

2022年3月 関西大学審査学位論文

双極性障害の社会学的研究

——「病い」の物語りと新たな「回復」の検討——

社会学研究科 社会学専攻
博士課程後期課程 14D5002

松元 圭

松元 希 松元 哲 松元 松子 の3人に捧げる

目次

はじめに	1
第1章 双極性障害の概観	6
1-1. 医学史的視点からの整理	
1-1-1. 紀元前の記述	
1-1-2. 紀元後から中世前期	
1-1-3. 中世盛期から17世紀	
1-1-4. 転換点としての18世紀以降	
1-1-5. 小括	
1-1-6. クレペリンの登場	
1-1-7. クレペリンへの反応とウェルニッケ・クライスト・レオンハルト学派	
1-1-8. MDI一元論への批判からDSMへ	
1-1-9. 性格類型論	
1-1-10. 双極スペクトラム概念	
1-1-11. 精神医学の変化	
1-1-12. 医学史的視点からの整理に対する総括	
1-2. 社会学的視点からの整理	
1-2-1. 医学的囲い込み	
1-2-2. リスク	
1-2-3. 監視	
1-2-3-1. アサイラム	
1-2-3-2. パノプティコン	
1-2-3-3. 新しい監視	
1-2-4. 総括	
第2章 医学的言説と非医学的言説	47
2-1. 第2章の概観	
2-2. 医学的言説に対するテキストマイニング	
2-2-1. 2015年 <i>Bipolar Disorders</i> に対する分析	
2-2-2. 2016年 <i>Bipolar Disorders</i> に対する分析	
2-2-3. 2017年 <i>Bipolar Disorders</i> に対する分析	
2-2-4. 2018年 <i>Bipolar Disorders</i> に対する分析	
2-2-5. 2019年 <i>Bipolar Disorders</i> に対する分析	
2-2-6. 2015年から2019年の <i>Bipolar Disorders</i> に対する統合分析	

- 2-2-7. 総括
- 2-3. 非医学的言説に対するテキストマイニング
 - 2-3-1. 先行研究の整理
 - 2-3-2. Yahoo!知恵袋の特徴
 - 2-3-3. Yahoo!知恵袋の構造
 - 2-3-4. 言説の非対称性
- 2-4. 分析の構成
 - 2-4-1. 2015年Yahoo!知恵袋に対する分析
 - 2-4-1-1. サブグラフ01に対する分析
 - 2-4-1-2. サブグラフ02に対する分析
 - 2-4-1-3. サブグラフ03に対する分析
 - 2-4-1-4. サブグラフ04に対する分析
 - 2-4-1-5. サブグラフ05に対する分析
 - 2-4-1-6. 総括
 - 2-4-2. 2016年Yahoo!知恵袋に対する分析
 - 2-4-2-1. サブグラフ01に対する分析
 - 2-4-2-2. サブグラフ02に対する分析
 - 2-4-2-3. サブグラフ03に対する分析
 - 2-4-2-4. サブグラフ04に対する分析
 - 2-4-2-5. サブグラフ05に対する分析
 - 2-4-2-6. サブグラフ06に対する分析
 - 2-4-2-7. サブグラフ07に対する分析
 - 2-4-2-8. 総括
 - 2-4-3. 2017年Yahoo!知恵袋に対する分析
 - 2-4-3-1. サブグラフ01に対する分析
 - 2-4-3-2. サブグラフ02に対する分析
 - 2-4-3-3. サブグラフ03に対する分析
 - 2-4-3-4. サブグラフ04に対する分析
 - 2-4-3-5. サブグラフ05に対する分析
 - 2-4-3-6. 総括
 - 2-4-4. 2018年Yahoo!知恵袋に対する分析
 - 2-4-4-1. サブグラフ01に対する分析
 - 2-4-4-2. サブグラフ02に対する分析
 - 2-4-4-3. サブグラフ03に対する分析
 - 2-4-4-4. サブグラフ04に対する分析
 - 2-4-4-5. サブグラフ05に対する分析

2-4-4-6.	総括	
2-4-5.	2019年Yahoo!知恵袋に対する分析	
2-4-5-1.	サブグラフ01に対する分析	
2-4-5-2.	サブグラフ02に対する分析	
2-4-5-3.	サブグラフ03に対する分析	
2-4-5-4.	サブグラフ04に対する分析	
2-4-5-5.	サブグラフ05に対する分析	
2-4-5-6.	サブグラフ06に対する分析	
2-4-5-7.	サブグラフ07に対する分析	
2-4-5-8.	総括	
2-5.	2015年から2019年のYahoo!知恵袋に対する統合分析	
2-5-1.	共起ネットワークの概観から読み取ることができる問題領域	
2-5-2.	疾患そのものに関する医学的な問題	
2-5-3.	生死にかかわる問題	
2-5-4.	労働に関する問題	
2-5-4-1.	安定就労、就労の困難さ	
2-5-4-2.	経緯の説明と属性の記述	
2-5-4-3.	他の問題の生起する端緒、場の記述	
2-5-5.	人間関係と生活に関する問題	
2-5-5-1.	「生活」という語を中心とした記述	
2-5-5-2.	複数の語によって形成される離婚問題	
2-5-5-3.	様々な問題が浮上する結婚問題	
2-5-5-4.	「主治医」「医師」「先生」という語によって語られる関係性の問題	
2-5-5-5.	子供に関する問題	
2-5-6.	感情の問題	
2-5-6-1.	ネガティブな語の分析	
2-5-6-2.	ポジティブな語の分析	
2-5-7.	全体総括	
2-6.	<i>Bipolar Disorders</i> と Yahoo!知恵袋の言説比較	
3章	感情社会的視点の導入	255
3-1.	感情社会学をめぐる議論	
3-2.	普遍的感情である原基感情	
3-3.	生物的情動と社会的心情	
3-4.	生物学的視点と構築主義的視点	
3-5.	「感情」と「気持ち」	

3-6. 総括

第4章 病いの物語り 262

4-1. 本論の射程

4-2. 3つのデータの分析

4-2-1. 「疾患」と「病い」

4-2-2. 文脈に依存する苦悩

4-2-3. Xのライフヒストリー

4-2-3-1. 第一期

4-2-3-2. 第二期

4-2-3-3. 第三期

4-2-3-4. 第四期

4-2-3-5. ここまでの総括と問題の所在

4-2-3-6. 第五期

4-2-3-7. 第六期

4-3. 総括

第5章 病いへの対処 301

5-1. コーピング (coping) 概念の整理

5-2. 調査概要と調査対象者の背景

5-3. 分析

5-3-1. コーピング実践のあり方

5-3-2. 効果の評定と副作用

5-3-3. 他者との関係性

5-4. 結論

第6章 回復の物語り 313

6-1. 2つの回復

6-2. 現状への批判

6-3. 方法と結果

6-4. 患者の語り

6-4-1. 受容

6-4-2. 他者とのかかわり

6-4-3. セルフマネジメント

6-4-4. その他

6-4-5. 小括

6-5. 〈回復〉と他者	
6-5-1. 方法	
6-5-2. 分析	
6-5-2-1. 夫の存在	
6-5-2-2. 実家家族	
6-5-2-3. 医師との関係	
6-5-2-4. 自身との関係	
6-5-3. テーマの考察	
6-5-3-1. 非言語的コミュニケーション	
6-5-4. 「物語り」	
6-6. 「病い」と〈回復〉のダイナミズムの再考	
6-6-1. 双極性障害のステージモデル	
6-6-2. 医学モデルから外れた患者の語りと回復の先	
6-7. 総括	
第7章 結論 社会の中で「病い」として生起する双極性障害	346
7-1.これまでの考察を振り返って	
7-2.結論	
7-3.課題と限界	
註	357
文献	361
付録	401

はじめに

私たちは日々様々な他者との相互行為を通じ、喜びや悲しみ、怒りなど様々な感情を経験する。時にはひどく落ち込むことや、激しい喜びが沸き上がることもあるだろう。こうした万人の有する感情が、私たちを悩ませ、問題として浮上する瞬間がある。それこそが、本研究が考察の対象とする双極性障害だ。

双極性障害は、うつ病¹同様の激しいうつ状態と、激しい気分の高揚をともなう躁状態を繰り返す慢性の精神障害である。寛解期と呼ばれる無症状期は存在するものの、患者は生涯この病と付き合い続けていかなければならない²。

このような気分感情障害の一種である双極性障害は、精神医学をはじめとする医学領域でのみ研究が進み、心の病の多くがたどっている道と同じく、生物学や医学的視点から脳の異常として説明されるようになってきている。残念ながらこれまで、双極性障害は現在の医学で完治させることはできないとされてきた。生涯有病率に関する国内での正確な統計データはないものの、患者は人口の1~5%程度と推計されており、その通りであれば20万人程度の患者がいることになる。

米国ではさらに多くの患者がいると推計され、診断基準も拡大している。そのため過剰診断や疾患喧伝を批判する向きもある (Frances 2013=2013)。またこうした診断の増加に製薬会社の経済活動が大きく影響していると指摘するマクロな視点からの研究も見られる (Healy 2008=2012)。

医学領域では日夜原因の究明と有効な治療法に関する研究が進んでおり、脳科学、遺伝学、薬理学的視点からの知見が蓄積されている。しかしこれらは双極性障害という病の「疾患」としての側面に照準した研究である。そのため、脳画像の解析や、RCT (Randomized Controlled Trial) ³による治療効果の測定など、顔の見える患者は登場しない数値を扱う研究が主なものとなっている。

上記の視点、方法を用いた研究が双極性障害研究のメインストリームであることは事実だが、本研究では社会学的視点から、数値化されていない患者、顔の見える他者としての双極性障害患者を対象とした論考を中心に据えたい。

A・クラインマンによって病には医学的な「疾患」という側面と、文化的、社会的意味を持った「病い」としての側面の両面があることが指摘されて久しい。先述の通り、医学領域における双極性障害研究のほとんどは「疾患」に対する研究であり、「病い」としての双極性障害に目を向けるものは非常に少ない。双極性障害において問題となる気分、感情といったものは生物学的な基盤にもとづき万人が等しく有するものである。しかし同時に生活環境や文化、個人的経験といった社会的影響を強く受けて育まれるものでもある。

繰り返しになるが、今日の双極性障害研究は「疾患」としての側面に注目したものである。そのため、「疾患」としての双極性障害に対する回復は研究されているが、「病い」としての双極性障害に対する回復、ないし癒しについての研究は未だ十分に議論されていないのが現状である。

本論文ではこうした現状に対し、医学とは異なる社会学的視点から双極性障害を論じることで、既存の医学モデルが提示する回復とは異なる回復、ないし癒しの可能性を模索する。こうした可能性を提示することで、今日の医学では完治がないとされる双極性障害を抱えて生きる患者、縁者の意味世界の構築と新たな「物語り」の語り出しに資することが本論文の最大の目的である。

上記の目的のため、本論文では量的、質的双方の複数のデータを分析に使用する。これにはいくつかの理由がある。量的データによる数値の提示だけでは医学的視点からの研究同様、数値化による患者個人の消失という問題を回避できない。しかし、少数の患者の記述や語りのみを収集した質的視点からの分析だけでは、症例報告や個人の物語研究の域を出ることはできず、多くの患者や縁者に資することはできない。既存研究とは異なる多角的視点から双極性障害を捉えようとした場合、どちらか一方のみのデータに依拠する形では、この複雑な障害の極めて限られた側面にしか照準することができないのだ。本論が目指すのは既存研究とは異なる視点からの双極性障害の描写である。そのため、方法論的な統一性に問題を抱え込むことになるのは承知の上で、利用可能な全てのデータを可能な限り使用して、人生の物語としての双極性障害を分析する。

このような視点に立った上で、第1章では双極性障害がどのような疾患として捉えられ、記述されてきたのかを、まずは医学史的視点から時系列に沿って整理する。1~2世紀のアレタエウスによる双極性障害と思しき疾患に対する最古の記述から整理を始め、今日的な双極性障害概念が提示され始める18世紀、様々な概念が乱立する19世紀を経て、現代の双極スペクトラム障害という概念までを概観する。これは双極性障害に関する先行研究の整理という位置付けである。

次に医学的視点から離れ、社会学的視点から双極性障害を記述することを試みる。ここでキーワードとなるのは、「医学的囲い込み」「リスク」「監視」の3つだ。この3つのキーワードに対し、それぞれM・フーコー、D・ラプトン、D・ライアンらによる議論を下敷きに分析を進める。「医学的囲い込み」では、双極性障害概念が拡大していくことによる患者の増加と、医学の提示する価値観に人々が従属している現状を指摘する。続く「リスク」では、誰が、何を双極性障害のリスクとして捉えているのか、また双極性障害の何がリスクなのかについて分析する。ここでの議論は、続く「監視」の議論の土台となる考察である。最後の「監視」という視点からの論考では、「医学的囲い込み」「リスク」を通して明らかになった、私たちの気分、感情が専門家の医学的言説によって囲い込まれ、ある種のリスクと見なされるようになったこと、そしてそのリスク管理の責任が患者に帰せられたことを議論の俎上に上げる。ここでの目的は、双極性障害という疾患が監視されることによって確立していった背景を明らかにすることと、今日の双極性障害患者を取り巻く監視の状況を整理することである。

第1章では、医学史的視点と社会学的視点の双方から双極性障害を取り巻く状況を整理した。これは視点の違いによって同じ疾患でも全く異なる顔を見せることを先行研究の整

理によって提示することを目指したものであった。

続く第 2 章では、双極性障害に関する医学的言説と非医学的言説を比較することによって、立ち位置による疾患の見え方の差異を提示する。

医学的言説の分析には、2015 年から 2019 年の 5 年間に双極性障害専門のオンラインジャーナルである *Bipolar Disorders* に掲載された original article を対象とする。非医学的言説の分析には、同じく 2015 年から 2019 年の 5 年間にかけ国内大手インターネットプロバイダが提供している意見交換サイトに寄せられた双極性障害に関する相談を対象とする。これらの言説に対し、KH Coder⁴を用いたテキストマイニングを行うことによって、医学的言説が双極性障害の何を問題として研究しているのか、そして非医学的言説では患者、そして縁者が双極性障害をどのような問題として捉えているのかを明らかにする。

こうした分析を通して明らかになるのは、同じ双極性障害についての言説でありながら、医学的言説と非医学的言説では問題認識の中心に明確な差異が存在しているということである。医学的言説が疾患のメカニズムや病変の特定に照準するのに対し、患者、縁者らは日常生活に立ち現れる様々な困難、人生の問題に照準していた。誤解を恐れずに言えば、医学的言説と非医学的言説の間にははっきりとした焦点のズレがあるのだ。

第 3 章では、第 2 章の分析で明らかになった医学的言説と非医学的言説のズレを説明するため、J・H・ターナーらの論考を中心とした感情社会学的視点を導入する。感情社会学的視点を導入することの目的は 2 つある。1 つは、医学領域における研究は双極性障害の「感情」という側面に照準しているのに対し、患者、縁者らは双極性障害の「気持ち」という側面を問題にしていることを示すためである。「感情」と「気持ち」は必ずしも同じものではない。「感情」が生物的基盤に強く影響されるものであるのに対し、「気持ち」は社会的影響を強く受けるものである。こうした違いを先行研究に依拠しながら提示することが目的の 1 つである。そしてもう 1 つの目的が「感情」と「気持ち」の差異を手掛かりに本研究の射程を提示することにある。本研究が生物的基盤にもとづく「感情」を対象とするのではなく、社会的な影響を強く受ける「気持ち」を対象にした研究であり、生活世界における双極性障害を射程としていることを明示する。

第 4 章からは調査によって得られた 3 種類のデータを分析することによって、患者、縁者らが抱える「病い」としての双極性障害の姿を素描していく。1 つめのデータは 20 名の双極性障害患者に対するアンケートおよびセルフレポートである。ここからは、回答者自身にとって双極性障害という「病い」がどのようなものなのか、「疾患」としての症状以外にどのようなことに困難や生きづらさを抱えているのかを提示する。

2 つめのデータは、154 名の双極性障害患者、および縁者から回答を得たアンケート調査である。ここでも患者、縁者らが双極性障害の何に困難や生きづらさを抱えているのかをたずねている。1 つめのデータと異なる点は、困難や生きづらさに関する質問の集計結果を提示した後に、自由記述に対して KH Coder を用いたテキストマイニングと、MAXQDA を用いたコードの共起関係に対する分析を行い、回答を量的、質的双方の視点から分析している

ことにある。

3 つめのデータは、上記 2 つの調査にも参加し、ラポール関係が形成されている X の半生を綴った 4 万字を超えるライフヒストリーである。ここでは 1 人の双極性障害患者の人生を深く分析することによって、患者の抱える問題は「疾患」としての双極性障害の症状だけではなく、社会の中で生じる様々な困難や生きづらさといった「病い」としての双極性障害の生々しい現実を、よりミクロな視点から提示する。さらにこのデータからは、「病い」の物語が診断を契機とした医学的翻訳によって「疾患」の物語に編成されること、他者との出会いや環境の変化によって「病い」の物語へと再編されること、さらに様々な経験によって何度も書き換えられていく可能性についても言及する。

続く 5 章ではより具体的な問題に焦点を絞って、患者が自身の「病い」にどのような方法で対処しているのかを考察する。これらはコーピングと呼ばれるもので、慢性疾患の回復に関する研究領域で蓄積されている。まずはコーピングの概論を R・S・ラザルスと S・フォークマンらの先行研究に依拠して整理する。その後、患者らが実際にどのようなコーピングを行っているのか、効果を実感できているのか、コーピングの実践に他者は関与しているのかといったことをデータから分析する。ここでコーピング実践に注目する理由は、患者が日常生活において自身の「病い」とどのように向き合い、対処しているのかといった実態を把握すると同時に、ここでの分析を第 6 章から始まる回復の議論への足掛かりにするためである。

第 6 章では、本研究の最大の目的である双極性障害の回復について論じる。まずは精神疾患全体の回復について論じた L・デヴィッドソンらの議論を参照する。最も重要なことは、回復には、「疾患」に対応する「回復」と、「病い」に対応する〈回復〉との 2 種類があるということだ。デヴィッドソンらは「病い」に対応する〈回復〉という概念の問題点を、論者によってその意味内容が異なり、機能不全を起している点だと指摘する。こうした問題を解決するため、〈回復〉に関する先行研究を精査し、精神疾患における〈回復〉の共通要素を抽出している。

こうした研究を援用し、本研究では双極性障害に特化した〈回復〉の諸要素を抽出した。その結果はデヴィッドソンらが提示した〈回復〉の諸要素と大きく異なるものではなかった。しかし、〈回復〉の諸要素を抽出するために参照した先行研究の中で紹介されている患者の語りに注目すると、先ほど提示した〈回復〉の諸要素では捉えきれない内容の語りが複数確認された。こうした語りを無視して普遍的要素だけを認め、安易な一般化を試みることは、これまで医学モデルが提示してきた「回復」観を踏襲することになる。これは本論の目的とは異なる。

そこで、もう一度患者の声を傾聴し「病い」に対応する〈回復〉とはどのようなものなのかを再度検討する。ここでは、アクティブインタビューと IPA (Interpretative Phenomenological Analysis) という手法を用いて患者の「病い」と〈回復〉のダイナミズムを捉えることを目的とした。さらに得られたデータに対する解釈の理論的脆弱性を補完す

るため、S・ツェによる双極性障害のステージモデルとN・J・トッドらによる双極性障害患者の語りの分析、F・ロップマンらによる研究を参照した。こうした手法を用いた分析によって明らかになったことは、患者の「病い」に対応する〈回復〉は他者との関係の中でエピソードを見出し、他者と共に何度も物語を書き換える「物語り」であることだった。そして「病い」と同様に〈回復〉も変化の連なりによる流動的なものであるということも明らかとなった。さらに大きな発見は、調査者がこうした〈回復〉の「物語り」を紡ぐ相手になりうるということだった。

第7章の結論では、これまでの考察を振り返り、双極性障害という「病い」が社会との関係、他者との関係、そして自己との関係において立ち現れる人生の問題としての側面を持っていたことを確認する。

現在の医学では完治することがないと言われている「疾患」としての双極性障害であるが、これは生物医学的な問題としてのみ浮上するものではなく、むしろ患者らは社会的問題として顕現する「病い」に苦しめられていることがこれまでの考察で示された。そして、「病い」としての双極性障害は流動的なものであり、他者との「物語り」によって意味づけに変更を迫ることで〈回復〉が可能なものであったことが示された。

最後に本研究で得られた知見と限界、そして今後の課題と展望を示して論考を締め括る。

第1章 双極性障害の概観

本論の入り口である第1章では、双極性障害という病と患者を取り巻く状況を2つの視点から論じる。第1節では双極性障害を医学史に即して整理し、続く第2節では医学的視点から離れ、双極性障害がいかなる病であるのかを社会学的視点から考察する。

1-1. 医学史的視点からの整理

第1章1節では、双極性障害という疾患がこれまでの医学史においてどのように語られてきたのかを、その概念の変遷に注目して整理する。双極性障害と思しき疾患の記述そのものは紀元前まで遡ることができる。当然今日とは観察の精度やエピソードも異なるものであり、今日の双極性障害と同一のものであると断ずることはできない。こうした疾病観の違いは、あらゆる疾患を人間の中に存在する4つの体液のバランスによって説明しようとする体液学説⁵が支配的であった17世紀頃まで続くことになる。そのため、紀元前から17世紀までの歴史は駆け足で概観し、今日の双極性障害の前身となる概念が提出される18世紀から21世紀までの歴史を中心に記述する。

また、本研究では西洋における双極性障害の概念史を中心に扱う。こうした姿勢に対し、西洋中心主義的なのではないかとの批判があるかもしれない。確かに国や地域、文化によって双極性障害を含む精神障害の捉え方やその歴史、患者の扱われ方が多様性に富むものであることは事実である。しかし、今日世界中で使用されている診断システムであるDSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) は西洋医学の歴史を踏襲するものであり、その影響が世界中に及んでいることもまた疑いようのない事実である。

本研究の最大の目的は、今日、双極性障害を抱えて生きる患者の回復の可能性を模索することである。そのため、概念史の多様性という魅力的な世界を捨象してしまうことにはなるが、今日の双極性障害概念の最も大きな影響を与えている西洋を中心とした歴史の整理を行う。

1-1-1. 紀元前の記述

双極性障害ないし躁うつ病という名称が登場するのは、E・クレペリンが登場する20世紀以降のことであり、比較的新しい疾患概念である。しかし、今日双極性障害とされる疾患に該当する症状の記述は非常に古くから見られる。こうした記述を根拠として、人類は紀元前から双極性障害に悩まされてきた、普遍的な疾患であると主張する論者もいる (内海2006, Masson 2016=2018)。

この点についてはいくつかの反論も見られ、合意は形成されていない。そのため、本研究においてもその賛否については論じない。しかし、人類が古くから気分や感情といったものの変動に悩まされ、時に病として記述されていたことは事実である。そのため、医学史的視

点からの整理では紀元前の記述から双極性障害という概念を概観する旅をスタートする。

多くの先行研究において、双極性障害と思しき疾患に関する最古の記述は紀元 1 世紀から 2 世紀のアレタイオスによる記述とされているが、これに類する記述は紀元前に書かれたとされる文献にもその片鱗を確認することができる。紀元前 5 世紀頃のアスクレピアデスによる記述ではすでに精神障害に注目するかのよう記述が見られるという（秋元 1975）。紀元前 4 世紀前半、ヒポクラテスについて書かれた『ヒポクラテス集成』の「疾病について第 1 巻」では、今日のうつ状態を表すメランコリーと、今日では躁状態を表すマニアという用語が使用され、メランコリーからマニアへの交代をほのめかす記述が見られる（酒井 2010）。こうした記述は紀元前 2 世紀のソラノス、紀元前 1 世紀のテミソンの記述にも見られ、かなり古くからメランコリーとマニアの関連に注目していたことがうかがえる。しかしソラノスがそうであったように、メランコリーとマニアが同一の疾患だとは考えていない場合もあり、躁とうつが同じ疾患の別の側面であると考えた今日の双極性障害理解と同様の見解を示していたわけではない。

また、アリストテレスの、メランコリーの原因は黒胆汁だとする話が有名だが、紀元前から中世末期までは体液学説が疾患を説明する原理として広く信奉されていた。そのため、双極性障害の存在に言及しているかのような記述が見られたとしても、体液学説の滅んだ今日とは疾患理解が根本的に異なる点は留意が必要である。

1-1-2. 紀元後から中世前期

ここからは紀元後から中世前期までの記述を対象とした整理を行う。まずは、多くの先行研究において双極性障害に関する最古の記述として紹介されるアレタイオスについて触れる。彼はマニアとメランコリーが同じ疾患に帰属することを初めて記述した医学者とされてきた（酒井 2010）。また、今日の双極性障害研究においても言及される病前気質や季節の影響、今日のラビッドサイクリングに通ずる突然の病相の転換についても言及されており、現代的な病態理解と非常に近い側面を有している。

次に注目すべきは 4 世紀のオリバシウスによる記述である。「マニアの治療はメランコリーのそれと同じである」（酒井 2010）と記述されており、治療的な観点からマニアとメランコリーの同質性を認識していた可能性があるのだ。この他中世前期という時期に限ると、6 世紀頃のアレクサンドロスによってマニアとメランコリーのつながり、そして移行が明示されていることは注目に値する。

こうした記述からも明らかなように、かなり早い時期から今日であれば躁状態とうつ状態の移行と転換が記述され、それらが同じ疾患の異なる側面である可能性を疑っていたことが読み取れる。しかし、これらは非常に少数の患者を観察した結果の論考であり、今日の医学のように複数の患者を一定期間観察することによって体系化されたものとは異なる。また先述した通り、こうした症状の原因には体液の不均衡という体液学説がその根底に横

たわっており、身体的な問題がマニアやメランコリーとして顕在化すると考えていることも今日の双極性障害の理解とは大きく異なる点である。

1-1-3. 中世盛期から 17 世紀

中世は体液学説の全盛期であり、疾患の説明原理は基本的に中世初期と変わらず、体液学説にもとづくものである。しかし病態の観察からは今日的な双極性障害の記述が現れ、17 世紀になると体液学説によらない疾患の説明を試みる動きも見られるようになる。

中世盛期において注目すべき研究は 13 世紀の T・アクイナスと 15 世紀から 16 世紀にかけての人物である H・C・アグリッパの 2 人である。アクイナスは、体液学説全盛の時代に、今日であれば心因性とも解釈可能な疾患の存在を記述している。酒井明夫によればアクイナスは「悲しみそれ自体が時には理性を奪い取るのであり、我々は、ある人間が悲しみのためにメランコリー-melancholia や狂気 mania に陥るのを見るのである」（酒井 2007）と述べており、体液のバランスを崩すことではなく、悲しみから生じるメランコリーやマニアの可能性を指摘しているのである。

アクイナスが体液学説とは異なる視点からの記述を行っているのに対し、アグリッパは体液学説にもとづく解釈を提示している。酒井によるとアグリッパは「黒胆汁の狂気」に関する理論を提唱し、その中で「魂(anima)の働きは、想像力(imaginatio)、理性(ratio)、叡智(mens)という、順に下位から上位へと向かう三つの段階に区分される。黒胆汁と天体力はそれらの間の境界を取り払い、錯乱をもたらす。それはたんなる混乱ではなく、方向性を持った動きである。すなわち、魂全体が想像力へと向かえば、芸術や技術の能力が与えられ、優れた画家や建築家を排出させる」（酒井 2007）と述べており、今日双極性障害を論じる際によく見られる芸術的才能に言及している。

実際に疾患と芸術的才能に関係があるかは現在も議論されている最中であるが、中世からこうした言説が存在し、現在も語られている点は注目すべき言説である。

17 世紀に入ると疾患を記述するための用語について大きな出来事が起こる。これまで憂鬱な気分、うつ状態を表す語としてメランコリーという語が使用されることが一般的であったが、気分が滅入ることに対し今日でも使用される「depression」という語が初めて用いられたのである（大野 2007）。これが今日の「うつ病」を示す語や疾患分類として使用されるのはまだ先だが、様々な状態を含む概念であるメランコリーに代わる語が登場したことは極めて重要なことである。

では 17 世紀に登場した論者に目を向けよう。ここで紹介する論者は直接的に双極性障害を論じているわけではない。しかし、双極性障害研究において大きな転換を迎える 18 世紀の前夜に当たる時期として、いくつか重要な知見が提示されているので、簡単にではあるが紹介する。

ここで注目すべきは R・バートンだ。酒井によると、『メランコリーの解剖』において「う

つ」の症状を的確に描写していると指摘する（酒井 2007）。その内容は、自責の念や猜疑心、罪業妄想、気分の落ち込みであり、今日のうつ病観と非常に似通っているのである（Burton 1857）。ただし注意しなければならないこともある。確かにバートンの記述はうつ病を的確に描写しているが、その説明原理には未だ体液学説を用いている点である。こうしたことから進歩的な視点で記述された新しいうつ病理解というよりは、精緻な観察の結果こうした描写に成功したと見るべきだろう。

1-1-4. 転換点としての18世紀以降

18世紀は双極性障害を論じる上でメルクマールとなる時代である。フランスでの研究を皮切りに1つの独立した疾患としての双極性障害研究が始まるのである。こうした時代の先駆者として多くの先行研究でも紹介されているのがフランスの初期の精神科医として最も有名だったP・ピネル⁶である。

ピネルは自らの経験と観察にもとづき、精神病がデリールと精神遅滞という2つの要素から形成されると考え、精神病を「メランコリーもしくは1つの対象についての独占的妄狂」「妄狂を呈さないマニー」「妄狂を呈するマニー」「痴呆もしくは思考の消失」「白痴もしくは知的・情動的能力の消失」の5つに分類した。福井裕輝によれば、これは現在の双極性障害、パーソナリティ障害、統合失調症を含む精神病、認知症、精神遅滞もしくは発達障害に該当するものである（福井 2010）。

ここからもわかるように、体液学説の時代同様、双極性障害を表す語としてはメランコリーという用語が使われている。しかしピネルは、感情や悟性こそが精神疾患の座であると考えていた。この背景にはÉ・コンディヤックに代表される感覚主義哲学の影響がある。18世紀の感覚主義は神経を重視しているため、精神に言及するために体液を迂回する必要がなくなったのである。これによってピネルはメランコリーを黒胆汁から解放したのである。しかし、ピネルに対しては、悟性に重きを置くあまり気分という問題を無視することになってしまったという批判も見られる（内海 2006）。

ピネルの業績についてはもう1点述べておかなければならない。これはあまりにも有名な話だが、ピネルによって精神病院における鎖の使用が原則的に禁止されたのである。彼は1793年にビセートルの医長に就任すると、1797年にビセートルで、そして1800年にはラ・サルペトリエールの精神病院で相次いで上記の鎖の廃止という改革を実施した。こうした鎖からの解放と道徳療法の実施という人道主義的な改革はピネルによるものだと紹介されている先行研究も見られるが、実際にはビセートル、サルペトリエールで管理人のような仕事をしてきたピュッサン夫妻が行っていたことであることがわかっている（Hochmann 2004=2007）。

しかし、医師として活動する前はジャーナリストであったことや、友人を精神障害に起因する自殺で失っていることなど、ピネルの背景を考慮すると、「収容から治療へ」という道

筋を人道的視点から改革しようとしていたことは疑いようのない事実であろう。

次に登場するのは、ピネルの弟子であり師の意思を継いだ J=E・D・エスキロール⁷である。ピネルが気分という問題を見放したという批判があることは先に述べた通りだが、エスキロールはこれに修正を加える。彼は、メランコリーという概念が曖昧模糊だと批判し、一元的に語られてきたメランコリーをリペマニー(悲哀と抑うつ)とモノマニー(熱情を伴い、限定された対象に向かう慢性の狂気)の2つに解体した。

モノマニー概念を提示した背景には精神病院の存在がある。ピネルの跡を継ぎ、病院運営を行う中で、エスキロールは一見ほぼ正常に見える多くの患者を目にした。そこから機能の一部のみに障害が生じる「部分的狂気」⁸を見出し、独自のモノマニー論を展開したのである。

しかしすぐにモノマニー概念が受け入れられたわけではない。今日の感覚であれば、身体や精神の一部に機能障害が生じるという考え方に大きな抵抗を持つことは少ないだろう。しかし、この当時の西洋文明において人間の理性の中心は魂にあるものだと考えられていた。そのため、魂の一部のみがおかしくなるという考えは、当時の西洋文明を生きる人々には馴染まないものだったのである。このことをヒーリーは「もし人間が非理性的で正気を失くした行動をとるようになったら、それは魂の一部がおかしくなったからではなく、その人間全体が正気を失くしたからに違いないと考えられた。そのため、狂気に陥った人を見る人たちはその人が全面的に狂乱しているものと見なした」(Healy 2008=2012:45)と説明している。つまり西洋文明の支配的な考え方である魂の統一性とモノマニー概念は真っ向から対立するものだったのである。

こうした問題が回避され、モノマニー概念が受け入れられた背景には18世紀末におけるW・カレンによる神経生理学的な研究や、C・ウォルフが心は一つの実体であるが、様々な心的過程を引き起こす可能性があるとして論じた能力心理学の存在がある。こうした新しい考え方の提唱によって、魂の統一性そのものは否定することなく、認識、情動、感情などを論じることが可能となったのである。

エスキロールによる双極性障害研究への貢献はこれだけではない。最も注目すべきは、躁とうつが規則的、継起的に交代する、今日的な双極性障害の原型のような現象を認め、躁とうつの両者が同一の疾患、もしくは類縁性の高いものであると考えていたことにある(内海2006)。こうした見解については精神科医の間でも合意が形成されており、阿部隆明も内海同様、今日的な意味で双極性障害の双極性と反復性を発見したのはエスキロールであると述べている(阿部2011)。

しかし阿部によれば、現代の双極性障害の先駆的概念を著したのはJ・P・ファルレ⁹である。ファルレは1851年に循環精神病という概念を提出する。これは、さまざまな長さをもったうつ病相、躁病相、無症状期の連続した循環によって特徴付けられる病態を意味するものであり(阿部2011)、ファルレは躁病とうつ病という外見上まったく異なる2つの状態が同一疾患の異なる側面であり、それは時期によって異なる側面が現れているに過ぎない

と考えたのである。

ファルレとほぼ同時期に重複型精神病という概念を提唱した人物がいる。それがJ・バイヤルジェ¹⁰である。この概念も基本的には彼の師であるエスキロールが記述した双極性障害概念と近いものである。また、躁とうつの転換を重視し、その中間期や無症状期を無視している点は、同じ 1850 年代に提示されたファルレによる循環精神病の概念とやや異なる。

18 世紀末から 19 世紀半ばに登場した言説は今日の双極性障害研究につながるものであり、双極性障害研究の草創期とも位置づけられる時期だった。こうしたフランスでの研究はやがてヨーロッパ各地へと広がっていく。ここからはフランスを離れ、19 世紀の終わり、精神医学史におけるメルクマール、E・クレペリンが登場するまでのドイツの研究に目を向けよう。

ドイツで今日の双極性障害に対する言及が見られるのは、1844 年の W・グリーンガーによる記述である。彼は躁とうつの交代を記述しているという点ではファルレやバイヤルジェと同様の仕事をしている。しかし、グリーンガーにおいて注目すべきは、単一精神病論を体系化したこと、そして生物学的精神医学派の中心にいたことである。

19 世紀初頭より、ドイツの精神医学界は啓蒙主義への反動からロマン主義へと傾いていた。そしてロマン主義者は、病んだ魂、あらゆる狂気は情念の異常という共通の根源を持っていると考えていた。これに対し、グリーンガーを中心とする生物学的精神医学派は脳の存在に注目していた。すべての精神病は魂の問題ではなく、脳病であると考えていたのである。これは非常に今日的な精神疾患理解と言えるだろう。ヒーリーによればグリーンガーはさらにもう 1 つの考えを持っており「脳の病気は基本的にひとつしかないとはっきり述べている。(中略) 患者はさまざまな段階を通過するものの病気そのものはひとつだとグリーンガーは主張した」(Healy 2008=2012:75-6) と指摘している。これが単一精神病論の根底にある考え方であり、躁とうつの交代を同一疾患の別の側面、段階として捉えた理由なのである。

躁とうつの交代を同一疾患として捉えている点はファルレ、バイヤルジェによる記述と同様のものだが、脳に注目している点は決定的な違いである。また、ファルレ、バイヤルジェが少数であるが、患者の臨床的観察から双極性障害を記述したのに対し、グリーンガーやロマン主義者たちが臨床的観察をほとんど重視しなかった (Healy 2008=2012:76) 点もフランスでの研究との大きな違いである。

次に注目するのは K・カールバウムである。カールバウムはその生涯で著した論文数も少なく、あまり注目されることはない医学者である。しかし、双極性障害を論じる上では見逃してはならない非常に重要な存在である。なぜなら、ネオクレペリン主義と呼ばれる DSM-III 以降の今日の精神医学の在り方はカールバウムの研究がその素地となっているからだ。カールバウムはクレペリンに多大な影響を与え、クレペリンも一時はカールバウムの下で学ぼうと考えていた。

論文数は非常に少ないが、カールバウムの仕事には注目すべき点が多い。その 1 つが症

例の記述法である。彼は、患者の長期的経過を検討することが重要だと考えていたが、これが後にクレペリンへと引き継がれ、患者の長期経過の観察による臨床的症候群の形成、つまり、疾病分類の作成につながるのである。さらにこうした疾病分類が DSM-III の原型となった。

ヒーリーはネオクレペリン主義を説明する過程で次のように述べる。「DSM-III の作成はネオ・クレペリン主義台頭の表れと言われているが、ネオ・クレペリン主義とは精神医学界が精神分析としばし戯れた後で、患者を詳細に観察する臨床の基本に立ち返ろうとした動きを指す。だが、現在の精神医学はおそらくネオ・カールバウム主義だ」（Healy 2008=2012:76）ただし、この点についてはやや意見が分かれており、N・S・ガミーらは、DSM-III はネオレオンハルト主義だと指摘している（Ghaemi 2013）。レオンハルトについては後述する。

カールバウムの仕事で見逃してはならない点が双極性障害の軽症型である双極 II 型障害の存在にいち早く気づいていた点にある。一般的には、双極 II 型障害を提唱したのは 20 世紀後半の D・L・ダナーによるものとされているが、それよりも 1 世紀近く前に軽躁症（hypomania）の存在を記述している。カールバウムは気分循環症と気分変調症という概念を打ち出し、気分循環症の患者の観察から今で言うところの軽躁を記述した。また、気分循環症の患者は精神病院に入院することなく、地域社会に溶け込んでいる可能性を指摘しており、これは今日の双極 II 型障害の説明にもうまく合致するものである。こうした双極性障害の軽症型への注目と双極性障害概念の拡大といった志向は今日の双極性障害概念であり、後ほど詳述する双極スペクトラムという考え方に通ずるものである。不遇な医学者であったカールバウムであるが、その考え方は今日の双極性障害理解、精神医学の在り方にも息づいているのである。

1-1-5. 小括

ここまですぐクレペリン登場以前の精神医学界における双極性障害を巡る歴史である。それではここまでの精神医学史を簡単にまとめてみよう。

1 つの転換点は 18 世紀である。それ以前は体液学説によって多くの疾患が説明されており、双極性障害と思しき疾患も例外ではなかった。どれだけ古い時代まで双極性障害に関する記述を求めて遡ることができたとしても、その根底にあるエピステーメーは異なるものなのである。18 世紀に入ると、ピネルなどによる、体液学説とは異なる説明原理が登場する。時期を同じくしてアサイラムの整備も開始され、患者の観察、さらには死後の解剖、脳への注目など、今日に近い医療の形が現れ始める。

こうした変化により、様々な論者が多様な立場で双極性障害と思しき疾患を記述するようになった。躁とうつを伴う精神疾患とその亜型に対し、様々な名称が与えられ複数の概念が乱立したのが 18 世紀から 19 世紀までの双極性障害の概念史なのである。

もう 1 つの転換点はカールバウムの登場に見る 19 世紀の医学的進歩である。17 世紀の T・ウィリスが脳に注目し、病変を見つけようとした態度、同じく 17 世紀の T・シデナムに見られる臨床観察の重視と疾患を存在物として捉える存在論、この 2 つの考え方が揃うことでカールバウムが採用した立場である生物学的精神医学は成立する。こうした立場がもたらした重要な帰結は 2 点である。1 つは精神疾患を魂の問題から分離することに成功した点である。解剖学や生物学にもとづく病変を想定することで、精神疾患を純粋な疾患として扱うことを可能としたのである。これは今日の精神医学に通ずるものだ。そしてもう 1 つは、臨床観察を重視することで疾患の分類への途を拓いたことである。先述した通り、長期的な臨床観察を重視する態度はクレペリンの疾病分類や DSM にも引き継がれることとなり、こちらも今日の精神医学の基礎となっている。

1-1-6. クレペリンの登場

19 世紀末から 20 世紀にかけ精神医学に大きな転換点が訪れる。それがクレペリンの登場だ。S・フロイトと同じ年に生まれたクレペリンは、キャリアをスタートさせた当初から 1890 年代半ばまでは脳の基本的メカニズムに注目していたが、その後は脳神話とは距離を取るようになる (Healy 2008=2012:84)。そのかわりに彼が注目したのは患者の経過だった。クレペリンは患者の経過を観察するうちに、発症当初の様々な異常よりも、その後の経過や最終的な結果がより重要な問題であると考えられるようになった。ヒーリーによればこの傾向は、通常教科書と呼ばれる『精神医学総論』が版を重ねるにつれ強まっていったという (Healy 2008=2012:83)。

クレペリンが教科書の執筆を始めたのは 1883 年で、結婚資金を調達するためであった。双極性障害研究において重要となるのは 1899 年に執筆された教科書第 6 版である。ここで「躁うつ病」という概念が登場する。しかし、教科書第 6 版での躁うつ病の位置づけは、後に統合失調症へと名称が変更される早発性痴呆の引き立て役として登場したとの捉え方もあり (Healy 2008=2012:84)、早発性痴呆の対照群としての性格が強いことは事実である。クレペリンは、認知機能の低下が観察可能な疾患として早発性痴呆を提示するため、認知機能の低下が見られない疾患としての躁うつ病を必要としていたのだ。そのため、クレペリンの定義では躁うつ病の予後は良好なものとされ、回復するものとみなされた。こうした躁うつ病概念は、完治はないとされる今日の双極性障害の実態と大きく異なる可能性があることには留意が必要である。

教科書第 6 版ではこのように扱われていた躁うつ病だが、その概念が確立するのは 20 世紀に入った 1913 年に出版された教科書第 8 版においてである。重要な点は 3 点だ。1 つめは、ここにきてメランコリーという語が完全に抹消されたことにある。これにより、R・ウィットによって初めて精神医学で使用され、J・C・A・ハインロートによって気分状態を表す語として確立された「Depression (うつ病)」という語が疾病単位として確立したのであ

る。2つめは、感情障害のあらゆる形態が躁うつ病に統合され一元的な病識が普及するようになる。ここに最広義の気分障害モデルが誕生することになったのだ。そして3つめは今日の双極性障害概念の原型を確立させたことにある。クレペリンの躁うつ病概念は、軽いうつ状態からうつを伴わない躁病までを含むもので、単一の病因を想定する内因性疾患である。躁とうつが挿話的、周期的に出現する疾患で、早発性痴呆とは異なり、病相間は完全に症状が消失する寛解期が存在するとした。

こうしたクレペリンの功績は多くの先行研究で認められているが、当然批判もある。大きな批判は2点ある。1つは、阿部が指摘するようにうつ病と循環型との区別をなくし、あらゆる感情障害をMDI (Manic-Depressive-Illness) 一元論に組み込んでしまったという批判である(阿部 2011)。そしてもう1つは、純粹に学術的な視点からの批判というよりは、やや心情の混じった視点からの批判である。ヒーリーによれば、A・マイヤーは当初はクレペリンの疾病分類を歓迎したが、後にライフヒストリーを無視しており、完治しない患者を切り捨てていると批判したと述べている(Healy 2008=2012:87)。RCTの発展に貢献するM・シェパードは20世紀の終わりに、クレペリンの考えはナチスの優生学を助長したと述べている(Shepherd 1996)。J・オックマンはH・エイを引きながら、クレペリンの分類を「診断や予後の見立てで患者をがんにがらめにして、社会から引き離し、狂気を治癒不能と宣言し、狂人の囲い込みを正当化し、〈病因論的暗殺〉を実行したと受け止められた」と述べている(Hochmann 2004=2007:76)。

このように、クレペリンに対する批判は、第二次世界大戦時のナチスドイツの蛮行に対する反省や、患者の権利に対する意識の高まりといった社会背景など、外在的な要素を読み取ることもできるだろう。

こうした批判はあるものの、クレペリンの躁うつ病概念が今日の双極性障害概念の原型となり、DSMにも多大な影響を及ぼしていることは疑いようのない事実である。

1-1-7. クレペリンへの反応とウェルニッケ・クライスト・レオンハルト学派

クレペリンへの批判は前項でも紹介したが、当初クレペリンの躁うつ病概念への反応はそれほど大きいものではなく、世界規模で見た場合、議論の対象となるのは早発性痴呆に関するものが大半であった。ただし、ドイツでは躁うつ病概念に対しても強い反応が起こる。その中でも注目すべきはK・ウェルニッケ、K・クライスト、K・レオンハルトら3人のウェルニッケ・クライスト・レオンハルト学派と呼ばれる人物たちの反応である。

ウェルニッケは感覚性言語野であるウェルニッケ野を発見したことで有名だが、双極性障害を論じる上でも重要な人物である。なぜならウェルニッケは単極、双極の概念をいち早く提唱していたからだ。つまり躁うつ病の一元論的捉え方を二元論に転換しようとしたのである。しかし、広く受け入れられることはなく、単極、双極の区別もしばしの間忘れ去られることになる。

ウェルニッケを語る上でもう 1 つの重要な点は、ウェルニッケが脳機能は局在すると主張したことにある。つまり、精神障害が脳の各部位に局在するのではないかと考えたのだ。こうした視点に立つと、脳の局在的病変が重要なのであり、疾患の経過はその結果現れたものと解釈される。

ヒーリーはウェルニッケの主張を次のようにまとめている。「クレペリンが疾患の経過を重視したのは大切なことではあるが、精神医学というものはさまざまな精神障害を経過以外も考慮に入れて識別しなければならない。疾患の経過にこだわるあまり、ほかのあらゆる臨床的特徴を見逃すような杓子定規は無用だ、というのである」(Healy 2008=2012:159-60)。

脳神話に対し否定的だったクレペリンとは真っ向から対立する主張であることは言うまでもない。しかし、この対立も長くは続かなかった。1904年にハレ大学での教授職に就いたウェルニッケだったが、1905年に不慮の事故によって急逝する。そしてハレ大学でウェルニッケの助手をしていたクライストへとウェルニッケの考え方は引き継がれることになる。

クライストは類循環精神病の概念を提出するなどの貢献をしたが、彼の業績において注目すべきは、単極性うつ病、単極性躁病の存在を重視した点にある。つまり躁うつ病は単極性うつ病と単極性躁病の 2 つの障害を持っていると考えたのだ。そしてこれは単極性よりも双極性の方が、遺伝負因が大きいのではないかとこの視点につながった。ヒーリーによれば、クライストの考え方は「現代の遺伝学的所見とよく一致している」(Healy 2008=2012:163)という。後述するが、こうした遺伝学的視点はその後の双極性障害研究の 1 つの転換であるアングストやベリスといった研究者らによる研究につながるものである。

