

一人の心理士が検査者と面接者を兼ねる治療構造に関する 一考察

加藤 佑昌¹

A consideration on the therapeutic-structure of one clinical psychologist serving as both a tester and therapist

Yusuke Kato¹

Abstract：本稿では、一人の心理士が心理検査と心理面接を担当する治療構造の意味や課題を考察した。心理士がクライアントに心理テストと心理面接を実施する場合、一般に「心理テストと心理面接は異なる心理士が担当することが望ましい」と言われる。これは、一人の心理士が検査者と面接者を兼ねることの意味や課題を十分検討する必要性や、心理テストと心理面接から得た理解を総合する難しさを注意喚起するものと考えられる。しかし、それがいつの間にか教条的に広まり、場合によっては禁止事項のように解釈されている側面も懸念される。そこで本稿では、ロールシャッハ・テストを実施した心理士がその後のアセスメント面接を引き続き担当した架空事例を元に、検査者と面接者が同一人物である治療構造について検討した。その結果、心理士側への意味や課題として、①テスト結果による理解が強く印象に残り here and now の面接関係を理解する視点が疎かになりやすいこと、②テストによる理解と面接による理解の間の「ずれ」を見逃しやすくなることが考えられた。一方、クライアント側へ意味や課題として、①心を見透かされる恐れや不安が高まりやすくなること、②心理検査場面と心理面接場面で求められる主体性の変化に戸惑いやすくなることが考えられた。以上から、心理士・クライアントを取り巻く諸条件（治療構造）が双方の関係にどのような影響を与えるのか、双方にどう体験されるのかを検討することの重要性が改めて理解された。さらに、こうした治療構造の意味や課題は、心理士の成長プロセスにおいて、初学者から次の中堅へと移行する段階で特に指導・教育されるべきテーマであることが示唆された。

Keywords：治療構造、ロールシャッハ・テスト、here and now、面接関係、心理士の成長プロセス

1 問題と目的

心理士が支援対象者（以下、クライアント）に対して心理的支援を実践する場合、クライアントが抱える課題や訴えを事前に把握しておく必要がある。この事前把握のための実践が心理アセスメントであり、心理アセスメント抜きの心理的支援は存在しないといっても過言ではない。心理アセスメントの方法は主に「面接法」「行動観察法」「心理検査法」の3つあり、言語的コミュニケーションが十分可能なクライアントには「面接法」「心理検査法」が用いられることが多い。なかでも、継続的な心理面接（以下、面接）の導入に先立つ心理アセスメントとして、心理検査（以下、テスト）が実施されることがよくある。特に、ロールシャッハ・テスト（以下、ロ・テスト）は、クライアントの病態水準やパーソナリティ傾向などを力動的に理解できるので、面接の適否の判断、面接方針の検討、面接展開の予測に役立つ（深津、2006）。

さて、面接の導入に先立ってテストが行われる場合、一般的に「異なる心理士が検査者と面接者を別々に担当する方が望ましい」とされる。これは多くの心理臨床家にとっての共通認識だが、ある精神科医も心理アセスメントの学会講演で「面接とテストの担当者は分けた方がいいんですよ」と話していた。この認識が一般的となっている理由はいろいろ考えられるが、「一人の心理士が検査者と面接者を兼ねる治療構造の意味や課題を十分に検討せよ」という心理臨床上の基本的かつ重要な注意喚起であるためと推察される。

ここで注目すべきは、この認識が「注意喚起」であり「禁止」ではないことである。事実、どの文献に当たっても「してはいけない」といった禁止の表現は見られず、「しっかりと考慮すべき」や「構造的な特徴を承知していなければならない」と記されているのみである（馬場、1990；馬場、2003；北村、2018）。しかし、この「注意喚起」がひとり歩きし、いつの間にか「禁止」のように広まっている側面も感じる。実際、心理士の活動領域の広がりとともにいわゆる一人職場が増え、心理士が検査者と面接者を兼ねざるを得ない状況が増える中、この「注意喚起」を慎重に踏まえてテストの施行自体を

受稿日2019年11月19日 受理日2019年12月26日

1 専修大学人間科学部心理学科 (Department of Psychology, Senshu University)

断念する職場もあると聞く。一方、筆者は、関わっている精神科病院で、一人でテストと面接を担当する事例をいくつか経験した。筆者も上記の「注意喚起」を認識してはいたものの、臨床を始めてしばらくの間、テストを担当したことがその後の面接に問題や弊害を引き起こしているとは認識することがなかった。

