

心理士中級試験範囲一覧

第1分野	臨床心理士の倫理について(1)	臨床心理士倫理綱領
第2分野	心理検査(アセスメント)(35)	アセスメント実施
		病態水準の把握
		心理検査の効用と限界
		検査指示箋(外来・院内)
		心理検査の実施、所見作成までの流れと実施
		質問紙法:SDS 実施と判定
		質問紙法:CMI 実施と判定
		質問紙法:MIP 実施と判定
		質問紙法:MMPI 実施と判定
		質問紙法:Y-G 実施と判定
		質問紙法:MAS 実施と判定
		質問紙法:TEG 実施と判定
		投影法:ロールシャッハテスト 実施と解釈
		投影法:P-Fスタディ 実施と判定
		投影法:SCT 実施と解釈
		投影法:風景構成法 実施と判定
		投影法:バウムテスト 実施と判定
		投影法:HTTP 実施と解釈
		作業法:内田クレペリン検査 実施と判定
		知能検査:WAIS-R 実施と判定
		知能検査:WISC-R 実施と判定
		知能検査:Kohs立方体 実施と判定
		知能検査:鈴木ビネー検査 実施と判定
		痴呆検査:HDS-R 実施と判定
		痴呆検査:MMS 実施と判定
		痴呆検査:WMS-R
		神経・生理学的検査:BGT 実施と判定
		神経・生理学的検査:Benton視覚記銘力検査 実施と判定
		神経・生理学的検査:KTSA 実施と判定
		テストバッテリーを組む
		結果の処理
		所見作成
		被験者へのフィードバックの実施
		主治医へのフィードバックの実施
		看護婦・介護・作業療法士へのフィードバックの実施
第3分野	心理療法(17)	インテーク面接の実施
		治療目標と見立て
		入院:心理療法の治療構造(時間、場所)の設定
		外来:心理療法の治療構造(時間、場所)の設定
		導入時について動機づけ
		主治医との連携
		病棟スタッフとの連携
		秘密厳守
		心理療法における基本姿勢
		患者様の依存欲求への対応
		患者様の行動化への対応
		直感・共感能力の研鑽
		各療法と技法
		記録の仕方
		終結
		ケース中断時の対応
		キャンセル時の対応
第4分野	SST(6)	SSTの実践
		リーダー役割
		コ・リーダーの役割
		新人研修の実施
		新人及の実施
		総括とアドバイス

第5分野	アルコール依存症治療プログラム(6)	アルコール依存症の病理把握(心理検査の実施)
		ゼロの会の実施と記録
		ゼロの会実施後のアフターミーティング・スタッフミーティング
		断酒会長の講演の段取り
		治療プログラム構成への協力
第6分野	回想法(2)	断酒会とA.Aの説明
		回想法実施
第7分野	精神疾患の基礎知識(11)	評価と目標設定
		外因性の精神障害
		精神分裂病
		非定型精神病
		躁うつ病
		痴呆性疾患
		アルコール依存症
		摂食障害
		神経症
		人格障害
		精神発達遅滞
第8分野	精神疾患の対応(11)	PTSD(心的外傷後ストレス障害)
		外因性の精神障害
		精神分裂病
		非定型精神病
		躁うつ病
		痴呆性疾患
		アルコール依存症
		摂食障害
		神経症
		人格障害
		精神発達遅滞
第9分野	チーム医療(1)	PTSD(心的外傷後ストレス障害)
		部署内および他部署との連携
第10分野	院内スーパーバイズ(4)	
		実施願い作成
		部屋予約、謝金手配
		ケース発表
		報告書作成
第11分野	臨床心理的地域援助(4)	基本的な技術の把握
		危機介入法
		コンサルテーション
		地域社会での援助組織や社会的組織づくりの方法
第12分野	臨床心理学的研究・調査(1)	事例研究法
第13分野	物品発注(3)	各種心理検査用紙発注
		アルコール依存症治療プログラムの本の発注
		アルコール依存症の治療プログラムファイルの発注
第14分野	採用試験の判定(1)	Y-Gとクレペリンの判定

	中級 第1分野 臨床心理士の倫理について	
1	臨床心理士の倫理について	
	解説	プライバシーの保護、接近権と自己決定権、還元業務、臨床家自身の健康管理がある。プライバシーの保護について、面接以外でのことが第三者に語られる場合は、本人への了解を得てから行う。自己決定権は、医療で言う、インフォームド・コンセントである。心理検査やカウンセリングについての目的・方針などは説明の義務がある。時として、クライアントはアグレッシブな雰囲気セラピストに求めてくることが多い。これは現状への不安が統制しきれないむなしさや苛立ちの情感に乗せられて吐き出してくる。これらのクライアントの心の揺れを見ながら、共同の意思決定を作り上げてく。ここはセラピストの力量がもろに反映される場所である。還元義務は、テストの結果や情報の伝達を公平に行うようになる。臨床家自身の健康管理は、常に心のバランスを心がけておかねばいけない。
	例題	臨床心理士の倫理の項目をあげてそれぞれ簡単に説明せよ
	解答	プライバシーの保護について、面接以外でのことが第三者に語られる場合は、本人への了解を得てから行う。自己決定権は、医療で言う、インフォームド・コンセントである。心理検査やカウンセリングについての目的・方針などは説明の義務がある。還元義務は、テストの結果や情報の伝達を公平に行うようになる。臨床家自身の健康管理は、常に心のバランスを心がけておかねばいけない。

第2分野 心理検査(アセスメント)		
解説		●心理検査の歴史は、開発された時代において「選別」の道具として使われてきた時期がある。しかし心理検査が、「人を知りたい」という欲求の元に発展してきたものである。よって、「人を知る」というはあるが、心理検査はあくまで一つの道具であり、いかに多くの情報を集めるかというよりかは、いかに多くの情報を読み取るか問うことを念等において行うのがアセスメントである。アセスメントの観点は以下に述べる。 1、クライアントの現在の状況はどうか？・・・問題の背景にはどんな心理的・環境的要因があるか。現在の生活の様子はどうか。自分の心理的問題を自覚し理解できるかどうか。 2、クライアントのパーソナリティのあり方・・・心の発達やアイデンティティ、自己統制力や防衛機能、作業発達能力、葛藤の処理の仕方。 3、対人関係のあり方。・・・対人関係を維持する機能、家庭関係や環境の実態とその子にあるかもしれない問題。 4、可能な支援法と本人の意欲をみる。 アセスメントの目的は、診断に役立つ客観的な情報をえるため、治療方針に役立つ情報をえるため、治療効果の測定のため、患者様の家族に患者様についての理解を深めるため、患者様の社会復帰にあたり、職業適性や職業的興味を知るためになどがあげられる。 方法としては、道具・・・観察法、心理検査、構造化面接等種類がある。主に当院では心理検査を行っている。
解説		●病態水準の把握は、クライアントにレッテルを貼るだけのものではなく、クライアントの理解する為の重要なものである。神経症水準であれば、いわゆる自我の強さがたもたれているので、カウンセリングにせよ、精神分析にせよ通常の技法のうえにのることができる。境界例水準であれば、クライアントのどの部分が弱く、配慮しなければいけないのかということに敏感でなければいけない。精神病水準であれば、精神科医の連携をとりながら治療をしなければいけない。触ってはいけない部分を見極めることが必要。例えば、夢を扱うことは、ヒステリーの被暗示性が昂進している状態や急性症状が昂進しているような状態では、扱っても言いが、境界例や精神病が疑われる状況の場合では安易に夢を扱うべきではない。またうつの人に対して、励ましは厳禁である。正常心理学の範囲を出ない知識や経験を、精神病理の領域にみだりに持ち込むのは危険なことである。
解説		●心理検査を行う場合には、あくまでの補助手段に過ぎないことを銘記しておく。知能の発達や機能、人格構造や力動性を明らかにする場合にもあてはまることである。テストバッテリーを組んでも、全ての臨床家が結果を出せるわけではない。心理判定の目的にあわせて、検査者が技法に習熟をすることを念等におく。心理検査は診断名をつける道具ではない。あくまで診断の補助手段であるということを理解しておく。また検査を取ったからといって、その被験者の全てがわかるテストというのではない。
解説		●院内・・・医師より、直接オーダーが出た場合は、庶務管理室のスチール棚にある検査指示・実施線を使用し、必要事項を記載して指示医にサインを頂く。なた病棟看護師が患者様氏名・生年月日・病棟などを記載して持参してくれる事が多い。未記入の部分があつたら臨床心理室で病棟に確認し、記入する。テスト実施後は、病棟看護師に指示線を渡す。 外来・・・指示箋は特に必要がないため、直接呼出しがあるか、オーダーの以来がある。外来看護師を通じての連絡が多い。テスト実施の時は、外来ナースと、医事課へ連絡をしておく。 指示箋の扱い状の留意点としては、院内と外来の指示箋の扱い方の違いがあるので理解しておく。心理検査は、診療点数を取れるものと取れないものがある。よって、診療点数を取る心理検査については、分類と点数の把握をしておく。

	解説	● 外来・・・主治医から検査の目的を十分に説明されていない患者様もいる。その場合、不安を取り除く意味でも十分な説明と簡単な世間話を交えて信頼関係の形成に努める。検査時間と今日の都合を聞いておく(時間がないと検査中断になる恐れがあるため)検査終了後、現実的な話をして生活に支障のないように配慮をする。 院内・・・被験者の精神状態などを考慮してテストを実施する。避けるべき時間帯は、作業療法・問診・食事・処置時・病棟行事がある。時間と場所の確保を確実に行う。 院内外ともテストが終了後、個人カルテに検査実施したことや本人の状況を書いておく。病棟の場合は青い罫線紙に記入する。所見作成に取り掛かる。即日に出せるように心がける。臨床心理部門に検査実施リストがある。こちらに必要な事項を記入しておくほか、プロッピーにも打ち込んでおく。保険者、一部臨床心理室で保管する。検査用紙も一緒に閉じる。所見は主治医から確認印がおりてきた場合には、病棟のボックスに入れておく。 院内・外来において検査の実施から所見作成までは大体同じであるが、時間と場所を確実に確保できるように手順を覚える。
	解説	● SDSは、ツアンによって開発された自己記入式尺度である。SDSは感情・生理的随伴症状・心理的随伴症状を雄あらず20問の質問から構成されている。自己評価による尺度である。うつ感情の程度を知ることができるため、スクリーニングテストとしてたようされているが、SDSだけでうつ病の診断は難しい。実施方法としては、16歳程度から実施でき、検査時間は10分程度である。判定法は、合計点が40点未満は抑うつ性は乏しい。40点代は軽度のうつ病。50点以上は抑うつ性が高いと判定される。 作成者の氏名を理解していること。 SDSがうつのスクリーニングテストであるが、診断はできないテストであるということ。40点未満は抑うつ性が乏しいと理解していること
	解説	● 患者の身体的愁訴と精神的愁訴の両面から、心身の症状を見つけることを目的とした質問紙で、スクリーニングテストとして最も用いられる。質問項目は、器官別に12項目、精神項目としては特性別に6項目、全214の質問紙からなっている。自覚症状を短期間に数量的に判断できるなどの特徴をもつ。男性用・女性用の2種類がある。実施方は、14歳前後、20～30分程度の時間で実施できる。男性・女性の2種類があるので注意をする。表紙に氏名・年齢その他を記入させる。表示にある、「記入の注意」を読み上げるか、「よく読んでから記入するように」などと教示をする。検査用紙のミシン目を切り離さないように注意をする。自分の自覚症状に当てはまる場合に、「はい」「いいえ」と回答する。どの程度であれば「はい」と答えればよいのかと言う質問には、「常識的な判断でお答えください」「最近の状態でお答えくだされば結構です。」という。結果の祭典は、各質問項目ごとに「はい」の回答を1てんとし、各領域ごとに回答する。検査用紙のミシン目を切り離し、自覚症状の採点欄に合計点を記入する。最展覧はC、I、Jの合計点を記入する。採点欄には、身体的自覚症状全項目の合計点を記入する。精神的自覚症状も同様。CIJとM～Rの交差を求める。結果の判定は、どの領域の訴えが多いか、身体的愁訴と精神的愁訴のどちらが多いのかなどがわかる。領域(正常)、(正常の可能性が強い)、(神経症の疑い)、(神経症)とする。領域でも精神疾患がある場合がある。領域でも精神疾患が隠されている事がある。特に注目する質問項目として9個あり、一つでも丸がついている場合は、神経症判定に関わらず、症状の詳しい面接を行うことが必要。プロフィールの高さと注目する質問項目より、構造化面接を行うこともある。このテストはあくまでもスクリーニングテストであることを理解しておく。

解説	● MIP【成立背景】 アイゼンクの性格理論を背景としている。 【目的】 質問紙法によって、 内向性-外向性、 神経症的傾向の2つの性格特性を同時には測る事が出来る。それぞれの尺度得点の組合せによっていくつかの性格像を書き出す事もできる。 【内容と方法】 検査用具、モズレー性格検査用紙(MPI)。採点版と筆記用具。 内容は、内向性 - 外向性(E尺度)と神経症的傾向尺度(N尺度)それぞれ24項ずつと虚偽発見尺度(L尺度)20項目である。E・N・Lの3つの尺度のほかに、E,N尺度の項目に似た内容の項目分析の際に採点から除かれる12項目を加えて、80項目ある。 実施法は、表紙に氏名・生年月日・年齢・学歴・必要事項を被験者に記入させる。検査者はそこにある回答要領の説明文を読み上げるか、被験者に黙読させる。回答要領が十分に理解したことをたしかめ、練習問題を試みる。練習問題が終わると、質問項目の一番から順番に回答させる。検査者は、内容についての質問は一切答えてはいけない。被験者から質問を受けても項目中の表現を変えたり、文章の説明をしてはいけない。 【採点法】 採点盤をもちいて、N・E・L尺度別に求めることが出来る。全体で「？」の数が20以上ある場合は、結果がかなり歪んだものになる恐れがあるので、その場合には再検査をしたほうが望ましい。 【結果の解釈】 N/E得点の高低による「平均型」を含めて、9分類方に分類される。また「平均方」を除いたN・E得点が著しいばあいの8類型の開設措置として、N得点が高い場合精神障害の頻度が高いこと、E得点が高くM得点が比較的低い場合精神病質やそう状態の可能性がたかいこと、E得点が低すぎる場合N得点が低くも高くても問題ケースが多いことという出る。L得点の高低、不明(?)回答数も考慮しながら解釈する。
----	--

