

医療現場とアドラー心理学

精神科クリニックにおけるアルコール臨床 初回診察において

田中 禎(兵庫)

要旨

キーワード:

はじめに

医師がアドラー心理学を学ぶ時に、またそこで得たものを医療の中で応用するときに医学モデル、疾病モデルとアドラー心理学の解釈との間で混乱してしまうことが少なくありません。少しわかりやすく実際に医学的診断の進め方の例をあげてみましょう。

症例)25 歳の男性で、腹痛を訴えています。空腹時に特に痛みがひどくなります。このような方が来られると医師はまず腹痛の原因は何か? と考えます。男性の訴える自覚症状や生活の状況などの陳述と医師から観察可能な所見などを総合して原因究明をします。そして、時にはさらに有効な情報を得るために、上部消化管内視鏡 (いわゆる胃カメラですね) で直接病変部をさがすこともあります。そこで、十二指腸に潰瘍を見つけましたら、そこで「十二指腸潰瘍」と医師は診断名をつけます。そして、次にその治療に入り、薬物療法を行ないます。また、併せて食事や生活面について病気を治りやすくするために患者さんにアドバイスします。このように医学モデルは基本的に「症状の原因は何か?」という考え方をとります。このようにして医学的診断名が作られ分類されていきます。そして、それぞれに応じた治療法も併せて研究されていきます。

ところが、アドラー心理学の立場は、症状の原因よりも、その症状がその人の人生の中でどのように使われているか? ということに着目します。そして、その症状に注目することが治療的ではないと判断すれば、時にその症状を扱わないという態度をとります。医学では「症状をとること」が善であり医師の仕事であるという文脈の中で「症状を扱わない」という選択肢もあるアドラー心理学の文脈とが医師自身の自己矛盾を引き起こしかねません。特に多くの医師が日本の保険診療という枠組みの中で「治す」「症状をとる」ことが医師の仕事であるということをも自明の理として持っている中で、「症状を扱わない」という選択肢を選ぶ理由が医学的根拠ではなく心理学的な理由からだとすると医師としての職務をまっとうしていないのではないか?あるいは自分が医学的診断能力や治療能力が低いために心理学的解釈に逃げていないか? という不安に陥ることもあるかもしれません。いわゆる医師とアドラー心理学の二足のわらじをはいているアドレリアン・ドクターは、医学モデルとアドラー心理学モデルを自分の中に整合性を持って使い分けするために臨床の実践の中で日々苦慮されているのではないかと思います。今回、私自身の臨床の現場で医師としての仕事の中にどのようにアドラー心理学を用いているのか、ご紹介した

と思います。ただ、この報告はアドラー心理学の理想的なモデル提示ではなく、日々臨床現場で私なりに取り組んできた悪戦苦闘中の発展途上の報告として読んでいただければ有り難いです。

クリニックの治療環境

私は都市部の特急の電車がとまる交通の便の良い駅から徒歩3分程度の場所でビルの一室を借りて無床（入院設備の無い）の心療内科・精神科・神経科のクリニックを開業しています。スタッフも受付、看護のみで、特別なケースワーカーは現在のところいません。薬は全て院外処方を採用しています。通院されている患者さんは、うつ病や神経症の方の方が半数を占め、その他はアルコール依存症や薬物依存症、精神病の方です。以前、私が通院患者さんの7～8割がアルコール依存症の方で占めていたクリニックに勤務していたこともあり、また私自身がアルコール臨床を続けたいという意向があり、その影響もあって他の一般的な精神科クリニックからみるとアルコール依存症の患者さんの占める割合が多いクリニックとなっています。

診察の手順

①初診の予約

まず、初めて診察を受けられる方には、電話で診察日時の予約を入れてもらいます。アルコール問題がある場合、本人から自発的に受診を希望されることもあれば、その逆の場合もあります。入院設備のない外来で、特にアルコール問題がある場合は、強制的な受診は治療者との信頼関係を築くことが難しくなるため、「無理やり連れてこないこと、患者さん自身が治療を受ける意思があること」を原則とします。また、本人に受診する気がなく、家族だけが困っている場合は、困っていると感じている方の相談に応じます。家族が来院され、その後、時間がたって本人が自発的に来院されることも少なくありません。逆に強制的な受診は一回きりで終わることも少なくないので予約の時点でお断りしています。

初診を予約制にしているのは、初診に私が安心して時間をかけるためです。初診の方を診ているときに再診の方が待っていることを考えると落ち着かなくなったり、集中力を欠いてつまらないミスをしてしまう恐れがあるためです。また、初診を予約にすることで再診の方の待ち時間を短縮し、また私だけでなく患者さん側も待合室に他の患者さんを待たせていないということで診察に集中してもらうことが可能になっているのではないかと考えます。

