

和文題名

底つき体験がアルコール依存症治療の精神科外来通院継続に与える影響

所属

昭和大学医学部精神医学講座

著者名

須藤英隼, 常岡俊昭, 小野英里子, 山田真理, 高塩理, 岩波明

ランニングタイトル

底つき体験のアルコール依存症治療への影響

ランニングタイトル(英文)

“Bottoming-Out Experience” for Outpatient Treatment in Alcoholism

連絡先著者名(責任著者名)

須藤英隼

所属

昭和大学医学部精神医学講座

抄録

アルコール依存症は、身体的・経済的・社会的な害を引き起こすにもかかわらず、治療を受けている患者は少ない。また低い治療継続率も課題となっており、その向上が予後の改善には必要である。治療継続のためには、飲酒によって家族、健康、財産などの喪失を自身で体験することで断酒に至る底つき体験が必要とされてきた。海外においては、Kiro uacらが初めて底つき体験を定義して研究を実施した。本研究では、Kirouacらの先行研究を元に底つき体験を定義し、その有無によりアルコール依存症患者の背景や外来治療継続に違いがあるのかを比較検討した。2016年4月1日から2019年8月31日までに昭和大学附属烏山病院のアディクション専門外来に初診となり、アルコール依存症と診断された患者を対象とした。診療録を用いて性別、年齢、身体および精神疾患の併存の有無、同居人の有無、初診時の就労の有無、生活保護受給の有無、当院初診時の住所が世田谷区内か区外か、集団治療プログラム参加の有無、自助グループ参加の有無、当院初診後の当院入院の有無、外来治療継続期間、そして受診前の底つき体験の有無について後方視的に調査した。底つき体験の有無を二群に分け、調査項目について単変量および多変量解析を実施し、また外来治療継続に与える影響を検討するためKaplan-Meier法及びLog-rank検定に

て生存分析、Cox比例ハザードモデルを用いた多変量解析を実施した。その結果、様々な要因を考慮しても底つき体験の有無は外来治療継続に影響しなかった(P value = 0.10)。これは、アルコール依存症治療には底つき体験を待たずに早期介入を積極的にするべきであるという、我々の考えを支持するものであった。

キーワード アルコール依存症、底つき体験、外来治療継続、喪失、つながり

本文

緒言

アルコール依存症は、疾病及び関連保健問題の国際統計分類 第10回改訂(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10 : 以下、ICD-10) においては、飲酒したいという強い欲求、飲酒行動のコントロール障害、断酒や減酒による離脱症状、当初得られた酩酊効果を得るために飲酒量が増大する耐性の増大、本来の生活を犠牲にするような飲酒中心の生活、また有害な使用に対する抑制の喪失などを呈し、身体的・経済的・社会的な害を引き起こす疾患である¹⁾。また、「自分は病

気ではない」という否認が根底にあるために、家族を含む周囲の支援者と本人との間で治療の必要性の認識に隔たりがある。そのため前述した様々な害を引き起こすにもかかわらず、治療を受けている患者は少ないことや治療継続率は低いことが報告されている²⁻⁴⁾。

アルコール依存症の予後の改善には、治療継続率の向上が重要であると報告されているように、我々もようやく治療に結びついた患者を繋ぎとめることが最重要課題と考えている⁵⁾。

アルコール依存症治療の歴史の中で、底つき体験が重要であるとされてきた⁶⁾。底つき体験とは、治療継続の意志を保つために飲酒によって家族、健康、財産などの喪失を体験することで断酒の決断に至る、言わば治療意思の転換点を示す用語である。しかし、治療者の姿勢として、底つき体験を促すことは患者-治療者関係に距離を置く(突き放す)ことになり時に矛盾を孕んでいた⁵⁻⁷⁾。最新の国内外の治療ガイドラインでは、底つき体験を待つことのない治療、つまり治療継続に重点を置き共感的態度で接し良好な治療関係を保つ手法が推奨されている⁸⁻¹⁰⁾。我々も治療継続のためには、底つき体験を待たずに早期に治療介入するべきであると考えている。一方で、Kirouacらは、治療や回復の必要性や重要性について言及しつつも底つき体験を定義し実用した先行研究がないことから、初めて底つき体験を定義し定量的に測定する評価尺度、Noteworthy Aspects of Drinking Impo

rtant to Recovery(以下、NADIR)を開発し妥当性を検証している¹¹⁾。我々が知る限り、我が国では、NADIRを含めKirouacらの研究を元にした底つき体験の妥当性を検証する研究は無かった。そこで本研究では、Kirouacらの研究を元にして底つき体験を定義し、その有無によるアルコール依存症患者の背景や治療継続の違いについて検討した¹¹⁾。