次にウェルニッケ・クライスト・レオンハルト学派の最後の 1 人であるレオンハルトに目を向けよう。レオンハルトの業績において重要なものは、非常に複雑な分類法を作成したことにある。レオンハルトの分類法の要は 3 点である。1 つは寛解の基準、もう 1 つは反復の可能性、そして最後が反復した際の症状がいつも一致しているか否かである。当然こうした複雑な分類は受け入れられなかった。しかし、ガミーによればこれは誤りである。レオンハルトの複雑な分類は RDC (Research Diagnosis Criteria) という DSM の前身を経て DSM-III の疾患分類の中で生きており、DSM-III における単極と双極の二元論はレオンハルトの分類にその起源を持つものなのである (Ghaemi 2013)。

レオンハルトの分類が複雑であることはこれまでも指摘されてきたが (阿部 2011)、受け入れられなかったことには複雑であることの他に時代と合わなかったことが挙げられる。ヒーリーは、第二次大戦後の精神医学が、遺伝よりも環境に重きを置いて精神障害を説明する風潮がその原因であると指摘する (Healy 2008=2012:165)。

こうして少しの間忘れられてしまうウェルニッケ・クライスト・レオンハルト学派による単極、双極の二元論と遺伝への注目だが、20 世紀半ばから後半へと差し掛かる頃に再度注目を浴びることになる。それでは遺伝とクレペリンの MDI 一元論への再検討の時代へと分析を進めよう。

1-1-8. MDI一元論への批判から DSM へ

1966年、クライスト、レオンハルトに影響を受けたJ・アングスト、C・ペリスによってクレペリンのMDI一元論に対する反論とも受け取れる論文が提出される。これにより双極性障害研究は大きく変化し始める。これまで臨床にもとづく観察、症例研究といった視点から行われてきた研究が、比較的規模の大きい調査や統計学的視点にもとづく研究へとシフトしていくのである。

アングストは1959年から1963年間の入院患者300人以上からサンプルを抽出し、単極性うつ病と双極性疾患では、遺伝的性質、性別、経過などが異なると結論づけた。そして1980年の研究では双極性障害の予後が必ずしも良好ではないことも明らかにしている。

またペリスは双極性障害と単極性うつ病、単極性躁病の患者を比較し、双極性障害は単極性うつ病よりも発症年齢が低く、再発頻度も高いこと、第一親等の家族は有病率が高いことなどを明らかにした。

同様の研究は1969年にG・ウィノカーらによっても提出された。ここでは発症年齢や性差に注目し、30歳以前に発症した女性は慢性化しやすく、30歳以後に発症した男性は慢性化しにくいとされた。

こうした研究は、クレペリンが提示した躁うつ病概念であるMDI一元論を否定する結果となった。さらにこれらの研究が統計にもとづく研究結果であった点も重要である。こうして、双極性障害を巡る言説は一元論から二元論へと変わっていく。だが、ここでも大きな役割を果たしたのは個々の双極性障害研究以上にうつ病に関する研究動向であった。

上記の遺伝学や統計的な視点からの研究が提出され始めた1960年代後半、うつ病のカテコールアミン仮説を検討しようという動きが起こった。これは後にセロトニン仮説と呼ばれるものの原型に当たる仮説で、体内の化学的不均衡がうつ病の原因ではないかという説である。生物学的精神医学の萌芽期にあったことも相まって、1969年、米国国立精神保健研究所(NIMH)は「うつ病に関する共同調査研究」という大々的な調査を実施する。しかし、ここで明らかとなったことは、カテコールアミン仮説の妥当性などではなく、こうした仮説を検証するためには高い特異性が必要であること、つまり、高い特異性を生み出す診断である操作的診断が必要であることだった。

こうした背景の下、単極、双極の区別への注目が集まる。同じ理由で重症度の違いを表す双極I型障害と双極II型障害の区別がD・ダナーによって持ち込まれ、今日ではI型よりも患者数の多い、双極II型障害の概念が提出されることとなる。余談だが、ダナーの功績はこれだけにとどまらない。彼は現在双極性障害治療における第一選択薬であるリチウムに関する研究を行い、リチウムへの治療反応性が低い患者らを発見した。これらの一群が今日、急速交代型(ラピッドサイクラー)と呼ばれるものである。後述するが、こうした分類はスペクトラム概念を提出するアキスカルにも大きな影響を与えている。

上述した高い特異性を見出すためという理由で生み出された診断基準が、1980年にアメリカ精神医学会(APA)によって提出され、世界中の診断という景色を一変させることとな

った DSM-III なのである。

カールバウムについて論じた際、DSM がネオクレペリン主義ではないと述べたのはこうした理由である。クレペリンが躁うつ病を一元的に扱う MDI 一元論を提示したのに対し、DSM につながるその後の動向はクレペリンの再検討による単極、双極の二元論の採用だった。そうした視点に立てば、双極性障害に限定した場合、DSM は反クレペリン主義とさえ言えるものだったのである (Healy 2008=2012:172)。

こうした双極性障害を巡る言説は、名実ともに一元論から二元論へと変化した。しかし、これも一時のものである。DSM-III が提出された 1980 年代以降は徐々に単極うつ病から単極躁病までを連続体として捉えるスペクトラム的発想が生じてくる。次項では一度、単極、双極といった議論から離れ、日本にも大きな影響を与えた性格類型論に言及し、その後スペクトラム概念を整理する。

1-1-9. 性格類型論

今日の双極性障害概念である双極スペクトラムについて論じる前に、今日の症例報告にもその名残を見ることができ性格類型論に目を向けよう。

性格類型論とはその名の通り、うつ病ないし双極性障害を発症する患者の病前性格を疾患ごとに類型化しようとしたものである。こうした分類は当然エビデンスとしては弱いものであり、理論としては短命なものであった。しかし、症例報告に目を向けると病前の性格に言及しているものは珍しくない (内海 2006, 加藤 2009, 森山 2014)。また一般的な言説において、うつ病患者を「真面目で責任感が強かった」と説明しているものは今日でも目にすることがあるだろう。

性格類型論が提出されるのは 1921 年、E・クレッチマーによって『体格と性格』が出されたことによる。内海によると、クレッチマーの双極性障害患者の性格類型は次のようになる。1. 社交的、善良、親切、温厚、2. 明朗、ユーモアがある、活発、激しやすい、3. 寡黙、平静、陰鬱、気が小さい、の 3 群である。1 群は共通の特徴であり、2 群は躁の特徴を、3 群はうつの特徴を、という具合にそれぞれの極性を表す性格を示している (内海 2006)。

クレッチマーの主張で注目すべきは、病前性格と疾患に連続的な移行を認めている点である。双極性障害においては、「循環気質」「循環病質」「躁うつ病」という連続性だ。そしてこれらを通底するのが「循環性」ということになる。しかし、内海は循環性という考え方には問題があるとして E・ブロイラーを参照し、時間経過における周期性を重視する循環性ではなく、環境と同調する能力に注目した「同調性」という考え方を支持している。

同調性の議論に深入りはしないが、内海や森山公夫の研究に見られるように、現代の双極性障害理解に対しても一定の影響を与えていることは事実である。クレッチマーの性格類型が下田光造、木村敏、森山らに影響を与えたことは事実であるが、最も大きな影響を受けたのは H・テレンバッハだろう。

テレンバッハは、1961年に『メランコリー』を著し、この中で「メランコリー親和型」といううつ病の性格類型を提示した。これは几帳面、秩序志向、対他配慮の3つの特徴からなる性格である。うつ病患者の病前性格を説明しようとした点についてはクレッチマーと同様の試みであり、詳細な分析は内海が行っているので、本研究で深入りすることはしない。しかし、1点だけ重要な指摘がなされている。これはテレンバッハが直接指摘したことではなく、内海が指摘していることだが、双極性障害、特に双極Ⅱ型障害については、性格と病気が相互浸透する傾向にあり、人格水準の低下（demoralization）を引き起こす可能性があるという指摘だ（内海 2006）。健康な状態の性格と病的な性格の連続性はこの後論じるスペクトラム概念とも直接的ではないにしろ通ずるものがある。また、第2章以降分析対象とする患者の物語の中には疾患に由来するものなのか、性格に由来するものなのか判別が困難な語りや記述も見られる。こうしたことから、クレッチマー、テレンバッハを経由しての内海の指摘は社会学的視点から双極性障害を論じる上では非常に重要な指摘と言えるだろう。

1-1-10. 双極スペクトラム概念

双極性障害の医学史的視点からの整理も終わりを迎えつつある。これから論じるスペクトラム概念がその終着駅だ。

先述したクレッチマー、ブロイラーの研究あたりから、正常な状態から障害までをシームレスな連続体として捉えるという発想が芽生え始める。精神医学において初めてスペクトラムという概念が持ち出されるのは1968年にS・S・ケティーらによって提出された統合失調症に関する研究だが、今日のスペクトラム概念とはやや使われ方が異なり、遺伝子の表現の幅を説明する概念として用いられていた（阿部 2011）。

気分障害においてスペクトラム的発想が表立って出てくるのは1970年代後半、1976年のダナーら、1978年のアングスト、同年のR・A・デュプーらの研究によって、双極性障害に様々な亜種や下位分類が提示されたことによる（松元 2017）。

スペクトラム概念を今日のような形に練り上げ、一躍有名なものとしたのがH・S・アキスカルである。アキスカルは気分循環症や神経症性うつ病、気分変調症などの経過観察や家族負因、さらには生物学的マーカーといった研究から出発し、クレッチマーが注目したように気質と双極性障害の連続性を重視した（松元 2017）。アキスカルは、1977年に気分循環障害に関する論文で初めてスペクトラム概念を紹介し、翌1978年には100例の神経症性うつ病の研究を経て、1983年に双極スペクトラムを提唱した（阿部 2011）。以下に示す表はアキスカルによる双極スペクトラム概念をまとめたものである。

(表 1-1 アキスカルのスペクトラム概念) ¹¹

(挿話性障害)
・双極 1/2 型 統合失調感情障害の双極型
・双極 I 型 うつ病エピソードと躁病エピソード
・双極 I 1/2 型 うつ病エピソードと遷延性軽躁病
・双極 II 型 うつ病エピソードと軽躁病エピソード
・双極 II 1/2 型 気分循環気質のうつ病
・双極 III 型 うつ病エピソードと抗うつ薬による軽躁病エピソード
・双極 III 1/2 型 うつ病エピソードと物質乱用による軽躁病エピソード
・双極 IV 型 発揚気質のうつ病
・双極 V 型 明確な軽躁病のない反復性うつ病で、うつ病相で混合性軽躁エピソード
・双極 VI 型 双極性障害と認知症との移行領域
(間歇性あるいは持続性障害)
・慢性躁病
・連続交代
・遷延性混合状態
・感情病気質
—発揚気質 (気質レベルでの軽躁)
—気分循環気質 (気質レベルでの軽躁と軽うつの交代)
—易怒性気質 (気質レベルでの躁うつ混合状態)
—抑うつ気質 (気質レベルでの軽うつ)

上掲の表 1-1 からは、気質や明確な軽躁の見られない状態など、アキスカルが双極性障害概念を軽微な症状を含むものへと拡大しようとしていることが読み取れるだろう。この点については阿部も、アキスカルの双極スペクトラム概念は重症型にはあまり言及しておらず、近年のレオンハルトの再評価などの流れとは異なるものであると指摘している (阿部 2011)。

アキスカルのスペクトラム概念において重要な点は、単極、双極の二元論を否定し、クレペリン的一元論へと回帰している点にある。内海はアキスカルが自ら「哲学者がプラトンに追記することしかできないように、精神医学者はクレペリンに注釈を加えることしかできない」と述べていることを紹介し、ネオクレペリン主義を冠するに相応しいこと、クレペリンに倣うかのように絶えずスペクトラム概念に改訂を加えていることを評価している。しかし同時に、上掲の表に見られるような分類は網羅的になってはいるものの、煩雑になっていると見ることもできると指摘している (内海 2006)。

より簡潔な形で双極スペクトラムを提示しているのが、G・L・クラーマンである。彼は、

双極性障害を以下の表 1-2 に示すように 6 つに分類し、アキスカルのスペクトラムよりも簡潔な形で提示している。また純粋な躁病を含んでおり、アキスカルのスペクトラムよりも重症型をその範疇に収めていると見ることができる。

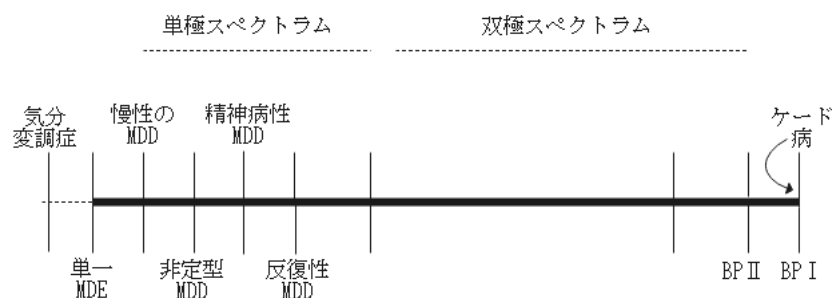
(表 1-2 クラーマンのスペクトラム) ¹²

I 型	躁うつ病
II 型	軽躁病
III 型	薬物によって誘発された軽躁病ないし躁病
IV 型	気分循環性障害
V 型	双極性障害の家族歴をもったうつ病
VI 型	うつ病をとまわらない躁病

クラーマンのスペクトラム概念に近いが、双極性障害だけでなく、単極のうつ病から単極の躁病までを含めたより広いスペクトラム概念である感情病スペクトラム (下図 1-1 参照) を提唱しているのが S・N・ガミーである。ガミーのスペクトラム概念は、単極うつ病のみを対象とする単極スペクトラムと、双極 II 型障害からアキスカルのスペクトラム概念において先述した III 型、IV 型などのより軽微なものを含む双極スペクトラム、さらにはこのどちらにも含まれていない双極 I 型障害、古典的双極 I 型障害であるケード病、単一の大うつ病エピソード、気分変調症までの広大な領域をその範疇に収めようとするものである。

軽微な症状もその範疇に収めているという点ではアキスカルの双極スペクトラムに近い部分もあるが、より重症な単極の躁病を含めている点、うつ病スペクトラムもその範疇に含んでいるという点においてアキスカルのスペクトラム概念とも、クラーマンのスペクトラム概念とも異なるものであり、ここまで紹介したスペクトラム概念の中では最も広いスペクトラムとなっている。再発を繰り返す単極のうつ病から単極の躁病までを 1 つの疾患概念で捉えようとする試みは、クレペリンの MDI 一元論よりも広いものであり、最広義の一元論と見ることが可能である。

(図 1-1 ガミーのスペクトラム) ¹³



上掲の図からもわかるように、ガミーのスペクトラムもアキスカル同様、II型の診断に至らない軽微な症状をも含んでいる。こうした双極性障害概念の拡大が問題となるのは、診断の場面以上に、治療的介入の場面においてである。ガミーは反復性のうつ病や、軽微な双極性障害についても積極的に気分安定薬を用いた治療を行うべきと考えており、こうした考えに従うならば、気分症状を訴える患者のほぼ全てを気分安定薬で治療することになってしまう。津田均は、「現時点ですべての患者に有効であることを保証された気分安定薬があるわけではなく、また気分安定薬の中には、少ない確率であるにしても生命にかかわる副作用の出現があり得るものがある。したがって双極I型以外の患者に対して、気分安定薬を長期に、積極的に（Ghaemiの表現にしたがえばaggressiveに）処方するということをどこまで留保なく主張してよいかについては、まだ慎重であってよいのではないと思われる」（津田 2011:1211）と述べており、スペクトラム概念そのものではなく、その概念を用いた治療姿勢に対する慎重な見方も存在する。

ここまで見てきたようにスペクトラム概念も論者によって少しずつ異なるものであり、決して一枚岩ではないと言えるだろう。こうした論者によるスペクトラム概念の違いについて内海は3種類のスペクトラム概念が混在していると指摘している。第1のスペクトラムはガミーのスペクトラム概念に見る単極性と双極性の間のスペクトラムである。内海はこれを「汎双極論」（内海 2006:30）と述べている。第2のスペクトラムは、アキスカルのスペクトラムに近いもので、疾病から性格までをその範疇に含めようとするものである。この根底にはクレッチマーを論じた際に言及した、性格、気質から疾患までの移行を想定する考え方が存在する。そして第3のスペクトラムが、正常から異常までを連続体として捉えるスペクトラムである。アキスカルのスペクトラム概念をさらに拡大した場合、この第3のスペクトラムに該当する可能性がある。

最後にこれまでのスペクトラム概念とはやや異なるアングストによるスペクトラム概念へと視点を移す。アングストによるスペクトラム概念を論じるにはまず、A・コウコポーロスによる主張を整理しなければならない。コウコポーロスは単極性うつ病の患者が抗うつ薬に反応しないことや、双極性障害の患者が純粋なうつや純粋な躁よりも、焦燥感やうつ状態における易刺激性などを特徴とする混合状態を経験していることを指摘し、単極と双極の区別は困難かつ不要であると結論づけた（Ghaemi 2013, Koukopoulos et al. 1980, 1992, 2007, 2009）。

確かにこれまでのスペクトラム概念は単極のうつから単極の躁までをその対象に含んでいたが、それらが混ざり合うかのような混合状態を十分に捉えているとは言い難いものであった。また、重症度についてもI型かII型かといった区別は可能であっても、それぞれの疾患カテゴリー内での重症度については捉えきれていないという印象を受けるものである。

こうした問題に対して、単極、双極の二元論を維持したアプローチを行っているのがアングストによるスペクトラム概念である。アングストはうつから躁までの気分の状態をスペクトラムとして捉えると同時に、重症から軽症までの重症度もスペクトラムとして捉えて

いる（下図 1-2 参照）。ガミーのスペクトラム概念からもわかるように、これまで紹介してきたスペクトラム概念は直線状に疾患を配置し、その連続性のみを論じていた。これに対し、アングストのスペクトラム概念は横軸にうつから躁までの気分のスペクトラムを、縦軸にその重症度を配置し、マトリクスのように捉えようとしている。

（図 1-2 アングストのスペクトラム）¹⁴

		気分の比率のスペクトラム				
		抑うつ				躁
重症度のスペクトラム ↓ 重症 ↓ 軽症	精神病性大気分障害 (気分一致したもの) (あるいは一致しないもの)	大うつ病性障害 D	双極 II 型 Dm	双極 I 型 MD	Md	躁病 M
	非精神病性大気分障害	大うつ病性障害 D	双極 II 型 Dm	双極 I 型 MD	Md	M
	小気分障害 (閾値以下)	気分変調症 反復性短期うつ病 小うつ病 d		小双極病 気分循環性障害 md		m
	感情性パーソナリティ障害 気質 (正常) 症状 (正常) 症状なし (supernormal)	抑うつ性パーソナリティ障害 抑うつ気質 小抑うつ症状 —		境界性/循環性 パーソナリティ障害 気分循環気質 小躁うつ症状 —		発揚性パーソナリティ障害 発揚気質 軽躁症状 —

重症度をスペクトラムとして捉えるという発想はこれまでのスペクトラム概念にはないもので新しい試みである。しかし、ここでも混合状態については十分に扱えていない節もあり、今後の課題と言えるだろう。

それではここまでの議論をまとめよう。双極性障害という疾患概念を巡る議論はクレペリンを境に、クレペリン以前の単極、双極の二元論、そしてクレペリンによる躁うつ病概念によって MDI 一元論が提唱され、クレペリンに反駁する形で再度、単極、双極の二元論へと行き来するという変遷をたどってきた。そして今日、論者による立場の違いはあるが、単極から双極までを含むスペクトラム概念が提示されることにより、再び一元論的理解へとシフトしつつあるのである。

1-1-11. 精神医学の変化

双極性障害という疾患の概念史は前項までの論考においてその旅を終えた。しかし、今日の双極性障害を巡る状況を論じるためには、生物学的視点からの議論を無視するわけにはいかない。生物学的視点からの双極性障害研究は大きく分けて 2 点である。1 つは、遺伝学的視点、そしてもう 1 つは脳科学的視点からの研究である。まずは、遺伝学的視点からの研究について概説しよう。

初めて遺伝学的視点から双極性障害についての言及が見られたのは、前述したアングスト、ペリス、ウィノカーらによる研究においてである。ここでは双極性障害という疾患の遺

伝性の有無、遺伝負因の大きさについて若干の言及が見られるだけであった。

今日、遺伝学領域での研究は目覚ましい進歩を遂げており、上記の研究が提出された頃とは状況が一変している。その端緒となったのが21世紀の初め、2001年から本格化したヒトゲノム解析プロジェクトとそれに連動する形で進められた精神障害全般に対する分子遺伝学研究である（加藤敏 2010）。こうした研究によって精神障害と関連する多くの遺伝子が発見された。しかし、ここで得られた知見で注目すべきは、候補となる遺伝子が複数の精神障害と関連していることが明らかになったことであった。つまり、双極性障害の発症に関連すると思われる遺伝子と、統合失調症の発症に関連すると思われる遺伝子の双方が重複していることが明らかになったのである。

こうした知見からクレペリンの統合失調症と双極性障害を分けて考える二分法を批判する動きが見られるようになる。その急先鋒がN・クラドックとM・J・オーウェンらである。彼らは2005年から2010年にかけて、「クレペリンの二分法の終焉」(Craddock and Owen 2005)、「精神病を再考する：二分法の欠点は今や利点より多い」(Craddock and Owen 2007)、「クレペリンの二分法——終わる、終わる、しかしまだ終わっていない」(Craddock and Owen 2010)、という論考を続けて発表し、クレペリンによる二分法を痛烈に批判し修正を迫っている。この批判は先述した遺伝学的知見の他に、統合失調症と双極性障害、さらには統合失調感情障害が同一家系において生じやすいとする疫学的知見も後押ししている。

こうした批判をさらに推し進めた知見も提出され、加藤敏はR・M・マーレイやD・C・グラーンの研究を紹介している。マーレイは、統合失調症と双極性障害、そして統合失調感情障害を一連の症候群として捉え、これら全ての障害に共通する遺伝子があると想定している。複数の障害に共通の遺伝負因を想定する研究は珍しくないが、マーレイの研究には注目すべき大きな点がある。それは環境因への言及だ。マーレイは、共通の遺伝子の他に各障害に特有の遺伝子と特定の環境要因の相互作用によって障害が生じると主張しているのである（加藤敏 2010）。

このような生物学的因子と環境因子の相互作用については、もう1つの生物学的視点からの双極性障害研究である脳科学的視点からの研究においても指摘されている。その1つがL・チオンピによる指摘である。チオンピは感情を捉えようと試みる中で、脳の神経細胞であるニューロンと環境の関係に注目し¹⁵、次のように述べている。

心の中の出来事や社会的な出来事が、ニューロンという基体に影響し、その構造を変化させるということが確かめられている。また逆に、そのように引き起こされたニューロンの構造変化は、心理的体験や対人行動に影響を与え、体験や行動の構造を変化させるのである。(Ciompi 1997=2005:83)

ここでは、マーレイによる研究以上に生物学的因子と環境因子の相互作用が意識されていることがわかる。チオンピはこうしたニューロンの構造変化によって生じた感情、認知の

変化が極端な場合に、統合失調症や双極性障害といった状態を引き起こすのではないかと指摘している (Ciompi 1997=2005:92)。

こうした考えをさらに進め、双極性障害研究の視点から論じられているのが、ガミーの『現代精神医学原論』(Ghaemi 2007=2009)である。ガミーは生物学的な視点から精神医学的治療を行う EBM (Evidence Based Medicine) を重視しているが、教条主義的な生物学的還元には反対の立場を採っている。こうした立場を採りつつガミーは、生物学的要因、心理的要因、社会的要因を統合する統合主義を打ち出し、そのための論理的基盤として 2000 年にノーベル医学・生理学賞を受賞した E・カンデルの主張を援用している。

カンデルは先述したチオンピと同様、神経可塑性に注目し心と脳の間を明らかにしよとした。カンデルの研究によって明らかにされたことをごく簡単に言えば、環境からの影響が脳を変化させるというものであった。ガミーはこうしたカンデルの主張に一部改変を加え、以下の表に示した論理的主張を展開する。

(表 1-3 カンデルを援用したガミーの原則)¹⁶

1	心は脳に依存している。
2	脳は部分的には、遺伝子に依存している。
2a	ゆえに、心は部分的には遺伝子に依存している。
2b	ゆえに、異常な心的現象は、部分的には遺伝子に依存している。
3	脳は部分的には、社会環境に依存している。
3a	ゆえに、心は部分的には社会環境に依存している。
3b	ゆえに、異常な心的現象は部分的には社会環境に依存している。
4	社会環境は、脳を通じて異常な心的現象に影響を与える。
4a	精神医学的治療は、生物学的なものであれ心理的なものであれ、最終的には脳の変化というメカニズムを通じて作用する。

こうした論理的整理を背景として、ガミーは「脳が社会環境によって影響されるということを受け入れ、心の病気が部分的には社会環境によって影響されることを受け入れるならば、脳は社会環境と心の病気をつなぐものということになる。統合は、脳と社会環境のあいだのこの結合において生じるのである」(Ghaemi 2007=2009:416) と述べている。

マーレイやチオンピ、そしてガミーらの論考は包括的な視点からの双極性障害研究の可能性を示唆する魅力的なものであるが、こうした考え方は決して支配的なものではなく、後続の研究が花開いているとも言い難い状況である。第 2 章の分析で明らかになることだが、社会環境に注目した研究は遺伝学的研究、脳科学的研究の陰に隠れ、議論の表舞台には登場できていない。

現在支配的な研究は、より専門分化した遺伝学的研究や脳科学的研究といった生物学的視点からの研究である。具体的には、脳内物質 (BDNF) の化学的不均衡に関する研究と、

それに伴う認知機能や遂行機能といった各脳機能の障害についての研究が挙げられる。こうした研究への言及は日本の双極性障害研究の第一人者である加藤忠史によって一般向けの新書でも紹介されており（加藤 2009）、一部の患者らの間でも「双極性障害は（心の病気ではなく）脳の障害」という言説が受け入れられ始めている。この他には、脳の神経炎症によって神経新生が抑制されることによって気分障害を発生させるといった神経炎症仮説なども提唱されている（門司 2012）。しかし、脳内物質（BDNF）の化学的不均衡や神経炎症仮説は現象としては確認されているものの、こうした言説について「科学的に見えるかもしれないが、その大部分はサイエンスフィクションである」（Paris 2012:82）という厳しい批判も存在する。

遺伝学的視点からの最新研究ではデノボ変異と呼ばれる、世代伝達による自然淘汰の影響を受けない遺伝情報に関する研究が 2021 年に報告された（Nishioka et al. 2021）。この結果、シナプス関連遺伝子やイオンチャンネル関連遺伝子が双極性障害の病態と関連していることが示され、先述した脳科学的視点からの研究とのより強いつながりを見ることができるとされている。

このように遺伝学的研究と脳科学研究が強くむすびつき、どちらか一方の発見がもう片方の研究に相互に直接影響を与え合って進展しているのが今日の生物学的視点からの研究の特徴なのである。

1-1-12. 医学史的視点からの整理に対する総括

ここまで紀元前の双極性障害と思しき疾患の記述から整理を始め、2021 年時点における最新の研究までを駆け足に概観してきた。紀元前から 19 世紀までは症状の記述と分類が関心事の中心として語られた。最初に大きな変化が見られたのは 18 世紀、アサイラムが整備されたことによって集団としての患者を観察可能になったことに由来するものであった。また、アサイラムの整備とピネルによる改革を契機に、収容されるだけの存在であった患者が治療の対象となったことも大きな変化である。

次に大きな変化が生じたのはクレペリンの登場によるところが大きい。それまで二元論で語られていた双極性障害が一元論で捉えられるようになったのである。また、長期経過への注目や、治療への反応性が重視され始めるのもこれ以降である。クレペリンの疾患分類が後に議論を呼ぶことになり、今日の診断システムである DSM へとつながっていったことも特筆すべき点である。DSM に見るようにこの前後から統計学的な視点が導入されるようになったことも重要である。なぜなら、遺伝や薬効を判定するために今日当たり前に用いられている RCT は統計学的視点の導入あってのことだからだ。

その後、20 世紀後半に入ると遺伝や脳に関する研究が進んだこと、エビデンスを重視する EBM が浸透したことによって、生物学的視点からの双極性障害研究が進むことになった。またここでは触れなかったが、リチウムによる治療が有効であることが明らかになった

こと、アメリカにおいては消費者に直接薬を売り込むことが可能になったことなどが遠因となり、製薬会社が多額の援助を行い、薬の売り上げにつながるようなエビデンスと診断基準作成のためのエビデンスを量産するといった事態も 20 世紀の後半から生じている。双極性障害をはじめとする気分障害が一大マーケットとなったのだ¹⁷。このような経済的な理由によって診断基準の緩和と患者の囲い込みが行われていることも指摘されている (Frances 2013=2013)。診断の拡大については後述するが、スペクトラム概念はこうした影響を受け、歴史の表舞台に登場したという側面も見逃してはならない。

21 世紀に入った今日では遺伝学、脳科学的視点からの研究はさらに専門分化が進み、素人では読み解くことが困難なほどミクロな世界の分析へと歩みを進めている。これまでの研究と異なる点は、それが相互に強く影響し合って研究が進んでいることである。

こうした動向とは真逆の方向への議論も確認できる。行き過ぎた生物学的還元、EBM への反省として社会環境を考慮することや、患者の声を傾聴する医療態度である NBM (Narrative Based Medicine) を導入しようという議論である (斎藤 2003, 藤田 2012)。しかし、こうした議論が注目されることは稀であり、双極性障害研究においては傍流と言わざるを得ない。

双極性障害の概念史は観察と原因の究明にもとづく分類を主軸として脈々と語られてきた。時折、主流の議論に対する反動が見られるものの、大筋での変化は見られない。医学は障害の原因究明と治療という大義を掲げ、医師はそれを是とし、患者の内へ内へと眼差しを向ける。こうした営みが少なくとも 2000 年以上続いてきたのだ。当然このこと自体は治療の可能性を拓くという点において歓迎すべきものである。しかし、いつしかその眼差しは人としての患者の全体像や、眼前する病者の背後に存在する人生を捉えることを忘れ、ミクロな世界や、診断に必要な還元された情報の世界に傾倒するようになってしまったのではないか。

今後の更なる進歩が見込まれる生物学、特に分子生物学などの微視的視点からの研究を考慮すれば、おそらくこうした傾倒は一層強いものとなるだろう。また、精神障害の診断に人工知能を利用しようという動きも着実に進んでおり¹⁸、実用化も時間の問題である。このような動きが進めば、診断そのものに必要のない患者の苦悩や人生の問題といった情報は完全に捨象され、情報還元主義が深化することも想像に難くない。

医学の進歩は目覚ましく、いずれ双極性障害の原因は究明され、今よりも診断は正確かつ容易になっていくだろう。エビデンスにもとづく治療は洗練され、より多くの患者に対し今以上の効果を上げることも予想される。このように、医学が進んできた道が双極性障害という疾患の理解の深化と、治療法の絶えざる改訂であったことは疑いようのない事実なのである。

しかし、こうした道の先に患者や縁者の抱える問題の解決があるのかと問われれば、そこには留保をつけざるを得ない。これには 2 つの理由がある。1 つは精神医学がこれまで行ってきたことに由来する理由である。DSM は版を重ねるごとに診断の種類、つまり疾患の数

を増やし、様々な精神障害を生み出してきた。もちろんその一部は必要なものであったろう。しかし、疾患が増産されるのに対し、これまで精神医学が完治させることによって消滅させた疾患は1つもない。異常と正常のせめぎ合いは常に正常が敗北を続けているのだ。

そしてもう1つの理由は、双極性障害による患者や縁者の苦しみが生物学的な疾患そのものに還元できないことによるものである。第2章2節以降の分析において詳述するが、双極性障害を患う患者や縁者の抱える困難や生きづらさは多岐にわたる。こうした多様な困難や生きづらさを全て精神医学領域で扱うことは現実的に不可能であり、また、医学的問題に還元するべきではない。なぜなら、こうした困難や生きづらさは社会の中で生起する人生の問題であるからだ。患者、縁者は医学の中で生きているわけではなく、私たちと同じ社会、地続きの社会の中で生きているからだ。そのため、患者や縁者は、私たちと同じように時代や環境といった社会的な影響を被っている。そして患者が社会の中で生きるということは、今後医学がどのような進歩の道を歩んでいくとしても不変である。したがって社会の中における人々の相互行為を研究の対象とする社会学的視点からの考察は必要不可欠なものであり、そうした視点から双極性障害を分析することによって、患者や縁者の抱える困難や生きづらさを捉え、社会の中で双極性障害がどのように生起してくるのかといったダイナミズムを議論の俎上に載せることが可能となるのである。

こうした医学とは異なる視点からの研究の必要性は医学内部でも求められているものである（内海 2006, Healy 2008=2012）。次節以降では、双極性障害を社会の中で生起する問題と捉え、医学とは異なる社会学的な視点から整理していく。

1-2. 社会学的視点からの整理

第1章2節では、医学的な視点から離れ、社会学的視点から双極性障害を論じる。前節では、双極性障害の概念の変遷に注目したが、本節では、双極性障害と患者をめぐる状況に注目する。ここでの議論の目的は2点である。1つは、「医学的囲い込み」「リスク」「監視」という、社会学では馴染みのある視点から双極性障害を眺めることによって、疾患そのものと患者をめぐる状況は、決して医学的な研究の進歩のみによって変化するのではなく、より大きな社会の変化に影響を受けて変化していることを示すことにある。

もう1つの目的は、医師、患者の双方が治療のために、自身の最善を尽くそうとすることで、人々の中にリスク因子を見つけ、囲い込み、監視するというシステムを生み出していることを指摘することにある。

囲い込みとリスクの評定、医師による監視と患者による監視が相互に影響しあうことで、患者を取り巻くシステムを創りあげているのだ。医師は患者の治療に寄与するために、患者は自身の症状のコントロールと治療のために、無自覚的にこのシステムに巻き込まれていくのである。

それでは、社会学的視点からの整理を始めよう。

1-2-1. 医学的囲い込み

これまでの医学史の整理から、本論の考察対象である双極性障害を含む気分感情障害の括りが拡大していることは明らかである。アキスカルのスペクトラム概念に触れた箇所でも指摘したが、その拡大は軽微なものを取り込むように進行していると言って差し支えないだろう。

こうした双極性障害概念の軽微な方向への拡大はヒーリーによる双極性障害研究からも読み取れる。ヒーリーは1870年代から1960年代の間、ヨーロッパにおける双極性障害の有病率は人口の0.1%程度であったのではないかと推測し、この時期のアメリカにおける有病率はさらに低いものであったはずであると指摘している(Healy 2008=2012:173-4)。

しかし、1980年代以降、この数値は上昇の一途を辿ることになる。1985年の「疫学的管轄区域調査」では人口の1%がI型かII型の双極性障害であるとのことだった。さらに、これにもとづき1994年に報告された「全米併存疾患調査」ではI型だけで人口の1.3%が罹患していると推定された。また、1998年にはアングストが人口の5%は何らかの種類の双極性障害に罹患していると報告している。

ヒーリーによる推定(0.1%)とアングストの推定(5%)の間には実に50倍の開きがあることになる。こうした増加の背景には、診断基準の変化による過剰診断の問題(Frances 2013=2013)や製薬会社による疾患喧伝の問題(Healy 2008=2012)がある可能性が指摘されているが、問題はこうした背景ではなく現実に数値として現れている患者の増加である。

人間の特徴の1つである感情そのものが医学によって正常/異常に二分されているのである。この「正常」がいかにか脆弱かつ精神医学による侵襲を受け傷ついているかはフランセス(Frances 2013=2013)の論考を見れば明白である。

かつてM・フーコーは、些細な性的逸脱が道徳的審判と精神医学的二分法が手を取ることで「異常」という烙印を押される過程を描き出した(Foucault 1976=1986)。いわゆる「医学的囲い込み」である。これに対しI・イリイチは「医療化」によって制度としての医療が介入や社会統制の手段となることを危惧していた。これは、健康や病気に関して素人である一般人は専門家の提示する病気観や死生観に従属、依存していくことによって強化されていくことを示している。

2章で後述するが、今日の双極性障害のメインストリームは遺伝学、脳科学が占めており、より専門性の高いものとなっている。これ自体は原因の究明や治療法の開発といった視点からは歓迎すべきものである。しかし同時に、素人と専門家、換言すれば患者と治療者の知識には以前よりも大きな乖離が生じることになるのも事実である。こうした事態が「医療化」を深化させるのではないだろうか。

辻内琢也と河野友信はこのような乖離を臨床人類学的視点から考察し、以下のように述べている。

治療者は、患者や家族の「病い」の体験の問題を、特別な用語体系や分類法に基づく

「疾患」という専門的な問題として解釈し直すのである。(中略) 患者自身の経験であった「病いのリアリティー」は、心身医療のパラダイムによる診断によって「疾患」というものに再構成され、それがあたかも実体であるかのような新たなリアリティーを創り出してしまふのである。換言すれば「心身の不調を感じていた患者」はそこで「疾患をもつ患者」に変換されてしまふのである。(辻内, 河野 1999:588)

さらに、脳や遺伝が原因とする言説が広まることはもう 1 つの危険性を孕んでいる。木村敏は半世紀近く前にこの問題に対し、「異常」=「劣等」という認識を生み出しかねないことを危惧していた(木村 1973)。

1-2-2. リスク

前項では「医学的囲い込み」という視点から双極性障害を論じてきたが、本項では「リスク」という観点から双極性障害を取り巻く現状に目を向ける。

前項において今日の双極性障害概念は、より軽微な症状のものを包摂する方向へと医学的囲い込みを進行させていると指摘した。こうした流れの証左として、「ソフト双極スペクトラム」と「小児双極性障害」という 2 つの考え方を挙げることができる。まずは前者の「ソフト双極スペクトラム」から簡単に説明する。

大前晋(2009)は非定型うつ病に関する比較検討において、前節でも紹介したアキスカルを含む研究グループが「ソフト双極スペクトラム」という概念を提示し、数時間から数日間単位の軽微な気分の揺れ動きすらも双極性障害の表徴として捉えようとしていることを報告している。「ソフト双極スペクトラム」の大きな特徴は、「遺伝学的体質とパーソナリティ、環境因子そして気分障害という、あらゆる次元の統合的な把握を試みていることにある」(大前 2009:13)。しかし、ここには大きな問題が存在する。これは大前も指摘している点だが、「ソフト双極スペクトラム」は、正常範囲の性格や反応と、病的な症状とのあいだにある質的な差異を想定していないのである。

この根底には、非定型症状群から不安症状など軽微な気分変動までの全てを双極性障害のリスクとして捉えるという考え方がある。こうした考え方に従うならば、私たちの感情の機微は理論上全て疾患の兆候として扱うことが可能になってしまう。私たちの不確かな感情とはそれほどまでに危険なものなのだろうか。もしそれが危険なもののだとしたら、誰にとって危険なものだと言うのだろうか。

幸いなことに「ソフト双極スペクトラム」は正式な診断基準としては採用されていない。しかしこうした概念が提出されること自体が、私たちの感情が何らかのリスクを持ったものとして精神医学に眼差されていることの証左であり、医学的囲い込みの胎動と捉えることも可能だろう。

こうした軽微な方向への囲い込みとは別に、治療対象となる年齢の幅の拡大も進行して

おり、こちらはより深刻な問題となっている。それがもう1つの考え方である「小児双極性障害」である。こちらがより深刻な問題となっていると述べたのは、米国ではこの診断が実際に使用され、治療対象となっているからである。それでは「小児双極性障害」が何をもたらしたのか、ヒーリーによる考察を見てみよう。

ヒーリーは『双極性障害の時代——マニーからバイポーラーへ』（Healy 2008=2012）の冒頭で、アレックスという患者の物語を紹介する。「アレックスは、誰かのパートナーかもしれないし、誰かの親、子、兄弟、あるいは姉妹かもしれない」（Healy 2008=2012: x iv）と述べ、この患者が全面的に患者であるわけではなく、社会の中で他者との関係を結び生きている一人の人であることを協調している。

アレックスは何らかの神経的な問題を抱え、抗精神病薬での治療中に亡くなった。何らかの問題を抱えた患者が治療中に亡くなること自体は、いつの時代にも見られることであり、特筆すべきことではない。問題なのはこのアレックスの享年が2歳だったことにある。このような体験は21世紀以降にしかありえないのだ。

アレックスの事例からは、気分や感情のコントロールが成長とともに社会化されることでコントロール可能になるものではなく、医学的な問題として認識されていること、そこに不調が生じれば薬によって治療されるべきものだという考え方があることが読み取れる。

こうした考え方が提示される以前は、感情のコントロールは年齢に合わせ、社会化の過程で学習していくものと考えられていたはずである。また、子どもの些細な感情の波に対し精神疾患のラベルを付与し、薬物による治療を試みる親はいないか、いたとしてもごく少数であっただろう。こうしたことから「医学的囲い込み」「医療化」の進展がうかがえる。

しかし、注目すべき点は小児に対し双極性障害の診断を下すことが、将来的な双極性障害の悪化や、躁による破滅的な行動といったリスクの管理や予防に寄与すると考えられている点である。ここからは、「リスク」の管理と「予防医療」という観点を見出すことができる。

こうした「リスク」と「予防医療」の関係については、D・ラプトンによるリスク論の中にその関係を読み解く鍵を見出すことができる。ラプトンはU・ベック同様、近代化の文脈に「リスク」という考えを付置した上で、近代以降、「正常な人」は、自己の身体に対するコントロールと予測可能なリスクの回避が求められていると論じている（Lupton 1999:149）。

つまり、リスクとして規定されたことは、適切な対処を行い、予測可能なリスクは避けなければならないのである。ここで別の問題が浮上する。それは誰がこの「リスク」を規定するのかという問題だ。「医療化」について述べた箇所でも指摘したが、私たちは専門家による言説への依存度を高めている。専門分化が進んだ医学言説についてはその度合いも非常に高いものである。その専門家であるところの精神科医が、小児の感情の揺れを将来的な双極性障害の「リスク」として捉えたために、先ほどヒーリーを引用して示した悲劇的事態が起きているわけである。

では、専門家である精神科医は何を根拠として小児の感情の揺れを将来的な双極性障害の「リスク」と認めているのだろうか。

今日の研究では小児に限らず、双極性障害のリスク因子は生物学的要因、心理学的要因、そして社会的要因によるものと考えられている。ガミーはこれを「生物・心理・社会モデル」と呼ぶ（Ghaemi 2007=2009）。このモデルは、A・マイヤーとG・L・エンゲルに歴史的源泉を持つ。マイヤーは当時支配的だったクレペリンによるアプローチがあまりに生物学的であり、精神医学における心理社会的側面を無視しすぎだという批判のもと、生物・心理・社会モデルを発展させた。これに対しエンゲルは精神疾患の心理学的要因の重要性を提唱していた。しかし、ガミーは「現代の精神医学の正統として政治的にも正しい意見として祀り上げられ、非難した者などほとんどいないが、生物・心理・社会モデルは基本的には不毛である」（Ghaemi 2007=2009:14）として痛烈に批判している。事実、今日の双極性障害研究は生物モデル、心理モデルが支配的である（これについては2章で詳述する）。

それでは、支配的なモデルである生物モデルと心理モデルにおいては何が「リスク」と考えられているのだろうか。ここからはそれぞれのモデルが何を「リスク」として捉えているのかを概説する。

生物モデルにおける最たるリスク因子は遺伝的要因である。古くはアングスト、ペリスらによる研究によって双極性障害の遺伝的リスクが示唆され、今日でも双極性障害発症のリスク遺伝子の特定が目指されている。遺伝に関する研究領域ではこれまでにいくつもの遺伝子が候補遺伝子として研究されてきたが、単独の遺伝子を特定する単因子仮説は否定されている（Rif and Ghaemi eds 2006=2013:56）。これに代わり、複数遺伝子の組み合わせによって双極性障害を発症するとする仮説が提唱されているが、双極性障害と統合失調症の患者で候補遺伝子が重複していることが明らかになるなど、まだその遺伝子の特定には至っていない（Craddock 2010, Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomic Consortium 2013）。最新の研究では、デノボ遺伝子による説明が試みられている（Nishioka et al. 2021）。このように特定には至っていないものの、遺伝子を「リスク」として捉えていることは疑いようのない事実である。

次に心理モデルにおける「リスク」に目を向けよう。心理モデルにおいて特筆すべきはキンドリングモデルである。キンドリングモデルとは、もともと癇癩の説明に用いられていたモデルである。初期の病相はエピソードの間隔が開いていたものが、罹患期間が長期化するにしたがって、刺激に対する反応が鋭敏化し、小さな刺激に対してもエピソードを発現するようになる。つまり病相間隔が短縮するというモデルである（塩谷 2015:20）。

ここで紹介した生物モデルによる遺伝、心理モデルによるキンドリングモデルの2つは小児双極性障害の「リスク」を捉える上でも非常に重要である。児童、青年期における双極性障害を専門とするF・L・ロバート、K・A・ロバート、P・M・ロバートらによる研究（2003=2008）では、双極性障害の原因として上記の遺伝的要因とキンドリングモデルと類似するモデルを挙げている。まずは彼らによる説明をまとめる。

ロバートらはいずれのモデルにおいても繰り返しを重視する。この繰り返しとは遺伝的にはコーホート効果と表現促進現象と呼ばれるものである。

コーホート効果とは簡単に言えば、世代が進むにつれて双極性障害の発症率が高まり、発症年齢も低年齢化するということである。こうした考えはガーションら (Gershon et al. 1987) によっても指摘されており、第一次世界大戦後の単極性および双極性障害の発症率の増加から考えられたものである。

もう 1 つが表現促進現象と呼ばれるものであるが、これはハンティントン病や、脊髄小脳変性症などの一部の遺伝性疾患において指摘されている現象であり、世代を重ねるごとに疾患の発症年齢が低下していくことを指している。つまり、双極性障害について言えば、親の世代が青年期に発症していても、その子世代は発症が低年齢化するのではないかという仮説である。

次にキンドリングモデルと類似するモデルに目を向ける。ロバートらが注目するのは、ストレス感作とエピソード感作の 2 つである。ストレス感作という現象はすでにクレペリン (1921) も注目していた。双極性障害の初回エピソードは躁であれうつであれ、心理社会的なストレス刺激に誘発されることが多いとされているが、エピソードの再発を繰り返すにつれストレスの閾値が低下して、最終的には全くストレス刺激がなくともエピソードを再発するとする仮説である (Robert et al. 2003=2008)。ロバートらは「ストレス刺激に対する脆弱性を長期にわたって形成し、気分障害のエピソード誘因となりうる」(Robert et al. 2003=2008:81) と述べ、幼少期におけるストレスが大きな役割を果たしている可能性を指摘している。

もう 1 つのモデルがエピソード感作である。これこそキンドリングモデルの援用に当たるものであるが、双極性障害は病状の経過とともに、総じてエピソード発現の頻度が増える傾向があり、エピソードを繰り返していくにつれその間隔が狭くなるというモデルである。こうしたことはロバートらだけでなく、アングストによっても指摘されており、急速交代型の説明にも用いられている。ロバートらはこうしたモデルを使い、以下のように述べている。

ストレス刺激とエピソードの反復のいずれもが、将来のエピソードの出現に対する脆弱性を長期にわたり増大させるということになる。ストレス感作か、エピソード感作の一方のみが加わった場合には、ある種の記憶のような機序が働いて、長期的な変化をもたらす。(Robert et al. 2003=2008:82)

