が有意に高かった。これは両群それぞれの認知様式の特徴、つまり、インクプロットのどの部分を手がかりに反応しているかを示唆している、といえる。

つまり、左群ではインクプロットの認知の際に、まず形の全体をとらえようとする傾向があることは否定できない。これに対し右群では部分にこだわるあまり、部分から全体を見通し、統合的に構造化することができない状態にあることが、示唆されるのである。このように、左群と右群では、認知様式そのものに違いがある、といってよいのではないであろうか。また、左・右両群共に極端に認知が低劣であるということは、臨床所見も考え合わせると、左群ではさらに、認知したものの表現、すなわち言語化に重大な問題がある、といわざるをえない。

(4) 稀有・独創反応(O) (original response)

O反応は統計的には表しにくいだが、通常O反応は優れた豊かな想像力の存在を示唆する。また、逆にO反応は奇をてらった不調和な認知を示す特異なものの場合もある、といわれている。

このO反応に関しては両群共に見られていない。したがって、ここで特別の所見を云々するわけにはいかない。テスト場面でのそれらしき反応は、左群での記憶の障害からの錯語、作話、右群での多弁ではあるが、しかし、それらの非現実的な反応からは奇抜なOらしい反応はみられても、ユニークな独創的なOは生産しようがないのではないか、と思われる。

(5) 内容の多様性

内容の多様性については(1)の内容範囲CRのところでもふれたが、左右群共に社会的公共性や、通常の人を感じとるような社会的感受性、常識も極端に低いものではない。つまり、対人的言動は通常と大きくは変わらないといえる。社会的認知には偏りはないが、これまで述べてきたような特徴から、認知の混乱が知的なものに影響を及ぼしていることは否定できない。

再三指摘しているように、ここでの被験者は左群、右群共に社会的態度は一見問題はない。また、知的なものもMMS, RAVENなどから、数値的にはそれほど大きな問題はない。しかし、認知様式には重篤な病態の存在がみられる。テスト場面のような緊張度の高い非日常的な場面では、ささいな刺激で表面的には安定した社会的態度が一挙に崩れさり、認知障害による状況判断の混乱と自我コントロールの困難、そして、より下位機能の情動の解放が起こってくるのではないかと考えられる。そこで、特に認知機能の障害とそれによる情動機能の解放との具体的関係をみる必要が起こってくる。したがって、以下、この点について検討することにした。

4. 体 験 型

H. Rorschachは、被験者がインクプロットを解釈する場合に、客観的に存在しない運動や奥行きなどをインクプロットの中に感じ取りやすい被験者を、外的現実を自己流に再構成する傾向の強い、かつ想像力豊かな

パーソナリティー、と解釈した。また、これに対して、インクプロットの色彩や陰影・濃淡等の客観的屬性によって、外的現実に沿った意味づけをする傾向の被験者がいることも指摘した。もちろん、の中には両傾向の移行型が多いわけであるが、この際、前者の優位指標であるMと後者の優位指標であるΣCの相互関係が、内的精神活動を示す内向要素と、外界への関心を示す外拡的要素との関係を反映する、と考え体験型と名付けた。

これによるとM反応優位な型は、より分化した知能、創造性、豊かな内面的生活、安定した情緒性や運動性、現実への適応の弱さなど内的弱さの特徴を持つ内向型とした。それに対し、ΣC優位の色彩型の者は、より紋切り型、模倣的、不安、不安定な情緒性、現実に対する適応の良さ、活発な運動性を特徴とする、行動型の外拡タイプである、としたのである。

この両タイプは口・テストの記号から(1)M:ΣC(人間運動反応:彩色反応)、(2)FM+m:Fc+c+C'(動物運動反応+非生物反応:2つの材質反応+無彩色反応)、(3)VIIIIXX/R%(彩色図版の反応比率)から、パーソナリティーの水準の深さ、つまり、多層面から検討できるわけで、これら(1)、(2)、(3)が同じ方向性を示していると典型的なタイプとなるし、(1)、(2)、(3)の中に喰い違いがあれば、心的な階層のどの部分かに葛藤がみられる不安定なパーソナリティー、と考えざるを得ないわけである(表14参照)。

(1) M:ΣC

体験型のうち、最も一般的であり基本的なものがM:ΣC(人間運動反応:彩色反応)によって示されるものである。

表 1 4 : 体験型の指標

	左群		右群	
	平均値 (S D)		平均値 (S D)	
(運動に関わる記号)				
M	1.38	(1.51)	1.00	(0.84)
F M	1.73	(1.46)	2.41	(1.74)
m	0.15	(0.36)	0.12	(0.32)
F M + m	1.92	(1.62)	2.65	(1.76)
(色彩に関わる記号)				
F C	0.50	(0.78)	1.03	(1.18)
C F	0.85	(1.46)	0.88	(1.23)
C	0.15	(0.53)	0.00	
C F + C	1.35	(1.45)	1.24	(1.39)
F C + C F + C	1.85	(1.34)	2.26	(1.51)
ΣC	1.69	(1.44)	1.84	(1.40)
VIII IX X / R %	23.30	(10.37)	30.42	(9.34)
(陰影・濃淡に関わる記号)				
F c	0.08	(0.27)	0.24	(0.55)
c	0.00		0.00	
F c + c + C'	0.77	(0.97)	1.15	(1.48)

このMと ΣC の関係を見ると、左群ではM : ΣC は $1.4 < 1.7$ である。それに対し、右群では $1.0 < 1.8$ で両群共にMは標準値より低いものの、 ΣC については標準値をやや上回る。したがって、この点からみると、両群共に外拡タイプではある。一見、無力的 (Mが少ない) であり、他

者に引っぱられる追隨的で紋切り型の判断、模倣的傾向、情緒不安定性等がみられるが、しかし、表面的には現実的行動のとれるタイプではある。とはいうものの、情緒的な不安定さから外界からの情緒的刺激に対し、過敏な反応に出やすい傾向が指摘できる。

