第105回日本精神神経学会総会

シンポジウム

精神作用物質使用障害の心理社会的治療： 再乱用防止のための認知行動療法を中心に

松本 俊彦¹⁾, 小林 桜児^{1,2)}

1) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部,

2) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院精神科

I. 「取り締まり」ではなく「治療」を ——外来薬物依存プログラムの必要性

わが国は、覚せい剤（メタンフェタミン methamphetamine）の乱用問題が、第二次世界大戦後から50年あまりもの長きにわたって続いているという、国際的に見ても稀有な国である。それにもかかわらず、わが国の多くの精神科医療関係者にとって、薬物関連精神障害の臨床とは、幻覚や妄想といった中毒性精神病の治療でしかなく、薬物関連精神障害の根本的問題である依存症——「薬物を使わないではいられない」という使用コントロールの喪失——は、単なる「犯罪」とされている。「依存症は医療ではなく司法で」、あるいは「治療ではなく取り締まりを」と考える者も少なくない。

そうした見解を反映してか、わが国には、薬物依存症の治療を引き受ける医療機関が極めて少ないのが現状である。しかも、その数少ない医療機関でも、常に薬物依存症の治療プログラムがあるとはかぎらない。仮に入院治療プログラムがあったとしても、外来治療プログラムを持つ施設は極めてまれであり、入院治療プログラムによる介入効果の維持が難しい。いかに優れた入院治療を提供したとしても、それだけでは地域生活におけるクリーン（薬物を使っていない状態）は約束されない。

なかには、「いや、外来治療プログラムをやっ

ている病院がある」と主張する精神科医療機関があるかもしれない。しかし、そのような施設でさえも、アルコール依存症の外来治療プログラムで代用し、たとえば、通院治療のなかで薬物依存症患者が「また覚せい剤を使ってしまいました」と告白した場合には、警察に自首することを提案するといった、いわば「本人の根性だけが頼みの綱」といった治療を行っていたりする。これでは、再使用した依存者は、司法的対応を危惧して外来治療を中断し、結果的に「再使用」という絶好の介入のチャンスを治療に生かすことができない。

外来治療プログラムの代用として、薬物依存症患者をN.A. (Narcotics Anonymous) やダルク (Drug Addiction Rehabilitation Center; DARC) につなげる方法もある。だが、ダルクにつなぐだけでは問題解決にならない。近年では、統合失調症や気分障害、あるいは摂食障害や外傷後ストレス障害を併存する、医療的支援を要する薬物依存症患者が安易にダルクに丸投げされ、その結果、当事者スタッフの疲弊を招いている現実もある。また、「ハイヤー・パワー」や「神」といった宗教的な表現が多い12ステッププログラムに抵抗感を抱いて、N.A. やダルクを利用しながらない薬物依存症患者もいる。こうした者に対して、精神科医療者が、「まだ底をついていない」「否認が強い」と判断し、援助から切り捨ててしまう事態もある²⁾。本来であれば、地域に12ス

テップ以外の治療プログラムがあつてしかるべきだが、現状では、薬物依存症患者の多様なニーズに答える選択肢がない。

II. 海外では薬物依存症治療はどのように行われているのか？

これまで、わが国の依存症臨床は、一つの迷信にとらわれていた。それは、薬物依存症からの回復には「底つき体験」——薬物使用の結果として「どん底」を味わい、「このままの自分ではもうダメだ」と痛感すること——が必要である、という迷信である²⁾。しかし、現実には、「底つき体験」とは決して人生で唯一の転回点などではなく、治療や援助を受けるようになってからも「再発」という形で何度も訪れる。つまり、回復プロセスとは、あたかも「三步進んで二歩下がる」ように、あるいは「らせん階段を上がる」ように、再発を繰り返しながら進むものと理解すべきである。

その意味では、海外において、薬物依存症は糖尿病や高血圧と同じ「慢性疾患」として認識されているのは妥当である。実証的研究によれば、入院治療を受けた薬物依存症患者の75%は退院後1年以内に再発し、8年間に少なくとも3~4回は再治療を受ける必要があるという。このエビデンスは、依存症とは寛解と増悪を繰り返す疾患、すなわち慢性疾患であることを意味している⁷⁾。

それでは、「慢性疾患」として薬物依存症からの回復には、どのような治療が求められているか。海外には薬物依存症に関する多くの臨床研究が存在し、米国薬物乱用研究所(National Institute on Drug Abuse; NIDA)は、そうした知見に基づく治療指針を『薬物依存症治療の原則』として掲げている⁶⁾。以下にその治療指針の一部を紹介する。

