

## 特集II

## 精神的不調者の求助行動を促進するために

物質依存症当事者の  
求助行動促進\*

松本俊彦\*\*\*

**Key Words :** family support, accessibility of treatment, substance use disorder, help-seeking behavior

## はじめに

アルコール・薬物の依存症という病気には、他の病気にはあまりみられない2つの特徴がある。1つは、「本人が困るよりも先に周囲が困る病気」という特徴である。周囲は本人に対して、病気の治療を受けるようにと再三にわたって説得を繰り返し、ときには脅迫や喝飛ばしを試みるが、肝心の本人は、「俺は病気ではない。自分の意志でやめられる」と事態を矮小化し、あるいは、「おまえらがうるさく言うから、そのストレスでかえって飲みたくなるんだ」と責任転嫁をする。つまり、否認というやつである。

もう1つは、「治りたくない病気」という特徴である。すでに治療につながっている当事者でさえ、飲酒したり薬物を使ったりすることで家族から見捨てられたり、会社を解雇されたり、逮捕をされたりするのが嫌だから、断酒や断薬に取り組んでいるのである。もしもアルコールや薬物で何かを失うことがなければ、できれば断酒や断薬などしたくないのが本音であろうし、病院や自助グループにも通いたくないはず

である。だからこそ、彼らは、周囲にばれずに飲酒や薬物使用ができる機会をうかがい、あれこれ理由をつけて病院や自助グループから遠ざかろうとする。要するに、いかに治療に意欲的な者であっても、心のどこかには「治りたくない」気持ちがかたまっている。

これら2つの特徴ゆえに、物質依存症の当事者たちは援助を求めることに対して非常に腰が重い。したがって、彼らの求助行動を促進するには、それなりに周到な作戦を練らなければならない。具体的には次の3つの工夫が必要である。第1に、彼らが自らの問題と向き合う機会を増やす工夫であり、第2に、求助行動を起こさせやすくするための援助者側の工夫である。そして最後に、本人よりも援助ニーズが強い周囲をうまく活用する工夫である。

本稿では、この3つの工夫に関して筆者なりの考えを述べたいと思う。

## 問題と向き合う機会を増やす工夫

物質依存症に罹患する者が、だれからの指摘も受けずに自ら問題に気づいて専門医療機関を訪れる、などといったことはめったにない。なにしろ、依存症は「否認の病」である。典型的には、周囲から繰り返し問題が指摘されるなかで、長い時間の後に、ようやく当事者が重い腰を上

げるというパターンをとる。

たいていの場合、こうした問題を指摘するのは家族である。それも1度や2度でもない。通常は、「何度も何度も」である。しかし、そのようにしていつも家族だけが問題を指摘していると、当事者は、「家族が口うるさいだけだ」、「俺の家族は神経質すぎる」などと他罰的に考え、自分の問題を棚上げしてしまう。

したがって、問題の指摘は家族以外の人による方が効果的である。物質依存症は医学的にも心理社会的にもさまざまなトラブルをひき起こすが、そのつど、本人にかかわる援助者・関係者が、トラブルの背後にあるアルコールや薬物の問題をきちんと指摘する—こうした細かな作業の積み重ねが、本人の求助行動を促す。

以下に、物質依存症の当事者にかかわる可能性のある機関・状況を列挙する。

## 1. 医療機関

総合病院はアルコール問題の坩堝場といつてよい。われわれが東京都内7か所の総合病院全診療科外来に受診した患者を対象として行った調査によれば、「アルコール依存症疑い」と判断された患者は、男性の21.6%、女性の10.1%であった。なかでも、内科もしくは外科に受診する、20~64歳という労働人口にあたる年代の男性では、アルコール依存症疑いと判断された者の割合が高かった。

この年代の男性患者が抱える内科・外科疾患の多くは、高血圧、糖尿病、胃・十二指腸潰瘍、肝機能障害、肺炎、心臓疾患、食道がんなど、多量飲酒が原因であるものが少なくない。こうした身体疾患を抱える患者に対して、アルコール問題に介入せずには身体医学的治療を行うのは、単に「また酒を飲める身体に戻す」以上の意味は持たない。内科医や外科医は、身体疾患の背後に潜むアルコール問題を看過せず、患者に情報を伝える必要がある。

同じことは、外傷や自殺未遂などで患者が救急搬送されてくる救命救急センターにも当てはまる。救急搬送されてくる患者のなかには飲酒酩酊時の外傷による者は少なくない。また、アルコールや睡眠薬・抗不安薬の乱用は自殺リスクも高める。酩酊は衝動性を高めるだけでなく、

自殺念慮を増幅し、死に対する恐怖感を減弱させる。実際、われわれが行った、心理学的剖検的手法による自殺既遂者の実態調査<sup>2)</sup>によれば、精神科治療を受けていた自殺既遂者の6割が、絞首や飛び降りなどの致死的行動に及ぶ直前に、治療薬を過量摂取していた。したがって、酩酊時の外傷や自殺行動の背景に、多量飲酒や睡眠薬・抗不安薬乱用の影響があれば、介入が必要である。

意外に思うかもしれないが、一般の精神科医療機関でも物質乱用・依存の問題は看過されている。同じくわれわれの心理学的剖検調査<sup>2)</sup>では、死亡前1年以内にアルコール問題がみられた自殺既遂者の半数あまりがすでに精神科で治療を受けていたが、いずれもうつ病に対する治療が行われておらず、アルコール問題に対する治療を受けていた者は皆無であった。また、精神科通院中のうつ病患者の調査<sup>3)</sup>では、40~50代男性患者の約3割に治療を要するアルコール問題が認められている。

## 2. 保健福祉機関

アルコール・薬物問題が家族に与える影響は大きい。そのなかでも、最も深刻なのは、アルコール・薬物問題と関連する家庭内での暴力行動や養育放棄であり、しばしば地域の保健所や婦人相談所、児童相談所で事例化している。こうした問題の代表的なものとしては、ドメスティックバイオレンス(DV)と呼ばれる配偶者に対する暴力、あるいは、子どもに対する暴力といった児童虐待があるが、いずれも暴力の背景にアルコール・薬物問題が存在することが珍しくない。これらの暴力行動には、身体的な暴力だけでなくとどまらず、性的虐待、心理的虐待、ネグレクト、さらには、自分が直接暴力を受けなくとも、家庭内で子どもが暴力場面に曝露される体験も含まれる。

また、暴力被害者にアルコール・薬物問題が認められることもある。DV被害者の女性のなかには、アルコールや睡眠薬・抗不安薬の問題を抱えている者がいる。DV被害者は現在の苦痛を緩和するために酩酊を必要とするが、結果的に、その酩酊が加害者の怒りを引き出してしまふ。ともあれ、児童虐待やDVの対応する行政機関

\* Promoting help-seeking behavior of individuals with substance dependence.

\*\* Toshihiko MATSUMOTO, M.D., Ph.D.: 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(〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1); Department of Drug Dependence Research, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Tokyo 187-8553, JAPAN

\*\*\* 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自殺予防総合対策センター

では、問題の背景にあるアルコールや薬物の問題を看過しないことが重要である。

### 3. 司法関連機関

警察、あるいは刑務所や保護観察所といった司法関連機関でも、物質関連問題に対する介入が必要である。薬物の場合には、わが国ではその多くが法令によって規制されているので、司法関連機関での評価や介入が重要なもの言うまでもないが、日常的な嗜好品として広く用いられているアルコールに対する目配りも重要である。

アルコールは、個人の脱抑制や攻撃性を増強し、各種犯罪、なかでも暴力犯罪のリスクを著しく高める危険因子である。英国では、暴力犯の半数が、ロシアにおいては殺人犯の75%が、犯行当時にアルコールに酩酊していたという<sup>9)</sup>。

