



誘発線4枚法による精神疾患患者の適応レベルの予測

松井, 律子

(Degree)

博士 (医学)

(Date of Degree)

1991-03-31

(Date of Publication)

2014-01-31

(Resource Type)

doctoral thesis

(Report Number)

甲0947

(JaLCD0I)

<https://doi.org/10.11501/3057131>

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/D1000947>

※ 当コンテンツは神戸大学の学術成果です。無断複製・不正使用等を禁じます。著作権法で認められている範囲内で、適切にご利用ください。



誘発線 4 枚法による精神疾患患者の
適応レベルの予測

神戸大学医学部精神科神経科学講座
(指導：中井久夫教授)
松井律子

誘発線法
情動表出
適応レベル

要約

誘発線 4 枚法は、治療者が誘発線の図形を描いて提示し、人の情動表出が根ざしている身体性の領域に直接働きかけて、表出を促す方法である。本法により、通常は触れ得ない意識の深層に働きかけ、新たな現実認識、現実への適応に発見的に到達させるとともに、それまで言語化されえなかったものの言語化を促すこともできるであろう。

このような考えのもとに、誘発線 4 枚法を行ない、4 枚の描画の良否により、患者をおおよそ 4 つの患者群に振り分けることができた。同じ患者群に入る患者は、ほぼ同じ適応レベルにあり、誘発線 4 枚法を、患者の適応レベルを予測する一つの手がかりとすることができるという結果が得られた。

また、描画に際して、最初の誘発線は、導入を容易にし、2 番目の誘発線は、葛藤の表出を促すことでカタルシス効果をもたらすとともに、新たな現実の認識に至らせようとする。その後、3 番目の誘発線が葛藤表出による不安を鎮めると同時に、2 番目の誘発線と全く違った刺激を与え、それに誘発されるかどうかで、視点の転換能力があるかどうかを見る。最後に 4 番目の誘発線である円が、患者を現実の世界に引き戻しつつ締め括ることで、最初と最後に安全性の歯止めがかかっており、このことが、誘発線 4 枚法の、適応範囲の広い、安全な描画を可能にしていることが明らかになった。

キーワード：誘発線法 情動表出 なぐり描き 適応レベル

1 緒言

誘発線法は、1969年頃に中井によって考案された絵画療法の一方法であるが、その非侵襲性と適応範囲の広さのために、その後広く用いられるに至った⁽¹⁾。この方法は、言語的アプローチが極めて困難な症例に対してもしばしば可能であり、治療者と患者との間に、侵襲性の少ない広がりのある言語交流をもたらすもの⁽²⁾である。また、画用紙とボールペン、鉛筆、クレパスといった、簡単な備品を備えればどこの診察室でも実施可能であり、さらに、絵画内容の広がりが、日常的な事物から、日常的世界からやや距離のある事物にまで至ることから、繰り返しによる慢性化を逃れ、その非侵襲性とあいまって、1～2週間間隔の繰り返しに耐えうるものとなっている。

60年代以降広く行なわれるようになった芸術療法のうちでも、絵画療法は、幼少時に誰もが一度ならず経験した描画行為を基盤にしており、前述のように簡単な備品さえ備えれば、どこの診察室でも実施できるという、実践的な方法であるところから、現在我が国の芸術療法の主流を占めている。ともすれば表現病理に偏しやすく、治療から距離のある諸外国の研究と比較して、現在の日本の芸術療法研究は臨床的・治療的であると評価されている⁽³⁾。

歴史的経緯を振り返ってみると、60年代には、表現病理の研究を中心に展開し、70年代には、現在行なわれているさまざまな素材や方法を用いた芸術療法が出揃うとともに、芸術療法を、患者－治療者の対象関係の中で捉えようとする考え方⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾が中心となった。この中で、中井は、枠づけ2枚法⁽⁶⁾・風景構成法⁽⁷⁾⁽⁸⁾・誘発線法などの新しい絵画療法を提示しつつ、患者と治療者の関係

が、絵という正否を越えたものを介在させることで、いかなる展開が可能になるかという、臨床に直結した議論を展開して⁽⁹⁾ ⁽¹⁰⁾ ⁽¹¹⁾、絵画療法のみならず、さまざまな芸術療法を組み込んだ言語的精神療法の理論的基盤を築いた。その中で、中井は、治療者が画用紙に枠を描いて患者の描画を促す、枠づけ法によっても描画に誘導しえなかった重症破瓜型病者に対し、「ぬりえ」⁽⁹⁾を試み、彩色させることができた。さらに、ぬりえの線を漸次的に省略する「漸減的不完全ぬりえ法」により、持続的描画に誘導することに成功した。この経験から、4種類の誘発線を提示し、それをもとにして、何らかの物の形に仕上げるという、誘発線4枚法が発想された。

具体的には、治療者が画用紙に、4種類の誘発線と呼ぶ、描画の手がかりとなる図形を描いて患者に手渡し、それに患者が描き加えて、何らかの物の形に仕上げる。4種類の誘発線は、写真1～4の通りであり、これらを治療者が画用紙1枚に一つずつ描いて患者に手渡し、でき上がったら、次の誘発線を描いて渡すというふうにして、順次描かせる。今回は、B5判の画用紙で61名の患者に誘発線法を実施し、そのうちの18名に、ほぼ同じ時期にロールシャッハテストを行なった。ロールシャッハテストを行なったのは、誘発線法もロールシャッハテストも、一方は描画によって、他方は言葉で反応を出すとはいえ、視覚による刺激に対する反応をみる点で共通点があると考えたからであるが、すでに1950年代に安永らが、絵画と同テストに相応性がある⁽¹²⁾ことを報告している。誘発線4枚法での描画の良否により、患者を大きく4群に分けたところ、患者の適応レベルがそれによってランク付けされることが明らかになり、し

かもロールシャッハテストの所見が、そのことを裏付けているという結果を得たのでここに報告する。

2 方法および対象

(1) 実施の時期 實際上誘発線法は急性期を例外としていずれの時期に行なっても安全であり、それなりの実りのあるものだが、今回は治療関係が軌道に乗り、患者の病状も一応の安定を見た時期に実施した。

(2) 具体的実施法 前述の4種類の誘発線を用い、B5判の画用紙に、治療者はボールペンで誘発線を描き、患者には鉛筆とボールペンのうち好きな方を用いて描画するよう指示した。まずこれから行う描画が絵の上手下手を調べるものではないことや、どんなものを描こうと正解も誤りもないことを患者に保証し、気の向かない時には遠慮なく断わってよい旨を告げた後、画用紙に治療者が誘発線を描いて手渡し、1枚仕上げたら次の画用紙に誘発線を描いて渡すというふうにして順次仕上げてもらう。4枚の描画がすんだら、自分の気持ちにピッタリくる絵を手前に、気持ちにそぐわないと思う絵を向こうに置いて並べさせ、そのうちから1枚選んで彩色するよう指示する⁽¹³⁾。彩色には24色のクレパスを用いた。なおロールシャッハテストもほぼ同じ時期に実施した。ロールシャッハテストについては、片口法による評価を行なった。

(3) 対象 入院中および外来通院中の患者61名に、B5判の画用紙を用いて誘発線4枚法を行ない、そのうちの18名について、描画とほぼ同時期にロールシャッハテストを実施した。誘発線法とロールシャッハテストの両方を実施した患者群の男女比は0.29、平均年齢は39.5才、発病からの平均経過年数は、最長45年、最も短いもの

では1ヵ月で、平均 12.9年である。女性が圧倒的に多いのは、筆者が主に女性入院病棟を担当していたことによる。その内訳は、DSM-III-R（癲癇に関しては、1981年国際てんかん発作分類による）の診断基準に従えば、分裂病圏9名、そううつ病圏5名、癲癇2名、その他2名であった（表1に一覧とした）。このほかに、さらに画用紙の大きさによって描かれる内容に差があるかどうか知るため、B6判で51名の患者（うち5名は先の18名に含まれ、このほかにもB5判とB6判の両方の描画を実施した症例もある）にも誘発線法を実施して、各誘発線の特徴を知る助けとした。これらの患者の内訳は表3と4に一覧表とした。

3 症例提示

誘発線法でどのような描画がなされたかによって、18例の患者をA, B, C, Dの4群に分けた。群分けは、結果のところで詳述するが、2枚目・3枚目の描画の良否による。いずれも良好であった群をA群（4例）、2枚目は良好であったが、3枚目は不良であった群をB群（6例）、2枚目は不良であったが、3枚目は良好であった群をC群（4例）、いずれも不良であった群をD群（4例）とした。ここでは、それぞれの代表的症例を1例ずつあげて、患者の状態像と描画・ロールシャッハテストの結果について詳しく検討する。なお、ロールシャッハテストの結果のうち、各患者群の特徴を示す要素だけを取り出して、各患者群別に平均値を算出して表2に示し、各群の代表的症例のロールシャッハテスト結果の一覧は表9に示した。

