

精神科診療のための心理検査

深津 千賀子 (大妻女子大学)

はじめに——心理検査の役割——

精神科診療において心理検査が日常的にもっとも多く用いられているのは、医師が診断したり、治療方針を立てるときの情報の一つとしてであろう。精神科診療における診断について慶應義塾大学保崎秀夫名誉教授は次のように述べている。

「精神医学領域での診断も、本質的には他科領域の診断とことなるところはない。ただ身体疾患とことなるのは、一部のものをのぞいて診断の決め手が医師の主観的な判断によることが多く、身体疾患におけるような種々の生物学的診断、身体検索の結果、総合されるような診断方法がとられないということである。したがって、診断が下されても決定的なものというわけではなく、経過によって変わりうるという要素をもっている。もちろん、精神疾患といえども定型的なものは誰がみても診断は間違いないが、その診断根拠が医師の経験や直感にもとづくことが多い。」⁶⁾

このようにその診断が時には医師の経験や主観に頼らざるを得ないこともあるという精神科診療においては、心理検査が重要な情報の一つになる。すなわち、外来で一人の医師が問診だけから知的能力を推定するより、知能検査を実施することによって客観的に測定することができる。また、人格(パーソナリティ)検査、とくに投射(影)法は被検者に日常生活場面とは異なった刺激を与えることで精神的に一定の負荷を課すことになり、短時間の問診ではわかり難い、より退行した病理

的な内界を顕在化させることがある。これによって心理検査は、面接では時間と回数をかけなければわからないような患者の認知の歪曲や外界との関わり方の特徴、現実検討力、内的葛藤、家族関係、対人関係、社会場面での適応の様子などについての情報を、比較的短時間で提供することができる。

精神療法クリニックや総合病院の精神科など外来中心か、あるいは入院治療中心の単科の精神病院かなどその精神科診療場面の特性によって心理検査の果たす役割はさまざまである。現在、一般的には①診断のための情報提供(知的能力や人格特性の測定)、②精神療法適用や面接方針を立てるときの情報提供、③再検査による治療過程や治療効果の測定などの目的で実施され、臨床的に役立てられている。

I 心理検査をめぐる構造(人間関係)

一般に、心理検査は一定の手続きに従って、一定の刺激に対する被検者の解答あるいはその解答を出す過程に現れた被検者の行動特徴から、その知的能力や人格(パーソナリティ)をとらえる。検査として実施する以上、できるだけ安定した検査場面で、検査刺激を一定にし、信頼性や客観性のある結果を出すことが望ましい。しかし、心理検査も「知能」や「パーソナリティ」といった概念として曖昧さを含んでいる非物質的なものを測定の対象としている。また、心理検査場面での被

検査の状態や検査者との関係が結果に影響する場合もあれば、検査者の主観性が関与することもある。したがって、自然科学が対象とする物質測定とは異なる視点から考える必要がある。

まず検査場面を被検査者がどのように体験しながらその検査を受けているか、という検査をめぐる状況、条件を明らかにしておくことが重要であり、心理検査をめぐる人間関係とそこに生じる問題を確認しておきたい。

精神科診療では先ず医師が患者を診察し、そこで必要性を感じたときに私たち臨床心理士など心理検査の担当者に検査依頼をだすということが一般的な構造であり、依頼者(医師)―被検査者(患者)―実施者(臨床心理士など)の三者関係のかかわりは図1のようになる。

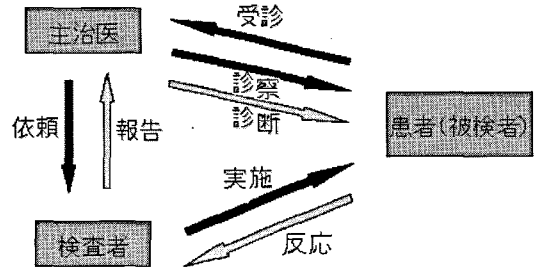


図1 心理検査をめぐる構造(人間関係)

