

対人援助における脱嗜癖的アプローチ

鹿児島純心女子大学大学院

石井宏祐

和文要旨

本論では、現代社会の特徴といえる嗜癖を再定義し、心理臨床家もまた、自身の嗜癖性に自覚的であることが求められるとの観点から、脱嗜癖的アプローチの必要性を論じた。まず、家族療法が重視する解決努力の考え方を援用し、嗜癖的解決努力を概念化し、援助専門家の嗜癖的解決努力の危険性を指摘した。さらに、アルコールクス・アノマスや家族療法が有する脱嗜癖性を整理し、脱嗜癖的アプローチの性質として、①コントロールをゆだねる姿勢、②すでにある変化の尊重、③変化を促さないことによる現状のパラドキシカルな肯定、の3点を挙げた。

キーワード：嗜癖 アルコールクス・アノマス 家族療法 嗜癖的解決努力 脱嗜癖的アプローチ

嗜癖概念の再定義

広がる嗜癖概念

嗜癖（アディクション）は、物質依存と過程依存を包摂し、さらに恋愛依存や共依存などの関係依存をも含み込んだ概念である。

厳密にいうと「依存症」という概念はWHOによる「依存」の定義に基づいた物質依存症のみを指す。しかし、パチンコ依存、ネット依存、買い物依存、セックス依存など、世間では対象は物質に限らず広く用いられることが多い。もともと我が国で依存は、大辞林（松村編、2006）によれば「他のものによって成立・存在すること」であり、むしろ物質よりは行為やプロセスへの依存のほうが一般的には理解しやすいともいえよう。嗜癖という概念は世間で広く用いられる「依存」にむしろ意味合いが近い。

2014年現在、厚生労働省の研究班（2014）は、わが国のアルコール依存症者が109万人に達し、ギャンブル依存症者が536万人、インターネット依存の傾向をもつ者は421万人にも上ると推計した。

アルコール依存症者は2003年に83万人と推計され、その数の多さに世間では衝撃が走ったが、今や100万人を超える事態となっている。なお

2005年にはハイリスク者を含めると440万人という推計も出ている。アルコール関連問題は、再発率や死亡率の高い（一般人口の2～5倍）重大な健康問題であり、また社会問題である。飲酒による重大な交通事故や、うつ、暴力行為等の社会的諸問題との深い関わりが指摘されている。厚生労働省（2011）は2008年のデータを基にアルコールの不適切な使用による社会的損害額を算出した。その結果、4兆1483億円となった。内訳は、問題飲酒者の労働効率低下による損失が1兆9700億円、アルコールの害による早期死亡者の賃金喪失が1兆762億円、アルコール起因疾患への医療費が1兆101億円等であった。2008年の酒税は1兆4680億円であるから、酒税と比べてもかなり大きな損失である。

また我が国では1998年に自殺者の急増が起こり、そこから14年連続で3万人を超える自殺者数が続いた。こうした事態に対してこれまで国を挙げて自殺対策に取り組む体制が整備されてきた。うつ病の早期発見・早期治療に力点を置いた対策が続く、2012年には3万人を15年ぶりに下回った。2008年からは自殺ハイリスク者対策のひとつとしてアルコール・薬物依存症対策が明記されている。うつ病とともに、嗜癖問題を対策に加え

たことも有効だったと考えられる。アルコール使用障害患者の高い自殺念慮や自殺企図の経験率の高さに関する我が国の報告（松本ら，2009）や，アルコール使用障害のうつ病よりも高い自殺死亡率に関する海外の報告（Harris & Barraclough, 1997）もあり，今後もアルコール関連問題への取り組みは喫緊の課題であるといえよう。

薬物依存症については，これまでアルコール依存症に関して標準化された治療システムが普及していくなか，「その治療システムはなきに等しい状況が続いている」（成瀬，2013）。医療機関では解毒と精神病の治療のみで，もっぱら，回復支援は一民間施設であるダルク（Drug Addiction Rehabilitation Center: DARC）が担っている状況である。現在我が国の薬物依存症の専門医療機関は10余りしかなく，さらに樋口ら（2007）は，アルコール依存症専門医療機関128施設のうち53%は薬物関連患者を受け入れていないと報告している。薬物依存に対する我が国の消極性がみてとれる。成瀬（2013）は，薬物依存症治療を困難にしている最大の理由に，「治療者の患者に対する陰性感情・忌避感情」を挙げており，「治療者が患者に対してどのような姿勢で向き合うかが，治療の鍵」となることを強調している。

タバコはナス科の植物で，非常に依存性の強い薬物であるニコチンを含んでいる。世界保健機関（WHO）は1992年に国際疾病分類第10版（ICD-10）において，喫煙によるニコチン依存を「精神作用物質による精神および行動の障害」に分類した。ニコチン依存症者は身体的依存と精神的依存を抱えており，しばしば「喫煙によってリラックスできる」と言うが，これは「認知のゆがみによって引き起こされたものであり，喫煙によって離脱症状を一時的に緩和しているだけ」（日下，2011）であるとされている。

ギャンブル依存症者はわが国では成人人口の4.8%に上る（厚生労働省研究班，2014）と推定されている。パチンコの身近さが一つの要因とし

て推定されるが，この数は国際的にみても際立って多い。

インターネット依存に関しては，アメリカ精神医学会（2013）も，インターネット障害を今後の研究のための病態として挙げているように，今後ますます課題となっていこう。特に若者に多いが，これにはスマートフォンや携帯用ゲーム機の影響が推察される。

岩崎（1996）が摂食障害について「食の嗜癖」として取り上げたように，摂食障害を嗜癖として理解することも最近では浸透してきている。摂食障害について松下（2011）は，「食べる」「食べない」ことへのこだわりという点からは間違いなく対象依存（摂食行動という対象への依存）なのである，と述べている。摂食障害が内因性オピオイドに対する「依存症」とみなす研究者もいる（松本，2013）。発症プロセスも多岐にわたり，未だに分からないことも多いが，現象的には若い女性に多くみられ，「極端なダイエットからのストレス回避行動がきっかけ」（岩崎，1996）となる例が目立っている。

また，「極端な働きすぎは病気である」（岩崎，1996）。すなわち仕事への嗜癖，ワーカホリズムである。岩崎（1996）は次のように述べた。

仕事依存的な生活パターンにすっかり馴染んでしまうと，それを変えることに逆に不安や苦痛を感じ始める。そのため習慣は強化・学習が進み，深くなり継続化され，いつしか「害」を生み出すようになる。自分に対しては身体を壊すなどの害，家族に対しては共に過ごす時間が不足するなどの害，会社に対しては長時間労働と効率の悪さという害である。

暴力もまた嗜癖として捉えられる。松下（2011）が述べているように，そもそも身体的・精神的暴力は「他者を支配（コントロール）する」という意味で，快体験の原点といえるものである，と考えられている。加害者にとっては，暴力がある意味で社会的技能のようになっており，暴力も

