

おわりに

本稿では、薬物依存臨床に必要となる、主要な司法的な知識を取り上げ、対応にあたって参考となる事項を整理した。本稿が、多くの援助者が薬物依存にかかわる際の羅針盤となり、薬物依存症患者に対する忌避的な感情を減じるのに役立つことを願ってやまない。

文 献

1) 松本俊彦, 宮川朋大, 矢花辰夫ほか：精神症状出現にマジックマッシュルーム摂取が関与したと考えられる

2症例. 精神医学, 41 : 1097-1099, 1999

2) Matsumoto, T., Okada, T.: Designer drugs as a cause of homicide. *Addiction*, 101 : 1666-1667, 2006

3) 松本俊彦, 今村扶美, 梅野 充ほか：薬物関連精神障害の臨床における司法的問題に関する研究. 平成18年度 厚生労働科学研究費補助金 医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業「薬物乱用・依存等の実態把握と乱用・依存者に対する対応策に関する研究(主任 和田 清)」分担報告書, p.241-273, 2007

4) National Institute of Drug Abuse (NIDA) : <http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODAT1.html>

Ethical Issues in Clinical Practice Regarding Drug Dependence :  
Legal Guidelines for Medical Staff

Toshihiko MATSUMOTO

*Department of Drug Dependence Research/Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health,  
National Center of Neurology and Psychiatry*

No psychiatric staff aiding drug-dependent patients' recovery can avoid confronting legal issues, since many of the drugs which the patients use are controlled by laws or ordinances specifying their use as a crime in Japan. Actually, when they find that drug-dependent patients bring illicit drugs into a psychiatric ward, or when a urine test demonstrates that patients use an illicit drug, staff are often torn by whether or not they should report it to the police.

In this paper, the guidelines to manage legal issues for psychiatric staff aiding drug-dependent patients are described.

<Author's abstract>

<Key words : clinical practices of drug dependence, legal issues, opiate and psychotropic drugs control law, stimulant control law >

## 薬物依存と発達障害

## ——薬物依存臨床における注意欠陥・多動性障害傾向をもつ成人の特徴——

松本 俊彦

本稿では、薬物乱用・依存者における注意欠陥・多動性障害 (AD/HD) の併存率や関連性に関する海外の先行研究を整理した。その上で、幼少期の AD/HD エピソードを評価するための自記式評価尺度である日本語版 Wender Utah Rating Scale を用いて、幼少期 AD/HD の傾向と成人期の薬物乱用・依存との関連を検討した。筆者らの研究を紹介した。我々の研究では、海外の研究と同様、わが国でも幼少期の AD/HD の傾向は成人後の薬物乱用・依存と関連していたが、その関連は覚せい剤乱用・依存者よりも有機溶剤乱用・依存者で特に顕著であった。これらは、海外の先行研究が指摘する、「AD/HD 症状に対する治療効果を期待した中枢刺激薬の選択」を支持しなかったが、その一方で、有機溶剤が、AD/HD の二次障害への自己治療として選択されている可能性も推測された。

<索引用語：薬物依存，薬物乱用，注意欠陥・多動性障害，ヴェンダー・ユタ評価尺度，自己治療仮説>

## はじめに

薬物依存臨床で遭遇する発達障害といえば、汎汎性発達障害 (pervasive developmental disorder: PDD) よりも、圧倒的に注意欠陥・多動性障害 (attention-deficit/hyperactivity disorder: AD/HD) が多い。その一端は、たとえば各地のダルクが毎年主催しているダルク・フォーラム、あるいは、自助グループであるナルコティックス・アノニマス (Narcotics Anonymous: NA) のオープンミーティングの会場でも垣間見ることができ、筆者はそうした集まりで講演をすることがあるが、その際、参加する薬物依存者の中には一定の割合でひどく落ち着きのない者が混じっている。講演中にもかかわらず、意味もなく席を立ったり座ったり、会場を出たり入ったりし、あるいは、鼻歌まじりに会場を歩き回る。その態度は決して悪意を感じさせるものではなく、それどころかどこかかわいげがあり、不思議と注意する

気持ちにはならない。

筆者の臨床経験を振り返っても、「あのケースは AD/HD としかいいようがないな」と感じた成人症例何例かがすぐに思い当たる。たとえば、ある覚せい剤依存の男性症例は、児童期に AD/HD という診断のもと、methylphenidate (MPH) による薬物療法を受けたことがあった。薬物療法の効果はてきめんだった。彼は、教室で落ち着いて授業を受けられるようになり、粗暴なふるまいをしなくなった。しかしその一方で、彼は内心で傷ついていた。「自分は、薬がないとダメな病人なのか」と思ったのだという。

そんなわけで、まもなく彼は服薬を中断し、児童精神科への通院をやめた。彼は再び粗暴な少年となり、騒がしさのせいで教師や級友から疎まれ、教室から遠ざけられた。青年期になると、彼は反社会的な集団に所属し、そこで覚せい剤を覚えた。はじめて覚せい剤を使ったときに彼が感じ

たのは、それが MPH と同じように自分を穏やかにさせ、物事に集中して取り組めるようになってくれる効果であった。「病人と思われるのは嫌だが、ワルと思われるのはかつこいい」。彼は、覚せい剤を常用するようになり、数年後、覚せい剤依存患者として筆者の前に現われることとなったわけである。

この症例の治療を担当したのは 10 年あまり昔のことだが、彼の治療には実に難渋した。というのも、薬物使用が続いている時期には、とても覚せい剤を使っているとは思えないほど穏やかであったが、ひとたび断薬すると、激しい焦燥感に苛まれ、ささいなことでも激昂して、文字通り「手がつけられない」状態が長期にわたって遷延したからである。そのときの劇的な変化は、筆者をして、この患者は覚せい剤という中枢刺激薬で AD/HD の治療をしていたのではないかと思わせるに十分なインパクトがあった。

さて、本稿では、AD/HD 症状と薬物乱用・依存との関連、ならびに AD/HD を併存する薬物依存患者の臨床的特徴について、海外の先行知見を整理するとともに、筆者自身が試みてきた研究を紹介したい。

## I. 児童期における AD/HD エピソードと薬物乱用・依存との関係

周知のように、AD/HD は、不注意、多動性、衝動性を特徴とする持続性の行動障害である。その特徴は幼児期より認められ、児童期には様々な適応上の問題を生じ、孤立、否定的な自己評価、不安・抑うつなどに悩むことも少なくない。多くは成長とともに多動性・衝動性は減少するが、一部で思春期・青年期に症状が残遺し、行為障害を併発して非行、暴力などの反社会的な問題行動を呈することがある<sup>28)</sup>。薬物乱用もそうした問題の 1 つと捉えることができるが、その一方で、否定的な自己イメージを改善するための「自己治療」的側面があるという指摘もある<sup>11)</sup>。

実際、多くの研究が AD/HD と薬物依存との密接な関連を指摘している。Modestin と Wurmle<sup>22)</sup>

は、コカイン、ヘロイン、マリファナ依存者では AD/HD の既往をもつ者が高率に認められると報告しており、Aviram ら<sup>1)</sup>に至っては、AD/HD をアルコール・薬物使用障害における最も一般的な合併精神障害とまで断言している。さらに、Cocores ら<sup>6)</sup>、ならびに Carroll<sup>4)</sup>、Wilens ら<sup>20)</sup>は、幼少期における AD/HD のエピソードは、将来における物質使用障害の発症を促進すると指摘し、また、Molina<sup>23)</sup>によれば、青年期まで AD/HD 発症が残留している場合には特にそのリスクが高いという。

こうした AD/HD と薬物依存との関連が直接的なものなのか、あるいは、間接的なものなのかについては様々な議論があり、いまだに結論は出ていない。直接的な関連を指摘する研究者は、AD/HD の既往をもつ薬物乱用・依存者の乱用物質の選択に注目している。Clure ら<sup>5)</sup>、ならびに Carroll<sup>4)</sup>は、AD/HD の既往をもつ薬物乱用・依存者の中で最も多く選択されている物質は、中枢刺激薬であるコカインであると指摘している。また、Lee ら<sup>15)</sup>は、児童期に AD/HD のエピソードを有する者が、将来、物質使用障害罹患の相対リスクを主乱用物質別に算出しており、その結果はコカイン 2.05 倍、アルコール 1.74 倍、マリファナ 1.58 倍というものであった。さらに、Wilens ら<sup>20)</sup>は、MPH による薬物療法は、AD/HD 児の自己評価を高めるためだけでなく、将来における物質使用障害の発症を抑制すると指摘し、AD/HD エピソードをもつ薬物依存者における物質乱用・依存の背景には、慢性的ドーパミン欠乏状態を改善するための「自己治療」としての側面がある可能性を推測している。

しかしその一方で、こうした見解に否定的な報告もある<sup>2,3,7,18)</sup>。Lynskey と Hall のメタ分析<sup>18)</sup>によれば、過去の AD/HD エピソードは、女性では後年の物質使用障害罹患と関連するが、男性では関連しないという。また、AD/HD エピソード単独では後年の物質使用障害発症は予測できず、AD/HD に行為障害が併発してはじめて物質使用障害の発症を予測できるという報告もある<sup>23)</sup>。さ

らに Harty ら<sup>9)</sup>は、児童期 AD/HD エピソードに対する中枢刺激薬治療は、後年における物質使用障害の発症を抑制しないと、Wilens ら<sup>29,30)</sup>の報告と真っ向から対立する見解を述べている。

## II. AD/HD を伴う成人薬物依存患者の臨床的特徴と評価

冒頭でも触れたように、物質依存の臨床現場では、本来、児童期より徐々に消退する AD/HD 症状が、青年期に入っても消退しないどころか、成人期に至っても遷延・残遺しているのではないかと思われる症例と遭遇するのはまれではない。

物質依存患者に併存する AD/HD の評価は、きわめて重要な臨床的意義がある。というのも、AD/HD の物質依存患者は、物質依存の治療経過に無視できない影響を及ぼす可能性があり、治療の方法や構造を決定する際に必ず考慮する必要があるからである。たとえば、Levine ら<sup>17)</sup>は、AD/HD を併存する薬物依存は治療が困難であると指摘し、Klinterberg ら<sup>13)</sup>および Kousha ら<sup>14)</sup>は、AD/HD を併存する物質依存患者は、気分障害やパーソナリティ障害といった他の精神障害を併存する割合が高く、他害的暴力や自殺といった、衝動的、攻撃的行動を呈する者が多いことを明らかにしている。その他にも、AD/HD を合併するコカイン乱用者では、より若年で乱用が開始され、使用量および頻度が重篤で、アルコール乱用が併発している場合が多いという指摘がある<sup>4)</sup>。さらにわが国でも、鈴木と武田<sup>25)</sup>は、AD/HD を併存するアルコール依存者は、年齢が若く、薬物乱用を合併し、離脱期の焦燥感が強く、院内飲酒やその他のトラブルによって入院治療が中断してしまうことが多いことを報告している。その一方で、Gehricke ら<sup>8)</sup>は、AD/HD を伴う成人薬物依存患者では、AD/HD 症状の改善もしくは悪化に伴って、薬物依存も改善もしくは悪化し、AD/HD 治療薬である MPH を投与することで、薬物に対する渴望を減弱させることができると指摘している。

とはいえ、成人薬物依存患者の AD/HD を診断するのは容易ではない。何よりもまず現在の AD/

HD 症状の同定が困難である。というのも、AD/HD 症状と乱用物質の離脱症状との鑑別はしばしば困難であり、筆者の印象では3~6ヶ月の断薬を経ないと判断できないからである。また、他の精神障害の併存率も高いので、そういった精神障害の症状との区別も必要がある。しかし、それ以上に困難さをきわめるのは、過去の AD/HD エピソードの評価である。Adult AD/HD の診断基準を満たすには、「7歳以前における AD/HD 症状の存在」を確認しなければならないが、これが実に難しいのである。というのも、少ない薬物乱用・依存患者が崩壊家庭で生育しており、幼少期の患者に関して客観的な情報を得ようとしても、養育者の協力が得にくい状況にあり、また、幼少期に虐待などの被害に遭遇している者も多く、多動や注意欠陥の症状と外傷性の症状との区別が困難だからである。

このように成人薬物依存患者における AD/HD 診断には様々な問題があるが、そうした問題を克服するために開発された自記式評価尺度が Wender Utah Rating Scale (WURS) である。WURS は、Utah 大学の Wender らのグループが adult AD/HD の調査を行うにあたって作成した評価尺度である(表1)<sup>26)</sup>。すでに述べたように、adult AD/HD の診断には、7歳以前の AD/HD のエピソードを証明する必要があるが、養育者からの協力が得られない場合が多かったことから、養育者からの側副情報なしに AD/HD を診断できるツールが必要とされていた。そこで Ward ら<sup>26)</sup>は、Wender 著『The Hyperactive Child』<sup>27)</sup>に記載されている症候から 61 項目の質問を作り、さらに、成人サンプルにおいて児童期の AD/HD あり群/なし群間の比較で有意差の認められた質問 25 項目を抜粋した。回答方法は、「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 の 5 件法によっており、満点が 100 点となっている。

Ward ら<sup>26)</sup>によれば、WURS の総得点は、親による評価得点と有意な相関を示し、成人サンプルでは、WURS 得点のカットオフ 36 点と設定する

表1 Wender Utah Rating Scale (文献26より)

As a Child I Was (or Had)	
1	Concentration problems, easily distracted
2	Anxious, worrying
3	Nervous, fidgety
4	Inattentive, daydreaming
5	Hot or short temp, low boiling point
6	Temper outbursts, tantrums
7	Trouble with stick-to-it-tiveness, not following through, failing to finish things
8	Stubborn, strong-willed
9	Sad or blue, depressed, unhappy
10	Disobedient with parents, rebellious, sassy
11	Low opinion of myself
12	Irritable
13	Moody, have ups+downs
14	Feel angry
15	Acting without thinking, impulsive
16	Tend to be immature
17	Feel guilty, regretful
18	Lose control of myself
19	Tend to be or act irrational
20	Unpopular with other children, didn't keep friends for long, didn't get along with
21	Trouble seeing things from someone else's point of view
22	Trouble with authorities, trouble with school, visits to the principal's office
As a Child in School	
23	Overall a poor student, slow learner
24	Trouble with math or numbers
25	Did not achieve up to potential

と、AD/HD 群の 96% と健常対照群の 96% を同定でき、カットオフ 46 点と設定すると、AD/HD 群の 86% と疾患対照群(単極性うつ病患者)の 81%、健常対照群の 99% を同定できたという。問題となるのは、WURS では、質問の対象時期を 7 歳未満に限定しておらず、「子どものときに」という漠然とした質問をしている点であるが、ひとまず臨床診断を指標とした外的妥当性が証明されている。

もつとも、WURS による幼少期における AD/HD エピソードの同定は、面接および側副情報(通知表など)を用いた臨床診断に比べて過剰診断と

なる傾向があるかもしれない。たとえば、コカイン依存患者の中で幼少期 AD/HD エピソードをもつ者の割合は、面接調査・側副情報では 11~40.6%<sup>5,16,23,24,31)</sup> という範囲であるのに対し、WURS では 50%<sup>10)</sup> と高率になる。ただし、いずれの診断方法を用いても、AD/HD エピソードをもつコカイン依存患者の臨床的特徴(衝動的、攻撃的、早期発症、高率な併存精神障害)は一致している。その意味では、WURS は特異度よりも感度に優れた評価尺度といえるかもしれない。将来、日本語版 WURS のような尺度の標準化がなされれば、わが国における AD/HD を併存する成人薬物依存患者の研究は、目覚ましく進歩するであろう。

## III. わが国における AD/HD と薬物乱用・依存との関連

海外とは異なり、これまでわが国では、AD/HD と薬物依存との関連を主題にした研究は皆無に等しかった。少なくとも筆者は、この点に問題意識をもつ児童精神科医と出会ったことがなかった。それどころか、ある児童精神科医から、「それは薬物汚染が広がっている海外ならではの現象であって、日本では『神話』でしかない」と指摘されたこともある。しかし、筆者らの臨床実感でいえば、AD/HD と薬物依存との関連が「神話」であると断じること自体、依存症という「否認の病」を「否認」しているようにも思われる。