解説	● MMPIには妥当性尺度、臨床尺度および追加尺度がある。妥当性尺度は4個あり、臨床尺度は10個あり、これらが基本尺度である。臨床尺度が主としてパーソナリティ特徴をさしている目的で作られているのに対して、妥当性尺度は被験者の主権態度の偏りを検出する目的を持っている。質問個目は550項目である。MMPIの大きな特徴は、経験的アプローチによって臨床尺度を構成している。 MMPI尺度の内容：妥当性尺度は、疑問尺度(？)、虚構(L尺度)、頻度尺度(F尺度)、修正尺度(K尺度)である。臨床尺度は、第1尺度(心気症 Hs)、第2尺度(抑うつ D)、第3尺度(ヒステリー Hy)、第4尺度(精神病的偏倚 Pd)、第5尺度(男子性・女子性 Mf)、第6尺度(パラノイア Pa)、第7尺度(精神衰弱 Pt)、第8尺度(精神分裂病 Sc)、第9尺度(軽躁病 Ma)、第0尺度(社会的内向性 Si) 形式と実施法：当院では、冊子法 タイプBを用いて、○印を鉛筆で記入する回答用紙である。 記録・採点・整理：解答用紙に書く尺度の採点盤をあてて際テンキーと合致する項目を数え、これを履く尺度の粗点とする。次は、粗点をT得点に換算する段階であるが、その前に第1,4,7,8,9尺度の粗点に修正を加える。修正点の加え方は、K尺度に0.5,0.4,1.0,1.0,0.2を加える。次に、T得点を換算する。各尺度のT得点の結果をプロフィールに書く。プロフィールに示された尺度パターンを記号化する。Welsh code,Hasaway codeのどちらかを記載する。 解釈：妥当性尺度のパターンを中心に受験態度を調べる。次に、臨床尺度全般の高さから適応状態、病態水準、プロフィールの傾きやパターンからの適応の型を推測する。 基盤となる性格理論は、特性論であるが、結果の解釈において重視されるのは、類型論を背景にしている。また尺度の構成に関しては内的整合性にに基づいている。一方で、実際の臨床現場において、妥当性が低いという批判がある。例えば、精神分裂病者が答えると予測されている質問項目が、健常者によって、むしろ積極的に肯定されたりする事が起こったりするのである。よってMMPIが行動異常の臨床的診断の有効性は認められているが、正常者のパーソナリティ診断としての妥当性が十分に認められない。
解説	● Y-G 性格特性の質問項目を用いて、個人の性格の全体構造を把握する。Y-G性格検査で測定される性格特性は、因子分析の手法を用いて、抽出させた12の性格特性である。所要時間は、40分程度である。質問項目に「はい」「いいえ」「どちらともいえない」などの答えの中からもっとも当てはまるものを回答してもらう。実施の指示には、はなる別つけないようにとひとことくわえることが必要。結果の処理の仕方は、内側に糊付けしている部分をはがし、○2点、1点、と採点していく。算出した各尺度をプロフィール欄に転帰する。欄には、二段になっており、上段が男性、下段が女性となっている。プロットしたら、線を上から順に結ぶ。5つの系統地を算出し、類型を判断する。型は、A,B,C,D,E型がそれぞれある。A型は、目立たない平均的なタイプで主導性は弱い。知能の低い場合は、平凡・無気力の人が多い。B型、不安定積極型。対人関係の面で問題を起こしやすい。知能の低い場合はその傾向が強い。C型 安定消極型。平穏だが受動的であり、リーダーとして他の人を引っ張っていく力は弱い。D型 安定背曲型。対人関係で問題を起こすことが少なく、行動が積極的だから仕事面でもリーダーにむいた存在である。E型 不安定消極型。引っ込み時間で積極性に書ける「閉じこもり型」だが、自身の内面は趣味や教養で充実していることが多い。 基盤となる性格理論は、特性論であるが、結果の解釈において重視されるのは、類型論を背景にしている。また尺度の構成に関しては内的整合性にに基づいている。

	解説	● TEG 【成立背景】 アメリカの精神科医バーン (Berne, E.) によって創始された「交流分析」の構造分析である。人はみな3つの自我状態を持っているとされる。バーンの弟子のDusay, J. は、この自我状態をグラフ化して、視覚的に把握できるようにしたのが、エゴグラムである。 【目的】 交流分析における各自が状態へのエネルギーのわりふりを視覚的につかみ、対人関係におけるあり方等を明らかにする。 【内容と方法】 用具は、TEG検査用紙、筆記用具、TEG手引き。テスト内容は、交流分析の3つの字が状態の分配を測定する。2つの字が状態とは、親の状態(以下Pと略)、大人の自我状態(以下Aと略)、子どもの自我状態(以下Cと略)である。またPは批判的な親CP、養育的な親NPと分けられる。Aは事実に基づいて物事を判断しようとする、いわば理性と言った自我状態である。Cは、生れたままの自由な子どもFC、順応した子どもACに分けられる。妥当性を見るために10問が加えられており、総数60問である。 【整理方法】 検査用紙の中開の「採点の仕方」に従って、横方向に○=2点、□=1点、×=0点として、左右の量項目の合計を矢印にそって□に記入する。次に、縦方向に ~ ごとに、□の数を立に加算して一番下の得点欄に記入する。Qは60問のうち「どちらでもない」と答えた数の合計である。次は、プロフィールの書き方に従って、~ の各得点をプロフィールに示されているスケールの同数字の位置に○印する。男女別のスケールになっているので注意をする。各○印を結んで罹れた折れ線がTEGエゴグラム曲線である。 【結果の解釈】 全体のプロフィールから、いくつかのパターンに類型化する。型には、優位型、低位型がある。混合型としてあげられるのは、台形方U型、N型、逆N型、M型、W型、平坦などに分類する。妥当性尺度が正常範囲を外れている場合は、判定を保留する。 補足 エゴグラムにはいろいろあるが、東大式エゴグラムは十分な統計処理により開発され、標準化もされているので最も信頼性がある。
	解説	● MAS 精神、身体面に表出される慢性不安反応を測定する為に、MMPIから質問項目を厳密に抽出し、テ일러が作成した質問紙。不安を中心とした精神的問題を抱える人を見つけ出す際のスクーリング検査として有効である。MAS得点は臨床的改善を推移を治療過程の一指標として用いることができる。得点の低下は改善の傾向を示す。再検査までの間隔は1ヶ月ほどあけることが望ましい。日本版MASは50項目の不安尺度に妥当性尺度としてMMPIのL尺度の15項目が加えられた65項目から構成されている。回答の仕方は、「そう」「ちがう」のいずれかに丸をつける形式であるが、「どちらでもない」時は両方に×印をつける。質問用紙はビニール袋に封入しており、カーボン印刷によって記録用紙に回答結果がコピーされる仕組みになっている。そのため、記入の際は、ボールペンを用意する。 【結果の整理の仕方】 ビニール袋から用紙を取り出し折合わせを開くと、内側に回答結果がコピーされている。うえの法に集計表があるので、そこに赤と青の×印の数とその合計、上欄、下欄の赤い○印の数とその合計、上欄、下欄に青い○印の数とその合計をそれぞれ記入する。×印の合計は疑問点、赤い丸の合計は虚構点、青い丸の合計は不安得点である。 【結果の解釈】 ? 点が10個以上であれば信頼性なしとする。L点が11点以上の応答は妥当性なしと判定する。MASは「特性不安(状況を驚異的だと認知して不安な態度反応する傾向の個人差)」であるため、A得点が高い人は、ストレス状況下で、不安感、緊張感、不幸福感、無能感などを自覚しやすく、精神的問題を抱えている可能性がある。一般男子では、23点以上、女子では26点以上が神経症レベルの不安と判定される。 補足 この検査は、顕在性の特性不安を表すものである。よって、様々な種類の不安すべて測定しておらず、個人的に意識されないで抑圧している不安や状況によって時変動する一時的な不安などは測定できない。

解説	● ロールシャッハ 【成立背景】スイスの精神科医のヘルマン・ロールシャッハによって創案された図版を採用 【目的】 パーソナリティの査定と、心理機能の特徴に基づく心理診断 【内容】 不定訴記で無意味な左右対称のインクのシミ10枚を一定の順序で提示し、何に見えるかを問い、その意味付けから知的特徴、感情傾向、自我機能、対人関係など人格構造や特性を力動的に捉えようとする方法 用具…ロールシャッハテスト図版、ストップウォッチ、反応記録用紙、ロケーションチャート、筆記用具。 実施方法…片口法では、対面法が用いられている。自由反応段階と、スコアリングに必要な最低限度の質疑を行う質問段階と言う二段階からなる。自由反応段階 カードを提示し、何に見えるかを問い、反応を求める。被験者の言語反応を逐語記録すると同時に、反応時間を測定する。被験者から質問には、反応してもらうにあたってなんらの制約がないことを強調し、被験者の自由に任されていることを述べればよい。質問段階 自由反応段階で提出された反応について、スコアリングに必要な情報を得るために行うが、指示的な検索とならに様子を気をつけなければならない。ここでも被験者の言語反応と逐語記録する。 *対象者は、図版を見て言語表現が出来る人であれば実施可能である。知的能力が(IQ60～80以上)。知覚(視力)。 【整理方法】 各反応を、反応領域、決定因、反応内容という3つの構成要素を分けてスコアリングされる。全ての反応をスコアリングした後、整理用紙のScoring Listに転記する。そして、リスト表に基づいてBasic Scoring Tableを作成し、Summary Scoring Tableを作成する。 【結果の解釈】 解釈は、Summary Scoring Tableに基づいて、反応数の多少、反応時間の長短、決定因間の比率、各種のスコアリング・カテゴリーの出現頻度等の数値を読んで、解釈を進める量的分析がある。加えて、質的分析が必要となる。継起分析は、質問紙のように特定の理論と結びついていないため、初心者は経験者に解釈についての指導を受ける事が望ましい。 * スコアリングは、細かいニュアンスで変わってくることがあるので、心理診断法に忠実に見て覚えることが必要となる。 * ロールシャッハ法を修得するには、長期の困難な努力をしなければいけない。よって、必ずスーパーバイズや心理士同士での検討が必要となる。 * このテストは、ストレス面接となる。曖昧な物を見させてその人の感情・思考力・現実検討力などの検討をはかる。曖昧なものだからこそその人の荒が見えてくるテストである。被験者にとっては相当の負担となることを覚えておく。 * この検査は被験者を退行させるため、実施の際には十分に留意をする。検査終了後は、現実的な話をして返すように心がける。
解説	● P-Fスタディ ローゼンツアイクが欲求不満理論を実証する為に作成したテストで、日常的な欲求不満の場面をイラスト化して提示し、被験者の反応を記入させて欲求不満における反応の型(障害優位、自己防衛欲求、固執)、攻撃の方向(外罰、内罰、無罰)、一般的な社会適応性などの特徴を力動的に捉えようとするものである。 試験問題は3種類ある。 児童用4～14歳 成人用15歳以上～ 青年用12歳～20歳 被験者によっては、青年用が向いている方もいる。(知的水準などから)しかし、当院には成人用しかないため、結果の解釈はそこを差し引いて考える。

	解説	● SCT パーソナリティの全体像を被験者自身の自発的表現により把握することが目的である。短い刺激文が書いてあり、その言葉を見て頭に浮かんできたことを、そのまま続けて書く大切に成っている。刺激文はPart Ⅰ、Part Ⅱ の各30項目である。パーソナリティスキームが出てきており、社会性・生物的基础、性格、思考の三つに分けられる。さらに細かく分けると、社会、課程、身体、知能、気質、力動、思考の7つになる。そのスキームに従って、パーソナリティを把握すればよい。 半構造テストであるが、
	解説	● 風景構成法 心理検査というよりは、セラピスト・クライアントの治療関係に用いる事が多い。A4の画用紙を1枚用意する。被験者の前でそのA4の画用紙にサインペンで枠をつけるようにする。「これから風景を書いてもらいます。上手下手を見るのではありませんから。好きなように書いてください。ただし、私の言う順序通りに書いて欲しいのです。」と話す。そして、川→山→田んぼ→道→家→木→人→花→動物→石→書き足りないものと教示をする。書き終わったとに、色付けをしてもらう。その後、裏面に日付と氏名を描いてもらう。そのあと絵について質問をする。 A4の画用紙というのは売っていないため、こちらできって準備をする。 風景構成法は、中居久夫によって草案されたものである。殴り書きをヒントしている。また分裂病の患者様が箱庭療法へ適応可能なスクリーニングとして用いる事が出来る。3次元から2次元に次元をさげて、行うことで患者様の退行を防ぐことが出来る。
	解説	● HTP 【成立背景】 バックは描画法を知能検査の役割と人格検査の役割をもたせて、体系化、組織化した研究を行った。 【実施法】 被験者には鉛筆と消しぐむを用意する。白い描画用紙が望ましい。紙の大きさはB5。教示は「鉛筆を一本選んで、家を出来るだけ上手に書いてください。どんな家でもいいですから、あなたが書きたい家を書いてください。何回消してもいいですし、消した回数は数えません。書く時間はどれだけかかってもかまいませんので、出来るだけ上手に家を書いてください。」という。「次は木の絵を出来るだけ上手に書いてください。」という。最後は「男性でも女性でも子どもでもかまいませんが、出来るだけ上手に書いてください。ただし頭や肩まで出なく、身体全体を書くようにしてください。」と教示をする。 【結果】 量的分析・質的分析がある。多面的に被験者の心的世界や知的水準が投影されやすい。しかし量的分析の研究はあるが、十分な標準化が行われておらず、質的な分析が中心である。 家：住居としての家屋は、家庭生活や家庭内の人間関係に関する被験者の連想が表現される。 樹木：自然なかかわりがでる。 人物：被験者の特別な、そして一般的な対人関係に関する連想がでる。

解説	● バウムテスト 【成立背景】 コッホは、グリュンワルドの空間図式に修正を加えて空間象徴を中核理論として位置付けた。被験者によって関わられた場有無の画用紙のどの空間にどのように描かれているかによって解釈される。職業適性や教育相談の補助手段として用いられてきたが、さらに精神遅滞や心理治療過程を検討するにも有効であると創始された。 【目的】 人格理解、精神遅滞や心理療法課程の理解 【実施方法】 A4判の画用紙とやわらかい鉛筆(4B)と消しゴムを用意する。教示は、「一本の実になる木をできるだけ十分に書いてください」を標準として、幼児や小学生などには「十分に」の代わりに「記の済むまで、精一杯、一生懸命に」とか教示の本質を損なわない範囲でわかりやすい言葉に置き換えてもよい。実施時には、用紙は縦向きに、鉛筆もとらせたものを与える。その後の質問は「自分の思うように」と告げるとよい。描画終了後は、「これはなんですか?」「ここはどうなっているの?」という程度にさりげなく確かめ、検査者の指摘している点に被験者が特別な注意を引いてしまわないような質問の仕方で行うこと。 【整理方法】 1、空間領域の検討、2、冠と幹の比率の測定、3、形態的側面の整理、4、形態的発達項目の整理 【解釈の手順】 バウムの全体的印象を明るい、のびのびしている、安定しているなどと直感的にとらえる。 空間領域から検討する。 運動(筆跡)から動態分析を行う。 バウムの形態からの分析を行う。 簡易的に実施できるテストであるという利点がある。しかし、修得にはロールシャッハ法と同様に時間がかかる。 この解釈には、まず全体から受ける印象をみがく感受性が必要となる。解釈は常に仮説であるから、断定しないで、いくつかの推測を並べるのも良い。
解説	● 内田クレペリン検査 【テスト成立背景】 ドイツの精神医学者クレペリンの連続加算法の研究論文から、内田雄三郎が連続加算法を性格検査として利用できないかと考え、独自の検討を行った。 【目的】 仕事ぶりや性格特徴についての判定を行い、職業面での適正配置や性格診断の基礎資料を得る。 【内容と方法】 内田クレペリン精神検査用紙標準型1枚。ストップウォッチ、HBの鉛筆を2～3本。 検査内容・・・印刷された隣りあわせの数字を加算し、一の位の数字をその間に記入させる。 実施方法・・・練習2分間後、前期本検査15分、休憩5分、後期検査15分行う。練習はウォーミングアップをかねているので、方法を知っているものに対しても実施する。本検査では、前期後期ともに1分毎に「ハイ、ツギ」と号令をかけて、行を変えさせる。前期本検査から休憩5分まではストップウォッチはそのまま進め、休憩時間が5分経過したところで一旦ストップウォッチを止め、被験者の体制が整った所で、後期本検査をはじめる。 【整理方法】 ・各行の加算した最終活字を赤鉛筆で定規を使って結ぶ。前期と後期は結ばない。裏に印字している作業量を確認し、作業量を記入する。 ・計算の誤りは赤字で囲む。短時間で大量に処理する場合は、前後期とも11行目をしらべ2つ以上の誤りがあれば、その前後と1行目を調べる。

