



心理相談におけるアセスメント

野坂 祐子

臨床心理におけるアセスメントとは、クライアントの理解と援助の見通しを立てるために行う心理学的評価である。主に、観察法、面接法、心理検査を用いながら、クライアントの包括的な理解と援助に対する方策を立てる。観察法では、クライアントの服装や表情、行動等から心理的な状態を判断するが、とくに面接中の解離やフラッシュバック等の症状に注目する。症状の引き金や状況を評価しながら、適切な介入を行う必要がある。面接法では、面接初期にトラウマの概要を聴き、心理教育を行いながら聞き取りを行う。食事や睡眠等の生活状況はできるだけ具体的に確認する。心理検査の実施においても、面接時と同様、心理教育を行うことが有益である。トラウマ症状を測る尺度等を用いる際は、質問項目がリマインダーになる可能性が高いため、事前の説明から実施後に至るまで細やかな配慮をすることが求められる。

Key Words アセスメント, 観察法, 面接法, 心理検査, 心理教育

はじめに

クライアントの主訴を聴く際、初めからトラウマについて話されるとは限らない。心理相談に限らず、医療や福祉等の現場でも同様かもしれない。クライアントの訴えは、不眠や慢性的な倦怠感といった身体的な不調、落ち込みやすいとかイライラするといった心理的な苦痛、また人間関係がうまく築けないとか学業不振など表面化した行動上の問題が主であり、面接の回を重ねるうちにそれらの症状の背景にあるトラウマが明らかになることもある。最初のうちは、クライアント自身が過去のできごとと現在の困難をつなげて捉えておらず、否認や回避によって自発的に語られることもないために、現在の問題だけが取り沙汰される。あるいは、現在の問題があまりにも大きく感じられて、それに圧倒されてしまっている場合もある。例えば、就職活動が思うように進まないことへの焦りや絶望感を抱く学生や子育てに苦慮する親に

とっては、過去のトラウマよりも現在の苦痛や問題解決に意識が向けられるかもしれない。

一方、過去の苦痛な体験や満たされなかった経験を語り、PTSDの診断基準にあてはまるような症状だけを訴えるものの、それ以外の話はしたがらないクライアントもいる。現在の問題はすべて過去のトラウマ体験に起因すると捉え、症状の改善よりもむしろ過去の体験が「元凶」であることへの承認を求める。トラウマという言葉を用いながら、クライアントのつらさや自身の存在そのものを認めて欲しいのかもしれないし、トラウマという象徴化された言葉を用いることで苦痛を外在化したいのかもしれない。過去の問題が大きすぎたり、現在に直面できなくて、過去にとらわれてしまうこともあるだろう。

それぞれのクライアントの主訴や相談の目的は異なって見えるが、どちらも何らかのトラウマが背景にある点で共通している。クライアントにとっての来談目的を聴きながら、臨床家は心理相談において取り組むべき目的を考える。クライアントの目的と臨床家の目的は、初めのうち完全に

は一致しない¹³⁾。トラウマの例を挙げれば、「できごとのことを忘れない」というクライアントの目的を聴きながら、臨床家は「忘れない」と思うほどのクライアントの苦痛を受け止めつつ、記憶は忘れられるものではなく、むしろ「安全に覚えていられる」ようになることを面接の目的の一つに考えるかもしれない。

クライアントの主訴や目的の背景にある心情や状態を理解し、より安全で健康的な生きかたを目指して話し合う過程そのものが臨床的な支援になる。その話し合いの方向性を照らすのがアセスメントである。クライアントの抱える問題やそれに至った要因は多岐にわたり、かつそれらは複雑に絡み合っている。心理相談において語られることや見えてくることは膨大な要因の一端に過ぎないが、その一端を見逃さず紡ぎ合わせていくことでアセスメントが行われる。

心理相談といっても幅広い領域があり、クライアントの属性も多様であるが、本稿では主としてトラウマに関連した症状を有する青年期以上のクライアントへの支援場面を想定している。また、臨床心理士の立場や見方において行われるアセスメントについて述べるものとする。

1. 臨床心理におけるアセスメントとは

アセスメントとは、包括的な意味として、クライアントの理解と援助の見通しを立てるために行う心理学的評価である。臨床心理アセスメントは、医学的な評価である診断(diagnosis)と区別され、次の内容が含まれる¹²⁾。すなわち、クライアントが抱えている悩みや問題を把握し、それとパー

