

アルコール依存症の治療

Treatment for alcoholics



齋藤利和

Toshikazu SAITO

幹メンタルクリニック院長

◎世界保健機構(WHO)国際疾病分類第10版(ICD-10)を用いて推計された患者数と、実際に医療機関にかかっている患者数との大きな乖離が報告されている。さらに、アメリカ精神医学会の精神障害の診断と統計マニュアル第5版(DSM-V)ではアルコール依存症と乱用の概念が放棄され、従来上位概念であったアルコール使用障害として統一され、診断閾値が下がっている。これらは、これからは従来よりも軽症の症例を医療が扱う可能性を示すものといえる。したがって、治療についても診断の基準が変われば当然変化が予想される。本稿ではわが国におけるアルコール依存症の実態について述べ、診断基準の変化にも言及したうえでアルコール依存症の治療を、これまでのそれとこれからの試みである軽症例について述べる。



アルコール依存症、アルコール使用障害、簡易介入、抗渴望剤

アルコール依存症候群の診断

世界保健機構の診断基準¹⁾(ICD-10)で、依存症候群(F102)と診断するには以下の6項目のうち、通常過去1年間のある期間に以下の3項目を満たすことが必要である。①飲酒に対する渴望、②飲酒行動の抑制喪失、③離脱症状、④耐性の増大、⑤飲酒中心の生活、⑥有害な飲酒に対する抑制の喪失。

この診断基準では耐性と離脱症状は診断の必須項目ではないこと、換言すれば精神依存の存在のみでアルコール依存の診断が下せることに留意すべきである。すなわち、依存の中心は精神依存であり、身体依存、耐性の変化だけでは依存とはいわない。

わが国におけるアルコール依存症の実態

ICD-10の診断基準に基づいて推計されたアルコール依存症数は109万人と報告されているが²⁾、同時期の厚生労働省の患者調査ではアルコール依存症として治療を受けているものは4万人程度にすぎないことから、診断されていない105万人の多くが放置されているのではないかとと思われる。

アルコール依存症は破壊的で、しばしば家庭生活や社会生活が破綻し、治療は困難を極めることが常識となっている。しかし、推計されたアルコール依存症患者数と実際の患者数との乖離は生活の破綻が深刻でなくても、ICD-10でアルコール依存症と診断できる者は存在することを意味している。

この原因はいろいろ考えられるが、アルコール依存症では社会・家庭的な生活が破壊されているという強い思い込みが医療従事者の間で強いこと、加えて、各診断項目に合致するか否かの解釈が異なっていること、とくにアルコール離脱である発汗、悪心、嘔気、嘔吐、頻脈、高血圧、頭痛、不眠、倦怠感、虚脱、が正しく診断されていないことなどが考えられる。

DSM-Vにおける依存概念の放棄

最近出版されたDSM-Vにおけるあらたなアルコール使用障害の概念³⁾は、長くアルコール関連問題の中心であった“依存”の診断概念を放棄し、依存に乱用の診断をも包含する形であらたな“アルコール使用障害”の診断概念を提起している。DSM-Vの“アルコール使用障害”の診断項目に

は、DSM-IV⁴⁾の“依存”の項目がすべて、乱用の診断項目4項目中3項目が入っている。また、かつてはICD-10のみの診断項目であった“飲酒への渴望”が診断項目に入っている(「サイドメモ」参照)。この11項目のうち2~3項目が該当すれば軽症、4~5項目が該当すれば中等症、6項目以上が該当すれば重症と判定される。この診断基準はICD-10のアルコール依存症の診断基準よりも診断閾値が明らかに下がっている。うつ病や不安障害患者の約20%にアルコール問題がみられるが、その多くはアルコール依存症と診断されていない現実と併せ考えると、今後この診断基準がどう使われ、どう普及していくかに注目したい。

アルコール依存症の治療

1. 精神療法

アルコール依存症の治療は、丁寧に酒歴を聴取し、“聞かせていただく”という態度で十分時間をかけて患者の言い分を聞くことが重要である。「酒を止める」という“お説教”は何の効果もない

サイドメモ 渴望

渴望(craving)はアルコール依存症の中心概念である。渴望には陽性(positive)渴望と陰性(negative)渴望がある。前者はreward craving、後者はrelief cravingともよばれる。陽性渴望は飲酒の快経験によって条件づけられた飲酒に対する欲求(渴望)であり、おもにドーパミン神経系が関与しているとされている。陰性渴望はアルコール離脱に伴う不快反応を避けることに条件づけられた飲酒に対する欲求で、GABA神経系やグルタミン神経系、とりわけNMDA受容体機能と関係していると考えられている。最近、わが国で使用できるようになったアカンプロサートはこの陰性渴望に効果があるとされている。まだわが国には導入されていないが、ナルトレキソン、ナルメフェンは陽性渴望に有効と報告されている。メタ解析の結果ではアカンプロサートは断酒に対しては効果が認められるが、ナルトレキソン、ナルメフェンのように飲酒量の低減、大量飲酒の防止には効果が認められていない。いずれの打撃薬もeffect sizeは小さくなく、精神療法的試みとの併用が必須である。

ばかりか、患者の治療への意欲を失わせる。患者の言い分を十分聞いたうえで、受診した勇気を褒め、アルコール依存の診断を明確に告げ、断酒する必要性をわかりやすく説明するのである。すなわち丁寧に聞くことによって、悩みが軽々しく扱われたり、そのことによって逆に責められたりするのではなく、いままでの周囲の人びととは違う解決がもたらされるかもしれないという気持ちで患者に芽生えることを期待するのである。

外来通院を持續させその治療効果を高めるためには、患者の自助グループへの参加が重要となる。そのためには自助グループの活動状況、集会の場所、時間などを把握しておく必要がある。さらに、診察の際には自助集団に参加した感想を聞くことも必要である。アルコール依存症の精神療法としては他の精神疾患と同様、個人精神療法が重要なことは論をまたないところであるが、集団精神療法もきわめて有効である。すなわち、アルコール依存症者は情緒的に他から孤立しているため、仲間集団との交流を通してこれを打破する必要があること、断酒の動機づけがなされる場合にも治療者よりも同じアルコール依存症者の発言のほうが共感しやすく受け入れやすいことがその理由として考えられる。さらに、集団精神療法が自助グループへの参加を容易にすることなどから、集団精神療法はアルコール依存症の治療技法として優れていると考えられている⁵⁾。

集団精神療法を行う場合、教育的な集団精神療法的アプローチは別として、治療者は自らの発言を抑え控える態度が重要である。また、患者の発言は自らの体験に基づいたものとするように勧めるべきであろう。さらに、ドライドラック(飲まないでいるときに酪酊時のように不安、感情の変化が起こってくることをいうが、ときとして自信過剰や自我の肥大がみられることもある)にも気をつける必要がある。“妙に僥倖したような発言”“自助グループのこきおろしと主治医への賛美”などを見逃さないことである。アルコール依存症の治療としては行動療法、認知行動療法、内観療法などが行われているが、詳細は誌面の制約もあり省略する。

2. 家族に対するアプローチ

家族内では情緒的交流が失われ、家族内の役割も変化していく。たとえば、依存症者の妻は一家の支柱としての役割や、子どもに対しては父親の役割までも果すようになる。家族は「この人には私が必要なのだ」という思いが強くなる反面、こうした役割を失うことに無意識のうちに強い不安をもつようになる(共依存)。したがって、家族に対する治療的なアプローチが重要となる。まず、家族の構成員との面接を行い、各家族構成員の果たしている機能的役割と情緒的役割、コミュニケーションパターンを評価・検討する。それらの歪みの矯正を目標に各家族構成員に対するカウンセリング、家族構成員全員が参加する家族セッション、複数の家族を対象とした集団療法を行う。

3. 他の機関との連携

アルコール依存症の回復の核心は“生活体験を通しての社会性の再獲得”にあり、患者がしらふでの生活をするうえで直面するあらゆる問題について、その解決を支援することが治療の基本である。したがって、アルコール依存症の治療には医療機関単独の力には限界がある。アルコール依存症者やその家族にかかわる団体、行政機関、医療機関がその連携を通して系統的な援助網(地域ネットワーク)をつくりあげていくことが重要である⁶⁾。そうしたネットワークに参加することによって、すべてを抱え込むのではなく、地域の諸機関・団体と協力することによって負担が軽くなり、スムーズにアルコール問題と取り組める糸口をつくることができる。

4. 薬物療法

離脱症状の出現を抑制するためには、交差耐性を有するベンゾジアゼピン(ジアゼパムなど)が第一選択薬として用いられる。振戦せん妄の出現後は抗精神病薬が使用されるが、フェノチアジン系の薬剤はかえって症状を悪化させることがあるため、ブチルフェノン系薬剤(ハロペリドール)の投与が行われることが多い。アメリカでは振戦せん妄を含む離脱症状をベンゾジアゼピン、バルビタール系の薬物やプロポフォールが使われる。離脱時の興奮を鎮めるために離脱期2~4日に総量で2,000 mgものジアゼパムが使われ、バルビター

ル使用時には半数が、プロポフォール使用時にはすべての症例が、人工呼吸器の管理下におかれる⁷⁾。こうしたアルコール離脱の管理はわが国では不可能であり、医療に対する考え方、医療体制の違いによって医療的な管理も異なるといえる。