このように、「禁止」のように捉えてテストの施行自体を控えることも、検査者と面接者を兼ねることの問題性を認識できないことも、どちらも心理臨床家としてクライアントを深く理解し心理支援を実践することに繋がっていないという意味で問題と言える。筆者はこの問題を臨床経験4年目頃に経験したいくつかの事例で自覚し、それによって治療構造（心理士とクライアントを取り巻く諸条件）を双方がそれぞれどう体験するか、そして両者の関係にどのような影響を与えるかについて考える視点である「治療構造論」（小此木，1990）の理解が深まった。そこで本稿では、「テストを施行した後に、心理面接を担当した架空事例」を提示し、一人の心理士が検査者と面接者を兼ねる治療構造の意味や影響について具体的に検討を行い、初学者が成長プロセスで注意すべき点についても考察する。

2 架空事例

事例はプライバシーに配慮し、心理検査と心理アセスメント面接の過去のいくつかの自験例をもとに架空事例を作成した。部分的には実際の相談事例に当てはまるが、複数事例を合成したことにより本人を特定することができないよう工夫した。

〔事例〕 大学院の修士課程の在籍女性 A。20代半ば。

〔家族〕 両親と姉の4人家族。

〔主訴と経過〕 A は大学を卒業後、大学院へ進学した。しかし、進学して間もない頃から責任ある役割を指導教員から依頼され重圧を感じていた。すると、通学中に過呼吸発作や意識喪失などの身体症状が出現するようになり、精神科クリニックを初めて受診した。約1年間の服薬治療を受け、任された役割もどうにかこなし、身体症状は軽快し、無事に進級も果たした。その後、交際相手とケンカした際に「酷い言葉をぶちまけた」ところ相手が塞ぎ込んで引きこもり状態となったため強く後悔した。また同じ頃、後輩を叱責して落ち込ませることがあり、「頭ではわかっているのに、人を傷つける言動を繰り返してしまう」「自分は誠実に人と関わろうとしているつもりが、衝動をコントロールできなくなるところがある」と訴え、筆者のかかわる精神科病院を自ら受診

した。なお、衝動コントロールの問題について、自傷行為などのいわゆる衝動行為はなく、今回の訴えのほかに思い付くのは、思春期頃に口論で手を上げて来た母に、気が付くと手を上げ返していた程度とのことであった。

〔診断と心理依頼〕 主治医は初診時に「神経症圏の不安障害で心理面接が有効」と判断し、心理面接とともにパーソナリティ傾向把握のためのロ・テストと SCT を筆者に依頼した。なお、抗不安薬のみ処方されていた。

3 心理検査の結果と解釈

3.1 ロ・テストの結果と形式分析（量的分析）による解釈

A は検査開始時にやや誇張したような笑顔を見せ、検査途中にはめまいや体調不良を訴えて10分間休憩し、それでも最後まで検査に取り組んだ。検査終了後の感想では「難しいところもあったけど、デザインの勉強にもなってよかった」と話し、緊張の高さと過剰適応的な傾向を窺わせた。

以下、A の Summary Scoring Table を Table 1 に示し、その形式分析の解釈を述べる。なお、ロ・テストの施行・スコアリングは片口法（片口，1987）に準拠している。

A は、なるべく情緒を排した淡々とした冷静な態度で（F% = 60.8%）、客観的事実に即して振る舞っており（ Σ F% = 92.2%）、過剰適応的に頑張ろうとする傾向が窺える（R = 51）。このやり方で、かなり杓子定規であるものの、表面的な社会適応は可能である（P = 8）。

ただし、このように物事に対して過剰な頑張りを取り組むときに、自分自身の欲求や衝動に目を向けたり自覚したりすることが難しく（FM = 1）、頭で知的に考えて対処しやすい（M = 7.5）。さらに、感情表現もやや衝動的ではあるものの、どうにかコントロールしようとしていることが窺える（FC:CF+C = 2.5:3）。そうした無理のある硬い内的処理の仕方の結果、自分でもよく分からない、駆り立てられるような不安・緊張感を抱きやすいようである（m = 5）。特に、多彩な刺激に溢れた社会場面では不安・緊張が高まりやすく、社会適応が不安定になりやすいと考えられる（R+% = 49.0%）。

3.2 ロ・テストの結果と継起分析（質的分析）による解釈

いろいろな状況（図版）で、最初は淡々と冷静に対応する（反応を出す）ところから始める。特に、自分の知識の豊富さを披瀝したり、おかしさを指摘される前に自ら指摘したりする傾向が見られる（例：I 図「サモトラ

