

【10765/PC-131】一般研究発表

精神疾患の説明モデルの検討： 日本とカナダ間での文化比較

*Cultural Variations in Explanatory Models:
A Cross-Cultural Study of Lay Beliefs about Mental Illness in Japan and Canada*

◎春原 桃佳¹・佐々木 淳²・向後 響¹
鈴木 那納実²・山口沙樹子³・Andrew Ryder^{1,3}

1. Concordia大学 人文科学部心理学研究科

2. 大阪大学大学院 人間科学研究科

3. McGill大学 医学部精神医学研究科

発表内容

1. 背景・問題点

- 説明モデルとは？
- 日本とカナダ社会の“病気”の文化差
- 文化的自己観
- 説明モデルの先行研究①～③

2. 目的

- リサーチクエスチョン
- 仮説

3. 方法

- 対象
- 調査方法①～②
- データ解析方法①～②

4. 結果

- 質的考察結果①～②
- 統計解析結果①～②

5. 考察

6. 参考文献

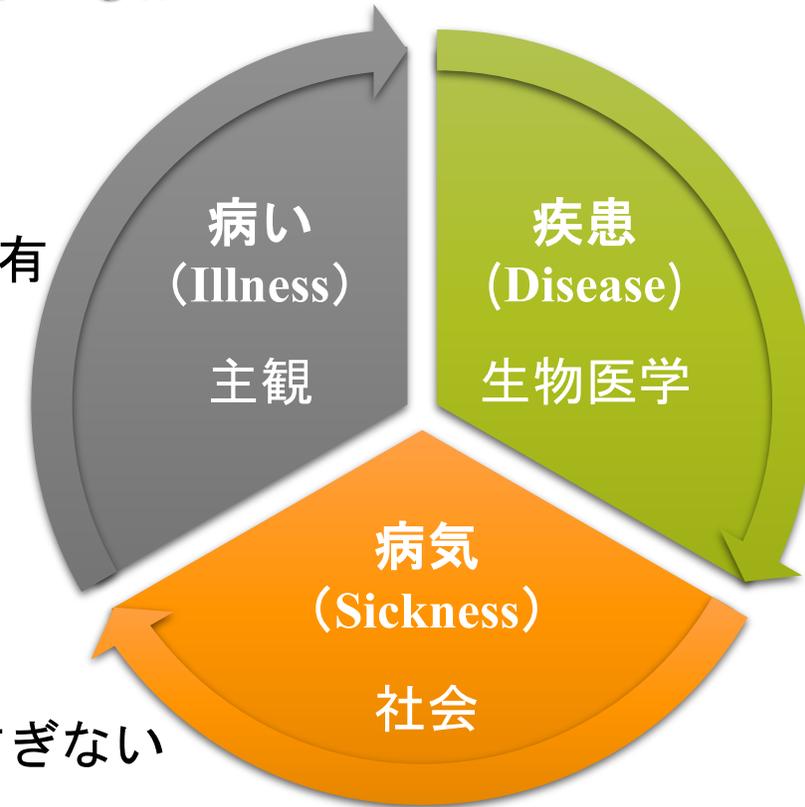
1.1 説明モデルとは？

• 人々が精神疾患をどのように捉えているか、どう説明づけしているか？

- 当事者個々の精神病理の解釈、理解
- 患者を含めた一般の人々の“病い”と生物医学の“疾患”の区別
- 人はそれぞれの価値観、経験に基づいた異なる“説明モデル”を保有

• クライマンが提唱 (Kleinman, 1980)

- ハーバード大 医学博士 (精神医学)
- 医療人類学、民族医学 (文化と精神医療、台湾・中国で研究)
- 「疾患」は西洋医学、つまり特定の文化の定義、説明モデルにすぎない



1.2 日本とカナダ社会の“病気”の文化差



1.3 文化的自己観

1. 文化的自己観とは“自己”についての特性や概念である。 (Markus & Kitayama, 1994)
2. 自己観は文化や地域によって異なるという理論に基づいており、人々は**相互独立的自己観**、または**相互協調的自己観**に基づいた行動や心理プロセスを形成していく。
 - ii. **相互独立的自己観**: 自己を他人や周囲の物事とは区別・独立して存在すると認識したうえでの人間観
 - iii. **相互協調的自己観**: 自己を周囲との良い関係性・協調性を保つことで存在すると認識したうえでの人間観
1. 文化心理学の研究では、日本人は欧米人と比べて相互協調的自己観が優勢であり、相互独立的自己観は西洋文化的な自己観であり、この自己観の文化差が異なる文化圏の人々の行動や心理プロセス、認知パターンの違いの要因として様々な検討がされている。

