

特集 認知行動療法と社会との接点

統合的外来薬物依存治療プログラム—— Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP) の試み——

小林 桜児

薬物依存症は、司法と医療の狭間で議論されることの多い臨床領域であるが、世界的には刑罰ではなく、継続的かつ包括的に医療を提供することで違法薬物の依存症に対処する政策が主流となっている。これまで薬物依存症の治療といえば中毒性精神病に対する解毒に終始しがちであったわが国においても、米国で開発された心理社会的外来治療プログラムの一つ、マトリックス・モデルに準拠した治療プログラムが近年普及しつつある。動機づけと治療継続性を重視した Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP) もその一つであり、未だ小規模ながら、薬物依存症の外来通院患者を対象として、外来治療からの脱落を防ぐ効果が認められている。

〈索引用語：薬物依存，外来，集団療法，動機づけ，治療継続性〉

1. はじめに

薬物依存症は、その使用物質が違法薬物の場合、精神症状そのものが同時に刑法の構成要件に該当してしまうという、ある意味で不思議な精神障害である。同類の精神障害は、ICD-10の目次を眺めてみても、病的放火、病的窃盗、そして一部の病的賭博や性嗜好障害などしかない。

しかし精神医療の歴史を振り返ってみれば、刑罰の対象となった精神障害は依存症や一部の衝動的な行動障害にとどまらないことは周知の事実である。16～17世紀の西欧社会では、今日ではおそらく統合失調症や双極性障害と診断されたであろう精神病患者の一部がその言動によって魔女狩りの対象となり、裁判にかけられて火刑に処せられていた¹⁵⁾。18世紀になっても、精神病患者は犯罪者と同じ施設に收容され、医師による治療ではなく、監督官によって威嚇されたり、水中に投げ込まれたり、回転椅子に乗せられたりといった処置を受けていた。

さすがに21世紀の精神科医であれば、「悪霊に

取り憑かれている」と訴える統合失調症の患者を魔女であるとカトリック教会に告発することはないだろうが、同じ21世紀の精神科医が、「覚せい剤を使ってしまった」と訴える薬物依存症の患者を犯罪者であると警察に通報することは決してありえないことではない。さすがに21世紀の精神科医であれば、統合失調症の患者を一般の刑事犯たちと同じ施設に收容すべきであると主張することはないだろうが、同じ21世紀の精神科医が、大麻を使用した依存症患者は医療を提供するより、警察に通報するべきである、と主張することは決してありえないことではない。

誤解のないようにあらかじめ断っておくが、筆者は「違法薬物を合法化すべきである」と主張しているのではない。本稿のテーマは薬物依存症患者に対する治療プログラムであるが、その内容について論じる前提として、そもそも薬物依存症患者に対してなぜ治療プログラムが必要なのかを讀者に理解していただかなければならない。そして、その理解の際にしばしば躓きの石となる「医療と

司法の二面性」について前もって問題点を整理しておくことは、薬物依存症の臨床を論じる上で避けて通れない道なのである。

2. 薬物依存症患者になぜ医療が必要なのか

世界の大多数の国で、覚せい剤や大麻などの依存性薬物は法的に規制され、その使用は司法による取り締まりの対象とされている。一方で、違法薬物の使用を伴う薬物依存症は、ICD-10やDSM-IV-TRといった国際的な診断基準において統合失調症や双極性障害などと並ぶ精神障害の一つとして明記されており、各国で医療の対象ともなっている。わが国でも、基本的に治療中の依存症患者による違法薬物使用に関して、医療者が警察に通報する義務はない⁹⁾。この一見矛盾した司法と医療の関係は、諸外国ではどのように扱われているのであろうか。

まず日本よりはるかに薬物問題が深刻な米国の取り組みを確認してみよう。国立薬物乱用研究所(NIDA)がインターネット上で公開している薬物依存症治療ガイド¹⁶⁾では、さまざまな治療プログラムが紹介されている。NIDAによれば、薬物依存症患者を逮捕して刑務所に入れれば一人当たりの費用が年間24,000ドルかかるところが、治療プログラムを提供するなら年間4,700ドルと5分の1で済むという。NIDAがエビデンスに基づく薬物依存症治療プログラムの一つとして紹介しているマトリックス・モデルにおいても、尿検査結果で違法薬物が陽性となった場合、警察への通報は一切行っていない。むしろ再使用してしまったことを病状の悪化ととらえ、患者と共に積極的に再発防止プランを改訂する作業を行うことがカウンセラーの仕事とされている。

