

●研究報告

外来患者に対するロールシャッハ・フィードバック・セッション (RFBS) の臨床的意義

塚本 優子

(我孫子メンタルクリニック)

有木 永子

(東北文化学園大学あいの発達センター)

前原 寛子

(朝日病院)

中村 紀子

(中村心理療法研究室)

要 旨

本研究では、クライアントのアセスメント過程での主観的体験を測定し、ロールシャッハ・フィードバックセッション(RFBS)の臨床的意義について検討した。その結果、クライアントは内容が役に立ち、深く説得力のあるようなフィードバックを求めていることがわかった。クライアントは、自然にいられすっきりするような気分が残り、検査者と心から話し合えたなど信頼関係を感じるようなフィードバックを良いと評価することが分かった。そして、フィードバックにおける対人相互的な交流は、その後の心理療法へと移行しやすいことが示唆された。RFBSが治療的介入技法として有効なフィードバックモデルであることが認められた。

Abstract

In this study, subjective experiences of clients in the assessment process were measured and the clinical importance of Rorschach Feedback Session (RFBS) was investigated. The results revealed that clients greatly desired deep, meaningful and useful feedback sessions. Clients were satisfied (felt RFBS were of value to them) when they felt that they could be themselves, could trust the tester and talk without reservation, and were left feeling refreshed. In addition, favorable interpersonal interaction during feedback sessions was likely to carry on into subsequent psychotherapy. The study demonstrated that RFBS is a feedback model that is effective as a therapeutic intervention technique.

キーワード：ロールシャッハ、ロールシャッハ・フィードバック・セッション、フィードバックモデル

key words : Rorschach, Rorschach Feedback Session, feedback model

1. 問題と目的

1. はじめに

心理臨床家が心理検査を行う際、クライアントに検査結果をどうフィードバックするかは重要な課題のひとつであろう。アセスメントの結果の伝達はとても重要な側面であり、十分な治

療的配慮が求められる。アセスメントの延長でありつつも、それは心理療法と同じ態度が必要である。

米国においては1940年代から50年代、クライアントに検査の結果を伝えることは、潜在的に害のある行為として一般的に勧められなかつ

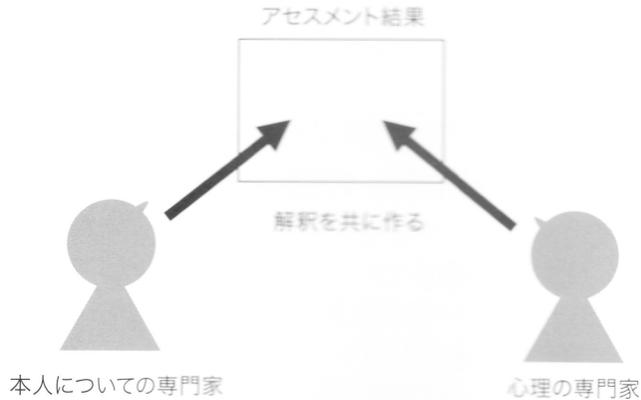


図1 RFBSの実態

た時代があった。しかし、インフォームドコンセント(説明と同意)の広がり、検査結果を伝えるということを専門職の倫理として必要とするようになった。Fischer (1972)によると、インフォームドコンセントは、結果を開示することになり、“クライアントとテストの結果を共有する”というパラダイムへ転換することになったと指摘している。

しかし、Finn&Tonsager (1997)は、従来の心理検査の活用の仕方は、臨床情報の収集に重点がおかれ、治療的側面からの視点というのは薄かったと指摘している。従来の方法によると、心理検査は治療計画を立てるために、正確で十分な情報を集めることに重点が置かれ、検査者も客観的な観察者としての役割に留まる。Finnらは、こうした従来のありかたに留まらず、検査者とクライアントが結果を共有し協働作業をしていく“治療的アセスメントモデル”というフィードバックモデルを提唱し実践している。

わが国においても、検査結果の扱い方については、ただ情報を集めるだけでなく、治療的介入手段として見直す動きが現れている。江畑(2001)は、フィードバックを治療行為の一環として捉え、「アセスメントの目的は治療関係を

