

②AD/HD（注意欠陥／多動性障害）

多動（落ち着きのなさ・座ってられない等）、衝動性（思いついたら考えずに発言・行動する等）、不注意（忘れ物やケアレスミスが目立つ）などの特徴を持つ。

③LD（学習障害）

読み書きや計算を苦手とする障害。

※これらの障害はそれぞれ重なりあうこともある。

（イ）統合失調症、躁うつ病など

（ウ）軽度知的障害

*なぜ障害を持つ人たちもギャンブルにはまるのか

障害を重複している人々は、その障害特性から他者に依存的にならざるを得ない側面があり、ギャンブルなどの依存症に陥りやすい傾向がある

- ・ 自己治療のため・・・ゲームやギャンブルをしていると脳が落ち着く。休まる。
- ・ 過集中・のめり込み・・・障害の特性として一つのことにこだわると、そのことが頭から離れない。
- ・ 自己評価の著しい低さ・・・対人関係のトラブルが多くなるため、非常に傷ついている。その傷を埋めるものとしてのギャンブル等。

次のような典型的なケースが認められる。

○発達障害・軽度知的障害など、他の障害が疑われるタイプ

幼少の頃より集団からドロップアウトしやすく、社会に出ても不適応をくり返すことが多い。人間関係よりもゲーム・パチンコ・スロットなどに過度に熱中してしまう。就労能力に偏りがあり転職がくり返され、ギャンブルによって生じた借金などを家族や保護者に隠す能力に乏しいため、問題発覚時に負債総額は50万にも満たない場合が多い。異性に関心が低かったり、奇妙なこだわりなどが目立つ。

対応方針

発達障害を有している場合には、専門機関の支援を受けることが望ましい。ギャンブルで困っているという自覚はなくても、人とうまく付き合えず孤立を好む、被害的になりやすい、お金が上手に使えない等、自分の特性を認めることができることは少なくない。同じ困難を持つ人たちと困難を共有したり、専門機関の指導者の協力を得ながら社会的能力に応じた生活の再建を行っていくことが、ギャンブルへの衝動を抑えることに結びつくのではないかと考えられる。

3. 岩崎正人 岩崎メンタルクリニック

ギャンブル依存症とは何か

I. ギャンブル依存症とは

ギャンブル依存症とは、「ギャンブルによって経済的・社会的・精神的に問題が生じるにもかかわらず、中止することができない状態」と私は定義している。わが国では、昔から“飲む打つ買う”は放蕩者のすることであると考えられ、その原因は人格的なものであるとされて、医療の対象とはみられてこなかった。ところが、多額の借金をかかえることが分かっているもギャンブルや浪費をやめられない点に着目すると、アルコール依存症者が酒を飲むと体を壊し、家族を傷つけ、職を失うことが分かっているもやめられない状態ときわめて類似しているということが、今日では広く知られている。

日本人の多くは、10代の中ごろに初めてギャンブルを体験する。ギャンブルは人に強い興奮や快感をもたらす、快感は脳にインプットされてリピーターとなる。ギャンブルとは基本的に胴元が勝つようにできているため、しばらくすると負けが込むようになる。この段階で、ギャンブルにかかわる頻度や金額を制限して娯楽のひとつと考えることができれば、大きな問題

が引き起こされることはない。

ところが、ギャンブル依存症に陥る人は、このような経過をたどらない。ビギナーズラックを「自分にはギャンブルのセンスがある」と受け止め、ギャンブルへの傾斜を深める。ギャンブルの攻略本を読みつくすなどして、自分なりの理論を唱え実践しようとする。ギャンブルで負けても、負けたことを認めようとせず、ギャンブルで取り戻そうと試みる。

ギャンブルの問題が深刻化すると、経済的な問題、社会的な問題、精神的な問題が引き起こされる。経済的な問題とは、家族の財布からお金を抜くことにはじまり、うそをついて知り合いからお金を借りる、給料の前借りをする、横領、詐欺、窃盗などをする、消費者金融からお金をかりるなどである。社会的な問題とは、一日中ギャンブルのことで頭が占められるため、職場ではミスが多くなり、周囲からの信頼を失う。借金の問題が明らかになれば、家族からの信頼もなくなり、家庭は崩壊していくといったことである。精神的な問題とは、ギャンブル依存症者がギャンブルを止めようとする、不眠、焦燥、気力低下、などのうつ状態に陥る場合があること等である。ギャンブルを再開して乗り切ろうとするので、ギャンブルを中止することができなくなる。

ギャンブル依存症となる要因には様々なものがある。①生育家庭がギャンブルに寛容である。②トラウマにより心に傷を受けている場合がある。③本格的なギャンブルをはじめる前に、ゲームなどにのめり込んでいる。④元来金銭感覚に乏しく、借金なども安易にしてしまう。⑤あらゆることに関して、他人に正面から自分の主張をすることが不得意などである。

II. ギャンブル依存症の治療

ギャンブルに対する欲求を抑える最も有効な方法は、G A (Gamblers Anonymous) という自助グループに出席することである。G Aの効果は、仲間との出会いによってもたらされる。

仲間とのパートナーシップは孤独感を和らげ、回復した仲間の存在は希望をもたらす。自分とそっくりな生きにくさを抱える仲間のスピーチは、自分に正面から向き合う機会を作り出し、ギャンブル依存症者に等身大の自分を受け入れさせるのである。

対応上大切なことは、この間借金の返済をしてはいけないということである。その理由は、返済すると治療意欲が消失するからである。金銭感覚を養う意味でも、小遣い帳をつけさせることと、自己の表現法を訓練するロールプレイを受けさせることも効果的である。

また、病的ギャンブラー本人への対応と共に重要なのが、家族らの対応である。家族はギャンブルに出席して不安や不満を軽減し、本人のことは本人に責任をとらせて問題に気づかせるといった対応法を学ぶことが大切である。

参考文献

- 1) 岩崎正人：ギャンブル依存症—その治療と回復—。更生保護，：69-72，2005年，9月
- 2) 岩崎正人：依存症と多重債務。司法書士 Monthly，：18-23，2002年，3月

4. 稲村 厚 稲村厚事務所

多重債務相談における法律専門家の対応のあり方について

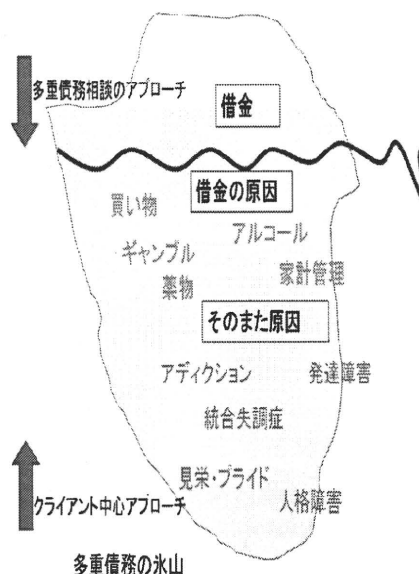
法律家とはクライアントから依頼された法律事務を適切に処理すればよいのであり、それで足りると考える人は多いと思われる。実際に、法律家の扱う業務の中には、人の支援という視点がさほど要求されない分野も存在する。企業間の契約に関する紛争などがそれである。これに対し債務問題は、人の支援が不可欠な分野である。借金はその人の生活そのものの課題であり、その背景は人生そのものと言える。

政府は、我が国の多重債務者が200万人を超

えて存在することの指摘を受け、2006年12月22日、閣議決定により、多重債務者対策の円滑かつ効果的な推進を図るため、内閣に多重債務者対策本部を設置した。その後同本部は、2007年4月20日に「多重債務問題改善プログラム」を決定した。ここでは、改正貸金業法（上限金利の引き下げ、総量規制の導入等）による貸し手への規制を通じて新たな多重債務者の発生を抑制するとともに、借り手対策として、次の4項目が提示された。

1. 丁寧な事情を聞いてアドバイスを行う相談窓口の整備・強化
 2. 借りられなくなった人に対する顔の見えるセーフティネット貸付けの提供
 3. 多重債務者発生予防のための金融経済教育の強化
 4. ヤミ金の撲滅に向けた取締りの強化
- さらに、これを実効化するために、国・自治体が一体となって実行すること、各省庁は各施策について直ちに取り組むことを決め、各年度において、各施策の進捗状況のフォローアップを行うとしている。

