

総説

うつ病のメンタルヘルスリテラシーの構成概念および援助要請との関係  
～うつ病のメンタルヘルスリテラシーに関する系統的文献レビュー～

A Construct of Mental Health Literacy about Depression and its Relationship  
with Help-seeking

— A systematic literature review of mental health literacy on depression

児玉壮志<sup>1,2)</sup>、志渡晃一<sup>3)</sup>、池田 望<sup>4)</sup>

Soshi KODAMA<sup>1,2)</sup>, Koichi SHIDO<sup>3)</sup>, Nozomu IKEDA<sup>4)</sup>

- 1) 北海道医療大学リハビリテーション科学部
- 2) 札幌医科大学大学院保健医療学研究科
- 3) 北海道医療大学看護福祉学部
- 4) 札幌医科大学保健医療学部
- 1) School of Rehabilitation Sciences, Health Sciences University of Hokkaido
- 2) Graduate School of Health Sciences, Sapporo Medical University
- 3) School of Nursing and Social Services, Health Sciences University of Hokkaido
- 4) School of Health Sciences, Sapporo Medical University

要旨

うつ病であるにも関わらず実際に援助要請するのは23%である。援助要請を促進するためにはMental Health Literacy (MHL) を高めることが重要であるとされる。MHL教育の内容の整理や効果判定を行うためには、MHLの構成概念を明らかにすることが必要である。MHLは“精神疾患の認知、管理、予防に役立つ知識や信念”と定義されているが、その構成概念は十分に検討されていない。そこで、うつ病のMHL尺度に焦点を当てた系統的文献レビューを通して、1) うつ病に関するMHLの構成概念、2) うつ病に関するMHLと援助要請、について検討することを本研究の目的とした。

文献検索は、データベースとしてPubMed、PsycINFO、Cochrane Libraryを用いた。検索キーワードは、[literacy] [knowledge] [belief] [depression] [health promotion] [health education] [scale] [measure]とし、出版期間は1997年から2017年とした。

その結果、うつ病に関するMHLの構成概念は、22件の文献が抽出され、従来の6項目1) 特定の疾患や心理的苦痛を同定する能力、2) 危険因子や原因に関する知識と信念、3) セルフ・ヘルプに関する知識と信念、4) 有益な専門支援に関する知識と信念、5) 認識や適切な援助要請を促進する態度(スティグマ)、6) 精神保健に関する情報の入手方法の知識、の他に、“うつ病に関連する割合”があった。

うつ病に関するMHLと援助要請については、3件の文献を抽出した。うつ病の認識能力や薬物療法に関する否定的態度が援助要請と関係し、スティグマとは無関係であることが示唆された。

Abstract

Despite being depressed, only 23% of those with depressive disorders seek help. It is critical to improve mental health literacy (MHL) to promote help-seeking. It is necessary to clarify the construct of MHL, define the contents

of accessible MHL education, and evaluate its effectiveness. MHL is defined as “knowledge and beliefs about mental disorders that aid their recognition, management, or prevention.” However, this construct has not been entirely understood. Therefore, this study aimed to examine 1) the construct of MHL concerning depression and 2) the relationship between MHL regarding depression and help-seeking through a systematic literature review focused on an MHL scale on depression.

PubMed, PsycINFO, and Cochrane Library were searched using the terms [literacy], [knowledge], [belief], [depression], [health promotion], [health education], [scale], and [measure] for articles published between 1997 and 2000.

A systematic literature review found 22 papers for the construct of MHL regarding depression and 3 for the relationship between MHL regarding depression and help-seeking. In addition to the existing six components of MHL (recognition of mental disorders, knowledge and beliefs about causes, knowledge and beliefs about self-help, knowledge and beliefs about professional help, attitudes that facilitate recognition and help-seeking, knowledge of how to seek mental health information), “proportion related to depression” was derived. Furthermore, the literature review suggested that the recognition of depression and a negative attitude toward medication are related to help-seeking. Nonetheless, stigma were not correlated with help-seeking.

キーワード：メンタルヘルスリテラシー、うつ病、健康教育、文献レビュー

Keyword：Mental health literacy, depression, health education, systematic literature review

## I. 背景

近年、うつ病は、障害発生数と死亡数、障害発生または死亡の年齢、障害罹患期間、障害の重さによって規定される指標である障害調整生命年（Disability Adjusted Life Year：DALY）において、最も社会的損失の大きな疾患であるとされている<sup>1)</sup>。また、閾値下のうつ症状がうつ病や不安障害、統合失調症などの前駆症状であるとする報告<sup>2) 3)</sup>や、若年期のうつ病エピソードの経験が後の認知症の発症リスクを高めるとする報告<sup>4)</sup>もある。うつ病の発症や悪化を予防することは、社会的損失の軽減や、その他の精神疾患の予防につながる可能性がある。これらを背景に、うつ病をはじめとする精神疾患が5大疾病に指定され、早期発見・早期治療を推進することが精神保健の重要な課題の1つとなっている。

早期発見・早期治療を推進するためには、うつ病を疑われる者が自ら自身の状態を把握し、適切な精神保健サービスを利用できることが非常に重要であると考えられる。このような援助要請の促進に介在する要因として、メンタルヘルスリテラシー（Mental Health Literacy：MHL）が注目されている。MHLとは、「精神疾患の認知、管理、予防に役立つ知識や信念」とJormにより定義されている<sup>5)</sup>。MHLはさらに、1) 特定の疾患や心理的苦痛を同定する能力、2) 危険因子や原因に関する知識と信念、3) セルフ・ヘルプに

関する知識と信念、4) 有益な専門支援に関する知識と信念、5) 認識や適切な援助要請を促進する態度（スティグマ）、6) 精神保健に関する情報の入手方法の知識、の6項目に分類される<sup>6)</sup>。

MHLの程度が高ければ精神保健サービスの利用などの適切な援助要請を取る可能性が示唆されている<sup>7)</sup>が、うつ病の診断をつけることが可能な状態の者であっても実際に精神保健サービスへ援助を求める者の割合は23%にすぎないことが報告されている<sup>8)</sup>。つまり、うつ病についてのMHLの低さが懸念されるため、その教育が求められている。

しかし、どのようなMHL教育が援助要請を促進するかについてのエビデンスは確立されていない<sup>9) 10)</sup>。そればかりか、教育の内容や方法によってはスティグマが強化されうることも報告されている。例えば、知識の増加が必ずしもスティグマ低減につながらないばかりか、心理社会的知識を豊富に持つことでうつ病患者に対する「暗い」「心が弱い」といったスティグマがかえって強化されうるとの報告がある<sup>11)</sup>。このようにMHL教育の実施にあたっては、その内容や方法を慎重に吟味しなければネガティブな結果を導くことになりかねない。そのため、援助要請を高めるために必要なMHL教育の内容を検討していくことが必要である。Jormが提唱したMHLの6項目は構成概念を十分に検討されているとは言えない。うつ病に関す

