

ロールシャッハ法のこれから

—心理測定法から治療的活用へ—

角藤 比呂志

I はじめに

小川ら (2011) の「心理臨床に必要な心理査定教育に関する調査研究」によると、各種心理検査の使用頻度は、1位バウムテスト、2位 WISC、3位 SCT で、ロールシャッハ法は6位であった。この調査は、1986年、1997年、2004年と過去3回同じ手続きにより行われており、今までの調査では、バウムテスト、ロールシャッハ法、SCT の三つが、順位に異動はあるものの、常にトップテンであった。小川らは、今回 (2011) の調査から発達障害といった今日の問題が心理検査の採用頻度に影響していること、および米国に比べると日本では投影法形式の人格検査、特に描画法が多用され質問紙法はあまり用いられないことを指摘しながら、バウムテストや SCT は順位的には上位にあるものの利用率は減少していると報告している。そして、その要因について、「臨床心理士の興味や関心が心理面接や心理療法に向けられ、心理検査ないし心理査定へは乏しくなっているのかもしれない」と述べている。

もしこのことが事実であるとすれば、筆者には由々しき問題と思えてならない。臨床心理査定は、心理臨床にとって必要不可欠なものであり、特にロールシャッハ法は、臨床実践や臨床トレーニングにおいて有意義なものであると筆者は確信している。

そこで、本論では、ロールシャッハ法の新しい活用法を模索しながら、「ロールシャッハ法のこれから」について、筆者の私論を述べてみたい。

II ロールシャッハ法の今まで

ロールシャッハ法の「これから」を述べる前に、「今まで」について概観してみよう。

周知の通り、ロールシャッハ法は、スイスの精神科医 Hermann Rorschach (1884-1922) によって考案された。彼は、1911年学校教師 Konrad Ggehing とともにインクのシミ実験を開始した。当時は、才能の豊かな子どもは、才能の乏しい子どもよりも空想が豊富かどうかを確かめることを目的としていた。しかし、その後彼は精神分析に熱中し、実験は中断してしまう。ところが1917年に Szymond Hens がインクのシミ実験で学位を取得し、それに刺激されて1918年に Hermann Rorschach は実験を再開した。彼は、さまざまな精神障害者を対象にインクのシミ実験を行い、インクプロットの知覚の在り方によって精神疾患を診断できる可能性を見出した。そして、その成果を1921年に「精神診断学」として公刊したが、翌年急逝してしまった。それまでのインクのシミ実験は、何を見たかに着目していたのに対し、彼はインクのシミのどこに、インクのシミのどんな特徴から、何を見たかに着目した。つまり、内容分析よりも形式・構造面に解釈の重点を置いたのである。この点が、ロールシャッハ自身の独創性であり、いまだに診断的補助として活用されている所以である。

Rorschach 死後、Emil Oberholzer、Walter Morgenthaler らが普及に努め、1923年 Ludwig Binswanger は「ロールシャッハテストは精神医学及び心理学の大宇宙を反映する『科学的な小宇宙』だ」と評したが、ヨーロッパではあまり認められることがなかった。

1922～1932年 David Levy が Oberholzer から手ほどきを受け、アメリカに帰って Samuel J. Beck に伝授する。同時期に、Marguerite R. Hertz も Levy と出会う。1933年 Beck が、PH.D を取得。

ロールシャッハテストについての最初の学位論文であった。同じ頃、Bruno Klopfer、David Rapaportらも訓練を受け、1934年には、Zygmunt A. PiotrowskiがKlopferの第1回セミナーに出席した。

この後、1940～50年代は、いわゆるロールシャッハ法の黎明期を迎えることになるが、上述したBeck、Klopfer、Hertz、Rapaport、Piotrowskiは、それぞれにBeck法、Klopfer法、Hertz法、Rapaport法、Piotrowski法といった独自のロールシャッハ法を確立した人々である。とりわけBeckとKlopferは、双壁に当たる人々であり、その後日本に導入されたロールシャッハ法はほぼどちらかに準拠したものである。両者の相違は、Beckが実証主義を、Klopferは現象学を重視していた点にある。

1960年代、今までの流れが一変する。心理測定法 (Psychometric test) としての信頼性や妥当性への批判である。これまでに発表された統計的研究の結果の大部分は疑わしいというものであった。

