

## 心の健康と生活習慣

### —精神機能障害としての生活習慣病—

宮本真巳

亀田医療大学

## Mental Health and Life Habits: Lifestyle-Related Diseases as a Mental Dysfunction

Masami Miyamoto

Kameda College of Health Sciences

キーワード

異和感 sense of incongruity

感情活用能力 emotional literacy

嗜癖行動 addictive behavior

生活習慣 lifestyle habit

内発的動機づけ intrinsic motivation

### I. はじめに—生活習慣病と精神保健—

本稿では、生活習慣病について精神保健の視点から論じてみたい。筆者自身は、精神保健看護の実践・研究・教育を主な活動領域としながら、心身の健康を包括的な視点から守っていくための方法論について、コミュニケーションの概念を軸にして明らかにしたいと考えてきた。すなわち、あらゆる健康問題を抱える当事者と保健医療福祉の専門職との間に、適切な援助関係をどのように形成していったらよいかという問題意識である。その意味で、生活習慣病という概念は極めて重要で示唆に富むと考えられるのだが、この言葉を初めて聞いた1980年代中頃には、それまで成人病と呼ばれてきた身体的な慢性疾患の言い換えに過ぎないように思っていた。

1980年代半ばから、アルコール依存症の専門治療に携わるようになり、しばらく経ってから、この病気は、生活習慣病の代表格とされる糖尿病と縁が深いことに気づいた。アルコール依存症で入院してくる患者の30%近くが高血糖を示すばかりではなく、どうやら病気の発症理由や予後が不良であること、そして援

助関係の形成に多くの困難が伴うことなども良く似ていると思ったのである。

医中誌によって文献検索をすると、すでに1980年代からアルコール依存症はもとより、うつ病や統合失調症などの精神疾患の発病も、生活習慣と関連が深いことを指摘する先駆的な論文が見つかった。ただし、アルコール依存症や認知症など精神機能に障害を来す病気も、その多くは生活習慣病に含めて考えることができると広く知られ始めたのは1990年代に入ってからであり、論文数が増えるのもこの時期からである。その頃から20年が経過し、精神疾患と生活習慣病の関連について論じた文献は増えているのだが、精神疾患のある患者が身体的な生活習慣病を合併した場合の治療やケアに触れているものが大半である。つまり、精神疾患の多くが生活習慣病に分類されることにはなったものの、生活習慣病の観点から精神疾患、精神障害について論じる試みは不足しているように思われる。

身体疾患に限って考えても、生活習慣病の予後は決してよくないと指摘され、また、多分に生活習慣病

としての特徴を帯びる精神疾患も、全般に予後不良とされる。だとすれば、病気としての表われは身体と精神のどちらかに傾くとしても、生活習慣が発症、経過、予後の全般にわたり重要な規定要因となっている一群の疾患ないし健康障害を統一的に理解する試みは、一定の意義を有するよう思える。

そこで本論では、生活習慣病がどのような由来をたどって成立し、どのような構造を備えた概念なのかについて、精神保健の視点から解明を図ってみたい。

## II. 生活習慣病の概念に至るまで

生活習慣病という言葉は、日常生活の中で習慣化した行動の積み重ねによって誘発された慢性疾患を意味する。この言葉の原型となる「習慣病」の提唱者である日野原重明は後に、1970年代後半、人々が健康にとって有害とは意識していない習慣的行動が、長年繰り返されることによって不健康をもたらすという事実になり、なるべく多くの人が関心を向けて欲しいとの問題意識から、この言葉の提唱を思いついたと言う。この言葉が世の中に浸透するには長い年月を要するだろうという日野原の予測を裏切って、習慣病という聞き慣れない言葉は、数年の間に多くの人に知られるようになった。日野原は後に、この言葉に厚生省（当時）が注目し、生活習慣病と言い換えて公的文書の中で用いたことが重要な契機となって、この言葉が普及したと述べている。物事の本質をついた分かりやすい言葉が、高度の伝達能力を帯びて広く普及する好例と考えられるが、言葉が知られるのは早かったものの実際に行政施策に盛り込まれるようになるまでには、かなりの年数を要している。

平成17年に発表された第19期日本学術会議予防医学研究連絡委員会報告「衛生学・公衆衛生学の将来展望」には、以下の記述がみられる。

「我が国では、昭和30年代頃より、脳血管疾患、がん、心疾患による死亡が増加し全死亡の60%を超えたことから、これらの疾患群を「成人病」と総称していたが、このような呼称からは予防対策が生まれにくいという理由から、公衆衛生審議会は、（中略）従来加齢に着目していた「成人病」を、生活習慣という要素に着目して捉えなおした「生活習慣病 lifestyle-related diseases」という呼称に替えて、

