

児は精神遅滞合併PDD児より、突出した能力の存在による認知能力の不均衡がより著明であり、常同行動はより目立たなかった。これらは高機能となるPDD児の早期徴候の可能性があるが、さらなる検討が必要である。

【研究5：幼児期における高機能広汎性発達障害の発達精神病理学的特徴とそれに基づいた早期療育プログラムの開発-2. 「一番病」の発生メカニズムとその早期療育プログラム-】

本プログラムによる社会性の学習量はほんのわずかであるかもしれない。しかしその学習内容は、今後長い間に遂げていくであろう社会性の発達の方向を左右しかねない「最初のボタン掛け」になると考えられるため、臨床上きわめて重要である。すなわち、「自分ひとりが一番になる」ことだけに関心を向けるのではなく、チーム意識をもつこと、あるいは他者を応援すること、そして負けてもゲームは楽しめるというもろもろの社会的価値意識を学ぶことによって、社会性の発達ベクトルの多次元化、つまり正常化が図られることになる。そうなれば、より柔軟に集団活動へ参加できるようになるであろう。

幼児期に社会的な失敗経験を最小限度に留めると同時に多くの成功経験を保障することは、HPDDにおける社会性の発達の歪みを是正しつつそれを促進する意味で早期療育の重要な柱である。このようにして本プログラムは、競争意識に目覚め、社会的ルールの遵守に関心を持ち始めたHPDDの子どもにおける発達の最近接領域に対応した指導となる。

D. 業績

1. 論文発表

栗田広：注意欠陥／多動性障害（ADHD）の歴史と概念。児童青年精神医学とその近接領域 43；131-138、2002。

Kurita, H., Osada, H., Shimizu, K. Tachimori, H.; Validity of DQ as an estimate of IQ in children with autistic disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 57；233-235, 2003.

大塚麻揚、立森久照、長田洋和、瀬戸屋雄太郎、中野知子、栗田広：高機能広汎性発達障害と注意欠陥／多動性障害の知的能力と自閉症状からみた異同。精神医学 45；175-181、2003。

Shimizu, Y.: Early intervention system for preschool children with autism in the community. *Autism* 6；239-257, 2002.

白瀧貞昭：広汎性発達障害-私の治療法。精神科治療学 17；1445-1449、2002。

杉山登志郎：高機能広汎性発達障害におけ

る統合失調症様状態の病理。小児の精神と神経 42；201-210、2002。

杉山登志郎：21世紀の自閉症教育の課題：異文化としての自閉症との共生。自閉症スペクトラム研究 1；1-14、2002。

杉山登志郎：文章を用いた心理課題の発達の検討。発達障害研究 24；56-65、2002。

杉山登志郎：アスペルガー症候群の診断と治療。臨床精神医学 31；1047-1055、2002。

杉山登志郎：解離性障害の病理と治療。日本小児精神神経学会 42；169-179、2002。

杉山登志郎：非行と発達障害。臨床心理学 2；210-219、2002。

Tachimori, H., Osada, H. Kurita, H.: Childhood Autism Rating Scale--Tokyo Version for screening pervasive developmental disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 57；113-118, 2003.

渡辺友香、長沼洋一、瀬戸屋雄太郎、長田洋和、立森久照、久保田友子、栗田広：広汎性発達障害（PDD）児および精神遅滞児における人物画描画能力の比較研究。精神医学 44；391-399、2002。

山崎晃資：AD/HDの子どもの衝動的な行動を考える。児童心理 56；92-93、2002。

山崎晃資：これからのLD研究。LD研究 11；239-242、2002。

山崎晃資：児童青年精神医学の課題と展望。精神神経学雑誌 104；789-801、2002。

山崎晃資：国際的に見た子どものこころの悩み。毎日ライフ 34；15-17、2003。

2. 著書

栗田広：自閉症を含む広汎性発達障害の早期診断・スクリーニング。自閉症と発達障害研究の進歩（高木隆郎、M. Rutter、E. Schopler編）、第6巻、星和書店、pp.3-15、東京、2002。

栗田広：子どもの精神障害の分類。現代児童青年精神医学（山崎晃資、牛島定信、栗田広、青木省三編）、永井書店、pp.40-50、東京、2002。

栗田広：小児期崩壊性障害。現代児童青年精神医学（山崎晃資、牛島定信、栗田広、青木省三編）、永井書店、pp.145-150、東京、2002。

栗田広：特定不能の広汎性発達障害。現代児童青年精神医学（山崎晃資、牛島定信、栗田広、青木省三編）、永井書店、pp.151-155、東京、2002。

清水康夫：自閉症 a. 乳幼児期。現代児童青年精神医学（山崎晃資、牛島定信、栗田広、青木省三編）、永井書店、pp.107-116、東京、2002。

杉山登志郎：広汎性発達障害とひきこもり。こころのライブラリー（8）思春期（斎藤環編）、星和書店、pp.85-95、東京、2002。

杉山登志郎：アスペルガー症候群と高機能

- 自閉症. 学研のヒューマンケアブック・アスペルガー症候群と高機能の理解、学習研究社、pp.8-187、東京、2002.
- 杉山登志郎：ADHD、LD、HFFPDD、軽度MR児. 保健指導マニュアル (小林達也編著)、診断と治療社、pp.22-27、76-83、134-143、東京、2002.
- 杉山登志郎：鑑別診断. 学習障害 (LD)・注意欠陥/多動性障害 (AD/HD)、診断と治療社、pp.965-969、東京、2002.
- 山崎晃資：児童精神医学の歴史と特徴. 現代児童青年精神医学 (山崎晃資、牛島定信、栗田広、青木省三編)、永井書店、pp.3-12、東京、2002.
- 山崎晃資：注意欠陥/多動性障害 (AD/HD) の概念と理解. LD & AD/HD、安田生命社会事業団、pp.35-69、東京、2002.
- 山崎晃資：21世紀の自閉症教育への提言. 全国知的障害養護学校、自閉症児の教育と支援. 東洋館出版、pp.386-387、東京、2002.
- 山崎晃資：最近の調査から見たAD/HD. 学校保健の動向. 日本学校保健会、pp. 85-87、東京、2002.
- 山崎晃資：注意欠陥/多動性障害. 児童精神医学の歴史と特徴. 現代児童青年精神学 (山崎晃資、牛島定信、栗田広、青木省三編)、永井書店、pp.156-170、東京、2002.

