

# 「嗜癖」とは何か

——その現代的意義を歴史的経緯から探る——

中村 春香・成田 健一

## はじめに

嗜癖は「もともと合目的で適応的であったひとつの行動が、適切な自己調節機能を欠いたまま積み重ねられ、もはや個体の利益にそぐわなくなっている状態（斎藤，1984）」と定義できる。たとえばアルコール・薬物・煙草と言った物質のみならず、恋愛などの人間関係、ギャンブル・食事（過食、拒食）・スポーツ・ゲーム・携帯メールなど個人の行動まで、様々なものに対して「嗜癖」は生じる。その対象が何であったとしても、最初は合目的・適応的であった行動がコントロールを欠き、結果として、個人の不利益につながる現象を総称して「嗜癖」と呼ぶ。そこで、本稿では「行動のコントロールが失われる」、「その行動によって本人や周囲にとって悪い結果が生じる」という2点を重視し嗜癖を研究するという立場をとりたい。

ところが嗜癖は研究分野、時代によって多種多様に定義されてきた歴史的経緯を持つ（Walters & Gilbert, 2000）。研究分野で言うならば、嗜癖は医学や心理学のみならず、行動経済学（依田・後藤・西村，2009）や社会学（Giddens, 1982）といった人間関係や行動の選択に関わる幅広い分野で用いられている用語である。同じ嗜癖という言葉を使っている各分野内外で、異なる意味で使われている。また上述した嗜癖対象によっても用語の使われ方は異なっている。時代で言うならば、依存（症）・乱用（Abuse）、中毒（toxication）など類似の概念が時代ごとに様々に利用されてきている。そのため、同じ現象

に異なった用語が与えられたり、その逆が生じたりという用語・概念の混乱が時代によってみられる。

そこで本稿では嗜癖概念およびその周辺概念について、歴史的経緯を踏まえて、それら構成概念の異同に関する検討を行う。これにより、現代において嗜癖という概念が果たす役割を明らかにすることを目的としたい。そのため、まず、嗜癖および依存、中毒、乱用といった嗜癖と意味的に類似した概念（以下周辺概念と呼ぶ）の歴史的変遷を振り返ってみる。そして最後に、嗜癖概念を統合的に理解するために、嗜癖の再定義を試みた上で、現代において再評価されつつある嗜癖という概念の役割について考えてみたい。

## 1. 嗜癖および周辺概念の歴史的変遷

嗜癖は、アルコール、薬物への嗜癖に代表されるように、疾病として捉えられることも多い。このため国際的疾患分類の二大体系である国際保険機構（WHO）の『*Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death: ICD*』と米国精神医学会（APA）の『*Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders: DSM*』における考え方の変化を参照することは必須となるだろう。そこで、両分類体系の改訂の流れに沿って嗜癖という概念の誕生から現在までの歴史的変遷を紹介していきたい。

本稿では、嗜癖と周辺概念の歴史を次の4つの時代に分割した。(1) 嗜癖という概念が生まれた「古典的定義の時代」、(2) WHO による定義が行われた「制限的定義の時代」、(3) WHO の疾患分類から嗜癖が撤廃された「依存の時代」、(4) 新しい定義が現れた「復活した嗜癖の時代」である。なお、ICD および DSM における用語の変遷をまとめる際、『精神科データブック』（松下・牛島・小山・浅井・倉知（編）、2001）を参照した。

### (1) 古典的定義の時代（17 世紀～18 世紀頃）

嗜癖という概念は 17 世紀頃に登場したといわれる（Alexander & Schweig-

hofer, 1988)。嗜癖の語源については3つの説が存在する。1つ目は「*addico*」というラテン語を語源とする説である。「*addico*」は、「耽（ふけ）る」、「何かに没頭する」という意味を持っていた（Alexander & Schweighofer, 1988）。2つ目は1つ目と同様にラテン語で、「委ねる」という意味を持つ「*addicere*」の過去分詞「*addictus*」を語源とする説である（斎藤, 2009）。3つ目は「毒（acid）」に由来するという説である（廣中, 2001）。嗜癖の元となる言葉が生まれた当時は、これらの言葉は物質に限らずあらゆる対象に適用可能であった。そして、3つ目の説を除き、必ずしも有害性を含まなかった。