一次予防を重視した疾病対策の推進を図ることを提案した。」

この提案を受けて、平成12年に国民健康づくり運動の重要な指針として策定された「健康日本21」では、戦略的目標項目として、栄養、身体活動・運動、喫煙、飲酒、心の健康づくり（ストレスと睡眠）の5つの生活習慣と循環器病、癌、糖尿病、歯科的疾患の4つの生活習慣病について目標値を定めるに至った。公衆衛生審議会による「生活習慣に着目した疾病対策の基本方向について」は、平成8年12月に発表されているので、日野原の提案からは四半世紀経過したことになるが、それだけの時間が必要だったということであろう。

さらに遡ると、生活習慣病の概念を準備したのは、1950年代における、単に疾病の発症を未然に防ぐことを意味していた古くからの予防の概念を狭義として位置づけ、1次、2次、3次予防を区別した広義の予防概念の提唱であると考えられている。すなわち、古くから考えられていた予防の構成要素である、予防接種、栄養補給、個人衛生への配慮、環境衛生の整備を特異的予防と呼び健康増進と併せて1次予防とし、早期発見・早期治療を2次予防、再発予防・リハビリテーションを3次予防とするという広義の予防概念である。

予防医学の基本概念を拡大し定義し直すことによって成立した新しい予防概念は、基礎医学、臨床医学、社会医学に分断されがちな医学の諸領域をつなぎ合わせる上で重要な役割を果たしたと考えられる。基礎医学は細胞レベルでの発症原因の究明、臨床医学は患者個人を対象とした疾患の治療を目標としている。一方、社会医学は、衛生学、公衆衛生学、予防医学などに分かれるが、いずれも健康と環境要因の解明に基づく人々の健康状態の改善を目標としており関心や対象は極めて近接している。衛生学は自然環境、公衆衛生学は社会環境を重視するのに対して、予防医学は疾患の予防に重点を置いている。従って、元来は臨床医学に近い位置にあったと言えるが、新たな予防概念は、早期発見・早期治療を2次予防として位置づけることによって、臨床医学を公衆衛生学に包含した統合的な図式を提供することになった。

さらに、20世紀末から21世紀にかけては、情報技術の飛躍的な進歩を背景に、感染症等、単一の疾患原因の発見から始まった疫学が、確率論の効果的な導入によって多要因が複合して疾患をもたらす機序の解明に成果を挙げ、それと並行して遺伝子レベルでの疾患原因の究明も発展を遂げるようになった。その結果、基礎医学、臨床医学、公衆衛生学の垣根が徐々に低くなって、原理的に見る限り、統合的な医学に基づく、包括的な医療実践が実現可能になったと言える。そのような推移の中で、生活習慣病が、保健医療福祉の諸領域の実践家はもとより当事者にとっても、自ら抱えている問題を明確にする上で、極めて示唆に富む概念であったことは確かである。

社会の動向からみても、疾患の生物学的治療に偏った臨床医学的な関心に偏ることなく、様々な環境的・社会的要因を視野に入れ、公衆衛生的な方法論を取り入れた医療が実践されるべきであるとの発想が徐々に浸透しつつあるのは事実である。ただし、医療費の高騰が予算執行の自由度を減じることに對する政権担当者とそれに連なる人々の抵抗感が、マスメディアを介して巧妙に危機感をあおって世論を形作る中で、生活習慣病の概念は医療費削減の切り札として位置づけられたという意味合いも無視できない。

このように臨床医学や予防医学としてみれば、いわば外在的な要因である社会・政治的な影響によって、生活習慣病という極めて先駆的な概念は、必ずしも十分に練り上げられないままに、保健医療の領域全般にとって明確な位置づけを得ないままに使われてきたように思われる。すなわち、1次、2次、3次予防までを視野に入れた連続的な保健医療の実践が定着しているとは言えず、個々の保健医療従事者は自分の帰属する職場が専ら担当する一つかせいぜい二つの予防領域に限定された役割を担っているに過ぎない。

一方、生活習慣病という概念は、1次予防から3次予防までのすべての活動に関連して用いることが可能であり、その中身を明確にすることによって理論的な整合性を高めるだけでなく、実践的にも有益な知見を得られると考えられる。そこで、以下では、生

活習慣病の概念の明確化を図ることによって、この言葉に対応する健康障害の特徴をより明確にし、さらにはそのような健康状態に対処するための健康行動について考えてみたい。

