

アルコール依存症の回復過程に関する臨床心理学的考察

～成長統合モデルと自己調整法を中心に～

原 口 芳 博

要約：アルコール依存症の定義及び発症・回復の医学的モデル並びに精神科治療プログラムの総説を行った。その後AAモデルを基盤とした「成長統合モデル」を提唱し、そのモデルに係わる援助目標とそれを達成するための方法として「自己調整法」について論じた。アルコール依存症の回復像については、断酒継続を超えた「断酒超越」という新しい生き方に至ること、つまり「アルコールを飲む必要がない素面の生き方（ソブライエティ）を主体的に生きることである」と考察した。またそのような生き方を歩むためには、「偉大な力（神）」に対する信仰が前提として必要であることについても述べた。

キーワード：アルコール依存症，成長統合モデル，自己調整法，断酒超越

I はじめに

古来より、酒（アルコール）は「百薬の長」と謳われ、健康に効果があると信じられ、盛んに飲用されて来ている。しかしその一方で、「百毒の長」あるいは「悪魔の発明した水」等と、その害も謳われているものでもある。筆者は臨床心理士として、精神科医療の心理臨床活動において、このアルコールの害を蒙り、「アルコール依存症」に罹患した本人、及びその家族の方々と、四半世紀に亘り、その方々のリハビリテーション（アルコールを飲まない素面の生き方を歩む）の援助活動に従事してきた。その臨床現場の中から、この病気の持つ絶大な魔力と魅力を体験し、筆者なりの知見を得て来ている。そして本論のような考察を筆者ができるようになったのも、偏にアルコール依存症の本人と家族の方々と出会い続け、学ぶことが出来た結果である。それと共に筆者を励まし、指導していただいた関係援助者の方々の存在である。それらの貴重な臨床体験を通して、筆者自身の生き方の向上ができ、人として成長出来ていることに深く感謝していることを、初めに述べさせていただきたい。

さて本論では、アルコール依存症という病気についての総説と現在行われている精神科医療でのアルコール依存症に関する治療援助プログラムの紹介を行う。次に主題であるアルコール依存症の回復過程に関して、殊にその成長統合に関する臨床心理学的考察を筆者の臨床経験を含めて行う。この考察を通して、今後の筆者の心理臨床活動の新たな出立としたい。

II アルコール依存症について

1. アルコール依存症の定義

アルコール依存症の定義に関しては、簡潔には次の3

点に集約できる。つまり①アルコールに依存し、上手に飲めなくなる（統制不能）病気、②慢性、進行性、致死性の病気、③治療（節酒）不能、だが回復（断酒）可能の病気とまとめられる。

つまりアルコール依存症という病気は、酒やビールや焼酎の中に含まれる「アルコール（鎮静薬）」という「薬物」に依存する病気である。最近社会問題ともなっているアディクション（嗜癖行動）の観点からは「物質嗜癖」に分類され、その本質はコントロール障害（統制不能）である。一旦依存が成立すると、飲みたいとの欲求が病的な強迫的欲求となる。このことを指して「とらわれの病」とも呼ばれている。そうして徐々に自身の肉体や精神が破壊されるだけではなく、家族や関わる人等、身近な回りの人を巻き込み、「全てを破壊する病気」であり、「死に至る病」でもある。精神分析的観点からは「慢性の自殺」と言われている。さらには節度ある飲酒が困難であるために、目標はアルコールを一滴も飲まないで生きるという完全な断酒継続を通して生きていくこととなっている。このことを自助グループのAA（Alcoholics Anonymous）では「漬物は元の大根には戻れない」という喩で端的に表現している。このことは医学的用語では「アルコール体質」と言われている。このような視点から一般的に病気の場合に用いられる「治療」とは表現されず、「回復」と表現されている。因みにアルコール依存症の出現率は、飲酒人口の3.7%（WHO 計算法）とされており、日本では約220万人以上いると計算されている。単純に考えると4人に一人の出現率と考えても妥当であろう。つまり冠婚葬祭で飲酒する人が100人集まれば、その内の3～4人にこの病気の人がいると考えても差し支えないであろう。これ程にアルコール依存症は身近な病気である。

