

表 4. せりがや病院薬物依存者のプロフィールと男女間の比較

	全体 N=56	男性 N=36	女性 N=20	χ^2 / t	df	p-value
年齢 (歳)	34.3 SD8.3	35.1 SD8.8	32.8 SD7.3	.....	...	.....
喫煙開始年齢 (歳)	14.7 SD2.4	14.7 SD2.3	14.6 SD2.6	.....	...	.....
飲酒開始年齢 (歳)	15.0 SD2.8	15.4 SD2.6	14.6 SD2.6	.....	...	.....
最初の薬物の使用開始年齢 (歳)	18.6 SD6.8	18.3 SD7.1	19.1 SD6.3	.....	...	.....
全薬物使用期間 (年)	16.3 SD7.7	17.0 SD6.7	14.8 SD9.4	.....	...	.....
高校中退以下の学歴	31 (55.4%)	21 (58.3%)	10 (50.0%)	.....	...	.....
喫煙習慣	53 (94.6%)	33 (91.7%)	20 (100%)	.....	...	.....
飲酒習慣	18 (32.1%)	13 (36.1%)	5 (25.0%)	.....	...	.....
薬物関連問題による補導・逮捕の経験	25 (44.6%)	19 (52.8%)	6 (30.0%)	.....	...	.....
薬物関連問題による矯正施設入所の経験	16 (28.6%)	14 (38.9%)	2 (10.0%)	5.258	1	0.022
過去の精神科医療機関への受診歴	11 (19.6%)	7 (19.4%)	4 (20.0%)	.....	...	.....
「自分を傷つけたことがありますか？」	36 (64.3%)	19 (52.8%)	17 (85.0%)	5.814	1	0.016
「死にたいと思ったことはありますか？」	45 (81.3%)	27 (77.1%)	18 (90.0%)	.....	...	.....
「自殺を試みたことがありますか？」	32 (59.3%)	18 (52.9%)	14 (70.0%)	.....	...	.....
「万引きをしたことがある」	36 (64.3%)	22 (64.7%)	14 (70.0%)	.....	...	.....
性的虐待の経験	13 (27.7%)	5 (16.7%)	8 (47.1%)	5.009	1	0.025
養育者からの身体的虐待の経験	24 (44.4%)	14 (40.0%)	10 (52.6%)	.....	...	.....
小学校時代の不登校	5 (11.6%)	4 (12.9%)	1 (8.3%)	.....	...	.....
中学校時代の不登校	15 (34.9%)	10 (32.3%)	5 (41.7%)	.....	...	.....
「人につい暴力をふるってしまう傾向がある」	12 (25.0%)	8 (26.7%)	4 (22.2%)	.....	...	.....
「つい物に当たってしまう傾向がある」	24 (50.0%)	14 (46.7%)	10 (55.6%)	.....	...	.....
BDI	26.6 SD10.8	26.3 SD11.4	27.1 SD9.9	.....	...	.....
WURS	45.8 SD25.2	44.3 SD26.5	48.5 SD23.0	.....	...	.....
BITE	15.8 SD10.2	13.6 SD8.7	19.5 SD11.7	-2.112	52	0.039
DES	2.9 SD2.3	2.8 SD2.3	3.0 SD2.1	.....	...	.....
BDI \geq 31 (severe depression)	22 (40.7%)	13 (38.2%)	9 (45.0%)	.....	...	.....
WURS \geq 44 (probable ADHD)	28 (51.9%)	17 (48.6%)	11 (57.9%)	.....	...	.....
BITE \geq 25 (probable bulimia, nervosa)	9 (16.7%)	3 (8.8%)	6 (30.0%)	4.066	1	0.044
DES \geq 4.0 (probable dissociative disorders)	19 (35.2%)	13 (38.2%)	6 (30.0%)	.....	...	.....
ダイエット目的の薬物使用	14 (25.5%)	4 (11.4%)	10 (50.0%)	9.979	1	0.002
抑うつ気分改善	39 (72.2%)	25 (71.4%)	14 (73.7%)	.....	...	.....

$p=0.042$), A-DES得点も有意に高かった ($t=2.898, df=1, p=0.006$).

表5. BDI高得点群・低得点群の比較

	BDI 高得点群 N=22	BDI 低得点群 N=31	χ^2 / t	df	p-value
「死にたいと思ったことがある」	21 (95.5%)	23 (74.2%)	4.126	1	0.042
DES	4.0 SD2.2	2.2 SD2.1	2.898	50	0.006

④ WURS高得点群・低得点群の比較(表6):WURS高得点(WURS ≥ 44 ,probable ADHD)では,低得点群(WURS < 44)に比べ,窃盗経験者(「万引きをしたことがある」:78.6%vs.52.2%, $\chi^2=3.96, df=1, p=0.047$),小学校時代の不登校(18.2%vs.0%, $\chi^2=4.019, df=1, p=0.045$)が有意に多く認められた.また,高得点群では,低得点群に比べ,喫煙開始年齢($t=-3.495, df=51, p=0.001$),飲酒開始年齢($t=-2.468, df=48, p=0.018$),最初の薬物の使用開始年齢($t=-2.194, df=48, p=0.034$)が有意に若年である一方で,全薬物使用期間(最初の薬物の使用から初診までの期間)は有意に長期であった($t=2.275, df=48, p=0.029$).さらに,高得点群では,BDI($t=3.114, df=1, p=0.003$),BITE($t=2.211, df=51, p=0.032$),A-DES($t=2.269, df=51, p=0.028$)の得点も有意に高かった.

表6. WURS高得点群・低得点群の比較

	WURS 高得点群 N=28	WURS 低得点群 N=25	χ^2 / t	df	p-value
「万引きをしたことがある」	22 (78.6%)	12 (52.2%)	3.96	1	0.047
小学校時代の不登校	4 (16.2%)	0	4.019	1	0.045
喫煙開始年齢(歳)	13.6 SD1.8	15.7 SD2.3	-3.495	51	0.001
飲酒開始年齢(歳)	14.1 SD2.7	16.0 SD2.4	-2.468	48	0.018
最初の薬物の使用開始年齢(歳)	16.7 SD5.4	20.9 SD7.8	-2.194	48	0.034
全薬物使用期間(年)	18.3 SD7.1	13.5 SD7.7	2.275	48	0.029
BDI	30.4 SD9.1	22.2 SD8.8	3.114	50	0.003
BITE	18.5 SD9.8	12.5 SD10.0	2.211	51	0.032
DES	3.8 SD2.1	2.2 SD2.2	2.269	51	0.028

⑤ BITE高得点群・低得点群の比較(表7):BITE高得点群(BITE ≥ 25 ,probable bulimia nervosa)では,低得点群(BITE < 25)に比べて,女性の割合が有意に高く(66.7%vs.31.1%, $\chi^2=4.066, df=1, p=0.044$),ダイエット目的での薬物使用の経験(66.7%vs.15.9%, $\chi^2=10.398, df=1, p=0.001$),「自殺を試みたことがある」と答えた者(88.9%vs.

52.3%, $\chi^2=4.126, df=1, p=0.042$)が有意に多く認められた.

表7. BITE高得点群・低得点群の比較

	BITE 高得点群 N=9	BITE 低得点群 N=45	χ^2 / t	df	p-value
性別(% female)	6 (66.7%)	14 (31.1%)	4.066	1	0.044
ダイエット目的による薬物使用	6 (66.7%)	7 (15.9%)	10.398	1	0.001
「自殺を試みたことがある」	8 (88.9%)	23 (52.3%)	4.126	1	0.042

⑥ A-DES高得点群・低得点群の比較(表8):A-DES高得点群(A-DES ≥ 4.0 ,probable dissociative disorders)は,低得点群(A-DES < 4.0)に比べて,高校中退以下の学歴の者(73.7%vs.42.9%, $\chi^2=4.707, df=1, p=0.030$),飲酒習慣(63.2%vs.17.1%, $\chi^2=11.734, p=0.001$),抑うつ気分の改善目的での薬物使用の経験(94.7%vs.57.6%, $\chi^2=8.112, df=1, p=0.004$),性的虐待の経験(57.1%vs.16.1%, $\chi^2=7.897, df=1, p=0.005$),中学時代の不登校(55.6%vs.17.4%, $\chi^2=6.54, df=1, p=0.011$)が有意に多く認められた.また,BDI($t=3.103, df=50, p=0.003$),BITE($t=2.457, df=1, p=0.018$)の得点も有意に高かった.