離脱発作の多くは単回~3回の発作であり、重症発作が出現しないかぎり抗痙攣薬の投与は必要ない。振戦せん妄出現時には全身の管理として栄養・水分補給および多種のビタミンB剤投与を行う。すなわち、Wernicke脳症への移行を予防するためであるが、振戦せん妄が長期化したり定型的な経過をたどらないときはビタミンB群の投与を忘れてはならない。補液にグルコースを用いる場合は注意を要する。グルコースは代謝過程でビタミンB₁を消費しWernicke-Korsakoff症候群の発症の増悪因子になる可能性がある。このため、離脱時の補液には果糖を用いるほうが望ましい。肝障害によってアミノ酸代謝障害が生じフィシャー比(分子鎖アミノ酸/芳香族アミノ酸モル比)が低下している場合は、離脱症状が発現しやすく認知機能にも障害がみられる場合が多い。したがって、肝障害があり、離脱症状の既往がある患者にはアミノ酸食を摂取させる必要がある。

アルコール依存症者に多く合併する精神障害としては気分障害、不安障害が多くみられる。これらの患者は一般的な傾向として薬物を乱用する傾向があり、注意を要する。過剰服用の危険性のある患者に対しては乱用の危険性の比較的少ない、過剰摂取しても比較的安全な薬物を選択すべきである。加えてアルコール依存症が併存している気分障害、不安障害には、抗うつ薬、抗不安薬の効きが悪く、それらの症状が長年の飲酒によって招来された可能性もある。したがって、これらの併存する疾患に関してもっとも有効な手段は断酒であり、それができなくとも飲酒量の低減だけで併存症が改善することもある。

病的飲酒欲求を標的症狀とする薬剤であるアカンプロサート⁸⁾が、わが国においても使用可能となった。アカンプロサートは断酒をめざす患者に精神療法的なアプローチとセットで使用されることが基本であるが、その治療過程の苦痛を軽減し、アルコール依存症の回復に寄与することが期

待される。

● 軽症アルコール依存症の治療

家庭社会生活の破綻が深刻でなくても、ICD-10 診断基準でアルコール依存症と診断できることはすでに述べた。杠ら⁹⁾は、アルコールスクリーニングテスト(AUDIT)評点によって10~19点を危険な飲酒群、20点以上をアルコール依存症疑い群として、危険な飲酒群のうち肝障害や糖尿病がない群では“1日20g以下”の節酒、アルコール依存症疑い群では“専門の医療機関受診、あるいは断酒”を勧めることを提唱している。

前述したDSM-Vのアルコール使用障害の患者のなかには、かならずしも断酒を治療目標とする必要のない者も含まれる。AUDITは危険な使用や有害な使用の同定を主眼において開発された経緯があるが、アルコール依存症を比較的高い感度・特異度で検出するといわれている。有害な飲酒のカットオフ値については報告がほとんどないが、わが国では10~14点を問題飲酒群とすることが多く¹⁰⁾、有害な使用もこの評点の範囲と考えられる。15点以上ではアルコール依存症を疑うが、とくに20点以上ではアルコール依存症が強く疑われるとされている。したがって、杠らのいう危険な飲酒群のなかにも、ICD-10でアルコール依存症とDSM-Vでアルコール使用障害に該当する者が相当程度含まれていると思われる。こうした人びとに対する治療目標をとりあえず節酒に設定し、飲酒量を低減させることができれば重症のアルコール依存症者を減らすことにつながり、併存症の回復にも有益と思われる。

こうした観点からの治療には“簡易介入”と、飲酒量の低減効果をもつナルメフェン、ナルトレ

キソン⁸⁾などの導入が期待される。簡易介入(ブリーフインターベンション)とは、生活習慣の行動変容をめざす短時間の行動カウンセリングである。カウンセリングでは“健康”をおもなテーマとして飲酒量低減の具体的目標を自ら設定してもらう。多く飲んでもよい日を1週間に何日までと決める、休肝日を1週間に何日と決める、1日(あるいは1週間での)の最大ドリンク数を決める、“飲酒は夜10時まで”など、独自の節酒ルールをつくるなどである。飲酒問題の直面化は避け、“否認”などは介入時に扱うテーマとしない。介入のキーワードは、“共感する”“励ます”“誉める”である。

文献

- 1) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research. Geneva, 1992.
- 2) 尾崎米厚: 厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)WHO世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究(研究代表者: 樋口 進), 平成25年度分担研究報告書, 2014.
- 3) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5—Alcohol Related Disorders. APA, Washington DC, 2013, pp.490-503.
- 4) American Psychiatric Association: Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV. APA, Washington DC, 1994.
- 5) 齋藤利和: アルコール性障害. 新興医学出版, 2006.
- 6) 白倉克之・他(編): アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン. じほう, 2003.
- 7) Gold, J. A. et al.: *Crit. Care Med.*, **35**: 724-730, 2007.
- 8) Feeney, G. F. et al.: *Alcohol Alcohol.*, **41**: 321-327, 2006.
- 9) 武藤岳夫, 杠 岳文: アルコール依存の臨床. 脳とこころのプライマリケア8. 依存(福居顕二編). シナジー, 2011.
- 10) 廣 尚典, 島 悟: 日本アルコール・薬物医学会雑誌, **31**: 437-450, 1996.

* * *



アルコール依存症と重複性障害

1 アルコール依存症とうつ病 Alcoholism and depression

特定医療法人北仁会
幹メンタルクリニック(院長*)

田山 真矢
Masaya Tsuyama
齋藤 利和*
Toshikazu Saito

Key Words

- アルコール依存症
- 問題飲酒
- 抑うつ症状
- 主訴
- アカンプロサート

Summary

アルコール依存症者は他の精神疾患を併存する可能性が高く、特にうつ病との関連が高いとされている。よって、本研究においては、アルコール依存症とうつ病の併存に関する検討と、preliminaryなデータではあるが、漸酒補助剤であるアカンプロサートを継続使用した症例の治療経過について検討を行った。結果、抑うつ症状を主訴として受診した者の20%にアルコールの問題飲酒が認められ、アルコールの問題を主訴として受診した者の50%に中等症以上の抑うつ症状が認められており、抑うつ症状の背景にはアルコールの問題が潜む可能性が示唆された。また、アカンプロサートを12週間継続使用した問題飲酒群では、アカンプロサートを使用していない問題飲酒群や、抗うつ薬により治療を受けたうつ病群よりもHAM-Dスコアの改善が認められており、アカンプロサートが抗うつ薬様の作用を有する可能性が示唆された。

はじめに

アルコールの問題飲酒による弊害は近年においても問題視されており、アルコール健康障害対策基本法も制定され問題飲酒に対する取り組みが一層強化されているが、飲酒による事故や事件は未だ少なくない。

成人の飲酒行動に関する2013年の全国調査では、国際疾病分類第10版(ICD-10)によるアルコール依存症の基準を1度でも満たしたことがあるアルコール依存症経験者は約109万人に上り、調査時点で診断基準を満たす者は約58万人とされているものの、アルコール依存症で治療中と回答した者は約8万人とされている¹⁾。また、2011年度の厚生労働省による患者数調査では、アルコール依存症者の総患者数は3.7万人とされており²⁾、アルコール依存症者の大多数が治療に結びついていないのが現状である。

アルコール依存症では身体的、心理的、社会的にさまざまな障害が生じる可能性が高く、特に心理的な障害では他の精神疾患との併存率が高いことがあげられる。アルコール依存症とうつ病の併存率は報告によって幅があるものの、橋本らの報告によれば、海外で行われた大規模調査では大うつ病性障害を経験した人のアルコール依存症併発率は40%と高値であったとしている³⁾。また、松本らの研究によれば、うつ病患者でalcohol use disorders identification test (AUDIT) スコアが20点以上の「アルコール依存症疑い」に該当する者は男性で8.8%、女性で17%に上るとしており、AUDITスコア10~19点の「健康被害の可能性が高い飲酒」を合わせると、一般精神科医療機関に通院するうつ病性障害患者の男性で27.3%、女性で15.9%に問題飲酒が認められると報告している。さらに、うつ病群に属することは「アルコール依存症疑い」の有意な予測因子であり、そのオッズ

比は男性で5.969倍、女性においては22.279倍に達するとしている⁴⁾。

うつ病とアルコール依存症が併存する場合、うつ病の治療効果の低下や再発リスクの増加、自殺リスクの増加や社会的機能の低下に繋がるとされている^{5) 6)}。そこで、今回われわれはアルコール依存症とうつ病の併存に関する検討と、preliminaryなデータではあるが、漸酒補助剤であるアカンプロサートを継続使用した症例の治療経過について検討を行った。

対象と方法

対象は当院を受診した新規患者122名(男性:76名、女性:46名)とし、初診時にAUDIT、ハミルトンうつ病評価尺度(Hamilton depression rating scale: HAM-D)、Beck depression inventory (BDI)を用いて、アルコールの問題使用と抑うつ症状の評価を行った。さらに対象を、気分が落ち込む、やる気が出ないなどの抑うつ症状を主訴としたものを抑うつ群(64名)、飲酒をやめられない、やめるように言われたなどのアルコール問題を主訴として受診した者をアルコール群(58名)として2群に分組し、初診時検査の比較検討を行った(表1)。また、初診時検査において、中等症以上の抑うつ症状(HAM-D 17項目:14点以上)を呈する者には、その後、2週目、4週目、8週目、12週目にHAM-DおよびBDI

