

[論 文]

心理査定の特徴

札幌学院大学大学院臨床心理学研究科 田 形 修 一

心理査定とは何か

臨床心理学の領域では、心理アセスメント (psychological assessment) という語が用いられる以前は、「心理診断 (psychodiagnosis)」という語が用いられていた。

心理学の領域だけでなく、教育現場でも、教育診断 (educational diagnosis) という言葉が使われていたようだが、今日では教育アセスメント (educational assessment) という語が用いられてきている状況もあるようだ。看護の領域でも、以前は看護診断と表現していたが、現在では看護アセスメントと言っているようだ。このあたりの事情は寡聞にして良くは知らない。

「診断 (diagnosis)」という語は、もともとは医学の用語であり、「a という病気であって a' という病気ではない」といった病気を区別することである。最近では画像診断などと、病巣や病因を確定させることを意味しているようだ。そして、診断が確定しないと治療方針も確定しないという医学モデルに基づいた考え方にもとづいて、心理診断という語が用いられてきたという経緯があったと思う。

アセスメントは「査定」と一般的には訳され、価値を見積るという意味であり、もともとは税務などの経済用語である。例えば、「所得収入や不動産などの資産がどのくらいあるのか」など豊かさを評価するときに用いられていた言葉である。日常場面でも、中古マンションの査定、中古車の査定などと用いられている。この場合は、マンションの現在の価値、車の現在の値段を見積るわけであるが、以前問題になっていた耐震偽装問題で言うと、耐震診断と言い、耐震査定とは言わないので、その辺りからも、査定、アセスメントという

言葉に含まれた意味をイメージできると思う。

この言葉を、心理学の領域ではじめて使ったのは、O.S.S. (Office of Strategic Service) のスタッフが、第二次世界大戦で特殊任務につく人員の選抜法について報告した『人の査定』(The Assessment of Men, 1948) であった。それまで従来よく用いられていた「心理診断」という語を避けて、「査定」としたのは、O.S.S. の目的が、個人の異常性や病理性を発見するのではなく、リーダーシップや勇気などの人の積極的な価値を見出そうとしたからであるといわれている。

つまり、心理診断から心理アセスメントという表現に変化した経緯には、クライアントの病的な部分だけでなく、その人の有している健康な部分や資質、ポジティブな面についても注目することの大切さを示すためであった。この点が、十分に理解されないと、クライアントの問題行動の原因探し、犯人探しに終わってしまい、かえって問題解決の糸口を見失うことにもなり、クライアントの発展や可能性を阻害することにもなりかねない。何のための査定なのかと言うことになってしまう。

臨床査定とは、クライアントの人格・行動とその規定要因に関する情報を系統的に収集して、クライアントに対する介入方針を決定するための作業仮説を組み立てる過程である。この仮説検証の過程そのものが、あとに続く心理療法の過程そのものともいえる。

ここでは、臨床査定を、臨床心理士がクライアントから、人格・行動に関する適切な情報を引き出し、最終的にはその結果を他者に伝達するまでの臨床業務の流れとして捉えて、4つの段階に分けることができよう。

第1段階は、準備段階すなわち資料収集を計画する段階である。クライアントについて何を知るべきなのか、あるいはどのような手段・方法を用いてそれを知らうとするのかという方針を決める。したがって、この時点で既に得られている情報、例えば依頼先からの情報、電話受付や受面接の資料などに基づいてクライアントの問題について関与しているであろう要因・変数についてある程度の見込みをつけて査定計画を立てることになる。査定の目標をどこに置くかは臨床家の寄って立つ理論によって異なるし、査定方法は臨床家の持っている技能にも左右される。よく誤解されているのは、査定と言うと心理検査と思われている方がいるが、査定の基本は面接と観察だといえる。

第2段階は、査定情報を入力する段階で、臨床家がクライアントに面接したり、行動を観察したり、心理検査を実施して査定資料を得ると言う段階である。ここで得られた情報は面接や観察にしても、あるいは心理検査であっても、ある場面におけるクライアントの行動を直接に観察した結果であって、臨床家が最終的に求めている情報、出力情報ではないということ、つまり素材に過ぎないということである。つまり、この段階で得られた情報は、臨床家が知りたい情報に変換する必要がある。

