

Rorschach Test・Exner 法 SCZI 再考

Reconsideration about SCZI of Exner's Comprehensive system

横川 滋章*

Shigeaki YOKOGAWA

抄 録

Rorschach テスト Exner 法の統合失調症指標 (SCZI : Schizophrenia Index) の日本における適用の有効性について検討するために, 国内において統合失調症の患者のデータおよび非患者データを収集し比較・検証を行った。その結果は, データ数は少なかったものの, SCZI の有効性を裏書きする結果とはならなかった。SCZI の各項目およびそれに含まれる Rorschach 変数について, このインデックスが有効でなかった原因を検討し, 形態水準および特殊スコアに関わる7つの要因を見出した。それをふまえて SCZI のパフォーマンスを改善させる可能性, およびアセスメントにおける留意点について検討した。

1. 本研究の目的

本研究の目的は, Rorschach テスト Exner 法の特殊指標の一つである, 統合失調症指標 (SCZI : Schizophrenia Index) の日本における適用の有効性について検討することにある。Exner の包括的システム Comprehensive System は 1974 年に成立した¹⁾。米国では当時 Bech, Hertz, Klopfer, Piotrowski, Rapaport らの 5 つの Rorschach 体系があったものの, 「共通言語」がなかった。5 つの体系のうちでもっとも実証的なものはどれか, もっとも臨床に役に立つのはどれか, という観点から Exner は包括的システムを作り上げた。この包括システムは 1986 年に Second Edition²⁾, 1996 年に Third Edition³⁾と改訂される。また SCZI も 1974 年の研究から始まって, 1978 年の 5 項目からなる Experimental SCZI, 1984 年の 5 項目からなる Original SCZI, 1989 年の new SCZI つまり現在の SCZI まで, 何度も修正, 改訂を行いその度に精度を上げてきている⁴⁾。米国やそれに近い国民性の国では, SCZI は絶対的なものとは言えないにしても, かなり有効な指標と考えられる。

1989 年の SCZI は以下の 6 項目からなる。

1. $X + \% < .61$ and $S - \% < .41$ or $X + \% < .50$
2. $X - \% > .29$

* 関西国際大学人間学部

3. $\text{SumFQ} - > \text{SumFQu}$ or $\text{SumFQ} - > \text{Sum}(\text{FQo} + \text{FQ} +)$
4. $\text{SumLevel2Sp.Sc} > 1$ and $\text{FABCOM2} > 0$
5. $\text{Sum6Sp.SC.} > 6$ or $\text{WSum6Sp.Sc.} > 17$

(児童の場合は、その年齢の平均より 1 SD 多い値を臨界値とする)

6. $M - > 1$ or $X - \% > .40$

SCZI の臨界値は 4 であり、4 という値は統合失調症である可能性が有意に高いことを示すが、false positive の可能性もある。値が 5 や 6 であればもっと確かになり、この場合は統合失調症である可能性は極めて高く、false positive の可能性は極めて少ないとされている。

しかしながら統合失調症の鑑別の上で、わが国で重視されている RSS (片口, 1958, 1959)⁵⁾ に比べ非常にシンプルなこの指標が、しかも日本で使用された時に本当に有効性を有するものだろうか。この SCZI の米国以外での有効性を検討した論文として 1983 年の Vives の研究⁶⁾がある。この論文は刊行されていない為に、Exner のレビュー (1986)⁷⁾からその概略を知る他ないが、この研究は Experimental SCZI、つまり 1978 年の SCZI に関する研究であり、RDC あるいは DSM-III により統合失調症と診断されたスペインから集められたケース 90 件に関するものである。結果としては、28 人 (31%) が 5 つ全てに該当、39 人 (43%) が 4 つに該当した。Exner はこの的中率をかなり高いものとして評価している。しかし、同時期の米国の研究では、RDC によって統合失調症と診断された 46 人のうち 35 人 (76%) が 5 つ全てに該当、40 人 (87%) が少なくとも 4 つに該当しており、これに較べるといかに低い値と思われる。しかもこの Exner のレビューにはスペイン人の非統合失調症患者への適用についての情報がないが、false positive の問題がある。

