

関係フレーム理論に基づいた 精神疾患のスティグマ介入に向けた予備的研究

A preliminary study for intervention toward mental
illness stigma based on Relational Frame Theory

津田菜摘¹ 武藤 崇²

Natsumi TSUDA Takashi MUTO

要 約

本研究の目的は、一般的な精神疾患というカテゴリー（“精神疾患”）と精神疾患に含まれる疾患（各疾患）の関係づけの強さによって“精神疾患”と各疾患のスティグマの関係が変化するかを検証することであった。精神疾患にまつわるスティグマへの介入方法は、“精神疾患”を対象とするものと各疾患を対象とするものに分けられる。“精神疾患”へのスティグマ介入では各疾患に対するスティグマ改善が検討されておらず、各疾患への介入ではコストがかかってしまう。しかし、関係フレーム理論（Hayes et al., 2001）を用いることで、“精神疾患”と各疾患の関係づけを行う段階を踏めば、“精神疾患”への介入のみで各疾患のスティグマも改善できる可能性がある。

本研究では、予備研究として、各疾患が“精神疾患”であると思われる割合と、“精神疾患”と各疾患のスティグマの相関係数を用いて、両者の相関関係を検討した。その結果、関わらなければならない人が精神疾患であることを仮定した場合、各疾患が精神疾患であると回答した人数（%）と“精神疾患”と各疾患のスティグマの相関係数が相関することが明らかになった（ $r=0.62$, $p<.01$ ）。一方、家族や友人においては有意傾向にとどまった（友人： $r=0.41$, $p<.10$, 家族： $r=0.45$, $p<.10$ ）。これにより、関わらなければならない人においては、各疾患が“精神疾患”だと思えるほど、“精神疾患”と各疾患のスティグマの相関が強いことが明らかになった。そのため、関わらなければならない人においては、精神疾患と各疾患の関係づけを強める段階を含めることで、スティグマへの介入が効率的に実施できる可能性が示唆された。因果関係の検証や、潜在指標の使用など、さらなる研究の必要性が示された。

キーワード：スティグマ、精神疾患、関係フレーム理論

目 的

スティグマとは、ある属性を持つ人に対する、

ネガティブで誤った態度を示す言葉である（Corrigan & Penn, 1999）。Link & Phelan (2001) は、ラベリングとステレオタイプ、区別、地位の損失、そして差別といった要素が共起するときにスティグマという用語を適用している。つまり、スティグマとは、ラベリングに伴い、負のイメージや態度が喚起され

¹ 同志社大学大学院心理学研究科 (Graduate School of Psychology, Doshisha University)

² 同志社大学心理学部 (Faculty of Psychology, Doshisha University)

ている状態である。そして、スティグマが付加されることによって、精神疾患罹患時の早期受診が妨げられることや、精神疾患に罹患した後の社会復帰が妨げられるといわれている (Scheid, 2005; Vogel, Wade, & Hackler, 2007)。

上記の問題点を改善するために、スティグマへの介入研究はこれまで多く行われてきた。これまで実施されてきた方法には、不正確な精神疾患に対するステレオタイプを正確な情報に置き換える方法 (教育的介入) や、スティグマを受けている集団の成員との相互的な関わりをもたせる方法 (接触による介入) が挙げられる (Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz, & Rüsch, 2012; Corrigan & Shapiro, 2010)。

これらの精神疾患に対するスティグマへの介入研究は、スティグマ改善の対象という側面から考えると、大きく2つに分けられる。1) 一般的な精神疾患というカテゴリー (以下, “精神疾患”) へのスティグマ減少のための介入を行っている研究, 2) 精神疾患に含まれる特定の疾患 (以下, 各疾患) への介入を行っている研究である。1) の “精神疾患” へのスティグマ減少のための介入を行っている研究の場合, 特定の疾患に関するイメージではなく, 漠然とした対象へのイメージを改善させる。“精神疾患” は特定の診断名がなくとも, 他の健康状態 (e.g., 身体疾患) と比較して偏見を助長させることが分かっている (Corrigan et al., 2000; Weiner, 1988)。一方, 2) の各疾患への介入を行っている研究もある。この方法では, 特定の疾患名を対象とし, 介入を実施する。特定の疾患名 (e.g., 統合失調症) はより強い “集団性 (Groupness)” を引き起こし, 偏見を助長してしまう (Ben-Zeev, Young, & Corrigan., 2010; Phelan, Link, Stueve, & Pescosolido, 2000)。集団性とは, 複数の人々がまとめられる, あるいは意味のあるひとつの集まりであると知覚される度合いのことを指す (Ben-Zeev, Young, & Corrigan., 2010; Hamilton & Sherman, 1996)。集団性を引き起こす要因は,

