

インタビュー

「明日を拓く」

第233回

日遊協は、創設以来、一貫してパチンコ産業を「健全な大衆娯楽」として育成・充実するために活動してきましたが、一方では、パチンコ「依存」についての課題が残されています。独立行政法人国立病院機構・久里浜医療センターは昨年6月から新たに病的ギャンブルング（いわゆるギャンブル依存）の治療部門を開設しました。その活動は「パチンコ依存」と共通したものがあり、広報誌編集部は担当の河本泰信医長に「依存」の実態と対応についてインタビューしました。

河本泰信氏

ゲスト

独立行政法人国立病院機構・久里浜医療センター 精神科医長

河本泰信医長は依存についての分析と対応を熱く説いた

相談の9割はパチンコ やめろとは言いません 症状の見極めが重要です

やりたい欲求と
だめだとの思い
この矛盾が病気に

——パチンコは風営法のもとで「大衆娯楽」として運営されており、ギャンブルとは一線を画しておりますが、依存の問題に限ります。内容的には共通する部分もあると思います。そこで、まず、依存とは何か、病的依存とはどうちがうのか、先生のお考えをお聞かせください。

河本 依存そのものには、問題ありません。好きなことに夢中になること、これ自体は当たり前のことです。ただ、そこから抜け出ようとしても抜けられない、病的

図A

病的賭博の診断基準 (DSM-V)

- ① 賭博にとらわれている (渴望)
- ② 興奮を得るため掛け金の額を増やしたい欲求 (耐性)
- ③ 賭博を減らす努力をして失敗したことがある (調節障害)
- ④ 賭博を減らすと不安、落ち着かない (離脱症状)
- ⑤ 不快な気分の解消手段として賭博を利用 (安定剤として)
- ⑥ 賭博の損失を賭博で取り戻そうとする (悪循環)
- ⑦ 賭博へのめりこみを隠すため嘘をつく (自責感)
- ⑧ 賭博のため大切な人間関係、仕事などが危うくなる
- ⑨ 絶望的経済状況を救うため他人に借金を頼む

《重症度分類》・軽症：4-5 ・中等症：6-7 ・重症：8-9

《経緯分類》・慢性進行型 ・単発型

なものが問題なんです。私たちは、病的依存のことを、嗜癖(しへき)障害などと呼んでいます。具体的に何をもって病気というかということ、**図A**の「病的賭博の診断基準」を見てください。アメリカ精神医学会では、こういう基準を作っています。全部で9項目。

この中で最も重要なのは、③の「賭博を減らす努力をして失敗したことがある(調節障害)」です。私たちは、これが、病気と考える上での、基本症状と考えています。

つまり自分の中に2つの基準が共存しているわけです。パチンコをしたいたいという強い欲求と、いや自分にはもつと大事なものがあるはずだ、こんなところでお金を使っているのはだめだ、という考えが同時に矛盾する2つの考えが共存している状態です。一人の心の中に互いの状態です。そもそも病気というのとは一人の人間の中に、矛盾したものが同時に存在している状態をいいます。

「のめりこんで
よかったですね」
と強調するところ

——なるほど。患者さんの内的な矛盾は、どうやって診断されるのでしょうか。

河本 私たちは、まず依存症の患者さんには、こう尋ねます。「小遣い全部使ってますか。借金してまでパチンコですか。そうですか。そこまでパチンコに対して強い思い込みと、深い意味を感じているんですね。それは、よかった、そんなに素晴らしいものに出会って！ だって、世の中の人、見てください、つまらなそうに暮らしているじゃないですか。一生を通じて、家のローンであくせくして、子供は大きくなったらプイッと出ていく。何のため子育てしたのかと、悩みながら、私の人生何だったのかと言いなから、死んでいくんですよ。そんな淋しい人生に比べてみたら、あなたはこんなのにめり込めるものを持って、よかったです。いいですか」とね。

そう言われると、たいいていの患者さん

社会関係モデル		宗教モデル
道徳モデル 人間的成長 「自己中心性」などの性格的欠陥が対人関係の苦悩を招いた。それからの逃避を目的にギャンブルに耽溺	環境モデル 環境改善 ・家族間あるいは地域・職場の負荷 ・高い射幸性 ・安易な借金システムあるいは取立てプレッシャー	宿命モデル 無条件受容 人生修行のために与えられた天命

者さんは、いや先生、そうは言うのだけれど、本当は私、こんな無様なことはしたくないですよ、という話になります。そこで初めてこの人の中の矛盾したのが見えてくるわけです。重要なことは、私たちは決して、ギャンブルをやめろとは言いません。患者さんの抱える自己矛盾、葛藤を探り出し、それを解きほぐす手助けを行うのです。