英語で「*addict*」, 「*addiction*」という言葉が使われ始めたのは1607年頃といわれている。この頃の「*addiction*」は「*addico*」や「*addicere*」と同じ意味で用いられていた。つまり、あらゆる対象に適用可能であり、有害性を含まない概念であった（Stepney, 1996）。Alexander & Schweighofer（1988）は、17世紀から18世紀前半まで使用されていたこの定義を「古典的定義」と呼んだ。古典的定義は（i）対象は物質に限らず、（ii）必ずしも有害ではなく、（iii）離脱症状や耐性を必ずしも含まないという特徴をもつ。「離脱症状（*withdrawal symptom*）」とは、物質が体内から抜けると身体的、精神的な不快が生じることである。「耐性（*tolerance*）」とは、同じ薬理効果を得るために必要な摂取量が増加していくことである。以上より、本稿では嗜癖の古典的定義を次のように考えた。「ある行動ないし物質の摂取に没頭すること。時に次第に使用量、行動の頻度が多くなったり、行動や摂取を止めようとすると身体あるいは精神的な不快が生じることがある」。

この時代にはICD, DSMといった疾患分類基準は作成されていない。それらの基準が作成されたのは、次項で紹介する制限的定義の時代（18世紀後半～1960年代）以降である。

## （2）制限的定義の時代（18世紀後半～1960年代）

前項で述べたように、18世紀以前には嗜癖は有害なもの＝疾病として認識

されていなかった。18 世紀の終わりから 19 世紀にかけてようやく、習慣大量飲酒（≡アルコール嗜癖）の非合理性を深刻な問題として扱う医療専門家が現れた（Baber, 1994）。そして大量飲酒や同時期に問題となっていた薬物摂取の有害性を主張するため、古典的嗜癖定義に次の 3 つの制限が加わり、用いられるようになった。3 つの制限とは、（i）物質のみを対象とし、（ii）有害で、（iii）離脱症状や耐性を含むというものであった（Alexander ら, 1988）。Alexander ら（1988）は 3 つの制限が付加された嗜癖定義を「制限的定義」と呼んだ。本稿ではこの制限的定義を次のように考えた。「酒類や薬物といった物質の摂取の結果、身体的、精神的、社会的な害が生じたにも関わらず摂取をやめられないこと。以前と同等の薬理効果を得るための使用量が多くなり、また、摂取を止めようとするとき身体あるいは精神的な不快が生じる」。制限的定義の時代の初期では「慢性中毒」と「嗜癖」が意味的に区別されていないまま使用されていた。その後、禁酒運動、反オピウム運動をきっかけとして制限的定義としての嗜癖は急激に広まっていった。そして、1957 年に WHO が正式に嗜癖の定義を行うまでに、薬物嗜癖という語を題名に含んだ数多くの学術論文、書籍が発表された。

国際統計協会は 1900 年に世界共通の疾患分類基準である『疾病及び関連保健問題の国際統計分類（ICD）』を作成した。1900 年の ICD-1 以来約 10 年ごとに修正、改変が行われ、現在 ICD-10 まで作成されている。ICD-6 以降は WHO が修正、改変作業を引き継いでいる。制限的定義の時代では ICD-1（1910 年）から ICD-7（1955 年）まで作成された。ICD-5 まで ICD は死因統計のために作成されていたため、直接的な死因とはならない嗜癖や依存にあたる概念は含まれていなかった。嗜癖が ICD で初めて紹介されたのは、1948 年の ICD-6 である。ICD-6 から ICD-7 まで、アルコールに対しては「中毒」、その他の薬物については「嗜癖」と 2 つの概念が併用された。そして、WHO は 1957 年に薬物に対する嗜癖の定義を行った。そこでは嗜癖と判断する基準として、薬物を摂取したい欲望の強さ、ひどい身体依存、大きな社会的害が考えられた（渡辺, 2002）。これら 3 つの基準から、WHO の嗜癖定義は前項で紹介した

「制限的定義」に属するものであったといえる。3つの基準が軽度の場合は「習慣」と呼んだ。同時期に、WHO は乱用を「容認された医療行為と矛盾する、あるいは、そのような医療行為とは関係のない、持続的な、あるいは散発的な極端な薬物使用」と定義した。そして「使用－乱用－習慣・嗜癖」という一連の流れで現象を記述しようと試みた。

一方で、アメリカ精神医学会（APA）は独自の疾患分類基準である『精神障害の診断と統計の手引き』（DSM）を作成した。1952年に DSM- I が作成され、現在は 2000 年の DSM-IV の改訂版（DSM-IV-TR）まで作成、出版されている。制限的定義の時代では、DSM- I のみ作成された。ICD-6 を改変した形で作成された DSM- I では周辺概念のうち、「中毒」のみが用いられ、嗜癖についての記述はなかった。

