

研究

と
報告アンガーマネジメントを施行した思春期
行為障害の2例*

佐野 樹^{1,2)} 中島公博¹⁾ 佐野奈津美
古根 高 千丈雅徳

抄録

精神医学 52 : 553-559 2010

今回我々は、個人療法でアンガーマネジメントを施行した思春期の行為障害の2症例を通して、薬物療法が補助的な治療であるか、もしくは効果不十分な例では、個人療法のアンガーマネジメントの併用が怒りに関連した問題行動に有効である可能性を示唆した。また、発達障害の併存が考えられる場合は、個人療法でも行動療法に重点を置いた治療が有効であると思われる。

Key words

Anger management, Anger treatment, Conduct disorder, Children, Adolescents

緒言

行為障害の治療の1つとしてアンガーマネジメントが有効とされている⁸⁾。アンガーマネジメントは怒りや攻撃的行動のコントロール能力を向上する治療プログラムである。これは、認知行動療法の原則に則って体系化され設計された心理教育プログラムで、主にグループで実施される。WilliamsとBarlow²⁶⁾やNovacoら^{17,24)}などのプ

ログラムが代表的で、おのおの怒りに関するモデルやその対処方法に若干の違いがある。また、怒りの問題がより重篤な場合は、個々のニーズや問題を分析したうえで、アンガー・トリートメントと呼ばれる個別に集中的な治療が行われることもある^{11,17)}。今回我々は、薬物療法が補助的な治療であるか、もしくは効果不十分な例で、個人療法のアンガーマネジメントを併用することで怒りに関連した問題行動が減少した思春期行為障害の2症例を経験したので報告する。

症例

症例1は、16歳の男性で、鑑別所での要入院鑑定によって受診した。現病歴は、X-5年(10歳)頃、テレビのニュースを見て「自分は貿易センタービルテロ事件の加害者だ」と思い込み恐怖に陥った。また、行動の前後に人名(小学生連続殺傷事件の宅間守など)が浮かび、不条理とは思うものの、その人から連想する行動をしないと気

2009年4月17日受稿、2009年10月8日受理

* Individual Cognitive-behavioral Anger Treatment for Adolescents with Conduct Disorder : Examining two cases report

- 1) 医療法人社団五稜会病院精神科 (〒002-8029 札幌市北区篠路9条6丁目2-3), SANO Itsuki, NAKAJIMA Kimihiro, SANO Natsumi, FURUNE Takashi, SENJO Masanori : Goryokai Medical Corporation Psychiatry, Sapporo, Japan
- 2) 三重県立こころの医療センター, Mie Prefectural Mental Medical Center

がすまないなどの強迫症状が出現した。授業中も落ち着きがなく、集団生活が難しかったがなんとか登校していた。X-3 年 4 月 (13 歳)、中学 2 年時に、「サッカー監督が大事な話をしているときも、他に注意がいたり場にそぐわない想像をしたりして笑ってしまう」など態度が不真面目とのことで町内サッカーチームを辞めさせられた。その後、不登校になり、飲酒・喫煙など常習した。心の相談室に相談したところ、アスペルガー症候群の指摘を受けた。X-3 年 11 月 (14 歳)、家財破壊、自殺念慮にて A 精神科病院を受診したが、治療対象ではないといわれた。障害者施設にも相談したが、初対面のスタッフに会うなり「お前か、俺を病気だと言ったのは」と蹴りつけたという。X-2 年 7 月補導事件後、児童相談所に保護された際、「俺なんて生まれてこなければよかった」と急に相談所 2 階から飛び降り、右足を骨折した。X-2 年 10 月、「にきびを治せ」などとナイフで母を脅し、母の通報により警察が自宅に来た。X-1 年 3 月 (15 歳)、教師に暴行を加え、少年院へ送致された。WISC-III (Wechsler intelligence scale for children—third edition) で IQ=91 (言語性 IQ 94, 動作性 IQ 92) であった。

X 年 4 月 (16 歳)、少年院出院し、B 精神科クリニックに通院するも治療には拒否的であった。少年院入所を母のせいだと責め、X 年 6 月、母に暴力を振るったため、鑑別所へ入所となった。精神科へ要入院鑑定がなされ、X 年 7 月、当院を受診した。既往歴として右足骨折、生育歴・発育歴は母の記憶では特記すべき異常なかった。家族歴は、母も情緒不安定で精神科通院中だった。家族背景は複雑で、患者が幼児期に父のアルコール乱用と暴力が原因で、母は 2 回目の離婚をしている。初回面接時の患者は、表情や振る舞いは落ち着いており、視線を合わせて話す。問題行動の話になると考えを一方向的に述べ、非協力的で敵意に満ちた挑戦的な態度をとった。「僕は精神科ではない」「暴力行為は病院で扱うものではない。薬もいらぬ。少年院で治した」「鑑別所から早く出るための入院だ」と話した。入院時の各

