

第9回 日本読書療法学会勉強会

「依存症と読書療法」

日本読書療法学会会長 寺田 真理子

2012年10月21日(日)

この講義録に登場する書籍の詳細をご覧になりたい方は、ブログのほうにリンクとともにご紹介しておりますので、下記のURL をご参照くださいませ。

<http://ameblo.jp/teradamariko/entry-11498547115.html>

参加者の方々のご質問の一部にプライベートに関わることもございましたので、お名前は伏せて「参加者」とのみ表記させていただいております。

今回は「依存症と読書療法」というテーマなのですが、依存症をご専門にされている磯村毅先生をお招きしています。磯村先生のプロフィールをご紹介します。

名古屋大学医学部卒、同大大学院卒後、テキサス大学医学部研究員として癌と老化の遺伝子研究に従事。研究は頓挫し、失意のうちに帰国。名鉄病院にて呼吸器科医として再スタートをきる。そこで出会った村手部長の指導のもと、禁煙支援に取り組み、子どものための禁煙外来を開設した。河合塾との「禁煙で合格率アップ」の取り組みを通じ、「リセット禁煙」を開発。現在は、トヨタ記念病院禁煙外来、熱田クリニック思春期外来・思春期禁煙外来、トヨタ自動車診療所医師を兼務するかたわら、リセット禁煙研究会・予防医療研究所代表、子供からタバコから守る会・愛知世話人、ゆるーい思春期ネットワーク代表。

「研究は頓挫し、失意のうちに帰国」など、このようなプロフィールを作成されている医師の方は珍しいのではないかと興味深く拝見しておりました。磯村先生は日本読書療法学会の会員でもいらっしゃるのですが、入会いただいたきっかけがご自身がすでに読書療法を実践されているからということでした。そこで私もお著書を拝読したところとても面白く、ぜひ実際にお話を伺えればと本日は講師をお願いした次第です。

まずは前半で磯村毅先生に依存のメカニズムと脱依存について事例を通してご説明いただき、後半で依存症への読書療法の適用可能性について対談形式で考えていきたいと思います。それでは、磯村先生、どうぞよろしくお願いいたします。

(以下、磯村先生のご講演です。)

私が日本読書療法学会に興味を持ったきっかけからお話します。私は禁煙外来をやっていて、『禁煙セラピー』という本をご存知の人も多いかと思うのですが、これは世界的に売れている禁煙本の大ベストセラーなんですね。これでなぜかやめられたという人が続出しているんです。そういう患者さんが私の外来にも二人、若い女性なんですがいまして、非常に不思議な思いがしたんです。「どうしてやめられたんだろう」と。恥ずかしながらその

二人が来るまでは私は『禁煙セラピー』という本を知らなかったんです。タバコを吸わない人にとっては縁のない本ですから、知らなかったのはある意味当たり前なんです。それで読んでみまして、これはすごく面白いと思って、「こういう本があるよ」と同僚に説明したんです。ところが同僚は、この本がすごくいいということがわからないみたいなんです。実際、禁煙外来をやっているほかの医者仲間に話をしても、その『禁煙セラピー』という本の存在が知られていないんです。

私が思ったのは、いわゆるタバコにしろ依存症にしろ、普通の人が勘違いしていることがたくさんあって、その勘違いを解くことで以外に簡単にやめられる、そういうチャンスがあるんだってことです。最初は、自分が本を書くことになるとは思っていませんでした。『禁煙セラピー』を薦めればいいと思ったんです。それで患者さんに『禁煙セラピー』を薦めていたんですけど、ちょっと分厚いんですよ。だから薦めても読んでくれないんです。それは私の薦め方に拙いところもあったんですが、最近ちょっとスキルを上げて、動機づけ面接を用いるようになりました。

動機づけ面接というのは、パーソンセンタード、来談者中心療法というカール・ロジャーズが始めた患者さんの気持ちに寄り添う療法をもうちょっとステップアップしたようなものなんです。患者さんの気持ちに寄り添いつつも、ダンスを踊るように特定の方向に誘導していくんです。そんな器用なことができるのかという気がしますよね。患者さんの気持ちに寄り添ったら、相手を特定の方向に誘導していくなんて難しいですよ。ところが、寄り添いつつも相手の気持ちを、たとえばタバコをやめるんだったらやめるほうになんとか持っていくというものです。これは刑務所とか司法関係者を中心にアメリカとかイギリスでは非常に広まっている方法です。

ちょっと話が飛びましたが、要は私は『禁煙セラピー』を患者さんに読んでほしかったんです。ところがちっとも読んでくれない、ということで、当時は動機づけ面接を知らなかったものですから、「この本は厚すぎるんだ」と思ったんですね。「もっと短くすれば読むかもしれない」と思って、『禁煙セラピー』を録音して一生懸命何度も聴いて頭の中に何とか収納して、どこをどう訊かれても答えが出てくるようにして患者さんに対応していたんですが、だんだん短くできるようになったんですね。そのポイントというのは、脳科学についての説明を加えると非常に受けがいい、あるいは理解が早いということがわかったんです。『禁煙セラピー』自体は非常に哲学的な感じで書いてあるんです。「そもそもタバコを吸うということは……」という具合にあくまで心の中を哲学的に覗いていくという感じです。それを科学の言葉、つまり脳波であるとか神経伝達物質がどうなっているとか、そういう言葉を使うことで非常に具体的に、なおかつ短い時間でわかってもらえることに気がついたんです。それで実質 80 ページくらいの『リセット禁煙のすすめ』という本を書きました。最初は自費出版だったんですが、禁煙を熱心にやっている先生方のメーリングリストで紹介したところ非常に反響がありまして、自費出版が転じて普通の本になったものです。

その後の私のテーマは、「この『リセット禁煙のすすめ』を既存の学問のベースに乗せたい」ということです。「この本を読むとやめられる人が出てくるよ」というだけでなく、

「自分のこの本は何をやっているんだろう」というのをそれまでの精神医学や心理学の言葉で説明したいと思ったんです。それでいわゆる認知行動療法だとか行動療法だとか精神分析、グリーフセラピーなどいろんな本を読んで研究しましたが、よくわからなかったんですね。最初はコーチングに近いのかなと思ったんですが、どうもそれとは違う。今の結論は、これはひとつの心理教育なんですね。ある種の考え方、脳についての仮説について患者さんに教育をするわけです。「あ、そういうものの見方ができるんだ」と。「脳の仕組みってこういうふうになっているんだ」と。そのときにそのことを自分の体験と結びつくような形で相手に説明できると、患者さんの気持ちが非常に整理がついてしまう、ということではないかと思っています。これは心理教育で、ビブリオセラピー（読書療法）にも通じるんじゃないかと思うんですけど、読書をすることで患者さん自身に変化を起こすことができるという、そのひとつの例なんじゃないかなと思っています。

今日のお話では、依存症の話をまずさせてもらって、その中で脳の話もできるだけします。『リセット禁煙のすすめ』に含まれている話を、みなさんと対話をしながら説明していきます。そういう流れで依存症全体を見てみたいと思います。（以下、日本読書療法学会のホームページ「セミナー情報」欄の第9回 日本読書療法学会勉強会の箇所から磯村先生のご講演のスライドを合わせてご覧ください。）

最初は、質問をいただいているのでそこから見ていきたいと思います（スライド2）。「読書療法はカウンセリングなどの補助手段として用いられるのが単独よりも効果が出やすいとされていますが、カウンセリングと読書療法の間で本当に成功率に差がないのでしょうか」という質問です。

実は、これは非常に面白いデータがあります（スライド3）。動機づけ面接が生まれたときにどういう研究がきっかけになったかという話なんですが、アルコール依存症の患者さんにカウンセラーが9人いました。その9人のカウンセラーが、お酒を減らしましょうというカウンセリングをしたんです。いちばん右に「本」と書かれていますが、10番目のカウンセラーとして読書療法が行われているわけです。カウンセラーの1番や2番、3番は、患者さんのお酒の量が減ったんです。そのカウンセラーたちが担当した患者さんは、9ヵ月後に全員お酒の量が減っていたんですね。このカウンセラーたちはすごく成績がいいですね。4番、5番ぐらいから下がってきて8番、9番だとかなり下がっていて、特に9番のカウンセラーだと4人のうち1人しかお酒の量が減っていないということですね。ただ本を渡して読んでもらっただけで6割減っていますから、カウンセラーがやって本よりいい成績の場合もあるけれども、本よりむしろ悪い成績になってしまうことがあるということが、このデータでわかったんですね。

この1番から9番までをどういう順番で並べてあるかということ、カウンセリングの内容を全部録音して分析してあるんです。分析というのは、たとえば質問の数はいくつあって、相槌の打ち方はどんな種類のものがどれくらいあって、といった言葉のやり取りを全部記録してあって、またクライアントからどんな発言があったということも全部記録して共感度尺度を作り、共感度が高いカウンセラーと共感度があまり高くないカウンセラーと、その共感度の順に並べてあるんです。そうすると、共感度の高いカウンセラーであれば本よ

