

受領および分析を完了することが困難であると推定されたため、本分析は実施できなかった。

d) 過剰なインターネットの利用が精神科上の介入対象となる要件の検討

検討の要旨は以下の通りである。なお、検討の詳細な内容については、本報告書の付属資料2として別添した。

- ・ 病気の定義を統計的に定めることはできないが、将来の有害事象（主に病気。）へつながらるリスクは統計的に決定できる。リスクには便宜的に病名が付けられることがある。
- ・ リスクは、「身体上または精神上のリスク因子」、「リスクのある社会経済状態」および両者の中間に位置する「リスク行動」の3種類に分けられる。
- ・ ある現象がリスクであるためには、次の3つを満たす必要がある：(1) アウトカムとなる有害事象がある、(2) その現象が将来の有害なアウトカムの発生を増やす、(3) その現象と共存する別の因子の影響を調整しても、有害なアウトカムの増加が観測される。
- ・ リスクが介入を必要とするかについては、統計学的な有意性のみならず、臨床的な有意性を示す必要がある。

D. 考察

1. アルコール・薬物依存症と他の重複障害の医療機関・社会復帰施設における実態調査

今回の報告では、アルコール・薬物依存症では、断酒・断薬後半年以上たったケースにおいても、反社会性人格障害等の人格障害、気分障害、精神病性障害の合併が多く、自殺のリスクも高いことが示された。すなわち、断酒・断薬が出来たとしても重複する障害が大きな問題として残っていることを意味している。一方で重複障害については、従来の依存症治療の中でも、対処法が確立されておらず、今後の大きな課題となっている。

一方で、今回の調査結果についてはセレクションバイアスを考慮する必要がある。今回の結果では、摂食障害が見られなかったが、これはクリーン期間が半年という条件のため、摂食障

害合併例が再飲酒、治療中断等で脱落した影響が考えられる。また、薬物依存症に、結果として施設利用者の割合が高かったことも、SCID-IIでの人格障害の割合に何らかの影響を与えた可能性も否定はできない。このように、本報告にはいくつか限界はあるが、これまでわが国であまり行われてこなかった重複障害に関する大規模調査を、専門家の構造化面接で実施し、極めて質が高くデータを得ることができたという意味で、臨床的、学術的にも重要であるだけでなく、重複障害対策の基礎的資料を提供するものとなっていると考えられる。

2. 社会復帰施設職員を主たる対象とするガイドライン作成

本ガイドラインは、従来皆無に等しかった、我が国における重複障害に対する治療指針となるものであり、行政機関のアルコール・薬物依存症の理解と対策にも大きく寄与することが期待される。今後、冊子化に向けた改定作業を行った後に、全国の社会復帰施設等に配布を予定している。

3. 日本における過剰なインターネット利用の実態に関する研究

日常生活に支障を来す水準でのインターネットの利用は、「インターネット依存症（嗜癖）」（Internet Addiction ; IA）とも称され、以下の3つのサブタイプに分類される：(1) ネットゲーム没入、(2) サイバーセックス没入、(3) テキストの過剰なやり取り（電子メール、チャット、SNS など）¹⁵⁾。その診断基準は国/文化圏により異なるが¹⁶⁾、病的ギャンブルのアナロジーで組み立てられたものが多い（利用時間だけが基準ではない）。

一方、IA を新しい疾患概念として認めるかについては議論があり、最終審議中のDSM-5 draft では” Recommended for Further Study”として予備的に言及されている。

社会生活基本調査の分析からは、10歳以上の国民の約6割が年に1日以上インターネットを利用しており、非就業希望者より就業希望者の

方が利用者率は高いが、「掲示板・チャット」「ネット通販」といった一部項目で、就業を希望しない者の年間平均行動日数が大幅に多いことなどが示された。今後、調査票やスクリーニングテスト等を構築する上で考慮すべき社会経済項目が、全国代表性のあるデータにより裏付けられたと言える。

また、過剰なインターネットの利用が精神科上の介入対象となる要件の検討については、ある行動がリスクとして定義づけられるための疫学的な必要条件とその検証方法、定義づけられたリスクが介入を必要とする大きさを有するかについての検証方法について必要かつ最小限な条件をまとめたものであり、今後の研究に関するロードマップとして利用することが期待できる。

結論としては、当初予定していた「公開統計の整理・統合」、「匿名化マイクロデータを用いた分析」、「統計法 33 条に基づく二次利用による分析」、「過剰なインターネットの利用が精神科上の介入対象となる要件の検討」の 4 つのうち、二次利用については期間内に分析が完遂しなかった。しかしながら、他の 3 つにより、過剰なインターネット利用と関連している可能性がある生活行動が一定程度抽出・整理され、また、今後の研究の過程について具体的な方針が示された。

E. 参考文献

1) 樋口 進, 杠 岳文, 松下幸生, 宮川朋大, 幸地芳朗, 加藤元一郎, 洲脇 寛. アルコール依存症の実態把握および治療の有効性評価・標準化に関する研究. 厚生労働省精神・神経疾患委託研究費「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, 主任研究者和田清」平成 16 年～18 年度総括研究報告書.