表8. A-DES高得点群・低得点群の比較

	A-DES 高得点群 N=19	A-DES 低得点群 N=35	χ^2 / t	df	p-value
高校卒業以下の学歴	14 (73.7%)	15 (42.9%)	4.707	1	0.03
飲酒習慣	12 (63.2%)	6 (17.1%)	11.734	1	0.001
抑うつ気分改善目的での薬物使用	18 (94.7%)	19 (57.6%)	8.112	1	0.004
性的虐待の経験	8 (57.1%)	5 (16.1%)	7.897	1	0.005
中学校時代の不登校	10 (55.6%)	4 (17.4%)	6.54	1	0.011
BDI	31.8 SD9.2	23.2 SD11.2	3.103	50	0.003
BITE	20.3 SD9.0	13.6 SD10.1	2.457	51	0.018

⑦ 自傷経験者・非経験者の比較(表9):自傷経験者36例と非経験者20例の比較を行った.自傷経験者では,女性の割合が多く(47.2%vs.15.0%, $\chi^2=5.814, df=1, p=0.016$),「自殺を試みたことがある者」も多かった(74.3%vs.31.6%, $\chi^2=9.303, df=1, p=0.002$).また,自傷経験者では,調査時年齢($t=-2.201, df=53, p=0.035$),喫煙開始年齢($t=-3.191, df=53, p=0.0029$),飲酒開始年齢($t=-2.964, df=50, p=0.005$),最初の薬物使用開始年齢($t=-2.531, df=50, p=0.015$)が有意に低く,また,WURS得点($t=2.178, df=52, p=0.035$)および

BITE得点 (t=2.143,df=52,p=0.037) が有意に高かった。

表9. 自傷経験者・非経験者の比較

	自傷経験あり N=36	自傷経験なし N=20	χ^2 / t	df	p-value
性別 (% female)	17 (47.2%)	3 (15.0%)	5.814	1	0.016
「自殺を試みたことがある」	26 (74.3%)	6 (31.6%)	9.303	1	0.002
調査時年齢 (歳)	32.4 SD7.0	37.7 SD9.4	-2.201	53	0.035
喫煙開始年齢 (歳)	13.9 SD1.7	15.9 SD2.8	-3.191	53	0.002
飲酒開始年齢 (歳)	14.3 SD2.8	16.4 SD2.3	-2.984	50	0.005
最初の薬物開始年齢 (歳)	17.0 SD4.5	21.8 SD9.3	-2.531	50	0.015
WURS	51.1 SD25.7	36.8 SD21.9	2.178	52	0.035
BITE	17.8 SD10.7	12.2 SD8.3	2.143	52	0.037

⑧ 医療群における物質使用開始年齢と各評価尺度の相関関係(表10):医療群56例について、喫煙開始年齢、飲酒開始年齢、最初の薬物開始年齢、WURS、BITE、A-DESなどのすべての2変量の組み合わせについて、Pearsonの相関係数を算出した。その結果、最初の薬物使用開始年齢は、喫煙開始年齢 (r=0.542,p<0.001)および飲酒開始年齢 (r=0.622,p<0.001)と有意な正の相関を示した。また、WURS得点は、喫煙開始年齢 (r=-0.518,p<0.001)、飲酒開始年齢 (r=-0.397,p=0.04)、最初の薬物使用開始年齢 (r=-0.446,p=0.001)と有意な負の相関を示した。なお、各評価尺度間の相関については、BDIとWURS (r=0.475,p<0.001)、BDIとA-DES (r=0.428,p=0.002)、BITEとA-DES (r=0.414,p=0.002)、WURSとA-DES (r=0.386,p=0.004)のあいだに有意な正の相関が認められた。

表10. 物質開始年齢と各評価尺度の相関関係

	喫煙開始 年齢	飲酒開始 年齢	薬物開始 年齢	BDI	WURS	BITE	DES
喫煙開始年齢	1	0.683*	0.542*	0.062	-0.518*	-0.195	-0.291
飲酒開始年齢	0.683*	1	0.622*	0.156	-0.397*	-0.284	-0.079
薬物開始年齢	0.542*	0.622*	1	-0.056	-0.446*	0.23	-0.047
BDI	0.062	0.156	-0.056	1	0.475*	0.295	0.428*
WURS	-0.518*	-0.397*	-0.446*	0.475*	1	0.333	0.386*
BITE	-0.195	-0.284	-0.23	0.295	0.333	1	0.414*
DES	-0.291	-0.079	-0.047	0.428*	0.386*	0.414*	1

*: p<0.01

⑨ 医療群と若年アルコール依存症群との比較(表11): 医療群を、同時期にせりがや病院に受診したアルコール依存症のうち、age-matchedさせた27例(若年アルコール群:男性17例、女性9例。ただし、この27

例中には、薬物使用経験者9例が含まれる)と比較した。その結果、医療群は、若年アルコール群に比べ、薬物関連問題による補導・逮捕の経験 (43.4% vs.7.4%, $\chi^2=10.784,df=1,p=0.001$)および矯正施設入所の経験 (26.4%vs.3.7%, $\chi^2=6.056,df=1,p=0.014$)が有意に多く認められた。また、「死にたいと思ったことがある」と答えた者が有意に多く (80.8%vs.59.3%, $\chi^2=4.213,df=1,p=0.04$)、BDI得点も有意に高値であった (t=2.036,df=78, p=0.048)。なお、WURSの得点には、両群間で差は認められなかった。

表11. せりがや病院薬物依存者と若年アルコール依存者との比較

	薬物依存者 N=53	アルコール依存者 N=27	χ^2 / t	df	p-value
年齢(歳)	33.3 SD6.7	34.7 SD5.1	.....	.....	.....
薬物関連問題による補導・逮捕の経験	23 (43.4%)	2 (7.4%)	10.784	1	0.001
薬物関連問題による矯正施設入所の経験	14 (26.4%)	1 (3.7%)	6.056	1	0.014
「死にたいと思ったことがある」	42 (SD80.8%)	16 (59.3%)	4.213	1	0.04
BDI	26.6 SD11.0	13.1 SD10.0	2.036	1	0.048

⑩ 司法的処遇の有無に関する比較:薬物関連問題に関する補導・逮捕の経験の有無で、対象を2群に分類して比較を行ったが、今回の自記式質問票の調査項目に関しては、有意差を示した項目はなかった。

2) 矯正群の検討

矯正群244例のうち、240例から質問票を回収することができた(回収率98.4%)。

表12. 川越少年刑務所分類センター入所者240名の概要

平均年齢(歳)	23.4 (SD2.4)
自傷行為の経験	145 (60.9%)
手首自傷	18 (12.3%)
前腕自傷	29 (19.9%)
万引きの経験	194 (82.2%)
身体的虐待の経験	83 (35.6%)
性的虐待の経験	33 (14.3%)
BDI \geq 31点	20 (8.4%)
WURS \geq 44点	96 (40%)
BITE \geq 25点	12 (5%)
DES \geq 4.0点	11 (4.6%)
薬物使用経験	126 (52.5%)
SUD 該当者	80 (薬物使用経験者の63.5%)

矯正群は全例が男性であり、平均年齢は23.7歳(SD 2.4)であった。矯正群における各種問題行動の経験率は、自傷行為60.9%、自殺企図13.8%、窃盗82.2%、「人につい暴力をふるってしまう」傾向12.9%、「つい物に当たってしまう」傾向28.3%であった。BDI得点31点以上の者(severe depression)は8.4%、WURS得点44点以上の者(probable ADHD)は40%、BITE得点の総計が25以上の者(probable bulimia nervosa)は5%、DES得点4.0以上の者(probable dissociative disorders)は4.6%に認められた(表12)。

薬物使用経験は52.5%に認められた。最近もっとも頻繁に用いた薬物としては、覚せい剤が53.7%と最も多く、ついでトルエン、睡眠薬、大麻がいずれも11.6%、市販鎮咳薬4.1%、MDMA 0.8%、ブタンガス0.8%、マジックマッシュルーム0.8%であった(表13)。また、薬物使用経験のある者のうち、63.5%がDSM-8のSUDの基準に該当した。

表13. 矯正群：最近もっとも頻繁に用いた薬物

薬物の種類	人数(比率)
覚せい剤	65 (51.6%)
有機溶剤	14 (11.1%)
大麻	14 (11.1%)
睡眠薬	14 (11.1%)
感冒鎮咳薬	5 (4.0%)
MDMA	1 (0.8%)
マジックマッシュルーム	1 (0.8%)
ブタンガス	1 (0.8%)
その他	5 (4.0%)
無回答	5 (4.0%)
合計	126 (100%)

対象を薬物経験群(N=126)と非経験群(N=114)の2群に分類し、比較を行ったところ(表14)、薬物経験群では、非経験群に比べ、高校中退以下の学歴の者が有意に多く(79.8% vs. 60.2%, $\chi^2=10.982, df=1, p=0.001$)、喫煙開始年齢($t=-6.238, df=231, p<0.001$)、飲酒開始年齢が有意に低く($t=-4.837, df=235, p<0.001$)、窃盗の経験(89.5% vs. 74.1%, $\chi^2=9.551, df=1, p=0.002$)、幼少時の身体的虐待の経験(44.3% vs. 26.1%, $\chi^2=8.336, df=1, p=0.004$)、「人

につい暴力をふるってしまう」傾向(27.7% vs. 6.2%, $\chi^2=13.781, df=1, p<0.001$)、「つい物に当たってしまう」傾向(46.8% vs. 29.3%, $\chi^2=5.683, df=1, p=0.017$)が有意に多く認められた。薬物経験群では、WURS得点($t=3.176, df=237, p=0.002$)、BITE得点($t=2.992, df=237, p=0.003$)も有意に高かった。

