CORE
Metadata, citation and similar papers at core.ac.uk
Provided by Kansai University Repository

関西大学学術リポジトリ
Kansai University Institutional Repository

わが国におけるアディクション臨床の現在についての文献研究

著者	中田 行重
雑誌名	関西大学心理臨床カウンセリングルーム紀要
巻	2
ページ	73-80
発行年	2011-03
URL	http://hdl.handle.net/10112/4883

特集

わが国におけるアディクション臨床の現在についての文献研究

関西大学大学院心理学研究科　中田　行重

要約

わが国におけるアディクション（嗜癖）の臨床について文献をもとに概観した。アディクションは家族からだけでなく、精神科医や臨床心理士など専門家からも当人の人格の問題と見られがちであるが、これと言った定式化された援助方針がなく、社会や経済とも絡む厄介な病気である。先ず、アディクションとは何かについて現象と診断の問題、病理学の推移について概観した。次に、精神障害とアディクションとの重複傷害、ベンゾジアゼピン系の抗不安薬やSSRIという処方薬物へのアディクション、社会的機能の喪失の観点からアディクションの持つ深刻な複合性についてまとめた。更に、アディクション発症の危険因子について生物学的視点と家族論的視点から紹介し、最後にアディクションに対して最近の提唱されることの多い治療としてグループ療法（自助グループあるいは集団療法）があることを紹介した。

キーワード：アディクション、治療、重複傷害、処方薬物、自助グループ

Ⅰ．はじめに

昨年度から今年度にかけて本カウンセリングルームで病的賭博を行うクライエントへの心理的援助を行った。本ルームで初めてのことである。薬物所持で逮捕される芸能人やストーカーなど、異常な執着を示す事件がメディアで報道される。しかし、これはメディア上のことだけではない。パチンコにはまる人やアルコール依存の人は巷に溢れているし、インターネットやテレビゲーム、買物をやめられない人も珍しくない。摂食障害や虐待などは精神科や心理臨床の事例で頻繁に登場している。そう考えると本ルームにおいても様々なアディクション（嗜癖）をもつクライエントの来談を想定しておくべきであろう。

心理的援助の理論は一般に、クライエントの症状や問題が何であれ、そこに心理的なテーマ、あるいは対処すべき課題を定めた上で、援助者が依拠する学派の援助論を適用する。したがって、アディクションをもつクライエントとはいっても、それに対する固有の方法など必要はなく、援助者が依拠する理論に添って援助実践を行う、と普通は考えるところである。ところが、アディクションという状態はそれ自体、個人だけの問題行動と言い切れない面が多い。勿論、従来の心理臨床の援助対象となるクライエントの問題行動も多少なりとも家族や社会と何らかの関係をもっている。しかし、アディクションの場合、それに関連する状況や要因の範囲がはるかに広い。榎本（2003）がアディクションの側面として“からだ、心”のほか“家族、社会、現代の病気”と3つを指摘しているように、多くのアディクションが家族や社会に多大な負担をかける。また、アディクションによる消費は国の経済・社会にも相互に影響しており、鈴木（2010）はその治療観の変化に社会のシステムの影響を示唆している。加えて、それどころか、

松本（2010）は治療を精神科医自身が否認している可能性をも指摘した。

精神科医にとってアディクションという状態をもつ患者は、鈴木（2010）や松本（2010）が述べているように、人格の問題としてしまうと治療にならないにもかかわらず、つい人格やモラルの問題として患者に接してしまうという面があるらしい。確かに、松本（2010）が指摘しているように、芸能人が麻薬で逮捕されたら、筆者も「またやった。どうしようもない奴だ」という目で見てしまう。ところが、これを、やめたくてもやめられない、という病気である、という観点から見ると、事態は全く異なった極めて深刻な様相となる。今後、本カウンセリングルームにおいても来談するアディクションのクライエントに対して、私たちスタッフがその人の人格の問題として見てしまわないよう留意する必要がある。また、回復の上で協力が重要といわれている家族が本人のその状態を“情けない”と見てしまうことは当然であると受けとめながらも、援助が必要な病気なのだ、という観点を援助者であるスタッフが保持し、親に対して適宜伝えることも欠かせない。