るMHLの構成概念を検討することは、適切なうつ病のMHL教育を実施する上で重要であると考えられる。さらに、MHL教育が適切であるか、つまり、援助要請が高まるかについての効果判定を行うためには、うつ病に関するMHL尺度が必要である。

MHLを測定する尺度についての系統的文献レビューが近年報告されている<sup>12)</sup>。このレビューでは、健康関連尺度の信頼性や妥当性等を判定する国際基準であるCOSMIN (consensus-based standards for the selection of health measurement instruments)の指標や、MHL定義の6項目を満たしているかについての内容的側面から検証している。その結果、既存のMHL尺度は信頼性・妥当性等の検討が不十分であり、内容的にもMHL定義の6項目を満たす尺度は存在しないことを指摘している。これを受けてO'Connor & CaseyはMHL定義の6項目を満たし、かつ十分に信頼性と妥当性の検証を実施した尺度を2015年に発表している<sup>13)</sup>。この尺度は広く精神疾患を対象とした項目となっている。具体的には統合失調症、気分障害、神経症、パーソナリティ障害など様々な精神疾患が含まれている。うつ病に特化したMHL尺度についての文献検討はこれまで行われてきていない。

以上を勘案し、本研究は以下2点を目的とした。うつ病のMHL尺度に焦点を当てた系統的文献レビューを通して、1) うつ病に関するMHLの構成概念についてJormの定義を基準として検討すること、2) うつ病に関するMHLと援助要請の関係について検討すること、である。

## II. 方法

### 1. 対象文献

本研究で対象とした文献は、以下の取り込み/除外基準を全て満たすものとした。

#### 1) 取り込み基準

- ・地域住民を対象としている文献 (ただし高齢者のみを対象としている場合は除外)
- ・うつ病に関するMHLを測定している文献
- ・うつ病に関するMHLに関する尺度 (質問) の詳細が記述されている文献
- ・うつ病に関するMHLと援助要請の関係を調査している文献 (研究目的2のみ)

#### 2) 除外基準

- ・うつ病以外の精神疾患のMHLを測定している文献

- ・精神保健医療福祉サービスに携わる者を対象としている文献
- ・患者を対象としている文献
- ・周産期のうつ病をテーマとしている文献
- ・参考文献をたどっても尺度 (質問) の具体的内容が不明である文献

## 2. 検索方法

対象文献の検索には、検索エンジンとしてPubMed、PsycINFO、Cochrane Libraryの学術文献データベースを用いた。検索キーワード及び演算子は、[[literacy] OR [knowledge] OR [belief]] AND depression AND [[health promotion] OR [health education]] AND [scale OR measure]とした。また、出版年の期間は、MHLの定義が発表された1997年から2017年とした。

なお、本研究の目的を考えると、援助要請 (help-seeking) を検索キーワードに含めることが適切であると考えられる。しかしながら、help-seekingを含めると該当文献数が著しく減少したため、上記演算子が適切であると判断した。

また、医学中央雑誌等の日本語論文データベースを用いて同様の演算子を用いた事前調査を行ったが、該当する論文が得られなかったため海外のデータベースを用いた。

## 3. 文献統合

### 1) うつ病に関するMHLの構成概念

うつ病に関するMHLの構成概念を明らかにするために、最終的に取り込んだ文献をJormによるMHL定義6項目を基準として分類した。分類する際には、妥当性を保証するために精神医療に20年以上携わった経験のある共同研究者とチェックを行った。さらに、1) 尺度 (質問) の使用目的、2) 対象者、3) 質問内容、4) 信頼性・妥当性・反応性、5) 当該尺度 (質問) の被引用状況、を基準に分類した。信頼性・妥当性・反応性については、先行研究<sup>12)</sup>と同様にCOSMINの分類<sup>14)</sup>を適用した。つまり、信頼性は、内的一貫性、信頼性、測定誤差の3項目、妥当性は、内容的妥当性、基準関連妥当性、構成概念妥当性の3項目、反応性の1項目を基準として検討した。

### 2) うつ病に関するMHLと援助要請の関係

うつ病に関するMHLと援助要請の関係を検討するために、1) 対象者、2) MHLの尺度 (質問)、3) 援助要請の尺度 (質問)、4) 結果、を基準に分類した。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 文献抽出

検索を行った結果、抽出した文献はPubMed 581件、PsycINFO 504件、Cochran Library 281件の合計1,366件であった。そのうち重複した文献が176件あったので除外した。該当した1,190件の文献に対して、まず1次スクリーニングを行った。文献タイトルとアブストラクトを読み、研究目的や取り込み基準に合致しない文献を除外した。この段階では、MHLに触れていない文献、周産期のうつ病をテーマとする文献、身体疾患に合併するうつ病をテーマとする文献などを除外した。その結果1,137件が除外され53件が残った。次に2次スクリーニングを行い、尺度の詳細が不明な文献を除外した。ただし、当該文献に詳細の記述がない場合でも参考文献に詳細が書かれている場合には、当該文献を除外しなかった。その結果35件<sup>15)~49)</sup>の文献に絞られた。

次に、うつ病に関するMHLの構成概念に関する文献として、2次スクリーニングで該当した文献の中で使用されているうつ病に関するMHLの尺度(質問)が初めて発表された文献のみを取り込んだ。その結果22件<sup>5)36)~56)</sup>が該当した。また、うつ病のMHLと援助要請の関係に合致する文献として、うつ病に関するMHLと援助要請行動の関係を調査している文献を取り込んだ。その結果3件<sup>38)41)42)</sup>が該当していた。

#### 2. うつ病に関するMHLの構成概念

22件の文献を文献統合の分類方法に従って表1にまとめた。尺度(質問)の使用目的からの分類では、横断研究の指標としている文献が最も多く、尺度開発を目的としている文献も見られた。信頼性・妥当性・反応性からの分類では、信頼性・妥当性を少なくとも1項目ずつ検討している尺度(質問)はわずか4件にすぎず、反応性の検討を行っている文献はなかった。加えて、信頼性・妥当性の検討を全く行っていない尺度(質問)が散見された。MHLを定義付けたJormが最初に用いた質問を引用している文献が多数を占めていた。MHLの6項目すべてを満たす尺度(質問)は1件もなかった。また、うつ病のMHLの構成概念と各項目の代表的な具体的質問を表2に示した。

