

描画にみる 統合失調症のこころ

アートとエビデンス

横田正夫



統合失調症の人びとが描いた絵に 共通する特徴とは？

描画法の心理検査で描かれた患者さんの描画を
個別に解釈し、統計的に分析。

予後や退院時期などの描画テストによる見極めや、
統合失調症という精神障害の全体像を考察。

新曜社

描画にみる
統合失調症のこころ

アートとエビデンス

横田正夫

新曜社

まえがき

本書は、統合失調症の患者さんたちが実際に描いたさまざまな描画を通じて、統合失調症という精神障害の全体像や心象風景、患者さんそれぞれの人となりや垣間見るとともに、私たちのグループが考案した「草むらテスト」というオリジナルの描画テストについて、その実践手続きや、これまでに積み重ねられた実践や研究を解説した本です。

副題には「アートとエビデンス」と掲げました。

本年は、臨床心理を専門の仕事とする人たちにとって待望されていた国家資格の「公認心理師」がいよいよ誕生する節目の年ですが、国家資格となることで、公認心理師には自らの実践の根拠^{エビデンス}に関する説明責任が社会に向けて一層求められるようになることでしょう。現に、一般財団法人日本心理研究センターの監修による『公認心理師現任者講習会テキスト』（2018年度版）においても、「公認心理師には、臨床場面でクライアントについて理解してゆく過程の心理アセスメントにおいて明確なエビデンスに基づくことが必要である」と述べられていました。

しかし「アート」でもある描画法の心理アセスメントにおいて、最初から実証されているものはあり得ません。実践でそれが用いられる中、最初はさまざまな疑問が生じ、その疑問に答えるような形でデータが集められ、分析され、だんだんと検証されてゆくのではないのでしょうか。そうした疑問、検証の繰り返しの過程を経て、一定のエビデンスが積み重なってゆくものだと思います。

草むらテストは、学術誌への最初の公表から30年以上の時間を経て、いまや数多くの知見を蓄積することができ、他の描画法の心理検査では得られなかった発見もありました。それらをここで一度まとめ、公表することには、描画法のエビデンスベースト・アプローチの実践例を紹介するという意味合いにおいても意義があると考えました。それが本書の出版を企図したことの大きな理由です。

もうひとつ、別の理由もあります。

ひとりの臨床心理の専門家が、統合失調症の心の不思議に魅せられ、その有様を明らかにするために悪戦苦闘した様子を開示することで、臨床心理に馴染みのない一般の人たちにも、臨床心理学の専門家がどのように考えを進めてゆくのかについての理解が得られるのではないかと期待しているのです。そうした共通理解に基づく対話の成り立ちによって、専門家である私たちの技量はより精緻なものになり、安定し、患者さんへの心理臨床の実践にとってもさらに役立つものへと成長することでしょう。

本書への描画の取載にあたっては、個人が特定される情報を割愛しました。また、本書の描画は、草むらテストを始めたころのものが中心で、患者さんの中にはすでに亡くなられた方もいらっしゃり、病院との関係が切れている方もいらっしゃいます。描画の使用を含めた症例報告は、退職された複数の主治医のかかわった古いカルテや、患者さんに日常的にかかわった多くの看護師の古い看護記録も参照し、病院の倫理委員会の承認を受けて行っています。さまざまな描画テストに臨んでくださった患者さんをはじめとして、多くの病院スタッフの膨大な時間を費やした記録を背景にしてこの本が成り立っています。

本書が、公認心理師をはじめとする心理臨床の専門家や、精神科臨床に携わるスタッフ、そして統合失調症の患者さんにご家族の方々にとって有益なものとなりますことを、心から願っています。

