

抑うつ患者の非機能的スキーマとセルフスティグマに関する
心理学的研究

Relationship between cognitive schemata and self-stigma
in depressive patients

平成 29 年度

北海道医療大学大学院心理科学研究科

臨床心理学専攻

下 津 咲 絵

目 次

第 1 章 精神疾患に対するセルフスティグマに関する研究の動向	
第 1 節 セルフスティグマとは何か	1
第 1 項 セルフスティグマという概念の歴史	1
第 2 項 セルフスティグマとは	2
第 2 節 セルフスティグマ研究の動向	7
第 1 項 心理社会的変数および、精神医学的変数との関連	7
第 2 項 セルフスティグマと否定的認知	8
第 3 項 セルフスティグマに対する介入研究	9
第 2 章 先行研究の課題と本研究の目的	
第 1 節 先行研究の課題の整理と本研究の目的	14
第 2 節 本研究の構成	15
第 3 章 Devaluation-Discrimination Scale 日本語版の信頼性・妥当性の検討 (研究 1)	
問題と目的	18
方 法	18
結 果	21
考 察	23
第 4 章 抑うつ患者の非機能的スキーマがセルフスティグマに及ぼす影響 (研究 2)	
問題と目的	26
方 法	27
結 果	30
考 察	30
第 5 章 抑うつ患者の非機能的スキーマの改善がセルフスティグマの減少に及ぼす影響 (研究 3)	
問題と目的	36
方 法	36
結 果	41
考 察	44

第6章 総合的考察

第1節 本研究の結果のまとめ	49
第2節 本研究の臨床的意義	51
第1項 セルフスティグマ減少に作用する変数を実証的に明らかにした点	51
第2項 自尊感情の回復に対するセルフスティグマ減少の重要性を明らかにした点	52
第3項 抑うつ患者を対象とした点	52
第4項 日常臨床で活かせる点	53
第5項 DDS 尺度の臨床的有用性	53
第3節 本研究の限界と今後の課題	54
第1項 セルフスティグマという概念に関する課題	54
第2項 非機能的スキーマのセルフスティグマに対する影響力の問題	55
第3項 実施された集団療法（研究3）の効果の精査の必要性	55
第4項 測定指標の課題	56
第5項 対象者の問題	56
第4節 結語	57
引用文献	58
謝 辞	66

第1章 精神疾患に対するセルフスティグマに関する研究の動向¹

第1節 セルフスティグマとは何か

第1項 セルフスティグマという概念の歴史

精神疾患に対する偏見は未だ根強く、社会意識調査による実態の把握や、アンチスティグマプログラムによる社会的スティグマ（public stigma）の減少を目指した試みがこれまでに数多くなされてきた（Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz, & Rüsch, 2012; Evans-Lacko, Henderson, & Thornicroft, 2013; World Psychiatric Association, 2002）。諸外国においては、社会的スティグマだけではなく、精神疾患患者自身もつ精神疾患に対するセルフスティグマ（self-stigma）という概念が注目されている。精神疾患に対するセルフスティグマ研究の研究数は、2000年以前は13件であったのに対して、その後の10年間では114件にのぼることが明らかとなっている（Livingston & Boyd, 2010）。このことは、2000年代以降において精神疾患に対するセルフスティグマという概念がそれまで以上に注目され、研究における取り組みが積極的になされるようになったことを示している。

セルフスティグマに類似した概念が学術的に提唱されたのは、Allport（1954）にまで遡る。Allport（1954）は、著書の中で偏見を受ける少数者集団のメンバーに生じる卑屈や自己嫌悪といった心理的な問題について指摘した。その後、この分野における議論の中心は、人種・民族間の偏見についてであった。1990年代に入り、メンタルヘルスの分野においても、精神疾患患者自身が当事者の弁として体験をつづったものや（Gallo, 1994）、患者との対話のなかで治療者が気づいた点を記述したもの（Corrigan, 1998; Hayward & Bright, 1997; Holmes & River, 1998）を通じて、セルフスティグマについての議論がなされるようになった。加えて、セルフスティグマを測定することができる尺度の開発によって（Link, 1987; Wahl, 1999）、量的研究が実施されるようになり、セルフスティグマの心理社会的影響が実証的に示されるようになった。さらに、世界精神医学会（World Psychiatric Association: WPA）が、1996年に「統合失調症に対するスティグマおよび差別と闘う世界的プログラム（Worldwide Programme to Fight the Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia）を発足させ、“Open The Door”プロジェクトをはじめとする、精神疾患に関するアンチスティグマの取り組みが2000年代以降に各国で広がっていった。これらの世界的な活動によっても、セルフスティグマに関する研究はますます社会から注目されるようになった（Corrigan et al., 2012; World Psychiatric Association, 2002）。研究が進むにつれて、当初統合失調症が中心となっていたセルフスティグマ研究の対象疾患の範囲も拡大されていった。セルフスティグマに関する観察研究の

¹ 第1章の一部は、心理臨床学研究 第34巻第3号 342-351頁に掲載された。

系統的レビューでは、研究の対象となった 127 件のうち、統合失調症スペクトラム患者の総数の割合 (38.7%) よりも、気分/不安障害患者の総数の割合 (47.8%) の方が多いとされている (Livingston & Boyd, 2010)。このような研究動向を受け、アメリカ心理学会は、2016 年に Patrick W. Corrigan を編集員長として、新たな査読付き雑誌である *Stigma and Health* を刊行した。

以上のように、差別や偏見といった心理学領域で古くから扱われてきた研究の潮流は、精神疾患患者を対象としてセルフスティグマという概念を生み出すこととなった。セルフスティグマに関する実証研究の歴史は比較的浅く、特にうつ病や不安症に対するセルフスティグマ研究は、さらなる発展が求められる分野といえるだろう。特に、世界保健機構 (World Health Organization: WHO) によると、うつ病は世界的にみて社会的負担が著しい疾病として取り上げられており、全ての疾病の中で 4 番目に大きな社会的負担を強いる疾病であることが指摘されている (World Health Organization, 2001)。我が国における精神疾患の社会的コストの推計においても、うつ病は 3 兆 9,000 億 5,000 万円の疾病費用が推計されており、不安障害や統合失調症を上回ることが指摘されている (佐渡・稲垣・吉村・武智・光永, 2011)。したがって、今後ますます抑うつ患者におけるセルフスティグマに関する実証的研究の積み重ねが社会から求められることになるだろう。

第 2 項 セルフスティグマとは

セルフスティグマとは、いくつかの構成概念を包括的に捉えた用語であると考えられる。本項では、セルフスティグマに関連する用語を概説しながら、本研究でのセルフスティグマの定義を示す。具体的には、セルフスティグマの上位概念であるスティグマについて、これまでの研究から得られた 3 つの要素を概説する。続いて、セルフスティグマに含まれる過程を整理することを通じて、本研究におけるセルフスティグマの定義を示すこととする。

1. スティグマの 3 つの要素

スティグマとは、“認知”、“感情”、“行動”の 3 つの要素を含む包括的な概念であると捉えられている (Thornicroft, 2006 青木・諏訪監訳 2012, pp.215-261)。スティグマには大きく分けて、社会的スティグマとセルフスティグマが含まれる。Corrigan & Watson (2002) は、社会的スティグマとセルフスティグマの双方の概念を、ステレオタイプ (stereotype)、偏見 (prejudice)、差別 (discrimination)、という用語を用いて説明している。これらの記述を、“認知”、“感情”、“行動”の 3 つの要素から説明することによって、2 つのスティグマを構成する要素の共通点と相違点を明確にすることが可能となる。そこで、社会的スティグマとセルフスティグマを構成する 3 つの要素を図 1-1 に示す。

まず、認知的要素とは、意識的にもっている考えや信念を捉えたものである。Corrigan & Watson (2002) が用いているステレオタイプという用語は、特定の特徴をもつ集団に所属する人に対する否定的信念であることから、社会的スティグマ、およびセルフスティ

<p>社会的スティグマ (public stigma)</p>	<p>セルフスティグマ (self-stigma)</p>
<p><u>認知的要素</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ステレオタイプ(stereotype) 特定の特徴をもつ集団に所属する人 に対する否定的信念 (例) 彼らには能力がない 彼らは弱い人間だ 	<p><u>認知的要素</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 自分自身をステレオタイプ化 自分自身に対する否定的信念 (例) 自分には能力がない 自分は弱い人間だ
<p><u>感情的要素</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 偏見(prejudice) 特定の特徴をもつ集団に所属する人 に対するステレオタイプへの同意と 否定的な感情の反応 (例) 恐れ 怒り 	<p><u>感情的要素</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 自分自身への偏見 ステレオタイプへの同意と否定的な感情 の反応 (例) 自尊感情の低下 セルフエフィカシーの低下
<p><u>行動的要素</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 差別(discrimination) 偏見の反応として表れる行動 (例) 職場や居住における接触の回避 支援を与えることを控える 	<p><u>行動的要素</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 自らを差別する 偏見の反応として表れる行動 (例) 仕事や住む場所を求めることをしない 周囲に支援を求めることを控える

© John Wiley and Sons

図 1-1 社会的スティグマとセルフスティグマの比較と対比 (Corrigan & Watson, 2002
を参考に著者が作成)

グマの認知的要素と捉えることができる。社会的スティグマにおける認知的要素は、「彼らは能力がない」、「彼らは弱い人間だ」という否定的信念が例として挙げられる。一方、セルフスティグマの否定的信念は、「自分には能力がない」、「自分は弱い人間だ」などである。

次に、感情的要素として偏見が挙げられる。偏見は、否定的態度全般を表す用語であるが、そこには感情の反応が含まれる。そのため、偏見に伴う感情に着目することによって、2つのスティグマの違いを整理することができる。まず、社会的スティグマによって生じるのは、特定の特徴をもつ集団に対する「恐れ」や「怒り」などの感情の反応である。一方、セルフスティグマにおいては、「自尊感情の低下」や「セルフイカシーの低下」という自分自身に対する否定的な感情の反応が生じることになる。

最後に、行動的要素としては、差別が挙げられる。特に差別から生じる実際の行動に着目することによって、両スティグマの特徴を整理することができる。社会的スティグマによって生じるのは、「接触の回避」や「排除」という行動的反応であるのに対して、セルフスティグマによって、社会参加への心理的ハードルが高まり、社会的関わりに消極的になる（例えば、「援助要請行動の抑制」という行動的反応が生じる（図 1-1）。

2. セルフスティグマの生じる過程

前項では、スティグマに含まれる3つの要素を通じて、社会的スティグマとセルフスティグマの共通点と相違点を述べた。本項では、セルフスティグマの生じる過程について2つのモデルを基に整理する。修正型ラベリング理論（modified labeling theory）を提唱した Link のモデル（Link, 1987; Link, Cullen, Struening, Shrout, & Dohrenwend, 1989）と、Link のモデルを受け、それを細分化した Watson, Corrigan, Larson, & Sells (2007) のモデルである。前項に基づき、セルフスティグマの生じる過程における“認知”、“感情”、“行動”の3つの要素を図 1-2 に示す。

修正型ラベリング理論（Link et al., 1989）は、社会学者ら（Becker, 1963 村上訳 1978; Scheff, 1966 市川・真田訳 1979）によって社会的逸脱を説明した“ラベリング理論（labeling theory）”を基盤として構築されている。ラベリング理論では、非行や犯罪、あるいは精神疾患という社会的に逸脱とみなされる行動や属性について、“逸脱”とは、本人の内的属性ではなく、社会規範や文化的価値観と一致しないというラベリングによって生み出されるものとした。さらに、逸脱とみなされた者を他者が排除することによって、排除された人は健全な社会的生活を送る機会が損なわれ、再び逸脱し、他者はさらに逸脱者への排除を強める、という社会的な相互作用についても説明されている。

修正型ラベリング理論は、このラベリング理論を精神疾患患者のセルフスティグマを対象として発展させたものである。精神疾患患者は精神疾患を罹患する以前から、所属する文化の考え方に従った精神疾患患者に対する社会的スティグマを知覚している。そのため、罹患後に、“精神疾患患者は見下げられたり差別されたりする”という信念を知覚すること

となる。すなわち，直接的に差別や排除の経験を受けなくとも，差別や排除を受ける側の

セルフスティグマ
(self-stigma)

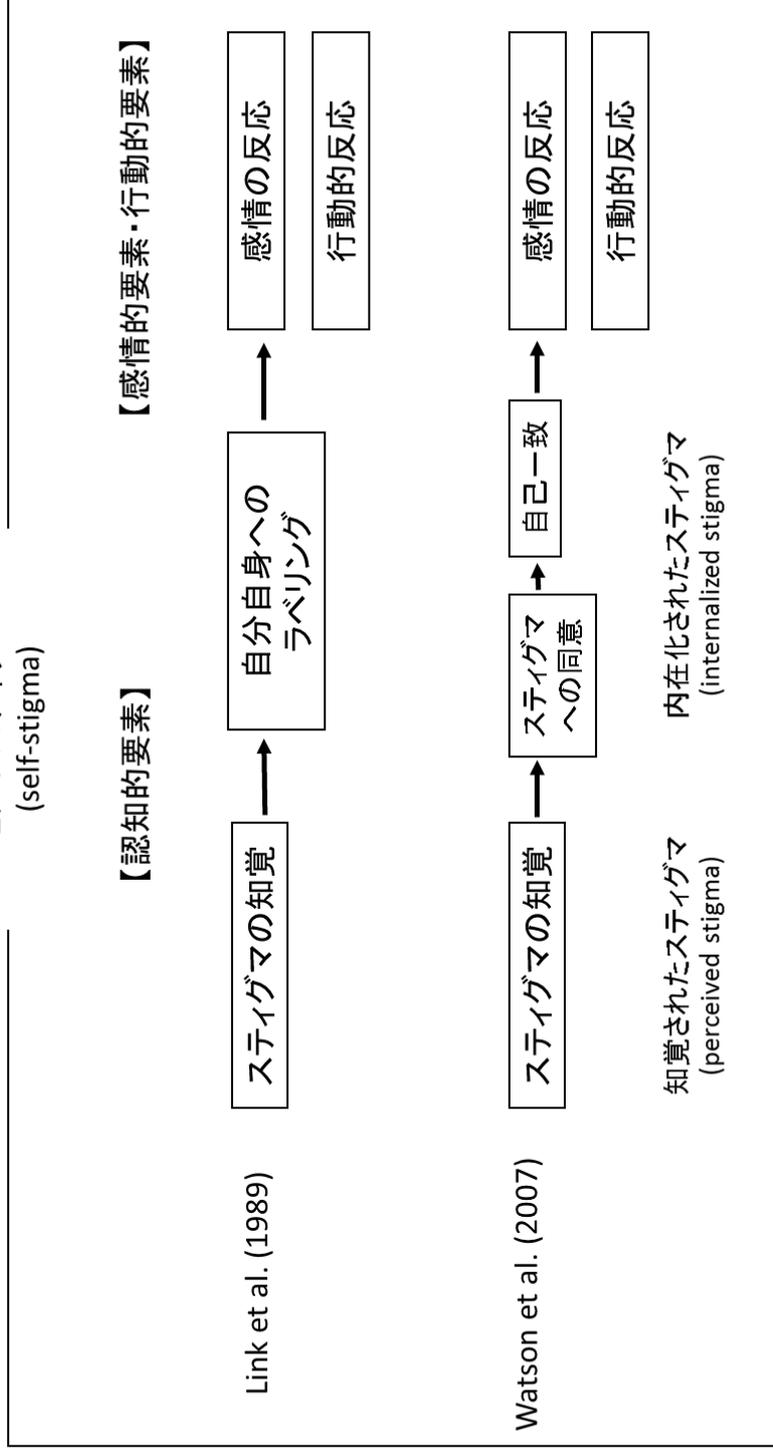


図1-2 セルフスティグマの生じる過程 (Link et al., 1989, Watson et al., 2007を参考に著者が作成)

者であると自分自身をみなすことが、社会生活の制限や自尊感情の低下といった行動面や感情面でのネガティブな結果につながると考えられるのである。

以上の点を踏まえると、修正型ラベリング理論に基づく、セルフスティグマが生じる過程は図 1-2 の上段のように、認知的要素とそれに伴う感情的・行動的要素に整理できる。認知的要素においては、まずスティグマの存在を知覚したり意識したりするスティグマの知覚が先行し、自分はそういった態度を向けられる精神疾患患者であると自分自身に結びつける自分自身へのラベリングが生じることになる。それによって社会的状況を回避するといった行動的反応や、自尊感情の低下といった感情の反応が生じる。そして、修正型ラベリング理論においてセルフスティグマの生じる過程で重要視しているのは、第一の段階である、“精神疾患患者は見下げられたり差別されたりする”という信念 (beliefs) の知覚であり、“知覚されたスティグマ (perceived stigma)” と呼ばれている。この知覚されたスティグマが、セルフスティグマ過程のトリガーとなるからである。

Watson et al. (2007) は、修正型ラベリング理論を基にしながらも、新たな段階を加えてセルフスティグマの生じる過程を詳細にモデル化している。特に、図 1-2 の下段に示されたモデルでは、Link らの修正型ラベリング理論における“自分自身へのラベリング”を重視し、より細分化しているところに特徴がある。すなわち、セルフスティグマが生じる過程においては、スティグマの知覚の後に続く、スティグマに同意 (agreement) し、自己一致 (self-concurrence) させるという内在化 (internalization) の段階が重要であるとしている。この理論に基づいた場合、自分自身に対して抱くスティグマは、“内在化されたスティグマ (internalized stigma)” という用語で表現されることがある。

以上のように、両モデルの過程は、“認知”、“感情”、“行動”の3つの要素に分けて説明することができる。それらの3つの要素は、両モデルともに、認知的要素がまず先にあり、その結果として感情の反応と行動的反応が生じるという共通した過程で説明されている。

3. 本研究で扱うセルフスティグマとは

ここまで、セルフスティグマは“認知”、“感情”、“行動”という3つの要素を含む包括概念であることを説明した。また、セルフスティグマの生じる過程では、その3つの要素のうち、まず先んじて認知的要素である知覚されたスティグマが先行することが述べられた。Watson et al. (2007) では、内在化されたスティグマを重要視しているものの、知覚されたスティグマがセルフスティグマが生じる過程の発端であることは共通している。

そこで本研究では、セルフスティグマの概念のうち知覚されたスティグマに注目する。修正版ラベリング理論においては、知覚されたスティグマは“精神疾患患者は見下げられたり差別されたりする”という信念の知覚であり、知覚されたスティグマが測定しているものは、信念そのものの程度であるとされている (Link et al., 1989)。信念によって、感情 (自尊感情の低下など) や行動 (例えば、社会的な活動を避けること、疾患を秘密にすること、など) が結果として伴うとされている。臨床心理学的研究の目的のひとつは、不

適応的感情，および不適応的行動を改善することにある。それゆえ，それらの不適応的反応を生じさせている変数を同定し，またその変数への効果的な介入手法を明らかにすることは臨床的な意義が大きい。そこで，本研究では，不適応的な感情の反応や行動的反応に影響を及ぼすとされる，セルフスティグマの生じる過程の発端となる知覚されたスティグマに注目し，他変数との関係性を明らかにすることとした。

セルフスティグマを測定する尺度のうち，知覚されたスティグマに焦点を当てた尺度として Devaluation-Discrimination Scale (DDS : Link, 1987) がある。本尺度は，修正型ラベリング理論に基づいて作成されており，セルフスティグマに関する先行研究において最も高い頻度で用いられている尺度である (Brohan, Slade, Clement, & Thornicroft, 2010)。しかし，本尺度は日本語版の信頼性・妥当性の確認がなされておらず，本邦における尺度整備が喫緊の課題であるといえる。

第2節 セルフスティグマ研究の動向

第1項 心理社会的変数および，精神医学的変数との関連

セルフスティグマが強いことは，その後の回復に関わる要因に影響を与えることがこれまでに示されている。

Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen, & Phelan (2001) では，リハビリテーション施設に通所中のさまざまな精神疾患を有する患者 70 名を対象に，24 カ月間のフォローアップ調査を行った。その結果，ベースライン時にセルフスティグマ得点が高いことが，6 カ月後，および 24 カ月後の自尊感情の低下を予測したことを明らかとしている。また，Sirey, Bruce, Alexopoulos, Perlick, Friedman, & Meyers (2001) では，大うつ病患者を対象に，初診時から 3 カ月後の調査を行い，ベースライン時のセルフスティグマ得点が高いことは，3 カ月後の服薬などの治療行動の不遵守を予測することを明らかにしている。治療行動については，86 名の統合失調症の患者を対象とした研究においても，セルフスティグマ得点の高さは治療行動の不遵守を予測することを示している (Fung, Tsang, & Corrigan, 2008)。さらに，Perlick, Rosenheck, Clarkin, Sirey, Salahi, Struening, & Link (2001) は，264 名の双極性障害の患者を対象に 7 カ月間のフォローアップ調査を行い，ベースライン時にセルフスティグマ得点が高い者ほど，7 カ月後に家族以外の他者との関わりを回避する傾向にあるといった，社会的な適応が困難であることを明らかにしている。

