

## 援助職のための薬物乱用及び依存についての考え方、 関わり方についての提案

田中 禎（兵庫）

### 要旨

キーワード：

### はじめに

私は診療所での仕事の他に、保健所の嘱託医や精神保健福祉センターで薬物相談の嘱託医などをしてしています。薬物相談とは、麻薬・覚醒剤やシンナーなどの薬物の問題をもった方の家族対象の相談業務ですが、その関係で、センターにおける薬物関連問題を抱えた家族の集まりでの講演や援助職の関係者の前で講演をする機会があります。今回、平成 17 年 2 月 25 日に兵庫県こころのケアセンターにて行われた「薬物関連問題研修会」<sup>註1)</sup>で講演をする機会をいただきましたので、一部加筆修正する形になりますが、誌面をお借りしてその内容をご紹介しますと思います。

### 本日の話題

- I 依存とは何か
- II 依存症を生み出す社会
- III 援助者の自己点検
- IV 援助の視点
- V 依存症治療の原則
- VI 援助の基本

### I 依存とは何か

#### 依存という言葉について考えてみる（1）

依存という言葉には、日本では暗黙に道徳的に「依存＝いけないこと」というニュアンスを含んで使っているように思いますが、いかがでしょうか？ そのことをまず意識してみてください。

では、本当に「依存する」ことは、「いけないこと」なのでしょうか？ 例えば、地球上のほとんど全ての生き物は、直接的にあるいは間接的に、空気や水や、食物などに、そしてこの地球に依存して暮しています。たとえそれらに依存したくないと思っても、それらに依存していかなければ生きていくことが出来ません。

依存するのは何故でしょうか？ それは、その人が生きていく上で、その人がその人の主観的

な世界を生きていく上で、その人にとっての主観的な世界に適応するために必要なものであるからと考えるのです。この会場に100人の人がいるとすると、100人分の人生があるわけです。100人分の見方、感じ方があるわけです。私の話を聞いていても、一人一人がそれぞれの人生の中で、今まで生まれてきてから、それぞれがこれまで色んな経験を積んだそれぞれの感じ方、考え方で持って私の話を聞くわけです。それを主観的な世界を生活していると呼びます。そして、私たちを取り巻く周囲の世界もお隣同士同じものを見ていても違う世界に住んでいるわけです。例えば、私は5人家族で、家に帰ると3人の子どもと妻がいるわけですが、家族で家の同じ部屋で同じ時間を過ごしてもそれぞれが全く違う風景を見ていると思います。私の末娘は3歳ですが、きっと3歳の娘が見る家の中の風景と私が見ている風景は違ったものだと思います。それは他の子ども達とも違うし、妻とも違うと思います。つまり、それぞれがそれぞれの主観的な世界の中で暮しているわけです。ここまではよろしいですか？では、話を進めていきます。

## 依存という言葉について考えてみる（2）

依存する対象物によって、それが適切であるか？ 不適切であるか？ という見方で考えることが出来るかもしれません。空気に依存するのは良いけれども、覚醒剤はいけない、という風に。ここで、確認したいのは、確かに対象物によって、良いか、悪いか、という判断を下せるようになるかもしれませんが、「依存」という言葉そのものは、価値的に良くも悪くもないということを確認しておきたいのです。つまり、依存するものによっては良いとか悪いとか、適切であるとか、不適切であるとか、あとから言うことはできるかもしれませんが、「依存」「依存する」という言葉だけではそういった価値観とは分けておきたいのです。

そして、もう一ついえることは、依存することは良いとか悪いとかいうことよりも、その人が、必要があって行なっていることであると言えます。そうして、それがある境界を越えると「依存症」というラベルが貼られて処理されるようになります。その境界とは、何なのでしょう？

## 依存症までの流れ（1）

ただの依存から依存症と呼ばれるまでに変化していく流れはどんなもののでしょうか？その対象の条件に次のようなことが考えられます。一つは、そのきっかけです。楽に手に入れることができるもの、インスタントであるということが大きい要因と考えます。インスタントに気持ちよくなる、スカッとする、ストレスが解消される、リラックスする、わくわくする、元気になる、現実を忘れることが出来る、などの作用があること（恐らくこの気分を作ることには脳内麻薬が関与しているであろうと医学では考えています）で、同じ気持ちを味わいたくて続けたいくなるようなものであり、そして、続けることが容易であることなどがあげられます。容易であるということは、続けるのに苦勞を伴わないということです。

## 依存症までの流れ（2）

そして、それを続けているうちに、脳が次第に変化していきます。これは重要なことで、元々、依存症というのがあるわけではなく、あることを続けていくうちに脳が変化して、依存症の脳に変わっていくわけです。具体的には、脳が脳内麻薬を欲しがめる力が増してくるわけです。身体はしんどいことより、楽に手に入るものを選ぶ傾向にあると思いますが、そのため次第に自分の意志で制御することが難しくなっていきます。

例えば、現代人は慢性的な運動不足といわれます。私も一日中朝から晩まで診察室に閉じこもっている生活を続けています。自宅から職場までは車を利用しています。電車を使って、自宅から駅まで歩いて、駅から職場まで歩けばきっと身体にいいことは頭で“知って”いますし、そうすることを何度も考えますが、やっぱり車に乗ってしまいます。つい、便利で楽な方を選んでしまうのです。このように便利さに頼ることも依存の一つの形であると考えています。そして、健康によくないと“知って”いながら、やめられないのは、その方が身体はその時は楽なのです。長期的に見れば、身体に良くないことも私の意識は知っているのですが、一瞬の刹那的な時間の中では楽だと感じているのです。

## 依存と依存症との境目

このような流れの中で、単なる依存から依存症への移行が行なわれます。どこで線引きをするかは、線引きをする人の好みになってくるわけですが、とりあえず、「自分の力でコントロールが困難になったと気が付いたとき（実はこれも単なる思い込みにしかならないのですが）」「やめないといけないと知っているが、やめられなくなる状態」「それを続けるときにいいわけを言い出したとき」などでしょうか。

しかし、やはり明確に線引きをすることは難しいことがわかります。<sup>文献1, 2, 3, 4)</sup> あえていうならば、身体的、社会的、心理的にみて（どれか一つでもあれば）破壊的な状態になったときに単なる依存から依存症になったと臨床的には考えています。

## どんなものが依存症に発展するのか？

どんなものが身体的、社会的、心理的にみて破壊的な状態を引き起こしやすいのか？ ということですが、アルコール、ニコチン、鎮痛薬、鎮咳剤、睡眠薬、抗不安薬、麻薬、覚醒剤、シンナーなどの薬物や、時にはライターのカスやガソリン、などもありますし、ギャンブル、買い物、異性関係、コンピューターなどのテクノ関係、食べ物など色々あげることができます。

