

抑うつ状態のスペクトラムと人格構造

— ロールシャッハ法からの心理アセスメント —

川上友美^{*1}・米倉五郎^{*2}

I 問題と目的

1. はじめに

「抑うつ時代」と言われるようになって久しい。抑うつは、“気分的な落ち込み—その意味で、誰が陥っても不思議ではない状態—であるが、これが抑うつ症候群になると感情面だけでなく身体面や行動面でも変化が表れ、更に日常生活にも支障が出始める”と袴田（2003, p143）は述べている。精神障害者福祉と社会復帰対策の推進に加え、ストレス対策を含む心の健康づくり対策の推進が精神保健福祉行政の大きな課題である。1995年の精神保健法の改正では、精神障害者の福祉の増進と国民の精神保健の向上を図ることを目的に法の名称が精神保健福祉法と改められた。自殺と関連の深い「うつ」について、2004年1月に、地域におけるうつ対策検討会において、自治体職員や保健医療従事者向けマニュアルが策定配布されるなどの取り組みが行われている。わが国における自殺死亡数は、1999年以降3万人を超えて推移し、2007年には33,093人（警察庁調べ）となり、家族の心理的、経済的損失のみならず、社会的にも大きな損失をもたらす重要な課題となっている。「うつ病」についての啓蒙活動は、マスコミなどの助力もあってこの二十年の間に一定の成果をあげてきている。決して少なくない人びとが「新聞に出ていた記事と自分の症状がよく似ている」といって、精神科の外来へやってこられる時代である。このごろどうも「うつ」みたいだ、このような表現が人々の日常会話のなかに、ごく気軽に出てくる時代でもある。しかし、精神科へ行くのは重い精神病の場合だけで、精神科へいくと精神病と診断されてしまうと思っている人もいる。病気の人が埋もれている理由を、笠原（2007）は、心の病の現代における「軽症化」、病気の現れ方が一時代前に比べて今日軽度になり第三者にわかりにくいと述べている。抑うつ状態は、うつ病だけでなく、統合失調症、神経症、外因性精神病にも出現する。

ICD-10（2007）によると、抑うつ状態はF-3の気分（感情）障害にあてはまり、病因、症状、基盤にある生化学的過程、治療への反応、および転帰との間の関連はまだ十分わかってはいないので、この疾患を誰もが十分納得するような形で分類することは出来ない。しかし、分類を試みることは必要であり、ここに上げた分類は幅広い意見を取り入れた結果であるから、受け入れるに値しないものではないことを期待して提案されている。DSM-IV-TR（2002）によると、気分障害に当てはまり3つの部分に分けられている。第1部は、種々の気分障害を診断するのに便利なように、気分エピソード（大うつ病エピソード、躁病エピソード、混合性エピソード、軽躁病エピソード）

※1 中部大学 生命保健科学部 保健看護学科

※2 コミュニケーション心理学科

について、それぞれ記述している。これらのエピソードは、それ自身の診断コードをもたず、独立して疾患単位として診断することはできないが、疾患の診断の構成部分として用いられる。第2部は、気分障害（例：うつ病性障害、双極性障害、一般身体疾患による気分障害、物質誘発性気分障害）について記載している。ほとんどの気分障害の基準では、第1部に記述されている気分エピソードの有無が必要とされている。第3部には、最近の気分エピソードまたは反復性エピソードの経過について記述する特定用語が含まれている。

そもそも筆者が抑うつ状態について興味を抱いたのは、心療内科で自律訓練法と出会うことができたことから始まる。自律訓練法に参加される人は、医師の勧め、または、自ら参加希望されてきた人たちである。10人前後の小集団で行われグループ内で質疑応答の際、自律訓練法そのものの質問が多く聞かれていたが、終了後の個人相談のときは、方法ではなく自分の調子のことを踏まえた抑うつ状態と自律訓練法を交えた内容が多いと感じていた。心療内科での自律訓練法では、希望された参加者にエゴグラム・日本版STAI・日本版SDSを訓練前後で施行しフィードバックを行っていた。フィードバックは、参加者の変化を伝えモチベーションの持続を期待してのことである。筆者にとって自律訓練法のかかわりは、パーソナリティに興味を持つきっかけともなった。

本研究では、ロールシャッハ法（以下、ロ法）など心理査定後、心理面接を行っているが、抑うつ状態を呈して受診する患者が多いことを感じていた。抑うつ状態の患者といってもひとつのタイプではなく、様々なパーソナリティを背景に持っていることが理解された。抑うつ状態をどのように理解し、患者を捉えていけばよいのかに興味を持った。よって、本研究では、ロ法からの結果にもとづきアセスメントを行い、パーソナリティの特徴と人格構造の査定と抑うつ状態の様相（スペクトラム）の相関関係を考察した。

2. 先行研究と研究課題

Table 1は、粥川（2005）の笠原・木村の分類の骨格の表を参考とし、抑うつ状態をⅧ型の分類のもと、ロ法による人格構造の水準の判定によって作成したものである。

Table 1 ロ法による「うつ」の分類と人格構造の水準

		人格構造の水準			
		1	2	3	4
I型	メランコリー性格にもとづく「うつ」	単極うつ病	軽躁の混入	葛藤の二次的露呈	非定型精神病像混入
II型	循環性格にもとづく「うつ」	うつ病相主導	躁とうつの規則的 反復	躁病相主導	非定型精神病像混入
III型	葛藤反応にもとづく「うつ」	神経症レベルもの	逃避・退却傾向のあるもの	精神病レベルのもの	—
IV型	パーソナリティ障害にもとづく「うつ」	自己愛性	境界性	スキゾイド	—
V型	統合失調症型人格障害にもとづく「うつ」	うつ病像のみ	躁病像の混入	統合失調症症状の併存	—
VI型	悲哀反応にもとづく「うつ」	正常悲哀反応	異状悲哀反応	精神病レベルの症状の混入	—
VII型	脳器質疾患・身体症状・認知症にもとづく「うつ」	明白な身体的基盤をもったうつ状態	老年性変化が基盤に推定されるもの	若年のうつ状態	その他
VIII型	PTSDにもとづく「うつ」	屈服の構えや反撃の構え	侵襲後不調和振動反応	疲弊状態	—

本研究はうつ病を主とするものではなく、抑うつ状態を主とした心理学的な状態の分類であり、口法の人格水準を参考にしていることを考慮し、笠原・木村(1975)の心的水準との混同を避けるために人格水準という言葉で表現している。しかし、考え方は同じであるため人格構造を1から4で示し、人格水準の高い方を1、低い方を4として考える。以上から、本研究の口法の結果による「うつ」の分類は、8個の群を3個又は4個の人格水準のスペクトラムで示すことができるのではないかと想定した。

今回、精神科クリニックを受診した人の中から、医師の依頼のもと口法を施行した人の結果を、笠原・木村(1975)、Gunderson(1984)、粥川(2005)、中井・山口(2006)をもとに口法の結果から特徴とスペクトラムを分類することを試みた。そして、分類し直したものを用い精神科クリニックを訪れる人の特徴を把握し、口法の結果にもとづきパーソナリティの特徴と人格水準の査定と、仮説としてあげた抑うつ状態との様相(スペクトラム)の相関関係を検討し考察する。

