

て不可避免的に生じる緊張を和らげるために、定期的なミーティングを利用することを学ぶ。対象者にとって自分か自分自身の不快水準を下げるだけでなく組織全体の不快を下げることでかてきるということを学ぶことは HCR 20 の項目 R5 でまさに必要とされているスキルである。対象者にとって他者とう時間を使うか、プライバシーのためにヘットルームや隔離された領域を使うのはいつか最も良いか学ぶチャンスかここにある。看護スタッフは他の“前線”の職種のメンバーと共に人の間の葛藤を下げるエキスパートになるだけでなくいつか“引き返す”時か対象者か正確に判断する援助をするエキスパートにならなければならない。これは全員か必要とするスキルである。職場で、学校で、宗教的な場でさえも暴力かあったときに新聞で毎日このスキルの重要性か言われている(Bloom, Eisen, Pollock, & Webster, 2000 参照)。

中期的 長期的な期間のリスクアセスメントとリスクマネジメントについて書くことは、即時の、その瞬間のアセスメントとマネジメントの実際について書くよりも簡単である。それでもなお“内”の環境は、しばしば急速に解明され普通でない結果となるような出来事への絶え間ない注意を要求する。ここで我々か言えることは、暴力行為の先行刺激を同定する高度なスキルを身につけることは可能たということである(Bjorky, Henrion, Robinson, & Baxter, 1990)。その中にいる一般的なタイプの人の点てユニットの構成か何とかこまかし続ける傾向かあるという事実によって、この課題はしばしば複雑なものとなる。ユニットの管理者にとって、また全体的にスタッフにとってこの挑戦は、入院か生活に建設的な変化を与える機会であるという考えを維持するよう連続的に強化するもの 1 つである。

適切な支援、援助、励ましか日々の現場と緊急時、危機の時に使えるようにするために、“適切な”スタッフを“適切な”対象者に割り当てることによってこれらのプロセスか助けられる。もちろん HCR-20 の C 尺度や似たような尺度の得点に従って対象者の長所と短所をレビューすることは助けになる。しかしながら健康で社会的に有用な生活スタイルの発展と治療的動きは強調されなくてはならない。これは対象者かまもなく最初の懲役刑を受けるということか分かっているときてさえもそうである。そのような人はしばしば緊急に生き残りか対処のスキルをマスターするための助けを必要とする(Anonymous, 1980 参照)。

“外”の安定

対象者か施設の拘束から開放されるときにその人を弁護することは概して困難な課題である。たいていそのような人は自分のために話をするのか苦手て、助けなしに暴力のない生活スタイルのための資源と快適な生活に必要なものを手に入れるのか困難である。しばしばケースマネージャーや保護観察官のような人かクライアントに安全な手当てと任まいの援助をしなければならぬ。以前の“失敗経験”から不安になっているコミュニティからいやいやなから受け入れられることてさえも、権利擁護にとってしばしば小さくない挑戦である。クライアントの信頼は当然築かれるへきてあるか、しばしばゆっくりてしばしば痛みを伴い、突然そして恐らく不当に失われる恐れか常にある。前のセクションで論じたように、ユニットマネージャー(病棟師長)の課題としては必要なところてすばやく断固として振舞うことてあり、コミュニティワーカーの課題は“プレッシャーをかけられて(under the gun)” 深刻な不一致の最初の兆候にも同じ方向にはたらく全ての関心ある仲間を得ることである。コミュニティの集団、組織、サービスを安心させることは新しい戦略的計画に併って必要となろう。再発予防(relapse prevention)の原理(一般的には Bellack, Mueser, Gingerich, & Agresta, 1997 参照)はもちろん価値かある。古いリスクは再検討し、新しいリスクを同定して考慮に入れなければならない。これらの基本的な再発予防の原理はまた、クライアントにとってとんな小さな逸脱行為もコミュニティで認められないと考えることは非現実的て決定的に助けにならないということてコミュニティのリーダーに伝える上て

重要である。いくつかの行動は単に許容されるべきではない、あるいは許容できないという事実に着目する一方、ここでの課題は近隣住民、店の人、警察官などの期待をマネージできる割合にまで下げることである。クライアントに特有な点、奇異な点を他の人が受け入れるよう援助することは、時として“深い心理学的気づき”などを通して対象者の心理的構造を変えることよりも容易である。

特に施設からの退院後の短い期間は、何種類もの警告がいろいろな方面から起こり続ける。これらの不安定要因を同定しその影響をなくすことはしばしば“ダメージコントロール”訓練になる。服薬管理は多くのケースで不可欠である。適切な投薬が退院時点でクライアントになされているか、クライアントが無理なく服薬できるか（つまり急に退院したときや週末前に退院したときに時にこれが困難になる）を確かめることはケアにとってとても重要である。我々の経験ではコミュニティワーカーはクライアントに医療、教育、職業的なものを指示することの重要性を過小評価できない。

前線の専門家があるコミュニティに新たに入った、あるいは戻った対象者が安定するような努力をするのに使えるような簡単なルールのセットはない。それでもなお基礎的な原理を示すならば、以下のようになろう (1)全ての省庁、部局、組織、サービスと協力して作業せよ、(2)治療プランがクライアントから十分に同意を得ているか、そして必要なときに変更できるか確かめよ、(3)新しい人が来たときにはコミュニティを準備せよ、(4)最善の住居を探せ、そして少なくとも最初はクライアントと金銭の計画を立てよ、(5)危機が起こったときに抜えるよう引き締めよ、(6)気晴らしと娯楽が計画され、彼らが楽しむことを確かめよ、(7)クライアントによって異なり、同じ人でもその時々で異なる不安定要因を可能な限りの手段でモニターせよ、(8)鍵となる行動を特定し、クライアントの助けをもって、単にモニターするだけでなく実際に記録し、進歩もしくは進歩の欠如が視覚的に分かるようにせよ、(9)コミュニティのメンバーに多少の“奇妙”で“普通でない”行為は受け入れるよう励ませ、(10)放棄に備えよ。既に起こった行為や近い将来に起こると安全に予想されるような行為のために警察や精神保健の強制力が発動されることか明白であるならば、少なくとも一時的に、クライアントから苦勞して手に入れた信頼を放棄することになる。10点目でそのような信頼は一時的あるいは永久に捨て去ることは難しいか、その結果は他のもっと深刻な可能性に比べれば大したことではない。危険に陥るのはコミュニティのメンバーだけでなく結局はクライアント自身でもあるのだから。

文献(略)

Chapter R3

効果的な支援を提供する

Leena K Augimeri

HCR 20 項目の記述

HCR 20 の項目 R3 “個人的支援の欠如” は仲間や親類からの強い支援体制のないことを指し、この不足の結果対象者が暴力的に行動する危険性が増す。この項目はクライアントに利用できる支援の量やタイプを測定し、助けになる、あるいは助けにならない結果に至る可能性を測ることを評価者に求める。

助けが弱い、実質的に助けがないことは攻撃的で反社会的な行動を引き起こし得るといふことか長い間認められてきたか、複合的に組織立った支援に関連した治療要素に系統的に組み込まれたのはつい最近のことである。そのような発展はコミュニティでの発展、“子供を育てるために村を選ぶ” というような考えが一般的になるのと並行している。とても一般的なことに、一方での過去の臨床的な介入ともう一方でのコミュニティサポートとを分けることは不自然であったし絶対に助けにならない。リス

