
総説

アルコール使用障害の理解と回復

奥田正英*

抄録

アルコールによる慢性の精神障害は、依存性の薬物であるアルコールを多量、長期間飲み続け、気付かれないままに病状が進行して悪化する。診断基準のDSM-5では社会性の障害を来すことに重点が置かれアルコール使用障害の診断名がついた。診断基準にはアルコールの耐性と離脱が入っており、耐性には生物学的に遺伝子レベルの構造変化が起きている研究を紹介した。アルコール医療の治療ギャップには、患者本人ばかりでなく、一般科医や精神科医にも受療に繋がりにくい認知のバイアスが一因としてある。患者の依存に係る7つの要因について説明をした。ことに高次大脳機能の障害は多機能が障害されるので、本人にも周りにもアルコールに起因していると気付かれにくい。重複性精神障害として抑うつ性気分障害と認知障害について注意が必要である。アルコール精神障害から回復すると、社会性が回復するばかりでなく、成長にもつながる。最後に治療指針について述べた。

An understanding of alcohol use disorder and of recovery from the disorder

Abstract

Chronic alcoholic mental disturbance is induced latently by consumption of excessive amounts of alcohol over a prolonged period. Major criteria for defining alcohol use disorder (AUD) in DSM-5 are derived from social disturbances. Repeated alcohol consumption results in tolerance. In individuals who can metabolize much larger amounts of alcohol, the withdrawal syndrome is likely to be more severe. The mechanism of tolerance as revealed by studies conducted using drosophila appears to be very complex, involving genetics and genomics of alcohol responses. The treatment gap in AUD is very large and is probably attributable to cognitive bias, in part, of not only patients, but also general physicians and psychiatrists. It would be considered that the reasons of this gap might be derived from major 7 factors, especially those of the impairments of the higher cerebral functions. It is worthy of note that not only the patients themselves, but also others around them often remain unaware of these impairments. The attentions should be paid to comorbid mental disorders such as depressive illness and cognitive impairment. It would be expected that recovery from AUD would promote growing of mind. Finally, guidelines for the diagnosis/treatment of AUD are described.

* 八事病院 依存症相談役
(おくだ まさひで)

キーワード：アルコール使用障害、耐性、治療ギャップ、認知バイアス、回復

はじめに

人類はアルコール alcohol (AL) 飲料の多様な文明と文化も発展させ現在に至っている。しかし、人類の歴史をみると産業革命後ALが大量生産されるようになると医学、経済などの様々な分野でAL関連問題が生まれた。

ALによる慢性の精神障害は、以前意志の弱いだけではない人が飲みすぎるからなると考えられていた。しかし、多量の飲酒をすれば誰でもなる疾患と捉えられ慢性アルコール中毒と言われ、依存性物質のALは、飲酒欲求、コントロールして飲酒ができない、耐性や離脱などの特徴を示すことからアルコール依存症と言われ¹⁾、さらにALによる社会性の障害ととらえるアルコール使用障害 alcohol use disorder (AUD)²⁾と変わってきた。このようにALによる慢性の精神障害は、嗜癖性物質であるALを多量に飲んでいると知らず知らずのうちに依存から依存症という心の病気になる。

依存の生物学的な側面である耐性は、ALをエネルギー源として利用して次第に多量に摂取できるように進化してきたことをショウジョウバエの基礎的な研究を通して紹介する。

また以前著者は、AUDにならないために早期発見・早期治療の介入が必要であることを強調した³⁾。今回はAUD自体が難治性であり、患者、一般科医、それに精神科医に認知のバイアスがかかり、その結果治療ギャップが生じる可能性を考え、治療ギャップを埋める試みも紹介する。私たちは、AUDが難治性であることを理解して、アルコール問題を解決して、回復に向けさらに成長を図る治療目標を持つことが欠かせない。

最後にアルコール問題の臨床的な治療指針についても述べる。

1) アルコールによる慢性の精神障害

ALによる精神障害は、個人の道徳的、性格的な問題から、Hussによる医学的な疾患であるという認識は画期的なものであった¹⁾。また、依存性物質の特徴である、依存物質の効果が切れ

てくると、薬物を再使用せざるを得ない強い欲求を抑えきれなくなり、再使用してしまう依存の悪循環に陥るこのネガティブな強烈な状態は hyperkatefeia⁴⁾と言われ、依存性薬物の大きな特徴になっている。

単なる依存から依存症という病気になると、飲酒量が多量、すなわち1日60グラム以上では、心身に色々な障害を起こす。文字通り、頭からつま先まで色々な疾患が生じるので病気のデパートになるとも言われ、多種多様で深刻な病態に陥るのは、結局脳が心身の状態を正しく認識できなくなることに由来する。私たちは自分の住む環境がゴミ屋敷のような状態になって治療にあたった症例について、AUDが進行すると自分の心身の状態ばかりか、周囲の住環境を清潔・衛生的に維持し管理ができなくなることを報告した⁵⁾。

このように多量のALを長期間に飲み続ければ、次第に非可逆的な変化を心身に引き起こし、普通なら病的な変化を正確に認識して適切な対処ができるのに、知らず知らずに病状の認識ができなくなるのがAL精神障害の特徴である。

図1に示したようにDSM-5のAUDの診断基準とICD-11のアルコール依存症症候群の相違点について簡単にふれたい。ICD-11では依存症の基本である 1) コントロールして飲酒ができないコントロール障害、2) 飲酒中心の生活になり社会性の障害が広汎に起きる項目、3) 生理学的特性である耐性と離脱の3項目に大きく整理され分かりやすくなった。

