

F 事例

治療プログラムの概略か一通り見えてきたところで、次に各研究員かこれまで実際に治療に関わってきた触法精神障害者の事例（ここでは同時に処遇困難患者でもある）を具体的に挙げてもらい、治療プログラムの妥当性や問題点について検討した。以下、事例は藤川、梅津、島田、平林、田口、武井の6名か計10例の事例を報告した。以下、各報告書を参照されたい。

なお対象者の診断では特に覚醒剤使用者の診断か問題となった。現状では覚醒剤の使用歴かあって持続性の精神病状態にある者について、同一の症例であっても医師によっては覚醒剤精神病という診断名になったり統合失調症という診断名になったりすることか少なからずあり、診断面と処遇の面で混乱か生れることかあった。筆者の提示した症例NSかその典型事例と考えられる。同一の状態についてこのような異なる診断がなされるのは好ましいことではなく、以下のように診断基準の統一を図るべく提言した（図7）。すなわち発病前に覚醒剤の使用歴か明らかにあり、持続性の精神病状態を呈している者に関しては、ICD10のF1x 7 遅発性精神病性障害という診断を用いるものとし、その上で統合失調症様症状かどの程度あるかと考える立場である。こうすると覚醒剤使用の前歴と統合失調症症状との双方か診断内容に含まれることになり混乱を防ぐことかできると思われる。医療観察法の対象者とするかとうかの判断かむずかしいのは一つはこのような症例であることか予側され、その意味でも診断の考え方を統一しておくことは重要と考えられた。

G まとめ

1 医療観察法下の医療のための治療プログラムを作成することを目的として本研究を行った。

2 医療観察法下の医療とは、司法、医療、行政の各機関か、それぞれの役割と責任の範囲を明確にし、相互の関係性を構築して行う医療であると考えられた。

3 医療観察法下の医療の特徴は、一般精神医療では徹底困難であった「治療の標準化」と「治療の枠組み」という二つの視点にあった。

4 医療観察法下における医療の治療プログラムを作成するに当たり、一般精神医療として、「精神科治療構造論」を下地として活用した。

5 対象者を疾病軸、人格軸、行動軸、生活軸、発達軸の5軸に分けて評価することを試み、評価と治療の関係、治療の到達目標、多職種それぞれの業務内容と相互の関係等について整理した。

6 治療プログラム作成上の具体的課題として、司法精神医学の用語の定義、司法精神医療の理念、司法精神病棟の運営方針、社会復帰調整官の役割、多職種チーム医療の在り方、外出・外泊の実施基準、ECT・デポ剤など強制治療の実施基準、身体合併症への対応、行動制限の在り方、薬物療法の考え方、各種委員会の役割、通院治療としてACTとCPAの司法精神医療への応用などを取り上げて検討した。

7 作成した治療プログラムに基づいて触法精神障害者の具体的な事例について検討したところ、問題点の整理か容易になり、対象者の選定基準か明らかになると同時に、治療プログラムの有効性が確認できた。

文献

- 1) 武井満、鈴木邦人、阿部智 精神科急性期医療における4段階治療論 —ハート救急の現場から 精神神経学誌99 (11)、881-886、1997
- 2) 武井満 精神科治療構造論 (その1) 精神科看護、25 (4)、72-74、1998

- 3) 武井満 精神科治療構造論 (その2)
精神科看護、25 (5)、72-74、1998
- 4) 武井満 精神科治療構造論 (その3)
精神科看護、25 (6)、74-76、1998
- 5) 武井満 精神科治療構造論 (その4・最終回) 精神科看護、25 (7)、72-74、1998
- 6) 武井満 治療構造論からみた「社会復帰期」—6つの保障の視点を中心に Quality Nursing 8 (7)、565-570、2002
- 平成15年度「触法精神障害者の治療プログラムに関する研究」の関連研究報告書一覧
- 1 司法精神療法 吉川和男
- 2 医療観察法のもとでの治療の視点からみたICF—従来の精神科医による臨床評価とICF項目の対応— 岡田幸之、松本俊彦
- 3 「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」下での多職種チーム医療 黒田治
- 4 臨床心理技術者の業務 齊藤慶子
- 5 「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」下での精神科医療における論理とインフォームド・コンセント 黒田治
- 6 ECT (Electroconvulsive Therapy) について 高野潔、佐藤浩司
- 7 「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」下での身体合併症医療 黒田治、来任由樹
- 8 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害 (F2) モデルの薬物療法 八田耕太郎
- 9 指定入院医療機関における行動制限 吉川和男
- 10 心神喪失者等医療観察法における地域生活支援システムの在り方に関する研究 野口博文
- 11 CPA-Jによる外来通院医療 平林直次
通院処遇モデルについて
退院後ケア計画書 (本人用)
- 12 症例報告—触法精神障害者の従来治療と観察法、地域への社会復帰まで— 藤川尚宏
- 13 症例報告 梅津寛
- 14 症例報告 田口寿子
- 15 症例報告 平林直次
- 16 症例報告 島田達洋
- 17 症例報告 武井満

図1 司法精神医学用語の定義(案)

