

物質依存症

——否認の病の「病識」を治療に生かす——

松本 俊彦

物質依存症は「否認の病」と呼ばれ、かつては、その治療にあたっては、まずは患者の否認を打破し、依存症であるとの病識を獲得させるところから始まるといわれていた。しかし近年では、否認打破を目的とする直面化や対決的な治療態度による介入は、共感的、支持的な姿勢で臨む介入に比べて、治療中断率が高く、最終的な治療成績が悪いことが指摘されるようになった。実際、著者自身も、最近10年ほどの外来治療に特化した臨床をしているうちに、否認を打破し、性急に断酒・断薬を求める治療をしなくなり、まずは治療関係の継続を重視するスタンスへと変化したと実感している。本稿では、著者が、この「否認の病」の治療において日頃自戒していることを、特に初診のあり方——治療者としての「出会い方」——にフォーカスして述べてみた。

<索引用語：物質使用障害、直面化、底つき、治療継続性、否認>

はじめに

物質依存症ほど病識がなかなか得られない病気もめずらしい。なにしろ、この病気の特徴は、「本人が困るより先に周囲が困る」という点にあり、治療はしばしば家族の相談から始まる。肝心の本人は、「俺は依存症なんかじゃない。酒（あるいはクスリ）なんてその気になればいつでもやめられる」と、治療につながることを頑なに拒む。その後、家族のかかわり方が変化し、それから、本人自身がアルコールや薬物による失敗を繰り返す過程で、渋々ながら本人が治療の場面に登場するが、それでも彼らはまだ自身の病気を過小評価している。いわく、「よしんば俺が依存症であったとしても、それはかなり軽い方だ」と。これが、物質依存症が「否認の病」と呼ばれるゆえんである。

かつて依存症の治療は、まずは患者の否認を打破し、依存症であるとの病識を獲得させるところから始まるといわれていた。そのためには、本人

がアルコールや薬物による手痛い失敗に繰り返し遭遇し、「このままでは生きることも死ぬこともできない」と痛感する、いわゆる「底つき」を体験する必要があるとされてきた。そして、依存症者本人の治療動機が不十分な段階では、早く「底つき」を体験させるために、手助けや介入はしない、いわば「愛をもって手を離すこと（Tough Love）」が推奨されてきた。

しかし実際には、底つき体験へと誘導する過程で、治療関係の中断、物質乱用の悪化、逮捕、事故や自殺を招くことも少なくなかった。それだけではない。その過程でその人がもともと持っているストレングスやリソースを喪失してしまい、かえって断酒・断薬が困難となることもまれではなかった。

おそらくこの考え方は依存症治療が入院中心で行われてきた時代の遺物なのであろう。確かに入院の場合、治療環境の安全を維持するためには、

入院中の断酒・断薬は必須とせざるを得ない。とはいえ、物理的に物質から隔離されている環境で断酒・断薬を達成したところで、それは本質的な回復とは別次元の話である。依存症治療の本番は何といっても地域に戻ってからであり、その意味で外来こそ肝となるわけだが、そこには外来治療ならではのシビアさがある。それは、どれほどすばらしい治療を提供しようとも、次の予約日に患者が登場しなければ意味がない、という問題である。著者は、最近10年あまりはもっぱら外来において依存症治療を実践してきたが、まさにその問題を日常的に痛感させられるなかで、必然的に自身の治療スタイルが変化していった。

本稿では、著者が、この「否認の病」の治療において日頃自戒していることを、特に初診——治療者としての「出会い」——にフォーカスして列挙したい。

1. 物質依存症患者との出会いに際して心がけていること

1. 受診をねぎらう

物質依存症の治療は最初の出会い方が肝心である。ほとんどの患者は、すでに散々周囲から説教や叱責を受けており、「今度は医者から説教か」といった思いから、通常は、無然とした態度で診察に臨んでいるものである。

