

バウムテストに見る統合失調症の病理性と その回復過程に関する一考察

椋 田 容 世
古 宮 昇

要約

30年間、ひきこもりの生活を送っていた慢性期の統合失調症者の事例をもとに、バウムテストに見る統合失調症の病理性とその回復過程について検証し、考察を行った。描画は、全体を通じて造形性が貧困化しており平板かつ常同的であったが、活動性や社会性の回復に伴い、樹冠の拡大や二次元の枝の出現、枝数の増加などの変化が見られた。また共通して見られた形式化の傾向や二次元水準での幹と枝の関連づけの欠如は、その病理性の特徴を表わしていると考えられた。

I. はじめに

「慢性的な統合失調症患者のケアほど難しいものはない (Wallace, et. al., 1985; p. 462)」と言われることさえある。国際的に使用されている診断基準である DSM-IV (米国精神医学会, 1994) から、統合失調症の診断基準と特徴を挙げよう。まず、妄想、幻覚、解体した会話、著しく解体したまたは緊張病性の行動、陰性症状の6つの症状のうち少なくとも2つの症状が1ヶ月以上つづき、すくなくとも6ヶ月間は障害がつづく。また、社会的および職業的機能の重大な機能不全がある。さらに、広範囲な認知と感情の障害が存在し、それらは、知覚、論理的思考、言語および意思の疎通、行動の統制、感情、思考と会話の流暢さや豊かさ、楽しみを享受する能力、意思と欲動、注意力に及ぶ。

統合失調症の症状の一つである会話の解体とは、たとえば、一つの話題から別の話題へと軌道を外れたり、質問への答えが遠まわしであったり、まったく無関係であるなど、効果的な意思の疎通をかなり損なうほど重い。会話がほとんど不可能となることもある。

行動の解体とは、予測できない興奮など、多様な形で現れる。食事の段取りをしったり衛生管理をするといった日常生活の活動を遂行することさえ困難になる。

また陰性症状とは、感情の平板化、思考の貧困、意欲の欠如を指し、感情表現が極端に乏しかったり、会話の極端な貧困化が見られたりする。

統合失調症の発症は、典型的には10代後半から30代半ばまでで、発症年齢の中央値は男性が20歳代の初めから半ば、女性では20歳代後半である。生涯有病率は通常0.5%から1%のあいだである。予後であるが、完全寛解(完全に病前の機能状態に戻ることは多くなく、比較的安定した病状経過をたどる者もいれば、次第に悪化しながら重症の能力低下

をとまなう者もいる。

統合失調症の病因として、いくつかの要素が示唆されている。その一つとして、遺伝的要因を示唆する証拠は数多い。たとえば、統合失調症をもつ人の生物学的第一度親族は、一般人口と比べて統合失調症になる危険が約10倍高いし、二卵性よりも一卵性双生児のほうが発病一致率が高い。また養子研究によると、統合失調症をもつ人の生物学的親族では統合失調症になる危険が大いに増加するが、養子先の家族では危険は増加していないことが示されている。しかし、一卵性双生児であっても不一致率はかなり高く、そのことは環境要因も重要であることを示している。遺伝的な脆弱性に、統合失調症を誘発する環境要因が加わったときに統合失調症が発生する、という見方が一般的である (Wallace, et. al., 1985; p. 463)。

また、妊婦のある特定の時期のウィルス感染が、胎児が成長してからの統合失調症の発症の危険性を高めることを示唆する研究結果もあるし、その他、多くの統合失調症患者の脳には、構造的・機能的な異常を示すことが多ことが観察されている (Kalat, 1992; pp. 572-583)。

このように統合失調症統合はその病因も明確には分かっていない重篤な病であり、その治療は、入退院を繰り返しながら長期に及ぶことが多い。慢性期では自我機能の貧困化が進行し、情動や思考、知覚や運動などの諸機能が低下していくため、それらの諸機能を向上させ分断された諸機能をつなげる働きかけが必要となる。

