

ある身体症状を抱える人のTAT反応に関する一研究

土 井 真 由 子

A Study on The TAT of One with Atopic Dermatitis

DOI Mayuko

I. 問 題

身体症状への心理学的アプローチは、古くからなされてきた。アトピー性皮膚炎もその対象の一つである。アトピー性皮膚炎は、日本皮膚科学会において、「増悪・寛解を繰り返す、掻痒のある湿疹病変を主体とする疾患であり、患者の多くはアトピー素因をもつ」と定義されている(多田, 2001)。その症状は、湿疹が、自然治癒の傾向を示しながら再発を繰り返し、年齢とともに変化するが、著しいかゆみを伴う。「アトピー」という言葉が、ギリシア語の「奇妙な」という言葉に由来することからも察せられるとおり、いまだにその発症のメカニズムは明確にされておらず、身体的要因に、心理的要因や環境要因が複雑に絡み合って発症すると考えられている。約90%が15歳以降軽快するという報告もあるなど、大半の患者が思春期までに自然治癒するといわれるが、近年、思春期以降も治癒せず慢性化、難治化している例や、思春期以降に悪化したり初めて発症するような成人型アトピーが増加している(川原ほか, 1997)。

皮膚が生理的に情緒の影響を受けるという事実のために、皮膚疾患は早くから精神身体医学の対象とされてきた。1891年にBrocqとJacquetが初めて「神経性皮膚炎」という語を用いて、その発症の要因として身体因のみならず、不安・抑うつなどの精神的要因も挙げたことが、心身相関的アプローチの始まりと思われ(Engels, 1982)、心身症の一つとして挙げられることが多い。

心身症の歴史は、Freudによるヒステリー研究から始まっている (Ammon, 1974)。Freudは、身体症状を、ヒステリー性転換症状と不安神経症という二つの概念によって説明しようとした。それによると、ヒステリーは、葛藤によって引き起こされた精神的興奮が、抑圧され、転換という一つの精神的活動によって身体的なものの中に現れたもので、器質的症状は精神的観念内容の代理と考えられる。一方、歓迎されない身体的興奮が、精神的なものへの通路を遮られ、器質的症状形成の中で除反応されていると考えられるのが、不安神経症である。器質的症状は「複雑な心的諸過程がすべて欠けている」ことの身体的表現であり、身体的なものとの疎隔があるために、身体的興奮は分化され言語化されることなく、その代わりに未分化な不安が生じる、と考えられる。

その後、転換概念はDeutschに、不安神経症の考え方はAlexanderによって理論的に発展され

ていく。Deutschは、転換概念を器質的疾患にも拡張し、その障害を、衝動願望と自我防衛の間の神経症的葛藤としてとらえようとした。一方Alexander(1950)は、器質的障害を転換現象から区別し、器質的症状は、「持続的な、あるいは周期的に反復される情動状態に対する自律神経器官の生理学的反応」であり、情動状態の精神力動的の研究によって、その理解と治療に接近できると考えた。そして彼は、ジョゼフ・V・クローダーの『心理は他のいかなる器官よりも皮膚に大きな影響を及ぼす』という言葉を用いた上で、シカゴの7病と言われる代表的な心身症の一つとして神経性皮膚炎を挙げ、その力動的パターンを幾つかの症例をもとに観察している。紅斑と神経性皮膚炎においては、自己愛的・露出症の特性が見られ、「注目や愛や好意を得るために体を見せること、言いかえると露出症は、競争における武器として用いられ、罪悪感を引き起こす」。そして、皮膚疾患における大きな病因論的重要性を持つ掻痒について、その重要な要因は「敵対的衝動であり、それは罪悪感のためにその最初の標的からそらされ、自分自身に向けられている」という。

このような精神力動的観点からの検討がなされる一方で、横断的な心理的特性や状態像の検討もなされてきた。川原ら(1997)による研究では、不安が高く、抑うつ的で神経症的、過剰適応的傾向が認められたというが、その他の調査研究においても、概して同様の報告がなされている。

しかし、遠山(1977)は次のように批判している。心身症における身体症状はもともと意識化の通路を持たないところに、あるいは意識化への通路が断ち切られた結果生ずるものであり、個人にとって身体症状は、やがては意識化されるような暗黙の意味を持ったものとして体験されてはいない。したがって、身体症状を無意識の表現と見なし、そこに言語へと翻訳し得るような象徴的な意味を見出すことは、観察する者が結果から意味を解き明かせるがごとく見えていることに過ぎない、という。また、岡(1984)によると、ある慢性蕁麻疹患者の心理療法過程においては、はじめは心理的問題への関心があるかに見られたものの、次第に、自らの身体や感情、現実状況にかかわる主体的な自己の不在を思わせるような様相が顕著となり、情緒的葛藤への直面、洞察が困難であったという。このことについて岡は、「体験されていたのは心身未分化な〈緊張〉であり、治療者は希薄な自己体験しかもてない患者のリアリティとしてこの〈緊張〉を尊重することが重要であった」と述べている。臨床場面においては、症状の原因となる無意識的意味の解明のみならず、むしろその場での体験の仕方に注目する必要があると考えられる。

