

第108回日本精神神経学会学術総会

会 長 講 演

依存精神医学からの発信

齋藤 利和（公立大学法人札幌医科大学医学部神経精神医学講座）

アルコール依存症に対する40年前の貧困な処遇・医療の実態と著者が経験したアルコール依存症治療・回復システムの設立の経過を示し、そこから学んだものが、他の精神障害に対する治療・回復システムにとって有益であることを述べた。また、アルコール依存症に対する生物学的研究も他の精神疾患の研究の手掛かりになることにも言及した。アルコール依存症治療・回復システムについては病院における医療システムの中で個々の患者さんの分析と治療方針のスタッフ間での共有が必要であることを述べ、治療プログラムに生活の視点を加えることが重要であることにも言及した。こうした、治療への参加について患者さんの自己決定を尊重することの意義についても触れ、治療過程における家族の関与の必要性についても述べた。さらに病院内外におけるリハビリテーションシステムの重要性を論じ、院外のリハビリテーションについては自助グループと地域ネットワークの果たす役割が大きいことにも言及した。こうした治療・リハビリテーションシステムは他の精神疾患への応用が可能なことを論じた。臨床的うつ病とアルコール依存症の併存が多いことを報告し、両者に共通の生物学的相同性があることについて言及し、アルコール依存症研究がうつ病をはじめとした他の精神疾患の生物学的な研究にも寄与できることを論じた。

<索引用語：アルコール依存症，治療システム，自助グループ，アルコール依存症の生物学的研究，うつ病>

はじめに

著者は1973年に札幌医科大学を卒業後、大学医局には入局せずに小樽の石橋病院に就職をし、そこで6年間を過ごし、主にアルコール依存症患者さんの治療に取り組んできた。

このアルコール依存症への取り組みを通して、その後の他の精神疾患の臨床や研究に重要な示唆を得ることができた。そこで、本稿ではアルコール依存症の医療、研究について述べ、さらに、うつ病との類似性やアルコール依存症患者さんのた

めに作ったネットワークの他の精神障害への応用などについて述べる。

I. アルコール依存症に対する医療

1. アルコール依存症の医療の開始

1935年にビル・ウィルソンとボブ・スミス医師によってアルコールリックス・アノニマス (alcoholics anonymous: AA)¹⁾が米国で設立されるまではアルコール依存症の回復はほとんど期待できず、伝統的な精神医学はこれに対し無力であっ

第108回日本精神神経学会学術総会＝会期：2012年5月24～26日，会場：札幌コンベンションセンター，札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合——多様な精神医学・医療の展開を求めて——

会長講演 依存精神医学からの発信 座長：山脇 成人（広島大学大学院医歯薬保健学研究院精神神経医科学）

た。本邦でも禁酒同盟を主体に AA 日本版設立の機運が高まり、1953 年に禁酒同盟の中に「断酒友の会」が発足、そして挫折を経て 1957 年に「東京断酒新生会」が再発足し、1958 年には「高知県断酒新生会」も発足、1963 年になって全日本断酒連盟が発足した。しかし、日米間の文化、思想、宗教観の差から、AA の「非組織、匿名、献金制」という 3 原則を捨て、「組織化、非匿名、会費制」によって運営されていくこととなった。

欧米においても本邦においても、AA、断酒会などの自助グループの方法を取り入れたり、それと連携することによって有効な治療ができるようになってきた。実際に、米国精神医学会 (American Psychiatric Association : APA) の Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders : alcohol, cocaine, opioids (物質使用障害 : アルコール、コカインとオピオイド)²⁾でも外来治療プログラムは AA の治療プログラムと統合されるべきだと記載されている。

2. 1973 年当時のアルコール依存症医療の実態

1973 年、卒業後すぐに就職した石橋病院で、アルコール依存症治療とのかかわりが始まった。長期に收容されているアルコール依存症患者さんは当時どこの病院でも厄介者であった。こうした長期收容は 1970 年の大熊一夫氏による朝日新聞連載の「ルポ精神病棟」によって大問題になっており、当時の著者はアルコール依存症患者さんは病院から解放すべきであると考えていた。しかし、それはまったく無知によるものであったと幾度となく思い知らされた。アルコール依存症患者さんはいわば、心が壊れていると言っても過言ではない状態であり開放しても何の解決にもならないということであった。つまり、病院から開放しても病的な酒への渴望のゆえに、飲酒の機会を与えることにすぎなかった。また、飲酒して、地域社会や、家庭で暴力行為などの問題を起こし、警察の世話になり病院に戻ってくることを繰り返した。こうした問題に疲れ果てた家族や地域社会の困惑と抵抗が強かった。警察署長名で外出、外泊させない