研究方法

1. 対象者

2016年4月1日から2019年8月31日までに、昭和大学附属烏山病院(以下、当院)アディクション専門外来に初診となり、ICD-10において主たる精神障害がアルコール依存症と診断された患者を対象とした。除外基準は、初診日あるいは当院での入院治療後に転医するなどして当院外来での治療が開始されなかった患者、2019年8月31日時点で入院していた患者とした。

2. 底つき体験の定義

Kirouacらの研究を参考に、飲酒が直接の原因となって以下に最低1項目以上該当した場合に底つき体験を経験している、と定義した。

1) 心血管疾患、食道静脈瘤、肝硬変、膵炎、膵臓がん、糖尿病、また大腸がんのいずれかあるいは複数による入院の経験(健康の喪失)

2) 離職の経験(仕事の喪失)

3) 1親等以内の家族との離別の経験(家庭の喪失)

4) 破産の経験(財産の喪失)

5) 刑事事件の被疑者の経験(社会的立場の喪失)

3. 研究デザイン

対象者を、初診前に底つき体験を経験している者(以下、経験群)と経験していない者(以下、未経験群)に分け、後方視的に診療録を調査して背景と治療継続期間や治療継続率を比較検討した。

4. 調査項目

対象者の診療録から、性別、年齢、身体及び精神疾患の併存の有無、同居人の有無、初診時の就労の有無、生活保護受給の有無、当院初診時の住所が世田谷区内か区外か、当院にて行っている心理社会的介である集団治療プログラム(以下、治療プログラム)参加の有無、自助グループ参加の有無、当院初診後の当院入院の有無、外来治療継続期間(日数)、そして受診前の底つき体験の有無について調査した。

5. 統計的解析方法

対象者の年齢は連続変数として、また性別や同居人の有無など他の変数はカテゴリカル変数として使用した。前述のように定義した底つき体験の有無により二群に分け、調査項目について、t検定および χ^2 検定を用いて単変量解析を実施し、5%未満を有意差ありと判定した。また有意差を認めた場合、ロジスティック回帰モデルの強制投入法を用いて多変量解析を実施し、5%未満を有意差ありと判定した。

次に、底つき体験の有無により二群に分け、外来治療継続期間についてKaplan-Meier法及びLog-rank検定を用いて生存分析を実施し、5%未満を有意差ありと判定した。観察開始

日、中途打ち切り、またイベント発生は以下のように定義した。観察開始日については初診日当日、また初診後に入院加療を行った場合には退院日当日とした。中途打ち切りについては主治医の判断で終診となった場合には最終受診日、また転医した場合には直近の最終受診日とした。イベント発生については、前述した終診と転医以外は自己都合による通院中断と考え直近の最終受診日とした。また、Cox比例ハザードモデルを用いて多変量解析を実施し、5%未満を有意差ありと判定した。

統計学的検定は、SPSS ver.20.0 (IBM, Chicago, IL, USA) を用いた。

6. 倫理的配慮

本研究への参加同意に関しては、昭和大学附属烏山病院倫理委員会の承認を得て、オプトアウトを実施した(審査番号 B-2019-022)。

結果

1. 底つき体験の有無による患者背景の検討

対象の120名中、同年8月31日時点で入院中であった11名と初診後に治療が行われなかった2名が除外され、107名が基準を満たした。経験群50名、未経験群57名であった。

経験群を対象にして底つき体験の定義の各項目にて分類を行った結果、1項目該当は49名、2項目該当は1名で、それ以上の重複は無かった。項目別では、1)健康の喪失のみ 36名、2)仕事の喪失のみ 6名、3)家庭の喪失のみ 1名、4)財産の喪失のみ 2名、5)社会的立場の喪失のみ 5名であり、また1)健康の喪失と2)仕事の喪失 1名であった。

性別は、男性が75.7%を占め、また年齢は平均48.3(標準偏差±13.6)歳であった。同居人有りの割合は61.7%、初診時の就労有りの割合は43.0%、生活保護受給有りの割合は21.