先に挙げた Livingston & Boyd (2010) のレビューでは，さまざまな精神疾患を対象とした研究を総括し，デモグラフィック変数，心理社会的変数，および精神医学的変数とセ

セルフスティグマ²との相関を検討している。その結果、年齢、性別を含むいずれのデモグラフィック変数もセルフスティグマとの相関を示さなかった。一方で、対象となった研究で検討された心理社会的変数（例えば、自尊感情、希望、エンパワーメント、セルフエフィカシー、QOL）とセルフスティグマとは、ほぼ一貫して負の相関が示された。特に、セルフスティグマと自尊感情の関連は、45研究のうち19研究において検討されており、これらの研究結果を統合した結果は $r = -0.55$ と報告されている。また、治療行動の遵守とセルフスティグマの間では負の相関（ $r = -0.38$ ）、症状の重篤度とセルフスティグマの間では正の相関が示されている（ $r = 0.41$ ）。このメタアナリシスが対象とした精神疾患は、統合失調症スペクトラムの患者群が半数以上を占めており（54.3%）、次いで、気分/不安障害患者群（26.5%）であった。

統合失調症以外の患者群における、症状とセルフスティグマの相関については、特に、うつ病性障害患者を対象とした研究が実施されている。例えば、Pyne, Kuc, Schroeder, Fortney, Edlund, & Sullivan (2004) は、54名のうつ病患者を対象にした研究において、抑うつ症状とセルフスティグマには、中程度の正の相関（ $r = 0.41$ ）があることを明らかにしている。また、247名のうつ病性障害の患者を対象とした研究でも、抑うつ症状得点の高さがセルフスティグマの予測因となることを示している（Yen, Chen, Lee, Tang, Yen, & Ko, 2005）。ただし、この研究は、一時点調査の結果を回帰分析したものであり、抑うつ症状とセルフスティグマの明確な因果関係は明らかにはされていない。さらに、うつ病性障害患者81名を対象とした研究においても、症状の重篤度とセルフスティグマの間で正の相関が示されている（Holubova, Prasko, Ociskova, Marackova, Grambal, & Slepecky, 2016）。

以上のように、セルフスティグマと心理社会的変数および精神医学的変数との関連は、精神疾患患者全般に共通した傾向として示されている。しかし、各疾患の症状の特徴を鑑みると、セルフスティグマの成り立ちと影響がそれぞれ異なる可能性があり、疾患ごとの特徴について検討する必要がある。特に、統合失調症以外の精神疾患に対する研究が求められる。さらに、各疾患に特徴的なセルフスティグマに影響を及ぼす要因について検討する必要がある。セルフスティグマに影響を及ぼす要因を明らかにすることにより、セルフスティグマ減少を目指した介入手法の研究が次に続くことができるからである。

第2項 セルフスティグマと否定的認知

セルフスティグマをもつ精神疾患患者は、自己に対する特徴的な否定的認知をもつことが指摘されている（Corrigan & Calabrese, 2005; Corrigan, Roe, & Tsang, 2011; Watson et al., 2007 など）。特徴的な否定的認知とは、例えば「自分を全くコントロールすること

² Livingston & Boyd (2010) では、セルフスティグマを包括概念として捉え、用語としての“self-stigma”, “perceived stigma”, “internalized stigma”を明確に区別せず、精神疾患のセルフスティグマに関わる観察研究を統合して分析を行っている。

ができない」、「自分は責任を担う能力がない」、「自分は悪い人間である」、「自分には価値がない」といったものである (Corrigan, Roe et al, 2011)。Corrigan & Calabrese (2005) は、セルフスティグマをもつ精神疾患患者の否定的認知を、Beck の理論を用いて説明している (Beck, Ruch, Shaw, & Emery, 1979)。Beck は、抑うつを生じさせる認知として、自己、世界、将来に対する否定的認知の 3 要素を提唱した。Corrigan & Calabrese (2005) は、セルフスティグマをもつ者の否定的認知は、認知の 3 要素のうちの自己と将来に関するものであると指摘し、否定的認知をもたらす背景には、非機能的スキーマがあることを示唆している。

非機能的スキーマをもつ個人は、そのスキーマに基づいて状況を説明するために、偏った認知が生ずると考えられている (Beck et al., 1979)。精神疾患患者のセルフスティグマについて考えてみると、自分についてこうあるべきという非機能的スキーマを強くもつ場合に、精神疾患を罹患した自己について、否定的で、偏った認知を強くもつことになる。

このように、精神疾患を罹患した者のうち、セルフスティグマを強くもつ者とそうでない者の特徴的な一つの違いとして、非機能的スキーマの程度の違いについて指摘されている。特に、うつ病性障害を対象とした場合、セルフスティグマと非機能的スキーマの関連を検討することは、非常に重要であると考えられる。しかし、先行研究においての指摘は、あくまで患者との関わりのなかで得られた臨床的な示唆に留まっており、量的研究を用いて実証的には未だ検討されていない。そのため、うつ病性障害におけるセルフスティグマと非機能的スキーマの関連における実証的研究の積み重ねが求められる。

第 3 項 セルフスティグマに対する介入研究

一方、社会的スティグマの減少に関する研究と実践は広く行われており、Griffiths, Carron-Arthur, Parsons, & Reid (2014) によるメタアナリシスでは、社会的スティグマの介入手法として最もよく用いられているのは教育的介入であることが明らかにされている。一般住民を対象とした教育的介入では、精神疾患に関する正確な知識や情報を提供し、精神疾患に対する誤解を正すことを目的としている。その際、パンフレットや書籍、映像を用いる場合や、昨今ではインターネットを介して情報を提供する場合もある。

表 1-1 は、セルフスティグマ介入研究をまとめたものである。セルフスティグマを減少させる手法を検討した先行研究においても、心理教育的介入 (psychoeducation)³ がひとつの手法として採用され、効果が検討されている (Alvidrez, Snowden, Rao, & Boccellari, 2009; Griffiths, Christensen, Jorm, Evans & Groves, 2004; Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen & Phelan, 2002 など)。セルフスティグマの減少を目指した心理教育的介入では、一般住民に対する教育的介入と同様に、疾患や治療に関する情報や知識を伝える。加

³ 心理教育的介入(psychoeducation)とは、患者や家族に対して、疾患についての知識と情報を提供する教育的介入のことである。

表 1-1 精神疾患のセルフスティグマ介入プログラムの先行研究

介入手法	著者	主な対象疾患	人数	セルフスティグマ尺度	有意なセルフスティグマ減少効果	形式
心理教育(簡易型)						
心理教育 or CBT (ウェブサイト)	Griffiths et al.(2004)	非臨床群(抑うつの高いが高い者)	525	DSS	personal stigma: Yes perceived stigma: No	個人 5モジュール
心理教育 (パンフレット)	Alvidrez et al.(2009)	うつ病、PTSD、不安障害、疼痛障害、パーソナリティ障害	42	DDS	No	個人 1セッション
心理教育(対面型)						
	Link et al. (2002)	統合失調症、うつ病性障害、双極性障害	88	DDS	No	集団 16セッション
	Shin & Lukens(2002)	統合失調症、統合失調症性感情障害	48	DDS	Yes	集団 10セッション
	McCay et al. (2007)	統合失調症、統合失調症性感情障害	67	LPSQ	No	集団 12セッション
	Aho-Mustonen et al. (2011)	統合失調症、統合失調症性感情障害	39	LPSQ	No	集団 8セッション
	Uchino et al.(2012)	統合失調症、統合失調症性感情障害	56	SDSJ	Yes	集団 6セッション
	Çuhadar & Çam(2014)	双極性障害	63	ISMI	Yes	集団 7セッション
心理教育 + CBT						
	Knight et al.(2006)	統合失調症スペクトラム障害	21	DDS	No	集団 7セッション
	MacInnes & Lewis (2008)	重症精神疾患	20	DDS	Yes	集団 6セッション
	Lucksted et al.(2011)	統合失調症、統合失調症性感情障害、気分障害	50	ISMI	Yes	集団 9セッション
心理教育 + CBT + その他						
心理教育+認知再構成法 +動機付け面接+SST	Fung et al. (2011)	統合失調症	66	CSSMI	No	集団+個人 12+4セッション
心理教育+認知再構成法 +ナラティブ・エンハンスメント	Yanos, Roe et al. (2012); Yanos, West et al. (2012)	統合失調症、統合失調症性感情障害、双極性障害、大うつ病性障害	39	ISMI	No	集団 20セッション
	Roe et al. (2014)	重症精神疾患	222	ISMI	Yes	集団 20セッション
その他						
アクセプタンス &コミットメント・セラピー	Luoma et al.(2008)	物質使用障害	88	ISSA DDS	ISSA: Yes DDS: No	集団 2-3セッション
自己開示に関する当事者介入	Rüsch et al.(2014)	物質関連障害以外の精神疾患(自己報告による)	100	ISMI	No	集団 3セッション

Note: CSSMI = Chinese Self-stigma of Mental Illness Scale (Fung, et al., 2007); DDS = Devaluation and Discrimination Scale (Link, 1987); DSS = Depression Stigma Scale (Griffiths, et al., 2004); ISMI = Internalized Stigma of Mental Illness Inventory (Ritsher, et al., 2003); ISSA = Internalized Stigma of Substance Abuse (Luoma, et al, 2008); LPSQ = Link Perceived Stigma Questionnaire (Link, et al., 1991); SDSJ = Japanese language version of Social Distance Scale

えて、スティグマとは何かという情報提供、社会的スティグマへの対処に関する情報共有といった、社会的スティグマやセルフスティグマに焦点を当てた内容が含まれている。心理教育的介入には、パンフレット (Alvidrez et al., 2009) やインターネット (Griffiths et al., 2004) を通じて実施される簡易型と、対面型の介入とがある。例えば、セルフスティグマへの介入研究の最初期に行われた Link et al. (2002) では、統合失調症患者を中心としたさまざまな精神疾患患者 88 名を対象にして、16 セッションからなる対面型の心理教育的介入を行っている。スティグマについての知識やお互いの経験を共有し、その対処について身につけることを目的とした介入内容であった。しかしながら、結果として、6 カ月後、24 カ月後のフォローアップを通して、有意なセルフスティグマの減少および、スティグマへの適切な対処の増加はみとめられなかった。

その他にも実施された心理教育的介入によるセルフスティグマ減少への効果は、各研究によって異なっており、一貫した成果が得られていない。そこで、心理教育的介入にさらに他の手法を加えたプログラム形式の介入法が検討されるようになった。特に、前項で述べた、セルフスティグマをもつ精神疾患患者は、自己に対する偏った否定的認知をもつという指摘に基づき (Corrigan & Calabrese, 2005; Corrigan, Roe et al., 2011; Watson et al., 2007 など)、認知行動療法が取り入れられることが増えている (Knight, Wykes, & Hayward, 2006; MacInnes & Lewis, 2008; Lucksted, Drapalski, Calmes, Forbes, DeForge, & Boyd, 2011)。これらの研究では“認知行動療法”を導入したと記述している点は共通しているものの、用いられている技法はさまざまであり、その効果も研究ごとに異なっている。例えば、Knight et al. (2006) は、セルフスティグマの減少と自尊感情の改善を目的として、全 7 回の集団認知行動療法を実施している。統合失調症スペクトラムの患者を対象としていたことから、認知行動療法に含まれる技法は、統合失調症の症状についての正確な知識と対処法について学ぶセッションに加えて、問題解決療法やアサーショントレーニングなどの行動的介入を中心とした内容で構成されていた。21 名を対象として効果を検討したところ、症状の改善と自尊感情の回復は示されたものの、セルフスティグマに対する有意な減少効果はみとめられなかった。また、MacInnes & Lewis (2008) はさまざまな精神疾患患者 20 名を対象に、全 6 回の集団認知行動療法を実施している。その構成要素は、症状やストレス脆弱性モデルについて学ぶ心理教育に加え、ストレス対処法や、セルフスティグマに関連する認知の変容を目指した認知的技法などである。結果として、セルフスティグマの有意な減少が示された。一方で、自尊感情尺度や GHQ などの他の指標には効果がみとめられなかった。Lucksted et al. (2011) では、心理教育に加えて認知再構成法と問題解決療法を取り入れたプログラムに“Ending Self-Stigma”と名付け、統合失調症スペクトラムを中心としたさまざまな疾患の患者に全 9 回のプログラムを実施した。50 名を対象とした研究の結果、プログラム後に有意なセルフスティグマの減少が示された。

そしてさらに、心理教育的介入とこれまで紹介してきた認知行動療法の技法に加え、そ

の他の介入技法をも組み合わせた、さらに多面的な構成要素からなる長期間のプログラムが提案されている (Corrigan & Rao, 2012; Fung, Tsang, & Cheung, 2011; Roe, Hasson-Ohayon, Mashiach-Eizenberg, Derhy, Lysaker, & Yanos, 2014; Yanos, Roe, West, Smith, & Lysaker, 2012; Yanos, West, Gonzales, Smith, Roe, & Lysaker, 2012)。

例えば、Fung et al. (2011) は、全 16 回で構成されるセルフスティグマ介入プログラムの効果について、統合失調症患者を対象に検討している。このプログラムの目的は、周囲からのスティグマを感じた状況における対処法を身につけることを中心内容としている。心理教育に加えて、認知再構成法、動機づけ面接およびソーシャルスキルトレーニングが内容には含まれている。しかしながら、介入群と統制群の合計 66 名を対象とした結果では、プログラムによるセルフスティグマ減少への有意な効果は確認されなかった。

また、Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (以下、NECT) と名付けられた全 20 回で構成される集団療法も開発されている (Roe et al., 2014; Yanos, Roe et al., 2012; Yanos, West et al., 2012)。NECT は、心理教育と認知再構成法といった認知行動療法に含まれる技法を構成要素とすることに加えて、患者が自らの体験を語り、集団内で共有するというナラティブ・エンハンスメントという手法を取り入れている。統合失調症を中心とした重症精神疾患 (severe mental illness) を対象としたプログラム効果の検討では、セルフスティグマに対する有意な効果は示されなかった結果と (Yanos, Roe et al, 2012; Yanos, West et al, 2012), 有意な効果が示された結果 (Roe et al, 2014) との双方が報告されている。

その他のセルフスティグマに対する介入の手法として、近年は専門家による介入ではなく、当事者が主体となった相互交流によってセルフスティグマの減少を目指すものが報告されている。例えば、精神疾患であることを開示することの利点と欠点を当事者同士が話し合うことなどを通じて、セルフスティグマの減少やエンパワーメントの増強を狙ったものである (Rüsch, Abbruzzese, Hagedorn, Hartenhauer, Kaufmann, Curschellas, Ventling, Zuaboni, Bridler, Olschewski, Kawohl, Rössler, Kleim, & Corrigan, 2014)。

以上の点をまとめると、セルフスティグマの改善を目的とした先行研究は、インターネットを用いた心理教育といった簡便な介入を除くと、総じて対象者数が少なく、サンプリングの偏りなどの問題点が残るパイロット研究に近いものがほとんどである。さらに重大な問題点として、介入研究のセルフスティグマ関連要因に対する効果に一貫した結果が得られていないことが挙げられる。Tsang, Ching, Tang, Lam, Law, & Wan (2016) は、統合失調症を主とした重症精神疾患を対象としたセルフスティグマ介入研究に焦点を当て、メタアナリシスを行っている。その結果、メタアナリシスに含まれた介入研究のセルフスティグマ減少に対する効果サイズは中程度以下 ($SMD = -0.43$, $P = 0.003$) にとどまることが示された。また、プログラムの構成要素に関する調整変数等も明らかにされていない。

以上のことから、セルフスティグマに対する介入研究が発表されているが、そこに含まれる構成要素は多様である上、介入効果についても一貫した結果が得られていないという

問題点が指摘できる。セルフスティグマ介入プログラムの構成要素として認知行動療法は中心的な役割を担っているが、採用されている技法については不統一であることに加え、採用に当たっての実証的な議論が行われていない。初期の認知行動療法に焦点を当てた介入プログラムでは、認知再構成法に代表される非機能的スキーマを直接扱う技法の有用性が示唆されるものの、さらに多面的で長期的なプログラムでは、その効果は不明瞭なものとなっている。加えて、広範な精神疾患患者にセルフスティグマは示されることが明らかになっているが、介入研究においては、統合失調症スペクトラムの患者群を介入対象として検討されたものがほとんどである (Yanos, Lucksted, Drapalski, Roe, & Lysaker, 2015)。そのため、より広い範囲の疾患を対象とした検討が必要と考えられる。

第2章 先行研究の課題と本研究の目的

第1節 先行研究の課題の整理と本研究の目的

第1章で行った先行研究の展望から、次のような問題点が指摘される。

1. 先行研究のモデルからは、セルフスティグマの生じる過程の発端である知覚されたスティグマの重要性が示唆されるが、本邦においては、知覚されたスティグマに特化してセルフスティグマを測定する尺度の整備がなされていない。
2. 先行研究において、いくつかの心理社会的変数や精神医学的変数に対するセルフスティグマの影響が実証的に明らかとなっているものの、セルフスティグマに影響を与える変数については明らかとなっていない。
3. セルフスティグマに影響を与える要因として、非機能的スキーマが指摘されているが、セルフスティグマへの影響については、量的研究を用いて実証されていない。
4. いくつかの先行研究のトライアルに反して、セルフスティグマに対する効果的な介入は未だ確立されていない。その理由として、セルフスティグマに影響を与える要因が実証的に確認されていないままに、いくつかの技法が複合された介入プログラムが試みられていることが挙げられる。
5. 特に介入研究において、統合失調症以外の疾患や特定の症状をもつ患者に焦点を当てた研究は数少なく、うつ病性障害におけるセルフスティグマの研究が求められる。

以上のような問題点に対して、本研究では抑うつを主症状とする患者（以下、抑うつ患者）群を対象として、セルフスティグマと非機能的スキーマの関連を検討することとした。まず、問題点1をふまえ、セルフスティグマを測定する尺度を整備する。次に、問題点2および3をふまえ、抑うつ患者の非機能的スキーマがセルフスティグマに及ぼす影響について、仮説モデルを作成し検証を行う。最後に、問題点4および5をふまえ、抑うつ患者を対象に、非機能的スキーマの改善を目的とした認知再構成法を実施し、非機能的スキーマの改善によるセルフスティグマの減少への効果を仮説モデルに基づき検証する。仮説モデルの検証においては、抑うつ患者を対象とすることから、抑うつ症状と、セルフスティグマとの相関の示されている自尊感情の両変数をもモデルに加え検討を行う。

本研究では、以上の一連の研究を用いて、先行研究における課題について、以下の2点から解決を試みる。第一に、対象となる疾患を絞り込むことが挙げられる。これまでの先行研究においては、さまざまな精神疾患を有するクライアントが含まれていた。このような多様な精神疾患を包括的に扱う手法は、セルフスティグマに対する社会からの注目を集めるといった利点はあるものの、基盤となるメカニズムの同定が困難になるという実証研究における制約がある（Ollendick, Fraire, & Spence, 2013）。特定の精神疾患における精神病理に特化することによって、標的とすべき変数の明確化と測定を焦点化することが可能

となる。加えて、焦点を当てる疾患として精神疾患のなかでも生涯有病率が最も高い抑うつ患者を対象にして検討することの意義は大きい。本邦においては、2004年に「精神保健福祉施策の改革ビジョン」が国の施策として発表され、「こころのバリアフリー宣言」として、精神疾患に対する国民の理解を深める啓発活動が展開されてきた。その施策のなかでも、自殺予防をはじめとする抑うつに関する普及活動が展開され、一般の人々のうつ病に対する知識量は変化した。吉岡・中根（2015）は、メンタルヘルスリテラシーの2004年と2014年の比較を行っている。うつ病の仮想事例に対して適切な認識ができた率は、2004年において28.8%であったのに対して、2014年には53.0%であり、向上がみとめられている。しかし、その一方で差別感と社会的距離の程度については、2004年と2014年の結果では、ほぼ変化がみられなかった。つまり、精神疾患のなかで最も罹患率が高く、啓発によりその疾患についてよく知られることとなったうつ病であっても、社会的スティグマを払拭することはできていないといえる。セルフスティグマは、所属する文化の考え方に従った社会的スティグマが自分自身に対するラベリングとして疾患罹患後に機能したものであるという理論に基づけば(Link, 1987; Link et al, 1989)、本邦において、抑うつ患者のセルフスティグマについて実証的に検討することは意義がある。