1970年科学的な立場からの批判が相次ぐ中、救世主として現れたのがJohn E. Exnerであった。

コンピューターを駆使しながら、さまざまな実験や調査データをもとに、今までのロールシャッハ仮説を検証し、新たないくつかの指標を見出した。実証主義に基づいたいわゆる「包括システム」の誕生である。

その後、「包括システム」は世界的にも普及したが、最近になって信頼性や妥当性などに関する厳しい批判が、Woodら (2003) によって向けられた。彼らは、心理測定法としてのロールシャッハ法を全く無価値であると批判しながら、投影法としての内容分析を重視することが生き残る道のひとつであると指摘した。

このように、ロールシャッハ法の今までを振り返ると、「ロールシャッハ法は投影法か心理測定法か」という問題を繰り返してきたように思う。

Aronow (1995) は、投影法 (Projective Technique) は主観的で個性記述的 (idiographic) アプローチ

であり、内容を重視した「technique」であるのに対し、心理測定法 (Psychometric test) は、客観的で法則定立的 (nomothetic) アプローチであり、知覚を重視した「test」とであると述べている。

前述したように、Hermann Rorschachは、内容分析よりも知覚分析を重視した。彼の著書「精神診断学 (Psychodiagnosis)」の英訳本には、「a diagnostic test based on perception」という副題が付けられており、「知覚」に基づく「test」であった。

Beckの著書は、「Rorschach Test」であり、やはり「test」という用語が使用されている。

一方、Klopferの著書は「Rorschach Technique」となっており、ここでも実証主義を重視したBeckと現象学を重視したKlopferの相違が見取れる。

そしてBeck同様に実証主義を重視したExnerの著書は「The Rorschach: A comprehensive system」となっており、各変数からなるシステムと考えられている。

こうしたロールシャッハ法に関する名称を見ても、投影法であるのか、心理測定法であるのかといった事が常に問題となってきたようである。

そして科学的で実証的であることを要請される現代に至って、救世主であるかに見えたシステムは、再び認知科学者からの攻撃に合って危機に瀕しているということが言える。

つまり、この「ロールシャッハ法は投影法か心理測定法か」という問題は、古くて新しい問題であり、歴史は繰り返されているのである。

筆者個人としては、ロールシャッハ法は両方の側面を持っており、クライアントの必要性に応じて活用するものであると考えていたが、「一体、いつまで繰り返されるのだろうか?」と辟易していた折、Finnらによる「治療的アセスメント」という概念に出会った。

Ⅲ Finnらの「治療的アセスメント」

アセスメントは、もとより治療的であるべきものだが、Finnらの提唱する「治療的アセスメン

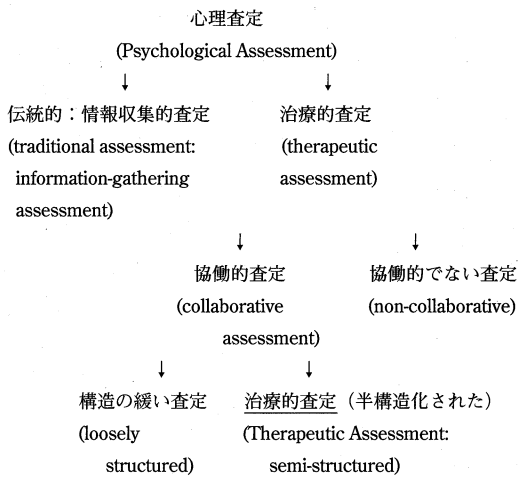


図1. 心理アセスメントのタイプ

ト」は、図1に示すように半構造化された協働的な治療的アセスメント（図中に大文字で、下線を施したものである）である。

こうした考えに至る前に、Finnらは、アセスメントを、クライアントの情報や見立ての決定を目的とする「情報収集モデル」と、クライアントの肯定的な変化を目的とする「治療的モデル」に二分し、昨今のアセスメントの危機は、「情報収集モデル」を強調しすぎたためであると指摘した（Finn&Tonsager,1997）。しかし、彼らは、従来のアセスメントを否定しているわけではなく、両モデルは補完的であるとし、半構造化されたシステムの中で如何に「治療的 (therapeutic) な」用い方をすべきかを提唱したのである（Finn,1996; Finn, 2007）。

以下では、まず、Finnらによる「情報収集モデル」と「治療的モデル」の対比について述べよう。

① アセスメントのゴール (Goals)

