

むしろ少なく、多くの場合、必要な機能を持った他機関へ紹介することはやむを得ない。

本人は他機関で対応してもらった場合でも、家族への継続的支援や心理教育を必要とする事例は多い。このような場合は、センターの特定相談だけではなく、一般の来所相談を継続して支援を続けることが望ましい。このような事例は、個別相談の継続のみではなく、家族のための集団心理教育プログラムへの参加やオプションとしてのプログラムを勧奨することが望ましい。

#### (4) 対応（介入）の選択

##### ① 主な対応方法

###### 【相談対応】

- ・センター継続相談
- ・センター家族教育プログラム（家族教室）導入
- ・センター家族グループ紹介
- ・センター実施の再発防止教育プログラム導入（タマープなど）
- ・家族支援員への紹介

###### 【自助グループ紹介】

- ・ダルク紹介
- ・家族自助グループ紹介
- ・ダルク家族会（薬物依存症家族会）紹介
- ・NA ミーティング参加勧奨

###### 【医療対応】

- ・精神科受診（専門医療機関を含む）、入院の勧奨、紹介

###### 【司法取締の対応】

- ・警察への相談・自首の勧奨
- ・薬務課への相談

###### 【弁護士対応】

- ・訴訟や借金などの対応のため弁護士との相談を勧奨

##### ② 対応の選択の要点

対応には、多様な選択肢があるが、大きな区別は、本人や家族、その他の関係者の安全確保の面から、緊急対応が必要か否かであり、緊急性のある対応のなかでは、警察対応が必要なのか精神科治療が必要なのかの区別となる。

ア 緊急を要する代表的な状況について取り上げる。

- a 暴力や放火などの問題行動があるが、警察通報をためらっている場合。

- b 薬物使用のために大きな金銭的被害が家族に及んでいるが、本人は使用をやめず、家族も警察への通報をためらっている場合。
- c 薬物使用時・間欠期に関わらず、幻覚妄想、情動興奮等の精神症状のために、問題行動が顕著な場合。

#### 【警察対応】

精神症状の有無にかかわらず、刃物を持ったり、放火のおそれ、脅しなど、家族対応の限度を超えた事態では、ためらわずに警察通報するように指示する。

#### 【警察と医療対応】

精神症状があり、自傷他害のおそれがあれば、24条通報で対応する。

a、bの場合、治療する必要がある精神症状がなければ、警察への通報か薬務課への相談と弁護士などの法律家への相談を勧奨するとともに、家族の共依存的な心理を考慮したうえで、家族にはセンターやダルクで実施している家族会や心理教育プログラムへの導入が必要である。

#### 【医療対応】

cのように、精神症状が目立つ場合、あるいは、使用薬物を断薬した後、離脱症状の可能性のあるものや、もともと精神症状や身体合併症がある場合には、精神科の受診を勧奨する必要がある。

逮捕勾留によって、あるいは閉鎖病棟への入院によって初めて、違法薬物の使用をやめることができる事例は少なくない。しかし、依存症に関する知識や理解がない家族に、通報や入院の必要性を理解させるのには時間がかかることが多い。

本人の緊急対応の必要性にかかわらず、家族には継続的な心理教育が必要な場合が多い。

イ 緊急性は低いですが、本人や家族への断薬のための明確な指示とその後の継続的な支援が必要な状況について取り上げる。

d 使用頻度は低く、長期間気付かれずに使用してきた可能性がある事例で、家族が薬物使用の可能性を疑い始めたが対応が判らない場合。(このような事例に対する一定数のニーズは、常にあると推測される)

e 本人が現在受刑中で、出所後の対応について家族への助言や支援が必要な場合。

#### 【自助グループ対応】

dのような場合、使用の有無が明確ではない家族からの相談もある。

本当は決定的な証拠を確認していても、警察通報が必要な違法薬物であるがゆえに、相談窓口では明言しない場合もあり得る。このような場合は、ダルクへの相談や入所を勧奨することが有効であろう。

このような場合、家族にはまだ、通報の必要性の理解が乏しい場合が多く、家族に対する心理教育が重要となる。

また、本人に生活の破綻がなく精神症状もない場合には、否認の心理が強く、使用をやめる意思が乏しい場合も多い。本人への心理教育のために、まずは、ダルクへの紹介やNAミーティング参加の勧奨が考慮される。

ダルクへの相談や入所を拒否し薬物使用をやめる意志が全くない場合には、警察や薬務課への通報が必要となろう。

### 【自助グループ対応】

eのような事例への対応を保護観察所の指示を経て家族から相談されることがある。ダルクへの入所か、精神症状のある場合は精神科病院の医療対応が主な対応となろう。

## 2. 家族支援について

いずれの場合でも、家族への個別支援の継続と同時に、自助グループの家族会、センターなどで実施している家族への心理教育などへの導入が有効であると思われる。

### (1) 個別支援の役割

#### ① 病気を支える行動（＝イネイブリング）を知る

家族の多くが、薬物依存者が薬物を使い続けることを支えている人（病気を支えている人）＝イネイブラーになっている。この家族の行動をイネイブリングと言う。イネイブラーの行動により依存症者はますます自分の責任や役割を放棄し病気を進行させていくことになる。

依存症者自身は薬物のことで頭が一杯になり、家族は依存症者のことで頭が一杯になった状態になる。つねに心配し、世話を焼き、自分のエネルギーを相手のために使い果たし、「誰かに必要とされている自分」をつねに感じることを「共依存（コデペンデンシイ）」と呼ぶ。

#### ② イネイブリングをやめると起こること

##### ア 家族自身におこる変化

家族自身が今までの行動パターンを変え、イネイブリング行為（世話焼きや監視、干渉などの行為）をやめることとは、家族にとっては大変な勇気が必要であり、迷いながら対応している状況にある。長い目で見ることで家族が楽になっていくわけだが、支援者は、このときの家族のつらい思いを受け止め、支持していく関わりが家族や当事者の回復にとって重要である。

##### イ 薬物依存症者本人の変化

家族がイネイブリングをやめると当事者は、一時的に混乱したり、解放感を感じたり様々な心理状態を呈するが、結果的には現実にも目を向けることになる。

支援者は家族、本人の変化を見据え、長期的にみてどうすることが薬物依存症の回復に役立つかという基本をしっかりと守った対応法を支持、助言していくことが重要である。

## (2) 家族心理教育プログラム（センター家族教室）の役割

家族の回復を図るには、第一には、薬物依存症という病気について正確な知識と情報を得ておくことが重要である。正しい知識を持つことは回復への第一歩となる。薬物依存症という病気に巻き込まれてしまう家族の心理的な状況やその仕組みについて学び、自分の家族がいまどのような状態にあるのかを理解し、家族が共依存から脱却する教育的な内容が基本となる。第二として、同じ立場の家族との出会いを経験し、想いを共感しあうことで孤立から脱却することが必要となる。自らがそうしたいと思う行動を起こすために、安心した環境の中で、家族自身の気持ちを語り、受け止めてもらえる体験や、自分を軸とした人生を考える内容が効果的である。

