

アルコール中毒とくにアルコール嗜癖者の
治療ならびに問題点

津 久 江 一 郎

アルコール中毒とくにアルコール嗜癖者の 治療ならびに問題点

津 久 江 一 郎*

は し が き

今日、アルコール乱用とアルコール中毒は由々しい社会問題にまで発展してきている。

過去2つの世界大戦の戦時中には各国ともこれらは不思議に問題にならなかったのであるが、その大戦の終結を契機として *Neoalkoholismus* という言葉で表現されて注目をあびるようになったのは、明らかに社会的な影響によるところが大きいので、むしろ社会問題として取り挙げることが当然ともいえよう。そもそもアルコールを嗜なむにはある契機を要するもので、戦後の日本においても、とくに視聴覚を通じての刺激(たとえば、T.V.放送におけるコマーシャルのうち、酒類の宣伝は一日に((昭和44年1月某日の中国放送におけるもの))番組のスポンサー5件、スポット9件もあり、このうち番組のスポンサーであれば、その番組の間、少なくとも数回はくり返してその宣伝を放映していることになり、かつ、当地方においてはもう一つの民間放送局があり、この分を合わせると日常より我々はおどろくほど頻回に酒類の宣伝を視聴していることになる)や、生活様式の洋式化に伴ってのアルコール飲料が手近に沢山求められることや、婦人を交えての飲酒の機会も多くなつたことや、その他アルコール含有量の多い洋酒を飲用することが多くなつたことなど、要するに社会一般に飲酒の機会を多くもち、かつ、多く飲む習慣が増えてきていることなどが問題である。

精神病院に入院しているアルコール中毒患者の治療に直接当たるわれわれにとっては、その治療目的である家庭ならびに社会への復帰と、よりよき適応ということを真剣に考えれば考えるほど、上記のような社会から迫ってくるそれへの妨害の力をとてつもなく強大なものに思え、ややもすると、アルコール中毒患者に対する治療に際し、悲観的態度に陥らざるをえぬ破目にさえ合うのである。

それにもかかわらず、社会の情勢に呼応してか、精神病院に入院するアルコール患者も年々増加し、甚だしきは全入院患者の20%にもおよぶほどである。

こういう情勢下にあって、社会問題もさることながら、われわれとしては、先ず、入院中にできるだけの善処を求められることに追われ、まさに足元に火がのびていることを痛感させられているのが現状である。

昭和44年3月末現在、本県において6,453名の精神障害者が入院しているといわれ、このうち598名が中毒性精神障害者、151名が精神病質者であるという。

このデータにもあるように「アルコール中毒」という問題には、異常性格的な要因が大きく関与し、たとえば、入院した場合、治療に協力的でないばかりか、他の疾患で入院している患者を煽動し、徒党を組んで病棟にアルコール中毒患者のボスができあがり、治療上のみならず病院管理上頭痛の種と化すようになることが多い点で、多くの専門家も、アルコール中毒患者の入院治療を歓迎しないこともまた一面の実状でもある。

それにしても、年々増加する同患者に対し、われわれが入院拒否をすることもかなはず、上記の困難を何とか克服することを要請されるのである。

このようにして臨床の実際に従事し、多くの患者に接する機会が多くなるほど、これまでの治療法では満足できるものに乏しく、かつ治療目的を真摯に考えれば考えるほど、「アルコール中毒」そのものの再検討とその本質的問題点に迫らざるをえなくなり、かくて、諸種の追求と臨床経験の上で、目下、私なりの比較的満足できる臨床的対処を経験できるまでに漕ぎつけうるようになった。

この臨床的対処については、また稿を別にして報告するが、今回は、いわゆる「アルコール中毒」の治療のあらましに加え、むしろわが国で、概念的にやや混沌化しているきらいのある「アルコール中毒」ないし「嗜癖」そのものの精神医学的考え方の批判検討を主にして、私の経験をまじえ、先ず総説的に紹介し、私の爾後の報告のまえおきに代えたい。

いわゆる「アルコール中毒」に 対する治療

I) 薬物療法

*Ichiro TSUKUE: Treatment and problems on alcoholics, especially alcohol addictions
Director of SENOGAWA MENTAL HOSPITAL
Dep. of Neuropsychiatry, HIROSHIMA Univ.
School of Medicine

*瀬野川病院 院長

広島大学医学部神経精神医学教室
(主任: 小沼十寸穂教授)

これは臨床的に大別すると、主として初期における急性症状に対するものと、長期入院継続ないし外来通院などを通じ、ともかくも慢性経過を示す情緒不安定状態等に対するものとに分けられる。

A 急性期に対する薬物療法

1. Phenothiazine 誘導体

初期精神症状に有効である。その中でもより多くの経験をもたれた製剤は chlorpromazine であるが、これを含め一般に本誘導体は、内因性精神病に対すると同様に幻覚、妄想等に対して有効である。しかしながら、多くの場合、肝機能検査の異常値（筆者は実質性肝炎であるかどうかを疑問に思っている）を見ることが多いので、このものの使用は不愉快であるけれども、興奮の強いものに対しては使用せざるを得ない場合がある。