物質依存症が直接に関連する犯罪としては、飲酒運転がある。わが国では、飲酒運転検挙経験者の男性47.2%、女性38.9%にアルコール依存症が強く疑われるという報告がある<sup>10)</sup>。飲酒運転を減らすには、アルコール依存症の予防と治療的介入を含んだ対策が必要である<sup>11)</sup>。すでに米国では、行政・司法・医療が連携した飲酒運転対策制度を整備しており、そうした対策により、飲酒運転の再犯率は約30%減少したという<sup>12)</sup>。このシステムは、受診率の低いアルコール依存症者を治療につなげる制度としても効果を発揮している。

### 求助行動を起こさせやすくするための援助者側の工夫

#### 1. 関係が途切れない出会い方

すでに述べたように、物質依存症の特徴の一つとして、「治りたくない病」というものがあり、当事者は自らが抱えるアルコール・薬物問題について治療や相談を求めることに関して、きわめて消極的な態度をとる傾向がある。

ある意味で、それは当然ともいえる。すでに彼らは家族や友人、同僚といった身近な人たちから再三にわたって説教や叱責、あるいは脅迫、恫喝を受けている。だから、医療機関を訪れても、やはり同じような目に遭って不愉快な思いをするであろうと思込んでおり、そして、事

実、その予測はしばしば的中する。「患者は医師の指示に従うもの」と信じて疑わない医師は、予想以上に多いからである。

物質依存症の専門医といえども安心はできない。専門医のなかには、いまだに、「依存症治療は、まずは「否認の打破」からだ。それには、患者を突き放して、「自分はアルコールに対して無力である」と痛感させる体験(底つき体験)が必要だ」という、一昔前の治療理念を振りかざす者がいる。ちなみに、今日、「底つき体験を起点とするV字回復モデル」は「神話」として否定されている。実際の依存症からの回復とは、再発と寛解を繰り返しながら、いわば「らせん階段をのぼる」ように進行するものである。また、「否認」を打破するために患者と対決的に向き合う援助者よりも、共感的・支持的な援助者の方が患者の治療転帰が良いことも明らかにされている<sup>13)</sup>。

物質依存症患者の初診面接で大切なのは、何よりもまず、受診した勇気をねぎらうことである。その際、どんなに治療に意欲的な患者でも、また、どんな治療に消極的な患者でも、常に「使いたい気持ち」と「やめたい気持ち」という両面性を揺れている、ということをお忘れはならない。このような患者に対しては、その両面性や矛盾に共感する態度一たたとえば、アルコールや薬物を使わないではいられない気持ちに共感しながら、同時に、飲酒や薬物使用を続けることに懸念を示す一で向き合うのがよい。これは、決して患者の「ご機嫌とり」ではない。治療関係を継続させながら、少しずつ患者の治療意欲を掘り起こすという戦略的なかわり方なのである。言い換えれば、「関係が途切れないように、しかし、目標を見失わないように」ということである。

#### 2. 司法的問題への対応

違法薬物を使用する依存症患者のなかには、「本当は専門病院に受診したいが、受診すると警察に通報されるのではないか」という不安から、受診を躊躇する者も少なくない。一部には、本来、緊急で医療受診すべき重篤な身体疾患に罹患しているにもかかわらず、「尿検査で薬物使用がバレる」ことを恐れて、受診を拒む者さえいる。その意味では、司法的問題は薬物依存症患者の

求助行動を阻害する要因である。

患者が違法薬物使用時の警察通報をめぐる問題では、精神科医のなかにも誤解している者が少なくない。ここで強調しておきたいのは、いかなる違法薬物に関しても、医師に「警察への通報」を義務づけた法令は存在しない、ということである。たとえその医師が公的機関に所属する公務員であったとしても、警察に通報しないことが「公務員の犯罪告発義務」に抵触するとはいえない。過去の判例では、「更生・治療上の観点から守秘義務を優先する」という裁量を許容される判決が存在する(ただし、患者が乱用する薬物によっては、「都道府県知事」への届出義務が生じる)<sup>14)</sup>。

依存症からの回復に必要なのは、この世界で最低1か所、正直に「薬を使いたい」、あるいは「薬を使ってしまった」と正直に言える場所の存在である。その場所は、正直さによって自分の安全が脅かされたり、不利益を被ったりしないことの保証がなされていなければならない。したがって、患者の求助行動を促進するには、原則として医療機関では守秘義務を優先する態度が必要である。

#### 3. その他の注意すべき事項

物質依存症当事者の治療意欲の高まりが頂点に達するのは、初診予約を連絡した瞬間である。その直後から治療意欲は萎え始め、時間経過に従って急激に低下していく。したがって、初診予約の申し込みがあった場合には、できるだけ早期に診察の機会を設定することが重要である。

それから、物質依存症患者が求助行動をなかなか起こさない理由の一つとして、彼らが「具体的な回復のイメージを持っていない」ことがあげられる。表向きには、いささか露悪症的な態度で断酒や断薬を拒み、治療そのものを小馬鹿にした発言をしていますが、内心は、「どうせ自分は断酒(断薬)できないだろう」という諦めが存在することがある。

そのような患者に対しては、うまく機会を捉えて、物質依存症から回復した当事者との出会いの場を作るとよい。たとえば、AA(Alcoholics Anonymous)の病院メッセージやオープンミーティング、あるいは、ダルク(DARC ; Drug Addiction

Rehabilitation Center)のような民間の薬物依存リハビリ施設が主催するフォーラムでもよい。物質依存症の当事者にとって、回復者の存在こそが「具体的な回復のイメージ」そのものとなり、彼らに「自分も変わるかもしれない」という希望を与えることがある。

### 周囲をうまく活用する工夫

冒頭に述べたように、物質依存症は、「本人が困るよりも先に周囲が困る病氣」である。そのような事情から、物質依存症の治療は当事者本人の受診ではなく、その家族の相談からスタートすることが多い。家族は物質依存症という病氣による最大の被害者であるが、同時に、本人に対して最も強い影響力を持つ存在ともいえる。したがって、家族に対する継続的な支援は、結果的に当事者の求助行動を促進する可能性がある。そのような観点から、近年では、物質依存症者家族を対象とした行動療法である「CRAFT (community reinforcement and family therapy)」<sup>15)</sup>も試みられている。

以下には、家族を支援する際に留意すべき事項について述べておきたい。

#### 1. 家族は孤立し、恥の感覚を抱いている

物質依存症者の家族は、地域のなかでも親族のなかでも孤立している。というのも、家族のアルコール・薬物問題は、近隣はもちろん、親族にもなかなか相談できない。仮に相談したところで、「あなたが妻として至らないから」とか、「だからあの人と一緒にするのは反対だったのよ」といった説教をされ、深く傷ついてしまうことも少なくない。

家族のアルコール・薬物問題をだれかに相談するということは、たとえ相手が専門職の援助者であったとしても恥の感覚を伴う行動である。「今日こそは保健所に相談しよう」と決意しながらも、一日延ばしを重ねるうちに何年もの月日が流れていく。そして、連日のように家庭内で繰り返される酩酊時の暴言や暴力に何年間も曝され続けるなかで、家族の判断力は低下し、ますます援助希求能力を失ってしまう。

#### 2. 家族を相談機関や自助グループにつなげる

その一方で、多くの家族に「共依存」と呼ばれ

る病理が存在するのも事実である。たとえば、本人のアルコール・薬物問題を隠蔽して世間体を取り繕う態度や家族の否認、あるいは、「転ばぬ先の杖」を出すような世話焼き行動が、結果的に本人の飲酒行動を支えるだけでなく、本人の否認を打破することもできない、本人の回復のためには、まずは病的な家族システムを変化させることが必要である。

このような家族に対し、援助者のなかには「夫を突き放しなさい」、「家を出なさい」などと助言する者もいるが、家族の側にもさまざまな事情や躊躇があり、往々にしてその助言とおりの変化を実現するのは困難である。現実には、経済的不安や世間体、子どもの養育に関する心配に拘泥しているうちに、相談をやめてしまうことの方がはるかに多い。

