

アルコール依存症者の行動特性

齋藤 学

序

アルコール依存症は飲酒にかかわる行動の障害であるが、その様態は多面的で正確な把握は意外に難しい。特に飲酒という行動が社会文化的な価値を含むところから、疾病として理解されず、妥当な対処が遅れがちになっている。これが至死性の高い、進行性の疾患であることを正確に認識している人は医療従事者の中でさえ少ないのであるが、実際のところは加療されたアルコール依存症者の3年後の死亡者の割合は少なくても10%、多くの報告では30%を越えている(菱村¹⁾)。また、この問題が東アジアには少なく日本も例外ではないと思いついでいる人も多いが、日本人の一人当たり飲酒量や飲酒人口割合は既に世界でも上位に位置しており、日本人飲酒者の3%前後、実数にして200万を越える人々が問題のある飲みかたをしていることが疫学的研究から推測されているのである(齋藤²⁾)。これらの人々のほとんどが中壮年であり、家庭、職場、地域の中核的担い手であるから、その影響するところが大きいことを考慮すれば、今日我々が抱える成人衛生問題の中でも、最も規模の大きいものの一つと

見るべきであろう。小論ではアルコール依存症者の抱える多面的な問題のうちから、飲酒、対人関係、臨床表現、受診様式にみられる行動を取り上げてその特徴を検討してみよう。

I アルコール依存症者の飲酒行動と対人関係

1. アルコール依存症ということ

ある個体に、アルコールという薬物を求める行動（薬物探索行動）が確認されるとき、これをアルコール精神依存という。アルコール精神依存が確認されるような状態がアルコール依存であるが、人の場合、これだけでは必ずしも病的とは言えない。たとえば、毎晩一定量のアルコールをたしなむ晩酌飲酒者たちには明らかにアルコール探索行動が確認されるわけであるが、彼らの全てに治療が必要なわけではない。アルコール依存が進んで、身体依存（体組織が薬物の存在に適応し、薬物の供給が遮断されると退薬症状群が生じるようになっている状態）が発展してくると体組織が常時一定量のアルコールを必要とするようになる。こうなるとその人の飲酒行動には特有の病的な色彩が認められるようになり、アルコール依存症の診断が与えられるようになる。病的な飲酒行動としては、「飲みだすと止まらなくなる（コントロール喪失飲酒）」、「今日一日だけは飲むまいと思っていたのに、結局飲んでしまった」、「飲酒によって大切な人間関係にひびが入っているのに気づいているのに止められない」、「飲酒によって体調が悪化するのに気づいているのに止められない」などがある（斎藤³⁾）。

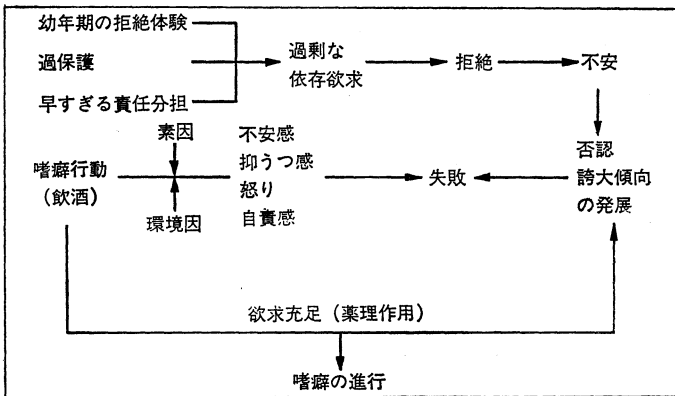
2. アルコール依存症者にみられる対人関係障害

アルコールに依存する人には自律と依存をめぐる特異な葛藤の存在が観察されている。彼らは常に依存的であるわけではなく、しらふの時にはこれを否認した自律的で誇大的な気分のなかに生きている。この依存性と自律性との間に

アルコール依存症者の行動特性

は相互に連絡がない。つまり、彼らは一種の二重人格者であり、酔っている時には依存的一幼児的一自己中心的であるが、しらふの時には一転して過度の自律性強調、他者配慮、対人恐怖の態度などが目立つものである。