日本で Exner 法を用いる場合、統合失調症そのものは万国共通としても、異なる言語体系、異なる文化、習慣、気質、考え方、感じ方といった条件である。特に統計を重視するこの指標が全く米国と同じ形で使用して有効性を発揮するであろうか。よしんば統合失調症を正しく同定することができたとしても、非統合失調症患者を許容限度を超えて誤って統合失調症と同定しないであろうか。データ数はわずかなものであるが、以上のような問題を検討する。

2. 手続き

1989 年発表の SCZI の日本における有効性を検討する目的で、5 つの病院あるいはクリニックにおいて 16 の統合失調症のケースを集めた。諸般の事情から、発病から検査までの期間も、そのタイプも様々であり、入院・外来の区別も行っていない。さらに非患者群として、精神科・クリニック・カウンセリング等にかかったことのない成人のケース 63 例と、その中から性別・年齢が統合失調症群に近いものになるように構成した 16 例との 2 群を用いた。

3. 結果の分析

3. 1 SCZI の的中率

各群における SCZI の的中率は表 1 の通りである。なお右 2 列は 1990 年の米国における統合失調症入院患者標本 (N = 320) と非患者成人標本 (N = 700) の値である⁸⁾。

表 1 SCZI の的中率

	統合失調症 16	非患者成人 16	非患者成人 63	統合失調症 320	非患者成人 700
SCZI = 6	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	106人 33%	0人 0.0%
SCZI = 5	4人 25%	0人 0.0%	4人 6.3%	83人 26%	0人 0.0%
SCZI = 4	6人 37.5%	2人 12.5%	10人 15.9%	72人 23%	2人 0%

正しく統合失調症と鑑別された (true positive) のは 62.5%。統合失調症であるのに誤って統合失調症ではないとされた (false negative) のは 37.5%。SCZI = 6 は存在しなかった。米国のデータでは true positive は 82%。総データ数の違いや、米国は入院患者のみのデータであるのに対し日本のデータは外来患者を含んでいるといった条件の違いを考慮しても、この結果は SCZI の有効性を裏書きするものとはいえない。

非患者成人 16 に誤って統合失調症であるとされた (false positive) のは 12.5%。これらの SCZI の値は全て 4。非患者成人 63 に於ける false positive の確率は 22.2% で 14 人。このうち SCZI の値が 5 であったのは 6.3%、SCZI = 4 は 10 人で 15.9%。対して米国の標本では 700 人中 false positive はわずかに 2 人。2 人とも SCZI = 4。日本での false positive ratio はいかにも高すぎる。

確かに日本の統合失調症群と非患者成人群とでは、一見して明白な差があるように思われるが、false positive, false negative の確率のことを鑑みるに、SCZI を日本で用いた場合、その有効性は保証できるものではないと考えた方が良さそうである。また SCZI の臨界値は 4 ということになっているが、この規準を用いることは危険ではないかと思われる。では、いかなる要因が SCZI の有効性を削いでいるのであろうか。

3. 2 SCZI の各項目の有効性

SCZI の各項目について、各群の構成の該当する度数・割合を調べたのが表 2 である。どの項目が鑑別力を有し、どの項目が統合失調症患者と非患者との鑑別力を失っているかを検討する為である。

統合失調症群についてみてゆくと、上 3 つの主に媒介 (Mediation) に関する項目はそれぞれ 100%、75%、81% と、統合失調症患者の知覚の歪み・不正確さを良く押さえているように思われる。しかしながら、非患者群についてみてゆくと、まず第 1 項目の該当率の高さが目に付く。N16 で 94%、N63 で 75% と、統合失調症群にかなり近い値である。第 2、第 3 項目は、第 1 項目ほど高い値ではなく、