本稿ではある事例をもとに、バウムテストに見る統合失調症者の病理性とその回復過程を検証し、考察を加える。

II. 事例の概要

事例は初診時52歳、独身女性B。2人同胞の第1子で、両親との3人暮らしであったBは、20歳の頃に統合失調症を発症した。短大卒業後に就いたアルバイトを数日間で辞め、「お祈りをしないとイケない」、「テレパシーが飛んでくる」と家族に訴えるようになり、I病院およびJ病院にて1年3ヶ月の入院加療となった。退院後、B自身は外来通院せず家族のみが通院し投薬を受けていたが、退院の2ヶ月後に再燃し、K病院にて再び6ヶ月間の入院加療となった。退院後は家族のみがしばらく通院していたものの、その後、通院を中断。Bは22歳から当院受診までの約30年間、自宅から一歩も外に出ず、家族とほとんど会話することなく無為自閉に過ごす、ひきこもりの生活を送っていた。一時期、自室から出ることに困難をきたしたため、自室内にはトイレと洗面台が整備されていた。次第に独言が活発化し、当院受診の半年前より入浴を拒否し、一ヶ月前からは拒食状態となったBは、X年4月に家族に連れられ当院を受診した。しかし入院を強く拒否したため、初診後、医療保護入院となった。

入院したBは、衣類を全く着用せず裸で毛布に包りベッドに臥床していることが多く、陰性症状によりスタッフの言葉がけに対しても反応を示さず、時折、パジャマのズボンのみを着用した状態で自室の前に立ち、周囲を警戒し様子をうかがう行動が見られた。内服

や処置をはじめとするスタッフの促しを拒否し、食事は自己摂取できるものの手掴みの状態で、人格の機能水準がかなり低下した状態にあった。入院の1年8ヵ月後に行った知能検査（実施可能であったのはコース立方体組み合わせ検査）では、I Q : 54という結果が得られたが、生育暦からは本来は正常水準程度の知的能力を有すると考えられ、精神病による知的能力の障害が認められた。

Ⅲ. 治療およびバウムテストの経過

1. 入院から入院4ヶ月後、X年8月

Bは衣服を着用せずに過ごし、あらゆることに対して拒否を示す状態が続いた。さらに次第に食事や内服も拒否するようになったため、点滴および筋注の処置にて経過観察となった。その後、拒薬や拒食はなくなり、脱衣行為はあるものの、離床の際は衣服を着用するようになった。また家族との面会時も単語のみの応答であることが観察された。

検査者（第一筆者の椋田）は、入院3ヶ月後のX年7月にバウムテスト実施のためBの部屋を訪室したが、Bは臥床したまま無表情で検査者の言葉がけに反応を示さなかった。再び一ヵ月後に試みたが、一瞬、検査者を見たもののやはり同様の反応であった。そこで担当看護師との話し合いの結果、日常からBとの接触が最も多い担当看護師によって描画の実施が行われることとなった。

<バウム I（図1）の解釈>

全体的に極めて単調で形式的な樹木が、やや弱めの筆圧で用紙の下方寄りに描かれている。左右が“対称”（高橋・高橋，1986，p.40）で硬い印象を受けるが、これは情動機能が阻害されており、自己の欲動や感情を統制できず、内的な安定を求めため外界や対象と距離をとる傾向を示している。また、ほぼ“まっすぐで平行な幹”（Koch, 1970, p. 53）から、Bが適応性や柔軟性を欠き融通がきかない状態にあること、さらに“根も地面のラインもない木”（高橋・高橋，1986，p. 83）から、自我機能が脆弱で不安定感が強く、無意識の欲動の処理が困難であることが理解できる。山形の冠部の上から最後に描かれた“螺旋でかかれた冠部”（Koch, 1970, p. 76）は、「現実性の欠如」や「混乱した傾向」を表わしているが、同時にこの冠部は“乱雑な輪郭線の茂み”（高橋・高橋，1986，p. 90）とも見ることができ、Bの内的世界に