II. 方法

対象者は、精神科クリニックにおいて医師の依頼のもと口法を施行した患者のうち、筆者が口法施行した患者、又は、カウンセリング担当している患者。更に、抑うつ状態を呈した患者6名を、笠原・木村(1975)、Gunderson(1984)、粥川(2005)、中井・山口(2006)をもとに各事例の口法から特徴とスペクトラムの検討を行った。抑うつ状態について分類し直したものを、6事例の Summary Scoring Table から特徴を検討した。

III. 結果

1. 各事例の口法のプロトコル

各事例の概要を Table 2 に示す。なお、事例の概要はプライバシー保護の観点から細部を変更した。

各事例の口法について Summary Scoring Table を提示する。

Table 2 事例の概要

事例	年齢 性別	学歴 職業	病前 性格	臨床像	診断名	心理査定法 によるアセ スメント	人格水準	心理面 接の 有無
A	48歳 男性	大学卒 会社員	凝り性 のめり 込む	X-3年3月、会社の先輩が辞めたため管理職の仕事を一人でやることとなる。不眠・不安などあり、Aクリニックにて投薬治療を受ける。カウンセリング希望あり、X-1年11月当院受診となりロールシャッハ法依頼となる。	うつ病	メランコリー にもとづく 「うつ」	I-4	有
B	25歳 女性	専門学 校卒 フリー ター	負けず 嫌い 完璧で いたい	高校生の頃から過食・嘔吐・過呼吸あり、過呼吸以外は徐々に頻度が増加していった。過呼吸は、家の中で興奮したりするとき生じるか、風邪などの病気の際に一人で家にいる時息苦しくなる程度である。X年6月、症状(食べることが怖い)が食べないと生きていけないと思う。食べているときに死にたい気持ちになる為、自ら嘔吐する。)がピークの頃でありBクリニック受診。リストカット・叫んだりする・過呼吸・過食などの症状を認	躁うつ 病	循環性格に もとづく 「うつ」	II-4	無

C	28歳 大学卒 女性 事務職	記載 なし	め受診していたが、症状に改善ないため、X年10月当院受診となる。「正しい食事がわからない」、「自分がどうしたいかわからず、何でもかんでも、太りたくないという思いから?」など、自分でもわからないが何とかして欲しい様子。カウンセリングの希望あり、ロールシャッハ法依頼となる。	神経症	葛藤反応に もとづく 「うつつ」	Ⅲ-2	有
D	28歳 大学卒 女性 講師	ユーモ ラス 寂しが り屋	X-1年9月、家族の今のことを話したいと受診されるが、要領を得ない話をする。両親との関係が一因となり現在の彼に攻撃性を出してしまうなどの問題があるようだが、受診の意図ははっきりせず。ロールシャッハ法の結果を見て今後の方針を決定することになる。ロールシャッハ法実施され、X-1年10月心理テストについて、「現実的な対応でのカウンセリングに関しては可能」であり、カウンセリングを要するときは電話連絡する様に伝えられるが、しばらく連絡はない。X年3月、カウンセリングをして欲しいと受診される。	神経症	パーソナ リ障害に もとづく 「うつつ」	Ⅳ-2	有
E	23歳 専門 女性 学校卒 派遣	記載 なし	高校生の頃、テスト中に腹痛あり、安定剤を内服したことがある。X-3年、無気力にてEクリニック受診。半年通院するが、カウンセラーと合わないという理由で止めてしまう。その後、他のクリニックに受診したり、病院に入院したことがある。リストカット(+)。今回、X-1年12月頃から無気力が出現。「無気力で家から出られなくて、人間と関わりたくなくて、などなどで、自分でもおかしいと思うし周りも病院に行けというので…。」X年2月に受診となる。受診後、抗うつ薬内服にて症状改善せず、何かいいたいことがあるようだがはっきり話さない、又、カウンセリング希望にてロールシャッハ法依頼となる。	気分 変調症	統合失調症 型人格障害 にもとづく 「うつつ」	Ⅴ-3	有
F	35歳 大学卒 女性 会社員	記載 なし	10年前から過食・嘔吐があり。「薬はあまり飲みたくないの」という理由から、治療歴はない。X年3月、抑うつ気分も認め、朝、起きられず「目覚ましを止めて又眠ってしまう」、「自分が生きている意味はあるのかと想ったりする」など考えてしまう為、治療を希望し当院受診する。更に、カウンセリング希望にてロールシャッハ法依頼となる。	気分 変調症	悲哀反応に もとづく 「うつつ」	Ⅳ-2	有→ 終了

事例 A

Summary Scoring Table

Tot.R=25 R/1T(Av.): 29" R/1T(Av.N.C.): 30" R/1T(Av.C.C.): 28"

Most Delayed Card・Time: Ⅷ・57" Most Disliked Card: Ⅷ W:D=19:4 W%=76%

D%=16% Dd%=8% S%=0% W:M=18:9 M:ΣC=9:4.5 FM+m:Fc+c+C'=6:0

Ⅷ+Ⅸ+X/%=36% H+A:Hd+Ad=7:8 FC:CF+C=0:3 FC+CF+C:Fc+c+C'=3:

0 M:FM=9:6 F%=24% ΣF%=88% F+%=17% ΣF+%=45% R+%=40% A%=32%

At%=4% P=2 Content Range=6 Determinant Range=5 修正 BRS=-28 Δ%=17%

口法の解釈

テスト状況での態度

図版をしっかりと両手で持ち、ある程度反応を示した後も図版を見て考えることが特徴である。上手く表現できず笑ったり、混乱しているときに「んー」と声を出して考える。図版を反転した際、必ず「逆さまから見ると…」と検査者に図版を上下逆にした状況を伝えるという、配慮がされていた。

認知的構造の側面

カード回転あり、反応数が25で、平凡反応が3である。反応拒否は見られていない。 $\Sigma F+\%$ 、 $R+\%$ が平均よりもかなり下回っていることから、現実吟味・判断力が弱いことが窺われる。

対人関係の側面

人の顔反応が多く、不安や恐怖感・萎縮を感じ相手に自己を投影し、不安関係念慮的な部分もあると考える。また、バウムテストの冠が円形に描かれていることから、周りの人との関わり方で節度を守り常に距離感を考えて行動する人である。よって、対人関係においても共感が持てず、困難を生じているのではないか。

自己像

子どもの顔反応などから、幼い自己像がある。よって、自己中心的となりやすいと考える。自分に対して、劣等感や否定的な部分もあると考えられる。バウムテストからは、地平線は描かれているが線が細く不安定な木で、自分に自信がないことが窺われる。

まとめ

人の顔反応の多さから、対人関係の不安が考えられる。全体反応に固執する傾向も見られ、強迫思考や強迫傾向があるのではないか。よって、対人関係の問題や固執するような強迫思考、敵意感情を示すこともあると考える。以上から、修正BRSが-28であり、意識化と無意識化の葛藤が強くあることから、自我の脆弱さの対応をしていくこととして、支持的なカウンセリングが望ましいと考える。

事例 B

Summary Scoring Table

Tot.R=25 R/1T(Av.): 26" R/1T(Av.N.C.): 17" R/1T(Av.C.C.): 34"

