

# 協働的・治療的アセスメント

— Finn, Fischer, & Handler (2012) の見解を中心に —

角藤 比呂志

はじめに

昨今、心理アセスメント（心理テスト）は単に心理学的な診断や介入法の計画をするだけのものではないことが Finn らによって主張されてきている。彼らは、テキサス州オースティンに治療的アセスメントセンターを設立し、彼ら独自のいわゆる「治療的アセスメント」の普及に努めている。

筆者も彼らの考えに賛同する立場にあり、筆者が主宰する東洋英和臨床ロールシャッハ研究会では、2008年8月31日に、彼らの著書 *In Our Client's Shoes* (2007) を、2013年8月18日には *Collaborative/Therapeutic Assessment: A Casebook and Guide* (2012) を集中セミナー形式で購読した。そして、2013年8月25日には日本心理臨床学会第32回秋季大会で「ロールシャッハ法の治療的活用について—治療的施行プロセスの可能性について考える—」といった自主シンポジウムを開催した。

こうした心理アセスメントの治療的活用は、既に20世紀半ばにおいて発展していた。例えば、Harrower (1956) は、いわゆる「投影カウンセリング (projective counseling)」を考案し、査定者・治療者とクライアントが、ロールシャッハの反応や描画について話し合うことで、クライアント自身の問題を早期に理解することができると主張した。同様に、Jacques (1945) や Bettelheim (1947) そして Bellak, Pasquarelli, & Braverman (1949) や Luborsky (1953) は、「抵抗 (resistance)」を回避し、洞察をもたらす方法として、主題統覚検査 (TAT) についてのストーリーをクライアント自らに解釈させた。

最近では、これらの技法がさらにシステム化されてきており、Finn, Fischer, & Handler (2012) はこれらを広義の協働的・治療的アセスメント

(Collaborative/Therapeutic Assessment) と呼んでいる。

本論では、彼らの著書を中心に、Ⅰ. 協働的・治療的アセスメントの歴史について、Ⅱ. 協働的・治療的アセスメントの共通した特徴について、Ⅲ. 協働的・治療的アセスメントの研究結果について述べ、最後に、Ⅳ. 筆者独自の考えも紹介したい。

## Ⅰ. 協働的・治療的アセスメントの歴史について

前述したように協働的・治療的アセスメントは20世紀半ばには試みられていたものであるが、歴史をさかのぼるといくつかのモデルに分けることができる。

### 1. Fischer の協働的個別的アセスメント (1970年代)

Constance Fischer は、1970年代（例えば、1970, 1971, 1972, 1979）に、現象学的心理学に基礎をおいた心理アセスメントモデルを提唱した。彼女は、そのモデルを、協働的心理アセスメント、個別心理アセスメントあるいは協働的個別心理アセスメントといった用語を用いて表現した。Fischer は、クライアントと協働することで、クライアントが自分史を語ったりする過程が治療的であるとみなした。そして彼女は、彼女のアプローチの主要な原理を以下の五つの点から定義付けた。

#### (1) 協働 (Collaborate)

査定者とクライアントは、アセスメントを通して役立つ理解に到達するように協働する。クライアントは、アセスメントの目的を話し合い、自分のテスト反応の意味を話し合い、そしてフィードバックの文書を書く中でも積極的に話し合う。

## (2) 文脈 (Contextualize)

クライアントはある特性の集合体あるいは力動的なパターンがセットされたものとしてはみなされない。むしろ生き生きとした流れの中にいる人としてみなされる。つまり、彼らが生きている世界の文脈の中で、彼らの、成長や変化が探求される。

## (3) 介入 (Intervene)

アセスメントのゴールは、その人の現在の状態を記述したり、分類したりすることではなく、クライアントが新しい考え方やあり方を発見することであり、査定者はそれを支持するよう介入する。

## (4) 記述 (Describe)

クライアントの行動を説明するために特性や防衛といった「構成概念」を使用することを避け、できる限りいつもクライアント自身の言葉を使い、読む側がクライアントの世界に入り込めるような記述をする。