2. 医学的発症モデル

発症モデルについては、今道によって次のように的確にまとめられている。これを本論では「医学的発症モデル（今道裕之、1986年）」とする。

具体的には、機会飲酒→習慣性飲酒→精神的依存→過剰飲酒→身体的依存（合併症、離脱症状）→脳障害→死亡と発症し進行していく。

つまり、最初の飲酒の機会は「就職祝い」「歓送迎会」「忘年会」「新年会」など社会生活上の通過儀礼や「憂さ晴らし」「疲れを取るため」「よく寝るため」「興味本位」等の個人的動機による機会によって、飲酒体験が始まる。そうして「酔う」という快体験を反復していきうちに徐々にアルコールに強くなり（耐性強化）、「もっと酔いたい」と更なる快体験を求めて、飲酒が習慣化し、飲酒回数及び飲酒量が増加していくという経過で進行する。習慣飲酒の典型例は「晩酌」である。この点日本は文化的にアルコールに対して非常に寛容な文化とされている。こうして何らかの欲求不満やストレスの対処法を飲酒という方法で行い続けると、アルコールに対する依存心が形成強化されていくのである。アルコールがないと何かしら落ち着かなくなり、アルコールがあると安心するという心理状態が出現する。さらにはアルコールがないと我慢できず、夜中であろうと構わずアルコールを買いに行くようになったり、誰かに買わせに行かせたりするようになる。また重要な会議や会合などではその前に緊張を和らげようとして飲酒してから、その会合などに出席するようになっていく。所謂「先に一寸引っ掛ける」と言われている飲酒行動である。この段階になると仕事上での失敗や生活上での挫折等が起こった場合に、過剰に飲酒することが多くなり、「二日酔い」となり、遅刻、早退、欠勤等が生じてくる。この過剰飲酒はこの病気の進行を非常に促進させる行為である。

この段階では概して身体疾患に罹患していることが多い。最も多いのが肝臓障害である。次いで胃潰瘍、十二指腸潰瘍等の消化器疾患、そして糖尿病も多い。これらの疾患は「合併症」と言われているが、一般的な医療の中では殆どの内科医がアルコールの過剰摂取に基づく「（アルコール性）慢性肝炎」と診断し、「飲むのを減らしなさい」とか「もっと控えなさい」という治療が行われているのが現状である。そこでは内科医は原疾患を「（アルコール性）慢性肝炎」と診断し、「アルコール依存症」とは診断しないのが殆どである。しかしながらアルコール依存症を理解している専門医は、このような場合は原疾患を「アルコール依存症」と診断し、合併症を「慢性肝炎」として、断酒の考えに基づく治療を行っている。アルコール性の幻覚や妄想あるいは振戦譫妄等の離脱症状が出現して初めて管理できなくなり、そこでようやくアルコール依存症の治療プログラムのある精神科病院に紹介することになるのが通常の現状である。残念ながら内科病院で治療プログラムを持っている機関は

非常に少ないのも現状である。このような段階では脳や神経系に障害を受けている場合も多く、痴呆症状が出ていたり、死亡する例も認められる。要するにアルコール依存症は全身が障害される病気であり、アルコールは「万病の元」と指摘できる。

3. 回復モデルについて

回復モデルについては、アルコール依存症であるという病気との診断が下された後は、医学に基づく疾病モデルが考えられている。今道（1986年）によれば、導入期→解毒期→静穏期（1～6月）→再飲酒危機（6月～1年半）→安定初期（1年～2年）→安定期（2年以上）とされている。

つまりアルコール依存症者は自分がこの病気に罹っていることを認めないという「疾病否認」が大きな特徴であるために、本人が進んで病院を受診することは少ない。そのためには如何に家族や職場の関係者がこの病気を理解するかが重要になってくる。そのために本人ではなく家族が先に相談のために受診して、治療導入の準備を図ることが多い。場合によっては巻き込まれている家族の心理的安定を先に図り、本人に対する関わり方の体験学習を行っていることが多い。このようにして医療化への動機付けを進めていく。その結果ようやく本人が受診することとなる。そこで診断が下され通院治療あるいは入院治療となる。入院治療になるとまずは離脱症状の治療や合併症等の臓器障害の診断治療が開始される。

これが解毒期である。その後の静穏期殊に断酒1月については脱アルコールがなされており、一見すると健康を取り戻し、安静状態にあるかのように見えるが、身体的あるいは心理的には飲酒欲求が潜在している状態と言える。活火山が休火山になったばかりで、内にはまだ熱いマグマが残っている状態とも言える。この状態にあることを前提としてアルコール依存症者自身が自分の病気を理解していくという病識獲得を図ることが目標となってくる。

この方法については後述の通り様々なプログラムが用意されている。最も重要なのはAAや断酒会等の自助グループを紹介し導入することである。また事例によっては抗酒剤服用もなされている。医療機関によって異なるが通常1月～3月の入院治療が終了し退院となるが、その後は一般社会において断酒生活を行うが、回復の経過において再飲酒の危機が生じることが多い。その危機の原因は多様であり、原因が不明分のものから、空腹や疲労等の身体的変化、退院や就労等の環境の変化、怒りや緊張の弛緩等の心理的感情的変化等が挙げられている。このような危機を理解し、その対応を事前に用意することが必要な手立てである。このような経過を通して安定期に入って行く。断酒予後に関しては概して断酒生活1年は70%、2年は80%、3年は90%、4年は95%、5年以上は98%との曲線で表されている。安定期では合併症

を抱えているかもしれないが、家族関係は安定し、社会生活も順調で、自助グループに定着しており、飲まないで生きていること（ソブライエティ）、つまり断酒生活に対する感謝の念が体験発表中で語られるようになっていくことが多い。

