

してダイナミックにクライアントの自己理解に影響を与える戦略を展開し、クライアントが肯定的な変化を求めるようにすることである。

#### 原則 暴力のリスクの高い人と変化のために作業する

次の治療的課題はその人の暴力リスクへの内省の豊かさを見積もること—それは重要ではあるか—よりも、その人が自分の経験の文脈の中で自分の行動をとるのよう meaning 付けているか理解することである。治療的な計画は、行為者にとっての行動の結果と他の人にとっての結果がてきるだけ敵対的にならないようにすることであり、そしてより長期的な目標に向かってその人を援助することである。治療的関係の課題は長期的目標に向けた変化のプロセスを保証し促進することである。

この課題において大きな価値のある介入アプローチが3つある。(1)変化のステーションモデル、(2)モチベーションインタビュー、(3)治療同盟の発展。それぞれのアプローチの目標は(1)不適応的行動の問題となる側面へのクライアントの気づきを最適化する、(2)他の選択が可能であり、変化することかてきるとい信念を築く、(3)信頼と支持を与える。

#### 変化のステーション

変化から利益を得る人は自分の行動を変えることの可能性、必要性、あるいはメリットについての多様な視点を持つことかてきる、という考えは決してラティカルなものではない。変化のステーションモデル(Prochaska & DiClemente, 1984)はクライアントの進歩を促すする方法を産み出したか、それは理解しやすく実行しやすいものである。このモデルはいくつかの変化のステージを提示し—前熟慮期、熟慮期、決定期、行動期、維持期、崩壊期—、またそれぞれのステーションの特徴を記述する。その人の変化のステーションを同定することによって、次の段階への移動を助けるような介入することか可能になる。この点からステーションモデルは、起こってくる達成に連続して強化を与えていくことの重要性を強調する。その上このモデルはそれぞれのステップを前のステップからの進歩であり、前のステップの上に乗られるものとして描く。

この実にヒューリスティックな(発見を助ける)変化のパラタイムは、禁煙の研究に起源を持ち、タバコをやめた人の変化行動のプロセスについての主観的な記述から引き出された(Prochaska & DiClemente, 1984)。そこからこのモデルは広い意味での変化、特にどのようにして変化のプロセスを意図的に援助していけるかを理解するパラダイムとしての地位を得た。

最初のステーション、*前熟慮期*では対象者はそれ自体か目的で行動し、実際のあるいは潜在的な結果については考えていない。ここでの介入のキーはクライアントがアンビバレントになるよう励ますことであり、クライアントが行動の2つの側面—良いものと同様にそう良くないもの—を見るよう援助することである。

*熟慮期*では、対象者は行動の利点とともに欠点にも気づき始める。援助者はクライアント—この段階で特にアンビバレントになっている人—に変化の必要性に気づきと行動を起こすための準備をするよう促す。

*決意期/準備期*では対象者は変わることを価値を認め、どのようにして変化を達成するか考え始める。セラピストは変化の価値だけでなく、変化の可能性と現実的な戦略の必要性も強化する。

*行動期*では対象者は不適応的な行動を手放し、そこに新しい行動パターンをもってこようと試みる。クライアントは「How to」に役頭しかちになり、セラピストは積極的な変化に関わる実際的な問題へ進むことを支持する役割を担う。

行動の変化が成功する時か来ると、クライアントは変化という重労働か新しいパターンの地固めになると感じる。これはクライアントか維持期に入ったという印である。臨床家はクライアントの自己効力感に焦点を当て、またクライアントか以前の問題のある行動へと崩れないよう助けることに焦点を当てて目的と治療課題を再びふるいにかける必要がある。

再発は変化の過程に常にあるリスクである。再発はどの時点でも起こる。いったん再発すると、クライアントか変化を維持できるという信念かむしろまれるリスクか生じる。ワーカーはクライアントか崩壊を自分を強める機会、次にはより進んだ成功に達することかできると教えてくれるものとして学べるよう援助する。

#### モチベーションインタビュー(動機付け面接法)

モチベーションインタビューは上述の変化のステーションモデルを補完するものである。支持的心理療法か伝えるところによると、それはモチベーションを特性ではなく状態として一対人プロセスによって影響され得る状態として見る (Miller & Rollnick, 1991)。このアプローチでは、クライアントか徐々に動機付けられていく過程で自己肯定感か作られるときに、援助者か共感を示し、攻撃的な直面化を避ける。ここで再び読者は共感的アプローチかある一群には限界を持つということを思い出して欲しい。それでもなお、モチベーションアプローチは、過去、現在と未来に制約かあるかもしれないか、クライアントは意思を持った存在であり、選択と決定をし続けなければならない存在として倫理的な基礎の上に敬意を払う、高度に一致したアプローチである。

このモデルは明確に作られた方法論で、他の人に教えることかでき、幅広い臨床的文脈で使えることか示される。このモデルは行動上の問題を持つ人の大部分を扱うことかできる。このことは怒りやすい傾向を持つクライアントと同様、特に古い行動パターンを変えて新しい能力を発展させることのメリットについてアンビハレントな人にとって役立つ。(Miller & Rollnick, 1991, Rollnick, Mason, & Butler, 1999, Project MATCH Research Group, 1998)

変化のステーションの枠組みを用いれば、変化はどの時期の相(phase)にも起こっていると見ることかできる。変化か決意される前には、変化する必要性だけでなく変化を達成できる可能性についての気づきを促進することか援助の課題になる。その努力はクライアントか変化の重要性についての高められた意味をもつよう助けることを要求し、「私にはそれかやれるんだ」といった適切な自信の感覚につなげるよう援助することか求められる。モチベーションインタビューは援助者のクライアントとの相互作用を形作る5つのキー原則にのっとっている (Miller & Rollnick, 1991)。

- 1 共感を表現せよ (受容は変化を促進する, クライアントのアンビハレントは正常である)
- 2 スレを発展させよ (現在の行動と望ましいゴールとのギャップに気づくことか変化か動機付けられる)
- 3 論争は避けよ (論争は非生産的であり、防衛を育てる, ラヘル付けする必要はない)
- 4 抵抗には柔軟に対処せよ (抵抗は変化の方略のサインである, 勢いを保ち、焦点を移せ)
- 5 自己効力感を支持せよ (変化において信念は本質的要素である, 変化はクライアントの選択と責任である, 他の選択も可能である)

このアプローチは援助者かクライアントとモチベーションを持って作業するために使えるような特定の戦略とスキルを詳述する。その目的はクライアントか建設的な変化に先立って必要とするレディネ

ス(準備性)、重要性と信頼を築くことである。

## 治療同盟

クライアントの内省と気づきを強めるこのアプローチの第3の構成要素は、治療同盟である。行動的、認知的変化を生むためのこの同盟は、セラピーを共同での探検として概念化するパラダイムの一部をなしている。内省はしはしは本質的であるか、必ずしも最初になくはならないものではなく、このプロセスの中の構成要素として捉えられる。それは恐らく十分条件でも必要条件でもなく、クライアントを不適応的な思考パターンや行動を避け、世界でのより効果的な行動方法に達するよう援助することを目指すケアの視点で置き換えることかできる。

Bordin(1979)が考えたように、作業同盟は、クライアントとセラピストの間の結びつき、ならびにセラピーの目標の明確な理解とこの目標を達成するために必要な課題が共有されていることから成り立つ。セラピーの実際の作業は、最初に関連する目標と課題を作ることへと続いていく。セラピーが進むにつれ、治療同盟は認知情動的課題として発展し、探求が始まる。例えば、治療の始めにはセラピストは感情移入することに勤め、クライアントとの強い結びつきを作るためにクライアントの感情を認める。内省はクライアントとセラピストの共同の産物となる。このプロセスの効果を測定することは、変えられるべき行動と環境の要因についてのクライアントの気づきにシフトすることを含んでおり、またこれらの目標を達成するための効果を強めることを含む。

