

H23 年度問題の解釈 (全 37 問)

作成日 2012.9.3

T's labo 谷口臨床心理研究所 谷口秀樹

No	正解	解釈	項目
1	d	all	心理学史に登場する著名な心理学者などに関する知識の問題です。もっともらしい、明らかに引っ掛けを意識した記述が並んでいますので、簡単そうに見えて実は難しい問題です。
		a	×:うろ覚えだと引っ掛かる問題では? Charcot,J.M は Freud, S が催眠によるヒステリーの治療を学んだ、あのシャルコーです。ただ、ヒステリーそのものが激しい抑圧による意識の解離であり、シャルコーはむしろ催眠を使って、それを開放する方向の治療を研究していたので、記述は間違っています。
		b	×:連合心理学とは Wunt、W の連合主義心理学のことだと思います。Wertheimer,M はゲシュタルト心理学者で、仮現運動を連合主義ではなくゲシュタルト心理学で説明しています。
		c	×:Köhler,W は著名なゲシュタルト心理学者で、チンパンジーを用いた洞察の実験が有名です。
		d	○:これが Thorndike,E.L の試行錯誤学習の記述です。A12-2 参照
		e	×:James-Lange 説は外部刺激の認知が情動を生むという説で、視床を情動の中核とするのは Cannon-Bard 説です。A32-4 参照
2	a	all	これは言語学習に関する問題です。B 以降は幼児の言語発達が専門外な私のにとってはちゃんぷんかんぷんな問題です。
		A	○:Chomsky,N.A(チョムスキー)の変形生成文法理論の考え方です。A51-4 参照
		B	×:子どもは、初期の言葉の意味の学習では、目の前の事物全体の名称であるという制約の元に言語を理解するという Markman,E が提唱した「事物全体制約」が働くそうです。これは、おそらく、記述のような混乱を回避し、言語の習得を促進する効果があるようです。
		C	○:記述のような説があるようです。赤本の解説にある「マザリーズ」とは、大人が乳幼児に話しかける時に自然と発してしまう赤ちゃん言葉のことで、声高で抑揚のついた独特の話し方を言います。
		D	×:幼児の言葉の発達で、似たものを同じ言葉で表現しようとする傾向は聞いたことがあります。この辺りのことが解説で記述されている「分類学的制約」なのでしょう。
7	c	all	性格に関する人名と用語の組合せの正誤を問う問題です。中心は性格検査であり、C33 を分野としています。
		a	×:Allport,G.W は社会心理学者で人格(性格)について研究していますが、その内容は、人格を共通特性と独自性の部分に分けて考えるもののようで、劣等感はありません。C33:15-20b にその記述が出てきています。
		b	×:Cattell,J.M は です。パーソナル・コンストラクト理論とは、Kelly,G.A(A61:1-(4)で出てきます)が提唱した理論で、同じ現実でも解釈は人によって異なり、それは、人が事象の予測を行う上で依拠するものが違うからだと考え、それをコンストラクト(構造体)と呼びました。
		c	○:Eysenck,H.J が性格を外向性-内向性と神経症的傾向の 2 つの次元で捉えようとしたのが MPI です。C33:6 参照。
		d	×:Kretschmer,E の気質分類は、大雑把に言うと、肥満型 — 躁うつ気質、痩せ型 — 分裂気質、筋肉質型 — 粘着気質、といったものです。これを Sheldon,W.H が分類しなおしたのが、内胚葉型・中胚葉型・外胚葉型の分類です。ただ、現在では体形と気質の相関は基本的に否定されていると思います。
		e	×:Spranger,E の性格論は、人は理論、審美、経済、宗教、社会、政治の 6 種の価値の何れを志向するかにより類型化されるとし、外向-内向の概念は出てこないようです。

13	b	all	脳の機能の問題です。	A42
		a	×:海馬の良く知られている機能は、記憶の転送に関するものです。記憶の転送には情動が関係していたり、気分障害などで海馬の萎縮が言われますが、海馬が刺激の情動的評価に関係しているわけではありません。	
		b	○:扁桃体が、情動的な出来事に関連付けられる記憶の形成と貯蔵における主要な役割を担うとされています。	
		c	×:線条体は、意思決定などにも関わると考えられているようですが、運動機能への関与が最もよく知られています。	