米国では援助者側が積極的に治療へと薬物依存症患者を誘導しているだけではない。本来、刑罰を与える側の司法の世界でも、「ダイバージョン」と呼ばれる脱刑事罰化が進行しつつある¹⁷⁾。違法薬物の使用で逮捕された者は、ドラッグ・コート(薬物裁判所)に送られ、そこで多職種チームによる病状の評価と援助計画の作成が行われる。そ

の結果、刑務所に収容して刑罰を与えるのではなく、定期的に裁判所に尿検査結果を提出する義務を負わせた上で地域の治療プログラムに通所させるといった対応がすべての州で行われている。具体的な成果としては、ドラッグ・コートは薬物事犯での再逮捕率を旧来の司法対応と比較して10~30%減少させ、それに伴って対象者一人当たり1,000~15,000ドルの利益を社会にもたらしたという²²⁾。

米国よりもさらに脱刑事罰化を進めた国がポルトガルである²⁾。薬物乱用問題が深刻化していた状況に対してポルトガルでは、2001年7月1日をもって新たに法律を制定し、全国的にコカインやヘロインなど、すべての薬物を脱刑事罰化した。「脱刑事罰化」の意味は、「合法化」ではない。所持や使用は「違法」だが刑事罰の対象ではなくなり、新設された「薬物依存対策委員会」が違反者の病状に応じて行政罰の内容を判定する。依存症の域に達していない単回使用者に対しては、罰金刑が科せられるか、特に軽微な違反の場合は警告のみが発せられる。前歴のある依存症レベルの違反者の場合、治療プログラムに参加すれば他の行政罰が免除される。重症な依存症患者の場合は、各種市民権の制限や委員会への定期的な病状報告などの義務も科せられる。薬物の売買は、従来どおり懲役を含めた刑事罰の対象とされている。

薬物依存症に関する正確な知識を学ぶ機会が極めて乏しい日本では、精神医療の従事者の間でさえも、世界の趨勢とは正反対に、違法薬物の使用者に対して厳罰化が公然と唱えられることは稀ではない。必ずしも厳罰化が違法薬物の乱用を減少させ、脱刑事罰化が乱用を増加させるとは限らないことは、ポルトガルにおける全国規模の社会実験結果を見てみれば一目瞭然である。

たとえばポルトガルの脱刑事罰化後4年間(2001~2005年)のEU圏内一般人口における大麻乱用率を国別に比較してみると、刑事罰を科しているデンマーク、イギリス、フランスが20~30%台と上位3カ国を占め、脱刑事罰化した唯一の国であるポルトガルは10%未満と調査

対象全14カ国中最下位であった。同様に、同時期の一般人口におけるコカイン乱用率も、イギリス、エストニア、イタリアが4～6%と上位3カ国を占め、脱刑事罰化後のポルトガルは0.9%で22カ国中17位であった²⁾。

ポルトガルにおいて違法薬物の所持・使用が脱刑事罰化されても、国民の薬物乱用状況が悪化しなかった一番の理由は、懲役や社会的制裁・烙印を恐れて依存症患者が身を隠す必要がなくなり、積極的に依存症の治療プログラムを受けるようになったからである。さらに国全体として、それまで取り締まりと刑事罰の執行のために費やしてきた莫大な予算の多くを、今度ははるかに安上がりで再乱用予防効果の高い治療プログラムの開発と普及に振り分けることが可能となったことも、脱刑事罰化の成果と言えよう。

以上のように、日本より薬物乱用問題が深刻な諸外国では、薬物依存症患者に対する司法と医療の役割は明確である。司法の本来の役割は、組織犯罪を取り締まることによって乱用薬物の供給を減らすことにあり、末端の薬物依存症患者に対しては、その強制力によって医療へとつなげる役割が期待されている。一方、医療者の役割は薬物依存症患者を警察に引き渡す「取り締まり業務」ではなく、薬物依存症という精神障害に罹患している者に対して有効な治療を開発・提供することによって、乱用薬物の需要を減らすことにある。

