

表 3-1 物質使用障害患者の自殺念慮と自殺企図の経験率に関する主な国内研究

	大原 <sup>41)</sup> (1990) アルコール	濱野 <sup>42)</sup> (1971) アルコール	斎藤 <sup>43)</sup> (1980) アルコール	松本桂樹 <sup>44)</sup> (2000) アルコール	松本俊彦 <sup>45)</sup> (2009) アルコール	岡坂ら <sup>46)</sup> (2006) 薬物	松本俊彦 <sup>47)</sup> (2009) 薬物
被験者数(人)	85	80	120	81	244	101	92
調査方法	面接調査	カルテ調査	面接調査	質問紙法	質問紙法	質問紙法	質問紙法
対象者	入院 アルコール 依存症患者	入院 アルコール 依存症患者	入院 アルコール 依存症患者	入院・通院 アルコール 依存症患者	入院 アルコール 依存症患者	民間薬物 依存回復 施設入所者 (男性)	入院薬物 依存症患者
対象者平均 年齢(歳)	46.7	不明	不明	51.5	49.3±11.5	33.7	33.9±8.5
自殺念慮(%)	28.2	不明	28.3	61.7	55.1 男性 49.4 女性 81.1	55.4	83.3 男性 79.7 女性 90.3
自殺企図(%)	15.3	3.8	25.8	29.6	30.6 男性 23.3 女性 62.2	49.5	55.7 男性 49.1 女性 67.7

から、アルコール使用障害患者の55.1%に自殺念慮を抱いた経験が、30.6%に自殺企図歴があり、薬物使用患者に至っては自殺念慮経験者が83.3%、自殺企図経験者が55.7%という高さに達していることを確認している。いずれもうつ病患者に比べて高い割合であり、同様の国内の先行研究ともほぼ一致するものである。さらに驚くべきことに、日本語版の Beck Depression Inventory 第2版(BDI-II)を実施したところ、その質問9において、「自殺したい」もしくは「チャンスがあれば自殺するつもりである」という選択肢を選んだ者が、アルコール使用障害患者の9.8%、薬物使用障害患者の19.1%に認められたのである。

さらに、川上<sup>39)</sup>による構造化面接を用いた地域住民調査(図3-2)では、物質使用障害と自殺関連事象との間の関係を示唆する興味深い結果を明らかにされている。その報告によれば、過去12か月の自殺念慮は、うつ病の診断に該当する者で19.4%であったのに対し、物質関連障害では16.7%、また自殺企図の経験は、うつ病8.3%に対し、物質関連障害では16.7%であった。この調査結果で興味深いのは、「自殺の計画を立てた」経験に関しては、うつ病該当者と物質関連障害該当者に差はないにもかかわらず、自殺企図の経験は、物質関連障害該当者ではうつ病該当者よりもはるかに高く、しかも、自殺計画の経験者よりも自殺企図の経験者のほうが多いという点である。このことは、物質関連障害該当者の少なくない者が、具体的な計画を立てる間もなく自殺企図に至った可能性を示唆する。

実は、この点にこそ、物質関連障害患者における高い自殺企図率を説明する理由の1つがあると考えられる。De LeoとEvans<sup>48)</sup>は、アルコール依存などの物質使用障害患者には気分障害やパーソナリティ障害が併存する者が多く、物質乱用によって併存する精神障害の悪化やうつ状態の誘発を招いたり、あるいは失職や服役、社会的孤

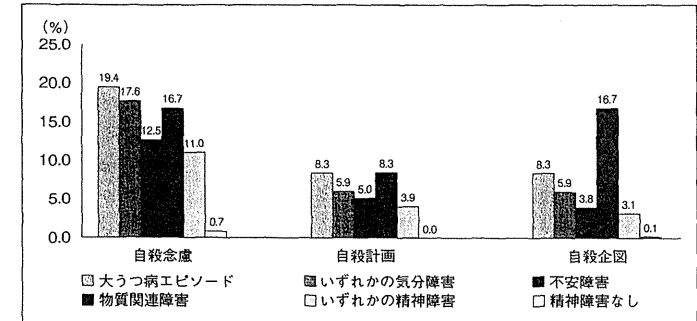


図 3-2 地域住民における過去 12 か月間の精神医学的診断 (DSM-IV) 別の自殺関連行動の頻度

(川上惠人：わが国における自殺の現状と課題、保健医療科学 52：254-260、2003 より)

立などの心理社会的状況が悪化したりしていることが少なくなく、結果的に自殺の危険が高い状況にあることが多いと指摘している。さらに加えて彼らは、物質自体の薬理作用が衝動性を亢進させ、自殺行動を促進することも指摘している。

De LeoとEvansの指摘をふまえると、川上の調査結果は、まさにそうした物質関連障害患者独特の衝動的行動一たとえば、「死にたいと思っていたが、死ぬ勇気はなかった。でも、酔ったら恐怖感がなくなって」という行動を示唆していると思えてならない。自殺既遂者の32~37%<sup>49)</sup>、自殺未遂によって救急医療機関に搬送された患者の40%<sup>42)</sup>が、体内からアルコールが検出されるという事実も、このことの傍証となる。

## 2 | アルコールと自殺

海外には、国内の年間アルコール消費量と自殺死亡率との間における有意な相関を支持する研究が数多く存在している。たとえば、ロシアでは、ベレストロイカによるアルコール販売制限と自殺死亡率の減少の間の有意な正の相関が確認されており<sup>49)</sup>、一方、米国では、最低飲酒年齢を18歳から21歳に引き上げたことにより、若年者の自殺率が有意に減少したことが証明されている<sup>44)</sup>。また、デンマークでは、アルコール飲料の価格高騰という「自然の実験」により自殺率の低下がみられ<sup>45)</sup>、ポルトガルでも、個人の年間アルコール消費量が1L増えると男性の自殺死亡率が1.9%上昇している<sup>46)</sup>。

もっとも、国内アルコール消費量と自殺死亡率との関係は複雑であり、しばしばそれぞれの国における飲酒文化や年代との関係も考慮する必要もある。たとえば、欧州14か国を対象とした調査によれば、アルコール消費量の多い欧州南部ではアルコール消費量と自殺死亡率の間に相関は認められず、消費量の少ない欧州北部でのみ有意

な正の相関がみられたという<sup>47)</sup>。また、フィンランドでは、15～49歳の年齢層ではアルコール消費量と自殺率との間に正の相関が認められたが、50歳以上の年代では相関が認められなかったことが報告されている<sup>48)</sup>。

わが国では、Akechiら<sup>49)</sup>のコホート研究が、日本人における1日当たりのアルコール消費量と自殺死亡率との興味深い関連を示唆している。それによれば、アルコールを「飲まない」者は、「時々飲む」という者よりも自殺のリスクが高いが、日本酒換算にして1日「2.5合以上飲む」という者では自殺のリスクが高いという。すなわち、わが国では、アルコール消費量と自殺死亡との関係は、虚血性心疾患などと同様、「U字型」の相関関係をもっているということになる。この知見は、アルコール使用障害の診断に該当するか否かに関係なく、多量飲酒が自殺の危険因子となりうることを示している。

さまざまな精神活性物質のなかで、アルコールほど日本人の生活のなかに深く浸透している物質はなく、飲酒はさまざまな社交や行事のなかで広く行われている。しかし、自殺予防という観点からみれば、使用障害(乱用・依存)の水準に達しない、正常範囲内のアルコール摂取に対しても、一定の注意を払う必要があるかもしれない。

### 3 | 物質使用と自傷行為

リストカットなどの自傷行為は、しばしば不快感情の軽減、あるいは周囲への意思伝達や操作といった意図から、故意に自らの身体に損傷を加える行動である<sup>50)</sup>。自傷行為は、意図や身体損傷の非致死性ゆえに自殺とは異なる行動であるが、Owensら<sup>51)</sup>のメタ分析によれば、10代における自傷行為の存在が10年後の自殺死亡のリスクを数百倍に高めるといわれており、自殺の危険因子としてとらえる必要がある。

自傷行為はさまざまな程度の物質使用と密接な関係がある。海外では、物質使用障害と自傷行為との密接な関連を指摘する研究は多く<sup>52,53)</sup>、Walsh<sup>50)</sup>によれば、重篤な自傷患者の77%に吸入剤乱用、58%に大麻乱用、42%にLSD乱用が認められたという。わが国でも、自傷行為の経験のある者では覚醒剤や有機溶剤などの違法薬物使用歴が高率にみられることが明らかにされている<sup>54,55)</sup>。

こうした自傷行為と物質使用との関係は、特定の人格傾向によらない直接的なものと考えられている。その証拠に、一般の中高生において、自傷の経験・程度は、飲酒・喫煙などの物質使用と密接に関係していることが明らかにされている<sup>56,58)</sup>。なお、アルコールやベンゾジアゼピンなどによる酩酊は、人為的な解離類似状態を惹起して衝動制御を困難とし、また疼痛閾値を上昇させることで、自傷行為の誘発や重症化をもたらす<sup>59)</sup>。事実、Linehan<sup>60)</sup>は、自傷患者の13.4%が自傷直前にアルコールを摂取していることを指摘しており、さらに最近では、境界性パーソナリティ障害患者が治療経過中にベンゾジアゼピン乱用を併発すると予後が不良になるといいう報告もある<sup>61)</sup>。

### 4 | わが国の自殺対策における物質使用障害対策の位置づけ

わが国では、1998年に突如として自殺の急増が起こった。この急増の背景には、バブル経済の崩壊による多重債務や失職といった経済的問題を抱えた中高年男性の自殺の急増があったといわれている。これ以後、2011年までの間、わが国の自殺者総数は毎年3万人を超えるという高止まりの状態が続いてきた<sup>62)</sup>。

こうした事態に対して2006年に自殺対策基本法が制定され、2007年には自殺総合対策大綱が閣議決定され、国を挙げて自殺対策に取り組む体制が整った。そのなかで、精神保健分野の対策としては「うつ病の早期発見・早期治療」に関する取り組みが一貫して重視されてきたものの、海外においては、物質使用障害が自殺に関連する精神障害としてうつ病とともに必ず言及されていることを考えると、あまりにうつ病に偏重した対策との印象は拭えない。

しかし、2008年10月に閣議決定された自殺総合対策大綱の一部改正(「自殺対策加速化プラン」)のなかで、ようやくわが国でも自殺ハイリスク者対策の1つとして「アルコール・薬物依存症対策」が明記されるに至った<sup>63)</sup>。現時点ではまだ具体的対策は明示されていないものの、今後、自殺予防の観点から「依存症対策」の推進が期待されることである。とりわけ、飲酒に寛容なわが国では、アルコールは日常生活に深く浸透しているだけに、地域住民はもとより、すべての援助職に対する啓発が必要である。

最近、筆者らのグループが実施した心理学的剖検研究<sup>64)</sup>では、自殺既遂者の21%が自殺前1年以内にアルコール問題を呈しており、そのうちの8割がアルコール使用障害の診断に該当し、しかも、アルコールを摂取した状態で最期の行動に及んだ者が多かったことが明らかにされている。なお、その約43%は精神科通院中だったが、アルコール問題に対する専門的な援助を受けている者は1人もいなかった。

もちろん、研究対象となった自殺既遂者は、わが国の自殺者全体を代表しているとはいえないことに注意する必要がある。しかし、この21%は、いずれも仕事をもつ中高年男性であり、借金や離婚などの困難な心理社会的状況を抱えているなど、まさしく1998年の自殺急増における中心的年代層を反映した特徴をもっていたのである。こうした知見からも、わが国の自殺対策のなかで「依存症」に重点を置いた施策をとることの意義が示唆されているのである。

## ● 食に対する衝動性—摂食障害

### 1 | なぜ物質依存症と摂食障害の併存率が高いのか

アルコール・薬物依存症と関連のある衝動的な問題行動として、臨床的に比較的高頻度に遭遇する病態には、摂食障害がある。Higuchiら<sup>65)</sup>によれば、女性のアルコール依存症患者の11.8%に摂食障害の合併が認められ、30歳未満の女性患者に限定し

た場合には、73%の者が摂食障害の既往をもつか、あるいは現在、摂食障害に罹患しているという。また、筆者らは、女性の覚醒剤依存症患者の21~37%<sup>65,66)</sup>に摂食障害の合併が認められることを報告している。いずれの知見も、摂食障害とアルコール・薬物依存症との合併がまれではないことを示している。

それでは、なぜ摂食障害とアルコール・薬物依存症とはこのような密接に関連するのであろうか。WolfeとMaisto<sup>67)</sup>は、これまでの摂食障害と物質使用障害(アルコール・薬物の乱用・依存)の関係を主題とした研究をレビューし、それぞれの見解を以下の3つに分類している。