りいい成績が出るけれども、共感性が高くないカウンセラーだとむしろ悪くなってしまうということがわかったわけです。その共感性というのは実際にどういうものかという、これはかなり細かいスライドなのでざっくり見ていただければいいのですが(スライド4) 共感性が低い場合は重要な話を自分からはしない。取り上げられれば話すけれども、自分からはしない。真ん中あたりになると、時々自分の話もするようになる。共感性が高くなると積極的に自分から話題を提供して人間関係についてもお酒だとかを自分からしゃべるようになる、と。こういうような共感性が違いますよね、というものです。「それなら共感性が高い会話をするにはどうしたらいいんだろう」って思いますよね。動機づけ面接というのは、そういうときのやり方を数値で見えていくんですね。行動療法では、人間の行動は基本的にはねずみと一緒にだと、まあ半分茶化してですが、言っています。なのでその言葉のやり取りをきちっと分析して、その言葉のやり取りを同じように再現すれば同じような会話がきっと起きるに違いないという考え方ですね。ですので、こういうカウンセラーがやった質問とか相槌の打ち方を数値で分析して、それをそのまま再現するように努力しましょうということですよ。

この動機づけ面接がどうして警察関係者とか司法関係者に広まったんだと思います？ パーソンセンタードであり、かつ特定の方向に持っていくという動機づけ面接がどうしてそういう分野で広まったんでしょう？ 逆に言うと、その分野にはパーソンセンタードの限界があったんですね。警察関係でパーソンセンタードであろうとするとすごく限界があったんです。ヒントを出すと、たとえばアルコール依存の人が警察に捕まったときってどんな態度をとっていると思います？ 薬物依存でもいいですが、「俺は何も悪いことをしていない」って言うんですよ、きっと。「アル中なんかじゃない。俺は依存症なんかじゃない。ここにいるのは裁判官が言ったから来てるんで、こんなところには一分もいたくない」って言うわけですよ。要は、うつ患者さんと違って、助けてくださいというモードじゃないんですよ。帰らせてくれっていうモードなんです。タバコも一緒なんですよ。医者が「ちょっとタバコのことで話したいんだけど」って言うと「いや、もう本当にやめますから」って心にもないことを言って逃げていくわけですよ。「もうだいぶ減りましたから」とか。その話はしたくないと逃げていくんです。あるいは「タバコを吸ってもうちのじいさんは90歳まで元気だった」とか反抗をしてくるわけです。なので警察とかだと反抗的だったりふてくされていたりする人に対応するので、いくらこちらが気持ちをオープンにして共感しようとしても「そうか、帰りたいんだ」「はい、帰りたいんです」で終わっちゃうかもしれないんですよ。それが難しいところで、だから動機づけ面接が使われるんですね。

話を戻しますが、共感性が高かったカウンセラーはよかったけれども、共感性が低かったカウンセラーの場合は、たぶん「お酒をやめなさい」みたいなことを言ってしまうんですよ。それで喧嘩になって帰ってしまうということになってしまっているんです。そういう意味では、本の利点というのは、人が介在しないだけに、言葉は悪いかもしれませんが、どんな未熟なカウンセラーであったとしても上手に本を活用することで最低限の専門的な情報が提供できるということが言えると思います。なので最初の質問に戻ると、

補助手段として用いられているのが一般的だとは思いますが、これは今後の研究であって、実は読書療法のほうがいい部分というのは必ずあるはずだし、私はそれに非常に期待を持っているというのは正直なところなんです。カウンセラーと仲が悪くなってしまうっていうことも当然あるわけですからね。そういう危険性は本の場合むしろ少ないわけですから。

その次の質問で、「読書療法の効果が出やすい対象はどのような人か。効果が出る読み方、読ませ方。読んでも効果が出ない場合の対処法など」というのがありました（スライド 5）。依存症に関してということでお答えしますが、実は依存症の治療研究というのはすごく遅れているんです、本当に。あまりあからさまには言いたくありませんが、私の同級生に精神科の教授がいるのですが、同級生ということできつぱらんに話をするんですけども、私が内科医で依存症を対象にしていることを知っているの、「依存症は治せない」と言うんですね。「統合失調症は 1 回目は何とかなる。うつ病もかなりいける。だけど依存症は精神科医に来てもらっても、こうすれば治せるっていう方法はないんだよね。だから自助組織のみなさんをお願いしている」と言っただけです。医者同士なので、ある意味すごくよくわかったんですね。「自助組織の方に任せてる」という言葉は僕も言ってるなって思ったんです、呼吸器で。肺繊維症とか呼吸器の難病があるんですけども、いい薬がないんです。そうするとそこで出てくるのは患者の会なんです。治せない難病には必ず患者の会がありまして、患者さん同士が色々知恵を出し合って、病気と何とかうまくやっていこうとしているんですよ。だから裏を返せば依存症というのは精神科医にとって難病と一緒になんだなということがわかります。だから依存症の治療というのもおこがましいというのが私の正直な気持ちです。依存症の治療で何をやっているかという、基本的には急性期の禁断症状が非常に出ているときに、自分を傷つけたり周りの人に危ないことをしないように、個室なりそういうところに閉じ込めてその急性期を脱出する。解毒といいまされども、その時期はやる必要があります。ところがその後は普通の人になっちゃうんですね。見たところ普通の人なんです。なので、何をやっていいかわからないところがあるんです。そこで今色々な研究がされていますけれども、「こうすれば治る」というものは今のところないのです。なので残念なのですがなんとも言えないところがあります。色々な方法が試みられている段階なんです。

急性期の離脱症状が治った後にどうやったらその人が再使用しないかっていうことですが、再使用しないためにはどういう方法がいいかわかりませんが、それぞれの方法について読書療法が使われています。それぞれの治療方法との相性があります。A という治療法の読書療法が合わなかったら B という治療法の読書療法、というように。もうひとつは動機づけですね。治療をしようという動機を高めるために先ほど説明した動機づけ面接を併用すれば効果は出やすいと思います。読んでも効果がない場合の対処法となると、別の治療法を試みるとか、あらためて動機づけを高めるということになるわけですね。

現在の依存症の主な治療法を私なりに整理してみると（スライド 6）、基本的には禁断症状が治った後も再発するというのがいちばんのネックなんです。たとえば酒井法子がまた覚せい剤を使ったとして、みなさん驚きますか？ 驚かないですよ。残念だなと思っても、そういうものだろうと思いますよね。環境や人間関係など何かのきっかけでまた

やりたくなってくるんですね。タバコでも「一本吸いたい」とか、お酒だったら「一杯だけでも飲みたい」というのがモヤモヤと起こってきて、そこで何とか気を紛らわすことができればいいんですけど、そこで「一本だけでいいから」という魚、これは神経細胞のたとえなんですが、魚の群れができてくる。そうすると我慢ができなくなってやってしまう。これは認知モデルと呼ばれますが、よく受け入れられています。それに対して、「いや、俺はそもそも酒をやめる気なんかないよ」という人もいるわけですから、そういう人を動機づけるというのもあります。

それからもうひとつの方法としては、精神の在り方や環境、行動、人間関係を通じて引き金自体を減らしたり受け入れられるようにするものがあります。代表的なのは12ステップ法ですが、AAやダルクなど、基本的にはキリスト教に起源があります。「私は酒に対しては無力である」というところから始まります。無力であることを認めてハイヤーパワーや神と呼ばれるものにすべてをお任せするのが次のステップですから、非常にキリスト教的ですね。集団生活とまではいきませんが、毎日毎日できるだけ集会をやって……というやり方です。

もうひとつは、モヤモヤに気づきつつもそれをそのまま受け取り、やり過ごす新たな心の在り方を身につける、瞑想とかACTの方法ですが、これは仏教系です。これは私なりの分類ですが、大体みなさんのコンセンサスも得られるのではないのでしょうか。「私は無力である」とか「神にお任せ」というのが性に合わない人もいるわけですね。そういう人たちは瞑想や黙想をして、吸いたい気持ちが起こってくるけど、それが消えていくんですね。ずっと吸い続けたいということはありませんので、こうやって感情が消えていく変化をしていくものなんだな、と。色即是空空即是色じゃないですが、そういう心の在り方を身につけて、ちゃんと一日やっていこうというような、そういう仏教的なものです。それを西洋の人がエッセンスを組みなおしてACTっていうまた別のものにしているんですけど。キリスト教的なものや仏教的なもの、どちらにしてもかなりスピリチュアルなものです。

あるいは、これは私が今一生懸命やっている方法なんですが、誤解を解いていくんです。タバコに対する間違った誤解があると「ここで一本吸えたら」というのが誤解がもとで強くなっちゃうんです。その誤解自体を解いてあげるという方法があります。これは私が「リセット禁煙」でやろうとしていることで、後でまた説明します。

それからもうひとつは認知行動療法です。これは何かというと、モヤモヤから「あと一本」「あと一杯」というときに何を考えているかということを確認して、その考え方が理にかなっているかどうか、利益をもたらすかどうかについてよく調べて、別の考え方ができないかということをやってみるようなものを使って練習するわけです。これはうつ病とかでもよくやると思うんですけども、たとえば「俺は仕事ができなかったからもう人生失格だ」と思ってしまったりして、それ以外の考え方を検討するんですね。「失敗することもあるさ」でも「人生それだけじゃないよ」とか、色々な考え方ができることを練習しましょうというのが認知行動療法ですね。