これに関連して今道は最終治療目標を以下のように5項目、①身体合併症の軽快または治療、②慢性離脱症状の軽快、③自助グループへの定着、④家族関係の正常化、⑤職場での安定を挙げている。これらの項目は予後の基準として具体的で明確でもあり、非常に参考になるものである。これらの目標を達成するために地域ケアの観点からチームアプローチが実践されている。

III AAモデル

1. AA (Alcoholics Anonymous=無名のアルコール依存症者の集まり)は、1935年にアメリカのアルコール依存症者である当事者本人が作った自助グループである。AAはその回復のための道具として表1の「12のステップ」を作成した。これがAAモデルと言われるものであり、スピリチュアリティ・オリエンティッド(霊性指向)といえるものである。この12のステップと表2の12の伝統を基準としてグループミーティングを行い、仲間と共に飲まない生き方(ソブライエティ)を歩んでいくのである。

表1 AAの「12ステップ」

1. われわれはアルコールに対して無力であり、生きていくことがどうにもならなくなったことを認めた。
2. われわれは自分より偉大な力が、われわれを正気に戻してくれると信じるようになった。
3. われわれの意志といのちの方向を変え、自分で理解している神、ハイヤー・パワーの配慮にゆだねる決心をした。
4. 探し求め、恐れることなく、生き方の棚卸表を作った。
5. 神に対し、自分自身に対し、もう一人の人間に対し、自分の誤りの正確な本質を認めた。
6. これらの性格上の欠点をすべて取り除くことを神にゆだねる心の準備が、完全にできた。
7. 自分の短所を変えて下さい、と謙虚に神に求めた。
8. われわれが傷つけたすべての人の表を作り、そのすべての人たちに埋め合せをする気持ちになった。
9. その人たち、または他の人びとを傷つけない限り、機会あるたびに直接埋め合せをした。
10. 自分の生き方の棚卸しを実行し続け、誤った時は直ちに認めた。
11. 自分で理解している神との意識的触れ合いを深めるために、神の意志を知り、それだけを行っていく力を、祈りと黙想によって求めた。
12. これらのステップを経た結果、霊的に目覚め、この話をアルコール中毒者に伝え、また自分のあらゆることに、この原理を実践するように努力した。

表2 AAの「12の伝統」

1. 第一にすべきは全体の福利である。個人の回復はAAの一体性にかかっている。
2. われわれのグループの目的のための最終的権威はただ一つ、グループの良心の中に自分を現される、愛なる神である。われわれのリーダーは奉仕を委かされた僕すぎず、彼らは決して支配しない。
3. AAのメンバーであるために要求される唯一のことは、酒をやめたいという願望だけである。
4. 各グループは完全に自律的でなければならない。ただし、他のグループ、またはAA全体に影響を及ぼす事柄においてはこの限りではない。
5. 各グループの主要目的はただ一つ、まだ苦しんでいるアルコール中毒者メッセージを運ぶことである。
6. AAグループは、いかなる関係ある施設にも外部の企業に対しても、保証や融資やAAの名前を貸すことをしてはならない。金銭や所有権や名声の問題が、われわれを大事な目的からそれさせる恐れがあるからである。
7. すべてのAAグループは外部からの寄付を辞退して、自立しなければならない。
8. AAはどこまでも非職業的でなければならない。しかし、サービスセンターのようなところでは専従の職員をおくことができる。
9. AAそのものは決して組織化されてはならない。しかし、サービスの機関または委員会を作ることはできる。これらの機関は、グループやメンバーからの付託に直接応えるものである。
10. AAは外部の問題には意見を持たない。したがってAAの名は公の論争で引き合いに出されるべきではない。
11. われわれの広報活動は宣伝により促進することよりも、ひきつける魅力に基づく。新聞、電波、映画の分野で、われわれはいつも個人名を伏せるべきである。
12. 無名であることは、われわれの伝統全体の霊的基礎である。それは各個人よりもAAの原理が優先すべきことを、いつも、われわれに思い起こさせるものである

このステップはアルコールに対する無力を無条件に認めて、底着き(どん底)を体験し、自分の我欲を捨て、自分を空にして、自分が理解する「偉大な力(ハイヤー・パワー=神)」に明け渡すとの心理機制が認められるものである。従来の「飲酒人生」に対する回心が起こり、今後は新しく「断酒人生」を歩むとの自己洞察が生じると共に、偉大な力を信じ、それを前提として生き続け、人間として成長して行く、生き方のプログラムを持っているグループである。そうして自分が与えて貰ったものを、他の人に与えていくという感謝と奉仕の生き方を実践をしていくのである。筆者が25年前初めてAAのセミナーに参加し、この12のステップと出合った時には大きな驚きを感じたものである。その驚きとは「神」という偉大な力が歴然として明記されており、AAは宗教それもキリスト教の宣教団体ではないのかと感じたことである。それと共に従来の医学モデルの基づく治療プログラムでは医療従事者が、本人に病識を獲得させたり、断酒