Table 1 事例 A の Summary Scoring Table

R = 51	W : D = 27 : 18	M : FM = 7.5 : 1
Rej = 0	W% = 52.9%	F% / ΣF% = 60.8% / 92.2%
TT = 14' 36"	Dd% = 3.9%	F+ % / ΣF+ % = 48.4% / 53.2%
RT (Av.) = 1' 28"	S% = 7.8%	R+ % = 49.0%
R ₁ T (Av.) = 8.6"	W : M = 27 : 7.5	H% = 27.5%
R ₁ T (Av.N.C.) = 5"	M : ΣC = 7.5 : 4.75	A% = 19.6%
R ₁ T (Av.C.C.) = 12.2"	FM+m : Fc+c+C' = 6 : 2	At% = 2%
Most Delayed Card & Time = III & 26"	VIII+IX+X / R = 23.5%	P = 8
Most Disliked Card = X	FC : CF+C = 2.5 : 3	Content Range = 14
	FC+CF+C : Fc+c+C' = 5.5 : 2	Determinant Range = 9
		修正 BRS = 0

ケのニケ」やⅥ図「聖書の生命の樹」と知性化した反応、Ⅱ図「空手／空手は本当は手を合わせないけど」といった反応など。

ただし、そうした緊張感のある慎重な対応を続けていると、それまで抑えていたであろう攻撃性が衝動的に表面化しやすい。その際、攻撃性を表出することに自覚と不全感があるようで、衝動的な反応をすぐに打ち消そうとするが、完全に表現せずにいることは難しいようである（例：Ⅲ図「①赤い蝶…実在するかは分からないけど」「②阿修羅像」など、はじめはインクプロットが持つ特徴〔客観的事実〕に即した反応を淡々と続けるが、そのうち「④爆破スイッチ…違う、言いたかったことと違う／人が押したことで壁に飛び散った血もある…タラッと。絵の具と言ってもいい」と、よく見られる人の形〔P 反応〕を捉えてはいるが、かなり衝動的でサディスティックな反応を打ち消しながらも続ける）。

こうした自我状態の不安定さがあり、一時的に著しい自我機能の低下（退行）が、自覚や不全感を伴わずに生じることがある（例：Ⅳ図「⑤ダムの決壊／水が溢れている。水が広がっていく」など形態が漠然として内容も衝動的な全体反応や、Ⅵ図「脊髄／圧迫されていてかわいそう。ここが手に見えて…なぜか内側も見えちゃって、スプラッター的に見ている訳じゃないけど透けて見える」と、形態把握〔現実認識〕が著しく主観的になり、外界との境界〔ego boundary〕も弱まり、体の内側と外部を同時に見る「内部－外部反応」が生じる）。

そのほか、些細な刺激にも攻撃性が引き起こされやすい敏感さや（最も刺激が少ない休憩図版と言われるⅤ図で「弓矢」「枝切りバサミ」と攻撃性に関する反応）、他者に対して急に不機嫌になるが、他者に責める意図がないとわかるとスッと冷静さを取り戻す様子も見られる。具体的には、質問段階（Inquiry）で検査者がⅢ図「①

赤い蝶」の見方の説明を求めると「どう説明しろって言うんですか?! 蝶は蝶だし」と不満をあらわにするが、検査者がもう一度く見方をきちんと知りたいので、その絵のどの部分に、どんな特徴から赤い蝶と見えたのか教えてください>と丁寧に訊き直し、検査者がおかしさを指摘している訳ではないとわかると「あー、そういうこと!」と笑顔を取り戻し、「詳しく言ってくれないから、何でそういうこと言わせるんだらうって思いました、すいません」と検査者の非を指摘しつつ謝ることがあった。

3.3 SCTの結果と解釈

初診時に主治医から手渡されたSCTを家で記入し、心理検査時に持参した。やや癖はあるが読みやすく整った文字で記入され、文章量は全体的に多かった。

内容からは、抑えようとするが表出せずにはいられない言動によって周囲とトラブルが起りやすいことを自覚しており、それを自己批判すると同時に改めたいと焦っている様子が窺えた。全体的に、主訴やロ・テスト結果に共通する結果が読み取れた。