樹立し、治療とリハビリテーションを効果的にすすめるための評価をし、病理的側面だけでなく健康な側面を評価することが大切である。」と主張している。

中村・中村(1999)は、ロールシャッハ・テスト(以下略してロ・テスト)が、精神医学的診断や精神鑑定の補助として用いられ、報告書そのままではフィードバックし難かった背景のあったことを指摘している。そして、よりクライアントが自分を理解するためにはどうしたらいいかという発想から実践を重ね、ロールシャッハ・フィードバック・セッション(Rorschach Feedback Session 以下略してRFBS)というフィードバックモデルを提唱した。RFBSでは、検査結果を検査者とクライアントの共有財産とみなし、フィードバック時にクライアントの積極的参加を促す。中村らは、こうした共有は、治療契約や治療同盟を形成する機会になると主張している。

このようにして、少しずつではあるが検査者は「テスター」という役割から「治療者」「コンサルタント」としての役割へと変わりつつあるといえよう。しかし、その研究は実践報告が中心であり、実証的研究はいまだされていない。フィードバックにおいて、クライアントがどの

ようなフィードバックを求めているか、またその過程では何が起きているかを明らかにすることは実践において有用であると考えている。

そこで本研究では、中村らが開発したフィードバックモデルであるRFBSを用い、その臨床的意義について検討する。

2. ロールシャッハ・フィードバック・セッション(RFBS)とは

RFBSは、中村・中村(1999)が臨床活動の中から開発したわが国独自の手法である。包括システムによるロ・テストを施行し、その結果として出された構造一覧表を用いてフィードバックを行う。そこでは、アセスメントの結果を、クライアントおよび治療者にどう役立てるかに焦点が当てられ、フィードバックは30分から1時間かけて丁寧に行われる。

まず、構造一覧表をクライアントと検査者との間にはさむように置き、相互がそれを見ながら話し合えるような構造を作る(図1)。最初に、検査から知りたいことや自分について疑問に思っていることなどをクライアントに尋ねる。そして、検査者は構造一覧表の見方について、7つのクラスターの意味をなるべく専門用語を使わずに、わかりやすい言葉を使って説明する。その後、クライアントの問題としているところをパーソナリティに沿って説明していくが、各クラスターを説明する順序は一定ではなく、クライアントの特性にあわせ、それぞれの数値をメタファーを用いながら説明していく。また、最初に尋ねたクライアントの質問には、積極的に検査から分かったこととして伝えていく。ここで、解釈の際疑問に残った点などはクライアントに尋ね、逆にクライアントの理解を聞いていく。RFBSでは、検査者がすべてをわかっていて、その情報をクライアントに伝えるというようなトップダウンのやり方ではなく、検査者は心理の専門家であるが、本人について

の専門家はクライアントであるという、対等な立場としてクライアントを尊重するのが特徴である。このようにして、フィードバックは、結果の報告書を読み上げたりするような一方的な報告ではなく、解釈がクライアントに納得の行くものになっているかを確認めあいながら行うという、対人相互的なプロセスを踏む。このようにして、クライアントについて得られた理解は、新しい解釈としてさらに二人で共有していく。そして、最後にフィードバックについての感想を聞き、面接を終了する。

3. 本研究の目的

RFBSでは、初期の慣れない時期にも関わらず、治療契約を結んだり治療同盟を作るなど治療的な枠組みを無理なく導入できるといわれている(中村・中村,1999)。しかし、その有用性は実践報告で認められているものの(小林,2000)実証的研究はいまだされていない。そこで本研究では、特にクライアントのアセスメントでの主観的体験に焦点をあて、フィードバック過程においてどのようなことが起きているかを明らかにし、RFBSの臨床的意義について検討することを目的とする。

まずは、クライアントの主観的体験や評価を測る質問紙を用い、RFBSやアセスメント全般のクライアントの体験を測定する。そこでフィードバック過程でどのようなことが起きているのかを調べる。

