



本人のもつセルフスティグマに気づき、支えよう

——統合失調症、認知症、そして、てんかん、ギャンブル依存症——

ギャンブル障害当事者のセルフスティグマ

入来 晃久

ギャンブル障害が、薬物使用障害やアルコール使用障害と同様にいわゆる「依存症」「アディクション」に分類され、ギャンブルの問題への対応が医療にも求められている。しかしながらギャンブル障害当事者は、セルフスティグマの影響もあり、支援を求めない傾向があり、ほとんど相談に至らない。重症化して重大な問題を抱えてからではなく、より早期に回復に取り組むことが望まれる。本稿では医療の立場での取り組み、学校での予防教育、社会への働きかけについて述べた。医療機関や相談機関での治療プログラムの実施は、相談につながるきっかけとなり、その後の治療継続率の向上に寄与する可能性がある。プログラムによる治療効果も期待されるが、安心できる場の提供や、自己効力感や自己肯定感を高めるようなかわりも重要と考える。さらに医療者側のスティグマ低減や信頼障害という視点も重視されている。学校での予防教育では、害や依存性に関する内容のみならず、メンタルヘルスの問題としての依存症に関する情報提供や、アンチスティグマの視点から依存症当事者に対する差別を排し白眼視しないような配慮も必要である。学習指導要領改訂により2022年度から高等学校での授業に「精神疾患の予防と回復」の項目が約40年ぶりに加えられた。相談や支援を受けやすい社会環境を作っていくために、すべての生徒に伝えたい「生きづらさモデル」を提唱した。社会への働きかけとして、メンタルヘルスファーストエイド（MHFA）やこころサポーター養成を例に、メンタルヘルスの正しい知識と理解を広め、地域のスティグマを解消・低減し、身近な人からの働きかけで、ギャンブルに関連した問題に悩む人が相談・支援につながるような活動を紹介した。セルフスティグマ低減に向けた取り組みは、そのまま予防ともなり、ギャンブル障害当事者がより早期に相談や支援へとつながることが期待できる。

索引用語

ギャンブル障害、アディクション、セルフスティグマ、生きづらさ、信頼障害仮説

はじめに

『DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル』¹⁾や世界保健機関（World Health Organization：WHO）の国際疾病分類の第11回改訂版（ICD-11）²⁶⁾で、ギャンブル障害が

いわゆる「依存症」「アディクション」に分類され、社会情勢も相まって、ギャンブルの問題が関心を集めている。著者の勤務する大阪精神医療センター（以下、当院）では、2014年に依存症治療拠点機関設置運営事業を受託して以降、ギャンブル障害への取り組みを行っており、精神科での治療介入を求めて受診する者が増えている。

著者所属：大阪府立病院機構大阪精神医療センター

編注：本特集は、第117回日本精神神経学会学術総会シンポジウムのもとに小口芳世（聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室）を代表として企画された。

一方で、受診に至らない当事者がまだ多く存在しており、その原因の1つは、スティグマ、特にセルフスティグマ（当事者が自分自身に抱いている偏見）である。セルフスティグマ低減に向けた取り組みは、そのまま予防ともなり、ギャンブル障害当事者がより早期に相談や支援へとつながることが期待できる。

本稿ではまず、セルフスティグマの病としてのギャンブル障害を概観し、その後、医療、学校、社会がそれぞれギャンブル障害のセルフスティグマを解消するために実行できる対策について述べる。

本稿に含まれる臨床研究は当院臨床研究倫理審査委員会の承認を得ている。

Ⅰ. セルフスティグマの病としてのギャンブル障害

わが国におけるギャンブル障害の生涯有病率は3.6%、約320万人と推定される¹⁶⁾。しかし、2017年度にギャンブル障害で全国の医療機関で外来診療を受けた患者は3,499名、入院患者は280名¹⁰⁾であり、多くの当事者が医療にはつなげていない。もちろん精神保健福祉センターや保健所、その他の相談機関の相談件数も年々増加しており、借金問題のある者では弁護士や司法書士など法律の専門家に相談する場合もある。自助グループに参加したり、民間の支援団体に相談したりする者もある。しかしながら、ギャンブル障害当事者のうち専門家に相談するのは4%のみであったと米国で示されており²⁰⁾、しかも重症になって大きな問題が生じたときだけしか専門的支援を求めない傾向がある²²⁾。より早期に、軽症の段階で回復に向けて取り組むことが望ましいが、これまでの報告によれば、相談につながらない理由として、「自分で何とかしようと思う」「恥ずかしいと思う/偏見」「問題があると認めたくない」「問題を過小評価する」といったことが挙げられる^{3,5,20,23)}。つまり世間のギャンブル障害当事者に対する否定的な評価、「依存・嗜癖は自己責任」とする風潮、すなわちパブリックスティグマが、当事者自身にも取り込まれてセルフスティグマとなり、自己責任論や恥の意識のためにギャンブル問題を秘匿したり、援助希求行動をとることができなくなったりするのである。ギャンブル障害当事者が自力で抗おうとしても、再発するなどして追い詰められてしまうと自死の可能性も高まる。ギャンブル障害にはセルフスティグマの病という一面があると考えられる。