## (5) 複雑性 (complexity)、全体性 (holism)、多義性 (ambiguity) を尊重 (respect) する

査定者は、私たちの生活は複雑な相互関係から成り立っているということを尊重すべきである。アセスメントのゴールは、説明することよりもむしろ理解することである。

さらに、彼女は、今では協働的・治療的アセスメントとして広く使われている革新的な実践方法を提唱した。具体的には以下のような技法である。

(1) はじめての人に心理アセスメントの結果を書く場合は、容易に理解できる言葉を使う。それからそれらをクライアントとともに分かち合う。

(2) アセスメントの終わりにクライアントにコメントを求める。それからアセスメントレポートについて読者と分かち合うことを常とする。

(3) アセスメントの終わりに子どもに寓話を書く。それは、アセスメントの結果や示唆をメタファーの中でとらえられるようにするためである。

(4) 心理アセスメントの中でクライアントを「ミニ実験」に従事させる (例えば、絵の物語カードにもう一度物語を話してもらうことで、クライエ

ントが問題状況への新たな接近法を発見出来るように援助する)。

Fischerは、現在もお彼女のアプローチの普及に活躍し続けている。

## 2、Handlerの子どもの治療的アセスメント (1996)

Leonard Handlerは自分のアプローチを表現するのに「治療的アセスメント (therapeutic assessment)」という言葉を使っている。

彼は、成人についての協働的アセスメントについても多くの業績があるが、子供に対して革新的な協働的アセスメントを用いたことでよく知られている。たとえば、彼は、ロールシャッハの質疑段階を拡大し、子供に創造的な探求を求めた。たとえば、もしそのキノコが話をしたとしたらなんていうだろう?といったようにである。彼はまた、子供と協働して物語を話したり、現在はFantasy Animal Drawing Gameと言われる方法を発明した。この方法では、最初、査定者は今まで誰も見たことのない動物を描くよう子供に求め、それからその動物について物語を話すよう求める。査定者は、子供がその物語の中で語っているメッセージを聞き、それからその物語の続きを話すことでメッセージを送り返す。彼は、2006年にこの協働的方法をまとめ上げ、現在もお世界中で普及活動を続けている。

## 3、Hilsenrothの治療的アセスメントモデル (2000)

Mark J.Hilsenrothは、Handlerの弟子である。彼は、協働的心理アセスメントは伝統的情報収集アセスメントよりも査定者・治療者とクライアントの良好な治療契約を導き出すということを証明し、また治療契約におけるこの利点は、クライアントの治療上の助言に対するコンプライアンスを高め、その後の治療も長期に維持することができるということを証明した。その起源は、FinnやFischerのアプローチにあるが、以下の点において多少の相違がある。それらは、(a) クライアントへの共感的接触 (b) クライアントと協働して作業し個別にアセスメントのゴールを決定する

(c) クライアントとともにアセスメント結果を分かち合い探求するという点である。

つまり、Hilsenrothの最大の強調点は、関係性の確立、アセスメントの終りのフィードバック、そして臨床家はクライアントにはっきりした感情のこもった言葉を使い、クライアントと他者との間で周期性に生じている問題についてクライアントが気づくように援助するために臨床家は逆転移を用いるということである。

#### 4、Finnの治療的アセスメント (2007)

「はじめに」で述べたように、Finn (2007) は、同僚とともにテキサス州オースチンの治療的アセスメントセンターで発展させた半構造化を用いた協働的アセスメントを、治療的アセスメント (Therapeutic Assessment, TA; 頭文字TとA) として定義づけた。Finnらの提唱する「治療的アセスメント」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。

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、(1) 査定のゴール (2) 査定のプロセス (3) テストの観点 (4) 着眼点 (5) 査定者の役割 (6) 査定の失敗の定義といった六つの次元からア

セスメントを検討した(表1参照)。そして、最近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(Finn,1996;Finn,2007)。

実際の手続きとしては、FischerやHandlerの技法を取り入れながら、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過程を形成した。

