

# アルコール使用障害の疾病概念と心理社会的介入方法について

加藤 篤 士

## はじめに

問題飲酒に対する診断基準や疾病に対する概念が *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders-Fifth Edition* (以下 DSM-5 とする) 以来拡大するとともに、対象者の症状の軽重や老若男女の幅が広がったことにより、アルコール使用による心身の障害 (以下、飲酒による障害とする) への介入方法も多様化しつつある。これまで飲酒による障害の原因は飲酒者にあり、単に飲酒を中断できれば良いと考えられていた。しかし、2000年代に入り環境要因を含めた心理社会的な影響に関する研究が増え、飲酒による障害に対する治療目標が見直されつつある。その一方、依然としてアルコールに由来する身体疾病での入院者数は横ばいで、アルコール使用障害 (Alcohol Use Disorder: 以下 AUD とする) は2013年の推計では年間3兆円の社会的損失を生んでいるとされる (金城ら, 2019)。AUD の患者数も横ばいを続けているが、女性が漸増傾向にあり男女差が縮まっている (尾崎ら, 2020)。そして AUD による入院患者の断酒率は3割以下と言われ、断酒に関しては専門家の介入が成功しているとは言い難い現状にある。現在まで飲酒による障害に関する研究の幅は広がっているが、実際の治療は薬物療法と認知行動療法、および自助団体への参加の活動によるもので基本的には変化していない。

本論文では、アルコールによる問題が疾病として取り上げられるようになった19世紀初頭から現代までの、疾病概念の変遷と介入方法の進展を、心理社会的な側面からレビューすることを通じて飲酒による障害について今後の課題を抽出することを試みた。

## 方法

**文献検索方法** 国内の文献検索には CiNii (国立情報学研究所 NII 学術情報ナビゲータ)、医中誌 Web (特定非営利活動法人 医学中央雑誌刊行会) を、海外の文献 (英文に限る) 検索については PubMed (アメリカ国立衛生研究所 アメリカ国立医学図書館: United States National Library of Medicine) を用いた。これらの検索に当たっては、年代を区切らないこととした。

**キーワード** 文献検索におけるキーワードとして「アルコール依存症・アルコール乱用 (alcoholic, alcoholism, alcohol abuse)」または「AUD (alcohol use disorder)」を用いて関係文献を抽出し、その中からさらに「心理社会的 (psychosocial)」を含む文献に絞り込んだ。なおその過程において、生物

学的な治療法や治療薬の検証に関する文献は除外した。また、すべての検索において会議録は除外した。最終的に抽出された文献を内容別に分類し、時系列に沿って研究内容と結果と課題についてまとめた。

## 結果

**検索結果** 文献検索したところ CiNii で 19 件、医中誌 WEB で 141 件、PubMed で 1,973 件が該当し、重複を除いたところ 1933 年から 2020 年まで 561 件が抽出された。そこで、この 561 件を Abstract の内容から研究の目的別に分け、各目的別に古いものから順に並べて、研究内容や結果と課題について整理した。その結果をもとに、今日までの分野別の主要な研究と成果について以下に述べる。

### 疾病概念と患者の特性

1) **Alcoholism の定義と分類** 原材料の増産と機械器具の発達により、17 世紀には酒類の生産能力が増し、それとともに飲酒者の行動が社会問題化した。また、医学の進歩とともに飲酒者の寿命が短いことや、内臓疾病と飲酒量との関係が報告され始めた。当初は「飲酒癖」と言われ、その後彼らが精神病に似た症状を起こすことも明らかになってきた。19 世紀初頭には「渴酒癖 (dipsomania)」という病気の者が酒を飲み過ぎるとされ、1849 年に Huss が Alcoholism という造語を提唱し、飲酒による疾病が独立した疾病として認められるに至った (Sournia, 1986)。この “Alcoholism” の語は現在まで使われ続けているが、概念は時代とともに変化している。戸田 (1960) が指摘するように、当初は酩酊者の定義が退廃的酩酊者 (decadent drinker) や愚鈍的酩酊者 (stupid drinker) であった。戸田が指摘する酩酊者は、当時 alcoholism として社会問題視されていた者を指している。この定義による alcoholism の疾病概念は、飲酒による慢性中毒である。当時は、常態的に飲酒している本人の人格や道徳的な問題に原因があると考えられていた。

