うつ病罹患者に対する信念のプロトタイプ分析^{1,2}

——日本人大学生の場合——

榎原 潤^{3,4} 東京大学

Prototype analysis on beliefs about people with depression: Examining Japanese university students

Jun Kashihara (University of Tokyo)

The present studies examined what kinds of beliefs are typically held about people with depression based on data from samples of Japanese university students. Study 1a utilized text describing people with depression that was divided into categories, and examined which categories were most frequently described. In Study 1b, participants rated how much they agreed with the beliefs categorized in Study 1a. A similar approach was taken in Study 2a (qualitative) and 2b (quantitative), in order to examine prototypic negative beliefs. Results from Study 1a and 1b indicated that prototypic beliefs were the “serious and working too hard” belief in regard to characteristics of people with depression, and the “taking too much things on oneself” belief related to personal responsibility. Results from 2a and 2b indicated that prototypic negative beliefs were the “gloomy” belief in regard to characteristics of people with depression, and the “mental weakness” belief related to personal responsibility. Implications for research on stigma toward people with depression are discussed.

Key words: depression, people with depression, beliefs, stigma, prototype analysis.

The Japanese Journal of Psychology

2016, Vol. 87, No. 2, pp. 111–121

J-STAGE Advanced published date: March 10, 2016, doi.org/10.4992/jjpsy.87.14071

うつ病は、自殺の既遂（Clark & Fawcett, 1992）や失業（Gilbody, Bower, & Rick, 2012）のリスクファクターであることが指摘されている。うつ病から生じうる社会的損失の重大さや、専門的な治療の利用率が大半の国で 30% 未満にとどまる（World Health Organization, 2012）ことを考慮すれば、うつ病治療の利用促進は現

在国際的に重要な課題となっていると考えられる。

うつ病治療の利用促進に向けて着目すべき問題のひとつが、うつ病罹患者に対するスティグマの問題である。スティグマとは、一般の人々が特定の集団に対しネガティブな内容でのステレオタイプ化を行い、結果的にその集団との社会的距離を広げてしまう、という一連の過程を指す概念として定義される（Link & Phelan, 2001）。うつ病罹患者の間では、スティグマを知覚するほど治療機関を利用する意図が弱まることが示され（Sherwood, Salkovskis, & Rimes, 2007）、非罹患者の間でも、うつ病を含む精神疾患の罹患者に対するスティグマ的信念が強いほど、罹患者に専門的な治療の利用を勧める意図が弱まると報告されている（Jorm, Blewitt, Griffiths, Kitchener, & Parslow, 2005）。スティグマの問題の解消に向けては、社会的距離の拡張に至る過程の起点となるネガティブな信念、すなわちスティグマ的信念を低減する方法が盛んに検討されてきた。その例としては、うつ病の知識啓発キャンペーンを実施してスティグマ的信念の低減効果を検討した Paykel, Hart, & Priest (1998) が挙げられる。

Correspondence concerning this article should be sent to: Jun Kashihara, Collage of Humanities and Sciences, Nihon University, Sakurajosui, Setagaya-ku, Tokyo 156-8550, Japan. (E-mail: better.days.ahead1121@gmail.com)

¹ 本研究は日本学術振興会科学研究費補助金（特別研究員奨励費、研究課題番号 15J10159）の助成を受けた。

² 本研究の内容の一部は、Association for Psychological Science 年次大会（2014 年）および日本パーソナリティ心理学会第 23 回大会（2014 年）において発表された。

³ 現所属：日本大学（日本学術振興会特別研究員）

⁴ 本論文の執筆にあたり、下山 晴彦先生（東京大学）にご指導をいただきました。また、川崎 隆先生（東京大学）に草稿へのコメントをいただき、横山 克貴さん（東京大学）に研究 1a, 2a でのデータの再分類にご協力いただきました。ここに記して謝意を表します。

うつ病を含む精神疾患罹患者に対するスティグマ的信念が、どのような過程を経て罹患者との社会的距離の拡張へとつながるのかという点に関しては、これまで Corrigan ら (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, & Kubiak, 2003; Corrigan & Shapiro, 2010) のモデルに基づく説明がなされてきた。Corrigan らのモデルは、精神疾患罹患者と非罹患者との間で社会的距離が拡張する過程として 2 種類が存在することを主張している。第一の過程は、罹患者の特徴に関して「危険 (暴力を振るってきそうだ)」という信念を抱くことで、恐怖の感情が喚起され、罹患者を回避する行動が生じやすくなる、というものである。第二の過程は、疾患の原因を罹患者の内的かつ統制可能な要因、つまり「罹患者の責任」に帰属する場合に、「自己責任で発症を防げたはずなのに、なぜ努力しなかったのか」などと批判的に考えることから怒りの感情が喚起され、非罹患者が罹患者を進んでサポートしなくなる、というものである。前者は、統合失調症罹患者に対するスティグマを検討した調査 (Angermeyer & Matschinger, 1996) から帰納的に導かれた過程であり、後者は、Weiner (1995) の原因帰属と責任判断に関する理論に基づくものである⁵。このモデルを支持するデータは、Corrigan et al. (2003) など、統合失調症罹患者に対するスティグマを検討する質問紙調査において得られてきた。うつ病罹患者に対するスティグマを検討した近年の研究でも、Corrigan らのモデルを前提に、「危険」(Nieuwsma & Pepper, 2010) や「罹患者の責任」(Perry, Pescosolido, Martin, McLeod, & Jensen, 2007) という信念が着目されるに至っている。

しかしながら、うつ病罹患者との社会的距離の拡張につながる信念を効果的に低減するための方法を検討する際に、Corrigan らのモデルを単純に適用した議論を行うことには 2 つの問題があると考えられる。第一に、うつ病罹患者に対しては統合失調症罹患者ほど「危険」という信念が抱かれていないことが示されているため (Angermeyer & Matschinger, 2003), 「危険」という信念から罹患者の回避に至る過程は、うつ病の場合には適合しない可能性が高い。樫原・河合・梅垣 (2014) が指摘するように、統合失調症と主症状の異なるうつ病の場合には、罹患者との社会的距離の拡張につながる、「危険」以外の信念が抱かれている可能性がある。そのため、うつ病罹患者と非罹患者の間の社会的距離

