

[治療ゼミナール通信第2号]

A. 面接場面で困ること・迷うこと(十の困難点)

ある心理臨床家から、面接場面で困る10の事柄・質問が寄せられた。それに関して浮かんできたことを記す。もちろん以下の質問や困難場面に対する、解答や対応に正しいものなぞはない。多分、心の治療においては「絶対に正しい治療法・治療術」もなければ「絶対に間違っている治療対応」もないように思える。以下は、したがって単なる試答や筆者の勝手連想である。

1. 「今の状態はしんどいので楽になりたい。でも、どうしたらいいかわからない。どうしたらいいですか」と訊いてばかり

[試答・連想] まずは、本人のレベル(思考・検討レベル、自我レベル、成熟度レベルなど)によってこちらの対応はいろいろである。思いついたままを述べると

①黙ってそのまま答えずに置く。この場合、何を言っても治療者が答えないので、自分からいろいろ考えていることを言い出す場合がある。これはこれで、治療者の沈黙が患者の発言を引き出したのでこれはこれでよかったかもしれない。

しかし、この沈黙対応は危険もある。患者が其のカウンセラーに失望して、改善しないまま不幸な中断をすることになる。この場合は、クライアントにお金と時間を失わせただけでなく、人間に対する信頼や希望まで失わせることになる。

この場合、他の対応をいろいろできるが、今はとりあえず黙って相手の様子を見ていこうか、という余裕のある対応と、治療者もどうしていいかわからないので、黙ったままでいるという対応がある。前者だと益の方が大きい、後者は益を与えないどころか有害になりかねない。しかしながら、実際にはこの手のカウンセラー・精神科医が多いので困ったことではある。

余裕のある前者の方だと、患者が「何故、黙ってばかりで答えてくれないんですか?」と聞いてきたとき、治療者の方から「何故、黙っているかわかる?」と聞き返せる。患者がこの治療者の応答に対し、じっと黙った場合は考える姿勢に入る可能性がある。逆に「わかりません。何故ですか?」と聞いてきたら、たとえば「これはあなたの問題なのでね。下手に私がどうこう言うと、あなたの考える機会を奪ってしまうことになってしまうから、心配で少し様子を見ていたんです。いけませんか?」という対応も可能になる。

②続いては、「その質問はとても大事な問いですね」と述べて相手の質問を尊重した後、「あなたのその質問に正しく答えるためには、まずあなたの考えを聞かせてもらう必要があります。あなたの考えはどうですか?」と聞くやり方がある。

これに答えてくれればその話の展開に沿っていけばいいが、中には「それが解らないんです。だからどうしたらいいか教えてください」と食い下がる場合もある。

こういう人の中には、あまりこれまでものを考えたりする習慣のない人、特に抽象的思考が身につけていない人が多い。これは、治療に関して言えば、致命的と言えるほど大変な事態である。考えるとは想像することであり筋道を追い、推理・判断することでもある。そして治療とは、想像・創造であり、適切な決断であるので、その根本である「考える」という力が育っていないということは、大変な治療妨害要因となる。

(よく「考えてばかりいるな。実践が大事だ。考え過ぎるのがよくないのだ。あれこれ考えてばかりいるから悩み・苦しみがひどくなるのだ」という人が多い。ただ、こうした場合の考えるとは、実際は「思い煩う」ということで、役に立つ適切な考え方でないことが多い。だから、そのようなことを言う患者、たとえば「考えてばかりいても意味がないんじゃないですか?」と言ってきたら、治療者は、「たしかに不適切な悪い考えばかりだと、あまり前進になりませんね。どうで

すか、ここで正しい適切な考え方を学んでいきませんか？」と問うことで、患者を正しく適切で有益な考えに導いてあげることが可能になる)

③従って、そういう人の場合は「考える力」を育てることから始めねばならない。ただ、「考える」といっても、哲学者のような「考える人」にまでならなくてもいい。あくまで、その人が楽に生きやすくなれる程度に考えられるようになればいいのである。