本稿は、わが国におけるアディクションに対する現在の臨床実践について最近の文献をもとにレビューをするものである。

Ⅱ．アディクション（嗜癖）とは何か

かつて“アルコール症”、“慢性アルコール中毒”と呼ばれていた様態を、斉藤学は“アルコール依存症”という概念に統合しなおした（斎藤、2009）。この“依存”という概念は、まず“薬物依存”、“ニコチン依存”のように主に物質に対する依存の状態を表すものとして用いられ、次第に“インターネット依存”“買物依存”“セックス依存”など行為に対しても用いられるようになってきた。昨今は、それらの病態の中核の心性が“依存”というよりは、むしろ“やめられない”というものであり、また、そのように見ると、その他の多くの状態を、アディクションとして括ることが出来ると考えられるようになった。DSM-Ⅳではアディクションという概念が用いられなかったが、最近では、それが多く使われるようになってきた。たとえば、『精神科治療学』25巻第2号は“アディクション”という概念を用いて特集を組んでいる。榎本（2003）によれば、現在、“アディクション”は“依存”とほぼ同義で用いられているという。

アディクションは2つの分け方がある。1つは、アルコール依存や薬物依存のように化学物質の体内摂取をchemical依存、ギャンブルほかchemical依存でないものを全てnon-chemical依存とする分け方である。もう1つは、次の3つに分けるものである（榎本、2003）。

1）物への嗜癖；アルコール、薬物（違法ドラッグ、処方薬物）、タバコ、コーヒー、等
2）人間関係への嗜癖；虐待、恋人、友人、いじめ、等
3）行為への嗜癖；賭博、買物、仕事、インターネット、セックス、マスターベション、フェティシズム、テレビゲーム、リストカット、窃盗、過食、ダイエット等

ところが、DSM-Ⅳでは物への嗜癖は物質使用障害（substance use disorder）であるのに対し、ギャンブルや窃盗は衝動性コントロール障害（impulse-control disorder not elsewhere classified）、過食は摂食障害（eating disorder）、露出・フェティシズムは性嗜好異常（paraphilias）、いじめや窃盗は行為障害（conduct disorder）というように、対象によって分類される範疇が異なる。DSMは研究・統計上の理由からこのような分類になるのだが、患者側の苦慮感として“やめられない”、という心理を共通してもっているので一括りに“アディクション”という目で見るほうが、臨床実践上は都合がよい。2012年に改訂が見込まれているDSM-Vでは、これらを“behavioral and substance addiction”として一括りにすると言われているが、行動も化学物質と同じく脳に作用して人を病態に

陥れるという認識を示した点で精神医学として画期的な変化となる、と森山（2009）は述べている。

なお、本稿では嗜癖も依存も同義とし、個々の症状の呼び名については、文脈によって使い分けるが、基本的には、たとえば“アルコール嗜癖”ではなく“アルコール依存”のように、一般的に通用している概念を用いることとする。

Ⅲ．アディクションの複合性

アディクションは多くの場合、複合的である。アディクションが重複している場合があり、米国では重複障害の二重診断例（dual diagnosis）として1980年代から文献が増え、カナダでは併存性傷害（concurrent disorder）として近年報告が増えている（池田ら、2010）。また、アディクションには合併症や発症のきっかけとして外傷体験が背景にあることもある。更には社会的な問題になることもある。アディクション自体が厄介な症状であることに加えて、この複合性がアディクション臨床を更に厄介なものにしている。

たとえば、鈴木（2010）はRootらの報告（2010）から、神経性食欲不振症（anorexia nervosa）のうち19.8%に、中でも過食排出型においては35.5%にアルコール依存が併存していることを引用し、また、女性のアルコール依存症入院患者のうち12%に、そのうち20代に絞ると70%に摂食障害が併存していたという鈴木ら自身の調査（Higuchi, et al., 1993）を引用し、過食―嘔吐もアルコール・薬物も共に脳内のドパミンを賦活するものであり、それらが併存するのは自然であると述べている。アディクションの併存の点では、摂食障害はアルコールや薬物のほか、リストカット、下剤濫用、病的窃盗など、物・行為への嗜癖が発生しやすい障害といえる。とはいえ、それは摂食障害がベースになって他の嗜癖が発生するのか、あるいはその逆なのかについては、はっきりしたデータはない。