一方で、ギャンブルの問題について相談する契機としては、経済的困窮、人間関係や仕事・家庭の問題、法的な問題など、ギャンブルで重大な危機が生じたときが最も多い⁵⁾。家族や友人からの働きかけも契機となりうるが、実際には身近な人から相談への働きかけを受ける者はごくわずかで、しかもほとんどが重症になってからである⁴⁾。その他、ギャンブル場で掲示してあるような依存症チェックリストなどにより相談するケースもあるが、上述の契機と比較すると少ないものである⁵⁾。

このように、ギャンブル障害当事者の回復には、相談行動を妨げるセルフスティグマの問題を解消する必要がある。また、より早期の介入を受けるためには周囲の人からの働きかけを促す取り組みが求められる。

Ⅱ. 自助グループと医療機関における治療プログラム

ギャンブラーズ・アノニマス（Gamblers Anonymous：GA）はギャンブルをやめたいと願う人のための自助グループでアルコール依存症の自助グループであるアルコールクス・アノニマス（Alcoholics Anonymous：AA）の12のステップの考え方に基づいて、ミーティングと回復プログラムを行っている。GAのみの1年間継続率はわずか7.5%で²¹⁾、多くのギャンブル障害当事者の予後は不明である。より重症度の高いギャンブル障害ではGAの有効性が示されているが¹⁷⁾、ギャンブルを完全にやめることを目的としているため、一部の人には敬遠されがちである。

また、実は自助グループ自体、一般には知られていない。堺市が2020年に実施した一般市民が対象のアンケート調査『お酒、くすり、ギャンブル等、インターネット・ゲームに関する意識行動調査』¹⁹⁾では、自助グループを知っている市民はわずか17.9%であった。自助グループの認知度が低いこと、知識が不足していることも、支援につながらない要因と考えられ、認知度の向上も課題である。

医療機関では、ギャンブル障害の標準的治療プログラムが開発されている¹⁶⁾。松下らの研究によれば、プログラムを受けた介入群では42.6%が6ヵ月後までギャンブルを断ち続けていたが、非介入群ではわずか2.2%であった¹⁶⁾。さらに介入群では非介入群と比較して、ギャンブルの頻度および使用した金額も減少していた。

当院のギャンブル障害に対する集団療法プログラム（Gambling Addiction Meeting Program：GAMP）に1回

以上参加した群（GAMP 参加群）と非参加群を比較し、初診から6ヵ月後の治療継続率について検討したところ、GAMP 参加群では75%、非参加群では16.7%であった⁶⁾。GAMP のようなギャンブル障害に対する専門的治療プログラムは、最も治療中断しやすい治療開始時期を乗り越えるための有用なツールとなる可能性が考えられる。

Petry, N. M. によれば、ギャンブル障害の治療効果は医療による専門治療と自助グループを組み合わせることによって向上する^{17,18)}。2ヵ月のギャンブル中止率は専門治療のみでは36%であるが、自助グループを組み合わせることで48%と向上し、治療からドロップアウトする割合も低いという¹⁷⁾。

支援者が依存症当事者と良好な関係を築くことは治療の有効性を高める1つの要素である²⁵⁾ため、専門プログラムを実施することによって支援者側の意識が変わり、アンチスティグマの観点からの効果も得られることは重要である^{24,25)}。当院では、医療者が認知行動療法の研鑽を積み、当事者が安心して話ができる関係性の構築や環境設定に配慮するようにしている。なるべく当事者本人が主体的に考えることを重視し、医療者と患者が協働関係となることをめざしている。例えば、治療プログラムが当事者にとって、自己効力感や自己肯定感を高め、「何とかかなりそうな感じがしました」「できているところもあるなとわかってよかったです」といった感想が述べられる機会になるような取り組みを心がけている。