のその状況に対する反応をパーソナリティとしてとらえてしまう可能性もある。つまり、目的としている心理検査結果を適正に得るためには、その被検査者に心理検査の刺激に対して素直で正直な反応をしてもらう必要がある。検査を受ける事が自分の診断やその後の治療に役立つと思えば、被検査者も検査に協力的に接する努力をするであろう。そのためには検査の目的が三者間で共有されていること、被検査者への動機付けがしっかりされていることが必要である。

1. 心理検査の目的と被検査者への動機付け

三者の関係は密接に連動しており、医師が診察する中で心理検査をどのように導入し、患者に説明したかが、実際の検査場面での被検査者(患者)の検査態度に影響を与える。検査者は一般に検査場面でどのような目的で心理検査を紹介されたか、医師からは検査についてどのように説明されたか、などを被検査者に確認することで、被検査者自身の検査状況についての理解を確かめる。医師がきちんと説明していても理解されていない場合もあり、誤解している場合もある。こうすることで、検査者と被検査者間で改めて検査目的や動機付けを明確化する。例えば外来が混んで、医師が一人の診察に長い時間をかけられないようなとき、とにかく心理検査に紹介して結果が出てから詳しく診ようと考えて、「まず、心理検査を受けるように」といった感じであまり説明もないまま検査依頼を出すとする。その患者は医療や医師への不満や反感をもちながらも口に出せないまま検査場面に来て、心理検査に対しても拒否的ないしは警戒的で自分の自然な感情を抑えた、抑制的な姿勢で取り組むことがあるかもしれない。このとき、検査者も被検査者がどのような気持ちで検査に臨んでいるかについて確認しないままに検査を実施すると、被検査者

2. 心理検査の実施

検査の実施にあたっては目的に応じていくつかの検査を組み合わせたテストバッテリーを組むのが一般的である。検査法によっては検査者と被検査者という対人場面で実施するが、被検査者に記入法だけを説明して一人で記入してもらう検査もある。被検査者の中にはそれまで誰にも関心をもってもらえなかった自分の訴えや悩みを、十分に検査用紙に書いたり、検査者に聴いてもらえることで安心したり、満足感をもつ場合もあるが、被検査者は基本的に心理検査場面や刺激そのものに、不安感や不快感を生じやすい。したがって、検査者は被検査者と適度なラポールをつけながら実施する。検査時間があまりにも長くなって被検査者が疲れてしまい内省することも面倒くさくなってしまえば、応答がいい加減になってデータの信頼性が低くなってしまふ。被検査者の状態に応じて、時には2~3日に分けて実施することも必要である。

3. 心理検査結果の報告書とその伝達

検査終了後に検査者はそのデータを一定の手続きに従って整理し、評価して、その結果を報告書としてまとめ、依頼者に提出する。その際に各検査にはそれぞれの理論的背景があるので、検査ごとの評価・解釈をして提出するという立場もあるかもしれない。しかし、検査目的に応じてテストバッテリーを組んだ以上、検査者は依頼者からの依頼目的に応じた形で総合的な結果報告をする義務と責任があるといえよう。すなわち、実施したいいくつかの検査結果を個々に評価するだけでなく、検査刺激の違いに対する被検者の反応やその特徴を情報として統合し、全体をまとめた報告書にすることが必要である。その際にテストバッテリー間で一貫してその被検者らしさが現れていれば問題ないが、時には検査間で矛盾した内容にみえる結果がでることがある。そのとき検査者はその意味をどのように理解するかを、検査構造の特徴などから検討し、総合的に理解することが必要である。つまり、検査者には被検者の検査刺激への反応、テスト現象や検査場面での行動特徴が何を意味するかを理解し、これを日常の一般的な行動様式と対応させて解釈することが求められている。また、この手続きを経ることによって、心理検査からは、①個人の知的能力 ②内的特性や病態水準、つまり、その被検者の思考障害の有無、あるいは、その思考過程の特徴、現実感、現実検討力、外界刺激に対する情緒的な反応性やその表現形式、葛藤とその解決の仕方の特徴、適応水準といった心身の力動的な理解、③対人関係や家族関係やその特徴などをとらえる役割を果たすことができる。