その他海外の動きとして、18 世紀後半にアメリカの医師 Rush, B. が疾病としての嗜癖にあたる概念を使い始めたとされている。Rush は大量飲酒者が経験する抑制の効かない強迫的な力を「“disease of will”（意志の病）」という言葉で表した。そして、これまで個人の選択の問題とされてきた飲酒に対するコントロールの喪失の原因をアルコール自体に求め、節酒以外に治療の道はないと主張した。この Rush の働きにより、大量飲酒がやめられなくなる現象が疾病であることが世間に広まった。しかし、この時点ではその現象に明確な名前はずけられず、「慢性アルコール中毒」、「慢性アルコール症」、「アルコール嗜癖」という言葉が区別されずに使用されていた。その後行政、酒類関係業者によって、アルコール関連問題の原因が酒から再び飲酒者の側に求められるようになった。そして、飲酒者と当時禁止運動が行われていたオピウム常用者を有害なものとしてまとめてラベリングするために、「嗜癖」という用語が使われるようになった。これが「制限的定義」としての嗜癖の始まりといわれている（Alexander ら、1988）。学術論文において制限的定義としての嗜癖が頻繁に使用されるようになったのは、20 世紀に入ってからのことである。1912 年には Wholey が “Relationship of drug addictions, particularly alcoholism, to nervous and mental diseases” という題目で制限的定義としての

嗜癮について発表した。それ以降、1960年代までに多くの学術論文が発表された。制限的定義としての嗜癮を扱った書籍は、学術論文で嗜癮が使用され始めてから10年ほど経った1930年頃から増加し始めた。制限的定義はWHOや著名な専門家によって使用され、広まっていった。しかし、それまでに深く根付いていた古典的定義は完全には消えず、一部の専門家によって使用され続けた。結果として、嗜癮には古典的定義と制限的定義という2つの定義が混在することとなった。

制限的定義が海外で広まっていた頃、わが国では「嗜癮」という用語はほとんど使用されていなかった。1900年から1960年頃まではアルコール等を摂取した結果生じる悪影響を表す言葉として、「中毒」が用いられた（石田，1907；上松，1958）。中毒以外では、小南（1921）が飲酒に対するコントロールを失い、窃盗傷害など法を犯すようになった人を指して「嗜酒狂」と呼んでいる。1960年代の高度経済成長期以降はアルコール嗜癮（依存症）の例が増加してきたことで、制限的定義としての嗜癮概念に注目が集まるようになった。その結果、国内においても制限的定義を扱った学術論文が増加した。しかし、用語としては嗜酒狂、嗜癮よりも当時馴染みの深かった中毒が用いられ続けた。

### （3）依存の時代（1964年～現在）

1960年代、嗜癮という概念の持つ欠点が指摘され、WHOを中心に嗜癮から依存へ移行する動きが盛んになった。依存は嗜癮の持つ欠点を補う形で定義された。それ以降、「ある習慣が悪い結果を生じさせるにもかかわらずやめられない」現象（＝非合理的耽溺）に対して「依存」が広く使われるようになった。この時代には、物質以外の行動（摂食行動、ギャンブル、放火、窃盗など）への非合理的耽溺も国際的疾患分類基準で紹介され、注目を浴びた。しかし、これらの行動に依存という用語が正式に適用されることはなかった。

依存の時代ではICD-8（1965年）からICD-10（1989年）まで作成された。ICD-8作成前年の1964年から1974年にかけて、ICDから「嗜癮」、「習

慣」が消えていくことになる (Gori, 1996)。それは次の 2 点の理由による。1 点は、嗜癖が身体依存を必要条件としており、身体依存がない LSD やマリファナ等の物質が嗜癖を生じさせる有害な麻薬指定から除外されることが懸念されたためであった (渡辺, 2002)。LSD やマリファナは身体依存こそないものの、「薬物が欲しくてたまらない」という精神依存が他の物質と同様に存在する。精神依存も身体依存同様、物質摂取に関するコントロールを喪失させ、健全な生活を困難にする危険性がある。そこで、精神依存のみを生じさせる物質を有害なものとして指定するために、身体依存を必要条件としないより広い概念が必要となった。もう 1 点は、嗜癖が国際疾患分類基準における診断対象として扱いづらい概念であったためである。嗜癖の診断が困難であった理由には 2 つある。1 つは、当時使用されていた嗜癖、乱用、習慣の境界が曖昧で、どの程度症状が進行すれば疾病である嗜癖と診断されるかの判断が困難であったためである。2 つ目は、文化、時代によって基準が異なり定義の難しい社会的害が嗜癖の定義に必要とされていたためである。

