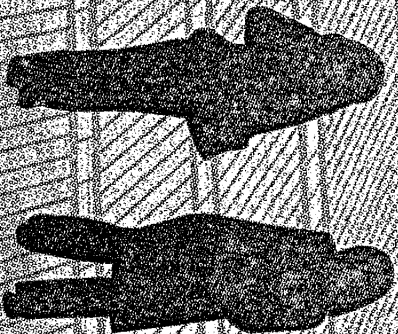


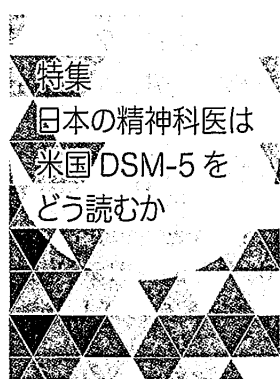


日本の精神科医は 米国DSM-5を どう読むか

臨床精神医学

第43巻増刊号(2014)

編集：「臨床精神医学」編集委員会



〈各論〉米国DSM-5における精神疾患

物質関連障害および嗜癮性障害群

松本 俊彦*

KEY WORDS

物質依存 (substance dependence), 物質乱用 (substance abuse), 物質使用障害 (substance use disorder), 嗜癮性障害 (addictive disorder), DSM-5

抄録: DSM-5の物質関連障害セクションには2つの重大な変更がなされた。1つは、物質使用障害の下位カテゴリーであった、「依存」および「乱用」という区別が消失し、「使用障害」に一本化されたことである。もう1つは、セクション名が「物質関連障害および嗜癮性障害群」となり、「嗜癮」という用語が採用され、ギャンブル障害という嗜癮行動が含まれたことである。本稿では、DSM-5の物質関連障害および嗜癮性障害群セクションにおける、DSM-IV-TRからの変更点を明らかにし、わが国で物質関連障害臨床に従事する立場から見た意義と課題を整理した。

1 DSM-5における重要な変更点

DSM-5では、これまで「物質関連障害」と一括されていたセクションに2つの重大な変更がなされた。1つは、物質使用障害の下位カテゴリーであった、「依存」および「乱用」という区別が消失し、「使用障害」に一本化されたことである。

もう1つの重要な変更点は、セクション名が「物質関連障害および嗜癮性障害群 Substance Related and Addictive Disorders」となり、「嗜癮」という用語が採用されたことである。実は、DSM-5ドラフトの段階では、「嗜癮およびその関連障害 Addiction and the Related Disorders」という、「嗜癮」という用語をかなり強く前面に押し出していたが、パブリックコメントを受け

て現在の名称へと修正がはかられた経緯がある。

いずれにしても、この「嗜癮」という用語には物質依存と類似した性質を持つ行動障害が含意されている。DSM-5においてはひとまず、これまでは病的ギャンブリングと呼ばれていた病態を、「ギャンブル障害 Gambling disorder」という名称でこのセクションに含めることとなった。

以下に、この2つの重大な変更点について詳述する。

1. 使用障害 Use Disorder

DSM-5では、物質使用障害の下位カテゴリーであった、「依存」および「乱用」という相互排除的な区別が消失し、「使用障害」に一本化された。

Substance related and addictive disorders

* MATSUMOTO Toshihiko 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 [〒187-8551 東京都小平市小川東町 4-1-1]

確かに従来のDSM-IV-TRにおける依存・乱用は、それぞれに着眼点が異なっており、概念として未成熟の部分があった。すなわち、依存が身体依存に力点を置いた医学的概念であるのに対し、乱用は文化や社会規範、法令によって規定される社会学的概念である。DSM-5では、こうした依存と乱用との質的な不連続性をなくすために、診断に際しての身体依存の優位性を減じるとともに、乱用診断における社会規範に依拠する項目が削除された。診断に際しては、DSM-IV-TRでは採用されなかった「渴望」が重視されている。

