

青年期・成人期の発達障害への心理アセスメント

—知能検査の使い方を中心に—

糸井岳史¹

Takeshi Itoi

I はじめに（知能検査への関心の高まりと普及に伴う問題点）

発達障害への関心の高まりとともに、心理アセスメントツールである知能検査にも関心が集まるようになった。知能検査をテーマとした専門家向けの講演会や研修会は、いずれも活況を呈している。筆者が心理職に就いた当時は、心理臨床に知能検査を活用する臨床心理士は、非常に限られていたことを考えると隔世の感がある。しかし、知能検査が広く普及したことにより、新たな問題も生じるようになった。現在の発達障害に対する知能検査の活用方法には、大きく二つの問題があると考えている。一つは、知能検査の解釈の問題であり、もう一つはクライアントへのフィードバックの問題である。そこで本稿では、主に青年・成人期にある発達障害に、知能検査を適応する際の解釈とフィードバック上の留意点について述べる。

II 知能検査の解釈上の問題

①クライアントの状態像とずれた解釈レポート

知能検査の普及に伴い、知能検査の解釈レポートを目にする機会が増えた。最も問題を感じるのは、解釈レポートの記載内容と、クライアントの状態像が大きくずれたレポートが稀ではないことである。解釈レポートを書いている臨床心理士は、真面目に知能検査を施行し、マニュアル通りに採点し解釈しているつもりなのだが、的を外れの解釈に陥ってしまうことが少なくない。例えば、現実の生活場面において明らかに対人関係に困難さを感じているクライアントに対して、「コミュニケーション能力が高い」「社会的常識や判断力に優れている」などの的外れな所見が書かれた解釈レポートが散見される。実態とずれた解釈からは、必要な治療や支援の方針は導かれにくいことは言うまでもない。それどころか、間違った方針が示されることでクライアントは混乱し、かえって状態像が悪化してしまうこともある。

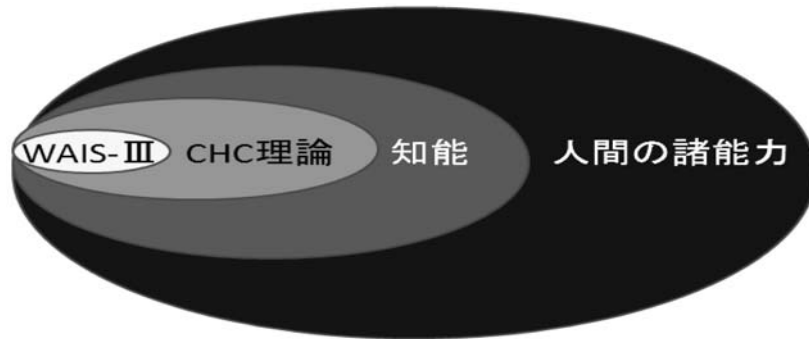
的外れの解釈を生み出す要因は、大きく分けて二つある。一つは、知能検査を過信してしまう問題である。もう一つは、解釈の際に数量的分析に頼りすぎてしまう問題である。以下、それぞれについて述べる。

②知能検査への過信

解釈上知っておくべき知能検査の一つ目の特徴は、2014年現在に活用されている知能検査で測定

¹ 路地裏発達支援オフィス

できる能力は、人間の多様な諸能力のほんの一部分にすぎないという点である。そもそも知能は、人間が持つ諸能力の中の一部を指し示す概念である。その知能を構成する諸能力の中の一部が知能理論（例えば CHC 理論）に組み込まれており、さらにその理論化された知能の構成要素の一部分を、知能検査（例えば、WAIS-III）は測定しているにすぎない。



<図 1：人間の諸能力と知能検査で測定できる能力の概念図>

つまり、臨床心理士が知能検査を通して把握できる能力は、目の前のクライアントがもつ諸能力の中の、ごく一部分にすぎないのである。臨床心理士は、この前提を忘れないように解釈したい。発達障害の中には、IQ 値や全ての下位検査の評価点が高いにもかかわらず、「片づけられない」「家事ができない」「仕事もできない」クライアントがいる。反対に、IQ 値では中等度レベルの知的障害があるにもかかわらず、障害者雇用制度を活用して就労し、一人暮らしで自活し、手帳交付や支援制度活用の諸手続きを一人で行えるクライアントもいる。これらの事例の存在が証明していることは、現在の知能検査が、人が自立して生活する上で決定的に重要な能力を測定しえていないことである。特に、本稿のテーマである知的能力が正常の発達障害では、プランニングなどの WAIS-III では測定が困難な認知機能に問題があることが多い。我々は、発達障害の心理アセスメントをする際には、知能検査が測定しうる部分のみならず、測定しえない部分にも注目する必要がある。

