

# 精神分裂病患者に対する

## クロルプロマジンの効果

—— 心理学的検査所見を中心として ——

鈴木	鈴木
田中	田中
多田	多田
松本	松本
清子	清子
達也	富士夫

本研究は臨床精神薬理研究会において、企画された各種向精神剤の効果に関する総合的研究のグループの一つである金大島蘭教授指導の研究班から依頼を受けて調査に協力し、担当した心理学的検査所見を中心にとめたものである。

### 目 的

最近、精神医学の領域では精神病の薬物療法は急速に発展し、その治療効果についても、多くの臨床的研究が発表されているが、その薬物そのものの客観的效果を見きわめるには、効果の評価や測定の方法が非常に重要な鍵になるが、今までの研究ではその点で必ずしも明確とはいえない。

一般に精神状態に作用する薬物の効果を評価する場合は、患者の選択、用量、継続期間等の要因がどの程度実験計画においてよく統制されているかどうかによって著しく影響をうけるが、そのほかに治療経過、判定の方法如何によつて左右され、殊に医師の印象による主観的評価は個人差もあつて、薬物効果の評価をあいまいにするものである。

実験計画において二重盲検法を採用するとか可能な限りの変動要因を統制するとか、症状や行動の評定尺度を工夫するのは、いづれも薬物投与実験に伴う附随的影響を極力排し、また出来るだけ客観的に薬物の効果を決定づけるための試みであり、この種の研究において精神的状態の改善効果の客観的測定のために心理学的検査や実験を利用する意義もそこにあると思う。

われわれは本研究において、精神分裂病患者にクロルプロマジンを投与した場合の薬物の一般的効果を心理学的検査により評価すると共に、病院側の症状並に行動評定とに関係づけて検査による測定の臨床的判定に対する意義を検討し、更に改善度効果を測定するのに好適な指標について吟味しようと思う。

## 従 来 の 研 究

クロルプロマジンの精神的活動に対する効果についての心理学的研究は、一方ではハトやラットなどの動物を使用して行なわれた識別実験、条件回避反応、実験神経症、条件情動反応などの実験的研究と、他方ヒトについては主として精神的疾患者に対する治療過程における薬物効果の研究がある。<sup>35)</sup>

ここでは、われわれの主題に直接関係のある研究——すなわち対象は精神分裂病患者で、薬物はクロルプロマジンを用い、且、心理学的検査や実験によつて効果の測定あるいは評価をした研究——を中心にして従来の研究を概観して見よう。

尚クロルプロマジンの治療効果に関する臨床医学的研究は非常に沢山あり、その中には心理学的検査を用いたも

の、あるいは心理学的考察に有用なものもあるが、今回はその方面の文献については調べる事が出来なかつたのでその方の業績については、ウィクラの解説<sup>(35)</sup>によって知る程度にとどめた。

概観するに當つて、便宜上検査或は実験の種類によつて知的行動、知覚と認知、知覚運動的行動、人格或は適応性という区分をして述べることにし、また以下に説明する文献では特にことわらない限り、被験者はすべて精神分裂病患者を扱つたものであり、投与薬物もすべてクロルプロマジンであり、他の薬物と比較した実験の場合もクロルプロマジン（以下CPとする）の結果だけを主として説明する。

まず、知的行動に關係したものについて見ると、Porteus (1957a)<sup>(20)</sup>は知能テストの一種である彼の迷路テストをCP投与前後に施行し、偽薬群と比較した結果、実薬群では社会的關係の改善は見られるが、臨床評価による迷路テストの成績は低下するといひ、更に Porteus and Barclay (1957b)<sup>(22)</sup>の追加研究では、練習効果の影響を取除くようテストシリーズを改訂して行なつたが同様の結果を得て、CPの効果として、積極性、計画性、予見の損失をあげてこれがロボトミーの効果と似ている点を指摘し、CPの薬理的ロボトミー効果を実証したと言つてゐる。しかし、Judson and MacCasland (1960)<sup>(23)</sup>は他のテストと共に、「ポーチウス迷路」を用いて実験したが、偽薬群との有意差は認められなかつたといつてゐる。

彼等はそのほかにウェクスラー・テストも実施したが、これも有意差は認められなかつた。

Pearl (1962)<sup>(23)</sup>も知能 (WAIS) 及記憶検査によつて薬物効果を見たが何らの変化も見なかつた。

しかし、Gilgash (1961)<sup>(26)</sup>は年令、性、知能指数、入院時診断について対応する群を設け W-B Scale Form I (投薬前)・Form II (投薬後)を実施した結果、実薬群では知能の改善が見られ、言語、動作兩下位テスト共に、偽薬群との差は有意であつたと報告してゐる。

学習実験に関しては、Whitehead and Thune (1958)<sup>(34)</sup>が系列言語学習を、その他のテストと共に実施してゐる

が、この種の学習ではCPの効果は見られなかった。

Daston (1959)<sup>(1)</sup> は一対連合学習並に直接記憶について、三ヶ月のCP投与期間に四回テストして、両テストいずれについても、改善効果が見られ、偽善群と比べ有意の差があったという。

しかし、Vestre (1961)<sup>(2)</sup> の実験では反対にCPは言語連合学習の保持が悪くなるという結果を示している。

次に知覚あるいは認知に関する実験報告では、Efron (1959)<sup>(3)</sup> は瞬間露出器を用い認知閾を投薬前と一〇—一二週後を比較したが、偽善群との有意差は認められていない。Pearl (1962)<sup>(4)</sup> は知覚テストとして知覚範囲テストと周辺視の正確度について検査し、周辺視では変化は見られなかったが、知覚範囲では、実薬群は低下し、偽善群と有意差を認めている。

Saucer (1959)<sup>(5)</sup> は仮現運動の閾値の測定をして、投薬群は閾値は高くなり、その知覚過程は正常化の方向への改善であることを示している。

次に知覚運動的機能では、Daston (1958)<sup>(2)</sup> は鉄筆迷路を用いて実験したが、CPの作業への影響は見られなかった。尤もこの検査は知能的要素を多く含んでいて、他の知覚運動的テストと同一に扱うべきでないかも知れない。

Whitehead and Thune (1958)<sup>(4)</sup> も運動学習について、薬物効果の実験をして一般に言われている退行的効果は見られず、実薬群と偽善群との差はなかったと報告している。

Pearl (1962)<sup>(3)</sup> は簡単反応時間、複雑反応時間、タッピング、ペッグボードを用いて実験したが、やや複雑な作業であるペッグボードを除き、反応速度や運動の速度にはCPの効果はあらわれない。

ただペッグボードだけはCPでも、それ以外の薬物の場合でも同様に作業はそこなわれると報告している。

Klugman (1962)<sup>(6)</sup> はタッピングテストを少し変った仕方で用い、食指、中指、両方、交互の四種のテストにし、最初の四週間までは毎週、その後は隔週で八週間行なった。薬物の効果殊にCPの効果としては、速度が減少し、行

動評定にも改善の傾向が見られるが、従来いわれるようなタッピングの速さと情緒状態との関係は見出せなかつたと言つてゐる。

Winter 等<sup>(36)</sup>、Judson 等<sup>(10)</sup>、Hall and Dunlap<sup>(32)</sup> はそれぞれヘンダーゲシタルトテストを用いて実験しているが、Winter 等は CP によって成績は低下するといひ、Judson 等は変化なく有意差はないといひ、Hall 等は医師の評定と大体一致しているといふ。

人格的特性並に情緒的社会的適応に関する報告として、まず、MMP I を用いて CP の効果を報告したものは、Winter and Frederickson (1956) の研究<sup>(46)</sup>、Judson and MacCasland (1950) の研究<sup>(10)</sup> があるが、Winter 等によれば、臨床尺度では Pt、Pd、Sc が偽薬群と比較して正常の方向へ変化し、K 尺度では、むしろ上昇し、いづれも有意の差を認めている。Judson 等は、F 尺度だけは或程度改善の傾向が認められるが、その他の尺度では、差異は認められなかつたといふ。

尚 Mitchell and Zax<sup>(18)</sup> は情緒障害患者について実験し、テイラーの M A S、Winne Neuroticism Scale を用い CP による不安水準の変化を認めている。また彼等は Guilford の S 因子、R 因子についてテストし、R、S などにあらわされる恒常的人格特徴の変化はないことを示した。

また不安の示標として手掌の汗による研究をしてゐる Ellsworth and Clark<sup>(6)</sup> は CP 等の薬物投与前に連続測定した測定値の変動度が薬物投与の改善度を予測する有用な尺度になることを報告している。

また Whitehead<sup>(34)</sup> 等は他のテストと共に社会的順応についての質問紙を用い、CP が社会的順応を含む項目に対する反応の改善効果をもたらし、偽薬群に対し有意の差のあることを示している。また Porteus<sup>(21)</sup> は図示評定尺度によつて、CP の行動変化に及ばず影響を調べ、攻撃性の低下、幻覚妄想の減少など多くの臨床研究に見られる特徴を見てゐる。

また Sampson, Ray, Pugh and Clark<sup>(9)</sup> は自分及び他人(入院患者)の写真の再認(ソンデイ・テストに似た手続)により、社会的感受性、個人の社会的刺激価、自己イメージの受容などの測定を目的とした肖像再認法 (picture recognition) を用いて、CP の効果を検討し、社会的関心、自己イメージの受容など社会的適応の面で改善を示している。

次にロールシャツハテストによるCP の効果に関する研究では、清原等<sup>(15)</sup>は偽薬群を用いないで、投与前中後の変化を見ているが、全体的に著変はなく、僅かに M:FM について、投与前 M<FM であったのが投与中及び後では M=FM という変化を見たのみであり、Judson (1960)<sup>(10)</sup>等の研究でも有意な差のあるサインはなく、僅かに F% でやや向上の傾向が示されただけである。

室伏<sup>(19)</sup>は資料は提供されていないが、deviant verbalization の改善、F% の増加は、臨床的改善に対応すると述べている。また懸田<sup>(11)</sup>はロ・テストに関して一般的には CP 群と偽薬群の差は顯著でないとしているが、CP 群には量化し得ない質的变化を示すもの、プロトコルのまとまり、多様性、反応の安定という特徴が見られるものもあり、薬物等の人格像への影響を把握する可能性を示しているが、金子等<sup>(12)</sup>の報告によると、ロ・テストと CP の効果には特に関係は認め難いと言う。

以上のテストのほかに、清原等<sup>(15)</sup>は内田クレッペリン作業素質検査、連想検査、TAT を用いて、CP の効果を検討し、また予後の予測についても示唆を与えている。

作業素質検査では、症状経過良好のものとの不良のものとは、作業量や曲線型に特徴があり、前者では作業量が大きく上昇型、後者では作業量が低く、平坦型が多く、連想テストでは、投薬の中及後期には正常反応が増加し、異常反応は減少し、反応時間は良好群は後期には標準に一致し、不良群では著しく大となるという。更に文章型の異常叙述を示すものは予後不良であるという。TAT については、一般に CP 効果としては物語の混乱、矛盾、プロッキング、

などの病的徴候が消失または減少し正常な主題構成が増加し、表現形式が迂遠で、叙述が妄想の内容の叙述に移行し、てゆく事例では予後が不良であると述べている。

## 方 法

### 一 実 験 計 画 (注)

(一) 計画の概要 (2b) 常盤園(金沢市)並びに福井県立精神病院に入院中の精神分裂病患者四〇名をランダムに選択し、実薬群と偽薬群を設け二重盲検法によって、前者にクロルプロマジン、後者に偽薬を三ヶ月間投与し、その期間の前、中、後にわたり、諸種の検査(心理学的検査のほかに脳波、肝機能、血圧、その他の身体症状検査)並に評価表による経過の観察評価をおこなったもので、更に本報告に関係の深い点のみ以下に詳述する。

(二) 被験者 最初に選定された四〇名の被験者のうちで、経過観察中退院したものの、あるいは症状悪化し、クロルプロマジン投与に耐えられなくなったものなど途中で脱落したものがあって、最終的に結果の利用が出来たのは三五名(投薬群二九名、偽薬群六名となった。被験者は男一九名、女一六名、年齢は平均二九・九才(十四才―五〇才)、病型は破瓜型一三名、緊張型一〇名、妄想型四名、その他八名、発病後経過年数平均七・五年(一年―二三年)、学歴は新中以下(含小、高小)二三名、高校四名(含旧中)大学三名、不詳五名、治療は殆どどの被験者とも一通り(電撃、インシュリン、特殊薬物)の治療法を受けている。

