

TAT分析・解釈の視点としての防衛機制

豊田 洋子¹, 赤塚 大樹²

Defense Mechanisms as a Viewpoint of the TAT Interpretation

Yohko Toyoda¹, Daiju Akatsuka²

キーワード：病態水準，防衛機制，TAT

(1) 問題

心の臨床の場においてはクライアントのPersonalityの査定，病態水準を捉えること，さらには心理療法が適応かどうかなどについてアセスメントすることが，心理検査とりわけ投影法検査には期待されることが多い。そんな時，われわれはRorschach法やTATを臨床判断における有効な技法として使用する。

特に，心理療法の適応についての臨床判断を考える時，われわれはTATが優れて有効であることを感じている¹⁾²⁾³⁾。

Westen, D. W. のTATを用いて対象関係を捉える理論や，Phebe Cramerの防衛機制を捉える理論は，とても重要な視点であるとわれわれは考える。これらの理論的視点を持つことにより，Rorschach Testと比較した時に弱点とも考えられているTATの病態水準を捉える識別力（診断力）は十分に臨床的適用可能なものとなるのみでなく，前述の心理療法への適応性，対人関係（家族関係・一般的対人関係，異性関係などに分けて）パターンを捉える，症状・問題行動を力動的に捉えるなどのTATの優れた点が浮かび上がってくる。

TATは，分析・解釈にあたりRorschach法のように被検査者の反応を記号化するのではなく，日本語で語られた文章そのものをそのまま対象とするため，第一印象的には易しそうに思われることが多い。しかし，実際は解釈理論，一定程度の臨床経験がないと目の前に語られたTAT-storyがあっても結局は歯が立たないことになる。

聴きなれた，見なれたコトバ（日本語）がいっぱい並んでいるけれども，どのコトバが重要で，どのコトバはそうではないのかの取捨選択ができない。

病態水準を捉えるためには，防衛機制をTATプロトコルから読み取るというのは，極めて重要な視点である。しかしこの側面からのTAT研究は，いまだ不十分である。例えば，Phebe Cramer（1996）のテキストのTAT and Psychopathologyの章において，BPDとの関係について述べ，splittingとprojective identificationが取り上げられているが，いろいろな病態水準と防衛機制を包括的に考察するという点に関しては殆どなされていないと言ってよい。

それは，Cramerは，病理，病態水準を捉える時に，必ずしも防衛機制を中心においていなくて，いろいろな視点の一つとして防衛機制的視点もあるというスタンスであるように思われる。

本研究においては，Freud, S. の防衛あるいは防衛機制さらには症状形成のメカニズムについて文献的概観をした上で，病態水準の臨床的判断において重要になると想定する防衛機制の水準という考えに言及する。この防衛あるいは防衛機制の水準を捉えるにあたっては，鑑の夢分析からの理論¹⁾を援用しつつ，防衛機制の水準という視点から，TATプロトコルを具体的にどのように分析，分類するのかについての実際的方法を提案するのが，われわれの研究の目的である。

¹ 岡山女学園大学（学生相談室），² 愛知県立看護大学（臨床心理学，精神分析学）

(2) Freud, S. の防衛あるいは防衛機制

Freud, S. の理論は、はじめから完成したものとして提示されたわけではなく、Freud, S. 自身によってその都度修正されながら展開している。無意識の心的状態があることやそれが意識にも影響を及ぼすことを知ったFreud, S. は、ヒステリーをはじめとする神経症の病因を理解し、解明しようとした。その過程においては、抑圧された無意識的なものから次第に自我の機能へとその関心が移っていき、症状を生み出す上で重要な役割をもつ防衛への理解が深まっていく。防衛という概念は、1894年の『防衛—精神神経症』で使用される。その後は最初に分かった防衛手段が抑圧であったことから、防衛過程という概念を抑圧という概念に置き換えて使用した。しかし、抑圧とは違った他の手段の新たな発見によって防衛という概念を再度使用することになる。そして、防衛とは「衝動の要求に対する自我の保護」といった過程を全て包含し、抑圧がその中に含まれるという見方を1926年の『制止、症状、不安』の補足の中で説明している。