種臨床検査で特記すべき所見なく、WISC-III は IQ=100 (言語性 IQ 92, 動作性 IQ 108) であった。行為障害、強迫性障害と診断した。広汎性発達障害の併存もあつた。即日、当院に医療保護入院となったが、治療意欲が全くなかつたため、当初はラポールの構築に努めた。薬物療法は sodium valproate 800 mg, chlorpromazine 25 mg, brotizolam 0.25 mg (/日) を使用した。強迫症状は第 8 病日には自然消失し、その後も時折訴えがあるのみであった。自己統制能力に乏しく、第 20 病日には息薬が判明し、第 25 病日には女性患者を自室に連れ込んだ。

怒りのコントロールを目的としたアンガーマネジメント修了を退院の 1 つの判断材料と説明して、治療への動機づけを行った。保護監察官とも連携し、精神保健福祉社らとともに対応を協議のうえ、司法からもプログラムへの参加を促してもらうこととした。患者の同意を得て第 23 病日よりアンガーマネジメントを開始した。週 3~4 回、各 20~30 分、病棟内の面談室にて計 20 回ほどの個人療法で行った。本田¹⁰⁾の資料を参考に、怒りは「自然な感情」であることを学ばせ、怒りの応急対処法 (呼吸法などのリラクゼーション) を指導した。患者は「怒りに負けまいと、今まで否定しようとしてきた」と感想を述べた。また「思考、気分、行動とその結果」の記録表を記録させた。怒りに関連する自動思考を認知するように促したが、記録表の記載がなかなかうまくいかなかった。認知の修正に関しても理解が進まなかった。そのため方法と結果を関連づけることや別の方法を考えることを通じて、次に同じような状況が生じた場合に実行する方法を話し合うといった問題解決技法を中心に行った。また、「中村俊輔選手のようになる」とゴールの明確化と「彼のような落ち着いた話し方を身につける」といった短期目標の設定を行った。記録表を振り返り、本田¹⁰⁾の資料を参考に自分のコミュニケーションのタイプ分けをしてもらった。「自分は母には一方的に自己主張し、協調しないタイプ。友人には八方美人タイプ」と患者は話していた。

最後は、コミュニケーションスキルのトレーニングを患者、および母にも施行した。表のような一般的知識を小講義形式で授与した後、繰り返しロールプレイを行った。フィードバックはサンドイッチ法⁷⁾を用いて、同席した医師、精神科専門看護師から患者あるいは母へ行った。プログラムに対する患者の姿勢はいたってまじめであった。徐々に病棟内での問題行動も消失し、第47病日、プログラムの修了証を授与し、第48病日に退院した。患者は「今後もコミュニケーションについて学び、中村俊輔選手のように、自分に厳しくなりたい」と話した。退院時診断は、集団行動型行為障害(F91.2)、広汎性発達障害(F84)の疑いとした。母も「いっしょにしていると問題を起こす息子を見て自分が悪いのではないかと何度も考えたが、プログラムに参加してなんとなくその理由がわかった」と話した。退院後2か月間、再発なく経過し、短期間で社会復帰も果たしたが、その後、通院は途絶えた。

症例2は、15歳の女性で、母との不和と幻聴を主訴に受診した。現病歴はY-6年(9歳)より、リストカットを繰り返した。Y-1年3月(14歳)、期末テスト中に胸痛が出現し、当院を受診した。Y-1年12月、過換気発作、自傷行為、不登校にてC精神科クリニックを受診した。解離性障害、発達障害疑いで不定期に通院していた。Y年5月(15歳)、高校入学後、幻聴、不登校を主訴にD精神科医療機関に相談した。統合失調症の疑い、解離性障害と診断された。

Y年8月、不登校が続く、援助交際や夜間徘徊、外泊を繰り返すため、同居の母と口論が絶えず、自傷行為や粗暴行為も治まらず、入院治療を目的に当院を紹介受診した。既往歴、家族歴、生育歴に特記すべき事項はなかった。両親は離婚していた。初回面接時の患者は、表情は硬く、こちらの問いかけにも視線を合わさないことが多かった。「頻繁に記憶がなくなる」「自分の中に違う人がいるみたい。知らない人の声で「死ぬ」といわれる」と話した。入院時の各種臨床検査で特記す