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生まれ実施される。

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。

はじめから、Finnは心理アセスメントを短期治療的介入として探求したかった。彼は最初心理

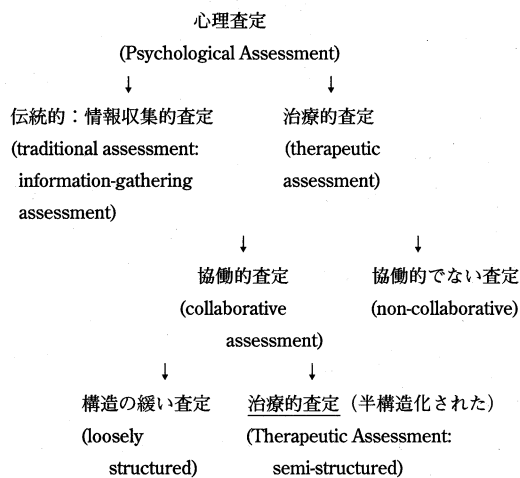


図1. 心理アセスメントのタイプ (Finn, 2007)

表1. 情報収集モデルと治療的モデル：補完的パラダイム (Finn & Tonsager, 1997)

|                                                        | 情報収集モデル                                                                                                      | 治療的モデル                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| アセスメントの<br>ゴール<br>(Goals)                              | 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現存する特性次元（たとえばIQ100、MMPI-2のコードタイプなど）とカテゴリー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。 | クライアントが自己と他者に対する新しい情報や経験を学習し、日常生活に新しい変化が生まれることを手助けする。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進する。                                  |
| アセスメントの<br>プロセス<br>(Process)                           | 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・一方向的に解釈し、勧告 (recommendations) する。                                        | 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個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、探究する。共同制作的。                                            |
| テストの観点<br>(View of tests)                              | 心理テストは、法則定立的な比較ができ、アセスメント場面外の行動を予測することができ、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ものである。テストの信頼性・客観性・妥当性を重視する。            | 心理テストは、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。                |
| 着眼点<br>(Focus of attention)                            | 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。                                           | 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。                                      |
| アセスメントの<br>専門家の役割<br>(Role of assessor)                | 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。                                          | 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。             |
| アセスメントの<br>失敗の定義<br>(Definition of assessment failure) | データに信頼性や妥当性がない場合、間違った見立てがなされる場合、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。                               | 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ったり、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。 |

アセスメントからどのように治療的にフィードバックするかということに焦点を当てた。この探求は、表2に示されるようにアセスメントからの情報をいわゆる水準1、水準2、水準3に区分し、1から3に順に提示するものだった。

例えば、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・・・」といったように現在のテーマと最も密着しているものから伝える。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フ法 (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。

Finnは、最近、アタッチメント理論やControl Mastery Theory、間主観性理論に関心を寄せている。

表2. 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 (Finn, 2007)

| 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。                                     |

彼はまた、乳幼児発達や神経生物学とも統合しようとしている。

さらに、Finnらは、子供の治療的アセスメント (TA-C) と青年の治療的アセスメント (TA-A) を発表し、その中で、両親が子供のアセスメントの中に参加したり、子供のアセスメントセッションを観察したり、子供の心理アセスメントとして家族セッションを用いたり、子供のアセスメントの終わりに両親にフィードバックしたり、アセスメントの終わりに子供に寓話を書いたりといった試みをしている。

### 5、協働的治療的神経心理学的アセスメント (2008)

2008年、Tad Gorske と Steven Smithは協働的治療的神経心理学的アセスメントという本を出版した。そこには、おとなとこどもの神経心理学的アセスメントについての治療的アセスメントの原理が書かれていた。

彼らはまた Fischer や Finn に影響を受けつつも、動機づけ面接といった他の影響も受けていた。協働的治療的神経心理学的アセスメント (CTNA) は、査定の助手が標準化されたテストのデータを収集し、そこから質問を拡大させるといった方法であり、そこが他の治療的アセスメントとは異なっている。

アセスメントの最初のラポール形成に多くの努力が払われ、クライアントの「抵抗」を克服するために動機づけ面接技法を用いてフィードバックをする。

### 6、協働的アセスメント

広く協働的・治療的アセスメントに含まれるものの中で、協働的アセスメントがおそらく最も一般的である。先述したように、Fischer (1978) は、自分のアプローチを協働的アセスメントという用語を使い表現した。そして彼女に最初に影響を受けた多くの人々は今、自分のアセスメント実践を表現するのにこの用語を使っている。