## 依存症への対応（1）

現在、これらの依存症への対応はどうなっているのでしょうか。医療の対象になるのは、主に身体や心の健康を損なうものです。司法の対象になるのは、法律に触れるもの、いわゆる非合法のものが対象になります。具体的に説明していきますと、医療の対象になるのは、アルコール、ニコチン<sup>文献5, 6, 7, 8, 9, 10)</sup>、鎮痛薬、鎮咳剤、睡眠薬、抗不安薬、麻薬、覚醒剤、シンナーなどの薬物、ライターのカスやガソリンなど<sup>文献1, 3, 4, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20)</sup> があります。また、ギャンブル<sup>文献21, 22, 23)</sup>、買い物<sup>文献24)</sup>、異性関係、コンピューターなどのテクノ関係<sup>文献32, 33)</sup>、食べ物などでも、衝動制御障害<sup>文献25)</sup>、強迫性障害<sup>文献26, 27)</sup>、摂食障害<sup>文献28, 29, 30, 31, 32)</sup>、双極性感情障害などの疾患を伴い、一部には薬物療法が著効する場合があります。

## 依存症への対応（2）

司法の対象になるのは、つまりは法に触れるもの、取り締まりの対象になるもので、麻薬や覚醒剤やシンナーなどがあります。飲酒運転や飲酒による暴力なども対象になりますし、精神科で処方される薬も不適切に扱われた場合、犯罪となります。また、ギャンブルや買い物などでも、

借金の問題が必ず出てきます。それらの依存の中で育児放棄や児童虐待、DV問題なども認めることもあり、実際の臨床では、様々な依存が複雑に絡み合っていることも少なくありません。そのため、警察や弁護士だけでなく、地域の保健所や児童相談所など複数の行政機関が連携して関わることも少なくありません。

## II 依存症を生み出す社会

ところで、ここで私たちを取り巻く社会に目を向けてみたいと思います。資本主義経済において、製薬会社の戦略はどういったものでしょうか？ 戦略というとやや戦闘的なので、いいかえると製薬会社が資本主義社会の中で目指していく方向とはどんなものになるのでしょうか？ まずは、資本主義の中では、大量消費できるものといえるのでしょうか。つまり、たくさん売れて、できれば長期服用でき、気持ちを楽にさせ、心のバランスをとるような薬といえるのではないのでしょうか。<sup>文献16)</sup> 最近の日本ではテレビで、睡眠導入薬がコマーシャルで流れますし、栄養ドリンクなども頻繁にコマーシャルで流れます。私は個人的には、このことに反対です。「眠れないときには薬を」「疲れたときには、これでシャキッと」という宣伝をテレビで流すのはいかがなものかと思うのです。「眠れないときには無理をして眠ろうとせずに、慌てず、焦らず、過ごしてみませんか。そのうちまた眠れるようになりますよ。それでも眠れないときには病院で相談してみてください」「疲れたときには、たまには身体を休ませてはみませんか」などとコマーシャルで流してくれたらと思いますし、精神に作用する薬を安直にテレビで紹介しないで欲しいと思います。身体に不調を感じたら、すぐに薬で治すのではなく、まず生活態度や生活習慣を見直すことから入るべきだと思うのです。ご存知のように糖尿病や高脂血症などの生活習慣病の治療は、まず食事療法、運動療法、それで駄目なときは、薬物療法という順番で治療を進めていくのですが、現代人は早く楽に結果を求める傾向にあり、即効性のある薬を期待されます。このように製薬会社が悪いというよりも、人々の欲望に応える形で（実際はもっと柔らかな言い方で、ニーズに答えるといいます）製薬会社が薬の開発、供給、宣伝を行なっているといえることができます。

依存症を生み出す社会というのは、人々が便利なものを求める、人々が楽にできるものを求める、人々が自分の責任を少しでも減らそうとしている、その減らした分の責任を何かに転嫁していく、そして、それを国や行政にその責任を転嫁していけば、必然的に国や行政の人々を管理する力が強くなっていく、人々を管理するルールが増え、そのための税金が増えるという社会でもあります。こんな状況の中で私たちは一体何ができるのでしょうか？

みなさんは私たちが生きている社会は、競争社会だと思われませんか？ それとも協力社会だと思われませんか？ みなさんはどうお感じになっているのでしょうか？ 多くの方は競争社会だとお感じになっているのではないのでしょうか？ そして、ある方たちは学歴社会だと感じておられるかもしれません。このような競争社会の中で、人々は何のような選択肢を持っているのでしょうか？ 私は個人的には好きな表現ではありませんが、勝ち組とか負け組という言葉も使われます。競争というのは、つまり勝ち負けを決めるということですが、この社会の中では、次のような選択肢が考えられます。ある人は、勝つことを目標とし、勝ち続けようとするでしょう。ある人は、勝つことよりも負けないことを目標とし、負けないようにするでしょう。ある人は、勝つことを避けることを目標とし、勝たないように心がけるでしょう。ある人は勝つことを放棄し、負け続けようとするでしょう。つまり、勝ち続ける、負けない、勝たない、負け続ける、という四つの目標に分けることが出来ます。競争社会においては、勝つことで周囲が負け、負けることで傷つ

くという人がいれば、勝ち続ける人は悪気はなくとも絶えずそういった人たちを傷つけることとなります。また、負けたくない人で勝てない人は、勝負を避けて暮らすようになるかもしれません。他人が傷つくのを敏感に感じる人の中には、勝つことで他人を傷つけると思ったら、傷つけないために勝たないように努力するかもしれません。

## 競争する人間関係から協力する人間関係へ

競争社会をまた別の見方では、競争社会は能力主義とも言われ、その能力に着目した評価をする以上、また強いものと弱いものとに分けて、弱肉強食といった言い方をする場合もあり、これらは別名“弱い者いじめの社会”ということもできます。では、どうやっていじめるのか？ みなさんはどうやっていじめるか、“いじめ方”をご存知ですか？

“いじめ方”というのは、次のようなやり方があります。

相手が間違っていることを攻撃する。自分は正しい（自分は安全な場所から）と思うと徹底的に相手が間違っていると攻撃する。「人は個性的であるべきだ」といいながら、好みからずれると「おかしい」といって攻撃する。自分の意見にしか過ぎないものをあたかも普遍的な事実であるかのように、詭弁を使って攻撃する。他にも色々あるかもしれませんが、主なところはこんなところでしょうか？ これらからもわかることは、私たちは正しいか、正しくないかを問題にすると簡単に争いを起こすことが出来るわけです。学問の世界、科学の世界では、確かに何が正しいか、正しくないか、議論を戦わせることで、発展していくかもしれませんが、人々の暮らしはそうではないと思うのです。皆さんがもし人々が競争し争いながら暮らすことよりも、人々が助け合い協力する暮らしがいいと思われるのであれば、どう考えたらいいのでしょうか。