それにしても、臨床経験の上で特にはなはだしい肝機障害を示した例は比較的まれであるが、矢張り使用は短期間にさしひかえたい。

2. Rauwolfia Serpentina

アルコール幻覚症に対して著効を示すことが従来から知られている。

一般に幻覚症や振戦せん妄においては補液が特に重要であるので、本剤も径脈管的に大量を使用する (100~200 g/kg a day)。それにより幻覚のすみやかな消失を見、興奮の沈静が見られる。その後は持続的に経口投与にきりかえる (100 g/kg a day)。

3. Meclofenoxate hydrochloride; Cytidine Diphosphate Choline

慢性酒精中毒症の礎地の上に発呈する急性精神症状である振戦せん妄では、それに引き続き、眼筋麻痺が発呈し、不安感が減少して嗜眠から昏睡状態に陥ると非常に予後が不良とされているが、この昏睡状態にある時最も著効を示すのは Meclofenoxate hydrochloride; Cytidine Diphosphate Choline である。しかしながら昏睡状態を覚醒に著き、死にいたる危機から脱出させるとこはできても、意識混濁、せん妄状態に対してはあまり効果はなく、この状態にまで病状が復したならば、矢張り前述の向精神薬の投与にまたなければならない。

4. Heparin

慢性酒精中毒患者では多く肝機能障害を伴うが、そのうち脂肪肝のある患者において、われわれ精神科医が忘れてならないのは脳における脂肪栓塞である。

慢性アルコール患者が卒中様の急激な錯乱状態を発呈したならば、一応この疾患を疑う要がある。

実際には脂肪肝の診断の決め手は困難であるが、肝臓は腫大しており、辺縁が鈍で硬度は軟かく圧痛点は

ないのが普通であり、B.S.P 機能低下が認められ、これで推定することができる。さらに尿中の脂肪滴を顕微鏡で見出し、血中のリポ蛋白を調べれば診断がつく。

この場合の治療としては Heparin (リバーゼの作用をするので脂肪溶かす) を Prothrombin time に注意しながら用いると効を奏する。

B 慢性期における薬物療法

1. 抗酒剤による方法

精神療法の重視から最近抗酒剤の使用は用いても、くり返し行なう飲酒テストは次第に行なわれなくなりつつあるが、筆者は抗酒剤を、Disulfiram による嫌酒(断酒)療法と、carcium carbamonitrile による節酒療法とに分けて用いるが、carcium carbamonitrile によって節酒(外来通院患者)出来る患者は質的には良い人達であり、このグループにとっては非常に有用であり救われ得る人々であろう。

また、従来用いられている秘密療法の変法として向笠¹⁾の提唱する Cyanamide 二重投与法も家族の理解、協力があれば外来患者に対してはかなり有効である。

しかしながら以上の抗酒剤は糖尿病合併症には禁忌とされており、実際には臨床的にアルコール中毒患者に高血糖値を示す例が実際に多く見受けられるので、単独での適用性に完全性を欠く憾みがある。そこで径口糖尿病治療薬である chlorpropamide が良く用いられるようになってきている。

前 2 者の全身倦怠感、食欲不振等の不愉快な随併症状があるのに対して危険が少なく、特に外来通院患者に対しては「酒を止める薬を飲んでいる」という「自己暗示」をうながす意味で用いられ有効である。

また筆者は「酒ゲン」皮内テスト^{2), 3), 4), 5)}により、反応値の強陽性的ものには Disulfiram を、反応値の低いものに対しては carcium carbamonitrile の投与をこころみている。結果については十分なデーターを得てないので後の論文にゆずるが、なかなかの好結果を得ている。

2. Diazepam 療法

一般に Diazepam の使用量は少なく、chlordiazepoxide の約 5 倍の薬効を有していると宣伝されたためか、大体わが国においては 10~30 mg/a day の範囲で用いられるのが常識化されており、まれに緊張興奮の強い内因性精神病に対して 60 mg/a day を一時に投与されることがある程度である。これは Diazepam の注射が発売されている諸外国においても同様で、著しい不穏、不安状態を示す内因性精神病の患者に対しては 60~90 mg/a day 注射することが行なわれているのが一般である。

なお、Diazepam に対する耐性は非常に様々で、女性や老人は特に耐性が低いとされ、最大投与量は30mgまでとするのが常識的になっているが、別稿で述べるごとく、実はいわゆる「アルコール中毒」患者は耐性が高く、少量では効果に乏しかった例が大量となって有効性がたかまるなどを経験した。

この経験を通じ、私は薬物療法としても、その他の価値においても、別稿に報告するごとく、Diazepam 高単位療法を推奨しているのである。

II 精神療法（集団精神療法）

近来、わが国においては、精神療法の流行および発達が目ざましく、そのためにアルコール中毒者に対しては向精神薬による薬物治療にはむしろ関心が乏しく、かつ薬物投与を中止すると、ふたたび飲酒を開始する例が多いことより、全く無効であるとの意見もあるほどである。