1.4 説明モデルの先行研究①

精神疾患のしろうと理論 (Folk Psychiatry Model)

- Haslamが3説明モデルを提唱 (Haslam, 2003)

世間一般の人々は精神疾患を...

- ①**医療化:** 遺伝やホルモン、神経伝達物質などの生物医学的な異常、欠陥が原因であると特定し、疾患に伴う行動・状況は意図的でない、と捉える。
- ②**心理化:** 心理的なストレスやトラウマの経験から生じ、原因は明確に特定できないが、疾患に伴う行動・状況は意図的でない、と捉える。
- ③**モラル化:** 道徳社会的規範からの逸脱として個人の責任が原因であると特定し、個人の性格や自制心に問題があるため、疾患に伴う行動・状況は意図的であると捉える。



1.5 説明モデルの先行研究②

精神疾患のしろうと理論 (Folk Psychiatry Model) の文化差研究

他者が精神疾患を患っていた場合、人々はその原因をどのように説明するか？

- ルーマニア人はアメリカ人と比べて**医療化**する傾向が高かった。 (Giosan, Glovsky, & Haslam, 2001)
- アメリカに在住するブラジル系移民の中で、アメリカ文化への心理的文化変容度が高い人ほど、**心理化**の傾向が高かった。 (Glovsky, & Haslam, 2003)
- 中国系シンガポール人はオーストラリア人に比べ、**モラル化**する傾向が高かった。さらに、オーストラリア人の中で**心理化**の傾向が高い人は、他者の精神疾患による症状や行動を“ふつう”であり受容できるとみなす、**ノーマライズ (非病理化)** をする傾向が高かった。このノーマライズ効果は中国系シンガポール人のサンプルではみられなかった。 (Ban et al., 2012)

1.6 説明モデルの先行研究③

精神疾患のしろうと理論先行研究の問題点

1. 欧米モデル・心理プロセスに偏っている。
 - I. 3 説明モデルは個人の内的帰属のみで、外的帰属が含まれていない。
 - II. 文化心理学の研究から、物事の原因を考える際、日本人は欧米人と比較してより外的・状況要因を考慮することが知られている。（e.g., Markus & Kitayama, 1991）
2. 日本人サンプルでの調査は行われていない。
3. 先行研究は3モデルに基づいた尺度を用いた調査であるため、探索的な研究方法によって、日本文化固有の説明モデルの検討が必要である。

