

# あなたにとって回復とはどういう意味ですか？研究と実践に関する回復経験からの学び

Alexandre B. Laudet 著

Alexandre Laudet is Director of the Center for the Study of Addictions and Recovery (C-STAR) at the National Development and Research Institutes, Inc., (NDRI), 71 West 23rd Street, 8th floor, NYC, NY, 10010, USA. T: +1-212-845-4520, F: +1-917-438-0894; email: [gro.irdn@tedual](mailto:gro.irdn@tedual)

URL: [What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice \(nih.gov\)](http://www.nih.gov/recovery)

## 要約

回復はどこにでもある概念であるが、まだほとんど理解されておらず、定義も曖昧で、治療効果を評価するために必要な評価ツールの開発を妨げている。本研究では、「回復期にある」と自認する人々の間で共通する回復の定義と経験を調査する。2つの質問が提起される。

(1) 回復にはすべての薬物やアルコールからの完全な離脱が必要なのか

(2) 回復の定義は（薬物やアルコールなどの）物質使用のみの観点から定義されるのか、それとも他の機能領域（ギャンブルやゲームなど）にも及ぶのか

高純度コカインやヘロインへの依存が解消された都心部の住民を対象に、一年毎に3回のインタビューを実施した（N=289人）。

ほとんどの人が回復を完全な離脱と定義していた。しかし、回復は離脱をはるかに超えたものであり、それは豊かな「新しい人生」として経験され、成長、自己変革、自己再生の継続的なプロセスである。病的状態から健康へのパラダイムシフト、急性期モデルから継続モデルへのパラダイムシフトをもたらす必要性など、臨床と評価の実践に対する影響が議論されている。

キーワード：回復、依存中毒、物質乱用（薬物やアルコールなどの乱用）、寛解、プロセス

## 1.はじめに

「回復」、例えばアルコール依存症のアノニマス（匿名）など、かつて12ステップのフェローシップ（分かち合い）にはほぼ例外なく関連付けられた概念は、政府機関で流行語同然になっている。

アルコール乱用とアルコール依存症に関する国立研究所(NIAAA)が治療部門を治療と回復研究の部門に改名したこと、ホワイトハウスの2003年の回復へのアクセス(ATR)プログラム、物質乱用治療回復コミュニティサポートプログラムに関するセンター、物質乱用と精神保健サービス管理局の回復月間およびアルコール依存症と物質乱用サービスの州事務所のウェブサイト上での回復サービスの一体化が含まれる（例えば、ニューヨーク州）。また、「回復の顔」や「回復の声」、仮想コミュニティなどの組織の草の根運動も活発になっている。

「回復」という言葉が普及したが、「回復」とは何を意味するのかについてのコンセンサスが得られないままになっている。これはいくつかの理由で問題がある。

第一に、治療サービスは回復を促進することが期待されており、研究者はその目標（ゴール）に到達するた

めに治療の効果を評価することが求められている。ゴールは厳格、明確に定義されなければならない、さまざまな利害関係者（政策立案者、出資者、一般市民、手助けする専門家、サービスの顧客）の間でコンセンサスが必要である。回復の明確な定義の欠如は、私たちの分野における臨床実践と研究の両方を妨げている。それはまた依存症治療の報告された結果のばらつきの一因となっている。

第二に、物質乱用（アルコールおよび他の薬物）は、米国では非常に多くの人に知られており、非常に汚名を着せられている状態である。

汚名は差別につながり、雇用や住居の確保などの自己改善の努力を妨げる可能性がある。

回復は多くの人にとって現実のものであるが、「回復中」の個人の数について利用できる（入手できる）推定値はない（アクティブ（活動的）な物質使用に関する豊富なデータとは対照的に）。これだけでも回復の「立ち位置」がどこにあるかの顕著なサインであり、明確な定義がないことが一因である可能性がある。「回復中」の個人の顔は、マスメディアの中で機能不全者の顔であることがあまりにも多く、「中毒」、「虐待」、「依存」などの用語は、汚名を助長する自制心の喪失を暗示している。

物質使用障害（SUD：Substance Use Disorder）の汚名を克服するための重要な方法は、回復が現実であるというメッセージを伝えることである。これにより影響を受ける個人、その家族に希望を与えることができ、一般の人々に情報を与え、利害関係者に対して現実的な期待（ゴール）を提供することができる。このメッセージを伝えることは、「回復」の共有された定義が欠如していることによって妨げられている。

本論文の第一の目的は、「回復」の定義と経験を調査し、合意に基づく定義の開発につなげることである。まず、一般の人々の認識、メディアのメッセージ、依存症専門家の実践について簡単にレビューした後、「回復中」と自認している人々（この用語を定義するこの討論の中では、批判的ではあるが最も無視されがちな利害関係者のグループ）がどのようにこの用語を定義しているかについてのデータを提示する。臨床と研究の実践に対する示唆が導き出され、今後の方向性が最後に議論される。

### 1.1 回復に対する一般の人々の認識

回復に対する認識それ自体についてはほとんど知られていない。ほとんどの研究では、アルコールや薬物の使用と誤用に対する一般の人々の見解を調査している。回復に関連した問題に関する最初の（そして現在に至るまで唯一の）公的調査では、調査対象者の 39%がアルコールや他の薬物への依存から回復中の人（家族や親しい友人、またはその両方）を知っていることがわかった。(Peter D. Hart Research Associates, 2004)。

「アルコールや他の薬物への依存から回復中」の人を理解するのに最も適した定義は何かと尋ねたところ、半数以上（62%）が、その人が現在アルコールや違法薬物の使用を止めようとしていることを意味すると答えた。回復中の人を依存症という病気から解放され、アルコールや違法薬物を使用しなくなったと答えた人は 22%にとどまった。回復期にある人を知っている人でさえ、回復中の人を "アルコールや薬物の使用を止めようとしている" と圧倒的に信じている。回復とは薬物やアルコールの乱用を克服するための試みであるというこのような見方と一致するように、3分の1の人だけしか「アルコールや薬物の依存に関する治療を求める人の大多数は、生涯にわたり回復を達成する」に賛成してなく、50%は賛成しておらず、19%は分からないということだった。最近では、2006年8月に USA トゥデイ/HBO が行った「家族の薬物依存」に関する世論調査で物質使用障害（SUD）の問題を抱えた家族を持つアメリカ人の 76%が、依存症は病気であると考えていた；ほとんどの人は愛する人が回復すると楽観的に考えているが、約半数は回復は専門家

の助けがなければ可能ではないと答えている。これらの結果は、一般の人々が依存症を克服するのは難しく、何度も治療を試みたり、治療のエピソードを必要とする、といったことを一般的に示す他の調査の結果を反映している（例えば、ハーバード大学公衆衛生大学院、2001年）。依存症に対する慢性疾患の見方が一般の人々に受け入れられるようになったことは、依存症を道徳的な弱さや悪い選択であるという見方からの歓迎すべき変化である(Schomerus, Matschinger & Angermeyer, 2006)。しかし、慢性化という意味合いは、依存症がかつて依存していた人の永久的な傷跡として捉えられ、差別は回復のメッセージがより広く広められないようにする結果となる可能性がある。

## 1.2 回復に関するメディアメッセージ

マスメディアは、多くの人にとって重要な社会的トピックに関する主要な情報源となっている。2005年に調査された世帯の半数は、薬物と依存症に関する情報のほとんどをメディアから得ていると報告している。このように、メディアは一般の人々の物質使用障害（SUD）と回復に対する見方を形成する上で重要な役割を果たすことができる。回復に関するメディアの描写は豊富であり、一般的には、たび重なる再発やリハビリのエピソードを持つ有名人の進行中の闘いに焦点を当てている。一般の人々に関する依存症と回復に関する情報は、センセーショナルなニュース記事というより、一般にあまり「目に入る」ものではないかもしれないが調べるに値する連邦政府機関の教育キャンペーンからも得られる。例えば、米国労働省のウェブサイトには「回復期の労働者」という特集があり、一般的な誤解に対処するための体系的な取り組みを含め、回復期の労働者に何を期待すべきかについて、将来の雇用主に情報を提供するためのいくつかのページがある。回復に関する事実上すべての記事や公共のメッセージのように、このウェブサイトではこの用語を具体的に定義していないが、次のように述べている。"治療プログラムに参加し、完了した個人は回復期にあると考えられる。治療と回復は相互に連結しているが、同じではない"と続いて書かれている。最後に、「禁酒・断薬は回復と同じですか？」に関しては、「いいえ、断薬や禁酒とは、単にアルコールや他の薬物の摂取を控えることです。回復とは、アルコールや他の薬物の摂取が問題であると認識され、回避されるプロセスです。」