しかしながら、この方針は、多重債務という「借金現象の解決」のみを促進しているにすぎないと思われる。近年では、法律専門家が金融業者の過払い金を返還させるのが容易になり、多くの法律専門家が高額な広告費をマスコミや電車広告などに充て、簡単で儲かるビジネスとしての「多重債務事件」が普及しているのが現状である。次の図は、借金とその原因へのアプローチの違いを示したモデルである。現在の多重債務相談のアプローチはあくまでも水面上の借金の問題から水面下に向かっていくため、相談員の資質によりクライアントの抱えている真の問題についてのアクセスに大きな差が生じてしまっている。さらに、クライアントが人間として持っている特性などの深い部分へ行きつくのは容易ではなく、事実上不可能である。



これに対して、逆にクライアント中心アプローチは、氷山の一番下の部分から水上へ向けてのアプローチとなる。つまり、借金はその人の社会不適応の表面化として捉え、その人の特性から社会適応を中心にアプローチする方法である。クライアントが社会適応をし、その上で表面化した個別の問題を主体的に解決する手法であれば、多重債務の再発は大幅に防ぐことができ、さらにクライアント自身がその後も成長していくきっかけにもつながるであろう。

1998年から13年続けて自殺者が3万人を超える日本では、なぜ自殺するか分析と対策だけでなく、一人ひとりの人間がいかにあるまじき生きることが可能になるのか、を考え、それを支援していくことが大事なのではないかと思われる。多重債務問題が、自殺に関して影響を与える要因の一つであるならば、この問題の相談をきっかけに借金の整理ではなくその人の生き方そのものにアクセスできる相談員が必要なのではないだろうか。

クライアント中心アプローチは、クライアントの力を信じ、その力を発揮できるように支援するアプローチである。このアプローチを実現するためには、ありのままのクライアントを理解することが必要であり、クライアントがアプローチを受け容れることができるかどうかを正しく観察することが要求される。決して強引

であってはならないし、理屈で追いつめて説得することもふさわしくない。人間に対する限らない理解が必要であるといえよう。そのためには、他者を受容したうえで理解すること。それができるためにはまず自己を受容し理解していなければならないであろう。このような能力のもとになるものが、感受性であると考えられる。

法律専門家は、伝統的に裁判中心の業務を行っており、そのための徹底したトレーニングを受けている。これは、要件事実論に基づく論理の積み重ねであって、法律問題のみが対象となりその他の事情や人間としての感情が入り込む余地がない。この方法だけでは、人に対する支援にはならないのである

債務問題への適切なアプローチを行うためには、債務問題関連機関にソーシャルワーカーを配置すること、もしくはクライアント中心アプローチを行うことのできる多重債務相談員を養成することが必要である。筆者は現在、相談員を養成するプログラムの作成について取り組みを行っている。

5. 佐藤 拓

横浜市こころの健康相談センター

病的ギャンブリングと併存する 精神障害についての検討

平成 20 年度に実施された病的ギャンブリングと他の関連要因についての検討において、病的ギャンブリングと他の精神障害との関連が示された。相互援助グループ等の取り組みに対する効果的な支援を考える上で、病的ギャンブリングに併存する精神障害についての考察は有用であると思われる。今回筆者は、この併存する精神障害に着目し、治療や回復支援のあり方と疾患についての考察を行った。

・うつ病の併存について

病的ギャンブラーは、ギャンブリングを最もやり込んでいた時期には、45.7%にうつ病エピソードが認められるという結果が得られている。ギャンブリングとうつ病の関連については、ギャンブリングにのめり込むことにより、債務問題や周囲との人間関係が損なわれた結果としてうつ状態を示す群と、うつ病が先行して認められ、その症状を緩和させるためにギャンブリングを利用しようとしたのめり込む群がいることが推測される。病歴を詳細に聴取し、前者に対しては、自らにギャンブリングの問題があることを認識してもらうためのアプローチを中心に行い、相互援助グループやリハビリ施設への結び付けを行う。後者に対しては、抗うつ薬による薬物療法の導入により、うつ状態を改善させることがギャンブリングの問題を改善させることにもつながると考えられる。

自らの問題をギャンブリングにあるとは認めたがらない否認の強い病的ギャンブラーは、精神科でうつ状態に対する治療を受けることを隠れ蓑にギャンブリングを続けてしまうことがある。医療者がイネイブラーとにならないように注意を要する。また、精神科医が一般的にうつ病治療を行う際には、債務問題など本人の心理的負担となるような問題を周囲が解決するように指導をすることもあると考えられる。しかしながら、債務問題の原因がギャンブリングの問題であった場合には、債務問題を周囲が安易に解決してしまうと、本人のギャンブリングの問題をより深刻化させるイネイブラーの問題となってしまう可能性があることを医療者や支援者は理解しておかなくてはならない。

うつ状態が、ギャンブリングの問題以外に、他の精神障害が原因となって引き起こされているような場合には、ケースに応じた柔軟な対応が求められる。

・気分変調症の併存について

気分変調症については、軽度の抑うつ気分が

長期間にわたり持続するため、病歴を詳細に聞いても、ギャンブリングの問題が先行しているのか、うつ状態が先行しているのかを見極めるのは難しい。グループミーティングへの適応が悪かったり、回復へのきっかけが得られ難い場合には、十分量の抗うつ薬による治療との併用も試みる価値があると思われる。

・双極性感情障害の併存について

躁状態においてギャンブリングへののめり込みが生じる群と、うつ状態において生じる群がある。躁状態が著しい場合は、グループミーティングへの適応は困難であり、このような場合には、原疾患の治療を優先させるべきである。うつ状態で、ギャンブリングの問題を生じる群については、原疾患の治療と平行して、グループミーティングへの適応を考慮してもよいと思われる。

また、Bipolar Spectrum Disorders を併存する病的ギャンブラーに対して、炭酸リチウムの投与が効果的であったとの報告もなされている。

・社会不安障害の併存について

人から注視されることへの恐れや、様々な不安などから他者との交流に著しいエネルギーを要し、癒しの場を求めてギャンブリングにのめり込む群と考えられる。これらの症状が改善しないことには、グループミーティングに継続的に参加することは困難である。うつ状態の評価と同様に、安易な処方最初から行うべきではないが、本人がギャンブリングの問題に向き合おうとする様子が確認できるのであれば、薬物療法により併存する精神症状を軽減することは、有益であると思われる。

・強迫性障害の併存について

Hollander らは、強迫性スペクトラム障害の概念を提唱し、繰り返される思考や行動とともに、SSRI による治療効果という共通性について

述べている。確かに、平成 20 年度の国内調査の際には、債務問題への不安などが強くなり、ギャンブリングによって得られる心地よさもあまり感じられなくなっているにも関わらず、ギャンブリングをし続けるのをやめることはできなかったと述べる人たちが見受けられた。

しかしながら、少なくとも当初は、病的ギャンブラーにとってギャンブリングは、“癒し”や“ストレス解消”として用いられていたことが多かったのではないかと推測され、ポジティブな報酬効果や快感から習慣化していくものを強迫性障害と同じ概念の中に位置づけることに対しては違和感も持たれる。また、平成 20 年度の調査においても、病的ギャンブリングに併存する強迫性障害の割合は 0.9%と低い値であった。

・アルコール関連問題の併存について

日本では、カジノこそ未だ合法化されていないが、その他のギャンブリングは様々な法律で合法化されている。会社などの組織の中で、いわゆる嗜みとしてギャンブリングをすることを推奨するような雰囲気を感じられることもあると考えられる。これは、アルコールについてもほぼ同様である。このような国内における文化的背景についての共通性のほか、生物学的研究領域において、脳内の報酬系に関連したギャンブリングとアルコールに共通した知見も得られている。ギャンブリングやアルコールに接する人の頻度が多くなれば、のめり込みの問題を引き起こす人の数も多くなると推測される。一般の人たちに向けた啓発は、今後もさらに進めていく必要がある。クロスアディクションの問題もあるため、治療や回復に向けた支援を行う際には、ギャンブリングを止めることだけを目指してはならず、他のアディクション問題についても理解が得られるように説明を行わなければならない。