生活習慣病の意味と意義について明らかにするには、習慣とは何か、習慣的行動とは何かを論じる必要がある。そのためには、意思的あるいは主体的と呼ばれる習慣的ではない行動との比較や対比が必要になる。さらには健康行動、行動そのものについても論じなくてはなるまい。そうすると、精神機能、身体機能の全体や、生活環境への適応についても検討を要することになり、收拾がつかなくなることも危惧されるが、上述の問題意識の範囲で、検討を加えていきたい。

### Ⅲ. 嗜癖にみる習慣的行動の本質

習慣的行動は人間が生きて行く上で不可欠だが、かえって生きて行くことを阻害する要因に転化する場合がある。生活習慣病は正にそのような事態の典型といえるが、そのことを患者も援助者も痛切に思い知らされるのが、アルコール依存症という疾患である。アルコール依存症の臨床の延長線上で、アディクションないし嗜癖という概念が導き出された。

アディクションは、「好ましくない習慣によって生活が破綻した状態」あるいは「生活を破綻に追いやる好ましくない習慣」を意味し、それぞれ嗜癖、嗜癖行動と訳し分けられている。嗜癖的な行動は多くの人にみられるが、嗜癖といえる段階に入りこむと、自分の行動が生活を脅かしていることをある程度は承知しながら、自力では止めることができないという精神状態に陥っている。アディクションに陥った人のことはアディクトと呼び、嗜癖者ないし嗜癖患者という訳語が当てられている。嗜癖者のうちで、医療を受けている人は嗜癖患者ということになる。

嗜癖の代表格はアルコール依存症であるが、他にも薬物、ギャンブル、性的行為や恋愛、食事や嗜好品の摂取、趣味、スポーツ、ゲーム、インターネット使用、金銭消費などをめぐる過剰や耽溺にも、同様の傾向がみられる。そこで、嗜癖行動に物質使用が含まれるか否かに応じて物質嗜癖と過程嗜癖に大別した上で、その基盤に對人関係嗜癖があるとする嗜癖

概念が臨床現場では定着しつつある。生活習慣病患者の多くは嗜癖的な傾向を帯びており、嗜癖といえる状態を合併していると考えることができよう。

このように習慣的行動、嗜癖的行動、嗜癖行動は、いわば地続きと言えるが、かといってすべての習慣的行動が危険だったり、好ましくなかったりするわけではない。むしろ、習慣は概ね有益であり、人間は習慣なしに生きていくことができない。

習慣については、「繰り返し経験することによって身につく、同じような状況で容易に再現される行動の様式、およびそれを準備する感じ方、考え方」と定義することができるだろう。われわれは、同じような問題にぶつかり、同じように感じ、同じような考えが浮かんで来て、同じような行動によって解決を図るからである。習慣を何も身に付けていなかったら、次から次へと意思決定に基づく主体的行動をとり続けていかなければならないので疲れ果ててしまう。そこで、生命力を浪費せず効率的に生きていくためには、いちいち考え込まなくても自動的に実行に移される習慣的な行動様式を身に付けておくことが不可欠となる。

そこで問題になるのは、有益なはずの習慣的行動がなぜ有害に転化するのか、そして、習慣的行動が望ましいものか否かの境目はどこにあるかかということである。習慣的行動は、「有益」から「無害かやや有害」へ、さらには「かなり有害」、「極めて有害」へというスペクトルを描き、嗜癖は有害の極に近い状態をさすと考えられる。

#### IV. 習慣的行動のタイプとリスク

嗜癖行動と習慣的行動との関連や区別について明らかにするため、習慣的行動を生活の支障という観点から、「技術」、「生活習慣」、「遊び」、「ストレス発散」という4つのタイプに分けて考えてみたい。

##### (1) 技術

複雑・高度な問題を解決するため、意図的な訓練によって身に付けなくてはならない習慣的行動である。専門職やスポーツマンの高度な技がその典型だが、多くの人が身につけている運転や料理などの日常生活技術もこのタイプに含まれる。技術の使用は、それを必要とする場面に限られ、それ以外の場面にはほとんど影響を及ぼさないため、利益はあっ

ても害は伴わない。ただし、技術を身に付けるための訓練に過剰な時間とエネルギーを費やせば、生活に支障を来すことがあり得る。

##### (2) 生活習慣

さほど訓練はいらないが、繰り返し経験することで身に付いた、生活維持に必要な習慣的行動であり、洗面や更衣、食習慣などが挙げられる。生活習慣は、日常生活を維持する上で欠かせない様々な習慣的行動からなり、その大半は害を伴わないが、食行動に関しては有害なものも多い。食行動の基盤は味覚上の習慣を意味する嗜好であるが、塩分、甘味、辛み、脂肪分への偏った嗜好に基づく食習慣は身体的に有害な場合が多く、その結果多くの生活習慣病が生じる。飲酒行動についていえば、味覚上の快感をもたらすと共に対人関係を潤滑にする手段として社会的に承認されている習慣的行動だが、大量摂取が心身に及ぼす様々な有害作用が問題になるわけである。