④それ故、考えるといっても相手の波長に合わせて考える力を育てればいいのである。考える力を身につけてもらうための「波長合わせ」としてはいろいろなやり方がある。

ア、まず「考えてみるよ」「考えなさい」といっておいて沈黙を守るやり方がある。

イ、「考えてみます」と言った場合には、しばしの時間の後「考えてみた？」と聞いて、答えが「はい」ということであれば「じゃあ、どんなふうに考えたのかな」という形で、相手の考えを聞いていく。

ウ、相手がポカーンとしているようであれば、「考えるって難しい？」と助け船を出してあげてもいい。「そうだ」と肯定するなら、「それじゃ、まずあなたの楽になるって、どういことか教えてくれるかな？」と聞いたり、「あなたが苦しくなる時ってどんな時？」と聞いてあげるのも一つである。

⑤中には、考える力がない訳ではないのに、相手に考えさせようとする人たち(人格障害や境界例に多い)もいる。そういう人の場合は、「どうしたらいいか考える主役は、治療者か患者かどちらなのかを考えさせる方がいい。もし「治療者の方が考えたらいい」と言うのであれば、「何故そう思うのか？」と聞いて、治療者・患者の役割をはっきりさせる方向に向かえばいい。

いずれにしろ、ポイントは、「考える力をどう育てるか」にある。

⑥時に、治療者が「私なら、こう考えるが」と告げるやり方もある。これは親切ではあるし、こうするべきであると書いてある、治療やカウンセリングの書物がある。確かにこれは正攻法なのだが、他責的傾向の強い人(人格障害、境界例的な人に多い)は命令・指示された、と取ってしまうことが多いので、くれぐれも注意が必要である。こういう場合には「私が参考意見を言ってもいいですが、下手をすると、あなたが「治療者からそうしなさい」と指示・命令されたように誤解されるのが怖い。だから、言うのをためらっている」というやり方もある。もし、患者が「そんなことはない。とにかく言ってくれ」と言ってきた場合、安全なやり方としては、紙に「これはあくまで参考意見で決めるのはあなたですが」という但し書きを書いて渡しておき、こちらコピーを取っておくというやり方がある。これで、「先生にこうしろと言われてやったが失敗した」と文句を言ってきたも、それに対する治療的対応がゆとりを持って出来ることになる。

[要約；いずれにせよ、この「楽になる」「どうすればいいか」という問いは、治療のアルファであり、オメガでもある。これに対しては、以上のような筆者の試答・連想はいったん括弧に入れて、自分流に創意工夫しながら、自由自在に対応することが望ましい。

ただ、出来れば、患者の心や状態をよく理解し、なるべく、「心に響く対応」をしたいものである。

いずれにせよ、この種の問いにまともに向き合うと、すぐに一冊の本が出来上がるぐらいになるだろう。筆者の試答は、ほんのごく一部で申し訳ないが、次へ移ることにする]

2. カウンセリングの動機や目標が見つからない

[試答・連想]

①この場合、見つからないのは、治療者の方なのか、患者の方なのか問題になってくる。もし治療者の方だとしたら、治療者は「そもそもカウンセリングの開始に当たって、私は何をしていたのか？この患者が必要としているものは何か？」を問い返すべきであるし、それは現在「私(治療者)は何をしたがっているのか？何をしようとしているのか？」を自らに問い返す

といい。

②ただ、何をしたいのか、正直わからないかもしれない。その場合は「とりあえず、こまっているようだが、どうもこちらは何をしていいかわからない。わかるまで、当分は「何をしたいのか？何をしようとしているのか？」の解明・発見を治療課題にしてもいいだろう。しかし、そういうことすら考えられなくなったり、まだ不安な場合は、「良きスーパーヴァイザー」に相談することが望ましい。

③患者の方が、カウンセリングの動機や目的が見つからない場合は、機会を見つけて「個々の面接で何を希望されているか」「何をしたいのか？何を目標にしたいのか」「カウンセリングでどうなりたいのか」という点に対して「何か思いつきますか」と問うてみるのが正攻法であろう。

患者が「わかりません。それがわからないので困っているという場合には、「それじゃ、あなたが何を求めているのか、そのことの発見を治療目標にしていきましょう」と言ってもいい。