ここでは特に、どのような防衛機制がどのような症状を生み出すかといった防衛機制と症状との関連について理論化されていくあたりのプロセスをFreud, S. の著書を通しておおまかにおっていく。もちろん、症状形成には防衛だけでなく様々な心的要因が関わっているし、Freud, S. の理論は非常に幅広く奥行き深いものである。従って、Freud, S. の理論から防衛に関してだけをここに取り上げようとするのは、人体から筋肉だけを取り出して提示するかなのような部分抽出的なものとの印象を与えるかもしれない。

しかし、今回の我々の研究においては、この「筋肉」にこそ注目する。すなわち、防衛とは意識から無意識をも含む自我による働きであり、その方法や程度によって症状が生じる。従って、心（私なるもの）を守り支えるような筋力がどのような働きをしているかを捉えることは、正常な心理状態か病的な心理状態かを見極める試みといえるし、TATを読み取る上で防衛機制に注目することは、病態水準を捉える重要な手掛かり材料となるのである。

①防衛による症状理解の始まり

Freud, S. は、その当時考えられていたヒステリー症状群の意識分割（受け入れられないことを、精神を区分して他の集団に分けるようにして意識から排除する）の仮説を検討し、ヒステリーには転換が特徴的であるという独自の見解を『防衛—神経精神病』⁴⁾において示した。

Janet, P. は、ヒステリーの意識分割を心的総合の能力の低さ、すなわち意識野の狭窄にもとづくヒステリー性の病変と考えた。しかし、Breuer, J. はFreud, S. との共著の報告において、類催眠状態に浮かんできた表象が他の意識内容との連想上の交流をせき止められて成り立つとし、意識分割は獲得された二次的なものとした。

Freud, S. は自分の患者の観察から、意識内容の分割が意志作用の結果（意識的にもくろんでいるのではない）であり、動機のわかる意志緊張に導かれたものである状態を見出した。それを他のヒステリーの型から区別して防衛ヒステリー（獲得性ヒステリー）と名づけ、防衛から症状を理解し始める。

ところで、防衛ヒステリーと名づけられたその患者達には、精神生活で受け入れ難い嫌な出来事が突然起こり、自我はそれを受け入れられないままにその体験や表象や感覚を忘れようと防衛した。これがおおその解決として成功する時は、「強い表象が弱いものとなり、その表象に付着した興奮の全量である感情が切りはなされる。弱い表象は、ほとんどなんの連想作用も起こさずとなり、それから分離された興奮全量は他の用途に使わなければならない」(P10)。こうしたことは他の神経症にもみられるが、ヒステリーでは興奮全量を身体的なものに置きかえた結果として、受け入れられない表象を無害なものにできる「転換」が特徴的であることにFreud, S. は気づいた。また、強迫観念は、弱くなった表象についていた感情が解放されて他の和解除しやすい表象に付着することによって生じると考えた。

強迫観念と恐怖症では、表象と感情の分離によって、受け入れられない表象に対する防衛が行われ、幻覚的錯乱と分類される精神病では現実からの遊離すなわち精神病に逃避することによって自我は堪えがたい表象から自分を守ることができるとした。

翌年に著した『ヒステリーの心理療法』⁵⁾においては、ヒステリーの心的機制が整理されて記される。「ヒステリーは耐え難い観念を、防衛しようという動機から抑圧することによって発生する。次に、抑圧された観念は弱い（強度の乏しい）記憶痕跡として存続している。また、

観念から分離した情動は身体の神経支配の方に振り向けられる。つまり興奮の転換である。したがって、観念はまさにその抑圧によって病的症状の原因、つまり病原性のものであるということである」(P209)。

この頃のFreud, S. は、神経症の症状について、過去の外傷体験（性的誘惑説）とその精神的葛藤が病因となると考えていた。しかし、1900年代には、小児性欲論、その象徴としてのエディプスコンプレックス理論へと展開していき、神経症の原因は本人自身の内因的な本能欲求と抑圧の葛藤であるとして、以前の説を修正して考えるようになる。