依存症の診療や支援を行う際に、「信頼障害」⁹⁾という視点も重要である。「依存症患者は『人』を信じられず、アルコールや薬物といった『物』やギャンブルや買い物といった『単独行動』しか信じられない」という「信頼障害仮説」⁹⁾では、依存症を「基本的な他者への不信感から適切に周囲に助けを求めることができず、単独行動だけで何とか負の感情に対処しようとする」ものと捉えている。依存症当事者は、表面に出ている依存の問題だけではなく、水面下にさまざまな生きづらさ、心理的な孤立を抱えている。そのため一律にグループ療法や自助グループにつなぐことが実は回復の妨げとなってしまう場合もあり、特に信頼障害のある患者には、まず1対1の相談・診療場面で他者に対する信頼回復に取り組むことが優先される。

III. 予防教育のあり方と「生きづらさモデル」

次に、学校教育の場に求められることを述べる。

現在医療・自助グループなどでの取り組みや精神保健福祉センター・保健所での相談の対象となっているのは、すでに重症で問題が深刻化している当事者、Caplan, G.²⁾による予防の分類でいうと三次予防の対象者である。一次予防策および二次予防策はまだ十分であるとはいいいがたい。一次予防の取り組みの1つとして注目すべきものは、学校での予防教育である。

学校での予防教育は保健体育の教員、養護教諭のほかに、外部講師として、警察・司法関係者や精神保健福祉分野の者が担当することもある。教育現場では、依存症を薬物等乱用の問題として扱うことが多く、いわゆる「ダメ絶対」に基づく方針のもと、依存物質の害や依存性に関する内容を中心に教え、メンタルヘルスの問題としての情報提供は十分になされてこなかった。学習指導要領改訂で、2022年度から高等学校保健体育の「現代社会と健康」に、「精神疾患の予防と回復」の項目が約40年ぶりに加えられた。精神疾患の予防と回復のために、「心身の不調の早期発見と治療や支援の早期の開始によって回復可能性が高まることを理解できるように」指導することが盛り込まれている。『高等学校学習指導要領解説』¹⁴⁾では、「アルコール、薬物などの物質への依存症に加えて、ギャンブル等への過剰な参加は習慣化すると嗜癖行動になる危険性があり、日常生活にも悪影響を及ぼすことに触れるようにする」といった害や依存性に関する内容だけでなく、「精神疾患への対処」として「人々が精神疾患について正しく理解するとともに、専門家への相談や早期の治療などを受けやすい社会環境を整えることが重要であること、偏見や差別の対象ではないことなどを理解できるようにする」とも記載されている点に注目したい。

しかし、実際には予防教育をどのように行うのが重要である。参考として過去に著者がこれまでの「ダメ絶対」モデルに従って行った大阪府内の高等学校でのギャンブル等依存症予防教育講演での、生徒からの自由記載の感想例を表1左段に示す。「怖い」「ダメ」「難しい」など、ネガティブなワードが並び、「自分は大丈夫」「かかわらないでおこう」とまさに他人事で、まるで異質なものに対するような感想である。害や依存性については理解したかもしれないが、「正しい理解」や「精神疾患への対処」に関しては、予防教育の目的を達成できていないといえる。著者の考える予防教育で伝えるべき内容を表2に示す。著者はこれらの内容を意識した予防教育を、従来のいわゆる「ダメ絶対」モデルに対して、「生きづらさモデル」と呼んでい

表1 生徒からの感想

従来のダメ絶対モデル	生きづらさモデル
依存症は怖いとわかった ならないように気をつけようと思う 依存症になるものには近づかない 自分はダメな奴だというよう相談はできない 自分も少し依存症が思いあたるので気をつけたい 絶対に依存しない 友達の誘いでも受け入れず断ろうと改めて思った 依存症を治すのは難しいと思った とても危ない病だと思いました 手を出したらいけないなと思いました やらなければ依存しないので、しないようにする ギャンブルは覚せい剤と同じ、大麻は少しマシ すべてほどほどにしないといけない 1回でもやるとダメなので、絶対にやらない	人に相談するのは苦手だけど、話せる人を作ろう 縁遠いと思っていたが身近な人になるかもしれない 友達はあるけど孤独感は消えない 安心して人に頼れていないのはある 人を信じたいけど信じられない、どうしたらいいか 一人で抱え込まないようにしようと思った 相談したり、感情を適切に扱うことが大変重要 仲間のすごさが改めてよくわかった 意志の弱い非人格者と思っていた 親身になって治療するという視点を得た 自分も誰かの依存先の1つになって助けられたら 人は一人で生きてゆけないのだなと改めて思った 無意識に人に頼らないようにしていたことに気づいた 人とのかわりが大事だと思った

