

【特集 出口を見据えた精神医療—何処をめざし如何に診るか—】

## 薬物依存患者の行く末——足抜け出来る日は来るのか？

The fate of drug-dependent patients—One day they can get out?

松本俊彦<sup>1)</sup>

Toshihiko Matsumoto

## I. はじめに

筆者なりに、本特集は「治療の出口を見据えた治療とは?」「援助者の手の引きどころとは?」をテーマにしたものと理解している。薬物依存にこれを当てはめた場合、これはなかなか問題だと頭を抱えた。だが、自分なりに脳内で「ああだこうだ」とのたうち回っているうちに、「治療の出口を語れないことこそが、この病気の特徴なのではないか」という考えに至った。

そう、薬物依存は特殊な病気である。というのも、薬物依存は「本人が困るよりも先に周囲が困る病気」であり、患者の多くが「治りたくない、治療を受けたくない」と願う病気だからである。もちろん、「病識を欠いた統合失調症も同じだ」という反論もあるが、統合失調症と明らかに異なるのは、典型的な薬物依存患者の場合、障害されている精神機能があまりにもピンポイントであり、薬物使用の一点を除けば、多くの場合、社会的・職業的機能は保たれているという点である。

実際、筆者の専門外来をおとずれる患者は、立派な学校を出て人も羨む職業に就いている者など全くめずらしくない。そこまで行かなくとも、患者自身が家計の主要な担い手であることはあたりまえにある。それだけに、多忙な仕事の時間を割いて治療プログラムに参加するのは、さまざまな点であまりにも負担が大きいのだ。

こうした事情から、薬物依存患者は容易に治療から離脱してしまう。Kobayashiら<sup>1)</sup>によれば、薬物依存症専門外来に初診した覚せい剤依存患者の治

療中断率はたった3ヶ月後で66%にも上ってしまうといい、Maglioneら<sup>2)</sup>によれば、覚せい剤依存患者初診から半年後の治療中断率は77%であるという。いずれも高すぎる中断率である。同じ条件で他の精神障害患者の中断率を出した研究はないものの、この数字は筆者らがこれまで抱えてきた臨床実感と見事に一致している。

したがって、薬物依存臨床において我々の努力の大半は、「出口」ではなく「入り口」に——「治療から手を引くこと」ではなく「いかにしてその患者を常連客として抱き込むか」——に傾注される。実際、我々の専門外来でも、治療プログラムを無断キャンセルした患者にメールを出したり、電話をかけたりと、なりふりかまわない、涙ぐましい努力を続けている。

要するに、筆者は早くも本特集を企画した編集部への期待に応えることを断念している。その代わり、本稿では、薬物依存がいかなる病気であり、この病気にとって「出口」とは何かを主題にして私見を述べさせていただこうと思う。

## II. 人はいかにして薬物依存になるのか？

まずは、「人はいかにして薬物依存になるのか」といったところからはじめてみよう。

意外に思う人がいるかもしれないが、どんなに重篤な覚せい剤依存者であっても、覚せい剤を使った最初のときから心理社会的なトラブルを生じたり、医学的障害を呈したりするわけではない。最初のうちは、職業的活動に支障が出ないように、たとえばパーティのときだけ、あるいは週末だけ、セックスするときだけといった具合に、コントロールして使っていたはずだ。ときには、周囲の者は、覚せい剤を使うことで活動性が高まった本人のことを、まさか覚せい剤を使っているなどとはつゆも思わず

1) 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

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

に、「おまえ最近、仕事よく頑張っているな」などと褒めていることもめずらしくない。

とはいえ、いつまでも蜜月が続くわけではない。やがて使用開始当初と同じ効果を維持するには、覚せい剤の使用頻度や量を増やさなければならなくなる。入手した薬物を1週間持たせるつもりであったのに、たった1日で使い切ってしまう、収入のかなりの部分が薬物のために消えてしまうようになる。たえず「覚せい剤を切らさずに、ばれることなく使い続けるには、どうしたらいいのか」といったことばかりに心を奪われ、そのためにあちこちで嘘をつくようになる。嘘の上に嘘を塗り込め、気づいてみると、信じがたいほど口がうまくなっている薬物依存者も少なくない。そのあまりの「詐欺師」ぶりに、事情を知らない精神科医のなかには、問答無用で「反社会性パーソナリティ」などとレッテル貼りをする者もいる。