②自我の機能への注目と新たな概念の導入

精神分析は、心的なものを意識的なものと無意識的なものに分けることが大前提である。この無意識の概念は抑圧理論から得ており、抑圧されたものは無意識的なものの原型である。Freud, S. は、無意識をさらに二種類に分類する。一つは記述的な意味で用いる無意識的である潜在的なものを「前意識」と名づけ、無意識よりも意識に近いものとした。他の一つを力学的意味で無意識的な抑圧されたものに限り、「無意識」とした。

しかし、精神分析の研究を進めるには、意識的、前意識的、無意識的という三つの術語による説明では不十分であったため、自我の機能に注目することになる。そして『自我とエス』⁶⁾の中では、新たな構造論（自我、エス、超自我）が導入される。Freud, S. の有名なパーソナリティの構造的概念としての心的装置の図（『続精神分析入門』⁸⁾）は、その原型のようなものがここで示される。

Freud, S. は、自我の一部が無意識的であるということに分析治療の過程に現われてくる抵抗から気づいた。抑圧によって排除されたものは、分析の際には自我に対立している。患者の連想が抑圧されたものに近づいたと思われるとき、連想は停滞してしまう。つまり、抵抗は自我から発して自我に属しているが、自らを意識することなしに強い作用を示すのである。従って、神経症について考える時、単に意識的なものと無意識的なものとの葛藤ではなく、統合する自我とそれから分離され抑圧されたものとの対立を考える必要があることに気づいた。

また、自己批判や良心といった精神活動も無意識的に行われるが、この無意識的罪悪感が神経症の回復の経過にもっとも強い障害になっていることにも気づいた。分析治療を受けている間、よくなる代わりに悪くなるのであり、Freud, S. はこれを陰性治療反応と呼んだ。これは、

医師に対する否定的態度や疾病利得への固執などによる妨害よりもさらにいっそう強いものである。患者は罪を感じないで病気になるというように、罪悪感の回復に対するゆるぎない抵抗としてあらわれた。Freud, S. は、こうした無意識的罪悪感を心的機制として想定した。

こうした側面については、強迫神経症では、罪悪感のはっきりしているにもかかわらず、自我によって是認されることがない。自我は、反動形成によって罪悪感が関係する素材を遠ざける。メランコリーの場合は、超自我が意識を独占しているが、自我は抗議もせずにその罪を告白して罰に従う。この相異は、前者では、自我の外部にとどまっている不快な衝動興奮が問題なのであるが、後者では、超自我の怒りの向く対象は同一視によって自我のうちに取り入れられる。また、ヒステリー型の自我では、超自我の批判から抑圧の作用によって身を守るため、罪悪感が無意識のままとどまるのである。

自我の機能、その強さと弱さについては、「知覚体系との関係によって、精神過程に時間的順序をたて、それを現実の検討にゆだねる。思考過程を挿入することによって、それは、運動を通じての放出を遷延させ、運動機能への通路を支配している」（『自我とエス』P296）と言い、自我は行為との関係では形式的に優位な位置を占めるとする。しかし、別の観点からは、自我は外界からの脅威、エスのリビドーからの脅威、超自我の厳格さからくる脅威の三様の脅威に脅かされていると言う。これらの間を調整する非常に困難な役割を自我が担い、自我がエスや超自我に依存したり、無力や不安になりながら苦勞して守り抜こうとしている自負をみたのである。

③防衛機制と症状の関係

『制止、症状、不安』⁷⁾において、Freud, S. は自我の力を再評価する理論の修正を行う。また、防衛過程という概念を抑圧という概念に置き換えて使用していたが、この論文において再び防衛という概念を使用する。これは、抑圧とヒステリーとの関係のように、ある型の防衛と特定の疾病との間に密接な関係が考えられたため、抑圧を防衛の一つとして位置付けたのである。不安と自我との関係においてはその理解が進むと、不安に対する自我の防衛機制からの神経症理解の基礎づけがなされた。

