

鑑定・指定入院・指定通院いずれにおいても、ベントン、ベンダー、クレペリンなど神経心理もしくは精神作業検査を活用している。一方で、抑うつ・不安・精神健康の評価は指定入院・指定通院において活用されている。認知症についての検討はいずれの医療機関においても必要に応じて活用されている。病識に関して指定入院では7施設中5施設が何らかの評価を行っているが、鑑定および指定通院ではほとんど実施されていない。物質・アルコール依存のスクリーニングについても同様の傾向がある。

b) 鑑定・指定入院・指定通院医療機関における人格軸に関する心理アセスメントの実施状況

	心理検査 尺度	鑑定 34施設	指定入院 13施設	指定通院 54施設
質問紙法	YG	17	4	20
	MMP I	19	9	24
	MPI	1	0	1
	TEG	9	5	20
	TPI	1	0	1
	EPPS	0	0	1
	INV	0	0	1
投影法	ロールシャッハ	32	10	41
	TAT	5	1	3
	SCT	28	9	26
	PFスタディ	19	10	28
	描画法	26	12	32
自尊心 自己評価	ローゼンバーグ	0	5	0
	一般性セルフエフィカシー尺度	0	3	0
	特性的自己効力感尺度	0	1	0
	自己受容尺度	0	1	0
攻撃性 衝動性	STAXI	0	5	0
	BIS	0	6	0
	BUSS-PERRY	0	2	0
	ギャンプリングタスク	0	0	1
サイコパシー	PCL-R	1	3	0

ロールシャッハテスト、YG、MMP I、TEG、SCT、PFスタディ、描画法は、いずれの機関においても高頻度で使用されている。指定入院では攻撃性・衝動性、自尊心・自己評価のアセスメントを実施する傾向もみとめられる。

c) 鑑定・指定入院・指定通院医療機関における生活軸に関する心理アセスメントの実施状況

	心理検査 尺度	鑑定 34 施設	指定入院 13 施設	指定通院 54 施設
QOL	JSQLS	0	3	0
	WHO QOL	0	2	0

QOL についての評価を行う施設は少ないが、指定入院では全体対象者に実施している医療機関もあった。

d) 鑑定・指定入院・指定通院医療機関における行動軸に関する心理アセスメントの実施状況

	心理検査 尺度名	鑑定 34 施設	指定入院 13 施設	指定通院 54 施設
他害リスク	HCR-20	0	1	1

医療観察法では共通評価項目の実施が定められている点から、その他の方法による評価はあまり行われていない。

e) 鑑定・指定入院・指定通院医療機関における発達軸に関する心理アセスメントの実施状況

	心理検査 尺度	鑑定 34 施設	指定入院 13 施設	指定通院 54 施設
発達障害	PARS	1	0	3
	誤信念課題	1	4	0
	AQ-J	0	3	2
	ADHD RS-IV	0	1	0
	社会常識テスト	0	2	0
	アスペルガー指標	0	0	1
知能	ウェクスラー式	33	13	42
	ビネー式	14	7	17
	グッドイナフ	1	1	2
	コース立方体	7	8	12

鑑定・指定入院・指定通院いずれにおいてもウェクスラー式を実施している機関が多い。また知能の評価としてビネー式、コース立方体も使用されている。

ウェクスラー式(WAIS)は神経心理学的検査としても活用されるが、ここでは治療プログラムに関わる分類整理の観点から、発達軸に含めた。

f) 鑑定・指定入院・指定通院医療機関におけるその他の心理アセスメントの実施状況

	心理検査 尺度	鑑定 34 施設	指定入院 13 施設	指定通院 54 施設
その他	KISS18	0	1	0
	注意サインチェックリスト	0	0	1
	ワークパーソナリティ	0	0	1

③心理検査・評価尺度の組み合わせの一例

a) 鑑定入院医療機関において、全対象者に基本的に使っている心理検査・尺度のバッテリー例

(施設A) 疾病軸…クレペリン

人格軸…ロールシャッハ、SCT、PFスタディ、描画法、YG、TEG

行動軸…特になし

生活軸…特になし

発達軸…ウェクスラー式、ビネー式

対象者に応じてコース立方体を実施

(施設B) 疾病軸…ベンダー

人格軸…ロールシャッハ、SCT、描画法、MMP I

行動軸…特になし

生活軸…特になし

発達軸…ウェクスラー式

対象者に応じて使用する心理検査、尺度は無し

b) 指定入院医療機関において、全対象者に基本的に使っている心理検査・尺度のバッテリー例

(施設A) 疾病軸…BDI、SUMD-J、KAST、DAST、AUDIT

人格軸…PCL-R

行動軸…特になし

生活軸…JSQLS、WHO QOL

発達軸…特になし

対象者に応じて、ベントン、ベンダー、クレペリン、長谷川式、MMSE、ロールシャッハ、SCT、PFスタディ、描画法、MMP I、TEG、ウェクスラー式、コース立方体を実施

(施設B) 疾病軸…ベンダー、妄想観念チェックリスト

人格軸…描画法

行動軸…特になし

生活軸…特になし

発達軸…特になし

対象者に応じて、BDI、長谷川式、バーチウッド、ローゼンバーグ、一般性セルフエフィカシー尺度、特性的自己効力感尺度、BIS、BUSS-PE RRY、社会常識テスト、ウェクスラー式を実施

c) テストバッテリーについて

指定入院医療機関の半数以上ほどの対象者にも行う心理検査・尺度を基本的に決めつつ、個々のケースに適う方法を加えて実施している。鑑定・指定入院・指定通院のいずれにおいてもロールシャッハテストとウェクスラー式が高頻度で用いられている。またケースに応じて選択的に実施されてはいるが、指定通院では疾病軸に関する評価がやや少ない傾向がある。

④ 多職種チームにおける心理アセスメント活用上の意見

a) 指定入院医療機関において他職種と見立てが異なり苦勞した経験について

(注目したい記述を太字で示した)