このように、遺伝的なリスクに加え、現在のストレスやエピソードが更なるエピソードの発現や症状の遷延化、重症化を招くと指摘し、小児への積極的な介入の根拠としているのである。つまり、予測可能な「リスク」に対する「予防医療」の極地に小児双極性障害という診断は存在するのである。当然、上記で概説した理論は小児だけに適用されるものではなく、双極性障害全体の説明にも用いられている。こうした理論的基盤を立脚点として、双極性障

害の「リスク」が算定されていることは想像に難くない。

しかし、こうしたリスクの算定には批判も存在する。

まずは遺伝的リスクに対するヒーリーの批判に目を向けよう。前節でも述べたように、双極性障害の遺伝学的な考え方は、躁病の家族的系譜に注目したクライストとレオンハルトの研究に端を発するものである。こうした研究に刺激を受けたアングストとペリスによって、単極性障害と双極性障害を疾病論的に区別するための統計にもとづく遺伝的家族研究が提出された。しかし、ペリスは遺伝を発症の決定的要素とは見ておらず、疾患そのものの遺伝と反応様式の遺伝の双方を想定しているのだ (Perris 1966)。つまり、病気の表れる形式のコード化と引き金となる要因に対する脆弱性に対するコード化とは別物の可能性があるということである。しかし、ヒーリーは「だからといってこれらの障害が別々のものであることを立証するわけではない。ちょうど消化器結核が呼吸器結核と別の病気であると主張するのと同じだ」(Healy 2008=2012:168) として退ける。これまでいくつも候補遺伝子が挙げられては消えていった状況と併せて、このような批判は妥当なものと言えるだろう。

次にキンドリングモデルに対する批判へと視点を移そう。ここでヒーリーが批判の槍玉に挙げるのはペリス同様、双極性障害の遺伝研究を行なったアングストである。アングストはリチウムの再発予防効果を証明しようとするイミプラミンとの比較試験において、その理論的基盤にキンドリングモデルを組み込んでいたのである。その内容は次のようなものである。エピソードの増加によってその周期が短くなっていくため、途中で介入する場合には、その前後を同じ期間だけ観察する必要がある、もしリチウムに効果がないのであれば、エピソード発現の頻度が増加するだろうと予想したのである。この結果、確かにリチウムは予防効果を発揮したように見えた。しかしこうした方法を批判したのが、当時医学研究会議の臨床試験委員会事務局長であった M・シェパードである。彼はあくまでもプラセボ二重盲検を行はなければ、リチウムの効果は証明できないと主張したのである。しかしここで問題としているのはプラセボ二重盲検が実施されなかったことではなく、自然経過としてエピソードが増えることはないというキンドリングモデルの否定である。ヒーリーは「アングストの仮定は、今見ると確かに間違っている」(Healy 2008=2012:142) と述べている。では何が間違っているのだろうか。これに回答を与えてくれるのが R・バルデサリーニである。彼は、エピソードの絶対数が多い患者はエピソードの少ない患者と比べて必然的にエピソードの間隔は狭くなり、これを区別しなかった場合、自然経過としてエピソードの間隔が短くなっているように錯覚すると指摘している (Oepen, Baldessarini and Salvatore 2004)。つまり統計的処理の誤りがこうした架空の自然経過を生み出したのである。

ここまで生物モデルにおける遺伝的リスクと、心理モデルにおけるキンドリングについて、その内容と批判を整理してきた。しかし問題はこうした個別のリスクに関する問題ではなく、より広い文脈において「リスク」がどのように規定されているのか、またそれが双極性障害に作用しているのかである。

ラプトンはベック同様、「リスク」の変化を分析する中で、蓋然性と統計に関する科学的

進歩が「リスク」の捉え方に変化を与えたことを指摘している。彼女は19世紀までに「リスク」の考え方が拡張されたと述べ、「(リスクは自然の中のみにあるのではなく)人間の中、人間の行動の中、人間の自由の中、人間関係の中、人間関係に伴う事実の中、社会の中にも位置している」(Ewald 1993:226)というF・エワルドの言葉を引いている。事実、医学や病因学における論文において1980年代以降に「リスク」という語の使用頻度が急増していることも指摘されている(Lupton 1999:9)。

こうした流れの中で「リスク」という概念はその意味内容も変化させた。ベックの代表作『危険社会』の中でも「リスクそのもの」と「リスクに関する大衆の理解」の間には差異があると述べられている(Beck 1992)。つまり、「リスク」の評定が専門家によって独占されるようになったのである。その結果、「専門家たち」のリスクの判断は一般人に対して「客観的」で「事実にもとづいている」と特権を与えられ続け(Lupton 1999:57)、「リスクは日々の経験よりも、科学的知識の中に存在する」(Lupton 1999:64)と見なされるようになったのである。

ここまで分析してきた「ソフト双極スペクトラム」「小児双極性障害」についても上記の専門家による「リスク」評定の産物であったことは明らかだろう。こうした「リスク」の評定は次に「リスク」に対する責任の所在の特定へと議論をスライドさせる。ラプトンは「現代の西洋社会では、あらゆる死、あらゆる事故、あらゆる不運に『責任を負うべき誰かの語り』が存在する」(Lupton 1999:45)と述べ、M・ダグラスは「リスク軽減の大義名分の下、新たな非難の仕組みは道徳的な犠牲者の糾弾と日和見的な犠牲者の無能さへの糾弾というかつての組み合わせの跡を継ぐ」(Douglas 1992:16)と批判する。

では、誰がこの非難の対象となり、責任を負うべきだと考えられているのだろうか。その答えは厚生労働省ホームページ「慢性疾患の全体像」の中に掲載されている急性疾患と慢性疾患の違いに関する下表から明らかになる。

(表 1-4 急性疾患と慢性疾患の違い) ¹⁹

	急性疾患	慢性疾患
初期	急速	徐々に
原因	一つの原因	多くの原因
期間	短期	不定
診断	一般に正確	不確かなことが多い
診断用検査	大体、確定的	しばしば限られた意味しかない
治療	一般に治癒する	治癒はまれ
専門家の役割	治療の選択と実施	指導者でありパートナーである
患者の役割	指示に従う	医療従事者のパートナーであり、日常管理の責任をもつ

ここで注目すべきは、患者の役割の部分である。なぜなら先ほど提示した誰が責任を負うべきかという問いに対し、患者は「日常管理の責任を持つ」と明言されているからだ。双極性障害ならば患者本人が、小児双極性障害ならば患者の保護者がこれに該当するであろう。「リスク」に関する言説を生み出し、評定するのは専門家であるが、その責任を負うのは「リスク集団」と認定された個人なのである。

こうして「リスク集団」と認定された個人は次なる渦に飲み込まれていく。それが「監視」である。ラプトンはこうした「リスク集団」の認定や追跡が「監視の新たな形態」(Lupton 1999:93)を構成すると指摘する。そしてこの新たな監視にはプロによる診察や検査は必ずしも必要ではなく、メディアによるキャンペーンが利用されることが多いことを指摘し、これを自己監視への自発的な参与や自己責任の感覚を利用した「離れた場所からの統治」の1例だと分析している(Lupton 1999:97)。つまり、前項で指摘した「医学的囲い込み」「医療化」による専門家支配の深化が、「リスク」を評定する言説と手を結び、病者個人に責任を帰属させるに至ったのである。そして病者を取り巻く環境は次なる段階、「監視」へと進んでいく。

次項からは今日の双極性障害患者に要求される「リスク」の管理と「監視」へと分析の歩みを進める。

1-2-3. 監視

第1章2節1項を通して、私たちの気分、感情が医学的に囲い込まれたこと、医療化によって専門家の知識、言説への依存度を高めていたことを指摘した。そして第1章2節2項では、専門家の言説に依存することと、患者の囲い込みの背景にあるものとして「リスク」概念に注目した論考を展開した。

こうした考察により明らかになったことは、「リスク」の管理という責任が患者に帰属させられるようになったこと、そうした「リスク」の評定は専門家に独占されていること、そしてこれらを流布するためにメディアが利用されるようになったということだった。

前項の最後でラプトンを引いて示したように、「リスク」管理のためのモニタリング、換言するところの「監視」にメディアが関係しているのである。では、双極性障害を取り巻く監視とはどのようなものなのだろうか。本項では、「監視」という視点から双極性障害を考察する。

ここからの議論では、最も古いタイプの監視である目に見える統治者による直接的な監視としてのアサイラム、そして今日ではやや古くなりつつあるが、フォーコーディアの議論に見られるパノプティコンを内在化した自己監視、そしてD・ライアン以降のテクノロジーを前提としたデータベース型の新しい監視、これら3つに監視の段階を分けて順に議論を進めていく。

1-2-3-1. アサイラム

医学史的視点からの整理でも述べたように、精神疾患（双極性障害）と思しき症状の記述は古代ギリシアまで遡ることができる。そういった意味では、精神疾患の存在そのものは変わるものがないものかもしれない。しかし、何を精神疾患とするのか、そしてその患者をどのように扱うかについては、時代や文化によって様々であり、その変遷を辿ることには大きな意味がある。

双極性障害を含む精神障害者への処遇に大きな変化が生じるのが、1800年台の初頭であることは多くの先行研究での共通認識となっている（Shorter 1997, Hochmann 2004=2007, 内海 2008, 阿部 2011）。この時期からそれまで病院や貧窮院、刑務所などの様々な施設に收容されていた患者らが、今日の精神病院に当たるアサイラムに集められるようになったのである。

しかし、当時のアサイラムは病人だけでなく、社会から追放された者や、家族から見捨てられた者など、様々な形で社会から排除された者が雑多に收容されていた。高橋俊彦によれば、ここに收容されていた人々は「理性、道徳および社会の秩序に関して『変調』の徴候を示す人たち」（高橋 2008）だったのだ。

一般にこの頃の收容所は劣悪な環境であり、鎖につながれ、檻に閉じ込められていたとされている²⁰。このようなアサイラムの惨状を変えたのが前節でも紹介したピネルである。彼は1793年にビセートルの医長に就任すると、1797年にビセートルで、1800年にラ・サルペトリエールで相次いで原則的な鎖の廃止を実施した。これはピネルのみによる改革ではなく、ピネルに先立って施設に勤めていたピュッサン夫妻による対応を参考にしたものだったが、一般的にはピネルによる改革ということになっている。

こうした改革により、囚人と変わらない扱いを受けていた精神障害者に対する処遇が改善され、初めて現代的な意味で「病者」と認識されるようになった。さらにピネルは先述した通り、今日では心理療法と呼ばれるような治療を行った。こうして收容から治療への道筋を作り、今日の精神病院の原型を築き上げたのである（内海 2008, 松元 2017）。

このように多くの先行研究ではピネルによる改革は好意的に受け取られているが、フォーコーはピネルの人道的観点からの改革を強く批判した。高橋によるフォーコーの解釈では、フォーコーは病人たちを物理的に拘束していた鎖が解かれた結果、その鎖は道徳的なものへと変化し、精神病院が一種の恒久的な道徳の審判所として機能するようになったと批判していると述べ、ピネルの改革の二面性を指摘している（高橋 2008）。たしかに監禁は解かれたかもしれないが、鎖が不可視化され、つながれる先が変わっただけとの見方も可能である。こうした変化から第1章2節1項で注目した「医学的囲い込み」が始まったことも事実である。

ここで見逃してはならない点がある。ピネルとその弟子らによるアサイラムの改革は人道主義的なものであったことは確かだが、この時代の精神医学をリードしていたフランスやドイツ²¹は中央集権化された国家であり、アサイラムもその管理下にあった点だ。「国民

の健康はパリに管理される」(Shorter 1997) とあるように、医師にある程度の裁量は与えられていたものの、基本的には国家が管理するものだったのである。

こうしたアサイラムの誕生は「監視」という観点において非常に重要な変化を精神医学にもたらすことになる。これまで複数の施設に収容されていた患者らが、1箇所に集まり一元的に管理されるようになったことで、アサイラムに勤める医師らは複数の患者を観察することが可能になったのである。このように複数の患者を同時に観察することが可能になった結果生み出されたものが、エスキロールによる「モノマニー論」やファルレの「循環精神病」であり、今日の双極性障害概念の先駆けとなったものなのである。

ドイツは1871年以後に中央集権化が進んだため、フランスからはやや遅れることとなるが、フランスと同様の軌跡を辿った。それがグリーンジャーやカールバウムによる双極性障害概念の原型となる疾患の記述である。こうした記述がのちにクレペリンに影響を与えたことは特筆すべき点である。

それではここまでの議論を整理しよう。アサイラムの誕生がもたらしたものは、患者の処遇の改善や病者という地位の獲得だけではない。患者がひとところに集められることによって、医師は個人としての患者ではなく、集団としての患者と接するようになった。これがアサイラムであり、1つの監視システムの誕生である。そして、集団に対する監視は、患者の記述ではなく、疾患の記述を可能にした。こうした「監視」によって病者の観察と症状が記録可能となった結果生み出されたのが、今日の双極性障害の原型となる数々の疾患だったのである。

1-2-3-2. パノプティコン

これまで何度も論じられ、周知の事実となっていることだが、アサイラムの誕生から遅れて、刑務所の構造に変化が生まれる。功利主義者J・ベンサムによる『パノプティコン』(1791年)がその発端となっている。パノプティコンは実現こそしなかったものの、イングランド国立監獄の発想に影響を与えたとされている。

重要な点は、この一望監視システムが目指したものである。確かにパノプティコンは運営の経済性を追求したものであったが、同時に収容者への福祉を最大限追求したことも事実である。ベンサムの構想では、恒久的な監視は収容者に労働習慣を身につけさせ、生産性を持たせることを可能にし、自力での更生を実現するためのものだったのである。

こうした理想を持って構想されたのがパノプティコンであったが、それは学校教育、軍事、産業などの様々な領域に広がった。当然、医療もその例外ではない。こうして社会の多くの領域に広がり、援用されるようになったことがもたらしたものは、当初の理想とは全く別の帰結を導くものであった。

フーコーは、パノプティコンの構造が見られていることを永続的に自覚させられる点を重視する。なぜなら、これによって監視されていることを内面化するからである。もはや実

在する監視者は必要ない。ここにフーコーが指摘する「権力の自動化」(Foucault 1975)が生じるのである。こうして内なる監獄が誕生し、人々は生権力の下に統制されていくのである。

双極性障害患者においてこの影響は非常に顕著である。第1章2節2項の表1-4で示したように、患者は日常生活における管理の責任を担わされている。こうした責任と医師の指導にもとづき患者は自身の食欲、睡眠時間、気分の波など、様々な項目を日々記録し自身をモニタリングする。つまり、医師や監視者を内面化することで、自身で自身を監視しているのである。こうして患者は自らの手によって、自らの内にパノプティコンを築き上げているのである。

そして最も重要な点は、患者はこれを自らのエピソード再発というリスクを避けるために進んで行なっている点である。つまり患者はこれを監視だとは捉えていないのである。

しかしこれではなぜ患者が素直に自身の状態をモニタリングし、主治医に報告するのかといった問に対しては十分に答えられていないだろう。なぜなら、患者は診断を下される以前は健常者であり、パノプティコンを内在化させていないからだ。

こうした問に答えるためには、今日の社会における2つの特徴に目を向ける必要がある。1つは「リスク」について考察した際に触れたことと重なる「文明化された」身体という考え方だ。

ラプトンは、現代の西洋社会はこの「文明化された」身体 ideal という願望と密接に関連していると述べ、この願望の中身を「自分の人生を掌握し、自己や身体を合理化し、制御するために増大する願望でもある」(Lupton 1999:149)と指摘する。

つまり患者は双極性障害と診断され、患者となる以前から自己をコントロールすることを欲望する素地を有しているのである。

そしてもう1つが、フーコーの指摘した「告白」の深化とA・ギデンズによって再帰的近代の分析に持ち込まれた「親密性」の共犯関係である。フーコーは監視の源泉として、教会における「告白」の制度に注目したことは周知の事実である。また、近代以降の家族形成や愛の形の変化に「親密性」の変容があることをギデンズが明らかにしたことも共通認識となっているだろう。

この2つが医師-患者関係において非常に大きな役割を果たしていることをラプトンは指摘している (James & Gabe eds. 1996)。ラプトンは、医師のコミュニケーション能力の有無が患者との親密性に影響し、その結果、治療効果や患者による医師に対する信頼感に差異を生むことをインタビュー調査によって明らかにしている。この中で患者は、医師が自身の話を親身に聞いてくれるか否か、些細な話に耳を傾けてくれるか否かによって医師に対する評価や開示する情報を変えていると述べている。つまり、患者によるライフヒストリーの開示や、悩みの告白が医師との親密性の源となっているのだ。そして患者の告白に対し、患者の求める反応を医師が示すことによって患者は新たな告白を行うのである。つまり「告白」と「親密性」は一連のサイクルとなって監視を促進し、場合によっては自動化されるのである。

る。

第1章2節2項で示した表1-4の「医師は患者のパートナーであり」という文言は治療のパートナーであると同時に、ここまで見てきたように監視のパートナーでもあることも意味しているのである。監視のパートナーである医師は、患者の告白を聴き取り、その中から治療とモニタリングに必要な情報を選出し、医学の言葉へと翻訳していく。翻訳された患者の告白は尺度化されたチェックリストによって評定され、そのスコアから患者の状態が判断される。翻訳、数値化されたデータはもはや患者の告白した物語とは全く別物になっているかもしれない。こうして監視に必要なデータが着実に蓄積されていくのである。

上述したシステムこそ、フーコーらが指摘したパノプティコンであり、今日でもその姿を確認できるやや古いタイプの「監視」なのである。そして今日、こうしたシステムをベースとした双極性障害患者を取り巻く「監視」は更なる深化を続けている。

1-2-3-3. 新しい監視

ここからは深化し続ける今日の双極性障害患者に対する監視へと論考を進める。これまでの考察をフーコー以前の監視とするならば、ここからは D・ライアン以降の監視として捉えることができる。

ライアンは、古い監視と新しい監視の差異を科学技術の発展と監視対象の変化に注目して論じる。

まずは、科学技術の発展による変化に目を向けよう。ライアンは指紋や DNA などの様々な生体データが収集可能になったことを重視し、現代の監視は私的であると考えられる私たちの身体さえも情報源にすると指摘している (Lyon 2001:17)。そしてこうした身体への監視が、自己認識の間を語り得るものではなく、身体そのもののテキストの中で発見される、身体に伴うものによるデータへと変えると述べている (Lyon 2001:82)。

これは監視対象の変化につながる議論である。古いタイプの監視においても、身体は重要な監視の対象となっていた。古いタイプの監視は、個別の身体に対する観察にもとづくものであり、具体的な身体が存在した。しかし、今日の監視では様相が一変する。そこには個別の身体、生身の身体は存在しない。全てはデータ化され、監視対象そのものがデータへと置き換わるのである。これがライアンの有名な言葉、「身体の消失」(Lyon 2001:17)だ。

では、こうした監視形態の変化は双極性障害患者を取り巻くモニタリングにどのような変化をもたらしたのだろうか。今日の双極性障害患者に要請されているモニタリング項目からそれは明らかになる。

(図 1-3 睡眠・覚醒リズム表) ²²

睡眠・覚醒リズム表

年	月				氏名	
					記入者	

(午前) 0 2 4 6 8 10 12

(午後) 0 2 4 6 8 10 12

気分

-2 -1 0 1 2

日常行動

日	時	分	気分	日常行動
1B	0			
2B	2			
3B	4			
4B	6			
5B	8			
6B	10			
7B	12			
8B	0			
9B	2			
10B	4			
11B	6			
12B	8			
13B	10			
14B	12			
15B	0			
16B	2			
17B	4			
18B	6			
19B	8			
20B	10			
21B	12			
22B	0			
23B	2			
24B	4			
25B	6			
26B	8			
27B	10			
28B	12			
29B	0			
30B	2			
31B	4			

床にいた時間:

眠前の覚醒: X

眠りの状態: ぐっすり眠った うとうとしていた 眠らずに床にいた 床にいたが眠らなかった

気分の状態: (+2) 絶対好調, (+1) 好調, (0) 普通, (-1) 少し悪い, (-2) ひどく悪い

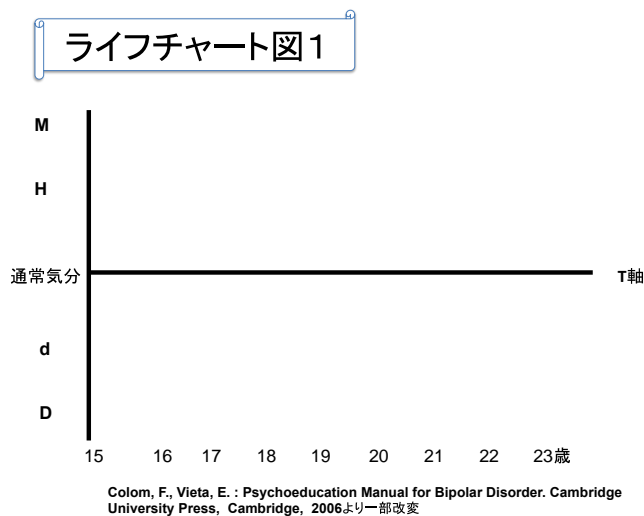
外出した時間:

日常行動: 日常生活の行動を記載して下さい。(たとえば「図書館に行った」など)

記入者一注: 以下の目的で、気分と日常行動の項目はご本人以外のご家族にもつけてもらう場合があります。
 1. 主観と客観のずれを把握する。
 2. ご本人が、他者の評価を受け入れる手助けにする。

(02/04/2012 version)

(図 1-4 ライフチャート) ²³



(図 1-5 ソーシャル・リズム・メトリック) 24

「人」の書き方 自分一人: 0 他の人がただそこにいた: 1 気分 -5 すごく「うつ」
 他の人が積極的に関わっていた: 2 +5 すごく高揚
 他の人がとても刺激的だった: 3

活動	目標時刻	日		月		火		水		木		金		土	
		時刻	人	時刻	人	時刻	人	時刻	人	時刻	人	時刻	人	時刻	人
起床															
人との初めての接触															
仕事・学校・家事などの開始															
夕食															
就寝															
気分 -5 ~ +5															

上掲の資料は全て日本うつ病学会のホームページにて提供されているモニタリングツールである²⁵。患者に要請されているモニタリング項目がよくわかるだろう。ここからは全てが数値、もしくはカテゴリデータに変換して扱われるものであることが見て取れる。ライフチャートにおいても例示されている特記事項は、失敗体験や喪失体験、処方薬の変化などであり、個別の記述がなされたとしても、失敗体験や喪失体験の有無、処方薬の変更の有無としてダミー変数などの量的変数に変換可能なものである。つまり個別の内容やその詳細を重視するものではないのだ。

ライアンが指摘するように、重視されるのは数値として現れるデータであり、個別の身体や生きられた経験は問題とされていないのである。もはや医師は親密な関係を築いて患者の告白を促す必要はなく、上で示したようなモニタリングシートを確認するだけで、患者の状態を監視できるのだ。

こうしたデータを重視する監視の深化は 2 つの局面において、より顕著な形で現れている。1 つは第 1 章 2 節 2 項で「リスク」について言及した際も触れた遺伝研究の領域である。今日では双極性障害を引き起こす遺伝子だけでなく、双極性障害を引き起こしやすくする遺伝子や、ストレスへの脆弱性と関連する遺伝子の特定が目指されており、発症前の段階に対する生体データ、遺伝データへの監視が着実に進んでいる。

このような診断以前（未診断）の状態に対する監視は研究領域のみで進んでいるわけではない。患者の側においても、診断以前から自身の身体の不調や感情を監視する傾向が強まっ

ている。

上記の事態を象徴するかのよう起こった出来事がイーライリリー社によるコマーシャルとチェックシートの公開である。これは1997年に医薬品の一般消費者向け直接広告が合法化されたことに端を発している。このコマーシャルでは、女性のはつらつとした姿と、塞ぎこんだ姿が映し出され、医師はこの女性の塞ぎこんだ姿しか知らないというナレーションが入る。これだけでも双極性障害が大うつ病性障害と誤診されている可能性を暗に示しているが、問題はその後である。少し長いですが、以下にヒーリーによる記述を引用する。

薬の名はまったく出てこない。しかし、視聴者は bipolarawareness.com にアクセスするよう勧められる。そこは「双極性支援センター」と呼ばれるウェブサイトである。

(中略) ウェブサイトには「気分障害チェックリスト」が含まれている。テレビコマーシャルでは、コマーシャルの女性主人公が bipolarawareness.com にアクセスし、このチェックリストを見つける。声が視聴者に、彼女と同じことをするように勧める。「このチェックリストに答えて、それをお医者さんに見せましょう。あなたの人生が変わるかもしれません。正しい診断を得ることが、あなたのお医者さんがあなたを手助けするのに手助けする第一歩です」(Healy 2008=2012:222-3)

ヒーリーも指摘するように、このコマーシャルは双極性障害を売り込んでいる。いわゆる疾患喧伝の類のものである。しかしそれ以上にこの文脈で重要な点は、自身の手でチェックリストを使いモニタリングすることを推奨している点と、それを可能にするウェブサイトが用意されている点である。

ウェブサイトという今日では誰もが簡単にアクセスできるツールがそのまま監視の道具となっている。そしてそのツールへのアクセスは強制的なものではなく、自発的なものである。しかし、少しでも自身の健康(精神衛生)に不安を抱えている人々はこのウェブサイト、チェックリストに飛びつくことになる。これまでの考察で述べたように、自身の健康上の問題や、揺れ動く感情は制御すべきリスクであり、そのリスクの中身や評価は専門家に委ねられているからである。真偽はともかく、チェックリストはここでの専門家なのである。

ここに1つの奇妙な転倒が生じる。心身に不調を感じ、チェックリストで自己診断を終えた人々は精神科に出向き、医師から確定診断を得ようとする。本来的には様々な項目を聴き取り、来院者の人生や苦悩の物語をチェックし、数値化し、医学的情報に翻訳するのは専門家としての医師の役割である。しかし、こうした作業を来院者が事前に済ませているため、医師は「患者」というラベルを与えるだけの存在になってしまっているのである。そしてチェックリストにもとづく期待通りのラベルが付与されなかった場合、来院者は次の病院へと向かう。いわゆるドクターショッピングだ。目の前の専門家の判断以上に、顔の見えない専門家が作成したであろうチェックリストと数値が信じられるのである。もはやここには患者の身体だけではなく、医師の身体すらも存在していないのかもしれない。このように診

断以前の段階から身体は消失し、データが重視されているのである。

次にデータを重視する監視の深化のもう 1 つの局面に目を向けよう。その局面とは双極性障害と診断された後の患者によるモニタリングである。先ほどもライフチャートやモニタリングシートを提示したが、今日の高極性障害患者によるモニタリングは技術の進歩と歩調を合わせ、よりデジタルな方法へと変化している。スマートフォンのアプリケーションを用いたモニタリングなどがその代表例である。ここでもモニタリングの指標は先ほど示したシート同様、気分の波を中心に、食欲や睡眠時間、運動量などをモニタリングの対象としている。それらがログとして残り、長期間にわたり自動的に管理される。記録された気分の数値はグラフ化され、文字通り波として可視化可能になる。こうしたモニタリングデータを基に定期的な医師の診察を受け、自身の状況を報告、共有するのである。

また、スマートウォッチを用いて睡眠や運動量、さらにはストレスを 24 時間モニタリングし、データ化する動きも加速している。こうしたモニタリングは個々の患者によって行われるわけだが、最終的に出力されるのは全てアプリケーションを通じて数値に変換されたデータであり、やはりここでも「身体消失」の片鱗を見ることができる。個々の身体における不調を改善するための監視という行為であるにもかかわらず、身体が消失し、データに置き換わっているのが現状なのである。

ここまでデータを重視する監視の深化について、診断前と診断後の患者によるモニタリングの 2 つの局面に注目して考察を進めてきた。ではこうした監視の深化は何をもたらしたのだろうか。こうした問いに答えるべく、ここからは新しい監視がもたらしたものを、「数値の治療」と「飽くなきモニタリング」という 2 つの観点から論じたいと思う。

まずは「数値の治療」という観点から、今日の監視の帰結についての考察を始める。現代の精神医学的治療はおおむねエビデンスにもとづいて実施される EBM というものである。これ自体は歓迎されるものである。ここで言うエビデンスとは、臨床にもとづく数値と評価尺度に負うところが大きい。数値化されたデータがエビデンスとなり、それにもとづいて治療が行われ、その結果を数値として出力し、評価尺度によって評定するのである。そしてこうした治療実践が更なるデータ、エビデンスとして蓄積されていく。

当然ながらここには「生きられた経験」は反映されず、個別の身体が立ち現れる余地はないため、「身体消失」が生じる。こうしたサイクルを背景として、個別の身体や生活史的背景を持った患者個人の治療ではなく、数値の改善が主たる目的となっていくのだ。

ヒーリーはこうした事態を「情報還元主義」だと指摘し、「患者個人よりも数値を治療するようになる危険性があるが、臨床医の数値中心主義が病的と見なされることはない」(Healy 2008=2012:155) と痛烈に批判する。さらに続けて、「現在のエビデンスにもとづく医療への傾倒は呪物崇拝に近い」(Healy 2008=2012:156) とまで述べている。

今日の数値を重視するデータベース型監視を情報還元主義として捉え、双極性障害の治療が数値の治療へと横滑りしていることを指摘しているのである。これが監視の深化がもたらした帰結の 1 つである。

次に「飽くなきモニタリング」という観点に視点を移そう。前掲のライフチャートなどの気分日記と呼ばれるものが患者の日々のモニタリングに利用され、さらにはそれがアプリケーションなどの形に姿を変えていること、その結果、個別の身体が消失し、データの偏重を助長していることは既に指摘した通りである。

ヒーリーはこうした気分日記の普及を体重計の発明、普及に伴って増加した摂食障害の例と重ねて以下のように述べている。

数字は一一とりわけ、文脈から切り離されたときには、催眠術のような効果を及ぼす。気分日記が助長する情報還元主義が、精神医学におけるどんな生物学的還元よりも強力なのはほぼ確実である。(Healy 2008-2012:226)

そしてこうした数値化、情報還元主義は患者の「飽くなきモニタリング」の欲求を掻き立てる。Z・バウマンは健康とフィットネスを論じる文脈において、「身体のフィットネスへの関心はどこまで行っても限りがない」(Bauman and May 2001=2016:223)と述べている。これは双極性障害のモニタリングにおいて生じている事態と全く同様だ。それでは詳しく見ていこう。

まずバウマンは、健康とフィットネスの違いを目指すべき指標の質的な差異に注目して論じる。健康における指標は、血糖値や血圧に見られるように、基準と同時に上限と下限が提示されている。そしてその範囲内の揺れが許容され、その範疇に収めることが最終目標であると定められている。これに対しフィットネスは、究極的に何をなし得るのか、つまりどこまでいけるのかが問題にされており、そこに上限はない。

一見すると、双極性障害における種々のモニタリング項目は健康に関する議論に近いように見えるかもしれない。しかし双極性障害におけるモニタリングは波そのものをモニタリングの対象としているため、上限と下限を定めたとしても、その間を揺れ動くこと自体を問題視してしまう。つまり究極的な目的は「フラット」と呼ばれる状態を長期的に維持することにあるのだ。

しかし、現実の生活世界において「フラット」な状態とは実現可能なものなのだろうか。一般的な生活を送っていれば、様々な刺激に晒されることは当然であり、それに伴う気分の変動が生じることも当然のことである。しかし、この当然の波すらも監視対象として数値化することによって、ヒーリーが指摘する呪いにも似た拘束力を帯びてしまうのである。つまり、実質的には限度の定められていないフィットネスと同じ構造になっているのである。

では上限と下限を定めれば解決する問題なのだろうかと言えば、事態はそう単純なものではない。バウマンは健康にせよ、フィットネスにせよ、得られる結果は同じであるとして次のように述べる。

なぜ、自分の注意や努力を身体に向けるかと言えば、何か確実なもの、安全なものを

切望するからである。それは「外部の世界」には明らかにないものであるが、健康やフィットネスの探求によって得られるものも不安でしかない。(Bauman and May 2001=2016:227-8)

つまり、どこまで厳しいモニタリングを行おうとも、確たる安心が得られることはないのである。そうであるにもかかわらず、患者は更に精緻なモニタリングによってありとあらゆる出来事をデータ化しようとする。これが双極性障害患者の行う「飽くなきモニタリング」なのだ。

ライオンはこうした監視の泥沼化を技術の発展との関連で以下のようにまとめている。

あるカメラを手にするとすぐに、次の角のあたりを見たくなる(中略)そして暗闇でも見たくなり、赤外線カメラを付け加える。そうするともっと詳しく見たくなるので、強力なズームレンズを付け加える。そこで人々が話していることさえ聞くことができればと考え、強力な指向性のマイクをカメラに付け加える(後略)(Lyon 2001:113)

この寓話は正しく今日の監視の根底にある発想である。ただし、古いタイプの監視と決定的に異なる点は、医学は患者の疾患を治療するために、患者はより自身の症状をコントロールするために、どちらも最善と思われることを行い続けようと、進んで監視し、監視されているのである。

1-2-4. 総括

第1章2節では、医学史的視点を離れ、社会学という視点から双極性障害を整理し直した。

ここで導入した視点は「医学的囲い込み」「リスク」「監視」の3つである。1つめの視点である「医学的囲い込み」では、近代化の進行とともに人々の感情の揺れ動きが徐々に医学の眼差しの対象となり、正常/異常の二分法のもとに疾患として拡大していったことをフーコー、イリイチらの議論を参照しつつ論じた。

2つめの視点である「リスク」に注目した論考では、「ソフト双極スペクトラム」「小児双極性障害」という比較的新しい「囲い込み」の事態を示し、わずかな感情の機微や、未発達な子供の感情の動きすらも「リスク」として評定されることを議論の発端とした。そこでは遺伝子というリスクに注目した生物学的モデルや、心理モデルによるリスクの評定が行われていることを指摘した。しかし、重要な点はこうした個別のリスクに関する議論ではなく、ラプトンが指摘した、専門家による「リスク」の評定と、「リスク」に関する言説の独占である。こうした「リスク」に関する言説の独占と、「医学的囲い込み」「医療化」が専門家支配を深化させ、病者個人に責任を帰す現在の状況を生み出したのである。

3つめの「監視」という視点では、アサイラムに始まる患者の監視から議論を開始し、患者が自ら望んで自身を監視する現状までを考察した。ここで明らかになったことは今日の監視が、あらゆる方面で深化していることと、その監視は患者個人の身体を監視するものではなく、数値を監視するものであるということだった。そして最大の発見は、監視はフィットネスのように際限のないものであり、患者は監視対象であると同時に、飽くことなき監視者でもあるということだった。

上記 3 つの視点はそれぞれが密接に絡み合い、相互に影響しあいながら双極性障害患者を取り巻く社会を創りあげている。監視が新たなリスク因子を見つけ、それが囲い込まれる。さらにリスクを管理しようと、より精緻な監視が患者によってなされる。こうしたシステムの循環が今日の双極性障害患者を巡る社会的な状況なのである。

このように社会学的視点から双極性障害の整理を試みると、医学史的視点からの整理とは大きく異なる双極性障害と双極性障害患者を巡る状況が姿を現した。第 1 章では、医学史的視点と社会学的視点という 2 つの窓から双極性障害を眺めることによって、見え方の異なる背景を提示したのである。次章では背景から焦点を移し、医学的言説と非医学的言説という 2 つの窓から双極性障害の言説という前景に照準を合わせた論考を行う。

第2章 医学的言説と非医学的言説

第2章では、医師や研究者といった専門家によって記述された医学的言説と、患者や縁者といった非専門家によって記述された非医学的言説の双方に対し、KH Coderを用いたテキストマイニングを行う。これによって、それぞれの言説が何を問題としているのかを明らかにしていく。

2-1. 第2章の概観

第1章では双極性障害という概念の歴史の変遷を医学史的視点、そして社会学的視点から整理してきた。こうした整理を通して、双極性障害という病の景色は、学知による背景の違いによってその見え方に違いがあることを示した。

第2章では、双極性障害という病をめぐる今日の言説に視点を移す。ここでは、医学的言説と非医学的言説を対置することで、それぞれの言説が双極性障害の何を問題として捉え、どのような視点から論じているのかを明らかにする。

これまでも、医師と患者、専門家と非専門家の間には、相互不理解や使用する言語の違いに起因する断絶が指摘されてきた。しかし、本研究ではこうした断絶を暴き立てるのではなく、それぞれの視点が照準するものの違いを明らかにすることを目指す。

こうした目的のため、医学的言説と非医学的言説のそれぞれを代表する一定量のテキストデータに対し、テキストマイニングを行うことで、それぞれの言説の焦点を可視化する。なお、医学的言説、非医学的言説ともにデータの収集期間は2020年6月から2021年1月である²⁶。

まずは第2章2節において医学的言説に対する分析を行う。医学的言説の分析には、双極性障害に関する研究を専門としたオンラインジャーナルである *Bipolar Disorders* に2015年から2019年の5年間に掲載された原著論文 (original article) 241本を使用する²⁷。241本の論文は *Bipolar Disorders* 内で、「Bipolar Disorder」の語を含んでいる論文を検索した結果選出された論文である。こうした検索を行った理由は、他の疾患との比較を主題とし、双極性障害への言及が見られない研究など、分析のノイズとなる論文を除外するためである。こうして選出した論文のアブストラクトに対し KH Coder を用いて、出現語の分析、出現語のクラスター分析、共起ネットワーク分析を行った。この分析は2015年から2019年の各年に対して行っている。2015年から2019年の論文を統合したデータに対する分析ではクラスター分析のみ除外している。

続く第2章3節では、非医学的言説に対する分析を行う。非医学的言説の分析には、国内大手ポータルサイトである Yahoo! JAPAN が提供しているインターネット掲示板である Yahoo!知恵袋に投稿された双極性障害に関する質問を分析対象としている。ここでも2015年から2019年の5年間に投稿された質問を分析している。医学的言説の分析同様、双極性障害に関する質問を選出するための検索を行ったが、ここでは、「双極性障害」という語だ

けでなく、「躁うつ病」という語でも検索を行った。医学領域では「Bipolar Disorder」という語が普及しており、今日の論文において「Manic Depressive Illness」という語を用いることは少なくなっている。しかし、医学領域の研究以外では、一定程度「躁うつ病」という語を用いる質問者がいるため、このような検索基準を採用した。

この他にも医学的言説に対して行った選定作業とは異なる点がある。Yahoo!知恵袋に投稿された質問については、投稿された質問に対し寄せられた回答数を基準とした回答数順、閲覧数の多寡による閲覧数順、Yahoo!知恵袋が独自に設定している関連度順の、3つの順位づけを利用し、それぞれ1位から10位までの質問および回答に対し事前に内容分析を行った。つまり、各年ごとに「双極性障害」について30件、「躁うつ病」について30件の合計60件、それらの5年分の累計300件の質問に対し内容分析を行った。こうした事前作業において、テキストの分量と質問内容から分析に適すると判断した144件をテキストマイニングの対象とした。

こうして選出した144件の質問に対し、出現語の分析、共起ネットワーク分析を行った。この分析は2015年から2019年の各年データ、2015年から2019年の質問を統合したデータに対して行っている。

本研究が目的とする、それぞれの言説の照準の差異に関する考察については、医学的言説、非医学的言説それぞれの2015年から2019年のデータを統合した統合分析を読むだけで議論を追うことが可能である。各年の分析については同じ作業の繰り返しであるため、説明の文章も繰り返しになっているが、これは避けられないこととして理解をいただきたい。

こうした冗長とも取られかねない分析を本文中に残したことには相応の理由がある。医学的言説においては、その年のトレンドとも捉えられる語が出現している場合や、一部の年にしか出現しない語なども確認されており、医学領域での研究動向を細かく追うためにはこうした各年の分析がその手掛かりとなる。また、非医学的言説においては、医学的言説の普及を受けて使用される語に変化が見られることや、話題として浮上する内容に差異が見られること、質問者の属性に変化が見られることなどは、各年の分析から初めて明らかになることである。こうした知見が捨象されることを避けるために、医学的言説、非医学的言説に対する各年の分析を本文中に残している。

最後に、分析期間を2015年から2019年の5年間に限定した理由について説明する。これは主に、非医学的言説に対するDSMの影響と比較基準の統一の考慮によるものである。2021年現在、双極性障害の診断にはDSM-5の診断基準が使用されることが一般的である。このDSM-5は2013年に出版されたが、2013年に出版されたものは英語版であり、日本語版が出版されたのは早見表が2014年6月に、正式なものは2014年10月に出版された。医学的言説のみを分析対象とするならば、2013年ないし、2014年からの分析を行うことが妥当だが、本研究では医学的言説と非医学的言説の比較を目的としている。そのため、同じ診断基準に準拠した言説を扱うことが必要であると考え、分析期間を2015年から定めた。

分析の終わりを2019年に定めたことにも理由がある。診断基準についてはDSMを用い

ることが一般的だと述べたが、障害年金の申請や診断書の発行など、公的な書類に用いられる分類については、世界保健機関が作成している国際疾病分類である ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) が使用される。この疾病分類である ICD-10 の改訂が 2019 年 5 月に承認された。正式発効は 2022 年であるが、承認後は医学的言説と非医学的言説の双方において何かしらの影響が生じることが予想される。こうした影響を最小限に抑え、同一条件下での言説の比較を行うため、分析の終わりを 2019 年に定めた。

上記の理由と、分析に耐えうる量のテキストデータとのバランスを考慮し、分析期間を 2015 年から 2019 年の 5 年間と定めている。

それでは医学的言説と非医学的言説に対する考察へと移ろう。

2-2. 医学的言説に対するテキストマイニング

まずは双極性障害専門のオンラインジャーナルである *Bipolar Disorders* を対象とした医学的言説に対する分析から考察を開始する。さきに示したとおり、ここでは 2015 年から 2019 年の 5 年間に同誌に掲載された原著論文 241 本を分析の対象とする。対象となる論文の詳細については付録の表を参照してほしい。

本節の医学的言説に対する分析が目指すところは、医学が双極性障害をどのような視点から眺めているのか、また、何を明らかにしようとしているのかを理解することにある。そのため、それぞれの年ごとに出現語を確認し、それらの語がいくつのクラスターに分かれているのかを確認した上で、さらにそのクラスターを内容や研究領域に即して大きな括りにまとめるという作業を行った。その後、共起ネットワーク分析を行い、ネットワークを構成するサブグラフごとの分析を行った。こうした分析手順によって、その年に掲載された論文がどのような視点から双極性障害を捉え、何を論じているのかを可視化した。

以下、第 2 章 2 節 1 項より 2015 年から順に 2019 年までの分析を行い、その後、2015 年のデータから 2019 年のデータを統合したものを統合データとして分析する。

2-2-1. 2015 年 *Bipolar Disorders* に対する分析

ここからは 2015 年に *Bipolar Disorders* に掲載された原著論文 37 本に対する分析を行う。まずは、分析手順を説明しよう。はじめに、各論文のアブストラクトを 1 つのデータとして KH Coder に読み込ませ、分析不能な記号や数字を除外するための前処理を実行した。また最多出現語ではあるものの分析結果を歪めることになる be 動詞や、論文概要の見出しとして使用される abstract (概要)、method (方法)、objective (目的)、conclusion (結論)、result (結果) といった語、有意確率を示す p と P、サンプル数を表す n と N、%などの記号は分析対象から除外する手続きを行っている。また、双極性障害を示す Bipolar Disorder、

bipolar disorder と続きで表記されているものについては bd として抽出されるように設定した。BD、BP も双極性障害を示すものだが、これらの語についてはそのまま抽出されるように設定している。この他、信頼区間を示す CI や、オッズ比を示す OR、専門的な尺度である YMRS など、本文中に大文字で記述されているものは、そのまま抽出されており、筆者が恣意的に使い分けているものではない。この作業は 2015 年から 2019 年の各分析に対し行った処理であるため、2016 年以降の分析に対する説明では省略する。

上記の処理を経てテキストデータ内の語を抽出したところ、総抽出語数は 10,493 (5,473)、異なり語数は 2,028 (1,636)、文の数は 378 という結果となった。総抽出語数、異なり語数の後にカッコで示している数値は実際に分析に使用される語の数である。論文 1 本を 1 つのデータとして扱っているため、データのまとまりを示す H5 の値は 37 となっている。こうした手順を踏み抽出した語の上位 150 語を以下の表に示した。

(表 2-1 2015 年抽出語 頻出上位 150 語)

抽出語	出現回数		抽出語	出現回数		抽出語	出現回数
BD	213		however	14		variable	10
disorder	135		HR	14		YMRS	10
patient	105		OR	14		abnormality	9
group	63		suggest	14		adult	9
study	48		volume	14		auditory	9
have	46		allele	13		cortex	9
control	34		baseline	13		decrease	9
treatment	33		correlation	13		dIPFC	9
compare	30		course	13		early - onset	9
risk	30		euthymic	13		event	9
subject	30		model	13		examine	9
use	30		state	13		follow - up	9
age	29		emotion	12		HC	9
associate	29		higher	12		index	9
year	26		illness	12		only	9
difference	25		prefrontal	12		psychotic	9
increase	25		present	12		Rating	9
clinical	24		task	12		recognition	9
lithium	24		adjust	11		recurrence	9
BP	23		comparison	11		relative	9
ratio	23		development	11		respectively	9
symptom	23		drug	11		trend	9
effect	22		factor	11		UE	9
score	22		finding	11		AD	8
show	22		II	11		alteration	8
individual	21		mean	11		assess	8
level	21		number	11		brain	8
analysis	20		observe	11		connectivity	8

episode	20		rate	11		determine	8
mood	20		regression	11		EO	8
datum	19		BMI	10		high	8
significant	19		condition	10		important	8
functional	18		correlate	10		life	8
investigate	18		cytokine	10		lower	8
significantly	18		diagnose	10		month	8
depression	17		disability	10		more	8
healthy	17		disease	10		other	8
include	17		EPA	10		perform	8
depressive	16		evaluate	10		performance	8
diagnosis	16		indicate	10		previous	8
sample	16		Li	10		pufa	8
acid	15		onset	10		reaction	8
also	15		outcome	10		remain	8
amygdala	15		participant	10		such	8
feature	15		plasma	10		tdc	8
time	15		predictor	10		variant	8
use	15		Scale	10		VEO	8
association	14		schizoaffective	10		activity	7
CI	14		severity	10		adherence	7
deficit	14		sleep	10		BD - I	7

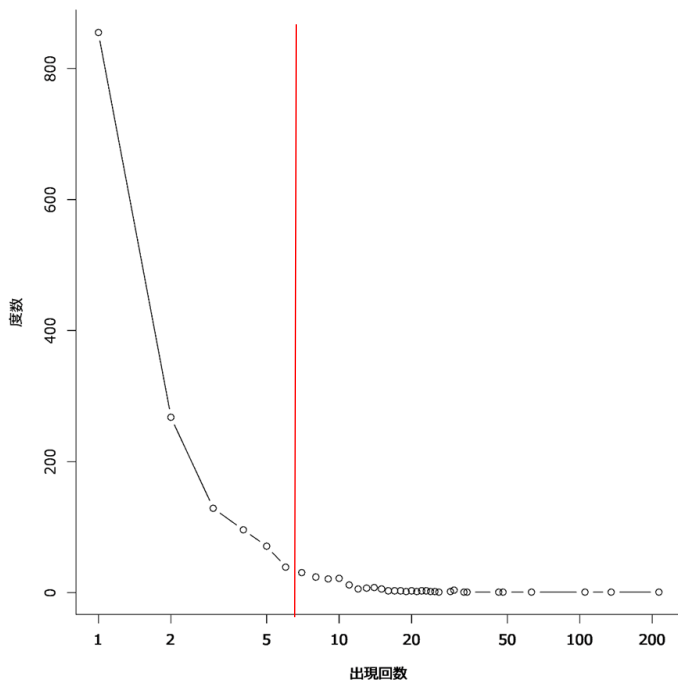
次に抽出語を出現頻度ごとにまとめた度数分布表とそのプロットを示す。

(表 2-2 2015 年抽出語 度数分布表)