をさせるという治療方法が正当であると信じていたことが打ち砕かれたからである。つまり当事者本人に対して外から使役的に操作していくという外発的動機付け中心の原理では、医療従事者と当事者本人との関係に上下関係の要素が入り込み、支配的あるいは依存的関係の構造が生じやすく、お互いの自立が図りがたいのではないかと当時感じていたからである。殊にアルコール依存症の場合は「依存」の病であり、このことが気になっていたからである。この点でも12のステップでは、個人が人として主体的に生きるという自立の精神が示されており、感銘を受けた。この12のステップを知ってから、偉大な力（神）を基礎として、その指針で生きていくという我欲を捨てた生き方は、スピリチュアリティ・オリエンティッド（霊性指向）の生き方であり、日本の断酒連合会の原理とは重なる概念があるものの、「偉大な力」に対する考え方では異なる次元を持ち、深い智慧があると考えたのである。

またこのグループを運営する上で非常に参考になるのが、表3の「12の伝統」であった。これによってグループは自律して運営され、ミーティングの場が安全な場となり、個人が守られた枠組みの中で、正直な体験が仲間を信じて語られ、その結果、回復と成長が生じるというグループセラピーの働きがより有効となるグループとなるのである。このような道具をAAは備えており、またこのステップを生きている方々に直接交流することによって、その人間的な魅力を感じ、さらにこのステップを学びたいと願ったのである。このステップを学ぶことについては、一つのエピソードがある。AAのセミナー時に筆者が「援助活動に参考になるので、12のステップを学びたい」と感想を述べたところ、日本にAAを紹介し、創始したミーニー神父から、「12ステップは学ぶものではないです。12ステップは使うものです。生きるものです」と明言された。この明確な回答によって筆者の観念志向はその後少なくなり、自分の生活や生き方を向上させていく実践的かつ直接的道具として12のステップを使い、生きて行き、自分が与えてもらったものを、人にそのまま与え、伝えて行くという新しい生き方ができる機会になったと言える。この生き方は現在も継続しており、感謝している。

尚参考までに、AAの12のステップと12の伝統の理念を導入している日本断酒連合会の表3「誓いの言葉」と表4「断酒新生指針」を紹介しておく。

表3 「誓いの言葉」

-
- 一、私達は酒の魔力にとらわれて、自分の力だけではどうにもならなかった事を認め断酒会に入会しました。
 - 一、私達は断酒会の力によって立ち直りを信じ、つとめて例会に出席します。
 - 一、私達は過去の非を常に反省し、今迄に迷惑をかけた人々に及ぶかぎりの償いをしたく誓います。
 - 一、私達はお互いに助け合い、励まし合って、新しい人生を建設することを誓います。
 - 一、私達は何事も相談し合いお互いに欠点を取除き、断酒会員であるという誇りをもって、断酒に進んでいくことを誓います。
 - 一、私達は「断酒会」を盛り立て、広く同じ愛をもつ人々とその家族を救い上げるために努力することを誓います。
-

表4 「断酒新生指針」

-
- 1. 酒に対して無力であり、自分ひとりの力だけではどうにもならなかったことを認める。
 - 2. 断酒例会に出席し自分を率直に語る。
 - 3. 酒害体験を掘起こし、過去の誤りを素直に認める。また、仲間たちの話を謙虚に聞き自己洞察を深める。
 - 4. 互いの人格の触れ合い。心の結びつきが断酒を可能にすることを認め、仲間たちとの信頼を深める。
 - 5. 自分を改革する努力をし、新しい人生を創る。
 - 6. 家族はもとより、迷惑をかけた人たちに償いをする、
 - 7. 断酒の喜びを酒害に悩む人たちに伝える。
-

IV 精神科治療プログラム

1. 精神科治療プログラム

精神科医療の中で一般的に行われている治療プログラムは、「アルコール・リハビリテーション・プログラム（ARP）」とも呼ばれている。そこでは前述した医学モデルを基本にして、概して3ヶ月間の入院治療が、多職種の医療従事者が関わるチームアプローチにて同時並行的に行われている。その間合併症の治療を行いつつ、アルコール依存症という病気に対する病識の獲得を図るために、表6のように実に多様なプログラムが用意されている。この内容については「断酒への動機付け」と言われている。アルコール依存症は病気に罹っていることを否認するのが大きな特徴であり、この「否認の打破」が重要となってくる。否認の打破のために有効なのが、同じ体験を持つ断酒会やAAという自助グループで断酒生活をしている仲間への紹介と連携である。また断酒生活は退院後の社会生活で実践していくものであり、地域精神医療という地域ケアの観点が必要であり、地域資源である保健所の保健師や福祉事務所のケースワーカー等との連携が重要である。このようなプログラムを通して、病識を獲得し、飲まないで生きることを実践していくのである。通院治療についても同様な治療が行われ、訪問