2018年 8月
横田正夫

まえがき *i*

第1章 統合失調症について _____ *1*

はじめに *1*

統合失調症とは *1*

患者さんの体験・症状生起 *3*

私の出会った患者さんの話 *6*

第2章 草むらテスト _____ *9*

実施手続き・描画課題 *9*

風景構成法ではどうなるか *9*

統合型 HTP 法ではどうなるか *13*

教示方法の工夫 *15*

描画例 — 健常者の場合 *16*

描画例 — 統合失調症患者の場合 *19*

描画特徴の比較 *23*

- 特徴の出現数 ●500円の描き方

統一的視点の設定困難 *25*

- 視点のちがい ●個別の解釈

患者さんの描画と解釈の例 *29*

- 東大一直線 ●風景構成法の患者さん ●家の象徴
- 金属探知機での探索 ●自動販売機
- 断片化の著しい描画 ●目玉棒人間
- 身体から木が生える描画 ●I love you の描画
- クローン人間の描画

第3章 樹木画と病棟認知地図 43

患者さんの描画例 44

- 47歳男性 ●28歳男性

描画特徴の相違点と共通点 47

病棟認知地図の三つのタイプ 52

樹木画の描画特徴 53

第4章 視点変換課題 57

健常者の描画例 57

患者さんの描画例 58

- 横一列 ●同構図 ●その他のパターン
- 正変換できたケース

描画特徴の出現率 66

第5章 コーヒーカップ課題 69

患者さんの描画例 69

- カップと受け皿の分離 ●二重写しと包含 ●接合
- 視点の統一が三次元的にとられている例 ●まとめ

描画特徴の出現率 74

第6章 描画課題間の特徴の比較 77

「分離」の出現率の比較 77

草むらテストの課題設定の特異性 79

描画特徴の空間的布置 80

第7章 描画の全体的印象 85

全体的印象の因子分析 85

第1因子 — 静態性 87

第2因子 — 写実性 91

第3因子 — 非整合性 92

第8章 長期経過と描画の特徴 97

退院の予測 98

描画特徴の5年経過 99

- 多変量解析
- 経過の予測モデル

第9章 症例検討Ⅰ 105

症例A 男性（入院時30歳～） 105

- 第1期（30歳～34歳）
- 第2期（35歳～39歳）
- 第3期（40歳以降）

描画の変遷 110

- 第1期の描画
- 第2期の描画
- 第3期の描画

状態と描画の関連 120

草むらテストの縦断的分析 123

第10章 症例検討Ⅱ 125

症例B 女性（入院時34歳～退院時57歳） 125

- 第1期（34歳～47歳）
- 第2期（48歳～52歳）
- 第3期（53歳～57歳）

描画の変遷 131

- 第1期の描画
- 第2期の描画
- 第3期の描画

状態と描画の関連 146

あとがき 149

第1章 統合失調症について



はじめに

公認心理師法が成立し、念願であった臨床心理に携わる専門家の国家資格が誕生しました。公認心理師法は医療や学校、福祉、産業などの各現場で働く心理職の人たちに国家資格を与えることになりました。各現場ですでに信頼を得て働いている臨床心理士には、とりわけ喜ばしいことと思います。

しかしながら公認心理師は一体何をする人たちなのだろうか、ということになると、一般の人たちには馴染みがなく、具体的なイメージも浮かびにくいものでしょう。医療現場で働く医師や看護師といった専門家の中にも、臨床心理を専門にする人たちについて、「人の心がわかる怖い人」のように感じているらしい人たちがいます。しかしマンガやアニメの世界ならともかく、臨床心理の専門家にそのような能力は当然ながらありません。臨床心理に携わる専門家が人の心を理解する方法は、心理学の方法論に則っています。つまり、心理検査や面接といった方法を使っているのです。しかしそういわれても、やはりまだ具体的なイメージが浮かばないことでしょう。

そこで本書では心理検査をひとつの取っ掛かりとして、臨床心理に携わる専門家が何をどのようにして患者さんの心の理解を進めてゆくのか具体例を示してみたいと思います。使用する心理検査は描画法と呼ばれるもので、私が新しく導入した（といってもかれこれ30年前の1986年のことですが）「草むらテスト」というオリジナルの方法を中心に紹介します。対象となるのは統合失調症です。