次に、両群を比較すると、左群のほうはMと ΣC の格差は右群程ではない（右群はほぼ $2M=C$ ）。しかし、先に述べたようにF反応が両群共に極端に高いため、左群の方は情緒的な傾向は否定できないとしても、全体的には紋切り型、内面の空虚さ、抑制された感受性、不安や葛藤を内に秘めており、不安・葛藤が表面に出易い傾向である、とみられることは否定できない。それに対し右群は、左群よりも情動的により不安定で、情動興奮を起こしやすいタイプ、つまり、内的に空虚な割には情動興奮が目立つ情動問題型といえるように思われる。

(2) $FM+m : Fc+c+C'$

次に、体験型を補う指標として、 $FM+m : Fc+c+C'$ （動物運動反応+非生物反応：2つの材質反応+無彩色反応）をあげることができる。 $FM+m$ が被験者に意識されていない内向的傾向を示すのに対し、 $Fc+c+C'$ は逆に認知されていない外拡的傾向を示す、といわれている。

$M : \Sigma C$ の比とこれらの比が同じような傾向を示す場合、体験型は一貫性を持ち、それをより確かなものとして裏付けるわけである。逆に、この傾向に矛盾や喰い違いがあれば個人の深部で葛藤があるか、葛藤を起こしやすい、といわれている。

この比は左群では1.9:0.8、右群は2.7:1.2である。両群共に $FM+m > Fc+c+C'$ の関係を示し、先にあげた $M : \Sigma C$ のそれと矛盾する

ものである。特に、この矛盾は右群において大きい。つまり、これは両群共に表面的な情動反応は抑圧されてはいるが、無意識的な深層部では強い情動性を秘めている、といえる。それだけに両群の心の深部に葛藤、あるいは情緒的混乱のあることが示唆される。特に、この傾向は右群において顕著である。

したがって、両群共にそうではあるが、特に右群は一見、穏やかなパーソナリティーであるかのように見えるが、葛藤と混乱による不安と興奮、焦燥と爆発を起こしやすい、といえる。さらにまた、右群では、表面的には明るく、多弁で気さくな態度と裏腹に、態度、言動の急変と落差が大きく、それだけに意外性の強さが極端に感じられる、といえる。

(3) VIII IX X / R %

VIII IX X / R % はカード VIII・IX・X、つまり3枚の色彩図版に対する反応比を示したものである。これは外的な環境からの情緒刺激に対する感受性を示す。通常25%以下であれば全体的に消極的・退嬰的で、その影響力はよくコントロールされている。それに対して40%を越えると、わずかな刺激に対しても強い情動的反応を起こしやすい。

これについては左群は23.3%、右群は30.4%である。したがって、左群はともかく、右群は環境刺激に対し情動的に反応しやすいといえる。つまり、右群は外的刺激に対し注意が転導しやすく、いわゆる注意症状 (Confusional state) として指摘されている点の根拠も、このあたりから説明されるかもしれない。また、 $M : \Sigma C$ との関係、 $M : \Sigma C$ と $FM + m : Fc + c + C'$ の矛盾傾向からみると、右群ではこれが情動爆発につながる、ともいえよう。

以上を要約すると、体験型から、両群共に表面的には外向的で外界の状況に沿った言動や態度を示し、一見、社会的に順応された問題の少ないパーソナリティーのように見える。また、時には動きの少ない、型にはまったような、空虚なパーソナリティーとみられることも少なくない。しかし、内面は葛藤や情動性が秘められている。このため、左群においてはささいな刺激により不安焦燥状態に陥り、抑うつ状態を露呈することがあろう。また、右群では意外性を感じるほどの突如の注意転導や気分易変、情動爆発、情動興奮、を衝動的に起こしやすく、パーソナリティーの急変がみられることに留意しなければならない。

5. 情 緒 的 統 制

通常ロールシャッハ・テストから情緒をみる場合には、次の二つを検討する。すなわち、一つは情緒的統制の如何であり、今一つは記号や具体的反応内容から情緒の性質や内容を見るのである。

以下、ここでは反応の平均値を中心に左・右群としての解釈を進めているので、前者の情緒的統制を中心にみていくことにする（表15参照）。

（1）情緒的統制

情緒的統制はKlopperによると、3つの統御様式に区別されている。すなわち、①外的統御、②内的統御、③圧縮的（抑圧的）統御である。

①外的統御

外的統御とは、外面の行動や表現を調節し統御することをいう。いう

までもなく、インクプロットの色彩は、一般に目につきやすい外的刺激である。したがって、色彩反応は外的統御の指標となる。これは $\Sigma F + \%$ 、先の $M : \Sigma C$ 、 $F : CF + C$ の比を比較することによって考察できる。一般的に $\Sigma F + \%$ が低く、 ΣC が $2M$ より大であり、 $CF + C$ が FC より大であれば、外的統御は極めて悪い状態である、といえる。

表 15 : 情緒的統制についての指標

	左群	右群
	平均値 (SD)	平均値 (SD)
(色彩に関わる記号)		
FC	0.50 (0.78)	1.03 (1.18)
CF	0.85 (1.46)	0.88 (1.23)
C	0.15 (0.53)	0.00
CF + C	1.35 (1.45)	1.24 (1.39)
FC + CF + C	1.85 (1.34)	2.26 (1.51)
ΣC	1.69 (1.44)	1.84 (1.40)
(陰影・濃淡に関わる記号)		
Fc	0.08 (0.27)	0.24 (0.55)
c	0.00	0.00
Fc + c + C'	0.77 (0.97)	1.15 (1.48)

すなわち、外面の行動や表現を調節したり統御することが難しく、強い情動反応が易発しやすい状態である。

まず、左群についてであるが、 $\Sigma F + \%$ は平均より約20%低いやや特異な状態にある。また、 $\Sigma C 1.7 : M 1.4$ で両貧的であるが、その中でも Σ

Cの方がやや高い外拡型を示している。C F + C 1.0 : F C 0.4で外的統御は良くない状態にある。よって左群は、一見穏やかでおとなしいが、ささいな刺激によって葛藤状態に陥り情緒的に不安になりやすく、具体的には自信欠乏、劣等感など抑うつ状態になりやすい傾向は否めない。

