

# 心理アセスメントにおける心理検査の治療的役割

——「人格理解」から「治療的介入」へ——

竹 森 元 彦

(教育心理学教室)

(平成11年10月21日受理)

## The therapeutic role of psychological test in psychological assessment : From “diagnosis of personality” to “therapeutic intervention”

Motohiko TAKEMORI

### 1. はじめに

心理検査には、検査による客観的理解だけではなく、臨床家とクライアントの間の共感的理解という主観のプロセスが介在している。「そのコミュニケーションの流れの中で、各検査刺激は内包のある二者関係に、各刺激特性をもとにそれぞれの特異な関わり方を行い、その結果多角的な情報をもたらす」(佐藤, 1975)ものである。そして「大げさにいえば、そこにこそ心理臨床的な叡知がはたらく余地がある」(氏原, 1991)と言える。心理検査は、クライアントを知る手段として臨床家にとって強力な武器であるが、その結果から誰もが同じようにクライアントを理解できる訳ではない。「検査場面における検査者-患者間のダイナミクスとは関わりなしに、スコアリング、解釈法への習熟が急がれていたように思われる」(岩崎, 1975)との心理検査の歴史への反省にあるように、臨床家がクライアントとどう関わるかの中で心理検査が活かされると考えられる。心理検査は、まさに臨床家とクライアントの相互発展的な過程の中で用いられる。

従って、心理臨床では、臨床家とクライアントの相互の関係性の中で、心理検査を治療的に位置づけながら用いる能力が求められる。治療過程の一端を担う心理検査は、心理検査を媒介として、面接だけでは捉えにくいクライアントの精神力動や病態水準を探り、同時にクライアントとの関係性を深め、その後の心理療法に役立てようとする治療的連続性の中で捉える必要がある。症状や訴えの解釈や見立ての中で、テストバッテリーを選択し、かつどのようにクライアントに提示するかが、その後の心理療法へと重要な影響を及ぼすと考えられる。

著者自身、これまで精神科外来クリニック併設の心理相談室で、数多くのクライアントに対

して心理検査、心理療法を行ってきた。その経験においても、心理検査はその結果のみを切り取って解釈する事よりも、関係性という文脈の中で心理検査を活用し、検査者と被験者のダイナミクスとの関わりの中で解釈する視点がクライアント理解の上で重要であった。また、現在大学院生の指導にあたる時、心理検査の治療的な使い方について整理する必要性に迫られた。

心理検査の治療的な使い方についての研究が最近多く見られる（例えば、ロールシャッハの継起分析：馬場，1995）が、投影法中心であり、むしろ質問紙法の使用頻度が高いことを考えるとそれらを含めた全体的な視点に立って検討する余地がある。また、いくつかの心理検査を用いる際、治療的な視点から考えて、心理検査をどう組み合わせつつ提示するかも大切な視点である。従って、心理アセスメントにおける心理検査の治療的役割について整理し、その使い方について検討することは重要である。本稿では、心理検査を心理療法との連続性に位置したものとして捉え、その歴史的変遷及び先行研究等を概観した上で、心理検査を治療的に用いた事例を呈示し、心理検査の治療的な使い方について検討することを目的とする。

## 2. 心理アセスメントの変遷

田中（1991）によると、心理アセスメントとは、(1)他者を理解するために人のイメージ・印象を作り記述する過程、(2)人の環境との関係についてある目的にふさわしい介入方針を作り出す決定過程、および、(3)パーソナリティに関する仮説を検証するための研究法を示す概念、とされる。また、氏原（1991）は、心理アセスメントは、必ずしも心理テストに限定されず、「心理臨床家とクライアントとの関係を通して、そこにおのずから浮かび上がってくるクライアント像を確かめること」と指摘している。つまり、心理アセスメントとは、心理臨床家とクライアントの関係性を通じて、クライアントの人格像を明らかにすることが目的であり、そこで用いられる心理検査はその手段という位置づけとなる。

心理アセスメントに対する見解は、時代による変遷が見られる。小川（1991）は、心理臨床における心理アセスメントについて「心理臨床家の活動領域が拡大するとともに、その果たすべき役割への期待も当然のことながら違ってきている」として、次の2つの変遷を指摘している。つまり、①心理測定から心理療法へ、②テスター（technician）からコンサルタント（consultant）へ、である。以下、小川の見解を簡単に紹介する。

①について、歴史の初期において「能力的な心理的諸機能の測定」という色彩が濃く、生理学的検査が身体の諸機能の働き具合を測定すると同時に、心理検査はいわば知・情・意といった心理的諸機能の働き具合を調べるものであった。しかし、これらの心理テストは「個人を一個人として理解し、適応の援助をしていくと言った心理臨床とはややかけはなれたものであった」が、心理的機能が障害を受けているか否かの測定によって「分類・鑑別という心理臨床家の活動は心理検査をめぐる研究を大いに促進した」のである。いわばテスターとしての役割である。このような心理アセスメントは、治療との関係を必ずしも持たず、せいぜい診断という領域に限定されていたが「心理療法、特に力動的な心理療法が盛んになってくるにつれて、このような心理アセスメントと心理療法の解離が修正されてきた」「個人の力動的な理解に焦点を向けるにつれて、単に心理的機能の障害の測定ではなく、臨床家の関心がそのような状態を引き起こしているものへと向けられてきた」「寄せ木的理解ではなく、その個人を統合しているものとして自我が捉えられ、その働きを調べようとする趨勢である」。特に、投影法検査、中