平成14年度厚生科学研究費補助金（こころの健康科学事業）
分担研究報告書

高機能広汎性発達障害の社会的不適応の評価に関する研究

分担研究者 太田昌孝 東京学芸大学・教授

研究要旨：自閉症判定基準 α 3.2版を用いて、高機能自閉症圏障害（HASD）をもつ成人を対象にして、2つの研究を行った。**研究1：処遇上の妥当性と診断的意義** HASDの症例を増やして基礎年金の受給の有無の点から福祉的妥当性を検討し、またトゥレット症候群（TS）を比較対照群として診断的意義を検討した。基礎年金の受給の有無では、症状重症度では自閉症特有の対人関係の障害で、生活制限の程度では職業と生活加算点で、さらに知的発達の遅滞で、有り群が有意に高かった。また、総合判定加算点があり群で有意に高い傾向が見られた。HASDとTSでは、S1からS4までの加算点が両者を診断的に良く区別した。生活制限の程度と知能の構造的障害の2つの尺度でもHASDはTSに対して特徴的なパターンを示した。本判定基準 α 3.2版がHASDの診断に有用性があり、また、HASDの症状と適応の困難を適切に評価していることが示唆された。**研究2：判定-再判定による信頼性の検討** おおよそ7ヶ月の期間後に再判定し、 α 3.2版の信頼性を検討した。対象は11名であり、HASD7名（うち女1名）、TS4名であった。HASDでは、昇進による不安定、福祉的対処の変更などにより、症状の悪化や軽快が見られ信頼性は若干低かったものの、概ね満足すべき信頼性が得られた。**全体のまとめ：** α 3.2版はHASDの診断に有用性があり、HASDの症状と不適応の特徴を評価しており、かつ信頼性もあり、判定基準として使用できうることを示唆された。

研究協力者：

永井洋子（静岡県立大学・教授）
金生由紀子（北里大学・助教授）
佐々木敏宏（社会福祉法人けやきの郷
ワークセンターけやき・施設長）
飯田順三（奈良県立医科大学看護短期
大学・教授）
鏡直子（銀杏の会御茶ノ水発達センタ
ー）
清水直治（東洋大学・教授）

今年度は、高機能自閉症圏障害に焦点を当て、自閉症判定基準 α 3.2版について、第1には症例を増やし、基礎年金の受給の有無を指標として福祉的処遇上の妥当性と診断的意義について検討した。第2に、判定-再判定の観点から信頼性を検討した。なお、高機能自閉症圏障害とはWAIS-Rにて言語性IQ、動作性IQのうちのいずれかのIQが70以上であることを条件とした。

研究1：処遇上の妥当性と診断的意義

A. 研究の目的

昨年度は、高機能自閉症圏障害（HASD）について、トゥレット症候群（TS）を比較群として、自閉症判定基準 α 3.1版による得点化の意義と福祉的処遇上の妥当性の検討をおこなった。HASDの診断がこの判定基準以外の方法によりなされたことを前提にすると、基礎年金の受給との関係を見るとこの判定基準の妥当性が示唆された。そこで、本年度は症例を増やして、自閉症

判定基準 α 3.2版について、基礎年金受給の有無を外的基準として、各々の尺度の得点化の意義と福祉的処遇上の妥当性を検討すると共に、TSとの関連で診断的意義を検討した。

B. 対象と方法

HASDは15名（うち女3名、年齢：30.1±7.5歳）、TSは16名（うち女3名、年齢：31.1±8.0歳）であり、年齢には有意差はなかった。はじめに、HASD15名について、基礎年金受給の有無を外的基準として、判定基準 α 3.2版の妥当性を検討した。次いで、HASDとTSとについて、診断的意義を検討した。

C. 結果

基礎年金の受給の有無では、症状重症度では自閉症特有の対人関係の障害得点で、生活制限尺度では職業得点と生活制限加算点で、知能の遅滞得点で、有り群が有意に高かった。中間判定加算点と総合判定加算点で有り群が有意な傾向が見られた。HASDとTSでは、S1からS4までの加算点が両者を診断的にはよく区別した。HASDではTSと比較して、生活制限尺度の生活制限加算点、知能の構造的障害尺度では、知能発達の遅滞得点では差はなかったが、知能の不均衡さや島状の高い能力や知能の構造的障害尺度の得点で有意に高い値を示しており、HASDでは特徴的な社会的不適応のパターンが認められた。また、両者は中間判定加算点、総合判定加算点でも差異が認められ、

HASDの方が全体的に見ても、より不適応が大きいと思われた。

D. 考察

本判定基準 α 3.2版がHASDの診断に有用であり、またHASDの症状と適応の困難を適切に評価していることが示唆された。

研究2：判定-再判定による信頼性の検討

A. 研究目的

福祉的判定基準は判定した時期により大きく変動しては好ましくない。そこでおよそ7ヶ月の期間後に再判定し、その信頼性を検討した。

B. 対象と方法

対象は11名であり、そのうちHASD7名(うち女1名)、TS4名であった。自閉症判定基準 α 3.2版を用い、同じ症例について同一人が再評価をした。

C. 結果

昇進による不安定、福祉的対処の変更などにより、症状の悪化や軽快が見られHASDでは、信頼性は若干低かったものの、概ね満足すべき信頼性が得られた。

【考察】

α 3.2版はHASDについて診断的にも有用性があり、HASDの症状と不適応の特徴を評価していることが示唆された。3尺度からの概括的評価よりは、3尺度の項目を加算することによって得た判定がより福祉的処遇に適していると思われた。

今後の方針は以下のように設定している。① β -版に変更して、自閉症部会のメンバーに対して成人の判定を依頼する。② 18歳未満のHASDについての判定基準の信頼性と妥当性の検討、③ 判定基準の明解さの一層の検討と判定方法の簡便化などを予

定している。また、下位尺度から得られたプロフィールや点数化のcutoff pointの設定などを検討することにより、どのようにしたら適切な援助・支援に活用できるかの検討が残されている。さらには、HASD以外の「高機能発達障害」にもこの判定基準の活用出来るかの適応範囲の検討も残されている。

F. 研究発表

1. 論文発表

太田昌孝：成人のチックの臨床. KINESIS 7; 13-15, 2002.

太田昌孝：障害児の医療と教育—その過去・現在・未来—, 総合リハビリテーション 30; 53-59, 2002.

太田昌孝：不登校の現状と課題. CLINICAL NEUROSCIENCE 20; 583-585, 2002.

安藤寿子、太田昌孝：通常学級における読み困難児の実態について. 学校教育学研究論集 6; 73-79, 2002.

2. 著書

太田昌孝：自閉症、多動性障害. 松下正明・広瀬徹也編、TEXT精神医学 第2版、pp.351-363, 2002.

太田昌孝：自閉症成人期老人期. 現代児童青年精神医学 (山崎晃資・牛島定信・栗田広・青木省三編)、永井書店、pp.127-136, 東京, 2002.

太田昌孝編著：発達障害児の心と行動. 放送大学教育振興会、2002.

太田昌孝：自閉症における認知障害と認知発達治療. 教育と医学の会編、現代人の心の支援シリーズ5、障害のある人を支える、pp.101-113, 2002.