クファクターに対する圧力を和らげ治療的变化を促進する助けを与えるような、相互に依存した資源を
同定する上で臨床家は中枢の役割を果たす。どのように治療の構成要素として支援が概念化され、クラ
イエントのニードがより明確に特定され表現されるかについての短い議論を以下に示す。

定義

HaperCollins のタイムス英語辞典初版(2000)によると支援(support)は次のように記される “重荷を
持つ、耐えるあるいは逆らう、(家族、人など)のために生活に不可欠なものを産み出す、新しい事実
を出すことによって安定させようとする、味方して話す、助けを与えるあるいは励ます、(原因、原理に)
賛成する、容赦を持って耐える、支えを与える、維持する、助けを与える人や物、家族 人などを維持
する手段”。

この定義は幅広い意味を示している。生活の複雑さと、とんなときにもその人に多様なストレス
が与えられるという事実が示唆することは、人々が自分のストレスレベルにとのくらい対処し、マネー
シてくるかという点に関してサポートシステムが大きな役割を果たすと言うことである。例えば社会的
な隔離—社会的支援の欠如—が “家族問題、トメスティックハイオレンス、児童虐待とネグレクト、メン
タルヘルスの問題を含んだ心理社会的問題の重要なリスクファクター” であるということが知られて
きた(Hengeller, Schoenwald, Borduin, Rowland, & Cunnigham, 1998,p 212)。社会的支援が福祉にと
って決定的であるならば、問題はとうやって支えてあげることか最も良いのか、とうやって義務が果た
せるよう他者を助けるか、彼らが必要としているあるいは楽しむものをとうやって供給し、家庭、社会、
仕事といった生活をやっていけるようにするかである。

サポートのタイプ

Hengeller ら(1998)はソーシャルサポートシステムを 3 つのタイプに属するものとして記述してい
る 公式、非公式、民間。公式のサポートシステムはソーシャルワーカー、保護監察官、セラピスト、
カウンセラー、一般医(GP) などによって提供される専門的なものを含む。しばしば施設、組織、政府
機関がこれらのサービスを執行する。非公式のサポートシステムは親類、友人、同僚や近所の人からの
助けを含む。民間サポートシステムは通常金銭を払って実施、維持される。これはカウンセリング、金
銭上のアドバイス、法的支援などを含むだろう。攻撃性と暴力のリスクのマネーシを重視した課題はあ
る種の一般的に有用な戦略、実際全ての関係者に作用するような戦略をもたらしてコーディネートする
ことか必要であろう。

カナダ、トロントでの Earls court Child and Family Centre(ECFC)で我々が深刻な行動の問題があ
る 12 歳未満の子供と家族、学校、コミュニティで関わった経験からすると、この困難な課題は時に比
較的小さなコストで達成され、大して努力が無駄にならずに済む。しっかりした最初のアセスメント
(HCR 20 の R3 個人的支援の欠如、あるいは *Early Assessment of Risk List for Boys*(EARL 20B,
Augimeri, Kogel, Webster, & Levene, 2001)で査定されるだろう) がかあってこそサポートサービスを作
る専門的スキルの大半が遂行される。そこでまた環境の変化を考えてサポートプランを変えることに注
意を向け、維持することか重要である。

Hengeller とその同僚(1998)はピンポイントのサポートに有益な示唆を与えている。これは上述の公
式、非公式、個人的システムのそれぞれで働く。この “システムアプローチ” は ECFC での日々の実践
に一致する。それはまたこの章の始めに引用した辞書の意味にも合う。Hengeller ら(1998)によるとサ
ポートには 4 つの主要なものがある (1)物質的 “生活必需品を供給するための”, (2)情緒的 “力を与え

るための”、(3)評価“助ける、または励ますための”、(4)情報“新しい事実を示すことで助けようとするための”。

異なった種類のサポートを考えると、それぞれが果たす特定の役割が明らかになる。例えば物質的サポートは日々の困難を生き抜くのを助ける。これは子供のケアをアレンシする、当座の金銭的援助をする、食事を用意するなどの幅広い活動を含む。情緒的サポートは定義するのかより難しいか、精神状態を強めるようなものである。このタイプのサポートはどのようにケアと援助がされるかということを含む。しばしば分かりにくい言葉だが、共感、コミット、忍耐ということもまた重要である。評価サポートは考えられる選択肢を提示したり、しっかりした決定をできるような援助をする。その人が“正しい選択をする”ように肯定的な方法で教えるときに発揮される。情報サポートはほとんど説明を要しない。それは時として新たな知識や資源に導くことで見たところ難しそうなことや抗し難い困難が軽減されるという考えによっている。他の人々が自分たちともしような環境に直面し、解決もしくは部分的な解決を見出したと言う事実により多くの家族成員やクライアントが動かされる。本、ガイド、ビデオテープの形の資源が多くの学校、図書館コミュニティセンターや医師のオフィスで利用できる。この短い章での著者の論点は、どの種の、どの程度のサポートがなされるべきか決定することは難しくなく、上に述べた4つのカテゴリーのアプローチは可能な最善の決定をするのに役立つということである。

対象者のサポートの種類をアセスメントするには、対象者の最も高いと思われる機能レベルが何か決定し、その人の強さの目録に取り掛かることまで後退する必要がある。例えばもし何らかの情報サポートがその課題を達成するのであれば、情緒サポートが提供するものはあまりない。同様に、英雄的な行為からは長期的には得るものか少ないだろうが、実際物質的なサポートはそれほど必要ではなく、その代わり日々の生活パターンを再構成する情緒的サポートと評価サポートが単に求められるだろう。そのようなサポート戦略の誤った適用は非生産的になったり医原性の問題を生ずることもあるだろう。結局のところ目的は対象者が自分で満足して自分を頼みにてできるようになることである。しばしば助けになることは、どんな種類の助けをその瞬間に必要としているか決定できるようになるように、サポートがクライアントにとって何を意味するか明らかにすることである。このプロセスはクライアントにとってスキルを築く訓練になると同様に積極的な心理学的経験になり得る。例えばどんな種類のサポートを必要としているか同定し始め、このサポートを自分たちの生活に組み込めるようになると、彼らはまた将来のために長期的なサポートシステムも築き始める。我々が学んだことには、そのときに何か可能で何を望んでいるかと言うクライアントの視点を尊重することの重要性である。その人の望まないサポートを押し付けることは有害な結果をもたらす得る。援助は問題に対して適切であると同時に正しいときに正しいやり方で差し出されねばならない(Eaves, Thien, & Wilson, 1997, p 422 参照)。

FCFCでの我々の研究努力の一部として、我々は定期的にレトロスペクティブ(後ろ向き)とプロスペクティブ(前向き)の調査を行っている。それらは臨床ファイルのレビューとコート化を必要とする(Kogel, Webster, Mischel & Augimeri, 2000)。この課題から求められた主要な情報の1つは、子供とその家族のサポートのレベルにとって利用可能なサポートの量と種類である(Augimeriら, 2001)。ある子供と家族はリスクとニートの高いレベルのために様々な種類のサポートをたくさん受けた。それでもあるクライアントは最小量しか与えられなかった。“非常に尽くされた”家族との我々の経験からは、後から分かったことだが、振り返ってみればもっと良く方向付けて資源を与えることかてきた。いくつかの例では、このレビューから、何故もっと努力してその4つのサポートのとれか実際に必要とされたのか探ることに時間か費やされなかったのかと困惑した。