2) Tominaga M, Kawakami N, Ono Y et al. Prevalence and correlates of illicit and no-medical use of psychotropic drugs in Japan: findings from the World Mental Health Japan Survey 2002-2004. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 44: 777-783,

2009.

3) Ciraulo DA, Piechniczek-Buczek J, Iscan EN. Outcome predictors in substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am* 26: 381-409, 2003.

4) 松下幸生, 樋口 進. アルコールと自殺. *精神神経誌* 111: 1191-1202, 2009.

5) 樋口 進. 厚生労働省平成 20 年度障害者保健福祉推進事業, 依存症者の社会生活に対する支援のための包括的な地域生活支援事業「アルコール・薬物関連リハビリ施設職員教育研修プログラム」総括事業報告書

6) 樋口 進. 厚生労働省平成 21 年度障害者保健福祉推進事業, 地域におけるサービス事業者等の連携のあり方に関する調査研究事業「アルコール・薬物関連リハビリ施設職員教育プログラム」事業報告書.

7) Sheehan DV, Lecrubier Y. MINI, Mini-International Neuropsychiatric Interview. 大坪天平ほか(訳) MINI 精神疾患構造化面接法. 星和書店, 東京, 2003.

8) First MB, Gibbon M, Spitzer RL et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, 高橋三郎(監訳) SCID-II, DSM-IV II 軸人格障害のための構造化面接. 医学書院, 東京, 2002.

9) Senoo E, Ogai Y, Haraguchi A et al. Reliability and validity of the Japanese version of the Addiction Severity Index (ASI-J). *日本アルコール・薬物医学会雑誌* 41: 368-379, 2006.

10) Reich T, Edenberg HJ, Goate A et al. Genome-wide search for genes affecting the risk for alcohol dependence. *Am J Med Genet* 81: 207-215, 1998.

11) Wechsler D. Administration and Scoring Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition, 日本版 WAIS-III 刊行委員会(訳編) 日本版 WAIS-III 実施・採点マニュアル. 日本文化科学社, 東京, 2006.

12) Saunders JB, Aasland OG, Babor TF et al. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful

Alcohol Consumption-II. Addiction 88: 791-804, 1993.

13) Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC et al. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Brit J Addict 86: 1119-1127, 1991.

14) Kawakami N, Takatsuka N, Inaba S et al. Development of a screening questionnaire for tobacco/nicotine dependence according to ICD-10, DSM-III-R, DSM-IV. Addict Behav 24:155-166, 1999.

15) Weinstein et al. Internet addiction or excessive internet use. Am J Drug Alcohol Abuse 2010, 36(5)

16) Young's Internet Addiction Scale (IAT) : USA,UK,韓国,フィンランド. Chen Internet Addiction Scale (CIAS) : 台湾. Questionnaire of Experience Related to Internet : スペイン. Compulsive Internet Use Scale (CIUS) : オランダ. 各種 IA スクリーニングは、Beard 2005 (PMID:15738688)が検証している。

F. 健康危険情報

報告すべきものなし。

G. 研究発表

1) 国内

口頭発表	0 件
原著論文による発表	0 件
それ以外の発表	0 件

2) 海外

口頭発表	0 件
原著論文による発表	0 件
それ以外の発表	0 件

H. 知的所有権の出願・取得状況(予定を含む)

1. 特許取得： なし
2. 実用新案登録： なし
3. その他： なし

表 1 依存症内訳

		アルコール依存症(名)	薬物依存症(名)
調査施設	医療機関	64	17
	社会復帰施設	43	69
性別	男性	81	67
	女性	26	19
平均年齢		51.2±9.7	38.8±8.7
施設入所期間(月)		33.6±58.5	36.6±30.4
治療期間(月)		90.3±65.0	75.8±67.4
クリーン期間(月)		48.7±60.2	40.7±29.9