第1の見解は、「摂食障害と物質使用障害に共通の病因を想定している」研究である。共通の病因としては、①共通するパーソナリティ特性(嗜癖パーソナリティ<sup>68)</sup>、多衝動性パーソナリティ障害<sup>69)</sup>、②共通する脳内報酬系のメカニズム(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)、③共通する遺伝的特性(摂食障害と物質使用障害とは家族内集積が多く、共通の遺伝形質の異なる表現型ととらえることもできる)、④共通する心理社会的要因(虐待などの心理社会的要因は、摂食障害と物質使用障害のいずれにも高率に認められる)が推測されている。

第2の見解は、「摂食障害が精神作用物質ほかの嗜癖行動に対する脆弱性を準備する」といったものである。1つは、「自己治療仮説」ともいうべきものであり、摂食障害に伴う抑うつ、不安、緊張への対処として、「不快気分を緩和する」ために精神作用物質を摂取するようになる可能性である。もう1つは、動物実験や兵士を用いた食物剥奪実験からも確認されているものであり、ダイエットや不食エピソードが摂食障害患者の精神作用物質の摂取を促進させる可能性である。

このなかでも、第1の見解における共通するパーソナリティ特性については、これまでも多くの議論がなされてきた。たとえば、Favazzaら<sup>70)</sup>は、女性自傷患者の約半数に摂食障害の既往もしくは現在の罹患が認められたことから、すでに自傷行為と物質使用障害との関連を指摘していた。PattisonとKahan<sup>53)</sup>の「故意の自傷」症候群(deliberate self-harm syndrome: DSH)という臨床概念に摂食障害を加え、自傷行為、物質使用障害、摂食障害をDSH症候群の三主徴とすべきであると提唱している。

また、LaceyとEvans<sup>69)</sup>は、摂食障害患者のなかで物質使用障害を伴う者は、反復性の自傷行為や自殺企図、窃盗癖や爆発性暴力など、広範な領域にわたる衝動行為を伴うことに注目し、ひとまとまりの臨床症候群としてとらえ、多衝動性過食症(multi-impulsive bulimia)と命名している。LaceyとEvansは、これら多方向性の衝動行為の特徴は、「1つの問題が引っ込むと、別の問題が前景化する」という、あたかも「モグラ叩き」にも似た、相互変換性(interchangeability)にあり、こうした問題の基底には、多衝動性パーソナリティ障害ともいうべき特性があると述べている。

## 2 | 物質使用が摂食障害に与える影響

ともあれ、第1の見解にしても、また、不食状態が物質摂取を促進することを指摘

する第2の見解にしても、すでに従来の総説<sup>71,72)</sup>でも指摘されていたものであるが、2000年になって発表されたWolfeとMaistoの総説では、「乱用物質の薬理作用が摂食障害症状に与える影響」という、従来指摘されてこなかった第3の見解が強調されている<sup>67)</sup>。この立場を提唱する根拠として、コカイン使用(正確には「離脱時」)による過食悪化<sup>73)</sup>、飲酒による過食発作の誘発<sup>74)</sup>、マリファナの食欲亢進作用による過食誘発<sup>75)</sup>などが取り上げられているが、最も典型的な研究はWiedermanとPryor<sup>76)</sup>によるものだろう。彼らは、摂食障害と物質使用障害の併存例における摂食障害症状と乱用物質の関係を検討し、不食・カロリー摂取制限はアンフェタミン乱用と、過食はベンゾジアゼピン乱用と、自己誘発嘔吐はアルコール、コカイン、タバコ乱用と関連していることを明らかにした。この研究は、物質使用障害と摂食障害という2つのI軸障害が相互に症状促進的な影響を与えている可能性を示唆するものといえるであろう。

筆者ら<sup>66)</sup>は、このように物質使用障害と摂食障害との関連についていくつかの興味深い知見を明らかにしている。依存症専門病院に通院する女性患者を、アルコール、覚醒剤、有機溶剤、マリファナといった主たる乱用物質ごとに分類し、いずれの物質の依存症患者で摂食障害の併存率が高いのかを検討した結果、覚醒剤依存症患者で最も併存率が高かった。覚醒剤は薬理作用として食欲抑制があり、体重減少を期待する者によって「やせ薬」として乱用されることがある。このことは、摂食障害を合併する物質使用障害患者は、「気分を変える」ことができる物質であれば何であれ、かたがしから衝動的に使用しているわけではなく、「やせ願望」や「肥満恐怖」といった目的にかなった物質を意図的に「選択」している可能性を意味している。

さらに筆者ら<sup>77)</sup>は、覚醒剤使用が摂食障害の症状を誘発、悪化させる可能性を指摘している。彼らは、摂食障害を合併する女性覚醒剤依存症患者の検討から、こうした患者の半数近くは、「体重コントロール」以外の目的から覚醒剤乱用を開始した後に摂食障害を発症していることを明らかにした。

覚醒剤は使用時には食欲抑制効果を発現するが、離脱時にはむしろ反跳性に食欲亢進を呈する。この食欲抑制効果は連用によって耐性を生じるが、それでも離脱時には反跳性の食欲亢進を呈する者が多い。このため、覚醒剤使用当初は体重減少を実現できても、次第にその効果は薄れてしまう一方で、離脱時の過食は変わらず出現し、体重は徐々に増加していつてしまう。こうした現象によって患者が肥満恐怖を刺激されるなかで、覚醒剤を再使用したり、自己誘発嘔吐を覚えてしまったりすると、一気に過食・嘔吐がエスカレートするのである(図3-3)。

## 3 | 摂食障害治療において物質乱用・依存に注目する臨床的意義

わが国の摂食障害外来における調査<sup>78)</sup>では、摂食障害患者における物質使用障害の併存率は、欧米に比べて少ないことが指摘されている。しかしその一方で、物質使用障害の臨床においては、若い女性のアルコール・薬物依存症をみたら摂食障害の併存

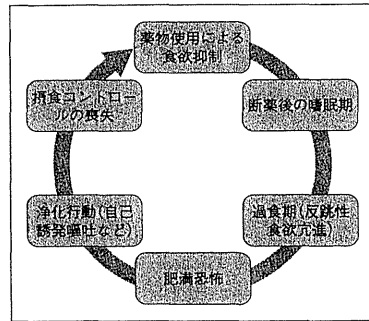


図 3-3 覚醒剤の薬理作用が神経性大食症を悪化・誘発している可能性がある

を疑うのは「業界の常識」となっているのである。おそらくわが国では一般精神科医療機関では物質使用障害患者に対する抵抗感、忌避感が強いいため、摂食障害を併存する物質使用障害患者は、どうしても依存症専門病院に集積されてしまう傾向があり、摂食障害治療の専門家の中には登場しにくい可能性がある。

しかし、注意深い臨床家であれば、一般精神科医療機関を訪れる摂食障害患者の多くが、実に「クスリ」好きであることに気づいているはずである。最近な例を挙げれば、彼女たちの多くが喫煙や飲酒の習慣を持っている。なかには、食事もうろくにとらずにヘビースモーキングをし、やたらとコーラやアイスコーヒーを日常的に大量摂取している者は珍しくない。そこには、これらの薬理作用によって食欲をコントロールしようという、本人の意図も働いている。

要するに、「ダイエットすること」と「クスリを摂取すること」との間には、正常水準のものから病理的水準まで、連続的かつ密接な関係がある<sup>79)</sup>。いずれにしても、摂食障害患者は、「やせる」ためには手段を選ばないところがある。規制薬物に手を染めることはもとより、近年、深刻な肝障害によって死亡事例が報告されている中国の健康食品(それらの食品にはエフェドリンの原材料であるマオウが含まれていることが多い)を買いあさっては、過量に摂取していることは珍しくない。

それでは、摂食障害患者における物質使用障害に注目することには、どのような臨床的意義があるのだろうか。筆者が思うに、それは単に、薬事法や麻薬及び向精神薬取締法といった法令に抵触し、健康被害の危険性がある、という理由だけではあるまい。Newman と Gold<sup>80)</sup>は、物質使用が続く限りは、過食や自己誘発嘔吐などの排出行動といった食行動異常の改善は望めないことを明らかにしているからである。その意味で、摂食障害の治療では、看過されやすい患者の物質使用への目配りが大切なのである。

もう1つ、自傷・自殺予防という観点での臨床的意義も忘れてはならない。筆者

ら<sup>81)</sup>は、精神科通院中の女性自傷患者 81 名を 3 年間追跡した。その結果、3 年間追跡し得た 67 名のうち、50 名(74.6%)が何らかの自己破壊行動を行っており、15 名(22.4%)が致死性の高い自己破壊的行動(医療機関で治療が行わなければ死亡していたと考えられる、重篤な身体損傷を伴うもの)に及んでいたことが明らかにされた。そして、この致死性の高い自己破壊的行動を従属変数として臨床変数を多変量解析で検討したところ、摂食障害傾向—特に過食・嘔吐の存在であり、次いでアルコールや市販薬、処方薬の乱用エピソードの存在であったのである。

意外に知られていないが、摂食障害はきわめて自殺リスクの高い精神障害である。Harris と Barraclough<sup>82)</sup>のメタ分析によれば、患者の自殺死亡率が最も高い精神障害の診断は摂食障害である。その意味では、単独でも自殺の危険因子である物質使用障害に摂食障害が併存した場合、それぞれのリスクは相互に加重されることがなり、自殺のリスクがきわめて高い病態となることを忘れてはならないだろう。

以上、本章では、アルコール・薬物依存症と衝動的行動との関連について、暴力と自殺行動を中心に取り上げ、補足的に、摂食障害との関連に触れた。

精神保健領域において暴力と自殺という衝動的行動は究極的な課題であり、本章で示したように、これら2つの問題は、物質使用障害の存在—いや、時には乱用とはいえない、単に習慣的な物質使用であっても—によって無視できない影響を受ける。その意味では、援助困難な衝動性を示す患者に遭遇した際に、さまざまな程度の物質使用が衝動性を促進している可能性がないかどうかをたえず意識する必要があることを忘れないようにすべきであろう。

●文献

- 1) Johns A : Substance misuse : A primary risk and a major problem of comorbidity. Int Rev Psychiat 9 : 2-3, 1997
- 2) Murdoch D, Pihl RO, Ross D : Alcohol and crimes of violence : Present issues. Int J Addict 25 : 1065-1081, 1990
- 3) Pihl RO, Peterson JB, Lau MA : A biosocial model of the alcohol-aggression relationship. J Stud Alcohol Suppl 11 : 128-139, 1993
- 4) Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, et al : Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. Arch Gen Psychiatry 53 : 489-496, 1996
- 5) Wallace C, Mullen P, Burgess P, et al : Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. Br J Psychiatry 172 : 477-484, 1998
- 6) Chermack ST, Giancola PR : The relation between alcohol and aggression : An integrated biopsychosocial conceptualization. Clin Psychol Rev 17 : 621-649, 1997
- 7) Josephs RA, Steele CM : The two faces of alcohol myopia : Attentional mediation of psychological stress. J Abnorm Psychol 99 : 115-126, 1990
- 8) Morita N, Satoh S, Oda S, et al : Relationship between solvent inhalation and antisocial behavior : Special emphasis on two types of violence seen in solvent abusers. Psychiat Clin Neurosci 50 : 21-23, 1996
- 9) McMurran M : Chapter 8 : Alcohol, aggression and violence. McGuire J(ed) : Offender rehabilitation and treatment-effective programs and policies to reduce re-offending, pp221-241. John Wiley & Sons Ltd, Chichester, 2002
- 10) Fergusson DM, Lynskey ML, Horwood LJ : Alcohol misuse and juvenile offending in adolescence.

