

*Comprehensive Handbook
of Clinical Psychiatry*

物質使用症又は
嗜癖行動症群
性別不合

編集 樋口 進

Disorders due to substance use
Disorders due to addictive behaviours
Impulse control disorders
Paraphilic disorders
Gender incongruence

序

本書では、いわゆる依存または嗜癖に関係する物質使用症又は嗜癖行動症群（disorders due to substance use or addictive behaviours）とそれに関連する衝動制御症群（impulse control disorders）およびパラフィリア症群（paraphilic disorders）を取り上げている。また、これらの症群とは別に性別不合（gender incongruence）に関する諸項目も収載している。

それぞれの症群および性別不合は、日々の臨床で使用されている現行の国際疾病分類第10版（ICD-10）から第11版（ICD-11）で大きく変貌を遂げた。本書は、本シリーズの他巻と同様にICD-11の分類や診断要件に従って執筆されている。もちろん、ICD-10からの変化や、米国精神医学会によるDSM-5の診断基準との関係も必要に応じて解説している。

物質使用症又は嗜癖行動症群に関してICD-10からの最も大きな変化は、この疾患群に嗜癖行動症が加わったことである。ICD-10では「成人のパーソナリティおよび行動の障害」カテゴリーの「習慣および衝動の障害」に分類されていた「病的賭博」が、ICD-11では「ギャンブル行動症」と名称を変更して、この症群に分類された。「ゲーム行動症」は、新規に疾病化され、同じくこの症群に分類された。

一方、物質使用症群の変化としては、まず、精神作用物質の「有害な使用エピソード」のような新しいカテゴリーが収載された。また、ICD-10までは、診断は本人が示す症状等によって下されていたが、ICD-11では、物質使用による他者への健康面での害も、本人の診断対象となった。さらに、物質依存の診断要件が大幅に簡素化されている。本書では、両症群の概念、疫学、病態、診断、治療の総論に加えて、個々の疾患に関する解説がなされている。物質使用症群の各論に関しては、ICD-11に収載されている物質の中で、日常臨床で遭遇する可能性の大きい物質を選択して解説した。

衝動制御症群では、既述の通り病的賭博が嗜癖行動症群に分類された。また、「強迫的性行動症」が新規に収載された。後者はDSM-5での収載が見送られた経緯があり、一方で、将来的に嗜癖行動症に再分類される可能性も指摘されている。本書3章では、衝動制御症群と近縁の嗜癖行動症との関係についても論じられている。さらに薬物治療も含めて治療法が確立されていない中で、本症群の臨床に取り組んでいる現状からの報告も収載されている。

パラフィリア症とは、非定型的な性的興奮のパターンが持続的かつ強烈であることを特徴とする疾患であり、ICD-10では「性嗜好障害」と呼ばれている。ICD-10では、特定の性的逸脱行動の記述に終わっていたが、ICD-11では特定の性行動が非定型的であるという観点だけでなく、持続的で強烈な性的興奮のパターンが存在することが診断の必須要件となっている。それにより、ICD-10に収載されていたフェティ

シズム、フェティシズム的服装倒錯症等がICD-11で削除されている。本書4章では、他の症群と同様に本症群に分類されている各症の診断や様々な治療の試みが記載されている。

既述の通り、性別不合は上記の4症群とは性質を異にしている。ICD-10における「性同一性障害」は前述の「性嗜好障害」や「習慣および衝動の障害」と同様に「成人のパーソナリティおよび行動の障害」カテゴリーに分類されていた。「性別不合」はICD-11で導入された性のあり方に関する診断概念であり、その特徴は実感する性別と割り当てられた性との間の著しい持続的な不一致である。性別不合はICD-10の性同一性障害と異なり、名称に「障害」がついておらず、定型的な男女を超えた多様な性のあり方を含んでおり、そして何より精神疾患に分類されなくなっている。一方で、性別不合においては、ホルモン治療や手術など精神科の枠を超えた治療が求められる場合がある。さらに、日常生活において本人が遭遇する様々な問題や社会制度が抱える課題も多い。本書5章では、これらの現状を、症例を示しながら分かりやすく解説している。