でもロールシャッハ法などは、検査者－被験者間の言語的な相互交流の中で検査が進められていく視点を有する。

また「検査者－被験者の相互作用という2者関係は、心理療法の治療者－被験者関係の雛形である」「被験者の反応を解釈する際に、検査者の存在やそれを通して推測される被験者の対象関係を考えていく」と述べた上で、「心理測定としての役割からはじまった心理アセスメントが、とりわけ投影法は心理療法と別個の過程ではなく、不可分のもの」であるが「検査状況を心理療法のセッションにかえてしまうことを意味しているのではない」との位置づけを強調し、「心理アセスメントと心理療法の領分の境界をしっかりと維持しながらも、それでも典型的な検査状況のもとで心理療法にとって重要なパラメーター（筆者注：心理検査時に検査者－被験者間に繰り広げられる現象学的対人関係）を探索すること」が大切であると指摘した。

次に、②について「患者と臨床家の間の相互作用を診断過程としてみるか、治療過程としてみるかは、その目的による。私達は理解しようとの努力を通して治療しているのであり、治療適度力の結果を観察することによって理解しているのである。したがって、診断と治療は異なる種類の行為ではなく、臨床過程に対する2つの観点なのであって」、心理アセスメントと心理療法は二者択一のものではないとしている。心理臨床家が検査のみならず治療にも携わるにつれて、また同一人物がアセスメントも治療もということが多くなるにつれて、心理検査の用い方や、臨床場における自己の位置づけなどに変化が見られた。さらに、心理臨床家の心理アセスメントに果たす役割として、Allen, hJ. G. (1981) の見解を参考に、①テクニシャン (technician)、②診断家 (diagnostician)、③コンサルタント (consultant) の3つを挙げた。③は、単に検査を実施する人としての存在だけではなく、検査結果を他の情報と照らし合わせて見ていく姿勢を持ったり、検査結果を他の臨床活動と有機的に関連づけて考えていく立場をとる。つまり、治療の各段階においてスーパーバイザー的働きも有する。投影法は一種の面接状況であるので、コンサルタント的役割を持ちやすいが、臨床経験を積むと、このような視点で質問紙検査の結果も見ていくことも可能である。

以上、心理アセスメントの変遷を見た。その変遷の中で心理検査に求められる機能も変化してきたと考えられる。即ち、心理検査の機能として、次の3点が考えられる。①心理測定の機能、②診断と治療の機能、③コンサルタントの機能、である。しかし、時代の変遷に伴って、初期機能を失った訳ではない。心理検査の機能は多層構造をなすと考えられる。個人の全体的 (holistic) 理解を目指すために3つの機能を、選択的あるいは重複的に活用することが重要である。同じ検査であっても、臨床経験を積むに従って、異なる機能に着目することが可能となる。

### 3. 心理検査の選択

心理臨床では数多くの心理検査が用いられるが、臨床場の違いによって使用される検査も異なる。通常、心理臨床の現場にあって、個人の全体性を理解するために、何種類かの検査が組み合わせられて使用されるが、この2種類以上の検査の併用はテストバッテリー (test battery) と呼ばれる。心理検査の選択や組み合わせについて、小川 (1991) は「一般の当該の検査に固有な、いわば内的要因と、検査の実施に伴う、いわば外的な要因」をあげている。①内

的要因として、採用する検査そのものの要因として、その検査がどのような形式の検査であるか、またどのような理論的基盤を持っているかがある。人格のどの部分を明らかにするために、心理検査を用いるかをよく検討しないと行けない。特に検査依頼に際し具体的検査名を受け取る時があるが、何を明らかにしたいかを明確にして心理検査を選択すべきである。パーソナリティの多次元的理解のためには質問紙法検査と投影法検査の組み合わせが望ましいとされる。②外的要因として、(a)検査の目的、依頼の意図、(b)被験者側の要因、(c)検査者側の要因がある。(a)に関して、心理検査によって何を見たいのか、見立ての中での検査実施の意味を、検査者が十分に意識することが必要である。臨床実践における検査の目的は、(i)性格特性や行動特徴、知的水準など情報収集的な静的理解、(ii)対人関係や家族関係における適応・不適応の背景としての力動的な理解、(iii)鑑別診断の補助としての臨床診断的理解、がある。このいずれかが目的であるかによって検査の選択が異なる。心理療法の初期において、治療者は見立て、すなわち臨床的見立てと力動的見立てに到達していないといけませんが、心理アセスメントはその時期にあたる。(b)に関して、被験者がどのような人でどのような状態なのかが検査選択を左右する。幼児であれば言語を用いた質問紙法は不適切であるし、投影法の場合、心理的な侵入の度合いが強い点を十分に考慮する必要がある。質問紙法の方が、客観的事実関係を問うので被験者にとって侵襲的にならず、抵抗も少ない。被験者の身体状態や疲労度も考慮すべきであり、所用時間について前もって知らせる配慮も大切である。(c)に関して、心理アセスメントにおいては検査者自身が1つの道具であると考えればわかりやすく、使用する検査は検査者と良くなじんだものがよい。

