

特 集

心病める人の体験

獨協医科大学 臨床心理士

船場美佐子

1. 問題と目的

カウンセリングには、多種多様な悩みを抱えた人達が訪れる。年齢や性別はもちろん、抱えている病もまた、様々である。

面接室の中で、私は、心病める人（以下、クライアントと記述する）の語りに出会う。その語りは、クライアントの心の内を表している。一見、カウンセリングとは、クライアントの心の内と、カウンセラーの心の内のやりとりという、当事者同士にとっては広いが、客観的に見ると、狭いやりとりのように思われるかもしれない。しかし、クライアントの語りの背後には、その人の置かれた環境や、生活などが、幅広く含まれている。

心病めるクライアントも、治療に携わる者も、みな、ひとりで生きているわけではない。私たちの多くは、家族という小さな集団に属しているし、さらには、学校や会社などの集団に属している。また、ある地域に根付いて生活しているのである。

クライアントの語りに出会い、私は、彼らの生活は、平坦ではないことを知った。それは、語りに出会うたびに痛切に感じられるようになった。そして、心病める人々には、まるで、“社会の壁”なるものが存在するのではないかと感じる事がしばしばある。

今の世の中で、心病める人の生きづらさを目の当たりにしている人はどのくらいいるのだろうか。心の病についての理解が進みつつあるとはいえ、心病める人と実際に接し、その人の生きづらさを肌で感じたことがある人は、そう多くはない。

そこで、心病める人は、社会生活において、どのような“社会の壁”に出会い、どのような気持ちを抱えているのか、この場を借りて体験を紹介するとともに、“社会の壁”と“心病める人の、病に対する態度”について考察したいと思う。

2. 心病める人の体験—それぞれの気持ち

ここで、クライアントの体験について紹介したいと思う。なお、プライバシーの保護のため、名前をはじめ、

一部情報を変更した。

i) 「新しい環境の中で、自分の時間を生きる」

—智子の場合

智子と出会ったのは、彼女が高校2年生になってまもなくのことだった。2年生になってから、ほとんど学校に行けなくなってしまった。学校に行けたとしても、お腹が痛くなるため、保健室で過ごすのがやっとであった。彼女は、自ら、養護の先生に助けを求めた。「心の調子が悪い」という自覚があったからだという。養護の先生は、親身に相談にのった上で、精神科を紹介した。智子は、「今まで、友達の前で明るく振舞ってきたけれど、もう我慢の限界にきたんです。ずっと、“顔で笑って心で泣いて”みたいにするのは、無理なんです。」と落胆した表情で語った。

智子が“我慢の限界にきた”というのは、その通りなのだろう、と私は思った。智子が物心ついたとき、両親は仲が悪く、喧嘩ばかりしていた。その両親をつなぎとめておきたくて、智子は、自分の本心を押し殺して、聞き分けのいい子を演じたり、親のご機嫌をとったりして、無理を重ねてきた。幼稚園の頃には、辛い気持ちが募って、ひとり家を飛び出して、家から遠く離れた道を、ぼんやりと歩いていたこともあった。

高校生になった智子は、それまで使い続けてきた、“我慢する”という方法では、生活が立ち行かなくなっていた。「今まで、ふたをしてきたはずの箱が開いて、過去の辛い出来事があふれ出てきたみたい。」と語った。学校に行く際にも、極度の不安と緊張のため、精神的なゆとりはなかった。前の晩に、学校に着いてからの過ごし方を計画し、全てを計画どおりにこなさないと、気持ちが落ち着かず、パニックになって涙が出てくるようになった。前の晩に考えすぎて疲れたために、学校に間に合うように朝起きることもできなくなっていた。また、自分の心の動きを抑えながら、友達の前で明るく振舞うことなど、もはやできなかった。学校から帰宅してからも、気持ちの整理のために多くの時間を費やしていた。家族は、彼女の調子が悪いことに気が付いていたようだが、