テストバッテリーへの現れは、一般的に精神病水準の人格障害がある場合にはどの検査にもその障害が前景に現れやすい。また、人格の一貫性が保たれている神経症水準の人も、本人の自己評価による質問紙法であれ投映法場面であれ、その人らしいパーソナリティ特徴が一貫して見られる。しかし、境界例の場合には構造化された検査（後述）にはそれなりに対処できるが、投映法検査に

おいては独特の自我の弱さが顕在化するという特徴がある。この点については臨床心理学の歴史上、検査者による解釈に客観性がないという批判から、投映法が臨床場面で用いられなくなった時期がある。しかし、アメリカの精神医学界において、境界例の概念が取り上げられるようになって、改めて心理検査、特に投映法が診断に役に立つということで見直されるようになった経緯がある^{3,7)}。

次に検査者による報告書はその提出先の読み手に伝わり易い言葉で書いてあることが重要である。つまり、生理学的な検査結果と異なり、誰に向けての報告書かという点にも注意したい。依頼者である医師に向けての報告書は、依頼の目的にそった内容が必要であり、ある程度の専門用語を使っても許されよう。しかし、患者本人が心理検査の情報がほしいというときには、心理検査に期待する役割は医師の場合と異なるであろう。臨床場面の機構にもよるが、検査場面で被検者に検査結果を教えてほしいと質問されたとき、基本的には診療の一環として医師（主治医）から説明してもらうように答える。しかし、検査の結果は検査者が説明するように医師から依頼される場合もある。このような経験から言えることは、被検者は、主として「自分は心理検査からはどのように理解されたのか」「心理的に自分はどのような問題があるのか」「今後、自分はどのようなことに気をつけたらよいのか」といった、いわば自分の特徴と今後の社会場面での適応の仕方や生き方についてのヒントや示唆を求めていることが多い。したがって、そのような被検者のニーズにあった検査結果の書き方、伝え方を工夫する必要がある。

いずれの場合も、心理検査をめぐる人間関係において、上記の三者間のコミュニケーションにずれがないかを確かめながら進めることが、心理検査結果を精神科診療に役立てる上で重要であるといえよう。

II 心理検査の種類と構造

1. 心理検査の種類

精神科診療で使用頻度の高い心理検査を紹介する。ここに挙げたほかにも診療場面の特徴（例えば総合病院の精神科か単科の精神病院かなど）によって、使用される心理検査はいろいろとある。また、各検査の詳細は専門書を参考にさせていただきたい^{1,5)}。（表記は略語が通称になっているものは、日本語の正式名称より略語を先に記載した。）

1) 知的能力に関する検査

(1)成人用知能検査

- ・WAIS-III (Wechsler Adult Intelligence Scale III) ウェクスラー成人知能検査 [適用対象：16歳から74歳，全検査IQと言語性IQ，動作性IQで表される。WAIS-Rより新しい標準化がされ，下位検査も加えられた。]²⁾
- ・長谷川式認知症診査スケール改訂版 [老人性認知症のスクリーニング検査]
- ・MEDE (Multiphasic Early Dementia Examination) 多面的初期認知症判定検査 [本人検査用と他者評価用の2種で構成されている]

(2)記銘力検査

- ・WMS-III (Wechsler Memory Scale-Form III) ウェクスラー記憶検査 III
- ・ベントン視覚記銘力検査 BVRT (Benton Visual Retention Test)
- ・三宅式記銘力対語検査 (Paired Word Learning Test)

(3)小児用知能検査

- ・田中ビネー式知能検査 V (Stanford Revision of the Benet-Simon Intelligence Scale) [適用対象：基本的に幼児。しかしWAIS-III 施行困難な成人にも適用。結果は精神年齢 mental age (MA) と知能指数 intelligence quotient (IQ) で表される。]
- ・WISC-III (Wechsler Intelligence Scale for Children) ウェクスラー小児用知能検査 [適用対象：6歳～16歳]

(4)発達検査

- ・K-ABC (心理教育アセスメントバッテリー) [適用対象：2歳6ヶ月～12歳11ヶ月]
- ・津守式乳幼児精神発達検査 [適用対象：0ヶ月から7歳。]

