

HUMAN SCIENCE Volume 91 March 2020

THE GRADUATE COURSE OF KANSAI UNIVERSITY

関西大学大学院『人間科学』ISSN 0289 2472

第91号 2020年3月 発行 抜刷

A Tentative View for “Illness Narrative”
: With a Case Study of Bipolar Disorder II

MATSUMOTO Kei

「病いの物語」研究のための方法論的試論
— 双極性障害Ⅱ型の事例研究を通じて —

松 元 圭

「病いの物語」研究のための方法論的試論

— 双極性障害Ⅱ型の事例研究を通じて —

松 元 圭

I. はじめに

1980s以降、医学、医療社会学の領域において、患者の「語り」に注目した研究が興り、様々な「物語」が収集された（Kleinman 1988=1996；Frank 1995=2002）。こうした研究の初期は身体的慢性疾患の研究が中心だったが、今日では精神障害にも波及している。

しかし、多くの物語が収集、分析されているのに対し、その方法論と物語に対する医師や研究者の態度については十分に議論されていないのが現状である。

本稿では、物語研究の方法論とその立ち位置に関する先行研究を検討し、そこで得られた知見を基に、統合失調症と並び二大精神病の1つとされる双極性障害（Ⅱ型）の患者の事例研究を行う。

本稿の目的は、患者がどのような人生を歩み、「病い」¹⁾を抱えるに至ったのかという患者の物語と、診察の場における医師とのやりとりという物語の2つの物語に光を当て、医療は患者の物語の何を医学的なデータとして扱い、何を捨象したのか、医師とのやりとりによってどのような「物語り」²⁾が創造されたのかを事例研究を通して方法論的に論じることである。

II. 双極性障害とは何か

まずは本稿の考察対象である双極性障害がいかなる疾患であるのかについて

て概説する。

DSM-5³⁾では『双極性及び関連障害（Bipolar and Related Disorders）』として大きく7つに分類され、寛解期を挟み、躁状態と鬱状態を繰り返す病気とし、厚生労働省は双極性障害を「気分障害と分類されている疾患のひとつ（中略）うつ病とほとんど同じうつ状態に加え、うつ状態とは対極の躁状態も現れ、これらをくりかえす、慢性の病気」としている⁴⁾。

また、日本を代表する双極性障害の研究者である理化学研究所の加藤忠史は双極性障害にⅠ型とⅡ型があることに言及し、「双極Ⅰ型障害というのは、入院が必要になるほど激しく、放っておいたら本人の人生が台無しになってしまうようなひどい躁状態、そしてうつ状態を繰り返すもので（中略）双極Ⅱ型障害というのは本人も困らない程度の軽い躁状態である『軽躁状態』と、うつ状態を繰り返す」（加藤 2009：18）と説明している。

しかし、今日では、このようにⅠ型Ⅱ型を明確に隔てるよりも、単極性うつ病から双極性障害、さらに単極性躁病までを一連のスペクトラムとして捉える考え方が広まっている（Rif and Ghaemi ed 2006＝2013：16）。

次章では、精神疾患を巡る「物語」研究についての概説と評価へと視点を移す。

Ⅲ. 先行研究

Ⅲ-1. 「病い」の物語研究

1980s後半から1990sにかけ、A・クラインマンやA・フランクにより、これまでの「疾患」言説とは異なる「病い」の物語の存在が提唱された。

クラインマンは「疾患」と「病い」を区別し、前者を普遍的疾患言説、後者を個別特殊な個人の語りとみなして、後者に注目した。こうしてクラインマンは、疾患言説に回収されない、患者にとっての「病い」の意味と、患者を取り巻く社会的文脈の相互連関に光を当てた。

また、フランクは「病い」の物語の構造に着目し、「病い」の物語を1.「回復の物語」2.「混沌の物語」3.「探求の物語」の3つに分類した。こうしてフランクは、患者の置かれた「病い」の文脈と社会的文脈が、物語の

構造に影響していることを指摘したのである。

クラインマンとフランクは共に「病い」の物語に注目したが、前者が物語の内容と物語が生起する個人の背景に照準したのに対し、後者は物語の構造とその社会的背景に照準したのだ。

このように「病い」の物語を分析する場合、同じ物語を扱っていても、どこに照準を合わせるかによって抽出されるものは大きく異なってくる。

次節では、双極性障害を対象にした症例研究、物語の内容分析、物語の構造分析に関する先行研究を概説し、分析視角と方法論によって生じる物語の描かれ方の差異を例示する。

Ⅲ-2. 症例研究

まずは医師による症例研究に目を向ける。ここで考察の対象とするのは、阿部隆明（2011）、内海健（2008）、加藤忠史（2009）らによる研究で紹介された18の症例である。

全症例において年齢と性別といった属性が記述されている。またほぼ全症例において、双極性障害の診断に重要な役割を果たすエピソードが紹介されている。しかし、必ずしも躁（軽躁）エピソードとうつエピソードの双方が紹介されているわけではない。