次に、もしフィードバックに対する主観的評価に違いがあるとすれば、その評価の違いをもたらした要因は何であるかを明らかにする。そしてクライアントはどのようなフィードバックを求めているのか、またRFBSはその後の治療にどう貢献するのか、その臨床的意義について検討する。

Ⅰ. 方法

1. 対象者

2003年7月～11月における、関東、関西、北陸地方の5つの精神科病院および開業心理相談施設の外来患者50名(男性22名、女性28名)だった。診断は統合失調症(1名)、統合失調感情障害(1名)、双極性障害(1名)、うつ病性障害(6名)、パニック障害(2名)、社会恐怖(2名)、全般性不安障害(1名)、強迫性障害(4名)、身体表現性障害(5名)、摂食障害(3名)、依存性人格障害(1名)、境界性人格障害(3名)、妄想性人格障害(2名)、回避性人格障害(5名)、適応障害(8名)、睡眠障害(1名)、高次脳機能障害(1名)、対人関係の問題(3名)だった。年齢範囲は12～56歳であり、平均年齢は30.8歳だった。心理検査施行前、検査者より研究の主旨が説明され同意のあった者に実施した。

2. 調査者

質問紙調査は心理検査実施者が行った。心理検査実施およびRFBSはRFBSの講習かスーパービジョンを受けた経験のある者、およびそれに準じる者(講習を受けた者より指導を受けた)で、14名(男性2名、女性12名)が行った。検査者は1人当たり1～13名の対象者に調査を実施し、平均3名を調査した。

3. 心理検査

心理検査は研究目的としてではなく、医師の依頼など臨床業務で行われたものである。そのためすべての対象者には包括システムにおけるロールシャッハ・テストが施行されているが、テストバッテリーは各施設において临床上必要な検査が組まれた。

ロールシャッハ・テストの他に行われた心理検査は、MMPI(10名)、文章完成法テスト(33名)、東大式エゴグラム(4名)、Y-G性格検査(1名)、WAIS-R(3名)、ベンダーゲシュタルトテスト(1名)、PFスタディ(1名)、描画テスト

(26名)であった。

4. RFBS

RFBSは中村・中村(1999)によって提唱されたモデルにしたがった。面接時間は30分から1時間かけて行われた。心理検査からRFBSまでの期間は4～46日で平均18.5日だった。最も多かった期間は15日だった。

5. 質問紙

面接評価質問表: Stilesら(2002)の“Session Evaluation Questionnaire Form5 (SEQ-5)”を邦訳して用いた(参考資料参照)。これは心理療法での面接のインパクトを測定するものである。尺度の内容は「この面接は…だった。」という語幹で面接を評価するものと、「今、私は…と(を)感じている。」という語幹で面接直後の気分を測るものとの2つのセクションから成り立っている。回答はそれぞれ対立している表現に対し1～7段階で評定する。尺度は合計21項目あり、“深さ”“円滑さ”“肯定的”“情動喚起”の4つの下位尺度から構成されている。

アセスメント質問表: Finnら(1994)による“Assessment Questionnaire (AQ2)”を邦訳して用いた(参考資料参照)。これはクライアントの心理検査に対する主観的体験を測定するものである。尺度は48項目からなり、“肯定的で正確なミラーリング”“新しい自己発見・自己理解”“検査者との肯定的関係”“アセスメントへの否定的印象”の4つの下位尺度で構成されている。回答は「全然そう思わない」「そう思わない」「どちらでもない」「そう思う」「全くそう思う」の5件法で回答した。

6. 手続き

医師などから心理検査の依頼があった外来患者のうち、検査者から研究の主旨が伝えられ同意のあった人に実施した。研究の主旨を伝える際、対象者には検査者に答えた内容は伝わらないこと、回答の内容によって心理検査の結果や