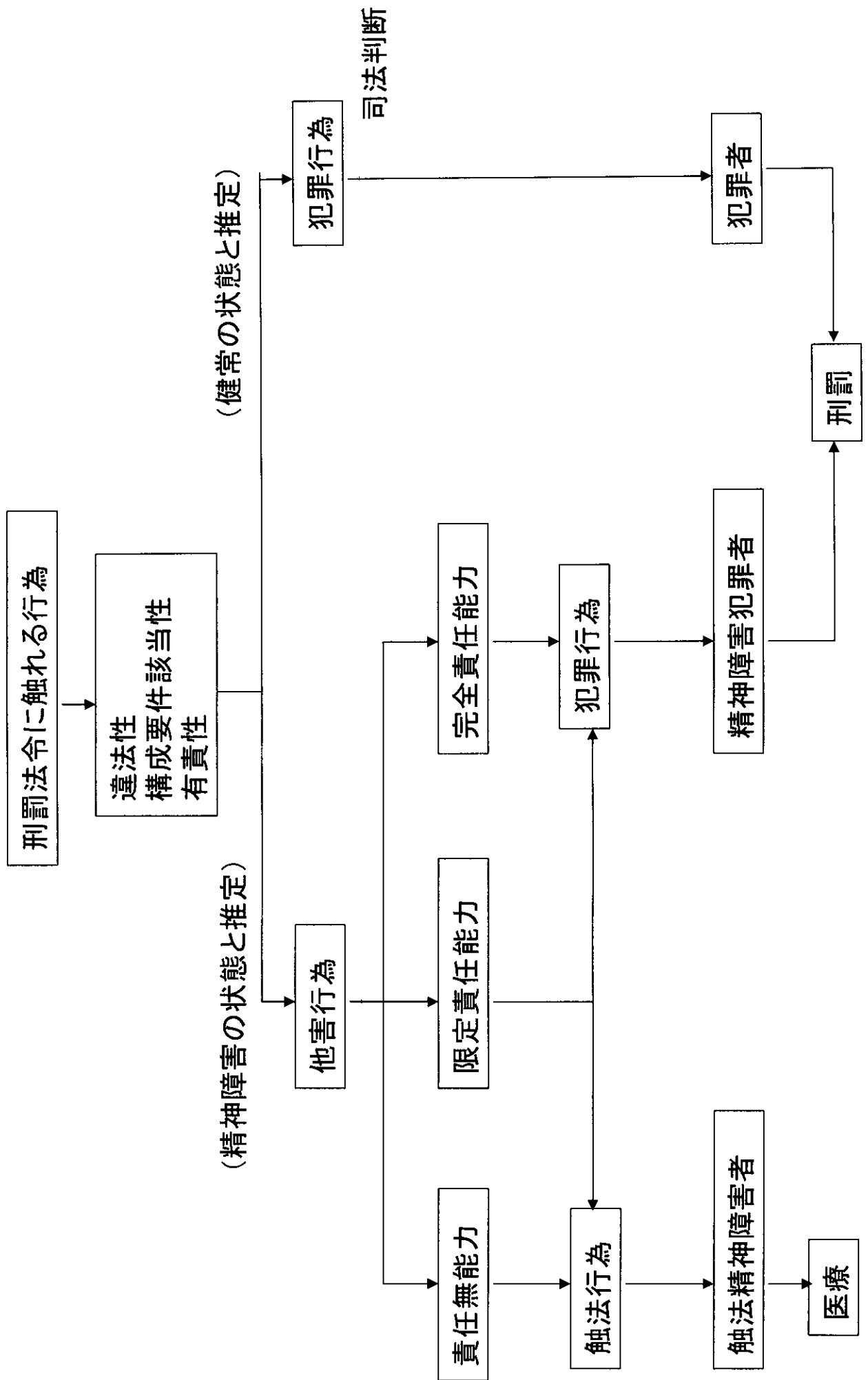


図2 他害行為の背景分析

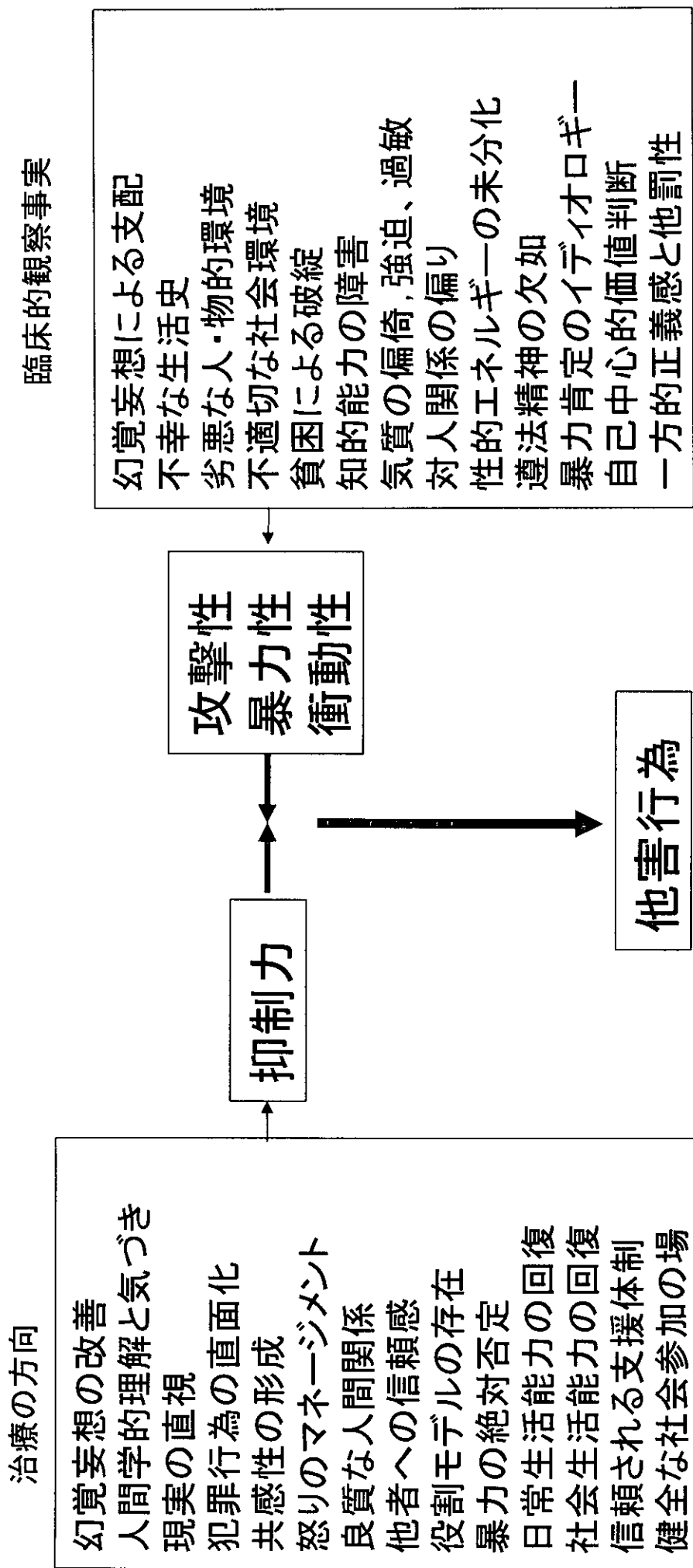


図3 治療構造論の模式図