そこで筆者らは、薬物依存専門病院入院患者や刑務所服役中の薬物乱用・依存者といった多数例で、AD/HD と薬物依存との関連を検討してみることとした<sup>19~21)</sup>。その際、上述した理由によりただでさえ家族からの側副情報が得にくいに加え、多数例に対して診断面接を実施するのは困難と考え、試験的に WURS を用いて幼少期の AD/HD エピソードを評価することとした。なお、日本語版 WURS は、原著者の許可のもと逆翻訳などの手続きを経て作成した<sup>19)</sup>。

表2 男性覚せい剤依存患者 WURS 高得点群と低得点群における教育歴、物質使用歴、自他に対する破壊的行動の比較 (文献 19 より抜粋)

	WURS 高得点群 (≥46) N=19	WURS 低得点群 (<46) N=15	$\chi^2/t$	p-value
年齢 (歳)	34.0±4.9	35.3±11.5	0.44	0.663
小・中学校時代の不登校	63.2%	20.0%	6.333	0.012
高校卒業以上の学歴	31.6%	13.3%	1.313	0.252
喫煙初経験年齢 (歳)	13.9±1.5	13.7±2.5	0.272	0.788
飲酒初経験年齢 (歳)	14.9±2.1	14.4±4.3	0.445	0.660
違法薬物初使用年齢 (歳)	15.6±2.4	19.6±8.0	2.071	0.047
覚せい剤使用開始年齢 (歳)	19.6±7.1	22.0±7.8	0.904	0.377
覚せい剤使用期間 (年)	14.4±6.9	12.2±7.6	0.849	0.403
自傷行為の経験	66.7%	53.3%	0.609	0.435
自殺企図の経験	42.1%	46.7%	0.203	0.653
人に対して粗暴な傾向	36.8%	20.0%	1.145	0.285
物に対して粗暴な傾向	68.4%	26.7%	5.846	0.016
BDI	28.2±11.2	18.2±12.0	2.486	0.019

WURS: Wender Utah Rating Scale, BDI: Beck Depression Inventory

### 1. 幼少期 AD/HD エピソードと薬物乱用・依存との関連

筆者らが最初に日本語版 WURS を実施した対象は、薬物依存専門病院入院中の男性覚せい剤依存患者 34 名であった<sup>19)</sup>。その際、WURS 各項目間の Cronbach's  $\alpha$  係数は 0.958 と十分に高く、内部一貫性は担保されていると考えられた。

さらに対象 34 名を、英語版のカットオフである 46 点を境に、46 点以上の「WURS 高得点群 (19 名; 55.9%)」と 46 点未満の「WURS 低得点群 (15 名; 44.1%)」の 2 群に分類し、この 2 群間で、自記式質問票で収集した、生活上のイベントや物質使用歴、自他に対する破壊的行動の既往、ならびに、併存精神障害の間接的な指標として実施した Beck Depression Inventory (BDI) 得点を比較した (表 2)。その結果、WURS 高得点群では、小・中学校時代の不登校の既往をもつ者が有意に多く、違法薬物の初使用年齢が有意に低く、物に対する粗暴な傾向を自覚する者が有意に多く、BDI 得点が有意に高かった<sup>19)</sup>。

これらの結果は、AD/HD の既往をもつ男性覚せい剤依存患者では、小・中学校時代という早期

より適応上の問題を抱えており、早くから違法薬物の使用を開始し、他者に対する攻撃性が顕著であり、うつ病性障害などの薬物乱用・依存以外のメンタルヘルス問題を抱えている可能性を示唆している。これらはいずれも、Carroll<sup>10)</sup>や Klinteberg<sup>13)</sup>、Kousha<sup>14)</sup>が、面接調査と側副情報によって明らかにした、AD/HD を併存する薬物依存患者の特徴と一致し、Hornor<sup>10)</sup>が英語版の WURS を用いて明らかにした、幼少期 AD/HD エピソードをもつ薬物依存患者の特徴とも一致している。したがって、我々の調査結果は、日本語版 WURS には交差妥当性があることを支持している (ただし、日本語版 WURS のカットオフは明らかにしておらず、この調査結果である男性覚せい剤依存患者の 55.9% に認められた WURS 高得点群は、そのまま幼少期 AD/HD エピソードをもつ者の割合を意味するものではない)。

さらに筆者らは同様の調査を、少年刑務所に服役中の男性を対象として実施した。同時期に服役していた者のうち、覚せい剤、有機溶剤、大麻のいずれか 1 つの薬物乱用を呈していた者 280 名を「薬物乱用群」とし、いつさいの薬物乱用歴がない

表3 少年刑務所被収容者薬物乱用群と非乱用群における教育歴、喫煙・飲酒歴、WURS 得点の比較 (文献 21 より抜粋)

	薬物非乱用群 N=413	薬物乱用群 N=280	t/ $\chi^2$	p-value
調査時年齢 (歳)	23.5±2.4	23.0±2.3	3.18	0.002
高校卒業以上の教育歴	42.1%	17.9%	44.95	<0.001
喫煙初経験年齢 (歳)	15.4±2.6	13.3±2.0	10.58	<0.001
飲酒初経験年齢 (歳)	15.7±3.2	13.8±2.5	8.61	<0.001
WURS 得点	35.5±17.6	41.4±17.0	4.53	<0.001
WURS ≥46	110 (26.6%)	118 (40.5%)	17.881	<0.001

WURS: Wender Utah Rating Scale

者 413 名を「薬物非乱用群」と定義し、教育歴や、喫煙・飲酒という社会的に容認されている物質の使用歴、WURS 得点についてこの 2 群間で比較を行った<sup>21)</sup>。その結果、薬物乱用群では、高校卒業以上の教育歴の者が有意に少なく、喫煙・飲酒の初経験年齢が低く、WURS 得点も有意に高いことが明らかになった (表 3)。

この調査結果を、先に述べた薬物依存専門病院での調査結果と合わせて考えると、どうやら薬物乱用、WURS 得点の高さ、早期からの不適応や教育の頓挫、物質使用の早期出現は相互に関連している可能性がある。要するに、幼少期 AD/HD エピソードと薬物乱用・依存とは密接に関連している可能性がある。

### 2. 幼少期 AD/HD エピソードと物質選択の問題

次に筆者らが関心をもったのは、幼少期 AD/HD エピソードの存在は、薬物乱用・依存者の乱用物質の選択に何らかの影響を与えるのかという問題であった。すでに述べたように、海外では AD/HD の既往をもつ薬物乱用・依存者は、乱用物質としてコカインのような中枢刺激薬を選択して自己治療をしているという説があり、それが AD/HD と薬物依存との関連が直接的なものであると主張する立場の根拠の 1 つとなっていた<sup>4,10)</sup>。もしもこの仮説が正しければ、わが国の覚せい剤乱用・依存者にもあてはまる可能性がある。すな

わち、AD/HD 的傾向をもつ薬物依存者であれば、有機溶剤のような中枢抑制的に作用する物質よりも、中枢刺激薬そのものである覚せい剤を選択するはずである。そのことを検討するために、やはり薬物依存専門病院と少年刑務所のデータの分析を試みた。

まず我々は、薬物依存専門病院入院中の覚せい剤依存患者 54 名と有機溶剤依存患者 12 名とのあいだで、教育歴や物質使用歴、ならびに WURS 得点の比較を行った<sup>20)</sup>。その結果、覚せい剤依存患者よりもむしろ有機溶剤依存患者の方で教育を途中で頓挫している者が多く、飲酒経験年齢が低く、WURS 得点が高かったことが明らかになった (表 4)<sup>20)</sup>。

続いて同様の分析を少年刑務所サンプルでも行った<sup>21)</sup>。前述した 280 名の薬物乱用群を、主乱用薬によって「覚せい剤群 (190 名)」「有機溶剤群 (53 名)」「大麻群 (37 名)」に分類し、これに薬物非乱用群 413 名を加えた 4 群間で、教育歴、喫煙・飲酒の初経験年齢、WURS 得点を比較した。その結果、ここでもやはり有機溶剤群が教育からの早期離脱者が最も多く、WURS 得点が高かった (表 5)<sup>21)</sup>。

これら 2 つの分析結果が示唆しているのは、次のようなことである。すなわち、WURS 高得点、教育からの早期離脱といった特徴のある、AD/HD エピソードが疑われる薬物乱用・依存者は、乱用薬物として覚せい剤ではなく有機溶剤を選択する

表 4 覚せい剤依存患者と有機溶剤依存患者とのあいだにおける教育歴、物質使用歴、WURS 得点の比較 (文献 20 より抜粋)

	覚せい剤依存患者 n=54	有機溶剤依存患者 n=12	t/ $\chi^2$	p
入院時年齢 (歳)	32.8±7.8	31.8±8.1	0.428	0.681
性比率 (男性率)	63.0%	50.0%	0.691	0.406
高校中退以下の学歴 (%)	30.2%	75%	8.301	0.004
喫煙初経験年齢 (歳)	14.2±2.1	13.1±2.2	1.489	0.156
飲酒初経験年齢 (歳)	15.0±2.9	12.9±3.1	2.119	0.038
薬物使用開始年齢 (歳)	17.3±5.0	17.4±6.2	0.038	0.971
WURS 得点	46.9±26.7	65.2±19.6	2.710	0.013
WURS≥46	55.6%	83.3%	2.459	0.075

WURS : Wender Utah Rating Scale

表 5 少年刑務所被收容者の薬物非乱用群、覚せい剤群、有機溶剤群、大麻群における教育歴、喫煙・飲酒歴、WURS 得点の比較 (文献 21 より抜粋)

	薬物非乱用群 N=413	覚せい剤群 N=190	有機溶剤群 N=53	大麻群 N=37	F/ $\chi^2$	p-value
調査時年齢 (歳)	23.5±2.4	24.4±2.2	23.0±2.2	23.4±2.1	9.69	<0.001 <sup>a</sup>
高校卒業以上の教育歴	42.1%	19.6%	3.8%	29.7%	52.4	<0.001
喫煙初経験年齢 (歳)	15.4±2.6	13.3±1.9	13.2±2.0	13.6±2.8	0.34	<0.001 <sup>b</sup>
飲酒初経験年齢 (歳)	15.7±3.2	13.7±2.6	13.9±2.0	13.8±2.9	0.05	<0.001 <sup>c</sup>
WURS 得点	35.5±17.6	41.4±16.4	45.8±17.6	35.2±17.1	4.29	<0.001 <sup>d</sup>
WURS≥46	26.6%	40.8%	58.5%	24.3%	29.8	<0.001

a : Bonferroni's post hoc test : non-abusers&gt;MAP, p&lt;0.001, MAP&gt;inhalant, p=0.001

b : Bonferroni's post hoc test : non-abusers&gt;MAP, inhalant, cannabis, p&lt;0.001

c : Bonferroni's post hoc test : non-abusers&gt;MAP, inhalant, p&lt;0.001, non-abusers&gt;cannabis, p=0.001

d : Bonferroni's post hoc test : non-abusers&gt;MAP, inhalant, p&lt;0.001, inhalant&gt;cannabis, p=0.025

WURS : Wender Utah Rating Scale

傾向がある。いうまでもなく、有機溶剤は中枢抑制的な作用をもつ物質であり、薬理学的に、AD/HD 症状に対する直接的な治療効果は期待できない。

しかし、これらの結果をもって、AD/HD 傾向をもつ薬物乱用・依存者における自己治療的な乱用物質の選択を否定することはできない。有機溶剤は、薬物乱用・依存者が最初に出会う薬物として、「入門的薬物 (gateway drug)」と呼ばれている。一般に有機溶剤は、非行集団内における集団使用というかたちで初経験され、その体験を通じて、薬物全般に対する心理的抵抗感が減弱し、よ

り「ハードな」薬物の乱用への「門」が開かれる。その意味では、有機溶剤とは、本来、「卒業」すべき薬物、あるいは、克服されるべき薬物といえるかもしれない。事実、覚せい剤乱用・依存者の多くは、覚せい剤以前に有機溶剤の使用経験をもっているが、少なくとも有機溶剤の段階では薬物に耽溺することなく通り過ぎていく。しかし、それにもかかわらず一部の者は、最初に出会った、比較的「ソフトな」薬物である有機溶剤にそのままとどまり、仲間内での集団使用から単独使用へと移行した末に、有機溶剤依存として事例化するの

我々の研究が示しているのは、そのような背景が推測される有機溶剤乱用・依存者において、幼少期の多動・注意欠陥が認められ、教育からの早期離脱者も多いという事実なのである。また、同じ覚せい剤依存患者のあいだでも、WURS 高得点を示す者は BDI 得点が高く、主観的な抑うつ感が強いことが推測された。これらのことは、有機溶剤乱用・依存者の多くが薬物使用開始前より、主観的な「不適応感」や「孤立感」といった、何らかの「生きづらさ」を抱えていた可能性を示唆するとは言いえないだろうか？ そして、有機溶剤には、AD/HD 症状そのものに対する直接的な治療効果はないにしても、AD/HD 症状を抱えることに派生する二次障害に対する治療効果——すなわち、間接的な効果——をもっている可能性はないだろうか？

Khantzian と Albanese<sup>12)</sup>は、自己治療的な物質選択と薬物依存者の心理的苦痛との関連について、ヘロイン使用のような麻薬系鎮痛薬は激しい怒りと、アルコールやベンゾジアゼピンの使用は対人場面での不安や緊張と、コカイン使用は抑うつ気分と、それぞれ密接な関連があると指摘している。その文脈に従えば、有機溶剤が、AD/HD 症状自体ではなく、そこから二次的に派生する不安や怒りといった心理的苦痛に対する自己治療として用いられている可能性は十分に考えられるであろう。

#### おわりに

本稿では、薬物乱用・依存者における AD/HD の併存率や関連性に関する海外の先行研究を整理した。その上で、幼少期の AD/HD 押話を評価するための自記式評価尺度である日本語版 WURS を用いて、幼少期 AD/HD 的傾向と成人期の薬物乱用・依存との関連を検討した。筆者らの研究を紹介した。

我々の研究では、海外の研究と同様、わが国でも幼少期の AD/HD 的傾向は成人後の薬物乱用・依存と関連していたが、その関連は覚せい剤乱用・依存者よりも有機溶剤乱用・依存者で特に顕

著であった。これらは、海外の先行研究が指摘する、「AD/HD 症状に対する治療効果を期待した物質選択」を支持しなかった。しかし、このことは、本稿の冒頭で紹介したように、覚せい剤依存の背景にその AD/HD 症状に対する直接的な治療効果が影響している症例の存在を否定するものではない。また、有機溶剤乱用・依存者の場合にも、乱用物質選択の背景には、AD/HD の二次障害への自己治療としての意図が含まれている可能性が推測された。

わが国では、薬物乱用・依存は、とすれば犯罪として、あるいは、そこまでいかにしても「労多くして実り少ない」精神保健的問題として、精神科医療関係者から忌避される傾向がある。しかし、「自己治療」という観点から、薬物乱用・依存者が長年抱えてきたであろう心理的苦痛に注目すれば、何らかの精神医学的問題が見出せることがまればではない。薬物乱用・依存者の心理的苦痛に対する「自己治療」という作業仮説は、薬物乱用・依存者に対する理解を深め、きめ細やかな個別の支援に有用である可能性がある。

なお、本発表に関連して開示すべき利益相反はない。

#### 文 献

- 1) Aviram, R. B., Rhum, M., Levine, F. R.: Psychotherapy of adults with comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder and psychoactive substance use disorder. *J Psychother Pract Res*, 10 : 179-186, 2001
- 2) Biederman, J. W. T., Mick, E., Faraone, S. V., et al.: Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? *Biol Psychiatry*, 44 : 269-273, 1998
- 3) Carpentier, P. J., Knapen, L. J., van Gogh, M. T., et al.: Addiction in developmental perspective : influence of conduct disorder severity, subtype, and attention-deficit hyperactivity disorder on problem severity and comorbidity in adults with opioid dependence. *J Addict Dis*, 31 : 45-59, 2012
- 4) Carroll, K. M.: History and significance of childhood attention deficit disorder in treatment-seeking

cocaine abusers. *Compr Psychiatry*, 34 ; 75-82, 1993

5) Clure, C. B. K., Saladin, M. E., Johnson, D., et al.: Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use : symptom pattern and drug choice. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 25 ; 441-448, 1999