表14. 矯正群における薬物使用経験者と非経験者の比較

	薬物使用経験あり N=126 (52.2%)	薬物使用経験なし N=114 (47.5%)	χ^2/t	df	p
調査時年齢	23.8 (SD2.5)	23.4 (SD2.4)	.....	.....	.....
喫煙開始年齢	13.4 (SD1.8)	15.2 (SD2.6)	-8.238	231	<0.001
飲酒開始年齢	13.8 (SD2.8)	15.6 (SD2.6)	-4.837	235	<0.001
無職	77 (61.1%)	70 (61.4%)	.....	.....	.....
高校中退以下の学歴	99 (79.8%)	68 (60.2%)	10.982	1	0.001
喫煙習慣	122 (96.8%)	100 (87.7%)	7.154	1	0.007
飲酒習慣	100 (79.4%)	64 (56.1%)	14.919	1	<0.001
キャンブルをする習慣	91 (72.8%)	74 (64.9%)	.....	.....	.....
「万引きをした経験	111 (89.5%)	83 (74.1%)	9.551	1	0.002
小学校時代の不登校	16 (12.7%)	6 (5.3%)	3.974	1	0.048
中学校時代の不登校	51 (40.5%)	33 (28.9%)	.....	.....	.....
性的虐待を受けた経験	22 (17.9%)	13 (11.5%)	.....	.....	.....
身体的虐待を受けた経験	54 (44.3)	29 (26.1%)	8.336	1	0.004
自傷行為の経験	90 (72.0%)	55 (48.7%)	13.566	1	<0.001
希死念慮の経験	48 (39.3%)	36 (33.8%)	.....	.....	.....
自殺企図の経験	21 (17.5%)	12 (11.1%)	.....	.....	.....
人に暴力をふるってしまう傾向	26 (27.7%)	5 (6.2%)	13.781	1	<0.001
物に当たってしまう傾向	44 (46.8%)	24 (29.3%)	5.683	1	0.017
BDI	18.5 (SD9.4)	18.9 (SD8.2)	.....	.....	.....
WURS	42.7 (SD15.4)	36.0 (SD17.1)	3.176	237	0.002
BITE	10.7 (SD7.4)	8.0 (SD6.1)	2.992	237	0.003
DES	1.2 (SD1.2)	1.2 (SD1.3)	.....	.....	.....

BDI: Beck depression inventory, WURS: Wender Utah rating scale
BITE: bulimia investigatory test of Edinburgh, DES: dissociative experience scale

3) 医療群と矯正群の比較(表15)

医療群と矯正群から、覚せい剤使用様態がSUD(乱用・依存)の基準を満たす男性を抽出した。医療群の男性覚せい剤乱用・依存者は25例(調査時年齢33.9 SD7.7歳)、矯正群の男性覚せい剤乱用・依存者は67例(調査時年齢24.3 SD2.6歳)であった。

両群間の比較の結果、矯正群では、喫煙開始年齢($t=2.217, df=90, p=0.032$)、飲酒開始年齢($t=2.487, df=90, p=0.016$)は有意に若年であったが、最初の薬物の使用を開始した年齢については、両群間で差はなかった。全薬物使用期間($t=7.94, df=90, p<0.001$)および覚せい剤使用期間($t=6.315, df=88, p<0.001$)は、医療群で有意に長期であった。高校中退以下の学歴の割合、薬物関連問題による補導・逮捕および矯正施設入所歴、薬物関連問題による過去の精神科受診歴については、両群間で差はなかった。また、医療群における薬物関連問題による補導・逮捕経験者と矯正群と

表15. 医療群と矯正群における男性覚せい剤依存者の比較

	せりがや病院 N=25	川越少年刑務所 N=67	χ^2 / t	df	p-value
調査時年齢 (歳)	33.9 SD7.7	24.3 SD2.6	8.972	91	<0.001
喫煙開始年齢 (歳)	14.4 SD2.2	13.3 SD2.1	2.217	90	0.032
飲酒開始年齢 (歳)	15.3 SD2.7	13.7 SD3.1	2.487	90	0.016
最初の薬物の使用開始 (歳)	17.4 SD6.4	16.5 SD2.8	.....	...	.....
覚せい剤の使用開始 (歳)	20.7 SD7.5	18.6 SD3.8	.....	...	.....
全薬物使用期間 (年)	17.5 SD6.5	8.9 SD3.8	7.94	90	<0.001
覚せい剤使用期間 (年)	14.2 SD7.0	6.8 SD6.0	6.315	88	<0.001
	N=17	N=55	t	df	p-value
薬物関連問題による最初の補導・逮捕年齢 (歳)	20.5 SD8.6	19.0 SD4.0	.....	...	.....
	N=25	N=67			
高校中退以下の学歴	19 (73.1%)	57 (85.1%)	.....	...	.....
薬物関連問題による補導・逮捕の経験	17 (65.4%)	55 (82.1%)	.....	...	.....
薬物関連問題による矯正施設入所の経験	32 (47.8%)	12 (46.2%)	.....	...	.....
過去の精神科医療機関受診歴	5 (19.2%)	7 (10.6%)	.....	...	.....
ダイエット目的での薬物使用の経験	3 (11.5%)	5 (7.7%)	.....	...	.....
抑うつ気分の改善目的での薬物使用の経験	17 (65.4%)	31 (47.7%)	.....	...	.....
「自分を傷つけたことがある」	17 (65.4%)	47 (71.2%)	.....	...	.....
「死にたいと思ったことがある」	20 (80.0%)	20 (30.8%)	17.723	1	<0.001
「自殺を試みたことがある」	15 (60.0%)	10 (15.6%)	17.525	1	0.001
「万引きしたことがある」	17 (70.8%)	60 (89.6%)	4.756	1	0.029
「人につい暴力をふるってしまう」	8 (30.0%)	12 (25.0%)	.....	...	.....
「つい物に当たってしまう」	11 (55.0%)	22 (45.8%)	.....	...	.....
性的虐待の経験	5 (22.7%)	7 (10.8%)	.....	...	.....
養育者からの身体的虐待	9 (36.0%)	26 (41.3%)	.....	...	.....
小学校時代の不登校	8 (25.8%)	4 (18.2%)	.....	...	.....
中学校時代の不登校	25 (86.2%)	8 (36.4%)	13.609	1	<0.001
BDI	27.1 SD12.7	15.9 SD8.5	4.807	89	<0.001
WURS	45.3 SD27.9	41.2 SD15.6	.....	...	.....
BITE	14.9 SD8.9	9.5 SD5.9	3.359	89	0.001
DES	3.0 SD2.4	0.9 SD1.0	6.031	90	<0.001

の比較において、薬物関連問題による最初の補導・逮捕年齢には差がなかった（医療群：20.5 SD7.8歳，矯正群：19.0 SD4.0歳）。

各種問題行動では、医療群で、中学時代の不登校（86.2%vs.36.4%， $\chi^2=13.609$,df=1,p<0.001），「死にたいと思ったことがある」と答えた者（80.0%vs.30.8%， $\chi^2=17.723$,df=1,p<0.001），「自殺を試みたことがある」と答えた者（60.0%vs.15.6%， $\chi^2=17.525$,df=1,p=0.001）が多く認められた。また、窃盗の経験者（「万引きをしたことがありますか？」）は両群でともに高率ではあったが、矯正群でより多く認められた（70.8%vs.89.6%， $\chi^2=4.756$,df=1,p=0.029）。

各評価尺度の比較については、医療群は、矯正群に比べ、BDI（医療群：27.1 SD12.7，矯正群：15.9 SD8.5,t=4.807,df=89,p<0.001），BITE（医療群：14.9 SD8.9，矯正群：9.5 SD5.9,t=3.359,df=89,p=0.001），DES（医療群：3.0 SD2.4，矯正群：0.9 SD1.0,t=6.031,df=90,p<0.001）の得点が有意に高かった。なお、WURSは両群ともに高得点であり（医療群：45.3 SD27.9，矯正群：41.2 SD15.6），差は認められなかった。

表16. 薬物経験者・依存者の各種問題行動の開始年齢

	せりがや病院入院薬物依存者	川越少年刑務所薬物経験者
最初の万引き（歳）	12.4 SD3.1	12.2 SD3.7
喫煙開始（歳）	14.7 SD2.4	13.4 SD1.8
飲酒開始（歳）	15.0 SD2.8	13.8 SD2.8
薬物開始（歳）	18.6 SD6.8	16.5 SD2.8
最初の自傷（歳）	20.3 SD8.7	15.3 SD2.6

最後に、せりがや病院入院薬物依存者と川越少年刑務所分類センターの薬物経験者における各種問題行動の開始年齢を表16に示した。両群は、性別、調査時年齢、乱用薬物の種類などが異なるので、単純に比較はできないが、両群いずれでも過半数以上の者に認められた。最初の「万引き」および「自傷」の年齢は、喫煙・飲酒・薬物開始年齢と、興味深い時間的關係を示していた。最初の喫煙を経験する少し前に、万引きを経験する者が多く、薬物使用開始と前後して、最初の自傷行為を経験している。特に、川越少年刑務所の症例では、12～16歳に次々と様々な問題行動が起きていくように思われた。