この他に、家族歴、患者の病歴、病前性格についての言及がいくつかの症例について見受けられる。しかし、これらの情報がどのような聞き取りによって語られたのかは明らかにされておらず、患者の語った物語を医師が抜粋、要約する形で記述されている。また、幼少期から診察時までの患者の人生に言及している症例はわずかで、患者が診察に至るまでにどのように生きてきたのかをうかがい知ることは難しい。

このような点から、症例研究は医学的観点からの疾患言説であるため、医師が病状をどのように評価し、何を重要なデータとして抽出しているのかを知るためには有用だが、患者の「病い」の物語を読み取ることには不向きだと言えるだろう。

次に、クラインマンの姿勢に近いN・J・トッドらの研究に目を向ける。

Ⅲ-3. 語りの内容分析

トッドらは、I型II型双方を含む12人の双極性障害患者にフォーカスグループインタビューを行い、自己管理と、回復の個人的な体験に関する語りを収集している。

トッドらは患者の語りの会話分析を行い、4つのキーテーマ（1. 回復は症状がないということではない、2. 回復は自身の健康に責任を負うことを必要とする、3. 自己管理：生きる術の構築、4. 回復の妨げとなるものの克服：消極性、スティグマ、タブー）を特定し、患者にとっての双極性障害の回復は医学的に定義される回復とは異なることを示唆している。

ここで注目すべきは、症例研究や疾患言説の分析からは明らかにできない、医学的回復とは異なるものを患者の語りの中から抽出している点である。

トッドらは「(回復は) 医学の専門家が言うだろうことにかかわらず、実際は我々自身に関する個々の見解だ」、「医学モデルを理解し、その外側を考える(中略)それは回復へ向かう道だ(中略)医学モデルは慢性疾患を扱うが、回復へは導かない」といった患者の語りを引用し、それらを「病の向こう側を見る能力」(Todd 2012: 118)だと論じている。

次にトッドらと同様の方法で語りの構造に注目したL・サマリンらの研究を紹介する。

Ⅲ-4. 語りの構造分析

サマリンらは、トッドら同様I型II型双方を含む23人の双極性障害患者にフォーカスグループインタビューを行い、患者が抱える副次的症状について、どのような症状を抱え、何が問題として語られるのかを研究した。

トッドらが語りの内容に注目して、患者の回復に関する物語を抽出したのに対し、サマリンらは語りの構造に注目し、患者の語りをコード、カテゴリー、テーマに区分することで患者の抱える問題を明らかにしようとした。その結果、患者の抱える問題は1. 躁エピソードとうつエピソードの両極間の慢性的症状、2. 社会人としての相互行為に関する不全と不調、3. 医療者による治療と管理について、の3点で構成されていることを示した。

サマリンらは、このような物語の構造の分析から、「患者たちは自身の双極性障害を慢性的な疾患として受け入れており、躁状態、うつ状態という主要な症状については十分な治療が提供されているが、副次的症状については十分な知識や治療対策がなされておらず、これらの症状への対応の改善が必要だ」と結論づけている(Samaline: 554)。

Ⅲ-5. 小括

ここまで、疾患と病いの物語に関する3つのタイプの研究を例示、概観してきた。これらは全て双極性障害を対象とした研究であるが、そこで描かれた物語は全く異なるものであった。

医学的観点からの症例研究は、客観的視点から患者の症状に関する記述と診断に至る経緯が示され、EBM (Evidence Based Medicine) を行う上での診断と治療の根拠が描かれていた。言い換えれば、医師による患者の物語の翻訳である。

これに対し物語の内容に注目した研究は、患者の物語を尊重し、医学的な翻訳は最小限に留めつつも、研究者が照準するトピックに合わせて患者の物語を編集していた。

また物語の構造に注目した研究では、患者の物語はコード化、カテゴリー化され、患者の物語の目次、章立てといったものが示されている。

こうした差異は、それぞれの研究の照準の違いだけでなく、方法論に起因する部分も大きい。そこで次章では、物語研究の方法論について概説し、上記の先行研究の立ち位置を示す。

Ⅳ. 物語研究の方法論とその立ち位置

Ⅳ-1. EBMとNBM

前章で示したように、方法論的差異により、抽出される患者の物語は大きく異なる。

このような差異を顕著に示すのが、EBMとNBM (Narrative Based Medicine) である。先述したように、症例研究では、診察という形で患者の物語を聞き

取ってはいるが、EBM的態度が取られ、医学的見地からの患者の物語の翻訳が行われていた。これに対し、NBMとは、患者と医師の間の「物語り」行為によって治療を行うという医学的態度と方法だ。

医学的に有用な情報のみをデータとして扱うEBMに対し、患者の物語を丸ごと聞き取ろうとするNBMの態度は、トッドらやサマリソンの方法に近いものと言えるだろう。

IV-2. 2つの立ち位置とその併用

NBMなどの患者の物語に注目する姿勢も、決して一枚岩ではない。こうした物語の扱いにおいて対局に位置するのが、P・アトキンソンとA・P・ボシュナーだ。

まずはアトキンソンの立ち位置から概説しよう。アトキンソンは患者の物語を「生の声」、「生きられた経験」として提示する研究に対しては懐疑的な態度を表明している。そして、物語は決して特別なものではなく、分析対象となる一データに過ぎないとし、その物語の背後にある有機的な社会関係を分析によって抽出すべきだと論じている。