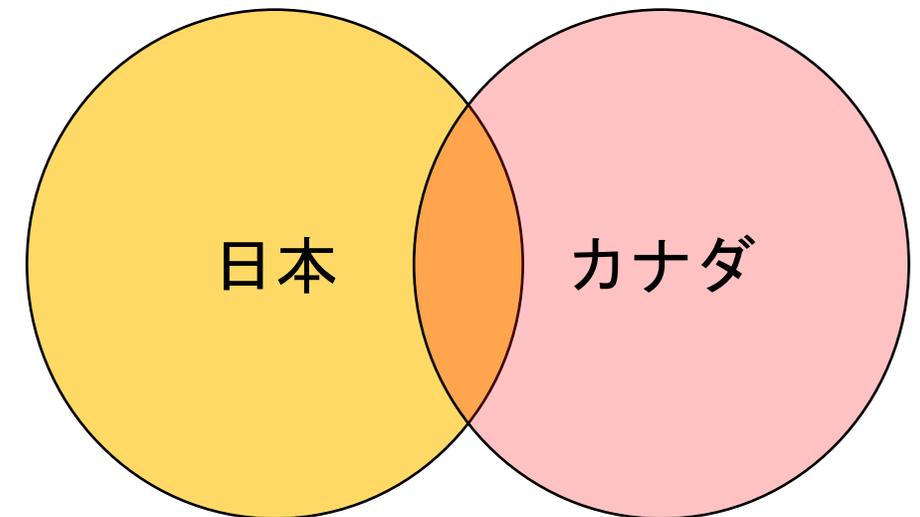
2.1 本研究の目的：リサーチクエスチョン

1. 日本文化特有の説明モデルの抽出

→探索的、質的

2. 日本とカナダ間の、一般の人々の精神疾患の説明モデルの文化差を検討

→説明的、量的



2.2 本研究の目的: 仮説

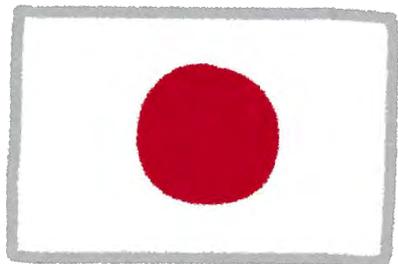
仮説 1 探索的

- 日本人は、精神疾患の説明モデル（病因）について、3説明モデルには当てはまらない、外的帰属、または相互協調的自己観に基づいた対人志向性に関する説明付けをすると仮定した。

仮説 2 説明的

- 日本とカナダでは、文化的自己観、説明モデルに文化差がみられると仮定した。
 1. 文化的自己観については、日本は相互協調的自己観が優勢であり、カナダは相互独立的自己観が優勢であると仮定した。
 2. 説明モデルについては、日本はより相互協調的自己観が優勢であることから、モラル化する傾向が強く、カナダは相互独立的自己観が優勢であることから、医療化する傾向が強いと仮定した。

3.1 本研究の方法：対象



日本人大学生112名

関西圏に在住の日本を文化のルーツとする日本語話者
(女性76名,男性36名,平均年齢20.72, SD4.24年)



ヨーロッパ系カナダ人大学生189名

カナダモントリオールに在住の欧米を文化のルーツとする英語話者
(女性162名,男性26名,無回答1名,平均年齢21.89歳, SD3.92年)

*大阪大学人間科学研究科研究倫理委員会、Concordia大学人文科学部倫理審査委員会の承認を得たうえで実施

3.2 本研究の方法：調査方法①

1. ビネットを用いた自由回答記述

- I. ①うつ病、②ひきこもり、③統合失調症、④広汎性発達障害、⑤アルコール依存症
- II. DSM-IVをもとに5つの疾患のケースビネットを作成。
- III. 疾患名は伏せ、ビネットの症状の説明付け（病因）をたずね、自由記述で回答してもらった。

（調査で使用したうつ病のビネット）

Kさんは毎日をやり過ごすのに大きな困難を感じている。かつて楽しいと感じていた日常の活動への興味を失い、一人で自宅にいることを好んでいる。家族や友人が家を訪ねると、日中にパジャマを着たままで泣いている彼女の姿があった。彼女の友人たちが「なにかあったの？」と尋ねると、彼女は「わからない。ただ、気分が晴れないの。」と言う。なかなか寝付けず、一晩中何度も寝返りをうつ。そのため、絶えず疲れ切っている。友人たちが「なんだか悲しそう。」と言うと、彼女は「うん、悲しいの。」と答える。「ほとんどいつも悲しいの。」とさえ言う。悲しくないときは、苛立ちや怒りを感じているときだ。彼女は自分が彼女の周りの大切な人たちの重荷になっているように感じるという。また、彼らの周りに自分がない方が良いとさえ思っている。彼女は今後この状態がどのように改善されるのか、また彼女自身何をすれば改善するのか、わかっていない。友人たちは、彼女が自分自身を傷付けてしまうのではないかと心配している。

3.3 本研究の方法：調査方法②

2. 20答法 (TST; Twenty Statements Test, Kuhn & McPartland, 1954)

- I. 自己の特性をどのように表現するか、の自己概念・自己観
- II. “私は誰だろう？”との問いに20通りの回答を自由記述
- III. 相互独立的自己観または相互協調的自己観に分類される。
- IV. Arcsin変換した割合を用いてデータ解析



3. 精神疾患罹患者との接触経験尺度 (Level of Contact Report, Holmes et al., 1999; 邦訳版, Kashihara, 2015)