以上の小川の見解は、心理検査選択の要因について具体的でわかりやすいが、あくまで要因分析の観点に立ち、二者関係における力動的な相互作用が見えない。これは、リアルタイムで相互作用が展開する心理アセスメント過程において「使い勝手の良い」モデルを十分に提示できているとは言えない。実際場面での心理アセスメントは、その時その時の時間経過の中で展開される相互作用を重視する。いきなり深層心理に踏み込む心理検査を実施することはクライアントの深い部分を傷つけ、クライアントの主体を無視することとなる。皆藤(1991)はロールシャッハ法と風景構成法を比較して、「ロールシャッハ法は風景構成法よりも侵襲性がかなり強いようだ」「確かにロールシャッハ法からはかなりのことが受け取れるが、時に、ぱっくり開いた傷口を見ることもある」と指摘した。深層心理を探る検査が持つ「侵襲性」には十分に注意すべきである。従って、クライアントにとっての心理的安全性を保ちながら、あるいは危険さを回避しながら、クライアントの持つ問題を明らかにする技術が必要なのである。この立場は、心理療法を実施する上で、神田橋(1990)が指摘する態度、「自己治癒力と自助の活動を活性化し活用する」とまったく同じである。それと同じ観点に立って、著者自身が気をつけている点について次に挙げたい。①表層心理から深層心理へ、②身体的問題から心理的問題へ、③短時間から長時間へ、④大雑把から詳細へである。以上に共通して言えるものは、心理的に大きな変化を引き起こさないように注意しながら、心理的安全性が少ないものから始めると言える。質問紙法であっても、心理検査場面という特殊な関係性の中で、十分な情報を得ることが可能であれば、それを選択する方が心理的安全性は少ない。ともすれば、難解な心理検査でもって机上の議論を行うことに価値がおかれる傾向があるが、臨床実践上は心理療法との連続性の観点から、クライアントにとって心理的安全性の高い簡略な心理検査を用いても

多くの有益な情報を得ることが可能である。

#### 4. 人間的関わりとしての心理検査

医学的アプローチが一般的客観的であるのに対して、心理学的アプローチは特定の主観的と言える。従って「客観的にはまったく同じ状態像の患者—そういうことがありうるとして—であっても、その患者との今までの関わりいかんによって、臨床家の感じ方はまるで異なってくる。そして、そういう心理臨床家を前にして、患者の感ずることもまた変わるのである。だから、特定の患者と特定の臨床家との関わりは、まさしくその二人ならではの特定のプロセス」（氏原，1991）ということになる。心理テスト状況における検査者と被験者の関係性は、人格と人格が相互作用している過程と言える。

それでは、臨床家とクライアントの関係は主観的レベルに限定されているのであろうか。心理査定信頼性と妥当性について、氏原（1991）は「信頼性が、いつでもどこでも、まただれがテストを施行しても同じ結果が期待できることであるとすれば、特定の個人と個人の間関係を強調する、前述の心理臨床的アプローチと矛盾することになる」「妥当性についていえば、たとえば、質問紙法のように、得点の多寡によって何らかの性格特徴についてうんぬんしようとするれば、いわゆる内的整合性、さらにいえば、因子の妥当性が確かめられねばならない。しかし、投影法についてこれは当てはまらない。・・・ほとんどの場合検査者の直感的理解による」「しかし、それを裏付けるために、しばしば外的妥当性としての並行的な資料が用いられる。すなわち、ある程度明確化されている別の基準、たとえば精神医学的診断、あるいは標準化されている他の心理テストなどとの比較検証である」「しかし、要するにこれこれの結果を示す十人中何人までがしかじかのグループに属する、ということではしかない。十人中九人までがそうであっても、そうでない一人が目目の前の被験者かもしれない」ことを意味し、「そこから、いきおいテスト結果の解釈という手続きが不可欠となる」と説明した。その結果「共感的理解という主観プロセスが介入せざるをえない。大げさにいえば、そこにこそ心理臨床的な叡知がはたらく余地がある」「このように考えてくると、心理アセスメントには、客観的な要因とともに主観的な要因がたぶんに介入せざるをえないことが明らかとなる」。この見解は、心理検査は関係性における共感的理解という主観的アプローチの介在を認め、むしろその人間的関わりを生かすことで、心理臨床的な叡知を生むことを意味する。

さらに氏は、箱庭と YG テストを例としてあげている。箱庭は、心理治療の技法であるが、診断的テスト的側面も持つことは疑いない。箱庭の場合最も重要なことの一つは「そこに臨床家が一緒にいる」という事実である。だから「厳密に言えば、臨床家が異なれば同じ被験者でも作品が変わる」のである。従って、箱庭作品の信頼性はきわめて低いものと言わねばならない。しかし、その臨床的妥当性は相当のものといわれている。心理的妥当性を「心理テストにおける妥当性と同列に考えるのは無理のように思われる」と指摘した上で「箱庭の場合、いわゆるテスト状況の影響を、できる限り受け入れることが目指されていることを意味している。そしてそれを読み込むことで、より適切な臨床心理学的判断が可能になる」とした。