表2 SCZI 各項目の的中率

	統合失調症 16	非患者成人 16	非患者成人 63
1. $X + \% < .61$ and $S - \% < .41$ or $X + \% < .50$	16人 100%	15人 94%	47人 75%
2. $X - \% > .29$	12人 75%	4人 25%	24人 38%
3. $\text{SumFQ-} > \text{SumFQu}$ or $\text{SumFQ-} > \text{Sum(FQo+FQ+)}$	13人 81%	5人 31%	38人 60%
4. $\text{SumLevel2Sp.Sc} > 1$ and $\text{FABCOM2} > 0$	1人 6%	0人 0%	2人 3%
5. $\text{Sum6Sp.SC.} > 6$ or $\text{WSum6Sp.Sc.} > 17$	6人 38%	1人 6%	7人 11%
6. $M - > 1$ or $X - \% > .40$	9人 56%	4人 25%	23人 37%

一応、統合失調症者にくらべ低くなってはいる。しかし第1項目については、無視するには高い値ではなかろうか。

下の3項目、思考障害、Exner でいうところの観念化作用 (Ideation) における障害を示唆するこれらの項目である。ここでは true positive ratio が非常に低いものになっている。非患者群では6つの特殊スコアに関するものは低くなってはいるものの、第4項目は統合失調症群でも該当率6%と大差ない。第5項目も統合失調症群で38%、16人の非患者群では6%、63人で11%と幾分の差が認められるものの明白なものではない。そして非患者群における、M-反応とX-%に関連する第6項目の該当率の高さは、統合失調症群の値と比較して決して無視できうるものではない。これら3項目は統合失調症の非患者群からの鑑別に、それほど有効性を発揮しているとはいえない。このようにSCZIの各項目は、いずれの項目も十分に機能しているとは言い難いという結果になった。では、いかなる要因からこれらの項目は有効性を殺がれているのであろうか。

3. 3 SCZI 各項目の分析

第1項目

表3はSCZIの第1項目を構成要素に分解し、その該当率を示したものである。

表3 第1項目とその構成要素の的中率

	統合失調症 16	非患者成人 16	非患者成人 63
$X + \% < .61$ and $S - \% < .41$ or $X + \% < .50$	16人 100%	15人 94%	47人 75%
$X + \% < .61$ and $S - \% < .41$	13人 81%	10人 63%	34人 54%
$X + \% < .50$	14人 88%	14人 88%	40人 63%

最初の要素はS-%とX+%によるものである。S-%に関しては、非患者と統合失調症群との間に差が期待される変数ではない。今回のデータと米国のデータ(1990)を比較すると、いずれにせよ日本の値の高いことが目に付く。これが単にX-%の高さによるものなのか、日本人の特性を反映するものなのかは、標準化をさらにすすめ検証する他はなさそうである。

より本質的に重要なのは2番目の要素である。(. 50)をカッティング・ポイントとしている為に、非患者群のX+%と統合失調症群のそれとの間にどの程度の差があるかを讀取することはできない。表

表4 S-%の平均

	統合失調症 16	非患者成人 16	非患者成人 63	統合失調症 320	非患者成人 700
S-% Ave.	.24	.30	.34	.20	.08

表5 X+%の平均

	統合失調症 16	非患者成人 16	非患者成人 63	統合失調症 320	非患者成人 700
X+% Ave.	.37	.40	.46	.40	.79

5に各群の平均値，そして米国のデータ（1990）を示す。

米国データを見ると，非患者成人群と統合失調症群との間に明らかな差が認められる。しかし，日本の統合失調症群と非患者群の値は殆ど差がなく，どれも米国の統合失調症群の値に近いものである。この非患者成人群におけるX+%の値の低さは特筆するに値する。この為に第1項目は正常に機能しなかったと思われる。

第2項目

本項目は単一要素からなる項目である。表6はこの項目的中率とこの項目に含まれる唯一のRorschach変数，X-%の各群における平均を表している。

表6 第2項目的中率とX-%の平均

	統合失調症 16	非患者成人 16	非患者成人 63	統合失調症 320	非患者成人 700
X-%>.29	12人 75%	4人 25%	24人 38%		
X-% Ave.	.36	.25	.27	.37	.07