回復コミュニティは、一般の人々に情報を提供するという独自の役割を持っている。この分野での取り組みは、回復の顔と回復の声（FAVOR）などの草の根組織の成長に伴って増加している。ウェブサイトは、回復コミュニティ、回復のリソース、イベント、アドボカシー（擁護）活動についての豊富な情報を提供している。それは、回復が何を意味するかについて明確さの欠如を暗黙のうちに認識している。例えば、ある組織は、回復中の人のための言葉使いについて次のようなメッセージを提供している。"私は xxx（あなたの名前を挿入）で長期的に回復しています。つまり、xxx（アルコールや薬物、または使用した薬物の名前を挿入）を xxx 年（回復している年数を挿入）以上使用していないことを意味します。"

総体的に、回復に関する利用可能なメディアのメッセージは、この用語を厳密に物質使用の観点から、具体的には完全な離脱として定義しているように見える。

## 1.3 依存症専門家の回復の定義

連邦政府機関における「回復」という言葉の普及と並行して、論文審査のある専門誌に最近公表された科学論文のタイトルから判断すると、この用語は研究者の間で定着しつつある。メディアや社会の他のセグメン

トとは異なり、科学には重要な用語を定義するための独自のニーズがある。研究者の定義は、論文の手法セクションに記載される主要な構成要素の運用可能性において最も明確である。タイトルに「回復」という用語を含む過去 5 年間に出版された論文審査がある文献の非公式なレビューで、治療結果の幅広い概念形成に関する呼び掛け (McLellan, McKay, Forman, Cacciola, & Kepm, 2005, 後半の議論参照) にも係わらず、ほとんどの研究者が暗黙的に物質利用の観点から「回復」を定義するということが示唆され (Cisler, Kowalchuk, Saunders, Zweben, Trinh, 2005)、そして最も多くの場合は離脱、つまりアルコールや他のすべての薬物からの完全な離脱、または研究対象の物質からの離脱と定義している (例: Burman, 1997; Flynn 他, 2003; Granfield & Cloud, 2001; Scott 他, 2005a)。最近の回復に関する論文では、いくつかの用語—寛解、解決、離脱、回復、同様に動詞では克服する、止める、回復する、が見たところ、入れ替え可能 (同じ意味) で使用されている。著者が「回復」が何を意味するか決定することは、しばしば「方法」のセクションまで明らかにならない。そこでは、回復は通常、説明なしに「離脱」に置き換えられ消えてしまう (例えば、Fiorentine & Hillhouse, 2001)。回復を DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 精神障害の診断と統計マニュアル) 基準 (American Psychiatric association, 1994) の観点から定義している著者もいる。例えば、ある研究では、介入している回復の年数を「アルコール使用障害と診断されなかった間のすべての年の間隔の合計として」定義している (McAweeney, Zucker, Fitzgerald, Puttler & Wong, 2005, p. 223; さらに Dawson ら, 2005) これらの高度に熟練した科学者たちが、1つの用語 (回復) を別の用語 (離脱) の意味に使っていることに不注意だと思われないように、過去の論文での著者も含めて、この実践は米国の治療法で離脱に基づく 12 ステップの回復原則に広く影響し、一般的に普及している病理学に焦点を当てたパラダイム (後述) に、部分的に起因している可能性が高い。離脱を強調することはまた、「節制に専念しながら向精神薬への身体的および精神的依存の両方を克服する」とするアメリカ依存症学会の回復の定義と一致している。

## 1.4 研究の目的

では、回復とは何を意味するのだろうか？完全な離脱ですか？回復は厳密には物質使用の問題なのか、それともそれ以上のものなのか？これまでのところ、回復に関する実証的研究は、研究者によって押し付けられた定義を採用しており、回復の定義を物質使用歴のある個人の生きた経験に基づいて伝えようとする研究者はほとんどいない。何人かの研究者は、回復を調査する上で、定義、追加の研究、明確化の必要性を指摘している (例: Kubicek ら, 2002; Morgan, 1995)。本研究はその方向への第一歩である。長期にわたる寛解に対する予測因子の前向き調査から量的データと質的データを組み合わせて、2つの主要な研究課題に取り組む。(1) 回復にはすべての薬物とアルコールからの完全な離脱が必要か、(2) 回復は物質使用のみで定義されるのか、それとも他の機能領域にも及ぶのか。

## 2. 研究方法 (材料と方法)

### 2.1 募集方法とサンプル

募集は、2003年3月から1年間、ニューヨーク市でフリーペーパーに掲載されたメディア広告や地域全体に掲示されたチラシによって行われた。様々な回復の「道筋」を代表する個人を募集する取り組みの一貫として、募集資料には「回復」という言葉は使用しなかった。12ステップグループに所属していない個人を

自然に排除してしまう可能性があると考えたためである。

この研究では、フリーダイヤルの電話番号を持っていた。電話をかけてきた人には簡単な適格性審査が行われた（10～12分）。基本的な人口統計学データ（性別、年齢、居住地、職業など）、過去および現在の薬物使用、生涯における依存度（薬物乱用スクリーニングテスト-DAST 10-Skinner、1982を使用）、現在の治療サービスおよび12ステップの会合の利用状況、および連絡先について情報が収集された。研究の適格基準は以下の通りであった。

(1) 生涯で少なくとも1年間、非合法薬物の乱用または依存に関するDSM-IV基準（アメリカ精神医学会、1994）を満たしているが、過去1ヵ月間は満たしていないこと、(2) 少なくとも1ヵ月間、非合法薬物の離脱を自己申告していること、(3) 入院治療に登録していないこと。適格な人には1週間以内に連絡し、対面インタビューをスケジューリングした。

重複しないスクリーニングが702件実施された；そのうち440人が適格者であり、354人がインタビューを受けた（適格者の81%）。[86人の適格者がインタビューを受けなかった理由：スクリーニング中に得られた情報で連絡が取れなかった—例えば、電話がつながらなかった（39人）、約束時に来ず予定変更の連絡も取れなかった（19人）、拒否された（10）、スクリーニングと予約の電話の間に再発した（6人）、データ収集（期間）が終了した（12人）]

この研究は、著者の組織の審査委員会（IRB）によって審査・承認され、資金提供機関から守秘義務証明書を取得した。対面インタビューは毎年実施した。データは、面接担当者によるコンピュータ支援ソフトウェアを使用した対面インタビューによって収集され、ラップトップPCに記録された。ベースラインインタビュー（BL）セッションは、インフォームドコンセント（同意取得）の手順を実施することによって開始された。研究のゴール、参加要件、インタビューのスケジュールが説明され、研究の任意性、参加を辞退する権利、特定の項目への回答を拒否する権利などが説明された。参加予定者の質問に答え、同意する個人が同意書に署名した。BLインタビューは平均2時間半で、1年後と2年後のフォローアップ（それぞれF1とF2）では、背景や過去の情報は省略された。参加者はBLの時間の謝礼として30ドル、F1とF2ではそれぞれ40ドルと50ドルを受け取った。参加者には四半期ごとに郵送で連絡を取り、所在情報を更新し、プロジェクトへの継続的な参加に感謝の意を表した。各郵送にはささやかなギフト、通常は地元で商品（例：ファストフード、ビデオのレンタル）に換えられる5ドルのギフトカードを含めた。354人の参加者のうち、9人が死亡し、1人は違法薬物を使用したことがないと報告して研究から除外され、2人の参加者についてはBLデータが失われたため、342人のBL群が得られた。F1インタビューをBLから平均379日後（標準偏差=45日）に317人、F2インタビューをF1から平均361日後（標準偏差=73日）に308人実施し、F1とF2における生存群の保持率はそれぞれ92.6%と90%であった。本研究におけるサンプル数は、F1データおよびF2データが得られた289人で構成されることとなった（BL群の生存率で84.5%）。

本研究で得られた知見の大部分を占める量的データに加えて、上記で募集した50人の追加参加者を対象に、質的なライフヒストリーインタビューおよび再インタビュー（F1）を実施した。質的インタビューは音声録音、転写され、著者と共同で訓練を受けた研究者がAtlas TI（質的データ分析ソフトウェア）を使用して分析している。