第3段階は、得られた情報を必要な情報に変換すると言う段階である。つまり、入力情報としての面接記録や、心理検査の結果を解釈して、そこからクライアントの人格・行動に関しての仮説を導き出すと言う、推論過程と言える。ここでは、個々の断片的な査定資料から推論されたさまざまな人格・行動特徴は、一人のクライアント像としてまとめていかななくてはならない。そうすることで、臨床家はクライアントに対する、介入方針、治療計画を打ち出していくための足がかりとしての作業イメージを作り上げていくことになる。

最後の第4段階は、ここまでにまとめ上げた査定結果を、文章化して他者に伝達すると言う出力段階となる。これについては、後述するレポート・ライティングや、結果のフィードバックと関連してくる。

なぜ心理査定を行なうのか

かつて心理検査の存在そのものが、人間を差別する道具だと、批判された時もあった。心理検査は人間理解のひとつの道具にしかすぎないのに、道具が人間を差別するのといった批判には疑問を感じざるを得ない。差別するのは、人が人を差別するのであって、どのような道具でも、使い方次第で、有益なものにも、有害なものにもなるものである。例えば、「包丁が凶器になるから、社会から包丁など無くしてしまえ」と主張をする人はまずいないであろう。

心理検査という道具の作られた本来の目的をきちんと理解して用いることができれば、心理検査は有益な道具として用いることができるはずである。要は心理検査という道具の使い方を間違えないようにと言うことであり、道具を使う側の問題だといえる。

どのような理論的な立場に立つにしても、何らかのアセスメントを行なっているといえるのではないだろうか。どの心理臨床領域において、どのような心理的な介入を行なうにしても、どのような形であるにせよ、何らかの臨床査定を抜きにしては、心理的介入は開始できない。

そもそも、心理査定は何のために行なうのであろうか？

そのクライアントの紹介されてきた経緯はどうか、そもそも当のクライアントはどのような問題を持っているのか、そのクライアントはどのような訴えを持って、どのような期待を持って来談しているのか、本人が語ること、求めていること、アセッサーに見えてくること、そこから考えられることは何か、心理的な介入を行なうとすれば、どのような「かかわり」ができるのか、クライアントの健康度はどうか、自我の強さはどの程度であるのか、現実を現実としてどのくらい受けとめることができているのか、心理療法、カウンセリングへの動機付けはどうか。臨床家が心理的な介入を開始するにあたって、何らかの臨床査定がないと、その後の介入方針が定まらない。

査定の目的は、一言で言ってしまうと、クライアントにどのように介入をするのかの方針を得るた

めに、クライアントを理解すると言うことに尽きる。

そして、何のために理解するのかと言えば、治療者側の興味や知的関心のためではなく、「クライアントの幸福と利益のために」と言うことになります。クライアントの援助に役立つために必要な情報を集め、的確なクライアント理解を得ようとするのがアセスメントの目的である。

心理検査について

心理検査は、査定の方法のひとつであるということをはじめに強調しておきたい。筆者は、査定の基本は面接と観察にあると考えている。

心理検査を導入する場合は、そのことを本人にどのように伝えるのか、また、クライアント自身は検査を受けることをどのように受けとめているのかについて、十分に配慮されなくてはならない。その後の治療的関係の展開を妨げることもあるので、心理検査の実施を誰が行なうのかについても、心理検査を実施することの是非についても十分検討しておく必要がある。

インタビュー資料や、面接や観察だけでは、クライアントへの介入方針や治療計画が立たないとき、例えばさまざまな病理性が考えられるとき、あるいは精神病的な自我障害の有無や程度を知る必要があるときには、心理検査の実施を検討することになる。

心理検査の依頼者は、医療現場では医師である場合が多く、検査の依頼者と実施者とが異なっている場合が多い。心理検査を導入するに際し、依頼者である医師は患者に対して、検査の目的、秘密の保持などについて十分な説明を行なう必要があるが、依頼を受けた検査者も検査の実施に際してそれらの点について、被検者の了解が得られているかどうかの確認をする必要がある。被検者の了解が不十分な場合は、その点について説明する必要がある。