3.4 当時の筆者のテスト結果からの見立ておよび面接への心構え

以上のテスト結果と解釈を踏まえ、当時の筆者は攻撃性（aggression）にまつわる欲求・衝動のコントロールの課題を第一に考えた。つまり、攻撃性が高く常に臨戦態勢のような構えであるため、周囲の些細な言動に敵意を感じ取って不満が生じやすい。しかし、敵意・不満が生じて、それらの感情を強く抑え込み、努めて冷静かつ知的に、あるいは明るく振る舞おうとしている。ただし、そのような過剰適応的な態度は当然ながら長続きせず、周囲と長く関わっているうちに、抑えていた不満や

怒り（攻撃性）が意識に反して表出されるという衝動のコントロールの課題を抱えている。そのために周囲とトラブルを起こしやすいが、そのトラブルに不全感を抱いて自己批判することもあれば、一時的に客観性を著しく欠いて、トラブルに自覚できないこともある。

以上から、主治医はAを初診で神経症圏と見立てたが、筆者はAの病態水準をBPO水準²（Kernberg, 1967）と見立てた。さらに、自我機能が低下したときの反応の質の悪さから、BPOのなかでも中等度の水準と考えた。

当時の筆者は、これらの結果と解釈がAの主訴の“頭ではわかっているのに、人を傷つける言動を繰り返してしまう”という内容とまさに繋がっているように感じられた。そして、Aについて、攻撃性を過剰に抑えようとし過ぎるから却ってコントロールできずに暴発させてしまって困っている人というイメージを抱き、また、Aが自覚している以上に深い心理的な課題を抱えている側面もあるので攻撃性をテーマにすることには慎重になった方がよいだろうと考え、アセスメント面接へと臨んだ。

筆者はアセスメント面接についてAに、テストの翌週から毎週1回50分、4回行い、4回目にテストとアセスメント面接から得られた理解をフィードバックし、今後について一緒に考えるという病院内で設定されている枠組みを提案すると、Aは了解よく応答した。

4 アセスメント面接

テスト施行一週間後のアセスメント面接初回、筆者（以下、Th.）はAに来談動機から自由に語ってもらおうとした。それに対しAは「何も浮かばないんですけど。主治医には前に話したけど、また話すんですか？」と面倒そうに話し、抵抗した。Th.が、A自身の言葉で改めて伺いたい旨を説明したが、「うーん」と考えて話は始まらなかった。そこでTh.が「話しにくいですか」と訊くと、Aは「数日後に大事な発表があるから、今は話して思い出して落ち込みたくない」と、来談動機を語りたくない理由を話した。こうしたAの態度に、Th.はテスト終了後にはアセスメント面接へ了解よく反応した様子とのギャップに戸惑ったが、テスト結果でAが抱える心理的な課題の根深さや、それを語る難しさを想定していたので、こうした抵抗も尤もだと思い

「今日は無理に話をしなくてもいいかもしれませんね」と同調的に返した。するとAも、ここ最近は落ち着いていると返した。

しかし沈黙を置いて、Aはおもむろに「気分のコントロールが難しくて…」と悩みを語り始め「言いたいことが言えない。後輩が体調不良を理由に簡単に責任回避するんですよ」と不満を話した。しかしすぐ「まあ、私にも原因があるんですけど」と自責の話に転換し、「そうやって自分をコントロールできない自分に腹が立つ。後悔すると分かっている文句を言ってしまう」とやや感情的に話した。Th.はこの話を、まさにテストで見られた攻撃性のコントロールの課題と同じで、攻撃性を抑えようとするが抑えきれずに怒りや不満が噴出してしまふ傾向の表れとして理解した。

その後も「後輩にすごいイライラする。けど、きつい言い方になるのも嫌だから我慢する。本当はイライラするけど」と攻撃性の扱いに戸惑っているようなAに、Th.が「イライラの程よいコントロールが難しく困っているんですよ」と伝えると「そうですね」と認め、「大学院の後輩じゃなくてもそうで…」と話を展開させそうになったが、「やっぱり大学院の後輩が一番イライラするかな」と収め、大学院の話が続けた。