サポートの手段によって要求されることと実際に与えられることとの間にギャップが生ずることの

主な説明は、少なくともいくつかの例では、早期に子供と家族の両方に広げられたプログラムがあまりに短すぎた(おおよそ3ヶ月)ことである。深い問題を抱えた家族にとってはサポート戦略に共通した一致が同定され、それを遂行、完遂するのに単に長い時間がかかる。

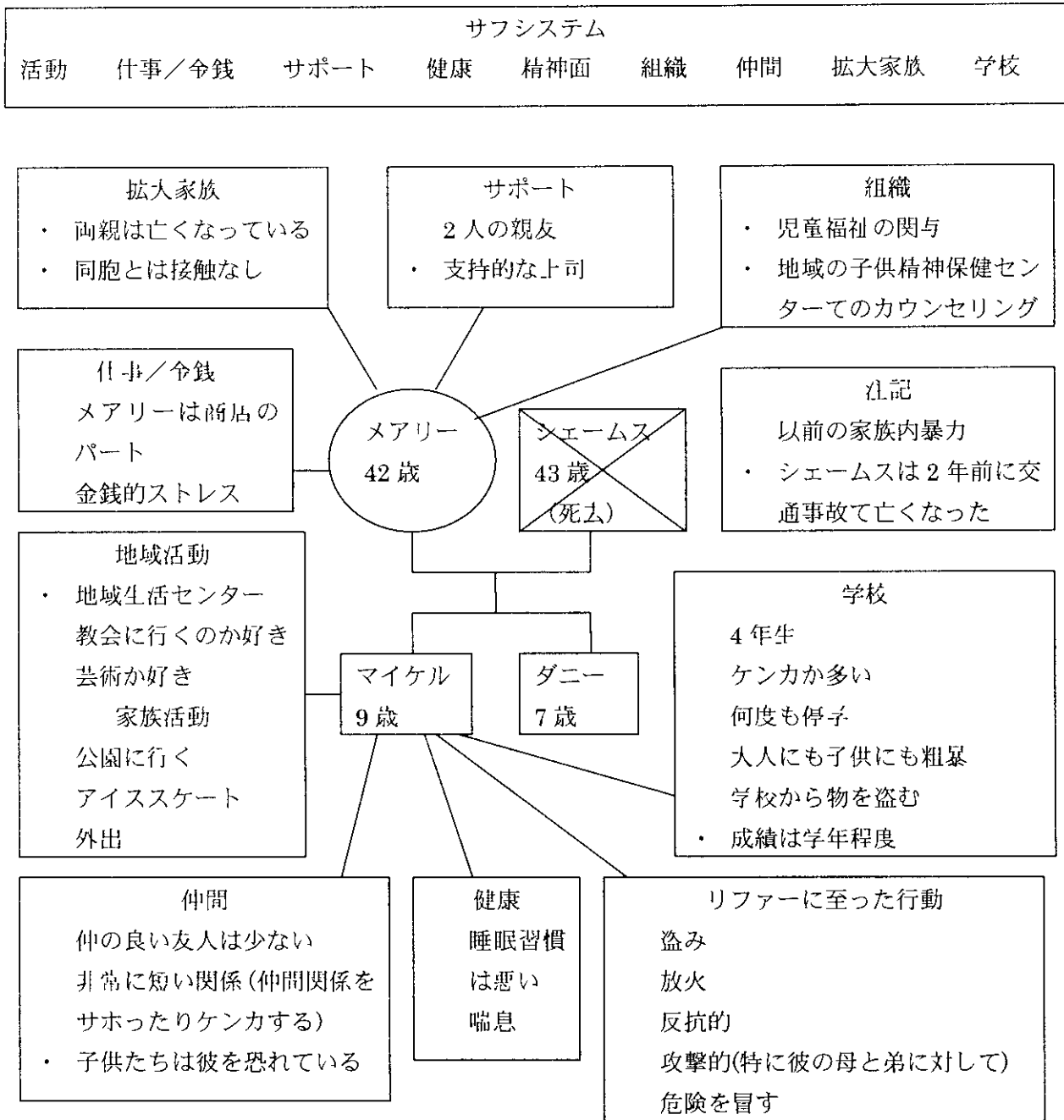
多くのサポート介入が効果的に見えるという事実は、我々が支持した臨床的に有用な“エコマップ”—伝統的なシェノグラムから採用された—の使用によると思われる。後者は以下のように記述される。

“家族の歴史とパターンの図示であり、基本構造、家族の人口統計、機能、関係を表す。それは略式で家族パターンが一目で分かるよう描写される”(McGoldrick & Gerson, 1989, p 164)。シェノグラムは生態学的オリエンテーションを持ったシステムの見方に採用される。それは専門家にクライアントの世界かどのようになっているかのスナップショットを与える。この1枚の線図は他者に主要な関係者と、子供と家族に影響を与える様々な背景を視覚化できるようにし、関係が一目で見られる。その地図は、たとえどんなものでも、どんな支援かその場にあるか示し、ストレスと資源の流れを同定する。この道具はまたどのシステムが発展されるべきか考えさせる。そのような環境の観点は最小の努力で利用できる。例えば、物を作るのか好きな孤立した人はその長所を欠点の解決に利用することか励まされるだろう。そのようなケースでは、組織で公式のボランティア作業かアレンシされるだろう。強く励ますことなく、その種の社会的接触が可能になり、雇用やレクリエーションにつながるだろう。

臨床例

メアリーは2人の子供を持った42歳のシングルマザーである。彼女の夫のシェームスは2年前に交通事故で亡くなり、メアリーと2人の子9歳の息子のマイケルと7歳の息子のタニーが残された。メアリーはマイケルのことで助けを求めて児童精神保健センターに連絡を取った。生まれたときから彼は難しい気性を持っていた。彼は反抗的で、かんしゃくを起し、権威に反抗してひどく攻撃的である。マイケルが彼女と弟を脅すのでメアリーは何度も警察に電話した。同様に彼女と弟の両方に言葉と行動両方の暴力を振るった。メアリーはとても孤独感を感じ、子供の将来を案じている。彼女が言うには彼はあんまり怒るので“しまいには誰かを傷つけるだろう”と心配している。最初のスクリーニング過程でエコマップが作られた(Figure R3 1)。メアリーの情報から示されることは、家族にソーシャルサポートが欠けていて、強いストレスを体験しているということである。例えば、メアリーは親類もなく2人の親友がいるだけであった。この親友とも彼女は“めったに”会わない。彼女が言うには、誰も息子の行動に耐えられないので彼女は友人をなくしてしまった。メアリーは抑うつ感、絶望感、怒りを表した。メアリーは仕事を持っていたけれども、安定したものではなかった。マイケルの問題行動のせいで学校から頻繁に電話があるので彼女はいくつも職を失った。結局、メアリーは安定した仕事に就けないので経済的な心配も抱えている。このような事例の多くで1つのストレッサーが別のものを悪化させる。

Figure R3 1 マイケルのエコマップ



エコマップを使って子供と家族の生活の中での家族の強さ、ストレス、サポートシステムと鍵となる人物を強調すると、どのようにして既存のサポートメカニズムに基づかせるか、どのようにしてストレスを最小にするというチャレンジングな仕事に取り組むかを、臨床家が明確化し始めることができる。例えばこのケースでは、臨床家は公式のサポート(例 怒りのマネジメントに強調をおいた家族全員のカウンセリング)、非公式のサポート(例 緊急時に助けてくれる近所の人との地域のつながりを作る)、民間サポート(例 メアリーをレクリエーショングループにつなげ、身体的健康のための活動をして彼女と同時年代の人と会えるようにした)を築こうと試みた。システムは4種のサポートを必要とした 物質的(例 メアリーにマイケルから休む機会を与え、週末に休むようにした)、情緒的(例