一方、右群は $\Sigma F + \%$ は左群よりもさらに低く56.2%である。そして、 $\Sigma C 1.8 : M 1.0$ と ΣC がMの約2倍で、気分易変、情動興奮に傾きやすい。また、C F + F : F Cは0.9 : 0.8で、これらはほぼ拮抗しており、左群程のものではない。しかし、このように外的コントロールの差が小さく葛藤状態にあるところへ、 $\Sigma F + \%$ が低く、 ΣC がMの約2倍ある、ということからみて、やはり、外的統御の良くない情動反応を起こしやすい傾向である、と推察される。

②内的統御

内的統御は、外面行動を調節するための行動統制をしたり、情緒刺激への適切な対処を可能にする内的資質である。これは主としてM反応によって示される。

このMについてはすでに述べたように、インクプロットに人間の動きを見い出す反応であり、被験者のもつ知能水準、想像力、内的安定性を示唆する、といわれている。特に、こういった内的安定性が内的統御に関わるところが多いわけである。それは被験者がストレスの状態に陥った時、彼自身の中に退避し、統御できない衝動性を回避させる能力、つまり内的能力である。

このM反応は年齢と共に変化するが、成人では3.6程度といわれている。両群においてはMは低く、左群1.4、右群1.0である。これからみると両群共に内的統御は貧弱で、それは幼児の段階程度であることが推察され

る。

また、前述したように両群共に知能はともかくとして、認知能力が病的といえる程障害された状態にあり、状況の把握、統合、洞察力が極めて不十分である。それと同時に、繊細でバランスのとれた感受性には乏しものの、外部的なわずかな刺激によって影響を受け易く、単純で粗雑な反応に終始する傾向がある。しかも、心的な深部に強い衝動性、情緒性を認めるものであり、このため葛藤状態に陥りやすい。また、認知機能に決定的な障害のあることから情動行動に出やすいことは確かである。

したがって、周りに対する共感性に乏しく、自己中心的で情緒的な見方が強く、感情コントロールに欠け、自分本位に衝動行動に出やすい、といえるのである。つまり、ささいな事で情動反応にはしりやすいのである。特に、この内的統御の悪さは右群において顕著である。

③ 圧縮的（抑圧的）統御

これは、内的想像活動と外的刺激に対する反応性の両方を共に押さえ、自我を制限しながら現実に適応しようとする統御である。このタイプの統御を示唆するのは、人間運動（M）、彩色（ ΣC ）、陰影・濃淡（F c, c, C'）等の決定因を用いず、その結果F反応が優位になる場合である。

左群のF%は61.0%、右群は60.6%、また $\Sigma F +$ %は左群は88.4%、右群は88.7%でM, C, ΣC , F c, c, C' と比べて極端に高い値を示している。したがって、これは一見圧縮的統御のよさを示すが、しかし、他の記号との関係を見ると、実際には、このタイプの統御が、両群共にほとんど機能していないことを物語っている。つまり、外部刺激に無批判に反応し、自我のコントロールに欠け、その規制に失敗し、衝動的に情

動状態を表す、情動失禁のような傾向がある。したがって、両群共にこの点に関しては無防備であり、統御能力を失ってしまっている、と言わざるをえない。

これにみる限り、両群共にパーソナリティーの上位機能、すなわち、言語、認知、行為に関する機能はかなりの損傷をこうむり、下位の情動機能がむき出しに解放されやすい状態である、といえるのである。

(2) 情緒の性質と内容

色彩反応は左群が少ない。これからみて左群は喜怒哀楽に乏しい、一見淀んだような感情を呈する。つまり、精彩や面白味に欠け、エネルギーに乏しくすんだような印象を与える。それに対して、右群は一見何でもない、少なくとも表面的には問題のないような様相を呈している。また、左群よりは生き生きとした、人間らしい勢いやエネルギーも感じられるが、同時に衝動的で荒々しい、粗雑な面もみられる。しかし、相対的に暗さはないといえる。

また、一般的に $F_c + c + C'$ (陰影・濃淡、無彩色) が $FC + CF + C$ (彩色) より大であれば、抑うつ的であるといわれている。左群は $F_c + c + C' 0.8$ 、 $FC + CF + C 1.9$ 、右群は $F_c + c + C' 1.2$ 、 $FC + CF + C 2.3$ で、両群共に典型的な抑うつ状態とはいえないがささいなことで気分易変、刺激性易怒、あるいは不安、焦燥に陥り易いことには注意すべきである。

しかし、これまでにみてきたように、心の深層部に不安や葛藤、衝動性、情動性の存在を認め、これをコントロールする上位の認知機能の重篤な欠陥をみる時、それらの下位機能が容易にパーソナリティーの前景に出やすいと推察される。

IV. 結 論

脳血管障害の発作後にみられる神経心理症状のうち、気分や情動の障害はかなり一般的にみられるものである。たとえば、陰気、気重、弱気で退潮的な抑うつ気分を前景に出し、不安・焦燥感に陥る者、また、注意散漫で、しかも気分易変をきたしやすく、突発的に情動発作にかられ、不穏で爆発的行動にでる者などがみられる。これらがリハビリテーションの阻害因子となったり、社会適応上さまざまな問題を引き起こしたりすることが少なくない。

このようなわけで、最近、この気分・情動障害についてのアプローチが神経心理学領域でいくつかなされ始めた。データ・ベースにより最近5年間における、この種の研究をみると、47論文と数は決して多くはないが、これに関心もたれていることは事実である。この47論文の中で、特に注目するものにJohns Hopkins大学のRobinsonによる研究シリーズと、Oxford大学のHouseによる一連の研究がある。Robinsonによると、脳血管障害者に共通してみられる気分障害は抑うつ気分変調であり、それは損傷部位が左右半球のどちらにあるかによって、質的、内容的に異なることを指摘している。すなわち、左半球では不安、焦燥等を中心とする神経症性、反応性抑うつ気分が特徴で、しかも、損傷部位が前頭極に近づくほどそれが顕著に認められる、という。また、右半球では、いわゆる精神運動興奮、情動爆発を伴うような内因性抑うつ気分が多い、といっている。