Most Delayed Card・Time: III・1'18" Most Disliked Card: X W:D=19:6 W%=76%

D%=24% Dd%=0% S%=0% W:M=19:6.5 M: ΣC =6:3 FM+m:Fc+c+C'=9:0

VIII+IX+X/%=24% H+A:Hd+Ad=11:4 FC:CF+C=0:3 FC+CF+C:Fc+c+C'=

2:0.5 M:FM=6.5:8 F%=32% ΣF +=92% F+=38% ΣF +=39% R+=36%

A%=36% At%=8% P=1 Content Range=7 Determinant Range=5 修正BRS=-27

Δ %=25%

口法の解釈

テスト状況での態度

部屋に入ると検査者と対角線上の椅子に座るが、すぐ「こっちにしよう」と検査者の目の前の椅

子に座る。検査者がやや斜めになるような位置関係でテスト施行となる。図版を渡すとかた手で持ち、両手で持つことを促されて持つことが出来る。「これをいうんですか?」、「いろいろいいんですか?」と質問することも見られた。カードⅠでは終了の際「後は別はない…」と図版を見て言った後、検査者の顔を見る行動を取り、カードⅡでも「あとは、えー、わかんない」と図版を見ていい、見えてこないようなら伏せて置くように言われて終了することができ、不安や保証を求めている態度が見られた。以後は、一言声を出してから主体的な終了が出来た。

認知的構造の側面

カード回転がなく、反応数が25で平凡反応が1である。反応拒否は見られていない。運動反応は、直接敵意反応や被-可虐反応が多いことが特徴であり、想像力は見られるが共感性は乏しい。全体反応が多いが形態水準の低い反応が多く見られる。 $\Sigma F+\%$ 、 $R+\%$ が下回っていることから、現実吟味・判断能力が弱いことが窺える。

情意的統制の側面

体験型は両向的体験型である。創造性・主観性ととも、聡明な模倣能力、情緒的に人に訴える能力をも兼ねそろえている。しかし、カードⅢがMost Disliked Cardであり、運動反応産出に不安や恐怖があったこと推測され、感情が巻き込まれコントロールの悪さがあることが窺える。更に、反応の量と質から見ると、形態的特徴をしっかりとつかんで慎重に反応する態度に乏しい。プロットの特徴を印象によって捉え、あるいは自分の与えた反応をもとにして連想を発展させる人である。

対人関係の側面

カードⅢで「端っこの赤いものが上から落ちてきて、そのまま地面にたたきつけられそう、二人の人がそれを見て笑いながら…お腹のところで、顔ではなくて」と思考の混乱が見られ、平凡反応の人間反応が産出されていない。カードⅤ「4人の人がかぶさったように血を流して死んでいる」、カードⅦ「崖の上にいる人が飛び降りていく」などにおいて、特殊部部分反応の稀少・微小部分を組み合わせ、恣意的で妄想的な全体反応が見られる。敵意感情や不安感情が多く見られていることより自他共に攻撃性を向けてしまうため、共感が持てず対人関係において困難が生じているのではないか。

自己像

自己イメージはカードⅥであり、「動物好きだから」と言っている。しかし、カードⅥの猫は車にひかれた猫であり、被害的で押しつぶされた自己像を持っていることが窺われる。バウムテストの幹からも、内面的な弱さと攻撃性が見られている。感情刺激に対してコントロールが困難となり、衝動性を表すことがあるのではないだろうか。地面がなく幹の下が細く、何重にも描かれていることから、傷ついた自己であり、アンバランスな存在感を抱いており不安定な自己像を持っている。

まとめ

対人関係において情緒的・刺激に対する自他に対する攻撃性が考えられ、作話・恣意的な特徴が見られるため共感的な人間関係が持ちにくく、このことは、バウムテストからも見られている。現在不安が強くあり自傷行動だけでなく自殺の注意が必要である。自殺の予防として、一時的入院などの守り支えられる場所の提供が必要となるかもしれない。以上のことから、現実吟味の喪失状態であり統合失調症、及び、気分障害的な両価的感情を持っている。薬物療法を中心とし、並行し支え

る程度のカウンセリングが必要である。

事例 C

Summary Scoring Table

Tot.R=25 R/1T(Av.): 15" R/1T(Av.N.C.): 10" R/1T(Av.C.C.): 19"
 Most Delayed Card・Time: VIII・30" Most Disliked Card: IX W:D=6:14 W%=24%
 D%=56% Dd%=20% S%=8% W:M=6:2.5 M:ΣC=2:3.5 FM+m:Fc+c+C'=2.5:
 5 VIII+IX+X/%=32% H+A:Hd+Ad=12:1 FC:CF+C=2:2.5 FC+CF+C:Fc+c
 +C'=4.5:5 M:FM=2.5:2 F%=40% F+%=70% ΣF%=80% ΣF+%=80%
 R+%=64% A%=36% At%=0% P=3 Content Range=12 Determinant Range=9
 修正 BRS=9

口法の解釈

テスト状況での態度

検査中、「(反応は)一つだけですか?」、「もっと具体的に説明した方がいいですか?」と発言し、図版の受け渡しも促すまではなされず、検査者の様子を窺いながら行動を決めているようであったため、自由度の増す状況下では積極的で受動的な行動様式を示す傾向にあると共に、形態のぼんやりとした全体反応も多いため、不安感の強さが示唆される。

認知的構造の側面

良好水準の運動反応が示されていることや反応内容の広がりや考慮すれば、多様な知的関心を持ち、知的水準としても通常範囲に位置づけられると思われる。

情意的統制の側面及び対人関係の側面

検査状況での態度や患者自身の「人目が気になって合わせようとする」、「内向的で優柔不断」などの発言からは、自身の感情を抑えて、その行動様式は状況中心的である印象が強い一方で、本検査に現われた患者の特徴としては、やや統制力に欠けるほどの自発的な情緒反応性を示し、思考態度も独断的になりやすい傾向があるため、社会的な協調性はむしろ乏しいといえ判断される。

まとめ

修正BRSの値も合わせて考慮すれば、神経症水準の人格構造を有しているため、内省的カウンセリングは可能であると思われる。本検査からは、他者と質の良い関係を築くことや生き生きとした情緒的表現をしえる本質は兼ねそろえていると判定されるため、それが発揮されるよう、支持的にかかわっていくこともアプローチの一つであると考えられる。

事例 D

Summary Scoring Table

Tot.R=32 R/1T(Av.): 9" R/1T(Av.N.C.): 13" R/1T(Av.C.C.): 6"
 Most Delayed Card・Time: VII・25" Most Disliked Card: III W:D=18:11 W%=56%
 D%=35% Dd%=6% S%=3% W:M=18:3 M:ΣC=3:2.5 FM+m:Fc+c+C'=3:

0.5 VIII+IX+X/%=41% H+A:Hd+Ad=13:6 FC:CF+C=5:0 FC+CF+C:Fc+c+C'=5:0.5 M:FM=3:2 F%=66% ΣF%=100% F+% =67% ΣF+% =69% R+% =69% A%=49% At%=6% P=3 Content Range=7 Determinant Range=5 修正 BRS=-9 Δ%=0%