表 2 生活状況・学歴

		アルコール依存症(名)	(%)	薬物依存症(名)	(%)
主な収入	生活保護	46	45.5	53	66.3
	自分の収入	32	31.7	10	12.5
	年金・保険	7	6.9	2	2.5
	その他	16	15.8	15	18.8
居住先	施設利用	24	22.4	62	75.6
	自宅	79	73.8	20	24.4
	その他	4	3.7	0	0.0
結婚歴	既婚	37	34.9	3	3.5
	離婚	33	31.1	27	31.4
	未婚	36	34.0	56	65.1
家族状況	同居	46	43.8	14	17.1
	単身	53	50.5	61	74.4
	その他	6	5.7	7	8.5
就労	常勤	24	22.9	17	21.0
	パートなど	22	21.0	10	12.3
	未就労	59	56.2	54	66.7
自助グループ	定期的	61	58.7	71	86.6
	不定期	7	6.7	5	6.1
	未参加	36	34.6	6	7.3
学歴(中退含)	大学以上	28	26.2	15	18.3
	専門学校	12	11.2	10	12.2
	高校	48	44.9	34	41.5
	中学	16	15.0	21	25.6
	その他	3	2.8	2	2.4

表3 薬物経験率

	アルコール依存症(名)	(%)	薬物依存症(名)	(%)
覚せい剤	6	5.6	68	79.1
吸入剤	14	13.0	59	68.6
アルコール	104	96.3	70	81.4
大麻	9	8.3	61	70.9
ヘロイン	0	0.0	12	14.0
コカイン	1	0.9	33	38.4
エクスタシー	1	0.9	39	45.3

表4 SCID-II

	基準値以上		主要Ⅱ軸診断	
	アルコール (%)	薬物(%)	アルコール (%)	薬物(%)
回避性	8.3	15.1	4.6	2.3
依存性	0.9	3.5	0	1.2
強迫性	13	5.8	5.6	0
受動攻撃性	0.9	3.5	0	0
抑うつ性	7.4	11.6	1.9	2.3
妄想性	1.9	5.8	0	0
分裂病型	0.9	0	0	0
分裂病質	2.8	1.2	0	0
演技性	0	1.2	0	0
自己愛性	0.9	3.5	0	2.3
境界性	6.5	10.5	3.7	1.2
反社会性	4.6	41.9	3.7	34.9
特定不能	2.8	1.2	1.9	1.2

表 5 M.I.N.I

	アルコール依存症(名)	(%)	薬物依存症(名)	(%)
大うつ病(現在)	6	5.6	3	3.5
大うつ病(過去)	16	15.0	10	11.6
メランコリー型	4	3.7	3	3.5
気分変調症	4	3.7	7	8.1
自殺の危険	49	45.8	52	60.5
自殺の危険度 低度	38	35.5	43	50.0
自殺の危険度 中度	2	1.9	5	5.8
自殺の危険度 高度	9	8.4	7	8.1
軽躁病エピソード 現在	0	0.0	1	1.2
軽躁病エピソード 過去	16	15.0	10	11.6
躁病エピソード 現在	0	0.0	2	2.3
躁病エピソード 過去	6	5.6	13	15.1
パニック(広場+)	0	0.0	3	3.5
パニック(広場-)	4	3.7	0	0.0
広場(パニック-)	8	7.5	7	8.1
社会恐怖	6	5.6	5	5.8
強迫性障害	2	1.9	8	9.3
PTSD	0	0.0	2	2.3
アルコール依存症	14	13.1	0	0.0
アルコール乱用	3	2.8	0	0.0
薬物依存	2	1.9	4	4.7
薬物乱用	0	0.0	3	3.5
精神病性症候群 現在	3	2.8	13	15.1
精神病性症候群 生涯	12	11.2	20	23.3
精神病像を伴う気分障害	1	0.9	4	4.7
神経性無食欲症	1	0.9	0	0.0
神経性大食症	0	0.0	4	4.7
神経性無食欲症 むちゃ食い/排出型	0	0.0	0	0.0
全般性不安障害	1	0.9	7	8.1
反社会性人格障害 (生涯)	10	9.3	50	58.1

[付属资料 1]

アルコール・薬物依存症者で、 うつやパニックなどをもっている 利用者への対応法について

～回復者施設職員向け依存症重複障害対応ガイドライン～

平成25年3月
重複障害対応ガイドライン作成委員会

◆目次◆

- I. はじめに
樋口 進（久里浜医療センター）
- II. そもそも依存症って何？
真栄里 仁（久里浜医療センター）
- III. こんな症状で困ったときには
1. 食べ吐きや、^{とうへき}盗癖などのある人に困ったら？
村山 昌暢（赤城高原ホスピタル）
 2. 落ち着きがなく、じっとしてられない人の対応に困ったら？
朝倉 新（新泉こころのクリニック）
 3. ミーティングでもまわりの空気が読めない利用者さんに困ったときには？
朝倉 新（新泉こころのクリニック）
 4. パニックで困ったら？
森田 展彰（筑波大学）
 5. 「何か聞こえる」、^{かん}勘ぐりやすい人に困ったら？
成瀬 暢也（埼玉県立精神医療センター）
 6. 眠れないという訴えで困った時には？
長 徹二（三重県立こころの医療センター）
 7. “気分の波”がある人への接し方で困ったら？
奥平 富貴子（東北会病院）
 8. 「自分を傷つけたい」、「死にたい」という人の支え方に困ったら？
青山 久美（神奈川県立せりがや病院）
- IV. もっと詳しく知りたい方に、おすすめの本や記事のリスト