また、予約することが治療契約の第一歩で、その契約を結ぶことができることが治療としても大きな鍵となります。困ったときにすぐに診てくれる医師というのはアルコール臨床の場合、患者さんやその家族にとっては大変都合が良いわけですが、反治療的となりやすく、その後の治療関係が依存・支配関係に陥りやすくなるので注意が必要であると考えます。

②患者さんを診察室に招く

予約日に受診され、診察が始まります。夫がアルコール依存症で妻がつきそいで来られているという設定で話をすすめていきます。

まず、夫の名前を呼びます。「〇〇さん、どうぞ」と呼びます。〇〇様という呼び方はしません。私の中で〇〇様という呼び方は「横の関係っぽくない」と感じているからですが、それほど

強くこだわっているわけでもありません。

そして、夫が診察室に入室されます。そして、席につくわけですが、その間に入室の様子を視診します。夫婦で入室する、夫だけで入室する、妻だけが入室するなどいろいろですが、基本的には初めての場合はつきそいの妻も一緒に入室してもらいます。ただし、夫と一緒に入室することを嫌がるならその希望に添います。視診の結果、席につくまでにたくさんの情報が得られます。アドラー心理学では少ない情報から治療者がたくさんの推量を行なっていきませんが、それを診察時間中に行なっていくのはいうまでもありません。

③自己紹介をする

夫が席に着くと、まず私の方から自己紹介を行ないます。「初めまして、田中と言います」ただ、これだけの自己紹介なのですが、この意味は「これからあなたの診察をさせていただきます」「わかりました。お願いします」という治療の開始の合図であり、お互いが協働作業に入る合図だと考えていますので、大変大事なことだと考えています。

④主訴：現在の問題について尋ねる

夫の現在困っていることを聞いていきます。開いた質問で行ないます。

この場合も患者さんによって様々な回答をします。ストレートに「お酒がやめられない」という方もいれば、質問と関係なく長々と言い訳を始めたり、あるいは妻の方が早口で一方的に話し始めたり、色々ですが、最初はしばらく夫や妻が話しやすいように心がけ、かつアドレリアンカウンセリングの基本である相談関係の樹立につとめます。

⑤生活歴を聞く

ある程度、現在の問題が把握できれば、次に「では、もう少し周囲の状況をお聞かせくださいね」と次の手順で情報収集を行なっていきます。

⑤-1 出身地を聞く

私の手製の初診表を患者さんに見える位置において、質問をしていきます。

まず、出身を聞きます。この場合は、戸籍上の本籍ではなく、主に夫が育った場所を尋ねます。ここから得られる情報は貴重で、私のクリニックは関西にあります。関西とその人の出身地の違いが現在の問題に影響している可能性が推量できます。また、アルコールというのは、地域の飲酒文化も反映していますので、その面からも大切な情報源となります。

⑤-2 きょうだいについて聞く

その次に「きょうだいは何人おられますか？」と家族歴の聴取に入ります。

この時に、夫が答える前に心の中で「この人は長子か？中間子か？末子か？一人っ子か？下は男か？」等等推量します。もちろん、この推量はずれることもあれば、あたることもありますし、治療全体の中ではそれほど大きな意味を持ちませんが、治療者の人間観察の目を養うという意味ではいいトレーニングになります。

きょうだいについて尋ねると必ず年齢差も尋ねます。これは、家族布置から推量を行なう意味でも便利です。

⑤-3 配偶者、子ども、父母、祖父母について聞く。

その次に配偶者、子どものことを聞いていきます。年齢も必ず聞いていきます。その次にきよ

うだいも結婚していれば同様に尋ねていきます。そして、父母のことも聞きます。年齢は必ず聞きますが、ここで親の年齢が出てこない方も多いため、その場合は生まれた年だけを答えてもらうようにします。時には親の生年月日を知らないという方もいます。また、亡くなっている場合は、その時の年齢や理由なども尋ねていきます。そして、さらに祖父母についても同様に尋ねていきます。そして最後に現在同居しているのは誰と誰かを聞きます。

家族歴の聴取でかなりその患者さんの背景がわかりますが、これはその後の診察の中で勇気づけする時（あるいは勇気くじきしない時）の素材として蓄積していきます。また、家族歴は同時に医学的な立場での疾病の把握にも大変役立ちます。