ところで、心身症研究の流れには、前述のような個々の身体現象を、内的あるいは外的ストレスや葛藤、または人格特性などと関連させながら、因果論的にその力動や構造を追及してゆく方向とは別に、心身症の共通した本質的構造の解明をねらう方向がある(前田, 1980)。そして後者の動向から、Sifneosのalexithymiaの概念が提唱されたのである。

Sifneos(1973)は、心身症患者に精神分析治療を行い、そこでの彼らの特徴として、想像力が貧困で、心的葛藤を言語化することが困難であること、情動を感じることにその言語表現が制限されていること、事実関係をくどくどと述べ立てるが、それに伴う感情を表出せず、面接者との交流が困難であることを挙げ、それをalexithymiaとして概念付けた。以後、alexithymiaについての研究は、その原因を探求するものや、どの疾患で見られるか(心身症に特異なものかどうか)を実証しようとするものが主となり、alexithymiaという、固定した実体が存在するかのようにならわれているように思われる。しかし、その概念の提示されたはじめに今一度立ち返ってみ

るならば、それは、固定したパーソナリティというよりも、心身症者の、対人関係の場でのコミュニケーションの特徴あるいは障害としてとらえられたものであり(成田, 1993)、その場へのその人の現れ方に焦点を当てたものであった。したがって、alexithymiaという概念を、その原因の追求という医学的な因果関係の枠組みで捉えるのではなく、ある一つの場におけるその個人の立ち現れ方のありようとして捉えることができるのではないかと思われる。

したがって、身体症状を臨床場面で扱っていく場合には、その場でその人がどのように体験しているかに加えて、その場にどのように立ち現れるかに注目する必要があると思われる。

Meier(1963)の共時性の概念から、Stein(1976)は、身体症状を、「ころとからだ(という、従来二分法的に考えられてきた対立物)の両方における症状形成に作用し、ころとからだの両者を超越するような第三の高次の存在」によって引き起こされる共時的現象の一方として捉える見方を提唱している。本論では、症状についての因果論的枠組みを一度保留し、症状を抱えるその人の今ここのありようについて検討していきたい。

では、この目的のためには、どのようなアプローチの方法がふさわしいだろうか。

心理療法の場は、主観的な世界を扱っていく。そのため、心理療法においては、ファンタジーが大切にされるのだが、さらにファンタジーをどのように物語るかという「語り」に焦点が当てられることになる(河合, 2001)。つまり、そこで何が語られるかという、その物語の内容に注目するのみならず、その物語がいかに語られるか、それを通していかにクライアントがその姿を現すか、そこに現れてくるものすべてに耳を傾けていくことこそ、心理療法であると言えよう。このことをふまえ、本研究では、一つの図版から物語を作成することを課題とする、絵画統覚検査(Thematic Apperception Test, 以下、TATと記す)を用いることにした。

さて、投影法とは、その名称をはじめて用いたと言われるFrankによると、「反応の中に被検者独自の私的世界が映し出されること」とされている(田中, 1992)。そして、投影法の一つであると考えられているTATに関する従来の研究では、投影された内界(の内容)の検討が中心で、形式的側面は扱われたとしても補助的な位置づけであった。しかし、この場への立ち現れ方を検討するためには、いかに語られるか、つまり形式的側面を中心としたアプローチが有効なのではないかと考えられる。よって本研究では、形式的側面の分析を軸とした検討を行いたい。

本研究は、アトピー性皮膚炎患者を対象に、TAT課題呈示場面において、その人がどのようにに刺激(図版)を体験するか、その中でその人がどのようににその場に立ち現れてくるかを、そこで語られるものを通して検討することを目的とする。

II. 方 法

1. 対 象

(1) 臨床群

A病院にてアトピー性皮膚炎と診断され、外来治療を受けている31名。ただし、リバウンド等急性期状態の患者を除き、症状が慢性化している者で、診察場面において、医師の説明のもと、承諾を得られた患者を対象とした。2名の方が拒否された。

(2) 統制群

計22名の内訳は以下の通りであった。一企業に勤務している者10名、一飲食店に勤務している者7名、および大学生5名であった。そのうち、アトピー性皮膚炎を含む5つの代表的な心身症の診断を医師より受けたことがあると答えた6名（うち、アトピー性皮膚炎：4名）は、分析より除外し、16名を分析の対象とした。