看護やデイケアやデイナイトケアが行われている。また中間施設として、共同住居、福祉ホーム、援護寮、授産所、ソーバーハウス（素面で生きるための家）等が整備されている。

要するに身体面の治療を初めとして、看護面、心理面、社会生活面の援助と共に自助グループや地域資源と連携する地域ネットワークのアプローチが実践されており、包括的ケアが行われている。この点でもアルコール依存症に対する治療は、「全人的治療援助活動」であり、大変な重責と疲弊を感じるものである。

表6 アルコール・リハビリテーション・プログラム

① 医学的治療・看護 + ソーシャル・ケースワーク (BIO) (SOCIAL) + カウンセリング・サイコセラピー (PSYCHO)
1) 身体面=医学的治療、看護、薬物療法、抗酒剤 離脱症状と身体合併症の治療
2) 心理・性格面=個人療法、集団療法、作業療法、内 観療法など 断酒の動接づけ（治療教育=集団療法、個人療法、 社会療法） 性格覚知（記録内観、棚卸し）と性格改善（心のリ ハビリテーション） 個人療法（カウンセリング・サイコセラピー）
3) 生活・環境面=作業・レクリエーション療法、SST、 ソーシャル・ケースワーク
4) 自助グループ（本人）=AA、断酒会 （家族）=アラノン、アラノンAC
5) 家族面=家族面接（個人療法）、家族教室（集団療 法）、家族療法
6) 社会面=訪問看護、デイケア、デイナイトケア 共同住居、ソーバーハウス、援護寮等の中間施設、職 場調整
7) 援助者側=ネットワーク・セラピー、サポートシ テム
② 機関ネットワーク=情報交換と合同事例検討会=公的連 携
③ ネットワーク・セラピー=個人的連携による支援=善き 隣人（非公式・個人的）
④ コミュニティ・アプローチ=既製の地域資源の潜在力を 新たに資源化し、連携化 援助方法（リハビリテーション・プログラム） 過程=初期介入+治療・援助+行動修正+生活調整+ 危機介入+社会適応+自立向上

V 心理成長モデル

1. 心理・生活障害モデル

筆者は臨床心理学の観点から、アルコール依存症の発症モデルについては、「心理・生活障害モデル（原口芳博、1990年）」を考えている。つまり自己（身体+知性+理性+感覚+感情+霊性）破壊→家庭破壊→社会破壊→

死亡に至る。その進行経過と回復成長については、後述する図1に「成長統合モデル」としてまとめている。すなわちその当初は自己という身体が障害されるだけでなく、同時に心理的にも障害を受け、さらには人との関係性も障害され、社会的存在である人間としての役割の喪失も起こり、最終的には人間性喪失という霊的な破壊が生じ、死に至る。つまり「人間性喪失」あるいは「霊的障害」が生じる心の病と考えている。

具体的には、アルコール摂取によって、自己に内包されている神経伝達物質等の身体が先ず変化し、次第に罹患していくことは医学モデルでも述べた通りである。それと同時に計算能力や記憶力等の知性の機能が障害されるようになる。日常的には飲酒運転における動体視力の低下や操作時間の遅延化や誤操作の増加等がよく知られている。実際に知能検査を実施すると知能低下が示されている。つまり入院時には知能の働きの低下していることが認められ、言動は緩慢な例が圧倒的に多い。また調和のある考えや判断力が低下し、日常生活の感覚が障害されていく。感情は不安定で自己中心となる。そうしてごまかしや嘘が認められ、回りの人との人間関係がうまく行かずに関係が切れてしまい、飲酒後の自己嫌悪が増え、人間的破壊が進行していくという経過を辿る病である。その心理的特徴としては表5のようにまとめられる。アルコール依存症の心理的特徴の中で家族や関わる関係者が大きな影響を受け、イネイブラー（支え手）になるのが、この病気の霊的障害である。この特徴によって関わる人は心のバランスを失い、本当に魂が傷つき、本人への「とらわれ」が起こり、離婚したくてもそれが困難となったり、暴力を受け被害を蒙っていても逃げ出せないという「共依存」関係に嵌まり込み、蟻地獄状態を続ける人が多い。これは実に悲惨な状況であり、この病気の根深さは量り知れないと痛感させられるものである。

表5 アルコール依存症の心理的特徴

1) 依存症にかかっていることを認めない=否認、病識欠如
2) 何事も人のせいにする=投射、外罰
3) 何に対しても甘え、それに気づかない=依存
4) 飲んだ自分を情けないと思う=自己嫌悪
5) 飲みたいと思い始めたら、それがよくないと分かっても飲む=強迫的飲酒欲求
6) 飲むためには、ごまかし、嘘、盗みをする=霊的障害

2. 成長統合モデル

AAの「12ステップ」を前提として、自分の生き方を向上し、ハイヤー・パワーを前提としてその存在と統合した生き方をしていくのが、図1の「成長統合モデル」（原口芳博、1992年）である。