身長や人種等様々であり, 診断名もそのひとつであるといわれている。

Dalky (2012) によると, 精神疾患に対するスティグマ介入の多くは統合失調症を対象としており, その他のいくつかの研究において, うつ病等の疾患や, “精神疾患” への介入を実施しているとされている。つまり, 1) の一般的な精神疾患カテゴリーよりも, 2) の精神疾患に含まれる特定の疾患への介入を行っている研究の方が多いことがわかる。しかし, 特定の疾患への介入を各疾患に対して実施することは, ひとつの疾患に対してひとつの介入方法を作成する必要があり, 非効率である。精神疾患の診断・統計マニュアル (以下, DSM-5; American Psychiatric Association, 2013 高橋・大野監訳 2014) には, 様々な疾患名を含む20の疾患群が含まれている。これらの疾患に対してそれぞれのスティグマを調査し, 20通りの介入方法を作成することは困難である。

上記の問題に対して, 関係フレーム理論 (Relational Frame Theory: 以下, RFT) の考え方を援用し, 効率的に各疾患のスティグマを改善できる可能性がある。RFT とは, 人間の言語や認知に対する行動分析的アプローチである。RFT は関係フレームづけを元に構築されており, 学習を通じて獲得される行動である。関係フレームは, 恣意的に適用可能であり, 相互的内包, 複合的内包, 刺激機能の変換という3つの主な特徴を示す (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001)。本研究に大きく関わるのは, 相互的内包 (e.g., 精神疾患 = うつ病ならば, うつ病 = 精神疾患である) と, 刺激機能の変換 (e.g., 精神疾患 = ネガティブならば, うつ病 = ネガティブ) である。この, 関係フレームづけを精神疾患へのスティグマの解釈のために用いた場合, 以下のように相互的内包と刺激機能の変換を説明できる (Figure 1)。まず, “精神疾患” と各疾患が関係づけられる (e.g., うつ病は精神疾患だ) と, “精神疾患” の持つ刺激機能により各疾患の刺激機能に変換される (“精神疾患” には関わりたくないから, うつ病にも

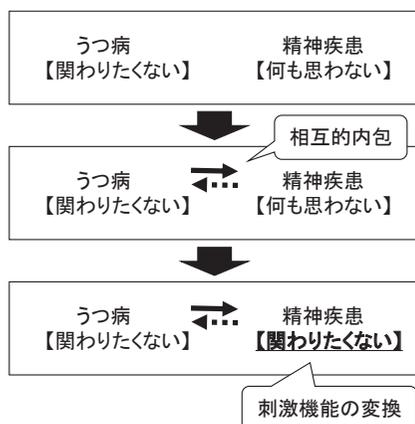


Figure 1 関係フレーム理論による
“精神疾患”と各疾患のイメージの関係性

関わりたくない)。一方で、“精神疾患”と各疾患の関係づけがない場合（うつ病は精神疾患ではない），“精神疾患”の持つ刺激機能により各疾患の刺激機能は変換されない（“精神疾患”には関わりたくないが、うつ病なら何も思わない）。つまり、精神疾患に含まれるあらゆる疾患であっても、“精神疾患”と関係づけるという段階を踏めば、“精神疾患”への介入で各疾患へのスティグマ変容が期待できるのである。実際に RFT の考え方を基盤とした心理療法である、Acceptance and Commitment Therapy（以下、ACT；Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012 武藤・三田村・大月 訳 2014）を用いたスティグマ介入研究が近年散見され、その効果が認められている（e.g., Masuda et al., 2007）。

一方で、関係フレーム理論を援用しスティグマへの介入研究を適用するには問題点がある。それは、関係づけが行われていることのみならず、スティグマの対象となる人物（精神疾患を有する者）との関係性も考慮する必要がある点である。なぜなら、RFT の領域において、刺激機能の変換は必ず特定の刺激関係によって支配されるとは限らず、文脈や機能の影響を受ける可能性があるとされているためである（Törneke, 2009 武藤・熊野監訳 2013）。

実際に、精神疾患を有していることを知った際の対象者との関係性が、スティグマに影響を与えることや、“集団性”は集団構成員との関係性によって影響を受けることがわかっており、スティグマの対象となる人物との関係性（以下、関係性）の影響を考慮することが必要となる（Corrigan & Miller, 2004；Ben-Zeev, Young, & Corrigan., 2010）。

そこで、本研究では、実際に介入を行う前の予備研究として、関係性ごとに“精神疾患”と各疾患の関係づけの強さによってイメージが異なるかを検証することを目的とした。具体的には3つの段階に分かれており、1) 各疾患がどの程度“精神疾患”だと認識されているかを問い、2) 関係性別に、“精神疾患”に対するイメージと各疾患に対するイメージの類似度を調べ、3) 関係性別に1) と2) の間の関係を検証した。