さらに、「私的な語りは、文化的に共有された型、形式、ジャンルを通して構築、生起させられたものである」(Atkinson 2005: 4) と述べ、物語が成立し得る文化・社会的了解と、それを認める語りの型や形式こそを分析すべきだと指摘している。

またアトキンソンは、このような考察を可能にする物語の扱い方として、C・ギアーツが提唱した「分厚い記述」と、GTA⁵⁾を挙げている。このような姿勢はサマリソンに通じる。

次にボシュナーに目を向けよう。ボシュナーはアトキンソンとは異なり、物語は単なるデータではなく、これまでのデータ分析を革新し、テキスト自体を呼び起こす行為であると考えている。その上で、物語を科学的に扱おうとするアトキンソンの態度を、「(科学的な規範、尺度、判定基準が) どれほど本物らしく、自然で客観的に見えたとしても、それらは社会的な産物である」(Bochner 2000: 269) と批判している。つまり、これまでの「科学的」方法論としての物語研究そのものを批判しているのである。

こうした立ち位置からボシュナーは、「物語の目的は経験から意味を抽出すること」だと述べ、「過去から現在における自己の変化、難局との直面によって生じた自己の変化」(Bochner 2000: 270) という現存在の葛藤を示す物語を重要視している。患者の物語から既存の枠組みを越えた意味を見出す姿勢は、トッドらに見られる姿勢だ。

両者のこうした方法論的対立そのものを議論しているのがA・ブリークレイである。

ブリークレイは物語研究を、生データやその分析の結果を物語として扱う質的調査の1つだと定義し、物語研究の類型化、先行研究における手法の批判的検討をおこなっている。

この中でブリークレイは物語調査には以下の2つの手法があると指摘している。

1つ目は、類型学に由来する、物語の構造を分析する方法である。このアプローチは、生のデータから帰納的にカテゴリーを導き、抽出されたカテゴリーを反映させて物語を説明する。ブリークレイはこれを分析的アプローチと呼ぶ。

2つ目は、物語のより全体的で統合的な理解を求める方法である。これは、与えられた物語に共感を持って「参入」し、語り手と聞き手の相互作用によって物語りを創造することを目的とする。ブリークレイはこれを統合的アプローチと呼ぶ。

ここで示されている方法の1つ目は、先述したサマリソンの手法、アトキンソンの立ち位置と重なり、2つ目は、トッドらの手法と、ボシュナーの立ち位置に対応する。

ブリークレイは上記2つのアプローチについて、「分析的なアプローチが患者の物象化を導くかもしれない一方で、統合的なアプローチは(中略)研究者や実践者を患者の世界へとより近づける」(Bleakley 2005: 535) と述べ、医療の場で分析的アプローチが採られると「人が医学的問題…として定式化される」(Bleakley 2005: 539) と指摘している。

ブリークレイは物語そのものの特徴についても重要な示唆を与えてくれる。ブリークレイはG・ストラウソンを参照しながら、人生は、「連続時

間における変遷というよりも、離散時間における挿話として経験される」（Bleakley 2005：536）可能性があり、物語りによって一連の混沌とした出来事に時間という秩序がもたらされると論じている。

しかし、挿話としての物語を考察するためには時間という秩序も、人生の変遷も無視することはできない。そうでなければ、挿話の布置される文脈を無視することになるからだ。つまり、分析的アプローチと統合的アプローチの双方を用いて、連続時間における患者の人生の変遷と、離散時間における挿話の双方に目を向ける必要があるのだ。

V. 問題提起と方法

ここまで、双極性障害と物語調査の方法論について先行研究を概観してきた。その結果、双極性障害がうつ病と同様のうつ状態に加え、うつ状態とは真逆の躁（軽躁）状態を示す慢性の精神疾患であること、物語調査には分析的アプローチと統合的アプローチの2つがあり、双方を用いることが「病い」の物語を分析する上で重要であることが明らかになった。

上記の知見を踏まえ、本稿では次の2点を考察する。1つは、診察の場において、双極性障害を抱える患者は何を問われ、何を語ったのか、または何を語らなかったのか、という物語の内容である。もう1つは、医療は患者の物語の何を医学的データとして抽出し、何を捨象したのか、また、「物語り」に対しどのような参入を行ったのかである。

上記2点を明らかにするため、双極性障害Ⅱ型患者である30代女性1名⁶⁾に実施した2種類のセルフレポート調査⁷⁾を使用する。1つは患者のライフストーリーであり、もう1つは、患者がかかった医師A、B、Cの3名それぞれに対しての初診時におけるやりとりについての記述である。医師とのやりとりに関する質問は表1に示した9項目である。