ようにとの要請状まできた。

こうした原因はアルコール依存症患者さんに対して医療が無力であったことが大きい。当時の一般的なアルコール依存症の医療は医師と看護師が担っていたが、アルコール依存症の回復への方法論はなく、收容主義を支える秘密飲酒と抗精神病薬の大量投与により長期入院が常態化していた。患者さんは、回復プログラムすら示されないことから「刑期が決まっている刑務所より悪い」処遇をされていると考え、深い不信と絶望の中にいた。これでは外泊の度に飲酒することも理解できないわけではなかった。

院内治療体制の構築に向けて、国立療養所久里浜病院の河野裕明先生を訪ねて教を請うたり、断酒会に出席して会員の声に耳を傾けたりした。とくに、断酒会で当事者の声に耳を傾けたことは、治療体制の構築に極めて重要であった。

3. 院内体制の構築

アルコール依存症患者さんの抱えている問題と回復過程は個々により様々であることから、個々の症例に対する治療方針を一致させる必要があり、個々にオーダーメイドで多職種による援助と治療ネットワークを作るために、スタッフ間における患者さんの病状のあらゆる分析・共有と役割分担の確認が重要であった。実際に、アルコール依存症の治療として試みたことは、なだいなだ氏の著書『アルコール中毒—社会的人間としての病氣』⁵⁾を使用したスタッフ、患者さんとの勉強会、久里浜病院の治療形態を手本に行軍、集団精神療法を行った。抗精神病薬は必要に応じ投与したが多くは減量ないしは投与中止した。患者さんにも治療に参加してもらおうと、患者自治会 (石橋病院潮新生会) を発足させ、必要な投薬に対するインフォームド・コンセント、外出、外泊、退院の推進のための家族の説得とフォロー、患者さんが起こす事件・事故に対しては患者自治会全員での検討を行っていった。

こうした活動の中で構築していった、院内におけるリハビリテーションシステムは重要であっ

た。振戦などの症状の改善は治療全体からみると端緒にすぎず、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」⁴⁾にある。患者さんがしらふの生活上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。そこで、患者自治会と集団療法では、アルコール依存症患者さんが自らの体験を語り、他の体験を聞くことを援助すること、自助グループに対する抵抗を低減することを目指し、生活の視点からのアプローチとしては、体力を落とさないように、仲間意識を高めて率直に話ができるようにするために行軍、食事を作り共にすることなどを行っていった。

II. アルコール依存症の治療を通して学んだこと

1. 自己決定の重要性

保護的な環境下におくことは病状（幻覚妄想状態など）によっては必要ではあるが、保護的な環境下でも受容・共感的な態度と説明は必要である。まして、断酒は押し付けても全く効果がなく、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中で様々な問題と向き合わせ、繰り返される自己決定の中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逆にチャンスで、そこを切り口にして問題に向き合わせるができる。例えば飲酒して帰院した者がいたときは、たとえ夜中であっても、患者自治会メンバー全員を参加させて開いたミーティングにはかなりの治療的効果があったと思う。こうした生活の視点や自己決定などの試みは近年多くの精神疾患で行われてきた。精神医療にとって一歩前進である。しかし、アルコール医療においては「初めから患者さんと一緒に試行錯誤を繰り返してきた」。こうしたアルコール医療における、40年前からの体験も、依存精神医学から他の精神疾患分野への発信になっていると思われる。

2. 仕事仲間から学んだこと

医師1人でできることには限界がある。一方、

ニーズを一職種が満たすことはできない。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上がりである。各職種には良くも悪くも独自の考えと背景があるため、わかっただけで粘ることと、相手の立場に立って考えることが相互理解には重要である。絶えず発生する患者さんの陽性、陰性の激しい転移を適切に処理し、孤立することも多い治療チームの中で、他職種の立場を理解し、チームの中での役割を果たしていくためには工夫がいる。第一には、症例検討をできる限り多く開いて治療方針の理解と統一を作り出す努力をすることである。しかしそれだけでは十分ではない。医者以外のスタッフの多くは病院内だけで患者さんを見ているために、退院して社会で生活しながら頑張っている姿を目にすることが少ない。一方、断酒会では退院者の前向きな活動が生き生きと感じられる。こうした退院者の姿が著者を癒し、活力を与えてくれているのだということが次第にわかってきた。そこで、スタッフを連れて断酒会に参加することにした。効果はできめなかった。本当のチームの団結は共に困難を乗り越えようとするときにしかできないものであるが、スタッフと一緒に断酒会出席はこのための活力を与えてくれたと思っている。こうした、当事者との双方向の触れ合いが重要ということも依存精神医学からの発信の1つではないだろうか。