## 2.2 手法

BL で収集した社会人口学的統計データや背景に加えて、以下に示す通り、毎年、物質使用、および物質乱用治療、12 ステップやその他の回復指向の相互援助組織への参加、並びに回復に関連した具体的な経験や信念についての情報を収集している（後者はフォローアップインタビューのみで収集している）。半構造化インタビュー（予め質問を用意しておくが、被インタビュー者の状況や回答に応じて、質問の表現、順序、内容を変化させたインタビュー）は、定量的なデータ収集と質的なデータ収集を組み合わせたものである。定量的な項目（例えば、択一選択）は、特定の回答カテゴリーについて、他の基軸や時間の経過（例えば、正規・非正規のヘルプ利用の履歴）に渡って参加者を比較することを可能にし、自由形式の質問は、参加者の回復体験についての豊富な情報を参加者自身の言葉で得ることができる。自由形式の項目は、パイロット研究 (Laudet ら, 2002) の事例、文献のレビュー、およびプロジェクトの実施に先立って実施されたツール開発の一環として行われたフォーカスグループから著者が作成した。

### 2.2.1 物質使用と精神衛生

#### 依存度

我々は、DSM-IV および ICD-10 精神疾患 (Sheehan, Lecrubier, Harnett-Sheehan, Amorim, Janavs, Weiller ら, 1998) のために欧米で開発された短い構造化診断面接法である Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) の Non-alcohol Psychoactive Substance Use Disorders (ノンアルコール向精神薬物質使用障害) のサブスケール-BL 時に生涯バージョンを、各フォローアップ時に過年度バージョンを使用した。MINI は構造化された精神医学的インタビューであり、英語およびフランス語の DSM 診断のためのより長い Structured Clinical Interview (SCID-P) および ICD-10 のための Composite International Diagnostic Interview (CIDI) と比較して検証されている。生涯および過去 1 年間のバージョンは 14 の項目で構成されており、0~14 の範囲で 1 つのスコアが得られるイエス/ノーの形式で回答される。サンプル項目としては、「あなたが「xxx (主な物質を入れる)」を使用していたとき、最初に服用し始めたときと同じ効果を得るために、より多くの「xxx (主な物質を入れる)」を使用する必要があると感じたことがありますか？」クロンバック  $\alpha$  信頼性係数=0.81 (BL 時)。

**BL における離脱期間** 薬物・アルコールの使用履歴は、Addiction Severity Index (嗜癖重症度指標) (ASI - McLellan, Kushner, Metzger 他 1992) に含まれる 13 物質のリストを用いて収集した。過去に 1 回以上使用したことのある各物質について、参加者は最後の使用日を提供した。かつて使用した各物質からの離脱期間について変数が計算された。この研究で使用された離脱期間は、これまでに使用されたいずれかの違法薬物を最後に使用してから時間を月単位で表している (すなわち、参加者が 4 年前にヘロインを最後に使用し、5 か月前に高純度コカインを使用した場合、離脱期間は 5 か月である)。当初はアルコールを計算に含めることを計画していたが、各データ収集の追跡調査では、アルコールからの離脱期間は違法薬物からの離脱期間よりも一貫して長くなっていた (すなわち、参加者はアルコールを使用したときよりもより最近に薬物を使用していた)。

#### フォローアップ時の寛解状況

各インタビューにおいて、参加者は上記で記載したように前回のインタビュー以降の物質使用について尋ねられた。これらのデータから、各追跡調査で二分変数を計算した：前回のインタビュー以降 (すなわち過去 1 年間) に薬物を使用したかどうかに対応する寛解の持続性 (yes/no)；また、BL から F2 まで (すなわ

ち2年に渡る)の寛解の持続性を表す変数も計算した。唾液サンプルは、自己申告した物質使用を裏付けるために採取された：サンプルはコカイン、アヘン、THC(テトラヒドロカンナビノール)、メタンフェタミンについて検査された。検査室は各物質の結果(陽性または陰性)を報告し、我々は要約変数(4つの物質のいずれかについて陽性/陰性)を計算している。サンプルはすべてのインタビューの一部として収集されるが、予算上の理由から前回のインタビュー以降に物質使用を報告していない参加者についてのみサンプルを分析している(自己報告とデータ収集における偏りを最小限にするために、データ収集の際にこのことを参加者にも現場スタッフにも伝えていない)。

**寛解ステージ** 4つの時間的にリンクしたベンチマーク「ステージ」を使用した。つまり、BLでの離脱期間が6ヵ月未満(28%)、6ヵ月以上18ヵ月未満(26%)、18ヵ月以上36ヵ月未満(20%)、3年以上(26%)である。F1でも同様のステージが計算された。これらのステージはいくつかの理由で選択された。このデータセットを用いた研究の目的の1つは、持続的な物質使用障害(SUD)の寛解を促進する要因と阻害する要因が、離脱期間の関数として変化するかどうかを決定することである；我々は、臨床的にも現象学的にも寛解の「ランドマーク」と一致する慎重な寛解の段階を特定する必要があった；分析を開始する前に、既存の文献を見直し、様々な期間の「回復期」にある人とフォーカスグループ(グループ対話形式での自由な発言)を行った結果、これら4つの段階が臨床的に関連性があると判断した。また、このデータセットでは、BLで比較的同じサイズの4つのグループが提供された。これは統計学的に望ましいことである。

### メンタルヘルス歴

BLにおいて、(a)精神衛生上の問題に関する治療を受けたことがあるか、(b)精神衛生上の疾患と診断されたことがあるか、ある場合は(c)診断結果は何か。

### 2.2.2. 治療と12ステップの活用

#### 治療の活用

以下のいずれかの依存症治療サービスに過去に参加したことがあり、現在参加していること。解毒(薬物またはアルコール)、メサドン維持療法、治療コミュニティ、21/28日入院リハビリテーション、外来治療または日帰り治療、拘置所または刑務所での治療(アルコールまたは薬物)、その他(一言一句記録され、上述のようにコード化)。本研究では、其々の時点で計算された要約変数を使用している：BLにおいては、かつてこれらのモダリティ(医療画像機器)のいずれかで依存症治療を受けたことがあるか(yes/no)、F1およびF2においては過去1年間に受けたことがあるか(yes/no)。

#### 12ステップ参加

アルコール依存症者の自助グループ(AA)、薬物依存症者の自助グループ(NA)、コカイン依存症者の自助グループ(CA)への出席を個別に評価。BLではかつて参加したことがあるか、F1およびF2では過去1年間に参加したことがあるか(yes/no)。要約変数がそれぞれの時点で作成された：BLにおいては、いずれかの依存症回復12ステップ(AA、NAまたはCA)に参加したことがあるか、F1およびF2では過去1年間に参加したことがあるか(yes/no)。

### 2.2.3 回復

自己申告による回復状況

あなたは自分が回復していると思っていますか？(yes/no)

回復期間

「回復している」に「yes」と答えた参加者には、どのくらいの期間、回復していますか？

以下に説明する手法は、回復状態を自称しているかどうかに関わらず、F1 と F2 で全ての参加者から得られたものである。

回復の定義

(a) 構造化された(択一選択)項目：次の記述のうち、回復に対するあなたの個人的な定義に最も近いものはどれですか。回答のカテゴリー：適度な/制御された薬物およびアルコールの使用、選択薬物の使用なし/他の薬物およびアルコールの多少の使用、薬物(マリファナを含む)の使用がなくアルコールの多少の使用、および薬物やアルコールの使用なし；(b)自由形式項目："薬物・アルコール使用からの回復をどのように定義しますか？"

回復の目標

薬物とアルコールの使用に関して、あなたの今の個人的な目標は何ですか？上記の回復の定義と同じ回答カテゴリーを使用。この項目を尋ねたのは、個人的な目標が回復の定義と類似しているか、違うかを判断しなかったからである。

回復の利点

自由形式の質問："何かあるとしたら、回復して良いこと、良いだろうことは何ですか？"

回復の信念

ツールには、Addiction Belief Inventory (Luke 他, 2002)が含まれていた。本研究では、このツールから1つの項目、「回復は決して終わらない連続的なプロセスである」(回答カテゴリーは、強く反対、反対、同意、強く同意)を使用した。

### 2.3 分析の概要

研究の質問に取り組む前に、あらかじめ物質使用の転帰と関連していた主要な個人レベルの変数(年齢、性別、人種/民族、主要物質、BLの回復期間、生涯の依存重症度)について、F1 および F2 の両方で再インタビューを受けなかった生存者(n = 53)と、解析に含めた参加者(n = 289)を比較する分析を行なった。差は、カテゴリカル変数についてはカイ二乗、連続測定値についてはt検定を用いて評価した。研究の質問は記述的分析を用いて行われた。我々は、どのように回復を定義するかが物質使用の転帰および回復のリソース(正式な治療および12ステップのフェロシップ)の利用に関連する個人および臨床的特徴(性別、年齢、人種、メンタルヘルス歴、主要物質、生涯の依存重症度、物質使用状況、寛解段階、正式な治療歴および12ステップへの参加歴)によって異なるかどうかを明らかにすることに興味を持っていた。これらの