Finn (2007) は、協働的アセスメントは伝統的なアセスメントの中での査定者とクライアントの間に見出された力の不均衡さを査定者が縮小しようと努力する時に用いられ、そしてクライアントを多面的に見ようと努力する時に使われると述べた。それは、以下のものが含まれる。つまり、(a) アセスメントの理由を粹づける (b) テストの反応と行動を観察する (c) 反応と行動の意味を発見する (d) 有用な助言をする (e) 最後にまとめの文書を書くといったことである。

協働的な査定者は、変化すること (transformation) よりも理解すること (understanding) を強調する。一方、大文字の治療的アセスメント

(Therapeutic Assessment)あるいは小文字の治療的アセスメント (therapeutic assessment) の人々はクライアントが変化することを優先する。しかし、先述のように、治療的アセスメントは、ほとんどいつも協働的アセスメント技法を用いるのであり、また協働的アセスメントは本来治療的である。つまり、両者は表裏一体となっている。

## II. 協働的・治療的アセスメントの共通した特徴について

協働的・治療的アセスメントは広範囲に及ぶものであるが、それらに共通した特徴について Finn, Fischer, & Handler (2012) は以下のように述べている。なお、これらの特徴は相互に排他的ではない。

### 1. クライアントへの尊敬

Finn (2009) は、尊敬は治療的アセスメントの中核であると述べ、Fischer は著作の中でしばしばその言葉について言及している。協働的・治療的アセスメントでは、クライアントと協働して実践することで、クライアントに尊敬の念を抱いている。一般的には以下のように行われる。(1) アセスメントの初期にインフォームドコンセントを提供し、クライアントがなにを知りたいかを尋ねる。(2) クライアントが「自分自身についての専門家」であると認識し、テスト結果の意味付けに関与してもらう。(3) 典型的な問題状況を新しい方法によって打開するためにクライアントとともに個人的に成功しそうな方法を探す。(4) 少なくともアセスメントの終わりまでにはクライアントに理解可能なフィードバックをいつも与える。(5) アセスメントからの結果報告書を書く際にクライアントに積極的に関わってもらう。

### 2. 心理アセスメントの关系的視点

同様に、すべての協働的・治療的アセスメント実践家は、心理アセスメントへのクライアントの関わりは、血液検査やレントゲンに対する関わりと異なるということを自覚している。心理アセスメントは、対人関係の出来事としてみなされ、クライアントと査定者との間に展開する関係はアセ

スメント中に生じることを解釈する際に最も重要なものとして認識される。一般に、協働的・治療的アセスメントの実践家は、アセスメント状況におけるクライアントの脆弱性を知っており、クライアントにとって不必要な不快感を最小限にしようとする。ほとんどのクライアントに不安は必然的に生じるものであるが、その不安は、多くのアセスメント状況に持ちこまれる正常なものであると協働的・治療的アセスメントの実践家は認識している。

### 3. 判定や分類というより思いやりの態度

一般に、協働的・治療的アセスメントの実践家は判定や分類することよりもクライアントを理解しようとする。アセスメントの究極の目標は、複雑さの中にいるクライアントを、いくつかの言葉でまとめるというよりも、より十分に理解することである。もし診断がクライアントにとって援助的であるならば、診断をする際に協働的・治療的アセスメントは良く使われるが、しかし、それが協働的・治療的アセスメントの主要な目標となることはまれである。診断に焦点が当たったアセスメントでさえも、協働的・治療的相互作用 (interaction) を合併させることができる。

### 4. クライアントを直接助けたいという願望

協働的・治療的アセスメントを実践するすべての臨床家は、ただ他の判定人に役立つ情報を提供することによってだけでなく、クライアントを直接的に援助するために心理アセスメントを使いたいという共通の願望を共有している。さらに、たとえクライアントが子どもであっても、フィードバックが有用で、豊かなものになることを常に念頭に置いている。