《 I . はじめに 》

平成 20 年度より、「厚生労働省 障害者保健福祉推進事業」の一環として、私どもは「アルコール・薬物依存症者 回復施設職員研修事業」を始めました。

この事業は、平成 22 年度から厚生労働省の委託事業に格上げされ、これまで 2 年間、この事業を継続させていただいております。この研修の中では、当初から、回復施設が抱えている最も大きな問題点の 1 つとして、利用者に重複障害を有する者が多く、その対応に苦慮しているということが明らかになっていました。

これを受けて、厚生労働科学研究の本分担研究では、過去 3 年間にわたり、アルコール・薬物依存症者における重複障害の実態調査を行った上で、研究のもう 1 つの目標である、対応ガイドラインの作成にも取り組んで参りました。

本ガイドラインは、このような経過の中で生み出されたものです。内容を見ていただければお分かりのように、本ガイドラインには、主要な重複障害がすべて網羅^{もうら}されています。また、手に取った方が使いやすいよう、非常にわかりやすく書かれ、編集されています。

本ガイドラインの執筆や編集にご貢献いただきました「重複障害対応ガイドライン作成委員会」の各先生方には、この場をお借りして心より深謝いたします。

本ガイドラインが、できるだけ多くの方々にお役立ていただけるよう、祈念しております。

平成 25 年 2 月

厚生労働科学研究

様々な依存症における医療・福祉回復プログラムの策定に関する研究（研究代表者 宮岡 等）

分担研究

アルコール・薬物依存症と他の精神障害との重複障害の実態把握と治療モデル構築に関する研究

研究分担者

独立行政法人 国立病院機構 久里浜医療センター 院長 樋口 進

《Ⅱ．そもそも依存症って何？》

■はじめに■

このガイドラインは依存症の患者さんに見られるうつや、パニック、死にたい気持ちなど訴えを取り上げています。この章では、その準備として、依存症について取り上げていきます。

依存症になり始めのころ、多くの人は病気といわれることに戸惑い、「私は周りの人と変わらない普通の酒飲みだ」「覚せい剤をやっている、仕事は人並み以上にやっている。」「マリファナは合法の国もあるから、自分は病人や犯罪者ではない」と言ったりします。また依存症であることを自分で受け入れるようになってからも、周りの人に、依存症についてうまく説明できなかったことはありませんでしょうか？ いったい依存症ってどんな病気なのでしょう？

1. 依存症の定義

お酒の場合で考えるとわかりやすいのですが、依存症の人も最初は普通の酒飲みです。それが飲み方が段々変わってきて、いつの間にか依存症といわれる状態になったわけです。どこから依存症になるかという、「そのクスリを使うことやお酒をのむことが人生の目的になり、それまで大切にしていたものよりクスリやお酒が生活の中心となること」が、依存症と、それ以外の飲酒者を分ける境目になります。つまり、依存症になると、お酒やクスリに支配され、家族や仕事といったものよりもお酒やクスリやお酒を優先するようになるわけです。このような状態になっているかどうか判断するのに、病院では6つの項目からなる依存症の診断基準を使っています。そのうち3つ以上あてはまる場合、依存症と診断しています。

① クスリを使いたい、お酒を飲みたいという強い欲求

これはすべての依存症に共通するもので精神依存と呼ばれます。お酒が切れると夜中もお酒を買いに出かけたり飲酒運転をする、クスリを手に入れるために犯罪に走ったり、売春をしたりするといった行動が見られます。

② ほどほどにすることができない

覚せい剤やマリファナでも、使い始めのころは「彼氏と遊ぶ時だけ使う」、「海外旅行先だけで使う」など、環境に応じた使い方や自分の考えでクスリをコントロールすることもあるようです。お酒でも、平日はビール一缶にして、週末はガンガンのむというような場所や時間による飲み分けができています。ところが、依存症になると、「いつでもどんな時でもクスリを使う」、「一缶だけにしようと思って飲み始めても、結局止まらなくなってしまう」といったように、環境に応じた飲み方や自分の考えでクスリやお酒をコントロールすることが出来なくなってしまう。