口法の解釈

認知的構造・対人関係の側面

体験型は内向型であり、自分では意識されない内向的な傾向（外界に自分を適応させるよりも自分の思考の中に向け生活していく傾向）があるように推測される。また、日ごろからご自身の能力異常の成果を求め、客観的であろうとするため情緒の統制が過度になり、感情を表現したり空想を楽しんだりすることを抑える人ではいだろうか。抑制している感情の水準は低めであり、情緒刺激への反応を迫られた際は、容易にそれが露呈することも考えられる。対人的な不安も高く、心気症的になることも予想されるため安定した人間関係を維持していくことは難しいのではないか。

まとめ

以上より、病態水準は境界例水準と推測される。日頃は客観的・適応的に振舞うこともできる人のように思われるが、情緒刺激への反応を迫られると病態水準が低下し、衝動的で逸脱的な行動をとる可能性も否定できない。よって、治療にあたっては心理面に介入する際は特に慎重を期する必要があると考える。

事例 E

Summary Scoring Table

Tot.R=16 R/1T(Av.):27" R/1T(Av.N.C.):23" R/1T(Av.C.C.):31"
 Most Delayed Card・Time:II・1'08" Most Disliked Card:VII W:D=11:4 W%=69%
 D%=25% Dd%=6% S%=0% W:M=10:1 M:ΣC=1:2.5 FM+m:Fc+c+C'=2:0
 VIII+IX+X/%=31% H+A:Hd+Ad=4:5 FC:CF+C=2:1.5 FC+CF+C:Fc+c+C'=3:0
 M:FM=1:2.5 F%=39% ΣF%=94% F+% =50% R+% =38% ΣF+% =40% A%=52%
 At%=6% P=1 Content Range=8 Determinant Range=6 修正 BRS=-20 Δ%=14%

口法の解釈

テスト状況での態度

図版を渡すと「回してみてもいいですか」と聞き、検査者の〈他には?〉という言葉に「特にはいいです」というが、その後、図版を透かしてみたら反応を出している。終了の際、「そのくらい」と述べ、その後に検査者を見てうなずき、図版の反応の終了を意思表示している。これは、検査の不安とその対応の当惑であり、新しい事態に対して現実的な即応が困難であることが考えられる。反応終了の時に、「それくらい」、「思いつかないです」と一言いってから図版を伏せる主体的な終わり方が見られる。

知的構造の側面

カード回転をして様々な角度から図版を見ようとしているが、反応数が16で少なめの反応で平凡反応が1である。反応拒否は見られていない。このことから、知的な生産力はやや弱い。 $\Sigma F+\%$ 、 $R+\%$ は現実吟味、判断の公共性あるいは適切さの指標であり、かなり下回っていることから、現実吟味・判断能力が弱いことが窺える。

対人関係の側面

反応内容では動物の反応が多く、人間の姿を図版に見ることが少ない、これより、共感的なよい人間関係がもちにくいといえる。更に、「怒った目」、「大きな目」と目に対する反応があり、視線恐怖傾向がある。 $F\%$ が低く、現実の客観的把握に失敗しがちであり、ものごとをあまりに主観的に見すぎる、自己中心的で主観的歪曲が強すぎて対人関係が困難であり、情緒的に不安定な傾向である。

自己像

自己イメージをカードⅢを選んでいる。選んだ理由は、「自分がそのような顔をしているから」と述べており、「カマキリ」や「土偶」の反応を出したカードである。一般的に人の反応を出しやすいカードであるが、人間反応がみられず、対人関係に対しても人とかかわりがうまく持てないことが考えられる。さらに、嫌悪的な攻撃的側面と依存的な抑制的側面の、両面を持っており、距離が保たれなくなると被害的になり、思考障害をきたす。そのため自閉的な部分を守ってあげることが必要である。反応内容は崩れるが、徐々に立て直せることから自己の機能の上昇が見られるので、潜在的には保有していることが窺われる。

まとめ

バウムテストから、不安定で萎縮したやや攻撃性のある部分が感じられ、反応の量と質から見ても心的エネルギーの低下がみられている。色彩ショックがあり、材質反応が見られていないことから、感情を抑圧する人であり、愛情欲求に対する葛藤・抑圧・回避などの傾向を示し、外界の接触をおそれ、情緒的障害があると考えられる。「女の子の後頭部だけがくっついている」反応が見られたり、一部から全体を推測する作話的な反応が見られ、現実吟味力の傷害と概念形成の恣意性や作話傾向が窺われる。修正 BRS が -20 であり現実喪失で統合失調症傾向が考えられる。以上のことから、薬物療法と並行して、現実的な問題に対する短時間のカウンセリング、コラージュ療法を用いた自閉的な世界を守るかかわりならば可能であると考えられる。

事例 F**Summary Scoring Table**

Tot.R=30 R/1T(Av.): 35" R/1T(Av.N.C.): 34" R/1T(Av.C.C.): 36"

Most Delayed Card・Time: VIII・1'24" Most Disliked Card: IV W:D=9:19 W%=30%

D%=63% Dd%=7% S%=0% W:M=9:4 M: ΣC =4:1.5 FM+m:Fc+c+C'=3:0

VIII+IX+X/%=30% H+A:Hd+Ad=15:4 FC:CF+C=3:0 FC+CF+C:Fc+c+C'=

3:0 M:FM=4:3 F%=64% ΣF =100% F+=79% ΣF =100% R+=80% ΣF +

%=80% A%=57% At%=7% P=5 Content Range=7 Determinant Range=5 修正

BRS=-3 Δ %=6%

口法の解釈

テスト状況での態度

図版をじっと見て反応を出そうと努力している姿勢が見られたりするが、反応の出し方が全て3つであり、無理をして反応を出している部分と受けとめることもできる。カードIで最初の言葉が「何に見えるかですよ」であり、始動の困難が見られている。図版の下中央を両手で持ち、声は小さく、主体的な終了ができにくい特徴がある。これは、検査の不安とその対応の当惑であり、新しい事態に対して現実的な即応が困難であると考えられる。

認知的構造の側面

カード回転はなく、反応数が30で平凡反応が5である。反応拒否は見られていない。このことから、一つの角度からではあるが、一般的な知的な生産力が見られている。 $\Sigma F+\%$ 、 $R+\%$ の値から見ても一般的な知的能力を有していると考えられる。

対人関係の側面

情緒の統制が過度であり、冷たい抑制的態度や感情・情緒の表出が乏しい人である。色彩ショックも見られ、カードⅧで最も時間を要して反応を出している。カードⅢでは人間反応は出せているが、カードⅡ「押し合っている」、カードⅤ「ぶつかっている」という反応が特徴的であり、対人関係においても対立的で敵意感情が現れている。よって、硬い蓋のようなもので覆い隠してしまうような傾向にあり、自分が思っているよりは共感的なよい人間関係が持ちにくい状況ではないか。

自己像

自己イメージはカードⅢである。「自分に…、鏡みたいに、問いかけている」ということから、自己愛的な自問自答している姿を見ているのではないか。カードⅡ「骨盤」、カードⅢ「この出ている所が胸で、…お尻を突き出した感じに」、カードⅣでD1を除いた反応をしていること、カードⅥ「花…おしべとかめしべ」、カードⅦ「ボクサーパンツ」の反応や食べ物の反応が特徴的である。これらは、性的関心の反映で反動形成として、退行的な過食という行動のようにも考えられる。女性性の葛藤を抱えながら女性性を抑圧している、大人ではなく少女のままであり、カードⅢでは自問自答しているのではないか。外的な表出は少ないが内的な激しい葛藤としてストレスが多い状態である。