身体依存を必要条件とすることによる対象物質の限定、診断の困難さという 2 点の問題はいずれも嗜癖（および習慣）の定義に関わるものであった。そこで、従来の「嗜癖」、「習慣」に代わり、新しい概念である「依存」が使用されるようになった (Gori, 1996)。乱用（後に有害な使用）、中毒は引き続き採用された。WHO は 1964 年、アルコール、コカインや身体依存をもたないモルヒネ等中枢神経系作用薬物の使用によって生じる精神障害を一括し、依存、中毒と呼ぶよう提案した。そして、1969 年に「薬物依存」に対する定義を行った。依存と制限的定義との違いは次の 2 点である。1 点目は、身体依存は必要ではなく、中枢神経系物質が原因であれば良くなったことである。これにより、精神依存のみを生じさせる物質も有害な物質として指定することが可能となった。2 点目は、社会的害に関する記述がないことである。社会的害に関する記述や習慣という概念を消すことで、概念同士の曖昧さをなくし、医療の場での診断に関わる問題を解決しようとした。

依存という概念が登場して間もない 1967 年の ICD-8 では「アルコール

症」,「薬物依存」と物質の種類によって異なる用語が用いられていた。1975年作成された ICD-9 から「アルコール依存（症候群）」,「薬物依存」と「依存」に統一された。最新の ICD-10 では「乱用」の意味が曖昧で分かりにくいという批判から、代わりに「有害な使用」という名称に変更となった。以降、現在に至るまで依存、有害な使用、中毒が使用されている。

APA は、この時代に DSM- II（1968 年）から DSM- IVの改訂版である DSM-IV-TR（2000 年）までを作成した。ICD-8 に合わせて改編、出版された DSM- II では DSM- I から変わらず中毒が使用されていた。大幅な改編があった DSM- III では物質による「器質性精神障害」として「中毒」と「離脱」が、「物質常用障害」として「乱用」と「依存」が採用された。また、DSM- III では摂食や賭博など物質以外の行動への非合理的な耽溺が疾病として初めて紹介された。「摂食障害」,「他のどこにも分類されない衝動制御の障害」の「病的賭博」,「窃盗狂」,「放火狂」がそれにあたる。しかし、これらの行動に依存という用語は適用されなかった。依存が中枢神経系作用物質を対象とした疾病として広まっていたためである。

その他海外の動きとしては、国際疾患分類基準の影響を受け、薬物やアルコールに「依存」が広く使われるようになった。その一方で、物質依存と物質以外の行動への非合理的な耽溺との間に生理学的、機能的類似性があるとの主張がされ始めた (Orford, 1985 ; Isaac, 1990)。しかし、依存は中枢神経系作用物質によって引き起こされるものと定義されており、その他の行動を依存と呼ぶことに抵抗を感じる専門家が多かった。そこで、一部の専門家はギャンブル、インターネットなどの行動に対して「嗜癖」を使用し始めた。制限的定義の嗜癖が依存に代わって間もない 1971 年には Oates が『*Confessions of a workaholic : the facts about work addiction*』というタイトルの書籍を出版した。そこでは、仕事への非合理的な耽溺が嗜癖として紹介された。他にも Schaefer (1987) などで物質以外の行動に対する嗜癖が紹介され、定義された。

わが国では、現在に至るまで「依存」が広く用いられている。わが国の疾患基準が依存という概念を提唱し始めた ICD-9（1979 年に国内適用）や、



DSM-Ⅲ（1982年に日本語版刊行）の影響を大きく受けたためである。その一方で、嗜癖という概念については未だ十分に浸透しているとは言いがたい。依存の時代初期は、嗜癖にあたる概念に対して中毒、乱用、依存といった用語がほとんど区別されずに使われていた（和田（編），2000）。その中で、斎藤（1984）はアルコール依存症やその他行動を含めて「嗜癖的行動」と呼んだ。わが国における「復活した嗜癖」概念の先駆けといえる。

#### （4）「復活した嗜癖」の時代（1990年代～現在）

1980年代後半から始まったギャンブルや買い物といった行為に対する「嗜癖」の適用は、1990年代から急激に広まっていった。近年になって、病的賭博同様、身体依存を含まないものの、「依存の定義に当てはめると上手く説明できる」行動が社会的に問題視されるようになってきたためである（木戸，2007）。そして、それらの行動の有害性が認められるようになってきた。特にわが国では、それらの行動を「ギャンブル依存」、「買い物依存」、「ネット依存」のように依存を用いて表現することがある。依存がある習慣への非合理的な耽溺を示す概念として世間に浸透していたためである。しかし、一部ではそれらの行動を依存と呼ぶことに批判の声があがっている。それには、これまで依存という言葉が「物質の薬理効果が人体に影響を及ぼす」という意味で用いられており、その考えが現在も深く根付いているという背景がある（廣中，2003）。ICDにおいて、依存は「中枢神経系作用薬物に関する障害」として定義されている。このため、薬理効果のないギャンブル等に対して依存を適用することに抵抗を感じる専門家も多い。DSMでも依存という言葉は薬物、アルコールといった物質にのみ使用されており、ギャンブルに対しては、「病的賭博」という別の言葉が用いられている。