統合失調症とは

統合失調症とはどのような精神障害でしょうか。

本書を手取る読者は、その名前を耳にしたことがきつとあることでは

う。次章以降に登場する、統合失調症の患者さんと草むらテストの紹介に先がけて、ここであらかじめ簡単に解説しておきたいと思います。

精神医学の教科書（鈴木，2018）によれば、統合失調症は青年期に発症しやすく、発症危険率は0.8パーセントといわれています。つまり120名の中で1名が発症するほどの比較的身近な精神障害です。世界では約2400万人、日本では約77万人の患者さんがいるといわれています（鈴木，2018）。心理機能の知覚、思考、感情、意欲などの側面がさまざまに侵され、現実には存在しない声を聞いたり（幻聴）、殺し屋に追われて殺されるといったような現実にはあり得ないような考えをもったり（妄想）、自分の考えを抜き取られたように感じたり（自我障害）、日常的な出来事に反応して感情を表出することがなかったり（感情鈍麻）するようになります。アメリカで作られた診断基準のDSM-5からは妥当性が乏しいということで削除されてしまいましたが、かつて、統合失調症の病型分類には被害妄想が症状の中心となる「妄想型」、思考と感情の障害が中心となる「破瓜型」、興奮と混迷といった行動面の障害が中心となる「緊張型」という分類がなされていたこともありました。

統合失調症は、2002年に「精神分裂病」から変更された名称です。その理由は「精神分裂病」という名称に予後が不良で荒廃に至るといった負のイメージがあり、人格が分裂するといった誤った理解に導きかねないということがあったためとされています（鈴木，2018）。予後不良で荒廃に至るといったイメージは、統合失調症の概念を精神医学に導入したクレペリンにまで遡ることができるでしょう。クレペリンは精神障害の症状と経過から疾患単位を分類する試みを重ね、思春期に発症し、荒廃に至る症例を早発性痴呆（*dementia praecox*）と命名しました。その後プロイラーは、早発性痴呆が必ずしも青年期に発症するとは限らず、また荒廃に至らないものもあることを指摘し、その特徴は精神機能が分裂していることとし、精神分裂病（*schizophrenia*）の名称を導入しました。つまり精神分裂病の名称がもっていた負のイメージは、クレペリンの予後不良の経過をたどるといふことと、プロイラーの精神機能の分裂という悲惨なイメージを歴史的に背負ったものであったといふことができます。これに対し統合失調症の名称使用は、治療によって「約半数は完全にあるいは軽度の障害を残して回復する」（鈴木，2018，p. 320）と述べられているように、回復しやすい精神障害である、というイメージをこの障害に付与しようとしているように思えます。

患者さんの体験・症状生起

幻聴、妄想といった精神症状は、一般の人にも聞きなれたものとなってきたと思われる。しかし統合失調症の患者さんが実際にどのようにそれらを体験しているのかとなると想像することが難しいことと思います。

幸いなことに、患者さんの手記をもとに、精神科医の手助けで患者さんの体験が本になっています。この本を手掛かりにすると、患者さんの体験を生々しく読み取ることができます。少し長いですが入院直前の体験を引用してみましよう。