	【曲線類型の判定】 健常者状態定型曲線からのズレの程度と作業量段階から、判定を行う。定型の例は、前期がU字型の構造をとる。後期が右下がりの構造をとる。後期の作業量は前期を上回る。曲線が適度に動揺している。誤答がほとんどない。作業量が極端に少ない。次のような特徴をもつものは非定型をされる。すなわち 誤答の多発、大きい落ち込み(ある行の作業量が前後に比べ1/3以上も少ない)。大きい突出(ある行の作業量が前後に比べ1/3以上も多い)。動揺の過大(平均作業量の1/3いじょうにもなる振幅が大きい)。動揺の欠如(全行にわたって同一作業量、不自然な単調減少や単調の増加)。後期の欠落(前期に比べ後期が全体的に減少している)。工機初頭の著しい低位(高貴書頭部がその後の経過に比べてはなはだしく低位置にある。)。曲線の範囲の過大(初頭の出すぎと後半部の著しい降下)。作業量の減少(前期が10以下、後期が15以下に概ね入る)。 判定は、これらの特徴の有無や作業量から行ううが、まず非定型の特徴が見られえないなかに着目し、9種類のいずれにも当てはまらないものを広い意味での定型と判断する。各作業量の定型を覚えておき、それから外れものを非定型とする。
解説	● WAIS-R 【目的】成人の知能を個別に精密に診断し、知能構造を明らかにする。知能障害の診断と指導に役立てる。対象者は、16歳～74歳である。 【内容と方法】 言語性検査と動作性検査から構成されている。言語性検査の下位分類は、1.「知識」、3.「数唱」、5.「単語」、7.「算数」、9.「理解」、11.「類似」。動作性検査の下位分類は、2.「絵画完成」、4.「絵画配列」、6.「積木模様」、8.「組合せ」、9.「符合」である。実施順序は、言語生徒動作性が交互に実施される。開始条件と中止条件は、下位尺度ごとに決められている。時間の測定を行うためストップウォッチが必要となる。応答による確かめに中立的な表現を用いて「もう少し詳しく説明してください」と聞く。「Q」の出し方が誘導的にならないように注意する必要がある。 【整理方法】 採点基準に従って、下位尺度のこの問題を採点し、得点を出す。合計点を粗点欄に記入する。粗点から手引書に示されている、評価点を求める。下位尺度の評価点合計から、言語性 VIQ、動作性PIQ、全検査性IQ3種類のIQを求める。 【結果の処理の仕方】 VIQ,PIQ,IQから被験者の知的活動水準に知的活動水準について判定する。解釈尺度のプロフィールの結果から、被験者の知的活動の特徴について考察する。この場合、高齢者やうつ状態にある被験者の集中力の維持時間を考慮する場合がある。ディスクレパンシー、下位尺度間の差異、基準年齢群換算表にのる評価点などを参考にして分析を進める。 ビネー検査とWAIS-Rの相違点を考えながら取る必要がある。

解説	● WISC- 【目的】 児童・生徒の知能を個別に精密に診断し、知能構造を明らかにする。知能や学習の障害の診断に有効である。 【内容と方法】 検査用具、記録用紙と鉛筆(赤・黒)、ストップウォッチ。テスト内容は、6種類の言語性検査(知識、類似、算数、単語、理解、数唱)と6種類の動作性検査(絵画完成、絵画配列、積木模様、組合せ、符合、迷路)によって構成される。数勝と迷路は補助検査である。 テストの廃止と打ち切りは、開始する問題番号は年齢によって異なる場合が多いが、精神的に障害のあると思われることは全て第一問から開始する。「組合せ」は4問全部をどこどこにも実施をするが、それ以外の会検査では「符合」を除いて2問ないし5問連続の時には失敗とする。 【結果の処理の仕方】 VIQ,PIQ,IQから被験者の知的活動水準に知的活動水準について判定する。解釈尺度のプロフィールの結果から、被験者の知的活動の特徴について考察する。この場合、高齢者やうつ状態にある被験者の集中力の維持時間を考慮する場合がある。ディスクレパンシー、下位尺度間の差異、基準年齢群換算表にのる評価点などを参考にして分析を進める。 補足 ビネー検査とWAIS-Rの相違点を考えながら取ることが必要。
解説	● Khos立方体 【目的】 一般知能を測定する検査である。 【採点方法】 別紙の得点算出表によって行う。20秒以内に課題を遂行…3点 21点以上制限時間内遂行…2点 一般の知能を測定するには、容易にできる検査である。また認知障害の検査にも使われる。神経心理的な検査としても活用できる。
解説	● 鈴木ビネー 【目的】 幼児から成人までの知能検査の全体像を個別的に捉える。知的障害の診断と指導に役立てる。 【内容と方法】 検査に必要な小道具は、はさみ、茶碗、スプーン、硬貨、ストップウォッチ、筆記用具、検査用具一式 設問内容のほうは、言語・数字・用具などを媒介とした問題がやさしいものから難しいものに順に並べられている。その回答の程度や結果から被験者の知能の発達水準を測定する。実施方法は、検査手引きにそって行う。検査は、被験者の生活年齢(CA)の約2歳下の問題からはじめて、年齢の低いほう(易しいほう)へ検査を進めていき、合格(+)が5つ続いたら、それ以下の問題は全て合格したものとみなし、そこでとめる。年齢の高いほう(難しいほう)へ検査を進めていき不合格(-)が5つ続くまで行う。不合格が5つづつ続いたらそれ以上の問題は全て不合格とみなす。当院は、成人にも行う。その際、検査をはじめる目安としては、49番の玉探しの正誤、数字の逆唱ができるところからはじめる。以下は、同じ。 【整理方法】 検査用紙や行動観察期記録用紙に、被験者の言語反応や行動を記入する。テキストの算出表に従い、精神年齢(MA)と知能指数(IQ)を算出する。 【結果の解釈】 MA,IQから被験者の知能水準または知能段階に槌絵判定をする。項目分析から、被験者の知能構造の特徴について考察する。 WAIS-Rとの違いにおいて、WAIS - Rは知能の構造が見れる。鈴木ビネーは知能の程度が見れる。

	解説	● HDS-R 【成立背景】 1974年に長谷川式簡易知能評価スケール(HDS)が開発されたが、設問に終戦日や総理大臣の名前を問うものが不適当になったことや、予め情報をとっておく必要がある問題が指摘された。そこで最近、このような不適応な設問を除き新しい設問を加えてHDS-Rの改訂が行われた。 【目的】 高齢期痴呆のスクーリング 【内容】 年齢、日付・場所の見当識、3つの言葉の記銘、計算、数字の逆唱、3つの言葉の想起、5つの物品の記銘、言語の流暢さ 【採点法】 痴呆の鑑別力に関しては、cut-off pointを20/21に設定した場合が一番感度が高くなる。 【結果の解釈】 総得点が20点に満たない場合痴呆の疑いをもってもよい。(例:60歳で20点以下になる場合なら痴呆を疑う。逆に90歳で20点ならば痴呆の可能性は低くなる)さらに精密な検査を進める。しかし、これはあくまでも簡易スクリーニング検査であり、これのみによって痴呆の診断を下したり、痴呆の重度を評価することには危険がある。風邪やうつ状態、意識障害などの体調不調や患者側からの検査に対する協力度などによって、結果は左右されることを有意する必要がある。実際の診断にあたっては、一回だけでなく、2～4週間後の追跡による診断が必要になる場合がある。
	解説	● MMS MMSもHDS-R同様にスクーリングテストである。このテストとの優れているところは、障害の感度の検出率が高くあるところである。 【成立背景】 Folstein夫妻が開発者であり、精神現在症を評価数の簡略版である。 【目的】 認知障害の測定 【内容】 二部構成になっている。一部は口語の質問で、見当識、記憶・注意力、記銘力検査を測定する。二部は、文書・図形構成力・呼称、口語および文字に従う能力である。 【判定】 学歴0～4年 19点及びそれ以下、学歴5～8年は23点それ以下、学歴9～12年は、27点、大学以上の教育を受けたもの29点である。
	解説	● WMS-R 【目的】 短期記憶と長期記憶、言語性記憶と非言語性記憶、即時記憶と遅延記憶など、記憶がもつ様々な側面を総合的に測定する検査である。 【実施法】 検査用具、検査用紙、ストップウォッチ、鉛筆、消しゴムを用意する。 【解釈】

解説	【目的】 視覚・運動ゲシュタルト機能の成熟度や機能的器質的障害の様相、さらにパーソナリティの偏りなどを臨床的に診断する。 【内容と方法】 テスト用具・・・図版カード9枚。模写用紙(21.59cm×27.94cm)の白紙1枚。鉛筆が2本(2B)。消しゴムのついた鉛筆を使用する。。定規やコンパスなどの器具類は使わせてはならない。机の表面がなだらかで傷のないこと。検査者が知能に障害があったり、煩悶にある場合には、描写用紙を2枚以上要求する事があるから準備しておく。 【施行法】 被験者と検査者は対角ではなく、90度角に座るのが望ましい。 図版カードは裏向きにし、図形Aが一番上、図形8が一番下になるように重ねる。 模写用紙は被験者の前に、縦に置かせる。 教示は、「ここに図形のあるカードが9枚ある。重ねておきますから、それを前にある用紙に自由にうつす。スケッチしてはいけません。時間は決めていません。」という。 図版カードを一枚ずつ机の右ややや上方に模写しやすいように提示して、作業を開始させる。1枚書き終わると、次のものを提示するが他の図版は伏せておく。 図版カードや模写用紙の位置を変えさせないことが大切。回転させようとするとき「いけません。」と注意する。もしそれでも回転させようとするときは、そのままにしておくが、そのことを記録用紙の観察行に記録しておく。 質問に対する答え方。「ボツ点を数えてもよろしいか」に対して「数える必要はありませんが、数えたければ数えてもよろしい」と応える。本テストは見えるおとりに「模写」するが本来の目的であることを検査者は理解しておかなければいけない。消してもよい、用紙をもっと多く使ってもよろしいか、というような質問をする場合でも同じである。 どのような大きさで書くかは被験者の自由。 どのように見ることは差し支えない。自由にさせておく。線を訂正してもよいが、それをすすめることがあってはならない。11)、時間の時間は採点の因子ではない。普通健常者は約5分、問題のあるものでは約10分、あるいはそれ以上かかる場合もある。ある図形に障害を感じる為、それに時間が長時間書けることもあるので、参考のために記憶しておく。12)、テスト中の逸脱した行為はよく観察して記録する。13)、テスト実施中の用紙の方向を記録しておく。 【結果の解釈】 テストの整理法としては、パスカルとサッテルの方法が一番用いられている。これは11歳以上の児童と成人のためのものである。ベンダーゲシュタルト図形を受け入れることの能力と模写できる正常知能のものを対象として標準化された。パスカル・サッテル法は「エゴの強さ」を測定するものであり、情緒的な適応と関係が深い。スコアが高くなればなるほど個々のものが精神医学上の患者であることの見込みが濃厚になるわけである。採点法に必要なものは、透明な分度器と、6倍の拡大鏡である。また、記録用紙を用意し、記録用紙にある採点アイテムによって素点合計点を出す。これらは、時々疑問点のある角度や回転や微細なふるえをチェックする為に使用する。 ゲシュタルト機能の成立程度及びその障害、心理的障害、気質的な脳障害、パーソナリティ傾向、知的側面などを広く見ることが出来る。このテストは、単に作業だけでなく、投影法としても利用されることがある。
----	---

解説	●ベントン記銘力検査 【テスト成立背景】 1963年、アイオワ大学、神経学、心理学教授、A.L.ベントンの原著第3版に基づいている。 【目的】 視覚記銘力の測定だけでなく、構成能力の評価にも価値があることが判明している。 【内容と方法】 ・用具・・・図版カード(形式・・・)、描写用紙(カードと同じ大きさの白紙10枚)、鉛筆(B)、消しゴム、ストップウォッチ。 図版カードのいずれかの一つの形式(通常は、形式)の図版を10枚を一枚ずつ被験者に描写させる。被験者は図版一枚を描写用紙一枚に書く。図版の提示の仕方は、被験者の見やすい位置に図版カードをおき、向き合った被験者側に図版、被験者側に白紙になるように順番にめくって提示する。描写時間の制限はない。 施行A(定時時間、10秒、即時再生)・B(提示時間 5秒、即時再生)・C(模写)・D(提示時間10秒、15秒後再生)のやり方があるが、当院では施行Aを用いていることが多い。 施行A(即時記銘) 被験者には、描写用紙と鉛筆と消しゴムを与える。被験者には図版を一枚ずつていじして、10秒間そのカードをよくみて、提示時間が終わったならば自分が見たものを描写するように教示する。 【採点法】 正確数・・・各回数は「全か無か」に測って採点され、1か0かの得点を与えられる。それゆえに、可能得点限界は、この検査の一つの図式軽視では、0～10点となる。 誤謬率・・・大きく6つの型に分類される。 省略、 ゆがみ、 保留、 回転、 置き違い、 大きさの誤りである。これらの細分した場合は、63種の特殊誤謬になるが、実際の基本となるのは、27種で、誤謬得点の実際には、24点が限界のようである。 認知、視空間知覚、視覚記銘、知覚構成力などのお起きの能力を必要とする検査である、脳外傷の判定には用いられる事が多い。
解説	●KTSA 【成立背景】 カーンはギフトとショップで売られている様々な物品を交流する人たちの観察に基づいて、大きさや色、形の異なるプラスチックの性のシンボルを人格診断にしようとする診断が生れた。ある人によって好まれる形が他の人から拒絶されるということである。この受容や拒絶や、特定の物を扱う仕方は個人の人格や力動性や精神的健康、大脳の欠損状態に関する洞察的な情報を得ると考えられた。 【内容】 テスト材料、16個の(po)オブジェと、配列布1枚、分類課題版1枚 実施方法、オブジェクトを探してもらったり、配列してもらう。 【結果の解釈】 評点には、言語的な面と操作的な行動とが結びついたテストである。評点には客観的評定と象徴水準評点とがある。臨床的様の幅は広いが、めったに使われるテストではない。
解説	●各検査法には特定の目的があり、それぞれ長所、短所もあり、それによってわかるのは、個人の特性の限られた局面にしかすぎない。よって、よりの確な全体的像をつかむ為に、複数のテストを組み合わせる。この組合せをテストバッテリーとよぶ。テストバッテリーは、対象者の年齢、問題を考慮して選択する。また多くの種類を用いなければならない。被験者に時間と労力の負担をかけないようにテストバッテリーを組み合わせる。長くても2時間以内におさめるようにする。