③ 禁断症状（離脱症状）

長期間、モルヒネ、ヘロイン、睡眠剤などのいわゆるダウンナー系といわれる薬とするようなクスリを使い続けたり、お酒を大量に飲み続けていると、体がクスリやお酒なしではいられない状態になります。この状態でクスリやお酒が体から抜けると、手が震えたりけいれんを起こしたり、幻覚が見えたりといった禁断症状（医学的には離脱症状と言います）が起こります。禁断症状は依存症の症状の中でも代表的な症状です。なお覚せい剤は、脳を興奮させるクスリであり禁断症状はないとされていますが、覚せい剤をやめて数週間たったころにおこるイライラを禁断症状とする考えもあります。

④ クスリが効かなくなってくる、お酒に強くなる

依存症者であっても最初から大量の薬を使ったり、一升酒を飲んだりしていたわけではありません。最初のころは、少量のクスリでも十分な効果が得られていたり、むしろ使い始めのころは気分が悪くなった方も多かったと思います。しかし、長期間クスリを使ったりお酒を飲んだりしているうちに、だんだん同じ量のクスリやお酒では効かなくなり、結果として量が増えてきます。

⑤ クスリやお酒を手に入れたり、それが体から抜けたりするのに長時間かかるようになる

依存が進行してくると、一日中ラリっていたり酔っていたり、クスリやお酒を手に入れるのにあちこちに出かけたりして、クスリやお酒のために一日がつぶれ、それ以外のことにかける時間が無くなってきます。

⑥ いろいろ問題があるにもかかわらずこれを認めようとしなない、クスリやお酒をやめようとしなない

普通の病気は問題がでてくると患者さん自身が心配になり、自分から病院へ来ます。しかし依存症の場合には、問題が深刻になればなるほど、問題を隠したり、病院へ行くことを嫌がったりするようになります。ただ、このような特徴もクスリやお酒をやめて、回復していく過程で徐々になくなってきます。

2. 依存症まではいかないけど問題のある状態

依存症の診断にはあてはまらないが、なんらかの問題を抱えている状態を“乱用”や“有害な使用”と言います。

有害な使用は主に健康に害が出るようなクスリの使い方や飲みかた（例：飲みすぎて肝臓を壊した。）、乱用は主に社会的な問題が起こるような使いかたや飲みかた（例：飲酒運転を繰り返す）などを指しています。最近では、依存症も含めて“使用障害”としてまとめていく動きも出ています。

3. 依存症の治療と予後

依存症は、クスリやお酒をコントロールできなくなった病気です。そのために、いったん依存症になると程よくクスリやお酒と付き合うことが不可能になります。しかもいったんクスリやお

酒をやめても、体はいつまでのクスリやお酒をやっていたころのことを覚えているため、少量でもクスリやお酒を使うと、どんどん欲しくなって、短期間（多くの場合、数か月）で元の使い方や飲み方に戻ってしまいます。そうならないように、クスリやお酒を完全に、生涯にわたってやめることが必要ですが、人の気持ちはとても変わりやすく、また現代はクスリやお酒はいつでも簡単に手に入る環境になっています。その中で自分一人の力だけで断薬・断酒を継続することは、とても難しいことです。その一方で、アルコール依存症の場合、治療を受けたとしても3か月で半分、1年で7割、10年で8割が元の飲み方に戻り、10年で半分近くの人が亡くなるという事実に示されるように、依存症は一人で立ち向かうには余りにも重い病気です。だから一人にならずに、自助グループや病院、家族や仲間の力をうまく活用して断薬・断酒を続けていきましょう。

4. クスリやアルコール依存症以外の依存症

摂食障害や、窃盗癖、ギャンブル依存症なども、精神依存のために自分で自分の行動をコントロールできないという意味ではクスリやアルコール依存症と共通しています。現在、これらの疾患や問題行動を依存症とすべきか活発な議論が行われています。

5. 合併症

依存症に限らず、一つの病気が他の病気を引き起こしたり、違う病気が共通の原因から起こったりすることはよくあります。前者の例では、^{のうこうそく}脳梗塞を起こした患者さんは、その後うつになりやすいとされています。後者では、肥満が、^{とうにょうびょう}糖尿病や^{つうふう}痛風、高血圧など様々な病気を引き起こすことが例として挙げられます。

依存症も様々な病気を合併していることが多い病気です。特に、精神科の病気を合併した場合、^{ちゅうふく}重複障害と呼んでいます。平成23年に行われた調査では、アルコール・薬物依存症者の3割～4割にうつやそううつ病などの病気がみられ、パニックなども2割～3割にみられており、自殺のリスクに至っては約半数の依存症者がもっていると報告されています。