これに対して、HouseはRobinsonのこのような左右半球に差は認められ

ないが、脳血管障害後、一過性に抑うつ気分が露呈されることはよくみられ、抗うつ剤の有効性が少なくないことを指摘している。

しかし、これらの気分・情動障害についての研究はほとんど行動観察や自己評価を中心とする評定尺度によるもので、本格的な心理臨床テストを、たとえば投影法などを利用したものではない。

したがって、本研究では脳血管障害による損傷部位が左・右半球のいずれかに特定できる者30名を対象に、ロールシャッハ・テストを実施し、左、右脳損傷後に見られる気分・情動を中心にするパーソナリティーの特徴を検討したのである。

そして、その結果、以下の結論をみるにいたった。

1. 反 応 態 度

- (1) 反応態度については反応数 (R)、拒否数 (Rej)、反応時間 (RT) 等から、両群共にテストには協調的であるにもかかわらず、インクプロットにうまく反応しえない失敗が少なからずみられた。
- (2) その背景にあるものとして、左群では認知したものの意味づけや言語化、表現化の困難さによる戸惑いのための失敗、および不安による反応のためらいからの生産性の低下が示唆された。
- (3) 右群ではインクプロットを意味あるものに構造化しえない認知的問題やそれに伴う混乱といらだち、また、色彩ショックの存在から情動的な興奮しやすさ、が示唆された。
- (4) また、社会的常識や社会的態度については人間に関わる反応 (H%)、動物に関わる反応 (A%)、平凡反応 (P)、内容範囲 (CR)、決定因範囲 (DR) から、両群共に表面的には健常者と特に変わりな

く、奇異性も認められなかった。

2. パーソナリティー水準

- (1) 反応の量 (R) と質 ($\Sigma F + \%$) から両群共に、心的エネルギーの低下や、生産性の低下、自我コントロールの混乱等、パーソナリティー統合水準の低下が示唆された。
- (2) その結果、1. で確認された表面的、社会的には問題のないパーソナリティーと、その背後にある低水準のパーソナリティーとの喰い違いが、問題として指摘された。

3. 知的側面

- (1) 形態質 (F + %, $\Sigma F + \%$, F %, R + %) からは、左右両群ともに形式的で平板な認知の仕方、抑うつ的で無気力さが示唆される認知等の特徴がみられた。また、低い認知能力に起因する現実吟味の弱さから何らかの情緒不安定性、衝動性の存在が推察された。
- (2) 特に右群では認知の際の不統合に加え、意味づけとしての連想との相互作用にも混乱が大きく、さらに、それが情動へ強い影響を与えることが伺われた。
- (3) 人間運動反応 (M) の量と質、その形態水準からみると、両群ともに低い形態水準の M が多く、特に右群には M- の多いことから、重篤な認知障害の存在が指摘された。
- (4) 全体反応 (W) の量と質から、両群ともに、認知は漠然とした不安定なものであり、認知の混乱の強さが特異であった。特にこの傾向

は右群に顕著であった。

- (5) また、W%とD%で左右群間に5%水準で有為な差が認められた。このことから左群での認知は全体的であるが、内容的には漠然としたものであること、右群での認知はインクプロットの一部に形式的に反応する、あるいは部分にこだわり、意味のあるまとまりとして認知しにくい傾向のあることが示唆された。
- (6) 内容の多様性から推察可能な社会的公共性や常識、社会的態度には大きな偏りはないものの、重篤な認知の混乱が存在する。この外面と内面との喰い違いが表面的安定を崩れ易くし、情動の解放へとつながるのではないかと推察された。

4. 体 験 型

- (1) 体験型では人間運動反応<彩色反応 ($M < \Sigma C$) の関係とF値の高さから、左群は外拡型で情緒的になり易い傾向は否定できなかった。たとえば、紋切り型、内面の空虚さ、抑制された感受性、不安や葛藤を秘めていることが示唆された。これに対し、右群では左群よりもさらに ΣC 優位で、情動的により不安定で情動興奮を起こしやすいタイプであった。
- (2) 両群共に動物運動反応+非生物反応>陰影・濃淡反応+無彩色反応 ($FM + m > Fc + c + C'$) の関係にあり、これは先にあげた $M < \Sigma C$ のそれと矛盾するものである。このことから、両群の心的深層部において葛藤や情緒的な混乱のあることが示唆された。
- (3) これより左群は、ささいな刺激により不安焦燥状態に陥り、抑うつ状態を露呈し易いと考えられた。また、右群では矛盾の落差が大き

いことから、表面的には気さくで穏やかな態度にみえるのが、ちょっとしたことで混乱や興奮、感情の爆発を起こしやすく、周囲の者にとっては意外性が強い、と予想された。

(4) $\text{VIIIIXX/R}\%$ (色彩図版の反応比率)からは、右群において環境刺激に対し情動的に反応し、注意の転導を起こしやすい注意障害の傾向が指摘された。

5. 情緒的統制

(1) 外的統御 ($\Sigma F + \%$ 、 $M : \Sigma C$ 、 $FC : CF + C$) は、左群ではささいな刺激によって葛藤状態に陥り、情緒的に不安定になりやすく、自信欠乏、劣等感など抑うつ的になりやすい傾向が示唆された。これに対し、右群は外的統御がとれにくく、気分易変、情動興奮を起こしやすい傾向が推察された。

(2) 内的統御 (M) は、両群共に自己中心的で情緒的な見方が強く、感情コントロールに欠け、自己本位に衝動的に行動しやすい傾向にある。特にこの傾向は右群において顕著であるといえる。

(3) 圧縮的・抑圧的統御 (F 優位) については、両群共に実際にはこの圧縮的統御がほとんど機能していないことが示唆された。つまり、外部刺激に無批判に反応し、そのコントロールできないまま、情動状態を表す、いわゆる情動失禁に近い状態にあることが示唆された。