Aは不満げな表情で語気を強め、「新入生の時に大きな失敗を犯した。でも、新入生なのに指導教員に責任ある役割を持たされたからで」と語った。Th.はどんな失敗だったのか詳細を知りたいと思ったが、冒頭の「今は思い出して落ち込みたくない」という言葉や、話すことに慎重になっているAの様子から、ひとまず黙って聴き続けた。するとAは「今すごいグチってるなあ」と苦笑し、「捉え方も人それぞれだから、どうしていいかわからないもんですね」とクールな表情で話を収めた。その後も「大学院には気の合う人がいない。まあ大学院は遊びに行く所じゃないし、個人作業が多いから別にいいんですけど」と自己完結的な話を続けた。これらの話の内容がよく掴めなかったのでTh.が慎重に訊ねると、Aは「私は任された仕事を頑張っているのに、周りが全然協力的じゃない。後輩も責任感が足りなくて甘い」と明らかに苛立った様子で不満を一方向的に言い募った。これらはAの抱える不満がよく理解できる話だったが、それまでの慎重で控えめな様子とは違い感情的に不満を捲くし立てる様子に、Th.はやや圧倒された。そして、Aが面接終了後、攻撃性を表現し過ぎた不安を抱くのではないかと、テスト結果を思い出して心配になった。実際、終了時にAは「ヤベー、グチばかりだっ

² Kernbergは精神病でも神経症でもない重いパーソナリティの病理をBorderline Personality Organization (BPO; 境界パーソナリティ構造)と名づけた。

たな」と自嘲的な笑いを浮かべて退室した。

翌週、Aは約束に30分遅刻し「時間を勘違いしていましたが、すみません」と一応謝るも「この病院は予約票がないんですね」と病院側の非を指摘し、「となると50分まででいいんですね？」と遅刻が意図的であることを匂わせた。そして「話すことも特にないんですけど」と冷ややかに始めた。前回に比べて急に冷めた態度になったことにTh.は戸惑ったが、前回抱いていた心配のとおり、攻撃性を出しすぎて不安が高まり、打ち消したくなっているのだろうと考えた。そこで「前回、話して落ち込みたくないと話していたが、どうでしたか」と尋ねてみた。しかしAは「前回？覚えてない。グチって終わったのは覚えているけど、ほかは覚えていません」と素っ気なく答え、質問をかわした。

その後、Aは診察について「質問に的を射ない答えが返ってくる。だから主治医がどんな治療をしようとしているのか分からない…まあいいけど」と不満を語った。一方、Th.はA自身がどうしたいのか気になり尋ねると、Aは「わかりません」と質問を一蹴し「私は会話がしたい。反応が欲しい。診察は今より反応が返ってくる」と不満をTh.に直接ぶつけた。Th.は直接向けられた不満にたじろぎつつ、これがAの攻撃性のコントロールの問題と認識した。しかし、この攻撃性を話題にすることは時期尚早と考えていたので、結果的に打つ手のなさを感じ、Aをただ見守ることしかできなかった。最後にAは次回予約を取りつつ「仕事が忙しいんで来られるか分かりません」とツンとした態度で話し、以降来院しなかった。

Aが来院しなくなった直後、Th.は不甲斐なさや残念さを感じる一方、むしろ仕方のなかったことと納得する気持ちが強かった。それは、Aにはまだ攻撃性の問題に向き合う準備が整っていなかったのだろうと考えていたためであった。

しかし、数ヶ月後に事例を検討する機会を持って改めて経過を振り返ると、ほかの事例に比べてAと情緒的な距離があり、あまりに冷静な視点で淡々と対応していた自分に気付いた。特に、面接記録を読み返しても、当時のhere and nowで抱いた情緒体験を思い起こしにくいことに違和感を覚えた。こうした違和感を整理・検討する過程で、筆者が一人で検査者と面接者を兼ねた治療構造の影響に思い至り、治療構造論の認識が深まった。以下、一人の心理士が検査者と面接者を兼ねる治療構造の意味や課題を考察する。

5 考察

5.1 アセスメント面接の内容の振り返り

アセスメント面接では筆者とAとの間にすれ違いが多く、噛み合わないやり取りが続いていた。Aは初回冒頭「何も浮かばない」と来談動機を語ることに抵抗し、不満の話を自責的な話題に置き換えて収めたり、不満の話が勢い付きそうなAをTh.が黙って見守っていると「今すごいグチってる」と冷静に収めたりした。そして翌回は30分遅刻し、投げやりな態度で筆者との交流を持とうとすらしなかった。

これらの様子からは、まずAが不満感（攻撃性）の表現に葛藤的になっていたことが窺える。当時の筆者はこうしたAの葛藤を、テスト結果から、攻撃性の課題の表面化として理解した。そして、迂闊に触れるべきではなく慎重にかかわるべきであると考え、Aをよく理解できているような感覚を抱き、静観した関わりが多くなっていったと思われる。

改めて振り返ると、Aが面接開始時に示した葛藤は、そもそもクライアントであれば、特に面接初期には、誰しもが抱いておかしくない、面接に対する一般的な慎重さや恐れを表れであったと考えられる。例えば、「目の前の面接者は果たして自分の悩みを明かすに値する相手なのか」といった身構えや不安である。