また依存症には、他の病気が起きた後に依存症になる二次性の依存症と、依存症になった後に他の病気が起こる一次性の依存症がありますが、正確に区別することは難しいです。ただ、いずれにしても、断薬・断酒と、合併した病気の治療を行うことが、両方の病気にとって良い結果をもたらします。例えば、うつや強い不安は、断酒率を半分にすることや、逆に断酒によって不安やうつが改善されることも報告されています。

このガイドラインでは、それらの病気によって起こりやすい症状を取り上げて解説しています。症状や病気を知ることは回復のための第一歩です。皆様のお役にたてれば幸いです。

《Ⅲ. 各論》

1. 食べ吐きや盗癖などのある人に困ったら？

《ポイント》

- アルコールや薬物の依存症には、ほかの依存も合併しやすいことを理解しましょう。
- 食べ吐きや拒食は、若い女性にかぎらず、中年女性や男性にも見られます。さらに窃盗癖を合併する人もいます。
- 対応の方向性は、アルコールや薬物への依存と同じで、自助グループに参加することです。ただし、万引きがひどい場合には、治療の必要性を本人に認識してもらったり、“自分の引き起こしたことへの責任”を自覚して、治療への意識を高めてもらうためにも、警察への通報が必要な場合があります。

■はじめに■

アルコールや薬物への依存をかかえる人たちは、その人の生き方の総決算として、生きる上でのつらさや痛みを、何かに“ハマる”ことで解消しようとする習性が染みついてしまっている人たちです。このため、アルコールや薬物といった依存性の物質以外にも、特定の行為や人との付き合い方などに妙にハマりやすいところがあるので、関わる際には、彼らのもつハマりやすさとして、“ほかの依存症を合併しやすい傾向がある”ということを押さえておく必要があります。

1. 摂食障害および窃盗癖

そして、合併しやすい依存としては、摂食障害と言って、食べ物を（普通に、または異常に大量に）食べて、そのあと自分で強制的に吐き出す“自己誘発性嘔吐”を繰り返したり、過食（異常に大量に食べる）するだけで吐き出さない人、あるいはダイエットに異常にこだわって、食べることを極端に制限する人もいます。吐き出したり過食することを“過食症”、食事を極端に制限することを“拒食症”、過食症と拒食症を合わせて“摂食障害”と言いますが、これもアルコールや薬物依存と同じ、依存症の1つです。

そのやり方は実にさまざまで、吐くためにノドに指を突っ込んだり、ゴムのチューブを入れたりする人もいれば、食べ物を噛むだけで飲まずにそのまま吐き出す（“噛み吐き(チューニング)”）人もいます。あるいは、下剤や利尿剤（尿を強制的に出す薬）を大量に使って無理に排泄したり、

運動のしすぎで無理にエネルギーを消耗しようとする人もいますが、これらも、故意に体に負担をかけているという点では、食べた物をわざわざ吐き出す“自己誘発性嘔吐”と、実は同じようなことをしていると言えます。

また、アルコール依存症や摂食障害の人の中には、お酒や食べ物、(それらを手に入れるための)お金を繰り返し盗んだり、飲酒や過食嘔吐とは関係ない、ちょっとした日用品の万引きを繰り返す人もいますが、こういう人たちには“窃盗癖”があると考えられます。窃盗癖は、万引きや窃盗という犯罪行為をやめたくてもやめられずに繰り返すもので、これも依存症の1つになります。

2. 摂食障害の原因と経過

摂食障害は若い女性に多く、男性と女性の割合を見ると、男性1に対して女性が10くらいですが、若い女性にかぎらず、中年以降の女性や男性にも見られます。

摂食障害の人の背景としては、親がアルコール依存症などで、親としての役割を十分に果たせなかった“機能不全家庭”で育っていたり、過去に虐待された体験があったりと、大なり小なり、広い意味での精神的な外傷体験をかかえていることが多いようです。そして、外傷体験が重いほど、薬物乱用～依存、異性関係依存、自傷癖(たとえば、手首切り、腕切り、^{もも}腿切り、タバコの火による“根性焼き”)などを繰り返し、^{かいりせい}解離性障害(意識が飛ぶ、多重人格など)や窃盗癖といった重い障害を合併しやすくなります。実際に、摂食障害の人の約3分の1に、窃盗癖が合併するとも言われています。

3. 窃盗癖のとらえ方

教科書的には、窃盗癖は“盗みによるスリルを求めるのが目的で、盗んだ物の金銭的価値を考えたり、その人の生活に役立つ物を盗んだりするのは、窃盗癖ではない”とされています。