両群についての平均年齢および標準偏差を、表1に示した。

表1 両群の人数および平均年齢（標準偏差）

	臨床群		統制群		全体	
	人数	平均年齢 (SD)	人数	平均年齢 (SD)	人数	平均年齢 (SD)
男	14	25.50(4.81)	7	26.43(3.46)	21	25.81(4.43)
女	17	27.24(5.50)	9	25.00(3.65)	26	26.46(5.05)
全体	31	26.45(5.27)	16	25.63(3.64)	47	26.17(4.79)

2. 心理検査

(1) TAT (Thematic Apperception Test, 絵画統覚検査)

TATは、Murrayによって考案された、絵を見て物語を作成することを課題とする検査法である。Harvard版TAT図版から、若い女性の背後に二人の人物がいる農村風景の絵である図版2、走る女性とそれを見ている女性の絵である図版9GF、背後の3つの手につかまれている男性の絵である図版18BM、雪に覆われた家の絵である図版19の計4枚を選出し、使用した。図版の選択は、世界がどのように関係づけられていくかという視点から行われた。つまり、物語するという行為自体における語り手と図版（刺激）との関係づけのあり方、および、物語の中での関係づけのあり方をみることを目的とした。

(2) MPI (Maudsley Personality Inventory, モーズレイ性格検査)

MPIは、Eysenkの人格理論を範とする質問紙性格検査で、性格を外向性—内向性と神経症傾向という、二つの次元から測定するものである。外向性—内向性尺度24項目、神経症傾向尺度24項目に加えて、虚偽尺度20項目、中立項目12項目の、計80項目より構成されている。

3. 手続き

(1) 検査場面について

①臨床群

病院内の心理面接室ないし診察室で、一対一の対面で個別に実施した。

②統制群

個室がある場合は個室で、ない場合には、周囲の人から離れた静かな場所で、一対一の対面で個別に実施した。

(2) 施行の手続き

TAT, MPIの順に施行した。

①TATについて

教示は、「これから一枚ずつ絵をお見せします。それを見て、簡単なお話を作って下さい。それがどういう状況で、その前にどういうことがあり、これからどういうふうになっていくか、ということ、簡単なお話にしてください。」であった。

図版の呈示順序は、図版2、図版9GF、図版18BM、図版19とした。反応時間を測定し、反応内容の記録は、筆記に加えて、被検者の承諾を得た上で、MDレコーダーによって録音された。

②MPIについて

通常の施行法に従って、「○（はい）」「?（どちらともいえない）」「×（いいえ）」の3件法により、自記式にて回答された。また、各ページがカーボン挟んだ2枚綴りとなっており、そのうちの一枚が被検者に返却された。その際、結果のフィードバックとして、外向性-内向性尺度および神経症傾向尺度の得点が計算され、伝えられた。

(3) 実施期間

実施期間は、1999年10月初旬より11月下旬にかけてであった。

Ⅲ. 結果およびその考察

1. TATの結果

(1) 形式的側面の検討

①得点化の手続き

安香・坪内（1968）および坪内（1992）を参考に、形式的側面に関する指標を作成した。その指標および内容については、表2に示した。

表2 TAT分析指標

1	刺激の認知（アイテムを命名）
2	刺激の明細化（明細化が加わった）
3	一場面としてのまとまり（状況・背景が踏まえられる）
4	心的内容の付与
5	時間的継起の付与（少なくとも過去が述べられる）
6	未来設定
7	主人公設定（一人の視点。ただし、図版18BMで、外から客観的に記述描写しているようなものは除く）
8	心情の推測（「…そう（に見える）」のように、心情を推測するにとどまっている場合）
9	雰囲気と言及（場面全体の雰囲気について述べている場合）
10	内界優位反応（行動や出来事よりも、主人公の内的世界に関する言及が大部分を占めるもの）
11	部分固執反応（アイテムの一つについての言及が、物語の内容的構成の主軸を成している）
12	部分列挙反応（一部一部について、物語・場面構成に無関係に列挙されていくもの）
13	事実列挙反応（主人公の行動とは無関係な、単なる出来事の列挙が大部分を占めるもの）
14	自己関与反応（語り手の、図版に対する働きかけ・かかわりを示すもの）
15	印象反応（「こわい」など、語り手が刺激に侵襲されていることがうかがわれるもの）
16	不一致の言及（ちぐはぐさについての言及がある。ただし、それが物語の構成にされる場合は除く）

- 17 不確実反応（叙述の仕方全般に、語り手の不確かな感情や態度が現れているもの）
- 18 ひとりごと
- 19 突発的客観視（物語作成中に、ぼっとひいて、別次元のことを言う）
- 20 時間・空間の疎隔化（現状からかけ離れた状況設定があえてなされているもの）
- 21 非現実設定（夢、超常現象、非現実空間、心象など）
- 22 絵・写真反応（絵、写真、作品とし、それが物語の構成に用いられているもの）