## (3) センター家族グループの役割

2週間に1回など、定期的を開催することが望ましい。家族に本人との関係性に焦点を当て、あった出来事を振り返り、その時に感じた自分自身の気持ちを話してもらい、家族から出された話題を取り上げて意見交換をする。グループでは、分かち合いをし、気持ちを和らげるとともに、関わり方の方向性を確認する。また、他者と交流することで、家族自身の回復に改めて気づくことができ、自信につながる。

## (4) 家族自助グループへの発展

同じ病気や問題を持つもの同士が集まり、お互いに助け合いながら問題を克服していくことを目指した集団を「自助グループ」と呼ぶ。全国にはダルク家族会（薬物依存症家族会）やナラノンがある。グループでは、同じ立場の家族と正直に話（失敗談も成功談も）をし、気持ちの分かち合いをする。先行く仲間から回復の体験を聞き、自分の回復への希望とイメージを持つことができ、さらに活動を続けることで様々な人と出会い、自らもメッセージを伝え、回復への力にする。

## (5) 家族支援員について

厚労省の新規の事業である家族支援員は、配置が可能な精神保健福祉センターにおいて、依存症家族への相談支援、依存症回復施設への紹介や連絡・調整などの業務に携わるといふ。

## 3. タマープなどの薬物依存症再発防止教育プログラム

### **TAMA mental health and welfare center Relapse Prevention Program**

（多摩総合精神保健福祉センター アルコール・薬物依存症再発防止プログラム）

TAMARPP（タマープ）は、アメリカで有効性が確認されている覚せい剤依存症に対する総合的外来治療プログラム（マトリックスモデル）を多摩総合精神保健福祉センターで、日本の実情に沿った形に修正したプログラムである。

プログラムは8回1クールとして、ワークブックを用いた疾病教育・認知行動療法を主体とするセッションを実施している。スタッフ2名と隔週で回復者スタッフも参加し、スタッフがプログラム

の進行を担当し、認知行動療法などに基づく内容のテキストを利用して薬物摂取のきっかけになる出来事を見つめなおし、繰り返さないための対処法などを依存者に考えてもらう。薬物依存を「慢性的な病気」ととらえ、薬物を使わないことよりも、医療を含めた、長期にわたる支援介入の継続に重きを置いている。2012年10月現在、7か所のセンターで実施されているが、マトリックスモデルを用いたTAMARPPのような治療回復プログラムも、精神保健福祉センターにおいて可能な限り、実施が望ましい。

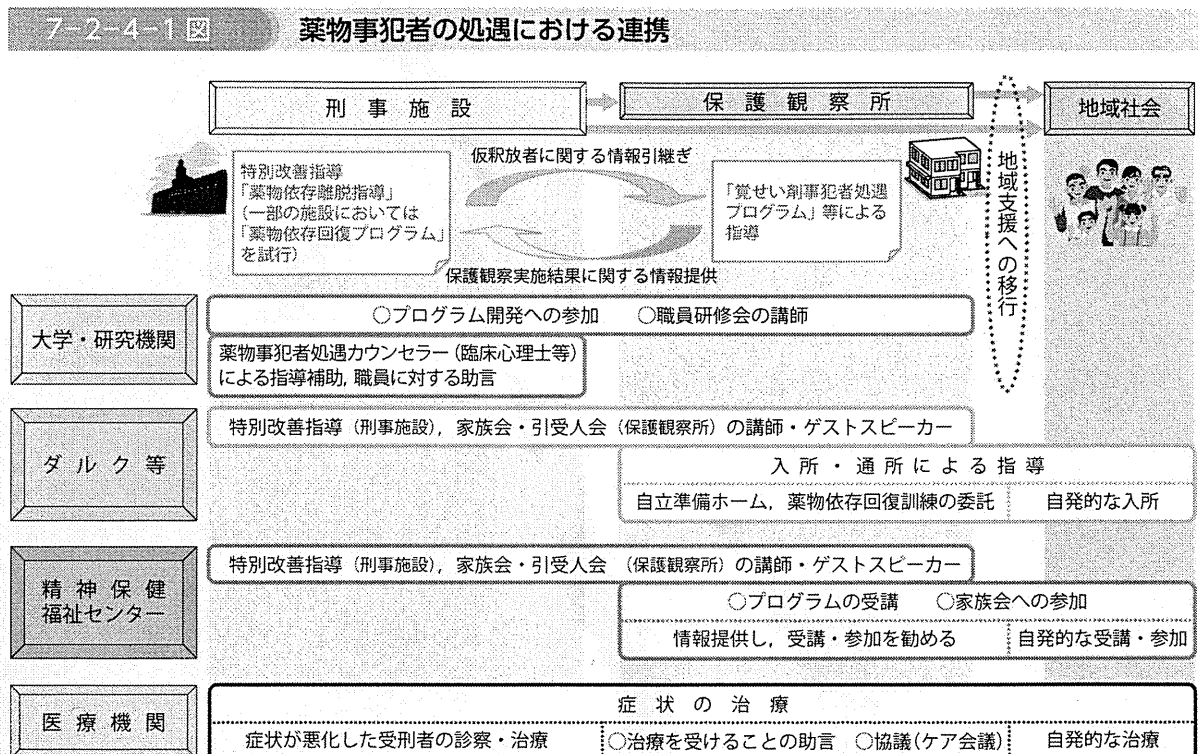
コラム；刑務所出所者への支援

薬物依存症患者が急増し、精神科医療に対するニーズは高まっているが、専門の医療施設は全国で10カ所程度と20年前と残念ながら、ほとんど変わっていない。

薬物依存症といえば、かつては覚せい剤などの使用による患者が多かったが、近年は脱法ドラッグの蔓延に伴い、犯罪歴や薬物使用経験のない若い世代のケースが増加しているといわれる。

現在、刑務所を出所した、あるいは、家族が対応困難な、薬物依存症患者の回復支援の受け皿は民間リハビリテーション施設として知られるダルク（Drug Addiction Rehabilitation Center；DARC）が主であり、そこに過剰な期待と負担が担わされている。そのような中で、刑務所で受刑者に対する治療的関与や、民間の更生保護施設で、専門スタッフによるケアが行われるなど、司法の現場で認識が変わり、取り組みが始まっているが、出所した人の治療が継続できる受け皿はまだ十分とは言えないと思われる。