##### (3) 遊び

子供の遊びの延長線上にあつて、運動や知的活動を通じて快感を求める習慣的行動として、ゲーム、賭け事、スポーツ、趣味の活動などが挙げられる。遊びは、生活の活力や創造性の源泉といえるが、それに費やされる時間やエネルギーが過剰となれば、疲弊による心身の全般的な健康状態の低下に加え、社会的な役割の遂行に支障を来すことになる。インターネットの普及が、嗜癖的行動に多くの人を引き込んでいることは明らかであり、嗜癖や生活習慣病のリスクグループを増大させていることは否定できない。

##### (4) ストレス発散

困難な現実に出合った時に生じる緊張を伴った不快感を和らげるため、すなわちストレス発散を目的として意識的、無意識的に行なう習慣的行動である。意識的行動としては、飲酒、薬物使用、喫煙などの精神作用物質の使用、無意識的行動としては、緊張した時に膝を揺すったり、髪に手をやったりする行動などが挙げられる。ストレス発散を目的とした習慣的行動には、心身の過剰な緊張を解き、精神的なバランスや調和の乱れを防ぐという効果がある。ただし、もともと多少は健康被害のリスクを伴う上に、生活の中に根を張るにつれて被害が大きくなって嗜癖そのも

のに転化していく可能性が強い。

このように、技術以外の習慣的行動には、生活上の不利益を引き起こす危険が伴っている。とりわけ、強い快感を与え、不快感を速やかに解消させる習慣的行動は、深刻な状態にのめり込ませやすい。飲酒行動についていえば、味覚上の快感や酔いの快感とストレス発散の快感が重なることが、多くの人を嗜癖の状態にまで誘い込む要因となっている。すなわち利益も大きいために、損失についての警戒がおろそかになってしまふところに落とし穴がある。麻薬や覚醒剤などの非法薬物をはじめとする薬物使用の嗜癖は、アルコール依存症以上に、快感の強烈さと被害の甚大さや、回復の困難さが際立っている。

その点をわきまえて最初から限度を守るか、あるいは、嗜癖と化した習慣的行動の招いた結果に苦痛や不安を実感した時点で早めに行動を控えることができれば、生活の再建と健康状態の回復は可能になる。飲酒習慣の場合でいえば、嗜癖的な飲酒行動に陥りかけていることに早目に気がつけば、断酒しないですんだかも知れない。酒害についての社会啓発ビデオを見た入院患者は、アルコール依存症になる前に見たかったとの感想をもらす。飲酒に限らず、習慣的行動が嗜癖に転化するリスクについての社会啓発は、まだまだ不十分なようである。

## V. 意思の障害としての嗜癖

嗜癖者は、飲酒や賭博や浪費によって生活の危機に陥っていることに気づきながら、それらの行動をコントロールできないという意味で、意思の力が衰えているのは明らかである。好ましくないと思う習慣的行動を止められない多くの人も、程度の差こそあれ、意思の力が衰えていることになるが、意思の力が衰えるとはどういうことなのだろうか。アルコール依存症の患者は、一般に、「もう飲むまい」と思っても実行できないのだから意思が弱いと考えられている。しかし、その論法でいくと、彼等は「飲もう」と思ったら何があっても飲酒を実行してしまうのだから意思が強いと言えなくもない。

このように、アルコール依存症患者は、意思が弱いといっても強いといっても正しいように思えるというパラドクスは、意思の働きを「こうしようと決めること」と「決

めた通りに実行すること」に限定してしまう見方の必然的な帰結である。

「こうしようと決める」と「決めた通りに実行する」ことが意思の働きの焦点であることは事実である。しかし、意思の働きには、決めるまでの過程や、実行してみた結果への対応も含まれている。すなわち意思とは、「望ましい方向に進んでいけるよう行動を調整していく心の働き」なのである。

そして、「望ましい方向」を示すのが欲求の働きののだが、人間の心の中では様々な欲求が入り混じっている。広く受け入れられているマズローの欲求階層説によれば、人間の欲求を高次のものから順に、自己実現、承認、愛情、安全、生存という5つのタイプに分類できる。意思の働きは、これら5つの欲求が、それぞれに自分を引っ張ったり押しやったりする力を感じるところから始まる。そして、それぞれの欲求の中身を吟味し切実さを評価しながら、どの時期に、どのくらい満たすのかについて優先順位をつける。こうした欲求の調整を踏まえ、行動を選択して実施し、結果をみながら軌道修正を行ったところで、意思の働きは一段落する。