まとめ

バウムテストからも、萎縮し抑圧されながらも外界とは程よく接し、自分自身を人に見せない部分を持っているが、安定して愛情を求める力強さを持っている。愛情欲求はあるが抑制され、対人関係において敵意感情を隠しているため共感的なよい人間関係が持ちにくい。特徴を見出す際に、全体的な形よりも詳細な部分やわずかな輪郭に着目して反応しているので、やや恣意的な傾向が窺われる。以上のことから、人格障害水準が考えられ、カウンセリングは可能である。枠の中で怒りの感情を表出できるようなカウンセリングが必要である。

2. 各事例の Summary Scoring Table と感情カテゴリー

Table 3, 4, 5 は全事例の Summary Scoring Table, Table 6 は全事例の感情カテゴリーを示したものである。

Table 3 全事例の Summary Scoring Table (1)

事例	Tot. R	Rej.	T/I R (秒)	T/ach (秒)	T/c (秒)	W%	D%	W : D
A	25	0	29	30	28	76	16	19 : 4
B	25	0	26	17	34	76	24	19 : 6
C	25	0	15	10	19	24	56	6 : 14
D	32	0	9	13	6	56	35	18 : 11
E	16	0	27	23	31	69	25	11 : 4
F	30	0	35	34	36	50	63	9 : 19

Table 4 全事例の Summary Scoring Table (2)

事例	W : M	M : ΣC	Fc+ c+ C' : FM+ m	V+ X + X/R	H+ A : Hd+ Ad	FC : CF+ C	Fc+ CF+ C : Fc+ c + C'	M : FM	F%	$\Sigma F\%$
A	18 : 9	9 : 4.5	0 : 6	36	7 : 8	0 : 3	3 : 0	9 : 6	24	88
B	19 : 6.5	6 : 3	0 : 9	24	11 : 4	0 : 3	2 : 0.5	6.5 : 8	32	92
C	6 : 2.5	2 : 3.5	5 : 2.5	32	12 : 1	2 : 2.5	4.5 : 5	2.5 : 2	40	80
D	18 : 3	3 : 2.5	0.5 : 3	41	13 : 6	5 : 0	5 : 0.5	3 : 2	66	100
E	10 : 1	1 : 2.5	0 : 2	31	4 : 5	2 : 1.5	3 : 0	1 : 2.5	39	94
F	9 : 4	4 : 1.5	0 : 3	30	15 : 4	3 : 0	3 : 0	4 : 3	64	100

Table 5 全事例の Summary Scoring Table (3)

事例	F+%	R+%	$\Sigma F+%$	P	A%	At%	Content Range	修正BRS	$\Delta\%$
A	17	40	45	2	32	4	6	-28	17
B	38	36	39	1	36	8	7	-27	25
C	70	64	80	3	36	0	12	9	0
D	67	69	69	3	49	6	7	-9	0
E	50	38	40	1	52	6	8	-20	14
F	79	80	80	5	57	7	7	-3	6

Table 6 全事例の感情カテゴリー

事例	Anxiety (%)	Bod. Preoc. (%)	Hostility (%)	Unpleasant (%)	Dependency (%)	Positive (%)	Pleasant (%)	Neutral (%)	Miscel (%)
A	18	11	21	50	11	11	22	14	14
B	23	5	49	77	7	0	7	9	7
C	19	0	7	26	11	15	26	48	0
D	13	11	16	40	3	8	11	49	0
E	17	6	6	29	11	11	22	43	6
F	6	10	10	26	6	10	16	58	0

事例A・B・Eの共通点は、W%が一般に比べ高い、 $\Sigma F+%$ が一般に比べ低い、修正BRSが統合失調症水準、 $\Delta\%$ が精神病者の値である。更に、事例A・Bの共通点は、体験型が内向型、F%が一般に比べ低い、CよりもCFが多い、感情カテゴリーの中の快感情と中性感情が低いことである。相違点は、事例Bに色彩ショックが見られ、事例Eの体験型が両貧型で反応数が一般に比べ少

ないことである。

事例C・D・Fの共通点は、 $F+\%$ と $\Sigma F+\%$ が一般的である。更に、事例C・Dの共通点は、 $\Delta\%$ が正常者の値で、事例D・Fの共通点は、体験型が内向型、修正BRSが人格症水準、 $F\%$ が高いことである。相違点は、事例Cの体験型が外向型で修正BRSが神経症水準であり、事例Dの $\text{VII}+\text{IX}+\text{X}/\text{R}$ が一般に比べ高い。更に、事例Fは、初発反応時間が一般に比べ遅い、 $A\%$ は一般的だがやや高い、感情カテゴリーの中性感情が高い、 P が一般的なことである。

IV. 考 察

ロ法の結果にもとづきアセスメントを行い、パーソナリティの特徴と人格水準の査定と抑うつ状態の様相（スペクトラム）の検討について以下に述べる。

1. 反応の量と質

一般に R は、その平均値を超えて増加するとき、 $\Sigma F+\%$ は低下の方向をとるが、 R と $\Sigma F+\%$ との関係は、単純な反比例の形をとらず、例えば、 R が9あるいはそれ以下となるとき、かえって $\Sigma F+\%$ は減少することが多いのである。それは、極端に少ない R を示す患者のうちに、なんらかの人格障害を伴うものを含む場合が多いからであろう。反応の量と質との間に有意義な関係があると片口（2006）は述べ、AゾーンからDゾーンの4つの関係を図式にまとめている。4つのゾーンについては以下に示す。

Aゾーン（ R 大、 $\Sigma F+\%$ 大）

観念活動が活発で想像力に富み、正常成人の多くがこの領域に含まれる。情緒的に安定しており、極端な抑うつ、あるいは軽躁状態にはない。生活に対しては意欲的、積極的で努力を惜しまない。

Bゾーン（ R 小、 $\Sigma F+\%$ 大）

プロットの形態特徴を的確に把握しているが、観念活動は自由な展開を示しにくい場合がここに含まれる。慎重すぎたのびのびしない、自己不確実、抑制的、抑うつの、几帳面などの特性をもつ人々が、この領域にはいる。

Cゾーン（ R 大、 $\Sigma F+\%$ 小）

プロットの形態的特徴をしっかりとつかんで、慎重に反応する態度に乏しい。プロットの特徴を印象によって捉え、あるいは自分の与えた反応をもとにして、連想を発展させる。臨床的には、内閉的観念活動の盛んな統合失調症、躁うつ病における躁状態などにみられる。

Dゾーン（ R 小、 $\Sigma F+\%$ 小）

心的エネルギーの低下で、反応の生産性が低下していながら、そのわずかな反応すら統制できない状態であり、このゾーンのd点に近づくほど、人格の統合水準の低下は顕著となる。一定の年齢に達した患者では、反応の量と質は精神薄弱、大脳の器質性疾患、統合失調症などは、ここに含まれる者が多い。