- Addiction 91 : 483-494, 1996
- 11) Farrington DP, Hawkins JD : Predicting participation, early onset, and later persistence in officially recorded offending. *Crim Behav Ment Health* 1 : 1-33, 1991
  - 12) Pihl RO, Hoaken PNS : Clinical correlates and predictors of violence in patients with substance use disorders. *Psychiatric Annals* 27 : 735-740, 1997
  - 13) 松本俊彦, 岡田幸之, 千葉泰彦, ほか : 少年鑑別所男子入所者におけるアルコール・薬物乱用と反社会性の関係—Psychopathy Checklist Youth Version (PCL : YV)を用いた研究. *日本アルコール薬物医学会誌* 41 : 59-71, 2006
  - 14) Swanson JW, Holzer CE 3rd, Ganju VK, et al : Violence and psychiatric disorder in the community : evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry* 41 : 761-770, 1990
  - 15) Modestin J, Ammann R : Mental disorders and criminal behaviour. *Br J Psychiatry* 166 : 667-675, 1995
  - 16) Harris GT, Rice ME, Quinsey VL : Violent recidivism of mentally disordered offenders : the development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behaviour* 20 : 314-335, 1993
  - 17) Monahan J, Steadman HJ, Silver E, et al : Rethinking risk assessment : the MacArthur study of mental disorder and violence. New York : Oxford University Press, New York, 2001
  - 18) Webster CD, Hucker SJ : *Violence Risk : Assessment and Management*. Wiley, New York, 2007
  - 19) Swanson JW, Borum R, Swartz MS, et al : Psychotic symptoms and disorder and the risk of violent behaviour in the community. *Crim Behav Ment Health* 6 : 309-329, 1996
  - 20) 中田 修, 石井利文 : 覚醒剤中毒性精神病状態における犯罪. *法務総合研究所研究部紀要* 26 : 211-233, 1983
  - 21) 若松 昇 : 覚醒剤精神病の精神病理学的研究 犯罪例を通じて. *精神神経学雑誌* 87 : 373-396, 1985
  - 22) 松本俊彦, 今村扶美 : 第2部申し立てと鑑定—7. 医療観察法と物質使用障害. *臨床精神医学* 38 : 577-581, 2009
  - 23) Soyka M : Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *Br J Psychiatry* 176 : 345-350, 2000
  - 24) 松本俊彦, 今村扶美 : 物質依存を併存する触法精神障害者の治療の現状と課題. *精神科治療学* 24 : 1061-1067, 2009
  - 25) 立津政順, 後藤彰夫, 藤原 豪 : 覚醒剤中毒. 医学書院, 1956
  - 26) Chynoweth R, Tonge JJ, Armstrong J : Suicide in Brisbane : A retrospective psychosocial study. *Aust N Z J Psychiatry* 14 : 37-45, 1980
  - 27) Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH, et al : Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health* 49 : 888-899, 1959
  - 28) Roy A : Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide. *Am J Psychiatry* 158 : 1215-1219, 2001
  - 29) Roy A : Characteristics of opiate dependent patients who attempt suicide. *J Clin Psychiatry* 63 : 403-407, 2001
  - 30) Barraclough B, Bunch J, Nelson B, et al : A hundred cases of suicide : Clinical aspects. *Br J Psychiatry* 125 : 355-373, 1974
  - 31) Lönnqvist JK, Henriksson MM, Isometsä ET, et al : Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci* 49(Suppl 1) : S111-116, 1995
  - 32) Harris EC, Barraclough B : Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 170 : 205-228, 1997
  - 33) 大原健士郎 : アルコールと自殺—アルコール依存症と自殺との関係からの考察. *CLINICIAN* 396 : 1141-1145, 1990
  - 34) 清野忠紀 : アルコールおよび薬物中毒者の自殺企図に関する研究. *精神医学* 13 : 901-909, 1971
  - 35) 斎藤 学 : アルコール依存症者の自殺企図について. *精神神経学雑誌* 82 : 786-792, 1980
  - 36) 松本桂樹, 世良守行, 米沢 宏, ほか : アルコール依存症者の自殺念慮と企図. *アディクションと家族* 17 : 218-223, 2000
  - 37) 岡坂昌子, 森田展彰, 中谷陽二 : 薬物依存者の自殺企図に関する研究—自殺企図の実態とリスクファクターの検討. *日本アルコール・薬物医学会雑誌* 41 : 39-58, 2006
  - 38) 松本俊彦, 小林桜児, 上條敦史, ほか : 物質使用障害患者における自殺念慮と自殺企図の経緯. *精神医学* 51 : 109-117, 2009
  - 39) 川上憲人 : わが国における自殺の現状と課題. *保健医療科学* 52 : 254-260, 2003
  - 40) De Leo D, Evans R : Chapter 10 : The impact of substance abuse policies on suicide mortality. In : De Leo D, Evans R : *International Suicide Rates and Prevention Strategies*. Hogrefe & Huber, Cambridge, pp 101-112, 2004
  - 41) Cheng AT : Mental illness and suicide. A case-control study in east Taiwan. *Arch Gen Psychiatry* 52 : 594-603, 1995
  - 42) Cherpitel CJ, Borges GL, Wilcox HC : Acute alcohol use and suicidal behavior : a review of the literature. *Alcohol Clin Exp Res* 28(5 Suppl) : 18-28, 2004
  - 43) Wasserman D, Värnik A, Eklund G : Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. *Acta Psychiatr Scand* 89 : 306-313, 1994
  - 44) Birckmayer J, Hemenway D : Minimum-age drinking laws and youth suicide, 1970-1990. *Am J Public Health* 89 : 1365-1368, 1999
  - 45) Skog OJ : Alcohol and suicide in Denmark 1911-24—experiences from a 'natural experiment'. *Addiction* 88 : 1189-1193, 1993
  - 46) Skog OJ, Teixeira Z, Barrias J, et al : Alcohol and suicide : the Portuguese experience. *Addiction* 90 : 1053-1061, 1995
  - 47) Ramstedt M : Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction* 96 : Suppl 1 : S59-75, 2001
  - 48) Makela P : Alcohol consumption and suicide mortality by age among Finnish men, 1950-1991. *Addiction* 91 : 101-112, 1996
  - 49) Akechi I, Iwasaki M, Uchitomi Y, et al : Alcohol consumption and suicide among middle-aged men in Japan. *Br J Psychiatry* 188 : 231-236, 2006
  - 50) Walsh BW : *Treating Self-injury*. Guilford Press, New York, 2005(松本俊彦, ほか(訳) : 自傷行為治療ガイド. 金剛出版, 2007)
  - 51) Owens D, Horrocks J, House A : Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 181 : 193-199, 2002
  - 52) Lacey JH, Evans CD : The impulsivist : a multi-impulsive personality disorder. *Br J Addict* 81 : 641-649, 1986
  - 53) Pattison EM, Kahan J : The Deliberate Self-Harm Syndrome. *Am J Psychiatry* 140 : 867-887, 1983
  - 54) Matsumoto T, Azekawa T, Yamaguchi A, et al : Habitual self-mutilation in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 58 : 191-198, 2004
  - 55) Matsumoto T, Yamaguchi A, Asami T, et al : Characteristics of self-cutters among male inmates : Association with bulimia and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 59 : 319-326, 2005
  - 56) Izutsu T, Shimotsu S, Matsumoto T, et al : Deliberate self-harm and childhood histories of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in junior high school students. *Eur Child Adolesc Psychia* 14 : 1-5, 2006
  - 57) 山口亜希子, 松本俊彦 : 女子高校生における自傷行為—喫煙・飲酒, ビアス, 過食傾向との関係. *精神医学* 47 : 515-522, 2005
  - 58) Matsumoto T, Imamura F : Self-injury in Japanese junior and senior high-school students : Prevalence and association with substance use. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 62 : 123-125, 2008
  - 59) Favazza AR : *Bodies Under Siege. Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. 2nd edition. Johns Hopkins University Press, 1996(松本俊彦(監訳) : 自傷の文化精神医学—包囲された身体. 金剛出版, 2009)
  - 60) Linehan MM : *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press, New York, 1993
  - 61) Blanco C, Secades-Villa R, García-Rodríguez O, et al : Probability and predictors of remission from life-time prescription drug use disorders : Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Psychiatr Res* 47 : 42-49, 2013
  - 62) 内閣府 : 平成20年版自殺対策白書. 内閣府, 2008
  - 63) 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, ほか : アルコール関連問題を抱えた自殺既遂者の心理社会的

- 特徴：心理学的剖検を用いた検討。日本アルコール・薬物医学会雑誌 45：104-118, 2010
- 64) Higuchi S, Suzuki K, Yamada K, et al : Alcoholics with eating disorders : Prevalence and clinical course, a study from Japan. Br J Psychiatry 162 : 403-406, 1993
- 65) 松本俊彦, 宮川朋大, 矢花辰夫, ほか : 女性覚醒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, 2000
- 66) 松本俊彦, 山口亜希子, 上條敦史, ほか : 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, 2003
- 67) Wolfe WL, Maisto SA : The relationship between eating disorders and substance use : moving beyond co-prevalence research. Clin Psychol Rev 20 : 619-631, 2000
- 68) Scott DW : Alcohol and food abuse : Some comparisons. Br J Addict 78 : 339-349, 1983
- 69) Lacey JH, Evans CDH : The impulsivist : A multi-impulsive personality disorder. Br J Addict 81 : 641-649, 1986
- 70) Favazza AR, Deroosear DO, Conterio K : Self-mutilation and eating disorders. Suicide Life Threat Behav 19 : 353-361, 1989
- 71) Holderness CC, Brooks-Gunn J, Warren MP : Co-morbidity of eating disorders and substance abuse. Review of literature. Int J Eat Disord 16 : 1-34, 1994
- 72) Krahn D : The relationship of eating disorders and substance abuse. J Subst Abuse 3 : 239-253, 1991
- 73) Jonas JM, Gold MS, Sweeny D, et al : Eating disorders and cocaine abuse : A survey of 259 cocaine abusers. J Clin Psychiatry 48 : 47-50, 1987
- 74) Abraham SF, Beumant PJV : How patients describe bulimia or binge eating. Psychol Med 12 : 625-635, 1982
- 75) Katzmann MA, Greenberg A, Marcus FD : Bulimia in opiate-addicted women : Developmental cousin and relapse factor. J Subst Abuse Treat 8 : 107-112, 1991
- 76) Wiederman MW, Pryor T : Substance use among women with eating disorders. Int J Eat Disord 20 : 163-168, 1996
- 77) 松本俊彦, 宮川朋大, 矢花辰夫, ほか : 女性覚醒剤乱用者における摂食障害の合併について(第2報)。精神医学 43 : 57-64, 2001
- 78) Iwasaki Y, Mastunaga H, Kirilke N, et al : Comorbidity of axis I disorders among eating-disordered subjects in Japan. Compr Psychiatry 41 : 451-460, 2000
- 79) Krahn D, Kurth C, Demitrack M, et al : The relationship of dieting severity and bulimic behaviors to alcohol and other drug use in young women. J Subst Abuse 4 : 341-353, 1992
- 80) Newman MW, Gold MS : Preliminary findings of pattern of substance abuse in eating disorder patients. Am J Drug Alcohol Abuse 18 : 207-211, 1992
- 81) 松本俊彦, 阿瀬川孝治, 伊丹 昭, ほか : 自己切傷患者における致命的な「故意に自分を傷つける行為」のリスク要因 : 3年間の追跡調査。精神神経学雑誌 110 : 475-487, 2008

● Further Reading

- 松本俊彦 : 薬物依存の理解と援助—「故意に自分の健康を害する」症候群。金剛出版, 2005
- 松本俊彦 : 薬物依存とアディクション精神医学。金剛出版, 2012

(松本俊彦)



シリーズ生命倫理学  
The Japanese Bioethics Series

## 精神科医療

シリーズ生命倫理学編集委員会 編

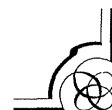
[編集代表] 粟屋 剛

[編集幹事] 倉持 武・霜田 求・藤野昭宏・森下直貴

責任編集：中谷陽二・岡田幸之

執筆者：中島 直 菊池安希子  
中根允文 中谷陽二  
米本直裕 山内俊雄  
田中 速 池田恵利子  
八木剛平 高橋祥友  
本橋伸高 松本俊彦  
伊藤順一郎

丸善出版



## 第13章

### 嗜癖と依存

松本俊彦

#### はじめに

嗜癖精神医学 Addiction Psychiatry は精神医学における精神医学の「鬼っ子」である。相当に著名な精神科医ですらこの領域について多くを知らないし、知らないからといってその名声を損なう事態に陥ることもない。「あの分野は特殊だからね」と、肩をすくめて弁明すれば、周囲は何らの疑問も抱かずに納得してくれるであろう。

よい証拠がある。歴史上、最も有名な精神医学の教科書の一つである、Kurt Kolle の『Psychiatrie 第5版』、「嗜癖 Süchte」と名づけられた章の記述は、当時の国際的水準に照らしてみても荒唐無稽である。Kolle<sup>[1]</sup>は、「酒癖 Trunksucht (アルコール依存)」患者の治療方法は、「酒癖者には禁治産の宣告を下し、施設に入院せしめ、少なくとも1～2年は入院させておかなければならぬ。退院後も彼はなお長期間、禁治産者として置くべきであろう」と述べ、アルカロイド嗜癖 Alkaloidsucht (オピエート系薬物の依存) については、「この嗜癖は特殊な人格素質の基盤の上のみ発生する」と、よりによって太字で強調されている。この太字強調には、Kolle 自身、嗜癖患者に何か個人的な恨みでもあるのではないかと勘ぐりたくなるほどの執念を感じてしまう。

率直に言って、今日の感覚ではいうに及ばず、同時代の国際的水準から見ても、Kolle の主張には首をかしげざるを得ない。なぜなら、この教科書が刊行された1961年当時、すでに米国ではアルコール依存に対する包括的な治療が展開していた。1935年にアルコール依存者の自助グループ A.A. (Alcoholics Anonymous) が誕生し、医療が「匙を投げた」札付きのアルコール依存者たちを回復へと導きはじめていた。また、1945年には A.A. メンバーによって米国の代表的な依存治療施設ヘーゼルデン・センター Hazelden Center<sup>[2]</sup>がミネソタ州に開設