第二に、セルフスティグマに影響を与える変数を特定し、実際に介入研究における操作を行うことが挙げられる。抑うつに焦点を当てた場合、セルフスティグマと非機能的スキーマの関連は、非常に強く示唆される。介入研究で扱われることの多い認知行動療法は、さまざまな認知的および行動的技法を総称したものであり、変容を目指す変数に効果的な技法は各々違ってくる。そのため、認知行動療法の技法のうち、セルフスティグマへの影響が明らかな変数に働きかけることができる技法を構成要素として取り入れなくてはならない。これまでの研究では、セルフスティグマや自尊心といった変数は測定されているものの、認知的技法や行動的技法を用いた際に、そのターゲットである認知的変数や行動的変数が変容したことを確認していない。そのため、標的としている認知的変数や行動的変数の変容が、セルフスティグマや自尊心の改善をもたらしているかが明確にすることができていなかった。以上のような問題点によって、セルフスティグマの減少に効果のある技法を明確に示すことができなかつた可能性がある。本研究において、非機能的スキーマに焦点化し、観察研究と介入研究を行うことによって、先行研究における課題を解決することができると考えられる。

第2節 本研究の構成

本研究の構成を図2-1に示した。第1章において、精神疾患に対するセルフスティグマの歴史や概念を整理し、セルフスティグマに関する先行研究の展望を行った。そこから得られた課題を明らかにし、本研究の目的と意義について論じた本章を受けて、本研究は次

のような構成で展開される。

第3章では問題点1を解決するために、臨床群・一般群を対象として調査研究を実施し、知覚されたスティグマに焦点を当てたセルフスティグマ尺度として広く用いられている、**Devaluation-Discrimination Scale (Link, 1987)** 日本語版の信頼性と妥当性を検討する。第4章では問題点2, 3を解決するため、非機能的スキーマがセルフスティグマに及ぼす影響を検討する。その際、抑うつ症状および自尊感情をモデルに含めた仮説モデルを作成し、抑うつ患者を対象に検証する。第4章の結果を受けて、第5章では問題点4, 5を解決するために抑うつ患者を対象に、非機能的スキーマの改善を目的とした認知再構成法を行い、非機能的スキーマの改善によるセルフスティグマ減少への影響を検証する。その際、第4章で確認されたモデルに従い、抑うつ症状の変化および自尊感情の変化を含めた仮説モデルの妥当性の検討を行う。第6章では、第3章から第5章までの結果を受けて、本研究において明らかにされた結果をまとめ、考察する。

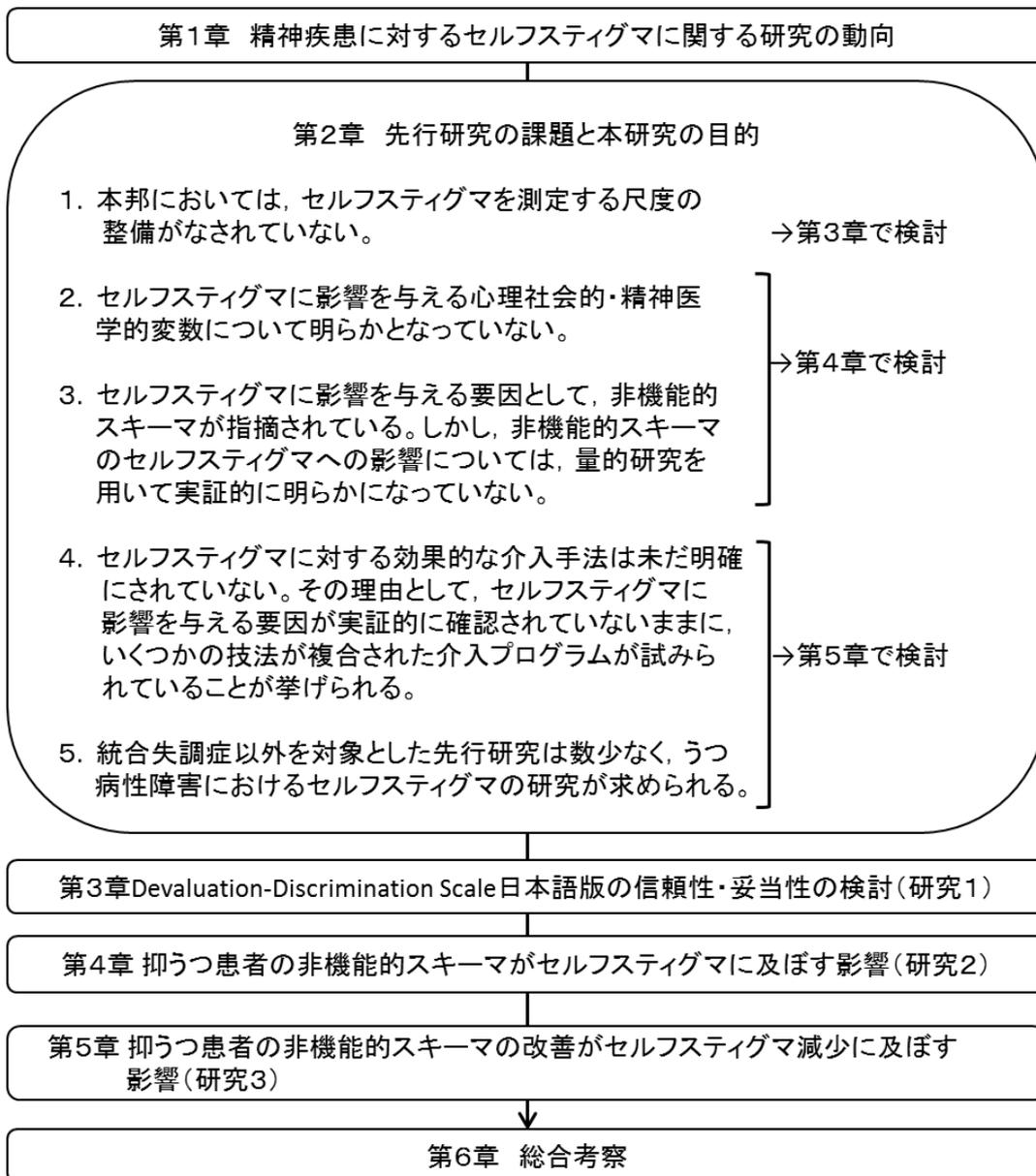


図 2-1 本研究の構成

第3章 Devaluation-Discrimination Scale 日本語版の信頼性・妥当性の検討（研究1）⁴

【問題と目的】

第1章と第2章で述べたように、精神疾患患者に対するセルフスティグマを測定する尺度のうち、知覚されたスティグマに焦点を当てた尺度として、Devaluation-Discrimination Scale (DDS : Link, 1987) がある。本尺度は、“精神的治療を受けたことのある人は、見下げられたり差別されたりする”というスティグマの知覚の程度を測定する。社会的親密さ、知的能力の評価、雇用の受け入れなどについての12項目で構成されている。尺度作成の背景となっている理論は、第1章第2項で述べた修正型ラベリング理論 (Link, 1987; Link et al., 1989) である。社会や周囲からのラベリングが社会的な“逸脱”を定義するというものである。そのため、各質問項目は「多くの人は～」という記述表現から始まる項目となっている。本尺度は、一般群を対象とした場合には社会的スティグマ、臨床群を対象にした場合にはセルフスティグマ、それぞれの程度を測定できる。精神疾患に対する態度についての評価尺度が数多く開発されているなか、本尺度は広く世界的に用いられている尺度である (Link, Yang, Phelan, & Collins, 2004)。特に、精神疾患患者を対象としたセルフスティグマに関する先行研究においても最も高い頻度で用いられている尺度である (Brohan et al., 2010)。項目数が少ないことから、回答にあたっての負担が他の尺度に比べて少ないことも利点のひとつに挙げられる。これらのことから、本邦でのセルフスティグマ研究において広く使用する尺度として本尺度は最も適切であると考えられる。

日本語版については、蓮井・坂本・杉浦・友田・北村・北村 (1999) の研究内において、原著者から翻訳許可を得て坂本らが日本語版を作成した。日本語からのバックトランスレーション作業を行い、原版と異なることを原著者によって確認されたものである。しかし、この日本語版尺度の信頼性および妥当性の確認は未だなされていない。また、本邦においてこれまで用いられた際には、一般群を対象とした社会的スティグマの測定においてのみ用いられていた。そこで本章では、Link (1987) によって開発された DDS 日本語版 (蓮井ら, 1999) の、一般群および臨床群を対象として使用する際の、双方における尺度の信頼性と妥当性の検討を行う。

【方 法】

調査対象

一般群および神経精神科初診患者群 (臨床群) を対象とした。一般群は、東京都内の大学生 262 名 (以下、一般群①) に対して集団式の質問紙調査を実施し、このうち回答に

⁴ 第3章の一部は、精神科治療学 第21巻5号 521-528頁に掲載された。

不備のあった 6 名を除く 256 名（男性 138 名，女性 118 名）の結果を分析の対象とした。分析対象者の平均年齢は，20.89 ($SD = 2.47$) 歳であった。

臨床群は，東京都内大学病院神経精神科を訪れた初診患者のうち，調査，およびプライバシーの保護について口頭にて十分な説明を受けた後，調査同意書に署名し，かつ脳の器質的疾患・認知症・慢性身体疾患・認知障害を有さなかった者 61 名（男性 30 名，女性 31 名）の結果を分析の対象とした。分析対象者の平均年齢は，37.36 ($SD = 14.46$) 歳であった。年齢に有意な男女差は認められなかった。疾患の内訳は，ICD-10 に従った主診断では，気分障害 28 例，不安障害 8 例，身体表現性障害 5 例，睡眠障害 3 例，適応障害，解離性障害，他に分類される障害あるいは疾患に関連した心理的および行動的要因各 1 例，および初診での診断を保留した 14 例であった。

また，尺度の交差妥当性を検討するため，大阪府，宮崎県，および東京都内の私立大学に所属する大学生（以下，一般群②）371 名にも同様の調査を実施した（有効回答率 98.41%；男性 149 名，女性 222 名，平均年齢 20.37 ± 1.46 歳）。

本尺度は，一般群および臨床群の両方に用いることができる尺度であり，また，尺度の整備には数多くのサンプルデータが必要となるため，本章では一般大学生を一般群として検討を行った。

調査材料

(1) Devaluation-Discrimination Scale 日本語版（DDS 日本語版；蓮井ら，1999）

12 項目に対して（全くそう思わない：1，あまりそう思わない：2，少しそう思う：3，非常にそう思う：4）の 4 段階評定を用いて回答を求めた。得点が高いことがスティグマの強いことを表わす尺度である。なお，質問紙の教示文は次のとおりであった。『あなたが住まいになっている地域の方々が，精神科にかかったことのある人のことをどう思っているかについて，あなたの意見をお伺いします。下の 4 段階の数字を使って，以下の文章にどの程度そう思うか，あるいはそう思わないかを，文章の右にある数字のうち 1 つを○で囲んで示してください』。本尺度は，全ての対象者に対して回答を求めた。

(2) 自尊感情尺度邦訳版（山本・松井・山成，1982）

臨床群における併存的妥当性を検討するために，自尊感情尺度邦訳版（山本ら，1982）を用いた。この尺度は，Rosenberg（1965）によって開発された尺度の邦訳版である。「少なくとも人並みには，価値のある人間である」，「自分に対して肯定的である」といった 10 項目から成り，5 件法で測定し，得点が高いほど自尊感情が高いことを示す。山本ら（1982）において日本語版の信頼性と妥当性が確認されている。セルフスティグマと自尊感情は負の相関が示されることが先行研究によって明らかとなっており（Livingston & Boyd, 2010），併存的妥当性を検討する尺度として用いた。本尺度は，臨床群に対してのみ回答を求めた。

(3) 精神障害者に対する態度尺度（精神障害者福祉基盤研究会，1984）

一般群における併存的妥当性を検討するために、精神障害者に対する態度尺度（精神障害者福祉基盤研究会, 1984）のうち、下位尺度の1つである「スティグマと恥意識」5項目を実施した。精神障害者に対する態度尺度は、30項目からなる尺度あり、5つの下位因子で構成されることを報告されている（大島, 1992）。すなわち，“危険視・無能力視・隔離の因子”，“治癒可能性に関する因子”，“共同体への帰属とそこへの復帰可能性の因子”，“スティグマと恥意識の因子”，“病因と治癒の因子”である。これらの因子のうち，“スティグマと恥意識の因子”は、スティグマそのものについて測定することができることとされ、社会的距離尺度との強い相関をもつことから妥当性が確認されている（大島, 1992）。「スティグマと恥意識」5項目は、各項目に対して（そう思わない：1～そう思う：3）の3段階評定を用いて回答を求め、得点が高いことがスティグマの高いことを表わす尺度である。社会的スティグマを測定する尺度であることから、DDS尺度と正の相関を示すことが予測され、併存的妥当性を検討する尺度として用いた。本尺度は、一般群①に対してのみ回答を求めた。

倫理的配慮

一般群に対しては、大学における講義終了後に質問紙を配布し、回収した。臨床群は、予診を終えた後、初診の前に研究協力者（主治医や担当スタッフ以外）が調査を実施した。なお、両群ともに、調査の目的、個人が特定できる情報は厳重に管理されること、あくまで任意の調査協力であることを説明した。特に、調査の協力如何が授業成績や通常の診療には関係しないことを書面および口頭にて説明した。臨床群は同意書への署名により同意を得た。なお、いずれの実施設においても、研究手順が当該施設における倫理基準を満たしていることを各施設の研究協力者が確認した上で実施した。

データ解析

統計学的分析には SPSS Version 22 および AMOS Version 23 を用いた。具体的な分析方法は、一般群①で得られたデータをもとに、DDS 尺度 12 項目について最尤法による探索的因子分析を行い、因子構造を検討した。併存的妥当性については、一般群①で得られたデータをもとに、「スティグマと恥意識」尺度得点と DDS 尺度得点との相関を検討し、臨床群のデータをもとに、自尊感情尺度得点と DDS 尺度得点との相関を検討した。交差妥当性の検討に際しては一般群②のデータをもとに因子分析を行った。尺度の信頼性は、 α 係数を算出し検討した。なお、性差、および群間の尺度得点差の検討は、Student-*t* 検定を用い、効果サイズとして Cohen の *d* を算出した（Cohen, 1988）。Cohen (1988) は、*d* の大きさの目安として、0.20（小）、0.50（中）、0.80（大）としている。最後に、全てのデータに基づき、最尤法による確認的因子分析を行った。その際、一般群①②と臨床群との多母集団同時解析を行った。因子モデルの検証の際には、以下の適合度指標を用いた。指標の基準については豊田（2003）を参考にした。(1) Goodness

of Fit Index (GFI) は、モデルがデータの分散共分散行列をどの程度再現できているかを指標化したものである。値の範囲は 0~1.0 であり、1.0 に近いほど適合のよいモデルであるとされる。(2) Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) は、GFI に対して自由度による補正を加えたものである。値の範囲は 0~1.0 であり、1.0 に近いほど適合のよいモデルであるとされる。(3) Comparative Fit Index (CFI) は、独立モデルと分析モデル双方の自由度を考慮した上で乖離度の比較を行う指標である。値の範囲は 0~1.0 であり、1.0 に近いほど適合のよいモデルであるとされる。(4) Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) は、1 自由度あたりの乖離度の大きさを評価する指標である。値は 0.0 に近いほど適合がよいと考える。(5) Akaike Information Criterion (AIC) は、推定したモデルにおけるデータとの乖離度を評価する指標である。値が小さいほど乖離度の小さい、よいモデルであると判断する。

【結 果】

(1) DDS 日本語版の因子構造

一般群①から得られたデータをもとに、DDS 日本語版全 12 項目に対して探索的因子分析を行った。最尤法による因子分析によって固有値を算出したところ、第 3 因子までが固有値 1 以上を示し、第 1 因子から第 4 因子までの固有値は順に、4.52, 1.27, 1.04, 0.92 であった。各因子の説明する力を示す固有値の減少程度が大きいことが因子数決定の基準となることから、本章の結果では本尺度の因子数は 1 因子であると考えられた。この結果は、DDS 原版 (Link, 1987) と同様の結果である。また、因子負荷量はいずれの項目においても十分な値 (0.31~0.72) が示され、累積寄与率は 37.66% であった (表 3-1)。

(2) DDS 日本語版の信頼性

一般群①から得られたデータをもとに、Cronbach の α 係数を用いて内的整合性の検討を行った。その結果、 $\alpha = .85$ という値が得られ、DDS 日本語版は十分な内的整合性を有していた。内的整合性が確認されたため、その後の分析において、全 12 項目の合計点を DDS 尺度得点とした。

(3) DDS 日本語版の妥当性

一般群①では、「スティグマと恥意識」尺度得点と DDS 尺度得点の間に正の相関が確認された ($r = .33, p < .001$)。また、臨床群では、自尊感情尺度得点と DDS 尺度得点の間に負の相関が示された ($r = -.22, p < .10$)。

次に、交差妥当性を検討するため、一般群②から得られた DDS のデータについて最尤法による因子分析を行った (表 3-1)。一般群①における因子分析結果と、各項目の因子負荷量はほぼ同じ値を示し、同じ 1 因子構造となった。加えて、十分な内的整合性が示された ($\alpha = .86$)

表 3-1 DDS 日本語版の因子分析の結果

	項目内容	因子負荷量	
		一般群①	一般群②
* 1	多くの人は、以前精神科の患者だった人を親友として喜んで受け入れるだろう。	.61	.73
* 2	多くの人は、精神病院への入院歴のある人を平均的な人と全く同じくらい知的であると信じている。	.63	.69
* 3	多くの人は、以前精神科の患者だった人を平均的な人と全く同じくらい信用できると信じている。	.72	.71
* 4	多くの人は、以前精神科の患者だったが、現在は完全に回復した人を、公立校の幼い子供の教師として受け入れるだろう。	.62	.70
5	多くの人は、精神病院に入院することは人としての失敗のしるしだと感じている。	.56	.55
6	多くの人は、たとえその人がかなり長い間良い状態を保っていても、以前精神科の患者だった人を子供の世話のために雇わないだろう。	.52	.60
7	多くの人は精神病院への入院歴のある人を軽視している。	.54	.48
* 8	多くの雇用者は、その人に仕事をする資格があるならば、以前精神科患者であった人でも雇うだろう。	.52	.54
9	多くの雇用者は他の応募者の方を選んで、以前精神科の患者だった人の応募をけるだろう。	.31	.29
* 10	地域の多くの人は、他の誰かを扱うのと全く同じように、以前精神科の患者だった人を扱うだろう。	.58	.60
11	多くの若者は、精神病院への入院歴のある若い男女とデートしたがらないだろう。	.55	.44
12	多くの人は、ひとたび、ある人が精神病院に入院したことがあると知ってしまったら、その人の意見をあまり真剣に聞き入れなくなるだろう。	.53	.51
	累積寄与率	37.66	34.03
	α	.85	.86

* 印は反転項目

(4) 得点分布および性差

一般群①と臨床群のデータをもとに、性差および群間差を検討した。DDS 尺度得点の全体平均は 31.89 ($SD = 5.75$)点であった。一般群①の得点を性別で比較すると、男性の平均得点は 31.95 ($SD = 5.84$)点、女性の平均得点は 31.82 ($SD = 5.67$)点であり、統計的に有意な差は認められなかった ($t(249) = 0.18, n.s., d = 0.02$)。また、臨床群における DDS 尺度得点の全体平均は 32.00 ($SD = 5.45$)点であった。臨床群を性別で比較すると、男性の平均得点は 33.03 ($SD = 4.82$)点、女性の平均得点は 31.00 ($SD = 5.91$)点であり、一般群①と同様、有意な差はみとめられなかった ($t(59) = 1.47, n.s., d = 0.38$)。最後に、一般群①の DDS 尺度得点と、臨床群の DDS 尺度得点に有意な差は示されなかった ($t(310) = 0.14, n.s., d = 0.02$)。一般群①と臨床群の DDS 尺度得点の分布を図 3-1 に示した。

(5) 確認的因子分析の結果

全てのデータを用いて、一般群（一般群①および一般群②）と臨床群の別に多母集団同時分析による確認的因子分析を行った。両群のデータの因子負荷量について等値制約を置かない配置不変モデルと等値制約を置く測定不変モデルを比較した。その結果、配置不変モデル ($\chi^2(108) = 581.936, p < .001, GFI = .853, AGFI = .788, CFI = .814, RMSEA = .080, AIC = 677.936$) ならびに測定不変モデル ($\chi^2(119) = 587.125, p < .001, GFI = .853, AGFI = .807, CFI = .816, RMSEA = .076, AIC = 661.125$) について概ね許容範囲の適合度指標を得た。両モデルともに χ^2 値が有意であったが、 χ^2 値はサンプル数の影響を受けやすい指標であり、サンプル数が多い場合には、有意となった際にも他適合度を参照することが推奨されている（豊田, 2003）。また、多母集団モデルの際には自由度が大きくなることにより、 $GFI > 0.9$ という基準が目安とはならないとされている（豊田, 1998, pp.173-174）。本結果では、 GFI の値が 0.85 を超えていること、また $RMSEA$ の値が 0.10 以下であることから、両モデルとも許容できるモデルであると判断した。適合度指標の値からは、測定不変モデルがより許容できるモデルであり、一般群、臨床群とも同一の因子構造であること、尺度得点において群の比較が可能であることが確認された。