表 コミュニケーションスキル

基礎

- ・声の大きさ、トーン、抑揚は？
- ・話すスピードは速くないですか？
- ・表情やしぐさ・雰囲気は？
- ・服装や髪型などの外見は？
- ・姿勢・態度はゆったりしていますか？
- ・アイコンタクトは十分ですか？

応用

- ・アイスブレイキングや枕詞を使う。
- ・メッセージは、“I(私)メッセージ”で伝える。
- ・オープン型、未来型、肯定型質問をする。
- ・要約して同意を得る。

べき所見なく、WISC-IIIはIQ=85(言語性IQ 75、動作性IQ 100)であった。解離性障害と診断したが、統合失調症の疑いもあると考えた。即日、当院に医療保護入院となったが、病識に乏しく退院要求が頻回であった。薬物療法はrisperidone 2mg, ethyl loflazepate 2mg, nitrazepam 5mg(/日)を開始した。徐々にラポール構築されるにつれ、「幻覚、記憶喪失はうそ。薬をもらえばみんなから注目された。ネットから得た情報で統合失調症そっくりの症状を話すようにしていた」などと話し始めた。解離症状や異常体験なども認められず、解離性障害、統合失調症は否定的と考え、経過中にrisperidoneは中止しsodium valproate 400mg(/日)を使用した。

第7病日に、入院継続の説明中に自傷行為がみられ、第20病日に衝動行為のコントロールを目的に、症例1と同様のアンガーマネジメントを開始した。高校の担任、養護教諭、教頭らとも連携し、精神保健福祉士らとともに対応を協議のうえ、学校側からもプログラムへの参加を促してもらうこととした。症例1と比較して、記録表の記録がうまく、怒りに関連する自動思考についても理解が進み、代替思考も挙げられていたため、認知再体制化に比較的多くの時間を費やした。また第38病日、外泊中に母と衝突したのをきっかけに、母もプログラムに参加してもらった。症例1と同様の対人関係のコミュニケーションスキルのスキルトレーニングを患者、母に施行

した。ロールプレイを繰り返し行い、医師、臨床心理士から患者あるいは母へフィードバックをした。第57病日にはプログラム修了し、徐々に衝動行為が減少し、外泊でも母との衝突がなくなったため、第72病日に退院となった。患者は「幸せは人と比較しないとわからないと思っていたが、幸せそうな人を見て自分を不幸せに思うのは楽な考え方ではないと思った」「母の話を聞き流すのではなく聞き入れることができていると思う」と話していた。通学先の高校教諭からは、忠実で友好関係が続く仲間とグループを形成することも、他の仲間に対するいじめや身体的な攻撃があることや、頻繁な虚言、破壊行為があることが報告された。退院時の診断は、集団行動型行為障害(F91.2)とした。

以降3か月間、再発なく経過し、母と同居を続け、高校へも復学した。復学にあたっては、学校内のヒエラルキーや運営方法を尊重した。そのうえで、患者の居場所として保健室を確保し、そこへ避難できる頻度や期間を明確にした。治療上を行っている取り組みや親子関係の特徴を説明し、結果よりも努力に対して賞賛を与えるよう高校教諭に指示した。退院後2週間でsodium valproate 400 mg(7日)も中止した。しかし、退院後3か月後からは通院が途絶えた。

症例1,2とも、個別に母へのガイダンスも行った。どちらも母子家庭で、「自分は育児の責任を果たさねばならない」と口癖のように話し、批判されることに敏感であった。それゆえ彼女らの視点は尊重し、指示は控え、直接養育スタイルを批判することは避けた。問題を外在化し、「一般的には～となっている」と情報を普遍化して伝えた。ガイダンスには精神科専門看護師、精神保健福祉士、臨床心理士なども同席させた。どちらの母も自らを省察する発言がみられ、スキルトレーニングにも意欲的に取り組んでいた。スキルトレーニングでは、医療者と協働し、患者の身近なロールモデルとして行動するように母に指導した。結果を非難するのではなく、プロセスを賞賛するこ