ソナリティの特徴、生活史、さらに患者を取り巻く家族や社会環境などがどのようにかかわっているかを総合的に理解・評価する。そのうえでカウンセリングによる援助がふさわしいかどうか、他の援助法が適しているのか、その見通しはどうか、目標は何かということを明確にすることを意味する。その手法として、観察法、面接法、心理検査がある。沼¹²⁾の定義によれば、臨床心理におけるアセスメントは、クライアントの包括的な理解とそれに対する援助に関する方策全体を指すものといえる(表1)。

被害者支援におけるアセスメントでは、主として被害によって生じた心身あるいは生活上の問題を扱うため、トラウマの理解が欠かせない。被害者心理や被害後に起こりやすい問題を理解しておくことが不可欠であるが、同時に通常の発達心理や精神保健に関する知見も求められる。トラウマによって生じた困難さや脆弱性だけでなく、クライアントのリソース(ストレングス)にも注目すべきである。

(1) 観察によるアセスメント

観察法はアセスメントの基本的な手法であり、面接室を訪れたクライアントの外見や表情、行動やしぐさなどを観察しながらクライアントの理解を深めるものである。

服装の清潔さや季節感、着こなしなどからも多くの情報が得られる。まるでクライアントの周りだけ時間が止まってしまったかのような一昔前のデザインや喪服をイメージさせる装いであったり、季節感がなく真冬にも関わらず薄着であるとか、真夏であっても肌を出さずに黒づくめであっ

表1 アセスメントの目的¹²⁾

- (1) クライアントは今、何を一番問題としているか。その問題は、いつから起こり、どのような状態で続いているのか。どうして「今この時期に、ここに」援助や治療を求めてきたのか。
- (2) その問題に対して、クライアント自身はどう対処してきたのか。これまでどのような援助を受け相談をしてきたか(相談歴・治療歴)。それらの内容をクライアントはどう評価しているのか。
- (3) 問題を、周囲の人間(家族や職場・学校などの関係者)はどのように考えているのか。
- (4) クライアント自身の、生育史や自分自身のとらえ方。結婚や出産、夫婦関係の考え方など、生活史の概要を把握し整理する。
- (5) クライアントをとりまく社会環境(家庭・学校・職場など)やそこにおける対人関係の様相、どのような環境や家族関係のなかで育ってきたか。

たりするなどの服装からも、クライアントの生活状況や心理的な状態がうかがえる。また、着衣の状態から、クライアントの身体感覚や性的な行動化を判断することもできる。実際、症状の改善に伴い、明るい色の衣服を着るようになったり、季節や場面にふさわしい服装になっていくことが多い。

また、クライアントの表情や目つき、しぐさから、今ここにおける症状を理解する。例えば、面接中に急にうつろな目つきになったり、顔をしかめたり、ドアや窓のあたりを気にするような行動が見られたならば、どんな文脈においてその行動が生じたのかを意識する。クライアントの様子を観察から解離症状の可能性を判断することができる(表2)¹⁷⁾。フラッシュバックや解離症状が起きたようであれば、必ずそのことを話題で取り上げ、フラッシュバックやそのほかの解離の説明と対処の仕方を教える。何か症状の引き金になるものがないかなど、フラッシュバックが起きた状況についても評価し、コントロールしておく必要がある⁹⁾。症状に気づいたらクライアントに声をかけ、落ち着かせながら意識や注意を取り戻すための介入を行う。意識を戻させたら、水を飲んだり軽いストレッチをしたりするなど身体的な刺激を与える。過換気症候群やパニックアタックなども同様であり、呼吸法をさせて対処するとともに、症状が出ていないときにグラウンディングやリラクゼーションスキルの練習をしておくのが有益である。こうした介入の必要性は、クライアントの顔色や緊張などを観察しながら判断する。

臨床家に対するクライアントの身体的・心理的

距離感や関係性のとり方にも注意を払う。トラウマが及ぼした対人関係への影響は、面接室にも持ち込まれる。クライアントが抱えている不安感や不信感は、臨床家にも向けられる。面接室内の着席位置や座り方、姿勢などから、拒否的・排他的な心理状態がうかがえたり、逆に、極端な親密さや過度な接触によって早急な関係づくりをするクライアントのパターンがわかったりする。