しかし、それでも忘れないでほしいことがある。かなり控えめに考えても、はじめて病院に行くというのは、とてつもなく面倒なことである。煩雑な事務手続き、長い待ち時間、それから医療費という経済的な負担もある。誰もが気が滅入る作業である。それにもかかわらず、なぜその患者はいまその診察室にいるのか。その理由を考えなければならない。必ずしも物質を手放す気持ちはないかもしれないが、何かしら、彼らなりに大切にしたい、あるいは失いたくないものがあるのだろうか。

そのようなことに思いを馳せれば、初診の場面でまずすべきなのは、受診をねぎらうことである。「よくぞ受診しました。覚せい剤をやめようと

考える人はたくさんいますが、こうして専門家に相談してみようと、実際に行動を起こす人はわずかです。尊敬に値します」と、やや大仰に聞こえるかもしれないが、著者はよくそのような言葉をかける。

2. 安全を保証する

「やめられない、とまらない」という病気から回復するために最低限必要なのは、世界で少なくとも1ヵ所以上の「安心して正直になれる場所」である。そこは、「クスリを使いたい」とか「使ってしまった」「やめられない」といっても、誰も悲しげな顔をせず、誰も不機嫌にならず、もちろん批判や説教もされない、安全な場所である。

依存症からの回復には「正直さ」は不可欠な要素である。実際、著者は、何人かの薬物依存症の回復者から、『底つき体験』は仕事を失うことでも家族と離れることでもなかった。自助グループの仲間なかで失敗を繰り返していたけど、ずっとそのことを隠していた。でも、あるときそれを正直に告白したら、仲間は何も責めずにただハグしてくれた。そのとき、『自分はひとりではやめられない、仲間の助けが必要なんだ』と痛感した。それが、本当の『底つき体験』であった」という言葉を聞いたことがある。要するに、真の「底つき」は仲間なかで、あるいは、治療や支援のなかで体験するものであって、再飲酒や再使用を理由にして、治療や支援から排除されることではない。

そのような観点から、初診に先立って著者は、「われわれには違法薬物の使用について警察への通報義務はない。ここでは守秘義務が優先される」と宣言している。事実、医師が警察通報を義務づけられた薬物など1つもなく、また、医師が守秘義務を優先することを妨げる法令は存在しない³⁾。たとえば、公務員であっても、他者の権利や財産を著しく侵害する蓋然性がきわめて高い場合を除けば、治療や相談支援の目的から守秘義務を優先する裁量は許容されている。

3. 否認や抵抗と戦わない

依存症は「否認の病」である。実際、覚せい剤依存症患者の多くが、薬物使用が引き起こしているさまざまな障害を過小視しており、治療者はしばしば、「俺は依存症なんかではない」あるいは「やめると誓ったから大丈夫だ」といった強固な否認の壁に突き当たる。そのような場合、つい「否認」をめぐる患者と論争してしまう治療者がいるが、これは「百害あって一利なし」である。エビデンスは、治療者が患者の否認を打破しようとして対決的な態度で臨むよりも、支持的、共感的な態度で臨んだ方が治療転帰はよいことを明らかにしている²⁾。

実は、否認は回復の最初の兆候である。人は依存症に陥ると周囲の人間にさまざまな嘘をつくようになるが、依存症患者が最も嘘をついている相手は誰かといえば、言うまでもなく自分自身である。例えば、「自分で思っているほどクスリをコントロールできていないのではないか？」という疑念が生じた場合には、「いや、俺はポンプ（注射）でやっているわけじゃなく、アプリ（加熱吸煙）でやっているだけだから、そんなに深刻ではない」と自らに言い聞かせる。あるいは、薬物仲間のなかで自分よりも深刻に耽溺している者を見つけ出しては、「人間、あんなったらおしまいだな」などと呟いてみる。精神科病院に入院する羽目になった場合には、今度は、長期入院を余儀なくされている重症患者と比較して、「あれに比べれば、俺は相当に軽症だ」とすっかり安心して退院する。このような嘘で不安を何重にも塗り固めたものが否認なのである。

