九州大学学術情報リポジトリ
Kyushu University Institutional Repository

アルコール使用障害の疾患概念の変遷とロールシャッハ・テスト研究

清島, 恵
九州大学大学院人間環境学府

古賀, 聡
九州大学大学院人間環境学研究院

https://doi.org/10.15017/1685874

出版情報：九州大学心理学研究. 17, pp.53-61, 2016-03-01. 九州大学大学院人間環境学研究院
バージョン：
権利関係：

KYUSHU UNIVERSITY

Kyushu University Psychological Research
2016, Vol.17, 53-61

アルコール使用障害の疾患概念の変遷とロールシャッハ・テスト研究

清島　恵　九州大学大学院人間環境学府
古賀　聡　九州大学大学院人間環境学研究院

The study of the Rorschach Inkblot Test and transitions in the disease concept of alcohol use disorders.

Megumi Kiyoshima（Graduate School of Human-Environment Studies, Kyushu University）
Satoshi Koga（Faculty of Human-Environment Studies, Kyushu University）

The purpose of this research is to observe the current standing and effectiveness of alcohol use disorder (AUD) diagnostic assessments by reviewing research into transitions in the disease concept and assessment of AUD. It also aims to use these insights to obtain an effective perspective to better understand and support AUD patients. Currently screening tests are the most widely used methods in discerning whether a patient has AUD. With regard to AUD assessment methods, extensive research is being conducted on the Rorschach Test and Thematic Apperception Test as alternatives for effectively diagnosing AUD. In particular, the sign approach under the Rorschach Test has been shown to be an effective alternative, and many studies have assessed method. However, researchers have not yet determined consistent attributes of or signs to discern AUD under this approach that could be used in assessments with an acceptable degree of confidence; therefore, many studies are now shifting toward more quantitative methods in diagnosing AUD.

Key Words: alcohol use disorder, Rorschach Inkblot Test, disease concept

Ⅰ　問題と目的

日本のアルコール使用障害者数はその疑いのある者が440万人，治療の必要なアルコール使用障害者は80万人いるとされている（尾崎ら，2005）。さらに，2013年に厚生労働省の研究班によって行われた調査によると，アルコールの飲み過ぎによる社会的損失は年間約4兆1500億円に達するという研究結果が示されており（尾崎，2012），今やアルコール使用障害への対応は社会的にも重要な課題であるといえる。

そして今日，アルコール概念の複雑化も取り沙汰されている。榎本（2000）は，「アルコール依存症の軽症化とともに，アルコール依存症の他に種々の病気（躁うつ病，精神分裂病，人格障害，痴呆，臓器障害等）をもち，さまざまな問題（借金，家族関係，失職，単身等）をかかえている者が多くなった」と述べている。アルコール依存症の治療だけに従事すればよい者は減り，他の病気の治療機関との連携が課せられ，さらに社会生活上の問題の調整も行わなければならず，家族や保健所などの周囲との連携も求められるといった面での複雑化も帯びている。

こうした現状を踏まえると，これまでのアルコール使用障害の疾患概念の変遷と臨床心理学的理解，ここでは取り分けアセスメントを通した理解の変遷について理解していくことは複雑化する現状を把握し今後の課題を理解する上で重要な示唆を与えてくれると考える。よって，本研究では，アルコール使用障害の疾患概念がどのように移り変わり現在どのような現状にあるのか，そして，アルコール使用障害者の理解がアセスメントという切り口でどのように展開しているのかについて文献考察を行い，現状の理解と今後の課題について整理することで臨床心理学領域からの有用な視点を見出すことを目的とする。

Ⅱ　アルコール使用障害の疾患概念の変遷

1）司法の対象から医療の対象へ

アルコールに関する問題は当初，酩酊して社会秩序を乱す者（嗜癖者：addicts）たちへの規制という観点から作り上げられた司法モデルが始まりとされている（斎藤，1985）。司法モデルから始まったこの問題が医療の対象に移り行く過程には，「嗜癖（Addiction）」という概念の変遷に注目することが理解への示唆を与えてくれる。

加藤ら（1993）によると，「嗜癖」は，ある薬物への習慣的な過度の使用に耽溺した状態を表現する用語として1957年に世界保健機関（World Health Organization：以下，WHO）によって，「ある薬物消費の繰り返しにより生じる，断続的ないしは慢性的な中毒状態である。その状態は以下によって特徴づけられる。①その薬物を使