【考 察】

本章の目的は、Link (1987) によって開発された精神疾患患者のセルフスティグマを測定する DDS 日本語版（蓮井ら, 1999）の、一般群および臨床群における信頼性と妥当性を確認することであった。

分析の結果、DDS 日本語版は原版と同様の 12 項目 1 因子構造であることが明らかとなった。また、本尺度は十分な内的整合性を有していた。「スティグマと恥意識」尺度得点との間に正の相関が示されたことによって、一般群における併存的妥当性が確認できた。また、精神疾患患者のセルフスティグマと自尊感情との間には負の相関が示されることがこれまでに明らかとなっており（Livingston & Boyd, 2010）、本章でも臨床群のデータに

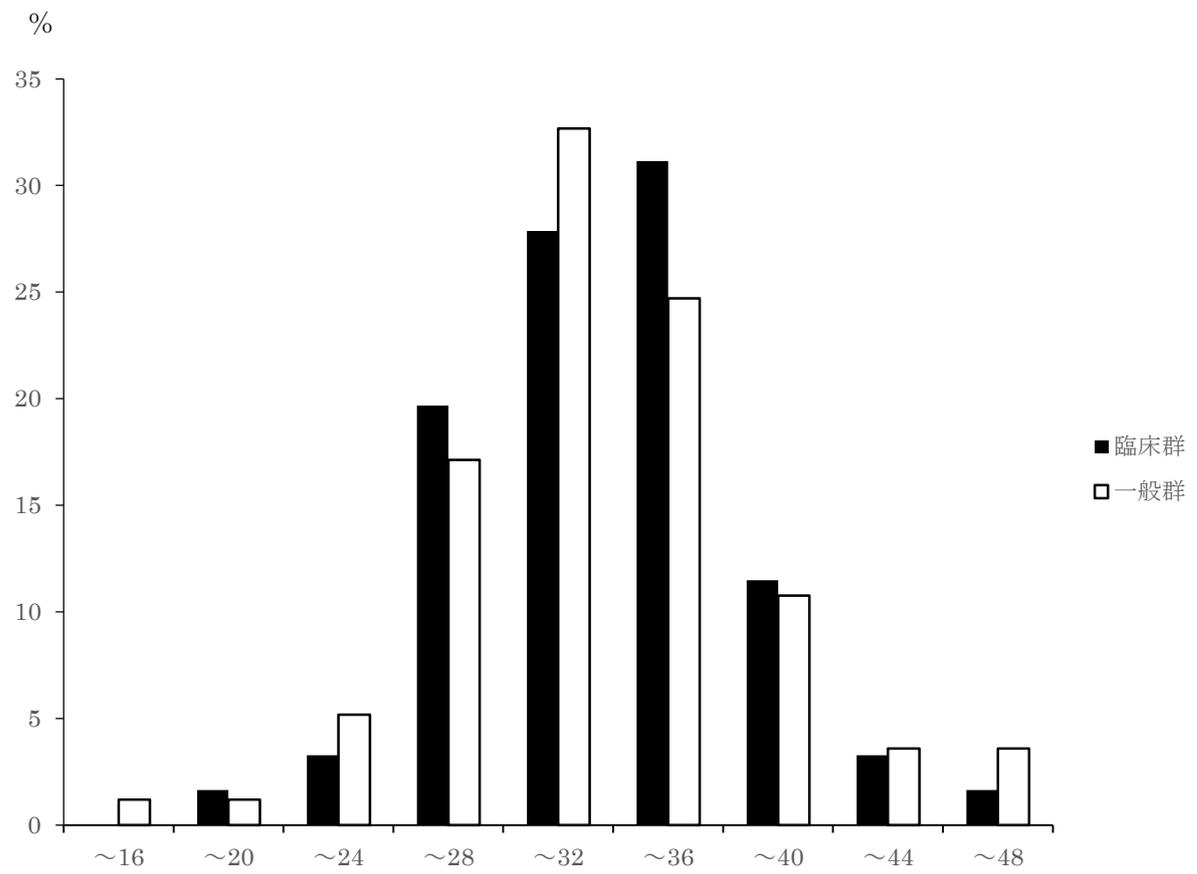


図 3-1 DDS 尺度得点の分布

において有意傾向ではあるものの負の相関が認められ、臨床群における併存的妥当性が確認された。さらに、交差妥当性および因子的妥当性をもつ尺度であることが認められた。

本尺度は、一般群を対象に用いた場合には社会的スティグマの程度を、臨床群を対象に用いた場合にはセルフスティグマの程度を測定しているとされている尺度である。修正型ラベリング理論を基に作成された尺度であることにより、スティグマの知覚の程度を測定し、同一の尺度で対象者によって社会的スティグマとセルフスティグマという両概念を測定できると考えられている。修正型ラベリング理論では、社会的スティグマの知覚の程度は、その社会的スティグマの対象が自分自身である場合には、セルフスティグマの程度とみなされるとしている。本章では、同一の尺度を用い性質の異なる群の双方に用いることに対する、本邦における適用可能性について、多母集団同時分析による確認的因子分析によって確認した。測定不変モデルが許容できるモデルであると判断されたことから、両群とも1因子構造であること、尺度得点において群の比較が可能であることが確認された。

一般群①および臨床群の DDS 尺度得点の分布傾向は、12～48 という範囲の中央値よりもやや高い値を示していた（図 3-1）。この傾向は、米国における DDS 尺度を用いた研究において、一般住民を対象者とした場合においても、臨床群を対象者にした場合においても一貫して見られる傾向である（Link et al, 1989; Link et al, 2001）。統合失調症を含むさまざまな精神疾患患者 70 名を対象とした Link ら（2001）の調査では、1項目あたりの平均点が 2.76 ($SD = 0.50$)点であり、本章の患者群が示した 2.67 ($SD = 0.45$)という得点と近似のものであった。これらのことから、DDS 日本語版は、海外における研究との比較においても使用可能な尺度であるといえる。

本章の結果からは、一般群および臨床群の両群において、性別による DDS 得点の差が認められなかった。本邦における社会的スティグマの先行研究を概観した Ando, Yamaguchi, Aoki, & Thornicroft（2013）では、社会的スティグマの程度に性差はないことを結論づけている。また、Livingston & Boyd（2010）のセルフスティグマに関するレビューにおいても、セルフスティグマの程度と性別には相関が認められていない。本結果はこれらの結果と一致しているものであった。また、一般群と臨床群の両群の DDS 得点には有意な差が示されなかった。一般群と臨床群の DDS 尺度得点を比較した Link et al.（1989）においても、有意な差はみとめられておらず、本結果と一致していた。罹患以前からもつ社会的スティグマが、罹患後はセルフスティグマとなるという修正型ラベリング理論に基づくと、両群に有意な差がないことは妥当な結果であると考えられる。

本章の結果により、DDS 日本語版（蓮井ら、1999）が原版同様の1因子構造をもつ尺度であることが確認された。また、一般群の社会的スティグマの測定する尺度として、臨床群のセルフスティグマを測定する尺度としての信頼性と妥当性が確認された。

【問題と目的】

Beck の提唱した抑うつ認知理論は、認知を3つのレベルに分けて捉えており、それらは“認知構造”、“認知操作”、“認知結果”と整理することができる（丹野, 2001）。外界を捉える際の最も基盤となる“認知構造”がスキーマである。ネガティブなライフイベントによってスキーマが活性化され、それによって“認知結果”としての自動思考や自己陳述が生じる。その際に、スキーマに基づく偏った“認知操作”（例えば、推論の誤り）を媒介する。

セルフスティグマをもつ精神疾患患者は、自己に対する特徴的な否定的認知（例えば、「自分には価値がない」）をもつことが指摘されている（Corrigan & Calabrese, 2005; Corrigan, Roe, & Tsang, 2011; Watson et al., 2007 など）。Corrigan & Calabrese (2005) は、セルフスティグマをもつ者の否定的認知を抑うつ認知理論に基づく“認知結果”としての自己陳述であると指摘している。また、セルフスティグマをもつ者に特徴的な認知の背景には、基盤となる“認知構造”としての非機能的スキーマがあることが示唆されている（Corrigan, Roe et al., 2011）。つまり、精神疾患患者のセルフスティグマについて考えてみると、自分についてこうあるべきという非機能的スキーマ（“認知構造”）を強くもつ場合に、精神疾患を罹患した自己について、否定的で、偏った認知（例えば、「自分には価値がない」）が結果として生じることになる。このように、精神疾患を罹患した者のうち、セルフスティグマを強くもつ者とそうでない者の特徴的な一つの違いとして、認知の基盤となる非機能的スキーマの程度の違いについてが指摘されている。しかしながら、非機能的スキーマのセルフスティグマへの影響を実証的に明らかにした研究はこれまでにない。

そこで、本章では、抑うつ患者の非機能的スキーマがセルフスティグマに正の影響を与えることを一つの仮説とし、検証することを第一の目的とする。また、自尊感情は抑うつの中核症状の一つであるが（American Psychiatric Association, 2013）、セルフスティグマによって損なわれることも示されている（Link et al., 2001 など）。そのため、抑うつ症状およびセルフスティグマの双方が自尊感情に負の影響をもつことを確認することを第二の目的とする。最後に、セルフスティグマが抑うつに正の影響をもつことを仮説とし検証することを第三の目的とする。

セルフスティグマと抑うつ症状の関係性については、抑うつ症状がセルフスティグマに正の影響を与えることを一時点調査において示した研究がある（Pyne et al., 2004; Yen et al., 2005）。その一方で、Manos, Rusch, Kanter, & Clifford (2009) は、うつ病の行動活性化療法の理論に基づき（Martell, Addis, & Jacobson, 2001）、セルフスティグマにより、社会的回避行動や不適応な対処行動が生じ、結果として抑うつ症状を悪化させると

⁵ 第4章の一部は、Asian Journal of Psychiatry 24 巻 125-129 頁に掲載された。

指摘している。修正型ラベリング理論に基づくセルフスティグマの生じる過程を示したモデル (Link et al., 1989; Watson et al., 2007) でも、セルフスティグマに関わる認知によって、結果として感情の反応や行動的反応が生じると考えられている。以上のことから、セルフスティグマの結果としてもたらされる感情の反応の一つとして抑うつ症状があると捉えることができる。よって本章では、セルフスティグマが抑うつに正の影響力をもつことを仮説とし、セルフスティグマが非機能的スキーマと抑うつ症状の媒介要因となる仮説モデルを作成した (図 4-1)。

【方 法】

調査対象

埼玉県内および宮崎県内の2つの研究協力施設 (精神科クリニック) に通院中の患者を対象とした。うつ病、あるいはうつ症状があることを適格基準とし、該当すると主治医が判断した者に調査協力を依頼した。調査協力に同意を得た 127 名に対して、質問紙の入った封筒と謝礼 (1000 円分クオカード) を手渡し、郵便による返送を依頼した。その結果、118 名から返送があった (92.9%)。このうち、回答に不備のあった 8 名を除く 110 名 (男性 54 名, 女性 56 名) を分析対象とした。分析対象者の平均年齢は、45.65 ($SD=12.68$) 歳, ICD-10 による主診断は、気分障害 83 名, 不安障害 17 名, 適応障害 5 名, その他 5 名であった。

調査材料

(1) セルフスティグマ

第 3 章において信頼性と妥当性が確認された、Devaluation-Discrimination Scale 日本語版 (DDS 日本語版; 蓮井ら, 1999) をセルフスティグマ測定の尺度として用いた。12 項目に対して (全くそう思わない: 1, あまりそう思わない: 2, 少しそう思う: 3, 非常にそう思う: 4) の 4 段階評定を用いて回答を求めた。得点が高いことがセルフスティグマの強いことを表わす尺度である。

(2) 非機能的スキーマ

非機能的スキーマの測定には、日本語版 24 項目 Dysfunctional Attitude Scale (DAS-24-J) (Tajima, Akiyama, Numa, Kawamura, Okada, Sakai, Miyake, Ono, & Power, 2007) を用いた。この尺度は、Beck が提唱した認知理論 (Beck et al., 1979) に基づき Power, Katz, McGuffin, Duggan, Lam, & Beck (1994) が開発した Dysfunctional Attitude Scale 24 (DAS24) の邦訳版である。「達成動機 (achievement)」, 「セルフコントロール (self-control)」, 「他者依存性 (dependency)」の 3 因子から成る。「達成動機」因子の得点が高いことは、高い理想をもちそれを達成しなければならないと考える程度が強いことを示す。「セルフコントロール」因子の得点が高いことは、自分は自分の行動や感情をうまくコントロールしなくてはならないと考える程度が強いことを示す。「他者依存性」因子の得点が

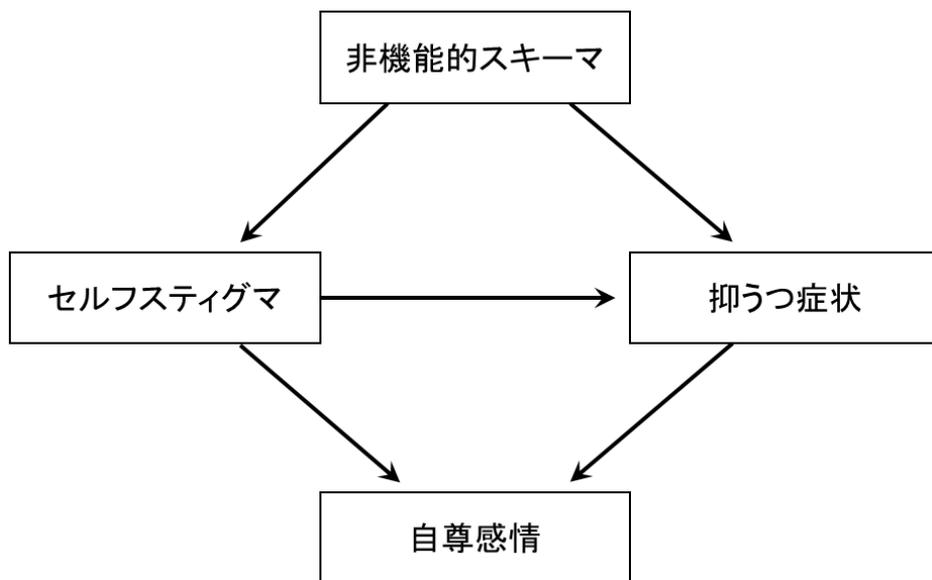


図 4-1 仮説モデル

高いことは、他者からどうみられるかが自己の幸せには重要であると考えられる程度が強いことを示す。全 24 項目で構成され、「まったくそう思わない」から「完全にそう思う」の 7 件法で測定し、得点が高すぎることはスキーマが非機能的であり、自身を追いつめる傾向にあることを示す。Tajima et al. (2007) において日本語版の信頼性と妥当性が確認されている。

(3) 抑うつ症状

抑うつ症状の測定には、Radloff (1977) による Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) の邦訳版を用いた (島・鹿野・北村・浅井, 1985)。うつ病の主要症状である抑うつ気分、罪悪感、無価値観、絶望感、精神運動性の減退、食欲低下、不眠に関する計 20 項目から構成され、4 件法で測定する。得点が高いほど抑うつ症状が強いことを示し、16 点がうつ病罹患の可能性を示す基準点 (cut-off point) として設定されている。島ら (1985) において日本語版の信頼性と妥当性が確認されている。

(4) 自尊感情

自尊感情の測定には、自尊感情尺度邦訳版 (山本ら, 1982) を用いた。この尺度は、Rosenberg (1965) によって開発された尺度の邦訳版である。「少なくとも人並みには、価値のある人間である」、「自分に対して肯定的である」といった 10 項目から成り、5 件法で測定し、得点が高いほど自尊感情が高いことを示す。山本ら (1982) において日本語版の信頼性と妥当性が確認されている。

倫理的配慮

調査の依頼にあたっては、データは統計的に処理され個人情報秘匿されること、参加は自由意志に基づくものであることを説明した。特に、調査に協力することの是非および調査の結果は、今後の治療に全く影響しないことを文書および口頭にて説明した。その上で同意書への署名を得たものを対象とした。本章の研究は、神戸山手大学「人を対象とする研究」に関する倫理審査委員会の承認を受けた。

データ解析

統計学的分析には SPSS Version 22 および AMOS Version 23 を用いた。まず、各尺度得点における性差を Student-*t* 検定を用いて検討し、効果サイズとして Cohen の *d* を算出した (Cohen, 1988)。次に、各尺度得点間の Pearson の積率相関係数を算出した上で、仮説モデルの検証を行った。仮説モデルの検証の際には、(1) Goodness of Fit Index (GFI), (2) Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI), (3) Comparative Fit Index (CFI), (4) Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) を適合度指標として用いた。なお、各適合度指標の基準は、前章と同様に豊田 (2003) を参考にした。

【結 果】

1. 各尺度における平均得点と標準偏差

表 4-1 に各尺度の平均得点と標準偏差を示した。抑うつ症状について、男女ともに CES-D 基準点（16 点）を上回っていた。*t* 検定によって各尺度得点について性差を検討した結果、CES-D 得点のみ有意差がみられ、女性の方が男性よりも抑うつ症状が強いことが示された ($t(108)=2.51; p<.05, d=0.48$)。しかし、その他の得点には性差はみられなかった。性差が示された変数が CES-D のみであったことから、以降の分析は性別を分けずに行った。

2. 各変数間の相関

各変数間のピアソンの積率相関係数を算出した。DDS 尺度得点と DAS-24-J 下位尺度セルフコントロールとの間にのみ有意な相関が示されなかった。その他の変数間では有意な相関がみられ、ほとんどの変数間で中程度以上の相関がみられた (表 4-2)。特に、DDS 尺度得点と自尊感情尺度得点との間に強い負の相関 ($r = -.51, p < .01$) が示され、セルフスティグマと自尊感情が強く相関していることが明らかとなった。

3. 共分散構造分析

仮説モデルの妥当性を検討するため、共分散構造分析を行った。分析の結果、各適合度指標に良好な値が得られた ($\chi^2(3) = 5.932, p = .115, GFI = .983, AGFI = .879, CFI = .989, RMSEA = .095$)。分析によって得られたパス図を図 4-2 に示す。

分析の結果、非機能的スキーマの「達成動機」からセルフスティグマへのパス係数が有意であった ($\beta = .44, p < .01$)。セルフスティグマの程度には、「達成動機」スキーマの程度が影響していることが示された。自尊感情に向けたパスは、抑うつ症状とセルフスティグマの双方とも有意なパス係数を示した (抑うつ症状: $\beta = -.55, p < .001$, セルフスティグマ: $\beta = -.29, p < .001$)。抑うつ症状の程度は自尊感情に負の影響を示し、またセルフスティグマの程度も自尊感情に負の影響をもつことが示された。セルフスティグマから抑うつ症状へのパスは、有意な値を示した ($\beta = .31, p < .001$)。セルフスティグマの程度が、抑うつ症状に影響することが示された。セルフスティグマから自尊感情への影響は、セルフスティグマからは直接効果 (-.29) および、抑うつを経由しての間接効果 (-.17) を合計した -.46 であった。

【考 察】

本章は、抑うつ患者群を対象に、非機能的スキーマがセルフスティグマに及ぼす影響を検討することを第一の目的とした。加えて、抑うつ症状およびセルフスティグマが自尊感情に影響を及ぼすことを確認すること、およびセルフスティグマが非機能的スキーマと抑うつ症状の媒介要因となる仮説モデルの妥当性を検討することを目的としていた。

表 4-1 各尺度の平均値と標準偏差

	男性 (N=54)		女性 (N=56)		<i>t</i>	<i>d</i>
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		
DDS	32.39	5.19	34.05	8.01	1.30	0.25
DAS-24-J						
合計	90.52	24.84	90.66	21.42	0.03	0.01
達成動機	38.26	13.57	37.07	11.39	0.50	0.10
セルフコントロール	20.78	6.66	22.25	5.70	1.24	0.24
他者依存性	21.59	5.84	21.32	6.04	0.24	0.05
CES-D	17.30	11.05	23.52	14.65	2.51 *	0.48
自尊感情尺度	31.72	8.36	29.39	10.49	1.29	0.25

Note: CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, DAS-24-J = Dysfunctional Attitude Scale Japanese version, DDS=Devaluation-Discrimination Scale 日本語版