各図版について、各反応プロトコルにその指標が認められるか否かを評定し、認められた場合は1点、認められない場合は0点とした。評定の際に、全体の10%のプロトコルについて、筆者と他の一名で独立に評定を行ったところ、92.1%の一致を見たので、残りは筆者のみで行った。最終的に、各指標について図版4枚分を加算したものを、その被検者の得点とした。以後、その得点にもとづいて、分析を行った。

②各指標についての2群の比較の結果

各指標について、平均と標準偏差を算出し、2群の間で差があるかどうかを検討するために、t検定を行った。その結果を表3に示した。

表3 各指標の平均値（標準偏差）と群間の比較 t検定の結果

	臨床群	統制群	t 値
〈刺激の認知〉	3.94 (0.36)	3.94 (0.25)	0.02
〈刺激の明細化〉	3.87 (0.43)	3.88 (0.34)	0.03
〈一場面としてのまとまり〉	2.13 (1.18)	3.69 (0.79)	4.76 **
〈心的内容の付与〉	1.10 (1.22)	1.69 (1.30)	1.54
〈時間的継起の付与〉	1.00 (1.18)	3.13 (1.15)	5.89 **
〈未来設定〉	0.10 (0.30)	0.38 (0.62)	1.70
〈主人公設定〉	1.23 (1.02)	2.50 (1.03)	4.03
〈心情の推測〉	0.81 (1.05)	0.19 (0.54)	2.67 *
〈雰囲気と言及〉	0.23 (0.50)	0.56 (0.51)	2.18 *
〈内界優位反応〉	0.42 (0.67)	0.13 (0.34)	1.99+
〈部分固執反応〉	0.19 (0.75)	0.06 (0.25)	0.88
〈部分列挙反応〉	0.74 (1.32)	0.06 (0.25)	2.78 **
〈事実列挙反応〉	0.61 (0.72)	0.06 (0.25)	3.85 **
〈自己関与反応〉	1.26 (1.37)	0.31 (1.01)	2.44 *
〈印象反応〉	0.29 (0.59)	0.31 (0.60)	0.12
〈不一致と言及〉	0.26 (0.51)	0.06 (0.25)	1.75+
〈不確実反応〉	2.36 (1.60)	0.31 (1.01)	6.05 **
〈ひとりごと〉	0.90 (0.94)	0.13 (0.34)	4.10 **
〈突発的客観視〉	0.71 (0.86)	0.19 (0.54)	2.67 *
〈時間・空間の疎隔化〉	0.45 (0.62)	0.31 (0.48)	0.78
〈非現実設定〉	0.68 (0.75)	0.25 (0.58)	1.20+
〈絵・写真反応〉	0.03 (0.18)	0.06 (0.25)	0.48

** P<.01 * :p<.05 + :p<.10

〈一場面としてのまとまり〉〈時間的継起の付与〉〈主人公設定〉〈雰囲気と言及〉において有意な差が見られ(各々 $p<.01, p<.01, p<.01, p<.05$)、臨床群よりも統制群の方が得点が高かった。また、〈部分列挙反応〉〈事実列挙反応〉〈不確実反応〉〈ひとりごと〉〈突発的客観視〉〈心情の推測〉〈自己関与反応〉〈非現実設定〉において有意な差が見られ(各々 $p<.05, p<.01$,

$p < .01, p < .05, p < .01, p < .01, p < .01, p < .10$), 臨床群の方が統制群よりも得点が高かった。

(2) 内容的側面の検討

①分類の手続き

鈴木 (1997) の各カードの反応分類枠を参考に、各図版について、反応プロトコルを、その内容により分類した。

②結果

2群の間で反応の比率に差があるかどうかを調べるため、各図版について、カテゴリーごとに χ^2 検定を行った。ただし、総度数が50以下のため、イエーツの修正を行った。その結果を表4-1, 4-2, 4-3, 4-4に示した。

2. MPIの結果

(1) 得点化の手続き

各項目について、「はい」に2点、「いいえ」に0点、「?」に1点を与え、外向性-内向性尺度、神経症傾向尺度、虚偽尺度の3つの下位尺度について合計得点をそれぞれ算出し、これを尺度得点とした。ただし、逆転項目については、逆転後合計した。

(2) 結果

各尺度得点について、臨床群と統制群の間で差があるかどうかを検討するため、t検定を行い、その結果を表5に示した。t検定の結果、神経症傾向尺度においてのみ有意な差が認められ($t=2.67, p < .05$)、臨床群の方が、統制群よりも神経症傾向尺度の得点が高かった。

さらに、全項目について、群別によるt検定を行ったところ、表6に示す項目について、有意な差が認められた。

表 4-1 図版2の内容的側面による分類 2群間の比較 χ^2 検定の結果 (df=1)