(三) 薬物投与条件 実験投与は一ヶ月間すべての特殊薬物の投与を中止した後を開始し、実薬群にはクロルプロマジンを初めは毎日一〇〇mg経口投与し、特に副作用などない限り、毎週一〇〇mgづつ増量し、最高五〇〇mgで持続する条件で実施された。しかし、実際には副作用が強くて減量したものの六例、衝動行動などで、やむを得ず最小限の電撃療法を併用したものの四例(実薬群二名、偽薬群二名)があった。他の薬物は併用されていない。

(四) 実験の期間 昭和三十七年六月八日—九月二十六日

(五) 心理学的検査の種類と検査の時期

(1) ロトルシャツハテスト(テストの時期は投与開始前週と投与終了直前第十四週)

(2) 短縮版MMPI(金大版)にテラーのMASの項目で抜けているもの二六項目とSc項目一四項目、計

四〇項目を追加し二〇〇項目としたもの(テストの時期は投与開始前週、第八週、投与終了直前第十四週)

(3) ソンディテスト (投与前及終了前)

(六) 検査者 ロ・テストは松本、MMPIは田中、鈴木、ソンディテストは多田が担当した。

(七) 症状並に行動評価

心理学的検査の結果と病院側の観察による効果の評価との関係を検討するため、病院側で用いられた三大学案(東京大学、東京医歯大、日本医大)による評価表の記録を利用することとした。評価表は、症状評価(評価者は医師)と行動評価(評価者は病棟主任||看護婦)にわけられ、症状評価の下位カテゴリーは、幻覚、妄想、自我障害、病識(異常体験に対して)、病識(異状言動に対して)、言語、挙動、接触(感情面)にわけられ、行動評価は、作業能力、手記、作品、看護者への応待、患者同志(家族)との接触、娯楽運動、屋内生活、洗面入浴、着衣、寝具、食事、食卓、排泄、睡眠、の下位カテゴリーにわけられていて、両方とも0—4の五段階評定をするようになってい。そこでわれわれは、各テスト実施の週のそれぞれの評価について下位カテゴリーの平均評価点を求め、症状評価点、行動評価点として、病院側の評価による改善度の指標として利用した。また、病院側で両評価を綜合して、改善、不変、悪化群にわけた総合判定は臨床的総合判定の名称で利用した。

(注) 心理学的検査の選定、実施以外の計画は、すべて薬理研究会、研究班の計画であって、われわれはそれに従ってテストを実施したものである。

## 結果と考察



第一表 症状評価と MMPI の validity

MMPI 平均 評点	完 全	不 完 全	計
-0.8 ~ -2.2	13	5	18
-2.3 ~ -3.3	7	10	17
計	20	15	35

$\chi^2=2.92$

$.05 < p < .10$

第二表 行動評価と MMPI の validity

MMPI 平均 評点	完 全	不 完 全	計
-0.7 ~ -2.3	15	2	17
-2.4 ~ -3.4	5	13	18
計	20	15	35

$\chi^2=10.70$

$p < .005$

## 一、MMPI

(一) 資料の蒐集と採点

MMPIは病院内の一室で同時に数名の被検者に対して平行的に実施した。回答は原則として用紙に自己記入させたが、中には検査者が項目を逐一読み上げねば回答できぬ者もあり、またこのような方法でも検査に応じ得ない例もあった。

投与前・中・後三回の検査が完全に実施できたのは三十五名中二〇名(うち偽薬投与は一名のみ)であった。不全資料の中には、検査を全く拒否する場合や、?回答が多過ぎて(二〇個以上) validな採点ができない例など様々な内容が含まれている。

投与前の検査で完全資料を得た例と不完全例について投与前に於ける医師の精神症状評価の平均評点と看護者の行動評価の平均評点との関係を調べたのが第一表と第二表である。ここで精神症状評価とは、さきに記したように幻覚、妄想、自我障碍等八項目について夫々与えられた評点の平均値を意味し、これは症状の重篤度を表わすと考えた。行動評価の項目は作業、看護者への応待、患者同志の接触等一〇項目であり、症状評価と同様、評点の平均値によって行動障

碍の程度を表わした。いずれも零に近づくに従い異常性が減ずるとみなされる。第一表及び第二表から明らかなように不完全資料は完全資料より夫々評点の低い者に多く、特に行動評価とMMP Iの資料の validity の間には統計的に有意な関連が認められる。完全資料は比較的症狀の軽い例が多いから完全例だけを選択しては全被検者の偏らない標本とはいえない。

完全資料では通常のMMP I標準尺度、Taylorの不安尺度(MAS)及びFeldman, M. J.<sup>(67)</sup>の評価尺度(Ev)を採点した。但しEv尺度は本来六十二項目であるが、短縮版に含まれている三十三項目についてだけ採点した。

### (二) CPP投与の一般的影響

CPを投与した実薬群の前・中・後三回のMMP I各尺度の平均値と標準偏差を求めたのが第三表である。Mf尺度のみは男女別に計算している。また、前と後の平均プロフィールを描くと第一図のようになる。但し、Mf尺度はプロフィールに記入していない。前・中・後三回の平均値が一定方向の変化を示すのは、L・F・K・Hs・Pd及びMaの上昇傾向、D・Hy・Pt及びMASの下降傾向であるが、これらの傾向はいずれも統計的に意味のあるものではない。前後の平均値間に有意差が認められる尺度は皆無であり、Kの上昇( $t=1.78, p<.10$ )及びMASの低下( $t=1.81, p<.10$ )が僅かに傾向として指摘され得るにすぎない。

K……Winter, W.D. 及び Frederickson, W.K.<sup>(36)</sup>は女子の精神疾患者を対象としてCP投与群と偽薬群を比較したところ、一週間の投与前後では両群共にKが上昇するが、CPに於いて、より著しいことが見出された。

つが、Judson, A. J. 及び MacCasland, B. W.<sup>(10)</sup>によれば、三十日間のCP投与の前後比較ではFの僅かな低下傾向以外に何ら有意な変化をみる事ができなかった。他方、薬物以外の治療に於いても、例えば Gallagher, J. J.<sup>(8)</sup>は患者中心療法、Kaufmann, P.<sup>(2)</sup>は conference therapy を、また Schofield, W.<sup>(27)</sup>は電撃療法として

夫々治療前に比し治療後ではKが上昇することを認めている。更に、Rosen, A. <sup>(24)</sup>によれば、単なる検査の反復だけでもKが上昇するという。このように、治療方法、精神疾患の種類、如何を問わずKは治療後に上昇する傾向があり、これには反復効果の影響も見逃せない。従って、ここでみられたKの上昇も必ずしもCP投与だけの効果とは断定できない。

MAS……Mitchell, L. E. 及 Zax, M. <sup>(18)</sup>は三十日間のCP投与群と統制群のMASの平均値の投与前後の差を比較したところ、本結果と同じようにCP群がより著しい低下を示したが分散が大きく有意差は認められなかった。しかしながら、われわれの結果は偽薬群の統計的資料を欠くこと、MMPIの全項目ではなく短縮版を用いていること、被検者の種類が同一ではない点など、条件が異なっているので、従来の諸研究の成果と直接比較照合することは困難である。

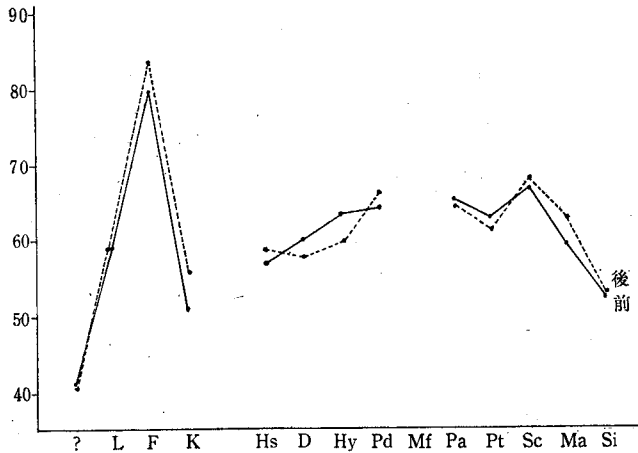
(三) 精神症状及び行動上の改善とMMPI

第三表 CP投与前・中・後に於けるMMPI尺度の平均及び標準偏差 (n=19)

時期 尺度	投 与 前		投 与 中		投 与 後	
	M	SD	M	SD	M	SD
?	40.95	3.41	39.84	2.12	40.47	3.22
L	59.05	12.58	59.74	12.06	60.89	11.14
F	79.68	23.44	80.68	22.72	83.42	21.48
K	51.00	11.73	54.74	13.65	55.79	11.97
Hs	56.79	11.52	58.05	11.55	58.53	15.59
D	59.84	9.41	58.16	5.99	57.74	7.82
Hy	63.16	11.85	60.32	8.78	59.53	10.70
Pd	63.84	6.90	64.89	8.38	66.21	10.58
MfM*	59.90	12.82	63.09	13.69	57.27	14.09
MfR*	49.88	10.51	45.50	7.04	48.13	7.05
Pa	65.00	20.34	67.37	16.72	64.32	17.66
Pt	62.68	10.61	62.00	7.73	61.00	13.57
Sc	66.68	13.41	65.05	11.77	67.89	12.24
Ma	59.21	10.51	59.53	12.11	62.53	13.30
Si	52.58	8.42	52.53	10.36	53.00	8.09
MAS	23.32	9.21	21.63	9.09	21.00	8.78

\* M=11, F=8

第一図 CP 投与前後の MMPI 平均プロフィール (n=19)



前節ではCP投与の一般的効果をMMPIの各尺度の平均値や平均プロフィールで捉えることはできなかったが、この結果から直ちにCPの斉らす改善効果はMMPIにあらわれないと結論することはできない。ここで改善効果というのは、医師が評価した精神症状あるいは看護者が評価した行動の障碍の程度が、投与直前の週に比して第十四週目(投与後)に軽減したか否かという観点から捉えるものである。若し個人の投与前の症状、行動の平均評点よりも投与後の平均評点が高くなれば改善、高くない場合(無変化を含む)は非改善であると思なされる。従って、症状の改善と行動の改善の二種類の改善効果を区別している。今後、他の二検査の場合にも同様な基準によって夫々症状改善群と症状非改善群、行動改善群と行動非改善群の区別をしていくことにする。但し、この分類はわれわれが便宜的に行なったものであり、医師自身は後記のように症状・行動両面を含めた臨床的総合判定という形で改善効果を評価している。

症状の改善……症状改善群と症状非改善群のMMPI尺度のCP投与前後の平均値と標準偏差は第四表に示されている。またこれらの平均プロフィールは第二図及び第三図である。

症状改善群ではD及びMASが統計的に有意な低下(夫々  $t=2.18$   $p<.05$ ,  $t=2.53$   $p<.05$ )を示し、これは、

第四表 症状改善群と症状非改善群のCP投与前、後のMMPI 各尺度の平均及び標準偏差

症状改善群 (n=13)

尺度	投与前		投与後	
	M	SD	M	SD
?	40.77	3.13	40.46	3.69
L	57.23	12.15	59.23	10.13
F	80.23	22.58	82.46	22.30
K	49.92	9.75	53.62	11.22
Hs	57.15	11.77	52.08	11.31
D	60.85	10.55	55.00	7.95
Hy	62.08	13.69	57.92	10.30
Pd	64.08	6.87	63.38	10.87
Mfm*	64.86	7.54	61.14	14.95
Mfr*	50.00	11.99	48.33	10.68
Pa	67.46	21.12	65.00	17.12
Pt	65.85	10.87	60.08	14.45
Sc	70.54	14.38	68.08	12.05
Ma	59.23	11.34	59.46	11.76
Si	52.92	8.62	52.00	7.44
MAS	24.85	9.10	21.46	9.42