DSM-5の物質使用障害の診断基準は、DSM-IV-TRの物質依存と物質乱用の診断基準を合わせて作られている(表1)。診断が成立するための条件として、DSM-IV-TRでは、物質依存が7項目中3項目以上、物質乱用が4項目中1項目以上必要であったのに対して、DSM-5では11項目中(幻覚薬と吸入剤では離脱の項目がないため10項目)わずか2項目以上で診断が成立し、その意味では診断閾値し低下したといっている。

要するに、DSM-5における「物質使用障害」の診断概念は、乱用と依存という2つの異なる概念を統一することで、これまで医学的治療の対象とみなされなかった段階から連続的に医学的問題として把握し、介入がなされる可能性を高めたといえる。

2. ギャンブル障害 Gambling Disorder

すでに述べたように、DSM-5では、従来の物質関連障害にあたるセクション名が「物質関連障害および嗜癖性障害群」となり、「嗜癖」という用語が採用された。この「嗜癖」という用語には、物質依存と類似した性質を持つ行動障害が含まれているが、さまざまな嗜癖行動のなかでも、DSM-5では、これまで病的ギャンブリングと呼ばれてきた病態が、ギャンブル障害という名称でこのセクションの診断名として採用された。ギャンブル障害がこのセクションに組み入れられた理由としては、1)ギャンブル障害な

どの行動嗜癖と物質使用障害には症候学的な類似性が明らかであること、2)ギャンブル行動においても、物質と同様に脳内報酬系が活性化されることを示す知見がすでに十分集積されていることが影響している。

ギャンブル障害の診断項目は、耐性(興奮を得るために掛け金が増える)、離脱(やめると落ち着かず、いらいらする)、制御障害(中止や制限の失敗がある)、制御障害(ギャンブルに心を奪われている)、制御障害(つらいときにギャンブルをする)、社会障害(損失を取り戻そうとする)、社会障害(ギャンブルへの没頭を隠すために嘘をつく)、社会障害(社会生活を犠牲にする)、社会障害(ギャンブルによる経済的な破綻を回避するために他人の金を頼る)の9項目から構成されている。

2 そのほかの変更点

1. カフェイン関連障害群 Caffeine-Related Disorders

DSM-5のカフェイン関連障害群では、DSM-IV-TRと同様にカフェイン使用障害は採用されなかった一方で(今後の研究のための病態に記載)、DSM-IV-TRでは検討課題にとどまっていたカフェイン離脱については正式に採用されている。

カフェイン離脱は、カフェインを長期間摂取していた者が、中止もしくは減量した場合に24時間以内に、①頭痛、②著しい倦怠感や眠気、③不快または抑うつ気分、イライラ、④集中困難、⑤インフルエンザ様の症状(吐き気、嘔吐、筋肉の痛みやこわばり)の中で3項目以上が該当する場合に診断される。

2. 大麻関連障害群 Cannabis-Related Disorders

DSM-IV-TRまでは、大麻離脱は検討課題にもあがっていなかったが、DSM-5より、「突然」採用されることになった。その背景には、これまでないとされていた、大麻の離脱に関するエ

表1 DSM-5の物質使用障害(11項目中2項目以上。同じ12カ月以内のどこかで起こる)

項目	DSM-IV-TR依存・ 乱用の基準との関係	内容
1	依存	当初の思惑よりも、摂取量が増えたり、長期間使用する
2	依存	やめようとしたり、制限しようとする努力や、その失敗がある
3	依存	物質に関係した事象(入手、使用、影響からの回復)に多くの時間を費やす
4	新規追加項目	物質使用への渴望や強い欲求がある
5	乱用	物質使用の結果、社会的役割を果たせない
6	乱用	社会・対人関係の問題が生じたり、悪化しているにもかかわらず、使用を続ける
7	依存	物質使用のために、重要な社会的、娯楽活動を放棄または縮小する
8	乱用	身体的に危険な状況下で反復使用する
9	依存	心身に問題が生じたり悪化することを知っていながら、使用を続ける
10	依存	反復使用による効果の減弱、または、使用量の増加
11	依存	中止や減量による離脱症状の出現、または、その回避のために再使用