解釈上知っておくべき知能検査の二つ目の特徴は、知能検査は心理検査の中では「構造化が強い」検査であり、生活の文脈から切り離されているということである。刺激はシンプルかつ明確であり、生活場面に比し複雑さや曖昧さがなく、必ず正答があるなどの特徴がある。したがって、生活場面の能力がそのまま知能検査に現れることはない。例えば、生活場面では、「二つのことが同時にできない」などの作動記憶の弱さを示すエピソードを持つ発達障害のクライアントが、WAIS-III では「算数」「数唱」「語音整列」などの作動記憶を測定する下位検査の評価点が高いということは稀ではない。反対に、共感性が高く社会的で友人も多い人気者が、WAIS-III の「理解」や「絵画配列」は得意ではないということもある。「生活場面に現れる能力や問題は、必ず知能検査に反映されるはず」という前提で解釈してしまうと、生活場面の問題を見落としてしまう。結果として、クライアントの能力を過大に、あるいは過少に評価することになりかねない。特に、複雑な刺激状況下における

情報の選択や統合に弱さを持つ発達障害では、刺激が統制されればされる程、高い能力を発揮しやすくなることは、解釈の前提として考慮すべきである。加えて言えば、生活場面と知能検査場面の能力の解離は、発達障害の本質的な問題かもしれないので、知能検査の解釈においては、その解離の有無に注目する必要があるだろう。

解釈上知っておくべき知能検査の三つ目の特徴は、知能検査は自我関与が弱い心理検査であるということである。例えば、怒りを伴うような対人トラブルは、自我の関与を想定することなしには理解できない。クライアントの個人的な関心や、価値観-信念、感情、身体感覚などを通して意味付けられた先行事象があつて、「怒り」という反応が生じる。このようなメカニズムで生じる問題の直接的な原因は、どんなに詳細に検討しても、知能検査結果から答えを導き出すことは難しい。発達障害では、感情などが喚起された状態と冷静な状態とでは、著しく認知機能のレベルも変動する。知能検査が測定しているのは、あくまでニュートラルな刺激に対する認知機能であることを知るべきである。しかし、自我関与が弱いという知能検査の特徴は、検査特性上の強みでもある。投影法のような自我関与の強い下位検査では、著しい現実検討の歪みが現れた際に、知覚レベルの認知の歪みであるのか、あるいは感情が喚起された結果であるのかを区別することが難しい。知能検査のニュートラルな刺激に対する反応を確認することで、現実場面における認知の歪みのメカニズムを明らかにすることが可能になる。

以上のように、知能検査には測定の対象となる能力の狭さ、構造化の強さ、自我関与の弱さ、などの特徴がある。知能検査を用いて発達障害の心理アセスメントを行う際には、これらの知能検査の特徴をふまえて、その盲点を補いながら心理アセスメントを進めて行く必要がある。例えば、生活場面の情報を参照することや、知能検査とは対照的な特徴を持つ、構造化が弱く自我関与が強いテスト（例えば、ロールシャッハテスト）を心理検査バッテリーとして活用するなどの工夫が求められる。生活情報、構造化が弱く自我関与の強い心理検査から得られた情報、知能検査、の三つの情報を比較照合しながら解釈をすると、クライアントがどのような状況下で能力を発揮しやすく、どのような場面でつまづきやすいかが見えてくる。状況の変化に応じた認知機能の状態が理解できると、支援の手がかりを得ることができるので、意味のある心理アセスメントとなる。

③数量的分析の限界

知能検査の解釈において数量的分析が、必須のプロセスであることは言うまでもない。しかし、「的外れの解釈」は、「プロフィール分析表」を機械的に当てはめた数量的分析から導き出されたものが多い。このような解釈の方法は、WAIS-IIIの開発者らが推奨する解釈手順にも反している。例えばWAIS-IIIの解釈の手順には、数量的分析の後に質的分析による解釈の裏付けをすることが推奨されている（藤田ほか、2011）。ところが知能検査の普及に伴い、質的分析による解釈の裏付けを行わず、便利なツールであるプロフィール分析表だけを用いて解釈レポートを書く臨床心理士が増えている。ここから問題が生じ始めたように思われる。