3. 依存症治療論のパラダイムシフト

依存症患者に対する治療論は、ここ半世紀の間、大きな変遷を遂げてきた。まず1940年代の米国の精神分析医 H. Tiebout は、人格が自己愛的で未熟かつ防衛的であるアルコール依存症患者に対して、依存症である事実を突きつけ、防衛の殻を打ち破る「直面化」が有効であると論じた¹²⁾。Tiebout の直面化理論は学会や自助グループを通じて広まり、やがて1950～1960年代にかけて Hazelden を始めとする米国の主要な依存症治療施設にも取り入れられるようになった。1970年代に入ると直面化の有効性について多数の臨床研

究が行われるようになったが、驚くべきことに、直面化が依存症の治療において有効であるとする実証的な研究成果はついに現れることがなかったのである¹²⁾。

1980年代に入って、ようやく直面化に代わる依存症治療理論が提唱されるようになった。その一つが Prochaska と DiClemente による変化の多理論統合モデルであり、彼らは依存症患者の治療に対する動機づけは直面化によって一挙に高まるのではなく、前熟慮期から熟慮期、準備・決断期、実行期、そして維持期へと患者自身の心の迷いを通して徐々に深まっていくこと、したがって患者の迷いのレベルに応じた対応を援助者側も行っていくことが重要であると論じた¹³⁾。

Miller と Rollnick による動機づけ面接法¹³⁾は、Prochaska と DiClemente の理論に影響を受けた治療技法である。それは未だ動機づけの浅い依存症患者に対して支持的、共感的に接しつつ、物質乱用が患者にもたらす良い面と悪い面の矛盾を拡大していく対話を通して患者の迷いの度合いを高め、結果的に動機づけのレベルを上げていくことを目指す。性急に断酒・断薬を求めないことも動機づけ面接法の特徴であり、多数の臨床研究によってその有効性が確認され、今日ではエビデンスに基づく依存症の治療法として海外で幅広く用いられている¹⁾。

動機づけ面接法が、動機づけの段階で言えば熟慮期や準備・決断期に適した治療法であるのに対して、Marlatt の再発予防論⁷⁾は、すでに治療に対する動機づけが十分に形成されている実行期以降の患者に適した治療法である。それはアルコール・薬物の乱用再発につながるさまざまな要因を同定し、生活の構造化や対処行動の習得など、認知行動療法的な技法を通じて、患者が完全な再発状態に陥らないように支援していく。Marlatt によれば、たった一度の再使用に本人や周囲が過剰に反応することで、結果的に本人の罪悪感や羞恥心を高め、かえって連続使用へと至ってしまうことを問題視し、あらかじめ再発予防プランを立てておくことが重要であるという。

依存症患者の行動変化に関する多理論統合モデル、動機づけ面接法、再発予防論はいずれも今日の依存臨床の理論的根幹を成すものである。それは、依存症患者の否認や病識欠如、度重なる治療からの脱落と再発などの責任を患者側に押しつけるのではなく、むしろ患者の動機づけを評価し、動機づけの段階に最も適した治療法を開発・提供してこなかった援助者側の問題として依存症の治療をとらえ直す、という点で1980年代以降の世界の依存臨床を劇的に変えることとなった。

4. マトリックス・モデル

マトリックス・モデルは、ロサンゼルスにあるUCLAの付属研究機関で1980年代に開発された依存症治療プログラムである¹⁸⁾。当時、米国西海岸ではコカインが大流行しており、従来のアルコールやヘロイン依存症患者を対象とした3か月の入院治療プログラムをコカイン依存症患者に提供しても、短期間で次々と脱落してしまうことが問題となっていた。その主たる原因は、乱用薬物の薬理特性にある。