を縮める方法を考えるには、うつ病罹患者の特徴に関してどのような信念が典型的に抱かれているのかをまずは明らかにする必要がある。第二の問題点は、疾患の原因を「罹患者の責任」に帰属した場合には罹患者に対するサポート行動が抑制される、という過程に関するものである。確かに、うつ病の場合にも上記の過程を想定すること自体は可能であろうし、うつ病罹患者に対するサポート行動の促進に向けて「罹患者の責任」の信念を低減するという視点は有用になると考えられる。しかし、一概に「罹患者の責任」といっても、その内容には多様なものがありうる (例えば、自己管理の不足、他者への甘え)。「罹患者の責任」の信念を有効に低減するための方策を考えるには、うつ病の場合に典型的だといえる「罹患者の責任」とは何かを新たに明らかにする必要がある。

うつ病罹患者の特徴に関する信念や「罹患者の責任」にどういった内容のものがあるかに関しては、先行研究から断片的に知見を得ることができる。例えば、「うつ」に関する信念をいち早く検討した Rippere (1981) においては、「活動的な人は怠け者の人よりもうつになりにくい」という考えを回答者の 7 割以上が支持したことが示されている。近年の研究でも、「うつ」に関して「暗い」「責任感の強い人になる」とみなす自由記述が多く得られたと報告されている (勝谷・岡・坂本・朝川・山本, 2011)。しかし、これらの先行研究はあくまでも「うつ」という概念に関する信念を扱ったものであり、罹患者 (= 人) に対する信念に焦点化したデータ収集や分析を行うものではなかった。そのため、罹患者の特徴や「罹患者の責任」に関する信念が多様にありうる中で、どういった内容のものが特に典型的だといえるのかは、先行研究を参照するだけでは明らかにできない。

そこで、本研究では、うつ病罹患者の特徴や「罹患者の責任」に関する信念としてどのようなものがあるかを探索的に検討し、それらの中で特に典型的なもの、すなわち Rosch (1975) の理論でいう「プロトタイプ的」であるものを明らかにする。Rosch (1975) は、特定の概念に関してはそれを表象するエグゼンプラ (事例) が存在し、エグゼンプラの中には概念を最も明確に表象しているプロトタイプ (典型的) なものが存在するとしている。Rosch (1975) の理論を背景に、例えば「愛」に関するプロトタイプ的なエグゼンプラを明らかにする研究 (Fehr, 1988) が行われてきたが、本研究もそうしたプロトタイプ分析研究のひとつとして位置づけられる。これらの検討を通し、うつ病罹患者に対する信念と社会的距離との関係性を今後検討するための基礎となる知見を得ることが、本研究の目的である。

上記を検討するために、本研究は主に 2 つのアプローチを用いる。第一に、「愛」に関するプロトタイプ分析 (Fehr, 1988) と同様に、自由記述データの分

⁵ Weiner (1995) は、身体疾患・精神疾患罹患者に対するスティグマと原因帰属の関係を論じる中で、罹患者の内的要因の中でも行動的・精神的要因は統制可能であり、身体的 (遺伝的・生物学的) 要因は統制不可能であると区分した。この区分を踏まえ、本研究では、うつ病発症の原因帰属について論じる際に、罹患者の内的要因のうち身体的要因以外を、統制可能性が少なからずある要因、すなわち「罹患者の責任」とみなすこととした。

析（研究 1a, 2a）と別サンプルでの量的評定（研究 1b, 2b）を併用する。自由記述データのカテゴリ分析を行えば、うつ病罹患者の特徴や「罹患者の責任」についてどのような内容の信念が存在するかを探索的に検討でき、各信念について記述を行った人の割合の大小を検討できる。さらに、自由記述で得られた内容を別サンプルの回答者に提示し、各信念についてどの程度「そう思う」「典型的である」とみなすかの量的評定を求めれば、数ある信念の中で特にプロトタイプの捉えられているものは何かという問いをより直接的に検討できるだろう。

第二に、うつ病罹患者に対する全体的なイメージの自己報告を回答者に求める（研究 1a, 1b）のみならず、「罹患者に対する偏見」の想起を回答者に求め、信念の中でもネガティブな内容のものを抽出することを試みる（研究 2a, 2b）。回答者が抱く信念について自己報告を求めるだけでは、社会的望ましさを考慮した回答が行われる、ネガティブな信念を持つことに回答者が自覚的でない、といった要因が影響する可能性があり、比較的ポジティブな内容の信念に検討対象が偏ってしまうことが懸念される。上記のような偏見の想起を求めれば、「社会一般で抱かれている偏見として回答者が捉えているもの」という間接的な形でこそあれ、ネガティブな信念の中で何がプロトタイプのものかを検討できるだろう。

なお、複数の研究を実施する際の負担を考慮し、本研究では日本の大学生を対象とした便宜的なサンプリングを行う。また、信念の内容に文化差が存在する可能性を考慮し、外国人回答者のデータが含まれる場合には、それらを除外した上で分析を実施する。日本人大学生の場合に着目した検討を行うことで、他の社会階層・文化における信念を検討する上での参考ともなりうる知見を示すことを本研究は意図している。

研究 1a

研究 1a では、うつ病罹患者の特徴⁶や「罹患者の責任」についてどのような内容が想起されやすいのか、自由記述データを分析して検討する。

方法

回答者 東京都内の大学に通う大学生 139 名の回答を得た。そのうち、外国籍 3 名を除く 136 名（男性

37 名、女性 96 名、不明 3 名）を分析対象者とした。分析対象者中、年齢を記入したのは 133 名であり、平均年齢は 20.37 歳（ $SD = 3.13$ ）であった。

質問紙の構成 まず、うつ病罹患者の特徴について想起するものを尋ねる質問文を提示し、「うつ病の人は」以降を空欄とした自由記述欄 2 個を提示して、続く文章の補充を求めた。次に、うつ病になる原因について想起するものを尋ねる質問文を提示し、「うつ病になる原因は」以降を空欄とした自由記述欄 2 個を提示して、続く文章の補充を求めた。

調査手続き 無記名の質問紙調査を、大人数講義の終了後に集団実施した。回答者には、調査への参加が任意であること、個人情報収集は行わないこと、回答を途中で取りやめても良いことを、事前に書面および口頭で説明した。調査の実施については、東京大学ライフサイエンス研究倫理支援室の倫理審査委員会による事前の承認を受けた（承認 No. 13-111, 14-11）⁷。