治療の早い相(phase)はまたその次の作業のために共同作業の焦点を築くことを含む。例えば、臨床家は衝動性を減らすことに方向付けられた行動的戦略を用いるだろう。行動分析は、行動のコントロールの結果と同様に、ターゲット行動の誘発(prompting)イベントと行動の先行条件(antecedents)を確かめるために、ターゲットとなる衝動的行動に対してなされるだろう。苦痛への耐性、効果的な対人関係技能、感情を自分で同定できること、そして情動調節機能の欠損はスキルトレーニングを通して取り組まれるだろう(Linehan, 1993)。衝動性と結びついた物質使用はまた行動分析と再発予防戦略(relapse prevention)を通して取り組まれるだろう。加えて、感情焦点付け戦略(emotionally focused strategies)(Greenberg, Rice, & Elliott, 1993, Korman & Greenberg, 1996)は衝動的で反射的な情動の表出に横たわる一次的な感情的経験を同定し表現することを助けるのに用いられるだろう。例えばフォーカシング(Gendlin, 1996)は、二次的な反応性の激怒やドメスティックハイオレンスになってしまう一次的恥あるいは恐怖の体験にクライアントが注目して象徴化する能力を育成するために用いられる(Dutton & Golant, 1995 参照)。

援助の課題を易しくしたり難しくする要因がある。カウンセリングの文脈を安全で信頼できる環境として構築するのは反対に作用してしまう要因のあるところでは、クライアントがばつの悪い事実や経験について話したり表現しようとは思わないだろう。クライアントがケアする人から肯定され敬意を払われていると感じないところではカウンセリングは効果的に進まないだろう。しかしこの治療的過程の問題は固有のものである—全か無かというのではなく連続的に生じるもので、その中で変化の過程を促進する促進あるいは混乱させる要因が見られる。それ自体、たとえ援助過程に構造的に不利な点があっても(例えばクライアントが刑務所にいる)、課題は不可能になるものではなく、ただ難しくなるだけだ。たとえ難しい環境にあっても、援助者は可能な限り促進的要因かはたらくように作業する。

実際、これらの要因が十分でなくても治療的变化を生み出すことは必要であろうという証拠があり、クライアントが情緒的に根さした関係を援助者と築かないところでは結果はあまり望ましいものでなくなるという証拠がある(Gaston, 1990)。防衛的で懐柔的なスタイルと同様、自己省察を避けること

はカウンセリングで進歩しない人によく見られる傾向であり、治療的参加を目指した参加の方略は特に内省と気づきの問題への作業に関連している。この章で述べられた3つの焦点は—変化を特定の段階で構成されるプロセス、それぞれが中核的治療課題をもったプロセスとして見ること、クライアントの変化へのレディネスを強めるために動機付けの視点を引き出す、治療的関係をはくくむ—肯定的な結果と結びついた支持、学習、行動の要因に基づいた介入の枠組みを援助者に与える。

文献(略)

## Chapter C 2

態度を変える 肯定的な影響を与え変化を持続させる

Rudiger Muller Isberner

### HCR 20 項目の記述

C2「否定的態度」は他者、ルール、価値、社会活動や施設、法律と他の権威に対する比較的変わりにくい向犯罪的、反社会的、否定的態度と信念についてのものである。それはまた個人が将来に対してどのくらい楽観的あるいは悲観的な見方を持っているかの決定も含む。

何か査定されるべきか？

否定的な態度は個人のパーソナリティーの一部であるかもしれないが、精神障害や人格障害の一側面としても起こり得る。否定的態度のアセスメントは反社会的態度、信念、価値の調査も含む。この線に沿ってなされる評価はしばしば個人の自己中心的な世界の見方を明らかにする。その態度は「何が俺にとって良いか、それだけさ」といったふうに要約される。他者の権利への基本的な無視が生じやすい。これは他者の価値、行動、感情、思考、見方、願望を理解したり考えることができないことにつながっている。典型的には他者は主に自分に有益であるかという点で見られ、寄生的利用の対象となり得るかという程度で見られる。

反社会的態度と向犯罪的思考は典型的な一群のスキルの欠損を含む。最も重要なことは、思慮があり社会的に受け入れられる計画を形成することかできないことと、長期的な結果を考えることか出来ないことである。特に注意すべきことは、異なった選択に付随する様々なリスクについて考えることなしに決定する傾向があることと言える。

否定的な態度はしばしば短絡的で現在志向、印象に基づく反社会的な考えから生じる判断に基づいている。反社会的思考は具体的で非論理的、固くて柔軟性がない、教条的で時には非合理的な傾向がある。たいていは曖昧さへの耐性も低い。向犯罪的態度は事実の歪曲、非難と責任を自分の外に向けることから示唆されるだろう。それはしばしば犯罪行為を過小評価したり否認する傾向がある。この反応は問題への固い反応を示唆し、向社会的な反応の選択肢については重く見られない。

否定的な態度はまた基本的に未来への悲観的な見方からも示唆されるだろう。これは不快な気分、敵対的思考、絶望感によって表現される(“他の人は私を好きじゃない 彼らは私を迫害し、騙す、自分には価値がない。人生は無意味だ。私は失敗するだろう、私は敗北者だ”)。

この否定的で悲観的な世界の見方は“一匹狼”で敵意に満ちた世界から搾取されひとく扱われているといった自己認知が伴っていることもある。この世界における座右の銘は“食うか食われるか。勝者が全てを取る”。この警戒心はルールを破ることは正常で必要だという考えを正当化するのを助け、“やるかやられるか”といった考えを強める。またこのタイプの考え方は民族的文化的マイノリティーへと

同様に女性への(時には男性への)侮蔑的態度を疑いなく促進する。

未来への見方か楽観的に表現されたとき、彼らか現実的かどうか注意深く評価されねばならない。自己中心的、誇大的見方を、日々の重要な問題への実行できるアプローチへと向け換え、作り直すよう努力することか臨床家の挑戦となる。

否定的態度をとのようにして変えるか

犯罪者と患者の否定的な態度を変えようとする努力は、これらの人かとても異質な集団に属しているという事実を考慮に入れなければならない。彼らか個人の特徴と限界を認める範囲において治療は効果的である。異なったサブグループは標準的な治療アプローチを利用する能力も異なっている。精神障害、人格障害、アディクションの障害を正確に診断する必要かある。正確な評価は否定的な態度を変えようとするのに用いられるアプローチの選択に影響を与える。知的障害や低い知能を一次診断に持つ患者は、伝統的な認知行動療法プログラムに対処し、学習するのにとても困難かあるだろう。同じことか持続的な精神症状を持つ患者にも言える。精神障害や人格障害を持つ人はたいてい複数の困難を抱えており、全ての障害を同定する必要かある。合併した障害は否定的な態度を変えようとする試みをひとく複雑なものにする。

反社会的態度は動的なリスクファクターで、犯罪者集団の中では再犯に強く関連している(Andrews & Bonta, 1998)。介入しなければ、彼らは長い時間変わらず、ほとんど動揺しない。しかしながら彼らは介入によって変化可能であり、特に認知行動アプローチを通して変化する可能性かある。態度は犯罪行為に関わることか示されてきたので、治療の適切なターゲットとなる。結果的に、反社会的態度に基づいた反社会的考えは、現在の犯罪者のリハビリテーションプログラムの主要なターゲットである(例として Ross & Fabiano, 1985 の Reasoning and Rehabilitation Program 推論とリハビリテーションプログラム)

反社会的態度にアタックすることは、個人の他者への考え方と感じ方のスタイルを変えようとする試みることを意味する。これは反社会的な仲間の同盟を減らし、反犯罪的役割モデルへの同一化を促進することを含む。危険な状況か存在し、そのような事態を認識できなければならないということを対象者は学ばなければならない。彼らは引き金となる出来事に対処するのに十分練習された計画か自由に使えるようにならなければならない。

治療は創造的な思考を強めることか肯定的な態度を促進しなければならない。治療は概念的に固まってしまうことか戦い、他の選択肢、問題に反応する反社会的なやり方よりむしろ向社会的な選択を考えることを可能にしなければならない。さらに治療は社会的な視点で見る能力を推し進め、他の人々の考え、見方、感情を考える能力を推し進める必要かある。個人はその人か自己中心的な世界観から他人の欲求を考えられるようにシフトするよう援助される必要かある。

反社会的な態度と対峙する努力は反応性原則(principle of responsivity)の結果として成功する(Andrews et al, 1990) このことは、これらの態度を変えようというアプローチか個人のリスクにおける学習スタイルにマッチしなければならないということか意味する。ある障害から生じる特定の限界は考慮に入れられなければならない。最も良いサービスの形式は行動的なものである。ここで使用されるのは、認知行動技法、モデリングによる社会学習技法 累進的実践(graduated practice)、ロールプレイ、強化(reinforcement)、消去(extinction)、資源の供給(resource provision)、具体的な言語的指示、認知再構成(cognitive restructuring)である(Andrews, 1995)。