を施行し、抑うつ症状の変化や治療効果の確認を行った。

結果

1. 初診時におけるAUDITスコアの比較

AUDITスコア12点をカットオフ値とし、12点未満をアルコール問題飲酒の少ない者、12点以上をアルコール問題飲酒のある者として基準を設け、抑うつ群とアルコール群を比較した。その結果、アルコール群では95%(55名/58名)がAUDITスコア12点以上を示しており、さらにその平均値も25.8±8.5点と高値であったことから、アルコール群では問題が重篤化してから病院受診に至るケースが多いことが考えられた。一方、抑うつ群においては20%(13名/64名)にアルコール問題が認められており、抑うつ症状を主訴とした場合でも、その背後にはアルコールの問題が潜んでいることが示唆された。(図1)

2. 初診時におけるHAM-Dスコアの比較

初診時におけるHAM-D(17項目)スコアの比較では、抑うつ群では16.4±6.9点、アルコール群では14.2±7.6点であり、両群間に有意な差は認められなかった($t(116) = 1.624, p = 0.11$) (図2)。さらに、抑うつ群では63%が中等症以上の抑うつ症状を示していたが、ア

表1. 検査者の内訳

	抑うつ群	アルコール群	p
n	64	58	
(male/female)	(37/27)	(39/19)	0.28
age	44.8±14.2	45.9±12.4	0.64
AUDIT	6.2±8.6	25.8±8.5	
HAM-D	16.4±6.9	14.2±7.6	0.11
BDI	19.0±10.0	18.2±12.7	0.71

(筆者作成)

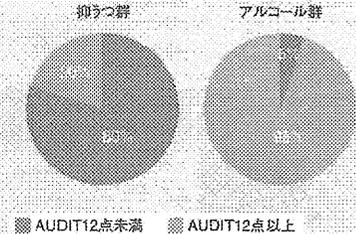


図1. 初診時におけるAUDITスコアによる問題飲酒の割合 (筆者作成)

アルコール群においても50%が中等症以上の抑うつ症状を示しており、アルコールの問題を主訴として受診した場合でも、その半数に中等症以上の抑うつ症状が認められることが示唆された。

自記式のBDIスコアにおいても同様の結果が得られており、抑うつ群のBDIスコア (19.0±10.0点) とアルコール群のBDIスコア (18.2±7.2点) に有意な差は認められず (t (107) =0.376, p=0.71)、中等症以上の抑うつ症状 (BDIスコア20点以上) を示す者は、両群ともに43%であった。

これらの結果から、抑うつ症状とアルコールの問題の関連性はきわめて高いことが見出しされ、一方の問題が表面化した際には、その背後にはもう一方の問題も存在する可能性が高いことが示唆された。

3. アカンプロサートを使用し、12週間継続調査した対象の比較

初診時検査において、HAM-Dスコアが14点以上かつAUDITスコアが12点未満だった者を非問題飲酒群、12点以上の者を問題飲酒群として新たな群分けをした。さらに、問題飲酒群のなかでアカンプロサートを継続使用した者をアカンプロサート群、継続使用していない者を非アカンプロサート群とし、非問題飲酒群、アカンプロサート群、非アカンプロサート群の3群でHAM-Dスコアの比較を行った (図2)。

調査開始以降の1日の平均飲酒量の推移については、非問題飲酒群においては初診時より飲酒量が少なく、継続調査中も著変なく経過していた。アカンプロサート群および非アカンプロサート群においては初診時の飲酒量は大量飲酒の基準とされる60gを上回っていたものの、2週目以降はともに低減されていた。

HAM-Dスコアの推移

各週のHAM-DスコアをKruskal-Wallis検定を用いて比較したところ、初診時におけるHAM-Dスコアに有意な差は認められず ($\chi^2=1.68, df=2, p=0.43$)、3群とも2週目からHAM-Dスコアの改善が認められていた。 (図3)

アカンプロサート群においては、8週目、12週目において寛解域 (7点以下) に至っており、非問題飲酒群よりも低い結果となっていた。一方、

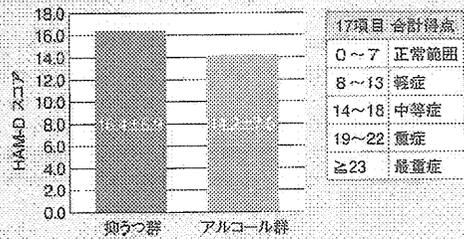


図2. 初診時のHAM-Dスコアの平均値 (筆者作成)

表2. 被験者の内訳

Table with 5 columns: Variable, Non-problem drinking group, Problem drinking group (Acamprosate and Non-acamprosate), and p-value. Rows include n (male/female), age, AUDIT, HAM-D at baseline, and 1-day average alcohol consumption.

(筆者作成)

非アカンプロサート群においては、飲酒量が低減されていたにもかかわらず、12週目において初めて中等症域 (14点以上) を下回って軽症域 (8点~13点) に達しており、非問題飲酒群やアカンプロサート群が2週目で軽症域に達したのと比べて、治療反応性が遅延していることがうかがわれた。

考察

抑うつ症状とアルコールの問題には相互に関連があるが、来院時には主訴とする症状だけに注意が向き、どちらか一方の症状のみ訴えるケースが多いため、その背後にある問題が見落とされがちである。本研究においては、抑うつ症状を訴えて受診した者のうち、20%の患者にアルコールの問題飲酒が認められ、アルコールの問題を訴えて受診した者では50%が中等症以上の抑うつ症状を有することが示されていた。これらのなかには、初診時の飲酒歴に関する問診の際、不眠やストレスの解消の為に飲酒を行い、徐々に飲酒量や頻度が増加して、慢性的な大量飲酒に至る者が多く認められた。このことは、抑うつ症状のセルフメディケーションの為にアルコールを使用していることを示唆していると考えられた。アル

コールを抗不安薬や睡眠薬代わりに使うことは、抑うつ症状の悪化やアルコール関連障害を引き起こす原因にも成り得る。飲酒状況や抑うつ気分に関する聞き取りは、その後の治療経過に影響を与えるきわめて重要な要素であると考えられる。

うつ病のなかには、十分な抗うつ薬を用いて治療を行っても十分な効果が得られない治療抵抗性うつ病が1~3割ほど存在するとされている。その原因は多様であり、他の精神疾患との併存が主な原因とされているが、アルコールによる影響もきわめて大きいと考えられる。

これまでに我々は、うつ病とアルコール依存症が併存する場合、抗うつ薬の薬効が減弱しており、十分量 (イミプラミン換算で75mgまたは150mg以上) の抗うつ薬を使用しているにもかかわらず、うつ病とアルコール依存症を併存した群ではうつ病群よりも治療反応性が低下することを報告してきた^{7,8)}。本研究の3群比較における、12週目時点での各群の抗うつ薬使用量 (イミプラミン換算) は、非問題飲酒群では251.6mg、非アカンプロサート群は75.7mg、アカンプロサート群では21.9mgであった。非問題飲酒群と非アカンプロサート群は先行研究と同様の経過を辿っていたが、アカンプロサート群において

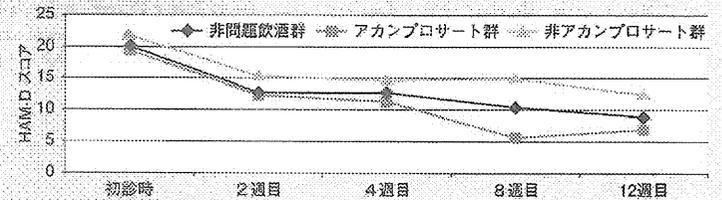


図3. HAM-Dスコアの推移

(筆者作成)

は、少量の抗うつ薬にもかかわらずHAM-Dスコアが寛解域に達していた。アカンプロサートはNMDA受容体およびmGlu5受容体に作用することから、抗うつ薬としての作用や睡眠障害の改善に効果があるとの報告もなされており⁹⁾¹⁰⁾、本結果におけるアカンプロサート群の改善は、先行研究が示すようにアカンプロサートが抗うつ

薬様の作用を示していた可能性もあると考えられる。ただし、抑うつ症状が改善した要因はアカンプロサートの効果のみではなく、他のさまざまな要因も関連していると考えられる。また、症例数もまだ少数であるため、今後、症例数を増やし、さらなる検討を加えていく予定である。

..... 文 献

- 1) 尾崎米厚：わが国の成人の飲酒行動に関する全国調査2013年；2003年，2008年全国調査との比較。WHO世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究，平成25年度総括研究報告書：19-28，2013
- 2) 厚生労働省：平成23年患者調査（傷病分類編）。（<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/10syoutubyo/dl/h23syobyoyo.pdf>）
- 3) 橋本恵理，齋藤利和：アルコール依存症と気分障害。精神誌 112：780-786，2010
- 4) 松本俊彦，小林椋児，今村扶美，他：うつ病性障害患者における問題飲酒の併存率；文献的対照群を用いた検討。精神医 54：29-37，2012
- 5) Fortney JC, Booth BM, Curran GM : Do patients with alcohol dependence use more services? A comparative analysis with other chronic disorders. Alcohol Clin Exp Res 23 : 127-133, 1999
- 6) Sullivan LE, Fiellin DA, O'Connor PG : The prevalence and impact of alcohol problems in major depression ; a systematic review. Am J Med 118 : 330-341, 2005
- 7) 石川央弥，橋本恵理，田山真矢，齋藤利和：問題飲酒を併発したうつ病性障害の治療反応性について。日アルコール・薬物医学会誌 48 : 282-292, 2013
- 8) Hashimoto E, Tayama M, Ishikawa H, et al : Influence of comorbid alcohol use disorder on treatment response of depressive patients. J Neural Transm 122 : 301-306, 2015
- 9) Pałucha-Poniewiera A, Pilc A : Involvement of mGlu5 and NMDA receptors in the antidepressant-like effect of acamprosate in the tail suspension test. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 39 : 102-106, 2012
- 10) Perney P, Leher P, Mason BJ : Sleep disturbance in alcoholism ; proposal of a simple measurement, and results from a 24-week randomized controlled study of alcohol-dependent patients assessing acamprosate efficacy. Alcohol Alcohol 47 : 133-139, 2012