一般に精神療法には、治療者という個人が患者という個人、またはその集団と出会い、共通の目的を追求する過程がみられる^{6),7)}。

これには大体、積極的精神療法と支持的精神療法との2つに分けられる。前者は、対面、自由連想、解釈を含んだ精神分析的療法と、感情転移なし抵抗分析が基本となる古典的精神療法が最も発達した形態を持ち、とくにこの後者では完成された理論と技法を備えている。

支持的精神療法では患者に助言と指導を与える点が中核となる。

しかしながら上述のごとく患者に対して精神活動的な解釈をする治療者側のタレントもさることながら、知能が低く、または知能低下を来たした欠陥状態にある患者に対しては、規定された精神療法の適用を望むことは無理であり、特にわが国においては精神病院に比較的長期に入院しているアルコール中毒患者には、この種のグループがかなりの率で存在しているほか精神病質傾向が著しいのが実状であるので、精神療法の実際化は困難である。

いずれにしろ精神療法において最も肝心なことは、感情移入性であり、このためには単に精神療法のみにこだわらず、別稿で奨す Diazepam 高単位療法により、治療的人間関係を形成し、精神療法さらに作業療法と連続的多面的治療を行なうことが望ましい。

III 作業ないし生活療法

作業療法は、広義には生活指導、レクリエーション療法、および狭義の作業療法に分けられるが、根本的には同一指導原理によって貫かれている。種々な症状をもち、無為、寡動の状態にある患者を人間的な活動性に富んだ規則正しい生活へ導き、各種の症状の改善

をはかるとともにその生活圏を拡大し、さらに進んで病院内の保護的な環境から実社会での生活に耐えうる状態に近づけることが本来の目標である⁸⁾。

筆者は慢性アルコール中毒患者の作業療法は、精神分裂病を主とする従来の知能、人格の崩壊を防ぐ意味での単純なくくり返す作業とはおのずと異なるものであって、当初より高度なテクニックを要する作業内容にとり組ませるべきであるとの持論を持っているが（ただ、この場合、作業グループの構成には十分配慮せねばなるまいが）、いずれにせよ、作業療法は、他の特殊療法との有機的なつながりを持ちつつ、確固とした治療方針と計画のもとで実施されなければならず、ただ漠然とその患者が働くからといって院内の労務に従事させることは作業療法とはいえない。

IV 断酒会その他

医師による集団精神療法が施行されている一方、アメリカでは1935年 W. Bill と S. Bob によって匿名禁酒会 Alcoholics Anonymous が発足した⁹⁾。これは酒客による禁酒を目的とした自発的な集まりである。数年を経ずして、社会の有志や家族がこれに賛同し、飲酒者の配偶者からなる Al-anon という団体も出来、禁酒を誓い合い、会員相互の態度を検討し合い、生活をはかるようになり、世界各国にもその支部を置くようになっている。わが国でも、以前よりある禁酒同盟や、最近になって高知や東京を中心として断酒会が次々と誕生し、講演会や新聞の発行など、活発な活躍を続けている。

今後これらが、わが国においてもよりよく発展することが望ましく、それには会員の努力はもちろんであるが、各種団体の横の連絡および精神科の専門医の協力、指導がアメリカの場合と同様に円滑になされなければなるまい。

「アルコール中毒」ないし「アルコール嗜癖」をめぐる問題点

わが国における上記の「中毒」や「嗜癖」にまつわる概念は、成書によって種々異なるものがあるにせよ、一般に詳細にうがった検討に乏しく、今日の段階では、いまだ混沌としているといつて過言ではない。

そこで以下に、日本、アメリカ、ドイツ、WHO およびフランスにおける上記に関する概念を紹介し、われわれが俗にいう「アル中」という安易な考え方から一旦遠離し、問題点をみつめ、概念的にも判然とさせ、実際の臨床において、治療目的を保持継続しながらの治療を遂行しうる扱り方としたい。

I 「アルコール中毒」

1. アメリカにおける alcoholism

アメリカ精神医学基準 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association ((APA))) によれば, alcoholism のカテゴリーは、顕著な性格異常もしくは、特異な精神病理が認められないアルコール嗜癖 (addiction) 者に適用されている。しかも、単純な酩酊状態およびアルコールによる急性中毒症状は除外するとされている。

このような中毒症状という場合は欧米とも intoxication というコトバを使用するが、日本では—ismus に対するのと同様に中毒というコトバしかない。

この alcohol intoxication によるものでは、

(1) Acute Brain Syndrome

(回復可能な脳症のみを含む)

- i Acute drunkenness
- ii Delirium tremens
- iii Acute alcoholic hallucinosis
- iv Pathological intoxication

(精神障害が前提となっていないもののみを含む)

(2) Chronic Brain Syndrome

Korsakoff's Psychosis etc.

