

# トラウマとロールシャッハ法

角藤 比呂志

はじめに

やや不遜な言い方をすれば、精神疾患はその時代時代を反映しているように思われる。いわゆる精神医学の歴史は、統合失調症研究から始まったと言っても過言ではない。その後、境界例の時代がしばらく続き、今や双極性障害・発達障害そして心的外傷及びストレス因関連障害の時代が訪れている。またそうした精神疾患の基底に、性的葛藤や攻撃性が存在すると想定された時代から、今や愛着障害と脳科学的な所見に基づく脳機能異常が注目されるようになった。

一昔前の精神医学的診断手続きは、まずは器質性の精神障害を疑い、次に統合失調症の可能性を考えるといった手順になっていたが、今や双極性障害が統合失調症にとって変わる位置を占めるようになった。

発達障害は、幼児期の自閉症診断から時を経て成人に至った人が増えるにつれ、今や広範な発達障害に関心が集まっている。そして、発達障害と人格障害、発達障害と各種精神疾患の鑑別が難しくなってきている。

こうした時代背景を踏まえ、本論では、心的外傷及びストレス因関連障害について、ロールシャッハ法を通してどう捉えることが出来るか、私論を述べてみたい。

## 1: ストレス・トラウマ・PTSD

ストレスという言葉は、日常よく使われているが、元来は物理学の用語で、「外からの力により物体に生じる応力（緊張状態）」を指していた。外からの力をストレスサーと言い、それによって引き起こされた状況をストレス状況というが、現状では、両者を含めてストレスと呼ぶことが多い。

ストレスとは1950年代に、Selyeによって初めて記述された、精神生物学的な状態を指すが、彼は、以下のように述べている。

科学的な目的からは、ストレスはいかなる要望（ストレスサー）にも対処する生体の非特異反応として定義される。この反応は最初、副腎刺激の事実、リンパ諸器官の退縮、胃腸潰瘍、体組成に固有の変化がみられる体重減少などにより確認された。(Selye, H. 1984)

つまり、彼は、身体が外界から種々の刺激（ストレスサー）を受けると、さまざまな身体的変化が起こり、これはストレスに適應するための生体の反応（汎適應症候群）であると考えた。

一般に、ストレス反応は、ストレスサーの種類や大きさ・強さ、ストレスを受けた状況（身体的・心理的・社会的）、個人の内的要因（ストレス耐性など）、個人の受け止め方（認知様式、ストレスの意味・評価）によって異なるが、「生体の非特異反応」には変わりはない。

トラウマとは、過剰な恐怖や生命への脅威を感じるあまり、折り合いをつけることができない体験に対する生体の反応である。トラウマは、トラウマ性の出来事に対する反応として一般には理解される。トラウマ性の出来事とは、自分の生命や身体的な統合性を脅かしたりする出来事や自分のすぐそばにいた他人や知り合いに起きた出来事を意味する。

トラウマ性の出来事は、主に三つに分類される。(Rothschild, B. 2011)

「自然災害」：洪水、地震、台風、津波

「事故」：自動車事故、船舶事故、在宅事故、墜落事故

「対 人」：暴行、レイプ、拷問、身体的  
または性的な虐待、戦争

最新のアメリカ精神医学会の診断基準である DSM-5 では、明らかなストレスとなる要因に反応して3か月以内に見られる情動面や行動面の障害を適応障害、上記のようなトラウマ性の出来事に反応して生じる精神障害で、1か月以内におさまるものを急性ストレス障害、1か月以上続くもの、あるいは潜伏期を経て発症するものを心的外傷後ストレス障害 (PTSD) としている。

そして、前身の DSM-IV-TR では、急性ストレス障害と心的外傷後ストレス障害は、不安障害に分類されていたのに対し、DSM-5 では、心的外傷およびストレス因関連障害という独立したカテゴリーを新設し、その中に、適応障害・急性ストレス障害・心的外傷後ストレス障害 (PTSD) を含めている。

さらに、そのカテゴリーの中には、反応性アタッチメント障害と脱抑制型対人交流障害という愛着に関連した精神疾患も含まれており、今やトラウマと愛着障害がいかに重大な社会的問題となっているかがわかる。