20 世紀に入り Jellinek (1952) は、酒を食中酒として楽しんでいる一般的な飲酒者でも、大きなストレスを経験した時にアルコールを不安低減やストレス解消の手段として用いるようになると、次第に慢性中毒状態に陥っていくことを報告した。彼はこれらの患者の回復または悪化の経過を記録することで、発症以降に起こる身体症状の経過が単線経路になることを示して、再飲酒するとどのような経過をたどるか、または断酒すればどのように回復するか患者に示すことができるようにした。この直線は、現在でも “Jellinek curve” という名称で使用されている。また彼は Alcoholism を薬物依存の一種として、嗜癖 (addiction) に分類した (Jellinek, 1960)。嗜癖 (addiction) は、身体依存・精神依存・社会的弊害をすべて満たす概念で、WHO が 1957 年に薬物使用に関する用語として定義していたものである。

Jackson (1958) は、飲酒者が孤独飲酒者 (solitary drinker) と社交的飲酒者 (sociable drinker) に分けられることを報告した。彼はこの報告の中で、孤独飲酒者は問題を自分一人で抱え込み集団から孤立するが、社交的飲酒者は問題を飲み仲間へ投げかけて自分で抱え込むことはしないと特徴

付けた。一方、先述の Jellinek (1960) は、アルコール嗜癖に陥っている者でも、自分から Alcohol Anonymous (以下 AA とする) に行くなど飲酒をやめる行動を行っている  $\gamma$  型と、コントロール不能に陥っている  $\delta$  型に分けられるとした。

1977 年に WHO は「疾病であると診断できるか否かではなく程度の問題であり、症候群という名称のほうが適切である」(Edwards et al., 1976) との提言を受け入れて、Alcoholism の疾病概念をアルコール依存症候群とした。これは、客観的に観察可能な診断基準のみではなく、飲酒の抑制の困難さや渴望の程度といった主観的な内容も診断基準に含めるもので、精神的依存の概念を重視したと言える。

Zimberg (1978) もまた、飲酒に至る心理的プロセスに着目し、身体的な経過とともに単線経路で示した。彼は、患者の多くが飲酒による障害発症以前に精神病的な問題を持たないことを明らかにする一方、幼少期の依存欲求が何らかの形で拒絶されているため成人後も不安、抑うつ、怒り、罪悪感といった不愉快な感情状態であると推察した。そしてアルコールの薬理効果によって、こういった不愉快な感情を否認し、代わりに万能感や達成感を得ていると考察した。Zimberg はこの仮説を裏付ける現象として、AA や宗教などへの代替依存 (substitute dependency) によって、寛解に至る者があることを紹介している。

2) 性格と遺伝 日常的に飲酒している多くの人々の中で、特定の者のみが飲酒による障害に陥る原因のひとつとして、性格傾向に関する研究が 20 世紀初頭から始まった。慢性アルコール中毒者には自己破壊的な面があるとする報告 (Meninger, 1935) や、ロールシャッハテストの結果から未熟で衝動的で依存的な人格像が特徴的であるとする報告 (竹内, 1962) などが挙げられる。

この時代には、ほかにも特定のパーソナリティ特性を持つ者がアルコールに耽溺するといった、患者の気質や性格の特性に関する多くの研究が存在する。性格傾向に関する研究では、「アルコールの嗜癖」に陥りやすい性格は、ある程度は先天的なものであるとされ、後に遺伝的な研究が進められることとなった。Gray (1971) は、人間の動機づけは Behavioral Inhibition System (行動抑制系: 以下, BIS とする) と Behavioral Activation System (行動賦活系: 以下, BAS とする) のバランスによると主張した。この Gray の説はヒトの不安や恐怖の感じ方についての個体差について進化論的に述べたものだったが、後に Cloninger (1987) は BIS と BAS のバランスに着目し、BIS が優位な者は悲観的で予期不安が高く、BAS が優位な者は興奮追求傾向が高いと考えた。

当時から、親に飲酒による障害がみられる場合には、子にも同じ傾向がみられることが知られていた。そこで、全国民の健康データが追跡可能なスウェーデンで、養子を対象とした数十年にわたる追跡研究を実施した。成育環境については、対象者の教師に対してインタビューを行って調査した。その結果、実親がアルコール依存症候群の者は発症リスクが高まるが、養親がアルコール依存症候群であっても発症リスクに変化がみられなかったこと、および教師へのインタビューからは発症者に特徴的な生育環境が聞かれなかったことから、この疾病には環境要因よりも遺伝的要因が関与していると考えた。彼はスウェーデンでの患者を、回避的・報酬依存的で不安傾向が高く 25 歳以上の孤独飲酒