まずは、正しいか、正しくないかという視点ではなく、相手を助けるか、相手の邪魔をするか、あるいは、仲良くするか、けんかするか、などの視点を持つことでしょうか。

また、ここで「協力する」という言葉にこだわってみたいと思います。

協力関係を築くときに、「協力させる」という言葉はどういう意味を持っているか？ そもそも「協力させる」「(相手に)協力させる」という言葉を使っている間柄を協力関係と呼べるのでしょうか？ 相手が私に協力してくれるかどうかは、相手に委ねたいと思うのです。私が言えるのは「私は協力しよう！」であって、相手の行動は相手に委ねたいのです。私の課題と相手の課題を整理して、私の行動は私が決め、相手の行動は相手に決めてもらいたいのです。その結果、協力関係が築かれるわけです。このように「協力させる」という言葉は、矛盾を含んでいる言葉だと思いますし、「協力させる」という言葉の意味は「相手の力を私のものとして扱う」ことを指していると考え、協力関係というよりは支配関係を表していると考えます。

## アルコール依存症対策の歴史

過剰飲酒それ自体を疾病とみなした最初の人とは Trotter (1788) といわれ、1817 年には Salvatori がそれを oinomania (oinos は wine の意) と命名しました<sup>文献 34)</sup>。しかし、その後も長い間、一般にはもしかすると現在でもアルコール依存症は病気というよりも、本人の意志の問題、本人の性格の問題として扱われてきた歴史があります。アルコール依存症 (alcohol dependence syndrome) という言葉が用いられたのは 1977 年のことです。このアルコール依存症の対策では、当初はアルコールによる身体疾患の治療として医療が介入しました。しかし、医療では依存症そのものの治療は困難でした。また、問題飲酒者の問題を解決するために、ヨーロッパ各国では司法の介入を行ないました。具体的には、問題飲酒者 (悪質酩酊者) を次々に逮捕、拘留、刑務所収容を行

なったのですが、結果的にそれは財政的に圧迫するだけでなく、問題飲酒者の問題を解決するには不十分でした。

現在でも賛否両論にわかれますが、1919年にアメリカでは禁酒法が成立しました。日本においては、明治初年（1867年）から禁酒運動があり、明治6年（1873年）に横浜で禁酒会が作られました。明治31年（1898年）には、全国的な組織・日本禁酒同盟会が結成されました。当時はこの会をバックに国民全てが禁酒する構想が生まれており、禁酒法の制定をもくろんだ運動を起こしていましたが、何度も否決された結果、ようやく大正11年（1922年）になって、「20歳になれば飲酒してもいい」という意味の「未成年者飲酒禁止法」という法律ができました。もともとのこの法律の意図は「一生酒を飲まなくていいようにするため、まず20歳までの間に禁酒の習慣をつけよう」ということだったそうです<sup>文献 35,36,37</sup>。

アメリカでの禁酒法は有名な大恐慌を契機に1933年に廃止されました。禁酒法の時代は、1929年のニューヨークには約3万2000軒もの闇酒場があり、アル・カポネなどのギャングが横行しました。取締りを厳しくすると悪いことは地下に潜るといわれますが、まさにそういう時代だったのかもしれませんが<sup>文献 38</sup>。ただ、悪いことばかりではなく、確かに禁酒法の時代には、犯罪が増えたといわれていますが、殺人事例の発生は減少し、酒場でのケンカによって検挙された人数は減少し、健康面でも肝硬変で死亡した人数などの減少は明らかでした<sup>文献 35</sup>。時代がもう少しあとになりますが、ロシアでのゴルバチョフの禁酒政策では、実際にロシア人の平均寿命が急速に延長し、わずかな年月の間に、事故、暴力、そして肝硬変による死亡者数が半減したといわれます。また、アルコールによる免疫障害が減少した結果、肺炎による死亡率も低下しました。しかし、エリツィンに政権が渡ると、禁酒政策は廃止され、再びアルコール消費量が増加し、死亡率も急上昇しました<sup>文献 36</sup>。

このように禁酒法は健康面ではある程度成功をおさめた反面、経済的にはアルコールは依存性薬物で確実に儲かる側面をもっているため、禁酒政策よりも節酒政策にした方がより利益が大きく得られることから、資本主義経済の圧力から禁酒法は廃止されたとも言われています。そんな時代の流れの中、1935年にアメリカでビルとボブという二人のアルコール依存症者によってA . A . という自助グループが誕生しました<sup>文献 39</sup>。そこでは、断酒して回復する人々が多く出てきました。1948年には抗酒剤（Disulfiram）（アンタビュース（antabuse）<sup>註5</sup>）が発表され、医療の世界でも、この薬でアルコール依存症を治すことが出来るのではないかと期待が寄せられました<sup>文献 37,40</sup>。しかし、実際には抗酒剤を飲まなければ、飲酒することが出来るわけで、結局抗酒剤だけでは、断酒を継続することは難しいこともわかりました。

そこで、アルコール依存症者が回復していくA . A . の存在に医療だけでなく様々な分野の人々が注目し、研究を行ないました<sup>文献 41,42</sup>。日本でも高知県の下司病院の下司孝麿医師が松村春繁さんという一人の患者さんにA . A . を紹介したことをきっかけに体験談中心の例会を行なうようになり、日本の風土に合った形で断酒会として発展していき、後に松村さんは全日本断酒連盟の初代会長になられました<sup>文献 43</sup>。こうして、医療が介入し、自助グループへつなげる、あるいは自助グループから医療につなげるという双方向の連携する体制ができあがっていきました。いわゆる治療共同体<sup>註6</sup>を形成するようになったわけです<sup>文献 16,44,45,46</sup>。

さて、このようなアルコール依存症対策の歴史をまとめますと、権力の介入である司法の介入は、緊急対応としては、一時的にやめさせることは可能で、短期的には成功します。しかし、長期的に見た場合、強制力によってやめさせられたアルコール依存症者が、自発的に継続してやめ

つづけたり、回復していくということは実際には困難であることが歴史が証明してきました。つまり、司法の介入は短期目標の成功率は高いが、長期目標である継続して自発的にやめる、回復するということには失敗しているともいえます。何故でしょうか？