適応障害は、基本的には、原因となるストレス性の出来事に対する情動反応と考えられ、主要な臨床症状 (抑うつ・不安・不安と抑うつ・素行の障害・情動と素行の障害) によって5つに分類される。症状の期間は、6か月で消失するものや、6か月以上続くものがあるが、原因となったストレス要因が解消すれば回復する。

急性ストレス障害は、主症状として、解離性健忘や離人症あるいは感情の麻痺といった解離症状や外傷体験のフラッシュバック様の再体験など、心的外傷後ストレス障害 (PTSD) と類似するが、外傷的体験後1か月以内に症状が消失する点が特徴的である。

心的外傷後ストレス障害 (PTSD) には次の4症状がある。(森信, 2015)

①侵入症状：トラウマに関連する体験などが映像で再現される (フラッシュバック)。

②回避症状：トラウマの原因になった出来事やそれに関連する事柄を回避する、あるいは感情が麻痺し、他者との交流を避け引きこもる。

③認知や気分の変化の症状：記憶の障害やトラウマに関連する気分の障害が現れる。

④過覚醒症状：精神的に不安定になり、些細な刺激に反応し、怒りを爆発させたり、混乱することも多く、集中困難、過度の警戒心や驚愕反応が現れる。

## 2. 脳から見たトラウマ

トラウマ性のストレスによって脳にはどのような変化が生じているのであろうか？

紙面の関係で、脳の全ての部位について触れることは出来ないが、ここではまず、トラウマ理解に必須の脳の三構造について述べる。

周知のように、脳は、進化に伴い、脳幹、大脳辺縁系、大脳皮質からなる。脳幹は、生体の生命維持に関連し、大脳辺縁系は、感情や体温・血圧・ホルモンの調整を司り、大脳皮質は認知・思考を司る。

トラウマ性のストレスと他のストレスとの違いは、「闘争 (Fight)」「逃走 (Flight)」「凍りつき状態 (Freeze)」といった三つの生存反射機能が生じるか否かにかかっている。この生存反射機能は、トラウマに対する正常な反応であり、大脳辺縁系を通じてなされる。「闘争」「逃走」は過覚醒反応であり、感情制御が困難となった状態である。「凍りつき状態」は、一次解離反応とも言われ、大脳辺縁系と大脳皮質との情報のやりとりが遮断された状態であると言われている。(大河原, 2015)

大脳辺縁系には、「闘争」「逃走」を支える扁桃体と「記憶」を支える海馬があり、海馬が、トラウマ性の出来事は終息したと認識し、大脳皮質にそれを告げて、扁桃体に情報が伝わることで生存反射機能は消沈する。

ところが、極度のストレスを受けると、ストレスホルモンであるコルチゾールが大量に放出

され、海馬の機能が妨げられ、大脳皮質に情報を伝えることができずに、扁桃体は警報を流し続けることになる。

このメカニズムを記憶の面からとらえると以下ようになる。(Siegel, D.J. 2010)

記憶はさまざまに分類されるが、手続き記憶を含む潜在記憶と、エピソード記憶や意味記憶を含む顕在記憶に分けることが出来る。

潜在記憶は、①意図的な注意集中なしでつくられる、②記憶の貯蔵庫から潜在記憶を取り出す際に、「過去の記憶」という認識が起こらない、③海馬が関与しないといった3つの特徴を持つ。顕在記憶は、これとは逆に、海馬を介して、意図的な注意集中によって作られる。

前述の繰り返しになるが、極度のストレスを受けると、ストレスホルモンであるコルチゾールが大量に放出され、海馬の機能を妨げる。海馬が機能停止すると顕在記憶の形成が妨げられる。一方で、扁桃体からアドレナリンが分泌され「潜在記憶」の形成を促進する。経験したイメージや感覚が純粋な潜在記憶のまま、海馬によって統合されていないと、「過去の記憶だ」という目印なく、脳の中でバラバラのまま存在することになる。フラッシュバックとは、トラウマが「過去のもの」として認識されずに、潜在記憶のまま活性化されたものである。