このような一般的な観察に加え、面接室外での行動観察法も有益である。スクールカウンセラーや病院のデイケア等のスタッフであれば臨床家がクライアントの行動観察をすることができるが、認知行動療法(CBT)でよく行われるように、クライアントにセルフモニタリングをしてもらい、日常生活の行動評価をすることもできる。行動観察法は、クライアントの実際の行動をアセスメントするだけではなく、クライアントが自分の行動に注目し、マネジメントしていく動機づけを高める点でも効果的である。

(2) 聞き取りによるアセスメント

面接法では、クライアントの観察をしながら聞き取りを行う。アセスメントの目的(表1)に沿って、来談に至った経緯や問題について尋ねる。クライアントのペースで話をしてもらうことで、言語化能力や感情や認知の表出スタイルを知ることができるが、主な生育史や既往歴、家族構成等の基本的な情報はインタビューや面接初期のうちに聞いておく。面接の申込票に記入してもらおうとその後の質問がしやすいが、記入をためらったり書けなかったりするときには無理強いをしない。そうした抵抗や回避はアセスメントに反映させる。こ

表2 解離症状を起こしている可能性が高いクライアントの様子¹⁷⁾

- (1) 受け答えが自動的である
- (2) 動きが止まり、視線が一点を見つめている
- (3) 無表情になっている
- (4) 感情表出が乏しく、淡々と話をする
- (5) 目が半開きになっている
- (6) まばたきが多い
- (7) 寝てしまう
- (8) 被害の話をしているのにもかかわらず、にこにこ笑っているなどその場に不適切な表情をしている

うした情報を聴く際は、「初めに、みなさんにお聞きしているのですが」とか「現在の問題についていろいろな観点から考えたいのでお尋ねしますが」など、前置きや質問の意図を明らかにしてから聴くほうがよいと思われる。クライアントのなかには、被害と直接関係がなさそうに見える話題や過去について尋ねられることに違和感や不信感を抱く人がいるからである。クライアントの自発的な話をさえぎらないようにしながら、話題が家族や生活のことに触れたときに詳しく尋ねるとよい。クライアントの状態に合わせて、聞き取りの順序や量を判断していく。

トラウマ歴のあるクライアントには、最初に被害の概要を話してもらう。被害について話すことは、恐怖や動揺、恥や自責感など苦痛な感情がわくものであり、「うまく話せないかもしれない」という不安や無力感、「わかってもらえないかもしれない」という不信感や悲しみが伴う。回避や解離の症状によって、思うように話ができなかったり、話の内容がまとまらなかったりすることも多い。臨床家は、そうした話しにくさは当然のものであることを伝えつつ、最初に被害の話題を取り上げることで、クライアントは被害の話をしてよいのだと思うことができる。ほとんどの被害者は、自分の凄惨な体験について他者に口にしてはならないと感じていたり、また話しても聞いてもらえなかった体験を持っているからである。

クライアントが被害について話す際、語ることのつらさやうまく話せないことの苛立ち、感情がコントロールできなくなりそうな不安や自信の喪失について言語的あるいは非言語的に表したときには、臨床家はそれらはクライアントの能力の問題ではなく、トラウマによる一般的な反応であるという心理教育をする。心理教育を行うことは段階的な曝露の効果があり、その後の治療や支援の土台となる⁵⁾。

クライアントが被害についてうまく話せないのは当然のことである。そのとき、臨床家はその状態を単に「話さない」と捉えるか、「話せないという回避症状があるのかもしれない」と解釈するかで、援助の方向性は大きく異なる。クライアントに無理に話をさせたり、誘導的になったりして

はいけないが、話せないというクライアントの状態に触れずに別の話題に移るより、話すことの苦痛について取り上げ、共感しながらトラウマ症状の心理教育を行うほうがより治療的なやりとりになる。

また、トラウマの特性やトラウマ記憶を処理する原理など、比喩を用いながらわかりやすく説明すると、面接室という安全な場で語ることの意味や効果を理解してもらいやすい。こうした説明はトラウマを扱うことへのインフォームド・コンセントとなり、クライアントの主体性を保つことができるため、二次被害の予防にもつながる。

トラウマに焦点をあてた認知行動療法 (trauma focused CBT: TF-CBT)⁵⁾ では、トラウマ体験をもつクライアントについて以下の6領域の問題 (それぞれの頭文字をとってCRAFTS) の機能を把握する (表3)。CRAFTSに表された領域は、トラウマによって影響を受けるものであり、子どもが対象のTF-CBTに限らず、青年期以上の臨床においても役立つ。