3. 家族もまた病んでいる

家族は患者さんの飲酒のために傷つき、病的ともいえる精神状態になっている場合も多い。家族内にアルコール・薬物関連問題が発生すると家族はそれを直視しないばかりか、しばしばアルコール・薬物関連問題が家族内にあることを認めようとしない。依存症者は酒や薬物を入手するために借金をしたり、詐欺や窃盗をすることもある。社会的責任を果たさず、無責任にふるまったりもする。こうした場合、配偶者や親兄弟がその後始末に奔走することになる。これをenabling（＝依存症者が飲酒し続けることを可能にする周囲の人の行為）という。また、家族は「この人には私が必

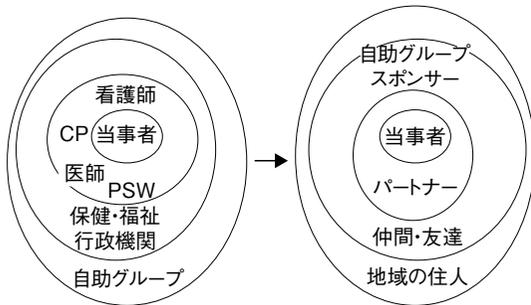


図 断酒直後とリハビリテーション後の人間関係の推移

要なのだ」という思いが強くなる反面、その必要とされている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。こうした家族は依存症者以外との対人関係においても不健康なパターンを示すようになる。これが「共依存」である。

こうした場合、介入が難しくなるが、例えば家族を対象にした集団療法でアルコール依存症の回復者を参加させて、互いの理解を深めさせるなどの工夫をすることが有効であった。

4. 断酒しても回復したわけではない

アルコール依存症の治療を始めた当初、就職せずに家でぶらぶらしているから飲酒してしまうのではないかと考え、患者さんの就職の援助に奔走した。しかし、就職した患者さんすべてが再飲酒してしまった。就職する前の一定期間、ほぼ毎日断酒会に参加してもらい3~6ヵ月たつて、しらふでの生活に慣れてきたところに就職するようにしてもらおうと断酒率は高くなった。また、断酒を始めても不安、抑うつなどの精神症状がなくなっているわけではない。また、遅発性の離脱症状に備える必要もある。就職する前にはこうした精神症状の推移も検討する必要がある。

図に示したが、断酒した直後のアルコール依存症患者さんは様々な人との人間関係が失われている。これを回復するためには前述したとおり「生活体験を通しての社会性の再獲得」が必要であり、「しらふでのあらゆる生活体験を重ねていかなければならない」。そのためには就職前のリハビリテーションが必須である。3~6ヵ月「仕事だと

思って断酒会通いをしなさい」と指導しながら、その患者さんの人間関係の広がりを観察する必要がある。図左の人間関係から図右の人間関係に移るにはかなり時間がかかり、就職はそのような生活の基盤ができてから考えるべきであると思う。こうしたことも他の精神疾患に対するケアに通じるものがあるのではないかと思う。

回復の評価は、否認(飲酒問題それ自身の否認、飲酒問題以外には何の問題もないと否認)とドライ・ドランク(アルコール依存症患者さんが飲まないでいるときに、有頂天でいい気になったり、苛立ち、絶望感、攻撃性などの徴候が認められ、それが酩酊時の徴候とよく似ていることから名付けられた)を指標として観察することができる。アルコール依存症の治療は自助グループをはじめ、保健・福祉行政、地域住民など、色々な組織と連携して患者さんを立体的に支えていくことが重要である⁷⁾。

III. 援助者、援助法と回復

1. 地域ネットワークの重要性

以前は、地域における医療・行政のアルコール依存症対策が極端に異なっていた。福祉の担当者は、断酒よりも就労が重要だと考え、就労すれば飲酒しても構わないと伝えることもあったため、患者さんは再び飲酒し再入院したケースもあった。そこで、このようなことのないよう、アルコール依存症患者さんやその家族の援助にかかわる団体、行政機関、医療機関の医師、看護師、保健師、臨床心理士、ソーシャルワーカーや保健・福祉の行政機関の職員などが、組織ではなく、人間のネットワークとして連携、協力してアルコール依存症患者さんの治療・回復を総合的に援助していく体制が必要となる。それは他の精神疾患でも同じことだが、1人の患者さんについてその背景をきちんと共有してどのように役割分担をして進めるかが決まっていなければ大きな効果は期待できない。