中枢神経抑制薬であるアルコールやヘロインの場合、重篤な身体合併症や、激しい交感神経興奮状態を伴う離脱症状を呈することが多く、患者は入院後、しばらくは身体面での回復に時間が必要なため、必然的に数カ月に及ぶ入院期間の継続が可能なが多い。しかし中枢神経刺激薬であるコカインや覚せい剤の依存症では、そのような重篤な合併症や離脱症状を伴うことがほとんどないため、入院後早期に全身状態が改善してしまい、もともと入院継続の動機が薄い患者は直面化をスタッフから受けると、次々と中途退院してしまったのである。

早期脱落者を出さない、という観点から開発された治療プログラムがマトリックス・モデルであり、治療場面を入院から外来に移し、治療継続性を重視して直面化ではなく、支持的、受容的な内容になっている。マトリックス・モデルでは、認知行動療法や依存症の生物学的研究成果を取り込んだワークブックを使用し、カウンセラーがコー

チ役となって、10人前後のグループを対象に疾患教育や再発予防のための対処行動トレーニングを行っていく。自助グループ（アルコールクス・アノニマス）への参加も、日常生活のスケジュール化という観点から積極的に推奨される。

カウンセラーはグループの雰囲気が支持的、受容的となるよう配慮し、毎回の尿検査もあくまで治療状況の把握に利用するだけである。結果が陽性であっても警察に通報することはなく、むしろ重要な治療的介入の機会をとらえて、再乱用を防げなかったそれまでの再発予防プランを患者と一緒に練り直すことを行う。マトリックス・モデルの標準的なプログラムは日中就労している人も参加しやすいように夜間行われ、1クールは週3回、計16週間行われる。ただし16週間のプログラムを修了後も、突然治療の濃度が低下してしまわないように、患者は週1回の「社会支援グループ」という非構造的なグループセッションに参加しつづけることが可能となっている。

5. セリがや覚せい剤再発予防プログラム (SMARPP)

マトリックス・モデルは中枢神経刺激薬の依存症に対応して開発された治療プログラムであるという点で、覚せい剤が主たる乱用薬物であるわが国の依存臨床現場でも参考になる点が多く、2001年以降、積極的に導入されつつある³⁾。当初は森田¹⁴⁾による薬物依存症患者を対象とした施設（ダルク）の入寮者を対象とした研究や、松本⁸⁾による心神喪失者等医療観察法（以下、医観法）指定入院医療機関における入院患者を対象としたプログラムなど、施設内での実施が中心であった。それらの先行研究の成果を取り入れつつ、マトリックス・モデルと同じく外来で実施される治療プログラムとして、覚せい剤依存症患者を対象として神奈川県立精神医療センターセリがや病院で開発されたものが、「セリがや覚せい剤再発予防プログラム Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP)」である。