		d	×:脳幹網様体とは、脳幹の背面にある、まばらな細胞体の間を網目状の神経線維が結んでいる構造体で、脳の覚醒レベルのコントロールに関わっていて、呼吸および循環の中枢であり、生命維持に不可欠な機能を担っています。	
		e	×:小脳は脳の後方下部にあって、極めて原始的な脳の部分です。主要な機能は知覚と運動機能の統合であり、平衡・筋緊張・随意筋運動の調節などを司っています。	
15	d	all	これは統計に用いる数値の尺度の問題です。	E11
		a	○:名義尺度は、便宜上付けた数字なので平均値を求めても意味がありません。	
		b	○:順序尺度では、ただ並べているだけなので、数値の平均値や標準偏差を出しても意味がありませんが、中央値(メジアン)は、平均値のような意味を持ちます。	
		c	○:ノンパラメトリック検定とは、名義尺度や順序尺度のような、母集団の正規分布を仮定できない場合の検定方法です。	
		d	×:統計的な演算が可能で、温度がこれにあたります。ただし、絶対原点が無いので、比率計算はできません。例えば、30℃は10℃の3倍ではないということです。	
		e	○:比率尺度は重さや長さなどのことで、あらゆる演算が可能です。	
18	e	all	ソーシャルサポートの問題です。	A31
		a	×:心理的影響が身体的な健康への効果を及ぼすことは、いろいろな面から実証されていることです。	
		b	×:これは微妙で難しい問題です。ただ、こういった「いかに強力なものであっても・・・」のような書き方は、国語的に×の選択肢となるのがほとんどです。 問題の解説では、「中程度のストレスまでは効果があるが、ストレスレベルが非常に強くなると効果が失われてしまう」とあります。災害支援などで激しいトラウマティックな体験を受けた方には、メンタルな面でのソーシャルサポート的な対応は場合により悪影響があるという記事(WEBで「トラウマにおけるソーシャルサポート」と入力すると出てきます)がありますが、この記事でも、良質なソーシャルサポートは長期的に見て有効と書いてある気がします。要は、「そっとしておいて欲しい」時期があると言う事でしょうか?	
		c	×:よく考えると言葉が判り難いです。「心理的健康度の予測力の高い」という表現は私には実はわかりません。恐らく「有効なものは？」という意味だと解釈して続けます。サポートは客観的な実施の有無よりも、「自分には支えがある」という認識が、ストレスへの対応に有効に働くと思います。従って、実行よりも知覚が重要です。	
		d	×:情緒的サポートと道具的サポートです。情緒的サポートとは、共感的に話を聴く事で癒されるようなことで、道具的サポートとは、必要なモノや情報を提供することです。	
		e	○:ソーシャルサポートには、高いストレスに対して健康度の低下を軽減するという緩衝効果と、ストレスの高さに関係なくストレスの影響を軽減する主効果(直接効果)の両方があります。	
19	b	all	これは社会心理学における集団的浅慮(せんりょ)の概念の問題です。集団的浅慮とは集団思考とも呼ばれるもので、米国の心理学者 Janis、L.I が米国の大統領と	A61

			アドバイザーで行われる不合理あるいは危険な意思決定を分析して提唱したものです。	
		A	×:ネガティブな側面を言い表す概念で、幅広い考えが起きるとは言っていません。	
		B	×:不合理で理性的でない危険な決定がされます。	
		C	○:団結力のある集団が、構造的な組織上の欠陥を抱えながら刺激の多い状況に置かれると陥りやすいと Janis、L.I は指摘しています。	
		D	×:むしろリーダーの頑固な意志を追認する方向に行くようです。	
20	b	all	三隅の PM 理論の問題です。	A61
		A	×:2 つの地位構造ではなく機能(目標達成機能と集団維持機能)です。	
		B	○:PM 型が一番生産性が高く、pm 型が一番低いとされています。	
		C	○:これは小耳に挟んだことがあります、どこかに記述がないかと探してみましたが見つかりませんでした。因みに、フォロワーとは「付いていく者」ということでグループのメンバーのことです。	
		D	×:条件即応的アプローチは Fiedler(条件即応モデル)です。PM 理論は解説によると行動論的モデルだそうです。	
23	c	all	境界性パーソナリティ障害(BPD)の DSM-IVに基づく鑑別の問題です。一般的に BPD を最も特徴付ける症状は A と D です。	B21