* $p < .05$

表4-2 各変数間の相関分析の結果

	1	2	3	4	5	6	7
1 DDS	—						
2 DAS-24-J		.30**		.15	.26**	.40**	-.51**
3 合計			.32**	.85**	.79**	.39**	-.43**
4 達成動機				.77**	.67**	.39**	-.42**
5 セルフコントロール					.52**	.28**	-.32**
6 他者依存性						.32**	-.39**
7 CES-D							-.66**
7 自尊感情尺度							—

Note: CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, DAS-24-J = Dysfunctional Attitude Scale Japanese version, DDS=Devaluation-Discrimination Scale 日本語版

** $p < .01$

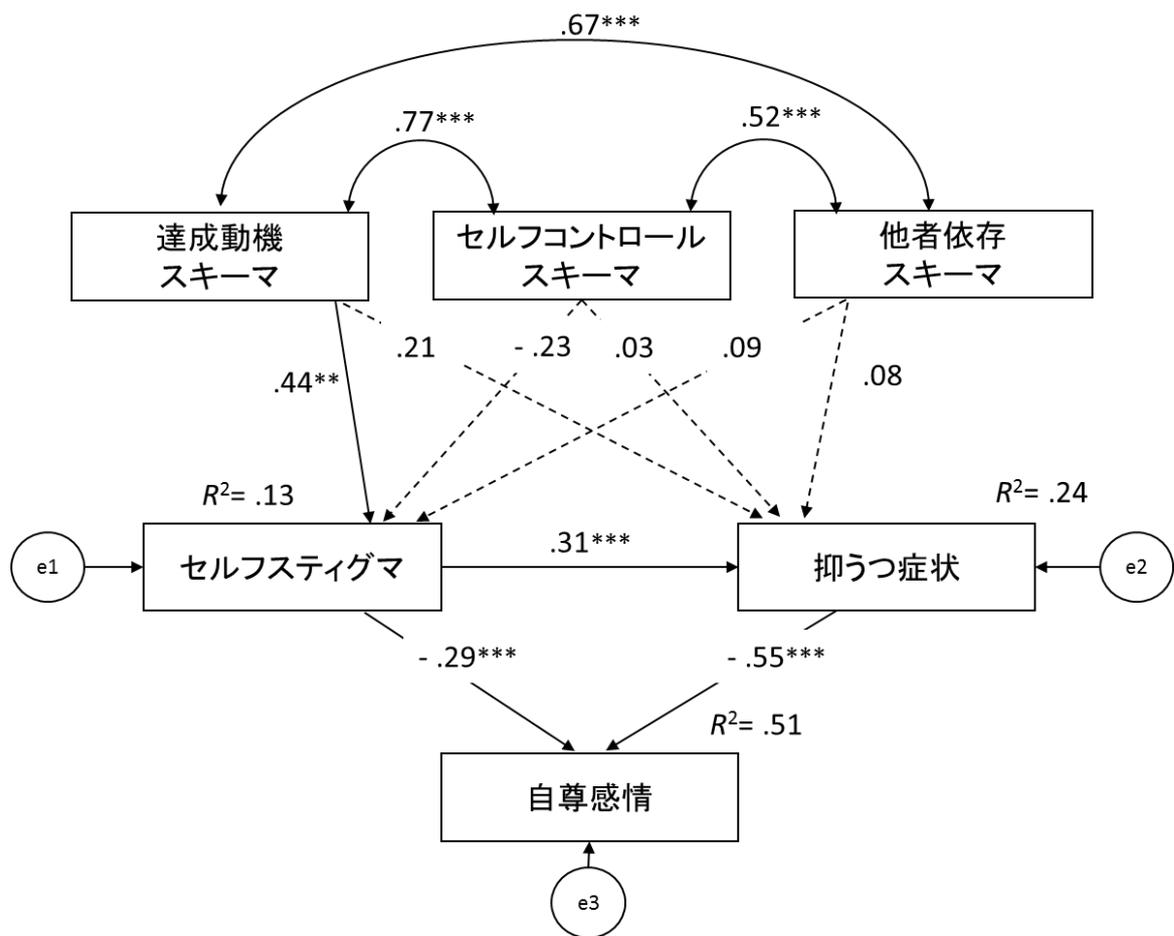


図 4-2 抑うつ患者群を対象としたモデル

$\chi^2(3) = 5.932$; Goodness of Fit Index (GFI) = .983; Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = .879; Comparative Fit Index (CFI) = .989; Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = .095.

Note: 有意な値を示した標準偏回帰係数および変数間の相関のパスは太線, 有意な値を示さなかったパスは点線で示した。

** $p < .01$, *** $p < .001$

まず、セルフスティグマと性別との関係については、有意な性差は示されなかった。Livingston & Boyd (2010) によるレビュー論文においても、性別を含まいずれの社会的デモグラフィック変数とセルフスティグマとの間に一貫した相関があるという結果が得られていないことが示されているため、抑うつ患者群においても、男女においてセルフスティグマ得点には差がないものと考えられる。相関分析においては、「セルフコントロール」の下位因子を除けば、仮説通り非機能的スキーマとセルフスティグマの正の相関が示され、抑うつ症状とセルフスティグマは自尊感情と負の相関があることが明らかにされた。

共分散構造分析の結果により、セルフスティグマを非機能的スキーマと抑うつ症状の媒介要因とする仮説モデルが採択可能なものであると判断された。非機能的スキーマがセルフスティグマに正の影響を及ぼすという仮説は、下位因子の「達成動機」についてのみ支持された。ただし、各因子間の相関はいずれも高い値を示しており ($r = .52 \sim .77, p = .001$)、「達成動機」「セルフコントロール」「他者依存性」の3つの非機能的スキーマは互いに強く関連し合っていることが明らかである。相関分析の結果と併せて考えると、認知の構えとしてのスキーマが非機能的であることが、セルフスティグマを増加させ、スキーマのなかでも達成動機の領域が他の領域を統制した場合、強く影響を及ぼすことが示されたといえる。「達成動機」は、社会的な成功や社会における自分自身の役割を過度に重視する非機能的スキーマの程度を表している。そのため、自らを社会的に逸脱したものだのみならずセルフスティグマとの関連が特にみられたものと考えられる。

一方で、非機能的スキーマからは、抑うつ症状への有意な影響が示されなかった。相関分析の結果からは、非機能的スキーマの各下位因子と抑うつ症状とはいずれも中程度の正の相関を示しており ($r = .28 \sim .39, p = .01$)、他変数を統制したモデルにおいては直接の関連が弱まったと考えられる。本モデルでは、非機能的スキーマと抑うつ症状の媒介要因としてセルフスティグマが抑うつ症状に対して正の影響をもつという仮説が支持された。このことから、非機能的スキーマから抑うつへの影響は、セルフスティグマを媒介した影響を考慮する必要がある。例えば、「達成動機」の尺度を構成する“成功者にならなければ、私の人生は無駄である”というスキーマは、“成功者にならなければ、私の人生は無駄である。しかし、私は精神疾患患者であり人々から軽視される存在である”というように考えることで、抑うつが高まると考えられる。

また、抑うつ症状およびセルフスティグマの双方が自尊感情に負の影響を及ぼすことが確認された。自尊感情の低下は、抑うつ症状の中核症状の一つと考えられていることから、抑うつ症状の程度が自尊感情に影響することは知られている。それだけではなく、セルフスティグマも直接的、間接的に自尊感情低下に抑うつ症状とほぼ同程度の影響を与えることが示された。この結果からは、自尊感情の回復を考慮する際には、抑うつ症状の改善だけではなく、セルフスティグマの減少に焦点を当てたアプローチが有効である可能性が示された。精神疾患患者の QOL に自尊感情は密接に関連しており (Connell, Brazier, O'Cathain, Lloyd-Jones, & Paisley, 2012)、後の社会適応を良好とするためには、自尊感

情回復への働きかけは精神疾患の症状そのものへの介入に加えてひとつの重要な視点である。

本章の結果によって、非機能的スキーマがセルフスティグマに影響することが実証的に明らかにされた。すなわち、セルフスティグマ減少において、非機能的スキーマを変容させる認知的介入が有効であることの根拠が示された。第1章で述べたように、セルフスティグマ減少に対していくつかの試みがなされているものの、明確に有効性が示された技法はない。先行研究においては、セルフスティグマ減少のための介入研究において、認知行動療法が主要な手法のひとつとして取り入れられていた (Knight et al, 2006; MacInnes & Lewis, 2008 など)。しかしその介入に含まれる構成要素は、ストレス対処法を含む認知的介入 (MacInnes & Lewis, 2008) や、問題解決療法やアサーショントレーニングなどの行動的介入を中心としたもの (Knight et al, 2006) とさまざまであった。認知行動療法は、さまざまな認知的および行動的技法を総称したものであり、変容を目指す変数に効果的な技法は各々違ってくる。そのため、セルフスティグマの減少に対してもどの技法が有効であるかという、メカニズムを明らかにすることが必要であった。本章における結果から、認知行動療法のなかでも、認知的介入、特に非機能的なスキーマを改善する介入がセルフスティグマ減少に有効なひとつの手段である可能性が示された。さらに、非機能的スキーマと抑うつ症状の媒介要因としてセルフスティグマが機能することが明らかとなった。非機能的スキーマが抑うつ症状に直接影響を与えるだけでなく、セルフスティグマをもつことによって抑うつ症状を悪化させるというメカニズムも示されたといえる。抑うつ患者に対して実施される認知的介入において、セルフスティグマを強くもつ患者に対しては、セルフスティグマの減少を目指したアプローチを加えることが抑うつ改善をより促進する可能性が示された。

第5章 抑うつ患者の非機能的スキーマの改善がセルフスティグマの減少に及ぼす影響 (研究3)⁶

【問題と目的】

第1章で述べたように、これまでいくつかのセルフスティグマ減少を目指した介入が実施され、その介入内容として認知行動療法が実施されていた (Knight et al, 2006; MacInnes & Lewis, 2008 など)。しかし、その結果は一貫していなかった。その理由として、各研究において用いられる技法がさまざまであり、また、さまざまな技法が複合的に取り入れられたプログラムの前後での効果測定に留まっていたことが挙げられる。加えて、効果の測定には、セルフスティグマの程度、自尊感情、セルフエフィカシーといった変数が用いられるものの、認知行動療法のターゲットとしている認知的な変数や行動的な変数の変化については測定されてこなかった。そのため、どの技法がセルフスティグマに影響があるかが明らかにされてこなかった。

抑うつ患者を対象とした研究2において、非機能的スキーマがセルフスティグマに影響することが実証的に明らかにされた。加えて、セルフスティグマの程度が抑うつ症状に正の影響をもち、自尊感情に負の影響をもつというメカニズムが示された。研究2の結果からは、非機能的スキーマの改善によって、セルフスティグマが減少し、抑うつ症状の改善および自尊感情の回復が示される可能性が示された。しかし、介入研究によって、これらのプロセスが実証されてはいない。

そこで、本章では、抑うつ患者に対して非機能的スキーマの改善を目指した認知再構成法を行い、非機能的スキーマの改善によるセルフスティグマ減少への影響を検討することを目的とする。非機能的スキーマおよびセルフスティグマの変化を量的に測定することにより、介入ターゲットの変化がセルフスティグマへの変化に与える影響について明らかにすることができる。加えて、研究2において明らかにされたモデルの妥当性の検証を行う。研究2の結果をふまえ、非機能的スキーマの改善と抑うつ症状の改善には、セルフスティグマの減少が媒介要因として機能していることを仮説とする。また、自尊感情回復への抑うつ症状改善およびセルフスティグマ減少の影響を確認する。

【方 法】

対象

対象は、宮崎県内の精神科クリニックにおいて実施された集団認知行動療法プログラムに参加した外来患者であった。本プログラムは、地域クリニックでの運営上、抑うつ症状の高い者だけに限定したプログラムではない形で運営された。そのため、2007年9月から

⁶ 第5章の一部は、Asian Journal of Psychiatry 10巻 39-44頁、および精神科治療学 第25巻9号 1241-1248頁に掲載された。

2016年2月までに実施された本プログラムに参加した78名のうち、日本語版 Beck Depression Inventory-II (以下、BDI-II) の介入前の得点において中等症以上とみなされる20点以上の者(小嶋・古川, 2003), 50名(男性31名, 女性19名)を分析対象とした。分析対象者の平均年齢は, 37.56 ($SD=9.23$) 歳であった。ICD-10による主診断は, 気分障害27名(そのうち, うつ病エピソード16名, 双極性障害7名, その他4名), 神経症性障害・ストレス関連障害および身体表現性障害21名(そのうち, 適応障害11名, 混合性不安抑うつ障害6名, その他4名), その他の診断2名であった。

プログラム参加の適格基準は, ①認知の歪みや偏りが問題である者, ②「うつ」「不安」といった気分症状がある者, であった。また, 除外基準は, ①妄想性の障害, 発達障害の診断あるいは疑いのある者, ②高い攻撃性や過緊張のために集団での治療が適切ではない者, ③薬物療法の服薬量を調整中あるいは変薬の可能性のある者, であった。認知の歪みや偏りが症状の背景にある問題であり, かつその他の基準を満たすと主治医が判断した者に対して, 参加を提案した。参加については自由意思であることを説明した上で, 本人が参加を希望した者がプログラムに参加した。

プログラムの概要

先行研究(Beck et al, 1979; 石川・下津・佐藤, 2008; 大野, 2003; 田島・中村・秋山・大野, 2007)を参考に, 表5-1に示すような認知行動療法プログラムを開発した。本プログラムは, 地域クリニックにおいて気分症状をもつ通院患者を対象とした一般的な認知療法プログラムであり, プログラムの中心的構成要素は認知再構成法であった。プログラムの目的は, 認知の偏りの修正と, それに伴う気分症状の改善であり, 参加者にもそのことを説明した。

本プログラムは, 8回の集団セッションの前後に, 1回ずつの個別セッションを含む, 全10回(各60分)で構成された。プログラムは, 毎回配布されるワークシートにそって進められた。参加者は, 次セッションまでにセルフモニタリングを中心とするホームワークに毎回取り組んだ。また, スタッフである臨床心理士は実施者用マニュアルに基づきプログラムを進めた。実施者用マニュアルには, 各回の目的, 具体的な説明内容, 目安となる時間配分, ポスター提示のタイミングなどが詳細に記述されており, マニュアルに従うことによって同内容のプログラムを各スタッフが提供できるように開発された。ワークシートおよび実施者用マニュアルは, 本論文の最後に付録として添付した。

第1回⁷の個別のセッションにおいては, プログラム全体の内容について説明するとともに, 各参加者の最も困っている問題や場面について聞き取り, 本プログラムを通して改善が期待できる目標について話し合った。そのことを通して, 集団で同一プログラムを実施

⁷ 実施したプログラムでは, 参加者のわかりやすさを考慮し, 集団療法の初回を第1回と称し, 集団前の個別セッションを第0回と称し, 第0回～第9回までの全10回を実施した。

表 5-1 集団認知行動療法プログラムの概要

セッションのテーマ	形式	具体的な内容
第1回 プログラムの説明	個別	個別の問題の把握と目的の設定 <ul style="list-style-type: none"> ・プログラム全体の内容の説明 ・個別の問題のききとり ・個別の目標設定
第2回 自分の「気分」に気づく	集団	「気分」の種類を知ることと、程度のスケールリング <ul style="list-style-type: none"> ・自己紹介 ・グループのルールの確認 ・「考え」「気分」「行動」「身体」にわけて考える ・自分の「気分」に気づき、程度を数値であらわす
第3回 「考え」と「気分」の関係	集団	「考え」によって「気分」の種類や程度が変化することを知る <ul style="list-style-type: none"> ・例示場面から、「考え」と「気分」の関係を知る ・セルフモニタリングの意義と方法を知る
第4回 考え方のクセを見つける	集団	自分を追いつめる考え方のクセを見つける <ul style="list-style-type: none"> ・考え方のクセの例から、自分のクセを見つける
第5回 自分の考えを吟味してみる①	集団	「考え」の“根拠”を見つける <ul style="list-style-type: none"> ・これまでのまとめ ・根拠とは「考え」を支えている客観的な事実のこと ・自分の「考え」の理由から根拠を探す
第6回 自分の考えを吟味してみる②	集団	「考え」に“反する証拠”を見つける <ul style="list-style-type: none"> ・自分の「考え」と矛盾する事実や忘れられている事実を探す
第7回 バランスのよい考え方をする	集団	自分を追いつめない柔軟な考え方をうみだす <ul style="list-style-type: none"> ・バランスのよい考え方とは ・「考え」の“根拠”と「考え」に“反する証拠”の双方をみる ・バランスのよい考え方によって「気分」が変化する
第8回 日常生活で挑戦する	集団	行動計画を立てる <ul style="list-style-type: none"> ・大目標の達成のためのスモールステップ ・起こる可能性のある障害とその具体的対処法
第9回 再発を予防する	集団	再発予防に役立つその他の方法 <ul style="list-style-type: none"> ・これまでの振り返り ・回復過程と再発予防についての心理教育
第10回 プログラムの振り返り	個別	プログラムのまとめと今後に向けての相談 <ul style="list-style-type: none"> ・個別の感想のききとり ・今後の自己継続学習の説明

するなかでの各個人の治療ターゲットを明確化した。第2回から第7回までは、コラム法を用いた認知再構成法を実施した。第2回では、状況を「考え」「気分」「行動」「身体」に分けて整理するワークを行った。また、自分の感情を捉え、言葉で表現できることを身につける介入を行った。第3回では、「気分」は「考え」によって生じることを理解することをテーマとした。第4回では、自分自身を辛くさせている「気分」がどのような「考え」によって生じているかを検討してもらい、自分の考え方のクセの理解を促した。第5回および第6回では、自分の「考え」の根拠と反証をさがし、これまでパターン化していた「考え」のクセについて吟味する作業を中心とした。その上で、第7回では、自分を辛くさせない柔軟な考えを生み出すことに取り組んだ。第8回は、第7回までの取り組みを日常生活に活かすための行動計画を作成した。第9回は、これまでの振り返りと、本プログラムで扱わなかった環境調整などの再発予防に役立つ方法について紹介した。第10回は、個別での振り返りを行った。なお、第1回時に事前のアセスメントを、第10回時に事後のアセスメントを実施した。

プログラムは、効果維持のために概ね1週間に1回のペースで実施された。グループの規模は参加者4名～6名に対して、スタッフとして臨床心理士1名～2名が参加するクロージドな形式をとった。

調査材料

プログラム開始前（事前）と終了後（事後）に以下の尺度を用いてアセスメントを実施した。

(1) セルフスティグマ

第3章において信頼性と妥当性が確認された、**Devaluation-Discrimination Scale** 日本語版（DDS 日本語版；蓮井ら，1999）をセルフスティグマ測定の尺度として用いた。12項目に対して（全くそう思わない：1，あまりそう思わない：2，少しそう思う：3，非常にそう思う：4）の4段階評定を用いて回答を求めた。得点が高いことがスティグマの強いことを表す。

(2) 非機能的スキーマ

第4章と同様に、非機能的スキーマの測定には、日本語版 24項目 **Dysfunctional Attitude Scale (DAS-24-J)** (Tajima et al, 2007) を用いた。「達成動機 (achievement)」 「セルフコントロール (self-control)」 「他者依存性 (dependency)」 の3因子から成る。「まったくそう思わない」から「完全にそう思う」の7件法で測定し、得点が高すぎることはスキーマが非機能的であり、自身を追いつめる傾向にあることを示す。

(3) 抑うつ症状

抑うつ症状の測定には、日本語版 **Beck Depression Inventory-II** を用いた（小嶋・古川，2003）。BDI-IIは、DSM-IVの大うつ病エピソードの診断基準にそってBDIを改訂したものであり（Beck, Steer, & Brown, 1996），小嶋・古川（2003）によって日本語版の有用性

および信頼性、妥当性が確認されている。21項目から成り、4件法で測定する。得点が高いほど抑うつ症状が重篤であることを示す。

(4) 不安症状

不安症状の測定には、日本語版 **State-Trait Anxiety Inventory State-Form** (以下, STAI-S) を用いた (清水・今栄, 1981)。この尺度は、状態不安と特性不安の概念に基づく不安のうち、状態的な不安を測定するものである。20項目から成り、4件法で測定し、得点が高いほど状態不安が高いことを表す。本プログラムの対象は、気分症状をもつ者を対象としていることから、臨床的な症状緩和の効果を検討するために不安症状についても測定した。

(5) 自尊感情

自尊感情の測定には、第3章、第4章と同様に、自尊感情尺度邦訳版 (山本ら, 1982) を用いた。10項目から成り、5件法で測定し、得点が高いほど自尊感情が高いことを示す。

倫理的配慮

プログラムの参加にあたって、参加は自由意志に基づくものであることを説明した。プログラムに用いられた効果指標を研究目的で使用することについては、データは統計的に処理され個人情報秘匿されること、データ提供への協力如何が今後の診療には関係しないことを書面および口頭にて説明した。その上で同意書への署名を得たものを対象とした。なお、研究手順が当該施設における倫理基準を満たしていることについて、施設代表者を含む複数の施設スタッフにより確認されたことを経て、研究は実施された。