者に多いBIS優位なType Iと、衝動性や新奇性追求傾向・外向性が高く25歳未満の社会的飲酒者や衝動的な乱用者に多いBAS優位なType IIに分け、背景には遺伝的な脳の神経科学的特性が関与していると推定した。その後行われた多くの追試においても、この仮説が支持された。ただし日本人を対象とした追試では、Type Iにおいて予期不安よりも抑うつ重症度との相関が高い（Yoshino et al., 1994）と報告された。

3) 成育環境 一方で、アルコールに依存するパーソナリティが、後天的に形成されたことを実証する研究も行われている。精神分析的立場から、Erikson（1963）は、依存症患者について、赤ん坊の頃そうであったように、肉体的・情緒的に満たしてくれるものを口や皮膚で取り入れることに依存すると主張している。アルコールを摂取することによって、自分の欲求不満を解消しているとする仮説である。また、Chessick（1963）は、依存症の状態を口唇期固着と解釈し、これが酩酊に耽溺する動機の根本にあると主張した。

また、幼少期の不適切な養育の影響を調査した研究の結果から、アルコール依存症候群の患者は遅発型で小児期の不適切因子が無く軽症のType Aと、早発型で小児期の不適切因子が多く重症のType Bに分けられるとされた（Babor et al., 1992）。我が国でも松岡（1998）が若年者の飲酒研究から、日本人においても若年で発症するType IIと重症化リスクが高いType Bが再現されること、換言すれば小児期に逆境体験を受けた者は早期にアルコール依存になり重症化することを報告している。幼少期の体験が成人期の飲酒による障害の発症に影響することは、患者の小児期逆境体験（Adverse Childhood Experiences：以下、ACEsとする）が多い者ほど飲酒による障害を起こしやすいという報告（Felitti et al., 1998）からも推察されている。我が国でも、入院中のAUD患者における研究でACEsが多いほど無力感が強く、居場所を確保し続ける努力をする傾向があるとの報告がある（板橋ら, 2017）。

4) AUD 飲酒による障害とは急性の中毒症状のみではなく、飲酒によって社会生活や健康に障害が生じている状態である（Edwards et al., 1976）。常態化する飲酒の結果、対人関係の問題が起き、仕事・家庭といった社会的役割が果たせなくなるなど、社会的活動が縮小していくが自分では制御できない。このような状態をDSM-5では、従来の“アルコール依存”や“アルコール乱用”という診断名に代えてAUDとした。AUDは依存症や依存症候群と障害の状態が類似しているが、特に社会生活の障害が重視され、依存症よりも軽症例を含む点で違いがある（樋口ら, 2018）とされる。現在用いられているalcoholismの概念は、このAUDを指すと考えられる。

#### 飲酒による障害に対する心理社会的介入

1) 収容から積極的介入へ 1970年代に入り、アルコール依存症者の処遇は酩酊者を単に閉鎖病棟に収容する方式から、解放病棟における「治療」に変わった。入退院や日中の病棟での過ごし方などにおいて一定程度患者の自主性を尊重したり、「行軍」を行って患者間の連帯感や達成感を持たせる方式が導入され、退院後の断酒継続を目標とした入院生活が行われるようになった。さらに1980年

代からは解毒や身体的加療を行うとともに、抗酒剤を使用して断酒を維持させる医学的介入も実施されるようになった（湯本ら，2016）。

2) 認知行動療法 1990年代になると、ミーティングを通して自己と向かい合う機会を持たせることが有効である（久富ら，1997）と考えられるようになり、心理療法の技法について研究が進められるようになった。その成果として2000年代に入ると、久里浜医療センターで認知行動療法であるGTMACK（Group Treatment Model of Alcohol dependence based on Cognitive-behavioral Therapy, Kurihama version）が開始されるとともに、勉強会や断酒会の見学なども積極的に行われるようになった（湯本ら，2016）。このGTMACKは久里浜医療センターで実施する研修会を通じて、全国の医療機関等に普及している。Marlatt（1983）は、いかにして断酒するか（断酒生活を維持させるか）といった従来の視点とは異なり、患者を飲酒へと向かわせる社会的圧力に注目し、代替反応を開発するために心理学の重要性を主張した。GTMACKは、断酒は意思の力ではなくテクニックだというこのMarlattの説を参考にして開発されており、飲酒を勧める周囲の環境とどう折り合いをつけるかが重要なポイントとなる。