地域ネットワークとは患者さんのニーズを最大限に満たす援助網である。患者さんのニーズを一

職種や一機関が満たせるわけではない。ネットワークを構成する専門家が有機的に連携して地域ネットワークを作り上げていく中ではじめて患者さんのニーズは満たされる。

2000年アルコール依存症の援助ネットワークとしてあった北海道アルコール医療研究会は、アルコール医療保健と地域ネットワーク研究会に改組した。北海道アルコール医療研究会を構成している地域ネットワーク研究会が統合失調症をはじめとする他の精神障害のネットワークとして機能し始めたためである。こうした地域における援助網（地域ネットワーク）はアルコール以外の疾患の援助に活用できる⁹⁾。現に小樽の石橋病院を中心にしたネットワークでは、不登校や認知症のケアに至るまで幅広い活動が展開されている。これも依存精神医学からの発信と呼べるのではないか。

2. 治療・回復と援助者

アルコール依存症患者さんは、生活能力が低下しているためにリズムのある日常を保つことができない。そのことが再飲酒、再入院につながっている例は枚挙にいとまがない。また、そのことが自助グループで率直な感情表出と自己を語ることで仲間作りをすることができない一因でもある。こうしたことを克服するために集団精神療法的なミーティングのほか、作業療法的な試みも有用である。例えば、食事会は、共に食事を作り楽しむことにより、基本的な生活技能を向上させ、コミュニケーションの促進を図ることが期待できる。ミーティングの場所やミーティングの持ち方にも工夫がある。現在、石橋病院では、病院職員、保健・福祉行政職員、自助グループメンバー、患者家族などが合宿して夜を徹して論議する石橋病院潮会おこぼち研修会を行っているがこうした試みも面白い。

自助グループ（多くは断酒会）はしばしば医療者の援助で設立に至ることが多い。こうした経緯で設立された自助グループと治療者とは強い信頼と連携のもとに行動する場合も多い。

しかし、医療者と自助グループは距離が近すぎ

ると、自助グループに歪みが生じ、崩壊の危機を迎える。自助グループでのメンバーの話が、「自らの体験に始まり体験に終わる」のではなく、まるで医療者のように一般的な理想が語られるようになる。その結果、自らにある問題と向き合えなくなる。こうしたことによって再飲酒し自助グループからこぼれてしまうメンバーは多い。専門家側も治療者として向き合えなければならない問題を、自助グループに丸投げしてしまうケースがある。こうしたこともまた、健全な自助グループの発展の妨げとなる。医療者と自助グループにはある適切な距離を保ち、いかに本来の力を発揮できるグループを育成するかが重要である⁷⁾。

IV. アルコール依存症の生物学から他の精神障害の生物学へ

欧米を中心とした大規模研究では、アルコール薬物関連障害と気分障害の併存が高率（16～68%）で認められることが報告されている³⁾。アルコール依存症とうつ病には、抑うつ、不安、易刺激性、認知障害、自殺の危険など共通の症状がある。これらから、アルコール関連障害とうつ病の間の共通の病態生理学的な機序が推察される。従来、抗うつ薬の作用機序仮説としてはモノアミン仮説が主流であった。しかし、モノアミン仮説の致命的な問題は、シナプス間隙でモノアミンが増加する時期が効果発現時期と一致しないということである。その後提唱された受容体仮説もこの矛盾を解決できていない。しかしそれにもかかわらず、これらの仮説は今日に至るまで信じられている。換言すれば、「薬理作用が受容体を介する」という呪縛から解放されていない⁸⁾。

一方、アルコールはよく知られているように中枢作用をもっているが、しかし、アルコールと結合する受容体はないとされている。アルコールがどのような機序でその中枢作用を発現するかについてはその高い脂溶性から細胞膜の脂質2重層の流動性を変化させ、細胞膜内にある内在タンパク質である受容体、Gタンパク質、酵素などの機能を変化させるという説と内在タンパク質の表面に

ある微細な脂質の構造を変化させることで内在タンパク質の機能を変えているという説が有力である。重要な情報伝達系の1つであるアデニル酸シクラーゼ (AC) 系に対する慢性アルコール投与の影響を検討すると促進性Gタンパク質の機能低下を介して細胞内cAMPを低下させ、下流域のAキナーゼ、CREBのリン酸化の低下を招きBDNFなどの産生低下と関係していると思われる⁶⁾。

