

66

Q3 ▶ 「依存」が起こる原因は？

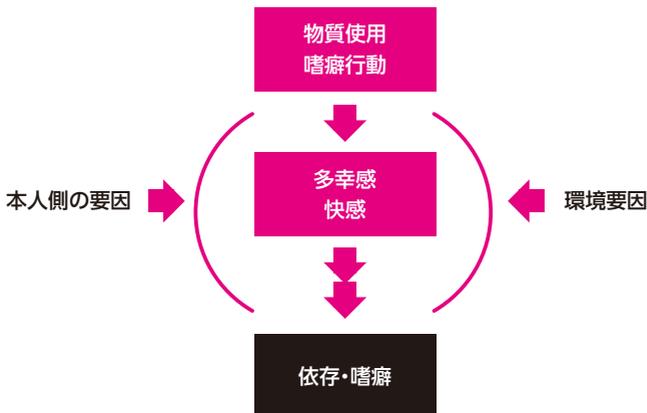
A

原因はさまざまですが、大きく分けると依存対象の特性、本人側の要因、環境要因が関係しています。対象の依存性が高いほど依存を起こしやすく、本人側では、遺伝や性格などが関係しています。また、依存物質の使用や対象行動がいつでもどこでもできる環境はリスクを高めます。

依存の形成モデル

依存の原因は単純ではない。依存対象の物質や行動の特性、本人側の要因、さらには環境要因が複雑に絡み合っている。図1は、これらの関係を単純化したものである。まず、依存物質使用や嗜癖行動により多幸福感や快感がもたらされる。しかし、これらを経験した人がすべて、依存になるわけではない。本人側の危険要因のレベルが高く、依存に導く環境が整っていれば、依存に発展するリスクが高くなる。

図1 依存の成り立ち



依存対象の特性

まず、依存物質に関して、動物実験等でそれぞれの物質の依存度の高さが示されている。コカイン、ヘロイン、覚せい剤（メタアンフェタミン）等のいわゆるハードドラッグのほうが、アルコールやニコチンなどに比べて依存性が高い。そのため、ハードドラッグは、使用回数が少なくても依存を引き起こしやすい。

一方、嗜癮行動も、それが引き起こすワクワク感や快感のレベルが高いほうが依存を引き起こしやすい。たとえば、ギャンブルで勝ったときの賞金が多ければ、またギャンブルをしたくなる。多人数で行うオンラインゲームは、1人で遊ぶオフラインゲームに比べてはるかに依存度が高い。

本人のリスク要因

本人側の要因として、まず取り上げられるべきは遺伝要因である。最も有名なのは、アルコール依存症に対する2型アルデヒド脱水素酵素（ALDH2）の遺伝的多型の影響である。日本人の約半数は、非活性型ALDH2をもっている。これらの者が飲酒すると、血中のアセトアルデヒドレベルが高くなり、顔面紅潮、心悸亢進等の反応を示す。これが、大量飲酒や依存症の予防につながるというものである³⁾。

双生児の研究などから、一般に多くの依存で、発症リスクの約50%は遺伝要因で説明されることが示されている⁴⁾。しかし、個々の遺伝子レベルの関与については、まだほとんど解明されていない。

一方、個人側の要因として合併精神障害や性格傾向が、リスク要因として知られている。ここでは詳細は述べないが、うつ病、発達障害、非社会的人格などが多くの依存でリスク要因となっている。また、性格では、刺激・新規追及傾向、低危険回避傾向、高ニューロティシズム傾向などがリスク要因として知られている。

環境要因

環境要因としては、幼少時期の逆境体験、依存物質・行動への早期の暴露または早期から摂取・実施できる環境、物質の入手がたやすい（たとえば、値段

変わり種の依存症

株依存 (FX 依存)

株依存は、株の売買そのものに依存しているわけではない。株の売買で得られる金銭的利益に依存しているので、ギャンブル依存の一種と考えられる。株の売買で利益を出しているうちは問題にされないが、大きな損失にもかかわらず株の売買を止めない場合に、株依存と呼ばれる。

よく似たギャンブルにFX (為替差益の獲得を目指す外国為替取引)がある。久里浜医療センターのギャンブル依存外来を受診する全患者の1~2%にFX依存患者がいる。彼らの借金は他のギャンブル依存者に比べて法外に多いのが特徴である。FX依存に対しては通常のギャンブル依存治療を行っている。

放火癖

放火癖、放火症は、それぞれICD-10、DSM-5で、診断ガイドラインが示されている^{1) 2)}。当然のことながら、依存ではなく衝動制御の障害に分類されている。DSM-5の放火症の診断基準は、「2回以上の意図的で目的をもった放火」などA~Eの5項目で示されており、ICD-10の放火癖の診断ガイドラインよりわかりやすい。