早期の良く構成された行動修正原理(principles of behaviour modification)は(例えば Ulrich, Stachnik, & Mabry, 1970, Skinner, 1953 参照)は入院患者ユニット、矯正プログラム、コミュニティで

価値ある潜在的適応を持つ。この原理は患者、囚人、親族や他の人に比較的容易に教えることかてきる。行動か非常にしっかりと確立されたものになるために、連続的に強化される必要はないという事実を理解させられる。間歇的な強化は非常に強固て消去しつらい行動を産む。また何か時間や環境を越えて行動を変え得るかという考えを認識するのを助ける。患者、仮釈放中の人やその他の人は、“不合理”て自分に有害てさえある行為か分析されて完璧に合理的な説明を見つけられることかてきるといふやや複雑な考えを理解するエキスパートになれる(例えば Tharp & Wetzel, 1969)。いくつかの学習に基づいた方略の例は、反社会的な態度や行動を(タイムアウト、議論しないことを通して)拒否し、同社会的な行動や態度を強化することを含む。この時間の付随した契約(time contingent contracts)とトークンのプランは後半の方て助けになる。

学習原理はまたロールプレイ技法を可能にする。病棟や生活ユニットて生じた葛藤的な状況はロールプレイて繰り返すことかてきる。葛藤にアプローチする代替戦略(alternative strategies)かロールプレイ中に開発されリハーサルすることかてきる。これはこの後“現実世界”の状況に新しいスキルを適用することて広げられる。

モデリングは態度や行動の変化を目指したプログラムにおいて重要な考えてある。それは向社会的な病棟や生活ユニット環境を促進するのに使用され得る。それ自体、セラピストの全ての行動かモニターされているということて常に頭においておくことはセラピストにとって有益てある。専門家の行為を評価する自分独自の手段をアセスメントされている側か持っているということては実際事実てある。この能力はしばしばみことにときすまされている(Yochelson & Samehow, 1976 参照)。

適切な治療反応を得るためにスタッフの権威は重要てある。スタッフはオープンて、熱心て、思いやりかある一方て、コンプライアンスを強化し、反犯罪的行為のモデルとなり、向社会的なパターンの利点を示さなければならぬ。家庭、学校、仕事ての反犯罪的行動には累進的な報酬レベルをもった具体的な問題解決かなければならぬ(Andrews, 1995)。

#### 否定的な態度の変化を測定する

潜在的に危険な犯罪者と患者の反社会的態度、信念や価値観を測定するとき、たとえ疑い深くなっても注意深くなり一何ことも顔面からとらないようにすることは重要てある。態度の変化は2つの方法て測定され得る。その人か何を言ったかと、とう行動したか。面接や自記式尺度(例えば Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles, PICTS, Walters, 1995a,b)て表現された向社会的態度は、向社会的態度の安定した変化かなければならぬ。特にリスクの高い犯罪者についての意見は、観察された行動とスタッフの報告に基づいているべきてある。臨床家は面接によって得られた情報の価値を認めるけれども、観察された行動は態度を測るのに面接の情報よりも妥当てある。反社会的態度、信念と価値観は典型的な他者との社会的相互作用てある。この行動パターンの変化は基礎となる態度の変化の反映てあろう。

施設内の環境ては、態度はスタッフや仲間とやりとりするときの対象者を観察することて容易にモニターてきる。とても反社会的な仲間から積極的に離れてより向社会的な人と付き合えば、それは良いサインてある。対象者かスタッフを扱う扱い方から調へられるのと同様に、変化の注意深いモニターと傍証か非常に重要てある。評価者は臨床家に対するのと他のスタッフメンバーに対するのとて起こり得る行動のスレに注意すべきてある。最後に肯定的な変化には、隠されていた犯罪の告白、未来への計画の現実的なステップへの発展、他者の権利と感情を考えていることてのましめて自発的なサインか含まれる。

## Chapter C 3

### 症状のマネージ

Juho Arboleda Florez & Christopher D Webster

#### HCR 20 項目の記述

HCR 20 の項目 C3「主要精神病の活発な症状」は、臨床の評価者に現在の精神科症状の広がりや重篤度を考えさせる。一般的にさまざまな精神障害と暴力の関連は過大評価されていると言っても良いだろうか、HCR 20 の著者らはアルコールと薬物の乱用を含めて精神障害の現在の症状は考えられなければならないという立場をとる。

深刻な精神障害と人格障害を持つ人は、予想か付かない人、暴力的な人とのスティグマを貼られてきた。精神疾患が暴力に強く原因として関連しているという決定的証拠が統計に基づいた研究から得られていないにもかかわらず、日常の臨床経験からはある患者か他の人よりはっきりと暴力の傾向があることか示唆される。特に患者か物質乱用を併発しているときは暴力的に行動する高いリスクか認められる (Steadman ら, 1998)。そのような人はリハビリテーションプログラムにアクセスするのことも難しくなる (McFaland & Blair, 1995)。この一般的な状態は立法や政策に携わる人から見逃されてはならない。現在多くの国で精神症状と人格障害を持つ人と、深刻な暴力を伴う行為を行う人に限定した強制的なプログラム行われている。この新しい法律と政策のうちいくつかは以前より容易に拘留と観察を課すようになった。リハビリテーションの理想を強調し、しはしはコミュニティでの支援に戻るか、これらの治療システムへの最近の傾向は (例えば Wallnce, Liberman, Mackain, Blackwell, & Eckman, 1992) 脅す人よりいららする人、害を与える人より迷惑行為をする人へと広げられかちである。問題のサインや症状か単に短期的にコミュニティの調和を崩すのかそれとも生命を脅かすのかどうかについて、専門的技術のタイムリーな処理か困難を抱えた個人と大多数の社会の両方に利益をもたらすに違いない。

#### なぜ症状が重要なのか

この章では基本的なリスクアセスメントを通して正当な専門的注意か精神障害と人格障害の症状を解明するだろう。少なくとも 2 つの理由で、これは HCR 20 や類似のものを用いる臨床家にとって非常に関心のあるトピックであろう。第 1 にリスクアセスメントの問題はリスクマネジメントに直接結びつく。第 2 に、めったに起こらないことだが、病院で、刑務所で、コミュニティで専門家は自分自身が自分の患者の被害者になる (Fransson, 2000)。

#### 症状の定義

「手始め」に臨床家にとって主要な挑戦の 1 つは、どんな理由にせよ、精神保健、司法、あるいは矯正システムに個人かいったん委ねられれば、緊急の暴力リスクを査定してマネージすることになっている。この段階で主要な関心になりかちなことは、潜在的な攻撃的行動を長期的に予想することではなく、次の数分間、数時間、数日間の暴力を避けるためのステップを取ることである。これは一方で注意深くてよく考えられた症状のアセスメントを通して、もう一方で能力の範囲を通してなされなくてはならない。そのような評価は起こり得る自傷と他者への攻撃の両方に焦点をあわせ、幅広い医療、社会、文化の文脈で行われなければならない。この問題にとうアプローチすることか最善かについて非常に多くのことか知られているか (Bellack, Mueser, Gnerich, & Agresta, 1997)、実際の日々の実践では、多かれ少

なかれ肯定的な変化を生み出したり変化を測定するのに鍵となる出発点として現在の症状かとりあげられるよりも見過こされているという驚くべき事実かしばしばある(例えば Anthony, Cohen, & Farkas, 1990, Webster, Douglas, Belfrage, & Link, 2000)。Bellack ら(1997)か次のように言うのに賛成するのは難しくない「介入の効果を決定し、継続した治療の必要性や訓練プログラムの修正の必要性(例えば、治療か機能しているかどうか!)を評価するために、治療中および治療後に再アセスメントか行われる必要性か強く感じられる」(p 21)。そのようなモニタリングをしなければ、少なくとも時々は治療的な努力か明らかに反生産的になっていることを発見することは驚くに値することである(例えば Hilton & Simmons, 1999)。