\*M=7, F=6

症状非改善群 (n=6)

尺度	投与前		投与後	
	M	SD	M	SD
?	41.33	3.98	40.50	1.61
L	63.00	12.54	64.50	12.26
F	78.50	25.12	85.50	19.41
K	53.33	14.93	60.50	12.15
Hs	56.00	10.95	72.50	14.43
D	57.67	5.49	63.67	2.48
Hy	65.50	5.52	63.00	10.82
Pd	63.33	6.83	72.33	6.76
Mfm**	51.25	11.45	50.50	9.07
Mfr**	49.50	3.50	47.50	5.50
Pa	59.67	17.38	62.83	18.73
Pt	55.83	5.43	63.00	11.04
Sc	58.33	4.18	67.50	13.35
Ma	59.17	8.43	69.17	14.05
Si	51.83	8.01	55.17	8.93
MAS	20.00	8.54	20.00	7.09

\*\* M=4 F=2

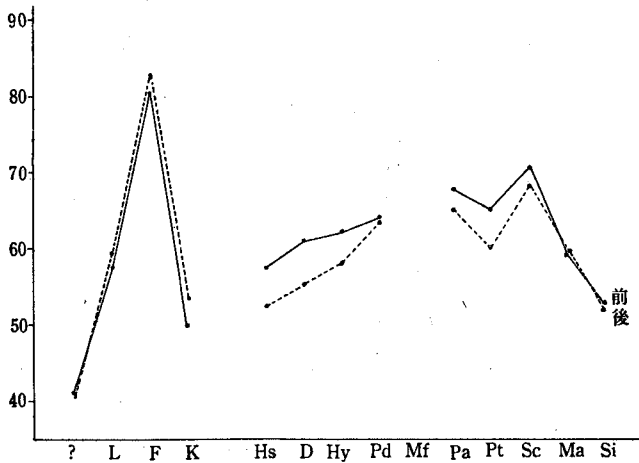
抑うつ症状の軽減と顕現的不安の低下を意味すると解される。之に対し非改善群では斯かる傾向は全くみられず、Dはむしろ上昇の傾向（有意ではない）にあり、MASには差がみられない。

両群の平均プロフィールの変化を比較すると、妥当性尺度は共に殆んど変化しないが、臨床尺度は対照的な変化を示している。症状改善群は一般にTスコアが低下し異常徴候が減少するに反し、非改善群ではかえってTスコアが上昇

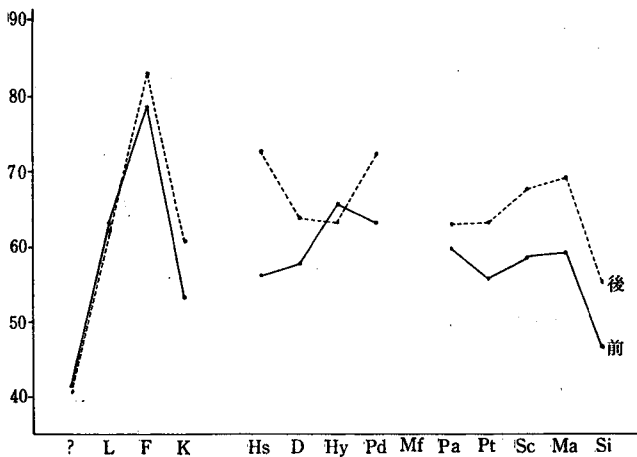
する。このことは、前記のような精神症状の評定項目の内容から充分予期される結果である。

しかし、プロフィールの変化方向が単に逆向きであるだけでなく両群は既に投与前のプロフィールに於いて相当の差異を示している。改善群は非改善群よりHy以外のすべての臨床尺度が高い。このことはCP投与の効果を予測する際の有効な指針となるであろう。即ち、投与前のプロフィールに著しい異常所見があり、特に所謂 psychotic な面で高い

第二図 症状改善群の CP 投与前後の MMPI 平均プロフィール (n=13)



第三図 症状非改善群の CP 投与前後の MMPI 平均プロフィール (n=6)



第五表 行動改善群と行動非改善群のCP投与前、後に於けるMMPI各尺度の平均及び標準偏差

行動改善群 (n=5)

時期 尺度	投 与 前		投 与 後	
	M	SD	M	SD
?	39.80	0.75	40.20	1.17
L	56.40	12.04	60.60	12.72
F	96.60	6.80	98.60	2.80
K	46.80	9.35	52.20	13.01
Hs	63.60	14.42	58.80	8.33
D	65.60	8.06	64.20	5.84
Hy	72.60	8.36	63.00	10.90
Pd	66.20	5.49	73.00	13.96
MfM*	61.00	8.64	62.33	15.98
MfR*	58.50	5.50	44.00	2.00
Pa	70.20	16.19	72.40	12.91
Pt	67.00	10.35	68.00	2.79
Sc	74.60	13.98	78.60	9.09
Ma	59.00	8.63	75.20	10.68
Si	56.20	8.33	54.00	5.18
MAS	29.40	8.62	25.80	8.49

\* M=3 F=2

行動非改善群 (n=14)

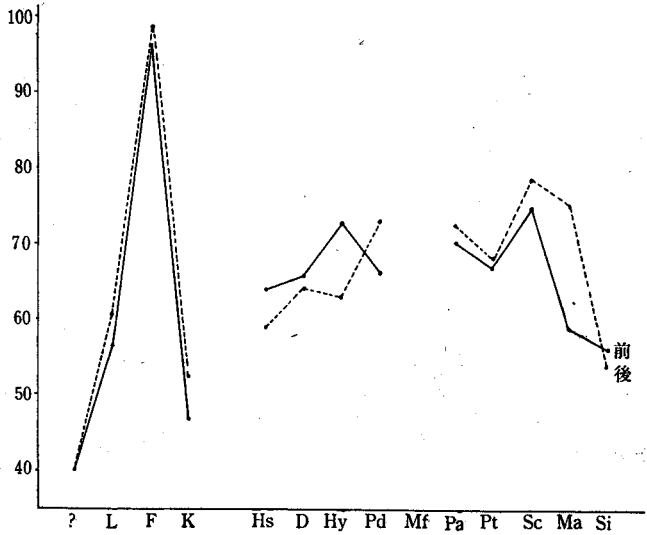
時期 尺度	投 与 前		投 与 後	
	M	SD	M	SD
?	41.36	3.87	40.57	3.64
L	60.00	12.61	61.00	10.48
F	73.64	24.29	78.00	22.61
K	57.49	12.17	57.07	11.31
Hs	54.36	9.11	58.43	17.48
D	57.79	8.95	55.43	7.14
Hy	59.79	11.06	58.29	10.35
Pd	63.00	7.12	63.79	7.71
MfM**	59.50	14.00	55.38	12.77
MfR**	47.00	10.23	49.50	7.61
Pa	63.14	21.33	61.43	18.23
Pt	61.14	10.26	58.50	12.95
Sc	63.86	11.95	64.07	10.84
Ma	59.29	11.08	58.00	11.04
Si	51.29	8.05	52.64	8.89
MAS	21.14	8.42	19.29	8.21

\*\* M=8 F=6

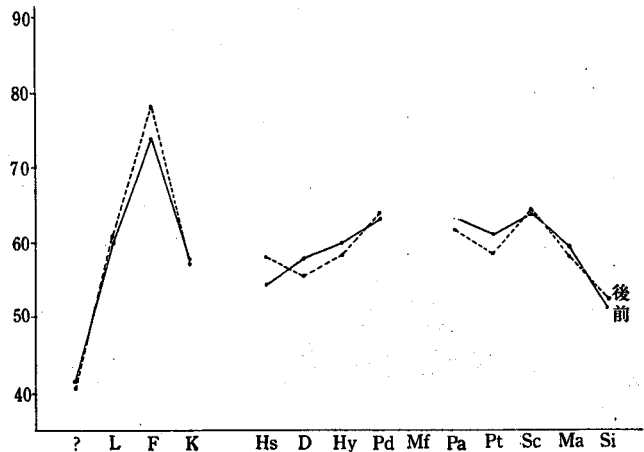
値をとる人の方がかえって症状が改善し易いといえよう。  
 行動の改善……行動上の改善群と非改善群の投与前後の各尺度の平均値及び標準偏差は第五表に示されている。また、平均プロフィールの変化は第四図及び第五図に表わされている。行動改善群では、MASの平均値の低下が統計的に有意である ( $t=2.90, p<0.05$ ) 外は有意差なく、行動非改善群では全く意味のある変化は認められない。このような事情は両群の平均プロフィールの変化にも表われている。また、症状の改善の場合のように改善群のプロフィールが下

降し非改善群で上昇するという傾向はみられない。行動評定の項目が主に日常生活の習慣行動・対人行動であり、MPIは直接そのような側面を測定しているとは考えられないから当然期待される結果であるともいえよう。この症状改善と行動改善……症状及び行動が一致して改善、非改善を示したのは十九名中夫々三名、四名である。これらの個人のプロフィールを眺めると、改善例では、Fの低下、Kの上昇、神経症的尺度(Hs・D・Hy)の低下がみ

第四図 行動改善群の CP 投与前後の MMPI 平均プロフィール (n = 5)



第五図 行動非改善群の CP 投与前後の MMPI 平均プロフィール (n = 14)





れ、非改善例では、Fの上昇、Kの低下、臨床尺度の全般的上昇あるいは不変が共通特徴である。MMPIに於ける改善効果の表われとして、Fの低下とKの上昇(F-Kスロープの方向が逆になる)が認められることは既にSchiefel<sup>(27)</sup>が電撃療法について指摘しており、Barron, F.<sup>(17)</sup>が心理療法による改善群と非改善群を比較した際にも報告しているところであつて、治療方法の種類に関係なく精神障碍の改善の際にみられる共通特徴の一つであると考えられる。

また、改善効果がMMPIのpsychoticな尺度よりむしろneuroticな尺度に反映される傾向にあるのは特記すべき点であろう。この理由は必ずしも明らかではないが、われわれの被検者のパースナリティの中核的な特性がpsychoticな尺度にあらわれており、CPにより影響を受けるのは、もっと表層的な徴候例えば神経症的諸尺度やMASにあらわされている側面であると解することができよう。勿論このことはかなり病歴の長い陳旧分裂病患者という枠のなかでの一つの仮説的解釈である。

#### (四) MMPIによる改善度の測定

ここでは、症状、行動の改善度評価とは関係なく、MMPIだけで改善度の測定を試みた。MMPIで把えうる改善効果として、不安の減少(MAS)、症状の軽減(平均T・Ev・Evd)、非現実的思考の減少(F・Sc)及びdefensivenessあるいはcontrolの増大(K)を選び、夫々投与前後のスコアの変化から次の基準で指標を作り更にこれらの指標を総合して最終的な改善度測定のMMPI総合評価の指標を構成した。但し、Ev尺度はFeldmanの評価尺度であり、本来投与後の値だけが問題にされて来たのであるが、ここでは投与後の値と、投与前後の変化の両者を用いた。各指標は前後のスコアを比較した際、次の方向に変化すれば改善を示すとみなし、この変化量が大きい程改善度も著しいと考えた。勿論、反対方向に変化すれば悪化したとみなされる。

#### (1) MAS Taylorの不安尺度の低下

- (2) 平均T (Av.T) 臨床九尺度のTスコアの平均値の低下
- (3) F F尺度の粗点の減少
- (4) Sc Sc尺度のTスコアの低下
- (5) K K尺度のTスコアの上昇
- (6) Ev Feldman の評価尺度の値の低いこと。
- (7) Evd Ev尺度が投与後に低下すること。
- 以上の七指標を第六表のような基準で分割して夫々(+)、(○)、(一)に分類し(+)の合計数を以ってMMPI総合評価の指標とした。

次に、このMMPI総合評価と臨床的総合判定の結果との関係を求める。但し臨床的総合判定とは、医師が精神症状及び行動上の改善度を総合的に評価し最終的には、改善、不変、悪化に三分した結果のことを指す。総合の仕方は必ずしも評点の変化を代数的に操作するのではなく各評定項目の変化像のパターンを考慮して行われた主観的な方法である。