- ・ 今のところない
- ・ 基本的に各職種が各々の立場からの意見を言い、総合的にそれらを考慮しながら考えていける環境なので、見立てが異なる苦勞はあまりない
- ・ 各職種で普段使用する言葉が異なるためか誤解が生じることがある
- ・ MDT内で意見が異なることはあるが、折り合いをつけて、落としどころを見つけることが出来ているので苦勞はない。しかし調整官によっては観察法の理解や役割の段階で意見が異なる方もおり、全く話が平行線の場合があり、苦勞することが多い
- ・ Drは外出、外泊、退院に対して慎重。心理士などコメディカルは積極的
- ・ 感情障害(反復性か反応性か)、衝動コントロールの不良(人格水準の低下か、パーソナリティ傾向か)、こだわり(病的体験によるものか、発達障害か)についての見立て、関わりについて迷うことがあった。
- ・ Nsの薬物万能的な考え(治療の大筋はDrを含め他職種と合意して決めた)
- ・ Drと診断、治療方針が割れることが時折ある
- ・ 見立てが異なることはあり、それについてはチームで意見交換する

b) 指定入院医療機関における鑑定で実施した心理検査の取り扱いについて

- ・ 鑑定結果をもとにどのような人格なのかを考え、さらに必要な情報を検討し面接のやり

方を考える

- ・ 鑑定時との変化を見るために知能検査を考慮する
- ・ 知能検査を参考にする。ただ鑑定時と入院後でかなり状態が変わっていたり、鑑定時の状態がわからなかったりするのであくまで参考として
- ・ 対象行為後の対象者の状態、および元来の特性の把握。治療反応性のある程度の予測
- ・ WA I Sは参考になる。入院中に変化が考えられるものは入院中に再アセスメントを行い、違いを見ることもある。投影法をし直す
- ・ 鑑定中に心理検査を実施している場合、一定期間において再検査する。鑑定中の心理検査の結果の中で参考にすることが多いのはIQのみ
- ・ 状態像が異なるので再検査するが、悪化時の様子やモチベーションも考慮する
- ・ 鑑定で実施したアセスメントは極力省略する。ただし実施されていても資料から十分に読み取れない場合（特にWA I S・ロールシャッハ）、再検査することもある
- ・ 現状と比較のために考慮する
- ・ 入院後の変化や見立てに活用する

c) 鑑定中に実施される心理検査や報告書について指定入院医療機関側からの要望や意見

- ・ 応答内容（反応内容）を含めた、より具体的な報告書の作成が次の治療に役立つと考える
- ・ 所見が省略され、数行でまとめられている場合がある。出来ればローデータも載せて欲しい
- ・ 検査時の状態（どの程度落ち着いていたか症状も含め）などがわかると参考になる
- ・ ローデータを添付して欲しい
- ・ ローデータの数値を記載して欲しい
- ・ 所見のまとめのみでは対象者の理解には不十分。検査データを示してもらいたい。検査者の解釈よりはデータのほうが役立つWA I S、ロールシャッハなどのローデータを載せて欲しい
- ・
- ・ 最近添付されていることが多いが、知能検査の下位項目の得点はつけて欲しい。ロールシャッハ等のプロトコルが欲しい
- ・ ローデータが欲しい。最低でもWA I Sの下位項目評価点は全て載せて欲しい

d) 指定通院医療機関において他職種と見立てが異なり苦労した経験について

- ・ 今のところ見立てが異なるとかそのことで苦労したというほどの経験はしていない。評価をやっているのが現状

- ・ 通院処遇の方はチームで関わっていることが少なく、Dr、CP、PSWやDr-社会復帰調整官などの形態で関わっている場合が多い（MDTでは関わっていない）。そのため多職種で見立てる以前にチームが揃っていないという現状もある
- ・ 発達障害と統合失調症の鑑別で医師が受けてきた教育によって見立てが違うことがある
- ・ 意見が異なることはあるが、折り合いをつけ、落とし所を見つけているので苦労はない
- ・ 事件自体の内容と本人に対してスタッフ側から取り上げていくかどうかで議論となった
- ・ 受け入れたばかりでまだ試行錯誤中。具体的な動きがまだない
- ・ 基本的には調和の取れたカンファレンスだが、入院の際の形態で任意入院が好ましいと公的機関が考えていても病院（特に医師）の判断で医療保護にした時、間にいる職種（PSW・CP）が意見にはさまれたことがあった。公的機関（保護観察所）の目指すものと病院との間にややズレが生じる場合もあるのかと思われた
- ・ 対象行為の話聞き、共感出来ないことの辛さ、躁的防衛をしているのではないかという疑惑、それでも生きていこうとする前向きな姿勢をどう支えていけばよいのかなどの困りがあった。他職種は明るく健康的な側面に注目し、それは1対1で話をする心理士のみが聞く内容だったため、心理士の安心感、安全感が乏しかったように思う。外部の心理士に相談できない苦しさもあった。これについては以前入院していた機関に問い合わせ、心理士より情報を貰い、距離感を次第に掴んでいくことで解消した（面接にてどこを話し、どこを支えていくかが判明した）
- ・ 心理として現在対象者に関わる問題点はありません
- ・ 対象者が心理職以外の他職種（Dr、薬局、PSW、公的機関、OT、社会復帰施設職員）に対して態度がバラバラなので心理の見立てを重視してもらえなかった。それぞれが自分の前で対象者像を主に捉え、心理職の関わりが甘いか関係性のとり方もバラバラのような感じである。統合的アプローチにつながらない。最大公約数の見立ての共通項目は家族との関係とストレス軽減、食への関心の高さ、服薬自己管理くらいであり、心理職にしか語られなかったことは意味のある言動としてアセスメント、処遇に反映してもらえないことは少ない
- ・ 逆転移感情が高まってしまい、嫌になってしまうスタッフもあり、モチベーションを保ちつつやっていくのが難しいこともある。ちょっとした会話でも色々と話し合うようにしている
- ・ 苦労はしていませんが、Dr、PSW等、結論を早く出したい意向が強く、変化のスピードに対する期待感の差を感じることもある
- ・ 共通評価項目を使用することに慣れていないため、共有することが難しい。鑑定入院などで心理検査を行った場合、通院でその結果を生かすために、ローデータ等まで伝達されるようになって欲しい