事例A・BはCゾーン、事例C・D・FはAゾーン、事例EはDゾーンであるが、Table 1で示した人格水準でいうところの、事例A・Bは4、事例C・D・Fは2、事例Eは3であり、この2つは一致している。これは、反応の量と質から人格特性及び臨床像をまとめたものであり、人格水準の高

低を検討する際に参考としているためである。

2. 体験型

体験型の指標であるM： ΣC によると、事例A・B・D・Fは内向的体験型、事例Cは外拡的体験型、事例Eは両貧的体験型である。体験型を補うものとして、FM+m：Fc+c+C'とVIII+IX+X/Rがある。M： ΣC が意識化されたものを表し、FM+m：Fc+c+C'が無意識化されたものを表す。無意識化されたものでは、事例A・B・D・E・Fは内向的、事例Cは外拡的である。VIII+IX+X/Rは、外的な環境からの情緒的刺激に対する、一般的な感受性を反映するものと考えられる。事例Bは値が25%以下であり、情緒的刺激に反応することに対して消極的・回避的であることを示す。事例Dは値が40%以上を超え、環境からの情緒的刺激に対して行動的あるいは観念的な反応性を示す。

3. 修正BRS

片口（2006）のBRSで示す人格統合の水準を参照とし、修正BRSが15以上を適応水準、0以上15未満を神経症水準、-15以上0未満を人格障害水準、-15未満を統合失調症水準とした。事例A・B・Eは統合失調症水準、事例Cは神経症水準、事例D・Fは人格障害水準である。更に、片口（2006, p256）は、“修正BRSによって、特定の個人の人格統合の水準を評定することが可能であり、その結果を臨床的実践の上に役立てることも可能である。個人の判定にあたって値そのものにこだわることは危険である”と述べている。よって、値から示された結果を単独で用いることがないように、一つの指標として参考としていくべきであると考えられる。

4. 知的側面

原・八尋・芦原（1987）によると知的側面を見る指標として、10項目を組み合わせたものを知的サインとした。①R+% \geq 70% ②M \geq 3かつM+% \geq 70% ③W% \geq 40%かつW+% \geq 80% ④O反応が存在し、かつその形態水準は+または± ⑤A% \leq 50%かつCR \geq 7 ⑥DR \geq 7 ⑦R1T<15sec ⑧R \geq 25 ⑨W：D=3：1 ⑩H+A：Hd+Ad=1：2あるいはそれ以上。この10項目に該当するもののうち①から⑨にはそれぞれ+1点を、⑩には-1点を与え合計点を算出した。健常者の知的サインは4.3であり、本研究においてもこの値を基準に検討してみる。知的サインからは、事例A・Eが1、事例B・D・Fが3、事例Cが4であり、事例C以外は健常者の値よりも低い事が示された。

片口（2006, p216）は、“F+%について、プロットの形態因子にのみ依存してなされた反応に関するものであり、比較的限定された状況における、自己統制や現実吟味の程度を示す”と述べている。更に、 $\Sigma F+$ %は、プロットの種々の知覚的属性を含んだ、一次的形態反応に関するものであり、より開かれた変化に富んだ状況における、自己統制や現実吟味の程度を表す。事例A・B・EはF+%、 $\Sigma F+$ %において平均よりも低く、情緒的不安定、衝動性、低い知的水準、現実吟味の弱さなどの問題を持つ可能性が考えられる。知的水準によって低下することが考えられるが、知的水準だけが影響因子ではないことを踏まえ検討する必要があると考える。

口法によって把握される知能は、構造化されていない検査に対して、知能検査によって測定される知能は、構造化された検査となり異なるものである。口法における知能とは、問題解決の型、思考形成の型であると言われ、具体的な知能検査問題を解くに当たって、最も基底的存在している構えである。口法施行時は職種や雇用形態は異なるが、働き、社会生活を営むことができている人たちであることも考慮すべきであると考ええる。

以上のことから、全事例において一般的な知的水準を有しているが、 $F+\%$ や $\Sigma F+\%$ において平均よりも低く、事例A・B・Eは自我統制や現実吟味力の弱さなどの問題が見られるのではないか。

5. 情緒的側面

片口(2006)によると、情緒の統御を外的統御、内的統御、圧縮的・抑制的統御の3つに分けて考えているため、3つに分けて以下に述べていく。

第一に外的統御については、 $\Sigma F+\%$ が低く、 $\Sigma C>2M$ を示し、 $CF+C>FC$ であれば外的統制は極めて悪い状態にあり、逆に3項目の不等号が全て反対向きになっている患者を外的統制の良い状態にある者と考えてよい。これより、悪い状態の全てに当てはまる者はいなが、事例Eは $\Sigma F+\%$ が低く $\Sigma C>2M$ を示すことが当てはまり、外的統制のやや悪い傾向、事例Fは良い状態に該当する。

第二に内的統御については、内的統制の主たる指標とされるMについて $M<3$ かつ $M<FM$ を示す患者を内的統制の悪い者とし、逆に2項目の不等号が全て反対向きになっている患者を内的統制の状態の良い者とした。事例Eは内的統制の悪い状態、事例A・D・Fは良い状態に該当する。

第三に圧縮的・抑圧的統御については、内的な想像活動も外的な刺激に対する反応も共に抑え、自我を制限して現実的に適応しようとする統制が圧縮的統制である。 $F\%$ が高く、形態水準の良好な人は圧縮的統制が優位であり、現実を客観的に把握する能力はあるが、感情の表現を抑制しており、また、 $F\%<20\%$ を示す人は逆に現実を主観的に着色する傾向が強いという。そこで、 $F\%\geq 60\%$ かつ $R+\%\geq 70\%$ を示す患者を圧縮的統制の優位な者とし、 $F\%<20\%$ かつ $\Sigma F+\%\leq 50\%$ を示す患者を主観的な傾向の強いものとした。事例Fは圧縮的傾向が優位、事例Aは $F\%$ が24%であるが事例の中では主観的な傾向が強い。

以上を3つについてまとめると、事例Eは外的・内的統制の悪さがあるため、内閉的で引っ込み思案な傾向が強い反面、情緒的衝撃に対して衝動的に反応するタイプである。事例Fは外的・内的統制は良いが圧縮的統制にあるため、感情を表現したり、自由な空想を楽しむことなどを抑えてしまうタイプである。事例Aは内的統制は良いが現実を冷静に見ることができず、主観的に着色する傾向が強いタイプである。

反応内容の情緒的ニュアンスの分析において、彩色反応によって示される快的な、あるいは積極的な感情や、黒や灰色によって示される、沈んだ抑うつ的な感情を知りうるものである。 $FC+CF+C:Fc+c+C$ の比が普通2:1の関係を示すとみて、逆に1:2の比を示すときには、抑うつ的な気分にあると考えてよい。事例の中では1:2の比を示すものは見られない。

6. 抑うつ傾向

原他(1987)は、抑うつ傾向を見る指標としてうつ病の特徴を検討した結果、11項目を抑うつサインとした。① $R < 25$ ② $RIT > 30$ ③Rej.の存在 ④ $F\% > 70\%$ かつ $F + \% < 70\%$ ⑤体験型は両貧型を示すこと ⑥ $H < Hd$ ⑦ $A\% > 50\%$ ⑧O反応の欠如 ⑨CRの低下, repetition, 卑下した言語表現の存在 ⑩ $C' \geq 3.5$ ⑪ $FC + CF + C : Fc + c + C' = 1 : 2 + \alpha$, 該当する項目数を求め該当項目が多くなるほど抑うつ傾向を示すことになる。健常者の抑うつサインは3.0であり、本研究においてもこの値を基準に述べることにした。