また、治療目標を発見する手がかりとして、夢を持ってきてもらうやり方もある。この場合、患者が「夢なぞ見ません」という場合が多い。そんな時は夢を思い出すのを助ける方法があるが、それはそれでまた一文を要するので、別の機会にしたい。

④ただ、ときにはあまり治療目標や治療動機の解明に抵抗する場合もある。そんな場合には「治療目標といっても、それを見つけるって大変難しいですよ。だから、すぐに見つからなくてもゆっくりやっていけばいいですよ」と助けてあげるのがいい。

なかには、治療目標という言葉そのものに抵抗を示す患者もいるので、その場合には様子を見て、何故患者がそれに抵抗するのか、それが困難な課題なのかをじっと観察するといい。

⑤大体において、人間は目標を定められるのが苦手なことが多い。それは他の選択肢を失うということでもあるし、また困難な課題を背負うことでもある。だから、あまり治療目標なぞ話題にせず、「ここに通っているだけでも十分ですよ」といった、ゆとりのある態度で様子を見ていくのも一法である。

3. 何度指摘しても時間ギリギリまで立ち上がって話す

[試答・連想]

①筆者は、この種の、患者の行動はまず「ごく自然なものだ」と受け止める。

②面接の「終了困難」はよく生ずることである。こういうことに出会った場合、5つぐらいのことを考えるといいかもしれない。それは

ア、「終了困難」の程度(一、二分の超過か、5～10分以上の超過なのか?)

イ、「終了困難」を本人が自覚しているかどうか(たとえば「すいません。遅れて」「ごめんなさい。時間オーバーして」という言葉が見られるかどうか)

ウ、「終了困難」をそのまま放置しておく、治療の妨害になったりするか、または「終了困難」が本人の今後の生活のマイナスになるか、そういうことはなくても、この「終了困難」を取り上げることで、本人に重大な気づきをもたらされるかどうか、などを考えてみる。

エ、治療者のイラツキ度合

オ、「終了困難」を取り上げることが、現在の治療段階において、最優先課題かどうか、といったところである。

③続いて「終了困難」を来しやすい原因・背景についての一般的理解を持っている方がいい。

一応考えられる「終了困難」の理由としては

ア、その回の面接だけで、自分のことが伝えきれていない、自分の問題の解決が見えてこない、何かもやもやしてしっくりこない、もっと治療者の意見を聞いてみたい、といった様々な願望がある。その回の面接に満足できていない(こういう人は面接だけではなく何事にも満足できていないことが多い)

イ、このまま終わるのが不安である。このまま一人で帰るのが不安である。

ウ、治療者から離れたくない。治療者とずっと一緒にいたい。

エ、ルールや社会的公共性に対する認識が薄い。あるいは、それらに対する反発が強い

オ、治療抵抗のひとつ

カ、治療者に甘えたい。治療者がどこまで甘えを許してくれるか試している。

キ、治療者への怒りの表れ、治療者を困らせたい

ク、自分の勢いを止めることができない(躁状態の場合など)

ケ、自分で自分をコントロールできない

コ、自分のことしか考えられない、治療者を初め他者への思いやりに欠ける

といったことが考えられるだろう(まだまだあるだろうがこの辺にしておく。いずれにしても「終了困難」は「別れの困難」と同じく、人間にとってかなり普遍的な現象なのである。)

③さて、「終了困難」に対する対応だが、「終了困難」が、そうおおきな問題でなければ、筆者ならばばらく様子を見るだろう。

それと、そう「終了困難」が大きな問題ではない(1, 2分の超過で、自分でも「終了困難」を自覚している場合謎)場合なのに、治療者の方がいらつく場合には、治療者自身のイラツキの背景を探っていくといいだろう。

④ただ超過の程度がひどい、「終了困難」に対する自覚が薄い、「終了困難」の傾向を放置しておく、本人の不利益になる、「終了困難」が一つの治療抵抗の表れとなっている、治療者への過度の怒りや甘えの表現となっている場合には、取り上げる方がいいかもしれない。