され、さらに、1951年にはアルコール依存者家族の自助グループ「アラノン Al-anon」も誕生している。

誤解しないでいただきたいのだが、ここで筆者は米国精神医学の先進性を訴えたいわけではない。逆にそれほどまでに米国では嗜癮/依存の問題が深刻であったともいえるし、そもそも、Kolleの教科書が刊行された当時、米国の精神科医もまた、治療と称してアルコール依存患者に電気けいれん療法を行ったり、LSDを投与したりと、まさに迷走状態にあった<sup>[3]</sup>。いずれにしても我々は、米国におけるアルコール依存支援の進歩は、当事者によってもたらされたものであることを忘れてはならない。その意味では、嗜癮/依存領域に関するかぎり、精神医学は無力であった。

ここに筆者が嗜癮精神医学を精神医学の「鬼っ子」と呼ぶ理由がある。いうまでもなく、嗜癮/依存は重要なメンタルヘルス問題の一つであり、その深刻な健康被害と社会的損失ゆえにパブリックヘルスの重要課題の一つでもある。少なくとも国際的には、使用自体が犯罪を構成する違法薬物に対する嗜癮/依存であったとしても、薬物自己使用犯罪者の再犯率低減には、司法的対応よりも治療的対応の方が有効であることは常識となっている<sup>[4]</sup>。それにもかかわらず、わが国の精神科医はともすればこの問題と向き合う必要性を看過し、自体の深刻さを矮小化してきた。嗜癮/依存は「否認の病」と呼ばれるが、案外、この問題を最も否認してきたのは精神医学自体なのかもしれない。

さて、本章で筆者に与えられたテーマは、「嗜癮と依存」である。この二つの用語は同義語のようでいて、しかし厳密には異なる出自を持っている。前者は、かつては当事者に対する侮蔑的なニュアンスを含んだ社会学的概念であり、後者は自分では「自分ではもはやコントロールできない」という病的状態を示す医学的概念であり、そこには、自由意志の制限とそれゆえの免責必要性も含意されている。

嗜癮精神医学の歴史は、まさに嗜癮と依存という二つの概念の相克の歴史である。当初、「嗜癮（この場合、ドイツ語のSüchteという表現がしっくりとくる）」という社会学的概念で示された現象は、やがて「依存dependence」という医学的概念に取って代わられた。しかし、1980年代以降、依存概念が強迫的かつ嗜癮的な行動にまで拡張されるなかで、再び「嗜癮（一方、こちらは英語のaddictionがふさわしい気がする）」という用語が用いられはじめた。そうした流れのなかで、2010年4月に公表された米国精神医学会の新しい精神障害診断分類

案「DSM-5ドラフト」<sup>[6]</sup>では、従来までの「物質関連障害 substance-related disorder」というカテゴリー名は、「嗜癮とその関連障害 addiction and the related disorder」なる名称へと変更し、「依存dependence」という用語については廃止することが提案されるに至った。

本章では、まずは、そうした嗜癮と依存の相克の歴史をふりかえったうえで、わが国の嗜癮/依存臨床における倫理的問題について検討したい。

## 1 嗜癮から依存へ

嗜癮/依存の問題は社会の発展と無縁ではない。依存性物質の多くは、人類に発見された当初は宗教的儀式のときにシャーマンだけが用いる神聖なものとして崇められ、やがてそれは病気の治療に用いる医薬品として、あるいは、祝祭の日だけ楽しむものとなり、次いで、庶民の生活が豊かになるにしたがい、日常的な嗜好品となった。そして、日常的に繰り返し使用されるなかで様々な弊害が明るみになると、今度は一転して社会の敵と見なされ、それに溺れる者は「嗜癮者 Addicts（「アル中」「ヤク中」といったニュアンスを含む表現である）」として侮蔑や嘲笑の対象となった。

さて、本節では、嗜癮精神医学発祥の地、米国におけるアルコール問題を例にとり、「嗜癮」が医学化されていくプロセスを見ていきたい。

### 1.1 米国における禁酒運動

Levine<sup>[6]</sup>によれば、19世紀に禁酒運動が始まる以前の米国は、今日と比較してもはるかにアルコール飲料の消費量が多かったという。人々は、家庭でも居酒屋でも仕事場でも、ワイン、ビール、ラム、リンゴ酒、ブランデー、ウイスキーなどの様々なアルコール飲料を、昼夜を問わず飲んでいたのである。それは食料であり、医薬品であり、人間関係の潤滑油とみなされ、ピューリタンでさえもアルコール飲料を「神の創造物」とたたえ、社会全体が酩酊に対して寛容であったという。当時の飲酒を表現する際に用いられた言葉は、酒を飲むのが「大好き love」といった愛情関連のもので、今日のように、自己統制に関わる言葉ではなく、「強迫的 compulsion」などという言葉が用いられることもなかった。あくまでも個人が自由な意志で選択しているという理解であったという。

ところが、19世紀初頭になると、米国におけるアルコールに対する考え方に



革命的な変化が生じた。飲酒への欲望を記述する言葉として、「抗しがたい overwhelming」「圧倒される overpowering」「抑えがたい irresistible」という表現が用いられるようになった。そして禁酒運動が始まる。最初は、医師、裕福な商人、大農場主といった上流階級のリーダーシップによっておこり、それが中流階級へと飛び火し、各地の禁酒同盟創設へとつながっていったという。彼らは、パンフレット、スピーチ、自叙伝などを通じて、禁酒のメッセージを伝え、周囲の飲酒者を説得していった。

上野<sup>[7]</sup>は、こうした禁酒同盟の基本的な考え方のなかに、早くも「病氣」としてのアルコール概念の重要な骨子が現われていると指摘している。すなわち、禁酒運動家たちは、①アルコールは常用癖がつく物質であり、日常的に飲酒すればさらなる常用に至る、②アルコールの即効性は、脳の道徳的な中核部分、自己統制を低下させるゆえに、貧困と犯罪の大半は、アルコールによって引き起こされる道徳的な退廃に原因がある、③アルコールは毒であり、脳や道徳的な機能だけでなく、身体的体質も変化させ、多くの病気を引き起す原因となることを主張した。すでに彼らは、酩酊、不摂生、習慣的な酔いはすべて病氣であると訴えるだけでなく、この「病氣」が、「酒を適量に飲むことの延長線上にもたらされる自然な帰結である（＝進行性）」という、後に確立されるアルコール依存の疾病概念の中核的特徴も指摘していた。

このような活動が米国全土に広がり、酒造会社と酒場を悪者とする世論の高まりのなかで、1919年に禁酒法が制定された。すなわち、疾病概念として確立されかけたアルコール問題は法律によって規定された道徳概念と合流したのである。禁酒法制定の背景には、禁酒により従業員の生産効率が上がり、アルコール多飲がもたらす生活費逼迫がなくなることによって従業員の賃上げ要求が減少する期待を持った、大企業経営者の思惑があったという。しかし、禁酒法とは無関係に大恐慌による経済不況が、国民の禁酒法に対する不信感を招き、むしろ酒造会社からの税収や酒場での消費活動が経済復興には必要という世論を巻き起こし、1933年に禁酒法は廃止された。

なお、禁酒法時代にも、隠れ酒場は多数存在し、アルコール多飲者や嗜癖者は依然として社会的問題であったという<sup>[6]</sup>。

## 1.2 Alcoholics Anonymous (A.A.) の誕生

禁酒法廃止によって再び米国内のアルコール消費量が増加してくるなかで、ア

ルコール問題はかえって「病氣」という側面が明確になった。そのような状況のなかで、自己統制に価値を置く米国の白人中流男性の不安に訴えるかたちで、民間の当事者団体の A.A. による普及活動が台頭してきた。

A.A. は、オハイオ州アクロンで、株式仲売人のビルと外科医のボブという、二人のアルコール依存者（依存概念が確立していないこの時期、当然ながらアルコール「依存」/「依存者」という表現はなく、「アルコール嗜癖（者）」もしくは「アル中（者）」という意味で、アルコール依存者 Alcoholic(s) という表現が用いられていた）の出会いがきっかけとなり、1935年に始まった。それまでのビルとボブは、いずれも多くの医療機関や精神科医から「匙を投げられた」アルコール依存者であり、拠り所を失ったなかで、キリスト教聖職者によって率いられていたグループの会員となっていた。このグループは普遍的かつスピリチュアルなものに価値を置いた日常生活を追求することを目的としたものであり、アルコール依存者の会員は少なかったが、それでもビルは仲間の助けを得て断酒に成功した。一方のボブは断酒できないでいた。彼は医師でありながら、「アルコール依存は病氣である」という認識が持てないでいた。しかし、重度のアルコール依存者であるビルが回復して目の前にいるという事実、そして、ビルによる「アルコール依存は病氣である」という説得力ある説明によって、ボブも断酒に成功したのである。やがて二人はこの方法を用いて、アルコールに悩んでいる人たちに伝えようと活動をはじめたのである。

A.A. では、発足以来一貫して、「アルコール依存は、アルコール依存という進行性の病気に罹患している」という疾病モデルが採用されている。注意すべきなのは、この疾病モデルは決して精神医学者によって提唱されたものではなく、あくまでも禁酒運動という市民運動に由来し、それを当事者が明確に定式化したものであった、という点である。A.A. の中心的信念をまとめた「12ステップ」は、「私たちはアルコールに対して無力であり、思い通りに生きていけなくなったことを認めた」という第1ステップで始まる。このことは、禁酒運動時代からの主張である、「アルコール依存が進行性の病氣であり、ひとたび飲酒すればコントロールを喪失してしまう。ゆえに、唯一の解決方法はアルコールを一生断つことである」という概念を、さらに明確にしたものといえる。

## 1.3 医学によるアルコール依存の追認

1930年代後半にイェール大学医学部のアルコール依存症調査研究プロジェクトは、

A.A. の活動に早くから注目していた。このプロジェクトは後に、イェール・アルコールセンターとして拡大され、1940年にはアルコール研究の専門誌『Quarterly Journal of Studies on Alcohol』を刊行し、米国におけるアルコホリズム研究を牽引していくこととなる。そのなかでも、同誌編集長 Jellinek の果たした役割はきわめて重要なものであった。

Jellinek<sup>[6]</sup>は、2000名のA.A.メンバーを対象として質問紙調査を行い、アルコホリズムの5つの臨床類型 ( $\alpha, \beta, \gamma, \delta, \epsilon$ ) を明らかにした。以下にその概要を紹介する。

#### 1) アルファ・アルコホリズム

社会規範からは明らかに逸脱しているが、コントロール喪失や断酒による離脱症状を呈することはない病態である。今日、米国精神医学会 DSM-IV-TR<sup>[9]</sup>における「アルコール乱用 alcohol abuse」、WHOの診断基準 ICD-10<sup>[9]</sup>では、「アルコール有害使用 alcohol harmful use」に分類される病態である。

#### 2) ベータ・アルコホリズム

多発神経炎や肝硬変、ビタミン欠乏などの栄養障害による各種疾患といったアルコール関連の身体疾患を呈するが、コントロール喪失は呈さない。今日、内科患者でしばしば遭遇するタイプである。このような病態の背景には、貧しい食生活と大量飲酒に寛容な文化があるという。

#### 3) ガンマ・アルコホリズム

この臨床類型は、①アルコールに対する神経適応にもとづく耐性の上昇、②離脱症状と病的な渴望によって証明される「身体依存」、③コントロール喪失の存在によって特徴づけられ、A.A.メンバーの約85～87%がこれに分類されることから明らかのように、中核的なアルコホリズムである。この臨床類型の特徴は、今日における米国精神医学会 DSM-IV-TR<sup>[10]</sup>における「アルコール依存 alcohol dependence」、WHOの診断基準 ICD-10<sup>[9]</sup>では、「アルコール依存症候群 alcohol dependence syndrome」の範となっている。

#### 4) デルタ・アルコホリズム

この臨床類型は、基本的にガンマ・アルコホリズムと同じ特徴を持つが、唯一異なるのは断酒不能であるという点である。その背景には、日常的にワインを飲むフランスのように、常習的飲酒を許容する社会文化的状況があり、本質的にはガンマ・アルコホリズムと変わらないものの、本人が離脱症状に直面することも、また、社会的な非難を経験することなく、発見、事例化が遅れる。

#### 5) イプシロン・アルコホリズム

この臨床類型は、かつてヨーロッパや南米で報告された渴酒症 dipsomania という周期的連続飲酒を呈する者である。

Jellinek は、以上のようなアルコホリズムの類型化を通じて、ガンマ・アルコホリズムに見られる「コントロール喪失」を、アルコールに対する嗜癖者の中核症状として抽出した。さらに彼は、「一杯飲んだらコントロールが効かない」というこの病気への罹患者は、行為を支配する自由な意志は制限されており、免責されるべき必要性、少なくとも情状酌量されるべき必要性にも言及している。彼は、「確かにこのコントロール喪失を呈する病気に罹患した背景には、自由な意志によって飲酒をしつづけた結果、自ら招いたものである」ことを認めたとうえで、法的、宗教的、あるいは文化的に飲酒を許容する社会において発生した病気であること、また、アルコホリズムになりたくて飲酒していたアルコホリックスなど存在せず、罹患していても潜在性という病気の特徴ゆえに長期間本人が気づけないままであることも多いことを指摘している。