放火症のアウトラインは、基準のA~Dに示されている。通常何らかの併存症をもっており、純粋な放火症は稀である。併存症で多いのは、非社会性人格障害、物質依存、ギャンブル依存、双極性障害などである。わが国における放火症の有病率等に関する信頼できるデータは存在しない。

抜毛癖・皮膚むしり癖

抜毛癖、抜毛症は、それぞれICD-10、DSM-5で、診断ガイドラインが示されている^{1) 2)}。ICD-10とDSM-5で分類が異なっており、前者では衝動制御の障害、後者では強迫性障害に分類されている。抜毛癖については、依存で認められる快感やワクワク感を伴わないことから、将来的にも依存に分類されることはないと考えられる。

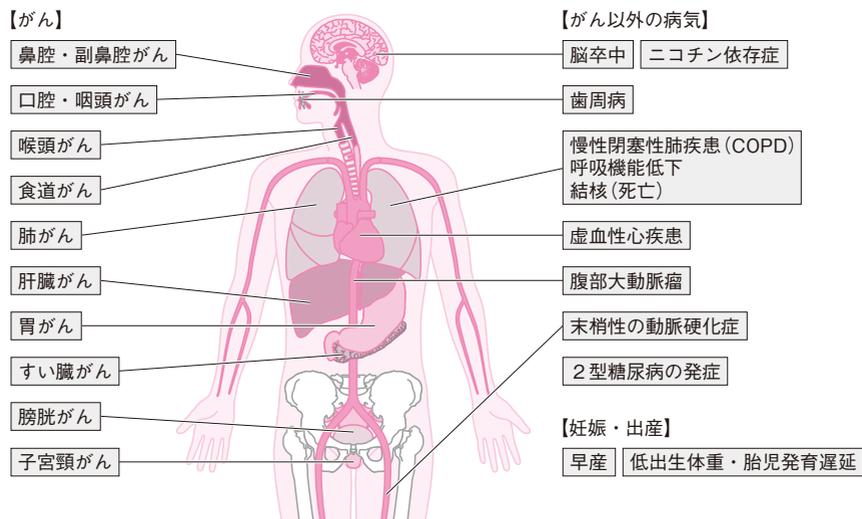
DSM-5によると、抜毛症の本質的な特徴は、繰り返し自分自身の体毛を抜くことである。抜毛は体毛の生えうる体のいかなる部位においても起こりうる。最もよくみられる部位は、頭皮、眉、眼瞼であり、比較的少ない部位は、腋窩、顔、陰部、肛門周囲である。抜毛は、短時間のエピソードとして行われることもあるが、数カ月もしくは数年持続することもある。

同じような行動を繰り返す障害として、皮膚むしり症がある。DSM-5では、抜毛症と同じように強迫性障害に分類されている。本質的な特徴は自身の皮膚を繰り返しむしることである。最もむしられる部位は、顔、上肢、手である。爪でむしることが多いが、ピンセットなどの器具を使うこともある。抜毛症と同じように、症状の特性から、将来的にも依存に分類されることはないだろう。

文献

- 1) World Health Organization (WHO): The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders; Clinical description and diagnostic guidelines. 1992. (融道男, 他 監訳: ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院, 1993.)
- 2) American Psychiatric Association (APA): Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed, 2013. (日本精神神経学会監, 高橋三郎, 他 監訳: DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 2014.)

図2 喫煙者本人への健康影響(喫煙との関連が「確実」と判定された病気)



【参考】 喫煙との関連が「可能性あり」と判定された病気

- **がん**：大腸がん，乳がん，急性骨髄性白血病，腎盂尿管・腎細胞がん
- **がん以外の病気**：認知症，気管支喘息，関節リウマチ，閉経後の骨密度低下，大腿骨近位部骨折，日常生活動作の低下，胸部大動脈瘤，結核，特発性肺線維症
- **妊娠・出産**：生殖能力低下，子宮外妊娠・常位胎盤早期剥離・前置胎盤
- **歯**：う蝕，口腔インプラント失敗，歯の喪失

文献6) より作成

精神的影響によるストレスの増加や精神障害

ニコチンは、ドパミン（快感）だけでなく、ノルエピネフリン（覚醒）、セロトニン（気分の調整，抗うつ）などの脳内神経伝達物質の分泌を高める作用がある⁷⁾。

ニコチン依存症では、これらの脳内物質の調節をニコチンに委ねた状態になってしまう。そのため、禁煙したり、ニコチンを摂取できない状況が続くと、イライラや集中力低下，気分の落ち込みなどのニコチン離脱症状が出現して，ストレスを感じたり，作業能率の低下や労働傷害（労働中のけが）のリスクが増加することが報告されている。