##### 1) 特定の疾患や心理的苦痛を同定する能力

この項目は、2件の文献が該当した。うつ病のヴィネット(模擬症例)を対象者に提示した後に登場人物の疾患名を自由回答、または多数から1つを選択するという形式をとっていた。ヴィネットは Diagnostic

and Statistical Manual of Mental disorders 4th edition (DSM-IV) や International Classification of diseases 10th edition (ICD-10) のうつ病の診断基準に準拠した内容となっている。例えば Jorm et al.<sup>5)</sup> の用いたヴィネット(図2)では、うつ病の診断基準に該当する症状のうち、抑うつ気分、疲労感、睡眠障害、食欲不振、集中力の減退を含んでいる。このヴィネットが多くの文献に引用されており、また、研究対象者が若年者の場合には、ヴィネットの登場人物の年齢を若く変更していた<sup>33)48)</sup>。

##### 2) 危険因子や原因に関する知識と信念

この項目では、7件の文献が該当した。Cleveland et al.<sup>37)</sup> と Nieuwsma & Pepper<sup>56)</sup> は因子分析をしており、それぞれ3因子構造(1. 心理社会的要因、2. 生物学的要因、3. 個人要因)、2因子構造(1. 心理社会的要因、2. 生物学的要因)とした。3因子を仮定して7件の質問項目を分類した。心理社会的要因としては、乏しいソーシャルサポート、職場や家でのストレスなどがあった。生物学的要因としては、脳の病気、遺伝などがあった。この2項目は多くの文献に共通して見られた。個人要因としては、個人的弱さ、不適切なライフスタイルなどがあった。3因子に分類できない質問として、悪霊の憑依があった。

##### 3) セルフ・ヘルプに関する知識と信念、及び、有益な専門支援に関する知識と信念

この2項目についてはそれぞれが独立した項目ではなく、1つの項目として扱っている場合があったため、本稿でも統合してまとめた。

例えば、Jorm et al.<sup>5)</sup> は、上述したヴィネットの登場人物(John/Mary)にとって、1. 人、2. 薬物、3. 治療の3カテゴリーに分類された内容の下位項目それぞれが助けになるか?という質問を設定した。この3カテゴリーの下位項目に、セルフ・ヘルプに関する項目と専門支援に関する項目が混在していた。人に関するセルフ・ヘルプの具体的項目としては、親友、仲のいい家族、聖職者、自己解決があり、専門支援の具体的項目としては、GP (General Practitioner)、カウンセラー、精神科医、心理士、ソーシャルワーカーなどが考えられた。薬物に関するセルフ・ヘルプの具体的項目としては、ビタミン/ミネラルがあり、専門支援の具体的項目としては、抗うつ薬、睡眠薬、抗精神病薬などが考えられた。治療(対処)に関するセルフ・ヘルプの具体的項目として、外に出ること、リラクゼーション方法の学習、精神的問題に関する

