

物質関連障害および嗜癖性障害群

宮田久嗣¹⁾, 樋口 進²⁾, 廣中直行³⁾, 池田和隆⁴⁾, 伊豫雅臣⁵⁾, 小宮山徳太郎⁶⁾,
松本俊彦⁷⁾, 鈴木 勉⁸⁾, 高田孝二⁹⁾, 和田 清¹⁰⁾, 齋藤利和¹¹⁾

日本アルコール・薬物医学会/日本依存神経精神科学会

はじめに

DSM-IV-TR の物質関連障害 (Substance-Related Disorders) の章は, DSM-5¹⁾ では物質関連障害および嗜癖性障害群 (Substance-Related and Addictive Disorders) に変更となった。DSM-5 の最大の変更点は, この領域の中心概念であった依存 (dependence) に代わり, 物質使用障害 (Substance Use Disorder) を採用したことである。第 2 の変更点は, 非物質関連障害群 (Non-Substance-Related Disorders) としてギャンブル障害 (Gambling Disorder) を新たに加えたことである。以上の 2 点は, 歴史的な変更といえる。しかし, 後述するように DSM-5 ではやや理念が先行し, 矛盾のない理論構築や精密な診断基準の作成が不十分である (あるいは間に合わなかった) 印象を受ける。その意味では, 今後も変更を加える中で完成度を高めていくものと考えられる。本稿では, 物質関連障害および嗜癖性障害群に含まれる各疾患を紹介しながら DSM-5 の理念や方向性を考えてみたい。

DSM-5 の変更点

—DSM-IV-TR と比較して—

1. 物質使用障害という概念の導入

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)。ただし, 物質乱用の中で「法律上の問題」は削除され, 新たに「物質に対する渴望」が追加されている。この結果, DSM-5 では物質乱用に相当する社会障害がより重視された診断構造になっている。また, 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) の 2 項目以上で診断が成立することから, DSM-5 では診断の閾値が低下している。これらのことから, DSM-5 の物質使用障害の診断概念の意義を挙げるならば, 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

著者所属: 1) 東京慈恵会医科大学精神医学講座 2) 独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター 3) 株式会社 LSI メディエンス薬理部門 4) 公益財団法人東京都医学総合研究所依存性薬物プロジェクト 5) 千葉大学大学院医学研究院精神医学教室 6) 社会医療法人栗山会飯田病院 7) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター 8) 星薬科大学薬品毒性学研究室 9) 帝京大学文学部心理学科 10) 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 11) 医療法人北仁会幹メンタルクリニック院長, 精神医学研究所所長

注) DSM-5 病名の訳語は日本精神神経学会・精神科病名検討連絡会のガイドラインに従った。

表1 DSM-5 の物質使用障害

11項目中2項目以上、同じ12ヵ月以内のどこかで起こる

項目	意味	DSM-IV-TRとの対比	内 容
1	制御障害	物質依存	当初の思惑よりも、摂取量が増えたり、長期間使用する
2	制御障害	物質依存	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	制御障害	物質依存	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	制御障害	新規項目	物質使用への渴望や強い欲求がある
5	社会障害	物質乱用	物質使用の結果、社会的役割を果たせない
6	社会障害	物質乱用	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	社会障害	物質依存	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	危険な使用	物質乱用	身体的に危険な状況下で反復使用する
9	危険な使用	物質依存	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	耐 性	物質依存	反復使用による効果の減弱、または、使用量の増加
11	離 脱	物質依存	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

的に医学的問題として把握し、医療的支援の対象に結びつける可能性が高まることである。その他、DSM-IV-TRの物質依存では、物質の種類にかかわらず共通の診断基準を用いていたのに対して、DSM-5では物質の特性に応じて診断項目の内容が変更されている点で改良されたといえる。

2. その他の変更点

多物質関連障害 (Polysubstance-Related Disorders) のカテゴリーが削除された。その他、診断項目の附記として、DSM-5では物質ごとに重症度分類 (2~3項目が軽症、4~5項目が中等症、6項目以上が重症) を特定 (specify) することが求められている。