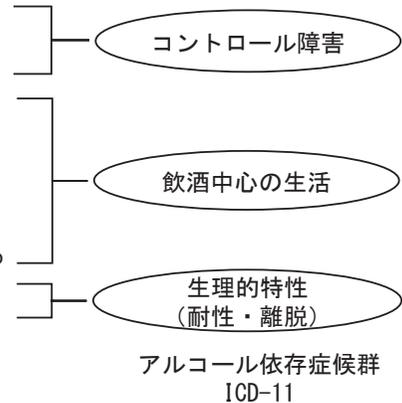
2) アルコールの耐性と離脱

診断基準の中には必ずALに対する耐性と離脱が生物学的な基準に入る(図1)^{2, 6)}。耐性とは、(a) 中毒または期待する効果に達するために、著しく増大した量のALが必要(b) 同じ量のALの持続使用で効果が著しく減弱 である²⁾。また、離脱とは、(a) 特徴的なアルコール離脱症候群(発汗、手指振戦、嘔気・嘔吐、不眠、幻覚、てんかんなど)がある (b) 離脱症状を軽減または回避するためにアルコールを摂取する である。耐性/離脱

図1 アルコール使用障害 Alcohol Use Disorder (AUD) の診断基準

DSM-5²⁾ではアルコールの問題となる使用様式で、臨床的に意味のある障害や苦痛が生じ、以下のうち少なくとも2つが、12カ月以内に起こることが示される。参考にアルコール依存症候群(ICD-11)⁶⁾ではアルコール使用の回復もしくは持続使用により2つ以上が明らかであり、その特徴は一般的に12ヵ月以上続くか、3ヶ月ほぼ毎日飲酒していれば診断しても良い。

- (1) 大量、長期間の飲酒
- (2) 飲酒がコントロールできない
- (3) 飲酒欲求
- (4) 飲酒中心の生活
- (5) 飲酒で社会活動ができない
- (6) 飲酒で社会的な問題が起きていても使用を続ける
- (7) 飲酒で社会的な活動を放棄したり縮小する
- (8) 危険な身体障害が起きていても飲酒が止まらない
- (9) 身体的又は精神的な問題が起きていても飲酒を続ける
- (10) 耐性
- (11) 離脱



ともに2つの項目のうちいずれかが該当すればよい²⁾。ALを多量に飲めなくなる不耐性になればAUDにならないし離脱も起きない。耐性の基礎的な研究をショウジョウバエの遺伝学的な知見から紹介したい。

ヒトとハエの間にはアルコール関連の機能が維持され、ヒトの疾患の75%はハエに相同する遺伝子であると推測され、ショウジョウバエは哺乳類にみられる、エタノールへの耐性を発達させている。2つの独立した細胞内経路があり、1つはカテコールアミンのオクトパミンを必要とする経路で急性の耐性に関与し、もう一つはhangover geneに係わる経路を発達させる慢性の耐性に関与する⁷⁾。また、少量のエタノールでは多動、中等度は協調障害、多量では鎮静化を起し、慢性の投与では耐性、依存、離脱症状、脱抑制、エタノールへの嗜好性を示し、エタノールの嗜好性と耐性の獲得には強い相関がみられる。遺伝子の解析では、学習と記憶、カルシウム活性化カリウムチャンネル、シナプス、概日リズム、インシュリンシグナル、ストレス、自然免疫、脳血液関門など関与する。またアルコールは嗜好性よりも食物としての消費に強く相関していた⁸⁾。

このような基礎的な研究から、ALは食物としてつまりエネルギー源として利用されてきた進化の

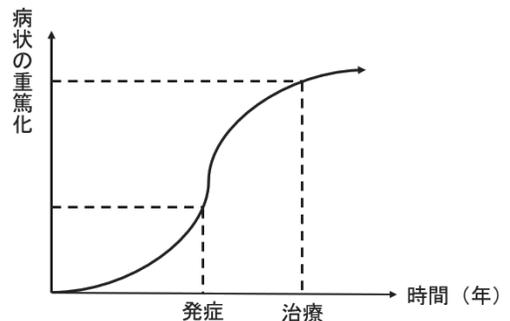
歴史がある。そしてALの耐性は多くの遺伝子が関与する複雑な過程を経ており、ALを不耐性へ繋げる機序が簡単に解明されるのは現時点では難しい。

3) アルコール医療の治療ギャップ

AL医療では、治療ギャップ、すなわち治療を受ける必要があるのに受けていない人の割合が、他の精神疾患と比べてAUDでは92%と高率である⁹⁾。ALによる心身の障害が発症していても、受療にはつながらない(図2)。たとえ一般

図2 アルコール依存症の発症と治療の時間差

アルコール依存症の発症が実際に進行しているが臨床的に治療が開始されない時間差がある。すなわち、発症をしていても一般科医や精神科医をすり抜けて治療に繋がらない、二重のギャップがある。それ故、一般医療から精神科専門医療に繋がるには数年あるいはそれ以上の歳月を要することがある。



科に受診をしても、アルコール専門医療につながるには数年あるいはそれ以上の年月を要する。ここでは、医療側の一般科医と精神科医側の二重のギャップ、さらに患者個人の問題が加わり、三重のギャップがあることを考え、三者にはそれぞれに認知のバイアスが関与する。

A AUD個人の問題(第一の患者のギャップ)