	解説	●項目としては、検査結果(検査の種類、結果、検査月日)、行動観察所見、関係資料(家族の状況、生育歴、既往症など)、総合所見、予後並びに処遇意見を記す。 留意点としては、文章用言は簡潔、明瞭であること。読みやすく、理解しやすいものであること。特殊な専門用語や外国文字などは出来るだけさけ、一般にも通用できる用語にすること。客観的な事実を述べ、曖昧な表現や解釈との混同は避ける。検査結果からの拡大解釈をしたり、推測を断定的に述べることは誤解を招くことになるので避ける。
	解説	●心理検査を行う場合には、あくまでの補助手段に過ぎないことを銘記しておく。知能の発達や機能、人格構造や力動性を明らかにする場合にもあてはまることである。テストバッテリーを組んでも、全ての臨床家が結果を出せるわけではない。心理判定の目的にあわせて、検査者が技法に習熟することを念等におく。
	例題	アセスメント実施の観点と目的を箇条書きにしてあげよ。
	解答	1、問題の背景にはどんな心理的・環境的要因があるか。現在の生活の様子はどうか。自分の心理的問題を自覚し理解できるかどうか。 2、クライアントのパーソナリティのあり方。心の発達やアイデンティティ、自己統制力や防衛機能、作業発達能力、葛藤の処理の仕方。 3、対人関係を維持する機能、家庭関係や環境の実態とその子にあるかもしれない問題。 4、可能な支援法と本人の意欲をみる。 アセスメントの目的は、診断に役立つ客観的な情報をえるため、治療方針に役立つ情報をえるため、治療効果の測定のため、患者様の家族に患者様についての理解を深めるため、患者様の社会復帰にあたり、職業適性や職業的興味を知るためになどがあげられる。
	例題	心理検査の限界と留意点について述べよ
	解答	あくまでの補助手段に過ぎないことを銘記しておく。テストバッテリーを組んでも、全ての臨床家が結果を出せるわけではない。心理判定の目的にあわせて、検査者が技法に習熟することを念等におく。 心理検査は診断名をつける道具ではない。
	例題	検査指示箋(外来・院内)の流れについて説明せよ
	解答	院内・・・医師より、直接オーダーが出た場合は、庶務管理室のスチール棚にある検査指示・実施線を使用し、必要事項を記載して指示医にサインを頂く。病棟看護師が持参してくれる事が多い。未記入の部分があったら臨床心理室で記入する。 テスト実施後は、病棟看護師に指示線を渡す。 外来・・・指示箋は特に必要がないため、直接呼出しがあるか、オーダーの以来がある。外来看護師を通じての連絡が多い。テスト実施の時は、外来ナースと、医事課へ連絡をしておく。
	例題	心理検査の実施、所見作成までの流れと実施について外来・院内それぞれ述べよ
	解答	外来・院内のどちらにおいても検査の目的を十分に説明されていない患者様がいます。そのため、検査前に雑談を交えながら信頼関係・テストの目的・結果の活用方法などを説明し不安を軽減し、テストへの動機付けを高める。外来の検査では、被験者の時間の都合を聞いておき、テストが中断しないような時間配分をする。院内では、患者様の精神状態・病棟の日課等を考慮して行う。検査する場合、時間・場所の確保を確実に行わなければならない。実施後は、状況をカルテに記載する。検査所見作成後は、主治医に提出する。主治医より認印をもらったものはカルテにはさむ。一部フロッピーディスクへ、一部は打ち出しをして臨床心理室で保管する。
	例題	SDSの実施と判断、その特徴を述べよ
	解答	16歳程度から実施できる。所要時間は10分程度。自己評価による尺度で、うつ感情の程度を知ることができるスクリーニングテストである。作成者はツアンである。

例題	CMIの実施と判定について述べよ
解答	14歳前後から実施できる。所要時間は20分～30分程度。男性・女性の2種類がある。身体的愁訴と精神的愁訴の両面から、心身の症状を見つけることを目的としたスクリーニングテスト。判定はどの領域の訴えが多いのかで、領域～領域で判定する。
例題	MIPの目的、内容と方法、採点法、結果の解釈について述べよ
解答	質問特徴として、内向性-外向性、神経症的傾向の2つの性格特性を同時には測る事が出来る。それぞれの尺度得点の組合せによっていくつかの性格像を書き出す事もできる。採点法は、採点盤をもちいる。「？」の数が20以上ある場合は、結果がかなり歪んだものになる恐れがあるので、その場合には再検査をしたほうが望ましい。結果の解釈としては、N/E得点の高低による「平均型」を含めて、9分類方に分類される。また「平均方」を除いたN・E得点が著しいばあいの8類型の開設措置として、N得点が高い場合精神障害の頻度が高いこと、E得点が高くM得点が比較的低い場合精神病質やそう状態の可能性がたかいこと、E得点が低すぎる場合N得点が低くも高くても問題ケースが多いことという出る。L得点の高低、不明(?)回答数も考慮しながら解釈する。
例題	MMPI の尺度構成の原理、実施法、採点・整理法、解釈のすすめかたを述べよ
解答	質問個目は550項目である。MMPIには妥当性尺度は4個、臨床尺度は10個あり、これらが基本尺度である。臨床尺度はパーソナリティ特徴をみる目的で作られているのに対して、妥当性尺度は被験者の主権態度の偏りを検出する目的を持っている。妥当性尺度のパターンを中心に受験態度を調べる。次に、臨床尺度全般の高さから適応状態、病態水準、プロフィールの傾きやパターンからの適応の型を推測する。基盤となる性格理論は、特性論であるが、結果の解釈において重視されるのは、類型論を背景にしている。
例題	Y-G プロフィールが右下がりの人の判定を述べよ。
解答	E型。不安定消極型。引っ込み事案で背極性にかける。「閉じこもり型」だが、自身の内面は趣味や教養で充実していることが多い。
例題	MASのテストの目的、用途、内容と方法、結果の整理の仕方、結果の解釈の仕方を述べよ。
解答	精神、身体面に表出される慢性不安反応を測定する為に、MMPIから質問項目を厳密に抽出し、テイラーが作成した質問紙。不安を中心とした精神的問題を抱える人を見つけ出す際のスクリーニング検査として有効である。得点の低下は改善の傾向を示す。？点が10個以上であれば信頼性なしとする。L点が11点以上の応答は妥当性なしと判定する。一般男子では、23点以上、女子では26点以上が神経症レベルの不安と判定される。
例題	TEGのテスト成立背景、目的、内容と方法、実施方法、結果の解釈について述べよ
解答	アメリカの精神科医バーン(Berne,E.)によって創始された「交流分析」の構造分析である。弟子のDusay,J.は、この自我状態をグラフ化して、視覚的に把握できるようにしたのが、エゴグラムである。総数60問。男女別のスケールになっているので注意をする。各○印を結んだ折れ線がTEGエゴグラム曲線である。全体のプロフィールから、いくつかのパターンに類型化する。
例題	ロールシャッハテストの成立背景、目的、内容と方法、整理方法、結果の解釈について述べよ。
解答	スイスの精神科医のヘルマン・ロールシャッハによって創案された。不定訴記で無意味な左右対称のインクのシミ10枚図版を採用。パーソナリティの査定と、心理機能の特徴に基づく心理診断。片口法では、対面法が用いられている。自由反応段階と、スコアリングに必要な最低限度の質疑を行う質問段階の二段階からなる。所要時間は、被験者の反応数にもよるが30分～90分。通常50分。対象者は、図版を見て言語表現が出来る人であれば実施可能である。知的能力が(IQ60～80以上)。各反応を、反応領域、決定因、反応内容という3つの構成要素を分けてスコアリングされる。解釈は、Summary Scoring Tabkelに基づいて、反応数の多少、反応時間の長短、決定因間の比率、各種のスコアリング・カテゴリーの出現頻度等の数値を読んで、解釈を進める量的分析、質的分析が必要。

例題	P-Fスタディの成立背景、目的、内容と方法、採点法、結果の解釈について述べよ
解答	実施時間30分～40分程度。創案者はローゼンツアイクで、絵画欲求不満テストとも呼ばれる投影法に属する検査。日常生活における四級不満場面を示すイラストに対する反応の特徴から、人格を判断する。
例題	SCTの実施と解釈について
解答	投映法性格検査の1つ。未完成の文章を提示し、被検者にそれを完成させる方法である。性格診断法としてだけでなく、個人の欲求や社会的態度、自己評価などの技法としても用いられることがある。解釈をするまでには非常に時間がかかる。筆圧、筆跡から性格の理解の糸口となることもある。このテストはロールシャッハとバッテリーを組まれることが多い。
例題	風景構成法の実施と判定について述べよ
解答	風景構成法は、中居久夫によって草案。また分裂病の患者様が箱庭療法へ適応可能なスクーリングとして用いる事が出来る。3次元から2次元に次元をさげて行うことで患者様の退行を防ぐことが出来る。A4の画用紙にサインペンで枠をつける。川→山→田んぼ→道→家→木→人→花→動物→石→書き足りないものと教示をする。色付けをし、裏面に日付と氏名を描いてもらう。そのあと絵について質問をする。図の構成の仕方や色使いなど総合的に見ていく。絵の解釈をするのではなく、みて感じたことを返していくことが大切となる。
例題	バウムテスト成立背景、目的、実施方法、解釈の手順について述べよ
解答	目的は人格理解、精神遅滞や心理療法課程の理解。A4判の画用紙とやわらかい鉛筆(4B)と消しゴムを用意。被験者によって描かれたバウムの画用紙の、どの空間にどのように描かれているかによって解釈される。職業適性や教育相談の補助手段として用いられてきたが、さらに精神遅滞や心理治療過程を検討するにも有効であると創始された。このテストの解釈には、まず全体から受ける印象をみがく感受性が必要となる。解釈は常に仮説であるから、断定しないで、いくつかの推測を並べるのも良い。
例題	HTTPの成立背景、目的、内容と方法、採点法、結果の解釈について述べよ
解答	バックは描画法を知能検査の役割と人格検査の役割をもたせて、体系化、組織化した研究を行った。被験者には鉛筆と消しごむを用意する。白い描画用紙が望ましい。紙の大きさはB5。家→木→人物(全身)の順に描いてもらう。多面的に被験者の心的世界や知的水準が投影されやすい。
例題	内田クレペリン検査の成立背景、目的、内容と方法、採点法、結果の解釈について述べよ
解答	クレペリンの連続加算法の研究論文から、内田雄三郎が、連続加算法を性格検査として独自の検討を行った。仕事ぶりや性格特徴についての判定を行い、職業面での適正配置や性格診断の基礎資料を得る。練習2分間後、前期本検査15分、休憩5分、後期検査15分行う。健常者状態定型曲線からのズレの程度と作業量段階から、判定を行う。判定は、これらの特徴の有無や作業量から行ううが、まず非定型の特徴が見られえいなかに着目し、9種類のいずれにも当てはまらないものを広い意味での定型と判断する。各作業量の定型を覚えておき、それから外れものを非定型とする。
例題	WAIS-Rの目的、内容と方法、整理法、結果の解釈の仕方について述べよ
解答	知能を診断的に測定することを目的としている。所要時間60分～90分、対象者16歳以上の成人。ウェクスラーの成人知能検査を原本として日本人向きに改訂、標準化したものである。言語性検査と動作性検査から構成されている。言語性VIQ、動作性PIQ、全検査性IQ3種類のIQを求める。VIQ,PIQ,IQから被験者の知的活動水準について判定する。解釈尺度のプロフィールの結果から、被験者の知的活動の特徴について考察する。

例題	WISC- の目的と内容、結果の解釈の仕方
解答	知能を診断的に測定することを目的としている。所要時間40分～60分。適用範囲6歳～16歳。児童用に作成されたものである。言語性検査と動作性検査と半分ずつで構成されている。言語性 VIQ、動作性PIQ、全検査性IQ3種類のIQを求める。VIQ、PIQ、IQから被験者の知的活動水準について判定する。解釈尺度のプロフィールの結果から、被験者の知的活動の特徴について考察する。
例題	Kohs立方体の目的、内容と方法、採点法について述べよ
解答	一般知能を測定する検査である。一般の知能を測定するには、容易にできる検査である。また認知障害の検査にも使われる。神経心理的な検査としても活用できる。
例題	鈴木ビネー検査内容、実施方法、整理の仕方、結果の解釈を述べよ。
解答	知能を個別的に測定することを目的としている。ターマンによるスタンフォード改訂案を基礎としている。実施時間は年齢によって異なるが25分～90分である。適用範囲は2歳から成人。テキストの算出表に従い、精神年齢(MA)と知能指数(IQ)を算出する。MA、IQから被験者の知能水準または知能段階に槌絵判定をする。項目分析から、被験者の知能構造の特徴について考察する。WAIS-Rは知能の構造が見れる。鈴木ビネーは知能の程度が見れる。
例題	HDS-Rのテスト目的と判定基準を述べよ。
解答	高齢期痴呆のスクーリングテスト。痴呆の鑑別力に関しては、cut-off pointを20/21に設定した場合が一番感度が高くなる。総得点が20点に満たない場合痴呆の疑いをもってよい。(例:60歳で20点以下になる場合なら痴呆を疑う。逆に90歳で20点ならば痴呆の可能性は低くなる)さらに精密な検査を進める。
例題	MMSの成立背景と目的、内容、実施と判定を述べよ。
解答	MMSもHDS-R同様にスクーリングテストである。このテストとの優れているところは、障害の感度の検出率が高くあるところである。 目的としては、認知障害の測定である。内容は、二部構成になっている。一部は口語の質問で、見当識、記憶・注意力、記銘力検査を測定する。二部は、文書・図形構成力・呼称、口語および文字に従う能力である。判定には、被験者の学歴を考慮しなければならない。
例題	WMS-Rの内容と実施法、解釈について述べよ
解答	記憶がもつ様々な側面を総合的に測定する検査である。パーセルタイルによって各点数を出していく。基準は100である。各年齢群の比較もでき、年齢にあわせた結果が出せる。三宅式記銘検査、WAIS-R、HDS-Rなど記銘力検査がある。被験者の特性に合わせて使い分けが必要となる。
例題	BGTの目的、内容と方法、採点法、結果の解釈について述べよ
解答	視覚・運動ゲシュタルト機能の成熟度や機能的器質的障害の様相、さらにパーソナリティの偏りなどを臨床的に診断。テストの整理法は、パスカルとサッテルの方法が一番用いられており、11歳以上の児童と成人のためのものである。ベンダーゲシュタルト図形を受け入れることの能力と模写できる正常知能のものを対象として標準化された。パスカル・サッテル法は「エゴの強さ」を測定するものであり、情緒的な適応と関係が深い。スコアが高くなればなるほど個々のものが精神医学上の患者であることの見込みが濃厚になる。
例題	Benton視覚記銘力検査の成立背景、目的、内容と方法、採点法について述べよ
解答	アイオワ大学、神経学、心理学教授、A.L.ベントンの原著第3版に基づいている。アイオワ大学、神経学、心理学教授、A.L.ベントンの原著第3版に基づいている。図版を10枚を一枚づつ被験者に描写させる。認知、視空間知覚、視覚記銘、知覚構成力などの能力を必要とする検査である。脳外傷の判定には用いられる事が多い。視覚記銘力の測定だけでなく、構成能力の評価にも価値があることが判明している。描写時間の制限はない。当院では主に施行A(定時時間、10秒、即時再生)を用いていることが多い。