それぞれの障害群における変更点

1. アルコール関連障害群 (Alcohol-Related Disorders)

アルコールに関しては、DSM-5における診断基準の変更、すなわち、DSM-IV-TRの依存と乱用の診断基準が、DSM-5では使用障害として統合された影響は比較的少ないといえる。なぜならば、アルコールは社会生活障害を強く起こすことから、社会生活障害が重視された診断構造になっ

ても該当する項目数はそれほど変わらないからである。しかし、治療の観点から考えた場合、DSM-5では診断基準の閾値が低下している点は考慮しなければならない。なぜならば、アルコールの使用障害の場合、重症度によって治療方針が異なるからである。特に、近年、“harm reduction”として節酒の治療的意義が見直されている中で、節酒と断酒を使い分ける場合、DSM-5の診断範囲は広すぎるため、その重症度も考慮した見方が必要になる。この他、DSM-IV-TRではアルコール誘発性障害 (Alcohol-Induced Disorders) の中に分類されていたアルコール中毒 (Alcohol Intoxication)、アルコール離脱 (Alcohol Withdrawal)、特定不能のアルコール関連障害 (Unspecified Alcohol-Related Disorder) がDSM-5では独立したカテゴリーになっている。

2. 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が (今後の研究のための病態に記載)、DSM-IV-TRでは検討課題であったカフェイン離脱は正式に採用された。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

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、いらいら、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。この中で特に頭痛が特徴的で、時間経過とともに頭全体に広がり、ズキズキする痛みが強くなる。

3. 大麻関連障害群 (Cannabis-Related Disorders)

大麻離脱は DSM-IV-TR までは検討課題にも挙がっていなかったが、DSM-5 で新たに採用された。この背景には、従来、大麻では離脱症状は出現しにくいとされていたのに対して、近年、大麻の離脱症状のエビデンスが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、いらいら、神経過敏、食欲減退、睡眠障害、抑うつ気分、各種の不快な身体症状(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。

4. 幻覚薬関連障害群 (Hallucinogen-Related Disorders)

フェンシクリジンは、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が、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た。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他の幻覚薬の二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。

5. 吸入剤関連障害群 (Inhalant-Related Disorders)

DSM-5 の吸入剤関連障害群では、依存と乱用の診断分類が使用障害に統合された点を除いては DSM-IV-TR から大きな変更はない。DSM-IV-TR の吸入剤依存の診断基準と同様に、吸入剤使用障害の診断基準に離脱の項目は含まれていない。

6. オピオイド関連障害群 (Opioid-Related Disorders)

診断基準とは直接関係ないが、DSM-IV-TR までは opioid の日本語訳としてアヘン類が用いられてきた。アヘンとはケシ未熟果から採取された成分の総称でモルヒネやコデインを含む。これに対して、オピオイドとはオピオイド受容体に結合してモルヒネ様作用を発揮する物質の総称であることから、オピオイドが正確な訳語といえる。DSM-IV-TR と DSM-5 の診断基準の違いに関しては、他の物質と同様に使用障害となった点を除けば大きな変更はない。

7. 鎮静薬、睡眠薬または抗不安薬関連障害群 (Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Related Disorders)

DSM-IV-TR から DSM-5 への変更に関しては、他の物質と同様に使用障害となった点を除けば大きな違いはない。

8. 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類とコカインは、臨床的な類似性から DSM-5 では精神刺激薬関連障害群に統合された。DSM-5 の精神刺激薬はアンフェタミン類とコカインにとどまらず、類似の薬理的な特性をもち、乱用リスクのあるメチルフェニデートや植物由来のカートも含む。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。

9. タバコ関連障害群 (Tobacco-Related Disorders)

DSM-5での変更点は2点ある。第1に、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ことである。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バ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白であるが²⁾、一方、喫煙という行動が社会的意味をもち、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などの理由からタバコを重視する立場がある⁶⁾。DSM-5は後者の立場をとったといえる。