(A群) 症例 1 33才 女性 双極感情障害, 躁病性

大学1年次にうつ状態で発症し、しばらくして躁転したため、休学して通院加療し、数ヵ月で復学。本人の希望で自宅通学を下宿生活に切り替え、1年程は順調に経過していたが、毎晩男子寮に入り込んで騒ぐなど、再度躁転したため、3ヵ月間某精神病院に入院。退院後1年程して、うつ状態の時に、父の強硬な意見で退学を余儀なくされた。その後出版社のパートをしていたが、その頃某新興宗教に入信。2年後家出して、その新興宗教の各地の教会に住み込んで布教の仕事をしていたが、躁状態を来し、自宅に帰された。帰宅後しばらくして、自然に落ち着き、卸売市場の事務員になった。有能な仕事ぶりが認められ、コンピュータ管理の責任者にまでなり、4年後、婚約したが、その数ヵ月後にコンピュータの操作ミスをきっかけに躁転し、解雇された。このことが婚約者に知れ、病気を理由に婚約を解消された。3～4ヵ月して躁状態からうつ状態に移行し、自宅で何もせずに引きこもっていたが、1年経って、徐々に抑うつ気分は消褪し始めた。その頃、前の婚約者が結婚することを知って逆上し、洋服・宝石を買い込んだり、毎晩ヤケ酒・ヤケ食いの梯子をし始め、不眠となった。1ヵ月程で、活動性が亢進し、多弁・誇大的・易怒的となって筆者の外来を受診。入院後2週間は、夜間も興奮状態が持続し、不眠であったが、徐々に鎮静し、2ヵ月程で寛解。疲労が出て終日眠るようになった。4ヵ月後退院し、現在通院治療中であるが、家事や家業も十分でき、近所の人からアルバイトを勧められる程になっている。

退院後しばらくして誘発線法を実施。4枚の描画は写真5～8の通りであるが、患者は、4枚目の絵を一番自分に近いと言い、これ

に彩色した。2枚目・3枚目ともに誘発線を十分生かした描画で、4枚の描画の形態水準は、いずれも高い。葛藤や攻撃性を誘発しやすいとされる2番目の誘発線に誘発されて良好な描画がなされ、その後一転して、3番目の誘発線の滑らかさに反応しえたということは、外界からの刺激に反応して葛藤を統制しつつ表出できると同時に、次に全く違う刺激が与えられた場合に、最初の刺激の残響を一旦クリアして次の刺激にとりあえず反応できることを示している。一方ロールシャッハテストの結果によれば、 $M > FM$, $FC > CF$ であり、統制された葛藤表出が可能であることを裏付けている。付加的ではあるが、 FK が出ており、 FK は葛藤の客観化能力を示すことから、葛藤統制の良好性を証するものであろう。また形態水準も、(±)が92.3%と高水準であり、2番目の誘発線で誘発された後も、その残響をクリアして3番目の誘発線に反応し、描画で高い形態水準が維持されたことと符合する。

(B群) 症例6 30才 女性 双極感情障害, うつ病性

中学2年次に、イジメにあってから、年に1～2回躁転するようになった。高校2年次にもイジメにあって躁転し、入院した。以後数回の入院を繰り返しながら、短大を卒業。その頃から、躁転の頻度が2年に一度くらいになり、躁転の程度が軽くなったので、入院せずにすむようになった。卒業後、数ヵ所に店員として勤め、病間期やうつ病相の時期には、真面目で気が付くと評価されたが、仕事にエネルギーを取られて疲れやすかった。軽躁状態になると、仕事熱心のあまり同僚に干渉し、躁転した時にはさらにそれがひどくなって、職場での対人関係が悪化するため、同じ職場で2年以上勤務できなかった。今回は、挙式を1ヵ月後に控えて躁転し、前医から

筆者に紹介されて入院した。多弁・多動で、依然躁状態であったが、患者と婚約者の強い希望で、一旦退院し、予定通りハワイでの挙式と新婚旅行を終え、帰国してから、再入院して治療することになった。再入院後は退院に賛成しない夫をしきりに攻撃していたが、夫は患者の病気に理解を示し、毎日曜日欠かさず面会に現われた。4ヵ月の経過で寛解し、退院。8ヵ月後には家事をこなせるようになったが、この頃から疲労感・抑うつ気分を訴え、入眠困難が出現。その状態で半年間、家事をしながら服薬を続け、最近抑うつ気分・入眠困難が改善し、友人との付き合いも復活した。

最近実施した誘発線法（写真9～12）では、2枚目で誘発線に誘発されて、一旦攻撃的な表現がなされた後、それをカヴァーする描線が描き加えられた（写真10）。3枚目では、誘発線の柔らかさを感じ取って、女性の顔という、柔らかいものを描いたが、鼻梁が無視され、形態の整わない絵になった（写真11）。この絵を一番自分の気持ちに近いものとし、色もこれに塗った。4枚目で描画の形態水準は回復した（写真12）。2番目の誘発線で、攻撃性が一旦誘発されて表面化した但、そのことが不安を引き起こしたために、攻撃的な表現を覆い隠そうとする描線が加えられたのであろう。この不安は、3番目の誘発線に反応する時にも残存し、3番目の誘発線の柔らかさは感受されたが、具体的表現は稚拙となり、形態水準は4枚目の絵で元の水準に回復していると見られる。ロールシャッハテストでは、A群の症例1と同様、運動反応が出ているが、M、FMの比率が逆転し、FMがMを上回った。これは、統制の困難な葛藤の表出を示唆しており、2枚目の描画で、一旦あらわに攻撃的な表現が行なわれたことに符合する。3枚目の描画で形態水準の低下が

見られたのは、2枚目の描画の後引き起こされた不安が残存し、3番目の誘発線を十分吟味できず、柔らかさだけが感受され、自身がこれから形作ろうとするものの輪郭と誘発線とのずれが無視されてしまった結果であろう。反応の形態水準は、(±)が81.1%，(㊦)が18.9%で(ー)のものはない。A群の症例1に比べて(±)のものが減少し、(㊦)のものは増加しているが、これは主に3枚目の描画の形態水準の低下を反映したと考えられる。

(C群) 症例14 54才 女性 精神分裂性障害，解体型，慢性

発病は16年前に遡り、新興宗教に入信して祈禱するうちに、水子の崇りが頭を離れなくなり、幻覚・妄想状態となって、某精神病院に数ヵ月間入院した。その後毎年1～2回、数ヵ月ずつの入院を繰り返していた。7年前に夫に死別してからは、次女の収入で生活している。退院すると服薬が不規則になり、近所の人に関する被害妄想とそれに一致した幻聴が出現して家事に失敗が多くなり、次女に怒られて泣きながら入院するというパターンをここ数年繰り返している。入院後は、被害妄想についての訴えを繰り返しているが、しばらくすると不定愁訴が訴えの中心となり、看護者に依存的に振る舞い、それを受容されるうちに幻覚・妄想が消退し、日常の身辺処理能力を取り戻す。最近では、意欲の低下が著しく、積極的に退院を希望しなくなったため、主治医・看護者と次女とが相談して外泊を実施し、上首尾であれば退院することにしている。退院後しばらくは、前述のように、炊事・洗濯・掃除を何とかこなせるが、家計費を計画的に使うことができず、家計費の管理は次女がする。

退院後の安定期に誘発線法（写真13～16）を実施した。2枚目では、キツネが描かれたが（写真14）、誘発線の真ん中の山形が処理

し切れず、その下の目も一続きになって形態が整わず、鋭さも十分誘発されていない。3枚目のヒョウタン（写真15）は、誘発線の滑らかさが生かされ、形態的にも整った良好な描画である。4枚目の柿（写真16）を一番好んだ。彩色は4枚全部にした。ロールシャッハテストでは、A群やB群の症例と違って、運動反応や色彩反応は見られず、決定因は専ら形態によっている。このことは、誘発線法の2枚目で、葛藤の表出が見られなかったことと一致する。一方、大抵のカードで平凡反応に近い反応が見られ、また形態水準でも、（+）と（-）はなく、B群に比して、その差は少ないが、（±）が（+）を上回っていたことは、安定期だけにせよ、家族の管理下の症例と違って、運動反応や色彩反応は見られず、決定因は専ら形態によっている。このことは、誘発線法の2枚目で、葛藤の表出が見られなかったことと一致する。一方、大抵のカードで平凡反応に近い反応が見られ、また形態水準でも、（+）と（-）はなく、B群に比して、その差は少ないが、（±）が（+）を上回っていたことは、安定期だけにせよ、家族の管理下で家事に従事できるだけの現実検討力を裏付けるものであろう。

（D群）症例15 73才 女性 精神分裂性障害，解体型，慢性

九州の離島出身で、若い頃からK市に出て働いていた。同郷の夫と結婚し、2男2女をもうけたが、30才頃に急に、家事もせずに寝てばかりいるようになったという。発病は恐らくこの時であろう。しばらくして突然いなくなり、8年間行方不明であった。8年後現われて、自宅の近所にアパートを借りて住むようになった。夫とは離婚しなかったが、家政婦をしながら、夫と子供の世話に通うという別居生活をずっと続けた。子供が独立してからもそのまま、入

院の2年半前に夫が病気をし、初めて同居するようになったが、長女に気詰りだと訴え、夫と言葉を交わすこともなかった。筆者のところに来院する1年前に被害妄想が出現し、精神科を受診。服薬ですぐに被害妄想は遠のいたが、その頃から独語が始まり、家事ができなくなって、夫に世話されるようになった。筆者のところを受診する1ヵ月前に、須磨寺に行ったのをきっかけに再度被害妄想が活発化。幻覚・妄想状態で入院した。2ヵ月で幻聴・妄想は消退したので自宅に外泊させたところ、近所の人に対して被害的となり、不眠であった。その後何回か外泊を実施し、退院。2ヵ月後に、夫の目前で首吊りを図ったため再度入院したが、病院では平静で、すぐに病棟に馴染んだ。その後長女宅に時々外泊しながら入院生活を続け、陽性症状は薄らいでいるが、看護者の指導・介助に受け身的に従って、何とか病棟生活ができるという状態である。

