

ことだけでも十分であろう。なかには病院を紹介してくれる家族もある。精神科病棟に関してこのような事例はほとんどないのでなおさら印象的である。老人性痴呆疾患の治療施設は精神病院の敷

居の高さといった問題に対しても希望を与える働きをしていくのかもしれない。

(愛媛・十全第二病院 院長)

薬物依存と人格障害

— 治療総論 —

1. 緒言

現在，“精神科チーム医療”が医療経済委員会で検討され、提案されている。

その一方で、アルコール専門病棟の閉鎖がわが国において散見される現実もある。

しかしあルコール治療こそ精神科医の専門性を具現するという意気込みで出来たそのアルコール専門病棟が、何故数年で閉鎖の憂き目を見なければならなくなってしまったのであろうか。

この理由には、いわゆる Burn out の問題、治療努力に対して経済的にむくわれないことなどの他に、人格障害的側面から生じる対応困難な状況を呈する患者をどう扱うかという問題が内蔵されているように見受けられる。

本稿では、アルコールを始めとする覚醒剤、有機溶剤などの薬物依存患者の治療において、そのような患者に対し、病棟機能分化により、いかなる治療戦略が可能となるかという問題を、多剤乱用の問題と入院治療後のアフターケアの問題を含めて考察する。その際、近年の人格障害治療から得られた知見を援用して、今後の問題点を明確にするよう試みた。

2. 薬物依存患者の治療は何を目指しているか

薬物依存患者の治療を考える時、我々は一体、彼等のいかなる部分を治療の対象と考えるべきであろうか。

彼等の多くは薬物依存を原因として、家庭や職場における自己の役割同一性を崩壊させてしまい、社会的評価を喪ってしまう傾向を有する。

発生論的に見ると、薬物依存は防衛の観点から考えることが可能で、彼等の内面にある空虚感や対人関係における葛藤などを隠蔽するという機能

を読み取ることが出来よう。

さて治療はまず、薬物の使用を禁止し、必要ならば離脱症状の緩和化を目的とする身体療法を行うことから始まる。

また治療開始時点から、各患者が何故それぞれの薬物乱用に陥っていたかを説明する背景因子を探っていく作業を並行させる。

それに向けて病歴を聴取し、診察場面から得られる対人関係能力が記録され、入院環境下での患者の行動特徴が考察の対象となっていく。

けれども治療は還元主義的立場に終始していくではない。当該患者の生来性の人格偏奇なのか、依存による変化がこれに加味されたものかの議論はさて置き、人格面の諸特徴を治療の標的とするならば、各患者において、それがどのような理由で必要とされるのか、どのくらいのレベルの変化が達成可能か、その上でそれが依存の問題の解決にどう結び付くかを慎重に検討しなければならない。

もし人格障害の治療で依存の問題が解決するのであれば、治療は人格障害に対する治療に還元されるのであるし、その場合の依存は二次的な症状と目されることとなる。しかし、人間存在の全体性を人格のみに還元することは不可能であろう。ほんの些細な一つの態度決定ですら全人的に為されることであって、防衛機制や神経症的な行動パターンの加算や連結で判断の下されるべき問題ではないことは確かである。

では我々が出来ることは何であろうか。我々がある患者に関与することが可能となる条件として何が挙げられなければならないであろうか。

彼等の人間存在の全体性から生まれる振舞を本質直観し、必要に応じてそれに意味のある変化を

起こさせることを狙うためには、治療者は自分の時間を患者の時間に同調させなければならない。

彼等の時間に同行して、それを把握しその必然的な歴史性を擱むこと、そして非本来的なことを本来的なことに向かわせる方向づけを企てるとなるが、しかしこれは既に患者の正当な権利を奪うことにつながる危険性を有している。

治療者は神の位置に立つことは許されない。医療法を始めとする諸種の規定を遵守し、患者の権利を不当に侵害しない範囲で関与しなければならない。

このため入院を引き受ける時点から頭を悩ませる問題が生じてくる。入院の際、その必要性を決定するのは我々精神科医であるが、多くの患者はこの決定を受け入れようとしない。

以下に述べるつもりの治療戦略は、患者に制限を設定し、それを受け入れない限りは次の段階へ進めない側面を含んでいるものであるため、我々は法に抵触しないことを厳重に注意しなければならない。

我々は薬物依存患者の薬物乱用行為をまず、絶対の頽落行為とする価値観を呈示する。そして個々の患者がそれによって招いた弊害を明確化する。その上で彼等の態度決定を質問することになる。