表1 「良い/悪い」項目と、面接評価質問表およびアセスメント質問表の相関係数

	面接評価質問表				アセスメント質問表			
	「良い/悪い」	“深さ”	“円滑さ”	“肯定的”	“自己理解”	“ミラーリング”	“肯定的関係”	“否定的印象”
面接評価質問表								
「良い/悪い」	1.00	.73**	.50**	.51*	.35*	.37*	.69**	-.41**
“深さ”		1.00	.53**	.45**	.38**	.55**	.66**	-.24
“円滑さ”			1.00	.55**	.46**	.47**	.64**	-.47**
“肯定的”				1.00	.73**	.60**	.50**	-.42**
アセスメント質問表								
“自己理解”					1.00	.80**	.49**	-.39*
“ミラーリング”						1.00	.56**	-.38**
“肯定的関係”							1.00	-.39**
“否定的印象”								1.00

note; ** p < .01 * p < .05

その後の治療へ影響はないこと、調査では個人が特定できないようになっていることを保証した。調査は、心理検査を施行し、RFBSを行った後個別に行われた。検査者は対象者に質問紙を説明しその場での記入を求めた。その際、記入した質問紙は封筒に入れてから検査者に渡すよう教示された。そして、検査者は対象者が回答している間は離れた位置におり、回答した内容が見えないようにした。すべての質問紙は封筒が未開封のまま回収された。

II. 結果

1. 尺度の信頼性および性差・年齢差・期間差
分析前に各尺度についての信頼性を α 係数で算出した。その結果、面接評価質問表での α 係数は .80 だった。各下位尺度では $\alpha = .74 \sim .83$ であったが“情動喚起”尺度のみ $\alpha = .57$ だった。尺度の項目一全体相関でも $r < .30$ であったため、これ以降の分析では“情動喚起”尺度は除外して行うこととした。アセスメント質問表で

は、全体で $\alpha = .87$ であり、各下位尺度でも $\alpha = .84 \sim .92$ となり信頼性は保証された。

次に、性別、年齢、RFBSまでの期間について尺度ごとに分散分析を行った。その結果、すべての尺度において、有意差は認められなかった ($p > .05$)。つまり、本調査の対象者の性別、年齢、RFBSまでの期間において面接評価に差はないといえる。

2. フィードバック過程でどのようなことが起きているのか

RFBSでの主観的体験の評価には何が関係しているのかを調べるために、面接評価質問表の第1項目である、「良い/悪い」項目と、面接評価質問表およびアセスメント質問表の下位尺度との相関係数を算出した(表1)。その結果、「良い/悪い」項目は、面接評価質問表での“深さ”尺度 ($r = .73, p < .01$) と、アセスメント質問表での“検査者との肯定的関係”尺度 ($r = .69, p < .01$) で強い正の相関があった。中程度の正の相関は、“円滑さ”尺度 ($r = .50, p < .01$) と“肯定的”尺度

表2 「良い/悪い」項目と面接評価質問表の下位尺度の回帰分析

ステップ	予測変数	R	R ²	回帰係数	F比
1	“深さ”	.73	.54	.63	54.56**
2	“肯定的”	.76	.58	.22	31.16**

note; ** p < .01

表3 「良い/悪い」項目とアセスメント質問表の下位尺度の回帰分析

ステップ	予測変数	R	R ²	回帰係数	F比
1	“検査者との肯定的関係”	.71	.50	.71	42.95**

note; ** p < .01

($r=.51, p<.01$)だった。弱い正の相関はアセスメント質問表での“新しい自己発見・自己理解”尺度($r=.35, p<.05$)と“肯定的で正確なミラーリング”尺度($r=.37, p<.05$)だった。“アセスメントへの否定的印象”尺度は中程度の負の相関($r=-.41, p<.01$)だった。

次に、RFBSの評価には面接のどの因子が影響を与えているかを調べるために、面接評価質問表の「良い/悪い」項目を目的変数に、面接評価質問表の下位尺度を説明変数としてステップワイズ式の回帰分析を行った(表2)。回帰係数が有意であった変数は、順に“深さ”尺度($F(1,47)=54.56, p<.01$)と、“肯定的”尺度($F(2,46)=31.16, p<.01$)だった。