Jellinek 率いるイェール・アルコールセンターは、A.A.の初期のメンバーとともに、1950年代には National Council on Alcoholism (NCA) という団体を設立し、「アルコホリズムが進行性の病気であり、アルコホリックは援助と治療を必要とする病人である」という認識を広めるべく、全米で広報活動を行い、公式な治療プログラムや援助者の養成と教育の必要性を説いてまわった。そのような努力が実り、1954年、米国医学会はアルコホリズムが真正正銘の医学的疾患であることを宣言したのである。同時に、こうした、アルコール問題に対する新しい認識は、他の依存性薬物の嗜癖者に対する援助にも拡大された。このような動きは、それまでは本稿の冒頭に引用した Kollie と同じ認識を抱いていた精神科医療関係者にも大きな影響を与え、専門家のなかにも「嗜癖」の治療、援助の対象として積極的に関わろうとする動きが出てきたのである。

### 1.4 WHOによる「依存症候群」の明確化と用語の整理

アルコホリズムという新しい疾病概念により、この問題は医学的治療の対象となったが、同時に、用語や概念の混乱も引き起こした。従来、医学領域で用いられていた用語は、英語圏だけでも慢性アルコール中毒 (chronic alcohol intoxication)、慢性アルコール症 (chronic alcoholism)、アルコール嗜癖 (alcohol addiction) などと複数存在し、アルコールという物質使用のコントロール障害

と物質使用の結果生じたアルコール関連障害とが混同されたままであった。こうした混乱を整理したのが、Edwardsらの世界保健機構（World Health Organization：WHO）専門部会の報告書であった。

1977年、Edwardsらを中心としたWHO専門部会は、アルコール依存とアルコール関連障害という2つの概念を区別し、それぞれの概念を明確化した<sup>[11]</sup>。アルコールに関連して生じる様々な医学的もしくは社会的問題の基底には、慢性的な過量摂取が続いているうちに、アルコールと生体（人間でも動物でも）とのあいだの相互作用によって生じてくる中核的障害が、「依存 dependence」という病態である。この依存という現象は、動物実験においても、「耐性上昇」「離脱」「渴望」「薬物探索行動」として確認される生理的水準のものである。Edwardsらは、この依存を、その他のアルコール摂取に付随して生じる様々な障害から明確に区別して概念化した。これはきわめて妥当な判断である。というのも、アルコール関連障害患者の多くは基底にアルコール依存を持っているが、なかにはアルコール依存に罹患していないアルコール関連問題患者（たとえば、一時的な過量飲酒による急性膵炎患者など）、あるいは、アルコール関連障害が全く顕在化しないアルコール依存患者も存在する。

Edwardsらは、アルコール依存を、行動面・精神面・身体面という3つの次元におよぶ、一連の特徴的徴候から構成される症候群として捉え、アルコール依存症候群（alcohol dependence syndrome）と命名した<sup>[11]</sup>。具体的な症状としては、まず行動面の変化として、飲酒量の増加、社会的許容範囲を超えた逸脱的な飲酒パターン、飲酒行動の単一化（平日と休日で飲酒様態の違いがなくなってしまうこと）があり、精神面の変化としては、飲酒コントロールの障害、衝動的な飲酒欲求（渴望）、飲酒中心の思考（いつも酒のことばかり考えている）がある。最後に身体面の変化として、離脱症状、離脱症状を緩和するための飲酒、耐性がある。なお、この場合、このアルコール依存症候群はアルコール依存と同義語であると理解すべきである。

Edwardsらの定義は、アルコールだけでなく、他の依存性物質も含めた物質依存臨床に大きな影響を与え、現在、国際的に広く使用されている、ICD-10（WHO：表13-1）の「依存症候群」とDSM-IV-TR（米国精神医学会：表13-2）の「依存」という2つの診断基準にもそのまま引き継がれている。ただし、この2つの操作的診断基準には微妙な差異がある。ICD-10には「物質使用を中止、または減量しようとする持続的な欲求または努力の不成功」が欠けており、他

表13-1 ICD-10による依存症候群の診断基準

過去1年間のある期間、以下の項目のうち3つ以上を同時に満たす。
1. 物質を摂取したいという強い欲望あるいは強迫感。
2. 物質使用の開始、終了、あるいは飲酒量に関して、物質摂取行動をコントロールすることが困難。
3. 物質使用を中止または減量したときの生理学的離脱状態。その物質に特徴的な離脱症候群の出現や、離脱症状を軽減するか避ける意図で同じ物質（もしくは近縁の物質）を使用することが証拠となる。
4. はじめはより少量で得られたその精神作用物質の効果をj得るために、使用量を増やさなければならないような耐性の証拠。
5. 精神作用物質使用のために、それに代わる楽しみや興味を次第に無視するようになり、その物質をせざるを得ない時間や酔いからの回復に要する時間が延長する。
6. 明らかに有害な結果が起きているにもかかわらず、いぜんとして物質を使用する。例えば、過度の飲酒による肝臓障害に気づいているのに飲酒を続ける。

表13-2 DSM-IV-TRによる物質依存の診断基準

以下の3つ（またはそれ以上）が、12カ月の期間内のどこかで起こることによって示される。
1. 耐性
a. 酩酊もしくは求める効果を得るために、著しく増大した量の物質摂取が必要となる。
b. 同じ量の飲酒により、著しく効果が減弱する。
2. 離脱
a. 物質に特徴的な離脱症候群がある。
b. 離脱症状を軽減したり回避したりするために、物質を使用する。
3. はじめに考えていたより大量に、またはより長い期間、飲酒することがよくある。
4. 物質使用を中止、または減量しようとする持続的な欲求または努力の不成功のあること。
5. 物質使用のために必要な活動、物質使用、または、物質使用の影響からの回復などに費やされる時間が長いこと。
6. 物質使用のために重要な社会的、職業的または娯楽的活動を放棄、または減少させていること。
7. 精神的または身体的問題が、物質使用によって持続的、または反復的に起こり、悪化していることを知っているにもかかわらず、それでも物質使用を続ける。

方、DSM-IV-TRには「物質を摂取したいという強い欲望と強迫感」が欠けている。

ともあれ、若干の相違点があるにしても、いずれの診断基準においてもこの3つの次元が広くカバーされたものとなっている。実際、行動面の変化だけでは、「いけないとわかっているけどやめられない」というコントロール障害を中核とすることとなるが、「いけないとわかっている」の「いけない」に関して社会的規範のような価値判断が混入する余地がある。しかし、そのような逸脱的な飲酒行動の基底に、離脱や耐性といった生理学的な水準での神経適応、すなわち、「身

体依存」が存在すれば、医療関係者の多くを納得させることができる疾病概念となるわけである。

### 1.5 中毒・乱用・嗜癖の概念批判

Edwardsら WHO 専門部会の仕事は、禁酒運動、A.A., Jellinek と引き継がれた「疾病モデル」を整理し、アルコール依存に医学的疾患として揺らぎない位置づけを与えた功績がある。それとともに、この1977年の会議を境に、それまで使われてきた「中毒」「乱用」「嗜癖」という用語についても整理がなされた。

ここで、それぞれの用語の概念について整理しておく。

#### 1) 中毒

洲脇<sup>[12]</sup>によれば、「中毒とは、本来、外部から主体に何らかの科学物質が侵入し、有害な作用を及ぼす」という生体への一方向の障害を指しており、物質摂取による薬理効果発現として急性中毒（例：酩酊、物質誘発性精神病など）、あるいは、物質摂取の影響が蓄積した結果生じる生体の損傷として慢性中毒（例：肝硬変や末梢神経炎など）の意味で用いる医学用語である。その意味でこれまで、「ある物質を摂取しているうちに、生体の側にやむにやまれぬ欲求が生じ、物質を追い求める行動が優位となり、物質が生体から撤退しようとするとき不快な離脱症状が生じるに至る、一連の精神的、行動的、身体的現象」であるところの依存に対して用いるのは、正しくない。

#### 2) 乱用

WHO 専門部会は、「乱用」という用語を用いるのは、「科学的ではない」という理由から批判的であった。乱用の非科学性はその多義性にあった。具体的には、「乱用」という用語が含意する物質使用の様態としては、第1に、国家や社会が使用を認めていない物質の使用（unsanctioned use）、第2に、実際に精神的、身体的に障害を来している使用（harmful use）、第3に、将来、有害な結果が予想される使用（hazardous use）、そして第4に、社会的、家庭的な機能不全に結びつく使用（dysfunctioned use）などがある。今日、ICD-10では、上記のうちの「有害使用 harmful use」のみを採用しているのに対し（表13-3）、DSM-IV-TRでは、上記4つのいずれか1つを満たせば、「乱用」と診断することとなっている（表13-4）。したがって、DSM-IV-TRの場合には、法令によって規制されている薬物を使用すれば、その乱用様態に関わらず、自動的に「物質乱用」と診断されることとなる。なお、いずれの診断基準でも、「依存症候群」

表13-3 ICD-10による有害使用の診断基準

- ・ 診断には、使用者の精神的あるいは身体的な健康に実際に害が起きていることが必要である。
- ・ 有害な使用パターンはしばしば他人から批判され、またしばしばさまざまな種類の社会的に不運な結果に結びつく。物質使用パターンや特定の物質が、他人あるいはその文化から容認されないものであっても、あるいは逮捕や夫婦関係の破綻といった社会的に不幸な結果に結びついたものであっても、それだけでは有害な使用の証拠とはならない。
- ・ 急性中毒、あるいは「二日酔い」だけでは、有害使用とコードするに必要な健康への害の10分な証拠とはならない。
- ・ 有害な使用という診断、依存症候群、精神病性障害、あるいは薬物とアルコールに関連した他の特定の障害がある場合は下すべきではない。

表13-4 DSM-IV-TRによる物質乱用の診断基準

- A. 臨床的に著明な障害や苦痛を引き起す不適応的な物質使用様式で、以下の少なくとも1つが、12ヶ月以内におこることによって示される。
1. 物質の反復的な使用の結果、仕事、学校、または家庭の重要な役割義務を果たすことができなくなる（物質使用に関連した欠勤の繰り返しや仕事の能率の低下；物質に関連して学校を欠席したり、定額、退学になる；育児や家事を無視する）。
  2. 身体的危険のある上記用で物質を反復使用する（例：物質使用による能力低下中の自動車の運転、機械の操作）。
  3. 反復的に引き起される物質関連の法律上の問題（例：物質使用に関連した不法行為による逮捕）。
  4. 持続的、反復的な社会的または対人関係の問題が物質のA器用により引き起されたり、悪化しているにもかかわらず、物質使用を継続（例：中毒のためにおこったことで配偶者と口論、暴力を伴う喧嘩）。
- B. 症状は、この1群の物質についての物質依存の診断基準を満たしたことはない。

もしくは「依存」の診断に該当する場合は除外項目となっており、「依存症候群」と「有害使用」、あるいは、「依存」と「乱用」の重複診断はなされない。

#### 3) 嗜癖

すでに述べたように、1977年にWHO 専門部会が科学的な用語として「依存」が推奨される以前には、中毒や嗜癖という用語が類似の病態を表現する用語として、明確な定義がなされないまま用いられていた。特に嗜癖 addict という表現は、「嗜癖者 addicts」として、わが国でいうところの「ヤク中」にあたる言葉として、侮蔑的、差別的なニュアンスを含んだものであった。その意味では、WHO が科学性、中立性、客観性という立場からこの表現を棄却したのは、少なくとも当時の水準では妥当であった。しかし、その後、病的ギャンブルや摂食障害、窃盗癖といった習慣性的の問題行動に関して、物質依存とのアナロジーで

病態を説明するだけでなく、治療にも物質依存の考え方を導入し、一定の成功が見られるようになると、状況は変化した。詳しくは後述するが、1980年代以降、耐性上昇、離脱症状、渴望といった生理学的依存の症候を伴わない、衝動制御の障害を説明する用語として、この嗜癮という表現が改めて用いられるようになっていく。

## 2 依存から再び嗜癮へ

### 2.1 依存概念の限界

ここまで述べてきたように、「嗜癮」は「依存」へと名称変更することで、道徳的な価値判断を含んだ社会的概念から、中立的で客観的な医学的概念へと衣替えをした。そのことが、この領域の学術的および臨床的な進歩に貢献したことは間違いない。

しかしその一方で、依存概念にはいくつかの限界もあった。たとえば、緩和医療の現場で終末期患者に対する鎮痛物質としてモルヒネなどのオピエートを投与している際に、耐性が増し、投薬の中断によって離脱を呈することがある。また、臨床用量のベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠導入薬でも、急激な量の増加は見られないものの、中断困難な症例が数多く存在し、急な中断によって離脱症状を生じる現象は、近年、「常用量依存」として問題となっている。さらに、近年、降圧剤として用いられている $\beta$ -遮断薬、さらに最近では抗うつ薬の一種である選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor: SSRI) にも耐性獲得があることが明らかになり、急な中断によって離脱(厳密には、渴望を欠く「反跳」であるが)が生じる。