大切なのは、ただちに共依存を解消することではない。むしろ、悩みながらその家族なりの対応のあり方を一緒に考えてくれる場所を確保することが重要である。そのような場所として、精神保健福祉センターの家族教室や家族の自助グループ(AI-Anon, Nar-Anon, 断酒会家族会、ダルク家族会など)がある。その際、重要なのは、継続的に参加することである。家族教室にせよ、自助グループにせよ、わずか1~2回の参加では本人の変化など期待できない。継続的に参加しているうちに、患者に対する過干渉や尻ぬぐい行動といったイネイプリングが徐々に減じ、それに伴って本人の行動にも好ましい変化—本人の治療導入—がみられるのが通常である。

#### おわりに

以上、物質依存症当事者の求助行動を促進するうえで必要とされる工夫について、筆者の私見を述べさせた。

本稿のおわりにあたって、もう1つだけふれておきたいことがある。それは、薬物乱用防止教育のような一次予防活動が、物質依存症当事者の求助活動を妨げている可能性のことである。1980年代、覚せい剤追放キャンペーンのキャッチフレーズとして、「覚せい剤やめますか、それとも、人間やめますか」というコピーが用いられた。この手の啓発は、覚せい剤にまだ手を出し

てない人には一定の抑止効果があるかもしれないが、その一方で、社会に「薬物依存症の当事者=人非人」という誤解を植えつけてしまう危険がある。その結果が、各地でダルク設立のたびにわき起こる住民反対運動である。

それとは反対の意味で、著名人のカミングアウトほど当事者の求助行動を促すものはないことも強調しておきたい。米国のフォード元大統領の妻、Betty Fordは、かつてアルコールと鎮痛薬の依存症に陥り、ある施設で治療を受けたことがあった。後に、彼女はその体験を、「Betty: A Glad Awakening」<sup>12)</sup>という本にまとめたとともに、Betty Ford Centerという米国随一の依存症治療機関を設立した。以後、米国ではアルコール問題を抱えた人に治療を勧める際の合い言葉はこうなった。「君はベティ・フォードに行く必要があるよ。」

ファーストレディの名前が治療の代名詞として使われる社会—そのような社会を作ることこそが、最良の求助行動促進対策といえるであろう。

#### 文 献

- 1) Akazawa M, Matsumoto T, Kumagai N. Prevalence of problematic drinking among outpatients attending general hospitals in Tokyo. *Jpn J Alcohol & Drug Dependence* 2013; 48: 300.
- 2) Hirokawa S, Matsumoto T, Katsumata Y, et al. Psychosocial and psychiatric characteristics of suicide completers with psychiatric treatment before death: A psychological autopsy study of 76 cases. *Psychiatry Clin Neurosci* 2012; 66: 292.
- 3) 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, ほか. アルコール関連問題を抱えた自殺既遂者の心理社会的特徴: 心理学的剖検を用いた検討. *日本アルコール・薬物医学会雑誌* 2010; 45: 104.
- 4) 松本俊彦, 小林桜児, 今村扶美, ほか. うつ病性障害患者における問題飲酒の併存率: 文献的対照群を用いた検討. *精神医学* 2012; 54: 29.
- 5) WHO. Global Strategies to reduce the harmful use of alcohol. Available from: URL: [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/globalstrategy/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/activities/globalstrategy/en/index.html).
- 6) 中山寿一, 樋口 進, 神奈川県警察本部交通部交通総務課. 飲酒と運転に関する調査. 久里浜アルコール症センターと神奈川県警察との共同研究. URL: [http://www.kurihama-alcoholism-center.jp/files/report\\_0808.pdf](http://www.kurihama-alcoholism-center.jp/files/report_0808.pdf).
- 7) 長 徹二, 林 竜也, 猪野亜朗, ほか. 飲酒運転実態調査. *精神医学* 2006; 48: 859.
- 8) DeYoung DJ. An evaluation of the effectiveness of alcohol treatment, driver license actions and jail terms in reducing drunk driving recidivism in California. *Addiction* 1997; 92: 989.
- 9) National Institute of Drug Abuse (NIDA). Available from: URL: <http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODAT1.html>.
- 10) 松本俊彦. 第三部 薬物使用障害 16. 薬物使用障害臨床における司法的問題への対応. *精神科治療学* 2013; 28 Suppl: 294.
- 11) Meyers RJ, Wolfe BL. *Get Your Loved One Sober*. Center City, MN: Hazelden Press; 2004.
- 12) Ford E. Betty: A Glad Awakening. New York: Doubleday; 1987.

\* \* \*



精神療法としての助言や指導—私はどうしているか—

Advice and guideline as psychotherapy - what I am doing with

## 薬物依存症

松本 俊彦\*

Key Words 薬物依存 (drug dependence), 精神療法 (psychotherapy), CRAFT (community reinforcement and family training), 再発分析 (relapse analyses)

抄録：薬物依存症患者に対する精神療法において治療者が心得ておくべきことは、2つある。1つは、「薬物依存症とは、『治りたくない病』である」という認識である。薬物依存症患者の治療意欲はたえず揺れ動いており、治療中断が起こりやすい。もう1つは、説教や叱責などの対決的な関わり方では、患者の行動変容を起こすことはできず、また、治療からの離脱も引き起こしやすいという事実である。したがって、求められる精神療法は、支持的・共感的な態度で治療関係を維持しながら、患者と協働的に薬物渴望のトリガーを特定し、渴望への具体的な対処方法を話し合うことである。

### はじめに

薬物依存症患者に対する精神療法において治療者が心得ておくべきことは、2つある。1つは、「薬物依存症とは、『治りたくない病』である」という認識である。これは何を意味するのかといえば、薬物をやめたいと考えて医療機関を受診するが、しかしやめたくない気持ちも依然としてある、ということである。

筆者は決して彼らのやる気のなさを強調したいのではない。ただ、薬物依存症患者の治療意欲はたえず揺れ動いているといたいのである。彼らが最も強い治療意欲を持っているのは、診察予約を入れる瞬間であり、予約完了直後にはそれはもう低下し始めている。それでも、初診まではなんとかギリギリのラインを維持しているが、診察直後から治療意欲は急速に萎んで

しまう。したがって、治療はともすれば中断されやすく、再び治療意欲が高まるには再使用の機会を待たねばならない。

いずれにしても、薬物依存症患者の良好な治療転帰は治療期間の長さとは相関している。したがって、薬物依存症患者に対する精神療法的努力の大半は、治療関係を維持し、継続することに費やされるわけである。

それから、心得ておくべきことのもう1つは、説教や叱責、苦言、小言、脅し、恫喝といったもので人の考えや行動を変えることはできない、ということである。それらは、患者本人が「自分と薬物」との関係を見つめる機会を奪い、問題を「自分とうるさい家族や治療者」という図式にすり替えるのを促すだけで、薬物渴望は少しも減じさせないし、渴望に対処するスキルを高めることもない。治療において必要なのは、根

性をつけることではなく、渴望への対処スキルを向上させることである。

本稿では、治療の継続性を高め、薬物渴望への対処スキルを高めるという観点で、筆者がどのような点に留意して助言・指導をしているのかを列挙してみたい。

### ● 治療関係の維持のために留意事項

#### 1. 受診を労う

患者を温かく迎え、敬意を持って接することが、治療継続率の向上により影響を与える。薬物依存症患者のなかには、挑戦的な態度で扱にくい者も少なくないが、それでも、受診するにはどれほどの勇気が必要であったのか、治療を受ける決意開始を決断することがどれほど恥ずかしく不安な経験であったのかを忘れてはならない。援助と治療を求める患者に対しては、原則として肯定的な評価を伝える必要がある。

間違っても、「ダメな人間」と決めつけるような出会い方をしてはならないし、ありきたりな説教や反省を求めるような発言もすべきではない。薬物依存症患者の大半は、すでにさきん周囲から説教や叱責を受けていることを考慮に入れておくべきである。

#### 2. 安全を保証する

筆者は、診察に先立って、「私たち医療者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ます」と宣言している。事実、医師が警察への通報義務を課せられている依存性薬物は存在しない。確かに麻薬及び向精神薬取締法(以下、麻向法)によって「麻薬中毒者」として都道府県業務課への届け出を義務づけられている薬物(麻向法の規制薬物、および大麻、あへん)は存在するが、その届け出基準は不明瞭であり、医師の裁量によるところが大きい。実際、国内での届け出状況にも地域によって大きなばらつきがある。しかし、いずれにしても、覚せい剤は麻向法における届け出義務の対象薬物でではない<sup>2)</sup>。