DSM-5（ドラフト）では、病的ギャンブリングを嗜癖および関連障害（Addiction and

Related Disorders) に分類するという案が出されている。

・違法薬物関連問題の併存について

平成 20 年度の調査では、病的ギャンブリングと違法薬物との関連性については示されなかった。今後、新奇求性という観点から、違法とされているギャンブリング（年齢制限、高額なギャンブリング、裏カジノなど）を中心とした調査を実施できれば、何らかの関連性を見いだせる可能性はあると思われる。

・統合失調症の併存について

双極性感情障害の躁状態と同様に、陽性症状が活発な場合には、グループミーティングへの適応は困難であり、原疾患の治療が優先される。陰性症状が主体な場合の対応について、併存疾患を有することを前提としたグループミーティングなどの取り組みが国内でも試みられている。ミーティングの効能というよりも、社会的な孤立感を深めないサポートが重要であると考えられる。

・反社会性パーソナリティ障害の併存について

反社会的行為の一環として、破滅的なギャンブリングを行うケースが、治療や回復支援の対象として挙がってくることは稀と推測される。平成 20 年度の調査で示されたのは、国内における病的ギャンブリングと触法行為との関連性の高さおよび反社会性パーソナリティ障害との関連性の低さである。病的ギャンブリングの診断が該当した調査対象者の多くは、幼少期に大きな問題を持っておらず、ギャンブリングの問題が生じなければ、触法行為とは無縁の生活をしていただのではないかと推測される。

・広汎性発達障害の併存について

社会性、コミュニケーション能力、想像力の障害により、ミーティングで感情を表出するだけでは、著しく誤った方向に考えを進めてしま

うリスクがある一群である。SST や教育的アプローチなど、分かり易い形で目指すべき方向を示すことが、効果的な支援となると考えられる。社会的な孤立を深めないことも重要である。

・精神発達遅滞の併存について

ギャンブリングの問題に着目したアプローチを進めるよりも、地域の社会資源などを活用して、社会的な孤立を深めない支援を行うことが、問題の被害の軽減に結びつくと考えられる。

・衝動制御障害としての捉え方について

DSM-IV-TR では、病的ギャンブリングは、他のどこにも分類されない衝動制御の障害 (Impulse-Control Disorders Not Elsewhere Classified) に分類されている。病的ギャンブリングの他に、抜毛症や窃盗癖などが含まれる。Grant らは、病的ギャンブリングや窃盗癖、買い物依存、強迫的性行動に対し、オピオイド拮抗薬 (ナルトレキソン、ナルメフェン等) による治療を行っている。病的ギャンブリングについて、ナルトレキソンによる治療効果が得られたとの報告をしているが、その後の治験等ではよい結果が得られるには至っていない。オピオイド拮抗薬は、現在のところ国内では未承認であるが、今後導入がされる際には、その適応について十分な議論が必要であると思われる。

・高齢者への対応について

一口に高齢といっても、ギャンブリングの問題を引き起こす原因は多様であることが推測され、高齢者という括りだけで、単純に対応方針を決定することは不適切である。一般成人と同様に、併存する精神障害の有無について評価し対応を検討する必要がある。認知症の症状が著しい場合には、地域の社会資源などを活用して、社会的な孤立を深めない支援を行うことが、問題の被害の軽減に結びつくと考えられる。

・自殺念慮の評価について

自殺念慮を有するケースについては、併存する精神障害の有無について評価した上で、適切な対応を行う。ギャンブルが原因となり、二次的に生じている自殺念慮に対しては、安易に薬物療法をただらと行うのではなく、ギャンブルの問題への適切な対応について、速やかに理解してもらうことが必要と考えられる。そのためのプログラムの作成が、今後必要と思われる。

参考文献

1) 田中克俊：いわゆるギャンブル依存症の実態と地域ケアの促進，厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業，平成 20 年度分担研究報告書

2) 佐藤拓、宮岡等：病的ギャンブル（いわゆるギャンブル依存）の概念とその回復支援について，精神科治療学，25（5）：615-619，2010

6. 河本泰信 岡山県精神科医療センター

病的ギャンブルの下位分類の重要性について

病的ギャンブルは、DSM や ICD などの疾患分類で診断基準が定められている。しかしながら、その本態をどのような疾患単位とするべきであるかということについては、未だ議論があり、仮説のレベルを出ていない。また、病的ギャンブラーは、債務問題をはじめとした様々なトラブルを引き起こし、破滅に向かい進行していくケースが多く見られる一方で、自然回復率が 3 ～ 6 割に及ぶ、すなわち episodic-remitting であるという報告もみられる。病的ギャンブルは、いくつかの異なった病態を「ギャンブルへののめり込み」という観点から集めた症候群であると考えら

れ、下位分類を行ったうえで、適切な方針を立てて対応する必要があると思われる。

New Oxford Textbook では、次のような分類がなされている。①Subcultural gambling（職業的ギャンブラーを含め、社会的に容認された過度のギャンブル）②Impulsive gambling（耐性、渴望などの嗜癖行動症状を伴う、コントロール喪失による過度のギャンブル）③Neurotic gambling（情動の不安定を原因としての過度のギャンブル。婚姻関係の破綻などが多い）④Symptomatic gambling（うつ病などの精神疾患及び薬物使用の経過中に生じた過度のギャンブル。二次性病的ギャンブル）⑤Psychopathic gambling（反社会性人格障害に伴う種々の行動障害の一つとして過度の賭博行為）この中で、①、③、④、⑤については、ギャンブルに対する直接的な治療アプローチを行わずとも自然回復に至る可能性があると考えられる。

筆者は、以前より Bernardo Dell' Osso らの報告に着目し、病的ギャンブルを 1. 気分障害型（明らかな躁うつ病の診断基準は満たさないものの、sub-clinical な気分変動がギャンブルの勝ち負けに一致せず生じる）、2. 衝動型（頻度は少ないが、パーソナリティ障害や抗パーキンソン薬の副作用による場合がある）、3. 強迫型（勝ち負けへのこだわりが目立ち発達障害をベースにしていることが多い。ネットゲームなどインターネット依存にも移行しやすいタイプである）、4. 嗜癖型（病的ギャンブルの中核群である）の 4 型に分けて治療方針を立てることを推奨してきた。特に病的ギャンブルの中核群である嗜癖型については、今後医学的にさらなる下位分類を検討していく必要があると思われる。

病的ギャンブルの治療を行う際には、疾患の仮説的であり治癒は不能であること、すなわち医療的アプローチは不完全であるという限界を伝えることが前提となる。このことを伝えることにより、家族の過度な期待や本人の疾

患を理由としたギャンブリングの正当化を防ぐことが出来る。また、回復支援に関わる者に求められる「等身大の自己受容」を示すこともできる。

病的ギャンブリングの診断は、本人に「今、ここでギャンブリングを止めたい」という意欲があることを確認してから伝えることが重要である。診断は本人にとって苦痛の緩和でなければならず、それ以外のタイミングでは排除のためのレッテル貼りや病気だからギャンブリングをするという理由付けをされてしまうため、反治療的である。

初期介入のポイントは、指導的、教育的対応をしないことである。これまでの経緯から、周囲からは非難をされ続けてきて防衛的になっているため、「止める」という意欲が表明できない場合が多い。逆に、ギャンブリングの魅力を積極的に聞くようにして、「そんなに素晴らしいものなら、止めるのは難しいよね」としみじみと伝えると、「本当は止めたいこともある」とぼそっと話してくれる。このタイミングで、病的ギャンブリングの渴望のコントロールは意思の力（医学的方法も含め）では困難であることの無念さを共感する。本人と治療者が同質の絶望を共有することにより、診断行為を単なるラベリングにしてしまうことが防がれる。

Bernardo Dell' Osso らの分類ごとへの対応は次の通りである。気分障害型については、ギャンブリングの勝ち負けに一致しない気分変動のエピソードを見落とさないようにすることが大切である。気分安定薬などの薬物療法の併用が考慮される。衝動型のパーソナリティによる影響が強いと考えられるケースについては、効果は乏しいが薬物療法も考慮してみる。強迫型は、社会集団からの疎外に対する対処行動としてのギャンブリングであることが多いので代替集団への導入が大切である。嗜癖型については、自己洞察的アプローチが主体となる。外来診察で診断を伝えた後に、「回復の物語を信じることを提案する。スムーズに相互援助