しらふのアルコール依存症者に見られる対人関係の障害は対両親関係に根ざすものとされている。すなわち、①片親ないし両親からの拒絶、②過保護、③親の不在ないし無力による偽親的立場の強制、などはいずれも際限のない依存欲求とそれに基づく見捨てられる不安を生み、これを防衛することから適度な自律的態度と反応性誇大傾向 (reactive grandiosity) のが生じるものと考えられている。要するに他者から見捨てられることを恐れるあまり、常に他人の評価を気かけ、後ろ指をさされぬようにとオドオドし、“誰かに必要とされる必要”を感じているのが、しらふのアルコール依存症者なのである。こうした彼らの強硬で懲罰的な超自我はアルコールによる酔いの中で溶かされる。酔うことによってはじめて彼らは本来の自己を取り戻したという体験を得ることができ、生き続けるのに必要な「心理的パワー」を賦活されるものと考えられる。しかし酔いから醒めると再び自己卑下と空虚感に悩まされることになる。その苦痛は酔いを知らない時よりも更にひどいから、飲酒への渴望を生じ、こうしてアルコールへの心理依存が進行することになる。この過程で酩酊中の自



図

己像はますます誇大化し、幻想的な万能感とナルチシズムの世界（これを“パワー幻想”と呼ぶことがある）に閉じ込められるようになる一方、彼らの現実生活はますます萎縮し、袋小路へと追い込まれていく（前頁図）。

以上のようにアルコール依存症者は酩酊自我としらふ自我を使い分けているのであるが、ある時期からこの使い分けが出来なくなってくる。というのは加齢などによるアルコール耐性の低下によって飲酒による陶醉感（パワー幻想）が奪われてしまうからである。こうなると飲酒はただちに泥酔をみちびき、覚醒すれば身体依存による離脱（退薬）症状に苦しむことになるわけであるが、それでも彼らは飲酒をやめず、泥酔—入眠—覚醒—飲酒のサイクルを体力の続く限り繰り返す“連続飲酒発作（drinking bout, Binges）”に入っていく。彼らはあたかも自己破壊を目的として飲んでいるかのようであるが、それはパワー幻想の発達にともなって無意識裏に発達してきた懲罰的な超自我が幻想による防衛の破綻によって意識にのぼるようになったためである。この時期の彼らにみられる誇大的で楽天的な態度と自己破壊衝動との入り混じった一種特有の精神状態（“ユーモラスでやけっぱち”）は、このようにして形成されるものである。

3. しらふのアルコール依存症者

既述のようにしらふの時の彼らは、酔っている時とは異なる態度を示すから、彼らに特有の行動パターンを理解しないと有効な介入ができない。筆者はしらふの彼らを取りやすい態度を以下の五つにまとめている。

① つっぱり 「自分のことは自分でカタをつけるから口をださないでくれ」という、とりつきにくいかたくなな態度を指す。自らの依存性を否認したところで生じる反動形成的な独自性強調と力の誇示である。

② がんばり 抑うつ感、空虚感の否認から生じる過剰適応的態度と軽躁性を指す。断酒初期の患者にみられる「仕事中毒（ワーカホリック）」的な姿勢はここからくる。

③ わりきり 強迫的な二者択一的態度を指す。彼らにはひとつの物ごとに

善悪をこもごも認め、これを適応的に取捨選択するということが難しい。その結果彼らは周囲の事物や人物をすべて、善か悪か、白か黒かと裁断し、善であるもの、真っ白なもの、と認めたものについては、これを無批判に取り込んだり、これに依存したりしようとする一方、否定的にとらえたものにたいしては偏狭な拒絶の姿勢をしめす。

④ **ほれこみ** 上記の姿勢が他人へのほれこみを容易にする。このほれこみは多分に自己愛的なものであり、自己の理想自我を他者に投影してこれにひきつけられるという特徴を持っているから、非常に脆くうつろいやすいものである。

⑤ **誇大傾向** 以上の4種の行動パターンを支えているのが誇大自己と誇大傾向という自己愛的人格障害である。アルコール依存症者はしらふの自分を世を忍ぶ仮の姿と考え、自らの「真のパワー」を幻想して生きている。そうすることによって大きすぎる依存欲求が拒絶される現実生活の屈辱に耐えているわけだ。

アルコールの精神療法に熟練した治療者は治療初期の治療者一患者関係が不安定な時期には、こうしたしらふのアルコールの行動パターンをむしろ積極的に利用し、その社会適応的な側面を生かして使うものである。つまりこうした態度を「断酒の維持」という暫定的な治療目標に集中して動員させていく。そしてこの目標が部分的にでも成功すれば、それを肯定的に評価することをくりかえす。これによって、彼らの「断酒にむかうがんばり」、「誇大的な断酒志向」、「軽躁的で、過剰適応的な治療場面への順応」が促進され、更には「治療者へのほれ込み」が進んで治療者一患者間の情緒的つながりは、強化の方向へ向かうものである。