2) 人格 (パーソナリティ) 検査

(1) 質問紙法 questionnaire

i) 人格検査

- ・MMPI (Minnesota Murtiphasic Personality Inventory) ミネソタ多面人格目録 [適用対象：15歳以上]
- ・Y-G 性格検査 (矢田部-ギルフォード性格検査) [適用対象：成人，高校生，中学生，小学生]
- ・新版 TEG (Tokyo University Egogram) 東大式エゴグラム [適用対象：15歳以上]

ii) 症状・状態の検査

- ・CMI (Cornell Medical Index-Health Questionnaire) CMI 健康調査票 [14歳以上]
- ・MAS (Manifest Anxiety Scale) 顕在性不安尺度 [中学生以上]
- ・STAI (State-Trait Anxiety Inventory) 状態-特性不安尺度 [中学生以上]
- ・SDS (Self Depression Scale) うつ性自己評価尺度 [青年以上]
- ・BDI (Beck Depression Inventory) ベック抑うつ質問票 [13歳以上]

(2) 作業検査法 performance test

- ・クレペリン精神作業検査 [標準 I, II 型の一般と児童用]
- ・BGT (Bender Visual Motor Test) ベンダー視覚・運動テスト [一般および児童用]

(3) 投影(映)法 projective technique

- ・ロールシャッハ・テスト (Rorschach Test)
- ・TAT (Thematic Apperception Test) 絵画統覚検査
- ・SCT (Sentence Completion Test) 文章完成法
- ・P-F スタディ (Rosenzweig Picture-Frus-

表1 投映法の検査構造

		ロ・テスト	TAT	描画法	SCT	P-F
刺激素材の特性		非言語刺激			言語刺激	
		無意味な インクのしみ	人物 後半曖昧	白紙	単語と短文	具体的状況 欲求不満
検査 状 況	施行場所	検査室			検査室とは限らない	
	反応形式	口頭で述べる		絵を描く	文章を書く	台詞
	検査者関係	自由/質問	原則として自由・少し質問有り		教示だけで一人で記入	
	対人関係	質問段階多い > 中位		> 少ない		
	時間	測定される			測定されない	
被検者の反応コントロール		困難	比較的可能	困難	可能	

(慶應義塾大学医学部心理検査グループ)

tration Study) 絵画-欲求不満スタディ

- ・描画法 ① HTP (House Tree Person)
家・樹木・人物画テスト
- ② バウムテスト (Baum Test), 人
物画 (Draw a Person)
- ③ 風景構成法 (Landscape Mon-
tage Technique)

2. 心理検査の構造

これらの検査は構造化された検査と構造化がゆるい検査に分類される。構造化された心理検査とは、知能検査や人格検査の質問紙法のように、検査作成の段階でその妥当性 validity (目的としたものを測定しているか)、信頼性 reliability (繰り返しても同じ結果が出るか)、客観性 objectivity (評価が客観的であるか) などが検討されている。また、検査目的が被検者にもわかり易く、問題の意図が明確である。知能検査は正解があるし、質問紙法の場合は〈はい、いいえ〉あるいは、3~5段階評定でどれかを選択して○をつけさせられるというように、被検者にとっての解答の範囲が決められている。これに対して、構造化がゆるい心理検査は投映法のように問題の意図が被検者にとって不明瞭で検査刺激が曖昧 (構造化されていない) であり、被検者の解答は自由度が高い。

同じ投映法でもその刺激素材や検査状況などから、その特徴をまとめると表1のようになる。こ

のような検査をめぐる構造の違いによって、その検査の被検者に与える心理的負担が異なるし、違った側面からその人の行動特徴をとらえることになる。この点は心理検査結果の解釈をする際に、検査者が考慮する大事な視点となる。例えばロールシャッハ・テスト (以下、ロ・テスト) 場面では非常に混乱して、現実検討の悪い反応になってしまった人が、SCTではそれなりにまとまったことを記入していることがあったり、検査者との対人場面で実施するロ・テストやTATでは自分の考えたことをわかってもらおうと多弁な被検者が、一人で用紙に記入するSCTでは短文で、まったくそっけない記入内容になったり、ロ・テストではそれなりのまとまりのある反応を示していたものが、描画法の人物画になると突然、裸体の人物を描いて社会性の無さが前景に現れたりすることがある (講義では実例を供覧した)。