表1 セルフレポートの質問項目

質問
1、医師に何を聞かれましたか。
2、あなたはどのように答えましたか。
3、あなたの回答に対し医師はどのような反応を示しましたか。
4、それに対しあなたはどのような反応を示しましたか。
5、予想していたのに聞かれなかったことはありますか、それはどのようなことですか。
6、あなたが話したのに医師に興味を示されなかったことはありますか、それはどのようなことですか。
7、あなたが話したのに医師に「関係がない」、「話さなくてもいい」と遮られたことや、聞いてもらえなかったことはありますか、それはどんなことですか。
8、あなたは医師にどんなことを話したい、聞いてほしいと思いますか。
9、医師に聞かれることもなく、あなたも話さなかったことはありますか、それはどんなことですか。

上記の質問のうち、1から4を一連の会話の流れとして分析する。次に、6、7を患者によって「語られた物語」として、5、8、9を「語られなかった物語」として分析する。

これらをもう1つのセルフレポートであるライフストーリーの記述の中に布置し、どのような経緯で医師らと出会い、医師らとの「物語り」が展開されたのか、また物語がどのように扱われたのかを考察する。

このように、質的に異なる2つの物語を分析することで、人生という連続時間における患者の変遷と、その中で離散時間として経験される診察という挿話を、1つの物語として描きだす。つまり、分析的アプローチと統合的アプローチの併用である。

VI. 物語の分析

VI-1. 第1期（A医師との物語）

ここでは、患者の幼少期から大学入学後、A医師にかかるまでの物語を分析する。

彼女の記憶によれば、彼女は小学2年生までは天真爛漫な子どもらしい子どもだったが、眼鏡をかけるようになると、自身の外見にコンプレックスを抱えるようになった。

中学2年生の時に眼鏡をコンタクトレンズに換え、自身のコンプレックス

を解消した。これを機に人間関係を重視する生活が続き、勉強を怠ったため、第一志望の高校には落ちた。

彼女の高校生活は苦痛に満ちた記述で溢れている。志望校ではない女子校に進学した彼女は、高校1年生の最初のテストでの惨敗をきっかけに真剣に勉強するようになるが、それと同時に友人とは疎遠になっていく。

時を同じくして、彼女の中学生の弟との衝突が激化したため、彼女は大阪市内の祖母宅に預けられるが、(祖母に)「置いてやってるのはあんたのためじゃない(彼女の母が)困るからだ」と言われ、「自分て何だろう」と居場所のなさに悩まされ続ける。

高校受験での失敗から、猛烈に受験勉強に励むが、意地と不安の板挟みのような状態が続いた。結果的に第一志望に合格したが、結果を待つ間は「落ちたらどうやって死のう」と考えていたと述べている。合格だけが目標だった彼女は、燃え尽き、無気力になる。

学生生活の前半は労働依存と人間関係の葛藤、身体的不調が記述の大半を占めている。大学3年生になると、話題の中心は当時交際していた男性との関係と就職活動に移る。

そこで彼女は、恋人が望む自己を演じることの虚無感と、就職活動での躓きを「私は自分を知らなすぎた。(中略)自分のアイデンティティを完全に見失っていた」と述べている。

数社の最終面接に落ちた直後、彼女の落ち込みがひどくなり、母親に連れられて精神科を受診し、A医師にうつ病と診断される。それではA医師とのやりとりに目を向けよう。

表2 A医師とのやりとり

1、医師に何を聞かれましたか。
簡易チェックシートをもとに、睡眠状況、食欲の有無、目下の悩み、家族関係などを手短かに問われた。
2、あなたはどのように答えましたか。
うまく眠れず、食欲もほぼない。就職活動のつまずき、彼氏との音信不通、過保護気味な母、かつて衝突し絶縁状態にまでなった弟、威圧的で恐怖の対象である父などと答えた。
3、あなたの回答に対し医師はどのような反応を示しましたか。
典型的なうつ症状が出ていると言った。また、性格がうつだとも言われた。
4、1、2、3のやりとりを経てあなたはどのように感じましたか。
ラベルが貼られたと思った。異常なんだと思った。自尊心を踏みにじられた気がした。

このようなやりとりから、A医師は彼女に対し、十分な聞き取りや説明を行なったという印象は与えていないことがわかる。この時のことを彼女は、「性格がうつ、というのは私という人間自体を強く否定された気がして、なんとか形を保っていた自尊心を足でぐちゃぐちゃに踏まれ、再起不能になるまで殴り倒されたような感覚になった。(中略)うつ病というラベルが貼られ(中略)新たなアイデンティティに気づかされた」と述べている。

次に「語られた物語」に目を向けよう。

表3 A医師に語られた物語

6、あなたが話したのに医師に興味を示されなかったことはありますか、それはどのようなことですか。
上手く眠れないことも食欲がないことも重要視されなかった。就職活動のつまずきもよくあることと流された。
7、あなたが話したのに、医師に「関係がない」、「話さなくてもいい」と遮られたことや、聞いてもらえなかったことはありますか。それはどんなことですか。
弟との過去から現在までの関係、彼氏との音信不通。