情報収集モデルでは、専門家同士のコミュニケーションを促進することが目標であり、テストの特性とカテゴリー（たとえばIQ100、MMPI-2のコードタイプなど）を用いてクライアントを正確に記述することによりクライアントの見立てに役立てることがゴールである。

一方、治療的モデルでは、クライアントが自己と他者について新しい情報や経験を学習し、日常生活に変化が生じるように援助をする。アセスメントを通して、クライアントの自己発見と成長を促すことがゴールである。

② アセスメントのプロセス (Process)

情報収集モデルでは、クライアントの情報や観察・生活歴からデータを収集し、検査データを演繹的・一方的に解釈し、勧告 (recommendations) する。

一方、治療的モデルでは、クライアントと共感的関係を発展・維持し、クライアントとともにその人に即したアセスメントのゴールを決定し、アセスメント結果を共有し、検討する。すべてに協働的である。

③ テストの観点 (View of tests)

情報収集モデルでは、法則定立的で、クライアントのアセスメント場面外の行動を予測し、クライアントの行動に関する標準化されたサンプルを収集する。テストの信頼性・客観性・妥当性を重視する。

一方、治療的モデルでは、統計的特性を考慮はするが、日常の問題状況への特徴的な反応の仕方について、クライアントと対話をする機会であり、クライアントの主観的体験を専門家が受容することを可能にする共感のための道具である。

④ 着眼点 (Focus of attention)

情報収集モデルでは、着眼点はテストの得点とその後の見立てである。アセスメントの専門家は、クライアントとの関係で生じる自分の感情・思考には注意を払わない。

一方、治療的モデルでは、クライアントの主観的体験、専門家の主観的体験、そして両者の力動的な相互作用 (interplay) といったアセスメントのセッションそのものに注意が向けられる。

⑤ アセスメントの専門家の役割 (Role of assessor)

情報収集モデルでは、データ収集に影響を与えない客観的観察者で、クライアントとの関係に距離を置き、クライアントは従属的で受け身的な立場

に置かれる傾向がある。

一方、治療的モデルでは、関与しながらの観察者 (participant-observer) であり、クライアントの変容を促進する技術とテストやパーソナリティ・精神病理についての十分な知識を持ち、高度な対人的技巧を有することが望まれる。

⑥ アセスメントの失敗の定義 (Definition of assessment failure)

情報収集モデルでは、データに信頼性や妥当性がない場合や間違った見立てがなされる場合、そして解釈や勧告がクライアントやケアする人に役立たない場合などに、アセスメントの失敗と見なされる。

一方、治療的モデルでは、クライアントが「尊重されていない」、「理解されていない」、「傾聴されていない」という気持ちになったり、新たな理解を獲得することができなかつたり、「気持ちを踏みにじられた」と感じて以前よりも無力になったりした場合などに、アセスメントの失敗とみなされる。

アセスメントに関するこれらの特徴を踏まえ、Finnらの「治療的アセスメント」では、半構造的な手続きをとる。

実際の手続きとしては、ステップ1—初回セッション、ステップ2—標準化されたテストセッション、ステップ3—アセスメント介入、ステップ4—まとめと話し合いのセッション、ステップ5—書式によるフィードバックが準備されるセッション、ステップ6—フォローアップセッションといった流れになっている。

ステップ1は、心理療法でいうところの治療契約とでも言うべき課題を遂行する。今どんな事で困り、その背景にどのようなことがあるのか、結果をどのように使うか等について話し合う。費用、期間などの取り決めなども行う。

ステップ2は、標準化されたテストをいくつか選択し実施する段階である。いわゆるテストバッテリーが組まれ実施される。

ステップ3では、標準化されたテスト結果から得られた仮説を、クライアントとともにさらに探

求する段階である。例えば、TATから何枚かの絵を選び物語を作ってもらおうとか、時には標準化されたテストを独創的な方法で用いたり、ロールプレイや心理劇、描画法が実施されたりする。

ステップ4では、今までの結果を振り返り、クライアントの問題がどのように解消したかを話し合う。できれば、セッション1で語られたクライアントの疑問に答えを提供できるようにする。