もちろん、異論はあろう。たとえば、「依存

症であろうとなかろうと、覚せい剤を使うことは犯罪だ。見て見ぬふりをするのは、医師という公共性を帯びた職業人として道義的な責任がある」。しかし、たとえ公立病院に勤務する医師であっても、医学的治療・援助の見地から正当な理由があれば、刑事訴訟法第239条「公務員の犯罪告発義務」に縛られないことは、すでに判例にも示されている。そして筆者は、薬物依存症からの回復には、「世界でただ1箇所だけ正直になれる場所」——「クスリを使いたい」とか「使ってしまった」と告白できる場所——が必要と考えているのである。

#### 3. 薬物使用のメリットを明らかにする

薬物依存症患者の人生は波乱に満ちている。彼らの生きざまは、「思ひ上がり」と「つま先立ち」、虚勢と不安、野心と喪失の相克のなかにある。そして、患者の多くが、人生の「しんどい」局面で薬物の使用量・頻度が高まり、使用コントロールを失っている。

なかでも、「その薬物があなたに何をもたらしてくれたのか」という観点からの情報収集は重要である。薬物依存症患者の多くが、薬物を使うことによって、慢性的なうつ状態の改善や自己評価の向上、不眠・不安の軽減、対人緊張の緩和といった、自身の不全感や生きづらさが一時的に解消されるという体験をしている<sup>3)</sup>。

このようにして薬物使用のメリットを明らかにすることは、そのまま断薬のデメリットを明らかにすることでもあり、患者の葛藤を理解し、共感するのに役立つ。

#### 4. 共感をもって懸念を伝え、否認・抵抗には挑まない

治療者は思いやりがあり、友好的、魅力的、共感的で、しかも率直でなければならない。助言や提案は、支配的・対決的な方法ではなく、相手の心情への配慮と援助的姿勢を持って提供されるべきである。そして、患者の治療に対する抵抗と闘うべきではない。

否認を打破しようとする強引な直面化は、治療からの離脱率を高める。また、権威的・対決

Guidance and coaching for patients with drug dependence

\* MATSUMOTO Toshihiko 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〔〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1〕

的な態度は、患者の暴力行動を誘発する危険がある。

#### 5. 患者に選択肢を与える

人は自分で選択したという実感が持てるものには参加しやすい。患者が「自分で選択した」と実感できるようにするには、患者に複数の選択肢を与え、そのなかから最も適切な治療計画を選択できるように、協働的な作業を行うことが大切である。

#### 6. 「強くなるより賢くなれ」

患者の多くは、周囲から「もっと意志を強く持て」、「根性でやめろ」と繰り返しいわてきている。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。たとえばある患者は、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。しかし、こうした「強くなる」ための努力は、皮肉にも再使用を招き寄せやすい。

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。また、注意すべきなのは、断薬に必死になって努力している患者ほど、ひとたび失敗すると、自暴自棄になって薬物の連続使用へと陥りやすい。再使用を「大ごと」として捉えない態度が大切である。

筆者は、そのような患者に対しては、あえて『「クスリをやめる』のはやめて、とにかく通院と自助グループへの参加を続けてみないか』と、一見、逆説的ともとれる、大胆な提案をしてみることもある。薬物を使用しながらでも治療を継続した方が、治療から離脱する者よりは予後がよいと感じているからである。

#### 7. 報酬を用いて治療継続を強化する

商品のクーポン券や割引券などの報酬を用いた治療は、継続性と有効性において優れている。このような報酬は、賞状やシールといった安価な物でも有効であり、筆者らが開発した外来集

団薬物再乱用防止プログラムではそれらをフル活用している。さらに、受診やプログラム参加しただけでも、あっさりとした称賛の言葉を伝えるのも、十分に報酬として機能する。

一方、薬物の再使用やプログラムを欠席したこと自体には、報酬を与えない代わりに、罰も与えない。望ましくない行動に罰を与えても必ずしも行動が消去されるとは限らず、むしろ受診という行動が消去されてしまう可能性が高い。それよりも、「再使用したにもかかわらず」、あるいは、「前回無断キャンセルした気まずさにもかかわらず」、今回来院したことに報酬(労いの言葉)を与えるべきである。要するに、さまざまな局面を捉えて、患者に、「何があっても——たとえ薬物を再使用したとしても——治療プログラムに戻ってくるように」というメッセージを繰り返し伝えることが必要である。

8. ハームリダクションの努力を見逃さない  
一見するとただけいけない行動に思えても、患者なりの「少しでも健康被害を減らそう」という努力に基づく行動であることも少なくない。たとえば、薬物依存症患者のなかには、覚せい剤を使用する代わりにアルコールや処方された睡眠薬を用いたり、大麻の代わりにいわゆる「脱法ハーブ」を用いたりする行動をとる者もいる。医学的には必ずしも健康被害が軽減されたとはいえないが、患者なりにハームリダクション(harm reduction)の努力かもしれない。

このような場合、頭ごなしに禁止するのは禁物である。この「害を減らしたい」という気持ちのなかには、最終的には断薬へとつながる治療意欲の萌芽が潜んでいる。

#### 9. 「PIUS」のテクニックで提案する

通院を続けているにもかかわらず、なかなか患者の薬物使用がとまらない場合、当然、治療方針の再検討が必要となる。たとえば、通院頻度を増やす、入院する、自助グループに参加する、ダルクなどの民間リハビリ施設に入寮する……いずれも患者にとっては、これまでよりも大きな負担を強いる提案である。

そのような提案をする際に、依存症者家族支援プログラム「CRAFT(Community Reinforcement and Family Training)」<sup>3)</sup>で提唱されている「PIUS」のテクニックを用いるとよい。この「PIUS」とは、①問題点の指摘の前に、まずは本人のよいところ、好ましいところに対する肯定的な評価を伝える(Positive)、②「あなた」という対決的、批判的、指示的なニュアンスを持つ二人称ではなく、「私」という一人称を主語にして思いを伝える(I message)、③本人が置かれた立場に理解を示し(Understanding)、④あえて問題の責任の一端を共有する姿勢をとる(Share)というコミュニケーションの技法である。

具体例としては次のような提案方法が考えられよう。

「Aさん(「あなた」よりもいちいち名前を呼びかける方が「思いやり」が伝わりやすい)は、初診以降、きちんと通院を続けていますね。通院時間もばかにならないでしょうし、待ち時間も長いのに、本当によく頑張っていると思います(Positive)。それなのになかなか薬物使用がとまらず、Aさんも焦っているでしょうし、自分を責めてしまうこともあるでしょう(Understanding)。このような状況に至った理由の1つとして、私が提案した治療内容がAさんの病状に対して適切なものではなかったのではないかと反省しています(Share)。そこで、Aさんあなたの薬物使用をとめるために私に何かできないかと考えました。その結果、私は、Aさんは一度、入院治療を受けてみてはどうかと思うのです(I message)……」

まどろっこしいと思われるかもしれないが、薬物依存症患者には、「他人の指図」を受けたがらない、また、「権威的な指示」を嫌う人が多い。無用な摩擦を避けつつ、治療を前に進めるには重要な技法といえるだろう。

## ●薬物使用に対する介入する際の留意点

### 1. 先行子同定のテクニック

薬物の再使用に先だって、なんらかの薬物渴望を刺激するトリガーに曝露されていることが少なくない。このトリガーには「外的なトリガー」(薬物渴望を刺激する人物[売人、薬物仲間など]、場所[繁華街、クラブなど]、時間帯・曜日・特別な日[深夜、週末、給料日])と、「内的なトリガー」(HALT. [Hungry空腹, Angry怒り, Lonely孤独, Tired疲労]に該当する心身の状態)がある。