3. テストバッテリー

既に述べたように各心理検査にはそれぞれ、その検査を作成した意図と測定しようとしている目的がある。しかも、個々の検査には特徴と限界がある。そこで検査を実施するとき、どの検査を実施するかという事が重要になる。例えば、パーソナリティ特徴をとらえようとするときに、数多くの種類の検査を実施すれば、それだけ多くのことがわかって臨床的に役に立つかということ、そ

うものでもない。そこで実際にはいくつかの検査でテストバッテリーを組んで実施するが、そのとき筆者は次のような点に留意している。①依頼の目的に応じて、中心になる検査を決める。②構造化の水準の異なった検査を組み合わせる。③被検者への精神的・身体的な負担がかかり過ぎない程度の検査数にする。④特に投映法については検査者が日ごろ、使いこなしている検査を使う（道具は使用する者が使い慣れている方がよい）。特に、構造化がゆるい検査の場合、例えば病態水準についての判断などはその検査者の臨床経験の豊かさが重要になる。つまり、精神科医の診断にその医師の経験と直感が関与するように、投映法の場合にはその検査者の経験が重要である。

以上のような点を考慮して、実際には3~4種の検査を組み合わせさせて実施する。

筆者は知的水準を知る事を目的とした知能検査以外には、①その個人の現実的な情報を得るためには質問紙法（たとえば自覚的な症状や状態を知るための検査）とSCTのバッテリーを、②病態水準を知るためや精神療法の適用を検討するためには、これにさらにロールシャッハ・テストを加えて実施するという形で、その臨床場面の基本的なバッテリーを決めており、③精神鑑定などの場合は必要に応じて、さらに投映法のP-Fスタディや作業検査法や描画法その他を加えている。

おわりに

臨床心理学領域では心理アセスメント（査定）という用語を用いている。医学の場合の診断は、基本的には鑑別診断—除外診断が目的である。しかし、アセスメントはもともとは経済用語で、財産の在り様、つまり動産（さらに現金・株券などなど）と不動産（土地・家屋などなど）の割合がどうかといった内訳を評価するときに「財産をアセスメントする」という使い方をするという。心

理アセスメントの場合はヒトの心の在り様、つまり、心の健康な部分と病態化した部分がどのようにせめぎあって、現在は何のような状態であるか、ということのアセスメントする。その結果は図式的に単純化して表現すると、そのような精神力動を調べる一つの道具であるといえる。したがって記述精神医学の診断と重なるところもあるが力動的な精神医学とのつながりが深い。つまり、病態診断だけでなく精神療法的アプローチに役立つ情報を得ることができる。

以上心理検査はあくまでも道具であるので、これを有効に使用するためにはその目的が明確であること、そして検査結果にも影響する、医師—患者（被検者）—検査者のコミュニケーションが重要であることを重ねて強調しておきたい。

文 献

- 1) 上里一郎監修：心理アセスメントハンドブック。西村書店，東京，1993
- 2) Golden, C.J., Expe-Pfeifer, P., Wechsler-Felder, J. (桜井正人訳)：高次脳機能検査の解釈過程。協同医書出版社，東京，2004
- 3) 深津千賀子：ロールシャッハ・テストと境界例。境界例の精神療法（福島 章編）。金剛出版，東京，1992
- 4) 深津千賀子，北山 修：精神科診療場面における医療スタッフ間の連携。改訂 精神医学ハンドブック（小此木啓吾・深津千賀子・大野 裕編）。創元社，大阪，p. 69-81, 2004
- 5) 深津千賀子：精神医学的診断過程における検査情報の統一心理検査の役割。改訂 精神医学ハンドブック（小此木啓吾・深津千賀子・大野 裕編）。創元社，大阪，p. 417-431, 2004
- 6) 保崎秀夫，武正健一：精神科診断のすすめ方。医学書院，東京，p. 1, 1972
- 7) Kernberg, O.: Neurosis, psychosis, and the borderline states. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Vol. III (ed. by Freedman, A.M., Kaplan, H.I., et al.), 3rd ed., William & Wilkins, Baltimore, 1980