出現回数	度数	%	累積度数	累積%
1	855	52.26	855	52.26
2	268	16.38	1123	68.64
3	129	7.89	1252	76.53
4	96	5.87	1348	82.4
5	71	4.34	1419	86.74
6	39	2.38	1458	89.12
7	31	1.89	1489	91.01
8	24	1.47	1513	92.48
9	21	1.28	1534	93.77
10	22	1.34	1556	95.11
11	12	0.73	1568	95.84
12	6	0.37	1574	96.21
13	7	0.43	1581	96.64
14	8	0.49	1589	97.13
15	6	0.37	1595	97.49
16	3	0.18	1598	97.68
17	3	0.18	1601	97.86
18	3	0.18	1604	98.04

19	2	0.12	1606	98.17
20	3	0.18	1609	98.35
21	2	0.12	1611	98.47
22	3	0.18	1614	98.66
23	3	0.18	1617	98.84
24	2	0.12	1619	98.96
25	2	0.12	1621	99.08
26	1	0.06	1622	99.14
29	2	0.12	1624	99.27
30	4	0.24	1628	99.51
33	1	0.06	1629	99.57
34	1	0.06	1630	99.63
46	1	0.06	1631	99.69
48	1	0.06	1632	99.76
63	1	0.06	1633	99.82
105	1	0.06	1634	99.88
135	1	0.06	1635	99.94
213	1	0.06	1636	100

(図 2-1 2015 年抽出語 プロット)



上掲の図より、スクリープロット法の応用を用いて分析対象とする語を選定した。通常のスクリープロットは折れ線の落ち込みが緩やかになったポイントの左側を分析対象とするが、本分析では右側、つまり、傾きがゆるやかになり、出現回数が落ち着いた語以降を分析対象とする。ここでは出現回数 6 回が 1 つの起点となっているので、その右側である出現

回数 7 回以上の語を分析対象とした。出現回数が 6 回までの語が全体の語に占める割合は 89.17%なので、分析に用いる語は全体の 10.83%である。

上記の語に対し、語が出現する場所と回数のパターンを分析する階層的クラスター分析を行った。階層的クラスター分析であるため、クラスター数は自動で設定されている。これがクラスターA である。各クラスターに出現している語の傾向を読み取り、タグを付与した。さらに、付与したタグにもとづいたクラスター数の縮減を行い、内容に即したラベルを付与して整理した。これをクラスターB とする。その結果が以下に示す表 2-3 である。

(表 2-3 クラスター分析の要約)

クラスターA	語	タグ	クラスターB	ラベル
1	use, patient, have, study, disorder, BD, analysis, regression, compare, suggest, clinical, group, difference, effect, model, level, higher, finding, other, increase, show, also, examine, association, diagnose, current, variable, significantly, factor, risk, associate, diagnosis, ratio, include	基本用語	I	基本用語
2	adjust, benign, malignant, previous, more, indicate, outcome, number, present, use, important, treatment, evaluate, sample, medication	基本用語	I	基本用語
3	psychotic, feature, history, such, CI, OR	精神病症状	II	個別研究
4	score, time, month, significant, manic, Scale, Rating, YMRS, respectively, IC, RI, subject, mood, state, symptom, depressive, only, assess, relative, represent, major, more, disease, activity,	計測	II	個別研究
5	variant, BMI, allele, high, adherence, drug, index, schizoaffective, positive, mean, lower	肥満との関係、統合失調感情障害	II	個別研究
6	development, child, sleep, BP, depression, II, illness, remain, AD, relate, abnormality, main, different,	バイオマーカー、アルコール依存症	II	個別研究

	reaction, determine			
7	cycling, rapid, EO, VEO	発症期と急速交代型	II	個別研究
8	adult, case, early-onset, episode, however, age, year, course, onset, life, event, recurrence, stroke, cohort, HR, baseline, follow-up, disability, predictor, BD- I	社会リズム関係	II	個別研究
9	dIPFC, amygdala, leave, control, healthy, euthymic, investigate, task, prefrontal, functional, cortex, connectivity	脳科学	III	主流研究
10	rate, observe, brain, alteration, resonance, magnetic, volume, subfield, cytokine, treat, lithium, Li	神経炎症仮説、脳画像、リチウム	III	主流研究
11	psychosis, auditory, tdc, condition, performance, perform, comparison, HC, deficit, emotion, recognition, individual, participant	認知機能、経頭蓋磁気刺激法	IV	その他
12	plasma, UE, EPA, acid, pufa	生化学	IV	その他
13	decrease, measure, severity, trend, datum, correlation, correlate	その他	IV	その他

ここからは各クラスターにどのような語が含まれているのかを概説する。

クラスター1では、特定の研究領域を示す語は含まれておらず、多くの研究で使用される語によって語群が形成されている。そのため、「基本用語」というタグを付与した。

クラスター2もクラスター1同様、多くの研究で使用される語によって語群が形成されている。一部例外として、benign（良性）、malignant（悪性）という特定の研究のみで使用される用語が含まれているが、その他に特定領域の研究で用いられる用語は含まれていないため、ここでも「基本用語」というタグを付与した。

クラスター3では、psychotic（精神病症状）という精神病に関する語が中心となり、その特徴や病歴とつながる feature（特徴）や history（歴）といった語が抽出されている。信頼区間を示す CI（Confidence Interval 信頼区間）やオッズ比を示す OR（Odds Ratio オッズ比）といった語も抽出されているが、これらも同じ文中で使用されていたため、同時に抽出されたものと考えることができる。そのためクラスター3には「精神病症状」というタグを付与した。

クラスター4においては、双極性障害研究の基本的な用語となる mood(気分)や symptom(症状)、mania(躁)、depression(うつ)という語も抽出されているが、躁状態の度合いを計測する YMRS (Yang Mania Rating Scale ヤンマニア評価尺度)という語や score(点)など、症状の状態を計測する際に多用される語が抽出されているため、「計測」というタグを付与した。

クラスター5では、2種類の研究に含まれる語が抽出されている。1つは BMI (Body Mass Index ボディマス指数) という単語からも明らかなように、肥満と双極性障害の関係についての研究である。対立遺伝子を示す allele (アレル) という単語も肥満研究の中で用いられていた単語である。もう1つは、統合失調感情障害に関する研究である。Schizoaffective (統合失調感情障害) という単語が最も端的にそのことを示している。そのため、クラスター5には「肥満との関係」「統合失調感情障害」というタグを付与した。

クラスター6には複数の研究で使用される語が含まれている。特徴的な単語としてはアルコール依存症を示す AD (Alcohol Dependency アルコール依存症) という略語だが、双極性障害は睡眠障害を併発しやすいため、sleep(睡眠)という単語も抽出されている。また reaction(反応性)などは一見すると特定研究を示す用語には見えない単語である。しかし、これらの単語には双極性障害のバイオマーカーを特定するための研究での使用頻度が高いという共通点を見出すことができる。ただし、安易な単純化は危険であるため、ここでは「アルコール依存症」というタグと「バイオマーカー」というタグの2つのタグを付与した。

クラスター7は非常に明確に双極性障害の発症期と急速交代型に関する用語を抽出している。EO (Early Onset 早期発症)、VEO (Very Early Onset 超早期発症)はそれぞれ早期発症、超早期発症を示す単語であり、rapid(急速)はそのまま cycling(交代)と結びついて、双極性障害急速交代型を示す rapid cycling(急速交代)という1つの単語になる。双極性障害の早期発症と急速交代型への発展に関する語のみが抽出されているのがクラスター7なのだ。そのため、「発症期と急速交代型」というタグを付した。

クラスター8では、社会リズムに関する研究で使用された単語が抽出され、社会的な出来事と再発の関連、これらの研究関心にもとづく追跡研究やコーホートへの言及などを示唆する語によって語群が形成されている。そのため、クラスター8には「社会リズム」というタグを付与した。

クラスター9は、healthy(健常)、control(対照)という比較対照群に関する語が含まれているもの、そのほとんどは、脳の部位を表す語によって語群が形成されている。そのためここには「脳科学」というタグを付した。

クラスター10では、神経炎症仮説に関する研究で用いられる cytokine(サイトカイン)というたんぱく質を表す語、双極性障害の第一選択薬である lithium、Li(リチウム)、そして脳画像を示す magnetic(磁気)、resonance(共鳴)という語が抽出されている。これらのことから、「リチウム治療」「神経炎症仮説」「脳画像」という3つのタグを付した。これらはいずれも今日の双極性障害研究における主力研究である。

クラスター11 は精神病症状に関する研究で用いられる語である psychosis (精神病症状) が含まれているものの、その他の語は、脳の認知機能の研究に関する語とそれらに対する治療法である、経頭蓋磁気刺激法に関する語が抽出されている。そのため、ここでは認知機能と治療法に注目し、「認知機能」「経頭蓋磁気刺激法」というタグを付した。

クラスター12 は、plasma (漿) や UE (Unestified 非エステル化)、EPA (Eicosapentaenoic acid エイコサペンタエン酸) といった、オメガ3 脂肪酸と多価不飽和脂肪酸のエステル化に関する研究で用いられる語のみが抽出されている。これらは生化学的研究領域に属するものなので、「生化学」というタグを付した。

最後に、クラスター13 では、特定領域での研究に用いられる語ではなく、多くの研究で使用される複数の語から語群が形成されている。基本用語と同様と思われるが、まとまりのある語群ではないため、「その他」のタグを付した。

以上13 が各クラスターに対しての概説と、付与したタグの提示である。ただし、37 論文のアブストラクトに対するクラスター分けとしてはやや雑多な印象を受けるため、付与したタグをもとにクラスター数を縮減した結果、4 クラスターで大枠を提示できることが明らかになった。それが表の右側2項目の大分類であるクラスターB とラベルである。

13 に分類されたクラスターの内、クラスター1 と2 が大分類のクラスターI に、クラスター3 から8 が大分類のクラスターII に、クラスター9 と10 が大分類のクラスターIII に、残りのクラスター11 から13 が大分類のクラスターIV に分類された。これらに対し、語の出現数やまとまり、付与したタグを考慮し、クラスターI には「基本用語」というラベルを、クラスターII には「個別研究」というラベルを、クラスターIII には「主流研究」というラベルを、クラスターIV には「その他」というラベルをそれぞれ付与した。

こうしたクラスター分析と語の出現頻度から、2015 年 *Bipolar Disorders* に掲載された原著論文は、脳科学的研究とリチウム治療に関する研究を中心とした複数の個別研究によって構成されていた。そしてそれらは、脳画像や尺度を用いた計測によって、換言すると、数値化、尺度化された形で提示されていたと結論づけることができる。

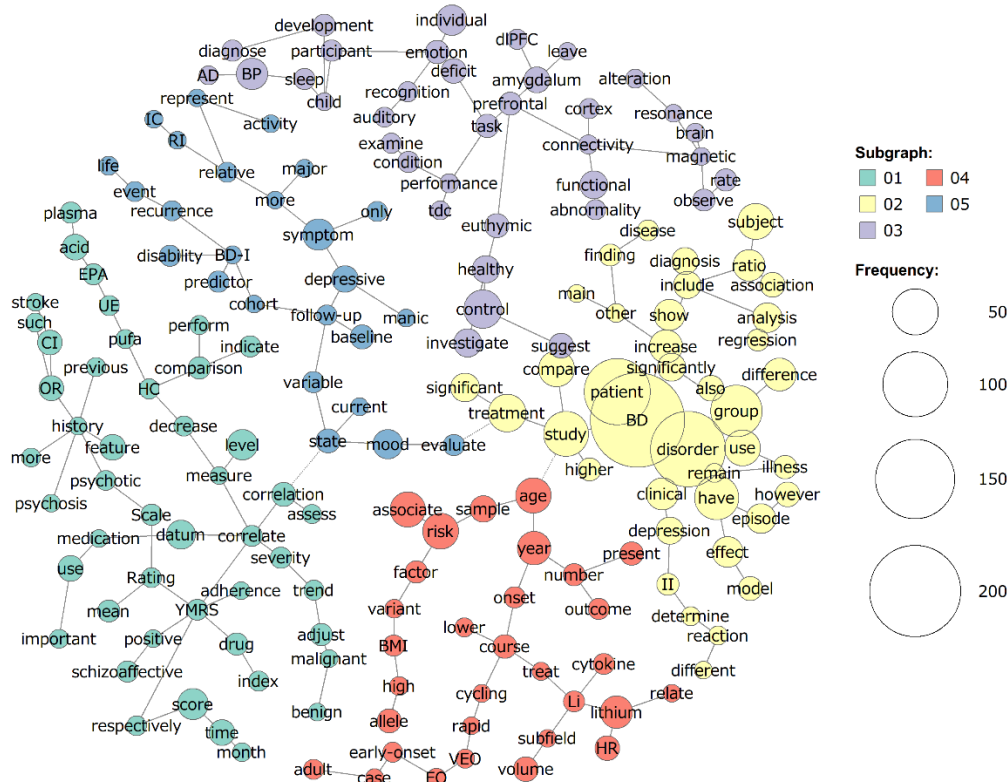
共起ネットワーク分析

ここからは共起ネットワーク分析を用いた考察へと歩みを進める。クラスター分析で得られた結果と比較しつつ、語と語のつながりである共起関係を分析することで全体像を視覚的に把握し、2015 年の *Bipolar Disorders* において双極性障害がどのような視点から論じられているのかを明らかにする。

以下に示す図は、最小出現回数7 回以上の語を対象に、Jaccard 係数0.2 以上の語を描画した共起ネットワークである。煩雑な図になることを防ぐため、最小スパンニングツリーのみを表示している。Jaccard 係数を0.2 に設定した理由は、語と語の間に強い共起関係が認められるとされているためである。これ以後の共起ネットワーク分析においても Jaccard 係数

は全て 0.2 に設定し、最小スパニングツリーのみを表示しているため、この点の説明は省略する。

(図 2-2 2015 年 共起ネットワーク)



上掲の図 2-2 ではサブグラフが 5 つ出現しており、先述のクラスター分析とおおむね同様の結果が提示されている。それでは各サブグラフに注目して分析を進めよう。

円の中央右側から下方の右半分にかけて描画されたサブグラフ 02 と 04 において、クラスター I に分類した「基本用語」が多く見られる。クラスター分析との違いは、リチウムや発症期など、クラスター分析では「主流研究」「個別研究」というラベルで分類した語が含まれている点である。出現頻度を表す円の大きさからも、サブグラフ 02 が頻出語の中心である、多くの研究で使用される基本的な用語であると言えるだろう。

クラスター分析の結果と最も差異が目立つのはサブグラフ 01 である。尺度に関する用語や、統計的な記述に用いる語が共起しており、具体的な研究内容と混交していたクラスター分析よりもわかりやすくなっている。

次にサブグラフ 03 に目を向けると、脳科学的研究に用いられる用語で構成されていることがわかる。クラスター 9 がその大部分を占めているが、一部大分類のクラスター IV に含まれた「その他」における脳科学的な語も含まれている。このように脳科学的研究に関する

語が1つのサブグラフを形成し、共起していることから、脳科学的研究が2015年の *Bipolar Disorders* の原著論文の主要な研究領域であると言えるだろう。

最後にサブグラフ05に言及する。ここでは、symptom（症状）という語が最頻出語として最も大きな円で描かれている。また、depressive（抑うつ的）やmanic（躁的）、mood（気分）、state（状態）など、双極性障害の気分の状態に関する語が共起しており、中核症状が1つのサブグラフを形成しているとみなすことができる。この他にも、再発を示すrecurrence（再発）やlife event（ライフイベント）、予測因子という語を形成するpredictor（予測因子）などの語も共起しており、双極性障害における中核症状に関する言及を記述する際に用いられる語もこのサブグラフを構成する要素であることがわかる。

ここまでは抽出語と、共起している語に注目した考察を展開してきたが、出現を確認できない語についても言及したいと思う。先述したクラスター分析、上図の共起ネットワークからも明らかのように、うつ状態や躁状態といった気分症状に関する語は抽出されている。しかしながら、一般的な感情と関連するような語、悲しみや苦悩、高揚感などの語が一切出現していない。これは出現頻度上位150語に限定したからではなく、出現頻度の低い語に目を向けても確認できなかった。つまり、こうした感情語彙はdepression（うつ）やmania（躁）、mixed state（混合状態）という症状を示す語の中に回収されているか、曖昧な感情はそもそも研究の対象とされていない可能性が示唆されているのだ。

2-2-2. 2016年 *Bipolar Disorders* に対する分析

ここからは2016年に *Bipolar Disorders* に掲載された原著論文48本に対する分析を行う。特定語の除外などの分析手順は2015年の分析で説明したものと同様である。

前処理を経てテキストデータ内の語を抽出したところ、総抽出語数は13,522(7,289)、異なり語数は2,396(1,999)、文の数は511という結果となった。総抽出語数、異なり語数の後にカッコで示している数値は実際に分析に使用される語の数である。論文1本を1つのデータとして扱っているため、データのまとまりを示すH5の値は48となっている。こうした手順を踏み抽出した語の上位150語を以下の表に示した。

(表 2-4 2016年抽出語 頻出上位150語)

抽出語	出現回数		抽出語	出現回数		抽出語	出現回数
BD	236		finding	18		diagnosis	12
patient	149		functional	18		function	12
disorder	145		abnormality	17		general	12
study	67		affective	17		II	12
have	61		change	17		imagery	12
compare	57		cortex	17		MS	12
subject	53		depression	17		psychiatric	12
group	51		lower	17		regulation	12

treatment	50		other	17		SCZ	12
control	49		present	17		stress	12
use	48		provide	17		suggest	12
analysis	39		difference	16		UD	12
lithium	39		euthymic	16		antipsychotic	11
symptom	39		factor	16		cancer	11
associate	36		methylation	16		control	11
level	36		model	16		cortical	11
significantly	35		monotherapy	16		drug	11
individual	34		neurocognitive	16		emotional	11
healthy	32		number	16		important	11
brain	31		functioning	15		interaction	11
sample	29		higher	15		marker	11
clinical	28		impairment	15		mental	11
cognitive	28		increase	15		prior	11
risk	28		participant	15		protein	11
mania	26		population	15		sleep	11
association	25		region	15		suicidal	11
depressive	25		BB	14		trial	11
year	25		day	14		antidepressant	10
assess	24		examine	14		BMI	10
episode	24		find	14		burden	10
include	24		glass	14		case	10
increase	24		however	14		correlation	10
mood	24		measure	14		determine	10
state	24		pc	14		DNA	10
manic	22		period	14		hospitalize	10
time	22		schizophrenia	14		impair	10
datum	21		acute	13		match	10
effect	21		analyze	13		matter	10
volume	21		baseline	13		MDD	10
activity	20		caregiver	13		NAA	10
also	20		expression	13		reduce	10
identify	20		gene	13		relationship	10
investigate	20		history	13		report	10
show	20		illness	13		test	10
BD - I	19		prescription	13		total	10
cell	19		psychosis	13		total	10
potential	19		significant	13		transition	10
age	18		variant	13		+	9
CI	18		+	12		agent	9
evidence	18		behavior	12		aim	9

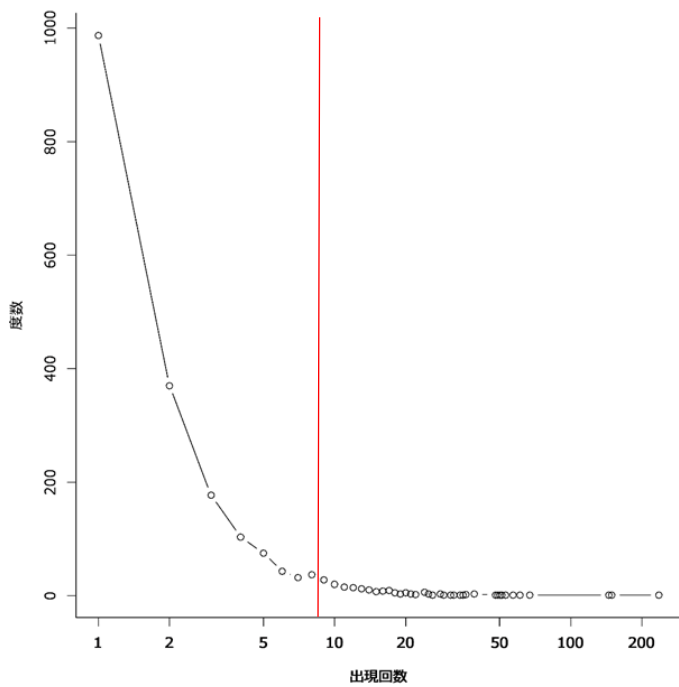
次に抽出語を出現頻度ごとにまとめた度数分布表とそのプロットを示す。

(表 2-5 2016 年抽出語 度数分布表)

出現回数	度数	%	累積度数	累積%
1	987	49.37	987	49.37
2	370	18.51	1357	67.88
3	177	8.85	1534	76.74
4	103	5.15	1637	81.89
5	75	3.75	1712	85.64
6	43	2.15	1755	87.79
7	32	1.6	1787	89.39
8	37	1.85	1824	91.25
9	28	1.4	1852	92.65
10	20	1	1872	93.65
11	15	0.75	1887	94.4
12	14	0.7	1901	95.1
13	12	0.6	1913	95.7
14	10	0.5	1923	96.2
15	7	0.35	1930	96.55
16	8	0.4	1938	96.95
17	9	0.45	1947	97.4
18	5	0.25	1952	97.65
19	3	0.15	1955	97.8
20	5	0.25	1960	98.05
21	3	0.15	1963	98.2
22	2	0.1	1965	98.3
24	6	0.3	1971	98.6
25	3	0.15	1974	98.75
26	1	0.05	1975	98.8
28	3	0.15	1978	98.95
29	1	0.05	1979	99
31	1	0.05	1980	99.05
32	1	0.05	1981	99.1
34	1	0.05	1982	99.15
35	1	0.05	1983	99.2
36	2	0.1	1985	99.3
39	3	0.15	1988	99.45

48	1	0.05	1989	99.5
49	1	0.05	1990	99.55
50	1	0.05	1991	99.6
51	1	0.05	1992	99.65
53	1	0.05	1993	99.7
57	1	0.05	1994	99.75
61	1	0.05	1995	99.8
67	1	0.05	1996	99.85
145	1	0.05	1997	99.9
149	1	0.05	1998	99.95
236	1	0.05	1999	100

(図 2-3 2016 年抽出語 プロット)



上掲の図より、2015 年の分析同様、スクリープロット法の応用を用いて分析対象とする語を選定した。その結果、出現回数 8 回を基準にその右側、出現回数 9 回以上の語を分析対象とした。出現回数が 8 回までの語が全体に占める割合は 91.25%なので、分析に用いる語は全体の 8.75%である。

上記の語に対し、語が出現する場所と回数のパターンを分析する階層的クラスター分析を行った。階層的クラスター分析であるため、クラスター数は自動で設定されている。これがクラスター A である。各クラスターに出現している語の傾向を読み取り、タグを付与し

た。さらに、付与したタグにもとづいたクラスター数の縮減を行い、内容に即したラベルを付与して整理した。これをクラスターBとする。その結果が以下に示す表 2-6 である。

(表 2-6 クラスター分析の要約)

クラスターA	語	タグ	クラスターB	ラベル
1	clinical, patient, compare, have, disorder, BD, study, use, mood, subject, group, difference, datum, state, depressive, show, control, healthy, level, brain	基本用語	I	基本用語、主流研究
2	NAA, pc, UD, mental, +, participant, reduce, cortex, lower, period, match, higher, significantly, drug, depression, treat	脳科学、生化学	I	基本用語、主流研究
3	treatment, lithium, trial, antidepressant, MS, atypical, monotherapy, antipsychotic, therapy, prior	薬物療法、薬理学	II	個別研究
4	diagnosis, other, different, prescription, agent, total, rate	基本用語	II	個別研究
5	use, report, day, hospitalize, CI, glass, BB	BB の効果	II	個別研究
6	suicidal, increase, behavior, deficit, cortical, symptom, severity, acute, psychiatric	自殺研究、他	II	個別研究
7	transition, rest, abnormality, imagery, emotional, assess, affective, general, test, mania, manic, activity, model, overall, sleep, residual, protein, specific, determine	気分変動	II	個別研究
8	MMP9, factor, correlation, measure, marker, function, cognitive, performance, euthymic, impairment, impair, FT, neurocognitive	認知機能	III	周辺研究
9	functional, first, analyze, schizophrenia, include, history,	脳機能、比較研究	III	周辺研究

	current, functioning, psychosis, BD-I, SCZ			
10	individual, evidence, provide, region, identify, perform, potential, analysis, effect, sample, risk, also, association, significant, methylation, DNA, expression, cancer, gene, variant	遺伝子研究、基本用語	IV	複数の研究で用いられる用語
11	cell, PFC, volume, matter, regulation, MDD	脳科学的研究	IV	複数の研究で用いられる用語
12	roll, measure, control, increase, investigate, number, relationship, II, baseline, examine, episode, however, associate, decrease	基本用語	IV	複数の研究で用いられる用語
13	caregiver, burden, time, year, age, population, case, total, stress, interaction, BMI, find, suggest, mechanism, disease, involve, aim, present, important, illness, finding, change	その他	IV	複数の研究で用いられる用語

ここからは各クラスターにどのような語が含まれているのかを概説する。

クラスター1では、brain (脳) という脳を指す語は抽出されているものの、その他の語はどの研究にも用いられる基本的な用語である。そのため、「基本用語」というタグを付した。

クラスター2は、脳の部位に関する語が多く抽出されているが、その他に N アセチルアスパラギン酸 (NAA) や、+といった記号からわかるように、化学物質 (主にカルシウムチャンネルに言及する際に CA+などの表記で用いられる) に使用される語も抽出されている。そのため、脳画像を用いた脳科学的研究ではなく、脳内物質 (BDNF Brain Derived Neurotrophic Factor 脳由来神経栄養因子) を対象とした研究であることがわかる。そのため、クラスター2には「脳科学」「生化学」という2つのタグを付した。しかし、双極性障害研究において一般的に用いられる語や比較対象としての UD (Unipolar Disorder 単極性うつ病) を指す語が含まれていることも後のクラスター縮減の際には考慮する。

次にクラスター3では、気分安定薬を示す MS (Mood Stabilizer 気分安定薬) という語やリチウム、抗うつ薬など薬剤に関する語が語群の中の大半を占めているため、ここには「薬物療法」と「薬理学」というタグを付した。

クラスター4は、目立った特徴語がなく、複数の研究領域で用いられる基本的な語が抽出されているため「基本用語」というタグを付した。

クラスター5 は、特徴的な語として、ブルーライト眼鏡に関する語である BB (Blue-blocking ブルーライトカット) や glass (メガネ) という語が抽出されており、特定研究から語群が抽出されていることがわかる。そのため、ここでは「BB の効果」というタグを付した。

クラスター6 では、自殺に関する研究から語が抽出されている。しかし、症状を指す symptom (症状) や cortical (皮質) といった脳の部位を示す語に関しては自殺研究と直接のつながりは見られなかったため、「自殺研究」と「他」という2つのタグを付した。

クラスター7 に目を向けると、感情に関する語、例えば、transition (推移)、emotional (情動的)、affective (感情的)、mania (躁)、manic (躁的) が多く抽出され語群が形成されていることが見て取れる。また、こうした気分、感情の変化の要因となる sleep(睡眠)や activity (活動) などが抽出されていることから、気分変動に関する研究であることがわかる。そのため、ここには「気分変動」というタグを付与した。

クラスター8 では、一部でタンパク質分解酵素を示す語も出現しているが、おおむね脳機能、特に認知機能に関する神経学的な研究で用いられる語群が出現している。そのため、ここでは「認知機能」というタグを付した。

クラスター9 では上記同様、機能に該当する functional (機能的) という語が抽出されているが、ここでは fMRI (functional Magnetic Resonance Imagery 磁気共鳴機能画像法) という語のつながりや、各脳機能のつながりに関する研究で使用されているため、単純に「脳機能」というタグを1つめのタグとして付与した。もう1つ、SCZ (schizophrenia 統合失調症) や BP- I (Bipolar Disorder I 双極 I 型障害) という語が抽出されている。これらは比較を主眼においた研究であるため、「比較研究」というタグも同時に付与した。

クラスター10 は多くの研究で用いられる一般的な用語の他に、DNA メチル化と発癌に関する研究、遺伝子研究に関する用語が目立ったため、「遺伝子研究」というタグを付したが、一般的な用語も複数抽出されているため、「基本用語」というタグも同時に付した。

クラスター11 は、PFC (prefrontal cortex 前頭皮質) や、中枢神経系の組織である gray matter (灰白質)、white matter (白質) というつながりで頻出する matter という語から「脳科学的研究」というタグを付与した。しかし、脳科学の多くの領域で使用されるため、クラスター2、8、9 とはやや毛色が異なるものである。

クラスター12 は、特徴的な語は抽出されておらず、多くの研究で広く使用される基本的な用語のみであるため、「基本用語」というタグを付した。

最後にクラスター13 では、これまでのクラスターとは異なり、caregiver (介護者) という縁者に関する語が抽出されている。この他、2015年の研究でも見られた BMI (Body Mass Index ボディマス指数) という語も抽出されている。しかし、これらの語を使用した研究に相互のつながりはなく各語の出現頻度も高くないため、雑多な語がひとまとまりに抽出されたと考えるのが妥当である。そのためここでは、「その他」というタグを付した。

以上が各クラスターに対しての概説と、付与したタグの提示である。2015年のテキスト

データに対して行った分析同様、付与したタグを基にクラスター数を縮減した結果、4クラスターで大枠を提示できることが明らかになった。それが表の右側2項目のクラスターBとラベルである。

13に分類されたクラスターの内、クラスター1と2が大分類のクラスターIに、クラスター3から7が大分類のクラスターIIに、クラスター8と9が大分類のクラスターIIIに、残りのクラスター10から13が大分類のクラスターIVに分類された。これらに対し、語の出現数やまとめ、付与したタグを考慮し、クラスターIには「基本用語、主流研究」というラベルを、クラスターIIには「個別研究」というラベルを、クラスターIIIには「周辺研究」というラベルを、クラスターIVには「複数の研究で用いられる用語」というラベルをそれぞれ付与した。

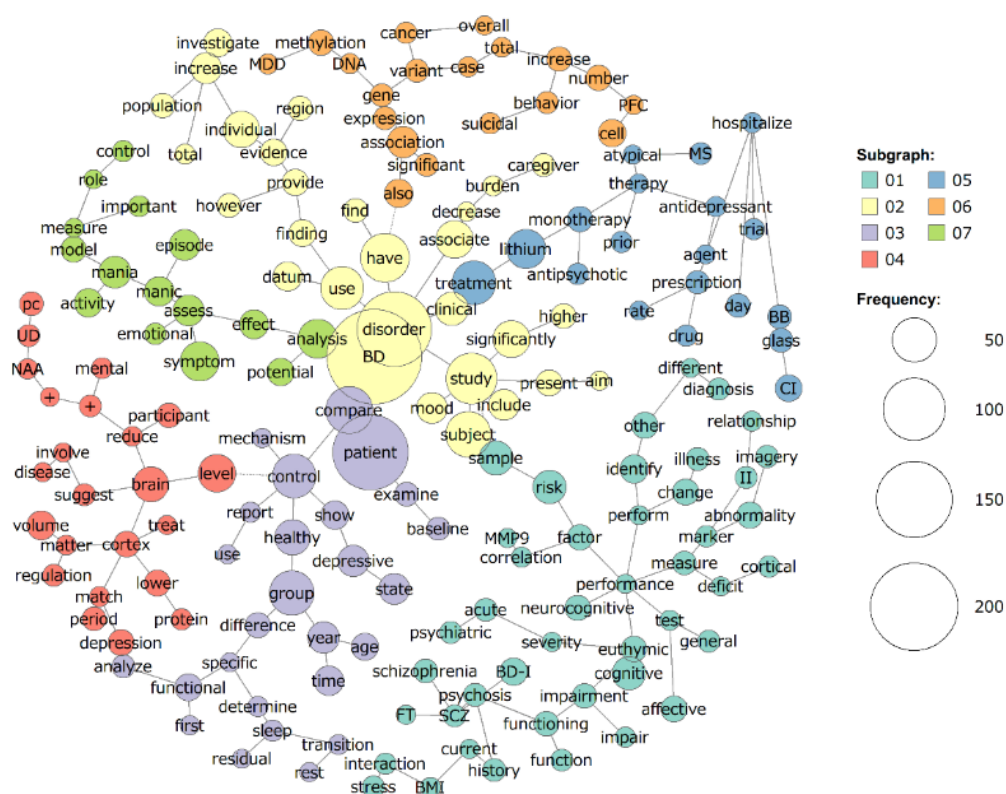
ここまでのクラスター分析と語の出現頻度の分析から、2016年 *Bipolar Disorders* に掲載された原著論文も2015年同様、脳科学的研究を中心に構成されていたと結論づけることができるだろう。しかし、2015年以上に脳に関する研究がその中心を占める割合が増えていることは特筆すべき変化である。また例外的だが、縁者に注目した研究が掲載されていた点も2015年との大きな違いである。しかし、いずれの研究においても数値化、尺度化による研究のみで、質的な研究が掲載されていない点は2015年同様である。

共起ネットワーク分析

ここからは共起ネットワーク分析を用いた考察へと歩みを進める。クラスター分析で得られた結果と比較しつつ、語と語のつながりである共起関係を分析することで全体像を視覚的に把握し、2016年の *Bipolar Disorders* において双極性障害がどのような視点から論じられているのかを明らかにする。

以下に示す図2-4は、最小出現回数9回以上の語を対象に、Jaccard係数0.2以上の語を描画した共起ネットワークである。

(図 2-4 2016 年 共起ネットワーク)



上図では、サブグラフが 7 つ出現しており、クラスター分析よりも細分化されていることがわかる。共起ネットワークのみを拡大した図から、サブグラフ 01 は神経系に関する語と脳の部位に関する語の一部、そして認知機能と遂行機能に関する語が中心となって、その計測や、それらに影響を与える症状、比較対象となる疾患に関する語が共起していることが見て取れる。これらは、クラスター 8、9、大分類のクラスター III に含まれる語が大部分を占めており、神経系と認知機能、遂行機能に関する研究領域で使用された語が共起しているものと言える。

サブグラフ 02 に目を向けると、双極性障害を示す BD (Bipolar Disorder 双極性障害)、disorder (障害) という語が最大の円で描画され、クラスター 1、2、大分類のクラスター I 「基本用語」「主流研究」に該当する語が共起している。ただし、サブグラフからは主流研究である脳科学や生化学的な研究に用いられる語は含まれていないため、基本用語のみでサブグラフが形成されている。こうしたことから、主流研究と基本用語は語の結びつきが異なることが明らかになった。しかし、全ての紐帯を描画すると、これらの語は様々な形で他のサブグラフともつながっており、孤立した語群でないことは注意が必要である。

サブグラフ 03 もサブグラフ 02 同様、基本用語が多く抽出されている。そのため、大分類のクラスター I が 2 つのサブグラフに分かれたものと考えるのが妥当である。

サブグラフ 04 に目を向けると、brain (脳) という語を中心にその他の語が共起していることがわかる。大分類のクラスター I に含まれていた語のうち、脳科学的な研究において使用された語が独立したサブグラフとして描画され、関係する語が共起しているのがサブグラフ 04 なのだ。

次にサブグラフ 05 では、リチウムや抗うつ薬、抗精神病薬といった薬物療法に関する語が共起しており、クラスター 3 に含まれていた語によってサブグラフが形成されている。例外として、ブルーライトカット眼鏡に関する語もこのサブグラフを形成する一部となっているが、これは hospitalization (入院) という語が起点となって共起しているためであり、直接の紐帯はない。

サブグラフ 06 は、DNA メチル化と癌、細胞や自殺に関する研究など複数の個別研究が共起している様子が描画されている。ただし、これらの研究自体に関係があるわけではなく、association (関連性) や increase (増加) など、これらの研究の中で用いられている一般的な語が結節点となっている。そのため、サブグラフ 06 は特定の研究領域ではなく、ある程度のかかわりを持ちながらも独立した研究で使用された語が集まって形成されたものであると言えるだろう。

最後にサブグラフ 07 について言及する。ここでは、manic (躁的)、mania (躁)、symptom (症状)、episode (エピソード)、mood (気分) などの気分症状に関する語と、measure (測定) や effect (効果)、assess (評定) などのそれらの症状の計量にかかわる語が共起しており、基本的な症状の評定に関する語によって共起ネットワークの一部が形成されていることが見て取れる。

ここまでの分析から、2016 年に掲載された原著論文の共起ネットワークは、基本的な語を中心に、紐帯が伸び、周辺に行くにつれ個別研究で用いられた特徴的な語が共起するような同心円構造になっている。2016 年も 2015 年同様、一般的な感情語彙は見られず、医学の言葉によって双極性障害患者の感情が記述されていることが明らかとなった。

2-2-3. 2017 年 *Bipolar Disorders* に対する分析

ここからは 2017 年に *Bipolar Disorders* に掲載された原著論文 62 本に対する分析を行う。特定語の除外などの分析手順は 2015 年、2016 年の分析で行ったものと同様である。

前処理を経てテキストデータ内の語を抽出したところ、総抽出語数は 16,993 (9,332)、異なり語数は 2,792 (2,338)、文の数は 678 という結果となった。総抽出語数、異なり語数の後にカッコで示している数値は実際に分析に使用される語の数である。論文 1 本を 1 つのデータとして扱っているため、データのまとまりを示す H5 の値は 62 となっている。こうした手順を踏み、抽出した語の上位 150 語を以下の表に示した。

(表 2-7 2017 年抽出語 頻出上位 150 語)

抽出語	出現回数		抽出語	出現回数		抽出語	出現回数
bd	276		BMI	25		long - term	15
disorder	132		identify	25		major	15
patient	129		subject	25		observe	15
study	105		change	24		other	15
group	78		higher	24		present	15
use	72		however	24		regression	15
have	69		illness	23		social	15
associate	61		include	23		total	15
symptom	61		rate	23		assessment	14
control	57		state	23		decrease	14
treatment	53		memory	22		different	14
compare	52		network	22		further	14
risk	52		suggest	22		high	14
cognitive	51		BP - I	21		potential	14
clinical	48		model	21		sleep	14
lithium	47		neurocognitive	21		therapy	14
BP	45		response	21		aim	13
year	43		SZ	21		behavior	13
analysis	41		also	20		cluster	13
depression	39		factor	20		depressed	13
participant	38		mania	20		evidence	13
show	37		manic	20		HR	13
difference	36		mixed	20		II	13
FA	34		profile	20		more	13
age	33		reduction	20		negative	13
datum	33		score	20		provide	13
depressive	33		course	19		psychosis	13
functional	33		evaluate	19		relationship	13
time	33		functioning	19		right	13
brain	32		matter	19		Scale	13
examine	32		most	19		suicidal	13
mood	32		woman	19		base	12
significantly	32		class	18		domain	12
individual	31		greater	18		improve	12
outcome	31		imaging	18		irritability	12
increase	30		impairment	18		lower	12
severity	30		reveal	18		offspring	12
significant	30		week	18		overall	12
healthy	29		finding	17		performance	12
investigate	29		youth	17		period	12
assess	28		connectivity	16		region	12
effect	28		feature	16		remain	12
HC	28		find	16		suicide	12
episode	27		history	16		WM	12

sample	27		longitudinal	16		adult	11
volume	27		more	16		area	11
association	26		processing	16		biomarker	11
level	26		variable	16		conduct	11
measure	26		emotion	15		correlate	11
baseline	25		function	15		current	11

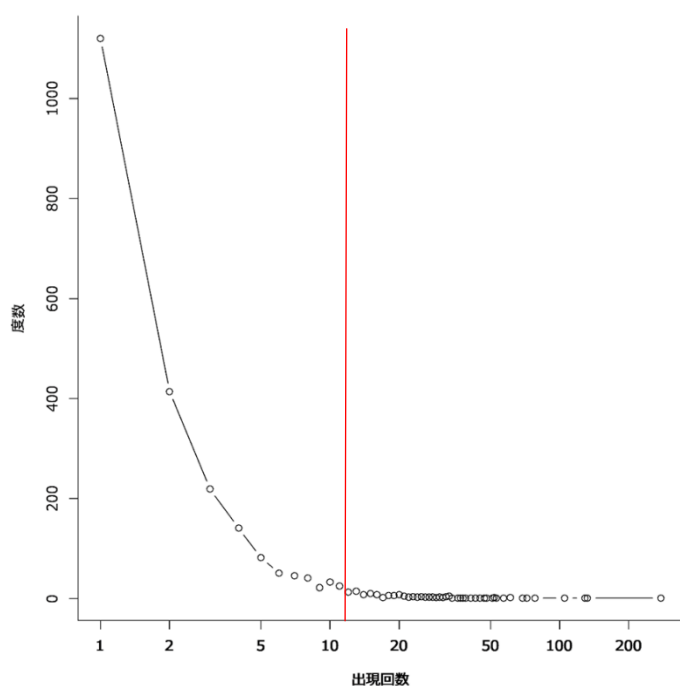
次に抽出語を出現頻度ごとにまとめた度数分布表とそのプロットを示す。

(表 2-8 2017 年抽出語 度数分布表)

出現回数	度数	%	累積度数	累積%
1	1120	47.9	1120	47.9
2	414	17.71	1534	65.61
3	219	9.37	1753	74.98
4	141	6.03	1894	81.01
5	82	3.51	1976	84.52
6	51	2.18	2027	86.7
7	46	1.97	2073	88.67
8	41	1.75	2114	90.42
9	22	0.94	2136	91.36
10	33	1.41	2169	92.77
11	25	1.07	2194	93.84
12	13	0.56	2207	94.4
13	15	0.64	2222	95.04
14	8	0.34	2230	95.38
15	10	0.43	2240	95.81
16	8	0.34	2248	96.15
17	2	0.09	2250	96.24
18	6	0.26	2256	96.49
19	6	0.26	2262	96.75
20	8	0.34	2270	97.09
21	5	0.21	2275	97.31
22	3	0.13	2278	97.43
23	4	0.17	2282	97.6
24	3	0.13	2285	97.73
25	4	0.17	2289	97.9

26	3	0.13	2292	98.03
27	3	0.13	2295	98.16
28	3	0.13	2298	98.29
29	2	0.09	2300	98.37
30	3	0.13	2303	98.5
31	2	0.09	2305	98.59
32	4	0.17	2309	98.76
33	5	0.21	2314	98.97
34	1	0.04	2315	99.02
36	1	0.04	2316	99.06
37	1	0.04	2317	99.1
38	1	0.04	2318	99.14
39	1	0.04	2319	99.19
41	1	0.04	2320	99.23
43	1	0.04	2321	99.27
45	1	0.04	2322	99.32
47	1	0.04	2323	99.36
48	1	0.04	2324	99.4
51	1	0.04	2325	99.44
52	2	0.09	2327	99.53
53	1	0.04	2328	99.57
57	1	0.04	2329	99.62
61	2	0.09	2331	99.7
69	1	0.04	2332	99.74
72	1	0.04	2333	99.79
78	1	0.04	2334	99.83
105	1	0.04	2335	99.87
129	1	0.04	2336	99.91
132	1	0.04	2337	99.96
276	1	0.04	2338	100

(図 2-5 2017 年抽出語 プロット)



上掲の図 2-5 より、2015 年、2016 年の分析同様、スクリープロット法の応用を用いて分析対象とする語を選定した。その結果、出現回数 11 回を基準にその右側、出現回数 12 回以上の語を分析対象とした。出現回数が 11 回までの語が全体に占める割合は 93.84%なので、分析に用いる語は全体の 6.16%である。

上記の語に対し、語が出現する場所と回数のパターンを分析する階層的クラスター分析を行った。階層的クラスター分析であるため、クラスター数は自動で設定されている。これがクラスター A である。各クラスターに出現している語の傾向を読み取り、タグを付与した。さらに、付与したタグにもとづいたクラスター数の縮減を行い、内容に即したラベルを付与して整理した。これをクラスター B とする。その結果が以下に示す表 2-9 である。

(表 2-9 クラスター分析の要約)

クラスターA	語	タグ	クラスターB	ラベル
1	HR, suicide, suicidal, risk, higher, state, mixed, depressive, major, II, subject, history, cluster, depressed, illness, high, factor, more	双極 II 型障害と自殺	I	自殺研究

2	WM, imaging, matter, FA, region, individual, investigate, most, suggest, right, observe, brain, volume, lithium, long-term, find,	主流研究	II	主流研究
3	associate, use, have, study, bd, disorder, group, difference, patient, compare, show, control, healthy	基本用語	III	基本用語
4	level, effect, baseline, response, Scale, severity, mania, change, depression, week, mood, episode, clinical, outcome, symptom, treatment, manic, negative, feature, more	尺度	IV	尺度
5	processing, emotion, BP- I , youth, BP	複数研究で 用いられる用語	V	複数研究で 用いられる用語
6	functioning, longitudinal, time, course, behavior, sample, finding, evaluate, measure, score, overall, variable, social, aim, participant, greater	複数研究で 用いられる用語	V	複数研究で 用いられる用語
7	relationship, SZ, lower, regression, model, include, HC, decrease, total, reveal	比較研究	V	複数研究で 用いられる用語
8	association, BMI, offspring, significant,	複数研究で 用いられる用語	V	複数研究で 用いられる用語

	significantly, datum, further, rate, year, age, analysis, examine, however, also			
9	impairment, performance, cognitive, memory, function	脳科学的学研究	VI	個別研究
10	remain, identify, base, psychosis, class, irritability	周辺の症状	VI	個別研究
11	potential, connectivity, network, functional, profile, domain, present, increase, evidence, provide	脳科学的学研究	VI	個別研究
12	women, other, assess, sleep, assessment, improve, reduction, different, therapy, period, neurocognitive	その他	VI	個別研究

ここからは各クラスターにどのような語が含まれているのかを概説する。

クラスター1では、自殺に関する語と、双極Ⅱ型障害のうつエピソードに関する語が中心となって語群が形成されていることが見て取れる。これは近年明らかになってきた双極Ⅱ型障害の自殺率の高さに関する研究がその中心にあると考えられる。そのため、クラスター1には「双極Ⅱ型障害と自殺」というタグを付与した。

クラスター2では、brain (脳) や白質を示す white matter (白質) の略語である WM、そしてそれらと関係のある神経線維の異方性を示す FA (fractional anisotropy 異方性) などが中心となって語群を形成していることがわかる。こうした脳科学的な研究は今日の双極性障害研究のメインストリームである。この他に双極性障害の第一選択薬であるリチウムが含まれている。これらのことから、クラスター2は双極性障害の主流研究領域で頻出する語が選出されていると言えるだろう。そのためクラスター2には「主流研究」というタグを付した。

クラスター3は、双極性障害を示す bd (bipolar disorder) という語を中心に、様々な研究で使用される基本的な用語が選出されている。こうしたことから、クラスター3には「基本

用語」というタグを付した。

クラスター4に目を移すと、Scale (尺度) という語が象徴するように、双極性障害の中核症状である mania (躁)、depression (うつ)、それらの変化や、深刻度を示す語など、計測、尺度化に用いられる語が頻出していることがわかる。そのため、クラスター4には「尺度」というタグを付与した。これらは特定研究のみではなく、多くの研究で用いられる語である。