同様のことを、岡野 (2012) は、「頭の記憶」と「身体の記憶」という表現で説明している。

「頭の記憶」とは「陳述記憶」を、「身体の記憶」とは「手続き記憶」を指す。前者は海馬で、後者は扁桃核と小脳で生産される。「頭の記憶」は、輪郭を思い浮かべることができるもの、「身体の記憶」は感情や体の動き（スキル等）として定着しているものといった要素からできており、通常の記憶は、両方の要素を備え、「普通の記憶」として定着する。ところが、どちらか一方の要素からなる記憶は、不完全な記憶となり忘れることが出来なくなるという。「普通の記憶」は時と共にうすらいだり、一時的に忘れ去られたりするが、「トラウマ記憶」は忘れ去られることは

ない。

また、大河原 (2015) は AIP モデル (Accelerated Information Processing: 適応的情報処理モデル, Leeds, A., 2009) に基づき、トラウマ記憶を説明している。

つまり、記憶には次のような5つの要素がある。①認識の記憶 (ex. 「私が悪いんだ」) ②情動の記憶 (ex. 怖い、悲しい) ③身体感覚の記憶 (ex. 体が震える) ④イメージの記憶 (ex. 無視する顔、にらむ顔) ⑤聴覚の記憶 (ex. くすくす笑う声、チャイムの音) である。

これら5つの記憶のネットワークがまとまって機能すれば、脳の中で情報処理され「過去の記憶」として定着する。ところが、これらのネットワークがバラバラに切り離されると、①から⑤の記憶はバラバラになる。これが「解離の防衛」である。フラッシュバックとは、「過去の記憶」が「現在」にリアルによみがえることを言う。トラウマは、記憶に由来するフラッシュバックという情動・身体反応（身体面：辺縁系・脳幹部領域）と、その人の生い立ちや関係性の中で構成されている自己否定的な物語（認知面：前頭前野領域）という2つの側面から成り立っているということが出来、「情報の再処理」を行うことで「トラウマが治る」ことになる。

いずれにしても、心的外傷後ストレス障害 (PTSD) とは、過去のトラウマ体験に由来する恐怖記憶の消去が障害されている病態と要約される。(森信, 2015)

### 3. ロールシャッハ法からみたトラウマ (角藤, 2006)

欧米、特に米国を中心に、過去20年間の PTSD に関するロールシャッハ研究を概観すると、ほとんどが戦争に関するものであり、性的虐待等に関するものは少ない。

中でも、トラウマとなった大戦後15年から20年以上経過した時点でもなお PTSD に苦しむ退役軍人を対象とした研究が見られており (Goldfinger, D.A. et al., 1999; Gray, J.L., 2006)、戦争によっ

て受けた心の傷の大きさに驚嘆させられる。

周知のように、米国では1970年代以降いわゆるExner法が主流となっており、研究論文もExner法に基づくものがほとんどである。いくつかの論文では、感情調整の能力欠損、低いストレス耐性、現実検討力の障害が指摘されており(van der Kolk, B.A. et al., 1989; Hartman, W.L. et al., 1990; Swanson, G.S. et al., 1990; Frueh, B.C. et al., 1995; Sloan, P. et al., 1996; et al), 境界性人格障害との類似性を示唆した研究もある(Saunders, E.A., 1991; Burns, J.C. et al., 2003)。

Gray, J.L.ら(2006)は、湾岸戦争でPTSDに罹患した退役軍人7名を対象に、彼らの体験をより包括的に理解する目的で研究を行った。

その研究ではロールシャッハ法に先立って、年齢・民族・教育歴・治療歴等について簡単な質問がなされ、Combat Exposure Scaleにより尺度化された。

仮説として、衝動性の統制の難しさからD得点が高くなり、過去の不快な体験が侵襲的に想起されることからm反応が多くなり、複雑な感情や思考を表現することの難しさからラムダ得点が高くなることが予想された。そして、教育レベルが低く、精神科の既往があり、以前にトラウマを受け、社会的サポートを受けられなかった人は病理性を示すロールシャッハ変数を多く示すだろうと考えた。

なお、D得点とは二つの体験型指標(EAとes)の差から換算表を使って算出する指標であり、ストレス耐性と統制の要素と関係している。m反応は無生物の運動反応であり、内的な緊張感を表している。ラムダ得点は、純粹形態反応の比率を示すものであり、資質を最大限有効に用いているかに関係しているとされる。

健常者の標準データと比較した結果、上記3つの指標についてはすべて高い値を示したが、病理性指標はあまり示されなかった。これは、以前トラウマを受けた人が誰もいなかったことが影響していたのではないかと考えられた。