まず、1) の各疾患がどの程度“精神疾患”だと認識されているかを問うた段階については、“精神疾患”とさまざまな各疾患との関係づけをとらえるために実施した。そこで、各疾患名それぞれについて、a) 当該疾患を知っているか否かと、b) 当該疾患は精神疾患だと思うか否かを尋ねた。各疾患は DSM-5 による疾病分類を採用した。全部で20ある精神疾患群のうち、“その他の精神疾患群”を除いた19の疾患群からひとつずつ疾患を選択した。この理由は、“その他の精神疾患群”には特定の疾患名が記載されていなかったためである。さらに、“精神疾患”というラベルについても調査するため、19の疾患に“精神疾患”を加えた20の疾患名について質問をした。

次に、2) の関係性別に、“精神疾患”に対するイメージと各疾患に対するイメージの関係を調べる段階についてである。この段階では、まず疾患イメージを各疾患について関係性（友人、家族、関わらなければならない人（以下、他人））別に尋ねた。次に、測定された各疾患と“精神疾患”のスティグマ得点の相関を算出し、スティグマの類似度とした。精神疾患についてのネガティブイメージの測定尺度は、従来様々な尺度

が開発され、標準化されている (e.g., Link スティグマ尺度: 蓮井他, 1999; Community Attitudes Towards Mentally Ill: 以下, CAMI: Taylor & Dear, 1981)。しかし、本研究では疾患数の多さによる負担の重さを考慮し、簡易的にイメージを測定することとした。そのため、CAMI に用いられている項目である、a) 距離と、b) 統制の所在に対する主観的評価を Visual analogue scale (以下, VAS) を用いて測定し、これら2つの項目の合計点をスティグマの指標とした。この2つの項目を選択した理由として、少ない項目で多様なスティグマをとらえるためである。特に、関わりたい／関わりたいくないという行動を示唆する項目は、あらゆる態度 (e.g., 危険である, 予測不可能性) によって引き起こされる (Ben-Zeev et al., 2010)。統制の所在についても同様であり、複合的な態度 (e.g., 精神疾患は本人の甘えである, 精神疾患になるのは心が弱いからだ) が示唆される質問項目である。

最後に、3) 関係性別に1) と2) の間の関係を検証した。この段階では、1) で算出された、a) 当該疾患を知っているか否かと、b) 当該疾患は精神疾患だと思うか否かに“はい”と回答した人数と、2) で算出されたイメージの類似度の相関をとることで検討した。

RFT についての説明で述べたように、精神疾患と特定の疾患名の関係づけが強ければ、“精神疾患”と各疾患のスティグマの相関が高くなると予想される。しかし、3つ設けた関係性 (友人／家族／他人) によってこの結果が左右される可能性がある。そのため、本研究は探索的に検討を行う。

方 法

研究参加者

私立大学において心理学を専攻する学部生を対象とした。160名登録されている講義にて配布したうち、154名の同意・回答が得られた。154名のうち、1) 回答に1問でも不足がある参

加者、2) 質問紙の回答方法を理解できていない参加者 (VAS の線分上に丸をつけて回答した者、VAS を全て丸のみで2択として回答した者) は除外した。その結果、120名が分析対象となった (有効回答率77.92%)。平均年齢 (*SD*) は、20.58 (0.60) 歳であり、女性は84名であった。

質問紙

質問紙は、1) 説明書／同意書、2) フェイスシート、3) 精神疾患についての質問票の3点で構成されていた。1) は2), 3) とは切り離し、連結不可能匿名化して、配布した。以下にそれぞれの内容を記す。

1) **説明書／同意書** 倫理的な説明を記して配布した。内容を確認させた後、同意を得られたものは、“同意する”、得られないものは“同意しない”のうちいずれかを選択して記名させた。

2) **フェイスシート** フェイスシートには、a) 質問紙への回答方法の説明、b) 参加者の属性への質問が含まれていた。b) においては、性別、年齢、学部、学年を尋ねた。

3) **精神疾患についての質問票** 精神疾患についての質問票では、まず、DSM-5に掲載されている19の疾患と“精神疾患”について、それぞれ知識と印象が尋ねられた。知識は、a) 疾患を知っているか、b) 精神疾患であると思うかをそれぞれ2件法 (はい／いいえ) で尋ねられた。

印象は、VAS (10cm) を用いて測定された。質問項目は、a) 関係性 (家族／友人／他人) における、b) イメージ (特定の疾患に診断されたのは本人の責任だ／特定の疾患に診断された人物と関わりたい) の計6項目で構成された。“《友人／家族／他人》が【特定の疾患】になったとしたら、それは本人の責任である”。という文章に対して、“はい／いいえ”、“《友人／家族／他人》が【特定の疾患】だと診断された場合”，という文章に対して、“関わりたい／関わりたいくない”という項目が線分の両極に設けら