例題	神経・生理学的検査:KTSAの成立背景と実施方法、結果の処理の仕方を述べよ
解答	カーンがシンボルを人格診断にしようとする診断が生れた。必要物品は、16個の(po)オブジェと、配列布1枚、分類課題版1枚 実施方法、オブジェクトを探してもらったり、配列してもらう。解釈は、評点には、言語的な面と操作的な行動とが結びついたテストである。評点には客観的評定と象徴水準評点とがある。臨床的様の幅は広いが、めったに使われるテストではない。
例題	テストバッテリーの組み方の留意点について
解答	・各検査の目的を理解したうえで、複数のテストを組み合わせよりの確な全体像をつかむようにする。 ・被験者の年齢・問題を考慮する。 ・心身的な負担を掛けないようにする。 疲労感の強い患者様、もしくはうつ病の患者様に実施する場合は、検査の順序と報告書を書く場合には、心的負担を考慮して書くようにする。
例題	結果の処理について述べよ
解答	心理検査の結果は、あくまでの補助手段に過ぎないことを銘記しておく。テストバッテリーを組んでも、全ての臨床家が結果を出せるわけではない。
例題	所見作成の手順項目と留意点を述べよ
解答	検査結果、行動観察所見、関係資料、総合所見などを、誰が読んでもわかりやすく書く。従って、専門用語や曖昧な表現、解釈は避ける。

第3分野 心理療法

解説	インテーク面接は受理面接とも言われ、専門家の相談を求めて相談機関・医療機関を音連れ多来談者(クライアント)と最初に行う面接のことをいう。インテークをとる人をインテーカーと呼ぶ。インテーク面接では、クライアントのとの信頼関係の形成を測りながら、1時間程度を目安として、クライアントの相談について、問題点の明確化、相談機関の機能や特性を説明した上で、クライアント自身がカウンセリングを続ける医師があるかの確認をする。 インテーク面接では、問題解決への方針を立てるために必要な情報を聞き取る。インテーク面接で聞かなければならないことは、主訴(一番困っていること、どうなって欲しいか)、来所経緯、現在、経過、生育歴・生活歴、家族構成、既往歴である。クライエント問題や状況に応じて柔軟に選択をして聞かなければならない。 受理面接の留意点は、インテーカーがクライアントの訴えに傾聴と受容の態度で接し、どんな事でも話せそうだという雰囲気づくりを心がけることは大切であるが、クライアントの訴えを鵜呑みにしたりしてはいけない。また単純なアドバイスをしてはいけない。ケースによっては、クライアントの気持ちを明確化しながら、アドバイスをしていくことが必要となる。そしてクライアントの問題に対して「見立て」を行う。ここでは、診断的見立て主観的価値観、個人経験に基づいてケースをはんだんしないこと。クライアントに対して安易な保障を与えたり、楽観な励ましをしてはいけない。面接時には、クライアントの言語による情報だけに注目するのではなく、視線、息遣い、姿勢、表情などの非言語的な情報にも注意をむける。中には、インテーク面接で終了する患者様もいる。インテークをとる人と、カウンセリングをする人は別な人がいい場合がある。
解説	見立てとは、診断と予後を含む全体の見通しのことである。クライアントの病態水準に応じて、薬物療法の併用を行うか、どうするのか、その予後はどうなるのかなど治療課程の全体についての見通しをもつことである。カウンセリングでは、クライアントと共に「どうなりたいのか？どうなればいいのか？」ということを随時話し合い、それにあわせて時には見立てや治療目標を変えていくことになる。見通しは、治療段階によって柔軟に変える姿勢を持つことも大切である。
解説	入院患者様のカウンセリングは、面接中に人ではいりがないところで、出来るだけ静かなところを選ぶようにする。クライアントの状態にもよるが、1回50分、一週間に一度の形態。クライアントの遅刻の場合、時間の延長はしない。 北：応接室、西：(西A診察室、西Bミーティングルーム)、東B(診察室)。病棟の時間帯を考慮する。 治療構造を崩されないように周囲に理解を求める。
解説	基本的に応接室で行う。1回50分、一週間に一度の形態。クライアントの遅刻の場合、時間の延長はしない。しかし診察で予定通りに始まらない場合は融通する。主治医から治療構造へ指示があった場合は、主治医の意見や方針を聞きながら治療構造を決めていく。 治療構造を崩されないように周囲に理解を求める。
解説	カウンセリング導入において、問題を抱えているクライアント自身が「どのようになりたいのか？」ということを明確にさせることが必要である。このクライアントの動機付けが治療目標へとつながる。よって、治療への動機付けが曖昧であると、治療が中断したりする場合もある。よってインテーク面接で主訴の内容、問題の深さと質をからカウンセリングへのつなげられるようにする。動機が曖昧である場合には、むやみにカウンセリングをしないほうが望ましいことがある。
解説	カウンセリング導入時から、主治医とは治療方針やお互いの役割分担を明確にさせておく。またカウンセリング中にクライアントに大きな変化や行動化が予測された場合には、相談をし、速やかに介入が出来るように体勢を整えておく。 カウンセリングは心理1人で行っているものではないということを意識しておく。
解説	カウンセリング状況は、二者間で不透明になりやすいところがあるので、クライアントのプライバシーに差しさわりのない程度にカルテに記載をする。カンファレンスを利用して情報交換に努める。またカウンセリング中にクライアントに大きな変化や行動化が予測された場合には、相談をし、速やかに介入が出来るように体勢を整えておく。 カウンセリングは心理1人で行っているものではないということを意識しておく。

	解説	カウンセリング導入時に、クライアントが安心して自分のことを語れるように、クライアントが語ったことは口外しないことを契約する。心理療法の基本の一つ。例外があり、生命の危機に関わる事であれば、口外をする。
	解説	心理療法には、様々な学派と療法があるが、共通の基本姿勢がある。相手の立場になって、相手が本当に言わんとすることはどんなことでも肯定的に理解する、ことである。肯定的に相手のことを理解することは、相手がカンにさわることも言っても、非道徳的なことを言っても、その言いたくなる気持ちを理解することである。初心者はついつい「説教」になりがちとなるため、スーパービジョンが必要になる。
	解説	治療関係が深まってくると、クライアントからセラピストに対して依存欲求がうまれてくる。この依存欲求をある程度充足させてあげることは、クライアントの心理的安定をはかることで重要な事である。しかし、セラピストがクライアントの依存欲求を全て満たすことは、患者の自我を退化させ、症状を悪化させることもある。よって、治療構造の枠組みを明確にさせる。クライアントの依存に対しては、依存欲求を明確化しながらクライアントを見守っていく、クライアントの自らの依存欲求を直面化させる二つの対応がある。この二つは、治療目標・クライアントの自我の強さ、年齢などを考慮し、判断する事が望ましい。特に青年期のクライアントの場合には、自立性や自発性を促す意味において、この対応が多くある。
	解説	行動化とは患者様が面接場面内で言語を用いる代わりに行動を示すことをいう。行動化は抵抗現象と見るより、治療経過における適応の経過として考えるほうが望ましい。セラピストは治療関係をもう一度見直し、クライアントの行動化の背後にある欲求や衝動を理解するとともに、より適応的な解消法を持たせることが必要となる。このようなクライアントの行動化に対して、セラピストは自己の逆転移へのきづきを得ていなければいけない。行動化はクライアントの精神状態がますます悪化したと判断されやすい。このような誤解を招かない為に、セラピストは医療スタッフにクライアントの行動化生じる前に行動化の意味について説明しておく事が望ましい。特に主治医には、面接経過をその都度説明しておく。激しい自傷・他傷行為などは、一時的に入院や保護室、退院を余儀なくせざるを得ないこともある。以下、行動化の種類と、対応方法を記す。性格傾向からくるもの…行動化の意味を言語で根気強く確かめ合う、行動化により生じる他人の迷惑について話あう。セラピストを試す意味を持つもの…セラピストは良き協力者・司会者であることを態度で示す。面接目標について話し合う。セラピストの解釈による傷つきから生じるもの…セラピストの中にある焦りを自覚する。クライアントとの信頼関係形成に努める。面接者に対する両価的な感情を回す意味を持つもの…自我の強いクライアントの場合は、両価的な感情を取り上げ、その明確化と直面させる。またセラピストに対する「よい感情」や「接近したい感情」を取り上げる。セラピストに対する陰性感情の意味を持つもの…行動化が反復されるので、1,2回は見守るが、さらに続けば、行動化の意味を言語化させる。逆転移に留意し、よい面接関係を成立させる。終結気に見られる変化していく「自己」の表現として、あるいは抵抗として…変化していく「辛さ」を受容する。行動化の主な例としては、面接中の沈黙、セラピストへの暴力行為、自傷行為、セラピストと恋愛関係への発展、性的行為が上げられる。 行動化は、治療の見立てにつながりやすい面がある。セラピストはある意味、クライアントの行動化に傷つけられながらも生き残らなければならない。そのためには、治療枠が必要となる。治療枠を超えそうになったり、自分の手におえない場合には、治療者の役割を降りたり、他機関への紹介をすることが望ましい。
	解説	心理臨床家の治療者として必要な条件としては、患者の心に正確に理解(コミット)できる能力と、理解したことをそのクライアントの洞察や社会適応を促すようにわかりやすく、的確に伝える能力が必要である。この能力は、どちらとも働かなければいけない。双方の言語的な関わりのほかに、非言語的な面にも注目を十分に向けなければいけない。これらの能力は、スーパービジョンを受ける、芸術や読書、音楽などを通じて感性を高めるなど治療者自身が自己研鑽をしなければいけない。 感性や直感は生れもったものであるもので、素質がないと育たないものでもある。

	解説	原因なり理由を充分に考える必要がある。納得がいかない場合、セラピスト側に消化しきれない思いがある場合は、事例検討をすることが良い。しかし中断となったからといって、過剰に反省は不必要である。中断になるケースの場合は、クライアントの自立、社会適応が可能になるということも意味もある。中断を悪い意味だけで捉えないようにする。しかし、その中断の意味はしっかりと考える。
	解説	必要最低限必要な項目は、症状の現状、セッションの中で表出された主な感情、態度、生活上の諸問題として周囲から得られた情報である。またクライアントの非言語的な面も記載する。セラピストの印象と事実を混同して書かないようにする。記録は、面接終了後に書くのが一番望ましいが、忙しい場合にはメモにしておく。心理職は最近、訴えられるケースが増えてきている。よって、記録は自分を守る為にもつけるものという意識をもつ。
	解説	精神分析、分析心理学、クライアント中心療法、行動療法、行動認知療法、内観療法、ゲシュタルト療法、人間性心理学などがある。身体的な働きかけを行うものもあり、動作法、森田療法、などがある。対象者、1対1で行う個人療法から、集団で行うもの、家族療法などがある。技法には、箱庭療法やサイコドラマなどもある。このように多くの療法と技法があるが、セラピストがどの療法や技法を選ぶかはその人の性格や人間観によるものが多い。対象者や場合によって適時適宜に技法を組みあわせて行う。
	解説	1. クライアントが予め連絡を入れた場合には、次回の約束を取り次ぐ。そのあとの面接では、キャンセルした背後の気持ちを聴く。ここを扱わなければ、面接が中止となることもありうる。なぜならクライアントはこのセラピストに分ってもらえないという感情を持つからである。よって、なぜキャンセルしたのかという気持ちを聞く。(事実のみを聞くのではないことに注意) 2. 面接予約が入っているにも関わらず、無断でキャンセルした場合には、セラピストは決められた部屋と時間にクライアントの来談を待つ。面接は契約である為、クライアントがくるこないに関わらずセラピストは契約を守らなければいけない。待っている間、今までの記録を読み返したり、クライアントがいない椅子をみて、セラピストの中に起こってくる感情をしっかりと感じるが必要となる。クライアントのキャンセルには、一種のクライアントからの治療抵抗である。治療が上手く進んでいない時、話を十分に聞いていない・聞けていないといことがる。それらの感情や状況を見るためにもセラピストは面接室で、セラピーがどのように進んでいるのか？吟味することが必要となる。 3. カウンセリングは、契約で行っているため、クライアントが来る・こないに関わらず、治療構造は守らなければならない。キャンセルはそのため、なぜキャンセルになったのか、セラピスト側の原因を探るために必要なことである。
	解答	受理面接の留意点は、インターカーがクライアントの訴えに傾聴と受容の態度で接し、どんな事でも話せそうだという雰囲気づくりを心がけることは大切であるが、クライアントの訴えを鵜呑みにしたりしてはいけない。また単純なアドバイスをしてはいけない。ケースによっては、クライアントの気持ちを明確化しながら、アドバイスをしていくことが必要となる。そしてクライアントの問題に対して「見立て」を行う。ここでは、診断的見立て主観的価値観、個人経験に基づいてケースをはんだんしないこと。クライアントに対して安易な保障を与えたり、楽観な励ましをしてはいけない。面接時には、クライアントの言語による情報だけに注目するのではなく、視線、息遣い、姿勢、表情などの非言語的な情報にも注意をむける。
	例題	治療目標と見立てとはなにか
	解答	見立てとは、診断と予後を含む全体の見通しのことである。クライアントの病態水準に応じて、薬物療法の併用を行うか、どうするのか、その予後はどうなるのかなど治療課程の全体についての見通しをもつことである。
	例題	入院：心理療法の治療構造(時間、場所)を述べよ。
	解答	北：応接室、西：(西A診察室、西Bミーティングルーム)、東B(診察室)。病棟の時間帯を考慮する。
	例題	外来の治療構造を簡潔にのべよ。
	解答	基本的に応接室で行う。1回50分、一週間に一度の形態。