最近では、飲酒動機にも個人差があることが分かってきた。小杉ら（1979）は、都市部の飲酒者が「付き合い」や「おいしい」といった飲酒動機を挙げているのに対し、日雇い労務者が多い地域では「イライラを抑える」や「寂しい」といった否定的な感情制御を目的とした飲酒動機が多いことを報告した。このような自分では動機の理解や説明が困難な苦悩を、飲酒による障害を持つ患者は飲酒という説明可能な苦悩に変えるという（Khantzian, 1993）。また、飲酒による障害を持つ患者では、ソーシャルスキルの貧弱さが生きにくさを助長し、さらなる飲酒につながる悪循環がみられるという（Webb, 1995）。そういった、自分自身では解決できない飲酒動機を持つ場合、飲酒とは異なる代替手段を助言するものがブリーフインターベンション（Brief intervention：以下、BIとする）である。BIは1980年代から欧米を中心に発展してきた方法で、治療者が患者に対して身体状況や飲酒のスクリーニングテスト結果、さらには性格傾向等の心理検査の結果といった本人の心身に関するアセスメントをフィードバックすることと、代替手段の助言を行う事、および患者の持つ7割程度の力で達成できそうな目標を設定するものである。BIでは、最終的な目標が断酒にあるとしても、患者にとって現実的な目標を提示しながら段階的に飲酒量を減らしていく考え方を取り、当面の治療目標が減酒でも構わないとする（杠，2015）。

また、治療プログラムからの脱落を防ぐことに注目したSMARPP（Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program）が開発された（松本ら，2011）。SMARPPは本来は違法薬物に対する治療として開発されたものだが、物質に依存すること自体はアルコールも同じであることからAUD患者にも用いられている。従来は、飲酒してしまった時が治療の必要な時であるにもかかわらず、外出時に再飲酒した際は強制退院になるといった対応が多かった。SMARPPでは再発・再飲酒の時に自分を振り返り、自分にとって再飲酒の引き金は何であったかを明らかにする。

同じく断酒だけを目標としないものとして、先述のMarlatt（1996）は公衆衛生的な代替手段とし

てハームリダクション（Harm reduction）という概念を提唱した。これは飲酒による心身のダメージの量に着目し、有害な使用からの脱却を目標としており、断酒だけが唯一の成功であるとは見做さないものである。白倉（1997）が報告したように、人はストレスコーピングの手段として飲酒を行っている場合があり、飲酒による障害を抱えた者は飲酒を断つだけでは問題解決にならないと感じているために断酒をしようと考へない。むしろ、ハームリダクションでは治療者が患者の小さな変化でも正しい方向への行動変容を評価し、たとえ変化しなくても（悪化していないので）責めないことに治療の特徴がある。

3) 個別の要因と介入に関する研究 治療的介入においては、なぜ飲酒が必要になったのか患者本人を取り巻く環境なども考慮すべきであると考えられる（西岡ら、2000）。患者ごとの固有の問題を抱えている可能性を指摘する研究としては、例えばストレスと飲酒との関連性は、縦断的研究では関係性が認められるが、横断的研究では認められず個人的要因が大きいとする Johannes（2006）の報告がある。また、機能不全に陥った家庭での生育が影響して他者に頼ることができず、孤立など社会から疎外される傾向にある者は、周囲に飲酒仲間がいなくても、自ら飲酒による障害を抱えるほどのアルコール乱用に進展する傾向がある（Finn, 2000）。

AUD 患者は、ACEs の結果から生じた被拒絶感から過剰適応になりやすい。AUD の原因がストレス対処不全である事に気付く前に、頑張っている自分が周囲に認められないという感覚から AUD が深刻化する（板橋ら、2020）とされる。また、AUD 患者に精神疾患が併存している場合もしばしばある。うつ病と問題飲酒の併存率の高さは良く知られており（松本ら、2012）、うつ病や双極性障害と問題飲酒との相関も高い（松下ら、2012）。また、不安障害患者は一般健常者に比較して、AUD の併存頻度が高いことも分かっている（塩入、2014）。精神疾患のような自らが対処できない問題を抱えている場合に、AUD 患者は飲酒によって、それなりに自分の置かれた環境に適応しており、適応的な行動をしていると錯覚している（廣中、2014）。