智子によると、「私のことを、そんなに辛いとは思っていないみたい。…過去のことを思い出しても、仕方がないと言われて…」と、ひとりで悩んでいる様子が窺えた。

ある時、智子は、学校の先生からのアドバイスを参考にして、その時通っていた高校を辞め、時間にゆとりができる通信制の高校に転入することを決めた。「やっぱり、考える時間があつたほうがいいので、通信制に行くことにします。…元の高校のみんなには、“通信制に行つて良かった”って言えるくらい、充実した生活をした」と自分に言い聞かせるかのように語つた。しかし、その時、心の中には迷いがあつたことと思う。“心の病を抱えて、高校の中でひとりだけ、みんなと違う道に進む自分”や、“親は本当は転入してほしいくないみたい”、“近所の人からどんなふうに思われるのだろうか”ということ意識して、一時的に不安が高まっているように思われた。

その不安を乗り越え、智子は通信制の高校に転入した。週1日だけ通学して、それ以外は自分で勉強している。「勉強はけっこう楽しいし、時間にもゆとりがあつて、私には合つてると思う」と語つた。その後、アルバイトもはじめ、忙しくも充実した毎日を送っているようだ。

元の高校の学校生活や、同級生とのやりとりが無理をして適応しようとしてきた智子は、学校の同級生、家族や近所の目を気にしながらも、自分らしい進路を選ぶことになった。通信制の高校に転入してからの智子は、自分の時間を生きはじめたように感じられた。

ii) 「家族に受け入れてもらえないこと」

一京子の場合

京子は、会社員として、事務の仕事を手数年続けてきた。しかし、職場で、顧客の対応を任された時に、うまく対処できないことが続き、うつ状態に陥ってしまった。カウンセリングでは、「顧客が何を言っているか分からないし、周りの人に対処の仕方を聞いても、1度で理解できない。だから、みんなに迷惑がられてしまう…」とか、「会社に復帰するのは、無理です」と、強い不安の表情を浮かべていることが多かった。

京子は、うつ状態が改善するまで、休職して家で過ごすことになった。ところが、京子の母親は、感情表出が著しいタイプであったため、京子の家での生活は、必ずしも心地良いものではなかった。

また、京子の住んでいる地域は、近所同士の関係が密接であり、しばしばお互いの家を行き来してお茶をのんだりする習慣があるため、常に近所の人目にさらされる環境であった。「近所の人、うちにいつもお茶のみにくるんだけど、会いたくない。私がうつで会社休んで

るってこと、知らないから。“どうしたの？”って言われたくないし。だから、昼間は、部屋から出ないようにしてるんです…」と言い、京子は遠慮がちに暮らしていた。

彼女の個人的なものの捉え方が影響している可能性があるのだが、ある時は、「親が、早く会社に復帰しろって…。でないと、家から出て行けっていうんです…」と言つたり、またある時は、「私が病気で会社休んでるってことは、(近所に住んでいる)兄嫁は知らないんです…。秘密なんですよ…。親も兄も、近所の目を気にして、他の人に言いたがらないんですね、私の病気のことは…」と悲しそうに語つたりすることもあつた。

京子は、家族の言動から、“仕事に復帰しない自分はいらない”、“病気で家にいる自分は恥である”というメッセージを受け取っていたようだった。身近な家族から、受け入れられていないように感じた彼女は、安心できる居場所が見つからないようで、孤立感を深めているように感じられた。

iii) 「心の病を抱えながら職場に復帰すること」

一弘の場合

弘は、会社の事務系の職員で、中間管理職をしている。もともと几帳面で、あらゆる仕事を丁寧にこなしていた。ある時弘が配属された部署では、事務系の職員と技術系の職員が、協力して仕事にあたらなければならなくなつた。ある製品を紹介するために、初めて、イベントを開催することになったのだ。

イベントの準備は、難航していた。事務系と技術系の職員の間では、もともとあまり交流がなく、文化も違うため、情報を共有するという基本的なことでさえできなかった。また、技術系の中間管理職がイベントの準備の中心を担っており、事務系には技術系の準備の進行状況などの情報が与えられないことや、事務系の上司は仕事に関心がなく、部下である弘に指示を出すこともないため、弘は両者に挟まれる立場となり、身動きが取れなくなってしまった。そのような、特殊な職場の人間関係の中で、弘はうつ状態に陥つた。