6) Cocores, J. A., Mueller, P. S., Gold, M. S.: Cocaine abuse and adult attention deficit disorder. *J Clin Psychiatry*, 48 ; 376-377, 1987

7) Disney, E. R., Elkins, I. J., McGue, M., et al.: Effects of ADHD, conduct disorder, and gender on substance use and abuse in adolescence. *Am J Psychiatry*, 156 ; 1515-1521, 1999

8) Gehricke, J. G., Hong, N., Wigal, T. L., et al.: ADHD medication reduces cotinine levels and withdrawal in smokers with ADHD. *Pharmacol Biochem Behav*, 98 ; 485-491, 2011

9) Harty, S. C., Ivanov, I., Newcorn, J. H., et al.: The impact of conduct disorder and stimulant medication on later substance use in an ethnically diverse sample of individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder in childhood. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 21 ; 331-339, 2011

10) Horner, B. R.: Prevalence and implications of attention-deficit hyperactivity disorder among adolescents in treatment for substance abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36 ; 30-36, 1997

11) Khantzian, E. J.: Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and the addictions : Similarities and differences. *Recent Developments in Alcoholism* (ed. by Galanter, M.), p.251-277, Plenum, New York, 1990

12) Khantzian, E. J., Albanese, M. J.: 7. Self-medication, psychiatric disorders, and emotional pain. *Understanding Addiction as Self-medication*. p.49-59, Rowman & Littlefield Publishers, Lanham, 2008

13) Klinteberg, B., Andersson, T., Magnusson, D. et al.: Hyperactive behavior in childhood as related to subsequent alcohol program and violent offending : A longitudinal study of male subjects. *Personality Individual Differences*, 15 ; 381-388, 1993

14) Kousha, M., Shahriar, Z., Alagband-Rad, J.: Substance use disorder and ADHD : Is ADHD a particularly "specific" risk factor? *J Atten Disord*, 16 ; 325-332, 2011

15) Lee, S. S., Humphreys, K. L., Flory, K., et al.: Pro-

spective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence : a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*, 31 ; 328-341, 2011

16) Levine, F. R., Kleber, H. D.: Prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder among cocaine abusers seeking treatment. *Drug Alcohol Depend*, 52 ; 15-25, 1998

17) Levine, F. R., McDowell, D. M., Kleber, H. D.: Methylphenidate treatment for cocaine abusers with adult attention-deficit/hyperactivity disorder : a pilot study. *J Clin Psychiatry*, 59 ; 300-305, 1998

18) Lynskey, M. T., Hall, W.: Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders : Is there a causal link? *Addiction*, 96 ; 815-822, 2001

19) 松本俊彦, 上條敦史, 山口亜希子ほか: 覚せい剤依存症成人患者における注意欠陥/多動性障害の既往—Wender Utah Rating Scaleを用いた予備的研究. *精神医学*, 46 ; 89-97, 2004

20) Matsumoto, T., Kamijo, A., Yamaguchi, A., et al.: Childhood histories of attention-deficit/hyperactivity disorders in Japanese methamphetamine and inhalant abusers : A preliminary report. *Psychiatry Clin Neurosci*, 59 ; 102-105, 2005

21) Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Asami, T., et al.: Drug preferences in illicit drug abusers with a childhood tendency of attention-deficit/hyperactivity disorder : A study using the Wender Utah Rating Scale in a Japanese prison. *Psychiatry Clin Neurosci*, 59 ; 311-319, 2005

22) Modestin, J. M. B., Wurmlle, O.: Antecedents of opioid dependence and personality disorder : attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder. *Eur Arch Psychiatry*, 1 ; 42-47, 2001

23) Molina, B. S.: Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *J Abnorm Psycho*, 12 ; 497-507, 2003

24) Sim, T. S., Domier, C. P., Richardson, K., et al.: Cognitive deficits among methamphetamine users with attention deficit hyperactivity disorder symptomatology. *J Addict Dis*, 21 ; 75-85, 2002

25) 鈴木健二, 武田綾: 注意欠陥多動性障害 (ADHD) を伴うヤングアルコールリック 自己記入式 ADHD チェックリスト (DSM-III-R) を使用した研究. *精神医学*, 43 ; 1011-1016, 2001

26) Ward, M. F., Wender, P. H., Reimherr, F. W.: The Wender Utah Rating Scale : an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 150 ; 885-890, 1993

27) Wender, P. H.: *The Hyperactive Child*. Random House, New York, 1973

28) Wender, P. H.: *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adult*. Oxford University Press, New York, 1995

29) Wilens, T. E., Mick, E., Faraone, S. V., et al.:

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early onset substance use disorders. *J Nerv Ment Dis*, 185 ; 475-482, 1997

30) Wilens, T. E., Martelon, M., Joshi, G., et al.: Does ADHD predict substance-use disorders? A 10-year follow-up study of young adults with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50 ; 543-553, 2011

31) Wise, B. K., Cuffe, S. P., Fisher, T.: Dual diagnosis and successful participation of adolescents in substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat*, 21 ; 161-165, 2001

### Drug Abuse/dependence and Developmental Disorder : Clinical Features of Drug Abusers with Attention-deficit/hyperactivity Disorder

Toshihiko MATSUMOTO

*Department of Drug Dependence Research/Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry*

In this paper, we review Western studies on the prevalence of comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder (AD/HD) in individuals with drug abuse/dependence, and the associations of drug abuse/dependence with AD/HD. Additionally, we introduce our studies on the associations between adulthood drug abuse/dependence and the childhood AD/HD tendency in Japan, using a self-rating questionnaire to assess childhood AD/HD tendencies, the Japanese version of the Wender Utah Rating Scale.

Our studies suggested that, while adulthood drug abuse/dependence may be closely associated with the childhood AD/HD tendency, as many Western studies have indicated, the abused substances most commonly chosen by drug abusers with a childhood AD/HD tendency were not methamphetamines but organic solvents, unlike in several Western studies. Our results did not support the findings of some Western studies : "preferences to choose a stimulant as "self-medication" to directly improve AD/HD symptoms. However, organic solvents appeared to be chosen as "self-medication" to cope with secondary/peripheral symptoms derived from AD/HD.

< Author's abstract >

< **Key words** : drug dependence, drug abuse, attention-deficit/hyperactivity disorder (AD/HD), Wender Utah Rating Scale, self-medication hypothesis >

## 6. 物質使用障害とアディクションの精神病理学

—「自己治療仮説」の観点から—

松本 俊彦\*

### I. はじめに

最初に、きわめて基本的かつ根源的な疑問を提示してみたい。曰く、「人はなぜ依存症になってしまうのか?」。

かつて精神医学者たちはこの疑問に対してこう答えていた時代があった。「依存症になるのは、快感をもたらす薬物と聞けば手当たり次第に手を出し、何にでもすぐに依存してしまう、享乐的で自己破壊的で反社会的なパーソナリティの持ち主だからだ」と。

しかし物質使用障害患者の多くが、手当たり次第の薬物に手を出し、どんな種類の薬物にも依存しているのかといえば、そうではない。大抵は、数種の薬物を遍歴した後最終的に自分に最もしっくりくる「好みの薬物」にたどり着くといったパターンをとる。しかも興味深いことに、そのたどりついた先の薬物が、その効果や依存性において、必ずしもこれまで経験したなかで最も「ハードなもの」とも限らない。実際、「自分は覚せい剤よりも咳止め薬の方が合う」とか、「覚せい剤よりもシンナーの方がいい」と語る患者はたしかに存在する。その意味で、物質使用障害の病因を嗜癖性パーソナリティや自己破壊型パーソナリテ

ィに求めることには無理がある。

その後の時代になってから、次のように主張する研究者たちが登場した。「依存症になるのは、脳に強烈な快感をもたらし、その快感を脳に刻印づけして、脳を支配してしまう依存性物質を使ったからだ」と。しかしこれでは、多数の習慣的飲酒者のうち、アルコール依存症に罹患する者はそのうちの一部でしかないという現実を説明できない。そもそも、人はいかなる快感にも采れるほどすぐに倦んでしまう生き物ではなかったか。それにもかかわらず、一部の限られた人たちだけがいつまでも倦むことなく、その物質を使い続けるのはなぜなのか?

さて本項では、冒頭の疑問に対する回答として、筆者が現時点において最も妥当かつ臨床的と考えられる理論、「自己治療仮説 self-medication theory」<sup>6)</sup>を紹介したい。

### II. 自己治療仮説とは —物質使用の背景にある感情的苦痛—

物質使用障害患者の多くが他の精神障害にも罹患しており、その併存率は3〜7割に及ぶといわれており<sup>5)</sup>。そのような重複障害患者のほとんどで物質使用障害よりも先に他の精神障害が発症している。薬物依存症の治療を専門とする米国の精神科医 Khantzian ら<sup>9)</sup>はこの点に注目し、物質使用が併存精神障害による感情的苦痛への対処として行われている可能性を指摘し、そのことをさまざまな実証的研究を通じて検証してきた。そのような臨床と研究の積み重ねに基づいて提唱された理論が、本項で取り上げる「自己治療仮説」であ

る。この理論の中心をなす考えは、「依存症の本質は、脳内報酬系を介した快感の追求ではなく、感情的苦痛の緩和にある」<sup>9)</sup>というものである。

実は、感情的苦痛の存在が物質使用障害を促進することを支持するデータは多数存在する。たとえば、思春期における自尊心の低さや否定的感情あるいはうつ病エピソードの存在は、後年におけるアルコールやニコチンの使用障害の発症を予測する危険因子であることが明らかにされている<sup>3)</sup>。また、重度の成人マリファナ乱用者は、幼児期と思春期において感情的苦痛を抱え、対人関係からも孤立していた者が多いことを指摘する研究がある<sup>13,14)</sup>。さらに高齢者においても、ストレスの高い職場環境にあった者は退職後の生活において飲酒量が多くなる傾向があるという報告もある<sup>12)</sup>。

さまざまな苦悩や苦痛と物質使用との関連は、動物実験でも確認されている。たとえばラットに対するモルヒネ投与実験では、檻のなかに隔離されたラットは、より自然な環境といえるコロニーに住ませたラットに比べて、16倍にも及ぶ大量のモルヒネを消費するという<sup>1)</sup>。また、檻に閉じ込められたサルに対するコカイン投与実験では、従属的なサルの方が支配的なサルよりもコカインの消費量が多いことが確認されている<sup>9)</sup>。これらの実験結果は、困難な環境が物質使用を促進する可能性を示唆している。

以上を総合すれば、依存症の発症には何らかの感情的苦痛が無視できない影響を与えているという結論は、さほど不自然なこととはいえないだろう。

### III. 感情的苦痛の種類と物質選択

Khantzian らは、物質使用障害患者がどの物質を乱用するのは、物質の薬理作用や心理的影響、患者のパーソナリティ特性、感情的苦痛や内面的苦悩の性質、それから物質の入手しやすさといったものによって決まると述べている<sup>9)</sup>。すでに述べたように、物質使用障害患者の多くは、単に快感や依存性の強さだけを理由に乱用物質を選択しているわけではなく、また、手当たり次第の薬物を片っ端から乱用しているわけでもない。むしろさ

まざまな物質を試す過程で、たまたまある特定の物質が引き起こす効果が特別の慰めや苦痛の緩和に役立つことを発見し、その結果として特定の物質に特別な魅力を感じるようになるのである。なお、このような物質選択のプロセスは、無意識的に進行し、依存者自身は自覚できない場合がほとんどである。

興味深いことに、Khantzian らは、抱えている感情的苦痛の性質によって選択される乱用物質も変化すると指摘している。たとえば、オピオイド類は激しい怒りや否定的感情への対処として有効であり、覚せい剤やコカインといった中枢刺激薬は抑うつ状態と空虚感を緩和し、離人感を改善する作用がある。注意欠如・多動性障害 (attention-deficit/hyperactive disorder : ADHD) を抱える者の場合には、むしろ多動を緩和し、集中度を増す効果が期待できる。また、抗不安薬やアルコールといった中枢抑制薬は緊張や不安を改善し、社交場面に赴くことを可能にする。要するに、単に快感を追求するためではなく、各個人が抱える「生きるうえでの困難な問題」を解決するために、それぞれのニーズにマッチした物質を使用しているのである。

Khantzian らは、重複障害患者における乱用物質と精神障害との関連について次のように整理している<sup>9)</sup>。

1) うつ病性障害・双極性障害：同じうつ病患者でも前景に立つ症状によって乱用物質が異なる可能性がある。すなわち、怒りや激しい焦燥が前景化した患者ではオピオイド類や大量のアルコールが、失快楽症や意欲低下では中枢刺激薬が、対人場面における緊張や不安が強い患者では少量〜中等量のアルコールが、それぞれ苦痛の緩和のために用いられる可能性がある。

2) 統合失調症：統合失調症患者では、陽性症状を緩和するために、穏和化・鎮静作用が強力なオピオイド類や大量のアルコールが乱用されることがある。また、発動性低下や失快楽症といった陰性症状を緩和するために、ニコチンや中枢刺激薬が乱用されることがある。さらには、対人不安の緩和を目的として少量〜中等量のアルコールが用いられることも稀ではない。

\* 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部/自殺予防総合対策センター (〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1) Toshihiko Matsumoto, M.D., Ph.D. : Center for Suicide Prevention/Department of Drug Dependence Research, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1, Ogawahigashi-cho, Kodaira-shi, Tokyo, 187-8553 Japan.

3) ADHD: ADHD 症状が残留する青年や成人で最も広く乱用されている物質は、ニコチンとマリファナであるという。この2つの物質は、鎮静と刺激という両方向性の薬理作用を持っており、鎮静作用によって多動や焦燥を緩和するとともに、中枢刺激作用によって集中力を増すことができる。また、覚せい剤やコカインといった中枢刺激薬を乱用する ADHD 患者も少なくなく、これらの物質は ADHD の治療薬と同じ薬理作用を持っており、少なくとも一時的には患者の生活機能の改善に寄与する。

4) 外傷後ストレス障害 (posttraumatic stress disorder: PTSD): PTSD は、あらゆる精神障害のなかで物質使用障害との関連が最も強く、PTSD の存在は物質使用障害の罹患リスクを4倍高めるといわれる<sup>11)</sup>。PTSD 患者のなかには、適量のアルコールを用いてその警戒的、防衛的な構えや過度な遠慮を緩和し、社会性を維持している者がいるという。また、自尊心の低さや虚無感、離人感、失快楽症を改善したり、意欲増進や気分高揚を意図して、中枢刺激薬を用いる者もいる。さらに、トラウマ記憶から生じる、耐えがたい激しい怒り、あるいは暴力的衝動を劇的に緩和する物質としてしばしば、オピオイド類が乱用されることもある。

国内における我々の調査<sup>7)</sup>では、物質使用障害を併存する摂食障害患者が選択する物質として最も多いのは、覚せい剤であり、次いでアルコールであることが明らかにされている。周知のように、覚せい剤には食欲抑制作用がある。したがって、痩せ願望や肥満恐怖を抱える摂食障害患者にとって理に適った物質といえるであろう。また、アルコールは、過食・嘔吐後の自己嫌悪を忘れるために、あるいは、自己誘発嘔吐を容易にする目的から大量に摂取されることがある。これらの結果は、摂食障害を併存する物質使用障害患者の治療では、痩せ願望や肥満恐怖を視野に入れることなしには、物質使用障害の治療はできないことを意味している。

一方、我々が実施した、幼少期に ADHD エピソードを持つ成人薬物乱用者を対象とする調査<sup>9)</sup>では、最も多く選択されていた物質は、覚せい剤ではなく有機溶剤 (トルエン) であった。この結