クラスター5では、双極性障害を示す BP (Bipolar Disorder) という語が抽出されているが、クラスター3で抽出された bd とは異なり、双極 I 型障害に特化した研究が中心に抽出されている。この他、emotion (情動) と processing (処理) という語が強い結びつきを持って抽出されているが、BP (Bipolar Disorder)、BP-I (Bipolar type I) との直接の関係は見出せなかった。そのため、クラスター5には双極 I 型障害に関する研究と感情処理に関する研究で用いられる語が抽出されていることがわかる。しかし、これらは多くの研究で言及されているので、「複数研究で用いられる用語」というタグを付与した。

クラスター6も、クラスター4同様、score (尺度) や time (期間)、measure (計測) など計測、尺度に関する語が抽出されている。その他に抽出されている語も特定の研究領域を示す特徴的な語は抽出されていない。そのため、「複数研究で用いられる用語」というタグを付した。

クラスター7は、回帰モデルを示す regression (回帰)、model (モデル) といった分析に関する語の他に、統合失調症を示す SZ (Schizophrenia 統合失調症) や健康な対照群を示す HC (Healthy Control 健常対照) といった語が抽出されていることから、比較研究から語が抽出されていると考えられる。そのため、「比較研究」というタグを付したが、こうした比較は一般的なものであり、特殊な比較研究ではない。

クラスター8では、BMI (Body Mass Index ボディマス指数) という一見特徴的な語が抽出されているが、2017年の研究では多くの研究で言及されており、2015年の分析で見たように特定の研究を指すものではない。その他に抽出されている語も多くの研究で使用される基本的な語であるため、ここには「複数研究で用いられる用語」というタグを付した。

クラスター9では、認知機能やワーキングメモリーとその損傷に関する語のみが抽出されている。脳を直接的に表す語は抽出されていないが、これらの多くは脳機能に関する用語なので、クラスター9には「脳科学的研究」というタグを付した。

クラスター10は、精神病症状を示す psychosis (精神病症状) や易怒性を示す irritability (易怒性) といった語が特徴的な語として抽出されている。これらの語は、双極性障害の中核症状を示す語ではないが、周辺的な症状を示す語であり、その他に抽出されている語は複数の研究で用いられる語であるため、「周辺の症状」というタグを付与した。

クラスター11では、複数研究で用いられる語が多く抽出されているように見えるが、connectivity (連結性) や network (ネットワーク)、functional (機能的) などは主に脳科学的な研究において使用される語である。そのため、ここには「脳科学的研究」というタグを付した。

クラスター12は、複数の研究から語が抽出されていることがうかがえる。women (女性) という語は被験者の属性を示す語であると同時に産褥期精神病の研究などの特定の研究でも使用されている。また睡眠に関する研究や、neurocognitive (神経認知) という語からもわかるように神経認知に関する研究からも語が抽出されている。このように、クラスター12は様々な研究から語が抽出され、領域を特定することが難しいため、ここでは「その他」のタグを付した。

以上が各クラスターに対しての概説と、付与したタグの提示である。これまでの分析同様、付与したタグを基にクラスター数を縮減した結果、6クラスターで大枠を提示できることが明らかになった。それが表の右側2項目のクラスターBとラベルである。

12に分類されたクラスターの内、クラスター1は大分類のクラスターIにクラスター2は大分類のクラスターIIに、クラスター3は大分類のクラスターIIIに、クラスター4は大分類のクラスターIVに、クラスター5から8までが大分類のクラスターVに、残りのクラスター9から12までが大分類のクラスターVIに分類された。大分類のクラスターIからVIに対しそれぞれ、「自殺研究」「主流研究」「基本用語」「尺度」「複数研究で用いられる用語」「個別研究」というラベルを付与した。

ここまでのクラスター分析と語の出現頻度の分析から、2017年の *Bipolar Disorders* に掲載された原著論文は、2015年、2016年同様、脳科学的研究を中心にした研究によって構成されていることが明らかになった。また、2015年、2016年以上に脳科学的見地からの研究が目立った。2016年とは異なり、縁者に関する研究はクラスター分析からは確認できなかった。2015年、2016年と異なる点として、双極II型障害と自殺の関係に注目した研究が抽出されたことが挙げられる。また、尺度に関する語群が独立したクラスターとして出現したことも2017年の特徴である。

共起ネットワーク分析

ここからは2015年、2016年に行った分析同様、共起ネットワーク分析を行う。以下に示す図2-6は、最小出現回数12回以上の語を対象に、Jaccard係数0.2以上の語を描画した共起ネットワークである。

を付した、クラスター5、7 で出現していた語が中心となってネットワークが形成されていることがわかる。一部例外として、右側上部では、神経繊維の異方性を指す FA (fractional anisotropy 異方性) という語を中心に白質 (White Matter WM) などの脳に関連する語が共起している。これはクラスター2、大分類のクラスターII「主流研究」に含まれていた語である。

サブグラフ 03 では、episode (エピソード)、depressive (抑うつ的)、mixed state (混合状態) など双極性障害の中核症状を表す語を中心に、双極II型障害と自殺リスクに関する研究で用いられた語が共起している。また、Scale (尺度) や score (点) といった数値化、尺度化に関する語もやや距離はあるが同じサブグラフ内で共起している。これらはそれぞれクラスター1 とクラスター4 に出現した語である。こうした共起関係から、中核症状と自殺リスクが個々のエピソードの分析からではなく、尺度を用いた方法によって研究されていることがわかる。

サブグラフ 04 も上記のサブグラフ 03 についての分析同様、symptom (症状)、mood (気分) といった気分症状に関する語が出現している。特に mood はサブグラフ 03 のエピソードとも紐帯を結んでおり、サブグラフ 03 と 04 の間にもつながりがあることが示唆されている。大きな違いは、サブグラフ 03 が自殺研究に関する語と共起していたのに対し、サブグラフ 04 では、第一選択薬であるリチウムや治療といった語とこれら気分症状に関する語が共起している点である。また、機能やそのネットワーク、つながりに関する語も共起している。これらの語は symptom が枝分かれした先にあるため、気分症状が機能的な問題を引き起こすことを示唆していると言えるだろう。

最後にサブグラフ 05 に言及する。ここでは、「複数研究で用いられる用語」というタグを付したクラスター8 に分類された語がネットワークの大部分を占めており、個々の研究を示すような特徴的な語は共起していない。そのため、調査報告、論文執筆に多用される語がまとまって共起したものだと考えられる。

2017 年の *Bipolar Disorders* に掲載された原著論文に対する共起ネットワーク分析の総括へと移ろう。これまでの分析を通して、語の共起パターンはおおむね 2016 年の原著論文に対して行った分析の結果と同様、基本用語を中心に個別の研究、調査、論文執筆に関する語が周辺に布置される構造を示していた。2016 年との違いはサブグラフ数自体が少なく、脳科学的な研究や、神経学的な研究が目立ったサブグラフとして描画されなかった点にある。2017 年の共起ネットワークにおいては、脳科学的研究、神経学的な研究に用いられる語が基本用語と同じサブグラフ内で共起しており、こうした研究領域が双極性障害研究の基本的な研究になっていることを示唆している。また、2017 年も 2015 年、2016 年同様、一般的な感情語彙は出現していない。これも前年、前々年同様だが、ここまで「回復」に該当する語が出現していない点も注目すべき結果であり、治療という語が全ての年で出現しているにもかかわらず、「回復」「改善」への言及が研究の主眼に置かれていない可能性を示唆するものである。

2-2-4. 2018年 *Bipolar Disorders* に対する分析

ここからは2018年の *Bipolar Disorders* に掲載された原著論文47本に対する分析へと考察を進める。特定語の除外などの分析手順はこれまでの分析で行ったものと同様である。

前処理を経てテキストデータ内の語を抽出したところ、総抽出語数は13,449 (7,275)、異なり語数は2,415 (1,962)、文の数は523という結果となった。総抽出語数、異なり語数の後にカッコで示している数値は実際に分析に使用される語の数である。論文1本を1つのデータとして扱っているため、データのまとまりを示すH5の値は47となっている。こうした手順を踏み抽出した語の上位150語を以下の表に示した。

(表 2-10 2018年抽出語 頻出上位150語)

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
bd	247	subject	18	course	12
disorder	124	aim	17	current	12
patient	108	illness	17	demonstrate	12
group	83	individual	17	duration	12
study	72	other	17	lower	12
have	69	sample	17	monitor	12
treatment	64	volume	17	psychiatric	12
use	60	also	16	psychotic	12
lithium	54	cortical	16	serum	12
compare	51	drug	16	suicide	12
control	49	evidence	16	trial	12
mood	46	find	16	change	11
associate	44	guideline	16	day	11
symptom	44	higher	16	evaluate	11
clinical	40	impairment	16	impact	11
year	38	manic	16	important	11
cognitive	36	month	16	impulsivity	11
difference	36	suggest	16	more	11
age	33	association	15	perform	11
depression	33	depressed	15	prefrontal	11
healthy	32	feature	15	provide	11
level	32	greater	15	reduce	11
brain	29	onset	15	RR	11
significant	29	placebo	15	severe	11
time	29	schizophrenia	15	sex	11
analysis	28	state	15	week	11
mania	28	adult	14	amygdala	10
effect	27	assess	14	caregiver	10
risk	27	follow	14	euthymic	10
finding	25	functional	14	first	10
show	25	gyrus	14	Group	10
CI	24	history	14	however	10

include	24		intervention	14		index	10
examine	23		investigate	14		inpatient	10
participant	23		measure	14		magnetic	10
use	23		rate	14		outcome	10
episode	22		sleep	14		oxidative	10
increase	21		temperament	14		past	10
response	21		adolescent	13		predictor	10
score	20		diagnosis	13		regression	10
significantly	20		imaging	13		research	10
depressive	19		medication	13		activation	9
determine	19		model	13		analyze	9
cortex	18		monitoring	13		anxiety	9
datum	18		predict	13		area	9
HC	18		present	13		BDNF	9
health	18		rating	13		class	9
identify	18		stress	13		conduct	9
psychosis	18		affective	12		factor	9
region	18		connectivity	12		function	9

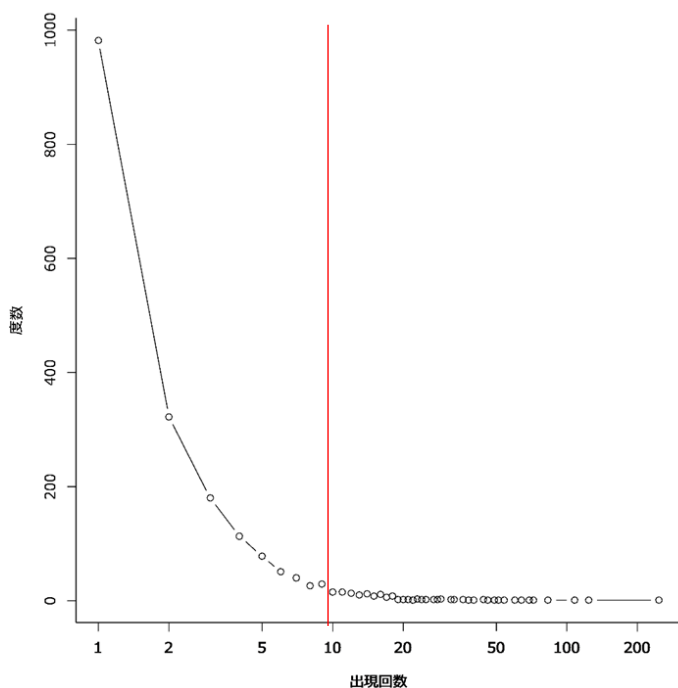
次に抽出語を出現頻度ごとにまとめた度数分布表とそのプロットを示す。

(表 2-11 2018 年抽出語 度数分布表)

出現回数	度数	%	累積度数	累積%
1	982	50.05	982	50.05
2	322	16.41	1304	66.46
3	180	9.17	1484	75.64
4	113	5.76	1597	81.4
5	78	3.98	1675	85.37
6	51	2.6	1726	87.97
7	40	2.04	1766	90.01
8	26	1.33	1792	91.34
9	29	1.48	1821	92.81
10	15	0.76	1836	93.58
11	15	0.76	1851	94.34
12	13	0.66	1864	95.01
13	10	0.51	1874	95.51
14	12	0.61	1886	96.13
15	8	0.41	1894	96.53
16	11	0.56	1905	97.09

17	6	0.31	1911	97.4
18	8	0.41	1919	97.81
19	2	0.1	1921	97.91
20	2	0.1	1923	98.01
21	2	0.1	1925	98.11
22	1	0.05	1926	98.17
23	3	0.15	1929	98.32
24	2	0.1	1931	98.42
25	2	0.1	1933	98.52
27	2	0.1	1935	98.62
28	2	0.1	1937	98.73
29	3	0.15	1940	98.88
32	2	0.1	1942	98.98
33	2	0.1	1944	99.08
36	2	0.1	1946	99.18
38	1	0.05	1947	99.24
40	1	0.05	1948	99.29
44	2	0.1	1950	99.39
46	1	0.05	1951	99.44
49	1	0.05	1952	99.49
51	1	0.05	1953	99.54
54	1	0.05	1954	99.59
60	1	0.05	1955	99.64
64	1	0.05	1956	99.69
69	1	0.05	1957	99.75
72	1	0.05	1958	99.8
83	1	0.05	1959	99.85
108	1	0.05	1960	99.9

(図 2-7 2018 年抽出語 プロット)



上掲の図 2-7 より、これまで同様、スクリープロット法の応用を用いて分析対象とする語を選定した。その結果、出現回数 9 回を基準にその右側、出現回数 10 回以上の語を分析対象とした。出現回数が 9 回までの語が全体に占める割合は 92.81%なので、分析に用いる語は全体の 7.19%である。

上記の語に対し、語が出現する場所と回数のパターンを分析する階層的クラスター分析を行った。階層的クラスター分析であるため、クラスター数は自動で設定されている。これがクラスター A である。各クラスターに出現している語の傾向を読み取り、タグを付与した。さらに、付与したタグにもとづいたクラスター数の縮減を行い、内容に即したラベルを付与して整理した。これをクラスター B とする。その結果が以下に示す表 2-12 である。

(表 2-12 クラスター分析の要約)

クラスターA	語	タグ	クラスターB	ラベル
1	sample, history, investigate, temperament, suicide, impulsivity, rating, participant, adolescent	思春期の自殺	I	主流研究
2	gyrus, cortex, volume, brain, region, cortical,	脳科学的研究	I	主流研究

	imaging, magnetic			
3	connectivity, affective, amygdala, prefrontal, cognitive, functional	脳科学的研究	I	主流研究
4	patient, have, use, study, bd, disorder, group, clinical, control, finding, healthy, analysis, significantly, difference, age, compare	基本用語	II	基本用語
5	past, psychosis, psychotic, impairment, schizophrenia, current	精神病症状	III	個別研究
6	stress, oxidative, state, depressed, euthymic, however, severe, more, feature, reduce	酸化ストレス	III	個別研究
7	lithium, provide, level, serum, guideline, monitoring, monitor	リチウム治療	IV	共通用語
8	sleep, predictor, identify, depressive, determine, Group, adult, diagnosis	睡眠研究	IV	共通用語
9	episode, course, intervention, important, predict, datum, illness, month, duration, sex, onset, model, rate, day	複数研究で 用いられる用語	IV	共通用語
10	regression, CI, psychiatric, medication, lower, RR, use, drug	複数研究で 用いられる用語	IV	共通用語
11	health, caregiver,	縁者研究、複数研究で	IV	共通用語

	evidence, research, impact, HC, score, measure, individual, associate, greater, examine, placebo, trial, mania, treatment, depression, effect, also	用いられる用語		
12	subject, manic, change, index, year, time, increase, include, suggest, present, aim, find, risk, higher, association, follow, inpatient, evaluate, week, outcome, show, perform, assess, significant, demonstrate, response, other, first, mood, symptom	複数研究で 用いられる用語	IV	共通用語

ここからは各クラスターにどのような語が含まれているのかを概説する。

クラスター1では、suicide（自殺）、impulsivity（衝動性）という自殺と衝動性に関する語が抽出されている。また、これまでの分析では見られなかった思春期を示す、adolescent（思春期）という語が抽出されていることも注目に値する。history（歴）という語も家族歴や、精神病症状の有無といった語と共起しており、特定世代の患者における自殺の動向を対象とした研究であることがわかる。そのため、クラスター1には「思春期の自殺」というタグを付与した。こうした研究は小児双極性障害に代表される世代別に双極性障害を考察するという今日の動向を反映したものと考えられる。

クラスター2に目を向けると、脳を指すbrain（脳）という語を中心にgyrus（帯）、cortex（皮質）、cortical（皮質）といった脳の各部位を指す語が抽出されている。こうしたことから、これまでの分析同様、脳科学的な研究が行われていることがわかる。クラスター2には「脳科学的研究」というタグを付した。

クラスター3もクラスター2同様、脳の各部位に関する語が抽出されている。クラスター2との違いは、これらが認知機能との関係を論じる語として抽出されている点である。クラスター3にも「脳科学的研究」というタグを付与しているが、クラスター2が脳の部位の容

積や、画像研究であるのに対し、クラスター3で問題にしているのは各部位のつながりと認知機能を対象とした研究であることは注意が必要である。

クラスター4は、双極性障害を示すbdという語を中心に、多くの研究で用いられる基本的な用語によって語群が形成されており、特定の研究を示す特徴的な語は含まれていない。そのため、クラスター4には「基本用語」というタグを付した。

クラスター5では psychosis (精神病症状)、psychotic (精神病的)、schizophrenia (統合失調症) という統合失調症に代表される精神病症状に関する語によって語群が形成されている。そのためここには「精神病症状」というタグを付した。

クラスター6は、2種類の語群によってクラスターが形成されている。1つは state (状態) 以下に示されている双極性障害のうつ状態や無症状期を指す depressed (うつ状態)、 euthymic (無症状の) などの語である。これらは基本的な用語であり、特定の研究を示唆するものではない。もう1つの stress (ストレス) と oxidative (酸化) は強く結びついた語で、酸化ストレスを示す。酸化ストレスは神経変性疾患におけるバイオマーカーとして注目されるものである。双極性障害に限定して言えば、神経炎症との関係が考えられる。基本的な用語である語群と酸化ストレスの共起を見たところ、強い結びつきは確認できなかった。そのためここでは後者に注目し、「酸化ストレス」というタグを付した。

クラスター7では、リチウム、特に血中リチウム濃度のモニタリングに関する研究が guideline (ガイドライン) という語と同時に抽出されている。このことから、リチウム処方とその注意点に関する研究から語が抽出され、語群が形成されていると考えられる。そのため、クラスター7には「リチウム治療」というタグを付した。リチウムは双極性障害の第一選択薬であるが、有効域の血中濃度の管理が難しく、定期的なモニタリングが必要であることから、こうした研究が行われているものと考えられる。

クラスター8において特徴的な語は睡眠を示す sleep (睡眠) と predictor (予測因子) であり、これらが強い結びつきを持って共起している。その他の語は基本的な用語であり、sleep、predictor との結びつきは弱いものであった。そのためクラスター8には「睡眠研究」というタグを付与した。睡眠と症状の予測因子の関係については、2016年の「気分変動」のタグを付した研究でも関係が見られる。また、2015年の「バイオマーカー」のタグを付した研究でも抽出されている語であり、重要な要素であることがわかる。

クラスター9から特定研究を示唆する特徴的な語は確認できなかった。これはクラスター10、クラスター11、クラスター12においても同様であった。そのためこれら3クラスターには「複数研究で用いられる用語」というタグを付した。ただし、クラスター11のみ caregiver (介護者) という語が含まれており、これは2016年の研究にも見られた語である。そのため、クラスター11のみ「縁者研究」というタグも同時に付した。

以上が各クラスターに対しての概説と、付与したタグの提示である。これまでの分析同様、付与したタグを基にクラスター数を縮減した結果、4クラスターで大枠を提示できることが明らかになった。それが表の右側2項目のクラスターBとラベルである。

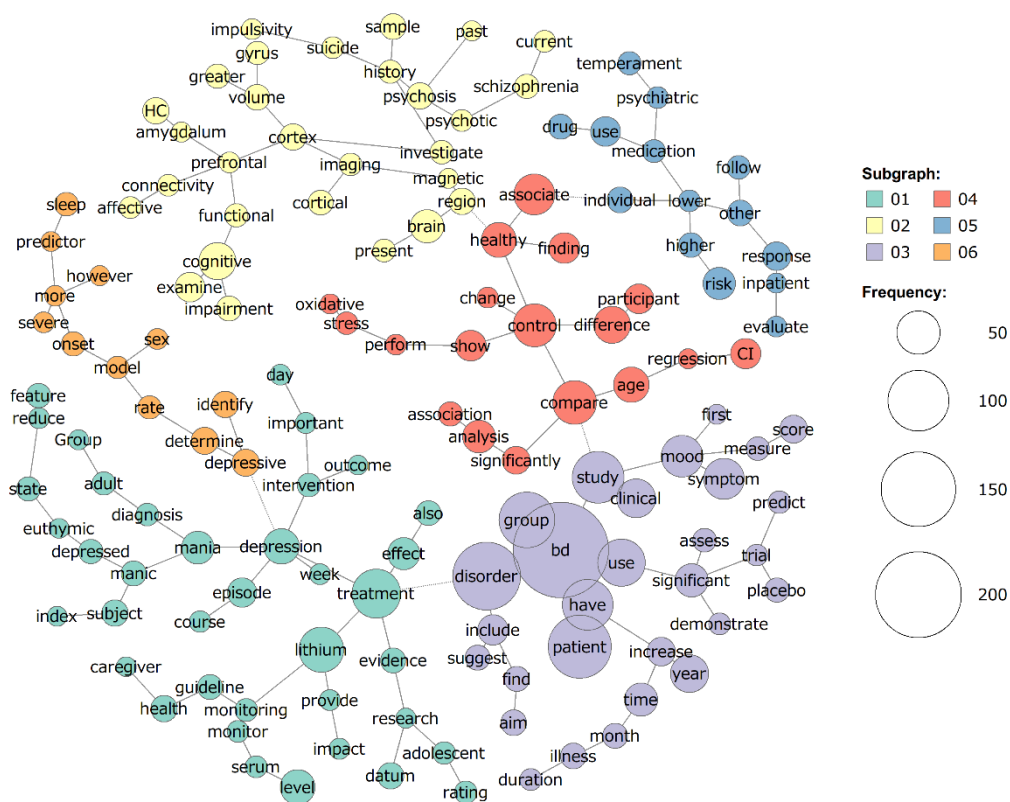
12 に分類されたクラスターの内、クラスター1 から 3 は大分類のクラスター I に属し、ここには「主流研究」というラベルを付与した。クラスター4 は、単独で大分類のクラスター II に分類され、ここには「基本用語」というラベルを付した。クラスター5 と 6 は大分類のクラスター III に分類された。ここには「個別研究」というラベルを与えた。クラスター7 から 12 が大分類のクラスター IV に分類された。クラスター7 と 8 はリチウムや睡眠といった個別の研究を含むものだが、双極性障害の研究においては一般的なトピックであるので、クラスター9 から 12 のタグとの関係を鑑みて、「共通用語」というラベルを付した。

ここまでのクラスター分析と語の出現頻度の分析から、2018 年の *Bipolar Disorders* に掲載された原著論文は、これまで同様、脳科学的研究を中心とした研究によって構成されていることが明らかになった。主流研究というラベルを付与したクラスターの大部分を脳科学的研究が占めていることは特筆すべきである。この他、世代に注目した研究が 1 つのクラスターとして抽出されたこともこれまでの 2015 年から 2017 年の分析には見られなかったことであり、2018 年の研究動向の特徴として捉えることができるだろう。

共起ネットワーク分析

ここからはこれまでの 2015 年から 2017 年のデータに対して行った分析同様、共起ネットワーク分析を行う。以下に示す図 2-8 は、最小出現回数 10 回以上の語を対象に、Jaccard 係数 0.2 以上の語を描画した共起ネットワークである。

(図 2-8 2018 年 共起ネットワーク)



上図から、6つのサブグラフが描画されていることがわかる。大分類のクラスター分析では、4つのクラスターに分類したことから、ややサブグラフの方が細かい分類になっていると言えるだろう。それでは個々のサブグラフに対する考察を始めよう。

サブグラフ 01 では、treatment (治療) という治療を表す語を中心に効果を示す effect (効果)、第一選択薬である lithium (リチウム)、うつを示す depression (うつ)、そして evidence (エビデンス) へと紐帯が伸びている。これは治療という語が中心になって治療効果や、調査のエビデンス、どのような状態に対しての治療なのかといった薬物療法に関する語が共起していることを示すものである。先述のクラスター分析において大分類のクラスターIVに分類した語が、クラスター7の「リチウム治療」を中心に多く共起していることも確認できる。こうしたことから、薬物療法に関係する研究で用いられた語がサブグラフ 01 のネットワークを形成しているとみなすことができるだろう。

サブグラフ 02 に視点を移すと、共起している多くの語が脳科学研究に関する語で占められ、脳の部位を示す語や機能に関する語が紐帯を結んでいる。これはクラスター2、3、大分類のクラスターIに含まれる語である。一部例外として investigate (調査する) という語から history (歴) という病歴に関する語が共起し、その先に統合失調症を示す (SZ schizophrenia 統合失調症) という語や精神病症状に関連する語、さらに自殺に関する語が

共起している。自殺に関する語は、脳科学的研究を含むクラスター I に分類された語であり、同一クラスター内の共起である。これに対し、精神病症状に関する語は「個別研究」というラベル付けを行ったクラスター III に含まれる語である。結節点となっている語が investigate (調査する)、history (歴) という語なので、同一サブグラフ内に出現しているが、直接のつながりはないものと思われる。しかし、脳科学的研究と精神病症状に関する研究、自殺に関する研究といった個別の研究が同じサブグラフ内で共起している点は注目すべきで、双極性障害研究におけるメインストリームである研究領域につながりがあることを示唆している可能性がある。

次にサブグラフ 03 と 04 をまとめて概観しよう。サブグラフ 03 は過去 3 年分の分析同様、双極性障害を示す bd という語を中心に出現頻度の高い基本用語が共起している。特筆すべき語などは共起していないが、disorder (障害) がサブグラフ 01 の treatment (治療) へ、study (研究) がサブグラフ 04 の compare (比較) へとつながっている。後者は比較研究が基本的な研究となっていることを示唆するものである。そのため、サブグラフ 04 では healthy control (健常対照) といった対照群を示す語、比較の際に用いられる age (年齢) などの語が含まれている。これはサブグラフ 03 の下部に表れている year (年) なども同種の語であると考えられる。サブグラフ 04 の左端に見られる酸化ストレスを示す oxidative stress (酸化ストレス) といった語は例外的なものだが、サブグラフ 03 と 04 は合わせて双極性障害研究における基本用語が共起していることを示す図なのである。

サブグラフ 05 ではクラスター 10 と 12 「複数研究で用いられる用語」のタグを付した語群が中心となってネットワークが形成されていることがわかる。クラスター分析でははっきりしなかった medication (薬物療法) や inpatient (入院患者) という語が同一サブグラフ内で共起しており、入院患者を対象とした研究であったことが明らかになった。

最後にサブグラフ 06 では睡眠や発症期、性などの語が予測因子を示す predictor (予測因子) という語と共起しているが、depressive (抑うつ的)、determine (判断する)、identify (同定する) といったサブグラフ 01 の近辺に布置されている語に比べ出現頻度も低く、睡眠に関する研究以外の特定の研究内容を読み取れるものとはなっていない。

これまでの分析を通して、2018 年の *Bipolar Disorders* に掲載された原著論文は 2017 年の傾向とは異なり、薬物療法に関する研究と脳科学的な研究の 2 種類の研究によって二分されていたと見ることができるだろう。

サブグラフ 01 ではリチウムに代表される薬物療法に関する語が共起し、サブグラフ 05 でも薬剤に関する語が出現していた。サブグラフ 02 では脳の部位や、機能に関する語が多く出現し、脳科学的研究が 1 つのサブグラフを形成していた。これらサブグラフ 01 と 02 は、基本用語を除く他のサブグラフに比べ語の種類が多く、複数の語が複雑なネットワークを形成していた。これに対しサブグラフ 04 と 06 では特徴的な語が見られず、サブグラフ 03 の基本用語のネットワークの延長上に布置していたと考えられる。こうした基本用語が薬物療法に関する語群のネットワークや脳科学的研究に関する語群のネットワークとのハ

ブとしての役割を担っていたことが共起ネットワークの図から読み取れる。

2017年の共起ネットワークに対する分析で言及したように、2018年の分析においても、一般的な感情語彙および「回復」や「改善」に関する語を見出すことはできなかった。2016年との共通点として caregiver（介護者）という語が出現しているが、2016年の caregiver（介護者）という語が burden（負荷）という語と共起し、縁者の負担に関する言及があったのに対し、2018年の caregiver（介護者）は health（健康）という語と共起しており、縁者の健康問題についての言及とみなすことができる。こうしたことから、患者や疾患そのものに対する研究が主流ではあるものの、縁者へ向かう視線が育ちつつあることも示唆されている。

2-2-5. 2019年 *Bipolar Disorders* に対する分析

年ごとの分析の最後に、2019年の *Bipolar Disorders* に掲載された原著論文 66 本に対する分析を行う。特定語の除外などの分析手順はこれまでの分析で行ったものと同様である。

前処理を経てテキストデータ内の語を抽出したところ、総抽出語数は 12,671 (6,936)、異なり語数は 2,433 (2,042)、文の数は 494 という結果となった。総抽出語数、異なり語数の後にカッコで示している数値は実際に分析に使用される語の数である。論文 1 本を 1 つのデータとして扱っているため、データのまとまりを示す H5 の値は 66 となっている。こうした手順を踏み抽出した語の上位 150 語を以下の表 2-13 に示した。

(表 2-13 2019年抽出語 頻出上位 150 語)

抽出語	出現回数		抽出語	出現回数		抽出語	出現回数
bd	242		type	18		decrease	11
disorder	114		age	17		develop	11
patient	88		also	17		diagnosis	11
symptom	62		functional	17		evidence	11
study	57		HC	17		II	11
mood	56		OR	17		measure	11
have	54		other	17		onset	11
compare	52		region	17		perfusion	11
use	45		sample	17		quality	11
model	43		base	16		scale	11
episode	41		effect	16		support	11
group	41		psychiatric	16		task	11
associate	36		psychotic	16		abnormality	10
clinical	36		stage	16		ACC	10
individual	34		year	16		contact	10
treatment	34		association	15		correct	10
control	33		brain	15		depressive	10
risk	28		CI	15		different	10

analysis	27		response	15		early	10
significantly	27		first	14		major	10
difference	26		hospitalization	14		match	10
depressive	25		marker	14		month	10
healthy	25		psychosis	14		observe	10
include	25		UD	14		prefrontal	10
lithium	24		activation	13		reduce	10
more	24		B	13		stress	10
participant	24		illness	13		suicidal	10
network	23		investigate	13		attempt	9
change	22		outcome	13		baseline	9
feature	22		performance	13		conduct	9
increase	22		score	13		differ	9
assess	21		SCZ	13		follow - up	9
cognitive	21		suicide	13		function	9
datum	21		course	12		ideation	9
show	21		determine	12		IRR	9
subject	21		evaluate	12		life	9
cariprazine	20		factor	12		lower	9
level	20		however	12		mechanism	9
manic	20		lifetime	12		pattern	9
suggest	20		longitudinal	12		perform	9
youth	20		mixed	12		pursuit	9
higher	19		neural	12		similar	9
cortex	18		number	12		AD	8
depression	18		rate	12		BDI	8
find	18		subgroup	12		BDP	8
finding	18		adult	11		childhood	8
identify	18		age	11		common	8
mania	18		aim	11		complete	8
MDD	18		cluster	11		consider	8
significant	18		cortical	11		criterion	8

次に抽出語を出現頻度ごとにまとめた度数分布表とそのプロットを示す。

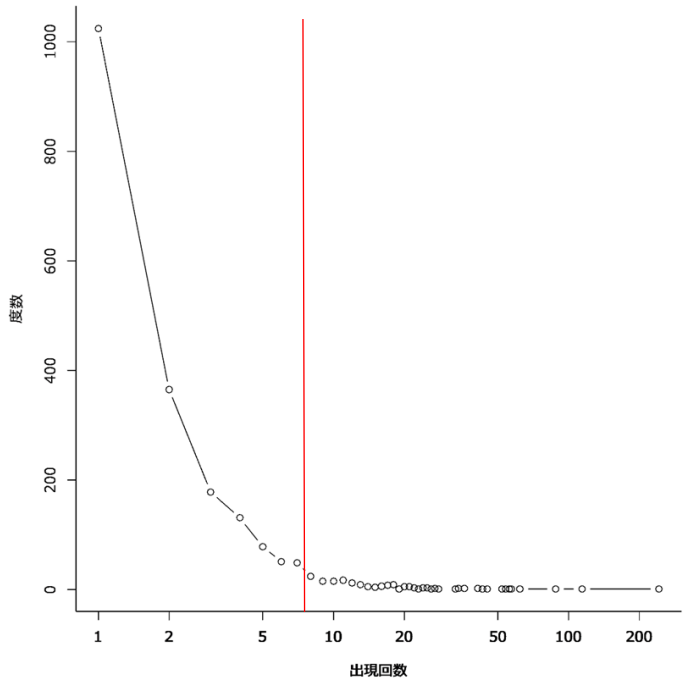
(表 2-14 2019 年抽出語 度数分布表)

出現回数	度数	%	累積度数	累積%
1	1024	50.15	1024	50.15
2	365	17.87	1389	68.02
3	178	8.72	1567	76.74
4	131	6.42	1698	83.15
5	78	3.82	1776	86.97
6	51	2.5	1827	89.47

7	49	2.4	1876	91.87
8	24	1.18	1900	93.05
9	15	0.73	1915	93.78
10	15	0.73	1930	94.52
11	17	0.83	1947	95.35
12	12	0.59	1959	95.94
13	9	0.44	1968	96.38
14	5	0.24	1973	96.62
15	4	0.2	1977	96.82
16	6	0.29	1983	97.11
17	8	0.39	1991	97.5
18	9	0.44	2000	97.94
19	1	0.05	2001	97.99
20	5	0.24	2006	98.24
21	5	0.24	2011	98.48
22	3	0.15	2014	98.63
23	1	0.05	2015	98.68
24	3	0.15	2018	98.82
25	3	0.15	2021	98.97
26	1	0.05	2022	99.02
27	2	0.1	2024	99.12
28	1	0.05	2025	99.17
33	1	0.05	2026	99.22
34	2	0.1	2028	99.31
36	2	0.1	2030	99.41
41	2	0.1	2032	99.51
43	1	0.05	2033	99.56
45	1	0.05	2034	99.61
52	1	0.05	2035	99.66
54	1	0.05	2036	99.71
56	1	0.05	2037	99.76
57	1	0.05	2038	99.8
62	1	0.05	2039	99.85
88	1	0.05	2040	99.9
114	1	0.05	2041	99.95

242	1	0.05	2042	100
-----	---	------	------	-----

(図 2-9 2019 年抽出語 プロット)



上掲の図 2-9 より、スクリープロット法の応用を用いて分析対象とする語を選定した。その結果、出現回数 7 回を基準にその右側、出現回数 8 回以上の語を分析対象とした。出現回数が 7 回までの語が全体に占める割合は 91.87%なので、分析に用いる語は全体の 8.13%である。

上記の語に対し、語が出現する場所と回数のパターンを分析する階層的クラスター分析を行った。階層的クラスター分析であるため、クラスター数は自動で設定されている。これがクラスター A である。各クラスターに出現している語の傾向を読み取り、タグを付与した。さらに、付与したタグにもとづいたクラスター数の縮減を行い、内容に即したラベルを付与して整理した。これをクラスター B とする。その結果が以下に示す表 2-15 である。

(表 2-15 クラスター分析の要約)

クラスター A	語	タグ	クラスター B	ラベル
1	response, neural, performance, activation, task, HC, UD, outcome, develop, stage, functional,	神経生物学	I	主流研究 I

	impairment, cognitive			
2	function, MDD, major, perfusion, AD	脑科学的研究	II	主流研究 II
3	youth, longitudinal, determine, abnormality, HV, cluster, remain, cortical, reduce, ACC, correct, leave, match, region, cortex, prefrontal	脑科学的研究	II	主流研究 II
4	risk, individual, report, level, increase, datum, mood, factor, patient, study, have, bd, disorder, compare, use, base, treatment, clinical, model, mania, more, identify	基本用語	III	基本用語
5	aim, decrease, association, investigate, diagnosis, different, year, age, less	基本用語	III	基本用語
6	control, healthy, significant, group, difference, finding, suggest, also, differ, lithium, stress, effect, evidence, mechanism, observe, network, brain, however, baseline, receive, conduct, analysis, include, pattern, find, examine	基本用語	III	基本用語

7	contact, IRR, SCZ, retinal	統合失調症との比較研究	IV	個別研究
8	consider, feature, early, pursuit, perform, psychosis, psychotic	精神病症状	IV	個別研究
9	higher, rate, first, illness, course, hospitalization, psychiatric, month, follow-up, BDP, linear, age	複数の個別研究	IV	個別研究
10	subject, support, participant, criterion, marker, subgroup, lifetime, onset, item, B, individual, change, show, relationship, assess, spectrum, possible, type, II	複数研究で用いられる用語	IV	個別研究
11	quality, life, score, scale, evaluate, complete, adult, cariprazine, placebo, measure, significantly, associate, similar, depression, common	複数の個別研究	IV	個別研究
12	OR, CI, depressive, manic, episode, depressive, symptom, mixed	気分、状態に関する語	IV	個別研究
13	childhood, lower, number, sample, other, ideation, suicidal, BD I, suicide, attempt	虐待研究、自殺研究	IV	個別研究

ここからは各クラスターにどのような語が含まれているのかを概説する。

クラスター1では、認知機能や、遂行機能といった脳の機能に関連する語を中心に語群が形成されている。また、これらを司る神経を指す neural (神経) という語が抽出されていることから脳と神経系に関連する研究から語が選出されていることがわかる。ただし、response (反応性) という語はこれら脳科学的な語に結びつくのではなく、リチウムと強く結びついており、リチウム反応性について言及する文脈での使用が目立った。ここでは、脳機能と結びつく語は見られるが、脳の各部位を指す語は見られなかったため、「神経生物学」というタグを付した。

クラスター2で注目すべき語は perfusion (灌流) という語である。しかし、灌流を示すのではなく、ここでは脳の特殊な血管造影のことを指している。もう1つはこうした検査によって計測しようとする対象である function (機能) という語が抽出されていることである。この他にうつ病を示す MDD (Major Depressive Disorder 大うつ病性障害) という語が抽出されているが、双極性障害研究において比較対象として頻出するものである。AD という略語は多用されるが、文脈によって様々な使われ方をするものなので、ここではタグ付けの対象外とした。こうしたことから、クラスター2には「脳科学研究」というタグを付した。

クラスター3では、cortical (皮質)、ACC (Anterior Cingulate Cortex 前帯状皮質)、region (領域)、cortex (皮質)、prefrontal (前頭) など脳の各部位を指す語が多く抽出されている。この他に、長期的な調査を示唆する longitudinal (長期にわたる) や、対象の世代を指す youth (若者) といった語、determine (決定する) や abnormality (異常) なども抽出されている。しかし、これらの語は特定の研究と結びつくよりも複数の研究で用いられているため、クラスター3での特徴語は脳の部位である。こうしたことから、「脳科学研究」というタグを付した。

クラスター4、クラスター5、クラスター6では、多くの研究で使用される基本的な語が多く抽出され、気分症状に関する語や、論文記述のための述語、第一選択薬であるリチウムといった語が確認できる。そのため、これら3つのクラスターには「基本用語」というタグを付した。

次にクラスター7に目を向ける。ここでは抽出されている語は4語だが、それぞれ contact (接触)、IRR (Incidence Rate Ratio 発生疾病率) と SCZ (Schizophrenia 統合失調症) retinal (網膜) という2語ずつのまとまりになっている。前者の contact は特定の研究のみでしか使用されていないが、IRR は複数の研究で使用される基本的な用語である。後者は統合失調症と網膜微細血管に関する研究における語のまとまりが抽出されている。そのため、クラスター7には、後者を重視して「統合失調症との比較研究」というタグを付した。

クラスター8は、psychosis (精神病症状)、psychotic (精神病的) という語に象徴されるように、精神病症状について言及している研究から語が抽出されている。early (早期) という語のみ精神病症状を指す語との同一文中における共起が確認できなかったが、その他の

語は精神病症状についてある程度のつながりを見出すことができた。そのため、クラスター8には「精神病症状」というタグを付与した。

クラスター9は複数の研究で使用された語から語群が形成されている。大別すると疾患の経過を示す illness course (病の経過) に関する研究、入院に関する研究、調査法として長期的な追跡調査を用いた研究、精神病症状をとまなう双極性障害の研究である。この他の higher (より高い)、rate (率) などは特定の研究を示すものではなかった。そのためここには「複数の個別研究」というタグを付した。

クラスター10も複数の研究で使用された語から語群が形成されている。しかし、前述のクラスター9と比較した場合、汎用性の高い語が多く抽出され、特定の研究を指すものは、Bという語とつながるリチウムへの治療反応性を計測する尺度である Alda スケールに関する研究のみで、その他に特定の研究との結びつきが強い語は確認できなかった。そのため、クラスター10には「複数研究で用いられる用語」というタグを付した。

クラスター11は、これまでの分析では抽出されることのなかった quality (質) という語が抽出され、life (人生/生活) という語とつながり、QOL (Quality of Life 人生/生活の質) という人生/生活の質に関する言及が見られる。しかしこれは質的な研究を示唆するものではなく、QOLを尺度による数値化した研究にもとづく語である。この他には、cariprazine (カリプラジン) という語に象徴される、統合失調症の治療薬に関する研究が抽出されている。そのため、クラスター11にはクラスター9同様「複数の個別研究」というタグを付した。

クラスター12は、語の特性、出現頻度から見て、特定の研究で用いられた語が抽出されたのではなく、気分エピソード、状態に関する語によって語群が形成されている。これらは多くの研究で使用される一般的な語である。そのため、ここには「気分、状態に関する語」というタグを付与した。

最後に、クラスター13では、幼少期の虐待と双極性障害の関係についての研究から選出された語と、自殺に関する研究から抽出された語の2群から語群が形成されている。そのためここには「虐待研究」と「自殺研究」という2つのタグを付した。

以上が各クラスターに対しての概説と、付与したタグの提示である。これまでの分析同様、付与したタグを基にクラスター数を縮減した結果、4クラスターで大枠を提示できることが明らかになった。それが表の右側2項目のクラスターBとラベルである。

13のクラスターの内、クラスター1は独立したクラスターで、大分類Iとなった。ここには「主流研究I」というラベルを付した。脳科学的研究であるクラスター2とクラスター3は同じ大分類のクラスターIIに分類された。そのためここには「主流研究II」のラベルを付与した。大分類のクラスターIIIに分類されたのは、クラスター4から6で、それぞれ基本用語が抽出されたクラスターだった。そのためここには「基本用語」というラベルを付した。最後に大分類のクラスターIVにはクラスター7から13が含まれる。クラスター10とクラスター12は汎用性の高い一般的な用語によって語群が形成されていたため、個別研究とは言

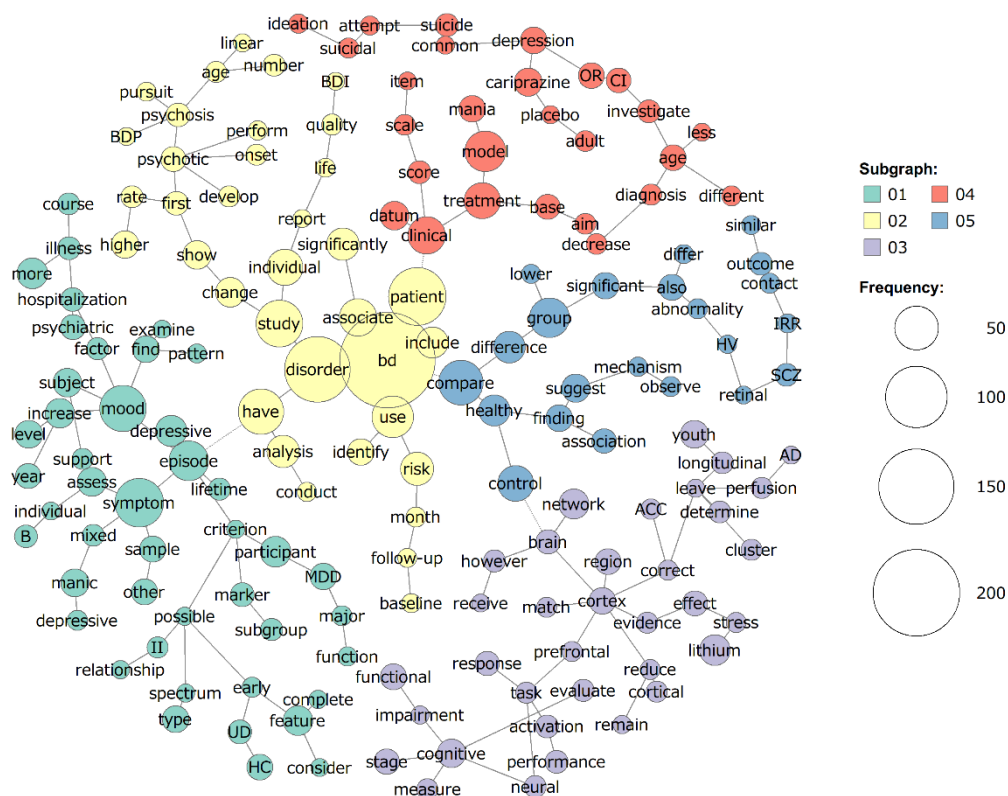
えないが、その他のクラスター7、8、9、11、13は個別の研究から語群が形成されていたため、大分類のクラスターIVには「個別研究」というラベルを与えた。

こうした分析から、2019年の *Bipolar Disorders* に掲載された原著論文も、これまでの2015年から2018年までの動向と同様に脳科学的な研究を中心とした研究によって構成されていることが明らかになった。2019年の研究で注目すべきは、QOLの言及がなされていることである。しかし、これは質的な研究をとまなうものではなく、尺度によって数値化されたものである点は注意が必要である。また、2018年同様、世代に注目した研究が確認できたが、独自のクラスターを形成するには至っていなかった。自殺研究がクラスターの一部を形成していたことも2019年の研究動向の特徴である。

共起ネットワーク分析

ここからはこれまで同様、共起ネットワーク分析を行う。以下に示す図2-10は、最小出現回数8回以上の語を対象に、Jaccard係数0.2以上の語を描画した共起ネットワークである。

(図 2-10 2019 年 共起ネットワーク)



上図より、5つのサブグラフによって共起ネットワークが描画されていることが確認できる。クラスター分析の大分類では全体をIからIVの4つのクラスターに分割したことから、共起ネットワークの方がやや細かい分類を行っていることが読み取れる。全体を見渡したところで、それでは個々のサブグラフへの考察へと移ろう。

サブグラフ 01 では、episode (エピソード)、symptom (症状) という語を中心に双極性障害の中核症状となるうつ、躁、混合状態などを示す語が共起している。動詞が頻出しているわけではないが、双極性障害研究において多用される基本的な語によって形成されているネットワークであると言えるだろう。特定の研究領域を示す語はほとんど含まれていないが、気分症状を記述するためには不可欠な用語である。円の大きさからも、出現頻度の高い語がサブグラフ 02 の基本用語を示すネットワークに次いで多く見られ、基本用語に類する語がサブグラフ 01 を形成していると言えるだろう。