治療においては、以上の要因を患者との協働的な作業を通じて同定する必要があるが、その際、2つの注意点がある。1つは、刑務所出所直後の薬物依存症患者の場合には、物理的に薬物にアクセスできない環境に長期間収容されていたせいで、薬物渴望を抱く際感覚を忘れていた時期のことを丁寧に想起してもらうようにしないと、トリガーについて「自分にはそういうものは一切ない」という返答になってしまいがちである。

もう1つは、先ほどと正反対のケースである。すなわち、今現在深刻な薬物乱用の状態にある患者では、本人を取り巻くありとあらゆる刺激がトリガーとなってしまっている。したがって、トリガーを絞ろうにも絞りきれなくなってしまう。

そのような場合には、薬物を使用していない時間帯や状況に注目するとよい。どんなに重篤な薬物依存症患者でも、24時間休みなく薬物を使い続けている者はいない。たとえば、睡眠中は使っていないし、自宅で薬物を使用している者でも、自室にこもって使うことはあっても、家族団らんの席ではまず使用しないはずである。

こうした「薬物を絶対使わない状況」の分析から、薬物渴望に拮抗する対処スキル(港に船が停泊するときに潮に流されないように海中に落

とす錨という意味で、「アンカー」と呼ぶが見つかることがある。たとえば、「薬物渴望に襲われたら、家族と一緒に食事をとれ」といった感じである。

## 2. 依存症の思考と依存症の行動

同じトリガーでも刺激になるときならないうちがある。たとえば、あるときにはミネラルウォーターの500 mLのペットボトル(注射で覚せい剤を使用する人にとっては、覚せい剤の粉末を溶くのに日常的に使っている道具)を見ただけで、薬物の渴望を刺激される場合もあれば、全く何も感じない場合もある。

この違いについて患者と一緒に振り返りの作業をすると、見えてくるのは怒りのような感情や疲れ、さみしさといった内的トリガーの影響である。また、薬物渴望が刺激されやすい時期には、「嘘をつく」、「約束をすっぽかす」、「特定のパートナー以外とのセックスや強迫的性行動」、「昼夜逆転などの不規則な生活」など、薬物乱用期間にみられやすい行動パターンをとっていることが多いことも見えてくるかもしれない。このような行動パターンのことを「依存症の行動」と呼び、薬物再使用の危険サインである。

さらに、このような依存症的行動がみられる時期には、「たまには少しくらいいいじゃないか」、「こんなひどいショックを受けたんだから、使っても仕方がない」といった、薬物使用を容認する思考が出現しやすい。このような思考を、「依存症の思考」と呼ぶ。このような思考が脳裏に出現するときのお決まりのパターンがあれば、それについても患者と振り返りをしておくとよい。

## 3. トリガーへの対処

トリガーに遭遇した薬物依存症者、頭の中で、「どうしよう、困ったな……でも、今日は大丈夫かな。少しなら平気かな」などと、「使いたい気持ち」と「止めたい気持ち」とが葛藤する対話を始める。この段階を「思考」の段階と呼ぶ。この「思考」の段階に達すると、実はすでに手遅れ

であり、自分でも気づかないうちに渴望は手に負えないほど巨大化し、あっという間に再使用へと至ってしまう。

トリガーに遭遇した場合には、次の「思考」の段階に移行する前に、すばやく意識をほかのことにそらすテクニックが必要である。治療者は、こうした場合のスキルとして、思考ストップ法、視覚イメージ法、スナッピング(手首にはめた輪ゴムを弾く)、瞑想などの方法を教える必要がある。また、家族に連絡を取ったり、12ステップミーティングに参加するなどの行動をとることを提案する。さらに、たとえば「給料日」のように、絶対に回避できない、そしてあらかじめわかっているトリガーに対しては、あらかじめ家族や薬物を使わない友人と食事をする予定を入れておくという方法もある。

## 4. スケジュール(日課の計画を立てる)

患者に次のセッションまでの日課を立てさせる。その際、外的トリガーや依存症的行動を避けるような日課の計画を立てるのが原則である。どうしても危険な場所に行ったり、危険な曜日や時間を過ぎかねばならなかったりした場合には、上述したアンカーとなる時間の過ごし方で日課を埋めるのもよい。

## 5. 薬物使用に関連する強迫的な性行動のアセスメント

覚せい剤やMDMAといった薬物の使用は、しばしば不特定多数とのセックス、あるいは強迫的自慰行為や強迫的なポルノ鑑賞といった強迫的な性行動、さらには自身の本来の嗜好性とは異なる同性愛行為や買春行為などと密接に関連している。薬物依存者にとって、こうした性行動は、薬物渴望を刺激する依存症的行動となる。その意味で、患者との間で、性の問題と薬物使用との関係に率直に話し合える関係性を作り上げておくことは重要である。

## 6. 二次物質の使用をアセスメントする

覚せい剤依存症者のなかには、アルコールや大麻などの物質を使用する習慣を持っている者が少なくないが、実際にそうした「二次物質」の

使用に問題を感じている者はごくわずかである。しかし、たとえごく少量の摂取であっても、これらの物質がもたらす脱抑制効果や条件づけされた反応は覚せい剤の渴望を高め、再使用のリスクを著しく高める。したがって、治療セッションでは、こうした二次物質を避けることについても、積極的に取り上げる必要がある。

## ● おわりに

薬物依存症臨床に携わり始めた当初、筆者は薬物依存症患者との面接で何を話し合ったらよいのかさっぱりわからず、苦慮した記憶がある。薬物依存症患者に対する精神療法のやり方など、当時の精神医学の成書のどこにも書いていなかったし、師事した何人かの指導医も薬物依存のことだけは、誰一人として教えてくれなかった。仕方なく筆者が行った精神療法とは、薬物の害をことさらに大きめに説明し、患者をビビらせることであった。

しかしその結果、あるとき筆者は1人の男性覚せい剤依存症患者からの手厳しい洗礼を受けることとなった。彼は、私の話を遮って大声でこう凄んだのであった。

「先生、害の話はもう聞きたくねえよ。そんな知識、あんたが本を読んでお勉強しただけだろ？ こっちは、自分の身体を使ってもう何年間も『臨床実習』してきたんだよ。いくらあんたが専門家でも俺にはかなわねえ。でもな、そんな俺が病院に来てるのはなぜだかわかるか？ 薬のやめ方を教えてほしいからなんだよ。薬をやりたいようになってしょうがねえときにどうしたらいいの、それを教えるのが専門家だろうが。」

彼の指摘はまさに正鵠を射ていたと思う。確かに医学的弊害の話でただ脅すだけの診療は、「精神療法」でもなんでもない。単なる威嚇である。

\* \* \*

では、どうしたらよいのか。答えは簡単である。患者から学べばよいのである。最高の教師は薬物を再使用した直後の患者である。どう関わってよいかわからなければ、率直な疑問をぶつけてみればよい。「どんな状況でクスリを使いたくなり、どんな状況でクスリを使わないでいられるのか」、「クスリに対する欲求を抑えるのに成功したときと失敗したときでは何が違うのか」といった具合に。

この質問とともに、患者とのトリガー同定の作業が始まり、トリガーを同定した後は、患者と一緒に有効な対処スキルを考える。さらに、対処スキルが見つかったならば、患者がそのスキルを用いることを励ます。再使用のたびにこれを粘り強く繰り返す。もちろん、受診を労うことを忘れないようにして。

このとき治療者の役割は、「教師instructor」というよりも、一緒に試行錯誤をする「コーチcoach」に近い。これこそが私の考える薬物依存症の精神療法である。

## 文献

- 1) Khantziyan EJ, Albanese MJ: Understanding addiction as self-medication: Finding hope behind the pain, Rowman & Littlefield Publishers, Ranham, 2008 (松本俊彦訳:人はなぜ依存症になるのか～自己治療としてのアディクション。星和書店, 東京, 2013)
- 2) 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—. 精神神経学雑誌 115, 第108回学術総会特別号 SSI-9, 2013
- 3) Meyers RJ, Wolfe BL: Get Your Loved One Sober. Hazelden Foundation, Center City, 2004 (松本俊彦, 吉田精次監訳, 渋谷蘭子訳: CRAFT 依存症患者家族のための対応ハンドブック。金剛出版, 東京, 2013)