下記の「薬物事犯者の処遇における連携」は、平成25年の犯罪白書の図から引用した。



## 終わりに

長野県では、平成 21 年度から平成 23 年度までの地域依存症対策推進モデル事業（厚生労働省）を受けて、とくに薬物依存症対策に絞って、検討を重ねた。その成果として、「薬物依存症支援者のための相談ハンドブック」の作成、県内の薬物依存症支援関係機関連絡会議、こころの医療センター駒ヶ根（旧県立駒ヶ根病院）におけるマトリックスモデル修正プログラムのコマーチの実施、などが挙げられる。

この後続く、今年度（平成 24 年度）の薬物依存症に関する事業について、まとめる。

### 【関係機関への研修会及び技術援助】

1. 当センター主催の薬物依存症支援関係機関連絡会議（専門病院、保健所、司法関係など）
  2. 薬物依存症技術研修（国立精神・神経医療研究センター病院 PSW によるマトリックスモデル修正プログラムの紹介）
  3. 依頼に応じて講師を務めた講演・研修会等など
- ① 長野保護観察所引受人会（長野会場・松本会場の 2 会場）
  - ② 更生保護施設職員研修会
  - ③ 北信地区薬物乱用対策推進協議会研修会

### 【薬物関連問題に関する知識の普及】

1. 住民向け、オープン家族公開講座（飯田市会場・松本市会場・長野市会場の 3 会場）
2. 薬物依存症回復フォーラム（上田市会場、長野ダルクなどのメンバーの体験発表など）

### 【家族教室の開催】

月に 2 回（第 2・4 木曜日）に開催。対象者は依存症を持つ方のご家族に限定している。年度初めに保健福祉事務所と市町村に教室の案内チラシを配布するとともに、センターで相談を受けた家族をつないでいる。

### 【個別相談指導】

薬物による精神障害者やその家族に対して個別相談指導などを行っているが、年度途中ではあるが、昨年度に比較して、電話相談が約 1.5 倍に増加している。その特徴は脱法ドラッグの相談が多かったことであるが、本人からは、アルコールやギャンブルと異なり、相談が少なかった。

以上のように、本県なりの工夫をした、精神保健福祉センターにおける薬物依存症対策を継続してきている。また、来年度も、同様な事業を維持し、さらに家族支援に力を入れていきたいと考える。

今回提示した、精神保健福祉センターにおける薬物依存症対策のガイドラインも無理なものではないことを、地方都市にある当センターの実例として、終わりに紹介した。

本冊子を作成するに当たり、多くの方のお世話になりましたが、北海道立精神保健福祉センターの田辺等所長、栃木県精神保健福祉センターの増茂尚志所長、長野県精神保健福祉センターの雨宮洋子保健師（現・長野保健福祉事務所）、上島真理子保健師に感謝します。

平成 25 年 3 月

長野県精神保健福祉センター  
所長 小 泉 典 章

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

「様々な依存症における医療・福祉の回復プログラムの策定に関する研究」  
（研究代表者 宮岡 等）

アルコール・薬物依存症への対応方法の普及  
精神保健福祉センターにおける薬物依存症の相談対応のガイドライン  
平成 24 年度 分担研究報告書

発行日 平成 25（2013）年 3 月

発行者 「様々な依存症における医療・福祉の回復プログラムの策定に関する研究」

研究分担者 小泉 典章

発行所 長野県精神保健福祉センター

〒380-0928 長野県長野市若里7-1-7

TEL 026-227-1810 FAX 026-227-1170

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

様々な依存症における医療・福祉の回復プログラムの策定に関する研究  
（研究代表者 宮岡 等）

平成 22～24 年度総合分担研究報告書  
病的ギャンブリング（いわゆるギャンブル依存）の概念の検討と  
各関連機関の適切な連携に関する研究について

研究代表・分担者 宮岡 等  
北里大学医学部精神科学主任教授

研究要旨

<平成 22 年度>

病的ギャンブリング（いわゆるギャンブル依存）の問題について、国内では平成 19 年度より宮岡らにより調査研究（厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業）が行われている。平成 19 年度には、研究班の有識者により、学術面における今後の方向性や医学の領域でどのような対応をしていくべきであるかについて議論を行われ、呼称や対応上の問題点、多重債務問題の理解等について、研究班の中での共通認識が示された。

これに対し本年度は、病的ギャンブリングの疾患概念と治療、回復支援をテーマとし、研究班有識者それぞれに自由に意見を出してもらった形式とした。これらにより、国内のいくつかの先進的な知見をまとめることができた。

国内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は、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。今回われわれは、全国の精神科病院 1205 施設国内において、病的ギャンブリングへの対応に関する調査を実施した。この結果から、今後の病的ギャンブリングの治療や回復支援を進めていくための方策を検討する際に、必要な情報が得られた。

<平成 23 年度>

われわれは国内の精神科医療機関や行政機関において、併存する精神疾患（障害）やその種類により、病的ギャンブリングへの治療や回復支援の取り組みの工夫がなされていると仮定し、類型分類を作成した。それぞれの分類タイプにおける国内の医療機関における治療状況等を把握することを目的に、北里大学東病院及び協力医療機関（北海道立精神保健福祉センター、東北会病院、成増厚生病院、雷門メンタルクリニック、独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター、岩崎メンタルクリニック、岡山県精神科医療センター、通谷メンタルクリニック、桜が丘病院）で、病的ギャンブリングと診断された患者 47 名を対象として、患者背景〔年齢、性別、生活歴、現病歴、通院頻度、入院歴、家族歴、治療内容、支援機関の利用状況、併存する精神障害等〕とその回復経過との関係について後方視的に調査検討を行った。

得られたデータをもとに、類型分類のタイプ別に治療や回復支援のあり方について考察し、依存症や嗜癖問題を専門とする医療機関だけでなく、それ以外の精神科医療機関においても用いることが可能な対応フローチャート（マニュアル）を作成した。

<平成 24 年度>



ギャンブリングを止めることができないという問題は、一般的に道徳性の問題や意思の弱さのみが関係しているものと誤って認識されているため、当事者や家族らが治療や回復支援を行う関連機関に必ずしもすぐに結びつくとは限らない。また、ギャンブリングの問題を抱える背景には、他の精神障害等の問題が隠れている場合もあり、個々のケースに応じた対応が必要である。

今回われわれは、平成 23 年度にまとめた精神科医療機関等における対応フローチャートに加え、相互援助（自助）グループ、リハビリ施設、行政担当者、相談室・カウンセリングルーム、ギャンブリング運営側、債務問題対応機関、刑事司法機関等が、個々のケースに応じた適切な援助や治療、回復支援等に結びつけるための多機関連携を行うにあたり、必要と考えられるそれぞれの役割についてまとめた。