メアリーが苦しいときには話を聴いて共感した)、評価(例 メアリーが積極的なやり方で苦しい状況に対応しているときには強化した)、情報(例 メアリーが息子を扱うのを助け、効果的な養育マネジメント戦略を学ぶことのできるサーヒスや資源についての詳細を提示した)。

要約

混乱し、効果的でない、攻撃的な行為の再発を減らすための支持的環境を作るにはどうするのか最も良いかについて、現在多くのことが知られている(Bellack, Mueser, Gingerick, & Agresta, 1997, Herbert, 1989)。とても肯定的で、集団ヘースの介入を作れることは重要なことであるか、対象者とその家族の毎日の生活への適切なフォローかなければこれらのプログラムの効力は容易に失われてしまうだろう。Bellackら(1997)が指摘する通り、“普通の環境はたとえ有能なセラピストの作業であっても素早く打ち消してしまうことがある”(p 154)。ECFCでの12歳未満の子ともへの我々のプログラムは、Stop Now And Plan(立ち止まって計画せよ)という意味のSNAP™と呼ばれる非常に単純なテーマに基づいている。“日常生活でのいさこさ”に対処するのを助けるために、子どもたちはグループでこのセルフコントロールと問題解決戦略を教えられる(Day & Augimeri, 1996 参照)。注目すべき点はSNAP™が、子どもが衝動コントロールに使う戦略たというだけでなく、両親や専門家にもまったく同じ原理が適用できるということである。もちろんこの挑戦は、公式なプログラムで開発されたスキルが個人の日常生活で表現できて使えるということを確認するものである。そのようなスキルの一般化には時間と練習が必要である。我々の経験と他の人の経験では、挑戦はあるか少なくとも原理的には一般化は難しい課題ではない(例えば Anthony, Cohen, & Farkas, 1990, pp 113-127 参照)。一般化のプロセスを促進するために、Cohen, Ridley, and Cohen(1985)は以下の原則を提示している (1)自然な強化子、既に存在しているものを使い、(2)自然に起こる環境にあるサポートを与えよ(例えば Tharp & Wetzel, 1969)、(3)1番の問題となっている人をサポートするにはどうするのか最も良いかについて、暗黙の教示を与えよ、(4)練習して相手か本来のモチベーションをより信頼できるように、外的な強化子により頼らなくなるように援助せよ、(5)報酬は徐々に遅らせよ、(6)できるだけ多く様々な環境で教える機会を探せ、(7)自己評価と自己強化の重要性を強調せよ、(8)一般的原理とルールをマスターすることの重要性を強調せよ、(9)課題の複雑さをゆっくりと増やせ、(10)目標を作り、効果的な介入技術と分けるよう助けよ。最後の点は精神保健と矯正の専門家の側にある熱意と信頼が成功のための本質的要素であり、もちろんこの特徴に与えられた表現が“度を越えない”ということである(Herbert, 1989, p 120)。

文献(略)

Chapter R4

治療教育の試みへの同意

Randy Borum, Marvin Swartz, Jeffrey Swanson, & Sandy Wiseman

HCR-20 項目の記述

HCR 20 の項目 R4 “治療教育の試みに同意しない” は成功しようというモチベーションがなく、指示された服薬に応じないか服薬し損なう、同意した介入を受け損なうことを指す。

固執しないことを理解する

治療と教育の試みに同意しないことは重篤な精神疾患あるいは人格障害を持った人によく見られる。そのような人のかなりの部分か一半分ほと一か精神科病院や矯正施設の対処後の外来に來ない(Olfson, Hansell, & Boyer, 1997)。同様に多くの人か指示された服薬に同意し損なう(Fenton, Blyler, & Heinssen, 1997)。治療にととまらないこと(物質乱用との組み合わせかあると特に)は一貫して再発と再入院のリスクの増加につながってきたし、より最近では暴力行動と再犯のリスクの増加にもつながる(Swanson et al, 2000, Swanson et al, 2001)。

治療につながらないことか幅広い否定的な結果と結びついているので、治療計画は常にコンプライアンスの状態を最大にするよう試みられなければならない。しかしながらコンプライアンスを高めるためには、治療している臨床家やチームは、対象者か治療を続け、勧められたプログラムに従う可能性を強めたり弱めたりする要因について正しい認識を持たなければならない(Breen & Thornhill, 1998)。治療を守らない理由はまったく異なっているか、概して以下の領域の1つまたは複数に当てはまる。

正しい認識。自分の精神科的状态や治療の必要性の性質について正しい理解をしそこなっているために治療に同意しない人かいる。このことは患者かこの問題について適切に教育されていないために起こるかもしれないし、また彼らの病気が内省(つまり前述の C1)に影響して起こるかもしれない。低いレベルの内省(つまり疾患を持っていることを認めない、疾患の重さや治療の必要性を正しく認識しない)しかもっていない人は服薬したからず、治療に参加したからない。統合失調症の半分くらいの人と大うつ病の分の1くらいの人か治療に関連した決定能力にいくらかの本質的欠損かあるだろう(Grisso & Appelbaum, 1995)。結果としてこれらの人はコンプライアンスの可能性か下がる。

モチベーション。いくらかの人か自分か治療の必要な病気にかかっていると理解するかもしれないか、その治療に参加するモチベーションを欠くかもしれない。いくつかのケースでは病気が意思を働かせる能力に影響を与え、ある程度とんな行動も一治療を求めることも含めて一始めることかできなくなっているだろう。しかしながら他の人は治療提供者と時間を過こすのに興味を示さないかもしれないし、また向精神薬の服薬や精神科の治療に参加することによってスティグマを受けたと感じるかもしれない。モチベーションの欠如かコンプライアンスの一次的な障壁となるところでは、典型的に起こる問題は、提供された治療プロセスに患者か適切に参与しない、あるいは治療同盟を築こうと作業しないということであろう(Dunbar Jacob, 1993)。

近づきやすさ。自分の治療必要性を理解し、治療を受けようと動機つけられた人てさえも、コンプライアンスを妨げるような近づきやすさの障壁かあるかもしれない。ある人にとってはこの障壁は一次的に金銭的なもの一つまり彼らか受け入れられ、彼らの状態を最も良くするような投薬に金か払えないということもあろう。これはうつ病の新しいセロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)や統合失調症の第2世代(非定型)抗精神病薬においてますます生じてきていることである。これらの新しい薬は古い薬よりずっと副作用か少ないか、概して高価である。コストの面を除いても、治療に占める位置の問題かしばしばある。ある患者かケアを受けるのに最も利用しやすい場所を決めるのか難しい一方て、最も共通して起こる問題は患者か投薬のための精神保健センターや治療訪問を受けるのにひとく不便であるということである。

効果。ある患者にとっては治療のコストと利益の合理的な分析から治療に同意しないという決定に至ることもある。提案された治療か自分たちの問題を緩和すると信しない、認識しない人もいる。例えば過去に自分たちや他の人に薬か効かなかったと信している人は薬を飲みたからないだろうし、彼らか持っているタイプの問題に薬か適当な治療であると信しないかもしれない。また对人的治療が一般的に何らかの効果をもたらすとは信しないかもしれない(Budd, Hughes, & Smith, 1996)。たとえ誰かか治療