「黒い影がすっつと入ってくる。ぼくの中に滑りこむ。そしてぼくの腕を動かして服を脱がして裸にする。そうだ、マネキン・ロボットは裸なんだ。このあいだ裸でお父さんの寢床に隠れたときには、あれは安全だった。風呂屋で突っ立って洗ってもらった時も安全だった。あれはぼくだった。本物のぼくだった。今はぼくはロボット、裸のロボットだ。ロボットは人を殺しても罪にはならない。死ぬこともない。もともと生きていないのだから。ぼくは今、もう安全だ。灯をつけてもいい。もうひとつ踊ってやれ。ぼくの手足はひとりでに動いている。この安全になったぼくは古物屋の親爺の前へだって行ってもなんの危険もないはずだ。ロボットのぼくは戸を開けて飛び出し、路地から古物屋の店へとび込む。ウオエが出て来てげらげら笑う。路地を2、3人の人が走って来る。古物屋の親爺が割れた唇を開いて走り出してきて、ぼくの目の前にその唇が迫る。ああ、やっぱりぼくは食われるのだ。何人かの人がぼくを抑える。目の前には割れた唇が迫っている。放してくれーぼくがもがく。もがいているのは、ぼくだ。ロボットじゃない。ぼくだ、裸で。ーウオエはげらげら笑っている。毛布で巻かれる。10分、20分、片腕が引き出される。針が刺される。頭にもやがかかる。なにもわからなくなる。」(西丸, 1968, pp.104-105)

この引用から患者さんが体験している異様な、不気味な、まがまがしい出来事を感じ取れると思います。この体験を、まとめ直すと次のようになるでしょう。すなわち、黒い影が身体の中に入り込んできて、その黒い影が自分の身体を勝手に動かして服を脱がしてしまった。マネキン・ロボットになっ

てしまった。手足が、勝手に動いている。ロボットだから死ぬことはない、安全だ。外に出ても大丈夫だ。古物屋の親爺の前に出ても大丈夫だ。だから外に飛び出した。すると古物屋の親爺が迫ってきた。親爺の唇が迫ってきた。食われる。食われるのは嫌だから暴れた。取り押さえられた。側では友達のウオエがげらげら笑っていた。注射されて意識がなくなった。

このようにまとめ直すと患者さんの体験はハッキリと焦点を結んだようになります。しかし患者さんの体験している異様さ、不気味さ、まがまがしさは消えてしまいます。出来事に圧倒されてしまっている切迫感も消えてしまいます。本人の記述にはいわゆるいいがたい雰囲気があります。それは唐突な論理の飛躍があるからでもあるでしょう。「マネキン・ロボット」「ロボットは人を殺しても罪にはならない」などといった言及は、一般人にはなかなか連想をつなげられないものでしょう。統合失調症の患者さんにはそれがごく自然とできてしまうので、論理についてゆくことが難しくなります。しかしそうした言及の背後にある切迫感は十分に伝わってきます。

一方、精神科医の記録は「今回の発病。10月18日、突然興奮し、近所の店に侵入したため、取り押さえられ、とりあえず付近の医師に睡眠剤の注射を受けて即刻本院入院。(中略)強迫的、被害的な幻聴と妄想があり、自己のほかにもう一つ影の自己があるという二重身のような訴えもあった」(西丸, 1968, pp.158-159)と、素っ気ないものです。患者さんの体験を症状として記述したものですから素っ気ないのは仕方ありません。この症状記述の中の「強迫的、被害的な幻聴」については、上記の体験記述からだけでは、明らかではありません。この点に関しては入院後の患者さんの言動から得られたものと思われます。

さて患者さんの記述のもっている、異様さ、不気味さ、まがまがしさは、一体どのようにして生じているのでしょうか。西丸は次のように説明します。

「精神分裂(現・統合失調症)ではここは現実と夢との中間にあり、両方が重なっている。現実と夢の中間の、両方が重なった状態には、このほかに、うかされ、うわごとをいう状態があるが、この時には睡りによけい近く、現実把握がよけい少なく、夢がよけい勢いを占めている。すなわち、二つの形の現実と夢の混合がある。(中略)この二重構造の世界では夢の世界の侵入によって、現実世界における認識と行動も多かれ少なかれその力が弱められ、バックランドからの

材料はよけいに現実の世界のなかのものとして現れる。思い出としてバックグラウンドから浮かび出るものは、現実世界における他人の声とされ、バックグラウンドから浮かび上がる空想は、現実世界にそういうものが存在すると患者は感じる。傍から見れば妄想である」(西丸, 1968, p.165)