トラウマ歴の聞き取りにおいては、幼少期のトラウマ体験を把握する必要がある。van der Kolk¹⁶⁾ は、トラウマ反応を持続させ、重症化させる要因として、ストレスの深刻さ、遺伝的素因、発達段階、社会支援システム、過去のトラウマ体験、元来の性格の6つの因子を挙げている。つまり、過去のトラウマ歴のある人はのちのトラウマ反応において長期的な症状を発現しやすく、現在の人格は遺伝的素因のみならず以前のストレスフルなできごとへの順応状態からも影響を受けて形成されるものであることから、過去のトラウマ体験とその際に受けた支援の状況を確認することは現在のクライアントの状態を理解するうえで有益である。

また、複雑性PTSDはトラウマの性質と時期に原因があり、幼少期の発達過程のなかで、養育者等から慢性的な暴力を受けることで、被害児の成熟、自己／人格の発達、肯定的な価値観、主たる対人関係における基本的信頼感を危険にさらすものである⁶⁾。現在のクライアントを理解するうえで、幼少期の育ちやとりわけトラウマ体験の有無を把握することは不可欠である。

表3 TF-CBTにおけるアセスメント領域 CRAFTS⁵⁾

Cognitive problems (認知的問題)	自己や他者、状況に対する認知の歪みや不正確な思考(自責感)、役に立たない思考(最悪の事態ばかり考える)などの認知に関する不適応なパターン
Relationship problems (関係性の問題)	仲間とうまく関係を築けない、問題解決法やソーシャルスキルが低い、対人関係を過剰に気にする、友だちをうまくつぐれない、他者を信用できない
Affective problems (情動面の問題)	悲しみ、不安、おそれ、怒り、ネガティブな感情に耐えたりコントロールしたりする力が弱い、自己鎮静できない
Family problems (家族問題)	保護者の子育てスキル不足、親子のコミュニケーションが少ない、親と子どもとの絆の歪み、虐待あるいは暴力による家族機能不全や関係性の崩壊
Traumatic behavior problems (外傷性の行動問題)	トラウマリマインダーの回避、トラウマに関連した性的・攻撃的な行動や反抗的な行動、危険な行動
Somatic problems (身体的問題)	睡眠困難、リマインダーに対する生理的な過剰覚醒や過剰警戒、身体的緊張、身体症状(頭痛や胃痛など)

このほか、聞き取りにおいては、食事、睡眠、生活状況についてできるだけ具体的に質問する。とくに、食事と睡眠は実際の量と質を確認し、以前との変化を尋ねる。トラウマ症状がある人にとって、不眠や悪夢はよくみられる症状であり、生活上の大きな問題である。また、被害後にクライアント自身も無自覚なまま酒やタバコの摂取量が増え、健康や生活に影響している場合がある。薬物使用や大量服薬、自傷行為、性行動なども話題に取り上げ、面接の場で話し合える関係性を築くことを目指す。薬物使用やリスクのある性行動は、クライアントが苦痛を軽減させるためにやむなく選択した手段かもしれない。守秘義務の限界を示しつつも、クライアントの苦痛や対処法を理解する姿勢が求められる。

(3) 資料や情報によるアセスメント

クライアントの観察や聞き取りのほかに、他者からの資料や情報も活用できる。資料となるものは、紹介状や診断書、申し送り資料、学生であれば成績表や担当教員からの情報などが一般的である。警察や弁護士等からの紹介であれば、司法手続きに関する情報も加わる。クライアントの家族が、クライアントの育ちやこれまでの経過についてまとめた文書を渡してくることもある。

それらの資料は、他機関とのスムーズな連携をはかるうえで役立ち、クライアントを理解する材

料にもなるが、クライアントにとっては情報の扱われ方に不安を覚えることがある。資料や情報を活用する際は、資料が渡された経緯や内容についてクライアントから説明してもらったり、資料に関する不安などを話してもらったりするとよい。

リファーされたケースのなかには、来談はクライアント本人の希望ではなく、クライアントの周囲の人が困って相談に行かせようとした場合もある。教員や家族が悩まされている一方で、当の本人は困難さの自覚が乏しいこともあるからだ。あるいは、クライアントよりも学校や家族のほうに大きな問題がある可能性もあるだろう。