こうした AUD の形成過程には、他者との対人関係に問題を抱えていることがリスク要因になるとする研究は多く、対人不安に対する治療は、AUD の飲酒量低減の治療のターゲットになる可能性が指摘されている（Thorberg, 2011）。医療につながった場合に臨床医の優しい態度や共感 は強力なサポートになり（Khantzian, 2012）、日常診療下における主治医による簡易カウンセリング介入が、大量機会飲酒エピソードを有意に低下させる（Rubio, 2010）。

断酒会や AA といった自助グループへの参加もリスク低下要因とされており、グループ活動に参加して絶えず断酒を誓い続けることで、飲酒しない新たな自分に生まれ変わるといった意識が生まれる（岡田、2006）とされる。自助グループの意義は、治療者と患者といった縦の関係ではなく、同じ疾病を持つ横のつながりであることから、仲間からのソーシャルサポートもリスク低下要因になる（Ohannessian, 1999）。これらについては、それ以前に本人が他者に頼るスキルの有無が重要である（岩野ら、2017）との意見もあるが、自助グループや回復期に関する多くの研究の指摘からは、患者個別の所属・愛情・承認といった満たされない欲求を満たすことで行動変容を促すべきであり

(Marlatt, 2002), 家族・友人・学校・地域一体となった支援が求められている（後藤, 2009）。

依存症は、以前から対象の物質を断つという倫理的・道徳的圧力を介入方法として採用してきたが、これは根本的な価値観の転換を必要とするため強い痛みを伴う。この嗜癖モデルから、満たされなかった欲動に対する介入によって、代償行為としての飲酒を伴わなくてもよくなると考えるのが欲動モデルである（河本ら, 2014）。AUD では、動機づけ面接を用いるケースが多いが、ここでは主体的な気づきを重んじるロジャース的心理療法とは異なり、変化の方向性を面接者が積極的に示すことによって、飲酒がその個人特有の欲動の代償行為だったことに気付かせることが求められる（佐久間, 2015）。

## 考察

1) 結果のまとめ 飲酒による障害は、当初は司法の対象とされていた。司法的介入は公共の福祉を害する者に対して行われ、他の疾患の医療の対象者と比較して相当な程度に重篤な状態にならないと保護の対象にならないと考えられていた。我が国では時代の変遷とともに1970年代から医療が関与するようになり、軍隊式の鍛錬と、飲酒する嗜癖を抗酒剤による嫌悪刺激を用いることで有害なものであると再学習させる心理療法が行われるようになった。そして断酒を目標として治療が行われたものの、断酒成功率は3割程度であった。その後、認知行動療法によって飲酒欲求に対する認知自体を変容させる取り組みが実施されているが、断酒成功率は好転していない。最近では、AUD の概念とともに介入の対象者が軽症者まで拡大されたことによって、必ずしも断酒を目標としないハームリダクションの取り組みが行われるようになるなど、治療方法が多様化している。

2) 早期に医療につなげる課題 AUD への概念変更によって早期介入が可能になったものの、早期に医療につながる体制は整っていないとはいえない。また、AUD 専門医がどこにいるか、一般には分かりにくい現状がある。保健所等で「酒害相談」が実施され、早期に専門医につながる窓口が用意されているが、2020年末に東京都内の某区役所に筆者が取材したところでは、重症患者の家族が相談に来るのは月に数名程度だという。重症化する前に発見し、早期に医療や心理的サポートへつなげようとした当初の設置目的が達成されているとは言い難い現状である。

このような現状になっている原因は、2000年代に入るまで断酒が唯一の成功とされ、問題は飲酒を制御できない本人の問題であると扱われてきたことにあると考えられる。研究上は様々な知見が報告されてきたものの、医療現場においては本人に断酒を成功させることと、いかに断酒を継続できるかに関心が集中していた。特に1980年代から飲酒継続に関して、心理的な原因の存在が重要であることが研究結果から指摘されていながら、介入の際にそこが顧みられることはほとんど無かった。そのため、AUD の当事者や周囲の者にとって、その状態にはネガティブな印象しかなく、追いつめられるまで問題を隠したり、まだ大丈夫だと問題の存在自体を否認することが多かった。さまざまな環境要因や、本人に責めない事情によってもAUDに至る可能性があることや、早期における介入の重要性と多様な治療方法が存在することを、分かりやすく市民に啓発していくための公衆衛生的な研