むしろこう考えた方がよい。「否認は回復の始まりである」と。そこまで頑なに否認するのは、それだけその問題に神経質になっているから、気にしているからなのではなからうか。しかし、いまはまだその現実を受け入れることができないわけである。その意味では、否認とは、回復過程における最初の段階といえるのである。

いかなる依存症患者も、たえず「やめたい気持ち」と「やめたくない気持ち」とのあいだで迷い、

気持ちが揺れ動いている。大抵の場合、回復者と出会ったり、多少の成功体験を積んだりして、「もしかしたらやめられるかもしれない」という希望がみえてくるなかで、患者の気持ちは少しずつ「やめたい」という方向へと傾いていくものなのである。

4. 依存症であるか否かの診断にこだわらない
物質依存症患者の初診で留意すべきなのは、「依存症であるか否か」という診断に拘泥しないことである。すでに述べたように、物質依存症患者は、「自分はその物質をコントロールして使用できている」、あるいは、「物質をうまく使うことで自分の感情や生活、活動をコントロールしている」と思い込み、実は、「自分が物質にコントロールされてしまっている」という事態を否認している。ところが、依存症であると診断することは、この否認に対して真っ向から対決を挑むかたちになってしまう。

治療者と患者とが「依存症かどうか」に固執し、綱引きをすることで失われるものはあまりにも多い。患者は自身の無力を必死で否定したいと、全力で虚勢を張り、嘘をつく。そして、診察室はあたかも「取り調べ室」の様相を呈し、再飲酒あるいは薬物再使用時には、恥の意識から容易に治療を中断してしまいがち。

その意味で著者は、DSM-5の物質使用障害という診断カテゴリーを歓迎している。DSM-IVまでは、物質使用障害には「依存（依存症と同義）」と「乱用」という下位カテゴリーがあり、一応、乱用は依存症水準未満の物質使用様態と理解されてきた。しかし、依存と乱用の区別は意外にむずかしく、そもそも依存は医学的概念であるのに対し、乱用は規範からの逸脱を含意する社会的概念であり、両者を同じ軸で比較するのは正しくないという批判があった。ところが、DSM-5では、この下位カテゴリーを撤廃し、乱用も依存もすべて「使用障害」に一括したわけである。これで、われわれは「依存症」であるか否かをめぐって、患者と不毛な議論をしないですむようになった。

5. 共感しながら懸念を示す

対決的な態度ではなく、支持的、共感的な態度が大切なのは、すでに述べた通りであるが、そうはいっても、ただ支持的態度で接するだけでは、患者のなかの問題意識を大きく育てることはできない。そこで、患者の気づきを促すような質問をすることで、治療者としての懸念を示す必要がある。以下に、覚せい剤の場合を想定して、いくつかの例を挙げておく。

- ・覚せい剤の 0.3 g のパケ (覚せい剤粉末の包装) を 1 週間かけて使うつもりだったのに、1 日で使い切ってしまったことってありますか？
- ・週末に覚せい剤を使ったら疲れてぐっすり寝込んでしまい、月曜日に無断欠勤したり、大切な約束をすっぽかしてしまったりした経験はありますか？
- ・(覚せい剤を溶かすために、かつてはいつも携行していた) ミネラルウォーターの 500 mL のペットボトルを眼にただけで覚せい剤のことを思い出して、気持ちが落ち着かなくなった経験はありますか？
- ・覚せい剤が手に入らなくて意欲がわからずにぐったりしているときに、覚せい剤薬物仲間から「いいネタが入ったからおいでよ」と話を聞いただけで、まるで覚せい剤を使ったときみたいに元気になった経験はありますか？