表 1. うつ病に関する MHL 尺度 (質問) の該当文献一覧

| MHL 項目  | 著者, 年   | 尺度 (質問) の使用目的        | 対象者                            | 質問内容 (質問数)        | 信頼性       |     | 妥当性      |            | 反応性         |                         | 被引用状況                   |
|---|---|----------------------|--------------------------------|-------------------|-----------|-----|----------|------------|-------------|-------------------------|-------------------------|
|   |   |                      |                                |                   | 内的<br>一貫性 | 信賴性 | 測定<br>誤差 | 内容的<br>妥当性 | 基準関連<br>妥当性 | 構成概念<br>妥当性             |                         |
| ①   | Jorm et al., 1997 <sup>75)</sup>              | 横断研究の指標              | 地域住民1,010名                     | うつ病ヴェイネットの疾患名 (1) | -         | -   | -        | -          | -           | -                       | 15) 18) 19) 20) 21) 22) |
|   | von dem knesebeck et al., 2013 <sup>45)</sup> | 横断研究の指標              | 地域住民2,014名                     | うつ病ヴェイネットの疾患名 (1) | -         | -   | -        | -          | -           | -                       | 23) 26) 29) 33) 42) 47) |
|   | Cleveland et al., 2013 <sup>71)</sup>         | 横断研究の指標              | 地域住民1,631名                     | うつ病の病因 (11)       | -         | -   | -        | -          | -           | -                       | 48) 49)*                |
|   | von dem knesebeck et al., 2013 <sup>45)</sup> | 横断研究の指標              | 地域住民2,014名                     | うつ病の病因 (4)        | -         | -   | -        | -          | -           | -                       | 35)                     |
|   | Nieuwsma & Pepper, 2010 <sup>60)</sup>        | 横断研究の指標              | 大学生69名                         | うつ病の病因 (17)       | -         | -   | -        | -          | -           | -                       | 24)                     |
|   | Buhler et al., 2008 <sup>30)</sup>            | 介入の効果指標              | 薬学学生1年生48名                     | うつ病の病因 (5)        | -         | -   | -        | -          | -           | -                       | -                       |
|   | Kim et al., 2015 <sup>42)</sup>               | 横断研究の指標              | 大学生332名と1,321名                 | うつ病の病因 (1)        | -         | -   | -        | -          | -           | -                       | -                       |
|   | Wang et al., 2007 <sup>70)</sup>              | 横断研究の指標              | 地域住民3,047名                     | うつ病の病因 (9)        | -         | -   | -        | -          | -           | -                       | -                       |
|   | Yu et al., 2016 <sup>69)</sup>                | 横断研究の指標              | 地域住民2,052名                     | うつ病の病因 (1)        | -         | -   | -        | -          | -           | -                       | -                       |
|   | Jorm et al., 1997 <sup>75)</sup>              | 横断研究の指標              | 地域住民1,010名                     | 人、薬、治療の有用性 (30)   | -         | -   | -        | -          | -           | -                       | 15)* 18) 19) 20) 22)    |
| Jorm et al., 2006 <sup>33)</sup>              | 横断研究の指標                                       | 地域住民2,031名と910名      | *③④が混在<br>助けになる人物 (1) *③④が混在   | -                 | -         | -   | -        | -          | -           | 23)* 26) 29) 47) 48)    |                         |
| Yap et al., 2012 <sup>48)</sup>               | 横断研究の指標                                       | 地域住民506名             | 他者へのファーストエイド (10)              | -                 | -         | -   | -        | -          | -           | 20) 47)                 |                         |
| Buhler et al., 2008 <sup>30)</sup>            | 介入の効果指標                                       | 薬学学生1年生48名           | 薬剤師介入の有用性 (3)                  | -                 | -         | -   | -        | -          | -           | 33)                     |                         |
| Economou et al., 2016 <sup>30)</sup>          | 横断研究の指標                                       | 地域住民621名             | 薬剤師介入の有用性 (5)                  | -                 | -         | -   | -        | -          | -           | -                       |                         |
| von dem knesebeck et al., 2013 <sup>45)</sup> | 横断研究の指標                                       | 地域住民2,014名           | 治療可能性 (1)<br>治療の有用性 (3)        | -                 | -         | -   | -        | -          | -           | -                       |                         |
| Reavley et al., 2012 <sup>45)</sup>           | 横断研究の指標                                       | 大学生775名<br>大学生職員422名 | 他者へのファーストエイド (1)               | -                 | -         | -   | -        | -          | -           | -                       |                         |
| Cleveland et al., 2013 <sup>71)</sup>         | 横断研究の指標                                       | 地域住民1031名            | ステレオタイプな態度 (5)                 | -                 | -         | -   | -        | -          | -           | -                       |                         |
| Griffiths et al., 2004 <sup>30)</sup>         | 介入の効果指標                                       | 地域住民417名             | うつ病のステイグマ (18)                 | -                 | -         | -   | -        | -          | -           | 15) 16) 17) 21) 23) 25) |                         |
| Hamann et al., 2016 <sup>60)</sup>            | 介入の効果指標                                       | 企業人事580名             | 仕事に關係する態度 (4)                  | -                 | -         | -   | -        | -          | -           | 40) 47)*                |                         |
| von dem knesebeck et al., 2013 <sup>45)</sup> | 横断研究の指標                                       | 地域住民650名と601名        | 病因や治療に關する態度 (3)                | -                 | -         | -   | -        | -          | -           | -                       |                         |
| Angermeyer & Matschinger, 1997 <sup>50)</sup> | 介入の効果指標                                       | 地域住民1,309名と1,316名    | うつ病患者の特徵 (6)                   | -                 | -         | -   | -        | -          | -           | 32)                     |                         |
| Link et al., 1999 <sup>45)</sup>              | 横断研究の指標                                       | 地域住民1,444名           | うつ病患者に対する感情 (12)               | -                 | -         | -   | -        | -          | -           | 32)* 35)* 43)*          |                         |
| Link et al., 1987 <sup>71)</sup>              | 横断研究の指標                                       | 地域住民152名             | 社会的距離 (5)                      | -                 | -         | -   | -        | -          | -           | 15)* 16) 21) 31) 34)*   |                         |
| Link, 1987 <sup>70)</sup>                     | 横断研究の指標                                       | 地域住民429名             | 社会的距離 (7)                      | -                 | -         | -   | -        | -          | -           | 36)* 37)*               |                         |
| Schomerus et al., 2013 <sup>30)</sup>         | 横断研究の指標                                       | 地域住民1,220名           | 発症可能性 (1)                      | -                 | -         | -   | -        | -          | -           | 26) 32) 35) 43)         |                         |
| Nishi et al., 2005 <sup>44)</sup>             | 横断研究の指標                                       | 地域住民5,547名           | 自殺とうつ病の知識 (4)<br>自殺とうつ病の態度 (3) | -                 | -         | -   | -        | -          | -           | 27)* 30)*               |                         |
| Jeong et al., 2017 <sup>41)</sup>             | 尺度開発  | 地域住民144名             | うつ病や治療についての誤解 (8)              | -                 | -         | -   | -        | -          | -           | -                       |                         |
| von dem knesebeck et al., 2013 <sup>45)</sup> | 横断研究の指標                                       | 地域住民2,014名           | うつ病の知識 (5)                     | -                 | -         | -   | -        | -          | -           | -                       |                         |
| Buhler et al., 2008 <sup>30)</sup>            | 介入の効果指標                                       | 薬学学生1年生48名           | 有病率 (1)<br>うつ病と割合 (7)          | -                 | -         | -   | -        | -          | -           | -                       |                         |

MHL 項目：①特定の疾患や心理的苦痛を同定する能力、②危険因子や原因に關する知識と信念、③セルフ・ヘルプに關する知識と信念、④有益な専門支援に關する知識と信念、⑤認識や適切な援助要請を促進する態度 (ステイグマ)、⑥精神保健に關する情報の入手方法の知識  
\*：一部尺度 (質問) を改変している

表 2. うつ病の MHL の構成概念および代表的質問

| MHL の構成概念                    | 代表的質問   |
|------------------------------|---|
| 1) 特定の疾患や心理的苦痛を同定する能力        | (うつ病のヴィネットを提示後) ジョンやメアリーにどんな問題があると思いますか?  |
| 2) 危険因子や原因に関する知識と信念          | 【生物学的要因】 脳の病気, 遺伝, ウイルス感染<br>【心理社会的要因】 親友や親類の死, 乏しいソーシャルサポート, 職場や家でのストレス<br>【個人要因】 個人的弱さ, 不適切なライフスタイル, 栄養不足   |
| 3) セルフ・ヘルプに関する知識と信念          | (以下の項目が助けになるか)<br>【人】 親友, 仲のいい家族, 聖職者, 自己解決<br>【薬物】 ビタミン/ミネラル<br>【治療 (対処)】 外に出ること, 身体活動, リラクゼーション方法の学習, 精神的問題に関する読書, 断酒, ダイエット  |
| 4) 有益な専門支援に関する知識と信念          | (以下の項目が助けになるか)<br>【人】 GP (General Practitioner), カウンセラー, 精神科医, 心理士, ソーシャルワーカー<br>【薬物】 抗うつ薬, 睡眠薬, 抗生物質, 精神安定剤, 抗精神病薬<br>【治療】 精神療法, 精神科への入院, ECT (Electroconvulsive therapy)<br>【周囲にうつ病患者がいる場合のファーストエイド】<br>専門的支援を求めるよう提案する<br>彼 (彼女) のために GP の診察を予約する<br>【薬物療法】<br>精神科の薬は依存性がある<br>自然の産生物やホメオパシー療法は薬物療法よりも効果的である<br>精神科の薬は害よりも効果の方が大きい<br>【治療可能性】<br>(ヴィネットの登場人物は) 治療が可能である                                  |
| 5) 認識や適切な援助要請を促進する態度 (ステイグマ) | 【社会的距離】<br>多くの人は, 精神科の入院経験がある人を親友として受け入れる<br>(ヴィネットのうつ病患者が) 同じ職場の同僚になることについてどう思いますか<br>(ヴィネットのうつ病患者が) 隣に引越してくるについてどう思いますか<br>【イメージ】<br>うつ病患者は危険である<br>うつ病患者は恐ろしい<br>【治療が必要な “病気” であること】<br>うつ病は糖尿病と同じように病気である<br>うつ病は医師や心理士による治療が必要である<br>【病因・発症可能性】<br>もしあなたがうつ病を患った場合は, それはあなたの責任である<br>基本的に我々はヴィネットの人物 (うつ病患者) のようになる可能性がある<br>【セルフヘルプ】<br>あなたがうつ病を克服するためには, 自分がしっかりしないといけない<br>うつ病患者は, 彼らが望めば克服することができる |
| 6) 精神保健に関する情報の入手方法の知識        | 精神科病院の所在についての知識がない<br>地方公共団体による精神保健活動について知らない   |
| 7) その他<br>うつ病に関連する割合         | 【有病率】<br>人生のある時点でうつ病になる人の割合はどれくらいだと思いますか<br>【うつ病に関連する割合】<br>うつ病で治療を受けている人の割合はどれくらいだと思いますか<br>うつ病患者でホームレスの割合はどれくらいだと思いますか  |