アルコール依存症治療の

歴史を振り返る



齋藤 利和
精神科医 石橋病院 元院長

◆ アルコール依存症患者を病院から解放する
 「苦気の至り」で飛び込んだアルコール治療

私は1973年に札幌医科大学を卒業後、大学の医局には入局せずに、北海道で最も古い民間の精神病院である小樽市の特定医療法人北仁会石橋病院（現、いしばし病院）に就職し、主にアルコール依存症の治療に取り組んだ。なぜ、当時どこの病院でも厄介者であったアルコール依存症患者にかかわり始めたのかというと、それは私が酒飲みの家系に生まれたことが関係している。父母は酒を人生の友としてきた人であり、姉や弟もいけるくち、私も酒にめっぽう強かった。アルコール依存症患者の長期収容は、1970年に大熊一夫氏がアルコール依存症を襲って精神病院に潜入して記した朝日新聞連載の「ルポ精神病棟」により明るみに出され、当時、大きな反響を呼んでいた。学生時代に実習で訪れた精神病院でも、アルコール依存症患者は治療という治療もされぬまま3年や5年、人によっては10年以上も病院に閉じ込められていた。酒飲みに対して親和性の高かった私は、「アルコール依存症患者を病院から解放すべきだ。それこそが精神科医を志す自分の役目だ」と信じ込んでしまったのである。

しかし、実際に石橋病院で働き始め、これが「苦気の至り」であったことを思い返すのに3ヵ月とかからなかった。なぜならば、彼らは単なる大酒飲みではなく、酒のために家族の幸せも、子どもの将来も、仕事の誇りも何もかもを売り渡してしまう、いわば心が壊れた状態にあり、彼らをただ解放することは飲酒の機会を与えることに過ぎなかったのだ。しかし、患者が容易に再飲酒に至っていた原因はアルコール依存症に対して医療が無力であったことが大きい。当時、アルコール依存症患者に行われていた治療といえば、幻覚・妄想に対する治療を

行った後は、週に1回、形ばかりの回診をするだけであった。彼らは回復への治療プロセスも示されないうまま病院に閉じ込められ、「刑期が決まっている用務所より悪い」処遇にさらされているという深い不信と絶望のなかにいた。これでは外泊の度に飲酒をすることも理解できないわけではなかった。さて、どうするか。何もかも手探りのアルコール依存症患者との付き合いが始まった。

◆ 病院スタッフからの反響、地域からの抵抗

アルコール依存症の治療体制の構築へ向け、まずは断酒会に出席して当事者の声に耳を傾けた。断酒後の彼らの人格的な飛躍には驚かされ、回復したアルコール依存症患者の姿に励まされた。同様の手法で院内でも集団療法を始めようと思若自治会「石橋病院潮新生活会」を発足し、同時に各個人の情報収集のために個人面談を開始した。そうして精力的に動き始めた私を待っていたのは、病院スタッフからの猛烈な反発と、家族や地域社会からの困惑と抵抗であった。

当時のアルコール依存症患者は、外出や外泊といえばお目こぼしで飲酒を許可されたことと同義と捉えていた。ある日、外出した入院患者が酒を飲んで酔っ払って帰ってきて、女子病棟の当直をしていた看護師にセクハラまがいの行為をせはたらくという事件を起こし、看護師十数名から、先生がこのような危険な治療を続けるならば自分たちは辞職するという旨の連判状を叩きつけられた。また、退院したアルコール依存症患者が家庭内や飲食店で暴力行為に及び、警察の世話になることもあった。地域では、私は治ってもいないアル中を退院させるとんでもない医者だという噂が広まった。現在では考えられないうが、警察から署長名でアルコール依存症患者に外出や外泊をさせないようにとの要請状をもらったほどである。

福祉事務所や保健所からの紹介患者もばったりと途絶えた。さすがにこれは大変だと思い、「こうした取り組みはやめるべきか」と院長に相談にいくと、「10～20名程度の紹介がなくなっても病院が潰れることはないよ」と笑い飛ばしてくれた。院長のこの寛容な一言がなければ、今の私はなかったと思っている。

アルコール依存症治療の歴史を振り返る

◆ スタッフにも双方向の視点が必須

各所からの抵抗で手詰まりとなった私は、単身で国立アルコール症センター久里浜病院（現、久里浜医療センター）の河野裕明先生のところへ教養を請いに行った。先生の書かれた論文を参考にアルコール依存症治療を始めたが看護師の意識が低くてどうにもならないと訴える24歳の若造に、河野先生は「君は精神療法を誰に向けて行っている？」と尋ねられた。そして、「患者さんに決まっているじゃないですか」という私に、「君はやっぱり若いなあ！ 僕は大半は看護師に向けて精神療法をやっているんだよ」と教えてくださった。目からうろこが落ちる思いであった。医師のやり方をスタッフは当然理解しているべきという考えは思いがりであったということとを私はその一言で悟った。医師1人でできることには限界があり、また、患者のニーズを一職種が満たすことは到底できない。しかし各職種には良くも悪くも独自の考えと背景がある。自分の理想の医療があり、やりたいことがあるならば、スタッフを一から教育し、わかってもらうまで粘ること、相互理解のためには相手の立場に立って考えることが重要であるということを見事に一言で教えてくださったのである。

病院に帰った私は早速、看護師と勉強会や症例検討会を始めた。アルコール依存症患者の抱える問題や回復過程は個々さまざまであることから、特に症例検討会をできる限り多く開いて患者の情報を共有し、治療方針の理解と統一を図る努力をした。また病棟の看護師は、素行が悪く、嘘をついたりだましたりする入院中のアルコール依存症患者ばかりを見ており、退院後の姿を目にする機会が少ないことから、スタッフを断酒会に連れて行った。効果はできめんで、自助グループで退院者の前向きな活動が生き生きと感じられることに励まされ、自然と治療に精熱を持つようになっていった。そうして患者から「あなたのおかげで飲まずにいられた」と言われると、自分の治療的なかわりにより患者が回復していく実感が得られ、この当事者との双方向の触れ合いが治療者に活力を与えてくれた。

生活体験を通しての社会性の再獲得を支援

アルコール依存症において症状の改善は治療全体からみると踏踏に過ぎず、回復の核心は、「生活体験を通しての社会性の再獲得」にある。患者がしらふの生活で直面するあらゆる問題の解決を支援することを治療の基本として、院内におけるリハビリテーションシステムを構築していった。自治会や集団療法でみずからの体験を語り、他者の体験を聴く援助をすること、行軍で体力を落とさず仲間意識を高めること、食事をつくり、ともに食べて生活スキルの向上とコミュニケーションを図ることなどは有効であった。

断酒は押し付けになってしまおうと全く意味がなく、自己決定なしではいつまでも自らの問題と向き合うことはできない。患者自治会の活動のなかでさまざまな問題と向き合わせ、繰り返される自己決定のなかで回復への希望が形成されると思われる。したがって、患者が事件・事故を起こしたときこそチャンスであった。そこを切り口にしてスタッフ全体で治療上の問題に向き合うことができる。例えば、飲酒して帰院した患者がいたときには、たとえ夜中であっても、自治会メンバー全員を参加させてミーティングを開いた。患者と試行錯誤を繰り返しながら、こうした生活の視点や自己決定の試みを治療に取り入れてきた。

回復の総合的な援助のために
地域ネットワークを構築

アルコール依存症は、断酒の決意だけで回復できるわけではない。退院後は一定期間、ほぼ毎週自助グループに参加してもらい、人間関係の回復や不安や抑うつなどの精神症状の推移などを観察し、生活の基盤が整ってから就職を考えるべきである。しかし当時の福祉の担当者は意識が低く、断酒よりも就労を重要と考え、退院者に「就労さえすれば少々の飲酒は構わない」と伝え、患者が再び飲酒をして再入院となったケースもあった。アルコールは身近なものであり、誰もが持論を語ってしまうが、アルコール依存症患者やその家族の援助にかかわる、保健・福祉の行政機関の職員、医療機関の医師、看護

師、臨床心理士、ソーシャルワーカーなどが地域のアルコール依存症患者をどう支えるかという共通のコンセンサスを持っていなければ、病院内で奮闘していてもすべてが無駄になってしまう。そのために地域で勉強会や症例検討会を行う必要があると考え、小樽市の精神衛生協会の下部組織としてアルコール専門部会を立ち上げた。自助グループとして小樽酒会を発足し、有機的に連携する立体的な地域ネットワークを構築していった。