また、これまでに公表されているギャンブリングの問題に関するいくつかの脳科学領域における知見について示した。

#### 研究協力者

田辺 等 北海道立精神保健福祉センター  
石川 達 東北会病院  
松本俊彦 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所  
後藤 恵 成増厚生病院  
伊波真理雄 雷門メンタルクリニック  
坂上貴之 慶応義塾大学文学部 行動分析学研究室  
百瀬敏光 東京大学大学院 医療系研究科 放射線医学講座  
染田 恵 法務省 千葉保護観察所  
樋口 進 独立行政法人 国立病院機構 久里浜医療センター  
真栄里仁 独立行政法人 国立病院機構 久里浜医療センター  
神村栄一 新潟大学教育学部 教育科学講座  
岡崎直人 さいたま市こころの健康センター  
岩崎正人 岩崎メンタルクリニック  
稲村 厚 稲村厚事務所  
田中克俊 北里大学大学院 医療系研究科  
佐藤 拓 横浜市こころの健康相談センター  
磯村 毅 予防医療研究所  
田中孝典 法務省 福井刑務所  
村井俊哉 京都大学大学院 医学研究科 脳病態生理学講座（精神医学）  
河本泰信 岡山県精神科医療センター  
森山成彬 通谷メンタルクリニック  
赤木健利 桜が丘病院

廣中直行 三菱化学メディエンス  
西村直之 あらかきクリニック

#### <平成 22 年度>

本年度（H22）は、以下Ⅰ、Ⅱを実施した。

Ⅰ. 病的ギャンブリングの疾患概念及び治療、回復支援についての検討

Ⅱ. 精神科医療機関における病的ギャンブリングの対応に関する研究

Ⅰ. 病的ギャンブリングの疾患概念及び治療、回復支援についての検討

#### A. はじめに

病的ギャンブリングに関する検討は、平成 19 年度の厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業によりはじめられたばかりである。われわれは、国内における先進的な取り組みについて着目し、有識者らの貴重な意見から、現時点において共通と考えられる認識をまとめ、報告してきた。しかしながら、異なった意見や考え方をやり取りする中で得られる新しい知見もあるものと思われる。そこで本年度は、疾患概念と治療、回復支援をテーマとし、研究班有識者それぞれに自由に意見を出してもらった形式をとり、国内における最新の知見についてまとめた。

#### B. 意見提出者

田辺 等 北海道立精神保健福祉センター

伊波真理雄 雷門メンタルクリニック  
岩崎正人 岩崎メンタルクリニック  
稲村 厚 稲村厚事務所  
佐藤 拓 横浜市こころの健康相談センター  
河本泰信 岡山県精神科医療センター  
森山成彬 通谷メンタルクリニック  
赤木健利 桜が丘病院  
西村直之 あらかきクリニック

## 1. 田辺 等

北海道立精神保健福祉センター

「いわゆるギャンブル依存症（病的賭博）  
の中核群を考える」

### 1. 精神保健福祉センターに来所したギャンブル依存症の相談概要

北海道立精神保健福祉センターでは、個別相談に加えて、1991年より、いわゆるギャンブル依存症（病的賭博、以下PGと略）の集団療法を行っている。新規相談件数は年間60件ほどであるが、家族のみの相談も多く、実際に診断まで受ける当事者は半数程度である。

この10年間の相談来所状況をまとめると、来談者は30代・40代がピークで、20代から70代まで幅広い年代の男女が来所している。男女比は約4:1。2003年以降、札幌こころのセンターでの相談開始に加え、GA（ギャンブラーズ・アノニマス）グループも活動を始めたため、来談者は減少傾向にある。

また集団療法は、月2回で年間24回行っているが、この2年のグループ参加の1回平均人数はスタッフも含め15名程度である。新規参加者は年間約16名である。筆者は、個別相談は少数しか担当しないが、グループセラピーは、グループセラピストとして、長年、集団療法を継続して担当している。

ギャンブルの種類はパチンコが最多で、以下スロット、競馬である。ギャンブル依存症を精神科臨床で扱っている森山の論文<sup>1)</sup>によ

れば、借金の債務整理をした者は100人中28名にのぼっているが、精神保健福祉センターでも、男性の大多数が100万円単位以上の高額な借金を複数回経験した後に来所している。女性は男性よりも借金額は低い。男性は20歳頃に初体験し、30歳頃に習慣化する。女性はそれより7-8年遅れるが、習慣化から問題化への期間が男性は約10年であるのに対し、女性は4-5年と短いことがわかっている。

病態の中心には、ギャンブルへのとらわれ、渴望、金銭面での制御困難があり、そして心理社会状態が進行性に悪化していく経過がある。ギャンブルへの強烈な執着、強迫的に反復するギャンブル行為は、アルコール・薬物依存症者の飲酒や依存薬物への渴望や探索行動と同様であり、ギャンブルの嗜癖行動、ないし、ギャンブルへの精神依存と考えられる。

メジャーグループには人格障害や併存精神障害は見られないが、サブグループの1つとしてうつ病性障害の合併型が見られる。次にクロス・アディクションと言えるサブグループがあり、多いのは、アルコール依存症の回復期（断酒期）にギャンブルへの依存がでてくるというケースである。3つ目に、発達障害ないしは統合失調症の併存があつて社会参加が果たしにくい状況下でギャンブル依存が起きるケースがある。最後に、少数だがパーキンソン病の薬物療法中に発症するものがあり、ドーパミン系の問題が生化学的な関連要因である可能性を示唆する。このような事例を経験した神経内科医からは、ギャンブル依存を薬物副作用として明示すべきという意見もある。

また、併存疾患というより、債務ストレスと関連した続発性の精神障害（解離性健忘、抑うつ状態、自殺傾向）がしばしば見られる。これらは、債務問題、さらに家族や上司等からのサポート状況と関係が深く、状況依存性である。

## 2. 症 例

以下では、ギャンブルに関する病理の本質を検討するために、いわゆる中核群として、現在、1年以上継続的に集団療法に参加し病状が安定している、通算2年以上ギャンブルが抑制されている、精神疾患や発達障害、パーソナリティ障害などの併存疾患のない男女6症例の要約を提示する。

〔症例1〕30代女性。問題となったギャンブル種目：スロット。併存する精神障害：なし。病的ギャンブルの悪化時で出現した心理社会的問題：多重債務、家出、自殺念慮、自傷行為（自殺関連行動）。