しかし、彼らが誰を最も騙しているのかといえば、実は自分自身なのだ。この時期には、すでに彼らは仕事や人からの信頼を失ったり、精神症状をはじめとした医学的障害も自覚したりしている者が少なくないが、そうした現実から目を背け、「自分に優しい」理屈をひねり出しては不安を鎮め、自分を騙すのだ。たとえば、「まだまだ大丈夫、俺はポンプ（注射）ではなく、アプリ（加熱吸煙）でやっている」「あいつほどヨレていない、あんなったら人間おしまいだな」などと自らにいいきかせ、「これが最後の一発」というのを何回、何十回となく繰り返していく。もはや覚せい剤をコントロールしているのではなく、覚せい剤にコントロールされている状況だ。自分の価値観も劇的に変化してしまう。最初のうちは、女性とのセックスのときの「スパイス」として覚せい剤を使っていたはずなのに、いつしか女性からの誘いを断り、一人で部屋にこもって覚せい剤を使用しながら自慰行為を耽るという、本末転倒が起こる。

これが依存症と呼ばれる事態なのである。

### Ⅲ. 依存症——治癒しないが回復する病気

A.A. (Alcoholics Anonymous: アルコール依存者の自助グループ) や N.A. (Narcotics Anonymous: 薬物依存者の自助グループ) のような12ステッププログラム (A.A. や N.A. では、依存症の理解と回復のヒントをまとめた12箇条の覚え書きを軸にし

て回復プログラムを展開している) では、アルコール依存、薬物依存ともに慢性・進行性の病気と理解されている。

慢性・進行性とは、「治癒しない」ことを意味している。すなわち、薬物を使い始めた当初のように、自分の社会的・職業的活動に支障を来すことなく、薬物使用をコントロールすることはできない。薬物を入手しながら、それをすぐには使わないで長期間保管しておくなどといったこともできず、あればあるだけ使ってしまう体質は変えることができないのだ。そして、何年やめていても再び手を出せば、最後に使った時点の状態から依存は進行を再開する。つまり、やめていた数年間、依存は治癒していたのではなく、進行が一時的に停止していたにすぎないわけである。

しかしその一方で、薬物依存は「回復」することができる病気でもある。薬物をやめ続けることで、薬物で失ったものを取り戻すことができるのだ。もちろん、すぐにすべてを取り戻すわけではない。まず身体的健康を、やがて精神的健康を取り戻す。さらに時間が経過すれば、「心」——物の考え方や感じ方——が回復する。最後に、信頼と人間関係を回復する。ここまで到達するには、何年もの月日を要するのだ。

回復するために大切なのは、とにかく「最初の一発に手を出さない」ことである。最初の一発に手を出せば、それは一発では終わらない。それどころか、変化しかけた「物の考え方・感じ方」まで、薬物を使用していたときの状態に戻ってしまう。薬物依存者は飲酒もやめる必要がある。薬物依存者の多くが、飲酒によってほろ酔いになったときに再使用に至っている。飲酒酩酊は、「たまにはいいかな」「一回くらいならばれないだろう」という、再使用を容認する思考を生み出しやすいからだ。

12ステッププログラムにおいては、「もはや意志の力ではコントロールできない」という自らの無力を認め、まずはアルコールも含めたあらゆる酩酊物質の摂取をやめ、連日、ミーティングに参加して、それこそ「薬物を使う暇もない」状況のなかで、「しらふ」で自らの様々な不快な感情に対処することを学んで行く。そして、薬物を使っていた時期とは異なる生活パターンを作り上げることで、自身の行動を変化させていくのである。行動という外面的な変化はやがて「物の考え方・感じ方」という内面をも

変化させる。

要するに、12ステッププログラムは、「すべての心理的問題は薬物摂取の結果として生じたのであって、原因ではない」としてひとまず性格を棚上げしながらも、実は巧妙に、その最終的な治療目標をパーソナリティの再組織化へとすり替えているのだ。