誰がクライアントであり、どんな援助が求められているのかという状況全体に対するアセスメントも大切である。

2. 心理検査の活用

(1) 心理検査の導入

検査法は、クライアントが自発的には語らない症状や問題を知る手がかりが得られ、面接室以外でのクライアントの状態を知るうえで有益な手法である。心理相談における検査法は心理検査が主であるが、臨床家のための情報収集ではなく、クライアント自身が自己理解を深める道具や機会として活用できるとよい。そうしたメリットを十分に活かすためには、心理検査を実施する目的や内

容について事前にクライアントに説明をし、クライアントの「知られる」不安や猜疑心を軽減し、主体的に自分自身を「知る」ことへの動機づけを図る。

心理検査に興味をもつクライアントもいるが、それと同時に、「自分があからさまにされる」ことへの不安、「評価されること」への抵抗、「こんなものでわかれてたまるか」という反発心など、否定的な感情もわくものである。心理検査を導入する際には、クライアントが心理検査に対して持っているイメージを聴きながら、心理検査を受けることへの期待と不安の両方を話してもらうとよい。過度な期待を抱いているクライアントには、その期待に込められた思いを聴きつつ、心理検査の特徴や限界について触れておくほうがよいだろう。

(2) 使用する尺度例

Courtois ら⁶⁾は、トラウマを受けた人のアセスメントの戦略と尺度は発展しつつあるものの、DSM-IV¹⁾の基準でつくられた尺度を使って PTSD を評価するのでは、患者の複雑さを測りることができないと懸念している。例えば、それらの尺度にはトラウマ歴の発達の側面、機能的・自己統御的欠陥、資質とレジリエンス、被害化のパターンなどが含まれていない。Mendelsohn ら¹⁰⁾も、幼少期からの慢性反復性トラウマを経験した人がさまざまな合併症を持ち、経済的な問題を含めた幅広い影響を受けることを指摘している。このように現在のところトラウマ症状の評価尺度には限界があるものの、トラウマによる典型的な症状に関しては日本で標準化された尺度を用いることが可能である。

PTSD の診断方法には自記式質問紙法と構造化診断面接法があり、自記式質問紙法は簡便でカットオフの設定による診断も可能であるが、診断の妥当性には問題がある。複数の質問紙を併用するなど技術的な工夫をしたとしても診断精度を上げることには限界があるため、正確な診断のためには構造化診断面接法を用いる必要がある⁴⁾。自記式質問紙法によってスクリーニングを行い、リスクがある場合に構造化診断面接法を行うなどの使い分けが勧められている。

まず、自記式質問紙法として使いやすいものは改訂出来事インパクト尺度 (IES-R) であり、Asukai ら²⁾により日本語版が出されている。24 / 25 点のカットオフポイントにより、一定のスクリーニングを行うことが可能である。DSM-IV の PTSD 診断基準に準拠して作られた外傷後ストレス診断面接尺度 (PDS) も、大学生を対象とした信頼性と妥当性が検証されている¹¹⁾。

PTSD 診断は、PTSD 臨床診断面接尺度 (CAPS) や精神疾患簡易構造化面接法 (M.I.N.I.) などによる。M.I.N.I. の日本語版¹⁴⁾は PTSD を含め各種精神障害の診断が可能であるため、合併症の把握に役立つが、症状の有無のみを問う形式のため評価者間のぶれが生じる可能性が指摘されている⁴⁾。CAPS は、PTSD と ASD の診断が可能であり、PTSD17 症状項目のそれぞれの頻度と強度の両方を一定のアンカーポイントにそって評価するものであり、現在のところもっとも精度の高い PTSD の診断面接法として各国で使用されている^{3, 4)}。なお、CAPS の実施にあたっては、使用方法についての講習を受ける必要がある。

これらが PTSD 症状の把握で用いられる主な尺度であるが、加えて抑うつ症状と解離症状の尺度を組み合わせたことが役立つと思われる。抑うつ症状については、Self-rating Depression Scale (SDS)⁷⁾ やベック抑うつ尺度 II Beck Depression Inventory II (BDI-II)⁸⁾、解離症状は Dissociative Experience Scale (DES)¹⁵⁾ などが役立つ。どれも自記式質問紙法であり、採点が容易であるため、クライアントの記入後すぐにフィードバックすることもできる。