4人同胞の二女。口下手で、同胞の中では不出来であった。両親の不仲を見て育ったが、高校生時に両親は離婚、暗い気分でも過ごしていたという。21歳時、遊び仲間とパチンコ、スロットを始めた。大きく勝った時の気分がよく、25歳で病みつきになる。27歳で1カ月に20万円ほどスロットで負けるような状態になり、サラ金から借金した。仕事はしていたが、スロットの借金が2年で100万円ほどになり、父が返済したが、すぐに再開。多額の借金返済を数回繰り返し、30代前半で総額1,000万円ほどの返済になる。涙を流して約束しても止まらない。最後には家にある50数インチの大型テレビを売り飛ばした。父親は「帰宅してテレビがないので呆然とした」と言う。悪質な犯罪行為はなかったが、ATMの機械を壊す方法をずっと考えていた。行き詰まって死を考え、家を飛びでて、友人宅に身を寄せたが、しだいに居られる場所もなくなった。手首を切って血を流していたところを発見されて精神科医に受診。当センターの集団療法に紹介された。

父らに送迎されて、2年ほど、集団療法に参加し、スロットが止まったので、家族も本人も軽快したと考えて、通所を中断した。その6ヶ月後くらいに、スロットをしたい欲求がわいて自制できなくなり、隠れて再開した。1年ほどで、再び240万円ほどの借金ができ、

どうにもならなくなり、再度、個別相談に来所。やめようと思っても、強い欲求が繰り返して出現し、治療の継続なしでは自制できない渴望がわくのがギャンブルの病気であることを、あらためて本人と家族が理解でき、その後は毎月1回の参加を継続し、3年間ギャンブルを抑制できている。

〔症例2〕50代女性。併存する精神障害：なし。病的ギャンブルの悪化時で出現した心理社会的問題：多重債務、自己破産、勤務上の金銭の一時流用、離婚、自殺念慮。

高校を出て都会で就職し、20代で結婚して2子を得た。子供に手がかかなくなってから、民間会社の外交員のパートなどをした。ギャンブルの最初の体験は40歳頃で、夫に誘われ、夫婦でスロットを遊んだ。楽しみになり、徐々に賭け方がエスカレートし、夫から注意もされたが、パート収入をつぎ込み、2、3年後には一人で行くようになった。掛け金の不足は、夫に隠れてサラ金から借りた。40代後半で借金が350万円ほどになり、発覚して夫が清算した。2度としないと約束したが、勝ったときの興奮が忘れられず、4-5ヶ月後には再開していた。専門学校に行っていた娘らのための進学資金や仕送り金なども使いこみ、再び借金が100万円くらいになり、長女に泣きながら告白。夫の怒りを恐れて、子供らと3人で何とか処理した。

しかしスロットをしたいという渴望がわくとどうにもならず、すぐに再開。2年ほどで再び借金が300万円ほどになり、パート先の集金のお金にも手を出した。夫が親類から借りて返済し、自己破産させた。娘からの意見もあり、夫婦は離婚をした。本人は住み込みで働き再出発したが、半年もたたぬうちに再びスロットをするようになった。

長女の勧めで、初回、相談に至った。

「ひどいことをしたと分かっているけど、やりたいかと問われれば、やりたい自分がいる。本当にどうしようもない、住み込みの仕

事でいろいろ拘束されているときは良いが、自由な休日は今もなおスロットが止められない」と初診時は絶対にやめられないと言っていた。

住み込んだ居住地はセンターとは100キロほど離れているので、月に1回のみ娘が同伴してグループに参加した。3-4か月くらいで、スロットをしたいという渴望が弱くなり、やめている日が続くようになった。6ヶ月後くらいから安定。現在まで、ほぼ3年間止まっている。長距離であるために、集団療法には毎月1回だけの参加を継続している。継続している過去3年間はギャンブルをしないで済んでいる。

本人は「自分は絶対に治らないと思う。やめられないことは知っているので、今は、やめている状態を続けているだけ。ギャンブルをやめられたとは思っていない。」と言う。元夫や親類とは関係が途絶えたが、娘との関係は回復し、家族の集いに参加してくれる。グループへの送迎だけでなく、一緒に旅行したり、正月をとともに過ごしたりしてくれるようになった。

〔症例3〕60代女性。問題となったギャンブル種目：パチンコ。併存する精神障害：なし。病的ギャンブルの悪化で出現した心理社会的問題：多重債務、自己破産、自殺念慮、自殺未遂。

20代から母子家庭となり、働きながら息子を育てた。仕事の空き時間の調整や息抜きのために、同僚と自然にパチンコに行くようになった。30代で、子どもに手がかからなくなった頃に習慣化し、連日、同じホールの同じ機種のパチンコを打つために通った。借金は常時、数十万円となって多重債務で回すようになったが、50歳で100万円弱となり、姉妹に尻拭いをしてもらった。なおもやめられず借金が100万円を超え、先が見えない不安で自殺を考え、自宅の電話番号と名前を書いたメモをポケットに入れて地下鉄の駅のホーム

に立ったが、突然亡父の声が聞こえて死にきれなかった。

53歳時に子どもがインターネットで調べて当センターに来所。集団療法に数回参加したが、否認傾向があり、仕事が見つかったという理由で中断。その後もパチンコは止まらず、自己嫌悪で手首を切るなどする。貧困のため自己破産となったが、弁護士の努力で免責となる。それで気が楽になり、またも再開。結局、食うや食わずの生活でもパチンコをやめられず、電気も止められる状態に。再び自殺念慮がわいたが、センターの集団療法を思いだし、10年ぶりに自ら単独で来所した。

〔症例4〕40代男性。問題となったギャンブル種目：主としてパチンコ。併存する精神障害：なし。病的ギャンブルの悪化で出現した心理社会的問題：多重債務、任意整理。

実父はアルコール問題があつて、本人の幼少時に離婚。母は本人が小学校低学年で再婚。父の連れ子が2人いて、複雑な感情だった。継父も酒乱で暴力的なため、子どもたちは委縮し、両親の諍いも絶えなかったが、中学時代に継父が死亡したあとは、義理の兄弟姉妹は協力して育った。

中学以後は運動部の部活に熱中し、高校を出て就職し、1-2年で自然にパチンコをするようになり、徐々に金銭の出し入れが大きくなった。23歳頃には、休日は殆どパチンコに熱中し、全て負けてもサラ金で借りてまでやるようになった。25歳頃には借金が100万円ほどになり、上司に相談した。会社から借り入れて返済することになり、1年ほどはパチンコをやめた。しかし借金も減り、徐々に余裕ができ、遊び程度にと考えてパチンコやスロットを再開した。サラ金に借金するようになった。数万~10万円の勝ち負けを経験したせいか、勝って返せばいいという考えになり、パチンコをやめることはできなかった。

29歳で結婚する際に借金があることを妻に話し、結婚後は返済のために1年弱はパチ

ンコを我慢した。しかし、出張先で、出張の時くらい良いだろうと思ってやったところ、たまたま数万円勝ってしまった。以後、妻に内緒でパチンコを続けたため、借金は簡単に減らなかったが、妻も働いていたので、2年で350万円ほど返済した。