い続けたいという抵抗しがたい欲求（衝動）と，何としてでも手に入れたいという抵抗しがたい欲求，②使用量の増加傾向，③薬物の作用に対する精神的（心理的）依存かつ身体的依存，④個人と社会に対する有害な作用」と定義づけられた。しかし，その後，薬理学的視点から新たな知見が見出されたことや，習慣（habituation）と依存の区別が不明確なままに使用されたこと，嗜癖者という用語の蔑視的なニュアンスも影響して1973年にWHOは「嗜癖」「習慣」といった用語を廃止し，さらに，WHOの専門部会において「依存」や「依存症候群」という概念及び用語が，「習慣」や「乱用」から区別される科学的用語として提唱されることとなった（洲脇，1983）。ここで一旦「嗜癖」という概念は「依存」や「依存症候群」といった用語へと移り変わることとなったのである。しかし，この時一度は用いられなくなった「嗜癖」という概念が，1990年代に入って精神医学の領域と神経科学の領域において再び用いられるようになる。精神医学の領域では，病的賭博（pathological gambling），過食症（bulimia），窃盗癖（kleptomania），性的嗜癖（sexual addiction）などの行動嗜癖（behavioural addiction）概念の新たな提唱と進歩が見られ，「嗜癖」は「精神作用物質を得ることを目的とした反復行為」と定義され，この概念が依存性薬物という対象の存在しない繰り返し行為に拡張されている（Marks, I., 1990）。一方，神経科学の領域では，嗜癖行動の神経基盤の解明が急速に進んでいる（Nestler, E. J., 2001）。こうした台頭から，嗜癖という用語が，衝動のコントロール障害や強迫的な行為を包括する概念といった方面から新たに復活してきたといえ（加藤ら，1993），司法モデルから医療の対象に移り変わったといえる。脳内システムの観点からは，脳内報酬系の神経生理学的ないしは神経科学的研究がなされ，Hyman, S. E. et al.（2001）では，「嗜癖」を定義付ける特徴は，「結果として重篤な陰性の結果に陥るにもかかわらず，脅迫的に，またセルフコントロールを欠いて薬物使用を行うこと」とされている。そして，嗜癖の病態生理を理解するためには，行動，神経システム，細胞，分子生物レベルにおける所見の統合が必要と説かれ，オピオイドやコカイン嗜癖に関するドーパミン系の異常を中心とした神経科学的なデータがレビューされている（Hyman, S. E. et al.，2001）。アルコール・薬物依存に関する記述では，嗜癖を生じる薬物は強迫的使用のみならず耐性，依存，離脱を生じるが，これらは強迫的使用を説明しえないとし，また，長期断薬後の再発も説明しないとしている（Hyman, S. E. et al.，2001）。ここで「依存」は，薬物による過度の刺激に対して生じる細胞，神経システム，器官の順応状態（adapted state）であるとされている（Hyman, S. E. et al.，2001）。加藤ら（1993）は，こうした考え方について「純粋に生理学的なとらえ方がされている」と述べ，この考え方では耐性，依存，離脱のいずれによっても身体依存形成前の渇望や離脱症状が消失した後の強迫的飲酒欲求，それに伴う再発を理解することは出来ないとし，この渇望と脅迫的な行動を表す用語として「嗜癖」という言葉が重視されることになると述べている。以上のように「嗜癖」という用語は衝動のコントロール障害や強迫的な行為を包括する概念として新たな広がりを見せているようである（加藤ら，1993）。

2）現在のアルコール使用障害の定義

かつて社会的要請の影響や医学的知見の展開で司法から医療の対象として移り変わってきたアルコール問題であるが，現在もなおその概念は変遷を辿っていると言える。

アルコール問題に関する現在の定義としては，主としてWHOによる疾病分類 International Classification of Diseases（以下，ICD）とアメリカ精神医学会（American Psychiatric Association：以下，APA）による精神疾患の分類の手引き Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders（以下，DSM）とが挙げられる。このうち，DSMは2013年のDSM-5（APA, 2013）への改訂によりDSM-Ⅳで「物質依存」と「物質乱用」に分けられていた「物質使用障害」が，依存と乱用が統一され「物質使用障害」という概念にまとめられた。これに伴い，「アルコール依存」という名称からアルコール使用障害（Alcohol Used Disorder）という名称に変更になっている[1)]。DSM-5における物質使用障害の診断は，コントロールの障害，社会的障害，危険使用，薬理学的基準といった物質使用に関連した行動障害に基づいている他，DSM-ⅣからDSM-5における細かな変更点としては，①DSM-Ⅳの乱用の診断基準である「法律上の問題」という項目が削除された点，②渇望・強い欲求（craving）という診断項目が新たに加わった点，③使用障害の基準を満たした数によって重症度の特定が可能になった点が挙げられる（森ら，2014）。「依存」と「乱用」を明確に区別せずに，一括された背景について松本（2011）は，「依存」は身体依存に力点を置いた医学的概念である一方，「乱用」は文化や法令により規定される社会的概念であり，「依存」と「乱用」それぞれの概念を減じたり，削除したりすることによって逸脱的な物質使用の様態を「使用障害」として一元的に整理したと述べている。また，ここには，「身体的依存」と「心理的依存」という

[1)] 本稿ではDSM-5の表記に則って「アルコール使用障害」と表記する。しかし，過去のアルコール問題に関する定義が様々に変遷してきたことを考えると，先行研究のアルコール問題を抱える者が現在の「アルコール使用障害」に必ずしも当てはまるとは限らない。本稿ではこの点を考慮し，引用する際は引用元の論文の表記に合わせて表記することとする。

二つの依存がありながら，「身体的依存」が優位に考えられてきた風潮を見直したという背景もあると指摘している。さらに，DSM-5 への変更により，基準を満たした数に基づいて重症度の特定が可能となったが，アルコール使用障害は，回復することはあっても治癒することは無い（斎藤，1985）とされており，基準に当てはまる数の減少に基づいて軽傷扱いになった場合，「回復している」とは言えても「治癒した」とは言えないことは十分に理解しておく必要があり，回復との関連で重症度の判定をどのような意味と捉えるのかは検討が必要と考える。

以上，アルコール使用障害の疾患概念の変遷について用語の使用や現在の使用の在り方といった観点から概観した。かつては周囲に迷惑をかける者として司法の対象であったアルコール問題が社会的要請のあり方や医学的知見の展開によって医療の対象となっていった過程からは，この問題が様々な要因が複雑に関連してくる問題であることが明らかになった。榎本（2000）は，アルコール依存症を，飲酒コントロールを失い，大量飲酒の結果，①からだの病気，②こころの病気，③社会的問題（病気），④現代的病気であるとし，①からだの治療，②こころの治療，③社会的調整（治療），④社会的施策を同時に総合的に行うことが必要であると述べていることからも，この問題がいかに多様で複雑であるのかが窺える。アルコール使用障害に関する研究においてアルコール問題を抱える者の呼称が様々であるように，定義も多様である。2013 年に改訂された DSM における定義も上述の多方面の影響を受け今後も発展していく可能性は十分にあり得る。今後は，このアルコール問題が様々な影響を受けやすいことを十分に理解し，他領域の知見にも注目しながら臨床心理学的援助の可能性について考えていく必要があろう。