つまり西丸によれば、通常はバックグラウンドに収まっているはずのものが勝手に意識に立ち現れてくる。バックグラウンドにあるものは過去の経験や希望や恐れ、欲望などであり、現実を認識するときにバックグラウンドにあるそれらのものが飛び出してくる。そして患者さんは、飛び出してきたものにすかさず意味を付着させてしまう。さきほどの患者さんの体験も、現実世界に彼のバックグラウンドの恐れや欲望が立ち現われ、独特な意味が付着したと考えれば、現実世界と病的世界の二重構造が捉えやすいかもしれません。異様な、不気味な、まがまがしい出来事と見えるのは、患者さんの体験する、追い詰められた、ネガティブな感情の中で、世の中を見まわしているために生じていると考えることができます。

こうした症状生起についての説明は、西丸以外の研究者も行っており、西丸のものが必ずしも一般的というわけではありませんが、わかりやすいものと思えましたのでここに取り上げました。

さてここで紹介した患者さんは入院して落ち着いてきたときに「生きた木は花を咲かせ、風になびき、芽が出、葉が散り、忙しい。ぼくは枯れ木の静けさ、花も咲かない。風が吹いても突っ立っている。大風が吹けば一倒れよう。それでおしまい。」(西丸, 1968, p.139)と書いています。ある種の諦観をもったようです。自身の状態についての的確な表現に思えます。西丸はこうした表現をする患者さんの中に、人間の心の深淵を見ることができると評価しており、そうした患者さんがいるために医師は日常の診療を続けているのだと述べています。この点については私も同感するところです。

西丸の本には患者さんの描いた絵も同時に収録されており、体験記述に絵を重ねてみると、体験の生々しさがまた別様に伝わってきます。絵はより直接的な実感が迫ってくるように思えます。

統合失調症の患者さんは、世間的には「精神障害者」とひとくくりになされ、特定の精神症状、例えば妄想に支配されて一生を過ごすと思う人が多いかもしれません。しかし如何に患者さんとはいえ、一般の人と同様にライフサイ

クルの影響を受けます。成人すれば結婚を願い、自立することを切実に願望します。臺（2000）は、青年期に発病した後15年（35～45歳）に人生の転機が訪れると考えています。一般の人と同じで、中年期に、自身の人生を振り返り、自分の人生を自ら歩み出すことがあるというのです。精神障害者においても、健常者と同様に、ライフサイクルのテーマに出会うのは当然のことでしょう。

私の出会った患者さんの話

以上では統合失調症がどのような異様な体験をする精神障害であるかの一端を、精神医学の教科書と、患者さん自身の物語から知りました。ここで物事の本質を捉えているように感じられた私の体験も紹介してみたいと思います。

私が大学院で認知心理学を学び、縁があって精神科領域に就職したのが1982年のことでした。本や論文で精神分裂病（当時はまだそのように呼ばれていた）について知ってはいましたが、実際に患者さんに会ったのは初めてのことでした。今でも忘れられないのは、若い女性の統合失調症の患者さんが、顔を上に向けて口をあんぐりと開けている姿でした。そのとき感じたのは人間の口とは穴なのだ、ということでした。そして口から肛門まで通じている単なる筒が人間なのだと感じさせられました。普段私たちは、喋ったり、食べたりといった行為を行っている口に対して、あるいは映画などで美男美女が口づけする接吻を思い浮かべ、単なる穴との認識はもちません。統合失調症の患者さんとの出会いにより、穴と感じてしまった即物的な口のポッカーいあいた空間に、私はそのとき絶句しました。

その女性は、幸いなことに、状態が良くなってすぐ美しい娘の姿に戻りました。

別の統合失調症の患者さんは、慢性期の患者で、状態が悪く閉鎖病棟にいました。心理検査をするために、検査室に導き、検査を始めました。記憶検査を行うために、私は日用品をいくつか見せて、紙で隠しました。そして尋ねたのです。「この下に何がありますか？」と。それに対して隠された日用品を具体的に答えてくれるものと私はまったく疑いませんでした。しかしその期待は見事に、しかも感動的な形で外されました。