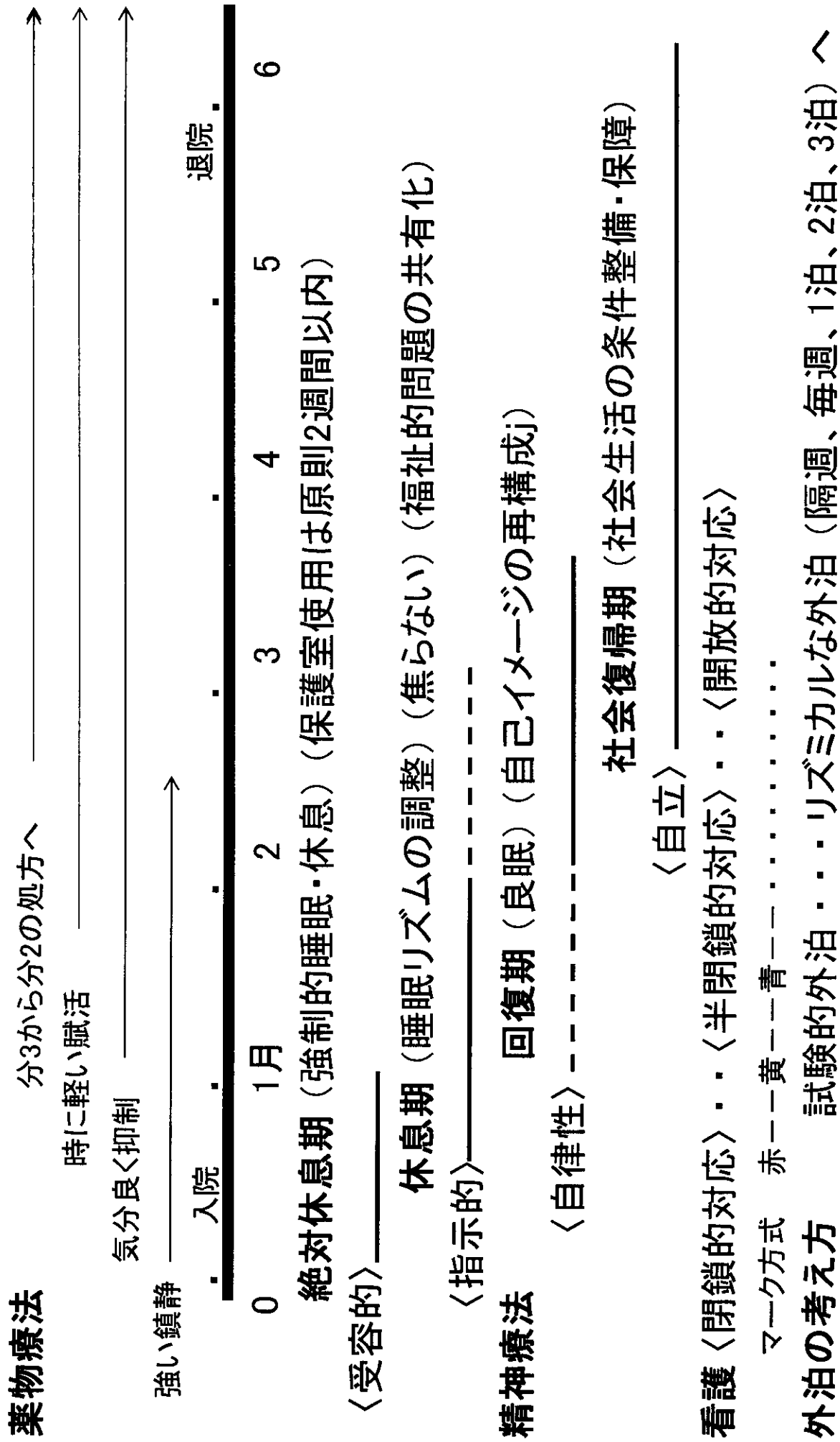


図4 触法精神障害者の治療の考え方

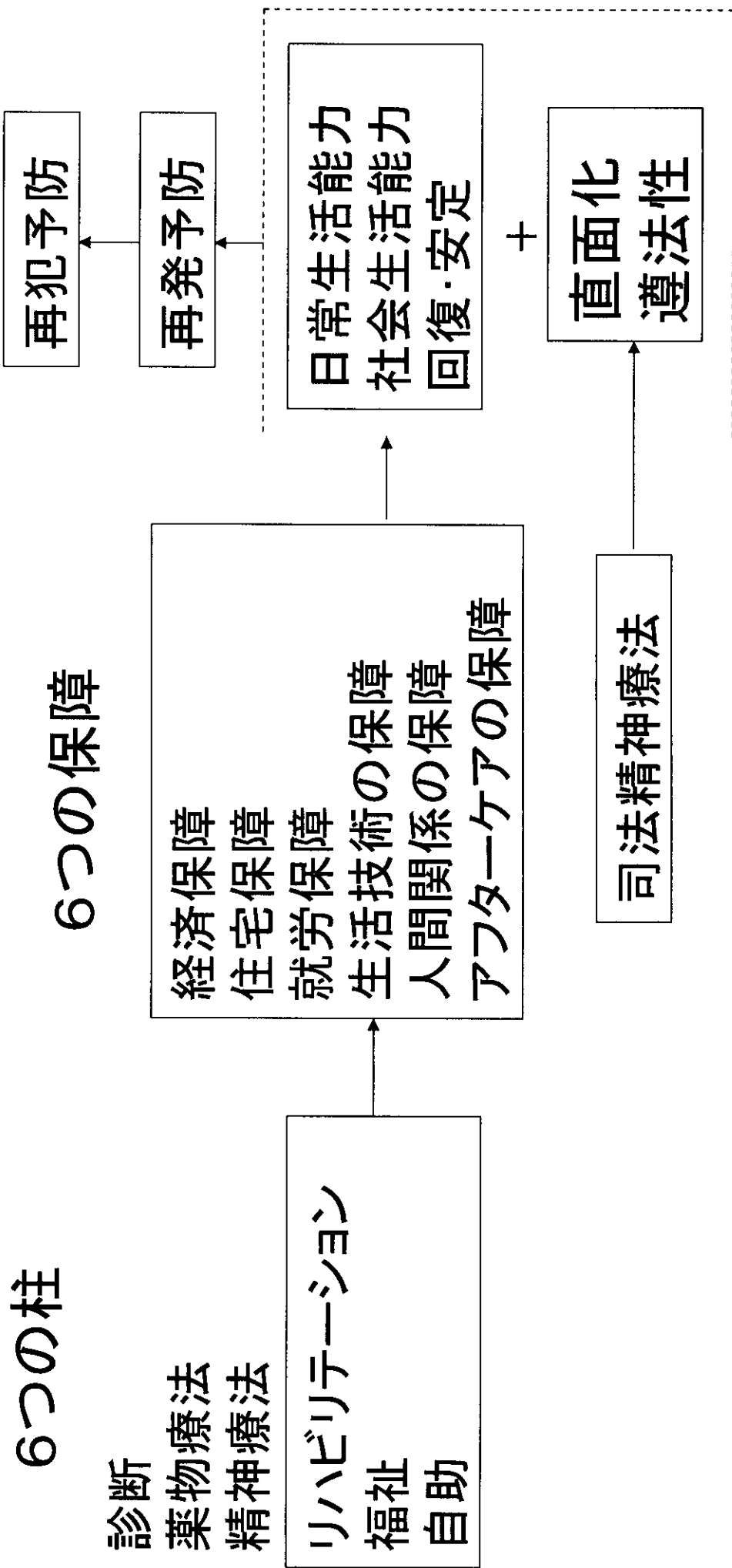
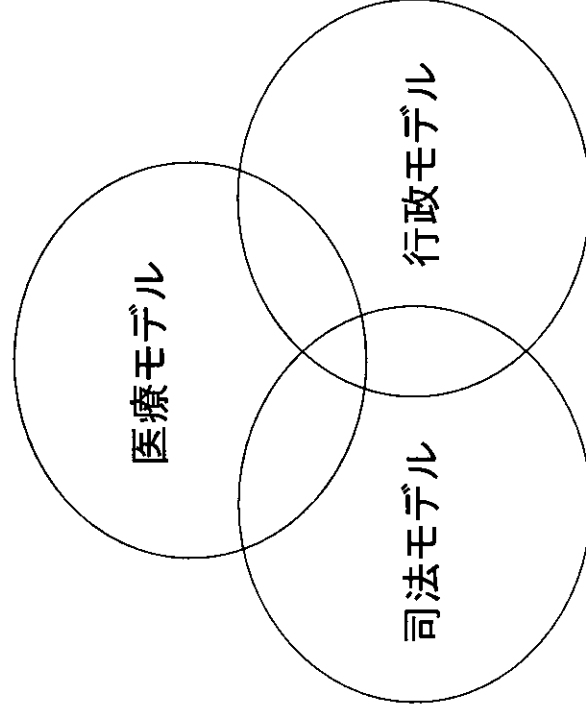