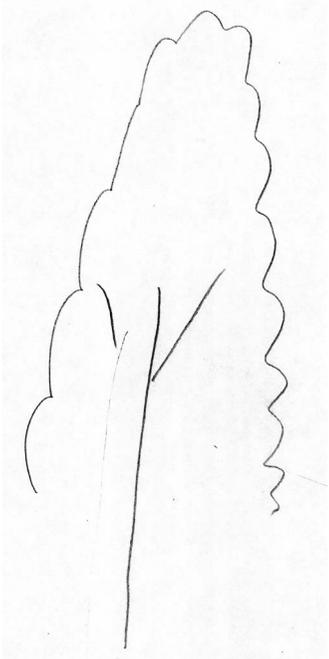


バウム I（図1）

おける混乱ぶり、つまり自己と対象が融合しやすく衝動的で、外界への適応を失った状態にあることがうかがわれる。樹木の構成要素である樹冠と幹との関連づけに乏しく、樹冠は幹と接合せず開いた状態であることも、これらの状態を示唆するものであり、自我機能が脆弱であることを示している。

2. 入院1年1ヶ月後、X+1年5月

Bは徐々に介助を受けず入浴できるようになり、衣類を着用するようになったが、相変わらず下着は着用せず、無表情で落ち着きがなく、夜間は自室とトイレを行き来する行動が頻繁に見受けられた。またスタッフが個人作業療法や病棟レクレーションへの参加を繰り返し促していったところ、Bは次第に拒否せずそれを受け入れるようになった。他患との関わりはないものの限られたスタッフの言葉がけに反応を示すことが増え、僅かな交流が持てるようになり、面接室での検査者（椋田）による検査の実施も可能となった。以降のバウムテストは、すべて椋田が実施したものである。



バウムⅡ（図2）

<バウムⅡ（図2）の解釈>

縦長の波型の樹冠はバウムⅠに比べ領域が拡大し、全体的にしっかりとした筆圧で丁寧に描かれており、精神状態の安定がある程度、図られてきているようである。しかし樹冠は幹と接合しておらず、やはり開いたままである。枝は、「①目標や理想の方向、②家族、友人、社会などの人間関係での相互作用、③外界と内界との精神的交流の円滑さ、④環境から満足を得る可能性などを象徴」（高橋・高橋、1986）するものであるが、この枝の出現は、Bが自己の内的世界に完全にひきこもり、他者との接触を避けていた状態から、次第に僅かではあるが外界にも目を向け始め、他者との接触を少しずつ受け入れる方向へと変化し始めていることを反映していると推察される。また枝は単線ではあるが、下から上に向かう動きが感じられるものであり、Bの活動性が増してきていると考えられる。

次に幹に関して、Bは平行な二本のラインを描き、左右に1本ずつ単線の枝を描いた後に幹の左側のラインを抹消している。検査時の様子から、Bは単線の枝に対して二本のラインの幹であることに違和感を抱き、幹を単線にすることによってこれを処理したと見受けられた。“単線の幹”（高橋・高橋、1986, p. 64）は、「未成熟性」や「現実を客観的に検討する能力の喪失」を表わしているが、これ

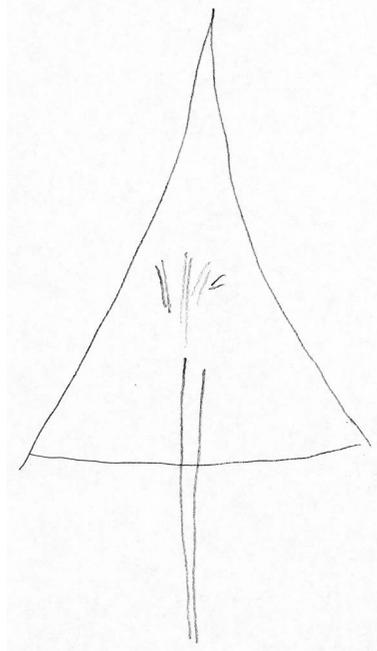
はBが次第に外界に興味を持つようになってきてはいるものの、やはりBの自我が極めて脆い水準のものであることを物語っており、外界との接触によって現実検討能力が失われやすく、そこで生じる自己の情動を適切に取り扱うことができないことを示していると言えるだろう。

3. 入院1年8ヶ月後、X+1年12月

時折、独言や空笑が見られるが、それに関する訴えはなく、Bの独言に触れるスタッフの言葉がけには応答しない状態が継続していた。しかし日常生活では来訪して「爪きり貸して」と要求したり、スタッフの問いかけに対して「洗濯するの」と返答したりするなど、短文での応答が見られるようになり会話量が増えた。家族同伴での外出もでき、作業療法では料理や陶芸などの集団活動への導入が可能となった。