5%、当院初診時の住所が世田谷区内の割合は30.8%であった。身体疾患の併存の割合は57.9%、精神疾患の併存の割合は20.6%であった。治療プログラム参加の割合は47.7%、自助グループ参加の割合は6.5%であった。以上の項目において、両群に違いは無かった。初診後の入院治療がある割合のみ経験群では46.0%に対して未経験群では24.6%であり、有意差を認めた。患者背景因子を表1に示す。

(表1挿入)

次に経験群と未経験群において多変量解析を実施した結果、入院治療の有無については、 $B:1.009$ 、標準誤差: 0.472 、 $Wald:4.574$ 、自由度1、 $Exp(B):2.744$ 、 $CI:1.088-6.921$ 、 $P < 0.05$ であり、底つき体験の経験があることと入院治療の有無には有意な相関があることが明らかになった。

2. 底つき体験の有無による外来治療継続に関する生存分析

経験群、未経験群の生存期間平均値は、それぞれ164.5日、250.0日であり、両者にはLog-rank検定において有意差は認めなかった($P \text{ value} = 0.095$)。累積生存曲線及び200日ごとの外来治療継続患者数を、それぞれ図1及び表2に示す。

(図1挿入)

(表2挿入)

次にCox比例ハザードモデルを用いて多変量解析を実施したところ、底つき体験の有無については、 $B:0.16$, 標準誤差: 0.22 , Wald: 0.53 , 自由度 1 , $\text{Exp}(B):1.18$, $CI:0.76-1.82$, $P=0.47$ であり、他の要因を考慮しても底つき体験の有無による外来治療継続に有意な違いはなかった。

考察

本研究は、我々が知る限り、海外の先行研究を参考として底つき体験を定義し、底つき体験の有無別でアルコール依存症患者の背景や治療継続の違いについて検討した日本で初めての研究である。その結果、経験群では、患者背景において外来治療前に入院治療をしている割合のみが有意に高かった。一方、様々な要因を考慮しても底つき体験の有無は外来治療継続に影響しなかった。

アルコール依存症患者の治療継続に影響する要因について、底つき体験を交えて考察する。入院治療中に実施されたアルコール在宅リハビリテーションプログラム後の転帰調査

では12ヶ月後に断酒率が高くアルコール関連の入院率が低かったと報告されている通り、アルコール依存症の治療継続には入院治療を含めた支援は重要である¹²⁾⁻¹⁴⁾。本研究では、外来治療前に入院治療をしている割合のみが、底つき体験の有無による有意な違いを認められた。これは、経験群の多くが健康の喪失の経験をしていたことで、入院治療を再出発の場と捉え前向きに治療をする契機となった可能性が考えられた。底つき体験を意図的に治療者が作り出すことは否定されるべきという姿勢は変わらないが、治療に繋がる前の底つき体験は一部の患者にとって前向きな治療意欲をもたらす転機となる可能性があるかもしれない。また、低所得や低学歴などは入院リスクが高く、また経済的に自立をしている方が治療継続率は高いという先行研究などから社会的要因を考慮し、同居人の有無、初診時の就労の有無、生活保護受給の有無、また住民の所得水準が比較的高い世田谷区内に当院が位置することから地域性の影響にも注目して当院初診時の住所が世田谷区内外の割合について比較検討したが、底つき体験の有無による違いは無かった¹⁵⁻¹⁷⁾。他の背景の項目について検討したが同様であった¹⁸⁻²⁵⁾。これらの結果も経験群の多くが、仕事や財産の喪失ではなく、健康の喪失をしていた影響が大きいと考えられた。一方、健康の喪失が中心であった影響を考慮しても底つき体験の有無は治療継続に影響しない結果となった。これは、孤立することこそが疾患の本質であり、その治療において断酒期間よりも繋がりを継続す

る重要性が説かれているように、繋がりを早く持ち保つこと、また繋がりを全て失うまで待たないこと、すなわち、アルコール依存症には底つき体験を待たずに早期に介入するべきである、という我々の考えを支持するものであった^{26,27)}。