弘は、「今の状態では、仕事はできない。会社を辞めるしかない」と思ったという。そんな時、会社の相談室の存在を知り、尋ねることになった。そこで、精神科の産業医(後の主治医)と出会い、“ゆっくり休むことが大切です。必ずよくなりますから。”と言われ、初めて、「“休む”という選択肢があるのか」と思った。それは彼にとって、思いもしない、新鮮な発見だった。

その後、弘は休職した。「休職することが、“昇進”にひびくかもしれない」といい、人生がそこで断絶したか

のような不安を抱えながらも休むことを選び、世間体を気にして、「精神科に通う」ということに抵抗を感じながらも、主治医が勤務する病院を訪れた。

治療が始まり、しばらくして、弘は元気を取り戻した。弘は、語ることによって、今までの人生の中の、辛かった思い出や楽しかった思い出が、一本の線になってつながっていくのを感じた。そして、不安を抱えながらも、今を生きることができるようになった。家では、妻を手伝って家事をするようになり、好きな読書にも没頭した。次第に、職場に復帰にすることにも、前向きになっていった。そこで、主治医である職場の産業医は、職場の人事担当の上司と連携をとり、リハビリ出勤をはじめることになった。

リハビリ出勤は、休職期間に始められた。弘は、「最初、会社に行って、ドアを開けるのがとても不安です」と言った。「職場の人は、自分がうつで休んでいることを知っている。どんな目で見られるのか、心配だ…」とか、「ずっとパソコンを触ってない。分からないことだらけになっているんじゃないか。仕事についていけないんじゃないか」など、いくつもの心配を抱えていた。

しかし、彼の予想に反して、リハビリ出勤初日は、ドアを開けた途端、楽な気持ちになった。同僚は、彼に注目するわけでもなく、静かに仕事に取り組んでおり、以前と変わらず、いたって普通に迎えてくれたのだ。このような、同僚の自然な受け入れによって、彼は、リハビリ出社の第一歩を踏み出すことができた。

リハビリ出社は、段階を踏んで行われた。2週間ごとに、新しい目標が決められた。例えば、最初の2週間は、第1段階として、午前中のみ出社し、机の整理や書類の整理をしながら、職場の雰囲気になれるという具合である。それを達成すると、次は、午前中のみ勤務により、書類の校正などの負担の少ない作業をする第2段階へと進む。そして、第3段階は、1日の勤務となり、仕事の内容も、やや負担の大きいものになっていく。なお、第1段階から第3段階までは、割り振られた仕事をするのが基本になっており、同僚や上司とのやりとりは少なくすむようにしてある。しかし、第4段階では、復帰してからのことを想定して、1日の勤務の中で、同僚や上司との話し合いをしながら、自ら仕事を見つけて作業に取り組むことになるという計画に沿って進められた。

弘のリハビリ出社は、順調に進んだかに見えた。実際、第3段階までは、特に問題はなかった。しかし、第4段階に進むと、対人関係での悩みを抱えた。彼のリハビリ出勤を管轄している人事の担当者は、産業医である主治医と連携し、リハビリ出社の計画を立ててくれたところまではよかったものの、その後の弘に対するフォローが

充分ではなかったらしい。弘は、1人で悩んだ末、心細さを感じながらも、勇気を振り絞って、人事の担当者に、「定期的に面接をして、相談したい」と申し出た。その人事の担当者は、弘のリハビリは、順調に進んでいると感じており、弘が1人心細さを感じていたことに驚きながらも、それを理解してくれて、定期的に面接をし、サポートしてくれることになった。

それから弘は、順調にリハビリ出勤を達成し、現在は、正式に職場復帰している。主治医である産業医の提案もあり、以前より、精神的負担の少ない部署に異動し、毎日平穩に働いている。「異動の時に参加した歓送迎会で、みんなにうつのことを知って欲しくて、自分の体験を話しました。そうしたら、みんな、意外に、嫌な顔をするわけでもなく、聞いてくれていました」と、自分が受け入れられたと感じ、嬉しく思ったようであった。