<バウムⅢ（図3）の解釈>

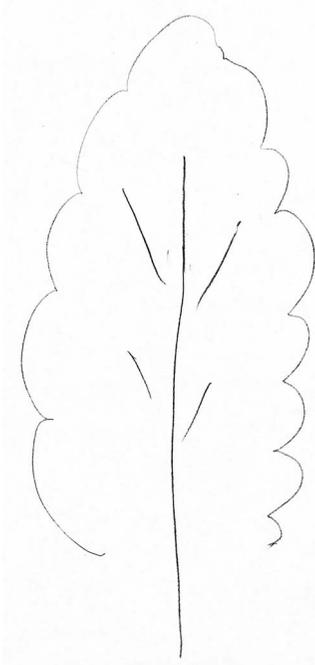
樹冠が三角形の形状を成し、これまで幹と接合せず開いていた樹冠の底部が閉じられている。幹は二本のラインによって描かれ、さらに枝も「成熟した形」の“二本線の枝”（Koch, 1970, p. 79）となり、4本描かれていることは、自我の機能水準が上昇し、外界との接触が増加するとともに現実的な自己感が芽生え始めていることを示唆するものであると考えられる。しかしながら、樹冠の内部に描かれた幹と枝は分断され接合しておらず、また枝と枝も接合していない。この“接合しない枝”（高橋・高橋, 1986, p. 98）は、「環境を適切に処理できないこと」や「自己と外界の境界が明確でないこと」を示し、さらに“幹の上が広がった木”（高橋・高橋, 1986, p. 62）は、「①被検者の統制力をこえた衝動が存在し、②理性よりも感情的な行動に走りやすく、時に③自我が崩壊していること」を表わし、また樹冠と幹とが交差する透視画法になっていることなどを踏まえると、これらの特徴は、やはりBの自我の統制力が極めて低く、自己の欲動や感情が自我に統合されず、自己や対象を全体として捉えることができないことを明確に反映していると思われる。また枝はいずれも“上方に伸びている”（Koch, 1970, p. 88）ことが強調されており、Bの活動性が増している一方で、現実を離れ妄想や空想の世界に耽りやすい傾向がうかがわれる。



バウムⅢ（図3）

4. 入院2年8ヵ月後、X年+2年12月

この頃になると、Bは担当看護師と買い物に出かけるなど院外活動ができるようになり、活動範囲が増大した。しかしゴム手袋や雑巾など不要なものを購入しようとするBに対し、同伴した担当看護師が現実吟味を促しても、それを受け入れないことが多く見られた。作業療法での料理活動ではスタッフの誘導やバックアップがあれば、積極的に動くことができ、他者との交流を拒むことは見られなくなった。時折、スタッフに自ら話しかけることもあり、恒常性には欠けるが僅かながら病識が持てるようになってきている。