最近の誘発線法（写真17～20）では、2枚目（写真18）は、誘発線をそのまま山に見立て、その下に果物がなっている木を描き、この絵を一番自分に近いものとした。誘発線に直接描線を加えずに描画がなされ、しかも形態水準は低い。3枚目（写真19）は、物を吊る道具と言うが、形が不自然で、2枚目も3枚目も、誘発線に十分誘発された良好な描画はなされなかった。4枚とも一貫して形態水準が低く、彩色したい絵を選べなかったため、全部に色を塗ったが、ピンク一色で描線をなぞったのみである。このことがすでに、対象に対する情緒的な関与の困難を物語っていよう。ロールシャッハテストでは、FMがわずか一つ見られたが、色彩反応はなく、87.5%が形態因による反応である。決定因に関しては、C群とほとんど差はないが、形態水準は、（+）はなく、（±）が12.5%、

(〒) が62.5%, (－) が25.0% とC群に比べて低水準である。

4 結果

患者の描画の良否を評価する際、誘発線の形態的な特徴や、それが喚起する感覚を生かし、形態的に釣合の取れた、整合性の高い描画が行なわれた場合に、十分誘発されたとした。2番目の誘発線の場合、鋭さを十分感じ取り、全体としても釣合が取れた、整合性の高い描画を良好な描画とし、3番目の誘発線の場合、滑らかさ、柔らかさを十分感じ取りつつ、整合性の高い描画がなされた場合に良好な描画とした。

2枚目・3枚目の描画の良否により、18名の患者を、おおよそ4つの患者群に分けることができた。A群は、2枚目・3枚目ともに良好な描画がなされた群であり、B群は2枚目の描画は良好であったが、3枚目の描画が不良であった群。C群は2枚目の描画は不良であったが、3枚目の描画が良好であった群で、D群は2枚目・3枚目両方の描画が不良であった群である。症例10は、2番目の誘発線での描画を拒絶したが、3枚目・4枚目で極めて攻撃的な描画を行なった。これは、2番目の誘発線で誘発されなかったのではなく、むしろあまりに強く攻撃性を誘発されたために描画が不能になり、3番目・4番目の攻撃性を誘発しにくい誘発線を待って、初めて攻撃性が表出されたと見ることができよう。従って、この症例はB群に入るものと考えた。以上の患者の患者群別の病名一覧は、表1にまとめた。

患者群の間に、ロールシャッハテストの所見の差が見られ、誘発線法での誘発のされ方に対応していると考え、患者群別に、差のある項目について平均値を算出し、表2にまとめた。A群では、Mか

F Mが必ずあって、 $M > F M$ であり、色彩反応も全例に出ている。しかも4例中3例で $F C \geq C F$ である。また4例中2例にF Kが見られた。形態水準については、(+)反応の%の平均値と(±)反応の平均値が、(㊦)と(-)の反応の平均値を大きく上回り、高い形態水準を示した。

B群でも5例中4例でM, F Mの両方を認めたが、M%の平均値が、F M%の平均値を越える。色彩反応については、F Cは1例で付加的に見られたのみであり、5例中3例でC Fが見られた。F Kの見られたのは、5例中1例であった。形態水準については、(+)と(±)の反応の%の平均値の合計が(㊦)と(-)の反応の%の平均値の合計を上回り、4つの患者群のうちではA群について高い形態水準を示した。

C群になると、M, F Mは見られず、色彩反応も、見られなかった。形態水準については、(+)と(-)は1例もない。(±)反応の%の平均値が、(㊦)反応の%の平均値とわずかな差しかなく、形態水準は前の2群に比して低くなっている。D群では、F Mは5例中2例で見られ、C Fも5例中2例に見られた。このことから、一見B群とC群の中間に位置する如くに思われるが、形態水準の点で大きくC群を下回っている。(+)は見られず、(±)反応の%の平均値が22.2%, (㊦)反応の%の平均値が69.0%, (-)反応の%の平均値が8.8%であり、4群の中で最も低水準である。

さらに、4枚の描画の形態水準の推移についても4群で差があった。A群では、4枚の絵を通して、形態水準の揺れが見られず、4枚とも高い水準を維持している。B群では1枚目・2枚目で保たれていた高水準が、3枚目で一旦落ち、4枚目で回復している。C群

では、1枚目・2枚目で低かった形態水準が、3枚目・4枚目で上がっている。D群になると、4枚とも低水準である。

5 考察

誘発線法の第一の特徴は、その安全性と、言葉で描画内容を指示せず、治療者が直接画用紙に、手がかりとなる図形を描くことである。言葉を介さず、直接図形を視覚で捉え、その後手を動かして描画するため、言葉に絡みついている、個人の主観的経験の要素⁽¹⁴⁾というバイアスをカットすると同時に、患者の生活史を色濃く反映した主観的要素による過剰な情緒的刺激の危険性を回避できる。また、直接視覚に訴える方法をとることで、前言語的な深いレベルの反応を引き出しやすくなる。

描画に先だってなされる、誘発線を「見る」ということの意味をここで考えてみたい。誘発線を見るという行為には、誘発線に沿って目を動かすという運動が潜勢的に含まれている⁽¹⁵⁾。視覚に運動が潜勢的に含まれる、最も明らかな例として顔の表情知覚をあげられよう。個人の顔を識別する決め手は、個人に特徴的な表情筋の動きであって、静止した目鼻立ちではない。眉や髭を剃り、髪型を変え、いかに巧妙に変装しようと、笑顔を見せれば、それが誰かすぐに知れてしまうという事実⁽¹⁶⁾は、一般によく知られているところである。人は、まさに対象の動きをなぞることによって見ているのである。誘発線を提示された患者のうちで、目でなぞることによる視覚世界の能動的構成⁽¹⁷⁾が行なわれるが、このことが、手に持った鉛筆で画用紙上に描画を能動的に構成する動きを導き出す。

スイスの美術史学者ヴェルフリンによれば、目を動かす運動による筋肉感情から視覚刺激による快・不快が発生する。人が物の形を

自分の肉体でなぞることによって体験していることが、人間同志の情動伝達の基礎になっている。人は、他人の表情をなぞること、相手の表情に伴う感情が生起され、他人の感情を理解することができるという⁽¹⁸⁾。乳児が母親の表情を模倣する行動は、早期から認められ、情動の表出の基礎になると言われているのも、このことと一致する。ワロンは、乳児が自分の生理的欲求を満たしてくれる有益な反応を何度か大人から引き出すと、新しい連合が生じ、泣いたり叫んだりする情動表現が生理的欲求の充足という意図性を帯びる。これが表出の原初の形であると述べているが⁽¹⁹⁾、最初の表出は、このように身体性に密接して生じてくるものと考えられる。

一方描画の発達の最初の形である、なぐり描きの研究者によれば、なぐり描きは、子供の外界探索行動に始まる（雪の上の自分の足跡に気づいて、足で線を引いてみたりする）能動的なものであって、大人の絵の模倣ではない。その発達は、初期には、子供の関節運動の発達によって規定され、身体運動の発達と密接に関係しているという⁽²⁰⁾。

また、グレッツィンゲルは、なぐり描きをしている子供の観察から、初期のなぐり描きが呼吸や脈拍を色濃く反映していることに気づいた。やがて、子供はそのような身体性に発した自分のなぐり描きの描線の軌跡に、何かの物の形を発見し、対象性の領域に足を踏み入れる⁽²¹⁾。描画過程には、偶然に見つけたものの形に導かれて、明確な方向づけがなされるという流動性が本質的に含まれており、何かを描くための手段という、従属的な意図実行の行為にとどまらない。描画行為は既成の現実の再現ではなく、描く過程を通して、現実との間に心的距離を設け⁽²²⁾、一つの客観的な現実理解へ

と発見的に到達⁽²³⁾⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾することであるといえよう。

誘発線法で、患者が何を描いたらよいかわからないと言いつつ、何となく鉛筆を動かしているうちに、何かの絵になることがあるが、これは、まさに患者が、偶然発見した形に導かれて、描画を形作っていくという描画過程の本質を映した現象である。このように、誘発線法が偶然性に対して開かれているということこそが、中井の言うように、治療者と患者の対話の切迫性を和らげ、余裕のあるやり取りを可能に⁽¹⁰⁾する。手すさびのように鉛筆を動かすうちに描画がなされた時、対象性以前の意識の深層が、誘発線の図形をなぞることで刺激され、偶然新たな現実の発見へと導かれ、それが表出されたと見ることができよう。このように誘発線法による描画は、発生的に人の描画の発達が一番最初に位置し、身体性と密接な関係にある、なぐり描きと同じように、対象性以前、言語以前の意識の深層に触れうる方法と言ってよい。

レインによれば、精神分裂病者では、自己と身体の間には深刻な分裂が存在し、非一身体的なものしか自己と見なされない。こうして、彼らは外界と直接接触し、豊かな交流の場となるはずの、身体化された自己を「にせ」自己と見なし、身体化されない自己（非一身体的な自己）のみを真の自己と見なして、その内に閉じこもり、外界との生き生きした接触を失ってしまう⁽²⁷⁾。この状況を打開するには、身体化された自己を活性化し、外界との直接の豊かな交流を復活する必要がある。誘発線法を治療に組み込むことで、この身体化された自己の活性化を望みうるのではないか。