先述したように、物質への依存と行動への非合理的な耽溺の間には相違点だけでなく多くの共通点が認められている。そこで、両者を一つの概念としてまとめようとする専門家が現れた。近年、一度は消えた嗜癖が、依存と行動への非合理的な耽溺をまとめて定義するために復活しつつある。「復活した嗜癖概念」

は、物質依存、物質乱用、その他様々な行動への非合理的耽溺を包含するより広い概念として近年注目を浴びるようになった（洲脇，2005）。現在改編作業中の DSM-V では物質関連障害、衝動性制御の障害を包括するより広い概念としての嗜癖が復活する可能性が示唆されている。それに先駆けて復活した嗜癖概念の定義や診断基準を独自に作成しようと試みる研究も近年増加している（Goodman, 1990 など）。古典的定義の時代から復活した嗜癖の時代までの変遷を年表にしたものを最終頁の Table 2 および Table 3 に記載した。

## 2. 嗜癖概念に関する統合的理解－「復活した嗜癖」の再定義

「復活した嗜癖」は（i）対象は物質に限らず、（ii）有害であり、（iii）離脱症状や耐性を含むという特徴を持つ。「身体的、精神的、社会的な害が生じるにも関わらずある行動あるいは物質の摂取をやめられないこと。行動、摂取を続けるうちに、以前と同様の効果を得るための使用量、行動の頻度が多くなる。また、行動や摂取を止めようとすると身体あるいは精神的な不快が生じる」と定義できるだろう。先述したように、嗜癖には「古典的定義」、 「制限的定義」という2種類の定義が存在する（Alexander & Schweighofer, 1988）。 「復活した嗜癖」の特徴のうち、「（i）対象」は古典的定義と、「（ii）有害性」および「（iii）離脱症状・耐性」は制限的定義と一致する。ただし、復活した嗜癖定義の離脱症状、耐性は制限的定義の意味とは若干異なる。制限的定義における離脱症状とは、物質の効果が体内からなくなった際に身体的な不快が生じることであった。ここではそれに加え、行動が行えない状態になったときに身体的、精神的な不快が生じることを指す。耐性は快が得られる物質の摂取量や行動の程度が増大していくことを意味する。古典的定義、制限的定義、復活した嗜癖定義の特徴を Table 1 にまとめた。

嗜癖の語源となる言葉「*addico*」や「*addicere*」には薬物、物質に限定するといった意味はなく、単に「何かに耽溺する」という意味があった。この元々の意味から、嗜癖は物質だけでなく、行動にも適用可能であると考えられ

Table 1 各嗜癖定義の特徴

	(Ⅰ) 対象	(Ⅱ) 有害性	(Ⅲ) 離脱症状・耐性
古典的定義	全て	なし	なし
制限的定義	物質	あり	あり
復活した定義	全て	あり	あり

た。ただし、嗜癖を不適応な状態として扱うため、復活した嗜癖には制限的定義に含まれた「有害性」や「離脱症状、耐性」が残された。かつては嗜癖といえば制限的定義が主流であった。WHO が正式に定義を行い、使用していたためである。実際、『*The International handbook of addiction behavior*』（Glas, 1991）や『*Assessment of Addictive Behaviors*』（Donovan, 1988）（ただし、第二版（2005）では Goodman（1990）や Smith & Seymour（2004）の定義をうけて物質以外の対象も扱っている）などの嗜癖を扱ったテキストでもほとんどが物質のみを対象として書かれている。しかし、多くの専門家にとって制限的定義としての嗜癖は同様に物質を対象とする「依存」や「乱用」との明確な区別が難しく、混乱が生じていた。例えば、『*The International handbook of addiction behavior*』は題名に「addiction」という単語を使用しているにも関わらず、多くの章で「dependence」、「abuse」が頻繁に登場する。「復活した嗜癖」は、依存や乱用と混同することなく「精神依存と非合理を含んだ行動」を説明する新しい概念として注目されている。