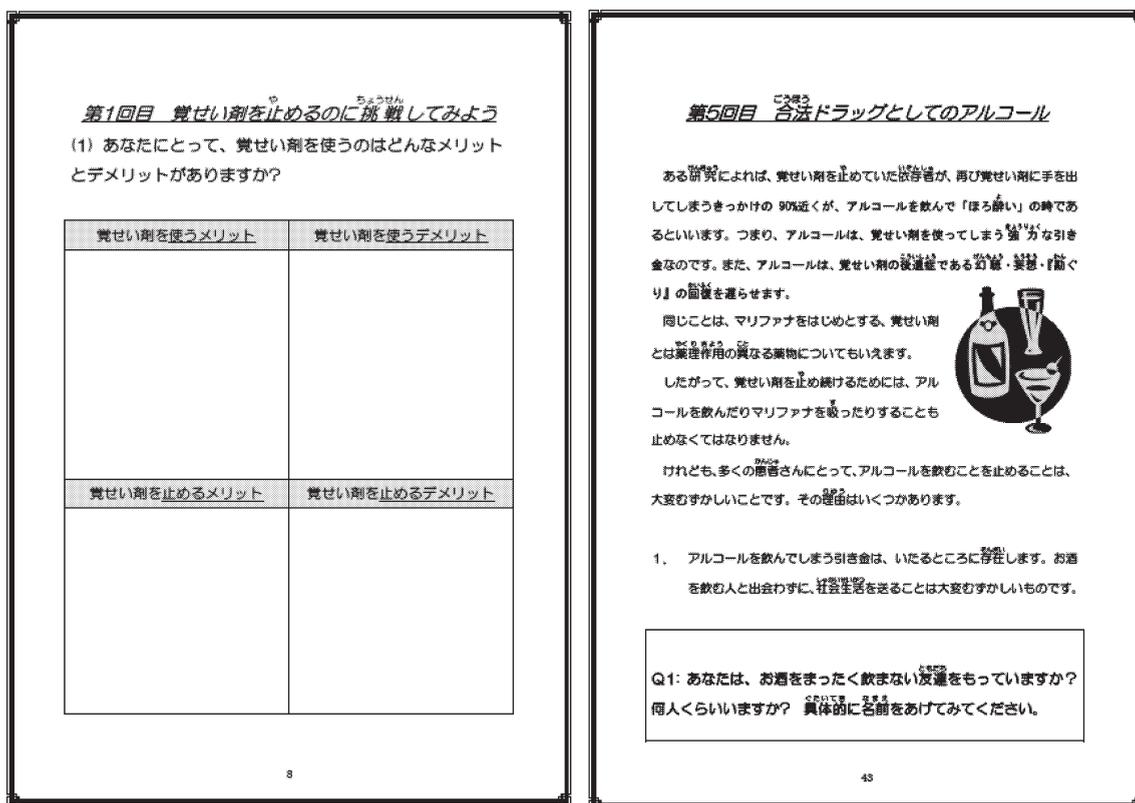


図1 SMARPPワークブックのサンプル

SMARPPでは独自にワークブック(図1)を作成し、第1期(2006年11月から2007年3月)⁴⁾では4名に対して週3回のセッションを計8週間、第2期(2007年11月から2008年10月)⁵⁾では11名に対して週1回のセッションを計12週間提供した。参加した患者のセッション実施期間中における外来治療継続率は第1期で100%、第2期では55%(4回以上セッションに参加した患者では85.7%)であった。これは、従来のせりがや病院における覚せい剤依存症患者の初診後3ヶ月時点での外来治療継続率が3割台にとどまっていた⁶⁾ことと比較すれば、わが国の薬物依存症患者に対してもワークブックに基づく外来集団治療プログラムが有効である可能性を示唆する結果と考えられる。

その後は、東京都立多摩総合精神保健福祉セン

ター、埼玉県立精神医療センター、肥前精神医療センターの外来でも同様のプログラムが実施されるようになってきている。国立精神・神経医療研究センター病院においても、薬物依存症患者を対象に2010年1月より週1回、計16週からなる外来治療プログラムSMARPP-16を実施しており、7名を対象に実施した第1クールは、セッション期間中の外来治療継続率100%と良好な結果を残している。

わが国の精神科医療・行政機関で実施されているマトリックス・モデルに準じた依存症治療プログラムの場合、いずれもスタッフの勤務上の制約から平日日中に提供されていることや、交通アクセスが悪いなどの条件のため、就労中の患者は参加しづらいという傾向が共通してみられている。結果的に現状のプログラムは、家族や生活保護の

援助を受けつつ、日中居場所がない薬物依存症患者に対するダイケア的な機能を果たしているとも言える。今後は、就労中の患者に対するアプローチとして、外来診察場面での個人セッションにワークブックを用いることも検討していくべきであろう。

6. これからの薬物依存症治療

マトリックス・モデルの特徴の一つは、治療を提供している間は患者の脱落率が従来の治療法より低い、治療が終了してしまうと、それ以降の脱落率は従来の治療法と差がなくなってしまうという点であり²⁰⁾、これは上述した SMARPP やドラッグ・コート (薬物裁判所) 制度²²⁾においても共通している。患者にいくら医療を提供しても、治療をやめると悪化してしまう、つまり治療効果が持続しないのであれば、そもそも医療を提供すること自体が無駄なのであろうか。