		A	○:DSM-IVの症状の記述の第 1 項です。	
		B	×:DSM の BPD にはこの記述はなく、解説にあるように失調型 PD の 3 項目目に出てきます。なお、境界性 PD ではなく境界例と言う場合には失調型 PD も含まれるようです。	
		C	×:これは妄想性 PD の 3 項目目の記述です。	
		D	○:DSM-IVの症状の記述の第2項です。	
25	a	all	これは自我機能の問題で、A72 の自我心理学で扱いますが、B は D23:防衛機制、D は B21:境界性 PD で扱います。	小問
		A	○:「自律的な自我」は自我心理学派の Hartmann,H の考え方です。	A72
		B	○:やり直し(undoing)は打ち消しのほうが一般的です。やり直しも反動形成も逆のモノで受け入れがたい行為や思いを相殺しようとするもので、それが強迫行為に結びつきます。	D23
		C	○:統合機能とは Freud,S の精神分析における構造論の超自我からエスまでを統合する機能で、それを自我(エゴ)が担っているという考えだと思います。そして、その機能不全が統合失調症と考えられます。ただ、こういった概念は意外な事にどこにも載っていません。	A72?
		D	×:境界性 PD と統合失調症の大きな違いが、現実検討能力を保っていることです。	B21
26	e	all	ロ・テストの知識問題です。	C11
		A	○:F%が高いということは、感受性の多様化が充分でなく、感情や想像力の乏しさと繋がっています。	
		B	×:人間反応の(H)過剰は、人間関係に過敏で自意識過剰を意味すると考えられています。	
		C	×:擬人的な動物の運動は FM ではなく M(人間運動反応)とされます。	
		D	○:P≤3 は、一般的なものの捉え方とのずれが大きく、正常な対人関係が持ち難いとされます。	
28	b	all	質問紙法に関する問題で、それぞれのテスト法のところで扱います。	小問
		A	×:D 系統値が高いのは、前半が低く後半が高い右下がりのプロフィールです。記述は、その逆の E 系統値が高いプロフィールになります。	C32
		B	×!:これは難問(むしろ愚問?)です。何とか MAS 不安尺度が MMPI から来ているぐらいは知識としてあるかもしれませんが、MMPI 自我強度尺度は使った人以外は知らないのではないのでしょうか? まして、代表的なものに自己愛性尺度が無いことを「知っている」	C31

			のを要求されても困ってしまいます。	
		C	○!:これは微妙な記述(悪問)です。確かに日本版には虚偽尺度が入っていますが、オリジナルにはありません。従って、実は○も×もありの設問です。	C33
		D	×:エゴグラムはEric Berneの交流分析から来ています。Kris,Eはエゴはエゴでも自我心理学のエゴです。	C33
29	b	all	これは言語を用いる投影法に関する問題です。	C14
		A	○:SCT は基本的には記入により行いますが、被検者が筆記困難な場合には、口頭で反応してもらう方法も可能なようです。	
		B	×!:確かに言語連想のコンプレックス指標には笑い等が含まれるようです。また言語連想法の概念を理解できていれば推測もできます。しかしかなりマイナーな内容であり、今 Jung の言語連想法を試験問題に持ってくるのはどうかと思います。	
		C	×:P-F スタディは Rosenzweig,S が作成したものです。なお、この問題は B の言語連想テストが実は Jung が作成したものではないことと関連する出題と推測されます。	
		D	○:P-F スタディの責めに対する欲求不満場面において、自罰を避けるために他罰的に否認したり、避け得なかった理由をあげて責めを否認する反応が超自我因子と定義されています。	
32	c	all	風景構成法の問題です。	C13
		A	○:枠は被験者を守る意味と、表出を促す意味の両方があるといわれています。被験者の目の前で枠を記入するのが基本のようです。	
		B	○:色々なアイテムを使って「風景を構成する」検査ですから、「全体を一つの風景になるように」と教示します。	
		C	×:原法ではサインペンを使い、クレヨンで彩色をします。	
		D	×:絵を描く基本と同じで、遠くて大きなアイテムから始まって、徐々に近くて小さなアイテムに移って行きます。	
34	d	all	ロ・テストのスコア解釈の問題です。今までの事例問題に比べると、極めて基本的で判りやすい内容となっています。	C11