ビデンスが、近年になって集積されてきたことが関係している。

大麻離脱は、使用中止後1～3日以内に出現し、ピークは1週間以内で、1～2週間持続する。症状は、いろいろ、神経過敏、食欲減退、睡眠障害、抑うつ気分、各種の不快感身体症状(振戦、発汗、頭痛など)などである。大麻離脱の存在は、大麻使用障害の重症度や予後不良に関係する点で重要である。

3. 幻覚薬関連障害群 Hallucinogen-Related Disorders

フェンシクリジン Phencyclidine は、解離性麻酔薬に分類されることから DSM-IV-TR では幻覚薬とは別のカテゴリーに分類されていた。しかし、幻覚薬類似の症状を惹起することから、DSM-5 では幻覚薬と同じカテゴリーに分類されている。

この結果、DSM-5 では、使用障害、中毒、誘発性障害のいずれにおいても、フェンシクリジンとほかの幻覚薬の2種類の診断基準が存在する。一方、幻覚薬持続性知覚障害は、幻覚薬においてのみ用いられる診断基準であり、幻覚薬を使用していない状態でも、幻覚薬使用時に体

験した知覚症状(幻覚など)を追体験するものであり、フラッシュバックに相当するものである。

4. 精神刺激薬関連障害群 Stimulant-Related Disorders

DSM-IV-TR では別々のカテゴリーに分類されていたアンフェタミン型物質 Amphetamine-type substance とコカイン Cocaine は、臨床的特徴の類似性から、DSM-5 では精神刺激薬関連障害群として統合された。DSM-5 の精神刺激薬はアンフェタミン型物質とコカインにとどまらず、類似の薬理学的な特性を持ち、乱用リスクのあるメチルフェニデート Methylphenidate や植物由来のカート Khat も含む。以上の変更は、精神薬理学的観点からは合理的なものといえる。精神刺激薬の使用障害の診断基準は、これまで紹介してきた物質と同様の構造となっている。

5. タバコ関連障害群 Tobacco-Related Disorders

DSM-5 での変更点は2点ある。1つは、ニコチン関連障害からタバコ関連障害に名称が変更になったという点である。ニコチンかタバコかの議論は古くからある。ニコチンを含まないタ

パコは摂取されないことからニコチンに依存性があることは明らかであるが、一方、喫煙という行動が社会的意味を持ち、ニコチンの報酬効果を増強させる、あるいは、燃焼によって生じた多くの化学物質がニコチンの報酬効果を増強させるのも事実である。DSM-5は、後者の視点を重視した診断名を採用したといえる。

もう1つは、DSM-IV-TRのニコチンでは依存の診断基準はあったものの、乱用(社会生活障害)の診断基準は存在しなかったが、DSM-5の使用障害は、DSM-IV-TRの依存と乱用の診断項目を合わせて作られていることから、乱用に相当する社会生活障害が自動的に含まれることになったという点である。

しかし、タバコによる社会生活障害は、文化依存적であるととも、政治によって左右される可能性がある。たとえば、DSM-5のタバコ使用障害では、「タバコ使用の結果、重要な社会的役割を果たせなくなる」、「身体的に危険な状況でタバコを使用する」、「社会的問題がタバコにより生じているにもかかわらず、使用を継続する」の3項目がある。この件について、DSM-5テキストブックの説明は、「タバコによって社会的役割を果たせなくなることはほとんどないものの、喫煙を嫌う者との間で議論になる、あるいは、喫煙を制限される社会的状況を回避するなどの問題は生じる」となっているが、その説明だと、使用障害の診断基準作成にあたって、「乱用診断における社会規範に依拠する項目を削除した」こととの整合性が見つからないという印象は否めない。