たとえば高血圧や糖尿病の患者に対して、降圧剤や血糖降下薬の投与や減塩・カロリー制限食を提供することはごく一般的に行われているが、通常は薬物療法や食事療法をやめてしまえば血圧や血糖は再び上昇してしまう。しかしだからといって高血圧や糖尿病に対して治療を提供することの有効性は誰もが否定しないであろう。急性虫垂炎は、一度入院して手術を受ければ、それ以降、治療を継続しなくても完治してしまう疾患だが、高血圧や糖尿病の場合、治療効果は持続せず、治療を提供しつづけないければ、すぐに病状が悪化してしまう。なぜならそれは急性疾患ではなく、慢性疾患だからである。

2000年に MacLellanらは米国医師会誌 (JAMA) に論文を発表し、アルコール・薬物依存症の再発率や治療に対するアドヒアランスのデータは、実は高血圧や糖尿病とよく似た傾向を示しており、依存症の治療結果も他の慢性身体疾患と同様に解釈すべきであると主張した¹¹⁾。つまり治療をやめると依存症患者が再発してしまうのは、治療が有効でないからなのではなく、依存症が慢性疾患だからなのである。高血圧や糖尿

病に対しては、単に薬物療法を提供するだけでなく、食事・運動療法などの他の治療法と組み合わせ、多面的かつ継続的な治療が提供されているのと同様に、アルコール・薬物依存症もまた、薬物療法だけでなく、心理社会的な治療プログラムや福祉・司法・教育など各方面での援助も包括的に組み合わせ提供しなければ治療効果を上げていくことはできない。

依存症の治療を受けることを条件に、住居や職業訓練など社会復帰に役立つサービスを包括的に提供する「随伴性マネージメントとコミュニティ強化法」¹⁾や、一律に断酒・断薬を押しつけるのではなく、患者の病態や動機づけのレベルに合わせて柔軟に治療プログラムを組み替えていく「ハームリダクション精神療法」²¹⁾、「適応的継続ケア」¹⁰⁾など、欧米で盛んに研究が進んでいる21世紀の依存症治療論はこれまで以上に包括的、継続的、受容的色彩を強めている。1970年代までの依存症治療論が、援助者側の価値基準に患者を当てはめて、入り口の段階で断酒・断薬に応じなければ患者を治療の枠組みそのものから排除していく exclusive な治療モデルであったと表現するならば、21世紀の依存症治療論は、援助者側が患者一人一人の価値観を尊重し、援助者の方が治療の枠組みを患者の個別性に合わせて、一人でも多くの患者を治療に導き入れ、脱落者を減らそうとする inclusive な治療モデルであると言ってよいであろう。

翻ってわが国の現状に目を転じ、「薬物中毒者は極刑に処すべきだ」などといった16世紀の魔女狩りさながらのインターネット上のコメントや、未だに「警察に薬物依存症患者を通報すべきか否か」という問題が議論されている精神医療の現場に遭遇すると、薬物依存症の臨床に従事する者として、一般市民や医療従事者に対する正確かつ最新の専門知識の伝達共有が不十分な状況を反省せざるを得ない。カッターナイフで他者を傷つける行為は傷害罪に問われて当然であるが、生きづらさに対処するために自分の手首を習慣的に傷つける行為はメンタルヘルスの問題である。違法薬

物を他者に売却する行為を刑事罰の対象とすることは世界中で一致した政策であるが、過酷な生育歴や併存精神障害を高率に抱え、しばしば生き延びるために、自己治療的に薬物を使用する依存症患者の行為は、精神障害者の回復に従事している行政職や医療職にとって、メンタルヘルスの問題ではないのだろうか。