質問6に対する回答には、質問1で医師が尋ねたはずの睡眠や食欲の状況、目下の悩み、家族関係、人間関係の全てが含まれている。この回答から質問1で投げかけた問そのものに意味はなく、形式的な質問をただけだったことがうかがえる。また、質問7に対する回答から彼女の歴史的背景にもA医師は無頓着であることがわかる。つまり、彼女の物語は捨象されているのである。

次に「語られなかった物語」に目を向ける。

表4 A医師に語られなかった物語

5、予想していたのに聞かれなかったことはありますか。
死にたいと思うか、と聞かれることを予想していたが、私がノートに死にたいと書いていて先に伝えたので聞く必要はないと医師が判断したのかもしれない。
8、あなたは医師にどんなことを話したい、聞いてほしいと思いますか。
具体的な解決策の提示はもはや求めないが、せめて辛いですね、と親身になって共感を示し、よくある話ではなく、私の話として真面目に向き合ってほしい。
9、医師に聞かれることもなく、あなたも話さなかったことはありますか、それはどんなことですか。
うつ状態になっている娘に対して親はどのように接するのが好ましいのか、母親が同席していたにもかかわらず、誰もそのことを問題として認識していなかった。

質問5の回答に目を向けると、彼女がノートに死にたいと書いていたにもかかわらず、A医師はその点に触れず、彼女の思いを聞いていない。このことは質問8に対する回答の「私の話として真面目に向き合ってほしかった」という発言からも裏付けられる。つまり、A医師の問診は形骸化した病歴聴取であり、患者の問題を医学的問題として定式化していたと言えるだろう。

ここまでの考察から、彼女が抱えていた苦悩とA医師の問題認識とが大きく乖離していることがわかる。また、診察で彼女の歴史的、社会的背景は重視されず、診断というラベリングだけが行われ、彼女の物語は捨象されていたことが明らかになった。

VI-2. 第2期（B医師との物語）

第2期は就職活動中の転院から始まり、就職後の労働依存、恋人との人間関係、最初の離職について語られている。まずは転院時の彼女の思いから考察を始める。

希死念慮が収まらず、常に不安を抱えながら就職活動をしていた最中、彼女は突然A医師から転院を勧められる。その時のことを彼女は「（あなたのうつは軽いですから、もう少し小さな病院でも…と言われ）この医師は私を傷つけることが至上の喜びなのだろうか…」と述べている。このような経緯で彼女はB医師の診察を受けることになる。

表5 B医師とのやりとり

1、医師に何を聞かれましたか。
A医師からの紹介文に目を通し、気分の変動や睡眠状況、食欲の有無、現在の状況、家族関係などについて尋ねられた。
2、あなたはどのように答えましたか。
いら立ちや落ち込み、不眠や過眠、食欲がわかないときと暴食するときがある、と答えた。現状は、就活は選考中だが不安が常にある。家族とは主に母とはときに衝突するが表面上は平和だと答えた。
3、あなたの回答に対し医師はどのような反応を示しましたか。
うつだけでなくいら立ちがあり、うつ状態がまっすぐ回復に向かわない点が気になると指摘し、気分安定薬の追加を提案した。ばらつきのある睡眠や食欲は就活から来る不安が原因かもしれないが、気分安定薬で緩和されるかもしれないと言った。
4、1、2、3のやりとりを経てあなたはどのように感じましたか。
また薬が増えてしまったと思った。もしかして悪くなる一方なのかと思った。

B医師の診察においてもA医師の診察同様、彼女の現状のみを聞き取るに留まり、幼少期の出来事や、診察までの経緯といった彼女の歴史的背景にはあまり関心を示していない。また彼女の社会的背景である、家族との関係について質問2で彼女が答えているにもかかわらず、質問3の回答からわかるように、家族に関しては何も言及していない。

このようなB医師とのやりとりから見えるものは、医師から彼女への説明の不足である。質問4の回答から、彼女は増薬を悪だと考え、それは自身の病状の悪化と捉えていることがうかがえる。症状を改善させるために増薬することは一般的なことだが、B医師は症状のみに注目し、自身の医療行為が患者にどのような心的影響を及ぼすのかについて無頓着であった。そのため、彼女は治療によって不安を抱えることになったのである。

次に「語られた物語」に目を向けよう。

表6 B医師に語られた物語

6、あなたが話したのに医師に興味を示されなかったことはありますか、それはどのようなことですか。
家族との関係、母親にいら立ちをぶつけてしまうことが問題視されるかと思ったが、そんなこともなかった。
7、あなたが話したのに医師に「関係がない」、「話さなくてもいい」と遮られたことや、聞いてもらえなかったことはありますか。それはどんなことですか。
さえぎられることはなく、全ての話をにこやかに聞いていたが、真剣に聞いているという印象は受けなかった。

語られた物語に関しては、A医師とB医師では違いが読み取れる。質問7の回答に見られるように、A医師が彼女の物語を遮ったのに対し、B医師は彼女の物語を遮ってはいない。しかし、「真剣に聞いているという印象は受けなかった」と述べていることからわかるように、彼女に語りを促し、「物語り」を構築しようという姿勢を読み取ることは難しい。