有馬正高、太田昌孝編：発達障害医学の進歩 14、診断と治療社、2002.

平成14年度厚生科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

高機能広汎性発達障害の家族課題に関する研究

分担研究者 須田初枝 社会福祉法人 けやきの郷・理事長

研究要旨：高機能広汎性発達障害（HPDD）およびアスペルガー症候群（AS）のご本人やご家族が抱える問題点を調査し、高機能であるがゆえの生活の困難性への認識を高めるとともに、幼児期から成人期にわたり医療・教育・福祉・労働の各分野における適切な対応と支援の必要性を問うものである。今年度は、アンケート調査により回答が得られた101ケースについて、アンケートの自由回答を解析して問題点をより明確にした。とくに発達支援の重要な課題である「教育」に焦点をあてて検討を行うとともに、「生活上困っていること」にも焦点をあて、認知・言語・感情・固執・強迫性・ADL・対人関係・社会性・行動障害・その他に分類して、本人がもつ困難性の調査を行った。

また昨年度の調査においては、その対象をIQ75以上のHPDDおよびASとしたものの、回答の中にはIQ75以下の人たちも含まれていたため、今年度はIQについても限定し（高機能に属さないと思われる3例を除いた）調査票より該当者を抽出し考察を試みた。

研究協力者：

石丸晃子（社会福祉法人檜の里）
氏田照子（社団法人日本自閉症協会）
近藤弘子（社会福祉法人侑愛会）

A. 研究目的

初年度は、回収された101人のアンケート調査から、現在おかれている現状と、言語、行動、生活、感情などの幼児期から今日までの発達の状況を検討した。今年度は、幼児期から今日に至るまでの生活上の困ったこと、また現在困っていることをクローズアップさせて検討することにより、どのような時期にどのような支援をしてゆけばよいのか、そのために医療・療育・教育・福祉・労働のあり方と、療育の仕方がどのように関わっていけばよいのかを検討した。とくに知的発達に関係なくどのような困難な問題を抱えているか、高機能広汎性発達障害98例がもつ問題点についても検討した。

B. 研究方法

以下の項目により学校での問題点、生活上の問題点について集計を行うと共に、自由解答より問題を明らかにして考察を行った。

- ①IQと療育手帳
- ②地域別療育手帳所持者
- ③就労状況
- ④気づいた年齢と診断された年齢
- ⑤教育（先生・友人などの理解）
- ⑥教育（不登校）
- ⑦教育（いじめ）
- ⑧アンケート集計結果一覧（～19歳まで）
- ⑨アンケート集計結果一覧（20歳～）
- ⑩年代別生活上の困難性

C. 研究結果と考察

昨年度の調査項目で記載を求めなかったIQについて追加調査を行った結果、調査対象98人中（高機能に属さないと思われる3例を除く）42人から回答が得られ、IQの最高値は141、平均値は88.3であった。またIQ90以上は19人いた。これらの回収されたデータや自由回答から高機能広汎性発達障害やアスペルガー症候群の人たちが抱える生活上の問題点が明らかになった。

また学校における問題点については、先生・友人などの理解があると答えた群が54%と過半数を超えているが、その内容を自由記述の中から読み取ると必ずしも自閉症についての正しい理解が得られているわけではない現状が浮かび上がった。いじめられた経験を持つものが72%にも及んでおり、また不登校が41%もいた。

これらの結果から、高機能広汎性発達障害やアスペルガー症候群の人たちは自閉性障害によるご本人自身がもつ生活上の困難さの上に、その生活環境についても発達支援の重要な時期である学齢期においても保障されていないことがわかる。

今後の研究では、どのような学校のあり方や福祉的援助が必要とされているのか、社会的不利益を受けるのはどのような場合に多くみられるのかなどについても言及したい。

Ⅲ. 研究報告書

高機能広汎発達障害の行動理解と援助に関する研究

石井哲夫（白梅学園短期大学）

1. はじめに

今年度は、昨年度の研究に引き続き、長期にわたる療育経験をもつ3症例について、早期療育の方向性、施設の果たしてきた役割、教育体験の影響、本人の心理的健康な状態、という4項目で整理し、具体的な支援ポイントの検討を行い、①心理的健康性の評価、②社会的生活へのサポート、③人間関係網の理解と支援、という3点にまとめた。さらに、これとロールシャッハテストを用い、臨床心理学的に高機能広汎性発達障害（以下、HPDD）の心理的特性をとらえ照合を行った。

2. 昨年度の研究から

社会生活の問題性や就労のトラブルについては、三症例とも共通した問題があげられたが、そのトラブルが何からもたらされてきているのかについて、検討する必要があった。その一端として、家庭、学校における体験と現実への自律性（自我機能）の関係を検討した。その結果、三症例において、まず、早期（就学前）に示された自閉傾向においては、共通している事柄が多かったが、療育がすすみ、就学してから学校での生活状況の違いや親の教育観などによって、家族やクラスメートなどの周囲の人たちへの対応状況に違いがあらわれてくるようになった。その後、いずれも入所型の社会福祉施設で生活を送るようになり、その中で営まれてきた人間関係、生活状況、さらには就労の状況にも、個別的に特性がみられるようになってきた。

これによって、本人にとっての生活価値を明確にする福祉心理学的仮説が必要になってくる。そして、このことから、就労支援、生活援助の課題が整理されることと考えている。

福祉心理学的な検討を行うと、自閉症者はその生物学的な障害から示される不適切な言動とともに、周囲からの抑圧的な対応から発症する行動障害により、生活上の不適応が増幅していくが、一方で、その人なりの現実場面での行動力が増していくなど、心理的に健康な側面も育っていくことが認められた。それも、家族関係などによって、それぞれに適応行動機能の分岐がみられていることがわかった。例えば、Y.Yの外罰的な態度を外向的依存の出発とする考え方や、I.Mの内向が周辺の人に支えられた自分の問題性に関する自己表現であるとし、T.Mの物欲にこだわる反応が行動障害に繋がることなどが明らかとなった。すなわち、現実生活における自律性を生活福祉的観点から心理的健康性と考え、評価したい。

3. 心理的健康性の評価と援助

以上のような研究成果をふまえて、本年度においては、心理的健康性に着目して、まず、検討のプロセスを明確にし、そこから前出の三症例に関わる心理的健康性の状況把握に努めるとともに、その支援ポイントを明確にしていくことにした。

三者が、「外向型」「内向型」「発散型」とタイプが分かれたが、30年以上にわたる生活経験の中で、それぞれ獲得してきた健康な自我の主体的働き（心理的健康性）を三者なりに確認することができた。