データ解析

統計学的分析には **SPSS Version 22** および **AMOS Version 23** を用いた。すべての尺度得点についてプログラムの事前と事後の得点を対応のある t 検定を用いて分析した。その際に、プログラム完遂者 (completers: Com) のデータのみを対象とした解析と未完遂者を含む **Intention-to-Treat (ITT)** 解析の双方を行った。ITT 解析の際には、**Last Observation Carried Forward (LOCF)** 法により、欠損している事後の尺度得点に事前の尺度得点を代入した。プログラム完遂者の治療前後の各指標に基づき、効果サイズとして **Cohen の d** を算出した (Cohen, 1988)。また、事後から事前の得点を減じた各尺度の得点変化量間の **Pearson** の積率相関係数を算出した上で、各変数の得点変化量の関係性を検討する仮説モデルの検証を行った。仮説モデルの検証の際には、(1) **Goodness of Fit Index (GFI)**, (2) **Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)**, (3) **Comparative Fit Index (CFI)**, (4) **Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)** を適合度指標として用いた。なお、各適合度指標の基準は、前章と同様に **豊田 (2003)** を参考にした。

【結 果】

集団認知行動療法プログラムの未完遂者は5名（男性3名，女性2名）であった。そのため，全対象者50名のデータ（以下，ITT）による解析と，プログラム完遂者45名のデータ（以下，Com）による解析を行った。

(1) 介入前後の各指標の変化の検討

表5-2にプログラムの事前と事後の尺度得点の平均値，標準偏差， t 検定， d 値の結果を示した。ITTおよびComの双方ともに，プログラム前後において，DAS-24-Jの合計および下位尺度得点が有意に減少した（ITT: $t(49)=4.73\sim 6.58$, $p < .001$; Com: $t(44) = 4.84\sim 6.92$, $p < .001$ ）。このことより，本介入による非機能的スキーマの改善が示された。また，DDS得点についても，有意な減少が示され（ITT: $t(49) = 3.76$, $p < .01$; Com: $t(44) = 3.82$, $p < .01$ ），セルフスティグマの減少がみとめられた。抑うつ症状，不安症状についても，ITTおよびCom双方ともに，望ましい方向への有意な変化が示された（BDI-II: ITT: $t(49) = 9.79$, $p < .001$; Com: $t(44) = 11.05$, $p < .001$, STAI-S: ITT: $t(49) = 3.47$, $p < .01$; Com: $t(44) = 3.52$, $p < .01$ ）。自尊感情尺度得点は，有意な増加が示された（ITT: $t(49) = 4.47$, $p < .001$; Com: $t(44) = 4.57$, $p < .001$ ）。Comの事前事後の各指標に基づき算出したCohenの d は，いずれの指標においても中程度以上の効果サイズを示した（ $d = 0.56\sim 1.58$ ）。特に，Cohen（1988）の示す効果量の大きいことを表す目安である0.80以上であったのは，BDI-II（ $d = 1.58$ ）および，DAS-24-Jの各尺度得点であった。

(2) プログラム前後の得点変化量の相関

事後から事前の得点を減じた各尺度の得点変化量間の相関を，完遂者のデータを基に算出した（表5-3）。その結果，DDS得点の変化量との関連性が特に強かったのは，DAS-24-Jの合計と下位尺度「達成動機」の得点変化量の間で見られた正の相関であった（合計: $r = .47$, $p < .01$, 達成動機: $r = .54$, $p < .01$ ）。次いで，自尊感情尺度得点の変化量との負の相関であった（ $r = -.45$, $p = .01$ ）。BDI-II得点の変化量は，DDS得点の変化量との間には中程度の正の相関がみられ（ $r = .33$, $p = .05$ ），DAS-24-Jの合計と下位尺度すべての変化量との間にも中程度の正の相関が示された（合計: $r = .44$, $p < .01$, 達成動機: $r = .43$, $p < .01$, セルフコントロール: $r = .39$, $p < .01$, 他者依存性: $r = .36$, $p < .05$ ）。また，BDI-II得点変化量と自尊感情尺度得点変化量の間には負の中程度の相関がみられた（ $r = -.38$, $p < .01$ ）。

ほぼ全ての変数の変化量間に有意な相関が示されたが，STAI-S得点変化量と一部の変数との間に有意な相関が示されなかった。STAI-S得点変化量と有意な相関がみられなかったのは，DDS得点変化量，DAS-24-Jの「他者依存性」得点変化量，自尊感情尺度得点変化量であった（DDS: $r = .20$, 他者依存性: $r = .26$, 自尊感情: $r = -.29$, $n.s.$ ）。

表 5-2 プログラム事前-事後における各尺度の得点

	ITT						Com						
	事前			事後			事前			事後			
	平均	標準偏差	<i>t</i>	平均	標準偏差	<i>t</i>	平均	標準偏差	<i>t</i>	平均	標準偏差	<i>t</i>	<i>d</i>
DDS	33.28	6.01		29.9	7.01	3.76 **	33.20	6.30		29.44	7.22	3.82 **	0.56
DAS-24-J													
合計	111.26	20.16		90.32	23.99	6.47 ***	110.07	20.67		86.80	22.43	6.79 ***	1.08
達成動機	48.40	11.37		37.68	12.76	6.58 ***	47.76	11.78		35.84	12.08	6.92 ***	1.00
セルフコントロール	26.36	6.24		21.62	6.29	4.73 ***	25.98	6.41		20.71	5.90	4.84 ***	0.86
他者依存性	25.72	4.72		21.32	5.60	5.98 ***	25.42	4.63		20.53	5.12	6.23 ***	1.00
BDI-II	28.72	6.55		16.98	10.09	9.79 ***	28.62	6.73		15.58	9.54	11.05 ***	1.58
STAI-S	55.76	10.91		50.00	11.04	3.47 **	55.38	11.31		48.98	11.04	3.52 **	0.57
自尊感情尺度	22.58	6.67		26.26	7.99	4.47 ***	23.02	6.71		27.11	7.82	4.57 ***	0.56

Note: BDI-II= Beck Depression Inventory-II, Com = completers, DAS-24-J = Dysfunctional Attitude Scale Japanese version, DDS = Devaluation Discrimination Scale, ITT = Intent to Treat, STAI-S = State-Trait Anxiety Inventory State-Form

p* < .01, *p* < .001

表 5-3 各尺度のプログラム前後の得点変化量の相関分析の結果

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 DDS	—							
2 DAS-24-J 合計		.47**	.54**	.41**	.30*	.33*	.20	-.45**
3 達成動機			.95**	.88**	.84**	.44**	.34*	-.51**
4 セルフコントロール			—	.79**	.75**	.43**	.30*	-.49**
5 他者依存性				—	.62**	.39**	.35*	-.44**
6 BDI-II					—	.36*	.26	-.38**
7 STAI-S						—	.50**	-.38**
8 自尊心尺度							—	-.29

Note: BDI-II = Beck Depression Inventory-II, DAS-24-J = Dysfunctional Attitude Scale Japanese version, DDS = Devaluation-Discrimination Scale, STAI-S = State-Trait Anxiety Inventory State-Form

* $p < .05$, ** $p < .01$

(3) 共分散構造分析

非機能的スキーマの改善による、セルフスティグマ減少への影響を検討し、また、研究2で明らかとなった各変数間を説明するモデルの妥当性を検証するため、各変数の変化量を基に共分散構造分析を行った。分析によって得られたパス図を図5-1に示す。

分析の結果、各適合度指標に良好な値が得られた ($\chi^2(3) = 3.643, p = .303, GFI = .974, AGFI = .819, CFI = .994, RMSEA = .070$)。非機能的スキーマの「達成動機」変化量からセルフスティグマへのパスが有意であり、パス係数の値も大きかった ($\beta = .73, p < .01$)。その他の非機能的スキーマ下位尺度の変化量からセルフスティグマ変化量へ向けられたパスは、いずれも有意ではなかったものの、セルフスティグマ変化量の重決定係数は中程度の説明率を示していた ($R^2 = .32$)。また、セルフスティグマ変化量と抑うつ症状変化量の双方から自尊感情変化量に向けられたパスは、セルフスティグマ変化量からのパス係数の方が大きく有意であり、抑うつ症状変化量からのパスは有意傾向であった (セルフスティグマ: $\beta = -.37, p < .01$, 抑うつ症状: $\beta = -.26, p < .10$)。セルフスティグマ変化量から抑うつ症状変化量へのパスは、有意な値を示さなかった ($\beta = .15, n.s.$)。

【考 察】

本章の第一の目的は、抑うつ患者の非機能的スキーマの改善が、セルフスティグマ減少に及ぼす影響を実証的に検討することであった。加えて、研究2で示された、セルフスティグマに関連する諸要因を説明するモデルの妥当性の検討を行うことが第二の目的であった。

まず、プログラムの事前と事後の評定を分析した結果、プログラムを完遂した Com 群においても、ITT 群においても、非機能的スキーマの有意な改善がみられた。このことから、認知再構成法を内容とする本プログラムによって、非機能的スキーマが変容したことが確認された。非機能的スキーマを測定した DAS-24-J の合計得点は、本章での完遂者のデータに基づくと 110.07 点 (事前) から 86.80 点 (事後) に大きな改善を示すとともに、3つの下位尺度の得点においても有意に減少していた。Tajima et al. (2007) による DAS-24-J の合計得点の基準データ (抑うつ患者群: 102.6 点, 非臨床群: 86.1 点) を参照すると、本プログラムの参加者は事後において非臨床群と同程度まで非機能的スキーマの偏りが改善されたといえる。また、セルフスティグマについても、Com 群, ITT 群双方において有意な減少がみとめられ、一般的な認知再構成法によってセルフスティグマの減少が示された。さらに、抑うつ症状および不安症状についても、Com 群, ITT 群双方において有意な改善が示され、本介入が臨床的にも症状緩和に効果があったことがみとめられた。自尊感情についても、Com 群, ITT 群双方において有意な改善が示された。効果サイズを算出した結果、抑うつは $d = 1.58$ という値を示した。Strunk & DeRubeis (2001) では、うつ病の認知療法のメタアナリシスの結果、BDI を指標とした治療完遂者の治療前後における平均効果サイズを $d = 2.9$ と報告している。その値との比較においては本研究の効果の

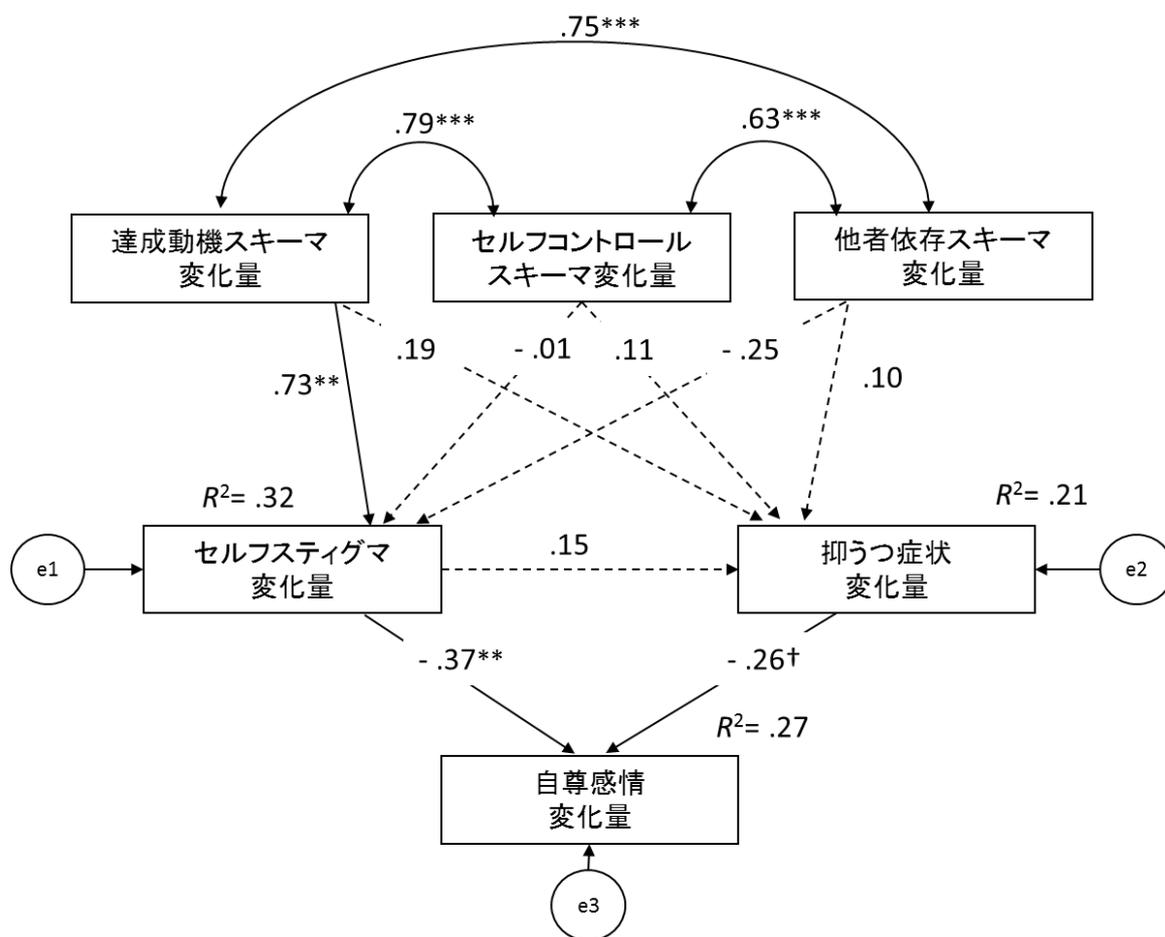


図 5-1 プログラム前後の得点変化量のモデル

$\chi^2(3) = 3.643$; Goodness of Fit Index (GFI) = .974; Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = .819; Comparative Fit Index (CFI) = .994; Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = .070

Note: 有意な値を示した標準偏回帰係数および変数間の相関のパスは太線，有意な値を示さなかったパスは点線で示した。

† $p < .10$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

程度は小さい。しかし、本研究での値は、大きな効果量の指標とされている 1.5 を超えており (Cohen, 1988), 抑うつ症状への改善という臨床的な効果が十分に認められた効果量であると考えられる。一方で、セルフスティグマの効果サイズは、 $d = 0.56$ という中程度の効果と判断される値であった。統合失調症を主とした重症精神疾患を対象としたセルフスティグマ介入研究のメタアナリシスでは (Tsang et al., 2016), セルフスティグマ減少に対する効果サイズは中程度以下 ($SMD = -0.43$) にとどまることが示されている。対象とする疾患の違いや、測定尺度の違い、また効果量の算出手法の違いから、単純に比較することはできないが、本研究の結果はおおむね同様の結果を示しており、大きな効果ではないものの一定の効果を示したといえる。非機能的スキーマの効果量は、大きな効果の指標である 0.8 をいずれの下位因子においても超えていたことから、本プログラムにより非機能的スキーマは大きな改善を示したと考えられる。また、自尊感情は中程度とみなされる効果の値を示していた ($d = 0.56$)。

次に、各変数の変化量を基に行った共分散構造分析の結果では、十分な適合度を示したことから、研究 2 で明らかとなったモデルの妥当性が確認された。分析結果が示したパス係数からは、非機能的スキーマのうち、「達成動機」スキーマの改善がセルフスティグマ減少に強く影響を及ぼすことが明らかとなった。「達成動機」スキーマは、“成功者にならなければ、私の人生は無駄である”、“もしミスをしたら、私は人から軽く見られるだろう”、“私は、役に立ち、生産的で、創造的でなければならない。そうでなければ、人生には何の目的もない”といった、社会的な成功や社会における自分自身の役割を過度に重視する非機能的スキーマを表している。そのような、社会的な達成を過度に重視するスキーマが強いことは、自分自身が精神疾患という社会的にラベリングされる存在となったことを強く知覚し、セルフスティグマが増加すると考えられる。それゆえ、社会的な達成を過度に重視するスキーマが改善されたことが、セルフスティグマの減少につながったと考えられる。非機能的スキーマの他の下位因子の改善によるセルフスティグマ減少への有意な影響は示されなかった。しかし、非機能的スキーマの 3 つの因子の変化量間の相関はいずれも高い値を示しており ($r = .63 \sim .79, p = .001$), 非機能的スキーマ 3 因子は互いに強く関連し合っていることは明らかである。また、セルフスティグマ変化量の重決定係数は .32 という中程度の値を示していた。これらのことから、認知の構えとしての非機能的なスキーマの改善が、セルフスティグマの減少に影響を与えるということが示されたといえる。

本章の結果からは、自尊感情の回復には、抑うつ症状の改善よりもセルフスティグマの改善がより影響が強いことが明らかとなった。セルフスティグマと自尊感情の強い関連についてはメタアナリシスの結果からも明らかとされている (Livingston & Boyd, 2010)。一方で、自尊感情は抑うつの中核症状の一つであり (American Psychiatric Association, 2013), 抑うつ症状の改善が自尊感情の回復に強く影響を及ぼすことが考えられた。しかし、本章の結果からは、セルフスティグマ減少による自尊感情回復の影響力が抑うつ症状の改善より大きいことが明らかとなった。本章の Com 群の介入前の自尊感情尺度得点平

均値は 23.02 点（項目平均値 2.30 点）であり、介入後は 27.11 点（項目平均値 2.71 点）であった。非臨床群の Rosenberg 自尊感情尺度日本語版のメタアナリシスを行った研究では、いずれの調査年（1980-2013）、年齢段階（中高生、大学生、成人、高齢者）においても、項目平均値は 2.70 点以上であり、また、本章の対象と近い年齢段階である成人の非臨床群を対象とした研究においては、項目平均値は概ね 3.20 点を超えていることが示されている（小塩・岡田・茂垣・並川・脇田, 2014）。小塩ら（2014）の示す数値と比較すると、本章の対象者である抑うつ患者群の介入前の自尊感情は極めて低く、介入後において回復するものの、それでも非臨床群と比較して低い水準にあったといえる。本章の結果からは、抑うつ症状については BDI-II の事後の値は 15.58 点という軽症レベルに改善している。それにも関わらず、自尊感情の十分な回復はなされたとはいえない。自尊感情回復に対する抑うつ症状の改善の影響力について、本章の結果では大きな値が示されなかったことから、症状の回復のみが自尊感情回復に影響を及ぼすとはいえない。本章で示されたモデルを考慮すると、症状の回復以上にセルフスティグマの減少が重要となってくることが示唆される。精神疾患患者の QOL に自尊感情は密接に関連しており（Connell et al., 2012）、症状の改善だけではなく、患者のよりよい生活のための自尊感情の回復を目指した際に、セルフスティグマへの介入が重要であることが示された。

最後に、本章の結果からは、抑うつ症状の改善に対して、セルフスティグマの減少による有意な影響が示されなかった点について述べる。抑うつ患者や抑うつ症状を自覚している者のセルフスティグマと抑うつ症状とが正の相関関係にあることは先行研究においても示されている（Kanter, Rusch, & Brondino, 2008; Pyne et al., 2004; Yen et al., 2005）。それらの研究におけるセルフスティグマと抑うつ症状の正の相関は、一時点における調査研究によって明らかになったものである。そのため、セルフスティグマの変容が抑うつ症状の変容に即時的に影響するかという点については説明することができなかった。本章の結果からは、セルフスティグマの減少は抑うつ症状の改善に、即時的には作用しないことが示された。本結果について、セルフスティグマの変化が即時的ではなく長期的に抑うつ症状に影響を及ぼす可能性について、いくつかの考察が可能である。一つ目は、治療行動の不遵守や援助希求行動の抑制に対するセルフスティグマの影響を示した知見からの考察である。さまざまな精神疾患を対象にしたメタアナリシスによるセルフスティグマと治療行動の遵守の相関は、 $r = -.38$ という結果が示されている（Livingston & Boyd, 2010）。抑うつ患者を対象にした研究では、例えば、Sirey et al.（2001）では、大うつ病性障害の外来患者を対象に 3 カ月フォローアップ調査を行い、セルフスティグマが強いものは、服薬などの治療行動を遵守しない傾向にあることが明らかにされている。また、精神疾患患者のセルフスティグマは援助希求行動を抑制することも指摘されている（Gaebel, Zaske, & Baumann, 2006）。セルフスティグマによって症状の深刻化につながる行動が継続され、そのことが抑うつ症状の悪化を生じさせることが示唆される。つまり、セルフスティグマの減少は、治療行動や援助希求行動といった症状の改善につながる行動の促進を媒介して