このような図式に照らすと、嗜癖とは、行動の選択に至る欲求の調整能力が大幅に低下した上に、実行後の適切な対応に欠け、自分を引っ張る力や押しやる力に翻弄されている状態といえよう。例えば、アルコール依存症患者の場合、治療が始まったばかりの不安定な時期には、数分前まで酒は止めるつもりでいたはずなのに、気がつく自動販売機の前で缶ビールを手をしているというようなことが起こる。ある患者は、怒り、悔しさ、悲しさなどの感情が湧いてくると、急に飲みたくなることがよくあったという。退院して間もないある日、妻とのトラブルからモヤモヤした気分になり、気分を紛らわせるためと自分に言い聞かせながら散歩に出て、飲まずにいられることを確かめてやろうと自動販売機の前に立つうちに、飲んだら楽になると思った瞬間に、雪崩打つように飲む方向へと転がり落ちてしまったと言う。

## VI. 嗜癖と不安

人を嗜癖行動へと引きずり込む力と、もっとも縁の深い欲求は安全欲求であり、嗜癖者の場合は肥大

した安全欲求の充足が最優先されて、生存欲求、愛情欲求、承認欲求、自己実現欲求は隅に追いやられている。

安全欲求が満たされていない時、安全が脅かされているのではないかという漠然とした恐れ、すなわち「不安」が生じてくる。不安は危険の徴候なので、不安を解消したいと感じるのはごく自然な反応であり、健康的な自己対処は不安の自覚と直視から始まる。そして、不安が生じた理由の吟味、危険性の判断、直面している課題の明確化、解決策の発見と実行が功を奏すれば不安は解消される。

ところが、不安を直視するには、危険な状況かも知れないという事実を受け入れなければならないため、気力が弱っていると覚悟が決まらない反面、不安な状態に止まるのも辛い。そこで持ち出されるのが、不安を紛らわすという作戦である。すなわち、不安を生じさせている事態にはふれずに不安だけを取り除いて、危険を感じないですませてしまうという本末転倒な方法である。この方法では、束の間の安心感が去った後に増強された不安感が襲ってくるので、すぐにまた同じ手段を使いたくなる。こうして、逆らい難い力に操られるようにして、強迫的に繰り返される一時的な不安解消の手段が嗜癖行動である。

つまり、嗜癖者の場合は肥大した安全欲求を満たすことが最優先されて、それ以外の4つの欲求は隅に追いやられている。加えて、安全欲求は、見せかけの安全を追い求める空しい試みである嗜癖行動に直結しやすい。安全欲求を確実に満たして本物の安全を得るためには、不安を直視する必要があるし、すべての欲求を視野に入れた欲求の調節が前提となる。

安全欲求に対応する感情が不安であるが、それ以外の欲求が満たされない時にも、それぞれの欲求に対応する感情が生じてくる。生存欲求が満たされないときには怒りや不信、愛情欲求が満たされない時には悲しさや恨み、承認欲求が満たされない時には寂しさや情けなさ、自己実現欲求が満たされない時には無力感やむなしさといったところであろう。不安に限らず、何らかの不快な感情が湧いてきた時、その感情を直視し吟味できれば、どのような欲求が満たされていないのかを知ることができる。そして、

今どの欲求を優先して満たすかについて調整を図り、それに応じてどういう行動をとるかについても調整を図ることができる。一方、これらの不快な感情の直視を避けていると、結果的に心の中が不安で満たされてしまい、とにかく不安な気持ちを手っ取り早く解消しようという姿勢が身についてしまう。

どうやら、意思の働きである行動の調整は、欲求の調整に、そして最終的には感情の調整に置き換えられるようである。不快な感情の直視を避け、調整を放棄すると、結果的に不安が増大する。そして、手に負えないほどに増大した不安の解消を願う肥大した安全欲求こそが、嗜癖者を翻弄し意思の働きを妨害する力の本体ということになる。

## Ⅶ. 生活習慣病への対処

生活習慣病患者の多くは、嗜癖の段階にまで踏み込んではいないが、多分に嗜癖的な傾向が認められ、そのことが病状の進行や悪化の防止を阻害し回復を難しくさせているのではないだろうか。ただし、嗜癖的ではあっても嗜癖といえるほどには重症化していない場合が多いと考えれば、嗜癖患者の治療や支援の中で分かってきたことを活用すると、嗜癖患者以上に効果を挙げることができるかもしれない。そこで本論では、嗜癖患者の治療や支援の中で用いられ成果を上げてきた健康教育、意思決定支援、感情活用、内発的動機づけという観点から生活習慣病に対する広義の予防について考えてみたい。