II アルコール依存症の臨床類型

上記のようにアルコール依存症者の飲酒行動や対人関係障害には一定の傾向がみられるもののアルコール依存そのものの発展様式やその表現様式は実に様

様である。例えば10代後半から習慣飲酒に入って、長年にわたって酒豪として鳴らし、50代になって肝硬変に悩まされ、振戦せん妄に見舞われるようになったという大工の棟りょうを一方の極とすれば、他方の極には夫の裏切りが悔しくて眠れなくなり、それまで飲もうと思ったこともなかったウィスキーをガブ飲みして、わずか半年後に入院してきたという20代の妻が居る。従って、この問題に携わる臨床家たちは従来から飲酒行動異常の表現型、つまりアルコール依存症の臨床類型の分類に興味を持ってきた。人格傾向、飲酒状況から個体のアルコール感受性にいたるまでのこの問題の多面性もあって、今までのところ全ての専門家を納得させるだけの臨床類型分類が呈示されているとは言いがたいが、これまでに提案された臨床類型のうちでは Jellineck の5種類型論と、Shuckit の3型分類が良く知られており、影響力も強い。これらについての検討は今後に譲ることにしてここでは筆者自身の用いている類型分類とそれらの分布を紹介しておこう。

筆者はアルコール乱用の原因となり得る「精神的・身体的疾患」、「反社会行動」、「急性ストレス」、「慢性ストレス」という4要因の有無にそって、以下の要領でアルコール依存症を5型に分類している(斎藤⁴⁾。

① アルコール乱用に先だつ精神医学的障害(DSM-III での bipolar disorder, major depression, 精神分裂病, てんかん, など)や身体疾患による不快・苦痛が確認され、これらの障害と、習慣飲酒との関連が確認される場合には、他の諸要因の有無にかかわらず「症候型 symptomatic type」に分類する。ただし急性・慢性の情緒葛藤に由来する漠然とした不安、抑うつはここで言う精神障害としない。

② 「症候型」に分類されない者のうち、青春期より持続する反社会的行動(非行, 暴力, 学校適応障害, その他衝動抑制不全にもとづく逸脱行動)が確認される場合には、他の諸要因の有無にかかわらず「社会病質型 sociopathic type」に分類する。

③ 「症候型」、「社会病質型」に分類されない者のうち、アルコール乱用の開始に先だつ6カ月以内に、愛着対象の喪失(配偶者, 子供, 両親, 友人との

別れ；慣れ親しんだ職場，地域との別れ，など）その他の情緒的ストレスの原因となり得る事件が確認され，事件と習慣飲酒との間の関連を想定し得る場合には，他の諸要因の有無にかかわらず「急性反応型 acute reactive type」に分類する。

④ 「症候型」，「社会病質型」，「急性反応型」に分類されない者について，持続する生活葛藤（夫婦葛藤，嫁・姑問題，経済的困難，職場内葛藤，など）にさらされていることが確認され，こうした慢性ストレスと習慣飲酒との関連を想定し得る場合には，習慣飲酒期間にかかわらず「慢性反応型 chronic reactive type」に分類する。

⑤ 「症候型」，「社会病質型」，「急性反応型」，「慢性反応型」に分類されない持続的なアルコール乱用を「一次型 primary type」とする。

ここでいう一次型とは通常の習慣性大量飲酒からの発展型を指し，飲酒者に格別の心理的葛藤や精神医学的障害が認められない場合を言う。これに対して心因性 (psychogenic)，神経症性 (neurotic)，状況反応性 (reactive)，症候性 (symptomatic) などの形容詞のつくアルコール依存症は伝統的に二次型 (secondary type) と呼ばれてきたのであるが，筆者の分類はこれをさらに4型に細分したものである。

この分類法に従って久里浜病院のアルコール専門治療を受けた男女のアルコール依存症者の種類の分布をみると表のようになっている。女性対象114例（1980～1982年に久里浜病院を受診）を分類すると，一次型13例（11.4%），急性反応型12例（10.5%），慢性反応型59例（51.8%），社会病質型11例（9.6%），

表

N(%)	女性	男性*
	114(100%)	100(100%)
一次型	13(11.4)	61(61.0)
急性反応型	12(10.5)	6(6.0)
慢性反応型	59(51.8)	12(12.0)
社会病質型	11(9.6)	13(13.0)
症候型	19(16.7)	8(8.0)

*1980年度の男子入院患者のうちから入院順位により選出

症候型19例（16.7%）となり，慢性反応型が半数以上を占めていた。一方，男性対象100例（1980年受診者）でみると一次型が61%と過半数を占めている。急性，慢性を合わせた反応型は女性62.3%に対し男性18%で著差がみられる。こうした傾向はアメリカ人を対象とした観察でも指摘されており，女性例で