などに分けているのは、ほぼ世界的に共通している分類といえる。

2. ドイツにおける Alkoholismus

Alkohol-intoxikation (= Vergiftung) を Alkoholismus とする。

(1) Akute Alkoholvergiftung

(2) Alkoholsucht

(3) Chronische Alkoholvergiftung

すなわち、ドイツの Alkoholismus はアメリカのより広義にわたっている。

3. 日本における「アルコール中毒」

日本において「アルコール中毒」という場合、その意味する内容がしばしばまちまちで、専門的立場においても意見の一一致をみぬ事も多いが、一応 Alcoholism なり Alkoholismus の訳としてより広義に使用しているのが一般である。

4. WHO のアルコール中毒専門委員会における Alcoholism の定義

Alcoholism とは、伝統的、習慣的飲酒の域を越え、あるいは地域社会全体の社会的飲酒習慣の域を越えて飲酒する場合、飲酒に導く病因的因子にかかわりなく、またその病因的因子がどの程度遺伝、体质、あるいは獲得された身体病理的、代謝的影響を受けているかにもかかわりなく、それを Alcoholism とよぶ¹⁰⁾。

これはアメリカの定義に準ずるところが多分にあるとみなされ、むしろ、後述する「嗜癖」を含めての、

より広範な考え方を反映しているものと思われる。

II 「アルコール嗜癖」

1. アメリカにおける嗜癖 (Addiction)

アルコールの習慣的摂取者で、急性脳症を併わぬ場合にいう。その他、アルコール中毒に関連して起った精神病、精神生理学的障害、精神神経症などは除外される。

2. ドイツにおける嗜癖 (Trunksucht)

習慣や何らかの素質のために、有害であることを十分に自覚し、悲惨な末路に対する予感を感じながらも、禁酒できないか飲酒しても害のない程度に節飲できない状態に対して使用されていることが多い。

Kurt Kolle によると、「持続的なアルコール乱用の結果、身体的、精神的、あるいは社会的に障害をきたした者」としており、単に性格的な問題のみに焦点を絞っていないが、基本的にはその問題を重視している。しかも、嗜癖者に対し特殊な人格類型があるとしているが、これはドイツで共通的に指摘されているところと変わりはない。

つまり、意志の弱さがあり、しかもそれについて反省のない (einsichtlos の) 人間である点を重視している。

そしてこういった人間が、社会的に落ちぶれ、家庭をおろそかにした状態を嗜癖と呼んでいるが、一般に経済的困窮、家庭不和、離婚などの精神的打撃から飲酒に耽溺し、嗜癖に発展して行くとみなされている。

Oswald Bumke¹¹⁾, Eugen Bleuler¹²⁾, Gottfried Ewald¹³⁾ および Martin Reichardt¹⁴⁾ らは彼らの著書の中で、Alkoholismus なり Alkoholintoxication のなかから Alkoholsucht を分離しようとしたが、明確な区別をつけぬままに終わった。

3. 日本における「アルコール嗜癖」

日本の多くの精神医学教科書の著者に Bumke や E. Bleuler の影響が多大であったとみなされる所以か、日本でも、とくに Alkoholsucht と診断されたものでも、概念的に共通したものに乏しい印象がある。

もっとも、小沼教授が著書「アルコール中毒¹⁵⁾」で嗜癖を慢性酒精中毒症の中で取扱われているのは、ドイツ的なものを越え、さらに概念的にスッキリした観があるといえる。

4. WHO の麻薬専門委員会は、一般に習慣 (habituation) と嗜癖 (addiction) という言葉の区別が明確でないことにかんがみ、次のような定義をもうけている。

習慣：薬剤を反復使用した結果、生じた状態で、次のような特徴をもつ。

1. それがもたらす幸福感から、その薬の服用を繼

続したいという欲求。

2. 使用量増加傾向は僅かであるか、またはない。
3. その薬剤の効果に対するある程度の精神的依存はあるが、身体的依存はない。したがって禁断現象を欠く。
4. 悪影響はあるとしても、一時的には個人に限る。

嗜癖：薬剤の反復使用の結果、生じた周期的な、あるいは慢性的な中毒状態で、次のような特徴をもつ。

1. その薬剤の服用を継続したいといふ、また、いかなる手段によってでも、それを得たいといふおさえ難い欲求ないし要求。

2. 使用増加の傾向。

3. その薬剤の効果に対する、精神的ならびに身体的依存（後者には例外もある）。

4. 個人および社会に対する悪影響。

以上であり、これはドイツ的な考え方と軌を一にするところが多分にある。

さて、成書において、概念的にかなりはっきりさせているものとしては、ウイーンの Hans Hoff¹⁶⁾ のものをあげることができる。

Hoff は、Alkoholismus という項目のなかに含めてはいるが、Die chronische Trunksucht という一項目を設け、その説明も詳細にしているが、土地柄のこともあるってか、ドイツ的なもの、フランス的なものを止揚した形のようにうかがえる。

フランスの成書では、お国柄といふか、概念的にも分類上でも一層微に入り細をうがつ感みがあるほど詳しいのが一般である。

そのうち、先ず Henry Ey¹⁷⁾ の著わした教科書からの Alkoholisme に関する抜粋を、その代表的なものとして参考にまで紹介しておくとつぎのとおりである。