#### 変化を証明する

様々な職種の専門家は典型的な作業集団を形成しかちてあり、施設あるいはコミュニティの中で、衝動を同定し、ある程度変形させることかできるへきてあるたけてなく、その達成を示すこともできるへきてある。そのような達成を示すことは、専門家の同僚と身内には測れない価値かあるのと同様、クライアント、患者、囚人、保護観察を受けている人か変化を続ける甚大な勢いを与える。何か鍵となる症状を構成するかについてコンセンサスに至ろうと単にもかくことは、革新的、効果的、反復可能な介入を築くには長い道のりになるということに賛成する。症状の意味と役割について援助者になる人の一部か認めない限り、進歩はゆっくりとしたものになるたろう。この点は Frese(1997)によって統合失調症に苦しむ人の文脈の中で見事に記述されたか、これはもちろんとの患者か直接の知識をたくさんもっているかということについてのトピックでもある。Miller & Flack(1990)に触れて Frese(1997)か述へるには「社会的な相互作用の点で統合失調症を観察し、正常な人と我々を比へれば、我々は話している相手を見ない傾向かあるということか発見するたろう。我々の視点からすると、もちろんちゃんとした理由かある。我々はより注意かそれやすく、もし話しているときに相手を見れば我々は表情の反応を見て、我々か言っていることことに焦点を当てることか難しくなる。これは自然に我々か会話している相手をととも混乱させてしまう。正常な人は他者と話しているときに相互作用のサインを期待する。我々はこの期待されたやりかたに反応するのにしばしば失敗するので、この習慣をかなくなり捨てるのた(pp 148 149)」。

#### 現実的な期待

たとえ症状か同意され定義されても、症状の急速な除去を期待することは非現実的であろう。スキルの側面、強みの側面に多くの注意か払われなければ、望まれない症状をたやすく除去することは無理であろう。スキルを作ることは、問題となる主観的経験や望まれない行動を改善するのと同様かそれ以上の挑戦である。うまく処方され注意深くモニターされた投薬は、幅広い精神科疾患において症状の点で助けになると現在認められている(Eaves, Tien, & Wilson, 2000 参照)。どのような投薬か、適切な環境とコンプライアンスかあれば長期的な症状てさえも減らすことかできるかという点については最新のレビューか豊富にある(Conacher, 1997)。それでも悲しいことに、複雑な生活上の問題か単に処方箋を通して改善されうると言う誤解かなかなか去らない。投薬の技術の中で経験した精神科医は彼らの処理ての薬物の限界を知っている。彼らはまた特定の個人の中で、よく理解された身体的 社会的環境のもとてこの投薬かどのように機能するかを知っている。まさに同じことか他の 1つの介入にも言える。よく整えられた週に 1回のオフィステのセッションてさえも、深い精神と人格の障害、時には深刻なアルコールや薬物の乱用を伴った障害に長く苦しんでいる人には劇的な効果は生まないたろう。他の人か論



しているように(例えば Andrews & Bonta, 1998)、問題の重篤度とそれを和らげるために用いられる資源との間にはあるはっきりした直接的つながりがあるに違いない。

#### 再発を扱う

いったん関与する全ての人を満足させるような症状のマネージかなされても、将来何らかの形で再発することは大いにあり得る。再発予防モデルは精神保健と矯正の分野で精神の健康を維持することの重要性の理解を得るのに大いに役立ってきた。それはまたスリップ、再発、崩壊が必ずしも過度の警告を示しているのではなく、実際適切に扱えば、早期に作られ特定のケースで検証された長所原理(advantage principle)をもって再訪する機会を作ることかできる。このモデルはまた実践家とクライアントに同様に新たな困難は時間の経過と環境の変化があったときに予期されねはならないと思ひ出させる。

#### 心理社会的介入プログラム

データはふつうゆっくりと日々の専門的実践の現実についてくるか、エビデンスは心理社会的介入への一般的アプローチの多くを支持しているようである(一般的に Stoff, Breihl, & Maser, 1997 参照)。これらは最近 Mueser & Bond(2000)によってまとめられた。彼らはアサーティブコミュニティトリートメント、支援つき雇用、家族介入、症状のスキルトレーニングとマネジメント、認知行動療法、多重診断の患者への精神保健と物質乱用の治療の統合のケースを出した。Mueser & Bond によって言及された最後の点は、可能たと思われているように統合失調症に苦しむ人か遺伝的に嗜癖障害に罹患しやすいのならば意味なくなるかもしれない(McEvoy, 2000)。しかしながらこれは現在既に利用され、よくデザインされた、ソーシャルスキルモジュール(Wallace ら,1992)か十分意義を持つたろう。

#### 変化へのコミット

クライアントと実践家が症状に影響しようとしてコミットしていなければ、症状の変化は目に見えるほどには起こらないたろう。通常「信頼関係」の構築はたやすいことでもないし、すてにてきていると期待されるべきものでもない(Freese, 1997, p 146, Skinner & Korman, 本書)。信頼はその意図を宣言して作り出されるものではなく、関わる全てのものの一部において、よく同時進行で伴われた一連のものの後に少しずつ作り出されるものである。実践家は対象者を「難しい」と分類させるような症状で混乱する余裕はない。深刻な精神疾患、人格障害、物質乱用をもって生きることは絶望的になりかちである。ここに Minkoff(1997)によって同定された機会かある。「患者とその家族とかこの絶望に立ち向かうための個人の内的資源を見つけ、個人の環境の深さと豊かさにドアを開くことを学べる臨床家は、その臨床作業において真に優れているといえる。(p 346)」

#### 文献(略)

### Chapter C 4

#### 衝動コントロール

Shelley F McMaion & Christine M A Courbasson

#### HCR 20 項目の記述

HCR 20 の項目 C4 は「劇的な時間ごと、1日1日、週ごとの気分と一般的な振る舞いの揺れを効力

入れた評価をする(p 57)。衝動性は情動、認知、行動に関連する。衝動的な行動は予想するのか難しく、ときにはひとく自己破壊的である。

「衝動性」は幅広い精神科的問題、境界型人格障害、爆発性障害(explosive disorder)、盗癖、抜毛癖、病的ギャンブル、物質乱用障害や他の多くの障害に見られる特徴である。衝動的な行動はしばしば身体的、対人的、社会的な面で否定的な結果をもたらす。衝動的なクライアントは臨床家からいつも変わらず難しいクライアントとして経験される。彼らは高度に破壊的な行動をし続け、しばしば自分たちの問題を過小評価する。このことは臨床家の巻き込まれているという感覚とこれらの人への治療への絶望感をもたらす。この章では、我々は衝動性の問題に作業する治療アプローチの鍵となる要素を提示する。これは最近の科学的な文献に基づく。提示される臨床戦略の多くは広域的な行動療法、弁証的行動療法(Dialectical Behaviour Therapy DBT; Linehan, 1993a)から派生している。DBTは境界型人格障害のクライアントから発展したものであるが、衝動性に関連した幅広い問題の治療に潜在的な効果を持つ。

### 衝動性 問題を同定する

行動的には、衝動的な人は彼らの落ち着かなさ、気の散りやすい、我慢てきない、無頓着な性向、そしてしばしばまとまりのない突発的な行動スタイルから容易にそれと認められる(Gerbing, Ahadi, & Patton, 1987)。彼らは一般化しすぎる傾向があり、計画を求められるといらいらしやすく(Buss & Plomin, 1975)、また自分の意図を我慢することか難しい。彼らは絶え間なく目新しいものを求め、すぐに活動に入ってすぐに興味を失う。総して彼らのライフスタイルは不安定さによって特徴付けられる(Wishnie, 1977)。

対人的にはこれらの人は維持されて長期に渡ってお互いに満足できる関係を作るのに困難をもつ。彼らひとく感しやすく、反応しすぎる傾向がある。彼らは批判に耐え難く、しばしば自尊感情の代償に暴力や仕返して反応するかもしれない。また相手への否定的な批判、相手を避けたり拒絶することで反応してしまう。この性質は彼らか継続して満足させる関係を作る能力をひとく妨げ、雇用環境に適切に機能することを妨げ、人生への満足感を感じることを妨げる。

### 衝動性 感情調節の問題

衝動性の問題を持つ人について書いている多くの臨床家や研究者は、彼らの衝動性の問題を理解するのに感情理論に頼る(例えば Farrell & Shaw, 1994, Greenberg & Parvov, 1997, Khantizan, Halliday & McAuliffe, 1990, Khantzian, 1995, Krystal, 1995, Linehan, 1993a,b, Wishnie, 1997)。衝動性は感情の調節てきなさに関連して広く見られる。衝動的な人は典型的に緊張や覚醒を感じ、続いて行動する衝動と誘惑に抵抗てきないと感じる。その人か関与する衝動的な行動(むちゃ食い、物質乱用、怒りの爆発、暴力、自傷など)は感情的な居心地悪さに対処する手段を与える。