果は、ADHD 症状と中枢刺激薬乱用との密接な関連を指摘する Khantzian らの指摘とは矛盾する。しかし、このことは必ずしも自己治療仮説の妥当性を否定するものとはいえないと考えている。というのも、わが国においては、有機溶剤は長らく入門的薬物 (gateway drug) として位置づけられ、事実、覚せい剤乱用者の多くが有機溶剤乱用歴を持っているが、ADHD エピソードを持つ者の多くは、通常、単なる通過点でしかない「ソフトドラッグ」—有機溶剤—に耽溺し、卒業できなくなった可能性が高い。その意味では、彼らの多くが人生の早期より感情的苦痛を緩和する物質を必要としており、有機溶剤が持つ中枢抑制作用が、彼らの「生きづらさ」に伴う焦燥感や不安を緩和し、ときには外傷体験に関連する強烈な感情を緩和するのに役立っていた可能性がある。

なお、今回、ここで感情的苦痛の例として精神障害がもたらす苦痛をとりあげたが、自己治療仮説において Khantzian らが射程に入れている感情的苦痛は、それだけにはとどまらない。経済的困難や対人関係のトラブルがもたらす苦痛や、自尊心・自己評価の低さがもたらす苦痛もまた、自己治療的な物質使用を促進する原因となる。

#### IV. 「コントロールできない苦痛」を「コントロールできる苦痛」に

それでは、さまざまな苦悶の末に断酒や断薬に至り、その状態を数ヶ月や数年という、もはや離脱とは縁のないほど長期間継続してきた人たちが、何ゆえささいなきっかけで再飲酒や再使用となってしまうのか。実際の臨床においても、再飲酒や再使用はしばしば患者の精神状態が比較的落ち着いた時期、これといった悩みごとのない時期—「もう大丈夫」と思ったり、退屈を感じたりしたとき—に起こりやすい。もちろん、再使用したところで快感を覚えるのはほんの一瞬でしかなく、その後長く続く苦痛—心身の苦痛だけではなく、家族への影響、失職や逮捕—に苛まれることとなる。患者自身、これまでの経験からそのことを嫌というほど理解しているはずなのに、稀ならず欲求を抑えることができない。

こうした現象は、快楽の追求はもとより、苦痛の軽減という概念でもうまく説明できないように見える。それどころか、この現象こそが、Freud<sup>4)</sup>をして「死の本能に基づく反復強迫」と、Radó<sup>12)</sup>をして「依存症者にとって快楽と苦痛は等価である」と、そして Menninger<sup>9)</sup>をして「慢性自殺」といわしめた、依存症患者の「自己破壊的」なパーソナリティ傾向の発現と考えたくなる誘惑に駆られる。

しかし Khantzian らは、依存症者は決して「自己破壊的」な意図からそのような再使用に及んでいるのではないと述べ、そのような「長く続く苦痛しかもたらさない」物質摂取行動でさえも、基底に存在する苦痛の緩和に役立っている可能性を指摘している。その論拠となっているのは、精神分析家 Dodes<sup>9)</sup>の見解である。Dodes は、「嗜癖は人生早期から生涯にわたって心を蝕む無力感に根ざしたものである。長期間持続する感情状態は自己感覚を損傷するが (自己験的損傷)、嗜癖はその人が抱える無力感を反転させ、パワーとコントロールの感覚を再確立することで、一時的に好ましく感じる自己感覚をもたらしめている可能性がある<sup>12)</sup>と述べている。Khantzian らはこの見解をさらに発展させて次のように述べている。「依存症者は物質使用によって感情の質と量を変えている。彼らは、自分には理解できない不快感を、自分がよく理解している薬物が引き起こす不快感と置き換え、それによって、コントロールできない苦痛をコントロールできる苦痛へと変えている<sup>13)</sup>」。

Khantzian らによれば、こうした、「別の苦痛」を用いた苦痛の緩和は、外傷体験を持つ物質依存症患者で認められることが多いという。外傷記憶はしばしば生活史の文脈から切り離されて封印されているが、何かのきっかけで侵入的回想が生じると、本人はコントロールできない感情的苦痛に圧倒され、突発的な自殺衝動や暴力の爆発といった破壊的行動への衝動が高まってしまう。そのようなときに、これまで慣れ親しんできた物質使用というコントロールできる苦痛は、侵入的回想から意識をそらし、少なくとも一時的には破壊的行動を回避するのに役立っている可能性があるという。

この仮説は、物質使用のみならず、過食・嘔吐や反復性自傷といった、一見、自己破壊的に見える嗜癖行動を理解する際にも非常に有用である。たとえば、自傷行為を繰り返す患者のなかには、自らの身体を傷つける理由として次のように語る者がいる。「心の痛みを身体の痛み置き換えている。心の痛みは意味不明で怖いけど、身体の痛みならば、「あ、ここに傷があるから痛くて当然なんだ」って納得できる」。この患者の言葉は、まさに理解不能な苦痛を理解可能な苦痛で置き換えるプロセスを物語っている。

#### V. 「自己治療仮説」の臨床的意義

Khantzian らの自己治療仮説が最初に提唱されたのは1980年代であり、その後、微妙に修正されながら今日まで臨床に資する、「生きた理論」であり続けている。この理論がもたらした最も重要な功績は、これまで物質依存症患者に対する捉え方を、「快楽をさんざん貪ってきた者」から「苦痛を緩和するために物質を用いてきた者」へと転換し、治療や援助の対象であることを多くの専門職に広めた点にある。

また、重複障害患者の治療に対する一定の指針を提示した意義も大きい。物質使用障害の治療・援助システムはしばしば一般の精神科医療システムとは別に存在し、相互の連絡が乏しいことが少なくない。したがって、アルコールや薬物の問題があると認識されると、併存精神障害による個別性は無視されて、物質使用障害治療システムのなかで画一的な集団プログラムに参加することを求められてしまう傾向がある。一方、ひとたび一般精神科医療システムで扱われれば、介入を要する物質使用の問題が存在しても看過、ないしは無視されてしまう。しかし、これまで見てきたように、重複障害患者においては、物質使用は精神障害の症状と密接に関連しており、いずれか一方だけ治療するといった介入では十分な効果は得られない。事実、重複障害患者の治療では、物質使用障害と併存精神障害の双方に対して同時に治療を提供した場合に最も優れた効果が得られる<sup>10)</sup>、というエビデンスも存在している。

しかし、自己治療仮説を知ることの最大の意義として筆者が今回最も強調しておきたいのは、治療者の患者理解のありようが変わるという点である。一般に物質関連障害患者を前にした精神科医は、乱用薬物が惹起する精神症状にばかり関心を抱き、急性中毒性の精神症状をもっぱら治療のターゲットとしがちである。けれども、最も重要なのは、急性中毒性の精神症状ではなく、その基底にある物質使用障害であり、物質の使用を維持した、何らかの恩恵の存在である。そのような恩恵が同定され、物質に代わる方法で提供されなければ、たとえ運よく断酒・断薬に成功してもその状態を長期にわたって継続できない。逆にいえば、治療者がその恩恵を理解していれば、治療経過中の再飲酒・再使用を予測することが可能となる。以上のようなことを Khantzian らは、「患者に対して、『物質を使ってどんなふうになったのか』ではなく、『物質はあなたに何をもたらしたのか』と尋ねることが大切である」<sup>5)</sup>という端的な言葉で指摘している。

## VI. おわりに

本項では、物質使用障害とアディクションの臨床に有用な理論の1つとして、Khantzian らが30年以上前より提唱し続け、現在なおその意義と価値を失わない、自己治療仮説を紹介した。

歴史的にこの一群の障害は、その病因を個体側の脆弱性（意志薄弱、反社会的、自己破壊的なパーソナリティ…）に帰せられたり、そうかと思うと今度は逆に、物質自体が持つ依存性や脳内報酬系への影響にばかり関心が集中したりした。だが、患者の治療という観点からいえば、いずれの理論も不十分といわざるを得ない。実際の治療・援助に役立つ理論とは、個体と物質相互の関係性、さらには、その物質が患者の人生の文脈（自尊心や自己評価、重要他者との関係性、あるいは併存する精神障害）のなかで持っているはずの意味と機能を射程に入れたものでなくてはならない。そして、自己治療仮説はまさにその条件に適った理論といえるであろう。

## 文 献

- 1) Alexander, B. and Hadaway, P.F. : Opiate addiction : the case for an adaptive orientation. *Psychol. Bull.*, 92 : 367-381, 1982.
- 2) Dodes, L. : *The Heart of Addiction*. Harper-Collins, New York, 2002.
- 3) Fergusson, M.T., Lynskey, M.T. and Horwood, L.J. : Comorbidity between depressive disorder and nicotine dependence in a cohort of 16-year-olds. *Arch. Gen. Psychiatry*, 53 : 1043-1047, 1996.
- 4) Freud, S. : *Beyond the Pleasure Principal*, in standard edition, vol.18. Hogarth Press, London, p.7-61, 1955.
- 5) Khantzian, E.J. and Albanese, M.J. : *Understanding Addiction as Self-Medication : Finding hope behind the pain*. Rowman & Littlefield Publishers, Lanham, 2008. (松本俊彦訳 : 人はなぜ依存症になるのか—自己治療としてのアディクション—. 星和書店, 東京, 2013.)
- 6) 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.
- 7) Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Asami, T. et al. : Drug preferences in illicit drug abusers with a childhood tendency of attention-deficit/hyperactivity disorder : a study using the Wender Utah Rating Scale in a Japanese prison. *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 59 : 311-318, 2005.
- 8) Menninger, K.A. : *Man Against Himself*. Harcourt Brace Jovanovich, New York, 1938.
- 9) Morgan, D., Grant, K.A., Gage, H.D. et al. : Social dominance in monkeys : dopamine D2 receptor and cocaine self-administration. *Nature Neurosci.*, 5 : 169-174, 2002.
- 10) National Institute on Drug Abuse (NIDA) : *Principles of Drug Addiction Treatment : A Research-Based Guide*, 3rd ed. NIDA, NIH, Bethesda, 2012. (<http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODAT1.html>)
- 11) Ompad, D.C., Ikeda, R.M., Shah, N. et al. : Childhood sexual abuse and age at initiation of injection drug use. *Am. J. Public Health*, 95 : 703-709, 2005.
- 12) Rado, S. : The psychoanalysis of pharmacothymia. *Psychoanal. Q.*, 2 : 1-23, 1933.
- 13) Shedler, J. and Block, J. : Adolescent drug use and psychological health. A longitudinal in-

quiry. *Am. Psychol.*, 45 : 612-630, 1990.

- 14) Wills, T.A., Sandy, J.M., Shinar, O. et al. : Contributions of positive and negative affect to adolescent substance use. Test of bidimensional model in a longitudinal study. *Psychol. Addict.*

*Behav.*, 13 : 327-338, 1999.

- 15) Zimberg, S. : A dual diagnosis typology to improve diagnosis and treatment of dual disorder patients. *J. Psychoactive Drugs*, 31 : 47-51, 1999.

## 第I部 総論

## 7) 新しい治療モデル「底つき」モデルを乗り越えて—

## 2. 物質使用障害に対するワークブックを用いた治療プログラム

松本 俊彦\*

## I. はじめに

わが国には薬物使用障害からの回復のための支援資源は深刻に不足している。薬物使用障害専門病院はごくわずかであり、薬物依存症専門医はきわめて少ない現状がある。また、多くの精神科医療機関は薬物使用障害患者に対して忌避的である。もちろん、自助グループや民間リハビリ施設（ダルクなど）といった当事者による支援資源はあるものの、これだけでは多様な薬物使用障害患者のすべてをカバーするには、あまりにも心許ない。実際、ごく最近まで、これらの当事者による支援資源になじめなかった薬物乱用・依存者にマッチした治療の選択肢は、他にまったくなかった。

こうした状況を打開すべく、我々は、2006年より神奈川県立精神医療センターせりがや病院（以下、せりがや病院）をフィールドとして治療プログラムの開発を試みた。それが、せりがや覚せい剤依存再発防止プログラム（Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program: SMARPP）<sup>2)</sup>である。本項では、このSMARPPの理念と内容、ならびにその効果について概説したい。

\*独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部/自殺予防総合対策センター〔〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1〕Toshihiko Matsumoto, M.D., Ph.D.: Center for Suicide Prevention/Department of Drug Dependence Research, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1, Ogawahigashi-cho, Kodaira-shi, Tokyo, 187-8553 Japan.

## II. Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARP)

## 1. Matrix model

SMARPPの開発にあたって我々が参考にしたのは、米国西海岸を中心に広く実施されている依存症治療プログラム Matrix model<sup>3)</sup>であった。Matrix modelとは、ロサンゼルスにあるMatrix Instituteが開発した、覚せい剤などの中枢刺激薬依存を中心的な標的とする統合的外来治療プログラムであり、西海岸では多くのドラッグコートが、これを係属中の外来治療プログラムとして指定している。その骨子は、National Institute on Drug Abuse (NIDA)の治療指針<sup>4)</sup>に準拠しており、具体的には以下のような内容である。

- (1) 最低16週に及ぶ週3回外来通院
- (2) ワークブックとマニュアルに基づくグループ再乱用防止スキルトレーニング
- (3) あくまでもその目的を治療の活用に限定した、週1回ランダムに実施される尿検査によるモニタリング

我々がMatrix modelを参考にしたのには、2つの理由があった。1つは、それが、認知行動療法的志向性を持つワークブックを用い、マニュアルに準拠した治療モデルという点である。これならば、薬物依存の臨床経験を持つ者がきわめて少ないというわが国の現状でも導入できる可能性が高いと考えた。もう1つは、Marix modelが中枢刺激薬依存を念頭に置いた外来治療法という点である。わが国の薬物依存臨床において最も重要な課題となっており、かつ、その数も多いのは、中枢刺激薬である覚せい剤だからである。

- 第1回 なぜアルコールや薬物をやめなきゃいけないの？
- 第2回 引き金と欲求
- 第3回 精神障害とアルコール・薬物乱用
- 第4回 アルコール・薬物のある生活からの回復段階
- 第5回 あなたのまわりにある引き金について
- 第6回 あなたのなかにある引き金について
- 第7回 生活のスケジュールを立ててみよう
- 第8回 合法ドラッグとしてのアルコール
- 第9回 マリファナはタバコより安全？
- 第10回 回復のために一信頼、正直さ、仲間
- 第11回 アルコールをやめるための三本柱
- 第12回 再発を防ぐには
- 第13回 再発の正当化
- 第14回 性的問題と休日の過ごし方
- 第15回 「強くなるより賢くなれ」
- 第16回 あなたの再発・再使用のサイクルは？

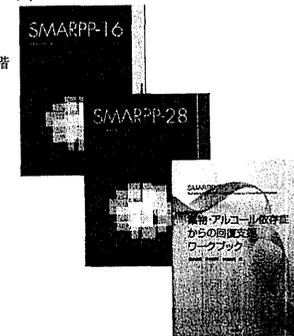


図1 SMARPP-16ワークブックの目次、ならびに、SMARPP-16、SMARPP-28、市販版ワークブックの表紙

## 2. SMARPPの構造

我々が開発したSMARPPは、プログラム実施期間は原則として週1回全16回（28回バージョンもある）と介入頻度はMatrix modelよりも少ないもの（介入日数の不足は従来の自助グループのミーティングや個別面接を組み合わせて補うこともある）、他のコンポーネントは原則としてMatrix modelと同じ構造を採用している。具体的には、週1回のグループセッションと尿検査の実施を基本とし、動機づけ面接の原則に沿った支持的介入を大切にするように心がけている。

## 3. SMARPPワークブック

我々は、プログラムの中心をなす認知行動療法的ワークブックの開発にあたって、Matrix modelで用いられているものを参考にした。我々は、SMARPP開始に遡ること1年前の2005年より国立精神・神経医療研究センター病院医療観察法病棟の物質使用障害治療プログラム<sup>1)</sup>において、パブリックドメインになっているMatrix modelのワークブックを日本語に訳して使用していた。しかしこの翻訳版のワークブックは、米国との文化的事情の違いのせいか、使っていて違和感を覚える箇所が目立ち、また、アルコール・薬物の使