る。このモデルを意識して予防教育を行ったところ、生徒からの感想は表1右段に示したようになり、「ダメ絶対」モデルと大きく異なっている（もちろん「依存症は恐ろしい」「絶対に手を出さないようにしよう」といった感想もあったが、少数だった）。「生きづらさモデル」による予防教育で寄せられた感想の多くは、自身のストレス対処や感情調整、相談や援助希求のあり様を振り返り、意識変容や行動変容を志向する内容で（表1右段）、このモデルが『高等学校学習指導要領解説』に記載されている「精神疾患への対処」についてより正しく伝えられ、このような予防教育を実施していくことが相談や支援を受けやすい社会環境を作っていくことの一助になるのではないかと考えている。

IV. 早期介入のために社会にできること

最後に、社会への働きかけについて述べる。

ギャンブルの問題を相談する契機として、家族や身近な人からの働きかけを受けることは少ない。「なんとかしなさい」「このままじゃだめだ」「自覚をもって」「ちゃんとしなさい」といった自己責任・根性論で具体性を欠いた言葉かけはあっても、ほとんどのギャンブル障害当事者は「相談しよう」「自助グループへ行こう」といったシンプルで具体的なメッセージを受けたことがないのである。自助グループの認知度が低く、ギャンブル障害を自己責任や人格の問題に帰する傾向が強いことなどが理由であるが、ギャンブル障害当事者への早期介入のために、身近な人が警告サインを認識し、サポートを提供できるような教育の

表2 すべての生徒に伝えたい「生きづらさモデル」

・ノーマライゼーション	・孤独の病
・誰でもなる可能性がある	・孤立化しやすい
・生きづらさを抱えている	・支援につながる
・うまく対処できない	・回復できる
・ピンチな状態の表現型の1つ	・家族だけでも相談できる
・自己治療仮説	・信頼障害仮説

機会を提供することが必要である。

CRAFT (Community Reinforcement and Family Training)¹³⁾がわが国に紹介され、現在では家族支援のためのツールとして提供される機会が増えた。しばしば家族教室などで「本人を治療につなげるため」「家族自身が変わらなくちゃダメ」といったメッセージが強調されてしまうことがあるが、CRAFTは、冒頭で必ず「家族が楽になるため」「家族が自分の感情を押し殺して我慢しなくてもいいように」と述べている。家族は依存症当事者の周囲で対応に疲弊していることが多いため、家族のセルフケアという視点も重視すべきである。

家族や友人などによる働きかけを促進するための方策として、メンタルヘルスファーストエイド (Mental Health First Aid: MHFA)^{8,12)}がある。MHFAは2001年にオーストラリアで開発された、一般市民がメンタルヘルスに関する知識や初期対応法を学ぶ研修プログラムで、身近な人がメンタルヘルス不調に気づき、当事者に声をかけ、情報提供し、支援へつなぐという、適切な初期支援ができるようになることを目的としている。うつ、不安、精神病、物質使用障害、摂食障害、ギャンブルの問題などメンタルヘルスの危機にある者に対する理解と対応、自殺や自傷、パ

ニック発作、攻撃的な行動などの危機状況への対応に関する内容が扱われている。学校教育での精神疾患に関する知識、スティグマ、支援する自信についての良い変化が示され⁷⁾、日本でも看護師や研修医に効果が示される¹⁵⁾など、エビデンスを蓄積されている。

厚生労働省は、MHFA の考え方にに基づき、身近な人が「こころサポーター (略称: ここサポ)」¹¹⁾として、メンタルヘルスの問題を抱える人を支援する仕組み作りを行っている。こころサポーターには難しい資格や専門知識は不要で、家族や同僚などに対して、傾聴を中心とした支援を行うもので、小学生からお年寄りまでが対象となっており、2033年度末までに100万人養成することをめざしている。メンタルヘルスの正しい知識と理解を広め、差別や偏見(スティグマ)を低減し、こころの不調で悩む人が話しやすい環境を作っていくことで、早期発見やサポートに役立ち、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができる社会作りをめざしている。