確かに臨床的実感として、まだ断薬していない依存者の多くにはある独特の性格傾向が認められるのは否めない。ただしそれは生来性のもではなく、薬物依存の結果として生じた後天的な性格傾向と捉えるべきだ。物質に「酔う」ことで不快な感情から目を背け、聞きたくない話に耳を閉ざす。あるいは、「酔い」のヴェールで他者とのあいだに煙幕を張り、親密な心の交流から退却する。そして渴望に振り回されて薬物探索行動を繰り返しつつ、他人や自分に嘘をつき続けるなかで、本来の自分の姿も見失う。物の考え方・感じ方に見られる独特の偏りは、そうした生活の結果として生じるものだ。

12ステッププログラムは、「酔い」をもたらす物質を断ち続け、ミーティングに通い続ければ、こうした性格上の欠陥から回復することができると教えている。筆者自身、12ステッププログラムを何年も実践しながら薬物を断ち続けてきた、薬物依存者に、そうした回復の姿が体現されているのを感じたことがある。一言でいえば、人の話を聞くのが上手で、肩肘張らない等身大の生き方をする者の姿であった。

#### IV. 回復ではないが寛解している者もいる

しかし、薬物をやめることに成功した薬物依存者のすべてが、そのような回復像を呈するわけではないし、全員がA.A.やN.A.といった12ステップグループにつながるわけではない。もちろん、我々援助者はできればそうした自助グループにつながってほしいと考え、治療中、折に触れて参加を促すが、実際にそういったグループにきちんとつながるのは、通院患者の1割にも満たないのが現実である。それどころか、せっかく我々の専門外来に受診しても、1回で治療を中断し、その後、医療機関で提供する治療にさえ頼らずに、薬物と手を切っている薬物依存患者もいる。その割合がどのくらいなのか正確には把握できないものの、時折、いただく過去の受診者からの手紙などでそうした事実を知らされる

ことがある。

そもそも、専門医療機関にさえ登場せず、人知れず薬物を手放す薬物依存者も少なくない。専門医療機関では、「1回使用したら止まらない」という薬物依存者ばかりに遭遇するが、刑務所などの矯正施設に訪れると、それとはまた少し異なる「元薬物依存者」と出会うことがある。若い頃には明らかに覚せい剤依存の診断基準を満たす挿話がありながら、その後、進行するどころか、むしろ徐々に使用頻度が減少し、最近数年は自然と使わなくなった、という受刑者がいるのだ。そうはいつでも刑務所に収容されている以上、行動上の問題がすべて解決されているわけではないのはいままでのないが、しかし薬物依存に限っていえば、その進行は停止している。

この状態に対しては、「寛解」という表現がしっくりする。もちろん、回復と寛解は同じことを指しているのではないかという批判はありえる。そもそも、「治療はしないが回復はする」という当事者の言葉を、精神医学の言葉に翻訳すれば、「寛解」という表現になる。寛解とは、結核や統合失調症で用いられるのと同様に、つねに再発のリスクをはらみながらも、現在は進行が停止し、生活に大きな支障がない状態を含んだ表現なのだ。しかし、回復という表現には、単に薬物をやめているにとどまらない、「霊的な成長」といったニュアンスが漂う。

ある時期、規制薬物に手を染め、一時的に使用コントロールを失った経験のある者が、その後どのような転帰をたどったのかを知ることは難しい。薬物使用自体が犯罪とされているなかで、地域の薬物依存者を追跡していくことには限界がある。そうしたなかで、追跡率に問題があるものの、奥平ら<sup>2)</sup>が20年以上前に実施した、専門医療機関受診者の予後調査は、きわめて貴重だ。その調査によれば、薬物依存患者の予後は意外に悪くない。少なくともアルコール依存患者の断酒率よりは、薬物依存者の断薬率の方がはるかによいことが報告されている。

なぜその調査では、薬物依存患者はアルコール依存患者よりも良好な転帰をたどったのであろうか？

理由として考えられるのは、薬物へのアクセスはアルコールよりもはるかに困難であり、薬物に関連した人間関係を断れば薬物の入手自体が困難となってしまうといった事情があるからかもしれない。また、法律による規制が一定の抑止効果を発揮している可能性がある。さらに、法律による規制のために