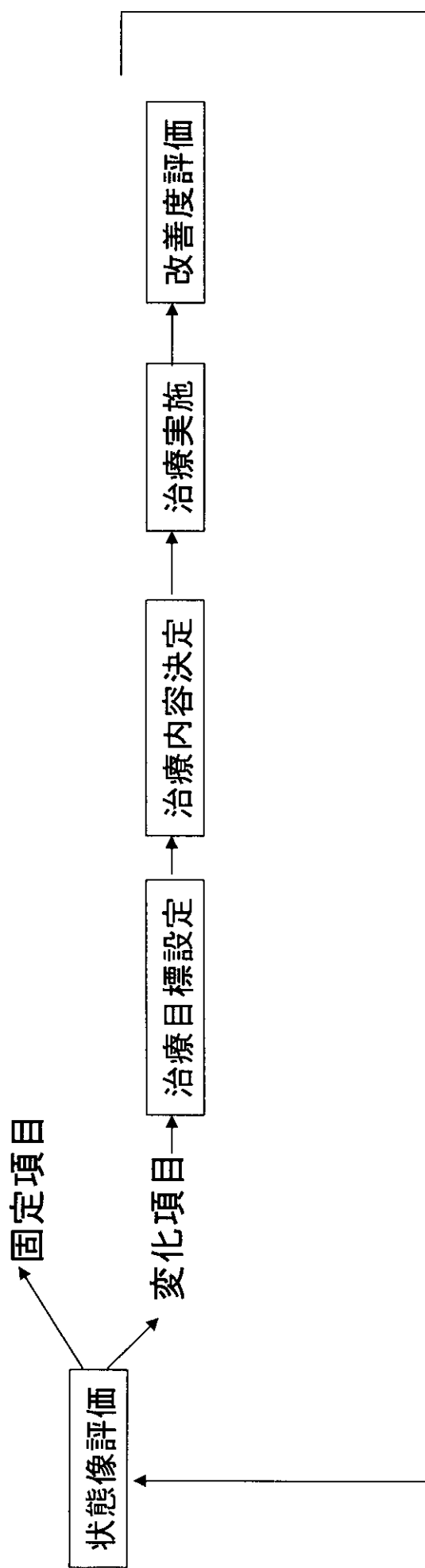
図5 医療観察法に基づく医療

医療、司法、行政が各々のモデルを形成しつつ相互のシステム形成を図る



* 司法精神医療には医療モデルそのものの中味と他のモデルとの関係構築という二つの内容がある

図6 評価と評価行為、治療の関係



* 「状態像評価」、「治療目標設定」、「治療内容決定」、「改善度評価」の一連の行為を評価行為という

* 「状態像評価」には固定項目と変化項目がある。固定項目と「改善度評価」を合わせたのが次の「状態像評価」になる

* 治療とは評価行為と治療実施からなる概念である

図7 覚醒剤使用例に関する診断の考え方

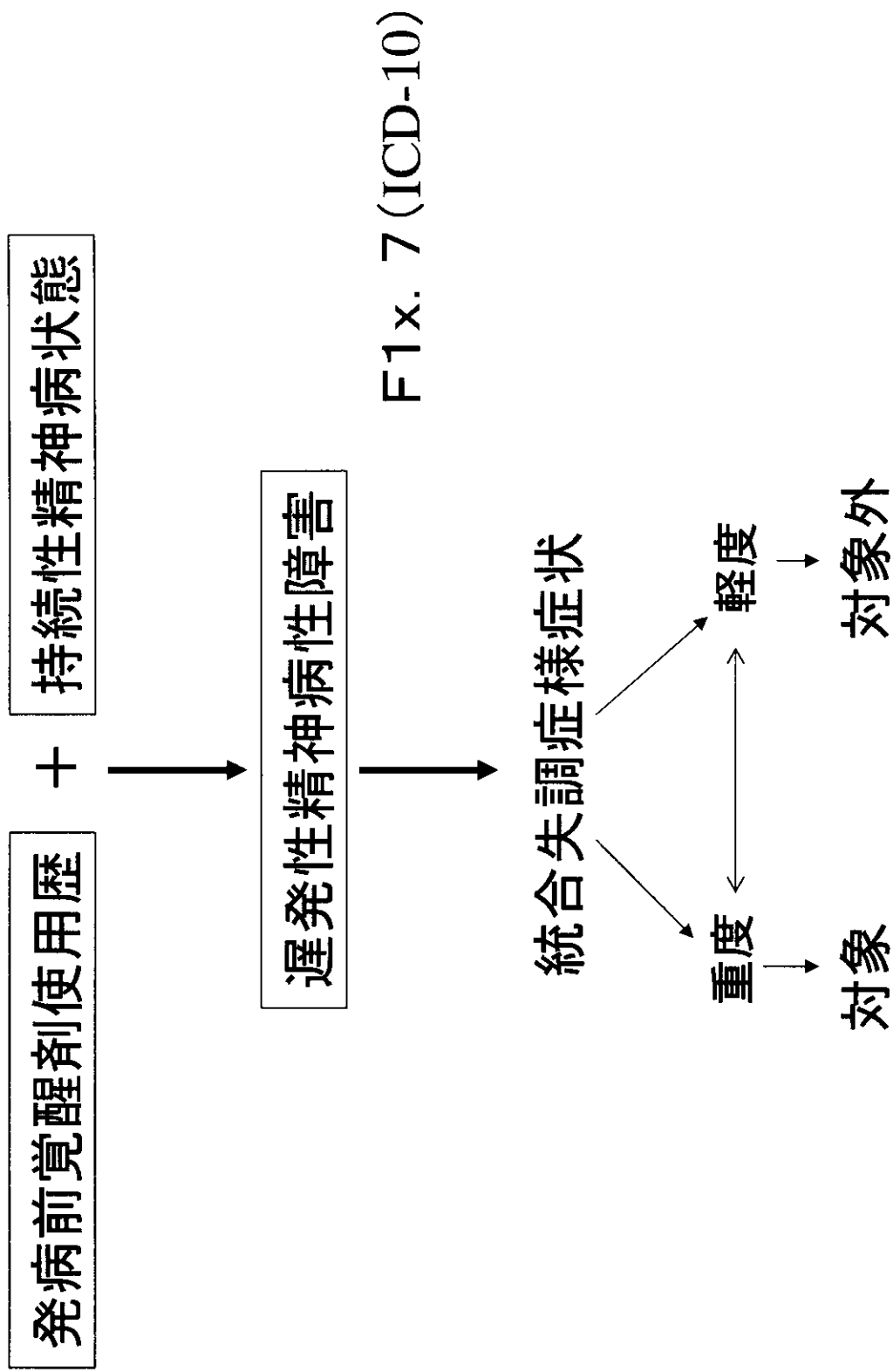


表1 触法精神障害者の治療プログラム作成の要点

治療		第1期(急性期)	第2期(回復期)	第3期(社会復帰期)
状態像の要点	生理的	絶対休息—休息期	休息—回復期	安定期
	睡眠	リズム調整	リズム性回復・安定	リズム性安定・持続
	自己イメージ	崩壊・混乱の危機	再構成	心身の健康イメージ 社会生活者のイメージ
	精神病理	出会い期	依存期	自律期
	薬物療法	強力鎮静—鎮静	穏やかな鎮静 服薬の調整、服薬の順守	服薬継続性・持続性 服薬自己管理、テポ剤の使用
	一般精神療法	受容と理解、枠付け 尊厳の尊重 説明と同意	支持的 指示的 自律性重視	自立支援 自助の拡大
	司法精神療法	関係性構築 枠組み構築 暴力的イメージの解体 説明と同意	直面化 共感性育成 中心イメージのベースチェンジ	自己コントロール 怒りのマネージメント 非暴力的イメージの獲得
	リハビリテーション	導入期 評価、動機づけ	リハビリ活動、グループワーク 生活技術の獲得 人間関係作り	地域リハビリテーション導入 アフタケアの立案 社会参加準備
	福祉	生活状況・環境調査 福祉的問題の共有化	家族・調整 経済保障、住宅保障	地域調整、QOLの保障 就労援助、自助活動導入
	管理度と自由度	全管理 管理者責任	全管理から部分管理へ 自己責任の導入 外出開始	部分管理中心へ 自律性重視と自己責任 リズムカルな外出の実施 外泊開始・リズムカルな外泊実施