例題	導入時について動機づけの重要性を述べよ
解答	カウンセリング導入において、問題を抱えているクライアント自身が「どのようになりたいのか？」ということを明確にさせることが必要である。このクライアントの動機付けが治療目標へとつながる。よって、治療への動機付けが曖昧であると、治療が中断したりする場合もある。
例題	主治医との連携について
解答	主治医とは治療方針やお互いの役割分担を明確にさせておく。またカウンセリング中にクライアントに大きな変化や行動化が予測された場合には、相談をし、速やかに介入が出来るように体勢を整えておく。カウンセリングは心理1人で行っているものではないということを意識しておく。
例題	病棟スタッフとの連携について述べよ
解答	クライアントのプライバシーに差しさわりのない程度にカルテに記載をする。カンファレンスを利用して情報交換に努める。またカウンセリング中にクライアントに大きな変化や行動化が予測された場合には、相談をし、速やかに介入が出来るように体勢を整えておく。カウンセリングは心理1人で行っているものではないということを意識しておく。
例題	秘密厳守
解答	カウンセリング導入時に、クライアントが安心して自分のことを語れるように、クライアントが語ったことは口外しないことを契約する。心理療法の基本の一つ。例外があり、生命の危機に関わる事であれば、口外をする。
例題	心理療法における基本姿勢について
解答	心理療法には、様々な学派と療法があるが、共通の基本姿勢がある。相手の立場になって、相手が本当に言わんとすることはどんなことでも肯定的に理解する、ことである。肯定的に相手のことを理解することは、相手がカンにさわることも言っても、非道徳的なことを言っても、その言いたくなる気持ちを理解することである。初心者はいついつい「説教」になりがちとなるため、スーパービジョンが必要になる。
例題	患者様の依存欲求への対応について留点を交えて述べよ
解答	治療関係でクライアントの依存が出てくるとするのは、治療関係が進んでいると考えてもいい。しかしその中で、セラピストがクライアントの依存を全て満たすことは、クライアントの心理的安定や信頼関係を作る面と、自我を尾退化させ、症状を悪化させるという二側面がある。
例題	患者様の行動化への種類と対応について
解答	性格傾向からくるもの…行動化の意味を言語で根気強く確かめ合う、行動化により生じる他人の迷惑について話あう。セラピストを試す意味を持つもの…セラピストは良き協力者・司会者であることを態度で示す。面接目標について話し合う。セラピストの解釈による傷つきから生じるもの…セラピストの中にある焦りを自覚する。クライアントとの信頼関係形成に努める。面接者に対する両価的な感情を回す意味を持つもの…自我の強いクライアントの場合は、両価的な感情を取り上げ、その明確化と直面させる。またセラピストに対する「よい感情」や「接近したい感情」を取り上げる。セラピストに対する陰性感情の意味を持つもの…行動化が反復されるので、1,2回は見守るが、さらに続けば、行動化の意味を言語化させる。逆転移に留意し、よい面接関係を成立させる。終結気に見られる変化していく「自己」の表現として、あるいは抵抗として…変化していく「辛さ」を受容する。行動化の主な例としては、面接中の沈黙、セラピストへの暴力行為、自傷行為、セラピストと恋愛関係への発展、性的行為が上げられる。
例題	各療法と技法について述べよ
解答	心理面接には、精神分析、分析心理学、クライアント中心療法、行動療法、行動認知療法、内観療法、ゲシュタルト療法、人間性心理学などがある。身体的な働きかけを行うものもあり、動作法、森田療法、などがある。対象者、1対1で行う個人療法から、集団で行うもの、家族療法などがある。技法には、箱庭療法やサイコドラマなどもある。このように多くの療法と技法があるが、セラピストがどの療法や技法を選ぶかはその人の性格や人間観によるものが多い。対象者や場合によって適時適宜に技法を組みあせて行う。 全てを修得しようとするのではなく、自分にあう理論を見つけるようにする。またどの技法や療法にも一長一短がある。

	例題	記録のポイントを述べよ
	解答	症状の現状、セッションの中で表出された主な感情、態度、生活上の諸問題として周囲から得られた情報である。またクライアントの非言語的な面も記載する。セラピストの印象と事実を混同して書かないようにする。
	問題	終結に際してセラピストとして気を付けなければならないことは
	解答	その際、セラピストとクライアントが話しあって了解し合い、面接の意味が確認できたときに終結を迎えることとする。
	解説	終結のタイミングは非常に難しい問題をはらんでいる。一般的にクライアントの当面の問題や症状が消失したとき、問題となった背景の原因が取り除かれた時、社会適応の程度が良くなったなどの変化が見られたときである。その際、セラピストとクライアントが話しあって了解し合い、面接の意味が確認できたときに終結を迎えることとする。 別れの寂しさを自覚しても引きずらないようにする。また終結だからといって、セラピストが喜んでいると、クライアントは症状をぶり返してくることもある。よって、セラピストは喜びと寂しさを持ち合わせていなければいけない。
	例題	中断の意味について
	解答	クライアントの自立、社会適応が可能になるということも意味もある。中断を悪い意味だけで捉えないようにする。
	例題	無断キャンセルされた場合の対応について
	解答	面接予約が入っているにも関わらず、無断でキャンセルした場合には、セラピストは決められた部屋と時間にクライアントの来談を待つ。面接は契約である為、クライアントがくるこないに関わらずセラピストは契約を守らなければいけない。待っている間、今までの記録を読み返したり、クライアントがいない椅子をみて、セラピストの中に起こってくる感情をしっかりと感じる必要がある。クライアントのキャンセルには、一種のクライアントからの治療抵抗である。治療が上手く進んでいない時、話を十分に聞いていない・聞けていないといことがる。それらの感情や状況を見るためにもセラピストは面接室で、セラピーがどのように進んでいるのか？吟味することが必要となる。

第4分野 SST		
	解説	目的 普段の生活の中で自分の気持ちや要求を相手に上手く伝える、相手の言うことに上手く応じることができるようになる、親しみのある会話を始め、それを続けたり、気持ちよく終えるために必要な基本会話の技術を身につけるためにSSTの基本理論 ストレス - 脆弱性 - 対処技能モデル、再発予防には、ストレスの解明と対策。慢性の精神障害者に影響を与える要因としては、ストレスと生物学的脆弱性とがある。生物学的脆弱性は脳の働きにおける脆弱性で病気になりやすさのことである。しかし、ストレスがあって脆弱性があれば必ず病気になったり、悪化するわけではない。防御因子があって、それが強固であれば再発をくい止めたり、軽快に向かうことができる。防御因子の第一は適切な薬物である。しかしそれだけでは不十分である。社会復帰に向けてのプログラム(デイケア、作業所)、家族からの支援、社会や周囲への支持、ストレスを上手く処理してこころの安定を保つ生活の技能の獲得(SST)などが重要である。 SSTの方法 基本会話の流れ <目標・課題設定> ↓ 1週目・・・SSTについて。2週目・・・挨拶をしましょう。3週目・・・言語的・非言語的コミュニケーション5週目・・・会話を始める、7週目・・・会話を続ける、10週目・・・会話をスムーズに終わらせる、11週目・・・まとめ。 <ロールプレイ> ↓ 実際の場面を取り上げてやってみることで、そこでどんな技能が必要かが明らかになる。頭では覚えるのではなく、体で覚えることを狙っている。 <モデリング> ↓ 実際にお手本をしめすことで新しい行動の獲得がスムーズになる。 <正のフィードバック> ↓ 良い行動を指摘し、その事を誉めることで、その技能を正しく使うように強化するものである。リーダーはこころからよい行動を喜ぶこと。誉めることで安心して学ぶことができる。 <宿題> ロールプレイで練習したことが実際の生活で身に付くように宿題をやっていく。
	解説	コ・リーダーとのチームワークを大切にしている。実践に入る前には、前回の記録を読んで行う。またリーダーは積極的に動き、メンバーに対して「促し」を行う。よって、全メンバーに目を注ぎつつ、練習する患者さんの側に立ったりするなど、いつも体と頭を動かしている。
	解説	リーダーを助ける。場面設定の手伝いや板書、意見が出ない時の提案をするなど、協力してセッションを進める。メンバーは退所スキルが狭いので、コ・リーダーがそれを広げるやくわりをもする。 リーダーに代わる。リーダーが特定の人に関わらなければならない時や、どうしても席を離れなければならないときなど、自らリーダーとなってセッションを勧める。 メンバーへの介入。メンバーへの促しの他、落ち着いた患者様のフォローをするなど、メンバーの中心となって動く。 メンバーに対して積極的に正のフィードバックを与える。誰よりも褒め上手であること。コ・リーダー次第でグループの雰囲気は変わる。 コ・リーダーの「コ」という意味は、共同という意味であり、副リーダーという意味ではない。よって、リーダーがやりやすいように配慮する。リーダーよりある意味神経を使う役割である。
	解説	当院で行われている、コミュニケーションの治療プログラムの一部であるSSTについて、患者様と触れ合う上で、必要な知識を学んでもらう。 日時、場所を決めて、勉強会の案内文を掲示する。内容は、SSTの理論と実践から行う。

解説	SSTの楽しさを教えるようにする。SSTの勉強会開催にあたり、希望者を募り勉強会を実施する。希望者からリーダー、コ・リーダーを引き受けてくれる人を探し、実践で行うようにする。勉強会が終わったら、リーダー、コ・リーダーの「良かった点」「もっと良くなる点」をそれぞれにフィードバックする。
解説	病棟で行われるSSTの振り返りのカンファレンスに参加し、スタッフの疑問点や問題点について話し合う。単に答えを出すのではなく、スタッフの工夫を引き出せるようにアドバイスをする。 SSTの総括においては、不十分あるいは不適切な内容であった場合は、再提出していただく。実施録のサインが二名あるか確認をする。優れた記載の部分に、評価のコメントを加えてもよい。記録用紙は、主治医に提出する。確認印が押されたあとは、各病棟のボックスに入れる。病棟のカンファレンス棟を使ってSSTの勉強会の機会を設ける。
例題	SSTとはなにか？
解答	SSTの実践では、まずスタッフが楽しんでやれるように勉強会などで働きかける。認知行動療法の理論も理解しておく事が大切。
例題	リーダー役割について
解答	メンバーに対して「促し」を行う。よって、全メンバーに目を注ぎつつ、練習する患者さんの側に立ったりするなど、いつも体と頭を動かしている。
例題	コ・リーダーの役割について箇条書きせよ
解答	リーダーを助ける。 リーダーに代わる。リーダーが特定の人に関わらなければ成らない時や、どうしても席を離れなければならないときなど、自らリーダーとなってセッションを勧める。 メンバーへの介入。メンバーへの促しの他、落ち着いた患者様のフォローをするなど、メンバーの中心となって動く。 メンバーに対して積極的に性のフィードバックを与える。誰よりも褒め上手であること。コ・リーダー次第でグループの雰囲気は変わる。
例題	新人研修の目的について
解答	当院で行われている、コミュニケーションの治療プログラムの一部であるSSTについて、患者様と触れ合う上で、必要な知識を学んでもらう。
例題	新人及有志の勉強会の実施はどのようにしておこなうのがよいか。
解答	希望者からリーダー、コ・リーダーを引き受けてくれる人を探し、実践で行うように
例題	総括とアドバイスの仕方について
解答	カンファレンスを充分に活かして、スタッフのSSTにたずさる疑問点や問題点について話し合う。

第5分野 アルコール依存症治療プログラム		
解説		患者様の知的レベル・性格傾向・神経心理検査を行い、アセスメントを行い、患者様にあったプログラムが効率よく提供できるように心理検査を組む。主なテスト内容は、Y-G, WAIS-R, MMPI, などが挙げられる。検査は患者様の入院から1週間以内に行うことが望ましい。検査結果が出たら、患者様を取り巻く治療スタッフに結果の共有をし、治療方針を立てる参考にしてもらう。 離脱期の患者様には、状態が落ち着いてからテストを取るようにする。
解説		同じ病気を持つものとして、ともにこれまで飲酒経験などを語り合い、自己の飲酒時の状況や飲酒時の心境、飲酒動機などについて理解を深めることを目的としている。ゼロの会の名前の由来は、ゼロから再びはじめよう、酒・無しの気持ちを実施上の表現している。一週間に1回60分。場所は、西Aミーティングルーム。実施上のルールは、原則として基本的に誰もが自分の話したいことを自由に話す。内容については、「言いつばなし・聞きつばなし」が原則。加えて、その場で話されたことはグループの外で話さない。スタッフの関わり方としては、当事者の発言に対して批判や診断的表現は避けること。ミーティングの主役はあくまでも患者様である。実施後は、スタッフとのアフターミーティングで話されたことも含め、ゼロの会の記録を書く。記録の内容は、グループの雰囲気、グループ全体の流れを書く、場の雰囲気を変えたと思われる発言をそのまま書く、この患者の発言についてかく、ネガティブな側面も書く(発現しなかった人など)、記録者の感想も書く、次のグループの予想も書く。 心理は司会者として参加する。やむを得ず参加できない場合は、前もって他のスタッフにお願いをする。 アルコールに関する知識を正確にもつことを目指す。
解説		ゼロの会終了後は、参加スタッフ同士で、今日のゼロの会の雰囲気や、どの患者様が何を話したのか、なぜそれを話したのか、など、グループ体験をスタッフが分かち合い、その意味を考える時間を持つ。このアフターミーティングは、次のゼロの会への予測や理解につながる。また参加スタッフがゼロの会に連続性をもって取り組む事が出来るようになるために行う。
解説		入院患者様が退院後に断酒会やA.Aにつながるようにネットワーク作りをする。冬季間以外は、4月の時点で予定を組む。二ヶ月に一度の来院である。木曜日にゼロの会に参加してもらい、当事者の声を患者様にきってもらう。時間は、14:00～15:00が講義内容。15:00～15:30が質疑応答となる。場所は、西ミーティングルームである。西病棟のスタッフに予め、会場を借りることを伝えておき、場所の確保を行う。
解説		性格特性や知的レベル、対人関係面からアドバイスをし、アルコール依存症治療プログラムの作成に役立ててもらおう。
解説		当院で、断酒会に場所を提供している。第一週、第三週であり、19:00～21:00の時間帯である。断酒会では、飲酒をどのように止めるのかということ話し合う。A.Aは柏崎でお行っている。A.Aでは生き方などを語り合う会である。患者様に応じて、断酒会やA.Aの紹介をする。 A.Aは宗教的な意味合いが強い。しかし特定の宗教と結びついてはいない。
例題		アルコール依存症の病理把握(心理検査の実施)に用いる検査名を挙げよ
解答		Y-G, WAIS-R, MMPI
例題		ゼロの会の記録のとり方について
解答		記録の内容は、グループの雰囲気、グループ全体の流れを書く、場の雰囲気を変えたと思われる発言をそのまま書く、この患者の発言についてかく、ネガティブな側面も書く(発現しなかった人など)、記録者の感想も書く、次のグループの予想も書く。
例題		ゼロの会実施後のアフターミーティング・スタッフミーティングの意味について
解答		ゼロの会の雰囲気や、どの患者様が何を話したのか、なぜそれを話したのか、など、グループ体験をスタッフが分かち合い、その意味を考える時間を持つ。このアフターミーティングは、次のゼロの会への予測や理解につながる。また参加スタッフがゼロの会に連続性をもって取り組む事が出来るようになるために行う。
例題		断酒会長の講演の目的についてのべよ
解答		入院患者様が退院後に断酒会やA.Aにつながるようにネットワーク作りをする。

	例題	治療プログラム構成への協力について心理士ができることは
	解答	心理検査を実施し、被験者の知的レベル対人面からのアセスメントを行い、治療プログラムに反映させる。
	例題	断酒会とA.Aの違いを説明せよ
	解答	断酒会では、飲酒をどのように止めるのかということを話し合う。A.Aは生き方などを語り合う会である。患者様に応じて、断酒会やA.Aの紹介をする。 A.Aは宗教的な意味合いが強いが、特定の宗教と結びついてはいない。