	A D	C	χ^2
I 前景の女性が中心的な扱いを受けているもの			
i 背景との心理的/空間的隔りがあるもの	9	9	2.26 +
ii 隔りがないもの	0	9	5.56 *
II 前景の女性以外が中心的な扱いを受けているもの			
i 背景の二人が中心もしくは三人が一括して扱われているもの	3	2	0.04
ii 三者三様で三人それぞれが主人公とみなされるもの	12	0	6.41 *
III 平板な場面描写にとどまるもの	3	0	0.43
IV 反応失敗	4	1	0.04

** : $p < .01$ * : $p < .05$ + : $p < .10$

表 4-2 図版9GFの内容的側面による分類 2群間の比較 χ^2 検定の結果 (df=1)

	A D	C	χ^2
I 二人の女性の立場に違いがある			
i 関係の質が明らか	13	11	2.06
ii 関係の質が明らかでないか無関係	7	4	0.03
II 二人の立場に違いがない	3	1	0.02
III 心象	5	0	1.44
IV 反応失敗	3	0	0.43

** : $p < .01$ * : $p < .05$ + : $p < .10$

土井：ある身体症状を抱える人のTAT反応に関する一研究

表4-3 図版18B Mの内容的側面による分類 2群間の比較 χ^2 検定の結果

	A D	C	χ^2	(df=1)
I 背後の手を、男性を束縛し自由を奪う手と捉えている				
i 現実に襲われている	5	9	6.32 *	
ii 求められている	1	1	0.08	
iii 止められている	1	1	0.08	
iv 束縛感のみ	10	0	4.77 *	
II 介添え/奉仕する手と捉えている	6	5	0.30	
III その他				
i 手に全く言及していないものや明確な意味付けの欠くもの	6	0	2.02	
ii 反応失敗	2	0	0.08	

* :p<.01 * :p<.05 + :p<.10

表4-4 図版19の内容的側面による分類 2群間の比較 χ^2 検定の結果

	A D	C	χ^2	(df=1)
I 家または船が中心となっているもの				
i 脅威にさらされている	8	10	4.56 *	
ii 穏やかな世界または安全が強調されている	6	4	0.01	
II 情景描写にとどまっているもの				
i 不気味な怖い世界	4	0	0.90	
ii ほのぼのとした世界	0	1	0.12	
III その他				
i ニュアンスを欠くもの	8	1	1.50	
ii 反応失敗	5	0	1.44	

* :p<.01 * :p<.05 + :p<.10

表5 M P I 下位尺度得点の平均値 (標準偏差) および群間の比較の結果

	臨床群	統制群	t 値
外向性内向性尺度	25.26 (12.71)	26.88 (9.86)	0.44
神経症傾向尺度	23.68 (10.76)	15.00 (10.20)	2.67 *
虚偽尺度	12.03 (4.61)	13.06 (4.34)	0.74

* :p<.05

表6 両群で有意な差の見られたM P I項目

	臨床群	統制群	t 値
5. 子どものときいつもいわれたことをすぐすなおにやりましたか	0.81 (0.83)	1.31 (0.87)	1.94 +
17. いろいろなことに神経過敏ですか	1.39 (0.84)	0.69 (0.87)	2.66 *
25. 気持ちを集中しようとしてもいつも気が散ってしまいますか	0.97 (0.91)	0.38 (0.62)	2.33 *
26. 気持ちをゆったりさせることがなかなかできない方ですか	0.84 (0.90)	0.25 (0.58)	2.72 **
35. いろいろな考えがつつきと頭に浮かんで眠れないことが多いですか	0.68 (0.87)	0.13 (0.34)	3.10 **
39. はっきりした理由もないのに何をするのも面倒で疲れた感じがすることがしばしばありますか	1.39 (0.80)	0.75 (0.73)	2.44 *
42. 元気がいっぱいあるかと思うとひどく気がめいっているときもあるというふうですか	1.29 (0.90)	0.81 (0.91)	1.72 +
56. みんなで集まって何かするときは先頭に立つのが好きなほうですか	0.77 (0.85)	0.31 (0.70)	1.87 +
70. 新しい場所や新しい環境などにすぐなれる方ですか	0.71 (0.86)	1.25 (0.86)	2.04 *
71. 陽気になったり気分がよく変わりますか	1.03 (0.95)	0.56 (0.73)	1.73 +
76. 心配事で眠れないことがよくありますか	0.61 (0.88)	0.25 (0.45)	1.87 +

* :p<.01 * :p<.05 + :p<.10

3. 考 察

安香・坪内(1968)は、認知されたものを被検者がどういう形で物語に構成していくかという、物語全体の形式的特徴を捉える試みの中で、想像過程を構成する被検者の課題解決機能要因として、「刺激認知」(本研究における指標では<刺激の認知>), 「明細化」(同<刺激の明細化>),

「場面構成」(〈一場面としてのまとまり〉)、「心理的内容付与」(〈心的内容の付与〉)、「時間的継起付与」(〈時間的継起の付与〉)という5つの要因を挙げ、これらの機能がすべて十分に働いたときに、初めて教示どおりの物語が構成されるとしている。