結果

うつ病罹患者の特徴に関する自由記述の分析 うつ病罹患者の特徴を問う設問から得られた自由記述は 260 件（平均記述数 1.91 件、 $SD = 0.28$ ）であり、これらの記述から 278 個のラベルが得られた。まず、著者がこれらのラベルを、罹患者の特徴に言及したもの、罹患者に対する感情や社会的距離と重複するもの、その他、という 3 群に分類した。その上で、著者が群ごとに、KJ 法（川喜田, 1967）を援用して、内容の共通性をもとにラベルを小カテゴリに分類した。さらに、小カテゴリの内容の共通性をもとに大カテゴリへの分類を行った。

また、分類の客観性を検討するため、本研究の目的を知らない協力者 1 名（臨床心理学専攻の博士課程大学院生）にデータの再分類を依頼した。具体的には、著者が抽出した小カテゴリの名称と定義を提示し、ラベルを小カテゴリへと分類するよう求め、さらに大カテゴリの名称と定義を提示して、小カテゴリを大カテゴリへと分類するよう求めた。著者と協力者の分類の一致率を求めたところ、小カテゴリへの分類に関して $\kappa = .82$ 、大カテゴリへの分類に関して $\kappa = .95$ と、それぞれ高い値が得られた。分類が一致しなかったラベル（278 個中 46 個）と小カテゴリ（22 個中 1 個）については著者と協力者で分類を協議し、Table 1 に示す分類結果を得た。

うつ病罹患者の特徴に言及した大カテゴリは 4 種類が得られた。無気力で雰囲気为重苦しいイメージを指す「暗い」、思考と行動の両面において過剰になるイメージを指す「まじめ・がんばりすぎる」、気分や感

⁶ うつ病罹患者の特徴に関して自由記述を求めた場合には、罹患者に対する感情や社会的距離と重複する記述（例えば、かわいそうな人、対人関係が希薄な人）が得られる可能性がある。本研究では、罹患者に対する感情の生起や社会的距離の拡張の起点となりうる信念を抽出することを意図し、「特徴のうち、感情や社会的距離と重複しないもの」に着目することとした。なお、以降は表記の簡略化のため、「特徴のうち、感情や社会的距離と重複しないもの」を指して単に「特徴」と表記することとした。

⁷ 以降の研究 1b, 2a, 2b においても、同様の手続きを用いて調査を実施した。

Table 1
うつ病患者の特徴に関するラベルの分類結果

大カテゴリ・小カテゴリ	ラベル数	人数	%
罹患者の特徴に言及したもの			
暗い	108	77	56.62
暗い	45		
ネガティブ	32		
落ちこんでいる	13		
疲れている	12		
自信を欠いている	6		
まじめ・がんばりすぎる	43	33	24.26
まじめだ	19		
考えすぎる	12		
がんばりすぎる	6		
自分を追い込む	6		
情緒不安定	24	24	17.65
情緒不安定	20		
死にたいと思っている	4		
繊細・優しい	18	17	12.50
繊細	10		
傷つきやすい	6		
優しい	2		
罹患者に対する感情や社会的距離と重複するもの			
他人と関わらない	32	28	20.59
問題を1人で抱え込む	15		
人づきあいをしない	6		
つきあいづらい	6		
ひきこもっている	5		
同情的な意見	10	8	5.88
大変だ	8		
かわいそうだ	2		
その他	43	35	25.74

注) 同じ大カテゴリに該当するラベルが1人の回答者から複数個得られた場合がある。「%」の列には、分析対象者136名中の人数の割合を示した。

情の上下が激しく、ときには死も考えるとした「情緒不安定」の他、対人関係での繊細さや優しさ、傷つきやすさに言及した「繊細・優しい」という大カテゴリが得られた。

罹患者に対する感情や社会的距離と重複する大カテゴリは、大変だ、かわいそうといった「同情的な意見」、対人関係の希薄さやつきあいづらさに言及した「他人と関わらない」の2種類であった。「その他」としては、うつ病自体についての見解を述べたラベル（例：精神疾患である）が存在した。

さらに、「その他」を除く6種類の大カテゴリについて、該当する記述を行った人数の割合を比較した。

Cochran の Q 検定 ($Q(5) = 107.38, p < .001$) と Bonferroni 補正を用いた多重比較の結果、「暗い」に該当する記述を行った人数の割合が、他の大カテゴリよりも有意に大きいことが示された⁸。

うつ病の原因帰属に関する自由記述の分析 うつ病になる原因を問う設問から得られた自由記述は258件（平均記述数1.90件、 $SD = 0.31$ ）であり、これらの記述から271個のラベルが得られた。まず、著者がこれらのラベルを、罹患者の内的要因に原因帰属するもの、外的要因に原因帰属するもの、その他、という3群に分類した。その上で、著者が前出と同様の手続きでラベルを小カテゴリ・大カテゴリに分類した。さらに、前出と同一の協力者1名に、前出と同様の手続きでデータの再分類を依頼した。著者と協力者の分類の一致率を求めたところ、小カテゴリへの分類に関して $\kappa = .87$ と高い値が得られ、大カテゴリへの分類に関して $\kappa = 1.00$ と分類の完全一致を示す値が得られた。分類が一致しなかったラベル（271個中32個）については著者と協力者とで分類を協議し、Table 2 に示す分類結果を得た。

うつ病になる原因として罹患者の内的要因を挙げた大カテゴリは8種類が得られた。そのうち、脚注5に示した Weiner (1995) の区分でいう身体的（遺伝的・生物学的）要因に該当する、統制不可能な要因としては、「生物学的問題」の大カテゴリが得られた。その他7種類の大カテゴリは統制可能性が少なからずある要因、すなわち「罹患者の責任」に該当するものと判断した。うつ病罹患者の特徴に関する大小カテゴリと重なるところでは、「まじめさ・がんばりすぎ」、「ネガティブさ・自信のなさ」、「ものごとを抱え込む傾向」、「神経質さ」、「気の使いすぎ」が得られた。これらの他、スキルの不足による「ストレス対処の苦しさ」、「心の弱さ」という精神的傾向が挙げられた。

外的要因を挙げた大カテゴリは、「生活の中でのストレス」、周囲の人と合わないなどの「対人関係の問題」、「ネガティブな体験」の3種類であった。内容が不明確なラベルは「その他」と分類された。