彼等はいろいろな態度を我々の前で繰り広げるであろうが、我々の対応方針は以下のようになる。彼等が我々の治療的関与を認めれば、すぐに治療は次のステップに進んでいく。彼等がそれを認めない場合、この時点で、近年の人格障害の制限設定の背景にある治療者態度と同様のものを導入することになる。それは目新しいものではない。簡潔に言ってしまえば、本人の自己コントロール能力に障害があり、うまく機能していないという判断を下して、その機能改善を要求する姿勢である。そして法的には、患者の振舞が、自己あるいは他人の正当な権利あるいは社会的評価を損なうものであるという判断と結び付ける。そしてこの判断に精神科医の専門性が問われることとなる。

我々は立場上、非回避的に法的及び社会的な価値観を遵守すべく方向づけられている。もしそれを行いたくないとするならば、おそらく殆どの治

療的関与を放棄せざるを得なくなる。このため現場にいる精神科医は非常にしばしば板挟み的苦痛を味わわれる。家族からの要請、患者の主張との対決、判断を下した後の法的責任などの悩みは臨床をやめる日までつきあわなければならない重荷である。

これを何とか実行していくために是非とも不可欠なのは患者個人との契約である。しかしこれが簡単ではない。彼等に現状認識を共有してもらうだけでも膨大な時間と労力が必要とされる。時には時間的余裕のないまま、対社会的保護を重視し、一方的にならざるを得なくなり、これを許す医療保護入院、措置入院を決定することが多いであろう。

だが、以上の negative な視点を変えることも可能である。

これら初期の段階から確実に始まっているのは、患者と治療者との一回性を持った個性的な人間関係を築く作業である。そして患者が変化することが可能になる土壌をこれ以外に求めることは出来ない。

確かに人間が変化する機縁に関しては様々なものが世の中に存在するが、精神医学において専門家としての我々が行わなければならないことは、この治療者患者関係を徹底的な治療的武器として用いることである。

では、いかにしてこれを役立つものに出来るかという問い合わせに対して、近年の人格障害治療の実践が得た戦略を考慮しながら、当院の現状に即して考察してみたいと思う。

3. 人格障害を伴う薬物依存患者治療プロジェクト

当院は2つの開放病棟と4つの閉鎖病棟を有する。

前者はアルコール専門病棟（男子のみ）と多目的に使用される男女混合病棟からなる。

後者の4つの閉鎖病棟は、女子の閉鎖病棟、老人病棟、慢性期分裂患者を主体とする男子閉鎖病棟、そして本プロジェクトが行われる男子の閉鎖病棟からなる。これは22床の隔離室と42床の閉鎖病棟が1ユニットとなったものである。

当院には既に機能しているアルコール患者治療プロジェクト¹⁾と有機溶剤患者治療プロジェクト²⁾の2つのプロジェクトがある。

本稿のプロジェクトの対象となる患者は、これら2つのプロジェクトへの適応が困難な患者と大部分の覚醒剤依存患者である。その他の適用は各主治医の判断により行われるが、純粹な人格障害の患者は別に治療方針を立てた上で、病棟の構造が使用されるのが現状である。

通常の治療プログラムへの適応が困難となる理由としては、対人関係上の衝動性、攻撃性、欲求不満耐性の低さ、部分的な対象関係から生ずる葛藤、治療意欲の欠如、いわゆる悪性型の退行めいた行動化などが挙げられている。

これらの諸特徴を持つ患者への対応する手段として、近年の境界性人格障害治療の研究から得られた知見の導入を図っているが、ここでは初期からの明確化、直面化、解釈の導入、here and now の姿勢、行動化に対する制限設定に関して述べてみたい。

まず初期からの明確化、直面化、解釈については、既に初診時の出会いから考慮されるべき視点である。大部分の症例において、いわゆる分裂、投影性同一視、否認などの原始的防衛機制が優勢であり、対象関係も pre-Oedipal であるため、治療スタッフに露骨な憎悪を向けてくることが多いことを覚悟しておかねばならない。

しかし患者の対人関係のパターンと依存や自立に纏わる葛藤を解く鍵が、この憎悪の生じるパターンの分析にあることが多いのは事実であり、この時点から怒りの生じる原因を明確にしていく努力を払わなければならない。具体的には、治療者に怒りを向けるのは非常に理不尽であることを伝え、怒りにとらわれた際の患者の万能感や自己中心性を問題にしていくことが多い。

ただし治療者の非言語的な態度が攻撃的であっては逆効果である。治療者側に怒りや憎悪の感情が生まれやすく、各治療者の固有の防衛パターンが持ちこまれがちな場面であるため、意識的にコントロールしていくことが重要である。専門家であるという自負のある姿勢と、その患者の治療的関与に大きな関心を持ち、問題解決のために尽力