III フランスにおける「アルコール中毒」に関する臨床の実際

アルコール精神病（として一括している）

I. 急性飲酒中毒（酩酊）

- A. 正常酩酊
- B. 病的酩酊
 1. 運動亢奮性酩酊
 2. 幻覚性酩酊
 3. 妄想性酩酊

II. 慢性アルコール常用（浸潤）症状

(Le syndrome d' imprégnation alcoolique chronique)

- A. 習性 (L' habitus)
- B. 脳波変化

C. 慢性アルコール中毒 (alcoolisme) の生物学的症状 (syndrome biologique)

III. 慢性アルコール中毒 (Alcoolisme chronique) の急性および亜急性精神障害 (Troubles mentaux)

A. 亜急性飲酒性妄想

B. 急性飲酒性妄想なし・振戦譫妄

IV. 慢性アルコール中毒の妄想病型

A. 夢幻様状態後遺症

(Les séquelles post-oniriques)

B. 飲酒性幻覚症状態

(Les états d' « Hallucinose alcoolique »)

C. 慢性飲酒性妄想

1. 系統妄想、嫉妬妄想

2. 慢性飲酒性幻覚精神病

3. 精神分裂型の発展

V. 飲酒性脳症の解剖—臨床関連症状

(Les syndromes anatomo-cliniques des encéphalopathies alcooliques)

A. Korsakov 氏飲酒性多発神経炎性精神病

(Psychose polynévritique alcoolique de Korsakov)

B. Gayet-Wernicke 氏脳症

(L' encéphalopathie de Gayet-Wernicke)

C. 飲酒性門脈性脳症

(L' encéphalopathie porto-cave alcoolique)

VI. 飲酒性痴呆

(Les démences alcooliques)

VII. アルコール中毒兼てんかん

フランスでは以上のとく「アルコール中毒」をアルコール精神病として一括する向きがあり、これらのなかには「嗜癖」という項目が見当らない。

それはフランスではいわゆる「嗜癖」を原因とみなしているからである。

嗜癖ならびに嗜癖者の問題点

嗜癖をアメリカ的に解釈すると、極めて広義で神経症傾向のみられるものも除外され、単にアルコールの習慣的摂取ということに重点がおかれていたかの印象があるが、その基盤には性格異常性を重視している。

これはドイツでも強調されている意志の弱い、反省のない性格異常性ということに絞りうるが、ドイツでは神経症状性の問題をも重要視している。

もっとも、WHO で一応の規定をしているが、上記のような差異を厳密にはつけがたく、アメリカでもドイツでも、また日本でも嗜癖に関しては、なお甲論乙駁があるのが実態といえる。

それにしても、この嗜癖が、アルコール中毒の基盤となるという考えに一応の一致をみていることも間違いない。

フランスでの原因論として Henri Ey はつぎの項目をあげている。

1. 本能的欲求
2. 耐性と習慣
3. 飲酒者(alcoolique)の人格と体型(biotypologie)
(神経症性；代謝性；ホルモン性の要因)

4. 遺伝

これらは、いわゆる「嗜癖」ないし「嗜癖者」にかかる問題点をとりあげているのであって、要は嗜癖に関する問題が原因的に重視されていることを物語るものである。

フランスでは、とくに「嗜癖」と「嗜癖者」とにかかる区別とそれへの見解がより細やかである。

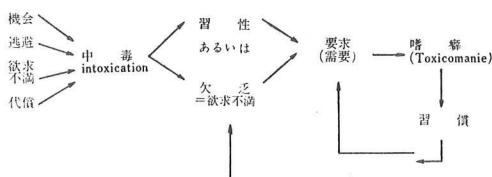
Louis Gayral¹⁸⁾ の最近(1967)の教科書からこれらについての見解を拾いあげてみるとつぎのごとくである。

嗜癖(フランスでは Toxicomanies という：直訳すると中毒狂となる)は A. Porot によると「ある人によりあらわにされる異常にして長引く本能的欲求であり、無痛効果、多幸性ないし強壮性のため偶然あるいは意図的に知ったその必要品あるいは薬剤を求める欲求であって、それら薬剤等に対し急速に不可抗的な習性を生じ、かつ、ほとんど免れようもなくその增量に釣りこまれてしまうものである」とされている。

嗜癖(中毒化)の本能的欲求の原基には、意気銷沈、不足感ないし欲求不満感ならびに一般に無意識的逃避感にまぎれてある代償の追求がある。その結果は一時的でしかも反復せる逃避であるが、それは不安の原因となる支払期日を延期するとか、あるいは蔽いかくすとかの困難な、辛い、耐えがたい現実からの逃避である。それは神経症性の過程である。

嗜癖(Toxicomanie)の段階の拡がりはすべて下記のように示すことができる。この嗜癖が成立するためには、3つの事情の出会いを必要とする：

図 1



1. 最初の機会、すなわち正当な悩み、誘惑、偽造などにかかる多幸についての系統的な追求の機会；

2. 素因性の感受性の鋭い人格、すなわち、とくに精神病質(非協調)性人格、無意識的に現実の代償や精神的意気銷沈の代償あるいはそれらに抗する方法を追求して行く神経症性人格；