それでは、プロフィール分析表を用いて機械的な解釈を行うと、なぜ、どのようにして的外れの解釈は生じるのだろうか。一つの要因は、評価点の平均値からのずれの程度によって、認知機能を

強さ（S）と弱さ（W）に分けることにある。この手順に従うと、評価点の高さ（低さ）は、ある認知機能の強さ（弱さ）と意味付けられることになる。しかし、残念ながら、評価点の高さ=ある認知機能の強さ、とは限らない。よく知られた話としては、「積木模様」の評価点の高さは、発達障害（中でも自閉症スペクトラム障害）の「中枢性統合」の弱さを意味するという有名な仮説がある（Frith, 1989）。この例に限らず、評価点の高さ（低さ）がある認知機能の強さ（弱さ）ではないことは少なくない。

二つ目の要因は、情報処理プロセスの問題と、検査への構えの問題を区別できないことにより生じる問題である。評価点の高さ（低さ）は、特定の認知機能の強さ（弱さ）を反映していることもあるが、単に検査への意欲や取り組み方の問題であることもある。例えば、算数が苦手なクライアントが、数字に対する拒絶的な態度を持っており、本来できるはずの「数唱」までできなくなってしまうことがある。この結果を、「聴覚的短期記憶の弱さ」と解釈すれば、的外れの解釈となることは言うまでもない。この点を重視するのは、発達障害では検査への構えが検査結果に大きな影響を及ぼすことも少なくないからである。

三つ目の要因は、他の認知機能による代償的方略を見逃すことによるものである。例えば、「算数」「数唱」は、聴覚的な作動記憶を反映すると想定されているが、発達障害のクライアントの中には、視覚的あるいは運動的な認知機能を用いて代償的に記憶する方略をとるクライアントが少なくないことは、よく知られている。この場合にも、「算数」や「数唱」の強さを、「聴覚的作動記憶の強さ」と解釈したら、的外れな解釈となるだろう。

四つ目の要因は、当然であるがプロフィール分析表は、全ての解釈仮説を網羅したものではないということである。例えば、上述の発達障害に中核的な認知特性である「中枢性統合」の視点は、現在のプロフィール分析表には取り入れられていない。

プロフィール分析表を活用するか否かにかかわらず、知能検査の解釈において大切なことは、数値の意味である。対象となるクライアントのIQ値、群指数、評価点などの数量的な特徴は、クライアントのどのような態度や能力や方略を反映した結果であるのか。どのようなプロセスを経て生まれてきたのかを理解できなければ、心理アセスメントとは呼べないだろう。そのためにこそ質的分析による裏付けが必要になる。

以上、発達障害に知能検査を適応する際の、知能検査の特徴に伴う解釈上の留意点と、プロフィール分析表を機械的に用いて解釈する問題点について指摘した。臨床心理士は、知能検査の特徴と限界、プロフィール分析表の特徴をよく理解した上で、知能検査の結果を解釈する必要があるだろう。知能検査もプロフィール分析表も、その特徴と限界をふまえて用いれば、発達障害の心理アセスメントの有益なツールとなることはいうまでもない。

Ⅲ 知能検査のフィードバック

① フィードバックとは何か？

フィードバックとは、心理検査結果とその解釈を、クライアントや家族にわかりやすく説明することである。心理検査は、支援者側がクライアントを理解するツールであると同時に、クライアン

トの自己理解を支援するツールでもある。心理検査を施行する者は、クライアントの自己理解に資するように心理検査結果を説明する責任を負っている。しかし、心理検査の後者の意味は、あまり重視されてこなかった。その結果、フィードバックを軽視している、あるいはその影響力を甘くみている臨床心理士や医師は少なくない。

フィードバックは、心理検査の妥当な解釈が前提となることは言うまでもない。しかし、妥当な解釈はあくまでも前提条件であり、それだけで支援的なフィードバックができるとは限らない。フィードバックは、単なる「心理検査結果の説明」ではない。その効果から考えると、「心理検査結果を用いた心理療法」と言っても過言ではない。心理療法である以上は、その方法と内容がクライアントに合えば効果的だが、そうでなければ反対にネガティブな影響を及ぼすことが予想される。