これから、両群共にパーソナリティーの上位機能が抑制能力を失なうことで、下位機能の情動を無防備に解放し易いことが推察された。

(4) 情緒の性質と内容は、左群は精彩や面白味に欠け、一見淀んだような感情を呈することが示唆された。右群は、表面的には問題がな

く、左群に比べると人間らしい生き生きとした勢いさえみられるが、同時に衝動的で荒々しい粗雑さもみられる。

(5) 陰影・濃淡+無彩色<彩色 ($F_c + c + C' < FC + CF + C$)
の関係から、両群共に典型的な抑うつ状態はみられなかった

以上、脳損傷者にみるパーソナリティーは、ごく日常的な場合にあっては、自然かつ穏やかで、社会適応的な言動を見せるものであった。もちろん、より注意深くみると個人差があり、おとなしく穏やかな者、小心・気弱で何となく周囲に対しておどおどしている者、明るく打ちとけたようでありながらちょっとしたことで険悪な状態に陥る者、疑い深く、警戒的な態度に終始する者、などがみられる。ただし、外面的には一応の人格の枠を保っているだけに一層、パーソナリティーの崩れ易さを感じざるをえないのである。

つまり、この表面的に統一のとれた社会的態度は、非日常的な緊張場面では、ちょっとしたことで瓦解し易い。この際には脳損傷に因由する重篤な認知障害が出易いといえる。たとえば、左脳損傷者では言語化のまずさが目立ち、右脳損傷者では認知、構成の崩れが状況判断や自我コントロールのまずさといったかたちで露呈され易い。同時に、より下位機能の情動は左右それぞれに、ややニュアンスを異にした特徴をもって解放されてくる。これにより、その言動は複雑で理解し難い様相をみせるのである。すなわち、左脳損傷者では不安、焦燥からの困惑状態が強いし、右脳損傷者では意外性に満ちた衝動興奮型で情動爆発を呈すことが少なくない。

また、これらと抑うつ状態との関係については、今回の結果からはは

っきりあるとはいえ、今一度、慎重にならざるをえない。これらの点については、今後の研究にゆだねなければならないように思われる。

本研究においては、ロールシャッハ・テストからみた脳血管障害者のパーソナリティー特徴を、大きく左・右群の感情障害を中心にみてきた。しかし、臨床印象との具体的なつきあわせ、さらに細かく個々人の症状との関連の如何、また、始めに少しふれたロ・テスト脳器質損傷サインとの関係等、より一層詳しくみていくことまではできなかった。

また、脳機能や神経心理、認知といった問題については無論のこと、人間の「心」や「感情」といった諸概念とその構造、働きの複雑さ、つかみにくさは終始つきまとい、疑問と同時に、興味・関心のつきないものであった。今後の課題として、更に勉強を積み重ねていきたいと思う次第である。

謝 辞

幼稚園教諭としての仕事の中で、ものの見え方、聞こえ方、感じ方等が通常とちょっと違うのではないか、と思われる子供達に出会いました。彼らは彼らなりに精一杯自分を表現しようとしているのに、それは、受け手である周囲の者、親にとってさえ、不可解な言動にうつるのです。これは何なんだろうという素朴な疑問から始まったことが、この修士論文という形でほんの少しだけ整理されました。

本研究を進めるにあたっては、たくさんの方々から多くのご指導、ご助言をいただきました。

特に、指導教官として終始温かく、懇切で適切なご指導とご助言をいただきました隠岐忠彦先生、山口俊郎先生に心より感謝とお礼を申し上げます。ならびに、障害児教育講座および障害児教育実践センターの諸先生方には、数多くのご助言をいただき、深く感謝いたします。

また、滋賀女子短期大学の服部照子先生には、ロールシャッハ・テストの実施方法、スコアリング、解釈法などについて丁寧にご指導いただき、心よりお礼申し上げます。

さらに、この研究をご理解くださり、ご協力、ご助言をいただいた兵庫県立リハビリテーション中央病院、神経内科医師の横山和正先生、心理・言語治療室の長谷川先生、そして、患者の皆様には深く感謝申し上げます。今後のご健勝をお祈りいたします。

二年間の有意義な研修の機会を与えていただきました尼崎市教育委員会、ならびに、長洲幼稚園の皆様には、心よりお礼申し上げます。

最後になりましたが、障害児教育専攻の皆様には、終始惜しみないお力添えと励ましをいただきました。深く感謝いたします。

1992年12月 松田 明子

文 献

- 1) 馬場 元毅：JINブックス・絵でみる脳と神経 しくみと障害のメカニズム。医学書院，1991.
- 2) 江藤 文夫：各領域リハビリテーションの現状 1. 脳血管障害リハビリテーションの現状。東京医学 96(3) p144-151, 1989.
- 3) 江藤 文夫：第二版 脳卒中のリハビリテーション -基礎から実際まで-。新興医学出版社，1990.
- 4) 平井 俊策：脳卒中リハビリテーションの阻害因子とその対策。内科 36(4) p606-611, 1975.
- 5) 平井 俊策：劣位半球症候群のリハビリテーション上の問題点。理・作・療法 15(10) p861-866, 1981.
- 6) House, A., Dennis, M., Molyneux, A., Warlow, C. & Hawton, K. : Emotionalism after stroke. B. M. J. 15 p991-4, 1989.
- 7) House, A., Dennis, M., Warlow, C., Hawton, K. & Molyneux, A. : Mood disorders after stroke and their relation to lesion location. A CT scan study. Brain 113 p1113-29, 1990.
- 8) House, A., Dennis, M., Mogridge, L., Warlow, C., Hawton, K. & Jones, L. : Mood disorders in the year after first stroke. Br. J. Psychiatry 158 p83-92, 1991.
- 9) 岩脇 三良：心理検査における反応の心理。日本文化科学社，1973
- 10) 片口 安史：新・心理診断法。金子書房，1987.