また，喫煙者ではうつ病やパニック障害などの精神障害のリスクが増加することも報告されている。

周囲の人の命も縮める受動喫煙の問題

受動喫煙による健康影響も深刻であり、喫煙との関連が「確実」と判定された脳卒中、虚血性心疾患、肺がん、乳幼児突然死症候群（SIDS）で2014年現在、年間15,000人が死亡していると推計されている。15,000人のうち、約半分を占めるのが要介護の主要原因である脳卒中による死亡であり、介護予防の観点からも受動喫煙対策が重要である⁶⁾。

2009年にとりまとめられた厚生労働省「受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会報告書」では、受動喫煙は喫煙者による「他者危害」であることが指摘されている。厚生労働省の研究で受動喫煙の他者危害について刑法面から学説や判例をもとに検討した結論は、「たばこの煙を他人に繰り返しふきかける行為」は暴行罪に該当する、受動喫煙によって心身への影響が生じたと診断される場合は傷害罪が成立し得るというものであった⁸⁾。

受動喫煙による健康被害を防止する観点から、屋内禁煙を原則とした受動喫煙対策が国際的に求められており、わが国でもその強化が望まれている。

“ Q5 禁煙外来の受診に結びつけるための対策は？ ”

A 医療や健診の場での医師や看護師などのスタッフから禁煙の声かけをすると効果があります。また、喫煙者本人に影響力のある職場の上司や友人、子どもや孫からのアプローチも効果的と考えられます。

禁煙治療の利用率はまだ低い

わが国では2006年から禁煙治療が保険適用となり、Q8で述べるように、その有効性が3回の結果検証により確認されている。しかし、わが国では国際的にその利用率が低率にとどまっている⁹⁾。

この状況を改善するためには、まず医療や健診などの日常診療のなかで医師

“

Q1 ▶ 買い物依存とは
どんな病態ですか？ ”

A

買い物依存とは、過度な買い物行動によって生活に支障をきたしている病態です。過度な買い物行動は、さまざまな問題によって生じる症状であるため、買い物依存の症状なのか、あるいはそれ以外の問題によって生じている症状なのかを見極めることが大切になります。

買い物依存の特徴

買い物依存はCompulsive Buying Disorderとされ、ICD-10において「F63.8 その他の習慣及び衝動の障害」に該当する。明確な診断基準は定められていないため、買い物依存と判断するための代表的な基準の1つとして、過度な買い物行動が、「買物の活動が抑えきれない」(渴望)、「買物の性癖がコントロールできない」(行動)、そして「ネガティブな結果が引き起こされるにもかかわらず買物の行動を続ける」(活動に対する反復的な非帰結主義)の3つの特徴を有していることを目安とすることが多い¹⁾。

したがって、買い物依存と判断する場合には、過度な買い物行動が3つの特徴を満たしていることが条件となり、満たしていない場合には買い物依存以外の問題によって生じている可能性が高いため注意が必要である。

除外診断のポイントは？

過度な買い物行動は、秩序破壊的・衝動制御・素行症群、強迫症および関連症群、物質関連障害および嗜癖性障害群、抑うつ障害群、あるいは双極性障害および関連障害群(表1)などの症状に起因して現れることがある。

表1 過度な買い物行動に関連する精神疾患群

過度な買い物行動に関連する精神疾患群	特徴	過度な買い物行動の例
秩序破壊的・衝動制御・素行症群	反抗挑発症、素行症、反社会性パーソナリティ障害などを含み、情動や行動の自己制御に問題がある状態に特徴づけられる。	怒りにまかせ、周囲の人に迷惑をかけてしまう可能性があるにもかかわらず身の丈にあわない買い物をしてしまう。
強迫症および関連症群	強迫症、ためこみ症などを含み、強迫観念、強迫行為、および繰り返し行為などの状態に特徴づけられる。	買い物にとらわれ、強迫的に買い物を繰り返してしまう。
物質関連障害および嗜癖性障害群	アルコール、覚せい剤などの物質に関連した重大な問題が生じているにもかかわらず、物質を使用し続けることに特徴づけられる。	飲酒し、気が大きくなった勢いで予定にない大きな買い物をしてしまう。
抑うつ障害群	うつ病、持続性抑うつ障害(気分変調症)などを含み、悲しく、虚ろな、あるいは易怒的な気分が存在し、身体的および認知的な変化も伴って、個人が機能するうえでの資質に重大な影響を及ぼすことに特徴づけられる。	落ち込んだ気分が続くことに耐えられず気晴らしに買い物を繰り返してしまう。
双極性障害および関連障害群	双極Ⅰ型障害、双極Ⅱ型障害などを含み、気分の不安定性により特徴づけられる。	気分が高揚し、開放的な感覚に任せるがままに勢いで買い物をしてしまう。