### Ⅲ 援助者の自己点検

今度は社会や歴史の話から、私たちひとりひとりの心の問題に話題を変えていきたいと思いません。

#### 私たちの心の癖（１）

「人は自分が知っているものだけを見る」  
(ゲーテ)

みなさんがよくご存知のゲーテという人は、「人は自分が知っているものだけを見る」といわれました。私たちは、自分の関心のあるものだけを見る癖があります。あるいは、自分が関心を持っているものだけを色々な情報の中から切り取ってくる能力があります。皆さん一人一人がおぎゃーと生まれてから今日までに様々なことを見聞きし、学び、感じとり、選択しながら自分というものを作ってこられたわけですが、その結果、誰一人として全く同じ人というのは存在しなくなるわけです。つまり皆さんは一人一人特有の感じ方、考え方を持たれているわけで、今ここにいる皆さんの関心によって私が話していることも皆さんによってそれぞれ持って帰られるものも違うと思います。そういう主観的な世界を生きている私たちに共通する心の癖にはどんなものがあるのでしょうか？

#### 私たちの心の癖（２）

私たちの心を仮に丸で書き表せることにします。そして、その心は「(相手に) 知って欲しい気持ち (考え)」と「(相手に) 知られても知られなくてもどちらでもいい気持ち (考え)」と「(相手に) 絶対に知られたくない気持ち (考え)」と理屈上は図1のように3つに分けることができます。

そして、図2のようにもちろん相手にも同じような気持ち (考え) があることが推測されます。何故、推測かというと、私自身は確かにこの3つに分けて考えることは納得できますが、私以外の人も同じ心の構造をしているかどうかは全くわかりません。色々な所でこの話をしますが、一応皆さんは頷いてくださるので、恐らく私以外の人も同じなんだろうと、少し不安ですが、思え

図1

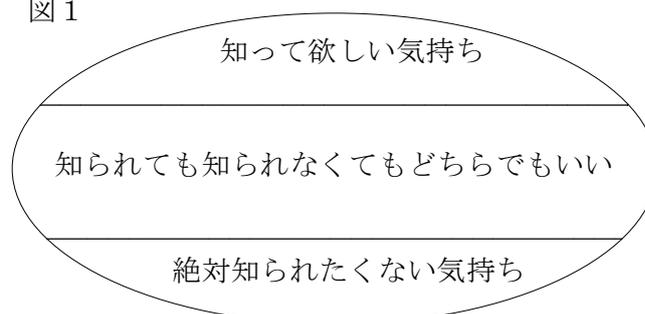
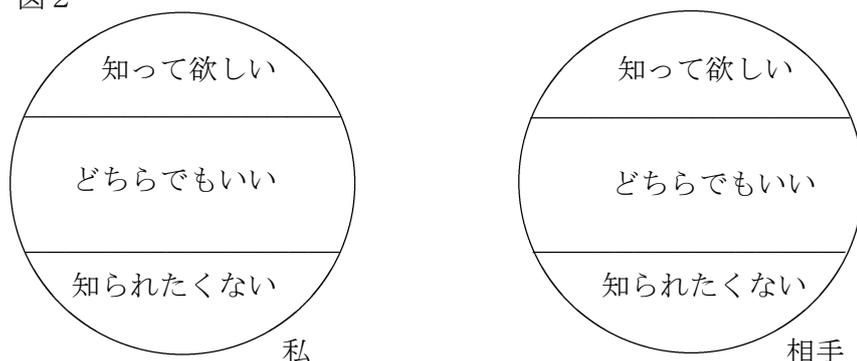


図2



るのです。もし、ここで「いや私はこの3つ以外にもある」という方がおられたらぜひ教えてください。今はとりあえず、恐らく私と同じように相手にも3つの領域があると考えて話をすすめさせていただきます。

### コミュニケーションがよいというのは？

私たちは、普段コミュニケーションを良くするというのは、「(相手に) 知って欲しい気持ち (考え)」をいかに相手に伝えるか？ ということを指しています。ところが、言葉では「(相手に) 知って欲しい気持ち (考え)」を伝えているつもりが、こちらの態度で「(相手に) 絶対に知られたくない気持ち (考え)」が伝わってしまって慌てたり、逆ギレする場合もあるわけです。よく子育て中のお母さんが「あんたは何度言ったらわかるの？」と行って子どもを叱りますが、私も子どものときによく言われましたが、これは子どもの側からすると、「あんたこそ、何度言ったら伝わらないことを学ぶの？」というわけです。医師と患者さんとの関係でもありまして、何度説明しても病気の理解ができない患者さんに対して「あんたは何度言ったらわかるのか？」と怒る必要はなくて、伝わらないのは医師である私の力不足であることに気付いて、どうやったら伝わるかを工夫していくことが医師である私の仕事だと思えます。巷で、いいコミュニケーションスキルを学ぶといいますが、これは結局は「(相手に) 知って欲しい気持ち (考え)」をうまく伝えるスキルのことをさしていると思えます。

ところで、私たちの心はこのように丸で囲まれています。これを仮に境界と呼ぶと、この境界があるおかげで私たちは日々を安心して暮らすことが出来ます。例えば、もし私と皆さんの間にこの境界がなくて、思った瞬間に他の人にわかってしまうとしたらどんな感じでしょうか？ そんなことを描いた漫画もありますが<sup>文献47)</sup>、普通は不安になるのではないのでしょうか？ 私がもし皆さんの考えていることが、今ここで逐一頭の中に入ってきたら、もしかするとびびってしまって何も話せなくなるかもしれません。でも、幸い、この境界があるおかげで、私は安心してここで好き勝手なことを話せるわけです。ところが、麻薬や覚醒剤などの薬物の使用やある種の精神疾患においてはこの境界がもろくなってきます<sup>文献48)</sup>。そうすると、自分の気持ちや考えが自分の意志とは無関係に相手に伝わってしまうような気がしたり、相手の気持ちや考えが自分の意志とは無関係に伝わってくるような気になります。精神医学の用語では、これらを思考伝播、思考吹入と呼びます。また、注察念慮、関係念慮、被害念慮、迫害念慮などと言われる状態になり、さらにその念慮の内容が訂正できなくなると注察妄想、関係妄想、被害妄想、迫害妄想と呼ばれる