個々の神経症的な疾患ではどのような形で自我機能の障害が現われるのかという問題を考える上で、まず、制止と症状を区別している。

機能の単純な低下を制止と呼び、機能の異常な変化や

新しい作用が問題となった時に症状と呼ぶ。多くの制止は、もしその機能（例えば、性機能など）を実行すれば不安が引き起こされるであろうから、機能の放棄といえる。

制止（自我機能の制限）の表現として、自我はエスとの葛藤による新たな抑圧を企てるはめにならないように、自己のものである機能を捨てる。また、自我は超自我との葛藤におちいらないようにするために自己懲罰にも役立てる。例えば職業上の活動が厳格な超自我の拒絶する利得や結果をもたらす時、自我はその活動ができない。もっと一般的には、自我が非常に重大な精神的課題を課せられている時（例えば悲哀の場合）、必要に迫られて強く感情を圧迫すると、自分の自由になるエネルギーが乏しくなるので、いっせいにエネルギーの消費を制限しなければならなくなる。

このように、制止は、エネルギー貧困の予測またはその結果として起こる自我機能の制限である。それに比して、症状は、自我の抑圧によって中断された衝動満足の徴候と代償であるから、自我の中の過程や、自我に接した過程としては記述できない。自我がするのは、エスのうちの衝動過程と抗争するとき不快の信号を与えることである。この信号は抑圧に際して新しく現れるのではなく、既存の追想像による情緒の状態として再生される。すなわち「情緒状態というものは、非常に古い外傷的体験の沈殿物とし、精神生活にとりいれられたものであるが、似た状況のもとでは、追想像徴としてよび起こされる」(P325) というわけである。

Freud, S. は、不安の捉え方について、リビドーの変形とみなす観点から次第に、危険な状況に対する反応とみなすようになった。そして、信号としての不安（不安信号説）という捉え方がなされた。

抑圧によって症状の作られる過程が、自我組織の外にそれとは無関係に存在するという見方は、以下のような理解に基づいている。自我はエスの特別に分化した部分であり、抑圧によって自我はエスの一部を抑えようとするが、抑圧作用は自我の強さを示すものであるとともに自我の無力さの証拠でもある。症状が形成されると、転換ヒステリーなどでは防衛の闘いが終結してしまうこともあるが、一般的には、衝動に対する闘いは、症状に対する闘い（二次的な防衛闘争）となって続く。

この二次的防衛闘争は矛盾した二面をもつ。一つは、自我にとっては異質な部分である症状を何とかして自己に結び付け、自我の体制に編入しようとする。さらに経

過が進むと、自我は症状のある状況となれ合いになってそれに順応する。症状は何らかの障害をもたらすものの、それによって超自我の督促を緩和させたり、外界の要求を退けることができるため、自己主張にとって価値あるものとなり、自我にとって欠くことにできないものになるのである。こうしたことは、ヒステリー症状と関連する。強迫神経症やパラノイアの症状は、ふだんは恵まれないような自己愛的な満足をもたらすために自我にとって高い価値を持つ。例えば、強迫神経症者は、自分が他人よりも特に潔癖で良心的であると見せかけることができる。パラノイアの妄想形成は、他のものにはかえられないような鋭い感覚と空想に活動の分野を与えるのである。

このようにして、神経症の（二次的）疾病利得というものが生ずる。この利得が症状を同化しようとする自我の努力を助け、症状の固定を早める。矛盾の他の一面は、抑圧の方向をおし進めるものである。すなわち、自我は症状と一体となろうとするが、この症状は抑圧された衝動の正当な代償として満足求めるため、自我はまた不快の信号を発して防衛に立たざるをえなくなるというわけである。

では、転換ヒステリー、強迫神経症、恐怖症の症状形成と不安、防衛過程についてのFreud, S. の捉え方をみていくことにする。

転換ヒステリーによく見られる症状（運動麻痺、引きつって動かぬ拘攣、不随意性の運動や痙攣、痛みや幻覚など）は、分析によってはじめて、それがどういう興奮過程の障害のかわりを知ることができる。麻痺や拘攣のような運動機能に移行した永続的な症状は、まず殆ど不快感を欠き、自我はそれに対して全く関係がないようにふるまう。間歇的な症状や知覚領域の症状ではふつう非常な不快感を感じる。一度できあがった症状に対して自我がたたかうことは転換ヒステリーではまずない。しかし、ある身体部分の痛みの感じが症状になると、「この部分が外からさわられたり、その部分が代理している病源の状況が内から連想的によみがえった時、痛みの症状が確実に現われ、自我は外部の知覚によって症状が起こらないようにするため、予防法を講ずるのである」(P337)。すなわち、ヒステリーの防衛過程の特徴は、抑圧に限られ、不快な運動を避けるために、これを無意識の過程にまかせ、その運命については、もはや関与しなくなる。（しかし、ヒステリー症状が同時に超自我の処罰要求の満足を意味するような症例もある）。