一方、MMPI総合評価の結果を、改善、不変、悪化の三群に分類し両評価(判定)の相互関係を求めると第七表のようになる。ここでは便宜上MMPIの改善は(+)三個以上、不変は(+)二個、悪化は(+)一個以下の基準に従った。この表から読みとれるよう

第六表 各指標の改善効果の分割点

効果 指標	改善(+)	不変(0)	悪化(-)
MAS	- 3以下	-2~+2	+ 3以上
Av.T core	- 6以下	-5~+5	+ 6以上
F	- 3以下	-2~+2	+ 3以上
Sc	- 6以下	-5~+5	+ 6以上
K	+ 4以上	-3~+3	- 4以下
Ev	11以下	12~20	21以上
Evd	- 4以下	-3~+3	+ 4以上

注 +は投与前に比し後に高い値をとることを表す。

第七表 改善度についてのMMPI総合評価と臨床的総合判定

MMPI		改善	不変	悪化	計
臨床	善	3	1	1	5
	変	2	4	2	8
	化	1	3	2	6
計		6	8	5	19

に低下した場合を改善側にとっている。この結果から次のことが見出された。

(1) MMPI総合評価は症状改善度とは相関するが行動改善度とは無相関である。これは前節の結果にもあらわれていたところであり、MMPIが評価しているパースナリティの変化は習慣行動・対人関係の観察から把握される側面ではなくむしろ精神症状に近い側面である。

(2) MMPI指標のうち症状改善度と相関するのはSc、平均Tなどであり、一般的な異常傾向の程度を表わすと思われ。

(3) MMPI総合指標を構成している単一指標間の内部相関は、必ずしも当初想定していた意味づけを裏付ける結果とはならない。例えば、FとSc、Evと平均Tスコア間には高い相関が得られない。しかし、MAS、K、Evd三者間にはかなり高い相関がある。Evは予期に反し他のどの指標とも殆んど関係がない。他の指標がすべて投与前後の変化量

に、両評価は理論度数よりも一致の方向にズレている。直接確率計算法によれば、両者が独立で而もこのような度数分布以上に偏る確率は二%以下(0.02)である。つまり、両方法による改善度測定は多分に共通した側面を評価しているといえよう。

しかしながら、両者の測定している領域が全面的に一致しているわけではなく。このことは次の相関研究の結果をみると明らかになる。

前記の七個の指標及びMMPI総合評価の指標、神経症的尺度値の変化、症状改善度、及び行動改善度計十一項目について夫々改善度を順位づけ、これら項目相互間の順位相関をスピアマンの方法で求めたのが第八表である。ここで、神経症的尺度の変化とは、Hs・D・Hy三尺度の平均TスコアがCP投与後

第八表 各種の改善度測定指標間の順位相関 ( $r_s$ )

(n = 19)

	MAS	F	K	Sc	Av.T	Ev	Evd	MMPI	N	症状	行動
MAS											
F	-.312										
K	.302	.287									
Sc	-.067	.287	-.032								
Av.T	.247	-.112	.344	.653**							
Ev	.037	-.296	.022	.133	.178						
Evd	.711**	.052	.556*	.173	.360	.108					
MMPI	.688**	.405	.391	.430	.432	.102	.766**				
N	.347	-.275	-.445	.168	.709**	.046	.164	.171			
症状	.174	.051	.005	.341	.393	.133	.224	.485*	.298		
行動	-.088	.232	-.209	.170	.088	-.245	-.122	.037	.238	.232	

表中 MMPI: MMPI 総合評価指標  
N : 神経症的尺度の変化

\* .....  $p < .05$   
\* \* .....  $p < .01$

であるに反し、Evだけが投与後の絶対的な値であるからであろう。

(4) MMPIの指標が評価しているパースナリティ変化の側面は症状改善度が評価している面と共通している点が少なくないが、全く独自の評価領域がないわけではない。例えば、F、K、MASなどは精神症状の改善と殆んど相関せず、しかも行動改善とも無相関に近い。従って、このような変化の側面(病的思考の減少、defensiveになる傾向、不安の低下)は検査(MMPI)に対する反応を通じてのみ評価しうる独自の領域と考えられよう。

(五) 不完全資料の分析

さきに記したように完全なMMPI資料が得られなかった事例は、内容的に様々なものを含んでいたが、今被検査者の回答様式(テスト行動)を、回答し得た項目数(量)と回答態度(質)の両面を考慮して分類すると次の段階に区分することができる。

A……全く検査に応ずることができず、一項目も回答できない。如何に説明、激励しても鉛筆を持つともしないで呆然と坐っているだけであったり、一般に著しい自発性の減退、緘黙がみられ、無為的あるいは拒否的な場合もある。

B……若干の項目にだけ回答することができる。一般にいつて著しく長時間を要し、或る個所まで進むと突如としてブロッキングが起り、それ以上はどうしても回答を進めることができない、読み聞かせても大抵「わからない」を連発して、結局中断せざるを得ない例が多い。

C……量的には大部分の項目に回答(反応)し、時には全項目に反応できるが、回答様式に特異な傾向がみられる。教示に従わず全く恣意的な記号を機械的に、あるいは出鱈目につけていたり、全項目を肯定あるいは否定したり、時として頁によつて肯定だけ、否定だけといった回答をする。典型例として項目を読み聞かせると全項目「そんなことはない」と常同的な回答を続けた例をあげることができる。

D……量的にはかなり(半数以上)に回答する

第九表 CP 投与前・中・後に於ける MMPI の回答様式の変化 (不完全資料)

		後				計
前		B	C	D	E	
A	B	1		1		4
	C		1			
	E				1	
B	B		1	1		5
	C		1			
	D				1	
	E	1				
C	C		2	1		3
D	E			2	1	3
計		2	5	5	3	15

が脱落項目が多く、採点上？スコアが高くなる。時には？回答に固執するとみなし得る場合も見受けられた。以上の段階は、一応AからDに近づくに従い異常な行動様式から正常なテスト行動に近づくと考えられる。

実業群・偽業群を含めて投与前の検査が不完全な十五名の事例のその後の回答様式の変化を示したのが第九表である。但し、表に於いてA B C Dは前記の回答様式の分類を示し、Eは完全な資料(valid record)を表わしている。この表に示されているように回答様式の段階は次第に向上する傾向があり、投与中・後では完全資料が得られる事例も出てくるようになる。

投与前後における回答様式の変化と症状及び行動上の改善度との関係を調べたのが第十表及び第十一表である。MMPIに対する回答様式の変化は、一段階の上昇を+、二段階以上の上昇を++、無変化を○と分類した。また、第十表は改善効果の臨床的総合判定の結果とMMPI回答様式の変化との関係を示している。

第十表 症状改善度と MMPI 回答様式の変化

MMPI 評点の変化	MMPI			計
	0	+	++	
-0.6~ 0	3	1	1	5
+0.1~+1.0	1	3	2	6
+1.1~+2.6	1	1	2	4
計	5	5	5	15

第十一表 行動改善度と MMPI 回答様式の変化

MMPI 評点の変化	MMPI			計
	0	+	++	
-0.6~ 0	1	1	2	4
+0.1~+1.0	3	2	1	6
+1.1~+1.7	1	2	2	5
計	5	5	5	15

第十二表 臨床的総合判定と MMPI 回答様式の変化

臨床	MMPI	MMPI			計
		0	+	++	
悪 不 改	化	1	1	1	3
	変	3	0	2	5
	善	1	4	2	8
計		5	5	5	15

これらの表において一定傾向が見出せるのは症状改善度だけであり、他の場合には一義的な関係は見られない。

第十表は改善度の著しい事例が回答様式の変化も大きく、改善の認められない事例では回答様式も変わらないという傾向を示している。両者の相関は直接確率法で計算すれば統計的に有意 ( $p < .05$ ) である。このことから、回答様式の変化を把えた観点が精神症状の変化の面と内容的に類似していると考えられる。

#### (六) M M P I 所見の総括

陳旧分裂病患者に投与した C P と M M P I 上にあられたパースナリティ変化との関係を分析するにあたって、次のような三つの観点から検査のスコアの変化を吟味した。

また、検査の実施困難乃至不能な事例ではテスト行動の変化に着目して分析を加えた。

(1) まず、C P の効果を調べる意味で C P の投与前後における M M P I の各種の尺度の変化に注目した。しかし、その結果は僅かに K 及び M A S の平均値の低下傾向が見出されただけであつた。

元来この種の薬物効果をテスト変数で捉える場合には再検査法をとる以上反復効果との判別が困難であるが、特に本研究では統計的比較に耐えうる程度の偽薬群を用いていないという実験計画上の不備もあつて C P の効果のみを精密に検出することはできなかった。

(2) 次に、C P が齊らず改善効果を M M P I のスコアによって意味づけるといふ観点から精神症状についての改善、非改善群、病院内の日常行動についての改善、非改善群について、C P 投与前後の M M P I 各尺度の変化を比較した。その結果、症状改善群では D 及び M A S の低下、臨床尺度のプロフィルの下降、症状改善群では臨床尺度のプロフィルの上昇が認められた。行動改善群では M A S が低下するが、非改善群では何ら変化がみられなかった。

結局、M M P I のスコアは精神症状の変化を鋭敏に反映するが、行動面の変化はスコアの上にあられ難いことがわかつた。

(3) 第三の方針として、われわれはMMP I だけから独自の方法で改善度を測定しようと考え、MAS、平均Tスコア・F・Sc・K・Ev・Evd等の指標を導き出し、これらを総合してMMP I 総合評価の指標を構成した。

MMP I 総合評価と臨床的総合判定の結果とを照合させてみると、両者間には有意な一致傾向が認められ、両者の測っている改善効果の領域に共通するところが少なくないと考えられた。

しかし、両評定が全く一致したわけではないことが、症状、行動の改善度や個々のMMP I 指標相互間の相関関係の分析から明らかになった。

その結果は、MMP I 総合評価は症状改善度と関係があるが行動上のそれとは無関係なことや、症状改善度と特に関係の深いのはScや平均Tスコアであること、F・K・MASなどは症状、行動いずれにも関係しないMMP I 独自の評価領域であることなどが指摘された。

なお、Evは他の指標とも殆んど無相関であるから、今後実用のためにはEvを除いた六項目で総合指標を構成するのが望ましいであろう。

(4) しかしながら、MMP I によって改善度を測定することに全く問題がないわけではない。三十五名の被検者のうち完全資料が得られたのは二十名(五十七%)にすぎず、テスト不能あるいは実施困難な例がかなりの数を占めたのである。そして、このような不完全資料を出す患者は、症状評価、行動評価の平均評点の低い例が多く、殊に行動評価が低いか高いかは資料の validity と密接な関係があった。このことは陳旧例を対象とする際、その適用範囲を著しく狭める結果となり実用上の大きな難点といわねばならない。

本研究では、止むを得ず不完全資料についてはスコアを問題にしないでテスト中の行動様式(回答様式)の変化から改善効果を追求した。その結果、回答様式の異常性の減少程度と症状改善度との間には、かなりの相関があり、改善度の著しい事例では回答様式の著しい向上がみられた。しかし、行動改善度や臨床的総合判定との間には一定の関



係を見出すことはできなかった。このことから、検査が実施可能か否かは行動上の評価と関連し、完全に実施できない患者における特異な回答様式の変化はむしろ症状改善度の評価と関連が深いといえる。

## 二、ロールシャッハ・テスト

### (一) 検査状況

ロールシャッハ・テストは薬物投与開始前及び終了直前の二回実施した。対象群は他の検査と同様三十五名であるが、テスト結果としては、機械的に「わかりません」をくり返して完全に拒否したものや、わずか数個の反応で事終れりとした表情ですましているものなど様々であった。ロールシャッハ・テストにおいて反応数が十個に満たない場合は、その資料の詳細な分析は困難とされている。そこで、一応前後いずれのテストにおいても十個以上の反応数を示したものを有効資料として報告するが、その前に除外する十九名の結果についても簡単にふれ、全般的な状況を知らる上の一つの手がかりとしたい。