さらにここで、進化的発生の上から、描画の発生の源流をたどってみたい。1920年代から1930年代にかけて、多くの研究者が、類人

猿の描画行動について研究を行なった。これらの研究によれば⁽²⁸⁾、描画行動は、言語を有しない類人猿にまで遡れる。しかも類人猿と人の子供の描画の発達を比較研究したところによれば、描画の最初に現われるなぐり描きの発達を追跡すれば、最初は両者の発達は同じコースをたどる。チンパンジーの描画をそれと知らされずに鑑定・分析した児童心理学者たちは、チンパンジーの性を正確に言い当てたが、描画が人の子供によって描かれたものでないことを識別できなかったと言う。両者の違いは、人の子供が、やがてなぐり描きから対象性の領域に移行し、事物をスケッチし始めるのに対して、チンパンジーはなぐり描きの段階にとどまり、それ以後の発達が見られないことである。人は、次の画像形成の段階の描画を、先史芸術の壁画などに残しているが、これらの描画を見ると、そのほとんどが狩猟技術の伝達と言う必要性に発している。子供が生理的欲求の充足手段として情動の表出を発達させるのも、先史時代人が狩猟技術の伝達の必要から先史芸術を発達させたのも、社会的必要性に発している。社会的関係の中でこそ、描画のみならず、一般に表出というものが発達するといえよう。ところで、人は社会的関係の中で表出を行なう時、しばしば身体に基づく象徴を用いる⁽²⁹⁾。これは、表出という行為が、深く身体性に根ざしており、最初の表出はまさに身体によって行なわれることを考えれば、むしろ自然なことであろう。

以上述べてきたように、誘発線法は、言葉による描画内容の指示をせず、図形によって視覚性に誘発し、身体性に直接働きかけ、通常われわれが言語では触れることの困難な、身体性の領域、前言語の領域を映し出す。と同時に、言語化しえないその領域での動きを

描画として表出する⁽¹⁴⁾⁽³⁰⁾⁽³¹⁾⁽³²⁾ことで、その領域に何らの変化をもたらし、患者の実生活の変化を導き出す可能性がある⁽³³⁾と考えられる。たとえ、描画の後に治療者が言葉による解釈を行なわずとも、患者にとっては、描画行為そのものが言語化し難いものを表出する訓練になろうし⁽²²⁾、患者と治療者双方にもたらされる、患者の内面について暗黙の洞察⁽¹¹⁾に価値がある。むしろ安易に治療者が描画の解釈を行なうことは、描画をそのものとして受け入れることに不安を覚え、描画をその相関物で置き換えて、治療者のうちに生じる不安を回避する⁽³⁴⁾だけに終りかねないことを銘記する必要がある。描画を行なう患者とそれを見守る治療者の間に、言葉にならない対話の流れが醸成され、やがて二人のその共同作業の中から、患者はそれまで言語化しえなかったことを汲み上げて、言語化しうるようになる可能性もあろう⁽⁹⁾。このような可能性を考えつつ、誘発線法を実施して、5に述べたような結果を得た。この結果について以下に考察を進めたい。

まず、患者群は、2番目の誘発線で十分誘発されたかどうかで、大きくA群・B群に入るか、C群・D群に入るか二分される。2番目の誘発線は、先鋭なジグザグであるが、曲線が快感を生じるのに対して、ジグザグは不快感を生じやすいものとされ⁽¹⁸⁾、葛藤や攻撃性を誘発しやすいものと考えられてきた⁽¹⁾。

従って、2番目の誘発線で十分誘発されたA群・B群は、葛藤の表出が可能であると言える。両群のロールシャッハテストの所見を比較すると、いずれの群も、色彩反応や運動反応が出ているが、A群では、全例に色彩反応が見られ、(FC%の平均) > (CF%の平均)であり、B群ではFCは見られず、CFのみが見られた。色

彩反応は、感受性豊かな表現力を有する個人に多く見られ、そのうち、F Cは情緒的統制が可能であることを示し、現実の情緒的刺激に対して、適合した感情・動作で反応可能であることを意味するとされる。これに対して、C Fは、情緒的刺激に対して自発的反応を示すが、やや統制を欠き、素朴なものとなる傾向を示す⁽³⁵⁾。

一方、A群では、運動反応が全例に見られ、しかも(M%の平均) > (FM%の平均)であるのに対して、B群では、6例中4例でM、FMの両方を認めたが、両反応の%平均値の差はほとんどなかった。運動反応は、個人が内面で想像力を巡らすことができることを示すが、そのうち、MはFMよりも共感性に富み、統制の取れた想像力の作用を意味するとされている⁽³⁵⁾⁽³⁶⁾。

以上の色彩反応と運動反応の所見の違いから、A群では、統制の取れた葛藤の表出が可能であり、B群では葛藤の表出は可能であるが、統制を欠いたものになりやすいと言うことができよう。実際、2枚目の描画で、A群ではすんなりと良好な描画がなされたのに比べ、B群では、誘発線の鋭さに誘発されて、一旦攻撃的な表現がなされた後、その上からカヴァーする描線が描き加えられたり、彩色の段階で先鋭な部分が鈍化されたりした。この事実は、誘発線に誘発されて統制し難い葛藤の表出がなされた後、患者が不安を感じてそれを覆い隠そうとしたと見ることができ、上記のロールシャッハテストの所見に一致するものである。また4例中3例(1例では付加的に)でF Kが見られたことから、葛藤から距離を取って、客観的に理解しようとする傾向が伺われる。F Kは、分裂病圏では欠如しがちである⁽³⁶⁾とされているが、A群の4例のうち、わずかに1例が分裂病様障害であり、その患者だけが、F Kを欠いていたこと

は、これを裏付けている。

B群の患者のように、葛藤表出をうまく統制できない人は、自己の境界がもろいと感じており、皮膚や筋肉に対する意識を強化することで、こういう患者の自己の境界感覚を強化できるのではないかと考えられている⁽³⁰⁾。画用紙・鉛筆・クレパスなどの材料を手で触って描画を行なうことそのものが、現実の事物に触れることによって、現実把握力を高めるといわれているが⁽³⁷⁾、そのみならず、皮膚や筋肉に対する意識を増大させ、自己の境界感覚を強化し、患者の安全保障感を増すことができると考えられよう。

2番目の誘発線で誘発されなかった、C群・D群のうち、3番目の誘発線では誘発されたC群には、運動反応も色彩反応も見られなかった。これは、そもそも葛藤の表出の困難なことを意味し、2番目の誘発線で誘発されなかった事実に一致している。2番目・3番目両方の誘発線で誘発されなかったD群では、FMが2例に見られ、FM%平均は8.1%であり、CFも2例に見られ、CF%平均は15.0%であった。このデータだけからすれば、C群よりもむしろD群のほうが、A群・B群に近いと考えられるが、形態水準では、C群がD群より高水準を保っている。すなわち、C群では、(+)と(-)の反応はなかったが、(±)反応の%平均は52.4%, (〒)反応の%の平均は47.6%と、両者の差は少なかった。これに対して、D群では、(+)反応はなく、(±)反応の%平均は22.2%, (〒)反応の%平均は69.0%, (-)反応の%平均は8.8%で、4群の中で最も低水準であった。

ここで描画によって分けられた4群の患者の適応レベルについて考えたい。患者群を同じくする患者は、ほぼ同じ適応レベルにあっ

たが、代表例の症例提示で明らかなように、A群の患者は、一般に病前、あるいは病間期の適応レベルが高く、現在の適応レベルも4群の中で最も高い。B群になると寛解期や病間期にも、何らかの適応上の問題があり、上司や家族の介入・援助が不可欠である。適応レベルはかなり高くても、病気のために能力の発揮が妨げられる頻度が高いという症例もある。しかしこの群では、通院治療をしているものが多く、何とか社会の中で生活できる患者が多い。C群は、現在入院中であるか、退院しても長続きせず、入院を繰り返す患者や、在宅していても療養生活しかできず、職業についたり、家事をこなしたりできない患者で占められる。D群になると、長期入院を続けた結果、現実の社会生活への復帰が望み難かったり、在宅でも、家族が常に付き添って介助することで何とか生活ができるといった状態であり、適応レベルは極めて低い。

以上のように、適応レベルが $A > B > C > D$ の順になっていることから、誘発線4枚法を実施して、患者がどの群に入るかを知り、おおよその適応レベルを予測する参考に供することができると考えられた。その際、2枚目の描画が良好かどうかで、大きく（A群・B群）に入るか、（C群・D群）に入るかが分かり、3枚目の描画の良否によって、さらに2群のうちのいずれに入るかを決めることができる。

最初に大きく二分する際に決め手となる、2番目の誘発線での誘発のされ方であるが、ロールシャッハテストの所見で裏付けられたとおり、2番目の誘発線で誘発されるということは、葛藤の表出が可能であることを示す。さらに、ロールシャッハテストで葛藤が表出可能であると評価されるということは、患者がある程度自身の葛

藤を意識化できうることを意味している。従って、2番目の誘発線に誘発されるということは、それ自身の持つ直接のカタルシス作用⁽²⁴⁾以外に、そのことによって、葛藤を意識化し⁽²⁵⁾、描画行動を自我機能のモデルとして、新たに社会的に受容されるような葛藤表出のしかたを獲得できる能力のあることを示唆しており⁽³³⁾、そうすることで、複雑で強い緊張をもたらす葛藤に対処することが可能になるために、高い現実適応レベルに結びつくものであろう。