このほか、投映法や描画法などを組み合わせてクライアント理解を行う臨床家もいるだろう。有効なテストバッテリーを組むことでより多面的な情報を得ることができるが、テストバッテリーとしてどの検査を用いるべきか検討する時点で、臨床家はある一定のアセスメントや見立てを有している必要がある。

(3) 施行時の留意点

心理検査は手続きが構造化されており、臨床家はそれに従って検査を施行する。

トラウマによる被害者の場合、心理検査の項目

について説明しながら、クライアントの回答を確認していくのが有益である。説明をすることでクライアントが質問を正しく理解して回答でき、同時に「被害後に生じた症状はよくみられるものである」という心理教育を行う機会になるからである。被害を体験したクライアントの多くは集中力や読解力が低下し、自記式質問紙への記入が難しいことが多い。本人だけで回答すると非常に時間がかかったり、項目を読んでフラッシュバックや解離を起こしてしまうこともある。クライアントの安全のために、クライアントの状態に合わせた施行方法を工夫する。

通常、心理検査はクライアントに少なからぬストレスを与えるものである。とりわけ被害の内容に触れる心理検査を行う際には、あらかじめクライアントに検査の目的と概要を伝えておくことよい。想定される時間や負担について伝え、どのような準備をして臨めばよいか話し合っておくことで、クライアントのレディネスを高めることができる。

トラウマに関連する質問項目がリマインダーとなり、解離症状や身体反応が起こると予測される場合は、検査の実施時間や終了後の対応についても検討しておく。日中、早めの時間に検査を行い、明るいうちに帰宅できるようにしたり、家族等に送迎を依頼することも一案であろう。これらは臨床家が自己判断で決めてしまうよりも、クライアントと話し合いながら、本人の状態に合わせたサポートを工夫していくほうがよい。クライアントは自分の状態を理解する機会が得られ、安全な対処行動をとる練習にもなるからである。

また、心理検査の実施前に、呼吸法やグラウンディングのスキルを教えて練習しておくのもよい。心理検査を安全に施行することは臨床家の責任であるが、同時に、クライアントが自己コントロールをすることで安全や安心を体感することは、クライアントの自信につながる。

(4) 結果の解釈とフィードバック

心理検査から示された結果は、あくまで実施環境や実施者との関係性の中で得られたものであり、クライアントの一面を示す材料に過ぎないことに留意する。

トラウマ歴のあるクライアントの場合、麻痺や回避の症状が強いと、質問項目を読んだり、それについて考えたり回答したりすること自体が回避されてしまうため、結果として尺度の得点が低くなることが多い。一方、クライアントの自己申告による得点が、状態像よりも過度に高く示されることもある。そのため、心理検査の結果だけで判断するのではなく、前節で述べた観察、聞き取り、他の資料や情報などを合わせながら結果を解釈しなければならない。

クライアントへのフィードバックの際は、クライアントが情報を聞くレディネスがあるかどうかを確認しながら、わかりやすい言葉で説明をする。心理検査で示された結果は限定的なものであると前置きし、断定するのではなく「結果からは～のような状態がうかがえますが、ご自分ではどう思われますか？」など相互的なやりとりをしながら行うとよいだろう。心理検査の結果がどうであれ、クライアントは「自分が思っていたのと違う」と感じることもある。そうしたクライアントの認識自体をていねいに聴いていくことが大切である。

クライアント以外に結果を伝える場合には、必ず本人の了承を得て、できればどんなふうにもフィードバックすればよいか話し合っておく。クライアントが周囲からよい援助が受けられるように、環境や人間関係を調整することも支援の重要な仕事である。

また、アセスメントの結果は、クライアントに関わる他の専門家とも共有する。チーム支援においては、臨床家がどのような視点で問題をとらえ、どんなふうにもクライアントを理解し、どんな援助ができるのかについて他の専門家に理解してもらうことも重要である。そのため、見立てや援助の方向性について、他の分野の専門家にもわかるように説明することが求められる。アセスメントは、クライアントの包括的・総合的理解であり、臨床心理学的な観点によるアセスメントはその一部である。クライアントの抱える問題や症状について、身体的・器質的な要因等も検討されなければならない。

おわりに

アセスメントは、臨床家が一方的にクライアントを知るためのものではなく、クライアントが自分の症状や問題に気づき、自己理解を深めていくための援助ともいえる。初回あるいは初期のみだけでなく、支援過程を通じてアセスメントを続けていく必要がある。心理教育を行いながら、トラウマによる症状を具体的に聴き取ることは、アセスメントのみならずクライアントの回復を促進させる手立てとなりうる。