- ・ 見立てが異なるような経験は今のところありません。対象者の問題性があまり複雑というわけでもないからかもしれません。コンセンサスを共有して関わっています。
- ・ 苦労はしていませんが、見立ての違いを感じた事例がありました。①社会復帰調整官が本人の希望を第一に考えて病院からは遠方である場所に住居を設定したが、本人のその後の様子からむしろ通院しやすい近所に住居を設定する方が望ましいとの医療側の意見があり、本人も拘らず希望が変化したため再度住居を設定しなおしてもらった。調整官やP S Wの柔軟な対応により医療がスムーズに行われたと感じた。②「冷凍庫のある冷蔵庫を買って欲しかった」と訪問N sの言葉があった。「安い値段」でしか判断しなかった対象者を責められないが、付き添いの男性職員に対して「アドバイスが欲しかった」と不満が聞かれた
- ・ 通院について心理職は今のところケースカンファのチームに入っていない状況

e) アセスメント活用上の意見についてまとめ

指定入院医療機関では立場や学問基盤の違いから多職種間でアセスメントの相違が生じながらも意見交換を続け方針を立てていく関係が構築されており、基本的には見立ての相違についての苦労はないと感じている施設が多い。その一方で、職種間で生じる誤解、看護師の薬物万能的に陥り易い傾向、医師が期待する変化のペースと臨床心理技術者が予測する変化のペースのずれによる治療方針、外出・外泊・退院の時期についての考えの相違に苦慮しているという報告もあった。また社会復帰調整官との意見の相違に苦慮を感じている施設があった。社会復帰調整官は対象者の社会復帰を直接援助する立場として、入院医療を提供する医療スタッフとは立場が異なる点から見解の相違が生じることもあるのかもしれない。

多くの医療機関で使われているロールシャッハテストとWA I Sは、殆どの場合、鑑定で既に実施されている。鑑定では医療観察法による医療を受けさせるべきか否かの判断に検査目的が集中するため、治療上必要なデータとしては不十分なまま、指定入院・指定通院医療機関に提供される場合がある。一方で指定入院・通院医療機関では、病理や人格特性について詳しく検討された所見でなければ治療計画に反映させることが出来ない。そのため鑑定医療機関に問い合わせをし、情報提供を求める手間が必要になる。それだけでなくローデータに不備があったり、検査時の症状の程度などの記載がなく、再検査しなければならない場合もある。それは対象者に負担を強いる結果に繋がる可能性もあり、鑑定書に添付される心理検査所見の範囲についての希望が散見された。添付は出来ないとしても、後に問い合わせる場合を想定してデータを整理しておいて欲しいという期待が行間に読める。

2) 事例検討及び講演

事例提供：独立行政法人国立病院機構 東尾張病院 古村 健

司会・助言：石垣 琢麿先生（東京大学大学院総合文化研究科 准教授）

助言・講演： 成田 善弘先生 桜クリニック医師

大阪市立大学大学院生活科学研究科特任教授

a) 事例検討

指定入院医療機関および指定通院医療機関に従事する臨床心理技術者 80 名が参加して「統合失調症を持つ男性が、親族に危害を加えて精神鑑定を経て指定入院医療機関で治療の対象となった事例」について検討した。担当した臨床心理技術者は再発予防に向けて不安・不眠・孤立・過労をキーワードにした不快感に関心を向けるようにセルフモニタリングシートを工夫して対象者と根気強く関わっていた。そして対象者自身の行動に起因する病棟内の対人関係ストレスを緩和するように援助もしながら、多職種連携の下に 18 ヶ月で通院医療に移行している。

検討は参加者の質疑討論と助言者の指摘を含めて有意義な振り返りの機会となった。

二人の助言者からいただいた貴重な示唆は、要約すると以下の点にあった。

- ① 認知行動療法の枠組みを基に、治療目的についての構造的な介入を意味あるものとしている成果については評価できる。
- ② しかし急性期ステージ以降は、パーソナリティへの関心をもっと積極的に深めることを勧めたい。対象行為に関する話し合いを基本におきながらも、行動の背景にある内的対象関係を理解し、それを変化させていくような介入を続けることによって、症状の再発や再犯のコントロールがもたらされるのではないかという印象をもった。
- ③ そのためには、親子関係などの対人関係についてのアセスメントを忘れてはならない。幻聴の内容との関係が示唆される場合が少なくない。入院治療であればこそ、対象者や家族と一緒に生活史の掘り起しなどが可能であろう。その関わりは行動様式の偏りについての気づきを促すことにもなる。
- ④ 認知行動療法の活用は対象行為や症状についての理解や対処を助ける点に止まらず、日常生活の些細なことについて感じている困難を取り上げて心理社会的な観点から認知の枠組みに対して介入をし、解決していくこともとても大切である。日常生活を臨床心理技術者がどのように支えるかという着眼点も見逃してはならない。常に生活軸でのアセスメントが行われていて課題が見出される場所でもあろう。それは生活者としての全般的な自信のなさを改善するところに効果をもたらす点を見逃せない。目標の共有を対象者と一緒に探していく営みになる。
- ⑤ 主観的自己を外在化する指標を持つことも行動予測に役立つところを知っておきたい。(ex. 主観的 well being 評価尺度)
- ⑥ 医療観察法下では、入院期間と通院期間は担当者が交代することが原則である点について、懸念が語られた。しかし全体としての治療構造がしっかりしていれば、担当者が変わっても新たな関係を形成することは難しくないだろう。実際問題として、通院医療機関から見てどうであるかの発言が欲しかった。

b) 講演

事例検討のあと、成田先生から「パーソナリティ障害」についての講義をいただいた。「パーソナリティ」とは、自分自身や周囲の状況をどのように認知するか、どういう人間関係を持つか、感情や衝動をどのようにコントロールし表出するか、といったことに関する形式のあり方であるその全体を言うとして定義された。そのパーソナリティに障害が起こっている場合、生活全般に不安が浸透している状況にさいなまれている。しかし治療過程において、パーソナリティそのものを治療したいと思ふ勝ちなところがあるがそこに直ぐに立ち入るのではなく症状や病気について何が出来るかを考えるのが妥当である。その点から、事例での取り組みはまさにその方向にあったと言える。

このような前提のもとに、ナンシー・マックウィリアムズの「ケースの見方・考え方」¹⁾を引用しながらパーソナリティ障害の精神療法の基本を教えていただいた。(詳細は後に記載)

【総括】

以上、医療観察法による医療・援助において臨床心理技術者が業務の一部として行っている心理アセスメントについての調査と事例検討・講演の概要を報告した。それらから得られた示唆を再確認する意味で整理し以下に述べる。