しかし、こういったとらえ方は、実態に合わない偏った考え方です。というのも、かりに盗みによるスリルを味わうのが目的だったとしても、目の前に自分の生活に役立つような物があれば、それを盗る方が自然です。これだけ多くの物が店にあふれている世の中で、わざわざ自分が使いそうにない物を選んで盗む方が難しいでしょう。また、盗んだ時には使うつもりがなくても、盗った後でそれが使えそうだと気付けば、当然使うことも出てくるでしょう。

ですから、窃盗癖かどうかは、“盗った物が高いか安い”、“盗った物が実用的かどうか”、“その人がそれを使うかどうか”ということよりも、その万引きや窃盗行為が“その人の今の状況から見て、割に合わない盗みである”ということに着目した方が判りやすいのです。

■対 応■

このように、摂食障害も窃盗癖も、どちらもアルコールや薬物の依存と同じ、依存症の一種です。そして、もともとのアルコールや薬物への依存が止まり、見かけ上は体調が良くなっているように見える時に、摂食障害の方が悪化するということがよくあります。

1. 摂食障害の支援や治療の方向性

拒食症の場合は体重の減少が目立ちますが、過食症は、見るからにやせている人から、見た感じは普通の人、極端な肥満の人までさまざまです。そして、この摂食障害の人たちに、無理に拒食や自己誘発性嘔吐をやめさせようとしても、なかなか病状の改善にはつながらないものです。それよりも、ヒトの体は体重が標準体重〔身長 cm－100〕×0.9〕の 80%以下になると、栄養不足からさまざまな体調不良が出やすくなるので、そこですかさず、内科や外科などの受診の必要性を働きかけると、医療につながるきっかけがつかめるかもしれません。

また、過食嘔吐が頻繁になると、場合によっては、その人の住んでいる施設のトイレが詰まるということも出てくるかもしれません。そういう時、摂食障害の人に「食べ吐きするな」と言っても、そこは酒をやめられないアルコール依存症の人と同じですから、ここでは嘔吐をやめさせることにこだわるよりも、「吐いた物でトイレを詰まらせないよう、ザルで濾して、燃えるゴミで出す」など、生活上の工夫を指示する方が、むしろ現実的なものかもしれません。また、施設内で対応しきれなくなったら、依存症専門の医療機関への受診を勧めましょう。

それとあわせて、摂食障害者のための自助グループ（OA：Over-eaters' Anonymous）のミーティング（<http://oajapan@jl.capoo.jp>）への参加も、ぜひ勧めてください。近くに OAミーティングがない場合は、AA（Alcoholics Anonymous：匿名のアルコール依存症者の集まり）のオープンミーティング（<http://www.aaajapan.org/>）も役に立つでしょう。

摂食障害に対する根本的な薬物療法は、残念ながらありません。少なくとも“摂食障害が薬で治る”と考えるのは、現実的ではありません。薬物療法が有効なのは、摂食障害に合併する症状（不安・不眠・イライラや、他人に対する敏感さ、自分や他人への攻撃性、気分の落ち込みなど）に対してのみと考えるべきでしょう。ただし、それらの薬には、依存性のあるものも含まれますから、医療機関で投薬を受ける際には、処方薬依存にも注意して、本人には主治医の先生とよく相談するように勧めてください。

2. 窃盗癖への対応と治療の必要性

また、窃盗癖を合併する人への対応は、なかなか難しいかもしれません。本人が意識してやっている場合でも、覚えていない場合でも、罪の意識に悩んでいたりと、盗ったものを使っているかどうかに関わらず、施設の内・外で万引きや窃盗行為を繰り返しているということは、社会的に見れば犯罪を重ねていることになり、個人的には窃盗癖という病気をもかかえていること

になります。ですから関わる際には、犯罪行為と病気という、その両方の側面を視野に入れて対応することが必要になります。そしてその窃盗行為が、施設にとって見過ごすわけにはいかないものであれば、ためらわずに警察に通報すべきでしょう。

ただし、警察に捕まったからといって、窃盗癖をもつ人が窃盗行為をやめるのは、アルコール依存症の人が酒をやめ続けるのと同じように難しいことです。また窃盗癖も、アルコール依存症と同じ医療が必要な病気ですから、警察への通報は、逮捕してもらうことが目的というよりは、むしろその出来事をきっかけに、本人が自分の窃盗癖という病気を見つめ、治療するしかないという気持ちになってくれることの方にあります。ですから、こういう機会に、窃盗癖に対応できる医療機関につながることを本人に勧めてください。

窃盗癖に対する薬物療法も、摂食障害と同じで、合併する精神症状をやわらげることはできても、窃盗癖自体を根本的になくすための薬にはなりません。そして、あまり深く考えずに依存の可能性のある睡眠薬や抗不安薬の投与が続けば、今度は処方薬の依存になる可能性があることも、摂食障害の場合と同じです。