サブグループ比較を行うためにカイ二乗 ( $\chi^2$ ) 検定および t 検定が用いられた。

半構造化されたツール中の自由形式項目に対する質的回答のコードは、各データ収集のウェーブ (BL、F1、F2) のインタビューで完了した最初の 30 回で作成された；2 人の独立した研究者 (筆者と、いくつか同じような先行する研究で筆者と共同研究を行ってきた訓練を受けた臨床家) によってコード化された 25 のツールのサブサンプルに基づき、評価者間の信頼性は 0.90 から 0.94 の範囲 (BL、1 年後と 2 年後の追跡調査のそれぞれ) で、各質問に対して最大 4 つの回答がコード化された。

## 2.4 漸減分析

3 つの違いが明らかになった：両方の追跡調査に留まった参加者は有意に ( $p$  値 $<0.05$ )、(a)BL 時の年齢が 3 歳以上高い (平均 43 歳 vs 39.8 歳)；(b)離脱期間が長い (32 カ月 vs 13 カ月)；特に BL 時の離脱期間が 6 カ月以上である可能性が高い；(c)アフリカ系アメリカ人である (86.5 vs 77.1%、 $\chi^2$  乗=5.1)。

## 3.結果

### 3.1 サンプルの記述

主なサンプルの特徴を表 1 に示す。サンプルは主に少数民族で構成されており、年齢は 19 歳から 65 歳 (平均 43 歳、標準偏差=7.8 歳) であった。教育到達度は 5 年から 18 年 (平均 12 年、標準偏差=2 年) であった。採用時には、20%がパートタイム、22%がフルタイムで雇用されており、60%が主な収入源として政府やその他の給付金 (退役軍人年金など) を挙げており、34.5%が在職中または非在職中の仕事を挙げていた。半数以上 (56%) が独身、16%が既婚、28%が未亡人、別居、離婚していた。4 分の 1 (24%) が HIV+、30.8%が HCV+ (C 型肝炎ウイルス) と報告している。10 人中 4 人 (41.8%) が人生のどこかの時点で精神衛生上の問題で治療を受けたことがあり、38.8%が精神衛生上の障害と診断されたことがある；それら「診断されたことがある」人の中で最も頻繁な診断結果は、うつ病 (56%)、双極性障害 (21%)、不安障害 (17.8%) であった。大多数 (84.4%) は、この研究に参加した時点で刑事司法制度との関わりがなかった；13%は保護観察中または仮釈放中であつた。

### 表 1

個々の背景と臨床的特徴に相関しているすべての薬物とアルコールからの完全な離脱と定義される回復

	N <sup>△</sup>	全サンプルの%	完全離脱を支持する割合%
総サンプル	289	100%	86.5%
性別 - 男性	157	54.3	86.5
女性	132	45.7	86.4
年齢			
40 歳未満	93	32.2	81.4
40～50 歳未満	138	47.8	89.9
50 以上	58	20.1	86.9
アフリカ系アメリカ人 vs その他 <sup>*</sup>	184	64.1	89.7
ヒスパニック系民族 (vs 非ヒスパニック系)	50	17.3	89.8
これまでのメンタルヘルス治療-はい	122	42.2	85.4
これまでのメンタルヘルス治療-いいえ	167	57.8	87.3
主要物質			
アルコール	23	8.1	91.8
ヘロイン	49	17.0	85.2
高純度コカイン	171	59.2	88.5
コカイン	28	9.7	86.7
その他 <sup>**</sup>	15	5.2	60.0
昨年物質使用 <sup>***</sup>			
昨年使用していない	191	66.2	90.8
昨年使用	98	33.8	78.8
F1 での寛解ステージ			
6 か月未満 <sup>**</sup>	85	29.9	77.6
6～18 か月	35	12.3	80.0
18～36 か月	48	16.6	87.5

3年以上**	116	40.8	94.0
自身を回復中と考える-はい	224	78.9	87.0
自身を回復中と考える-いいえ	60	21.1	84.4
12ステップ履歴***			
参加した	257	88.9	88.9
12ステップに参加したことがない	32	11.1	65.6
治療歴***			
治療を受けたことがある	248	85.8	89.5
治療を受けたことがない	41	14.1	68.8
ヘルプ履歴(治療および/または12ステップ)**			
はい(治療および/または12ステップ)	269	93.4	88.1
いいえ(「自然回復」)	19	6.6	65.4

<sup>a</sup> いくつかのサブグループの合計は、個々の変数のデータが欠落しているため、合計サンプルよりも小さくなる。

\* =  $p < .05$

\*\* =  $p < .01$

\*\*\* =  $p < .001$

### 3.2 追跡調査時の物質使用歴と状況

生涯依存度は平均 11.7 点 (標準偏差=2.4 点; 最高点 14 点中) と高かった。参加者のほとんどが多剤併用者であった。主な問題物質は高純度コカイン (59.2%) が最も多く、次いでヘロイン (17.0%) であった。常習的な薬物使用 (週 1 回以上) は平均 18.7 年 (標準偏差=12 年) であった。BL での離脱期間は、1 ヶ月から 10 年以上であった (平均値=30.8 ヶ月、中央値=15.7 ヶ月、標準偏差=42 ヶ月)

参加者の 3 分の 2 (66.2%) が BL と F1 の間の 1 年間に薬物を使用していなかった; F2 で F1 以来薬物を使用していないと報告したのは 68.5%; 58.4% が BL と F2 の間の 2 年間に薬物を使用していないと報告した。F2 における自己申告の薬物使用と生物学的サンプルとの間には 86.2% の一致があった。BL での離脱期間は、F1、F2、および BL と F2 の間の 2 年間の持続的離脱の可能性 (尤度) と有意に関連していた: F1 で離脱を維持した参加者の BL での平均離脱期間は 3 年半 (40.8 ヶ月) であったのに対し、BL と F1 の間に物質使用を報告した参加者では 15 ヶ月であった (F 値= 23.67、 $p < .001$ )。F2 で物質使用を報告した参加者では、F1 での離脱期間が平均 10 ヶ月であったのに対し、F1 と F2 の間に物質使用を報告しなかった参加者では 4 年以上 (52 ヶ月) であった (F 値 = 63.09、 $p < .001$ )。BL と F2 の間で 2 年間ずっと離脱を

維持した人としなかった人の差についても、同様の結果が得られた。治療を受けたことがない人や 12 ステップに参加したことがない人は、F1、F2 のいずれの時点でも物質使用の転帰に関して他の参加者と差はなかった。

### 3.3 治療と 12 ステップ暴露

ほとんどの人が治療を受けており (85.8%)、12 ステップのフェロシップに参加していた (88.9%) ; 6.4% が BL 時点で治療や 12 ステップのいずれにも参加していなかった (F2 時で N = 18 人) ; これらの人たちは、生涯依存症の重症度が有意に低かった (MINI スケールでの平均値=9.95 点 vs. 治療歴または 12 ステップの経験がある人の平均値=11.81 点 ; F 値= 11.85、 $p < .001$ )。

### 3.4 回復の経験

#### 3.4.1 回復状況と物質使用状況との関連性

F1 では 78.9%、F2 では 78.2% が回復していると考えていた。F1 での回復期間は、回復していると自認した参加者では、1 ヶ月未満から 27 年 (平均 47.5 ヶ月、標準偏差 : 46.1 カ月) であった ; このグループの離脱期間は、無し~24.2 年 (平均 38.2 ヶ月、標準偏差 : 44.6 カ月) であった。F2 では、「回復中」と自認した人の回復期間は、無し~26 年 (平均 58.9 ヶ月、標準偏差 52.6 カ月) であったが、離脱期間は平均 45.7 ヶ月 (標準偏差 47.5 ヶ月) であった。F1 では、前年に薬物を使用していなかった参加者のほとんどが回復していると考えていた (91.7%) のに対し、BL 以降に薬物を使用していた参加者では 55.5% であった (カイ二乗 ( $\chi^2$ ) = 56.3、 $p = 0.000$ ) ; F2 では、過去 1 年間の断薬者の 94% が回復していると考えていたのに対し、過去 1 年間の使用者では 42.2% であった。このように、全体としては、過去 1 年間に使用していないほぼすべての人が回復していると考えていたが、過去 1 年間に使用していた人でもかなりの割合 (最大半数) で回復していると考えていた。