れた。

疾患名は、DSM-5に掲載されている精神疾患を示す全ての疾患群（19群）からひとつずつ選択された。疾患の選択は、臨床心理士の有資格者2名と、臨床心理系の大学院生3名によって協議して実施された。ただし、性機能不全症群については、各疾患に性別を特定する疾患名（e.g., 勃起不全, 早漏）が含まれていたため“性機能不全”という群名を疾患名として使用した。なぜなら、本調査の対象者には男女共に含まれていることから、想定された対象の性別によって差が出ないようにするためである。また、印象のa) 関係性については、特定の対象との関係より、“関係性”を重視するように複数人想像するように指示した。さらに、“他人”では、アルバイトで共に働く人や、グループワークで共に課題に取り組む場面を例示することで、関わる必要のある他人を想定するように設定された。

なお、精神疾患についての質問票は、2種類作成された（Aパターン、Bパターン）。なぜなら、DSM-5のすべての疾患名を記載すると、参加者の負担が大きいと判断されたためである。具体的には、DSM-5より選択された19の疾患名がランダムに並び替えられ、前半をAパターン、後半をBパターンとされた。また、全疾患

数は奇数であったため、ランダムに並び替えた際、1番目に該当した疾患（うつ病）が両パターンに含まれる疾患とされた。つまり、全18の疾患を9ずつA、Bパターンに分類し、さらに、うつ病と“精神疾患”が両方に加えられた。なお、順序効果を考慮して、A、Bパターンそれぞれ昇順、降順が作成され、計4パターンの質問紙が作成された。それぞれのパターンに含まれた疾患名と、呈示順序はTable 1に示す。

手続き

参加者は大学の授業内で、質問紙を配布され、回答を求められた。質問紙は上記のように、1) 説明書/同意書、2) フェイスシート、3) 精神疾患についての質問票で構成されていた。参加者は1) 説明書/同意書への記入が終了してから、2) フェイスシート、3) 精神疾患についての質問票への記入を求められた。3) 精神疾患についての質問票は上記のように4パターン作成されたため、ランダムに配布された。

質問紙実施にあたり、調査協力をした参加者には、授業の参加点が加点された。ここでの“調査協力”は“同意書を提出した”ことを意味しており、同意の有無は問わなかった。これにより、参加の有無によって参加者に不利益がないよう留意された。

Table 1 4種類の質問紙における提示された疾患とその順序

Aパターン-昇順	Aパターン-降順	Bパターン-昇順	Bパターン-降順
うつ病	精神疾患	うつ病	精神疾患
認知症	解離性同一性障害	不眠障害	自閉スペクトラム症
遺尿症	心的外傷後ストレス障害	境界性パーソナリティ障害	アルコール中毒
強迫性障害	神経性無食欲症	性機能不全	双極Ⅰ型障害
社交不安症	素行症	身体症状症	小児性愛
統合失調症	統合失調症	性別違和	性別違和
素行症	社交不安症	小児性愛	身体症状症
神経性無食欲症	強迫性障害	双極Ⅰ型障害	性機能不全
心的外傷後ストレス障害	遺尿症	アルコール中毒	境界性パーソナリティ障害
解離性同一性障害	認知症	自閉スペクトラム症	不眠障害
精神疾患	うつ病	精神疾患	うつ病

* 質問紙内では、上から順に提示して、尋ねた

倫理的配慮

本調査は、第一著者の所属学部の倫理審査の承認を得て実施された（承認番号：KH30）。調査実施に際して、研究への参加の有無が学業成績に不利益を与えない点や、参加が強制ではないこと、個人情報の取り扱いなどについて、口頭と書面において説明を実施し、署名により同意を得た。なお、得られた同意書と質問紙は切り離され、連結不可能匿名化された。

データ分析

データ整理 データの分析では、イメージを尋ねる2つの質問項目（特定の疾患に診断されたのは本人の責任だ／特定の疾患に診断された人物と関わりたい）の2つの VAS 得点の合計点を算出した。本研究では、この合計得点をネガティブイメージ得点とした。なお、得点が大きいかほどネガティブイメージが強くなるように合計点を算出した。

分析方法 結果の分析では、1) 質問紙A、Bパターンによる参加者の偏りが無いことを確認し、2) “精神疾患”と各疾患のイメージの関連を分析した。まず、1) 質問紙A、Bパターンによる参加者の偏りが無いことの確認では、質問紙A、Bパターンを回答した異なる参加者が等質であることを確認した。等質性の確認には、質問紙A、Bパターンともに含まれていた「精神疾患」と「うつ病」を使用した。2つの疾患名について、各質問項目にA、Bパターンにおける有意差を検討した。名義尺度については、マンホイットニーの *U* 検定を用いた。