池田ら（2010）は依存症で入院し1年半で退院した患者のうち52.5%が精神障害を併発し、そのうち16.8%が統合失調症圏であったという重複障害の報告等を引用し、物質使用障害と精神病性障害が併存する障害を、物質性障害の上に精神病症状があるのか、その逆なのかを検討する必要性を認めつつも、“精神病性障害を併せ持つ併存性障害（psychotic concurrent disorders: PSCD）”という1つの枠組みで考えることを提案している。物質使用のアディクションのうちでも、大麻・覚せい剤・コカイン等の違法ドラッグの濫用により慢性的に無気力、感情の平板化、言語・思考機能の低下や記憶の障害などの精神障害を示す一群を無動機症候群（amotivational syndrome）という。これは本来、アルコール関連の精神障害ではないのだが、奥田ら（2010）はアルコール依存症で社会復帰プログラムを受けて断酒が続いているのに無動機症候群を呈した患者を経験し、調査を行っている。アルコール依存にはblackoutと言われる深刻な記憶機能の障害も起こる（世良、2009）。また、慢性精神病患者はアルコール・薬物の摂取が1回でも暴力行動の危険率は2倍となり、アディクションレベルではその危険率は16倍になるという報告もある（Swanson et al., 1990）。そうした報告を踏まえ、松本（2010）は特にアルコールが不安を抑制した結果としての攻撃行動、およびアルコール離脱期の幻覚や振戦妄想が引き起こす攻撃行動があることを指摘している。更に松本は覚せい剤が「多動、興奮、非刺激性亢進を引き起こし、様々な攻撃性を発現する」（955）と述べている。このように物質使用のアディクションと精神症状が併用する場合、加えて、その結果として攻撃性が高まる場合がある。

次に、処方薬物のアディクションについて見ておきたい。不安障害に対して処方されるベンゾジアゼピンはアディクションを作り出すことが知られている。薬物関連障害患者の主たる薬

物は従来、多い順から覚せい剤、有機溶剤、鎮静剤（抗不安薬・睡眠薬）であったのが、鎮静剤が有機溶剤を抜くのは時間の問題であるという報告もある（尾崎ら、2009）。田中（2010）は不安障害の患者で、処方薬によってベンゾジアゼピン依存症の併存が固定化した場合として、ベンゾジアゼピン処方量が減った後も異常行動が持続し、救急外来へ嗜癖的な受診をするなど、もはや原疾患なのかの判別が困難となった症例等を検討している。そして、①ベンゾジアゼピンは離脱作用として不安を生じさせ、②認知機能の低下や脱抑制作用のために心理社会的治療の効果を減弱させ、不安障害の増悪因子となるストレッサーを補強し、③ベンゾジアゼピンの濫用から離脱できても、次世代の薬剤への依存へ移行する可能性があること、を指摘している。うつ病については、長期化する抗うつ薬の多剤大量投与や医原性ともいえる遷延うつ病が増加している（田島、2010）。特に議論になっているのはSSRI、SNRIなどの新規抗うつ薬である。SSRIにはアディクションは発生しないという研究者がいる（European Agency for the Evaluation of Medicinal Products、2000；Haddad, 1998）一方で、インターネット上にはその離脱の困難さやアディクションの可能性を指摘するSSRIユーザーの声が溢れており、Healy（2009）はSSRIが脳にストレッサーとして作用し、脳が元に戻らないという薬物によるストレス症候群を提唱し、新たなアディクションと考えている。田島（2010）はうつ病患者が急増した背景に新型の遷延性うつ病や双極性障害概念の拡大があるとし、SSRIによる賦活症候群が起こることを元来、双極スペクトラム障害の症状であるという見方をしていることに、疑念を呈している。そして、SSRIのもう1つの問題としてSSRI誘発性アパシー症候群（SSRI-Induced apathy syndrome）があることをあげ、うつ病の遷延と思われていた意欲や興味関心の欠如がSSRIの投与中止により完全に回復する例があると述べている。

人間関係へのアディクションとしては異常に人につきまとうストーキングがあり、これは犯罪事件となってかつてメディアを騒がした。このアディクションはこっそりと陰湿でに行われるため周囲に援助を求めにくい（たとえば清水、2000）。いじめにしても、人を死に追いやるまでやってしまう事件がメディアで報道されてきた（たとえば、黒木2001）。この2つに限らず、これらの事例はその陰湿さ、残虐さ、周到さが際立っており、アディクションという臨床用語を用いるのが憚られるほどであるが、一旦はまるとやめられない、という心性が認められる。とはいえ、本人が医療や心理臨床の援助を求めてくることはなく、むしろ被害者が援助を求めるのだが、今後の社会全体の問題として考えていくしかない。しかし、何ら見通しはたっていない。事件には至らなくても人間関係へのアディクションは周囲に迷惑をかけてしまう面を多少なりとももっている。見捨てられ不安を抱えるうつ病や人格障害の人が周囲に電話やメールを送りまくったり、よく知らない人と恋人関係になったり、人を求めて家出し行方不明になったりする。当然、電話代は相当なものになり、警察沙汰になる。ただし、これらは本人が寂しさを抱えているので、精神科や心理臨床の援助を求めてくることもあるが、その寂しさを紛らわすために、アルコールや薬物のアディクションやリストカットなどの行為のアディクションをもっていることも多い。