また他者とつながるという「彼らの無意識のニーズに応じている」（松下,2011）のである。

さらに人間関係への嗜癡として共依存がある。齋藤（2009）は、「二人の成人の間で片方がもう一方の世話に没頭している状態」としており、「世話の焼き手は相手の望むようなケアが出来たことを喜びとするので世話焼きの苦労が自我親和的に感じられる」のだが、「その代償として自分自身の真の欲望が見えなくなりやすいという心配」があるとしている。共依存は、codependentないしcodependencyの邦訳であり、齋藤が1980年代半ばに採用した訳（齋藤, 1995）である。日本では母や妻に期待される振る舞いがすでに共依存的であることから、共依存症という用語を用いることが多い（齋藤, 1995）。

以上、現代社会において嗜癡概念は幅広く問題行動に適用可能であり、非常に重大かつ有用な概念であるといえる。

現代病としての嗜癡

嗜癡概念が幅広く有用な概念になったのは、Anne Wilson Schaeferの功績が大きい。Schaefer, A.W.は特に1980年代に嗜癡臨床に多大な影響を及ぼした、アメリカのセラピストである。とりわけ、1987年に嗜癡を3分類したことで知られる。今ではスタンダードな分類である、物質嗜癡と過程（プロセス）嗜癡と関係嗜癡という3分類は、Schaefer, A.W.（1987/1993）から始まった。

Schaefer, A.W.（1987/1993）は、個々の嗜癡者が示すプロセスや特徴をこの社会はすべて備えていると考え、今や社会そのものの嗜癡化が進んでいると主張した。そして、我々は当たり前のように「誰かのために生きる」「社会の要請にそって生きる」といった共依存的関係を他者との間に結んでいる、と捉えたのであった。現代社会を嗜癡的な行動を強制する嗜癡システムとみなし、個々人の取り得る役割と方向性について、ごく限られた選択肢しか与えられない閉鎖的なシステムであると考えたのである。

嗜癡システムとは、齋藤（1993）が述べているように、「他者をコントロールし、自己中心の価値観で世を律しようとする嗜癡者特有の態度を前提としたシステム」である。Schaefer, A.W.（1987/1993）は嗜癡システムの基本的なプロセスとして二元論を挙げている。二元論は、複雑に入り組んだ世界を極端に単純化し、本来プロセスの中に普遍的に存在しているものをコントロールできるという幻想をもたらすと述べている。

齋藤（1993）の指摘にあるように、嗜癡に関する一部の専門家は、ある種の行為に関する強迫的な態度があり、さらに主体の快体験が明白と思われるものについては、どんなものでも嗜癡として捉えようとしているが、Schaefer, A.W.はその中でも最も徹底した形でこれを主張している。

また社会学者Anthony Giddensも嗜癡を近代社会に特有の自己のあり方と結びつけて考察した。

野口（1996）はGiddens, A.を、「ひとへのアクションが共依存という用語によって注目されるようになって以降、最初に、この問題を社会学の文脈に引き寄せて論じた」と評している。

Giddens, A.は、近代以降の社会において、「不断の自己コントロールを要請される主体が、そのコントロールにともなう多くの選択や決定という面倒な作業を回避して、自分がコントロールすべき対象を限定しようとするとき、そこに共依存が生まれる」（野口,1996）と考えたのだった。

Giddens, A.（1992/1995）は、次のように共依存を整理している。

共依存症の《人》とは、生きる上での安心感を維持するために、自分が求めているものを明確にしてくれる相手を、一人ないし複数必要としている人間である。つまり、共依存者は、相手の欲求に一身を捧げていかなければ、みずからに自信をもつことができないのである。共依存症的《関係性》は、同じような類の衝動強迫性に活動が支配されている相手と、心理的に強く結びついている間柄なのである。関係性そのものが嗜癡対象となっている間柄を、《固着した》関係性

と、私は称していきたい。

そして野口（1996）は、Giddens, A.が挙げた近代社会の特徴を、次のようにまとめている。

近代社会においては、つねに、自分で自分をモニターしながら自分をコントロールしていくことが要請される。そして、コントロールの失敗は、そのまま、自分で負うべき責任となる。アルコールに社会的な非難やスティグマがともなうのも、飲酒のコントロールの失敗という事実がこの規範に抵触するからである。

しかも、この規範はセルフコントロールをすべしというのみで、どのようにすべきか、何を基準にすべきかについては多くを語らない。というよりも、それ自体、個人が自分の責任で考え、自由に選びとるべきものとされる。そして、いったん、ある方針を選んだらそれをただ遵守していればよいというものではなく、日々刻々と生じる状況の変化に対応しながら軌道修正を試み、自己のあり方を不断にコントロールすることが要請される。しかも、そのコントロールのあり方が正しいかどうかの確かな保証はどこにもない。

近代の人間像にはこのように「自立した個人」、「責任ある主体」としての側面が、当たり前のように、しかし過度に強調されているといえよう。

以上、Schaeff, A.W.とGiddens, A.はともに、何でもコントロール可能であると考えたコントロール幻想や不断の自己コントロールを社会から要請されることなど、近代社会のコントロール感が嗜癖を生み出していると提唱しているといっている。

田辺（2013）は嗜癖（アディクション）を「ある対象となる行動が、すでに自己に不利益、不健康、有害な結果を招いており、やめたほうがよいと考えることはできても、強烈な再体験欲求（渴望）のために抑制することができず、自己の意志力で制御できないまま、その行動を反復継続している病的状態」と定義している。斎藤（1984）は嗜癖を「もともと合目的的で適応的であったひとつの行動が、適切な自己調整機能を欠

いたまま積み重ねられ、もはや個体の利益にそぐわなくなっている状態」と定義した。また安田（2005）も、嗜癖を「その人にとって利益をもたらしていた習慣が、自己調整機能を持たずに続けられた結果、不利益をもたらすことになってしまった。それにも関わらずその習慣が自動化し、制御困難になった行動」と定義している。これらの定義にはコントロール不全がポイントとしてみられる。

また、嗜癖研究者として著名なNakken, C.（1996）は次のように嗜癖の基本構造を整理した。

おそらくすべての人間は、幸福を感じたい、精神と魂の平和を保ちたいという強い望みをもっているものであろう。もちろん求めているような平和と喜びの充実を感じることができるときもある。しかしそれはすぐに失われてしまうものだ。そして、それが再び戻ってくるまでには時間が必要である。その間、私たちは「悲しさ」と、そしてかすかではあるが「嘆き」といってよい感情に襲われる。これは人生の避けがたいサイクルのひとつである。同時にこのサイクルはコントロールすることができないものだ。アディクションとは、このサイクルを自分の思うままにコントロールしようとする「あがき」である。

これは、快を増やしたり不快を減らしたりするための無理なコントロール行動として、嗜癖を捉えるものであるといえる。

野口（2003）は、「近代という時代は言うまでもなく自由と平等という二つの原理を尊重する時代である。そして、自由と平等は、自立した個人が自由に判断しその結果に責任を持つことで成り立つ。そのために、いつも自分の行動を振り返りながら適切に軌道修正していくことが求められる」と述べている。さらに野口（1998）は近代の特徴を以下のように整理している。