最近の研究としては、116人のPTSD患者と71

人の他の精神疾患患者を比較したArnon, Z.ら(2011)の研究がある。その結果、トラウマと正の相関のある変数として、An(解剖反応)、INCI(不適切な結合反応)、Bot(植物反応)、Fi(火反応)、負の相関がある変数として、VF(通景反応)、FV(形態通景反応)、FM(動物運動反応)、T(材質反応)、Hh(家具反応)、Id(個人反応)、Fd(食物反応)、C'(無彩色反応)、Cn(色彩命名反応)を見出した。それぞれの解釈としては、An(解剖反応)はトラウマ性の出来事と関連し、INCI(不適切な結合反応)は非現実的な因果関係を結び付けてしまう傾向を表し、Bot(植物反応)とFi(火反応)は人間関係からの回避傾向を表すと考えた。負の相関変数としてのVF(通景反応)とFV(形態通景反応)は内省力の弱さを示し、FM(動物運動反応)は周辺部に注意を向ける傾向を、T(材質反応)は接触感覚の乏しさを、Hh(家具反応)とId(個人反応)そしてFd(食物反応)は日常の些細なことへの関心が乏しいことを示している。そして、Cn(色彩命名反応)は診断的意味はあまりないが、C'(無彩色反応)のあり方は抑うつ患者との相違があることを示していると考えた。

このように、ロールシャッハ法の妥当性を指摘する指標研究がある一方、性的虐待を受けた子供のPTSD評価について、ロールシャッハ法(Exner法)は無効であったとする研究(Heaton, M.K., 1999)や、PTSDの詐病を見抜けなかったとする指標研究がある(Frueh, B.C. et al., 1994)。

こうした現状の中で、PTSD研究におけるロールシャッハ法の治療的側面を強調する人々もいる。

Frank, G. (1992)は、PTSD研究におけるロールシャッハ法の使用について、「診断、治療、病因の明確化に貢献できる」と述べ、Luxenberg, T. (2004)は、トラウマの評価と治療におけるロールシャッハ法の役割について、「心的外傷と結びついた無意識的な知覚過程を表面化(uncovering)することに価値がある」と述べている。

特に、Goldfinger, D.A. (1999)は「外傷的

応が色彩カード（ⅡとⅧ）に最も多く現れる」と、外傷的反応内容とカード特性の関連性について指摘している。

わが国に目を転ずると、米国とは様相が一変する。技法は、主に片口法であり、関西・九州といった西日本の研究者による事例研究が中心になっている。そしてその歴史は、米国よりもさらに浅いものとなる。

おそらく、1994年、本間らにより PTSD に類似した症状を呈する「長期漂流後に生還した一例」の報告がなされたのが最初であろう。

その後、久留ら（1996）により、極度のいじめを機に発症した PTSD の事例について、ロールシャッハ法を通しての心理治療的経過が発表された。1997年には、ロールシャッハ研究第39号の中で、「PTSD（外傷後ストレス障害）のロールシャッハ・テスト」と題する特集が生まれ、久留らによる文献展望「PTSDの診断的概念と心理査定」、森川、井上、村山3氏による症例報告「PTSDの一症例：全力をもって大人社会に挑戦している少女」「震災後外に出られなくなった女子高校生のロールシャッハ・テスト」「肉親の死により発症したと思われる PTSD の一症例」、そして香田による海外文献（Rorschachiana yearbook of the International Rorschach Society, Vol. 20, 1995 中の3論文）の紹介が掲載された。

その後もいくつかの研究が散見されるが、筆者が思うに、現時点でのわが国の PTSD のロールシャッハ研究は、久留（2001）の卓越した見解に集約されるように思われる。長文になるが、以下に引用したい。

「PTSD のロールシャッハ・テストの反応特徴については、まだ統一された見解はなく、それぞれの事例の特徴が浮き彫りにされている程度に思われる。…筆者（久留）の臨床的経験では、PTSD を特定するようなロールシャッハ・テストの Index というよりもむしろ、心的外傷（トラウマ）体験後に現れる症状が様々な形でロールシャッハ・テスト上に反映されているように思われる。その症状もその個人によって多様で