### 5. テストについての特別な見方

協働的・治療的アセスメントの実践家は、テストが、クライアントの現実的な世界について議論する機会となるばかりでなく、クライアントの内的世界や変化へのジレンマを理解するための役立つ強力な道具となると考えている。Finn (2007) は、「共感的拡大鏡 (empathy magnifiers)」という言葉を作り出したが、これは心理テストを「ク

ライエントの立場に立って (in our clients' shoes) アセスメントをする人に役立つ道具として見なしていることを反映している。Fischer (1985/1994) は、しばしばクライアントの住む世界を受容するテストについて論じており、生活はいつもテスト得点よりも重要であると述べている。

## 6、柔軟性

協働的・治療的アセスメントの実践家は、心理アセスメントをする際に、伝統的な職業的枠にしたがっているが、それがアセスメントの役に立つならば、例えば家庭訪問をするといったように、彼らの実践を喜んで拡張する。また、協働的・治療的アセスメントを実践する臨床家は、標準化された方法で心理テストを使用するが、クライアントのテスト反応を理解するためにテストの施行法を喜んで変えたりする。あるいは、クライアントが新しい方法で典型的な問題状況にアプローチすることを援助するためにテストの施行法を変えたりする。多くの協働的・治療的アセスメントの実践家は、クライアントに心理テストを施行する中で、豊かな柔軟性を有しているのである。

## Ⅲ. 協働的・治療的アセスメントの研究について

### 1、効果研究

表3に、協働的治療的アセスメントに関連した効果研究のまとめが示されている。群比較と時系列による分析の二つのタイプの研究がある。両方のタイプの研究は、治療的介入が効果的であるということを示している。表3からわかるように、協働的・治療的アセスメントは、成人、子ども、青年期、カップルすべてにおいて問題を持つ外来・入院患者に肯定的効果をもたらしている。ただ、多くのサンプルは小さく、長期的なフォローアップもないため、今後のさらなる研究が望まれる。

### 2、プロセス研究

「心理アセスメントのどのような側面が治療的变化をもたらすのか?」、そのプロセスを研究したものがあるので、これらのレビューを見ていくことにする。

### (1) 協働的フィードバックか非協働的フィードバックか

「相互的なフィードバック」と「一方的なフィードバック」の効果と比較した多くの研究がある。つまり、クライアントが心理テストのフィードバックに積極的に議論したりしながら関わっているかどうかという問題であるが、一般には、クライアントは、協働的フィードバックの方が、満足度と影響度は高い。

### (2) フィードバックセッションで情報をオーダーすること

Schroeder, Hahn, Finn, & Swann (1993) は、クライアントへのフィードバックがクライアントの最近の自己スキーマであるなら最も治療的であるという Finn の主張を考察した。彼らは、健全なパーソナリティ特性を持つ大学生を対象に、もし彼らが、最初に受けたフィードバックが自分の見方と一致しており、次の情報が少し違っていた場合に、最も肯定的で影響を受けるということを見出した。これらの効果は2週間以上のフォローアップでも維持されていた。この研究は、クライアントにフィードバックを与える際の Finn (1996, 2007) の「水準1、水準2、水準3といった図式」を支持した結果となった。

### (3) フィードバックは書面か口頭か

Lance & Krishnamurthy (2003) は、Finn (1996) の方法に従い MMPI-2 の協働的フィードバックを受けた21人ずつ、3グループを比較した。ひとつは口頭でのみ、ひとつは書面のみ、もうひとつは書面と口頭でフィードバックを受けた。両方のフィードバックを受けたクライアントは、他のグループに比べ、自分自身について多くを知り、査定者に対してより肯定的な感じを持ち、アセスメントに対して満足を得たと報告した。

### (4) 子どもの治療的アセスメントにおける家族セッション

Smith, Nicholas, Handler, & Nash (2011) は、子どもへの治療的アセスメント (TA-C) が、しばしば子どもの心理的改善の岐路になるという Tharinger, Finn, Austin et al. (2008) の主張を検証