その後もやめよう、やめたほうが良いという考えはあっても、出張先では、どうしても抑制できずやってしまう。パチンコの勝つイメージがあって、やりたくなってしまいうので、妻に隠れて3日に1度はパチンコをやり、やると金銭をコントロールできないので、サラ金に借りてしまう。パチンコで返すしかないと思えば益々深みにはまり、33歳で借金は200万円ほどになり、妻にもばれた。妻はパチンコ以外には、やさしい、よく働く夫であったので、協力して返すことになった。

本人もパチンコをやめようと思い、半年ほどは一切しなかったが、妻が病気になったことがきっかけで、空き時間をパチンコで過ごすようになった。結局、同じような経過をたどり、3年後には450万円の借金になった。夫婦だけでは対応できず、今度は弁護士を入れて任意整理をしたが、パチンコはやめられない。パチンコ台に向かい出るか出ないかと集中し、何もかも考えずに没頭するのが大好きである。

妻は本人の父らがアルコールの問題をかかえていたので、本人もギャンブル依存ではないかと考え、積極的に受診を勧めた。本人は半信半疑で受診したが、集団療法に参加してみても、同じ体験をしているメンバーの話を聞いて、自分も病気と受け入れた。しかし、7か月ほど集団療法に通ったところで、やらなくても平穩に過ごせるので、自分の場合は、病気は治ったようだと考えて通わなくなった。

その後4年ほどはやめ続けることができたが、今度は“もう病気は治ったのだから、少しやるだけなら良いのではないか”という考えがわき、ちょっとやってみたとこ、すぐに同じようなペースになり、慌てて、自らセ

ンターの集団療法に再参加するようになった。1年を経過してパチンコは抑制されているが、今は、自分のパチンコは病気であり、通わなければ再燃すると考えるようになった。

[症例5] 60代男性。問題となったギャンブル種目：パチンコ。併存する精神障害：なし。病的ギャンブルの悪化で出現した心理社会的問題：多重債務、自殺念慮。

パチンコは18歳で始めて20歳では娯楽の1つになっていた。熱中したのは50歳になってからで、管理職になって時間が非常に自由になったが、他方で会社内でのストレスは増し、パチンコで憂さ晴らしをするようになった。若い時のパチンコと違い、金銭の出入れが大きくてギャンブルとしての面白みがあり、のめりこんだ。結局、3年間で、自分名義の貯蓄の100万円を使ってしまい、さらにサラ金からの借金は400万円になった。妻にも話し、親類から借りるなどして返済した。周囲とも約束して、その後5年間ほどは全くやらなかった。しかし、徐々に少しだけならば良いと考えて、飲み会の帰りなどにやるようになった。

60才の定年までは何とか大きな借金もなく、コントロールできていたが、定年後の再就職は営業の自由時間が多く、徐々にエスカレートした。結局、7年で250万円ほどの借金になった。夫婦の諍いがおき、自分でもバカなこと、同じことを繰り返していると死ぬことも考えた。親類などの応援で何とか返すことができたが、妻は病気ではないかと考え、受診を後押しした。自分でも、今は止まっても、再び始めると、自分ではどうにもならなくなってしまふ点が病気と思い、受診に至った。特急で2時間近くかかる遠方のため、月、1回の集団療法への参加であるが、3年間、抑制することができている。

[症例6] 問題となったギャンブル種目：主に競馬。併存する精神障害：なし。病的ギ

ギャンブルの悪化で出現した心理社会的問題：多重債務、家出、自殺念慮、別居。

60代男性。種目は競馬。時にパチンコを少しするがコントロールできる。

祖父、父らが知的には優秀で教師などの多い家系に生まれた。一人息子で、周囲からの期待はあったが、それに応じられる優秀さはなく、大学には行ったが劣等感が強かった。大きな企業に就職でき、25歳くらいで同僚とパチンコや競馬を経験した。結婚して娘も生まれ、普通の家庭だったが、35歳ころから妻子をおいてでも、1人で競馬に行くなどのめりこむようになった。サラ金からも借金しでしたが、50万円を超える位になると、怖くなって妻に白状した。反省をし、「もう失敗はしない」と約束しても、すぐに、今日だけとか、このお金だけとかの理由づけして、競馬をしてしまう。その都度サラ金から借金し、同じことを反復した。通算で3000万円を超える金を競馬に使い、何度も妻に謝罪し、約束した。総額も処理回数も数えられないほどで、夫婦だけで処理できず、1人息子に甘かった高齢の両親は、60歳まで何度も尻拭いした。妻はあきれ返り、本人を一切信用せずに、金銭から行動まで、監視管理するようになった。1人娘は学生時代に本人にお金を盗まれ、結婚後に出産した時は、本人が嘘をついて競馬をしていたことで激しく怒り、それ以後、7年間、本人と接触せず、3人の孫も一切合わせていない。

本人は53歳時、はじめて相談に来て、妻との約束だからと、継続して、集団療法に参加するようになったが、嘘をついて1,000円、2000円と少しだけ競馬をしていた。パチンコもしてみたがはまることはなく、結局、ズルズルと競馬は続き、医師の強い指示で自助グループGAとも併用したが、抑制できなかった。

5-6年すると300万円を超える借金になり、妻に白状することもできず、死のうかと紐を持ち家をでたが、結局、死にきれず、妻に連絡して家に戻った。それから、再度、集団療

法にも通った。妻は離婚も考えたが、結局、本人の定年退職を機に、金銭管理の全権を握って別居することにした。生活面は完全に1人で1週間の生活をし、生活費を週末に1週間分を渡される方法を選び、集団療法に通い続け、5年以上ギャンブルを抑制できている。

### 3. PGの本質について

#### 1) 診断

診断は、6症例とも全てICD-10、DSM-IVRで病的賭博の診断基準を満たし、先行する併存精神障害を持たない。非社会的人格障害なども含めてパーソナリティ障害もなく、知的障害、広汎性発達障害などの発達障害もない。また、ギャンブルへの病的な執着が生じるまでの社会適応に特に大きな問題はない。

他方で、未治療では、いずれも心理社会的状況は進行性に悪化し、多様な問題が生じている。自己破産や任意整理をしても、未治療のままの債務整理であるので、渴望が反復再燃して再びギャンブルを自制できなくなる。その結果、債務破綻する期間が短縮されたり、債務金額が増大したりすることが起きやすい。そのような過程では、家族関係（別居、家出、心理的距離）の悪化、自殺関連問題（自殺念慮、自傷、自殺未遂）などが頻繁に発生している。明白な犯罪にはいたっていないが、債務に追い詰められて、会社の金銭の一時的流用、家の物品の持ち出し、家族の金銭の詐取、横取り、金融機関への犯行の空想などが経験されている。

