

## 病的ギャンブリング（ギャンブル依存）の治療と当センターでの試み

久里浜医療センター 河本 泰信

## 1. はじめに

病的ギャンブリング（いわゆるギャンブル依存症）の生涯有病率は、0.8～2.1%と報告されています。特に本邦においては成人の有病率が5.5%と推計されています。DSMやICDなどの疾患分類では、衝動あるいは習慣の障害に入っており、診断基準が定められていますが、その病態については、衝動制御障害、嗜癖行動障害、気分障害、あるいは強迫性スペクトラムとの類縁性が報告されており、混沌としています。また、自然回復率が3～6割に及ぶという報告がある。それらの理由から、病的賭博の疾患性に対する疑義が、未だ精神科医療の中でも根強く、社会の中での偏見を温存・助長することになり、適切な医療的対応を遅らせることになっています。結果として、種々の精神科疾患や自殺の促進要因になるのみならず、乳幼児の放置や多重債務などの社会的問題にもつながっています。したがって適切な医療的介入指針の確立が課題となっています。

## 2. 介入指針の提案

## 1) 「疾患性」について

まずギャンブル行為に対するのめり込みの程度を評価します。ただしDSMやSOGSなどの基準は主として量的な嵌り具合を判断しているにすぎず、「社会的ギャンブラー」の一部、「職業的ギャンブラー」そして「反社会的人格者の問題ギャンブリング」も含まれてしまいます。したがって医療・保健・福祉が介入すべき「病的」ギャンブラーを抽出するためには、「質的」なふるい分けが必要となります。すなわち本人自身の「自己矛盾性」—「本当は本意である」「どうせやめられないと諦めている」「罪悪感あるいは羞恥心がある」などを援助者が確認することによって、はじめて「疾病性」が成立するわけです。ギャンブル関連問題があることのみで疾患化（医療化）することは厳に慎まなくてはなりません<sup>1)</sup>。つまり介入が非医療的対応（「説教」や「指導」）に徹するのであれば、わざわざ「疾病性」を前面に出す必要はないということです。あくまで介入者の拠って立つ基盤（介入思想）に忠実であればよく、往々にして「説教」や「指導」をきっかけにギャンブルが止まることもあるものです。

## 2) 介入指針—「何が予後に影響するのか？」

当事者のどの部分に介入するかについては個々の状況によって異なるのは当然ですが、なんらかの基準は必要です。私自身、過去に診療した「病的賭博」者140名についての予後調査（受診後経過期間平均2年時点での瞬間予後）を行ったことがあります。その調査結果によると、断ギャンブル予後に関連する有意な因子として、①通院・GAなどの何らかのサポートを受けていること ②破産を経験していないこと ③精神科合併症がないこと が抽出されました。これらを介入指針として言い換えると ①何らかのサポートを継続的に受けるようにすすめる ②「破産宣告を受けること」を避ける—早急に法的決着をつけない ③精神科合併症の治療を優先する となります。従来アルコール依存症医療においてはうつ病などの精神科合併症がある場合、「まず断酒してから」という方針がありました。確かに物質依存の場合、依存行動よりも物質そのものの影響が強いため、断酒優先はやむを得ないところがあります。しかし病的賭博の場合は、合併症に対する治療効果が回復に与える影響が特に強いので、断ギャンブルの意向や結果に関係なく合併症治療を優先すべきです。精神科合併症は1/4程度ですが、そのなかで気分障害、特に非内因性うつ病が半数以上を占めていました。したがって、薬物療法のみならず洞察的精神療法を考慮する必要があります。

## 3) 「自閉型」の同定—発達特性の評価

以前回復促進因子を抽出・類型化し、報告したことがあります<sup>3)</sup>。その結果実践的な分類として「自閉型」「非自閉型」を提案しました。この場合の「自閉型」とは、「自閉症およびアスペルガー症候群を含めた疾患としての広汎性発達障害にみられる特有の認知行動特性」という意味です。そして、この特性は、健常者にも部分的に発現しているため、疾患概念を越えた気質の表現型の一つと捉えることも可能です。この視点から観ると、回復過程は、賭博衝動を自己洞察の深化によって克服してゆく群（「非自閉型」）と、賭博衝動が急速に減弱し、容易に発症前の生活に戻ってゆく群（「自閉型」）の2群に分