強迫神経症の症状は一般に二種類ある。禁止、警戒、処罰などの否定的な性質のものと、これと反対の代償的満足、しばしば象徴的に変装した代償的満足である。前者が早期のもので、病気が長引くとともに、あらゆる防衛を無効にする後者がましてくる。禁止という非常な制限をおった自我が、症状のうちに満足を求めていく力関係の移動は、自我の意志の麻痺という恐ろしい終末に到達する。エスと超自我との先鋭化した葛藤が拡大して、自我はこの葛藤にまき込まれざるをえなくなるが、強迫神経症はヒステリーに比べて、自我が症状形成の舞台になり、自我は多くのことを防がねばならない。この闘いにさいして、症状の二つの働きが見られる。取消と分離である。

取消は、「いわば否定をこととする魔術であり、運動の象徴によって、出来事（印象や体験）の結果をではなく、出来事自体を「吹きはらってしまう」のである」（P342）。取消は、症状が二段階に分かれている時にみられる。実際には二つの行動が行われているにもかかわらず、第二の行動が第一の行動を否定することで、何も起こらなかったかのようにする。

分離は、好ましくない出来事の後や、神経症という点で意味のある自分の行動の後に、ある中休みが挿入される。そこでは、その体験を忘れることはできないが、その情緒を失い、連想的な関係は制圧されたり中断されたりして、切り離されたように存在するが、思考活動の経過では再生されない。

また、強迫神経症では、去勢コンプレックスが防衛の動因になっており、防衛される相手はエディプス・コンプレックスであるとする。つまり、強迫神経症では、潜伏期の過程が普通の程度を越え、エディプス・コンプレックスの破壊に加えて、リビドーの退行的な低下が起り、非常に厳格な超自我がつくられる。自我はこの超自我に対して従順なあまり高度の反動形成を發展させる。それは、極度に良心的、同情的、潔癖という性質をもっている。

恐怖症には、ハンスの馬恐怖の症例に見られるように、（父を馬に）置き換えるという特徴がある。内部にある衝動の危険を外部に知覚される危険に置き換えるのである。ただし、衝動の要求それ自体が危険なのではなく、それが本当の外部の危険である去勢を伴うからこそ危険なのである。つまり、恐怖症では、ある外部の危険が別の外部の危険に置き換わっているにすぎず、自我は回避や制止症状によって不安をまぬがれている状態である。

(3) 防衛の水準（防衛機制）

鑑¹¹⁾は、夢分析について述べる中で、自我防衛の種類と性質によって、夢の加工のされかたが違うことを指摘し、自我防衛の種類と性質のレベルを、①防衛破綻（精神病的人格構造）レベル ②原始的防衛（境界例的人格構造）レベル ③防衛過剰・不足（神経症・不適応的人格構造）レベル の3つに分類して考えている。

この3つのレベルについて、夢分析の視点から叙述しているが、ここではTATのプロトコール分析にも適用できそうな部分を抜粋する。①精神病的人格構造レベルの人たちの特徴として、自我境界の曖昧さ、对人的な敏感さ、病理（妄想）傾向の深まり等を指摘している。②の境界例人格構造レベルについては、次のように説明している。現実と内的世界との区別がつかない経験を時々する人であり、「境界例の夢」の特徴は、怒り、攻撃、破壊、性的な関心など原始的な衝動が夢の中で演じられることが多く、突然破壊的なものが現れるなど歯止めのきかなさが印象的であると言う。性的な関心が表現される場合は、性的欲求がむき出しになることが多い。さらに、表現の仕方や内容に対する感想や情緒的な関心の薄さという特徴が見られることもあるという。③のレベルの人たちは、夢分析の内容が一番役に立つ人たちであると言い、具体的内容、中身については前掲書の中では触れていない。この③のレベルについては、フロイトの精神分析において対象にされた基本的な病態であり、前の(2)で述べた抑圧を中心として、取消、分離、反動形成、退行、置き換え、などの防衛のあり方を捉えることになる。