事例E・Fは3であり、健常者と同様の値であるが、事例Aは0、事例B・C・Dは1で抑うつサインは低い値を示しているが、原他(1987)の抑うつサインはうつ病の特徴を検討したものであることから、幅広い抑うつ状態を網羅することは困難ではないかと考える。

7. 感情カテゴリー

土川・森田・池田・加藤・下村・長瀬・米倉・渡辺(1999, p42)によると、"正常人では平均40%前後が中性感情であるが、これが極端に多いのは、highA%, highF%と関係し、圧縮的で常同的な防衛が働いているためと考えられる"と述べている。事例Fは、N%が58%と高く、A%も57%と高めでF%も64%と高めであることから該当する。

8. まとめ (Table 7 参照)

事例Aは医師からうつ病と診断されているが、ロ法によるアセスメントは病前性格や臨床像など心理面接過程を踏まえるとメランコリーにもとづく「うつ」と考える。更に、ロ法の結果から修正BRSが-28、 $\Delta\%$ が17%であり、意識化と無意識化の葛藤が強くあることから自我の脆弱さがあり、人の顔反応が多く不安や恐怖感・萎縮を感じ相手に自己を投影し不安関係念慮的な部分があり統合失調症水準の人格構造を有していることから、ロ法による人格水準は非定型精神病像の混入が妥当と判定し、I型-4と考える。

事例Bは医師から躁うつ病と診断されているが、ロ法によるアセスメントは病前性格や臨床像など心理面接過程を踏まえると循環性格にもとづく「うつ」と考える。更に、ロ法の結果から修正BRSが-27で $\Delta\%$ が25%を示し、作話・恣意的な特徴が見られるため共感的な人間関係が持ちにくく、現実吟味の喪失状態であり統合失調症、及び、気分障害的な両面的感情を持っていることから統合失調症水準の人格構造を有しており、ロ法による人格水準は非定型精神病像の混入が妥当と判定し、II型-4と考える。

事例Cは医師から神経症と診断されているが、ロ法によるアセスメントは臨床像や心理面接過程を踏まえると葛藤にもとづく「うつ」と考える。更に、ロ法の結果から修正BRSが9であり、 $\Delta\%$ が0%であることも考慮すると神経症水準の人格構造を有しており、ロ法の結果による人格水準は逃避・退却傾向のあるものが妥当と判定し、III型-2と考える。

事例Dは医師から神経症と診断されているが、ロ法によるアセスメントは病前性格や臨床像など心理面接過程を踏まえるとパーソナリティ障害にもとづく「うつ」と考える。更に、ロ法の結果から修正BRSが-9であり、 $\Delta\%$ が0%であることも考慮すると人格障害水準の人格構造を有し

Table 7 ロ法による「うつ」の分類と人格構造の水準と事例

		人格構造の水準			
		1	2	3	4
I型	事例A	単極うつ病	軽躁の混入	葛藤の二次的露呈	非定型精神病像の混入
II型	事例B	うつ病相主導	躁とうつの規則的 反復	躁病相主導	非定型精神病像の混入
III型	事例C	神経症レベル のもの	逃避・退却傾向の あるもの	精神病レベル のもの	—
IV型	事例D	自己愛性	境界性	スキゾイド	—
V型	事例E	うつ病のみ	躁病像の混入	統合失調症 症状の併存	—
VI型	事例F	正常悲哀反応	異常悲哀反応	精神病レベル の症状の混入	—
VII型		明白な身体的基盤 をもったうつ状態	老年性変化が基盤 に推定されるもの	若年のうつ状態	その他
VIII型		屈服の構えや反撃 の構え	侵襲後不調和 振動反応	疲弊状態	—

ており、ロ法の結果による人格水準は境界性が妥当と判定し、IV型-2と考える。

事例Eは医師から気分変調症と診断されているが、ロ法によるアセスメントは臨床像や心理面接過程を踏まえると統合失調症型人格障害にもとづく「うつ」と考える。更に、ロ法の結果から一部から全体を推測する作話的な反応が見られ、現実吟味力の傷害と概念形成の恣意性や作話傾向が窺われ、修正BRSが-20、 $\Delta\%$ が14%であることから統合失調症水準の人格構造を有しており、ロ法による人格水準は統合失調症症状の併存が妥当と判定し、V-3と考える。

事例Fは医師から気分変調症と診断されているが、ロ法によるアセスメントは臨床像や心理面接過程を踏まえると悲哀にもとづく「うつ」と考える。更に、ロ法の結果から全体的な形よりも詳細な部分やわずかな輪郭に着目して反応し、やや恣意的な傾向が窺われるものの修正BRSが-3であり、 $\Delta\%$ が6%であることも考慮すると人格障害水準の人格構造を有しており、ロ法の結果による人格水準は異常悲哀反応が妥当と判定し、VI型-2と考える。

VII型とVIII型に該当する患者はいないため、VII型とVIII型に関する分類と人格水準の検討ができなかった。しかし、笠原・木村(1975)、粥川(2005)、中井・山口(2006)のいずれにも、脳器質疾患・身体症状・認知症の分類が示されていること、中井・山口(2006)の新たに加えられたPTSDの分類が示されていることから、必要なスペクトラムであると考えられる。ゆえに、抑うつ状態の分類はI型からVIII型までの8個に分かれ、ロ法からの結果にもとづきアセスメントした場合に3個又は4個の人格水準となり、パーソナリティの特徴と人格構造の査定と抑うつ状態の様相(スペクトラム)の相関傾向が示唆されると考える。

V. おわりに

心理学的な抑うつ状態について、ロ法を用いた抑うつ状態の分類を試みることは、事例を理解す

るうえで一つの指標となるのではないかと考えたことがきっかけであった。口法を用いたことは、単なる思いつきではなく筆者の心理アセスメントに影響を及ぼしたものであるからだ。

今回抑うつ状態の分類では、各抑うつ状態の事例が少なく、特に、PTSDにもとづく「うつ」と脳器質疾患・身体疾患・認知症にもとづく「うつ」の対象事例がないということからも、データとして不十分であったのではないか。抑うつ状態というものは、時代の流れや社会情勢によってクローズアップされる部分が異なるものであるため、今後の課題の中にも検討されるべきものであると考える。その例として、PTSDが挙げられ、これは、1995年の阪神・淡路大震災以降、世間に認知されるようになったものであり、今回の分類では検討し追加した。1986年バブル崩壊以降、自殺死亡数が増加し抑うつ状態と自殺の問題が表面化されたことを踏まえると、現在、百年に一度の大不況といわれており、派遣切りといわれる雇用の問題とそこから派生する生活保護者の増大は免れないものである。よって、今後の抑うつ状態と自殺死亡数の増加が考えられ、抑うつ状態の分類も変化が生じるだろうと予測できる。分類項目の変化だけでなく、各分類の内容がより充実したものとなるように、量的にも質的にも充実したものとなることが、今後の研究課題となるだろう。