⑤取り上げ方だが、筆者は次のことをこころがけている

ア、まず「終了困難」になっていることに気づいていない人には、それを非難するのではなく「なかなか時間通りに終わるのは大変ですよ」という思いを込めて、「終了困難」になっていること(「このところ何回か面接時間が超過していますが、それに気が付いておられますか」といったやんわりした働きかけ)に注意を向けさせる。

イ、もし「終了困難」がに気づいているとすれば、「それは大事なことなので、話し合った方がいいように思いますけどどうですか?」と水を向けてみる。本人の同意が得られると次に進む。

ウ、その次は「では、終了困難になっていることについてどう思われますか?」と訊いてみる。大抵の場合は「いや、よくないと思っているのですが、つつい話の方に気が行ってしまって・・・」というように言う患者が多いが、中には「そんなことはたいしたことではない」とか「それがどうしたというのだ」と反発してくる人もいる。

この後者の反応をする人は、そうでない人に比べ、相当根深い問題を持っていることが多い。こういう人への対応はまた別のところで述べるが、ふつうは前者の反応が一般的なのでそのことで、話を進める。

エ、患者が「よくないと思っているのですが」という場合には、「では、出来れば、時間通りに終わりたいと思っておられるんですね」と聞いて「そうです」という患者の決意を引き出しておくことが大事である。

カ、続いては「時間通りに終わりたい気持ちがあるのに終われないのはどうしてなのでしょうね」ということについて聞いていく。これに関する患者の返答は様々だが、いずれも患者の問題点の核心に触れるようなことが出てくる場合があるので、話の焦点をそちらに持っていけばいい。

キ、また「それでは、時間通りに終了したいのであれば、こちらがあなたの終了困難を感じた場合に指摘していいですか？しない方がいいですか？」と聞いて「指摘してもらった方がいいです」という返事をもっておくのもいいことである。

ク、これらの同意が得られていれば、面接終了10分前ぐらいに【あと、10分になりましたが、今回は時間通りに終われそうですか」と訊いてみると、少しは「時間通りに終了したい」という気持ちを優先させるかもしれない。

筆者の経験では、このようなことを繰り返していると、じよじよに時間が守れるようになるだけでなく、自覚や自己コントロール力が増大してくるようである。

ケ、またあらかじめ、自我レベルの低そうな人や、「終了困難」が予想される人には「面接を時間通りに終了するのは、結構、困難が多いものです。従って、面接が終わりに近づいた時、そろそろ終わりですがという方がいいですか？そんなことは指摘し欲しくないですか？」と聞いておくのも一つの手である。

[要約；終了困難の問題は、自覚、他社への配慮、自我レベル、コントロール、別れの辛さなど、治療上様々な問題を含んでいる。従って、終了困難は厄介なことだが、一方では治療の大チャンスでもあるので、むしろそれを歓迎するという気持ちも持ちたいものである]

4. 「薬を飲みたくない」「薬を飲んでいる自分は駄目だ」と思っている。

薬の問題はあまりに複雑多岐にわたるのでここでは思いついたことだけ、ほんの少し述べることにする。

①これについては2種類の考え方がある。それは、「この種の薬の問題は本来は精神科医と患者のものだから、カウンセラーのあずかり知らぬ問題である」という考えと「薬を出したのが精神科医だとしても、現にカウンセラーの方に聞いてきているのだから、責任の持てる範囲で相談に乗ってあげる」という態度である。

②別に前者の考えが悪いとは言わないし、その線で活動しているカウンセラーも多いだろう。ただ、筆者の経験と、仲間の心理臨床家の話を聞いていると、カウンセラーであっても、クライアントの困っている問題だから、出来る範囲で相談に乗っていく、という方が、カウンセリングや治療の効果は上がっているようである。