まず同一被検者の反応数の変化を第十三表で概観し、更にそれらが症状評価及び行動評価といかなる関係にあるかを考察する。

第十三表において、前後のテストにおける反応数の変化により、AからFまでの群に分類した。Aは前後とも全図版の拒否。Bは前テストでは全拒否だったが、後テストでいくつかの(十個より少い)反応を示した。Cは二回とも十個に満たないが、いくつかの反応を出したものであり、そのうち前テストより後テストで増加を示したものはC<sub>1</sub>、減少した

第十三表 反応数の少いもの  
前後の変化 (n=19)

群	反 応 数		人 数
	前	後	
A	0	0	2
B	0	<10	1(1)
C	<10	<10	$\left\{ \begin{array}{l} C_{1-4}(1) \\ C_{2-3} \\ C_{3-2}(1) \end{array} \right.$
D	0	$\geq 10$	1
E	<10	$\geq 10$	5(2)
F	$\geq 10$	<10	1(1)

( ) 内は偽薬群

第十四表 反応数の少いものの症状評価との関係 (n=19)

	D	F	B	C <sub>1</sub>	E	C <sub>3</sub>	C <sub>2</sub>	A	計
改善群	1	2(1)	1(1)	2(1)	0	2(1)	2	0	10(4)
非改善群	0	3(1)	0	2	1(1)	0	1	2	9(2)

( )内は偽薬群

第十五表 反応数の少いものの行動評価との関係 (n=19)

	D	F	B	C <sub>1</sub>	E	C <sub>3</sub>	C <sub>2</sub>	A	計
改善群	1	3(1)	0	2(1)	1(1)	1	1	2	11(3)
非改善群	0	2(1)	1(1)	2	0	1(1)	2	0	8(3)

( )内は偽薬群

ものをC<sub>2</sub>、変化なしをC<sub>3</sub>とした。Dは前回では全拒否であったのが後テストで十個以上の反応を示したものである。Eは前テストで十個以上だったが、後テストで九個以下に減少したものである。Fは前テスト九個以下が後テスト十個以上に増加したもので、除外した群の中で最も多い反応数を示している。従って反応数の増加をもって改善指標とすることができれば、これらの群はD、F、B、C<sub>1</sub>、E、C<sub>3</sub>、C<sub>2</sub>、Aの順に位置づけられるかもしれない。

次に精神科医による症状評価と看護者による行動評価の結果から改善群、非改善群に分け、右の分類によるAからFまでの各群の分布を調べ、第十四表、第十五表に示した。表中の( )内は偽薬投与者の数であるが、これは三十五名中六名の偽薬群全員が反応数僅少のため、細かい分析の対象になり得なかったことを示している。また症状評価においても、行動評価においても偽薬群の半数強がテスト反応の改善を示しているため、テスト反応の改善が直ちに薬物効果とは決定し難い。更に残念なことには偽薬群の六名という数は、実薬群との違いを明確にするには余りにも少ない。

第十六表 投与前後の一般的カテゴリーの変化  
(n=16)

カテゴリー	前 (Mdn)	後 (Mdn)	増加 (人)	減少 (人)
R	20	14.5	5	10
Rej	0 (13)	0 (13)	3	1
RT <sub>1</sub>	35.4	17.2*	4	12*
W%	45.8	41.4	7	9
D%	47.3	44.5	9	7
Dm%	9.8	7.3	7	9
M	1.7(5)	1 (5)	3	9
FM	1 (5)	1 (5)	5	4
m	0 (10)	0 (12)	3	5
FC	1 (6)	1 (6)	7	6
CF+C	1 (6)	0 (10)	7	3
Cdes	0 (13)	0 (13)	0	0
SumC	1.5(3)	1 (3)	5	8
Fc	0 (12)	0 (13)	2	2
C'	0 (13)	0 (12)	3	2
FK	0 (13)	0 (6)	0	3
k+K	0 (13)	0 (10)	0	3
F%	56.9	72.8	9	6
F+%	70.0	77.0	10	6
H%	13.0(2)	10.7(2)	5	9
A%	49.0	45.7	5	10
At%	0 (10)	0 (11)	5	2
Sex%	0 (14)	2 (14)	1	1
P	3	3	3	7

( ) 内は Score が0であった人数

\* 5% 水準で有意

従って、反応数の少ないものについてはこの程度にとどめ、以下有効資料について検討をすすめてゆくことにする。

(二) 投与前後のテスト結果の一般的比較

ロールシャッハ・テストの結果を一般的カテゴリーの中央値で第十六表に表わし、そのスコアにおいて投与後に増  
加した人数と減少した人数とを併わせて記入した。

第十六表において、明らかに前後に有意差(Tテストで5%水準)のあるのは初発反応時間(RT<sub>1</sub>)のみであるが、  
これをもって直ちにCP効果とは判定し難い。というのは、前後同じ刺激図版でテストすることによる再テスト効果  
を無視できないからである。更に統計的には有意とならなかったが、一応の傾向として反応数(R)の減少と形態水

準(F%)の上昇があげられる。反応数の減少に関しては、すでに栗原の研究<sup>(17)</sup>で報告されていることと一致するのであるが、CP投与によって二十個の反応数が十四・五個に減少するというのは如何に解釈すべきであろうか。形態水準の上昇は、従来の多くの研究の一致するところであり、本報告の十六名中十名という値は統計的に有意ではないが(サイン・テストで十二ならば五%で有意)、CP効果の一つの傾向を示しているものと解してよからう。

以上の外には、ロールシャッハ・テストのスコアで前後に著しい変化は認められなかった。

(三) 症状及び行動評価とロールシャッハ・テストとの関係

精神科医による症状評価と看護者による行動評価とによって、改善したものと改善しなかったものに分類し、ロールシャッハ・テストとの関係を検討する。

第十七表と第十八表に従ってスコアの変化をみてゆくが、症状評価及び行動評価のいずれにおいても改善群と非改善群の人数に偏りがあり、一方がかなり小さいので統計的処理は行わなかった。ここでは一応の傾向についてふれるにとどめる。まず症状評価による改

第十七表 症状評価とロールシャッハ・テストとの関係 (n=16)

群 カテゴリー	改善群 (n=12)		非改善群 (n=4)	
	前 (Mean)	後 (Mean)	前 (Mean)	後 (Mean)
R	19.17	16.0	19.75	22.25
Rej	0.17	0.33	0	0
RT <sub>1</sub>	48.28	26.5	51.63	25.45
W%	46.25	45.89	39.0	40.25
D%	62.75	41.5	43.18	44.48
Dm%	8.58	17.75	11.75	15.3
M	1.86	0.88	2.25	1.5
FM	2.46	2.21	0.5	0.25
m	0.63	0.33	0.25	0.25
FC	1.08	1.0	0.88	1.63
CF+C	0.45	0.42	0.88	0.5
Cdes	0.25	0.25	0	0
Sum C	1.58	1.25	1.25	1.0
Fc	0.21	0.5	0.25	0.25
C'	0.08	0.13	0.56	0.25
F%	53.92	59.71	68.2	72.0
F+%	71.74	70.66	64.0	73.55
H%	13.39	9.63	16.25	12.58
A%	54.36	44.26	46.13	50.0
At%	4.67	6.46	2.15	5.8
Sex%	1.98	2.38	0	0
P	3.5	3.0	2.5	2.25

第十八表 行動評価とロールシャッハ・テストとの関係

(n=16)

群 カテゴリー	改善群 (n=5)		非改善群 (n=11)	
	前 (Mean)	後 (Mean)	前 (Mean)	後 (Mean)
R	19.6	17.6	19.18	18.91
Rej	0	0.4	0.18	0.18
RT <sub>1</sub>	44.4	20.54	55.16	28.38
W%	46.86	53.04	43.34	40.59
D%	45.54	36.6	40.77	41.07
Dm%	9.6	10.36	15.28	13.29
M	1.2	0.8	2.32	1.14
FM	2.0	0.6	1.95	2.27
m	0.7	0.2	0.45	0.36
FC	1.1	2.4	0.9	0.77
CF+C	0.8	0.8	0.73	0.18
Cdes	0	0	0.27	0.27
Sum C	1.4	2.2	1.59	0.91
Fc	0.2	0.2	0.23	0.23
C'	0.2	0.2	0.18	0.23
F%	59.06	57.5	61.68	59.82
F+%	55.26	52.08	75.97	80.15
H%	13.82	14.36	13.7	11.1
A%	42.18	33.92	56.9	55.25
At%	6.56	14.14	19.82	27.27
Sex%	4.74	5.72	0	0
P	3	2.4	3.8	2.91

している。反応領域については両群に著しい違いや共通の変化は見い出せない。Mは非改善群に多くて、FMは改善群に多い傾向を示し、それぞれ投与後に減少をきたしている。形態水準に関して言えば、改善群に変化という程のことはなく、非改善群の方がいくらか上昇している。人間反応は両群ともに増加し、動物反応では改善群に減少し、非改善群に増加の傾向がある。ロールシャッハ・テスト・スコアでは、臨床的に悪い指標とされているCdesとSex%が改善群に存在し、非改善群にははじめから現われていないということとは、ロールシャッハ・テストと医師の測定面の違いを意味しているかもしれない。

次いで行動評価による二群の変化に目を移してみれば、両群ともに反応数(R)の減少が見られ、前の症状評価に

善群と非改善群の結果をみると、反応数(R)は改善群の方が投与後において減少し、非改善群は増加の傾向を示している。症状評価に視点を置いた場合、反応数の増加がかえって非改善群の方向を指すということになる。初発反応時間(T<sub>1</sub>)は両群とも投与後は短縮されていて、早く第一反応を出すようになることを意味



(3)  $\Delta\%$  : 分裂病患者の言語表現の異常性 (deviant verbalizations) については多くの研究者が一致して主張するところである。ここでは Watkins と Stauffacher<sup>(43)</sup> の十五項目に従って  $\Delta$  値を算出し、それを反応数との比率でみるが、病状が改善されれば  $\Delta\%$  の減少することが既に研究結果で明らかになっている。

(4) P : 分裂病においては、その現実接触の喪失の故に平凡反応が少なくなるといわれているが、これは前述の独創反応と必ずしも背反するものではない。そこで、P により他の人と共通的な物の見方ができるか否か、それが薬物投与によっていかに改善されるかを測定する。

(5) H・M : H は現実の人間反応に、M は人間運動反応の中の特に人間化の程度に視点を置いて評価した。それ故、この H には非現実的な人間は含まれないし、M は動物の人間様の運動を含んでいないのである。この二つの指標は共に他人に対する共感性の変化をみるために採用した。分裂病患者においては、他人との疎外感が強く、自閉的になり、他人に対して無関心になるので、これらの根本的病状が改善の方向をとれば、この H・M が増加すると考えられる。

以上の八指標を分裂病の改善効果の測定という観点から選択し、一つは全体的人格水準 (BRS) の変化を、他の一つは知覚的把握の様式とその明確さ及び現実吟味の能力など (R%, W%) を、更に分裂病の異常性の (O%,  $\Delta\%$ ) 改善を、最後に他人との共感性 (H, M, P) の変化の仕方を、以上大体四つの側面から評価することにした。

#### 「指標による採点・評価法」

まず被検者毎に指標の前後差を出し、それぞれ改善の方向に変化したものにはプラス、悪化したものにはマイナスの符号をつけて、その変化の大きさを採点した。ここで注意を要するのは W%, O%,  $\Delta\%$  の符号のつけ方で、数値が小さくなれば改善したことを表わす。第二十表は各指標における改善したものと改善しなかったもの的人数であるが、変化のないものは改善しなかった群に含まれている。

第十九表 各指標内の順位相関表 ( $r_s$ )

(n=16)

	BRS	R+%	W-%	$\Delta\%$	O-%	P	H	M	Ro総合
BRS		0.05	0.07	0.49*	-0.14	-0.28	0.60*	0.59*	0.43
R+%			0.68**	0.16	0.59*	-0.23	-0.19	-0.12	0.50*
W-%				0.26	0.81**	0.23	0.03	0.05	0.70**
$\Delta\%$					0.42	0.49*	0.69**	0.25	0.76**
O-%						0.50*	0.10	0.07	0.77**
P							0.61*	0.37	0.69**
H								0.56*	0.54*
M									0.24
Ro									