この症例検討の主要な関心の一つは、特定の個人（状況）のもつ独自性に基づいたアプローチを行いつつ、その過程を理論化することにある。

このような目的をもって、三者のグループホーム入所から現在までの約5年間の生活における「心理的健康性」に着目して、まとめたものが〈表1-1〉から〈表1-3〉である。

〈表1-1〉 Y.Y（外向型）にみられる心理的健康性の評価

	評価	裏付けのエピソード
基本的 生活動作	・ほぼ自立。ただし確認が必要。	
職業スキル	・時々の確認による工程と道具等の使用可。	・複雑なキーボード操作を覚えることができる。
職業態度	・職場における人間関係の形成に努めている。 ・職場の規則やルールを守れる。 ・規定の時間の勤務ができる。 ・工程の変更等の対応ができる。 ・気分転換の方法を身につけている。	・無愛想であるが、挨拶はできる。 ・同僚の名前を覚え、上司にも手紙や年賀状を送っていた。 ・仕事量が多くなり、心理的な負担を感じると、深呼吸をしたり職場を見回るなどして、気分転換を図った。
コミュニケーション	・自分の気持ちや要求を言語で表現することができる。 ・自分の気持ちを文章化できる。 ・不特定の人と日常会話ができる。	・インターネットを利用し、多くの人とやりとりをもっている。
対人行動	・特定の人とは積極的に関わる。（特に母親との関係は良好）できる。 ・不特定の集団においてもある程度の協調行動をとることができる。 ・人への暴力的な言動はみられない。 ・興味のあることを通して、対人関係を広げることにはできる。	・母親など親しい人を思いやることができる。 ・愚痴をこぼせる人が何人かいる。 ・見学者の案内役をかってでたり、忘年会などを自ら企画して利用者や職員と積極的に交流しようとする。
その他	・趣味をもっている。	・山登り、読書、文章を書くことを好む。

〈表1-2〉 I.M（内向型）にみられる心理的健康性の評価

	評価	エピソード等
基本的生活動作 職業スキル	<ul style="list-style-type: none"> ・自立。 ・一回教わると、工程理解と道具の使用ができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・通販の女性下着を間違えることなくマニュアル通りに分別できる。
職業態度	<ul style="list-style-type: none"> ・職場の規則やルールをきちんと守る ・必要に応じて人に指示を求めることができる。 ・工程の変更等にスムーズに対応できる。 ・8時間の勤務ができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・無遅刻・無欠勤である。 ・挨拶ができる。 ・手が空くと、「何かありますか」と指示を仰ぐことができる。
コミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の気持ちや要求を言語で表現することができる。 ・社交的会話ができる。紋切り型であるが、不特定の人と会話ができる。 ・ある程度の文章表現が可能である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「良い天気ですね」などと話の始めに天気の話を持ち出す。
対人行動	<ul style="list-style-type: none"> ・特定の人とは積極的に関わりをもつ ・不特定の集団でもある程度の協調行動をとることができる。 ・人に対する暴力的な言動はみられない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・なじんだ人に対しては自分の気持ちを素直に伝えたり、冗談を言って相手とやりとりを楽しむことができる。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・趣味をもっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ピアノを弾く、歌を歌う、音楽を鑑賞することが好き。ショッピングを楽しむことができる。

〈表1-3〉 T.M（発散型）にみられる心理的健康性の評価

	評価	エピソード等
基本的生活動作	<ul style="list-style-type: none"> ・ほぼ自立。確認が必要。 	
職業スキル	<ul style="list-style-type: none"> ・時々確認で工程理解と道具等の使用が可。 	<ul style="list-style-type: none"> ・魚の鱗はがしなどを覚え、きちんとやろうとする。
職業態度	<ul style="list-style-type: none"> ・挨拶できる ・時々確認で職場の規則やルールを守ることができる。 ・8時間の勤務ができる。 ・工程等の変更などにスムーズに対応することができる。 ・労働意欲が高い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・無遅刻、無欠勤である。 ・他の人に負けたくないという意識が強く、仕事をしたいという気持ちが人一倍強い。

コミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の気持ちや要求を言語表現できる。 ・一方的な内容になりやすいが、一応の会話は成立する。 	
対人行動	<ul style="list-style-type: none"> ・特定の人とは積極的に関わりをもつ ・不特定の集団でもある程度の協調行動はとれる。 ・人への暴力的な言動はみられない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・なじんだ職員に対して愚痴をこぼすことができる。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・自分を守るために現実的に行動できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・グループホームの自室に鍵を設置するために、自ら業者を呼ぶ。 ・自分のものを人に使われないように管理を徹底している。

〈表1-1〉から〈表1-3〉にみられるように、三者について親子関係、生育環境、現実対応、自己表現型の違いがあるにせよ、それぞれに心理的健康性を保っていることに注目したい。

彼らは、容易に生じやすい不安や社会的トラブルに遭遇しながらも、自己を保ち、何よりも「人との関係」を求めていることに気づく。また、自らの力で状況を打開しようとする行為もみられる。例えば、月に一度この3人が、グループホームの利用者のみでミーティングを行い、共同生活に必要なこと（ゴミ出しなどの役割分担）の話合いをしたり、利用者同士で連絡ノートをまわして、情報やそれぞれの思いや意見を伝え合っていた。これらのことは誰からも指示されず、自分たちが自ら行っているものであり、以前の彼らを知る関係者にとっては大きな驚きであった。

これらの事実から、彼らの心理的健康性に着目した援助発想として、昨年度の研究においてもふれたように、理解的・好意的な人間関係によって、彼らが現実的な行動様式を獲得していく力が引き出されていくこと、つまり、彼らの主体性、自我の主体的働き（心理的健康性）を援助していくことが重要であることをあらためて確認したのである。

4. 生活困難性の理解と支援

1) 生活困難性の理解

HPDD人たちの多くは、言語の使用など知的能力面においては、一見その困難性を感じさせないような印象を受けることが多い。知的に低く言葉が上手く使えない自閉症者に比べて、その障害特徴が明確に現れないことから、社会適応の困難性が生じているのである。言い方をかえれば、表面的な本人の生活態度やその状態像によって、周囲の人たちには「何でもわかって、できる人」というイメージを与えてしまいがちであり、障害特性からくる本人の内的・心理的な状態の不安定さ（不安や緊張、自信のなさなど）に的確な対応がなされな

いまま長期間、放置されることになりやすい。

学校教育においても、HPDDの人たちの多くが普通学級で教育を受けてきているが、彼らの行動特性から集団状況になじめず、結果的にクラスの中で孤立した存在となり、友だちからのいじめやからかいの対象となってしまうことが多い。入学後しばらくの間は、普通児の中で何とか暮らすことができたとしても、義務教育を終了し、少しずつ現実の社会と触れる機会が増えてくると、社会生活の困難性が目立ってくる。