本研究の限界点を以下に示す。まず、単施設での研究であり、対象者が精神科単科の大学附属病院でのアディクション専門外来に限られていることが挙げられる。特にアディクション専門外来を希望して受診する時点で、本人あるいは周囲の援助者の治療意欲が高い対象者であり選択バイアスが存在している可能性がある。また、生存分析において、イベント発生を対象者が外来治療継続を自己中断した時点と定義した点を挙げる。我々が把握できないような自らの意思で他院へ転医した者、自助グループなどに繋がり当院に通院が不要となった者、また死亡した患者などが一律に自己都合による通院中断に含まれていることもバイアスと考えられる。そして最後に、日常の飲酒の量や頻度を検討していない(例えば精神的に不安定な際に限定して飲酒した場合などを考慮していない)点を挙げる。

本研究で考慮しなかった理由として、そもそも診断基準に含まれていないこと、人種や民族の違いを含め(一般的にお酒に強い・弱い)個別性が高いこと、そして本人の申告した酩酊時の飲酒量や頻度は曖昧で、周囲の支援者もそれを客観的に把握できないことから、データとして信頼性が低いことなどがある²⁶⁻³⁰⁾。アルコール依存症と診断される飲酒量の目

安は1日平均男性40mg・女性20mg以上であるが、実臨床ではその量や頻度が少なくても多方面で障害が起きて治療経過は不良なケースがあれば、多くても良好なケースもある。飲酒量や頻度のデータ収集方法や扱い方については、これから創出される他の研究を参考に再検討していきたい。

結語

海外の先行研究を元に、底つき体験を定義した本研究において、様々な要因を考慮しても底つき体験の有無は外来治療継続に影響しなかった。これはアルコール依存症治療において底つき体験を待たずに早期介入を積極的にするべきであるという我々の考えを支持するものであった。

利益相反

本論文に関して、開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) World Health Organization編. 融道男, 中根允文, 小見山実, ほか監訳. 依存症候群. ICD-10 精神および行動の障害:臨床記述と診断ガイドライン. 新訂版. 東京:医学書院;2005. pp87-88.
- 2) Hyland K, Hammarberg A, Andreasson S, *et al.* Treatment of alcohol dependence in Swedish primary care: perceptions among general practitioners. *Scand J Prim Health Care.* 2021;**39**:247-256.
- 3) Cheng HY, McGuinness LA, Elbers RG, *et al.* Treatment interventions to maintain abstinence from alcohol in primary care: systematic review and network meta-analysis. *BMJ.* 2020;**371**:m3934. (accessed 2022 Apr4) Available from: <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m3934.long>
- 4) Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, *et al.* Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder. *JAMA Psychiatry.* 2015;**72**:757-766.
- 5) 長徹二. 【アルコール依存症の基礎と臨床】アルコール依存症と医療連携(解説/特集) 精神科. 2014;**24**:542-547.

- 6) 後藤恵. 物質使用障害治療の最前線(第3回) 動機づけ面接法 「底つき」を待たない物質使用障害の新しい治療法(解説). 精神療法. 2016;**42**:420-429.
- 7) 和氣浩三. 【アルコール依存症の基礎と臨床】アルコール依存症と心理社会的治療. 精神科. 2014;**24**:529-534.
- 8) 佐久間洋介. 【精神科医療技術の将来】アルコール使用障害の治療の将来(解説/特集). 精神科治療学. 2015;**30**:87-92.
- 9) Witkiewitz K, Litten RZ, Leggio L. Advances in the science and treatment of alcohol use disorder. *Sci Adv*. 2019;**5**:eaax4043. (accessed 2022 Apr4) Available from: https://www.science.org/doi/10.1126/sciadv.aax4043?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
- 10) 湯本洋介, 樋口進. アルコール依存症の新しいガイドラインと治療ゴール. 精神神経学雑誌. 2021;**123**:475-481.
- 11) Kirouac M, Witkiewitz K. Identifying “Hitting Bottom” Among Individuals with Alcohol Problems: Development and Evaluation of the Noteworthy Aspects of Drinking Important to Recovery (NADIR). *Subst Use Misuse*. 2017;**52**:1602-1615.