ステップ5では、今までのステップで話合われ、検証されたことが文書の形でクライアントに渡され、数カ月後に、ステップ6としてフォローアップのセッションが設けられる。

こうして非常に緻密に計画されたセッションが展開されるが、前述したように、彼らは、従来の情報収集モデルとしてのアセスメントを否定しているわけではなく、両モデルは補完的であり、如何に「治療的 (therapeutic) な」用い方をすべきかを提唱したのである。

IV 「情報収集く治療的」モデルとしてのロールシャッハ法

Finnらの治療的アセスメントの特徴と手続きを見てくると、筆者が目指しているロールシャッハ法のこれからと重なる部分が多い。

以下では前述してきたFinnらの見解と関連させながら、私の目指すロールシャッハ法について述べてみたい。

① ロールシャッハ法のゴール

ロールシャッハ法の使用頻度が6位に後退したとはいえ、やはり診断的な補助あるいは治療方針の確定のために、他の専門家からロールシャッハ法を依頼されることは多い。これは、ロールシャッハ法が、日常臨床では見落としがちなクライアントの病理性や思考過程の障害に最も敏感な査定 の道具だからである。筆者は、ロールシャッハ法は、「図版を媒介とした面接である」と捉えているが、言語のみを媒介とした面接とは構造に違いがあるため、臨床経験豊かな医師が見抜けなかった病理性もロールシャッハ法を通して顕在化してくることがある。ただし、見解についてはロール

シャッフ法が教えてくれるわけではないため、査定者の臨床的な力量にかかっていることは言うまでもない。

このように専門家間のコミュニケーションといった情報収集モデルの一面を持つ一方、クライエントが自らを理解し、自己発見・自己の変容に繋がっていくといった治療的モデルの一面も持つ。

以下でも触れることになるが、ロールシャッフ法は、結果のフィードバックや特殊な用法として治療的に活用する場合とロールシャッフ法の施行そのものが治療的効果を生む場合があるように思う。

② ロールシャッフ法のプロセス

ロールシャッフ法のプロセスは、まさに治療的モデルそのものである。検者と被験者との関係は一方的では成立しない。検者は図版に対する被験者の反応を追体験し、言葉に乗せてイメージ(反応)を返す。そして被験者は、そのイメージ(反応)を受け取り、また言葉に乗せてイメージ(反応)を返す。そうした繰り返しの共同作業により、反応が成立するのである。ここでの追体験には、共感と受容の能力が必要である。

③ ロールシャッフ法の観点

ロールシャッフ反応は、図版刺激によって引き起こされた感覚と記憶痕跡の統合によって生じる。つまり、図版刺激の視覚的入力により、潜在的反応が生まれ、図版特性や被験者の特性によって潜在的反応が取捨選択された結果、反応が生成される。そうした原理から、標準化されたデータをもとに、いわゆる数量的分析がなされる。つまり、法則定立的に、標準的なデータと個人データを照合しながら、被験者の逸脱の度合い(個性でもある)を評価する。この意味において、ロールシャッフ法は情報収集モデルの側面を持つと言える。

しかし、個性記述的側面も持っている。ロールシャッフ内での言動は、クライエントの日常的あるいは非日常的言動とフラクタルな関係にある。そして、ロールシャッフ法は、図版を媒介とした対話であり、検者と被験者が図版を挟んだ三角構造の中で、イメージの交換をする場であると筆者

は考えている。

つまり、被験者が図版刺激に反応し、自らの記憶痕跡からあるひとつのイメージを成立させる。それを言葉で検者に伝えるが、検者は被験者からの言葉と図版からの刺激によって自らもあるイメージを生起させている。そして、検者が被験者のイメージをなぞるようにアクセスし、検査は自らのイメージを修正して被験者のイメージに合わせる。検者のイメージは崩壊し再構成される。このプロセスが共感である。これによって、検者は必要な情報を得、被験者は受け入れてもらえたという治療的体験をする。こうした治療的モデルの側面が大きい。

④ 着眼点

ロールシャッフ法において生起するプロセスは、検者と被験者の主観的体験の力動的な相互作用(interplay)である。一部の人々によって考えられているように、「正確な情報収集のもとにスコア化がなされ、検査後に結果が出る」といったプロセスではない。そもそも「生きた人間」を相手に、しかも「双方向的な関係」の中で営まれる臨床において、「正確な情報収集」などあり得るのだろうかというのが筆者の考えである。したがって、流布するように、「記号化の後に解釈する」のではなく、「解釈しながら記号化する」のであり、記号化以前に解釈は生まれている。さらに言えば、被験者との出会いの瞬間に解釈は成立しているのである。この点においても、ロールシャッフ法は、治療的モデルの側面が大きい。