それに対して、信頼性・妥当性ともに十分吟味された質問紙法である YG テストをあげ、「それだけ客観的であるのだが、同時に当然のことながら機械的すぎる。おそらく身体医学における臨床検査結果に近い」と指摘し「臨床的判断に大きく寄与することは間違いない」「そ

これらの諸結果を一人の人間の人格像に纏めあげようとする、それぞれの人格類型も含めて、各因子の示すところそれなりに検者が追体験し、自分自身の感覚をもとに被験者の人格像を考へることとなる」が、それは「このテストのもともとの方向性からはそうした方針は逸脱したもの」「テスト結果は冷厳なだれにとっても客観的事実であり、それを越えて恣意的な解釈を試みることは、せっかくの科学的査定をゆがめる」ことになる。このテストは「テストバッテリーを構成する一つとして、あるいはスクリーニングテストとして、威力を発揮する」と捉えることができ、「あまりに明確な正しい結論が、かえってテスト結果の意味を限定する」結果となる。YGテストに見られる身体医学的診断的アプローチと、箱庭にみられる心理臨床的アプローチは一見して相反するが、クライアントの全体的理解をすすめる上で、二つは相互補完的な関係性をもつ。

以上、氏原の見解に沿って示したが、実際の臨床実践の中での論点が充分とは言えない。その点について次節の中で具体的に論じたい。

## 5. 心理検査の治療的用い方の実際

### (1) 受理面接における治療的態度

受理面接は、心理アセスメントへの導入として位置する。受理面接において、問題を把握するだけでなく、主訴や生活歴、家族歴などを探ることによって、クライアントの持つ問題点を立体的に捉え直し、その後の心理検査や心理療法へとつなぐ。そういった点から考えても、心理検査にとって受理面接は重要な役割を持っている。ここでは受理面接に求められる治療的態度について検討したい。

心理アセスメントは、クライアントとの最初の出会いに位置し、その後の心理療法の治療構造をうち立てる為の基礎資料となる。受理面接においては、クライアントの持つ問題の所在を理解し、特に主訴と言われる来談の目的を明確にしつつ、それがどのように生じてきたのかについて「大雑把」に聴き取る。言葉こそ「大雑把」であるが、クライアントが最初に相談に訪れて、その内容をどう聴き取るか、あるいは彼らに示す態度（表情声かけ、しぐさなど）など、インターカーの臨床家としての能力（臨床経験、人生観など）を求められる場面である。受理面接では「これは、予診です」と最初にクライアントに伝える笠原（1980）の態度にみられるように、あくまで予備的・基礎的情報を収集する為の面接であり、治療契約や治療構造を明確に持たず、治療関係に至っていない故の曖昧な構造の中で、あまり「深い面接」へとすすまない。事実関係についての表層的な情報を聴き取ることを重視する。面接初期における「深い面接」は、クライアントの中にひそむ感情を未整理のままに表現させ、クライアントを情緒不安定にさせる結果となる場合がある。最初は表層的な話題に終始しながら、問題を把握することを当初の目的とすることが望まれる。その態度を示すことによって、インターカーとクライアント双方の心理的安全性を確保する。ここで示す表層的で「浅い面接」は、洞察や深い自己理解を求めるものではない。インターカーがクライアントへあれこれと探りを入れたり、行動の解釈を暗示するような態度は、クライアントにとって「アドバイスをもらった」という気持ちを持たせる反面、「一方的に決めつけられた。言いたくもないことを言われた」とクライアントの内面へと侵入を受けた体験となる場合も多い。この段階での解釈的・指示的な態

度は、クライアントにとってストレスとなるし、何よりもクライアント自身が持つ問題がインターカーに見えにくくなる。受理面接ではあくまで相談にきたクライアントの訴えに応じた治療の方向性を探ることが求められる。そのインターカーの態度は、クライアントの主体性を尊重するという文脈をクライアントへ伝え、クライアントにとっても「面接が、あまり恐い経験ではなかった」という肯定的な体験を持たせ、その後安心して話をする治療関係の土台を作り出すことを支援する。即ち、最初、悩みながら相談の敷居を越えたクライアントが、自分の悩みを聴いてくれたという安堵感を持つと同時に、クライアントとインターカーとの信頼関係を築き、その後の検査面接や心理療法へ良好な効果を及ぼすのである。