復活した嗜癖の定義を行った例として、Goodman（1990）や Smith & Seymour（2004）がある。Goodman（1990）は物質以外の対象を含むより広い概念として嗜癖の操作的定義を試みた。定義には DSM-III-R の物質関連障害の診断基準等を参考にした。Goodman（1990）では、嗜癖は行動のコントロールに繰り返し失敗すること、悪い結果が生じているにも関わらず行動を続けることの2点から特徴づけられる一連の過程であると定義された。そしてこれら2つの特徴をもとに嗜癖の診断基準が作成された。また、Smith ら（2004）はあらゆる嗜癖に当てはまる特徴として次の3つを挙げた。1つ目は突然してしまうという衝動性があることである。2つ目は行動を始めると止め

ることが難しい、というコントロールの欠如があることである。3つ目は悪い結果しかもたらさないのにもかかわらず行動を続けるという非合理性がみられることである。つまり本稿冒頭で述べた筆者らの嗜癖研究の立場（「行動のコントロールが失われる」、「その行動によって本人や周囲にとって悪い結果が生じる」という2点を重視する）はこれらの考え方に依拠するものである。

なお、復活した嗜癖の定義を行う際には Goodman（1990）のように ICD や DSM に記載されている依存の定義や診断基準を参考にすることが多い。そのため、特に依存概念との区別については言及されないことが現状では多い。

### 3. 嗜癖概念の現代的意義－なぜ嗜癖概念は復活したのか？

現代における嗜癖概念の復活は、あらゆる行動が嗜癖対象になり得ることを人々が認識し始めたことと密接に関わっている。近年のこのような嗜癖対象の広がりを「戦線の拡大」（星野，2008；清水（編），2001）という。現代では、酒や薬物などの物質だけではなくギャンブル、買い物といった行動への非合理的な耽溺が本人や社会に悪影響を及ぼす不適応状態として問題視されるようになった。TV や新聞でも「ギャンブル依存」、「ネット依存症」、「買い物依存症」といった問題が頻繁にとりあげられている。わが国では、世間での認知度が高いという理由でギャンブルや買い物に対しても「依存」という用語が用いられている。しかし、本来依存という概念は中枢神経系作用物質の摂取を条件とする。物質以外を対象とした「依存に似ているが、依存では定義しきれない現象」に名前を与えるために、嗜癖という概念が復活しつつある。

また、「戦線の拡大」によって問題視する対象が増えたことで、複数の対象に同時に、あるいは交互に嗜癖する事例も注目されるようになった。クロスアディクション（cross addiction：交差嗜癖）とは、このように同時に複数の対象に嗜癖することの他に、ある嗜癖が治ると同時ににもぐら叩きのように他の嗜癖が現れる例を表すこともある（田辺，2002）。クロスアディクションに陥っ

た場合、治療されなかった嗜癖が治療中の嗜癖のぶり返し（ラプス・リラプス）を促進し、治癒を阻害する例も少なくない（Christo, 2003）。効率的な対処を行なうためには、個別の対象に注目するだけでなく、全てを同じメカニズムを持つ一つの現象として捉える視点も有用である。嗜癖という概念は、対象が違うために一見別の現象に見える個別の事例を一つの現象としてまとめることで、研究によって得られた治療法やその他の知見の応用を容易にすることもできる。

「復活した嗜癖」と「戦線の拡大」、クロスアディクションには共通の考えがある。それは全ての嗜癖が同じメカニズムで生起しているという主張である。物質も行動にも同じ嗜癖という枠組みを与え、包括的に見ていこうという動きがある。この考えこそが、依存という概念が浸透している現在において嗜癖が復活した理由の1つである。「嗜癖」という一つの枠組みで個別の事例をまとめる視点は、物質依存症から嗜癖への治療法の応用（鈴木ら, 2003）だけでなく、「嗜癖」とは何かについて理解しようとする際にも役立つだろう。

筆者らは、こうした統一的な枠組みに立脚して嗜癖研究を続けるべきであろうと考えている。つまり、「行動のコントロールが失われる」、「その行動によって本人や周囲にとって悪い結果が生じる」という状態であるならば、対象を問わずそれを「嗜癖」とであると見なすべきである。このように様々な嗜癖を同じメカニズムで記述することができるのであれば、それは種々の治療や予防に役立てることに留まらず、種としてのヒトの特徴を嗜癖という立ち位置から理解することさえも可能になるのではなかろうかと夢想している。

しかし、こうした考え方自体は嗜癖の定義が未だ不完全であることによって妨げられている。今後は依存等の周辺概念と明確に区別された「嗜癖」という現象の定義、発生メカニズムをモデル化し、全ての嗜癖の根底にある要因を明らかにしていく必要があるだろう。