を惜しまないという姿勢が患者に影響を及ぼさなければならない。

これらあたりの問題は逆転移の問題と密接であり、多くの有益な論文があるので、興味のあられる向きは参考されたい^{3,4)}。

次に here and now の問題であるが、これについて次のような意味が重要である。

すなわち、過去の反省と将来に向けての決意を話し合うことは不毛な場合が多いため、現在の治療者患者関係における患者の振舞の意味を探る作業を通して、対人関係能力の発展を促す方が治療上有効であるという認識である。また治療者が here and now で直面化することは、大抵の患者の振舞のパターンと正反対の事態となることも意味のあることとなる。

行動化に対する制限設定は、治療が成功するか失敗に終るかの分かれ目となる問題であろう。

患者にとってはかなり自我親和的な行動様式であるため、制限設定に対してはかなり激しい怒りや攻撃的態度が生じる。

治療スタッフのみならず、周囲の患者をも巻き込みかねない場面や、時には自傷行為に至る症例も認められるため、隔離室の使用が避けられないことがある。また鎮静を主眼とした身体療法も必要となり、治療過程で一番事故の起こりやすい時期であり、慎重な対応が要求されることとなる。

制限設定に対する患者の反応の度合に影響を与える因子として、対応上重要なものは、治療者の落ち着いた、理解のある、しかし断固とした決意を込めた姿勢である。

彼等は我々を破壊しにかかるが、この程度は我々が破壊されればされるほど増大する性質を持つ。

鎮静に関しては一般的な向精神病薬の投与や、時には電気ショック療法の使用も試みられることがある。ともに精神療法的な視点から見ると、全面的には効果的ではない。むしろ minor tranquilizer による馴化作用を利用して⁵⁾精神療法の導入のきっかけをすることが多い。

しかし対象によっては前者も非常に有効な場合があり、後の経過の良好な症例もあるため、一概に時代錯誤的な療法とは言い難い。病理水準の低

い患者の方に有効な傾向があるのは確かである。

続いて治療構造について述べたい。

病棟は上述の通り、隔離室棟と一般閉鎖病棟とからなる2フロアー、1ユニットである。閉鎖病棟内の病室数は5つで、各病室毎に患者の中から室長が選出され、自治的な機能を設定してある。室長は病棟内の役割割当やトラブルの際の交渉にあたるが、これは本病棟が当初アルコール患者を中心に機能していた頃に、患者の対人関係の特異性から導入されたもので、その後他の薬物依存患者が混在した時期を経て現在に至るまで、一貫して維持されてきたものである。

治療スタッフは、毎朝のミーティングで各患者の問題点、身体状況、薬物効果の判定、制限設定の見直し、患者間の力動把握その他の視点より、多角的に討論し、主治医、心理療法士、ケースワーカーなどと連絡をとる。

主治医は定期的な面接を行うが、時間・場所などの構造は患者毎に設定され、隨時見直しを図る。

予後的な見通しが良好で、より厳密な構造の精神療法が可能となる症例では、その時点で治療契約がかわされることもあるが、それは本プロジェクトの対象から外されることになる。本プロジェクトの目的は、飽くまで通常の治療に適応し難い患者の改善可能性を探ることにある。

通信面会の制限について付言しておく。

特に反社会性人格特徴を持つ患者や覚醒剤依存患者に多いのであるが、患者自身が暴力団関係に所属していたり、その方面的家族、知人、恋人などを持っている症例では、外部より病院に対して圧力がかかってくる場合がある。電話での脅迫や集団で来院して面会を強要したりすることも稀ならずある。

この時は治療への導入経緯、治療の必要性、患者の保護義務者や家族の意向を明確にした上で治療を守らなければならなくなるが、治療者とスタッフの安全性が脅かされることが多く、警察への連絡をとらざるを得ないこともあります。何よりも優先されなければならないのは治療スタッフ自身の身の安全である。こちらが怪我をしてしまったのでは治療どころではないし、患者の社会的評価をもいたずらに傷つけてしまうことにつながる

ため、スタッフは常に明敏であるべきである。この点も含めて、当院では米国のフォレンシック関係施設のスタッフ・トレーニングの導入を検討している。

往診について述べる。当院では救急車を持ち、必要のあるときには患者収容に応ずる態勢にあるが、ここにも多くの問題点がある。

精神運動興奮の激しい患者や衝動行為の真只中にある患者の往診は不用意にいくと大怪我につながる。刃物などの凶器を所持している可能性があるときは家族を通して警察に保護を依頼する方が賢明である。そうでない場合も往診メンバーは患者と治療者の双方に怪我のないような技術を身に付けておくべきである。当院では先輩のスタッフからの指導と柔道の練習を行っている。心得のないほど事故が起りやすい。