フィードバックを行う以上は、心理療法としての効果が生まれるように行われる必要がある。フィードバックの心理療法的効果は少なくとも二つある。その一つは、心理教育的な効果で、自己理解が進むことである。フィードバックをされたことで、「自分のことがよく理解できた」と感じられる必要がある。もう一つは自己肯定感が増すことである。フィードバックを受けて、自分の特徴を肯定できるようになることが求められる。心理検査結果を、どんなに「正しく」「わかりやすく」説明できたとしても、フィードバック終了後に、クライアントが絶望してうなだれて帰っていくようでは、そのフィードバックは失敗である。ある精神科医師は、診察でクライアントの知能検査結果のネガティブな数値を次々と指摘したあげく、悲しみと怒りで抗議するクライアントに対して「本当のことを言って何が悪い」と居直っていたが、こういうフィードバックは論外である。

特に本稿のテーマである発達障害では、発達特性上の制約もあり、自己理解に弱さを持つクライアントが少なくない。また、生育歴上の失敗や挫折体験の多さから、自己肯定感も低いことが多い。加えて発達障害では、「字義通り性」と呼ばれるように、他者の言葉を素直に取り入れずぎてしまう特性もある。フィードバックの内容は、そのまま彼らの自己イメージとして取り入れられてしまう。そのような発達の特性を踏まえて、彼らの自己理解と自己肯定感に資するような、暖かく、ていねいで、わかりやすいフィードバックが求められる。効果的なフィードバックをするためには、以下の点に留意する必要がある。

②フィードバックの内容上の留意点

1.クライアントの主要な問題（主訴など）と関連付けてフィードバックする。

フィードバックの時に、長々と心理検査結果をすみからすみまで説明しようとする臨床心理士がいる。しかし、発達障害に限らずクライアントの情報処理能力には制約があるので、ポイントはしぼるべきである。外せないポイントはクライアントの主訴などの、主要な問題に関連する部分である。

2.問題の要因となるクライアントの特徴は、具体的・限定的に捉える

問題の要因は曖昧にせず指摘した方が、かえって不安は軽減されることは多い。反対に、抽象的で曖昧で漠然とした指摘はよくない。例えば、「発達に偏りがあることが、引きこもりの要因になっています。」などというのは、具体的な支援の方向性が見出せないのよいフィードバックとは言

えない。これが、「イメージーションに弱さがあるために、新奇場面において、自分がどのようにふるまい、どのように対処すればよいのかを、とっさに考えることが難しいようです。そのため、新奇場面に対する不安が強く、社会的な場面への参加が阻まれてしまい、引きこもりの状態が続いています。」という指摘であれば、イメージーションの弱さに伴う不安の強さに問題点が絞られているので、支援のポイントが理解しやすい。

3.問題の克服の資源となるクライアントの特徴を把握し指摘する

クライアントには、問題の要因となる特徴だけがあるのではなく、それを克服する特徴もあるはずである。フィードバックでは、その力も指摘する。引きこもりの青年の例で言えば、「始めたことは投げ出さない」「粘り強い」などの「社会に参加する力」を持っているクライアントもいる。そのようなクライアントに対しては、「〇〇さんのこのような特徴は、今の問題を克服していくときの、リソースですね」と、フィードバックすることができる。

ただし、その青年にとって「社会に参加する」ことが、フィードバックの時点で価値のあることとして感じられていない場合には、その指摘はあまり役に立たない。クライアントにとって価値が感じられる特徴を指摘することが前提となる。

4.問題解決の方法と見通しを示す

問題の要因と、問題を克服する力を具体的に指摘した上で、問題解決の方法と見通しを示すようにする。問題解決の方法は、クライアントがすぐに実行することができ、問題を軽減するために効果があるものでなければ意味がない。上述の引きこもりの例で言えば、イメージーションの弱さに伴う新奇場面への参加時の不安の強さがポイントになる。具体的にはデイケア等の社会的場面に参加する際には、「十分な下見」「プログラムの見学」「参加方法の事前の検討」「リハーサル」「想定外の事態への備え」などが、有効な対処方法として助言できるはずである。このような具体的な助言を、解釈レポートに記載しておくことが望ましい。残念ながら、「実行できない」「役に立たない」「効果がない」助言が記載された知能検査の解釈レポートがあまりにも多い。