VAS 得点については、対応のない *t* 検定を行った。

次に、2) “精神疾患”と各疾患のイメージの関連を検討した。ここでは、まず、a) 精神疾患のネガティブイメージ得点と、各疾患のネガティブイメージ得点の相関を、3つの関係性それぞれについて算出した。ここでは、ピアソンの相関分析を実施した。この相関係数を各関係性の相手（友人／家族／他人）における精神疾患と各疾患のイメージの類似度の指標とした。次に、b) i) 疾患を知っているか、ii) 精神疾患だと思うかについて、それぞれ疾患ごとに“はい”と回答した人数の割合（%）を算出した。最後に c) a) で算出した相関係数と、b) で算出した人数の割合（%）について、スピアマンの相関分析を行った。

結 果

質問紙A、Bパターンによる参加者等質性の確認

質問紙のパターンによって参加者に偏りが無いことを確認するため、知識を尋ねる項目（疾患を知っているか／精神疾患だと思うか）については、マンホイットニーの *U* 検定を行った。その結果、A、Bパターンによって有意な差は認められなかった（疾患を知っているか： $Z = -1.02$, *n.s.*；精神疾患だと思うか： $Z = -1.4$, *n.s.*）。さらに、各関係性における疾患のイメージについては、*t* 検定を行った。その結果、A、Bパターンによって有意な差は認められなかった（Table 2）。そのため、Aパターン、Bパター

Table 2 等質性の検定

	Aパターン平均値 (SD)	Bパターン平均値 (SD)	<i>t</i> 値
うつ病-友人	6.48 (3.78)	6.40 (3.68)	0.11
うつ病-家族	5.57 (3.84)	4.84 (3.63)	1.07
うつ病-他人	8.31 (4.16)	8.27 (4.06)	0.06
精神疾患-友人	6.13 (3.54)	6.33 (3.07)	-0.31
精神疾患-家族	4.93 (3.28)	4.65 (3.43)	0.46
精神疾患-他人	8.56 (3.56)	7.74 (3.69)	1.23

ンの回答をした参加者間の等質性は担保された。

“精神疾患”と各疾患に対するイメージの関連

まず，“精神疾患”と各疾患のイメージについて、関係性ごとにピアソンの相関分析を実施した。その結果を Table 3 に示す。次に、a) 疾患を知っているか、b) 精神疾患だと思うかについて、それぞれ疾患ごとに“はい”と回答した人数の割合を算出した。その結果を Table 3 に示す。最後に、関係性（友人／家族／他人）別で、ピアソンの相関分析で算出した相関係数と、a) 疾患を知っているか、b) 精神疾患だと思うかという質問項目において“はい”と回答した人数の割合それぞれについて、

スピアマンの相関分析を行った。その結果、疾患を知っている人数の割合と“精神疾患”と各疾患の相関係数の間には、全ての関係性において、有意な相関は認められなかった。一方、精神疾患だと思う人数の割合と、“精神疾患”と各疾患の相関係数の間には、他人が対象である場合、中程度の相関が認められた ($r=0.62$, $p<.01$)。一方、家族や友人が対象の場合、精神疾患だと思う人数の割合と、“精神疾患”と各疾患の相関係数の間の相関についても、中程度の相関がみられたものの、それぞれの値は有意傾向であった（友人： $r=0.41$, $p<.10$, 家族： $r=0.45$, $p<.10$ ）。各関係性別の散布図を Figure 2-4 に示す。

Table 3 “精神疾患”と各疾患のイメージの相関分析の結果と知識の回答結果

疾患名	友人	家族	他人	疾患を知っている (%)	精神疾患だと思う (%)
認知症	0.61**	0.64**	0.58**	98.31	38.98
遺尿症	0.58**	0.69**	0.70**	27.12	23.73
強迫性障害	0.70**	0.73**	0.71**	93.22	89.83
社交不安症	0.74**	0.75**	0.79**	66.10	69.49
統合失調症	0.82**	0.76**	0.84**	96.61	96.61
素行症	0.74**	0.72**	0.63**	8.47	35.59
神経性無食欲症	0.73**	0.76**	0.76**	79.66	84.75
心的外傷後ストレス障害	0.66**	0.74**	0.75**	96.61	89.83
解離性同一性障害	0.71**	0.79**	0.63**	66.10	61.02
不眠障害	0.43**	0.58**	0.44**	93.44	75.41
境界性パーソナリティ障害	0.76**	0.57**	0.58**	50.82	62.30
性機能不全	0.51**	0.63**	0.28*	75.41	31.15
身体症状症	0.63**	0.65**	0.48**	16.39	27.87
性別違和	0.63**	0.53**	0.31*	77.05	34.43
小児性愛	0.56**	0.32**	0.46**	54.10	34.43
双極 I 型障害	0.57**	0.54*	0.62**	26.23	60.66
アルコール中毒	-0.04	0.22 [†]	0.15	95.08	50.82
自閉スペクトラム症	0.79**	0.78**	0.63**	93.44	60.66
うつ病	0.62**	0.65**	0.67**	97.50	94.17