回復の長さや離脱の長さの間の二変量の関連性は、F1 および F2 の両方で高度に有意であった (F1 および F2 でそれぞれ  $r$  (相関係数) = 0.78、 $p < .001$  および  $r = 0.66$ 、 $p < .001$ )。我々は、離脱の合計の長さや「回復」の長さを比較した。F1 では、回復期の人の平均離脱期間は 43 ヶ月であったのに対し、回復期でない人では 19.8 ヶ月であった (F 値 = 28.8、 $p = 0.000$ ) ; F2 では、回復期の人の最終使用期間は平均 54.7 ヶ月前であったのに対し、回復期でない人では 14.5 ヶ月前であった (F 値 = 41.7、 $p = 0.000$ )。さらに、回復期にあると考えられる過去 1 年間の使用者 (F1 時の N = 58 人) の最後の使用からの時間を調べたところ、最後の使用からの時間は、無し~11 ヶ月までの間で、平均 84 日 (標準偏差 = 96 日) であった ; 41.4% が過去 1 ヶ月間に使用したと報告していた。これらの所見をまとめると、薬物をまだ使用している人の中では、回復と離脱は関連しているが別の概念であることが示唆される。まだ使用しているが (おそらく止めようという意思はある)、自身を回復中と考えている。

#### 3.4.2 回復の定義と目標

択一選択項目では、F1 では 86.5% が「すべての薬物・アルコールからの完全な離脱」を回復の定義として支持し、83% が回復の目標として「完全な離脱」を支持した。F2 では、84.9% が回復目標と回復の定義の両方として完全な離脱を支持していた。回復の目標に関する所見は回復の定義に関する所見と本質的に類似しているため、本節の残りの部分では回復の定義に関する所見のみを示す。この 2 つの概念が非常に類

似しているように見えることを気を配ることは有用である。40人（14%）がF1とF2の間で択一選択項目の回復の定義を変更した。そのうち46%（N=18；F2サンプルの6.3%）は、F1では回復は（乱用の）緩和としたが、F2では完全離脱に変わり、54%（N=22；F2サンプルの7.7%）は反対の方向に変化した。これらのサブグループの規模が小さいため、これらの傾向をさらに調査することはできなかった。

自由形式の回復の定義では、回答者の44.3%が物質使用に直接関係する回答をした。40.3%が回復を離脱と定義し、4%が"管理された使用"と答えた。回復を離脱と定義した回答者の多くは、気分を変化させる物質を使用すれば、本格的な再発につながるという考えを表明している。

“ダメだ、君は何事もなく使うことはできないよ。たまには使ってもいいってわけじゃないだ。だってさっきも言ったように、君の人生では、君が選んだ薬であろうと、どんな薬であろうと、君は薬が好きなんだ。いいかい？一度使うと、次も次も、次も次も、次も次もと使うようになるだ。いいかい？”

[アフリカ系アメリカ人女性 ヘロイン使用から5年の断薬歴あり]

物質使用に関係のない回答カテゴリーは、次のようなものであった（降順に示す）：新しい生活（22%）、幸福（13%）、自分自身に取り組むプロセス（11.2%）、人生の条件で生きる（来るものを受け入れる-9.6%）、自己改善（9%）、薬物のない生活を学ぶ（8.3%）、問題を認識する（5.4%）、助けを得る（5.1%）[各参加者に対して最大4つの回答がコード化されているため、回答は100%を超えている。] 繰り返し登場するテーマは、回復とは戻ることであり、依存症によって失われたアイデンティティ（自己）を取り戻すというものであった。

「私自身が回復に向かっているのは、清潔な状態を保ちたいからです。そして、責任ある人間、責任ある人間になりたいと思っています。自分がすべきこと、なすべきことがあって神が私をここに導いた。そのためにはシラフでいなければならない。」

「私にとって回復とは 失ったものを取り戻すことだ、"自分自身"をね。"物質的なこと"ではなく"自分自身のこと"だ」

「回復、私はまさに。回復とは私にとって何なんだ？自分に戻ることです。[回答者の名前]が再び姿を現すこと。それが私にとっての回復。なぜなら[回答者の名前]（の人生）が始まった。私は生まれながらにして薬物や飲み物を口に入れたりしていない」

「私の回復の定義は人生だ。"回復する前は人生がなかったから"」

F1で自分自身が回復しているとは考えていなかった20.4%の人が提供した回復の定義に関する定性データは、「回復」という言葉が一般の人々に抱かれている一般的な内包的意味のいくつかと同調しているため、特に注目すべきものである（前出の議論）。その中には、自分自身が回復していると考えたことがない人の回答（例：「回復したことがないので、回復をどう定義したらいいのかわからない」、「回復という言葉は聞

いたことがあるが、わからない」、「回復って何？率直であることを約束していることだと思う」)、および再発した可能性のある個人の回答（例：「昔は使わなくても自由で幸せな気分だった」）も含まれており、予想されていたものもあった。自分自身を「回復している」と考えていない参加者の中には、問題を克服したと感じている人もいた（例えば、「私は回復を超えた回復をしている」-後述）。回復していない人からの回答の約 3 分の 1 は、回復とは離脱を続けるために「努力している」ことを意味するという一般の人々の認識と同じ考えを持っており（前出の議論）、「今にもワゴンから落ちそうになって警戒している人」。回復は薬物および/またはアルコールとの闘いを示唆しているという一部の人にとっての考えは、薬物および/またはアルコールの問題を経験していないために回復していないと回答した多くの回答者によってさらに支持されている；例えば、"回復...わからない、ワイン一杯飲んでも何でもない"や"自分にとっては戦いではない—何も回復する必要はない"などである。物質乱用問題との闘いとしての回復の内包的意味や、問題を克服したと感じた参加者の発言は、回復は深刻な問題を抱えていたと理解されていることを示唆している。これは、AA（アルコホーリクス・アノニマス—匿名のアルコール依存症者たち）が「酔っ払い」のためだけの場所であるというイメージと一致している。

自分自身が回復しているとは考えていない参加者の質的な回復の定義の大部分は、特定の行動や時間枠が回復に必要な一部であることを示していた。時間枠については、「アルコール、大麻、何も使用しないで 1 ヶ月以上経過した場合」と回答した参加者がいた。しかし、具体的な回復の必要性を示唆する回答の大部分は、治療を受けることや回復のための 12 ステップに参加することなど、助けを必要または求めていることと関係していた。「治療を受けており、薬物やアルコールを使用していない」、「節制して外部の助けを求めている」といったように。また、「止められない、助けが必要」、「自分だけで止められないとき禁断治療のようなプログラムや何らかの助けを得られる」、「回復とは、使用を止めるためにやるべき 12 ステッププログラムや入院・通院プログラムに参加している人のこと」など、自分ではやめられないからこそ、外部の助けを求める必要があることを示唆しているとの回答があった。回復していない人の中では、12 ステップのフェロシップへの参加が回復の本質的な部分として最も多く挙げられていた。"回復とは、12 ステップによって生きることであり、私は 12 ステップによって生きていない"、「(12 ステップを) 使用することなく、ミーティングも持たない、今はどちらも実施していない」、「回復とは、12 ステップのミーティングに行くことで、(私は) 行っていない」、「回復とは、アルコール依存症者の自助グループ (AA)、薬物依存症者の自助グループ (NA) から与えられたツールを使うこと」などである。質的インタビューでは、数人の参加者が、「回復」が治療システムの一部であり、その言葉に共感していないという感情を明示的に話していた。「私は、あなたが知っているように、当時、私はそれを『回復』と呼んでいました。私とその仕組みの中にいたからです。」

### 3.4.3 回復の定義の共変量

#### 3.4.3.1 「離脱」対「適度な使用」としての回復

物質使用に関する回復の定義と個人の特徴との間の関連性の知見を表 1 に示す。択一的に選択された回復の定義に関する結果は完全な離脱に偏っていたため、二分法の要約尺度（完全な離脱 vs. 他のすべての回答カテゴリ）で計算された。他の回答カテゴリのサンプルサイズが小さすぎて有意な統計解析ができなかったためである。回復の定義として完全な離脱を支持すること（他のより穏健な定義と比較して）は、BL から F1 までの間に薬物使用を自己申告しなかったこと、F1 で 3 年以上寛解していたこと、12 ステッ

プのフェロシップおよび正式な依存症治療を受けたことがあることと関連していた。人種（アフリカ系アメリカ人であること）もまた、離脱を支持することと有意に関連していた；これはおそらく、このサンプルでの 12 ステップに曝される人種の違いによる部分的な所産物である。アフリカ系アメリカ人は、他の人種よりも 12 ステップに参加したことがある可能性が有意に高かった（92.9% 対 82.5%、カイ 2 乗=7.42、 $p<.01$ ）。さらに、完全な離脱を支持した参加者は、より穏健な定義を選択した参加者よりも生涯の依存症重症度が有意に高かった（11.85 vs. 10.6、 $F = 10.3$ 、 $p < 0.001$ ）；過去 1 年間の依存症重症度は回復の定義とは関連していなかった。