Ⅲ　アルコール使用障害の治療動向

1）アルコール使用障害の回復について

既述の通り，アルコール使用障害は治癒することは無いが回復することは可能であり，アルコール使用障害への治療とは，回復を援助することである（斎藤，1985，篠原，2010）。アルコール使用障害の治療目標として「節酒」か「断酒」かというテーマがある。鈴木（2000）の研究によると，断酒群での死亡者の割合は 8.0% であったのに対して，節酒群では 29.4%，再飲酒群では 29.6% であり，節酒群と再飲酒群の死亡率がほぼ等しく，節酒は決して良好な転帰とは言えなかったと述べている。しかし，近年アルコール使用障害の軽症化や広汎化に伴い必ずしも断酒のみが治療目標にならない者の存在が見られてきた。武藤（2013）は，Saitz, R.（2005）のアルコール使用障害スペクトラム（ドリンカーズ・ピラミッド）を用いて，専門治療機関を受診する，ピラミッドの頂点に位置するような重篤なアルコール使用障害者に対しては，本人の動機づけはともかく，仕事，家庭，生命を守るために断酒を治療目標にせざるを得ないと述べている。その一方で，救急外来や地域で度々，酩酊状態で問題行動を引き起こすにも関わらず専門治療に繋がらない依存症者についても言及し，そうした者への早期治療の重要性とそこでは必ずしも治療目標を断酒に限定する必要はないとしている。これらのことから，現状としてアルコール使用障害の治療目標は断酒である場合が多いと言えるが，アルコール使用問題の広汎化や臨床像の多様化に伴い，その治療目標は対象となる臨床像に合わせて断酒と節酒をそれぞれ設定していく必要があると考えられる。

2）アルコール使用障害の治療の現状

松本（2010）は，物質使用障害（substance use disorder）への治療では，薬物療法以外の治療のうち，患者の社会生活をサポートするために行う心理社会的治療が主要となると述べている。薬物療法以外の心理社会的治療として，集団療法，行動療法，内観療法，森田療法，認知行動療法，家族療法などがあり，さまざまな精神療法を寄り集めて行うことが多い（村上ら，2003）。この内，集団精神療法は ARP（Alcoholism Rehabilitation Program：アルコール依存症社会復帰プログラム）と呼ばれ，多くのアルコール専門病院で採用されている（村上ら，2003）。特に，1963 年に久里浜アルコール症センターが始めた“久里浜方式”のアルコール依存症社会復帰プログラムは本邦において最も有名で，2000 年より認知行動療法を組み込んだ“新久里浜方式”として治療が行われている。アルコール使用障害の治療では否認の打破が不可欠とされているが，新久里浜方式は，認知行動理論を基に，病棟全体での大集団で行う大集団ミーティングと，4〜6 人で構成される小集団ミーティングを軸として，自らが抱える飲酒問題を認識し，飲酒行動に至る認知を修正し，断酒継続という行動変容を目指すものである（白川ら，2001）。

一方，外来治療における心理社会的治療は入院治療に比べ遅れている（松本，2010）と言われているものの，代表的なものとして，初期乱用者に対する外来プログラムとして疾病教育や動機付け面接などを含む，肥前精神医療センターの HAPPY プログラム（Hizen Alcoholism Prevention Program by Yuzuriha）がある。これは，生活習慣の行動変容を目指す短時間の行動カウンセリングであるブリーフ・インターベーションによる介入に教育の要素を加えたもので，軽度から中等度のアルコール使用障害の場合には専門的な治療よりも有効とされてい

る[2)]。ブリーフ・インターベーションとは，γ-GTP 値や自記式質問紙を指標としたスクリーニングおよび評価をし，アドバイスや数回の短いカウンセリングを１セットとしこの中でアルコール専門医療機関への紹介も行うものである（村上ら，2003）。具体的には初回に個別面接と自助マニュアルを提示して節酒を提案し，その後１か月（電話での聴取），５か月後（血液検査と質問票）にフォローアップしていく。アルコール関連身体疾患は，肝疾患，脳神経疾患，消化器疾患，膵炎，糖尿病，がん，循環器疾患，外傷など多岐にわたり，アルコール問題はプライマリケアにおける重要な要素であるが，一般医に気付かれないか軽視される傾向にある（伴，1999）。身体疾患のみならずその背景のアルコール依存の治療も行う必要があり，内科医，看護師，保健師などとアルコール専門医の連携による飲酒問題への対処が必要であり，そういった場合にこのブリーフ・インターベーションは用いられることもある。

Ⅳ　アルコール使用障害者の臨床心理学的理解の変遷

1）アルコール使用障害のスクリーングテスト

アルコール使用障害が司法の対象から医療の対象になったことで、医療の現場ではアルコール使用障害者のアセスメントの必要性が出て来た。アルコール使用障害のアセスメントとして現在最も用いられているものに選別を目的とした自記式のスクリーニングテストがある。それらには，新久里浜式アルコールスクリーニングテスト（Kurihama Alcohol Screening Test：以下，KAST）や，飲酒習慣チェックリスト（The Alcohol Use Disorders Indenification Test：以下，AUDIT），CAGE（Cut down, Annoyed by Critictism, Guilty feeding, Eye opener）テストなどがある。

新 KAST は，久里浜医療センターによって開発されたテストであり，本邦において最もよく用いられているテストである。男女で異なる質問票になっており，男性は 10 項目，女性は８項目で構成されている。AUDIT は WHO によって作成されたもので，10 項目から構成される。AUDIT は，アルコール使用障害のスクリーニングにも用いることが出来る他，アルコール性臓器障害などのアルコール関連問題のスクリーニングにも用いることが出来るとされている（丸山，2010）。CAGE テストは欧米で作成され４項目からなるテストで最も簡便なものといえる。これらのテストは内容やスクリーニングする対象が異なるため目的に合わせて使い分けることが可能である。KAST，CAGE はアルコール使用障害のスクリーニングに用いられ，更に CAGE テストは質問項目が4項目と少ないため，一般検診の問診票にも使い得る。AUDIT はカットオフ値を変えることで対象の飲酒問題のレベルを調節できる。こうした自記式のスクリーニングテストは診察の待ち時間に容易に記載出来る点などその簡便さが利点として挙げられるが，丸山（2010）は，アルコール使用障害の場合は否認が特徴的であり，正直に答えない可能性もあるため，付き添いの家族にも同時に患者のテストについて記載してもらうことの必要性を言及している。