- I. 7件法による、精神疾患罹患者との接触経験の度合いを測定
- II. 例: (1) Kさんのような人を見たことがない。(2) Kさんのような人と一緒に生活している。

3.4 本研究の方法：データ解析方法①

1. 内容分析

- I. Wong (2010)らが作成したコーディングスキームをもとに帰納的および演繹的にサブコード化したうえでHaslamの3説明モデルに分類した。
- II. Haslam(2003)の3説明モデルに相当するカテゴリーおよび、それらに当てはまらないカテゴリーをオープンコード化し、日本文化特有の回答を抽出した。
- III. 本研究の仮説を知らないヨーロッパ系カナダ人、日本人、日英バイリンガルの計3名の研究協力者および筆頭著者を含め、上記のI, IIの手順を踏まえコードブックの暫定版を作成し、協力者3名がそれぞれデータの解析を行った。



3.5 本研究の方法：データ解析方法②

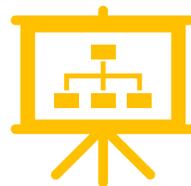
2. 統計解析

I. 評価者間信頼性：κ値

学生サンプルの自由記述回答を暫定版コードブックと照らし合わせ、カナダと日本のサンプルをそれぞれ3名のコーダーが分類した。カナダの一致率は84% (κ=.53)、日本は81% (κ=.45) だった。分類が一致しない回答については、協力者と筆頭著者で話し合いによって決定された。