③フィードバックの方法上の留意点

1.心理検査結果は原則として開示する

数値等の心理検査結果は、原則としてクライアントに開示すべきである。ところが、結果をクライアントに見せようとならない臨床心理士がいる。特に、結果の数値が悪い時に、クライアントの失望を恐れて数値を隠してしまう。しかし、数時間かけて心理検査を行って、数値も伝えないというのは、クライアントの労力に見合ったサービスを提供しているとは言えない。結果を隠せば、かえって不安になるクライアントも現れる。

2.心理検査結果を理解できるように説明する

心理検査結果は呈示するものの、意味をていねいに説明しない臨床心理士もいる。極端な例では、説明もなしに包括システムによるロールシャッハテストの「構造一覧表」だけを手渡されたクライアントもいた。心理検査は何を測っているのか、心理検査で用いられている専門用語や記号の意味など、結果の意味をクライアントが理解できるように説明する義務がある。

3.心理検査レポートをデータとともに手渡す

フィードバックを、一度聞いただけでは忘れてしまうクライアントもいる。フィードバックの内容を、読み返すことができるように、解釈レポートを作成して、クライアントに手渡すことが望ましい。記憶による混乱が生じることは望ましくないので、解釈レポートとともに、心理検査結果のデータはクライアントに手渡すことが望ましい。

4.心理検査中のリアリティのある体験と、生活上の体験をつなぐように説明する

フィードバックの内容が、クライアントに受け容れられるためにはリアリティが必要である。「正しい」指摘をしても、解釈が受け容れられないことがあるのは、クライアントに実感が伴っていないからでもある。心理検査を使う利点は、そこに疑似的な体験と、体験を通したリアリティのある感覚が生まれることである。心理検査中の実感を伴う体験が、生活上の体験と重なるように自己理解につなげていくことで、説得力のあるフィードバックが可能になる。

5.解釈は押しつけない

フィードバックでは、解釈をクライアントに押しつけない。クライアントの意見を聞きながら解釈を呈示し、必要に応じて解釈を修正することも辞さない。臨床心理士は自分の解釈にこだわらず、クライアントが受け容れられる内容を提案する。臨床心理士の解釈は、心理検査から得た仮説にすぎない。仮に臨床心理士の解釈が「正しい」としても、クライアントが受け容れられない解釈の押しつけは支援的ではない。

6.クライアントの質問には可能な限り答える

フィードバックでは、質問の時間は必ず設ける。質問を受ける時間の長さは、フィードバックに使うことができる時間の長さによっても変化するが、可能な限り十分な時間を用意する。クライアントの質問には、心理検査に関連する事項に限らず、それ以外のテーマについても可能な限り答えるようにする。

7.発達障害の特性をふまえたフィードバックの必要性

上述のフィードバックの方法と内容は、どのような対象にも有効であるが、特に発達障害の特性を意識したものである。特に、発達障害では、曖昧で不十分な情報提供は不安を強めてしまうので、検査結果の十分な開示、ていねいでわかりやすい説明は必須である。加えて、一度聞いただけでは記憶内容が混乱し誤解するクライアントも少なくないので、説明した内容は、全て解釈レポートに記し、必要なデータとともに手渡す必要があることは、既に述べた通りである。

これらの情報提供や説明が不十分であると、クライアント側の不安が強くなることがある。すると曖昧で不確かなまま記憶に残る、しかも気になって仕方がない情報を、インターネット等の専門性が疑われる情報源によって確認しようとする行動が誘発されるリスクが増える。その結果、知能検査とその結果に対する誤解が生じやすくなる。インターネット上では、病院等で受けた知能検査結果の不完全な情報提供や曖昧な説明の意味を探ろうとして、当事者同士が必死にやりとりを行っている。それらのやりとりの内容の多くは、知能検査の基本的事項のレベルにおいて誤りが多く、自己理解にネガティブな影響を及ぼすリスクが高い情報である。

しかし、そのような不正確な情報源に頼らなければならないほど、現在の知能検査結果について

クライアントが受ける説明は不十分である。また、それだけクライアントの「自分や身近な家族の特徴を理解したい」と願う気持ちは、強いものがあるのだと思う。特に、本稿のテーマである発達障害では、特性上そのような気持ちが強いことは、フィードバック上考慮すべきであると考えられる。