以上のようにアルコール使用障害の治療の現場では自記式の質問紙が多く用いられている現状にある。こうしたテストは被検者のアルコールに対する意識や認知，飲酒頻度といった“お酒に対する”認知面や行動面を測定している検査であるといえる。そのため，被検者のパーソナリティや他者との関わり方といったその個人の在り方が直接扱われることや焦点を当てられることは少ない。しかし，実際には松本（2010）が述べるような，“患者の社会生活をサポートするために行う心理社会的治療”を行うためには個人の物事の捉え方や対人関係のあり方といった個人の在り方を理解することも重要である。すなわち，上述の自記式の質問紙はアルコール使用障害の選別（screening）のための方法であり，治療場面においてはアルコール使用障害者を理解するための査定（assessment）が必要であると考える。

2）心理検査を用いたアルコール使用障害の研究

アルコール使用障害者の個人の特性についての研究として，心理検査を用いてアルコール使用障害者のパーソナリティ特性を明らかにしようとする研究が複数見受けられる。稲富（1992）はそれらを，1）心理学的特異性を追求しようとするもの，2）見出される類型または多様性に着目し，これに焦点を当てるもの，3）アルコール酩酊時の人格変容を確認しようとするものに大別できるとしている。これら研究の中で用いられている心理検査としてロールシャッハ・テストを用いた研究が多く見受けられるが，絵画統覚検査（Thematic Apperception Test：以下，TAT）といった投映法を用いた研究も見受けられる（例えば，村井，2005）。さらに，これらの投映法に併せて他の質問紙法などの心理検査を用いた研究も見受けられる（例えば，成井，1989）。

①アルコール使用障害者のロールシャッハ特徴を明らかにしようとする研究

ロールシャッハ・テストを用いた研究では，まず，アルコール使用障害者がロールシャッハ・テストにおいてある一定の反応特徴を有すると考え，それを見出そうと

[2)] 相模原市精神保健福祉センター 相模原市における HAPPY プログラムの実施について（第一報）：www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/houkoku/dl/120329_7_1.pdf

Table 1
ロールシャッハ・テストにおけるアルコール使用障害者のサイン特徴

1）高い W%，低い D%。（Billig, O. & Sullivan, D. J., 1943, Halpern, F., 1946, Buhler, C.& Lefever, W., 1947, Button, A. D., 1956, Kaldegg, A., 1956）
2）M が少ない。（Buhler, C. & Lefever, W., 1947, Button, A. D., 1956, Kaldegg, A., 1956）
3）FM>M 傾向。（Billig, O. & Sullivan, D. J., 1943, Kaldegg, A., 1956）
4）CF 及び C が高い。あるいは，CF+C>FC 傾向。（Billig, O. & Sullivan, D. J., 1943, Kaldegg, A., 1956, Buhler, C. & Lefever, W., 1947, Button, A. D., 1956）
5）濃淡反応が多い。（Halpern, F., 1946, Buhler, C. & Lefever, W., 1947, Button, A. D., 1956）
6）A% が高い。（Halpern, F., 1946, Buhler, C. & Lefever, W., 1947, Button, A. D., 1956）

する研究がある。それら研究で見出されたロールシャッハ・パターンを Table1 に示す。また，こうした形式的な反応パターンに加えてロールシャッハ反応の内容の特徴として，「水」反応が他の臨床群と比較して多く見られる（Griffith, R. M. et al., 1949）といった結果も示されている。しかし，これらの反応特徴が必ずしも他の臨床群と明確に区別されるとは言えず，その本質を一括りに出来るような臨床群ではなく，その中に色々な臨床タイプが含まれることが明らかになってきた（稲富，1992）。

②分類を用いたアルコール使用障害者の人格研究

ロールシャッハ特徴のみからではアルコール使用障害に特徴的な人格は明らかにできないという結果を踏まえ，何らかの視点でアルコール使用障害者を類別化した上で人格特性を明らかにしようとする研究の動向がみられるようになった。

戸田（1960）は，酒精嗜癖者を孤独飲酒者と社会的飲酒者に分けて比較した研究を行っている。その結果，両者の間には根本的な相違があることを見出した。孤独飲酒者のロールシャッハ・テストは全体として貧弱な成績を示し，さらに S ↓，m ↓，C ↓，Dd% ↑によって特徴づけられるとした。人格的には，過敏で不安に満ちた対人関係と耐え難い虚無感に起因する適応障害，自己放棄，罪悪感などにより特徴付けられるとした。一方，社会的飲酒者のロールシャッハ・テストは豊かな反応を示すが，W% ↑，c ↑，FC ＜ CF+C ↑などが目立つ。人格的には，人間存在のあらゆる面に口唇愛的傾向が現れ，幼児的感情と是認への欲求がすべての関係性を色づけていると特徴付けた。