ある。PTSD の症状の下位分類や、症状に影響を与えている要因などの分析をした上で、PTSD のロールシャッハ・テストの特徴を浮き彫りにすることが重要であろう。…診断と治療のためとはいえ、直接、PTSD の人間に対して、その体験を原因究明的に聞きだすことは、再体験やフラッシュバックをあとおり、症状の増悪を招くおそれがある。ロールシャッハ図版を通しての対話は、個々人の外傷的体験を反映し、PTSD 的認知のありようを意味表現するものと思われる。…PTSD の場合、外傷的出来事について、直接本人に聞くことが困難なことから、ロールシャッハ反応により、外傷的体験によると思われる内的混乱を探究することが今後の課題である。また、神経症や近接領域を含め、自然災害、人的災害などの事例の蓄積と、比較検討が必要になるだろう。」

また、最近わが国でもロールシャッハ法の治療的側面を強調する論文があり、餅原ら（2015）は、ロールシャッハ施行後に急速な回復を見せた2事例を報告している。

以上のように、PTSD のロールシャッハ研究を概観してみると、米国では、Exner 法を中心に、指標研究がなされ、ある程度の結果を見出したかのように思われながらも、それらを否定する立場の人々もおり、未だに一貫した結論には至っていない。一方、我が国では、事例研究を中心に統一した見解は見られないものの、個々の心的外傷体験後に現れる症状が、図版を媒介とした対話の中に表されているという点では一致しているように思える。

そして、非常に興味深い事は、我が国の事例研究を見ると、特定の図版、特にカードⅡ・Ⅲ・Ⅶ・Ⅸといった色彩カードに外傷体験と関連したテーマが見られることが多い。これは、諸外国においても、Maslierら（1995）がうつ病を伴う PTSD のロールシャッハ特徴について、「カードⅡは事故と結びついた内容を生じやすく…」と述べ（菊地,1995）、前述の Goldfinger ら（1999）が、「外傷的反応が色彩カードⅡ・Ⅷに最も多く

現れる・・・」と述べていることと一致する。

つまり、トラウマに関するロールシャッハ研究は、法則定立的研究と個性記述的研究に二分され、どちらかというところ諸外国は前者を、我が国は後者を指向するものが多いように思われる。

#### 4. 脳から見たロールシャッハ法

岡野 (2012) によれば、過去の記憶はエングラム (記憶痕跡) という形で保たれる。エングラムとは、神経ネットワークの興奮パターンである。エングラムは少なくとも思春期以降には半永久的に存在することが知られているが、神経細胞は別の記憶の生成にも使われ、同一シナプスが別のエングラムにも参加する。こうして記憶は忘れ去られて行く。ところが、記憶の中には時間がたっても忘れられないものがある。外傷性の記憶がその典型であるという。

一方、Rorschach (1921) は、ロールシャッハ反応が生成される過程について、「反応は、刺激図版によって引き起こされた感覚と記憶痕跡 (エングラム) の統合によって生じる」と述べた。また、Exner (1986) は、様々な実験データを踏まえながら、反応が生じる過程について以下のような段階を仮定した。

- 第1段階：1. 刺激全体とその部分の視覚的入力と符号化。  
2. 刺激全体とその部分の分類と、作り出された多くの潜在反応の順位付け。
- 第2段階：3. 低い順位の潜在反応の放棄。  
4. 検閲による他の潜在反応の放棄。
- 第3段階：5. 特性あるいは様式による残った反応の選択。  
6. 心理状態の影響による残った反応の選択。

反応が言語化されるきわめて短い時間内に、こうした過程が展開すると彼は考えた。具体例を示そう。図版 I に「コウモリ」「キツ

ネの顔」といった二つの反応があったとする。まず被験者は瞬時に全体あるいは部分を視覚的に捉え、「コウモリ」「キツネの顔」以外にも、例えば「人」「性器」「葉っぱ」など数個の反応 (潜在的反応) を見ていたと考えられる。そうした数個の反応を被験者は、1 コウモリ、2 キツネの顔、3 人、4 性器、5 葉っぱと順序付けし [第1段階]、3 以下を棄却して 1 と 2 の反応をことばで表現したと考える [第2段階]。この際、取捨選択の基準となったのが、被験者の特性あるいは現実検討能力ということになる [第3段階]。