最後に、本書の企画に協力をいただいた、齋藤利和先生、村松太郎先生、原田隆之先生にお礼を申し上げる。先生方の優れた見識と献身的なご協力がなければ本書は完成しなかった。また、実際に各項目の執筆を担当された多くの先生方にも感謝したい。自画自賛のようであるが、お陰様で最新の知見を盛り込んだ情報量の多い一冊を世に送り出すことができた。本書が、多くの先生方の臨床や研究に貢献できることを願う。

2023年5月

国立病院機構久里浜医療センター名誉院長

樋口 進

CONTENTS

本書で用いるICD-11の日本語病名・用語および診断要件の和訳について……神庭重信 xiv

1 章 物質使用症群

物質使用症の概念……………	齋藤利和	2
物質使用症の疫学		
アルコール・タバコ（ニコチン）使用……………	尾崎米厚, 金城 文	11
薬物使用……………	嶋根卓也	24
物質使用症の病態		
生物学的視点……………	曾良一郎	41
心理社会的視点……………	松本俊彦	55
物質使用症の診断……………	宮田久嗣	64
物質使用症の治療		
心理社会的治療——アルコール使用症を中心に……………	角南隆史, 杠 岳文	76
認知行動療法……………	澤山 透	85
薬物療法……………	真栄里 仁, 樋口 進	96
家族支援……………	森田展彰	104
アルコール使用症・薬物使用症における医療・地域連携……………	太田順一郎	112
Topics 自助グループ, 回復施設……………	吉村 淳	121
物質使用症 各論		
アルコール使用症……………	木村 充	128
Topics 飲酒運転対策……………	菅沼直樹	140
大麻使用症……………	小林桜児, 西村康平	150

CONTENTS

Topics 大麻合法化とその影響	嶋根卓也	161
鎮静薬, 睡眠薬又は抗不安薬使用症	加賀谷有行	170
精神刺激薬使用症	成瀬暢也	183
ニコチン使用症	中村正和	195
その他の物質使用症	宇佐美貴士, 松本俊彦	207
物質使用症の予防・対策		
国の予防・対策	松井佑樹	217
地域における予防・対策	白川教人, 片山宗紀, 佐々木祐子	228
Topics COVID-19と物質使用	湯本洋介	238

2章 嗜癖行動症群

嗜癖行動症の概念	樋口 進	246
嗜癖行動症の疫学	金城 文, 尾崎米厚	256
嗜癖行動症の病態	松下幸生	269
嗜癖行動症の診断	松下幸生	282
嗜癖行動症の治療	樋口 進	289
Topics 統合型リゾート	松下幸生	302
嗜癖行動症 各論		
ギャンブル行動症	蒲生裕司	306
ゲーム行動症	松崎尊信	317
Topics eスポーツ	松崎尊信	327
その他の嗜癖行動症	橋本 望	332

Topics ギャンブルとゲームの融合	西村光太郎	344
嗜癖行動症の予防・対策		
ギャンブル行動症の予防と対策	小原圭司	352
ゲーム・インターネット・スマートフォン依存の予防と対策	館農 勝	365
Topics COVID-19と嗜癖行動	中山秀紀	372

3章 衝動制御症群

衝動制御症の概念	村松太郎	380
嗜癖行動症および関連疾患との関係	村松太郎	392
衝動制御症の診断・治療	村松太郎	401
衝動制御症 各論		
放火症	西岡直也	406
窃盗症	竹村道夫	414
Topics 窃盗症の裁判の動向	村松太郎	422
強迫的性行動症	原田隆之	429
間欠爆発症	村松太郎	436
Topics 衝動の biology	廣中直行	440