——この病院を訪ねてくる患者さんの中には、パチンコ依存の人の割合はどのくらいですか。
河本 ギャンブル依存で来られる

方々の9割は、パチンコ・スロットと考えていただいて結構です。残りの1割が、競輪、競馬、株…いまはやりのFX（外国為替証拠金取引）のデイトレードなどもありますね。

脳の薬は使うが病的依存公認の薬はありません

——治療は実際、どのように行われるのですか。
河本 表1の「病的ギャンブルング介入モデル比較表」をご覧ください。「医療モデル」の中の「疾患（医学）モデル」によると、ギャンブル依存というのは、脳の中にギャンブルの習慣がついて、脳がギャンブルをしたがるように変化を起している状態と考えるんですね。図Bのような変化です。そこで、どうすればいいかというところ、薬物療法で脳の中の神経の特殊な変化を抑える、という話になる。

ところが、残念ながらそれに効く薬で、公式に認められたものは一つもない、というのが現状です。日本

にも外国にもない。ただ、精神科医なので、脳に効く薬はいくつか使ってはおります。リーマス、SRI、トピナなど、本来は癲癇やうつ病用に関与された薬を、患者さんの症状に合わせて使っています。

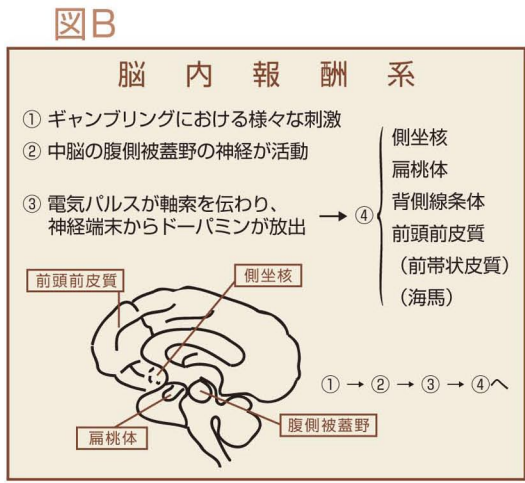
しかし、まあ効果は不安定です。しかも、それらの薬はギャンブル依存に対しては公的保険で認められていません。そのため、薬物療法を受けることができる患者さんは限られます。ギャンブル依存に関しては、「医学モデル」というのは、残念ながら、じつに中途半端なことになっています。

心理的モデルで分析

——先生がギャンブル外来を始めたのは、去年の6月からですね。病的な依存症の分析にどのような方法がとられているのですか。
河本 先ほどの表1を改めておさらいすると、「医療モデル」のうち、「疾患（医学）モデル」は、結局、確立された治療法はありませんから、これ以上どうしようもありません。となると、残るは表に掲げた「ギャンブルに関する認知モデル」「（自己認知に関する）認知モデル」

「認知モデル」は利益不利益の偏った考え方

「認知モデル」は、ギャンブルにはまってしまったのは、ギャンブルから得られる利益に関する誤った認知が強い、つまりギャンブルをしたらいつか儲かるとか最終的には大儲けができるとか、ギャンブルをすると楽になる、うれしくなる、景品を持って帰ったら



2「力動（意識下）モデル」の3つとなります。ただ、同じ「医療モデル」でも、これは心（思考と感情）を対象とします。「認知」とは「力動」とは意識下の欲求です。

表1 病的ギャンブリング介入モデル比較表

	医療モデル			
	疾患(医学)モデル	認知モデル(1) (ギャンブルに関する)	認知モデル(2) (自己認知に関する)	力動(意識下)モデル
原因仮説	渴望軽減 「なぜギャンブル行為が制御困難となったのか？」	認知修正 ギャンブルから得られる利益に関する偏った認知が強い渴望を生じさせた	認知修正 自己の欲望に関する認知のズレがギャンブル戦略の一貫性を失わせた。そのため「負けを追う」などの超短期戦略に基づく制御困難なギャンブリングとなった	葛藤の同定と解決 乳幼児期に源流をもつ過剰な罪悪感から生じた「自罰衝動」が病的渴望に転じた

家族が喜ぶ、など、ギャンブルについての利益の過剰な考え方を、それでいてギャンブルについての損、不利益については、あまり考えが向かないという、考え方の偏りが原因だというように考える人

家族が喜ぶ、など、ギャンブルについての利益の過剰な考え方を、それでいてギャンブルについての損、不利益については、あまり考えが向かないという、考え方の偏りが原因だというように考える人