か効果的であると信じたとしても、その人は“コスト”やその治療の副作用かどんな利益をおいても避けるべきものと見るかもしれない。多くの投薬、特に第1世代の薬は、抗コリン作用の副作用が強く、また思考の明晰さ、運動、性機能を阻害することもある。伝統的な抗精神病薬（例 ハロペリトール）は抑うつ的情動、消化器の不調、貧血、震戦、落ち着かない、眼球上点、首の痙攣（長期的使用で）遅発性シスキネシアを含む副作用がよく知られている。治療の不同は治療の利益よりこの薬と結びついた不快かより重要であるという患者による決定であることもある(Fleischhacker, Meise, Guenther, & Kurz, 1994)。同様に治療の提供者から非常にネガティブな体験をし、たとえ症状を軽くするのに必要であっても彼らとの相互作用の経験は避けるべきものと思っている患者もいる。加えて精神障害と人格障害を持つ患者の多くは部分的に自分の症状をマネージする方法として—精神科症状とストレスを改善する方法として—アルコールを飲み、不法な薬物を使い、（結果あるいは原因として）指示された服薬をしそこなう(Swartz, Swanson, Hiday, Borum, & Wagner, 1998)

治療に留まることを推進する

治療に留まることを進める鍵は以下のものである (1) 参加(*engage*)—治療同盟を築き、積極的に患者を治療プロセスに巻き込み、(2) 予防(*prevent*)—コンプライアンスを阻止あるいは邪魔する可能性のあるものを査定し、プランを立てよ、(3) モニター(*monitor*)—治療手続きにととまることを確かめ、強化せよ。

参加。対象者は治療を理解し、合理的に同意し、治療からの利益か期待できるときに、こちらの勧めにより同意するだろう。可能な限り勧められた治療と何故それか選ばれたかについて患者に教育する試みかされなければならない(Kane, 1997)。治療プランを立てるプロセスは患者と提供者との間の協働的努力として見られるべきである。もし患者かプランに賛成しなければ、患者は治療に同意しないだろう。また提供者かラポールと信頼を築き、患者か治療提供者を共通のコールへ向かって作業する同盟として見たときにコンプライアンスは強められるだろう。予備的研究から示されることに、強い治療同盟は暴力行動のリスクに対する対抗要因になるかもしれない(Beauford, McNeil, & Binder, 1997)。加えて、研究から—貫して示されることは、患者教育とモチベーションを強める技術は、服薬コンプライアンスと治療の予約への出席を強める効果がある。たとえ1回のセッションでもコンプライアンス教育に使われれば、出席率を30%以上増加させる(Daley & Zuckoff, 1998)。

予防。治療プランを形成するとき、そのプランに患者か留まることを妨げる要素を先を見越して考えておくことは有益である。例えば、もし投薬か望まれない副作用を確かに持っていたら、患者はそれについて知らされ、可能な解決について教育され、もしその副作用か起こったときには他の戦略か考えられるように医師に伝えるよう頼まれるべきである。もしその問題か主に治療の実行に関わるものであれば、臨床家は治療の場所までの交通を教えたり促すことかできる。ここでプランニングの枠組みは物質乱用の治療で用いられる再発予防(*relapse prevention*)モデルに似ている。治療に留まることを阻害し得るものを、それか起こる前に同定し、その阻害要因に打ち勝つ戦略を形成する。

モニター。効果的なモニタリングもまた治療に留まることを強めるだろう。いくつかのケースでは家族か他の縁者か患者の許しを得て治療のプランニングプロセスに入り、臨床家か患者の状態をコミュニティでモニターするのを助け、治療に留まることを推進するだろう(Johnson, 1997)。他のケースではモニタリングの責任はもっと直接的に臨床家、司法の専門家、精神保健システムにかかってくるだろう。テボ剤か治療に留まることを進めるために使われるかもしれないし、あるいは司法のケースでは保護観察官のような人か、薬物検査をする人や投薬をする人とともにコンプライアンスをモニタリングして適

切なコミュニケーションを築く責任を取るよう計画されるかもしれない。コンプライアンスのモニタリングは、不法薬物をやめて指示された服薬をするようにといった比較的直接的で、実行可能な指示的なものになるだろう。例えば、薬物や薬物から派生したものを調べるためのサンプルとして血液や尿を採取したり、投薬が医療スタッフからされて記録されることもあろう。特定の人と関わらないように、また夜間外出禁止などの他の指示はモニターするのcaずっと困難で、破られても見抜くのかずっと難しい。一定の代替案を伴った条件付退院の場合はサービスの協調(保護監察官やケースマネージャーによる)がないと時としてコンプライアンスが複雑になってしまう。しばしは驚かされることに、結果的にどんな個人も組織もモニタリングに責任を持つものとして指名されていないために多くの治療が失敗している。

対象者が治療に留まらなかった経歴を持っているケースや、治療に留まることの失敗から対象者や他者に危害が加えられるリスクが高くなるケースでは、外來患者拘禁のような法的介入が司法権においてコンプライアンスを強化するために行使されるかもしれない(Swaryz, et al, 1999)。最近のデータからは、外來患者拘禁は定期的な精神保健サービスとの組み合わせで一定の期間行われるときには、重篤な精神障害をもつ人の暴力行動のリスクを大幅に下げることかできると示されている。

文献(略)

Chapter R5

ストレスを減らす

Sheilagh Hodgins

HCR 20 項目の記述

HCR 20 の項目 R5 “ストレス” は、多くの研究からストレスが攻撃的行動の可能性を増すということか示されているために含まれている。ストレスはまた主要な精神障害の再発の引き金にもなる。この項目に関連したリスクマネジメント戦略は問題をどのように解決し、避けられないストレスフルな状況に対処する手段をどのように効果的に用いるかを訓練することで訓練することを含み、またストレスフルな状況で避けられるものは予測して避け、生活と労働環境を最もストレスの少ないものにアレンジすることを含む。ストレスを減らすには少なくとも 4 ステップある。

ステップ 1 最初のステップは何か自分のストレスか知ろうと対象者と取り組むことである。この作業に当たって必要なことは対象者をよく知り、過去のその人が攻撃的に振舞ったり症状か悪くなったときの状況についての情報を得ることである。しばしば精神障害に苦しんでいる人は自分にとって特に困難で、苦しい、ややこしい状況を同定できないので、対象者の歴史についての深く知ることは重要になる。言い換えると、彼らは状況と彼らかどう感じ反応したかを結び付けない。

ストレスは人それぞれに定義される、ある人を悩ますものは他の人を悩ますとは限らない。結果的にその人にとってストレスフルな出来事や状況のリストを引き出すために、対象者との長い話し合い、ファイルを注意深く読むこと、対象者の病棟スタッフ、家族や友人とのコンサルテーションか必要になる。Brown & Harris(1978)によってストレスフルなライフイベントを同定するために開発されたインタビュープロトコルは、ある人にとって些細な状況や出来事か他の人にとって非常にストレスふとなるかもしれないことを強調しているので、この点で助けになる。何か対象者のストレスを構成するか同定するときに注記すべきことは、たとえ通常比較的ストレスに反応しないと教えられている反社会性人格障害

の人てさえも実際にはある状況ではストレスフルと感しているということである。例えばある研究では、反社会性人格障害の入院患者か、病棟か引っ越したときに攻撃的に反応した(Tavernor, Tavernor, & Crispin, 1996)。

ステップ 2。第 2 のステップは対象者にとってストレスフルであると同定されたそれぞれの出来事や状況の深刻さにランクをつけることである。多くの出来事や状況にとって、このことは既にリストを引き出すプロセスを通してはっきりしているかもしれない。起こったことのないストレッサー（例 家族や親友の死）にとっては対象者かどのように反応しそうか構築することは必要であろう。ストレッサーの深刻さかランク付けされるとき、それらか過去に攻撃的な行動と結びつたのか症状の増悪と結びつたのか、また結びつかなかったのかも注意される必要がある。