サブグラフ 02 は上記のサブグラフ 01 同様基本的な用語によって形成されているが、双極性障害を示す bd という語を中心により基本的な語が共起している。サブグラフ 03 以外の全てのサブグラフとつながりを持ちネットワークの中心に位置していることもサブグラフ 02 の特徴である。また、2019 年の大きな特徴として基本用語が集中するサブグラフ 02 の中に quality (質)、life (人生) という語が含まれている点が挙げられる。それが数値化、

尺度化をとまなうものであったとしても、患者の人生の質が議論され始めていることの表れである。

次にサブグラフ 03 に目を向ける。ここでは brain (脳) に代表される脳の各部位や脳機能と関連する語によって複雑なネットワークが描画されている。こうした脳に関する語が1つのサブグラフを形成する様子はこれまでも見られたが、同一ネットワーク内にリチウムという語が含まれている点は注目すべきで、これはクラスター分析とは大きく異なる結果である。こうした脳科学的研究と薬理学的研究を、皮質を示す cortex (皮質) という語がつないでいる。この皮質は認知機能に関する語群や、脳の血管造影に関する perfusion (灌流) を含む語群など様々な語とのハブになっており、多くの文脈で使用されていることがわかる。これは、脳の特定部位が脳科学的研究と薬理学をつなぐ役割を果たしていることを示唆するものであり、2018年の分析で指摘したように、双極性障害研究の主要な領域につながりがあることの証左である。

サブグラフ 04 で目立つのは、図の上部に見られる希死念慮²⁸や自殺企図を示す語の存在である。出現数は少なく、他の語群とのつながりも弱いことから、これまでの分析同様、主要な研究とまでは言えないが、2016年以降全年で出現しており、重要な問題として認識されていることを示唆するものである。その他にサブグラフ 04 で注目すべきは、2019年だけ、カリプラジンという治療薬が出現している点である。日本では統合失調症に対する処方として認可されているが、認知機能改善効果が期待されており、今後双極性障害へも適用が拡大する可能性がある。出現頻度の高い語としては治療やモデルといった語が比較的大きな円で描画され、評定や計測に関する語がサブグラフ 04 の中心になっていると言えるだろう。

最後にサブグラフ 05 へと目を向ける。ここでは、compare (比較) や healthy control (健常対照)、group (群) など比較研究において用いられる基本用語が頻出し、ネットワークを形成している様子が確認できる。特定の研究領域を示唆する語は含まれていないため、複数の研究で用いられる基本的な用語によってネットワークが形成されているものと言えるだろう。

それでは2019年の *Bipolar Disorders* に掲載された原著論文に対する共起ネットワーク分析についての総括へと移ろう。全体的傾向は2015年から2018年までと大きく変わることはなく、脳科学を中心に脳機能に関する研究やリチウムを中心とした治療に関する研究が行われている。しかし、2019年はカリプラジンといったこれまでには見られなかった治療薬や、QOL (Quality of Life 人生/生活の質) という語が出現しており、これは過去の分析結果には見られなかった特徴である。また、これまで多くの場合は個別に表れていた脳科学的研究とリチウムを用いた薬物療法、薬理学的研究に関する語が同一サブグラフ内で共起したのも2019年が初めてのことであり、新しい傾向として読み取ることもできるが、こうした傾向が続くのか、2019年に限定されたものなのかは、2020年以降の分析を行わなければ断言はできない。

この他、これまでの分析結果同様、一般的な感情語彙や「回復」に関する語を確認することはできなかった。

2-2-6. 2015年から2019年の *Bipolar Disorders* に対する統合分析

ここからは、2015年から2019年までのテキストデータを統合したテキストデータを用いて *Bipolar Disorders* に掲載された論文全体の研究動向を分析する。まずは、これまでの分析から明らかになった全体的な動向、そして各年の動向を振り返って概観する。

Bipolar Disorders に掲載されている双極性障害研究の全体的な傾向として、脳科学的見地からの研究と、薬物療法に関する報告が大部分を占めている。この他、年によってばらつきが見られるものの、神経学的な研究や生化学的な研究も散見される。また、コーホート研究や、大規模な人口統計データをもとにした研究も少数だが掲載されているが、データサイエンス的な要素が強く、社会学的な研究は確認できなかった。こうしたことから、*Bipolar Disorders* では生物科学的な双極性障害研究が支配的だと言えるだろう。

どの年の研究においても、一般的な感情語彙は確認できず、depression（うつ状態）や mania（躁状態）、mixed state（混合状態）といった医学的語彙によって症状が捉えられていることがうかがえる。基本的な研究手法は計測、計量によるもので、質的な研究は見られなかった。このことの証左として quality（質）という単語は QOL（Quality of Life）と共起するのみであったことが挙げられる。またこの語自体の出現頻度が低く、QOLを論じる場合でも尺度によって数値化されたスコアが用いられるだけであった。

「回復」に類する語も各年の分析では確認できず、活発な議論は行われていないことがうかがえる。通年での分析でやっと improvement（改善）という改善を指す語が出現したが、特定機能についての改善、しかも文字通りの意味での改善ではなく、スコアの改善について論じる際に使用されるのみで、患者が改善や回復を実感するといったたぐいの意味では使用されていない。

次に各年の特徴について簡単にまとめる。まずは2015年の研究に目を向ける。全ての年を通して確認できる脳科学研究や薬物療法に関する研究はここでも出現しており、主要研究に大きな変化はない。しかし、2015年は life event（ライフイベント）という語や発症期に関する早期発症 EO（Early Onset 早期発症）や超早期発症 VEO（Very Early Onset 超早期発症）という他の年には見られない語が出現していることが特徴的である。

次に2016年の研究では、2015年の共起ネットワークとは異なり、基本用語がネットワークの中心に布置され、出現頻度の高い語ほど中心に描画されている。DNAメチル化に関する語が出現しているのもこの年の特徴である。最も注目すべきは caregiver（介護者）という縁者に関する語が出現し、それが負担を指す burden（負荷）という語と共起している点だ。患者以外の存在へと視線が注がれることは稀であり、2016年の研究における最大の特徴である。

2017年の研究に視点を移すと、2015年、2016年とは異なり、脳科学的研究で用いられる語が独立したサブグラフとして描画されず、基本用語の延長に共起している。このように、専門的な領域で用いられる語が基本研究の中に包括されているのが2017年の特徴である。

2018年は前年とは大きく傾向が変化し、基本用語と脳科学的研究、薬物療法に関する研究ははっきりと別のネットワークを形成するものとして描画された。語の出現数を見ても、上記2種類の研究が掲載された論文の大部分を占めていたことがわかる。薬物療法の主力であるリチウムの研究において、モニタリングやガイドラインという語が共起しているのもこの年の特徴である。リチウムという語自体は全ての年で確認できるが、治療効果の測定と関係する語以外の語と強く結びついているのは2018年だけであり、1つの特徴である。もう1つの特徴は2016年に続き caregiver (介護者) という語が出現している点である。しかし、2016の caregiver (介護者) が burden (負荷) という語と共起していたのに対し、2018年は health (健康) という語と共起しており、縁者の健康状態に焦点が当てられていることがわかる。このことは徐々にではあるが、縁者に対しても医学的な視点が向けられ始めていることを示唆するものである。

最後に2019年の特徴について言及する。2019年はこれまで多くの場合、個別の研究として異なるネットワークを形成していた脳科学的研究とリチウムを中心とした薬物療法に関する研究領域で用いられる語が同一ネットワーク内で共起している。また、2019年までは出現が確認できなかったカリプラジンという薬剤や、QOL (Quality of Life) に関する語も出現しており、2015年から2018年までの研究動向から変化が生じている可能性をうかがわせるものである。

全体傾向、各年の動向を振り返ったところで、ここからは2015年から2019年までのテキストデータを統合したデータを用いた分析へと進もう。

データの概要

具体的なデータの分析に先立ち、分析対象とするデータの概要を説明する。対象とするデータはこれまでの分析で使用した2015年から2019年にかけて *Bipolar Disorders* に掲載された原著論文のアブストラクト241件を統合したものである。各年のデータに対して行った前処理と同様の手続きを踏み、テキストデータ内の語を抽出したところ、総抽出語数67,047語で、そのうち分析に使用する語は36,226語である。異なり語は6500語で、分析に使用するのは5,291語である。文の数は2,586という結果となった。論文1本を1つのデータとして扱っているため、データのまとまりを示すH5の値は241となっている。こうした手順を踏み抽出した語の上位150語を以下の表に示した。

(表 2-16 2015 年から 2019 年統合データ抽出語 頻出上位 150 語)

抽出語	出現回数		抽出語	出現回数		抽出語	出現回数
bd	1214		identify	86		imaging	50
disorder	650		manic	85		performance	50
patient	579		suggest	84		decrease	49
study	349		volume	84		mixed	49
group	316		CI	81		schizophrenia	49
have	299		state	79		first	48
use	255		HC	78		perform	48
compare	242		illness	78		ratio	48
treatment	234		score	78		suicide	48
symptom	229		change	77		drug	47
control	222		however	74		function	47
associate	206		other	74		prefrontal	47
lithium	188		feature	71		reduce	47
mood	178		measure	71		activity	46
clinical	176		cortex	70		euthymic	46
risk	165		outcome	69		regression	46
analysis	155		rate	69		trial	46
year	148		baseline	68		connectivity	45
subject	147		factor	68		greater	45
cognitive	142		find	68		task	45
difference	139		region	68		base	44
individual	137		response	68		follow	44
healthy	135		psychosis	65		more	44
level	135		present	64		onset	44
episode	134		diagnosis	63		variable	44
significantly	132		more	63		current	43
age	130		impairment	62		major	43
show	125		evaluate	60		matter	43
depression	124		evidence	60		period	43
increase	122		course	59		different	42
depressive	118		determine	59		remain	42
brain	115		use	59		affective	41
effect	114		lower	58		aim	41
include	113		severity	58		behavior	41
datum	112		history	57		cortical	41
participant	110		psychiatric	57		day	41
significant	109		BMI	54		depressed	41
model	106		abnormality	53		disease	41
sample	106		network	53		marker	41
time	106		potential	53		memory	41
functional	100		psychotic	53		report	41
mania	98		II	52		amygdala	40
assess	95		number	52		conduct	40
association	95		sleep	52		high	40

investigate	94		functioning	51		important	40
finding	89		month	51		most	40
also	88		observe	51		UD	40
BP	87		provide	51		BD - I	39
examine	86		youth	51		correlation	39
higher	86		adult	50		index	39

次に抽出語を出現頻度ごとにまとめた度数分布表とそのプロットを示す。

(表 2-17 2015 年から 2019 年統合データ抽出語 度数分布表)

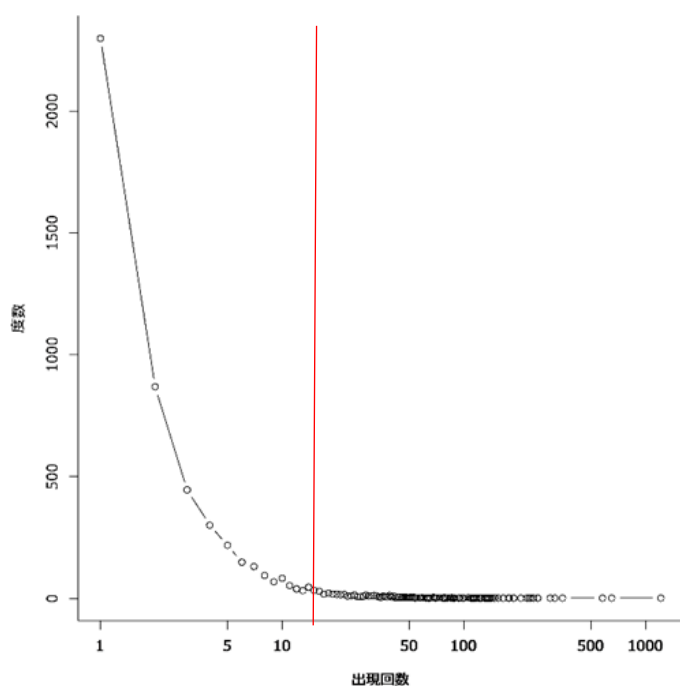
出現回数	度数	%	累積度数	累積%
1	2298	43.43	2298	43.43
2	868	16.41	3166	59.84
3	445	8.41	3611	68.25
4	300	5.67	3911	73.92
5	218	4.12	4129	78.04
6	148	2.8	4277	80.84
7	131	2.48	4408	83.31
8	94	1.78	4502	85.09
9	68	1.29	4570	86.37
10	82	1.55	4652	87.92
11	53	1	4705	88.92
12	39	0.74	4744	89.66
13	32	0.6	4776	90.27
14	46	0.87	4822	91.14
15	33	0.62	4855	91.76
16	29	0.55	4884	92.31
17	18	0.34	4902	92.65
18	21	0.4	4923	93.04
19	18	0.34	4941	93.38
20	17	0.32	4958	93.71
21	15	0.28	4973	93.99
22	16	0.3	4989	94.29
23	9	0.17	4998	94.46
24	10	0.19	5008	94.65
25	14	0.26	5022	94.92

26	7	0.13	5029	95.05
27	7	0.13	5036	95.18
28	8	0.15	5044	95.33
29	14	0.26	5058	95.6
30	9	0.17	5067	95.77
31	10	0.19	5077	95.96
32	12	0.23	5089	96.18
33	10	0.19	5099	96.37
34	6	0.11	5105	96.48
35	5	0.09	5110	96.58
36	9	0.17	5119	96.75
37	7	0.13	5126	96.88
38	6	0.11	5132	96.99
39	12	0.23	5144	97.22
40	6	0.11	5150	97.34
41	10	0.19	5160	97.52
42	2	0.04	5162	97.56
43	4	0.08	5166	97.64
44	5	0.09	5171	97.73
45	3	0.06	5174	97.79
46	4	0.08	5178	97.86
47	4	0.08	5182	97.94
48	4	0.08	5186	98.02
49	3	0.06	5189	98.07
50	3	0.06	5192	98.13
51	5	0.09	5197	98.22
52	3	0.06	5200	98.28
53	4	0.08	5204	98.36
54	1	0.02	5205	98.37
57	2	0.04	5207	98.41
58	2	0.04	5209	98.45
59	3	0.06	5212	98.51
60	2	0.04	5214	98.54
62	1	0.02	5215	98.56
63	2	0.04	5217	98.6

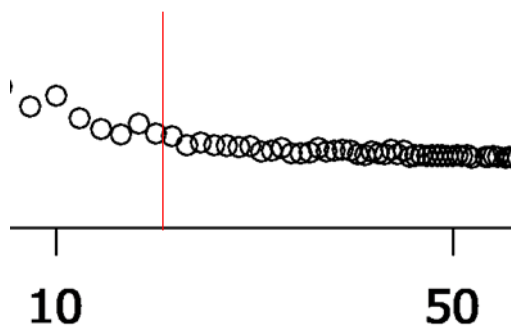
64	1	0.02	5218	98.62
65	1	0.02	5219	98.64
68	5	0.09	5224	98.73
69	2	0.04	5226	98.77
70	1	0.02	5227	98.79
71	2	0.04	5229	98.83
74	2	0.04	5231	98.87
77	1	0.02	5232	98.88
78	3	0.06	5235	98.94
79	1	0.02	5236	98.96
81	1	0.02	5237	98.98
84	2	0.04	5239	99.02
85	1	0.02	5240	99.04
86	3	0.06	5243	99.09
87	1	0.02	5244	99.11
88	1	0.02	5245	99.13
89	1	0.02	5246	99.15
94	1	0.02	5247	99.17
95	2	0.04	5249	99.21
98	1	0.02	5250	99.23
100	1	0.02	5251	99.24
106	3	0.06	5254	99.3
109	1	0.02	5255	99.32
110	1	0.02	5256	99.34
112	1	0.02	5257	99.36
113	1	0.02	5258	99.38
114	1	0.02	5259	99.4
115	1	0.02	5260	99.41
118	1	0.02	5261	99.43
122	1	0.02	5262	99.45
124	1	0.02	5263	99.47
125	1	0.02	5264	99.49
130	1	0.02	5265	99.51
132	1	0.02	5266	99.53
134	1	0.02	5267	99.55

135	2	0.04	5269	99.58
137	1	0.02	5270	99.6
139	1	0.02	5271	99.62
142	1	0.02	5272	99.64
147	1	0.02	5273	99.66
148	1	0.02	5274	99.68
155	1	0.02	5275	99.7
165	1	0.02	5276	99.72
176	1	0.02	5277	99.74
178	1	0.02	5278	99.75
188	1	0.02	5279	99.77
206	1	0.02	5280	99.79
222	1	0.02	5281	99.81
229	1	0.02	5282	99.83
234	1	0.02	5283	99.85
242	1	0.02	5284	99.87
255	1	0.02	5285	99.89
299	1	0.02	5286	99.91
316	1	0.02	5287	99.92
349	1	0.02	5288	99.94
579	1	0.02	5289	99.96
650	1	0.02	5290	99.98
1214	1	0.02	5291	100

(図 2-11 2015 年から 2019 年統合データ抽出語 プロット)



(図 2-12 2015 年から 2019 年統合データ抽出語 プロット 拡大図)



これまでの分析同様、スクリープロット法の応用を用いて、分析対象とする語を選定した。KH Coder のデフォルト設定では、最小出現頻度 20 以上の語を分析対象とするようになっているが、分析対象とする語が多すぎる場合、共起ネットワークの読み取りが難しくなるため、ここでは最小出現回数 23 回以上の語を分析対象としている。Jaccard 係数はこれまでの分析同様、0.2 とし、最小スパニングツリーのみを描画している。

共起ネットワーク分析

それでは共起ネットワーク分析へと進もう。

物療法においてリチウムが支配的な存在であることがここから読み取れる。また、こうした薬物療法に関する語から左端へと紐帯が伸びた先に、数値、尺度を表す語が頻出していることも特筆すべき点である。なぜなら治療結果は常に数値化とセットであることを示唆しているからだ。もう1点注目すべきはここにきて初めて「改善」に該当する improve (改善) という語が出現していることである。つまり、双極性障害における治療は数値化された客観的な指標の「改善」であり、数値化されない主観的な「回復」については論じられていないのである。

次にサブグラフ 02 に目を向ける。右下4分の1を占めるこのネットワークは、サブグラフ 01 と紐帯を結んでいる一部の基本用語を除いて、脳科学的な研究に関する語のみでネットワークが形成されている。ここで生起している語は、右側に MRI (Magnetic Resonance Imaging 磁気共鳴画像) という語を構成する magnetic (磁気)、resonance (共鳴)、imaging (画像) や脳そのものを指す brain (脳)、region (領域)、volume (容積) といった脳科学研究全般で用いられる語を中心にネットワークが形成されている。imaging (画像) という語からは白質に関する語へと紐帯が伸び、magnetic (磁気) という語からは、皮質を示す cortex (皮質) という語に紐帯が伸びている。ここでの imaging (画像) や magnetic (磁気) は別物と捉えるべきではなく、MRI (Magnetic Resonance Imaging 磁気共鳴画像) を使った研究として脳の白質に注目した研究と、皮質に注目した研究の双方に紐帯が伸びていると考えるべきであろう。

皮質から伸びた紐帯は皮質の特定部位を示す prefrontal (前頭) という語と結びつき前頭皮質という語を形成している。注目すべきは prefrontal (前頭) の先にある task (課題) という語である。この task (課題) という語は非常に多くの語と紐帯を結び、ハブとしての役割を果たしていることがわかる。ここからは、今日の脳科学研究のあり方、双極性障害の何を問題としているのかを読み解く手がかりを得ることができる。task (課題) という語の左隣で共起している fMRI (functional Magnetic Resonance Imaging 磁気共鳴機能画像法) という語が象徴しているように、今日の脳科学研究は、脳が特定の処理を行っている際にどの部位が活動しているのか、どこに機能的な問題を抱えているのかといった研究に焦点を当てている。つまり、感情制御や記憶、認知などの様々な課題の処理過程を研究の対象としているのである。そのため task (課題) という語が、脳の部位や神経プロセス、欠損などの様々な語をつなぐハブとして生起しているのである。このことは task から左側に生起し、同様に複数の語のハブとなっている cognitive (認知的) や performance (パフォーマンス) という語にも当てはまる。

こうしたことから、今日の脳科学的見地からの双極性障害研究は、双極性障害を脳の機能的障害に起因する疾患であるという、極めて生物学的な現象として捉えていることが読み取れるのである。

最後にサブグラフ 03 について考察しよう。サブグラフ 03 では mood (気分) という語からハブとなる symptom (症状)、episode (エピソード) という語に紐帯が伸び、そこから複

数の語にネットワークが拡大している。ここでは、気分症状を示す depressive (うつ) や manic (躁)、mixed state (混合状態) などの語が生起し、双極性障害の中核症状である気分エピソードと関係する語がネットワークを形成する中心的な語となっている。

サブグラフ 03 が他のサブグラフと異なる点として、MDD (大うつ病性障害) や SCZ、SZ (どちらも統合失調症) など、他の疾患を示す語がネットワーク内に生起していることが挙げられる。特に、統合失調症は双極性障害を特定するための候補遺伝子において重複が見られる疾患であることから、同じサブグラフ内で生起していると考えられる。また大うつ病性障害は、同じうつ症状を呈し、双極性障害患者が最初に診断されることの多い診断であるため、同じサブグラフ内で生起したと考えられる。ただし、これらが比較対象として出現しているかは共起ネットワーク分析だけでは明らかにならない。

もう 1 点注目したいのは、自殺に関する語が出現している点である。中核症状に関する語が中心となるサブグラフ内で生起していることから、双極性障害患者の自殺率が高く、医学的視点からも問題視されていることが読み取れる。また、うつや躁といった両極の症状からではなく、混合状態を示す mixed (混合) という語から紐帯が伸びて共起している点も興味深く、混合状態における自殺の危険性が高いことがうかがえる。

この他、episode (エピソード) という語と同時に first (初期) という語が生起していること、illness course (病の経過) という疾患の経過を示す語が生起していることから、初回エピソードや疾患の経過も中核症状と同じ領域で研究されていることが読み取れる。

それでは共起ネットワーク分析の総括へと移ろう。

2-2-7. 総括

ここまで、2015 年から 2019 年の各年に対してと、それらを統合したデータに対しての共起ネットワーク分析を行ってきた。各年の分析ではある程度の差異や特色が見られたが、基本的な動向に大きな変化はなく、薬物療法に関する研究と脳科学的見地からの研究が大勢を占めていることは全ての年を通じて同じであった。

全ての年のデータを統合したデータの分析ではこの傾向がより顕著になり、分析対象とした語は最大であるにもかかわらず、共起ネットワークでは大きなネットワークを構成するサブグラフが 3 つ描画され、それぞれ、薬物療法に関する語と基本用語、脳科学的用語、中核症状を表す語に大別され、その他のサブグラフは無視できるほど小さな共起関係しか描画されていなかった。

こうしたことから、*Bipolar Disorders* に掲載されている双極性障害研究の主流は、薬物療法に関する研究と脳科学的知見からの脳機能研究を主軸とした生物医学的な研究であると結論づけることができるだろう。全ての年を通して、一般的な感情を表現する感情語の出現が確認できず、中核症状を成す語で気分、感情を表現していたことから、医学的な言葉で気分、感情を一元的に捉えていることも指摘できるだろう。また、回復、改善に関する語の出

現頻度が低く、出現した場合にも機能的回復に特化した文脈でしか使用されていなかったため、双極性障害の包括的な「回復」は論じられておらず、機能的改善に言及するにとどまっていること、患者の主観的な回復に関する議論や、生活に焦点化した研究はなされていないことが明らかとなった。つまり、ここでの双極性障害研究とは極めて生物学的な視点からの研究であり、双極性障害という疾患を脳機能の障害として捉え、薬物療法によって数値化された機能の改善を目指した研究がなされていると結論づけることができるだろう。

2-3. 非医学的言説に対するテキストマイニング

ここからは、双極性障害の非医学的言説に対する分析を開始する。ここで分析対象とするのは、大手ポータルサイトである Yahoo! JAPAN が提供するインターネット掲示板「Yahoo! 知恵袋」である。こうした掲示板は複数の点において医学的言説とは異なる特性と分析価値を持っている。

以降では言説に対する先行研究を概観し、これまでの言説分析が対象としてきた新聞記事やコラムの分析と Yahoo! 知恵袋に対する分析の相違点、Yahoo! 知恵袋の構造を提示する。さらに医学的言説と非医学的言説の非対称性という問題について論じた上で実際の分析へと歩を進める。

2-3-1. 先行研究の整理

これまでも社会学領域に限らず、言説に対する研究は多様かつ大量の蓄積がある。古典としては、市井の人々の悩みについて分析した加藤秀俊の『身上相談の内容分析』(1963)、それに続く日本社会学における金字塔的作品である見田宗介の『現代における不幸の諸類型——日常性の底にあるもの』(1965)がある。これらはどちらかと言えば質的な研究だが、量的なものとしては太郎丸博の『身の上相談記事から見た戦後日本の個人主義化』(1999)が挙げられる。同様の手法を用いつつ見田の分析を応用したのが赤川学の『日本の身下相談・序説——近代日本における「性」の変容と葛藤』(2006)である。

疾患言説に特化したものでは、佐藤雅浩の『精神疾患言説の歴史社会学——「心の病」はなぜ流行するのか』(2013)が存在する。

しかし、上記の研究が分析対象としているのは、新聞記事やその中のコラムである。これらは編集者の校閲を受けたものであり、記事として掲載する価値があると判断された相談たちである。つまり記事として世に出ている時点で何段階もの校閲と修正を受けている。選別され記事としての価値があるとされたものだけが整形され、掲載される。さらにそれを研究者が選別して分析しているのである。

それでは先行研究の問題点を整理しよう。問題点は2つである。1つは分析対象となる記事、相談といったものが編集者による校閲を受けているという点である。校閲を受けて掲載

され、分析対象とされた悩みや問題が、人々が抱える悩みを代表するものであるという保証はどこにもない。多くの人の目に晒される記事になるレベルの文章を書き上げ、投稿するという行為には能力と労力が必要とされる。こうした行為を完遂できる者は限定される。特に本論の分析対象である双極性障害を抱える病者であればなおさらである。つまり、表に出てくる悩みとは氷山の一角に過ぎない可能性があるのだ。

2つめの問題は、メディアの問題である。新聞メディアが衰退した今日、悩みの相談がどこに集約しているのかという問題が浮上する。今日の高度情報化社会化を鑑みるにこの答えは明白だ。それはインターネット上の言説空間である。この点に関しては佐藤（佐藤2013:455）も指摘している。インターネット上の多様な言説空間に、一切の校閲も受けないままの玉石混交の悩みが集積されているのである。こうした内容的な特性とは別に、アクセスに関する特性における違いがある。新聞記事が紙媒体であり、投稿して掲載されるまでにはいくつもステップと障害があるのに対し、インターネット上の掲示板はどこからでも瞬時にアクセスすることが可能で、投稿と掲載がほぼ同時である。こうしたアクセスの容易性はこれまでのマスメディアに対するものとの最大の相違点である。

さらにアクセスという観点で最も重要な点は検索が容易であることだ。新聞記事もインターネット上で読めるようになってきてはいるが、検索ワードを入力するだけで全ての情報にアクセス可能なインターネット掲示板と比べた場合、過去の情報の蓄積とそこへのアクセシビリティという点でインターネット掲示板に大きなアドバンテージがあると言えるだろう。

2-3-2. Yahoo!知恵袋の特徴

次に Yahoo!知恵袋をはじめとするインターネット掲示板の特徴を、上記で示したマスメディアの問題点との対比をふまえて記述する。

インターネット掲示板の特徴の1つは、上述した校閲を受けないという点にある。新聞記事やコラムはその内容、掲載価値の有無によって、記事となる段階で取捨選択されている。これに対しインターネット掲示板ではこのような取捨選択を担う編集者が不在であるため、矮小な質問や、質問にもなっていないような感情の吐露もそのまま掲載される。つまり、研究者は事実上、投稿された全ての質問を分析対象とすることが可能で、分析対象の取捨選択を自身で行うことができるのである。

もう1つは、相談内容に対する他者の関心度や反応を、質問に対する回答数や閲覧数などから読み取ることができるという点にある。こうしたダイレクトな反応を読み取ることができるという点は新聞記事やコラムとの大きな差異である。

そしてここには新聞記事やコラムとは異なる関係性を見出すことができる。新聞記事やコラムで提示される悩み相談への回答は、見田、佐藤の研究においては識者によるものであった。そのため一定の妥当性が認められていた。これは質問の投稿者と回答者の間に垂直な

関係があるものと理解できる。つまり、素人の質問に対し専門家が正解を提示するという構造になっているのだ。これに対し、インターネット掲示板では投稿者と回答者の間に強固な垂直の関係は存在しない。カテゴリーマスターと呼ばれるベテラン回答者や、専門家を自称する回答者などは存在するが、基本的にはフラットな関係性のもとに回答がなされている。

関係性という観点において最も重要な点はその流動性である。新聞記事やコラムでの投稿者と回答者の関係は固定された関係であり、投稿者は投稿者であり、回答者は回答者である。その関係が逆転することはない。しかし、インターネット掲示板ではそのような関係がいつもたやすく逆転する。ある相談においては投稿者だった者が別の相談では回答者になるということがありうる。また、同じ相談内でも質問者と回答者のやりとりにおいてこの関係は反転する事例が見られる。こうしたことから、新聞記事やコラムにおける関係性とは異なる投稿者と回答者の流動的なパワーバランスが存在していると言える。

2-3-3. Yahoo!知恵袋の構造

簡単ではあるが先行研究の整理と、Yahoo!知恵袋の特徴を述べたところで、Yahoo!知恵袋がどのような構造をもっているのかについても触れておこう。

先述した通り、Yahoo!知恵袋とは、質問者が自身の悩みや想いを自由に投稿する掲示板である。投稿された質問に対し、閲覧者も自由に回答することができる。質問および回答の投稿には Yahoo! JAPAN の ID でのログインと Yahoo!知恵袋への利用登録が必要だが、無料でサービスが提供されている。また、個人情報の厳格な確認などは存在せず、事実上いくつでもアカウントを作成することも可能である。

質問者は自身の質問内容にあったカテゴリーを選択し、そこに質問を投稿する。回答の受付期間は通常 1 週間であるが、受付期間の延長によって長期間回答を受け付けている質問もある。質問者は集まった回答の中から「ベストアンサー」と呼ばれるものを選出する。自身の求めている回答や意外な発見があった回答が選ばれることが多い。質問者がこの作業を行わなかった場合、第三者による投票によってベストアンサーが選出される仕組みとなっていた。現在ではこの機能は廃止されているが、分析対象の期間には存在していた機能である。基本はこのように、質問者が投稿した質問に回答が寄せられ、質問者はその回答の中からベストアンサーを選ぶという仕組みになっている。これは分析期間を通して変更されていない一貫した仕組みである。また、ベストアンサー獲得数に応じて、回答者には「カテゴリーマスター」という称号が付与される場合があり、有力な回答者とみなされることがある。ただし、回答実績に応じるものではあるが、回答者の専門性や何らかの資格を保証するものではない。

次にベストアンサーと関係する「知恵コイン」について説明する。知恵コインとは、Yahoo!知恵袋へのログインや質問、回答によって運営側から付与されるポイントである。質問者は自身の保有する知恵コインをベストアンサーに選ばれた回答への返礼として提示すること

ができる。返礼が設定されていない場合、ベストアンサーには運営側から 30 コインが付与される仕組みになっている。また質問や回答が取り消された場合は、運営によってコインが没収されることもある。ただし、知恵コインは現金や他のポイントへの還元ができないものであり、Yahoo!知恵袋内でのやりとりでしか使用できない。そのため貨幣価値はないと言える。

このように、ベストアンサーの選出や、知恵コインの付与といった特殊な仕組みはあるものの、質問者と回答者の関係はおおむねフラットなものである。また、専門家と非専門家といった垂直な関係や、経済的な利害関係は薄く、水平関係にもとづく開かれた言説空間であるということができよう。

2-3-4. 言説の非対称性

最後に、*Bipolar Disorders* に対して行った医学的言説に対するテキストマイニングと、これから行う非医学的言説である Yahoo!知恵袋へのテキストマイニングの言説構造における非対称性について説明する。

医学的言説の代表として扱った *Bipolar Disorders* は学術論文であり、そのアブストラクトには当然ながら問 (Q) と解 (A) が記述されている。これに対し、非医学的言説の分析対象とする Yahoo!知恵袋の投稿では問 (Q) に当たる質問だけを分析対象とする。ここに分析対象の言説構造における非対称性が生じることになる。

しかし、非医学的言説に対しても医学的言説の分析で行ったのと同様に解 (A) を分析に加えてしまうと、言説そのものの比較を目的とする本論では不都合な歪みが生じることになってしまう。なぜなら Yahoo!知恵袋に投稿された質問に対する回答の中には、薬剤師や看護師、心理士、カウンセラーなどといった医療専門職による回答が複数の質問に対しなされているからだ。彼らの回答が必ずしも医学的言説であるとは断定できない。しかし、こうした回答を医学的なものと非医学的なものとに選別することは非常に恣意的な選別になりかねない危険性を孕んでいる。こうした問題を回避し、本研究の目的に沿った分析を行うため、質問に対する回答は分析から除外した。

もう 1 点、回答を分析対象とすることによる問題が考えられる。それは、質問の投稿と回答の投稿の時間的な乖離である。Yahoo!知恵袋はそのシステム上、質問に対する回答の受付期間は質問者が設定することになる。通常、回答受付期間は 1 週間であり、回答のつかない質問は削除されていく。しかし、筆者が確認したところ、数年間にわたって質問が掲載されたままになっているものや、実際に質問と回答の間に時間的な乖離が見られるものも確認された。そのため極端な例では 2015 年の質問に対し 2019 年に回答が寄せられることも十分に考えられる。

ではこうした時間的な乖離は何が問題なのだろうか。今日医学領域、特に脳科学や遺伝学における進歩は非常に速いスピードで進んでいる。数々の仮説やデータが提示されては修正

され、医学的言説は日々変化しているのである。そのため、質問と回答の間に時間的な乖離が生じた場合、2019年の説明枠組みを2015年の質問に当てはめて回答するといった現象が生じるのである。これに対し医学的言説は問(Q)と解(A)が同時に提出されるため、このようなことは起こりえない。仮にYahoo!知恵袋の分析対象に回答を含めると、問と解が時間的に一対一で対応している医学的言説に対し、問と解が数的にも時間的にも一対一で対応しないものを分析することになってしまうのである。

上記の問題とは別に、*Bipolar Disorders*という言説空間とYahoo!知恵袋という言説空間において蓄積される言説そのものが非対称なものであることを指摘することができる。学術論文を掲載する*Bipolar Disorders*では一見、問(Q)と解(A)が提示されるかに見えるが、論文である以上、結論ありきの疑似問答であり、この言説空間においては事実上、玄人による答えだけが蓄積されていくことになる。

これに対し、Yahoo!知恵袋に蓄積されるのは素人による問や問以前の感情の吐露であり、質問者は答えを持ち合わせていない。質問への回答を寄せる回答者も基本的には素人であり、共感や経験談は提示されるが、*Bipolar Disorders*で提示されるような答えが提示されることはない。つまり、この言説空間では答えのない問だけが蓄積されていくのである。

このように、蓄積される言説そのものが非対称なものなのである。これは単に言説の構成を担う記述者の属性によるものと言って差し支えないだろう。玄人と素人という属性の非対称性に起因して言説そのものが非対称性を帯びるのである。

当然、こうした非対称な言説を比較することには批判が想定される。しかしながら、現実世界において専門家と非専門家の間、医学的言説と非医学的言説には非対称性がつきまとう。そのため、このような非対称な言説を比較することこそ、現実世界における専門家と非専門家、医師と患者や縁者の言説を相対化し、それぞれの視点を明らかにするうえで重要な作業なのだ。

2-4. 分析の構成

Yahoo!知恵袋に投稿された質問に対する具体的な分析を始めるにあたり、ここからの分析の構成を提示する。

2015年から2019年の各年データに対する分析では、テキストマイニングに使用するデータの概要を整理した上で、出現した語の上位150語を頻出語として表に提示する。その後、語の出現回数の度数分布表とプロットを参照し、分析対象とする語を選定する。

上記の手順で選定した語を対象に、語のつながりである共起関係を視覚的に捉える、共起ネットワーク分析の結果を提示する。さらに共起ネットワークに現れたサブグラフごとの分析を行い、非医学的言説では双極性障害がどのように語られているのかを明らかにする。

2015年から2019年のデータを統合した統合分析についても同様の手順で分析を進める。各年データに対する分析との違いは、サブグラフごとの分析ではなく、そこで語られる話題

と出現語から読み取れる問題を抽出して、分析を行うことにある。こうした作業によって、機械的な分析だけでなく、内容分析に近い有機的な分析結果を提示することが可能となる。

それでは具体的な分析を始めよう。

2-4-1. 2015年Yahoo!知恵袋に対する分析

ここからは2015年1月1日から2015年12月31日にYahoo!知恵袋に投稿された質問に対する分析を開始する。第2章1節で説明した通り、分析対象とする質問は「双極性障害」「躁うつ病」という語の検索結果から事前に内容分析を行い、分析に耐えうると判断した質問のみを対象とする。2015年の分析対象となる質問は全28件である。

前節、*Bipolar Disorders*に対する分析同様、分析不能な記号や数字は前処理において除外している。こうした処理を経て、テキストデータ内の語を抽出したところ、総抽出語数は12,051(4,731)、異なり語数は1,878(1,528)、文の数は492という結果となった。総抽出語数、異なり語数の後にカッコで示している数値は実際に分析に使用される語の数である。質問1件を1つのデータとして扱っているため、データのまとまりを示すH5の値は28となっている。こうした手順を踏み抽出した語の上位150語を以下の表2-18に示した。

(表2-18 2015年抽出語 頻出上位150語)

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
私	82	付き合う	10	過ごす	6
思う	52	毎日	10	感じ	6
言う	45	離婚	10	関係	6
自分	42	泣く	9	経験	6
双極性障害	41	効果	9	好き	6
彼	35	姉	9	行事	6
今	34	子供	9	行動	6
人	31	死ぬ	9	週	6
薬	30	時間	9	処方	6
飲む	27	主治医	9	心	6
前	26	少し	9	体調	6
状態	24	職場	9	頭	6
症状	22	生きる	9	働ける	6
診断	22	相談	9	買う	6
入院	22	誰	9	彼女	6
躁うつ病	22	父	9	躁鬱病	6
何	21	変わる	9	お金	5
精神	21	話す	9	これ	5
仕事	20	医師	8	メンバー	5
病院	20	教える	8	リーマス	5
行く	18	最近	8	依存	5
後悔	17	治療	8	一緒	5

出来る	17		出る	8		会う	5
生活	17		寝る	8		皆様	5
考える	16		親	8		環境	5
年	16		大学	8		関わる	5
不安	15		病気	8		顔	5
母	15		普通	8		気分	5
うつ病	14		父親	8		起きる	5
受ける	14		妄想	8		激しい	5
障害	14		その後	7		嫌	5
月	13		回	7		見える	5
休む	12		楽しい	7		原因	5
現在	12		感じる	7		言える	5
錠	12		気	7		幸せ	5
良い	12		休職	7		昨年	5
躁	12		行ける	7		事故	5
それ	11		持つ	7		事情	5
会社	11		助ける	7		治る	5
知る	11		女	7		失う	5
聞く	11		退職	7		車	5
鬱	11		長い	7		主人	5
お願い	10		通院	7		将来	5
悪い	10		働く	7		状況	5
家	10		夫	7		信頼	5
学校	10		保護	7		他	5
見る	10		友達	7		多い	5
質問	10		落ち込む	7		調べる	5
人生	10		いま	6		通る	5

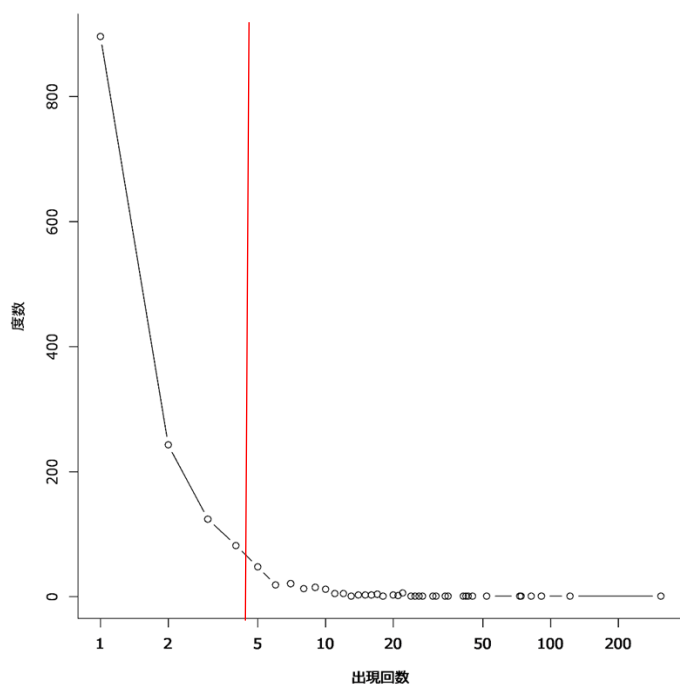
次に抽出語を出現頻度ごとにまとめた度数分布表とそのプロットを示す。

(表 2-19 2015 年抽出語 度数分布表)

出現回数	度数	%	累積度数	累積%
1	896	58.64	896	58.64
2	243	15.9	1139	74.54
3	124	8.12	1263	82.66
4	82	5.37	1345	88.02
5	48	3.14	1393	91.16
6	19	1.24	1412	92.41
7	21	1.37	1433	93.78
8	13	0.85	1446	94.63
9	15	0.98	1461	95.62
10	12	0.79	1473	96.4
11	5	0.33	1478	96.73
12	5	0.33	1483	97.05
13	1	0.07	1484	97.12

14	3	0.2	1487	97.32
15	3	0.2	1490	97.51
16	3	0.2	1493	97.71
17	4	0.26	1497	97.97
18	1	0.07	1498	98.04
20	3	0.2	1501	98.23
21	2	0.13	1503	98.36
22	6	0.39	1509	98.76
24	1	0.07	1510	98.82
25	1	0.07	1511	98.89
26	1	0.07	1512	98.95
27	1	0.07	1513	99.02
30	1	0.07	1514	99.08
31	1	0.07	1515	99.15
34	1	0.07	1516	99.21
35	1	0.07	1517	99.28
41	1	0.07	1518	99.35
42	1	0.07	1519	99.41
43	1	0.07	1520	99.48
45	1	0.07	1521	99.54
52	1	0.07	1522	99.61
73	1	0.07	1523	99.67
74	1	0.07	1524	99.74
82	1	0.07	1525	99.8
91	1	0.07	1526	99.87
122	1	0.07	1527	99.93
309	1	0.07	1528	100

(図 2-14 2015 年抽出語 プロット)



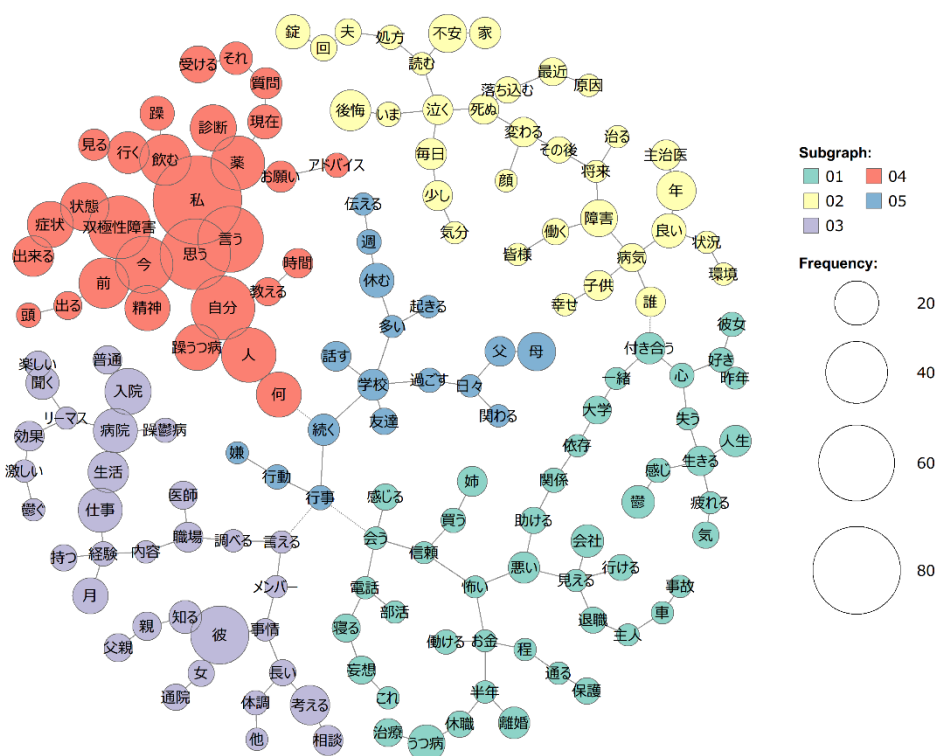
上掲の図 2-14 より、*Bipolar Disorders* に対して行った分析同様、スクリープロット法の応用を用いて最低出現回数 5 回以上の語を分析対象とする。折れ線グラフの落ち込みが緩やかになるのは最低出現回数 6 回以上の語からであるが、全体の語に占める割合と分析結果の比較から、ここでは落ち込みが安定する 1 つ前の語である出現回数 5 回の語も分析に含めることとする。最低出現回数 5 回以上の語が全体に占める割合は 11.98%である。

Bipolar Disorders に対する分析では、研究領域を特定するためクラスター分析を行ったが、Yahoo!知恵袋では 1 つの質問文の中に複数の話題が含まれていることも多く、クラスター分析によって質問内容を特定することは困難であったため³⁰、クラスター分析を経ずに共起ネットワーク分析を行う。

共起ネットワーク分析

ここからは共起ネットワーク分析を行う。語と語のつながりから、質問内容を視覚的に把握することで、非医学的言説である Yahoo!知恵袋でどのようなことが相談されているのか、換言すれば、双極性障害患者や縁者、その他の人々は何に悩み、どのようなことに関心があるのかを明らかにする。以下に示す図 2-15 は、最小出現回数 5 回以上の語を対象に、Jaccard 係数 0.2 以上の語を描画した共起ネットワークである。なお、煩雑な図になることを避けるため、最小スパニングツリーのみを描画している。

(図 2-15 2015 年 共起ネットワーク)



上掲の図から明らかなように、ここでは 5 つのサブグラフが描画されている。ここからは個々のサブグラフについて考察する。

2-4-1-1. サブグラフ 01 に対する分析

サブグラフ 01 では他のサブグラフと比較して個々の語の出現頻度を示す円の大きさが小さいこと、またそうした多数の小さな円によってサブグラフが構成されていることがわかる。こうしたことから、個々の質問で使用された出現頻度の高くない雑多な語が出現していると見なすことができる。ただし、雑多な質問が瑣末な質問というわけではない。出現している語に注目すると、「会社」「退職」「働ける」「お金」「休職」といった労働に関する語群、「付き合う」「好き」「依存」「関係」といった人間関係の諸問題に関係すると思われる語群、そして「離婚」や「保護」といった重要な語が出現している。

2-4-1-2. サブグラフ 02 に対する分析

サブグラフ 02 では「障害」「病気」といった語と同時に *Bipolar Disorders* では確認されなかった複数の感情語、それに類する語が出現している。ネガティブな感情表現としては

「泣く」「落ち込む」「不安」「後悔」などが挙げられる。また「幸せ」や「良い」といった一見ポジティブな語も出現している。それではこれらの感情語、特に一見ポジティブな語が使用された文脈に目を向けてみよう。