グループに参加してゆけば、定期受診で「無力」「素直さ」をチェックしつつ、半年程度で治療終結とする。「自らにはギャンブリングの問題はない」もしくは「自分はギャンブリングをやめさえすればすべてうまくいく」といった否認やギャンブリングへの渴望が激しい場合などは、入院プログラムを薦めている。私が所属する岡山県精神科医療センターでは、認知行動療法と内観療法を取り入れたプログラムを導入している。

参考文献

1) 河本泰信：初期診断から洞察的精神療法へ。精神科治療学，24（増刊号）：300-301，2009

7. 森山成彬 通谷メンタルクリニック

病的ギャンブリングの疾患概念と治療

I. 病的ギャンブリングの疾患概念

ヒトの脳の神経回路には、報酬に対して活動する部位があり、そこではドーパミン作動性神経系が重要な役割を担っている。このとき報酬となるのは金品や食物など具体的な物の他にも、他人の評価や快感、地位などの抽象的なものがある。この脳内報酬系では、通常、利益よりも損失の方が有意に働くと考えていい。失敗や大損したことに対しては、もはや金輪際それにつながる行為を起こそうとしない。たとえ多少の利益が見込まれるにしても、である。しかし、病的ギャンブラーになると、この比重が逆転する。大損しても、稀であったはずの利益をいつまでも過大評価する方向で脳内報酬系が働く。いわゆるブレーキがかからない状態が形成される。

このように脳内報酬系を逆転させるために、たいていのギャンブリングには趣向がこらされている。勝った際の高揚感や恍惚感を高めるための工夫と、勝つためには何らかの知識や技

術が必要だと錯覚させる仕掛けである。また、ニアミス、ニアウィンという巧妙な仕掛けもみられる。AAAが当たりのとき、AABやABAが出ると、誰でも「当たり損ねた」と考える。実際はAABもACBも、はずれにおいては何ら変わらないのである。

病的ギャンブラーの脳内では、ドーパミンが過剰に働いているという従来の知見について、思いがけない分野から傍証がなされている。

「ドーパミン作動薬で治療されたパーキンソン病の患者に、突然病的ギャンブリングが惹起された」という神経内科からの報告が相次いだのである。パーキンソン病は、脳内のドーパミンが減少する疾患なので、脳内のドーパミンを補うために治療として作動薬を投与する。患者は、病気を治そうとして薬を過剰に飲む傾向があり、その挙句、それまで全くギャンブルに縁のなかった患者が、忽然としてギャンブル場に通いだす。同様な例は、同じようにドーパミン作動薬を投与されるむずむず脚症候群の患者にもみられている。つまり、ギャンブルという行為を反復することにより、脳内のドーパミン放出が自然に高まり、ドーパミンが統括する脳内報酬系に異常が生じ、他方で新奇探求性が増大するというわけである。

アルコール依存症は、アルコールという化学物質を繰り返し体内に入れる結果生じる。病的ギャンブリングは、化学物質こそ脳内に入れられないものの、嗜癖となった行為で脳内ドーパミンの過剰状態が生み出されると考えられる。

病的ギャンブリングに生物学的な変化が起こっているのは確実だとしても、診断に供するような指標はまだない。もっぱら心理・社会的な行動上の変化を質問紙で同定し、点数化する方法がとられている。この方法は、患者と家族を前にして非常に説得力がある。私が使っているのは、欧米での疫学調査上もっとも用いられている South Oaks Gambling Screen の邦訳である。5点以上を病的ギャンブリング、3~4点を問題ギャンブリングとみなす。私はさらに個

人的に、10点以上、12点以上、14点以上、16点以上と分類し、重症度の指標としている。そして患者に対し、「このまま治療を受けなければ、より深刻な状況に移行していきますよ」と追い討ちをかける。不治の病ではあるが、治療による回復は可能であるという断言が、治療の出発点になる。

II. 病的ギャンブリングの治療

外来通院

治療では、週1回以上の自助グループ参加と、月1回の通院を要する。外来通院は本人だけでも家族同伴でもよい。

診療時間は10分から15分である。前回の受診から、スリップ（ギャンブル再開）があったかどうかをたずねる。なければギャンブルをやめている期間が何ヶ月あるいはい何年何ヶ月になったかを確認する。自己新記録や記録更新については大いに賞賛する。次に自助グループ参加を確かめ、感想を聞く。新たな借金の有無、借金の返済がうまくいっているかどうかについても質問する。

収入の管理は本人以外がすることが大切である。数千円が手元にあるとギャンブル衝動に火がつくので、1日300円か500円渡すか、財布の中身がいつも千円以内になるようにしておく。携帯電話で、自分の行動をこまめに家族に知らせるのもスリップ防止になる。

家族の恨みや猜疑心は、患者が3年または5年ギャンブルをやめ続けていても続きがちである。患者はひたすら耐え続けなければならない、その忍耐を評価し苦勞をねぎらってあげることが大切である。また、仕事の具合や余暇の過ごし方を聞いておくと、患者の生活が具体的に把握できる。

最後に、スリップしそうになったかどうか、どうやってギャンブル衝動に対処したかを聞いて、診察を終える。これらのことは正直に話をしてもらうようにする。ギャンブルをやめ続けている患者が異口同音に述懐するのは、嘘を

つかないでいられる幸せである。

病的ギャンブリングの病理

入院治療

病的ギャンブリングの入院治療には、次のような利点がある。

ひとつ目は、自助グループへ参加をするための導入がやり易いという点である。院内の学集会やミーティング、また病的ギャンブラーのOBたちによる院外GAへの同伴。これらにより自助グループ通所への敷居は、確実に低くなる。こうしたOBには、患者の家族が相談し、助言を求めることも可能である。

二つ目は、離脱症状を入院によってのりきることができる点である。病院からは、物理的にギャンブル場に足を運ぶことは困難となっており、毎日のプログラムをこなすことでひと月ふた月の間に、離脱症状は徐々に解消していく。

三つ目は、負債問題についてもどのような解決策があるのか、じっくりと時間をかけて考えることができる点である。

おわりに

わが国では、至る所でゲームセンターが花盛りであり、青少年たちは子どもの頃からギャンブル場に対する親近感を育成されている観がある。

こうした弊害や予防の必要性を訴える好位置にあるのは、精神科医をおいて他にはなく、まずは精神医療の内部で病的ギャンブリングに関する認識が広まらなければならない。

参考文献

- 1) 森山成彬：外来クリニックでのギャンブル嗜癖の治療．精神療法，33（6）：706-711，2007
- 2) 森山成彬：ギャンブル依存外来．精神科治療学，23（9）：1071-1077，2008

8. 赤木健利 桜が丘病院

こんな人が病的ギャンブリングになりやすいのではないかといういくつかの説がある。例えば、小さい頃にくりかえされた心の傷つき体験つまりトラウマが嗜癖行動に駆り立てる要因になっている、という考えもそのひとつである。幼い頃に適切な養育を受けられなかったひとたち、つまり、虐待されて育った子（ネグレクトも含む）、厳しすぎる躰けを受けて育った子、過保護過干渉な親の下で育った子などは、根っこに見捨てられ不安を抱えており、自己肯定感やセルフケアの能力が育ち難く、その結果人生の壁にぶつかったとき、適切に自分を守りながら物事を処理することができない。そして挫折を繰返すうちに不安や空虚感が自分の内面を覆うようになり、自己評価を下げていく。と、同時に低い自己評価の反動化として歪んだ自己愛を肥大化させていく。歪んだ自己愛というのは自分を高く見せようとするなりふりかまわない努力に特徴づけられる（いつも他人の賞賛を求める、他人からの批判に激怒する）、いわばつっぱりの感情や行動である。「低い自己評価と高いプライド」というふうに評される人たちは両極端の不安定な自己像のために充実した安定感をもつことが難しく、「虚しさを埋めてくれる何かに嗜癖する」ことでギリギリの安定を保とうとする、と考えられる。このような心理的背景をもったひとが、ギャンブリングや買い物の魅力に嵌められ、多重債務に陥っていきと考えられる。

次に、病的ギャンブリングがどのように進行していくのかを検討する。

1) 素因（脆弱性）

かつて幼いころ親などに「楽しいもの」と教えられたり、賭け事を楽しんだ経験があると、子ども心に潜在的に憧れを抱く。ギャンブリング以外にも、勉学競争やスポーツに駆り立てられ、ゲームなどに夢中になるうちに、勝ち負けのスリルへの異常な関心を抱くようになる。こ