表 3. MHL と援助要請の関係

| 著者, 年                                | 対象者  | MHL の尺度 (質問)  | 援助要請の尺度 (質問)  | 結果  |
|--------------------------------------|--|---|---|---|
| Economou et al., 2016 <sup>38)</sup> | 地域住民<br>621名                                       | 1. DSSの Personal stigma <sup>39)</sup><br>2. 薬物療法に関する態度 | もし抑うつ状態が続く場合に, 以下から援助要請する対象を選択<br>①心理士・精神科医・精神保健の専門家, ②医師・保健の専門家, ③友人または親戚, ④牧師, ⑤誰もいない, ⑥その他<br>(①が望ましい回答) | 多変量ロジスティック回帰分析<br>1. Personal stigmaとは関係なし<br>2. 薬物療法に対する否定的態度: 援助要請 ↓<br>(OR=0.89, 95%CI=0.85-0.93)              |
| Kim et al., 2015 <sup>42)</sup>      | Study1:<br>大学生<br>332名<br>Study2:<br>大学生<br>1,321名 | 1. うつ病ヴィネット <sup>5)</sup> の認識                           | うつ病ヴィネットの人物に専門的な援助要請が必要かどうか   | 多変量ロジスティック回帰分析<br>ヴィネットをうつ病と認識可能: 援助要請 ↑<br>Study1: OR=5.15, 95%CI=2.32-11.43<br>Study2: OR=3.98, 95%CI=2.80-5.67 |
| Jeong et al., 2017 <sup>41)</sup>    | 地域住民<br>144名                                       | 1. うつ病のMHL  | 基準関連妥当性の指標として<br>Attitudes Toward Seeking Psychological Help (ASPH) <sup>57)</sup>                          | MHLの総合得点との相関分析<br>r=0.34  |

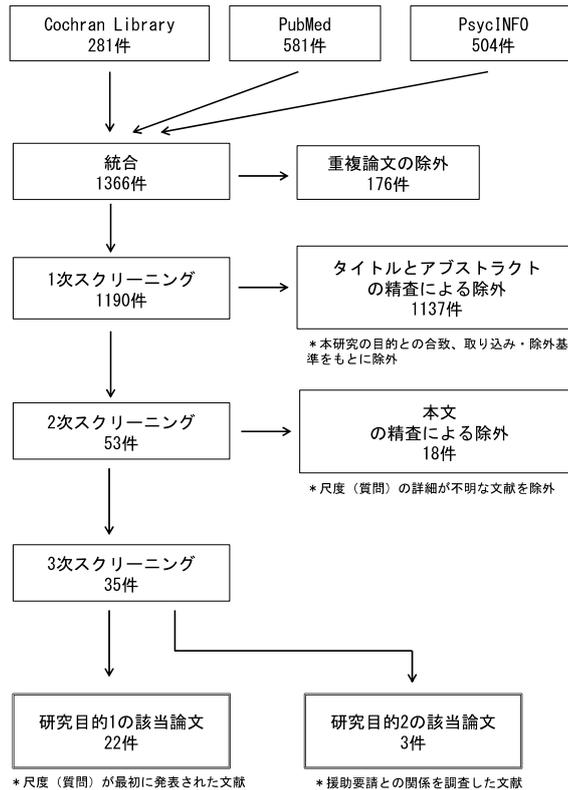


図1. 系統的文献レビューの手順と結果

John (Mary) is 30 years old. He (she) has been feeling unusually sad and miserable for the last few weeks. Even though he (she) is tired all the time, he (she) has trouble sleeping nearly every night. John (Mary) doesn't feel like eating and has lost weight. He (she) can't keep his (her) mind on his (her) work and puts off making any decisions. Even day-to-day tasks seem too much for him (her). This has come to the attention of John's (Mary's) boss who is concerned about his (her) lowered productivity.

(筆者訳)

ジョン（メアリー）は30歳です。彼（彼女）はここ数週間、非常に悲しく憂うつな気分です。彼（彼女）はいつも疲れているのに、ほとんど毎晩眠れません。ジョン（メアリー）は食欲がなく、体重が減ってきています。彼（彼女）は仕事に集中することができず、様々な面で決断を下すことができません。日々の業務ですら彼（彼女）にとって多すぎるように見えます。生産性の低下を心配したジョン（メアリー）の上司が注目しています。

図2. 代表的うつ病ヴィネット<sup>5)</sup>（太字が診断基準の症状を示す）

る読書、断酒、ダイエットなどがあり、専門支援の具体的項目として、精神療法、精神科への入院、ECT (Electroconvulsive therapy) が考えられた。同様に、von dem Knesebeck et al.<sup>46)</sup> は、“薬物療法、精神療法、アクティビティに効果があるか”というセルフ・ヘルプと専門支援が混在した質問を設定していた。

専門支援のみの質問では、薬物療法に関する有効性や態度<sup>36) 38)</sup> (例えば、“精神科の薬は依存性がある”)、うつ病ヴィネットを提示した後に登場人物の治療可能性について問う質問<sup>46)</sup>があった。また、Reavely et

al.<sup>45)</sup> は、周囲にうつ病患者がいる場合にとるファーストエイド行動として専門支援を勧めるかについての質問を調査していた。

4) 認識や適切な援助要請を促進する態度 (スティグマ)

この項目については、2次スクリーニングで該当した多くの文献が実施していた。中でも Griffiths et al.が開発した Depression Stigma Scale (DSS)<sup>39)</sup> や Linkが開発した尺度<sup>50) 51) 54)</sup> が用いられる場合が多かった。DSSは、うつ病患者に対する1. 自身の考えを問う質問 (Personal stigma) と、2. 多くの人の考えを