表3. 協働的・治療的アセスメントについての統制された研究で示されたクライアントにとっての利益  
(Finn Fischer, & Handler, 2012)

| 示された利益 (クライアントのタイプ)                                                                 | 実証された研究                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 症状の減少と自己評価の増大 (外来成人患者)                                                              | Finn&Tonsager,1992;Newman&Greenway,1997;            |
| 願望の増大 (外来成人患者)                                                                      | Allen, Montgomery, Tubman, Frazier, & Escovar, 2003 |
| 治療的助言への良好なコンプライアンス (外来成人患者)                                                         | Finn&Tonsager,1992;Him-Denoma et al.,2008           |
| 治療者との良好な治療同盟 (外来成人患者)                                                               | Ackerman, Hilsenroth, Baity, & Blagys, 2000         |
| 認知療法を受けているボーダーライン患者の良好な結果 (外来成人患者)                                                  | Hilsenroth, Peters, & Ackerman, 2004                |
| 苦悩の減少、自己評価の増大、情緒的な反応しやすさの減少 (完全主義で不適応とみなされた大学生)                                     | Morey, Lowmaster, & Hopwood, 2010                   |
| 情緒的統制や自己効力感、活力の増大と恐怖や不安の減少 (癌の転移が外傷的となった52歳の外来女性患者)                                 | Aschieri & Smith, 印刷中                               |
| 治療への良好な同盟と協力、満足そして苦痛の軽減と幸福感の増大 (入院精神科患者)                                            | Smith & George, 印刷中                                 |
| 自殺企図回数の減少と入院日数の減少 (自殺未遂の外来患者)                                                       | Little & Smith, 2009                                |
| 子どもと母親の症状の減少、コミュニケーションの増大と家族葛藤の減少、母親が子どもに対し肯定的な感情が増え否定的な感情が減少 (外来患者で潜伏期にある子どもとその母親) | Jobes, Wong, Conrad, Drozd, & Neal-Walden, 2005     |
| 反抗障害の潜伏期少年の症状改善と家族関係の改善 (反抗障害を持つ少年とその親)                                             | Tharinger, Finn, Gentry, Hamilton et al., 2009      |
| 外在化された行動の減少と家族機能の改善 (外来患者9歳の少年とその親)                                                 | Smith, Handler, & Nash, 2010                        |
| 苦悩の中にある青年の症状と抑うつとの減少と自己評価の増大 (高校でうつ傾向ありとされた青年)                                      | Smith, Wolf, Handler, & Nash, 2009                  |
| 自虐のために救急処置室にきた青年の治療的助言への良好なコンプライアンス (外来青年患者)                                        | Newman, 2004                                        |
| 夫婦療法で「やっかいな」夫婦関係の改善                                                                 | Ougrin, Ng, & Low, 2008                             |
|                                                                                     | Durham-Fowler, 2010                                 |

した。社会的困難と低い自己評価の12歳の一人の少年を、追跡した。12週の治療的アセスメントを通して、彼と彼の父が変化した。ここでは理論と一致して、家族セッションが心理的改善の岐路になった。

(5) 親と子どもに寓話を通して個人的なフィードバックを提供する

Tharinger & Pilgrim (印刷中) は、子どもへの治療的アセスメントのひとつの要素に、個人的な寓話を取り入れながら、伝統的な神経心理学的アセスメントを合併させた。32人の子どもと親が、



子どもの成績不振や不注意、社会—情緒的困難のために伝統的な神経心理学的検査を受けた。子どもの半分（実験群）は、標準的な親フィードバックを受けながら個人的な寓話を用いて結果のフィードバックを受けた。半分（対照群）は、彼らと彼らの親が結果報告を終了した後で、彼らに寓話を与えた。対照群に比べて、実験群の子どもたちは、自分自身について、よりよく知り、査定者より肯定的な関係を形成し、アセスメント過程で協働している感覚があった。そして親は、アセスメントを通してよりよく自分を知った。対照群に比べて、実験群の親は、子どもと査定者のより肯定的な関係を報告し、アセスメント過程で、協働している感覚を持ち、クリニックのサービスに満足した。