毎年5月14日から5月20日はギャンブル等依存症問題啓発週間、11月10日から11月16日はアルコール関連問題啓発週間である。しかし、堺市の調査¹⁹⁾によればその知名度はそれぞれ0.9%、1.4%であり、全国でさまざまな取り組みがされているものの、一般にはほとんど知られていないのが現状である。また、毎年10月10日は、世界精神保健連盟 (World Federation for Mental Health: WFMH) が、1992年よりメンタルヘルスの問題に関する世間の意識や関心を高め、偏見をなくし、正しい知識を普及することを目的として定めた「世界メンタルヘルスデー」である。これは世界保健機関 (WHO) も協賛する、正式な国際デー (国際記念日) である。CRAFT や MHFA、こころサポーターや啓発週間、記念日をより活用して、メンタルヘルスの正しい知識と理解を広め、スティグマを低減させることがわれわれの社会に求められる。

おわりに

ギャンブル障害当事者は、セルフスティグマの影響で、支援を求めない傾向があり、ほとんどが相談に至らない。ようやく支援につながる場合も、重症化して重大な問題を抱えてからであり、より早期に回復に取り組むことが望まれる。そのために重要なことは、「社会のスティグマ解消・低減」と「身近な人からの働きかけ」である。

本稿では医療の立場での取り組み、学校での予防教育、

社会への働きかけについて述べた。

セルフスティグマ低減に向けた取り組みが、そのまま予防となり、ギャンブル障害当事者がより早期に相談や支援へとつながることを期待する。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Arlington, 2013 (日本精神神経学会 日本語版用語監修, 高橋三郎, 大野 裕監訳: DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2014)
- 2) Caplan, G.: Principles of Preventive Psychiatry. Basic Books, New York, 1964
- 3) Gainsbury, S., Hing, N., Suhonen, N.: Professional help-seeking for gambling problems: awareness, barriers and motivators for treatment. J Gambl Stud, 30 (2); 503-519, 2014
- 4) Hare, S.: A Study of Gambling in Victoria: Problem Gambling from a Public Health Perspective. Department of Justice, Melbourne, 2009
- 5) Hing, N., Nuske, E., Gainsbury, S.: Gamblers At-risk and their Help-seeking Behaviour. Gambling Research Australia, Melbourne, 2011 (https://www.responsiblegambling.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0006/880377/Gamblers-at-risk-and-their-help-seeking-behaviour.pdf) (参照 2021-11-30)
- 6) 入来晃久, 中林大二, 田中さやかほか: ギャンブル障害は集団療法で回復へつながるか—2年後追跡調査—. 大阪精神医療センター紀要, 24; 1-8, 2019
- 7) Jorm, A. F., Kitchener, B. A., Sawyer, M. G., et al.: Mental health first aid training for high school teachers: a cluster randomized trial. BMC Psychiatry, 10; 51, 2010
- 8) Kitchener, B., Jorm, A., Kelly, C. (メンタルヘルス・ファーストエイド・ジャパン訳): メンタルヘルス・ファーストエイド—こころの応急処置マニュアルとその活用— (大塚耕太郎, 加藤隆弘ほか編). 創元社, 大阪, 2021
- 9) 小林桜児: 人を信じられない病—信頼障害としてのアディクション—. 日本評論社, 東京, p.73-75, 2016
- 10) 国立精神・神経医療研究センター: 精神保健福祉資料 (<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>) (参照 2021-11-30)
- 11) 厚生労働省: NIPPON COCORO ACTION (<https://cocoroaction.jp/>) (参照 2021-11-30)
- 12) Mental Health First Aid Australia: Helping Someone with Gambling Problems: Mental Health First Aid Guidelines. Mental Health First Aid Australia, Melbourne, 2015 (http://www.mhfa.com.au/sites/default/files/MHFA_Gambling.pdf) (参照 2021-11-30)
- 13) Meyers, R. J., Wolfe, B. L. (松本俊彦, 吉田精次監訳, 渋谷繭子訳): CRAFT—依存症患者家族のための対応ハンドブック—. 金剛出版, 東京, 2013
- 14) 文部科学省: 高等学校学習指導要領解説保健体育編 体育編.