## 精神医学のフロンティア

## 覚せい剤乱用受刑者に対する自習ワークブックとグループワークを用いた薬物再乱用防止プログラムの介入効果

松本俊彦

Toshihiko Matsumoto

本研究は、刑事施設に収容されている成人受刑者のうち、男性覚せい剤乱用者251名を対象として、同一対象の待機期間中の変化を対照群として、自習ワークブックおよびグループワークによる介入の効果を検討した。その結果、評価尺度上の変化から、中等症以上の覚せい剤乱用者の場合、何も介入しない状況では、薬物問題に対する認識が深まっていないにもかかわらず、薬物欲求の対処に関する自己効力感が高まること、また、自習ワークブックによる介入では、薬物使用に対する問題意識が深まる一方で、薬物欲求に対処する自己効力感が低下すること、さらには、グループワークによる介入では、薬物使用に対する問題意識をさらに深めながら、薬物欲求に対する自己効力感も高めることが明らかにされた。以上より、中等症以上の覚せい剤乱用問題が認められる受刑者には、矯正施設内において、自習ワークブックとグループワークによる薬物再乱用防止プログラムは、治療上好ましい心理的变化をもたらす可能性が示唆された。同時に、中等症以上の覚せい剤乱用問題をもつ受刑者に対して何らの介入も行わないことは、薬物渴望に対する無根拠な自信を高めてしまう可能性も推測された。

<索引用語> 覚せい剤依存、効果測定、グループ療法、再乱用防止プログラム、ワークブック

## はじめに

わが国は、覚せい剤の乱用問題が第二次大戦後から70年もの長きにわたって続いているという、国際的にも希有な国である。しかし、わが国には薬物依存に関する専門医療機関はきわめて少なく、多くの覚せい剤依存者が、地域で治療を受ける機会のないまま刑事収容施設に収容され、さらに、施設内で十分に治療を受けないうまま出所し、再犯を繰り返している現実があった<sup>3)</sup>。そうしたなかで、2007年に「刑事収容施設及び被収容

者の処遇等に関する法律」が施行され、受刑者の更生と社会復帰を促進するために、必要に応じて治療的なアプローチがなされるようになった。なかでも、民間資金を利用して公共施設の整備とサービス提供を行う、PFI(Private Finance Initiative)手法を活用した官民協働の刑務所では、外部の専門家と協力した集学的な処遇が期待されている。

播磨社会復帰促進センター(Harima Rehabilitation Program Center: HRPC)は、わが国で4カ

所設置されているPFI刑事施設のうちの1つである。HRPCでは、開設当初より違法薬物に対する依存がある受刑者に対して、特別指導「薬物依存離脱指導」プログラム(以下、プログラム)に取り組みしており、2009年からは、我々が少年用に開発した、薬物再乱用防止のための自習ワークブック「SMARPP-Jr.<sup>4,5)</sup>と、SMARPP<sup>1)</sup>と同様のグループワークを組み合わせたプログラムを実施している。このような先進的な取り組みには介入効果の検証が必要であるが、刑事施設では、無作為割り付け研究や出所後追跡調査の実施は、法的および人権的な観点から様々な問題がある。

こうした限界があるなかで、我々は、同一対象の待機期間における尺度得点の変化を対照群とする方法で、HRPCにおけるプログラムの介入効果を検証した。本稿では、その研究論文<sup>2)</sup>の内容と意義を解説したい。

## I. 研究の方法および結果

## 1. 方法

## 1) 対象

2009年6月～2012年4月のあいだにHRPCに収容された全男性受刑者のうち、HRPC職員によって、「本件が薬物乱用である」および「本件は薬物乱用ではなくても薬物乱用が社会生活への適応上問題となる」と判断された者は324名であった。本研究では、このうち効果測定への協力に同意が得られ、収容直前の生活における最頻用薬物が「覚せい剤」であった男性受刑者251名(平均年齢[標準偏差], 37.78 [7.75]歳)を抽出し、検討の対象とした。

## 2) 特別改善指導「薬物依存離脱指導」プログラムの内容

本プログラムは、書き込み式のワークブックを用いた自習と、実際に同HRPC職員によるグループワークという、2つのコンポーネントから構成されている。

自習に用いたワークブックは、我々が米国のMatrix model<sup>12)</sup>を参考にして実践している統合的な外来薬物依存治療プログラム「SMARPP」

(Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program)<sup>1,3)</sup>のワークブックを簡略化し、当初、少年鑑別所での使用を想定して開発したものである(「SMARPP-Jr.」と命名)<sup>4)</sup>。本研究では、グループワーク導入前の1ヵ月間、自習として対象者にこの自習ワークブックに取り組みさせた。

グループワークは、自習ワークブックに取り組みするために与えた1ヵ月が経過した時点より開始し、対象者は原則として10名ずつのグループに分かれてグループワークに参加した。このグループワークは、SMARPPと同様のワークブックを用いた、認知行動療法にもとづく再乱用防止スキルトレーニングであり、精神保健福祉士や臨床心理士などの資格を有するHRPC職員2名によって実施された。グループワークの構造は、週1回、1回90分であり、1クール全体は12セッションから構成されていたが、そのうちの3セッションには薬物依存からの回復のための民間リハビリ施設である「ダルク」のスタッフも参加し、自らの体験談を語ってもらうようにした。

## 3) 実施方法

我々は、以下に述べる4つの時点において、対象者から既存の自記式評価尺度、および、独自に作成した自記式質問紙による情報収集を行った。

各種評価尺度を実施する4つの時点とは、(a)登録時(自習ワークブック開始1ヵ月前)、(b)自習ワークブック開始時、(c)自習ワークブック終了時＝グループワーク開始時、(d)グループワーク終了時である。この4点における情報収集により、(a)と(b)のあいだの尺度得点の変化から「待機期間における変化」を、(b)と(c)のあいだの変化から「自習ワークブックによる変化」を、(c)と(d)のあいだの変化から「グループワークによる変化」を測定した。なお、本研究への登録時点で、HRPC入所から少なくとも3ヵ月は経過しており、刑事施設という特殊な環境への適応ははかられていると考えた。

## 4) 自記式評価尺度・質問紙

①DAST-20 (Drug Abuse Screening Test, 20 items): この尺度は、違法薬物および医療用薬

著者所属: 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/自殺予防総合対策センター  
本論文は、PCN誌に掲載された最新の研究論文<sup>2)</sup>を編集委員会の依頼により、著者の1人が日本語で書き改め、その意義と展望などにつき加筆したものである。

表1 自習ワークブックとグループワークの実施によるSSDDとSOCRATES-8Dの得点変化

		実施前		実施後		z	P
		平均点	標準偏差	平均点	標準偏差		
待機期間の変化	SSDD	73.74	19.25	77.44	18.89	4.435	<0.001
	SOCRATES-8D	76.10	10.07	76.00	12.29	1.748	0.080
自習ワークブック実施期間の変化	SSDD	77.44	18.89	78.90	19.46	1.390	0.164
	SOCRATES-8D	76.00	12.29	78.78	10.80	5.275	<0.001
グループワーク実施期間の変化	SSDD	78.90	19.46	81.02	17.16	3.182	0.001
	SOCRATES-8D	78.78	10.80	80.89	12.31	4.691	<0.001

SSDD：薬物依存に対する自己効力感スケール (Self-efficacy Scale for Drug Dependence), SOCRATES-8D：Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, 8th version for drug dependence

物などの乱用をスクリーニングする目的から作成された、20項目からなる自記式評価尺度である<sup>14)</sup>。本研究では、対象者の薬物問題の重症度を評価するために、肥前精神医療センターで作成された日本語版<sup>15)</sup>を採用した。本研究では、このDAST-20を「①登録時」にのみ実施し、その得点にもとづいて「軽症群」(1~5点)、「中等症群」(6~10点)、「重症群」(11~20点)という3群に分類した。