色々な方法があって、動機づけ面接を読書療法ですることはできませんが、12ステップ

プ法などに関して言うと、神に関する本を読むっていうのがありますよね。それから瞑想に関してはハウツー本もありますし、それこそ仏典などもいいのかもしれませんが、そういう読書療法があります。リセット禁煙に関しては私の本などがあります。認知行動療法についてもワークブックがあります。そういうふうに依存症の治療方法に関する読書療法はそれぞれ工夫されています。ここまでで何かありますか。

参加者：依存症の治療法には読書療法以外にも色々な治療法があるんですね。対人関係療法とか認知行動療法とか、色々な治療法があるんですね。

色々治療法があるんです。逆に言えばそれは決め手になる治療法がないということです。

参加者：質問ですが、キリスト教ベースの 12 ステップ法と仏教ベースの瞑想や ACT というお話でしたが、日本だとやはり文化的に仏教ベースのもののほうが受け入れられやすいということはあるですか。

そうですね、日本だと断酒会というのがすごくたくさんあります。断酒会というのはもと AA だったらいいんですが、AA のように「すべてをお任せします」だと日本では受け入れられないんですね。なので匿名にするのではなく自分の名前をちゃんと名乗って、というように非常にジャパナイズされたものになっています。アメリカとかだと、精神科医とこの人たちはすごく仲が悪いんですよ。日本でもそういう危険があるんですね。つまり、依存症の人に精神科医が精神安定剤を出すことがありますよね。本当に不安なら薬をやるくらいだったら精神安定剤を飲みなさい、と。すると神様との契約ですから、私は無力であると認めたのに薬を使ってコントロールしようとしているのはおかしいじゃないか、という話になるんです。無力ですべてを神様に委ねたのなら薬なんか飲むな、という話です。なので AA とかダルクとか、厳しいところだと風邪薬も飲むな、みたいなことになります。そうするとどうしても医者と仲が悪くなりますね。だけど日本の場合、日本に入った時点でキリスト教的なところが抜けているので医者とも付き合うような感じになっているんですけれど、仏教のほうはというとほとんど無関心な状況で、最近ほんのわずかですけれど禅のお坊さんとかがやりだしています。ですが、内観療法がありますね。これは仏教系で刑務所や少年院で非常に広まっていますね。あと、森田療法も「あるがままに」と仏教を取り入れていますよね。ですから全体としては仏教系がメインと言っているのじゃないかな、あまり目立ちませんけどね。結構大胆な話をしていますが（笑）あくまでも私の意見ということで受け取ってください。

依存症の支援というとき、お酒でも薬物でもいいですが、支援者はどんな話をしたくなるとおもいますか（スライド 7）？ 「酒はやめろ」と言いたくなりますよね。ところがこれは依存者の気持ちとはずれているんですね。どうずれているかというと、彼らにはお酒やタバコへの期待があるんです。タバコを吸うと落ち着くとか、ストレス解消になるとか、

そういう気持ちがあります。それから、もっと強いのは失うことへの恐怖です。タバコなしでやっていけるだろうか、酒なしで本当に生きていけるだろうかと思っているんです。ちょっとわからない感覚だと思いますが。だからポイントがずれちゃうんですね。「身体に悪いよ」とか「健康になるよ」と言っても、彼らが心配しているのはそういう話ではないんです。酒なしでやっていけるかどうか心配なのであって、酒を飲むと落ち着くと思っていることが重要なんですよ。話がずれちゃっているんです。

なので本当の意味で支援しようとしたら、タバコに対する期待や禁煙に対する恐怖を拭き去る必要があります。ところがこれは、本人自身がある程度気づいて納得しないとうまくいかないんです。たとえば、「タバコを吸うとストレスが増えるよ」「禁煙して本当によかったよ」ということを誰かが言ったとします。すると喫煙者は「吸わないやつに何がわかる」「うまく禁煙できたやつに何がわかる」となってしまうんです。「俺の場合は違うんだよ」となるんですね。何か自分のこととして捉えないと、言葉だけで「タバコを吸うとストレスが増える」と言われてもピンとこないんです。普通の人だって、タバコを吸うとストレスが減ると思っていますよね。だから「逆なんです」と言っても「何をわけのわからないことを言ってるの？」となってしまうんですよ。だから何か気づいてもらうようにしないといけない。

ここで気づきについて簡単な実験をしたいんですが、これ（スライド8）はどうでしょう？ 二匹の動物が隠れています。犬と鷲ですが、わかりましたか？ 右下のほうに斑の犬がいて、その後ろに大きな鷲がいますよね。何が言いたいかというと、気づきというのは結構あいまいな言葉なんです。実はポジティブシンキングや暗示とは違うということなんです。気づくまでは、何かの写真かな、景色かな、とわかったつもりでいますよね。動物が隠れていますよと言うまでは、わからないわけです。ポジティブシンキングの場合と違って「今日は気分が悪いから犬が子犬になっちゃってるよ」ということではないわけです。あ、あれは犬じゃないんだ、猫だ」と暗示をかけるのとも違いますよね。だから「あ、あそこにいるんだ」ということさえ気づいてしまえば、非常に実際的な行動に対する変化を起こすことができます。

リセット禁煙（スライド9、10）もそういう、構造化された心理教育で、質問によって気づきを起こす、失楽園仮説に基づいたものです。これからその失楽園仮説について説明していきます。

依存症とは、ということなんです。一番重要なのは、禁断症状が治まった後も戻ってしまう人が多いということです。せっかくやめたのにまた戻ってしまうわけですね。だから身体の依存というよりも心が引き寄せられるということが問題なんです（スライド11）。心が引き寄せられるというのは、薬物に限らないですよ。たとえばゲームやギャンブル、買い物、携帯、DV、カルト……色々なものがそうですよね（スライド12）。

共通しているのはコントロールができないということなのですが、そうするとこういう誤解が出てくるんです（スライド13）。「なんでも依存症にすればいいというものではないでしょう。僕らは誰だって何かに依存してるんじゃないですか」ということを言う人が出てきます。これは間違っているのを確認しておきたいんですが、たとえば僕たちは水依存

症でしょうか？ 本当に水依存に近い状態というのはあります(スライド 14)。これが水中毒と呼ばれる状態ですが、必要とかではなく、もうわけのわからない欲求が出ちゃうんですね。隠れてでも飲みたくなって、身体がむくんでいてもまだ飲んでしまうんです。そういう状態になるのがタバコであったり薬物であったり、ゲームとかですよ。「こんなことやってたら学校に遅刻する」「退学になる」とわかっていてもやっちゃうんですから(スライド 15)。

それから、「意志が弱いからではなく病気ですと言われても……」っていうのもあります(スライド 16)。これもよくわかるんですよ。タバコや酒ならまだ合法だけど、違法薬物をやっておいて、しかもやめられなくなって、みんなに迷惑をかけた挙句に「これは病気だからしょうがないんです」と言われると「なんだそれ」という気持ちにもなると思うんですね。そのとおりだと思うんです。ただ、医者から見て病気の部分も確かにあるんです。それは何かというと、始めるととまらなくなっちゃうということです。アルコール依存でいうと節酒はできないんです。昔はほどほどに飲んでいた人が依存症のレベルまでなってしまうと、もう止まらない。たとえば 5 年間断酒をして、その間に仕事にも復帰できた、娘の結婚も決まった。ところがその娘の結婚式のときに「まあ今日くらいいいか」と一杯飲んで、そうしたらまた始まってしまった。

どうも止まらない回路が脳の中にできているみたいなんです(スライド 17)。たとえば自転車の練習を思い浮かべてもらおうと、子供のころに繰り返し練習すれば、おじいさん、おばあさんになっても、ずっと乗っていなくても、また乗れますよね。それはいわゆる長期記憶っていうのは海馬にできているからなんです。それと同じように、繰り返し繰り返し酒を飲む、繰り返し繰り返しゲームをする、繰り返し繰り返しギャンブルをする、そのことで報酬系に回路ができてしまうようなんです。その回路自体は何年やめていても残っているんです。動物実験で神経細胞を見ると(スライド 18) こういう一つ一つの神経細胞にブチブチとした神経線維があって、そこの神経がすごく敏感になっているらしいんです。だから一本でもやってしまうと、このブチブチというところに全部電気がドーンと流れて、また一本、また一本となっていってしまう。それ自体は死ぬまで治らないということがわかってきたんです。

あとよくあるのは、「ハマらなければいいんだよ。みんなやってるよ」とか言うんですが(スライド 19) 覚せい剤のようなものでも禁断症状がないときは普通に見えるっていうのがよくないんですね。これが油断してしまう原因です。頭の中で流れが起こっているんですけど、回路に電気が流れていなければ見たところわからないものですから「全然たいしたことないじゃない」って思ってしまうんですよ(スライド 20)。そこがまた難しいところかもしれません。