用がもたらす医学的弊害や、依存症に関する心理教育的なセッションが少ない点が不満であった。

そこで、我々はそのワークブックを大胆に改訂することにした。もちろん、ワークブックの中核部分は、Matrix modelと同様、薬物渴望のメカニズムや回復のプロセス、様々なトリガーの同定と対処スキルの修得、再発を正当化する思考パターン、アルコールや性行動との関連といった、認知行動療法的なトピックを据えたが、これらに加え、痩せ願望や食行動異常と薬物渴望との関係、C型肝炎やHIVといった感染症に関するトピック、アルコール・薬物による脳や身体の弊害に関するトピックを追加した。

また、文章全体の記述量も多くした。通常のワークブックであれば、むしろ文章を削る方向に尽力するところであるが、我々としては、依存症臨床経験の乏しい援助者が、患者と一緒にワークブックを読み合わせるだけでも、それなりにグループセッションのファシリテーターができるように、ワークブックの記述自体にファシリテーターの台本としての機能を持たせたいと考えたのである。その結果、ワークブックは、患者に伝えたい情報が盛り込まれたリーディング・テキストのようなかたちとなり、自習教材として活用することもで

きるものとなった。

ワークブックは、16セッション版 (SMARPP-16) と28セッション版 (SMARPP-28) の2種類が用意されており (図1参照)、実施施設の性質や患者の特徴によってプログラム実施期間の長短が選択できるようになっている。なお、市販されているものは28セッション版をベースとしている<sup>4)</sup>。

#### 4. SMARPP実施にあたっての工夫

SMARPPの実施にあたって我々が特に心がけたのは次の3点である。

第一に、報酬を与えることである。我々は、望ましくない行動に罰を与えるのではなく、望ましい行動に報酬を与えることに多くの努力を払うようにした。報酬の最も基本的な構成要素は、つねに患者の来院を歓迎することにある。そのために、毎回プログラムに参加するだけで、患者にはコーヒーと菓子を用意され、お茶会さながらの雰囲気の中でセッションを進めるように心がけている。また、1週間をふりかえり、薬物を使わなかった日については、各人のカレンダー・シートにシールを貼ってもらい、プログラムが1クール終了すると、賞状を渡すようにした。さらに、毎回実施される尿検査で陰性の結果が出た場合には、そのことがわかるスタンプを押す。こうした対応を通じて我々は、患者に対して、「薬物を使わないことよりも治療の場から離れないことが大事」、「何が起ころうとも、一番大切なのはプログラムに戻ってくること」を伝えるようにしている。

第二に、セッションの場を患者にとって安全な場にすることである。この「安全」という言葉には2つの意味がある。1つは、セッションに参加することでかえって薬物を使いたくなったり、薬物を手にする機会となってしまうのは問題である。そこで、プログラム参加時には「薬物の持ち込みや譲渡、売買はしない」ことを約束してもらっている。これには、毎回行う尿検査が一定の抑止力になっている面もある。また、「再使用について正直にいうことは、薬物を使わないことと同じくらいよいことだが、使うときの詳細な状況については話さないように」というルールも作った。

というのも、注射器を皮膚に刺す場面や薬物摂取した際の感覚を詳細に語ることは、他の参加者の渴望を刺激する可能性があるからである。

もう1つの「安全」の意味は、秘密保持である。再使用を正直に話した結果、逮捕されたり、家族との関係が悪くなったりするといったことがないように、我々は尿検査の結果を決して司法的な対応に使わないことを宣言している。尿検査自体は保険診療で行っているわけではないので、公式な診療録にも記載していない。というのも、彼らが何らかの犯罪行為で逮捕された際に、裁判所から診療録のコピー提出を求められた場合、「覚せい剤尿反応 (+)」などといった記載が彼らにとって不利な証拠になる可能性も否定できない。そこで我々は、尿検査の結果はあくまでも治療的に用い、司法的な対応のために用いないだけでなく、患者の家族にも伝えていない。

当然ながら実際に参加者が尿検査で覚せい剤反応が陽性となったこともあるが、そのときには「陽性が出るとわかっていながらプログラムに来た」ということを評価したうえで、再乱用防止のための方策と一緒に検討することとしている。我々は、依存症からの回復には世界で少なくとも1ヵ所は正直に「やりたい」、「やってしまった」といえる場所が必要であり、プログラムはそのような場所として機能すべきと考えている。

最後に心がけている点は、プログラム無断欠席者に対する積極的なコンタクトである。これまで依存症臨床は、「去る者は追わず」というスタンスが原則であったが、我々は「去ろうとする者を追いかける」ようにしている。具体的には、セッションの無断キャンセルがあった場合には、あらかじめ本人から同意を得たうえで、彼らの携帯電話に連絡をしたり、メールを送るようにしている。

#### 5. SMARPPによる介入効果

以上のようなコンセプトから開発されたSMARPPであるが、開発直後、初回に試行した際の介入結果は、我々を驚かせた。というのも、従来のせりがや病院の外来治療法では、外来に初診した覚せい剤依存症患者のうち、3ヵ月後に治療を継続している者の割合はわずかに3~4割であったの

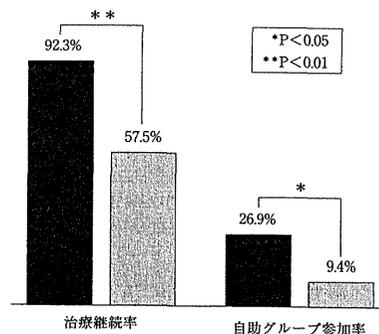


図2 国立精神・神経医療研究センター病院薬物依存症専門外来通院患者の初診後3ヵ月時点における治療継続率と自助グループ参加率の比較: SMARPP参加群・非参加群の比較 (文献5をもとに作成)

に対し、SMARPPに導入された群は、治療継続率がつねに7~9割という高い数値を示したからである<sup>5)</sup>。さらに2010年から3年間にわたって、我々のプログラムは厚生労働科学研究障害者対策総合研究事業による研究助成 (『薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究』研究班: 研究代表者・松本俊彦) を受け、効果検証と各地への本格的な普及を行った。その結果、SMARPPをはじめとする、ワークブックを用いた外来集団プログラムは、治療の継続性を高めるだけでなく、自助グループのような他の支援資源の利用率を高めることが明らかにされた (図2)<sup>6)</sup>。

海外の多くの研究が、薬物依存に有効な治療とは、ある特定の治療技法ではなく、いかなる治療技法でもよいからとにかく長く続けることであることを明らかにしている<sup>6)</sup>。このことは、地域プログラムに求められる重要な要素とは何よりもまず治療脱落率の低さであることを意味している。その意味では、SMARPPは十分に効果的な治療方法であるといえるであろう。

### III. SMARPPプロジェクトの展開

#### 1. SMARPPの普及状況

SMARPPの開始から1年後、筆者が10年あまり依存症家族教室嘱託医を務めてきた東京都立多摩総合精神保健福祉センターでも、SMARPPをダウンサイズした薬物再乱用防止プログラム「TAMARPP (Tama Relapse Prevention Program)」がスタートした。さらにその翌年以降、埼玉県立精神医療センター (『LIFE』)、国立病院機構肥前精神医療センター (『SHARPP』)、東京都立中部総合精神保健福祉センター (『OPEN』) でも同様のプログラムが始まった。

こうしたプロジェクトのなかには、医療機関や行政機関の援助者が地元で元々のゲルグと連携して運営されているものも少なくない (例: 栃木県薬務課・栃木ダルク『T-DARPP』、浜松市精神保健福祉センター・駿河ダルク『HAMARPP』、熊本県精神保健福祉センター・熊本ダルク『KUMARPP』、広島県立総合精神保健福祉センター・広島ダルク『HIMARPP』など)。このような共同運営には様々なメリットがある。何よりもまず、こうしたプログラムだけでは安定した断薬生活を獲得できない者をゲルグにつなげることが比較的容易になる。

しかし、それ以上に重要なのは、精神保健福祉センターなどの専門職援助者が当事者スタッフとの共同作業を行うことで、薬物使用障害に対する忌避的感情や苦手意識を克服するだけでなく、薬物使用障害に対する援助技術の向上も期待できる、という点である。いいかえれば、プログラム実施を通じて「プチ専門家」を養成できることを意味し、専門医や社会資源の乏しいわが国にはまさにもってこいのプログラムといえる。実際、我々の研究では、このプログラムの運営に関与することで、医療機関スタッフの薬物使用障害に対する知識や、対応への自信が高まることも証明されている<sup>5)</sup>。なお、本稿を執筆している2013年5月末現在で、医療機関34ヵ所、保健・行政機関9ヵ所、民間機関14ヵ所でSMARPPタイプのプログラムが実施されている (表1)。

さらに、2012年より試行されている、保護観

表1 SMARPPなどの「薬物依存症に対する認知行動療法プログラム」の国内実施状況(2013年5月末現在)

地区	都道府県名	医療機関	保健・行政機関	民間非医療機関	
北海道	北海道	北仁会旭山病院 札幌太田病院(アルコールのみ) 札幌トロイカ病院			
	栃木県	栃木県立岡本台病院(医療観察法病棟のみ、準備中)	栃木県薬務課	栃木ダルク	
	茨城県	茨城県立こころの医療センター			
	群馬県	群馬県立精神医療センター(医療観察法病棟のみ) 赤城高原ホスピタル		アバリ藤岡	
関東甲信越	埼玉県	埼玉県立精神医療センター			
	千葉県	秋元病院(アルコールのみ) 船橋市立医療センター(アルコールのみ)		千葉ダルク・館山ダルク	
	東京都	独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院		洗足ストレスコーピング・サポート・オフィス	
		東京都立松沢病院(医療観察法病棟のみ) 昭和大学附属風島山病院(急性期病棟のみ)		NPO法人SUN(アルコールのみ)	
		井之頭病院(アルコールのみ)	東京都立多摩総合精神保健福祉センター		
		桜ヶ丘記念病院(アルコールのみ)	東京都立中部総合精神保健福祉センター		
	神奈川県	神奈川県立精神医療センターせりがや病院	東京都立精神保健福祉センター		GAYA横須賀
		神奈川県立精神医療センター芹香病院(医療観察法病棟のみ)			横浜ダルク
					川崎ダルク
	山梨県	山梨県立北病院(医療観察法病棟のみ)			
長野県	長野県立こころの医療センター胸ヶ根				
新潟県	独立行政法人国立病院機構さいがた病院(医療観察法病棟のみ)				
東海・北陸	静岡県		浜松市精神保健福祉センター	駿河ダルク	
	愛知県	桶狭間病院藤田こころケアセンター(アルコールのみ) 八事病院(アルコールのみ)			
		独立行政法人国立病院機構東尾張病院(医療観察法病棟のみ) 医療法人和心会あらたまこころのクリニック(アルコールのみ)			
		三重県	三重県立こころの医療センター(アルコールのみ)		
		富山県	独立行政法人国立病院機構北陸病院(医療観察法病棟のみ)		
	滋賀県	滋賀県立精神医療センター			
	京都府		京都府薬務課		
	近畿	大阪府	大阪府立精神医療センター 新阿武山クリニック(アルコールのみ)		
		奈良県	独立行政法人国立病院機構やまと精神医療センター(医療観察法病棟のみ)		GARDEN(旧・奈良ダルク)
		和歌山県	和歌山県立こころの医療センター		
中国	岡山県	岡山県精神科医療センター			
	広島県	医療法人せのがわ瀬野川病院	広島県立総合精神保健福祉センター	広島ダルク	
九州・沖縄	福岡県		北九州市立精神保健福祉センター		
	佐賀県	独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター			
	大分県			大分ダルク	
	熊本県		熊本県精神保健福祉センター	熊本ダルク	
	沖縄県			琉球GATA	

察所や少年院における新しい薬物再乱用防止プログラムも、筆者が中心となってSMARPPをベースとして開発したものである。その結果、司法機関、医療機関、地域の支援機関で一貫した治療プログラムを提供できる可能性も高まったといえるであろう。

ただし、くれぐれも誤解しないでほしいのだが、我々は自分たちのプログラムが決して「最高の治療方法」などとは考えていない。やはり何といても最高の治療方法は、「かつて自分と同じように薬物に振り回される生活を体験したものの、いまは薬物をやめている人」と出会い、「あの人の生き方なんか格好いいな。ちょっと真似してみようか」と考えて、一緒に自助グループのミーティングに参加しているうちに薬物が止まるといった、具体的な「ロールモデル」と出会うプログラムであろう。料理にたとえるならば、そうした治療プログラムこそが高級フレンチであり、高級懐石料理であり、一方、我々がやっている治療は、いわばファーストフードみたいなものでしかない。

これは決して自分たちの試みを卑下した物言いはない。これまでのわが国における薬物依存者支援体制の問題点は、たとえるならば、1人で外食するのに抵抗感のある人でも入りやすい、「ファーストフード」的な店がなかったのである。我々は、そのようなアクセシビリティのよいプログラムを国内各地に展開したいと考えている。

## 2. 治療プログラムの意義とは？

ところで我々は、SMARPPの最大の効果は、比較的気軽につながる事ができるだけでなく、そこから自助グループやダルクなどの民間リハビリ施設への橋渡しができる点にもあると考えている。筆者は、SMARPPプロジェクトに参加している、ある精神保健福祉センターのスタッフから、興味深いエピソードを教えてもらった。

その精神保健福祉センターの依存症家族教室に、息子の覚せい剤のことで悩んで参加し続ける家族がいたという。なかなか本人の薬物使用は止まらず、本人も治療を受ける気持ちにならなかったが、家族が家族教室に通い始めて3年目に、ついに転機が訪れた。その息子が自分の薬物問題を相談す

る決心をかため、実際に精神保健福祉センターへやって来たのである。

しかし、そこからが大変であった。精神保健福祉センターの相談員が面接してみると、彼はやはり重篤な覚せい剤依存を呈していることが判明したのである。生活自体が破綻しかけており、ダルクに入寮して、一から生活の立て直しが必要な状況だったのである。そこで相談員は、「かなり深刻な依存に陥っているから、ダルクに入寮した方がいいのではないかと」伝えたが、彼は、「絶対にいやだ。そんなところに入るくらいなら、死んだ方がまし」と強硬に拒絶し、とりつくしがなかったという。

以前であれば、「困ったらまた相談に来てね」と伝えて、相談関係はいったん打ち切りとしたところだが、その相談員は、「じゃ、うちでやっている再乱用防止プログラムに参加する？」と提案した。すると意外なことに、「そっちだったら、参加してやってもいい。ただし、俺は薬をやめる気はない」という返事であった。それで、ひとまずはプログラムに参加してもらうことになったわけである。彼はやや不規則ながらではあったが、プログラムに参加し続けた。覚せい剤は相変わらず使っていたが、プログラムの雰囲気は気に入ったようであった。

プログラムに参加して1年ほどが経過した日のことである。彼から、「あなたたち一生懸命やってんのはわかるけど、こんなプログラムじゃ、俺、薬とまんないよ。ダルクに入るわ」という話があった。彼はあるダルクに入寮して3年が経過し、現在はダルクのスタッフとして従事する傍ら、SMARPPのコ・ファシリテーターとしても活躍している。

これこそがプログラムの成果である、と我々は考えている。彼が初めての面接で精神保健福祉センター職員からのダルク入寮という提案を断ったときに相談関係を打ち切っていたら、おそらく彼はまだ覚せい剤を使っていたはずである。プログラムにつながり、そのなかで失敗を繰り返しながら、少しずつ自分の問題の深刻さと向き合うようになったのであろう。要するに、本当の「底つき」とは、家族や仕事を失うことでも逮捕される

ことでもなく、援助のなかで体験するものなのである。そのためには、「安全に失敗できる場所」、さらには「失敗したことを正直にいえる場所」が必要であり、プログラムとはまさにそのような場といえる。

#### IV. おわりに

これまで精神科医療機関の多くが、薬物使用障害患者を「犯罪者」と捉え、忌避的に対応してきた経緯があり、わが国の薬物関連問題施策そのものが、「治療」よりも「取り締まり」を重視してきた。それでも、近年になってようやく刑務所内でも薬物再乱用防止プログラムが実施されるようになったが、それだけでは不十分といわざるをえない。というのも、薬物使用障害の治療は、それがいかに優れた治療法であっても、決してその効果を「貯金」することはできないからである。つまり、司法機関で治療プログラムが提供されても、地域で継続されなければ意味がないのである。