#### 2) 否認と治療導入

問題性は自覚しても、病気という認識は弱く、初診時から自分のギャンブル問題を病気と考える、いわゆる病識が十分にあるわけではない。相談、受診では、いずれも家族に後押しされて行動している。6症例以外でも、センターの受診事例は、早期に集団療法に導入されることで、半信半疑の参加中に、徐々に病気として受け入れていくというパターンが多い。

しかし、一般に否認傾向は強くて、受け入れに時間を要する。集団療法に参加しながら5年以上も小額でのギャンブルを継続していた症例6や、集団療法でいったん軽快感を感じて、自分はダイジョーブと通所をやめ、少しならいいだろうと考えて、結局、再燃した症例1、3、4などがある。否認の個人差はあるが、概して、アルコール・薬物依存症者同様である。問題をギャンブルへの執着と考えられずに、深刻な債務問題とのみ考えて否認し易い。だから債務整理のみを先行すれば、治療的な営みに参加せず、早晚、同じ問題が出現するのは受診前の経過からも明らかである。

### 3) 治療反応性

集団療法では、①疾病理解（自分のこれまでの行動や心理を、ギャンブルを自制できない病気として理解し直す）、②対人関係の理解（依存症がこれまでの対人関係に与えていた問題や影響の理解）、③再使用を防ぐノウハウ（衝動に対抗する具体的な知恵と工夫）、④自己の“脆弱性”への自己洞察（依存症に親和性のあった自分の“脆弱性”を自分なりに考え納得していく）、⑤人生への考察（ギャンブルを必要としない生き方を改めて学ぶ）などを、集団での話し合いであつかつていく。これに月に2回の参加を継続すると、6か月～10か月程度でギャンブルへの強迫的で強烈な欲求はいったん後退していく。

そのまま継続すると2年目以上では比較的抑制が効きやすく、病気という認識が確立すると、月1回の継続参加があれば、自助グループへの参加がなくても3、4年の安定期を続けることができる症例も珍しくない。

しかし自助グループに所属しないままでは果たす役割があまりないので、仲間意識、同じ障害の共同体意識が高まりにくく、自然に集団療法のグループから離れていくことが起きやすい。離れた場合には、しばしば、「少しなら良いのでは」という考えが生じやすく、いったん試すと全く同様のギャンブルへの執

着が再燃する。

治療の経験からは、PGは、①アルコール依存症や薬物依存症と同様の強烈な精神依存現象がある、②集団療法など他の依存症に適応したような治療へは反応性がある、③治療反応性は決して悪くない、④良い状態を維持するには、規則的、継続的なセラピーの参加が必要、⑤維持期であればアルコールや薬物依存症ほど頻回の治療参加でなくても可能である、⑥長期に断賭できても、いったんスリップすれば渴望が生じやすく、再燃して、再び同様あるいは前以上の債務を随伴するまでになる、ということが特徴と考える。

### 4) 臨床単位あるいは疾患概念

PGの、ギャンブルへの強烈な執着や執拗に反復するギャンブル行為は、アルコール・薬物依存症者の酒や薬物への渴望と強迫的な摂取行動と類似している。また一旦始めると急速にギャンブルの制御不能に陥るという特徴も物質使用の依存症と同様である。

現在、PGは国的診断基準で衝動制御の障害に分類され、訳語は「病的賭博」である。

他方、ギャンブルの強迫的反復という特徴から、GAなどの当事者らは「強迫的ギャンブラー」と自称する。当事者の自由は保障されて良いが、快体験を起点として反復してきたPGと、手洗い強迫のような神経症性障害の強迫行為を同一視するかのよう用語は精神医学的診断には疑問である。

筆者自身は一般向けの論文や小書などで、PGを「ギャンブル依存症」と呼んできた。PGは物質依存のような離脱症状はないが、行為過程への強烈なとらわれが反復するギャンブルを招くのであり、病態のエッセンスは「ギャンブルへの精神依存」と理解して良いのではないかと考えたからであるが、その前提として、1964年にWHOがaddiction（嗜癖）を診断用語から廃棄した歴史的事実の尊重があった。

しかし身体依存概念が離脱症状で説明されることに比べて、精神依存概念は専門家の定

義も明確ではない。また、現在の DSM5 の草案では、これまで物質使用による依存症とされていたものを含め、全体を addiction (嗜癖) の概念で包括し、PG もその一つとして含まれるという概念規定にするという。すなわち診断用語上での dependence (依存) から addiction (嗜癖) 概念へのシフト、疾病概念における嗜癖概念の復活があるという。ならば、筆者はこれを支持したい。ギャンブル嗜癖、ギャンブルアディクションという名称を支持する。

ただし、多軸診断の DSM を使用する北米圏では、PG 診断で「非社会性人格障害」は除外されないで、人格障害、物質使用障害との合併が比較的多いから、治療法の検討や予後の比較では、この影響を留意すべきである。日本における中核群のように、パーソナリティ障害や物質使用障害のない PG で、治療論や疾患論の基本的な議論をすべきと考える。

#### 4. 終わりに

終わりに、精神科および心理臨床家、援助者などの果たしうる役割を確認したい。

まずは、個人のギャンブル問題を依存症、ないしアディクション、つまり「治癒はないけれども回復は可能な病態」と診断・説明し、問題を本人の責任から外在化して罪悪感・自責感から解放することが大事である。繰り返す失敗でセルフエステームも低下するので、この働きかけは自殺予防にもつながる。

次に、回復した他のメンバーと出会えるように働きかけること。みずから集団療法、集団認知行動療法を行うのであれば、導入すべきだし、そうでなければ GA (ギャンブラーズ・アノニマス) に勧めるのがよい。「回復できる」ということがあって、疾病の受容ができやすくなるので、他のメンバーから学ぶ機会を提供することが大切である。

そして、PG の当事者が治療的な集団へ定着して安定期に入るまで、心理教育的、支持的な個人精神療法的関与によるサポート診療 (または心理臨床、相談援助) を続けること

が肝要である。

#### 参考文献

1) 森山成彬：病的賭博者 100 人の臨床的実態. 精神医学, 50 (9) :895-904, 2008

2. 伊波真理雄 雷門メンタルクリニック

#### ギャンブルの問題の考え方

##### I. 依存としてのギャンブルの場合

「依存」・・・ある対象にとらわれて、自分の生活に支障がでるようになって、行動をコントロールできない状態を指す。否認やうそが特徴的である。

##### ① 否認

「自分のギャンブルには何の問題もない」

「誰にもめいわくをかけていない。自分の金でギャンブルをして何が悪い」

「今日はたまたま負けただけだ。次は必ず勝てる」

これらの言動は依存症者に多くみられるものである。自分のギャンブルには何の問題もないと考え、なかなかリハビリの必要性を感じることができずに、周囲の家族だけが困っているという状況が多くみられる。