- 12) Fiabane E, Scotti L, Zambon A, *et al.* Frequency and Predictors of Alcohol-Related Outcomes Following Alcohol Residential Rehabilitation Programs: A 12-Month Follow-Up Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;**16**:722. (accessed 2022 Apr4) Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/5/722>
- 13) Davey CJ, Landy MS, Pecora A, *et al.* A realist review of brief interventions for alcohol misuse delivered in emergency departments. *Syst Rev.* 2015;**4**:45. (accessed 2022 Apr4) Available from: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-015-0024-4>
- 14) Phillips T, Huang C, Roberts E, *et al.* Specialist alcohol inpatient treatment admissions and non-specialist hospital admissions for alcohol withdrawal in England: an inverse relationship. *Alcohol Alcohol.* 2021;**56**:28-33.
- 15) Gartner A, Trefan L, Moore S, *et al.* Drinking beer, wine or spirits - does it matter for inequalities in alcohol-related hospital admission? A record-linked longitudinal study in Wales. *BMC Public Health.* 2019;**19**:1651. (accessed 2022 Apr4) Available from: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-8015-3>

16) Harder VS, Musau AM, Musyimi CW, *et al.* A Randomized Clinical Trial of Mobile Phone Motivational Interviewing for Alcohol Use Problems in Kenya. *Addiction*. 2020;**115**:1050-1060.

17) Haug S, Schaub MP. Treatment outcome, treatment retention, and their predictors among clients of five outpatient alcohol treatment centres in Switzerland. *BMC Public Health*. 2016;**16**:581. (accessed 2022 Apr4) Available from: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3294-4>

18) Guinle MIB, Sinha R. The Role of Stress, Trauma, and Negative Affect in Alcohol Misuse and Alcohol Use Disorder in Women. *Alcohol Res*. 2020;**40**:05. (accessed 2022 Apr4) Available from: <https://arcr.niaaa.nih.gov/women-and-alcohol/role-stress-trauma-and-negative-affect-alcohol-misuse-and-alcohol-use-disorder>

19) Green MA, Strong M, Conway L, *et al.* Trends in alcohol-related admissions to hospital by age, sex and socioeconomic deprivation in England, 2002/03 to 2013/14. *BMC Public Health*. 2017;**17**:412. (accessed 2022 Apr4) Available from: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4265-0>

- 20) Fama R, Le Berre AP, Sullivan EV. Alcohol's Unique Effects on Cognition in Women: A 2020 (Re)view to Envision Future Research and Treatment. *Alcohol Res*. 2020;**40**:03. (accessed 2022 Apr4) Available from: <https://arcr.niaaa.nih.gov/women-and-alcohol/alcohols-unique-effects-cognition-women-2020-review-envisio>
[n-future-research-and](https://arcr.niaaa.nih.gov/women-and-alcohol/alcohols-unique-effects-cognition-women-2020-review-envisio)
- 21) Hilderbrand ER, Lasek AW. Studying Sex Differences in Animal Models of Addiction: An Emphasis on Alcohol-Related Behaviors. *ACS Chem Neurosci*. 2018;**9**:1907-1916.
- 22) Swartz M, Burton F, Vakamudi K, *et al*. Age dependent neural correlates of inhibition and control mechanisms in moderate to heavy drinkers. *Neuroimage Clin*. 2021;**32**:102875. (accessed 2022 Apr4) Available from: <https://www.sciencedirect.com/sdfe/reader/pii/S2213158221003193/pdf>
- 23) Peng SH, Hsu SY, Kuo PJ, *et al*. Influence of alcohol use on mortality and expenditure during hospital admission: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2016;**6**:e013176. (accessed 2022 Apr4) Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/11/e013176.long>

24) Clark BJ, Rubinsky AD, Ho PM, *et al.* Alcohol Screening Scores and the Risk of Intensive Care Unit Admission and Hospital Readmission. *Subst Abus.* 2016;**37**:466-473.

25) Fiabane E, Scotti L, Zambon A, *et al.* Frequency and Predictors of Alcohol-Related Outcomes Following Alcohol Residential Rehabilitation Programs: A 12-Month Follow-Up Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;**16**:722. (accessed 2022 Apr4) Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/5/722/htm>

26) Kelly JF, Humphreys K, Ferri M. Alcoholics Anonymous and other 12 - step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;**3**:CD012880. (accessed 2022 Apr4) Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012880.pub2/full>

27) 倉田勉, 多田素久, 吉野晃平, ほか. 総合病院の特性を活かしたアルコール依存症治療プログラム. 日本アルコール関連問題学会雑誌. 2017;**19**:101-106.