は一次型，社会病質型の割合が低く，状況反応性に生じて抑うつ状態が前景に立った症例が多いようである。ただし Shuckit ら⁵⁾の観察では男性例における社会病質型の割合は30%にも達するとのことで，我々の観察とは趣を異にしている。ただしこうした観察は調査対象の選択によって大幅に異なるものであるから，久里浜病院における症例の傾向を日本のアルコール依存症者全体に拡大することは危険であろう。後述するように都立松沢病院のアルコール専門外来という別のフィールドで見ると警察関与型の受診を繰り返すアルコール依存症者が約30%みられ，彼らはほぼ，ここでいう社会病質型に一致する。

Ⅲ アルコール依存症者の受診行動

1. 能動的受診者と受動的受診者

既述のとおり，アルコール依存症とは飲酒行動におけるコントロール障害のことである。従ってこれの治療とは飲酒コントロールの復活ということになるが，ある程度以上に発達したアルコール依存症者では「適正に飲酒する（節酒する）」ということができなくなっている。仮に数日の適正飲酒が可能であったとしても，それは次の連続飲酒発作を導く準備であったことが後日確認されるものである。つまり多岐にわたるアルコール関連障害の改善を目指すアルコール依存症者にとっては断酒こそその条件ということになる。しかしこれもまた既述したとおり，アルコール依存症はある種の心理的防衛として発達してくるものであるから，自発的にこの防衛を解こうとする治療動機づけを持って医療に導入されてくる能動的受診者はむしろ稀である。例えば，1982～1983年の間に都立松沢病院のアルコール専門外来を訪れた207名のうち172名(83.1%)という圧倒的多数が治療的能動性を欠いた受動的受診者であった(岩崎⁶⁾)。

2. 受動的受診者の治療導入

これら受動的受診者は自分の意志を越えた様々な事情でアルコール専門外来

に引きずられてきた人々ということができるが、岩崎はその「事情」に沿って5型に分類した。これを筆者の見解から解説すると以下ようになる。

① 一般医療経由型：飲酒のために重篤な身体疾患が生じていて一般医療機関で加療され、そこからの圧力で専門外来にいった場合。一般医療機関入院中に退薬せん妄をきたすなどして意識障害の状態を受診するものが含まれる。

② 家族主導型：治療意欲を欠いたまま飲み続けている患者を、家族がなかば強制的に、あるいはだまして専門外来に連れてきた場合。

③ 地域保健網関与型：地域の保健所、福祉事務所などの圧力によってやむを得ず専門外来につながった受診者で多くは生活保護受給者である。保護費の支払い条件として専門外来通院を指示されている場合が多い。

④ 警察関与型：自傷他害をとまなう酩酊時間題行動のために警察が関与したうえで専門外来にいたる場合。精神衛生法29条（措置入院）によって緊急入院した後、専門外来に紹介されてくる場合が含まれる。

⑤ 精神病院直送型：飲酒中ないし飲酒中断後に生じた精神症状のために精神病院に収容（精神衛生法32条による入院）された後、専門外来に紹介されてきた場合。

岩崎はそれぞれのタイプについて頻度をみているが、それによると「一般医療経由型」8.7%、「家族主導型」2.3%、「地域保健網関与型」27.3%、「警察関与型」39.0%、「精神病院直送型」22.7%となっていたという。また上記分類ごとに初診以後の外来へのつながり日数の平均を観察しており、「一般医療経由型」174日、「家族主導型」153日、「地域保健網関与型」199日、「警察関与型」32日、「精神病院直送型」273日であったと報告している。つまり「精神病院直送型」が最もアルコール専門外来との結びつきが良く、「警察関与型」では短期間で外来治療から脱落していることがわかる。

3. 他動的受診者と精神病院

「精神病院直送型」と「警察関与型」とは精神病院がアルコール依存症者を受け入れる時の伝統的な姿勢を代表しており、その象徴的な表現が例の「宇都

宮病院」であった。これら2型で全体の61.7%が占められているが、これはこの時期の松沢病院のアルコール専門医療の水準を示す一つの指標とも考えられよう。筆者は家族（ないしそれに代わる地域援助者）への治療教育的働きかけにはじまる系統的な地域内援助体制（地域ネットワーク・サービス）こそ、最も効果的なアルコール専門医療と考えており、こうした援助ネットワークの中で問題飲酒者が治療に動機づけられることによって能動的受診者が自ら専門医療機関を訪れるようになるものと考えている（斎藤⁷⁾。事実、同じ時期に世田谷保健所を中心とした地域援助ネットワークと接触した116名のうち89名(76.7%)が、この治療的ネットワークの中にとどまり、能動的受診を継続、その58.4%が断酒を維持していることが観察されている。（野口、他⁸⁾）精神病院の専門外来も将来はこうした地域援助の網の目の中に位置を占めるべきであろう。