問う質問 (Perceived stigma) から成り立っていることが特徴である。研究によって Personal stigma 項目のみを利用している場合があった。

該当した9件の質問項目をさらに統合すると、1. 社会的距離、2. イメージ、3. 治療が必要な“病気”であること、4. 病因・発症可能性、5. セルフ・ヘルプ、の5項目に分類することが可能であった (表2)。

### 5) 精神保健に関する情報の入手方法の知識

この項目を独立して設定している文献はなかった。ただし、Nishi et al.<sup>44)</sup> の「自殺とうつ病に関する知識」の項目の中に、①地方公共団体が行っている精神保健活動の認識、②精神科病院の所在地の知識、の有無を問う質問があった。

### 6) その他の項目

Jeong et al.<sup>41)</sup> は、Griffiths et al.<sup>39)</sup> が開発した D-Lit といううつ病の知識尺度 (質問項目が不明のため、本研究の対象から除外) を元に改変した韓国語版 D-Lit の開発を目的とした研究を行った。因子分析を行った結果、1. うつ病やその治療法に関する誤解、2. うつ病の知識、3. 治療の知識、の3因子構造 (質問数18) であることを報告している。18の質問の中に Jorm の6項目が混在した尺度となっていた。

その他に、von dem Knesebeck et al.<sup>46)</sup> は、うつ病の有病率に関する質問を設定した (例えば、“人生のある時点でうつ病になる人の割合はどれくらいだと思いますか?”)。また、Buhler et al.<sup>36)</sup> は、うつ病に関連する様々な割合について調査していた (例えば、“うつ病で治療を受けている人の割合はどれくらいだと思いますか?”)。

上記をまとめると、Jorm の説明になかった MHL 項目として、うつ病に関連する割合、を抽出することができた。

### 3. うつ病に関する MHL と援助要請の関係

うつ病に関する MHL と援助要請の関係を調査した文献は3件<sup>38) 41) 42)</sup> であった。

Economou et al.<sup>38)</sup> は、地域住民621名を対象とした調査を行った。多変量ロジスティック回帰分析の結果、薬物療法に関する否定的態度が強いと、精神医療の専門家に援助を求めない傾向があることを報告している (OR=0.89, 95% CI=0.85-0.93, P<.01)。しかし、DSS の Personal stigma と援助要請の間に有意な関係は見られなかった。

Kim et al.<sup>42)</sup> は、大学生332名および大学生1,321名を各々対象とした調査を行った。多変量ロジス

ティック回帰分析の結果、うつ病ヴィネットの疾患名を正しく認識した場合、有意に援助を求める傾向があることを報告している (それぞれ OR=5.15, 95% CI=2.32-11.43, P<.001, OR=3.98, 95% CI=2.80-5.67, P<.001)。

Jeong et al.<sup>41)</sup> は、韓国語版 D-Lit を開発する際の基準関連妥当性の指標として Attitudes Toward Seeking Psychological Help (ASPH)<sup>57)</sup> を用いた。その結果、韓国語版 D-Lit の総合得点と ASPH の間に弱い相関 (r=0.34, P<.001) が見られたことを報告している。

## IV. 考察

本研究では、1) うつ病に関する MHL の構成概念を Jorm の定義を基準として検討すること、2) うつ病に関する MHL と援助要請の関係について検討すること、を目的としてうつ病の MHL 尺度に焦点を当てた系統的文献レビューを行った。その結果、それぞれ22件、3件の文献を抽出した。

該当した文献で用いられている尺度 (質問) を Jorm の6項目を基準に分類した結果、1) 特定の疾患や心理的苦痛を同定する能力、2) 危険因子や原因に関する知識や信念、5) 認識や適切な援助要請を助ける態度 (スティグマ) が多くの研究で調査されていた。また、Jorm の説明になかった項目として、うつ病に関連する割合を抽出した。Jorm の定義6項目を満たし、信頼性・妥当性の検証がされたうつ病の MHL 尺度はなかった。援助要請との関係では、疾患の識別能力、薬物療法に関する態度、スティグマが調査されていた。

Srebnik et al.<sup>58)</sup> は、子供や思春期の若者の精神保健の問題に対する援助要請のプロセスモデルとそのプロセスに影響を与える要因を示している。プロセスモデルを、第1段階「問題の認識」、第2段階「援助要請の決定」、第3段階「サービスの選択」の3段階にまとめており、第1段階の「問題の認識」がなければ援助要請は起こりえないことを言及している。つまり、MHL の中でも1) 特定の疾患や心理的苦痛を同定する能力が最も重要な項目であると考えられる。Kim et al.<sup>42)</sup> は、ヴィネットの登場人物がうつ病であることを正しく認識できた場合にはそうでない場合と比べて3.98ないし5.15倍他者に専門支援の援助要請を勧めるという結果を報告していることから支持される。Jorm et al.<sup>5)</sup> の用いるヴィネットはうつ病の診断基準のうち5つの症状 (抑うつ気分、疲労感、睡眠障

害、食欲不振、集中力の減退)が含まれている。実際の臨床では、その他の4つの症状(興味・喜びの減退、精神運動焦燥、無価値感、死についての反復思考)が前面に出てくる場合も考えられるため、うつ病の診断基準1つ1つの症状の理解が非常に重要であると考えられる。特に、興味・喜びの減退は、抑うつ気分と同様にそのどちらか1つを満たすことが必須であるため、重要な症状であると考えられる。

薬物療法に関する否定的態度は援助要請の可能性を軽減していた<sup>38)</sup>。勤労者のうつ病患者を対象として精神科/心療内科の受診に至る過程について調査した研究<sup>59)</sup>は、薬物療法によって復職が可能になった当事者が周囲にいる場合には援助要請が促進されることを示唆している。薬物療法に限らず、精神医療の各種治療法によって回復が可能であるという肯定的な態度が援助要請を促進すると思われる。