第6分野 回想法		
	解説	対象者は、高齢者全般であり、方法形態・適応対象・目的などによって、個人回想法かグループ回想法かに分けられる。効果は、自尊感情を高める、アイデンティティ確立を助ける、不安を解消するなどの内面的なもの、孤立の防止、肯定的な仲間意識の形成、社会化の機会の増大、世代間交流の促進などの対外的側面があげられる。特に痴呆患者様は、問題行動の減少、意欲、集中力の向上、情緒の安定、他者への関心増大という形で認められる。 個人回想法は、ライフレビューとして行なわれることが多く、グループ回想法は、グループの力を生かす方法と、回想法を相乗させた方法である。グループ回想法のメンバー及びセッションの構成において、クローズド・グループとセミクローズド・グループ、オープン・グループの三種がある。RO法、音楽療法やレクなどと組み合わせ、言語的、非言語的アプローチを組み合わせせておこなっている。
	解説	毎月評価表を主治医に提出し、治療目標を立てるようにする。目標としては、過去から現在にかけての出来事を集団の中で回想することで、情動機能の活性化や残存能力の維持につなげていく。また、集団の中で語ることで、自己の自尊感情を高めることや、社会的交流の場を広げる目的で行なっている。個人のアセスメントを行い、個別の目標を設定し、個人の内面への効果や、社会的・対人関係的效果を評価していく。回想法の中で得られた情報や新たな発見を、日常のケアに取り入れ、ケアの質を高めていくことも大きな目標となる。
	例題	回想法実施とは何か？
	解答	対象者は、高齢者全般。個人回想法は、ライフレビューとして行なわれることが多く、グループ回想法は、グループの力を生かす方法と、回想法を相乗させた方法である。効果は情緒の安定など内面的側面と、対人交流の促進など対外的側面があげられる。
	例題	評価と目標設定について述べよ
	解答	毎月評価表を主治医に提出し治療目標を立てる。個人のアセスメントを行い、ニーズにあった目標を設定し、個人の内面への効果や、社会的・対人関係的效果を評価していく。回想法の中で得られた情報や新たな発見を、日常のケアに取り入れ、ケアの質を高めていくことも大きな目標となる。

第7分野 精神疾患の基礎知識		
	解説	まず病気の原因を考える時は、外因性などの気質から考えるようにする。心因性は最後に考えるようにする。精神症状を発現させる原因が、外因によるもの。一般に、外因となりうるものとしては、身体的原因によるもので、炎症、外傷、腫瘍、また中毒、代謝障害などがある。 以下の3種類に大別される - 器質精神病(アルツハイマー病、老年痴呆など) - 症状精神病(インフルエンザや肺炎などの身体病から引き起こされる一症状として、精神症状があらわれる)
	解説	青年期は好発期である。心理検査を取るときは慎重にとる。精神分裂病とは、内因性の精神病の一つで、今なお原因が不明である。発病は10代後半から20代前半とされており、児童や40歳以上はごく稀である。発病の初期は心身不調の訴えや意欲の低下、身の不潔、社会的に引きこもるなどの症状が多い。活動期になると、切迫感を感じたり、妄想、幻覚、思考障害自我障害、感情障害、行動障害などの特徴が出現する。再発を繰り返し、慢性期になると、病的な体験に対する深刻味が薄れ、自閉、感情の鈍り、意欲の減退などが目立つ。
	解説	非定型精神病とは精神分裂病と躁うつ病の二大精神病に、合致しないか、両者が入り混じったような病像を示すものを呼ぶ。特徴は、急激に発症して、躁うつのような気分の激しい変化に軽い意識の乱れを思わせる状態や、精神分裂病のような、妄想・幻覚状態が現れる。病気の経過は、躁うつ病のように比較的短期間で治り、繰り返し再発する傾向はあるが、精神分裂病のように、人格の崩れを来すことはなく、社会に順応できる。
	解説	感情の障害を主症状としたもので、気分が病的に盛り上がる、または落ち込む状態を繰り返すこと。その状態が治ると、普段の状態に戻り、分裂病のように人格の崩れを残さないことが特徴である。一生のうちに、躁またはうつ状態だけを繰り返す「単極性うつ(躁)病」と、躁とうつ状態を交代で繰り返す「双極性感情障害」とを一括して躁うつ病と呼んでいる。
	解説	いったん獲得された知能が、脳の器質的障害により、永続的(不可逆的)に低下または喪失することを言う。一般的に痴呆とは、器質性痴呆を指し、脳の広範囲の器質障害に基づくもので、記憶、記憶力、思考力、計算力、判断力、見当識の障害として現れる。また言語、知覚、感情、行動、人格の異常も同時に伴ってることが多い。痴呆は老年痴呆、初老痴呆(アルツハイマー病・ピック病)、進行麻痺、脳動脈硬化症、てんかん、ハンチントン舞蹈病、脳炎、頭部外傷、慢性アルコール中毒で見られる。
	解説	アルコール依存症の病理は、個人ではなく家族全体の病理として捉えることが必要。長年飲酒を続けることで、社会的、精神的、身体的に障害された状態。飲酒機会が多い人は精神的にアルコールを求めると共に、酒量が増える。やがては不快な手指の震えから、向かい酒をし、ついには飲酒を中断すると、痙攣、幻覚などの禁断症状を起こす。また、長年のうちに肝、胃などの消化器、循環器、神経系の合併症や、家族不和、怠業、経済的破綻、暴力沙汰、運転事故等の社会的トラブルにより信用を失い、家庭、職場で孤立する。
	解説	摂食障害には食事を拒否する、神経性無食欲症と、大量の食物を一度に発作的に食べ、その後自ら意図的な嘔吐を繰り返す神経性過食症が含まれる。両者は共通の特徴を持つと同時に、それぞれの病気の経過中に、相互に移行することも多く、その為摂食障害と一括されている。発達障害や、器質障害、ホルモン障害に関連してみられる場合もあるので、身体的検索も重要である。一般的に知能は正常で、中流以上の外見的には整った家庭に多い。主な症状は不食による痩せ、便秘と無月経、低血圧、皮膚の乾燥などであるが、内科的な異常はほとんど示さない。精神面では、内心に強い愛情欲求を持ちながら孤独を求める。母親へのわがまま、変化恐怖、気分のムラ、ひどくケチところがあることなどが挙げられる。DSM-4やICD-10などの国際分類には、神経症という概念はない。しかし現場で生きている概念である。

解説	神経症の患者様は防衛機制の使い方が固すぎたり、弱すぎたりすることがある。精神面と身体面の機能障害で、精神病のような器質的な障害のないものを言う。主症状としては、不安症状 神経衰弱症状 脅迫症状 ヒステリー症状 抑うつ症状などがある。神経症になりやすい人には、以下のような性格傾向が挙げられる。自分に自信がなく気を遣い、取越し苦労が多く自分を責める傾向が強い 疲れやすく長続きせず、諦めてしまう弱気なところがある 未熟、依存的であり、内面に生じた不安を適切に処理することを不得意としている。
解説	BPOとBPDの概念の整理をしておくことが必要。人格が、その個人の属する文化の許容範囲を越えて偏っていて、その偏りによって本人が苦痛を感じたり社会的な障害が生じている場合を、人格障害あるいは性格障害と呼ぶ。一般的に、薬物や身体疾患に直接基因するものは含まない。DSM - 5では、人格障害を認知、感情、対人関係、衝動抑制の領域における障害と捉え、妄想性人格障害や、境界性人格障害など、10の類型が挙げられている。
解説	知的機能を中心に、その発達が遅れた「状態像」を示している。AAMR(アメリカ精神薄弱学会)の定義では、平均以下の知的機能(IQ70以下) 適応行動水準が年齢基準より明らかに低い 18歳未満の発症の3つを満たせば精神遅滞と判断される。日本でもこの定義が受け入れられている。知的障害者は、反応の固執がみられる。学習効果はあるが応用が利きにくい。
解説	事故や災害、戦争など、生命に危険が及ぶほどの体験をしたり、目撃した後にはみられる精神障害。直接的危険が去った後にみられるものをPTSDと言い、直後のものは急性ストレス障害と分類される。主な症状はフラッシュバックのように苦痛なイメージの「進一的反復的想起」 感情の幅が狭くなる、将来に対する希望が持てないなどの「感情麻痺」 浅眠、小さい刺激に対する大きな驚愕反応などの「覚醒亢進状態」の3種類である。PTSDを知りたいなら、映画「ランボー」を見ると良い。あの主人公がPTSDである。
問題	外因性の精神障害とは何か説明せよ
解答	精神症状を発現させる原因が、外因によるもの。一般に、外因となりうるものとしては、身体的原因によるもので、炎症、外傷、腫瘍、また中毒、代謝障害などがある。
例題	精神分裂病とは何か説明せよ
解答	内因性の精神病の一つ。今なお原因が不明。発病は10代後半から20代前半とされており、児童や40歳以上はごく稀である。
例題	非定型精神病とは何か説明せよ
解答	非定型精神病とは精神分裂病と躁うつ病の二大精神病に、合致しないか、両者が入り混じったような病像を示すものを呼ぶ。精神分裂病のように、人格の崩れを来すことはなく、社会に順応できる。
例題	躁うつ病とは何か説明せよ
解答	感情の障害を主症状としたもので、気分が病的に盛り上がる、または落ち込む状態を繰り返すこと。分裂病のように人格の崩れを残さないことが特徴である。
例題	痴呆性疾患とは何か説明せよ
解答	いったん獲得された知能が、脳の器質的障害により、永続的(不可逆的)に低下または喪失することを言う。一般的に痴呆とは、器質性痴呆を指す。
例題	アルコール依存症とは何か説明せよ
解答	長年飲酒を続けることで、社会的、精神的、身体的に障害された状態。飲酒を中断すると、痙攣、幻覚などの禁断症状を起こす。神経系の合併症や身体的不調を引き起こす。また社会的トラブルにより信用を失い、家庭、職場で孤立する。

	例題	摂食障害とは何か説明せよ
	解答	摂食障害には食事を拒否する、神経性無食欲症と、大量の食物を一度に発作的に食べ、その後自ら意図的な嘔吐を繰り返す神経性過食症が含まれる。発達障害や、器質障害、ホルモン障害に関連してみられる場合もあるので、身体的検索も重要である。
	例題	神経症とは何か説明せよ
	解答	精神面と身体面の機能障害で、精神病のような器質的な障害のないものを言う。主症状としては、不安症状 神経衰弱症状 脅迫症状 ヒステリー症状 抑うつ症状などがある。神経症になりやすい人には、以下のような性格傾向が挙げられる。自分に自信がなく気を遣い、取越し苦労が多く自分を責める傾向が強い 疲れやすく長続きせず、諦めてしまう弱気なところがある 未熟、依存的であり、内面に生じた不安を適切に処理することを不得意としている。
	例題	人格障害とは何か説明せよ
	解答	人格が、その個人の属する文化の許容範囲を越えて偏っていて、その偏りによって本人が苦痛を感じたり社会的な障害が生じている場合を、人格障害あるいは性格障害と呼ぶ。一般的に、薬物や身体疾患に直接起因するものは含まない。DSM - では、人格障害を認知、感情、対人関係、衝動抑制の領域における障害と捉え、10の類型が挙げられている。
	例題	精神発達遅滞とは何か説明せよ
	解答	知的機能を中心に、その発達が遅れた「状態像」を示している。AAMR(アメリカ精神薄弱学会)の定義では、平均以下の知的機能(IQ70以下) 適応行動水準が年齢基準より明らかに低い 18歳未満の発症の3つを満たせば精神遅滞と判断される。日本でもこの定義が受け入れられている。
	例題	PTSD(心的外傷後ストレス障害)とは何か説明せよ
	解答	事故や災害、戦争など、生命に危険が及ぶほどの体験をしたり、目撃した後にみられる精神障害。直接的危険が去った後にみられるものをPTSDと言い、直後のものは急性ストレス障害と分類される。

第8分野 精神疾患の対応		
	解説	外因性の精神障害に対して、心理がアプローチできる面は限られている。それは、病気になったことでの挫折感・自責・抑うつ・喪失感を受容する事である。その段階がすぎると、自己効力感を高められるような工夫を看護師、作業療法士、主治医と連携を働きかける事である。全ての病気の原因が、心理的なものではない。心因反応とするのは一番最後の理論とする。まずは、生理的機能や身体的機能からくる精神障害の可能性を探す事である。
	解説	治療は薬物療法と生活療法(生活指導、レク、作業療法)が主体となり、社会復帰に焦点を合わせた、方法を段階的に取り入れた、短期入院と、外来治療により再発防止に努める。日常生活への対応や、自立の下手な人が多く、身近な問題で再発しやすいので、主治医や家族との連携を取りながら援助していく。また本人や家族が病気を受容できるよう援助していくことも大切である。分裂病の患者さんの心性というのは「内と外の境界がない」ということである。よって、現実的な会話が出来るように努める事である。また病気で失った喪失感・挫折感の気持ちを十分に聴くことも必要である。
	解説	内因性の精神病ではあるが、発症に際して月経などが影響することがある。また環境変化による心身の疲労や精神的葛藤による影響を受けやすいので、普段から心身両面の配慮が再発防止上大切となる。精神分裂病と同様に、病気で失った喪失感・挫折感の気持ちを十分に聴くことも必要である。
	解説	うつ病の治療は、抗うつ薬による外来治療が主体で、躁病または躁状態では入院治療を要することが多い。十分な静養を促し、薬物療法によって状態が治まったところで、精神療法や心理面接を行なうことが望ましい。高齢者のうつ病患者に対しては薬物療法だけで奏効しやすい。躁うつ病の患者に対しては、躁病時は面接をせず、薬物療法主体で治療をおこなう。躁状態の患者様は、躁状態であってもこちら側の対応は覚えてる。よって、どんな状況でも丁寧に対応をする。うつ状態にいる場合は、決して励ましはしていけない。またうつから脱しようとしている時は、自殺にむかうエネルギーが多くなるため十分の注意が必要。
	解説	質問式の認知機能評価と行動観察による機能評価、人格検査などの方法を用いて、痴呆のスクリーニング、状態像の把握、適切なケアの指針を検討する。痴呆性疾患のある高齢者に対する心理療法として、回想法や音楽療法、コラージュ法などがあり、情動機能の活性化や残存能力の維持、また自己の自尊感情を高めることや、社会的交流の場を広げる目的で行なわれている。テストでは、被験者の残された能力や機能を発見し周囲に伝達する事が必要となる。また回想法で得られた情報を病棟スタッフと共有するように勤める。
	解説	治療は抗酒薬療法、個人または集団精神療法、入院治療などがあるが、再発防止は、環境、人間関係の調整や断酒会加入、周囲の協力と本人の努力なしでは望めない。アルコール依存症者の自助グループ活動などを支援し、患者自身が病気についての知識を身に付けていくことを援助していくことが大切である。アルコール依存症者には、「しらふ」の 때가専門職としてのかかわりどころである。攻撃性や依存などに巻き込まれないようにする。
	解説	摂食障害の治療には、生命的な安定を測る治療目標を設定するため、医師をはじめ様々な職種のスタッフが関わって治療を行う。栄養剤の導入などの身体的管理を優先し、精神的には「支える」レベルでのケアの方がよいとされている。生命的な危険が緩和されたところで、身体管理や病気に対する教育、薬物療法、生活指導、食事指導にあわせて、精神療法や心理面接の精神的ケア、また必要に応じて、家族に対するケアや教育もおこなっていく。個人の心理療法に乗らない患者様には、行動療法や集団精神療法を行うこともある。