3番目の誘発線での誘発のされ方により、A・BあるいはC・Dのいずれの群に入るかを決めた。まずA群とB群について見てみれば、2枚目・3枚目の双方の描画が良好であったA群では、2枚目のみ良好で、3枚目では不良であったB群に比べて、統制のきいた攻撃性の表現が見られ、4枚の描画全体の形態水準も高かった。B群では、2枚目で誘発線に誘発されて、統制し難い攻撃性の発露が見られ、その後その攻撃性をカヴァーするような表現が加えられた。3枚目では、誘発線に十分誘発された描画がなされず、低い形態水準にとどまり、4枚目で1枚目・2枚目と同程度の形態水準の高い描画に戻った。これは、B群の代表例の提示のところでも述べたように、2番目の誘発線で、統制し難い攻撃的表現を誘発されて生じた不安が、3番目の誘発線を提示された時点でも残存し、3番目の誘発線に十分誘発されずに終わったためであろう。4番目の、円という、不安鎮静的な誘発線でこの不安が消去されて、4枚目の描画は高い形態水準に回復していると見られる。

A群とB群の違いは、3番目の誘発線に誘発されたか否かという点であるが、3番目の誘発線に十分誘発されるためには、2番目の誘発線で攻撃的な表現を誘発された際に生じた不安を一旦消去し

て、2番目の誘発線とは全く違った性質の、3番目の誘発線という刺激に対して開かれている必要がある。従って、3番目の誘発線は、外界からの刺激に反応した後、一旦その残響を消去して、次の刺激に対して開かれうるかどうかという、いわば視点の転換能力を試すものと考えられる。B群のように、2番目の誘発線で生じた不安が残存し、3番目の誘発線に対して開かれ難かった場合は、外界からの刺激が加わった時に、その影響が長く残存して、一種の不応期が出現し、視点の転換をなしえなかったと考えられよう。表出することを通して、新たな自分自身や外界の現実を発見し⁽³⁸⁾⁽³⁹⁾、その都度自分自身と世界との新たな関係を開いてゆける⁽⁴⁰⁾⁽⁴¹⁾場合には、葛藤を表出したことによる不安の乗り越えが可能になるが、表出することが、新たな現実の発見につながらない場合には、不安が残存し、視点の転換は不能になると考えられる。

一方C群とD群は、いずれも2番目の誘発線では誘発されなかったが、C群は3番目の誘発線では誘発された。C群では、1枚目の描画の形態水準は低く、続いて2枚目でも誘発線に十分誘発されなかったために低いままにとどまった。3枚目では、誘発線に誘発されて形態水準の高い描画が見られ、4枚目でも形態水準の高い、比較的良好な描画がなされた。D群では、4枚目でわずかに他の3枚よりも高い形態水準が示されたが、おおむね形態水準は低く、いずれの誘発線でも十分誘発されなかった。従って、4番目の誘発線を除いて、いずれの刺激に対しても開かれ難く、反応し難いと判断される。C群では、描画に導入した際の患者の緊張が高かったために、1枚目の描画の形態水準が低かったのであろう。2枚目では、ロールシャッハテストの所見に明らかなように、葛藤を表出しえな

いために、先鋭な誘発線に攻撃的表現を誘発されずに終わった。3番目の誘発線を提示された時には、2枚目の描画で葛藤を表出しなかったもので、不安レベルは低く、誘発されることが可能であり、4枚目でも、高い形態水準が維持された。3番目の誘発線は、柔らかさ・滑らかさ・しなやかさ・躍動感を感じさせ、生命性の象徴⁽²⁰⁾⁽⁴²⁾といえるが、空間的には開放的で、捉え処がないという点では、若干の不安を誘発する。この誘発線に初めて誘発されたということは、最初に刺激が与えられた時に、初期の緊張が高いので、すぐには反応できず、時間が経過してから、葛藤を誘発される恐れが少ないものに対してだけ、適合した反応が可能であることを意味している。

このことを症例の観察に立ち戻って考えてみると、B群の患者では、C群の患者に比べて活動性が高く、現実への働きかけが活発であるが、描画およびロールシャッハテストの所見に明らかなとおり、葛藤の統制が困難なために衝動的になり、職場や学校などで対人関係のトラブルを起こしがちである。描画で衝動的に葛藤の表出が行なわれたことが、必ずしも現実場面での衝動的な葛藤の表出につながるわけではないが⁽⁴³⁾、この場合には、描画での衝動性が、患者の実生活での対人場面に反映されており、そのことがロールシャッハテストにも反映していると考えられよう。一方、C群の患者は、活動性が低く、自らあまり現実的な働きかけをせずに受け身的であるが、その分、葛藤をはらむ可能性のある対人関係に自ら近づくことはなく、対人関係のトラブルからは遠い。これらの事実、4枚の描画の形態水準の推移のパターンと符合している。最初から新たな刺激に反応可能であるが、葛藤を誘発された後不安を生

じて、一時反応困難となり、不安が鎮静された後、再度適合した反応を示しえたB群では、4枚の描画の形態水準は、高・高・低・高であった。最初は、新たな刺激に対する緊張が高く、反応が困難であり、葛藤を誘発されそうな刺激には適合した反応を示しえなかったが、時間の経過とともに、比較的葛藤を誘発する恐れのない刺激に対しては、適合した反応を示したC群の形態水準の推移のパターンは、低・低・高・高であった。

最後に、4つの誘発線、それぞれの誘発の仕方の特徴について触れたい。最初に気付かれるのは、いずれの群でも、4枚目の描画の形態水準が高いことである。これは、円である4番目の誘発線が、表出を促進しはするが、一方で強制するとも言える枠⁽⁸⁾とは違い、表出を促しつつ不安鎮静的に作用⁽⁴⁴⁾した結果、患者に生れた余裕の然らしむるところであろう。

最初の誘発線では、表5に示したように、B5判では、手・花・動物の3種のものが全体の75.9%，B6判では、手・花の2種のものが58.0%を占め、ロールシャッハテストで言う、平凡反応に当たるような描画内容が現われる傾向にある。平凡反応的な描画を誘発しやすいということは、最初の描画が比較的容易になされ、しかも、患者の不安レベルが常識的な反応を出せるレベルに留まっていることを意味する。これは、型にはまった表現が、患者の葛藤や攻撃性などの陰性感情の表出を回避させる⁽⁴⁵⁾ので、描画の後の動揺が少なく、緊張が和らげられやすいということであり、誘発線4枚法の最初に提示され、導入を容易にするのに有益な特徴であろう。B5判とB6判での描画内容の違いであるが、手・花の2種については、いずれも上位2者を占める。B5判で第3位の動物が、B6

判では、わずか1例でしか描かれなかったが、これは恐らく、画用紙と誘発線の大きさの割合の違いであろう。B6判では、どうしてもB5判に比べて、誘発線の占める割合が大きくなる。B5判で動物が描かれた場合、誘発線を動物の背中の一部に取り入れているが、B6判で、こんなふうに動物を描くとすれば、画用紙に納まりきらない。2番目の誘発線でも、B5判で動物が5例見られたのに対し、B6判では1例も見られなかったが、同様の理由によるものであろう。それ以外の項目に関しては、2種類の画用紙で大きな違いはなく、画用紙の大きさが小さい方が拒絶が少ないということにはなかった。

2番目以降の誘発線では、描画内容の種類が広がり、個人的な反応が出やすくなる。2番目の誘発線では、鋸・歯など一見して攻撃的な描画内容が現われるが、山・冠など、一般には攻撃性を連想させないものも、先端の鋭い形で描かれ、最初の誘発線よりも描画内容の広がりが生じた。

3番目の誘発線では、さらに描画内容が広がったが、B5判で1番多い滝が、B6判ではわずか1例しか見られず、B5判で第3位の家も、B6判では全く見られなかった。逆に、B6判で一番多かった山は、B5判で2例にしか見られなかった。誘発線から滝を思いつくには、誘発線を視線がなぞって、運動感を感じる必要があるが、B6判では、誘発線の絶対的な長さが短いために、運動感を感じられず、むしろ古来から不動のものの例えにされる山の方が選ばれ、逆にB5判では、運動感を感じるが多かったために、山よりは、滝という動きのあるものが選ばれたのであろう。B5判で第3位を占める家であるが、誘発線の円みを無視し、家の壁に誘発

線を取り入れた形態水準の低いものであった。B 6 判で 4 例に見られ、B 5 判では全く見られなかった滑り台は、前述の山と滝の中間的なものと見なされうる。滝を描くほどには強い運動感を感じなかったが、短い誘発線から運動感を感じて、滑り台という、滝よりは規模が小さいものが描かれたと見られる。最後の円では、B 5 判と B 6 判で描画内容にほとんど違いはなかった。描画内容の広がり、最初の誘発線に比べて広がった。

2 番目以降の誘発線で描画内容に広がりが生じたのは、2 番目の誘発線では、実際に攻撃的な表現がなされたかどうかは別にして、攻撃的な表現を誘発されて不安が生じたために、描画内容のチェック機能が弱まり、常識的な反応よりも、個人的な反応を出す例が多くなったと推測される。3 番目の誘発線では、2 番目の誘発線で、葛藤や攻撃性を誘発されて高まった緊張が、3 番目の誘発線の滑らかさ・柔らかさを感じて緩み、個人の感受性が開放されたものであろう。

最後の円は、前述のとおり、不安鎮静的に作用しつつ誘発するので、個人的なレベルまで深く誘発された結果、個人的な表現がなされ、最初の誘発線よりも描画内容に広がりが生じたと考えられる。さらに、いずれの患者群においても、他の誘発線によるよりも、高い形態水準の描画が得られたが、このことは、2 番目・3 番目の誘発線で解き放たれた患者の想像力が現実から遊離しないよう歯止めをかける効果を持っていることを意味している。

謝辞

この研究論文を作成するに当たり、中井久夫教授の暖かいご指導を賜りましたことを厚く御礼申し上げます。また、ロールシャッハテストについては、本田雅子先生にご協力頂き、その解釈にあたって、多くのご示唆を頂いたことをここに感謝致します。