Table 2 嗜癖及び周辺概念の変遷（古典的定義の時代～制限的定義の時代）

古典的定義の時代			
世界保健機構（WHO）	アメリカ精神医学会（APA）	その他海外の動き	わが国の動き
17 世紀以前		嗜癖の語源 ①「addico」 ②「addicere」の過去分詞「addictus」 ③「毒（acid）」	
1607 年		・「addict」, 「addiction」の登場	
制限的定義の時代			
世界保健機構（WHO）	アメリカ精神医学会（APA）	その他海外の動き	わが国の動き
1786 年		Rush, B がアルコールの害について主張	
1880 年代後半～		・禁酒法, 反アヘン運動の流れから病氣としての「addiction」概念が広まる	
1900 年 ICD-1			
1909 年 ICD-2			
1912 年		・学術論文で「制限的定義」が使用された (Wholey, 1912)	
1920 年 ICD-3			
1921 年			・問題飲酒者を「嗜酒狂」と記述 (小南, 1921)
1929 年 ICD-4			
1938 年			
ICD-5			
・「中毒」			
・対象はアルコールとその他薬物のみ			
ICD-6			
1948 年 ・「中毒症（アルコール）」, 「嗜癖（その他の薬品）」			
DSM-I			
1952 年 ・ ICD-6 を改変した形で作成			
・「中毒」			
ICD-7			
1955 年 ・ ICD-6 から変更無し			
・専門委員会で嗜癖を定義			
・「制限的定義」を表す箇所			
1957 年 ①「薬物の反復使用の結果」			
②「耐性形成, 離脱症状, 身体依存」			
③「個人および社会に悪影響」			
1960 年代			・高度経済成長期 ・飲酒関連問題が増加し, 問題視されるようになってきた

**Table 3** 嗜癖及び周辺概念の変遷（依存の時代～復活した嗜癖の時代）

## 依存の時代

	世界保健機構（WHO）	アメリカ精神医学会（APA）	その他海外の動き	わが国の動き
1964 年	・「嗜癖」概念を捨て、「依存」概念に移行し始める		・「嗜癖」のかわりに「依存」が使用され始める	
1965 年	ICD-8 ・「アルコール症」 ・薬物に対して「依存」を初めて使用			
1968 年		DSM-II ・ICD-8 に合わせて改訂、出版		
1969 年	・専門委員会で「依存」を定義 ・「精神依存」、「身体依存」概念を提唱 ・1957 年の「嗜癖」からの変更点 ①中枢神経系作用物質が対象 ②害に関する記述がない ③身体依存や耐性が必須でない			
1975 年	ICD-9 ・「依存（症候群）」、「乱用」			ICD-9 国内適用 ・追加細分類として「アルコール依存症候群」に「慢性アルコール症」、「アルコール嗜癖」
1979 年		DSM-III ・「中毒」、「離脱」、「乱用」、「依存」 ・「摂食障害」、「病的賭博」、「窃盗狂」、「放火狂」を紹介		
1982 年				DSM-III 日本語版刊行
1984 年				・斎藤（1984）が物質以外の行動も含め嗜癖を定義
1987 年		DSM-III-R ・「窃盗狂」、「放火狂」 ・「癖」に名称変更 ・「抜毛癖」の追加	・Schaefer（1987）が嗜癖対象を物質、過程、関係の 3 つに分類	
1989 年	ICD-10 ・「急性中毒症状」、「有害な使用（乱用から変更）」、「依存症候群」、「離脱症状」 ・「病的な賭博・放火・窃盗」の追加		・物質以外の対象への嗜癖を扱った書籍が増え始めた	

## 復活した嗜癖の時代

	世界保健機構（WHO）	アメリカ精神医学会（APA）	その他海外の動き	わが国の動き
1990 年～			・「嗜癖」定義復活の流れが強くなる ・Goodman（1990）が嗜癖を再定義	・物質以外の対象に「嗜癖」を使用した論文が増え始める
1993 年	・専門委員会で依存を再定義 ・依存状態自体は有害ではないことを強調			
1994 年		DSM-IV ・「依存」、「乱用」、「中毒」、「離脱」、「摂食障害」、「病的賭博」		
2000 年		DSM-IV-TR ・DSM-IV から変更無し		
2013 年		DSM-V ・「依存」から「嗜癖」への変更の可能性あり？		