元来アルコール専門医療は、一般医療とはリエゾンする部分が多いものの伝統的な精神医療の枠からはずれるところが多いものである。特に精神病院からは独立したところで将来の展開があるであろう。アルコール医療の先進地帯であるアメリカでは既にこうした傾向が顕著で、アルコール専門機関はもっぱら能動化された受診者と受動的受診者の関係者(co-alcoholics)のみを治療対象とするようになっており、受動的受診者を能動化させる積極的な介入技法(confrontation と constructive coercion) が強調されるようになってきている。一方では伝統的な一般精神病院がアルコール依存症者の保護的入院から手をひきはじめているため、受動的受診者は自らをアルコール医療に動機づけざるを得なくなっており、これがアメリカのアルコール医療を活性化させているのである(Weisner et al⁹⁾、池上¹⁰⁾。この状態で受動的受診者にとどまろうとすれば司法的措置と一時的緊急保護の間に浮遊するしかなくなるわけであり、一部は都市の浮浪者(homeless)に混入せざるを得なくなってくるからである。つまり、日本のアルコール依存症者の中に受動的受診者が多いのは日本の精神病院が無定見な保護・監視入院を安易に引き受けているためなのである。もっとも我が国でも、家族同意入院と称する一種の強制入院制度（精神衛生法32条）が

国際的批判にさらされて検討の俎上に登っているところであり、従来のように精神病院が「気楽に」司法に協力して社会保安に一役買うことは難しくなりつつあると言えよう。とは言え警察関与型の入退院を繰り返す社会病質型のアルコール依存症者は厳然と存在し続けるわけであり、こうした人々に対する処遇のありかたが改めて検討の対象になるべき時期を迎えているように思われる。

結 語

アルコール依存症は従来精神医療の中でとらえられてきた。確かにその行動障害の背景には一定の人格的、心理的障害が特定され、精神療法の対象となり得るのであるが、それはいわゆる精神病状態の患者に対する支持的、受容的処遇とは違ったものでなければならない。アルコール依存症者は無定見に保護、受容されることによって依存性、受動性を助長され、育成されるべき健康性が損なわれるものである。近年、一部の精神病院のありかたに対する批判の高まりがみられたが、その原因となる事件の多くにアルコール依存症者の処遇が絡んでいることは決して偶然ではないのであって、アルコール依存症は地域からの新風を運び込むことで伝統的精神医療の現場を揺るがすのである。この問題は従来より広い範囲の医療・福祉従事者に把握され、ひとつの成人・精神衛生の対象として地域内で解決されるようにならなければならない。その点で各種の老人問題や青春期の適応障害と同根の部分があることを最後に指摘しておきたい。

文 献

- 1) 菱村将隆：アルコール依存症者の縦断的研究，アルコール研究と薬物依存，18：397～414，1983。
- 2) 斎藤 学：首都圏一般人口における「大量飲酒者」と「問題飲酒者」，公衆衛生，42：309～317，1978。
- 3) 斎藤 学：自己破壊的飲酒の機制，〈斎藤学，アルコール依存症の精神病理〉，金剛出版，1985，34～57。

- 4) 齋藤 学：女性アルコール依存症者の臨床類型と治療予後に関する研究，〈大和ヘルス財団の助成による研究業績集；第10巻，大和ヘルス財団〉1986，54～60。
 - 5) Shuckit, M. A. and Morrissey, E. A. : Alcoholism in Women ; Some clinical and social perspectives with an emphasis on possible subtypes. *In* : (Greenblatt, M. and Shuckit, M. A. eds.) Alcoholism problems in women and children, Grune and Stratton, New York, 1976.
 - 6) 岩崎正人：断酒の動機づけをもたないアルコール依存者の処遇について；松沢病院アルコール外来の経験を通しての一考察，アルコール研究と薬物依存，20：150～165，1985。
 - 7) 齋藤 学：ネットワーク・セラピィ；アルコール依存症からの脱出，彩古書房，1985。
 - 8) 野口裕二，小林政子：酒害相談クリニックと地域ネットワーク；世田谷保健所酒害相談参加者の統計的・事例的分析，アルコール医療研究，2(3)：207～213，1985。
 - 9) Weisner, C. and Room, R. : Financing and ideology in alcohol treatment, *Social Problems*, 32 : 167～184, 1984.
 - 10) 池上直己：アルコール医療の変容とその問題点；Weisner と Room の論文を読んで，アルコール医療研究，3(1)：61～64，1986。
-