文 献

- 1) Emmelkamp, E.M.G., Vedel, E.: Evidence-based Treatment for Alcohol and Drug Abuse. Routledge, New York, 2006 (小林桜児, 松本俊彦訳; アルコール・薬物依存治療ガイド, 金剛出版, 東京, 2010)
- 2) Greenwald, G.: Drug Decriminalization in Portugal. Cato Institute, Washington D.C., 2009
- 3) 小林桜児: 薬物依存治療の新たな展開. 精神科治療学, 25 (5); 645-650, 2010
- 4) 小林桜児, 松本俊彦, 大槻正樹ほか: 覚せい剤依存患者に対する外来再発予防プログラムの開発—Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP) —. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 42 (5); 507-521, 2007
- 5) 小林桜児, 松本俊彦, 上條敦史ほか: 薬物依存症専門病院受診者に対する認知行動療法の開発と普及に関する研究. 平成 19~21 年度厚生労働省精神神経疾患委託費「薬物依存症および中毒性精神病に対する治療法の開発・普及と診療の普及に関する研究」研究報告書. p. 89-103, 2010
- 6) Kobayashi, O., Matsumoto, T., Otsuki, M., et al.: Profiles associated with treatment retention in Japanese patients with methamphetamine use disorder: Preliminary study. Psych Clin Neurosci, 62; 526-532, 2008
- 7) Marlatt, G.A., Gordon, J.R. (eds). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. Guilford, New York, 1985
- 8) 松本俊彦, 今村扶美, 吉澤雅弘ほか: 物質使用障害を併発した触法精神病例の薬物療法・心理社会治療. 臨床精神薬理, 10 (5); 751-758, 2007
- 9) 松本俊彦: 薬物依存臨床における司法的問題への対応. こころのりんしょう a la carte, 29 (1); 113-119, 2010
- 10) McKay, J.R.: Treating Substance Use Disorders with Adaptive Continuing Care. American Psychological Association, Washington, D.C., 2009
- 11) McLellan, A.T., Lewis, D.C., O'Brien, C.P., et al.: Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcome evaluation. JAMA, 284; 1689-1695, 2000
- 12) Miller, W.R., White, W.: Confrontation in Addiction Treatment. Counselor, 2007 (<http://www.counselormagazine.com/columns-mainmenu-55/27-treatment-strategies-or-protocols/608-confrontation-in-addiction-treatment>)
- 13) Miller, W.R., Rollnick, S.: Motivational Interviewing: Preparing People for Change, 2nd ed. Guilford, New York, 2002 (松島義博, 後藤 恵訳: 動機づけ面接法—基礎・実践編, 星和書店, 東京, 2007)
- 14) 森田展彰: 認知行動療法—本邦においてアルコール・薬物依存症者に認知行動療法を導入する上での有効性と問題点—DARC におけるプログラム施行経験からの考察. 日本アルコール関連問題学会雑誌, 7; 35-40, 2005
- 15) 中井久夫: 西欧精神医学背景史. みすず書房, 東京, 1999
- 16) National Institute on Drug Abuse (NIDA): Principles of Drug Addiction Treatment, 2nd ed. 2009 (<http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODATIndex.html>)
- 17) National Institute on Drug Abuse (NIDA): Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations. 2006 (http://www.drugabuse.gov/PODAT_cj/)
- 18) Obert, J.L., McCann, M.J., Marinelli-Casey, P., et al.: The matrix model of outpatient stimulant abuse treatment: history and description. J Psychoactive Drugs, 32; 157-164, 2000
- 19) Prochaska, J.O., DiClemente, C.C.: Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 19; 276-288, 1982
- 20) Rawson, R.A., Marinelli-Casey, P., Anglin, M. D., et al.: A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. Addiction, 99; 708-717, 2004
- 21) Tartarsky, A.: Harm Reduction Psychotherapy: A New Treatment for Drug and Alcohol Problems. Jason Aronson Inc., New York, 2007

22) United States Government Accountability Office: Report to Congressional Committees—Adult Drug Courts. 2005 (<http://www.gao.gov/new.items/d05219.pdf>)

Treating Drug Dependent Patients through Outpatient Group Therapy—Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP)

Ohji KOBAYASHI

National Center Hospital of Neurology and Psychiatry

Drug addiction in Japan is a field of clinical psychiatry that occasionally poses questions concerning legal status of the patients abusing illicit drugs. In other countries, continuing care perspective and harm reduction policy is gradually becoming the main current of the addiction psychiatry. There are several clinical projects in Japanese psychiatric hospitals and public health centers attempting to motivate and treat drug dependent patients through outpatient group therapy. SMARPP is one of such projects with promising results concerning the efficacy on treatment retention.

<Author's abstract>

<**Key words**: drug addiction, outpatient, group therapy, motivation, treatment retention>