アセスメント質問表でもどのような因子が面接の評価に影響しているか、質問表の「良い/悪い」項目を目的変数に、アセスメント質問表の下位尺度を説明変数としてステップワイズ式の回帰分析を行った(表3)。その結果、回帰係数が有意であった変数は、“検査者との肯定的関係”尺度($F(1,43)=42.94, p<.01$)のみであった。

3. フィードバックに対する主観的評価の違いをもたらした要因は何であるか

本研究において、フィードバックが良かった

と評価した人は圧倒的に多く、“悪い”と評価した人(3以下)はいなかった。RFBSの評価の違いにはどのようなことがあげられるか調べるために、“最も良かった:7”と評価した人を「高い群」(22名)、“よかった:4・5”と評価した人を「やや高い群」(14名)とし、項目ごとのT検定を行った(表4)。その結果、面接の深さでは「役に立たない/役に立つ」「中身がない/充実した」「説得力がある/ありふれた」項目で有意差があった。面接後の気分では「緊張した/くつろいだ」「ぎこちない/自然な感じ」「友好的でない気分/友好的な気分」の項目で有意差があった。

またアセスメント質問表では、「検査者を尊敬できた」「検査者を信頼できた」「面接者と心から話し合えた」など検査者との関係を示す項目が多く見られた。表5では有意差のあった項目と尺度を構成するもとの項目数を比較している。有意差がもっとも多く見られた項目の尺度は面接評価質問表の“深さ”尺度(5項目中4項目)と、アセスメント質問表の“検査者との肯定的関係”尺度(12項目中11項目)であった。

表4 RFBSの評価が高い群とやや高い群でのT検定の結果

項目	T値
面接評価質問表	
D (3) 「役に立たない/役に立つ」	3.55**
S (5) 「緊張した/くつろいだ」	2.82*
D (7) 「中身がない/充実した」	4.78**
D (8) 「説得力がない/説得力がある」	3.90**
D (9) 「ありふれた/特別な」	3.66**
S (10) 「ぎこちない/自然な感じ」	7.10**
P (18) 「友好的でない気分/友好的な気分」	3.78**
アセスメント質問表	
R (3) 検査者を尊敬できた。	4.70**
N (4) 私は、まるで研究の対象のように扱われた。	- 4.14**
R (7) 検査者を信頼できた。	3.15**
M (10) アセスメントは“本当の”私をとらえていた。	4.17**
R (11) 検査者は、私のことを気に入ってくれたようだ。	2.34*
U (13) アセスメントによって、自分について不確かだったことがはっきりした。	2.41*
M (14) 検査者は、私の良い点を言ってくれた。	2.04**
R (15) 私は、検査者ととても親しく感じた。	4.65**
N (16) アセスメントは、プライドを傷つけ面目を失わせる経験だった。	- 2.26*
M (18) このアセスメントは、自分自身を大切なものと感じさせた。	2.81**
R (19) 検査者は、私に暖かく接してくれた。	4.16**
N (20) アセスメントによって、気持ちが疲れた。	- 4.95**
U (21) 自分は他の人に対してどのような態度を取っているか気付くことができた	3.53**
R (23) 検査者と心から話し合えた。	4.58**
N (24) アセスメントの間、時々私は子どもの頃のように無力でおびえた感じがした	- 2.84**
M (26) アセスメントで、自分が自分をどう見ているか再確認できた。	2.78**
R (27) 検査者のことが気に入った。	7.82**
R (31) 検査者は、私が言うことに興味を示してくれた。	5.27**
N (32) 私は、検査者に決めつけられたように感じた。	- 3.98**
U (33) 自分がどう感じているのか気付くことができた。	2.25*
R (35) 検査者は私と対等に接した。	3.46**
R (39) 検査者は私を尊重していると感じた。	3.08**
N (40) 検査者は私を侮辱した。	- 3.64**
R (43) 検査者と私は、私についてもっとよく理解するため、共同作業した。	3.41**
M (46) アセスメントは、自分について考えていたことや感じていたことをよくとらえていた。	5.18**
(47) 検査者は私の味方であった。	5.63**

note: D: 深さ, S: 円滑さ, P: 肯定的, U: 新しい自己発見・自己理解, M: 肯定的で正確なミラーリング, R: 検査者との肯定的関係, N: アセスメントへの否定的な印象