分類を用いたアルコール使用障害者の人格研究としては他に，竹内（1962）の酒精中毒者を，単純飲酒者群，性格障碍型飲酒者群，慢性飲酒者群に分類し比較した研究が挙げられる。ここでは，58 名の酒精中毒者を単純型，性格障碍型，慢性中毒型の 3 群に分け，精神正常者，神経症者，精神病質者を対照としてロールシャッハ・テストを用いて人格特徴を見出そうとしている。さらに，ロールシャッハ予後評定尺度（Rorschach Prognostic Rating Scale：以下，RPRS）を用いて予後の予測も試みている。その結果，1）単純型飲酒者の基調となっているのは，不安，緊張，欲求不満であり，神経症者の性格特徴と類似していたこと。2）性格障碍型飲酒者群の基調となっているものは単純型飲酒者群のそれに類似し，酒精嗜癖傾向の見られない性格障碍者とはかなり趣を異にしていたこと。3）慢性酒精中毒者群は上記のいずれとも異なり，表面的な，洞察力の無い，平坦な性格特徴を示していた。しかし，過去に不安，緊張，欲求不満を保持していたことを示し，長年の飲酒により二次的な人格を造り上げたことを想定せしめた。4）予後良好者が RPRS に高得点を示したことより，彼らの予後予測がある程度可能と推論した。5）ロールシャッハ予後評定尺度には，より積極的な精神療法を施行し低得点者には精神療法のみならず他の方法も考慮した方が効果的であると推論した，という 5 つの結論を示している。また，竹内（1962）の研究では，予後についても言及した点がかつての研究とは異なる独自性を有しているが，こうした予後についての言及は葉賀ら（1976）でも見られる。葉賀（1976）においても竹内（1962）同様 RPRS が用いられており，予後評定にロールシャッハ・テストが寄与する可能性が示されている。

③アルコール使用障害者と対照群を設けた人格研究

竹内（1962）では，酒精中毒者を分類し，ロールシャッハ・テストの結果を分析したことに併せて対照群を設けて比較検討している。そうした比較研究は広瀬（1985）でも見られる。広瀬（1985）は，79 名の男性アルコール症者を対象群とし，52 名の男性神経症者，31 名の男性精神分裂病者及び，10 名の男性器質精神病者の 3 群を比較対象群としてロールシャッハ・テストを施行している。結果の各指標について 2 疾患ごとに統計学的な評価を加え，その結果に基づいてアルコール症者群を中心に各指標の形式的な面より分析を行い，人格特徴を見出そうとしている。その結果，アルコール症者の反応数（R），Content Range（CR）は神経症群，精神分裂病群に比較して有意に低く，器質精神病群とは有意差を認めなかった。また，形態反応（F%），動物反応（A%）において，神経症群，精神分裂病群に比較して有意に高く，

器質精神病群とは有意差を認めなかった。これらのことより，アルコール症者は器質精神病とほぼ類似の特徴を示したとしている。さらに，アルコール症者の一次的良形態反応率（ΣF+%），平凡反応（P）は対照群に比較して有意に低い値を示したとして疾患特異性のある指標としている。人格特徴としては，想像力が乏しく，平板であること，思考において常同的であり，興味の範囲が狭く，活動力が低下していることを挙げている。これらの結果を総合して，アルコール症者の人格特徴は人格機能の一つである統合機能の低下であるという評価が得られたとしている。

④テストバッテリーを用いたアルコール使用障害者の人格研究

テストバッテリーを組んでアルコール使用障害者の人格特徴を明らかにしようとした研究としては，成井（1989）のロールシャッハ・テストと質問紙法ミネソタ多面人格目録（Minnesota Multiphasic Personality inventory：以下，MMPI）を用いた研究が挙げられる。この中で成井（1989）は，アルコール症者を対象とした研究においてはその地域隔差や知能の程度を考慮に入れ調査を行なう必要があるとしている。その上で，IQ の下限を決め脳器質性障害の傾向が認められる者を除外し，MMPI，ロールシャッハ・テストを施行することで非依存性アルコール乱用者，都市型ア症者と呼ばれるタイプのアルコール症者の人格特徴の存在の有無を明らかにしようとした。こうした目的の元，IQ80 以上の 51 名のアルコール症者を対象に両検査を施行した結果，急性アルコール症群，すなわち非依存性アルコール乱用を示すアルコール症者の特徴は，アルコール精神病群に属すアルコール症者に比較して想像力豊かで一貫性のある思考は有するものの，環境からの情緒的刺激に反応することに消極的，回避的性格傾向にあると結論づけた。MMPI の分類における沈下型プロフィール群に比較して，正常水準群および高位プロフィール群は想像力に乏しく非生産的で，敵意，不安，抑うつ的であると思われ，高位プロフィール群の低い総反応数（R）は Pa タイプ由来のものと考えられた。ロールシャッハ・テスト，MMPI からみたアルコール症者の人格特徴は興味の狭さ，活動力の低下，抑うつ傾向などであり，対人関係で自意識過剰で過敏であることが挙げられた。特にこの傾向は都市型アルコール症者と呼ばれるアルコール症者の中でも性格障害型の精神病質タイプに著名であったとしている。以上を総合して，アルコール症者の人格特徴は対人接触性障害であるという評価を明らかにしている。

⑤ pattern analysis を中心としたアルコール使用障害者の人格研究

ロールシャッハ・テストの結果の分析の仕方に着目してアルコール使用障害者の人格研究を概観すると，西尾ら（1962）はかつての多くの研究が形式的面（formal analysis）と内容面（content analysis）からの量的あるいは質的分析がほとんどであったことに言及し，Thiesen, J. W.（1952）が分裂病（現在の統合失調症）のロールシャッハ反応の構造的特徴を明らかにするために行った pattern analysis にならい飲酒嗜癖者の臨床像による反応パターンの追求を試みている。対象は，77 名の飲酒嗜癖者（A 群）と 50 名の正常者（N 群）であった。A群においては，W反応の強調，カードを回転しない傾向，Dd+d，Hd，Adなど部分反応の減少，CF+Cの増加，依存感情の増加などの特徴がみられた。また，pattern analysisからは，① W%: high，P%: high，② W%: high，Tur%: low，③ H%: high，Tur%: low，④ Fi: high，Tur%: low，⑤ F%: low，Tur%: low，⑥ F+%: low，Fsh: low，⑦ P%: high，Tur%: low，Fsh: low，⑧ FC: low，ΣC: low，Tur%: low，⑨ Rej: high，A%: high，M: low，H%: low の 9個のパターンを A群の特徴として見出した。