28) Cho SB, Su J, Kuo SI, *et al.* Positive and Negative Reinforcement are Differentially Associated with Alcohol Consumption as a Function of Alcohol Dependence. *Psychol Addict Behav.* 2019;**33**:58-68.

29) Bhatti SN, Fan LM, Collins A, *et al.* Exploration of Alcohol Consumption Behaviours and Health-Related Influencing Factors of Young Adults in the UK. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;**17**:6282. (accessed 2022 Apr4) Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/17/6282/htm>

30) Pedroni C, Dujeu M, Lebacqz T, *et al.* Alcohol consumption in early adolescence: Associations with sociodemographic and psychosocial factors according to gender. *PLoS One.* 2021;**16**:e0245597. (accessed 2022 Apr4) Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0245597>

表1

表1 患者背景因子				
	Total N=107	底つき体験あり群(経験群) N=50	底つき体験なし群(未経験群) N=57	P value
性別(男/女)(人)(%)	81(75.7)	39(68.4)	42(84.0)	0.061
年齢(歳)	48.3(±13.6)	48.7(±12.3)	48.0(±14.7)	0.294
身体疾患の併存(あり/なし)(人)(%)	62(57.9)	28(56.0)	34(59.6)	0.703
精神疾患の併存(あり/なし)(人)(%)	22(20.6)	10(20.0)	21(21.1)	0.893
同居人(あり/なし)(人)(%)	61(61.7)	29(58.0)	37(64.9)	0.463
初診時の就労(あり/なし)(人)(%)	46(43.0)	17(34.0)	29(50.9)	0.079
生活保護受給(あり/なし)(人)(%)	23(21.5)	12(24.0)	11(19.3)	0.555
初診時住所(世田谷区内/同区外)(人)(%)	33(30.8)	14(28.0)	19(33.3)	0.551
治療プログラム(参加/不参加)(人)(%)	51(47.7)	28(56.0)	23(40.4)	0.106
自助グループ(参加/不参加)(人)(%)	7(6.5)	2(4.0)	5(8.8)	0.319
初診後の入院治療(あり/なし)(人)(%)	37(34.6)	23(46.0)	14(24.6)	0.020

*年齢は平均値(標準偏差)を表示。性別、身体疾患の併存、精神疾患の併存、同居人、初診時の就労、生活保護受給、初診時住所、治療プログラム、自助グループ、初診後の入院治療、は百分率(%)を表示。

表2

表2 200日ごとの外来治療継続患者数							
日数(日)	0	200	400	600	800	1,000	1,200
底つき体験あり群(経験群)	50	15	6	3	2	0	0
底つき体験なし群(未経験群)	57	22	11	9	4	1	0