抑うつ症状の改善に影響すると考えられる。二つ目は、行動活性化療法の理論 (Martell, et al., 2001) に基づく考察である。Manos et al. (2009) は、うつ病の行動活性化療法の理論に基づき、セルフスティグマにより、社会的回避行動や不適応な対処行動が生じ、結果として抑うつ症状を悪化させると指摘している。また、行動の活性化により社会的接触が増加し、正の強化を受ける頻度が増え、そのことが抑うつ症状に影響を及ぼすことが報告されている (Carvalho & Hopko, 2011; Takagaki, Okamoto, Jinnin, Mori, Nishiyama, Yamamura, Yokoyama, Shiota, Okamoto, Miyake, Ogata, Shimoda, Kawakami, Furukawa, & Yamawaki, 2016)。セルフスティグマの減少は、社会的接触の増加を促進し、正の強化を受ける機会をも促すことが考えられる。そのような変化を経て抑うつ症状の改善に影響を及ぼす可能性があると考えられる。本章では長期的フォローアップのデータを収集できていないため、今後はセルフスティグマの減少が、抑うつに及ぼす長期的な影響について検討すべきである。

本章では、非機能的スキーマの改善によるセルフスティグマの減少が実証的に示された。また、研究2において示されたモデルの妥当性が確認され、セルフスティグマの減少が自尊感情回復に及ぼす影響についても明らかとされた。以上より、非機能的スキーマの改善に用いられた認知再構成法がセルフスティグマの介入において有効であることが示され、加えて自尊感情回復の重要な手法の一つのなることが示唆された。

第6章 総合的考察

第1節 本研究の結果のまとめ

本研究の目的は、抑うつを主症状とする患者を対象に、非機能的スキーマのセルフスティグマへの影響を実証的に明らかにすることであった。そのために、まず、セルフスティグマを測定する尺度を整備し、次に、セルフスティグマに関連する諸要因を説明する仮説モデルを作成した。抑うつ患者群を対象に仮説モデルの検証を行い、非機能的スキーマのセルフスティグマへの影響を検討すると共に、抑うつ症状と自尊感情に対するセルフスティグマの影響を検討した。その上で、抑うつ患者群を対象とした認知再構成法を実施し、非機能的スキーマの改善によるセルフスティグマ減少を検討した。本研究の結果を章ごとに以下にまとめた。

第1章では、精神疾患に対するセルフスティグマの歴史や概念を整理し、セルフスティグマに関する先行研究の展望を行った。第2章では、先行研究における問題点を総合して以下のように整理し、本研究の目的と意義について述べた。

1. 先行研究のモデルからは、セルフスティグマの生じる過程の発端である知覚されたスティグマの重要性が示唆されるが、本邦においては、知覚されたスティグマに特化してセルフスティグマを測定する尺度の整備がなされていない。
2. 先行研究において、いくつかの心理社会的変数や精神医学的変数に対するセルフスティグマの影響が実証的に明らかとなっているものの、セルフスティグマに影響を与える変数については明らかとなっていない。
3. セルフスティグマに影響を与える要因として、非機能的スキーマが指摘されているが、セルフスティグマへの影響については、量的研究を用いて実証されていない。
4. いくつかの先行研究のトライアルに反して、セルフスティグマに対する効果的な介入は未だ確立されていない。その理由として、セルフスティグマに影響を与える要因が実証的に確認されていないままに、いくつかの技法が複合された介入プログラムが試みられていることが挙げられる。
5. 特に介入研究において、統合失調症以外の疾患や特定の症状をもつ患者に焦点を当てた研究は数少なく、うつ病性障害におけるセルフスティグマの研究が求められる。

第3章（研究1）では、問題点1を解決するため、非臨床群・臨床群を対象として、知覚されたスティグマに焦点を当てたセルフスティグマ尺度として広く用いられている、Devaluation-Discrimination Scale (DDS: Link, 1987) 日本語版の信頼性と妥当性を検討した。その結果、DDS 日本語版は原版と同様の12項目1因子構造であることが示された。また、一般群・臨床群の双方における本尺度の内的整合性と併存的妥当性が確認された。DDS 日本語版は、一般群の社会的スティグマの測定する尺度として、また、臨床群のセル

フスティグマを測定する尺度として、本邦において使用可能な尺度であることが明らかにされた。

第4章（研究2）では、問題点2，および問題点3を解決するために、抑うつ患者を対象に、非機能的スキーマがセルフスティグマに及ぼす影響を検討した。仮説モデルを検証した共分散構造分析の結果から、非機能的スキーマがセルフスティグマに影響することが実証的に明らかにされた。特に、非機能的スキーマのうち達成動機スキーマのセルフスティグマへの影響が確認された。加えて、セルフスティグマが非機能的スキーマと抑うつ症状の媒介要因となることが確認された。つまり、非機能的スキーマが強いことがセルフスティグマ増加につながり、セルフスティグマの増加が抑うつ症状を強めるというメカニズムが示された。また、抑うつ症状およびセルフスティグマの双方が自尊感情に影響力をもつことが明らかとなった。自尊感情の回復を考慮する際には、抑うつ症状の改善だけではなく、セルフスティグマの減少に焦点を当てたアプローチが有効であることが示唆された。第4章の結果によって、セルフスティグマ減少において、非機能的スキーマを変容させる認知的介入が有効であることの根拠が示された。

第4章の結果を受け、第5章（研究3）では、問題点4，および5を解決するために、抑うつ患者の非機能的スキーマの改善によるセルフスティグマ減少への影響を検討した。非機能的スキーマの改善を目的として実施した介入は、認知再構成法を中心とした集団プログラムであった。介入プログラムの事前と事後の評定を分析した結果、プログラムを完遂した Com 群においても、ITT 群においても、非機能的スキーマの有意な改善がみられるとともに、セルフスティグマの減少が示された。加えて、研究2において示されたモデルの適合性について、介入前後の変化量のデータを用いて検討した。その結果、抑うつ患者のセルフスティグマの減少に対して、非機能的スキーマのうち特に達成動機スキーマの改善が有効であることが確認された。一方で、非機能的スキーマの改善と抑うつ症状の改善の媒介要因としての、セルフスティグマ減少の影響力はみとめられなかった。つまり、セルフスティグマの減少は抑うつ症状の改善に、即時的には作用しないことが示された。また、自尊感情の回復に対しては、抑うつ症状の改善よりもセルフスティグマの減少がより影響力をもつことが確認された。第5章の結果から、非機能的スキーマの改善に用いられた認知再構成法がセルフスティグマの介入において有効であることが示され、加えて自尊感情回復の重要な手法の一つとなることが示唆された。

以上のように、本研究は、抑うつ患者の非機能的スキーマがセルフスティグマに及ぼす影響を実証的に示した。加えて、セルフスティグマの抑うつへの正の影響、および自尊感情への負の影響を明らかにした。研究2において観察研究を行い、研究3において介入研究を行うことで、一時点における変数間のメカニズムに加えて、各変数の変化量間のメカニズムについても実証的に明らかとすることができた。これらより、セルフスティグマの減少を目指す介入においては、本研究で用いた認知再構成法のような、非機能的スキーマを変容させることを目的とした介入技法がひとつの有効な手段であることが示唆された。

加えて、セルフスティグマ減少による自尊感情回復への即時的な効果がみとめられことより、自尊感情の回復を目指す際には、セルフスティグマの減少が重要な役割を担うことが示された。

第2節 本研究の臨床的意義

第1項 セルフスティグマ減少に作用する変数を実証的に明らかにした点

文化的、社会的、経済的な事象が精神疾患へのスティグマに対して強い影響力をもっていることが指摘されている (Link et al., 2002)。修正型ラベリング理論に基づけば、社会的スティグマの存在は、常に精神疾患患者のセルフスティグマを増悪させる土壌となりうることを示唆される。したがって、当事者やその身近な人たちに対して、セルフスティグマの減少を目指して、正確な情報提供や情報共有を繰り返し行うだけでは、大きな効果を生むことは難しい。先行研究では、プログラムの長期化と複雑化を持ってその課題に取り組もうとしていたが、当然長期間にわたるプログラムの実施は、実施可能性という観点から問題が生じる。

本研究では、そのようなセルフスティグマという要因に対して影響を及ぼし、かつ臨床場面において変容可能な心理社会的要因を特定し、実証的に関係性を明らかにした。この臨床的意義は大きい。研究2、研究3はともに非機能的スキーマのセルフスティグマへの正の影響を示す結果となったが、示された重決定係数および標準偏回帰係数の値は異なっていた。すなわち、セルフスティグマの重決定係数 (研究2: $R^2 = 0.13$, 研究3: $R^2 = 0.32$) についても、達成動機スキーマからセルフスティグマへの標準偏回帰係数 (研究2: $\beta = .44$, $p = .01$, 研究3: $\beta = .73$, $p = .01$) についても、一時点の調査に基づく研究2の結果よりも、介入による変化量に基づいた研究3の結果の方が、より大きな値が示された。このことは、両変数の関係性を示すだけではなく、セルフスティグマの変化に対して非機能的スキーマの変容が作用するということをも示している。結果より、セルフスティグマ減少のための介入において、非機能的スキーマの改善が有効であることが実証されたといえる。

非機能的スキーマのうち、特に達成動機スキーマの変容がセルフスティグマの変化に作用する影響力が強いことが明らかとなった。このことは、実際の臨床場面における介入に役立てることができる。達成動機スキーマは、社会的な成功や達成を過度に重視するスキーマである。そのスキーマが強い者は、セルフスティグマの程度が強い可能性が高く、達成動機スキーマに関連した認知をターゲットとして認知的介入を行うことがセルフスティグマの減少に役立つと考えられる。

第2項 自尊感情の回復に対するセルフスティグマ減少の重要性を明らかにした点

研究2と研究3の双方ともに、自尊感情に対して、抑うつ症状およびセルフスティグマの両変数の影響が示された。しかし、両研究を比較すると、示された標準偏回帰係数の値が異なっていた。すなわち、研究2では、自尊感情への直接の影響力は抑うつ症状の方がセルフスティグマより大きかったが（抑うつ症状： $\beta = -.55, p = .001$, セルフスティグマ： $\beta = -.29, p = .001$ ）、研究3では、セルフスティグマの変化量の方が抑うつ症状変化量よりも自尊感情の変化に大きな影響を示した（抑うつ症状： $\beta = -.26, p = .10$, セルフスティグマ： $\beta = -.37, p = .01$ ）。一時点における、自尊感情に対する抑うつ症状の影響力が大きいことは、自尊感情が抑うつ症状の中核的症状の一つであることから妥当である。しかし、介入による各変数の変化量の関係性をみると、自尊感情の回復に対して、より即時的に作用するのはセルフスティグマ減少の方であるということが明らかとなった。このことは、セルフスティグマの減少が示されない場合には、抑うつ症状が改善しても、自尊感情の回復が十分にはなされない可能性があることを示している。患者の自尊感情回復の促進のためには、抑うつ患者の抑うつ症状を改善する関わりに加えて、セルフスティグマを減少させることが重要である。現在の実証に基づく心理療法の課題の1つに、症状の改善だけではなく全般的な機能の改善に注目することが挙げられている（Tolin, McKay, Forman, Klonsky, & Thombs, 2015）。先に述べたように、精神疾患患者のQOLに自尊感情は密接に関連しており（Connell et al., 2012）、後の社会適応を良好とするためには、自尊感情回復への働きかけは重要な役割を果たす。抑うつに対する認知行動療法の有効性は古くから示され続けているが（Cuijpers, van Straten, Driessen, van Oppen, Bockting, & Andersson, 2012）、セルフスティグマの低減という標的を追加することによって、患者の広範囲の生活の質の向上をもたらす可能性がある。

第3項 抑うつ患者を対象とした点

第1章でも述べたように、セルフスティグマ研究において、統合失調症だけではなく、より広範な精神疾患の患者について検討することが課題とされている。本邦におけるうつ病の有病率は、12カ月有病率2.9%、生涯有病率6.7%という調査結果（川上, 2010）や、時点有病率5.2%という報告（今野・鈴木・降籬・高橋・兼板・大井田・内山, 2016）がある。うつ病は、精神疾患のなかでも高い有病率を示す疾患であることが知られている。先に述べたように、うつ病は全ての疾病の中で4番目に大きな社会的負担を強いる疾病であることが指摘されており（World Health Organization, 2001）、我が国においても2008年には3兆円を超える疾病費用が推計されている（佐渡ら, 2011）。本研究において、本邦の抑うつ患者のデータを元に、セルフスティグマと関連する諸要因とのメカニズムを実証的に示し、加えて、セルフスティグマ減少のための介入の技法を提案したことは意義がある。

加えて、抑うつ患者に焦点を当てたことによって、セルフスティグマに影響を及ぼす心

理社会的要因を絞り込むことが可能となり、セルフスティグマ低減に至るメカニズムを比較的少ない変数から構成されるモデルとして示すことができた点も重要であると考えられる。多様な精神疾患を包括的に扱う手法は、幅広く治療効果を発揮できる可能性や、臨床家がマニュアルを数多く覚えなくても良いというような利点はあるものの、基盤となるメカニズムの同定が困難になるという限界がある (Ollendick et al., 2013)。実証に基づく心理療法のこれまでの発展を考慮すれば、本研究で明らかにされた抑うつ患者の非機能的スキーマとセルフスティグマに関する研究結果を基に、さまざまな精神疾患に対して応用される理論モデルや介入技法が開発されることが期待される。

第4項 日常臨床で活かせる点

先行研究でその効果が検討されているセルフスティグマ減少を目的にしたプログラムは、セルフスティグマ得点高群を対象にしたものや、スティグマに関連した体験を共有し、対処法を学ぶなどのセルフスティグマ減少に特化したプログラムが主である (MacInnes & Lewis, 2008; Yanos Roe et al., 2012 など)。しかし、日常臨床場面では、セルフスティグマの程度の強い者だけを集め、セルフスティグマを介入のメインターゲットとした特化型プログラムを実施することは実際的ではない。一般的な医療場面においては、各疾患の症状をターゲットとした治療が主たる関わりであり、セルフスティグマのみを重視して募集を行うことや、セルフスティグマに特化した活動を行うことは困難だからである。本研究においては、セルフスティグマに特化した介入ではなく、気分症状をもつ患者を対象とした通常の認知的介入技法としての認知再構成法がセルフスティグマの減少に有効性を示した。認知再構成法は、認知の偏りが示される者に対して有効な一般的な介入技法のひとつである。2010年4月より、我が国においては、うつ病に対する認知療法・認知行動療法が保険点数化されており、急速な普及を見せている。したがって、本研究で扱われた介入技法は、日常臨床場面において一般的に広く利用できる可能性が高く、今後さらに普及していく発展性も有する。本研究によって、強いセルフスティグマをもつ患者に臨床場面で出会った際には、通常治療に加えて補足的に、セルフスティグマに関連する認知に対して認知再構成法を適用する有用性が示唆された。

第5項 DDS 尺度の臨床的有用性

本研究において、日本語版の信頼性と妥当性が確認された DDS 尺度は、12項目で構成され項目数が少ない。そのため、実施対象者の負担が小さく、临床上においてもセルフスティグマのアセスメントとして使用することができる尺度である。例えば、日常診療の中で DDS 尺度を用いることができれば、比較的簡便にセルフスティグマの程度を測定することが可能となり、治療者と患者が共通理解として客観的に共有することができる。これまで述べてきたように、セルフスティグマの改善は、心理社会的適応状態をもたらす可能性があるため、DDS 尺度を用いたセルフスティグマの測定は、これまでの診療に加えてさ

らなる治療効果をもたらすことにつながる可能性がある。加えて、DDS 尺度の得点を用いることによって、さまざまな専門性を有する医療従事者の間にセルフスティグマの概念を浸透させることにもつながり、我が国における精神疾患患者におけるセルフスティグマ啓発においても重要な役割を果たす可能性もある。

本邦で実施された精神的健康に関する疫学調査において、精神的健康問題について専門家を受診したことが友人に知られたら「恥ずかしい」と 43%が考えていると報告されている（川上, 2006）。また、精神疾患の社会的スティグマに関する国際比較研究において、オーストラリア（Griffiths, Nakane, Christensen, Yoshioka, Jorm, & Nakane, 2006）、中国（Haraguchi, Maeda, Mei, & Uchimura, 2009）、台湾（Kurumatani, Ukawa, Kawaguchi, Miyata, Suzuki, Ide, Seki, Chikamori, Hwu, Liao, Edwards, Shinfuku, & Uemoto, 2004）のいずれの国との比較においても、本邦は社会的スティグマの程度が強いことが指摘されている。社会的スティグマの程度が強い本邦において、セルフスティグマもまた、患者の社会生活や回復の支援において重要な課題のひとつであることが示唆されるが、注目される指標として扱われることはこれまでにほとんどなかったといえる。治療者と患者が、あるいはチーム医療における医療従事者間で、患者自身のセルフスティグマの程度を DDS 尺度を用いることによって客観的に共有でき、協働して取り組む一助となることができる。

第3節 本研究の限界と今後の課題

第1項 セルフスティグマという概念に関する課題

セルフスティグマには多様な構成概念が含まれていることを第1章で述べた。本研究は、セルフスティグマが生じる過程の発端となる知覚されたスティグマを重要視し、焦点を当てて研究を行った。しかし、その他の構成概念については検討を行っていない。例えば、セルフスティグマに含まれる概念全体を重視した研究では、“知覚されたスティグマ”、“スティグマへの同意”、“自己一致”、“スティグマによる損害”という Watson et al. (2007) のセルフスティグマに含まれると考えられる多様な構成概念を因子として含む尺度（Self-Stigma of Mental Illness Scale: SSMIS）を用いて、セルフスティグマを測定している（Corrigan, Watson, & Barr, 2006 など）。セルフスティグマという概念の複雑さゆえに、先行研究においても用語や尺度の混在がみとめられることが指摘されている（Mittal, Sullivan, Chekuri, Allee, & Corrigan, 2012）。本研究で示された結果が、セルフスティグマの一部の概念を用いた結果であることは限界点のひとつである。そのことを理解した上で、その他のセルフスティグマに含まれる概念との関連について、整理し、各概念の関係性について今後明らかにしていく必要がある。

第2項 非機能的スキーマのセルフスティグマに対する影響力の問題

非機能的スキーマのセルフスティグマへの影響が明らかになったことの意義は前節で述べた。しかし、その説明力は大きな値であったとはいえない。そのため、セルフスティグマの減少を目指した介入を行う際に、非機能的スキーマの改善を目指すことはひとつの有効な手段であることが示された一方で、その他の要因を加味する必要性も示された。すなわち、セルフスティグマに影響を及ぼすその他の要因を明らかにし、その要因に働きかけることによって、さらに顕著な効果を得られる可能性があるといえる。例えば、本研究では認知行動療法のうち認知的介入に焦点を当てたが、行動的介入のセルフスティグマへの特に長期的な影響については検討課題である。また、臨床心理学の観点からだけではないアプローチも重要である。セルフスティグマは、社会的背景に大きく影響を受けていることが考えられる。Link et al. (2002) は、文化的、社会的、経済的な事象が精神疾患へのスティグマに対して強い影響力をもっており、セルフスティグマの減少を目指す際には、患者への関わりだけではなく、さまざまな社会的レベルにおける介入も同時に必要であることを指摘している。メディアを用いて社会そのものに働きかけるような社会的スティグマの減少を目的とした介入（例えば、Evans-Lacko et al., 2013）が効果を発揮すれば、セルフスティグマを生み出す環境は改善され、本研究で実施された介入技法との相互効果は非常に大きなものになることが考えられる。しかし、そのような取り組みは、地域レベル、国家レベル、あるいは国際レベルの取り組みであり、臨床場面で扱われるべきものではない。むしろ、臨床心理学の観点からは、変容可能な心理社会的要因への介入によって患者の適応を促すことを目指すことが求められる。そして、そのような研究成果の積み重ねが医療現場における臨床的意義といえる。精神疾患にかかわるスティグマというテーマは、広範な学問分野における関心事である。社会学、精神医学、公衆衛生学、心理学においても、社会心理学や臨床心理学などの多岐にわたる領域で研究が重ねられてきた。今後は、患者個人のセルフスティグマの軽減を目指した臨床心理学研究とともに、さまざまな分野における成果を共有し合い、さらに学際的なアプローチに基づく取り組みを通じて、広くスティグマに対するアプローチが求められることになる。

第3項 実施された集団療法（研究3）の効果の精査の必要性

第5章（研究3）において実施された認知再構成法が、集団形式で実施された点について検討する必要がある。プログラムを集団で実施したことから、対象者は、自分以外の患者に直接関わり、数ヶ月に渡るプログラムを共に経験した。その経験を通じて疾患への理解が深まり、ノーマライゼーションの効果がもたらされた可能性も考慮する必要があるだろう。実際に、プログラム終了後に参加者から「自分と同じような問題を抱えている人と一緒に頑張ったことが良かった」という感想を度々耳にすることがある。また、社会的スティグマの減少に対して、精神疾患患者との接触という手法が効果的であるということがこれまでに示されている（Watson & Corrigan, 2005）。集団実施による要因がセルフステ