⑤-4 最終学歴、結婚歴、職歴について聞く

次に最終学歴を尋ねますが、その回答の仕方にも、個性があり、たくさんの情報がえられます。単に高卒という方から、〇〇大学ですと答えたり。

また、結婚歴、職歴を同様に尋ねていきます。

⑥既往歴について聞く

そして、医学的な既往歴を尋ねます。

⑦飲酒状況について聞く

そして、夫の飲酒状況について尋ねます。ここまでの流れで、夫に診察に安心感を抱いてもらえれば、より聴取しやすくなります。質問事項について簡単にご紹介します。

「初めて飲酒をしたのは？（初飲）」

「その時は何を飲みましたか？」

「習慣的に飲酒するようになったのは？（習慣飲酒）」

「その時には何をどれぐらい一日に飲んでいましたか？（一日量）」

「飲酒の量が増えてきたのはいつ頃ですか？（飲酒量の増加）」

「朝や昼頃から飲酒するようになったのはいつ頃ですか？（朝酒・昼酒）」

「人に見られないように飲酒したことはありますか？（隠れ酒）」

「飲酒したあとで、何があったか覚えていないようなことは？（ブラックアウト）」

「飲酒していて、やめることができなくなったり、一日中お酒が切れないようなことは？（連続飲酒）」

などのように聴取していきます。

通常、アルコール依存症の方は飲酒量を少なめに申告することが多く、夫の回答を聞いて、隣に座っている妻が訂正をしたり、無言でボディランゲージを示すこともよくあります。

⑧問診のまとめ

ここまで来ると夫の情報がかなり蓄積されてきますが、ここまでは開いた質問でほとんど終始します。これまでの過程で、アドラー心理学的な情報収集により夫のライフスタイルがある程度理解でき、また同時に医学的な診断に必要な情報も入手することが出来ます。

通常、医学的診断による問診は閉じた質問で行い、医師の頭の中にあるフローチャートに沿って診断がされていきますが、閉じた質問の場合、ある情報を切り捨てることにもなるので、熟練した問診の技術が必要になります。私は熟練していないので、少々時間がかかっても急がばまわ

れで開いた質問を愛用しています。(もちろん頭の中ではフローチャートもあるわけで、その作業も行なっています) 結果的にはあまり時間はかかっていないようです。そして開いた質問により大量の情報が入手することが出来、診断もより正確になるように感じています。

これら前半の間診では、あまり言葉での積極的な勇気づけは行ないません。むしろ、言葉は簡潔にして治療者のせりふが多くならないように気をつけ、その内容も勇気くじきをしないことだけに気をつけます。

⑨理学的所見をとる

ここで問診を終わり、身体の診察を、いわゆる理学的所見をとります。

神経学的検査、ここでは小脳の働きを簡単にチェックしておきます。

そして、診察台に横になってもらい、胸部、腹部その他必要に応じて診察をしていきます。特に視診、触診でアルコールに多い所見が認められたら、夫や妻にも示して説明していきます。肝臓が触れる場合は、夫に触ってもらうこともあります。夫が自分の身体を実感してもらうことと後に病気の説明をするのですが、その説明をありありと実感してもらうために伏線をはっていきます。

この頃には、私の中にほぼ診断及び治療方針が決まっています。また、この作業の中で、かなり協働関係が樹立されてきます。

⑩心理教育を行なう(アルコール依存症について情報提供を行なう)

そしてアルコール依存症についての疾病情報提供を行なって行きます。私の作成したプリントを使用していますが、説明は流れに応じて、夫の前でプリントに書き加えていきます。プリントはわざと言葉少なに説明も不十分にしています。プリントに文字が多くなると、読むことに追われて、話を聞くことに集中しにくくなりますので、目の前で書き加えていくことで、ちょっとした動画の様にして患者さんの集中力を私の説明に向けてもらいます。

この際、説明の中で心がけていることは、聴覚、視覚、触覚の全てに訴えかけるようにしています。また、問診や理学的所見から得た情報の中から、夫や妻が体験したことや体験していそうなことをふんだんに織り込んで説明を行なっていきます。ユーモアがあればよりいいと思います。

⑪診断名を告知する

ここまで来て、初めて夫に診断名を告げます。多くは問題なく受け入れてもらえます。そこで夫が健康になるということに同意され、そのために断酒することに同意されれば目標の一致がなされます。ここで、診断を受け入れたとしても断酒に同意されない場合もあります。「断酒せずに節酒でやりたい」という方には、それで行なってもらいます。治療者はそこで決して「断酒すべき」と主張して権力闘争に陥るようなことはしません。この場合は、体験から学ぶことを採用します。あわてなくても、時期がくれば夫も「お酒をやめる力」を使うようになってくれるからです。