さらに、「その他」を除く11種類の大カテゴリについて、該当する記述を行った人数の割合を比較した。Cochran の Q 検定 ($Q(10) = 263.19, p < .001$) と Bonferroni 補正を用いた多重比較の結果、「生活の中でのストレス」に該当する記述を行った人数の割合が、他の大カテゴリよりも有意に大きいことが示された。「罹患者の責任」に該当する7種類の大カテゴリの中では、「まじめさ・がんばりすぎ」に該当する記述を行った人数の割合が「神経質さ」、「気の使いすぎ」、「心の弱さ」よりも有意に大きいことが示されたのみで、他

⁸ 本研究では、Bonferroni 補正後の p 値が .05 未満となった場合を「有意」とみなして多重比較の結果を報告した。

Table 2
うつ病になる原因に関するラベルの分類結果

大カテゴリ・小カテゴリ	ラベル数	人数	%
罹患者の内的要因に原因帰属するもの			
まじめさ・がんばりすぎ	36	30	22.06
まじめすぎる	13		
自分を追い込む	10		
がんばりすぎる	7		
考え込みすぎる	6		
ネガティブさ・自信のなさ	16	15	11.03
ネガティブに考える	8		
自信がない	8		
ものごとを抱え込む傾向	16	15	11.03
ストレス対処の苦手さ	13	13	9.56
生物学的問題	8	7	5.15
神経質さ	7	7	5.15
気の使いすぎ	5	5	3.68
心の弱さ	2	2	1.47
外的要因に原因帰属するもの			
生活の中でのストレス	87	79	58.09
環境的なストレス	44		
ストレス一般	43		
対人関係の問題	42	41	30.15
対人関係の不調	34		
相談する相手がいない	8		
ネガティブな体験	16	16	11.76
ネガティブな体験一般	6		
失敗体験	4		
トラウマ体験	4		
喪失体験	2		
その他	23	23	16.91

注) 同じ大カテゴリに該当するラベルが1人の回答者から複数個得られた場合がある。「%」の列には、分析対象者136名中の人数の割合を示した。

に有意差は検出されなかった。

考 察

分析の結果、うつ病罹患者の特徴に関する信念としては「暗い」という内容が特に想起されやすいことが示された。一方、うつ病の原因を「罹患者の責任」に帰属する信念に関しては、特に想起されやすいとみなせるものがなかったことが示された。

また、研究1aの結果からは、うつ病になる原因として特に想起されやすい要因が、「罹患者の責任」に該当する諸要因ではなく、「生活の中でのストレス」という外的要因であることが示された。本研究は、「罹患者の責任」が外的要因ほどには想起されない、ある

いは典型的でない要因だとしても、社会的距離の拡張につながる可能性を踏まえれば、「罹患者の責任」に焦点化した検討を行う意義は大きいと考える立場を取っている。しかし、外的帰属との比較の問題だけではなく、「罹患者の責任」という信念のプロトタイプ性がうつ病の場合には著しく低いのだとすれば、「罹患者の責任」を重要視する本研究の立場にも見直しの必要が生じるだろう。「罹患者の責任」に該当する信念のプロトタイプ性の高低については、研究1bにおいて検討することとした。

研 究 1b

研究1bでは、研究1aで着目した信念（うつ病罹患者の特徴と「罹患者の責任」）のプロトタイプ性を、別サンプルの量的評定に基づいて検討する。

方 法

回答者 東京都内ならびに山梨県内の大学に通う大学生189名の回答を得た。そのうち、外国籍7名を除く182名（男性45名、女性124名、不明13名）を分析対象者とした。分析対象者中、年齢を記入したのは171名であり、平均年齢は20.35歳（ $SD = 3.65$ ）であった。

質問項目 研究1aで着目した信念について、対応する小カテゴリ名を反映させた質問項目を作成した（Table 3）。各項目に記載された考えをどの程度支持するか、7件法（-3: まったくそう思わない—0: どちらともいえない—3: 非常にそう思う）での評定を求めた。

結 果

各質問項目における欠損値の発生割合は、0.00—1.65%であった。これらの欠損値が発生したメカニズムとして Missing at Random（以下 MAR とする）を想定し、多重代入法を用いた欠損値処理を行った⁹。

うつ病罹患者の特徴のうち感情や社会的距離以外に言及した信念4種類について、評定の平均値を求めた（Table 3）。1 サンプルの t 検定を実施した結果、「暗い」（ $t(181) = 8.27, p < .001, d = 1.23$ ）、「まじめ・がんばりすぎる」（ $t(181) = 21.07, p < .001, d = 3.13$ ）、「情緒不安定」（ $t(181) = 2.85, p = .005, d = 0.42$ ）、「繊細・優しい」（ $t(181) = 12.12, p < .001, d = 1.80$ ）のすべての平均値が「0: どちらともいえない」よりも有意に大きいことが示された。さらに、分散分析（ $F(3, 543) = 59.12, p < .001, \eta^2 = .25$ ）と Bonferroni 補正を用いた多重比較を実施した結果、「まじめ・がんばりすぎる」の平均値が、他の3種類の信念よりも有意に大きいこ

⁹ 具体的には、統計ソフトウェア Stata を用いて欠損値の代入を施したデータセットを20種類発生させ、各データセットで得られた分析結果を統合する手続きを用いた。

Table 3
うつ病患者に対する信念の尺度得点と項目例

大カテゴリ・尺度項目例	項目数	α	M	SD
罹患者の特徴に関する信念				
暗い うつ病の人は、性格が暗い	5	.83	0.71	1.16
まじめ・がんばりすぎる うつ病の人は、まじめだ	4	.82	1.65	1.05
情緒不安定 うつ病の人は、情緒不安定だ	2	.70	0.29	1.36
繊細・優しい うつ病の人は、繊細だ	3	.73	1.02	1.13
「罹患者の責任」に関する信念				
まじめさ・がんばりすぎ うつ病になるのは、まじめすぎるからだ	4	.86	1.30	1.14
ネガティブさ・自信のなさ うつ病になるのは、考え方がネガティブだからだ	2	.70	0.05	1.36
ものごとを抱え込む傾向 うつ病になるのは、ものごとを一人で抱えすぎるからだ	1	—	1.45	1.19
ストレス対処の苦手さ うつ病になるのは、ストレスにうまく対処できないからだ	1	—	1.04	1.41
神経質さ うつ病になるのは、神経質だからだ	1	—	0.77	1.57
気の使いすぎ うつ病になるのは、気を使いすぎるからだ	1	—	0.81	1.43
心の弱さ うつ病になるのは、心が弱いからだ	1	—	-1.16	1.71

