



# ギャンブル依存症の現状と対策

河本 泰信

Komoto Yasunobu

精神科医師

大石クリニック診療顧問。独立行政法人国立病院機構久里浜医療センターにてギャンブル障害診療責任者を経て、2017年4月より現職。主な著書は『ギャンブル依存症』からの脱出』(SB新書、2015年)など。

## ギャンブル依存症とは

### 1) ギャンブル戦略の変質

#### －「楽しむこと」から「負け追い」へ

ギャンブルとは「より価値のあるものを得ることを目的に、価値あるものを危険にさらす行為」です\*1。ただし大部分のギャンブラーはレジャーあるいは社交を主たる目的としています。つまり興奮(期待感あるいは達成感)や現実逃避(非現実感)などの心理的報酬への対価として相応の金額を納得して支払っています。しかしギャンブルが習慣化されるに伴い心理的報酬は多少なりとも低下していきます。その結果支払った金額を「もったいない」と感じるようになります。「ギャンブル欲求」が減少し、「止めたい欲求」が増加したわけです。この場合、一定期間(時に生涯)ギャンブルから離れることとなります。

しかし「ギャンブル欲求」の減少がすべてのギャンブラーに自然に生じるわけではありません。もし生じない場合、2つの並存した欲求に対する妥協策として「今日の負けを翌日(もしくはでき得る限り速やかに)取り戻す」という折衷的なギャンブル戦略が編み出されます。この戦略は「小遣い範囲で興奮を得る」(レジャーギャンブラー)や「勝ち逃げ/損切りなどの戦術を駆

使して金を蓄積する」(プロフェッショナルギャンブラー)などの中・長期戦略とは異質な超短期戦略です。そして資金が尽きた時点で大きな損失を残します。なかには多重債務や家庭崩壊、失職、退学、さらには自殺企図に至る重症化事例もあります。一方、自然に脱する者(自然寛解者)が3割もしくはそれ以上存在しているという海外の報告もあり、経過も含めてその病態はいまだ不明確です。

### 2) 病態に関する8つの仮説

楽しめなくなっているにもかかわらずギャンブル欲求が減らないのはなぜでしょうか。その解答として8つの仮説が考えられます。まず医学的仮説として「報酬や熱中行動に関与する脳内の神経伝達物質(ドパミンやノルアドレナリンなど)を介した神経回路網の改築」説が挙げられます。「ギャンブルをしたがる脳」に変化したわけです。一般的に流布している「ギャンブル依存症は(脳の)病気である」という言説はこの仮説によります。しかし脳病変との明確な因果関係はいまだ確認されていません。また薬物療法等の医学的対処法も確立されていません。ところで、自殺企図に至る重症化事例の多くは家族負因や併存精神障害、あるいは多重債務などを有する心理的社会的に脆弱な人たちです。そしてこの人たちは社会から排除されることに対して過剰な恐怖心を有する人たちでもあります。一方、社会が不可解な「病気」に対して偏見と排除をもって対することは歴史が証明済みで

\*1 American Psychiatric Association『DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, FIFTH EDITION(DSM-5)』

す。それゆえ「病気である」と言い立てることは最も援助を必要とする人たちを援助の場から遠ざけているかもしれません。

これに対して臨床心理学的視点からは「勝利体験に偏った認知」(損得に関する認知仮説)、「複数の欲望の同時追求」(欲望に関する認知仮説)あるいは「不快な感情や記憶からの回避」(力動仮説)の3つの仮説が各々の治療法(認知療法/欲望充足法/支持・分析療法)とセットで提唱されています。また環境面を重視した仮説として「ギャンブルに親和的な環境への長期的な暴露」があり、対処法としては施設入所等の環境遮断と生活訓練があります。一方、「自己中心的思考/他者への配慮の欠損」(道徳仮説)あるいは「生まれ持った定め(業)」(宿命仮説)などの非医療的仮説が古来より利用されてきました。一般的に前者には何らかの精神修養、後者には信仰あるいは宗教(的)活動等が対処法として提案されます。

### 3) 各仮説の利用法

現時点ではいずれの仮説にも決定的な優位性や禁忌性はありません。それゆえ特定の仮説のみの教条的利用は避けるべきです。また「損失を強調して」(損得認知仮説)、「病気と宣告し」(病気仮説)、「自助グループ参加を勧める」(道徳・宿命融合仮説)という折衷的利用法も問題です。なぜなら、いずれの対処法も不徹底となり、各仮説が本来の効力を発揮できないからです。加えて、回復像に統一感がないため、回復への動機を持ち難いという問題もあります。したがって状況や好みに合致した単一の仮説に基づく実践が望ましいと考えます。そして効果がなければ、あるいは好みに合わなければ別の仮説に切り替えるという柔軟な利用が理想的です。

## 私が汎用する仮説と治療法 欲望充足法について

・概略：各仮説のうち、私が汎用しているのは

「欲望に関する認知仮説」に基づく欲望充足法です。なぜなら自然寛解過程を模した介入法なので利用者の抵抗が少ないからです。この仮説はギャンブル欲求を名誉欲(達成感や優越感)、現実逃避欲(非現実感)、金銭欲(損失回避)などの各欲望(煩悩)の複合体と考えます。そしてギャンブル依存症者の問題点は「楽しめて/暇をつぶせて/金も増やせて」などの複数の欲望を同時に充足させようとする点にあると理解します。しかし通常は一部の欲望のみしか充足されません。それゆえ充足感と不充足感が混在したまま持続します。そのために「ギャンブル欲求」と「やめたい欲求」との並存が持続します。その結果、「負け追い」戦略に固執します。加えてギャンブル以外の欲望充足行為に目を向けられていないことも問題です。したがって対策は主たる欲望の確認とその欲望の直接充足になります。