(4) TATプロトコールと防衛

Phebe Cramer⁹⁾¹⁰⁾は、防衛機制を捉えようとするのはTATの理論に適ったことであると言う。防衛のあり方は、TAT物語における思考プロセスの形の違いとして捉えられ、この思考プロセスは、物語を語る言語行動から推論できると考える。TATでは、言語の生産活動において、制約がなく自由に展開してもよいという特性があり、それ故に防衛機制を含めて思考プロセスが捉えられるのである。

一つの防衛機制は、一つの思考のプロセスであり、その思考のプロセスは、様々な形式（form）と内容（content）として捉えられると想定するものである。そして、

防衛機制は複雑な精神的プロセスであるので、単一の言葉においてよりも、比較的広範囲にわたる言語行動のサンプルにおいて捉えられると考えた。

Cramerは、幼児から思春期の子ども達を対象にCAT, TATを実施して、denial, projection, identificationの3つの防衛機制をTATで捉えるという発達の軸から検討している。精神病理と防衛機制という視点においては、(1)の最後部で叙述したようにBPDとの関わりについて検討している。

(5) TATプロトコルを防衛水準により分析・分類する試案

①防衛破綻（精神病的な人格構造）レベル

〈事例1〉13MF：男が一人、のっぴ。女が寝て、オッパイが大きい。本2冊、電気スタンド、机もある。壁に耳あり。（男と女の関係は？）肉体関係、男が考えている。オッパイをどうぞと女が…男が泣いていて…（どうして男が泣いているのか？）もうないよ（これから？）わからん

〈事例2〉20：北海道…霧…口が二つあって……犬の目……で、花が咲いている。忘れ名草。（これから？）考えれん、頭が痛くなってきた。

〈事例3〉2：**の〇〇おじさんの農家のお婆ちゃんの妹だった人がお子さんと、海にしか海水浴に行けない所。そこで苦勞しながら、一生懸命頑張っている。来年こそ、よい収穫があるように…娘さんがいるので、大きくなったお孫さんがいるので、幸せになってねと…苦勞してきたもんね…（どれが誰ですか？）これが私、お母さん、〇〇おじさん。これはお母さんだけ、お父さんも一緒になっている。わたしのために苦勞したもんな……

②原始的防衛（境界例的人格構造）レベル

〈事例4〉8BM：女性がライフルで、人を撃ってしまっ…この撃たれた人は…女性のストーカーですかね。ストーカーをやっており、女性は身の危険を感じ、撃ってしまったと思います。…（この後は？）助けられている場面を、背に見ながら…内心では…銃で撃つことを悔やんでいます…まあ、女性は…この後、男性は助からず、この女性はホッとしましたと思います。

〈事例5〉15：この人は…殺人鬼で、たくさんの人を殺してきて、今…お墓の前で…何人殺してきたか数えているところです（どうして殺したの）殺すことが好き

だったから…（今後は）今後も続けていくんだと思う…

〈事例6〉9GF：なんか海で、近くの、海辺のところにあるリゾートホテルの、この人たちは従業員で、そこが火事になったから逃げているんです。一目散に逃げている。火事になっているんで、ほんとはお客さんを誘導しなくちゃいけないのに、そんなことはどうでもよくて、とにかく一緒に逃げている。それで火事が始まってから、またその所に戻って、自分は関係ないと言ったら、あれだけど、火事になったことかもしれないねって思うくらい。

③防衛過剰・不足（神経症・不適応人格構造）レベル

〈事例7〉5：(15'~1'19") 誰かいないのかな…気のせいだったかな…

〈事例8〉2：(54'~1'14") 彼女は、今から持っている本を返しに行く。図書館に。この本の感想はとても感動的だった。はい。

〈事例9〉7GF：(14'~3'04") お金持ちの女の子とその妹、妹を手を持っていて、赤ちゃん、隣に召使の女性がいます。まだ女の子は小さいので女の子と赤ちゃんと一緒に召使の方が子守りをして、召使の女性が一生懸命、本を読んであげているんですけど、女の子は、家の外を窓からずーっと遠くを見て、赤ちゃんを落っこしそうな感じで、ぼーっとして、よそごとを考えている感じです。召使の方は、それに気づかずに、無神経にただ、本を読んでいて…（後略）