検査者は、被検者が検査を受けるまでの経緯、検査を受けることを被検者自身がどのように理解しているか、また心理検査を受けるということが被検者にどのように体験されているのかなどについて、検査者自身が十分認識しておく必要がある。

それらのことが検査結果に影響を与えてくるし、心理検査実施にあたってはインフォームド・コンセントが必要である。検査の目的、検査を受けない権利が被検者にはあることなどを知らせた上で、心理検査受検への同意を得ることが必要である。

検査の目的が明確に出来ず、検査を実施する意味がないと判断される場合には検査の実施は見合わせることも大切なことである。心理検査の実施は、被検者自身の役に立つような臨床上の必要性の認められる場合にのみ行われるべきである。

通常の臨床現場では、臨床家は検査依頼を受けると検査者は査定目的のためにどの検査を採用するか、どの検査とどの検査を組み合わせるかなど、テスト・バッテリーの構成を行なうことになる。テスト・バッテリーの構成にあたっては、心理検査の依頼者（被検者本人の場合もある）と検査者の間で、検査についての理解を共有し、検査目的を明確にしておく必要がある。

例えばロールシャッハ・テストのような投射法検査の結果と、MMPIのような質問紙法検査の結果が必ずしも一致しないことがあるが、この場合、それぞれの心理検査がパーソナリティの異なる面を査定している可能性があるからであって、査定情報の不一致自体もクライアント理解のための検討材料として採り上げていくことになる。

検査者はテスト・バッテリーを組むにあたって、対象となる被検者の何について査定するのかを十分に把握していなくてはならないし、用いている心理検査では何が査定できるのか理解できていなくてはならない。それぞれの心理検査にはそれぞれ長所短所があり、効用と限界があるからでもある。また、自分がその使いたい検査を十分に使いこなせるか、あるいは所属している職場に、臨床の場に検査道具の用意があるのかなどのより実際的な問題もあるだろうし、一度にすべてを実施するのが無理であれば2度に分けて実施するなど、被検者への配慮が必要となってくる。

検査依頼を受けてではなくて、例えば臨床家が自ら検査の必要性を感じて実施する場合、臨床心理士が心理検査を実施し、そのまま心理療法を担当する場合という問題もある。

一般的には、検査者と治療者は別立てのほうが望ましいといわれている。確かに、心理検査実施の時期によっては治療の流れをそいだり、クライアントに混乱をまねく恐れがあるが、治療者が検査を実施することに意味のある場合もある。

レポート・ライティング、結果のフィードバックについて

臨床査定最後の段階として、結果の文章化と伝達の問題がある。検査者は、実施された心理検査から得られた各情報を、心理検査以外の情報も含めて総合し、報告書、レポートとしてまとめることになる。レポートに含まれるべき内容は、依頼者の欲している情報が何かという当初の査定目的を意識したものであるべきであるが、一般的なレポートに含まれる内容としては以下のような点がある(田形, 1991)。

- ① 知的機能について、知的水準だけでなく、知能の質的な特徴や知的関心の方向や範囲、現実吟味の確さ、
- ② 対人関係の特徴について、被検者に特徴的な欲求、その欲求が満たされないときの対処方略や防衛機制、自己統御の仕方など、
- ③ 精神力動、病因など問題行動の発生要因、
- ④ 被検者の自己知覚・自己像(自分自身をどうみているか)、
- ⑤ 被検者の対人技能、欲求不満耐性、自我強度などの内的資質、
- ⑥ 適応水準や病態水準、
- ⑦ 精神医学的診断と照合されるような心理学的情報、
- ⑧ 治療的介入に有益と思われる情報

それぞれの情報から、各検査の効用と限界を踏まえたうえで、ひとつのまとまりをもった情報として記述していくことが大切である。専門用語を用いなくて、読み手を意識した、わかりやすい記述を心がけるべきである。