(表 2-20 「幸せ」)

H5	文章
8	幸せになれません。
12	幸せになんてできない。
15	幸せは、人の心が決めるということです。
15	幸せに暮らしています。
18	幸せな女状態だったり激しかったです。

(表 2-21 「良い」)

H5	文章
2	病院を変えた方が良いでしょうか？
5	先輩には4年間良くして貰い
5	良くしてくれたこの人になら何されてもいい
5	私より遥かに良い扱いをしているのを知ってました。
8	薬を飲んでも良くならない程で、一日中疲れてダウンしてます。
11	気分が急に良くなったり、急に落ち込んだり
11	ラミクタール ³¹ は良い薬のようですが、
11	薬を変更または追加した方が良いのでは？
11	お願いをしても良いもののでしょうか？
11	医師に言っても良いものかと少し不安です。
12	良くなると言われてますよね？
12	一体どれほどの月日が経てば良くなるものなのでしょうか？
12	いつか良くなる時が来るのでしょうか？
15	私の場合は単に運が良かっただけかもしれません。
15	状況が良い方向に変わったことだけは事実です。
20	ちゃんと通院しなきゃ良くならないのはわかっていますが、

上掲の表 2-20、表 2-21 に示した文脈からも明らかなように、「幸せ」「良い」という語は、どちらも必ずしもポジティブな内容を記述するためだけに用いられているわけではないことがわかる。否定語をともなっている H5-8 や H5-12 がその例である。H5-18 は否定語を

ともなっているわけではないが、自嘲的に過去を振り返る記述であることが文脈から読み取れる。また「良い」という語が使用されている文脈においても、不安を記述するものが散見される。

こうしたことから、サブグラフ 02 の大部分はネガティブな感情語と表現によって構成されていると見なすことができる。それを端的に表しているのが「死ぬ」という語である。以下の表に「死ぬ」という語が使用された文脈を示す。

(表 2-22 「死ぬ」)

H5	文章
4	死のうかどうか悩んでいます
4	死にたいという気持ちと助けてもらいたいという気持ちしかありません
5	死んだ方がいいと思って毎日泣いています。
5	死にたい、私が生きてるだけ資源の無駄。
6	死ぬほど後悔しています。
11	死にたいと思っているほど
18	死ぬ事ばかり考えてみたり(自殺未遂もありました。)
22	死にたい、という気持ちに襲われました。
26	死にたいとさえ思います

「死ぬ」という語は同一質問内で複数回使われているケースは H5-4 と H5-5 だけである。こうしたことから、同一質問内での複数回使用が目立った「良い」という語とは使われ方が異なり、複数の質問者が死に言及していることがわかる。これらの記述からは、H5-5 や H5-18 といった死への強い思いが記述されているものと、H5-4 に見られるようにアンビバレントな感情が記述されているものがあり、「死ぬ」という語が使用されていてもその記述内容は一様ではないことが読み取れる。しかし、質問者にとって自殺が現実的な選択肢として存在していることは事実である。これは医学的言説において指摘されていた双極性障害患者の自殺率の高さを裏付けるものであると捉えることもできる。

2-4-1-3. サブグラフ 03 に対する分析

共起ネットワークの左下に位置するサブグラフ 03 では「入院」「病院」「医師」「リーマス」など治療に関する語と同時に「仕事」「生活」といった語が近い距離で出現し紐帯を結んでいることが特徴の 1 つである。特にここでは「仕事」「生活」という語に注目した考察を行う。「生活」という語は 9 つの質問で使用されているがそのうち、H5-2 と H5-20 を除く 7 つの質問が「仕事」という語も使用しており、密接な関係があるからだ。

それでは「仕事」という語が使用された文脈から分析を始めよう。

(表 2-23 「仕事」)

H5	文章
10	仕事をされていなかったとのことでした。
12	仕事を始めても休みがちになり、辞めての繰り返し…。
12	仕事もできないこんな私の将来への不安で余計崩れてしまいそうです…。
13	父は母が仕事で戻ってこれないと思っていたようでした。
14	私は医療系の仕事をしており、彼の症状はマニアそのものと判断しています。
15	復職直後は窓際族状態で仕事がありませんでしたが
15	今は、きちんと仕事のアサインされています。
16	仕事の都合で休めても1週間です。
19	アルバイトからでもいいから自分にあった仕事探し
19	体力仕事と夜勤等は病状を悪化させかねないからやめておけと言われていました。
23	躁うつ病からの仕事復帰について
23	好きな時間に好きな内容の仕事をさせてもらう
23	仕事をさせてもらい
23	通勤だけでも週5日続けるべきか（仕事内容は責任や期日のない内容です）
24	定年後の仕事は躁の再発でできる状態ではありません。
24	仕事はできないので散財を防ぐ意味でも病院に入院してもらいたいです。
25	仕事を辞めてから妄想が激しくなった気がします。
25	仕事で成功して億万長者になる妄想などをしていた
27	仕事も覚えられず、会社の皆が私をいじめると、一ヶ月も立たず無断欠勤で退職し
27	仕事にさえ行けなくなった。

「仕事」という語は必ずしもネガティブな文脈でのみ使用されているわけではない。H5-23では理解ある職場での復職経験が記述されている。また、H5-15も復職直後は窓際族であったが、その後はうまくいっている様子が記述されている。しかし、H5-12、H5-24では就労が不安定であることや、就労そのものが困難であることが記述されている。

こうした就労に関する問題が次に目を向ける「生活」の問題につながっていることは想像に難くない。

(表 2-24 「生活」)

H5	文章
2	普通の生活を送りたいです。
12	いつまでもこんな甘えた生活が続けられる訳ではない…。
13	友達との楽しい学校生活の日々が続きました。
14	アルコールを抜いて生活のリズムを整えるため
14	これでようやくまともな社会生活を送れる人間になれる一步を踏み出せたのでは…と安心してた矢先でした。
14	私が一緒に生活してきて、受けた様々な被害
19	生活保護受給中
19	療養しながらも生活苦から生活保護に
19	生活保護を受けている社会のお荷物
20	生活保護について質問です。
20	正直ギリギリの生活なので、親には頼りません。
20	生活保護など貰えないでしょうか。
24	生活保護を受けるため
24	退職後の生活費をだすことをケチります。
25	皇族に生まれて権威ある生活をする妄想
25	社会生活には影響ありません。
27	生活や言動を見ていると、周りのうつ病の知人とは違い、元気にしか見えない

ここで注目したのは9つの質問のうち3件が生活保護について記述している点である³²。こうした記述は患者によるものだけでなく、縁者によっても記述されている。この他のH5-2、H5-12などを見ても生活上の困難が生じていることが読み取れる。このように、症状により就労が困難な患者や他者を頼ることのできない患者の最後の砦として生活保護の問題が浮上するのだ。こうした問題は生物学的な問題ではなく、社会的な問題であると言えるだろう。

2-4-1-4. サブグラフ 04 に対する分析

サブグラフ 04 は「双極性障害」「薬」「診断」「症状」など疾患に関する語と「私」という人称代名詞、「言う」「思う」などの複数の動詞といった語の出現が目立つ。また、各語の出現頻度も他のサブグラフと比較して非常に高いものとなっている。これらは話題の中心と言うよりも質問を記述する際に頻繁に用いられる基本用語であると言えるだろう。また、「お願い」「教える」「アドバイス」といった語が出現していることから、質問者が他者に対

し、症状や薬に関するアドバイスを求めていることがうかがえる。こうした問題は医学的言説とも重複するものであり、医学的な問題は質問を構成するための基本要素であるとみなすことができる。

2-4-1-5. サブグラフ 05 に対する分析

サブグラフ 05 では「友達」「父」「母」など他者を示す語が複数出現し、サブグラフの中心に「学校」という場を示す語が出現している。「学校」は他の複数の語と紐帯を結び、ハブのようになっているが、分析した結果、出現回数は 10 回と多いものの、その大半を 3 つの質問が占めており、質問全体に占める割合は少数である。また、双極性障害との関連を推し量ることは難しい内容となっていた。他者を示す語も「学校」同様、使用されている質問が限定的であるため、KWIC コンコーダンスを用いて文脈を提示する分析に適したものはなかった。

しかし、サブグラフ 05 が瑣末なもので分析に値しないというわけではない。日常の場である「学校」や、複数の他者を指す語が出現しているということは、患者の抱える悩みや問題といったものが決して生物学的な疾患だけではないことの証左である。患者は私たちの生活と大きく異なることのない、いわば地続きの世界において複数の他者とかわりながら生き、その生に苦悩しているためサブグラフ 05 のような語が問題を記述するための語として出現しているのである。

2-4-1-6. 総括

ここまでのサブグラフごとの分析を通じて、Yahoo!知恵袋に投稿された非医学的言説と前章での医学的言説とは共通点と差異のそれぞれがあることが明らかになった。

サブグラフ 04 の分析から明らかになったように、各語の出現頻度が高く、多くの質問で使用されていた基本用語は医学的言説が焦点化していたものとの重なりが見られた。こうしたことから質問者の多くが医学的言説で扱われている問題について記述していることが明らかになった。しかし、サブグラフ 04 以外では医学的言説とは重複しない様々な問題が記述されていたことも事実である。

医学的言説との大きな差異は、感情を表す複数の語、患者以外の多数の他者を指す語、問題が生起する様々な場を示す語が出現していたことである。医学的言説では感情語は出現しておらず、症状を指す、躁、うつ、混合状態といった語のみが出現していた。これに対し、非医学的言説ではサブグラフ 02 に対する分析でも言及したように複数の感情語、またはそれに類する語が出現しており、質問者の複雑な感情が記述されていたことが特徴の 1 つであった。この他にも問題が生起する場としての職場や家庭、学校などを指す語が出現していたことも大きな差異である。

質問者たちは上記の語を用いて、直接的な症状や薬の問題だけでなく、就労の問題や家族関係、生活、そして生死に関する問題など様々な悩みを記述していたのである。ここからは、質問者らが私たちと同じ生活世界において、様々な役割を演じその中での悩みを抱えて生きていること、他者との関係や自己のあり方に葛藤を覚えていることが明らかになった。2015年のYahoo!知恵袋に投稿された質問に対するテキストマイニングからは、双極性障害患者、縁者らの抱える苦悩が疾患そのものに関する問題だけでなく、誰しもが抱える人生の問題であることが明らかになったと言えるだろう。

2-4-2. 2016年Yahoo!知恵袋に対する分析

それでは2016年の分析に移ろう。ここでも前年同様、2016年1月1日から2016年12月31日にYahoo!知恵袋に投稿された質問を分析する。投稿された質問文の選出や、前処理については前年の分析同様であるため、説明を省略する。2016年の分析対象となる質問は全26件である。

前処理を経て、テキストデータ内の語を抽出したところ、総抽出語数は8,438(3,196)、異なり語数は1,581(1,241)、文の数は249という結果となった。総抽出語数、異なり語数の後にカッコで示している数値は実際に分析に使用される語の数である。質問1件を1つのデータとして扱っているため、データのまとまりを示すH5の値は26となっている。こうした手順を踏み抽出した語の上位150語を以下の表2-25に示した。

(表 2-25 2016年抽出語 頻出上位150語)

抽出語	出現回数		抽出語	出現回数		抽出語	出現回数
思う	41		関係	6		一生	4
言う	37		経験	6		飲む	4
自分	33		言葉	6		家	4
今	31		歳	6		外	4
仕事	25		持つ	6		確か	4
双極性障害	25		治る	6		楽しい	4
躁うつ病	20		収入	6		患者	4
障害	18		出す	6		原因	4
状態	18		書く	6		言える	4
人	17		人間	6		考える	4
生きる	17		人生	6		最近	4
会社	16		先生	6		参考	4
前	16		転職	6		死ぬ	4
病気	14		入院	6		質問	4
うつ病	13		猫	6		手	4
生活	13		年	6		場合	4
診断	11		付き合う	6		寝たきり	4
精神	11		普段	6		寝る	4

別れる	10		聞く	6		申し訳	4
たくさん	9		変わる	6		辛い	4
感じる	9		本当に	6		先日	4
休職	9		毎日	6		発達	4
後悔	9		友人	6		疲れる	4
行く	9		来る	6		病	4
自殺	9		お願い	5		部署	4
病院	9		お金	5		副業	4
薬	9		過ごす	5		方法	4
離婚	9		患う	5		本人	4
躁	9		気分	5		面倒	4
教える	8		義弟	5		目	4
出来る	8		強い	5		両親	4
症状	8		結婚	5		その後	3
夫	8		見る	5		アドバイス	3
友達	8		好き	5		アルコール	3
良い	8		自己	5		クレジットカード	3
気持ち	7		出る	5		ダメ	3
月	7		相談	5		バイト	3
現在	7		多い	5		メーカー ³³	3
行動	7		大変	5		悪い	3
今回	7		知る	5		意見	3
時間	7		補足	5		違う	3
少し	7		放置	5		一切	3
心	7		話	5		鬱	3
対応	7		瞑想	5		遠距離	3
分かる	7		ADHD	4		可能	3
恋愛	7		いつか	4		過去	3
連絡	7		お互い	4		解雇	3
鬱	7		お世話	4		外出	3
躁鬱病	7		愛す	4		楽	3
愛	6		意味	4		活動	3

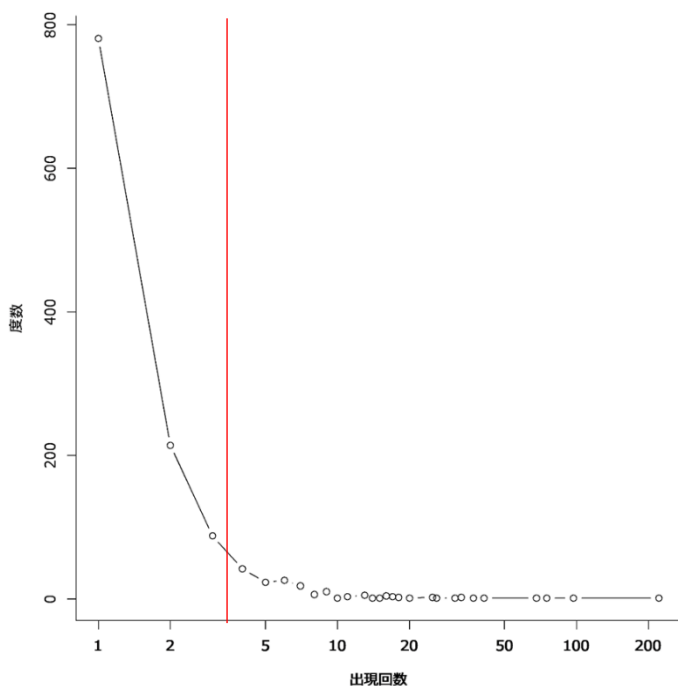
次に抽出語を出現頻度ごとにまとめた度数分布表とそのプロットを示す。

(表 2-26 2016 年抽出語 度数分布表)

出現回数	度数	%	累積度数	累積%
1	781	62.93	781	62.93
2	214	17.24	995	80.18
3	88	7.09	1083	87.27
4	42	3.38	1125	90.65
5	23	1.85	1148	92.51
6	26	2.1	1174	94.6

7	18	1.45	1192	96.05
8	6	0.48	1198	96.54
9	10	0.81	1208	97.34
10	1	0.08	1209	97.42
11	3	0.24	1212	97.66
13	5	0.4	1217	98.07
14	1	0.08	1218	98.15
15	1	0.08	1219	98.23
16	4	0.32	1223	98.55
17	3	0.24	1226	98.79
18	2	0.16	1228	98.95
20	1	0.08	1229	99.03
25	2	0.16	1231	99.19
26	1	0.08	1232	99.27
31	1	0.08	1233	99.36
33	2	0.16	1235	99.52
37	1	0.08	1236	99.6
41	1	0.08	1237	99.68
68	1	0.08	1238	99.76
75	1	0.08	1239	99.84
97	1	0.08	1240	99.92
221	1	0.08	1241	100

(図 2-16 2016 年抽出語 プロット)

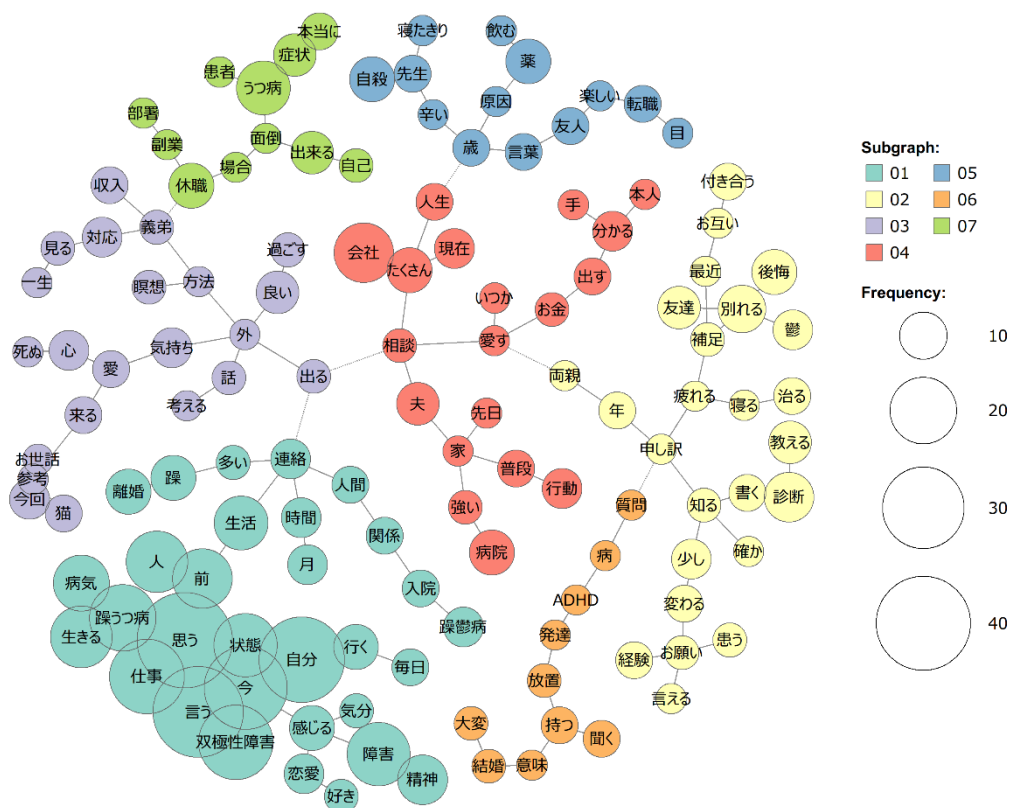


上掲の図 2-16 より、スクリープロット法の応用を用いて最低出現回数 4 回以上の語を分析対象とする。最低出現回数 5 回以上からが、折れ線グラフの落ち込みが落ち着く箇所と
の見方も可能だが、出現回数 5 以上を基準として分析したところ、内容が希薄なものとな
ってしまったため、最低出現回数 4 回以上の語を分析対象とした。最低出現回数 4 回以上
の語が全体に占める割合は 12.73%である。

共起ネットワーク分析

ここからは前年同様、共起ネットワーク分析を行う。以下に示す図 2-17 は、最小出現回
数 4 回以上の語を対象に、Jaccard 係数 0.2 以上の語を描画した共起ネットワークである。
なお、煩雑な図になることを避けるため、最小スパニングツリーのみを描画している。

(図 2-17 2016 年 共起ネットワーク)



上図からは7つのサブグラフが描画されていることがわかる。2015年の分析では5つのサブグラフが描画されていたこと、2016年は2015年に比べ分析対象とする語がやや少ないことから、2016年の方が、相談内容が拡散している可能性がうかがえる。それでは個々のサブグラフに対する分析を始めよう。

2-4-2-1. サブグラフ 01 に対する分析

まずは共起ネットワークの左下に布置しているサブグラフ 01 から言及する。ここでは、2015年のサブグラフ 04 同様、「双極性障害」「躁うつ病」「状態」「思う」「言う」などの相談を記述する際に頻繁に用いられる基本用語と呼べるものが中心となってサブグラフを構成している。個々の円が大きく、他のサブグラフと比較した時に語の出現頻度が高いことから多くの質問で使用されている語であることがわかる。しかし、ここでは2015年の共起ネットワークに出現したサブグラフとは異なり、「双極性障害」「躁うつ病」などの疾患を記述する際に多用される疾患を指す語や基本用語と同じサブグラフ内に仕事や人間関係を記述する際に使用される語が共起している。そのためここでは、人生という物語において重要なトピックとなる「仕事」「離婚」「生きる」の3語に注目して分析する。

まずは、「離婚」の分析から始めよう。以下に示した表は「離婚」という語の使われている質問とその文脈である。「離婚」という語は3つの質問で計9回使用されている。H5-4は患者から、それ以外のH5-7とH5-14は縁者からの質問である。患者からの質問では躁状態の勢いに任せて離婚したことに対する後悔が語られ、縁者からの質問H5-7では患者である配偶者に振り回されている様子が、H5-14では結婚に向けての不安が語られている。三者三様の問題を抱えていることが読み取れるが、いずれにしても患者のみの問題ではないことがうかがえる。

(表 2-27 「離婚」)

H5	文章
4	双極性障害の者ですが、離婚されました。
4	躁状態が醜くハイになって離婚してしまいました。
4	離婚の際、こちらから別れてやると言わんばかりの行動をしてしまいました。
7	あれほど離婚などと言って自分から家を出て行って
7	あきらめて話し合いしながら離婚の準備をし、届を出す日まで決まっていたのに、自分から戻ってきて
7	しかし今回もまた前回のよう自分勝手な言い分で離婚と暴言を吐き、行動も今回はクレジットカードを大量に作ったり
7	もうすっぱり諦めて離婚します。
7	ちなみに離婚を言い出して行動がおかしくなってから1ヵ月と10日です。
14	離婚が多いなど言われるのはどうしてか？

次に2015年の分析でも対象とした「仕事」という語に目を向けよう。「仕事」は12の質問で25回にわたり使用されている。質問数が26であることを考慮すると約半数の質問において何らかの形で「仕事」への言及があることがわかる。しかし、2015年と比較した場合、仕事ができないことや、復職に関係するような相談はなされておらず、唯一H5-1でのみ「仕事がなくなり、窓際族となったのはショックでした」と語られている。これは必ずしも「仕事」がネガティブな文脈でのみ使用されているわけではないこと、双極性障害を抱えながらの就労が可能であることも示している。

(表 2-28 「仕事」)

H5	文章
1	海外の仕事も経験し、英語も流暢です。
1	なによりも、仕事がなくなり、窓際族となったのはショックでした。
2	仕事は順調で何不自由なく暮らしていますが

2	実際健常者と同じレベルに並べばそこから夢や仕事や恋愛とさらなる努力をしなければならないことに気付き
5	面倒な仕事をすぐに後輩へ押し付ける傾向あり
6	一生懸命仕事に励みました。
6	ちなみに仕事は毎月いっぱいまでです。
7	睡眠時間を削って仕事に没頭したり
7	私も仕事を持っていてすれ違いな事が多いです。
7	元々仕事好きな人でしたが、生活のほとんどが職場になってます。
12	仕事選びでも理想と現実の区別が上手くいかなくて
13	仕事と介護疲れが原因です。
13	23歳で、うつ病で、仕事と介護に息を奪われている男が生きる意味なんてあるんですか？
16	仕事も問題なく順調です。
18	以前は調子がよくなればフルの仕事をしていましたが1年以内に再発してしまうことが多く
18	20代後半からはあえて単発（1ヶ月とか3ヶ月）の派遣の仕事を選んできました。
18	仕事をするという流れでした。
18	派遣で仕事が見つかるまでの繋ぎでやっていたところ
18	今まで酷い状態はあったのにせっかく仕事も出来て
19	現在気分の波が安定しておらず、仕事もしていません。
19	（公務員を辞めて仕事がない時に初診）
21	仕事は2年間(2016.3まで)の休職が認められたため
21	今までは夫と仕事を調整しつつ
21	どう見ても他の方と同じように仕事をするということは難しいのではないのかと思われる状況です。
22	お互い地元で仕事もある為、彼女との同棲は視野に入れておりません。

サブグラフ 01 に対する分析の最後に「生きる」という語に言及しておく。「生きる」という語は8つの質問で計17回使用されている頻出語である。以下に「生きる」という語が使用された文脈を示す。

(表 2-29 「生きる」)

H5	文章
1	ダメになって行く自分を毎日感じながら、それでも、生きて行く意味が少しでも何かあるのか
2	初めて自殺未遂をした9歳の時からずっと生きることが苦痛です
2	生きることが悲しくなります

2	生きることそのものに苦痛を感じている
2	私にとってはこの世は地獄で、生きることが拷問にしか感じられません
2	生きることをやめる以外にこの苦しみから逃れる方法はあるのでしょうか？
2	意気地なしのせいでこの歳まで生きてしまいました
2	瞑想をすれば生きるのが楽になるというのは事実かもしれませんが
13	生きる意味なんてあるんですか？
17	何のために生きているのか分からない
20	鬱と上手く付き合い生きてく事は可能ですか？
21	収入がなくても生きていける手立てはあるのでしょうか？
21	52才、独身、躁うつ病、アルコール依存症で無職になった場合、どうやって彼は生きて行くのか？
21	退職金をもらい、それをこれから先、彼が生きてであろう年数で割り振り生活していくしかないのか？
24	目標に向かって生きて
24	生きたいのですが、躁鬱の鬱だけ排除する事は不可能ですかね。
25	だましまし生きていましたが

ここで注目したいのは、H5-1、H5-13、H5-17 の 3 件の質問において生きる意味が問われていることである。その他の質問では、自殺につながる H5-2、鬱との付き合い方をたずねる H5-20、双極性障害を患う縁者の生活を心配している H5-21、双極性障害のうつ状態を排除しようとする H5-24、半生を記述しているかのような H5-25 など、様々な文脈で用いられており、一貫性はない。それにもかかわらず生きる意味だけはまとまりをもった問題として浮上しているのである。こうしたことから、双極性障害は患者にとって単なる気分感情の問題や生物医学的な脳の疾患としての問題だけでなく、生の問題として立ち現れていることが理解できる。

2-4-2-2. サブグラフ 02 に対する分析

サブグラフ 02 では「友達」「別れる」など友人関係に関する語と同時に、「患う」「診断」「治る」といった疾患の経験に関する語が出現している。人間関係に関する語の出現や、「後悔」といった語は非常に興味深い語だが、ここでは、医学的言説の分析においても出現していた「診断」「治る」の 2 語に注目する。

それでは「診断」という語から分析を始めよう。H5-3 は過剰診断問題など、診断に関する問題についての議論であり、双極性障害に特化したものではない。また、H5-5 も診断書という一連の語のうちの一部が抽出されただけなので、上記 2 件については言及しない。そのためここでは、H5-2、H5-6、H5-10、H5-18、H5-21 について考察する。

(表 2-30 「診断」)

H5	文章
2	軽躁と診断され力がみなぎっている時でも心に悲しみが染み付いて消えないのです
3	それを知っていながら診断をする日本の精神科医を許せません。
3	ADHD は過剰な診断により増加しています。
3	製薬会社の力と過剰な診断によって ADHD 患者の数が急増しているとのこと。
5	その人はうつ病の旨が記載された診断書を 8 月 29 日 (月) に提出するも
6	私は双極性障害型で精神障害福祉手帳の 3 級を持っています。そう診断されてから 4 年くらいたちますが状態はあまり良くなってはならず
10	様々な双極性障害の方の診断の基準に双極性障害の方は、お金の使い方が荒く我慢する事が出来ないので
18	短大の時に鬱病と診断され何度も再発を繰り返しています。
18	最初は鬱病と診断されていましたが
18	途中から躁鬱病だと診断が変わりました。
21	1 年半前にうつ病(のちに入院、加療の結果、躁うつ病、アルコール依存症と診断されました)を発症して

H5-2 と H5-6 は「診断」が文章の中心になっているわけではなく、自身の状態について記述する際の経緯を説明するために「診断」という語が使用されており、問題の中心は症状の緩和が見られないことや、苦しみが記述内容の中心となっている。H5-10 は双極性障害の診断基準についての記述となっている。注目したいのは、H5-18、H5-21 の記述である。H5-18 と H5-21 の 2 件では、双極性障害と診断される前にはうつ病の診断を受けていた旨が記述されている。これは先行研究、医学的言説においても指摘されている鑑別診断の問題であり (Paris 2012)、ここには医学的言説と非医学的言説の一致が見られる。また、H5-21 では双極性障害以外の併病に関する記述が見られる。こうした併病に関する問題も医学領域において語られている問題である。

こうしたことから、「診断」という語は、経緯や質問者の状態の説明に際して用いられる用語であると同時に、医学的な問題を語る際に中心となって用いられていることがわかる。サブグラフ 02 からは、「治る」や「診断」といった語が、医学的な文脈と同様の意味で使われる場合と、同じ語を用いながらも医学的な意味とは異なる文脈で使用されていることが読み取れた。

次に完治がないとされている双極性障害について「治る」という語がどのような文脈で使用されているのかを確認する。

(表 2-31 「治る」)

H5	文章
9	双極性障害は治りますか？

15	今はわりと治ってきましたが、自分のテンションの上がり下がり疲れします…
17	先日、先生に一生病気は治らない
17	もし治っても再発する可能性が高いと言われました。
17	何のために生きているのか分からない・・・どうせ治らないなら、もう死んだ方がましだと思います。
20	鬱（うつ）を煩って10年以上の人は、もう鬱が治る事はないですか？

上掲の表 2-31 より、「治る」という語は、4つの質問で、6回使用されていることがわかる。また、多くは否定語をともなって使用されており、「治らない」ことが語られていると見てよいだろう。これは、今日流通している「双極性障害に完治はない」という医学的言説が一般にも浸透しつつあることを示していると考えられる。しかし、H5-9 や H5-15 に見られるように、何かしらの希望を求めて「治る」可能性をたずねる質問や、「テンションの上がり下がり疲れします」と述べながらも「わりと治ってきました」と述べるなど、医学的な意味での「治る」とは語が使用される際の意味に違いがあるのも事実である。

2-4-2-3. サブグラフ 03 に対する分析

サブグラフ 03 では様々な語が出現しており、様々な質問によってサブグラフの全体像が形成されていると言えるだろう。まずここで注目したいのは、5語と紐帯を結びハブになっている語である「外」である。以下に「外」という語が出現した文脈を提示する。

(表 2-32 「外」)

H5	文章
2	明日が来ませんように」と泣きながら眠りにつきます ³⁴ きつとこの苦しみは自分の内や外に原因があるわけではなく
16	猫の飼育歴は12年で二匹ですが、どちらも実家の一軒家で外との出入りを自由にさせていました。
21	外に出て(新しい環境)順応しようとする急に落ちてしまいます。
21	先日は求職中でありながら、外で飲酒をして自分の家がわからなくなり

上掲の表 2-32 より、「外」という語は3つの質問で、4回使用されていることがわかる。H5-16 は猫の飼育に関する問題なので、直接的に双極性障害に関係する文脈ではない。H5-2、H5-21 は疾患と関係する文脈で使用されているが、「外」が指す内容は全く異なるものとなっている。前者では、自身の内外を示す抽象的な意味で「外」という語が用いられている。これに対し後者では具体性を持った屋外や、社会という意味で「外」という語が用いられている。

次に注目したいのが、*Bipolar Disorders* では「心の理論 (Theory of Mind)」でしか出現

しなかった「心」という語である。双極性障害を含む精神疾患は、心の病ではないとされて久しいが、非医学的言説では依然として「心」という語が自身の疾患を記述する際に用いられているのだ。以下の表 2-33 に「心」が使用された文脈を示す。

(表 2-33 「心」)

H5	文章
2	頭で念じる言葉と心で感じる感情のギャップが埋まらず
2	軽躁と診断され力がみなぎっている時でも心に悲しみが染み付いて消えないのです
2	心の余裕はありません
2	いつかまた心の元気を取り戻せた時に
12	自分なりに心の動きを見守りながらなんとかやっています。
16	心の病気ではないので
17	何を心のよりどころにしていかわからない

H5-16 では医学的言説が示すように「心の病気ではない」との記述が見られる。しかし、その他の文脈では、H5-2 で示されているように、頭と心のギャップが問題にされている。また、H5-12 のように「心の動きを見守りながら」など、自身の感情を「心」として記述しているものが目立つ。H5-17 では「心のよりどころ」といった言葉が使用されており、自身の感情の問題を脳に起因する疾患だと簡単には割り切れていない様子を垣間見ることができる。

最後に双極性障害研究において重要なテーマである自殺との関連を示す「死ぬ」という語について言及する。以下に「死ぬ」という語が使用されている文脈を示す。

(表 2-34 「死ぬ」)

H5	文章
1	今、死ねば、自分の人生は大変、満足の行くものであったと誇れるでしょう。
16	心の病気ではないので、死にたいとか落ち込んだりすることは過去に一度も無いです。
17	私が死んでも誰も悲しむ人はいない
17	どうせ治らないなら、もう死んだ方がましと思います。

出現頻度自体は低く 3 つの質問において計 4 回使用されている。H5-16 の質問では、先述した通り、自身の疾患を「心」の病だとは捉えていないため、死にたいと感じたことはないとの記述が見られる。ただしこうした考え方は稀有な例だろう。その他 3 回の文脈に目を向けると、どれも希死念慮として解釈可能な文脈で使用されている。H5-1 ではこれまでの人生には満足しているものの、今後の人生に絶望している様子が、H5-17 では、完治がな

いことへの絶望と孤独感が、それぞれ記述され、「死ぬ」という語と結びついている。

2-4-2-4. サブグラフ 04 に対する分析

サブグラフ 04 では患者、縁者の生きる舞台、問題が生起する場である、「会社」「病院」という語に注目した分析を行う。特に「会社」という語は8つの質問で計16回使用されており、その出現頻度からも重要な語であること、多くの質問者の関心事になっていることがうかがえる。こうした語を使用した質問は患者、縁者の双方から記述されており、どちらか一方のみが抱えている問題ではないことや、当事者らが交錯する舞台であることが明らかになる。まずは出現頻度が最大である「会社」という語が使用されている文脈を提示する。

(表 2-35 「会社」)

H5	文章
1	会社員です。
1	一流国立大学を卒業し、一流会社へ入社し
1	双極性障害（躁うつ病）を患い、現在は、障害者として、会社へ通っています。
3	確かに製薬会社は儲かるから放置しているんだと思うんですけど
3	製薬会社の力と過剰な診断によって ADHD 患者の数が急増しているとのこと。
5	勤務時間中に会社支給のペンタブで副業
5	これがもしうつ病じゃなかった場合、会社に在籍は出来るのでしょうか
6	理由は会社の規定に基づく必要出勤日数を満たせなかったためです。
6	全然眠れないなどの症状があり会社はしばしば休んでしまっていました。
19	たくさんの同期に恵まれ、会社にもお世話になっておりとても楽しい日々を過ごしていました。
20	それとも会社勤めができる位（寛解？）に落ち着き、鬱と上手く付き合い生きてく事は可能ですか？
21	会社の組合等からの休業手当を頂いています。
21	今までは夫と仕事を調整しつつ義弟の通院や対会社との交渉などしてきましたが、
21	財布に入っていた身分証で会社に連絡をされて
21	会社からこちらへ連絡がありました。
25	この頃、会社をズル休みしたり

表 2-35 より、8つの質問において「会社」という語が使用されている。全体の質問数が26であることを考えても、多くの質問において「会社」という語が使われていることがわかる。このうち患者による記述は H5-1、H5-6、H5-19、H5-20、H5-25 の5件である。H5-1 では主に自身の属性、会社員であることを示す語として「会社」が使用されており、問題の中心にあるわけではない。また H5-19 も会社が問題の中心にあるわけではない。これに

対し、H5-6、H5-25 の両質問では会社を休んでしまったことが語られている。前者は規定の勤務日数を満たせなかったことが語られており³⁵、問題の中心となっている。H5-20 では、就労可能な状態まで回復するのかを問う文脈で「会社」という語が使用されている。

こうしたことから、患者にとって「会社」は自身の属性の提示や、問題の中心、回復の指標として使用されていると読み取ることができる。

H5-3 は製薬会社や今日の精神科における過剰診断を問題とした質問であり、製薬会社を批判する文脈で「会社」という語が使用されている。

ここで注目したいのは H5-5 と H5-21 の質問だ。これらは身近な他者にうつ病患者、双極性障害患者がいる縁者からの質問である。H5-5 では、会社の同僚である患者の行動に対しての批判的なまなざしにもとづく質問である。端的に言えば、質問者の思い描くうつ病患者像と実際の患者像が合致しないことから、詐病やうつ病以外の疾患を疑っているのだ。H5-21 では問題はより深刻なものだ。ここでの質問者は双極性障害を患う義弟の縁者であり、自身が縁者として様々な交渉を行っている様子や、義弟がトラブルを起こした際に質問者に会社経由で連絡があった旨などが記述されている。

「会社」という舞台は患者と社会をつなぐ場であるだけでなく、縁者と患者をつなぐ、場合によっては巻き込む場となっているのである。

次にもう1つの舞台である「病院」に視線を移そう。まずは「病院」という語が出現する文脈を以下の表 2-36 に示す。

(表 2-36 「病院」)

H5	文章
3	まず病院に行く前に精神科医になる前にこのようなことを知らない人に知ってほしいです
7	一応、家族相談という形で病院に行こうと思っておりますが
12	病院ではそういう専門のアドバイスはしてもらえないので結局自分でやるしかないんですよ。
15	躁鬱病を治したいです…病院はもう行きたくないです…
15	病院行きたくない理由は薬で毎日寝てしまうからです
17	親戚も友達も一人もいないので、心療内科の病院の先生と月1回5分程度喋るのが、唯一の社会との接点です。
21	先日、病院からの説明でこれ以上の改善は見られないので
25	病院こそ行ってないのですが立ち直ったと思っていた
25	やはり病院受診した方が良いでしょうか？

上掲の表からも「病院」という語も様々な文脈で使用されていることがわかる。H5-3 を除く全てが患者、もしくは縁者からの質問において使用されている。H5-7 と H5-21 は縁者からの質問である。H5-7 では、病院へ相談に行く旨が、H5-21 では既にかかっている病院

から受けた説明について記述されているが、問題の中心になっている様子はない。これに対し、H5-12、H5-15、H5-17、H5-25 の患者からの質問では、病院そのものが関心事となっている。H5-12 では病院に対する不満が、H5-15 では病院には行きたくない旨が、H5-25 では病院にかかることを戸惑うといった内容が記述されている。特に H5-12 と H5-15 では病院に対しややネガティブな印象を持っていることがうかがえる。一方で H5-17 では病院の医師とのかかわりが社会との唯一の接点となっていることが記述されている。病院での医師との会話がポジティブなものとして捉えられているのだ。ここで特徴的なことは、H5-17 以外の文章が「病院」という漠然とした場に対しての記述であるのに対し、H5-17 は病院の先生という具体的な他者に対しての記述であるという点である。

以上の分析から、「会社」同様、「病院」は患者、縁者、医療従事者をつなぐ舞台ではあるが、その性格はやや異なるものであり、患者にとってはネガティブな意味とポジティブな意味の両面を持つものであることが示唆された。特に社会から孤立した患者にとっては「病院」という舞台が最後の砦となりうる非常に重要な意味を持ったものであることが、一例ではあるが示された。

2-4-2-5. サブグラフ 05 に対する分析

サブグラフ 05 の分析では使用頻度の高い「薬」「自殺」の 2 語と、症状や状態を記述するために使用されている「辛い」「寝たきり」の 2 語の計 4 語を分析対象とする。「薬」の分析では、減薬や薬に頼らないことが回復の指標のように扱われていること、薬効などは語られていないことなどから、薬物療法そのものが問題にされているわけではなく、医学的言説における「薬」に対する関心とは大きく異なることを指摘する。「自殺」という語はその後の分析対象とする「寝たきり」とのつながりが見られる。また、2016 年の質問では「自殺」「死ぬ」ともに出現頻度が高いわけではないが、自殺が喫緊の問題として浮上しており、事態は深刻であることが読み取れるものとなっている。さらに、自死という深刻な状態を記述している質問者が、社会的に孤立した状態であり、孤独感と死の関係を暗示するものであることを指摘する。

それではまず「薬」という語に目を向けよう。以下の表 2-37 は「薬」という語は使用された文脈である。

(表 2-37 「薬」)

H5	文章
2	薬に頼らなくてもしっかり食べて眠って働くことができます
4	今は薬を飲んでいてため鬱に近い状態にあります。
13	精神科の先生は話を聞いて薬を出して終わりです。
15	病院行きたくない理由は薬で毎日寝てしまうからです

16	毎日処方箋通りの薬を飲むことで体調をコントロールしています。
16	薬を飲まないとい体が動かなくなってしまう。
16	回復も順調で、現在少しずつ薬の減薬を始めています。
20	薬やカウンセリング、認知療法、早寝早起きで生活リズムを整える、バランスの取れた栄養のある食事をとる
23	躁うつ病かもしれないから薬飲んだら？と言われて悩んでいます。

H5-2 と H5-16 では薬に頼らないことや減薬することが、回復の指標のように語られていることがわかる。H5-4 と H5-15 では薬の作用によるうつ状態、副作用としての眠気について記述されている。H5-13 では薬を処方されるだけの治療に対する不満が語られ、残る H5-20、H5-23 では特に薬に焦点が当たっている様子はない。これらに共通して言えることは、H5-15 を除き、薬そのものには焦点化されていないということである。*Bipolar Disorders* に対する分析では薬物療法が 1 つの主力研究領域となり、効果の測定などについて議論されていたことが明らかになったが、ここでの分析からは、患者らにとって薬物療法そのものは大きな関心事になっていないことがうかがえる。

次に「自殺」に目を向ける。これまでも指摘してきた通り、双極性障害における自殺率の高さは医学領域において大きな関心事である。しかし、2016 年の Yahoo!知恵袋に投稿された質問では、「死ぬ」「自殺」ともに頻出しているとは言えないものになっている。

(表 2-38 「自殺」)

H5	文章
2	自殺以外で楽になれる方法を教えてください
2	双極性障害を患っております(ほぼ寛解中)そして初めて自殺未遂をした 9 歳の時からずっと生きることが苦痛です
2	今まで何度も自殺未遂をして 1 週間意識不明になったこともあったのですが
2	9 歳のあの時自殺未遂が成功していれば
13	うつ病で自殺するのがなぜいけないのでしょうか？
13	『どんなに辛くても自殺だけは絶対にしないで約束して』精神科の先生に言われた
13	自殺は服薬なので迷惑はかかりません。
17	両親は首つり自殺、弟は餓死、私は躁うつ病でほぼ寝たきり状態を 20 年、生活保護を受けています。
17	もう、自殺してもいいですか？

上述の通り、「死ぬ」「自殺」という語は出現頻度の高い語ではない。しかし、H5-2 や H5-17 に目を向けると問題は深刻なものであることが見て取れる。H5-2 の質問では初めての自殺未遂が 9 歳と非常に若年であること、常に希死念慮を抱えて生きている状態であり、質

問者が非常に不安定な状態であることを示唆している。また、H5-17 では、質問者の両親が自殺していること、質問者が孤独な状況下にあることをうかがうことができる。さらに「もう自殺してもいいですか?」という文章から、自殺が差し迫った問題であることも推測できる。同じ H5-17 の記述から抽出した「寝たきり」という語と合わせて見ても、質問者が絶望的な状況で暮らしていることがわかる。H5-13 においても質問者は自殺を決意しているかのような記述をしており、2015 年の「死ぬ」という語が表現していた内容よりも質問者の死が喫緊の問題であると言えるだろう。

次に「辛い」「寝たきり」の 2 語に目を向けよう。

(表 2-39 「辛い」)

H5	文章
2	人生には辛いこともあるけれど
13	『どんなに辛くても自殺だけは絶対にしないって約束して』
13	僕は辛いことはそこまで理解してくれません。
18	(みんないろいろあるな。辛いのは、自分だけじゃない。)と思うと前向きになれます。

(表 2-40 「寝たきり」)

H5	文章
17	私は躁うつ病でほぼ寝たきり状態を 20 年、生活保護を受けています。
17	寝たきりでテレビを見るだけの生活。
18	私は今まで寝たきりでお風呂も週 1 程度
18	今回も寝たきりからほぼ毎日散歩に行けるようになり

「辛い」「寝たきり」という語からはネガティブな印象を受けるが、使用されている文脈に目を向けると、一部ではあるが、ポジティブな意味で使用されていることが明らかになった。それが H5-18 である。H5-18 における「寝たきり」は寝たきりの状態を繰り返してはいるものの、回復についての記述が見られる。また同じ H5-18 では「辛い」という語に対しても、同じ患者のことを考え前向きになっている旨が語られ、ポジティブな文脈で使用されていることがわかる。しかし、その他の文脈に目を向けると、H5-2、H5-13、H5-17 ともに最終的に「自殺」へと向かうネガティブな意味合いでの使用である。

2-4-2-6. サブグラフ 06 に対する分析

サブグラフ 06 は他のサブグラフと比較した場合、各語の出現頻度が低い。「発達」「ADHD」といった他の障害を指す語も出現しているが、精神医学全体を批判するための記述であり、

当事者らの抱える疾患として記述されているわけではないため、ここでは言及しない。ここで注目したいのは「結婚」という語である。出現回数は4回と少数であるが、双極性障害患者を取り巻く、結婚に関する言説の縁者への影響を読み取ることができる。

(表 2-41 「結婚」)

H5	文章
1	一番美人の女性と結婚しました。
13	僕はお金を稼いで、結婚してる『普通の人』になれなかった。人生を失敗したんです。
14	双極性障害の彼との結婚はそんなに大変でしょうか？
14	結婚することが難しいと言われてたり
14	結婚できない、離婚が多いなど言われるのはどうしてか？

上掲の表 2-41 の H5-1 と H5-13 は患者の、H5-14 は縁者からの質問である。ここからは様々な物語を読み取ることができる。H5-1 では患者の経験、とくにここでは発病前の経験として美しい女性と結婚したという過去が語られている。対照的に H5-13 では、質問者にとって普通のことと認識されている結婚ができていない現状を嘆き、「人生を失敗した」と記述されている。前者は過去に対する肯定的な評価を記述し、後者は現在に対する否定的な評価を記述しているのである。

H5-14 に目を向けると、これらとは全く異なる大きな問題が浮上する。質問者は双極性障害を患う恋人を持つ女性である。質問者は双極性障害の恋人との結婚について、難しい、結婚できない、離婚が多い、などと言われていることに対し、「そんなに大変なのでしょうか？」「どうしてか？」とたずねている。ここからは、質問者が双極性障害を患う恋人との結婚について周囲から何かしらの反対を受けていることや、それに類似する言説があることを示唆している。サブグラフ 01 でも「離婚」という語が出現していることから、離婚率が高いことは事実であるが、「結婚することが難しい」や「結婚できない」といったことは差別的な言説が流布していることを暗示するものである。結婚は患者だけの問題ではなく縁者の問題、ひいては縁者を拡大していく社会的な行為である。こうした質問文の分析から、疾患そのものに加え、言説が患者、縁者の社会的行為に影響を与えていることがうかがえる。

2-4-2-7. サブグラフ 07 に対する分析

最後にサブグラフ 07 に言及する。ここでは「うつ病」「休職」などの語の出現頻度が高いが、これらの語は、うつ病の診断書を提出して休職している同僚の症状について、詐病を疑う H5-5 の質問の中での使用が大半を占めている。この質問については他のサブグラフでも言及しているため、ここでは「症状」という語に絞って分析する。

まずは「症状」という語が使用された文脈を確認する。

(表 2-42 「症状」)