1) 心理アセスメントの意味

多職種MDTによる取り組みは医療観察法下で行われる治療の実践の原動力と言われている。この原理を有効なものとする際に、心理評価尺度を行う臨床心理技術者が提供する情報は、多職種が行うアセスメントをより包括的機能的なものとして対象者の治療過程に生かすための基盤となる要素を持っている。心理学モデルに準拠しつつ、病理学的見解をさらに肯定・否定の両面から深く裏付けるために行動特性や背景要因からの仮説を提示していく必要を念頭に置きたい。さらに<身体・精神・社会・倫理>の包括的視点を維持しつつ治療・援助を進めていく際に、どのような情報発信を持って貢献していけるか、常に関心を持ち続けながら実践していく立場にある。

心理検査や標準化された評価尺度などの活用は言うまでもないが、それらと同じぐらい、面接法、観察法が重要な機能を持っている。今回の調査は定型的で形の見えるテスト法に中心をおいたので、面接法、観察法についての取り組みは浮き彫りにはならなかったが、調査とは別に行った事例検討では、助言者の先生方からの助言は臨床心理技術者ならではの包括的アセスメントへの関心を指摘する内容が中心であったとも言える。調査の自由記述において遠慮がちに述べられているところがみられた。

実務での心理検査等の活用に関して、定型的なテストバッテリーにこだわるのではなく、対象者の状態に合わせて選択し実施している傾向が多くを占めていたのは評価できる。しかし活用について、その場の目的だけの横断的利用に終わりそうな部分も

若干あり、今後の改善が求められるひとつの課題と思われる。すなわち鑑定のために心理検査を行う時点では、その結果を以後の治療にも役立てていくことをあまり想定せずに、裁判所に提出するという目的だけに陥り易い。しかし審判の結果、対象者が医療観察法による医療を受けることになり指定入院・通院医療機関に行くことになると、治療を担当する臨床心理技術者は、繰り返し心理検査を実施することで対象者に与える心理的負担や再検査が学習効果を生み検査結果に影響を与えてしまう点から、鑑定で行われた心理検査の結果を活用したいと考える。しかし鑑定には心理検査に関して詳細な情報は載せられていないケースもあり、鑑定医療機関に対して問い合わせ、場合によってはより詳細なデータを取り寄せるという手間が生じる。またまれではあるが取り寄せた心理検査のデータや結果が治療に役立てるという観点からすると不十分な内容であったりもする。鑑定に続く治療を想定しつつ、指定入院・通院医療機関と共有できるレベルの心理検査の実施、解釈、報告書の作成が望まれる。冒頭に述べたこの研究の目的 a) および b) の要件とも関連するところである。

これとは別に、質問紙形式の評価尺度を実施する際、対象者の回答を鵜呑みにせず、回答に関連して追加聴取した情報は、診断や治療プログラムなどに役立つ内容になる。そのための面接には、心理学の学問基盤が機能する点を、臨床心理技術者はもとより、他の職種も理解していることが重要である。評価尺度によっては、その内容を用いて構造化もしくは半構造化面接によって評価することを求めている場合もあるが、その他の評価尺度においても、できる限りこの配慮を基本とすることでアセスメントは一層、意義あるものになる。

前述したように、包括的アセスメントを行うためには、すでに示されてきた 5 軸を踏まえた上での検討が重要である。それらを視野に入れて、臨床心理技術者の職能をどのように生かすかについて、以下に若干の考え方を整理しておく。

2) 疾病軸にかかわるアセスメント

対象者について、現在的人格理解（人格診断）をすることは言うまでもない。それらを生育史や環境の変遷という縦断的な視点から透明性・客観性を持った認識へ進めていくために臨床心理技術者の担う役割は大きい。他害行為が発生した行動軸・生活軸のアセスメントも視野に置きながら、安全性の観点から現実の状態像を追う点に集中しすぎるところを少しでも打開する役割を担わなければ、MDTの意味は果たされない。

疾病性と人格的未成熟を少しでも明らかにしていく作業は、いろいろな場を利用して注目し続ける必要がある。各職種の持つ原理によって、どのように治療・援助の構造を確かなものにしていくか、この情報による部分が少なくない。臨床心理技術者はその認識を持つが、特に指定通院医療機関では組織の中（多職種チーム）に積極的に組み込まれていなかったり、多職種の動きを損なわないように遠慮して機能し切れなかったりしているのが現状である。また若手の実務者が多く、生育史の情報収集にあたって要点が曖昧だったり、

技法の習熟が不十分だったりして機能できていない点に、今後の研修課題のひとつがあるといえる。

3) 人格軸にかかわるアセスメント

人格理解は発達と同様、臨床心理技術者の学問基盤に多くを依存している領域であろう。その点を踏まえて検査法の活用に止まらず、原疾患に加えて人格発達上の偏りを縦断的に追ってみる取り組みが情報源として不可欠である。病棟内での行動について、周囲の人的・時間的条件などとの関係をよく吟味して行動の意味を正確に探る取り組みがあるだろう。必要に応じて条件を操作する試みも加えたり、生活プログラムとの関係に注目したり、観察法によるアセスメントが期待される。

人格の発達に関しては、対象者や家族の面接を繰り返す方法を省きたくない。その際、いずれに対しても支持的態度・再教育的機能をもった面接が有効である。治療的見通しや方法を確認するために必要なエピソードは、思いがけない文脈からもたらされる場合が少なくないし、警戒的な雰囲気の中では決して浮かばない。支持的態度は次第にそのような不自然な関係を除去する働きを持つし、認知面に介入する再教育的な面接は健康で適応的な洞察力を引き出す意味を持っている点を重視したい。

少しずつの積み重ねによるので根気と時間は要するが、治療的機能も持った面接法から得た情報や心理検査による所見などをどの職種にもなじむ客観的でわかりやすい情報として発信していくならば、それは有効な治療仮説の検討に加えられるだろう。そのような地道な実践は、臨床心理技術者の孤立化を防ぐ意味ももたらす。