こうして石橋病院で濃密な6年間を過ごし、1979年に神経精神医学教室に入局して臨床の場を大学に移した。

大学へ振り戻り研究の道へ
そして再びアルコール依存症の世界に

石橋病院で2年過ごしたころから、自分の技術や考え方が偏っているのではないかと不安があった。学生時代から精神病院に度々実習に行っていたことで石橋病院に赴任したその日から外来診療は難なくできたが、一度、大学に戻ってスタンダードな精神医療を身に着けたという思いがあった。神経精神医学講座は教授選後の混乱のさなかであったことから、精神薬理学教室の大学院で学ぶことになった。しかし、石橋病院でダイナミックな医療に携わっていた日々からの大きな転染に馴染めず、3ヵ月で体重が2kgも減った。そしてついには大学院に週に2~3日しか顔を出さず、週4~5日は石橋病院で診療をするというとてもない大学院生となってしまった。

学問に目覚めたのは1982年にイリノイ大学シカゴ校へ訪問講師として留学してからであった。帰国後も研究にのめり込み、それまでは1本も書き上げたことのなかった英語の論文を次々と海外の雑誌へ投稿した。うつ病・アルコール依存症の薬理学的な研究をした。後に教授となつてからは胎児性アルコール症候群の治療法開発をめざし神経再生のプロジェクトに力を入れた。一方で学生や大学院生を指導する立場になったことで、アルコール医療をメインの仕事とすることからは身を引くかたちになった。1986年に札幌医科大学保健医療学部臨床作業療法学講座の教授となり、1998年に同医学部神経精神医学講座の教授に就任、大学の要職につくようになると、会議に

次ぐ会議で管理業務が増えていった。研究は面白かったが、患者と人間的に深くかかわる臨床を懐かしかった。

2014年3月、定年退職と同時に医療法人北仁会に就職。6月、同法人の幹メンタルクリニックが札幌市に開院するとともに院長に就任した。患者の「生活全般にわたるお手伝い」ができるように、それぞれ得意分野の異なる精神科医と看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士、事務職員がチームとして連携し、クリニックでありながらデイケアとしてミーティングや料理教室などの多彩なプログラムを提供している。現在、私の新患の8割がアルコール依存症患者という環境で改めて精力的に依存症の診療に携わっている。診療を担当する日には平均約40人の診療を行い、併設する精神医学研究所では札幌医科大学とも連携しながら臨床研究に取り組んでいる。日本精神神経学会の会合や国際学会での講演など大学時代よりも忙しくらいの日々であるが、臨床現場での生活はやはりやり甲斐に満ち、充実している。

アルコール依存症治療の今後の展望

アルコール依存症治療における今後の重要な問題はうつ病との関連である。当クリニックでも、アルコール問題を主訴に来院した患者の54%に中等症以上の抑うつがみられ、抑うつを主訴に来院された患者の20%にアルコール問題がみられた。うつ病や不安障害の裏面にアルコール問題が隠れていることは多く、特に抗うつ薬を十分量投与しても改善のない患者ではその可能性が高いため、これに気付いて飲酒量を軽減しなければうつ病や不安障害からの回復が困難になる。

もう一つ、近年の大きな動きとして2013年に公表された米国精神医学会の精神障害の診断と統計マニュアル第5版(DSM-5)によるアルコール使用障害の診断閾値の低下があげられる。DSM-5に従うと、おそらく数百万人のアルコール使用障害者が新たに発生することになる。この改訂が示す意味を考えると、アルコール依存症者が生活に破綻をきたす前に介入し重症化を防ぐ目的、そしてアルコール依存症者は多くの精神障害および身体障害を併存していることから、これを進行させない目的があ

るものと思われる。また、診断閾値の低下とともに増加する軽症例に対しては、断酒ではなく飲酒量の低減という戦略をとることができることが示されてきた。節酒については、どのような対象に適用するかという基準が必要になるが、私は独自に3つの基準を決めている。1つ目は社会生活がまがりなりにも維持されていること、2つ目は臓器障害が重篤でないこと、3つ目は酒を愛していることである。「酒を愛している」というのはつまり、ただ酔うために酒であれば何でもよいという飲み方ではなく、焼酎は薩摩焼酎でなくてはいけないといったこだわりがあるかどうかだ。この3つの条件を満たす患者は断酒ではなく飲酒量の低減で乗り切れると考えているが、今後は飲酒量低減の正式な基準が提示される必要があるだろう。加えて、現在、認知行動療法や家族教育などさまざまなアプローチが実践されているが、これらの手法を患者の回復のためにどのように総合的に組み立てて役立てるべきかを示すことが今後の課題と考えられる。

失敗を恐れるな
失敗を経て回復してこそ真のプロである

若い医療者には「失敗を恐れるな」ということを伝えたい。私は若い頃に大失敗を犯している。アルコール依存症の治療を始めた当初、臆断せずに家でぶらぶらしているから飲酒してしまうのだと考え、就職の援助に奔走し、退院後すぐに就職させてその全員が再飲酒をしてしまったのだ。そのときの自分には、患者に対する愛情、何とかしてやりたいという熱い思いがあったが、ただその方法が間違っていた。一般的に、治療者が患者に入れ込んでしまう共依存は問題であるとき、共依存に陥らない医療者がよい医療者といわれている。しかし私は、患者を思いすぎるあまり一度は共依存の状態に陥ってしまうような人のほうがよい医療者になるのではないかと考えている。そこから治療者自身が回復していくプロセスが重要であり、それこそが真のプロになる道だと思う。「患者さんに対する興味と愛情、情熱があれば間違ってもよい。そこから回復していく勇気をもて」というのが、40年アルコール医療に携わってきた私からのメッセージである。

特集

依存症の新しい展開

物質依存の世界*

齋藤利和**

Key Words : alcoholism, substance dependence, substance abuse, substance use disorder, addiction

依存概念の歴史

摂取すると酩酊などの快反応が得られるために連用されたり乱用されやすく、ついにはその薬物に心がとらわれる状態、すなわち依存状態を呈する薬物は精神作用物質と呼ばれる。世界保健機関(WHO)の精神および行動の障害、臨床記述と診断ガイドライン(ICD-10)の精神作用物質による精神および行動の障害(F10-F19)では精神作用物質をアルコール、アヘン類、大麻、鎮静薬または催眠薬、コカイン、カフェインを含むその他の精神刺激薬、幻覚薬、タバコ<喫煙>、揮発性溶剤に分類している¹⁾。本稿では依存概念については代表的な精神作用物質であるアルコールを軸に述べたい。アルコールは嗜好品として長い歴史を持ち、長期の過剰飲酒による障害の記載は紀元前からある。酩酊に伴う逸脱行動と、繰り返され習慣化する飲酒にかかわる障害とを、はじめて明確に区別して記述したのはストア学派に属するローマの哲学者セネカとされる²⁾。彼はその著書の中で、「酔っぱらい」という言葉には2つの意味があり、1つはワインを飲んで自分自身をコントロールできなくなった人間のことで、もう1つは酔うことが習慣になりその習

慣の奴隷となった人間のことである」と述べている。後者はアルコール依存症概念の萌芽とみることができる。飲酒関連の症状をはじめて医学の対象として記載したのはBenjamin Rushである³⁾。Rushは急性の異常な酩酊と過量飲酒による慢性的な心身の異常を区別し、両者ともに「疾病」と見なしている。慢性の大量飲酒により引き起こされる身体症状については、黄疸、糖尿病、てんかん、痛風など、また精神症状として記憶障害や理解力の低下を記載した。

慢性アルコール中毒の用語をはじめて記載したのはスウェーデン、ストックホルム大学の内科学教授Magnuss Hussである⁴⁾。彼は慢性飲酒者の神経系の症状に注目した。「これらの諸徴候はあまりにも特徴的に結びついているから、これを一つの限定された疾患として取り出し、記述するのが便利である」と述べている。Hussが特徴的であると考えた神経症状がどこまでを指すのか、必ずしも明瞭ではないが、少なくとも不安、自殺企図、絶望感、まどまどとした悪夢と幻覚、てんかん発作、下肢先端から始まる跛行感と知覚障害、それに記憶障害を中心とした得意な痴呆像などが含まれると考えられる。一方Hussは振戦せん妄と酩酊を「急性アルコール中毒」とし慢性アルコール中毒の概念から除外している。つまり、長年の過剰飲酒の結果としての情動障害や痴呆などの精神症状と末梢神経障害やけいれんなどの神経症状がさらなる飲酒に

* Substance dependence.