弘は、休職期間とリハビリ出勤期間を振り返り、語った。「自分が、精神科にお世話になるなんて、すごく抵抗がありました。それに、周りの人たちが、自分が抱えている病気を、偏見の目で見るとは思いませんでした。でも心配でした。“うつ”になると、心細くなって、いろんなことが気になりだすんですね。病名が入った診断書が、職場の人の目にふれるようなファイルに保存してあったときには、憤りを感じましたね。…でも、復帰してみて、周りの人たちも、自分に気を遣って、そっとしておいてくれたのかなあって、今になってから思うんです。職場の人もそうだし、家族にも、随分支えられたと思います」この語りからは、体験した人の言葉の重みを感じられた。産業医と職場が協力して、職場の受け皿の下地を用意し、さらには心細さを感じながらも、弘自身が勇気を持って職場への働きかけたことが効を奏して、職場復帰が順調に進んだものと考えられる。

iv) 「友達や家族に支えられること」

—昌子の場合

昌子は、ある日出かけた買い物先で、突然不安に襲われ、呼吸が苦しくなり、その場に座り込んでしまった。それ以来、「また、あの時のようになるのではないか」という予期不安に襲われ、人ごみの中に入ったり、遠くまで車を運転して出かけることが極度に苦手になった。また、仕事の合間の休憩時間や、仕事のない休日には、ほっとするためなのか、気分がすぐれないことが多く、せっかくの休みを台無しにしてしまうことも多かった。

彼女は、長年、趣味のサークルに通っている。その中に、同じ病を抱え、それを克服した友達がいる。よく相談を持ちかける。友達は、「大丈夫だから、気にしないんだよ。」と言ってくれる、心強い存在なのだ。

また、昌子には、楽観的な考え方をする父や妹がいて、その2人にも支えられていた。「なるようにしかならない、なるようになる」って父や妹に言われて、ああ、それもそうだなあ、考えすぎはきっとよくないんだな、って思っ、気持ちを切り替えられるようになりました」と語ることもあった。

彼女には、数人のサポーターがいる。それぞれが、彼女の苦しさに寄り添い、暖かく見守ってくれている。彼女は、「今すぐに治すっていうのは無理かもしれない。でも、不安と付き合いたいこうと思います。友達とか、家族とか、先生にももちろん協力はしてもらってるんだけど、治すのは自分なのかな。例えば、運転中に発作が起きたら、車を止めて休めばいいんだし、自分で対処できると思うんです」と、自信を持てるまでになった。

3. 社会的スティグマとセルフスティグマ

先に、心病める人は、社会生活の中でどのような体験をしているのかを紹介した。その語りに出会った時、私は、彼らが2つの狭間で苦しめられているように感じられた。その1つは、“社会の壁”であり、もう1つは、“心病む人の、病に対する否定的な態度”である。一般的には、“社会の壁”は「社会的スティグマ（偏見）」、「心病む人の、病に対する否定的な態度」は「セルフスティグマ」と捉えることができる。ここでは、「社会的スティグマ」と「セルフスティグマ」とはどんなものなのか具体的に紹介した上で、前述のそれぞれの体験について考察する。

i) 社会的スティグマ

これまで、スティグマあるいは偏見については、様々な説明がなされている。深谷¹⁾は、Haghighat²⁾の理論を紹介している。Haghighatは、スティグマを、要因と要素に分けて説明しており、それを以下に述べる。なお、スティグマを構成する要因と要素は、密接に絡み合っているものである。

1. 要因

Haghighat²⁾は、スティグマについて、心理的要因と社会的要因に分けて説明している。彼の理論によると、スティグマには、4つの源があるという。つまり、①生得的要因、②経済的要因、③心理的要因、④進化論的要因、である。精神障害者（注：“精神障がい者”とする表記する動きがあるが、ここでは漢字表記とした）に対して偏見を持つ人は、生き抜くための防衛手段として、無意識的に偏見を利用していると考えられる。

① 生得的要因

これは、人の社会認知と情報処理に関係している。人

の脳は、肯定的な評価よりも、否定的な評価を優先する³⁾。よって人々は、心や病む人の否定的な側面、例えば、“だらしなくて、奇妙な人”などの誤った判断をしがちである。さらには、情報量が多くなると、脳は、1人の反復した行動を、集団の行動事例として扱う傾向がある⁴⁾。よって、心病む人が事件を起こすと、精神障害者という集団メンバーが起こす事件の1つと捉えられてしまう。