II. 文化差および各ビネット間の差： t 検定、 χ^2 検定(ボンフェローニ法による多重比較)、混合計画分散分析、ロジスティック回帰分析

III. 内容分析の解析にはATLAS.ti、統計解析にはR, JASP, SPSS を使用した。



4.1 結果：質的考察結果①

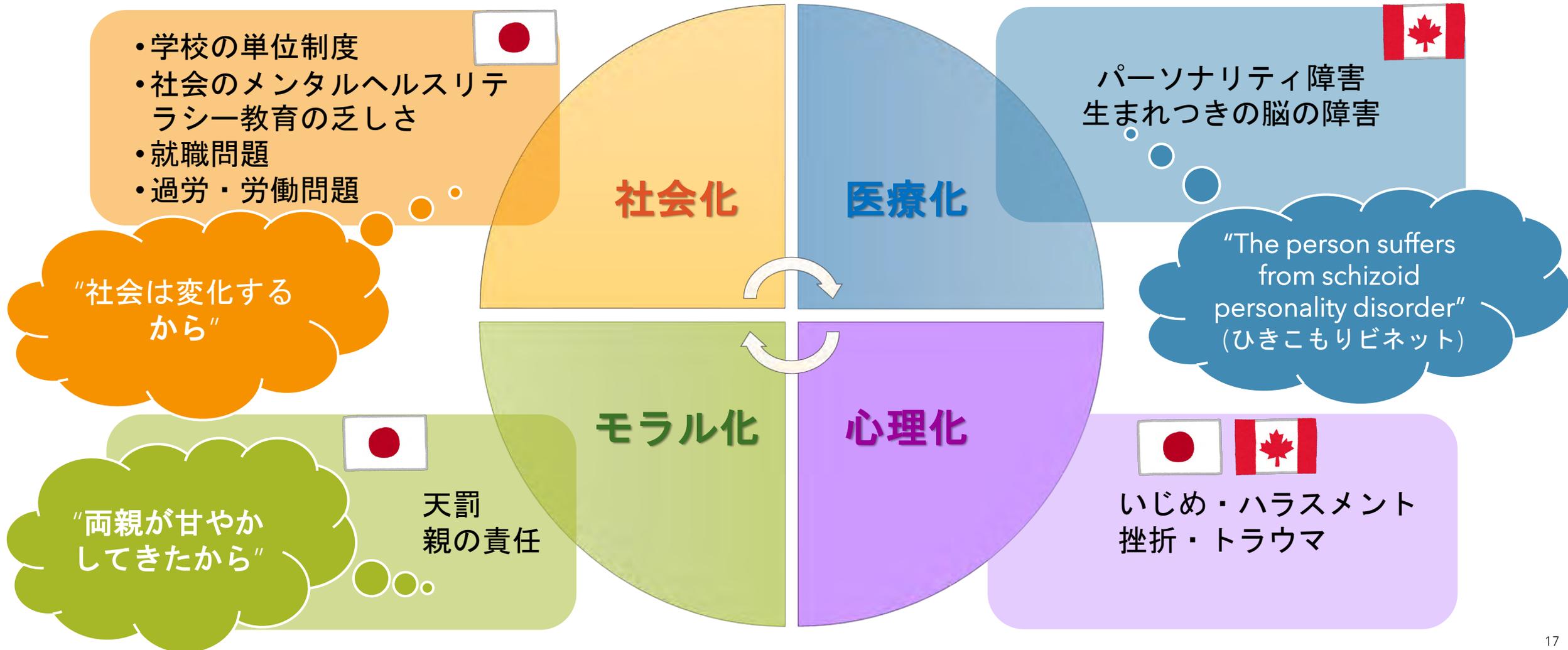
1. 各説明モデルのカテゴリー内容の多様性が明らかになった

- i. 例1：“親の責任”、“天罰”はHaslam (2003)やWong(2010)では言及されておらず、本研究で新たに**モラル化**（日本）としてコードした。
- ii. 例2：**心理化**の“個人の失敗”では自己（カナダ）と“親不孝”などの他者（日本）の期待に答えることができなかった、という回答で文化差があった。

2. 日本人固有のカテゴリーが抽出された

- i. 例：“学校制度”、“メンタルヘルスリテラシー”など外的帰属に相当するカテゴリーを本研究で新たに“**社会化**”としてコード化した。

4.2 結果：質的考察結果②



4.4 統計解析結果①

	 日本		 カナダ		<i>t</i> -score	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
接触経験						
1. うつ	3.35	0.93	5.60	0.81	21.38***	2.54
2. ひきこもり	2.22	0.79	5.61	0.58	39.38***	4.72
3. 統合失調症	2.27	0.68	5.96	0.55	48.36***	5.78
4. 広汎性発達障害	2.55	0.90	5.18	0.89	29.58***	2.94
5. アルコール依存症	2.91	0.82	5.60	0.66	24.64***	3.52
文化的自己観						
相互独立的自己観	0.66	0.18	0.77	0.15	-5.78***	-0.71
相互協調的自己観	0.34	0.18	0.22	0.15	5.78***	0.71

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ 。



4.5 統計解析結果②

	 日本 X  カナダ				
	うつ	ひきこもり	統合失調症	広汎性発達障害	アルコール依存症
	X^2 (Cramer's V) 日本%, カナダ%				
説明モデル					
1. 医療化	137.19***(0.68) 27.7, 92.5	83.96***(0.53) 8.9, 62.1	175.08***(0.76) 24.1, 96.8	22.11***(0.27) 37.5, 65.3	41.20***(0.37) 43.8, 80.0
2. 心理化	31.87***(0.32) 77.7, 44.1	15.90***(0.23) 89.3, 68.4	113.20***(0.61) 74.1, 13.7	14.79***(0.22) 52.7, 30.5	60.28***(0.48) 72.3, 26.3
3. モラル化	3.37(0.10) 10.7, 5.7	12.81(0.21) 62.1, 43.8	31.69***(0.32) 18.8, 1.1	0.42(0.03) 27.7, 31.1	0.07(0.01) 24.1, 23.7

*** $p < .001$ (ボンフェローニ多重比較による). Cohenの効果量の目安による効果量大の値は太字。



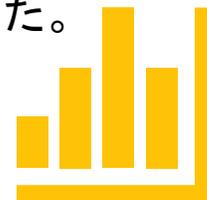
4.6 統計解析結果③

1. 接触経験度

- i. 文化（カナダ・日本）を従属変数として2×5（5つの疾患別: うつ、ひきこもり、統合失調症、汎用性発達障害、アルコール依存症）の混合計画分散分析を行った。
- ii. その結果、交互作用が有意であった ($F(4,1188) = 65.26, p < .001, \eta^2_p = 0.18$)
- iii. ボンフェローニ多重比較の事後検討で全ての疾患においてカナダ人は日本人よりもより多くの接触経験があった($p < .001$)。