Zimberg.S.(1978年)は、アルコール依存症の処遇に関する段階として、①私は飲むことができない段階、②私は飲まない段階、③私は飲んではいけない段階という3

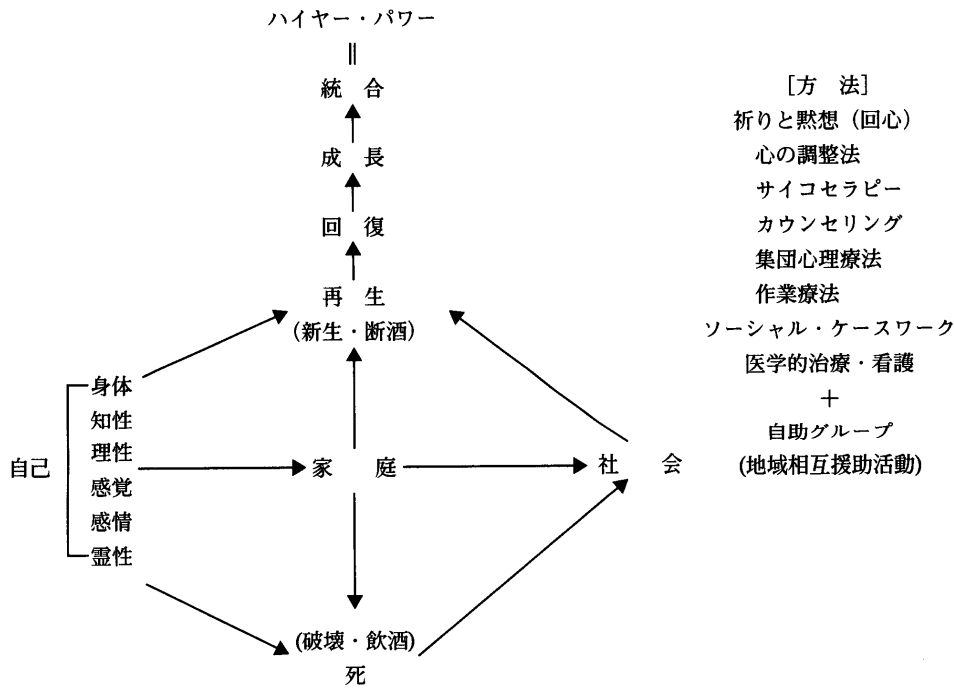


図1 アルコール依存症の成長統合モデル (原口芳博, 1992年を修正)

段階を挙げている。これは本人の断酒生活における心理機軸の段階として、飲酒に対して第一段階は外的に統制し、第二段階は内的に統制するようになり、さらに第三段階では内的な決意が形成された状態で飲酒しないという段階になっていると考えられる。この三段階は本人が断酒生活を送る上で大変参考になるものである。これを予後の側面からは第一段階は断酒1年から2年が、第二段階は断酒2年から3年が、第三段階は断酒3年から5年以降が該当するのではないかと考えられる。

さらに筆者としては生き方の向上という成長統合モデルの側面からは、Zimberg,Sの三段階の次に、第四段階として「私は飲む必要がない段階」を提唱する。つまり心理機軸としては、飲酒欲求は生じずに、アルコールが氾濫しているこの「飲酒文化」の中であって、実に少数独自の「断酒文化」と呼ばれる生き方を構築し続けており、周囲に関わりなく飲まない生き方、つまりアルコールを使わない生き方を主体的に選択して、その人生を豊か(QOL)にしている段階にあると考えられる。それは「断酒新生」や「調和ある断酒」との言葉に内包はされているが、筆者はこの第四段階を「断酒超越」と提案しているものである。これは断酒という状態を超越しており、まさにアルコールを飲む必要がない生き方を歩み、人として調和と安定があり、魅力がその人の内から醸し出されている人になっている。このようなモデルの人については、筆者は次のような二つの体験をしている。一つ目は十数年前に開催されたアルコール関連問題学会における体験であった。その学会には医療関係者ばかりでなく、その時には断酒会やAAの方々が自助グループのメンバーとして参加していた。当然ながら懇親会が設

けられており、その時にその方々も参加した。筆者はビールを片手に、自助グループの方々はジュースやウーロン茶を片手に乾杯し、その後は筆者が知己となっていた自助グループの方々と歓談したのだが、彼らはノンアルコール・ドリンクで実に自然に歓談し、日頃の例会やミーティングとは異なる雰囲気の中でも歓談が弾んだのであった。逆にビールを飲みつつ歓談している筆者の方が飲んでいていいのかなと変に意識し、不自然になる気持ちであった。この体験は初めての体験で、今も強烈に残っているものである。二つ目はAAのメンバーとであった。彼はAAのプログラムで長年回復しており、知己となっていた人である。ある時一緒に買い物をする事になり、ある物を買ったのだが、その時のお店からのプレゼントがジュースか缶ビールであった。筆者は彼に悪いかと少し迷ったが缶ビールを頂いた。ところが彼は「私は飲めないでジュースが良いです」ではなく、ニコニコしながら「缶ビールか。良いねそれは」と店員に話し、缶ビールを頂いたのである。そして缶ビールを頂いた後に、彼は何と「原口さんが好きでしょうから、どうぞ」と私にその缶ビールをプレゼントしてくれたのである。その自然な態度こそ断酒を超越した飲む必要のない生き方の自然な姿勢が示されていたのである。それと共にその姿勢には自分の身近にいる人(筆者)に対する優しい愛の行為も示されていたのである。この二つの体験は筆者には今も鮮烈に刻み込まれている。このような段階を歩んでいる方々に対して、真摯に人として素晴らしいと尊敬の念を覚え、痛み入るのである。