\* .05 水準で有意

\*\* .01 水準で有意

第二十表 各指標での改善効果の見られたものと見られなかったもの

(n=16)

群 \ 指標	BRS	R+%	W-%	$\Delta\%$	O-%	P	M	H
改善	7	10	9	9	7	4	3	3
非改善	9	6	7	7	9	12	13	13



各指標内において、改善度の大きなものから順位づけをし、指標間の順位相関をとつてみた(第十九表)。更にロールシャッハ・テストの総合評価として、改善方向をとつた指標の数の多いものを一位とし、十六位までの順位づけをした。一位は八指標ともプラスのもので、十六位は全指標マイナスの場合であるが、実際には十六位の結果は二つの指標では変化がなかったので、六指標がマイナスであった。

第十九表での順位相関をみると、 $R^{+}$ と $W^{-}$ 、 $O^{-}$ と $W^{-}$ 、 $\Delta$ と $H$ がそれぞれ高い相関を示し(一%水準で有意)、更に $BRS$ と $\Delta$ 、 $BRS$ と $H$ 、 $BRS$ と $M$ 、 $R^{+}$ と $O$ 、 $\Delta$ と $P$ 、 $O^{-}$ と $P$ 、 $P$ と $H$ 、 $H$ と $M$ も有意であった(五%水準)、ロールシャッハ総合と各指標との関係では、 $W^{-}$ 、 $\Delta$ 、 $O^{-}$ 、 $P$ に高い相関があり、次いで $R^{+}$ 、 $H$ にも有意な関係がみられた。このことから、指標としては、 $BRS$ 、 $\Delta$ 、 $P$ 、 $H$ 及び $M$ と、 $R^{+}$ 、 $O^{-}$ 及び $W^{-}$ とが別々のグループをなしていることが明らかである。故に、形態水準を評価する三指標が一つのまとまりをなし、異常性や独創性及び共感性を測る指標がもう一つのまとまりをなしていると考えられる。そこで、第二十表の改善、非改善の分布状態をみれば、 $R^{+}$ 、 $W^{-}$ 、 $\Delta$ で測られる側面では改善傾向がよく見られる例が多く、 $P$ 、 $M$ 、 $H$ で測られる側面では改善傾向の認められる例は少ない。

(五) 症状及び行動評価による改善効果とロールシャッハ・テストとの関係

症状及び行動評価による改善度の大きなものから順位づけをし、ロールシャッハ指標の順位との相関をとつた。第二十一表でみると全般的に相関は低く、統計的には五%水準の〇・四八に該当するものもない。わずかに行動評価と $W^{-}$ がそれに近い価をとっているだけである。前述のロールシャッハ指標から言えば、形態水準を評価するグループである $R^{+}$ 、 $W^{-}$ 、 $O^{-}$ がわずかに行動評価と相関があるように見え、共感性を評価する $H$ 、 $M$ 、 $P$ がやや症状評価の方に傾いているといえるかもしれないが、いずれにしてもはっきりした数値ではない。

第二十一表 症状評価、行動評価と8指標との順位相関 (r<sub>s</sub>)

(n=16)

評価 \ 指標	BRS	R+%	W-%	△%	O-%	P	H	M	Ro総合
症状評価	0.02	-0.04	-0.24	0.13	0.01	0.30	0.24	0.13	-0.02
行動評価	0.37	0.27	0.47	-0.07	0.15	-0.07	0.13	0.23	0.22

故にこれらの結果からは、ロールシャッハ・テストと医師及び看護者による症状評価や行動評価とは、その改善度の順位に関する限り殆んど相関がないということになる。

(六) 臨床的综合判定とロールシャッハ・テストの総合評価との関係  
今まで述べて来たこととしめくりとして、臨床的综合判定とロールシャッハ総合評価との関係について考察する。ロールシャッハ総合評価とは、(四)で述べたように、改善方向をとった指標と悪化方向をとった指標の和を出し、その結果が+8から-6までの分布をしたので、+1、0及び-1を不変群(四名)とし、+2、+3、+4、+5を改善群(五名)、-1、-2、-3、-4、-5を悪化群(七名)とした。臨床的综合判定との関係は次の第二十二表のようになった。

症状評価及び行動評価との関係を順位相関で検討した場合と同様に、臨床的综合判定とロールシャッハ・テストの総合評価との間には何ら関係はなかった。

両方の判定において、改善群に一名、悪化群に二名の一致があったにすぎない。

以上、精神分裂病患者に対して投与された

第二十二表 臨床的综合判定とロールシャッハ総合評価との関係

(n=16)

臨床総合 \ Ro総合	改善群	不変群	悪化群	計
改善群	1	3	1	5
不変群	2	0	2	4
悪化群	1	4	2	7
計	4	7	5	16

第二十三表 ソンデイ実施状況

	実薬群	偽薬群
前後とも実施	24	5
前のみ不能	4	1
後のみ不能	1	0
前後とも不能	0	0
計	29	6

ないとい進行しない場合が多かった。これに対し、投薬後は所要時間が非常に短縮した。ただし投薬後は二回目のテストで慣れが出てきたのだということもある。また、投与前に多かったので、たため選択が投与後には少なくなつたよう

る。  
 クロールプロマジンによる治療効果の判定について、ロールシャッハ・テストと医師及び看護者側の評価との関係を考察したが、何ら積極的な結果は見い出せなかつた。このことは、ロールシャッハ・テストと医師及び看護者とは別の側面を評価しているとも言えるが、ここでとり上げた患者群の偏りや少数例ということに帰する点もあると思われる。

### 三、ソンデイテスト

#### (一) ソンデイテストの実施状況

全被検者に対してソンデイテストが施行された結果、投薬の前後とも完全なプロトコルをえられた者が二九名（八三％）であつた。第二十三表に示したように、前後とも実施不能だつた者は皆無で、前後いずれか一方が検査不能だつた者も六名（一七％）にすぎない。検査不能とは、検査者がいかに誘導しても写真選択を行なおうとしなかつたものであるが、ソンデイテストの検査不能数は他のテストに比して少なく、このテストの実施が容易であるという見解を裏づけているように思われる。

実薬群のテスト不能者五名のうち四名までが、投薬前に実施不能であり、投薬後にはその全員が実施できたという事実は、そこに投薬効果があらわれたものと解することもできよう。この点は、次のようなテスト実施状態とも符合している。

全般的にいつて、投薬前には写真選択に要する時間が長く、何度も激励し

である。でたらめ選択とは、例えば、右側から二枚づつを「好き」「嫌い」と称して出してきたり、手近なものから順に「好き」「嫌い」として選び出したりするものである。しかし、注意深く選んでいるように見えるが結果的にはでたらめ選択と同様に右側から二枚づつ出してくる者もあるので、右のようなテスト実施時の印象がどれほどの意義をもっているかは確言できない。

## (二) ソンディテスト判定の指標

ソンディテストは治療効果の判定用具として有用であるとされている<sup>29)</sup>。ただ、その効果判定は、ソンディプロトコルの全体像から言語的に記述されることが多く、一義的な量的指標によって示すことは困難であり、また危険でもあるといわれる。しかし、正常性・異常性を判定する指標がないわけではない。ただそれらは十回法のテスト結果に適用されるものが多く、本研究のような一回法のテスト結果には利用できないことが多い。

本研究では、右の事情を考慮して、従来からある指標だけでなく、十回法の結果に適用されている指標でもできる限り援用し、さらに、新たに提唱されている指標をも加えて効果判定を試みることにした。

### (1) 個人の改善度評定に用いられる指標

イ、平凡選択反応数 (P) これは被検者の同調性 (conformity) なし平凡性 (popularity) を示す指標で、ロールシャッハ・テストの P 反応に対応するものである<sup>31)</sup>。

ロ、異例選択反応 (R) 集団規準からの偏り、もしくは非同調性の指標であって、P 選択の「好き」と「嫌い」が逆になったものである。

ハ、症状反応数 (SyR) 十回法プロトコルに用いられている症状要因百分率を転用したもので (±) 反応と (○) 反応の合計である。これは衝動緊張の強さをあらわす指標である。

ニ、対角線の分裂の数 (DOD) 分裂病患者のソンディ特徴である対角線の分裂 (diametrically opposing

direction) を示しているベクターの数で、これが二個以上あればそれだけで分裂病の疑いありと判定される指標である。<sup>(4)</sup>

(2) グループ比較の際に用いられる指標

ホ、過大負荷差の数 (GDL) 同一ベクターに属する二要因の負荷の差が三以上である場合。これは病的傾向を示すものとされている。

ヘ、衝動過圧の数 (QT) 衝動過圧反応の合計数で、十回法プロトコルで五個以上になれば異常傾向を示すとされている。

ト、傾向緊張商 (TSQ) (○) 反応数の (±) 反応数に対する比率であって、正常範囲は、一・五ないし二・五とされている。

以上の指標のうち、ホからトまでの三個は、ごく稀にしか起らない反応であり、投薬の前後であまり変化がみられないところから、個人の改善度判定には利用せず、グループ比較の場合にのみ利用した。なお、グループ比較の際には、右の指標だけでなく、平均プロフィールや衝動構造式についても考察を加えた。

(三) CP 投与の一般的效果

実薬群・偽薬群の投与前後におけるソンデイ指標の平均値は第二十四表に掲げてある。実薬群では、ほとんどの指標で、投与前

第二十四表 実薬群・偽薬群の投与前後におけるソンデイ指標の平均値

ソンデイ 指 標	実 薬 群 (n=24)			偽 薬 群 (n=5)		
	前	後	差	前	後	差
P	9.12	8.95	- .17	7.80	7.60	- .20
R	3.65	3.52	- .13	3.40	5.00	+1.60
SyR	2.58	2.66	+ .08	2.80	3.80	+1.00
DOD	.46	.17	- .29*	.20	.20	.00
GDL	.96	.67	- .29	.60	.80	+ .20
QT	.92	.96	+ .04	1.40	.80	- .60
TSQ	1.67	1.37	- .30	3.67	1.38	-2.29

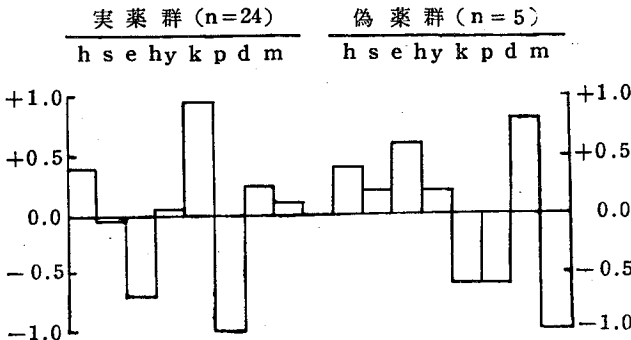
\* 差が5%水準で有意 (以下の表においても同様)

と投与後の間に差がみられないが、分裂病に特有なサインであるDODは減少している ( $t=2.38, P<0.05$ )。

第二十五表 投与前後における平均プロフィール

要因	実薬群 (n=24)			偽薬群 (n=5)		
	前	後	差	前	後	差
h	+2.04	+2.45	+ .41	+ .40	+ .80	+ .40
s	.00	-.04	-.04	-1.40	-1.20	+ .20
e	+ .46	-.25	-.71	-.80	-.20	-.60
hy	-.95	-.91	+ .04	+ .60	+ .80	+ .20
k	-1.92	-.96	+ .96*	+1.00	+ .40	-.60
p	+ .08	-.92	-1.00*	.00	-.60	-.60
d	+ .29	+ .54	+ .25	.00	+ .80	+ .80
m	.00	+ .08	+ .08	+ .20	-.80	-1.00

第六図 投与前後におけるプロフィール平均の差<sup>注)</sup>



(注) 増加は (+)、減少は (-)

他方、偽薬群では例数の少なさもあって、どの指標においても統計的に有意な差がみられない。ただし、RやSyRのような異常性を示す指標が増加の傾向を示し、悪化が示唆されている。両群の臨床像の推移は、さらに別の角度から検索することができる。実薬群では自我ベクター(k要因とp要因)に変化が生じている。投与の前後を比較すると(第二十五表、第六図)、実薬群では自我ベクター(k要因とp要因)に変化が生じている。