文献2) より作成

したがって、診断を行う場合には、少なくとも表1に掲載した4つの精神疾患の可能性をふまえて除外診断を行うことが肝要である。

外のほぼすべての万引犯が、自分で摂食する食品や自己使用する生活用品を窃取している。

また、一般人口中の窃盗症有病率に関しては、DSM-IVには記載がないが、DSM-5では0.3～0.6%であるとされており、これは、ギャンブル障害（Gambling Disorder）の生涯有病率（0.4～1.0%）に匹敵するほどの高い数値である。このように、窃盗症は、現在では、以前考えられていたよりはるかに多い精神障害であるとされている。

9年間で約1,500例を治療

筆者が勤務する群馬県渋川市の赤城高原ホスピタル（以下、当院）と関連医療施設（京橋メンタルクリニック）では、2008年から2016年までの9年間で、約1,500例の常習窃盗患者の診療に当たってきた。この分野の治療者は少ないので、当院は日本で最大数の常習窃盗患者を診察している医療機関である。

筆者らの患者群には、反社会的集団所属者や職業的犯罪者、青少年非行グループは含まれていない。複数窃盗犯、換金目的の窃盗者もほぼ含まれていない。これらの常習窃盗者では、司法的対応が優先されるためである。明らかな知的障害者や認知症患者もほとんど含まれていない。診療圏が異なるからである。なお、確定診断に至らずに治療から脱落する症例も多いので、1,500例の全員が窃盗症に相当するとはいえない。

“

Q4 ▶ 患者の年齢分布は？

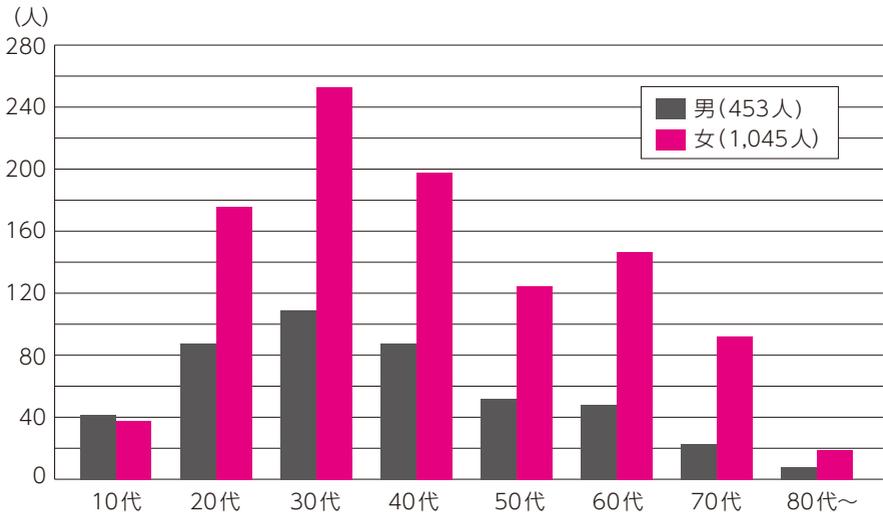
”

A

正確なデータはありません。筆者らの医療施設を受診した常習窃盗患者に関しては、男女とも30代を中心に20～40代に多く、女性では60代にも小さなピークがあります。男女比は1：2～3で女性優位です。

窃盗症患者の年齢分布に関しては、公表されたデータが存在しない。当院と関

図1 常習窃盗患者の性別、初診時年齢別分布(2008～2016年の新患)



連精神経科クリニックを2008年からの9年間に受診した常習窃盗者、1,498症例の男女別初診時年齢分布を図1に示した。上記患者群のデータ分析では、男性453名に対し、女性1,045名であり、男女比は、1:2.3であった。

男女とも、30代をピークとして、20～40代に多い。また男女とも、20～40代のピークを占める患者の過半数は、摂食障害合併症例である。この年齢層の常習窃盗者では、男性にも摂食障害患者がみられることが多い。

女性のピークは二峰性：ライフサイクルの変化が背景に

女性に関しては、60代に第2のピークがあるので二峰性の年齢分布となっている。60代の女性は、ライフサイクル上の身体的、心理的、社会的変化を背景に、喪失感、孤独感や老後の不安をもちやすい。そのような惨めな思いが買物時の万引衝動につながり、ストレスの発散手段として万引行為が常習化するかもしれない。

一般に女性に比較して男性は、食料品や日常生活用品を購入する機会が少ない。嗜癖問題に関して、女性は摂食障害や窃盗症に、男性はアルコール依存症やギャンブル障害になる危険性が高い。

なお、図1は、当院と関連精神科クリニックという特定の医療機関の統計に過ぎないので、専門医に紹介されたか、自ら医療機関を受診した、病理性が目立つ常習