- 11) 河合 隼雄：臨床場面におけるロールシャッハ法．岩崎学術出版社，1969．
- 12) 菊本 修：脳血管障害後のうつ状態に関する臨床的研究．精神神経学雑誌 92(7) p411-34, 1990．
- 13) 喜好 順子：脳損傷者の情意特徴に関するテスト学的研究－評定尺度と投映法を用いて－．兵庫教育大学修士論文，1992．
- 14) 小林 祥泰：「感情障害」．右半球の神経心理学（杉下守弘編）．p94-111, 朝倉書店，1991．
- 15) 栗林 正男，岩井 勳作：進行麻痺の臨床心理学的研究．堺脳病院研究業績集，1958．
- 16) 松下 正明：「脳血管性精神病」．現代精神医学体系 18, 老年精神医学．p144-184, 中山書店，1976．
- 17) 松山 義則，浜 治世：感情心理学 第1巻 理論と臨床．誠信書房，1974．
- 18) 宮森 孝史，丹沢 章八：視空間失認症者のリハビリテーション－その行動学的分析とロールシャッハ・テスト－．総合リハ 10(2) p 265-270, 1982．
- 19) 宮森 孝史：右脳損傷とリハビリテーション－心理学的問題点－．総合リハ 16(11) p 855-862, 1988．
- 20) Morris, P.L. & Raphael, B. : Depressive disorder associated with physical illness. The impact of stroke. Gen. Hosp. Psychiatry 9(5) p324-30, 1987.

- 21) Morris, P. L., Robinson, R. G., Raphael, B. & Bishop, D. :
The relation ship between the perception of social support and post stroke depression in hospitalized patients. *Psychiatry (U. S. A.)* 54(3) p306-16, 1991.
- 22) 村上宣寛, 村上千恵子: 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, 1988.
- 23) 岡堂哲雄: 心理検査学 - 心理アセスメントの基本 -. 垣内出版, 1975.
- 24) 岡堂哲雄, 矢吹省司: ロールシャッハ・テスト入門 - 知覚分析的アプローチ -, 日本文化科学社, 1976.
- 25) 小比木 啓吾, 乾 吉佑: リハビリテーションにおける精神医学的問題. *総合リハ* 9(8) p597-603, 1981.
- 26) 大谷 友子: 学習障害児のパーソナリティーに関する研究 - ロールシャッハ・テストを通して -. 兵庫教育大学修士論文, 1987.
- 27) Parikh, R. M., Lipsey, J. R., Robinson, R. G. & Price, T. R. : A two year longitudinal study of poststroke mood disorders - prognostic factors related to one and two year outcome. *Int. J. Psychiatry Med.* 18(1)p45-56, 1988.
- 28) Robinson, R. G. : Post-Stroke depressive disorders - a follow-up study of 103 patients. *Stroke* 13 p653, 1982.
- 29) Robinson, R. G., Kubos, K. L., Starr, L. B., Rao, K. & Price, T. R. : Mood disorders in stroke patients. Importance of location of lesion. *Brain* 107 p81-93, 1984.

- 30) Robinson, R. G., Starr, L. B., Lipsey, J. R., Rao, K. & Price, T. R.
: A two-year longitudinal study of poststroke mood disorders. In-hospital prognostic factors associated with six-month outcome. J. Nerv. Ment. Dis. 173(4) p221-6, 1985.
- 31) Robinson, R. G. & Lipsey, J. R. : Cerebral localization of emotion based on clinical-neuropathological correlations - methodological issues. Psychiatr. Dev. 3(4) p335-47, 1985.
- 32) Robinson, R. G., Lipsey, J. R., Rao, K. & Price, T. R. : Two-year longitudinal study of post-stroke mood disorders - comparison of acute-onset with delayed-onset depression. Am. J. Psychiatry 143(10)p1238-44, 1986.
- 33) Robinson, R. G., & Starkstein, S. E. : Mood disorders following stroke - new findings and future directions. J. Geriatr. Psychiatry 22(1)p1-15, 1989.
- 34) ロールシャッハ : 精神診断学 (改訂版). 片口 安史訳, 金子書房 1976.
- 35) 坂野 登 : 神経心理学. 新読書社, 1986.
- 36) 佐藤 能史 : 脳卒中リハビリテーション過程における認知, 自我機能の変化について (第一報) - 要求水準テストによる解析 -. 総合リハ 9(7) p555-561, 1981.

- 37) 佐藤 能史：脳卒中リハビリテーション過程における認知，自我機能の変化について（第二報）－ロールシャッハ・テストによる解析－．総合リハ 9(8) p629-634, 1981.
- 38) 佐藤 能史：脳障害と情緒障害－大脳半球機能分化と情緒統御をめぐって－．総合リハ 12(10) p775-782, 1984.
- 39) Sharpe, M., Hawton, K., House, A., Molyneux, A., Sandercock, P., Bamford, J. & Warlow, C. : Mood disorders in long-term survivors of stroke - associations with brain lesion location and volume. Psychol. Med. Nov. 20(4) p815-28, 1990.
- 40) 新福 尚武, 新貝 憲利：脳卒中後遺症としての精神症状とその対策．内科 36(4) p 601-605, 1975.
- 41) Starkstein, S. E., Cohen, B. S., Fedoroff, P., Parikh, R. M., Price, T. R. & Robinson, R. G. : Relationship between anxiety disorders and depressive disorders in patients with cerebrovascular injury. Arch. Gen. Psychiatry Mar. 47(3) p246-51, 1990.
- 42) 高田 昌子：LD児のパーソナリティーの年齢による変化－心理テストからのアプローチ，兵庫教育大学修士論文，1988.
- 43) 高橋 雅春, 北村 依子：ロールシャッハ診断法 I, II. サイエンス社, 1981.
- 44) 田中恒孝：脳卒中の精神医学－リハビリテーションの立場から－. 金剛出版, 1989.
- 45) 上田 敏：目でみる脳卒中リハビリテーション. 東京大学出版会, 1981.

- 46) Weddell, R. A. : Social, functional, and neuropsychological determinants of the psychiatric symptoms of stroke patients receiving rehabilitation and living at home
Scand. J. Rehabil. Med. 19(3)p93-8, 1987.
- 47) 山鳥 重 : 神經心理学入門. 医学書院, 1985.