自己効力感、自己統制感、などの啓発に際しては、いかに豊かな認知機能を発揮しうるか、治療者側の文化や洞察力に負うところがある。治療プログラムへの導入で行う動機付けと深い関係がある。アセスメントであれ、援助介入であれ、人格に深く関わるためには、健常、もしくは一般社会からの逸脱について、臨床心理技術者自身が多様な経験を持つことで、柔軟な認知機能が具わったり洞察力が高められる点に謙虚に向き合うことが求められる。方法論だけに立脚してもなにも得られないだろう。特に、対象行為をめぐるさまざまな取り組みを展開するに際して、小さな変化を見落とさないアセスメント能力の裏打ちには、幅広い文化・価値観との関係が深いことを念頭に置きたい。

4) 生活軸に関わるアセスメント

看護師や作業療法士などとともに、検査や日常的観察の結果を総合して見極めをし、対象者の自尊心を支えると同時に援助課題を明確にしていく過程が含まれる。多職種で協力して柔軟な評価を持続することを前提に、家族や地域の理解を得るためには、それらの人々にとって受け入れがたい対象者についての違和感を察したり取り除きつつ、受け入れ機能を準備していく作業が不可欠である。ともすると、対象行為の発生は、日ごろから存在していた人間関係や感情の歪み（主観）を強化しやすい。その際、コミュニティ心理学や認

知心理学などによる指標が役立つ部分であろう。被害者への支援を同時に含んでいる観点からも、いずれ実現を目指す社会復帰段階の準備は、時間をかけて取り組む事柄である。相手（被害者？）に起こりやすい心情を察する包容力を持つ点から臨床心理技術者の出番があるであろう。その際、対象者の社会復帰のみに関心を向けるのは慎みたい。指定通院医療機関が普段から、地域のメンタルヘルスにどのぐらい貢献しているか、下地としてなじみの関係が形成されている必要を視野に入れておきたい。しかし、現在の実態では、臨床心理技術者の業務は、対象者への直接的なかかわりに集中しやすく家族・地域を含んだダイナミックな全体に機能するところまで展開しきれない傾向がある。特に指定通院医療機関での臨床心理技術者の人材活用にはこの点に関する認識を広めていく必要があるのではないかと考える。

5) 行動軸に関わるアセスメント

医学モデルの補足として反社会的行動の発生契機の履歴と、人格形成過程や環境的要因の関係性を検討すると同時に、発達障害の有無を検証していく作業は医療観察法下の対象者に対して特に注意深く検討を深めなければならない点である。

原疾患による部分と人格形成過程で生じた行動の歪みとの両面から構造を追跡していくとき、薬物療法の反応をどのような点から確認していくか、慎重に判断したい、そのためには情動の仕組みや動機付けと行動の関係などに関する理論と指標が意味を持つだろう。

健全なコーピングを獲得できなかったことによる日常生活の小さな困難を認知行動療法の枠組みを用いて解決する援助を行いながらアセスメントをしていくことになる。

特に対象行為について、警察の調書は重要な情報源であるが、取調べという特殊な状況で引き出されたものである点に留意しておく必要がある。一方ではその情報を視野に入れて、他方では対象者や家族から直接話を聞き、より客観性・系統性の高い情報になるように検証を深める。内省や衝動性のコントロールなどがどれだけ実効性を持つかを判断するとき、またそのプログラムに個別性を検討するためにも不可欠な課題である。また、入院を経ずに通院医療の対象となった対象者の場合、日常生活が見えないところでの取り組みである点から見ても、継続可能な方法を工夫して、対象行為に直結する行動傾向への治療的介入に取り組まなければならない。心理アセスメントをはじめとして臨床心理技術者の担う部分が少なくない。

さらに付言しておきたいことは、一見適応的に行動しているように見えるけれども、人格・行動の本質からすると上手く装っているに過ぎない場合があり、その鑑別に心理アセスメントが役立つ場合が少なくない。再犯防止を基本とする取り組みを行う際に、このような過剰適応、あるいは偽装的な適応についての鑑別に関心をもちたい。

6) 発達軸に関するアセスメント

これまで挙げた軸の多くは、発達過程と関係している。それだけに発達過程の状態や背景要因、生得的条件などの調査分析はあらゆる点での予測を大きく左右する。発達の偏り、神経心理学的偏り、虐待などの情緒の発達を阻害する要因、などは知的側面のみならず人格軸との関連においても、明確にしていく作業に手を抜いてはいけない。これらはまさに心理学モデルが基盤となっているところである。行動の歪みを明らかにしつつ、より有効な仮説へ繋げるところに目標がある。欠落している経験を把握し、理解度、コミュニケーション能力の予測、対人認知の再教育、あるいは再構成過程が含まれる構造を持ったアセスメントとなる。他方では感覚運動統合などについての微細な変化や状態像の検索を想定した情報収集を始めとして、当該行為の要因をめぐって多岐に亘る準備状態の有無や経過を検討するケーススタディとなる。

【終わりに】

心理アセスメントと一口に言っても、それは定型的な検査などの実施に止まる課題ではない。その結果は、治療課題の選択と方法の検討を直接左右する位置にある。そして独自に行える部分もあれば多職種連携で情報交換をしつつ、質を深めていく面が少なくない。そのような点から、治療にかかわる治療者共同体が求められるように、アセスメントについても同様の認識を持つことが意味を高める。

これまでに解説してきたところでは、特に生育史、生活史、に関する情報の聴取は、対象者理解に関する重要な心理アセスメントの資源となっていることが示されている。今後、この点を臨床心理技術者の役割にして合理的な作業が進められるようにさらに整備していく必要があるのではないだろうか。

制度開始からすでに2年が経過した現在、大部分の臨床心理技術者は熱心に取り組んでいるが、まだまだ医療観察法による医療全体としての効果を挙げる点で機能しきれていない部分が少なくない。その点の打開について個人の研鑽は言うまでもないが、①現任者研修の継続的保障（コンサルテーション・スーパービジョンを含む）、②臨床心理技術者への情報提供と連携のネットワークの活用、③技法や手段の研究開発、④各医療機関内での人材活用についての考え方の深化、⑤特に臨床心理技術者の職能についての医師、弁護士、社会復帰調整官、の認識の改善、などについての体制を整えてサポートもまた不可欠な条件であると考えられる。