Note : [†] $p<.10$, * $p<.05$, ** $p<.01$

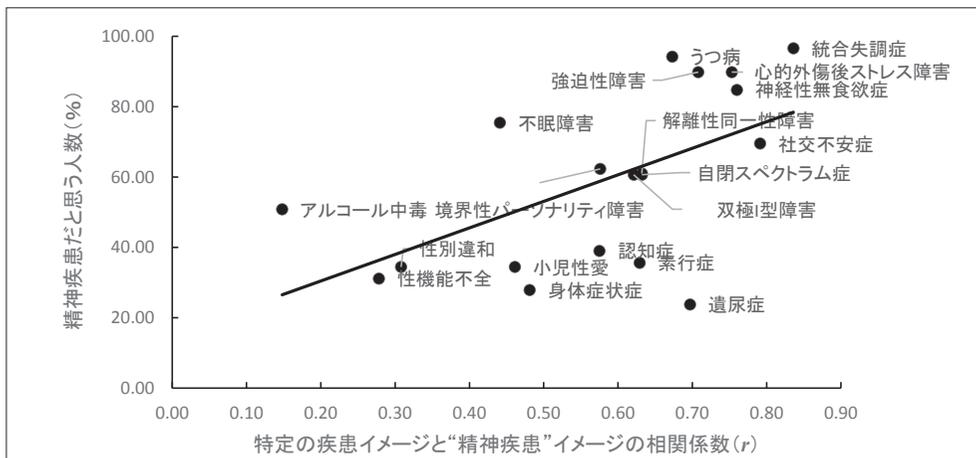


Figure 2 関係性【他人】における, 精神疾患だと思う割合とイメージの相関係数の散布図

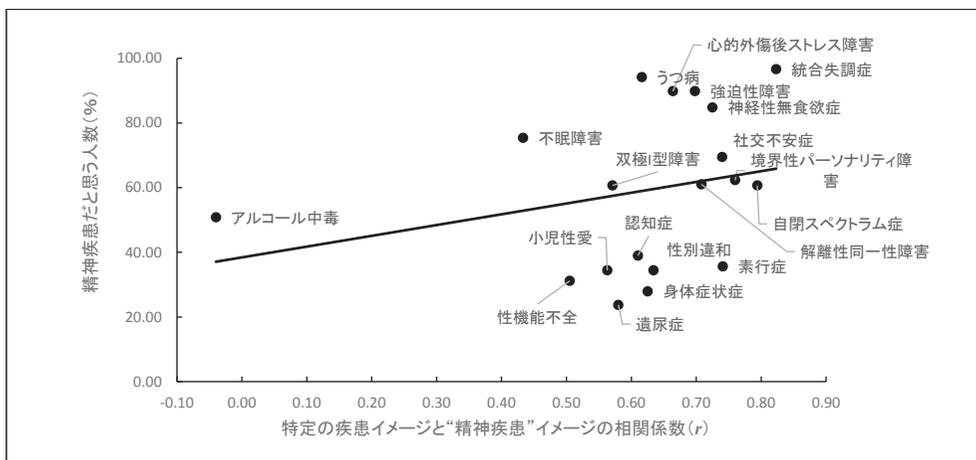


Figure 3 関係性【友人】における, 精神疾患だと思う割合とイメージの相関係数の散布図

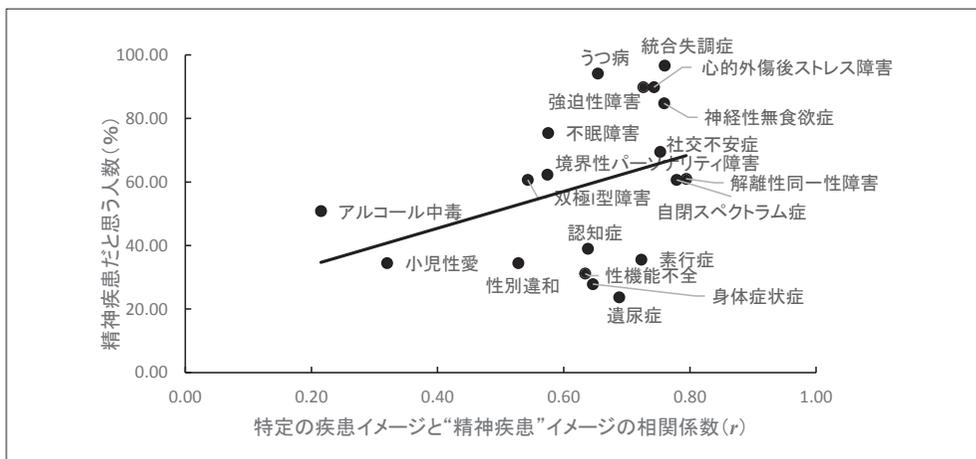


Figure 4 関係性【家族】における, 精神疾患だと思う割合とイメージの相関係数の散布図

考 察

本研究の目的は、“精神疾患”と各疾患の関係づけの強さによってイメージが異なるかを関係性別に検証することであった。本研究は探索的に実施され、仮説は設定されなかった。

その結果、他人においては、各疾患が精神疾患であると回答された割合と、“精神疾患”と各疾患イメージの相関係数との相関が中程度で有意であることが明らかになった。つまり、精神疾患と関係づけている人が多い疾患ほど、“精神疾患”のイメージと各疾患イメージが類似する傾向があることがわかった。この点は、RFTにおける言語関係の理論と一致していた。一方、家族や、友人においては、各疾患が精神疾患であると回答された割合と、“精神疾患”と各疾患イメージの相関係数との相関は有意傾向であった。このことから、“精神疾患”と各疾患の関係づけの強さによるイメージの変化は、関係性に左右されることが明らかになった。以下に他人と、友人・家族という関係性別に考察する。

まず、他人では、精神疾患と関係づけている人が多い疾患ほど、“精神疾患”のイメージと各疾患イメージが類似する傾向がある点についてである。このような結果が得られた理由として、参加者にとって“外集団”であったことが挙げられる。Ben-Zeev et al. (2010)によると、外集団である方が、集団性が高まりやすい。他人という関係性は他の関係性と比較して参加者にとって距離が遠く外集団として認識されていた可能性が高い。そのため、集団性が高まりやすく、“精神疾患”と各疾患というラベルの関係性がイメージに容易に反映された可能性がある。さらに、本研究で他人として例示したのはアルバイトで一緒に働く人や、授業のグループワークで共に取り組む人であった。この問いは、社会人にとっての職場で共に働く人と類似する関係性である。実際に、職場の人に対しては精神疾患を有する人に対して距離を置く（一緒に働きたくないと回答）という結果も得られてい

る (Link, Cullen, Frank, & Wozniak, 1987)。