1. 長く継続すること

薬物依存症の治療においてまず重要なことは、治療の継続性である。この場合の治療とは、入院ではなくあくまでも地域内で行われる外来治療を意味する。そして、薬物使用の有無にかかわらず、

できるだけ長く治療を継続していることが良好な転帰に影響する。さらに良好な治療転帰は、治療プログラムの質の高さよりも、それが実施された期間の長さに関係する。たとえば、博士水準の臨床心理学者が良質な治療プログラムを数回提供するよりも、学士水準の援助者が十数回プログラムを提供した方が有効である⁷⁾。

2. 頻繁に実施すること

続いて重要なのは、できるだけ頻繁に実施することである。実証的研究によれば、週1回だけ実施される治療プログラムでは全く治療しない場合と比べて有意な改善が見られず、有意な改善を得るには、週2回以上、理想的には週4回の実施が必要であるという⁷⁾。現在、米国政府は、薬物依存症の外来治療プログラムを提供する民間施設に対して助成金を提供しているが、その際の助成を受けるにあたっては、「週3回以上のプログラム実施」を条件の一つとしており、週3回未満の実施頻度では外来治療プログラムと見なされない。

3. 否認や抵抗と闘わないこと

最後に大切なのは、治療意欲が不十分であったとしても介入することである。従来わが国では、「依存症者本人の主体的な意欲がなければ治療の効果は得られない」といわれてきた。しかし、米国では、1990年代より裁判所が、規制薬物事犯者に対して刑務所服役の代わりに治療命令を出し、1年半程度の一定期間後にその治療状況が良好であれば無罪判決を出す、という制度(ドラッグコート)が行われている⁵⁾。この制度による外来治療は、強制的なものであるが、その治療を受けた薬物依存症者の転帰は、刑務所服役者よりも良好であるだけでなく、自主的に治療に参加している者と同水準であった。また、裁判所命令とは異なるが、商品券などの報酬を利用して治療への参加意欲を高める方法も良好な転帰につながる。いずれの場合にも、依存症者本人の否認や抵抗と対決せずに、彼らが必ず持っている「治療を受けたい気持ち」と「受けたくない気持ち」という両価的感

情を支持するスタンスで向き合う方が最終的に転帰はよいとされている⁴⁾。

今日、米国には、こうした治療指針を満たす多数の外来治療プログラムが存在し、薬物依存症者は自らのニーズに従った選択ができる。それに比べると、わが国の薬物依存臨床の実情ははなはだしく遅れているといわざるを得ない。

III. Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP) の開発

こうした現状を打開すべく、まず我々は、神奈川県立精神医療センターせりがや病院（以下、せりがや病院）において、ある治療プログラムを試みた。それが、せりがや覚せい剤依存再発防止プログラム (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program ; SMARPP)¹⁾ である。

このプログラムを行う際に我々が参考にしたのは、米国西海岸を中心に広く実施されている依存症治療プログラムである Matrix model³⁾ であった。Matrix model とは、ロサンゼルスにある Matrix Institute が開発した、覚せい剤などの中枢刺激薬依存を中心的な標的とする統合的外来治療プログラムであり、西海岸では多くのドラッグコートが、これを外来治療プログラムとして継続している。その骨子は、NIDA の治療指針に準拠しており、具体的には以下のような内容である。

- (1)最低 16 週におよぶ週 3 回外来通院
- (2)ワークブックとマニュアルに依拠した認知行動療法
- (3)治療的活用で使用目的を限定した、週 1 回プログラムに実施される尿検査によるモニタリング

我々がマトリックス・モデルを参考にしたのには、2つの理由があった。一つは、それが、認知行動療法的志向性を持つワークブックを用い、マニュアルに準拠した治療モデルであるという点である。薬物依存症の臨床経験をもつ者が少ないわが国でも導入できる可能性が高いと考えた。もう一つは、Matrix model が中枢刺激薬依存を念頭に置いた外来治療法という点である。わが国の薬