とを繰り返し行った。

なお、プライバシー保護のため、症例の細部には変更を加えてある。

考察

近年、行為障害(conduct disorder ; CD)や反抗挑戦性障害(oppositional defiant disorder ; ODD)が注目されてきている。これらはICD-10では「反復し持続する反社会的、攻撃的あるいは反抗的な行動パターンを特徴」とし、「こうした行動が、年齢相応に社会から期待されるものを大きく逸脱しているとき」のみ診断されると規定している。これまでのcommunity sampleを対象とした疫学研究の結果¹⁴⁾からは、行為障害の有病率は男児6%、女児1%程度、反抗挑戦性障害は男児4%、女児2%程度と推定されている。本邦では大規模な調査がないものの、近藤ら¹²⁾によると、全国の少年鑑別所所在者1,481名のうち56%が行為障害、10.4%が反抗挑戦性障害に該当したと報告されている。これらは、注意欠陥多動性障害(attention deficit/hyperactivity disorder ; AD/HD)からの変遷や発達障害との併存が議論になっていることもあり、医療者がかかわる機会も徐々に増えてきている。発達障害の外來患者の10~20%程度、入院患者では40%前後に、粗暴行為などの怒りに関連した問題を認めた²⁴⁾との報告もあり、発達障害の治療においてもこれらの問題のマネジメントは非常に重要である。

症例1では“人に対する攻撃性”“所有物の破損”“窃盗などの非行歴”などが1年間で明らかに3つ以上は認められており、その程度も「他人の基本的な権利または社会的規範を侵害する」程度のものであり、行為障害と診断した。男性、幼少時からの多動傾向、貧困な家族機能などの行為障害のリスクファクターも認められた。発達障害の併存があるかが重要であるが、サッカーでの「通常は暗黙に了承されている習慣に従って振る舞うことの困難」を示すエピソードや、「殺人事件やテロなどへの強い恐怖」と「妄想的な解釈とそれにとらわれ離れられなくなる思考形式」など

から、強く広汎性発達障害の併存を疑った。内山と江場²⁵⁾は、思春期のアスペルガー症候群でしばしばテロなどの時事問題に関連した強い恐怖を持つ例を経験することを指摘している。また、表情や身振りなど非言語的な表現の特異性も目立った。WISC-IIIでは動作性IQ 100と非言語的検査の成績が良かったが、患者は少なくともそれ以前にWISC-IIIを2回は受検しており、前回の動作性IQが92であったことと合わせ、学習効果の影響と考えられた。しかし、詳しい生育歴が判明せず、社会性の欠陥の有無を幼児期まで遡ることができなかつたため、広汎性発達障害の確定診断はできなかった。

症例2でも入院中に要求が通らないと壁を蹴る、自傷行為をするなど同年代の子どもに比して「拒絶的、敵対的、挑戦的な行動様式」が目立った。当院入院までは幻聴などの統合失調症の症状を訴え続け、嘘をつき、薬や他人からの注目を得ていた。ただ、入院期間中は作業療法にもほとんど参加せず、他の同年代の患者と接する機会は少なかったためか、人を攻撃する、器物を破壊するなどの逸脱行動はほとんどなかった。反抗挑戦性障害との鑑別が重要であるが、母や教師から夜間徘徊、援助交際、不登校、いじめや身体的な攻撃などが入院前にあったことが報告され、患者もこれを認めていたため「他人の権利を侵害する、より重要な反社会的あるいは攻撃的行動」があると判断し、行為障害と診断した。

行為障害は、発達障害を中心とした個体の脆弱性と虐待に代表される養育や環境の問題が相互に影響しあって発現すると考えられている。したがってその治療は、個体の持つ脆弱性に対する治療(薬物療法と認知行動療法)と養育や環境に対する働きかけ(ペアレント・トレーニングと学校や地域との連携)を、その親と子どもの実情に合わせて統合的に行うのが良いとされている⁸⁾。特に思春期以降の患者には、認知行動療法の一種であるアンガーマネジメントや問題解決訓練、学校・地域との連携が重要とされる。

症例1, 2ともに、個人療法でのアンガーマネ

ジメントが有効であった。アンガーマネジメントは、認知行動療法に基づいて怒りのコントロール能力を向上する治療プログラムである。海外では、主に小学校での二次予防プログラムとしてその効果が示されている¹⁶⁾。刑務所や鑑別所でもアンガーマネジメントは急激に普及しているようだが、犯罪者を対象とした質の高い臨床研究はほとんどない^{3, 6)}。精神障害者に関してはパーソナリティ障害やPTSD (post-traumatic stress disorder)を対象とした無作為比較試験が散見される程度である^{5, 22)}。未成年の犯罪者に関しては、Sukhodolskyらのメタ分析で健常未成年や成人に対するアンガーマネジメントと同等の効果が認められている²³⁾。これらのほとんどが集団療法である。本邦では、司法病棟⁹⁾やいくつかの病院^{11, 18)}などで、触法・処遇困難患者の有効な治療法の1つとして導入されつつあるが、個人療法の報告は見あたらない。