のに対し、偽薬群ではかかる変化が認められない。以上のような変化の臨床的意味を次に考察しておこう。

実薬群の簡略衝動構造式は投与前の〔p k〕が投与後には〔s k〕になっている。これは、自己愛の欲求不満にもとづく妄想分裂病的症状がCPの投与によって消失し、愛情の欲求不満からくる攻撃症状が起ったことを示している。後者は正常人においてもよく見られる反応であるから、ここでは投与前の分裂病的症状の消失が顕著な所見であり、これは前述のDOD減少とも一致している。この面のみをみるならば、CPは分裂病的症状を改善させる、と結論できそうであるが、自我像を考察するならば単純に「改善」といい切れないことがわかる。第二十六表に示したように、投与前の自我像にはBが多いが投与後にはAが増加している。すなわち、抑制的ではあるが現実的であった自我（B||幼若的自我）が現実に向けた非理性的な自我（A||初期自我）へと退行しているのである。換言すれば、CPによって分裂病的防衛は取り除かれたが幼児的自我は何ら変化しておらず、そのまま放置すれば再び分裂病的な防衛に戻ることが予想されるのであって、たとえば心理療法などによる自我の強化策が講じられる必要がある。

第二十六表 実薬群の自我像

自我像	投 与 前	投 与 後
A	0	6
B	12	4
C	3	4
D	1	1
E	7	8
F	1	1
計	24	24

加えることができなかった。

(四) ソンディ指標による改善効果の判定

さきにCP投与の一般的效果を述べたが、CPはすべての患者に一樣な効果を与えるものではなく、そこにはかなりの個人差があるといわれている。<sup>35)</sup>そこでソンディ指標にもとずいて改善効果のみられる者と改善の認められない者の弁別を試みたいと思う。

## (1) ソンディ総合改善評価法の構成

効果判定にはいる前に、まずソンディ指標を吟味しておかねばならない。個別に改善効果判定を行う場合には、前述の七個のソンディ指標のうち、ひとまずP、R、SyR、DODの四個だけをとりあげることにした。他の三個を利用しなかったのは、それらの指標がごく稀にしか出現せず、たまたま出現していても当該個人についても当該個人についてみるとC P 投与の前後で増減がみられない場合が多いからである。なお、TSQは十回法プロトコルにしか適用できないので除いてある。

さて、四個のソンディ指標を使って、それぞれの改善度の相互相関を求めたものが第二十七表である。相関係数は順位相関係数で算出しているが、DODは出現頻度が少いため同順位が多くなるので $2 \times 2$ 分割表による連係数(C)を求めた。その結果をみると、PとRが相関(有意)を示すであろうことは、両指標の性質上予想されたところであるが、RとSyRは意外にも負の相関(有意)を示している。同じく改善度をあらわす指標であるのに互いに無相関ならばまだしも、負の相関を示した点は理解に苦しむところである。その理由はともかくとして、ソンディ総合評価を行う場合に、RとSyRをそのまま加算するような手続だけは避けねばならない。結論として、四個の指標のうちRを除く三個を使ってソンディ総合評価を行った。右に述べたように、RはPと共通した性格をもっているので代表させることができ、またSyRと逆相関を示すという難点をも除くことができるからである。

第二十七表 ソンディ指標改善度の相関<sup>注)</sup>

	P	R	SyR	DOD	綜 合
P		+ .448*	-.123	+.214	+.496*
R			-.471*	+.041	+.058
SyR				-.023	+.229
DOD					+.493*
綜 合					

注) DOD および総合と他の指標との相関は連係数(C)であるが、他は改善度の順位相関(n=24)である。



第二十八表 個人別総合評価

ケース番号	P	SyR	DOD	総合
1	+	+	+	+3
2	+	-	-	-1
3	-	0	0	-1
(5)	-	0	0	-1
7	-	-	0	-2
(8)	0	-	-	-2
9	0	+	0	+1
10	-	0	0	-1
(11)	0	-	0	-1
12	-	-	0	-2
13	0	-	+	0
14	+	0	+	+2
(15)	+	+	0	+2
16	+	+	+	+1
17	-	-	+	0
18	-	+	+	+1
20	+	+	0	+2
21	-	0	-	-2
22	+	-	0	0
24	+	-	+	+1
25	+	0	+	+2
26	-	+	0	0
28	+	0	0	+1
29	0	+	0	+1
30	0	-	+	0
32	-	+	+	+1
33	0	+	0	+1
(34)	0	+	-	0
35	-	0	0	-1

+は改善, 0は不変, -は悪化を示す

( )は偽薬群

P、SyR、DODの三指標改善度は、第二十七表にみられる通り、たがいに無相関である。そこで、各被検者につき各指標がCP投与によって改善方向に変わったか(+)悪化方向に変わったか(-)、変化の方向をしらべ、三個の指標の方向を加算することによってソンディ総合改善評価を行った(第二十八表)。

このようにして構成されたソンディ総合評価は、その構成要素となった三個の指標を十分に統合したものとなっているかどうか。前掲の第二十七表にみられる通り、総合評価は、PとDODは反映しているがSyRを十分に反映していないというらみがある。しかしSyRはPやDODと、どちらかといえば負の相関を示しているので、これら三指標を総合した場合に総合評価と高い相関を期待するのが無理なように思われる。

## (2) ソンディ総合評価の内部一貫性

ソンディ総合評価がソンディ指標にあらわれた改善度をうまく統合しているかどうかを吟味するため、ソンディ綜

第二十九表 ソンディ総合評価による改善群と悪化群の比較

ソンディ 指 標	ソンディ改善群 (n=12)			ソンディ悪化群 (n=7)		
	前	後	差	前	後	差
P	9.58	10.24	+ .66	7.85	6.57	-1.28*
R	2.50	2.66	+ .16	5.00	4.71	- .29
SyR	2.58	1.75	- .83	2.72	3.86	+1.14*
DOD	.58	.00	- .58*	.14	.43	+ .29
GDL	1.17	.25	- .92*	1.00	.71	- .29
QT	1.08	1.00	- .08	.86	.71	- .15
TSQ	1.82	1.30	- .52	1.72	1.25	- .47

略式が〔S<sub>2</sub>P  
h,k〕であつたものが投与後には〔s h〕と変化し、分裂的症状要因と基本要因がともに消失している。

(3) ソンディ総合評価と他の判定との関係

本研究の方法の章に述べられておられるように、全被検者に対して、精神科医による症状評価、看護婦・看護人による行動評価が行われており、それにもとづいて改善群と非改善群のグループ分けが行われている。このようなグループ

合評価による改善群と悪化群について比較を行ったのが第二十九表である。ここで改善群というのは、第二十八表に掲げた実薬群のうち、プラス一以上の総合点をえた者一二名であり、悪化群はマイナス下の総合点をえた七名である。改善群はDODとGDLの二個の指一以標で改善を示し、悪化群はPとSyRの二指標で悪化を示している。この結果は、当然のことでもあろうが、ソンディ総合評価がソンディ指標をよくまとめたものになっていることを証明しているといえよう。とくに興味ぶかいは、ソンディ総合評価を構成する際に考慮してなかつた指標(GDL)が、改善群において改善を示している点であつて、総合評価が文字通りソンディ指標を総合していることを裏づけている。

右の所見はさらに両群の衝動構造式からも確認されている。すなわち、悪化群においては、CP投与前の簡略式が〔p,d  
hy〕であり、投与後も〔k,d  
hy〕といずれも分裂病的な症状要因が含まれており、本質的な変化を示していない。他方改善群においては、投与前に簡

分けとソンディテストによるグループ分けとの対応関係をみておきたいと思う(第三十表)。

表から明らかのように、ソンディ総合評価は症状改善度評価とは一致する傾向がみられるが(連関係数 $\circ \cdot$ 三一四、

第三十表 ソンディ総合評価と他の評定との関係

a. 症状評価との関係

		ソ ン デ イ 綜 合			計
		改善	不変	悪化	
症 状	改 善	9	4	2	15
	非改善	3	1	5	9
計		12	5	7	24

b. 行動評価との関係

		ソ ン デ イ 綜 合			計
		改善	不変	悪化	
行 動	改 善	5	1	4	10
	非改善	7	4	3	14
計		12	5	7	24

c. 臨床的総合判定との関係

		ソ ン デ イ 綜 合			計
		改善	不変	悪化	
臨 床 的 綜 合	改 善	4	1	3	8
	不 変	6	2	2	10
	悪 化	2	2	2	6
計		12	5	7	24

カイ自乗はイエーツの修正を行って二・六三四であり五〇水準では有意といえない)、行動評価や臨床的総合判定とは相関関係が認められない。

なお、実薬群・偽薬群の区別とソンディ評定との関係もみたが(第三十一表)、偽薬群が悪化と判定される傾向がないではない。ただし偽薬群の人数が少いためか相関は有意ではない。

(五) 症状評価・行動評価の分析

前項で述べたようにソンディ総合評価と症状評価との間には、認めるべき相関関係がなかったのであるが、それは

第三十一表 ソンデイ総合評価と  
実薬群、偽薬群の相関

	ソ ン デ イ 綜 合			計
	改善	不変	悪化	
実薬群	12	5	7	24
偽薬群	1	1	3	5
計	13	6	10	29

意)を示している。症状非改善群のDODは全く増減しないところからみて、症状改善度評価とDODとはよく対応しているといえる。

CPの投与前と投与後を比較した場合は右の通りであるが、第三十三表にはもう一つ注目すべき事実が見出される。すなわち、CP投与前において、症状改善群は非改善群に比べてPが多くRが少い、つまり「より平凡である」といえる。換言すれば、「P指標にあらわれるような平凡性に欠けている患者においては、CP投与によって症状改善を期待することができない」のである。

それとして、症状評価と行動評価の特徴をソンデイ指標によって記述しておくことも無意味ではないであろう。われわれは客観的に妥当な改善度判定法をいまだもつにはいたっていないからである。

ここで、詳細な考察に入る前にソンデイ総合評価を構成している指標と「両評価との関係のみておこう。第三十二表にある通り、Pは行動評価と正の相関があり、SyRとDODは症状評価と正の相関を示す傾向がうかがえる。

(1) 症状改善度評価の分析

CP投与の前後における症状改善群・症状非改善群のソンデイ指標平均値は第三十三表に掲げてある。ほとんどの指標で投与前後の間に有意差がみられず、症状改善群においてDODだけが改善(五%水準で有

第三十二表 ソンデイ指標改善度と  
症状改善度・行動改善度との  
相関<sup>(注)</sup>

	P	SyR	DOD	総合
症状改善	+ .118	+ .367	+ .349	+ .314
行動改善	+ .470*	+ .060	- .214	- .062

注) DODおよび総合の相関は連合係数(C)であるが、他は順位相関である。

第三十三表 ソンデイ指標による症状改善度評価の分析

ソンデイ 指 標	症状改善群 (n=15)			症状非改善群 (n=9)		
	前	後	差	前	後	差
P	9.67	9.60	- .07	8.22	7.89	- .33
R	2.80	3.06	+ .26	4.66	3.89	- .77
SyR	2.66	2.27	- .39	2.44	3.33	+ .89
DOD	.60	.13	- .47*	.22	.22	.00
GDL	1.00	.67	- .33	.89	.67	- .22
QT	1.07	1.13	+ .06	.67	.56	- .11
T SQ	2.11	1.67	- .44	1.60	1.13	- .47

## (2) 行動改善度評価の分析

前項と同様の比較を、今度は行動改善度評価について行った結果が第三十四表である。CP投与後に行動改善群では、Pが増加しRが減少する、つまり平凡性ないし集団同調性が高まっているが、行動非改善群ではかかる変化が認められず、むしろ逆の傾向がみられる。ただ、この所見は次の事情を考慮しない限り完全とはいえない。すなわち、第三十四表にみられる通り、投与前においてすでに両群の間にはPもRも大きな差があるのであって、投与後にいたって両群の間の差はむしろなくなっているのである。この点は次のように理解できよう。「CPはすべての分裂病患者に一律な効果を与えるのではなく、平凡性あるいは集団同調性に欠けていた患者に選択的に作用し、