#### Ⅳ. 筆者の心理アセスメントを振り返って

以上、見てきたように、近年、心理アセスメントは、障害の診断や治療計画、そして介入の効果測定といったいわゆる伝統的な情報収集モデルに代わり、クライアントの変化促進を目的としてアセスメントのすべての過程（目標決定、結果の意味付け、報告書作成等）にクライアントも参加するといった協働的・治療的アセスメントが強調されるようになってきた。

それらを最も精神的に推進しているのが Finn とその同僚たちであり、彼らは、Fischer や Handler 等の研究を踏襲しながら、半構造化された協働的・治療的アセスメントを開発した。それに対して、それほど構造化されていない協働的・治療的アセスメントもある。前者を大文字の治療的アセスメント（TA）、後者を小文字の治療的アセスメントと Finn らは称している（図1参照）。

筆者の施行してきた心理アセスメントを振り返ると、当然小文字の治療的アセスメントということになる。

筆者の治療的アセスメントについての見解は、ロールシャッハ法の治療的側面を通して幾度となく述べてきた（角藤,2002,2005,2007,2009,2012）。

つまり、ロールシャッハ法は、図版を媒介にした面接であり、その過程は、そのまま治療的面接と符合する。査定者の態度と技術は、そのまま治療者の態度と技術と一致する。そこに内包された治療的機序は、イメージの共感的共有であり、ここにおいて協働的（collaborative）である。

ただ、おこがましくも述べるならば、Finn らが述べる程に、筆者は伝統的な情報収集モデルを否定するものではない。クライアントと協働する如く、我々の臨床では、他職種、特に医療場で医師との「協働」が必要になる。その際、我々に求められるものは、やはり診断的補助であり、治療計画への示唆や効果測定である。もちろん、Finn らも指摘するように情報収集モデルと治療的モデルは排他的に二分されるものではなく、相互に補完的なものであることは言うに及ばない。

Winston,Rosenthal,&Pinsker（2004）も指摘するように、アセスメントとケース・フォーミュレーションはすべての心理療法の要である。アセスメントの第一の目的は、クライアントにとって最も適した治療を行うために、疾患がどのようなものであるかを診断し、問題が何であるかを理解することである。第二の目的は、治療同盟を築き、クライアントの治療に対する動機づけを高めることである。包括的なアセスメントを行うことで、そのクライアントにとってどのような技法が効果的かを判断しやすくなる。そして個々のクライアントのニーズと目標に合わせた治療計画を立てることができるのである。

ここで筆者が危惧するのは、我々臨床心理士が我々の大きな役割の一つである心理アセスメントを自ら軽視あるいは放棄しているような帰来はないだろうかということである。一部の調査報告や筆者自身の周辺の様子から察するところでは、医療現場における心理アセスメントの依頼件数が減少してきているように思う。これは、ひとつに臨床心理士側の力不足という面があり、もうひとつは、依頼者（特に医師）側の無知によるものではないかと思われる。我々は、他職種間とも、もっと「協働」の意識を強めなければならない。そし