** p < .01, * p < .05

V. 考察

1. フィードバック過程でどのようなことが起きているのか

フィードバックセッションにおいて、クラ

イメントが良いと評価することに影響する因子は、セッションの“深さ”と、その後の“肯定的気分”、“検査者との肯定的関係”であった。従来、投映法は本人が自覚していない欲動や葛藤

表5 RFBSの評価において有意差のあった下位尺度の項目数

下位尺度	項目数	項目数(有意差有)
面接評価質問表		
“深さ”	5	4
“円滑さ”	5	2
“肯定的”	5	1
アセスメント質問表		
“新しい自己発見・自己理解”	13	3
“肯定的で正確なミラーリング”	12	5
“検査者との肯定的関係”	12	11
“アセスメントへの否定的な印象”	11	6

などを反映させるためそれらを本人に伝えると、患者を不安にさせたり怖がらせたりするのではないか、そこから治療者に対する過度の依存性や反発を引き起こすのではないかという懸念があった(馬場,1979)。しかし本研究の結果から、クライアントが良いと評価するフィードバックには、セッションの“深さ”や“肯定的気分”が影響しており、セッションの心地よさやリラックスできるかという“円滑さ”は評価に直接影響していないことが分かった。確かに検査場面においては、クライアントは検査について詳しい仕組みは分かっておらず、不安を掻きたれられやすい状況であると言えよう。場合によっては侵襲的と受け取られる場合もあるだろう。検査結果の伝達は、クライアントにとって多少なりとも緊張を強いられる場面でもあり、場合によっては心地のよくない内容のものも含まれる。しかし、本結果からは、クライアントは多少緊張を強いられ心地の良くない内容であっても、問題を矮小化することなくむしろ深くまで扱っていると感じられるようなフィードバックを良かったと評価することが分かった。

なぜクライアントは自分について聞こえのよくないような情報が含まれても、より説得力があり深いと感じられるようなフィードバックを良いと評価したのであろうか。Swann (1992)

の自己確認理論によると、「例えネガティブなものであっても、人は自分の概念に合うような他人からのフィードバックを求める」とある。もとの動機付けの高さや検査態度によっても差はあるかもしれないが、本研究では、クライアントは自分のことについて知りたいと思っており、また結果を自分のものとして得ようとしていたと言える。本研究から、“深さ”の項目は、“検査者との肯定的関係”と最も相関が高いことが分かった。一方向的なフィードバックで行った場合、検査者や検査に対して、クライアントは不安をそのまま持ち込みやすく、脅威的なものとして体験されやすいかもしれない。RFBSでの解釈は、クライアント自身も自分について解釈するという参加型の作業となっている。検査者は検査結果からの解釈で疑問のたところを率直に伝え、クライアントに説明を求める。検査者は「あなたにとっての一番の専門家はあなた自身」という対等の立場として接し、クライアントを尊重した態度を取る。同じ数値を元にして話し合うが、一方は心理学的知見から説明し、一方はそれを体験に置き換え説明するということをしている。クライアントは数値の理解をそれまでの自己理解と違う視点で改めて捉えなおし、腕に落ちるといった身体感覚を伴って理解していくと考えられる。こうしたやり取り

は、ゆっくりとひとつひとつ確認し合いながら進められる。このとき、聞き手としての検査者が生まれ、クライアントは自身について語るという機会を得るのだろう。このようにして、それまでであった問題が語られ始め、検査者に抱えられるという体験が取り扱いの難しかった問題に対して介入する機会を与えられられる。