客体を制御する、意志の力や理性の力でもって何かを制御してゆくというこのメカニズム自体が、アディクションを駆

動していく。もっと意志を強くもてば、それはコントロールできるのだというように考えるのが、まさにデカルト的自己を下敷きにした場合の考え方である。(中略) 意志の力で自分をチェックし、モニターし、コントロールし、そして、アディクションにならないように注意を払う。なった場合には意志の力でもって巻き返しながらかheckし、自己修正する。不断の軌道修正というものが求められる。

以上、改めて嗜癪は、意志で何でもコントロールできると考える、この近代的なコントロール幻想の一つの帰結として捉えることができる。嗜癪が現代病と呼ばれる所以である。

アルコールクス・アノニマス

近代的なコントロール幻想に対し、そこからの回復をラディカルに目指すグループとしてアルコールクス・アノニマス (Alcoholics Anonymous: AA) がある。1935年にアメリカの地で誕生した。AAは、現在では世界中の様々な自助グループの雛形になった。日本の断酒会にも多大な影響を及ぼしている。生みの親はアルコール依存症のふたり、証券マンのBill (William Griffith Wilson) と外科医師のBob (Robert Holbrook Smith) である。

齋藤 (1995) はAAについて、「20世紀のアメリカ人たちがパワーゲームのあげくにつかんだ一つの真理」とし、「ビル、ボブなどのアル中は、アメリカの最も強い部分 (白人、中流階級、キリスト教徒) から出て、ここから脱落していった人びとであった。そうした人びとの中からパワー信仰を狂気とみなす考え方が生じてきたわけである」と述べている。

このグループは非常にユニークである。以下、4つの特徴を挙げる。

まずアノニマスという名称に込められた無名性 (anonymity) が挙げられる。AAはメンバー同士の名前を知らないし、職業も知らない。そのため、創始者の名もBillとBobと通称で呼ぶことが通例になっている。ふたりの本名が公的に明らかになっ

たのはそれぞれの死後であったほどである。よそいきのレッテル (名前や職業、生まれや年齢など) にとらわれないグループ内の人間関係を築くためである。例えば学生と大学教員がそれぞれの立場を明かせば、それはAA内での人間関係に影響を及ぼすだろう。学生は大学教員に対し、その立場ゆえに、より敬意を表現するかもしれないし、大学教員も学生の手前、体裁を保つ事に余分に注意を注ぐ事になるかもしれない。AAでは「自身の問題飲酒に立ち向かおうとしている人」ということが互いに分かっていたらそれで十分と考えるし、その他の事はむしろ知らない方がよいと考えるのである。よそいきのレッテルの影響力を無効化しようとするのである。

2つ目は、無料ということである。入会費も年会費も参加費もいらない。すべてはメンバーの寄付金で賄われている。アルコール依存症は誰しも陥るおそれがある。そのためAAメンバーには経済的に裕福な者もいれば貧しい者もいる。裕福な者がより寄付を行うことで、世界中でこの無料のグループは運営を継続している。経済状況の差異もまた、AAは無効化しようとするのである。

3つ目はとりわけ重要な、無力の思想である。家族療法の黎明期から多大な影響を及ぼした文化人類学者のGregory Bateson (後述) も着目した変化観である。12ステップ (Alcoholics Anonymous World Services, 1939/1979) と名付けられた回復プログラムは、AAのユニークさを象徴的に表している。パラドクスに満ちており、変化をゆだねる事で変化する、というものである。第1ステップにまずセンセーショナルに表現されている。「私たちはアルコールに対し無力であり、思い通りに生きていけなくなっていたのを認めた」というものである。問題飲酒の克服について無力を認めるところから始めるのである。そして第2ステップの「自分を越えた大きな力が、私たちに健康な心に戻してくれると信じるようになった」と続く。問題飲酒からの回復をゆだねる

ことによって回復を目指すのである。第3ステップは、「私たちの意志と生きかたを、自分なりに理解した神の配慮にゆだねる決心をした」というものであり、スピリチュアリティを重視する姿勢が強調される。

4つ目は、自助の考え方の根幹を成す、援助者と被援助者の差異の無効化である。12ステップの最後のステップでは、「これらのステップを経た結果、私たちは霊的に目覚め、このメッセージをアルコールに伝え、そして私たちのすべてのことにこの原理を実行しようと努力した」と締めくくられる。12ステップはまず自分の無力を認め、変化を自分以外の（自分を越えた）ものにゆだね、最後に他者の変化に役立つことで自ら変わろうとする。ここでAAは、援助者と被援助者の差異をも無効化しているのである。なぜなら自分がアルコールを断ち続けるために、他者の援助をするという側面があることを積極的に認めているのであり、援助すると同時に援助されるということだからである。

以上、無名性、無料、無力の思想、援助者と被援助者の差異の無効化の4点を挙げた。ここに、近代においては常識的な二元論的コントロール幻想へのアンチテーゼがみてとれる。

また、AAで重んじられている静穏の祈りというものがある。作者不詳だが、アメリカの神学者であるReinhold Niebuhrによる、という説が有力視されている。そのためNiebuhrの祈りと呼ばれることもある。しかし、はっきりとしないので、平安の祈りや静穏の祈りとして紹介されることが多い。文面は以下のとおりである。

神よ、私にお与えください

変えられないものを受け入れる落ち着きを

変えられるものを変える勇気を

そして両者を見分ける賢さを

もともとは、AAオフィスのひとつで、この静

穏の祈りを気に入ったメンバーが壁にかけていたのが、次第に広がっていき、AAが正式に取り入れたという経緯がある。今や世界中のAAミーティングで参照されている祈りである。意識の力にとられながら無自覚に解決を目指すことの無理や、解決を目指すことそのものの悪循環について、AAは早くから気づいていたといえよう。

嗜癖とは、変えられないものと変えられるものを見分けがつかなくなる状態ということもできよう。意志の力でアルコールを程よく飲もうとしても、あくまでも意志というのは個人の一部に過ぎない。アルコールは意志だけでなく、離脱症状など身体にも働きかける物質であり、意志を超えて個人全体に影響を与える。システム全体への影響をそのシステムの部分が操作しようとする事自体が悪循環となる。変えられないものを無理に変えようとする努力、ということになる。すなわち、変えられないものと、変えられるものが区別できなくなってしまう状態である。

AAはそこで、今日一日、をスローガンとした。アルコールをコントロールできる自分になることを目指すのではなく、今日一日だけ断酒することを目指す。それを毎日続けるのである。変えられないものを変えようとするのではなく、変えられるものを変え続けていくという発想の転換をしているのである。

斎藤（1995）は、「AAは人びとにみずからの無力（パワーレス）を認め、より大きな流れに身を任すことの心地よさを教えたのである。アメリカ社会はパワー幻想が最も無批判に信じられたところであり、それゆえにこそ、この幻想（酔い）から覚める手段を工夫することが、最も早くから、飲酒を止めるという最もわかりやすい指標に関連して始まったということであろう」と整理した。