ロールシャッハ・テストについて、自動解釈文、いわゆるコンピュータ解釈と熟練臨床家の作成する解釈レポートとの比較を行なったところ、コンピュータの打ち出す内容は、レポートの文章が項目羅列的で長く、ひとつのまとまったパーソナリ

ティ像としてまとまらない。精神力動、病因などの問題行動の発生要因に触れていない、治療的介入に役立つ情報の記述がないなどの点で、自動解釈の限界といったものが示された。

つまり、先ほどの査定の段階と一言で言えば、3段階目の、仮説生成の段階こそが、臨床家の感性や臨床感覚といったものが大事になってくるといえる。自分で考えて、「自分なりにこの人のことをこう理解した」という実感がもてるのが大切だと思う。

たいていの医療現場では、被検者への結果の説明は検査の依頼者である医師を通して行われることが多いと思うが、検査者が被検者本人へ直接結果のフィードバックを行なう場合もある。検査を実施した目的に応じて、どのように被検者の役に立つようにフィードバックされるのが良いかは、それぞれの臨床現場の現実に応じて、依頼者と検査者間の日頃のコミュニケーションをよくしておくなどの工夫が必要である。

心理検査結果のフィードバックにあたって、第一に考慮されなくてはならないのは、クライアントの自己理解と病態理解を促し、治療意欲を高めることに役立つものでなくてはならない。少なくとも害を与えることのないような配慮が大切である。フィードバックするのが治療者であれば、フィードバックは治療の流れの中で行なわれることになるだろうし、そのためには、フィードバックすればよいということではなく、結果の説明は相手にとって、わかりやすく、受け入れられるように行なわれる必要がある。それぞれのクライアントに応じて、臨機応変に行なわれる必要がある。

同じことを言っているつもりでも、例えば、クライアントが使った言葉を使って説明するなど、相手の立場に立ったフィードバックをすることを心がけるなど工夫が必要であろう。

質問紙法の場合は、一般的には、被検者の意識化された自己イメージが検査結果に出てくるということもあり、意識的な水準で話し合うことが可能で、被検者には受け入れられやすいと思われる。投映法の場合は、被検者の意識していないものを扱うことになる場合もあり、時に混乱させる危険性もある。検査結果のすべてをありのままに誠実

に返そうとすることが、必ずしも適切であるとは限らない。本人が受け入れられない情報を伝えるだけではダメで、治療的な配慮のある対応が必要である。

結果のフィードバックについて、クライアント本人へのフィードバックの他にも検討すべき問題がある。治療スタッフや家族へのフィードバックについてである。成人の場合は、個人の人格の尊重、信頼関係を守るためにも、本人以外に検査結果を伝えないのが一般的である。子どもや知的障害者の場合には、家族に治療への協力を求める上で、家族へのフィードバックが必要になってくる場合がある。いずれにしても、家族に伝えることが、本人にどのように影響するかについて、充分考えておく必要がある。

スタッフへのフィードバックは、それぞれの臨床現場で、日ごろ、他のスタッフとどのような連携や協力体制が取れているのかといったことと大きく関係してくることもある。検査依頼者、主治医とは直接対話できるような場が持てると良いし、あるいは、病棟カンファレンスなどの場など、検討の機会を持てるようになると良い。たとえ短い時間でも、テスターの理解を、治療スタッフに伝えることは、他職種との相互理解を深めるためにも必要なことである。

要は、フィードバックの問題は、結局のところは治療的に如何に役立てられるかと言うことに尽きると思う。査定につづいての心理学的介入、心理療法と直結していると言うことになる。

臨床家の業務と言うのは心理査定だけが独立してあるのではない。その意味で、臨床査定は、その後の心理療法、心理学的介入とセットで検討されるはずであるから、査定能力を高めると言うことは、自分の面接力、面接技術のアップ、臨床能力のアップと直結しているといえる。査定だけでなく、その後の心理学的介入、治療との関連で、検討していくことが大事である。

文 献

田形修一(1991)：村上・村上によるロールシャッハ自動解釈レポートの検討 ロールシャッハ研究, 33, 19-28.