4. 考察

1) 医療機関における薬物依存者の臨床的特徴

① 薬物依存者の気分障害について：本調査から、医療機関の薬物依存者には様々な精神医学的問題が併存していることが明らかになった。なかでも、医療機関の薬物依存者の40.7%に重篤な抑うつ気分が認められ、臨床的にも「気分障害」の診断に一致する可能性が考えられた。この「気分障害」は、同じ医療機関における同年代のアルコール依存者や矯正施設の薬物依存者に比べて高率であり、その程度も重篤であると考えられたが、昨年度の我々の後方視的調査（松本ら,2002b）では、薬物依存者の気分障害の合併率は24%であり、Wise et al(2001)の調査でも24%であったことを考えると、今回の調査から推測される割合は高すぎる値である。おそらく自記式質問票という調査形態が影響していて、客観的な活動減少を伴わないが、主観的には抑うつ気分を自覚している、という者が多く含まれた可能性がある。これが薬物依存者における気分障害の特徴かどうかについては、今後の調査が必要であろう。

また、薬物依存者の自傷行為の経験、自殺企図の経験がそれぞれ64.3%、59.3%という高い割合で認められた。山口ら(2002)による一般大学生を対象とした、同じ質問票による調査では、男女いずれも自傷行為の経験は約7%であった。これと比較すれば、薬物依存者の自傷経験率が圧倒的に高いことがうかがわれる。同時に、これは、薬物依存者における「気分障害」を考える上で重要な知見といえ、薬物依存者の抑うつ気分が、衝動的な行動化を伴っている可能性を示唆しているかもしれない。

なお、このような「気分障害」が、薬物使用に先行したものなのか、薬物使用の続発したものなのかは、今回の調査からは結論できない。しかし、72.2%が、「抑うつ気分改善のための」薬物使用経験があると答えており、薬物使用が何らかの自己治療目的でなされていた可能性がある。

② 薬物依存者とADHDについて：本調査では、薬物依存者の51.9%にADHDの既往を疑わせる傾向が、35.2%に解離性障害を疑わせる傾向が、16.7%に神経性大食症を疑わせる傾向がそれぞれ認められた。

この中で、薬物使用との関連という意味では、

ADHDの既往が特に重要と思われる。海外の先行研究では、「男女cocaine依存者の35%にADHDの既往がある」(Carroll & Rounsaville,1993),「男女薬物依存者の11%にADHDの既往がある」(Wise et al,2001)など、そのprevalenceは研究者によって差が大きく、十分なコンセンサスを得ているとはいえないが、海外では、物質使用障害とADHDの関係に関心を抱いている研究者は多い(Biederman et al, 1995)。今回の我々の調査では、自記式質問票による後方視的調査であるため、その結果にはかなりのバイアスが混入していると考えられる。実際、先行研究との比較においても、我々のprobable ADHDの割合はやや高すぎる印象がある。今回の結果は、参考資料として受け止め、今後の調査の叩き台として捉える必要があり、あくまでも「多動・注意欠陥傾向の既往」を示す程度のものであるべきであろう。

そのような前提をふまえた上で調査結果を論じるが、最も興味深かったのは、WURSと喫煙・飲酒・薬物使用開始年齢との間に有意な負の相関が認められたことである。Sullivan & Rudnik-Levin(2001)は、ADHDの既往が早期の喫煙・飲酒、違法薬物使用を促すrisk factorであることを指摘しており、Kuperman et alは、若年アルコール依存者の研究から、彼らの78%が少なくとも1つのdestructive behavioral disorder(ADHD, 行為障害, 反抗・挑戦性障害)のいずれかに該当し、大抵、10歳以前に多動症状が認められた者では、喫煙・飲酒の体験を経て違法薬物使用へと移行するという物質使用障害の過程が、通常より急速に進行することを指摘している。今回の我々の調査結果は、Kuperman et alの見解を支持するものと考えられた。

また、ADHD様の行動障害の既往を持つ薬物依存者では、気分障害、摂食障害、解離性障害の評価尺度においても高得点を示す者が多く、複雑な精神病理を有する一群であることが推測される。

- ③ 摂食障害と性的虐待について：薬物依存者における性差：本調査から、薬物依存者の「性差」という問題についても重要な知見が得られた。女性の薬物依存者では神経性大食症が疑われる者が多く、摂食障害合併者では「ダイエット目的」から薬物を使用している者が多く認められ、我々がすでに報告して

いる現象がここでも確認された(松本ら,2000)。

また、女性では、47.1%に性的虐待の経験が認められ、性的虐待の既往は、依存者の薬物使用の動機にも影響を与えていることが推測された。すなわち、性的虐待の経験者では顕著な解離傾向を呈する者が多く認められたが、そのような者では「抑うつ気分の改善目的で」薬物使用を使用する者が特に多く、性的虐待によるPTSD症状に対して、薬物による「化学的解離」(松本,2002a)を用いて自己治療を行っていた可能性が推測された。Ballon et al(1995)は、入院中の女性物質乱用者の50%に幼児期および成人期の性的虐待の既往があることを報告し、Medrano et al(1999)は、community sampleを用いた調査から、女性の薬物依存者の60.2%に幼児期の性的虐待の既往があると報告している。さらに、Ballon et alは、このような虐待経験者の64.7%が、トラウマに対するcopingとして薬物を乱用していることを指摘している。

なお、今回の調査では、性的虐待は幼少時期のものに限定されておらず、薬物使用を開始してからの性被害も含まれていることに注意する必要がある。薬物依存者では、幼少時期に性的虐待の経験を持つ者が多いという報告がある一方で、薬物使用自体が性的虐待に暴露される危険を高めるという報告もあり、今後は厳密な区別をしての調査が必要である。また、神経性大食症が疑われる者の比率は、男性8.8%、女性30.0%であったが、昨年度(松本ら, 2002b)、後方視的調査から得られた摂食障害合併率(男性7.8%、女性32.8%)とかなり近い結果であった。

- ④ 自傷行為について：医療機関の薬物依存者では64.3%という高い自傷経験率が認められた。自傷経験者では、喫煙・飲酒・薬物使用開始年齢が有意に低く、自傷行為が早期の薬物使用の指標である可能性が考えられる。また、自傷経験者では、非経験者に比べて、BITEの高得点が認められた。多くの研究が、習慣的自傷行為と摂食障害の密接な関係を指摘しているが、本調査からも同様のことが認められた。昨年度我々は、摂食障害の臨床診断がなくとも、習慣的自傷行為があれば、「衝動制御障害型」に含めたことの妥当を支持する結果と考えられる。...
- ⑥ 司法的処遇の経験について：司法的処遇の有無に

関しては、今回の自記式質問票の項目では有意差を示す項目は認められなかった。しかし、我々の予備的な観察(表16:33例のせりがや病院男女覚せい剤依存症を対象とした調査)では、司法的処遇を受けた経験のある者は、15歳未満での実親との離別体験($p < 0.001$)や薬物関連問題以外の補導・逮捕歴($p < 0.001$)が有意に多く、司法的処遇を受けたことのない者では、3親等以内の親族に精神障害の家族歴がある者が有意に多い($p < 0.05$)という結果が得られている。この予備的調査の結果は、司法的処遇には、薬物依存者を支援する家族の欠如や反社会的傾向が関係しており、他方で、医療機関受診には、臨床遺伝学的な脆弱性や重篤な抑うつ気分が関係している可能性を示唆している。

2) 矯正施設における薬物使用経験者の特徴

矯正施設における薬物使用経験者には、同じ施設の非経験者に比べて、高校中退以下の学歴の者が多く、早期の飲酒・喫煙の開始、高率な窃盗の経験、人や物に対する粗暴な傾向などの特徴が認められた。この結果は、薬物使用が、早期の合法精神活性物質(煙草、アルコール)の使用および様々な反社会的行動と関連があることを示唆している。

また、薬物使用経験者におけるWURSとBITEの高得点は、薬物乱用とADHDや摂食障害との関係を考える上で興味深いと思われる。すでに海外の報告では、ADHDとSUD、あるいは、摂食障害とSUDの関連が繰り返し指摘されているが、同様のことが今回の調査からも推測された。

3) 医療施設と矯正施設における薬物依存者の相違:

今回の比較には、以下に述べるような主に4つの限界がある。第1に、覚せい剤依存者に限定しての検討であるということ、第2に、医療群と矯正群の間で年齢統制がなされていないということ、第3に、分類センター入所者は比較的犯罪傾向が進んでいない者が多く、矯正施設への入所者一般を必ずしも反映していないということ、最後に、自記式質問票による調査を実施する際に、医療機関と矯正施設では被験者の態度に相違がある可能性である。今回の調査結果は、このような限界をふまえたうえで、検討する必要がある。