インタラクショナル・ビュウの導入

嗜癖概念に新たな視点を導入した人物の一人に文化人類学者のGregory Batesonが挙げられる。Bateson, Gは、家族療法に黎明期から多大な影

響を与えた。心理療法のほとんどすべては個人療法であり、問題の個人への内在化を前提とする（長谷川・林，1986）が、家族療法は問題の外在化を可能にする稀有な心理療法といえる。これが可能なのは、問題の単位を個からシステムへと転換したからであるが、このシステムの視点の家族療法への導入の立役者がBateson, G.である。文化人類学者といっても、臨床心理学や精神医学はもとより、文芸批評や哲学の分野でも特異な思想家として注目されていた。Bateson, G.の専門性もまた個ではあらずとすることができず、様々な専門性がシステムを成していたといえるだろう。Bateson, G.の学問的道程は、生物学、文化人類学、イルカ語研究、精神医学、そしてまったく新しい精神生態学の創始の途上で亡くなるという壮絶なものであった。

野口（1996）は、Bateson, G.が「アルコールックがなぜ酒をやめられないか」という問いを「なぜ、AAでは酒をやめられるのか」という問いに翻訳し、物質への嗜癡のありようを、「最も高い理論水準で捉えた」として評している。Bateson, G.（1971/2000）はこの仕事を、「自己なるもののサイバネティクス」という1971年の論文にまとめた。斎藤（1995）は、この論文でBateson, G.が述べていることをAAの作用という線に沿って、以下のように5点抽出している。

- ①アルコールックは覚醒（素面）のあり方に間違い（エラー）があつて、酔うとそれが修正されるということ。
- ②そのエラーとは認識論的（エピステモロジカル）なものであるということ。
- ③その認識論上のエラーは〈自己〉というサイバネティクス（自己修正システム）のとらえ方の誤りに起因するということ。
- ④〈自己〉のとらえ方の誤りは、アルコールックの場合、「プライド」とそれに基づく「周囲との相称的コミュニケーション」に表現されているということ。
- ⑤AAはアルコールックに「アルコールとの戦い」の降伏を

認めさせることによって、彼らの認識論を根底から変化させ、対称型コミュニケーションを、もう一つのコミュニケーション様式である相補型のものに変えるということ。

Bateson, G.のいう覚醒のあり方のエラーとは、二元論的認識論を指す。精神の物象化によって、モノ化した〈自己〉に対して、過度にコントロールを要求してしまう。こうした誤った認識論を土台にして、アルコールックは自己コントロールを周囲から強制されるし、自分もまた自己にコントロールを強制しているのだと考えられる。

覚醒のあり方のエラーは、自己を意識と同一視し、欲求を制御する主体が対象をコントロールすべきだ、というものの見方にあり、これは実は近代以降の理想の人間像そのものでもあるのだといえよう。

人間像自体が誤っているので、アルコール嗜癡者は酒をやめることができないのであり、アルコール嗜癡者は、この人間像の誤りを身をもって証明しようとしているのだ、とBateson, G.（1971/2000）は主張したのだった。

この覚醒のあり方のエラーは、周囲との関係を相称的にすると考えられる。Bateson, G.（1935/2000）はコミュニケーションの様式を「相称的なもの」と「相補的なもの」に分けた。相称的な対人関係とは、ライバル関係や軍事競争、見栄の張り合いなどであり、相補的な対人関係とは、支配と服従の関係や養育と依存の関係、してあげるとしてもらうの関係などである。相称型も相補型もどちらもそのままではエスカレートして分裂生成を招いてしまうとされている。

コミュニケーションの型は程よく柔軟でなければならない。相称的關係と相補的關係が混在する時があつたり時に相補的關係の上下が入れ替わる時があつたりなどすると、分裂生成にブレーキがかかることができる。

Bateson, G.（1971/2000）はアルコールックは素面での生き方に無理があるから酔うのだ、

と述べている。すなわち、素面での生き方は相称的対人関係が固定化しているから、ここにブレーキをかけんとして相補的關係に変換しようとするのだと、そのための酪酊なのだということである。

これは換言すると以下のようにいえよう。素面の時のアルコールは、自己コントロールを求め身近な他者との間で常にプライドが脅かされており、もともと相称的だった相手（例えば妻や友人）とはより相称的に、そして、もともと相補的だった相手（例えば上司や後輩など）とも相称的になっていく。酒での失敗をしないよう自身に課しているならば、自分自身とも相称的である。こうしたアルコールの相称型の様式は、酪酊によってのみ相補型に変えることができる。酪酊してパワーを得たと錯覚することにより、他者より優位であるという相補型の様式に浸れたり、罪や恥の意識の中で、他者より劣位であるという相補型の様式に沈んだりするだろう。

Bateson, G. (1971/2000) は、アルコールの飲み方を一次過程のコードに従うものとみなしている。Bateson, G. によると、アルコールがコントロールの効いた飲酒をしようとして失敗を繰り返す時も、彼/彼女は「こんなことはうまくいかない」と表現しているのである。

また、Bateson, G. & Bateson, M.C. (1987/1988) は、もしシステムのある部分 (B) を失うことが他の部分 (A) の生命を弱らせたり破壊したりした場合にはAはBに嗜癖しているといえる、とも述べている。それでは我々は空気に嗜癖しているのだろうか、水に嗜癖しているのだろうか。この点についてはBateson, G.も、必要を満たす代わりに新しい必要を作り出すようなシステムに限定している。すなわち、空気や水は満たされると不足するまで落ち着き、我々は恒常性を保とうとするので、嗜癖とはいわない。一方、例えばアルコール嗜癖者 (A) にとって、酒 (B) は飲んでも満たされることはなく、さらなる酒の必要性が作りだされるだけであり、その上で、酒 (B) を失う

ことがアルコール嗜癖者 (A) の生命を弱らせたり破壊したりするため、アルコール嗜癖者は酒に嗜癖しているといえるのである。

このような嗜癖の捉え方は、Bateson, G.のものを見方を象徴している。個体から相互作用プロセスへ目を移すことで、認識の単位が変わった。アルコール嗜癖者と酒からなるシステムを一つのユニットとして捉えたり、アルコール嗜癖者と身近な他者からなるシステムを一つのユニットと捉えたりするなどインタラクショナル・ビュウ（相互作用視点）を導入したのである。

本論における嗜癖の定義

これまで述べたように、従来の嗜癖の定義ではコントロール不全の問題が指摘されている。そこで本論においても、嗜癖の定義の中心にコントロール概念を据える。さらにBateson, G.に倣い、インタラクショナル・ビュウを導入する。

まず、「快と不快のコントロールができたと感じた経験」、「コントロールできるものとできないものの区別のつかなさ」、そして「対立的相称的關係における相互作用によって維持される性質」を備え、そこにBateson, G. & Bateson, M.C. (1987/1988) の「もしシステムのある部分 (B) を失うことが他の部分 (A) の生命を弱らせたり破壊したりした場合にはAはBに嗜癖している」という視点を加え、嗜癖の定義づけを行う。