いずれも、覚せい剤依存症患者の多くが体験している症状である。なお、患者がこれらの質問に「あります」と回答したからといって、「鬼の首を取った」ような態度をとってはならない。これらの質問に回答するだけで、本人たちのなかで一定の気づきは高まっているはずである。「なるほど」と淡々とした調子で懸念を示せば十分であろう。

6. 「強くなるより賢くなる」ことを提案する

患者は、周囲から「もっと意志を強くもて」「根性でやめろ」と繰り返し言われてきた。その結果、自分が「弱くないこと」を証明しようとして、不毛で滑稽な努力をするようになる者がいる。例えば、覚せい剤の誘惑に負けない強い意志を獲得し

ようとして、机の上に置いた覚せい剤の粉末と毎日数時間向き合うという「修行」をする。こうした試みは、大抵、失敗に終わる。「強くなる」ための努力は、皮肉にも再使用を招き寄せてしまう。

重要なのは、「強さ」ではなく、「賢さ」である。自らの渴望を刺激される状況について情報を集め、そのような状況を避けることは有効な方法である。注意すべきなのは、覚せい剤をやめるためにむきになっている患者ほど、ひとたびそれに失敗すると、自暴自棄になって連続使用に至ってしまいやすい、ということである。そのような患者に対しては、あえて『『クスリをやめる』のはいったんやめにして、とにかく通院を続けてみましょう』という、一見、逆説的ともとれる、大胆な提案をしつつ、いかにしたら再使用時に自暴自棄にならずに最小限の被害で食い止めるかについて話し合うとよい。

7. 通院継続を積極的に提案する

初回面接の最後には、アルコールや薬物をやめる気持ち、あるいは、やめる自信の有無にかかわらず、「まずは通院を続けてみましょう」と提案する。

この通院治療の同意を取りつけるところが最大の難所である。特に覚せい剤の場合、身体依存が強く、内臓障害が深刻なアルコールに比べると、逮捕や重篤な精神病でも呈さないかぎり、「懲りる」という体験を得にくい。それだけに初診時の決意は容易に変化し、初診後すぐに治療中断となってしまうことが多い⁵⁾。事実、われわれの調査¹⁾では、薬物依存症専門病院に初診した覚せい剤依存症患者の 65% が、その 3 ヶ月後には治療を中断していた。苦悩する家族が相談機関につながるまでにすでに相当な月日が経過しており、そこからさらに数年を要してようやく本人が初診にたどり着いていることに思いをめぐらせるとき、この事実はあまりにも悲しい。

治療の継続を同意させるには、患者に対して治療のメリットを強調し、ある意味で、自分たちのサービスを売り込む「営業」が必要である。著者

がよく用いているのは、次のような言葉かけである。「物質依存症の人は、治療や支援につながっている人の方が断酒・断薬できる確率が高いです。もちろん、それでも断酒・断薬ができない人もいますが、同じできないならば、治療や支援につながっている人の方が、平均余命、逮捕回数、生涯賃金総額という点で有利です。自分の人生に保険をかける意味でも、治療を続けてみませんか。

決して冗談を言っているわけではない。海外の研究では、たとえ治療初期に薬物使用が続いていても、治療を継続することが、医学的にも社会的にも良好な転帰をもたらすことが明らかにされている⁴⁵⁾。

8. 物質が患者に与えてくれたものについて考える

われわれ医療者は、「その物質を使ってどのような症状や問題行動が発現したのか」といった質問をし、ともすれば物質使用の結果にばかり関心をもつ傾向にある。もちろん、その問題意識は、正確な診断という点では重要な情報ではあるが、患者の回復支援という点ではあまり役に立たない。その意味で必要とされる問題意識は、「アルコール・薬物はその患者に何を与えてくれたのか」というものである。