アルコール依存症者がお酒をやめることができるのは、医師の力ではなく、本人が「やめる」と決心し、「今は飲まないでおこう」という決断を繰り返し行なうことができたときです。治療者はせいぜい、本人が「やめよう」とすることの邪魔をしないでおくだけです。そのためには私と夫が「横の関係」でいることが必要だと考えています。「わがままでいよう、相手のわがまを邪魔しないでおこう、仲良くしようとは思っても仲良くしてもらおうとは思わないでおこう」という言葉を利用して「医師はお酒をやめてもらうために協力はしても、飲みつづける手伝いはやめておこう、安心してお酒がやめられるように援助していこう、そして最終的にどのように生

きていくかは相手に委ねよう」とも表現できます。

⑫治療の選択肢の提示を行なう

そして、そのために現在どのような治療があるかを説明していきます。

アルコール問題の正しい知識を得るために診察だけでなく、クリニックでアルコールセミナーを行なっていること、アルコール依存症には断酒が必要であること、飲まないための環境作り、自助グループへの参加、強制ではないが抗酒剤という薬剤があること、外来で断酒できない場合はアルコール専門病院への入院治療のあること、などを説明していきます。この説明も夫に断酒を説得するというよりは、夫が健康になるための旅行には断酒が不可欠で、そのためにどんな旅行の仕方があるかを説明する旅行会社の説明に似ている気がします。

また、アルコール医療では断酒会やA . A . といった自助グループの存在意義は高く、その説明にはそれら自助グループと医療機関との役割の違いなども丁寧に説明していきます。

⑬治療の選択をしてもらう

治療内容を説明したあと、患者さんにどの治療にするか、選択してもらいます。そして外来に通院することが決まれば、必要に応じて血液検査やその他の医学的検査を行ない、時には私のところでは扱えない身体的合併症があれば専門機関に紹介します。投薬をすれば、その内容について説明を行なっていきます。

⑭次回の約束をする

そうして、次回の診察日を決めて、初回の診察が終わります。

以上、これらに要する時間は約1時間、時に1時間半に及ぶこともあります。

初回の診察で一気に総論を行ない、次回からの診察で各論的なアプローチを行なっていくことになります。

おわりに

アドラー心理学の文脈では「アルコール依存症」という診断名はなく、「アルコール依存症」の病理というものもありません。しかし、医学的文脈においては「アルコール依存症」は存在し、医師はアルコール依存症の病理を信じています。ここが非常にわかりづらいことかもしれませんが、アドラー心理学の治療というのは個別的で、「アルコール依存症さん」を対象にしているのではなく、「アルコール依存症」という医学的診断名を持った〇〇さんをどう援助していくか、ということになります。それをいかに実現していくか、医師という立場でいかにアドラー心理学を現場に活かしていくか、さらに研鑽をつんでいきたいと思えます。

参考文献

- 1) 今道裕之著：「アルコール依存症 関連疾患の臨床と治療」創造出版、1996.
- 2) 今道裕之・滝口直子 編著：「依存症の理解 <病>から回復へ新生へ」アカデミア出版会、2002.
- 3) 今道裕之・野田哲朗：アルコール症の治療後長期経過、精神科治療学 9 (5) ; 543-551、1994

- 4) 野田俊作：「拒食の女の子との対話」アドレリアン第5巻第2号（通巻第9号）、1992.3月
- 5) 野口裕二著：「アルコールリズムの社会学」、日本評論社、1996.
- 6) 氏原寛・成田善弘 共編：「カウンセリングと精神療法」培風館、1999.
- 7) 猪野亜朗著：「アルコール性臓器障害と依存症の治療マニュアル」、星和書店、1996.
- 8) 森岡洋著：「よくわかるアルコール依存症 その正体と治し方」、白揚社、2002.
- 9) なだいなだ著：「アルコール問答」、岩波新書、1998.
- 10) なだいなだ著：「アルコールリズム 社会的人間の病気」、朝日新聞社、1999.
- 11) 白倉克之・丸山勝也編集：「アルコール医療入門」、新興医学出版社、2001.
- 12) A .アドラー著、岸見一郎訳：「人はなぜ神経症になるのか」春秋社、2001.
- 13) 吉利和編著：「内科診断学」、金芳堂、1986.
- 14) L .スペリー、J .カールソン 編著 一之渡尚道 監訳：「精神病理と心理療法症例の統合的理解とアプローチ」、北大路書房、1997.

更新履歴

2012年12月1日 アドレリアン掲載号より転載