講演 「パーソナリティ障害とのかかわり」

成田善弘（桜クリニック）

はじめに

この会の主旨とずれない範囲で、レジュメの一部を参照しながら、検討された事例にも結びつけてお話ししたい。

われわれの時代には、「精神病質」という言葉があったが、批判された。そのため、不幸なことに、パーソナリティについて、精神科医の関心が遠ざかったり、論じることを避けるようになった。

1980年にDSM（精神疾患の分類と診断の手引き）が出た後、パーソナリティ障害（以下、PD）が「疾患」とは別の次元で診断されることになり、精神病質が持っていた概念や印象が拭い去られてきたので、われわれ（精神科医）はまたPDに関心を持つようになった。

I軸とII軸の診断が別になった。以前は「統合失調症」か「統合失調症質」かを鑑別することが非常に重要だった。今日では統合失調症のような病気でも、パーソナリティについて考えましょう、ということになっている。

I パーソナリティとは

personality は「人格」と訳されているが、日本語の「人格」という言葉は、英語の personality と必ずしも対応していない。生物学的なものや倫理的なものも含んでいるので、少し違うように思う。このごろでは、（人格障害、性格障害ではなく）「パーソナリティ障害」と言った方が良いと思っている精神科医が多い。

「パーソナリティ」を医学領域では次のように認識している； 自分自身や周囲の状況をどのように認知するか、どういう人間関係を持つか、感情や衝動をどうコントロールし表出するか、といったことに関する様式のあり方全体を“パーソナリティ”と言う。

II パーソナリティ障害とは

“personality disorder”とは、パーソナリティ傾向が柔軟性に欠け、不適応的で持続的で著しい機能障害または主観的苦痛をひき起こす場合を言う。成人早期までに発症し、その状態は特定のストレス状況に対する反応ではなく、一過性の状態を指すのではない。また、家庭の中だけ妄想的で、それ以外で妄想的にならなければ、妄想性PDとは言わない。

以下にDSM-IVの診断基準を紹介しておく。

【DSM-IVの診断】

表 1. パーソナリティ障害の全般的診断基準

- A. その人が属する文化から期待されるものより著しく偏った、内的体験および行動の持続的様式。
この様式は以下の領域の2つ（またはそれ以上）の領域に表れる。
 - (1) 認知（つまり、自己、他者、及び出来事を知覚し解釈する仕方）
 - (2) 感情性（つまり、情動反応の範囲、強さ、不安定性、および適切さ）
 - (3) 対人関係機能
 - (4) 衝動の制御
- B. その持続的様式は柔軟性がなく、個人的および社会的状況の幅広い範囲が日とが広がっている。
- C. その持続的様式が、臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
- D. その様式は安定しており、長期間続いており、その始まりは少なくとも青年期または小児期早期のまでさかのぼることができる。

- E. その持続的様式は、他の精神疾患の現れ、またはその結果ではうまく説明されない。
- F. その持続的様式は、物質（例：乱用薬物、投薬）または一般的な身体疾患（例：頭部外傷）の直接的な生理学的作用によるものではない。

表2. 各パーソナリティ障害の特徴

【A群パーソナリティ障害】

- ・ 妄想性パーソナリティ障害：他人の動機を悪意のあるものに解釈するといった、不振と疑い深さ
- ・ シゾイド・パーソナリティ障害：社会的関係からの遊離、感情表現の範囲が限定されることに特徴付けられる。（以前は分裂病質パーソナリティ障害と呼ばれていた）
- ・ 統合失調型パーソナリティ障害：親密な関係で急に不快になる。認知的・知覚的歪曲、行動の奇妙さ。（以前は分裂型パーソナリティ障害と呼ばれていた）

【B群パーソナリティ障害】

- ・ 反社会性パーソナリティ障害：他人の権利を無視しそれを侵害する。
- ・ 境界性パーソナリティ障害：対人関係、自己像、感情の不安定および著しい衝動性
- ・ 演技性パーソナリティ障害：過度な情動性。人の注意をひこうとする。
- ・ 自己愛性パーソナリティ障害：誇大的、賞賛されたいという欲求、および共感性の欠如

【C群パーソナリティ障害】

- ・ 会費制パーソナリティ障害：社会的制止、不適切感、および否定的評価に対する過敏性
- ・ 依存性パーソナリティ障害：世話をされたいという全般的で過剰な欲求のために従属的ではがみつく行動。
- ・ 強迫性パーソナリティ障害：秩序、完全主義、および統制にとらわれている。
- ・ 特定不能のパーソナリティ障害：次の2つの状況のみに提供されているカテゴリーである；
 - 1) その人のパーソナリティの様式がパーソナリティ障害の全般的基準を満たしており、いくつかの異なるパーソナリティ障害の傾向が存在しているが、どの特定のパーソナリティ障害の基準を満たしていない場合。
 - 2) パーソナリティ障害の全般的基準をましているが分類に含まれていないパーソナリティ障害を持っていると考えられる場合（例：受動攻撃性パーソナリティ障害）。

表3. 境界性パーソナリティ障害の診断基準

境界性パーソナリティ障害は、全般的な気分、対人関係、自己像の不安定さ、著しい衝動性のパターンであり、以下のうちの5項目以上が存在すれば診断される。

- (1) 実際のまたは想像上の見捨てられる体験を避けようとする懸命の努力。ただし(5)の自殺、自傷行為を認めないこと。
- (2) 過剰な理想化と過小評価の両極端を揺れ動く特徴を持つ不安定で激しい対人関係の様式。
- (3) 同一性障害：著明で持続的な自己像や自己感覚の不安定さ。
- (4) 衝動性によって自己を傷つける可能性がある領域の少なくとも2つにわたるもの。たとえば浪費、セックス、薬物乱用、無謀な運転、ビンジ（過食）。ただし(5)に示される自殺行為や自傷行為を含まない。
- (5) 自殺の脅かし、そぶり、行動、または自傷行為の繰り返し。
- (6) 著明な感情反応性による感情的な不安定さ（例えば、一過性の強烈な気分変動性、焦燥感や不安、通常2～3時間続くが、2～3日以上続くことはまれ）。
- (7) 慢性的な空虚感。
- (8) 不適切で激しい怒り、または怒りの制御ができないこと（例えば、しばしばかんしゃくを起こす、いつも怒っている、喧嘩を繰り返す）。
- (9) 一過性の、ストレスに関連した妄想的念慮、もしくは重症の解離症状。