3. 成長統合の目標 (リハビリテーション・ゴール)

このような「断酒超越」あるいは「飲む必要のない段階」に到達するためには、当初は医学的モデルを出発点としながらも、そのモデルを超えて、明確に生き方の向上を目標とすることが必要となってくる。つまりAAモデルがその基盤と考えられる。それを生きつつ成長統合を図っていくことになる。このことを、ホームカミングのプログラムを参考にして、筆者なりに考えているのが以下の表6の目標である。

表6 成長統合の目標

<p>短期目標</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) アルコール依存症という病気にかかったことを認める。 2) 病気によって、何がだめになったか、何がまだ残っているか気づく。 3) 病気を持っていても、健康に生きていけることを知る。 4) 建設的に、健康的に生きるために、自分の何を変えていかなければならないのかを知っていく。 5) これらの理解したことを実行していく。 <p>長期目標</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) アルコール(薬物)と不適切な依存を使わないで、建設的に健康的に生きる。 2) 共に喜びを持って、より良く豊かに生きる。 (ホームカミングのプログラム目標より引用一部修正)

短期目標については、医学的モデルを考慮しつつ、病気への自己洞察を図るものである。またリハビリテーション概念の障害機能と残存機能の明確化を行った上で、AAモデルを道具として、主体的に責任をもって、飲む必要のない生き方をして行くために、自分を変え、向上させていくように実行していくプログラムである。長期目標はその短期目標が達成された状態である。これは人として自立も自律も達成しているといえる。また人との関係は豊かであり、そこに、喜びの共有があるものでもある。これは上記の筆者の体験の通りである。

4. 自己調整法

成長統合の目標を達成するために有意義な方法としては、「自己調整法」が挙げられる。その意味は自分を知り、掘り下げ、生かされている意味を知っていくことである。その目標としては①心の回復と成長を図り、拡大し、統合していくこと、②回心後の、より良く、豊かで、喜びのある生き方(QOL)を歩むことが挙げられる。そのための自己の内容については表7の「自己調整法」がある。これをもとに今の自分の状態を理解し、変えられるものは変え、自分を向上させて行くようにするのである。

自己を調整していく際の方法としては、「12ステップ」と共に、表8の「平安の祈り」と表9の「平和を求め

表7 自己調整法 (原口芳博、「心の調整」1992年を加筆修正)

<p>身体：体調はどうか。健康に注意しているか。肝臓等の経過、食欲、睡眠はどうか。 (欲求) 腹が減っていても、腹を立てず、我慢できるようになってきたか。 酒を飲みたいと思っても辛抱でき、対応できるようになってきたか。 性的欲求(セックス)は相手を尊重し、健康的に営めるか。</p> <p>知性：頭脳の働きはどうか。記憶力、思い出す力、理解力、考え方はどうだろうか。 計算力は、どのくらい回復してきているか。</p> <p>理性：アルコール依存症を忘れず、納得し、合理的に判断して、飲まない生き方と生活の仕方を更に工夫しているだろうか。</p> <p>感覚：身だしなみに気を配り、そのセンスはどうだろうか。身辺整理など日常生活の感覚はどうだろうか。金銭感覚はどうだろうか。自然の風情はどうだろうか。</p> <p>感情：喜怒哀楽恨み妬みはようになってきたか。劣等感や優越感はどうだろうか。 短気を起こし、すぐに腹を立てていないか。適切に怒りを伝え、出せているか。 それらをどれだけ真剣に直そうと、努力しているか。 人の気持ちをどれだけ分かり、汲み取れるようになってきただろうか。 気持ちが優しくなってきただろうか。</p> <p>霊性：人を騙したり、ごまかしたり、偽ったり、嘘をついてはいないだろうか。 誠実に、正直になって生きているだろうか。 家族を大切に、人に親切にし、善行を実行しているだろうか。 迷惑をかけた人たちに、傷つけないように償いをしているだろうか。 人に感謝し、奉仕や陰徳を積んでいるだろうか。</p> <p>統合：これらの思うこと、話すこと、行うことの3つが正しく、かつ一致しているか。 (真実) 物事や自分のことや人のことを極端にせず、中庸を歩いているか。 の 心が安定し、調和がとれ、日々より良くなるようになってきているだろうか。 自己) 次の自分の目標に向かって、家族や仲間と一緒に努力精進しているか。 「今日一日」を「一日一生」と心得、感謝と喜びを持って、あるがままに今を生きているだろうか。自分を超えるハイヤー・パワーを意識し、その導きに従って、悟りへの道を、共に歩いているだろうか。</p>