⑥女性アルコール使用障害者を対象とした研究

本邦において女性の飲酒問題については以前から問題視されており，実態を把握しようとする研究も見受けられるが（例えば，吉岡ら，1972），依然として研究の蓄積は男性の飲酒問題に比して進んでいないのが現状である。栗田ら（2001）では，女性の問題飲酒の形成について，女性が男性に比較して担う役割が多いことに言及している。女性が家庭で担うべき役割は妻，母，嫁，女性としての自分と多く，近隣との関係の希薄化や核家族化により，そうした役割を一人で担わなければならない現状にある。そうした役割を果たすことが出来なくなると閉ざされた家庭の中でストレス発散や現実逃避を目的に“飲む理由”を作り飲酒を始め“キッチンドリンカー”になる。この他，子どもの自立とともに，虚無感を感じそれを埋めるかのように飲酒を始めることもある。こうした飲酒の始まりは隠れ酒の形で始まり，家族の目の届かないところで進行してしまい，周囲が気付いた時にはすでに問題飲酒になっていることが多いと言う。栗田ら（2001）は，これらの問題飲酒の形成が端的な発生過程としているが，すべてがこのような形で進展していくわけではない。女性の問題飲酒の背景には男性と比して社会・家庭要因が強く影響していることが多く，問題飲酒者本人および周囲に生じている問題の解決が単純に飲酒を中断するだけでは不可能な状態となっていると述べている。

こうした男性アルコール使用障害者と同定出来ない女性アルコール使用障害者を対象に心理検査を用いた研究としては，比嘉ら（1973）や東ら（1979）の研究が挙げ

られる。比嘉ら（1973）では，女子アルコール中毒患者に特有の性格特性ないし問題点の存在を明らかにするために，17 名の女子アルコール中毒患者に対して成育歴や生活歴，飲酒歴の聴取と併せて，東大版総合人格目録（Todai Personality Inventory：以下，TPI）とロールシャッハ・テストを施行した。その結果，1）養育環境では第一子である者が 60% と多く，経済的には比較的恵まれていた者が多い。また，親との離別や死別等家庭内に問題を有した者が多い。2）職業では酒類を取り扱う職業の経験者が著しく多い。3）配偶関係では離婚歴や同棲などの内縁関係の経験を有する者が多く，また，夫及び家族との人間関係が悪いものが多い傾向を示す。4）飲酒開始，常習飲酒年齢は男子と比して遅く，飲酒のきっかけは水商売，夫との付き合いから覚え，家庭内のトラブルや隠居の寂しさから過飲するようになりほとんどが家庭で飲酒する。また，生理前に酒量が増す者がある。5）TPI では，男女ともに似たプロフィールを示すが，女子は自己防衛的であり，As，Hy，Ma が高値を示す。6）ロールシャッハ・テストでは女子の特性は見られなかったが，紋切型で受動的，漠然とした現実把握しかできず情動に流され，確実な自己イメージが持てない未熟な人格が窺われる。7）常習飲酒開始年齢が 30 歳以前では TPI において As，Ma が高く精神病質的傾向が著名で内縁関係など不安定な生活をしている者が多い。30 歳以降では，TPI で Hy，Hb，Hc が高値で虚栄的，自己顕示的で未熟な人格の持ち主で生活は比較的安定している，という結果が明らかとなった。また，東ら（1979）では，ロールシャッハ・テストに見られる女性アルコール症者の心理的特性についての概容を得ること，異質性に着目しパターン化を試みること，さらにはアルコール症のロールシャッハ・テストの分析方法を検討することを目的に，女性アルコール症者 23 名にロールシャッハ・テストを施行している。その結果，やや少ない総反応数（R），高い W%，少ない M，FM>M 傾向，CF + C > FC 傾向，低い形態水準，高い A% といった特徴が挙げられた。また，サブパターンとして 4 つのパターンが示され，アルコール症のロールシャッハ・テスト研究においては主題解釈といったアプローチが有効であることが確かめられた。

以上，アルコール使用障害者を対象にした，ロールシャッハ・テストを用いた研究を中心に概観した。ロールシャッハサインにアルコール使用障害者の特徴が見出されるとして研究が行われてきたが，Ackerman（1971）はそれらの見出された各サインを再検討するためにアルコール群と健常者群を比較したところ有意差が見出されたのは非アルコール使用障害者の方がアルコール使用障害者より水反応が多いということと，高 CF+C のみであったとしている。このことから，サインアプローチによってアルコール使用障害者を特徴づけることは難しいことが分かってきた。Ackerman（1971）は，過去 30 年におよぶロールシャッハ・テストの研究によってアルコール使用障害者とそうでない者との間に差異があるとみなされてきた仮説を 20 項目にまとめ，その妥当性について検討している。高橋ら（1986）は，この Ackerman（1971）の提示した 20 項目の仮説の妥当性の再検討を行っているが，その結果，有意差が見られた項目は①（Ⅷ + Ⅸ + Ⅹ）：R < 30%，② M：ΣC ≦ 1，③ F+% < 65%，④ Low m.，⑤ Poor M ≦ 1，⑥ High W% and Low D%，⑦ K ≦ 1，⑧ High（A+AD）% の 8 項目であったとしている。一方で，戸田（1960）や竹内（1962）の研究などに代表される様に，アルコール使用障害者を分類した上でそれぞれの特徴を見出そうとする研究も展開してきたが，研究者によってその視点は統一されにくく臨床像を理解する上では有効とはいえても一般化は難しいといえる。その他，健常群や他臨床群を用いて対照群を設定し，特有の人格特徴を見出そうとする研究も発展している（広瀬，1985，成井，1989）。これらの研究の共通見解としては，アルコール使用障害者の想像力や生産性といった点への言及がなされ，この点に関して今後も様々な事例の中で再検討していくことが有効と考えられる。ロールシャッハ・テストは解釈において summary scoring table に代表される数量的側面と継列分析などに代表される質的側面を用いることが可能である。過去の多くの研究はアルコール使用障害者に特有の人格特徴を見出すという目的のもと数量的な側面が重視されてきた傾向にあるが，今後臨床場面でのアルコール使用障害者の理解を目的とし治療への活用を想定したときには数量的分析のみならず質的な側面にも重きをおいた理解を進めていくことが必要と考えられる。そのために，事例的な研究報告の蓄積が今後望まれるであろう。