行為障害に対する薬物療法に関しては、risperidoneや炭酸リチウムなどの攻撃性に対する有効性が確かめられており、気分安定薬であるsodium valproate, carbamazepinも気分変動が強い症例には選択できる¹⁾。しかし、その効果は十分とはいえず、薬を飲むことが“病気”とのイメージを与えるため、続かないことも多い。また、発達障害の併存がある場合には、薬物療法のエビデンスはほとんどなく^{2, 4, 15)}、むしろその非特異的で多様な影響から適応的行動の低下や重大な副作用を招くことがあり、使用には注意が必要とされている。

症例1, 2でも薬物療法で十分な効果があった印象はなく、特に症例1に関しては広汎性発達障害の併存を考慮し、薬物療法は積極的には用いにくかった。特にこのような薬物療法が補助的な治療であるか、もしくは効果不十分な例では、個人療法のアンガーマネジメントの併用が有効であると思われた。また、集団療法のアンガーマネジメントを行っていない施設では、個人療法でのアンガーマネジメントは試みる価値がある治療の1つと思われた。

また、発達障害のアンガーマネジメントでは、行動療法に比べて認知行動療法のエビデンスは限定的であるとの意見がある^{13,21)}。認知的要素を含まない治療(リラクゼーション, セルフモニタリング, ロールプレイを用いたスキルトレーニング)がより有効であることを主張する専門家もいる^{19,20,27)}。認知再体制化のコンセプトの理解が発達障害の患者には困難であることや、これらのテクニックが煩雑であることが影響しているとされ¹⁷⁾、実際に症例2と比べると、症例1では認知療法的アプローチへの反応は乏しい印象だった。結果的にロールプレイを用いたスキルトレーニングを重点的に行ったことが、発達障害を中心とした個体の脆弱性が目立つような症例1には有効に働いた可能性がある。

症例1では母や保護監察官などと、症例2も母や高校教諭などと連携した。これら家族や学校・地域への働きかけも、行為障害の治療の1つとして重要と思われた。

結論

今回我々は、個人療法でアンガーマネジメントを施行した思春期の行為障害の2症例を通して、薬物療法が補助的な治療であるか、もしくは効果不十分な例では、個人療法のアンガーマネジメントの併用が怒りに関連した問題行動に有効である可能性を示唆した。発達障害の併存が考えられる場合は、個人療法でも行動療法に重点を置いた治療が有効であると思われた。

文献

- 1) Bassarath L : Medication strategies in childhood aggression : A review. *Can J Psychiatry* 48 : 367-373, 2003
- 2) Baumeister AA, Sevin JA, King BH : Neuroleptics. In : Reiss S, Aman MG eds. *Psychotropic Medications and Development Disabilities : The International Consensus Handbook*. Ohio State University, Columbus, OH, 1998
- 3) Beck R, Fernandez E : Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger : A meta-analysis. *Cognit Ther Res* 22 : 63-74, 1998
- 4) Brylewski J, Duggan L : Antipsychotic medication for challenging behavior in people with intellectual disability : A systematic review of randomized controlled trials. *J Intellect Disabil Res* 43 : 360-371, 1999
- 5) Chemtob CM, Novaco RW, Hamada RS, et al : Cognitive-behavioral treatment for severe anger in posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 65 : 184-189, 1997
- 6) DiGuseppi R, Tafrate RC : Anger treatments for adults : A meta-analytic review. *Clinical Psychology : Science and Practice* 10 : 70-84, 2003
- 7) 藤沼康樹, 杉本なおみ, 岡田唯男, 他 : 臨床指導医養成必携マニュアル. WAVE 出版, pp 197-236, 2005
- 8) 原田謙 : 反抗挑戦性障害と行為障害. *精神科治療学* 23(増刊号) : 209-215, 2008
- 9) 壁屋康洋 : 司法病棟とアンガー・マネジメント. *アディクションと家族* 21 : 346-352, 2005
- 10) 本田恵子 : キレやすい子の理解と対応—学校でのアンガーマネジメント・プログラム. ほんの森出版, p 53, pp 74-75, 2002
- 11) 北野進, 石川博康, 黒田治 : 精神科病棟における Anger Management プログラムの作成. *日精看会誌* 49 : 379-383, 2006
- 12) 近藤日出夫, 大橋秀夫, 淵上康幸 : 行為障害の実態について. *矯正医学* 53 : 1-11, 2004
- 13) Lennox DB, Milettenberger RG, Spengler P, et al : Decelerative treatment practices with persons who have mental retardation : A review of five years of the literature. *Am J Ment Retard* 92 : 492-501, 1988
- 14) Loeber R, Burke JD, Lahey BB, et al : Oppositional defiant and conduct disorder : A review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39 : 1468-1484, 2000
- 15) Matson JL, Bamburg JW, Mayville EA, et al : Psychopharmacology and mental retardation : A 10 years review (1990-1999). *Res Dev Disabil* 21 : 263-296, 2000
- 16) Mytton J, DiGuseppi C, Gough D, et al : School-based secondary prevention programmes for preventing violence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* : 2006 Jul 19 ; 3 : CD004606
- 17) Novaco RW, Ramm M, Black L : Anger treatment with offenders. In : Hollin C ed. *Handbook of Offender Assessment and Treatment*, John Wiley, London, 2000
- 18) 野津春枝, 安保寛明 : 青年期のパーソナリテ