それでは、そんなおかしいことになっているのに本人はどうしてなかなかやめられないのかという、心理的なトリックについて話をしていきます(スライド 21)。みなさんの中で、「酒で眠りやすくなる」と思っている人はどれくらいいますか？ どんどん酒を飲んでいると、最後には眠たくなってしまいますよね。この質問を中学生くらいの子にすると、飲んだこともなくても半分以上は手を上げますよ。たとえば家でお父さんが酒を飲んで寝て

いるとか、ドラマの中で嫌なことがあったときに酒を飲んでいたりするのを見て、酒で眠りやすくなるとみんな思っているんですが、実はアルコールの作用自体は睡眠の後半を障害することがわかっています。ノンレム睡眠という深い睡眠が阻害されるので、朝になって最悪の場合は二日酔い状態なんです。深い眠りがとれていなくて、朝になってもボヤーンとしている。場合によっては昼間になってもボヤーンとしているんですね。すると晩はどうなるでしょう？ 眠りやすいと思いますか、それとも眠りにくいと思いますか？ 眠りにくくなっているんですね。ところが本人はそれに気づいていないので何を考えるかというと、「あー、また眠れない。昨日嫌なことがあったばかりだし」と、また飲んでしまうんです。そうすると、何がまずいかわかりますよね。そのときは確かに眠れるんですが、次の晩はまたもっと眠れなくなってしまうんです。そのことがわからないからまた飲んで寝ようとして繰り返すうちに「酒がないと眠れない」ということになってしまう。あるいは「酒のおかげで眠れる」とか。これは依存症に近い精神状態になっていますよね。この話を聞いておいてよかったと思う人はどれくらいいます？（多数挙手）そうなんですよ。たったこれだけのことなんですけど、知っているか知らないかで雲泥の差ですよ。

今、東北地方ですごく飲酒運転が増えているんですが、どうしてだと思いますか？ 震災の影響ですよ。震災の影響で眠れないようなことがあってそこで酒を飲んじゃうんですよ。当人たちは酒のおかげで眠れると思っているんですが、実際には酒のせいでどんどん眠れなくなっていくって、酒がないと眠れないようになっていっているんです。昼間もボヤーンとしているから「飲むとシャキッとする」ということになって、非常に危険なことになっています。こういうことって、大学を卒業していたら気づくと思います？ 医学博士なら気づく？ 教えてもらわなきゃ無理でしょう。だから頭のいい人でもしっかりした人でも依存症になるときはなってしまうんですね。残念なことにこういう形で依存症について提示している教科書は皆無と言っていると思います。酒で眠れなくなるということは書いてあっても、その次の晩にこうなるから思考のトリックで騙されていってしまうよということまで書いていないんです。だから残念ながらいつまでたっても先に進まないんです、予防という観点で。

タバコに関しても薬物に関しても一緒です。人の脳には癒しや安らぎを感じるドーパミンを出す神経があって、ニコチンはドーパミンを強制的に出させるんです（スライド 22）。これは他の薬物でも一緒です。初めての一本は強制的な刺激なので、気持ちが悪くなります。覚せい剤とかもそうです。最初から気持ちがいいということはほとんどありません。気持ちが悪くなります。そこで油断してしまうんです。まさかやめられないなんて思わないので「先輩と一緒にのときだけいいか」とか、たとえば金曜日にバイトに行くとバイト仲間が全員吸っていると「金曜日のバイトの後だけ吸おう」と思っているんですね。そうしていると、ドーパミン神経が弱っていくんです。これは、ムチで叩いて働かされているようなものと思ってください。そうすると、ムチがないと普段ドーパミンが段々出なくなってしまうんです。タバコを吸っている人と吸わない人と比べると、普段のドーパミンの反応はどちらが強いと思います？ タバコを吸っている人のほうが弱くなってしまっているんですね。そういう具合にドーパミンの反応が弱くなったところでタバコを吸うとち

ようどよくなってしまうんですよ。味がわかったと、本人はタバコを吸えるようになったと思っているんですが、実はもうその時には依存症にほとんどなっていると思ってください。というのは、味がわかった以上、自分で買いに行ってしまうですね。自分で買うとどんどん吸うから、ますます神経が弱ってしまう。当然本数が増える。

仮説の部分というのは、本数が増えることに比べて、日常生活にすごく変化が起きると思うんですが、それを思い浮かべてみてほしいんです。ヒントは、ドーパミンが弱っているわけですから、ドーパミンはもともと癒しや安らぎを与えていたわけですから、癒しや安らぎが減ってしまうんです。これが仮説です。この2、3年の間にこの仮説を裏付けるような Functional MRI という脳画像のデータがどんどん出てきていますので、仮説ではなく本当らしくなってきました。ということで論文を書いてちょうど雑誌に投稿したところですよ。まとめると(スライド 23、24) ニコチンはドーパミンを無理やり出させて、そうすると神経が鈍って、薬の量が増えて安らぎが減って不安が増えて、最後は精神病になってしまいます。妄想・幻覚、廃人、自殺、と……。タバコの場合はうつ病が2倍に増えることがわかっています。幻覚や妄想は起きませんが、うつ病が増えてしまうんですね。

では、日常生活で幸せを感じにくいというのはどういうことかということ、「おーい、今日は大漁だぞー!」「めしだーっ」「めしだめしだーっ」(スライド 25) って、こういうときはドーパミンが出るのがわかりますよね。ところがスモーカーはドーパミンの出が悪いので、せっかくのご飯なのになんとなく物足りないんですよ。そうすると食事の後に「シメの一本」が出てくるわけです。どんな大好物をどれだけお腹いっぱい食べても、それだけでは幸せが完成しきらない。シメの一本がいるんですよ。あるいは遠足で「さあ頂上についたぞ!」「わあ～、きれい。海まで見える!」(スライド 26) という、ここで吸いたくなるんですね。だから吸わない人からしてみれば、何でよりもよってこんな景色がよくて空気がきれいなところで吸いたくなるのって思うんですが、吸う人にしたら、ちょっと幸せを感じにくいので、そこで吸いたくなっちゃうんです。「そういうところで吸えなかったらどうなるの?」って訊いたことがあるんですが、「疲れただけ」と言っていました。薬物でもアルコールでもそうですが、「俺は酒くらいしか趣味がないんだよ」って言うんですが、実は酒に溺れる前は色々なことをやっていた人だったりするんです。つまり、酒を飲んでいる間にだんだん他のことをしても楽しくなくなってきたしまったということですよ。そういうことが起きてきているんです。

あるいは「社長が呼んでるよ」と言われた社員が心配になって、そこで吸いたくなってしまう(スライド 27)。実はドーパミンというのは快樂と結びつけられている研究が多いのですが、ストレスがかかったときにもドーパミンが出るのがわかっています。ねずみの足に電気ショックを与えとか、わざと溺れさせるとか、そういうストレスを与えるとドーパミンが出るという研究があるんです。だからアドレナリンとかと一緒に、そういうストレスに対処する力にもなっているんですね。なので「社長が呼んでるよ」と言われると、本当はそこでドーパミンが出なきゃいけないんですよ。ところが出ないので、どんどん心配になって、不安になっていってしまう。そして一本吸いに行く、ということになるんです。ちなみに、タバコを吸わない人はそういうときに吸いたくならないので、吸ってい

る人からすると羨ましいんです。社長に「すぐ来い」って言われたら吸わない人はすぐに行くのに、スモーカーはますますすぐにタバコを吸いに行きたくなくなってしまう。そうすると自分が情けない人に思えて、吸わない人が「強い人だな」「何かうまいストレスの解消法を知ってるのかな」と思ってしまうんです。でも、吸わない人にしてみれば、特別強いとか特別な解消法を持っているわけでもないですよ。ではいったいどこが違うんでしょう（スライド 28）。

それは、脳が元気でドーパミンがちゃんと出るということです。軽く目を閉じて深呼吸するだけでも、脳が元気であればアルファ波やドーパミンが出るんです。今はアルコール依存や薬物依存になっている人でも、子供のころに学習発表会の前に酒が飲みたくなったかといえ、そんなことはないんですよ。その時はその時なりにストレスに対処する神経物質が出ていたということです。だけどそれを自分で壊してしまった。そして酒やタバコがないとやっていけないようになってしまったんですね。

こういう情報を提供していくと、このあたりまで来ればスモーカーでもアルコール依存でも、自分の状態はかなりやばい状態だということに気づくわけです。ギャンブルでも一緒です。ギャンブルでも強制的にドーパミンが出ますからね。「自分は幸せを感じにくくなっている、どうやらこれはまずいな」ということがわかってくると、それではどういう情報が必要かといえ「やめたらどうなるか」ということです。酒をやめたらどうなるか、タバコをやめたらどうなるか、当然知りたいですよ。

酒やタバコをやめると、脳は回復してくるんです。ただひとつ問題なのは、一日一本でも吸っていると回復しないということなんです。これはスイッチが入ってしまうということもありますが、脳自体が回復しないんです。なのでスパッとやめるしかないんです。これは怖いことかもしれませんが、スパッとやめさえすれば脳が回復してきます。意外とこの回復は早いんです。3日とか、せいぜい1週間か2週間で回復してきます（スライド 29）。そんなに早く回復するのに、「前回禁煙したときは何ヶ月もつらかった」ということが起こるんですよ。1ヶ月たっても2ヶ月たってもまた吸いたくなったのは何でだろうという気持ちがあると思います。それは、依存には体の依存と心の依存の二つがあるからなんです。ですから、脳自体は回復してきます。心の問題のほうが残っているんですね。