受理面接がクライアントの主訴と経過を「大雑把」に知るということを目的とした「浅い面接」であることは、インターカーにとっても有益である。この受理面接は通常短時間で一回という枠の中で行われ、また、問うべき内容や視点がある程度決まっている場合が多い（主訴、病歴、生活歴、家族歴、治療歴など）。従って「浅い面接」であることは、クライアントとの関係性の過度な深まりやクライアントによる過剰な依存を受けることから、インターカーを保護するのである。このような安全な面接構造の中で、インターカーは事実関係を押さえ、その後の心理療法やテスト面接へとつなぐ情報を手に入れ、クライアントが持つ内面的問題を明らかにする「深い面接」へと向かう準備をする。神田橋（1990）は『精神療法面接のコツ』の中で「精神療法における一般的心得」を次のように述べた。「精神療法とは患者の自助機能を、『妨げない』『引き出す』『障害を取り除く』『植え付ける』試みである」と定義し、「患者の人生への影響が最小限になるよう治療をする」「初め『浅く』『狭く』『軽く』を心掛けることは、患者の自助機能を尊重することであり、治療に協力する部分を育成することである」「はじめ、『浅く』『狭く』『短く』『軽く』を心掛けて治療を進めることには、大切な余得がある。そうした枝葉末節的な治療では成功せず、関わり濃い大精神療法に移らざるをえなくなったとき、患者の中に、大精神療法に協力する部分が育っているという余得である」。このように神田橋が指摘する一般的心得は、受理面接においても、同様の文脈の中に位置づけることを十分に意識し、留意しないとイケない。つまり、受理面接において「浅い面接」であることは、クライアントの自助機能を尊重し、治療に協力する部分を育成する点においてきわめて治療的な過程なのである。

心理療法において、臨床家に求められる態度として「ストーリーを読む」がある。これは、心理療法の雛形である受理面接においても重要である。土井（1977）は『方法としての面接 — 臨床家のために—』の中で、「ストーリーを読む」という章を設けて次のように述べている。臨床家は「患者の話であたかもストーリーを読むごとく、きかねばならぬ」が「患者の話すまを聞いてさえすればよいかというと、決してそうでない」「（患者は）時間的前後関係におかまいなしに話をすることが多いが、面接者は聞いたことを時間の中に配列し直して、それをストーリーとして聞かなければならない。また面接においては患者は日常生活の中では容易に口にしない個人的秘密までものべるように促されるが、そうするとこの状況は患者が作中人物のごとくなり、そしてストーリーを読むように患者の話に耳を傾ける面接者はあたかも小説の読者のごとくなる」。心理面接をストーリーを読むことに喩えることで「ストーリーの主人公である精神状態を理解するための視点を与えるという点で非常に有効である」とした。「ストーリーを読む」という概念は、心理療法の主体であるクライアントの視点として聴き取るという面接者の態度を明確にしている。

受理面接は、クライアントの訴えの始まりから終わりまで、一つのストーリーを持った心理面接であることに本質的な変わりはなく、心理療法の雛形と言える。短時間で簡略にクライアントのストーリーを聞き取るかどうかは、心理アセスメントの要である。臨床心理士教育・訓練において、乾（1988）は「傾聴する態度やとりあえず患者を怒らせず、いらだたせず、がっかりさせずに、患者を支えながら問題点を語らせること、さらには患者の内面化を促すような共感性を持った、心を促進させる面接解釈の仕方や面接者としての態度を学ぶなど、重要な心理療法の基礎教育を経験する」と受理面接の重要性を強調し、さらに「このインテーク面接が何等かの理由で、十分に行えない被教育者であるなら、心理療法の治療者としても不適な場合が多いと言っても過言ではあるまい」と述べている。

## (2) 心理検査を治療的に用いた事例

受理面接の情報をもとにして、治療上必要であれば、心理検査を実施する。次に、心理検査の治療的使い方について事例を通して検討する。

### 抑うつを呈した青年期女性の事例

例えば「気持ちが落ち込み、元気が出ない」などの症状を訴えて来談した20代前半の女性のクライアントに対して、受理面接では「落ち込み」という主訴に関わる現病歴及び生活歴、家族歴、治療歴などを聴きとった。その結果、落ち込みが始まったのが、仕事での失敗が機であることがわかった。仕事で失敗したことをきっかけに自信を喪失し、気持ちが落ち込み、身体のだるさが続いて通勤できなくなり結局退社した。生活歴では、中学校まではあまり目立たなかったが高校に入って頑張りをはじめ、チアリーダーのクラブに入って、活躍した。仕事を始めて知り合った男性とつきあいはじめ、最近求婚されていたが、今回の事件をきっかけとして自信を失って、別れた。会社や両親、彼氏など多くの人に迷惑をかけたという気持ちや罪悪感が強く、抑うつ状態にあると考えられた。家族歴では、姉妹は姉が一人いて、姉は何でもできる人で、自分はコンプレックスを抱いてきた。また自営業であり、ずっとこれまで父母ともに忙しく、小さい頃から夫婦喧嘩も絶えなかった。これまで通院歴はあるが、ある程度状態が良くなると継続していない。