		A	○:体験型を問う問題です。 $M < \sum C, FM+m < Fc+c+C'$ で顕在的にも潜在的にも外拡型で、現実(外からの刺激)に反応して行動します。	
		B	×:FC→CF→Cの順に情緒的統制が弱くなるとされ、FC:CF+C=1:5は情緒的統制が弱いといえます。解説では、 $F+\% > \sum F+\%, R+\%$ からもそのことが伺えると記載されています。これは、Cの入った右の指標で形態水準が下がることを言っています。	
		C	×:W<Dから理想家よりも現実的と判断します。	
		D	○:P=7,F+=92%は、ごく常識的な人物を連想させます。	
37	c	all	TATに関する問題です。	C14
		a	×:日常的に実施されているロ・テストと比べ、TATが使用されるのは希だと思います。	
		b	×:「用いることは無い」が間違っています。「あまり用いられない」であって、少なくとも考案者のMurray,H.Aは厳密なスコア法を用いていましたし、他にも解釈システムを提唱した人がいるようです。	
		c	○:図版の選択は自由です。このことから、基本的には系統的にスコアリングする方法ではないことが窺えます。	
		d	×?:これは正解のcがわかっていないと、間違えて○としてしまうかもしれません。解説ではMurstein,B.Iが、TATでは人物の多義性が被験者のパーソナリティをよりよく投影することはないと言っているようです。Murstein,B.Iは色々調べてみても配偶関係の理論を提唱したことは出てきますが、TATとの関わりはできませんので、普通は、こんなことは知らないと思います。一方で、投影法では一般的に曖昧なものほど被験者のパーソナリティが投影されやすいとされています。従って、○としても無理はないと思います。	

		e	×:創始者は Maslow,A.H ではなく Murray,H.A です。firstname や middlename まで似ているので、うっかりミスをする可能性がありますね。なお、解説にあるように、現在は Murray,H.A の欲求-圧力理論による解釈というよりは、自由といえば聞こえがいいですが、悪く言えばいい加減に使われている気がします。	
38	c	all	信頼性と妥当性の基本問題です。	E12
		A	×:これは信頼性の記述です。妥当性は「意図したものを測定しているかどうか」です。	
		B	×:これも信頼性を評価する方法で、折半法は内的整合性、再検査法は再現性を評価します。	
		C	×:信頼性と妥当性は独立した概念です。	
		D	○:妥当性の 3 つの基本的な側面です。	
40	d	all	心理アセスメントとありますが、これはテストによるアセスメントを意味していると思います。	C44
		A	×:素直に考えれば良いと思います。CI の問題解決のためのアセスメントですから、適切にフィードバックすれば来談意欲を高めます。むしろ、来談意欲を高めるような説明の仕方が大切といえます。	
		B	○:当然です。投影法では「CI が何を感じているか」を共感的に受け取れないと CI を理解することは難しいと思います。	
		C	○:これも当然ですね。課題だけ指摘されたらウンザリします。良いところに目を向けてくれて初めて CI は「この人は自分をわかってくれる」と思えます。	
		D	×:場合によりますが、家族や周囲のサポートが期待される人にもフィードバックがされる場合があります。その場合は、CI の利益になること、CI の意に反していないことといった倫理的問題をクリアする必要があります。	
50	a	all	発達障害に関する問題です。各々の項目で扱います。	小問
		A	○:「高機能自閉症」とは、知能レベルとしては問題が無い自閉症スペクトラムを表現したものです。	B41
		B	○:確かにそうです。例えば識字障害であれば、字を読む時期になって初めて障害が顕在化します。	B43
		C	×:一般的な分類は、軽度:IQ50-69、中度:IQ35-49、重度:IQ20-34 となっています。	B43
		D	×:これは嫌な問題ですね。DSM-IV でも ADHD は注意欠陥／多動性障害ですから、不注意と多動性と思ってしまいますが、多動性は多動性-衝動性を併せたものであり、衝動性が抜けています。覚えておかないと間違えてしまいます。	B42