しかし、この問題は大変難しい点なので今後の議論が必要である。

③いずれにせよ、前者の態度で行くカウンセラーは「私は薬のことは、わかりませんので、精神科の先生と話し合ってください」となるのであろう。

ただ、後者の姿勢を取るカウンセラーの場合は、いささか対応が複雑になるが、その幾つかを述べていく。

ア、まず「私は、カウンセラーなので、そんなに薬のことがわかっている訳ではないのですが、よろしいですか？」と聞いてその旨の了解を取っておく。

イ、その上で「どういう点で飲みたくないのか、教えてくださいませんか？」と聞く。

ウ、ただ、この「服薬抵抗」の心理を聞いていくには一般的に患者はどのような「服薬抵抗」の気持ちを持っているかについてあらかじめ知っておく必要がある。

<服薬抵抗>

i. 副作用の恐れ

ii. 依存性の恐れ

iii. 薬で精神が変えられることへの抵抗、恐れ。脳が悪くならないか？という心配。

IV. 薬に頼ることへの抵抗、薬に頼る人間は弱い人間であるとの思い込み

v. 治療抵抗のひとつ。薬とは関係なしに治ることを恐れている、治ることへの抵抗がある。

vi. 治療関係がよくないことの表れ。精神科医や精神科治療への不満

vii. 不信感の強さ、人間不信、薬不信

VIII. 恐れ・不安の強さ、薬に対する過度の恐れ、人間に対する恐れ

ix. 治療が長期にわたることの辛さ(費用、時間、健康感の低下など)

x. 治療者に対する従属恐怖

xi. その他の抵抗

エ、最も多いのは、副作用の心配であるが、精神科医はもちろん、精神科医でなくても、薬を飲んでいるクライアントのカウンセリングをしているのなら、薬の副作用に対する知識はないよりは、あった方がいい。そこで、簡単に、それぞれの薬の副作用を挙げておくと、詳しくは成書で調べてほしい。

<抗うつ薬の副作用>

抗うつ薬は、素晴らしい薬だが、その反面いろんな受容体を遮断するので、次のような副作用に注意しておく必要がある。

i. 抗コリン作用(アセチルコリン受容体遮断作用)

口渇、便秘、排尿障害、カスミ眼、眼圧上昇、頻脈、中枢性抗コリン症候群(記憶障害、錯乱, せん妄)

II. ヒスタミンH₁受容体遮断作用

過鎮静、眠気

iii. ノルアドレナリン受容体遮断作用

起立性低血圧、勃起障害

iv. セロトニン受容体遮断作用

体重増加

v. ドパミン受容体遮断作用

錐体外路症状

vi. 抗うつ剤の精神症状

せん妄、躁転、幻覚・妄想、逆説反応、イライラ、多夢

<抗不安薬(穏和安定剤)の副作用>

過鎮静、眠気、筋弛緩、ふらつき、呼吸抑制、便秘、食欲増進・肥満、口渇

{期待し過ぎによる副作用}

一般的に、抗不安薬や抗うつ薬に対する患者の期待は大きい。しかし、薬は応援部隊としての作用ぐらいしかないからそんなに効くとは限らない。こんな時、つまり少しは効果が出ているのに、思い通りの効果でない場合、却ってイライラを募らせることが多い。特に、幻想的・依存的・他責的な人、更に具象的思考優位傾向のある人、人格障害や境界例的傾向のある人に、これらの副作用が多いので、処方するときは、よくよく彼らの期待を聞き、薬は少ししか効かず応援部隊にしか過ぎないことを伝え、この点について考えさせたり、話し合うことが大事である。そして「十分効かなくてもいいから、試させてほしい」という発言があつてから、処方する方が安全である。(ついでにその患者の決意・発言をカルテにちゃんと記載してあることを本人にも知らせておくことが大事である。これは、「自分は望んでいないのに医師が勝手に薬を出して、自分を薬漬けにした」という非難を防ぐという意味もあるが、自己決定・自己責任という一番大事な治療的営みをさせるためでもある)。

抗不安薬や抗うつ薬は、患者を楽にしたり、気持ちよくさせる効果があるので、患者は一層その期待を強めやすい。しかし、そういう楽な感じは、患者が、その薬という応援部隊を出発点にして、良循環的行動(薬で楽になり、冷静になり、適切に考え行動できるようになり、不安・憂鬱・イライラ・怒り・不満などを持ちながらも、日常生活や対人関係を正しく行え、それが自信になり、不安・抑うつなどが減る)を取らない限り、長続きしない。「薬が効かなくなった」と言う患者、言いそうな患者には、このことを説明しておく必要がある。