思い切ったいい方をすれば、薬物使用障害は「治りたくない病気」である。どんなに治療意欲があるように見える薬物使用障害患者でも、「本当は薬物をやめたくないが、逮捕されたり、家族から見放されたりするのが嫌」だから仕方なく治療を続けているというのが本音である。したがって、治療意欲はたえず揺らぎ、移ろいやすい。だ

からこそ、プログラムは「継続性が高い」ものでなくてはならない。その意味で、この治療継続性に優れたSMARPPは期待される治療選択肢の1つといえるであろう。

#### 文 献

- 1) 今村扶美, 松本俊彦, 小林桜児ほか: 心神喪失者等医療観察法における物質使用障害治療プログラムの開発と効果. 精神医学, 54: 921-930, 2012.
- 2) 小林桜児, 松本俊彦, 大槻正樹ほか: 覚せい剤依存患者に対する外来再発予防プログラムの開発—Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP)—. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 42: 507-521, 2007.
- 3) Matrix Institute (<http://www.matrixinstitute.org/index.html>)
- 4) 松本俊彦, 小林桜児, 今村扶美: 薬物・アルコール依存症からの回復支援ワークブック. 金剛出版, 東京, 2011.
- 5) 松本俊彦 (研究代表者): 平成23年度厚生労働科学研究費補助金 (障害者対策総合研究事業精神障害分野) 「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」 総括・分担研究報告書, p.1-10, 2012.
- 6) National Institute on Drug Abuse (NIDA): Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide, 3rd ed. NIDA, NIH, Bethesda, 2012. (<http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODAT1.html>)

## 16. 薬物使用障害臨床における司法的問題への対応

松本 俊彦\*

## I. はじめに

薬物使用障害臨床に従事する援助者は、その様々な局面において司法的問題との関わりを避けることができない。そして、そのことが援助者をして薬物使用障害臨床に関わることを忌避させる一因となっているように思われる。

本項では、このように薬物依存症の援助をするにあたって、知っておくべき司法的問題を整理し、援助者としての対応の指針を概説したい。

## II. わが国の依存性薬物に関する法令

最初に、薬物乱用・依存の臨床に関連する法令について概説しておきたい。

## 1. 麻薬及び向精神薬取締法（以下、麻向法）

この法令の規制対象は、麻薬、麻薬原料植物、向精神薬、麻薬向精神薬原料である。ただし、規制の方法は麻薬と向精神薬で異なっていることに注意されたい。

この法令は、厚生労働大臣の免許を持つ麻薬取扱者（麻薬製造・製剤・販売業者など）や都道府県知事の免許を持つ麻薬施用者（研究・医療での使用者）以外の者が、麻薬を所持、輸出・輸入、

\*独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部/自殺予防総合対策センター〔〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1〕  
Toshihiko Matsumoto, M.D., Ph.D.: Center for Suicide Prevention/Department of Drug Dependence Research, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1, Ogawahigashi-cho, Kodaira-shi, Tokyo, 187-8553 Japan.

製造、製剤、譲渡・譲受、施用・使用することを禁じている。ここでいう麻薬とは、医学的概念ではなく法律的概念であり、ヘロイン、モルヒネなどのアヘンアルカロイドという医学的概念における麻薬に加え、コカイン、LSD、MDMA（エクスタシー）などの合成麻薬も含まれていることに注意したい。さらに、2002年の改正によって、脱法ドラッグとして社会問題化した、サイロシピンなどの催幻覚物質を含有するキノコ類やその菌糸（通称「マジックマッシュルーム」<sup>1)</sup>、あるいは、2005年に東京都内で発生した、急性中毒状態での殺人事件に関与した5-Meo-DIPT<sup>2)</sup>（通称「フォクシー」）、最近では脱法ドラッグに含有されていた数種の物質も新たに規制の対象として追加されている。

また、向精神薬に関しては、乱用された場合の有害性を考慮し、麻薬よりは緩やかな規制を行っており、医療用の施用に関しても、向精神薬処方箋を受けていれば問題はない。それでも、依存性・乱用の危険性に基づいて、向精神薬は第1種から第3種にまで分類され、種別に応じて輸出・輸入の規制や保管・管理について異なる規制が定められている。また、製造、販売、輸出・輸入、試験・研究などの取り扱いに際しても、厚生労働大臣や都道府県知事の免許が必要である。

なお、麻向法には、他の薬事関連法令にはない特徴があり、麻薬中毒者に対する医療・保護制度に関する規定、および、医師などによる都道府県知事への届出義務が定められている。これについては後述する。

## 2. あへん法

この法令の規制の対象は「けし」「けしから（「けし」の麻薬を抽出できる部分）」「あへん（「けし」の液汁が凝固したもの）」である。この法令では、あへんの使用は医療および学術研究目的に限定されており、厚生労働大臣の免許がなければ、けしの栽培、あへんの採取、輸出・輸入、買い取り、受け渡し、所持を禁じている。また、あへん・けしからの吸食については全面的に禁止されている。なお、生あへんを医薬品として加工した「あへん末」は麻薬とみなされ、麻向法の規制対象である。

3. 大麻取締法  
この法令では、都道府県知事の免許を受けた大麻取扱者以外による、大麻の所持、栽培、譲渡・譲受、輸入・輸出、研究目的の使用が禁止されている。大麻そのものの使用を禁止する規定はないものの、大麻から製造した医薬品の施用、施用のための交付、受施用は全面的に禁止されており、大麻から成分の抽出、抽出成分（ハッシシ・オイルなど）の使用は、麻向法によって禁止されている。

## 4. 覚せい剤取締法

この法令の規制対象は、「覚せい剤」および「覚せい剤原料」である。本法令は、覚せい剤の用途を医療および学術研究に限定し、指定された取扱者以外による、覚せい剤および覚せい剤原料の輸入・輸出、製造、所持、譲渡・譲受、使用を禁止している。

覚せい剤は、後述する麻向法における医療・保護制度の対象とはなっておらず、都道府県知事への届出・通報義務はなく、警察への通報義務もない。しかし、たとえ医師が通報したとしても、これは医師の守秘義務違反にはあたらない。過去に医療機関で偶然実施した検査により覚せい剤使用が判明した患者を通報した医師が、「守秘義務違反」として告訴される事件があったが、この事例に関してはすでに最高裁判所が、「治療や検査中に違法薬物を検出した場合、これを捜査機関に通報するのは正当。守秘義務に違反しない」という判断を示している。要するに、医師は患者の覚せい剤使用について警察に通報してもしなくても、法的には問題がないわけである。

## 5. 毒物及び劇物取締法

この法令でいう有機溶剤とは、トルエンと酢酸エチル、トルエンまたはメタノールを含有するシンナー、接着剤、塗料、閉塞用またはシーリング用の充填料である。本法令では、これらの有機溶剤を摂取・吸入すること、あるいは摂取・吸入の目的で所持すること、こうした目的を知って販売または授与することを禁止している。覚せい剤と同様、麻向法における医療・保護制度の対象ではなく、届出・通報義務もない。

## III. 麻向法の届出・通報義務と医療・保護制度

## 1. 届出・通報義務

いずれの違法薬物についても、援助者が警察へ通報することを義務づけた法令はない。もしも援助者が公的機関に所属する公務員である場合には、警察に通報しないことが「公務員の犯罪告発義務（刑事訴訟法239条の2）」に抵触するのではないかとこの危惧を耳にすることがあるが、これは罰則規定がない条項であり、公務員であったとしても、「更生・治療上の観点から守秘義務を優先する」という裁量は許容される<sup>3)</sup>。

しかし、その援助者が医師である場合には、「都道府県知事への届出」の義務が生じる場合がある。麻向法第58条の2では、「医師の診察の結果受診者が麻薬中毒者であると診断したときには、すみやかに、その者の氏名、住所、年齢及び性別その他厚生労働省令で定める事項をその者の居住地の都道府県知事に届け出なければならない」と定められている。ここでいう麻薬は、ヘロイン、モルヒネ、コカイン、LSD、MDMAなどの麻向法の規制対象に加え、あへんや大麻など、他の法令の規制対象も含んでいることに注意したい。

なお、麻向法における「麻薬中毒者」の概念は、「麻薬中毒とは、麻薬に対する精神的身体的欲求を生じこれを自ら抑制することが困難な状態、即ち麻薬に対する精神的身体的依存の状態をいい、必ずしも自覚的または他覚的な禁断症状が認められることを要するものではない（昭和41年厚生省薬務局長通達）」と定義されている。要するに、

麻薬中毒の診断には、急性中毒性精神病や身体依存は必須の症候ではなく、薬物使用を中心とした生活習慣の存在が重要なのである。その意味では、1回の薬物使用の結果、急性中毒性精神病を呈した場合には、届出不要という判断もありえる。

## 2. 届出・通報とその後の措置 (図1参照)

### 1) 都道府県薬務課への連絡

ある患者を麻薬中毒と診断した場合、医師はまず都道府県の薬務課に電話で連絡しなければならない。そして、薬務課連絡をもって、都道府県知事に通報したことになり(麻向法58条の2)、薬務課はその患者を自治体の麻薬中毒者台帳に登録する。同時に薬務課は、地方厚生局麻薬取締部を介して厚生労働省に報告するが、この報告によって警察への通報がなされることは原則としてない。

### 2) 麻薬取締員による環境調査

その後、薬務課職員である麻薬取締員は、その患者が通院・入院している病院へと出向いて患者と面会し、環境調査を行う。この環境調査は、精神保健指定医による診察(58条の6)の必要性の判断を目的としている。麻薬取締員は自治体所属の司法警察官としての権限を持っているが、環境調査は取り調べではなく、あくまでも医療・保護の必要性と本人の治療意欲を評価するためのものである。

### 3) 麻薬中毒者の診察(58条の6)と入院措置(58条の8)

環境調査の結果、都道府県知事が必要と認めた場合には、精神保健指定医による診察が行われる(58条の6, 7)。診察の結果、「当該受診者が麻薬中毒者であり、かつ、その者の症状、性及び環境に照らしてその者を入院させなければその麻薬中毒のために麻薬、大麻又はあへんの施用を繰り返すおそれが著しいと認めた」とときには、厚生労働省が定める病院(「麻薬中毒者医療施設」)に措置入院させることができる。この際、精神保健指定医は、30日以内の措置入院中に、治療に必要な入院期間を、3ヵ月を限度として決定しなければならない(58条の8)。治療経過のなかで入院期間の延長が必要となった場合には、各自治体の麻薬中毒審査会に申請し、全入院期間が6ヵ月を

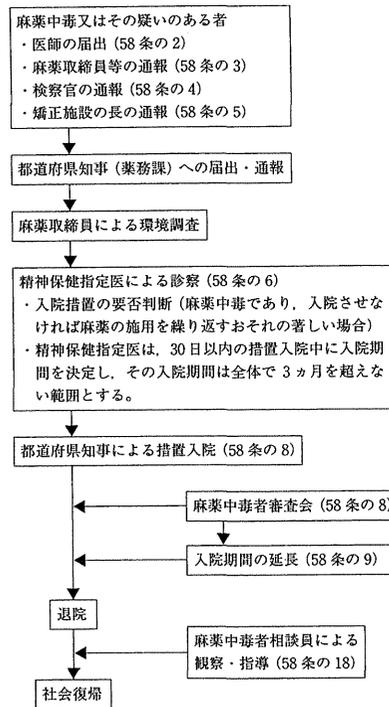


図1 麻薬及び向精神薬取締法における麻薬中毒者の医療・保護制度(文献2より引用)

超えない範囲で毎回2ヵ月までの延長ができる(58条の9)。なお、すでに精神保健福祉法に基づいた入院治療中であつたり、あるいは、本人の治療意欲が十分に認められ、居住環境や精神症状などの観点から通院でも治療が可能と判断されたりした場合には、ただちに後述するアフターケアが実施される。

### 4) 麻薬中毒者相談員によるアフターケア(58条の18)

退院後の通院期には、麻薬中毒者相談員による定期的な観察・指導が実施される。麻薬中毒者相

談員は非常勤の自治体職員であり、司法権のない、守秘義務を負った職種である(保護司の兼任が多い)。本人の薬物再使用に際しては、医学的治療を促す方向で援助・指導を行う。なお、観察・指導の頻度については、昭和40年厚生省薬務局長通達によって、(i)退院後3ヵ月未満の者については1ヵ月に1回以上、(ii)退院後1年未満の者については2ヵ月に1回以上、(iii)退院後2年未満の者については4ヵ月に1回以上、(iv)退院後3年未満の者については6ヵ月に1回以上、(v)退院後3年以上を経過した者については1年に1回以上という基準が定められている。

### 5) 観察・指導の解除

麻薬中毒者相談員によるアフターケアのなかで、5年以上のクリーン(薬物を使わない生活)が達成されれば、各都道府県薬務課から厚生労働省に対して解除申請が行われる。解除となった場合には、その者の名前は自治体の麻薬中毒者台帳から削除される。

## 3. 麻向法における医療・保護制度の問題点

麻向法における医療・保護制度は、医学的治療を重視したアフターケア制度である。司法権(逮捕等の身柄拘束を行使する権利)がなく、守秘義務が優先される麻薬中毒者相談員の観察・指導によって、違法薬物依存者を医学的治療へと促すとともに、治療からの脱落を防ぐ役割が期待されている。これは、一種の治療的ダイバージョンともいえるシステムであり、上手に利用すれば臨床的に意義ある制度である。たとえば、LSD, MDMA, 大麻などの依存者の外来治療においても積極的にこの届出を行うことで、治療からの脱落を防ぐ効果を得ることもできる。その意味では、麻向法の医療・保護制度は薬物依存症患者の支援に資する制度といえるが、実際の臨床場面では必ずしも正確に運用されているとはいえない。以下にその問題点を挙げておく。

### 1) 医師が制度を知らない・制度対象の基準が不明瞭

これは筆者の印象であるが、身体科医はもとより、精神科医のなかでも麻向法の届出義務を知らない者が少なくない。多少知っている者でも、「大

麻」も届出の対象に含まれていることを知らなかったり、届出先を「都道府県知事」ではなく「警察」と誤解していたりする。また、「麻薬中毒」の診断を、身体依存を手がかりに行うために、合成麻薬や大麻のように身体依存の徴候を欠く薬物の乱用者が、「麻薬中毒者」と診断されない場合もある。いずれも法理解の不十分さゆえに生じている問題である。

とはいえ、麻向法の届出については専門家のあいだでも見解は一致していない。先に述べた厚生労働科学研究班の専門家会議<sup>4)</sup>でも、麻向法58条の2の運用については、「ヘロインのみ届出を行う」「いっさい届け出ない」などと意見は様々に分かれた。おそらく麻向法自体が1960代前半におけるヘロイン乱用拡大に対応して作られたものであり、MDMAやLSDといった依存性薬物の台頭は想定されていない。その意味では、今後、現状に即した改正が必要であろう。

### 2) 治療関係への影響

薬務課への届出に際しては、本人に詳しい制度の説明を行い、できれば同意を得ることが望ましい。法令によって定められているとはいえ、本人に何も告げずに届出をした場合、何も知らない本人のもとに薬務課から突然連絡が入ることになり、治療関係が破綻する可能性がある。届出に際しては、アフターケアの内容を詳しく説明し、本制度は回復を支援するものであり、本人を被疑者と捉えて捜査の対象とするものではないことを丁寧に説明する必要がある。

### 3) 対象患者の治療意欲が乏しい場合には無効である

麻薬中毒者相談員には司法権がなく、業務に際しては守秘義務が優先される。これは相談業務においては望ましいことであるが、他方で、本人の治療意欲が乏しく、相談員との関わりを拒んでいる場合にはなすすべがない。同じ薬務課職員である麻薬取締員には司法権があるが、ただには逮捕に踏み切れない。とはいえ、薬物使用状況が深刻で本人の健康を著しく損なうことが危惧される場合には、麻薬中毒者相談員、麻薬取締員、家族が相談し、家族からの警察通報を打診することはありえる。