② 経済的要因

社会的競争においては、限りある資源をより多く手に入れるために、スティグマが武器として用いられると言われている⁵⁾。

③ 心理的要因

自己評価の低い人や、欲求不満の高い人は、自己評価を高めるために、他者を侮辱したり辱めたりしがちであるという⁶⁾。つまり、このような人々は、精神障害者を自分よりも劣った存在とみなすことにより、自己評価を高める。彼らは、精神障害の原因を、障害者本人または、その家族にあるとみなすことで、自分自身を正当化する²⁾。同様に、精神障害者との直接的接触を避けることで、緊張状態を避ける。他方、普遍的な価値基準を持たない日本人は、世間を基準とするため、自己や他者の行動や考えが世間から逸脱しているほどずれを感じ、差別感情を抱くという、文化的な要因もある⁷⁾。

④ 進化論的要因

人や動物は、遺伝上、自然界の危険、病気など、あらゆる危険を避けるようにできている⁸⁾。したがって、“精神障害者なので危険”と考えられている人々は、その遺伝子がゆえに差別され、避けられる。

2. 要素

Haghighat²⁾は、スティグマは3つの要素から構成されていると指摘する。つまり、情緒レベル（例：不安）、行動レベル（例：精神障害者には部屋を貸さない）、認知レベル（例：統合失調症は危険である）である。偏見を持つ人は、自分の偏見と態度の間に一貫性がかけることにより、ある程度の不快感を抱く⁹⁾。その認知不協和の結果を減らすために、人は自分のステレオタイプな見方を支持するような情報を探して態度を微調整したり、「私は誰に対しても偏見を持っていない」ということで、自らの偏見を否認する¹⁰⁾。

ii) セルフスティグマ

Link¹¹⁾は、精神疾患を抱えた人は、精神疾患を罹患する以前から、精神疾患への社会的なスティグマを持っており、罹患後は、これまで持っていたスティグマが自分自身のラベリングに繋がっていくことを指摘している。つまり、患者自身が持つ精神疾患へのスティグマに

よって、患者は、社会的スティグマを受ける存在であると、自分自身をみなしてしまうのである。このような、患者自身が持つスティグマは、米国においてセルフスティグマと呼ばれている^{12,13)}。

セルフスティグマは、精神疾患からの回復にとっては、大きな妨害要因となることが指摘されてきた¹³⁾。具体的には、セルフスティグマは、自尊感情、つまり、自分のことを受け入れ好ましいとする感情を損なわせるといわれている。また、患者の家族も、家族内に精神疾患患者がいるということにスティグマの意識を持ち、自尊感情が低下していることも指摘されている¹⁴⁾。さらに、セルフスティグマは、治療意欲を失わせ、自信を減じることや、社会参加をためらわせるという結果をもたらすといわれている^{13,15)}。

iii) クライアントの体験から窺えた社会的スティグマとセルフスティグマ

家族の受け入れ態勢ができていない京子の場合、その母親は、世間体を大切にする人であり、そのため、“世間からのずれ”を快く思わなかったと考えられる。また、京子の生活する地域は、保守的なところであり、“心を病んでいる”ことに開かれていないようでもあった。京子は、社会的スティグマを強く実感するとともに、セルフスティグマをも強く意識していたと思われる。そのため、京子は、心の居場所を失い、「私が職場に復帰しても、使い物になるはずがない」という発言にも見られるように、次第に自己効力感が低くなり、社会生活への参加をためらうようになったと考えられる。

職場に復帰した弘、通信制の高校に転入した智子の場合、“社会から見て、自分はどのように映るのだろうか”ということに気をつけ、やや弱気になることもあったが、自信をひどく失うことなく、それぞれに新たな社会生活に参加することができている。この2人は、医師をはじめ、職場の人事担当者や、学校の養護教諭など、複数のサポートが得られたことも支えになっていると思われる。さらに、弘の場合、人事担当者が職場の同僚達に接し方についてのアドバイスをしており、職場内に多少なりとも病気への理解が生まれ、自然な雰囲気でも弘を迎え入れてくれ、社会的スティグマを意識する場面が少なかったことも、本人にとっては、助けになったと思われる。