とが示された。

うつ病になる原因を「罹患者の責任」に帰属する信念 7 種類についても評定の平均値を求めた (Table 3)。1 サンプルの t 検定を実施した結果、「まじめさ・がんばりすぎ」($t(181) = 15.34, p < .001, d = 2.28$)、「ものごとを抱え込む傾向」($t(181) = 16.24, p < .001, d = 2.41$)、「ストレス対処の苦手さ」($t(181) = 9.95, p < .001, d = 1.48$)、「神経質さ」($t(181) = 6.56, p < .001, d = 0.97$)、「気の使いすぎ」($t(181) = 7.59, p < .001, d = 1.13$) の平均値が 0 よりも有意に大きいことが確認された。一方、「ネガティブさ・自信のなさ」の平均値は 0 と有意に異ならず ($t(181) = 0.48, p = .632, d = 0.07$)、「心の弱さ」の平均値は 0 よりも有意に小さいことが確認された ($t(181) = -9.14, p < .001, d = -1.36$)。さらに、平均値が 0 よりも有意に大きかった 5 種類を対象に分散分析を実施したところ、これらの平均値の大きさに有意差が存在することが示された ($F(4, 724) = 16.26, p < .001, \eta^2 = .08$)。Bonferroni 補正を用いた多重比較の結果、「ものごとを抱え込む傾向」の平均値が、「まじめさ・がんば

りすぎ」とは有意に異ならないものの、残る 3 種類よりも有意に大きいことが示された。「まじめさ・がんばりすぎ」については、「神経質さ」、「気の使いすぎ」との比較においてのみ、有意な平均値差が示された。

考 察

分析の結果、うつ病患者の特徴に関する信念の中では、「まじめ・がんばりすぎる」という内容が最も「そう思う」と評定されていたことが示された。研究 1a において「まじめ・がんばりすぎる」という内容が「暗い」に次いで想起されやすかったことを合わせて踏まえ、うつ病患者の特徴に関しては「まじめ・がんばりすぎる」という信念がプロトタイプ的であると考察した。

「罹患者の責任」については、平均値が「0: どちらともいえない」よりも有意に大きいものが複数存在することがまず確認された。この結果は、「罹患者の責任」の信念を典型的なものとしなす傾向がうつ病の場合でも存在することを示唆するものだといえるだろう。さ

らに、平均値が0よりも有意に大きいものの中では、「ものごとを抱え込む傾向」の平均値が、「まじめさ・がんばりすぎ」を除く3種類よりも有意に大きいことが示された。「まじめさ・がんばりすぎ」よりも平均値が有意に小さい要因が2種類にとどまったことを合わせて踏まえ、「罹患者の責任」の中では「ものごとを抱え込む傾向」という内容がプロトタイプ的であると考察した。

研究 1a, 1b においては、自己報告というデータ収集方法の制約上、うつ病患者に対する信念の中でも比較的ポジティブな内容のものに検討対象が偏っていた可能性がある。そこで、研究 2a, 2b では、ネガティブな内容のものに検討対象を限定した場合に、どのような信念がプロトタイプ的とみなされるのかを検討することとした。

研究 2a

研究 2a では、うつ病患者の特徴や「罹患者の責任」に関する偏見として何が想起されやすいのかを、自由記述データを分析して検討する。

方法

回答者 東京都内の大学に通う大学生 76 名の回答を得た。そのうち、外国籍 2 名を除く 74 名(男性 37 名, 女性 35 名, 不明 2 名)を分析対象者とした。分析対象者中, 年齢を記入したのは 73 名であり, 平均年齢は 21.08 歳 ($SD = 0.98$) であった。

質問紙の構成 まず、「うつ病患者の特徴に関する偏見として想起するもの」を尋ねる質問文を提示し、「うつ病の人は」以降を空欄とした自由記述欄 2 個を提示して、続く文章の補充を求めた。次に、「うつ病になる原因に関する偏見として想起するもの」を尋ねる質問文を提示し、「うつ病になる原因は」以降を空欄とした自由記述欄 2 個を提示して、続く文章の補充を求めた¹⁰。

結果

うつ病患者の特徴に関する自由記述の分析 うつ病患者の特徴を問う設問から得られた自由記述は 141 件(平均記述数 1.91 件, $SD = 0.29$)であり、これらの記述から 155 個のラベルが得られた。まず、著者が、研究 1a と同様の手順でこれらのラベルを小カテゴリ・大カテゴリに分類した。さらに、研究 1a と同一の協力者 1 名に、研究 1a と同様の手続きでデータの再分類を依頼した。著者と協力者の分類の一致率を

Table 4

うつ病患者の特徴に関する偏見として想起されたラベルの分類結果

大カテゴリ・小カテゴリ	ラベル数	人数	%
罹患者の特徴に言及したもの			
暗い	50	39	52.70
暗い	28		
ネガティブ	20		
自信を欠いている	2		
心が弱い	26	17	22.97
心が弱い	14		
甘えている	12		
情緒不安定・気難しい	11	11	14.86
情緒不安定	8		
気難しい	3		
罹患者に対する感情や社会的距離と重複するもの			
他人と関わらない	40	33	44.59
人づきあいをしない	13		
ひきこもっている	12		
つきあいづらい	9		
問題を 1 人で抱え込む	6		
その他	28	25	33.78

注) 同じ大カテゴリに該当するラベルが 1 人の回答者から複数個得られた場合がある。「%」の列には、分析対象者 74 名中の人数の割合を示した。

求めたところ、小カテゴリへの分類に関して $\kappa = .87$ と高い値が得られ、大カテゴリへの分類に関して $\kappa = 1.00$ と分類の完全一致を示す値が得られた。分類が一致しなかったラベル (155 個中 17 個) については著者と協力者として分類を協議し、Table 4 に示す分類結果を得た。

うつ病患者の特徴に言及した大カテゴリは 3 種類が得られた。無気力で雰囲気为重苦しいイメージを指す「暗い」、甘えて怠けているなど罹患者本人の心構えの問題に言及した「心が弱い」の他、気分や感情の上下が激しく、周囲の刺激に神経質に反応するとした「情緒不安定・気難しい」という大カテゴリが得られた。