弁証的行動療法(Linehan, 1993a)の生物社会理論は感情調節の問題は機能不全の決定的な側面とみなす。Linehanによると(境界型人格の特徴を持つ人によって示される他の行動と同様に)衝動的な行動は生物学的な不規則さとそれを承認しないような環境との相互作用を通して発展する。子供時代の承認されない経験の結果、その人は覚醒をとのように名つけて調整するか、感情的な苦悩にとう耐えるか、感情反応を出来事への妥当な解釈であるとう信用するかについて学習し損なった。感情理論の治療への示唆によれば、クライアントか感情的な経験を同定して信用し 情動を調節し、気分依存した行動を減らすことを学習するよう助けることに焦点か当てられる(Linehan, 1993a)。感情調節の強化も同しように強調することはまた他の衝動性の問題にも効果かあるたろう。DBT アプローチの全てを書くには

紙面が足りない。その代わり衝動性に関連した問題を持つクライアントに特に関連のある DBT の要素を記述することで議論かてきるたろう。

## 治療ターゲット

非常に破壊的な行動をする人と作業するセラピストか犯す共通の失敗は、その人か彼らの行動を変えるという目標を受け入れるたろうと考えるたことである。我々の経験ては衝動性の問題を持つクライアントの多くか変ることについて非常にアンヒバレントである。これは第 1 に（もしそれか否定的な副作用のためてなければ）彼らかたずさわる破壊的な行動か感情を調節するのて非常に有効たという事実と関連するたろう。

セラピストの最初の課題はクライアントと治療目標について共同作業することである。目標について一致かなければ、治療の進展はセラピストとクライアントの間の欲求不満と不満足の気分によって妨げられる。モチベーショナルインタビュー戦略は本質的に人の行動と目標の間の顕著なズレを創造的に巻き込むか、特定の目的へのコミットを強めるのてとても効果的にはたらき得る(Miller & Rollnick, 1991)。クライアントは単に他人から決められた治療目標よりも自分自身て決めた治療目標にコミットするたろう。

たとえ治療目標か決まった後ても、セラピストは介入の焦点を明確にするのて困難かあるかもしれない。以下の臨床例を考てみよう クライアントか前の週の予約をキャンセルし、次のセッションに 20 分遅れて出席した。それから彼は先週バーてヒールを 15 杯かそれ以上飲んでいたときに友達と殴り合いのケンカをしたと報告した。最初て行動によって向けられているものてセラピストか巻き込まれて混乱しやすい。治療目標に優先順位をつけることはセラピストとクライアントか焦点を一定に保つことを助けるたろう。

Linehan(1993a)は、治療ターゲットは階層的に配列されるべきたと提案する。それぞれのセッションのアジェンダ(話題)は前の週のクライアントの行動によって導かれるべきである。もしクライアントかターゲットにされた行動の多くを前の週に行ったら、セッションの焦点は減らすべき優先順位の高い行動によって導かれる。Linehan(1993a)の衝動的なクライアントの治療のターゲットの階層を發展させ、以下の優先順位か示される (1)自傷行為あるいは他者の生命を脅かす行動を減らす、(2)クライアントとセラピストのセラピーを妨げる行動、(3) 他の衝動的な行動とセラピーの性質を損なう行動を減らす。

## 治療戦略

特に衝動的な行動に関連した 4 つの主要な DBT 戦略かある。

### 1 衝動的な行動の行動分析

行動分析、学習理論にしっかりと根さした戦略は、本質的にターゲットとなる問題行動の系統的て包括的な分析を必要とする。その課題はクライアントか彼らの行動を促進するもの(思考、感情、周囲の出来事など)と結果を観察して分析することを助けることを含む。その目標は特定の行動の機能を決定することである。日々の行動のモニタリングがクライアントの気づきを高めるために用いられ得る。それぞれのセッションてはクライアントはその週にわたって起こった行動の報告をするように励まされるたろう。行動分析かなされ、ターゲットの階層はそれぞれのセッションての問題の焦点のガイドとして用いられる。

### 2 苦痛に耐えるスキル(Distress Tolerance Skills)

苦痛の気分に耐える能力は衝動的な行動を避けるために決定的な役割を果たす(Linehan, 1993b)。

苦痛の気分に耐えることをクライアントに教えることは、行動を通してその気分を取り除くよう行動することなしに心理的不快に耐えることを学ばせよう。Linehan(1993b)が強調することに、苦痛に耐えるスキルは、その人が否定的な感情を減らそうと試みる前に苦痛の感情を経験しているということを認知し受け入れることを含んでいる。DBT には4つの苦痛に耐える戦略がある。気晴らし、自分で慰める、その瞬間の改善(improve the moment)、賛成と反対を考える。読者はこれらの戦略のそれぞれの詳細な記述のために DBT スキルトレーニングマニュアル(Linehan,1993b)を参照されたい。

### 3 感情調節戦略

感情は個人に適応的な機能についての重要な情報を与える(Greenber & Paivio, 1997)。情動の調節に問題を経験している人はしばしば状況に適応的である一次的感情にアクセスするのに困難を生じよう。否定的な感情の経験に反応して衝動的に行動してしまいかちな人を治療するときには、3つの特定の DBT 感情調節スキルが有効であり得る(より完全な記述は Linehan,1993b を参照せよ)。第1に、感情を同定してラベルをつける。このことは情動的反応を観察して記述することを援助することを必然的に伴うか、これはクライアントが自分の衝動的行動を感情面から促進させるものに気づいてコントロールできるよう助ける上で重要である。臨床家はセルフモニタリングを検証して励ますことを通し、クライアントの正確な感情状態の記述を強めることかできる。第2に、現在の感情状態に注意を増すことを教えることもまた、感情調節を強めるには決定的なことである。感情に注意を満たすことは、気分が起ってくるのを判断や禁止することなしに認めて受け入れることを含む。Greenberg & Paivio(1997)は「我々の感情を信じるためには、我々は特別な知恵と知性を持って扱わねばならない(p 25)」と説明する。感情的な知性(emotional intelligence)は人々が衝動的な行動を禁し、巻き込まれることなしに気分に耐えることを可能にする。感情を受け入れることを学ぶことはまた、苦悩を減らすことに貢献するような、問題となる気分がさらされることを含む。第3に、苦悩に耐えるスキルを発展させることは、先に述べたように個人が怒り、不安、悲しみを含む気分を衝動的な行為の欲求なしにマネージするのを助けるのに決定的である。

### 4 関係戦略(Relationship Strategies)

クライアントとセラピストの関係性は治療の結果に決定的である。肯定的な関係の存在、その中でセラピストがクライアントを受け入れ、我慢し、敬意を払う関係の存在は治療的戦略を効果的に実行するために極めて重大なものである。受容的關係はクライアントがその瞬間に物を見る枠組みに入り込むことを含んでいる(Linehan, 1993a)。とても非機能的な行動をすると人の作業はストレスフルなものになりやすく、臨床家に不適切な気分や怒りを引き起こしやすい。臨床家あるいはクライアントの側の欲求不満は、その関係性が注意を必要としているという証拠である。肯定的な関係を維持するには、彼らが引き起こす困難と取り組まなければならない。問題の解決に必要な前提は、クライアントが自分の問題を解決することに関心があり、関係性に起こってくる困難を非難しないことである(Linehan, 1993a)。臨床家は自分自身の行動を検証し、自分自身の限界を観察する責任がある。スーパーハイザーや同僚からのコンサルテーションを求めることは臨床家が非審判的に受容的な態度を維持することを助けるだろう。言うまでもないことだが、この課題はひとあやまちや暴力のために、法律を通して社会が断固として非難するという判断を下されたときは特に難しくなる。

衝動的な人へ介入する課題が難しくなったとしても、ヘルスケアと中核的専門家か、以前に注意深く

クライアントと築いた治療目標に関与し続けることは必須である。それでもなお治療の潜在的な効果は、この問題か治療可能であるという信念と、これらの人のニートに答えられる治療戦略の知識に依存している。

文献(略)

## Chapter C5

### 治療可能性、治療反応性とリスクマネジメント

Ralph Serin

#### HCR 20 項目の記述

HCR 20 の C5「治療抵抗性」は個人か介入やプログラムにとの程度反応するかを扱っている。個人か肯定的で向社会的な変化を生むための試みに取り組む可能性を考慮に入れる。