III パーソナリティ障害によくみられる症状

うつ状態、強迫症状、パニック発作、解離症状、心気症状、対人恐怖症、心身症症状、拒食・過食などがある。

IV 症状や訴え方からパーソナリティ障害を疑う

背景にパーソナリティの問題があるかどうかを、どういう点で見るか。

① 患者が自ら受診するか、他から言われて（つれてこられて）受診するか。

その人の背景にパーソナリティの障害を考える上で、患者が自分から受診してきたのか、周囲から言われて受診してきたのか、ということは大事。PDがある場合は、後者の場合が多い。ただし最近は、「自分はPDだから治療してくれ」という患者さんもいる。

② 症状が明確なきっかけがあるときから始まっているのか、いつからとははっきりせず、ずっと前からあるのか。

症状の始まりがハッキリしない。病気は始まりがはっきりしている場合が多いが、PDの場合は非常にはっきりしない。

③ 症状が自我異質的か、自我親和的か。

症状は基本的に自我異質的。たとえば洗浄強迫で、神経症水準の人は、こんなに手を洗うのは変だ、治して欲しいと訴えてくる。妄想性PDの人は、「おかしい、変だ、治さなきゃ」と思っていない。この自我異質的／自我親和的の観点は重要。

④ 患者が訴えていることと、周囲が問題視していることが一致しているか、異なっているか。

症状が自我親和的だと、周囲が問題視していることと一致しない。神経症の人の場合、周囲の人も訴えの内容に同意。PDの場合、本人は別のことを訴える。

⑤ 患者の不安は症状に限局化されているか、生活全般に浸透しているか。

たとえばヒステリーの人、麻痺なら麻痺が気になる。他の生活領域においてはそれほど不安ではない。神経症水準の人は、不安を1つの症状に限局化する能力を持っている。BPDの人は何から何まで不安。

⑥ 行動上の問題（リストカットなどの自傷、自殺企図、暴力、性的放恣、その他）があか。

PDの人は、多くの行動上の問題を持つ。特に、家庭内暴力や虐待、自傷や自殺企図などの問題行動。

⑦ 自責的か、他責的か

一般的に、神経症水準の人は自罰的、自責的。PDの人は他罰的。

このような患者の訴えから、PDを疑うことになる。

V 治療者との関係のあり方からパーソナリティ障害を診断する

治療者との関係の在り方からPDを診断することも、臨床家としては重要な視点。

- ① 患者は治療者を自分の問題解決のための援助者とみなして協力するか、それとも治療者を全能の救済者、自分を見捨てる人物、攻撃者、迫害者とみなしているか。

これが非常に重要なこと。たとえば妄想的な人は、面接中に用紙がなくなり紙を取りにいったら、「先生、私の話は面白くないですか」と非常に攻撃的になった。患者の中で治療者は“迫害者”として見られている。これは神経症水準の人にも多少あるが、それが自分のファンタジー（空想）であると自覚している。PD や精神病の人は自覚していない。

- ② 治療関係を自分の問題解決のための手段とみなしているか、それともそれ自体が目的であるかのごとく思っているか。

これが境界型パーソナリティ障害の大きな特徴。(a)職業的専門的役割関係；たとえば、床屋に行くのは、散髪のためであり、床屋の親父と親密な関係になることが目的ではない。それは二次的なもの。身体の医者にかかるのも同じ。医者と親密な関係になりたいとは思って受診するわけではない。双方が終結に向かって協力・努力することになり疑いがない。それに対して、(b)生身の関係；たとえば夫婦関係。何かの目的のために夫婦であるのは例外的（国籍取得など）で、たいていは夫婦であること自体が目的。それ自体が目的なので、双方が終結に向けて努力することは、原則的にはない。心理療法的な関係は、職業的専門的役割関係。神経症の人は、そうした役割関係を自覚している。BPD の人は、治療者との間に濃密な関係を持ちたいというのが彼らの目的。これが重要。

- ③ 治療者が職業的専門的役割にとどまっていられるか、そこから逸脱した振舞いをさせられるか、あるいはしたくなく感じるか。

これは相手が PD かどうかを判断する上で重要。相手が PD の場合、職業的役割を超えて、妙に親切にしてしまう、時間を延ばす、面接室の外で会う、性的関係を結ぶ、といったことが起きやすい。

- ④ 転移解釈に対する反応はどうか。

たとえば、「治療者を母親のようにみなしている」という転移解釈。神経症の人は、「先生は母親じゃないのに、母親のように思っていたんだなあ」と自覚できる。BPD の人は「当然です！ 先生は母親のように私を見捨てるんだから」と言う。

VI 力動的理解

この点について話しながら、検討した事例にも触れたい。

ここに挙げた項目は、ナンシー・マクウィリアムズさんの本のタイトルから拝借。“文献”に挙げた 2 冊は PD 理解に有意義なので、是非一読することをお勧めする。

① 変えられないもの

- ・ 気質的な特徴； 内気、社交的、活発など。ある程度もって生まれた気質的な特徴。これをガラッと変えることは不可能。たとえば、社交的なメンバーだけの家族の中に、内気な子が1人いると、その家族の中で受け入れられにくい。
- ・ 心理的影響をもたらす遺伝的・先天的・医学的要因の例； 妊娠中に親がホルモン治療を受けると、胎児にさまざまな影響を及ぼす。これは、患者の意思や心理療法によって変えることは難しい。てんかんもそう。怒りっぽい人と思われていた人が、てんかん薬で改善することはある。物質中毒もうつ状態を引き起こす。
- ・ 変えられない身体的現実； 生まれつきの奇形、身体障害など。
- ・ 人生における変えられない状況の例； どういう家族に生まれてきたか、どの民族に生まれてくるか、親の急死や病気や離婚などの本人のせいではないもの。

今日の事例は未熟児で生まれてきた。脳神経の発達に影響を及ぼした可能性はある。母親の病気でケアもできなかつたろうし、父親も乱暴だった。本人によって変えられないものがある。それらを患者と話し合うことが必要。治療者は「変えたい」と思っているので、変えられない悲惨な状況を扱うことが得意じゃない。そうすると、患者は治療者の前でそれらに率直に語り、モーニングワーク（喪の作業）をすることができなくなる。（事例では）お母さんにケアを受けられないので、お父さんの方に行ったら、お父さんが心筋梗塞になったり乱暴だったりした。長期な力動的なサイコセラピーでは、そういうことに対する残念な気持ちを扱うことになる。患者の前に健康な自分がある、という罪責感にセラピストが堪えられないと、こういう問題を扱えない。