文 献

- 1) American Psychiatric association: Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR. Washington, D.C. 2000 (高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸訳: DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き. 医学書院, 東京, 2002.)
- 2) Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., et al.: Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J); Four studies on different traumatic events. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 190; 175-182, 2002.
- 3) 飛鳥井望, 広幡小百合, 加藤寛ほか: CAPS (PTSD 臨床診断面接尺度) 日本語版の尺度特性. *トラウマティック・ストレス*, 1; 47-53, 2003.
- 4) 飛鳥井望: 症状評価尺度. 飛鳥井望編: 新しい診断と治療のABC70 心的外傷後ストレス障害. 最新医学社, 大阪, 91-97, 2011.
- 5) Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E.: *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. The Guilford Press, New York, 2006.
- 6) Courtois, C. A. & Ford, J. D.(ed.): *Treating Complex Traumatic Stress Disorders; An Evidence-based Guide*. The Guilford Press, New York, 2009.
- 7) 福田一彦, 小林重雄: 日本版 SDS 自己評価式抑うつ性尺度使用手引き. 三京房, 京都, 1983.
- 8) 小嶋雅代, 古川壽亮: 日本版 BDI-II 手引. 日本文化科学社, 東京, 2003.
- 9) 小西聖子: 犯罪被害者の実践的治療. 小西聖子編: 犯罪被害者のメンタルヘルス. 誠信書房, 東京, 102-119, 2008.
- 10) Mendelsohn, M. & Herman, J. L., et al.: *The Trauma Recovery Group; A Guide for Practitioner*. The Guilford Press, New York, 2011.
- 11) 長江信和, 廣幡小百合, 志村ゆずほか: 日本語版外傷後ストレス診断尺度作成の試み; 一般の大学生を対象とした場合の信頼性と妥当性の検討. *トラウマティック・ストレス*, 5; 51-56, 2007.
- 12) 沼初枝: 臨床心理アセスメントの基礎. ナカニシヤ出版, 京都, 14, 2009.
- 13) 岡昌之: 初回面接における臨床心理学的知識と配慮. *臨床心理学*, 1; 298-303, 2001.
- 14) Sheehan, D. V. & Lecrubier, Y.: *Mini International Neuropsychiatric Interview; Japanese Version 5.0.0 (2003)*. 2003. (大坪天平, 宮岡等, 上島国利訳: M.I.N.I. 精神疾患簡易構造面接法 改訂版 (2003). 星和書店, 東京, 2003.
- 15) 田辺肇: 解離性体験と心的外傷体験との関連: 日本版 DES (Dissociative Experiences Scale) の構成概念妥当性の検討. *催眠学研究*, 39, 1-10. 1994.
- 16) van der Kolk, B. A.(ed.): *Psychological Trauma*. American Psychiatric Press, Washington D. C., 1986. (飛鳥井望, 前田正治, 元村直靖監訳: サイコロジカル・トラウマ, 金剛出版, 東京, 27, 2004.)
- 17) 吉田博美: 性暴力被害者のメンタルヘルスと治療. 小西聖子編: 犯罪被害者のメンタルヘルス. 誠信書房, 東京, 144-170, 2008.

Assessment in Psychological Therapy

Sachiko Nosaka

Osaka Kyoiku University, National Mental Support Center for School Crisis

The assessment in clinical psychology means psychological evaluation which is performed in order to understand a client and decide the directivity of therapy. The comprehensive understanding and support for a client is mainly formed, using the observing method, the interviewing method, psychological tests and so on. When a mental state is judged from the dress of a client, facial expression, action, etc. by the observing method, some symptoms of trauma, such as dissociation and a flashback under interview, should be observed carefully. An appropriate intervention should be performed on evaluating the trigger of trauma reminder and situation of condition. By the interviewing method, the outline of a trauma is asked in early stages of a therapy, and a psycho-education is also gone into effectively. Living conditions, such as eating and sleep, are checked as concretely as possible. Also in implementation of psychological tests, it is useful like an interview to perform psycho-education. Since a possibility that some scale items will become a reminder of trauma is high, a therapist should use the measures carefully.

Key words assessment, observing method, interviewing method, psychological tests, psycho-education

Address: 1-2-10 Midorigaoka, Ikeda, Osaka, 563-0026 Japan