(6) 考察

TATプロトコルを分類・分析する試案を示した。3つの水準に分類されたTAT事例は、それぞれ何ゆえに、その水準に分類されたかを分析・考察しよう。

①防衛破綻（精神病的な人格構造）レベル

〈事例2〉においては、「口が二つ」「犬の目」など arbitrary thinkingとも考えられる思考に基づく外界認知によるものであり、これは明らかに精神病水準の病理的傾向と捉えられる。〈事例3〉においては、図版の絵柄が刺激となり、図版の絵柄を叙述するレベルを超え、図版との距離が全く取れなくなって自分の心理的世界、日常的世界がそのまま描写されてしまっている。自分と図版の間に自分の心を守ってくれる自我境界機能がなく

なってしまうっており、まさに防衛は破綻してしまっているのである。同じように防衛の破綻は〈事例1〉にもみることができる。また「壁に耳あり」という表現の裏には病理性を感じさせるし、「(男と女の関係は?) 肉体関係」という論理的ずれは、思考の病理の反映である。

この防衛破綻レベルの表現が図版の1枚だけに見られて、他は病的に問題のないレベルの表現ということは通常ありえない。発病初期の場合は、次の②レベルの中に、①レベルが点在するということが考えられる。

②原始的防衛(境界例的人格構造)レベル

攻撃性(aggression)、破壊性という原始的な衝動性が、3つの事例においては「人を撃ってしまっ」「殺人鬼で、たくさんの人を殺して」「火事になった」という描写に見られるように、十分に防衛されることなく表現されてしまっている。原始的な衝動がむきだしに近い形で表現されている。自分の中のこういう衝動はそのままの原型で直面しないように、心の安全装置といわれる防衛機制が働かないと、私達の心の健康は保ちにくいのである。

ただ、この原始的防衛レベルを反映した表現と思われるものが、1枚の図版に見られたから、その人は境界性レベルの人であると即断することには臨床的判断も含めての注意深さが必要になる。特に青年期における場合に、通常の適応的生活をしている青年が1~2枚の図版において、原始的レベルの防衛をしめすことはあり得るくらいに考えておくのが臨床的には必要である。

③防衛過剰・不足(神経症・不適応人格構造)レベル

〈事例7〉は、打消し・取消(undoing)、〈事例8〉は、周りの対人関係の抑圧(repression)、〈事例9〉においては、プロトコールの後半部分に離人症状的な表現が見られており、防衛のメカニズムとしては、隔離(isolation)

が見られている。

以上のように、TATプロトコールから、防衛の水準、すなわち破綻しているのか、原始的防衛機制を使っているのか、さらには神経症レベルの防衛であるのかを読み取ることにより、病態水準をとらえる視点が見えてくるのである。

文献

- 1) 赤塚大樹, 豊田洋子(1994a) clinical instrumentとしてのTATの再検討(その1) 東海心理学会第43回大会
- 2) 赤塚大樹, 豊田洋子(1994b) Westen, D. のTAT解釈理論に関する研究 愛知県立看護短期大学雑誌第26号
- 3) 赤塚大樹, 森谷寛之, 豊田洋子, 鈴木國文(1996) 心理臨床アセスメント入門 培風館
- 4) フロイト, S. (1894) 防衛—神経精神病 フロイト著作集6 人文書院
- 5) フロイト, S. (1895) ヒステリーの心理療法 フロイト著作集7 人文書院
- 6) フロイト, S. (1923) 自我とエス フロイト著作集6 人文書院
- 7) フロイト, S. (1926) 制止, 症状, 不安 フロイト著作集6 人文書院
- 8) フロイト, S. (1932) 続精神分析入門 フロイト著作集1 人文書院
- 9) Phebe Cramer (1991) The Development of Defense Mechanisms Springer-Verlag
- 10) Phebe Cramer (1996) Storytelling, Narrative, and the Thematic Apperception Test The Guilford Press
- 11) 鎌幹八郎(1998) 夢分析と心理療法 創元社