	解説	社会生活を保ちつつ、その中で自己のあり方や対人関係の持ち方を洞察していくことを目的とするため、外来での治療が原則となる。不安、恐怖、抑うつ、不眠などの症状の一時的緩和には、薬物療法が有効である。諸症状の背後にある心理的問題(生育至上の未解決の問題や、内面に生じた不安の処理のまずさなど)への気づき(自己洞察)を促す、受容的カウンセリングが基本となる。症状形成の過程をしっかりと見る。つまり見立てが出来ていないと治療が進まないこともある。
	解説	人格障害は生物、心理、社会的視点からの治療の重要性が求められる。認知や思考の障害に対しては抗精神病薬、抑うつに対しては抗うつ薬(特にセロトニン再取り込疎外薬)、衝動性に対しては気分安定薬、不安に対しては抗不安薬が用いられる。精神療法は、有効な治療法とされるが、患者は見捨てられ感情に直面するのを避けて行動化するので、治療者が患者の行動化に振り回される危険性が高い。この場合には、どのような病理から生じているかの理解に基づいた介入が不可欠であり、直面化や治療者の逆転移の理解が、患者の精神内界の意識化を促進するとされる。家族への援助や、環境調整も必要となる。病態水準が思いクライアントほど、セラピストを治療枠から外そうといういろいろと行動化をしてくる。1人で抱え込まないでチームで関わるようにする。
	解説	一部の先天代謝異常を除くと原因的治療はなく、治療の主体は保育的教育的関わりによる療育で、これに合併症の治療(抗てんかん薬の使用など)を必要に応じて行なう。狭義の治療ではなく、発達援助(治療教育)と生活援助(福祉)の対象となる。薬物等の医療的対応が必要な事例もあるが、2次的な情緒的、行動的問題(不適応症)を生じさせやすいことから、受容、共感、信頼を基盤にした心理臨床的対応が必須の条件となる。当事者を取り巻く家族や周囲にもコンサルテーションを行うことが必要。
	解説	後遺症に悩む人は、周りの環境が「回復」へ向かっているにもかかわらず、「なぜ私はまだ事件を克服できないのだろうか」「早く回復しなければ」といった自責の念や焦燥感を生じさせる場合がある。周りの状況と本人の状態にギャップがある場合、急速な復興は、怒りや悲しみを表現しずらくさせている可能性がある。或いは、家族、同僚などを心配させないようにするため、目に見える回復(仕事の再開など)を優先し、心の回復を先送りしている場合もある。立ち直るには個人差があるので、心の回復が疎かにならないように、体から感じるシグナルに耳を傾けることを促す援助が必要である。また未成年であれば、動揺している時に孤立させないように、安心感を与える必要がある。テロや戦争が原因であれば、トラウマの再体験をさせないように、関連したテレビ報道などを見せない。事件について説明を迫られた時、簡単な言葉に置き換えてしっかり答える。(尋ねられない時には、説明する必要はない)などの対処が挙げられる。外傷時の記憶や感情をスプリットや抑圧させて思い出せない人ほど重症といえる。
	例題	外因性の精神障害の対応について述べよ
	解答	心理的にアプローチできる面は、病気になったことでの挫折感・自責・抑うつ・喪失感を受容する事である。その段階がすぎると、自己効力感を高められるような工夫を看護師、作業療法士、主治医と連携を働きかける事である。
	例題	精神分裂病の対応について述べよ
	解答	治療は社会復帰に焦点を合わせた、短期入院と、外来治療により再発防止に努める。日常生活への対応や、自立の下手な人が多く、身近な問題で再発しやすい。主治医や家族との連携を取りながら援助していく。また本人や家族が病気を受容できるよう援助していくことも大切である。
	例題	非定型精神病の対応について述べよ
	解答	環境変化による心身の疲労や精神的葛藤による影響を受けやすいので、普段から心身両面の配慮が再発防止上大切となる。

例題	躁うつ病の対応について述べよ
解答	十分な静養を促し、薬物療法によって状態が治まったところで、精神療法や心理面接を行なうことが望ましい。高齢者のうつ病患者に対しては薬物療法だけで奏効しやすい。躁うつ病の患者に対しては、躁病時は面接をせず、薬物療法主体で治療をおこなう。
例題	痴呆性疾患の対応について述べよ
解答	痴呆のスクリーニングや人格検査などの方法を用いて、状態像の把握、適切なケアの指針を検討する。心理療法としては、回想法や音楽療法、コラージュ法などがある。
例題	アルコール依存症の対応について述べよ
解答	アルコール依存症者の自助グループ活動などを支援し、患者自身が病気についての知識を身に付けていくことを援助していくことが大切である。再発防止は、環境、人間関係の調整や断酒会加入、周囲の協力と本人の努力なしでは望めない。
例題	摂食障害の対応について述べよ
解答	栄養剤の導入などの身体的管理を優先し、精神的には「支える」レベルでのケアの方がよいとされている。生命的な危険が緩和されたところで、身体管理や病気に対する教育、薬物療法、生活指導、食事指導にあわせて、精神療法や心理面接の精神的ケア、また必要に応じて、家族に対するケアや教育もおこなっていく。
例題	神経症の対応について述べよ
解答	社会生活を保ちつつ、その中で自己のあり方や対人関係の持ち方を洞察していくことを目的とするため、外来での治療が原則となる。受容的カウンセリングが基本となる。
例題	人格障害の対応について述べよ
解答	人格障害は生物、心理、社会的視点からの治療の重要性が求められる。精神療法は、有効な治療法とされるが、治療者が患者の行動化に振り回される危険性が高い。直面化や治療者の逆転移の理解が、患者の精神内界の意識化を促進するとされる。家族への援助や、環境調整も必要となる。
例題	精神発達遅滞の対応について述べよ
解答	一部の先天代謝異常を除くと原因的治療はなく、発達援助(治療教育)と生活援助(福祉)の対象となる。薬物等の医療的対応が必要な事例もあるが、2次的な情緒的、行動的問題(不適応症)を生じさせやすいことから、受容、共感、信頼を基盤にした心理臨床的対応が必須の条件となる。
例題	PTSD(心的外傷後ストレス障害)の対応について述べよ
解答	後遺症に悩む人は、周りの環境が「回復」へ向かっているにもかかわらず、自責の念や焦燥感を生じさせる場合がある。急速な復興は、怒りや悲しみを表現しづらくさせている可能性がある。或いは、目に見える回復(仕事の再開など)を優先し、心の回復を先送りしている場合もある。立ち直るには個人差があるので、体から感じるシグナルに耳を傾けることを促す援助が必要である。また未成年であれば、動揺している時に孤立させないように、安心感を与える必要がある。

	第9分野 チーム医療	
	解説	部署内においては、現在カンファレンスという時間帯を設けていないが、随時心理検査の実施やカウンセリング導入において相談・連絡などを行う。他部署との連携においては、患者様の緊急時などに備えて日頃のカウンセリング内容やテスト結果などを関連部署に伝えて、風通しの良くしておくことが大切である。 他職種の職域を理解することと自身の職域の理解をし、重なるところと異なるところを認識し、患者様にとって一番いい援助法を提供できるように、協力体制をとる姿勢が必要である。 独断的、閉鎖的な仕事とならないようにすることが、業務を行ううえで大切となる。
	例題	部署内の連携についてのべよ
	解答	部署内においては、現在カンファレンスという時間帯を設けていないが、随時心理検査の実施やカウンセリング導入において相談・連絡などを行う。

第10分野 院内スーパーバイズ		
解説		謝金については、「理事長報告書」を提出する。理事長から印がおりたら、その理事長報告書を本部に渡す。スーパーバイズの前日もしくは当日にお金を受け取る。謝金の手配ができたなら、場所の予約をする。「施設使用届」を庶務からもらって記入する。場所は、管理棟2階会議室。他必要事項を記入して課長へ提出。
解説		事例をまとめる場合には、個人情報が出ないように配慮を充分にする。名前はイニシャルなどを用いるが、すぐにわかるようなつけ方はしないようにする。ケースのまとめ方は様々なやり方があるが、面接の流れや”物語”が見えるようにまとめる。そのためにはセラピストがどのように感じたかとうこと中心に書く。出来れば考察の部分も書いて、スーパーバイザーと検討をする。
解説		スーパーバイズ終了後、報告書を作成する。発表者は、スーパーバイザーからの指摘や助言をまとめ、考察を書く。陪席したものも同様。報告書は、臨床心理相談室のファイルにはさみ保存しておく。
例題		謝金手配について述べよ
解答		謝金については、「理事長報告書」を提出→理事長から印がおりたら、その理事長報告書を本部に渡す。→スーパーバイズの前日もしくは当日にお金を受け取る→謝金をもらう
例題		ケース発表の仕方について述べよ
解答		個人情報に配慮を充分にする。名前はイニシャルから名前がすぐわかるような付け方はしない。ケースのまとめ方は様々なやり方があるが、面接の流れや”物語”が見えるようにまとめる。そのためにはセラピストがどのように感じたかとうこと中心に書く。出来れば考察の部分も書いて、スーパーバイザーと検討をする。
例題		報告書作成の手順についての述べよ
解答		スーパーバイズ終了後、報告書を作成する。陪席したものも同様。報告書は、臨床心理相談室のファイルにはさみ保存しておく。

第11分野 臨床心理的地域援助		
解説		聴き方のコツといわれるものがある。反射、繰り返し、うなづき、あいづち、微笑み、共感などである。これらをするのとししないのでは、相手の話しやすさに関わってくる。 他、リフレーミングなどもあるが、まずは上げたことを意識して行うとよい。
解説		クライアントの問題発生状況を理解し、その理解に基づき具体的な介入を行う。目的はともかく出来るだけ早くクライアントが崩したバランスをもとの状況に回復させることを目的とする。そのため、面接回数はせいぜい5回以内でおさめるようにする。危機状態に陥っている人は、自分の習慣的な対処法を使い仕切っている。このような人にタイミングよく介入する事が望ましい。危機状態時点での接触は、電話相談が多い。電話を受けてから、危機状態のチェック。危機介入に本人が耐えられるかどうかを判断する。本人が耐えられない場合は、本人を良く知っている人や家族に連絡をとるかどうかが判断をする。介入において、発症の継起になったと思われる事件、エピソードを聞く。その人の状況の認知の仕方、対処行動パターンを検討する。危機介入の検討、リフレーミング、これまでの対処行動を検討し見つけなおす、利用可能な専門機関を提示する。介入具体策の決定をし、実行してもらう。フィードバック面接を行い、終結となる。危機介入はが終わった後、本人の希望と時間的に余裕があればカウンセリングの契約を結ぶこともある。 危機介入法は、特に創始者がいるわけではなく、戦争神経症の治療法の歴史、自我心理学の発達による心理療法の開発、自殺予防による電話相談活動の展開の中で、徐々に整理されてきた。特にリンデマン、キャプランによる危機理論が、整備されている。 危機介入は、カウンセリングとは違うので、目的を正確に理解しておく事が重要。
解説		コンサルテーションには二つの意味がある。一つは、クライアントではない人の相談に応じることである。もう一つはクライアント自身との関わりで、心理療法より軽い意味で使われる。前者は、クライアントをとりまず家族や医療スタッフにどのように関わっていったらいいのか、どこへ紹介するのが良いのかと言った関わり方の相談である。後者は、より現実的な問題、進路の選択やれない・結婚問題や職場のストレス状況への対処といったことで、一時的な問題を解決すればいいという人もいる。その場合は、どう問題を解決したらいいのかということに協力をすることである。コンサルテーションをしている家に、リエゾン機能とつ上がる仕事である。 コンサルテーションの意味は「相談に乗る」である。
解説		心の問題は、単に個人のみに限るものではない。。学校や職場や地域社会の人々に働きかけて有機的な援助を適切に行おう(いわゆるコンサルテーション)。個人のプライバシーを十二分に守りながら、心の環境調整を専門的に行う活動ともいえるものである。また、一般的な生活環境の健全な発展のために、心理的情報を提供したり提言する活動も行う。
例題		基本的な技術をのべよ
解答		反射、繰り返し、うなづき、あいづち、微笑み、共感
問題		危機介入法の目的とその方法について述べよ
解答		危機介入は、カウンセリングとは違うので、目的を正確に理解しておく事が重要。目的はともかく出来るだけ早くクライアントが崩したバランスをもとの状況に回復させることを目的とする。そのため、面接回数はせいぜい5回以内でおさめるようにする。危機状態に陥っている人は、自分の習慣的な対処法を使い仕切っている。このような人にタイミングよく介入する事が望ましい。危機状態時点での接触は、電話相談が多い。電話を受けてから、危機状態のチェック。危機介入に本人が耐えられるかどうかを判断する。本人が耐えられない場合は、本人を良く知っている人や家族に連絡をとるかどうかが判断をする。介入において、発症の継起になったと思われる事件、エピソードを聞く。その人の状況の認知の仕方、対処行動パターンを検討する。
例題		コンサルテーションの意味と機能について述べよ
解答		コンサルテーションの意味は「相談に乗る」であり、二つの関わりがある。一つは、クライアントではない人の相談に応じることである。もう一つはクライアント自身との関わりで、心理療法より軽い意味で使われる。

	例題	地域社会での援助組織や社会的組織づくりの方法
	解答	患者様や患者様を取り巻く家族・その地域に、患者様が住みやすいように、他職種と協力して働きかける。

	第12分野 物品発注	
	解説	発注伝票を書く。(印を押すのは本部長) 発注伝票に印をもらったら、テストセンターへ発注をする。＊各テストによって発注先が違うので注意をする。 検査用紙と請求書が届いたら、請求書と印が押してある発注伝票を本部へ渡す。主に千葉テストセンターが多い。
	解説	アズールに「アルコール依存症を知る！」という本を20冊まとめて発注を頼む。 ＊発注伝票には心理の印のみで可能。 本が一冊売れるごとに、誰に、支払い方法などを控えておく。支払い方法は、買った本人の私物発注伝票を医事課に渡して清算してもらう。 お金の取り扱いに十分注意をする。
	解説	幸房に発注をお願いする。支払い方法は、買った本人の私物発注伝票を医事課に渡して清算してもらう。 一回に5冊ほどまとめて発注することもあるが、基本的には一冊ずつ。
	例題	各種心理検査用紙発注の手続きについて
	解答	発注伝票を書き、本部等からの印がおりたら、テストセンターへ発注をする。検査用紙と請求書が届いたら、請求書と印が押してある発注伝票を本部へ渡す。
	例題	アルコール依存症治療プログラムの本の発注先は？
	解答	アズール
	例題	アルコール依存症の治療プログラムファイルの発注先はどこか？
	解答	うみねこ幸房

	第13分野 採用試験判定	
	解説	本部から予め判定依頼がくる。 即日に判定をして、本部に連絡を入れる 判定の際は、被験者の試験への緊張感などを考慮する。仮に悪い可能性が出て も、今後の可能性を考えて判定をする。
	例題	Y-Gとクレペリンの留意点について
	解答	判定の際には、被験者の試験への緊張感などを考慮する。仮に悪い可能性が出て も、今後の可能性を考えて判定をする。