4章 パラフィリア症群

パラフィリア症の概念	原田隆之	446
パラフィリア症の診断・治療		
診断とリスクアセスメント	深間内文彦	454
認知行動療法	嶋田洋徳, 姜 来娜	463
薬物療法	深間内文彦	469

CONTENTS

Topics パラフィリア症治療の実践例	齊藤章佳, 深間内文彦	475
パラフィリア症 各論		
露出症	野村和孝	482
窃視症	野村和孝	489
小児性愛症	野村和孝	494
窃触症	野村和孝	501
その他のパラフィリア症	野村和孝	506
Topics 性犯罪者への対策	原田隆之	511

5章 性別不合

性別不合の概念とその変遷		
ICD, DSM の診断概念の変遷と性別不合	松永千秋	520
小児期, 青年期の性別不合の特徴	織田裕行, 松岩七虹	533
性別不合と医療		
精神的援助	針間克己	538
身体的治療——ホルモン療法	舩森直哉	545
身体的治療——手術療法	難波祐三郎	551
性別不合を持つ人々が直面する困難性とその対処		
成人期	齋藤利和	557
小児期	中塚幹也	564
性別不合と社会制度	康 純	573

Topics 日本精神神経学会『性同一性障害（性別不合）に関する
診断と治療のガイドライン』とその問題点.....松本洋輔 583

索引.....589

【読者の方々へ】

本書に記載されている診断法・治療法については、出版時の最新の情報に基づいて正確を期するよう最善の努力が払われていますが、医学・医療の進歩からみて、その内容が全て正確かつ完全であることを保証するものではありません。したがって読者ご自身の診療にそれらを応用される場合には、医薬品添付文書や機器の説明書など、常に最新の情報に当たり、十分な注意を払われることを要望いたします。

中山書店

1章 物質使用症群

物質使用症の概念

はじめに

物質使用症 (disorders due to substance use) とは、主に精神作用物質の使用によって生じる精神および行動の障害をいう。精神作用物質は摂取すると酩酊などの快反応により連用されやすく、ついにはその使用が他のいかなる行動よりも、より高い優先度を持つようになる状態、即ち依存状態を呈するようになる。現在でも精神作用物質は広く使用され、物質使用症は主要な世界的問題となっている。したがって、現在、物質使用症の理解とそれへの対処が求められている。筆者に与えられた課題は物質使用症についての総論である。しかしながら、これらすべての物質の使用症を限られた枚数で概説することは不可能である。それらは本章各論で論じられるので、そちらに譲りたい。

本稿では現在用いられている物質依存の理解をより深めるために、まずアルコール使用症を取り上げ、アルコール関連障害の概念の変遷を歴史的に展望したい。アルコール使用が古代からみられ、様々な使用障害の形が記載されてきたこと、さらに、これらを基に「アルコール使用症」という概念に至るまでどのような変遷を経てきたかを知ることは、現在の物質使用症概念についての理解を深めるために必要であると考えからである。その後、世界保健機関 (WHO) の国際疾病分類 (ICD-10, ICD-11)^{1,2)} における診断基準および、米国精神医学会 (APA) 『精神疾患の診断・統計マニュアル』

(DSM-5)³⁾ の「物質使用障害」の概念とその特徴について述べ、筆者の役割としたい。

古代のアルコール使用症

酒の歴史は有史以前から続いているといわれている。いずれにしても人類がアルコール飲料を製造した記録を求めるならば、紀元前数千年のメソポタミア文明、エジプト文明、中国古代までさかのぼることができる⁴⁾。ストア学派に属するローマの哲学者セネカは、その著書の中で、「酔っぱらい」という言葉には2つの意味があり、ひとつはワインを飲んで自分自身をコントロールできなくなった人間のことで、もうひとつは酔うことが習慣になりその習慣の奴隷となった人間のことであり」と述べている⁵⁾。これらはアルコール使用症の概念の萌芽とみることができる。