「認知モデル2」は
金銭欲から離れ
他の目的に転化
次の「(自己認知に関する)認知

です。

ここから来る治療法としてはたとえば、外来に来ていただいた方に、テキストブックを渡し、ギャンブルでの利益計算、これまでギャンブルにどれだけお金を使ったか、どれだけ損をしたのか、どのくらい利益があったのか、そういう計算をしてもらったり、ギャンブルをしてどんないいことがあったのか挙げてもらいます。偏った認知、偏った考え方を修正してもらおうというわけです。

うちの場合は、外来で、これを3回に分けてしてもらいます。外国では20回くらいするところもあるし、3か月くらいかけてするところもあります。うちではそれほど長くはやっていません。考え方の修正ができればいいだけです。

モデル2」では、自己の欲望に関する認知のズレがギャンブルの戦略の一貫性を失わせ、そのため「負けを追う」などの超短期戦略に基づく制御困難なギャンブリングとなります。

図Cの「欲動内容の変化(5欲)」にありますが、初めはだれもが金銭欲、金をちよつと増やしたい、といった目的でギャンブルを始めます。金を儲けたいという目的でギャンブルをやっている間は、実はあまり大損しないものなのです。

ところがだんだん、大当たりをしないと、一攫千金で目に物見せてやるとか、家庭や職場のいやなことから逃げたいとか、金銭欲以外の名誉欲や現実逃避欲が出てくる。こうなると、ギャンブルの戦略が一定しなくなる。戦略の一貫性がなくなるといえることは、言

図C



い換えると、その場その場の超短期戦略で、付け焼刃、その場限りでやりますから、負けが込みます。

私が去年から始めたのが、こうした「認知モデル2」に基づく治療法です。患者さんに、この自己認知のズレを指摘すると、たいていはすぐに分かってもらえます。

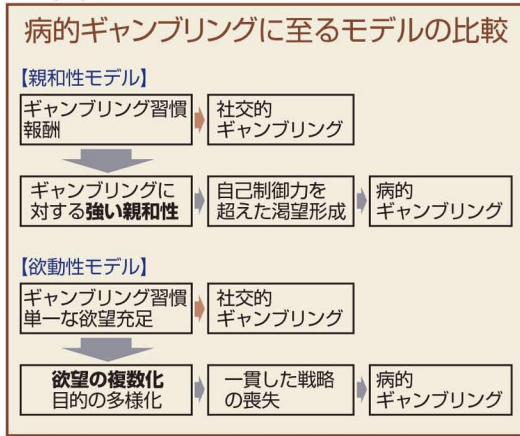
ギャンブル依存に対する治療は、この「認知モデル1,2」を使って患者さんに対処しますが、おおむねいったんはやめられます。これまで20人ほどの患者さんが来ましたが、ほとんどの方がやめられています。また止まっていけない方も小遣い範囲のギャンブルに戻っています。

アルコールと違い 高い確率で回復 体質依存はないと

——アルコール依存の場合は、依存体質ということがあるそうですね。ギャンブル依存については体質ということはありませんか。

河本 図Dの「病的ギャンブルに至るモデルの比較」をご覧ください。病的依存には、「親和性モデル」と「欲動性モデル」があります。ギャンブリング習慣のある人が、ギ

図D



ギャンブルで報酬を受けたり、「あんたスゴイね」などと友達から言われたりすると、それを楽しみにギャンブルを続けていくというのが「社会的ギャンブル」。

一方、生まれつきお酒に対する強い親和性、つまり深く酔える体質ですね。ギャンブルの場合も同じお金が儲かっても普通の人以上に強く快楽を感じる体質、そういう親和性を持つてる人が、結果的に「自己制御力を超えた渴望」を作つて、あるいは飲酒欲求を脳の中に作つてしまう。ギャンブルの場合、そうした体質的なものがあるのかどうか、それはわかりません。しかし、アルコール依存症と同じ理屈で考えるお医者さんが多い

のは事実です。アルコール依存の場合は、確かにいったんはまった人がその後、上手にまた飲みづけるというケースは、少ないと考えられています。

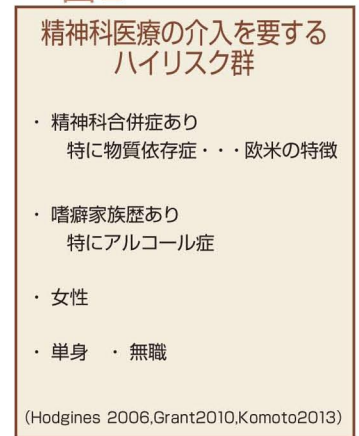
一方、ギャンブルの場合は、かなり高い確率で、小遣い範囲のギャンブルに戻っています。少なくとも3割、統計によっては9割というような研究報告もあります。