④WISC-IVにおける検査情報の取り扱いについて（フロアーからの質問に対して）

本講演の最後に、フロアーから筆者に対して知能検査のフィードバックについての質問があった。WISC-IV移行後は、下位検査を含む検査結果のデータを手渡すことや、下位検査などの説明内容に制約があるのではないかとそのことをどのように考えればよいか？というご質問である。現在の知能検査を巡る動向と、筆者の心理検査のフィードバックに関する意見との相違についての的確なご質問であり、貴重なご意見であったと考える。確かに、WISC-IVでは上述の行為に対して、以下のような制約が呈示されている（WISC-IV刊行委員会、2014）。

- 1) 検査道具、検査問題の開示は認められない。
- 2) 下位検査の結果を詳しく説明することも、検査問題の開示につながる危険性があるので配慮が必要である。
- 3) 検査結果の解釈レポートは、保護者や学校などへの非専門家向けのレポートと、医師や臨床心理士などへの専門家向けのレポートに区別し、専門的な内容が誤解されないように配慮する。
- 4) 検査結果のプロフィールを、保護者にコピーして手渡すことは認められない。
- 5) 下位検査評価点は専門的な解釈が求められるので、下位検査結果の情報提供、説明、解釈レポートへの記載などには、慎重な扱いが求められる。一般的には合成得点までの説明と解釈レポートへの記載が望ましい。

フロアーからのご質問に対する筆者の意見を述べる前に、WISC-IV移行に伴う検査内容と検査結果についての上述の情報提供上の制約によって、以下のような臨床上無視できない影響が生じていることを、まず確認しておきたい。

第一の影響は、保護者に子どもの検査結果を説明する際の方法上の制約である。これまで、臨床心理士をはじめ知能検査を支援に活用する多くの支援者は、子どもの状態像や特徴を保護者が的確に理解することを支援するために、さまざまな臨時的な工夫を重ねてきた。それらの臨時的な実践の工夫の一部は、WISC-IVでは認められないことになる。例えば、保護者同席のもとで子どもに検査を施行し、検査課題への子どもの実際の反応を保護者に観察してもらうことにより、子どもの発達のレベルや特徴を理解していただくとする取り組みは、多くの療育機関において行われてきた。しかし、検査用具の非公開を原則とするWISC-IVでは、このような同席は認められないことになる。あるいは、検査場面に同席しないまでも、下位検査時の検査課題への取り組み方や反応上の特徴などを、フィードバック面接において、ていねいにわかりやすく説明することや、それらを記載した詳細な解釈レポートを作成し、保護者に読んでいただくことで子どもの発達のレベルを理解していただく取り組みも、多くの療育・相談機関や医療機関で積み重ねられてきた臨床実践の一つである。このようなフィードバック面接や解釈レポートの作成も認められないことになる。これらの変更によって予測される問題は、保護者が子どもの特徴を、具体的な行動のレベルで、実感を伴

って理解することが困難になることである。臨床心理士らには、検査場面、検査道具、検査課題を開示も例示もすることなく、保護者に検査結果をわかりやすく説明する工夫や努力が求められることになる。

臨床現場への第二の影響として、知能検査結果情報の非開示が進んでいる点が挙げられる。例えば、WISC-IVにおいて認められている範囲の数値の開示や説明でさえも、「WISC-IVの使用者の責任」を拡大解釈して、開示も説明もしない事例が生じ始めている。これまでも、特に公的機関の中には、知能検査結果の開示や解釈のフィードバックに消極的な相談機関があったが、今回の変更によって「お墨付きを得た」とばかりに、ますます情報提供がなされにくくなることが予測される。

WISC-IVそれ自体の意義に関する議論は脇に置くとしても、WISC-IVへの移行に伴う検査内容と検査結果の情報提供上の制約は、上述のように臨床の場に大きな影響を及ぼす可能性がある。医学的診断名もそうであるように、知能検査結果の数値も、その意味は現実から切り離されて、一種のレッテルとして受け止められやすい。もちろん、WISC-IVでも検査結果を保護者にわかりやすく説明することは強調されており、数値だけを伝えてはならないとされている。しかし、子どもの検査場面を直接観察することなしに、あるいは下位検査の内容や課題への取り組みが具体的に説明されることなしに、検査結果が伝えられてしまうと、保護者はこれまで以上に知能検査の数値を、目の前の子どもの現実から切り離して意味付けてしまいやすくなるだろう。心理検査の最も大切な機能の一つである、保護者の子ども理解を支援するという視点から考えると、検査内容と検査結果についての情報提供の制約が及ぼす影響は、必ずしも肯定的とは言えない可能性があるかと筆者は考えている。