次に、家族・友人では、精神疾患と各疾患の関係づけの強さと、“精神疾患”と各疾患のイメージの相関が有意傾向であったことについてである。この点は、上記の“集団性”を用いて考えると、家族・友人は参加者にとって内集団である可能性が高く、ラベルの関係性がイメージに反映されづらかった可能性がある。

また、本研究では、質問項目に“疾患になったのは本人の責任だ”とする質問項目が含まれていた。しかし、病気を罹患した人が子や兄弟の場合、両親や兄弟などの近い関係の人物は、自身の責任であると恥に感じることや、自身を責めることがあるといわれている (Weiner, 1988)。そのため、関係性の遠い他人と、関係性の近い友人や家族では異なる結果が得られた可能性がある。

以上の2点により、スティグマへの介入を行う際、関係性（本人にとってどのような位置づけの人に対するスティグマなのか）を留意する必要性が示唆された。まず、他人を対象とする場合 (e.g., 職場での精神疾患への理解の促進)、“精神疾患”であるという関係づけを行うことで、各疾患へのスティグマ改善が期待できる。一方で、友人や家族を対象とする場合 (e.g., 精神疾患者の家族への支援)には同様の手順で行うことはできない。そのため、関係性別に介入を実施するなどの工夫が必要だろう。

以下に、本研究の限界点を2点示す。1) 測定尺度の問題、2) サンプルの偏りの問題である。まず、1) の測定尺度の問題は、a) 関係づけの測定の問題、b) スティグマの測定の問題が挙げられる。a) の関係づけの測定の問題は、疾患を知っているか/各疾患は精神疾患だと思うかという質問項目についてである。本研究では簡易的に、自己評定式の質問項目を用いた。しかし、本研究の質問項目だと、参加者間に回答基準の差があったことが予想される。例えば、認知症の場合、知っていると回答した人は98%を超えるが、精神疾患に含まれると回答した人

は、約38%であり、“知っている”と回答したとしても、正確な知識とはいえない。本研究の結果、知識量はイメージに関与しないことが明らかになったが、より詳細な質問項目 (e.g., 認知症は一度罹患すると、進行を止められない病である) を用いて、正確な測定が必要とされる。さらに、2つの刺激が等価であることの評価は、Implicit Association Test (Greenwald, McGhee, & Schwartz, 1998) や、Implicit Relational Assessment Procedure (以下、IRAP; Barnes-Holmes, Waldron, Barnes-Holmes & Stewart, 2009) などの潜在的指標が多く用いられている。潜在的指標は、反応潜時や、正確性で等価であるかを判断するため、回答者の意図が反映されづらく、回答基準を均一にすることができる。今後の研究では、潜在的指標による、より正確な測定が必要だろう。