今回の比較検討では、医療群では、矯正群に比べて、薬物使用期間が長く、精神医学的問題の併存が多いことが明らかになった。なかでも、抑うつ気分、希死念

慮と自殺企図の経験は、医療機関における薬物依存者の特徴として重要であると思われる。医療群における「気分障害」が、医療機関と矯正施設という調査施設の相違に依拠したものなのか、あるいは、両群の薬物使用期間の差に依拠したものなのかは、今回の調査からは結論できない。Sinha & Rounsaville(2002)は、抑うつ状態を呈した薬物依存者の調査から、抑うつが物質使用をエスカレートさせると同時に、長期の物質使用の結果として、抑うつ状態がますます深刻化することを指摘しており、医療群では、長期間の薬物使用の過程で、このような重篤な気分障害の症状を増悪させてきた可能性も考えられる。

最後に、各種問題行動の開始(出現)年齢の継時的な推移について検討する。医療機関、矯正施設のいずれにおいても、薬物経験者・依存者の窃盗(万引き)および自傷行為の経験者は多かったが、いずれの場合でも、最初の窃盗をした年齢は、最初の喫煙の少し前であり、最初の自傷は薬物使用と前後した年齢で行われていた。いいかえれば、物質使用の段階的な経験と前後して、それ以外の問題行動が重なって出現しているということになる。すでに述べたように、自傷行為は早期の薬物使用の指標としての側面が推測され、さらに、自傷経験者はsubclinicalな過食傾向がみられる者が多く、それは神経性大食症との連続的な関係のなかで捉えられる可能性がある。このような知見はいずれも、薬物乱用・依存の問題が、思春期・青年期特有の心理的問題として、児童青年期精神医学の重要な問題であることを示唆するものといえるであろう。

III. 全体の考察

1. 薬物依存者の合併精神障害と医療サービス

昨年度、今年度のいずれの調査においても明らかであったのは、医療機関の薬物依存者における高率な合併精神障害であった。先行研究においても、薬物乱用者・依存者の物質使用障害以外の精神障害合併率は、60~69%とされており(Novins et al,1996; Armstrong & Costello,2002)、我々の研究結果と一致している。

また、昨年度の調査からは、新しい薬物依存者の臨床類型として、摂食障害の合併を主たる特徴とする「衝動制御障害型」が提唱され、今年度の調査からは、薬物依存者においては、重篤な「気分障害」、それも、矯正施設における薬物依存者や同じ医療機関のアルコー

ル依存者と比べても重篤で、希死念慮や自殺企図を伴うような「気分障害」が高率に認められることが明らかになった。

さらに、摂食障害合併者における「ダイエット目的」による薬物使用、解離性障害における「抑うつ気分改善目的」による薬物使用など、いわば一種の自己治療目的による薬物使用が推測された。

以上のことは、薬物依存者の治療・アフターケアに関して重要な問題を提起している。すなわち、医療機関の薬物依存者はSUDと合併精神障害との相互作用により複雑な病態を呈しており、薬物使用がなくなったとしても潜在する精神障害のために様々な生活上の困難があると考えられる。わが国の精神科医療関係者には、いまだに、違法薬物依存者の医学的治療は解毒のみであり、後の対応はすべて司法的対応に委ねるという態度、あるいは、逆に、ややもすると自助グループにすべて「丸投げ」してしまう傾向も、一部には存在する。今回の調査結果は、そのような対応が必ずしも医学的には適切ではない可能性があることを示している。重複診断の薬物依存者の治療では、まずはSUDの治療が優先されるが、それに引き続いて合併精神障害に対する治療が必要なはいうまでもない。薬物依存者に対する医療的サービスにおいては、このような重複障害の治療も含めて行うことが重要である。

2. 臨床類型と専門治療施設モデル

我々の提唱する、医療機関における薬物依存の臨床類型は、薬物依存者の治療構造の選択の指標となることを意図したものである。

村上ら(2002)は、前年度の報告において、薬物依存症の専門治療施設を、1) 生物学的治療モデル(国立療養所武蔵病院)、2) 治療環境(専門病棟)モデル(国立下総療養所)、3) 専門病棟集団精神療法プログラムモデル(国立肥前療養所、せりがや病院)、4) 急性期(離脱・解毒)モデル(群馬県立精神医療センター、茨城県立友部病院)、5) 薬物治療プログラムモデル(瀬野川病院)、という5つのモデルに類型化している。これらの治療モデルのいずれにも長所・短所があり、最も良い治療モデルをどれか1つだけ選択することはできない。むしろ、それぞれの医療機関が得意とする薬物依存者の特徴は異なっており、薬物使用期間や依存の重症度、あるいは、合併精神障害の内容によって、

その依存者に適切な治療モデルを選択しているのが現状である。

そのような治療施設の選択に、我々の提唱する類型は1つの指針を与えることができると考えている(図2)。

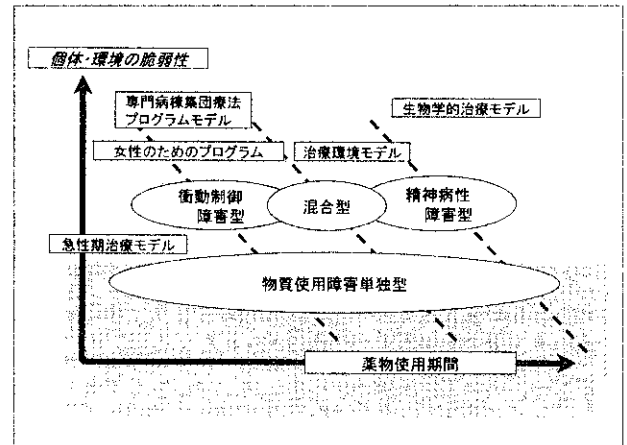


図2

我々は、薬物依存の入院治療モデルとしては、本人の主体性を重視した、任意入院、開放病棟、集団治療プログラムというDRP(drug addiction rehabilitation program)の治療構造を基本とすべきという立場をとっているが、その一方で、一部の重篤な精神病性障害、あるいは、長期間の薬物使用のために強い依存・薬物渴望を有する症例には、閉鎖病棟・医療保護入院などによる硬い治療構造もやむを得ない場合があると考えている。逆に、合併精神障害がなく、SUDだけが問題となっている症例では、解毒を終えた後に、司法的対応ないしは自助グループへの参加という対応も不可能ではないであろう。

さて、今回の調査からは、女性の薬物依存者では、摂食障害、自傷行為、性的虐待の経験者が多く、男性とは異なる特殊な病態を持っていることも明らかにされた。摂食障害を合併する薬物依存者の場合、解毒後の体重増加が肥満恐怖をもたらし、それが薬物渴望を惹起させて、薬物再使用へとつながることが指摘されている。したがって、摂食障害合併例では、解毒直後から、薬物依存に対するプログラムと平行して、摂食障害に対する治療プログラムが必要であるという見解もある。また、性的虐待のサバイバーは、PTSDの症状のために、男性患者との合同での集団治療プログラムに参加することが困難であったり、あるいは、逆に、一種の反復強迫として性的に逸脱した行動を呈し、異

性との性的行動化により入院治療が中断となったりすることもある。今後は、女性が、自らの多彩な精神病理の治療を受けることができる、「安全な場所」としての女性専用病棟(図2)の必要があると思われる。

3. 薬物依存者における行動障害の経過

薬物乱用者・依存者の自然経過を検討するためには、医療機関や矯正施設だけの調査では不十分であった。したがって、本研究では、薬物乱用者・依存者の自然経過を明らかにすることはできなかった。我々の推測では、医療機関に受診歴もなく司法的処遇の経験もない薬物乱用者・依存者は少なくないと考えられる。むしろ、医療機関や矯正施設を訪れる薬物乱用者・依存者はいずれも、何らかの精神医学的問題、問題解決能力の拙劣さ、支援体制の欠如などの問題を抱えているとさえいえるのではないかと考えられる。

今回の調査において興味深いと思われた知見は、医療機関と矯正施設のいずれにおいても、薬物経験者・依存者の60%あまりに「万引き」「自傷」などの問題行動の経験が認められ、しかも、それらの問題行動が様々な物質使用の開始と重なるようにして、連続的に出現していたことである。山口らは、今回の質問票と同じ内容の自記式質問票を用いて、一般の男女大学生における自傷経験率調査し、一般大学生の自傷経験率を約7%と報告している。また、すでに述べたように、川越少年刑務所分類センターの調査では、薬物経験者は非経験者に比べて、自傷経験が有意に高率であった。これらの事実は、薬物使用経験と自傷経験がきわめて密接な関係にあることを支持するものと考えられ、さらに、薬物使用自体が一種の自傷行為として捉えられる可能性も示唆している。もしもそうだとすれば、薬物使用のハイリスク・グループには、「ダメ、ゼッタイ」という形で薬物の弊害を説くことの有効性には限界があるのではないと思われる。

医療機関と矯正施設の男性覚せい剤依存者の比較調査からは、両群の覚せい剤依存者がいずれもほぼ同じ年齢で覚せい剤を使用開始し、その後、やはりほぼ同じ年齢で最初の司法的処遇を経験していることが明らかになった。しかしながら、調査時点では、医療機関の覚せい剤依存者は、より長期間の薬物使用歴を持っており、同時に、重篤な抑うつ気分も認められた。すなわち、医療機関の覚せい剤依存者は、覚せい剤関連