文献

- (1) 後藤多樹子・中井久夫：“誘発線”（仮称）による描画法，
芸術療法，14巻，51～56頁，1983.
- (2) 中井久夫：精神分裂病者の言語と絵画，ユリイカ，3巻2
号，87～95頁，1971.
- (3) 丸野廣：芸術療法—最近の進歩，臨床精神医学，8巻6号，
673～678頁，1979.
- (4) 徳田良仁：表現精神病理学の現況，臨床精神医学，12巻10
号，1241～1250頁，1983.
- (5) 高江洲義英：表現病理学と芸術療法—絵との対話，方法論そ
して倫理—，臨床精神医学，12巻10号，1209～1214頁，
1983.
- (6) 中井久夫：枠づけ法覚書，芸術療法，5巻，15～19頁，
1974.
- (7) 中井久夫：描画を通してみた精神障害者—とくに精神分裂
病者における心理的空間の構造—，芸術療法，3巻，
37～51頁，1971.
- (8) 中井久夫：風景構成法と私，中井久夫著作集 別巻風景構成

- 法，初版，岩崎学術出版社，東京，261 ～271 頁，1984.
- (9) 中井久夫：精神分裂病者の精神療法における描画の使用—とくに技法の開発によって得られた知見について—，芸術療法，2巻，77～90頁，1970.
- (10) 中井久夫：“芸術療法”の有益性と要注意点，芸術療法，7巻，55～61頁，1976.
- (11) 中井久夫：造形療法ノートより，芸術療法講座1，徳田良仁・武正健一編，初版，星和書店，東京，115 1979.
- (12) 安永 浩・徳田良仁・栗原雅直：精神分裂病患者の絵画についての一考察，精神神経学雑誌，60巻12号，1363～1375頁，1958.
- (13) 松井律子・鶴田真理・杉林稔・中井久夫：誘発線法についての新しい方法と解釈について，芸術療法，21巻，5～15頁，1990.
- (14) Susanne K.Langer: Problems of Art, 邦題；芸術とは何か，池上保太・矢野萬里訳，初版，岩波書店，東京，2表現性，15～32頁，1967.
- (15) 佐々木正人：からだ；認識の原点，初版，東京大学出版会，東京，4章記号としてのからだ，125 ～164 頁，1987.
- (16) G.García Márquez: La Aventura de Miguel Littín Clandestino en Chile, 邦題；戒厳令下チリ潜入記—ある映画監督の冒険—，後藤政子訳，初版，岩波書店，東京，6～11頁，1986
- (17) Edward T. Hall: The Hidden Dimension, 邦題；かくれた

次元，日高敏隆・佐藤信行訳，初版，みすず書房 東京，知覚への手掛かりとしての美術，111～129頁，1970.

- (18) Heinrich Wölfflin: Prolegomena zu einer Psychologie der Architektur, 邦題；建築心理学序説 上松佑二訳，初版，中央公論美術出版，東京，I 心理学的基礎，5～22頁，1988.
- (19) H.ワロン：ワロン／身体・自我・社会 浜田寿美男訳編，第1版，ミネルヴァ書房，京都，5子どもの精神発達における運動の重要性，138～148頁，7子どもにおける自己身体の運動感覚と視覚像，183～207頁，1983.
- (20) 鬼丸吉弘：児童画のロゴスー身体性と視覚一，第1版，勁草書房，東京，2表出期，17～31頁，1981.
- (21) Wolfgang Grözinger: Kinder Kritzeln Zeichnen Malen, 邦題；なぐり描きの発達過程，鬼丸吉弘訳，初版，黎明書房，名古屋，1子どもの芸術？ 12～24頁，2なぐり描き，25～38頁，4両手で，48～58頁，1970.
- (22) Anthony Storrr: The Dynamics of Creation, 邦題；創造のダイナミックス，岡崎康一訳，初版，晶文社，東京，第10章遊びと社会的成長，175～187頁，第11章芸術は順応的か，188～205頁，第14章処理可能な情熱，234～250頁，1976.
- (23) Ernst Cassirer: An Essay on Man, 邦題；人間，宮城音弥訳，初版，岩波書店，東京，第9章芸術，195～244頁，1953.
- (24) 岩井寛：芸術療法，季刊精神療法，第1巻第2号，146～15

3 頁, 1975.

- (25) 加藤清・藤縄昭：絵画療法における創造と表現の病理，精神医学，9巻5号，364～370頁，1967.
- (26) Gladys Agell: Art Therapy in a "New Key", American Journal of Art Therapy, vol.28, P18～20, 1989.
- (27) R.D.Laing: The Divided Self, 邦題；ひき裂かれた自己，坂本健二・志貴春彦・笠原嘉訳，初版，みすず書房，東京，4身体化された自己と身体化されない自己，82～100頁，5分裂病質状態における内的自己，101～123頁，1971.
- (28) Desmond Morris: The Biology of Art, 邦題；美術の発生—類人猿の画かき行動—，小野嘉明訳，初版，法政大学出版局，東京，1類人猿の画かきの歴史，1～40頁，5結論—美術の生物学，153～186頁，1966.
- (29) Mary Douglas: Natural Symbols Explorations in Cosmology, 邦題；象徴としての身体—コスモロジーの探究—，江河徹・塚本利明・木下卓訳，初版，紀伊國屋書店東京，V二つの身体，129～157頁，1983.
- (30) Seymour Fisher: Body Consciousness You Are What You Feel, 邦題；からだの意識，村山久美子・小松啓訳，初版，誠信書房，東京，2からだの境界はどのように防衛されるか？ 29～59頁，7からは創作活動にどのような影響を及ぼすか？ 192～221頁，1979.

- (31) 徳田良仁：芸術療法を通じてみた創造と表現の病理，精神医学，9巻5号，357～363頁，1967.
- (32) Roseline Davido:Le Langage de Dessin D'enfant，邦題；子どもは絵で語る，若森栄樹・荻本芳信訳，初版，紀伊國屋書店，東京，11絵と精神療法，117～120頁，1984.
- (33) Edith Kramer:Arts as Therapy with Children，邦題；心身障害児の絵画療法，徳田良仁・加藤孝正訳，初版，黎明書房，名古屋，第7章芸術療法と攻撃性，180～243頁，1980.
- (34) Susan Sontag:Against Interpretation，邦題；反解釈，高橋康也・出淵宏・由良君美・海老根宏・河村錠一郎・喜志哲雄訳，初版，竹内書店新社，東京，反解釈，13～25頁，1971.
- (35) B.Klopfer/H.H.Davidson:The Rorschach Technique—An Introductory Manual —，邦題；ロールシャッハテクニック入門，河合隼雄訳，14版，ダイヤモンド社，東京，1969.
- (36) 片口安史：改訂一新・心理診断法，改訂版，金子書房，東京，1987.
- (37) Vija.B.Lusebrink: Art Therapy and Imagery in Verbal Therapy; A Comparison of Therapeutic Characteristics, American Journal of Art Therapy, Vol.28, P2～3, 1989.
- (38) 吉本千鶴子：分裂病少女の絵—ナルチス転移の分析の試み—，芸術療法講座2，山中康裕・徳田良仁編，初版，星和書店，東京，93～112頁，1980.

- (39) 宮本忠雄：精神分裂病と創造性，精神医学，9巻5号，315～320頁，1967.
- (40) Rollo May: Creativity and Encounter, Therapy and the Arts, Edited by Walt Anderson, Harper and Row, New York, P183～190, 1977.
- (41) Elinor Ulman: Variations on a Freudian Theme; Three Art Therapy Theorists, American Journal of Art Therapy, Vol.24, P125～134, 1986.
- (42) Roland Barthes: L'obvie et L'obtus, 邦題；美術論集，沢崎浩平訳，初版，みすず書房，東京，エルテまたは文字通りに，9～44頁，1986.
- (43) Edith Kramer: The Problem of Quality in Art, Art Therapy, Edited by Elinor Ulman and Penny Dachinger, Schocken Books, New York, P43～59, 1975.
- (44) Donis Dondis: A Primer of Visual Literacy, 邦題；形は語る－視覚言語の構造と分析，金子隆芳訳，初版，サイエンス社，東京，三章：視的コミュニケーションの基本要素，48～77頁，1979.
- (45) Edith Kramer: Art and Emptiness, Art Therapy, Edited by Elinor Ulman and Penny Dachinger, Schocken Books, New York, P33～42, 1975.

The estimation of the patient's adaptability who is suffering from mental disorders by "elicitor technique"

Ritsuko Matsui

Department of psychiatry and neurology, Kobe University
school of medicine

Summary

"Elicitor technique" is one of the methods facilitating the patient's emotional expression. In it, the consecutive series of 4 elicitors ("three Roundheads", "three Pointed Peaks", "Elongated S", and "Circle" in the sequence) are used. In practice, the doctor draws one of the elicitors on a drawing paper and hand it to his patient. Then the patient draws something using it, and the doctor will draw the next. In this way, the patient completes 4 drawings one after another.

Using this, we can stimulate the patient deeply through sight and can make him get a new understanding or new way of adapting himself to the real world.

I tried "elicitor technique" for many patients, and recognized that the patients can be divided into 4 classes by how they drew and the level of the patient's adaptability

depends on which class he is belong to. Rorschachtest supported this fact. "Elicitor technique" may be useful estimating patient's adaptability.