## References

- Alexander, B. K., & Schweighofer, A. R. F. (1988). Defining “addiction”. *Canadian Psychology*, 29, 151–162.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text Revision [DSM-IV-TR]*. Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Barber, J. G. (1994). Alcohol addiction : Private trouble or social issue? *Social Service Review*, 521–535.
- Christo, G., Jones, S. L., Haylett, S., Stephenson, G. M., Lefever, R. M. H., & Lefever, R. (2003). The Shorter PROMIS Questionnaire Further validation of a tool for simultaneous assessment of multiple addictive behaviors. *Addictive behaviors*, 28, 225–248.
- Donovan, D. M. (1988). Assessment of addictive behaviors : implications of an emerging biopsychosocial model. In Donovan, D. M., G. A. Marlatt (Eds.). London : Hutchinson : *Assessment of addictive behaviors*, 3–48.
- Donovan, D. M., G. A. Marlatt (Eds.) (2005). *Assessment of addictive behaviors* (2nd edition). London : Hutchinson.
- Giddens, A. (1982). *Sociology : a Brief but Critical Introduction*. London : Macmillan. (松尾精文・西岡八郎・藤井達也・小幡正敏・叶堂隆三・立松隆介・松川昭子・内田 健(訳) (1998). 社会学. 東京：而立書房.)
- Glas, I. B. (Eds.) (1991). *The International handbook of addiction behavior*. London ; NY : Tavistock/Routledge.
- Goodman, A. (1990). Addiction : definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85, 1403–1408.
- Gori, G. B. (1996). Failings of the Disease Model of Addiction. *Human Psychopharmacology*, 11, 33–38.
- 廣中直行 (2001). 人はなぜハマるのか. 東京：岩波書店.
- 廣中直行 (2003). やめたくてもやめられない脳－依存症の行動と心理－. 東京：筑摩書房.
- 星野仁彦(著)・夏目祭子(編) (2008). 依存症の真相－アダルトチルドレンと ADHD の二重奏－. 東京：ヴォイス.
- 今道裕之・滝口直子(編著) (2002). 「依存症」の理解－〈病〉から回復へ新生へ. 京都：アカデミア出版会.
- Isaac, M. (1990). Behavioural (non-chemical) addictions. *British Journal of Addiction*, 85, 1389–1394.
- 石田 昇 (1907). 新撰精神病学. 南江堂：東京. - 精神医学古典叢書 14, 東京：創



- 造出版（松下・牛島・小山・浅井・倉知（編），2001より）。
- 木戸盛年（2007）．大学生における嗜癖の行動の抽出．行動科学，46，27-32．
- 小南又一郎（1921）．嗜酒狂と犯罪．国立国会図書館，日本国民禁酒同盟本部．
- 松下正明・牛島定信・小山 司・浅井晶弘・倉知正佳（編）（2001）．精神科データベース（臨床精神医学講座）．東京：中山書店．
- Orford, J. (1985). *Excessive appetites: A psychological view of addictions*. NY: Wiley.
- Oates, W. E. (1971). *Confessions of a workaholic: the facts about work addiction*. NY: World Pub. Co.
- 斎藤 学（1984）．嗜癖行動と家族－過食症・アルコール依存症からの回復－．東京：有斐閣選書．
- 斎藤 学（2009）．依存症と家族．東京：学陽書房．
- Schaefer, A. W. (1987). *When society becomes an addict*, Harper and Row.（斎藤 学（監訳）（1993）．嗜癖する社会．東京：誠信書房．）
- 清水新二（編）（2001）．共依存とアディクション－心理，家族，社会－．東京：培風館．
- Smith, D. E., & Seymour, R. B. (2001). *Clinician's guide to substance abuse*. NY: McGraw-Hill.
- 洲脇 寛（2005）嗜癖精神医学の展開．東京：新興医学出版社．
- 鈴木健二・武田 綾・白倉克之（2003）．アディクションモデルによる過食症の入院治療の試み．心身医学，43，689-697．
- 田辺 等（2002）．ギャンブル依存症．東京：日本放送出版協会．
- 上松七九郎（1958）．精神医学第10版，東京：文光堂．（松下ら（編），2001より）
- 和田 清（編）（2000）．薬物依存．精神医学レビュー No.34．東京：ライフサイエンス社．
- Walters, G. D., & Gilbert, A. A. (2000). Defining Addiction: Contrasting view of clients and experts. *Addiction Research*, 8, 211-220.
- 渡辺 登（2002）．よい依存，悪い依存．東京：朝日新聞社．
- World Health Organization (1957). *Expert Committee on Addiction-Producing Drugs*. Seventh Report. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1969) Technical Report Series, 407.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic Criteria for Research*. WHO: Geneva.
- Wholey C. C. (1921). Relationship of drug addictions, particularly alcoholism, to nervous and mental diseases, *Journal of American Medical Association*, 58, 322-325.

依田高典・後藤 励・西村周三（2009）. 行動健康経済学－人はなぜ判断を誤るのか

－. 東京：日本評論社.

——中村春香 大学院文学研究科博士課程後期課程——

——成田健一 文学部教授——