問題を主訴としながらも、精神医学的にも深刻な問題を抱えていると考えられた。このような抑うつ気分が薬物使用以前からの精神医学的問題なのか、あるいは、生来性のものなのか、薬物使用による時間的な推移に関係したものなのかについては、今後の課題である。

4. 薬物乱用・依存・中毒の疾病概念

薬物乱用・依存・中毒には、「物質使用障害」という医学的側面と「違法薬物の自己使用」という側面がある。この点が成人のアルコール乱用・依存・中毒との大きな相違であるが、今回の調査から明らかになったのは、医療機関の薬物依存者の様々な精神障害の合併率が、年齢統制された若年アルコール依存者との比べても高かったことである。いいかえれば、薬物依存者の場合、薬物使用以前より様々な精神医学的問題を持っていた可能性が高く、たとえ薬物使用を断ったとしても、生活上の困難が多いことが推測される。このような困難が解決されなければ、彼らは生きることに関心をもち得ず、再び薬物を使用するしかないとも考えられる。

薬物乱用・依存・中毒の疾病概念を考えるときには、このような現実を考慮しなければならない。すなわち、医療機関で治療を受けている薬物依存者は、物質使用障害の重症度だけで事例化したわけではなく、その合併精神障害の存在が大きく関与している可能性がある。したがって、我々は、疾病として薬物問題は、物質使用障害の重症度と合併する精神障害・行動障害の重症度の総和で決定づけられると考えている。

あくまでも印象にすぎないが、近年、薬物乱用・依存の問題は、中核的な依存者の周辺へと裾野を広げている。筆者が勤務する大学病院の一般精神科診療においても、境界性人格障害やある種の気分障害、摂食障害の患者が処方薬やインターネットなどで入手した様々な精神活性物質を乱用し、ときには、過量服用下で一種の解離状態に陥り、自傷行為や自殺企図をする事態に遭遇することが多い。このような症例は物質使用障害としては、必ずしも重篤ではないが、物質使用が病態を複雑化させ、精神医学的治療をいっそう困難にしている側面がある。

また、今回の調査から、多くの薬物依存者が、物質使用障害の他に、摂食障害や自傷行為などの複数の嗜癖的行動障害を持っていることが明らかになった。こ

のような事実を考えても、薬物依存の問題は「薬物」の問題だけにはとどまらないように思われる。上述したように、薬物依存の重症度の量的差異だけでその疾病概念を論じるのではなく、様々な合併精神障害や様々な行動障害を包括したとらえ方が必要と思われる。その意味では、乱用・依存・中毒という物質使用だけに関係する言葉の他に、いま改めて「嗜癖addiction」という精神医学用語を妥当性を考えてみる必要があるのかもしれない

IV. 結 語

薬物依存者の後方視的から、医療機関における薬物依存者の薬物使用様態、合併精神障害に関する調査から、「物質使用障害単独型」「衝動制御障害型」「精神病性障害型」「混合型」という、医療期間における薬物依存者の4類型を提案した。

また、医療機関と矯正施設において、自記式質問票による調査によって薬物依存の疾患概念と自然経過に関する検討を試み、衝動制御障害型を中心に薬物経験者・依存者の病態を検討した。

以上の2つの調査からは、薬物依存者の自然経過を十分に明らかにすることはできなかったが、薬物乱用・依存の問題では、万引きや自傷のような思春期・青年期心性特有の行動障害の1つとして捉えることが可能であり、疾病として薬物乱用・依存は、物質使用障害の重症度だけでなく、合併精神障害との総和として捉える必要があることを指摘した。

V. 文 献

- 1) Armstrong TD, Costello EJ(2002) Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *J Consult Clin Psychol* 70:1224-1239
- 2) Ballon BC, Courbasson CM, Smith PD(2001) Physical and sexual abuse issue among youths with substance use problems. *Can J Psychiatry* 46:617-621
- 3) Bernstein E, Putnam FW(1986) Development, reliability and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Disease* 174:727-735
- 4) Biederman J, Wilens T, Milberger S, et al (1995) Psychoactive substance use disorder in adults with attention deficit hyperactive disorder(ADHD) :effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry* 152:1652-1658
- 5) Carroll KM, Rounsaville BJ(1993) History and significance of childhood attention deficit disorder in treatment-seeking cocaine abusers. *Compr Psychiatry* 34:75-82
- 6) Garner DM, Garfinkel PE(1979) The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 9:273-279
- 7) Garner DM, Olmsted MP(1984) The Eating Disorder Inventory Manual. Psychological assessment Resources, Odessa
- 8) Henderson M, Freeman CPL(1987) A Self-rating Scale for Bulimia, The 'BITE'. *Br J Psychiatry* 150:18-24
- 9) 小林桜児, 松本俊彦, 内門大丈ほか(2003) 横浜市大福浦病院における摂食障害の下位分類とその特徴. *神奈川精神医学会誌* 52:13-20
- 10) Kuperman S, Schlosser SS, Kramer JR, et al (2001) Developmental sequence from disruptive behavior diagnosis to adolescent alcohol dependence. *Am J Psychiatry* 158:2022-2026
- 11) Lacey JH, Evans CDH(1986) The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *Br J Addict* 81:641-649
- 12) 松本俊彦, 宮川朋大, 矢花辰夫ほか(2000) 女性覚せい剤乱用者における摂食障害の合併について(第1報). *精神医学* 42:1153-1160
- 13) 松本俊彦, 山口亜希子, 宮川朋大ほか(2002a) アルコール乱用に続発して過食症を発症したBulimic alcoholics 2症例. *精神医学* 44:417-424
- 14) 松本俊彦, 山口亜希子, 上條敦史ほか(2002b) 薬物乱用・依存・中毒者の自然経過と疾病概念に関する研究. あ薬物依存者の医療機関における類型について. 厚生科学研究費補助金. 「薬物依存・中毒者の予防, 医療およびアフターケアのモデル化に関する研究(主任 内村英幸)」平成13年度報告書, 7-19
- 15) 松本俊彦, 山口亜希子, 上條敦史ほか(2003) 女性物質使用障害における摂食障害. 乱用物質と摂

- 食障害の関係について. 精神医学 45:119-127
- 16) Medrane MA, Zule WA, Hatch J, et al (1999) Prevalence of childhood trauma in a community sample of substance-abusing women. *Am J Drug Alcohol Abuse* 25:449-462
- 17) 村上 優, 比江島誠人, 杠 岳文ほか(2002) 薬物依存専門治療施設のモデル化に関する研究. 厚生科学研究補助金「薬物依存・中毒者の予防, 医療およびアフターケアのモデル化に関する研究平成13年度研究報告書(主任研究者 内村英幸)」63-74
- 18) 永田利彦, 切池信夫, 中西重祐ほか(1991) 新しい摂食障害症状評価尺度 Symptom Rating Scale for Eating Disorders (SPSED) の開発とその適用. *精神科診断学* 2:247-258
- 19) Novins DK, Beals J, Shore JH, et al (1996) Substance abuse treatment of American Indian adolescents: comorbid symptomatology, gender differences, and treatment patterns. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:1593-1601
- 20) 奥平謙一, 矢花辰夫, 高橋秀雄ほか(1996) 有機溶剤乱用と精神病症状—自験120例での検討—. *精神経誌*98:203-212
- 21) Okudaira K, Matsumoto T, Kishimoto H et al (2001) Methamphetamine abusers and psychiatric symptoms. *日本アルコール精神医学会雑誌* 8:23-31
- 22) Sinha R, Rounsaville BJ (2002) Sex differences in depressed substance abusers. *J Clin Psychiatry* 63:616-627
- 23) Sullivan MA, Rudnik-Levin F (2001) Attention deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. Diagnostic and therapeutic considerations. *Ann NY Acad Sci* 931:251-270
- 24) 富山學人(1987) 覚醒剤精神病の臨床精神病理学的研究—陰性症状評価尺度による精神分裂病との比較—. *精神経誌*63:163-177
- 25) 梅末正裕 (1997) 解離性体験尺度 (Dissociative Experience Scale) について. 中谷陽二編: 精神医学レビュー vol.22, ライフサイエンス, 東京, 98-100
- 26) Ward MF, Wender PH, Reimherr FW (1993) The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactive disorder. *Am J Psychiatry* 150:885-90
- 27) Wise BK, Cuffe SP, Fischer T (2001) Dual diagnosis and successful participation of adolescents in substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat* 21:161-165
- 28) 山口垂希子, 松本俊彦, 小田原俊成ほか(2002) 大学生における自傷経験率. 神奈川精神医学会 2002年11月. 横浜

資料: せりがや病院用自記式質問票

あなたの名前のイニシャルを書いてください。 _____

あなたの年齢は? () 歳

あなたの性別は? (男 ・ 女)

あなたの身長と体重を教えてください。 身長 () cm 体重 () kg

あなたの最終学歴を教えてください。下の選択肢で該当する番号を○で囲んでください。

1. 中学卒 2. 高校中退 (年) 3. 高校卒 4. 専門学校中退 5. 専門学校卒
6. 短大中退 7. 短大卒 8. 大学中退 9. 大学卒 10. 大学院中退 11. 大学院卒

あなたが初めて煙草を吸ったのは何歳のときですか? () 歳

あなたが初めてアルコール飲料を飲んだのは何歳のときですか? () 歳

あなたはふだん煙草を吸う習慣がありますか? はい ・ いいえ

あなたはふだんアルコール飲料を飲む習慣がありますか? はい ・ いいえ

上の質問で「はい」の人に聞きます。お酒は週に何日、1日平均どんな種類のアルコールを飲みますか?