犯罪の処罰、矯正、司法、精神保健の領域で、臨床家か典型的に取り組んでいる2つの疑問は、との患者あるいは犯人が危険または治療可能なのかということの決定である。これらの疑問は実践、専門的能力、決定の誤り、そして倫理についての懸念を生じさせる。リスク評価戦略(Webster, Harris, Rice, Cormier, & Quinsey, 1994)とその臨床使用の統計的手続き(Rice & Harris, 1995)の発展の主要な利点は、リスクアセスメントを遂行する基準が一致し始めたことである(Serin & Brown, 2000)。得点化の限界や概念的枠組みのために、残念なことにこの評価の多くは比較的静的(static)なリスク評価となり、時間によって変化するものは不可能かあるいは非常に限られている。要するにいったんリスクか信頼性と妥当性を持って査定されると、何かリスクを減らし、マネージする次のステップになるというのか？言い換えるとクライアントのリスクマネジメントに治療か何か役割を果たすのか？つまり治療可能性の概念はここでの中核的概念である。不幸なことにリスク評価のアプローチでの発展は治療可能性と治療反応性のアセスメントに見るべきものをもたらしていない。現在我々は問題に介入するより査定することに長けていると言えるかもしれない(Rice & Harris, 1997)。これは特に犯罪者や司法患者のような治療抵抗性の対象に関わることである。それでもなお最近のメタアナリシス研究は特定の犯罪者にいくつかのプログラムかはっきりと効果があったと示唆している(Andrews & Bonta, 1998)。

この章の目的は、系統的なアセスメントとリスクマネジメント戦略への統合の現在の概念的枠組みを示すために、治療可能性のアセスメントについての最近の文献に光を当てることである。Rogers & Webster(1989)によると治療可能性は、患者や犯罪者かどのような治療様式と環境に最も反応するのか臨床的に決定することに関わる概念である。重要なことに、彼らによると治療可能性を査定する試みは、構成概念とその治療結果への関係の相互理解の欠如によって阻害されている。それでもなおそのアセスメントはしばしば犯罪の処罰の決定において保釈から釈放までに用いられている。この状況を強調することは、「治療可能」と思われた人が保護観察や治療スタッフとより良い相互関係を作り、症状の減少の点で良い結果を生むだろうという信念または期待である。治療可能性と良い結果との関連を示すデータがないことは、治療可能性は実際の治療反応の指標としてよりも蓋然性の類義語ということになる。

Quinsey & Maguire(1983)はこの概念の曖昧さを確認するデータを示している。(DSM)1軸の障害に苦しむ犯罪者の場合には状況はまた良いか、人格障害を持つ犯罪者の治療可能性を評価したときには、精神保健のスタッフの臨床家間信頼性は乏しいものだった。重要なことに多くの犯罪者はDSM IVの人格障害の診断基準に合致する(Marshall & Serin, 1997)か、臨床家は関連する治療戦略と治療効果について一致しておらず(Rice & Harris, 1997)そのために伝達された治療計画が阻害されている。この早期

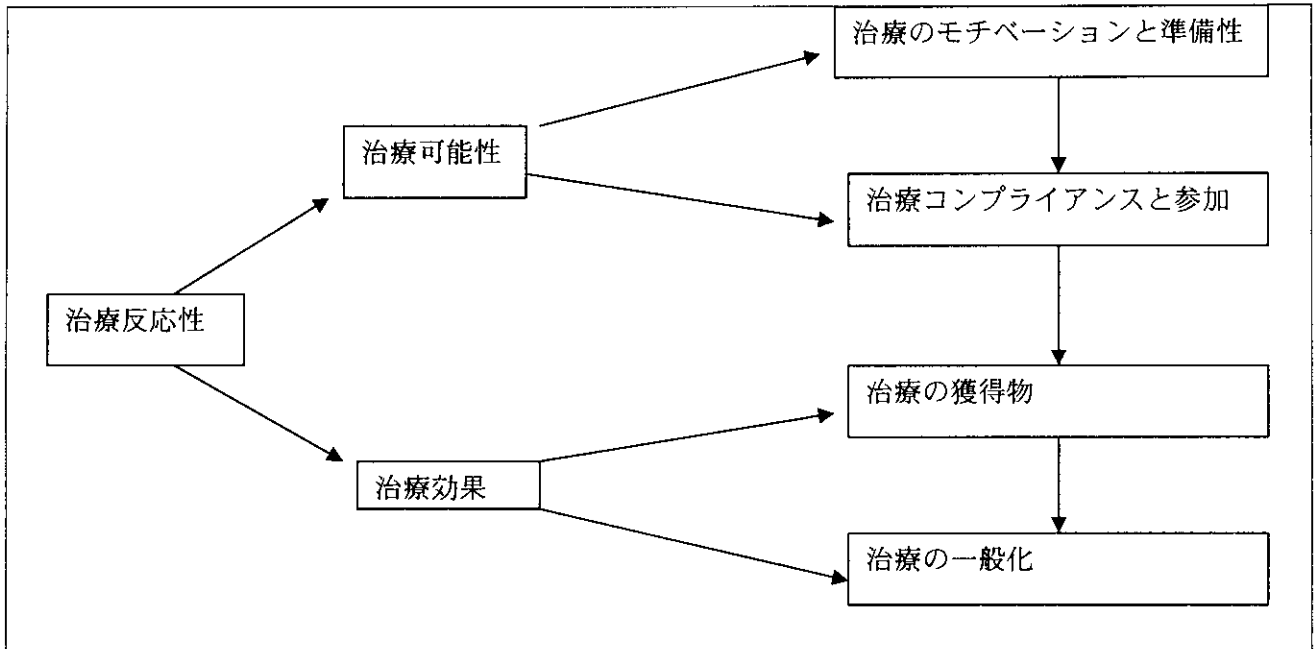
の研究によると、もし治療可能性が犯罪者と患者のリスクマネジメントに貢献するはずのものであるならば、概念を操作できるようにしてアセスメント戦略を発展させる必要がある。

Heilbrum とその同僚たちは(Heilbrum ら,1992)その概念の多面性を反映した尺度を開発することによって治療可能性のアセスメントを推し進めようとした。彼らは障害の生物学的側面、教育と訓練への関心と反応 リスクとマネジメントの関係、そして心理療法的問題を測定した。そのプロセスは適度に全体的な信頼性を示した。それでもなおそれは労力を増すものであった。しかしながら彼らの仕事の重要な貢献は、主体内にある問題から多様な状況と構成概念の間の相互作用へと治療可能性の焦点を移したことである。同時にアティクションの研究で治療結果におけるモチベーションの役割の研究が進行していた(Miller & Rollnick, 1991)。また Prochaska & DiClemente(1992)による治療準備性(レティネス)のアセスメントの研究は大きな影響力を持った。これら治療準備性とモチベーションの 2 つの問題は Heilbrun ら(1992)、Rogers & Webster(1989)によってなされた定義とよく似ているか、残りのものについてより強い調査論文を持っている。さらに、矯正の介入の文脈では、Andrews & Bonta(1998)が、治療後の再犯についての矯正プログラムの効果を推し進める治療反応性の重要性を強調している。

これらの文献の統合は治療可能性についての調査をはっきりと前に進める機会を与える。Figure C5 1 は治療反応性の概念化を治療可能性(治療のモチベーションと準備性、治療同意と参加)と治療効果(治療で得られるものと治療の一般化)を含んだ広い概念として示している。治療可能性の他次元性についての Heilbrun の研究が示しているように、この広い治療反応性の概念に影響を与える多様な要因がある。これらはセッティング、犯罪者や患者、セラピスト、治療の集中度、モチベーションの問題の特徴を含む。こうして治療反応性は、このグループの中と間で変化し得る要因を包含する多次元的で相互作用を含んだ概念である。

C5 1 に示されたモデルによると、プログラムの実際の構成要素や治療ターゲットを越えてプログラム効果に影響を与える 4 つの領域がある。最初の 2 つの領域は治療可能性に関連し、犯罪者が特定のプログラムに反映される内容とスキルの両方を学ぶ可能性が最大になることを意図している。特にモチベーションと準備性の問題に留意することはコンプライアンスに影響し、摩擦を減らし、参加を促進する(Miller & Rollnick, 1991)。治療への参加の問題に留意することは知識の獲得を増やし、スキル強化の発展を増進させるだろう。次の 2 つの領域は治療効果に向けられている。治療の獲得物(つまり、その犯罪者が同定された問題領域やニートに従って獲得したと言えるか?)と一般化(つまり、その変化は時間とセッティングを越えて持続するか?)とを区別することは重要である。