AUD個人の問題は様々あるが、ここでは7つの問題を指摘し、これらが患者の認知のバイアスにつながり、これが第一の患者のギャップになる。

1. “wanting”であり、“liking”ではない。飲酒欲求は、食や性を越える強い欲求“wanting”であり、飲み続けていけば死に至る。花や植物を見たり育てるのが好き、絵画の鑑賞が好き、読書が好きという“liking”のレベルではなく、飲酒欲求はより強い渴望“wanting”であると考えられ、それぞれ別個の神経経路が考えられている¹⁰⁾。
2. 恒常性の動的適応能(Allostasis)を越える。前述のようにALへの耐性の結果、次第に毒物であるアルコールが多量-大量摂取できるように体が適応を起こす。Koob⁴⁾によれば、動的な平衡ポイントが次第に復元する限度を超えてしまい正常の平衡状態には戻らない破綻を来すと考えられている。
3. 高次大脳機能の障害を起こす¹¹⁾。詳細は省くが以下のような障害が神経心理学的に起きる。a)記憶は、言語・非言語記憶、視覚記憶、短期記憶、エピソード記憶、作業記憶が多少とも障害される。b)実行機能は、作業記憶、問題解決能力、干渉への感受性が障害され、語流暢性や意思決定能力も低下する。c)感情及び心理社会的能力は、表情や声から感情的な意味合いを受け止めることに障害を来し、否定的な刺激に異常に反応する(例えば恐怖、悲しさ、怒り、脅威などを過大評価する)。失感情症もアルコール使用量との相関が言われている。d)視空間認知能力は、意識及び無意識下で視覚認知、視空間認知および視覚構成能力が障害される。視空間認知能力をバウムテストとRey-Osterrieth複雑図形で実施した結果を図3に示す。バウムテストは「実のなる木を1本描いてください」と指示して描いてもらう簡単なテストであるが、図3-1の左の描画では夏みかんの木とはみられないし、右の描画では勝手にリンゴとナシをミックスしている。また、図3-2ではRey-Osterrieth複雑図形の遅延再生を示すが、模写すべき図形から3分後の遅延再生では省略化された図形になり、記憶障害ばかりか視覚構成の障害がみられる。e)精神運動能力は、アルコール消費量、罹病期間、年齢、性差が反応時間、姿勢、歩行、運動、会話、眼球運動の障害に関連する。f)作業効率が低下する。
4. 社会性の障害を起こす。以前に述べたように³⁾、個人の体の問題ばかりでなく、会社や家庭にも問題が発生しても飲酒がやめられないばかりか、喧嘩や暴力さらに飲酒運転による交通事故など重大な社会的な問題に繋がる。さらに人生の3つの課題¹²⁾である仕事、交友、愛の3つが共に破綻をする。
5. 小児期逆境体験(ACE: Adverse Childhood Experiences)が多い。アルコール依存症ではACEを平均3.5個経験していると言われ¹³⁾、一般人口での調査とはかけ離れて多い体験である¹⁴⁾。逆境体験が多いと対人関係で過度に緊張をしまい、相手への気遣いや不信があり自分の感情を素直に表出ができないなど対人関係の障害に大きく関与する。
6. 身体障害、精神障害、依存症が同一個人に合併しており、かつ、それぞれに重複性障害が起きる。身体障害については胃腸障害ばかりでなく肝障害、さらに貧血や高尿酸血症や高中性脂肪血症などを合併している。精神障害では他の精神障害の重複や鑑別が重要であり(図4)、ことにうつ病(図5)や認知障害(図6)の合併には注意が必要であろう。さらに他の依存症の併発も多い。多重嗜癖(cross addiction)(図7)が良くみられ、飲酒と喫煙、ギャンブルや恋愛/買い物依存などいくつも合併をする。それだけ依

図3 視空間認知能力の障害

図3-1 バウムテスト

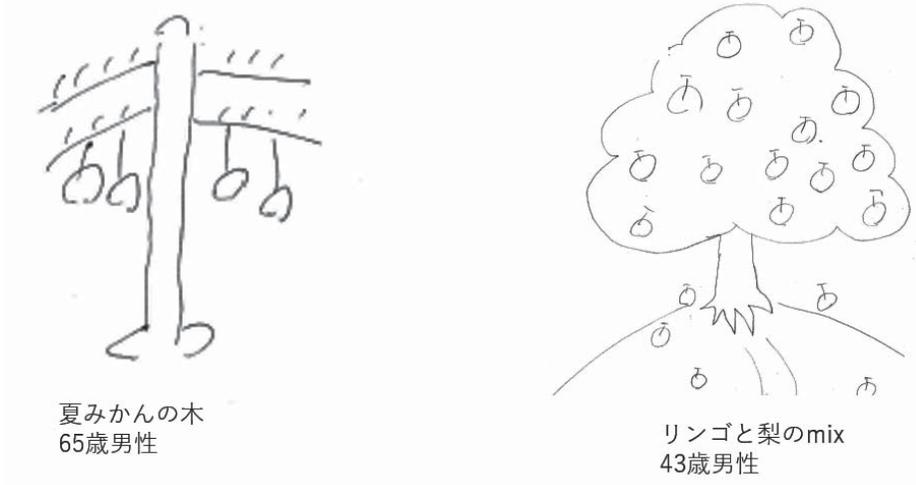
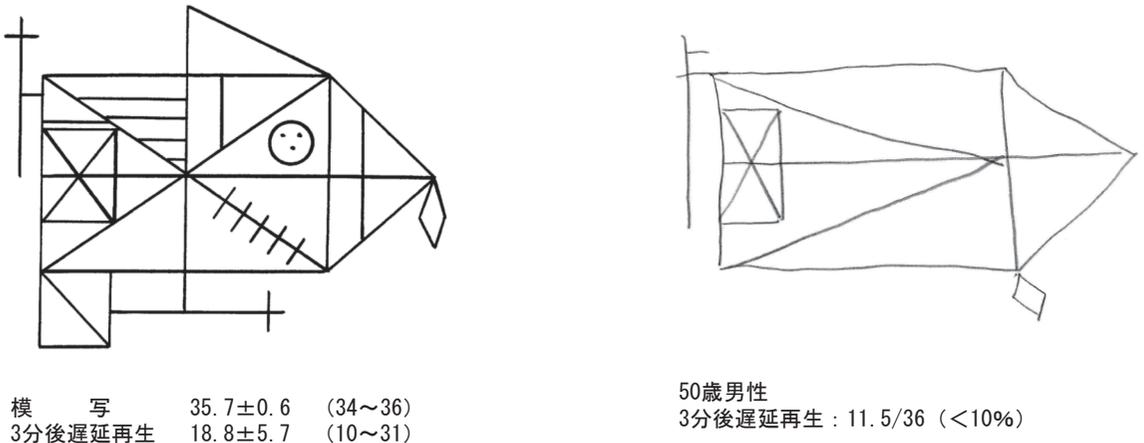