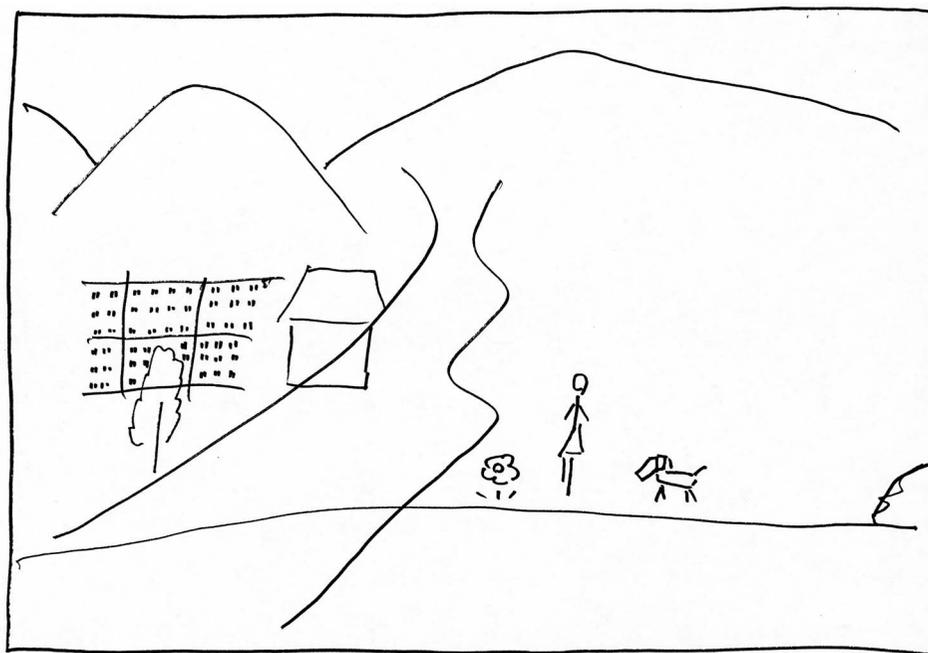
バウムⅣ（図4）

＜バウムⅣ（図4）の解釈＞

全体的な印象として、これまでよりものびのびと描かれている印象を受ける。形状はバウムⅡと似ているが、樹冠の領域拡大や枝数の増加が見られ、樹冠と幹とは接合してはいないものの樹冠は丸みを帯びており、樹冠の始点と終点は接合可能な角度である。これらは外界への興味が一層増し、外界や他者との交流が拡大し、自我境界がある程度、保たれた状態にあることを示すものであると思われる。しかし幹は再び抹消によって単線となっている。Bは二本のラインで幹を描き、しばらく考えた後に幹のラインを二本とも抹消し、一本のラインの幹を描き、その後に枝を描いている。バウムⅡの時と同様、二次元水準での幹と枝との関係性を捉えることができず、二次元の幹から出た二次元の枝を描けるには至っていない。これについては既にバウムⅡの解釈で述べた通りであるが、枝が再び単線になっていることは、高橋・高橋（1986）

が言う「不適切感や無力感」や「自信と決断力の欠如」を表わしていると考えられ、周囲からのサポートによって物事に取り組もうとする意欲は生じるが、一方では現実的な感覚の回復によって、不適切感や自信が持てない感覚を抱くようになってきているのではないかと推察された。

最後に風景構成法の大まかな解釈を付け加えておく。本検査はバウムⅣの実施終了後に引き続き実施されたものであり、これが初回である。Bは検査者の導入に応じ取り組むことができた。



風景構成法 (図5)

<風景構成法 (図5) の解釈>

アイテムどうしの関連づけは、ストーリーとしてはなされていないものの、全体の構成力はある程度、保たれている。彩色はなされておらず、情動機能の低下による情緒性の乏しさや創造性の低下が認められるが、人物（スカート履いた女性）や動物（犬）を描くことができている。その横には花も描かれている。田んぼは稲が丁寧に描かれており、また木との遠近を表現することにも成功している。以上のことから、Bが適度な安心感を持ちながら他者と交流することができている、様々な活動をはじめとする課題に興味を持ち、こつこつと地道に取り組んでいることや、それらを通じて現実感の回復が得られてきていることがうかがわれる。川は画面の中央を縦断する形で描かれ、道との関連づけはなされておらず、Bの自我が欲動を扱うことができず統制力を欠いていることが顕著に表われている。

IV. 考察

Bは入院時、再燃による破滅 - 解体の不安の高まりによって、身体を動かさずじっと毛布に包まれていることで破滅 - 解体の不安から自己を守っていたと考えられ、諸機能間の分断によって、無意欲、無関心の自閉状態にあった。しかし2年8ヶ月の入院治療を経て、徐々に自我機能の回復が図られ、その変化はバウムテストの経過にも表われている。

Bの描画は、全体を通じて平板かつ常同的で、地平線がなく、描線量が極めて少なく、

プリミティブで未分化であることなどから、造形性が貧困化しており、意欲の減退や自発性の欠如、他者への関心の希薄化や感情表出の平板化がうかがわれる。国吉（1980）は、ズーヘンウィルト（Suchenwirth, R）が『描画能力の解体』において述べている、精神病での1から6段階を紹介している。Bの描画をその6段階に参照して見ると、彼女の絵には1段階の「描出の調和性維持障害」（奇異、非現実性など）や2段階の「力動性の喪失」、3段階の「関連性の喪失」（地平線描画放棄など）、4段階の「描画能力の粗薄化」（変形、造形性瓦解、構成要素の貧困化、不釣り合いなど）が認められるが、しかし5段階の完全な「形態の崩壊」や6段階の「形態の欠如」までには至っていない。