3. 薬剤が特別な多幸あるいは精神的無痛の現象や慣習および需要の偶発を生じる。

この3つの要因のうちで、より重要なのはいうまでもなく人格の予め定められた型である。好んで嗜癖者(toxicomane)になる者はいない。もしも素因のない人格が、偶然、著しく苦痛な疾患によって欲求慣習(Appétence-accontumance)の状態の犠牲者となるとしても、その状態は一時的なもので断ち切られるものである。

英米の Addiction は真の Toxicomanie に相当し、典型例である麻薬中毒のごとく、その薬剤に依存し切ってしまうものを指しており、この薬剤が欠如すると、その嗜癖者には種々の身体的障害症状に加えある種の不安が発呈するのを前提としている。

英米の habit は、フランスの habitude enracinée(固定した習性)に匹敵するもので、その習性者には、身体的障害症状はさほど惹起されないが、ことに精神的にある屈服状態に陥らぬかとの不安とともにそれを警戒する状態がみられる。

しかしある者は、その薬剤のとりことなるにおよんで、精神的ならびに身体的障害への警戒も増大するが、紛れもない嗜癖に陥ってしまうのがいる。これが嗜癖者であるとする。

以上のフランスでの考え方は、WHO のとかなり接近しているにしても、本質的あるいはまた実際的につきの相違あるところも多分にみられる。

いずれにしても、嗜癖が習性に止まるものと、嗜癖者を結果してしまうものとでは、治療上においても予後においても異なるのである。

上記のようにフランスの教科書に示されているように、Toxicomanie(嗜癖)について単純な考え方をしていないことを知らされるが、實際にはさらに細やかな観察や見解が指摘されている。もっともフランスのみならず、他の欧米においても、この「嗜癖」に関しては、疫学的、社会文化的、学習理論的、身体的、精神力動的、体型的、性格的な様々な面からの研究は多々ある。

さて、われわれにとって、この嗜癖に陥ったものでも、一過性に断ち切ってしまう者は一般に臨床の対象とならぬことが多く、實際に対処しなければならぬ

いのはまさに「嗜癖者」なのである。

そして、この嗜癖者について、最も注目せねばならぬことは、既述のごとく人格の特殊な型であって、この問題点に迫る治療法において、他の治療を進めるることはその意義と価値に乏しいのであるが、多く専門家が尻込みするのは、この人格ないし性格の核心に敢然と対処することに欠けていた憾みがあったためといつても過言ではないと思う。

なお現実にも、神経症性の段階で精神病院に入院するいわゆるアルコール中毒者は比較的少なく、いわゆる「アル中」（以下「アル中」とあるのは、現在日本において通称されている内容を多分に含むが、既記のフランス的なアルコール中毒に陥った者を意味する）に限られているが、それらの患者の基盤として精神病質がみられ、結局は臨牀上その壁にぶつかり、しかもわれわれが一般に精神病質の改善は不能というように教えられてきただけに、当初から積極的な治療にも意欲をもたず、なるべく「アル中」をさけるようになるという現象があちこちでみられたように思うのである。

私の取扱った経験においても同様に壁にさえぎられる思いを重ねたがそれらの例につき、その精神病質傾性の実態を取り挙げてみると下記のごとくである。

一般に「アル中」と相関関係の密接な精神病質のパターンには、意志薄弱型が最も多いが、私の取扱った例を通じては、多くみられた型から順を追って一応の類型を下記のように示すことができる。

1. 意志薄弱型
2. 顯耀型
3. 気分易変動型
4. 爆発型
5. 発揚型

これらにつき、代表的な例の、入院にいたる経緯ないし経過状況などを示すとつぎのとおりである。

1) 意志薄弱者

意志薄弱者はわれわれが最も多く遭遇するものであり、折角、退院して社会復帰してもほとんどすぐにふたたび酒精に耽溺し、数日を経ずして再入院に陥る型である。しかし病院内における療養態度は比較的良好く、治療者の意を迎えて従順であり、規律も案外良く守る。ために入院期間は比較的短かいが、再入院を度々くり返すのが特徴である。

2) 顯耀者

常に虚栄的に欲求不満を持っており、そのうちで酒精に逃避した者たちである。転換ヒステリー反応を起こさなかった点では成功ともいえるが、中には同時に両者を備えている者も見受けられる。一般に自ら飲酒

に明け暮れるようになった理由を判然と説明し、強調することが多い。

中には第1回の入院が第2回目の入院の動因となっていると強調するものさえある。酒精中毒そのものを治療者に対して顯示する傾向があり、特定の治療者のもとへ入院をくり返すことがある。いわゆる断酒会の会長とか、模範的禁酒者の中にも見受けられる。けだし模範的禁酒者になるためにはふたたび飲酒をくり返さなければならないのはまさに Paradox であり、残念なことである。

3) 気分易変動者

気分易変動者のアルコールに対する態度はきわめて区々であり、動機は単純にして多様である。

ごくわずかな事業の失敗、あるいは失恋等さえもその動因となる。

4) 爆発性者

爆発性者としては、一般に考えられているよりは性格的傾向としては少なく、原因よりも結果として、爆発反応を呈しているものが多い。勿論、器質的な、例えばてんかん、周期性不機嫌症のようなものは問題外である。