さらに可能性のあるサブグループの違いを調べるために、質的回答を 3 つの主要な回答カテゴリーを表すダミー変数に再コード化した。物質使用の観点から定義された回復、新しい生活/幸福となる回復、およびプロセスとしての回復である。次に、先に述べたように、個人の特性の関数として回答を比較した。治療歴があることは、物質使用の観点からの回復の定義と関連しており（治療歴ありで 46.4% vs. 治療歴がない場合は 22.7%）、寛解期間が 3 年以上であることは、物質使用の観点からの回復の定義と負の関連があった（3 年以上の場合で 35.5% vs. 回復期間が 3 年未満の場合は 48.1%）。回復をプロセスと定義しているのは、男性の方が女性より多く（24.6% vs. 13.6%）、ヒスパニック系白人以外の方がそうでない人より多く（31.3% vs. 17.6%）、寛解期間が 18 ヶ月以上 36 ヶ月未満の人が 18 ヶ月未満および 3 年以上の人に比べて多かった（30.2% vs. 17.6%）。女性は男性よりも回復を新しい生活と定義する傾向が強かった（59.3% vs 48%）。新しい生活と定義するのは、過去 1 年間に薬物を使用していない人がそうでない人より多く（57.8% vs 43.8%）、F1 で 3 年以上薬物を使用していない人がそうでない人より多かった（55% vs 47.6%）。；対照的に、寛解初期（F1 で 6 ヶ月未満の離脱）の人は回復を新しい生活と定義する傾向が低かった（41.5% vs 57.7%）。

#### 3.4.4 回復のメリット

参加者は回復の定義を、自分の経験と同じくらい意味論（すなわち、「回復」という言葉の使用）について話すかもしれないが、回復していることについて何が良いことなのか、あるいは良いことなのだろうかについての回答は、回復の経験そのものに光を当てるものである。その言葉が使われているかにかかわらず、重要な行動の変化には時間がかかり、チャレンジングでストレスの多いものである。このような経験をしている人たちの「そこに何かがあるか」を知ることは、臨床の実践に情報を与えるだけでなく（例えば、薬物使用をやめることの是非を考えているクライアントに働きかける場合など）、現役の薬物使用者やその家族に希望を与えることができる。参加者の半数以上（57%）が 2 つ以上の回答を提供している。参加者の 3 分の 1 が言及した回復の最も頻繁に引用されたメリットは、新しい人生、セカンド チャンス（「生まれ変わったように、否定された状態で生きていなく、より良く人生を楽しんで、全く新しい素晴らしい感覚、健康、経済的」）；4 分の 1（23%）がドラッグ フリーを挙げ、その他に挙げられたメリットとしては、自己改善（22.7%）、方向性を持ち目標を達成する（17.5%）、改善/より肯定的な態度（17.2%）、財政/生活状況の改善（16.2%）、身体的および/または精神的健康の改善（16.1%）、家族生活の改善（13%）、そして友人/サポートネットワークを持っている（11%）。

#### 3.4.5 回復とは、プロセスか、終着点か？

「回復」の話をするときより物議を醸す問題の一つは、それがプロセス（特定の終着点を持たない）なのか、

状態（すなわち、人が「回復」しているかどうか）なのか、ということである。この質問は、特に回復が一般の人々にどのように受け止められているかという点で、また、烙印や差別という点で間接的に重大な悪影響を及ぼす可能性がある（例えば、回復を生涯にわたるプロセスと考える見込みある雇用主は、回復中の労働者が再発したり、信頼できなくなることを恐れて、見込みある労働者を採用しない可能性が高くなるかもしれない）。回復を薬物やアルコールの使用をやめる試みと一般市民が定義していることを示唆している知見や、回復は達成できないだろうと示唆している知見が先に検討されている。このように、回復を維持することは生涯にわたるプロセス（例えば、特定の慣行を維持すること）であるかもしれないが、それには終わり（回復すること）があるとしてプロセスが実行されているかどうかを判断することが重要である。米国では、依存症を慢性的な障害として捉え、強く 12 ステップの影響（「一度依存症者になると生涯依存症者」）とペアで考えているため、回復は決して終わりのないプロセスであることを示唆している。私たちは、この問題に直接関係する情報を収集した。まず、「回復は決して終わらない継続的なプロセスである」という選択項目への回答を調べた。BL ではほぼすべての参加者（97%）がこの意見に同意し（42.6%が同意、54.2%が強く同意）、F1 と F2 で統計的な差は見られなかった。意味のあるサブグループ分析を行うには、「同意しない」カテゴリーに該当する回答が少なすぎた。第二に、参加者は「そこにたどり着く」ことができるかどうか、つまり回復するかどうかについて定性的な意見を述べており、依存症の疾患モデルと一致するように、回復は固定の終着点を持たないプロセスであり、継続的な努力が必要であることを示唆している。

「回復とは人生のある種の秩序を取り戻すことだ。病気は寛解しているが治っているわけではなく、日々維持していかなければならない」

「回復とは、人々が辿り着けると思っている場所であり、あなたはそこに辿り着けない。」

「回復するとは思わない、管理する方法を学び、離脱を続け、生産的な社会の一員になることだ」

「回復することはないだろ、つまり、いつもそこに戻ってしまう」

「回復はプロセスだと思う。私は...常に自分をより良くしようとしている。終着点があるわけではなく、ただ...そこに到達するよりも、乗り越えた方がいいこともある」

「私は希望があるから この旅をまだ続けている。治ることはないが、でも希望はある」

「私は正しい雰囲気や態度を保つようにしている。回復には多くのことがあるから。それはただ離脱してクリーンであることだけではない。多くの努力をしなければいけない。」

## 4. 論考

### 4.1 主要な調査結果の繰り返し

私たちは 2 つの疑問に取り組むこととした。(1) 回復にはすべての薬物やアルコールからの完全な離脱が必要なのか、(2) 回復は物質使用以外の機能領域にまで及んでいるのか、という 2 つである。私たちの調査



結果は、回復には気分を変化させるすべての物質からの離脱が必要であるが、それは物質の使用を超えたものであり、むしろ自己改善のプロセスであり、新たなより良い人生を手に入れる機会であることを示唆している。

#### 4.2 時々もダメ 回復には完全な離脱が必要

物質乱用障害(SUD)は、薬物への依存をコントロールする正常な機能が損なわれていることによって特徴づけられる(アメリカ精神医学会, 1994)が、離脱に基づいた治療アプローチによって最も効果的に対処されてきた。不法薬物使用者にとっては、完全な離脱に到達しない限り、混沌としたライフスタイルと使用の結果が持続する可能性が高い。治療を受けたことと 12 ステップ・フェローシップに曝されたことは、どちらも回復のゴールとして離脱を受け入れることを奨励しており、完全な離脱として回復を定義することと有意に関連していた。興味深いことに、自分自身が回復していると考えている人もそうでない人も、回復の定義として離脱を受け入れていた。物質使用者はしばしば薬物をやめることの効果を疑問視しているが、寛解を求める物質使用歴が長く、耐え難い経歴を持つ者は、再発やコントロールされた使用の試みの個人的な経験から、完全な離脱が必要であるとの結論に至ることがある。寛解の試みが失敗したほとんどの場合、中庸に基づいており、離脱の方がより成功していることが証明されている(例えば、Burman, 1997; Maisto 他) 生涯の依存の重症度が高ければ高いほど、離脱を支持することと関連しており、自分自身が回復していると考えていない参加者の中には、回復は奮闘や外部の助けを必要としたりすることを意味すると指摘する人もいた。

#### 4.3 自分に立ち返る。発見と回復

行動・思考などのスコープに関しては、ほとんどの人にとって回復は物質使用を超えたものである。これは 12 ステップの教義と一致している(例えば、「しかし、禁酒だけでは十分ではない」、アルコホーリクス・アノニマス, 1939/2001, p. 83)。回復を定義するためによく使われる表現は、「新しい人生」、「第二のチャンス」、または「人生そのもの」であった。この動詞「回復する」は、(1) 元に戻る：復帰する；(2) 正常な位置や状態に戻す；(3) 埋め合わせをする；(4) 再び見つける、または識別する；(5) 損失から救い、有用性を回復させる：矯正する、と定義されている(メリアム・ウェブスター)。失われたものを取り戻すという意味での回復の概念は、現在の文脈の中で検討する価値がある。AA(アルコール依存症の自助グループ)の創設者と初期のメンバーは、「人生」(仕事、家族、評判)を持っていた一般的に専門的な男たちであり、アルコールのためにそのほとんどを失った。ひとたび「一時的に禁酒する」と、彼らは自分に立ち返る(復帰する/矯正する)ための何かを持っていた。治療プログラム、特に公的資金提供プログラムに出席しているクライアント(依頼人)の多くは、覆い返すための何か(良いもの)を持っていない。多くの重度の依存性物質乱用者にまさに同じように関連している幼少期性的虐待の生存者が述べているように、「回復とは、病気になる前の自分に戻ることを暗に意味する。しかし、私には以前の状態がない！」(Ralph, Kidder & Phillips) (Ralph, Kidder & Phillips, 2000, p. 3)。何人かの参加者は、この概念を、失われたもの、つまり薬物やアルコールを使用し始める前の自分があるべき姿になる機会を取り戻すものと定義していた(3.4.2 節)。ビッグブックはこれを「私たちは生まれ変わった」(アルコホーリクス・アノニマス, 1939/2001, p. 63)と表現している。