行為へのアディクションに関して、古橋（2010）は、現代の行為プロセスへの依存にはフェティシズムのように背景に特別な意味がないにもかかわらず、行為そのものをやめられない人がいると述べている。彼はまた、2002年に韓国で起きたインターネットカフェでゲームを86時間も中断することなく続けて死亡した事件を極端な事例としながらも、インターネット依存が社会との接触を減らし、ひきこもりの状態に陥れ、社会人として機能し得なくさせ、その果てには廃人にさせてしまう危険性を述べてい

る。その点、携帯電話へのアディクションは対人希求性を内在しているので、社会機能を悪化させにくいと述べている。また、インターネットはビジネスで今や不可欠だが、一方でそのアディクションによる社会的損失は無視できないと指摘している。その一方で、パチンコなどのアディクションは、アディクションの人が多いほどパチンコ業界にとっては有難いのであり（遠藤、2005：春木、2007）、また遊技として野放しにしていることはわが国政府の税収源として無視できないからではないかと考えさせられる。これも人間関係へのアディクションと同様、臨床の問題というより社会の問題である。行為へのアディクションは他の行為をストップさせ、経済的・社会的機能が十分果たせず、健康にもダメージを与える。更に家族など周囲の人に大きな損害を与え、家族の精神状態も悪化させることも多い。なかには、それに耐えられず家族が離れていくこともあるが、家族離反という状況に耐えられずに行為へのアディクションにはまってしまう、という悪循環のループが出来ることも少なくない。

もう１点、現代の精神科臨床、心理臨床でよく出会う発達障害を基盤とするアディクションがあり、朝倉（2010）は病的賭博の症例を検討している。

Ⅳ. アディクションの原因・発病の危険因子

アディクションの原因ははっきりしない。というよりも、アディクションの多くは、たまたま物質や行為に手を出した結果が嗜癖状態につながったものである。例えばアルコールやインターネットであれば適量であれば問題なく、それどころか、生活を便利あるいは豊かにする可能性がある。ところが、ある地点からやめられなくなった、というのがアディクションの始まりである。勿論、元来依存性の物質である違法ドラッグなどは化学的に嗜癖を誘導する性質をもっているが、それを手にしなければアディクションにはならない。つまり、アディクション形成は、①日常生活で普通に許容されていることが度を越してしまう、②元来、嗜癖誘導的な物質に手を出してしまうという経緯の２つがある。

①の事情のため、アディクション患者の家族は勿論、治療に当たる精神科医までも松本（2010）が指摘するように、「何故、度をこすほどにやってしまったのだ！」と人格の問題として（治療よりは）叱責したい気持ちを引き起こす。同じ量の物質摂取あるいは行為を行っても、それがアディクションにまでなるかならないかは個人差がある。

アディクションの生物学的基盤としては次のことが言われている。薬物嗜癖の場合であるが、その開始時にはイベントに反応して腹側被蓋野からのドパミンの放射が起こり（開始期）、次に薬物摂取に対する動機付けが高まり次に薬物探索行動が起こり（形成期）、反復使用によって細胞および分子レベルでの変化が生じる（終末期）（中込、2008）。またKalivas & Volkow（2005）はイベントが予測されるだけでもドパミン放出のきっかけとなる一方で度重なる暴露のため、慣れが生じてドパミンの放射が起こらなくなり、薬物の反復使用が続くうちに前頭前耶が補強され、グルタミン酸の側坐核への放出を送信する、と述べている。その意味で、アディクションになるかどうかの個人差は、遺伝的影響が考えられるし、この神経学的な回路の形成がどの時点で完成するかにかかっていると言えよう。

アディクションのもう１つの原因論として家族を考える立場がある。たとえば斎藤（2006）はアルコール依存症が遺伝体質的な遺伝だけでなく、親世代の夫婦間相互作用を子どもが学習する可能性を指摘している。また、アルコール依存症者への家族の対応行動が逆にアルコール摂取を促進するという“イネーブリング”“共依存”という概念を引用して、遠藤（2006）や信田（2006）はその家族療法を論じている。家族とは限らないが、物質使用アディクションを持