### (1) 健康教育

健康教育とは、適切な情報提供により、自分の健康状態、とりわけ疾患や不健康についての理解を深めるための援助を意味する。嗜癖患者への健康教育の焦点は意思機能の低下が、嗜癖行動から抜け出しにくくさせていることの理解を促すことである。理解はできても躓く時は躓くが、無自覚なままよりは躓き体験からの学習効果が高いはずである。嗜癖患者の健康教育は、これまで身体疾患や精神症状についての情報提供や、回復過程についての解説に重点が置かれ、意思の障害については、あまり取り上げられてこなかった。むしろ、意思はまったく当てにできないと割り切って、それでも嗜癖行動から脱することができるような行動方法について学び、それを新たな習

慣とすることを奨励してきた。それは、とにかく足を使ってミーティングに通い続けるという AA の戦略にならったものであり、それなりの成果を上げてきている。

健康教育には、このように、心身の障害を克服するための基礎づくりという目標と、障害を前提として補完的な機能を身につけるといふ目標がある。意思の障害が認められる嗜癖患者や生活習慣病患者の場合は、著しい意思機能の低下という現実を認めながらも、回復は不可能という前提には立たず、回復に諦めず取り組む方が予後は良いように思われる。

## (2) 意思決定の支援

嗜癖治療の初期段階では、意思機能の著しい低下、すなわち自力では嗜癖行動を止めるという意思決定を実行に移せないことに焦点を当てた保護的な援助が必要になる。すなわち専門職による援助に身を委ねることへの意思決定に重点が置いた援助関係を作らないと治療が始まらない。単純に考えると、嗜癖行動を止めるか否かの意思決定を除けば、患者は合理的な決定を下せるように思える。しかし、嗜癖的な考え方や感じ方は、患者のあらゆる現実認識と課題解決のプロセスに染み透っている。具体的には、家族・職場との関係性や将来の生活設計、そして病棟内での療養生活上の問題に関して下す必要のある大小様々な意思決定をめぐって、患者は思い通りにいかないと強い欲求不満を覚え、そのことが嗜癖行動の引き金となり得る。そこで、援助職は患者が意思決定を下すまでのプロセスや、下した後の実行プロセスにも小まめに関与していく必要が浮かび上がってくる。

アルコール依存症の治療では、入院時の治療契約を重視してきた経緯があり、入院後も飲酒の禁止を除いては、患者の意思決定に沿った処遇がとられてきた。それだけに、患者が援助職とのトラブルから退院し、直後から再飲酒が始まるという場合も少なくない。トラブルのきっかけは、冠婚葬祭への参加や、職場の残務整理を理由とした外出希望が退けられた場合が多い。回復が進んでいない嗜癖患者は、嗜癖行動にまつわる刺激に極めて敏感な状態にあるので、再飲酒の引き金になりやすい行動の選択をスタッフが危惧するのも無理はない。ただし、患者の希望を一方的に退ければ、その対応そのものが患者

には冷たく感じられて反発を招くことになる。

従って、患者がスタッフの危惧するような行動計画を持ち出した時は、どう説得したら諦めてもらえるかに頭を悩ますのではなく、嗜癖と意思との障害の関連をめぐる危惧を伝える上でよい機会だと考えるのが前向きだろう。患者は理解して翻意するかも知れないし、計画は変更しないが慎重な行動を取れるかも知れない。また、こうしたトラブルが起こらないために、治療契約の中で、危険な状況を例示し、その理由について丁寧に説明しておくことや、患者が担当の援助職とこまめに相談し合えるように、入院の初期から援助関係づくりに努めることが重視される。それらの方法はいずれも、患者の意思力低下を考慮した援助関係作りという方針に基いている。

近年、医療者のパターンリズムが批判を浴び、患者の意思決定を尊重することが重視されるようになったが、それだけに、患者が危険な選択を実行に移そうとしているように見える時、医療者はジレンマに陥る。意思決定の結果についての責任は患者に委ね、患者の自己責任と嘯くのでは専門職としての責任放棄になりかねない。とはいえ、患者が大きなリスクを伴う意思決定をした場合も、その決定を受け入れた上で患者の身に危険が及ばないように見守り続けるべきだとする立場もあるが医療職の負担が大きい。