医学の対象となった飲酒関連障害

米国で最初の精神医学の教科書を著したRushは、1786年に「火酒が人間の肉体と精神に与える影響の研究」と題される論文⁶⁾を発表し、この中で急性の異常な酩酊と、過量飲酒による慢性的な心身の異常を区別し、両者ともに「疾病 (disease)」とみなしている。Rushは、この疾病をもつ人々には飲酒に対する強い欲求が生じることを示し、段階的な節酒ではなく完全な断酒が必要であると述べている。イギリスの医師TrotterはRushに数年遅れて、異常な酩酊は医学的に厳密な意味において疾病であり、さらに

2章 嗜癖行動症群

嗜癖行動症の概念

嗜癖行動症の歴史

病的賭博の疾病化

嗜癖 (Addiction) はラテン語の addicere (とりこになる) に由来している。中世では、嗜癖は物質使用行動には関係しておらず、習慣や好みのような意味で使われていた。1700年代には、タバコに対する嗜癖が記載され、やがて麻薬を中心とする薬物の強迫的使用にこの用語が使われるようになった¹⁾。

過剰なギャンブルが最初に精神疾患として公式に認められたのは国際疾病分類の第9版 (ICD-9) である²⁾。衝動制御の障害として、初めて「病的賭博 (Pathological gambling)」が収載された。それに続く ICD-10 でも、「病的賭博」という名称は踏襲され、習慣および衝動の障害に分類された³⁾。その中で病的賭博は「持続的に繰り返される賭博であり、貧困になる、家族関係が損なわれる、個人的な生活が崩壊するなどの、不利な社会的結果を招くにもかかわらず、持続し、しばしば増強する」と定義されている。

ICD-9 から5年後の1980年に、米国精神医学会 (American Psychiatric Association: APA) が出版した『精神疾患の診断と統計マニュアル第3版』(DSM-III) において、病的賭博が初めて収載された⁴⁾。ICD-10 と同様に DSM-III の診断基準は、嗜癖より衝動制御の問題を反映した内容になっていた。次の DSM-IV では、名

称も分類も DSM-III と同じであったが、診断項目の内容が物質依存のそれに近づいていった⁵⁾。最も重要な変化は、診断項目としてギャンブルのコントロール障害が追加されたことである。

DSM-5 に行動嗜癖が収載される

病的賭博の疾病化以降、ギャンブルのような物質使用以外の行動が嗜癖になりうるのではないかという議論があった。

仮に嗜癖の中心的な特性を、①問題が起きているにもかかわらず行動を継続、②行動のコントロール障害、③行動前の渴望や衝動、④強迫的な行動、とすると、物質使用以外の広範囲な行動に対しても嗜癖の概念が適用されうる⁶⁾。このような背景の中、DSM-5 作成のプロセスで、病的賭博の分類に関する検討がなされ、専門家による文献レビューを基にした議論などから、名称を「ギャンブル障害 (Gambling disorder)」と変更して、物質関連障害および嗜癖性障害群に分類されることになった^{7,8)}。このプロセスでは、病的賭博と物質使用障害および強迫性障害との類似性に関する検討もなされていた¹⁾。なお、病的賭博と物質使用障害の類似性については次項で述べる。

DSM-5 にはもう一つの嗜癖性障害として「インターネットゲーム障害 (Internet gaming disorder)」が収載されている⁷⁾。しかし、これは正式な収載ではなく、今後の研究のための病態にリストされている。DSM-5 の策定作業が行われた時期には、まだ、正式収載に必要なエ

3章 衝動制御症群

衝動制御症の概念

はじめに

衝動制御症 (impulse control disorder) は、その名の通り、「衝動 (impulse)」の「制御 (control)」にかかわる「障害/症 (disorder)」である。だがこのシンプルな名とは裏腹に、衝動制御症の概念は複雑である。この名から直ちに導かれるのは「衝動的にやってしまう」患者というイメージであるが、それが必ずしも正しくないことは、ICD-11の「衝動制御症 (impulse control disorder)」の冒頭の記述を注意深く読めば明らかである¹⁾。

衝動制御症は、ある特定の行為への強い衝動、欲動、駆り立てるものに抵抗できず、その行為を繰り返してしまうというものである。(筆者訳)

Impulse Control Disorders are characterized by the repeated failure to resist a strong impulse, drive, or urge to perform an act ...