53	c	all	共感に関する問題です。CD は分類がしにくく A72:精神分析の系譜で扱います。	小問
		A	×:Gendlin,E.T の基本的な概念は体験過程であり、これは非言語的です。彼の創出したフォーカシングでは、リスナーがフォーカサーの体験過程のイメージの表現を共感的に聴いて行きます。	D19
		B	○:Rogers,C.R のセラピスト 3 条件の一つが「共感的理解」ですが、これが「あたかも・・・のごとく」と表現されるものです。Co は CI の他者としてこのように共感できるということです。	D18
		C	○:解説には、共感について「他者の中にあって我々に自我にとっては本質的に異質なものを理解するのが、その最大の役割である」とする Freud, S の考えが示されています。この考えは「異なる他者の理解」という上で、B と共通する面があると思います。	A72
		D	○:Kohut,H の自己心理学は難解で私にはよくわかりません。心理臨床大辞典の第 2 部の 17 に詳細な記述があるので、関心のある方は確認してください。この 2 ページ目に自己の発達には親の共感が必要と記述があります。	A72
58 【事例】	c	all	58-60 は夜驚症と呼ばれる幼児の睡眠中の異常行動に関する事例の問題です。58 は相談者からの電話受付時の対応の問題ですので、D21 の中のインテークの一部として扱います。	D21
		A	○:このような本人以外からの相談では経緯の確認が重要です。特に、このケースでは親を	

			飛ばしていることが気になります。	
		B	○:Aの延長として、問題の当事者の意思の確認も必須です。	
		C	×:これは微妙な表現です。小児科の診察を受けるのも一つの手手段かと思いますが、当事者が病院には抵抗があれば、カウンセリングに来てもらって、その上で必要がありそうなら医療を勧める道もあるので、「まずは」という表現が×ということでしょうか。	
		D	×:そんなことはありません。事情があれば、解説にあるように親の同意を得て親以外が相談に来ることもありますし、もっと言えば、CIを祖母と考えれば、祖母の悩みをコンサルテーションとして相談するというスタンスもあると思います。ただし、その場合は、どこかで面談の主旨を明確にする必要があるかもしれません。	
59 【事例】	a	all	59はDさんと母親が親子並行面接(こどもはプレイセラピー)となった時の母親面接での対応の問題です。事例の説明で「Dさんと母親が来談することになった」とありますので推測できますが、本当は、もう少し丁寧な記述があっても良い気がします。こういった、一部曖昧だったり記述が抜けていることはよくあることです。 並行面接の問題としてD21で扱います。	D21
		A	×:並行面接で一方の面接内容を他方に伝えることは原則しません。幼児といえども一人の人格として尊重することが基本です。・・ただ、私は、現実の事例では、双方の利益になると判断した場合に自分の責任で一部の内容を伝えることがあります。	
		B	○:適切な知識の提示(心理教育)はCIの不安を軽減し、Coと一緒に問題に取り組む意欲を与えられます。	
		C	○?:こういう設問が一番困ったものです。「寝ぼけ」に必要以上に神経質になる必要は無いとCIに伝えることは理解できますが、「Dさんが会話をゆっくり楽しめるだろう」というのは意味不明です。誰と???どこで???。もうちょっとマシな表現の仕方があるはずですが。こういう困った設問は、本来なら事前に修正されるべきだと思うのですが・・・。	
		D	×:Coが可能性として頭の隅においておく必要はあるかもしれませんが、親が言い出せば聴いて行きますが、Coから言い出すことは基本的にしません。	
60 【事例】	c	all	60はDさんのプレイセラピーに関する問題です。	D13
		a	×:プレイセラピーにおける行動は、大人が面談で話すことと同じです。大人の面談で危険だからと攻撃的な表現を制限したりしないように、プレイセラピーでも、行動が病的な退行や自他を傷つけるような破壊的なものでない限り制限しないと思います。	
		b	×:ここは元気付ける場面ではないと思います。重苦しい雰囲気はCoも共に味わうことでCIを支える場面です。	
		c	○:同上。	
		d	×:明らかな誘導で、Coの解釈をCIに押し付けています。	
		e	×:この段階では何を埋めているのかわかりません。というか、恐らく多義的で抽象的なものであり、最後までCoはわからなくて良いと思います。	