#### 4.4 卒業するようなことはない：回復は、終着点ではなくプロセスである。

自分自身を取り戻すことは、成長の過程であり、ステファニー・ブラウン (1985) によって文書化された豊富な記述と経験と一致する態度、思考、行動の変化の過程である。プロセスとしての回復は、離脱としての回復と矛盾するものとして解釈されるべきではない。むしろ、離脱 (一つの状態) は進行中の回復プロセスの要件とみなされる。変化における仕事は、単なる離脱と回復を区別することである (「あなたは、やりたいことを何でもやめることができる。それは、自分の中で起こる変化であり、それが回復の一部である」)。回復のプロセスの側面は、これまでに米国および海外のアルコールおよび薬物依存者を対象に実施された研究で報告されている (例えば、Blomqvist, 2002; Flynn 他, 2003)。平均 9 年間離脱している薬物依存者を対象とした小規模な研究では、そのプロセスの段階が明らかにされている (Margolis ら, 2000)。参加者は、最初の段階では、特に最初の 1 年間は、ほとんど離脱状態を維持することだけに焦点を当てていたと報告している。この基礎 (離脱) が確立されて初めて、離脱が主眼ではなくなった「普通の生活を送る」ことに集中できるようになった。最後に、この移行期を経て、個人は後期回復期に入り、個人の成長と意味の探求の時期を迎える。回復の定義に焦点を当てた我々の調査結果は、これらの段階と一致している：寛解期 18～36 ヶ月 (移行期) の人は回復をプロセスとして定義する傾向が強いのに対し、寛解期 3 年以上の人は回復の「新しい生活」という側面に焦点を当てる傾向が強く、物質使用という観点から回復を定義する傾向があまりない。

回復をプロセスとして概念形成することは、人が「そこにたどり着く」ことができるかどうか、人が「回復した」ことがあるかどうかという疑問につながる。これは科学的な文献ではほとんど議論されていない。ほとんどの参加者は、回復を「継続的なプロセス」と考えている。卒業するようなことはない。これは、病気モデルや、依存症を「慢性的な」状態として捉える一般的な見方 (McLellan, Lewis, O'Brien, and Kleber, 2000; White, Boyle, and Loveland, 2002) と一致している。依存症の解決には、しばしば複数の試みや治療エピソードが必要になるという報告とも一致している (例えば Dennis ら, 2005; Laudet & White, 2004)。

他の生物医学分野では、臨床的な「寛解」とは何を意味するのかについてコンセンサスが得られている (例えば、腫瘍学では 5 年間の無病期間)。SUD (物質使用障害) の寛解が物質使用に関して「安定した」状態になるかどうか、また何時なるか (すなわち、いつ薬物使用のぶり返しのリスクが最小になるか) は、いまだに明らかになっていない。特に薬物使用者の間での長期的な研究が不足しており、継続的な離脱の割合やパターンに関する情報が不足している。これは 10 年前に行われた観察 (Morgan, 1995) だが、それでもまだ有効である。研究者は、「持続的な」「確実な」「安定した」寛解を実現するために、1 年 (例：Burman, 1997; Dennis ら, 2005) から 6 年 (例：Kubicek, Morgan & Morrison, 2002) の期間を用いている。3 年から 5 年は最も一般的に用いられている期間であり (Finney と Moos, 1991; Flynn ら, 2003; Longabaugh & Lewis, 1988; Timko ら, 2000; Vaillant, 1983/1995)、長期的な回復期にある人の経験に対応している (Margolis ら, 2000)。再発のリスクは、3 年、あるいは 5 年の継続的な離脱をしても完全に消えるわけではない (例えば、Hser ら, 2001)、再発のリスクは最小限に抑えられているようである (例えば、Vaillant, 1983/1995)。

#### 4.5 臨床診療と評価への示唆

依存症は慢性的な状態であり、完全な、あるいは恒久的な解決法はないかもしれない（すなわち、再発のリスクが数年間続くかもしれない）が、治療して管理することは可能である。回復への道筋はたくさんあるが（例：Moos & Moos, 2005）、依存が慢性的で深刻なときには、ほとんどの場合、治療が必要とされる。これは特に薬物（対アルコール）依存の人に当てはまるかもしれない。というのも、彼らが治療を求める前に社会的資源を使い果たしている傾向があるからである（Blomqvist, 2002）。我々の調査結果は、重度の依存症患者にとって、回復は変化と成長のプロセスであり、そのためにはアルコールや他の薬物からの離脱が前提条件であることを示唆している。

回復を促進するためには、まず「何からの回復か？」を尋ねる必要がある。物質使用と寛解は多くの覚悟を伴うプロセスであり、慢性的な物質使用は生活のあらゆる領域に影響を及ぼす。ほとんどの臨床的介入、特に慢性的状態や公衆衛生上の問題に対する介入は、症状を軽減させる効果だけでなく、個人や社会に対する疾患関連のコストにまで広がった効果についても評価される（Stewart & Ware, 1989）。このように、物質使用のみに対処（解決）することは、他の原因や結果にも対処しない限り、予後が悪くなる可能性が高い。McLellan とその同僚ら（2005）は、「一般的に、アルコールと薬物の使用を減らすという当面の目標は必要だが、個人の健康と社会的機能の改善、公衆衛生と安全に対する脅威の減少、すなわち回復という長期的な目標を達成するためには十分ではない」（p. 448）という議論を行なっている。この臨床結果の概念形成は、世界保健機関（WHO）の健康とは、「単に病気がないだけでなく、身体的、精神的、社会的に完全に幸福な状態である」（1985、p.34）という概念形成と一致している。

国として、物質依存者に対するポジティブな健康（ウェルネス）志向のサービスにお金を払うことを厭わないかどうかは不明である。臨床的な観点からは、最適な機能を育成することは直感的魅力があり、経験的な根拠がある。寛解の最も重要な予測因子の一つは、物質使用が継続したり再開した場合に失うもの（例えば、友人や仕事）があることである（Havassy ら, 1993; Vaillant, 1983/1995）。現在の調査結果は、回復の恩恵は多く（改善した健康状態、生活条件、社会生活など）、高く評価されていることを示唆している。物質依存者の生活の質（QOL）は悪く、離脱、特に持続的な離脱は QOL の改善と関連している（例えば、Donovan ら, 2005 ; Foster ら, 1999 ; Laudet ら, 2006 ; Morgan ら, 2003）。これらの改善は、将来の物質使用の「対価を上昇」させ、持続的な寛解を促進する可能性がある。生活満足度が高ければ持続的な寛解が予測される（Laudet, Becker & White, 近刊; Rudolf & Priebe, 2002 も参照）、QOL が低いと再発のリスクが高まる可能性がある（Claus, Mannen & Schicht, 1999; Hoffmann & Miller, 1993）。したがって、依存症治療の臨床目標は、物質使用の減少を促進することの域を超えて、個人的および社会的な健康を改善しなければならない。依存症の分野は、回復がサービスの提供と研究において重要性を増しているメンタルヘルス（精神保健）分野からの指導を求めることができる。「回復とは、人々が生活し、仕事をし、学び、コミュニティに完全に参加できるようになるプロセスを指す」（2003、p.5）。

臨床家はどのように回復を促進するのか？ Vaillant (1983/1995) は、回復プロセスに必要な条件として、離脱、代替となる依存、行動的・医学的な結果、希望と自尊心の向上、どっちつかずでない（確固たる）形での社会的支援を挙げている。回復期にある人は一貫して、家族や仲間の支援（および支援を求め、受け入れる必要性）、精神性、内なる強さ、良くなりたいという願望を強さの重要な源として挙げている（例えば、