付 表

付表 1 ロールシャッハ・テスト主要指標の
個人別スコア一覧表

付表1-1 ロ・テスト主要指標の個人別スコア (左脳損傷者)

	L 1	L 2	L 3	L 4	L 5	L 6	L 7
R	9.0	3.0	14.0	18.0	15.0	14.0	17.0
R e j	1.0	7.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0
R T (Av.)	71.0	56.0	77.0	91.0	77.0	70.0	77.0
R 1 T (Av.)	18.2	20.3	9.3	15.7	26.3	20.9	21.9
R 1 T (Av. N. C.)	24.2	20.3	8.8	11.8	20.3	19.8	20.2
R 1 T (Av. C. C.)	10.8	0.0	9.8	19.6	31.2	22.0	23.6
W	9.0	3.0	13.0	13.0	8.0	7.0	9.0
D	0.0	0.0	1.0	5.0	7.0	6.0	7.0
W%	100.0	100.0	92.9	72.2	53.3	50.0	52.9
D%	0.0	0.0	7.1	27.8	46.7	42.9	41.2
D d%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
S%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	7.1	5.9
M	0.0	0.0	3.5	2.0	1.0	3.0	5.0
Σ C	2.0	0.0	2.3	2.5	0.0	1.0	0.5
FM	0.0	0.0	0.5	3.0	5.5	3.0	2.0
FM+m	0.0	0.0	0.5	4.0	5.5	3.0	2.0
F c + c + C'	1.0	0.0	1.0	0.0	0.5	2.0	0.5
VIII IX X / R%	33.3	0.0	21.4	33.3	20.0	21.4	35.3
FC	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	1.0
CF + C	2.0	0.0	1.0	2.5	0.0	1.0	0.0
FC + CF + C	2.0	0.0	3.0	2.5	0.0	1.0	1.0
F%	66.7	100.0	57.1	55.6	60.0	42.9	47.1
Σ F%	66.7	100.0	100.0	83.3	100.0	92.9	100.0
F +%	16.7	100.0	62.5	20.0	44.4	50.0	25.0
Σ F +%	16.7	100.0	71.4	33.3	66.7	69.2	64.7
R +%	11.1	100.0	71.4	27.8	66.7	64.3	64.7
H%	0.0	0.0	21.4	11.1	13.3	21.4	35.3
A%	33.3	66.7	42.9	50.0	66.7	57.1	58.8
A t%	0.0	0.0	0.0	5.6	0.0	14.3	0.0
P	0.0	3.0	6.0	5.0	5.0	5.0	5.5
P%	0.0	100.0	42.9	27.8	33.3	35.7	32.4
CR	7.0	2.0	5.0	7.0	4.0	4.0	3.0
DR	3.0	1.0	4.0	5.0	3.0	5.0	5.0

付表1-2 ロ・テスト主要指標の個人別スコア (左脳損傷者)

ロ・テ 主要指標	L 8	L 9	L 1 0	L 1 1	L 1 2	L 1 3
R	11.0	11.0	7.0	13.0	15.0	14.0
R e j	2.0	1.0	4.0	0.0	1.0	1.0
R T (Av.)	73.0	89.0	67.0	31.9	85.0	64.0
R 1 T (Av.)	14.1	55.3	34.3	20.4	18.3	16.9
R 1 T (Av. N. C.)	12.6	54.0	11.5	19.0	20.0	18.8
R 1 T (Av. C. C.)	16.7	57.0	45.8	21.8	16.3	14.5
W	6.0	7.0	4.0	9.0	8.0	12.0
D	5.0	3.0	2.0	4.0	5.0	0.0
W%	54.5	63.6	57.1	69.2	53.3	85.7
D%	45.5	27.3	28.6	30.8	33.3	0.0
D d%	0.0	0.0	14.3	0.0	13.3	7.1
S%	0.0	9.1	0.0	0.0	0.0	7.1
M	1.0	0.0	1.0	0.5	0.0	1.0
ΣC	0.5	1.0	2.0	4.0	5.0	1.3
FM	1.0	1.0	1.0	1.0	2.5	2.0
FM+m	1.0	1.0	1.0	1.0	3.5	2.5
F c + c + C'	0.5	0.0	0.0	0.5	0.0	3.5
$\text{VIII X} / R\%$	9.1	36.4	28.6	23.1	26.7	14.3
FC	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	1.5
CF+C	0.5	0.0	2.0	3.0	5.0	0.5
FC+CF+C	0.5	2.0	2.0	3.0	5.0	2.0
F%	81.8	72.7	42.9	69.2	46.7	50.0
$\Sigma F\%$	100.0	90.9	71.4	76.9	66.7	100.0
F+%	33.3	62.5	100.0	77.8	28.6	28.6
$\Sigma F+\%$	45.5	63.6	100.0	80.0	40.0	50.0
R+%	45.5	63.6	71.4	61.5	26.7	50.0
H%	9.1	0.0	14.3	15.4	0.0	14.3
A%	72.7	36.4	57.1	61.5	46.7	64.3
A t%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
P	3.0	3.0	4.0	5.5	1.5	3.5
P%	27.3	27.3	57.1	42.3	10.0	25.0
CR	4.0	6.0	3.0	4.0	6.0	5.0
DR	3.0	3.0	4.0	4.0	4.0	5.0

付表1-3 ロ・テスト主要指標の個人別スコア (右脳損傷者)