図3-2 Rey-Osterrieth複雑図形検査



模写 35.7±0.6 (34~36)
3分後遅延再生 18.8±5.7 (10~31)

50歳男性
3分後遅延再生 : 11.5/36 (<10%)

図4 精神障害の重複と鑑別

意識障害では最低でも一週間、認知障害の鑑別には一か月間、断酒をしないと正確な診断は難しい。

- 1) うつ病 : 抑うつ性気分障害あるいはアルコール誘発性障害
- 2) 認知障害 : 健忘症候群 あるいは 認知症
- 3) 意識障害 : アルコール離脱せん妄 あるいは せん妄を来す疾患
- 4) 不安性障害 : 不安を紛らわすために飲酒 あるいは 離脱
- 5) 統合失調症 : アルコール性精神病性障害 あるいは 統合失調症の急性増悪
- 6) 発達障害 : 自閉症スペクトラム障害や注意欠陥・多動障害 (ADHD) の合併 など

図5 アルコール使用障害とうつ病の合併と鑑別

アルコールによって誘発されるうつ病は多量飲酒を長期間続けると惹き起こされ、またアルコール誘発性障害の離脱状態にもうつ状態が起こる。逆にうつ病で抑うつ気分や不眠を飲酒によって紛らわせているとAUDになる。また両疾患にはストレスに対する対処法、性格、遺伝因など共通して要因も指摘されている。

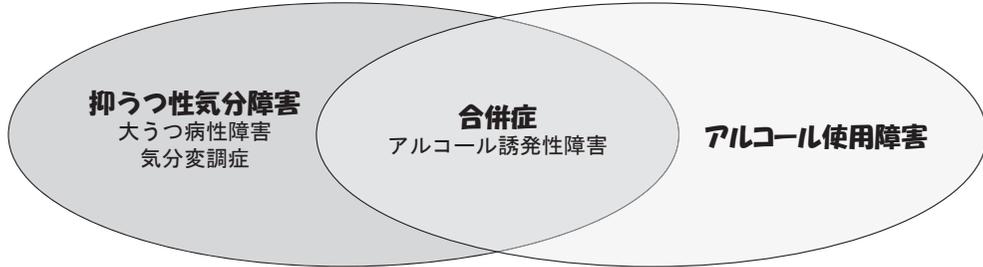


図6 アルコール問題がある認知障害

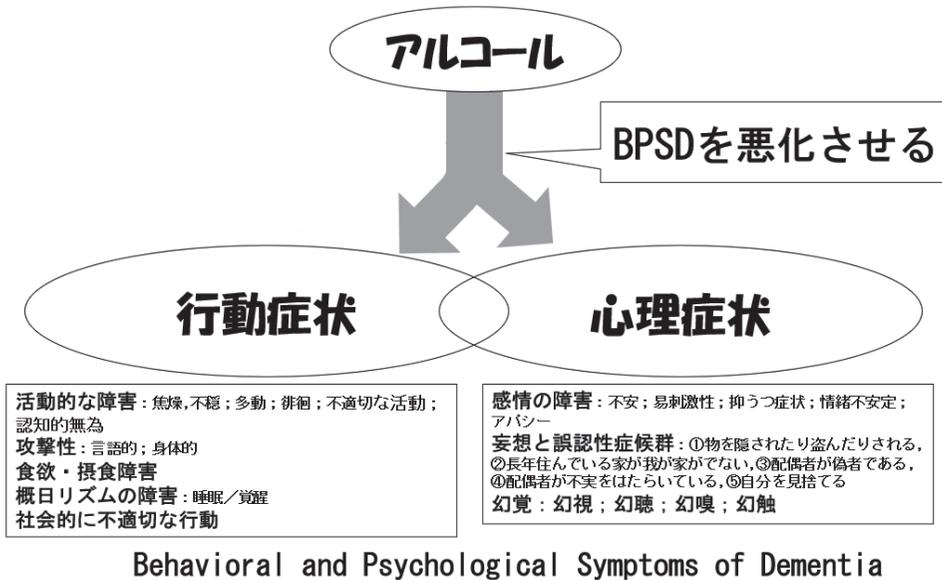
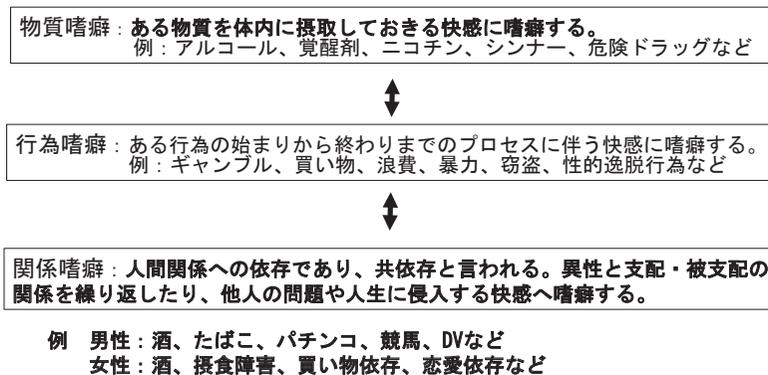


図7 多重嗜癖(クロスアディクション)