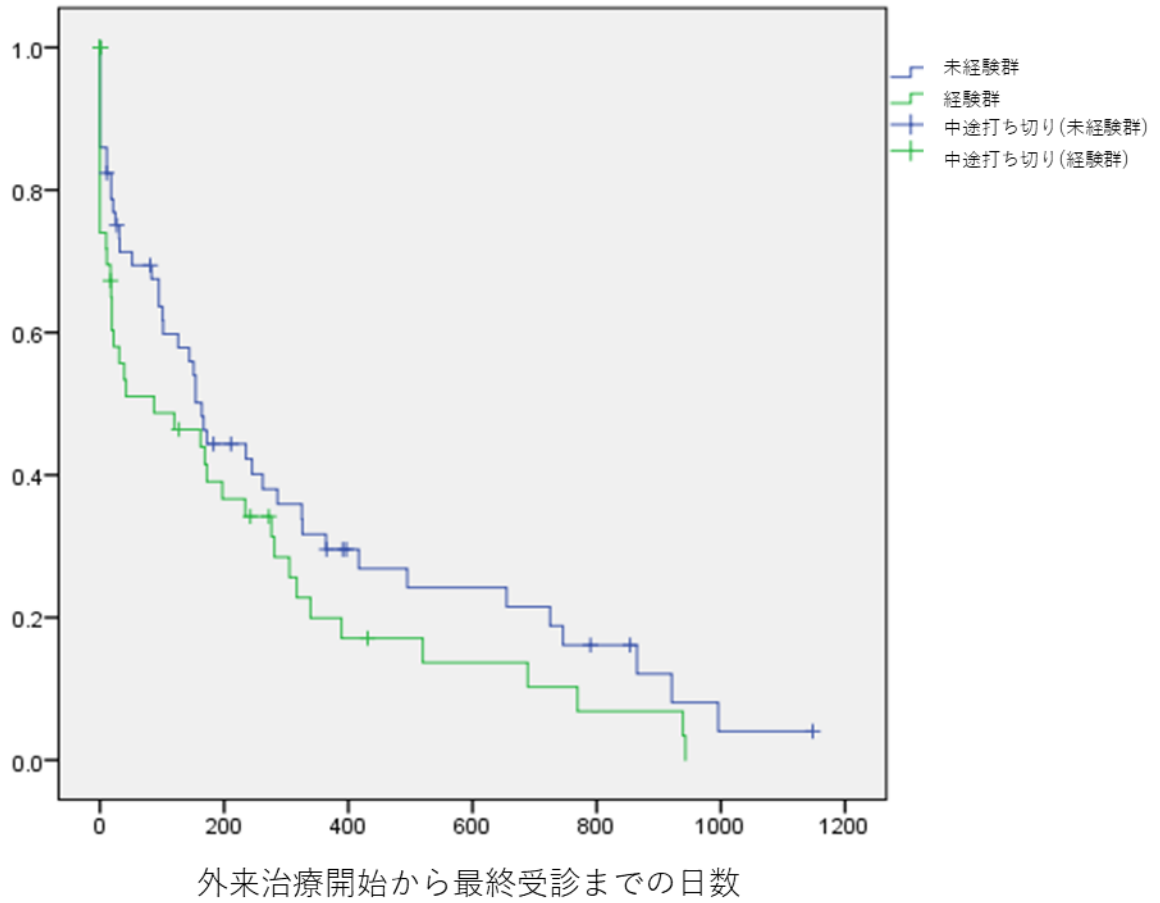
*生存曲線の経験群、未経験群、それぞれについて、各時点(日)での生存数を表す。

図1の説明 Kaplan-Meier法による生存曲線

Kaplan-Meier法による生存曲線を示す。経験群と未経験群それぞれについて、縦軸を外来治療開始から最終受診日までの外来治療継続率、横軸を外来治療開始から最終受診までの日数としてプロットした。

図1

外来治療継続率



英文題名

A Study on Bottoming-Out Experience and Continuation of Outpatient Treatment i

n Alcoholism

英文姓名

Eishun Sudo, Toshiaki Tsuneoka, Eriko Ono, Mari Yamada, Osamu Takashio, Akira

Iwanami

英文所属

Department of Psychiatry, Showa University School of Medicine

英文のabstract

Increasing the rate of continuation is considered important in the treatment of alcoholism. The bottoming-out experience has been considered essential for the continuation of treatment. As far as we know, no previous evidence-based research has investigated the bottoming-out experience in Japan. We independently defined the bottoming-out experience in this study based on overseas evidence and compared whether there was a difference in the background of alcoholics and the continuation rate of outpatient treatment depending on the presence or absence of the bottoming-out experience. The study participants were patients who made their first vi

sit to the addiction outpatient clinic of Showa University Karasuyama Hospital between April 1, 2016, and August 31, 2019, and were diagnosed with alcoholism. Using medical records, we retrospectively surveyed gender, age, presence/absence of coexisting physical or mental illness, presence/absence of a roommate, employment status at the time of the first visit, presence/absence of public assistance, address at the time of the first visit, presence/absence of a group treatment program at our hospital, participation status in a self-help group, hospitalization status after the first visit, duration of outpatient treatment, and presence/absence of a bottoming-out experience before the visit. We conducted univariate and multivariate analyses of the survey items. The multivariate analysis was performed using survival analysis and Cox proportional-hazards model using the Kaplan-Meier method and log-rank test to examine the influence on the continuation of outpatient treatment. The results showed that the presence/absence of the bottoming-out experience did not affect the rate of continuation of outpatient treatment when various factors were

e considered ($P = 0.10$). This supports our view that early intervention should be proactively conducted in the treatment of alcoholism, instead of waiting for the occurrence bottoming-out experience.

keywords

alcoholism, Bottoming-Out Experience, continuation rate of outpatient treatment, loss experience, relation