究が今後は必要であろう。

3) 個別対応の必要性 入院治療は司法的な立場から単に閉鎖病棟に収容する形から、現在は認知行動療法が主流になっている。現状では入院患者を少ない医療関係者で効率的に支援していくために、一定の疾病のたどる経過を想定して、各場面の心理的課題に対するプログラムが作成されている。しかし、生物学的には単線の経過をたどるとしても、多くの研究が指摘しているようにAUD患者の背景には様々な心理的要因があり、AUDが形成される過程を個別に検討する必要がある。例えば現状では、グループワークによって断酒するための方法を考えさせる方法が有効な者と、十分にプログラムを受けたにもかかわらず再飲酒を繰り返している者が、一緒に同じテーブルを囲んで同じグループワークを受けている。退院後の断酒率は、一般に3割と言われており、現状のプログラムでは回復できない者が何度も同じ心理療法を繰り返しを受けている可能性がある。治療介入プログラムに個別的要因が反映されにくい現状が断酒の成功率に与える影響に関して、今後の検証が必要であろう。

これまでの研究から、病的飲酒者は孤独飲酒者と社交的飲酒者に分類される。一方で不安傾向の高いType Iと外向性が高いType IIに分けられることも明らかである。これらの知見は、病的飲酒者をBIS優位で回避的・不安傾向が高い孤独飲酒者タイプと、BAS優位で衝動的・外向性が高い社交飲酒者タイプに分けられることを表している可能性がある。認知行動療法においても今後は単一のプログラムではなく、こういった患者のタイプ別に複数のプログラムを用意する必要があると考えられる。

4) 客観的な尺度開発 現在のAUD治療では、通院・入院期間は短く、日常生活上のケアの大部分は断酒会やAAといった自助団体に頼る部分が多い。各地の酒害相談においても、主催は保健所と自助団体の共催であることがほとんどである。ただし、断酒会員は（自称）元患者であることから、現在断酒継続を試みている会員へのアドバイスなどが必ずしも適切とは限らないケースがあると聞く。またAUD患者に他の精神疾患が併存しているケースは多々あり、飲酒問題の経験者間のみで相談していることによって、治療のタイミングを逃す恐れがある。従って、自助グループ自体に対する啓発とともに、医療機関が患者の苦悩に踏み込んだBIを実施したり、ハームリダクションの考え方を導入することで、医療のハードルを低くしておくことが今後必要であろう。

先述のように、当事者は飲酒することによって社会生活がうまく営んでいると考えているために、重症化するまで医療の必要性に気づかない可能性がある。AUDはリスクの高い飲酒を生活習慣として継続した結果である。今後は飲酒量や頻度が増える前にリスクの高い者が医療につながる目安として利用できる有効な尺度や、生体情報からリスクを測定する技術の開発も必要になるだろう。