前述のように，この項目はかなり true positive ratio は高いが，false positive が幾分か多い傾向にある。各群の平均をみていくと，統合失調症群と非患者群とでは確かに幾分か統合失調症群が高い値になってはいる。しかし米国データ（1990）にみられる差ほど明確なものではない。再び統合失調症群の値は2国間で非常に近い値になっており，日本の非患者成人のX-%の高さが目立っている。この辺りに第1項目が十分に機能しない原因がありそうである。

第3項目

本項目は SumFQ- \rightarrow SumFQu or SumFQ- \rightarrow Sum(FQo + FQ+) というものであり，表7

表7 第3項目とその構成要素的中率

	統合失調症 16	非患者成人 16	非患者成人 63
SumFQ- \rightarrow SumFQu or SumFQ- \rightarrow Sum(FQo + FQ+)	13人 81%	5人 31%	38人 60%
SumFQ- \rightarrow SumFQu	13人 81%	5人 31%	38人 60%
SumFQ- \rightarrow Sum(FQo + FQ+)	9人 56%	2人 13%	8人 13%

はこの項目の各要素に対する該当率を表す。キーになる Rorschach 変数は FQ_x である。しかし、被験者ごとに反応数がことなる条件下で度数の平均を検討しても仕方がないと思われるため、 $X_x\%$ で考察する。

最初の要素は $X_+\%$ と $X_-\%$ とに関するもの。もう一つは $X_-\%$ と $X_+\%$ に関するものといえるであろう。 $X_+\%$ と $X_-\%$ に関してはすでに触れている。表 8 は $X_u\%$ の資料である。米国データはやはり 1990 年のものである。

表 8 $X_u\%$ の平均

	統合失調症 16	非患者成人 16	非患者成人 63	統合失調症 320	非患者成人 700
$X_u\%$ Ave.	.21	.33	.25	.09	.07

再び統合失調症群の値は日本のものと米団のものとは非常に近いものとなった。対して日本人の非患者成人群の値は高めであり、 $X_+\%$ 、 $X_-\%$ 同様、問題がありそうである。

第 4 項目

本項目はレベル 2 の、鑑別力を有する 6 つの特殊スコア、レベル 2 作話的結合反応 (FABCOM2) に関する項目である。該当率は表 9 に示した通りで、6 項目の中で群を問わず最も該当率の低い項目である。これは要するにレベル 2 反応というスコアがほとんど使用されなかったことを示しており、またそれがこの項目が十分に機能しなかった原因であろう。

表 9 第 4 項目の的中率

	統合失調症 16	非患者成人 16	非患者成人 63
SumLevel2Sp.Sc > 1 and FABCOM2 > 0	1 人 6%	0 人 0%	2 人 3%

第 5 項目

本項目で問題になる Rorschach 変数は Raw Sum6Sp.Sc. と Weighted Sum6Sp.Sc. の 2 つであり、要素ごとにこの項目を分解した場合の該当率は表 10 の通り。

表 10 第 5 項目とその構成要素の的中率

	統合失調症 16	非患者成人 16	非患者成人 63
Sum6Sp.SC. > 6 or WSum6Sp.Sc. > 17	6 人 38%	1 人 6%	7 人 11%
Sum6Sp.SC. > 6	6 人 38%	1 人 6%	7 人 11%
WSum6Sp.Sc. > 17	3 人 19%	1 人 6%	6 人 10%

このように統合失調症の方が幾分か該当率は高いものの、しかし統合失調症であるなしを問わず全体的に該当率は低い。(Raw Sum6Sp.Sc. > 6), (Weighted Sum6Sp.Sc > 17) という条件式の値が適切でない可能性もある。表 11 は Raw Sum6Sp.Sc. と Weighted Sum6Sp.Sc. の平均値を示したものである。特殊スコアにおいては、重み付けを行わない総和の値が、統合失調症群では米国の

Rorschach Test・Exner 法 SCZI 再考

それとほとんど変わらない。対して非患者群ではどちらかといえば高めで、日本においては、米国にみられるよりも、両群の間の差が小さくなっている。重み付けを行った場合も同様で、今度は統合失調症群の値も米国のそれよりも非患者群に近いものになっている。その為にこの項目の鑑別力が低下したのではないかと思われる。