以上の事例の場合、神経症レベルの可能性と同時に、鬱病の可能性も考慮しないと行けない。しかし、生活歴から性格は頑張り屋であり、失敗したことで自信を喪失し、頑張ってもどうにもできない自分を責めて、益々落ち込んでいた。これらの心理力動が読みとることができ、鬱病というよりも神経症レベルの可能性が強いと考えられた。しかしながら、抑うつ状態への緊急の対応としても、投薬は不可欠であり、投薬の漸減とともに心理療法が功を奏する可能性があった。医師は、投薬によって経過を見てその後、心理検査や心理療法へとつなげる必要があるとの見立てをした。しばらくの投薬によって少し情緒的に落ち着いてきた時に、心理検査を実施した。身体面の症状が強いので CMI (Cornel Medical Index - Health Questionnaire) を、そして性格的な問題と症状の関連が強いと考えられたので、TEG (東大式エゴグラム) を実施した。ここで、深層心理に介入する検査をすることは適切ではない。抑うつ状態であるクライアントにとって、深層心理を探る検査はそれ自体にエネルギーが必要であるので負担が大きい。また心身症のクライアントの場合、身体化した症状と心理的な問題の関連性をつなぐことへの心的防衛が考えられる。従って、観察できる表層的な手順で、身体の症状と性格的な

問題を提案する程度の介入が現時点では適切であると考えられる。検査の結果、CMIでは精神的自覚症状が全体的に高いが、怒りが低かった。身体的自覚症状では、身体的疲れの自覚が強かった。これらから、怒りが抑圧されて、身体化しているダイナミックスが予測された。TEGでも、依存性が強く、自分で決められないという結果であった。数回の検査面接を継続することは、それ自体が彼女の心理的不安を緩和させた。検査面接を通じて、彼女との関係を築くように働きかけ、心理療法を行う上でのラポールを形成する時間を得た。その上で結果をまとめて、彼女にわかりやすく伝えた。「自分の気持ちを抑圧して、身体症状として表現されている可能性がある。また、性格的には自分で決められず、不安定になりがち」等の説明の後、CMIの結果を見ても身体的に疲れが強いのでゆっくりと生活する中で、また自分の気持ちが見えてくるという文脈の中で、十分な休養を指示し、休養することに対する罪悪感を低減するように働きかけた。このように、臨床家が、受診面接によって多くの情報を整理しながら、症状とその見立てを行い、同時に心理検査を用いて治療の方向性を見出すことが可能である。

以上の事例では、心理検査を診断の補助として実施すると同時に、心理検査をすること自体が、臨床家との出会いの場であった。心理検査は、診断だけではなく、そこでの人間関係を作り出す媒介ともなる。そのような使い方も可能である。その結果、ラポールができてきた所で、心理検査を実施してその結果を基にして、方針を示した。また、その選択においては、身体化した症状としての見立てとクライアントの状態などを考慮した上で、決定した。質問紙法が中心であるが、それらを診断の為だけではなく、それ以後の治療の方向付けの手段として治療的に用いた。

#### 精神病域疑いの青年期女性の事例

20歳前半女性の事例である。大学入学後、一人暮らしを始めた。友達関係の失敗を契機として、人の目が気になりはじめ、不適応感・抑うつ感・全身倦怠感などが強まって、登校できず、大学を休学した。本来頑張り屋で、真面目な性格。休学後、一旦は気持ちが楽になったが、自宅で休養をはじめてから「自分だけがどうして」「他の人はうまくいっているのに」という焦燥感や内面的な怒りが強く、自傷的行為へとつながっていった。父は仕事中心で毎日忙しいとのこと。共に来談した母親は、彼女の内面をもう一つ理解できず、早く普通になってほしいとの希望を述べた。

以上のように経過を受診面接で聴きとった後、医師による初診が行われた。初診後に医師から、診断の手がかりとして病気態水準を知る為に心理検査の依頼があった。著者は心理検査を、数回に分けて実施した。不安・焦燥感が強く「早く良くなること」を求める彼女に対して、心理検査をゆっくりと行うことを提案して、病人として養生することを体験してもらった。検査面接では、彼女を「ゆっくり」と相談室へ入れ、検査の手続きを「ゆっくり」と説明をした。心理検査では、最初にCMIを実施して、彼女の身体症状について理解することから始めた。抑うつに伴った全身倦怠感は、何よりも今の彼女の訴えの中心であった。彼女は精神的なものよりも身体的なものとして症状を捉えており、その気持ちに寄り添う形でこの心理検査を選択して導入した。CMIでは、身体的自覚症では疲労度が高く、精神的自覚症では、全体的に高く、神経症であると考えられた。自殺念慮も見られ、危うさもあった。検査面接において、彼女は質問などをしたが話し方がスローであり、表情もあまりなく、心的エネルギーを感じ取れず、対人関係における接触性の悪さ、自我境界の弱さが見て取れた。2回目の検査