Blomqvist, 2002; Flynn ら, 2003; Laudet ら, 2002)。多くのクライアントは、外部からの圧力（家族、法律、雇用）のために治療を開始し、最初は変化への意欲がないかもしれない。しかし、一度治療環境に入ると、外部から動機づけられたクライアントであっても（例えば、法律で義務付けられた）、自分の状況を反省し、治療の必要性を受け入れることがある（Kelly, Finnney & Moos, 2005）。物質使用の停止は、しばしば認知的準備期間（内省のステージのようなもの。Prochaska & DiClemente, 1992 - 例えば、Burman, 1997, 2003; Sobell ら, 2001）に先行して行われる；この期間中に治療に参加することで、薬物に関連しない行動や活動は、より健康的な結果をもたらし、より満足のいく報酬の可能性を提供するという考えが導入され、変化への動機付けを大幅に高めることができる（Burman, 2003）。このことは、その後の物質使用の「対価を上昇させる」ことと離脱の可能性を高めることになる。

緊縮財政や積極的なマネージドケアのために正式なサービスへのアクセスや期間が減少しており、臨床の転帰は、12 ステップや代替的な相互援助構造への加入を含め、治療プログラムがクライアントの治療後の回復への移行を積極的に支援する程度によって、ますます影響を受けるようになってきている（Humphreys ら, 1999、Mankowski ら, 2001）。12 ステップのフェロシップは、前向きで永続的な成果を促進し（例：Kelly ら, 2006）、アメリカの中で広く利用でき、無償という利点がある。臨床医から 12 ステップを紹介されたり（Humphreys, 1997; Laudet & White, 2005）、12 ステップグループについて肯定的な見解を表明したり（Laudet, 2003）しているにもかかわらず、半数には満たないがかなり多くのクライアントが 12 ステップフェロシップに参加しなかったり、早期に退会したりする（Fiorentine, 1999 など）。臨床医は、個々のクライアントのニーズに最も適した回復援助グループを紹介し、クライアントを教育する上で重要な役割を果たすことができる（Laudet & White, 2005）。スピリチュアル（精神的）な信念と人生の意味は、より良い薬物使用の帰結と関連しており、最もよく引用される再発の理由であるストレスを和らげる（Laudet ら, 2006）（例：Laudet, Magura ら, 2004、Titus, Dennis, White, Godley, Tims, & Diamond, 2002）。臨床医がスピリチュアルな信念の受け入れを促進することは難しいかもしれないが、「意味づけ」を奨励することは、過去への視点を得て、未来をコントロールする感覚を得るのに役立つ（White, Laudet & Becker, 2006）。要するに、臨床医はクライアントの行動、態度、社会的ネットワークの効果的な変化を支援して、社会的資本と回復資本を強化し（Granfield & Cloud, 2001）、薬物シーンから離れて満足のいく社会生活を構築することで、診療の提供中および診療終了後の回復の可能性を高めることができるのである（Blomqvist, 2002）。

回復の評価に関しては、McLellan とその仲間（2005 年）が治療効果の証拠として提案したアウトカムドメイン（帰結の領域）、すなわち、物質使用の減少、個人的・社会的健康の改善、公衆衛生・安全への脅威の減少は、いつものようにビジネスを続けていくもの—物質使用を評価すること、と比較して「回復」のより包括的な運用を可能にすることに向けた有望な一歩である。概して、ここに記述している回復を促進し評価することは、その分野で 2 つのパラダイムシフトを行う必要がある。第一に、病理学に焦点を当てたケアと評価からウェルネス志向の実践へのシフト、第二に、一回の治療で薬物依存が「治る」と期待される一般的な急性期ケアモデルから、持続的な回復管理へのシフトである。他の慢性疾患（糖尿病、高血圧）の長期管理と同様に、持続的な回復管理では、変化を促し持続させることを含むプロセスが、何年にもわたって展開される複数の関連づけられたサービス介入の中で徐々に起こることが想定されている（Dennis ら, 2005; McLellan ら, 2005）。経験的に支持されたモデル（Scott, Dennis and Foss, 2005 b）は、治療後のモニタリ

ングと支援、回復相互援助への積極的な繋がり、段階に応じた適切な回復教育、必要に応じた早期の再介入を強調している (White ら, 2002)。

#### 4.6 (本研究の) 限界

本研究は、薬物・アルコール問題からの回復に関する初の大規模前向き研究であり、研究者の定義を用いるのではなく、生活体験の視点から回復の概念と現象学を明らかにしようとしたものである。この研究は、長期的な回復体験の包括的な調査に向けた、非常に必要とされている研究努力の重要な第一歩である。しかし、この研究には、研究結果を解釈する際に考慮すべきいくつかの限界がある。第一に、参加者は都市部の通常は十分なサービスを受けていない少数民族のメンバーであり、長年にわたる重度の多物質使用歴を特徴としていた。問題の重症度が低い人、小規模な都市や農村部に住んでいる人、アルコール依存が主な人、回復前のリソース (仕事、教育、支援システム) が高いレベルにある人、積極的に物質を使用する中で機能を維持し、薬物使用が停止した後も社会的・回復資本を持っている人など、他のグループの人たちには研究結果が適用されないかもしれない。現在のところ、回復体験に関する研究が乏しいため、現在の知見を他の部分母集団に一般化できるかどうかを判断することは困難である。第二に、ほとんどの参加者は以前に治療や 12 ステップに曝されたことがあり、これは回復の定義の仕方と関連していた。この結果は、支援を受けずに寛解を達成した人には当てはまらないかもしれない。自己変革者は、回復支援を受けた人とは決定的な点で異なるかもしれない。この記事を書いている時点では、重度の依存症患者の自己変化による寛解率についてはほとんど知られていない。自己変化は、まだ十分に調査されていない変化のプロセスのいくつかの側面を明らかにする可能性があるため、さらなる研究が必要である (Blomqvist, 2002)。第三に、回復の定義や経験に関する情報は、BL インタビューでは収集されなかった。プロトコル (計画手順) が長かったため、参加者の負担を最小限に抑えるように努めた。振り返って見ると、時間の経過に伴う変化をより包括的に把握するためには、BL で収集しなければならない重要な情報であった。しかしながら、F1 と F2 の間では、物質使用の観点からの回復の定義方法にほとんど変化が見られなかったことに注目したい。現在、回復体験の経年変化について、より豊富な情報を提供する定性データの分析を行っているところである。

#### 4.7 残された疑問と今後の方向性

「回復」という言葉の人気の最近高まっているにもかかわらず、解決されている疑問よりも、まだ答えが出ていない疑問の方が多い。取り組まなければならない疑問には、二重に精神疾患と診断された人、多重依存 (例: 物質使用とギャンブル) を持つ人、薬物療法 (例: メタドン、ブプレノルフィン、アカンプロセート) を受けている物質依存者などの「特別な集団」で回復をどのように概念化し、促進し、評価するかということが含まれている。後者については、これらの治療がより広く用いられ受け入れられるようになっているため、ますます重要になってくるだろう。もう一つの重要でずっと放置されてきた疑問は、回復の長期維持に関連した因子である。行動変容の開始と維持に関与する因子は必ずしも類似しているわけではない。回復期の人には、(関心の) 焦点、課題、対処要件が変化する連続的な段階を説明し (例えば、Margolis ら, 2000)、回復の「ステージ」の過程で異なる領域が予測力を増したり失ったりする (Laudet & White, 近刊)。継続的なケアの指針とし、回復が持続する可能性を最大限に高める方法を回復コミュニティに伝えるためには、さらなる研究が必要である。回復がどのように経験され、定義されるかにおける社会文化的背景事情の役割も重要である。ある社会でアルコールや薬物の使用がどのように扱われ、どのように見なされるかは、回復

の目標、道筋、コース、結果（例えば、損害の最小化と離脱に基づいた政策）に影響を与える可能性がある。現プロジェクトの異文化間複製研究は、「普遍的」で文化固有の回復プロセスを特定するため、最初のステップとしてオーストラリアで進行中である。本研究は、重要な問題にできる限り答えるだけでなく、今後の調査分野を明らかにすることを目的としており、他の依存症科学者が回復のパラダイムを自分の仕事に取り入れ、回復コミュニティとの十分なパートナーシップの下でそれを行うよう刺激を与えることを著者は願っている。

## 謝辞

この研究は NIDA Grant R01 DA14409 と Peter McManus Charitable Trust からの助成金によって支援された。

著者は、このプロジェクトのために私たちのスタッフと、経験、強さと希望を共有した男女の参加者の貢献に感謝します。

ジェフリーベッカー、NDRI の公衆衛生学修士は質的研究データの分析を提供することでこの原稿の準備を支援し、ベスモーゼス、MSW は、コードを開発し、オープンエンドの回答をコーディングする際、著者に協力いただいた。

予備的な標本サンプルを用いて実施したこの研究の初期バージョンは、2005 年 12 月にフィラデルフィアで開催された第 133 回米国公衆衛生協会年次総会でポスター発表された。