また、WISC-IVで推奨されている検査内容ならびに検査結果についての情報の取り扱い、解釈レポートに示されているように、専門家が知り得る情報と、クライアントあるいは教員などの非専門家である支援者が扱う情報を区別している点が、非常に特徴的である。この点についても臨床的な影響を懸念する。検査内容と検査結果の一部を、専門家のみが知りえていることの臨床的な意味についても議論されるべきと考える。

自分の子どもや自分自身の特徴を、専門家以上に理解しているクライアントは稀ではない。反対に、専門家の方が理解していないことは少なくない。しかし、知能検査の内容と検査結果についての詳細な情報を、専門家だけが独占的に知り得ている状態で、専門家が考えた解釈のみが呈示されたら、クライアントは専門家の見解に納得できない場合でも異を唱えることが難しくなる。あるいは専門家の解釈が間違っているときに、クライアントが間違いに気付くことができず、うのみにしてしまうリスクが増える。

本稿でも述べたように、フィードバック面接では、専門家の解釈を一方的に呈示するだけではなく、クライアントと情報を共有した上で、専門家の解釈の妥当性をクライアントと一っしょに検証することが望ましいと考える。しかし、専門家が知り得ている情報と、クライアントのそれとに大きなギャップがあれば、そのような協同作業が成り立ちにくくなるだろう。このことは、専門家が自分の解釈を、クライアントから学ぶことによって修正する絶好の機会を失わせるという意味で、専門家にとってもマイナスとなることが予測される。

もちろん情報を開示することで、内容を理解できずに誤解してしまう保護者や、検査課題を練習したくなる保護者が現れるリスクも生まれるだろう。筆者も、全てのクライアントに、全ての検査内容や検査結果を開示すべきとまでは考えていない。不安が強い保護者や、検査内容を知ると子どもに練習させたくなる保護者への検査内容の開示は慎重に判断される必要があるだろう。しかし、その情報を必要としている保護者もいるのである。どのような対象に、どのような情報提供が必要となるのかは、極めて高度な臨床的な判断である。それをネガティブな影響のみに注目し、一律に制約をかける措置には、率直に疑問を感じる。

以上のように、WISC-IVへの移行に伴う検査内容と検査結果の情報提供上の制約は、クライアントへのわかりやすい検査結果の説明を困難にする可能性があると考ええる。このような情報提供上の制約は、残念ながら得ること以上に失うことの方が大きいのではないかと危惧する。情報提供上の制約が、クライアントの知能検査結果の、ひいては自己理解（保護者の場合には子どもの理解）の制約とならないことを、切に願うものである。

IVおわりに

発達障害に知能検査を適応する際の解釈上の留意点と、フィードバックにおいてクライアントの特性に配慮すべき点について、筆者の臨床経験に基づく意見を述べた。本稿で主張した知能検査の活用方法や、フィードバックの方法に対する異論はあると思われる。特に、最後に述べた WISC-IV 移行に伴う検査内容と検査結果情報提供上の制約の影響については議論の余地があると考ええる。しかし現状においては、そのような議論や検証自体が十分になされていないように感じている。WISC-IV 移行に伴う情報提供上の制約に対して、臨床心理士らが疑問を感じることもなく、専門家としての見識を持たないまま、知能検査を使い続けることがあるとすれば、そのような臨床的な姿勢こそが、クライアントに不利益をもたらすことになりはしないか、という問題提起の意味も込めて意見を述べた。本稿が、発達障害に対する知能検査の解釈や、フィードバックのあり方についての建設的な議論の一助となれば幸いである。

知能検査は、その使い方によって、クライアントの自己理解や自己肯定感に資する道具となることもできれば、クライアントを傷つける道具にもなる。知能検査ならびにその結果と解釈が、ていねいにフィードバックされ、クライアントの幸福な人生に貢献する道具となることを願って、本稿の結びとしたい。

<文献>

- Frith, U. (1989) Autism explaining enigma. Oxford:Blackwell (富田真紀・清水康夫 (1991) 自閉症の謎を解き明かす 東京書籍)
- 藤田和弘・前川久男・大六一志・山中克夫 (2011) 日本版 WAIS-III の解釈事例と臨床研究 日本文化科学社
- WISC-IV 刊行委員会 (2014) WISC-IV 補助マニュアル 日本文化科学社