面接では、無意識レベルの自我状態を探ることを目的として、バウムテスト (Baum test) を実施した。その結果、幹の先端が2つに分かれ、一方は横にのびてその先端が折れて傷ついていた。全体的にまとまりはなく、自我同一性の拡散が感じ取れた。筆圧は強く固執的であった。エネルギーの強さと、それを自らへと内向化させる自我のこだわりを見せ、過去の失敗に対する挫折感があった。さらに、3回目の検査では、MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) を実施した。MMPI を代表とする質問紙法は、心理的には深層へと深入りせず、表面的・表層的な問いをもって、被験者の全体像を浮かび上がらせようとする。しかも、MMPI の場合、臨床尺度によって被験者の持つ防衛的態度も推測できる利点がある。これまでのバウムテストの結果から、彼女が自我同一性の障害をもち、今回の挫折経験によって心に深い傷を持っていた。現在の彼女に対して、深層心理に深入りするロールシャッハ検査を用いることは、心に何らかの傷を残す可能性がある。それに比べて、MMPI は施行に時間はかかるが (むしろ、時間をかけて実施することで、ゆっくりとした時間の流れを確保できる)、精神的な面で侵入的になりにくい。検査によって情緒不安定を引き起こす可能性も少ない。MMPI の結果は、臨床尺度ではいわゆる精神病兆候に関連する Sc, Pa, Pt などが高かった。妥当性尺度では、妥当性得点 (F) が高く、心理的疾患が疑われた。以上の結果と、検査面接による態度やその他の非言語的コミュニケーションの総合的な結果として、本来、真面目で rigid な性格であり、大学生生活の対人関係のトラブルをきっかけとして不適応を起こし、全身倦怠感、抑うつ感などを引き起こした。その挫折体験から、自責の念を強めて自罰的になり、症状を増長したと考えられた。面接態度は淡々として、エネルギーの弱さと自我境界の不明確さがあった。このような対人接触性の悪さに加えて、バウムテストにある奇妙さ、MMPI に見られる精神病兆候を考慮して、彼女の混乱が精神病圏 (境界域) にある可能性を示した。

以上の心理検査では、心理診断のために、数種類のテストバッテリーを組み合わせた。心理診断のために用いた心理検査であったが、それ以上の効果を狙った。クライアントは不安・焦燥感が強い。それに対して「心理検査をする」という枠組みを提示することで、心理検査は、ある種の作業課題となった。心理検査の持つ作業としての特性を治療的に活かすのである。被験者には、心理検査の結果は、いくつかのテストバッテリーを実施した後、総合的に結果を伝えるということを説明して、検査結果が出るまでは、ゆっくりとした時間を過ごすことによって、焦りへのある種の「あきらめ」をもたせ、できるだけゆっくりと養生させることができた。最初、CMI によってクライアントの身体的な訴えに答えながら、比較的深層心理への侵入が少ないバウムテストによる自我状態の測定を行って自我境界の弱さや病体水準の重さを推定して、その上で浸襲性の強いロールシャッハ検査よりもむしろ、MMPI によって安全に心理検査をすすめた。心理検査による情報だけではなく、心理面接による非言語的なコミュニケーションを通しての情報を得ることで、立体的に病態像を描き出すのである。同時に、数回の検査面接の時間を過ごすことで、被験者と検査者の相互的な関係性を作り出して、その後の治療的關係性へと発展させるのである。

#### 心理検査結果をフィードバックして治療につなげた事例

「人前での緊張が強い。不眠」を主訴として来談したある30代前半の男性の事例である。その男性は、1年前に職場の異動があり、中間管理職として懸命に働いた。帰宅するのは、常に午後10時を過ぎ、家庭は帰って眠るだけの場となっていた。子どもが二人いるが、日曜日と

なれば、疲れ果てて子どもがうるさく感じた。眠れないので疲れがとれずイライラもつづいた。男性は「もう仕事が続けられない」と相談にきた。

医師の初診では神経症レベルとの診断であり、不眠に対する薬物療法を行い、2週間の仕事の休養がいることを指示した。また「性格的な問題もある」として性格検査の依頼があった。その依頼を受けて著者が心理検査を行った。

その男性は下をうつむきながら話をし、一見して抑うつ状態にあった。私は「性格検査をして、自分の性格を知ってみることも必要です。そして、自分とのつきあい方を学ぶことにしましょう」という枠組みで、4回程の検査面接をもつことを提案した。さらに「2週間ほど会社を休むという指示が出ていますね」と聞くと、男性は「はい、しばらく休憩してみます」とうなだれて帰宅した。1週間後の心理検査の時には「少し表情がよいですね」と著者が指摘すると、「お薬も効いて、少し楽になりました」「毎日ごろごろした生活で、久しぶりにおきて外出しました」と彼は言った。「いいと思いますよ。取りあえず休養が必要ですからね」と私が言うと「そうですね」と彼はほっとして答えた。そのようなさりげない会話の中で、著者は彼の変化を肯定的に捉えて指摘した。自分の変化を客観的に捉えてくれる他者がいることは精神的な安定感をもたらせた。