第三十四表 ソンデイ指標による行動改善度評価の分析

ソンデイ 指 標	行動改善群 (n=10)			行動非改善群 (n=14)		
	前	後	差	前	後	差
P	7.00	8.60	+1.60*	10.63	9.92	- .71
R	4.70	3.40	-1.30*	2.64	3.36	+ .72
SyR	2.40	2.50	+ .10	2.71	2.78	+ .07
DOD	.30	.30	.00	.57	.07	- .50*
GDL	1.00	.60	- .40	.93	.72	- .21
QT	.70	.70	.00	1.07	1.14	+ .07
T SQ	2.00	1.18	- .82	1.45	1.25	- .20

その欠陥を緩和させる」と。

第三十四表をみると、行動非改善群において一指標 (DOD) が改善を示している。非改善群で改善がみられたという矛盾のように思われる。しかしこれは前項の最後に述べた所見と右の所見を綜合して考えるならば、理解できない結果ではない。すなわち、平凡性ないし集団同調性に欠けた患者はCP投与によって行動は改善されるが症状は改善されず、他方、平凡性・集団同調性をそなえた患者は行動こそ改善されぬが症状は改善されるのである。

## 要 約

精神分裂病患者にクロルプロマジンを投与した場合、パースナリティに及ぼす薬物効果について吟味するため、三種のテストを用い、次の観点から資料を整理したところを要約すると次の通りである。

一、CP投与の前後のテスト結果から、薬物の一般的効果を見ると、MMPIではKの上昇、MAS (不安尺度) の低下が僅かに見られ、ソンディテストでは、実業群において分裂病のサインとされているDODが減少し、統計的に有意の差がある。偽業群では異常性の示標となるR、SyRが増加の傾向が見られるが、いずれのサインも明瞭な差はない。又、平均プロフィールで見ると、実業群では、自我ベクター (k, p) に変化が認められ、偽業群では認められない。ロールシャッハ・テストでは、初発反応時間の短縮、反応数の減少、形態水準の上昇が見られる。初発反応時間の短縮は統計的に有意であるが、その他の諸傾向はいずれも有意差はない。有意差の認められた変数についても、偽業群が統計的比較に耐えるだけ用いられていないので、反復効果の影響と弁別することが困難で、一般的効果は単に傾向的なものを示唆しているにすぎない。

二、次は病院側の評定による臨床的改善評価を症状改善と非改善、行動改善と非改善の群にわけて、テストにあらわれた効果と比較して見た。

まず症状改善評価とテストの関係についてみると、MMPIでは症状改善群はD及びMASの低下は有意差があ

り、抑うつ症状、顕現的不安の軽減を見ることが出来る。非改善群では、その傾向はなく、むしろDは上昇の傾向がある。

プロフィールで比べると、この両群は臨床尺度では対照的变化を示し、改善群はTスコアが低下（異常徴候の減少）するのに対し、非改善群はTスコアの上昇が認められる。

ソンディテストでは、症状改善群はDODの減少に有意差が認められ、非改善群ではDODの増減は認められない。

ロールシャッハ・テストでは、改善群で初発反応時間の短縮と反応数の減少、非改善群で反応数の増加が認められるが、反応時間以外有意差は認められない。また再テストの効果ということもあるので、なんとも言えない。

次に行動改善評価に関しては、MMPIでは、行動改善群はMASの低下が有意であるが、非改善群では変化は認められない。

尚、症状及行動評価の両方共改善した事例では、Fの低下、Kの上昇、神経症尺度(Hs、D、Hy)の低下が見られ、両方非改善の事例では、F上昇、Kの低下、臨床尺度の全般的上昇あるいは不変を示した。

このようなF—Kスロープの逆方向への変化(Fの低下とKの上昇)はMMPIにあらわれる治療効果のサインとしてすでにいわれていることと一致している。又、改善効果が精神病尺度より神経症尺度に反映されるということは特記すべき点である。

ソンディテストに於いては、行動改善群におけるPの増加とRの減少は有意な変化であって、平凡性、集団同調性の高まりをあらわしている。

ロールシャッハ・テストでは、行動改善群も非改善群にも特徴づける変化は認められなかった。

三、次にわれわれは独自の方法でテストによる改善度の測定を試みるため、それぞれのテスト解釈の理論や過去の

研究にもとずいて、改善効果をあらわすと考えられる指標を選び、最終的にはテスト毎に総合して、各テストの総合評価指標を構成し、病院側で行われた症状並に行動改善評価や臨床的総合判定との相関関係、各テスト内指標の内部一貫性の吟味などによって、テストによる改善効果判定の方法を検討した。

MMPPI 総合指標では、MAS、平均Tスコア、F、Sc、K、Ev、Evdの七個の指標を用い、その総合評価指標と病院側の臨床的総合判定とを照合した結果、両者間には著明な一致傾向が認められ、統計的にも充分意味のある相関が得られた。

又、MMPPIの総合評価は症状改善度と相関は高く、行動改善度とは相関がない。その中には、F、K、MASのように、症状及行動改善度のいずれにも相関しないが、病的思考の減少、防衛反応やコントロールの増加、不安の減少などの有力な指標を含んでいて、それはMMPPIを通じてのみ得られるという点で積極的に利用する価値を認めることが出来る。またEvは指標として適当でないことが判ったので、今後は六項目でもって総合指標を構成する方がよいであろう。

尚、このテストでは、不能者あるいは不完全資料がかなり多く、その点はこのテストの実用上の難点であるが、こういう不完全資料の場合の処理として便宜的に、テスト中の行動様式（回答態度）の変化から改善度を推量する方法も検討して一つの試案をつくった。

ソンディテスト総合指標では、改善評価の指標としてはP、SyR、DODの三指標を採用した。ソンディ総合指標は症状改善度評定と一致の傾向があり、統計的にも有意であるが、行動評価や臨床的総合判定とは相関が認められない。

ロールシャッハテストの総合指標は症状及行動改善度のいずれとも有意の相関はなく、臨床的総合判定とも積極的関係は認められない。



全体として人格の基調の部分ではCPの効果はおよばないで、表層的徴候における改善がもたらされることを示していると言えよう。

四、最後に以上のテスト結果から予後判定に役立つ特徴を見ると、MMPIで投与前のプロフィールに著しい異常所見があり殊に精神病尺度で高い値をとる人の場合は症状改善が著明であり、また投与前にソンディテストのP指標にあらわれるような平凡性に欠けている患者では、CP投与によって症状改善を期待することは出来ないようである。

#### 文 献

- (1) Barron, F. : Some test correlates of response to psychotherapy. *J. consult. Psychol.*, 1953, 17, 235-241.
- (2) Daston, P. G. : Stylus maze performance of chronic schizophrenics. *J. consult. Psychol.*, 1958, 22, 384.
- (3) Daston, P. G. : Effects of two phenothiazine drugs on concentrative attention span of chronic schizophrenics. *J. clin. Psychol.*, 1959, 15, 106-109.
- (4) Deri, S. K. : Introduction to the Szondi test. New York : Grune & Stratton, 1949.
- (5) Efron, H. Y. : Changes in recognition thresholds associated with chlorpromazine, promazine and phenobarbital. *J. clin. Psychol.*, 1959, 15, 431-432.
- (6) Ellsworth, R. B. and Clark, L. D. : Prediction of response of chronic schizophrenics to drug therapy : A preliminary report on the relationship between palmar sweat and the behavioral effects of tranquilizing drugs. *J. clin. Psychol.*, 1957, 13, 59-61.
- (7) Feldman, M. J. : An evaluation scale for shock therapy. *J. clin. Psychol.*, 1958, 14, 41-45.
- (8) Gallagher, J. J. : MMPI changes concomitant with client-centered therapy. in *Basic Readings on the MMPI in Psychology and Medicine* (Ed. Welsh, G. S. and Dahlstrom, W. G.) 1956, 507-515.
- (9) Gilgash, C. A. : Thorazine therapy with catatonic schizophrenics in relation to Wechsler verbal and performance subtest comparison. *J. clin. Psychol.*, 1961, 17, 95.
- (10) Judson, A. J. and MacCasland, B. W. : The effects of chlorpromazine on psychological test scores. *J. consult. Psychol.*, 1960, 24, 192.

- (11) 懸田克躬 陳旧分裂病に対するクロルプロマジンの効果 第二回臨床精神薬理研究会抄録集一九六三年
- (12) 金子仁郎、武貞昌志、保坂正昭、関山守洋 クロルプロマジンの臨床効果と薬物効果判定表の検討 第二回臨床精神薬理研究会抄録集 一九六三年
- (13) 片口安史 ロールシャッハ・テスト心理診断法詳説 一九六〇年、牧書店
- (14) Kaufmann, P. : Changes in the MMPI as a function of psychiatric therapy. in B. R. 525-533.
- (15) 清原健児、木村駿、梅津範子、クロルプロマジン治療過程における心理検査所見 I、II、応用心理学論文集第八集 一九五六年、五七—五八
- (16) Klugman, S. F. : Differential effects of various tranquilizing drugs on speed of tapping. J. clin. Psychol. 1962, 18, 89-92.
- (17) 栗原喬一、ロールシャッハ・テストによる精神分裂病の病的過程の研究、ロールシャッハ研究IV、誠信書房一九六一年、四〇—四八
- (18) Mitchell, L. E. and Zax, M. : Psychological response to chlorpromazine in a group of psychiatric patients. J. clin. psychol., 1960, 16, 440-442.
- (19) 室伏君士 精神科領域における薬物療法による効果の判定について、精神医学、一九六二年、四巻、七号
- (20) Porteus, S. D. : Maze test reactions after chlorpromazine. J. consult. Psychol., 1957, 21, 15-21.
- (21) Porteus, S. D. : Specific behavior changes following chlorpromazine. J. consult. Psychol. 1957, 21, 257-263.
- (22) Porteus, S. D. and Barclay, J. E. : A further note on chlorpromazine maze reaction, J. consult. Psychol., 1957, 21, 297-299.
- (23) Pearl, D. : Phenothiazine effects in chronic schizophrenia. J. clin. Psychol., 1962, 18, 86-89.
- (24) Rosen, A. : Test-retest stability of MMPI scales for psychiatric population. J. consult. Psychol., 1953, 17, 217-221.
- (25) Sampson, P. H., Ray, T. S., Pugh, L. A., and Clark, M. L. : Picture recognition as an index of social sensitivity in chronic schizophrenia : The effects of chlorpromazine. J. consult. Psychol. 1962, 26, 510-514.
- (26) Saucer, R. T. : Chlorpromazine and apparent motion perception by schizophrenics. J. consult. Psychol. 1959, 23, 134-136.

- (27) Schofield, W. : A further study of the effects of therapies on MMPI responses. *J. abnorm. soc. Psychol.*, 1953, 48, 67-77.
- (28) 島園安雄、昇塚清民、浅井方通、江口富之、松井岩男、高瀬克忠、精神分裂病患者に対するクロルプロマジン投与の効果  
第二回臨床精神薬理研究会抄録集 一九六三年
- (29) 佐竹隆三 ソンデイテスト入門 法務省分類鑑別資料 昭和三十一年
- (30) 鈴木達也 M M P I 短縮版作成の試み 金大法文学部論集第九集 一九六一年
- (31) 多田治夫 ソンデイテストにおける平凡選択反応の研究 金大法文学部論集 哲史篇第六集一一四—一二五、一九五八年
- (32) Vestre, N. D. : Effects of Thorazine on learning and retention in schizophrenic patients. *J. abnorm. soc. Psychol.* 1961, 63, 432-435.
- (33) Watkins, J. G. and Stauffacher, J. C. : An index of pathological thinking in the Rorschach. *J. proj. Tech.*, 1952, 16, 276-286.
- (34) Whitehead, W. A. and Thune, L. E. : The effects of chlorpromazine on learning in chronic psychotics. *J. consult. Psychol.* 22, 379-383.
- (35) Wikler, A. : The relations of psychiatry to pharmacology. 1957 (熊谷洋訳 精神薬理学 岩波書店 一九六〇年)
- (36) Winter, W. D. and Fredrickson W. K. : The short term effects of chlorpromazine on psychiatric patients. *J. consult. Psychol.* 1956, 20, 431-434.