心というと難しく考えがちですが、依存症の場合は単純に考えていいのではないかと私は思っています。どういうことかということ、「間違っただけ」というのがポイントになると思うんです（スライド 30）。たとえば「酒でよく眠れる」と思い込んでいたとします。そうしたら何年断酒していても、いやなことがあって眠れなかったら「ここで飲んだら眠れるのに」と思ってしまうんですよ。だけど「いや、そこでいったん眠れても次の晩もって眠れなくなっちゃうんだ」と知っていたら「ちょっと待って」という気持ちが働きますよね。タバコに関しても、吸ったときは落ち着くけど結局その後他のことが楽しめなくなってくるわけですよ。そういったことまで考えると「いや、待てよ」という気持ちになりますよね。そういう間違っただけの思い込みがポイントになるんです。なので、誤解が解ければ解消していくんです。リセット禁煙における読書療法の中心というのは、そういう依存症の人の誤解を解いていきましょう、というものです。依存症の人のある種典型的な誤解

が登場するビデオがあるので、ここでお見せします（スライド 33）。

（タバコを吸う女性が登場）「初めてタバコを吸ったのは、13 のとき。それ以来タバコを切らしたことはないわね。まあなんていうか、双子の姉妹のような関係よ。切っても切れない縁があるっていうか。友達みたいなものかもしれない。親しい友達がぎゅっと抱きしめてくれるような感じなのよね。いいことばかりよ」

実際にはそうではありませんでした。この女性、デビー・オースティンさんは 41 歳のとき、喉のがんに侵されました。しかしそれでもタバコをやめようとせず、喉にあげた穴から吸っています。

「もちろんタバコは口で吸いたいけど、もうそういうわけにもいかないじゃない。だから喉に穴を開けてもらったのよ。口にくわえてるときみたいにプカプカ軽くふかそうとしてもできないから、スパーッと思い切り吸い込むことにしてるの。……豪快でしょう？」

ちょっと豪快すぎるんですけどね（苦笑）。さて、彼女の台詞の中に、すごく彼女が勘違いしていることのヒントがあるんですけど、この言葉に注目してほしいんです。デビーはタバコを吸うと「親しい友達がぎゅっと抱きしめてくれるような感じなのよね」と話していました。これはすごくいいヒントだと思うんですが、彼女はどんな勘違いをしていると思います？ 彼女はニコチンが切れてくるとどんな気持ちになるんだと思います？ 友達がぎゅっと抱きしめてくれるのの反対ですから、友達が離れていくような寂しいような気持ちがしてくるんですよね。そういうときにタバコを吸うと友達がぎゅっと抱きしめてくれるようで癒されるんですね。それを 13 のときから一日に 10 回とか 15 回とか、場合によっては 20 回、30 回とやっているわけですね。それは切っても切れないような姉妹になっちゃいますよね（スライド 34）。

ところでみなさんは、大失恋をしたとして、一日に 20 回も 30 回も抱きしめてもらいたくなります？ そういう恋愛をしてみたい気がしないこともないですが（笑）それが 5 年、10 年続くとしたらどうですか？ ちょっと勘弁してもらいたいですよね。なんかやっぱ不自然なことが起こっているんですね。おそらくタバコの影響なんですよ。寂しさを感じやすくなってしまうと言っていると思うんです。ドーパミンが弱っているから、ニコチンが切れるたびになんとなくむなしい気持ちがしてくる。吸ったときだけちょっと落ち着く。ところが本人はそれがニコチンの影響だって気づいていないんですよ。だから自分のことをどう思っているかというと、自分が寂しくなるのはタバコのせいではなく自分自身のせいだとか、自分の家庭環境のせいだとか、そういうことを考えているんです。たとえば「私は寂しがりだから」「私は弱い人間だから」ついつい寂しい気分になってタバコを吸わずにいられないと思っているので、禁煙しろといわれるとすごく怖くなって本当にやっていけるかと思ってしまうんです。だけど、もともと吸っていなければそんなに寂しくならなかったかもしれないんです。このデビーさんだって、豪快そうな人でしょう？ こういう人がカラクリがわかって禁煙すると、元の明るい人に治るんですよ（スライド 35）。

ややこしいことに、ニコチン切れのストレスはこういうふうに他のストレスと区別がつかないんです。だから「私はタバコでストレス解消している」という人が出てくるんです。お酒もまったく一緒です。「酒を飲まずにこんな仕事ができるか」というわけです。それはそうだと思います、区別がつかないんですから。ここで確認ですが、タバコが解消してくれるストレスがひとつだけあります。何だかわかりますか？ それはニコチン切れのストレスです。ということは、もともとニコチン切れ以外のストレスにはタバコは関係なかったということになります。まあ、当たり前といえば当たり前なんですが。タバコを吸おうが吸うまいが面倒な仕事は結局片づけなければいけないし。人間関係がうまくいかなかったら、それが改善されるまではストレスになりますよね。でも、スモーカーは結構しぶといんですよ。「でも、吸ったときはほっとするから」と言うんです。ここで大事なことを見落としているんですけど、それは何でしょうか？ それは、もともと吸っていなければイライラや寂しさ、手持ち無沙汰をそうしょっちゅう感じることはなかったということです（スライド 36）。最後にはうつが2倍になってしまうんですからね。見えないところで日常生活をすごくつらいものにしているんです。

まとめとして、この図（スライド 38）にあるように、何かのきっかけでタバコが吸いたくなったり薬物がやりたくなったりして、「タバコを吸うとストレス解消できる」という誤解があるとそっちにワープして行ってしまう。それを何とかしましょうというのが私の考えている読書療法なんです（スライド 39）。

寺田：磯村先生、ありがとうございます。先ほどのビデオを初めて見て衝撃を受けたのですが、あの喉の穴はタバコを吸うために開けたわけですよね？ そもそもそういうことが許されるのかと思ったのですが、あれは一般的に行われているものなのですか？

磯村：あれはタバコを吸うためというよりも息を吸うために開けた穴なので、「息を吸うために開けた穴でタバコを吸っている」と言うほうが正確ですね。タバコを吸わない人でも、ああいう穴を開けることはよくあります。

寺田：タバコを吸うために開けたのかと思って、それを許す医師って一体……と思って見ていました。あれくらい依存が進んだ状態でも、自分の身に一体どういうことが起きているのかを把握して回復していくことは可能なのでしょうか。

磯村：回復はできると思います。回路は治らないですよ。一本吸うと続いてしまうという回路は残っていると思うんですが、吸わずにいるということはできると思います。もうひとつ、先ほどの映像はものすごくたくさん吸ったからああなったように見えるでしょうが、実は若い人でも同じようなレベルです。たとえば、タバコが原因で高校を退学になっちゃう人がいますよね。本人はタバコをやめたいし、家族もそれを応援しているし、学校の先生も学校に残ってもらいたいし、みんなでタバコをやめさせようとするのに吸っちゃうんですよ。本当に若い段階からそういう状況があります。

寺田：ありがとうございます。事前にいただいていた質問で、「子供のころの親子関係と依存症は関係があるのでしょうか」(スライド 41)というのがありますが、これについてはいかがでしょうか。

磯村：関係あるのですが、これは注意が必要です。いわゆるアダルトチルドレンについては本も非常にたくさん出ていますが、現在の精神科医や心理の臨床ではアダルトチルドレンについてはほとんどと言っていいほど考慮されていないんです。あれはある種のブームだったというか、ブームが過ぎたという感じですね、こう言うと語弊があるでしょうが。臨床的な感覚として、依存症の親を持った子供が成人した後に依存症になりやすいとか色々な精神障害を持ちやすいというのは実感もあって、世代間連鎖という言葉もある。これはまあ事実だと思うんです。だけど、親がいじめたから子供が依存症になったというふうには今は考えられていないんです。別の言い方をすれば「親にいじめられたので治らない」ということになってしまいますよね。

もうひとつ、たとえば胃潰瘍の原因って何だと思います？ 普通はストレスだと思いますよね。だけど今の医学の常識ではピロリ菌なんですね。胃潰瘍の 7 割～8 割はピロリ菌が原因である、と。そしてピロリ菌を除菌することで、繰り返し繰り返し胃潰瘍を起こしていた人が起こさなくなったりするんですね。ピロリ菌が見つからなかったころは原因はストレスということになっていて、ストレスに弱い人が繰り返し胃潰瘍を起こすという解釈だったんです。だけど今は、胃潰瘍にストレスが関係ないとまでは言いませんが、やっぱりピロリ菌がメインだという話になったんですね。

喘息も一緒なんです。喘息はもっと悲惨で、「お母さんが甘やかすと喘息になる」ということを小児科の教授がずっと言っていたんです。だけど今は吸入ステロイドという薬ができて、それを使うことで、お母さんが甘やかそうが何をしようが発作が起きなくなったんです。