#### IV. その他の司法的問題への対応

薬物使用障害臨床では、患者の問題行動により、守秘義務や医師の応召義務といった主治医としての責務と、治療環境の保全とのあいだで板挟みになる場面がある。

以下に提示するのは、筆者らの研究班<sup>9)</sup>で作成した、訴訟リスクを回避しながら、同時に依存症候群からの回復にも資する対応の基準である。

##### 1) 治療中の規制薬物再使用の取り扱い

すでに述べたように、医療機関における尿検査の結果を警察に通報することに法的な問題はないが、薬物使用障害臨床の専門家は、「治療を深める重要な契機と捉え、今後の治療について話し合う材料とし、通報すべきではない」と考えていた。ちなみに、国際的なガイドラインでは、尿検査の結果は司法的対応の根拠とせず、あくまでも治療的に扱うべきと明記されている<sup>9)</sup>。

##### 2) 通院治療中の院内における薬物関連犯罪(薬物の使用・所持・譲渡・売買)

警察に通報することに法的な問題はないが、薬物使用障害臨床の専門家は、「自己使用に関しては通報しない」という意見で一致していた。

##### 3) 入院治療中の院内における薬物関連犯罪(薬物の使用・所持・譲渡・売買)

法的には、入院中の犯罪に関する警察通報は医師の裁量に委ねられている。一方、専門家の意見は「自己使用は通報しない」という点では一致したが、入院治療の継続については、「1回はチャンスを与える」と「強制退院とする」という意見に分かれた。

##### 4) 入院治療中の院外における規制薬物自己使用

外出・外泊中の自己使用に関する警察通報についても援助者の裁量に委ねられているが、専門家の意見は、「通報しない」というものであった。

##### 5) 強制採尿への協力

専門家の意見は、「警察から強制採尿への協力を要請された場合には令状を確認したうえで協力する」というものであった。一方、医療機関の方から警察に強制採尿を要請する場合があります、この

こと自体には法的な問題はないが、専門家は、「治療関係への影響を考慮し、医療機関から要請することはない」という意見であった。

##### 6) 通院患者に関する捜査情報照会への対応

通院中の患者が何らかの触法行為によって逮捕され、警察から捜査情報の提供を求められる場合がある。法的には、警察の捜査協力にあたって本人の同意は必要ではなく、警察への協力に関して法的問題はない。しかし、専門家の意見は、「できるかぎり同意書をふまえたうえで文書にて回答すべきである。ただし、緊急性の高い場合にはそのかぎりではない」というものであった。専門家・法律家ともに、「質問された事項に関してのみ回答すべきである」という点では一致していた。

##### 7) 強制退院・通院拒否

稀ではあるものの、医療機関では、問題行動を頻発する患者の入院治療や通院治療を断ることがある。これについて法律家は、「何らかの問題行動を根拠として、強制退院や今後の通院拒否を指示する場合には、医師の応召義務との関係から、事前の説明と契約、ならびに、他の代替治療の提案が必要である」と指摘している。

#### V. おわりに

本項では、薬物使用障害臨床に必要となる、主要な司法的問題を取り上げ、対応にあたって参考となる知識を整理した。本項が、多くの援助者が薬物依存に関わる際の羅針盤となることを願ってやまない。

#### 文 献

- 1) 松本俊彦, 宮川朋大, 矢花辰夫ほか: 精神症状出現にマジックマッシュルーム摂取が関与したと考えられる2症例. 精神医学, 41: 1097-1099, 1999.
- 2) 松本俊彦, 岡田幸之, 柑本美和ほか: 法的措置(通報義務)と物質依存・乱用. 精神科治療学, 19: 1433-1439, 2004.
- 3) Matsumoto, T. and Okada, T.: Designer drugs as a cause of homicide. Addiction, 101: 1666-1667, 2006.
- 4) 松本俊彦, 今村扶美, 梅野亮ほか: 薬物関連精神障害の臨床における司法的問題に関する研究.

平成18年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)「薬物乱用・依存等の実態把握と乱用・依存者に対する対応策に関する研究(主任研究者: 和田清)」分担報告書, p.241-273, 2007.

5) National Institute on Drug Abuse (NIDA): Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide, 3rd ed. NIDA, NIH, Bethesda, 2012. (<http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODAT1.html>)

**コラム**

**物質使用障害とアディクションの臨床から学んだこと**

姜 昌 勲  
きょうこころのクリニック

メンタルクリニックを開業して8年になる。「依存症」患者もわずかながら来られ、その際には自分のできる限りの治療は尽くそうと心がけている。こんな当たり前のことを今さら書くのには理由がある。精神科医の多くが、依存症患者やおとなの発達障害患者の診療を「ややこしい」と忌避するからである。私が「ややこしい」依存症患者を診続けているのは、若き日の臨床経験のバックボーンがあるからだと思う。

精神科医2年目で赴任した鳥根県の安来第一病院で多くのアルコール依存症患者を診療する機会に恵まれた。入院治療して「もうお酒はやめるけん、先生!」と元気に退院した方が変死で発見され、なんともやるせない気持ちになったこともある。その後、薬物・アルコール依存の専門病院である兵庫県の垂水病院に異動した。臨床経験とともに「気持ちが弱いからクスリをやる」という世間一般の考えに違和感を覚えるようになった。

発達障害臨床を本格的に行うようになり、どうやら依存症と発達障害(とくにADHD)患者には共通する部分がたくさんあり、むしろ依存症のベースに発達障害がある人たちが一定数いることに気づいた。「依存症者」としてのラベルを、薄皮をはがすように取り去ると、本質としての発達障害特性があらわになる。息つく間もなく、また次の治療のステージに進まねばならない。

発達障害と薬物依存の関係にとどまらず、併存障害は精神科医である以上は常に意識し続けねばならない。精神疾患は選り好みするものではない。「こころのジェネラリスト」<sup>1)</sup>として、患者の人生を包括的に捉える視点がすべての精神科医に必要ではないか。依存症者は、精神科医としての姿勢と覚悟を問うている。「逃げずに向き合え」と。

1) 井原裕: こころのジェネラリスト. こころの科学, 144: 144-151, 2009.

## 特集 まぎらわしい2つの病態の見分け方

## 脱法ドラッグによる精神障害vs. 内因性精神病\*

● 松本俊彦\*\* / 谷淵由布子\*\*\*\*

**Key Words :** cathinone derivative, designer drug, drug-induced psychosis, endogenous psychosis, synthetic cannabinoid

## はじめに

最近2,3年のうちに、わが国では、既存の規制薬物の化学構造式を一部変更することで法令による規制を回避した、いわゆる脱法ドラッグが急速に社会問題となっている。そのなかでも、「脱法ハーブ」と通称される、乾燥植物片に脱法ドラッグを混ぜ込んだ「ハーブ系」の製品が特に広く知られているが、今日問題となっているのは、「ハーブ系」の製品だけではない。ハーブ系製品のほかにも、粉末状(パウダー)や液体状(リキッド)などの「非ハーブ系」の製品が存在し、乱用者のなかには、その両方を使用する者も少なくない。いずれの製品も、市中のアダルトショップやインターネット上のウェブサイト、さらには一部の地域では自動販売機で販売され、多くの人たちが容易にそれらの薬物にアクセスできる状況となっている。

日本中毒情報センターの報告<sup>1)</sup>によれば、脱法ドラッグに関連した有害事象の報告は2010年から激増しているという。特に2011年以降、脱法

ドラッグの影響下による危険運転、暴力、自殺の報道がマスメディアを賑わすようになり、救命救急センターでも、脱法ドラッグの急性中毒に起因する幻覚・妄想状態、意識障害やけいれん、心停止の報告が相次いでいる<sup>2)</sup>。

こうした状況は精神科医療の現場にも反映されている。筆者らが1987年以降経年的に実施してきた、「全国精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態に関する調査(以下、病院調査)」<sup>3)</sup>でも、脱法ドラッグ関連障害症例の急激な増加が明らかにされている。今日の精神科急性期臨床において、脱法ドラッグ関連障害は、急性精神病の診断に際して考慮すべき鑑別診断の一つとなっている。

本稿では、まず、脱法ドラッグ乱用の実態、ならびに乱用者の臨床的特徴について、筆者らの調査結果に基づいて解説する。そのうえで、精神科急性期臨床において脱法ドラッグによる精神病症状を統合失調症などの内因性精神病との鑑別する際のポイント、ならびに注意点について述べていく。

## 脱法ドラッグの成分と法規制の動向

最近の乱用が社会問題になり始めた当初、脱法ドラッグの依存性や精神症状をひき起こす

成分は、ある程度の目星がついていた。すなわち、ハーブ系製品には、大麻に含まれる $\Delta^9$ -THC [tetrahydrocannabinol(CB-1受容体の部分アゴニスト)]に類似した、JWH-018系列と呼ばれている合成カンナビノイド(CB-1受容体の完全アゴニスト)が、そしてパウダー系ないしはリキッド系製品には、覚せい剤類似の薬理作用を持つcathinone誘導体[たとえばMDPV (methylenedioxypropylvalerone, 現在は麻薬指定)]が含有されており、それぞれの責任成分と考えられていたのである。

これらの成分は、すでに米国において2010年頃から深刻な社会問題をひき起こしていた。テキサス州中毒センターでは、合成カンナビノイドによる有害事象の報告件数が2010年以降激増し<sup>4)</sup>、攻撃的行動やパラノイア<sup>5)</sup>からけいれんや心停止まで、広範な健康被害が確認されている<sup>6)</sup>。また、「bath salt」と通称されるMDPVを含有するパウダー系製品では、統合失調症様症状や緊張病性興奮を呈した症例の報告も相次ぎ<sup>7-9)</sup>、「cocaineやmethamphetamineよりも危険」と指摘されている<sup>10)</sup>。

実は、わが国にとって、脱法ドラッグ問題は最近に急に生じた現象ではない。すでに1990年代末には催幻覚物質psilocybinを含有する「マジックマッシュルーム」の乱用が社会問題化し<sup>11)</sup>、さらに2005~2007年には、serotonin骨格から派生したtryptamine誘導体である5-MeO-DIPT (5-methoxy-N,N-diisopropyltryptamine)<sup>12)</sup>や、2C-T-7や2C-T-4などの2Cシリーズとして知られるphenethylamine系物質<sup>13)</sup>も精神科臨床の現場で問題となっていた。しかしいずれの場合も、わが国は、麻薬および向精神薬取締法の規制対象に加えることによって、これらの薬物の乱用を急速に鎮静化させるのに成功している。

ところが、最近の脱法ドラッグの場合、従来成功した手法が通用しないのである。というのも、脱法ドラッグに含まれる合成カンナビノイドやcathinone誘導体の化学構造式には側鎖の変更など絶えず修正が加えられ続けており、しかも、多くの製品で複数の未知の薬理作用を持つ成分が混入されていたり、ハーブ系製品にパウダー系やリキッド系の成分が混入されたりしている状況になっているからである<sup>2)</sup>。その結果、

同じ商品でも購入時期によって内容成分が異なり、また、規制すべき成分の同定もままならないのが実情である。これは、わが国では規制薬物の定義を「化学構造式」によって行っていることを逆にとった手法といえるであろう。

このような事態を打開するために、厚生労働省は、2013年からもとの規制薬物の側鎖を変更などによって開発された誘導体すべてを規制対象とする「包括指定」が実施しているものの、いまだ予断を許さない状況にある。

## 脱法ドラッグ関連障害患者の実態と臨床的特徴

筆者らは、2012年病院調査のデータを用いて、精神科医療施設における脱法ドラッグ関連障害患者の実態、ならびに臨床的特徴を検討している。

この病院調査は、9~10月の2カ月間に全国の有床精神科医療施設に通院・入院したすべての薬物関連障害症例に関する情報を収集し、その精神科医療現場における薬物関連障害の動向を経年的にモニタリングするものであり、1987年以降、ほぼ隔年で実施されている。2012年には、全国の有床精神科医療施設1,069施設の70.6%からの回答を得て、最終的に848例の薬物関連障害患者の情報を得ることができた<sup>3)</sup>。

図1は、1996年以降の全症例における各主乱用薬物の割合の推移を示したものである。覚せい剤を主乱用薬物とする薬物関連障害患者の割合は、1996年以降、一貫して全症例の50~60%を占めて高止まりしているが、その一方で、有機溶剤を主乱用薬物とする患者の割合は年々減少している。そして、有機溶剤関連障害患者の減少と逆関するかたちで睡眠薬・抗不安薬が、年々患者の割合が増加しており、ついに2010年には有機溶剤をしのいで第2位の乱用薬物となった。ところが、2012年の調査では、脱法ドラッグを主乱用薬物とする患者の割合がわずかに睡眠薬・抗不安薬関連障害患者をしのぎ、結果的に脱法ドラッグは、覚せい剤に次ぐ、わが国の第2位の乱用薬物となったのである。

実は、この「脱法ドラッグ」という分類カテゴリーは、2010年までの調査では存在せず、すべ

\* Differential diagnosis of designer drugs-induced psychosis from endogenous psychosis.

\*\* Toshihiko MATSUMOTO, M.D., Ph.D.: 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部, \*\*\*兼 自殺予防総合対策センター(☎187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1); Department of Drug Dependence Research and \*\*\*Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan.

\*\*\*\* Yuko TANIBUCHI, M.D., Ph.D.: 医療法人同和会千葉病院精神科; Department of Psychiatry, Chiba Hospital, Funabashi, Chiba, Japan.

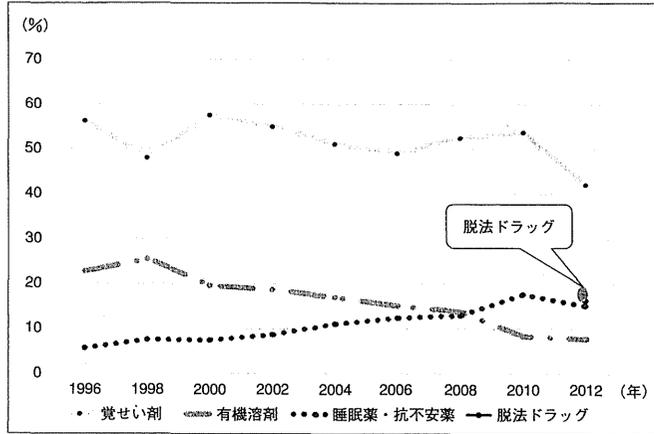


図1 主たる乱用薬物別にみた薬物関連障害症例(%)の推移(文献<sup>9)</sup>より一部改変して引用)

て「その他」で一括されていた。しかし、2011年以降、脱法ハーブなどの乱用が急速に拡大してきた状況に対応するには、従来の「その他」という分類では用をなさない判断し、2012年からカテゴリーを新設した経緯がある。その結果が、2012年調査<sup>9)</sup>では、全薬物関連障害症例における主乱用薬物別の割合は、覚せい剤(42.0%)、脱法ドラッグ(16.3%)、睡眠薬・抗不安薬(15.1%)、有機溶剤(7.7%)というものであったわけである。睡眠薬・抗不安薬の存在を考慮すると、わが国の薬物依存臨床はいまや「取り締まれない薬物」へとシフトしつつあるといえるであろう。

ところで、脱法ドラッグ関連障害患者の心理社会的特徴を検討してみると、この一群の薬物関連障害患者は、従来わが国には存在しなかったタイプの患者であることがわかる。検討にあたって筆者らは、最近1年以内に脱法ドラッグ使用が認められる脱法ドラッグ関連障害患者を、わが国の歴史のなかで典型的な薬物乱用者である覚せい剤の関連障害患者、ならびに、脱法ドラッグと同じく「取り締まれない薬物」である睡眠薬・抗不安薬の関連障害患者(いずれも最近1年以内に当該主乱用薬物の使用がある患者を抽出)との間で比較するという手続きを採用した<sup>10)</sup>。

表1に比較・検討の結果を示す。まず、脱法ドラッグ関連障害患者は、他の2つよりも若年であり、圧倒的に男性が多く、覚せい剤関連障害患者とは異なり、就労している者、高学歴の者が多いことが明らかにされた。また、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者と同様に、反社会的な集団とのかかわりを持つ者は少なかったが、その一方で、薬物使用の動機については、脱法ドラッグ関連障害患者の動機は、「誘われて・断り切れずに」、「刺激を求めて・好奇心から」といった、覚せい剤関連障害患者と同様のものが多く、「不安・不眠の軽減」を動機とする睡眠薬・抗不安薬関連障害患者とは明らかに異なることが明らかにされた。