ステップ 3。第 3 のステップは、問題を分析して解決し、ストレスに対処し、新しいスキルを獲得することのできる対象者の能力をアセスメントすることを含む。コーピングスキルを測る有用な尺度は Endler & Parker(1990)によって開発された。それは対象者かどのようなやり方てストレスに対処するか測定する。その尺度は対象者かストレスフルな出来事や状況に直面したときに用いる効果的な戦略と効果的でない戦略の両方についての情報を提供する。

問題解決とコーピングスキルの両方を教えるのに成功を示している行動プログラムがある。それらのプログラムは異なった障害を持つクライアントによって示される特定の困難に合わせられる必要がある。例えば、統合失調症に苦しむ人は、問題解決やストレスに対処するのに使われる大脳前頭葉に構造上の障害を受けている。彼らはしばしばストレスフルな出来事に直面したとき、当惑し症状か悪くなる。しかしながら彼らの精神障害にも関わらず、彼らはどのように問題解決しストレスに対処するかを教えるよう特別にデザインされた介入から利益を得ることかできるし、実際利益を得ている。挑戦となるのは適切で達成可能な学習目標を同定し、彼らにとって心地よい状況を学ぶことである。統合失調症を持つ人のスキルトレーニングは具体的でなければならず、抽象的な思考は少なくしなければならない。とう振舞うへきかについての議論によって達成されることは多くない。むしろロールプレイと実際の生活状況での練習によって学習か最も達成される。

大感情障害をもつ人はストレスに違ったように反応する。彼らは感情的に反応し、出来事を脚色し過ぎてしまい、すぐに問題解決するような行動をしそこなってしまうためにうまく対処できない。結果的に彼らはストレスかかかったときに感情的に反応せずに効果的な問題解決行動かとれるように学ぶトレーニングプログラムを受ける必要がある。

反社会的人格障害の人は彼らの行動の結果を予測するのが非常に困難である。彼らはしばしば 2 つの違う場所で同時に 2 人の別の人に出会う約束をする、あるいは借りる金を持っていないのに派手な車を借りる契約をする。彼らはこうして先のことを考えることに失敗することて自分自身に次々とストレスを作り出していく。彼らへのスキルトレーニングは様々な行動の結果をとう振舞うかの選択の基礎として評価することを学ぶとことに焦点が当てられる(Ross & Ross, 1995 参照)。

しかしながら最大の成功を得るためにはスキルトレーニングプログラムはクライアントの持つ特定のスキルの欠損たけてなく、その人の学習能力にも合わせられなければならない。このことは治療対象とセラピストとクライアントの期待を現実的なものにするを保証する。さらに、失敗経験を避けてクライアントの成功経験を作っていくことは極めて重要である。これは相手か容易に学べるようにスキルを複数のステップに分けることて達成され得る。

ステップ4。プログラムが問題解決とコーピングスキルを教えるようデザインされるのと同様に、精神障害や人格障害を持つ人は自分か対処できることとできないことを正確に査定することを学ぶ必要がある。言い換えると、彼らはステップ1で引き出されステップ2でランク付けされたリストから学び、困難に陥るような状況で避けられるものは避けるよう援助される必要がある。しばしば彼らの判断は乏しく、ストレスを引き起こして結果的に攻撃的な行動の可能性を高めるような状況に、繰り返し、必要でないのに入って行ってしまふ。ここでの目標は未来の状況を評価し、面倒で不安を引き起こす状況でできるだけ避けるよう彼らの能力を伸ばす援助をすることである。

例えば、統合失調症を持つ人はしばしば他者にまずい対処をする。グループ活動への参加や家族が集まることとさえもしばしば葛藤と攻撃的な爆発を引き起こすので大きすぎる挑戦であり、危険である。大感情障害を持つ人はしばしば自分のコーピング能力を過大評価し、例えば締め切りの迫った仕事を引き受け、夜も週末も昼食や夕食の時間もなく働いてしまうなどである。彼らはまた自分か達成しなければならないものについて非現実的な期待と基準を持ち、必ずしも作らなくて良いストレスを作ってしまう。反社会性人格障害を持つ人はしばしば不可避的にトラブルに巻き込まれてしまうような状況に自分自身を追い込んでしまう。彼らはしばしば他の多くの反社会的な人が集まり、犯罪に誘われるような場所に住むのを好む。彼らはまれならずドラッグが売られていて面目を失うのか怖くてノーと言えないようなハーに行く。こうしていくつかのストレスはそれか起こるような状況を避けることで簡単に避けられる。

対象者が自分にとってストレスフルである状況を同定することを学ぶのを援助するのと同様に、生活と労働の環境をアレンジし、できるだけストレスフルな状況か少なくするようにすることは重要である。退院時の生活のアレンジの選択は決定的である。例えば、上に述べたように統合失調症のある患者は他の人と接触するのに耐性が低い。この困難は最近の研究で明るみに出され、退院してもとの家族と暮らすときに統合失調症を持つ人は状況を特にストレスフルと感じ、攻撃的に反応してしまうことか示された(Estroff, Swanson, Lachicotte, Swartz, & Bolduc, 1998)。もし彼らの生活スキルか適当なものであったら、必要と考えられた様々な治療に参加することで必要なサポートと監督をケースマネージャーやその類の人が提供する限り、そのような患者は1人でより良く暮らせるだろう。環境はまたアルコールや薬物の使用を避けるために構造化され得るだろう。もちろん物質使用はコーピング能力を劇的に下げ、問題を実際より悪く見せる。同じ理由によって反社会性人格障害を持つ人を同しような心性の人の中に任まないう励まし、犯罪を引き起こすようなサブカルチャーへの誘いか特に強いような地域には任まないう励ますことは賢明である(つまり Andrews & Bonta, 1998)。

文献(略)

資料 8

いまあなたがどう感じているかについて

あなたにもっとも当てはまる数字のところに○をつけてください。人はそれぞれ違いますから、人と相談しないで、あなた個人の意見で答えてください。

とてもよくあてはまる	ややあてはまる	あまりあてはまらない	まったくあてはまらない
1	2	3	4

あなたか今、感じていることを答えてください。余り時間をかけずにすばやくやってください。

1	怒り狂っている	1	2	3	4
2	いらいらしている	1	2	3	4
3	怒りを感じている	1	2	3	4
4	誰かをとなりつきたい	1	2	3	4
5	何かを壊してしまいたい	1	2	3	4
6	逆上して（頭に血が上って）いる	1	2	3	4
7	机をバンハンたたきたい	1	2	3	4
8	誰かを殴りたい	1	2	3	4
9	自分が「ついてない」ことを恨（うら）んでいる	1	2	3	4
10	口汚くののしりたい	1	2	3	4

普段のあなたが「切れる」ことについて

あなたか自分自身についていつも感じている事について答えてください。

とてもよくあてはまる	ややあてはまる	あまりあてはまらない	まったくあてはまらない
1	2	3	4

11	気か短い	1	2	3	4
12	怒りっぽい	1	2	3	4

13	せっかちである	1	2	3	4
14	他人のまちかいて自分か遅れたりすると腹を立てる	1	2	3	4
15	良いことしたのに認められないといらいらする	1	2	3	4
16	すくかっとなる	1	2	3	4
17	怒るといしわるなことを言う	1	2	3	4
18	人の前で非難されたりすると怒りを感じる	1	2	3	4
19	自分のしたい事かてきないと誰かをたたきたくなる	1	2	3	4
20	良いことをしてもほめられないと腹か立つ	1	2	3	4