HPDDの人は、社会に対してある種の認知力が働くだけに、かえって自分に対して待遇のよくなかった社会に対しての反発は強く、それが仮に親兄弟であったとしても同様に、自分の存在を脅かし、自分の思考を阻むものに対する抵抗や嫌悪感は次第に強まり、ますます孤立化していくことになる。

それゆえに、HPDDの人たちに対しても、安定した肯定的な人間関係によって対人的な認知や感情を育てることを考えなければならない。それには、好意的な理解と親身な対応が基本的に必要になってくるのである。

3) 生活適応に向けた支援の考え方

HPDDの人がこの社会の中で安心し、充実感をもって生きていくことを考えた場合、その支援の方向として、厳しい生活経験からくる心的外傷を癒し、彼らの自発的な志向を引き出し、生活適応力を確実に育てていくことが必要であろう。この三症例については、それぞれが家庭環境に恵まれ、一貫した療育経験を有していることが、本人たちの現実生活場面での行動力の源となっていると考えられる。

新たな研究の視点として、社会の中での生活というものが、彼ら自身の意識の中でどのような意味をもつのかを問い直す必要があるだろう。彼らに対する支援を考える際に、従来の教育・訓練という発想にとらわれることなく、彼らが置かれている状況を彼らの立場に立って理解することから発し、新たな療育的視点や価値観に基づいた取り組みを関係者間で根本的に検討していくことが求められる。また、彼らに対して認知・言語能力へのアプローチのみでは、社会適応に十分寄与することができないという明らかな事実をふまえ、まず、彼らの生活全体を素直にとらえ、生活の適応状況を尊重しながら、その支援の内容を吟味し直すことが求められよう。具体的には、社会の中で暮らしていく上で必要なこととして、行動上のスキルや表面的な対人態度の学習だけでなく、本人の心理機能としてどのような内容が求められるのかについて、明確にしていく必要がある。これについて、我々はこれまでの実践において、感情領域に関わる自我機能の脆弱さに注目し、支援のポイントの一つとして、この補強への取り組みを行っている。しかし、この自我機能の脆弱さを、彼ら自身は自己中心的認知と論理によって補い、自分自身の混乱を防ぎ、外圧をかわしてきていることもある。この点もふまえた支援内容の明確化を行いたいと考えている。

3. 人間関係網の理解と支援

今回の三症例において、特筆すべきことは、社会で生きるための基盤（心理的健康性）を支えている環境条件は何かという発想で、その生育歴を検討し、彼らを取りまく職場での人間関係や家族関係などに密着したかたちで考えてきた末に辿り着いた「人間関係網の形成」という事実がある。具体的には、周囲の人々が、彼らの社会参加をどのように支援する力（機能）をもっているのか、あるいは、どのような支援によって彼ら自身の生活観が改善されていくものかといったことについて、検討する必要があると思われる。

例えば、Y.Y.においては、交友関係も広く、必要に応じて人に依存することができるなど、人との関わりの内容がより豊かになってきていることが明らかに認められる。また、I.M.にしてもT.M.にしても人との関係のもちかたは、Y.Y.ほどで広くはないが、やはり必要に応じて、周囲の人と何らかの関係をもち、自分の生活を整え、前向きな姿勢を保ち続けるという事実は認められるのである。以下に、〈表2〉にその状況を紹介する。

〈表2〉人間関係網の形成と支援ポイント

	Y.Y	I.M	T.M
心理的健康性の基盤	<ul style="list-style-type: none"> ・否定されきた経験と受け入れられた経験 ・自己中心的・独自のな人への評価 ・対人感情と独特な接触 	<ul style="list-style-type: none"> ・社会的認知の教育体験 ・ノーマルパターンの学習と獲得 ・人に相談できる ・趣味を得ている 	<ul style="list-style-type: none"> ・表面的対応と無視することの学習 ・人を頼らない生活 ・一方的対人接近 ・自己流解決法の問題
施設の果たしてきた役割	<ul style="list-style-type: none"> ①関係(環境)調整 <ul style="list-style-type: none"> ・外傷体験の癒し ・安心した生活 ②療育援助 <ul style="list-style-type: none"> ・得意なことを伸ばす ・選択的作業 ・援助者との話し合い ・サイコドラマ ・社会との接点を広げる 	<ul style="list-style-type: none"> ①関係(環境)調整 <ul style="list-style-type: none"> ・家庭にかわる生活拠点の構築 ・安心した生活 ②療育援助 <ul style="list-style-type: none"> ・選択的作業 ・援助者との話し合い ・サイコドラマ ・社会との接点を広げる 	<ul style="list-style-type: none"> ①関係(環境)調整 <ul style="list-style-type: none"> ・安心した生活 ②療育援助 <ul style="list-style-type: none"> ・選択的作業 ・援助者との話し合い ・サイコドラマ ・就労先の開拓
支援ポイント	<ul style="list-style-type: none"> ①心理的健康性の評価 <ul style="list-style-type: none"> ・長所を認める ・自信をつける ・文章表現による昇華 ②社会的な生活へのサポート <ul style="list-style-type: none"> ・対立しないかわり ・生活やしごとのしかたを調整する ③人間関係網の理解と支援 	<ul style="list-style-type: none"> ①心理的健康性の評価 <ul style="list-style-type: none"> ・長所を認める ・自信をつける ・内的感覚の保障 ②社会的な生活へのサポート <ul style="list-style-type: none"> ・対立しないかわり ・生活やしごとのしかたを調整する ③人間関係網の理解と支援 	<ul style="list-style-type: none"> ①心理的健康性の評価 <ul style="list-style-type: none"> ・長所を認める ・自信をつける ・ストレスの健康的発散 ②社会的な生活へのサポート <ul style="list-style-type: none"> ・対立しないかわり ・生活やしごとのしかたを調整する ③人間関係網の理解と支援

以上、家庭や地域および社会福祉施設との関係で、長年つくりあげてきた人間関係網は、彼らの選択の結果である。具体的には、社会適応の過大な要請に直面したとき、彼らは否応なしに自発的に対処せざるを得なくなる。このことは容易なことではない。この自発性を発揮させるには、彼らにとって適切な援助者を得ることが必要である。生活適応の支援には、まず、本人の自発的自我の働きを認めることであり、その上で漸次、本人の注意を喚起しながら、社会的刺激をすることである。彼らには今まで、その条件に叶う者が自閉症本人から選ばれ、自我を補助する人間関係網がつくられていったことがわかってきた。援助者は、この人たちの周辺において、直接的に保護・調整が可能な者に限られていた。いま新たにそこにジョブコーチとして介入することは、HPDDの場合きわめて困難であるといえよう。しかしながら、本人の過剰な挫折感や反抗的反応に対して関わっていくことができる人（援助者）の存在こそ重要であり、これが人間関係網の形成の始まりとなる。この場合、援助者としての条件は、よい聴き役であり、気づきのための解説者であり、時には安心できる社会の側の論理の伝達者でもある。