Ⅴ　まとめと今後の課題

本研究の目的は，アルコール使用障害の疾患概念の変遷と臨床心理学的理解の変遷を，先行研究を通して整理し理解することで，アルコール使用障害を取り巻く現状を把握することであった。かつて，アルコール問題は司法の対象であったが，「嗜癖」という言葉の衰退と「依存」「依存症候群」という言葉の ICD や DSM での踏襲，そして再び「嗜癖」という言葉の包括的な概念としての変遷があった。そして，現在，「使用障害」という形での新たな発展を辿っている。こうした司法の対象から医療の対象への変遷は、臨床心理学領域からのアルコール使用障害者の理解の必要性に影響を与えたと考えられ、臨床心理学的立場からの理解の一つの方法として心理アセスメントを用いた理解の方法が挙げられる。そこで、

心理アセスメントを用いてアルコール使用障害者を理解しようとする研究の変遷を辿った。アルコール使用障害者の理解としてまず，鑑別を目的としたスクリーニングとしてのアセスメントが用いられ，浸透している現状にある。一方，アルコール使用障害者の個別性の理解を目的とした研究として，ロールシャッハ・テストを中心とする投映法心理検査を用いた研究を中心にその変遷を辿った。その結果，過去の多くの研究はサインアプローチを中心としたものが多く見受けられたが，形式分析からアルコール使用障害者に共通する確固たる特徴は見出されていないと言える。本論では、現在のアルコール使用障害の定義として 2013 年に改訂された DSM-5 を取り上げた。この改訂によって「依存」と「乱用」が統一され、「物質使用障害」という概念にまとめられ、診断が物質使用に関連した行動障害に基づくようになったことは既述の通りである。これにより個人のパーソナリティの側面や経験的な側面といった個人のあり方はより一層排除されることになったとも言える。そうした現状にある中で、ロールシャッハ・テストのように個人の最も個別的な側面であるパーソナリティを明らかにしていくことはアルコール使用障害者を理解し援助していく上で重要であると考えられ、また、診断補助としても有用であると考える。そして、過去の研究が形式的な側面に傾倒してきたことを踏まえると、継列分析などに代表される質的な側面も今後のアルコール使用障害者を対象としたロールシャッハ・テストを用いた研究では重要である。また、ロールシャッハ・テストを通してアルコール使用障害者を理解していくことの意義として、榎本（2000）が述べるように今日のアルコール使用障害は複雑化しており、他の精神症状を合併している者などがよく見受けられ、臨床像の適切な把握と理解にロールシャッハ・テストは有益と考える。治療の現状に関して言えば、アルコール使用障害の治療においては心理教育的なアプローチや認知変容を目指した治療が主流である。しかし、そうした治療を受けても入退院を繰り返す重症化のケースもあり、重症化した患者に対しては教育的なアプローチや認知的なアプローチのみでは不十分な可能性も考えられる。そうした患者に対しては個人の特性やパーソナリティーといった個別的な理解の必要性が考えられ、ロールシャッハ・テストはその一助になると考えられる。

ロールシャッハ・テストを用いた過去の研究では，“特異な人格特徴がある”という前提に立っていたが，今日のアルコール使用障害は複雑化しており，一定の人格特徴があるという視点での理解は困難と考えられる。それよりも，“それぞれにアルコール使用障害に至る過程がある”という多様性を受容する姿勢を前提に持ち，個々の理解に従事していくことが今後のアルコール使用障害への臨床においては重要になってくると考えられる。そのために，今後は，数量的な側面のみに傾倒するのではなく，質的な側面も重視した視点での分析や事例報告，臨床報告の蓄積が必要になってくるだろう。

引 用 文 献

Ackerman, M. J.（1971）. *Alcoholism and Rorschach.* J. Pers. Asess., **35**, 224-228.

American Psychiatric Association.（2013）. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition: DSM-5.* Washington, D. C: American Psychiatric Association.（日本精神神経医学会日本語版用語監修　高橋三郎・大野裕監修　染谷俊之・神庭重信・尾崎紀夫・三村將・井村俊哉訳（2014）．精神疾患の診断・統計マニュアル　医学書院.）

Billig, O. and Sullivan, D. J.（1943）. *Personality structure and Prognosis of Alcohol Addiction.* Quart. J. Stud. Alc., **6**, 554-573.

Buhler, C. and Lefever, W.（1947）. *A Rorschach Study on the Psychological Characteristics of Alcoholics*. Quart. J. Stud. Alc., **8**, 197-260.

Button, A. D.（1956）. *A Rorschach Study of 67 Alcoholics. Quart.* J. Stud. Alc., **17**, 35-52.

榎本　稔（2000）．アルコール依存症の現在（特別企画　アルコール依存症）．こころの科学，**91**，16-21.

葉賀　弘・谷　直介・加藤伸勝（1976）．アルコール中毒者の心理テストによる要求水準と性格特性ならびに予後評定との関連について．神経医学，**18**，65-73.

Griffith, R. M. & Dimmick, G.（1949）. *Differentiatiny Rorschoch of Alcoholics*. Quarterly Journal of Studies on Alcohol., **10**, 430-433.

Halpern, F.（1946）. *Studies of Compulsive Drinkers: Psychological Test Results*. Quart. J. Stud. Alc., **6**, 468-479.

伴信太郎（1999）．アルコール関連障害に関するプライマリ・ケア多施設協同研究．日本医事新報，**3945**，37-43.