(1週間に _____ 日, 主に飲むアルコール飲料の種類 _____, 1日の平均量 _____)

あなたはこれまで薬物を使ったことはありますか? はい ・ いいえ

上の質問で「はい」と答えた方に聞きます。

初めて薬物を用いたのは何歳のときですか? () 歳

薬物使用や所持のために補導や逮捕をされたことがありますか? また、最初に補導や逮捕されたのは何歳のときですか? はい () 歳 ・ いいえ

薬物使用や所持のために鑑別所、少年院、刑務所に入ったことがありますか? また、最初に入ったのは何歳のときですか? はい () 歳 ・ いいえ

あなたが最近もっともよく乱用した依存性薬物は下のどれですか? 1つだけ選んで○で囲んでください
1. 覚せい剤 2. トルエン・シンナー 3. 咳止め薬 4. 安定剤・睡眠薬・精神科処方薬
5. 大麻・マリファナ・チョコ 6. ヘロイン 7. エクスタシー 8. コカイン 9. ガspan 10. LSD 11. マジックマッシュルーム 12. 市販のかぜ薬 13. その他 ()

あなたは、上の質問で答えた薬物を何歳のときから使い始めましたか? () 歳

上で答えた薬をダイエット目的で使ったことがありますか? ある ・ なし

上で答えた薬を使うと、あなたの食欲に何らかの変化がありますか? ある ・ なし

上の質問で「ある」と答えた方は、どのような変化であったか、1つだけ下から選んでください

1. 食欲が増す 2. 食欲がなくなる

る

あなたは、「気分の落ち込み」「うつ気分」を良くするために、上で答えた薬物を使ったことがありますか? ある ・ なし

次のページの質問に答えてください

I. 問題行動に関する調査票

1. あなたは、自分の身体を自分で傷つけたことがありますか
1. はい 2. いいえ
- 「はい」と答えた人のみ以下の質問に答えてください。「いいえ」と答えた人は、8に進んでください。
2. 最初に自分で自分を傷つけたのはいくつのときですか () 歳
3. 今までに何回ほどしたことがありますか () 回
4. 自分の身体のどの部分に傷つけましたか具体的に書いてください
()
5. どのような方法で行いましたか ()
6. 自分の身体を自分で傷つける方法について、あてはまるものすべてに○をつけてください。
1. 刃物類により手首を傷つける 2. 刃物類による前腕(腕)を傷つける
3. 刃物類により手首、腕以外の場所を傷つける(場所:)
4. タバコの火を押し付ける 5. とがった物で皮膚を刺す 6. ピアス 7. 刺青(いれずみ) 8. 針などのとがったもので皮膚にイニシャルなどを彫る 9. 髪の毛を抜く 10. 皮膚をひっかく 11. こぶしを壁などに打ち付ける 12. 頭を壁などに打ち付ける
13. その他 ()
7. 自分を傷つけたくなる理由は何でしたか。以下より番号で選んで下さい。
1. 死にたいと思ったから (1. に○をつけた方、その方法で死のうと思っていましたか?)
1. はい 2. いいえ 2. 腹がたってカーッとしたから
3. (家族・恋人などへの)見せしめのために 4. 傷つけると気分がスーッとするから
5. その他 ()
8. あなたは今までに死のうと思ったことがありますか。
1. はい 2. いいえ
9. あなたは死のうとして、何かしたことがありますか。
1. はい 2. いいえ
- 「はい」と答えた人のみ以下の質問に答えてください。「いいえ」の人は、16に進んでください。
10. 最初に死のうとしたのはいくつのときですか () 歳
11. 今までに死のうとしたことは何回ありますか () 回
12. 場所はどこでしたか ()
13. 死のうとしたとき、どのような方法で行いましたか
1. 薬を大量に服用した 2. 手首を切った 3. その他 ()
14. そのとき、入院しましたか 1. はい 2. いいえ
15. なぜ、死のうとしましたか ()
16. あなたは今までに物を盗んだこと(万引きしたこと)がありますか
1. はい 2. いいえ

「はい」と答えた人のみ以下の質問に答えてください。「いいえ」の人は、19に進んでください。

17. 最初に盗みをしたのはいくつのときですか () 歳
18. 今まで何回くらい盗みをしたことがありますか (回)
19. あなたは強姦など、性的な虐待を受けたことがありますか?
1. いいえ 2. はい

上の質問19で、「はい」と答えた人に聞きます。「いいえ」の人は、22に進んでください。

20. それは何歳の時ですか () 歳
21. その相手は誰ですか ()
22. あなたは賭け事(ギャンブル)をしますか、する場合は何をしますか
1. はい ()
2. いいえ
23. あなたは不登校、あるいは登校拒否をしたことが在りますか、それはいつ頃ですか
1. はい (i. 小学校 ii. 中学校 iii. 高校 iv. 大学 v. その他 < >) 2. いいえ
24. あなたは父、母、あるいは兄弟から暴力を受けたことがありますか
1. はい 2. いいえ

「はい」と答えた人のみ以下の質問に答えてください。「いいえ」の人は、28に進んでください。

25. 暴力はいつ頃に誰から受けましたか (誰から: いつ頃: 歳頃)
26. 暴力は今でも続いていますか 1. はい 2. いいえ
27. 暴力はどのようなときに受けましたか。具体的に書いて下さい
()
28. すぐに人に手を上げて暴力をふるってしまうことがありますか? 1. はい 2. いいえ
29. いらいらするとすぐに物を投げたり壊したりして、物に当たってしまうことがありますか?
1. はい 2. いいえ

II Beck Depression Inventory: BDI

各項目をよく読んで最近2～3日のあなたの気分が一番よく当てはまる答の番号に○をつけてください。

これはうつ病を診断し、その重症度も正確に判定する信頼性の高い感情評価表です。全部の質問に答えるのに2～3分しかかかりません。この総得点から、あなたは本当にうつ病なのか、もしそうだとすると、どのくらい重いのかを知ることができます。結果がひどく悪くても、がっかりすることはありません。いずれにしろ、これは憂うつを良くするための第一歩なのです。

「いつも」とはどの時点をいうのか戸惑うことがあるかも知れませんが、長いことうつ病に苦しんで入れば、うつ病にかかる前、最後に気分の良かった時を基準に現在の気分を判定してください。もし、生まれてこのかた一度も気分が良かったことがないと思っている時には、正常の、憂うつ的でない人の気分を想像して、現在の気分を評価して下さい。

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 1-0 憂うつではない | 6-0 罰を受けるとは思わない |
| 1 憂うつである | 1 ときどき罪の意識を感じる |
| 2 いつも憂うつから逃れることはできない | 2 ほとんどいつも罪の意識を感じる |
| 3 耐えがたいほど、憂うつで不幸である | 3 今、罰を受けていると思う |
| 2-0 将来について悲観していない | 7-0 自分自身に失望していない |
| 1 将来について悲観している | 1 自分自身に絶望している |
| 2 将来に希望がない | 2 自分自身にうんざりする |
| 3 将来に何の希望もなく、よくなる可能性もない | 3 自分自身を憎む |
| 3-0 それほど失敗するようには感じない | 8-0 他の人より自分が劣っているとは思わない |
| 1 普通より、よく失敗するように思う | 1 自分の欠点やあやまりに対し批判的である？ |
| 2 過去のことをふりかえれば、失敗のことばかり思い出す | 2 自分の失敗に対していつも自分を責める |
| 3 人間として全く失敗だと思う | 3 何か悪いことがあると、自分のせいだと自らを責める |
| 4-0 以前と同じように満足している | 9-0 自殺しようとは全く思わない |
| 1 以前のようにものごとが楽しめなくなった | 1 死にたいと思うことはあるが、自殺を実行しようとは思わない |
| 2 もう本当の意味で満足することはできない | 2 自殺したいと思う |
| 3 何もかもうんざりする | 3 チャンスがあれば自殺するつもりである |
| 5-0 罪の意識など感じない | |
| 1 ときどき罪の意識を感じる | |
| 2 ほとんどいつも罪の意識を感じる | |
| 3 いつも罪の意識を感じる | |