また、「肯定的気分」についてであるが、RFBSにおいて伝える内容は、クライアントの問題に関連したものだけではなく心理的リソースについても言及する。クライアントは問題や苦痛の中にいるため、この心理的リソースについてはクライアント自身気づいていないことも多い。RFBSにおいて、検査者が視覚的な情報を用いて、彼らの心理的リソースや強さを具体的に指摘することは、クライアント自身が持つ肯定的な面を照らし返すことになり、潜在的な能力に対しエンパワーメントすることになると考えられる。

このようにして、RFBSではクライアントの肯定的な面と問題のある面と両方を扱っていく。肯定的で正確なミラーリングを受け、新しい自己発見や自己理解をすることは、クライアントは良かったと評価すると言えよう。

2. フィードバックに対する主観的評価の違いをもたらした要因は何であるか

本研究でフィードバックが良かったと評価した人は圧倒的に多く、悪いと評価した人はいなかった。そこでRFBSの評価の差の要因を調べてみると、両群の間で有意差は「検査者との肯定的関係」の項目で多く見られた。Millerら(2000)は、「クライアントの足並みにあわせて治療的介入を仕立てることのできる能力が、特定の治療方法を当てはめることより、治療の成否を予測しうる」としている。本研究結果での検査者に関する項目の多さは、クライアントが検査者との関係を意識しており、検査者と対

人相互的な交流が生じていることを示唆する。RFBSでの検査者-クライアント関係は、テストをする者-される者という関係より、治療的關係の方が近いと考えられる。検査者からの「この結果はどういうことだろうか」という問いかけは、自己の感じ方を探りながら経験やエピソードを振り返ることになり、クライアントに内省を促す。包括システムによるロ・テストは、構造一覧表が作成されるのが特徴である。検査結果をもとにした話し合いというのは、視覚を用いた方法でもあり、数値に投射することで問題を外在化しやすく、侵襲的にならず安全な環境でそれまで抱えていた問題を話し合う機会を提供すると考えられる。「私って…というところがあるんですね」などと検査者へ説明する態度は、自分のことを語りながらも問題と距離を置いて語ることができ、自己を客観的に捉える視点を与えるだろう。また、検査者と協働して作業することは、その後も治療者の助けを借りて問題に取り組んでいく気持ちを高め、治療同盟へとつながりやすいと考えられる。

また、アセスメント結果を用いることの検査者側の利点もあげられよう。Finn & Tonsager (1997)はアセスメントが心理療法でのよいスーパーバイザーのように働くと述べている。アセスメントの結果は、クライアントに共感的になりつつも科学的な視点へと引っ張り上げるため、心理療法での誤った解釈を修正し、両者のバランスを取るのに有効であると主張している。RFBSにおいても、検査者は、そのプロセスでクライアントの内界に触れて行きつつも、アセスメントで分かった数値に戻ることもでき、共感的姿勢を取りながら冷静な視点を持っていられることになるだろう。

こうした検査をはさんで話し合うという構造が、クライアントにとって自分の問題を自由に語れる環境を与えることとなり、検査者の助け

を借りて深い自己理解へとつながると考えられる。そして、そのような構造ができるほど、クライアントはフィードバックをより高く評価すると考えられる。

3. RFBSの臨床的意義

RFBSにおいて、クライアントの体験を名前付けして説明することは、大きな治療的要素があり、クライアントの自己観を再構成することを助けると考えられる。RFBSでは構造一覧表という視覚的イメージを用いた外在化の効用だけではなく、その多様なメタファーの使用の効果もあげられる。検査者は専門用語を用いたフィードバックではなく、メタファーを使ってよりクライアントの世界に近い形で説明していく。クライアントは、そのメタファーを足がかりに経験を想起しやすくなり、数値がより本人の体験に重なるか探っていき自分のエピソードとすり合わせる。クライアントは「だから自分はこうだったんだ」と深く気づき、それまで曖昧漠然としていた自己や自己の問題がよりはっきりするプロセスを踏む。このようなプロセスは、心理療法への布石となり、その後の治療への動機付けに貢献すると考えられる。