2. 説明モデル × 文化的自己観 × 文化 × 5 疾患

- i. 疾患ごとに各説明モデルを説明変数とし、文化的自己観（相互独立的・相互協調的）および文化（日本・カナダ）を従属変数として交互作用の検討をロジスティック回帰分析を行った。
- ii. その結果、有意差はみられなかった。



5.1 考察



“社会化”に相当する、既存の説明モデルには当てはまらない、日本文化特有のカテゴリーが抽出された。



全ての疾患の病因について、カナダ人は日本人と比べて、**医療化**する傾向が強く、日本人はカナダ人に比べて**心理化**する傾向が強かった。統合失調症は日本人はカナダ人に比べてより**モラル化**する傾向が強かった。



説明モデルの文化差が明らかになったものの、それを説明づけると仮定される20答法による文化的自己観の役割を裏付ける結果とはならなかった。

5.2 考察

- 本研究の対象者は大学生であったが、今後は患者やその家族、精神保健分野の専門家についても説明モデルを検討し、それぞれの保有する説明モデルがどう異なっているのか、またその齟齬による影響を明らかにする必要がある。
- 本研究で20答法による文化的自己観が文化差を説明する結果が出なかった理由として、回答の分類が分析者の主観が反映されることであろう。本研究での課題として、自己観やその他の文化に影響される価値観がどのように説明モデルの文化差を説明するかについては各文化において人々が“病理化”することの心理プロセスを検討する必要がある。
- 本研究は自由回答データを元にした質的研究要素を含んだ調査であったが、データの解析は主に量的であったため、今後は各文化間および当事者グループごとにインタビューなどの質的方法により主観的な経験や説明モデルの考えについて検討しつつ、日本文化特有のカテゴリーや説明モデルを包括したコーディングスキームや尺度の開発を試みる予定である。

6. 参考文献

- 檉原 潤 (2016). うつ病罹患者に対する偏見が対人的拒絶・サポート行動の意図に及ぼす影響：質問紙実験による検討, *臨床心理学*, 16(5), 591–599.
- Ban, L., Haslam, N., & Kashima, Y. (2012). Does understanding behavior make it seem normal? Perceptions of abnormality among Euro-Australians and Chinese-Singaporeans. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 43, 286-298.
- Cooper, J., & Sartorius, N. (1977). Cultural and temporal variations in schizophrenia: A speculation on the importance of industrialization. *The British Journal of Psychiatry*, 130, 50–55.
- Giosan, C., Glovsky, V., & Haslam, N. (2001). The lay concept of 'mental disorder': A cross-cultural study. *Transcultural Psychiatry*, 38(3), 317–332.
- Glovsky, V., & Haslam, N. (2003). Acculturation and changing concepts of mental disorder: Brazilians in the USA. *Transcultural Psychiatry*, 40(1), 50–61.
- Haslam, N. (2003). Folk psychiatry: Lay thinking about mental disorder. *Social Research*, 70(2), 621-644. Retrieved from <https://www.muse.jhu.edu>
- Holmes, E. P., Corrigan, P. W., Williams, P., Canar, J., & Kubiak, M. A. (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 447-456.
- Jorm, A. F., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Griffiths, K. M., & Wata, Y. (2005). Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC medicine*, 3(1), 1-14.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.
- Kuhn, M. H., & McPartland, T. S. (1954). An empirical investigation of self-attitudes. *American Sociological Review*, 19, 68–76.
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98(2), 224–253.
- OECD. *Reviews of Health Care Quality: Japan 2015 ; Raising Standards*. OECD Reviews of Health Care Quality. Paris: OECD Publishing, 2015, p.172.
- Wong, Y. J., Tran, K. K., Kim, S.-H., Van Horn Kerne, V., & Calfa, N. A. (2010). Asian Americans' lay beliefs about depression and professional help seeking. *Journal of Clinical Psychology*, 66(3), 317-332.

THANK YOU/MERCI BEAUCOUP!

❖ *Supervisors*

- ❖ Dr. Andrew G. Ryder
- ❖ Dr. Jun Sasaki



❖ *Research Team*

- ❖ Sakiko Yamaguchi
- ❖ Nanami Suzuki
- ❖ Sonora Kogo

Members of Culture, Health, and Personality lab at Concordia University