て、大学院教育においても、さらなるアセスメント能力の育成が必要なのではないかと筆者は考えている。

### おわりに

アセスメントは、単なる情報収集ではない。常に治療であるべきである。アセスメントの上達は治療の上達に繋がり、治療の上達はアセスメントの上達を伴っている。

そして、確かなアセスメントは、効率的で効果的な治療効果を生むのであり、協働的・治療的アセスメントはブリーフセラピーの一種であると考えることができる。

兎にも角にも「もっとアセスメントの力をつけて下さい」というのが、筆者の切なる願いである。

### 文 献

- Bellak, Pasquarelli, and Braverman (1949) The use of the Thematic Apperception Test in psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 110, 51-65.
- Bettelheim, B. (1947) Self-interpretation of fantasy: The Thematic Apperception Test as educational and therapeutic device. *American Journal of Orthopsychiatry*, 17, 80-100.
- Finn, S.E. (1996) *Manual for Using the MMPI-2 as a Therapeutic Intervention*. University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Finn, S.E. (2007) *In Our Client's Shoes*. London: Lawrence Erlbaum.
- Finn, S.E., Fischer, C.T., & Handler, L. (2012) *Collaborative/Therapeutic Assessment: A Casebook and Guide*. Wiley.
- Finn, S.E., & Tonsager, M.E. (1997) Information-gathering and therapeutic models of assessment: Complementary paradigms. *Psychological Assessment*, 9(4), 374-385.
- Fischer, C.T. (1970) The testee as co-evaluator. *Journal of Counseling Psychology*, 17, 70-76.
- Fischer, C.T. (1971) Toward the structure of privacy: Implication for psychological assessment. In A. Giorgi, W.F. Fischer, & R. von Eckhartsberg (Eds.), *Duquesne studies in phenomenological psychology* (Vol. 1, pp. 149-163). Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.
- Fischer, C.T. (1972) Paradigm changes which allow sharing of results. *Professional Psychology*, 3, 364-369.
- Fischer, C.T. (1978) Collaborative psychological assessment. In C.T. Fischer & S.L. Brodsky (Eds.), *Client participation in human services* (pp. 41-61). New Brunswick, NJ: Transaction Books.
- Fischer, C.T. (1979) Individualized assessment and phenomenological psychology. *Journal of Personality Assessment*, 43, 115-122.
- Fischer, C.T. (1985/1994) *Individualizing psychological assessment*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Gorske, T.T., & Smith, S. (2008) *Collaborative therapeutic neuropsychological assessment*. New York, NY: Springer.
- Handler, L. (1996) The clinical use of figure drawings. In C. Newmark (Ed.), *Major psychological assessment instruments* (pp. 206-293). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Harrower, M. (1956) Projective counseling: A psychotherapeutic technique. *American Journal of Psychotherapy*, 10, 74-86.
- Jacques, E. (1945) The clinical use of the Thematic Apperception Test with soldiers. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 40, 363-375.
- 角藤比呂志 (2002) ロールシャッハ法についての私見 このはな心理臨床ジャーナル 7, 59-64
- 角藤比呂志 (2005) ロールシャッハ法における対話—心理面接との照合— 東洋英和女学院大学心理相談室紀要 9, 24-28
- 角藤比呂志 (2007) ロールシャッハ法の未来—情報収集モデルと治療的モデル— 東洋英和女学院大学心理相談室紀要 11, 45-53
- 角藤比呂志 (2009) 「役立つアセスメント」(村瀬嘉代子・岸本寛史編 「臨床心理学増刊第1号 対人援助の技とところ」 64-69頁 金剛出版 2009)
- 角藤比呂志 (2012) 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— 東洋英和女学院大学心理相談室紀要 16, 28-37

- Lance, B.R., & Krishnamurthy, R. (2003) *A comparison of three modes of MMPI-2 test feedback*. Paper presented at the Midwinter Meeting of the Society for Personality Assessment, San Francisco, CA.
- Luborsky, L. (1953) Self-interpretation of the TAT as a clinical technique. *Journal of Projective Techniques*, 17, 217-223.
- Schroeder, D.G., Hahn, E.D., Finn, S.E., & Swann, W.B. Jr. (1993) *Personality feedback has more impact when mildly discrepant from self-views*. Paper presented at the fifth annual convention of the American Psychological Society, Chicago, IL.
- Smith, J.D., Nicholas, C.R.N., Handler, L., & Nash, M.R. (2011) Examining the clinical effectiveness of a family intervention session in Therapeutic Assessment: A single-case experiment. *Journal of Personality Assessment*, 93, 149-158.
- Tharinger, D.J., Finn, S.E., Austin, C.A., Gentry, L.B., Bailey, K., Parton, V.T., & Fisher, M.E. (2008) Family sessions as part of child psychological assessment: Goals, techniques, clinical utility, and therapeutic value. *Journal of Personality Assessment*, 90(6), 547-558.
- Tharinger, D.J., & Pilgrim, S. (in press) Parent and child experience of neuropsychological assessment as a function of child feedback by individualized fable. *Child Neuropsychology*.
- Winston, A., Rpsenthal, R.N., & Pinsky, H. (2004) *Introduction to Supportive Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- [A・ウィンストン、R・N・ローゼンタール、H・ピンスカー著 山藤奈穂子・佐々木千恵訳 (2009) 支持的精神療法入門 星和書店]