② 発達的問題

最近では、パーソナリティ構造を、精神病性パーソナリティ構造（PPO）、境界性パーソナリティ構造（BPO）、神経症性パーソナリティ構造（NPO）に分けている。

- ・ PPO の人は、自己像も対象像もばらばら。自分についてどんな人かと訊くと、非常に曖昧であったり、矛盾したことを並べたりする。
- ・ BPOの人は自己と対象の像が二極化している。理想化したり、価値下げしたり。
- ・ NPOでは、自己と対象の描写が全体的・立体的になる。

先ほどの事例。お父さんのことが問題なので、治療の各期にお父さんについてどういう話をするかが大事。お父さんという一人に対する像が、時期によって違う。BPDの人はそこにつながりがない。神経症水準になると、われわれがその対象の全体像をイメージアップできるように話す。

このようにどういうパーソナリティ構造を持っているかを見る。

③ 防衛

どういう防衛構造を持っているか。防衛には性格的防衛反応と状況的防衛反応がある。発達や人生におけるストレスにどう対応してきたか、愛着スタイルはどうだ

ったか、を考える。

先ほどの事例では、だいたい引き下がる。両面的にならない。引きこもる形で引き下がる。統合失調症の人はそうした“引き下がることを認めるアプローチ”の方が安全。

また、どういう水準の不安かも考える。

- ・ 破滅不安…自分の世界が破滅してしまい、自分がなくなってしまうという不安。
- ・ 分離不安…重要な対象と分離することへの不安。
- ・ 超自我不安…自分が持っている“こうありたい”というイメージから逸脱することへの不安。性的欲動がわいてくると不安になる、など。

破滅不安であれば精神病水準。神経症であれば超自我不安。

先ほどの事例は、たぶん破滅不安。自分の中にある不条理な怒りを自覚することが、破壊的に認知されてしまうということではないか。

そうした不安に対して、防衛の方も、より適応的な高水準の防衛と、より原始的な防衛にわける。後者は自分と外界との間で発動される。先ほどの事例では、用いられている防衛は「否認」が一番大きい。認知されない怒りは、外界に投影されて、外界は恐ろしいものを感じられる。自分で認められない怒りを外界に投影し、外界は迫害してくるものになる。

④ 感情

怒り、悲しみ、喜び、ねたみなど。さまざまな感情を非常に重視。主観的にどういう感情を体験しているか。本人の問題になっている感情は何か。先ほどの事例では、「怒り」のほかに、「恨み・妬み・悲しみ」があっただろう。そうした自身の感情に彼が近づくことができていると考えられる。そうした感情を意識化し、それに近づくことが必ずしも破滅的でない、と分かってもらうことが治療になる。ただし、これは用心しないといけないだろう。

5歳の女の子の例。お母さんの関心が弟にいくので、弟が憎らしいと言うので、治療者が「そうだね」と言ったら、その女の子が弟を二階から突き落とそうとした。外界と内界のバウンダリー（境界）が弱いとそういうことになる。

私は、「精神療法とは“感情に賛成し、行動に反対すること”だ」と思う。われわれ健康な人には“行動に移さないこと”は当然のことだが、病理の重い人は違う。

⑤ 同一化

どういう同一化を起こしているか。「あの人のようになりたい」と思う人がいるかどうか。誰に同一化しているか、ということを重要視する。意識的にやっているのか、無意識的か。同一化の対象をもてない人もいる。

先ほどの事例は、家庭でも学校でも、同一化の対象を見つけられなかったのかもしれない。

⑥ 関係のパターン

どういう関係が心の中で内在化されているか。いつも誰との間でも服従的になるなど、性愛化したり、搾取的／援助的など。CBT（認知行動療法）では『脚本』と言いますか？ “内在化された対象関係” ということを知る必要がある。

事例の患者は、迫害者・非迫害者といったパターンが内在化されていた。たとえば、性的外傷を受けた人は、関係を“性愛化されたもの”として受け取る。治療者が何気なくやっていることが、その患者には性的誘惑ととられる。

⑦ セルフ・エスティーム

自己感覚、自己承認、自尊心などと訳される。治療の中で重要と主張したのは、おそらくロジャース。精神分析でもコフト派が主張している。治療することは、基本的に自尊心が傷つくこと。今までの生き方・やり方は間違っている、ということに直面させられる。最近の患者は、自尊心・自己愛が傷つくことに敏感なので、気をつけなければならない。この人のセルフ・エスティームがどこにかかっているか、を見なければならない。たとえば、お金をもうけたいというセルフエスティームを持つ患者を相手にするのは、治療者にとっては難しい。

⑧ 病因となる信念

たとえば、抑うつ的な人は、「世界は悪意に満ちている、私は無力、将来は真つ暗だ」と感じている。そうした信念を明らかにしていく。

ここに挙げた力動的評価は、パーソナリティを評価するのに必要な項目。精神分析的な方法でなくても、これくらいは検討するのが良い。

VII パーソナリティ障害の治療についての考え方

- ① パーソナリティを治療したいと思いがちだが、まずは、症状や病気に対して何ができるか、を考える。パーソナリティ障害に留意しつつ、そこにはすぐには立ち入らず、目の前の問題に対して何ができるかを考える。検討した事例では、治療はまさしくこれだった。まずは症状の消失や服薬を目標にした。
- ② 強迫性障害の人の治療中、背景にあるパーソナリティが明らかになるとする。患者には、「症状の背後には、パーソナリティのこういう面があるようだ。それについて、これから考えていくことにしよう」と伝える。（治療者の教育的役割）
- ③ 外科だと医者果たす役割は大きい。しかし、精神療法では、「あなたが治療に協力することが必要」と伝える。たとえば、万引きや傷害沙汰を起こしたら警察沙汰になった方がいい場合がある。自身の行動に責任を持つことが治療の前提条件であることを伝える。
- ④ BPD の場合、患者自身の治療目標が非常にあいまい。それに対して、まず主訴を具体的に明確にする。治療者－患者関係が手段的關係であることを伝えないと、関係