状態になっていきます。時々、事件になる薬物使用の暴力事件などは、これらの精神病状態から引き起こされることも少なくありません。

## 話し合えばわかりあえるのか？

皆さんは、人々は話し合えばわかりあえると思いますか？ 私は、心の癖を図1のようにいいましたが、実のところ、何を知って欲しいのか？ 何を知られたくないのか？ などということは自分でもわからなくなることがあります。自分でもわからなくなること他人に本当にわかるのだろうか？ 何故、自分でわからなくなるかという、一つは生きているからだと思います。生きるということは絶えず変化し続けることを意味しています。私の妻は、私の1歳のとき、5歳のとき、10歳のとき、20歳のとき、30歳のとき、40歳のときのそれぞれの写真を見て、私とは別人が写っているといいます。確かに、細胞は毎日、こうしてお話している間も変化を続けているわけです。そんな自分を同じだと思いつづけているのは私の脳がそう思うので、“わたし”ということになっているのでしょう。そのレベルで言えば、“昨日のわたし”と“今日のわたし”は違います。絶えず、変化を続けているのです。同じように感じ方、考え方も変化してきます。ある人の言葉で大きく気持ちや考えが変わることも日常よく経験することではないでしょうか。私自身の心だけでもそのように変化し、同じように相手の心も変化するわけです。

このように考えてみると、話し合っても最終的に本当のところは誰にもわからないかもしれません。相手の気持ちをわかったと思っても、それはこちらが勝手にわかった気になっているだけかもしれません。また、相手に気持ちがわかってもらえたと思っても、こちらがただそう思っただけかもしれません。ある部分については、わかりあえるのかもしれませんが、全部をわかることは相手にも私自身にとっても不可能ではないかと考えるのです。では、話し合うことが無意味なののでしょうか？ 私の主張したいのは、相手の気持ちがわからないし、たとえわかったとしても単なるこちらの思い込みにしかならないかもしれないと思うことで、謙虚になって私自身が相手の関心に関心を持ちませんか？ といいたいのです。人は色々な感じ方、考え方をしており、それを知っているのは相手であり、こちらの思い込みにしかならない見方を相手に押し付けられないで、謙虚にもっと相手の言葉に耳を傾けてみませんか？ ということなのです。そうして、わかりあうためではなく、お互いがいい関係を築くために話し合いたいのです。相手が心の中で何を思っているかではなくて、目の前の相手が今何をしているかに関心を持ちたいのです。

援助者が「話し合えば、きっとわかりあえる」という態度でいるのは好みの問題かもしれませんが、私は相手に対して大変押し付けがましいものになるのではないかと感じます。私個人の問題なのかもしれませんが、もし私がクライアントで、カウンセラーから「話し合えばきっとわかりあえますよ」と言われたら、きっとそのカウンセラーとは話をする気をなくすかもしれません。わかるということを軽々しく口にすべきではないと思います。相手には相手の主観的な世界の中で生きていることに敬意を払って欲しいと思うのです。わかりあえるという思い込みは相手の主観的な世界に土足で踏み込んでいくようなもので、援助者としては十分気をつける点だと思います。

## 感情の目的を意識してみる

今度は感情について考えてみたいと思います。感情には簡単にいうと“喜”・“怒”・“哀”・“楽”の四つがあります。ここで、援助者にとって問題になるのはどれかという、まず“喜”と“楽”は対象になりません。私のところには「先生、毎日が楽しくて楽しくて、うれしく過ごしている

んですが、どこか悪いのでしょうか？」と相談に来られた方は今までのところおられませんし、「毎日、楽にリラックスして暮せていますが、こんなんでもいいんでしょうか？」という方も今までのところ来られたことはありません。やっぱり相談に来られる方の感情は、“怒”か“哀”です。臨床的にも問題として扱われるのは、“怒”か“哀”ではないでしょうか？そこで、この“怒”を別の言葉で言い換えますと次のようになります。

怒り

↓

「〇〇が私の思い通りにならないので腹が立つ」

〇〇には私でも相手でも社会でも何でも当てはまりますが、この文章の「思い通りにならない」というのは、言い換えると次のようになります。

「〇〇が私の思い通りにならないので腹が立つ」

↓

「〇〇を私の思い通りにしたい」

↓

「〇〇を私が支配したい」

ところが、ここまで来ると、

「私は〇〇を支配したいのか？」と自分に問いかけてみて、さらにもし〇〇に相手という言葉当てはめるなら、「相手は私の思い通りに生きなければならないのか？ 私は相手の人生を支配したいのか？」などと自分に問いかけてみてください。

“哀”についても同様です。「〇〇が私の思い通りにならないので哀しい」というわけですが、あとは“怒”の時と同じように考えていきます。

実際には感情は湧いてくると感じます。この目的の話をする「私は怒ってはいけない、哀しいってはいけない、だからそんな感情が湧いてきてはいけない」と誤解される方がおられるのですが、そうではありません。私が怒ったり哀しんでいることを自覚したら、次に私はどう考えるか？「私は支配したいのか、それとも支配するつもりはないのか？」を自分に問いかけ見て欲しいのです。感情が湧くのは不随意な出来事かもしれませんが、湧いてきた感情とどうつきあうのか、自分に問いかけてみることは、随意的な行動で、自分にその気さえあればすぐにできる問いです。その結果、自分の感情がどうなるか、機会があれば一度観察してみてください。

#### IV 援助の視点

これまで、Ⅰ～Ⅲで述べてきたことを踏まえた上で、依存症とどのように関わっていくのかについて述べていきたいと思えます。

実際の現在の依存症に対する医療機関の現状を皆さんはご存知でしょうか？ アルコール医療については、関西は大阪を中心にして他の地域に比べても比較的充実している地域です。しかし、薬物依存についてはどうでしょうか？ 兵庫県下、大阪府下にどれだけ対応できる場所がある

でしょうか？ 入院施設、外来施設はいくつあるでしょうか？ 確かに一般の精神病院でも覚醒剤の患者さんが入院する場合がありますが、それはやむをえずという事情であり、そこでは薬物の回復のプログラムなどは存在しません。多くの一般精神病院では、元々が統合失調症の治療をデザインして運営されているため、治療構造が合わないという事情があります。また、患者さんの方も確かに薬物使用や影響下にあるときには精神病様状態を呈しますが、それは一過性のもので、しらふに戻ると逆に一般精神病院の病棟では苦痛を感じる方も少なくありません。