Now I want to reffer to the charachters of the 4 elicitors. The first derives standard drawings and doesn't stimulate the patient's emotion too deeply. As to the second, the patients showed many different themes, that is because they became anxious evoked their conflict and their deep emotion were expressed break through their mecanismes of defense. They drew many different things using the third also, because they relaxed looking at it which doesn't stimulate their conflict. And the third is very different from the second, so it can be used as a tester whether the patient can change his point of view. The last one elicitates the patient to draw without forcing. In conclusion, "elicitor technique" is free from danger due to the first and the fourth elicitor.



写真 1



写真 2

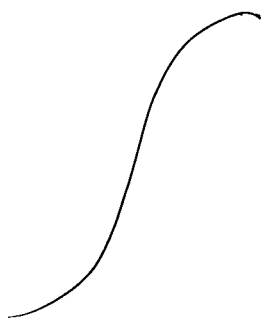


写真 3

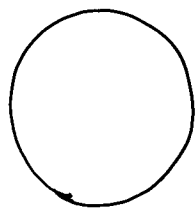


写真 4

[]

[]

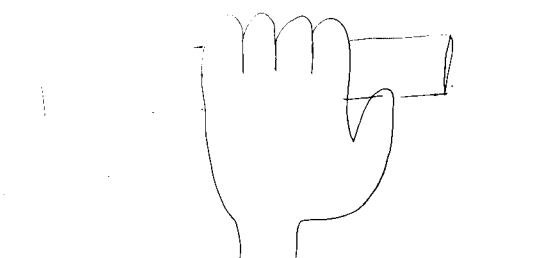


写真 5

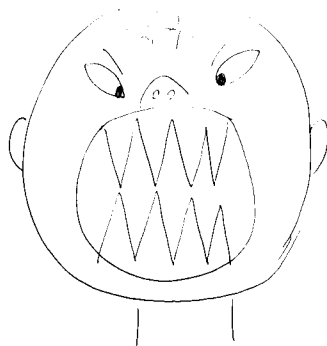


写真 6

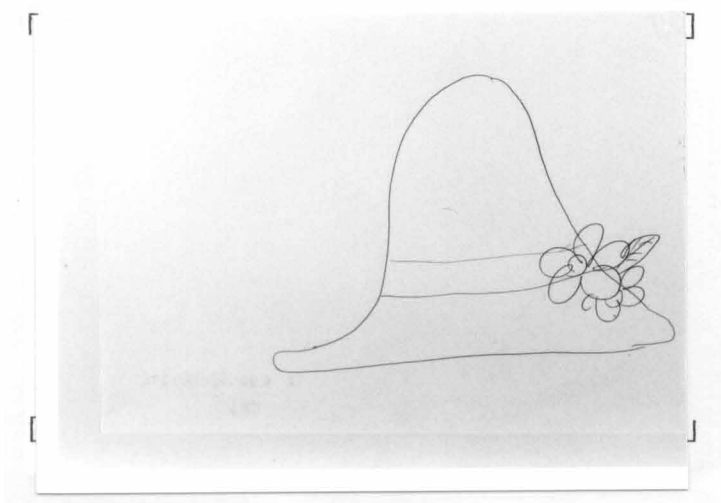


写真 7

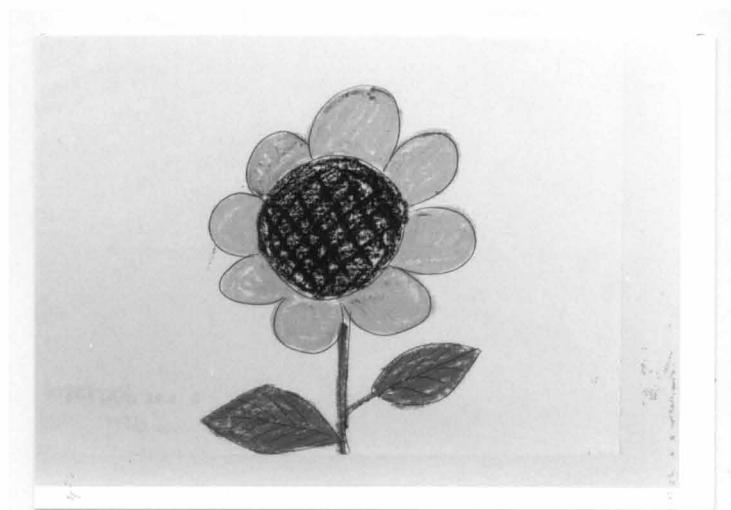


写真 8

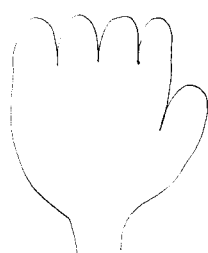


写真 9

「

」



[

」

写真 10



写真11

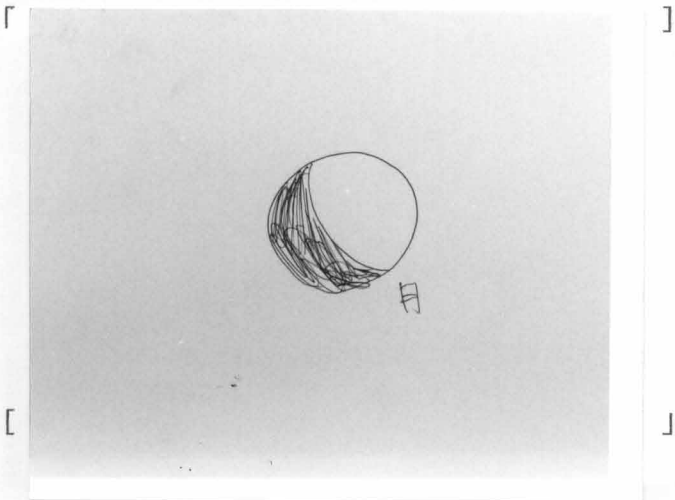


写真12

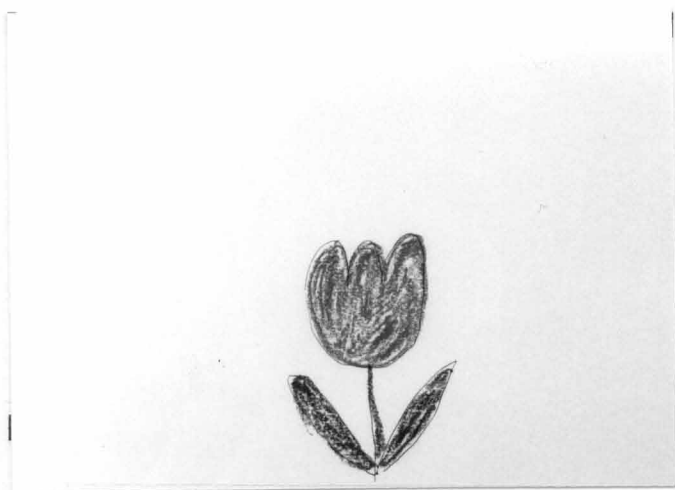


写真13

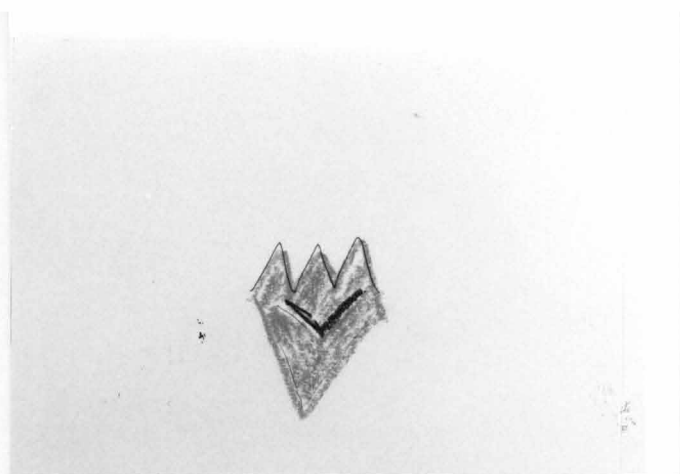


写真14

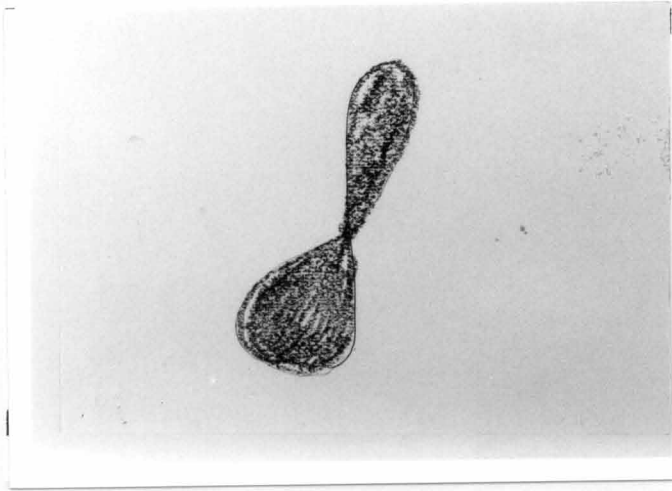


写真15



写真16

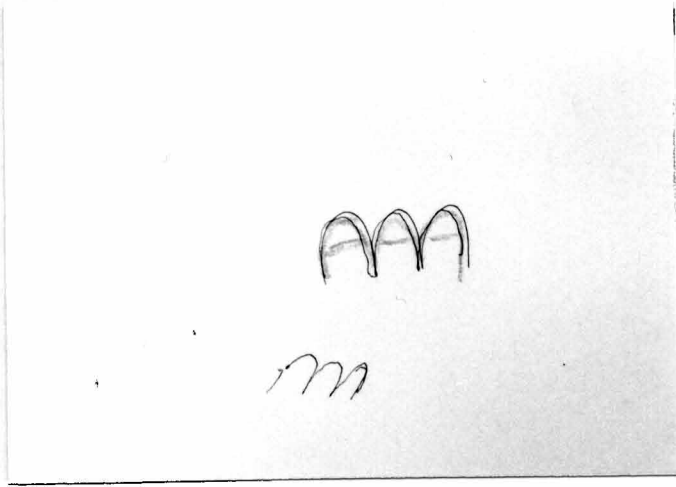


写真17

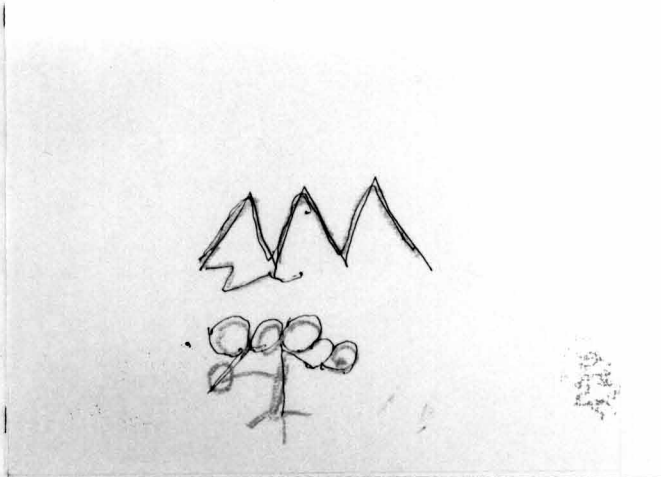


写真18

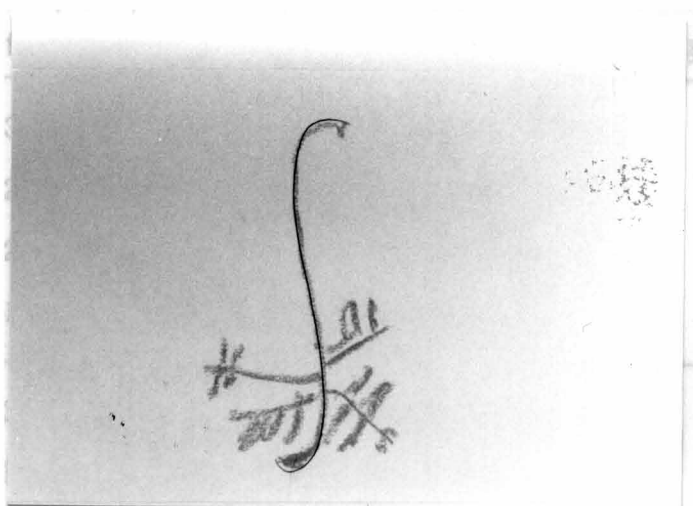


写真19

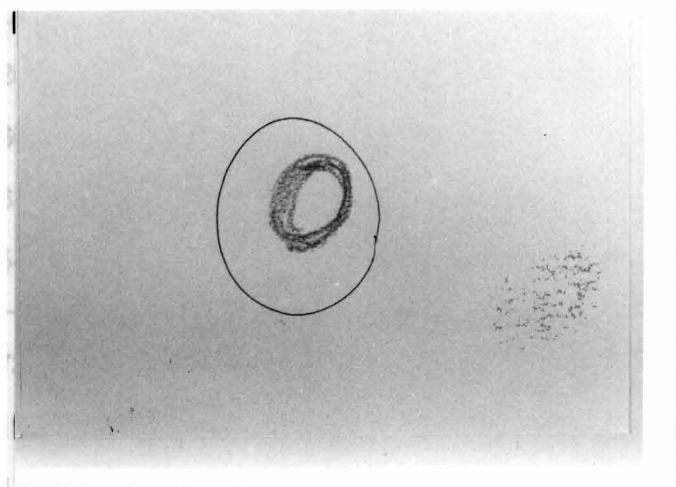


写真20

表1. 患者群別一覧

患者群	番号	年齢	性別	診 断 名	
				DSM- III -R	および1981年国際てんかん発作分類による
A 群	1	33	女	296,	42 双極感情障害, 躁病性
	2	22	女	296,	21 大うつ病, 単一エピソード
	3	29	女	296,	22 大うつ病, 単一エピソード
	4	19	女	295,	40 分裂病様障害
B 群	5	30	女	295,	12 精神分裂障害, 解体型, 慢性
	6	30	女	296,	51 双極感情障害, うつ病性
	7	52	男		強直・間代性発作
	8	24	女	307,	51 大食症
	9	20	女		複雑部分発作
	10	22	男	295,	11 精神分裂障害, 解体型, 亜慢性
C 群	11	26	女	295,	11 精神分裂障害, 解体型, 亜慢性
	12	60	男	295,	12 精神分裂障害, 解体型, 慢性
	13	63	女	296,	24 大うつ病, 単一エピソード, 精神病像を伴う
	14	54	女	295,	12 精神分裂障害, 解体型, 慢性