すなわち、本論では嗜癖を「快や不快のコントロールにかつて役立った行動が、今や不利益を生じていて、もはやその行動では望むように快や不快をコントロールできなくなっているにも関わらず、対象との充足されることのない対立的相称的關係から抜け出せなくなる」と定義する。

これは病的な症状や問題行動のみならず、「よかれと思って、うまくいかない無理なコントロールにとらわれる傾向」をも含んだ定義なのである。すなわち、あるコントロールへのこだわりからなかなか抜け出せない場合、それは「嗜癖的」と表現しうるのである。

解決努力の嗜癖性

解決努力に着目する家族療法

家族療法は1940年代にアメリカで生まれた。個人療法しかなかった心理療法の歴史上、革新的であった。歴史を紐解くと、心理療法は個人療法として発展した経緯があり、そこでは長谷川・林(1986)の指摘にあるように、「問題の主体化」が不可欠であった。すなわち、精神分析に始まる心理療法全般において、問題は常に目の前の来談者のなかに見出されなければならなかったのである。問題の内在化が援助の条件となってきたのだと考えられる。

一方家族療法は、問題の内在化を前提として発展していく個人療法の流れにはなく、問題を個人に内在化させずにすみ、問題の外在化が可能な稀有な心理療法なのである。

例えば、ひきこもりの息子のことで母親が来談した場合、ひきこもりの息子に直接会うのは難しい。来談が見込めないことがほとんどであろう。その時個人療法では、問題を母親の問題にしてしまわないといけない。母親の関わり方や育て方に問題の所在を移さなくてはいけないのである。母親に問題を内在化させて初めて心理療法を進めることができるのだ。母親との面接において、息子を問題とし、その対応を共に考えることもあろう。しかしこれはコラボレーションやコンサルテーションとして位置づけられてきたといえよう。

これに対して家族療法は、症状を呈する人を「問題とみなされた人」(Identified Patient: IP)と表現することに象徴されるように、ひきこもりの問題をひきこもる青年に内在化させないし、長く支えてきた母親にも内在化させないのである。問題の所在や原因にではなく、協力者を見出すことに重きを置くのだ。この場合、青年に対しても、その内面世界に問題を抱えた人とは考えず、むしろ「症状を代表として持っているにすぎない人」とみなすのである。そうすると、青年に必ずしも会う必要はなくなる。問題に積極的に関わらんと

する人であれば、それが誰であっても、その人こそがセラピストの会うべき相手だと考えることができる(石井ら, 2013)のである。それは家族の誰かであったり、他の誰かであったり、もちろん本人自身であったりするが、誰もが問題の内在化をされることなく、中心人物になりうるのである。

家族療法は、インタラクショナル・ビュウすなわち相互作用の視点を採用したことで、個人療法の抱える原因追求の姿勢から解放されることになった。問題の原因を求めるのではなく、今現在その問題が解決されずに維持されているのはどのような相互作用の悪循環によるものなのか、さらには、良循環を形成したり維持したりするにはどのような相互作用が必要なのか、というように発想を転換したのだ。そのため、問題の外在化が可能になったのである。

家族療法の発展をリードしてきたMRIはコミュニケーション派とも呼ばれ、その特徴はインタラクショナル・ビュウにあるといえる。インタラクショナル・ビュウについて長谷川(2005)は次のように定義している。すなわち、「行動の方向は、それ自体では、決して定まらない。他者(物)との相互作用の中でのみ決定されると、徹底して、考えてみること」である。インタラクショナル・ビュウの採用は、心理療法に大きな変化をもたらした。パラダイムの転換(若島・長谷川, 2000)ともいべき大きな変化であった。

長谷川を中心とした東北大学の家族臨床の研究グループは、インタラクショナル・ビュウを重視し、長谷川によって提唱された、MRIとBFTCのアプローチを良循環の概念で統合したアプローチを展開してきた。ダブル・ディスクリプション・モデルDouble Description Model: DDM(若島・長谷川, 2000)と名付けられている。これは、「良循環に徹底的に関わっていくアプローチ」(石井ら, 2005)であるともいえる。二つの方向性があり、一つは「悪循環を遮ること」、もう一つが

「良循環のかけらを役立てること」である。

前者はMRIアプローチである。「問題を維持してきた解決努力」である偽解決行動をやめ、同時に他の行動を構成することによって、良循環の形成を支えるのである。

一方、後者の立場は近年隆盛を極めている Brief Family Therapy Center: BFTC (現在は Solution Focused Brief Therapy Association: SFBTAに統合されている) の Solution Focused Approachである。わが国には長谷川らによって、1986年に紹介された。解決に焦点を当て、例外探しに重点を置く。「例外的にうまくやっていた解決努力」である既解決行動を例外と概念化し、みつけだしふくらませていくことで解決の構築を目指す。長谷川(2001)は例外をむしろ良循環と呼んでいる。例外という概念だと相互作用の視点が強調されないことから、誤解が生じてしまうおそれを懸念してのことであった。

嗜癡的解決努力

前述のとおり、家族療法では解決努力に注目する。本論でも解決努力、特にMRIが重視する「問題を維持してきた解決努力」に焦点をあてる。偽解決となる場合であっても、解決努力は解決を目指して行われる言動である。それが残念ながらうまくいかないのである。うまくいかないのだが、良かれと思っているために、他の言動を選択することが難しく、うまくいかない解決努力を続けてしまうのである。本論では、これらのうまくいかない解決努力の嗜癡的側面を重くみて、嗜癡的解決努力と呼ぶ。

すなわち、嗜癡的解決努力とは「無理なコントロールに強迫的にこだわることによって続くうまくいかない解決努力」である。

既に述べてきたように、近代社会はコントロール幻想が根強く、社会全体が嗜癡的であると考えることができる。そのため問題や悩みに直面した時、我々はそれをコントロールできるはずだ、あるいはコントロールしなければならない、という

コントロール幻想に陥ってしまい、うまくいくはずだと想定した解決努力がうまくいかなくても、無理にそれを続けてしまうのである。これが嗜癡的解決努力である。

嗜癡的解決努力は我々の日常に溢れているともいえる。すなわち、嗜癡当事者に限らず、嗜癡者家族、さらに援助専門家も嗜癡的解決努力に陥るおそれが常にあると考えられる。

臨床場面における嗜癡性と脱嗜癡性

嗜癡的な嗜癡臨床

嗜癡臨床の領域においては臨床心理士や精神保健福祉士、医師や看護師、保健師や作業療法士など、幅広い職種が援助専門家として関わっているが、現場では今なお、苦手意識があるという声が聞かれる。

例えばアルコール関連問題は、「回復が難しい」「できればアルコール依存症には関わりたいくない」「自助グループにつなげることが成しうる最良の仕事だ」など、抵抗感や無力感が語られることが多い。猪野(2014)も、多くの身体医、一般精神科医がアルコール依存症患者を忌避し、治療の対象としていない現状を指摘している。