6. 物質・医薬品誘発性精神疾患群

Substance/Medication-Induced Mental Disorders

DSM-IV-TRでは、物質の薬理学的影響による精神と行動への影響は、「物質誘発性～障害」といったように、物質関連障害セクションにおける下位診断カテゴリーに組み込まれていた。しかしDSM-5では、物質使用という病因ではなく、物質使用の結果として呈した精神症状に依

じた診断セクションに組み込まれるようになった。たとえば、物質・医薬品誘発性精神病性障害 Substance/Medication-Induced Psychotic Disorderは統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害群 Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disordersの下位診断カテゴリーに、物質・医薬品誘発性双極性障害および関連障害 Substance/Medication-Induced Bipolar and Related Disorderは双極性障害および関連障害群 Bipolar and Related Disordersの下位診断カテゴリーに、そして、物質・医薬品誘発性抑うつ障害 Substance/Medication-Induced Depressive Disorderは抑うつ障害群 Depressive Disordersの下位診断カテゴリーに、それぞれ組み込まれている。

このことが、薬物関連患者に対する忌避的な感情の強いわが国の精神科医療関係者にどのように受け止められるのか、個人的に関心がある。というのも、DSM-IV-TRまでは、わが国において歴史的に最も多い乱用薬物である覚せい剤の場合、急性中毒性精神病はアンフェタミン類誘発性精神病性障害として物質関連障害に分類される一方で、最終使用から1カ月以上を経過しても精神病症状が遷延する場合には統合失調症性障害へと分類カテゴリーを変更する必要があった。そして、物質関連障害と統合失調症性障害のいずれに分類されるかが、治療施設の選択や司法鑑定における刑事責任能力に影響を与えることがあった。しかし、DSM-5では、それが薬理学的な直接的影響であっても、精神病状態を呈すれば、診断としては統合失調症性障害の診断カテゴリーに分類されることになり、今後の精神科医療関係者および司法関係者からの反応が気になるところである。

3 今後の研究のための病態

今後研究を進めて知見を収集することで、将来、正式な診断カテゴリーとして採用される可能性のあるものとしては、以下の3つの診断カ

テゴリーが提唱されている。

1. カフェイン使用障害

カフェイン使用障害という疾病概念を成立させるうえで最も重要な問題点は、臨床的に問題のないカフェイン使用者と、臨床的に問題となるカフェイン使用障害を明確に区別することが難しいということがあげられる。そもそもカフェインでは社会生活障害を起こしにくく、たとえ社会・行動・心理学的な問題が生じているとしても、必ずしもそのすべての原因をカフェインに求めることはできない場合が少なくない。

以上のような理由から、カフェイン使用障害の診断基準案では、ほかの物質よりも診断の閾値を高くしている。同時に、カフェイン使用障害という疾病概念の信頼性や妥当性、および、罹病状況の研究を今後推進する必要性を強調している。

2. インターネット・ゲーム障害

インターネット・ゲーム障害は、インターネットを使用したギャンブル性の高い(賭金の発生する)ゲーム、職業としてのインターネット使用、フェイスブックなどの社会的交流のための使用、ポルノグラフィーなどの性的なサイトの利用などを除外した、インターネット・ゲームを対象としたものである。

DSM-5の作業部会では、240編以上の論文を検討してインターネット・ゲーム障害と物質使用障害やギャンブル障害との間に、耐性、離脱、使用制御の試みの失敗、社会生活障害における共通点を見いだしている⁴⁾。その一方で、今後、現在次々に新しいゲームが開発されているなかで、ゲームの内容や種類によって障害のパターンが変化するのかどうかを明らかにする必要があると指摘されている。

3. 出生前のアルコール曝露に関連した神経行動障害 Neurobehavioral Disorder Associated with Prenatal Alcohol Exposure