5) 発揚者

発揚者で入院歴を有するようなものは躁うつ病の周期的現症によって左右されるものが多く見受けられる。むしろ本来の性質傾向とは意味が異なるようである。

以上、嗜癖と嗜癖者との概念を明らかに把握し、混沌たる在来アルコール中毒の概念をいささか整理してみることにより、治療の目的と実際の進め方をはっきりと樹立せしめうると思うのであり、身体レベルでの薬物療法も、つぎの段階に必要な精神療法や作業療法に、一直線に連なるものでなくてはならず、それらを通じて社会適応的復帰を如実に検討するに当って、それぞれの精神病質傾性のパターンが参考になるのであり、当初から精神病質の故をもって治療を諦めることの非を更めて知らされるのみならず、むしろ今後の治療手段に大きな期待が寄せられると思うものである。

つまり、これは嗜癖即精神病質、精神病質即治療不能という概念を止揚し、嗜癖の成立条件や嗜癖の段階過程を充分に勘案した上で、ことに神経症性ならびに環境機会性を重視しての、それらへの対処を考える基盤として、まず馴化効果をねらうもので、嗜癖という表出を有する精神病質の基盤への治療的接近であり、精神病質のパターンにとらわれすぎての治療の諦めからの離脱である。

したがって、治療の出発点は、身体レベルにおいてなされ、いわば素因へのある働きかけであるが、馴化

作用を核心とし、その効用を通じて、嗜癖の他の条件、すなわち神経症性機制や環境機会性の要件の調整に資するところあらしめるための治療手段と考えねばならないのである。

考 察

(1)

「アルコール中毒」患者の治療の困難さは、その診断の難易さにあるのではなくて、まずその患者をしていかにして治療を受ける気持を維持させるかにあると思う。

筆者はアルコール飲用の習慣から飲まない習慣に移行するまでには少なくとも数年間必要であると思う。しかしながら現実にそれだけの期間を入院させておくことは困難であり、かつまた治療目的からはずれてしまう。

そこで他の精神障害者と同じく「アルコール中毒」患者に対しても少なくとも数年間の追跡調査と訪問指導などが必要であることを主張せざるをえない。また一般に「慢性アルコール中毒」患者は再三入退院をくり返す例が多く（これは多分に早期に退院を許可する治療者側にも責任があるが）、再入院に際してはかならずしも同一の病院を選択するとはかぎらず、むしろ、転々と病院を渡り歩く例も少なくないのである。

上述のこととかんがみ、一日も早く、少なくとも県単位のアルコール中毒患者の実態の把握と追跡調査および訪問指導などを是非とも行なうべきであると思う。

考察の冒頭に当たりいきなり結論めいたことを述べてしまったが、なお忘れてはならないことはアルコール中毒患者の早期発見のための症状や徴候の観察眼およびその故の治療施設について一般開業医をはじめとし、各事業所における衛生看護婦、衛生管理者等の教育をおこたってはなるまい。

そういう予防的手段をとると同時にもう一つ是非とも改めなければならないのは、われわれ精神科医のアルコール中毒患者に対する悲観的治療観である。

(2)

このことに関し、今回はアルコール中毒、嗜癖等の問題をあらためて見直し、治療の核心をいざこに求むべきかについて、われわれ治療者側（医師・看護婦はもとより看護助手等病院従業員をも含めて）との精神的 Communication を最も重要視せねばならないことに焦点を絞った。

それは別稿に述べる筆者の提唱する Diazepam 高単位療法によりよく奏功しうることを認めているが、その効果は馴化作用によるとみられ、この馴化作用をね

らってこそ、治療目的に直接連りうる治療といえるのであって、これまた略記したこれまでの多くの治療が、このような目的と一直線に連りうるものに欠けていた所以の一つには、「アルコール中毒」ないし「嗜癖」にかかる一致した概念の国際的普及に欠け、ことに「アルコール中毒」者的原因論にあげうる「嗜癖」にかかる関心と認識が徹底しなかったことにあらかにうかがえた。

上記の認識の上では、精神病質即治療不能という先入観から離脱して、「嗜癖」に神経症性要因を多分に認めることが含めて、一連の治療手技が樹立しうるわけであって、むしろ社会復帰や作業療法などに直結する薬物療法に焦点の絞られる結果を生むことになるのである。

(3)

ところで、今日、欧米はもちろん、日本においても薬物療法に対しては、なお誦め的慣習が踏襲されてか、積極的な関心が少ないので反し、社会適応性を直接重視しての断酒会などを通じての働きかけが、極めて盛んとなってきた。

こういう実態はもちろん歓迎すべきであるが、なお医療の加えうる余地があるにもかかわらず、単に社会的訓練のみが重きにおかれるとするならば、これまた反省しなければならないと思う。