すなわち、どのように関わるかのイメージが抱きにくく、コントロールできない対象という印象が、身体医や一般精神科医をアルコール関連問題から遠ざけていることが読み取れる。指示を守らない、思い通りに治療が進まないという戸惑いが、忌避につながると考えられる。

援助専門家は再発率や死亡率の高さから、回復に希望が持てぬまま、回復像がイメージできないまま、援助に携わり続けるといったこともあるだろう。そのため抵抗感や無力感がつのっていくという悪循環に陥っているのではないだろうか。

例えば病院であれば、熱心に患者の方と接していても、どうしてもその患者が酒を飲んでしまったり、その患者に裏切られたり、ということがよくある。そういう経験を積み重ねていくと、やはり無力感が生じ、うまくケアできていないという

思いも重なり、さまざまな職種の援助専門家が苦手意識を持つということになるのではないかと考えられる。

そのような状況下では、援助専門家は何とかして患者やクライアントをコントロールしなければならない、というふうな考えが偏ってしまうおそれが高い。しかし嗜癪に苦しむそのアルコール依存症の患者もまた、自分の飲酒欲求や、飲酒行動をどうにかコントロールしようとしてうまくいっていないのである。それが嗜癪的であるともいえるが、分かっているにもかかわらずコントロールできないのである。そもそもそれはコントロールできるものなのだろうか、といった問いをも抱えて抜け出せない人々を、援助専門家もまた何とかコントロールしようと、どうしても嗜癪的になってしまう傾向がある。嗜癪で苦しむ人のケアを何とかできないかと、嗜癪的に取り組んでしまうという悪循環ができやすいと考えられるのである。

すなわち援助専門家もまた、嗜癪的解決努力に陥るおそれがあるのである。

そういう場として、嗜癪臨床の場面を捉えると、「嗜癪へのアプローチを嗜癪的に行うのは妥当ではないのではないか」という問題意識が必然的に生じてくるといえよう。

嗜癪臨床における代表的アプローチの現状

現在、嗜癪に対する専門家によるアプローチとしては、SFBT、認知行動療法、動機づけ面接法、家族への支援、そして薬物療法などが主流である。

しかしながらこれらのアプローチを、いかなる態度で取り組むべきかについては、知りうる限りどこにも触れられていない。田辺（2013）も述べているように「当事者の体験を真摯な姿勢で傾聴し、嗜癪問題をもって生き続けることの困難さ、当事者ならではの苦悩に理解を深める」ことが肝要であるが、そのための体系化されたものはまだないのが現状なのである。先に述べたように、どのように関わっていけばいいのかが不明瞭で、回復に希望を持たなければ援助は難しい。また、援

助専門家が嗜癪臨床への抵抗感と無力感から、患者やその家族とは自分は違うのだと考え、外側から正そうとするようなスタンスでも援助は困難である。本論では優れたアプローチであっても、その取り組みが嗜癪的では難しいと考えている。それが嗜癪的解決努力として続けられるおそれはあるのである。やはり「嗜癪へのアプローチを嗜癪的に行うのは妥当ではないのではないか」という問題意識を持って、それぞれのアプローチを採用する必要があるだろう。

脱嗜癪的变化観

「嗜癪へのアプローチを嗜癪的に行うのは妥当ではないのではないか」という問題意識を提示したが、この問題意識は何も嗜癪臨床に限ったことではなく、対人援助全般における嗜癪的なアプローチへの疑念もまた引き起こすことになる。そして必然的に嗜癪的な援助の代わりとなるアプローチの必要性が生じてくるのである。

推理小説作家の Agatha Mary Clarissa Christie は「人生の悲劇は、人は変わらないということである。」と述べた。また、交流分析の創始者である精神科医 Eric Berne は、「他人と過去は変えられない。自分と未来は変えられる。」と述べた。我々のなかに、この「他人は変えられない、自分が変わらなければならない」神話は根強い。

他者は変えられないという考え方は、他者を変えようと無理にコントロールしたとしてもうまくいかないことを示唆しているといえよう。すなわち他者を変えようとするものの嗜癪的側面への教訓である。

しかし、自分を変えられる、あるいは自分が変わらなければならない、という考え方もまた、ともすれば嗜癪的になりやすいといえる。

変えられるかどうかというよりも重要なのは、それが嗜癪的かどうかだと考えられる。「他者は変えられない」というのはむしろ「他者は嗜癪的には変えられない」ということなのではないか。そして同じように自分自身もまた、おそらく嗜癪

的には変えられないだろう。変化への努力はそれが嗜癖的解決努力である時、なかなかうまくいかない。ある方向に向けて、無理やり変えようとすることは他者でも自分自身であっても難しい。しかしながら、その解決努力が嗜癖的でないのならば、他者でも自分自身であっても変えられるといえるのではないだろうか。

本論では、嗜癖を「快や不快のコントロールにかつて役立った行動が、今や不利益を生じていて、もはやその行動では望むように快や不快をコントロールできなくなっているにも関わらず、対象との充足されることのない対立的相称的關係から抜け出せなくなる」と定義した。そしてこの定義は病的な症状や問題行動のみならず、「よかれと思って、うまくいかない無理なコントロールにとられる傾向」も含んだ定義であり、あるコントロールにこだわり、なかなか抜け出せない場合、それは「嗜癖的」と表現できるのであった。

そこで、嗜癖的でない変化観に基づくアプローチを、本論では脱嗜癖的アプローチと呼ぶ。すなわち脱嗜癖的アプローチとは、「対象のコントロールにこだわることで陥る対立的相称的關係を避ける」アプローチということができよう。

家族療法にみる脱嗜癖性

実は家族療法が有する様々な理論や技法には、脱嗜癖性を備えたものがすでに多数見られる。そこで、脱嗜癖的アプローチの輪郭を明確にするために、家族療法にみる脱嗜癖性をいくつか取り上げることにする。

まず、Gregory Batesonは晩年、「状況を変えようとするな、状況を見るようにしろ」と常日頃言っていたという (Bateson, M.C., 2009)。まさに、脱嗜癖的であるといえよう。対象と対立的にならず、コントロールをゆだねる姿勢である。

MRIのユーモアの重視 (若島・長谷川, 2000) やびっくり課題 (若島・長谷川, 2000) は、問題とみなされた文脈を脱構築するものであるが、正しく理想的な方向性を想定しているわけではな

い。コントロールの方向性を嗜癖的にコントロールしない姿勢がみてとれる。

またSFBTにおける例外や良循環への焦点化 (若島・長谷川, 2000) は、操作するのではなく、すでにうまく操作できているところに着目する点が特長といえよう。イギリスのSFBTの中心を担うBRIEFは、SFBTの精緻化を目指してキー概念を再検討 (Shennan, G. & Iveson, C., 2012/2013) し、より記述を重んじる方向へと展開している。解決重視から叙述重視への展開や、ゴール・セッティングから未来の希望への焦点化、課題から会話を重視する姿勢への変化 (Shennan, G. & Iveson, C., 2012/2013) など、再検討の方向性はクライアントを操作的に変えようとする姿勢を避けようとするものであり、一貫して脱嗜癖なのである。