②薬物依存に対する自己効力感スケール (Self-efficacy Scale for Drug Dependence: SSDD): この尺度は、森田ら<sup>11)</sup>が独自に開発した自記式評価尺度である。得点が高いほど、薬物への欲求が生じたときの対処に自信、または自己効力感をもっていることを意味する。本研究では、この尺度を、(a)登録時(自習ワークブック開始1ヵ月前)、(b)自習ワークブック開始時、(c)自習ワークブック終了時=グループワーク開始時、(d)グループワーク終了時の計4回実施し、総得点の変化を検討した。

③Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, 8th version for Drug dependence (SOCRATES-8D): この尺度は、MillerとTonigan<sup>9)</sup>によって、薬物依存に対する問題意識と治療に対する動機付けの程度を評価するために開発された自記式評価尺度である。SOCRATES得点が高いほど、治療準備性が高

く<sup>10)</sup>、治療継続率が高い<sup>9)</sup>ことがわかっている。本研究では、我々が作成し、構成概念妥当性<sup>2)</sup>と交差妥当性<sup>4,5,6)</sup>を確認している日本語版SOCRATES-8D<sup>24)</sup>を用い、SSDDと同様の4時点で実施した。

#### 5) 統計学的解析

本研究では、4つの時点におけるSSDDとSOCRATES-8Dの総得点が、待機期間、自習ワークブック実施期間、およびグループワーク実施期間においてどのように変化したのかを検討するために、各評価時点間の得点変化を比較した。いずれの2群間比較についてもWilcoxon符号付き順位検定を用い、両側検定にて $P < 0.05$ を有意水準とした。

## 2. 結果

対象251名は、DAST-20得点にもとづいて、重症度別に43名(17.1%)が軽症群、128名(51.0%)が中等症群、80名(31.9%)が重症群に分類された。

表1は、対象全体におけるSSDDおよびSOCRATES-8Dの得点変化を示したものである。表からも明らかなように、待機期間には、SSDD得点は有意に上昇し、一方、SOCRATES-8D得点には有意な変化が認められなかった。自習ワークブック実施期間には、SSDD得点に有意な変化はみられず、SOCRATES-8D得点のみ有意な上昇

表2 重症度別による自習ワークブックとグループワークの実施によるSSDDとSOCRATES-8Dの得点変化

		実施前		実施後		z	P	
		平均点	標準偏差	平均点	標準偏差			
待機期間の変化	SSDD	83.02	17.05	84.56	17.21	1.217	0.224	
	SOCRATES-8D	61.00	10.07	64.65	9.66	2.372	0.018	
軽症群 (N=43)	自習ワークブック実施期間の変化	SSDD	84.56	17.21	83.19	15.91	1.164	0.244
	SOCRATES-8D	64.65	9.66	66.26	10.28	0.922	0.357	
グループワーク実施期間の変化	SSDD	83.19	15.91	88.93	12.91	2.548	0.011	
	SOCRATES-8D	66.26	10.28	71.46	12.66	2.913	0.004	
待機期間の変化	SSDD	78.55	15.69	81.62	16.36	2.778	0.005	
	SOCRATES-8D	71.16	6.83	72.59	10.34	1.576	0.115	
中等症群 (N=128)	自習ワークブック実施期間の変化	SSDD	81.62	16.36	78.07	16.78	3.933	<0.001
	SOCRATES-8D	72.59	10.34	75.15	10.47	3.979	<0.001	
グループワーク実施期間の変化	SSDD	78.07	16.78	86.95	13.83	6.703	<0.001	
	SOCRATES-8D	75.15	10.47	78.95	11.48	5.473	<0.001	
待機期間の変化	SSDD	76.79	19.37	77.83	17.65	1.648	0.099	
	SOCRATES-8D	75.62	11.57	75.62	12.72	0.176	0.860	
重症群 (N=80)	自習ワークブック実施期間の変化	SSDD	77.83	17.65	76.87	17.96	2.375	0.018
	SOCRATES-8D	75.62	12.72	78.46	10.90	2.578	0.010	
グループワーク実施期間の変化	SSDD	76.87	17.96	84.81	15.17	4.671	<0.001	
	SOCRATES-8D	78.46	10.90	81.79	10.62	4.144	<0.001	

SSDD：薬物依存に対する自己効力感スケール (Self-efficacy Scale for Drug Dependence), SOCRATES-8D：Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, 8th version for drug dependence

が認められた。さらに、グループワーク実施期間には、SSDDとSOCRATES-8Dのいずれの得点も有意に上昇した。

表2は、重症度別のSSDDおよびSOCRATES-8Dの得点変化を示したものである。軽症群では、まず待機期間には、SSDD得点に有意な変化はみられなかったが、SOCRATES-8D得点に有意に上昇した。そして、自習ワークブック実施期間には、いずれの尺度得点にも有意な変化は認められなかったが、グループワーク実施期間には、SSDDとSOCRATES-8Dのいずれも有意な得点上昇が認められた。

一方、中等症群では、待機期間中において、SOCRATES-8D得点に変化はみられなかった一方で、SSDD得点の有意な上昇がみられた。しか

し、自習ワークブック実施期間においては、SSDD得点の有意な低下、ならびに、SOCRATES-8D得点の有意な上昇が認められた。グループワーク実施期間においては、再びSSDD得点が有意に上昇するとともに、SOCRATES-8D得点はさらに有意に上昇した。

重症群も、中等症群と類似した得点変化のパターンを示した。すなわち、待機期間において、有意とはいえないものの、SSDD得点上昇の傾向が認められ、自習ワークブック実施期間には、SSDD得点の有意な低下とSOCRATES-8D得点の有意な上昇が、そして、グループワーク実施期間では、いずれの尺度得点も有意に上昇した。



## II. 考 察

本研究では、対象全体の尺度得点は、待機期間、自習ワークブック実施期間、グループワーク実施期間において特徴的な変化を示した。待機期間にはSSDD得点のみ上昇したが、自習ワークブック終了後にはSOCRATES-8D得点のみ有意に上昇し、最終的に、グループワーク終了後には両尺度の得点はいずれも上昇したのである。

このことは、待機期間、自習ワークブック実施期間、グループワーク実施期間と推移するなかで、本研究の対象に、以下のような3段階からなる内的変化が生じた可能性を示唆する。まず第1段階は、プログラムが提供されていないにもかかわらず、薬物欲求に対処する自信が高まり、自らの薬物問題に対する洞察は深まらないという変化である。第2段階は、自習ワークブックの実施により、欲求に対処する自信が変化しない一方で、自らの薬物問題に対する洞察が深まり、治療動機が高まるという変化である。第3段階は、グループワークへの参加によってもたらされるものであり、引き続き薬物問題に対する洞察は深まり、治療動機も高まりながら、薬物欲求に対処する自信も高まるという変化である。

本研究では、こうした尺度得点の変化は、対象における薬物問題の重症度によって異なることも明らかにされた。軽症群では、対象全体における変化とは異なり、待機期間中にSSDDの得点上昇は認められず、むしろSOCRATES-8D得点の上昇がみられ、自習ワークブック実施期間には介入による尺度得点の変化はみられず、最後のグループワーク実施により、SSDDとSOCRATES-8D双方の得点が上昇した。これに対して、中等症群・重症群では、最後のグループワーク実施期間における2つの尺度得点の変化は軽症群と共通していた一方で、待機期間および自習ワークブック待機期間中における尺度得点の変化は軽症群と大きく異なっていた。すなわち、中等症群・重症群では、待機期間中にSSDD得点のみが上昇し、しかしその得点は、自習ワークブックの実施により低下したのである。一方、SOCRATES-8D得点に

ついては、待機期間中に変化がみられず、自習ワークブック実施によって上昇していた。

以上の結果は、2つの臨床的に重要な知見を示唆している。1つは、中等症以上の薬物問題を抱える受刑者は、ただ刑事施設に収容されるだけでは、自らの薬物問題に対する洞察の深まりも治療動機の高まりも得られないばかりか、何らのプログラムも受けていないにもかかわらず、薬物欲求への対処に自信がつかなくなる可能性があるということである。これでは、刑事施設出所後に地域の支援資源にアクセスする可能性が低くなるだけでなく、薬物欲求に対する「無根拠な」自信から、かつての薬物仲間や薬物と遭遇しやすい環境に接近してしまう危険性がある。