ですから、私の印象では、人間関係によって依存症が悪くなるということはあると思いますが、風邪を引いていたって喧嘩をしていたら悪くなるでしょうから、そういうことはあるでしょうが、やっぱり何か別の回路ができちゃっているとか、そういうことがあるんだと思います。

寺田：ありがとうございます。続いて働き方とか個人の仕事の仕方に関して伺いたいのですが、たとえばフリーランスの場合、会社勤めと違って一定のパターンのない仕事の仕方をしがちですね。磯村先生のご著書の中で恋愛依存に関する箇所を拝読しながら「これはフリーランスの仕事の仕方にも通じるのでは」と思ったんです。恋愛依存の人だと、恋愛にすごく集中して、それがなくなると一気に何もなくなって、という具合ですが、フリーランスで働いていて一時的に仕事がワーッと集中して、またそれがなくなって、というのとパターンの似ているのではと感じたんです。そういう働き方をしていると依存症になりやすいということがあるのではと思ったのですが、どうなのでしょう(スライ

磯村：今の質問をアルコールの専門の先生にメーリングリストで尋ねてみたんです。彼と私も同意見なんです、彼によれば、一喜一憂するというよりも、状況への対処法として飲酒を多用するかどうかというほうが大きいです。どんな状況にあっても自分は冷静でいなければならないと脅迫的に考えている人は依存症の傾向があります。要は、感情をコントロールする手段として飲酒を多用するかどうかですね。そういう傾向があると危ないです。仕事の仕方についてですが、ある時期集中して、あるときはポーッとする、そのこと自体は悪くないです。要するに、どういうときに依存症になって、どういうときに依存症にならないかということです。それは、密度が濃いときと薄いときがあることよりも、密度をどんどん濃くできるかどうかだと思えます。

たとえば、タバコを吸うとします。ニコチンの影響で幸せを感じにくくなりますよね。一般的な幸せは感じにくくなるのに、タバコへの感受性は保たれるわけですね。タバコに対してはいつまでも幸せを感じるわけでしょう？ それって何でだろうって思いませんか？ それは、タバコは簡単に本数を増やせるからなんです。本当はタバコに対する感受性は落ちてるんですよ。だけど1本で足りなければ2本、2本で足りなければ4本……という具合にどんどん増やせるんですよ。そういう状況が危ないんです。たとえば風俗でも、特定の人の場合と違って、たくさんの人を対象にしていればいくらかでも数を増やせますよね。そういう状況になってくると依存症になりやすいんです。仕事でも、どんどん密度を濃くしていく。たとえばランキングが何位になった、売上がいくらになった、みたいなところで、最初は売上が100万円でドーパミンが出たのに次も売上が100万円でドーパミンがちょっと減りますよね。それが200万円だと、またドーパミンが出ますよね。そうやっていくうちにどんどん売上を上げていこう、上げていこうとなっていく。それができる人がまたはまっちゃうかもしれませんね。普通はできないからほどほどのところで手を打つんですが、なまじできてしまうと。

寺田：どんどんどんどんつぎ込んでしまうということと言うと、最近よく携帯のゲームなどのゲーム依存がニュース番組でも取り上げられていますが、あれはゲーム会社のほうが「はめてやろう」という戦略の基に作っていますよね、心理的なものを駆使して。たとえば、希少なアイテムがあって、ほんのわずかなパーセンテージでしか入手できないものだけれど、それを得られるまで何度もお金をつぎ込んでしまうとか。あと、そのアイテムを持っていることで他のプレイヤーたちから「それ持ってるんだ、すごいね」って賞賛されて自己承認欲求が満たされていくとか、そんなふうに使われていますよね。そうやって作られているものに対して、予防はどういうふうにいけばいいのでしょうか。

磯村：プロセス依存のスライドを作ってきたのですが（スライド50）、ひとつにはメカニズムをある程度知っておくことが大事だと思います。ギャンブルやゲームなどのプロセス依存は、物質を使わないけれどもドーパミンを強制刺激するわけですね。たとえば

なさん、今まで生きてきた中でいちばんうれしかったときってどんなときですか？ 色々あると思いますが、大体は「予想外のときに予想外の報酬がもらえたとき」ではないでしょうか。ドーパミンがよく出るタイミングというのは、たとえば宝くじなんて当たらないだろうと思っていたら当たったとか、そういうふうに予想外のときに予想外の報酬がもらえたときなんですよ。あとは、そういう予告が出たときです。「もらえそうだ」となるとドキドキしてくるんですね。こういうことを知っておくといいと思います。「人間の脳ってそういうものなんだよね」と理解しておくことがまず必要です。ゲーム会社とかはそれをわかって使ってくるわけですよ。突然宝くじに当たりました、というよりも当たりそうになる、リーチ予告のランプを出しておいて、それから実際に当たりが出てくるっていう仕掛けにして、なおかつうまい場合には「来るかな」と思って来ない場合があるんですね。そうするとドーパミンが逆に減るっていうことがわかっているんです。これを知っておくといいですね。たとえば携帯で「そろそろ返事があるはずだ」と思って見るじゃないですか。それがまだだと「まだか」とドーパミンが減っているわけです。彼かと思ってみたら別の人からだったりすると、やっぱりドーパミンが減るんですね。そういうことを知っておくいいと思います（スライド 51）。

これがすごくうまく利用されていて、正の強化と間欠的強化という重要な概念があるんですが（スライド 52）、正の強化というのは、ある工夫をすると必ず報酬が得られる、たとえばレバーを押すと必ず餌が出るという場合、ねずみは必ずレバーを押しますが、壊れてしまうと出なくなるのですぐやめます。ところが、「たまに出る」というふうにしておいて、一生懸命レバーを押すとたまに餌が出る、というようにしておくと間欠的強化といって、えさが出なくなっても結構しつこく押し続けるんです。これは日常生活でいくらかでも起こっていますよね。一生懸命工夫してうまくいくっていうのは、人間にとっては本当はいいことです。だけどそれが相手を間違えると、えらいことになってしまうんです（スライド 53）。こういうこと自体を勉強してもらうのが、いちばん予防になると思います。

寺田：ありがとうございます。たしかに、知っておくことで変わるということが多いと思いますし、読書療法でも、まずは知ってもらうという部分と、その先の気持ちに寄り添っていく部分とあると思うんですが、先生のご著書の中で色々な形でそれを工夫されているなと思いました。よかったらご著書のご紹介を兼ねてお話ししていただけたらと思うのですが、いちばん初めに、『禁煙セラピー』を読んでもらおうと思ったら厚すぎて患者さんが読まなかったのでもう薄い本を作ったというお話がありましたが、それ以外にも先ほどのスライドで登場していた 4 コマ漫画やイラストを使ったものもありますよね。

磯村：禁煙に関しては、『リセット禁煙のすすめ』が繰り返し読みやすいので自分では気に入っていて、あと、『リセット！ タバコ無用のパラダイス』のマンガもとてもよくできているので、自分でもこれはどちらでもいいという感じです。読書が好きな人には『二重洗脳』がお勧めです。書くのに苦労して 5 年くらいかかったのですが、韓国や台湾、中国でも翻訳されて出ているので、一生懸命書いた甲斐があったなと思います。『図解でわか

る依存症のカラクリ』はちょっと背伸びして書いた感じで、というのは『二重洗脳』が出てすぐに秀和システムというところから電話があって、これを依存症ごとに書いてくれな
いかと言われたのです。自分ではとても無理だと思ったのですが、せっかくだからという
ことで書いたんですが、正直なところすごく大変でした(笑) ギャンブルだとかゲーム、
摂食障害だとかに於いての失楽園仮説についての本ですね。そういう観点で書かれた本は
あまりないと思うので、そういう意味では参考になると思います。

寺田：先生が普段対応されているのは、禁煙が多いのでしょうか。

磯村：そうですね、禁煙と、あとは企業の一般の診療所にいます。一般の診療所にいる
とどういう人が来るかというと、酒は毎晩飲んでいる、肝臓はだんだん悪くなっている、
だけど勤めはとりあえずまだできている、という、いわゆる常用量依存ですね。ビールを
一本飲むだけだけど、それが毎晩だとか。休肝日を作ろうとするんだけど、それがうまく
いくときもあればいけないときもあるし、という感じで基本的には毎日飲んでしまっ
ているんですね。何がいけないのかと思うかもしれませんが、これは長い目で見ると依存症
にいつてしまいますね。

寺田：普段そこそこ飲んでいる程度の方が高齢になると依存症になってしまうというの
を読んで、私もビックリしたんですが。

磯村：ちょうど『図解でわかる依存症のカラクリ』で、ある事業所で毎日酒を飲むかど
うかを集計してアンケートをしたんです。そうすると20代は少ないんですが30代で2割、
40代で35%、50代で40%、60代で約50%というふうに、年代を追うごとにだんだん毎
日飲む率が増えていつてしまうんです。だから、気づかないうちに神経の変化が起こって
いつてその回路ができていつちゃうんでしょうね。そういうのを常用量依存といいます。