表 11 Raw Sum6Sp.Sc. と Weighted Sum6Sp.Sc. の平均値

	統合失調症 16	非患者成人 16	非患者成人 63	統合失調症 320	非患者成人 700
Raw Sum6Sp.Sc.	5.06	2.06	2.65	5.07	1.55
Weighted Sum6Sp.Sc.	13.7	5.62	7.46	44.69	3.21

第 6 項目

本項目は M-反応と X-% が Rorschach 変数として組込まれている項目であり、各要素に分解して該当率を示したものが表 12 である。

表 12 第 6 項目とその構成要素の的中率

	統合失調症 16	非患者成人 16	非患者成人 63
M->1 or X-%>.40	9人 56%	4人 25%	23人 37%
M->1	4人 25%	3人 19%	21人 33%
X-%>.40	8人 50%	2人 13%	4人 6%

X-% に関しては既に触れた。M-反応は思考障害に関連する変数であるが、この規準では統合失調症群と非患者群の鑑別はできていない。表 13 に示された通り、平均値でみた場合でも両群の間に差が認められるとはいえない結果になった。米団のデータ)と対照的である。この項目の true positive ratio が辛うじて false positive ratio を上回ることができたのは、むしろ X-% という Rorschach 変数を組み入れているからであろう。

表 13 M-反応の平均

	統合失調症 16	非患者成人 16	非患者成人 63	統合失調症 320	非患者成人 700
M-反応 Ave.	1.00	0.87	1.31	2.42	0.03

3. 4 SCZI の機能を妨げるもの

SCZI の各項目と、それに含まれている Rorschach 変数を調べることを通じ、それぞれの項目の有効性を殺いでいる可能性のある要因をいくつか指摘した。要約すると、以下の 7 点である。

1. 非患者群の X+% の値が非常に低く、統合失調症群の値に近いこと。
2. 非患者群の X-% の値が幾分高すぎる傾向にあり、差が小さくなっていること。

3. 非患者群の Xu% の値が高すぎる傾向にあり、統合失調症群の値より大きいこと。
4. 統合失調症、非患者の別を問わず、特殊スコアにおいてレベル 2 という評価がほとんど使用されていないこと。
5. 非患者群における RawSum6Sp.Sc. の値が想定されているよりも高いこと。
6. 統合失調症群における WeightedSum6Sp.Sc. の値が想定されているよりも低く、同時に非患者群における値が高くなっていて、想定されているよりも差が小さいこと。
7. 統合失調症群の M-反応の数が想定よりも少なく、非患者群の M-反応の数は多く、両群の間に差が認められないこと。

元来、サンプル数も少なく、サンプリングの問題もあるが、以下これらから、原因となった問題について推測してゆく。

1. ～ 3. は形態水準に関わる問題である。参考までに今回の結果を表 14 にまとめた。

表 14 形態水準の比較

	統合失調症 16	非患者成人 16	非患者成人 63	統合失調症 320	非患者成人 700
X+% Ave.	.37	.40	.46	.40	.79
X-% Ave.	.36	.25	.27	.37	.07
Xu% Ave.	.25	.33	.25	.20	.14

まず X+% の非患者群における低さ、X-% および Xu% の高さ、これらの原因である。サンプリング、日本人固有の特性などの要因もあるであろうが、米国人のデータに基づいて作った基準で日本人を測定したことが大きかったのではないかと考えている。

形態水準の決定は、米国人 7500 人のデータを元に作られた反応リストに基づいて行われる。リストで (o) のものが (+) あるいは (o) として評価され、リストで (u) のものは (u)、(-) は (-)。そしてリストにないものは基本的に (-) で、条件さえ満たされれば (u) とされる。そしてこのリストの (o, u, -) は以下のような基準で決定されている (Exner, 1986)⁹⁾。

o: 領域が W (全体) か D (一般部分) の場合、7500 の記録の少なくとも 2% (150 以上) で与えられており、実際のプロットと一致している。Dd (特殊部分) 領域で、その領域が少なくとも 50 名の被験者によって用いられており、その領域を用いている被験者の 3分の2以上の人にその対象が報告され、実際のプロットの輪郭と一致している。

u: 領域が W か D の場合、そう反応する者が 7500 人中の 2% 未満の被験者しかいないが、みられた対象がすぐに容易に認知でき、用いられた輪郭も適切であると、少なくとも 3 人の判定者によって別々にしかし全員一致で判断されている。Dd 領域の場合、50 人未満の被験者にしか報告されないものの、少なくとも 3 人の判定者によって別々に判定された結果、すぐに容易に認知でき、用いられた輪郭も適切であるとの一致をみている。