また描画の特徴として、バウムⅠとⅢ、ⅡとⅣという2種類の形式の樹木が見られる。この形式化の傾向は、情動機能や思考機能の低下によるものであるが、Bのあり方にも見られるように精神病患者が自己のパターン化された行動様式を反復し続けること、つまり強迫的な機制によって、自己の欲動が制御不能となり精神機能が破綻するのを回避し、内的世界の安定を図ろうとする傾向一との関連性が考えられる。すなわち、描画において形態が形式化されることは造形性の低下ではあるが、形式化し形態を限定することは、樹木としてのまとまりを維持し、「形態の崩壊」や「形態の欠如」に至ることを防ぐ意味合いを含んでいるのではないかと考えられた。

4枚のバウムにはこのような共通性が見られる一方で、また、それぞれ変化が認められる。既に述べたように、自我機能の回復によりBの活動性や社会性が向上するのに伴って、樹冠領域の拡大や枝の出現、枝数の増加が見られている。バウムテストにおける使用領域拡大について、永田（2003）は、「一谷ら（1988）は精神的生動性が高まることによる発達の問題としてとらえている」が、「筆者は、この精神的生動性は加齢による発達によって順次段階的に高まるのみではなく、心理的な治癒、回復過程によっても高まるものと考えている」と述べている。精神病患者の描画の特徴と幼児の描画の特徴に類似性があることから考えれば、経過で見られる使用領域の拡大に伴う樹冠の比率の拡大は、自我機能の回復に伴う精神的生動性の高まりを反映していると言える。なお、大きすぎる樹冠や急速な樹冠の拡大は、Koch（1970）が示す「自己賛美」、「欲望の世界に住む」などの傾向、また永田（2003）も指摘している「自己肥大」を表わすことがあり、特に精神病患者では誇大妄想との関連性が示唆されるが、本事例では全体の流れから見てそれには該当しないと考える。

バウムⅡおよびⅣでの二次元の幹の抹消、およびバウムⅢでの幹と枝の分断は、Bが幹と枝との二次元水準での関連づけができないことを示している。これは、自己や対象を全体対象と捉える統合機能の喪失、外界と内界との精神的交流の乏しさを意味しており、ある程度の外的な適応は得られてきてはいるが、Bの自我が極めて脆弱であり、内的な欲動や情緒を扱える水準にはないことを表わしている。ここに統合失調症の病理の深さがある。

V. おわりに

このようにバウムテストを経過的に検討していくことは、治療経過における自我機能の

水準の変化を捉えていく上で有効である。

文 献

- 米国精神医学会（1994）. DSM-IV：精神疾患の診断・統計マニュアル. 高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸（訳）. 医学書院, 東京.
- Kalat, J. W. (1992) Biological psychology. Belmont, CA: Wadsworth.
- Koch, C. 1970 バウム・テスト. (林勝造, 国吉政一, 一谷彊訳) 日本文化科学社, 東京.
- Koch, R. 1980 (林勝造, 国吉政一, 一谷彊編): バウム・テスト事例解釈法 (pp. 207-222) 日本文化科学社, 東京.
- 松木邦裕: 2000 精神病というところ. 新曜社, 東京.
- 永田昌博: 2003 バウムテストに見る思春期心身症生徒の回復過程. 心理臨床学研究, 21-1, 34-44.
- 高橋雅春, 高橋依子共著: 1986 樹木画テスト. 文教書院, 東京.
- Wallace, C.J., Boone, S. E., Donahoe, C. P., and Foy, D. W. (1985). The chronically mentally disabled: Independent living skills training. In David H. Barlow (Ed.), Clinical handbook of psychological disorders. New York: The Guilford Press.
- 山中康裕編著: 1996 風景構成法その後の発展. 岩崎学術出版社, 東京.