これらの子ども時代の経験が将来ギャンブリ
グへ耽溺する伏線になっていく。

2) はじまりは、快樂、好奇心、遊びなど軽い
気持ちである。

3) 次に依存が深まる要素をあげる。

(1) 快感 ビギナーズラックなど大勝ちの
経験。大勝のときにドーパミン過剰分泌による
A10神経系の過剰興奮がおこり、この快感を
くりかえし求めることから依存へと向かう。そ
のうちに負けがこむとさらに依存が促進され
ます。つまり、不快の回避という快感です。「負
け」からの解放、その他のストレス回避のため
に嗜癖する、この嗜癖は苦しみを取り除くいわ
ば「薬」として本人に「必要欠くべからざるも
の」になってしまい、やめることが難しくなる
要因になってしまうわけである。

(2) 習慣化 「学習された条件行動」は習慣
化し、修正がききにくくなる。ある条件が生じ
ても我慢していると空虚感やイライラ不安感
に襲われて苦しむことになり、やめられなくな
る。

(3) 価値観の逆転 ストレス解消の手段にす
ぎなかつたギャンブリグが、生活の中心にな
り、仕事や家庭はギャンブリグをするための
手段になってしまう。つまり、価値観の逆転を
生じ、これを合理化するために様々の認知の歪
みを生じてくることとなる。

(4) 認知の歪みが人格の変化をきたす。人格
が分割され、いわば「正常人格」と「ギャン
ブリグ人格」がそれぞれ独立した人格を形成し、
統合されなくなり、二重人格化する。「ギャン
ブリグモードの自分」と「ギャンブリグをや
めて良い人生を送りたいと思っている自分」
の乖離(分裂)が起こり、ギャンブリグのス
イッチが入ると人生観も価値観も感情も認知
行動もすっかりギャンブリグモードになっ
て暴走しはじめるのです。そして負けてハッと
我に返ったとき『自分はなんて馬鹿なことをし
てかしたのだろう』と悔やみ自殺を考えたりす
る。困り果ててギャンブルを止めたいというモ

ードの人格状態のときに医療に相談に来て適
切な心理教育を受けると治療効果が得られる。

(5) 欲求充足の原則とは、依存が進行すると、
次第に「より大きな刺激がないと感動を感じな
くなる」という現象である。より大きな刺激と
は、アルコールでは、酒量が増えるということ
であり、ギャンブリグや買い物では、より大
金をつぎ込むということですから、結果として
被害はどんどん大きくなるということとなる。

(6) 治療的介入を行う上で重要な概念があり
ます。それは、行き詰って壁にぶつかり、依
存が続けられなくなった人に、依存を続けられ
ような有害な世話をする人、つまり、依存継続
を可能にする人の存在である。これらのひとた
ちをイネイブラーと呼ぶ。ギャンブルを例にと
ると、元手つまりお金がなくなるとギャンブリ
グはできなくなるわけであるが、ギャンブリ
グを続ける資金を提供する人や組織は、病的
ギャンブリグを進行させる。ギャンブリグ
を可能にするひとをイネイブラーと呼ぶ。資金
提供者は、実は本人の回復をいちばん真剣に願
っている家族である。本人が苦しんでいるとき、
この苦しみを治療につなげることが治療の唯
一のチャンスなのに、家族は目先の世間体や金
融機関からの攻撃に負けて、本人のかわりに支
払ってしまう。本人は一時的に恐縮してギャン
ブリグをやめることがあるが、その期間はせい
ぜい3ヶ月くらいである。3ヶ月で罪の償い
を終えたと感じる依存症者は、おそろおそろギ
ャンブリグに手を染め始める。ギャンブリ
グの欲求は軽いものではなく、本人の抑制喪失
も家族が期待するほど軽いものではない。家族
が依存症の進行に手を貸している、という事実
を理解し、治療の重要なテーマにすることがポ
イントとなる。

ギャンブル依存症の治療と回復

(1) 家族がすべきこととしてはならないこ
と

依存症は病識をもちにくい「否認の病気」であるため、病的ギャンブラーが自ら治療を求めてくることは期待できない。たいてい治療は身近な人の相談からはじまる。そこで介入はまず家族介入から、ということになる。

まず第一に相談に来るのは、お金を提供してきたイネイブラーが、イネイブリングに行き詰って相談にくることが多いわけであるが、この第一来談者との治療同盟を結ぶことが決め手になる。うまく家族と協力関係が得られるとぐんと治療しやすくなる。相談に来た人に充分説明し、理解納得してもらう。そして、「家族がすべきこと、してはならないこと」をしっかりと理解してもらう。

◎家族がすべきこと

1) まず家族自身の財産を守る決意、家族自身の精神的安定をはかる。お金を自分のために使う、時間を自分のために使う、家族の会に出席する。

2) 金銭面の解決のために専門家に相談する。クレサラ問題はクレサラ被害を無くす会などに相談する。

3) 病的賭博は病気であり、病気の治療は専門の医師のもとに治療を進める、と考えること。

4) 本人の人格を尊重する態度をとる。

5) 本人の回復を信じる。

◎家族がしてはならないこと

1) 安易な金銭の提供、借金の肩代わり（尻拭い）。

2) 世間体を気にし過ぎて問題を隠したりしないこと。問題を隠しオープンにしないと一般に依存を進行させることになる。また、問題の本質を見誤ることになる。

3) 本人を責める、なじる、「死んでくれ」などと言って、尊厳を傷つける。

(2) 治療導入にむけての初期介入

家族が本人を治療に導入するためにできる作業としては、

1) 底をつかせる作業＝痛みを痛ませる作業

まず、金銭の提供や借金の肩代わりをやめる。本人の責任で解決するよう告げ、解決のための手続きの援助はする、治療を勧め、治療のための援助はすると告げておく。ほかは突き放す。

2) 治療を受けるよう勧める。効果的な勧め方を教える

①セリフ：「あなたは病気です。病気だから病院で治療を受けてください」

②説得のチャンス：「正気の本人」に働きかける。「賭博人格」に働きかけても効果はない、か逆効果

③家族の気持ちを真摯に伝える。議論はしない。感情的にならない。責めない、子ども扱い気遣い扱いしない

④シンクロナイズ説得法：同じセリフで多くのひとに説得してもらう。（親や妻の言うことがいちばん聞こうとしない（依存しているから）と教え、他の人たちの力を借りるよう勧める。

(3) 病的ギャンブラー本人への治療

本人が治療場面に登場したら、まず本人の悩み苦しみに共感する精神療法を行う。反省を迫る直面化の作業は共感的受容ができてからおこなう。この順番を間違えると本人の拒絶に遭い、治療にならない。

教育的治療はできるだけ集団で進めるほうがうまくいく。まず、本人への心理教育、つまり依症の医学的理解、ついで、自分自身の行動や感情や認知を自ら調べる認知療法を行い、今後の生活イメージを作成する。退院後の方針のなかには必ず治療継続と自助グループ出席を入れてもらう。さらに認知を深めるための内観療法を施行する。内観療法とはこれまで係った人たちについて、「その人にしてもらったこと、して返したこと、迷惑をかけたこと」について調べる。一日9時間7～10日間続ける。約1時間おきに指導者と面接し何を調べたが何がわかったかを述べる。自己評価を高める効果や誤解による生き方の誤りを修正することが可

能となる。

4) 回復

医療機関における治療だけでは不十分である。医療でやれることは本人の疾病理解を深める作業だけだからである。依存症は、いわば「生き方の病＝スピリチュアリティの病」である。したがって、生き方を変える作業を続けなければならない。それには、病院通院を継続して再発を予防し続けることと、人生における回復・成長を遂げるために自助グループに出席し続けることが必要である。

9. 西村直之

医療法人卯の会あらかきクリニック
特定非営利活動法人リカバリーサポート・
ネットワーク

病的ギャンブリングの疾病概念と 治療・回復支援

I. ギャンブリング問題への介入・治療の動向 について

我が国においては、最近までギャンブリングに関連する問題は、社会的問題行動として捉えられることが多く、問題を持つ人たちの中にアルコールや薬物依存症と類似する行動特徴が認められながらも、精神医学的な治療対象として位置付けられてこなかった。また、回復支援施設や相互援助グループなどの当事者による回復支援活動においても、アルコールや薬物関連問題に比べると、明らかに広がりが遅く、その数も少ない状況が続いていた。