4. まとめ

臨床心理学的にとらえられている自閉症の心理的特性について、他の類似の障害との差異がロールシャッハテストによって明示されてきたが、それを受けて、高機能広汎性発達障害の人たちが現実には直面している社会生活上の特異な言動をあげて問題視するのではなく、基本的に地域社会で自分と共に生きていく一人の人間として理解し、その生き方に必要な支援をしていくことが求められてくる。この三症例のそれぞれの現実生活の内容を通してとりあげられた心理的健康性や社会的な生活適応から、今後の支援のあり方を考える場合、社会福祉施設の果たす役割についても、社会的圧力からの一時的な避難所というものととどまらず、積極的に自我補助を行なうべきものという、をその基本原則をとらえ直し、今後も具体的な提案を行っていきたい。

高機能広汎性発達障害のロールシャッハ反応の 発達臨床心理学的分析 —図版の刺激特性への反応の分析—

辻井正次¹⁾、内田裕之²⁾、原 幸一³⁾

- 1) 中京大学社会学部、2) 岐阜聖徳学園大学学生相談室、
3) 愛知県西三河児童・障害者相談センター

1. はじめに

ロールシャッハ・テスト（以下、ロ・テスト）は、人格検査の一つで、特に投影法と位置づけられている代表的なものである。検査の課題として、被検者は、曖昧なインクのシミが描かれた図版（プロットと呼ぶこともある）を見て、「それが何に見えるか」を答えることが求められる。その際、何か正解があるのではなく、その図版という材料をどのように用いたか、という点から被検者の人格構造について解釈を行う。

これまで、精神医学、臨床心理学の領域で、診断の補助資料として用いられてきており、様々な精神疾患群を対象にした知見が集められてきている。特に記号化（スコアリング）という手順により、結果の記述統計が示しやすく、その資料に基づいて解釈を行うことができるので、有用性が高いといえる。

本研究では、高機能広汎性発達障害（以下、HPDD）を対象に、ロ・テストを用いてHPDD群の特徴を拾い出し、診断の補助資料を提示することが目的である。精神科臨床で用いる代表的な心理検査であることから、HPDDが精神科を受診した際に、ロ・テストを受ける可能性は高い。

その際、どうしても統合失調症に関して集積されてきたロ・テスト知見に頼るため、統合失調症群に該当する問題点の記述となりやすい。例えば、現実検討能力ないし現実吟味に問題がある、思考障害がある、などの所見になりやすい。これは、統合失調症を鑑別する指標を用いて、それに該当したから統合失調症であるというテストデータの読み誤りをにつなげる恐れがある。例えば、辻井・内田（1999）で取り上げた修正BRSの数値だけを見れば、HPDD群と統合失調症群とは弁別できないように見えてしまう。

特にExner法では、既存のサインや新しい指標を設けたりすることで、ある特定の群を高い確率で識別できるようなインデックスをいくつか作成している。しかしながら、本研究では、統計に基づくサインアプローチの可能性は考慮しつつも、ロ・テストのどの体系であっても用いることができる資料として、まずロ・テスト上のHPDD群の特徴を拾い上げるために、検査者としてHPDD群を対象にロ・テストを実施した時の感触を、プロトコル上の現れと対応させ、記述することを、まず第一の作業とした。

こうした検査時の反応のニュアンスを検討する場合、サインアプローチとは別

に、反応産出機制に着目することが有用となる。それは、インクプロットをどのように情報処理するのかを考慮に入れることとなる。

一般的に、口・テストを実施していて、時に施行やスコアリングが困難に感じられることがあるが、そのことについて、辻・福永（1999）は、以下の4点のいずれかが成立していない可能性が高く、どこに問題が生じているかを見出すことがそのまま解釈に役立つ、と述べている。

- ①他の反応と分離して、ひとつの独立した反応になっている。
- ②認知像の図版での位置は確定している。部位がぐらついたり移動したりしてはいけない。
- ③継時的に表現されることはなく、まとまりがあって、時間的に連続して表現される。
- ④反応として決定され表現された時点で、認知像は全貌的にとらえられている。部分が表現される場合は、その認知像の成立にとって重要な部分が挙げられている。認知像の全体とその全体に含まれる部分との関係も確定している。

すなわち、通常、反応が産出されるということは、反応として確定されており、変動しないことが前提となる。統合失調症群の場合では、検査課題への拒絶、外界への拒絶の反映として、反応拒否が多く見られる。このため、上記4点をそもそも捨うことができない場合もあるが、反応が産出された場合、反応が確定されず変動してしまうことがしばしばある。これは、個体化の問題と関連して、曖昧な口・テスト図版を前にして、自分から反応するという主体性を発揮することが要求される場面であることから、困惑や混乱が生じやすく、このことが口・テスト上で統合失調症の病理性の反映であると考えられている。

一方、HPDD群では、反応拒否は少なく、積極的な課題への関与が見られることで統合失調症群とは印象が異なる。また、統合失調症のように反応は変動せず、むしろ、一方的に言い放つように断定的な印象を受ける。そのくせ、質疑段階では、場所付けが明確でないことがしばしば見られる。一般的には、反応成立の根拠が自分の中で明確でない場合は、自信のなさや反応の不安定さがうかがえることにつながりやすい。しかしながら、HPDD群に共通して見られる特徴としては、根拠が弱くても断定的な言い方で、こちらが質疑段階で、問いかけていっても、一方的に伝えるのみで、かみ合わなくなることが挙げられる。このことから、実施時の質疑段階で、検査者が誘導的な質問をつい挟みたくなったり、Wだと思って質問すればWとなり、drだと思って質問すればdrとなっていくという流れになることもある。

こうした特徴は、上記の辻・福永（1999）の記述で言えば、④に問題があることが示唆される。すなわち、一部分の印象だけで、ある概念を思いつくが、プロットの特性からすると、あくまで一部分の一致に過ぎず、十分に比較検討や吟味をすれば、反応産出にはならないはずの反応が与えられてしまう。この点は、一部、辻井・内田（1999）、内田・辻井（2003）で指摘した点である。

このように、反応のニュアンスを検討することによって、HPDD群のロールシ

ヤッハ反応の特徴を描き出すという方向性から、本研究は進められている。

2. 問題と目的

これまでの研究の成果として、辻井・内田（1999）は、HPDD群のロ・テストの量的分析に基づく各種指標からその特徴を拾い上げるために、以下のような検討を行った。HPDD群を知能指数により3群に分けて、知的要因の影響を調べた。次に、年齢別に分けて検討も行った。また、健常群データと比較検討した。