61	e	all	土居健郎の「甘えの構造」の問題です。私は残念ながら読んだことはありませんし、今のところ読もうという意欲もありませんが、それでも常識的に何とかついていける問題です。精神分析の中での位置づけと考えてA72で扱っています。	A72
		A	受身的対象愛:土居健郎の「甘え」とBalint,Mのこれが類似していると言われているようです。Balint,Mという基底欠損といった単純な暗記をしていると、「基底」という言葉に引っ掛かってしまう問題かもしれません。Balint,Mの基底欠損は、ごく幼児期の親からの愛情(これが受身的対象愛?)が十分に満たされなかったがゆえに生じる「根本的な欠損(不安)」だと私は理解しています。	
		B	とらわれ:解説には「甘えの構造」でこのことが述べられているようです。「甘えたくても甘えられない」葛藤は、「生への欲望」より「とらわれ」がしっくりきます。	

		C	自我心理学:Hartmann,H は自我心理学を確立発展させた人です。	
		D	対象関係論:Fairbairn,W.R.D、Klein,M といえば対象関係論です。間主観性理論とはフッサールの現象学ででてくる用語で、Binswanger などの実存心理学の背景にあるものです。	
68	b	all	クライアント中心療法の問題です。	D18
		A	○:CI の不一致が入っています。不一致とは経験と自己概念が一致しないことを言います。	
		B	○:そうです。問題文の記述の 3 条件がセラピストの 3 条件です。	
		C	○:6 番目の条件がこれです。	
		D	×:当たり前のことですが、少なくともある程度継続しないとパーソナリティの変化は無理です。	
71	e	all	悲嘆(greif)カウンセリングつまり、グリーフケアの問題です。20-20 と同様に扱う場所がなく D23 に入れます。	D23
		A	×:対象喪失の受容といえばよいと思います。この受容には、諦めの面もありますが、「XX はいつまでも自分の中で生き続ける」といった側面もあります。	
		B	×:すぐには無理ですが、いずれ現実検討しないと喪失を受け入れられないと思います。	
		C	○:現実「仕事／生活が自分を支えてくれる」といった言い方をされる方が多いと思います。解説では dual process model と記述されています。	
		D	○:確かに、罪悪感は悲嘆の中に埋没してしまう方向に人を向かわせる気がします。	
75	d	all	森田療法の問題です。	D1E
		A	×:森田療法で言う精神交互作用とは、不安障害における予期不安や強迫観念のようなもののようです。治療対象は「森田神経症」と定義されるもので、不安神経症のようなものと思います。	
		B	×:ヒステリーは対象外です。	
		C	○:森田療法では「ヒポコントリー性基調」とは、神経症者が生来的に持っている、幼少期の体験の影響を受ける神経質傾向とされています。	
		D	○:これが森田療法の治療姿勢です。そのために絶対臥じく療法とよばれる入院療法が行われます。	
76	e	all	内観療法の問題です。	D1E
		a	×:内観療法では指導者以外と話をすることは無いようです。	
		b	×:罪の意識を受け入れることから感謝の気持ちに変化していくので、指導者はそれを払拭するような積極的な関わりはしないようです。	
		c	×:いわゆる「身調べ」は過去から現在に向かって行われます。	
		d	×:1954 年から刑務所や少年院といった矯正施設で積極的に導入され、効果を挙げているようです。	
		e	○:記述どおりで、淡々と身調べを行います。	
77	d	all	これは純粋な行動療法に関する問題です。	D11
		a	×:長期間エクスポージャーとは PE 療法の呼ばれ、詳しいことはわかりませんが、リラックス法などを取り入れながら 90 分のトラウマチックな刺激への暴露を繰り返す療法のようです。それに対して複雑性 PTSD とは児童虐待などで長期間の反復的なトラウマ体験による PTSD で、こういう患者に PE 法を用いることには私も疑問を持ちます。ただし、JSTSS という学会では、こういった範疇の患者にも有効と言う記事が載っています。 http://www.jstss.org/topic/treatment/treatment_38.html	
		b	×:系統的脱感作法は一般的には不安障害の治療に用いられます。	