社会規範からの逸脱(DSM-IV-TRにおける「乱用」)として容易に事例化する一方で、生理学的な依存そのものの重症度は低いために、断薬が比較的容易であった、という可能性も考えられる。もっとも、一部の薬物依存患者では、規制薬物の使用をやめる代わりに、社会的に容認されるアルコールの使用へと移行し、アルコール依存に陥っている可能性は十分にありうるだろう。

ちなみに、薬物乱用防止教育でしばしば生徒たちに伝えられる、「薬物に1回でも手を出したら薬物依存になってしまう」という話は、明らかに神話といわざるを得ない。たとえば米国の場合、8~9%の若者が十代においてコカインや覚せい剤の使用経験があり、半数以上にマリファナの使用経験があるが、彼らの大半は、薬物依存の状態になることなく、高校卒業までには薬物をやめていく。将来における薬物依存への発展を予測する要因は、高校卒業時点でのアルコール・薬物乱用の存在であるという<sup>4)</sup>。

それでは、なぜある若者は薬物依存に罹患し、別の若者は罹患しないのだろうか？ これには、その若者が置かれた環境・状況などといった要因が多数関係していると考えられるが、精神医学的観点に限って言えば、気分障害や不安障害に罹患していることは薬物依存を促進する要因となることが指摘されている。とりわけ複数の精神障害に(たとえば、気分障害と境界性パーソナリティ障害)に罹患していると、薬物依存への罹患リスクは著しく高まるという。また、被虐待歴などの存在も薬物依存を促進する要因である。事実、Khantzian<sup>5)</sup>は、薬物依存者の70%程度に他の精神障害の重複罹患が認められるが、その背景には誤った自己治療としての側面があると指摘している。

その意味では、薬物依存者という、家庭や地域において「困った人たち」は、薬物に手を出す以前からさまざまな生きづらさを抱える、「困っている人たち」であったと捉えることができるのかもしれない。

## V. 薬物依存に対する理想的な治療とは

ここまで述べて来たことから分かるように、薬物依存の回復像もしくは寛解像は多様であって、「これだけでなくはならない」といった理想的な状態はない。そのような事情を反映して、米国国立薬物乱用

研究所が提示している、「物質使用障害治療の原則的指針」<sup>6)</sup>のなかでも、薬物依存からの回復は多様であり、依存者の多様性に合わせた多様な治療のオプションを用意する必要がある、唯一絶対の理想的な治療法など存在しないことが明記されている。

その意味では、わが国の精神科医療における薬物依存治療の現状は深刻に遅れている。わが国の精神科医療従事者は、薬物依存患者に対して忌避的な態度をとることが多く、中毒性精神病の治療こそするものの、より根本的な問題である薬物依存そのものに対しては、N.A.のような自助グループやDARC(Drug Addiction Rehabilitation Center)のような当事者による民間回復施設に丸投げしがちである。しかも、仮に患者がそうした提案を拒めば、自身の治療オプションの乏しさを棚上げし、「否認が強い」「底つき体験が足りない」と患者側の問題にすり替える傾向があるのだ。

海外では、自助グループによる12ステッププログラムの他に、認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy; CBT)や動機付け面接などもさかんに試みられている。これらの治療の効果については、コカイン依存に対する治療効果が数多く研究されている。CBTは、コカイン依存に対し、従来の支持的なケースマネジメントに比べて半年後の治療転帰が良好であるが、12ステッププログラムとの比べると同程度の治療効果であるという<sup>7)</sup>。ただし、プログラム参加中の断薬日数では12ステップが優れている一方で、治療終了後の再発の少なさではCBTが優れているという<sup>8)</sup>。コカイン以外では、アンフェタミン依存に対しては、CBTによる外来治療は、治療共同体による入所治療に比べ、治療終了1年後の転帰がわずかに優れているが<sup>9)</sup>、大麻依存に対しては動機付け面接におよばないという<sup>10)</sup>。