文 献

- Amerikan Psychiatric Association (2000). *Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR*.
(アメリカ精神医学学会 高橋三郎・大野 裕・染矢俊幸(訳) (2002). DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引 医学書院)
- Fernandez, L. (2005). *Le test de l'arbre—Un dessin pour comprendre et interpreter—*
(リュディア・フェルナンデス 阿部恵一郎(訳) (2008). 樹木画テストの読みかた—正確理解と解釈— 金剛出版)
- Gunderson, J. G., M. D Perry, D. Hoffman, ph. D. (2005). *Understanding and Treating Borderline Personality Disorder*.
(J・G・ガンダーソン, P・D・ホフマン 林 直樹・佐藤美奈子(訳) (2006). 境界性パーソナリティ障害最新ガイド 星和書店)
- Gunderson, J. G., M. D. (1984). *Borderline Personality Disorder*. First Edition. R. R. Donnelley & Sons Co.
- Gunderson, J. G., M. D. (1984). *Borderline Personality Disorder*.
(J・G・ガンダーソン 松本雅彦・石坂好樹・金 吉晴(訳) (1989). 境界パーソナリティ障害—その臨床病理と治療— 岩崎学術出版社)
- 袴田俊一(2003). 「抑うつ」を中心とする職場不適應の研究(Ⅱ) 関西福祉科学大学紀要, 7, 143-151 (未公刊).
- 原 久美子・八尋華那雄・芦原 睦(1987). 膠原病患者のロールシャッハ反応 ロールシャッハ研究XXIX, 61-73.
- 石井雄吉(2004). 境界性人格構造において抑うつ状態が発生する機序についての試論—ロールシャッハ・テストからの検討— 多摩心理臨床学研究, 第1号, 27-36.
- 梶原睦子(1995). ロールシャッハ・テストからみたストーマ保有者の心理特徴 ロールシャッハ研究, 37, 27-40.
- 神庭重信・狩野力八郎・江口重幸・内海 健・阿部隆明(2008). うつ病のプロトタイプは変わったのか 臨床精神医学, 37(9), 1091-1109.

- 神田橋條治 (2006). 追補精神科診断面接のコツ 岩崎学術出版社
- 笠原 嘉 (2005). 精神病と神経症 1 みすず書房
- 笠原 嘉 (2005). 精神病と神経症 2 みすず書房
- 笠原 嘉 (2007). 軽症うつ病—「ゆううつ」の精神病理— 講談社
- 笠原 嘉 (2007). 精神科における予診・初診・初期治療 星和書店
- 笠原 嘉 (2005). 「うつ状態の臨床的分類」再論 精神神経学雑誌, 107(6), 523-528.
- 笠原 嘉・木村 敏 (1975). うつ状態の臨床的分類に関する研究 精神神経学雑誌, 77(10), 751-735.
- 笠原 嘉・松下正明・岸本秀爾 (1997). 感情障害—基礎と臨床— 朝倉書店
- 片口安史 (2006). 改訂 新・心理診断法 金子書房
- 粥川裕平 (2005). 「うつ状態」の臨床分類 (笠原・木村分類) の今日的意義 臨床精神医学, 34(5), 565-572.
- Klopfer, B, Ainsworth, M. D, Klopfer, W. G, Holt, R. R (1954). *Developments in the Rorschach Technique—I Technique and Theory—*. New York: World Book.
- Koch, C. (1952). *THE TREE TEST—THE TREE-DRAWING TEST AS AN AID IN PSYCHODIAGNOSIS*
- (C. コッホ 林 勝造・国吉政一・一谷 彊 (訳) (2006). バウム・テスト—樹木画による人格診断法— 日本文化科学社)
- 河野友信・末松弘行・新里里春 (編) (2002). 心身医学のための心理テスト 朝倉書店
- 厚生統計協会 (2008). 第2編 衛生の主要指標・第3編 保健と医療の動向 国民衛生の動向・厚生指標 臨時増刊, 55(9), 37-203.
- 前田重治 (2005). 統 図説 臨床精神分析学 誠信書房
- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*.
- (ナンシー・マックウィリアムズ 成田善弘 (監訳) (2005). パーソナリティ障害の診断と治療 創元社)
- 森谷寛之・杉浦京子・入江 茂・山中康裕 (編) (2004). コラージュ療法入門 創元社
- 小川俊樹・松岡正明・加藤志ほ子・津川律子 (2001). 第14章 ロールシャッハ・テスト 上里一郎 (監修) 心理アセスメントハンドブック 第2版 三美印刷株式会社 pp. 140-159.
- Sandler, J, Dare, C. and Holder, A. (1992). *THE PATIENT AND THE ANALYST—The basis of the Psychoanalytic Process—*
- (ジョゼフ・サンドラー, クリストファー・デア, アレックス・ホルダー 藤山直樹・北山 集 (監訳) (2008). 患者と分析者[第2版]—精神分析の基礎知識— 誠信書房)
- 樽味 伸 (2005). 現代社会が生む“ディスチミア親和型” 臨床精神医学, 34(5), 678-694.
- Tellenbach, H. (1976). *Melancholie*. Springer-Verlag: Berlin Heidelberg New York.
- Tellenbach, H. (1976). *Melancholie*. Springer-Verlag: Berlin Heidelberg New York.
- (H. テレンバッハ 木村 敏 (訳) (1985). メランコリー—改訂増補版— みすず書房)
- 東京大学医学部心療内科 TEG研究会 (2005). 新版TEG 解説とエゴグラム・パターン 金子書房
- 土川隆史・森田美弥子・池田豊應・加藤淑子・下村美刈・長瀬治之・米倉五郎・渡辺雄三 (編) (1999). ロールシャッハ法解説—名古屋大学式技法— 1999年改訂版 新協和印刷株式会社
- Weiner, I. B. (1998). *PRINCIPLES OF RORSCHACH INTERPRETATION*.
- (アーヴィング・B・ワイナー 秋谷たつ子・秋本倫子 (訳) (2005). ロールシャッハ解釈の諸原則 みすず書房)
- Weiner, I. B. (1975). *Principles of Psychotherapy*. Wiley & Sons, Inc.
- (アーヴィング・B・ワイナー 秋谷たつ子・小川俊樹・中村伸一 (訳) (1984). 心理療法の諸原則 上

星和書店)

Weiner, I. B. (2008). *The Value of Personality Assessment in Clinical Practice* 日本心理臨床学会 第27回大会特別講演

World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders – Clinical descriptions and diagnostic guidelines–*.

(世界保健機関(WHO) 融 道男・中根允文・小見山実・岡崎祐士・大久保善朗(監訳)(2007). ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン— 医学書院)

矢幡久美子(2003). コラージュのなかの文字表現 心理臨床学研究, 21(5), 450-461.

米倉五郎(2005). 対話心理療法と心理査定(法)との統合的アプローチ—心理臨床の各現場における面接技法の工夫— 愛知淑徳大学心理臨床相談室紀要, 9, 3-8

米倉五郎(2007). 高機能広汎性発達障害の心理査定法と心理療法 愛知淑徳大学心理臨床相談室紀要, 11, 23-37