では、何故、依存症を扱う医療機関はこんなにも少ないのでしょうか？

## 専門施設に頼ってはだめ

私は専門施設を作るだけではだめだと思っています。昔は専門施設がなかったので、アルコール医療に携わる人々は専門施設を作ることが目標になりました。しかし、いざ専門施設が出来たら、どうなったかという、その専門施設を取り巻く周囲の地域の力が逆に落ちたということが指摘されるようになってきました。昔は、一人のアルコール依存症の人がいると、その人に関わる家族や福祉や保健所や医療機関や断酒会などの自助グループの人たちが助け合い連携しあって、このケースに取り組みました。ところが、専門施設が充実してくると、それまで保健所でおこなっていた酒害教室や例会などは全て専門施設に移り、福祉のワーカーの仕事も専門施設のワーカーに移り、つまり、専門施設が充実すればするほど地域で行っていた仕事がそちらへ移り、結果としてアルコールのことを知らなくても、専門施設にふりさえすれば問題が表面上解決したかのように見えるようになったのです。それまで、治療共同体で動いていたシステムが、つまり専門施設という小さな共同体に変わっていったのです。違う言い方で言えば、専門施設に責任を集中させて、結果的に周囲が無責任になる構造に変わってきたともいえます。つまり、専門施設が作られただけでは、何も解決しないということに気付いて欲しいのです。

## 依存症の心理について

依存症者の多くの人々は「やめないといけないのはわかっているけれど、やめられない」といいます。この言葉をよくみると、次のようにわけられます。

「やめないといけないのはわかっているけれど」という部分は“頭の言葉”、“意識的な言葉”と私は呼んでいます。そして、後半の「～けれど、やめられない」という部分は行動をあらわしており、この部分を“からだの言葉”“無意識的な言葉”と私は呼んでいます。つまり、“頭の言葉”“意識的な言葉”でいいわけを作り、“からだの言葉”“無意識的な言葉”で行動していくわけです。意識の側でいいわけを作って自分を騙し（自己欺瞞）、からだの側でしたい方向に行動していくわけです。これは、依存症者に限るわけではなく、私たち自身が自分の語っている言葉から自分を理解するときにも使えます。また、依存症者はよく「嘘が多い」、と非難されますが、むしろ周囲の人々が依存症者の“頭の言葉”を聞いて判断するからで、大事なポイントは、依存症者は自分自身を騙して自己欺瞞に陥っていることに気付くことです。嘘が多いことを問題にするのは、嘘をつく依存症者に問題があるのではなく、それを問題に感じている援助者側の課題ではないかと思います。「信用していて裏切られた」という援助者もおられますが、それは信用した方が愚かであっただけで、条件づきで相手を信用するような（裏切られたと相手を責める程度のものなら）ものなら最初から信用することをやめたほうがよいと思います。私は信用はしないけれども信頼はしようと考えています。この人は自分の課題を解く力を持っていると信頼したいと思います。

## わかりきったことを言うときは注意が要る

わかりきったことを言われたとき、皆さんはどう思われますか？ さらに自分でもやめないとわかっていて、やめられないでいる時に、さらに人から説教されたことはありませんか？そのとき、どう感じましたか？

## 食事についての私の体験

私の実家はどちらかというと身体が大柄で食事もよく食べる家系でした。私自身も友人達と比べても食欲旺盛の方でした。結婚しましたが、妻の家系は小柄な方で食事も小食の方でした。結婚して、妻の実家に行って私が食事をしているとお義父さんが「よく食べる人は見ている気持ちいいなあ。どんどん食べて」と言って感心してくれました。私の方は、それが当たり前だったので、「そんなものかな」と軽く聞いていましたが、そのうち、妻の実家に行って食事のたびに「どんどん食べて。もっと食べて。」と言われることに段々苦痛を感じるようになりました。食べるという行為は私がたくてしていたわけで、人がなんと言おうと関係がないわけですが、それをあえて「食べろ」と指示されると、だんだん食べたくなってきてきたのです。別に人を喜ばせるために食べているわけではなく、自分を満足させるために食べていただけなのに、人のために食べているみたいになると食べるのが苦痛に感じてきたのです。そのときに「はっ！」としました。私の患者さんで拒食症の人が、家で家族から食事のことで注目を浴びていて、食事のたびに「もうちょっと食べたら。ちょっと少ないんじゃない」などと言われていました。それが一日三回あるとして、一年間に単純計算で3回×365日＝1095回言われている計算になります。それだけいわれたら、食べたいものも食べられなくなるのもわかるような気がしました。

「食べて」「食べたら」というのは言っている人は善意から言っているわけで、その意図は良いのですが、むしろ善意だから厄介ということもあるのです。善意からの言葉は断りにくく、拒否しにくい面があります。むしろ、悪意のある方が言われるほうも覚悟を決めて対処できる分まだましかもしれません。ここでいいたいのは、援助者はどんなアドバイスでも善意であればいいわけではないことを知ってもらいたいのです。善意から出てくるまずいアドバイスは、悪意のある攻撃よりも相手にダメージを与える場合もあります。もちろん、全く相手にされない場合もありますが。

## V 依存症治療の原則

依存症治療の原則を、依存症の当事者とその家族と治療者にわけて述べていきます。まず、当事者が治療を受ける上で必要なことは、次のようなことです。

まず、当事者自身が困っている、やめたいと思っていることが大事です。そして、次に依存の対象物から離れる、思い出させるものから遠ざかる、例えば、覚醒剤を買っていた人であれば、それを購入していた場所に近づかない、など。そして、依存していた対象物について勉強し、専門家からも説明を受けること。自助グループに出て行くこと。依存していたときの生活様式をやめて暮らしのシステムそのものを変えてみる。つまり、当事者自身の“からだ”の動きを変えることを第一に考えること。

その家族の仕事は次のようなことです。

とにかく当事者に委ねる。当事者を騙さない。当事者が実際に何に困っているかを把握する。当事者がやめる邪魔をしないため、「やめなさい」とか「やめた方がいいんじゃない」とか直接的にも間接的であっても、指示命令の類は極力行なわない。当事者の依存している対象物について勉強し、専門家からも説明を受けること。家族のための自助グループもあるのでそれに出て行く。当事者の感情や行動を支配しないようにする。

治療者が取り組むことは、まず信頼関係を結び、横の関係を築き、その次に何について解決するのか目標の一致を試みます。目標の一致が得られたら、協働関係のもとで問題解決に取り組みます。精神医学的に述べるなら、依存症についての心理教育やその他当事者の個別的なことも含めた情報提供を行い、精神療法を行なっていきます。また、必要に応じて薬物療法やその他の医学的治療も行なっていきます。

## VI 援助の基本

日本アドラー心理学会認定指導者である野田俊作氏は、第 97 回日本精神神経学会総会の精神医学研修（1）アドラー精神療法の中で、精神病者の家族相談の目標と個人の課題と共同の課題について次のように述べられています。