表2 触法精神障害者の治療プログラムにおける評価の要点

<p>疾病軸</p>	<p>診断、重症度、知的能力 症状の種類・程度・経過 身体的検査、心理検査 遺伝要因、家族歴、生活歴、治療 歴、薬剤反応性、服薬順守性 治療継続性 病感・病識の有無・程度 障害の凶式</p>	<p>診断の見直し・重症度の見直し 症状の改善 薬剤反応性 治療への協力性 治療の効果 家族の理解・協力 障害への取り組み 病識の形成</p>	<p>診断確定 全般的改善度 残遺症状の有無・程度 服薬内容の確定 服薬自己管理能力 治療の継続性 再発の可能性 残存する障害</p>
<p>人格軸</p>	<p>人格障害の有無・程度・種類 性格、気質、疾病との関係 成育環境、虐待歴、家族関係 職歴、対人関係歴、対人反応 攻撃性、暴力性、衝動性 遵法性、薬物乱用歴、飲酒歴 行動様式</p>	<p>対人関係の改善度 家族の協力度、治療同意性 地域の受け入れ体制 攻撃性、暴力性、衝動性の改善度 遵法精神の習得 薬物再使用の可能性 リスクアセスメント</p>	<p>攻撃性、暴力性、衝動性の消退 暴力の絶対否定的態度の獲得 薬物再使用の否定・再使用時の対応 家族の協力 具体的対人関係と仲間</p>
<p>行動軸</p>	<p>過去の暴力行為 薬物使用歴、飲酒歴 虐待歴、非行歴、触法歴 犯罪歴・犯罪内容 犯行状況、再犯性、行動様式 疾病との関係</p>	<p>再発と再犯性の相関 対人関係の処理 反社会的行動 行動化の原理</p>	<p>犯罪仲間の存在 犯罪仲間との距離 患者治療者関係の熟成度 リスクアセスメント 行動の現実性</p>
<p>生活軸</p>	<p>日常生活状況、セルフケア 経済状況、住宅環境・状況 家族状況、対人環境状況 生活技術能力 作業能力 就労能力、金銭管理能力 対人関係能力 社会参加の能力・意志</p>	<p>地域の状況・協力度 利用可能な社会資源 家族の対社会能力 社会参加能力 外出状況</p>	<p>日常生活能力の改善度 社会生活能力の改善度 家族状況の改善度 社会参加の方向性 利用社会資源の決定 外泊状況</p>
<p>発達軸</p>	<p>知的能力、知的特性、高次脳機能 人格特性</p>	<p>発達課題・治療課題への取り組み</p>	<p>社会参加の形態</p>

表3 各時期における治療到達目標

	急性期	回復期	社会復帰期
生理	休息と生命の維持 心身の疲労からの回復 睡眠リズムの調整 基本的な生活リズムの回復	基本的な生活リズムの完成 基礎体力の回復 身体感覚の回復 睡眠リズムの安定	基本的な生活リズムの継続 基礎体力の充実 身体感覚の充実・発展 睡眠リズムの安定的継続
精神症状	急性精神症状の軽減 身体的問題点の確認 心理的問題点の確認 疎通性の確保	急性精神症状の消失 身体的問題の解決 意欲・集中力・持続力の回復 疎通性の回復	精神症状の再燃なし 身体合併症の管理継続 意欲・集中力・持続力の継続 疎通性の安定
コンプライアント	治療関係の準備・導入 治療の必要性の理解 服薬効果の判定 服薬必要性の理解	患者治療者関係の確立 治療効果の理解	治療継続の必要性の確約 通院服薬継続性の確約
対人関係	対人関係改善の準備 良好な人間関係の気づき 複数の人間との関わり	対人交流技能の習得 対人関係の改善 信頼感、安心感の実感	対人関係の安定と広がり 良好な人間関係の獲得 健康な仲間意識
自己コントロール	司法精神療法への導入 グループワークへの導入 自己コントロール能力水準の評価	自己コントロール能力の回復 衝動性のマネージメント 怒りのマネージメント	自己コントロール能力の安定 攻撃性・暴力性・衝動性の改善 自己コントロールの限界確認
人格	人格・性格・行動特性の理解と整理 病的行動特性と人格的行動特性の区別 治療プログラムへの導入	人格・性格・行動特性の受容 未学習課題の再教育	人格特性の活用 未学習課題の達成
自己イメージ	暴力的イメージ解体の準備 病的な世界から現実世界への導入	暴力的イメージの解体 自己イメージの再構成	心身の健康イメージの獲得 社会生活者のイメージ獲得
生活	病棟生活のセルフケア能力習得 身辺処理能力の獲得 患者ニーズの把握 現実直視の準備	病棟生活セルフケアの自立 日常生活能力の回復 社会生活能力の回復 日常生活を楽しむ体験 障害との折り合い・受容	日常生活能力の安定 生活技術能力の習得 社会資源利用能力の習得 社会生活能力の回復水準確認 障害との共存
外出泊その他	家族・関係者の休息・関係性の維持 外出の準備	家族調整・環境調整 外出の開始 外出の準備	外泊の開始 社会参加イメージの具体化 社会参加の場の確保 家族・地域の受け入れ体制

表4 触法精神障害者の治療プログラムの概要(1)