このように、いくつかの物質の依存では、CBTの有効性が証明されているが、CBTを構成する様々なコンポーネント(セルフモニタリング、危険な状況の同定、渴望に対する対処法、問題解決訓練)のうち、いずれが有効に作用しているのかについては、はっきりしない点が多い。実際、CBTは、対人間および個人内における不快感への対処スキルの不足が物質依存の原因とする作業仮説にもとづいた治療法だが、CBTで改善した患者は、必ずしも新しい対処スキルの使用しているわけではなく<sup>11)</sup>、最も治療に貢献した要因は、治療者との関係性や頻回の

コンタクトであると考えられている。

海外における近年の趨勢としては、CBTは、他の治療法と組み合わせた、統合的治療プログラムとして提供されていることが多い。その代表が、米国西海岸を中心に広く行われている、統合的外来薬物依存治療プログラムである Matrix Model である<sup>12)</sup>。

Matrix Model は、16週におよぶ週3回の認知行動療法志向的なグループセッションの他に、動機付け面接や個別面接による再発分析、薬物使用モニタリング、家族セッションから構成されている。その治療効果については、従来の外来治療、入院治療、12ステッププログラムに比べて、治療離脱率が有意に低く、治療期間中の断薬率が有意に高いこと結果が明らかにされている<sup>13)</sup>。しかし、その一方で、治療期間終了後6ヶ月経過時点での転帰に関しては、Matrix Model と従来の治療とのあいだに効果に差がないという<sup>14)</sup>。

要するに、あらかじめ出口を見据えた物質依存治療など存在しないのだ。今日において最も現実的かつ効果的な治療とは、中断率が低く、実施期間中に薬物使用の少ない治療プログラムを提供し、プログラム終了後に再発した場合には再び追加セッションを行うという「慢性疾患」モデル——「三步進んで二歩下がる」という治療モデル——なのである。事実、相当に構造化された物質依存に対する治療プログラムを修了した患者が、安定した断酒・断薬状態に至るまでには、平均して7～8回の深刻な再発が必要という指摘がある<sup>4)</sup>。しかしその一方で、さまざまな実証的研究が、物質依存者の再発の大半は断酒・断薬後1年以内で生じており、断酒・断薬期間が2年以上になると再発率が急激に低下することを明らかにしている<sup>15)</sup>。

## V. おわりに——「出口のない治療」の先にある希望とは？

繰り返しになるが、12ステッププログラムにおいて、薬物依存は「治療しないが、回復できる病気」、慢性・進行性の病気と捉えられている。そして、薬物依存者はその宿命を甘受し、薬物を使い続けて死ぬか、完全に断つかという重い選択を迫られる。しかし、そこまで深刻にならずに、もっと日常的な水準で考えてみても、やはり薬物依存は慢性疾患とし

て理解すべき問題だ。ちょうど高血圧や糖尿病と同じように。

このありふれた慢性疾患には、二つの重要な特徴がある。一つは、どんなにすばらしい治療を受けても、その効果を「貯金」することはできない、という点だ。いかにすばらしい降圧剤や血糖降下剤によって血圧や血糖値がコントロールされたとしても、その治療薬の服用をやめれば、元の本阿弥になってしまう。もう一つは、失敗を繰り返しながら病気とのつきあい方を学んでいく、という点だ。降圧剤や血糖降下剤を1回服用し忘れたからといって、あるいは、食事療法で禁じられている物を口にしてしまったからといって、誰も「治療に失敗した」とはいわない。多くの者は、治療薬を服用しなければ、あるいは、食事療法を守られなければ、血圧や血糖値が上昇することを繰り返し体験するなかで、最終的には自分の病気を受け容れ、天寿を全うするのではなかろうか？

薬物依存もそれと全く変わらない。その治療は「貯金」できず、失敗を繰り返しながら学んで行くという特徴を備えている。降圧剤や血糖降下剤を飲み忘れるのと同じように、薬物依存者も再発する。我々が肝に銘じておくべきなのは、回復者の多くが援助につながってからの再発のなかで、本当の「底つき体験」をしたと述べていることだ。家族から見捨てられたり、住む場所も食事する金を失ったりする体験は、援助を求めるきっかけにはなるが、「自分が薬物依存という、援助が必要な病気に罹っていること」を痛感したのは、「あいつらよりはマシだろう」と考えていた仲間の中で失敗を繰り返すことによつてであったというのである。