この診断カテゴリーは、出生前のアルコール曝露に関連した神経認知、自己制御、適応的機

能の障害を包含するものである。神経認知機能とは、知的機能全般(IQ)、実行機能、学習機能、記憶、視空間推論を含み、自己制御とは、気分や行動の制御、注意力、衝動制御の能力を、さらに適応的機能とは、言語によるコミュニケーション、社会的交流、日常生活技能、運動機能を意味する。これらの障害が幼少時期に出現し、臨床的に重大な障害や苦痛を引き起こす場合、この診断カテゴリーに該当すると考えて、今後横断的・縦断的な研究を重ねていく必要がある。

とはいえ、出生前のアルコール曝露がどの程度であれば神経発達障害を起こすかについては、いまだはっきりとした根拠はない。ただ、DSM-5作成委員会では、大体の目安として軽度の飲酒習慣(1カ月に1～13回の飲酒機会、1回の飲酒で2杯まで)を超えた飲酒を想定しているようである。

4 批判と論争

DSM-5の「物質関連障害および嗜癮性障害群」に対する批判は、もっぱら「依存」と「乱用」を「使用障害」に一本化したことに集中している。そうした批判的意見のなかで最も重要なものは、かつてWHO専門部会の代表として、「依存症(候群)」概念の確立に尽力したEdwardsによるものである。

Edwards¹⁾は、物質関連障害分野の学術誌に、『悪習の邪悪な本質～物質関連障害の歴史から見たDSM-5』という小論を寄せている。彼によれば、それまで「飲酒癖 inebriety」や「アル中/ヤク中 addicts」といった蔑称と呼ばれ、あくまでも不道德に起因し、処罰の対象であった問題が、「依存 dependence」という生理学的異常——「耐性」や「離脱」といった、慢性的な依存性物質の摂取が生体との相互作用によって生み出す「耐性」や「離脱」——を軸にして疾患概念が確立されることで、医学的問題として治療の対象になったのだという。それにもかかわらず、APA

(America Psychiatric Association)はこの「依存」を捨てて、かつての蔑称「addiction (嗜癮)」を採用したわけである。Edwardsは、このことを「歴史的逆行, 退化ではないか」と批判している。

これに対して、DSM-5物質関連障害作業部会の代表者O'Brien³⁾は次のように答えている。「鎮痛剤や β -遮断薬, ある種の抗うつ薬やベンゾジアゼピン系抗不安薬のように、通常の医学的治療のなかで耐性を生じたり、中断によって離脱を引き起こしたりする薬剤は少なくない。こうした耐性や離脱は、中枢作用薬に対する神経適応という正常反応と見なされるべき現象であって、それ単独では病的意義がない。治療を要するかどうかの基準は、身体依存の有無に依拠せず、どのくらいその人が物質使用にとらわれ、逸脱的・不適応的な行動を引き起こしているかである」。

要するに、DSM-5では、物質使用障害の中核的問題は、身体依存の有無ではなく、人の生活が物質にとらわれ、支配される事態であると捉えているわけである。言い換えれば、身体依存(=耐性や離脱)を重視する立場をとるWHOに対して、APAは精神依存(=コントロール喪失、渴望)を重視する立場を採用したといえよう。

5 日本の精神科医の視点から

筆者がわが国の物質関連障害臨床の平均的な精神科医かどうかはわからないが、以下に、わが国でこの領域で臨床に携わる者として、DSM-5のこのセクションに関する感想を述べておく。

筆者自身は、「乱用」と「依存」というカテゴリーをなくし、「使用障害」に一本化したことについては、個人的に高く評価している。なぜなら、「乱用か、依存か」の区別を明確にすることには、治療上の意義は乏しい。コントロール喪失を否認する依存患者は、ともすれば援助者との間でこの診断をめぐる不毛な論争を展開し、その綱引きのようなやりとりが患者を余計に意