ィ障害患者に対するアンガーマネジメント導入への試み—中等度精神発達遅滞の疾患名も考慮したアレンジメント. 日精看会誌 51 : 246-250, 2008

- 19) Rose J : Anger management : A group treatment program for people with mental retardation. *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 8 : 133-149, 1996
- 20) Rose J, West C : Assessment of anger in people with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* 12 : 211-244, 2000
- 21) Scotti JR, Evans IM, Meyer LH, et al : A meta-analysis of intervention research with problem behavior : Treatment validity and standards of practice. *Am J Ment Retard* 96 : 233-256, 1991
- 22) Stermac LE : Anger control treatment for forensic patients. *J Interpers Violence* 1 : 446-457, 1986
- 23) Sukhodolsky DG, Kassinove H, Gorman BS : Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents : A meta-analysis. *Aggress Violent Behav* 9 : 247-269, 2004
- 24) Taylor JL, Novaco RW : Anger Treatment for People with Developmental Disabilities. John Wiley & Sons Ltd, Chichester, pp 37-41, 2005
- 25) 内山登記夫, 江場加奈子 : 特集 アスペルガー症候群—思春期以降の対応—I アスペルガー症候群 : 思春期における症状の変容. *精神科治療学* 19 : 1085-1092, 2004
- 26) Williams E, Barlow R : Anger Control

Training, Speechmark Publishing, Oxon, 1998 (黒田治, 下里誠二, 壁屋康洋 訳 : アンガークンترلートレーニング. 星和書店, 2007)

- 27) Willner P, Jones J, Tams R, et al : A randomized controlled trial of the efficacy of a cognitive-behavioral anger management group for clients with learning disability. *J Appl Res Intellect Disabil* 15 : 224-235, 2002

Summary

Individual Cognitive-behavioral Anger Treatment for Adolescents with Conduct Disorder : Examining two cases report

SANO Itsuki^{*,**}, NAKAJIMA Kimihiro^{*}

SANO Natsumi, FURUNE Takashi

SENJO Masanori

Two adolescents with conduct disorder can successfully engage in, and benefit from an individual cognitive-behavioral anger treatment. Individual behavioral anger treatment is more effective for one adolescents with developmental disabilities.

* Goryokai Medical Corporation Psychiatry, Sapporo, Japan

** Mie Prefectural Mental Medical Center

MEDICAL BOOK INFORMATION

医学書院

医療現場の暴力と攻撃性に向き合う 考え方から対処まで

Violence and Aggression in the Workplace
A Practical Guide for All Healthcare Staff

著 Paul Linsley

監訳 池田明子・出口禎子

●A5 頁256 2010年

定価2,730円(本体2,600円+税5%)

[ISBN978-4-260-00811-2]

これまでほとんど正面から語られてこなかった暴力の問題。本書では、暴力や攻撃性に関する理論的な説明をもとに、対策のための具体的なポイントを幅広く紹介する。暴力問題に関連する理論や定義に加え、病院内でのマネジメント上の注意点や、いち早く対策が進んだ英国での取り組みなども紹介。「どう取り組んだらいいのか?」を知るために最適な1冊。