おそらく援助者は薬物依存者の再発にいちいち目くじらを立てるべきではなく、再使用ではなく、むしろ治療からの離脱こそを危惧すべきなのだ。薬物依存治療プログラムの目的は、安全な枠組みの中で失敗を繰り返しつつ、「自分ひとりではやめられない」という感覚を持ち続けられる状況を作ることにある。こうした援助のなかで得られた寛解状態に対して、薬物依存者自身が何らかの肯定的な意義——たとえば、「人生において最も悲惨なことはひどい目に遭うことではなく、1人で苦しむことだ」——を見いだしたとき、この「出口の見えない治療」には新たな希望の灯がともることになる。その瞬間、その患者にとって、「物質を使用しない状態」は単

なる寛解であることをやめ、回復という次元に達するのであろう。

## 文 献

- 1) Kobayashi, O., Matsumoto, T., Otsuki, M., et al.: Profiles Associated with Treatment Retention in Japanese Patients with Methamphetamine Use Disorder; A Preliminary Survey. *Psychiatry and clinical neurosciences* 62: 526-532, 2008
- 2) Maglione, M., Chao, B., Anglin, M.D.: Correlates of outpatient drug treatment drop-out among methamphetamine users. *J Psychoactive Drugs*. 32: 221-228, 2000.
- 3) 奥平謙一, 永野 潔, 斎藤 惇, ほか: 覚醒剤乱用者と有機溶剤乱用者の予後. *日本アルコール薬物医学会誌* 22: 234-239, 1987
- 4) Emmelkamp, P.M.G., Vedel, E.: *Evidence-Based Treatment for Alcohol and Drug Abuse: A Practitioner's Guide to Theory, Methods, and Practice*. Routledge, New York, 2006
- 5) Khantzian, E.K.: Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and the addictions: Similarities and differences. In M Galanter (Ed) *Recent Developments in Alcoholism*, pp251-277, Plenum, New York, 1990
- 6) National Institute of Drug Abuse (NIDA) : <http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODAT1.html>
- 7) Carroll, K.M.: *A cognitive-behavioral approach: treating cocaine addiction*. National Institute on Drug Abuse, NIH Publication Number 98-4308, 1998
- 8) MaKay, J.R., Alterman, A.I., Cacciola, J.S., et al.: Group counseling versus individualized relapse prevention aftercare following intensive outpatient treatment for cocaine dependence: Initial results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65: 778-788, 1997
- 9) Hawkins, J., Catalano, R., Gillmore, M., et al.: Skills training for drug abusers: Generalization, maintenance and effects on drug use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57: 559-563, 1989
- 10) Stephans, R.S., Roffman, R.A., Simpson, E.E.: Treating adult marijuana dependence: A test of the relapse prevention model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62: 92-99, 1994
- 11) Litt, M.D., Kadden, R.M., Cooney, N.L., et al.: Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71: 118-128, 2003
- 12) Matrix institute: <http://www.matrixinstitute.org/index.html>
- 13) Rawson, R.A., Marinelli-Casy, P., Anglin, M.D., et al.: A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction*, 99: 708-717, 2004
- 14) Rawson, R.A., Obert, J.L., McCann, M.J., et al.: Cocaine treatment outcome: Cocaine use following inpatient, outpatient, and no treatment. In: Harris, L.S., eds. *Problems of Drug Dependence, 1986: Proceedings of the 47th Annual Scientific Meeting, the Committee on Problems of Drug Dependence*. NIDA Research Monograph Series, Number 67. DHHS Pub. No. (ADM) 86-1448, pp271-277, NIDA, Rockville, 1986
- 15) Wells, E.A., Peterson, P.L., Gainey, R.R., et al.: Outpatient treatment for cocaine abuse: a controlled comparison of relapse prevention and twelve-step approaches. *Am. J. Drug. Alcohol. Abuse*, 20: 1-17, 1994.