		c	×:社会技能訓練(SST)は社会適応の訓練であり、不安障害の一つである広場恐怖には不向きです。	

		d	○:暴露反応妨害法は刺激に暴露しながら、強迫行為をさせない治療法で、強迫性障害のための治療法です。	
		e	×:トークン・エコミー法はトークンを報酬とする SST の方法で、意志でコントロールできないトレット障害のチェックへの対処には不向きです。	
83	a	all	精神保健福祉法(通称)における入院措置に関する問題です。	E22
		A	×:第 5 条に「この法律で「精神障害者」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。」とあり、パーソナリティ障害の記述はありませんが、その他の精神疾患に含まれると考えられます。	
		B	○:措置入院の手続きを待てない場合に精神保健指定医 1 名で 72 時間措置入院させられる緊急措置入院があります。	
		C	○:精神障害の疑いのある者についての指定医の診察や保護の措置は、誰でも都道府県知事に申請できます。	
		D	×:医療保護入院は本人の同意が無くても保護者の同意があればできます。	
86	e	all	これは H18 年に公布施行された自殺対策基本法の基本理念(第 2 条)の問題です。	E23
		A	×:第 2 条に個人的問題ではなく社会的な要因が背景にあり、その対応に取り組むことが明記されています。	
		B	×:第 2 条 2 項には、「自殺対策は、自殺が多様かつ複合的な原因及び背景を有するものであることを踏まえ、単に精神保健的観点からのみならず、自殺の実態に即して実施されるようにしなければならない。」と記述されています。	
		C	×:第 2 条 3 項には「自殺対策は、自殺の事前予防、自殺発生の危機への対応及び自殺が発生した後又は自殺が未遂に終わった後の事後対応の各段階に応じた効果的な施策として実施されなければならない。」とあり、3段階が定義されています	
		D	○:第 2 条 4 項には「自殺対策は、国、地方公共団体、医療機関、事業主、学校、自殺の防止等に関する活動を行う民間の団体その他の関係する者の相互の密接な連携の下に実施されなければならない。」とあります。	
90	a	all	少年法の問題です。	E21
		A	○:成人の取調べに当たるのが家庭裁判所調査官の調査で、その中には少年鑑別所における観護(第 2 種観護)もありますが、何れの場合も調査官による調査のための措置です。	
		B	×:上述のように少年鑑別所は診断を含む調査のための場所ですから矯正教育や指導的な行為は行われません。	
		C	×:鑑別は、成人の精神鑑定とは異なり、犯罪の背景や矯正の可能性を探るものであり、責任能力を明らかにするものではありません。	
		D	○:少年法 22 条 1 項の文言であり、16-82D でも出題された内容です。	
92 【事例】	d	all	92-93 はアスペルガー障害を思わせる少年の事例問題です。 一見まともそうな問題ですが、解説を出題者の意図の混乱があり、どういう経緯かわかりませんが、データが非常にチグハグに提示されています。悪問と思いますので、参考程度に見ておくことをお勧めします。解答の正否には拘らないでください。 92 は WISC-Ⅲの読み方の問題ですが、どうも問題文と解説を読んでいると、評点のグラフは後から付け足されたもののようで、解説ではグラフには一切言及されず、事例記述及びアスペルガーの特徴と問題文の整合性にのみ言及されています。肝心の正解○のdが事例記述とアスペルガーの特徴からだけでは正解と言い切れないので、グラフが付け足されたのではないでしょう	C22
		a	×:アスペルガー障害は自閉症スペクトラムに属しコミュニケーション能力の問題が言われるため、言語能力が低いと思っている人もいるかも知れませんが、むしろ言語性 IQ の方が高い事	

			の方が一般的で、この検査データもそうになっています。(左側の言語性の項目の方が高い)。ただし、アスペルガーの言語性は辞書を検索して応答している印象が強いのが特徴です。	
		b	×:アスペルガーは軽度発達障害であり、項目間差が出ます。この事例でも、評価点に最大8の差があり「大きな差がある」と言えます。(平均から±4点ほどずれれば、先ず5%有意な差があると思います)	
		c	×:高機能自閉症とも呼ばれIQ>70が基本です。この事例でも、恐らくIQは80ぐらいありそうです。	