すなわちICD-11の衝動制御症とは、「繰り返してしまう (repeated failure to resist ...)」ことが中核にある disorder である。その「繰り返してしまう」ものとは、「衝動 (impulse)、欲動 (drive)、駆り立てるもの (urge)」によって発動される、ある特定の行為である。

したがって、ここでの「制御障害/症 (control disorder)」の主徴は、「どうしても繰り返してしまう」すなわち「やめるべきなのにやめられない」ことである。その「やめられない行為」に対応する脳の活動が「衝動」であり、衝動

(impulse) は上記の通り ICD-11 では欲動 (drive)、駆り立てるもの (urge) と同義語として用いられている。

これは日常表現の「衝動的にやってしまう」(あるいは「衝動行為」と重なる部分は確かにあるが、重ならない部分もあり、それは衝動制御症の概念を把握するうえで非常に重要である。日常表現としての「衝動的にやってしまう」(衝動行為) は、突然に脳内に衝動が点火され、周囲の状況など目に入らず直ちにその衝動を行為に移すことを指しているが、衝動制御症の本質は上記の通り「やめるべきなのにやめられない」であるから、衝動制御症の「衝動」は、脳内に発生するインパルスを指しているにとどまり、「突然に点火される」ものに限らない。また、「周囲の状況など目に入らず直ちに行為に移す」という要素は衝動制御症の概念には含まれていない。図式化すれば図1の通りである。

「やめるべきなのにやめられない」が本質だとすると、むしろそれは嗜癖 (addiction) に近い概念であるように思われるが、ICD-11には衝動制御症とは別に「物質使用症又は嗜癖行動症群」という章があるから、衝動制御症は、嗜癖とは一線を画するものとして位置づけられている。そして衝動制御症の章に収載されているのは、「放火症」「窃盗症」「強迫的性行動症」「間欠爆発症」と、「衝動制御症、他の特定される」である。「やめるべきなのにやめられない」を主徴とする病態はこのほかにも数多くあるところ、なぜこれら5症 (事実上は4症) だけが衝動制

4章 パラフィリア症群

パラフィリア症の概念

はじめに

パラフィリア症 (paraphilic disorders) とは、非定型的な性的興奮のパターンが、持続的かつ強烈であることを特徴とする疾患であり、それは性的な思考、空想、衝動、行動によって示される。ICD-11でパラフィリア症群に含まれる疾患は、露出症、窺視症、小児性愛症、強制的性サディズム症、窺触症、同意しない者を対象とする他のパラフィリア症、単独で行う、又は同意する者を対象とするパラフィリア症である¹⁾。

パラ (para) という接頭語は、「偏った、異常な」という意味があり、フィリア (philia) は「愛」という意味である。ここで問題となるのは、何ををもって「偏っている」と見なすかという点であり、これを絶対的に定義することは困難である²⁾。近年、性的価値観の多様化が進み、かつては「非定型的」、あるいは「異常」とされていたものが、もはやそのようには見なされなくなった例は多い³⁾。

ICD-11では、非定型的な性的興奮のパターンが、持続的かつ強烈であることをパラフィリア症の中核としている。さらに、非定型的な性的興奮のパターンによって本人が著しい苦痛を抱いているとき、またはその性行為の本質が本人やパートナーに傷害や死亡に至る重大なリスクを伴ったりするものであれば、パラフィリア症に含まれるとしている¹⁾ (表1)。