とりわけ我が国のDDM (若島・長谷川, 2000) には脱嗜癖的アプローチのエッセンスがある。DDMは、MRIアプローチの“Do something different!”と、SFBTの“Do more!”を表裏のアプローチとして概念化した、家族療法の祖国アメリカにおいても、高く評価されている家族療法の最先端の流れとひとつである。例外を良循環させる方向性と悪循環を妨害する方向性をいわば同時に二重記述することを目指すものである。DDMの「小さくて受け入れやすく面白い」というセラピー全体に流れるスローガンは脱嗜癖的である。どのような介入がクライアントにとって負担でないのかを追求する姿勢は、セラピストがクライアントをコントロールしようとするもとは全く異なるものである。変化を無理強いすることなく、できるだけ今のまま (石井, 2009) でクライアントがセラピーに取り組めるための信念なのである。

嗜癖をテーマにした家族療法の文献である『ソリューション・フォーカスト・アプローチ』 (Miller, S.D. & Berg, I.K., 1995/2000) の中で、Berg, I.K.は父親の飲酒に触れている。Berg, I.K.は朝鮮戦争のさなかの韓国で育ったが、その

小さな村の村人たちが「痛飲」と呼んでいた問題のある飲酒の仕方に、父親もまた陥っていたと述べている。当時「痛飲」は、戦争の混乱に耐えるための飲み方として理解され、「問題飲酒」や「アル中」などといったレッテルは貼られていなかったのだが、もし診断を受けたとしたら、確実にアルコール依存症の診断がつくような飲み方だったのであった。しかし、そのような状態にあった Berg, I.K. の父親は、特に援助を受けること無く、のちに節酒を実現していく。アルコール臨床においては、Johnson, V.E. (1988) が述べるように、断酒が唯一の解決法と考えられていた時代にあつて、Berg, I.K. の父親は例外であつたのだ。そして Berg, I.K. は、他にも例外を生きる人々が少なくないということを知っていくのである。その結果、Solution Focused Approach をアルコール問題や薬物問題に適用していくことになつたのだつた。

Berg, I.K. & Reuss, N.H. (1998/2003) の『解決へのステップ』には、脱嗜癖性を感じさせる記述が数多くみられる。そこでいくつか抜粋する。

否認していると言われるクライアントは、セラピストとは違うことに気づいていて、セラピストとは違うことを重視しているに過ぎない

これは、否認と見立てるセラピストの嗜癖性を表現していると考えられる。セラピストがクライアントと異なることを重視しているだけにも関わらず、クライアントの変わるべき問題として一方的に意味づけているからである。

セラピストが燃え尽きたと聞くことがあるが、そうなるのはセラピストがクライアントと共に解決を築くことをやめ、ある方向の解決を無理強いしようとしたからである

セラピストの嗜癖的解決努力がうまくいかず、

悪循環に陥った様を表現したものといえよう。

プログラムの伝統的なモデルでは、クライアントにとって何が良いことかを知っているのは専門家なので、専門家がプログラムを考案した。一方、新しいリソースを十分考慮した協同的なアプローチでは、クライアントにとって何が最良かの決定は、セラピストとクライアントが一緒に行う

クライアントがどう変わるべきかを専門家が知っているという考え方の嗜癖性を指摘していると読むことができよう。ここではセラピストがクライアントをコントロールすべきだという考え方を批判している。

彼女には時間が必要なことや、今彼女が自分に必要なことをしているのだということに、セラピストは敬意を払えるようになる。これこそが受容であり、“静穏の祈り”の本質である

変化しない現状に敬意を払うことが受容であり、変えられないものを受け入れる落ち着きだと捉えているのである。ここに、変化しないことを受け入れることが変化にとって重要なのだと考える、パラドキシカルな肯定がみてとれる。

以上のように家族療法には本来、脱嗜癖性があつた。家族療法は文化人類学者 Bateson, G. を理論的父にもつが、Giorgi, A. (2009/2013) は文化人類学について次のように述べている。

未開種族の研究において、人類学者たちは、その現存する文化を研究しようとしている場合にも、それを修正してしまうほどには介入しないように努める。これは、実験室研究の操作的スタイルよりも、自然主義的研究の操作様式により近い。他の社会の文化に干渉しないということには、倫理的理由だけでなく、科学的理由さえも在る。理解することを望むのは、その文化自体にとってのその文化であつて、外部からの干渉に対してその文化がどのように反応するか、ではない。

「状況を変えようとするな、状況を見るようにしろ」と強調していたBateson, G.を理論的父としてきた家族療法は、嗜癖的なコントロールに陥ることを避け、脱嗜癖的なコントロールに徹するという側面を本来有していたのである。

しかしながら、家族療法の理論や技法が解説される際、脱嗜癖性が概念化されるということは、その重要性にも関わらず、これまでなかった。

本論では、家族療法の脱嗜癖性の重要性を認識し、明確に強調する立場を採る。

脱嗜癖的アプローチの提案

これまでAAや家族療法を参考にしつつ整理してきたように、対人援助に求められる脱嗜癖的性質は、①コントロールをゆだねる姿勢、②すでにある変化の尊重、③変化を促さないことによる現状のパラドキシカルな肯定、の3点に要約できよう。

本論の締めくくりとして、このような性質を有する関わりを、脱嗜癖的アプローチの具体的な特徴として位置づけたい。

今後の展開

本論では嗜癖へのアプローチを嗜癖的に行うことへの懐疑を対人援助全般へと拡大し議論を進めてきた。またその過程で、脱嗜癖的アプローチを「対象のコントロールにこだわることで陥る対立的相称的関係を避けるアプローチ」と操作的に定義した。今後の課題として、実証的に援助専門家の嗜癖的解決努力を把握し、より具体的に脱嗜癖的アプローチの要件を同定することが挙げられる。

謝辞

本研究はJSPS科研費26380978の助成を受けたものです。

文献

Alcoholics Anonymous (1939). Alcoholics Anonymous. Alcoholics Anonymous World Services, Inc. AA 日本出版局(1979).アルコホーリクス・アノニマスー無名のアルコホーリクたち. AA日本ゼネラルサービス.
American Psychiatric Association (2013). Desk reference

to the diagnostic criteria from DSM-5. 高橋三郎・大野裕(監訳)(2014).DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル.医学書院.

Bateson, G. (1935).Culture contact and schismogenesis. Man35, 178-83. 佐藤良明(訳)(2000).文化接触と分裂生成.精神の生態学改訂第2版.新思索社.

Bateson, G. (1971).The cybernetics of 'self': A theory of alcoholism. Psychiatry 34(1),1-18. 佐藤良明(訳)(2000).自己なるもののサイバネティクス.精神の生態学改訂第2版.新思索社.

Bateson,G., & Bateson,M.C. (1987). Angels fear : Towards an epistemology of the sacred. New York: John Brockman Associates Inc. 星川淳(訳).天使のおそれー聖なるもののエピステモロジーー.青土社.

Bateson, M.C.(2009).日本家族心理学会24回大会記念講演「創造と原点回帰:ベイトソン理論と家族療法の発展を結び付けるパターン」講演記録.