** Toshikazu SAITO, M.D., Ph.D.: 医療法人北仁会幹メンタルクリニック [〒064-0820 北海道札幌市中央区大通西20丁目2-20 EXCEL S1ビル5階] ; Psychiatry Institute, Hokujinkai Corporation, Sapporo, Hokkaido 064-0820, JAPAN

よって慢性進行性に増悪していく病態がHussの1849年に記載された「慢性アルコール中毒」の概念であるといえる。Hussの記述は3年後独訳されドイツの精神医学者に少なからぬ影響を与えることになる。慢性アルコール中毒の用語はフスが最初に提示した概念からしだいに意味が拡散し、ドイツとアメリカでは異なった意味で使用されるようになり混乱を招いた。わが国でも、この用語により直感的に表現することができる飲酒に関連した病態は多岐にわたったため、混乱を招いた。内科医であったHussの目を引かなかったアルコール依存症状態を精神科医は無視することができず、記述と治療の対象とし、その成果を慢性アルコール中毒という用語に付加していったが故の混乱であったと思われる。

アルコール依存症が現在のように明確に定義されたのは近年になってからのことである。1975年、WHOは、それまで使用されてきた慢性アルコール中毒という概念が拡大されあいまいになっているために、今さら「慢性アルコール中毒」に新たな概念規定を与えても徒勞に終わるであろうとの懸念から、慢性アルコール中毒という用語を放棄することを決定した。2年後にEdwardsらの編集による最終報告書では、「アルコール依存症候群」という疾患概念を、広がりすぎた「慢性アルコール中毒」から抽出した。一方、アルコールに起因する身体的・精神的・社会的障害に対しては、「アルコール関連障害」という用語を与えている³⁾。

この疾患概念は、現在多く使用されている米国精神医学会の物質依存の診断基準(DSM-IV)⁶⁾や世界保健機構の依存症候群に関する診断基準(ICD-10)に大きな影響を与えており、アルコール依存症候群(WHO, 1977)の疾患概念が現在の主要な診断基準の柱になっていると言っても言いつぎではないであろう。アルコール依存症候群は、依存症候を飲酒行動の変化、主観的状態の変化、精神生物学的状態の変化にまとめている。飲酒行動の変化、主観的状態の変化は精神依存徴候であり、精神生物学的状態の変化は身体依存徴候(離脱症状の出現、離脱症状軽減のための飲酒)と耐性よりなっている。本症候群の特徴として、依存の中心に精神依存が置かれて

おり、その記載に多くを費やしていることである。ICD-10、DSM-IVの診断基準においてもこの流れを受けて、精神依存が診られない者は依存と診断できない。

わが国における依存の実態

1. アルコール依存の実態

厚生労働省の研究班の推計によればICD-10を基に算出した2012年日本人口における推計数は109万人、現在アルコール依存症の基準に当てはまる人の推計数は58万人と報告されている⁷⁾。同じ頃に実施された厚生省の推計患者総数では医療を受けているアルコール依存症患者は約4万人であり、患者推計数に比べて大きな隔りがある。アルコール依存症は破壊的で、しばしば家庭生活や社会生活が破綻し、治療は困難を極めることが常識となっている。しかし、推計されたアルコール依存症者数と実際の患者数との大きな差は、生活の破綻が深刻でなくとも、ICD-10診断基準で診断できるアルコール依存症者は存在することを意味している。換言すれば、アルコール依存症者の多くはわが国では、診断・治療から取り残されていることを意味している。

2. アルコール依存の精神障害併存症

前述した治療から取り残された患者を治療に結びつけることは、重症のアルコール依存症を予防する視点だけではなく併存率の高い不安障害やうつ病の重症化や自殺を防ぐ観点からも必要と思われる⁸⁾。すなわち、アルコール依存症者に他の精神障害の合併が多いことは臨床現場では広く知られている。諸外国の報告でもアルコール依存症にかなりの割合でうつ病が見つかる。最近のわれわれの調査⁹⁾でも抑うつや不安を訴えて来院する人の22%にアルコール問題(アルコール使用障害尺度: AUDIT 12点以上)が見つかると、アルコール依存症の55%にうつ状態(ハミルトンうつ病尺度: HAM-D 14点以上)みられる。つまり、うつ病や不安障害の後ろ側にアルコール問題が隠れていることが多い⁹⁾。さて、近年社会問題となっている、自殺者の増加の観点からいえばうつ病とアルコール使用障害との合併は一種自殺リスクを高めることが懸念される。

自殺既遂者の心理的剖検によれば、その約3分

の1強はうつ病を中心とする気分障害であるが、一方、アルコール使用障害をはじめとする物質関連障害も約4分の1弱を占め、自殺との深い関連が指摘されている。わが国では自殺の原因疾患としてのアルコール依存症に対する関心は高いとはいえないが、しかし、報告によってはアルコール依存症者がうつ病よりも自殺の危険性が高いとされている。すなわち、アルコール依存症者では自殺のリスクは6倍になり、また、専門医療機関に入院したアルコール依存症者の約20%が過去に希死念慮を抱き、8~9%が自殺未遂の経験があると報告されている。これらのことはアルコール依存に至らないアルコール使用障害も見逃してはならない重要な問題といえる。

DSM-5での依存概念の放棄

最近出版されたDSM-5における新たなアルコール使用障害の概念¹⁰⁾は、長くアルコール関連問題の中心であった「依存」の診断概念を放棄し、依存に乱用の診断をも包含する形で新たな「アルコール使用障害」の診断概念を提起している。この新たな診断概念は、日本の現場で「アルコール症」の用語が1980年頃から使われ始め現在では広く使われるようになった現実とも通じるものがあるかもしれない。すなわち、実際の臨床ではアルコール関連の社会的問題に対処しなければならないことも少なくなく、社会・教育的な対策が実施されるときも医療的な援助が求められることは多い。現実的にはICD-10のように乱用概念を簡単に捨てられない悩みと混乱があった。1977年のWHOの依存概念の提唱は広がった物質使用関連の問題から依存概念を抽出したことにその意義があった。

DSM-5のアルコールを含む物質使用障害の概念は方向性としては逆であり、診断閾値を著しく下げるものである。この一見「先祖がえり」とも思えるDSM-5の物質使用障害概念は臨床のなかでは依存概念では取れきれない範囲を医療が扱わざるを得ないことを意味しているのかもしれない。しかしながら、米回流のこのあまりにもプラグマティックな用語は依存概念を成立させてきた精神薬理学的知見、特に行動薬理学的知

見が取り入れられていないきらいがあり、今後、薬理学的・臨床薬理学的な知見の積み重ねがさらに必要に思える。

薬物依存

覚醒剤等の非合法薬物はかつては暴力団関係者である「売人」によって荒られていた。しかし、ここ数年の特徴としては路上で不特定多数を相手に非合法薬物が販売されていることであり、その乱用は広く低年齢層までに及んでいる。非合法薬物の取り締まりを強化しても薬物乱用者や依存症者が減少せず、注射器の使い回しによるエイズ感染者の増加という二次的な問題にも悩まされている先進諸国と比べればわが国の非合法薬物の乱用・依存症者の数は少ない。しかしながら、いったん蔓延が始まると非合法薬物の取り締まりが意味をなさないほど乱用・依存症者の数は爆発的な増加をみる。このため、特定の場所での非合法薬物の使用を黙認せざるを得なくなったり(いわゆる「住み分け」である)、エイズの蔓延を防ぐためにディスポーザブルの注射器を無料配布せざるを得なくなっているヨーロッパ先進諸国の現状を考えると楽観はできないと思われる。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では2年に1度薬物使用についての全国住民調査を行っている¹¹⁾。その2013年度の結果では喫煙は生涯経験率、1年経験率ともに10歳、20歳台での経年的減少傾向が顕著であったとしている。一方、違法薬物では2013年度調査での生涯経験率は有機溶剤1.9%、大麻1.1%、覚せい剤0.5%、MDMAで0.3%、危険ドラッグ(脱法ドラッグ)0.7%であった。経年的視点からはほとんどの薬物で「横ばい」傾向を示す中で唯一大麻だけが漸増傾向を示したと報告されている。生涯経験率では有機溶剤が大麻を上回っているが有機溶剤の生涯経験率は「過去の経験」であり、現在最も乱用されている薬物は大麻であると報告されている。2015年度の報告書(2013年の結果)でははじめて危険ドラッグ(脱法ドラッグ)が登場した。危険ドラッグ乱用経験者の75%には大麻の乱用経験が認められ、50%には有機溶剤乱用経験、33.3%には覚せい剤の乱用経験が認められるとしている。和田らによれ

ば「捕まる薬物」から「捕まらない薬物」への流れ¹²⁾が認められるとしている。当局の規制強化とともに「捕まらない薬物」の範囲は急速に狭まっているが、危険ドラッグの薬効とその危険性についての知識の周知率は高くなく、増加傾向を見せている大麻乱用ともあわせて啓発活動、教育活動が重要と思われる。

文 献

- 1) World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders, Clinical Description and Diagnostic Guidelines. Geneva : WHO ; 1992.
- 2) Caddy G. Alcohol use and abuse : Historical perspective and present trends. In : Tabakoff B, Stuker P, Randall C, editors. Medical and Social Aspects of Alcohol Abuse. New York : Plenum Press ; 1983. pp. 1-30.
- 3) Rush B. An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind. In : Levine JD, Weiss RH, editors. The Dynamics and Treatment of Alcoholism. New York : Aronson ; 1994. pp. 11-27.
- 4) Jellinek E. Classics of the alcohol literature, Magnuss Huss, Alcoholismus chronicus. Quat J Stud Alcohol 1943 ; 4 : 85.
- 5) Edwards G, Gross M, Keller M, et al. Alcohol-Related Disabilities. Geneva : WHO Offset Publication ; 1977.
- 6) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC : APA ; 1992.
- 7) 尾崎米厚. わが国の成人の飲酒行動に関する全国調査2013年 2003年, 2008年全国調査との比較. 厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)WHO世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究(研究代表者 樋口 進), 平成25年度分担研究報告書. 2014.
- 8) 齋藤利和. アルコール関連障害と自殺. 科学的根拠に基づく自殺予防総合対策推進コンソーシアム準備会. News Letter 2015 ; 3 : 1.
- 9) 橋本恵理, 齋藤利和. アルコール依存症と気分障害. 精神誌 2010 ; 12 : 780.
- 10) Substance-related and addictive disorders. In : American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. Washington, DC : APA ; 2013. pp. 481-589.
- 11) 和田 清, 邱 冬梅, 嶋根卓也. 飲酒・喫煙・くすりの使用についてのアンケート調査(2013年)平成25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)分担研究報告書. 2014. pp. 17-94.
- 12) 和田 清, 松田正彦. 我が国の薬物乱用・依存の最近の動向—特に「既法ドラッグ」問題について—. 臨床精神医学 2013 ; 42 : 1069.