これらの結果は、脱法ドラッグの登場が、従来わが国に存在する薬物乱用者とは異なる心理社会的背景を持つ、新たな薬物乱用者層を作り出した可能性を示唆するものといえるであろう。

**脱法ドラッグ使用による精神・神経症状**

それでは、脱法ドラッグはどのような精神神経症状をひき起こすのであろうか？

図2に示したのは、病院調査で収集された脱法ドラッグ関連障害患者に認められた精神神経症状

表1 脱法ドラッグ、覚せい剤、睡眠薬・抗不安薬の各関連障害患者における心理社会的特徴に関する比較

変数	項目	脱法ドラッグ関連障害患者 n=126	覚せい剤関連障害患者 n=138	睡眠薬・抗不安薬関連障害患者 n=86	p
・人口動態の変数	年齢	27.9	39.3	37.6	<0.001
	性別(男)	7.9	10.6	14.1	<0.001
・生活歴に関する変数	学歴(高校中退以下)	114	98	36	<0.001
		90.5%	71.0%	41.9%	
	暴力団との関係	40	87	18	<0.001
・薬物使用の理由	誘われて・断り切れずに	31.7%	63.0%	20.9%	<0.001
		9	69	6	<0.001
		7.1%	50.0%	7.0%	
	刺激を求めて・好奇心から	24	32	1	<0.001
		19.0%	23.2%	1.2%	
		63	56	3	<0.001
	50.0%	40.6%	3.5%		
	不安の軽減	21	17	55	<0.001
		16.7%	12.3%	64.0%	
	不眠の軽減	9	3	48	<0.001
		7.1%	2.2%	55.8%	

(文献<sup>10)</sup>より引用)

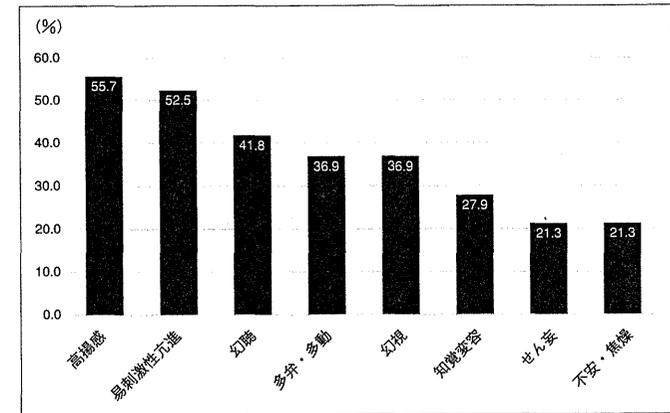


図2 脱法ドラッグ関連障害患者で観察された精神神経症状(文献<sup>9)</sup>より一部改変して引用)

の発現頻度が比較的多いものである<sup>9)</sup>。脱法ドラッグ関連障害患者では、高揚感(55.7%)、易刺激性亢進(52.5%)、幻聴(41.8%)、多弁・多動(36.9%)、幻視(36.9%)、知覚変容(27.9%)、せん妄(21.3%)、不安・焦燥(21.3%)などが比較的高頻度に観察され、統合失調症に比べると、幻視や知覚変容などの視覚領域の精神病症状が多

く、せん妄などなんらかの意識減損が疑われる状態像も稀ではない。一方、図3は、脱法ドラッグ関連障害患者に求められた神経症状を示している。神経症状として認められたのは、四肢脱力や運動失調といった、おそらくは脱法ドラッグ使用による急性中毒(酩酊)による症状がほとんどであったが、ごく一部にけいれんも認めら

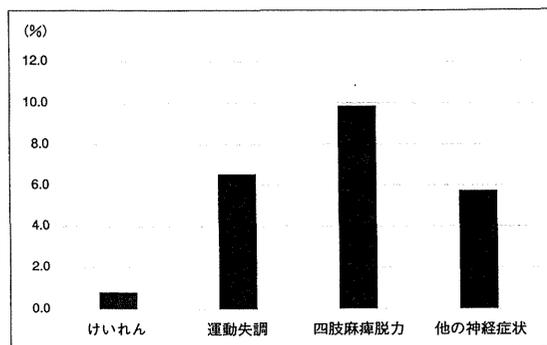


図3 脱法ドラッグ関連障害患者で観察された神経症状  
(文献<sup>3)</sup>より一部改変して引用)

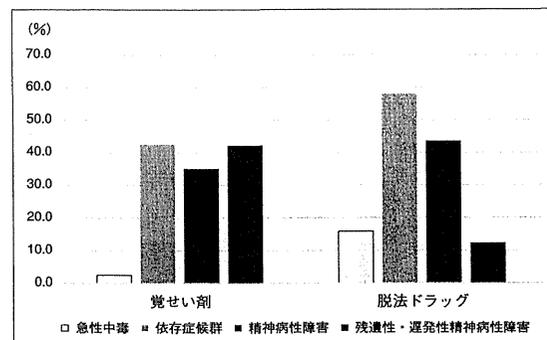


図4 脱法ドラッグ関連障害患者と覚せい剤関連障害患者におけるF1断層下位診断カテゴリー(1部)の比較  
(文献<sup>3)</sup>より一部改変して引用)

れた。いずれにしても、脱法ハーブ特異的な神経症状とはいえないものの、患者の1割程度にはなんらかの神経症状が認められるとはいえるであろう。

筆者らは、脱法ドラッグ関連障害患者の精神症状の特徴を明らかにするために、WHOの診断基準であるICD-10 F1分類の下位診断カテゴリーに着目した検討も行っている<sup>3)</sup>。その際、脱法ドラッグと同様に精神病惹起作用のある覚せい剤の関連障害患者を対照群として比較することで、脱法ドラッグに特異的な精神症状を明らかにす

ることを試みた。その結果を図4に示す。図からも明らかのように、依存症候群は両群ともに共通して高率に認められ、急性精神病に相当する精神病的障害についても両群間で有意な差はなかった。有意差が認められたのは、慢性精神病に相当する残遺性・遅発性精神病だけであり、これは覚せい剤関連障害患者で顕著に多かった。

この結果は、脱法ドラッグが依存性の高さにおいて覚せい剤に決して劣るところがなく、精神病をひき起こす危険性は覚せい剤と同等である可能性を示唆している。一方、脱法ドラッグ

表2 3群間におけるICD-10のF1下位診断分類の比較(複数回答)

		主たる脱法ドラッグ(n=118)			p
		ハーブ群 n=57	非ハーブ群 n=26	混合群 n=35	
・急性中毒	度数 %	11 19.3%	2 7.7%	4 11.4%	0.359
・有害な使用	度数 %	15 26.3%	3 11.5%	3 8.6%	0.078
・依存症候群	度数 %	31 54.4%	14 53.8%	25 71.4%	0.225
・離脱状態	度数 %	2 3.5%	0 0.0%	2 5.7%	0.677
・せん妄を伴う離脱状態	度数 %	4 7.0%	0 0.0%	1 2.9%	0.503
・精神病的障害	度数 %	23 40.4%	15 57.7%	16 45.7%	0.348
・健忘症候群	度数 %	0 0.0%	0 0.0%	1 2.9%	0.517
・残遺性障害・遅発性精神病的障害	度数 %	4 7.0%	4 15.4%	6 17.1%	0.257
・他の精神および行動の障害	度数 %	1 1.8%	0 0.0%	2 5.7%	0.441

(文献<sup>15)</sup>より引用)

関連障害患者では慢性精神病が少ないことから、脱法ドラッグは覚せい剤に比べると慢性持続性精神病をひき起こしにくい可能性が示唆された。もっとも、この結果をもって「脱法ドラッグは後遺症をひき起こさない」と結論することはできない。なにしろ、脱法ドラッグの乱用が社会的問題となつてからの歴史は浅い。脱法ドラッグが慢性精神病をひき起こすのかどうかの判断には、さらに数年の観察が必要である。

ところで、同じ脱法ドラッグでも、ハーブ系製品とパウダーやリキッドなどの非ハーブ系製品とは含有される成分が異なり、そのような成分の相違は精神症状にもなんらかの相違をひき起こす可能性がある。理論的には、CB-1受容体の完全アゴニストである合成カンナビノイドは、大麻の急性中毒に類似した意識や知覚の変容体験をひき起こし、覚せい剤類似物質であるcathinone誘導体は覚せい剤精神病に類似した幻覚・妄想状態をひき起こす可能性を推測したとしても、あながち突飛なものとはいえない。

こうした可能性を検証するために、筆者らは、病院調査で収集された脱法ドラッグ関連障害患者のなかで、乱用している製品の詳細が判明し

ている者を抽出して次のような検討を行った<sup>15)</sup>。すなわち、ハーブ系製品のみを乱用する患者を「ハーブ群」、パウダーやリキッドなどの非ハーブ系製品のみを乱用する患者を「非ハーブ群」、そして、ハーブ系と非ハーブ系の両方の製品を乱用する患者を「混合群」と分類し、各群のICD-10 F1分類の下位診断カテゴリーの分布を比較したわけである。その結果を表2に示す。表から明らかのように、しかし予想に反して、この3群の間でF1分類の下位診断カテゴリーに差は認められなかった。

この結果は、どのタイプの脱法ドラッグを用いても、精神医学的な状態像に大差ない可能性を示唆している。これはある意味で妥当な結果といえるであろう。すでに述べたように、最近ではハーブ系製品=合成カンナビノイド、非ハーブ系(パウダー、リキッド)=cathinone誘導体といった定式は成り立たず、ハーブ系製品からcathinone誘導体が検出されることは稀ではない、それどころか、いずれの製品にも複数の未知の物質が含有されている。したがって、「使用するとどういった症状が発現するのか」という問いに対しては、「使用してみなければわからない」とし

か答えようがない。言い換えれば、脱法ドラッグの使用によって生じる精神症状は予測不能なのである。

### 急性精神病診断に際しての鑑別

以上の知見を総合すると、脱法ドラッグが引き起こす精神病症状には3つの特徴があるといえることができる。第一に、幻視が比較的高率に認められるということである。知覚変容なども含めれば、幻聴以外の知覚領域の病的体験が出現する頻度は、内因性精神病に比べると高い。また、せん妄などを呈する頻度も高い。いずれも内因性精神病よりも、器質性・症候性精神病で高頻度に観察される症状である。第二に、なんらかの神経症状を伴う症例が存在するという点である。最も多いのは、四肢の脱力や運動失調といった非特異的な酩酊症状であるが、稀にはけいれんを呈する症例もある。そして最後に、慢性持続性精神病は稀であるということである。筆者の経験では、脱法ドラッグ使用による精神病症状は2,3日程度で消退することが多い。これは、覚せい剤精神病や統合失調症の急性増悪に比べて早い回復経過といえる。

しかし、以上のような特徴がありながらも、それでもやはり両者の鑑別は難しい。理由はいくつかある。まず、すでに述べたように脱法ドラッグの成分は刻々と変化し、しばしば複数の未知の物質が含まれていることから、精神症状は予測不能と言わざるを得ない。また、脱法ドラッグに含まれる合成カンナビノイドにしてもcathinone誘導体にしても、「トライエージ」などの簡易薬物検査キットで検出することができない。覚せい剤などの違法薬物乱用・依存患者とは異なり、反社会的な生活背景を持たず、一見すると、薬物とはまったく縁のない生活歴の者も多いことにも注意が必要である。薬物乱用者に対するステレオタイプな偏見を持っていると、思わぬ誤診をしかねない。

脱法ドラッグ関連障害患者の場合、さらにもう1つ、鑑別のプロセスを複雑にする要因がある。筆者らの研究<sup>9)</sup>では、脱法ハーブ乱用・依存患者では、覚せい剤乱用・依存患者に比べて、薬物使用開始以前に精神科治療歴を有する者が

多いことが明らかにされている。このことは、脱法ハーブ乱用・依存患者のなかには、先行する精神障害に対する一種の自己治療的目的から薬物使用に至った者がいる可能性を示唆する。当然、そのような脆弱性を持つ一群のなかには、脱法ドラッグの使用によって潜在する内因性精神病が誘発される者もいると考えるべきであろう。

### おわりに

本稿では、近年わが国で社会問題化している脱法ドラッグ乱用の動向、乱用者の臨床的特徴に関する筆者らの調査結果の概要を報告し、精神科急性期治療の現場で問題となる内因性精神病との鑑別点について私見を述べた。脱法ドラッグによる精神病の診断にあたっては、幻視や意識減損の症候、さらには神経症状や臨床経過にも注目することが重要であるが、脱法ドラッグの成分は刻々と変化していることから、精神症状の予測は困難であることを指摘した。

### 文 献

- 1) 黒木由美子, 飯田 薫, 竹内明子, ほか. 日本中毒情報センターで受信したいわゆる「合法ハーブ」による急性中毒に関する実態調査. 中毒研究 2011; 24: 323-7.
- 2) 和田 清, 松田正彦, 富山健一, ほか. 脱法ハーブを含む違法ドラッグ乱用の現状. 日本薬剤師会雑誌 2013; 65: 13-7.
- 3) 松本俊彦, 谷淵由布子, 高野 歩, ほか. 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査. 平成24年度厚生労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業「薬物乱用・依存等の実態把握と薬物依存症者に関する制度的社会資源の現状と課題に関する研究(研究代表者 和田 清)」分担研究報告書. 2013. p. 111-44.
- 4) Forrester MB, Kleinschmidt K, Schwarz E, et al. Synthetic cannabinoid and marijuana exposures reported to poison centers. Hum Exp Toxicol 2012; 31: 1006-11.
- 5) McGuinness TM, Newell D. Risky recreation: synthetic cannabinoids have dangerous effects. J

- Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2012; 50: 16-8.
- 6) Hoyte CO, Jacob J, Monte AA, et al. A characterization of synthetic cannabinoid exposures reported to the National Poison Data System in 2010. Ann Emerg Med 2012; 60: 435-8.
- 7) Kasick DP, McKnight CA, Klisovic E. "Bath salt" ingestion leading to severe intoxication delirium: two cases and a brief review of the emergence of mephedrone use. Am J Drug Alcohol Abuse 2012; 38: 176-80.
- 8) Striebel JM, Pierre JM. Acute psychotic sequelae of "bath salts". Schizophr Res 2011; 133: 259-60.
- 9) Thornton SL, Gerona RR, Tomaszewski CA. Psychosis from a bath salt product containing flephedrone and MDPV with serum, urine, and product quantification. J Med Toxicol 2012; 8: 310-3.
- 10) Slomski A. A trip on "bath salts" is cheaper than meth or cocaine but much more dangerous. JAMA 2012; 308: 2445-7.
- 11) 松本俊彦, 宮川朋大, 矢花辰夫, ほか. 精神症状

\* \* \*

- 出現にマジックマッシュルーム摂取が関与したと考えられる2症例. 精神医学 1999; 41: 1097-9.
- 12) Matsumoto T, Okada T. Designer drugs as a cause of homicide. Addiction 2006; 101: 1666-7.
  - 13) Miyajima M, Matsumoto T, Ito S. 2C-T-4 intoxication: acute psychosis caused by a designer drug. Psychiatry Clin Neurosci 2008; 62: 243.
  - 14) Matsumoto T, Tachimori H, Tanibuchi Y, et al. Clinical features of patients with designer drugs-related disorder in Japan: A comparison with patients with methamphetamine- and hypnotic/anxiolytic-related disorders. Psychiatry Clin Neurosci 2013; in press.
  - 15) 谷淵由布子, 松本俊彦, 立森久照, ほか. 「脱法ドラッグ」乱用・依存患者の臨床的特徴—乱用する製品の形状による比較—. 精神科治療学 2013; in press.
  - 16) 谷淵由布子, 松本俊彦, 小林桜児, ほか. 薬物依存症専門外来における脱法ハーブ乱用・依存患者の臨床的特徴—覚せい剤乱用・依存患者との比較—. 精神神経学雑誌 2013; 115: 463-76.