Berg, I.K.& Reuss, N.H.(1998). Solutions step by step : A substance abuse treatment manual. W.W.Norton & Company, Inc. 磯貝希久子(監訳)(2003).解決へのステップーアルコール・薬物乱用へのソリューション・フォーカスト・セラピー.金剛出版.

Edwards, G. (1977). The alcohol dependence syndrome. In Grant,M. et al.(eds) (1977).Alcoholism. Croom Helm.

Giddens, A. (1992).The transformation of intimacy : Sexuality, love and eroticism in modern societies. Polity Press. 松尾精文・松川昭子(訳)(1995).親密性の変容ー近代社会におけるセクシュアリティ,愛情,エロティシズム.而立書房.

Giorgi, A. (2009). The descriptive phenomenological method in psychology: A modified husserlian approach. Duquesne University Press. 吉田章宏(訳)(2013).心理学における現象学的アプローチ.理論・歴史・方法・実践.新曜社.

Harris, E.C. & Barraclough, B.(1997).Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br J Psychiatry 170. 205-228.

長谷川啓三・林潔(1986).問題解決に対する学生の態度と学生相談におけるその指示的操作について?.相談学研究 19, 1, 14-19.

長谷川啓三(2001).訳者あとがき.長谷川啓三(監訳).難事例のブリーフセラピーーMRIミニマルシンキング.金子書房.

長谷川啓三(2005).徹底した相互作用論ーインタラクショナル・ビュウとは?.長谷川啓三(編)現代のエスプリ456臨床の語用

- 論Ⅱ. 至文堂.
- 樋口進・杠岳文・松下幸生・宮川朋大・幸地芳朗(2007). 薬物依存症・アルコール依存症・中毒性精神病治療の開発・有効性評価・標準化に関する研究. 平成16-18年度厚生労働省精神神経疾患研究委託費総括研究報告書. 193-228.
- 猪野亜郎(1996). 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.
- 石井宏祐・石井佳世・三谷聖也・長谷川啓三(2005). インタラクショナル・ビューを臨床に活かすー短期家族療法のユニークな視点. 長谷川啓三(編)現代のエスプリ456臨床の語用論Ⅱ. 至文堂.
- 石井宏祐(2009). ブリーフコーチングー子どものリソースに目を向ける. 児童心理1月号. 金子書房.
- 石井宏祐・松本宏明・石井佳世(2013). クライアントとの関係性のアセスメント. *Interactional Mind VI*. 北樹出版.
- 岩崎正人(1996). 現代人の病 嗜癮のはなし. 集英社文庫.
- Johnson, V.E.(1988). *Intervention : How to Help Someone Who Doesn't Want Help*. Minneapolis : Johnson Institute Books.
- 厚生労働省(2011). 我が国における飲酒の実態把握およびアルコールに関連する生活習慣病とその対策に関する総合研究. <http://mhlwgrants.niph.go.jp/niph/search/Download.do?nendo=2011&jigyold=113061&bunkenNo=201120035A&pdf=201120035A0001.pdf>
- 厚生労働省研究班(2014). 2014年8月21日付毎日新聞.
- 日下和代(2011). ニコチン依存症. 松下年子・日下修一(編著)アディクション看護学. メヂカルフレンド社.
- 松本俊彦・小林桜児・上條敦史・勝又陽太郎・木谷雅彦・赤澤正人・竹島正(2009). 物質使用障害患者における自殺念慮と自殺企図の経験. *精神医学*51.109-117.
- 松本俊彦(2013). アルコール・薬物依存症と衝動的行動-暴力, 自傷・自殺, 摂食障害を中心に. 和田清(編)依存と嗜癮 どう理解し, どう対処するか. 医学書院.
- 松村明(編)(2006). 大辞林第3版. 三省堂.
- 松下年子(2011). アディクションと依存症. 松下年子・日下修一(編著)アディクション看護学. メヂカルフレンド社.
- Miller, S.D. & Berg, I.K.(1995). *The miracle method : A radically new approach to problem drinking*. W.W.Norton & Company, inc. (白木孝二(監訳)(2000). ソリューション・フォーカスト・アプローチ. アルコール問題のためのミラクル・メソッド. 金剛出版.)
- Nakken, C. (1996). *The addictive personality : Understanding the addictive process and compulsive behavior*. Hazelden Foundation.
- 成瀬暢也(2013). 臨床家が知っておきたい依存症治療の基本とコツ. 和田清(編)依存と嗜癮 どう理解し, どう対処するか. 医学書院.
- 野口裕二(1996). アルコリズムの社会学 : アディクションと近代. 日本評論社.
- 野口裕二(1998). アディクションと近代的自己ー物語(narrative)としての自己 ノモス, 9, 157-165.
- 野口裕二(2003). 現代社会と依存症. 更生保護54(6), 6-11.
- 斎藤学(1984). 嗜癮行動と家族. 有斐閣.
- 斎藤学(1993). 監訳者まえがき. 斎藤学(監訳)嗜癮する社会. 誠信書房.
- 斎藤学(1995). 魂の家族を求めて. 日本評論社.
- 斎藤学(2009). 依存症と家族. 学陽書房.
- Schaeff, A.W. (1987) *When society becomes an addict*. 斎藤学(訳)(1993)嗜癮する社会. 誠信書房.
- Shennan, G. & Iveson, C. (2012). From solution to description : Practice and Research in Tandem. In Flanklin, C., Trepper, T.S., Gingerich, A.J., & McCollum, E.E. (eds) *Solution-focused brief therapy : A handbook of evidence-based practice*. Oxford University Press, Inc. (長谷川啓三・生田倫子(編訳)(2013). 解決志向ブリーフセラピーハンドブック エビデンスに基づく研究と実践 金剛出版.)
- 田辺等(2013). 嗜癮の理解と治療的アプローチの基本. 和田清編 依存と嗜癮 どう理解し, どう対処するか. 医学書院140-146.
- 若島孔文・長谷川啓三(2000). よくわかる! 短期療法ガイドブック. 金剛出版.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. WHO.
- 安田美弥子(2005). アディクションと心の問題. 岡堂哲雄(監修)現代のエスプリ別冊 臨床心理学入門事典. 至文堂.

The De-addictive Approach in Human Services

ISHII Kosuke

This paper aims to redefine addiction, which can be considered a characteristic of modern society, and argue that a de-addictive approach is needed from a viewpoint requiring helping professions to be more subjective of their own addictive nature. First, this study incorporated the idea of “attempted solution” focusing on family therapy, conceptualized “addictive attempted solution”, and pointed out the dangers of support specialists’ addictive attempted solution. Additionally, this study provided three characteristics of the de-addictive approach: (1) the stance of entrusting control, (2) respect for change that had already taken place, and (3) the paradoxical affirmation of the current condition in not prompting change. Alcoholics Anonymous and Family Therapy helped account for the outcome.

KeyWords : Alcoholics Anonymous, Family therapy, Addictive attempted solution, De-addictive Approach