* * *

「その後の不自由」を生き延びる

大嶋栄子

(注1)基本法に基づき、国は現在関係者及び

識者による三つのワーキンググループを作り、基本計画を策定中である。詳細は内閣府 <http://www8.cao.go.jp/alcopol/> を参照。

(注2)薬物事件を起した受刑者を対象に、刑の執行を一部猶予し早期の社会復帰を促すために、「薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部執行猶予制度」が二〇一三年六月に公布され、三年以内に実施されることが決まった。詳細は <http://law.e-gov.go.jp/announce/H25H0050.html> を参照。

はじめに

二〇一〇年に上岡陽江さんとの共著である『その後の不自由』を上梓してから、五年が経過した。アルコールや薬物といった気分を変える物質へのアディクション（嗜癖）をめぐる状況は、少しずつ変わり始めている。二〇一三年一月には「アルコール健康障害対策基本法」が制定され、日本はようやくアルコールがもたらす負の側面に向き合おうとし始めている（注1）。また覚せい剤に関しては使用と所持で服役していた人の刑期を一部猶予し、社会内での処遇を通じて再犯防止に努めようとする法律が、いよいよ具体的に実施されようとしている（注2）。しかし何にせよ、何かにコ

ントロールを失い生活が破綻する状態を、個人の問題という文脈に帰納させる基本的なスタンスに、大きな変化はないように思う。飲酒運転によるひき逃げが報道されれば加害者は当然「とんでもない奴」でやり玉に挙げられ、女性刑務所に覚せい剤の使用および所持で何度も服役する人は「懲りない人」で、「人生が終わってる」と蔑まれる。とんでもなく、どうしようもないことである。とんでもなく、世の中的には自分に関係のないこととして片付けられる。『その後の不自由』で描きたかったのは、そのとんでもなく、どうしようもない行動の背景に多くの暴力被害があり、その痛みから逃れる自己治療的選択としてのアディクション（嗜癖）があったという「もう一つの物語」

だった。本稿では、その後彼らがアディクション（嗜癮）を手放して「今も続く不自由」を、どのように生きようとしているか、その回復のプロセスについて述べてみたい。

NPO法人リカバリーの実践から

私は二〇〇二年から、様々な被害体験を背景に持ち、かつ精神疾患や障がいを抱える女性を支援するNPOを主宰している。開設当初と比べ利用者の年齢はどんどん低下する傾向にあり、アディクション（嗜癮）の対象も物質から自傷やインターネットなどへと多様化している。命の危険を心配するような激しい薬物使用は影を潜めたが、アディクション（嗜癮）から離れると、抑うつ感や意欲低下が続き、変化への動機付けが低いというのが特徴である。支援に対して従順だが、受動的であり他人任せ、何に対しても期待するといったことは少なく、自分の内側から希望を紡ぎだせない印象がある。

彼女たちがグループホームを利用する場合、入居当初は「場の安全性」を最優先とし、「丁寧な

暮らし」をできるように励まし、支えるのが中心である。具体的には衣・食・住、つまり(1)季節にあつた服装をする（身体感覚の過敏さまたは鈍感さゆえに、季節や外気温とマッチングしない服装となりがちである）、(2)提供される食事をきちんと食べる（そのためには朝起きて夜は眠る、日中活動が適度に行われ「お腹がすく」という実感が前提となる）、(3)自分の居室や共有スペースを整える（ゴミが捨てられず溜め込み、洗濯物が散乱するといった汚い部屋か、物の整理整頓に特別なこだわりがある部屋といった極端な傾向がある）、という「当たり前の暮らし」とは何かをスタッフ自らも実践し、入居者に示すことをおこなっている。

また法人では日中活動の場として就労継続支援B型（非雇用型）事業所を運営、プレ就労の場として住宅街にカフェを開いている。私たちの目的は、利用者の生活、あるいは人生（Life）に、彼女たちが働くことをどう位置づけていくかを利用者が主体的に考え、プログラムに参加し様々な体験をし、また社会のなかで起こっていることを



上岡陽江、大嶋栄子著
『その後の不自由—嵐の
あとを生きる人たち』
(医学書院 二〇一〇
年)

知らせ、結びつけるなかで、最終的に自分が社会に参加する形(障害非開示での一般就労、障害開示での一般就労あるいは就労継続支援A型への就労、障害非開示でのアルバイト就労、有償ボランティア活動など形は様々)を選んでいくことである。そして暮らしのなかに仕事だけがあるのではない、それ以外の場合がどんな形で作れるのかも重要だと考えている。「それいゆ」から送り出した後も、利用者同士が緩やかにつながり、あるいは節目にスタッフと現在の課題に関してフォローアップの支援を受けることで、生活全体の安定と充実が見られるよう息の長い支援を続けている。

暮らしの場であるグループホームと、日中活動から外の社会へつながる場所である就労継続支援事業所は、それぞれに支援の目的と目標を携えている。スタッフはその場で起こる出来事を理解し判断しながら利用者の支援にあたるが、切れ目のない一貫したものとなっているかが重要である。また法人はジェンダーの視点から現象を理解することに力を入れている。「個人的なことは政治的なこと」というフェミニズムのスローガンは、こ

の社会で女性がさらされる多くの不平等が、一見個人的な出来事として片付けられるがそうではないことを示している。利用者の多くが体験した暴力被害もその一つだが、彼女たちが二度とそうした経験をしないためには、自分たちに保証されている権利について学ぶことなど、従来の支援ではあまり重視されてこなかった面にも目を向ける必要がある。生活を支えるとは実に多面的かつ複合的な視点が必要とする。

回復のキーワードは「身体」と「親密圏」

法人を立ち上げて以来、私は特に女性嗜癖者の回復過程について研究をおこなってきた。博士論文として研究成果をまとめたが、フィールドワークやインタビュー調査の分析、法人における実践の記録などから、回復するとはアディクション(嗜癖)が止まることとイコールではないことがわかった。自分が生きていることを肯定的に捉えるために必要な、「身体」へのまなざしが生まれること(自分の身体を感じるものが起点となる)、「身体」を手当てし、「身体」を受け容れていくこと

(注3) 斎藤純一
(二〇〇三)「第九章
親密圏と安全性の政
治」 斎藤純一編
『親密圏のポリテイ
クス』ナカニシヤ出
版 二二一一―二三六

など、「なかったこと」になっていた自分の「身体」を取り戻していくプロセスに注目する。もう一つのキーワードは「親密圏」という耳慣れない概念である。政治思想・政治倫理の研究者である斎藤によれば、親密圏とは「具体的な他者の命／生命―特にその不安や困難―に対する関心／配慮を媒体とする、ある程度持続的な関係を示すもの」と定義される(注3)。アディクション(嗜癖)を手放す際には、「酔い」という形で感じないようにしてきた様々な痛みが再現される。その苦しさ、怖さを抱えながら生きるためには、「人のなか」にいることが重要となる。一人ではおそらくこうした苦しみに押し潰され、結果として再度「酔い」のなかに戻ってしまう。斎藤は社会から排除された居場所を失いかけた人たちが自発的に集まりながらも、その場から退出の自由が保障された空間に宿る、他者へのまなざしや関心がその人の生を支えるとして、これを従来の家族とは切り離す形で「親密圏」と呼んだのだが、アディクション(嗜癖)からの回復過程には多くの親密圏が存在する。回復の初期には、ダルク(DARC)やマック(M

AC)といった当事者主体で運営される社会復帰支援施設があり、シラフでは生きづらいその後も、AAやNAなどの自助グループにはその人の居場所が用意されている。そして回復が進むにつれて、治療や援助とは無縁の場で出会う新しい関係性が、彼らにとつての「親密圏」となっていく。そのような関係性の広がり、深さは、人に傷つけられてきた彼らにとつて未知の領域であり、それ自体が大変危険なものに感じられる。従って回復はこうした複数の親密圏を渡り歩き、あるいは行きつ戻りつつしながら、親密圏の捉え方や作り方が変化していくことによつて捉えられる。

年々、支援の期間が長くなっている。戻るべき社会には、安全性が保障され、柔軟で風通しの良い親密圏が乏しいと、彼女たちが察知していると思えないことが多い。希望が自身の中から紡げないという彼女たちの現実を前に、「それでも希望を」というための前向きさは、援助者にも多くのつながりがあり、支えがあることの中からしか生まれないと考えている。

(おおしま・えいこ NPO法人リカバリー代表)

事例4 薬物依存・乱用・食行動異常

一症状の意味を捉え、多職種チームで支える一

AUDIT | BMI | 自己治療仮説

ケースの概要

28歳女性。3人姉妹の次女で、姉や妹と容姿や学校の成績で比較されることが多い幼少期を過ごす。両親ともに公務員で多忙なため、姉妹の身の回りの世話は母方祖母が担っていた。

中学校時代、親友だと思っていた人が首謀者となる陰湿ないじめに苦しみ、人間関係に対して不安が強くなる。東京の大学へ進学するが、都会での生活に戸惑う。一足先に大学生となっていた姉が美しく変身していくことに羨望を覚えて、ダイエットを開始した。半年で10キロ以上体重が減少し、生理が止まる。拒食から一転し過食嘔吐が始まり、同時にアルコールと市販の睡眠剤を併用するなどが続くため大学にはほとんど行かず、20歳で中退し実家へ戻る。朝から飲酒し、冷蔵庫や買い置きの食材を食べ尽くす。母親に叱責されると逆上して2階の自室から飛び降り、リストカットするなどして家族を混乱させた。