この10年ほどの間に、ギャンブリング関連問題への関心が高まりつつあり、様々なところで“ギャンブル依存症”という用語を目に、耳にすることが多くなってきた。2000年に日本で初めての当事者主導型のギャンブリング問題回復支援施設ワンデーポートの開設後、いくつかの回復支援施設が設立され始めている。また、

相互援助グループ GA (Gamblers Anonymous) や Gam-Anon が、全国に広がり急速に数を増やしている。ギャンブリング関連問題を扱う医療機関や民間の相談機関も、少しずつ増えてきている。これらの活動が、医療・福祉領域の情報網やメディアで取り上げられ、さらに関心が高まるという流れになってきている。

この動向の背景には、①アルコールや薬物などの依存症治療を行ってきた医療機関が、中毒モデルからアディクションモデルへの転換期を終え、物質依存以外の依存関連問題(または依存類似問題)にも関心を向け始めたこと②多重債務問題や子どもの車内放置事故死などの社会問題とギャンブリング(特にパチンコ)がメディアに取り上げられ、社会問題化し、注目されてきたこと③自殺対策の国家的取り組みにおいて、多重債務問題と関連するギャンブリング問題に医療のみならず司法書士など法律関係者が着目し始めたこと④具体性を帯びてきたカジノ議論の中で“ギャンブル依存症”対策が必須条件として注目されてきたこと⑤アルコールや薬物関連問題の回復支援施設の一部が、障害者自立支援法の改正後にギャンブリングの問題を持つ人を受け入れ始めたことなどがあると思われる。

介入や支援の体制が皆無に近かったギャンブリング関連問題に、多方面方から関心が向けられ、対策の必要性が社会的にも医学的にも認識されてきたことは、重要な第一歩である。しかしながら、多方面から急速に関心が向けられるようになったことで、ギャンブリング関連問題を議論していくうえで必要な用語、定義、理論、科学的根拠など全ての領域において、我が国では不足または欠落している状況が浮かび上がってきている。それぞれの立場によって様々な用語が用いられ、その定義も異なり、統一的な視点に立った議論は深まらず、混沌とした状況が続いている。

科学的根拠や有用性の高い理論的背景を踏まえた用語とその定義は、今後のギャンブリング関連問題への有用な介入や対策を構築していくには不可欠だと考えている。

II. ギャンブリング関連問題の呼称を定義する意義

ギャンブリング関連問題に関する呼称については、永らく世界的にも様々な研究者や関係者によって様々な用語が用いられてきた。DSM-IIIとSOGS(South Oaks Gambling Screen)の開発によって、Pathological gambling (病的ギャンブリング) およびProblem gambling (問題ギャンブリング) の用語が研究者の間で、一般化することとなった。

現在、ギャンブリング関連問題に関する医学的に定義された用語はICDおよびDSMの分類上のPathological gamblingのみであり、分類上はICD-10「習慣および衝動の障害」、DSM-IV「特定不能の衝動統制の障害」のカテゴリーに入っている。DSM-Vの試案では、behavioral addiction (行動依存) として、addiction 関連障害という新たなカテゴリーで再定義されようとしている。これらの位置づけに対しては、様々な議論が続いており、今後も議論と見直しが繰り返されると考えられる。

医学領域の研究者においては一定のコンセンサスを得たPathological gamblingの用語も、その後の社会学や法学などの研究の広がりや予防に視点を置いた公衆衛生領域の研究や対策の中で議論され、批判をも受けている。そのため、医学的な重症度とは必ずしも関係せず、立場の違いによる影響が少なく、中立的な用語としてProblem gamblingが、Pathological gamblingをも包括する形で使用されることが多くなっている。

アルコール関連問題の研究や対策において、“アルコール依存症”という疾患群が主な研究対象であった間は、医学診断上の“依存症”がアルコール関連問題を代表する特徴であり、その対策や治療法がアルコール関連問題の中核をなしてきた。より早期の予防や介入に視点が移り、それらを可能とする理論や技法が開発されるにつれ、アルコール関連問題の中心は、古典的な“アルコール依存症”からHarmful user (すでに多量飲酒で有害な問題が生じている飲酒者) へ、hazardous user (さらに多量に飲酒によって健康被害を来す可能性がある飲酒

者) へと移行しつつある。生活習慣の問題レベルでの介入によって、将来的な危険を防ぐ二次予防が重視されている。この背景には、アルコール依存症を有していても、医学的診断・治療につながる率は極めて低く、医学的診断としてのアルコール依存症か否かを弁別するよりも、多量飲酒者に対する二次予防に有用性が高い共通用語と概念化のニーズが高まってきたことがある。「多量飲酒者」という用語もその一つである(日本では、1日60g以上のアルコール摂取者と定義)。アルコール関連問題の研究においては、“アルコール依存症”という狭い領域ではなく、乱用や精神病性障害を含むアルコール使用障害の用語を用い、対象を広く設定した論文が多くなっている。

ギャンブリング関連問題に関しても、世界的にはアルコール関連問題と同様の流れの中にある。多くの研究者は、対象をPathological gamblingに特化せず、ギャンブリング関連問題の調査・研究対象をProblem gamblingに設定し、議論を重ねている。さらには、より早期の介入を目的とし疫学調査などでat-risk gambler (危険なギャンブラー)、Impaired gambler (不健康なギャンブラー)、aberrant gambler (逸脱したギャンブラー)、Disordered gambler (障害のあるギャンブラー) などの用語および概念が用いられている。

ギャンブリング関連問題では、①金銭的な問題がなければ表面化しにくい②物質依存のように使用による精神および行動の明確な変化が把握されにくい③離脱症状が明確ではない④ギャンブリング行為では、直接的な影響による脳の器質的変化や身体の障害が生じない⑤経済的背景など個人の生活状況によって、問題であるか否かが大きく異なるなどの要因がある。これらの要因によって、SOGSなどの評価基準は、問題の存在の把握にとっては有用であるけれども、その評価点によって、病的と問題のレベルを弁別しても現実的な対策としてはあまり意義を持たないという考え方をする研究者が多いためであろう。

かつて海外の当事者活動で用いられた強迫的ギャンブラーという呼称は、強迫性障害や強

迫性人格障害との混同を避けるために研究者や援助職者の間では、あまり使用されなくなっている。

我が国においては、メディアや社会一般ではギャンブル中毒、以前よりアルコール・薬物依存治療に関わってきた人たちやその周辺の人たちは、ギャンブル依存症という用語を使用することが多い。これらは、社会や精神医学的な従来の・慣習的な呼称であり、医学的な定義や明確な根拠があるものではない。当然ながら、諸外国の研究者たちが行ってきたような、取捨選択を重ねた結果に残った用語ではない。

Pathological gamblingの邦訳は、病的賭博であり、諸外国の研究者たちが対象とする

“gambling”と日本語の持つ“賭博”が意味するところの相違さえも議論されていない。わが国では、賭博は法律用語であり、明らかな刑法上の触法行為である。賭博者という偏見や道德概念と近い呼称を医学的に使用することの是非からまずは見直されるべきであろう。この点においては、DSM分類の改定において、病名変更がなされれば、おのずと訳語も変更され、賭博の用語は消滅するかもしれない。しかしながら、医学および疫学調査に用いるうえで

Bolen, D. W. & Boyd, W. H. が行ったようなgambleまたはgamblingの定義と邦訳が、早急に議論され標準化されなければならないことにおいては変わらない。

さらに言えば、北米を中心とした諸外国での1980年代前半までのアディクション治療産業の急激な社会的広がり、1980年代後半からのこれらのアディクション治療産業に対する経済的・思想的・文化的反動、1990年代のアディクション治療の再検討という一連の流れと、一方でカジノやロトリーなどギャンブル産業の拡大・成長に伴うリスクマネジメントとしてのギャンブル関連問題対応ビジネスの拡大といった社会的要因が加わり、世界的にはアディクション概念そのものが変化を続けている。日本のアディクション治療産業は、1980年代に輸入したその当時のアディクション概念からさしたる進化を遂げておらず、日本の“アディクション”と諸外国の研究者が用いる

“addiction”が乖離している現実を踏まえて考える時が来ている。アディクション=依存症という訳も、依存的行動を安易に依存症と呼ぶことは、概念の混乱をもたらすだけで避けるべきであろう。