これらの医薬品は明らかに身体依存をもたらすが、原則として治療目的で服薬中の患者は依存治療の対象とはならない。その意味では、身体依存の存在は、治療必要性の指標とはならない。

### 2.2 身体依存の優位性に対する疑義

依存概念は、アルコールという中枢抑制薬で見られる生理的現象を基礎にして発展し、続いてアルコール以外の依存性物質の診断にも援用されて、今日の物質依存の診断基準が作られている。

しかし、そこに無理がないとはいえない。ヘロインやモルヒネといった、中枢

抑制薬であるオピエートの場合には問題ないが、覚せい剤やコカインといった中枢刺激薬の場合だと必ずしもその基準に合致しないことがある。中枢刺激薬は、若干の耐性上昇は見られるものの、アルコールやオピエートのような華々しい離脱症状を欠いているために、精神依存はあるものの、身体依存はないとされている。しかし、身体依存がない分、依存の程度が軽症かといえば、そうではない。むしろ、中枢抑制薬のような不愉快で苦痛に満ちた離脱症状が、行動療法でいうところの「罰」として機能しないために、いつまでも物質使用時の「ハイな感覚」を忘れることができないといわれており、その結果として、中枢刺激の依存者は自身の物質使用に対して問題意識を持ちにくく、治療からもドロップアウトしやすいことが指摘されてきた<sup>[13]</sup>。また、大麻や、LSDやMDMAといった催幻覚薬の場合には、身体依存の症候を欠くだけでなく、耐性の上昇は中枢刺激薬以上に不明瞭である。それにもかかわらず、現実には大麻や催幻覚薬の習慣的使用を断ち切ることができないでいる者は数多く存在する。

これらの臨床的事実は、これまで信じられてきた依存の診断における身体依存の優位性に疑義を突きつけるものといえるであろう。

### 2.3 脳内報酬系の発見

脳科学の進歩は物質依存領域にも多くの知見をもたらした。そのなかでも最も重要なのは脳内報酬系の機序に関する知見であろう。いまや依存性物質のほとんどは脳内の内因性神経伝達物質の受容体に作用することが判明しており、行動薬理学的評価などによって、それぞれの脳内特異的作用部位が同定されている。

依存性物質はそれぞれ異なった作用を持つが、同時に共通した脳内報酬系を形成している(図13-1)<sup>[12]</sup>。この脳内報酬系は、中脳腹側被蓋野のA10細胞に起始し、側坐核、前頭皮質などに投射している中脳辺縁系ドーパミン神経路が中心となり、さらに周辺に存在するGABA神経系、グルタミン酸神経系などにより形成されている。たとえば、マウスを用いた実験により、アルコールは腹側被蓋野や側坐核におけるドーパミン放出に関与していることが判明している。また、オピエートは、 $\mu$ オピオイド受容体を介してGABA神経系を抑制することで、ドーパミン神経系を興奮させ、その結果、側坐核でのドーパミン放出を促し、ニコチンは腹側被蓋野のドーパミン細胞を直接刺激して側坐核でのドーパミン放出を増加させる。さらに、コカインや覚せい剤は側坐核でのドーパミンの再取り込み阻害作用により、報酬効果を発揮する。

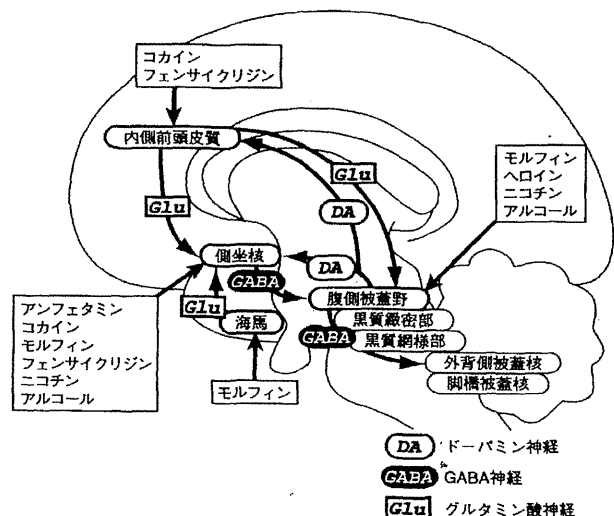


図 13-1 脳内報酬系と依存性物質の作用部位 (文献[12]より転載)

要するに、依存性物質は、中脳皮質辺縁系ドーパミン神経路を形成する腹側被蓋野、側坐核、前頭皮質のいずれかに作用することで、側坐核のドーパミンレベルを上昇させるわけである。このことは、その依存性物質が中枢神経系に対して抑制性もしくは刺激性に作用するか否かはさして重要な問題ではないことを示している。おそらく物質依存の中核的問題は、身体依存の有無ではなく、物質依存を規定する最も本質的な問題は脳内報酬系に作用するかどうかなのであろう。

## 2.4 嗜癖行動障害への拡張

近年、精神科臨床の現場では、ある特定の精神疾患の治療よりも、薬物療法では対処できない、反復性の問題行動に苦慮させられることが少なくないように思われる。たとえば、病的なギャンプリング、買い物依存に代表される病的な浪費、過剰な性行動、インターネットへの病的な耽溺、習慣性自傷行為、反復性過量服薬、過食・嘔吐等の摂食障害、窃盗癖、爆発性暴力……数え上げれば、きりが無い。共通しているのは、これらの問題行動を抱える本人自身が行動をコント

ロールできないことに苦慮しており、単なる禁止、叱責、罰則などでは改善せず、むしろこの「コントロールの困難さ」自体を治療・援助の対象とする必要がある、という点である。

歴史的にみると、こうした反復性の問題行動については、すでに1838年にEsquirol<sup>[4]</sup>が、「モノマニー monomania (偏執狂)」という概念のなかで言及している。これは、統合失調症のように人格全体の解体はなく、むしろ全体としては十分に判断力や知的能力が保たれているにもかかわらず、ある特定の逸脱行動をしたいという内的衝動をコントロールできない病態を意味し、別名で「静かなる狂気」とも呼ばれた。その概念には、アルコール依存の他に、放火癖、賭博癖、窃盗癖、衝動殺人などが含まれている。

今日、モノマニー概念の多くは、物質使用、食行動、性行動に関するもの以外の問題行動を集めて、ICD-10の「習慣および衝動の障害 habit and impulse disorder」<sup>[9]</sup>、DSM-IV-TRの「他のどこにも分類されない衝動制御の障害 (以下、衝動制御障害) impulse control disorder, not otherwise specified」<sup>[10]</sup>という診断カテゴリーに引き継がれている。それらのカテゴリーには、関係性爆発性障害、抜毛症、病的ギャンプリング、放火癖、窃盗癖といった行動が含まれているが、いずれも、自己もしくは他者に対して有害な結果をもたらすことを知りながら、抗しがたい内的衝動をコントロールできないという点で共通している。これは、耐性上昇や離脱症状といった身体依存こそないものの、かつてJellinekがアルコールリズムの中核症状として指摘した「コントロール障害」、すなわち精神依存そのものである。実際、これらの行動に及ぶ直前には強い緊張感と過覚醒的な感覚を伴い、行為遂行後には緊張が緩和し、安堵感や愉悦感を体験しており、これは、渴望期のアルコール依存者が不快感情に苛まれ、しかし飲酒することによって安堵感、多幸福感を体験する現象と酷似している。このように考えれば、「習慣および衝動の障害」や「衝動制御障害」に含まれる行動を「嗜癖行動」と捉え直すことは、それほど不自然なことではないであろう。

臨床的にも、物質依存と嗜癖行動とは無視できない近縁性があり、1人の患者にこれら両方の問題が認められることは何ら珍しいことではなく、これは、嗜癖臨床において複合嗜癖 Cross addiction と呼ばれている病態である。たとえば、アルコール依存の治療経過中に、「断酒はできたが今度はパチンコにはまってしまい、パチンコが止まったら、今度は風俗通いや買い物による浪費が止まらなくなった」という患者、あるいは、アルコールや薬物が止まると拒食や過食を呈

し、それが止まると今度は習慣性自傷行為が出現するといった、あたかも「モグラ叩き」のような相互変換性 interchangeability<sup>[16]</sup>を呈する患者は少なくない。

このような、物質依存と嗜癖行動の高い併存率の原因として、臨床遺伝学な近縁性、共通するパーソナリティ傾向、共通する生育歴上の外傷体験（虐待やネグレクトなど）といった病因の共通性を指摘する研究は少なくないが<sup>[16]</sup>、その一方で、物質使用と自己に有害な行動とのあいだには、特定のパーソナリティ傾向を介さない直接的な関係があることを指摘する研究もある<sup>[17][18]</sup>。事実、我々が行った一般高校生を対象とした研究では、喫煙や飲酒といった物質の使用経験は、正常範囲から摂食障害の臨床診断に該当する範囲までの様々な食行動異常、あるいは、ピアスなどの社会的許容範囲内の身体改造から自傷行為までの自己破壊的行動と連続的な相関関係を呈していることが明らかにされている<sup>[19]</sup>。この結果は、物質使用、食行動異常、自傷行為といった問題行動が、特定のパーソナリティ傾向とは関係なく、直接的に関連している可能性を示唆している。

物質依存と嗜癖行動とは、治療論という点でも共通している。1980年代以降、米国ではこうした反復性問題行動を物質依存とのアナロジーで「嗜癖行動」と捉え、物質依存の治療理念を適用する動きが出てきた。なかでも、病的ギャンブルや摂食障害（特に神経性大食症）、強迫的ショッピング（買い物依存）の治療にA.A.の12ステッププログラムを援用し、Gamblers Anonymous (G.A.)、Overeaters Anonymous (O.A.)、Debtors Anonymous (D.A.)などの自助グループが結成され、実際にそこから回復者を多数輩出している。2000年以降、こうした自助グループは次々にわが国にも多数導入され、G.A.やO.A.だけでなく、Sexaholic Anonymous (S.A.:セックス依存、恋愛依存)やSexual Compulsives Anonymous (S.C.A.:窃視症、窃触症などの逸脱的性行動)などの性行動に関する12ステップグループも活動している。

ここまで見てきたように、嗜癖行動は、コントロール喪失感という精神依存の存在、気分を変える効果、高い併存率、そして治療論といった点で物質依存と共通している。いいかえれば、両者を区別するのはただ一つ身体依存の有無だけといえるだろう。

## 2.5 身体依存 vs. 精神依存

身体依存と精神依存のいずれが物質依存の本質かという議論は、1977年のWHO専門部会の時点から存在し、Edwardsらも、「依存もしくは依存症候群と

習慣との境界は不明瞭であり、明確な区別は困難である」ことを認めていた。だが、精神依存を重視すれば、物質依存と病的ギャンブルやむちゃ食い（神経性大食症）といった嗜癖行動との差異を見いだしがたくなる。だからこそ、離脱症状や耐性上昇から具体的に規定しやすい身体依存を重視する方針で依存概念を整理したのである。

とはいえ、この問題は簡単には決着しなかった。1980年にワシントンで開催された、WHO物質関連問題専門部会においても、再びこの問題が持ち上がり、この精神依存をめぐってホットな議論が戦わされた<sup>[20]</sup>。ここでも最終的には、物質依存における精神依存と、病的ギャンブルやむちゃ食いにおける精神依存とのあいだに本質的な差異が認められないといった理由から、物質依存に限定した臨床概念として精神依存を積極的に呈示することはできない、という結論となった。

しかし、すでに述べたように、中枢刺激薬や催幻覚薬の場合、身体依存は不明瞭であり、また、脳内報酬系に関する新たな知見は、我々に、物質依存の本質は、依存性物質の薬理作用の違いや臨床的に観察される身体依存の有無ではなく、脳内報酬系に作用するか否かであることを提示した。このことは、精神依存といえども実は「脳」という身体的過程のなかで神経適応が生じている結果であり、その意味で身体依存と本質的な差異がない可能性を示唆している。つまり、物質依存診断において身体依存の優位性を主張する根拠はどこにもない。

さらに驚くべき知見が報告されるようになった。それは、むちゃ食いや習慣的自傷行為の場合でも、その行為におよんだ直後にはβ-エンドルフィンやエンケファリンといった内因性オピエートの分泌量が増加しており、内因性オピエート拮抗薬であるナルトレキソンによって、一時的ではあるものの、そうした嗜癖行動が抑制される、というものである<sup>[21][22]</sup>。これらの報告は、嗜癖行動に見られる精神依存には、物質依存と同様に脳内報酬系が関与している可能性を示唆する。

## 2.6 DSM-5ドラフトにおける嗜癖概念の復活

2010年4月に発表された米国精神医学の新しい精神障害診断分類案DSM-5ドラフトでは、「物質関連障害」セクションに2つの重大な変更が提案されている<sup>[5]</sup>。