存は複雑であり且つ根深い問題を抱えている。

7. 生き辛さがある。依存の基底には、対人関係の問題があり、自己評価が低く、自分に自信が持てず、無理をして生きてしまい、周りの人に頼れず自分一人で頑張りすぎてしまうなど様々な生き辛さがあると考えられる。

B 一般科受診での問題(第二の一般科医のギャップ)

一般科へ肝障害や胃腸障害などAL関連疾患で受診をしても、断酒や節酒に直ちにつながる訳ではない。患者が治療内容を指示し薬だけ求め、治療の中断や転医を容易に起し、飲酒量について嘘や隠し事をして、時に暴言があるなど、一般科医はAUD患者をみたくない認知のバイアスがかかる。つまり、AUD患者は、現実の事態が生命の危機に繋がると認識できないので、何回も同じような事態を招く。例えば、転倒、骨折、外傷を繰り返す、肝機能が悪くても飲み続ける、急性膵炎で救急搬送されても何度も搬送され、患者は飲酒を継続したい欲望を消し去れないので、医者言うことが聞き入れられない。そのために医師・患者関係が険悪になり、双方が陰性感情をもつ。一般科医はAL患者をみたくない忌避感情からアルコール医療へのモチベーションが低下する。AUD患者はALによる病態の認識や対処ができないことを一般科医が理解することが欠かせない。ALは身体障害を引き起こすばかりでなく、精神障害も惹き起こすのでALで身体障害が継続したら、AL専門の精神科に繋げる努力が欠かせないであろう。

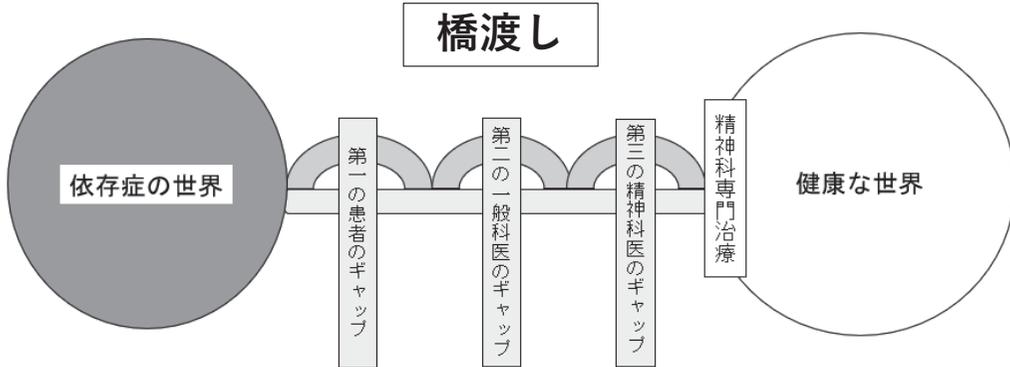
C 精神科受診での問題(第三の精神科医のギャップ)

たとえ精神科へ受診をしても、AUDは、難治性の精神障害であり、簡単に本人がALをやめて回復に向けるのは難しい。問題のALを止めるように説得をしても言うことを聞かない、身体症状の肝機能や外傷などが良くなると来院しなくなり、また自分が望む薬だけ求めて来院をして酒を止

める気持ちがないなど、AUD患者へ陰性感情が湧く。つまり精神科医はAUDが、心の病気であり、病識がないので説得は無効であることを再認識する必要がある。また、建前と本音の解離があり、主治医への対人依存があり、主治医を褒め、主治医の前で酒を止めますという従順さを示す建前を述べる、反面できたら飲酒を続けたいという本音がある。つまり、患者はAL問題に気付きはするが、自分ではALを止める手当て、対処ができない。それで喉元過ぎれば熱さを忘れる事態が繰り返される。患者の心性の特徴は両面性であり、止めたいけど止められない二面性がある理解が欠かせない。それから対人関係が苦手なので、精神科医は辛抱強く援助を続け、良い医師・患者関係を作ることを心掛け、治療を諦めないことが必要である。さらに言えば依存症からの回復者はサバイバーであり、尊敬に値する。AUDからの回復者をみれば、AUDに対するネガティブからポジティブへの見方の変換が起き、援助するモチベーションが湧くことを期待したい。また医療関係者は依存症の回復者の話しを断酒会等自助グループの当事者から聞く機会が少ないので、機会をとらえて自助グループの会合に努めて参加をしてAUDの理解を深めて欲しい。

このように、AUD本人ばかりでなく、一般科医や精神科医も正しく病気を認識できない認知のバイアスがかかり治療ギャップの要因となっていると考えられる。このギャップを乗り越える試みが実際に行われ、“架け橋モデル”と言われている。このモデルは、総合病院へアルコール関連の身体病を持って受診する患者に対して、精神科病院からアルコール専門の精神科医が外向き、AUDへの理解を深めてもらい、必要なら精神科病院へ繋げる架け橋をする精神医療である。このモデルで精神科への治療ギャップが少しは減少すると考えられる。私は、いきなり精神科専門医からAUD患者に架け橋を架けるばかりでなく、一般科医や精神科医からもぜひ架け橋をかけて欲しいと願っている(図8)^{15, 16)}。

図8 治療ギャップへの橋渡し 架け橋モデル



D 認知バイアスについて

今まで述べてきたように、治療ギャップには患者個人、一般科医、それに精神科医でも認知のバイアスが関与することをみてきた。私たちが知らず知らずに常識としていることが、結果的に固定観念になっている可能性がある。アルコール医療でこの認知バイアスについて考える。ここでは認知のバイアスを、医療・福祉関係の援助者とAUDの酒害者の2者に分けて検討したい。