スティグマに関する尺度は、Griffiths et al.<sup>39)</sup>が開発した Depression Stigma Scale (DSS) や Link (et al.)が開発した尺度<sup>50) 51) 54)</sup>が用いられる場合が多かった。DSSの personal stigma を用いた研究<sup>38)</sup>では、援助要請と関係がなかったことを報告している。また、スティグマと援助要請の関係には矛盾した結果が報告されている<sup>38)</sup>。本研究の結果からスティグマの項目を再統合すると5項目に分類することが可能であった。DSSの質問内容を精査すると、社会的距離(“私は、うつ病であると知っていたらその人と一緒に働きたくない”)、イメージ(“うつ病の人は危険である”)、治療が必要な“病気”であること(“うつ病は医療の必要な病気ではない”)、病因(“うつ病は個人的弱さの特徴である”)、セルフ・ヘルプ(“うつ病患者は彼らが望めば克服することができる”)と5項目全てが入っている。このことから、スティグマの項目によっては援助要請に対して別々の影響を与えているため、援助要請との有意な関係を見出せなかった可能性が考えられる。例えば、統合失調症者を対象として精神科の受診に至る過程について調査した研究<sup>60)</sup>では、統合失調症者は暴力的であるというスティグマがあり、そのような状態ではない自分は統合失調症でないと誤認識し援助要請が遅れていた場合があることが報告されている。うつ病患者に対するネガティブなイメージと援助要請との関係など、スティグマの各項目と援助要請に関する詳細な調査が今後必要であると思われる。

病因に関しては多くの研究で調査されていたものの、援助要請との関係を検討した文献はなかった。精

神疾患の病因が、脳の疾患などの生物学的な要因であると考えた方が、心理社会的な要因と考えるよりも否定的態度を導きやすいことが報告されている<sup>9)</sup>。今後は、病因の各要因と援助要請間の調査が望まれる。

精神保健に関する情報の入手方法については、独立した変数としての調査はなく、また、援助要請との関係も明らかにされていなかった。上述した勤労者のうつ病患者を対象とした研究<sup>59)</sup>で身近な当事者の存在が援助要請に影響を与えることが示唆されている。復職した当事者が身近にいる場合には治療への期待が高まり援助要請が生じやすかった。このことから、身近な回復した当事者の存在についての項目が今回の調査では必要であると考えられる。

Jormの説明になかった項目として、うつ病に関連する割合を抽出した。しかし、この項目と援助要請との関係については調査されていなかった。例えば、うつ病の有病率について実際の疫学データよりも高く見積もるか、低く見積もるかや援助要請の関係についての明らかにすることによって、MHL教育で行う具体的内容がより明確になると思われる。

最後に本研究の限界について述べる。本研究は、うつ病に関するMHLの構成概念を検討することを第一の目的とした。援助要請(help-seeking)を検索語に含めると対象文献数が著しく減少したことから演算子に含めなかった。そのため、本稿におけるうつ病に関するMHLと援助要請の関係については、限定的な理解にとどめる必要がある。

## 参考・引用文献

- 1) 武田雅俊、神庭重信、野村総一郎、うつ病の現状と「うつ病対策の総合的提言」の背景. 日本生物学的精神医学会誌. 2010; 21: 177-182
- 2) Fergusson D, Horwood J, Ridder E, et al. Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. Archives of General Psychiatry. 2005; 62: 66-72
- 3) Hui C, Morcillo C, Russo D, et al. Psychiatric morbidity, functioning and quality of life in young people at clinical high risk for psychosis. Schizophrenia Research. 2013; 148: 175-180
- 4) da Silva J, Gonçalves-Pereira M, Xavier M, et al. Affective disorders and risk of developing dementia: systematic review. British Journal of Psychiatry. 2013; 202: 177-186

- 5) Jorm AF, Korten A, Jacomb P, et al. Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*. 1997; 166: 182-186
- 6) Jorm AF. Mental health literacy Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British journal of psychiatry*. 2000; 177: 396-401
- 7) 中村菜々子、久田満、企業の従業員におけるメンタルヘルス・リテラシー—うつ症状に関する知識と対処行動の実行可能性を中心に—。 *コミュニティ心理学研究*. 2008 ; 12 : 23-34
- 8) Essau C. Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depression and anxiety*. 2005; 22: 130-137
- 9) Yamaguchi S, Mino Y, Uddin S. Strategies and future attempts to reduce stigmatization and increase awareness of mental health problems among young people -A narrative review of educational interventions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2011; 65: 405-415
- 10) 小塩靖崇、東郷史治、佐々木司、学校精神保健リテラシー教育の効果検証と各国の現状に関する文献レビュー。 *学校保健研究*. 2013. 55 : 325-333
- 11) 榎原潤、うつ病の知識とスティグマの関連—心理社会的知識はスティグマを強化しうる—。 *日本心理学会大会発表文献集*. 2014 ; 78 : 385
- 12) O'Connor M, Casey L, Clough B. Measuring mental health literacy -a review of scale-based measures. *Journal of Mental Health*. 2014; 23: 197-204
- 13) O'Connor M, Casey L. The mental health literacy scale (MHLS) : A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*. 2015; 229: 511-516
- 14) 土屋政雄、尺度研究の必須事項。 *行動療法研究*. 2015 ; 41 : 107-116
- 15) Amarasuriya SD, Jorm AF, Reavley NJ. Quantifying and predicting depression literacy of undergraduates: a cross sectional study in Sri Lanka. *BMC Psychiatry*. 2015; 15: 269
- 16) Boerema AM, Zoonen K, Cuijpers P, et al. Psychometric Properties of the Dutch Depression Stigma Scale (DSS) and Associations with Personal and Perceived Stigma in a Depressed and Community Sample. *PLoS One*. 2016; 11: e0160740
- 17) Copelj A, Kiropoulos L. Knowledge of depression and depression related stigma in immigrants from former Yugoslavia. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2011; 13: 1013-1018
- 18) Dunn KI, Goldney RD, Grande ED, et al. Quantification and examination of depression-related mental health literacy. *J Eval Clin Pract*. 2009; 15: 650-653
- 19) Eckert KA, Kutek SM, Dunn KI, et al. Goldney RD. Changes in depression-related mental health literacy in young men from rural and urban South Australia. *The Australian Journal of Rural Health*. 2010; 18: 153-158
- 20) Goldney RD, Dunn KI, Dal Grande E, et al. Tracking depression-related mental health literacy across South Australia: a decade of change. *Aust N Z J Psychiatry*. 2009; 43: 476-483
- 21) Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Predictors of depression stigma. *BMC Psychiatry*. 2008; 8: 25
- 22) Hui A, Wong PW, Fu KW. Evaluation of an Online Campaign for Promoting Help-Seeking Attitudes for Depression Using a Facebook Advertisement: An Online Randomized Controlled Experiment. *JMIR Ment Health*. 2015; 2: e5
- 23) Jones AR, Cook TM, Wang J. Rural-urban differences in stigma against depression and agreement with health professionals about treatment. *J Affect Disord*. 2011; 134: 145-150
- 24) Kashihara J. Examination of stigmatizing beliefs about depression and stigma-reduction effects of education by using implicit measures. *Psychological reports*. 2015 ; 116: 337-362
- 25) Kiropoulos LA, Griffiths KM, Blashki G. Effects of a multilingual information website intervention on the levels of depression literacy and depression-related stigma in Greek-born and Italian-born immigrants living in Australia: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*.