そこで実際には、患者の意思決定を尊重しつつ、本人や周囲に大きな被害が及ぶことが危惧される場合は、早めに介入を図るといふ配慮が必要になる。患者が選ぼうとしている行動について、そうしたいと思った事情への理解と共感に努めながら、実施した場合の危険性を指摘し、望ましいと思われる方法を提案しながら説得に努めるという方法である。

このように、嗜癖患者の援助においては、患者の意思力低下を前提とした保護的な管理に始まって、嗜癖行動を誘発する感情を有効に操作する方法について情報提供を行ない、さらには生活の再建を支援する。その間に患者は、意思力の低下に見合った保護的な環境を得て回復への足場を作り、意思力低下を補う自己対処能力を身につけ、生活の再建に至る。

## (3) 感情活用—感情の直視から表現へ—

意思決定の支援には、意思力低下の根底にある

人格機能の低下を前提として、援助職が患者の自我を補強するという意味合いがある。従って、嗜癖からのより確実な回復を図るには、人格機能の回復を通じた意思力の復活を視野に入れた対応が必要である。すなわち、患者が自らの否定的感情に気づき、その意味や由来を理解し、感情表現に向かえるよう導き、否定的感情の根底にある欲求の構造を明らかにすることを通じて、人格の再編成を図る。

何度か断酒に失敗している30代の男性患者は、他患者ともめた後で苛々がおさまらず、飲んだら楽になるだろうなという考えが湧いた途端に、こういう時に自分は今まで飲んでいて気づいたと言う。多くのアルコール依存症患者は、入院中とはいえ断酒を一定期間継続できると、精神状態の改善と共に飲酒欲求はほとんど湧いてこないため、多少の自信も芽生え酒を止めたい気持ちも高まる。ただ、人間関係にちょっとしたトラブルなど何かのはずみで、怒り、不信、悲しさ、寂しさ、むなしさ、そして不安などの感情が湧き出し、それに浸っていると飲みたい気持ちにつながっていくという傾向は、退院後までしばらく続く。

とりわけ、怒り、不安、悲しさなどの否定的感情や、空腹・痛みなどの不快な身体感覚は、危険な徴候である。それらの感情や感覚が湧いてきていることに気づかないでいると、いつのまにか嗜癖行動への渴望が膨れ上がって止めようがなくなる。ただし、それらの感情が生じていることに早目に気づき、それらの不快感を和らげる工夫を実行すれば、危険は去っていく。それは、いったん嗜癖行動への渴望が湧き出せば、それを抑えるだけの意思力は失われているという前提で、渴望を引き起こす要因となりやすい不快感の解消を図るという戦略である。

この戦略は更に、不快感の中身を吟味することによって、より確かなものになる。元来、不快感とりわけ否定的感情には満たされない欲求が反映されており、その中身を吟味できれば、自分が今どのような欲求に突き動かされているかを明らかにするための手がかりが得られる。つまり、否定的感情の直視を糸口に、感情の調整から欲求の調整、そして率直な感情表現を通じた行動の調整へと進む。筆者はこのような道筋を感情活用能力の発揮、すなわち感情活用と名付けており、患者に限らず援助職にとっても、

重要な人間関係上の戦略だと考えている。

嗜癖患者に限らず、誰でも人間関係にトラブルが生じると「しっくりこない」という輪郭が曖昧な不快感、すなわち異和感を味わう。異和感は概ね予想や期待に反した他者の言動に刺激されて湧き上がり、否定的感情と不快な身体感覚からなる。異和感を察知し内容を吟味する作業、すなわち「異和感の対自化」によって、不快の理由が明確にできると否定的感情は和らぐ。さらには、「異和感の投げ返し」すなわち異和感の中身を率直に表現することによって感情活用は一区切りとなる。

嗜癖患者が一人で「異和感の対自化」を実行するのは困難だが、援助職がそれを手助けすれば十分可能である。患者の悲しさを糸口に家族への愛情を、寂しさを糸口に同僚からの信頼を、むなしさを糸口に手がけている大事な仕事を思い起こすように、呼びかけてみたらどうだろう。

嗜癖患者は、孤独に浸っているうちに不安を解消したいという欲求に釘付けとなり、愛情、承認、自己実現の欲求を見失っている。そうこうするうちに飲酒欲求が募り、飲酒行動が始まれば生存欲求すら怪しくなると、このまま死んでもいいと思ってしまう。嗜癖患者の関心が、家族の愛情、同僚の信頼、仕事への自負などに向き始めれば、失われかけていた意思が再生する可能性が芽生えてくる。もちろんそれは、容易な作業ではなく、一生かけて取り組まなくてはならない学習課題ではあるが、専門職との援助関係が成立すれば一歩踏み出すことができる。