5つの要因がすべて盛り込まれている反応の例として、統制群のものを一つ挙げてみる。次のものは、図版2についての反応である。「この女の子は、ひなたぼっこをしながら読書をしようと、お父さんとお母さんが働いている農場に来ました。でもお父さんは畑仕事をしていますが、お母さんはそれを見ているだけでした。女の子も、何かお手伝いをしたいなあと思いつながら、邪魔になるかなあと思いつながら、お母さんも見ていることだし、ゆっくり読書をしようかなと考えています」。手前の女性を中心にして、語られていく。背景の二人が少女の両親であることと、農場にやってきたことによって、女性が時空間的に決定された一つの場面に組み込まれている。この後の展開についての言及がないが、〈未来の設定〉は、両群ともに少なかつたため、検査者の教示不足である可能性がある。従って、今回は、一つの時空間が決定されることが、物語の構成の土台として重要と考え、その点を一つの注目点として、論を進めていきたい。

まず、プロトコルの構成という点について、臨床群の反応は、一場面としてまとまっているもの、つまり、一つの背景ないし状況が設定されるものが少ないという特徴を挙げるができる。そしてその代わり、一つ一つのアイテムまたは断片的な出来事についての叙述が並列的に列挙されるもの(〈部分列举反応〉〈事実列举反応〉)が多い。また、「・・が気になる」とか「なぜ・・なのかわからない」のように、語り手が刺激そのものにかかわったり働きかけているような言及(〈自己関与反応〉)が見られたり、「・・(のような気持ち)に見える」というような、登場人物の心情を推し測る言及(〈心情の推測〉)が多く見られた。統制群においては、細部が気になっていたことを検査後に述べた被検者があつたが、物語作成の時点では「気になる」ということが一切語られなかつたという点が、両者の相違として興味深く思われる。

語り方の特徴としては、語尾の大部分に「・・かなあ」「・・と思う」などのような、語り手の不確実感が現れているもの(〈不確実反応〉)が多かつた。また、検査者を巻き込まない〈ひとりごと〉や、語りの途中で、突然叙述から離れて、それまでの自らの語つたものについて客観視するような発言(〈突発的客観視〉)も多く見られた。図版に没入していたところから、いったんすつと離れて、また再び図版の中へ入りこんでいく、という具合で、その部分だけ語り手が浮き上がったような印象を与える。

以上、形式的側面について述べたが、次に、内容について図版ごとに検討してみたい。

図版2は、2つの絵を合成して作成されたものであるということもあり、もともと刺激同士の関係づけが難しい。それゆえ、そのちぐはぐさの中で三者がどのように関係づけられていくかに注目したが、臨床群では、そもそも三者が三様にそれぞれ描写されることが多かつた。統制群では、ちぐはぐさは三者間あるいは一者(手前の女性)対二者の間の心理的隔たりとして表現されることが多い。しかし、臨床群では、例えば、「左にいる女性は、きちんとした洋服を着て、本を持っていることから・・裕福な家庭の女性かな、と思います・・真中にいる男性は・・農夫みたいな感じだと思います・・右にいる女性は、休憩してるのかな?なんか、一息ついているような感じを受けますね・・」のように、一人ずつ並列してその有様が詳しく言及されるのだが、それらが一つの共通する背景の中に関係づけられて定位されるということがなされないのである。さら

に、「この女性は何を考えているのだろうか…」「何を見ているんだろう…」のように、手前の女性のなんともいえない表情に引きつけられ、そこでとどまる被検者が少なくなかった。

図版9GFでは、「自分の姿を、目のあたりに、自分もこうなんだ、と見てしまうみたい。・・・私もこういうふうになっちゃいけない、みたいな感じで（見ている）」や、「自分の目標っていうか、理想の姿がこっちの姿で・・・」のように、走っている女性を、上から覗いている女性のもう一人の自分の姿という心象としてとらえるものが見られたことが、臨床群の特徴であった。

図版18BMでは、男性の背後の暗闇が具体化されないことが、臨床群の特徴として挙げられる。統制群では、例えば、「後ろに見えてる人は、お店のママかなんかで、男性は酔っ払って、コートをかけてもらっている」、「政治犯か何かで、夜に、踏み込まれて、警察の人に捕まったところ」のように、背後の手はすべて具体化されて捉えられていた。しかし臨床群では、「この手はやっぱり実在する手じゃなくて、何か見えない力」、「何か見えざるものの手」というように、背後の暗闇が現実的なものとしてとらえられず、正体不明なもの、不気味なものままたまにされることが多い。さらに、臨床群では、「おさえられているっていう感じ」、「おさえつけてるっていう感じ」のような束縛感や、「（支えてもらっているのか連行されているのか定かではないが）とりあえず気分が悪い」のような不快感など、状況などは捨象されて、まさに今ここの感覚に焦点を当てたような、感覚的な反応のみにとどまるものが多く見られた。