寺田：読書療法が効くかどうかということでは、たとえばアルコールの場合とタバコ
の場合だと、タバコを吸う方は松岡正剛さんのように吸いながら読むような(笑)わりと読
書家のイメージがあるのですが、アルコール依存で読書をするというのはあまり結びつか
ないのです。喫煙者には読書療法は効果があるけれどアルコール依存だと難しいとか、そ
ういうことはあるのでしょうか。

磯村：アルコールに関しては、スライド42にも書いたのですが、東京の成増厚生病院
の東京アルコール医療総合センターに垣渕先生という方がおられて、アルコール界では有
力な研究者なのですが、彼によれば結構読むみたいです。エッセイ集から分厚い本まで。
また、治療期間につながる前にネットで情報を得ている人も多いので、アルコール依存症
の場合でも難しくないと思います(スライド48)。結局、依存症の人って、病院に来るまで
が長いんですよ。「病院に行くとやめさせられる」と思っていますから。やめたくないんで

すよね。やめたいんだけど、やめたくもない。両方あるんです。「やめなきゃな」って言いながら「でも病院に行くとやめさせられちゃうし、もうちょっと、もうちょっと……」って言ってその間にネットとかで調べて一生懸命本を読んだりするんですね。なので図書館とかにも行っていると思うんですよ。

寺田：電子書籍とか、そういう取り組みはあるんですか？

磯村：電子書籍は、私個人で言うと『リセット禁煙のすすめ』を英語にして Kindle で出しています。

寺田：電子書籍のほうが反応があったりしますか？ 依存症の場合、本よりもネットを参照することが多いのかなと感じたのですが。読書療法をする上でも、本よりも電子媒体を使ったアプローチのほうが受容されやすいのかな、と……。

磯村：それについては経験がないですね。というのはこの本は英語で Kindle で出したのでどういう反応があったのかよく把握できていないのですが、ネットということ言うと、今のところはネットで薦められた本を図書館で借りて読むとか、ネットで買って読むとか、そういう人が圧倒的に多いですね。どう思いますか？

寺田：対象とされる方によって読書療法のアプローチも色々だなと思ったのですが、今回の勉強会の準備をする際、磯村先生のご著書以外にも「こんな本が出ているんだな」というのをネットで色々見ていたんですね。その中で目にとまったのが、10代～20代くらいのタバコを吸う女性向けに書かれた本です。「タバコをやめると、こんなにいいことがあるよ」という内容で、そこに書かれているのがたとえば「普段使っている美容液でもこんなに効く」とか「口がタバコ臭くないからいつでも彼とキスできる」とか……「そこなんだ」と思って見たんですが（笑）あと、「タバコをやめると甘いものが食べたくなくて太るって言うけど、そのときにはダイエットはこうすればいい」とか、ポイントがずいぶんと対象の方によって変わってくるなあということを感じたんです。

磯村：ネットということ言うと、そういえばネットの恋愛小説の形でタバコについての本を出しました。だいぶ前なので忘れていました（笑）

寺田：今でも読めるんですか？

磯村：今でも読めます。そのころ結構一生懸命やっていたもので、読者のブログのネットワーク作りとかを一生懸命やっている人がいましたね。今もいるのではと思います。

寺田：恋愛小説のような形だとアプローチしやすいというか、ご著書の中でも記述があ

りましたが、いつもすごく優しい女性がいて、落ち込んだときに声をかけてくれて「すごく素敵な女性だな」と思っていたけれど、もしこの女性が実は男性だったということに気づいたら、それでもあなたは付き合いますか、という……。そういうふう恋愛とかを絡めながらお話ししていくと理解しやすいというのはありますよね。

磯村：恋愛の話はあくまでも入り口ですね。大事な部分は、タバコのメリットを疑ってもらって、禁煙のデメリットについての恐怖をぬぐう、ということですね。「安心してキスができますよ」というのは、禁煙のメリットなんですよ。だからわかっているんですよ。「それはそうなんだけど」って。「肌がきれいになりますよ」というのもわかっているんです。だけどタバコなしだとすごくイライラしちゃうんじゃないかとか、そういうことを心配しているんですよ。

寺田：動機づけのお話がありましたが、治療者対治療を受ける方となると、どうしても壁というか断絶があるじゃないですか。特に磯村先生の場合、タバコを吸わないわけですよ。そうするとお話の中にもあったように「吸わない奴に何がわかるんだ」というのがあると思うんですけど、そういうものをどうやって取り除いていくのでしょうか。どういうふう動機づけ面接は進められるんですか？

磯村：動機づけ面接というのは認知行動療法とかとはかなり違って、ワークシートを書いてくださいとか、そういうのは全然ないんです。日常的にやっているといえちゃっているんです。

寺田：そうですね。今日、磯村先生がここにいらしてから私も色々質問をされて、私も考えていましたが……コーチングに近いのでしょうか。

磯村：コーチングに近いというか、コーチングに限りなく似ていますね。せっかくなのでコーチングと動機づけ面接の関係について説明しておく、結局同じ人間に対することなのでやっていることは似てくるわけですよ。動機づけ面接には4つのプロセスがあるんです。1つ目は関係性を作るエンゲージングというものです。2つ目はフォーカスする。どの部分に焦点を当てるかということですが、関係性がある程度できていないとどの部分とその人の問題なのかがわからないですよ。3つ目は、引き出す。相手から気持ちやアイデアを引き出していく。4つ目は、プラン。計画する。コーチングとのいちばんの違いは1つ目があるかないかですね。コーチングの場合は、相手が基本的に「コーチしてください」というスタンスですよ。少なくともやる気はあるわけですよ。コーチはいらないよっていう人もいるかもしれないけれども、「これがやりたい」とか「こういうふうになりたい」というのがあるわけじゃないですか。だから2つ目からスタートできるんですよ。だけど「俺は酒飲んでそのまま死んでもいいから」と言っている人がいるわけじゃないですか。「もう死ぬまで吸うから」とか（苦笑）。「もう不倫だろうがなんだろうが私は彼に

ついていくわ」とか。そういう人もいますよね。そうすると関係性を作る部分が必要になるじゃないですか。ここの部分がコーチングにはないですね。倫理規定があって、そここのところはカウンセラーに任せてくださいというふうになってしまうんです。メディカルコーチングということを行っている人もいますが、基本的にはわりと素性のいい人が相手なので。素性がいいというのは、せいぜい糖尿病の食事療法くらいということですよ。本当は糖尿病の食事療法でも手ごわいんですが。「これもだめ、あれもだめ」となるので「じゃあ俺は何を食ったらいいんだ！」ということを出し出す場合もありますから。1つ目の、関係性を作る部分。これが違いで、ここから先はコーチングも動機づけ面接もほとんど同じだと思います。関係性ができるかどうかです。

寺田：そこでかなり現場でご苦労をされていると思いますが……。

磯村：そうですね。動機づけ面接が面白いのは、対応の仕方がある種数式化されているんです。こういうふうにして、こういうふうにして……という対応の手順がある程度決まっているんです。だからその対応手順に沿ってやっていくんです。

寺田：反抗する人にはこう、とか。

磯村：そうです、そうです。こういうふうには反抗してきたらこういう言い方をする、というようなやり方が大体できていて、それにそって言葉のやり取りを重ねていくだけなんです。特別な教材とかは必要ないのです。スキルとしてはそういう感じです。ただやはり単なるスキルだけではなくて、動機づけ面接のスピリットといって、こうした会話を行う時の心の在り方、人間関係のあり方、について理解し、それにそって実践していくことが大切になります。

寺田：マニュアル化されて共有されているんですか。

磯村：はい、されています。

寺田：じゃあ、それほど臨床経験がなくても対応できるんですか。

磯村：そうなんです。心理を一から勉強する必要はまったくないんです。そういう意味では対人援助として読書療法を行いたい人に向いています。同じ本を読むのでも、いやいや読むのではなく、動機づけられて興味を持って読んだ方が楽しく効果も上がりますよね。まず動機づけ面接のスピリットについて理解したうえで、スキルとしては、相手からこういう言葉が出てくる会話の場合は相槌の打ち方はどういう打ち方がいいのかとか、質問と相槌の割合は1対2がいいと言われていますが、そういう割合でしましょうとか、そういうことがすごく具体的に「こういう会話をするとうまくいくよ」と言う感じでトレーニ

ングしていきます。そしてそれを練習するプログラムがたくさんあるんです。

寺田：そうしたら、そのプログラムを使えば.....