#### (4) 内発的動機づけの促進

嗜癖治療においては早くから、回復をもたらす上で患者に不可欠な条件は、嗜癖行動のいらぬ生活様式の確立に有効と考えられる一連の行動への動機づけを維持することであると考えられてきた。ただし、治療者が報償や処罰により患者の行動をコントロールしていくという外発的動機づけと、患者自らが進んで有効と思える方法を実行するという内発的動機づけのうちで、どちらに重点を置くべきかについては議論が続いている。

内発的動機づけの理論的、実験的な研究で知られる社会心理学者のデンによれば、ある課題の解決に向けた行動への内発的動機づけを高めるための



条件は、自己決定、有能さの感覚、関係性の3つである。すなわち、自ら選んだ課題に、適度な困難さと有効性を感じながら、援助者や仲間と共に取り組む時、内発的動機づけは高まり持続する。デシは当初、自己決定と有能さの感覚という2つの条件のみを掲げていたため、どちらの条件も満たしにくい患者の援助にこの理論をどう適用するか苦労した覚えがある。しかし、デシはその後、アルコール依存症の治療やAAによるセルフヘルプの実態に触れて、あらゆる行動における内発的動機づけの条件として、関係性という要素を追加するに至った。

関係性を取り結ぶ相手は、援助職と当事者仲間到大別できるが、当初デシは専門職との援助関係に必然的に含まれる保護的な要素が、援助職からの評価や賞賛を求める気持ちに通じて患者の外発的動機づけを高め、その反作用として内発的動機づけが低下すると考えた。理論的にはその通りだが、援助職による多少なりとも保護・管理的な援助がないと、治療そのものが始まらない場合が多いことにデシも気づいた。治療初期には外発的動機づけの要素が含まれても、回復の進行につれて保護・管理的な要素を減らし、自己決定を求められる場面と有能さの感覚を味わえる機会の提供を増やすようにすれば、患者は内発的動機づけの低下という後遺症に悩まなくてもすむようである。

さらには、関係性の対象を援助職から当事者仲間へと、徐々にシフトしていくことによって、患者は、対等の立場からの連帯感や協力関係という内発的動機づけにとつての新たな促進要因体験できることも明らかになった。

## VIII. おわりに

嗜癖という、いわばもっとも重症な生活習慣病患者への処遇方法は、嗜癖的傾向はあっても、比較的軽症な大多数の生活習慣病の患者にも適用可能と思われる。栄養、運動、休養、睡眠に関する望ましい自己管理さえできれば、身体症状は軽減ないし解消するのだから、そこまで深く大げさに考えることもないのではないかという声が聞こえてきそうな気はする。しかし、ほんの少しの自己管理行動も、内発的動機づけが持続しない限り継続が難しいし、解消されな

い日常的な欲求不満が、意識されない否定的感情の肥大という経路を通して、リバウンドを起こすことを多くの生活習慣病患者は体験しているはずである。援助職は患者と共に健康的ではない生活習慣の意味を明らかにして、そのような習慣がなくてすむより健康で快適な生活様式や生活環境をどうやって作っていくかについて、話し合う必要がある。

生活習慣病からの回復に重点を置く2次予防段階の課題は、欲求の中身を吟味した上で決断を下し行動に移すことである。生活習慣病からの回復と共に生活再建が進行しつつある3次予防段階の課題は、健康維持に有効な習慣を身に着けることである。身体に染みついた不健康な習慣を遠ざけることは容易でないのだが、健康維持に有益な習慣を身に着けることに重点を置くという対抗策が考えられる。それには、感じ方や考え方の習慣を変える必要があるが、人工透析治療の草創期を体験した患者会リーダーの言葉が参考になる。当初は塩分や水分の量を厳密に測定してきたが、2年後には目分量でよくなり、3年後は好きなだけ食べても適正值に収まったと言うのである。彼の味覚は身体の求めに連動して変化し、適切なバランスの感知が可能になったらしい。

以上、予防概念の定義拡大と生活習慣病概念の提唱を受けとめ、嗜癖治療の経験に内発的動機づけと感情活用概念による考察を加えてみた。現在の社会状況では、ICTとSNSの爆発的な発展と普及によって、誰もが嗜癖的な行動を免れない時代に突入し、どう対処したら良いのかについては誰も処方箋を示せていないのではないだろうか。

具体的な方法論の提案や、その効果についての検証に欠けた論稿となったが、一つの問題提起として継承して頂ければ幸いである。