もう1つの重要な知見は、中等症以上の薬物問題を抱える受刑者にプログラムによる介入を行った場合、薬物欲求への対処に関する自信は、介入初期に一時的に低下し、さらに介入を続けていると再び高まっていく、ということである。SSDD得点のこうした変化のパターンは、薬物問題に対する洞察や治療動機が、介入期間が長くなるに伴って方向性に改善を続けるのとは好対照であった。これと同じ現象については、すでに森田ら<sup>11)</sup>が薬物依存症に対する介入研究を通じて指摘している。森田らは、介入の初期には自らの薬物問題に対する洞察が深まるとともに一時的に自己効力感スケール得点が低下し、さらに介入を続けると得点は上昇に転じ、最終的な介入の効果が明らかになるという現象を報告している。

治療経過中の薬物乱用者にみられるこうした内的変化は、すでに多くの物質依存を専門とする臨床家によって経験的に認識されているものである。実際、自身の薬物使用に対する問題意識や洞察が深まり、「自分は依存症かもしれない」「一人ではやめられないかもしれない」という両面的な迷いが生じれば、逆に薬物欲求への対処に関する自信が低下するのは当然であり、そのこと自体にすでに治療的な効果がある。というも、そのような自信低下こそが、乱用者が主体的に支援資源にアクセスする契機を準備し、あるいは、治療継

続の動機となるからである。さらに、こうした内的変化は、日常生活のなかで薬物欲求を刺激される状況や薬物使用の危険性が高い環境を避けることにつながり、結果的に薬物再使用のリスクを低減するであろう。

しかし、ある程度以上の治療を受けたにもかかわらず、いつまでも薬物欲求に対処する自信がもてないままでは、到底、回復とはいえない。ProchaskaとDiClemente<sup>13)</sup>が指摘するように、長期にわたって断薬を維持するための努力を続けるには、「自分には薬物をやめ続ける力がある」という自己効力感も必要となってくる。その意味では、本プログラムには、薬物乱用者の薬物欲求に対する自己効力感を一時的に低下させ、その後上昇させる効果があるとすれば、理想的な介入といえるかもしれない。

なお、中等症以上の薬物乱用者に対する介入効果の推移については、別の観点からの説明も考えられる。それは、自習ワークブックとグループワークという、介入様式の違いがもたらす効果の違いに着目した観点である。前者が単独による一方向性の学習であるのに対し、後者では、ファシリテーターによる直接的な介入、ダルクスタッフによる具体的な回復イメージの提供、同じ問題をもつ受刑者との共有体験といったものが提供されており、こうした方法の違いが、グループワークでは、問題認識を深めつつ薬物欲求に対する自己効力感も高める効果を生み出した可能性もある。

だからといって、自習ワークブックの介入効果はグループワークに劣り、それゆえに無用であるとはいえない。むしろ、マンパワーを要することなく、問題認識を深め、治療動機を高めることができる自習ワークブックは重要な社会資源の1つである。

## おわりに

### —展 望—

刑事施設において介入研究をすることには、種々の困難が伴う。本研究は無作為割り付けによる対照群を用いた比較研究は現実的ではなく、対

象者は強制的に収容されている状況におかれていることが、自記式評価尺度の回答に影響を与える可能性も否定できない。また、出所後の追跡ができないために、評価のエンドポイントは、「断薬の継続」や「地域における治療継続」ではなく、あくまでも施設内における介入前後における評価尺度得点の変化という代理変数を採用せざるを得ない。何よりも実際に研究を進めるうえで、情報の授受や匿名化の手続き、倫理的配慮、得られた成果の所属、成果発表前の事前チェックなど、法務省側との折衝は、通常の医療機関における研究とは比較にならないほど背の折れる作業であった。

しかしその一方で、刑事施設における介入研究にはメリットもある。それは、比較的短期間の調査でも、均質かつ大きなサンプルサイズの対象への介入を行うことができるということである。事実、本研究は、わが国の覚せい剤乱用者に対する介入研究としては、現時点で最もサンプルサイズの大きいものであり、薬物依存治療に関するエビデンスの乏しいわが国においては重要な寄与となる研究と自負している。

本研究は、刑事施設における薬物再乱用防止プログラムの有効性を明らかにしたものと見えるが、その一方で我々は、「やはり薬物依存の治療は刑事施設でやればいい」という意見が出て来ないことを願っている。というのも薬物依存の治療とは、どこかである時期にすばらしい治療を受けたとしても、それは決して「貯金する」ことができない種類のものだからである。実際、覚せい剤依存に罹患する者が最も再使用しやすいのは、刑事施設を出所した直後であり、保護観察終了直後である。

その経験的事実を踏まえれば、地域における医療的資源の充実が、わが国における最大かつ喫緊の課題であるのは、改めていうまでもないことであろう。「刑の一部執行猶予制度」施行までの秒読み段階に入ったいま、我々の次なる目標は、本研究と同様の試みを広く地域の精神科医療機関で実施し、その効果を検証することである。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

謝辞 本研究にあたっては、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部長和田清先生、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院 小林椋児先生（当時）、今村扶美先生、播磨社会復帰促進センター矯正処遇部企画部門教育担当 尾崎士郎先生（当時）、竹内良雄先生（当時）、長谷川雅彦先生（当時）、OSS サービス株式会社播磨社会復帰促進センター社会復帰促進部 今村洋子先生、谷家優子先生、安達泰盛先生の多大なるご尽力をいただいたことをここに明記し、心からの感謝を捧げたいと思います。

#### 文 献

- 1) 小林椋児, 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) 小林椋児, 松本俊彦, 千葉泰彦ほか: 少年鑑別所入所者を対象とした日本語版 SOCRATES (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale) の因子構造と妥当性の検討. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 45; 437-451, 2010
- 3) 松本俊彦, 小林椋児: 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
- 4) 松本俊彦, 今村扶美, 小林椋児ほか: 少年鑑別所における薬物再乱用防止教育ツールの開発とその効果—若年者用自習ワークブック「SMARPP-Jr.」—. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 44; 121-138, 2009
- 5) 松本俊彦, 千葉泰彦, 今村扶美ほか: 少年鑑別所における自習ワークブックを用いた薬物再乱用防止プログラムの試み—重症度による介入効果の相違に関する検討. 精神医学, 52; 1161-1171, 2010
- 6) 松本俊彦, 今村扶美, 小林椋児ほか: PFI (Private Finance Initiative) 刑務所における薬物依存離脱指導の効果に関する研究: 自習ワークブックとグループワークによる介入—第1報—. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 46; 279-296, 2011
- 7) Matsumoto, T., Imamura, F., Kobayashi, O., et al.: Evaluation of a relapse prevention program for methamphetamine-dependent inmates using a self-teaching workbook and group therapy. *Psychiatry Clin Neurosci*, 68; 61-69, 2014
- 8) Miller, W.R., Tonigan, J.S.: Assessing drinkers' motivation for change: The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychol Addict Behav*, 10; 81-89, 1996
- 9) Mitchell, D., Angelone, D.J.: Assessing the validity of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale with treatment-seeking military service members. *Mil Med*, 171; 900-904, 2006
- 10) Mitchell, D., Angelone, D.J., Cox, S.M.: An exploration of readiness to change processes in a clinical sample of military service members. *J Addict Dis*, 26; 53-60, 2007
- 11) 森田展彰, 末次幸子, 嶋根卓也ほか: 日本の薬物依存症者に対するマニュアル化した認知行動療法プログラムの開発とその有効性の検討. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 42; 487-506, 2007
- 12) 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
- 13) Prochaska, J.O., DiClemente, C.C.: Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*, 51; 390-395, 1983
- 14) Skinner, H.A.: The drug abuse screening test. *Addict Behav*, 7; 363-371, 1982
- 15) 鈴木健二, 村上 優, 杠 岳文, ほか: 高校生における違法性薬物乱用の調査研究. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 34; 465-474, 1999