当時の筆者も普段であれば、「面接初期」などの状況やhere and nowの面接関係に注目し、面接中にクライアントおよび筆者自身が体験する情緒や態度を把握しながら、クライアントを理解していたはずであった。ところが、Aとのアセスメント面接ではなぜかそれが出来ず、目の前のAとの間で生じているすれ違いや分かりにくさを、事前にテストで得た情報を持ち込んで妙に納得できる感覚を抱いていた。これが数ヶ月後に抱いた違和感に繋がったと考えられる。

5.2 心理士が検査者と面接者を兼ねる治療構造が心理士側へ与える2つの影響

この「テストで事前に得た理解を面接場面に持ち込んでクライアントを理解したつもりになり、here and nowの視点を持ちにくくなっていった」ことに、一人の心理士が検査者と面接者を兼ねる治療構造の心理士側への影響が端的に表れていると考えられる。この影響について当時の筆者の体験から言い換えると「テストで得た理解を持ちながら、面接場面ではhere and nowの視点で理解しかかわる難しさ」となる。検査者と面接者が同

じ人物の場合のこうした心理士側への影響は、以下の2つの点に整理できる。

5.2.1 テスト結果による理解が印象に残りやすくなる

第一の影響は、直接テストを施行すると、テスト結果による理解が印象に強く残りやすくなることである。もちろん、二人の心理士が検査者と面接者を別々に担当し、面接者が検査者からテスト結果を事前に教わってから面接を開始する場合も、テスト結果は印象に残りやすい。ただしこの場合、テスト結果は「別人」のフィルターを介した理解なので、面接者はクライアントを面接場面で初めて対峙する人として新鮮に理解しやすいと考えられる。

これに対して、検査者と面接者が同一人物である場合、面接者は通常よりクライアントについてより多くの情報と理解を手に入れているため、目の前のクライアントが語る内容より、事前に得たテスト結果からクライアントを理解しやすい。その結果としてhere and nowの相互交流に基づいた理解をしにくくなりやすい。Aは「どうしてもこうなってしまう、それを分かって欲しい」ということをしきりに訴えていたと理解できるが、筆者はその訴えに寄り添うより「攻撃性のコントロールの課題」と独り合点し、Aとの間で生じるすれ違いなどに気づけなくなっていた。

このような事態への対策について北村(2018)は、面接に臨む前に心理テストの情報を頭から切り離し、目の前のクライアントとの関わりに集中することが必要であると述べている。同様に、乾(2003)も、面接前にテスト結果を含めた詳細な事前情報を得ることへの対応として「事前情報をいつもしっかり踏まえて検討し、しかしながら面接にあたっては事前情報をすっかり忘れること」を挙げ、この相矛盾する態度が臨床的实际では必要になると述べている。

5.2.2 テストによる理解と面接による理解の間の「ずれ」を見逃しやすくなる

第二の影響は、テストで得た理解と面接で得た理解を直ちに関連させやすくなることである。このことは、テストによる理解と面接による理解の間に「深さのずれ」と「時間のずれ」が生じやすい事実を、テストと面接の両方を担当することで見落としやすくなることと言い換えられる。

「深さのずれ」とは、クライアントが語る心的葛藤の内容のずれである。クライアントは問診や心理面接の初

期には、自覚可能な(より浅い)水準の心的葛藤を語る場合が多い。一方、ロ・テストでは、社会生活では表面化しにくい(より深い)水準の心的葛藤や、病的側面が現れやすい(馬場, 2003)。もうひとつの「時間のずれ」とは、クライアントの心的葛藤が表れるまでのタイミングのずれである。面接では、クライアントの本質的な心的葛藤の内容は時間経過や関係性の深まりとともに次第に明らかになり共有されることが多い。一方、ロ・テストではそうした深い水準の心的葛藤が先取りして示されやすい(馬場, 1990)。

筆者の場合、アセスメント面接前にテストを施行したことで、Aの攻撃性にまつわる心的葛藤とその深さを先取りし、強くイメージに刻まれた。さらに、このことへの自覚が乏しかったため、面接中のhere and nowのAの体験や訴えなどに注目するより、事前のテスト結果というthere and thenのAの理解に目を向けがちであった。その結果、面接中に筆者自身に湧くAを持て余す逆転移感情などにも目を向けにくくなっていた。