21歳時、睡眠薬による朦朧状態で自動車事故を起こし外科に入院となる。その後精神科病院へ転院し、24歳までに3回入院した。状況は好転せず、母親の探した依存症者の社会復帰施設に入所となる。施設では適応的に振る舞う一方で、入所者同士の関係が作れず次第に孤立していたところ、些細な入所者の言葉に反応し、果物ナイフを向けたことで強制退所となった。

母親から一緒に暮らせないと拒絶され、本人は生活

保護を受給しながら単身生活を開始。半年ほど経過して筆者が主宰する社会復帰施設（通所施設）の利用を希望し、本人が一人で来所した。「食べ吐きも、アルコールや薬のまとめ飲みもしたくない。でも気持ちがいじめられると同じことの繰り返し。母親からも拒絶されて辛い。どうしたらいいかわからない」とのことだった。一人していると時間を過ごせない、することがないと食べ吐きと飲酒で終わることから通所が始まった。

見立て

アルコール依存症に関してはAUDITで16点。摂食障害に関しては大量過食と自己誘発性嘔吐、利尿剤と下剤の乱用が見られ、BMI=17であった。精神科病院では境界性パーソナリティ障害、アルコール依存症とその程度診断名が違ったというが、本人は人から嫌われる不安が一番辛いという。手首から腕にかけて多数のリストカット痕があるほか、衝動的な飛び降りなど自傷行為の経過を確認した。

援助開始にあたって、本人は摂食行動に関して主治医に指示されたことができなかつたし、そういう自分がかかりされるのが怖くて事実を伝えられないと話した。また身体的な不調も気になるが、現実を知る怖さがあるという。そこで筆者が連携してきた女性の精神科医と内科医で摂食障害の治療に協力してくれる女医の二人で双方に情報交換してもらい、筆者から二人の主治医に本人の生活や援助の経過を伝え処置方針を協議することとした。

自傷行為や依存症の症状は、本人にとってどのような意味をもつのか。筆者は自己治療仮説に基づきながら、まず生活全体を丁寧に観察し、本人の語りを否定せずに聞

AUDIT

アルコール依存症のスクリーニングテストとして用いられている。Core AUDITと呼ばれる10項目が使われることが多く、過去1年間の飲酒に関する質問に答えて、答えについている数字の合計を出す。日本で行われた研究では12点以上を問題飲酒、15点以上を依存症とするとされている。

BMI(ボディマス指数)

ボディマス指数とは、体重と身長の関係から算出される人の肥満度を指す。体重を身長の二乗で除した値が17.5以下を摂食障害の鑑別点としている。

自己治療仮説

カンツィアンとアルバニーズによって唱えられた理論。物質への依存や嗜癖的行動が繰り返されるのは、それが心理的な痛みを軽減し取り去る効果があるため、本人にとって「自己治療的」な意味がある。またどの物質に効果があるかを本人は試し、その経験の中から選択していると述べる。そのため依存や嗜癖行動を止めるだけでなく、生活における個別ニーズに対して包括的援助が必要だとしている。

き取ることから始めた。

援助の経過

筆者が代表を務めるNPO法人は、2か所のグループホームと通所施設を運営する。さまざまな被害体験を契機として精神疾患や生活障害を抱える女性を援助の対象としている。通所施設は週5日開設しており、午前と午後90分のグループワークを行うほか、個別面接や就労支援に力を入れている。

通所開始後、間もなく飲酒が止まる。しかし摂食行動は悪化し、スーパー内の徘徊が続いた。通所開始半年で職業準備訓練を通してOA事務を学び、疾病を非開示でアルバイト就労を開始。頑張っている自分でないと評価できないし、評価されないはずだと頑なさが目立つ。しかし不安が強く、頻回に施設に電話をしてきては確認を繰り返していた。仕事を中心の生活になったため、施設利用をいったん終了とした。二人の主治医の診察は不定期ながら継続した。

援助開始から9か月経過したある日、本人が万引きにて逮捕されると警察より電話が入る。スーパーでは度重なる万引きをモニターにて確認していたところであったという。本人の希望で身元を引き受ける。仕事が覚えられない、何度も同じ間違いをしてこのままでは首になるのではないかと怖かったと泣きじゃくる。今までのことが無駄なのではない、何を整理する必要があるのか再考するために、生活全体を見直す提案をおこなう。アルバイトは辞め、施設の利用を再開するにあたり条件を提示した。第一に、生活環境を変えてグループホーム（マンションタイプ・独立生活型）に入所し、同時に通所施設に通

いながら生活を見直すと共に、摂食行動に関して定期的な面接を受けること。第二に、自分の気分や体調に焦点を当てて、それを素直に表現する練習をすること。第三に、スタッフからの提案には最初から無理だと否定せずに取り組むこととし、本人がこれを受け容れて援助は新しいステージに入った。

2週間ごとの面接では、その間の摂食行動を日誌形式で時系列に書き留めつつ、出来事と気分をメモするという「食事日記」を作り持参してもらった。本人の過食行動の背景にあったのは強い「不安」であった。面接では過食行動を変えるのではなく、症状の意味や位置づけについて本人が向きあい、気づいていくことを目的とした。

両親は本人が小学生の時に数年間別居しているが、さらにその数年前から家庭内で会話がない状況が続いていた。家のなかでボツンと取り残されたような気分で寂しかったこと、姉は友達と遊びに出かけ、妹は祖母が保育園に迎えに行き祖母宅で夕飯までの時間を過ごすのが常だったために、自分は家族の誰からも忘れられた存在のように感じていたという。さらにその孤立感を決定的にしたのは、別居の際に母親に自分と一緒に来るのかと聞かれて、一瞬父親はどうなるのかと戸惑った本人に、母親から「あなたはお父さんにそっくりだから」と言われたことだった。それ以来、いつか自分は見捨てられるのではないかという気持ちが頭から離れなくなったと話した。

この家族の記憶に関しては、精神科医との診察に引き継がれた。話すことで感情が激しく波立ち怒りが露わになるために、そのことでまた周囲に八つ当たりして孤立する怯えが出て、本人にとって辛い時期であった。しかし、自助グループで同年代の仲間ができたことも本人を支えた。筆者の援助は、面接から具体的な暮らしの援助

へとシフトした。またこの時期に内科での検査および栄養に関するレクチャーを内科医がおこない、食べることの意味づけを変化させる取り組みを始めた。

援助開始から3年経過し、課題であった部屋の片付けをおこなった。溜め込んだものを捨てるという作業を通じ、自分にとって何が必要なか、自分の身の丈に合った暮らしとは何かを自覚していった。過食嘔吐は続いたが、それにかかる時間もエネルギーも援助開始時と比べ大きく減った。そのことで本人は再度就労へ向かう気持ちとなり、援助開始4年目で軽作業の仕事に就きながら、自助グループではさまざまな役割を担うようになり安定してきたため援助を終了とした。それ以降は仕事における対人関係で不安が強まったとき、あるいは生活保護を辞退する時期についてなど、具体的な相談のテーマが浮上した場合にフォローアップ面接を実施した。

考察

過度な飲酒や過食嘔吐、リストカットなどはどれも健康に影響を与え、周囲を困惑させる。そのため症状の一つ一つをなんとか止めさせようとするのが先に立ち、本人に結果の重大さを突きつけて「わからせようとする」援助が行われがちである。しかし本人も援助者の前では十分に反省し、むしろ同じことを繰り返してしまう自分に嫌悪感さえ感じている。それなのに事態はなかなか変化しないのである。

膠着した状態が長く続く事例の場合には、心理的苦痛への自己治療としての症状という捉えが重要である。この事例では他者評価による自己肯定を勝ち取る原動力として、また等身大の自分は否定されるはずという不安の緩和として、飲酒や過食嘔吐が必要だったと言える。これを手放す気持ちを醸成しつつ、具体的な行動を取れたときには必ずそれを賞賛す

ることが重要である。

この事例では、二人の主治医が本人の症状の語りに付き合う一方で、ソーシャルワーカーである筆者が、生活に現れる不安や怖れに対して具体的な援助を行った。本人は3人とのそれぞれの関係性において時間をかけながら、どのような自分であってもそのままのままでいてよいと感じられるようになるとともに、症状は消失するか小さくなった。同時にそれまでは優劣が気になり素直になれなかった施設の他の利用者、自助グループの仲間との関係も変化していった。

事例を通じて見立てを共有し、援助者同士でそれぞれの役割を担えるような関係性を育むことは、援助者が孤立し事例との膠着した関係に突入することを避ける。お互いの専門性を尊重すると同時に、風通しのよい連携とは何かを考え実践することが、地域において困難な事例を支える場合には必須と言える。

(大嶋栄子)

参考文献

- 上岡陽江・大嶋栄子(2010)『その後の不自由——嵐のあとを生きる人たち』医学書院。
 水島広子(2010)『摂食障害の不安に向き合う——対人関係療法によるアプローチ』岩崎学術出版社。
 カンツィアン, E.J., アルバニーズ, M.J.(著) 松本俊彦(訳)(2013)『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。
 『特集 境界性パーソナリティ障害(BPD)の新しい理解と援助のあり方』『精神科治療学』26(9) 星和書店。