-: 7500 のなかで 3 回出現しただけの反応。

これらの手続きに従えば検査者は、日本人にとっては本来 (o) とスコアするのが適当なものであっても、米国人にとっては (o) ではないからという理由で、(u) あるいは (-) とスコアせざるを得

ないという事態になりかねない。今回の結果の背景にはそういうプロセスが生じているのではないか。1992年に日本でのワークショップでこの辺りについて Exner 本人に質問したところ、米国は人種の坩堝であるので、米国のデータをどこの国で使っても構わないということであった。しかしながらサンプリングのこともあり、標準化が進み、日本人のリストが作成されたりするようになればその事を検証は難しい。たとえリストを修正したとしても日本人の X+% は本質的に低い可能性もあり（この場合、SCZI の形態水準に関わる項目は日本ではその効力を殺がれることになる）、現時点ではあくまで推測の域に過ぎない。統合失調症群の値は、興味深いことに、米国群とほとんど同じ値になった。病的なものは、日本でも米国でも、いずれにせよリストにはない為に、結果的にあまり影響を受けなかった可能性もある。しかしあくまで推測の域をでない。

4. に関しては、サンプリングの問題なのか、検査者の技量の問題なのか、日本の統合失調症患者の特性なのか現時点ではわからない。サンプリングの問題としては患者の状態、つまり急性期か慢性なのか、どのような病型なのか、などが影響している可能性もある（先に述べたワークショップで Exner は、統合失調症は薬の開発が進んでおり、病型については区別していないしする必要もないと述べていた）。いずれにせよ、より多くの信頼できるデータの蓄積が必要であろう。

表 15 鑑別力のある 6 つの特殊スコアの平均出現回数

	統合失調症 16	非患者成人 16	非患者成人 63	統合失調症 320	非患者成人 700
DV	2.00	.18	.44	.78	.70
INCOM	1.12	1.06	.90	1.53	.52
DR	.37	.00	.19	.97	.15
FABCOM	.37	.75	.96	.72	.17
DV2	.00	.00	.00	.28	.01
INC2	.06	.00	.04	1.17	.00
DR2	.37	.00	.00	1.90	.00
FAB2	.18	.00	.03	1.83	.02
ALOG	.43	.06	.04	.93	.04
CONTAM	.12	.00	.01	.13	.00

5. 6. は特殊スコアの総和に関するものである。表 15 は使用された特殊スコアの比較を試みたものであり。この表によると、非患者群では FAB1 と INCOM1 とが多くみられる傾向にある。これに関しては、日本語と英語の表現の違いが多分に影響しているのではないか。普通、私たちが使う言い回しが、厳密にみると Exner 法の基準にあてはまってしまったケースを別にみたこともある。例えば犬や猫などの動物の「前脚」を「手」といった時点で、それは本来それらの動物にはないはずのものを結合しているということで INCOM 扱いになってしまったりする。またそれとは別に、私たち日本人は割に動物の人間運動反応を見易いのではないかと、という印象も私にはある。それが「漫画で」とか (A) として断られていない場合、単体なら INCOM、複数で関係性が作話的なら FABCOM 扱いとなる。このような理由からこれらのスコアが多くなった印象もある。しかしあくまで印象である。また仮にこのような背景で日本人において FABCOM や INCOM が多くみられ、米国群よりも WSum 6Sp.Sc. や RSum 6Sp.Sc. が高くなる傾向があるとしても、それはそういう事実を認識した上で、あるいは SCZI ならインデックスのカッティング・ポイントを修正するなどして、やってゆく他はな