昌子の場合、医師はもちろん、友達や家族などの良き理解者に恵まれ、周囲に受け入れられ、支えられていることが見てとれる。前述の4人の中では、最も、社会的スティグマからも、セルフスティグマからも縁遠いようである。彼女は、自身の病気を受け入れている。また、仕事にも熱心に取り組んでいる。彼女のこれからの目標

は、新幹線に乗って旅行をすること、だという。自己効力感が高く、新たな目標に挑戦しようとする姿勢が印象的である。

村瀬・青木¹⁶⁾は、「いくらか経過が長くなると、症状というよりも、ふだんの生活や家族関係のほうが、人としてのあり方の質に影響してくる」と指摘している。それだけ、生活の場や、人間関係、家族関係という、心病める人をとりまく環境は、その人にとって、重要な位置を占めることになる。同様に、環境から派生する社会的スティグマも、患者の持つセルフスティグマと相互作用を起こして、心病める人のあり方に色濃く影響するのではないかと、4人の体験を振り返って考えさせられた。

4. まとめと今後の展望

前述のそれぞれの体験からも、心病める人の社会生活において、社会的スティグマとセルフスティグマは大きく影響するものであることが明らかになった。そこで、いかにすれば、心病める人の社会生活における精神的な負担が減るのか、文献に照らして考えてみたい。

社会的スティグマとその形成過程については、これまでに研究が進み、昨今では、WPA（世界精神医学会）を中心としたAnti-Stigmaプログラムに沿った、精神疾患へのスティグマ解消運動が効果をあげていることは周知のとおりである¹⁷⁻¹⁹⁾。社会的スティグマの除去に関して、深谷¹⁾は、①教育、②接触（交流）、③法的・政策的介入という3つの方法が効果的であると指摘している。教育とは、話し合いやロールプレイ、あるいは正確な情報を伝えることにより、スティグマの要素の1つである、“認知”に働きかけることである。実際に、教育の有効性を実証する研究結果も得られている²⁰⁾。また、接触（交流）は、情緒レベルの介入であり、Haghighatによると、直接接触は、スティグマの構成要素でもある、恐怖や不安といった感情をやわらげると位置付けられている。しかしながら、接触の質、つまり、接触（交流）の期間、頻度、内容、それに対する接触者の評価などが明らかにされていないという現状では、さらなる取り組みが必要と考えられる。法的・政策的介入に関して、精神障害者への市民の態度を変えるには、地域住民が参加して行う活動により変化をもたらす協調的方法（市民教育）と、地域の統合を図るために、政策的・法的取り組みを推進することにより、変化をもたらす構造的な両方が必要である²¹⁾との指摘がある。

一方、セルフスティグマに対する系統的な介入と効果の検討は、なされていない。しかしながら、下津ら²²⁾は、臨床経験の中から、4つのアプローチが可能であろうと指摘している。つまり、①セルフスティグマを治療者と

共有すること, ②セルフスティグマが高い患者に対しては, より手厚いケアやサポート資源を増やす働きかけを行うこと, ③セルフスティグマが高いことによって損なわれる自分を受け入れ, 好ましいとする見方を回復すること, 具体的には, “できている部分” に注目し, 意識させること, ④セルフスティグマ自体の低減を狙った介入をすること, である。さらに, 例えば, 「心の病である自分はダメ人間である」という認知に対する認知行動療法的アプローチの有用性や, セルフスティグマの低減を目的の1つとして, 心理教育の効果検討を含めた展開も望まれる, と指摘している。

さて, 心病める人と接する者として, 日頃できることは何だろうか, と最後に改めて考えてみたい。先日, ある看護師と精神保健福祉士の話を目にした。デイケアの患者とともに, 活動の一環として, レストランに出かける相談をしていた。看護師は, 大勢の患者とともにレストランに出かけると, 周りの人達が驚くと思っている様子だったが, 精神保健福祉士は, 「前もって, レストランに予約の電話をしておきましょう。そうすれば, お店の人も配慮してくれると思うんです。…私達が社会に働きかけないで, 誰が働きかけるんですか!」と, 力強く語った。むしろ大切なのは, 心病める人たちと関わる私たちの, このような草の根運動なのかもしれない。