最初の検査は、CMIである。CMIは身体面の訴えが強い被験者に対して、身体面の質問が多いこの検査は心理的な危険性が少なく心理検査の導入としては最適である。次の週はYGテストを実施した。YGテスト（矢田部・ギルフォード性格検査法）は、客観性に富み、プロフィールをみれば自己診断としてもわかりやすい。著者は簡単に検査の説明をして、実施した。検査結果はまとめて報告することとした。2週目の時には「来週から会社に戻ります。少し心配です」などの相談があり、著者からの「あまり無理をしなくていいと思う。自分のペースを大切に」等の精神的支援が可能であった。彼は心理検査という課題のために外出し、来談した。ここで心理検査は「心理診断」の為だけではなく、次の心理検査の1週間後を目標として生活するリズムを生み出す役割も担っていた。そして同時に、著者のもとに来談し、自分のことを知り、理解してもらえる人がいるという安心感を持たせることが可能であった。「性格検査が必要です」という医師の言語的枠組みは、心理検査を用いて日常生活そのものを治療的日常として構造化させた。次の週は、バウムテストを実施した。この心理検査もまた検査者が説明する上で視覚的に説明しやすい。4週間目には、TEGを実施した。この検査もまた、自己診断として用いることが可能である。不眠も薬物療法が功を奏して、ほとんど喪失していた。

著者は彼の情緒的な安定を確認しながら「ずいぶんよくなりましたね」と支持し、彼は「かなり無理をしていたんだと思います。仕事をして身体を壊したらどうしようもないと思い始めました。やはり健康が一番だと、そう思えるようになってきたのです」等と内省を深めてきた。著者は次週に所見をまとめて報告することを伝えた。

次週には、彼は「仕事はまだ緊張するが、何とかやっつけていける」と落ち着いた表情で言った。残業をせず定刻通りに帰宅していた。「周囲の期待に応えようと無理をしていたのです」「やはり身体が一番大切です」などと言うので、著者も「そうですね。心を削ってまで仕事をしてはいけませんよ」と支持的に答えた。

心理検査の結果について、すべての検査のプロフィールを見せて、説明を加えた。CMIでは、身体的自覚症では疲労度が高く、それは、精神的自覚症では怒りが他の項目に比べて低く

感情が抑圧されていることによると指摘し、YGテストでは情緒不安定傾向が強く、自尊心が弱まっていた。TEGでは、自我のバランスとして、責任感の強さと他人の目が気になる、同時に気持ちをリラックスさせるすべを知らないなどの指摘をした。以上の検査を説明すると、一つ一つについて彼はうなずいたり、自己の解釈を加えた。それを著者は支持した。症状もよくなり会社にも無理をしないことで通勤できていることで、取りあえず治療の終結を提案したら、彼も同意して、終結した。

以上は、心理検査と検査面接のみで治療した例である。ここでは心理検査は、心理診断以外の役割を数多く持っていることがわかる。まず、心理検査を実施すること自体が、日常生活を治療的生活として構造化することになった。また、心理検査を実施することによって、浅い面接場面が自然と発生した。他に、クライアントが養生する大義名分をもたせて「仕事をしていない」という罪悪感を低減させながら、1ヶ月あまり休養することを無理なく促進した。そして、毎週の検査面接を通じて、検査者と被験者の信頼と関係性を作り上げ、本人自身が理解できるような心理検査を用いて、結果をフィードバックすることによって自己治療を促進した。

## 6. おわりに

以上の事例においては、心理検査の診断的機能だけではなく、治療的機能を重視した。心理検査の治療的使い方として、①臨床家とクライアントの出会いと関係性の媒介、②作業課題的な使い方、③日常生活の治療的構造化、④浅い面接場面の設定、⑤結果のフィードバックによって自己治療を促進する、などがあつた。

心理アセスメントにおける心理検査の治療的役割は大きい。これはともすれば見過ごされがちな側面である。心理検査は、それ自体単独で実施され評価されるものではない。関係性の中の心理検査こそが、心理検査の持つ本来の叡知を引き出すことができる。臨床家には、治療的関係性と心理検査の機能を高次に統合させることが求められる。

## 文 献

- Allen, J. G., 1981, The clinical psychologist as a diagnostic consultant, Bulletin of Menninger Clinic, 247-258.
- 乾 吉佑 1988 「臨床心理士の教育と訓練 ―その現状と課題―」 田中富士夫編著『臨床心理学概説』北樹出版
- 岩崎三良 1973 「心理検査における反応の心理」 日本文化科学社
- 氏原 寛 1991 「心理学的アセスメント」 三好暁光・氏原寛編『臨床心理学2 アセスメント』 創元社
- 小川俊樹 1991 「心理臨床における心理アセスメント」 安香宏・田中富士夫・福島章編『臨床心理学大系 5 人格の理解1』 金子書房
- 笠原 嘉 1980 「予診・初診・初期治療」 診療新社
- 神田橋條治 1990 「精神療法面接のコツ」 岩崎学術出版社
- 佐藤忠司 1975 「心理検査の臨床的理解」 岡堂哲雄編『心理検査学』 垣内出版株式会社
- 田中富士夫 1991 「心理アセスメントの基礎理論」 安香宏・田中富士夫・福島章編『臨床心理学大系 5 人格の理解1』 金子書房
- 土居健郎 1977 「方法としての面接 ―臨床家のために―」 医学書院
- 馬場禮子 1995 「ロールシャッハ法と精神分析 継起分析入門」 岩崎学術出版
- 皆藤 章 1991 「風景構成法」 三好暁光・氏原寛編『臨床心理学2 アセスメント』 創元社