Q & A

Q1

摂食障害や窃盗癖の人に関わる際の、一番のコツは何ですか？

まずは、そういった人の話を、まっすぐに受け止めて聴くことだと思います。特に、「困った！ つらい、話を聞いてくれ」と、電話でも直接にでも相談をもちかけられたら、その人の話を聞いてあげてください。というのも、摂食障害や窃盗癖にかぎらず、依存症をもつ人たちは、「つらい」、「困った」、「何とかして」と、他人に助けを求めることの苦手な人が多いからです。

素直に助けてもらえばいいような場面でも、「こんなことで他人に助けを求めては、迷惑では？」、「こんなことも1人で解決できないなんて“ダメなヤツ”と思われるのでは？」、「面倒だと嫌われるのでは？」などと、あれこれ悩んで相談できず、一人でかかえこんでは行き詰まって、結局また依存に走る…ということを繰り返しやすい人たちなのです。つまり、依存症の症状を出すことでしか、まわりにSOSを出せないところがあるのです。

逆に言えば、自分のつらさを、今までのように依存症の症状としてではなく、“人に話す”という、まわりに受け入れられやすい形で表現することができれば、それは依存症の根本的な改善への大きな第一歩になるはずですよ。

そしてこういった、なかなか直球を投げられない人たちが、他でもない“あなた”に相談してくるということは、その人が「あなたなら…」と見込んで、勇気を振りしぼって語りかけている

のだと、そんなふうにとらえて受け止めてみてください。

Q2

“依存症の本人の回復には、自助グループのミーティングが大切”と聞きますが、自助グループのミーティングとは、実際どのようなものなのでしょうか？

自助グループのミーティングとは、同じ依存症をもつ患者さん同士が集まって、自分の依存症に関する体験を、できるだけ率直に、包み隠さず語り合い、それをお互いに聴き合うという場です。

また、自助グループではAA（匿名のアルコール依存症者の集まり）やNA（匿名の薬物依存者の集まり[<http://najapan.org>])が有名ですが、ほかにもOA（匿名の摂食障害者の集まり）、GA（匿名のギャンブル依存症者の集まり[<http://www.gajapan.jp>])、EA（人間関係依存で感情のコントロールに苦しむ匿名の者の集まり[<http://emotionsanonymous-jp.org>])などがあります。まだ数は少ないですが、KA（匿名の窃盗癖患者の集まり）やMDA（匿名の処方安定剤依存者の集まり）なども、最近では開かれるようになってきています。

このように、自助グループは同じ依存症をもつ人たちの集まりですから、お互いに似たような体験をもつ者同士、共有しやすい雰囲気の中で、自分の体験のどんなことを語っても受け止めてもらえて、批判やもっともらしい忠告を受けたりすることもない（これを“言いつばなし、聴きつばなし”と言います）、そういうところです。

もちろん、発言を強制されることもないので、自分に順番が回ってきた時に言うことが思いつかなければ、「今日は聞くだけにさせてください」とか、「今日はパスさせて下さい」と言えばすんでしまいます。つまり、発言しないことをも含めて、その時の自分が、自分なりにできるだけ素直に振舞ったという、そのことがそのまま受け止めてもらえる場なのです。そしてこういう場に身を置くことで、「自分だけじゃなかった」とホッとしたり、自分で自分を素直に受け入れられるようになったり…、そういったさまざまな気持ちを実感できるのが、自助グループのミーティングなのです。

これは見方を変えれば、Q1の“つらさを人に話せる、相談できる”ようになるための格好の練習の場でもあると言えます。ですから、摂食障害、窃盗癖にかぎらず、すべての依存症からの回復に自助グループが不可欠とされるのは、こういった回復に必要で大切な機能を自助グループが担っているからなのです。

Q3

精神的には、ほかにも摂食障害や窃盗癖と似たような症状の出るものはありませんか？

若くて拒食のある女性の中には、摂食障害ではなく統合失調症の人もあります。過食嘔吐のある人で、そううつ病を合併していることもあります。また、中年から高齢者の窃盗癖の中に、前頭側頭型認知症という特殊なタイプの認知症もあって、その症状として窃盗を繰り返す人もい

ます。そしてこれもまれですが、薬の影響から、自傷や窃盗などの衝動的な行動になる場合もあります。

ですから、手前に見えている症状は似^{にかよ}通っていても、その背後にある原因はさまざまということ、関わる際に頭に入れておく必要があるでしょう。また、こういった背景を理解するためにも、医療機関を受診して、きちんとした診断を受けることが大切になります。