## 謝辞

本論文の執筆にあたり、堀正士教授（早稲田大学）から貴重なコメントを賜りました。心からお礼申し上げます。

## 文献

- Babor, T.F., Hofmann, H., DelBoca, F.K., Hesselbrock, V., Meyer, R.E., Dolinsky, Z.S. and Rounsaville, B.: Types of alcoholics, I: evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry*, 49: 599-608, 1992.
- Bandura, A.: *Social learning theory*, Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall, 1977（原野広太郎監訳「社会的学習理論—人間理解と教育の基礎—」金子書房 1979）
- Bauman, K.E. and Ennett, S.: Peer Influence on Adolescent Drug Use, *American Psychologist*, 49: 820-822, 1994.
- Chessick, R.D.: The “pharmacogenic Orgasm” in the Drug Addict, *Arch Gen Psychiatry*, 3: 545-556, 1963.
- Cloninger, C.R.: Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. (genetic, social factors in alcoholism), *Science*, 236: 410, 1987.
- Edwards, G., Gross, M.M., and Keller, J.M.: Alcohol-related problems in the disability perspective. A summary of the consensus of the WHO group of investigators on criteria for identifying and classifying disabilities related to alcohol consumption, *J Stud Alcohol*, 37: 1360-1382, 1976.
- Erikson, E.H.: *Childhood and Society*. 2nd ed. Norton & Company, 1963.（エリクソン、仁科弥生（訳）、幼児期と社会 I, みすず書房, 1977.）
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P. and Marks, J.S.: Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study *American journal of preventive medicine*, 14: 245-258, 1998.
- Finn, P.R., Sharkansky, E.J., Brandt, K.M. and Turcotte, N.: The Effects of Familial Risk, Personality, and Expectancies on Alcohol Use and Abuse, *J Abnorm Psychol*, 109: 122-133, 2000.
- 後藤恵：若年アルコール依存症者の治療と回復 社会復帰のために自己表現を学ぶ集団療法と認知行動療法によるコミュニケーション能力の獲得, *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 44: 579-603, 2009.
- Gray, J.A.: *The Psychology of fear and stress* 2nd ed., Cambridge University Press, Cambridge, 1971（八木欽治訳, ストレスと脳, 朝倉書店, 1991.）
- 樋口進, 齋藤利和, 湯本洋介: 新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン, 厚生労働科学研究費補助金アルコール依存症に対する総合的な医療の提供に関する研究, 2018
- 廣中直行: アルコール依存症の心理生物学: 依存症を学習心理学で理解する, *Frontiers in Alcoholism*, 2: 6-10, 2014.
- 久富暢子, 水谷由美子, 長島八寿子, 樋口進: プレアルコホリック教育プログラムとその教育効果, *精神医学*, 39: 415-422, 1997.
- 板橋登子, 小林桜児, 黒澤文貴, 堀内恵美子: 物質使用障害患者の小児期逆境体験を分類する試み, *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 52: 249-263, 2017.
- 板橋登子, 小林桜児, 黒澤文貴, 福生泰久, 吉松尚彦: 小児期逆境体験が物質使用障害の重症度に及ぼす影響—不信感, 被拒絶感, ストレス対処力の低下を媒介としたモデル検討—, *精神神経学雑誌*, 122: 357-369, 2020.
- 岩野卓, 堀内聡, 高橋陽介: アルコール依存症者のコーピングスキルが気分状態に与える影響, *認知療法研究*, 10: 202-210, 2017.
- Jackson, J.K.: Types of Drinking Patterns of Male Alcoholics, *Q J Stud Alcohol*, 19: 269-302, 1958.
- Jellinek, E.M.: Phases of alcohol addiction, *Q J Stud Alcohol*, 13: 673-684, 1952.
- Jellinek, E.M.: *The disease concept of Alcoholism*, Martino Publishing, USA, 1960
- Johannes, S. and Andreas, R.: Work stress and health risk behavior, *Scand J Work Environ Health*, 32:473-481, 2006.
- 河本泰信, 佐藤拓: 病的ギャンブリングに対する治療目標は「断ギャンブル」しかないのか?: 「嗜癖モデル」から「欲動モデルへ」, *精神医学*, 56: 625-635, 2014.
- Khantzian, E.J., and Wilson, A.: Substance Abuse, Repetition and Nature of Addictive Suffering Hierarchical