### 精神病者の家族相談の目標

患者が疾患を自力で管理できるようになること

患者の課題に介入しないこと

患者が協力を求めることには積極的に協力すること

### 個人の課題と共同の課題

個人の人生の課題は、その人が自力で解決するのが原則

話しあって協力する約束をしたときは、共同で解決する文献 49 から一部抜粋

これは、精神病者だけでなく、このまま依存症治療の原則とすることも出来ます。

今度は援助者の不満について考えていきたいと思います。

私たち援助者は、「現実を受け入れなければならない」「現実を見なさい」というかもしれませんし、少なくとも当事者が「現実を受け入れる」お手伝いをする役割にあると思いますが、ここで現実とは何かということに話をすすめていきたいと思います。

ここで、ちょっと次の計算をしてみます。○○には何を入れてもかまいません。

理想の○○

一) 現実の○○

私の不満

理想の○○から現実の○○を引くと“私の不満”が出てきます。

この理想の〇〇とは、言い換えると、私の頭の中にだけある空想上の実在しない〇〇です。そして、現実の〇〇とは、私の目の前にある実在する〇〇です。

そこで、この〇〇をこれから援助しようとする当事者とし、次のようになります。

理想の当事者  
一) 現実の当事者  
私の不満

理想の当事者から現実の当事者を引くと援助者である“私の不満”が出てきます。これを言い換えると、「私の頭の中にだけある空想上の実在しない当事者」から「私の目の前にいる実在する当事者」を引くと“私の不満”がでてくるわけです。そこで、「私が援助する必要があるのは理想の当事者の方か？現実の当事者の方か？」と問い掛けてみてください。当事者に「現実を受け入れること」を援助するのなら、まず援助者である私たちが現実を受け入れる必要があると思うのです。もし、援助者である私の不満があまりにも大きすぎるのなら、もう一度現実を見つめなおさないといけないのではないのでしょうか？そして理想の設定をし直す必要があると思います。

援助の基本として、次のようなことが言えると思います。

- ないものではなく、すでにあるものから探す。
- 負の注目ではなく、正の注目を。
- できないことは無限にあるので、数え上げているだけで無限に時間を費やせますが、できることは有限なので、行動するならできることから探すようにすると時間の節約になる。
- 物事を変える力は、できないことの中にはなく、出来ることの中にある。
- できないことをあたかもできるかのように錯覚するのではなく、すでにできていることをヒントにして導き出す。

そして、まずは当事者と援助者との間で、よこの関係が築ければより好ましいと思います。当事者のニーズと援助者のできるサービスのすり合わせを行い、目標の一致が出来れば、その課題解決に向かって協力していくことが援助者の仕事だと考えます。

そのときに、いつも心がけておく必要があることは、次のようなことでしょうか。

- 説教は、たとえ善意からであっても、結局こちら側の考えの押し売りにしか過ぎない。批判、解釈、反論も同じ。
- 相手の人生の主役は相手であって、相手しかいない。
- 相手の人生の中で相手がどのように選択し、行動するかは相手に委ねる。
- こちらの考えはあくまでもこちらの意見にしか過ぎない。
- 以上のことを絶えず自覚しておくこと。

そして、援助者も自らの自己欺瞞に敏感になっておくことが大事だと思います。

- 当事者である相手のためなのか？自分のためなのか？
- 自分が感情的になっていたら、自分に問いかけてみたり、理性的になれるまでその場から離れたりしてクールダウンする。
- 私が正しい、相手が間違っているという姿勢で関わると相手を追い詰めていても気が付かなくなる危険性が高い。

- 正しい、間違っているという尺度は、相対的なものであり、この価値観はこちらの意見にか過ぎない。
- こちらが「かわいそうな私、悪いあの人」という心理状態に陥ると、援助できなくなる。
- 以上のことを絶えず自覚しておくこと。

## 最後に

本日は、援助職である方を対象にした講演でしたが、援助職の中でも特に保護司さんや学校関係者の方も多いということで、普段「何が正しくて、何が良くて、何がいけないか」ということを子ども達に教える立場の方が多ということもあり、今回はあえて「正しいか、間違っているか」の視点だけでは援助は困難であることと、私たち援助者が正しいという安全な場所から考えてばかりいると善意で相手を追い詰めていることに鈍感になるということを経験させていただきました。

日々、依存症の臨床に携わるものとして、依存症の問題は社会問題になっているにも関わらず、実際に治療者や援助者の前に現れる当事者はほんの一握りにしか過ぎません。そのようなく何かの縁で私たちの前に現れた当事者を私たちがどう援助し、当事者の回復につなげていくお手伝いをさせてもらえるか、を考えると、そしてこの社会の状況の中でのそれぞれの意味を考えたときに、どうしても避けては通れない問題だと思いました。

講演の中で、ところどころ不適切な表現や皆様に失礼なことを言って気を悪くされている方がおられるかもしれませんが、それもこの社会での援助者の役割に対する私自身の個人的な思い入れのあらわれとご理解していただき、ご寛恕いただければ幸いと存じます。

## 参考文献

- 文献1) 村崎光邦：依存と関連障害の概念．第8巻 薬物・アルコール関連障害．中山書店、p 3 -p15、1999年
- 文献2) ASK：アディクション．アスク・ヒューマンケア、2002年
- 文献3) 和田清：依存性薬物と乱用・依存・中毒．星和書店、2000年
- 文献4) 和田清編：こころのかがく111 特別企画 薬物乱用・依存．日本評論社、2003年
- 文献5) 伊佐山芳郎：現代たばこ戦争．岩波書店、1999年
- 文献6) 宮里勝政：タバコはなぜやめられないか．岩波書店、1993年
- 文献7) ASH編 切明義孝他編集：悪魔のマーケティング．日経BP社、2005年
- 文献8) 斉藤麗子：たばこをやめられる本．女子栄養大学出版部、2000年
- 文献9) 阿部眞弓：99%禁煙できる本．三笠書房、2001年
- 文献10) 菌潤：病院でタバコと闘う モク殺モク視せず．神戸新聞総合出版センター、2001年
- 文献11) 山幹夫編：毒と薬．日本文芸社、2004年
- 文献12) 生田哲：脳に効くクスリ．日本実業出版社、1997年
- 文献13) 石井慎二編：気持ちいいクスリ．宝島社、1997年
- 文献14) 死に至る薬と毒の怖さを考える会：凶解中毒マニュアル．同文書院、1995年
- 文献15) 廣中直行：やめたくてもやめられない脳．ちくま新書、2003年
- 文献16) ミシェル・オートフィユ&ダンヴァレア 奥田潤他訳：合成ドラッグ．文庫クセジュ、