- 10-0 いつも以上に泣くことはない
 1 以前よりも泣く
 2 いつも泣いてばかりいる
 3 以前は泣くこともできたが、今はそうしたくても泣くこともできない
- 11-0 イライラしていない
 1 いつもより少しイライラしている
 2 しょっちゅうイライラしている
 3 現在はたえずイライラしている
- 12-0 他の人に対する関心を失っていない
 1 以前より他の人に対する関心がなくなった
 2 他の人に対する関心をほとんど失った
 3 他の人に対する関心をまったく失った
- 13-0 いつもと同じように決断することができる
 1 以前より決断をのぼす
 2 以前より決断がはるかに難しい
 3 もはや全く決断することができない
- 14-0 以前より醜いとは思わない
 1 老けて見えるのではないか、魅力がないのではないかと心配である
 2 もう自分には魅力がなくなったように感じる
 3 自分は醜いに違いないと思う
- 15-0 いつもどおりに働ける
 1 何かやり始めるのにいつもより努力が必要である
 2 何をするのにも大変な努力がいる
 3 何をすることもできない
- 16-0 いつもどおりよく眠れる
 1 いつもより眠れない
 2 いつもより1~2時間早く目が覚め、再び寝つくことが難しい
 3 いつもより数時間早く目が覚め、再び寝つくことができない
- 17-0 いつもより疲れた感じはしない
 1 以前より疲れやすい
 2 ほとんど何をやるにも疲れる
 3 疲れて何もできない
- 18-0 いつもどおり食欲がある
 1 いつもより食欲がない
 2 ほとんど食欲がない
 3 全く食欲がない
- 19-0 最近それほどやせたということがない
 1 最近2kg以上やせた
 2 最近4kg以上やせた
 3 最近6kg以上やせた
- 20-0 自分の健康のことをいつも以上に心配することはない
 1 どこが痛いとか、胃が悪いとか、便秘などと自分の身体の調子をきづかう
 2 自分の身体の具合のことばかり心配し、他のことがあまり考えられない
 3 自分の身体の具合のことばかり心配し、他のことが全く考えられない
- 21-0 性欲はいつもとかわりない
 1 以前と比べて性欲がない
 2 性欲がほとんどない
 3 性欲がまったくない
- 1-8 : Within Normal Limit
 11-16 : Non Clinical Mild Depression
 17-30 : Mild Depression
 31-39 : Severe Depression
 48- : Extremely Severe Depression

III. ウェンダー・ユタ評価スケール (Wender Utah Rating Scale: WURS)

これは子供の頃の落ち着きのなさを調べる質問です。0~4の当てはまる番号を○で囲んでください。

評点：まったくない=0 たまに=1 ときどき=2 しばしば=3 しょっちゅう=4

子どものとき、このような特徴がありましたか？

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. 集中できない, すぐに飽きる | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. 不安, 心配性 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. 神経質, そわそわ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. ボーっとしている, 日中も夢見がち | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. 短気, すぐにカッとする | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. 怒りの爆発, 癩癩もち | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. 細部にこだわる, 続けられない, 始めたことを
やりとげられない | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. 頑固, 強情 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. 悲しい, ゆううつ, 不幸せ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. 両親にさからう, 言うことをきかない, 生意気 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. 自分の意見がない | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. イライラしやすい | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. 不機嫌, むらっ気 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. 怒りっぽい | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. 考えずに行動する, 衝動的 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. 未熟な傾向 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. 自責的, 後悔することが多い | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. 自己統制を失いやすい | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. 非合理的な行動が多い | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. 他の子のことを知らない, 長い間友だちでいられない
他の子とうまくやっていけない | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. 他の人の立場でものを見ることができない | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. 権威者とトラブルを起こす, 学校でトラブルを起こす,
校長室へ行く | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

子どもの時、学校でこのような生徒でしたか？

- | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|
| 23. 飲み込みが遅く, 成績の悪い生徒 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. 算数や数学が苦手 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. 能力を発揮できない | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

<参考 評点：まったくない=0 たまに=1 ときどき=2 しばしば=3 しょっちゅう=4>

あと2つあります。

IV.大食症質問表 (Bulimic Investigatory Test, Edinburg ; BITE)

次のアンケートは、あなたの日頃の食生活についての質問です。あてはまるものに○で囲んでください。秘密は守りますから現在の状態について、正直に答えてください。記入もれのないようにしてください。

1. 食事のパターンはいつも同じですか はい いいえ
 2. きびしい食事制限をしていますか はい いいえ
 3. もし1回でもダイエットをしないと、失敗したと感じますか はい いいえ
 4. ダイエットをしていない時でも食物のカロリーを全部計算しますか はい いいえ
 5. 1日中、何も食べなかったことがありますか はい いいえ
- 「はい」と答えた人のみ6に答えてください。「いいえ」の人は、7に進んでください。
6. その回数ほどのくらいですか (数字に○をつけてください)
 - 1) 1回だけ 2) 時には 3) 週に1回 4) 週に2~3回 5) 1日おき
 7. 体重を減らすために以下のことをしますか (数字に○をつけてください)

	なし	時には	週1回	週に2~3回	毎日	1日に2~3回	1日に5回以上
やせ薬を使用	○	2	3	4	5	6	7
利尿剤を使用	○	2	3	4	5	6	7
下剤を使用	○	2	3	4	5	6	7
自分で嘔吐する	○	2	3	4	5	6	7
8. 食べるパターンが生活を妨げていますか はい いいえ
 9. 生活が食べ物で支配されていると思いますか はい いいえ
 10. からだの具合が悪くなるまで食べ続けたことがありますか はい いいえ
 11. 頭の中が食べ物のことだけでいっぱいになる時がありますか はい いいえ
 12. 人前ではちゃんと食事し、1人になると食べてしまいますか はい いいえ
 13. いつでも自分で止めようと思った時に食べるのを止められますか はい いいえ
 14. どうしても食べたいという強い衝動を感じたことがありますか はい いいえ
 15. 不安な時に、たくさん食べる傾向がありますか はい いいえ
 16. 太ることがとても怖いですか はい いいえ
 17. (食事としてではなく) 大量の食べ物を短時間のうちに食べたことはありますか はい いいえ
 18. 自分の食習慣が恥ずかしいですか はい いいえ
 19. 自分の食べる量がコントロールできないで困っていますか はい いいえ
 20. 安心したいために食べてしまいますか はい いいえ
 21. 食事が残せますか はい いいえ
 22. 自分で食べる量を他人にごまかしていますか はい いいえ
 23. 空腹の程度で食べる量を決められますか はい いいえ
 24. めちゃめちゃに食べたこと (過食したこと) がありますか はい いいえ
- 24の答が「はい」の場合、25~29について答えてください。「いいえ」の人は、30に進んでください。
25. 過食をしたときの自分がみじめだと思いましたか はい いいえ
 26. 過食をしているとしたら、それは1人だけの時ですか はい いいえ
 27. 過食をしているとしたら、回数はどのくらいですか (数字に○をつけてください)
 - 1) ほとんどしたことはない 2) 月に1回くらい
 - 3) 週に1回くらい 4) 週に2~3回くらい
 - 5) 毎日 6) 1日に2~3回くらい
 28. 過食の衝動を満足させるためにはどんなことでもしていますか はい いいえ
 29. 過食した時には、罪の衝動にさいなまれますか はい いいえ

- | | | |
|-----|------------------------|--------|
| 30. | ひそかに食べたことはありますか | はい いいえ |
| 31. | 自分の食習慣は正常だと思いますか | はい いいえ |
| 32. | 自分は強迫的（無理に）食べていると思いますか | はい いいえ |
| 33. | 1週間で2.5キロ以上体重が変動しますか | はい いいえ |

V. 解離体験スケール (DES)

次の質問はみなさんの日常生活の経験についてたずねるものです。それぞれの項目の経験がどれくらいあなたに起こるかを表している数字を○で囲んでください。もしもその項目が全然あなたに起こらないのなら「0」、もしもそれがいつもあなたに起こっているのなら「10」に○をしてください。もしもその中間であれば、それが起こる程度をもっともよく表す数字を選んでください。ただし、アルコールや薬物を使用している時に起こる体験の場合はのぞきます。全然あなたに起こらないのなら「0」、もしもそれがいつもあなたに起こっているのなら「10」に○をしてください。

1. 私は、テレビを見たり、読書したり、テレビゲームで遊んだりしおえると、その間、自分のまわりで何が起こっていたのかわからない。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. 私は自分がやった覚えのないテストや宿題や書類を見つける。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. 私には自分のものと思えないような強い感情がある。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. 私は一度は上手に出来たことでも、次には全く出来なかつたりする。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. 周囲の人は、私が言ってもしてもいないことを、私がしたように言う。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. 私は自分が霧の中にいるように感じたり、頭がまとまらなかつたり、周りの出来事が現実ではないように感じることがある。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. 私はあることが、すでに自分が行ったことなのか、あるいは、それをするつもりであっただけなのかについて、戸惑う。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. 私は時計を見て時間が過ぎていることは分かるが、その間に何があったか、思い出せない。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. 私の頭の中に自分のじゃない声が聞こえる。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. 私はどこかへ行ってしまいたいとき、心の中でそうすることが出来る。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10