<抗精神病薬(強力安定剤)の副作用>

i. ドーパミンD₂受容体遮断作用

錐体外路症状、ジストニア、ジスキネジア、アカシジア、ラビット症候群、高プロラクチン血症(乳汁分泌、女性化乳房、月経異常)

ii. ヒスタミンH₂受容体遮断作用

眠気、過鎮静、体重増加、低血圧

iii. ムスカリン性アセチルコリン受容体遮断作用

霧視、口渇、頻脈、便秘、尿閉、記憶障害

iv. α₁アドレナリン受容体遮断作用

起立性低血圧、めまい、反射性頻脈

v. セロトニン5-HT₂受容体遮断作用

射精障害、低血圧

vi. 抗精神病薬の副作用としての精神症状

精神の薬は複雑である。それは人間の精神現象が複雑なことと起を一にしている。以下、せつかくの抗精神病薬がマイナスに出る副作用を挙げる。

賦活作用による：逆説反応

不眠

脱抑制

発作性知覚変容

遅発性ジスマンチア

鎮静作用による：過鎮静、

不関状態

混迷状態

抑うつ状態

離脱症状によるもの；嘔吐、不眠、興奮、過感受性精神病

<重篤な副作用(投薬の中止を要する)>

血液障害、肝障害、腸管麻痺(イレウス)、過敏症、けいれん発作、悪性症候群、抗利尿ホルモン不適合分泌症候群、セロトニン症候群、

少し、副作用の説明が長くなったが、薬の重要性を知ってもらいたためである。薬は、使い方によっては、まさに毒にも薬にもなる。薬の効果的な使い方は、拙著にある「薬の効果を上げるための十カ条」を参照されるといい。

オ、服薬抵抗に対する対応1(自己主張や主体性の回復、医師との関係改善、良医の発見)

服薬抵抗が出た場合は、以上のような副作用を念頭に置きながら、「飲みたくない理由」を探っていく。

ただ、心理臨床家の場合、自分が薬を処方している訳ではないので、「今述べた副作用のことや飲みたくない点、薬に対する恐れなどを主治医の先生と話し合うことはできますか」と聞いていくことも大事である。

もし、患者が「難しい」と言うなら、その理由を聞いてみる。その理由が「忙しそうにしている時間がない。聞いたら怒られそう。聞いたら薬を逆に増やされたり、変な薬を出される心配がある、もう来るなといわれるのが心配、カウンセリングなど受けるなと言われそう、」といったことであるなら、その患者の医師に対する恐れを話題にする。その中で、自分の心配し過ぎだと感じた患者が主治医いにそのことを言え、適切な処置を取ってもらえたら、それは状態の改善につながるだけでなく、本人の自己主張能力や主体性の向上につながるし、また主治医との関係を良好なものに出来る。

しかし、中には残念なことだが、服薬に対する不満に対して取り上げようとしない

医師もいるので、その場合は、カウンセラーが、主治医の変更を話題にしてもいい。もちろん、決めるのは本人である。

カ、服薬抵抗に関する対応 2 (適切な処方を目指す)

主治医との関係とは、別に患者の服薬抵抗で多いのは「副作用、特に体に障害が出ないか、頭がぼけたりしないか、薬に依存して離れられなくなるのではないか、」という心配が圧倒的に多い。

副作用に関しては、患者の思いつく限りの心配を表現させてあげて、薬を飲むことで得られるメリット(気持ちがよくなる、心身が楽になる、不安・緊張・抑うつ・イライラ・怒り・不満がましになる、気持ちが落ち着く、冷静になれる、適切に考えられる、睡眠が取れる、意欲が出てくるなど)とデメリットを考え、適切な処方(必要な時に、必要な薬を、必要な量だけ、必要な期間服用するということである。ここで、もちろん必要とはどういうものか問題にはなるがあまりにも話が広がり過ぎるので。これはこれで別に論じることにする)を目指すといい。

キ、服薬抵抗に対する対応 3 (間接的薬理効果)