D 群	15	73	女	295,	12 精神分裂障害, 解体型, 慢性
	16	19	女	295,	21 精神分裂障害, 解体型, 亜慢性
	17	61	女	295,	12 精神分裂障害, 解体型, 慢性
	18	75	男	303,	90 アルコール依存

表2. 患者群別ロールシャッハテスト結果

患者群	反応数 平均	M% 平均	FM % 平均	FC % 平均	CF % 平均	形 態 水 準			
						(+) % 平均	(±) % 平均	(∓) % 平均	(-) % 平均
A	23.5	19.2	7.4	9.6	5.1	4.0	74.9	20.4	0.7
B	18.5	5.9	5.3	0	8.0	2.8	61.6	26.8	6.9
C	8.5	0	0	0	0	0	52.4	47.0	0
D	8.5	0	8.1	0	15.0	0	22.2	69.0	8.8

表3. B 5 判で描画した患者一覧 (61 名)

診 断 名	男性	女性	B 6 判でも描画した例	ロールシャッハテスト実施例
分 裂 病 圏	17	17	13	9
躁うつ病圏	5	6	2	5
神 経 症 圏	0	2	0	0
癲 癇	1	2	0	2
そ の 他	5	6	2	2
合 計	28	33	17	18

表 4. B 6 判で描画した患者一覧 (51 名)

診 断 名	男性	女性	B 5 判でも描画した例	ロールシャッハテスト実施例
分 裂 病 圏	16	10	13	4
躁うつ病圏	4	4	2	1
神 経 症 圏	2	1	0	0
癲 癇	0	2	0	0
そ の 他	7	5	2	0
合 計	29	22	17	5

表5. Mで描かれたもの

描画内容	例 数	
	B 5 判	B 6 判
手	25	18
花	10	11
動 物	9	1
人 の 顔	0	3
建 物	1	3
昆 虫	0	2
そ の 他	13	12
合 計	58	50

表6. Mで描かれたもの

描画内容	例数	
	B 5 判	B 6 判
鋸	10	4
山	8	7
冠	7	5
歯	6	6
動物	5	0
木	3	3
建物	1	3
その他	17	22
合計	57	50

表7. $\int$ で描かれたもの

描画内容	例 数	
	B 5 判	B 6 判
滝	9	1
女 性 の 顔	8	2
家	4	0
川	4	2
嵐	3	3
蛇	2	4
恐 竜	3	0
山	2	10
滑 り 台	0	4
魚	0	3
そ の 他	23	21
合 計	58	50

表8. ○で描かれたもの

描画内容	例 数	
	B 5 判	B 6 判
人 の 顔	4	1
図式的な顔	5	4
太陽・月・地球	5	7
空飛ぶ円盤	4	1
花	4	7
日 の 丸	2	4
動 物	2	3
そ の 他	24	24
合 計	50	51

表9. 各群の代表例のロールシャッハテスト結果

			A群	B群	C群	D群
			症例 1	症例 6	症例 14	症例 15
年 齡			33	30	54	73
性 別			女	女	女	女
診 断 名			B.D.*	B.D.	S.D.**	S.D.
R			13	37	10 (2)	8
P			5	3	5	0
Rej			0	0	3	4
T/R ₁ (秒)			9.8	6.8	11	35
T/R ₂ (秒)			14	7.2	4.8	6
W %			84.6	13	30	62.5
D %			15.4	64	70	37.5
Pm %			0	16.2	0	0
決 定 因	運 動	M (%)	3 (23.1)	1 (2.7)	0	0
		FM (%)	2 (15.4)	4 (10.8)	0	1 (12.5)
		m (%)	0	0	0	0
	通 景	k (%)	0	0	0	0
		KFHK (%)	0	0	0	0
		FK (%)	[1]	1 (2.7)	0	0
	F %		46.2	78	100	87.5
	材 質 黒 白	Fc (%)	0	1 (2.7)	0	0
		c (%)	0	0	0	0
		C' (%)	[1]	(2.7)	0	0
	色 彩	FC (%)	2 [1] (15.4)	0	0	0
		CF (%)	[0]	0	0	0
		C (%)	0	0	0	0
C.R.			5 (2)	6	3	3
H %			23	18	10	13
A %			46	70	80	25
形 態 水 準	+ (%)		0	0	0	0
	± (%)		12 (92.3)	30 (81.1)	6 (60.0)	1 (12.5)
	干 (%)		1 (7.7)	7 (18.9)	4 (40.0)	5 (62.5)
	- (%)		0	0	0	2 (25.0)

* B.D. 双極感情障害

** S.D. 精神分裂性障害

R. C.R.の () は付加反応によるもの

[] は付加的決定因