私は 1968.9.15~20 ワシントン D. C. に於いて開かれた第28回国際アルコール及アルコール中毒会議の帰途、私はハワイにおける中毒者の実態を調べたが、外来患者の予防的調査、治療等についてはなかなか積極的であり進んでいたごとくであったが、その反面、入院患者については、ここには1つの州立の精神病院と1つの私立病院の精神科があり、州立病院 600 余名入院患者中アルコール中毒患者は単に12名、私立の病院においては、25床の精神病棟中皆無という数の少なさであった。

これはハワイにはアルコール中毒患者が少ないためではなく、患者にとっては入院費が非常に高いもの原因の一つであるが、また病院側にとってもアルコール中毒患者を入院させていてはアルコール患者が多くていくら病床があつてもたりないのだが、アルコール中毒患者の取扱いの困難さのため著しい精神症状がある止むを得ない例をのぞいては内科で数日間酒を断ち、身体からアーコール分^をを出すこと (dryout, detoxified) のみの目的で入院させているというのが実状であった。

こういう傾向、つまり医療上一見消極的にみえる実状は欧米での社会復帰をねらってのアルコール中毒対策の主旨を積極化する反動とも思えるのである。

(4)

日本では不幸か幸か、いまだ社会適応的措置を全国的に充実させうるまでにいたらず、なお、アルコール中毒患者は、精神病院において入院加療をさせられる例が多い。

これが日本の実状といえる現状にかんがみ、そして欧米において、社会適応的措置に直結する薬物療法の発展が不充分であることにかんがみても、今日、入院中に奏功せしめる治療体系を樹立し、かつそれに大きな役割を演じうる薬物療法の手技を確立できるならば、極めて価値高いように思われる。

その意味においても、別稿に報告する筆者の治療指針と治療術式が、何らかの形で貢献できうるならば望外の喜びである。

(5)

以上筆者はアルコール中毒患者に対する治療的悲観論を打破しうる臨床経験を報告する前提として、「アルコール中毒」ならびに「嗜癖」の問題点を取りあげ、現行治療に関連して、治療目的に沿った治療法の樹立の必要性を強調してきたわけであるが、最終的には、激増する酒害問題への対処を望むものであり、専門分野の医師のみならず、優秀な心理学グループ、忍耐強い看護婦グループおよび熱意ある家族の一一致協力によって、社会全体を対象としてアルコールに関する教育の必要性をより一層痛感するものである。それゆえにまた冒頭に述べたことをふたたび繰返さざるをえないが、今やまさに官公立施設ならびに民間機関の力を統合する努力がなされなければならない時にいたっていると警鐘するものである。

謝 辞

稿を終るに臨み、恩師小沼十寸穂教授の不断のご指導ならびにご鞭撻に深く感謝申し上げますとともにご多忙にかかわらずフランス文献の翻訳の労に加えご校閲していただいた浅田成也助教授に銘謝します。

なお、起草するに際して貴重なる資料の提供に加え示唆および助言をしていただいた国立精神神経科医長岡本輝夫博士に感謝します。

文 獻

- 1) 向笠 寛：アルコール中毒に対する Cyanamide 療法の研究. Japan J. Stud. Alcohol Vol. 1,

No. 3, 4.

- 2) 津久江一郎：対酒耐性の皮内テストによる体質学的研究. 広島医学, Vol. 18, No. 10 1965.
- 3) 津久江一郎：精神分裂病者対酒耐性について. 広島医学, Vol. 18, No. 10, 1965.
- 4) 津久江一郎：対酒耐性の皮内テストによる体質学的研究. II. アルコール中毒者の皮内テスト. Japan J. Stud. Alcohol Vol. 1, No. 2.
- 5) 津久江一郎：Constitutional Studies on Alcohol Tolerance by Intracutaneous Tests Japan J. Stud. Alcohol Vol. 2, No. 3, 4.
- 6) Hayman M.: Alcoholism Charles C Thomas. 1966.
- 7) 大原健士郎：アルコール中毒と薬物依存. 医学出版社, 1968.
- 8) 三好 稔：相談心理学の理論と実際. 明治図書, 1966.
- 9) 大原健士郎：Alcoholics Anonymous の現況. 精神医学, 9; 797, 昭和42年.
- 10) Alcohol and Alcoholism.: Report of an expert committee. WHO Techn. Rep. Ser. No. 94, 1955.
- 11) Bumke O.: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. J. F. Bergmann/München Springer-Verlag/ Berlin. Göttingen. Heiderberg. 1948.
- 12) Bleuler E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Springer-Verlag. Berlin. Göttingen. Heiderberg. 1960.
- 13) Ewald G.: Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie. Urban & Schwarzb erg, Berlin-Müncher 1948.
- 14) Reichardt M.: Allgemeine und Spezielle Psychiatrie. Verlag von S. Karger in Basel (Schweiz) 1955.
- 15) 小沼十寸穂：アルコール中毒. 金原出版, 昭和36年.
- 16) Hoff. H.: Lehrbuch der Psychiatrie I Benno Schwbe & Co. Verlarg Basel/Stuttgart. 1956.
- 17) Ey, H. et al: Manuel de Psychiatrie. Masson et Cic Paris, 1963.
- 18) Gayral, L.: Précis de Psychiatrié. J.-B. Baillière et Fils, Paris, 1967.