かれました。前者は一時的な葛藤の解決や自己誇大感の増大などの心理的報酬が賭博行為の動因となっていました。一方、後者は、自閉症特性による反復的儀式的行動傾向が、賭博行為の繰り返しを生じさせていました。この特性は、一旦断賭博習慣を開始すると、逆にその習慣を維持する方向（回復促進的）に作用しており、また当事者意識の希薄化能力も、回復の容易さに関与していました。病的ギャンブリング群全体に占める自閉型の割合については未調査ですが、アルコール依存症群の調査では4分の1程度を占めていました<sup>2)</sup>。

#### 4) 医療における介入法について

次に医療的介入が適応となる病的賭博群の治療法についての概略を述べます。

まず、精神科合併症の有無とあればそれへの十分な（少なくとも標準的な）治療を行います。次に、「病的賭博と脳内メカニズムの変化」に関する「疾患教育」を行い、「疾患であるがゆえの免責」を伝えます。この時に、治療ツールとして、認知行動療法的ワークブックの使用が有効です。その上で、前述の二つの型に応じた介入を行います。

非自閉型は、今までの自己中心的な思考や行動パターンの修正の必要性が大きく、単に賭博を止めているだけでは、後悔や罪悪感が燻り、その防衛としての否認と他者への攻撃性が強まります。それが、賭博渴望を増強し、再発に至ることとなるため、できるだけ早期から、自己洞察的介入を要します。方法としては、自助グループでの積極的な自己開示あるいは内観療法などの洞察的精神療法などがあります。

自閉型に対しては、環境調整が主になります。でき得る限り、シンプルな環境にしておくこと、人間関係や生活習慣の単調化及びスケジュール化ができれば理想的です。自助グループの参加も、このスケジュール化の一つとして、積極的に勧めると効果的です。ただし、参加目的は、賭博に替わる習慣の一つという程度の意味しかないので、それ以上の目的である対人交流や自己開示は、却って負担になることに注意しておく必要があります。いずれにしても、本人の興味にはまるような、新たな趣味や習慣がみつければより一層安定してゆくタイプです。

尚、賭博渴望そのものを標的とした薬物療法については、未だ承認薬はありません。個々の臨床医が適応外処方として同意を取りながら処方を工夫しています。一方飲酒渴望に対する薬物療法においては「自閉型」により有効性が確認されました<sup>4)</sup>。したがって自閉型でかつ難治性の賭博渴望を有する症例には薬物療法も治療選択肢の一つになると考えます。

### 3. 当センターでの病的ギャンブリング外来プログラムについて（当院 H.P. も参照）

上記に述べた治療方針に則り、本年6月より、当院にて病的ギャンブリング外来プログラムを開始しています。以下のスケジュールにて、個々の抱える問題への適切な対応や注意点について学ぶことが出来るようになっていきます。（原則的に火曜日）

- ・初診時：合併症及びタイプ分類を含めた精神科診断 身体疾患チェック 心理検査 1
- ・2回目：疾患教育（当院オリジナルテキスト使用） 心理検査 2 体力測定
- ・3-5回目：認知行動療法 1-3（当院オリジナルワークブック使用）
- ・6回目：精神科フォローアップ診察 検査結果説明 継続通院の必要性についての検討
- ・半年及び1年後：手紙療法（フォローアップのため）

参加希望者有れば当院外来にてご予約をお願いします（046-848-1550：越野外来師長へ）。

#### 【参考文献】

- 1) 河本泰信：初期診断から洞察的精神療法へ（ギャンブル依存）. 加藤敏ら編：「精神療法・心理社会療法ガイドライン」（精神科治療学 Vol. 24 増刊号）， 星和書店，東京， 300-301. 2009. 10.
- 2) 河本泰信他：自閉症特性がアルコール依存症に及ぼす影響について，日本アルコール薬物医学会雑誌，46(5)；454-469，2011.
- 3) 河本泰信：回復過程からみた病的賭博の病型分類. アディクションと家族，28(3)；195-205，2012.
- 4) 河本泰信：アルコール依存症における topiramate の飲酒量低減効果について，日本アルコール薬物医学会雑誌，48(2)；153-168，2013.