その結果、知能指数及び年齢差については、統計的に有意差は見られなかった。健常群との比較では、HPDD群の方が反応数が少ないこと、形態反応が多くて、運動反応や色彩反応が少ないこと、形態水準が著しく低いこと、動物反応が多く反応内容の幅が狭いこと、などが挙げられた。

さらに詳細にデータを検討すると、全体で反応するか部分で反応するか、という領域選択（把握型）については、全体反応が優位であり、上述のように形態水準が低いという特徴が見られた。また、内田・辻井（2003）でI図版での反応を取り上げた中では、全体反応といっても、プロットの一部の特徴だけから決定された反応（D→W）が20%以上も見られることがわかった。これらの特徴は、Meili-Dworetzki（1956）やFox（1956）、辻（1997）によれば、把握型の発達の未熟さを反映していると考えられる。

また、諸家の見解と同様に、辻井・内田（1999）の資料でも、決定因として色彩を用いた反応、すなわち色彩反応は少なかったが、詳細にプロトコルを検討すると、図版の属性として存在する色彩に対しては影響されていることがわかる。すなわち、反応の決め手として、色彩を反応に盛り込むことはできないが、以下のような色彩の影響がうかがえた。詳述すると、上記のように全体反応優位の把握型を示しながらも、図版の地の色の違い（例えば、II図、III図では、赤と黒）のために、一つの反応としてうまく織り込めなくなってしまい、形態水準が低下しやすいことがうかがえた。そこで、本報告では、図版の特性の一つである色の違いに対して、HPDD群がどのように対処するのかを詳細に検討することにする。

すなわち、決定因として色彩反応の個数を資料とした量的な分析ではなく、決定因以外の資料に反映される色彩刺激に対する反応性を検討する。具体的には、反応数、反応時間、場所付け、形態水準などを資料として用いる。

「反応数」は、文字通り、本検査課題に対する生産量であり、積極的に課題に取り組んだかどうかで増減すること、気分の変動により増減することが知られている。また、色彩の有無によって、図版刺激の複雑さに違いが生じてくるため、複雑な刺激を前にして、生産量が増減する様態をとらえることが、課題解決の傍証となる。

反応時間の中でも、図版を提示されてから最初の反応を述べるまでの時間を計測する「初発反応時間」は、先の反応数とともに、古典的に「カラーショック」の指標として用いられてきている。カラーショックと呼ばれる事態は、色彩に目を奪われて、プロットの意味づけができなくなる、という最も重篤なものから、

軽度のものとして、反応時間の変化や反応数の増減として現れてくる。すなわち、色に目がつられすぎて即座に口をついて反応してしまうために、初発反応時間が早くなる被検者もあれば、逆に、色に目を奪われてその衝撃のために、初発反応時間が遅れる場合もある。

また、反応数についていえば、色に目を奪われた結果、反応性が賦活されて、反応数が増えてしまう場合もあれば、逆に、ひるんだりすくんだりしてしまい、反応数が減る方向になる被検者もある。統合失調症群では、色彩刺激の影響から、初発反応時間が極端に遅れたり、結局反応ができなくなったり、刺激を受けたことで即座に図版を突き返すなどが見られることは経験的に知られている。このように、反応数の増減や初発反応時間の変動を検討することから、色彩刺激の影響を調べることができると考えられている。

「形態水準」は、反応の質の検討で、与えられたプロットと思いついた概念との一致度の指標として用いられてきている。そこで、客観的に外的現実として存在しているプロットと被検者の内界の出来事として着想・概念が生じることとの折衝となるため、現実検討能力や現実吟味という考え方となじみやすい。

ロ・テスト技法の諸体系間で相違はあるものの、おおむね共通して、プロットと概念の一致度が高ければ、形態水準はプラスと評定し、一致度が低ければマイナスと評定する。特に、Klopper法では、形態水準プラスを1.0点以上の5.0点以下の点数で表記し、マイナスの評定も-0.5点から-2.0点のレベル分けをして、問題のある反応の解釈を行うことになっている。また、そもそも曖昧で何とでも意味付けられるプロットに対して、「雲」「煙」などの形態が不確定な概念を反応として産出する場合がある。この場合は、プロットと概念との一致度を検討することに意味がないので、Klopper法では、プラスやマイナスの評定とは分けて、0.0点と0.5点に評定する（ここでは、これ以上、Klopper法のテスト学的な記述は省略する）。

以上紹介したような解釈的な意義をふまえた上で、これらのロ・テスト測度を用いて、HPDD群の色彩刺激に対する反応性を記述することにする。

3. 方法

対象は、名古屋大学医学部精神科外来、名古屋市立大学医学部小児科及びこれらの関連病院で、児童精神科医によってHPDDと診断され、臨床心理士も確認に当たった事例30名。

診断については、ICD-10の広汎性発達障害の診断基準を満たし、個別式の知能検査でIQ70以上の者で、性別は、男子25名、女子5名、年齢は13～32歳（平均19.5歳、SD4.38）であった。IQについては、過去2年以内にWISC-Rまたは田中ビネー式の知能検査で、71～136であった（平均98.4、SD19.51）。

ロ・テストの実施は、Klopper（1954）に準拠して個別に実施した。正規のスコアリングと量的分析に加えて、検討項目としては、無色彩図版群（Ⅰ図、Ⅳ図、Ⅴ図、Ⅵ図、Ⅶ図の5枚）と、赤黒色図版（Ⅱ図、Ⅲ図の2枚）と、多彩色図版（Ⅷ図、Ⅸ図、Ⅹ図の3枚）の3図版群それぞれについて、反応数、初発反応時間、

W%、形態水準の記述統計を求めた。

4. 結果

1) HPDD群と比較群のロ・テスト変数の出現率の比較

ロ・テストに関する研究では、一般的に、図版の特性ごとに分けることはなく、図版10枚での資料となる。参考として、今回用いたロ・テスト変数及び関連する変数について、高橋・北村（1981）による健常成人、犯罪者、神経症、統合失調症、各群200名の資料と、HPDD群30名の図版10枚全体での資料を表1に示す。なお、高橋ら（1981）の資料は、各変数の四分領域から逸脱した数値に関して、上記4群の出現率を挙げている。これを対して、HPDD群30名での出現人数とパーセンテージを示した。

(1) 初発反応時間

初発反応時間（RIT）については、無彩色図版（I・IV・V・VI・VII図の5枚）で平均7秒以下と早く反応した者は、高橋ら（1981）の資料では、統合失調症（7.5%）、犯罪者（8.0%）、神経症（11.5%）、健常成人（17.5%）という順であるが、これと比較すると、HPDD群は20%と、無彩色図版での初発反応時間が短い者が多いことがわかる。