祈り」を先ずは唱えて、心身の調整を図り、この祈りの後に深呼吸（腹式呼吸）を行い、自己の項目について反省、黙想するという手順である。図式的には、自己調整法＝反省→黙想→書く→体験発表→実行→修正（これらの反復）となる。

これらの自己調整法によって、我欲が減り、利己から利他の人になっていくのである。それは感謝と喜びの生き方となって、奉仕の生き方がその使命（ミッション）となり、実際に宣教活動と同次元の生き方となると考えられる。

表8 平安の祈り

神様、私にお与え下さい。
 自分に変えられないものを受け入れる落ち着きを変えられるものは変えていく勇気を
 そして二つのものを見分ける賢さを

表9 平和を求める祈り

神様
 私をあなたの平和の道具としてお使いください。
 憎しみのあるところに愛を
 いさかいのあるところにゆるしを
 分裂のあるところに一致を
 疑惑のあるところに信仰を
 誤りのあるところに真理を
 絶望のあるところに希望を
 闇に光を
 悲しみのあるところに喜びを
 もたらすものとしてください。
 慰められるよりは慰めることを
 理解されるよりは理解することを
 愛されるよりは愛することを
 私が求めますように。
 私たちは与えるから受け
 ゆるすからゆるされ
 自分を捨てて死に
 永遠の命をいただくのですから。

VI 終わりに

以上を一言すると、アルコール依存症の回復成長像とは、「偉大な力（神）」の存在を前提として、「断酒超越（飲む必要がない新しい生き方の向上）」を目標として、自己変革をなし、人として成長統合を図ると共に、霊的共同体の一員として、感謝と奉仕の生き方を、共に歩むことであるとまとめられよう。

また関わる方の参考になると考え、アルコール依存症への関わり方のポイントについて若干述べさせていただく。重要なキーワードは、「手放す、無力、巻き込まれ防止」である。ポイントとしては、①アルコール依存症の回復成長過程を知っておく。②飲まないで生きるのは、本人の責任であると自覚しておく。③自分の限界（境界

線）を知っておく。④正直・信頼・謙虚（三拍子）と責任（努力）がモットーである。⑤分かち合う人や場を持つておく。⑥自分より「偉大な力（神）」を信じる。⑦自己成長していくことが挙げられよう。

今後一人でも多くのアルコール依存症者と家族の方々が、成長統合への道を歩んでいただきたいと、心から私の理解する偉大な力（神）に執り成しを願っているものである。それと共にアルコール依存症者と家族の方々が成長統合への道を歩めるように、神の道具として自己を調整練磨し、仕え、同伴させていただく所存である。

付記 長年に亘りご指導をいただいているホームカミングのセシリア松尾、アンドリュウ松尾、エドワード松尾の各氏及びスタッフの方々に深く感謝申し上げます。

文献

1. AA文書委員会：12のステップと12の伝統、AA日本ゼネラルサービスオフィス・1994年
2. AA文書委員会：無名のアルコール中毒者たち、AA日本ゼネラルサービスオフィス、1979年
3. アラノンジャパンGSO：アラノンで今日一日、アラノンジャパンGSO、1990年
4. 今道裕之：アルコール依存症一第2版、創造出版、1996年
5. インサー・キムバーグ他：飲酒問題とその解決、金剛出版、1995年
6. 齊藤学：ネットワーク・セラピー、彩古書房、1985年
7. ジョセフ・J・ケラーマン：アルコール依存症者の家族のためのガイド、アラノンジャパンGSO、1982年
8. ジョセフ・J・ケラーマン：否認という名の回転木馬、アラノンジャパンGSO、1991年
9. セシリア松尾訳編：一日二十四時間、ホームカミング、1987年
10. 全日本断酒連盟：断酒必携指針と規範、大阪府断酒会、1991年
11. 原口芳博：アルコール治療構造のkey personとして一兄弟的役割から「仲介者」まで一、アルコール医療研究、第2巻第1号、43～45頁、1985年
12. 原口芳博：単身アルコール依存症者への援助法について一臨床心理士の役割を中心に一、日本心理臨床学会第9回大会発表論文集、268～269頁、1990年
13. 原口芳博：アルコール依存症を通して見た心理臨床の壁、「心理臨床」、第8巻第3号、159～164頁、星和書店、1995年
14. 森岡洋：アルコール依存症を知る、アルコール問題全国市民協会、1989年
15. Zimberg, Sheldon et al Edited, Practical Approach to Alcoholism Psychotherapy, Plenum Press, 1978