図版19は、最も抽象的と思われる図版であり、基底的な情緒の気分があらわとなりやすく、物語の作成には、安定した情緒、現実生活への健康な適応力が必要とされる(坪内,1992)。統制群では、「難破はしてないけど、けっこう海がしけてて・・・」、「嵐の吹き荒れているところで、でも、家は明かりが灯ってますので、家の中は暖かい」のように、家や船を取りまく形の曖昧なものは、自然の脅威として設定されることが多かった。しかし、臨床群では、「これは家のように見えます。窓があって、明かりが灯っていて・・・誰かが座って・・・向こうに塔が見えて・・・幻想的な風景で・・・画面、晴れてるっていうか、暗いっていうわけでもないけど・・・（特にどろどろしたわけでもなく、楽しいという感じでもなく）不思議な、溶け込まれそうになっていうか・・・」と語られ、輪郭が曖昧なために焦点付けが明確にできず、戸惑っている様子がかがわれた。そして、「これはちょっとわからんなあ…白黒やで、暗いイメージに見えるかな」、「言葉にしにくい…これ、どういう表現なのか…理解不能ですわ」のように、反応が拒否されるか、もしくは、図版全体の雰囲気全くふれられないような反応が、臨床群全体の41.9%（31名中13名）を占めている。しかし一方で、「誰かの夢の中の世界？一見岩とかそういうものにも見えるけど、傍によってみると、何か得たいの知れない生き物だったりして・・・歩いても歩いても行くほど、近づくと、ただの山かなと思うけども、何か生き物。それが永遠と続いている？」のように、生々しい感覚的世界が表現された場合もあった。

MP Iの結果を見てみると、臨床群の方が神経症傾向が高い。そして、項目を詳しく見てみると、神経過敏で、些細なことが気になって気が散ったり、気分が変わりやすい様子がかがわれた。しかし、検査場面においては、語り手のいらだちや神経の高ぶった様子が伝わってくる例は多くなく、むしろ、非常に硬直した交流しにくさを感じさせられる被検者もいた。

IV. 総合考察

以上述べたことから、臨床群の特徴が浮かび上がってくる。一つの時空間が決定された物語が作られないということは、物語を作成するという課題の達成という点からみると、失敗とみなされる。確かに、このような課題が呈示された上での反応であるということは、忘れてはならないだろう。「お話を作るんですね…」と何度も確認したり、「どうしても話にならない」と困惑する被検者も少なくなく、課題は十分意識されていたにもかかわらず、まとめることができなかったことについて、「課題解決」あるいは「体制化」の力（安香、坪内、1968）の不足と結論づけることが可能かもしれない。しかし、その場で発せられたその語りは、一つ一つの刺激について客観的に記述説明していくような構成でありながら、そこで語られるものは、感じていることの直接的な表現であったり、非常に感覚的要素の強いものであったりして、語り手が深く刺激に関与し、その都度その姿がその場に現れているようにも思われる。そして、このようなありようこそが、その人の世界への関係づけられ方、つまり、刺激との関係において立ち現れるその姿を示しているのではないかと考えられるのである。

図版中の人物の微妙な表情にとらわれ、そこに思いが巡らされて離れられないこと、また、感覚的なものが喚起されるその様子などは、その感受性の鋭さをうかがわせる。そして、刺激、特に暗闇など曖昧な刺激が具体化されないことで、不気味なものはその性質をそのままたずさえて迫ってくる。不気味な世界、不可思議な世界への開かれ、近しさと、そのような世界に対するまもりの薄さがうかがわれる。しかしその一方で、感じていることがその場にことばとして発せられるということは、それ自体、わき起こる感覚や感情からその生々しさが剥奪され、それらとの間に距離が生じることにもなる。ここに、生々しいものが直接的に表現されながら、聴き手がそれに揺さぶられることが少ないという、そのギャップについての手がかりがあるとも考えられる。

そして、臨床群の神経症傾向の高さは、ある一つの意味づけられた物語として表現されるような神経症的葛藤からもたらされるものというよりも、このような刺激への関係づけられ方と関連していると思われ、ここに神経症者との差異が考えられる。一方、記述的描写はalexithymiaとの関連を連想させるが、その描写の仕方には語り手が直接的に関与しており、この点において、出来事を詳細に記述するがそこで情緒的なものが表現されないalexithymiaとの違いもまた、見出されるように思われる。

ところで、被検者が自ら感じたことや疑問に思ったことなどがそのまま言葉にされていく時、聴き手には、ともすると一つの完結した物語が呈示される以上に、その人が今どのような体験をしているのかを含め、その姿が、ありありと感じられたのであった。ということは、一つの図版を目の前にして、物語を作成するという課題設定は不必要ではないか、自由に思いつくままを話すという教示の方がより適当ではないか、という疑問が生じてくる。