⑤ 専門家の役割

ロールシャッフ法の検者の役割は、治療的モデルで示された「関与しながらの観察者」そのものである。

ロールシャッフ場面は、ストレス面接(stress interview)の要素を含み、退行促進的な状況である。前述のように、検者は被験者の体験を追体験するが、自我の弾力性に欠ける被験者(重い病理の人)に対しては、退行を抑制し、支持する介入が必要となる。その場合、技術的には、反応をまとめ、なぞり返す事が有効となる。他者からの言

葉（イメージ）の介入により退行的連想が停止されるからである。また、検者が被験者と一体となりすぎ混乱したり、あるいは逆に検者自らが退行する事を無意識的に拒否し、反応を失念したりする場合もある。ここでは検者自身が、全体を俯瞰し、統合できる観察自我と自我の弾力性が必要となる。したがって、一部で聞かれる「専門家として治療は無理だけど、査定ならできるでしょう」という言葉は全くの見当違いである。査定者は治療者の素養も必要とされる。

逆に、「ロール10年」と言われるように「ロールシャッハ法の学習は難しい」と敬遠する自称「心理療法家」もいるが、心理療法の学習はそんな容易なのだろうかと言いたくなる。ともに臨床の専門家になるためには多くの時間と経験が必要である。

⑥ ロールシャッハ法の失敗

このように見てくると、ロールシャッハ法そのものが、一部伝統的な情報収集モデルを含みながら、大半が治療的モデルの要素を持っている事がわかる。つまり「情報収集く治療的」モデルである。

したがって、ロールシャッハ法の施行後、被験者が疲労困憊したり、理解されていない、傾聴されていない、尊重されていない、ねほりはほり聞かれたといったような感想を持ったとしたら、それは失敗であったとみなされることになる。また、施行後、特に新たな気づきがなかったり、査定後にかえって不安定になったりしたとしたら、これらもやはり失敗とみなされることになるだろう。ただし、ここで附記しておきたいことは、ロールシャッハ法施行後に不安定になることについて、ロールシャッハそのものに問題があると思われる事が多い点である。確かに、構造上そうした可能性も考えられるが、検者の対応に問題があることも多いように思われる。それは、今まで述べてきたように、ロールシャッハ法は治療的モデルとしての介入的 (interventional) な要素が大きいからである。

V 「情報収集く治療的」モデルとしてのロールシャッハ法の実際

ここで筆者が治療的アセスメントとして心がけている具体例を示そう。

筆者の場合は、他機関からロールシャッハ法を依頼される場合と自らの心理療法過程の中で施行する場合があるが、ここでは他機関から紹介された場合を取り上げる。

まず、挨拶・自己紹介は言うに及ばず、「今」から話を始める。今、どんなことに困り、依頼者からはどのような説明を受け、どう受けとめたのか。今の問題がどのような経緯で今に至ったのか「過去」を聴くことで、ストーリーを作り上げていく。その中で、筆者自身は仮説を作る。ロールシャッハ法は結果が出て初めて解釈が始まるのではない。一瞬一瞬ひとつひとつの反応の中から解釈は生まれる。そのためには、検者は仮説を持ち、一瞬一瞬ひとつひとつ仮説を検証 (identify) するのである。

ストーリーの構築と仮説の設定がほぼ完成したところで、「〇〇のことをもう少し違った面から検討するために・・・」とか「〇〇先生とまた治療をすすめて行く上で・・・」とか「未来」の治療に向けての動機づけと目的の合意を行う。ここまでが導入段階である。

そして図版を呈示するが、この瞬間に被験者が図版を受け取るかどうかは解釈の重要なポイントとなる。一般に我々は「差し出された物は受け取る」といった暗黙のコミュニケーションといった習性がある。それがスムーズに行えるかどうかは重要な問題である。その他多くのポイントがあるがここでは割愛し自由反応段階で検者は何を行うかについて述べたい。

自由反応段階で、検者はただ反応を聴き記録するのではない。検者も被験者の反応に刺激されて自ら反応を生起させる。少し経験を積むと、「おそらくこう見ているだろう」という推測・仮説が立つ。これが、ひとつの標準データであり、検者側の固定イメージになる。それを被験者のイメージとすり合わせて行くのが質疑段階である。