いであろう。またその場合、病的なものとそうでないものとを区別する意味で、レベル1と2の区別が重要な役割を果たすことになるのではないか。

7. は M-反応に関するものである。この変数は、鑑別力を有する6つの特殊スコア同様、思考の障害に関するものである。統合失調症群で M-反応が少なくなった理由に関しては現時点では見当がつかない。あるいは日本の患者の特質かもしれないし、サンプリングの問題かもしれない。非患者群で M-反応が多くなった理由であるが、X-%が高くなったのと同様、米国でみられない型のものが(-)扱いになった可能性もある。しかしながら形態水準同様、それと同時に日本人の特質を現わしている可能性もある。

4. まとめ

今回の調査は、SCZIの日本での有効性を肯定するものとはならなかった。SCZIの各項目およびそれに含まれる各 Rorschach 変数について検討し、その有効性を殺いでいる要因を7つ指摘し、その原因についての推測を行った。形態水準に関わるものはスコアの決定段階に修正を加えることで、特殊スコアに関わるものは日本人に合わせたカッティング・ポイントを SCZI に採用することで、SCZI のパフォーマンスはある程度改善されるかもしれない。

いずれにしても現時点では、SCZI は米国におけるほどに、その有効性を日本では発揮しそうもないと思われる。では SCZI が有効に機能しないことが Exner の包括的システム全体にどの程度影響するかというと、その影響はそれほど大きくはないであろう。本来、Exner がくり返し警告しているように、SCZI は絶対的な指標ではない。システム内の、日本と米国の国民性の違いの影響を極端に受けないような、他の資料を活用することで十分に SCZI の分はリカバーできるのであろう。しかしおそらくは他の幾つかの指標も国民性の違いの為に修正の必要がある可能性は指摘して置きたい。日本における標準化は非常に重要な問題である。

冒頭に述べたように、米国で先行していた5つの体系から、もっとも実証的なものはどれか、もっとも臨床に役に立つのはどれか、という観点から Exner は包括的システムを作り上げた。Exner は言うまでもなく非常に実証的であり、Rorschach テストを診断の道具として用いることに否定的で性格測定の手段と考えていることはよく知られている。われわれ臨床家が現場でアセスメントに用いる場合、Exner 法の基となっているものに立ち返ることが重要であろう。統合失調症の鑑別において、数量ではなく質的に、形態水準や逸脱言語反応が重要になることは言うまでもない。

参考文献

- 1) Exner, J.E.: "The Rorschach: A Comprehensive system. Vol. 1", Wiley, 1974
- 2) Exner, J.E.: "The Rorschach: A Comprehensive system. Vol. 1(2nd. Ed)", Wiley, 1986
- 3) Exner, J.E.: "The Rorschach: A Comprehensive system. Vol. 1(3rd. Ed)", Wiley, 1996
- 4) Exner, J.E.: "1989 Alumni Newsletter", Rorschach Workshops, 1989
- 5) 片口安史: 『改訂 新・心理診断法』, 金子書房 1987

- 6) Vives, M.:“Analysis of Rorschach data from acute and chronic Spanish schizophrenics”,
Workshop Study No.291(unpublished),Rorschach Workshops,1983
- 7) Exner, J.E.:“1986 Alumni Newsletter”,Rorschach Workshops,1986
- 8) Exner, J.E.:“1990 Alumni Newsletter”,Rorschach Workshops,1990
- 9) Exner, J.E.:“The Rorschach: A Comprehensive system. Vol. 1(2nd. Ed)”,Wiley,1986

Abstract

The main purpose of this research is to examine the effectiveness of SCZI (Schizophrenia Index), one of the Special Indexes of Exner's Comprehensive System, as used in Japan. Japanese Rorschach data were gathered by comparing schizophrenic and non-psychotic groups using the Rorschach variables. The results show seven reasons why SCZI was found ineffective. These reasons are mainly concerned with the form level of Rorschach response and special scores. Also discussed in this research are the difficulties in scoring Japanese Rorschach using the Comprehensive System and suggestions to improve the performance of SCZI and the assessment using the Comprehensive System.