入院中のAUDの方に、飲酒と断酒のメリット/デメリットについて尋ねると表1-1および表1-2のような意見が聞かれる。もちろん疲れが取れる、ストレスの解消、人間関係が円滑になるなどメリットが強調される。他方健康が損なわれる、お金がかかる、仕事のミスが多く、仕事を休むなどデメリットも多く認識されている。本来ならALは依存性毒物であり、AL関連の障害はネガティブなことが中心となり、二度と同じような失敗をしないと言うネガティブ・バイアスがかかるはずである。つまり、人の進化の過程でポジティブよりもネガティブな出来事に注意を向けないと生存が危ぶまれるので獲得されたネガティブな経験は、結果として心の防衛手段などと言われている¹⁷⁾。しかし、AUDになるとこのブレーキが外れてしまい飲酒が続いてしまう。飲酒にまつわるデメリットは援助する医療からみるとメリットよりもデメリットばかりであると認知される(表1-1)。もっと直接的な言い方をすれば、「酒を止めれば済むことがなぜできないのか!」という、

前述の一般科医、精神科医の意見に繋がる。このように医療者とAUD患者にはそれぞれに認知のバイアスがかかり、相互にどうして分かってもらえないのかと不信に陥り、治療の中断に容易に繋がる。

4) アルコールからの社会性の回復と成長

図9に示すようにALによる脳の障害は、毒物としての薬物なので基本的には用量依存的に進行する。しかし、食事の摂取や飲酒のスピードなどで吸収や代謝に影響を与え、毒性の発現には個人差が生じる。ALの脳に与える慢性の毒性は、先ず新皮質である大脳皮質から始まり、理性的で合理的な判断が次第にできなくなる。病状が進行すると次第に旧皮質である大脳辺縁系それに大脳基底核が障害されて喜怒哀楽の感情表出が目立つようになり、ふらつきなど運動系の障害もみられる。さらに進行すれば生存に係わる脳幹部が障害されて体液のバランスが崩れ、心・血管系が抑制されて不整脈や血圧の調整が不良になり死の危険にさらされる。実際に突然死症候群という病態が報告されている¹⁸⁾。これらの脳障害は多量のALを数年-数十年の長期間にわたり摂取して来た結果なので、脳障害の回復にも年単位の長期の期間が必要である。もちろん回復には毒物であるAL類は一切取らない断酒が最善である。ALからの回復は、先ず身体の回復から始まり、食事や睡眠が良くなり、肝機能、電解質異常、高脂血症などの検査所見も次第に回復する。また身体感覚が戻

表1-1 飲酒のメリットとデメリット

援助者には飲酒のデメリットが認知され、酒害者には飲酒のメリットが認知されるバイアスがかかる

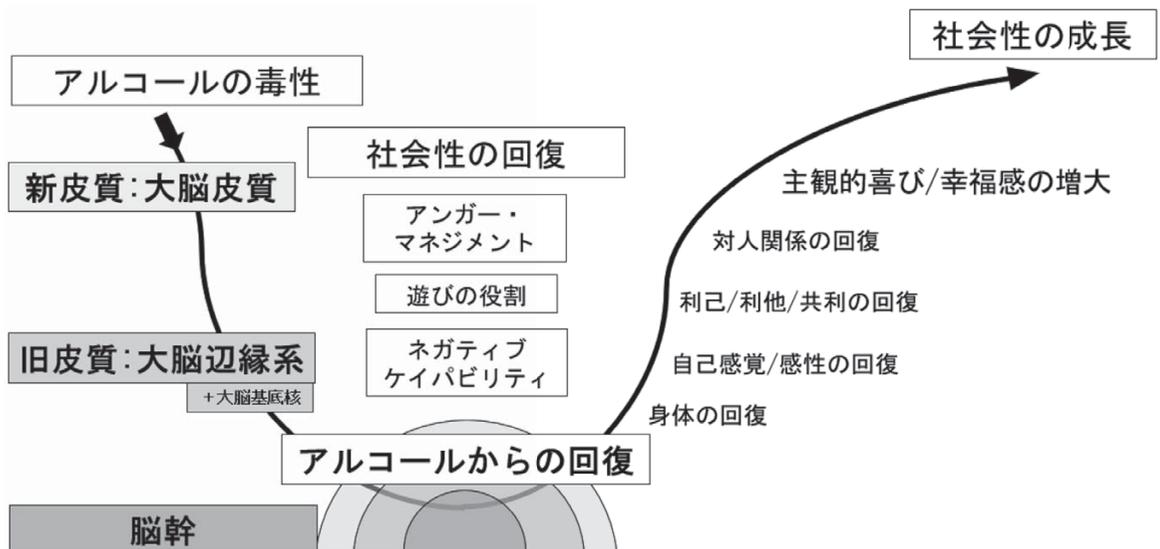
飲酒のメリット	飲酒のデメリット
疲れが取れる	健康を損なう
ストレスを解消する	お金がかかる
人間関係が円滑になる	仕事のミスが多く、仕事を休む
嫌なことを忘れる	信用/信頼をなくす
みんな一緒に盛り上がる	飲酒運転
食事が進む	食事がとれない
家事がはかどる	家事ができない
よく眠れる	よく眠れない

表1-2 断酒のメリットとデメリット

断酒のメリットはデメリットよりもはるかに大きい！

断酒のメリット	断酒のデメリット
お金を使わない	ほっとできない
健康を回復する	ストレスが抜けない解消できない
人間関係が感情的にならない	人間関係がぎくしゃくする
信用/信頼を取り戻す	感情の起伏が激しくなる
仕事の効率が上がる	楽しみがなくなる
感情の起伏が減る	
飲酒運転がなくなる	
食事が進む	

図9 アルコールによる脳障害と社会性の回復・成長



り、四季折々の自然の変化への感性が取り戻される。また対人関係にも注意が向き、利己的であった考え方が次第に利他的、共利的な考え方に変わってくる。つまり、心のあり方が内から外へ向くようになる。その結果、対人関係が修復され生活に充実感が湧いて、主観的な喜びや幸福感が増大する。AUDからの回復は、このように社会性の回復であり、さらに心の障害を乗り越えて心の成長つながる。