		d	○!:これは困ります。記述やアスペルガーの特徴からだけではこういった内容は断定できないと思います。グラフは群指数で整理されていないので、群指数の構成を暗記している人でないと答えられません。「知覚統合」は絵画完成、絵画配列、積木模様、組合せで構成されている群指数で、異常に低い積木模様と組合せがこの群指数の半分を構成していますので、「知覚統合」だけが低下していると思われます。	
		e	×:「算数」は全体から見ると平均ぐらいに位置します。	
93 【事例】	b	all	93は設問の意図がよくわからない問題です。第一、肝心の人物画の内容も検査所見も具体的な記述がないまま、問題が始まっているのは明らかな欠陥です。D31で扱います。	D31
		a	×:人物画に関する解釈は妥当な感じですが、それがいじめが存在した証拠にはなりません。	
		b	○!:これはあり得ます。不器用さを担任が理解してくれて対処してくれると、この子は過剰なストレスを感じなくて済む可能性があります。なお、解説では、あたかも人物画があるような記述となっていますので、この問題は、作成された段階ではWISC-Ⅲのかわりに人物画があったのかもしれませんが。	
		c	×?:うん??? 解説と問題の○×が変です。解説にあるように、大体小学校の4年生頃からコミュニケーションの問題が表面化し、トラブルが生じてくることがよくあると思います。だから・・・? 解説には「いじめ」ではなく一過性の反応として、周囲の理解を求める支援体制を整備することが必要」とありますが、これが、どう問題文と不整合になるのかわかりません。むしろ、「一時的な問題」というよりは顕在化し始めた段階と捉えて説明すべきではないかというのが×の理由になるように思いますが・・・どうでしょうか?	
		d	×:これはADHDの場合を仮定して判断するのか、ADHDかどうかを判断するのが曖昧な設問になっています。結果的には両方とも不適切ですけどね・・・。	
		e	×:??? 意味不明です。人物画はアセスメントのはず。明後日の方向に話しが行っています。	
94 【事例】	b	all	94-96は摂食障害の事例問題です。94は摂食障害の鑑別です。 摂食障害の神経性無食欲症(Anorexia Nervosa)と神経性大食症(Bulimia Nervosa)の一番の鑑別ポイントは低体重(標準体重の85%以下)とそれによる無月経です。標準体重は身長150cmで49.5kg、160cmで56.3kgですから40kgを切るかどうか辺りに目安があり、CIのIさんは神経性無食欲症になります。神経性無食欲症でむちゃ食い／排出行為が1回でもあるかないかで、制限型かむちゃ食い排出型かが決まります。Iさんはこの結果b:神経性無食欲症のむちゃ食い／排出型になります。	B52
95 【事例】	b	all	95は心理検査の拒否の問題であり、扱う所がないのでC44でまとめます。	C44
		A	×:心理検査は、あくまでもCIの意志によるCIのためのものであり、拒否する権利があり、受けないから不利になることはありません。	
		B	○:「受けない」という行為が、面談の糸口となる可能性があります。	
		C	×:これもAと同じです。検査はテスターのためのものではありません。	
		D	○:Aに記述したとおりです。	
96	e	all	96はいわゆる「躁転」の問題です。摂食障害は、抑うつを伴いことが多く、Drは抗うつ薬を	B12

【事例】		処方することがありますが、パーソナリティの問題を抱えていて、躁転して双極Ⅱ型となるリスクは高い気がします。一般的には3環系抗うつ薬の方がSSRIより躁転しやすいとされているようですが、SSRIの躁転のし易さの問題は、まだ議論の途中のようです。摂食障害のCIですが、内容は躁の問題でありB12で扱います。	
	A	×:摂食障害において食事のことはなるべく焦点化しません。	
	B	○:明らかに躁状態ですから、この後に急速にうつになり、その過程で発作的に自殺するリスクがかなりあります。	
	C	×!:議論のある問題です。こういった論調もありますが、現在の定説では3環系の方がむしろ躁転しやすいということでしょうか。なお、このケースでは、既に躁が出てしまっていますから、ここではリチウムやパルプロ酸といった気分安定剤が用いられるべきです。また、残念ながら現在ではCoはこういったことを医師に求めることはできません。	
	D	×:これは躁転であり、改善ではない可能性が非常に高いと思われます。	