だから、アルコールと同じような「親和性モデル」は、ギャンブルには当てはまらない、と、私は思います。

遺伝などによる 精神科合併症は 重症化しやすい

ただ、親和性を病態の中心に置いて先生方の反論としては、ギャンブル依存の中には、症状がどんどん進行していく人を例として挙げます。最終的には自殺、破産に至る。激しく進行していく、そういう患者さんがいる以上、やっぱりすぐにでもやめなさいと言ふべきではなからうか、というわけです。大事なものは、どのような人が、進行するのかわかることを見極めること。これが精神科医療

図E



の役目だと思っています。

図Eの「特に精神科医療が介入すべきハイリスク群」をご覧ください。精神科医療が対処しなくてはならないのは、どういう人たちかということですね。最初に「精神科合併症あり」、これは、絶対に精神科医療が介入しなくてはなりません。アルコール依存症やうつ病が多く見られます。

「嗜癮家族歴あり」の場合は、親父がアル中だった、あるいはギャンブル狂いだった、というような家族歴を持つ方が、病的ギャンブルにはまった場合、重症化しやすいので、介入の必要があります。この2つは、精神科医療を含めた何らかの援助機関の中でそれなりの手当てをしていただくことが必要でしょう。このタイプの方がギャンブルにはまりこんでいたら大変危険です。

「社会関係モデル」 環境を変えるのが 一つの方法だが

「社会関係モデル」というのは、河本 あなたの自分勝手な性格や生き方がギャンブルへのめり込みを生じさせた。だから十分反省しろ、少しづつ償いをしろというわけです。精神科医療の一つにも内観療法と言つて、希望者には自分を振り返ることを手助けする方法はありますが、基本的には「社会関係モデル」というのは医療の範囲を越えた、「道徳モデル」です。

「環境モデル」については、とにかく環境が悪いのだから、そういう環境を遮断しようという考え方は、転地療法したり施設に入つたりということですね。あるいは法的にサラ金などから借金できないようにしようとかね。

こうした環境を変えることにより、それをきっかけに回復する人もいるので悪いわけではない。ただ、いずれのモデルであれ、これしかないとか、これが一番だと思ふい込まないようになってはなりません。

インタビュー「明日を拓く」

長い歴史の中で 効果を持っている 「宗教モデル」

——「宗教モデル」というのは、
どういふものでしょう。

河本 「人生は、1万円儲けた、損した、の世界ではないでしょう。仏様から与えられた、もつと崇高なものでございましょう」と。お寺に行けば、こういう話をしてくれるのではないかと思います。中には、それでストーンとやめる人もいます。江戸時代、いやもつと昔から、博打癖は日本人を大いに悩ませて来ました。博打好きのどうしようもない亭主を、奥さんがお寺に連れて行って、そこで坊さんから、生きる意味を、仏の教えを聞いて、心を入れ替えて、博打をやめたという話はたくさんあります。

「宗教モデル」の方が、歴史はずっと古い。ギャンブル問題についての「医療モデル」が確立されたのは、ここ10年くらいのことではないでしょうか。歴史が長いだけではなく、実際多くの日本人がこのモデルに救われてきたと思います。

金銭だけでなく 時間とか生活を 考えた活動を

——日遊協は、依存問題へのアプローチとして、リカバリーネットワークへの支援、ホールでの啓発ポスターやステッカーの掲示を続けて、一定の成果を上げています。先生のお立場から、私たちの活動に対して、何かアドバイスのようなものはありますか。

河本 パチンコ業界として、何のためにパチンコをしてもらうのか、



しばしばユーモアたっぷりに話す河本医長

れませんが、それを求め続けることでお金の問題ではない時間とか生活の質を落としていくかもしれない。その人にとってそれしかないのなら、それもいたしかたないのかもしれない。

日本にパチンコ・スロットがある意味は、きつと長く過ごしていただくという形で国民のある部分を依存させるといふことで、ほかのもつと破滅的なめり込みから救っていると大きな意義があるのかもしれない。そう考えたら、また新しいアプローチの仕方も出てくるのではないかと思います。

こうもと・やすのぶ

岡山県出身、岡山大学医学部卒業後、臨床精神科医師として岡山県内の精神科病院に勤務。平成25年4月から久里浜医療センター精神科医長として勤務。同時に「病的ギャンブル治療部門」の担当責任者となる。53歳。

聞き手 = 「日遊協」編集部