固地にさせ、治療中断の原因となっている。

そもそも、実際の臨床場面において、「乱用」と「依存」の区別はしばしば非常に難しい。たとえば覚せい剤やMDMAのように身体依存が目立たない違法薬物の場合、「依存」の基準を満たさなくとも、司法的対応が契機となって治療の対象となることは稀ではない。また、「危険ドラッグ」のように未知の物質を含有する薬物の場合には、援助者側に耐性や退薬症候に関する情報がなく、依存の診断自体が困難である。

もちろん、別の観点からの批判はある。DSM-IV作成タスクフォース責任者Frances²⁾は、乱用と依存が使用障害というカテゴリーで一本化されたことについて、「酒を覚えたての若者から最重度のアルコール依存症者までを同じカテゴリーにひとまとめにしてラベリングしてしまうことが、若者の将来に与える影響が危惧される」と述べている。

しかし筆者は、Francesの指摘には疑問を感じている。たとえば、暴力や虐待、あるいは自傷・自殺の臨床では、依存水準未満のアルコールや向精神薬の不適切な使用は攻撃的・衝動的行動を促進する要因として無視できない。むしろ問題とすべきは、「依存」との対比で「乱用」を軽視し、たとえば、「依存は医学的治療の対象だが、乱用は司法的対応、もしくは自己責任」などと、「介入しないことの弁明」として「乱用」診断を乱用する精神科医は少なくなかったという印象を抱いている。これからはこうした弁明はやりづらくなろう。

とはいえ、懸念がまったくないわけではない。今回、ギャンブル障害がこのカテゴリーに加えられたことについて、筆者はまったく異論がないが、定義の難しいインターネットをめぐる種々の問題、さらに将来的には病的な性的行動や病的な浪費など、問題の境界が不明瞭な行動障害を、安易にこの「物質関連障害および嗜癮性障害群」に追加していくことには慎重でなければならない。できる限りの実証的知見を吟味し、根拠を確認する手続きを怠らず、吟味する

プロセスを求めたい。さもないと、将来、この分野は一種の「通俗精神医学Pop psychiatry」に墮し、物笑いの種になってしまうであろう。

文献

- 1) Edwards G : "The evil genius of the habit" : DSM-5 seen in historical context. J Stud Alcohol Drugs 73 : 699-701, 2012
- 2) Frances A : Opening Pandora's Box : The 19 Worst Suggestions for DSM5. Psychiatric Times. February 11 : 1-10, 2010
- 3) O'Brien CP : Rationale for changes in DSM-5. J Stud Alcohol Drugs 73 : 705, 2012
- 4) Petry NM, O'Brien CP : Internet gaming disorder and the DSM-5. Addiction 108 : 1186-1187, 2013

*

*

*

りんしょうせいしん いがく
臨床精神医学

2014 年(第 43 卷)増刊号

平成 26 年(2014 年) 12 月 28 日発行

定価 **6,480 円**(本体 **6,000 円**+税)(送料 200 円)

年間購読料 49,896 円(税込, 送料弊社負担)

ただし, 特大号(2 冊)・増刊号(1 冊)分を含みます。

企 画 「臨床精神医学」編集委員会

発行所 株式会社アークメディア

〒102-0075 東京都千代田区三番町7-1 朝日三番町プラザ406号

電 話 (03)5 2 1 0 - 0 8 2 1

編集・販売 (03)5 2 1 0 - 0 8 7 1

ファクシミリ (03)5 2 1 0 - 0 8 7 4

振替口座 00160-5-129545

E-mail arc2l@arcmedium.co.jp

ホームページ <http://www.arcmedium.co.jp/>

・本誌に掲載する著作物の複製権, 翻訳・翻案権, 上映権, 譲渡権, 公衆送信権(送信可能化権を含む), 貸与権, 二次的著作物の利用に関する原著作者の権利は, 株式会社アークメディアが保有します。

・**JCOPY** (社) 出版者著作権管理機構 委託出版物)

本誌の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は, そのつど事前に, (社) 出版者著作権管理機構(電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.or.jp) の許諾を得てください。