彼はこう答えたのです。「幸せがあります」、と。

何という答えでしょうか。まるで禅僧の悟りのようではありませんか。どのような脈絡でそのような答えに行きついたのか不思議でした。が、しかし、答えそのものはとても美しいものと感じました。

また別の患者さんの話です。

この人も「検査します」と検査室へと導き入れました。そして検査のやり方について説明しました。するとこの患者さんは「そんなことをやって何になるんですか」と食って掛かってきました。それに対し「今のあなたの状態を調べて今後の治療に生かす」といったような説明をしましたが、まったく納得しませんでした。仕方がないので検査の実施は諦めました。

後日、病棟でその患者さんをみると、出会う人ごとに食って掛かっています。そんなに出会う人ごとに食って掛かっていたら大変だろうに、と思ったものでした。

こうした姿勢、発言、行動は、決して珍しいものではなく統合失調症の患者さんにありふれています。しかし、当時の私には、驚きに満ちたものでした。同じ人間なのに、という思いです。

さらにこれに輪をかけて驚くことができました。

心理検査の一種として、知能検査があります。知能検査はIQ100が平均と通常考えられています。統合失調症の患者さんに施行してみると、ほとんどが100に達せず、80にも満たないものさえ多くみられました。最初は、自分のやり方が未熟なのだと反省しましたが、しかしやり方に慣れてきても結果は同じでした。高校や大学を卒業しているとカルテに書かれている患者さんでも同じです。知能検査の結果が落ちてしまっているらしいのです。そしてよく見ると他の心理検査の結果も、通常の大学生が示していた見慣れた結果からすると非常にかけ離れたものばかりなのでした。

このような、統合失調症の患者さんたちの心の不思議さとユニークさを、なるべくありのままに、何とかして理解するすべはないだろうか——そうして考え出したのが、本章冒頭に登場した「草むらテスト」というわけです。どのようなテストで、患者さんの何を知ることができたのか、患者さんの症例と実際の描画を交えつつ、次章以降で詳しく紹介します。

引用文献

- 臺弘（2000）人生の四季と分裂病治療. 『こころの科学』 90, 107-111. 日本評論社
- 鈴木道雄（2018）統合失調症. 尾崎紀夫・三村將・水野雅文・村井俊哉（編）『標準精神医学』 第7版, pp. 317-340. 医学書院
- 西丸四方（1968）『病める心の記録：ある精神分裂病者の世界』 中央公論社

第2章 草むらテスト



実施手続き・描画課題

草むらテストは、第1章で少し触れたように、統合失調症の患者さんの心の様相を調べる（アセスメントする）、統合失調症に特徴的な状態が患者さんにみられるかどうかを確認するために生み出された、描画法による心理検査です（横田ら，1986）。

描画法の心理検査では、患者さん（受検者）は概ね、検査者から与えられる何らかの課題や手続きに沿って絵を描きます。草むらテストの描画課題は「草むらに落とした500円を探している自分を描いてください」というシンプルなものです。それにより、患者さんは、「草むらの中にある500円」、「500円を探しているという動作」、「草むらの中にいる自分」というように、描画要素の草むら、500円、自分自身を相互に関係づけて同時に表現するように求められます。

風景構成法ではどうなるか

この草むらテストは、当時さまざまな懐疑が寄せられていた、統合失調症の患者さんに行われる描画法の手続きや解釈についての議論をもとに、検討が始まりました。

例えば風景構成法では、統合失調症の患者さんの描画として、描画要素を空間の中に統合できず、相互に空白の空間をあけて各要素を羅列するという特徴が報告されていました（中井，1970）。