この段階でのプロセスについては、「ロールシャッハ法のプロセス」で既に述べたが、具体的には、後述するように被験者の反応を「なぞって返す」ことをする。初心者の中には、反応を知ろうとして「質問攻め」にする人がいるが、「なぞって返す」ことでほぼ十分な情報がもたらされる。例えば、「コウモリ」という被験者の反応について、検者は「黒くて飛んでいるコウモリ」をイメージしたとしよう。検者が被験者に「コウモリ」の説明を求めると「そうですね、頭があって、胴体があって、羽があるから」と被験者が答えた。ここで、「どうしてそんなふうに見えました？」とか「どこがそんなふうに見えました？」とか質問攻めにするよりは、「ああ、ここが頭で、ここが胴体で、ここが羽で、それで全体でコウモリに見えたのですね」と図版を媒介に、なぞって返す。そして被験者がどう追加の説明をしてくれるかを待つのである。もし追加の説明がなければ、「動き」や「色」といった他の要因はほとんど関係していない。それでも検者が検証 (identify) する必要がある仮説を残しているのであれば、「この絵のどんな特徴からとくにコウモリだなど思いました？」とか「ちょっとコウモリに見えたところを囲ってもらえますか？」といったように図版を介して質問すればよい。「コウモリは何をしていますか？」とか「どんな色のコウモリですか？」とい

った質問は論外である。

こうして反応についての「仮説—検証」を丹念に繰り返しながら、解釈をすすめていく。そうしていると被験者への理解が進み、不必要な質問はしなくなる。つまり、刺激に対する不安耐性の低い被験者に詳細な反応の説明を繰り返し求めることは避けるようになる。これが治療的配慮である。単に情報収集に走るわけではない。

その後、限界吟味段階を経て、終了となるが、導入段階においての仮説が不十分であったり、仮説の変更が必要な場合は、少しの時間をとって被験者から必要な情報を聴くことがある。そして、終わる際には、「いかがでした？」と被験者に感想を求めることにしている。前述した「ロールシャッハ法の失敗」の検証である。

VI ロールシャッハ法の治療的活用

ロールシャッハ法は、科学的実証主義者からの批判にさらされてきたが、現代では治療的活用への希求が大きくなってきた。

そこで、ロールシャッハ法の治療的活用について考えてみると、結果のフィードバックや特殊な用法など「道具として」治療的に活用する場合とロールシャッハ法の「施行そのもの」が治療的効果を生む場合があるように思う。

1. フィードバック面接

表1. 心理アセスメントの結果をクライアントに提示する順序

水準1の結果
クライアント自身のいつもの考え方を確かめ、フィードバックセッションでクライアントが容易に受け入れてくれるであろう結果。この情報を伝えると、クライアントは一般に「それは、確かに私のことのように思える」という。
水準2の結果
クライアント自身のいつもの考え方を矯正あるいは増幅するが、自己評価や大事にしたい自己知覚を脅かせたりしないような結果。この型の情報を伝えると、クライアントは「自分自身についてそんな風に考えることはなかった、でもあなたが言っていることは、私にぴったり当てはまると思う」と答えるかもしれない。
水準3の結果
クライアント自身のいつもの考え方からは隔たり目新しく、フィードバックセッションで拒否されるような結果。水準3の結果は、典型的に、クライアントにとって不安を喚起させられるものであり、性格防衛を働かせるようなものである。

Finn (2007) は、心理アセスメント結果の提示順序を表1のように示している。まず、水準1の結果から始める。たとえば、MMPI-2の尺度0が低得点だった人に、「一人でやる仕事よりは大きな集団の方が好きで・・・」といったようにである。次に水準2の結果について知らせる。これは、クライアントが自分について普段考えていることを言い換えたり、増幅したりする。例えばロールシャッハ法 (Exner法) のD得点が4の場合、「あなたが恐れているように怠け者というより情緒的に圧倒されて・・・」といったようにである。そして最後にここまで上手く展開しているのであれば、水準3の結果を伝える。

筆者も結果についてはほぼ同様に伝える。ただ伝え方は、「提案・仮説」として伝え、クライアントに検証してもらう。これは、神田橋 (1997) の「見立ての伝え方」を踏襲している。少し長くなるがここに引用しよう。