何らかの行動をとることによって快感を得る、という体験をし、その快感を求めて同じ行動を繰り返すようになる——これは、行動分析学や実験心理学でいうところの「正の強化」である。しかし、人間の特徴は「飽きっぽさ」にあり、いかなる快感や刺激にもすぐに馴化し、通常であれば学習効果は消去されてしまうはずである。それにもかかわらず、なぜ一部の者だけがその物質摂取を飽くことなく繰り返すのか。おそらくそれは、その行動によって快感が得られるからではなく、苦痛——それまで続いてきた悩みや痛み、苦しみが一時的に緩和される(=「負の強化」)からではなかろうか。それであれば、飽きるどころか、生き延びるために物質は手放せないものとなるだろう。

著者は、この「負の強化」こそが依存症の本質であると考えている。実は、どのような重篤な依存症患者でも簡単にアルコールや薬物をやめている——もともと、数日ないしは数時間単位の話だが。むずかしいのは、「やめること」ではなく、「やめ続けること」である。それがかくもむずかしい理由は、アルコールや薬物が、一時的には、患者にとっていわば「こころの松葉杖」として機能していたからである。そして、やめ続けるには、アルコールや薬物の代わりとなる、安全で健康的な別の松葉杖が必要なのである。

9. 性急な変化を求めない

物質依存症患者に対して性急な断酒・断薬を求めるべきではない。「代わりの松葉杖」が見つからない以上、少なくとも本人にとっては、物質を手放すことのデメリットは小さくない。もちろん、使うことのデメリットも大きいから受診しているわけだが、しばらく断酒・断薬しているうちに疲弊した身体は回復し、そうすれば、しばらくは使うことのメリットを享受できる状態に戻る。そうすれば、早晚、断酒・断薬への迷いが生じるであろう。

もしも治療者が断酒・断薬を目標に掲げ、それだけを承認の対象とすれば、なかなかそれを達成できない患者は、いくら受診しても一向に治療者からの承認という「報酬」を受け取れない状況に陥る。それでは、治療はアルコールや薬物という「報酬」を上回ることができず、治療中断は時間の問題である。

それよりは、飲酒や薬物使用をしながらも、多少ましな行動をとったこと——これまでよりも量や頻度が低かった、再飲酒・再使用しても連続使用に至らなかった、飲酒や薬物使用についてすぐに援助者に相談した、社会資源についてネットで調べたなど——をきちんと承認し、受診そのものが「報酬」となるような工夫する必要がある。

いずれにしても、患者に変化を求めるかわりには、そのまま患者の「いまのまま」「ありのまま」へのダメ出しのメッセージを含意している。そう

いったメッセージが治療者から繰り返されることは、患者の治療意欲を萎えさせる大きな原因となる。

10. ひとまずは断酒・断薬よりも治療継続を優先する

意外にも、物質依存症患者の多くはいわゆる「依存的な性格」ではない。少なくとも困ったとき、つらいときに躊躇なく人に助けを求めたり、あちこち相談して回ったりする人ではない。どちらかといえばその正反対で、困ったときやつらいときに、誰にも相談せずに、アルコールや薬物という「物」だけに頼り、どうかしのごとくする人たちである。その意味で、実は、依存症患者は安心して「人」に依存できない人たちである。

しかしその一方で、彼らは人とのつながりを求めてやまない人たちでもある。実際、物質依存症患者が物質を使い始めるのは、物質がもたらす薬理作用による強化によるのではなく、物質使用を通じて友人ができたり、ある集団への所属意識が高まったり（あるいは、集団からの排除を回避できたり）という社会的強化による。

そう考えれば、なぜ依存症の治療に自助グループが有効であるかの理由もみえてくる。人とのつながりが物質に手を出さずかけであるならば、物質を手放す際にも人とのつながりが必要なのである。もしかすると、前述した、物質に代わる、より安全で健康的な「こころの松葉杖」とは、まさしくそのような人とのつながりなのかもしれない。