ィグマ減少にどの程度影響を与えたのかの検討がひとつの課題である。また、集団に参加する他者の視点を通じて自己の考えを客観視する、という集団認知行動療法の利点が非機能的スキーマの改善に促進的に機能したとも考えられる。集団による実施がより効果的であるのであれば、そのことを提言できる実証的研究を今後積み重ねていく必要がある。また、第5章（研究3）の結果からは、セルフスティグマ減少に対する非機能的スキーマの改善の長期的効果については明らかにされていない。より長期的なプロスペクティブな手法による改善効果を検討することが今後の課題である。

第4項 測定指標の課題

本研究で用いた指標が、全て自己記入式尺度であった点についてはひとつの限界点として留意する必要がある。特に、研究3のような患者群を対象とした効果の測定においては、繰り返しの実施による記憶・反応バイアスの影響を考慮する必要がある。そのため、自己記入式尺度に加えて、構造化された症状評価面接や、行動指標をも用い多角的に評価することがより結果に客観性をもたらすことができたと考えられる。また、社会的スティグマについては、一般群を対象とした研究において、自己記入式尺度上で示されるスティグマ的態度と潜在連合テストを用いた潜在尺度上で示される態度では、潜在尺度の方がより強度が高く示されるという報告がある（Monteith & Pettit, 2011 など）。それらの知見をうけて、潜在尺度を用いて社会的スティグマやセルフスティグマを測定する意義について指摘がなされている（檜原・河合・梅垣, 2014; Rüschi, Corrigan, Todd, Bodenhausen, 2010）。本研究の結果に加えて、さらにいくつかの多角的な指標を用いた検討を行うことで、より臨床的あるいは実際的な意義を見いだすことができると考えられる。

第5項 対象者の問題

本研究の3つの研究の対象者となった患者群は、各研究において設定された適格基準に基づいているものの、その募集過程においては主治医の判断も反映されている。そのため、対象者の偏りという限界については留意すべきである。また、研究2および研究3は、抑うつ患者を対象とし、研究2においては主治医の判断により、また研究3においては抑うつ症状尺度の一定以上の値を基準として、患者を選定した。しかし、対象となった患者の診断名はうつ病性障害以外にも多く含まれており、均質な患者群を対象として実施した研究であるとはいいがたい。加えて、研究3における対象者の薬物の統制については、厳密に実施することができなかった。その理由としては、研究を主たる目的として対象者を募集したプログラムではなく、実際の臨床現場において参加を希望した患者を対象としていたため、対象者のその時々々の必要性やニーズを考慮せずに薬物を統制することは困難であったということが挙げられる。薬物による症状の緩和がセルフスティグマにどのように関連しているのかについても、今後考慮していく必要があるだろう。

第4節 結語

精神疾患へのスティグマは精神疾患を罹患した患者にとって2つの不運をもたらす (Corrigan & Watson, 2002)。2つの不運とは、社会的スティグマとセルフスティグマの双方によってもたらされる生活上の困難を指している。社会的スティグマの減少を目指した施策や研究は数多く蓄積されているが (Corrigan et al., 2012; Evans-Lacko et al., 2013), 一方でそれら施策や研究が重要視されることは、精神疾患へのスティグマの根強さをうかがわせるものでもある。そのようななか、社会的スティグマの減少だけではなく、患者自身のもつスティグマによる影響を明らかにし、患者一人一人のよりよい回復を目指して取り上げられるようになった概念がセルフスティグマである。

セルフスティグマは回復の促進に関わる要因に負の影響を与え得ることが先行研究において指摘されている。また、その結果は統合失調症に限らず、より広範なさまざまな精神疾患を対象にした研究においても同様の結果が示されている。セルフスティグマ減少のためのさまざまな介入研究が試みられている一方で、有効な介入技法については明確にされていなかった。その理由の一つとして、セルフスティグマに影響を与える心理社会的要因が実証的に明らかとされていなかったことが挙げられる。本研究は、非機能的スキーマのセルフスティグマへの影響を実証的に明らかにした。そのことから、非機能的スキーマの改善を目的とした認知再構成法のセルフスティグマ減少への有効性を示唆することができた。特に、セルフスティグマ研究について未だ萌芽期にある本邦において、ひとつの嚆矢としての意義があるだろう。

地域に根差した治療では、患者が社会に身をおき、自己管理しながら疾患とつきあい、回復を目指す。その回復の過程においてセルフスティグマは、看過できないひとつの重要なテーマである。今後さらにセルフスティグマに関する実証的な知見が蓄積され、患者のよりよい生活に寄与されることが望まれる。

引用文献

- Aho-Mustonen, K., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., Rynänen, O. P., Miettinen, R., & Rätty, H. (2011). Group psychoeducation for long-term offender patients with schizophrenia: an exploratory randomised controlled trial. *Criminal Behaviour and Mental Health, 21*, 163-176.
- Allport, G. W. (1954/1979). *The nature of prejudice*. New York: Doubleday. (Original work published 1954) (オルポート, G. W. 原谷達夫・野村 昭 (訳) (1968). 偏見の心理 培風館.)
- Alvidrez, J., Snowden, L. R., Rao, S. M., & Boccari, A. (2009). Psychoeducation to address stigma in black adults referred for mental health treatment: A randomized pilot study. *Community Mental Health Journal, 45*, 127-136.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Ando, S., Yamaguchi, S., Aoki, Y., & Thornicroft, G. (2013). Review of mental-health-related stigma in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 67*, 471-482.
- Beck, A. T., Ruch, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press. (ベック, A. T. 坂野雄二 (監訳) (1992). うつ病の認知療法 岩崎学術出版.)
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX, Psychological Corporation.
- Becker, H. S. (1963) *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: Free Press. (ベッカー, H. S. 村上直之 (訳) (1978). アウトサイダーズ 新泉社)
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: A review of measures. *BMC Health Services Research, 10*, 80.
- Carvalho, J. P. & Hopko, D. R. (2011). Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42*, 154-162.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Connell, J., Brazier, J., O'Cathain, A., Lloyd-Jones, M., & Paisley, S. (2012). Quality of life of people with mental health problems: A synthesis of qualitative research. *Health and Quality of Life Outcomes, 22*, 138.
- Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice, 5*, 201-222.
- Corrigan, P. W., & Calabrese, J. D. (2005). Strategies for assessing and diminishing

- self-stigma. In P. W. Corrigan (ed.), *On the stigma of mental illness* (1st ed., pp. 239-256). Washington: American Psychological Association.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services, 63*, 963-973.
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry, 57*, 464-469.
- Corrigan, P. W., Roe, D., & Tsang, H. W. (2011). Addressing self-stigma and fostering empowerment. In P. W. Corrigan & H. W. Tsang (Eds.), *Challenging the stigma of mental illness: Lessons for therapists and advocates* (pp. 115-167). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 35-53.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*, 875-884.
- Çuhadar, D., & Çam, M. O. (2014). Effectiveness of psychoeducation in reducing internalized stigmatization in patients with bipolar disorder. *Archives of Psychiatric Nursing, 28*, 62-66.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Driessen, E., van Oppen, P., Bockting, C., & Andersson, G. 2016 Depression and dysthymic disorders. In P. Sturmey & M. Hersen (Eds.) *Handbook of evidence-based practice in clinical psychology volume two: Adult disorders* (pp. 243-284). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Evans-Lacko, S., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2013). Public knowledge, attitudes and behaviour regarding people with mental illness in England 2009-2012. *British Journal of Psychiatry. Supplement, 55*, s51-57.
- Fung, K. M., Tsang, H. W., & Cheung, W. M. (2011). Randomized controlled trial of the self-stigma reduction program among individuals with schizophrenia. *Psychiatry Research, 189*, 208-214.
- Fung, K. M., Tsang, H. W., & Corrigan, P. W. (2008). Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 32*, 95-104.
- Fung, K. M., Tsang, H. W., Corrigan, P. W., Lam, C. S., & Cheung, W. M. (2007). Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. *International Journal of Social Psychiatry, 53*, 408-418.
- Gaebel, W., Zasko, H., & Baumann, A. E. (2006). The relationship between mental

- illness severity and stigma. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(Suppl. 429), 41-45.
- Gallo, K. M. (1994). First person account: Self-stigmatization. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 407-410.
- Griffiths, K. M., Carron-Arthur, B., Parsons, A., & Reid, R. (2014). Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 13, 161-175.
- Griffiths, K. M., Christensen, H., Jorm, A. F., Evans, K., & Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 185, 342-349.
- Griffiths, K. M., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Jorm, A. F., & Nakane, H. (2006). Stigma in response to mental disorders: A comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry*, 6, 21.
- Haraguchi, K., Maeda, M., Mei, Y. X., & Uchimura, N., (2009). Stigma associated with schizophrenia: Cultural comparison of social distance in Japan and China. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63, 153-160.
- 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.
- Hayward, P., & Bright, J. A. (1997). Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal of Mental Health*, 6, 345-354.
- Holmes, E. P., & River, L. P. (1998). Individual strategies for coping with the stigma of severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 231-239.
- Holubova, M., Prasko, J., Ociskova, M., Marackova, M., Grambal, A., & Slepecky, M. (2016). Self-stigma and quality of life in patients with depressive disorder: A cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2677-2687.
- 石川信一・下津咲絵・佐藤容子 (2008). 児童の不安障害に対する短期集団認知行動療法の効果. *精神科治療学*, 23, 1481-1490.
- Kanter, J. W., Rusch, L. C., & Brondino, M. J. (2008). Depression self-stigma: A new measure and preliminary findings. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 663-670.
- 檜原潤・河合輝久・梅垣佑介 (2014). うつ病罹患患者に対するスティグマ的態度の現状と課題——潜在尺度の利用可能性への着目——. *心理学評論*, 57, 455-471.
- 川上憲人 (2006). こころの健康についての疫学調査に関する研究. 平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) こころの健康についての疫学調査に関する研究総合研究報告書
- 川上憲人 (2010). 世界のうつ病, 日本のうつ病 樋口輝彦 (編) 別冊「医学のあゆみ」 最

新うつ病のすべて (pp.42-46) 医歯薬出版社

- Knight, M. T., Wykes, T., & Hayward, P. (2006). Group Treatment of Perceived Stigma and Self-Esteem in Schizophrenia: A Waiting List Trial of Efficacy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 34*, 305–318.
- 小嶋雅代・古川壽亮 (2003). 日本版 BDI-II ベック抑うつ質問票手引き. 日本文化科学社, 東京.
- 今野 千聖・鈴木 正泰・降旗 隆二・高橋 栄・兼板 佳孝・大井田 隆・内山 真 (2016). 一般人口におけるうつ病の心理社会的な要因に関する疫学的研究. 日大医学雑誌, *75*, 81-87.
- Kurumatani, T., Ukawa, K., Kawaguchi, Y., Miyata, S., Suzuki, M., Ide, H., Seki, W., Chikamori, E., Hwu, H.G., Liao, S.C., Edwards, G.D., Shinfuku, N., & Uemoto, M. (2004). Teachers' knowledge, beliefs and attitudes concerning schizophrenia - a cross-cultural approach in Japan and Taiwan. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*, 402–409.
- Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review, 52*, 96-112.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E. L., Shrout, P. E. & Dohrenwend, B. P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review, 54*, 400-423.
- Link, B. G. Mirotznik, J., & Cullen, F. T. (1991). The effectiveness of stigma coping orientations: Can negative consequences of mental illness labeling be avoided? *Journal of Health and Social Behavior, 32*, 302-320.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services, 52*, 1621-1626.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen S., & Phelan J. C. (2002). On describing and seeking to change the experience of stigma. *Psychiatric Rehabilitation Skills, 6*, 201-231.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin, 30*, 511-541.
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine, 71*, 2150-2161.
- Lucksted, A., Drapalski, A., Calmes, C., Forbes, C., DeForge, B., & Boyd, J. (2011). Ending self-stigma: pilot evaluation of a new intervention to reduce internalized

- stigma among people with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *35*, 51-54.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Bunting, K., & Rye, A. K. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research and Theory*, *16*, 149-165.
- MacInnes, D. L., & Lewis, M. (2008). The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *15*, 59-65.
- Manos, R. C., Rusch, L. C., Kanter, J. W., & Clifford, L. M. (2009). Depression self-stigma as a mediator of the relationship between depression severity and avoidance. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *28*, 1128-1143.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton. (熊野宏昭・鈴木伸一 (監訳) (2011). うつ病の行動活性化療法 日本評論社)
- McCay, E., Beanlands, H., Zipursky, R., Roy, P., Leszcz, M., Landeen, J., Ryan, K., Conrad, G., Romano, D., Francis, D., Hunt, J., Costantini, L., & Chan, E. (2007). A randomised controlled trial of a group intervention to reduce engulfment and self-stigmatisation in first episode schizophrenia. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, *6*, 212-220.
- Mittal, D., Sullivan, G., Chekuri, L., Allee, E., & Corrigan, P. W. (2012). Empirical studies of self-stigma reduction strategies: A critical review of the literature. *Psychiatric Services*, *65*, 974-981.
- Monteith, L. L., & Pettit, J. W. (2011). Implicit and explicit stigmatizing attitudes and stereotypes about depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *30*, 484-505.
- Ollendick, T. H., Fraire, M. G., & Spence, S. H. (2013). Transdiagnostic treatments: Issues and commentary. In J. Ehrenreich-May & B. C. Chu (Eds.), *Transdiagnostic treatments for children and adolescents: Principles and practice*. New York: Guilford, pp. 405-419.
- 大野裕 (2003). ころろが晴れるノート. 創元社.
- Orth, U., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2010). Self-esteem development from young adulthood to old age: A cohort-sequential longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *98*, 645-658.
- 大島巖(1992). 精神障害者に対する一般住民の態度と社会的距離尺度——尺度の妥当性を中心に——. 精神保健研究, *38*, 25-37.
- 小塩真司・岡田涼・茂垣まどか・並川努・脇田貴文 (2014). 自尊感情平均値に及ぼす年齢

- と調査年の影響——Rosenberg の自尊感情尺度日本語版のメタアナリシス——. 教育心理学研究, *62*, 273-282.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Sirey, J. A., Salah, J., Struening, E. L., & Link, B. G. (2001). Stigma as a barrier to recovery: Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services, 52*, 1627-1632.
- Power, M., Katz, R., McGuffin, P., Duggan, C. F., Lam, D., & Beck, A. T. (1994). The Dysfunctional Attitude Scale (DAS): A comparison of forms A and B and proposals for a new subscaled version. *Journal of Research in Personality, 28*, 263-276.
- Pyne, J. M., Kuc, E. J., Schroeder, P. J., Fortney, J.C., Edlund, M., & Sullivan, G. (2004). Relationship between perceived stigma and depression severity. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 192*, 278-283.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401.
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research, 121*, 31-49.
- Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Mashiach-Eizenberg, M., Derhy, O., Lysaker, P. H., & Yanos, P. T. (2014). Narrative enhancement and cognitive therapy (NECT) effectiveness: A quasi-experimental study. *Journal of Clinical Psychology, 70*, 303-312.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rüsch, N., Abbruzzese, E., Hagedorn, E., Hartenhauer, D., Kaufmann, I., Curschellas, J., Ventling, S., Zuaboni, G., Bridler, R., Olschewski, M., Kawohl, W., Rössler, W., Kleim, B., & Corrigan, P. W. (2014). Efficacy of Coming Out Proud to reduce stigma's impact among people with mental illness: Pilot randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 204*, 391-397.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Todd, A. R., Bodenhausen, G. V. (2010). Implicit Self-Stigma in People With Mental Illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 198*, 150-153.
- 佐渡充洋・稲垣中・吉村公雄・武智小百合・光永明弘 (2011). 精神疾患の社会的コストの推計, 平成 22 年度厚生労働省障害者福祉総合推進事業補助金事業実績報告書.
- Scheff, T. J. (1966) *Being Mentally Ill*. Chicago: Aldine Publishing Company. (シェフ, T. J. 市川孝一・真田孝昭 (訳) (1979). 狂気の烙印——精神病の社会学—— 誠信書房)
- 精神障害者福祉基盤研究会(1984). 精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査 三菱財団社会福祉助成金報告書.
- 島悟・鹿野達男・北村俊則・浅井昌弘 (1985). 新しい抑うつ性自己評価尺度について. 精

- 神医学, 27, 717-723.
- 清水秀美・今栄国晴 (1981). State Anxiety Inventory の日本版(大学生用)の作成. 教育心理学研究, 29, 348-353.
- Shin, S. K., & Lukens, E. P. (2002). Effects of psychoeducation for Korean Americans with chronic mental illness. *Psychiatric Services, 53*, 1125-1131.
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Friedman, S. J., & Meyers, B. S. (2001). Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services, 52*, 1615-1620.
- Strunk, D. R. & DeRubeis, R. J. (2001). Cognitive therapy for depression: A review of its efficacy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 15*, 289-297.
- Tajima, M., Akiyama, T., Numa, H., Kawamura, Y., Okada, Y., Sakai, Y., Miyake, Y., Ono, Y., & Power, M. J. (2007). Reliability and validity of the Japanese version of the 24-item Dysfunctional Attitude Scale. *Acta Neuropsychiatrica, 19*, 362-367.
- 田島美幸・中村聡美・秋山剛・大野裕 (2007). 職場復帰の実際 職場復帰のための認知行動療法. *こころの科学, 135*, 61-66.
- Takagaki, K., Okamoto, Y., Jinnin, R., Mori, A., Nishiyama, Y., Yamamura, T., Yokoyama, S., Shiota, S., Okamoto, Y., Miyake, Y., Ogata, A., Shimoda, H., Kawakami, N., Furukawa, T. A., & Yamawaki, S. (2016). Mechanisms of behavioral activation for late adolescents: Positive reinforcement mediate the relationship between activation and depressive symptoms from pre-treatment to post-treatment. *Journal of Affective disorders, 204*, 70-73.
- 丹野義彦 (2001). エビデンス臨床心理学 日本評論社.
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press. (ソーニクロフト, G. 青木省三・諏訪浩監訳 (2012). 精神障害者差別とは何か 日本評論社)
- Tolin, D., McKay, D., Forman, E. M., Klonsky, E. D., & Thombs, B. D. (2015). Empirically supported treatment: Recommendations for new model. *Clinical Psychology: Science and Practice, 22*, 317-338.
- 豊田秀樹 (編著) (1998). 統計ライブラリー 共分散構造分析 [入門編] ——構造方程式モデリング—— 朝倉書店.
- 豊田秀樹 (編著) (2003). 統計ライブラリー 共分散構造分析 [疑問編] ——構造方程式モデリング—— 朝倉書店.
- Tsang, H. W., Ching, S. C., Tang, K. H., Lam, H. T., Law, P. Y., & Wan, C. N. (2016). Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A

- systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 173, 45-53.
- Uchino, T., Maeda, M., & Uchimura, N. (2012). Psychoeducation may reduce self-stigma of people with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Kurume Medical Journal*, 59, 25-31.
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 467-478.
- Watson, A. C., & Corrigan, P. (2005). Challenging public stigma: A targeted approach. In P. W. Corrigan (ed.), *On the stigma of mental illness* (1st ed., pp. 281-295). Washington: American Psychological Association.
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1312-1318.
- World Health Organization (2001). *The World health report: 2001*. Switzerland: World Health Organization.
- World Psychiatric Association (2002). *Schizophrenia –Open the door- the WPA global programme against stigma and discrimination because of schizophrenia*. (WPA 日本精神神経学会 (監訳) (2002). こころの扉を開く——統合失調症の正しい知識と偏見克服プログラム—— 医学書院.)
- 山本真理子・松井豊・山成由紀子 (1982). 認知された自己の諸側面の構造. 教育心理学研究, 30, 64-68.
- Yanos, P. T., Lucksted, A., Drapalski, A. L., Roe, D., & Lysaker, P. (2015). Interventions targeting mental health self-stigma: A review and comparison. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38, 171-178.
- Yanos, P. T., Roe, D., West, M. L., Smith, S. M., & Lysaker, P. H. (2012). Group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness: Findings from a randomized controlled trial. *Psychiatric Services*, 9, 248-258.
- Yanos, P. T., West, M. L., Gonzales, L, Smith, S. M., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2012). Change in internalized stigma and social functioning among persons diagnosed with severe mental illness. *Psychiatry Research*, 200, 1032-1034.
- Yen, C. F., Chen, C. C., Lee, Y., Tang, T. C., Yen, J. Y., & Ko, C. H. (2005). Self-stigma and its correlates among out patients with depressive disorders. *Psychiatric Services*, 56, 599-601.
- 吉岡久美子・中根允文 (2015). メンタルヘルスリテラシー10年後研究 インターネット調査を活用した検討. 精神医学, 57, 909-917.