初期基本評価		医師	看護	心理	PSW	作業療法
疾病軸	<p>診断名 発病経過 知的能力 精神症状の種類 程度 経過 病歴 身体的状況 心理状態 生活歴 適応的負因 家族歴 生活歴 薬剤治療歴 服薬継続性 職業歴</p> <p>合同診断面接</p>	<p>薬物療法 鎮静的 m-ECTの検討 各種検査</p> <p>一般精神療法 受容 理解 支持 松向け 尊厳の尊重</p>	<p>睡眠状況の観察 評価 服薬状況 薬物療法の効果 観察 全身状態の観察</p>	<p>心理検査 TEG ハウムテスト 風象構成法 主要な疾患の心理的側面の Personality特性 アセスメント 犯罪にかかわる行動の理解 基本的評価項目の適切な アセスメント</p>	<p>対象患者の多面的理解 ニーズの把握</p>	<p>個別 ハラレルな作業療法 (エンターテインメント環境の提供)</p> <p>週人 受動的要素が高く 馴染みがあり 殆ど新しい技術や判断を 要さない作業 (絵画鑑賞 音楽を聴く等)</p>
人格軸	<p>人格障害の有無 程度 治療歴 性格傾向 生育歴 虐待性 生活歴 家族歴 職業歴 対人関係の反応 図式 攻撃性 暴力性 衝動性 思考傾向 信念 宗教体験 内省力</p>	<p>一般精神療法 関係性構築 説明と同意</p>	<p>対人関係の観察 援助 評価</p>	<p>一般精神療法(個人) 支持的な精神療法によって 治療の場に対する 信頼関係の確立 人格形成過程にかかわる エピソードの獲得</p>	<p>福祉的問題の整理 共有化 (生活状況 環境実地調査) 情報収集 課題分析 ニーズ把握 評価 支援関係の形成 人間関係の把握 キーパーソンの獲得</p>	<p>衝動性の程度 思考のまよまよ の程度の評価。 脅かされ エイブルギーの暴発 を誘発しない 身体エナジー を散らす作業 として発散できる作業 (粘土細工 レザーワーク 卓球 キャンジョー 園芸等)</p>
行動軸	<p>過去の暴力行為 薬物使用歴 飲酒歴 虐待歴 非行歴 犯罪内容 犯罪歴 犯罪状況 再犯性 行動様式</p>	<p>司法精神療法 関係性構築 説明と同意</p>	<p>コミュニケーション 言語的交流の回復 グループワーク導入</p>	<p>司法精神療法 右脳関係の確立 (全職種共同)</p>	<p>家族への支持的な精神療法</p>	<p>身体感覚の回復 粗大な身体運動を伴う 活動や結果として残る作業 (リズム体操 DMT 園芸 簡単な手工芸等) 筋力検査</p>
生活軸	<p>日常生活状況 住宅状況 経済状況 対人環境状況 家族状況 対人関係能力 生活技術能力 金融管理能力 日常生活能力 作業能力 対人関係能力 就労能力</p>	<p>生理的 生化学的諸検査 画像検査</p>	<p>日常生活の観察 援助 評価 静かである着ける環境整備 栄養状態の改善 排泄調整 清潔保持 不安等の軽減</p>	<p>知能検査 WAIS 発達過程と人格特性の整理 知的特性の評価 (コース立方体テストなどの 簡単な心理検査) 情緒的特性の評価 (ハウムテストなど) 神経心理学的検査 (Word Fluency Test など)</p>	<p>知能検査 WAIS 発達過程と人格特性の整理 知的特性の評価 (コース立方体テストなどの 簡単な心理検査) 情緒的特性の評価 (ハウムテストなど) 神経心理学的検査 (Word Fluency Test など)</p>	<p>身体感覚の回復 粗大な身体運動を伴う 活動や結果として残る作業 (リズム体操 DMT 園芸 簡単な手工芸等) 筋力検査</p>
発達軸	<p>知的能力 知的特性 高次脳機能 人格特性(発達上の問題)</p>					
自己イメージ	現実からの距離 居乱					居乱 衝動の危機の防止

表5 触法精神障害者の治療プログラムの概要(2)

改善度評価		目標	医師	看護	心理	PSW	作業療法
疾病軸	診断 重症度の見直し 精神症状の回復度 病識 薬剤反応性 服薬継続性 治療継続性	基本的な生活リズムの完成 基礎体力の回復 身体感覚の回復 睡眠リズムの安定 意欲 集中力 持続力の回復 急性精神症状の消失 身体内問題の解決	薬物療法 理やかな鎮静 一般精神療法 指示 支持 自律性の重視	睡眠状況の観察 評価 服薬状況 薬物療法の効果 観察	支持的個別精神療法から 再構成的精神療法へ		ハラレルな作業療法から次第に様々な集団への導入 ゲーム スポーン レクレーション等 能動的な創作 表現活動 自分のイメージや 気持ちを表現したり 気分転換をはかったり 趣味を広げ 社会性を高める
人格軸	対人関係の改善度 攻撃性 暴力性 衝動性の改善度 違法精神の獲得 内省力	対人交流技能の習得 対人関係の改善 信頼感 安心感の実感 自己コントロール能力の回復 衝動性のマニピュレーション 怒りのマニピュレーション	怒りのコントロール SST 表現療法(個人 集団) コミュニケーション 表現能力の改善 対人関係の改善 (観察 評価) 各種グループワーク		認知行動療法 心理教育 (Dr. NS PSW OTと共同) 怒りのコントロール SST (再教育的精神療法) 表現療法 (個人 集団) (絵画 詩歌 サイコロなど) (NS OTと共同) (再構成的精神療法) 心理検査	家族関係調整 経済的問題の調整 保護 生活場所の調整 社会資源の利用可能性 必要情報の提供 生活イメージの確立 就労能力 生活能力の把握 患者の権利	怒りのコントロール SST 表現療法(個人 集団) 経験の共有 チームプレイが必要なもの コミュニケーションが 必要なもの
行動軸	行動様式 暴力行為 反社会性 自己表現	人格 性格 行動特性の受容 未学習課題の再教育 暴力的イメージの解体 自己イメージの再構成	日常生活の観察 援助 価値 生活技術訓練 試験 定期外出実施		家族への再構成的精神療法 家族への心理教育 (PSWと共同) 再教育的 精神療法		生活技術の訓練
生活軸	地域の状況 協力度 社会資源の利用 協力度 家族の対社会能力 協力度 社会生活能力 参加能力	病棟生活セルフケアの自立 病棟外生活セルフケアの準備 日常生活を楽しむ					
発達軸	発達課題 治療課題	家族調整 環境調整 外出の準備 開始 外出の準備					
自己イメージ	自己イメージの健康度	再構成					

表6 触法精神障害者の治療プログラムの概要(3)

退院時評価		医師	看護	心理	PSW	作業療法
疾病軸	診断確定 病識の獲得度 病識の有無 程度 重症状態の有無 治療内容の確定 服薬自己管理 治療継続性 再発の可能性	薬物療法 継続性 自己管理 薬剤の使用	服薬自己管理	個人精神療法 再教育的手法の中で 再発の危険サインの 認識と 対処行動の選択 触法行為の適切な理解 (行動教育プログラム) 認知行動療法 怒りのコントロール SST 以上は再教育的精神療法 再構成的精神療法 表現療法(個人・集団) 言語・芸術・運動などを 媒体にした自己表現 家族療法(再教育的 再構成的精神療法) 心理検査	地域調整 QOLの保障 就労援助 自助活動援助 生活の場の設定 地域ケアアドバイザーの形成 生活イメーンの獲得 家族会 保証人の確保 住宅確保	集団作業療法 基本的機能の回復 生活技能の獲得 就労準備 より良い体験として
人格軸	攻撃性 暴力性 衝動性の高過 暴力の絶対否定的態度の獲得 薬物再使用の否定 家族の協力 具体的対人関係と仲間の存在 自己洞察	一般精神療法 自助と自立	怒りのコントロール SST 表現療法(個人・集団)	司法精神療法(自律期) 感情のセルフコントロール 怒りのマネージメント 非暴力的イメーンの獲得	職業教育訓練のようなプログラムを用意する場合は、専門の講師を非常勤なりで配置する。	
行動軸	犯罪中間の存在 犯罪中間との距離 再犯可能性 危険性の改善度 行動様式 セルフコントロール	職業教育訓練	日常生活の観察 援助 評価	職業教育訓練のようなプログラムを用意する場合は、専門の講師を非常勤なりで配置する。		
生活軸	日常生活能力の改善度 社会生活能力の改善度 家族生活能力の改善度 社会参加の実現度 利用社会資源の決定	一般的な社会適応能力の評価				目的として用いる作業 (調理 買い物 掃除 洗濯 ゴミ出し 交通 銀行利用 等) 基本的機能の回復 生活技能の獲得 就労準備 より良い体験として
発達軸	社会参加の形態					
自己イメー	現実との整合性 アファケーアとの整合性	心身の健康イメーンの獲得 社会生活者のイメーンの獲得				