ICD-11における パラフィリア症群の概念

ICD-11によるパラフィリア症群の診断要件を表2にまとめた¹⁾。個々のパラフィリア症の詳細については、[パラフィリア症 各論] (p482～) で述べる。

診断に必須の特徴としてまず挙げられるのは、性的興奮のパターンが持続的で強烈であるということである。そして、本人がこうした性行動を単に空想したり、アダルトビデオなどの視聴をしたりしているだけでは不十分であり、実際にその空想や衝動に基づいて行動に出ている必要がある。または、そのために著しい苦痛を感じていることが必要である¹⁾。

付加的な事項として注意すべき点はいくつかある。まず、パラフィリア症は、子どもにおいては診断すべきではないし、青年においても細心の注意が必要である。思春期や青年期の若者は、さまざまな性行動を試したり、衝動的に一過性の非定型的な性行動に出たりすることがある。これらが持続的反復的に行われていない限り、パラフィリア症とすることはできない¹⁾。

正常との境界

性行動は、社会文化的な要因の影響を受けやすいため、その社会文化的文脈において、その行為が部分的にでも容認されているのかどうかという点に注意を払う必要がある¹⁾。たとえば、海外の国でみられるヌーディストビーチなど、

5章 性別不合

性別不合の概念とその変遷

ICD, DSM の診断概念の変遷と性別不合

はじめに

性別不合 (gender incongruence) は、世界保健機関 (WHO) が作成した国際疾病分類である ICD-11¹⁾ に導入された性のあり方に関する診断概念であり、その特徴は「実感する性別 (experienced gender) と割り当てられた性 (assigned sex) との間の著しく、かつ持続的な不一致 (marked and persistent incongruence)」である。性別不合と ICD-10 (1990 年発表)²⁾ の「性同一性障害 (gender identity disorders)」との主な相違点は、名称に「障害」(disorders) がつかないこと、定型的な男女のあり方を超えた多様な性のあり方を含むこと、精神疾患に分類されなくなったことにある。これらはいずれも、個人の性のあり方が本質的に多様であるという認識に基づき、性のあり方の多様性を精神病理から分離するという意義を有している³⁾。

性別不合に関連する概念が診断分類に初めて登場したのは、米国精神医学会 (American Psychiatric Association: APA) による精神疾患の診断分類であり、国際的に利用されている DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) の第 3 版 (DSM-III: 1980 年発表)⁴⁾ においてであった。その後の DSM と ICD の改訂のなかで、性別不合に関連する概念や名称は変化を続けている。

本稿では、ICD および DSM において、性のあり方に関連する診断がどのような変遷を辿ったかについて概説する。表 1 に全体の流れを示

したので参考にさせていただきたい。本文では原則として、残遺診断のための診断カテゴリーおよび特定用語については触れなかった。なお、訳語は、sex を「性」、gender を「性別」、experienced を「実感する」、assigned を「割り当てられた」、clinically significant を「臨床的に有意な」としたが、慣例に従って gender identity は「性同一性」、gender identity disorder(s) は「性同一性障害」とした。

DSM-III に性同一性障害が導入された歴史的背景

John Money らによる先駆的な研究が契機となり⁵⁾、1966 年に Johns Hopkins 大学が性別適合手術のための診療部門を開設すると、それに続いて米国の 40 以上の大学や病院が性別適合手術を希望する患者を受け入れるようになった⁶⁾。そのような状況のなかで、性転換症という診断カテゴリーが ICD 第 9 版 (ICD-9: 1975 年発表)⁷⁾ に初めて導入された。しかし、ICD-9 には診断基準が示されていなかったため、性別適合手術に対する共通の適応基準が確立されていないことが問題となった。また、Robert Stoller らにより、反対の性別でありたいという願望を持つ小児に関する知見も蓄積されていた⁸⁾。

一方で、DSM は、精神疾患に対する薬物療法や生物学的研究の発展に伴い、その姿を大きく変えようとしようとしていた⁹⁾。力動的精神医学の影響を強く受け、診断基準の記載がなかった DSM-II (1968 年発表) までの診断分類