薬に関する恐れを出発点にして、患者の心理がいろいろわかることが多い。例えば、自覚や治療意欲の乏しさ、過度の恐怖・不安、希望のなさ、マイナス思考、ゆがんだ認知などであり、これらを話し合うことで治療の進展が得られる。これはまさに薬の間接的薬理効果と呼んでいい。

ク、依存性について

患者がの心配の中で多いのが、依存性に対する心配である。この場合は、患者の依存に対する心配を十分に聴きながら(薬を飲み続けた場合、どうなることを恐れているか)、そのことについて話し合う。

この問題も複雑だが、簡単にはしおると、要は「良性の依存」を目指し「悪性の依存」を避けていくということである。

我々は、食べ物や他者の親切心などに依存しないと生きていけない。だから、依存はひつようなことなのである。これは薬も例外ではない。だから、「良性の依存」をめざせばいいのである。そして「良性の依存」とは多分、「必要な時に必要な量だけ飲む」という話になるのだろう。

逆に「悪性の依存」とは、「必要でもないのに飲み、必要以上に乱用し、却って薬によって、生活や人間関係が悪化する事態」を指すのであろう。

ケ、悪性の依存と良性の依存(良循環の促進と、悪循環の防止)

悪性の依存の代表として、DSM-IVの「物質依存」の診断基準があるのでそれは参考にはなる。

<物質依存の診断基準>

- i. 酩酊または希望の効果をj得るために、著しく増大した量の物質・薬が必要

薬の同じ量の使用により、著しく効果が減弱

- ii. その薬に関する離脱症状が強い
離脱症状を避けるために、同じ薬を摂取する
- iii. その薬を、初めのつもりより、大量に、または長期に使用する
- iv. その薬を得るために必要な活動(多くの医師を受診)に多くの時間を割いてしまう
- v. 薬物使用を減らそうという努力が失敗に終わる
- vi. 薬物の使用のために、重篤な社会的・職業的・娯楽的活動を放棄させられている
- vii. 薬物使用により、精神的身体的問題が悪化していることを知りながら、その使用をやめることができない。

といったようなことが挙げられているが、いずれにせよ、薬に振り回されている状態とっていいであろう。

<良性の依存(常用量依存, 機会的摂取)>

これに対して、薬を日常のストレス軽減のために適正に使用していて、毎日の生活に役立たせ、量も増えない、という「常用量依存」がある。さらに、必要な時にだけ飲む、という機会的摂取がある。これなどは、薬の適正使用とっていいだろう。

いずれにせよ、薬は良循環のための出発点として使うのが一番いい。そして、常に悪循環への転落に気をつけているといいだろう。

{要約 ; いずれにしても薬というものは大変貴重で複雑な物質である。心と身体を分ける事ができないように、薬物療法と心理療法を分けることは不可能である。ある心理の大学教授がある精神科医を指して「彼は、薬のことははっきりしているが、心理療法に関しては駄目である」という意味の発言をしたことがある。この種の心理療法と薬物療法を分ける態度は、この教授だけでなく、また心理の人だけでなく多くの精神科医にもみられることだが、適正な薬物利用法を行うには、それにふさわしい良き心理療法が必要であり、また心理療法を行っている患者の多くは薬を使用していることが多いので、良き心理療法を行うには薬物の正しい使い方がある程度知っておく必要がある。上記の発言をされた方は、「臨床の心の現実を知らない、二流の治療者と評されても仕方がないかもしれない。これに比べ、故河合先生は「薬というのは本当に不思議なものだ」としみじみ言っておられた。筆者は、この河合先生の言にとっても共感できる。心や身体が不思議に満ちているように、薬もまたあまりに神秘的でその全体をつかむにはあまりに奥が深すぎると言える。筆者も、この薬の不思議さを念頭に置きながら、薬や心、あるいは両者の関係の神秘的で奥の深い現象を観察・研究していきたいと思っている。

それから、「薬を飲みたくない」とか「薬を飲んでいる」という患者の発言に出会うと、治療者は一瞬嫌な気持ちになるかもしれないが、実は患者の薬や心や病に対する気持ちを

知れ、患者の自覚を深め、患者の安心感を高める大チャンスであるとも考えられる}