つものは心的外傷を受けたものが多く、PTSDとの合併症状が多く、薬物嗜癖患者は恐怖型アタッチメントを示すものが多い（Shindler、2005）などから、不安定な養育環境が危険因子となることも指摘されている（森田・梅野、2010）。

V. アディクションへの治療・援助論の展開

アディクションには固有の有効な治療法があるわけではない。個々の臨床家が通常の精神科医療あるいは心理臨床の方法で対応しているものと思われるが、アディクションは当事者の否認が強いため治療に乗りにくく（榎本、2003）、治療・援助は簡単ではない。以下は最近の文献に掲載の治療実践の工夫をまとめたものである。

わが国のアルコール依存症への治療論は主に久里浜アルコール症センターで展開されてきた。12ステップの集団療法や自助グループ、最近では認知行動療法を取り入れた再飲酒予防トレーニングなどが行われている（宮川、2010）。薬物へのアディクションには従来は中毒性精神病に対する統合失調症に準じた治療かアルコール依存モデルの治療であったが、海外のマトリックスモデルを参考にしたプログラムがわが国でも広まりつつある（小林、2010）。また、薬物アディクションからの回復を目指す民間の入寮リハビリ施設としてダルク（DARC）があり、集団療法やリクリエーションを行っている（上岡・川端、2010）。

病的賭博については星島ら（2005）や森山（2008）、河本（2009）、田辺（2009）らが自助グループや集団療法による治療を提唱している。また、竹元（2006、2007）は内観療法を報告しているが、内観療法は河本（2010）が病的窃盗への適用も提唱している。そのほか、ワンデーポートという病的賭博者に対する民間の入寮施設もある（中村、2003）。

VI. まとめ

アディクションは従来の精神科、心理臨床の援助論とは異なる厄介なものをもっている。援助者側が病気としてより人格の問題として見てしまいがちであったり、患者が治療動機をもちにくいこと、基本的に嗜癖そのものが生物学的基盤をもっているための難知性をもっていること、そして、他のアディクションや精神障害との併存など固有の複合性をもっていることなどが、治療・援助を厄介なものにしている。処方薬物へのアディクションは治療者側が問題意識をもって治療上の工夫をすることが求められるが、それ以外のアディクションで最近の文献からはいずれもグループ療法（自助グループあるいは集団療法）が提唱されているが、まだこれといった定番の治療・援助論はないといったところである。

今後、本カウンセリングルームにアディクションをもつクライエントが相談を申し込んできた場合、受理するかどうかの判断は慎重さが求められるのは当然であるが、業界でも援助論が確立していない現在、本カウンセリングルームにおいて限度つきとはいえ、可能な援助を行い、その結果を詳細に検討することはアディクション臨床の今後にとって多少なりとも貢献することになると思われる。

文　献

朝倉新（2010），発達障害とアディクション，精神科治療学，**25**(5)，607-613.

遠藤優子（2005），パチンコ・スロットにはまるわけ――パチンコ業界の依存症アンケート結果に見る実態――，アディクションと家族，**22**(2)，121-127.

遠藤優子（2006），アディクション・アプローチにおける家族療法，アディクションと家族，**22**(4)，312-317.

榎本稔（2003），アディクションの精神科における治療，現代のエスプリ「アディクション」（安田美弥子編），至文堂

古橋忠晃（2010），インターネット依存，形態依存，買い物依存は「依存」なのか，精神科治療学，**25**(5)，621-627.

Healy, D.（2008），Psychiatric Drugs Explained, Fifth Edition, Churchill Livingstone, Philadelphia, USA（ヒーリー著『ヒーリー精神科治療薬ガイド』田島治・江口重幸監訳、冬樹純子訳、みすず書房、2009）.

Higuchi, S., Suzuki, K., Yamada, K. et al.,（1993），Alcoholics with eating disorders: Prevelance and clinical course, British Journal of Psychiatry, **162**, 403-406.

池田朋広・森田展彰・梅野充・稲葉淳子（2010），精神病性障害と物質使用障害の併存性障害について――精神病性併存性障害３症例への考察――，精神科治療学，**25**(5)，573-581.

河本泰信（2010），窃盗癖（病的窃盗）について――集中内観療法を施行した２症例の検討――，精神科治療学，**25**(5)，657-665.

Kalivas, P. W. & Volkow, N. D.（2005），The Neural Basis of Addiction: A Pathology of Motivation and Choice, American Journal of Psychiatry, **162**, 1403-1413.