1つは、物質使用障害下位カテゴリーに存在した「依存」および「乱用」とい

う概念が消失し、「使用障害」に一本化するという提案である。確かに従来のDSM-IV-TRにおける依存・乱用は、それぞれに着眼点が異なっており、概念として未成熟の部分があった。すでに述べてきたように、依存は、主に身体依存に力点を置いた医学的概念であり、一方の乱用は、文化や社会規範、法令によって規定される社会学的概念であった。DSM-5ドラフトでは、こうした依存と乱用との質的な不連続性をなくすために、依存診断における身体依存の優位性を減じるとともに、乱用診断における社会規範に依拠する項目を削除している。結果的に、かつて依存もしくは乱用と診断された、様々な逸脱的な物質使用の様態は、「使用障害」のカテゴリにおいて一元的に整理され、必要に応じて重症度評価や生理学的依存の有無を追記することで、逸脱した使用様態を個別的に表現できるようになっている(表13-5)。

もう一つは、「物質関連障害」というセクションの名称自体を、「嗜癖およびその関連障害」へと変更するという提案である(後に、このセクション名は、「物質使用と嗜癖の障害」に改訂された)。しかも、病的ギャンプリングをこの「嗜癖およびその関連障害」のセクションに含めることを提案し、将来の検討課題として、付録欄にインターネット依存とセックス依存を提示している。

なぜ米国精神医学会はいまさら「嗜癖」という用語を採用したのであろうか？

おそらくこの「嗜癖」という用語は、偏見を助長する侮蔑的表現としてではなく、より新しい意味をまとって復活したと理解するべきである。米国精神医学会の物質関連障害作業部会は次のように説明している<sup>[5]</sup>。「鎮痛剤やβ-ブロッカーのように、医学的管理下での薬物治療においても身体依存を呈する薬剤は少なくないが、だからといって、通常、これらの治療薬を服用中の患者は治療の対象とはならない。治療を要するかどうかの基準は、必ずしも身体依存の有無に依拠せず、どのくらいその人が物質使用にとらわれ、逸脱的・不適応的な行動をもたらしているかである」。

この発言は、物質依存の中核的問題は、身体依存の有無ではなく、人が物質にとらわれ、ふりまわされ、支配される事態—精神依存—であることを改めて確認にしたものといえる。このようなDSM-5ドラフトの考え方は原則として踏襲され、2013年5月より「物質使用と嗜癖の障害」というセクション名で正式に刊行される。この米国医学会の方針により、嗜癖/依存臨床のあり方も大きく様変わりするかもしれない。ことに、次節で述べるように、取り締まり一辺倒で治療論を欠く薬物依存対策を推進してきたわが国に対しては、その軸足を、依存性物

表13-5 DSM-5ドラフトにおける物質使用障害 substance-use disorder の診断基準

A. 不適応的な物質使用のパターンであり、以下に示すような臨床的に重大な障害や苦痛が、12ヶ月以内に2つ(もしくはそれ以上)生じている。	
1.	物質使用の結果、職場や学校、あるいは家庭における重要な義務や責任を果たせない、という事態がくりかえし認められる(例:物質使用に関連する欠勤をくりかえしたり、職務遂行能力の低下を来たしたりする。物質使用に関連する欠席や停学、退学処分を受ける。子どもの養育や家族の一員としての役割を放棄する)。
2.	身体的に危険を伴う状況において物質使用を繰り返す(例:物質使用の影響下で自動車の運転をする。あるいは、機械の操作を行う)。
3.	物質の影響によって、社会的問題や対人関係の問題が持続的もしくはくりかえし引き起こされたり、悪化したりしているにもかかわらず、物質使用が続いている(例:物質使用をめぐって配偶者と口論する。あるいは、殴り合いのけんかをする)。
4.	以下のいずれかによって定義される耐性の存在。
a	酩酊するために、あるいは、求める効果を得るために必要とする物質の量が著しく増加している。
b	同じ量の物質を使い続けているうちに、得られる効果が著しく減少している(注意:鎮痛剤、抗うつ薬、抗不安薬、β-ブロッカーのように、医学的管理下での薬物治療においてこうした現象が認められた場合については、耐性とは見なさない)。
5.	以下のいずれかに示される、離脱症状群の存在。
a	その物質に特徴的な離脱が認められる(物質特異的な離脱症状については、それぞれの物質のA基準およびB基準で述べてある)。
b	同じ(もしくは、近似した)物質によって、離脱が緩和されたり、離脱発現を回遊したりすることができる(注意:鎮痛剤、抗うつ薬、抗不安薬、β-ブロッカーのように、医学的管理下での薬物治療においてこうした現象が認められた場合については、耐性とは見なさない)。
6.	しばしば、当初意図したよりも大量に、あるいは長期にわたって物質を使用してしまう。
7.	物質使用の量や頻度を減らしたい、あるいは、コントロールしたい、という持続的な願望が認められる。もしくは、それを試みて失敗したりした経験がある。
8.	物質を入手したり、物質を使用したり、物質の影響から回復したりといった、物質にかかわる活動のために費やす時間が増大している。
9.	物質使用のために、重要な社会的・職業的活動や余暇活動への参加をやめたり、減らしたりしている。
10.	物質使用によって、身体的もしくは心理的問題が生じたり、悪化したりする事態が続いている。あるいはくりかえされていることを知りながら、物質使用が続いている。
11.	ある特定の物質を使用することに対する渴望、あるいは強い欲求や衝動が認められる。
重症度を特定せよ。	
中等度:2~3項目に該当。	
重度:4項目以上に該当。	
可能であれば特定せよ。	
生理学的依存を伴うもの	:耐性や離脱が認められる(すなわち、項目4もしくは5のいずれかに該当する症状が存在する)。
生理学的依存を伴わないもの	:耐性や離脱が認められない(すなわち、項目4と5のいずれにも該当する症状が存在しない)。
経過を特定せよ。	
早期完全寛解	
早期部分寛解	
長期完全寛解	
早期部分寛解	
アゴニスト治療中	
管理的環境下	



質という「モノ」の管理から、物質を用いる「ヒト」の援助へと移す圧力となることが期待される。

### 3 わが国の医療者における嗜癖 / 依存の理解

#### 3.1 わが国の薬物依存対策における治療論の欠如

前節まで論じてきたように、欧米では早くから「嗜癖」と「依存」をめぐる議論が戦わされてきたが、そうした議論のなかで堅持されていたのは、治療が必要な疾病としての認識であった。ヨーロッパに比べて厳罰主義傾向にあった米国でさえ、1980年代のコカイン乱用拡大に対して司法的取り締まり強化によって「刑務所の回転ドア現象」<sup>[23]</sup>を呈してしまった反省から、治療的対応を中心とする流れへとスタンスを変化させてきた。なかでも、裁判所命令にもとづく地域内における治療的処遇（「ドラッグコート drug court」）<sup>[24]</sup>はその代表的な試みである。現在、米国国立薬物乱用研究所が様々な実証的研究知見を踏まえて提唱しているガイドライン「薬物依存治療の原則」<sup>[4]</sup>には、「薬物依存からの回復には司法的処遇よりも治療的処遇の方が有効である」、あるいは、「薬物依存の治療では、尿検査などの方法で使用状況をモニタリングすることは必須である。しかし、その結果はあくまでも治療的な目的のみに用いるべきであって、司法的対応の根拠に用いるべきではない」と明記されている。

翻ってわが国の状況はどうであろうか？ おそらくアルコール依存治療に関しては決して海外にひけをとるものではない。明治時代からの禁酒運動の流れが海外のA.A.活動に触発されるかたちで、1950年代に東京都と高知県で断酒新生会が結成され、1964年には全日本断酒連盟という全国組織に発展している（1975年にはA.A. Japanも活動開始）。そして、これと期を同じくして、国立療養所久里浜病院（現、独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター）に専門病棟が開設されるとともに、全国の医療関係者に対する研修会が開催され、医療体制の充実も図られてきた。しかし他方で、薬物依存治療は医学的治療よりは司法的取り締まりに力点が置かれたままであり、専門病棟の数はきわめて少なく、現在、辛うじて治療的支援の主力を担ってきたのは、1980年代後半から活動を開始した薬物依存当事者による民間回復施設ゲルク（Drug Addiction Rehabilitation Center : DARC）である。

司法的対応に偏ったわが国の薬物依存対策のあり方は、厚生労働省内の担当部

局からしてもよくわかる。つまり、アルコール依存は社会援護局精神・障害福祉課という精神保健行政全般を担当するセクションであるのに対し、薬物依存は医薬品局監視指導・麻薬対策課という薬剤の管理・規制を担当するセクションなのである。このことは、アルコール依存対策が物質を用いる「ヒト」の援助の視点から行われているのに対し、薬物依存対策は依存性物質という「モノ」の管理に偏向していることを意味している。おそらくわが国では1940年代後半から50年代におけるヘロインや覚せい剤の乱用拡大の終息に対して、麻薬取締法（現在の麻薬及び向精神薬取締法）や覚せい剤取締法の制定が有効であったという、過去の成功体験を引きずっている可能性がある。

こうした行政的体制のあり方は、確実に精神科医療現場の対応にも反映されている。多くの精神科医療機関においては、薬物依存者は「患者」ではなく「犯罪者」として忌避され、本来受けることができるはずの精神科医療サービスを受けない事態が各地で生じている。その結果、本来、精神科治療を受けるべき重複障害（他の精神障害の合併）を抱えた薬物依存者の多くが、ゲルクをはじめとする民間回復施設に集まり、当事者スタッフはその対応に苦慮し、ときには施設利用者の自殺といった事態に遭遇したりすることもあり、文字通り「燃え尽き」の危機に瀕している<sup>[25]</sup>。このことは、もはや薬物依存対策を「モノ」の管理だけで進めていくことはできず、アルコール依存と同様、「ヒト」に対する援助が重要であることを示している。

もはや司法的対応の限界は明らかである。実際、覚せい剤取締法事犯者の再犯率の高さはそのことを如実に物語っている。そもそも今日わが国で問題となっている乱用薬物は、必ずしもいわゆる違法薬剤だけではない。違法な薬剤の化学構造を少しだけ変化させることで法の網の目をくぐり抜けた、通称「脱法ドラッグ」の乱用は1990年代より問題となっており、こうした「脱法ドラッグ」を新たに規制対象に加えれば、さらに化学構造を変化させた新種の「脱法ドラッグ」が開発され流通するという、いわばイタチごっこの様相を呈している。

また、今日のわが国において、覚せい剤に次ぐ深刻差を呈している乱用薬物は向精神薬であることも忘れてはならない。これは、1990年代以降、急激な精神科診療所の増加、精神科受診に対する心理的抵抗感減弱に伴った問題化してきたものである。我々の調査からは、これらの乱用薬物の多くは、精神科治療機関から処方された治療薬であることも明らかにされており、その乱用様態は、大量・頻回の依存的常用から、近年、救急医療現場で急増している過量服薬による自殺

企図まで非常幅広い<sup>[26][27]</sup>。この問題は、多剤大量療法に代表される、薬物療法に偏ったわが国の精神科医療のあり方とともに議論すべきであろう。

### 3.2 わが国の精神科医療関係者の疾病観

わが国の精神科医療現場においては、いまもって薬物依存は十分に治療必要性のある「疾患」と見なされていない。たとえば、精神科救急の現場で、警察官通報により覚せい剤による誘発性精神病を呈する患者が搬送されてきた場合、「警察での任意採尿（あるいは令状を得た上での強制採尿）」の実施を診察や入院治療の条件とし、精神病症状の消退とともにすみやかに退院させ、退院と同時に逮捕という手続きを進めるようとする精神科医療機関が存在する。厳密に考えれば、これは医師の応召義務に抵触する要請である<sup>[28]</sup>。また、通院治療中に尿検査で覚せい剤使用が発覚した際に、通報されたり、自首を強く勧められるといった、治療とはいえない治療法が適用されることもある<sup>[29]</sup>。事態も珍しい話ではない。こうした対応から読み取れるのは、「覚せい剤精神病は治療必要な『病気』」だが、覚せい剤使用そのものは『病気』ではなく『犯罪』である。つまり、本人の自由意志にもとづく行為——『原因において自由な行為 *actio libera in causa*』である。したがって、その行為の結果は自己責任として引き受けるべき」という認識である<sup>[30]</sup>。

こうした認識は、精神科医療だけではなく、精神科医が刑事鑑定の鑑定人として司法現場に関与する際に、無意識のうちに彼らの思考を歪曲する支配観念として影響を与えることがある。たとえば、「地球を征服しようとしている宇宙人から地球人の命を守る」という覚せい剤誘発性の幻覚・妄想の支配下で重大な他害行為を侵した被告人の精神鑑定を例にあげてみよう。どう考えても被告人（もしくは、被疑者）は、了解不能な動機から、違法性の認識（刑法には、宇宙人に対する暴力行為に関する規定はない）なく犯行に及んでおり、統合失調症に罹患している被告人（もしくは、被疑者）であれば、当然、心神喪失に相当する結論を示唆する鑑定結果となることを、「覚せい剤を使えばそのような結果になることがわかっていながら今回も覚せい剤を使用した」として、自ら招いた障害（自招性の障害）であることを強調した鑑定結果が提出されることがある<sup>[30]</sup>。