一方、抗うつ薬は対照的に促進性Gタンパク質の機能亢進を介して細胞内cAMPを増加させ下流域のAキナーゼ、CREBのリン酸化の亢進を招きBDNFなどの産生増加と関係していると思われた⁸⁾。こうした抗うつ薬の促進性Gタンパク質の機能亢進がピークに達するには2週間ほどを要し抗うつ薬の効果発現時期と一致した。こうした抗うつ薬の作用は抗うつ薬の構造や作用する受容体の違いには関係なく、広くみられることから、受容体を介した作用ではないと思われた。抗うつ薬の脂溶性は高いことが知られている。したがって、抗うつ薬の作用機序の少なくとも一部はアルコールと同様の機序であると思われた。現にアルコール依存症とうつ病では同様のAC系の変化が生じていることが報告されている。さらに最近では脳内濃度と相関する血中BDNF濃度がうつ病、アルコール依存症双方で低下している¹⁰⁾ことや、BDNFが大きく影響する神経新生がうつ病、アルコール依存症双方で低下する結果、海馬や前頭前野など脳の同じ領域の萎縮がみられることも報告されている。こうした、うつ病の病因や抗うつ薬の作用機序を「受容体の呪縛」から解き放されて考え得たことも依存精神医学からの発信の1つと言えるのではないか。

おわりに

1970年代前半著者が経験したアルコール依存症者に対する処遇・医療の実態とアルコール依存症治療・回復システムの設立の経過を述べ、そこから学んだものが、他の精神障害に対する治療・回復システムにとって有益であることを述べた。

また、アルコール依存症に対する生物学的研究も他の精神疾患の研究の手掛かりになることにも言及した。

本論文に直接的な利益相反はないが、教室として受けている奨学寄付金を下記に記す。

筆頭発表者のCOI開示

演題発表に関連し、開示すべきCOI関連にある企業等
奨学寄付金 塩野義製薬(株)、奨学寄付金 持田製薬(株)

文 献

- 1) アルコホリック・アノニマス：アルコホリック・アノニマス—無名のアルコホリックたち—。AAゼネラルサービスオフィス、東京、2002
- 2) 米国精神医学会（日本精神神経学会監訳、和田清責任訳）：米国精神医学会治療ガイドライン—物質使用障害：アルコール、コカインとオピオイド。医学書院、東京、2000
- 3) Davidson, K. M., Ritson, E. B.: The relationship between alcohol dependence and depression. *Alcohol Alcohol*, 28 (2) : 147-155, 1993
- 4) Kissin, B., Rosenblatt, S. M., Machover, S.: Prognostic factors in alcoholism. *Psychiatr Res Rep Am Psychiatr Assoc*, 24 ; 22-43, 1968
- 5) なだいなだ：アルコール中毒—社会的人間としての病気。紀伊国屋新書、東京、1966
- 6) Pandey, S. C., Saito, T., Yoshimura, M., et al.: cAMP signaling cascade : A promising role in ethanol tolerance and dependence. *Alcohol Clin Exp Res*, 25 (5) ; 46S-48S, 2001
- 7) 齋藤利和：アルコール性障害（樋口輝彦監修、新現代精神医学文庫）。新興医学出版社、東京、p.53-62, 2006
- 8) Saito, T.: Effects of antidepressant on transmembrane signaling. *Signal Transduction in Affective Disorders*. Springer-Verlag, Tokyo, p.1-6, 1998
- 9) 白坂知信：地域で広げる飲酒関連問題対策。日本アルコール関連問題学会誌、4 ; 27-32, 2002
- 10) Umene-Nakano, W., Yoshimura, R., Ikenouchi-Sugita, A., et al.: Serum levels of brain-derived neurotrophic factor in comorbidity of depression and alcohol dependence. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*, 24 ; 409-413, 2009

Lessons from Addiction Psychiatry

Toshikazu SAITO

Department of Neuropsychiatry, Sapporo Medical University, School of Medicine

In this paper, I would like to share my experience of helping to establish treatment systems for alcohol dependence in hospital and community settings during the period of relatively inadequate alcohol-dependence care in the 1970s. In the hospital-based treatment system, it was important to ensure that information on the patient's condition and course of treatment was shared with colleagues. It was also important to nurture the patient's compliance with treatment decisions, and involve family members in the treatment process. To promote the rehabilitation of the patient back into the community, it was vital to develop a network of staff in relevant hospitals, clinics, health centers, and welfare offices. Self-help groups also played an important role in rehabilitation. The systems we developed for the treatment of alcoholics offer many instructive lessons for the care of patients with other psychiatric disorders. Alcohol dependence and depression share many common symptoms and biological mechanisms. In consequence, studies on the biological basis of alcohol dependence can provide insights into biological mechanisms underlying other psychiatric disorders.

<Author's abstract>

<**Key words** : alcohol dependence, treatment system for alcoholics, self-help group, biological research on alcoholism, depression >