磯村：そう、それを使って練習をして.....慣れるのはちょっと大変なんですけどね。ピアノとかと一緒に、楽譜を見て「こういうふうに弾けばいいのか」とわかって、練習しないと弾けないでしょう？ だけど learnable といわれていて、練習すれば誰でも弾けるようになるんですね。そういう感じです。また実践することで考え方や態度、スピリットの面も身についてくるとされています。

寺田：そうなんですね。多分、このまま放っておくとずっと私が先生を質問攻めにしてしまうことになるので（笑）みなさまのほうからこの機会に先生にお訊きしておきたいことがあればお願いします。

参加者：吸い始める前の社員が吸い始めないようにするためにリセット禁煙は有効ですか。

磯村：吸い始めないようにというのは、すごく有効だと思います。

参加者：吸っていない場合は私と接触することはないので、入社時の新入社員研修でタバコに特化してやりたいと考えているんです。30 人くらいになるとと思いますが、どの部分を伝えればいいのでしょうか。

磯村：僕だったら、やっぱり失楽園仮説の部分でしょうね。タバコを吸うことで、タバコであらゆる種類のストレスを解消できるって、みんな思っていますよね。吸っていない人も。けど実はそれって大間違いで、ご飯の楽しみもなくなるし、あらゆる幸せが感じにくくなっているんですよ。本人は気づかないから「タバコのおかげで」と思っているだけだったんだということですね。そこを伝えたいですね。

参加者：その一点だけなら、時間もそんなに長くなることはないですね。

磯村：そこだけでも伝えたらと思います。

寺田：ありがとうございます。他にはいかがですか。

参加者：「失楽園仮説」というのは、他では誰もおっしゃっていないんですか？

磯村：言っていないと思いますね。少なくとも専門的な医学的なレベルではゼロだと思います。

ます。というのは、最初は本で書いているだけだったんですが、読者の反応がいいんです。だけど専門の分野ではまったく無視されて、そもそも言葉が通じない。

だけど今論文にしようとしているのはどういう内容かというと、14歳の男の子たちを1000人くらい集めたドイツの研究者がいるんですね。それで何をやったかというと、その1000人の子供たちにチョコレートキャンディを10個あげるっていう実験をしたんです。チョコレートキャンディを10個あげると、そのときのドーパミンの反応を画像で捉えることができるんですが、そうすると「あ、チョコだ！」とドーパミンが出るんです。ところがタバコを吸いだした子たちに同じことをやってもドーパミンが出なかったんです。それも、10本くらいしか吸っていないような子でも、もう出が悪かったんです。そんなデータがあるんですが、研究者の解釈は「もともとドーパミンの出が悪い子供がタバコを吸いだすんじゃないか」というものです。だから、全然解釈が違うでしょう。

だけど別の人たちが「思春期にドーパミンの出はピークになる」ということを見つけたんです。これは一昨年のことです。赤ちゃんのときはドーパミンの出はいまいち。だけど思春期になるとドーッと出て、大人になるとまた減ってくる。思春期にこれだけドーパミンが出るのが、色々ややばいものに手を出す原因じゃないのかと研究者たちは考えたわけです。

そうすると、この背景と、タバコを吸い出した子のドーパミンが弱っているという話は矛盾していますよね。だからこれを合理的に説明しようとすると「本当は出ていたんだけどタバコのせいで減っちゃった」と考えるのがいちばんいいんじゃないかと思います。つまり、ドーパミンが引っ込む人が吸いだしたんじゃなくて、ドーパミンが高いからこそ手を出す。だけど手を出した結果どんどんどんどんドーパミンが弱ってしまう。これが失楽園仮説ですね。だけどここは多分バトルが起こります（笑）「ドーパミンが弱っている奴が手を出すんだ」という説がきっと出ます。どっちが正しいのか、という話になると思います。

参加者：僕自身はアルコールや薬物の臨床をやっているんですが、先ほどおっしゃっていた「言葉が通じない」というのはわかります（笑）仮説がどうであれ、それが治療的に有効であれば、依存症の治療はこれひとつでいいんだというものがない以上、使えるものが多いほうがいいと思います。先生の『図解でわかる依存症のカラクリ』は、どうしても精神論になりがちなところを、脳でこういうことが起こっているというカラクリの絵がたくさん入っていて、すごくシンプルでわかりやすかったので、一般の方向けにお話をするときにも使わせてもらっています。ドーパミンの話とつながるとわかりやすいかと思います。

僕自身は、クーラーと風鈴という話をよくしてまして、40～50年前は暑い夏の日に風鈴とか、水を撒いたり、冷たい麦茶を飲んだりしてしのいでいたんですが、今は朝起きてから寝るまで、タイマーもあって一日中どこに行ってもクーラーが効くようになっちゃうと、それが当たり前になって、涼しいという感動もなくなってしまう。むしろクーラーが壊れたときは耐えられない苦痛を伴う。もともとたまに使えば感動していたものが、い

つも慣れてしまうと全然感動もなくなって、それが使えないとむしろ苦痛だけがある、暑さに弱い人になっちゃう。それがストレスと薬物、アルコールの関係にたとえられるんじゃないかと。あるいは、車でもそうなんですけどね。200メートル先のコンビニまで車で買いに行くようになってしまっている。

そういうことで説明していたんですが、ドーパミンとか脳と科学の話が入ると入らないとでは伝わり方がずいぶん違うなあと思ひまして。それで今日はお話を伺いに来ました。

寺田：ありがとうございます。先生のその論文は、一般の方も読むことができるんですか？

磯村：まだ雑誌にアクセプトされるかどうかはわかりませんが（笑）学術論文で、英語になります。

寺田：「言葉が通じない」というお話が先ほどありましたが、医療の方って、どうしても心理学的なことやコーチング的なことに距離を置いている方が多いと思うのですが、先生はそういうものをふんだんに取り入れてやっていたらっしゃって、プロフィールを拝見してすごくユニークだなと思っていました。先生のようにされている方は、珍しいのでしょうか。

磯村：うーん、珍しいんですかね（笑）もちろん精神科医の先生方は内科医に比べればずっとそういうものに近いんですが、内科医の場合はたしかにあまり興味がないかもしれませんね。だけど、慢性病のコントロールに動機づけがすごく重要になってきていて、欧米とかだと保健師さんや内科医が動機づけ面接などを勉強されていますから、これからは増えてくるんじゃないかと思います。

たぶん、内科医は、外科医もそうですが、エビデンスが好きじゃないですか。今までの心理学って、言葉は悪いんですけども、ある種の天才が出るんですよ。フロイトにしる、ロジャーズにしる、その当時の時代背景からすると抜きん出た天才が出て、ロジャーズで言えば、患者さんのことをしっかり聴いて、肯定して、気持ちに誠実に接すれば変わってくるかも、って気がつくわけですよ。その先生がうまいことにまた弟子にそれをちゃんと伝えて、みんながその偉い先生のところで修行していくわけじゃないですか。そういうのって意外と内科医はあまり好きじゃなくて、「データを出せ」みたいになるんですよ。偉い先生の古い本とかは興味がない、みたいな。だけど動機づけ面接はそういう意味では「データありき」で、それもまた変わるんですよ。つまりデータが蓄積されていくとバージョンアップするんですね。そういうところが受けているんじゃないかと思います。

寺田：エビデンスが好まれるというお話が出ましたが、前回の第8回勉強会でイギリスの読書療法の現状というお話をしたんですが、読書療法って個別の事例はたくさんあるけれどもなかなかそういうエビデンスは取りづらいんですよ。すごく個人的なことなので

どうしてもそこが弱いと言われているんですが、それを大学との共同研究のような形でイギリスの図書館などがエビデンスを取り始めて少しずつですが長期的な研究も進んでいます。

磯村：それはぜひ進めていきたいですね。

寺田：イギリスのお話が出たところで、私からも一冊、依存症の本を紹介しておきたいと思うのですが、“Breaking Addictions with Biblio/Poetry Therapy”という、依存症に対して詩療法を用いたものです。著者は腫瘍を専門にしている医師の方なのですが、詩集なども出されています。これは、色々な依存に対してそれぞれに気づきを促すような詩を載せています。詩と依存症についての簡単な説明があるのですが、たとえばアルコール依存の方に対しては「アルコールから自分を助けて」というような詩が掲載されています。日本語にするなら、「神様、私を元に戻してください。素面の私に戻してください。そして社会に戻してください。私が再びアルコールに手を出してしまうことのないように助けてください。この邪悪なものから私を守ってください。そしてもう一度私を自由にして、そして私を家族や友人、私の知っている私の元に戻してください」というようなことが書かれています。こういうふうに詩を読んでもらうことでそれぞれの依存の方に気づきを促してもらうという取り組みがあります。ちょっと面白いなと思ってこの本を取り上げさせてもらったのですが、イギリスやアメリカで読書療法といったときに、書くほう、つまり自分自身が創作するほうも含めて用いられることがよくあります。

アメリカの司書の方が、ハーバードを出て刑務所図書館の司書になって『刑務所図書館の人びと』という本を書いています。500 ページほどある分厚い本で、しかもすごくヘタレ系の男性で文章の端々からヘタレ感が滲み出ていて、これを 500 ページ付き合うともうななんとはいえない気分になってくるんですが（笑）その彼は刑務所の図書館司書としてクラスを受け持っていて、自分のクラスの囚人たちに詩を書いてもらっています。詩を書いてもらうことを通して囚人たちを理解して彼らの自立につなげていくという取り組みが描かれています。そういうふうに、読むだけではなく書くことも読書療法のなかで一緒になって使われていることをご紹介しておきたいと思います。

本日の勉強会はこれで終了とさせていただきます。磯村先生、本日はありがとうございました。

それでは、また次回ご一緒できるのを楽しみにしています。本日はありがとうございました。