あなたが切れそうになったときどうしますか

あなたか普通怒ったり腹を立てたりするときの様子について答えてください。

とてもよくあてはまる	ややあてはまる	あまりあてはまらない	まったくあてはまらない
1	2	3	4

1	怒りを抑える	1	2	3	4
2	怒りをあらわす	1	2	3	4
3	怒っていてもそとにはあらわさない	1	2	3	4
4	腹を立てたりしないでかまんする	1	2	3	4
5	すねたり、ふくれたりする	1	2	3	4
6	人から離れて一人たけになる	1	2	3	4
7	人に皮肉なことをいう	1	2	3	4
8	冷静さを保つ	1	2	3	4
9	ドアをはたんと閉めるような、荒々しいことする	1	2	3	4
10	心の中では煮えくり返っていても、それを外には表さない	1	2	3	4
11	自分の行動を抑制する	1	2	3	4
12	人と言いか合ったりする	1	2	3	4
13	誰にも言えない恨みを抱くようになる	1	2	3	4
14	自分を怒らせるものは何でもやっつけようとする	1	2	3	4
15	気を静めてかんしゃくを起こしたりしないようにする	1	2	3	4

16	誰にも知られないように、自分の胸の中たけて 他人を非難する	1	2	3	4
17	外から見ると、実は自分よりも怒っている	1	2	3	4
18	大部分の人と比べると、より早く冷静になる	1	2	3	4
19	口汚いことをいう	1	2	3	4
20	気を静めて相手を理解しようとする	1	2	3	4
21	はたの人かと思うよりも、はるかにいらたっている	1	2	3	4
22	落ち着きを失って不機嫌になる	1	2	3	4
23	誰かにいらいらさせられると、その人に自分の気持ちを伝える	1	2	3	4
24	自分で腹立たしい気持ちを静める	1	2	3	4

資料 9 原典は「樋口輝彦，上島国利（編）Central Nervous System Today

5 ストレス不安—基礎から臨床まで pp39-42, ライフサイエンス, 2002」

株式会社ライフサイエンスの許可を受けて再掲した。

怒りからみた抑うつと不安の発生機構

熊本大学医学部神経精神医学講座

北村 俊則 蓮井 千恵子

（執筆者連絡先）北村俊則 〒860-8556 熊本市本庄 1-1-1 熊本大学医学部神経精神医学講座 e-mail kitamura@kaiju-medic.kumamoto-u.ac.jp

I はしめに

個体に対する脅威 threat があつた際に抑うつ感 depression や不安感 anxiety が発生する。この関係には、何らかの心理機構か間に入って作用していると推定できる。こうした介入要因のひとつか怒り anger であろう。怒りは恐怖 fear とともに、脅威に晒されたときの反応 — fight and flight — を形成している¹⁾。怒りの感情はこれまで記述精神病理学ではあまり取り上げられて来なかったか、精神分析の領域では Melanie Klein がその重要性を指摘している^{7 10)}。

一方、抑うつ感と不安感は同時に存在することか多く（共分散か大きい）、何らかの予測（説明）変数と抑うつ（あるいは不安）との単純な二変数の関係を見ただけでは、一方の気分状態の影響か影響したための見かけの所見である可能性かあるという統計上の問題かある。

上記のことを検証するため、中学生を対象とした調査を行った。本研究では家庭における暴力行為の目撃を脅威を代表するものとして取り上げた。家庭における暴力行為の目撃か、自分に対する暴力（児童虐待）に劣らない影響を児の精神保健に与えることか知られてきたこと^{2 3 5 10)}と、虐待を受けたという外傷体験よりも、他者か攻撃を受けている目撃するほうか、上記のような文脈における脅威の概念に近いであろうと想定したからである。

II 対象と方法

対象

千葉県の某中学校の全生徒 494 名にアンケートを配布し、457 名（93%）から有効な回答を得た。うち、男子 219 名、女子 181 名、性別無回答 57 名であった。学年内訳は 1 年生 134 名、2 年生 152 名、3 年生 152 名、学年無回答 19 名であった。

調査票

家庭内暴力の目撃は「あなたはこれまでに自分の家の中で暴力的な行為をしているのを見たことはあります」という設問を準備し、最もひとかったときの頻度について、「全くない」(1) から「いつもある」(5) までの 5 件法の選択肢を準備した。

怒りの感情については、Spielberger の State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) を用いた^{11 12)}。STAXI には state anger, trait anger, anger in, anger out, anger control の下位尺度かある。state anger (10 項目) は調査時点での主観的怒りの強さを表し、trait anger (10 項目) はその個人の日常的（恒常的）怒りの感情を持つ傾向を表す。STAXI ではさらに怒りの表現形式も評価の対象としている。すなわち、anger in (8 項目) は怒りの感情を抑圧する傾向を、anger out (8 項目) は他者や環境に怒りを表現する傾向を、anger control (8 項目) は怒りの表現を自らコントロールする能力を評価している。

抑うつ感と不安感は Hospital Anxiety and Depression Scale¹³⁾を用いて評価した。Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD, Zigmond & Snaith, 1983) は総計 14 項目で、各 4 件法で測定される。下位尺度は抑うつ(7 項目)と不安(7 項目)である。HAD 尺度は元来 liaison psychiatry で用いることを目的とし、抑うつ 不安の身体症状を排除し、認知・感情症状に

限定した。従って身体症状がある被検者に使用可能。日本語版の信頼性・妥当性は検討されている⁹⁾。

統計解析

まず、HAD 抑うつ得点と HAD 不安得点と 各予測変数の相関係数を求めた。予測変数として扱った変数は、年齢、学年、性、STAXI の各下位尺度、家庭内暴力の目撃の頻度である。

次に、HAD 抑うつ得点と HAD 不安得点は相関が高いため ($r = 0.475, P < 0.000$)、抑うつ得点（あるいは不安得点）を基準変数とした重回帰分析を行い、まず人口統計学的変数（年齢、学年、性）を投入し、次に不安得点（あるいは抑うつ得点）を強制投入し、続いて STAXI の全下位尺度、さらに家庭内暴力の目撃頻度を投入した。こうすることで、一方の感情状態の影響を統制した上で怒りの感情が当該感情状態そのものにとの程度の影響を有しているかを評価することかできると考えた。さらに、STAXI を投入後に家庭内暴力の目撃頻度を投入することで、家庭内暴力の目撃が怒りの感情を媒介して気分状態に影響することを確認した。すなわち、もし仮説（家庭内暴力の目撃が怒りの感情を媒介して気分状態に影響する）が正しいければ、家庭内暴力の目撃頻度と気分得点の間には有意の相関があるか、上記重回帰分析では家庭内暴力の目撃頻度の気分得点への貢献は有意のもでなくなると予測できる。

III 結果

統計解析はまず、二変数の相関を求めた（表1）。抑うつ感も不安感も、state anger、trait anger、anger in、家庭内暴力の目撃と相関を示し、さらに不安感は anger out と anger control と相関を示した。また、state anger、trait anger、anger out は家庭内暴力の目撃と相関していた。