・主たる欲望の確認法：ギャンブルの目的を尋ねることで背後の欲望を推測していきます。名誉欲(万能感追求)が主である場合は、「他人からうらやましがられる」「自分の有能性を確認する」「新たな経験をする」などの返答になります。また現実逃避欲(非現実感追求)の場合は、「リラックスする」「気晴らし」「ワクワク感やスリルを味わう」などです。一方、金銭欲(消費・貯蓄追求型)の場合は、「ものを買う」「おいしいものを食べる」「資産を形成する」などです。

・欲望別充足法：「万能感追求型」であれば、対戦型スポーツ、投稿や出品を伴う文化活動、資格取得、ブログ等を利用した自慢、対人ボランティアなどがあります。また「非現実感追求型」であれば、ジム・マラソンなど非対戦型スポーツ、1人カラオケ、集団エクササイズ、ネットカフェ、非対人ボランティア、自助グループなどです。一方、「消費・貯蓄追求型」に該当すれば、プロフェッショナル戦略の忠実な実践あるいは他の金もうけ法に徹することになります。

## わが国における ギャンブル依存症の現状

厚生労働省委託研究班によって行われた過去の全国住民調査\*2ではギャンブル依存症の推定有病率は男性9.6%、女性1.6%でした。これは諸外国の1%前後に比して高率です。ただギャンブルの種類としては海外にはないパチンコ・パチスロが8割以上を占めていました\*2。また医療機関における複数の調査でも、パチンコ・パチスロが大部分を占めていました\*3。パチンコ・パチスロは「通勤途中で」「昼休みに」「サンダルを履いたまま」「買い物かごを提げて」「安全に」参加できる敷居の低い娯楽です。この大衆的ギャンブルが全国津々浦々にあることが海外との根本的相違です。この状況がわが国の推定有病率を高めている主要な原因であることは間違いないでしょう。一方、パチンコ・パチスロによるギャンブル依存症者のうち、重度の人も含めて、約半数がその後1年以上の自然寛解を示したとの調査結果があります\*4。これらは「のめり込みやすいが、脱するの容易である」というパチンコ・パチスロ依存の特徴を反映しているのかもしれませんが。

ところで、これらの調査ではアメリカで開発されたSOGS\*5あるいはアメリカ精神医学会が作成している「精神障害の統計・診断マニュアル(DSM)」という尺度が利用されました。それゆえこれらの尺度をそのままわが国の調査に利用することの是非が問題として生じます。その

ため公益財団法人日工組社会安全研究財団は、パチンコ・パチスロ利用者に特化した尺度である「パチンコ・パチスロ遊戯障害尺度(PPDS)」を開発しました。そして現在お茶の水女子大学との共同でPPDSを使った自記式調査を行っています。一方、国立研究開発法人日本医療研究開発機構(AMED)も複数の尺度を用いた対面調査を行っています。これら両調査によって、より正確な出現率とある程度の自然寛解率の推定値が明らかになることが期待されます。

## ギャンブル依存症に対する 今後の課題

今後、国内にカジノが誕生すれば、カジノを契機としたギャンブル依存症が発生すると思います。よりいっそうの対策が急務なのは間違いありません。そのためには精神保健福祉センター等での無料相談を増やしていくことは必要です。しかし医療・保健・福祉のいずれの分野であれ相談援助の敷居を低くすることが最も大切です。多くのギャンブル依存症者は「自分は病気ではない」と介入に抵抗を示します。そのためには「病気仮説」とらわれないこと、すなわち介入理念を「禁欲主義」(ギャンブルという毒物をできるだけ規制する)から「快楽主義」(ギャンブルを含めた生活を楽しむ)にシフトすることです。本来ギャンブル産業には企業責任として「ギャンブルの適正な楽しみ方」を伝える義務があるはずで、加えて予防介入のための最前線かつ最も効率のよい場がギャンブル場です。それゆえ相談者の中に従来の「専門家」や「回復者」のみならず、ギャンブル産業従事者をも含める必要があります。このようにギャンブル依存症対策には従来の精神保健福祉対策の枠にとらわれない視点が重要となります。

\*2 樋口 進「成人の飲酒と生活習慣に関する実態調査研究」(2008年度厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業 分担研究報告書)

\*3 Y.Komoto「Factors Associated with Suicide and Bankruptcy in Japanese Pathological Gamblers」(『International Journal of Mental Health and Addiction』、2014年、12巻5号)

\*4 秋山ほか「DSM-5を用いたパチンコ・パチスロ遊戯障害の測定」(家族機能研究所『アディクションと家族32(2)』、2017年(掲載予定))

\*5 Lesieurほか「The South Oaks Gambling Screen(SOGS): A New Instrument for the Identification of Pathological Gamblers」(『American Journal of Psychiatry』、1987年、144巻9号)