次に「語られなかった物語」に目を向ける。

表7 B医師に語られなかった物語

5、予想していたのに聞かれなかったことはありますか。
希死念慮については詳しく聞かれなかった。飲酒頻度についても聞かれなかった。
8、あなたは医師にどんなことを話したい、聞いてほしいと思いますか。
就活の不安など普段人に聞いてもらにくいことも聞いてほしかった。
9、医師に聞かれることもなく、あなたも話さなかったことはありますか、それはどんなことですか。
友人関係や家族関係など、うつになってから人との関わり方があまりわからなくなった。

ここでもA医師同様、希死念慮については聞かれていない。注目すべきは質問8と9の回答である。ここで彼女が問題としているのは、全て彼女の置かれている社会的背景に関する内容である。しかし、B医師もA医師同様これらの歴史的、社会的背景は注視しておらず、結果的に彼女からも語られることはなかった。A医師との違いは、質問8からわかるように彼女が「聞いてほしかった」と述べている点だ。つまり、B医師に対してはわずかな期待が存在しており、実現されなかったが、「物語り」の可能性が開かれていたのだ。

多くの点でA医師とB医師は似通っているが、傾聴態度の違いにより医師に対する期待に差異が生じたと考えられる。しかし、彼女のライフヒストリーの中でB医師について語られることはなかった。その後、彼女はうつ病の悪化から離職を余儀なくされ、療養に入る。

VI-3. 第3期（C医師との物語り）

離職後、彼女は実家で療養生活を送るが、その実家は彼女の心を癒す場とはならなかった。「社会の中で完全に居場所を失った。（中略）家にいるのも気まずかった」と振り返り、「私に関わった全ての人の記憶から私という人間のデータを消去してしまいたい」と、社会的立場に対する喪失感、自己否定感、居場所のなさなどが語られている。

こうした精神状態の中、彼女は再就職を果たし労働に没入した。「仕事をしている自分が好きだった。わかりやすく必要とされ（中略）病気を忘れさせてくれた」と述べている。

しかし、会社に対し上司からのセクハラを訴えた彼女は、一時休職と部署の異動を提示された。彼女は「あんなに身を粉にして働いたのに（中略）、飛ばされるのは私の方なんだ」と述べ、社会的承認を理不尽に剥奪されたことに深く落ち込んでいる。

この休職期間中に、彼女の落ち込みを見かねた母親が2度目の転院を勧め、C医師の元を訪れる。

表8 C医師とのやりとり

1、医師に何を聞かれましたか。
事前に書くように言われた発病前の出来事や家族関係も含めた自由記述的なアンケートをもとに詳細な聞き取りが行われた。その後現在の睡眠状況や食欲の有無、体調に関する問を受けた。
2、あなたはどのように答えましたか。
発病前の出来事として弟と衝突して祖父母宅で居候させてもらい、受験勉強に打ち込んだこと、その環境の苦しさ、プレッシャーなどを詳細に語り、気分屋な父に恥ずかしながら今も怯えていること、大学入学当初は少し無気力になったことなどを挙げた。転職後、セクハラを受け部署異動を余儀なくされていたため、夜は眠れず、屋に泥のように眠っては悪夢を見て目覚めることを繰り返している。食欲は本当はあるが、働いていない休職中の自分が食事をするのが罪のように思うと述べた。
3、あなたの回答に対し医師はどのような反応を示しましたか。
うつではなく双極性障害II型だと言われた。「特殊なプレッシャーにさらされながら受験勉強に長期間取り組み続けるのは極度の緊張状態に身を置き続けるのと同義で、過集中という状態に陥る。過集中により気力を使い果たしたあと、無気力になるのは当然のことである。双極性障害は遺伝的な要素も強いので、父親の性質が単純に性格なのか病的なものに由来するのか気にかかる。基本的に夜に眠れるのが好ましいが、日中であれ眠れることは良いことだ。食事は生きていくために必要なこと、睡眠と食事は大事にしましょう」と言われた。
4、1、2、3のやりとりを経てあなたはどのように感じましたか。
うつではないという発言に衝撃を受けたと同時に四年抗うつ薬を飲んでも完治しなかったことに合点がいった。しかし、双極性障害に完治はないと知ってしまったため、絶望も感じた。父親も病気ならば、母以外は全員精神病患者か、と暗い気分になった。昼に寝ることを肯定してもらえるととは思わなかったので驚いた。

ここでのやりとりは、これまでのA、B両医師のものとは大きな違いが読み取れる。質問1の回答では、A医師が「手短かに」、B医師が「紹介文に目を通し」問診を始めたのに対し、C医師は事前のアンケートを用い、「詳細な」聞き取りを行っている。

このようなC医師の傾聴態度は、その後の彼女の返答に大きな影響を与えていることが読み取れる。質問2への回答に対し、現状だけでなく、彼女の歴史的、社会的背景が語られており、その内容は量、質ともにこれまでの医