謝 辞 本稿執筆にあたり, ご指導いただきました, 秋山一文教授, 臨床心理士の小西徹先生に, 心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) 深谷裕: 精神障害者に対する社会的スティグマの除去 3つのアプローチ: 教育・接触・制度政策. 精神科リハビリテーション雑誌, **8**(2): 81-87, 2004.
- 2) Haghghat R.: A unitary theory of stigmatization: Pursuit of self-interest and routes to destigmatization. *British Journal of Psychiatry*, **178**: 207-215, 2001.
- 3) Kanouse DE, Hanson LR Jr.: Negativity in evaluations. In EE Jones, DE Kanouse, HH Kelley (eds) *Attributions: Perceiving the causes of behaviour*, pp.47-62. General Learning Press, Morristown, NJ, 1972.
- 4) Read J, Law A.: The relationship of causal beliefs and contact with users of mental health services to attitudes to the “mentally ill”. *International Journal of Social Psychiatry*, **45**(3): 216-229, 1999.
- 5) Sherif M.: *Group Conflict and Cooperation: Their social psychology*. Routledge & Kegan Paul, London, 1966.
- 6) Wills TA.: Downward comparison principals in social psychology. *Psychological Bulletin*, **90**: 245-271, 1981.
- 7) 白石大輔: 精神障害者への偏見とスティグマ: ソーシャルワークリサーチからの報告. 中央法規出版, 1994.
- 8) Buss D.: *Evolutionary Psychology*. Allyn & Bacon, Boston, 1999.
- 9) Monteith MJ.: Affective reactions to prejudiced-related discrepant responses: The impact of standard salience. *Personality and Social Psychology Bulletin*, **22**: 48-59, 1996.
- 10) Simon L, Greenberg J, Brehm J.: Trivialization: The forgotten mode of dissonance reduction. *Journal of Personality and Social Psychology*, **68**: 247-260, 1995.
- 11) Link, B.G.: Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *Am. Sociol. Rev.*, **52**: 96-112, 1987.
- 12) Corrigan, P.W. and Watson, A.C.: The paradox of self-stigma and mental illness. *Clin. Psychol.*, **9**: 35-53, 2002.
- 13) Holmes, E.P. and River, L.P.: Individual strategies for coping with the stigma of severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, **5**: 231-239, 1998.
- 14) Wahl, O.F. and Harman, C.R.: Family views of stigma. *Schizophr. Bull.*, **15**: 131-139, 1989.
- 15) Wright, E.R., Gronfein, W.P. and Owens. T.J.: Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. *J. Health Soc. Behav.*, **41**: 68-90, 2000.
- 16) 村瀬嘉代子, 青木省三: 心理療法とは何か—生きられた時間を求めて—. 金剛出版, 2004.
- 17) Corrigan, P.W., Watson, A.C. and Ottati, V.: From whence comes mental illness stigma? *Int. J. Soc. Psychiatry*, **49**: 142-157, 2003.
- 18) Pinfold, V., Huxley, P., Thornicroft, G. et al: Reducing psychiatric stigma and discrimination: Evaluating an educational intervention with the police force in England. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, **38**: 337-344, 2003.
- 19) World Psychiatric Association: *Schizophrenia—Open The Door—The WPA Global Programme Against Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia*. WPA, 2002. (日本精神神経学会監訳: 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, 東京, 2002.)
- 20) Wahass S, Kent g. : A comparison of public attitudes in Britain and Saudi Arabia towards auditory hallucinations. International Journal of Social psychology. Psychological Bulletin., **90** : 245-271, 1981.
- 21) Baron RC. : Changing public attitudes about the mentally ill in the community. Hospital and Community Psychiatry., **32**(3) : 173-178, 1981.
- 22) 下津咲絵, 堀川直史, 坂本真士, 坂野雄二 : 統合失調症におけるセルフスティグマとその対応. 精神科治療学, **20**(5) : 471-475, 2005.