比嘉千賀（1973）．女子アルコール中毒患者について（第Ⅱ報）－生活歴及び性格傾向を中心として．社会精神医学研究所紀要，**4**（**1**），35-45.

比嘉千賀（2000）．女性のアルコール依存症（特別企画　アルコール依存症）．こころの科学，**91**，64-71. 0

東　牧子・新居典子・鬼丸正巳・今道裕之（1979）：女性アルコール症者について（第２報）ロールシャッハテストにみられる特徴．大阪府立公衆衛生研究所研究報告．精神衛生編，**17**，85-95.

廣　尚典・島　悟（1996）．問題飲酒指標 AUDIT 日本語版の有用性に関する検討．日本アルコール・薬物

医学会雑誌，**31**(**5**)，437-450.

樋口　進・久富暢子 (2001)．アルコール関連疾患の予防．白倉克之・丸山勝也編，アルコール医療入門，96-99.

広瀬清孝（1985）．アルコール症者のロールシャッハ研究．岩手医学雑誌，**37**(**4**)，553-561.

Hyman, S. E. and Malenka, R. C.（2001）. *Addiction and the brain: The neurobiology of compulsion and its persistence*, Nature Reviews Neuroscience, **2**, 695-703.

稲富正治（1992）．アルコール依存症者の人格に関する研究：対人関係における夫婦の共通点．東洋大学児童相談研究，**11**，39-48.

John A. Ewing, MD.（1984）. *Detecting Alcoholism The CAGE Questionnaire*. JAMA, **252**(**14**), 1905-1907.

加藤元一朗・吉野相英・和田　清・洲脇　寛（1993）．嗜癖（Addiction）について―その衰退と復活．白倉克之・樋口　進・和田　清編，アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン，22-24，じほう．

Kaldegg, A.（1956）. *Psychological Observation in a Group of Alcoholic Patients with Analysis of Rorschach, Wechsler-Bellevue and Bender Gestalt Test Results,* Quart. J. Stud. Alc., **17**, 608-628.

栗田廣美・澤山　徹（2001）．女性のアルコール問題．白倉克之・丸山勝也編，アルコール医療入門，79-85.

Marks, I.（1990）. *Behavioural*（*non-chemical*）*addiction*. British Journal of Addiction, **85**, 1378-1394.

丸山勝也（2010）．慢性のアルコール障害（アルコール依存症）．診断と治療，**98**(**12**)，41-47.

松本俊彦（2010）．アルコール・薬物使用障害の心理社会的治療．医学のあゆみ，**233**(**12**)，1143-1147.

松本俊彦（2011）．アルコール依存症と嗜癖概念 DSM-5 ドラフトを受けて．日本精神科病院協会雑誌，**30**(**4**)，20-27.

森　則夫・杉山登志郎・岩田泰秀（2014）．臨床家のための DSM-5 虎の巻．日本評論社.

村井隆文（2005）．アルコール症者の自我強度の諸水準と治療．日本アルコール・薬物医学会雑誌，**40**(**5**)，423-433.

村上　優・小沼杏坪・小田晶彦・杠　岳文・比江島誠人（2003）．心理社会的治療．白倉克彦・樋口　進・和田　清編，アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン，41-56，じほう．

武藤岳夫・角南隆史・長　祥子・宮下　彩・鶴丸藍子・杠　岳文（2013）．一般病院アルコール外来でのアルコール使用障害の治療転帰：節酒を治療目標の一つに掲げたことがもたらしたもの．日本アルコール・薬物医学会雑誌，**48**(**1**)，47-57.

成井和雄（1989）．アルコール症者の人格特性：ロールシャッハテスト・MMPI による．岩手医学雑誌，**41**(**2**)，197-210.

Nestler, E. J.（2001）. *Molecular basis of long-term plasticity underlying addiction.* Nature Reviews Neuroscience, **2**, 119-128.

西尾　明・米倉育男・緑川澄子・伊藤克彦（1962）．飲酒嗜癖者のロールシャッハ反応，pattern analysis を中心に．ロールシャッハ研究 5，26-38.

尾崎米厚・松下幸生・白坂知信・廣　尚典・樋口　進（2005）．わが国の成人飲酒行動およびアルコール症に関する全国調査．アルコール研究と薬物依存，**40**，455-470.

尾崎米厚（2012）．アルコール関連問題の社会的損失の推計，厚生労働科学研究.

斎藤　学（1985）．アルコール依存症の精神病理．金剛出版.

Saitz, R.（2005）. Unhealthy Alcohol Use. N. Engl. J. Med., **352**, 596-607.

篠原光代（2010）．否認傾向の強いアルコール依存症者の理解と援助：否認と気づきの段階評定表の活用．博士論文.

白川教人・澤山　徹（2001）．アルコール関連疾患の治療．白倉克之・丸山勝也編，アルコール医療入門，93-95.

鈴木康夫（2000）．アルコール依存症の回復と転帰．風祭元・岡崎祐士・青木省三・宮岡等監修，こころの科学，**91**，43-47.

洲脇　寛（1983）．アルコール関連用語に関する WHO 専門部会の勧告．臨床精神医学，**12**，641-645.

高橋雅春・村井隆文（1986）．アルコール依存者のロールシャッハ・テストについて．関西大学社会学部紀要，**17**(**2**)，49-56.

竹内輝博（1962）．酒精中毒者の性格分析とその予後についての一研究．新潟医会誌，**76**，483-495.

Thiesen, J. W.（1952）. *A pattern analysis of structural characteristics of the Rorschach test in schizophrenia.* J.Consult. Psychol., 16.

戸田賀江（1960）．飲酒者の人格研究．精神経誌，**14**，2147-2161.

吉岡博之・比嘉千賀（1972）．女子アルコール患者について（第 1 報）最近の傾向と関係要因．社会精神医学研究所紀要，**3**(**1**)，1-9.