しかし、どのような覚せい剤使用者も、覚せい剤依存や覚せい剤精神病になりたくて使用しているわけではなく、「自招性」の概念に該当しないと考えるべきである。また、「自由意志」についても、確かに覚せい剤使用経験のない健常人

にとってはその通りであるが、すでに覚せい剤依存に陥っている者の場合、「自由意志」は一定の制限を受けていると理解するのが妥当である。要するに、そうした精神鑑定は、一見するともっともらしい法律用語を駆使しながら、巧みに事実を歪曲して解釈している。おそらくその背景には、「心神喪失＝精神科医療機関での処遇」という精神科医の思い込みと、「うちの病院では診たくない」という忌避的感情が存在するのであろう。

それから、過去に覚せい剤使用歴のある慢性持続性精神病を呈する被告人（もしくは、被疑者）に関して、「覚せい剤精神病か、統合失調症か」といった鑑別に多くの紙幅が費やされている鑑定書も少なくない。このような不毛な議論に執着するのは、その判断が被告人（もしくは、被疑者）を引き取るのが「刑務所か病院か」という決定に関わるからである。しかし臨床的な立場からいわせてもらえば、そのような鑑別などまさに枝葉末節であって、重要なのは、被告人（もしくは被疑者）は治療を要する慢性持続性精神病とともに覚せい剤依存にも罹患しており、治療・援助を要する問題が複数存在するという事実である。そもそも、たとえ刑務所と病院のいずれかで引き受けて、一定期間、すばらしい薬物依存に対する治療プログラムを受けたとしても、それが施設外で継続されなければ、その治療効果はほとんど期待できない。いいかえれば、「刑務所か病院か」という議論には、「どのような地域支援をすれば、覚せい剤を使わずに生活できるのか」という視点が欠落しているのである。

### 3.3 わが国に求められる薬物依存者支援システム

事情を知らない人にとっては意外と思えるかもしれないが、わが国には、こうした薬物依存の疾病性を否定する立場とは反対に、薬物依存の疾病性を極端に強調し、医療的保護の必要性を唱える立場も存在する。そのような立場の精神科医は、薬物使用を中断し、すでに精神病症状が消退している薬物依存患者が呈する様々な問題行動—そのなかには、併存するパーソナリティ障害や他の精神障害に由来する行動も少なくない—をすべて「渴望」で説明し、大量の抗精神病薬や閉鎖病棟を用いて化学的もしくは物理的な行動制限を行う治療を提唱している<sup>[31]</sup>。こうした対応は、現行の精神保健福祉法に照らしても過剰な人権侵害となる可能性があるだけでなく、不必要な薬物療法に曝露し、また、精神病状態によらない暴力や暴言といった、本来、患者自身が責任をとるべき問題まで責任回避させるという点で疑問がある。

筆者は、いまわが国の薬物依存支援に必要なのは、薬物依存者の収容施設や収容主義的な専門病院ではない、と考えている。そうではなく、地域内に薬物依存者支援システムが多数点在し、自助グループや民間回復施設による援助の隙間を埋め、緊密な連携体制を構築することこそが必要である。最近になって筆者らは、米国の Matrix Model を範とする、統合的外来薬物依存治療プログラム「せりがや覚せい剤再乱用防止プログラム (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program : SMARPP) を開発し、各地の精神科医療機関や精神保健福祉センターで実施できる体制の準備を進めている<sup>[32]</sup>。筆者らは、こうした地域プログラムが、2006年の「刑事収容者処遇法」施設以降、刑務所や保護観察所で治療プログラムを受けた者に対して、引き続き援助を提供する社会資源となることを期待している。

## おわりに

本章では、嗜癖概念と依存概念との相克を軸にして、嗜癖/依存の疾患概念が形成され、概念を拡張していく歴史的過程について概説した。そのなかで、いまや欧米の専門家のあいだでは疑う者がいない嗜癖/依存の疾病性であるが、その成立の経緯は、まずは当事者を中心とした市民運動のなかから生まれ、医学はむしろそれを追認するかたちであったことを指摘した。嗜癖精神医学が精神医学の「鬼っ子」なのは、まさにそうした非嫡流的な出自による。とはいえ、今日、嗜癖/依存は単に依存性物質に関する概念だけにとどまらず、健康や社会的関係を破壊する習慣や衝動行為にまで広がっている。それが、Kolle<sup>[1]</sup>が嗜癖の深奥にある原因として指摘するように、現代人の「現存在の空虚さ *eine Leere des Daseines*」が深刻なものとなっているからなのかどうかは不明だが、いずれにしても、嗜癖/依存が、DSM-III以降、米国精神医学会のリストから消失した「神経症」概念に代わる、「現代型神経症」としての地位を築いているのは確かである。

海外では、物質依存はその「再発と寛解を繰り返す」という慢性疾患であり、糖尿病や高血圧症といった生活習慣病と同種の疾患と見なされている。事実、入院治療を受けた物質依存患者の75%は退院後1年以内に再発するが、長期的には、患者の一部は、再発と寛解を繰り返しながら最終的に断酒・断薬を達成し、断酒・断薬には失敗した患者でさえも物質摂取量・摂取頻度が減少し、人生全体から見た医学的障害や心理社会的損失の抑制には成功しているという<sup>[33]</sup>。

残念なことに、わが国では嗜癖/依存の疾病性は十分に確立しているとはいえず、とりわけ違法薬物の依存はもっぱら司法的対応に終始する現状である。しかし、そうしたなかで、2008年に閣議決定された「第三次薬物乱用防止対策五ヶ年計画」<sup>[34]</sup>、および2010年の「薬物乱用防止戦略加速化プラン」<sup>[35]</sup>では、わが国の薬物依存者の治療体制の不備が指摘され、その強化が喫緊な課題であることが明記されている。したがって、いまは、近い将来、わが国の嗜癖/依存治療の新たな展開があると信じるほかないだろう。

[国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部診断治療開発研究室長]

- 【引用文献・参考文献】 (インターネット情報最終閲覧日→2012年11月27日)
- [1] Kolle, K., 1961, *Psychiatrie ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart. (塩崎正勝訳, 1963 [K. コッレの精神医学] 文光堂).
  - [2] Hazelden Center: The Minnesota Model. <http://www.hazelden.org/web/public/minnesotamodel.page>
  - [3] White, L.W., 1998, *Slaying the Dragon*. Chestnut Health Systems/Lighthouse Institute, Bloomington. (鈴木・山本・麻生・岡崎共訳 [米国アディクション列伝: アメリカにおけるアディクション治療と回復の歴史] 特定非営利活動法人ジャパンマック).
  - [4] National Institute on Drug Abuse, 2009, *Principles of drug addiction treatment: A research based guide (second edition)*: NIH Publication No. 09-4180.
  - [5] American Psychiatry Association: DSM-5 draft. <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
  - [6] Levine, H.G., 1984, *The alcohol problem in America: from temperance to alcoholism*. *British Journal of Addiction*, 79, pp.109-119.
  - [7] 上野加代子, 2001「第5章 アディクション・共依存の社会的構築」清水新二編『共依存とアディクション—心理・家族・社会』培風館, 182-229頁.
  - [8] Jellinek, E.M., 1988, *Disease concept of alcoholism*. Alcohol Research Documentation Inc., Piscataway, Reprint version (羽賀・加藤訳, 1973『アルコリズム: アルコール中毒の疾病概念』岩崎学術出版社).
  - [9] World Health Organization, 1992, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guideline*, World Health Organization. (融ら監訳, 1993『ICD-10 精神および行動の障害: 臨床記述と診断ガイドライン』医学書院).
  - [10] American Psychiatry Association, 2000, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th-TR ed.* APA, Washington DC. (高橋三郎訳, 2002『DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き』医学書院).
  - [11] Edwards, G., 1977, *The Alcohol Dependence Syndrome: usefulness of this idea*. *Alcoholism, new knowledge and new response* (ed. by Edwards, G. and Grant, M.), Croom Helm, London, pp.136-156.
  - [12] 洲協寛, 2005『嗜癖精神医学の展開』新興医学出版社.
  - [13] Rawson, R. A., Obert, J. L., McCann, M. J., et al., 1986, *Cocaine treatment outcome:*

- Cocaine use following inpatient, outpatient, and no treatment. In: Harris, L. S., eds. NIDA Research Monograph Series, Number 67. DHHS Pub. No. (ADM) 86-1448, pp.271-277, NIDA, Rockville.
- [14] Esquirol, E., 1838, Des Maladies Mentales. Bailliere, Paris.
- [15] Lacey, J. H., Evans, C. D., 1986, The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *British Journal of Addiction*, 81, pp.641-649.
- [16] Holderness, C. C., Brooks-Gunn J, Warren MP, 1994, Co-morbidity of eating disorders and substance abuse. Review of literature. *International Journal of Eating Disorders*, 16, pp.1-34.
- [17] Krahn, D., 1991, The relationship of eating disorders and substance abuse. *Journal of Substance Abuse*, 3, pp.239-253.
- [18] Krahn, D., Kurth, C., Demitrack, M., et al., 1992, The relationship of dieting severity and bulimic behaviors to alcohol and other drug use in young women. *Journal of Substance Abuse*, 4, pp.341-353.
- [19] 山口亜希子・松本俊彦, 2005 「女子高校生における自傷行為—喫煙・飲酒, ピアス, 過食傾向との関係」『精神医学』47, 515-522頁.
- [20] 洲脇寛, 1983 「薬物・アルコール関連用語に関する WHO 専門部会の勧告」『臨床精神医学』12, 641-646頁.
- [21] Jonas, J. M., Gold, M. S., 1988, The use of opiate antagonists in treating bulimia: a study of low-dose versus high-dose naltrexone. *Psychiatry Res.*, 24, pp.195-199.
- [22] Coid, J., Allolio, B., and Rees, L. H., 1983, Raised plasma metenkephalin in patients who habitually mutilate themselves. *Lancet*. Sep 3; 2 (8349), pp.545-546.
- [23] Rawson, R. A., Urban, R. M., 1999, Treatment For Stimulant Use Disorders: A Treatment Improve Protocol (TIP) Series 33. Substance Abuse and Mental Health Service Administration, Rockville, Diane Pub Co.
- [24] Nolan, J. L., 2001, Reinventing Justice: The American Drug Court Movement. Princeton University Press, 2001. (小沼杏坪監訳, 2006 「ドラッグコート—アメリカ刑事司法の再編」丸善プラネット).
- [25] 森田展彰・岡坂昌子, 2010 「薬物使用障害者の自殺」『精神科治療学』25, 213-221頁.
- [26] 廣川聖子・松本俊彦・勝又陽太郎・木谷雅彦・赤澤正人・高橋祥友・川上憲人・渡邊直樹・平山正実・竹島正, 2010 「死亡前に精神科治療を受けていた自殺既遂者の心理社会的特徴: 心理学的剖検による調査」『日本社会精神医学会雑誌』18, 341-351頁.
- [27] 松本俊彦・松下幸生・奥平謙一ほか, 2010 「物質使用障害患者における乱用物質による自殺リスクの比較—アルコール, アンフェタミン類, 鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用障害患者の検討から」『日本アルコール・薬物医学会誌』45, 530-542頁.
- [28] 松本俊彦, 2010 「薬物依存臨床における司法的問題への対応」『こころのりんしょう à-la-carte』29, 113-119頁.
- [29] 小沼杏坪, 1999 「覚せい剤と関連精神障害 C. 治療」佐藤光源・洲脇寛責任編集『臨床精神医学講座 8 薬物・アルコール関連障害』中山書店, 236-253頁.
- [30] 村松常雄・植村秀三, 1975 『精神鑑定と裁判判断』金原出版.
- [31] 小宮山徳太郎, 2010 「脳に鍵をかける—行動薬理学的視点からの治療」『精神医学』43, 470-476.
- [32] 松本俊彦・小林桜児, 2008 「薬物依存者の社会復帰のために精神保健機関は何をすべき

か?」『日本アルコール薬物医学会雑誌』43, 172-187頁.

- [33] Emmelkamp, P. M. G., Vedel, E., 2006, Research basis of treatment. In "Evidence-based treatment for alcohol and drug abuse: A practitioner's guide to theory, methods, and practice (Emmelkamp & Vedel)", Routledge, New York, pp.85-118. (小林桜児・松本俊彦共訳, 2010 「アルコール・薬物依存臨床ガイド」金剛出版).
- [34] 内閣府: 第三次薬物乱用防止対策五ヶ年計画 <http://www.npa.go.jp/sosikihanzai/yakubutuyuki/yakujyuu/yakujyuu4/20080922yakujyuu.pdf>
- [35] 内閣府: 薬物乱用防止戦略加速化プラン <http://www8.cao.go.jp/souki/drug/pdf/plan-h22.pdf>