治療を成功させるのは治療者の正確な見立てと熟意であろう。最後に見立ての問題として診断上重要な点を述べる。

診断はDSMIII-Rに沿って行っているが、経過と予後の見立て、治療技法の決定の側面からカーンバーグのBorderline Personality Organizationに関する業績を参考にしている。彼は人格構造を3つに大別し、その一つとしてこれを提唱しているのであるが、彼によるとその診断のためにstructural interviewを施行し、患者の同一性統合度、防衛機制のタイプ、現実吟味力などの視点を軸に他の諸特徴を検討し、それに応じて治療戦略や予後の見通しを模索していく。詳細は彼自身の著書を見られたい^{6,7)}が、薬物依存患者の人格特徴を見ていくときに大変役に立つものであることを強調しておく。

近年わが国においてもmulti-, poly-drug abuseの問題が増加してきている。当院においても有機溶剤、覚醒剤、アルコール、ベンゾジアゼピン系薬物などの合併依存の症例がしばしば見受けられるが、現時点では単一物質依存の治療と同じ方法で対処している。

彼等の特徴として、自我脆弱性と防衛機制のレベルがいずれも低いことが多いこと、自己破壊性などの衝動統制の弱さが挙げられ、治療が波乱万丈になりやすい。

何例か治療を行い、退院までこぎつけた症例があるが、退院後は殆ど来院せず、服薬も中断して、再入院に至ることが多い。関与する期間が長くなり、手段も尽きて、虚無感にとらわれやすいのもういうべき症例である。今後の課題である。

退院後のアフターケアであるが、殆どの患者に対し、外来通院と服薬継続を約束してもらうのが脱落者が多い。その場合でも家族などとの連絡を続けて、再び乱用が生じた場合には積極的に介入する。退院時、治療者は、患者が薬物依存から脱却するまでは治療的関与を続ける決意を伝えるが、これが骨のおれる仕事である。

なお有機溶剤では定例の家族会を開いており、OBの家族の出席などもあって効果が認められるため、今後他の物質依存に対しても同様の試みをしたいと考えている。

もう一つのアフターケアとして共同住居の使用がある。原則として居住者は病院付属のデイケアに通所することを義務づけるか、院内の有給の作業に就きながら生活指導を続けていく。院外での就職が決定すると退所することになっている。

他患者との共同生活であるから、対人関係上のトラブルが生じがちであるが話し合いの材料となる。専属のスタッフの生活指導と主治医による1週1回の定期的な外来診察が継続されている。

4. 結語

薬物依存患者治療において、人格特徴に基づく

対人関係の困難さを呈する患者の治療に関して考察を試みた。

その際近年の境界性人格障害を始めとする人格障害治療から得られた知見を参考にした。

当院での実践の流れをまとめてみたが、諸賢の御批判を仰ぎたい。

(津久江一郎：広島・瀬野川病院 院長)
若宮 真也：同 医師

文献

- 1) 津久江一郎：当院における薬物依存症に対するチーム医療（アルコール及び有機溶剤患者の治療プログラム）と診療報酬についての意見、日精協誌、10, 11, 1991.
- 2) 津久江一郎：有機溶剤患者の治療プログラム、日精協誌、7, 1, 1988.
- 3) Seales, H. F. : Countertransference, International University Press, 1979.
- 4) H. ラッカ : 転移と逆転移（坂口信貴訳）、岩崎学術出版社、1982.
- 5) 津久江一郎：アルコール中毒とくにアルコール嗜癖者の治療ならびに問題点、広島医学、22, 9, 1969.
- 6) Kernberg, O. : Borderline Conditions and Pathological Narcissism, Jason Aronson, 1975.
- 7) Kernberg, O. : Severe Personality Disorder, Yale University Press, 1984.

「アルコール依存症専門病棟」について

鈴木 康夫 矢崎 理恵

ところで酒を飲まない」という入院生活に比較して、より困難ではあるが、また断酒が継続できている喜びも大きいことを患者と共に感じてみたいと考えている。

アルコール依存症の治療にとって入院治療がどれだけの影響を与えていたかを省みた時、決してプラスの面だけではないことを、筆者は自分の十数年の専門医としての経験から理解している。しかし、治療の流れあるいはシステムと呼べるよう

1. はじめに

アルコール依存症の治療が病棟内で完結するとは考えられない。病院を退院して地域に戻ったとしても、そこでは、まだ治療は継続されているのだと筆者は思っている。患者が一步病院を出た時から、酒類の自動販売機が林立している現在の日本では、再飲酒の機会は十分以上にある。このような現状であるからゆえに、「酒のあるところで酒を飲まない」という日常生活の方が「酒のない