## 2004年

- 文献 17) 宮里勝政：薬物依存．岩波新書、1999年
- 文献 18) 中村希明：薬物依存．講談社、1993年
- 文献 19) 小森榮：薬物から家族を守る．三一書房、1998年
- 文献 20) 鈴木陽子：麻薬取締官．集英社新書、2000年
- 文献 21) 田辺等：ギャンブル依存症．生活人新書、2002年
- 文献 22) 帯木蓬生：ギャンブル依存とたたかう．新潮選書、2004年
- 文献 23) 伊藤耕源：「パチンコ依存症」からの脱却．すばる舎、1999年
- 文献 24) キャロリン・ウェッソン 斉藤学訳：買い物しすぎる女たち．講談社、1992年
- 文献 25) ジョン・グラント&サック・キム 加藤洋子訳：どうしても「あれ」がやめられないあなたへー衝動制御障害という病．文藝春秋、2003年
- 文献 26) O C D研究会編：強迫性障害の研究（3）．星和書店、2002年
- 文献 27) リー・ベアー 越野好文他訳：強迫性障害からの脱出．晶文社、2000年
- 文献 28) スザンヌ・アブラハム&D・ルウェリン・ジョーンズ 中根充文他訳：摂食障害の事実．星和書店、1989年
- 文献 29) 切池信夫：みんなで学ぶ過食と拒食とダイエット．星和書店、2001年
- 文献 30) N A B A編：分析おことわり！ 私たちは摂食障害とこんなふう生きてきた．東峰書房、2002年
- 文献 31) 斉藤学：生きるのが怖い少女たち．光文社、1993年
- 文献 32) 斉藤学：嗜癖行動と家族．有斐閣選書、1984年．
- 文献 33) 斉藤学：家族依存症 仕事中毒から過食まで．誠信書房、1989年．
- 文献 34) 今道裕之：アルコール依存症 関連疾患の臨床と治療．創造出版、1996年．
- 文献 35) 中本新一：アルコール依存社会．朱鷺書房、2004年．
- 文献 36) H . H . コルンフーパー 亀井民雄他訳：アルコール 少量飲酒習慣から健康障害が始まる．シュブリンガー・フェアクラーク東京、2004年．
- 文献 37) インサー・キム・バーク&スコット・D・ミラー 斉藤学監訳：飲酒問題とその解決．金剛出版、1995年．
- 文献 38) 岡本勝：禁酒法 「酒のない社会」の実験．講談社現代新書、1996年．
- 文献 39) A A 日本出版局：アルコールリクス・アノニマスー無名のアルコールリクたちー．A A 日本ゼネラルサービスオフィス、2002年．
- 文献 40) 大原健士郎・渡辺昌祐編：精神科・治療の発見．星和書店、1988年．
- 文献 41) G・ベイトソン 佐藤良明訳：精神の生態学．新思索社、2000年．
- 文献 42) モリス・バーマン 柴田元幸訳：デカルトからベイトソンへ 世界の再魔術化．国文社、1989年．
- 文献 43) 小林哲夫：断酒会初代会長 松村春繁．アスク・ヒューマンケア、2001年
- 文献 44) 鈴木純一：集団精神療法．臨床精神医学講座第 15 巻 精神療法．中山書店、1999年．
- 文献 45) 磯田雄二郎：集団精神療法．臨床精神医学講座第 20 巻 精神科リハビリテーション・地域精神医療．中山書店、1999年．
- 文献 46) 洲脇寛：治療の概要．臨床精神医学講座第 8 巻 薬物・アルコール関連障害．中山書店、1999年．
- 文献 47) 佐藤マコト：サトラレ．講談社．
- 文献 48) W. ブランケンブルグ 木村敏他訳：自明性の喪失 分裂病の現象学．みすず書房、1990年．

文献 49) 野田俊作：精神医学研修コース（1）テキスト アドラー精神療法、第 97 回 日本精神神経学会総会、2001 年 5 月 17 日。

文献 50) 野田俊作：アドラー心理学トーキングセミナー 性格はいつでも変えられる。アニメ 2001、1991 年。

文献 51) 野田俊作：続アドラー心理学トーキングセミナー 勇気づけの家族コミュニケーション。アニメ 2001、1991 年。

## 註釈

註 1) 平成 16 年度薬物関連問題研修会について

開催目的：近年、特に覚醒剤を中心とした薬物事犯が増加傾向にあり、とりわけ中学・高校生の薬物乱用が急激に拡大しているなど、薬物乱用は深刻な状況となっている。そこで、地域の中で薬物関連問題に対応されている関係者を対象に、薬物乱用・依存について基礎的な知識に関する研修を実施することで、地域の中での本人・家族への援助に役立てる。

対象者：薬物乱用防止指導員、保護司（神戸市、明石市内の地域に限定）、保護観察官、県内の健康福祉事務所・保健所の保健師、薬剤師及び相談担当者、精神科医療機関の P S W、相談員など

プログラム：

「兵庫県における薬物乱用防止対策について」<sup>註2)</sup> 県薬務課 麻薬係 係長 竹村 明平

薬物乱用および依存についての基礎知識

「薬物乱用および依存についての考え方、関わり方について」

ただしメンタルクリニック

院長 田中禎

当事者からのメッセージ

「薬物依存症者の治療共同体」<sup>註3)</sup> Freedom コーディネーター 倉田 めば<sup>註4)</sup>

註 2)：青少年の薬物乱用の実態、乱用薬物の種類と年次動向、不正薬物の形（写真）、中学・高等学校生徒の覚醒剤乱用状況、少年覚醒剤事犯の推移、シンナー乱用少年（検挙・補導者数）、薬物との出会いと依存への移行、薬物による様々な障害の発生、米国における生徒数の調査（タバコ、酒、大麻、シンナー、コカイン、ヘロインなど）の報告がありました。

註 3)：当事者からのメッセージとして、「大阪ダルク」の紹介、当事者の体験談、治療共同体について、Freedom での相談業務として家族への支援、「拘置所に収監中の薬物依存者へのインタビュー・プログラムなどについての講演がありました。

註 4)：Freedom コーディネーター兼大阪ダルク代表

註 5)：Disulfiram はもともと回虫の駆除剤として用いられていましたが、その効果よりもこれを飲んだ人は酒が飲めなくなるところから、抗酒剤として有名になりました<sup>文献 40)</sup>

註6)：治療共同体は、第二次世界大戦後のイギリスで、T.Mainによって最初に記述され、M.Jonesによって確立された臨床の方法で、精神病院治療、さらには精神医療全般にわたって強力な影響をもちました<sup>文献44)</sup>。治療共同体は、本来はアドラー心理学とは無関係な概念ですが、アドラー心理学的治療は多重カウンセリングや学習グループや自助グループを組み合わせることで、治療共同体的構造を実現しているといえます。

#### 更新履歴

2013年2月1日 アドレリアン掲載号より転載