罹患者に対する感情や社会的距離に重複するものとしては、対人関係の希薄さやつきあいづらさに言及した「他人と関わらない」という大カテゴリが得られた。「その他」としては、うつ病そのものの重大さに言及したラベル (例: 自分ではどうにもできない) が存在した。

さらに、「その他」を除く 4 種類の大カテゴリについて、該当する記述を行った人数の割合を比較した。Cochran の Q 検定 ($Q(3) = 25.79, p < .001$) と Bonferroni 補正を用いた多重比較の結果、「暗い」に該当する記述を行った人数の割合が、「他人と関わらない」とは有意に異なるものの、残る 2 種類の大

¹⁰ 研究 2a, 2b では、倫理的配慮として、偏見を想起して不快感が生じた場合には実施者に報告するよう回答者に周知した。なお、不快感を実際に報告した回答者は、研究 2a, 2b を通して存在しなかった。

カテゴリよりも有意に大きいことが示された。

うつ病の原因帰属に関する自由記述の分析 うつ病になる原因を問う設問から得られた自由記述は 139 件 (平均記述数 1.88 件, $SD = 0.33$) であり, これらの記述から 147 個のラベルが得られた。まず, 著者が, 研究 1a と同様の手順でこれらのラベルを小カテゴリ・大カテゴリに分類した。さらに, 研究 1a と同一の協力者 1 名に, 研究 1a と同様の手続きでデータの再分類を依頼した。著者と協力者の分類の一致率を求めたところ, 小カテゴリへの分類に関して $\kappa = .82$, 大カテゴリへの分類に関して $\kappa = .86$ とそれぞれ高い値が得られた。分類が一致しなかったラベル (147 個中 25 個) と小カテゴリ (16 個中 1 個) については著者と協力者間で分類を協議し, Table 5 に示す分類結果を得た。

うつ病になる原因として罹患者の内的要因を挙げた大カテゴリは 5 種類が得られた。そのうち, Weiner (1995) でいう身体的要因に該当する統制不可能な要因としては「生物学的問題」の大カテゴリが得られた。その他 4 種類の大カテゴリは統制可能性が少なからずある要因, すなわち「罹患者の責任」に該当するものと判断した。思考と行動の過剰さを指す「責任感の強さ・がんばりすぎ」, 忍耐力のなさや甘えなどの「心の弱さ」や, 「問題を抱え込む傾向」, 対人スキルの低さや処理能力の低さといった「能力の低さ」が要因として挙げられた。

外的要因を挙げた大カテゴリは, 「生活の中でのストレス」, 周囲の人と合わないなどの「対人関係の問題」, 「失敗・喪失の体験」の 3 種類であった。内容が不明確なラベルは「その他」と分類された。

さらに, 「その他」を除く 8 種類の大カテゴリについて, 該当する記述を行った人数の割合を比較したところ, これらの割合の大きさに有意差が存在することが示された ($Q(7) = 43.33, p < .001$)。Bonferroni 補正を用いた上で, 外的要因の中で割合が最も大きい「生活の中でのストレス」と, 「罹患者の責任」の中で割合が最も大きい「責任感の強さ・がんばりすぎ」との比較を実施したところ, これらの割合の間に有意差が存在しないことが示された。「罹患者の責任」に該当する 4 種類の大カテゴリの中でも同様の多重比較を実施したが, 記述を行った人数の割合に関して有意差は検出されなかった。

考 察

分析の結果, うつ病罹患者の特徴に関する設問から得られた 4 種類の大カテゴリの中では, 「暗い」という内容が最も想起されやすいことが示された。なお, 罹患者の特徴に関する大カテゴリのうち「心が弱い」については, うつ病になる原因を問う設問においても同様の大カテゴリが得られていた。設問の間で重複する大カテゴリが得られたこと, その内容も「暗い」や

Table 5
うつ病になる原因に関する偏見として想起されたラベルの分類結果

大カテゴリ・小カテゴリ	ラベル数	人数	%
罹患者の内的要因に原因帰属するもの			
責任感の強さ・がんばりすぎ	26	22	29.73
考え込みすぎる	15		
責任感が強すぎる	7		
がんばりすぎる	4		
心の弱さ	23	21	28.38
心が弱い	16		
甘えている	7		
問題を抱え込む傾向	12	12	16.22
能力の低さ	11	11	14.86
対人スキルが低い	9		
処理能力が低い	2		
生物学的問題	2	1	1.35
外的要因に原因帰属するもの			
生活の中でのストレス	28	27	36.49
環境的なストレス	17		
ストレス一般	11		
対人関係の問題	26	24	32.43
対人関係の不調	21		
相談する相手がいない	5		
失敗・喪失の体験	8	7	9.46
失敗体験	6		
喪失体験	2		
その他	11	10	13.51

注) 同じ大カテゴリに該当するラベルが 1 人の回答者から複数個得られた場合がある。「%」の列には, 分析対象者 74 名中の人数の割合を示した。

「情緒不安定・気難しい」のように罹患者の印象を直接的に答えたものではなく, 罹患者の印象から派生する内容と考えうる (例: 暗い様子でいることが多いのを見て, 心が弱いからだ原因帰属する) ことを踏まえ, 最終的に, 「心が弱い」は「罹患者の責任」への原因帰属に言及する大カテゴリとみなすことが適切であると判断した。一方, 「罹患者の責任」に該当する 4 種類の大カテゴリの中では, 特に想起されやすいとみなせるものが存在しなかったことが示された。

研究 2a では, 「偏見として想起するもの」を記述するよう回答者に教示したが, 回答者自身の考えを記述するよう求めた研究 1a と比較して, 上記の教示は複雑性の高いものであったことが懸念される。研究 2a で抽出した大カテゴリの中に, 教示の意図と反して「ネガティブな信念である」という点のコンセンサスが得られない内容が含まれていないかという点に関して