「診断作業のために情報を収集したのですから、それをまとめて、専門家として『見立て』を告げる仕事が生じます。・・・見立てを伝える段階では、日常に世間で通用している考えやコトバ、で伝えるようにしましょう。なぜならこのとき専門家が伝える見立ては、とりあえずのたたき台 (仮説) であり、それに対するクライアントの意見を待って、仮説は修正され、修正された見立てとして伝えられ、再びクライアントの意見を待つのが定石だからです。この繰り返しの末に両者が合意したものが、とりあえずの『見立て』となります。」神田橋 (1997) は、このプロセスそのものが対話精神療法のモデル提示となることを述べた後で、「見立てを告げるさいの定石は、明確な点と、推測の点と、わからない点と、の三つに区分けして告げることです。・・・」そして「一般に、ベテランになるほど、見立ての説明は自信なげです。・・・格好よい見立てをするのは、おおむね、未熟な者の、自他へのこけおどしです。」と述べている。

2. 特殊な活用法

Finnらの治療的アセスメントのステップ3にお

いても、標準化されたテストを独創的な方法で用いたりするが、筆者は、ロールシャッハ法に表れた反応を、言語連想法に倣って、その反応からどんな連想が生じるかクライアントに問うことがある。ロールシャッハ法の反応は精神分析でいうところの無意識であると思われていることがあるが、あくまでも記憶痕跡の一部であり、意識はされていないかもしれないが、連想することによって意識化できるいわば前意識であると考えられる。特に反復される反応内容やテーマはその可能性があり、Bohm (1951) はこれを現実的葛藤 (actual conflict) であると述べている。また、生活歴や現病歴と明らかに関連した反応内容が述べられることがあり、それらの反応を刺激語として連想を問うことで治療的展開が見られることがある。

3. 治療としての施行プロセス

ロールシャッハ法の施行そのものが治療的要素を持つことについては、すでに詳述してきたが、ここでは、共感 (empathy) という観点から再考してみよう。

Finn (2009) は、治療的アセスメントが治療的变化を生み出す要因について、誰しもが持つ「理解され受け入れられたい」という基本的欲求を満たすからだとし、彼が卓越した臨床家であり教育者であると認める Paul Lerner (1998) の言葉を引用している。つまり、心理アセスメントの中核にあるものは、共感 (empathy) であるとする。彼は、共感には、三つの側面があり、①情報を収集しクライアントの主観的世界を理解する道具としての側面、②クライアントとアセスメントの専門家がクライアントの体験の重要な側面について言語化することをお互いに助け合う間主観的なプロセスとしての側面、③私たちが心理的に生かし成長させてくれる人間的相互関係における癒しの要素としての側面があると指摘する。

①の側面は、Kohutの共感とも言うべきもので Rogers (1987) はこれを嫌悪した。しかし、心理アセスメントの一側面としては必要なものである。むしろ、②③の側面が治療的效果を生むので

あり、治療の基盤に共感が必須であることは誰もが認めるところである。

神田橋（1997）は、共感とは心理療法におけるもっとも重要な現象であることを認めながら、共感を重要視するあまり、初心者が過ちへと導かれる危険性を警告している。つまり、ここでの共感とは、「思い入れ・思い込み」となり、共感を目指したせいで、コミュニケーションのズレがひどくなるという皮肉な結末が生じると指摘する。真の共感が生まれるのは、「思い入れ・思い込み」が描き出した固定イメージが何らかの契機で崩壊し、思いがけない視野が開けた時である。治療者の体験としては「眼からうろこが落ちた」であり、クライアントの体験としては「通じた」であり、関係の言葉でいうと「出会い」である。だからこそ、共感とは精神療法でもっとも重要な現象なのだという。

ロールシャッハ法においても全く同様のプロセスが生じている。つまり検査者は被験者の語る反応（イメージ）が刺激となって自らもある反応（固定イメージ）を形成する。この時点で、両者が一致する場合もあるが、多くは不一致のままである。そのため、両者の反応（イメージ）を図版（客観的現実）を媒介にしてすり合わせていく。その際、私が推奨している技法が、下坂（1994）の「なぞる」という技法である。