- p.203, 2018 (http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/new-cs/1407074.htm) (参照 2021-11-30)
- 15) Nakagami, Y., Kubo, H., Katsuki, R., et al. : Development of a 2-h suicide prevention program for medical staff including nurses and medical residents : a two-center pilot trial. *J Affect Disord*, 225 ; 569-576, 2018
 - 16) 日本医療研究開発機構障害者対策総合研究開発事業「ギャンブル障害の疫学調査, 生物学的評価, 医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究」(研究代表者: 松下幸生), 2016~2018
 - 17) Petry, N. M. : Patterns and correlates of Gamblers Anonymous attendance in pathological gamblers seeking professional treatment. *Addict Behav*, 28 (6) ; 1049-1062, 2003
 - 18) Petry, N. M., Ammerman, Y., Bohl, J., et al. : Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. *J Consult Clin Psychol*, 74 (3) ; 555-567, 2006
 - 19) 堺市: 「お酒, くすり, ギャンブル等, インターネット・ゲームに関する意識行動調査」調査結果(速報) (https://www.city.sakai.lg.jp/shisei/gyosei/shingikai/kenkofukushikyoku/kenkobu/izon_konwakai/r2kaisai/73787820210510151651714.files/siryou4-1.pdf) (参照 2021-11-30)
 - 20) Slutske, W. S. : Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling : results of two U. S. national surveys. *Am J Psychiatry*, 163 (2) ; 297-302, 2006
 - 21) Stewart, R. M., Brown, R. I. : An outcome study of Gamblers Anonymous. *Br J Psychiatry*, 152 (2) ; 284-288, 1988
 - 22) Suurvali, H., Cordingley, J., Hodgins, D. C., et al. : Barriers to seeking help for gambling problems : a review of the empirical literature. *J Gambl Stud*, 25 (3) ; 407-424, 2009
 - 23) Suurvali, H., Hodgins, D. C., Cunningham, J. A. : Motivators for resolving or seeking help for gambling problems : a review of the empirical literature. *J Gambl Stud*, 26 (1) ; 1-33, 2010
 - 24) 高野 歩, 川上憲人, 宮本有紀ほか: 物質使用障害患者に対する認知行動療法プログラムを提供する医療従事者の態度の変化. *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 49 (1) ; 28-38, 2014
 - 25) 谷合知子, 四辻直美, 奥田秀実ほか: 薬物等再発予防プログラム「TAMARPP」の質的効果評価—担当職員の振り返りから— . *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 49 (6) ; 305-317, 2014
 - 26) World Health Organization : International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) (<https://icd.who.int/>) (参照 2021-11-30)

Self-stigma among People with Gambling Problems

Akihisa IRIKI

Osaka Psychiatric Medical Center

The DSM-5 and ICD-11 have classified gambling disorders as “addiction” or “dependence” in the same way as drug and alcohol use disorders. Medical care is now required to deal with people with gambling problems. However, people with gambling problems tend not to seek help, partly due to self-stigma, and most of them do not seek consultation. It would be desirable if they could seek help as soon as possible before they develop serious problems. In this paper I have described the medical, educational, and social perspectives. Providing treatment programs for gambling problems at medical institutions, public health centers, and mental health welfare centers may provide an opportunity for people with gambling problems to consult with medical providers and may improve the rate of continuation of treatment. In addition to the direct therapeutic effects of the program, it is also important to provide a safe place and to interact with supporters in a way that enhances self-efficacy and self-affirmation. Stigma reduction on the part of medical providers is also an important issue. This is based on the perspective of the “interpersonal distrustfulness theory”. In school education, content about the harm of addiction and its dependency is not enough. It is also necessary to provide information on addiction as a mental health issue, and from the perspective of anti-stigma, to avoid discrimination against people with addiction. From 2022, high school students will be learning about mental illness in their health classes. In order to create a social environment where it is easy to consult about addiction issues, we would like to share our “hardships of living (ikidurasa) Model” with students. From a social perspective, we introduced Mental Health First Aid and NIPPON COCORO ACTION as examples. These activities are designed to spread correct knowledge and understanding of mental health, to eliminate or reduce stigma in the community, and to encourage family and friends to help people with gambling-related problems to seek counseling and support. Efforts to reduce stigma and self-stigma in medicine, education, and society will also help prevent problem gambling. I hope that people with gambling problems will be able to receive counseling and support at an earlier stage.

Author's abstract

Keywords gambling disorder, addiction, self-stigma, hardships of living (ikidurasa), interpersonal distrustfulness theory