物依存臨床において最も重要な課題となっており、かつ、その数も多いのは、中枢刺激薬である覚せい剤だからである。

我々が開発した SMARPP の場合、プログラム実施期間こそ 8 週間全 21 回と短期間であったが、他のコンポーネントは原則として Matrix model と同じ構造を採用した。具体的には、週 3 回の外来通院（うち 2 回は認知行動療法を実施し、残り 1 回は A.A. スタイルの「いい放し・聴き放し」のミーティングを行った）と週 1 回の尿検査の実施を基本とし、動機付け面接の原則に沿った支持的な介入を大切にするように心がけた。これは、「厳しい愛 (Tough Love)」の名のもとに直面化を多用する、従来のアディクション臨床の原則と全く正反対の試みであったといえる。また、セッションを無断欠席した参加者には、あらかじめ聞いておいた携帯電話に連絡し、「次回の参加を待っている」というメッセージを入れるようにした。これも、従来の「去る者は追わず」というアディクション臨床の原則と異なる対応であった。さらに我々は、薬物を使わないことよりも治療を続けていることを支持し、治療の継続率を高めるために、毎回、コーヒーと菓子を用意し、和やかで気楽な雰囲気をつ心がけた。

我々が独自に作成したワークブックでは、覚せい剤依存のメカニズムや心身への弊害といった教育的内容に加え、「自分のトリガー（薬物渴望の引き金となるもの）を同定し、渴望に対する対処行動を身につける」という具体的な対処スキルの修得に重点が置かれている。その他にも、「アルコール、セックス、やせ願望や食行動異常が、覚せい剤渴望とどのように関係しているか」、「薬物依存者は、どのように言い訳をし、どのようにして再使用を正当化するか」、あるいは「信頼や正直さと回復との関係」といったように、クリーンを保つうえで有益と思われるトピックを数多く取り上げた (図 1)。また、週 3 回のうち 1 回のセッションの終わりに抜き打ちで実施する尿検査結果については、家族にも伝えないだけでなく、診療録にも記載せず、あくまでも秘密を守り、検査

目次

- 第1回目 覚せい剤を止めるのに挑戦してみよう・・・8
- 第2回目 引き金と渴望・・・13
- 第3回目 覚せい剤を使う道具とお別れしよう・・・23
覚せい剤依存からの回復段階・・・27
- 第4回目 新しい生活のスケジュールを立ててみよう・・・30
- 第5回目 合法ドラッグとしてのアルコール・・・37
マリファナはタバコより安全？・・・43
- 第6回目 引き金—考え—渴望—使用・・・46
あなたのまわりにある引き金について・・・50
- 第7回目 あなたのなかにある引き金について・・・54
回復のために (1) —信頼と正直さ・・・59
- 第8回目 回復のために (2) —賢さなど・・・65
回復のために (3) —仕事と仲間・・・71
- 第9回目 覚せい剤の身体・脳への影響・・・76
依存症とはどんな病気？・・・83
- 第10回目 危険な状況を察知する・・・89
再発を防ぐには・・・96
- 第11回目 再発の正当化・・・99
性の問題と休日の過ごし方・・・105
- 第12回目 「強くなるより賢くなれ」・・・110
あなたの再発・再使用のサイクルは？・・・114
覚せい剤と食行動の異常・・・118

7

第7回目 あなたのなかにある引き金について

今回は、あなた自身のなかにある引き金、すなわち内的引き金についてとりあげたいと思います。

覚せい剤依存からの回復過程では、感情や情動（心の動き）が引き金となって、覚せい剤使用について考えはじめてしまうことがあります。

次にあげた感情・情動のリストを見てみてください。そのうちのどれか、これまであなたの覚せい剤使用の引き金となってきたのか、さらにはまた、将来の覚せい剤使用の引き金となるかを、考えてみましょう。

☐ 怒れ	☐ 怒り	☐ 自信	☐ 遠慮	☐ 焦傷
☐ 批判されること	☐ 口うつ	☐ 悲しい	☐ 神経質	☐ 嫉妬
☐ 興奮すること	☐ 疲勞	☐ 罪悪感	☐ 孤独	
☐ 欲求不満	☐ 幸福	☐ 不安定感	☐ イライラ	
☐ リラックス	☐ 動きが止まること			
☐ 自分が不適切に思うこと、いじめられないこと				
☐ 人から見捨てられたと感じること				
☐ プレッシャーをかけられること				
☐ _____				
☐ _____				

63

図1 SMARPPのワークブック

結果は治療的に利用するのみという姿勢を明確にした。これは、治療の場が、何よりも「正直になれる場」であることを確かなものとするための工夫であった。

こうした外来治療プログラムを試行した結果は、実に興味深いものであった¹⁾。まず、SMARPPの実施により、参加者の「薬物依存に対する自己効力感尺度」得点の上昇が認められた。さらに、治療実施期間における治療継続率（100%）が、従来のせりがや病院の治療を受けた対照群（39%）に比べて非常に高く治療機関中の断薬率は100%であった。