Table 6
 うつ病患者に対する偏見として想起された内容の尺度得点と全項目

大カテゴリ・尺度項目	α	M	SD	「あまり偏見的でない」と報告された割合 (%)
罹患者の特徴に関する偏見として想起された内容				
暗い	.67	1.72	1.11	
うつ病の人は、性格が暗い				1.29
うつ病の人は、常にネガティブな考え方をしている				3.87
うつ病の人は、自信を欠いている				8.39
情緒不安定・気難しい	.56	1.02	1.35	
うつ病の人は、情緒不安定だ				1.94
うつ病の人は、気難しい				2.58
「罹患者の責任」に関する偏見として想起された内容				
責任感の強さ・がんばりすぎ	.73	0.83	1.34	
うつ病になるのは、考え込みすぎるからだ				18.71
うつ病になるのは、責任感が強すぎるからだ				39.35
うつ病になるのは、がんばりすぎるからだ				45.16
心の弱さ	.85	0.85	1.63	
うつ病になるのは、心の弱さのせいだ				1.29
うつ病になるのは、甘えているせいだ				1.94
問題を抱え込む傾向	—	1.21	1.54	
うつ病になるのは、問題を一人で抱え込んでしまうからだ				21.29
能力の低さ	.66	-0.05	1.47	
うつ病になるのは、対人スキルが低いからだ				3.23
うつ病になるのは、処理能力が低いからだ				5.16

は、研究 2b において事後的にチェックすることとした。

研究 2b

研究 2b では、研究 2a で着目した大カテゴリ（うつ病患者の特徴や「罹患者の責任」に関する偏見）のプロトタイプ性を、別サンプルの量的評定に基づいて検討する。また、上記の大カテゴリの中にそもそも「ネガティブな信念」とみなすことが困難な内容が含まれていなかったかを合わせて検討する。

方法

回答者 東京都内の 2 大学に通う大学生 158 名の回答を得た。そのうち、外国籍 3 名を除く 155 名（男性 94 名、女性 57 名、不明 4 名）を分析対象者とした。分析対象者中、年齢を記入したのは 152 名であり、平均年齢は 21.25 歳 ($SD = 3.78$) であった。

質問項目 研究 2a で着目した内容について、対応する小カテゴリ名を反映させた質問項目を作成した (Table 6)。「偏見」という用語をネガティブな内容の信念を指すものとして用いることを書面及び口頭で教示した上で、各項目が偏見としてどの程度典型的であるか、7 件法（-3: まったく典型的でない— 0: どちら

ともいえない— 3: 非常に典型的である）での評定を求めた。さらに、提示された項目の中に内容がネガティブでないと思うものがある場合には、「あまり偏見的でない」ものとして、その項目番号を報告するように求めた。

結果

各質問項目における欠損値の発生割合は、0.00—0.65% であった。これらの欠損値が発生したメカニズムとして MAR を想定し、研究 1b と同様の手続きで多重代入法を用いた欠損値処理を行った。

うつ病患者の特徴に関する偏見 2 種類について、評定の平均値を求めた (Table 6)。1 サンプルの t 検定を実施した結果、「暗い」と「情緒不安定・気難しい」の平均値がいずれも「0: どちらともいえない」と比較して有意に大きいことが示された（順に、 $t(154) = 19.25, p < .001, d = 3.10$; $t(154) = 9.37, p < .001, d = 1.51$ ）。さらに、対応のある t 検定を実施した結果、「暗い」の平均値が「情緒不安定・気難しい」よりも有意に大きいことが示された ($t(154) = 5.93, p < .001, d = 0.34$)。

また、Cochran の Q 検定を実施した結果、うつ病罹

患者の特徴に関する偏見 2 種類に該当する項目全体で、「あまり偏見的でない」と報告された割合に有意差が存在することが示された ($Q(4) = 15.76, p = .003$)。Bonferroni 補正を用いた多重比較では、ともに「暗い」に該当する項目である「性格が暗い」と「自信が欠いている」の間でのみ割合の有意差が検出され、その他の比較では有意差が検出されなかった。

「罹患者の責任」に関する偏見 4 種類についても評定の平均値を求めた (Table 6)。1 サンプルの t 検定を実施した結果、「責任感の強さ・がんばりすぎ」($t(154) = 7.72, p < .001, d = 1.24$)、「心の弱さ」($t(154) = 6.52, p < .001, d = 1.05$)、「問題を抱え込む傾向」($t(154) = 9.75, p < .001, d = 1.57$) の平均値が 0 よりも有意に大きいことと、「能力の低さ」の平均値が 0 と有意に異なることが示された ($t(154) = -0.46, p = .643, d = -0.07$)。さらに、平均値が 0 よりも有意に大きかった 3 種類の平均値を対象に分散分析 ($F(2, 308) = 3.83, p = .023, \eta^2 = .02$) と Bonferroni 補正を用いた多重比較を実施した。その結果、「問題を抱え込む傾向」の平均値が「責任感の強さ・がんばりすぎ」よりも有意に大きいことが示されたが、他に平均値の有意差は検出されなかった。

また、Cochran の Q 検定 ($Q(7) = 272.13, p < .001$) と Bonferroni 補正を用いた多重比較の結果、「責任感の強さ・がんばりすぎ」と「問題を抱え込む傾向」に該当する全項目が、「心の弱さ」や「能力の低さ」に該当する項目よりも、有意に大きい割合で「あまり偏見的でない」と報告されていたことが示された。

考 察

うつ病罹患者の特徴に関しては、「暗い」という内容が最も「典型的である」と評定されていたことが示された。また、各信念が偏見的だといえるかを検討した結果では、「暗い」に該当する項目と「情緒不安定・気難しい」に該当する項目との間で「あまり偏見的でない」と報告された割合の有意差が存在しない、「暗い」に該当する項目について「あまり偏見的でない」という報告がなされた割合は 1.29—8.39% (Table 6) と小さいものであった、という 2 点が示された。上記を総合して、うつ病罹患者の特徴に関する偏見としては、「暗い」という内容がプロトタイプ的であると考察した。

「罹患者の責任」に関しては、典型性の高さという観点から、「能力の低さ」以外の 3 要因（「責任感の強さ・がんばりすぎ」、「心の弱さ」、「問題を抱え込む傾向」）については典型性があると評価されていた、その中でも「問題を抱え込む傾向」の典型性が「責任感の強さ・がんばりすぎ」よりも高かった、という 2 点が示された。一方、各信念が偏見的だといえるかという観点で検討を行った結果では、「責任感の強さ・がんばりすぎ」や「問題を抱え込む傾向」という要因は

偏見的でないものとみなされていた、「心が弱い」という項目について「あまり偏見的でない」という報告がなされた割合は 1.29—1.94% (Table 6) と小さいものであった、という 2 点が示された。上記を総合して、「罹患者の責任」に関する偏見としては、「心の弱さ」という内容がプロトタイプ的であると考察した。