Figure C5 1 治療反応性のアセスメント



それからこのモデルは犯罪者や患者の治療プログラムでの進歩をより良く見分けるための尺度の開発のための枠組みを提示した。

次のステップは治療可能性と治療効果の概念を系統的な行動評価戦略に組み込むことであった。項目の反応のまとまりと透明性についての関心は犯罪者での自己評価の方法論を悩ませた。行動に根ざしたアセスメントと多方法のアセスメントのアプローチがこの欠点と取り組み妥当性を向上させる戦略である。

カナダの矯正サービスは過去数年間アセスメント装置の開発と治療反応性のモデルの開発に取り組んできた(Kennedy & Serin, 1997)。臨床的に意味があり、また治療反応とその後の治療結果に影響を与えるような項目の同定と文献のレビューがなされた。臨床家による最初の反応は励まされるものであり、結果は尺度が動的（つまり治療中の変化に敏感である）で、治療反応に相関していた(Kennedy & Serin, 1997)。同様に重要なことに、特定の尺度内の項目の幅は、治療反応の1項目の尺度と比べて尺度がより変りやすくなっているということを示すべきものであった。このことかケース間の違いを際立たせ、総合的な信頼性と予測妥当性を高めることに貢献するかどうか、調査が進行中である。治療反応性（対人間スタイル）と治療での獲得物のアセスメントを行動的に評価する戦略の開発における最初の成功は、治療準備性についても同しような尺度を開発させることにつななかった。このことは、予備的な調査によって治療準備性の自記式尺度が社会的望ましさとの高い相関を示すことが明らかにされてから必要になった(Kennedy & Serin, 1997)。この調査は励まされるものではあったか、やはり予備的なものであった。これは性犯罪者、暴力犯との作業とカナダの矯正サービスのスタッフによって行われる中核的なプログラムに押し広げられた。

いくつかの状況で、我々は現行のアセスメントプロトコルを補完するために素材を適用し再編した。これはスタッフのニーズが単に追加の鍵となる質問として組み込まれたということと、その手続きの完全な変化を意味するものではない。詳しい項目の記述、採点手続きとトレーニングビデオが開発された。この尺度の項目はTable C5 1に示した。

この尺度は多様なプログラムスタッフとセラピストによって、また幅広いプログラムに渡って用いら

れることを意図しているから、信頼性は重要である。それゆえに得点化はまっすくにされなければならない。それぞれの領域は短い記述、セラピストの半構造化面接でなされるべき質問、各レベルの行動例を伴った4点の評価尺度からなる。さらに治療準備性と対人間スタイルについてはそれぞれの領域に2つの項目がある。例えば、問題認知の領域には、問題に気づくことと問題を理解することの2つの質問がある。現在のプロトコルは計58項目を含む（治療準備性22，対人間スタイル22，治療パフォーマンス14）。この尺度はいったん満足なデータが心理査定に専門家に使われるようになれば短くなることあり得る。

この目的は以前の治療の問題についての研究を統合して潜在的な利点に光を当て、治療反応性の多次元モデルを作ることにある。系統的で構造化された行動尺度戦略対自記式尺度のメリットもまた短く記述される。

Table C5 1 治療反応性のアセスメント

尺度と項目	
治療準備性評価	
1	問題の認知
2	コール設定
3	モチベーション
4	自己への気づき
5	期待
6	行動の一貫性
7	治療への見方
8	自己効力感
9	不協和
10	外的支援
11	情動的要素
対人間スタイル評価	
1	向犯罪的見方
2	向犯罪的つながり
3	誇大性
4	無感覚
5	無効化
6	衝動性
7	延期
8	怒りへのモチベーション
9	力とコントロール
10	問題解決
11	被害者へのスタンス
治療遂行評価	
1	プログラム内容の知識
2	スキルの獲得



- 3 開示
- 4 犯罪者の信頼
- 5 知識の適用
- 6 スキルの適用
- 7 犯罪性の理解
- 8 モチベーション
- 9 内省
- 10 出席
- 11 破壊的なこと
- 12 適切に利用できること
- 13 感情的理解の深さ
- 14 参加

これらの発展を励ますことに、治療の情報をリスクマネジメントパラダイムに組み込むためのガイドラインの発展もしくはルールの設定かとても必要である。

リスクと治療可能性の臨床ヘースのアセスメントへの1つの批判は、臨床的眼識とケースに特定の素材への過度の信頼であった。従って、臨床家が意味を持って犯罪者や患者をその治療反応性の機能で区別し、後の結果を予測したときにだけ、治療の情報はリスクマネジメントアプローチに適切に使用され得る。

目下リスク評価戦略が限界の範囲内で犯罪者や患者のリスクレベルと彼らの起こりそうな結果を同定し得る。治療はその結果を改善する重要な介入であろう。特にハイリスク状況、その状況での犯罪者かとの程度対処できるか、リスクファクターの考えられる階層と相互作用を解明することによって、治療はまた有益にリスクマネジメント戦略に用いられるだろう。この方法で、治療は単に犯罪者や患者が「治った」かどうか予想するだけでなく、監督とリスクマネジメント戦略を知らせる媒介物となる。

文献(略)

### セクション3 “R”ファクターに基づいた戦略

#### Chapter R1

#### 実行可能な計画を作る

Henrik Belfrage & Goran Fransson

#### HCR 20 項目の記述

項目 R1 “実行不可能な計画”は、「適切、安全で現実的な退院計画」(p 62)を持たない人は将来の攻撃的、反社会的、暴力的行動のリスクを高めるという仮説に含まれている。ここで指摘されるべきことは、その人が計画の立案に完全に参加するのか理想的かということである。この項目は施設内の治療(施設内のアセスメント)のプログラムと患者もしくは囚人の施設から出た後の計画(施設外アセスメント)の両方を含む。また我々は治療を利用するその人の能力と実現可能なプログラムを提供する我々の能力の両方を考慮に入れなければならない。

#### 施設内アセスメント(In Assessment)

HCR 20 のシェーマは 1997 にスウェーデンの 2 つの特別司法精神科病院—Sundsvall と Vajo—で実行された。その使用過程は非常に包括的に時間を要したか、臨床実践の発展の点では非常に良い結果を残した(Belfrage, 1998)。

患者が病院に入院したとき、HCR 20 に基づくアセスメントが通常 1 ヶ月以内になされる。この点で我々は常に“内”と“外”の両方のアセスメントをした。“内”のアセスメントは対象者が施設内にいる間可能な限り良いプランをする目的でなされた。この患者はどんな特定のニーズを持っているか？との病棟かそのニーズを扱うのに最も適しているか？様々な患者集団の中でこの患者はどのように機能するか？それはこれまで形成されてきた特別司法精神科病院での計画において我々が経験したものだけではない。我々がまた最近発見したことは、この項目(R1)が矯正のサンプルでの前向き調査で将来の施設内暴力を最も予測した(Belfrage, Fransson & Strand, 2000)。

#### 施設外アセスメント(Out Assessment)

“内”のアセスメントが当然根本的に重要であるか、いくつかの理由から—たとえ可能な退院までに長い期間が残されていたとしても—“外”のアセスメントをすることもまた十分な利点があるということを発見した。それは患者の将来のリスクマネジメントを計画するよう常に我々に強い、このプランの定期的な評価と再検討を我々に強いる。我々の経験ではこのプロセスはスタッフと患者の両方を活発に保つのに役立つことが多い。理想的には患者は自分自身の将来のプランニングに参加すべきである。最近行われた退院した司法精神科患者の後ろ向き(retrospective)研究では、この項目(R1)は新たな暴力犯罪を高度に予測した(Strand, Belfrage, Fransson & Levander, 1999)。

#### 退院計画、治療のためのプログラム、アフターケア

アフターケアと治療プログラムの点でたとえリスクマネジメントが将来の暴力予防に重要であっても、様々な犯罪者集団においてリスクマネジメントは様々な成功するチャンスを持っている。それ故重要なことは治療プログラムかその人の人格に基づいて計画されるべきであるということである。例えば我々は我々が経験した患者達は、自分の全てのアフターケアプランを作った—時にそのプランはおおよそ考えられる限りの向社会的活動を含んでいた。しかしながらそのようなプランはしばしば重篤なサイコパシーの人格特性を持った患者によって作られ、そのような人は実際に自分のアフターケアプランに従うつもりがなかった。それでもなお矯正システム—そこではもちろんサイコパシーの特性を持つ人が精神保健システムよりもずっと多いか—我々の経験では矯正システムにおいて R1 は、犯罪者が十分向社会的なやり方で他の人とやっていくのを助けることのできるような、妥当と思われる向社会的活動のプランニングに効果があった。この努力は彼らのリスク行動の直面化と同様、認知訓練、反応に別のやり方を用いる練習を含む。