Ⅲ. 病的ギャンブル/問題ギャンブルは疾病か？

病的ギャンブルを含む問題ギャンブルは、単一の疾患であるかについては様々な仮説が提示されている。また、アディクション、衝動統制障害、強迫性障害、さらには発達障害などとの類似・共通点について議論が行われてきている。

現在、諸外国の研究者の間では、問題ギャンブラーは、統一の集団ではなく、異なった特徴を持つサブタイプの複合集団であるという考え方が一般的である。これらの考え方は、Custer&Milt(1985)の *Action gambler/Relief gambler*、Blaszcznski (1996)の統合モデル(3つの経路 ノーマル群/心理学的に脆弱性がある群/衝動的傾向がある群)などに代表される。また、Hodgins, D は、問題ギャンブラーであれ病的ギャンブラーであれ、自然回復や適切な介入によってギャンブル行動がコントロールできるようになる可能性について述べ、従来のアディクション・モデル(直線的な不可逆モデル)が想定してきた経過および介入戦略とは異なった、介入・支援の在り方を提唱している。筆者も、問題ギャンブラーは、単一の疾患ではなく、アディクションと類似した行動特徴を持つ複数のサブタイプの複合体だと考えている。個人のギャンブル行為との親和性が前提にあり、親和性が病的状態に発展する要因および経路は、多岐にわたる。経路の異なりは疾患の異なりと捉え、介入戦略を立てるほうがより効果的な結果につながると考えている。

諸外国の報告では、問題ギャンブラーに薬物やアルコール関連障害の重複が多数報告されている。我が国のいくつかの疫学調査では、諸外国とはかなり異なった結果となっている。医療管理レベルでの報告では重複例が多いものの、施設調査や電話相談機関の調査では、アル

コール・薬物関連問題を重複しているケースは少ない。我が国では、問題ギャンブラーの多くが、パチンコという日本固有の遊技を対象としており、日常娯楽の延長線上にあるギャンブリングという点で諸外国のギャンブリングの様式とは大きく異なっていることが一因だと考えている。どのようなギャンブリングに、誰がどのように参加するかは、宗教・道徳などの個人の人格形成に関わる文化的差異が大きく、集団の特徴に強い影響を与えており、調査対象の人種や地域によって、問題ギャンブラーは異なった特徴を有していると思われる。

前述のワンデーポートでは、問題ギャンブリングの背景に、発達障害や軽度知的障害を持っている人が多いことに着目し、プログラムを多様化させている。中村努施設長は、ワンデーポート利用者に広汎性発達障害との親和性が強いことを指摘しているが、諸外国の報告では広汎性発達障害との親和性についての報告はほとんどなく、ADHDとの関連がいくつか報告されている程度である。このことは、問題ギャンブリングとして極めて類似した依存行動の様式を呈していても、その背景病理や神経学的な基礎的問題(一次障害)が全く異なる集団(サブタイプ)が存在しているという考え方を支持するものと考えている。

問題ギャンブリングと他の精神障害との合併についての考え方も、アルコールや薬物などの物質使用障害とは切り離して考えるべきであろう。合併する精神障害に対しては、Schuckit(2006)の4型分類が役立つと思われる。物質使用障害においては、合併する精神障害が何であれ、まずは物質の摂取を可能な限り減量するか、完全に止めることが治療上必要となる。その点において物質使用障害における断酒/断薬、それに伴う離脱管理は、介入・治療戦略において優先的な位置づけを保有している。しかしながら、問題ギャンブラーにおいては、基礎にある精神医学的問題(どのようなレベルであっても)への適切な介入を行うことで、ギャンブリング行為が減少または中止することが数多く報告されている。我が国のように、日常娯楽の延長線上にある逃避傾向の強いギャンブ

ラーでは、よりこの傾向が強い印象を持っている。

「病的ギャンブルは不当に医療化されている社会的行動である」という刑法学者との議論に対して、問題ギャンブラーのサブタイプと、重複する障害のパターンを同定することで、医療化の適正が図れるのではないだろうか。

IV. 病的ギャンブリング/問題ギャンブリングの回復支援と治療について

1) ギャンブリング完全な禁止か、コントロールか

問題ギャンブリングの介入にあたっては、予防段階から治療抵抗性の病的ギャンブラーまで、連続した介入モデルが準備されるべきだと考えている。問題ギャンブリングの成因を統合モデルで捉えると、その介入や治療もまた統合的に行われる必要がある。しかし、多くの研究が行われ個々の介入・治療の成果が発表され、それぞれにある程度の有効性が確認されているものの、連続性を持った介入・治療の枠組みを構成し提示するには、いずれも十分なものではない。

諸外国では、アディクション治療領域における認知療法や認知行動療法の導入と広がり、古典的なアディクションモデル(解毒および当事者活動参加への導入)で停滞していた医学的治療の役割を再認識させる役割を果たすこととなった。さらには、これらの療法を骨格とした様々な治療法が開発・提供され、その適応や効果について議論が重ねられている。残念ながら、我が国のアディクション治療機関における認知療法や認知行動療法の実施は、保険診療上の問題などもあり、プログラムの構成、質、規模において治療法として一般化しているとは言い難い状況が続いている。

注目すべきことは、認知行動療法を含む様々な問題ギャンブリングの治療方法の評価において、*Natural recovery*(自然回復)と*self-change*(自己変化)、さらに*minimal treatment*(最小治療)などの実態と有効性が浮かび上がってきたことである。興味深いことに、DSM-IVやSOGSで病的ギャンブリングを満たす

レベルにあった人たちも含めかなりの割合が、自己変化や最小治療によって、問題ない状態に変化（回復）していることが報告されている。

世界の動向を見ると、アルコール医療においては、従来医療化されるアルコール依存症者は重篤化した一部の人たちに過ぎないことから、1980年代以降はWHOの主導により、より早期に多量飲酒者に介入するBrief Intervention（以下BI）が導入され、数多くの研究によって有効性が実証されている。BIは、動機づけ面接法などを用いた簡便にプログラム化された節酒指導である。これ以前のアルコール依存症の治療においては、断酒が最終的な治療目標とされ、いかに断酒に導くかがプログラムの中心となってきた。また1980年代までには、治療目標の断酒・節酒議論においては、断酒必要論でほぼ決着していたため、それ以前から活動するアディクション治療組織や機関は、その後も完全な断酒を目標としてプログラムを構築しているところが主流である。

この二つの流れは、一見対立しているように見えるが、かつての断酒/節酒議論の対立とは全く異なった意義を持っている。BIが主な介入対象としているのは、精神医学的介入には繋がりにくい段階の“問題ある”または“健康を害する危険性が高い”飲酒者であり、介入によって適度で安全な飲酒パターンに戻ることが期待できる群である。それに対し、断酒を要求するプログラムを提供してきた医療機関や回復支援施設などは、既に飲酒によって心身に深刻な問題が生じているか、他のアディクションや精神障害を合併している重複例などのより重篤な問題飲酒者を対象としている。つまりは、飲酒行動のコントロール能力の回復を認める介入とコントロール喪失を前提にした介入という異なる方向性は、対象者の違いによるところが大きい。社会全般の疾病認識が広がり、より早期の介入に対する需要が高まる流れの中で、これら是对立する概念ではなく、連続した介入戦略として統合されはじめている。アルコール使用障害の自然回復率はどの程度であるのか、節酒可能な群と断酒が必要な群との違いは何か、どのような段階でどのような介入法が

有効なのかなどが検討されてきている。

これらのアルコール関連問題介入の統合的な動向と、ギャンブリング関連問題介入の介入理論の発展とは無関係ではない。1990年代末からギャンブリング問題介入方法の有効性を検討した報告が発表されはじめ、その結果はギャンブリング関連問題に対しても、アルコール関連問題と同じように、より早期の、つまりはギャンブリング行動の自己コントロールの回復に焦点を当てた介入から、コントロール不能な状態に陥っているギャンブラーの行動修正に至るまでの連続的で、段階的な統合的な介入モデルが提唱され、既にその理論に基づいていくつかの国や地域で介入サービスが構築され、実際にサービスが提供されている。Hodgins. D や Breslin. F らの Stepped-care model (approach) (Breslin. F らは、問題飲酒者に対するモデルを提唱) は、その代表的な例である。我が国のギャンブリング関連問題の介入理論の構築にあたっては、古典的なアディクションモデルにとらわれず、自然回復の可能性からコントロール喪失群のギャンブリング行動中断の維持支援に至るまで、統合的で柔軟な対策を準備し、連結させていくべきである。