表1 HPDD群と比較群のロ・テスト変数の出現率

	高橋ら（1981）の出現率				HPDD群（n=30）	
	健常群	犯罪者	神経症	精神病	該当人数	出現率
RIT(Ach.) ≤ 7	17.5	8.0	11.5	7.5	6	20
RIT(Ach.) ≥ 19	28.0	46.5	44.0	31.7	7	23.3
RIT(Ch.) ≤ 8	18.5	10.0	16.0	10.0	6	20
RIT(Ch.) ≥ 24	29.0	42.0	42.0	29.2	6	20
W% ≥ 67	26.5	42.0	31.5	27.5	21	70
FC=0	欠	欠	欠	欠	16	53.3
FC ≥ 4	13.5	2.5	5.0	1.7	1	3.3
CF=0	17.0	17.5	19.5	15.0	19	63.3
VIII IX X % ≤ 29	23.0	31.0	31.5	32.5	19	63.3
R+ % ≤ 82	23.0	57.0	54.5	91.7	29	96.7

逆に、無彩色図版で平均19秒以上と遅く反応した者は、高橋ら（1981）の資料では、健常成人（28.0%）、統合失調症（31.7%）、神経症（44.0%）、犯罪者（46.5%）という順であるが、これと比較すると、HPDD群は23.3%で、無彩色図版での初発反応時間が長い者が少ないことがわかる。このように、無彩色図版での初発反応時間については、HPDD群は初発反応時間が早いことがわかる。

一方、有彩色図版（Ⅱ・Ⅲ・Ⅷ・Ⅸ・Ⅹ図の5枚）で平均8秒以上と早く反応した者は、犯罪者・統合失調症（ともに10.0%）、神経症（16.0%）、健常成人（18.5%）という順であるが、これと比較すると、HPDD群は20%で、ここでも初発反応時間が短い者が比較群よりも多い。

逆に、有彩色図版で平均24秒以上と遅く反応した者は、健常成人（29.0%）、統合失調症（29.2%）、犯罪者・神経症（ともに42.0%）という順であるが、HPDD群は20%で、初発反応時間が長い者が比較群よりも少ない。以上、初発反応時間については、無彩色図版であれ、有彩色図版であれ、HPDD群は初発反応時間が早いことがわかった。

(2) 全体反応 (W%)

W反応の多さは、辻井・内田（1999）でも取り上げたが、高橋ら（1981）の資料と比較すると、W%が67%以上となるのは、健常成人（26.5%）、統合失調症（27.5%）、神経症（31.5%）、犯罪者（42.0%）という順であるが、これと比較すると、HPDD群は70%と極端に高い値を示している。この点で、統合失調症群とは大きく異なっている。

(3) 色彩反応

まず、一次形態の形態色彩反応（FC）については、高橋ら（1981）の資料では、FCを4個以上与える、すなわちFCが多すぎる者について検討がなされているが、FCを4個以上与えたHPDD群は1名だけであった（3.3%）。この点については、辻井・内田（1999）でも示したように、HPDD群ではFCは少ない。具体的には、FCを全く与えなかった者が30名中16名（53.3%）で、30名でのFCの平均が0.97個（SD1.77）という値であった。

しかしながら、高橋ら（1981）では、FCを与えなかった者の出現率は検討されていない。このため、パーセントイルに基づく出現率の検討は行わず、高橋・北村（1981）の別の資料から、比較群4群（各群200名）のFCの平均とSDを示す。健常成人で平均1.6（SD1.5）、犯罪者で平均0.6（SD1.1）、神経症で平均0.9（SD1.3）、統合失調症で平均0.8（SD1.8）という資料に対して、HPDD群では0.97（SD1.77）と、健常成人以外の臨床群データとほぼ同じ値を示していることがわかる。

次に、二次形態の色彩形態反応（CF）については、CFを全く与えない者の出現率が示されているので、これに即して比較すると、統合失調症が最も低く（15.0%）、次いで健常成人（17.0%）、犯罪者（17.5%）、神経症（19.5%）という順であったが、HPDDでは63.3%と極端にCFを与えない者が多い。

(4) 全色彩図版での反応 (Ⅷ・Ⅸ・Ⅹ%)

全反応のうち、多彩色図版で与えられた反応数の百分率は、色彩刺激によって反応性が賦活されたかどうかの指標であるが、高橋ら（1981）の資料では、Ⅷ・

IX・X%が29%以下と不活発で、むしろ全色彩図版を前にしてすくんだ状態になる者が、健常成人（23.0%）、犯罪者（31.0%）、神経症（31.5%）、統合失調症（32.5%）という結果があるが、これと比較すると、HPDD群では63.3%と極端に多い。

(5) 形態水準 (R+%)

ここでは、形態水準の指標として、全反応中の良質形態水準の反応の百分率を用いている。この値が高いことは、個々の反応の産出においてプロットと概念の一致度が高くなるように吟味がなされていることを示す。高橋ら（1981）の資料では、R+%が82%以下と、形態水準が相対的に低く、プロットと概念の一致や適合への配慮が低下している者が、現実適応が良好と考えられる健常成人では、23.0%と最も低くなっている一方で、何らかの臨床的な問題を持つ群では、神経症（54.5%）と犯罪者（57.0%）とがほぼ同じレベルにあり、統合失調症では、91.7%と極端に出現率が上がり、さらにHPDD群では96.7%という高い値を示している。

2) 図版の特性としての色彩がHPDD群の反応に及ぼす影響

次に、図版の特性ごとに分けた3つの図版群ごとのHPDD群のロ・テスト変数の平均とSDを検討する。結果は表2に示した。

なお、辻井・内田（1999）で検討したように、知的水準の影響について統計的に優位な差が見られなかったことから、ここではIQ別の検討は行っていない。また、後述するように、決定因FCにみられるような「形態と色彩の複合（辻、1997）」のような高次の情報処理ではなく、図版の持つ属性としての色彩に対する応答性、つられやすさを検討している。図版上に存在している色彩の知覚（認知ではない）については、色覚異常がない限り問題視されないと考えられるので、知的な要因の関与は考慮していない。

表2 HPD群での、図版の特性ごとのRor変数の平均 (SD)

	無彩色図版	Ⅱ・Ⅲ図版	ⅧⅨⅩ図版
反応数	11.70 (8.35)	3.97 (2.47)	6.13 (4.20)
初発反応時間	22.89 (24.47)	17.18 (19.77)	28.43 (32.48)
W%	45.33 (11.38)	9.65 (7.59)	16.59 (10.23)
FL (+) %	22.81 (13.91)	8.21 (7.38)	6.73 (6.68)
FL (0.5&0.0) %	0.33 (1.11)	0.99 (3.09)	3.27 (6.15)
FL (-) %	29.85 (14.07)	9.42 (8.03)	17.59 (11.72)