ここで、PTSD のロールシャッハ反応 2 事例を提示する。

#### 「事例 1」40 代 男性

自動車運転中、右折時に直進車と衝突し、双方は軽傷ですんだ。ところがその後より、死への恐怖、心気的な不安、中途覚醒、悪夢、フラッシュバックが 1 年以上も続いている。

#### 「ロールシャッハ結果」

##### 「テスト特徴」

反応数は 12 個で、各カード概ね 1 個の反応である。カード回転は、見られない。初発反応時間は、概ね 10 秒前後だが、カード VI および色彩カード VIII・X で遅い。反応領域は W 志向で、ほとんどのカードに W が見られているが、カード X では W 反応がない。決定因は、F 反応優位であるが、色彩刺激、特に、赤色刺激に反応性が高く、CF > FC である。運動反応も見られはするが、内的緊張を示す m 反応が多い。反応内容は、「人間」と「動物」が主であるが、「道路に血がついて、事故」(カード II)、「人がいて血があって、心靈写真、地中に引っ張られてる」(カード III)、「二人、人がいて、地中に引きずり込まれるよう」(カード VII)、「全体的に血みたくないやな感じ」(カード VIII)、「べちゃっと、つぶされた虫」(カード IX) など、事故や死への不安を連想させる反応が見られる。平凡反応は 3 個と少ないが、限界吟味では、さらに 2 個の P 反応が示されている。体験型は、外拡型である。感情カテゴリーは、不安と攻撃が多い。

## [要約]

プロトコルを一読すると、事故と関連したイメージや死への不安、心気的不安などが顕著に示されているが、いわゆる現実検討力の障害や思考障害は窺われず、より情緒的な不安定感が前景化している。おそらく、本テストに示された不安や恐怖、情動の不安定さは、事故後の影響(PTSD)によるところが大きいと推察される。

## [事例2] 30代女性

幼少期より父からのDVがあり、高校生まで、「音に敏感」であった。最近、「夫が死んだらどうしよう」といった強迫観念や子どもたちへの怒りの爆発が頻回となり、「物忘れ」(解離)も目立つようになった。

## [ロールシャッハ結果]

### [テスト特徴]

反応数は18個、概ね各カード1~2個の反応であるが、カードIV・Vで3個と増加し、カードIIIではRejectionとなっている。カード回転は、カードV・VIで見られている。初発反応時間は、概して10秒前後であるが、カードI・VII・IXでは20秒前後と遅れている。反応領域はW反応はわずか3個と少なく、D反応優位であり、dr反応も見られている。決定因は、形態反応優位であり、色彩反応や濃淡反応は見られない。運動反応はM<FMで、M反応はわずかに1個である。反応内容は、多様性に乏しく、「動物」反応が優位であり、「人間」はわずかに2個、あとは「植物」が1個あるのみである。平凡反応は3個と少なく、カードI・III・VI・VIIIにP反応を認めない。体験型は、内向傾向の両質型である。感情カテゴリーは、不安感情が多いが、特に「口」へのこだわりが顕著である。

## [要約]

状況に対して回避的で、中核的な問題に直面することを避けようとする傾向や口唇的な依存欲求の強さが窺われる(D, dr ↑、「口」への注目)。また、情緒的な不安定さよりも引きこもり(withdrawal)・抑制の強さが見られる点が特徴的である(色彩なし、形態優位)。さらに、知的

関心に制限が見られ、多様性と柔軟性に乏しい点が窺われており(反応内容、動物↑)、プロトコル全体は萎縮した(Constrictiveな)ものとなっている。

以上、わずか2事例の提示に留めたが、今までの多くの自験例を振り返ると、トラウマ記憶から生じたと思われる反応がプロトコルの中に見出されるが、その表現は、トラウマ性ストレスによって生じた「闘争」「逃走」「凍りつき状態」という三つの生存反射機能の様相によって異なるのではないと思われる。

つまり、「闘争」「逃走」の過覚醒状態にある時は、色彩刺激に反応しやすく、反応内容もトラウマ性の出来事と直結する内容となる。「凍りつき状態」といった一次解離状態では、形態優位で萎縮したプロトコルとなり、反応内容もトラウマ性の出来事を間接的に連想させる内容となる。