さて、ここでは社会性の回復の役立つ3つのことを紹介したい。

その一つはアンガーマネジメントである。喜怒哀楽の感情の動きは、再飲酒に直接・間接の影響を与えるので、大切な認知行動療法のポイントになる。ここでは詳しくは述べないが、ことに怒りの感情は、対人関係を含めた対象との関係性の中で生起するので、回復の途中では感情的になりやすく、対処法の習得が必要である。アンガーマネジメントの実践は成書を参考にして欲しい¹⁹⁾。

次は遊びの役割である。遊びにはいろいろなルールがあり、平等・対等にかかわり、基本的に横の関係なので楽しく遊ぶことができる。Huizingaは人をホモ・ルーデンス(遊ぶ人)と呼んで、ホモ・サピエンス(知恵の人)と異なり「遊ぶ」ことに注目をした。「すべての人間の行為はただの遊びに過ぎない、人間の文化は遊びにおいて、遊びとして、成立し、発展した」と述べている²⁰⁾。また、Cailloisは“遊びと人間”の中で²¹⁾、人間の行動は、遊びの精神—明るい興奮、誰しもが持たねばならぬ創意、任意の規則の自由意思に基づく尊重—これら3つの入り混じったものが存在している。遊びとは純粋な消費の機会である。遊びは自由で自発的な活動、喜びと楽しみの源泉として定義される。Cailloisの遊びの分類は、アゴン(競争)、アレア(運)、ミミクリ(模擬)、イリンクス(眩暈)の4つを考え、イリンクスはめまいやスリルを伴う遊びであり、登山、スキー、空中サーカス、スピードの陶酔などを挙げており、その中にALの酩酊を入れている。このように考えると、ALからの回復にはイリンクスばかりではなく、

その他の遊びの要素も取り入れた健康な遊びが欠かせないと言える。

最後に、ネガティブケイパビリティについて触れたい。帚木蓬生による優れた著作があるのでそれを参考して頂きたいが、ネガティブケイパビリティは負の能力であり、陰性能力は答えの出ない事態に耐える力であり、どうにも答えの出ない、どうにも対処しようのない事態に耐える能力であると述べている²²⁾。AUDの回復過程では白黒思考をやすく、いわゆるグレーゾーンでは考えがまとまらずイライラして再飲酒の危険に繋がり、また未来の展望をすることが困難で近視眼的になると言われている。それでネガティブケイパビリティは、日常生活では簡単に即断即決できる問題ばかりでないので、対処しようのない事態に耐えることができれば、再飲酒の危機を避けることができる。アルコールからの回復、それに社会性の回復と成長には欠かせない能力であり、時間をかけて身に付けて欲しい能力である。

5) アルコール問題の臨床的な治療指針

アルコール問題は、基本的には予防医学に尽きる。しかし、現実的には統計的にアルコール依存症の診断では100万人より多いと言われており、アルコール専門医療に携わっている私たちは、アルコール関連問題を起こしている人を、さらに病状の悪化をさせない進行予防に努めている。またAUDになった方は再発予防が必要である。そのためにSBIRTSの利用が有用である³⁾。SBIRTSは、AL使用障害者のトリアージに役立つ。すなわちScreening(スクリーニング)、Brief Intervention(簡易介入)、Referral to Treatment(専門医療機関)やSelf-help group(自助グループ)への紹介を示すものである。医療、福祉、行政でアルコール医療にかかわる方々には日ごろからSBIRTSを実践してALの予防医学に貢献をして欲しい²³⁾。スクリーニングテストのAUDITで20点以上では断酒指導が必要である。しかしAUDIT<20あるいは節酒を希望される時にはアルコール低減薬のセリンクロの使用が考えられ

図10 健康に配慮した飲酒に関するガイドライン²⁴⁾(抜粋)

○アルコール健康障害対策基本法に基き、アルコール健康障害対策推進基本計画の第2期計画から「飲酒ガイドライン」を作成した(令和6年2月19日)。

○ガイドラインの内容

・年齢/性差/体質の相違がある

・過度な飲酒の影響

①疾病発症等のリスクを高める：急性アルコール中毒/アルコール依存症/生活習慣病/肝疾患/癌等の疾病が発症しやすい

②行動面のリスクを高める：運動機能や集中力等が低下して怪我、事後のリスクが高まる

・飲酒量(純アルコール量)と健康に配慮した飲酒の仕方等

①飲酒量の把握の仕方：酒に含まれる純アルコール量(g)に着目することが重要

②飲酒量と健康リスク：基本はアルコール摂取量に相関する：個人差/体質/臓器の感受性など色々な要因が関与する

③健康に配慮した飲酒の仕方等：自らの飲酒状況等の把握(AUDITの使用等)/飲酒量を決めて飲酒/飲酒前または飲酒中に食事をとる/飲酒の合間に水分の摂取などの工夫/休肝日を設定する(表1、表2を参照)

○飲酒に係る留意事項

・重要な禁止事項

①法律違反に当たる場合等：酒気帯び運転等/20歳未満の飲酒/飲酒下での機械操作や迷惑行為

②特定の状態において飲酒を避けることが必要な場合等：妊娠中・授乳中の飲酒/体質で飲めない人の飲酒

・避けるべき飲酒等

①一時多量飲酒(特に短時間の多量飲酒) ②他人への飲酒の強要等 ③不安や不眠を解消するために飲酒

④病気等療養中の飲酒や服薬後の飲酒 ⑤飲酒中または飲酒後における運動・入浴などの体に負担のかかる行動

る。断酒が必要ならAL専門病院への紹介入院が望ましい。さらに断酒を継続するには自助グループ(断酒会やAA)へ加入して横に繋がる断酒仲間が欠かせない。抗酒剤(ノックビンやシアナマイド)+断酒補助薬(レグテクト)の服薬も役立つ。通院、服薬、断酒会への参加は断酒の3本柱である。