具体的には、Aが来談動機を語らず、悩みに一緒に取り組もうとしない様子や、自責的な表現やクールな表情で話を収める態度に、筆者は関わりにくさを感じていた。また、Aが周囲への不満を話す形で筆者へも不満を向けていることに、筆者はどこかで気づきAの怒りがいつ爆発するかと内心びくびくしていた。しかし、こうした体験を自覚・検討しにくく、さらにはテスト結果から知的に処理し、自己完結的にAを理解したつもりになっていた(知性化)。

5.3 心理士が検査者と面接者を兼ねる治療構造がクライアント側へ与える2つの影響

架空事例では、Aがアセスメント面接途中で来院しなくなり、フィードバック面接も実施できなかった設定であるため、テストや面接を実際にAがどう体験していたかは確かめられない。しかし、以下の2つの影響を考えられる。

5.3.1 心を見透かされる恐れや不安が高まりやすくなる

そもそもテスト場面では、テストによって心のなかを見抜かれ、評価され、批判される恐れや不安が介在しやすい(馬場, 1990)。こうした恐れや不安は、特に投映法のように、検査刺激が曖昧で反応の仕方も被検者に任された「構造化されていない(unstructured)テスト³⁾(Rapaport, Gill, & Schafer, 1946)で生じやすい。つまり、投映法検査は、何をされているかよく分からないテ

スト状況だからこそ、それに対する投影³が起こり、被検者のパーソナリティのありようを理解しやすくなるのだが、その分、被検者は秘密を暴かれるような恐れや不安を生じやすくなる(馬場, 2003)。

もちろん、こうした恐れや不安は、面接場面、特に初期にも生じやすい。しかし「検査されている」テスト状況の方がより強まりやすいと言える。すなわち、「一人の心理士が検査者と面接者を兼ねる」治療構造では、クライアントがテスト場面で心理士に抱いた恐れや不安が、その後の面接場面にも持ち越されて増幅し、クライアントが悩みや自由な思い付きを語りにくくなるという影響が生じやすいと考えられる。

5.3.2 求められる主体性の変化に戸惑いやすくなる

第二の影響は、クライアントに求められる主体性が、テスト場面と面接場面で異なることで生じる影響である。テスト場面では、基本的には検査者が先導し(主体性を持ち)テストを施行する。特に口・テストの後半の質問段階では、検査者はスコアリングに必要な情報を得るため、細やかに質問し、発言をほぼそのまま書き留める。このように検査者側の先導に従い、言葉を丁寧に書き留めてもらうような枠組みでは、被検者はかなりの程度主体性を弱められて依存性が増しやすくなる。

一方、アセスメント面接では、面接者は問題・症状に関するクライアントの考え・想い・記憶などの情報を得るため、テスト状況に比べると介入や質問を控え、クライアントに個人的体験を自由に語ってもらおうとする。つまり、テストの枠組みよりもクライアントに主体性を求める側面が強いとと言える。

同一人物が検査者と面接者を兼ねる治療構造の場合、テスト場面で心理士への依存性が増した状況から、面接場面で急に主体性を求められるという変化を体験するため、クライアントは急に突き放されたような戸惑いを体験しやすいと考えられる。

5.4 心理士としての成長プロセスの要因

今回、検査者と面接者を兼ねる治療構造の心理士側への影響について論じることができたのは、心理士としての成長プロセスの要因があったと考えられる。金沢・岩

壁(2006)は心理士とスーパーバイザーの成長に関する歴代の研究モデルを整理し、その多くの共通点として、訓練生(心理士)は一定の段階を経て変化・成長していくこと、訓練が効果的に行われるためには訓練生の発達段階に応じた訓練環境を提供する必要があることを挙げている。

筆者の経験を振り返ると、初学者の頃はテスト結果や面接関係を理解するスキルが不十分で、両者を別個に理解するのが精一杯であったため、そもそも今回のような「テスト結果」と「面接からの理解」をいかに整理して検討するかという問題を認識しにくかった。しかし、架空事例を担当した臨床経験4年目頃は、テスト結果や面接関係をある程度読み込めるようになり、両者を繋げて検討する視点を持ち始めた頃であった。このことから、検査者と面接者を一人で兼ねることによる課題は、心理士として初学者から次の段階へ移行する成長プロセスの途上で生じやすいと考えられる。初学者のうち、テストか面接か、どちらかによる理解に偏重していても自覚や違和感を持ちにくい、ある程度の成長プロセスを経ると、テストと面接による理解の違いや、検査者と面接者の立場の違いによるクライアントへ与える意味や影響が自然に検討されるようになっていくと思われる。