2) 望ましいギャンブリング関連問題介入支援システムとは

ギャンブリング関連問題の回復支援は、回復支援に当たる機関や人の専門的位置づけによって二つに分けて考えることができる。

一つ目は、フォーマルな支援（専門的知識を持ったプロフェッショナルな援助機関または援助職者によって提供される）であり、他方は、家族や友人、相互援助グループ、宗教などのインフォーマルな支援（問題に対する経験的知識は有するが、専門的知識を持ったプロフェッショナルな援助機関または援助職者ではない個人や団体によって提供される）である。

この二つ支援形態について、どのような内容を持ち、どのように展開することが望ましいかについて意見を提示したい。

フォーマルな支援は、構造化され、様々な要望に対応できるように調整が可能でなければ

ならない。多様な要望に対応するためには、多機関の連携がなされるが、多機関の協働においても明確な志向性と戦略を有しておかねばならない。また、その効果と限界について、科学的な検証を受けて、適切に提供されなければならない。フォーマルな支援が有効に機能するためには、早期介入のアウトリーチの整備、評価および援助職者の知識および技能の標準化、適切なケアプランニングとそれを行うコーディネーターの整備、家族介入から滞在(入院/入所)プログラムに至る様々な問題レベルに対応できるプログラムと提供機関の整備などが必要である。

具体的には、予防啓発活動、Brief Intervention、電話相談やセルフ・ワークを組み合わせた簡易介入、社会内にいながら認知行動療法などのプログラム化された短期間～中期的な支援サービスの提供、より高度にいくつかのプログラムが組み合わされたプログラムの提供、短期間に集中的にプログラムを受けることができる滞在型サービスの提供、中～長期的な行動修正のための入所型プログラムの提供などが今後整備されていくことが望まれる。

これらのフォーマルなサービスは、それぞれのプロフェッショナルな援助機関によって直接提供されるものでなければならないことが、重要である。医療や相談機関が、独自のやり方でギャンブル問題の評価だけを行い、相互援助グループに紹介する程度のサービスは、フォーマルな支援と呼ぶにはふさわしくない。ギャンブル問題の評価や情報提供などは、医療が戦略的介入で担うべきサービスではない。背景病理やサブグループの同定、一次障害の診断・治療、医学的プログラムの提供などがなされるべきであろう。

問題ギャンブルは、医療と馴染みにくい領域での問題が多く、本来、これらの支援は、ケアマネージャーのような統合的なサービス・コーディネーターによって調整されることが適切ではないかと考えている。フォーマル支援の志向性の核となるのは、“生活支援”と“動機付け”であろう。ギャンブルは、心身への直接的な影響が表れにくいいため、本人にも家

族にも動機付けがされ難い傾向がある。恥やプライドから、金銭問題の多くは本人や家族によって第三者に相談されることは少ない。たとえ第三者に相談しても金銭問題が片付くと、本人・家族ともにその根本にある問題からは目をそらしてしまいがちである。ギャンブル問題のレベルと重症度が必ずしも比例しないことにも注意すべきである。社会的な生活基盤や互助的な人間関係が弱い人ほど、ギャンブル問題は早期に重篤化し、社会問題化しやすい傾向がある。そのため、問題解決志向の介入よりも、まずはギャンブル行為やギャンブル問題の背景要因によってバランスを崩した生活の安定化を支援することが優先的な課題である。生活の安定化を支援しつつ、問題を同定し、問題に対する認識を高め、問題解決への動機づけを行っていくことがその基礎になるであろう。

相互援助グループなどに代表されるインフォーマルな支援は、フォーマルな支援とは切り離して考えるべきである。アディクション関連の領域では、フォーマル支援を行う社会資源が未整備な状況では、インフォーマルな支援が代償的に発展する。その後、インフォーマルの社会資源に依存しながら、フォーマル支援が徐々に整備される。この経過の中で、フォーマル支援とインフォーマル支援が、依存関係を強めすぎると、双方の独自性は失われ、多様性を持ったプログラムの発展は行われなくなる。

インフォーマルな支援は、構造化される必要はなく、その効果についても第三者的な指標による客観的評価では測ることが難しい。経験的・主観的な信念やプログラムによる支援は、その自由な構造によって、問題の認識やその意味付けにおいても、多様な視点をもつことができる。未熟なフォーマル支援が、相互援助グループなどに活動支援という立場を使いつつ依存すれば、フォーマル支援の代償部分のみが強調され、インフォーマル支援は補完的な役割を担うサブ・フォーマル化することになる。一時的には、サブ・フォーマル化したインフォーマル支援組織のほうが、社会的に認知されやすく、利用者が増え、発展するものの、いずれフォー

マル支援組織となるか、インフォーマル支援の立場に回帰するか、衰退するかを選ばなければならない時が来ると思われる。フォーマル支援が、有効性が高いプログラムを独自に展開できこそ、構造化されたプログラムの限界は明確となり、インフォーマル支援が本来の存在価値を発揮するのである。Hodgins.D や Breslin.F らの Stepped-care model (approach) が、相互援助グループの有効性などインフォーマル支援の力を十分に理解しているがゆえに、モデルの構築にインフォーマル支援を組み込んでいない点は、高く評価できる。

V. まとめ

ギャンブリング関連問題のフォーマル支援は、まだ始まったばかりである。その実態も、介入方法もようやく研究がおこなわれ始めた段階である。諸外国にはるかに遅れて問題対策に取り組んでいる間にも、世界的には疾病分類の基本概念そのものが大きく変わろうとしている。確かなものが無いなかで、既存のシステムを利用しつつも、既存の慣習にとらわれない新たな時代の新たな支援の在り方を模索していくことが重要だと考えている。

本稿をまとめるにあたって、介入支援の枠組みの在り方について、貴重な視点と意見を提供していただいたリカバリーサポート・ネットワーク プログラム開発主任の内藤献氏に感謝いたします。

参考文献

- 1) Blaszczynski,A. (2010) Overcoming Compulsive Gambling
- 2) Bolen,D.W., Boyd,W.H. (1968). Gambling and the gambler
- 3) Bower, P. (2005) Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency The British Journal of Psychiatry 186: 11-17
- 4) Custer,R.L., Miltc, H. (1985) When Luck

Runs Out: Help for Compulsive Gamblers and Their Families

5) Hodgins, D. C., & Holub, A. (2007). Treatment of problem gambling., Research and measurement issues in gambling studies 372-391

6) Mccown,W.G., Howatt,W.A. (2007) Treating Gambling Problems

7) Schuckit,M.A. (2006) Comorbidity between substance use disorder and psychiatric conditions.,Addiction 101:76-88

8) 杠 岳文(2009) アルコール使用障害の治療 日本精神神経学会誌 111 : 875-8

II. 精神科医療機関におけるギャンブルの問題への対応に関する研究

A) 研究の背景

病的ギャンブラーのための相互援助(自助)グループが全国的に増加傾向にある中で、この問題に対する精神科医療領域での関心は低いのではないかと推測されている。しかしながら、国内の医療機関における病的ギャンブリングへの関わりについて、これまで大規模な調査は行われておらず、実態は明らかにされていない。病的ギャンブリングの治療や回復支援のあり方を検討する上で、この調査は必須である。今回われわれは、精神科病院における病的ギャンブリングの調査を全国規模で実施し、その結果について検討した。

B) 研究の目的

全国の精神科医療機関における病的ギャンブリングへの関わりについて、アンケート調査を実施することにより、国内の実態を明らかにするとともに今後の治療や回復支援を進めるための検討を行う。

C) 対象

全国の精神科病院 1205 施設。

D) 方法と手順

1) 研究方法

対象となる全国の精神科病院の医療相談室(依存問題担当者)にアンケート調査票を送付し、返信用封筒にて回収し検討する。

アンケート調査票の内容・ギャンブルの問題に関する過去における相談の有無

- ・ギャンブルの問題に関する診療や相談対応の有無
- ・ギャンブルの問題に関する関連機関への紹介の有無及び内容
- ・対応マニュアル等への協力の可能性について

2) 研究期間

登録研究期間：平成 23 年 2 月 1 日から 2 月末まで

(倫理面での配慮)

本研究は、北里大学医学部・病院倫理委員会において、付議不要の決定を受け行われた。