- 2011; 13: 19-33.
- 26) O'Reilly C, Bell J, Kelly P, et al. Impact of mental health first aid training on pharmacy students' knowledge, attitudes and self-reported behaviour: a controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011; 45: 549-557
  - 27) Park S, Kim MJ, Cho MJ, et al. Factors affecting stigma toward suicide and depression: A Korean nationwide study. *Int J Soc Psychiatry*. 2015; 61: 811-817
  - 28) Taylor-Rodgers E, Batterham PJ. Evaluation of an online psychoeducation intervention to promote mental health help seeking attitudes and intentions among young adults: Randomised controlled trial. *J Affect Disord*. 2014; 168: 65-71
  - 29) Wang J, Lai D. The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression. *J Affect Disord*. 2008; 110: 191-196
  - 30) Stuart H, Patten SB, Koller M, et al. Stigma in Canada: results from a rapid response survey. *Can J Psychiatry*. 2014; 59: S27-33
  - 31) Subramaniam M, Abdin E, Picco L, et al. Stigma towards people with mental disorders and its components - a perspective from multi-ethnic Singapore. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017; 26: 371-382
  - 32) Makowski AC, Mnich EE, Ludwig J, et al. Changes in beliefs and attitudes toward people with depression and schizophrenia - Results of a public Campaign in Germany. *Psychiatry Res*. 2016; 237: 271-278
  - 33) Yap MBH, Reavley NJ, Jorm AF. Is the use of accurate psychiatric labels associated with intentions and beliefs about responses to mental illness in a friend? Findings from two national surveys of Australian youth. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2015; 24: 54-68
  - 34) Yoshioka K, Reavley NJ, MacKinnon AJ, et al. Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: Results from a survey of Japanese high school students. *Psychiatry Res*. 2014; 215: 229-236
  - 35) von dem Knesebeck O, Angermeyer MC, Kofahl C, et al. Education and the public' s desire for social distance from people with depression and schizophrenia: The contribution of emotional reactions and causal attributions. *Int J Soc Psychiatry*. 2014; 60: 468-473
  - 36) Buhler AV, Karimi RM. Peer-level patient presenters decrease pharmacy students' social distance from patients with schizophrenia and clinical depression. *Am J Pharm Educ*. 2008; 72: 106
  - 37) Cleveland HR, Baumann A, Zäske H, et al. Association of lay beliefs about causes of depression with social distance. *Acta Psychiatr Scand*. 2013; 128: 397-405
  - 38) Economou M, Bergiannaki JD, Peppou LE, et al. Attitudes towards depression, psychiatric medication and help-seeking intentions amid financial crisis: Findings from Athens area. *Int J Soc Psychiatry*. 2016; 62: 243-51
  - 39) Griffiths K, Christensen H, Jorm A, et al. Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: randomised controlled trial. *British journal of psychiatry*. 2004; 185: 342-349
  - 40) Hamann J, Mendel R, Reichhart T, et al. A "Mental-Health-at-the-Workplace" Educational Workshop Reduces Managers' Stigma Toward Depression. *J Nerv Ment Dis*. 2016; 204: 61-63
  - 41) Jeong YM, Hughes TL, McCreary L, et al. Validation of the Korean Parental Depression Literacy Scale. *Int J Ment Health Nurs*. 2017
  - 42) Kim JE, Saw A, Zane N. The influence of psychological symptoms on mental health literacy of college students. *Am J Orthopsychiatry*. 2015; 85: 620-630
  - 43) von dem Knesebeck O, Mnich E, Angermeyer MC, et al. Changes in depression stigma after the Germanwings crash—Findings from German population surveys. *J Affect Disord*. 2015; 186: 261-265
  - 44) Nishi N, Kurosawa M, Nohara M, et al. Knowledge of and attitudes toward suicide and depression among Japanese in municipalities

- with high suicide rates. *J Epidemiol.* 2005; 15: 48-55
- 45) Reavley NJ, McCann TV, Jorm AF. Actions taken to deal with mental health problems in Australian higher education students. *Early Intervention in Psychiatry.* 2012; 6: 159-165
- 46) von dem Knesebeck O, Mnich E, Daubmann A, et al. Socioeconomic status and beliefs about depression, schizophrenia and eating disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013; 48: 775-782
- 47) Wang J, Fick G, Adair C, et al. Gender specific correlates of stigma toward depression in a Canadian general population sample. *J Affect Disord.* 2007; 103: 91-97
- 48) Yap MB, Reavley NJ, Jorm AF. Associations between awareness of beyondblue and mental health literacy in Australian youth: Results from a national survey. *Aust N Z J Psychiatry.* 2012; 46: 541-552
- 49) Yu Y, Hu M, Liu ZW, et al. Recognition of depression, anxiety, and alcohol abuse in a Chinese rural sample: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 2016; 16: 93
- 50) Link BG. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review.* 1987; 52: 96-112
- 51) Link BG, Cullen FT, Frank J, et al. The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology.* 1987; 92: 1461-1500
- 52) Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC. Continuum beliefs and stigmatizing attitudes towards persons with schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychiatry Research.* 2013; 209: 665-669
- 53) Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. The public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about treatment: changes in Australia over 8 years. *Aust N Z J Psychiatry.* 2006; 40: 36-41
- 54) Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, et al. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health.* 1999; 89: 1328-1333
- 55) Angermeyer MC, Matschinger H. Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychol Med.* 1997; 27: 131-141
- 56) Nieuwsma JA, Pepper CM. How etiological explanations for depression impact perceptions of stigma treatment effectiveness and controllability of depression. *Journal of mental health.* 2010; 19: 52-61
- 57) Fischer E, Farina A. Attitudes toward seeking psychological professional help: A shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development.* 1995; 36: 368-373
- 58) Srebniak D, Cauce AM, Baydar N. Help-seeking pathways for children and adolescents. *Journal of Emotional and Behavioral disorders.* 1996; 4: 210-220
- 59) 児玉壮志、志渡晃一、池田望、うつ病を発症した勤労者が精神科を受診することの意味. *日本社会精神医学会雑誌.* 2017 ; 26 : 272
- 60) 児玉壮志、志渡晃一、池田望、統合失調症者の未治療期間に影響する要因：初回受診に至る過程の質的分析. *精神障害とリハビリテーション.* 2017 ; 21 : 170-177