換言すれば、大脳辺縁系や脳幹の興奮によって、色彩刺激への反応が形態を欠いたものとなりやすく、あるいは無生物反応となりやすく、一次解離によって大脳皮質と大脳辺縁系および脳幹との情報交換が遮断されると形態反応が多く、萎縮したプロトコルとなると考えられる。

もしそうだとすれば、ロールシャッハ反応から見た治療の目標は、色彩に形態が伴うようにすること(大脳辺縁系・脳幹の鎮静化)あるいは反応の拡張化(一次解離の解消)ということになる。

こうしてロールシャッハ法を通して、見立て、援助することは有用であると思われる。

## 5. トラウマへの治療法

最も注目されるトラウマ治療は、様々な認知行動療法とNLP(Neurolinguistic Programming: 神経言語プログラミング)、EMDR(Eye Movement Desensitization and Reprocessing: 眼球運動による脱感作)、TFT(Thought Field Therapy: 思考場療法)およびEFT(Emotional Freedom Technique: 感情開放テクニック)ではないかと筆

者は考えている。しかし、治療法が何であれ、その基底に流れる基本態度は同じである。以下、Rothschild (2011) の提唱する「安全なトラウマ療法のための10の基礎」を列記する。

- 1、最初にして最も大切なこと：治療の内外においてクライアントの安全性を確立するよう  
に。
- 2、セラピストとクライアントの間のよい関係を伸ばそう。それは、(たとえ数か月、数年かかろうとも)トラウマの記憶に取り組んだり、またどのような技法を適用する場合でも前提となる条件である。
- 3、クライアントとセラピストは「アクセル」を使う以前に「ブレーキ」の扱いに自信がなければならない。
- 4、クライアントの内的および外的なリソースを特定し、そのリソースの上に治療を構築するように。
- 5、心的防衛リソースと見なし、コーピング戦略/心的防衛を決して取り除かないように。代わりにもっと多くの選択肢をつくろう。
- 6、トラウマの仕組みを「圧力釜」と見なそう。常に圧力を減じるために働いているのであり、決して増やすためではない。
- 7、クライアントが療法に適應するのを期待するのではなく、療法をクライアントに合わせよう。そのためには、セラピストがいくつかの理論や治療モデルに通じている必要がある。
- 8、トラウマとPTSDに関する心理学と生理学双方の理論について幅広い知識を持つように。そうすることで間違いを減らし、セラピストが個々のクライアントの必要性に応じた技法をつくりだすことが可能となる。
- 9、クライアントは一人ひとりすべて違うと考えよう。従順でないとか介入に失敗したからといって、それだけでクライアントを判断しないように。一つの介入が、二人のクライアントに同じ結果をもたらすなどと、決して期待しないように。
- 10、セラピストは、時には(治療の全コース期

間でも)、どのような技法であれすべて脇において、ただクライアントと話をする覚悟がなければならない。

## おわりに

トラウマ性精神疾患のアセスメントと治療において、ロールシャッハ法は、極めて有用である。なぜなら、それはともにエンGRAM(記憶痕跡)に基因した現象だからである。本論では触れなかった病理水準の同定もロールシャッハ法は、有効な手段となる。

現代のトラウマ治療は、「脳」なしで理解することが出来ない。これは、他の精神疾患にも当てはまる。

心理臨床家は、一昔前のような単なる「こころの専門家」ではいられない時代を迎えている。今後は、「脳からみたこころ」も視野に入れた専門家への転身が望まれよう。

## 文 献

- Arnon, Z. Maoz, G. Gazit, T. & Kkein, E. (2011) Rorschach Indicators of PTSD Rorschachiana32, 5-26.
- Burns, (2003) Use of the Rorschach to identify trauma in a sample of homeless and indigent women. The Sciences and Engineering, 64, pp.1483.
- Exner, J.E (1986) : 高橋雅春他監訳 (1991). 現代ロールシャッハ・テスト体系 (上). 金剛出版.
- Frank, G (1992) On the use of Rorschach in the study of PTSD. Journal of Personality Assessment, 59, 641-643.
- Frueh, B.C., & Kinder, B.N. (1994) The susceptibility of the Rorschach inkblot test to malingering of combat-related PTSD. Journal of Personality Assessment, 62, 280-298.
- Frueh, B.C., Leverett, J.P. & Kinder, B.N. (1995) Interrelationship between MMPI-2 and Rorschach variables in a sample of Vietnam veterans with PTSD. Journal of Personality Assessment, 64, 312-318.
- Goldfinger, D.A. (1999) Rorschach patterns in Vietnam veterans with post-traumatic stress disorder : A