下坂によれば、「患者と家族との訴えは、なぞるような気持ちで聞く。例えば習字の練習帳をなぞる。あの感覚を思い出してほしい。彼らの話しのなぞりきれない時には待ったをかけて徐々に説明してもらおうとどうにかまたなぞれるようになる。こうしたなぞりを怠っていると何度合っても半解りのままで進むことになる。」そして「自分が話したことが治療者という他人から発語され、わが身に再び戻ってくるということは日常経験には属さない新鮮な体験といえよう。そして聞き届けられたといういささかの安堵を得ることもできる。しかも、患者・家族の自己認知が、自他に、よりはっきり刻印される第一歩となる。」という。

つまり、「なぞる」は共感の三つの側面を含ん

でいる。

こうして、インクプロットを媒介にして被験者の反応（イメージ）を丁寧に「なぞる」ことにより検査者の固定イメージは崩壊し再構築される。これがまさに共感のプロセスであり、両者は「出会う」のである。

このようにロールシャッハ法の中核にあるのは、三つの側面を含んだ共感であり、それゆえに治療的効果を生むと考えられる。

VII おわりに

1974年「我が巨人軍は永久に不滅です」という名言を残して長嶋茂雄選手が現役を引退した。当時、ある研究会に所属していた筆者は、合宿か何かの感想にこれを振って「ロールシャッハは永久に不滅です」と言った。笑いを取ろうと思った言葉だったが、大先輩のある先生が、「本当にそうだよ」と真顔で答えた。Hermann Rorschachが没して、90年あまりになるが、今にして「本当にそうだ」と思う。

ロールシャッハ法は心理測定法として厳しい批判に晒されてきた。そして今もなお、その矢面に立たされており、歴史は繰り返されている。

一方、治療的活用に重きを置く動きも現れており、筆者自身もそうした方向性を模索中である。

これは、ただ単にロールシャッハ法の延命対策ということではない。

現代社会では、効率的で効果的な治療法への要請がますます高まってきている。こうした時代の趨勢に応える必要性も我々専門家にはあると思う。

安易な簡略化を避けることは勿論であるが、クライアントひとりひとりに適合した援助法の提供や期間の短縮化にロールシャッハ法が寄与できることを筆者は願っている。

文 献

- Aronow, E., Reznikoff, M., Moreland, K.L. (1995) The Rorschach Technique or Psychometric Test? *Journal of Personality Assessment*, 64, 213-228.

- Bohm, E. (1951) *A Textbook in Rorschach Test Diagnosis*. New York :Grune&Stratton.
- Finn, S.E. (1996) *Manual for Using the MMPI-2 as a Therapeutic Intervention*. University of Minnesota Press, Minneapolis. [スティーヴン・E・フィン著 田澤安弘・酒木保訳 (2007) MMPIで学ぶ心理査定フィードバック面接マニュアル 金剛出版]
- Finn, S.E. (2007) *In Our Client's Shoes*. London:Lawrence Erlbaum.
- Finn, S.E. (2009) The many faces of empathy in experiential, person-centered, collaborative assessment. *Journal of Personality Assessment*, 91, 20-23.
- Finn, S.E., & Tonsager, M.E. (1997) Information-gathering and therapeutic models of assessment: Complementary paradigms. *Psychological Assessment*, 9(4), 374-385.
- 神田橋條治 (1997) 対話精神療法の初心者への手引き 花クリニック神田橋研究会
- Lerner, P.M. (1998) Schachtel and experiential Rorschach assessment. *Journal of Personality Assessment*, 71, 182-188.
- 小川俊樹 (2011) 「心理臨床に必要な心理査定教育に関する調査研究」報告 日本臨床心理士養成大学院協議会報 第7巻第2号 p3.
- Rogers, C.R. (1987) Rogers, Kohut and Erickson: A Personal Perspective on Some Similarities and Differences. In Zeig, J.K. (Eds.) *Evolution of Psychotherapy Conference*. New York: Brunner Mazel. [ジェフレイ・K.ゼイク編 成瀬悟策監訳 (1989) 21世紀の心理療法Ⅰ 誠信書房]
- 下坂幸三 (1994) 「なぞる」ということ-面接の基本に関する一工夫- 精神医学 第36巻12号 pp1232-1233.
- Woods, J.M., Nezworski, M.T., Lilienfeld, S.O. & Gard, H.N. (2003) *What's Wrong with the Rorschach?* New York: Wiley. [宮崎謙一 (2006) ロールシャッハテストはまちがっている. 北大路書房]