もともと、初診時点で断酒会や AA (Alcoholics Anonymous), NA (Narcotics Anonymous) といった自助グループへの参加を勧めても、その提案に素直に従う患者はめったにいないのが現実である。その時期には、未知の世界への不安や、変化することへの恐れがあまりに強すぎる。そのようなたくさんの人とのつながりに至る前に、まずは安心かつ安全な個人とのつながりのなかで、「人への頼り方、依存の仕方」を学ぶ場が必要である。その場こそが、治療者との関係性である。著

者が、「兎にも角にも治療の継続が大事」と唱えるのは、まさにそのような理由からである。

おわりに

最後に、「否認の病」の病識をどう理解し、どう治療に生かすのかについて、著者なりの考えをまとめておきたい。

依存症にかぎらず、何らかの精神障害に罹患しているという事態を受け入れることは、患者にとってきわめて屈辱的で、できれば否定したい体験ではなかろうか。自己評価が低下している患者ほど、「その病名を引き受けたら、ますます自分はダメ人間とされてしまう」という恐れを抱くであろう。だからこそ、病識はうつろいやすく、治療の場においては、頻繁に病識をめぐる「綱引き」のような議論が発生するわけである。

1つ断言しておきたいのは、病識とは決して単なる精神病理学的症状ではない、ということである。例えば、これまで長いこと自分が罹患する病気の診断名を拒んできた、いわゆる「病識欠如」の統合失調症患者が、年金受給を契機に、突然、自身の病名を引き受けようになることがある。このことが意味するのは、何らかの精神障害のラベリングを引き受けるには、そこにメリットが存在することが必要である、というあたりまえの事実である。それは何も金銭面の話にかぎらない。そのラベリングを引き受けても、周囲から非難されず、排除されず、孤立しない、むしろ仲間ができたり、人から認められたり、愛されたりする可能性があり、将来への希望や夢を抱ける状況が必要である。

そう考えれば、否認の病を抱える人との向き合い方は自ずと定まるはずである。少なくとも、否認を解きほぐすのに必要なのは、治療者に論破され、屈服させられることではないことだけは明らかであろう。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

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・薬物医学会雑誌, 42; 507-521, 2007

2) Milmo, S., Rosenthal, R., Blane, H. T., et al.: The doctor's voice: Postdictor of successful referral of alcoholic patients. *J Abnorm Psychol*, 48; 584-590, 1967

3) 松本俊彦: 薬物依存症臨床における倫理—医療ス

タッフ向け法的行動指針—, 精神経誌, 115 (第108回学術総会特別号); SS1-9, 2013

4) National Institute on Drug Abuse (NIDA): <http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODAT1.html> (参照 2017-09-29)

5) Rawson, A. R.: Practical application of treatment strategies. *Treatment for Stimulant Use Disorders* [ed. by Rawson, A. R., *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 33*]. Substance Abuse and Mental Health Service Administration, Rockville, p.49-78, 1999

Substance Dependence : Making Good Use of the “Insight” Denied by Patients

Toshihiko MATSUMOTO

*Department of Drug Dependence Research, National Institute of Mental Health,
National Center of Neurology and Psychiatry*

Substance dependence has been called the “Illness of Denial”. Many specialists previously considered that, when starting to treat patients with substance dependence, the patients’ denial should be defeated, and the patients need to obtain insight into substance dependence. However, recent studies revealed that such confrontational approaches for overcoming denial are less effective than empathic and supportive approaches, since such intervention caused many to drop-out from treatment programs.

The author has been engaged in clinical practice in an outpatient setting for 10 years. In such clinical experiences, the author actually feels that the approach to patients with substance dependence has been changing to more empathic and supportive, and has attached more importance to a continued therapeutic relationship rather than patients immediately stopping alcohol and drug use.

This paper addresses the attitudes and approaches in the intake interview for substance-dependent patients, which the author keeps in mind when treating the “Illness of Denial”.

<Author’s abstract>

<**Keywords** : substance use disorder, confrontation, hitting bottom, treatment retention, denial>