総 合 考 察

本研究は、うつ病罹患者の特徴に関する信念や、「罹患者の責任」の信念の中で、特に典型的だといえるものは何かを明らかにすることを目的とした。まず、回答者が抱く信念の自己報告を求めた研究 1a, 1b の結果から、うつ病罹患者の特徴に関しては「まじめ・がんばりすぎる」が、「罹患者の責任」に関しては「ものごとを抱え込む傾向」が、それぞれプロトタイプ的であると示唆された。「うつ」に関する信念を検討した先行研究でも、「責任感が強い人がなる」など、研究 1a, 1b の結果と類似した信念が抽出されることはあったが (勝谷他, 2011)、それらが他の信念と比べて典型的だといえるか、という検討は従来なされてこなかった。研究 1a, 1b の独自性は、罹患者の特徴や「罹患者の責任」に関する信念の多様性を示し、その中でも特に典型的だといえるものを示した点にあると考えられる。

「偏見として想起するもの」の回答を求めた研究 2a, 2b の結果からは、うつ病罹患者の特徴に関する偏見としては「暗い」という内容が、「罹患者の責任」に関する偏見としては「心の弱さ」という内容が、それぞれプロトタイプ的であると示唆された。うつ病罹患者に対するステイグマを検討した従来の研究 (Angermeyer & Matschinger, 2003) は、Corrigan らのモデルと同様に「危険」という信念に着目することの限界を示すにとどまっていた。これに対し、研究 2a, 2b の結果は、「危険」とは異なる特徴に言及した「暗い」という信念がプロトタイプ的である可能性を新たに示している。また、「心の弱さ」への原因帰属に関する信念は、Rippere (1981) や勝谷他 (2011)、本研究の研究 1a, 1b といった、信念の自己報告を求める研究においてほとんど表明されてこなかった内容である。研究 2a, 2b の結果は、多様に存在しうる偏見の中で何がプロトタイプ的なのかという、自己報告だけでは十分に検討できなかった内容を明らかにしており、その点に独自の貢献があるといえる。

しかしながら、本研究の結果を解釈する上では 2 つの限界に留意する必要がある。第一に、本研究では「罹患者の責任」への原因帰属について論じる際、諸要因の統制が不可能ではないという判断は行ったものの、統制可能性がどの程度高いかという点は検討していない。「ものごとを抱え込む傾向」や「心の弱さ」といった要因への原因帰属を行うことで、うつ病罹患者との社会的距離がどの程度拡張しうるか、効果の大小を予

測するためには、諸要因の統制可能性の高低を量的データに基づいて検討していくことがまずは必要となるだろう。

第二に、研究 2a, 2b で検討した内容は、「社会一般で抱かれている偏見として回答者が捉えているもの」に限られている。そのため、本研究の結果からは、「暗い」、「心の弱さ」という偏見が実際に人々の間に存在するか否かを検討できない。この点を検討するには、榎原他（2014）が提案するように、反応時間のパラダイムに基づく潜在連合テスト（Greenwald, McGhee, & Schwartz, 1998）等、自己報告とは異なる測定方法を用いるといった工夫が求められる。

今後は、上記の問題点を解決することに加え、本研究で明らかとなったプロトタイプ的な信念が、罹患者に対する感情や社会的距離との程度強く関連するかを示していくことが必要だろう。Corrigan et al. (2003) が統合失調症の場合に質問紙調査を実施したように、信念と感情、社会的距離の関連を量的データに基づいて示すことで、うつ病罹患者との社会的距離の拡張に特につながりやすい信念を明らかにすることが今後は期待される。また、社会階層や文化的背景による結果の差異を検討し、日本人大学生のサンプルから得た本研究の知見の一般化可能性を示すことも、今後の重要な研究課題といえる。

引用文献

- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (1996). The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Social Science & Medicine*, 43, 1721–1728.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: Similarities and differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 526–534.
- Clark, D. C., & Fawcett, J. (1992). Review of empirical risk factors for evaluation of the suicidal patient. In B. M. Bongar (Ed.), *Suicide: Guidelines for assessment, management, and treatment* (pp. 16–48). New York: Oxford University Press.
- Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 162–179.
- Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, 30, 907–922.
- Fehr, B. (1988). Prototype analysis of the concepts of love and commitment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 557–579.
- Gilbody, S., Bower, P., & Rick, J. (2012). Better care for depression in the workplace: Integrating occupational and mental health services. *British Journal of Psychiatry*, 200, 442–443.
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1464–1480.
- Jorm, A. F., Blewitt, K. A., Griffiths, K. M., Kitchener, B. A., & Parslow, R. A. (2005). Mental health first aid responses of the public: Results from an Australian national survey. *BMC Psychiatry*, 5, 9.
- 榎原 潤・河合 輝久・梅垣 佑介（2014）. うつ病罹患者に対するステイグマの態度の現状と課題——潜在尺度の利用可能性への着目—— 心理学評論, 57, 455–471.
- 勝谷 紀子・岡 隆・坂本 真士・朝川 明男・山本 真菜（2011）. 日本の大学生におけるうつのしろうと理論——テキストマイニングによる形態素分析と KJ 法による内容分析—— 社会言語科学, 13, 107–115.
- 川喜田 二郎（1967）. 発想法——創造性開発のために—— 中央公論社
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385.
- Nieuwsma, J. A., & Pepper, C. M. (2010). How etiological explanations for depression impact perceptions of stigma, treatment effectiveness, and controllability of depression. *Journal of Mental Health*, 19, 52–61.
- Paykel, E. S., Hart, D., & Priest, R. G. (1998). Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. *British Journal of Psychiatry*, 173, 519–522.
- Perry, B. L., Pescosolido, B. A., Martin, J. K., McLeod, J. D., & Jensen, P. S. (2007). Comparison of public attributions, attitudes, and stigma in regard to depression among children and adults. *Psychiatric Services*, 58, 632–635.
- Rippere, V. (1981). The survival of traditional medicine in lay medical views: An empirical approach to the history of medicine. *Medical History*, 25, 411–414.
- Rosch, E. (1975). Cognitive representations of semantic categories. *Journal of Experimental Psychology: General*, 104, 192–233.
- Sherwood, C., Salkovskis, P. M., & Rimes, K. A. (2007). Help-seeking for depression: The role of beliefs, attitudes and mood. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 541–554.
- Weiner, B. (1995). *Judgments of responsibility: A foundation for a theory of social conduct*. New York: Guilford.
- World Health Organization (2012). Depression: A global public health concern. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.ppd (February 4, 2015.)