心理士の一人職場が増え、初学者でも一人で検査者と面接者を兼ねなければならないことが起こり得る昨今、心理士の成長のプロセスでこうした課題が生じやすいことが明らかになることは、訓練生の発達段階に応じた訓練環境の提供(金沢・岩壁, 2006)にも重要な示唆を与えられよう。

5.5 一人の心理士が検査者と面接者を兼ねる際の対応の工夫

以上のように、一人の心理士が検査者と面接者を兼ねる治療構造は、その後の心理士とクライアントの関係のあり方にさまざまな影響を及ぼす。つまり、心理士もクライアントも自分が置かれた状況にさまざまな影響を受けるのであり、心理士はこうした治療構造による心理的な影響に自覚的になる必要がある。言い換えれば、テスト結果やクライアントの話などの「内容」だけでなく、双方が置かれた治療構造などの「形式」的側面にも意識を向ける必要がある。

こうした理解・認識を持てるようになると、それを踏まえて治療構造を整える(作る)ことも工夫としてできるようになる。例えば、当時の筆者は「心理検査を施行後、4回のアセスメント面接を行う」という病院内で設

3 Rapaport は知能検査など課題・教示が具体的に明確に提示されるテストを「構造化されたテスト」、投射法など刺激が曖昧で反応の仕方など自由度の高い状況が提示されるテストを「構造化されていないテスト」と呼んだ。

4 一般的な広義の投射ではなく、精神分析の概念としての投影

定されていたアセスメントの枠組みを固定化したものと捉え、どのクライアントにも一律に提供していた。しかし、今回考察したように、一人の心理士が検査者と面接者を兼ねる治療構造の影響についての理解が深まると、クライアントによっては柔軟に枠組みを変更するようになった。

具体的には、テスト後に毎週1回、4回（約1ヶ月）のアセスメント面接を実施することで、あるクライアントは理解され抱えられる安心感を抱くかもしれないし、あるクライアントは心のなかを見透かされるような負担感や不安感を抱くかもしれないと考えるようになり、後者が推測される場合は、アセスメント面接の回数を減らすことも検討できるようになった。

ただし、心理士側があらかじめ設定された治療構造を検討し、変更しようと思いついた場合には、心理士側の心の働き（逆転移感情）も十分に検討することを忘れないようにしている。例えば、アセスメント面接の回数を減らす検討では、一見クライアントの負担を考慮した対応のようであるが、実は厄介なクライアントと向き合いたくない心が働いている可能性もある。もし、こうした逆転移感情の検討なく治療構造を変更してしまうと、それもまた独り善がりな関わりになってしまう。つまり、心理士が治療構造に働きかけようとする際は、それがどんな逆転移感情やクライアントとの関係性から生じたのかと検討する視点が不可欠と考えられる。

6 引用文献

- 馬場 禮子 (1990). ロールシャッハ・テストと精神分析療法
岩崎 徹也・相田 信男・乾 吉佑ほか (編) 治療構造論
(pp.279-290) 岩崎学術出版社
- 馬場 禮子 (2003). 投映法—どう理解しどう使うか— 臨床心理学, 3, 447-453.
- 馬場 禮子 (2006). 投映法—どう理解しどう使うか— 氏原寛・岡堂 哲雄・亀口 憲治・西村 洲衛男・馬場 禮子・松島 恭子 (編) 心理査定実践ハンドブック (pp.220-230) 創元社
- 深津 千賀子 (2006). 投映法の力動的解釈—心理検査と精神療法の統合—特集にあたって 精神分析研究, 50, 1-2.
- 乾 吉佑 (2003). 加藤論文へのコメント 専修大学心理教育相談室年報, 9, 38.
- 金沢 吉展・岩壁 茂 (2006). 心理臨床家の専門家としての発達, および, 職業的ストレスへの対処について—文献研究— 明治学院大学心理学部付属研究所紀要, 4, 57-73.
- 片口 安史 (1987). 改訂 新・心理診断法 金子書房
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization, *Journal of The American Psychoanalytic Association*, 15, 641-685.
- 北村 麻紀子 (2018). 心理テストにおける治療構造の読み方 臨床心理学, 18, 279-283.
- 小此木 啓吾 (1990). 治療構造論の展開とその背景 精神分析研究, 34, 1-24.
- Rapaport, D., Gill, M., & Schafer, R. (1946). *Diagnostic psychological testing*, Vol. 2. Year Book Publishers.