- Conceptions in Psychoanalysis, ed. Wilson, A. and Gedo, J.E.:263-283, New York, Guilford Press, 1993.
- Khantzian, E.J.: Reflections on Treating Addictive Disorders: A Psychodynamic Perspective, *Am J Addict*, 21: 274-279, 2012.
- 金城文, 尾崎米厚: 2018年わが国の成人の飲酒行動に関する全国調査. 平成30年度厚生労働科学研究費補助金 飲酒や喫煙等の実態調査と生活習慣病予防のための減酒の効果的な介入方法に関する研究班 総括・分担研究報告書, 2019.
- 小杉好弘, 辻本士郎, 益本佳枝, 田中美苑: 飲酒理由とアルコール乱用(その1): 愛隣地区単身労働者の調査から, *精神医学*, 21: 963-970, 1979.
- 松岡恵子: MMPI からみたアルコール依存症者の性格傾向, *精神医学*, 40: 831-837, 1998.
- Marlatt, G.A.: The controlled-drinking controversy, A commentary, *Am Psychol*, 38: 1097-1110, 1983.
- Marlatt, G.A.: Harm reduction: Come as you are, *Addict Behav*, 21: 779-88, 1996.
- Marlatt, G.A. and Witkiewitz, K.: Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment, *Addict Behav*, 27: 867-86, 2002.
- 松本博志: アルコールの基礎知識, *日本アルコール関連問題学会雑誌*, 46: 146-156, 2011.
- 松本俊彦, 小林桜児, 今村扶美, 赤澤正人, 長徹二, 松下幸生, 猪野亜朗: うつ病性障害患者における問題飲酒の併存率, *精神医学*, 54: 29-37, 2012.
- 松下幸生, 樋口進: 自殺予防におけるアルコール対策: アルコールとうつ, 自殺, *精神医学*, 54: 1087-1095, 2012.
- 西岡直也, 松下幸生, 樋口進: アルコール依存症の発病規定因子 分子生物学的立場から, *精神医学*, 42: 509-515, 2000.
- Ohannessian, C.M. and Hesselbrock, V.M.: Predictors of Substance Abuse and Affective Diagnoses: Does Having a Family History of Alcoholism Make a Difference?, *Applied developmental science*, 3: 239-247, 1999.
- 岡田ゆみ: 長期断酒体験で築かれた断酒への意識, *日本看護研究学会雑誌*, 529: 73-79, 2006.
- 尾崎米厚, 金城文: アルコールの疫学-わが国の飲酒行動の実態とアルコール関連問題による社会的損失のインパクト, *医学のあゆみ*, 274: 34-39, 2020.
- Rubio, G., Miguel A.J., Martínez, I., Ponce, G., and Palomo, T.: Efficacy of physician-delivered brief counseling intervention for binge drinkers, *Am J Med*, 123: 72-78, 2010.
- 佐久間寛之: アルコール依存症の病識, *精神科治療学*, 30: 1333-1337, 2015.
- 塩入俊樹: アルコールと不安障害について, *日本アルコール関連問題雑誌*, 16: 5-9, 2014.
- 白倉克之: ストレス・コーピングと飲酒行動, *日本心身医学会雑誌*, 38: 302-308, 1997.
- Sournia, J.: *Histoire de l'alcoolisme* Paris: Flammarion, 1986, (アルコール中毒の歴史, ジャン=シャルル・スールニア(著), 星野徹, 江島宏隆訳, 法政大学出版局, 東京, 1996.)
- 竹内輝博: 酒精中毒者の性格分析とその予後に関する一研究, *新潟医学会雑誌*, 76: 483-495, 1962.
- Thorberg, F.A., Young, R.M., Sullivan, K.A., Lyvers, M., Connor, J.P., and Feeney, G.: Alexithymia, craving and attachment in a heavy drinking population, *Addictive Behaviors*, 36: 427-430, 2011.
- 戸田賀江: 飲酒者の人格研究-ロールシャッハ・テストによる-, *精神神経学雑誌*, 62: 87-101, 1960.
- Webb, J.A. and Baer, P.E.: Influence of family disharmony and parental alcohol use on adolescent social skills, self-efficacy, and alcohol use, *Addictive behaviors*, 20: 127-135, 1995.
- Yoshino, A., Kato, M., Takeuchi, M., Ono, Y. and Kitamura, T.: Examination of the tridimensional personality hypothesis of alcoholism using empirically multivariate typology, *Alcohol Clin Exp Res*, 18: 1121-1124, 1994.
- 湯本洋介, 樋口進: 久里浜におけるアルコール依存症治療の変遷, *Frontiers in Alcoholism*, 4: 100-104, 2016.
- 杠岳文: アルコール関連問題の早期介入プログラム: HAPPY, *医学のあゆみ*, 254: 983-987, 2015.
- Zimberg, S.: *Principles of alcoholism psychotherapy*, *Alcoholism Psychotherapy* (Zimberg, S., et al., eds.), New York, Plenum Press, 1978.

**ABSTRACT****A Review of the Disease Concept of Alcohol Use Disorders  
and Psychosocial Intervention Methods****Atsushi KATO**

In the mid-nineteenth century, research on the symptoms of alcoholism led to the establishment of a disease model of alcoholism. Later, in the early twentieth century, alcoholism became a subject of neuropsychiatric research because of its psychosis-like symptoms. In the late 1980s, genetic studies on alcohol tolerance and personality traits led to the classification of alcoholism. These studies of patient types and behavioral patterns were applied to relearning, in which drinking is considered as an aversive stimulus using anti-alcoholic drugs, and behavior is changed through cognitive behavioral therapy. These methods of treatments are designed to stop drinking behavior after the onset of the disease.

The DSM-5 has expanded to include alcohol use disorders, and problems caused by alcohol use are now seen as mild or severe and are not limited to just alcoholism. Therefore, the concept of “harm reduction,” which intervenes in the psychosocial problems of alcohol craving in order to eliminate dangerous drinking, is being tested, rather than the conventional medical treatment that is aimed at abstinence. At the same time, this approach of harm reduction is an early intervention for drinkers who are at high risk of developing alcoholism, rather than a treatment for those who have already developed alcoholism. In the future, it would be important to explore the psychosocial factors that lead to problematic use of alcohol and to conduct effective intervention studies. In addition, it is desirable to develop effective scales that can be used as a guide for the use of medical care and biological data that can objectively quantify the need to receive care.

**Key words:** alcohol use disorder, harm reduction, psychosocial intervention