ロ・テ 主要指標	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7
R	13.0	14.0	24.0	15.0	18.0	24.0	15.0
Rej	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
RT (Av.)	109.0	56.9	48.4	217.0	57.0	112.0	63.0
R1T (Av.)	15.4	16.1	8.1	106.9	18.6	28.0	20.1
R1T (Av. N.C.)	10.2	8.8	6.8	100.2	19.6	20.2	13.5
R1T (Av. C.C.)	20.6	23.4	9.4	113.6	17.6	35.8	25.4
W	5.0	5.0	6.0	11.0	13.0	7.0	2.0
D	5.0	8.0	16.0	4.0	5.0	16.0	12.0
W%	38.5	35.7	25.0	73.3	72.2	29.2	13.3
D%	38.5	57.1	16.0	26.7	27.8	66.7	80.0
Dd%	15.4	0.0	4.2	0.0	0.0	4.2	6.7
S%	7.7	7.1	4.2	0.0	0.0	0.0	0.0
M	0.0	1.5	1.0	1.0	1.0	1.0	0.0
ΣC	2.8	1.0	1.5	2.5	2.8	1.0	0.5
FM	0.0	3.5	2.0	5.0	3.0	4.0	2.0
FM+m	0.0	3.5	2.0	6.0	3.0	4.0	3.0
Fc+c+C'	0.0	0.0	0.0	0.5	1.0	5.5	0.5
VIIIIX/R%	38.5	21.4	37.5	46.7	22.2	41.7	40.0
FC	1.0	1.0	3.0	0.0	2.5	2.0	0.0
CF+C	2.0	0.5	0.0	2.5	1.5	0.0	0.5
FC+CF+C	3.0	1.5	3.0	2.5	4.0	2.0	0.5
F%	84.6	71.4	75.0	40.0	50.0	50.0	80.0
ΣF%	92.3	100.0	100.0	86.7	88.8	100.0	93.3
F+%	36.4	70.0	33.3	16.7	33.3	66.7	16.7
ΣF+%	33.3	71.4	41.7	15.4	50.0	70.8	28.6
R+%	30.8	71.4	41.7	13.3	44.4	70.8	26.7
H%	0.0	7.1	8.3	13.3	5.6	8.3	6.7
A%	38.5	57.1	45.8	73.3	50.0	66.7	80.0
At%	7.7	0.0	4.2	0.0	0.0	0.0	0.0
P	0.0	5.0	1.0	2.0	4.5	6.5	2.0
P%	0.0	35.7	4.2	13.3	25.0	27.1	13.3
CR	5.0	6.0	8.0	4.0	7.0	6.0	4.0
DR	3.0	3.0	4.0	5.0	7.0	6.0	3.0

付表1-4 ロ・テスト主要指標の個人別スコア (右脳損傷者)

ロ・テ 主要指標	R 8	R 9	R 1 0	R 1 1	R 1 2	R 1 3	R 1 4
R	16.0	6.0	25.0	35.0	11.0	23.0	17.0
Re j	0.0	4.0	0.0	1.0	1.0	0.0	3.0
R T (Av.)	95.0	31.0	28.8	47.7	28.4	96.0	41.1
R 1 T (Av.)	52.8	16.3	8.5	7.9	6.8	26.8	7.3
R 1 T (Av. N. C.)	44.6	21.5	10.8	7.6	5.4	23.0	4.8
R 1 T (Av. C. C.)	61.0	13.8	6.2	8.2	8.5	30.0	9.8
W	15.0	2.0	16.0	14.0	8.0	13.0	7.0
D	1.0	4.0	8.0	18.0	3.0	8.0	9.0
W%	93.8	33.3	64.0	40.0	72.7	56.5	41.2
D%	6.2	66.7	32.0	51.4	27.3	34.8	52.9
D d%	0.0	0.0	4.0	5.7	0.0	8.7	0.0
S%	0.0	0.0	0.0	2.9	0.0	0.0	5.9
M	0.0	1.0	0.0	3.0	2.0	1.0	1.0
Σ C	5.0	0.0	2.8	2.8	0.0	2.0	0.5
FM	0.5	1.0	2.0	1.0	1.0	6.0	4.0
FM+m	1.5	1.0	2.0	1.0	1.0	6.0	4.0
F c + c + C'	2.5	0.0	3.0	2.5	2.5	1.5	0.5
ⅧⅨⅩ/R%	31.3	33.3	28.0	40.0	18.2	30.4	23.5
FC	0.0	0.0	3.5	0.5	0.0	2.0	1.0
CF+C	5.0	0.0	1.0	2.5	0.0	1.0	0.0
FC+CF+C	5.0	0.0	4.5	3.0	0.0	3.0	1.0
F%	50.0	66.7	72.0	77.1	72.7	52.2	64.7
Σ F%	68.8	100.0	92.0	91.4	100.0	95.7	00.0
F+%	75.0	50.0	27.8	48.1	75.0	41.7	72.7
Σ F+%	81.8	66.7	37.5	46.9	81.8	63.6	70.6
R+%	56.3	66.7	36.0	42.9	81.8	60.9	70.6
H%	12.5	16.7	12.0	25.7	9.1	17.4	0.0
A%	43.8	66.7	28.0	42.9	72.7	60.9	76.5
A t%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
P	6.0	4.0	5.0	8.5	6.0	4.5	5.0
P%	37.5	66.7	20.0	24.3	54.5	19.6	29.4
CR	7.0	1.0	12.0	7.0	4.0	4.0	4.0
DR	4.0	3.0	5.0	6.0	3.0	6.0	4.0

付表1-5 ロ・テスト主要指標の個人別スコア (右脳損傷者)

ロ・テ 主要指標	R 1 5	R 1 6	R 1 7
R	11.0	10.0	9.0
R e j	0.0	2.0	3.0
R T (Av.)	25.1	54.9	97.0
R 1 T (Av.)	17.5	26.8	45.3
R 1 T (Av. N. C.)	12.0	20.2	34.3
R 1 T (Av. C. C.)	23.0	37.7	53.5
W	7.0	5.0	9.0
D	2.0	5.0	0.0
W%	63.6	50.0	100.0
D%	18.2	50.0	0.0
D d%	18.2	0.0	0.0
S%	0.0	0.0	0.0
M	2.0	1.0	0.0
Σ C	2.0	0.0	4.0
FM	2.5	1.0	1.0
FM+m	2.5	1.0	2.0
F c + c + C'	0.0	0.0	2.0
VIII X / R%	27.3	10.0	22.2
FC	0.0	0.0	0.0
CF+C	2.0	0.0	3.0
FC+CF+C	2.0	0.0	3.0
F%	45.5	80.0	11.1
Σ F%	81.8	100.0	22.2
F+%	60.0	62.5	0.0
Σ F+%	77.8	70.0	50.0
R+%	63.6	70.0	11.1
H%	18.2	20.0	0.0
A%	36.4	60.0	11.1
A t%	0.0	0.0	0.0
P	4.0	5.0	1.0
P%	36.4	50.0	11.1
CR	5.0	4.0	5.0
DR	4.0	3.0	7.0