次に、重回帰分析を実施した。基準変数（抑うつ感あるいは不安感）に対し以下の説明変数を順次強制投入した（表2、表3）。（1）年齢、学年、性別、（2）もう一方の感情変数（例 抑うつ感に対して不安感）（3）STAXI の全下位尺度（4）家庭内暴力の目撃。例えば不安を基準変数にした重回帰分析を行う際に抑うつ感を投入し、その後に怒りの下位尺度を投入することで、抑うつと不安の共分散部分を統制し、不安固有の部分を怒りかどのように説明できるかを見たのかこの解析である。その結果、抑うつ感と不安感に対して state anger か、抑うつ感についてのみ anger in か、それぞれ有意の予測力を示した。一方、anger out と anger control は抑うつ感には促進的に、不安感には抑制的な予測力を示した。家庭内暴力の目撃の抑うつ感や不安感に対する影響は、STAXI で統制した後には有意の貢献が喪失した。

IV 考察

家庭内暴力を目撃することか抑うつおよび不安に有意の相関を示すものの 気分得点(不安 抑うつ) を基準変数にした重回帰分析では、STAXI で統制した後に家庭内暴力の目撃

頻度はその有意の貢献を失っている。この所見は threat – anger – depression/anxiety モデルを一部指示するものであると考えられた。家庭内の脅威的状况に対して感情面の反応を示すのは直接の作用ではなく、そうした脅威に対する心的対応をした結果なのであろう。

次に不安も抑うつも単相関では trait anger と state anger の双方に正の相関を示していた。しかし、重回帰分析の結果、不安・抑うつは trait anger ではなく state anger が高いほど強くなっていた。おそらくは家庭内暴力の目撃という脅威を体験することで怒りの感情が状態として強まり、不快気分が出現するのであろう。trait anger はそのものが固有に有している怒りの準備状態であるという Spielberger の言説に従えば、不快気分は気質的な部分に影響されるのではなく、時点時点の状態に依拠しているといえよう。この不快気分が不安になるのか抑うつになるのかは state anger ではなく、以下に述べる anger in と anger control によるものである。

単相関による所見では、不安も抑うつも anger in と正の相関を示したか、anger out と相関を示したのは不安得点のみであった。重回帰分析では、抑うつと不安を有意に予測する変数は trait anger、anger out、anger control であったか、trait anger が強いほど抑うつも不安も高まるのに対し、anger out と anger control は、それが高いほど不安が強く、それが低いほど抑うつが強か強いという成績が得られた。怒りの感情が強まることか不快感情を惹起するのであろうか、怒りの感情を外部に表出したり、コントロールできるほど不安になり、反対に表出やコントロールかできないと抑うつが強くなるのである。

先に述べた Melanie Klein の性格発達理論^{7, 10)}に照らして考えると、paranoid-schizoid position にある場合、ヒトは外的対象に攻撃性を向け、同時にその攻撃性が投影された外的対象から攻撃されるのではないかという不安を抱く。一方、depressive position にあるものは自分か外界にある good object を破壊してしまったという罪責感から自らを責めるようになる。単純化していえば、paranoid-schizoid position 優位のもは不安を、depressive position 優位のもは抑うつを感じやすいと推定できよう。今回の所見は、state anger が強いほど不快気分が高まった場合、怒りを外向させるものか不安を感じやすく、怒りを内向させるものや怒りをコントロールさせるものか抑うつを感じやすい傾向を有しており、前者に paranoid-schizoid position が強く、後者に depressive position が強いとの推定も許されよう。400人の大学生を対象とした Scarpa⁹⁾は、地域において暴力を目撃したものと抑うつが強く、さらに身体的攻撃行為が多く現れることを示した。さらに、有意の差には至らなかったか、暴力を目撃したもののほうか他者からの敵意を強く感じる傾向にあった。

最後に本研究の制約について述べておかなければならない。

対象が中学生に限定されたことから、この研究の所見を他の年齢層に一般化することは慎まなければならない。しかし、中学生は家庭内暴力の影響を強く受けやすい年代であると考えられ、また抑うつや不安などの気分の障害も発生し始める年齢でもある。心理発達を考えても重要な年齢であり、今回の所見の臨床・教育上の意味は大きいと思われる。

本研究は横断面調査であり、相関から因果関係を導くには十分な配慮が必要である。不安状態や抑うつ状態が怒りの感情に影響を与え、それが家庭内暴力の回想に影響するという可能性は十分考慮される仮説である。今後、前方視的研究によって因果の方向性の確認をしなければならない。

次に、すべてか被検者本人の供述による評価である点は方法論上の弱点である。不快気

分にあるものが自己の怒りの感情を強く訴える可能性は否定できない。しかし、同じ不快気分でも、不安と抑うつでは anger out との間の相関が異なることは、得られた所見かすへて見かけ上の相関であるのではなく、真の所見である可能性を否定するものではない。しかし、今後は怒りの伴う神経生理学的指標も含めた多指標による研究が必要であろう。

第3に、今回の threat – anger – depression/anxiety モデルにおける脅威の指標として家庭内暴力の目撃を用いたが、中学生が感じる脅威はこれだけでは不十分。他の指標（例えば試験で悪い成績を取るのではないかという不安）を用いれば別の所見が得られるかもしれない。さらに、家庭内暴力が多いほど子が児童虐待の被害者になる可能性が高いことも知られている⁶⁾。児童虐待を受けることを調査項目に入れれば、これも異なる所見を得るかもしれない。しかし、近年注目されているように、自らが被害に遭わずとも暴力を目撃することか子のメンタルヘルスに悪影響を与えることを本研究は示唆しているといえよう。

文献

- 1) Danesh HB Anger and fear Am J Psychiat 134 1109-1112, 1977
- 2) Feerick MM, Haugaard JH Long-term effects of witnessing marital violence for women the contribution of childhood physical and sexual abuse J Fam Violence 14 377-398, 1999
- 3) Graham-Bermann S, Edleson JL (ed) Domestic violence in the lives of children the future of research, intervention, and social policy Washington, D C American Psychological Association, 2001
- 4) 東あかね, 八城博子, 清田啓介 他 消化器内科外来における hospital anxiety and depression scale (HAD尺度) 日本語版の信頼性と妥当性の検討 日本消化器病学会雑誌 93 884-892, 1996
- 5) Holden GW, Geffner R, Jouriles EN Children exposed to marital violence theory, research, and applied issues Washington, D C American Psychological Association, 1998
- 6) Jankowski MK, Leitenberg H, Henning K, et al Intergenerational transmission of dating aggression as a function of witnessing only same sex partner vs opposite sex partners of domestic violence J Fam Violence, 14, 267-279, 1999
- 7) Klein M Mourning and its relation to manic-depressive states International J Psycho-Analysis 21 125-153, 1940
- 8) McGee C Childhood Experience of Domestic Violence London and Philadelphia Jessica Kingsley, 2000
- 9) Scarpa A Community violence exposure in a young adult sample lifetime prevalence and socioeconomic effects J Interpersonal Violence, 16 36-53, 2001
- 10) Segal H Introduction to the Works of Melanie Klein (1973) メラニー クライン入門 (岩崎徹也訳) 岩崎学術出版社, 1977

- 11) 鈴木平, 春木豊 怒りと循環器系疾患の関連性の検討 健康心理学研究 7 1-13, 1994
- 12) Spielberger CD State-Trait Anger Expression Inventory STAXI Professional Manual (revised research edition) Odessa Psychological Assessment Resources, Inc , 1979
- 13) Zigmond AS, Snaith RP (訳) 北村俊則 Hospital Anxiety and Depression Scale (H A D尺度) 精神科診断学, 4, 371-372, 1993