次に、b) のスティグマ測定の問題についてである。本研究は広くスティグマをとらえるために、曖昧な尋ね方をする2つの質問項目を選択した。しかし、本研究の結果のみで複合的な概念であるスティグマを正確に捉えることが出来ていたとは考えづらい。また、信頼性や妥当性の観点からも、問題があったと考えられる。今後、スティグマを正確に測定するためには、標準化された指標を用いることが必要だろう。

最後に、2) のサンプルの偏りの問題についてである。本研究は心理学部の学生を対象に調査を実施した。心理学部の学生は、精神疾患についての興味関心が強い可能性がある。そのため、その他の学部学生は、より知識が少ないことや、各疾患についてははっきりとイメージを有していない等、本研究と異なる結果を示す可能性がある。今後の調査では、より広い属性の対象者に対して実施する必要がある。

以上のような限界点はあるものの、本研究は“精神疾患”への介入対象の統一の可能性を示すことが出来たと考えられる。今後、実際に“精神疾患”と各疾患の関係づけを強くした際に、イメージの相関が高まるかという点について、実験的手法を用いて検証していくことや、潜在

的指標を用いて研究を実施することなどの、さらなる研究が望まれる。

引用文献

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
(アメリカ精神医学会 高橋 三郎・大野裕 (監訳) (2014). DSM-5: 精神疾患の診断と統計マニュアル 医学書院)
- Barnes-Holmes, D., Waldron, D., Barnes-Holmes, Y., & Stewart, I. (2009). Testing the validity of the implicit relational assessment procedure and the implicit association test: Measuring attitudes toward Dublin and country life in Ireland. *The Psychological Record*, 59, 389-406.
- Ben-Zeev, D., Young, M. A., & Corrigan, P. W. (2010). DSM-V and the stigma of mental illness. *Journal of Mental Health*, 19, 318-327.
- Corrigan, P. W., & Miller, F. E. (2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health*, 13, 537-548.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüschi, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63, 963-973.
- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54, 765-776.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K.,

- Wasowski, K. U., Campion, J., Mathisen, J., … & Kubiak, M. A. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology, 28*, 91-102.
- Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review, 30*, 907-922.
- Dalky, H. F. (2012). Mental illness stigma reduction interventions: Review of intervention trials. *Western Journal of Nursing Research, 34*, 520-547.
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1464-1480.
- Hamilton, D. L., & Sherman, S. J. (1996). Perceiving persons and groups. *Psychological Review, 103*, 336-355.
- 蓮井 千恵子・坂本 真士・杉浦 朋子・友田 貴子・北村 總子・北村 俊則 (1999). 精神疾患に対する否定的態度——情報と偏見に関する基礎的研究—— *精神科診断学, 10*, 319-328.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy second edition: The Process and Practice of Mindful Change*. New York: Guilford Press.
- (ヘイズ, S. C., ストローサル, K. D., ウィルソン, K. G. 武藤 崇・三田村 仰・大月 友 (監訳) (2014). アクセプタンス & コミットメント・セラピー (ACT) 〈第2版〉——マインドフルな変化のためのプロセスと実践—— 星和書店)
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology, 92*, 1461-1500.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology, 27*, 363-385.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Fletcher, L. B., Seignourel, P. J., Bunting, K., Herbst, S. A., … & Lillis, J. (2007). Impact of acceptance and commitment therapy versus education on stigma toward people with psychological disorders. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 2764-2772.
- Phelan, J. C., Link, B. G., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared?. *Journal of Health and Social behavior, 41*, 188-207.
- Scheid, T. L., (2005). Stigma as a barrier to employment: Mental disability and the Americans with Disabilities Act. *International Journal of Law and Psychiatry, 28*, 670-690.
- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin, 7*, 225-240.
- Törneke, N. (2009). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical application*. Oakland, CA: New Harbinger.
- (トールネケ, N. 武藤 崇・熊野 宏昭 (監訳) (2013). 関係フレーム理論 (RFT)

をまなぶ言語行動理論・ACT 入門 星
和書店)

Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H.
(2007). Perceived public stigma and
the willingness to seek counseling:
The mediating roles of self-stigma
and attitudes toward counseling.

Journal of Counseling Psychology, 54,
40-50.

Weiner, B. (1988). Attribution theory and
attributional therapy: Some theoretical
observations and suggestions. *British
Journal of Clinical Psychology, 27,* 99-
104.