Ackermanら(2000)は、Finnらが開発した「治療的アセスメント」モデルを用い、その治療的作用について研究した。そこでもフィードバックセッションでの“深さ”と“肯定的気分”の体験は、クライアントが良いと評価することに影響しているとの結果となった。本研究においても同様の結果を得られたということは、ロ・テストを用いたRFBSは「治療的アセスメント」モデルと共通の要素があると言え、そこでのフィードバックは、ただ検査結果を伝えるというだけに留まらず、治療的介入技法としても有用であると言えよう。

V. まとめと今後の課題

本研究では、クライアントのアセスメント過程での主観的体験を測定し、RFBSの臨床的意義について検討した。その結果、クライアントは内容に価値があり、深く説得力のあるようなフィードバックを求めていることが分かった。また、フィードバックを受けて自信が出てすっきりしたと肯定的な気分が残ったり検査者と心から話し合えて信頼できたことは、フィードバックを良かったと評価することにつながることが分かった。RFBSは一方向的な解釈ではなく、対人相互交流のもとひとつひとつを確かめ合いながら行われる。その際、検査者へ信頼感を持つことはクライアントの深い自己理解を支えることが分かった。

本研究では、実証的研究をすることが目的であり、そのため個々人の細かいフィードバックの内容にまでは触れていない。フィードバックにはそれぞれのクライアントのパーソナリティに合わせた工夫が必要であり、さらなる研究が必要だと思われる。また、誰にフィードバックするかという問題もある。クライアント本人のみに返す場合と、家族やチーム医療者に返す場合など対象も多岐に渡る。こうした実施場面ごとの違いについても今後研究が必要だと思われる。

付 記

本論文は平成15年度創価大学大学院文学研究科に提出した修士論文を、第10回包括システムによる日本ロールシャッハ学会大会にて発表しさらに検討・推敲を加えたものである。稿を終えるにあたり、研究にご協力いただきました野村那子先生、佐々木雅代先生、吉水ちひろ先生、小林真実先生、五十川早苗先生、長谷川ゆか先生、小林仁志先生、中島文先生、吉野真紀先生、中平暁子先生、小倉業穂子先生に感謝申し上げます。

また、本稿をまとめるにあたりご助言・ご指導
いただきました申村伸一先生に深謝申し上げます。

文 献

- Ackerman SJ, Hilsenroth MJ, Baity MR et al (2000) : Interaction of Therapeutic process and alliance during psychological assessment. *J Personality Assessment* 75 : 82-109
- 馬場禮子 (1979) : 心理検査. からだの科学増刊10 : 120-124
- 江畑敬介 (2001) : アセスメントの目的とその進め方. *精神科臨床サービス*1 : 166-171
- Finn SE, Tonsager ME (1997) : Information-gathering and therapeutic models of assessment: Complementary paradigms. *Psychological Assessment* 4 : 374-385
- Finn SE, Schroeder DG, Tonsager ME (1994) : The Assessment Questionnaire-2 (AQ-2) : A measure of client's experiences with psychological assessment. Brief report, unpublished manuscript
- Fischer CT (1972) : The testee as co-evaluator. *J Personality Assessment* 17 : 70-76

小林真実 (2000) : 親子合同RFBS (Rorschach Feedback Session) を用いた思春期2事例. 包括システムにおける日本ロールシャッハ学会第6回大会抄録集 : 17-18

Miller SD, Hubble MA, Duncan BL (2000) : A new perspective on some old ideas: "Blinging" "What Works" to focus in treatment. (中村伸一訳 : いくつかの古い考えについての新しい展望—治療に「何が役立っているのか」について焦点をあてる). *精神療法*26 : 41-48

中村紀子, 中村伸一 (1999) ロールシャッハ・フィードバック・セッション (Rorschach Feedback Session : RFBS) の方法と効用. *精神療法*25 : 31-38

Stiles WB, Gordon LE, Lani JA (2002) : Session evaluation and the Session Evaluation Questionnaire. *Counseling based on process research: Applying what we know*. Boston, MA: Allyn&Bacon : 325-343

Swann WB, Jr Stein Seroussi, Geisler B (1992) : Why people self-verify. *J Personality and Social Psychology* 62 : 392-401

* * *