* 症状の対象化のタイプからみた精神療法の分類

- 1 非特異的な治療 援助要因による精神療法 好意 希望 信頼 環境の保障など 治療 援助が効果的 促進的に働くための基盤となる一般的な心理的風土
- 2 支持的な精神療法 困っている症状や情緒的問題に対患者の対処力が機能できるように情緒的ハラスメントを回復する営み
- 3 再教育的な精神療法 a) 正しい負の強化や対人関係を用いて行動の修正 変化を促す b) 環境への再適応 目標を修正させて再適応を促す c) 漸層的 意識レベルでの問題点と葛藤の自覚
- 4 再構成的な精神療法 症状 問題を直接対象化せず 人格 構造 システムの変化を狙って再意識 意味を扱う
- 5 その他の精神療法 森田療法 内観療法など
- 6 折衷的精神療法

* 集団精神療法 対人関係(同質の集団や家族など)の体験を基に態度の変化や克服を図る

司法精神療法

協力班員 吉川和男

(国立精神・神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部)

司法精神療法においては、一般の精神医療で実施されるような自らの精神症状に対する認識を深めつつ、さらに、その症状によって伴う自らの行動に対する認識を深めるような治療プログラムが求められる。もっとも、精神症状と行動は互いに密接に関わっていることか多いため、この二つの要素を切り離して治療を行うことは現実的ではない。さらに、心神喪失者等医療観察法の対象者の6割以上が統合失調症の患者となることか予想されることから、精神症状、特に、幻覚と妄想と誘発される行動に対する認知行動療法 Cognitive Behaviour Therapy (CBT)が、わが国の司法精神療法の最大の課題となるであろう。

近年、一般の精神医療においては統合失調症の急性期の患者の幻覚・妄想に対しても、CBTが有効であることか Randomized Control Trial で確認されつつある。また、欧米の矯正施設あるいは司法精神医療施設においては、CBTの中でも、怒りの問題に焦点をおいたアンガー・マネージメント anger management が中心的な治療プログラムとなってきた。

本稿においては、わが国の指定医療機関で提供されるべき司法精神療法のあり方を考える上で、参考になると思われるアンガー・マネージメントや統合失調症の触法行為に対する CBT の二つの治療技法について紹介したい。

A アンガー・マネージメント

アンガー・マネージメントは 1975 年に Novaco によって理論付けが行われ、その後、欧米諸国の司法精神医療機関で実施されるようになった。具体的には次のような段階を経て治療が進められる。

- 1 怒りと攻撃性に関する学習
- 2 怒りの頻度、強さ、引き金となる状況の自己観察
- 3 そこから得た情報をもとに、怒りの原因を分析する
- 4 注目する視点の変更、評価の修正、自身への教育によって、認知を再構成する
- 5 筋肉の緊張を和らげるリラクゼーション、呼吸法によるリラクゼーション、イメージによる誘導などを通して覚醒（怒り）の除去を行う
- 6 モテリングやロールプレイによって行動面の対処、コミュニケーション、積極性に対する訓練を行い、怒りのコントロールの対処技術を実践する
- 7 日々の生活状況において怒りの対処技術を応用する

アンガー マネージメント プログラムの概要

1 変化のための準備

- 1) 変化のための評価とモチベーションの向上
これは、怒りに問題を抱えるクライアントとの

治療を行う上で、最初の非常に重要なステップである。クライアントの中には明確な洞察と高いモチベーションを持って治療に訪れ、怒りの爆発を引き起こす問題を認識し、変わりたいと願っている者もいる。しかし、不幸にしてそのような例は稀であり、怒りに問題を抱えるクライアントは自身の問題を否認し、正当化し、盲目であることが多い。彼らは自分に誤りかあるとは思わず、怒りかもたらずネガティブな側面に注目することかできない。彼らは「ほっといてくれ、興味がない」、「うんざりさせているのは母親の方だ」、「もう耐えられない。同じことか起きたら、誰でも怒らないわけかないだろう」といった言葉を並べ立てる。典型的な場合、苦情を訴え、クライアントに変わってもらいたいと思っているのは、クライアントの配偶者やパートナー、同僚である。クライアントの方は全く気にせず、怒りに対する個人的責任も非難もとうとうとほしない。このため、最初のステップはクライアントを評価し、必要ならば、クライアントが変わろうとする洞察とモチベーションを高めることにある。

2) 強い治療同盟を築く

治療者が怒りの原因をクライアントと異なった視点で見ている、治療者がクライアントの苦境に対して共感を示すことは重要である。また、治療者とクライアントの両者が怒りの除去に対する行動計画に同意し、どのようにその計画が実施されていくか了解しておくことも重要である。共感とこのような同意は同盟を強化し、クライアントと治療者が「同じ土俵にいる」ということを確認することになる。強力な同盟によって、クライアントは協力的に参加する気持ちになり、目標と使われる手法に同意し、成功するチャンスを増すことになる。

3) 怒りの体験に対する認識を高める

多くのクライアントは怒りを誘発する状況や引き金について気づいていないことが多い。彼らは怒りが生じた場合にどのような行動をし、あるいは周りの人が彼らの行動をとるのを見ているかにも気づいていない。さらに、彼らは過剰なノンピンク、キャンブル、飲酒、引き伸ばしといった他の行動が彼らの怒りとつながつているとも考えない。すなわち、良好な怒りの除去プログラムは、怒りの認識から始まるとも言える。

2 変化

1) 回避と逃避

しばしば、「ただその場を離れて歩く」ことが最良なことかある。すなわち、単純に、怒りを誘発しそうな状況にとまらぬということである。確かに、繰り返し怒りにつながる引き金が存在する場合(アルコール依存症のいとこ、嫌な近所の人)トラブルとなることが多い。治療者は問題の多い、怒りを誘発する状況にクライアントをとまらせないよう勤める。この回避ないし、危機防止戦略は刺激コントロールとしても知られている。無論、時には怒りを誘発する状況を避けることか不可能な場合もある。こういった場合、クライアントには逃避戦略を教えることか有効である。これらの戦略はクライアントに、怒りが既に生じた場合にどのようにして状況から立ち去るかを教えてくれる。

2) 身体的覚醒を管理する

身体生理学的変化は怒りの経験の中心的な部分である。怒りは心拍数、血圧、発汗等の増加に関係している。従って、怒りかかなり長

い期間続く場合に、筋肉や内分泌腺には長期的な変化があるはずである。この場合、これらの反応は高度にネガティブな医学的な問題を引きこす。このため、治療の初期から、クライアントに怒りのエピソードの前、あるいは最中にリラクゼーション技術を教えることは有益である。これは重要であるか比較的簡単に教えられる技術で、ほとんどのクライアントはリラクゼーションを予習することに抵抗は示さない。また、クライアントは怒りの除去にすぐに役に立つことを学んだと感じることかできるため、このトレーニングによって、治療者に対する信頼を直ちに増すことかできる。

3) ライフ スキルを構築する

時々、怒りは仕事や育児、あるいは結婚や他の人間関係における現実的な能力を高めることで、減らすことか可能である。このような能力には生涯の仕事や成功に導く技術を持つことだけでなく、必要とされる技術がない場合にもそれを認めたり、時には回避したり、逃避したりし、ある問題か適切な反応として起こっていることを認識することも含まれる。そのような能力かあれば、対人関係の葛藤、能力かないと思うこと、恥の感情は少なくなるであろう。

加えて、クライアントは嫌な状況において様々な有益な言語的対応をするように教えられるので、それによって葛藤や緊張は抑えられる。肯定的に答え、感情や知覚を言葉で表現することは対人関係の緊張を和らげることか、長い調査の歴史や専門家の経験で示されている。不幸にして、クライアントか他の人を「やり込め」、緊張を増やすような言葉を用いることもある。このため、技術的な強化と言語化技術を伸ばすことは、対人関係の葛藤の頻度を減し、能力に対する不全感や怒りの感情を減し、ア