小林桜児（2010），薬物依存治療のあらたな展開，精神科治療学，**25**(5)，645-650.

黒木昭雄（2001），栃木リンチ殺人事件――警察はなぜ動かなかったのか，草思社

星島一太・斉藤章佳・田中隆博・榎本稔（2005），精神科外来におけるギャンブル依存症グループの取り組み第２報，アディクションと家族，**22**(2)，45-52.

春木進（2007），激増するパチンコ依存症の社会的背景，アディクションと家族，**24**(1)，21-23.

河本泰信（2009），初期診断から洞察的精神療法へ（病的賭博），精神科治療学、**24**(増刊号)，300-301.

松本俊彦（2010），アディクション――精神科医が「否認」する「否認の病」――，精神科治療学，**25**(5)，565-571.

森田展彰・梅野充（2010），物質使用障害と心的外傷，精神科治療学，**25**(5)，597-605.

森山成彬（2008），ギャンブル依存外来，精神科治療学，**23**(9)，1071-1077.

森山成彬（2009），ヒト社会のギャンブリング行動，臨床精神医学，**38**(1)，61-66.

松本俊彦（2006），嗜癖の攻撃性と衝動性、精神科治療学，**21**(9)，953-960.

宮川朋大（2010），アルコール依存症治療の新たな展開，精神科治療学，**25**(5)，637-643.

中込和幸（2008），嗜癖行動の脳基盤，アディクションと家族，**25**(1)，29-35.

中村努（2003），ギャンブル依存症とワンデーポート，現代のエスプリ「アディクション」（安田美弥子編），至文堂

信田さよ子（2006），アディクション・アプローチと家族療法――権力という問題――，アディクションと家族，**22**(4)，318-322.

奥田正英・田中沙弓・根本淳・片岡都・水野将己・原孝・白石直・大草英文・田中雅博・三和啓二・水谷浩明（2010），長期間にわたり無動機症候群と考えられる状態を呈したアルコール依存症の臨床特徴について，アディクションと家族，**27**(1)，32-39.

尾崎茂・和田清・大槻直美（2009），全国の精神科医療施設における薬物関連障害の実態調査，平成20年度厚生労働科学研究費補助金　医薬品・医療機器等レギュラーとリーサイエンス総合研究事業「薬物乱用・依存等の実態把握と『回復』に向けての対応策に関する研究」分担報告書、87-134.

Root, T. L., Pinheiro, A. P., Thornton, L. et al.（2010），Substance use disorders in women with anorexia nervosa, International Journal of Eating Disorder, **43**, 14-21.

斎藤学（2006），特集にあたって，アディクションと家族，**22**(4)，310-311.

斎藤学（2010），嗜癖行動と家族問題，アディクシ

ョンと家族, **27**(1), 21-26.

世良守行（2009), アルコール依存症の看護で、今囚われていること, アディクションと家族, **25**(4), 255-257.

清水潔（2000), 遺言――桶川ストーカー殺人事件の深層, 新潮社.

Shindler, A., Thomasius, R., Sack, P. et al.（2005), Attachment and substance use disorders: A review of the literature and a study in drug dependent adolescents, Attachment and human development, **7**, 207-228.

鈴木健二（2010), 摂食障害のアディクション的側面, 精神科治療学, **25**(5), 589-595.

鈴木國文（2010), 今日の精神科臨床で出会うアディクション, 精神科治療学, **25**(5), 563-564.

Swanson, J. W., Holzer, C. E. 3rd, Ganju, V. K., et al.,（1990), Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys, Hospital & Community Psychiatry, **41**, 761-770.

竹元隆洋（2006), ギャンブル依存症の内観療法. 現代のエスプリ「内観療法の実際」(三木喜彦・真栄城輝明編), 至文堂

竹元隆洋（2007), ギャンブル依存症と内観療法, アディクションと家族, **24**(1), 29-32.

田辺等（2009), 病的賭博（ギャンブル依存症）の集団療法と自助グループ（病的賭博), 精神科治療学、**24**(増刊号), 302-303.

田中聡（2010), 不安障害とアディクション, 精神科治療学, **25**(5), 583-588.

田島治（2010), うつ病の薬物療法と抗うつ薬アディクション, 精神科治療学, **25**(5), 629-635.

上岡陽江・川端知江（2010), 生き延びるための支援を――薬物依存症女性の支援を通して精神科医に伝えたいこと――, 精神科治療学, **25**(5), 651-656.