##### ② うそ

ギャンブラーは、生活の中でギャンブルを何よりも優先しようとする。その結果、ギャンブル資金を手に入れるためや、その時間を作るためなら、どんな嘘でも平気でつくようになる。巧妙な嘘は専門家でも見破れないことが少なくない。家族に借金がばれて「もう二度とギャンブルはしない」と約束しても、ギャンブルがやめられなければ、結果として嘘となる。

次のような典型的なケースが認められる。

##### ○依存的タイプ

仕事をしっかりこなすが、ギャンブルや



借金もくり返し、周囲に発覚するころには数百万円～数千万円まで負債額がのぼることが多い。社交性が豊かで適応も良く、業績なども高い評価を得ているタイプ。

ギャンブルによる問題を否認し、「俺はいつでもやめられる」「働いて負債は返せるから問題ない」と考える。ギャンブリング開始当初は少ない金額でも楽しめたが、しだいに「負けを取り戻そう」とギャンブルに費やす金額が増えていく。結果として生活費を使いこんだり、職場で横領をしたりするようになり信用を失う。

#### ○親子関係や自立の問題にからむタイプ

比較的若い頃（成人前）からギャンブリングに熱中し、生じた問題に対して過保護な親が尻拭いを続けるパターンがみられ、結婚後も配偶者が両親の代わりに保護者役を勤めたりすることが多い。「今回は本気でやめる」「やっと目が覚めた」と表現される否認がある。家庭や職場での適応が不安定で、医療機関では「うつ」などと診断されることも少なくない。情動が不安定になりやすく自殺をほのめかしたり、失踪したりすることも珍しくない。

病的ギャンブラーへの対応、早期介入について

ギャンブラーには下記のようなサイクルで状況を悪化させていく。

#### ①お楽しみモード

- ・コントロールしてギャンブルをやろうと思う
- ・今度は負けないギャンブルをやろうと思う
- ・ギャンブルで借金を返せると思う
- ・家族のことが考えられなくなる

#### ②失敗のくり返し・敗北モード

- ・借金をする
- ・「またやってしまった」という後悔
- ・ギャンブルへの衝動に支配される
- ・お金を使いこんだり、他人の物を盗んだ

りする。自暴自棄になる。

#### ③反省モード

- ・借金や仕事に行き詰まりギャンブルができない状態になる。
- ・同じ失敗を繰り返したことに落ち込む
- ・死ぬ気で頑張ろうと誓う
- ・債務整理や借金を立て替えてもらう
- ・お金の管理をしてもらう
- ・これからの人生について真剣に考える

#### ④うつうつモード

- ・ギャンブルのない日常が退屈になってくる
- ・家族との関係がぎくしゃくしてくる
- ・自分には才能があるのに誰もわかってくれないと思う
- ・少しぐらいのギャンブルならいいのではないかと思う
- ・ギャンブルをやる理由を探す  
→家族とうまくいかない・借金がある・仕事のストレスなど

そしてまた、④ → ① へ

このサイクルの中では、反省モードにおける対応が重要である。反省モードは立ち直るきっかけには違いないが、家族も本人も反省をすれば「これで全て解決する」と勘違いをしてしまうことも多い。家族は本人が「真剣に反省したなら彼らを信じてみよう」と「賭けてしまい」、その結果裏切られることとなる。この反省モードで、誤った対応をしてしまうと、本人は「問題が解決した」と錯覚し、再発の準備段階であるうつうつモードへシフトしていくこととなる。

#### 家族の対応

依存症者は自分に問題があるとは認めない。これを否認という。ギャンブルの場合①②③④いずれの状態にいても何らかの否認はある。自分の生きにくさや心理的問題をギャンブルによって防衛している状態である。説教やまともな話が通じることは少なく、むしろ、家

族の圧力はますます否認に拍車をかけ本人をかたくなにしてしまう。依存症者の嘘は主に否認によると思われるが、いわば家族の圧力から身を守るためと考えることもできる。以下のような不適切なコントロールは避けること。

- ・本人の借金の肩代わりをすること
- ・ギャンブルを二度としないと約束させること
- ・ギャンブルや借金の痕跡を探するため、本人の部屋や財布を勝手に調べる
- ・本人の金銭管理をすること
- ・早く借金を返すようにアルバイトをさせること
- ・本人の行動を監視する
- ・本人からの非常識な要求を受け入れてしまうこと
- ・本人に頼まれてもいないことを勝手に用意すること

よりよい家族の対応とは

- 家族自身の精神的な安定を図ること。
- ギャンブルとその状態の回復についての正しい知識と現実的な希望を持つ。
- 相談や自助グループの中で対応を修正しつつ、実際に点検する。
- 本人と心理的に距離をとる。具体的には
  - ・ギャンブルをやめさせようとしなない。
  - ・本人の借金にかかわることをやめる。基本的に借金は放置する。
  - ・本人のお金の使いみちについて一切口を出さない。
  - ・本人の行動に一喜一憂せず、常に平静的な気持ちでいる。
  - ・本人を責めて罪悪感をあおらない。
  - ・家族が相談を開始したことを伝える。
  - ・家族の金銭管理をしっかりする。
  - ・盗まれて困るような本当に大事なものは安全なところに預けるなどする。
- 距離をとったかわりをする。

家族セミナーや自助グループで依存についての知識や対応を学びながら、リハビリ施設や自助グループギャンブル問題に詳しい司法書士などの情報をギャンブラー本人に伝える。本人に対する治療や対応を考える前に、「本人のギャンブルは簡単には止められない」という前提で考えていく必要がある。本人が働いて得る収入や、本気の反省などに期待している、家庭生活そのものが困窮していきかねない。「本人のギャンブルが続いても困らないようにしておく」ことが大切である。

## II. 他の障害を有するギャンブルの場合

これまで述べてきたのは「依存」の問題を中核に持つ群であるが、他の障害が有することで、ギャンブルをやめることができなくなる群がみられる。

### (ア) 発達障害

生まれながらに脳機能の偏りがあり、そのために成長・発達にも支障が出るという障害。

#### ①広汎性発達障害(アスペルガー症候群など)

視覚的な処理や具体的で規則的な事柄に対してなどは高い機能を発揮する面もあるが、コミュニケーション能力や社会性、想像力を発揮することが苦手。幼児期から奇妙さが目立つ人もいるが、社会人になってから気づかれる人もいる。学校でいじめの対象になっていたり、会社でも変わり者といわれたりすることもある。会話の文脈・曖昧さを理解することが困難な傾向がある。

#### 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、社会に出ても不適應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にもかかわらず、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。家族はギャマノン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う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