風景構成法の手続きは、箱庭療法の方法をモデルに発想しています。箱庭療法では箱庭という枠組みの中にミニチュア玩具を置いて作品を構成し、その置き方はいかようにも可能であり、制作の途中での置き換えも自由ができます。しかし風景構成法では、風景を構成するものが「川」「山」「田」「道」



図1 風景構成法の描画例

「家」「木」「人」「花」「動物」「石とか岩のようなもの」「足りないと思うもの、描き足したいと思うもの」といったように決まった順番で提示され、順番通りに描き加えられてゆき風景を構成するように求められます。比較的大きな風景要素である川から順番に始まるのがこの描画法のポイントです。つまり、用紙の中に川をどのように置くかによってその後の描画スペースが制限されてくることになります。川を大きく取り過ぎれば山は小さく描かざるを得ず、風景としてみたときに、全体のバランスを崩したものとなることも起こります。

そして統合失調症では風景を描くという教示を忘れたかのように、川、山、田といった描画要素を一つの項目のように並べ、さらにはその後の描画要素も同様に項目のようにして並列することも起こってくるのです。

では実際にどのような描画が得られるのでしょうか。少し描画例をみてみましょう。

図1にその例を示しました。風景構成法では用紙の四角に枠取りしてからその中の一つひとつ与えられた描画要素を描き込んでゆきますので、大学で風景構成法の実習を行いますと、整合性のとれた絵を描くのは、大学生でもかなり困難をおぼえるようです。それに対しここで示した描画は風景として

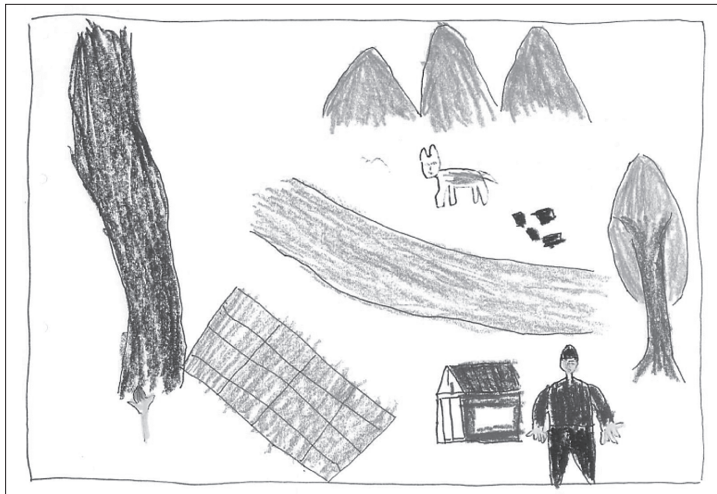


図2 風景構成法の描画例

整合性が極めてよく保たれています。遠景に山があり、中景に家があり、近景に人物があり、川は用紙の中央左端から手前へカーブしながら流れています。これほど整然とは描けないと多くの読者が思うことでしょう。しかし驚いたことに、この描画は統合失調症の患者さんのものなのです。統合失調症の描画は羅列的になると述べたのに違うではないかと怒られそうです。羅列的になる特徴は確かに一般的な特徴なのですが、全員が必ずしもそうではないことを示したかったのです。つまり全体のバランスが崩れた描画が、統合失調症の一般的な特徴だとしても、そうしたなかで、図1のような描画も、患者さんの中には描く人がいるのです。

しかしよく見れば人物や犬の大きさは、田んぼのサイズに比較すると大き過ぎるようにも思えます。家も山の大きさからすれば巨大過ぎるようにも思えます。

もう一枚紹介しましょう。図2を見てください。これも患者さんの風景構成法の描画例です。この描画は図1に比べれば明らかに全体のバランスが崩れています。風景構成法で最初に描くように求められる「川」が用紙の中央にあり、しかもこの川は他の描画対象と何の関係もなくポツンと置かれています。木、家、人などの個々の描画はそれぞれ木、家、人と理解できますが、