ンガー マネージメント・プランの一つとなっている。身の振り方か上手で、感情に気づき、適切に表現かてくる人には怒りは少ないものである。治療者は、クライアントに同僚や家族や友人に対して言葉の上で肯定的になるよう教え、重要なサービスを提供しなければならぬ。

4) 社会問題の解決

クライアントは、しばしば、自らの問題を明確に概念化しないことかある。更に重要なことは、彼らは葛藤を解決し、他の目的を達成することかできるような多くの異なる解決方法を考慮しないことかある。その代わり、彼らは一つの選択肢ばかりを見て、それに執着する傾向かあり、しばしばその選択肢は効果的でないことか多い。

問題解決技術は、クライアントか、嫌悪的な状況に対応するための相補的なモデルを發展させ、異なる対応の結果を想像させるのを助ける。また、最初は彼らにとって異質に思われるかもしれない別の行動を試みさせ、彼らの行動かもたらす結果を改善させるのに役立つ。この技術は、クライアントか身近な問題に十分考えた上で参加するため、個人の責任感を増加させる。

5) 暴露

結局、我々は嫌悪的で、葛藤や失望に満ちた状況に身を置かなければならぬ。このようなことは避けられないため、治療者はクライアントを日々の生活の現実に適切に向き合えるように(治療者のオフィスや自然環境の両者において)暴露技術によって援助することかできる。怒りを誘発するような刺激に暴露されることは徐々に実行されるべきであり、最初のセ

ンジョンでは非常に強烈であるかもしれない。いずれの場合においても、目的はクライアントの覚醒閾値を上げることであり、怒りの引き金に対する反応性を減しることである。

3 受容、順応、適応

1) 認知的変化の育成 I

とんなに我々がかんばっても、とんなに我々の実際の技術が優れていても、人生はしばしばストレス、葛藤、嫌悪的な引き金を我々に突きつけ続ける。例えば、会社か突然つぶれ、職を失うこともある。病気か思いかけず我々や愛する者に襲いかかる。人々は誤解し悪いうわさを立てようとする。車のトライハーが攻撃的に、しばしば危険に振舞う。政治家か我々の望んでいないことを決定する。いしめか子供を脅かしたりする。

このような状況には曖昧な要素が多く、実際に起きていることや他の人々の動機は容易に誤解される。クライアントはしばしば物事を「白と黒」で見るか、「灰色の影の部分」についても教えられるべきである。アーロン・ヘンクらの認知的介入は、クライアントに引き金となるものを適切に評価し、現実を理解し、事実の通りにはっきりと状況を見るのを教えることを目的としている。それゆえ、認知的変化のこの様式は、クライアントに世界か現実にあるかままに、歪曲を少なくして見、ほとんどの怒りは他人の中立的で悪気のない行動を誤解することによって生じているのと教えることを目的としている。

2) 認知的変化の育成 II

怒りの問題を抱えるクライアントは、まるで全世界か彼らに頼っているかのように、全てを非常に深刻に受け取る傾向がある。このような見

方のため、彼らは、あらゆるネガティブな出来事は重大事であると考えられる被害者ようになってしまい、人生の出来事にはおそらく対処できない。

アルハート・エリスらによって開発された認知変化プログラムにおいては、引き金となる出来事の「真相」を明らかにすることは重視していない。その代わり、たとえ、その怒りの引き金かネガティブで意図的であり、避けることかできるものであったとしても、目的は、クライアントか受容し、順応し、適応し、対処する能力を高めるという哲学的視点を生み出すことにある。典型的な場合、クライアントは物事かうまくいかないと破滅的となり、人生の嫌な出来事に耐えられる力かないと信じていることもある。解決策は嫌な出来事を再概念化し、それをあるかままに、すなわち、とても不愉快で、問題の多い迷惑なこととして見ることである。それゆえ、この認知変化の様式は、クライアントに世界を知覚されたとおりに受け入れることを教えることを目的としている。「真相」あるいは「公平」といったことには重きを置かない。その代わり、目的は、受容に対する強化された手法を教えることであり、仮に悪いことか起きた場合でも、それらは崩壊しないことをクライアントに認識させる手助けをすることである。なぜなら、悪いことは必ず起こるからである。

3) 許容

あらゆる年代や背景の人々かしばしばもかき、多くは悪い行為の被害者となる。結局は、他人の罪を許すことか良い場合もある。我々は永遠に存在する挑戦に立ち向かう誤りを犯す生き物であるということを受け入れ、ある犯罪者は本当にむごく邪悪な行為を行う者もいるか、彼らか自分の誤りに気づいた時に、その謝

罪を受け入れることか良い場合もある。それは時には難しく、不可能にさえ思えることもあるか、この介人は「やり過こす」という役割に焦点を置いており、さらに、前章で学んだ受容の道を強化していくのである。

怒りを反芻し、報復を求めることは過去に志向し有害であり、報復を求める人は、また、怒りの標的となる。許容は未来に志向しており、発展し、最終的にはより幸福な人生に向かう。もちろん、我々全てか直面するような本当につかの間の不快に比べると、少数ではあるか本当の「悲劇」は存在する。しかしながら、このような場合においても、クライアントに世界を可能な限り広い視点で見て、可能な限り自身や他人に笑顔を見せられるように教えることは重要である。

4 変化の維持

1) 再発防止

クライアントか本当に上達し、最良の場合においてさえ、現実には、怒りは再現する。クライアントも治療者も嫌な出来事を経験しつつ、特に、新たな問題となる引き金か生じると、昔の怒りのパターンか再び現れるようになる。熟練した治療者はこのことを前もって知っており、それに対し備えている。それゆえ、クライアントを「昔のやり方」に再び入り込むことから防ぐように支援することはアンカー マネージメント・プログラムを成功に導くために必要な最後のステップである。

理論と同様に、専門家の経験は、怒りの行動か自然に再発することは予期されることであることを示している。このため、怒りの治療プログラムの最後においては、クライアントにその可能性に対する準備をしておくことか重要であ

る。目的は、彼らか昔のパターンか再び現れる可能性かあることを認識することである。このような再発は治療か失敗したということや昔の怒りの習慣に際限なく戻っていくことを意味するのではなく、ちょっとした訓練によって、怒りの反応をより適切に管理することかできるようになる。

アンカー・マネージメント治療プログラム サンプル

集団療法の適用

この本に紹介された情報は主に一対一形式でクライアントと治療をする治療者を対象に書かれている。しかしながら、多くの場合は、特に刑務所、病院、学校のような施設においては、集団形式で提供されることか多いてあろう。

どのように集団を構成するかについては様々な考え方かある。ある場合には、参加者全員か同時に始め同時に終わるようにすることもある(クロースト・グループ)し、ある場合には、新しいメンバーはいつでも参加できるようにする(オープン・グループ)こともある。ここに示されたプログラムは4つの明確な治療の段階を経るため、何人かの参加者か同時期に別々の段階にいるような状況は問題か多いと思われる。このため、我々はクロースト グループ形式で行うことを勧める。しかし、一旦、参加者か基本的なスキルを学び、4つの領域をかハーする治療プログラムを終了した場合には、オープンなアフターケア・グループは今後の支援を提供するために有益であり、最初のプログラムでは提供されなかつた補完的な治療法もかハーできるであろう。