第2に、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。しかし、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ている。具体的には、「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項目である。これに対して、DSM-5のテキストブックでは、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している。さらに、ベッドや可燃性物質の近くで喫煙するなどの危険な行為も生じるとしている。しかし、このような状況はDSM-IV-TRでも同じであったことから、DSM-5の改訂でタバコによる社会生活障害を新たに組み入れた経緯をもう少しはっきりと説明するべきではないだろうか。

10. ギャンブル障害 (Gambling Disorder)

DSM-5においてギャンブル障害が組み入れられた背景には、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ある³⁾、あるいは、ギャンブルのような行為でも、物質と同様に脳内報酬系が活性化される⁴⁾などの知見が集積されたことによる。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項目からなる。ギャンブル障害では、ギャンブルによる経済的破綻などの社会生活障害を重視した立場で、物質使用障害とは共通項の少ない診断基準であり、むしろ、後述するインターネット・ゲーム障害のほうが物質関連障害と類似した診断基準になっている。

“今後の研究のための病態”における変更点

1. カフェイン使用障害

DSM-5ではカフェイン使用障害の疾病概念としての問題点を以下のように指摘している。すなわち、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困難である。その理由として、①カフェインでは社会生活障害を起こしにくいこと、②社会・行動・心理学的な問題が生じているとしても、そのすべての原因をカフェインに求めることが困難なことを挙げている。このため、カフェイン使用障害の診断基準案では、他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・ゲーム障害では、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、ポルノグラフィなどの性的なサイトの利用などを除外したものを対象としている。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出している⁵⁾。一方で、検討課題として、新しいゲームが次々に作られている中で、ゲームごとに障害のパターンが変化するのか、あるいは、ゲームの種類によって障害のパターンが異なるのかが今後明らかにされるべきとしている。

3. 出生前のアルコール暴露に関連した神経行動障害

本疾病の概念は、出生前のアルコール暴露に関連した神経認知、自己制御、適応的機能の障害である。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、視空間推論を含む。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、また、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。出生前のアルコール暴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、まだ、はっきりとしていないが、おおその目安として軽度の飲酒習慣(1ヵ月に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。

まとめ

以上、DSM-5の物質関連と嗜癖性障害について、その変更点を中心に概説した。DSM-5は、科学的なエビデンスをベースにした診断基準の作成を目指している。その目的は明確であるし、従来とは異なった新たな診断概念が生まれてくる可能性がある。今回の改訂ではディメンジョン診断は採用されなかったが、今後導入される可能性が高い。このような中で、改めてDSMは、研究や統計のための診断ツールに特化していく可能性が示唆される。この診断基準を臨床の場面でどのように取り入れていくのかが今後の課題と考えられる。しかし、DSMは改訂の途中であることから、早急な結論は避けて今後の改訂を見守っていきたい。

本稿は日本アルコール・薬物医学会および日本依存神経精神科学会の用語検討委員会の活動としてまとめられた。

なお、本論文に関連して、開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed, DSM-5. American Psychiatric Publishing, Washington, D. C., 2013
- 2) Benowitz, N. L., Henningfield, J. E. : Establishing a nicotine threshold for addiction : The implications for tobacco regulation. *N Engl J Med*, 331 ; 123-125, 1994
- 3) Denis, C., Fatseas, M., Auriacombe, M. : Analyses related to the development of DSM-5 criteria for substance use related disorders : 3. An assessment of Pathological Gambling criteria. *Drug Alcohol Depend*, 122 ; 22-27, 2012
- 4) Linnet, J., Mouridsen, K., Peterson, E., et al. : Striatal dopamine release codes uncertainty in pathological gambling. *Psychiatry Res*, 204 ; 55-60, 2012
- 5) Petry, N. M., O'Brien, C. P. : Internet gaming disorder and the DSM-5. *Addiction*, 108 ; 1186-1187, 2013
- 6) Robinson, J. H., Pritchard, W. S. : The role of nicotine in tobacco use. *Psychopharmacol*, 108 ; 397-407, 1992