アルコール性肝硬変、食道静脈瘤破裂などのアルコールによる重篤な身体障害を合併する症例が受診する総合病院等では、精神障害であるAUDに介入するチャンスであり、アルコール専門病院へ繋がるような粘り強い動機付けが欠かせない³⁾。

また、昨年厚生労働省が、健康に配慮した飲酒に関するガイドライン²⁴⁾を示したので、その抜粋を示す(図10)。日常のAL臨床に役立つ指標になるが、飲酒の安全域を示す純アルコール量「1日当たり男性40グラム以下、女性20グラム以下」は一般の指標に過ぎず、個人の問題に即した治療方針はAUD患者と治療者が相談して決めることであろう。

おわりに

アルコール問題は、私たち医療関係者ばかりでなく、各個人がしっかりと私見をもっている。これはアルコール医療に対する偏見につながる要因であり、医療の恩恵を受けられない治療ギャップにも繋がる。今回は治療ギャップを認知バイアスから考えて、少しでも多くのAL問題がある方が医療に繋がればと考えている。

アルコールの耐性に関する基礎研究から簡単にアルコール問題の解決につながる展望は難しそうである。

今後、アルコールの基礎そして臨床研究が進み、アルコール問題が少しでも解決することを願っている。

本稿に利益相反(COI)はない。

【文献】

- 1) 大原健士郎,大原浩市(大原健士郎,宮里勝政編):アルコール・薬物の依存症,1997,3-12,医学書院,東京.
- 2) 高橋三郎,大野裕監:DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引,2014,医学書院,東京.
- 3) 奥田正英:アルコール依存症にならないために,明日の臨床,2021,33(1):13-23.
- 4) Koob GF. Drug Addiction:Hyperkatifeia/Negative Reinforcement as a Framework for Medications Development.Pharmacol Rev. 2021,73(1):163-201.
- 5) 奥田正英,水島久美子,中村美千他:ゴミ屋敷を呈する“ためこみ”に至ったアルコール使用障害例の臨床特徴について,日本アルコール関連問題学会雑誌,2024,26(2):79-82.
- 6) 樋口進:連載ICD-11「精神、行動、精神発達の疾患」分類と病名の解説シリーズ 各論19 物質使用症または嗜癖行動症群,精神神経学雑誌,2022,124:877-884.
- 7) Scholz H, Franz M, Heberlein U:The hangover gene defines a stress pathway required for ethanol tolerance development, Nature, 2005,436:845-847.
- 8) Park A, Ghezzi A, Wijesekera TP, et al.:Genetics and Genomics of Alcohol Responses in Drosophila, Neuropharmacology, 2017,122:22-35.
- 9) Kohn R, Saxena S, Levav I, et al.:The treatment gap in mental health care, Bull World Health Organ, 2004,82(11):858-866.
- 10) Morales I and Berridge K: 'Liking' and 'wanting' in eating and food reward:Brain mechanisms and clinical implications, Physiol Behav, 2020,227:113-152.
- 11) Oscar-Berman M, Valmas MM, Sawyer KS, et al.:Profiles of impaired, Spared, and Recovered Neuropsychologic Preocesses in Alcoholism, Handb Clin Neurol, 2014,125:183-210.
- 12) 野田俊作:アドラー心理学を語る1—性格は変えられる—,2016,60,創元社,大阪.
- 13) 板橋登子,小林桜児,黒沢文貴他:小児期逆境体験が物質使用障害の重症度に及ぼす影響—不信感、被拒否感、ストレス対処力の低下を媒介としたモデル検討—,精神神経学雑誌,2020,122:357-369.
- 14) 藤原武男:健康格差が生じる要因—子ども期の逆境体験に着目した生物学的・社会経済的メカニズム—,日本医師会雑誌,2023,151:1765-1768.
- 15) 小松知己:Treatment Gapをうめる架け橋,
<https://www.mhlw.go.jp/content/12205250/000615173.pdf>
(2025年11月10日アクセス)
- 16) 小松知己:無床総合病院におけるアルコール依存症に対するワンストップ・リエゾン診療の意義, Jpn J Gen Hosp Psychiatry, 2020,32(3):238-245.
- 17) Warrington R (永井二葉訳):飲まない生き方 ソバークュリアス,2021,160-193,方丈社,東京.
- 18) Yuzuriha T, Okudaira M, Tominaga I, et al.:Alcohol-related sudden death with hepatic fatty metamorphosis: a comprehensive clinicopathological inquiry into its pathogenesis, Alcohol Alcohol, 1997,32(6):745-752.
- 19) Williams E, Barlow R (壁屋康洋,下里誠二,黒田治訳):アンガーコントロールトレーニング,2012,星和書店,東京.
- 20) Huizinga J (里見元一郎訳):ホモ・ルーデンス,2018,講談社学術文庫,東京.
- 21) Caillois R (多田道太郎,塚崎幹夫訳):遊びと人間,1990,講談社学術文庫,東京.
- 22) 帚木蓬生:ネガティブ・ケイパビリティ—答えの出ない事態に耐える力—,2017,朝日新聞出版社,東京.
- 23) 愛知県保健医療局健康医務部医務課こころの健康推進室:SBIRTS (エスバーツ)の進め方～アルコール健康障害への早期介入のために～,
<https://addiction-aichi.jp/alcohol/sbirts/>
(2025年11月10日アクセス)
- 24) 厚生労働省:健康に配慮した飲酒に関するガイドライン,
<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/001223643.pdf>
(2025年11月10日アクセス)