最低限の経済的理由だけでなく様々な理由から我々は全ての患者に実行可能なアフターケアプランを常に提供できるというわけではない。患者が将来住もうと計画したコミュニティに関して特に問題があることもある。病院自体があるタイプの患者に限られた資源しか持っていないこともある。しかしながら我々は HCR 20 が構造化されたやり方で患者の退院を計画し続けるよう肯定的な意味で我々を“強いて”いるということを見出す。主要な精神疾患を持っている患者が関わるころでは、患者自身と一緒に退院を計画することが重要だと信じている。患者がきちんと現実的な考えを持っているときは、我々はその考えを強化するよう支持し、試みる。患者が十分に現実的でないプランを持っていた場合でも、その計画が患者自身や他人への危険を含まない限りは試させることも時にはできる。この試行錯誤

はしばしば患者の学習に重要な役割を果たし、また項目 R1 たけでなく HCR 20 の他の多くの項目に関連した重要な情報を我々に与える。

特に重要なことはプランニングの作業を単に臨床や矯正の専門スタッフに限らないことである。スタッフの他の多くのメンバーはこの観点からとても重要な資源であり、重要な貢献をなし得る。例えば Vaxjo と Sundsvall 病院の両方では治療病棟の全てのスタッフメンバーが HCR 20 と PCL SV(Hare, Cox, & Hare, 1995)のトレーニングを受けている。彼らは自分でリスクアセスメントをすることを期待されている訳ではないか、患者について構造化されて有用な情報を臨床家に与えることかできる。とりわけ病棟のスタッフは患者と最も頻繁で最も密に接触する人である。様々な形態の社会療法と他の種の活動に携わるスタッフメンバーはまた HCR 20 のトレーニングを受けている。患者かそれらの活動内でのように振舞ったか、患者かどのように取り組んで障害、圧力などに対処しようとするかマネージしたかについての彼らによる観察は極めて価値がある。

プランニングのプロセスの最も重要な側面、そして恐らく最も困難な側面は、我々の経験では施設外の専門家と家族成員を巻き込むことである。特別司法精神科施設にいる患者の多くはいわゆる問題の多い(multi problem)人である。彼らはしばしばは精神科的、行動面、物質乱用の問題を合わせて持っている。不幸なことに専門家間の貧困なプランニングと十分な協力の欠如で、これらの人々は病院、メンタルヘルスセンター、矯正施設などの様々なサービスシステムを過ぎ去ってしまう傾向がある。それ故に関連する全ての専門家間で責任を共有する形態と密接な協力関係を築くことか不可欠である。恐らく例外以上に通常のことと化していると思われるが一施設から出た後の元患者か様々な専門家の責任領域のはさまに落ちて物質乱用、暴力や他の種の犯罪に再発してしまうことはまたあまりに共通して見られることだろう。我々の経験では司法精神科治療ユニットから一般的なコーディネートをする他の期間に移す申し出は良く受理されるか、それは疑いなく我々か患者かコミュニティで要求するであろう物質のことをよく知っており、考えられる再発の早期サインを知っているからである。

文献(略)

## Chapter R2

### 安定した環境を築く

Christopher D Webster, Derek Eaves, & Peter Halpin

#### HCR 20 項目の記述

HCR-20 の項目 R2 は状況に依存している。この項目は親密な関係の潜在的な力と、攻撃的、破壊的で暴力的な行動への“不安定化”を促進するような他の潜在的に“危険な状態”を評価者か認めることを許容する。この項目は対象者の潜在的に有害な仲間集団、アルコールや薬物かとのくらい容易に手に入るかなどに評価者の注意を向けさせる。この項目はまた他の人や他の状態かとの程度習慣的な生活に健康な構造を与えられるかという点に評価者の注意を向けるよう要求する。

この項目は必要なところで最適で、安定した生活のアレンジをするべきかということに精神保健と矯正の専門家の注意を喚起する。これは過去に何かクライアントを不安定にしたかという H ファクターの十分な知識なくしては果たされない(Fransson, 2000 参照)。この項目は無用の将来の再発や深刻な犯罪を促すかもしれないような特徴を徹底的に分析することにエネルギーを注ぎ込むよう治療スタッフに促す。対象者を環境から異なったものとして不相応に強調することか非常に過度の攻撃性と暴力を引き起こすと言っても恐らく言い過ぎてはないだろう。もちろん本物の挑戦はあれこれの人があれこれの環境とどのように相互作用するか予想しようとする試みである。ここの疑問は との程度これらの環境

か対象者を攻撃的あるいは暴力的にふるまいやすくするか？そして関連する疑問は どうやったらこれらの環境かトラブルを予防するよう変化され得るか？

R1 で理想的に立てられたプランは最初に参照される点になるべきものである。これは期待される環境、病院で、刑務所で、コミュニティで功を奏するような環境を詳述するだろう。プランを作用させる人的サポートは項目 R3 に含まれるだろう。対象者かそのプランにとのように従って対処するかは項目 R4 と R5 で扱われる。項目 R2 は、現在ある環境と今後起こりうる環境かとのくらい全般的な暴力リスクを高めるかを測定し、どうすれば最もこのリスクを抱えられるかについての考えを促すところにある。我々が提示したところによると、これは専門的スキルである(Ryan, 1997 参照。時として必要となる明確な例について述べている)。この項目の下にある課題は最近次のように言われた 「特に重要なことはハイリスクな状況を同定し、そのような状況に対処する特定の戦略を開発することである(Gacono, Niebeerdig, Owen, Rubel, & Bodholt, 2001, p 109)。

患者と囚人を施設やエージェンシー“内”あるいはコミュニティ内という“外”(pp 23 24, p 61)の存在として評価者に考えさせる HCR 20 の一般的アウトラインを維持するとき、我々は以下に環境への配慮か“内”と“外”の見出しの下に便利に扱われるのを認める。

#### “内”での安定

ユニットの物理的な構造かその中で作り出されうる雰囲気の限界を自然と決める。悲しいことに建築的な特徴自体かしばしばとれくらいの希望を全く諦めねばならないかを強く表現するので、施設のデザインの問題を政策決定者、官僚、プランナーと議論する時間は無駄になることはない(一般的に Kazarian, Joseph, & Persad, 1992 を参照)。しかしながらより日常の水準では、たいていはどんな物理的構造にてもその場で対処できなくてはならない。またそこに住むことを強いられた人を統治するルールや期待にしかるべき注意か払われなければ、非常によく考えられた建物、修復、「改装」でさえもうまくは機能しない。長い間病棟の雰囲気は重要な観念としてたけてなく測定可能な実在物として認められてきた(Moos, 1974)。もし誰かか圧政的な環境によって一般的に衰弱させるような効果についての専門的知見を持っていればそれは確かに精神保健や矯正の専門家と言えるだろう。

懲罰的、厳格、過度に限界設定に焦点を合わせた状態に直面すれば、感情的に引きこもってしまう人もいるだろう。この状態では彼らはとても防衛的な方法で自分を守り、満たされる自分の基本的な欲求だけ見るようになるだろう。他の人はこのような環境で被害的な気持ちと非難の投影によって応じるだろう。これは彼らに自分たちの過去と現在の攻撃的で暴力的な行動を合理化することを許す。彼らにとってこれは受け入れられ便利な自己保存の基準となる。これは“権力意識(machismo)”ファクター(タフな環境ではタフになる)である。そのような環境は期せずしてまさに組織か目を背けられるような感情と行動を作ってしまう。この種の状態は報告されたり公に出版されたりしない傾向にある。

幸運なことに上に述べたのと逆の効果は見事に容易に棚上げにされ得る。スタッフ、患者、囚人、ユニットの生活と内部の規制システムに貢献する全ての人の積極的な参加要か求められる。力とコントロールの問題は常に日によって変わる不安定なもので、週ごとに気にされるようなものではないのたか、これはユニットの中にいる人、その関係者、そして後に外のコミュニティで彼らを助ける重要な役割を果たすような“外側”の人の要求に注意を保つような組織では扱うことかできる。

“内”の時間は教育と発展の機会である。アプローチの一貫性は定期的なミーティングで繰り返し定義され、それから繰り返し作業し、対象者の安全を確かめその人の信頼を発展させる。対象者—しばしばスタッフも同様に制限されるか—は、保安ユニットで狭い空間を共有しなければならないことによ