実際の心理療法場面においては、語り手（クライエント）は自然とまとまりをもって語ろうとし、また、聴き手（セラピスト）の方も、どこかその語りに筋を見出そうとしつつ聴いていると考えられる。まとまらないことに対して強い不安が生じることさえある。しかしむしろ、まとまらないその裂け目から、語りはさらに進んでいくように思われ、一つの物語を語るという方向づけが導入されることによって、裂け目が際立って現れてくるということも考えられる。

アトピー性皮膚炎という症状は、因果的枠組を破る方向に現れてくるものである。その時、無理に事象同士を関係づけていこうとするのではなく、その一つ一つの深みの中で起こってくるもの、そこでリアルに動いているものを見ていくことも重要なのではないだろうか。それを新たなリアリティ（「そのつど構成される現実」）構成への萌芽ととらえる（江口，2001）ことも可能であろう。そしてまた、それは、イメージの世界へ入っていくことでもあるかもしれない。感覚が一つのイメージとして結実していくこと、ここではじめて「共有」できる、と前川（1997）は言う。ここに、心理療法へのとっかかりが潜んでいるように思われる。

V. 今後の課題

本研究では、臨床群の特徴についての検討を試みた。しかし、臨床群の中でも、まとまりのある物語が語られる場合もあるし、語り手の感じていることや体験していることがあらわれてくる、その現れてきたに大きな違いを感じる場合もある。物語作成課題という点では反応失敗とみなされうるものでも、単なる失敗では拾いきれない何か、そこに立ち現れているように思われる。今後、臨床群内でさらに分類し、より細やかな検討を試みていきたいと考えている。

<引用文献>

- 安香 宏・坪内順子 1968 TATの分析法と解釈基準の検討—刺激認知と物語構成の特徴から見た—
臨床心理学研究, 7(1), 1-14.
- Alexander, F. 1950 *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Application*.
Norton, New York (アレキサンダー, F. 末松弘行 (監訳) 1989 心身医学の誕生 中央洋書出版部.)
- Ammon, G. 1974 *Psychoanalyse und Psychosomatik*. R. Piper & Co. Verlag (アモン, G. 青木宏之 (訳) 1979 精神分析と心身医学 岩崎学術出版社.)
- 江口重幸 2001 病いは物語である 精神療法, 27(1), 30-37.
- Engels, W.D. 1982 Dermatologic Disorders: Psychosomatic illness review: No.4 in a series.
Psychosomatics, 23, 1209-1219.
- 河合俊雄 2001 心理療法における真理と現実性 河合準雄総編集 講座心理療法7 心理療法と因果的思考 167-208. 岩波書店
- 川原健資・山本晴義・江花昭一・津久井要・佐々木篤代・加藤一郎・向井秀樹・熊野宏昭
1997 成人型アトピー性皮膚炎の心身医学的研究 (第1報) —とくに重症度・経過から見た心理学的特徴の検討— 心身医学, 37, 338-345.
- 前田重治 1980 心身症の精神分析的研究の最近の動向—主として失感情症の病理と治療をめぐって—
精神分析研究, 24(2), 73-92.
- 前川美行 1997 夢に現れる“醜なるもの”のもつ意味—アトピー性皮膚炎の女性の心理療法を通して—
心理臨床学研究, 15(1), 24-35.
- Meier, C.A. 1963 Psychosomatic Medicine from the Jungian Point of View.
Journal of Analytical Psychology, 8, 103-121.
- 成田善弘 1993 心身症 講談社学術文庫
- 岡 秀樹 1984 青年期の—心身症者の心理療法過程に見られた治療関係について— 精神分析研究, 27, 291-299.
- Sifneos, P.E. 1973 The Prevalence of 'Alexithymic' Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.

Stein, R. 1976 Body and Psyche.-an Archetypal View of Psychosomatic Phenomena.
Spring, 66-80.

鈴木睦夫 1997 T A Tの世界 物語分析の実際 誠信書房

多田譲治 2001 アトピー性皮膚炎の診断基準 日本医師会雑誌, 126(1), 22-26.

田中富士夫 1992 投影法 心理臨床大事典 培風館 515-519.

遠山尚孝 1977 心身症者の性格・適応様式および情緒の特質について 精神医学, 19(1), 1139-1150.

坪内順子 1992 T A Tアナリシスー生きた人格診断 垣内出版株式会社

<謝 辞>

本研究を進めるにあたり、研究の趣旨を理解し調査に協力して下さった病院の先生はじめ関係者の方々および、被検者の方々に深く感謝いたします。また、常日頃よりご指導いただいている河合俊雄先生、伊藤良子先生に厚く御礼申し上げます。

(博士後期課程2回生、心理臨床学講座)