- study of cognition, psychophysiology, and psychological defense. *The Sciences and Engineering*, 59, pp.3691.
- Gray, J.L. (2006) An exploration of posttraumatic stress disorder in Persian Gulf War veterans through the eyes of the Rorschach. *The Sciences and Engineering*, 66, pp.6272.
- Hartman, W.L., Clark, M.E. & Morgan, M.K. (1990) Rorschach structure of a hospitalized sample of Vietnam veterans with PTSD. *Journal of Personality Assessment*, 54, 1 49-159.
- Heaton, M.K. (1999) The use the Rorschach in the assessment of PTSD among child victims of sexual abuse: A validity study. *The Sciences and Engineering*, 60, pp.3001.
- 久留一郎・餅原尚子 (1996) 極度のいじめを機に発症した外傷後ストレス障害(PTSD) ロールシャッハ・テストを通しての心理治療的経過 ロールシャッハ研究 38, 127-148.
- 久留一郎 (2001) PTSD は特異的インデックスとして ロールシャッハ・テストに表現されるか? ロールシャッハ法研究 5, 89-91.
- 角藤比呂志 (2006) ロールシャッハ法と心の傷つき— PTSD 研究からの新たな提言—東洋英和女学院大学心理相談室紀要 10, 57-64
- 菊池清美・深井玲華・菊池義人 (2001) ロールシャッハ・テストに見られる性的被害の痕跡 心理臨床学研究 18, No.6, 626-632.
- 菊地道子 (1995) うつ病とロールシャッハ・テスト ロールシャッハ研究 37, 55-62.
- Luxenberg, T. & Levin, P. (2004) The Role of the Rorschach in the Assessment and Treatment of Trauma. In Wilson, J.P. & Keane, T.M., *Assessing psychological trauma and PTSD* (2<sup>nd</sup> ed.) (pp.190-225). New York : Guilford Press.
- 餅原尚子・久留一郎 (2015) ロールシャッハ・テスト後に急速な回復を見せた PTSD の 2 事例 ロールシャッハ研究 19, 1-10.
- 岡野憲一郎 (2012) 脳科学と心の臨床. 岩崎学術出版
- 大河原美以 (2015) 子どもの感情コントロールと心理臨床. 日本評論社
- 森信 繁 (2015) 第 11 章 心的外傷およびストレス因関連障害. 野村総一郎・樋口輝彦監修, 標準精神医学 第 6 版, pp283-296.
- Rorschach, H. (1921): 東京ロールシャッハ研究会訳 (1958). 精神診断学. 牧書店.
- Rothschild, B. (2011) *Trauma Essentials : The Go-To Guide*. Norton. [久保隆司訳 (2015) PTSD とトラウマの基礎知識 創元社]
- Saunders, E.A. (1991) Rorschach indicators of chronic childhood sexual abuse in female borderline inpatients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 5, 48-71.
- Selye, H. (1984) *The stress of life*. New York : McGraw-Hill. [杉靖三郎・田多井吉之介・藤井尚治・竹宮隆訳 (1988) 現代社会とストレス 法政大学出版社]
- Siegel, D. (2010) *Mindsight : The new science of personal transformation*. Random House. [山藤奈穂子・小島美夏訳 (2013) 脳をみる心、心をみる脳 : マインドサイトによる新しいサイコセラピー 星和書店]
- Sloan, P., Arsenuault, L. & Hilsenroth, M. (1996) Rorschach measures of posttraumatic stress in Persian Gulf War veterans: A three-year follow-up study. *Journal of Personality Assessment*, 66, 54-64.
- Swanson, G.S., Blount, J., & Bruno, R. (1990) *Comprehensive System Rorschach data on Vietnam combat veterans'* : Erratum. *Journal of Personality Assessment*, 55, pp391.
- van der Kolk, B.A. & Ducey, C.P. (1989) The psychological processing of traumatic experience : Rorschach patterns in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 259-274.