師らとのやりとりとは異なるものである。

質問3の回答からもわかるように、C医師は彼女がうつ病ではなく、双極性障害Ⅱ型であると告げている⁸⁾。しかしこれまでの医師らとは異なり、疾患に関する十分な説明を行なった上で、彼女の人生に対して、双極性障害のエピソードという観点からの意味づけと説明をおこなっている。

注目すべき点は、質問4の回答に見られるように、彼女の日中の睡眠について肯定的な態度を示していることだ。こうした態度はこれまでの医師とは異なるものである。上記のやりとりについて彼女は「真剣に向き合って、同情ではなく、共感をもった態度で、伝える医師も痛みを感じているといったふうに病名を告げた」と述べている。つまり、C医師は分析的アプローチを採り、当事者の人生を双極性障害という疾患の下に定式化しつつも、統合的アプローチを用いて彼女との「物語り」を構築しようとしているのである。

次にC医師に対して「語られた物語」に視点を移そう。

表9 C医師に語られた物語

6、あなたが話したのに医師に興味を示されなかったことはありますか、それはどのようなことですか。
初めて精神科にかかったときのこと、A医師に性格がうつだと言われたことを話したが、同業者の行いに対してはコメントはしにくいように見えた。
7、あなたが話したのに、医師に「関係がない」、「話さなくてもいい」と遮られたことや、聞いてもらえなかったことはありますか。それはどんなことですか。
特にない。全ての話を一語たりとも聞き逃すまいという姿勢が今までの医師にはなかったのが新鮮だった。
8、あなたは医師にどんなことを話したい、聞いてほしいと思いますか。
自尊心の低さを改善したい。ギャンプルをやめたい。

これまでの医師らへの回答とは異なり、C医師は彼女の話をして傾聴しようとしていた。そのため、質問8の回答が「語られた物語」として提示され、質問7の回答で「今までの医師にはなかったのが新鮮だった」と述べられているのだ。質問6の回答に対しても、C医師は興味を示さなかったわけではなく、人間味のある反応だったと見ることもできるだろう。次に「語られなかった物語」について考察を進める。

表10 C医師に語られなかった物語

5、予想していたのに聞かれなかったことはありますか。
うつ発症時のことをもう少し詳細に聞かれるかと思っていたが、それほどでもなかった。
9、医師に聞かれることもなく、あなたも話さなかったことはありますか、それはどんなことですか。
当時の恋愛について。話すほどのことではないと思った。

質問5への回答を見る限り、うつ病発症時のことを尋ねていないと見ることもできるが、事前にアンケートを行い、彼女の幼少期から診察当時までの話を聞いていたため、ある程度まで状況を把握しており、改めて聞くことがなかったと見ることもできるだろう。

質問9は、セルフレポートへの回答を通して初めて患者の意識に上った問題である。つまり医師はおろか、彼女さえも認識していなかった「誰も知らない物語」である。ここから、3人の医師も彼女も、当事者を取り巻く多様な社会的背景と文脈を問題として認識していなかったことが読み取れるだろう。

VI-4. 総括

ここまで彼女の人生の軌跡と、彼女が出会った医師らとのやりとりを2種類のセルフレポートという患者の視点を基に分析してきた。彼女の人生を一言でまとめるならば、承認を巡る葛藤と挫折の物語である。本稿は患者の人生という連続時間における物語と、その節目に登場した3人の医師の診察を離散時間における挿話として分析した形になる。

そこで明らかになったのは、医師の傾聴態度により患者の開示する物語の質、量は大きく左右され、医師がデータとして取り扱う物語もそれぞれに異なるということであった。

A、B両医師は患者の物語から睡眠状態や食欲など、数値化可能な情報のみを抽出し、彼女の抱える苦悩やそれらが「病い」として生起する社会的文脈といった、数値化されない物語を捨象していたことが読み取れる。その結果、彼女も多くを語ることはなく、医学的問題としての定式化に留まり、医師と患者による「物語り」の創造は成されなかった。

これに対しC医師は、患者の人生という物語に医学的翻訳を施しつつも十分な傾聴態度を示し、歴史的、社会的背景にも注目したため、患者との信頼

関係を形成し、結果として、医師と患者による「物語り」の創造に成功している。これまでA、B両医師に見落とされていた軽躁エピソードを発見し、双極性障害という診断を下した点も注目すべきだろう。

上記の考察から、A、B両医師が患者の物語から数値化可能なデータを抽出する分析的アプローチを用いたのに対し、C医師は患者の物語のみならず、歴史的、社会的背景にも注目した統合的アプローチを採用し、NBMを実践していたことがうかがえる。その結果、患者は正確な診断を受け、C医師との信頼関係の構築により少なからず救われたのだ。

VII. 結論

本稿は「病い」の物語研究における方法論に注目し、物語研究には、クラインマン、トッドら、ボッシュナーに見られる統合的アプローチと、フランク、サマリソンら、アトキンソンが主張する分析的アプローチの2つがあることを概説した。さらに、ブリークレイの先行研究を基に上記2つのアプローチを併用した、双極性障害患者の物語の記述を試みた。