とはいえ、このプログラムの効果も決して「夢のようなもの」ではなかった。このように、SMARPPではプログラムからの脱落率が低く、プログラム期間中の覚せい剤使用もかなり抑えら

れていた一方、プログラム終了後1ヶ月を経過した時点での治療継続率は、従来の治療法と差はなかった。

もっとも、この結果は何らSMARPPの有効性を否定するものではない。なぜなら、SMARPPが治療脱落率と治療中の覚せい剤使用率が低いのであれば、さらに長期間その治療を提供すればよいと思われるためである。海外の多くの研究が、薬物依存に有効な治療とは、ある特定の治療技法ではなく、いかなる治療技法でもよいからとにかく長く続けることであることを明らかにしている。したがって、地域プログラムに求められる重要な要素とは、治療脱落率の低いことであり、薬物依存者が長く参加したいと思える内容を提供できることである。その意味では、SMARPPは、その試行段階としては、満足すべき成果を上げた

といえる。

IV. 薬物依存治療プログラムの将来

近年になって、わが国でも、刑務所や保護観察所といった司法関連機関でも、覚せい剤依存に対する教育的介入が始められつつある。薬物依存の治療に嫌悪感・抵抗感を持つ精神科医療関係者のなかには、「これで我々医療者はこの問題にタッチしないでよくなった。やはり覚せい剤などの薬物乱用・依存は、医療ではなく、司法の問題なのだ」と考える者もいるが、それは誤りである。

NIDA も指摘しているように、薬物依存の治療に求められるのは、何よりも継続性である⁶⁾。

わが国に必要なのは、高度な専門性を帯びた贅沢な病院ではない。専門病院がいかに優れた入院治療プログラムを提供しようとも、矯正施設や保護観察所が治療プログラムを実施しようとも、薬物依存症者はやがては必ず退院・出所し、保護観察を終了する。そして、最後に治療をバトンタッチされるのは「地域」である。国内に2~3箇所の専門病院——おそらく誰もが気楽に通院できる地理的条件に恵まれるわけではないであろう——よりも、地域に低コストで簡便かつ調査にわたって実施できる治療プログラムが、国内の至るところ——市中の一般精神科クリニックや、地域の精神保健福祉センターや保健所など——に点在する状況を作る方が、はるかに有効と考えられる。

その意味では、ワークブックとマニュアルに依拠することによって、「最低点」が担保された SMARPP は、薬物依存に対する地域治療のモデルとして重要な価値がある。また、将来、わが国でドラッグコートが実現した際には、裁判所から指定される治療プログラムの選択肢の有力な1つとなる要素を持っている。

なお、SMARPP の試みは、平成19年度以降さらに拡大され、多施設で実践されている。現在、

平成22年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究(研究代表者 松本俊彦)」において、この試みは、せりがや病院に加え、埼玉県立精神医療センター、国立精神・神経センター病院、さらには、医療機関ではない東京都立多摩総合精神保健福祉センターにおいても行われている。我々は、今後の研究においてこれらの治療プログラムの有効性が実証され、たとえば、医療機関において週3回のプログラム実施を可能とするような診療報酬がつくことで、地域に数多くの薬物依存治療プログラムが存在する状況が誘導される時代が来ることを願っている。

文 献

- 1) 小林桜児, 松本俊彦, 大槻正樹ほか: 覚せい剤依存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・薬物医学会誌, 42; 507-521, 2007
- 2) 松本俊彦, 小林桜児: 薬物依存者の社会復帰のために精神保健機関は何をすべきか? 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 43; 172-187, 2008
- 3) Matrix Institute: <http://www.matrixinstitute.org/index.html>
- 4) Miller, W.R.: Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. Psychological Bulletin, 98; 84-107, 1985
- 5) Nolan, J.L.: Reinventing Justice: The American Drug Court Movement. Princeton University Press, 2001 (小沼杏坪監訳: ドラッグコート—アメリカ刑事司法の再編, 丸善プラネット, 2006)
- 6) National Institute of Drug Abuse (NIDA): <http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODAT1.html>
- 7) Rawson, R.A., Urban, R.M.: Treatment For Stimulant Use Disorders: A Treatment Improvement Protocol. Diane Pub Co, 1999