上記の方法を用いることで、患者の人生という連続時間における物語と、医師らの診察という離散時間における挿話を抽出することに成功した。その結果、医師らが何をデータとして抽出し、何を捨象したのか、また医師らの傾聴態度が患者に与えた影響と、その帰結としての「物語り」の創造の成否が明らかになった。

本稿は1事例を対象とした実験的な試みであるため、患者と医師との物語を一般化することは難しいが、統合的アプローチと分析的アプローチを併用することで、あるテーマが患者の人生の中でどのような意味を持っているのか、という変遷と挿話を分析するための方法論的な一般化には寄与できるのではないだろうか。

しかし、本稿はセルフレポートを分析対象としているため、その性質上、調査対象者の記憶の劣化や、再帰的意味づけによる物語の改変は免れ得ない。また、本稿は「病い」を抱える患者の物語のみを扱ったが、医師、家族もまた当事者であり、それぞれの物語を語りうる存在である。これらの物語

も分析しなければ、「病い」の物語の全体像を捉えることは困難だろう。

こうした限界を意識しつつ、多様な物語を収集し、多角的な視点から考察していくことで、本稿で提示した方法論の有用性を検証していくことが今後の課題として求められる。

補注

- 1) A・クラインマンによる用語で、医学的な「疾患」と患者の経験する病を対置したものである。
- 2) 既存の「物語」が「語り」を促し、新たな「物語」が循環的かつ相互的に形成される過程が「物語り」である（藤田真弥 2012）。
- 3) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders（精神障害の診断と統計マニュアル第5版の略称である）
- 4) http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail_bipolar.html（厚生労働省 HP 2017.01.06閲覧）
- 5) B・グレイザーとA・ストラウスによって提唱された質的調査法である。
- 6) 出生：1986年、性別：女性、家族構成：両親と弟、現在は夫と2人暮らし、最終学歴：4年制大学文学部英文学科卒、職業：教育関係、サービス業を経て現在は主婦、病歴：21歳でA医師にうつ病と診断され、1度目の転院先でB医師に難治性うつ病との診断を受け、2度目の転院先で25歳の時にC医師に双極性障害Ⅱ型と診断される。診断の変遷：うつ病、難治性うつ病、双極性障害Ⅱ型
- 7) 2017年4月から数種類のセルフレポート調査に協力してもらっている。本稿で使用するのはそのうち同年4月に実施したライフヒストリーを記述したレポートと、8月に実施した医師とのやりとりを記述したレポートの一部である。倫理的配慮として、プライバシーの尊重、調査協力の拒否による不利益がないことなどを伝えている。
- 8) C医師は、患者の受験期の勉強を過集中と軽躁状態として抽出し、両極のエピソードが揃っていることから双極性障害であると診断している。このことから、A、B両医師のうつ病という診断は誤診だった可能性がある。

引用文献

- 阿部隆明, 2011, 『未熟型うつ病と双極スペクトラム—気分障害の包括的理解に向けて』金剛出版。
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

- Atkinson, P, 2005, Qualitative Research: Unity and Diversity, *Forum: Qualitative Social Research* (Vol.6, No.3).
- Bleakley, A, 2005, Stories as data, data as stories: making sense of narrative inquiry in clinical education, *Medical Education* (39) : 534-540.
- Bochner, A, P, 2000, Criteria Against Ourselves, *Qualitative Inquiry* (Vol.6, No.2) : 266-272.
- Frank, W, A, 1995, *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics* : University of Chicago Press. (=2002, 鈴木智之訳, 『傷ついた物語の語り手 身体・病い・倫理』ゆみる出版.)
- 藤田真弥, 2012, 「ナラティブ・ベイスト・メディスン再考」『生命倫理』22 (1) : 59-66.
- 加藤忠史, 2009, 『双極性障害—躁うつ病への対処と治療—』ちくま新書.
- Kleinman, A, 1988, *The Illness Narratives : Suffering, Healing and the Human Condition*, New York: Basic Books. (=1996, 江口重幸・五木田紳・上野豪志訳 『病の語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学』誠信書房.)
- Rif S.El-Mallakh, and Ghaemi, N, S. ed., 2006, *Bipolar Depression : A Comprehensive Guide*, Washington D.C and London : American Psychiatric Publishing. (=2013, 田島治, 佐藤美奈子訳 『双極うつ病—包括的なガイド』星和書店.)
- Samalin, L, et al., 2014, “Patients’ Perspectives on Residual Symptoms in Bipolar Disorder : A Focus Group Study”, *The Journal of Nervous and Mental Disease* (Vol.202, No.7,) : 550-555.
- Todd NJ, Jones SH, Lobban FA. 2012, “Recovery” in bipolar disorder: how can service users be supported through a self-management intervention? A qualitative focus group study, *Journal of Mental Health* (Vol. 21) : 114-126.
- 内海 健, 2008, 『うつ病新時代—双極Ⅱ型障害という病』勉誠出版.