H5	文章
3	実際に精神障害の症状を持つ子どもは存在するものの
5	うつ病の症状について教えてください。
6	全然眠れないなどの症状があり会社はしばしば休んでしまいました。
11	これは本当に双極性障害の症状なのでしょうか。
11	彼はそう ³⁶ の時に自慰行為をすると症状が落ち着くなどといって
11	これも双極性障害の症状の1つなのでしょうか。
21	もし症状が戻ってしまったら
26	上記の症状から、彼女は本当に病識があると言えるのでしょうか？

上の表 2-42 に示したように、6つの質問で計8回使用されているが、そのうち患者からの H5-6 の1件のみである。つまり、患者の症状についての質問は主に縁者や他者からなされており、患者から症状についての質問はなされていないのである。しかし、視点を変えると、このような場でたずねるという方法でしか、縁者が疾患の症状について確認する術がないこと、医師や病院に直接問い合わせることはハードルが高いことを示唆するものでもある。

2-4-2-8. 総括

ここまでのサブグラフごとの分析を通して明らかになったことをまとめよう。

サブグラフ 01 では、患者にとっては双極性障害を患うことが自身の生きる意味を脅かすほどの問題となり、生物医学的な疾患としての問題ではなく、生の問題として立ち現れているということが「生きる」という語の分析から示唆された。

「治る」「診断」という語に注目したサブグラフ 02 の分析からは、双極性障害に完治がないという医学的言説の普及と同時に、「治る」という語が医学的な意味とは異なる意味で使用されていることが明らかになった。ここからは医学的言説と非医学的言説との間に相反する言説が共存する可能性が垣間見られた。

サブグラフ 03 の分析結果において注目すべきは、「心」という語への分析である。多くの患者が自身の疾患や感情のあり方を「心」という語を用いて記述し、脳の問題として双極性障害を割り切ることはできていない様子が語られていた。これは医学的言説では考えられない、生の人間の声である。

サブグラフ 04 の分析では「会社」「病院」という語に注目し、双極性障害が社会的問題として生起するする場に焦点を当てた。その結果、これらの場が患者、縁者、その他の他者をつなぎ、時には巻き込んで問題が生起する舞台であること、社会的に孤立した患者にとって

は「病院」が最後の砦となっていることなどが明らかになった。

サブグラフ 05 で特筆すべきは「薬」と「自殺」という語である。「薬」という語の使用されていた文脈は医学的言説とは全く異なるもので、減薬が回復の指標として語られているものや、薬の処方だけの治療に対する不満などで、薬の効果など、薬そのものが焦点化されることはなかった。「自殺」では、質問時の喫緊の問題として質問者が自死を選ぶ可能性を読み取ることができた。双極性障害患者の自殺の問題は医学的言説でも語られているが、孤立の問題と合わせて社会学的視点からも考察すべき問題であろう。

サブグラフ 06 では、「結婚」という語に注目した。語が出現した質問数そのものは多くなかったが、患者のみでなく、縁者を巻き込んだ問題であること、差別につながりかねない言説が一部で流布している可能性があることなどを読み解くことができた。

最後にサブグラフ 07 では「症状」という語の分析から、「症状」に関する質問は患者からの質問ではなく、縁者、他者からの質問が目立ち、患者本人以外が疾患情報にアクセスする際にこうしたネット空間を情報源としている可能性が示唆された。

2016 年の分析全体を通して明らかになったことは、おおむね 2015 年の分析で明らかになった内容と同様のものであった。前年に対する分析との違いは、縁者や他者といった患者以外の人々が抱える問題の多様性や、これらの人々を巻き込む形で問題が生起していることが明らかになった点である。また、患者にとって双極性障害は生物医学的な疾患としてのみ立ち現れるのではなく、心の問題、生の問題として現前していることが明示されたことも特筆すべき点である。

2-4-3. 2017 年 Yahoo!知恵袋に対する分析

ここから 2017 年に Yahoo!知恵袋に投稿された質問に対する分析を始める。分析対象は、2017 年 1 月 1 日から 2017 年 12 月 31 日に投稿された質問である。事前の内容分析によって対象とする質問を選出した結果、分析対象となる質問は全 28 件となった。

2015 年、2016 年の質問に対して行なった処理と同様の前処理を行い、テキストデータ内の語を抽出したところ、総抽出語数は 9,195 (3,464)、異なり語数は 1,629 (1,268)、文の数は 350 という結果となった。総抽出語数、異なり語数の後にカッコで示している数値は実際に分析に使用される語の数である。質問 1 件を 1 つのデータとして扱っているため、データのまとまりを示す H5 は 28 となっている。こうした手順を踏み抽出した語の上位 150 語を以下の表 2-43 に示した。

(表 2-43 2017 年抽出語 頻出上位 150 語)

抽出語	出現回数		抽出語	出現回数		抽出語	出現回数
言う	55		繰り返す	7		復帰	5
思う	41		軽躁	7		保護	5
仕事	32		嫌	7		補足	5

自分	31		持つ	7		母	5
双極性障害	31		社会	7		シングル	4
寝る	20		相談	7		ジプレキサ	4
人	20		続ける	7		ハイ	4
うつ病	19		頭	7		マザー	4
躁うつ病	19		病院	7		ミス	4
飲む	18		聞く	7		ルール	4
状態	18		暴言	7		意味	4
診断	18		毎日	7		気分	4
生活	16		来る	7		記憶	4
薬	16		話	7		強い	4
躁	15		感じる	6		軽躁	4
子供	14		気持ち	6		血	4
障害	14		月	6		見る	4
生きる	14		酷い	6		好き	4
考える	13		最近	6		今日	4
良い	13		自殺	6		困る	4
型	12		質問	6		混合	4
今	12		主治医	6		才	4
入院	12		書く	6		仕方	4
離婚	12		辛い	6		時間	4
鬱	12		睡眠薬	6		治療	4
悪い	11		多い	6		辞める	4
出る	11		調子	6		主婦	4
前	11		普通	6		終わる	4
錠	10		変わる	6		上司	4
職場	10		アドバイス	5		場合	4
リーマス	9		皆様	5		水商売	4
家	9		感情	5		性格	4
会社	9		頑張る	5		正直	4
教える	9		気	5		全く	4
行く	9		共に	5		双極	4
歳	9		喧嘩	5		朝	4
実家	9		最初	5		通院	4
病気	9		疾患	5		吐く	4
父	9		受ける	5		働く	4
分かる	9		出来る	5		疲れる	4
本当に	9		処方	5		必ず	4
お願い	8		症状	5		病状	4
結婚	8		心配	5		不安	4
妻	8		人生	5		夫	4
死ぬ	8		睡眠	5		父親	4
精神	8		昼間	5		服薬	4
難しい	8		電話	5		母親	4
保険	8		怒る	5		明日	4
夜	8		特に	5		目	4

意見	7		年	5		鬱病	4
----	---	--	---	---	--	----	---

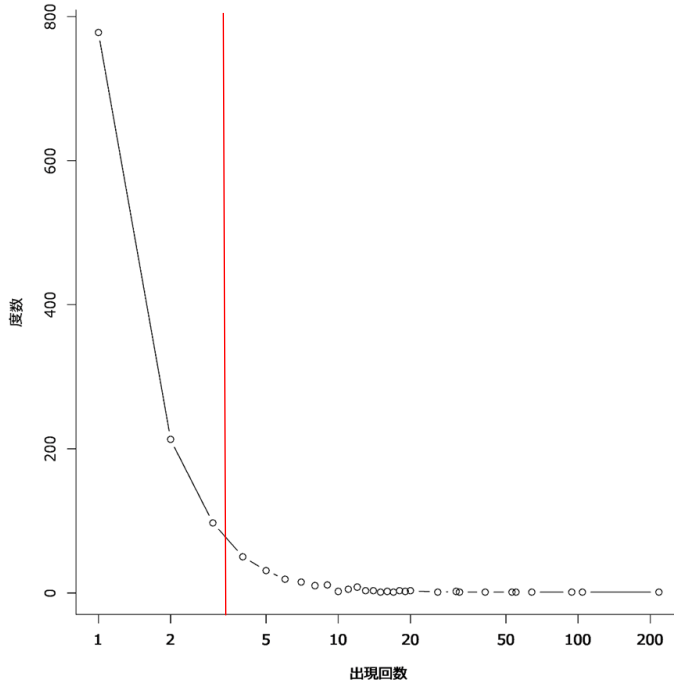
次に抽出語を出現頻度ごとにまとめた度数分布表とそのプロットを示す。

(表 2-44 2017 年抽出語 度数分布表)

出現回数	度数	%	累積度数	累積%
1	778	61.36	778	61.36
2	213	16.8	991	78.15
3	97	7.65	1088	85.8
4	50	3.94	1138	89.75
5	31	2.44	1169	92.19
6	19	1.5	1188	93.69
7	15	1.18	1203	94.87
8	10	0.79	1213	95.66
9	11	0.87	1224	96.53
10	2	0.16	1226	96.69
11	5	0.39	1231	97.08
12	8	0.63	1239	97.71
13	3	0.24	1242	97.95
14	3	0.24	1245	98.19
15	1	0.08	1246	98.26
16	2	0.16	1248	98.42
17	1	0.08	1249	98.5
18	3	0.24	1252	98.74
19	2	0.16	1254	98.9
20	3	0.24	1257	99.13
26	1	0.08	1258	99.21
31	2	0.16	1260	99.37
32	1	0.08	1261	99.45
41	1	0.08	1262	99.53
53	1	0.08	1263	99.61
55	1	0.08	1264	99.68
64	1	0.08	1265	99.76
94	1	0.08	1266	99.84

104	1	0.08	1267	99.92
217	1	0.08	1268	100

(図 2-18 2017 年抽出語 プロット)

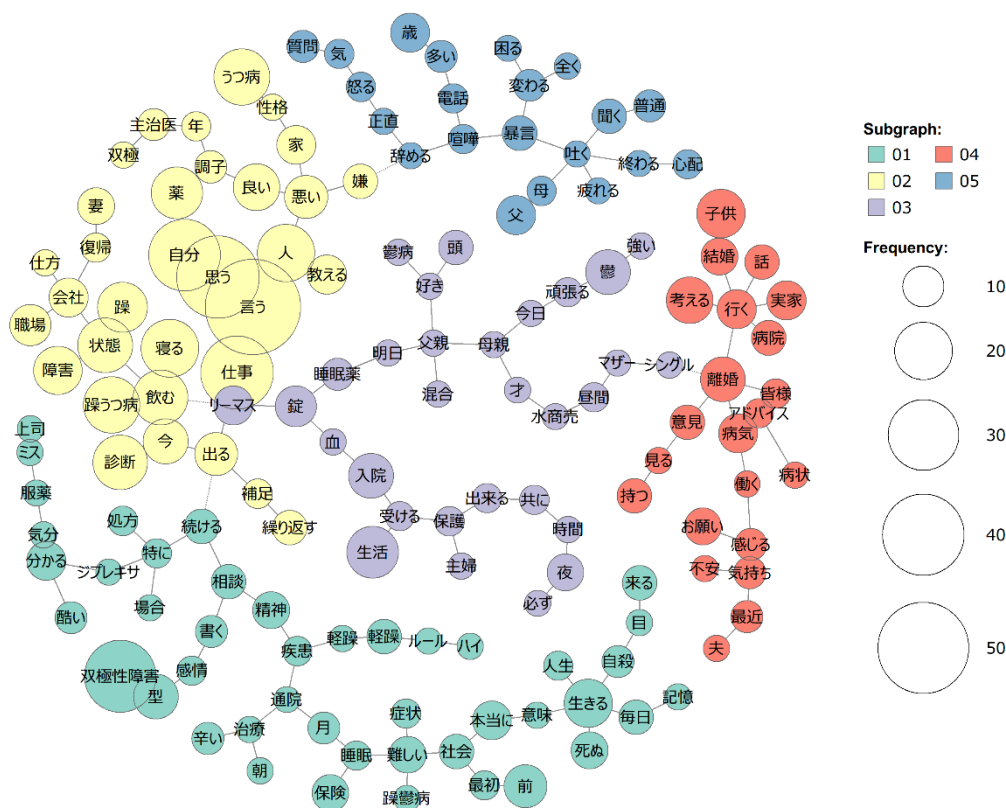


上掲の図 2-18 より、スクリープロット法の応用を用いて最低出現回数 4 回以上の語を分析対象とする。ここでも最低出現回数 4 回以上の語を分析対象とした場合と、最低出現回数 5 以上の語を分析対象とした場合を比較した結果、前者が妥当だと判断したため、最低出現回数 4 回以上の語を分析対象とした。最低出現回数 4 回以上の語が全体に占める割合は 14.2%である。

共起ネットワーク分析

それでは共起ネットワーク分析へと考察を進めよう。以下に示す図 2-19 は、最小出現回数 4 回以上の語を対象に、Jaccard 係数 0.2 以上の語を描画した共起ネットワークである。なお、煩雑な図になることを避けるため、最小スパニングツリーのみを描画している。

(図 2-19 2017 年 共起ネットワーク)



上掲の図 2-19 から、2017 年は 5 つのサブグラフが描画されていることがわかる。これは語群が 5 つのまとまりを持っているということを示している。2016 年に比べやや分析対象となる語が増加しているものの、サブグラフの数は減少していることから、各語がまとまって共起していると言えるだろう。それでは各サブグラフの分析へと移行しよう。

2-4-3-1. サブグラフ 01 に対する分析

サブグラフ 01 では出現している円が小さく、各語の使用頻度はそれほど高くないことがうかがえる。また、「双極性障害」という語がこれまでの年のように基本用語が集中するサブグラフ 02 ではなく、各質問で使用された少数の語と共起関係を結んでサブグラフ 01 に出現していることも注目すべき変化である。そして最大の特徴はこれまで一度も出現していなかった「型」という語が「双極性障害」という語と非常に近い位置で共起している点である。これは双極性障害に I 型と II 型という 2 つの型が存在し、その違いが重要であることを質問者たちが認知し始めたことを意味する可能性を示唆するものである。

こうした疾患を説明するための語、言い換えるなら医学の言葉と同じサブグラフ内に生の諸相を表す「生きる」という語が出現していることはこれまでの共起ネットワークには見

られなかった大きな差異である。

本章の目的は非医学的言説の分析であるため、ここでは比較的出現頻度が高く、他の重要な語と紐帯を結び、ハブのような役割を担う語として出現している「生きる」という語、そして「生きる」と紐帯を結ぶ「人生」「意味」「死ぬ」「自殺」の計5語に注目した分析を行う。

まずは中心となる語である「生きる」という語への分析から始めよう。

(表 2-45 「生きる」)

H5	文章
1	毎日のように死ぬ思いをしながら、おめおめと生きているのだらうと感じています。
1	私が死ぬと、妻が生活に困るので、なんとか生きたいと思っています。
3	病状からして絶対働けないのでつまらない人生をぼちぼち生きるかいつそのこと自殺しようか迷っています。
3	重度の双極性障害の方は何をして生きているの？
3	生きてる意味ありますか？
4	自分の生きてる意味がわかりません
4	夫は生きていてくれるだけでいいと言ってくれますが
4	私はなんのために生きてるのでしょうか
4	こんななら生きてる必要ないですよね？
7	とりあえず明日生きてたら精神科行ってきます。
7	とりあえず明日まで生きれるように頑張る！
14	特に自分の場合は真面目な性格もあり「線(軸)」を持ち生きてきたのですが、それを超えるのが軽躁です。
20	「楽しく生きていきたい。楽しく何が悪いの？」
20	彼女は、もうふつうの40代の社会人として生きていくことは難しいのでしょうか？

上掲の表 2-45 のうち H5-20 は縁者による記述であるが、それ以外の記述は全て患者によって記述されたものである。こうしたことから「生きる」という生に関する問題は患者のみが抱える問題であるような印象を受ける。どこまで行っても自身の生は自身の生であり、他者や医学に受け渡せるものではない。

具体的な記述に目を向けると、H5-3 と H5-4 では生に対する悲観的な記述が見られ、生きる意味の喪失や、価値の喪失、自己の生からの疎外を読み取ることができる。H5-1 と H5-7 では希死念慮が記述されているものの、何とか生きようとする意志を読み取ることができる。しかし、どちらのタイプの記述も Yahoo!知恵袋という不特定多数の目に触れる掲示板に投稿された記述であることから、死に囚われつつも、生きようとするアンビバレントであ

り生々しい感情が記述されていると見るべきだろう。こうした記述は2016年の分析では見られなかったものである。

次に「生きる」と紐帯を結んでいる「人生」「意味」「死ぬ」「自殺」の4語が使用された文脈をまとめて提示する。

(表 2-46 「人生」)

H5	文章
1	でも、生き甲斐のない人生は、つまらないものです。
1	うつ病や双極性障害でも、何とか人生を楽しむことが、できないものかと考えます。
3	病状からして絶対働けないのでつまらない人生をぼちぼち生きるか
7	終わったよ、人生！まじで、なんで俺だけこんな目にあうねん！
26	このまま、入退院を繰り返す人生はもう嫌です。

(表 2-47 「意味」)

H5	文章
3	生きてる意味ありますか？
4	自分の生きてる意味がわかりません
14	医師が言うからそうかな？と思い悪い意味でなくいいなりでした。
28	血中濃度がこんなに低いのに、飲んでいる意味はあるのでしょうか？

(表 2-48 「死ぬ」)

H5	文章
1	なんで、毎日のように死ぬ思いをしながら、おめおめと生きているのだろうと感じています。
1	勇気がないので、死ねません。また、私が死ぬと、妻が生活に困るので
4	これからもずっとこの繰り返しかと思うと死にたくなります
4	一生こうなのだと思うと本当に辛いです死にたいというより楽になりたいです
7	もし、死んだらなんかの研究に役立つかもです。でも死にたくはないです。
7	俺死んだらどうすんねんって感じです。
7	これってODかな、これで明日睡眠薬飲んで死んでたら許してね
18	ギャグが死ぬほどレベルが低く寒いしキツイ。

(表 2-49 「自殺」)

H5	文章
3	障害年金を貰うか自殺するかで迷っています。

3	つまらない人生をぼちぼち生きるかいつそのこと自殺しようか迷っています。
4	人の迷惑にしかならないんだからでも自殺も家族は許してくれませんか
5	彼女が生活保護を受けています双極性障害の為、自殺未遂に近い行為を繰り返したり
7	二回目の混合状態です、焦燥感が強いのに色々したいでもしんどい、自殺するかもしれません
7	わかってないわ自殺の可能性あるねんぞ

これらの語は「生きる」という語と共起しており、内容的にもつながりが見られる。単独での出現は「人生」で出現する H5-26、「意味」で出現する H5-28、「死ぬ」で出現する H5-18、「自殺」で出現する H5-5 のみである。H5-26、H5-28 は患者による、H5-18、H5-5 は縁者による記述である。

個々の語に目を向けると、「人生」では、「生きる」でも見たように人生に対するやり場のない不満が記述の大半を占めている。またここでのみ出現している H5-26 でも、入退院を繰り返す人生に対しての悲観が記述されている。

「意味」という語の目を向けると、ここでのみ出現している H5-28 において興味深い記述が見られる。H5-3、4 においては生きる意味が問題されているのに対し、H5-28 では、服薬の意味に対しての疑問が記述されている。H5-14 においても医師の診断に対して盲目的であったことが記述されている。これは患者が医師の診断や処方に対し疑問を持ったことを示したものである。こうした記述は 2016 年の分析では見られなかったものである。

「死ぬ」という語では、「生きる」という語に対して行った分析と同様のことが指摘できるが、より希死念慮が強く反映される形となっている。ここでのみ出現している H5-18 は他の記述と異なり、人の生死に言及するものではない。

最後に「自殺」という語に言及する。ここで初めて出現するのは H5-5 である。双極性障害を患う恋人を持つ縁者による記述であり、恋人が自殺未遂に近い行為を繰り返していることが語られている。2015 年の「死ぬ」、2016 年の「自殺」においても縁者からの記述はなく、自殺に関する記述は患者によるものに限られていたため、縁者による自殺への言及は 2017 年の特徴であると言えるだろう。「自殺」という語が使われている質問全体を見渡すと、患者にとって自殺という選択が非常に身近なもののように記述されていることが見て取れる。これは双極性障害患者の自殺率が高いという医学的言説を裏付けるものだと言えるだろう。

2-4-3-2. サブグラフ 02 に対する分析

サブグラフ 02 は他の複数のサブグラフとのつながりがあり、出現している各語の出現頻度などからも多くの質問で使用された基本的な語によって構成されていることがわかる。ここで注目する語は 2015 年、2016 年の分析でも対象とした「診断」と「仕事」という語で

ある。

(表 2-50 「診断」)

H5	文章
11	8年前に「うつ病」と診断されましたが
11	その3年後に「双極性感情障害」と診断されました。
11	双極性障害の多くが、最初はうつ病と診断されるそうで
11	どうして、主治医は、私が双極性障害だとわかったのでしょうか？あるいは診断したのでしょうか？
13	双極性障害って精神疾患の中で最もこじつけやすい、操作診断しやすい
13	診断名であり、投薬が多すぎたことも躁転と言い訳できる便利な疾患ですよ。
16	双極性障害Ⅱ型と言うのですが、診断書を書いてもらう時は、必ず、「双極性感情障害」と書いて
21	結婚してから間もなくうつ病と診断されました。
21	うつ病診断後仕事の原因でうつ病になったと言っていました
21	診断されてからの、大きな出来事を思い返してみると
22	父が母を病院に連れて行き躁うつ病と診断されました。
23	しかし最近になって自分は躁うつ病ではないかと思い始めました。ただ、病院で診断されたわけでもなく
25	3年前に躁うつ病と診断されました
25	最初は鬱の症状が強く、うつ病と診断されましたが
25	半年の任意の入院中に躁状態が出て来て「躁うつ病」と診断されました
25	鬱からくるアルコール依存症とも診断されています
26	躁うつ病の診断を受けています。
28	結婚前に勤めていた会社の激務によりうつ状態になり、経過観察中に躁うつ病と診断されて、13年になります。

「診断」という語が使用される文脈は主に質問者が双極性障害と診断された経緯を記述するために使用されている。ここで注目したいのは2点である。1点目はH5-11、H5-21、H5-25、H5-28の4件において最初の診断がうつ病であったことが記述されている点だ。双極性障害が見逃されやすく、うつ病治療を長期間続ける患者がいることは医学的言説においても指摘されており、そのことを裏付ける言説が非医学的言説からも見出されたことになる。

もう1点はH5-11、H5-13に見られる記述で、質問者に下された双極性障害という診断そのものに対して疑問を投げかけている。特にH5-11ではなぜ双極性障害と診断することができたのかという疑問が提示されている。ここからは医師の説明不足の可能性が読み取れる。患者からこうした質問が提示されるのはこれまでの分析には見られなかった新しい

質問であり、特筆すべきものである。

この他 H5-23 では初めて双極性障害の自己診断に言及している。自己愛についての自己診断は 2016 年の質問でも確認されたが、双極性障害については初めてのケースである。

次に「仕事」という語に分析を進める。

(表 2-51 「仕事」)

H5	文章
5	一人にさせないと言われてるので、なるべく仕事終わりや
5	仕事前に少し寄りかかっています。
5	自分は夜仕事なので、夜は彼女のお母さんがなるべく来て来てくれています。
5	ケースワーカーにわかってもらえないと考えていますが、所詮あちらはお役所仕事、無理なんじゃないか？
6	妻はある医療機関で仕事をしていますが
6	過去に何度か長期で仕事を休んだ事があり
6	今回も 3 ヶ月程双極性が発症し仕事を休みました。
6	病状も安定し、仕事に復帰する様になったのですが
8	怒りまくり仕事を辞めました。
8	普通に仕事をしていてもいつもせかされ、つつかれます。
8	仕事はミスが多いけど、社交性でカバーするタイプです。
8	今回またミスがあったので仕事が滞り、仕方なくその上の上司に相談しました。
14	仕事等にはルールがあると思います。
14	仕事上のルール等を逸脱して「結果」にこだわりすぎてしまいます。
17	ホステスと風俗のお仕事をしながら生活をしてきました。
17	個人病院の助手と受付のお仕事です。
20	病気で仕事ができないので障害年金を受給し、実家で子供と同居中。
20	彼女が僕に言ったことは、「今後は仕事をするつもりはない」
20	「うちの親が、仕事しちゃダメだというから
20	仕事はしない」
20	普段、めまいや頭痛がするから仕事はできない、と言っているのに
21	うつ病診断後仕事が原因でうつ病になったと言っていました
21	仕事で突発的に、退職してほかで働きたいと言いました。
21	最終的に一言辞めないでほしいという、思いを伝え家族の為にやめずに仕事を続けると言うことで退職はしませんでした。

23	鬱状態の中でもきっちり頑張ってきた仕事も、ずっと休日と平日で別人のような生活を続けてきた結果
23	ついに仕事に行く気力を失い、しばらく休んでいます。
24	仕事上どうしても必要なため、車を手放せません。
24	お客様都合の仕事なため子供の預け先の確保がなく
24	仕事の隙間時間に
24	チラシ配りの仕事をしているので
24	あるいは平日は仕事のために夜、寝なくても平気な状態になる事もあります。
28	日常生活に何も支障はありませんし、仕事も普通に出来ています。

「仕事」は非常に出現頻度が高く、10の質問において計32回使用されている。これは出現回数3位にあたり、質問の中心になっていることがわかる。H5-8、H5-14、H5-17、H5-24、H5-28の5件は患者による記述でH5-5、H5-6、H5-20、H5-21の4件は縁者による記述、H5-23のみ縁者でもなく、診断も受けていない人物からの記述となっている。

まずは縁者からの質問であるH5-5、H5-6、H5-20、H5-21の4件に目を向ける。ここでの「仕事」という語の使われ方には一貫性はない。H5-5では自身が仕事を抱えていること、ケースワーカーに対する不満が主に語られ、患者に関係する記述ではない。H5-6では、縁者の立場から患者の休職と復職の経緯を記述する際に「仕事」という語が使用されている。H5-20では患者が仕事をしないことに対する不満が語られ、H5-21では患者が仕事を辞めようとした過去の出来事の経緯が縁者の立場から記述されている。「仕事」を巡るこのような記述からは、患者を心配する縁者の姿や、仕事をしない患者に対する批判的な態度、生活を共にする縁者の生活という切実な問題など、様々な問題が浮上していることが読み取れる。

次に患者と他者からの質問を合わせて見てみよう。患者と他者の記述の内容は大きく2種類に分けることができる。1つはH5-8、H5-14、H5-23に見られるように、双極性障害の躁状態、うつ状態による仕事上のトラブルや、就労継続に関する問題である。もう1つはH5-17、H5-24、H5-28に見られるような、経緯や現状の説明である。ここで注目すべきはやはり前者である。双極性障害の中核症状である躁状態やうつ状態の発現によって休職や退職、周囲とのトラブルといった安定就労の困難さが記述されているからだ。

こうしたことから、双極性障害患者、縁者にとって「仕事」は大きな問題として生起していることがわかる。症状に由来する安定就労の問題や、人間関係の問題、批判や無理解など様々な論点での記述が見られたが、患者のみならず縁者、他者をも巻き込んだ社会的な問題として浮上していることは全体を通して指摘できることである。

2-4-3-3. サブグラフ 03 に対する分析

サブグラフ 03 では人間関係を中心とした語が複数出現している。「父親」「母親」「シングル」「マザー」「主婦」など役割や属性を表す語が複数出現していることがその証左である。こうした人々の属性、役割を示す語は医学的言説では出現が確認されなかった語であり、患者、縁者らが様々な役割を演じながら生活世界において生きていることを示す非医学的言説ならではの特徴であると言えるだろう。この他、「リーマス」という薬の固有名詞が出現している点は 2016 年には見られなかった特徴である。

こうした語を用いて、質問者である患者らは自身に処方されている薬や、シングルマザーとして水商売で生計を立ててきた患者の生活史的背景、父親との確執など様々な患者の物語を語っている。こうした物語を語る際に使用された語が出現しているのがサブグラフ 03 なのである。

ここでは患者の物語と直結し、出現頻度が最も高く、非医学的言説の分析だからこそ目を向けることができる「生活」という語と、2 番目に出現頻度が高く、「生活」とは対照的に医学的言説でも出現が確認できる、双極性障害の中核症状の片翼をなす「鬱」という語に注目する。以下の表 2-52 と表 2-53 に「生活」と「鬱」という語が使用された文脈を示す。

(表 2-52 「生活」)

H5	文章
1	私が死ぬと、妻が生活に困るので
5	彼女が生活保護を受けています
5	それは生活を共にしていると判断されてしまう
5	生活を共にしていない証明でも出来るなら良いそうです。
5	生活を共にしているという証拠もないと思います。
5	彼女の実家は借金まみれの生活保護以下
5	生活をしています
5	彼女の入院も考えましたが部屋代が生活保護の医療扶助の対象外
8	服薬もして生活の管理もしてきたつもりでも一瞬で振り出しに戻ります。
17	ホステスと風俗のお仕事をしながら生活をしてきました。
17	しかし、結婚生活も上手く行かず
17	現在、躁鬱病で生活保護、精神障害者二級、無職の状況です。
23	ずっと休日と平日で別人のような生活を続けてきた結果、ついに仕事に行く気力を失い
28	身体が動かなくなり生活ができなくなってしまい、一度任意入院しています。
28	20 種類以上の薬を色々飲みましたが、普段の生活には困らないものの、社会復帰ができずでした。
28	日常生活に何も支障はありませんし、仕事も普通に出来ています。

ここでは H5-5 の質問での使用頻度が目立つ。これは縁者からの質問で、双極性障害を患う恋人に関する内容が記述されている。特に生活保護が話題の中心になっている。この他 H5-17 でも生活保護に関する記述が見られる。その他、H5-8 では症状の再発によってこれまでの生活上の努力が水泡に帰してしまったことが、H5-23 では、不安定な生活によってうつ症状がひどくなったことが記述されている。H5-28 では症状の悪化からの入院とそこから復帰が記述されている。このように「生活」という語は一貫した文脈で使用されるのではなく、多様な文脈で使用されていることがわかる。患者、縁者それぞれに「生活」があることを如実に示しているのだ。そして H5-8 が示すように努力の上に成り立っていた生活を一瞬で破綻させる怖さが双極性障害の再発なのである。

次に「鬱」という語に目を向けよう。

(表 2-53 「鬱」)

H5	文章
7	それか鬱から躁になってきてるかです。
15	双極性障害について教えてくださいハイと鬱の波がある病気で
15	どのくらいの波で鬱やらハイやらになるか教えてください
22	大体季節の変わり目は鬱になりました。
23	躁うつ病について質問です。長年鬱状態で、ここ3年程抗うつ薬を服用しています。
23	またそうしないと鬱状態のまま引きこもりになるのではと恐かったのです。
23	ここまで活発だと、鬱状態なんて本当は甘えなのではと思ったこともあります。
23	躁でも鬱でも複雑な気持ちでいっぱいです。
23	鬱状態の中でもきっちり頑張ってきた仕事も
23	そこで鬱状態についても相談したところ
25	3年前に躁うつ病と診断されました最初は鬱の症状が強く、うつ病と診断されましたが
25	鬱からくるアルコール依存症とも診断されています

「鬱」という語は5つの質問で計12回使用されている。特に H5-23 の質問での使用が目立つが、その他の文脈でも有益な情報が提示されている。H5-7 では患者自身の現状に対する分析が記述され、自身の感情をモニタリングしていることがうかがえる。H5-15 は患者や縁者ではない他者からの質問であり、双極性障害の特徴が気分の浮き沈みであること以外の知識がないことが記述されている。おそらく世間一般の双極性障害理解もこのようなものであることは想像に難くない。その他の H5-22、H5-23、H5-25 は全て患者による記述であり、患者ならではの有益な記述がなされている。H5-22 では双極性障害患者によく見られる季節性のうつに関する記述がなされている。また、H5-25 では併病の問題が記述されており、これも双極性障害患者の多くが抱え、特にアルコール依存症は医学的言説でも注

目されていた併病である。特に注目したいのは H5-23 の質問における記述である。ここでは、うつ状態の長期化によって引きこもりになってしまう恐怖と、「鬱状態なんて本当は甘えなのでは」という記述から読み取れる躁状態とのあいだを行き来していることが記述されている。さらに「躁でも鬱でも複雑な気持ちでいっぱいです」という記述からもわかるように、どちらの状態にあっても自身の感情に対し苦悩している様子を読み取ることができる。

このように多くの双極性障害患者が悩まされる中核症状であるうつ状態に対する記述は、「生活」という語と同様、患者が自身の感情に振り回されその生活が脅かされていることを示している。

2-4-3-4. サブグラフ 04 に対する分析

これまで何度か言及しているように、双極性障害患者は離婚率が高いことが指摘されている。これは気分の波が安定的な人間関係を形成、維持していく上で障害となるためである。サブグラフ 04 に目を向けると、多くの語と紐帯を結ぶ形で「離婚」という語が出現していることが確認できる。そこでここでは「離婚」という語に照準した分析を行う。以下に示す表 2-54 は「離婚」という語が使用された文脈である。

(表 2-54 「離婚」)

H5	文章
17	離婚してシングルマザーの道を選びました。
20	20代で出産後に鬱病に。以後、離婚しシングルマザーに。
21	うつ病の夫が離婚を迫ってきます。
21	頼むから離婚してほしいと、消えてくれなどの暴言を言われました。
21	離婚してほしいという、気持ちは変わらないようです。
21	もしかまわなければ、離婚を決めてほしい。
21	離婚に対して一貫して言い続けているものの態度は変化しています。
21	離婚はしたくないと、ずっと思っていたのですが
21	離婚を言われました。
21	今離婚したいのは、うつ病も関係しているのでしょうか？
21	離婚届けを持って実家へ押し掛けたり
21	こちらが応じなければ離婚にはならないというのは

上掲の表より、「離婚」という語は 3 つの質問で計 12 回使用されていることがわかる。H5-17 は患者による記述であるが、残る H5-20 と H5-21 は縁者による記述である。内容に

注目すると、H5-17 と H5-20 は過去の離婚経験を語るものである。これに対し、H5-21 は質問時に進行中の問題について記述されている。そしてここでは、質問者である縁者が患者である夫に離婚を迫られていることが話題の中心になっている。暴言や実家に押し掛けるなどの激昂の様子からうつ病と記述されているが、双極性障害の症状ではないかと予想される。2016 年の「離婚」の分析では、患者が躁状態に陥り離婚を切り出し、後悔している様子が H5-4 の質問で記述されている。ここでの質問 H5-21 も同様の状態であり、視点が患者から縁者へ切り替わったものと読み取ることができる。

このように、双極性障害はその躁的エネルギーからも人間関係を破壊してしまいかねない危険性を持っていることがわかる。こうした人間関係の破壊の結果、社会的な孤立を招く危険性があり、その最たる例が「離婚」という語からうかがえるのである。

2-4-3-5. サブグラフ 05 に対する分析

最後のサブグラフ 05 では、比較的出現頻度が高く、前項で分析した「離婚」と意味内容のつながりを感じさせ、人間関係を破壊する可能性を孕んだ行為である「暴言」という語に注目する。

(表 2-55 「暴言」)

H5	文章
8	気を付けていたつもりなのに躁だったようです。職場の人に暴言を吐いて何人もと喧嘩をして。
21	何気ないことから夫婦喧嘩になり暴言をはくようになりました。
21	消えてくれなどの暴言を言われました。
21	当初は暴言でしたが
22	去年の年末あたりからすごく攻撃的になり父や私に酷く暴言を吐いたりしてきます。
22	父は私達子供には心配させまいと弱音を吐かない性格なので今までかなり母から暴言を浴びせられたと思います。
22	薬も変わりまだ1週間なのですが、全くよくなり相変わらず父に暴言を吐いたり

上掲の表より「暴言」という語は3つの質問で計7回使用されていることがわかる。H5-8 は患者本人の躁状態による暴言とその結果の職場でのトラブルが記述され、H5-21、H5-22 は縁者の立場から家族の暴言が記述されている。H5-21 は先述した通り、離婚問題へと発展していた。H5-22 では、双極性障害を患う母親が父親に対して暴言を吐いており、それを質問者が心配している様子が記述されている。H5-21 は夫婦間の問題として記述されているが、H5-22 では夫婦間の問題に子供の視点からの心配が記述されており、巻き込まれる縁者が拡大した形となっている。「離婚」という語の分析でも指摘したが、躁状態のエネ

ルギーが夫婦間のみならず子供を含めた家族関係に亀裂を生じさせる可能性を示している一例である。特に H5-22 では父親がまいってしまっている様子も後に、『『もうお父さん疲れた』と電話があった』と記述されており、患者のみでなく縁者も同様に双極性障害という問題に苦悩していることが示されている。このように、双極性障害の症状に起因する問題が生起するのは、会社や家庭といった社会であり、共に生きる縁者、他者をも巻き込んで生じる社会的問題なのである。

2-4-3-6. 総括

2017 年はこれまでの 2015 年、2016 年の共起ネットワークとは異なり、「双極性障害」と「躁うつ病」が異なるサブグラフで出現し、双極性障害の「型」に対する言及が初めて見られた年である。また、「双極性障害」という語が 31 回出現しており、「躁うつ病」「躁鬱病」という語を合わせた 23 回を上回っていることも特徴の 1 つである。この他、「リーマス」以外に「ジプレキサ」という薬剤名が出現しているが、「リーマス」以外の薬剤名が出現するのも初めてのことである。

この他の 2017 年の共起ネットワークの特徴としては、サブグラフ 01 の分析で指摘した通り、生死に関する問題がネガティブな視点からだけでなく、ポジティブな視点からも語られる記述が見られたこと、自殺について縁者からも言及があったことなどが挙げられる。また、医師の診断や処方に対する疑問が提示されたことも特筆すべき点であろう。このことはサブグラフ 01 だけでなく、サブグラフ 02 の分析からも指摘されたことである。このようなことから、質問する患者、縁者の側も双極性障害について一定の知識を持つようになったことがうかがえる。

サブグラフ 02 では例年通り「仕事」という語にも目を向けた。「仕事」を巡る記述からは、患者を心配する縁者の姿や、仕事をしない患者に対する批判的な態度、生活を共にする縁者の生活という切実な問題など、2015 年、2016 年以上に多様な文脈での使用が認められた。こうした変化はあるものの、これまでの分析結果同様、語の出現頻度は非常に高く、様々な立場からの記述が見られたことから、双極性障害に起因する問題が生起する主要な場であることが示されたと言えるだろう。

サブグラフ 03、04、05 はその内容的なつながりをうかがうことのできるサブグラフとなった。ここで分析対象とした語は「生活」「鬱」「離婚」「暴言」の 4 語であるが、躁状態、うつ状態といった中核症状の発現によって生活が立ち行かなくなっていく様子や、暴言をはじめとする人間関係上のトラブルによって離婚に発展するなど、相互につながりが見られた。

全体を通して言えることは、症状や薬効などの医学的言説において中心的な関心事となっていた話題はあまり見られず、非医学的言説における問題の中心は人間関係上の問題、人生の問題が大半を占めているということである。2016 年の総括でも指摘したことだが、こ

こでも同様に双極性障害という疾患が、他者との関係における病として生起していることが明らかになった。

2-4-4. 2018年Yahoo!知恵袋に対する分析

ここからは2018年にYahoo!知恵袋に投稿された質問の分析へと歩みを進める。これまでの分析同様、2018年1月1日から2018年12月31日に投稿された質問に対し、事前の内容分析を行い分析対象となる質問を選出した。その結果、分析対象とする質問は全29件となった。

2015年から2017年の質問に対する分析で行なったことと同様の前処理を行い、テキストデータ内の語を抽出したところ、総抽出語数は8,772(3,296)、異なり語数は1,584(1,260)、文の数は364という結果となった。総抽出語数、異なり語数の後にカッコで示している数値は実際に分析に使用される語の数である。質問1件を1つのデータとして扱っているため、データのまとまりを示すH5の値は29となっている。こうした手順を踏み抽出した語の上位150語を以下の表に示した。

(表 2-56 2018年抽出語 頻出上位150語)

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
言う	47	病院	7	帰る	4
双極性障害	33	薬	7	気	4
思う	31	理由	7	給料	4
状態	29	離婚	7	結婚	4
人	23	話す	7	元々	4
行く	22	うつ病	6	工場	4
自分	22	運転	6	高校	4
病気	20	学校	6	最近	4
仕事	18	昨日	6	死	4
今	17	子	6	資格	4
妻	17	持つ	6	事	4
障害	17	選ぶ	6	疾患	4
躁うつ病	16	伝える	6	質問	4
精神	15	迷惑	6	実家	4
分かる	15	友達	6	車	4
悪い	14	GS ³⁸	5	受ける	4
死ぬ	14	ルート	5	周り	4
出来る	14	悪夢	5	人生	4
躁鬱病	14	感じる	5	全く	4
考える	13	泣く	5	相手	4
辛い	13	月	5	送る	4
子供	12	嫌	5	息子	4
生活	12	元気	5	大学	4

普通	12		言葉	5		調子	4
本当に	12		歳	5		痛い	4
見る	11		作業	5		日常	4
診断	11		産む	5		入る	4
鬱	11		仕方	5		年	4
出る	10		治る	5		波	4
働く	10		自動車	5		配送	4
疲れる	10		主人	5		買う	4
躁	10		終わる	5		反対	4
家族	9		出す	5		補足	4
感じ	9		先生	5		母親	4
気持ち	9		頭	5		無理	4
自殺	9		入院	5		目	4
生きる	9		聞く	5		来る	4
アルバイト	8		夢	5		落ち込む	4
会社	8		落ち着く	5		躁鬱	4
気分	8		連れる	5		ありがとう	3
教える	8		お父さん	4		お腹	3
親	8		ダメ	4		と	3
赤ちゃん	8		トラック	4		キレ	3
前	8		安定	4		クリスマス	3
母	8		医者	4		テンション	3
夜	8		一緒	4		バス	3
お願い	7		引く	4		パニック	3
クラス	7		飲む	4		リーマス	3
相談	7		家	4		扱い	3
中絶	7		顔	4		意見	3

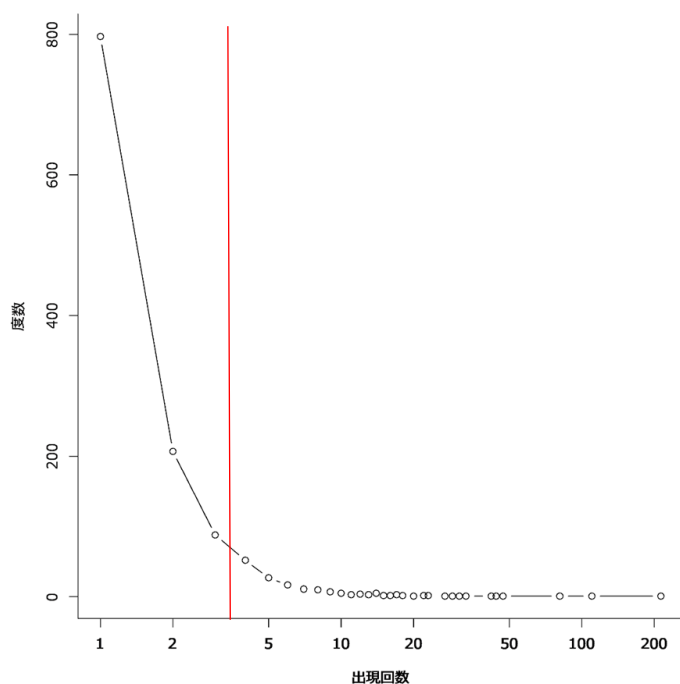
次に抽出語を出現頻度ごとにまとめた度数分布表とそのプロットを示す。

(表 2-57 2018 年抽出語 度数分布表)

出現回数	度数	%	累積度数	累積%
1	797	63.25	797	63.25
2	207	16.43	1004	79.68
3	88	6.98	1092	86.67
4	52	4.13	1144	90.79
5	27	2.14	1171	92.94
6	17	1.35	1188	94.29
7	11	0.87	1199	95.16
8	10	0.79	1209	95.95
9	7	0.56	1216	96.51

10	5	0.4	1221	96.9
11	3	0.24	1224	97.14
12	4	0.32	1228	97.46
13	3	0.24	1231	97.7
14	5	0.4	1236	98.1
15	2	0.16	1238	98.25
16	2	0.16	1240	98.41
17	3	0.24	1243	98.65
18	2	0.16	1245	98.81
20	1	0.08	1246	98.89
22	2	0.16	1248	99.05
23	2	0.16	1250	99.21
27	1	0.08	1251	99.29
29	1	0.08	1252	99.37
31	1	0.08	1253	99.44
33	1	0.08	1254	99.52
42	1	0.08	1255	99.6
44	1	0.08	1256	99.68
47	1	0.08	1257	99.76
81	1	0.08	1258	99.84
110	1	0.08	1259	99.92
213	1	0.08	1260	100

(図 2-20 2018 年抽出語 プロット)



上掲の図 2-20 より、スクリープロット法の応用を用いて最低出現回数 4 回以上の語を分析対象とする。ここでも最低出現回数 4 回以上の語を分析対象とした場合と、最低出現回数 5 以上の語を分析対象とした場合を比較した結果、前者が妥当だと判断したため、最低出現回数 4 回以上の語を分析対象とした。最低出現回数 4 回以上の語が全体に占める割合は 13.33%である。

共起ネットワーク

ここからは共起ネットワーク分析を行う。以下に示す図 2-21 は、最小出現回数 4 回以上の語を対象に、Jaccard 係数 0.2 以上の語を描画した共起ネットワークである。なお、煩雑な図になることを避けるため、最小スパニングツリーのみを描画している。

には様々な他者が登場することが見て取れるのだ。

それでは具体的な語に注目した分析へと移ろう。ここでは「仕事」「離婚」「結婚」「迷惑」「妻」の5語に注目する。はじめに「仕事」という語に注目する。

下表 2-58 からわかるように「仕事」という語は6つの質問で計18回使用されている。そのうち11回は、これまでに仕事を転々としているという患者からの記述である H5-7 の質問で使用されており、記述そのものが疾患の影響による就労の不安定さを物語るものとなっている。

こうした H5-7 をはじめ、H5-4、H5-14、H5-21 が患者による記述となっている。H5-4 では症状の悪化による離職が語られ、H5-14 では就労の可能性についてたずねている。H5-21 のみ現在も就労していることが記述されているが、自身の体調との兼ね合いで仕事を増やすことは難しいという旨が記述されている。いずれも安定就労の困難さや、疾患が就労に対し影響していることが記述されている。

これに対し、縁者からの記述である H5-20、H5-28 では全く異なる文脈で「仕事」という語が使用されている。H5-20 では、家事や育児、仕事には問題がないことが記述されているが、この質問は双極性障害を抱える妻の暴力や繰り返される入院による経済的な問題が記述されているものである。つまり、この縁者は患者である妻の言動のみに悩まされていることを記述するために「仕事」という語を使用しているのである。H5-28 の質問者は、双極性障害を患う同僚の言動に対する批判として「仕事」という語を用いている。これら縁者による記述では「仕事」そのものが困難として語られているわけではないことが患者による記述との差異として現れている。

こうしたことから患者の使用する「仕事」という語は就労の困難さについての記述において使用され、「仕事」そのものが話題の中心になっているのに対し、縁者の使用する「仕事」には特別な意味が付与されているわけではないことがわかる。

(表 2-58 「仕事」)

H5	文章
4	いつもスルーされたり、僕と同じ仕事を振られた人は管理職に職場転換願いを出したり
4	今は仕事をやめ、自活したり、働くどころではありません。
7	それからというものやりたい仕事も見つからず
7	自分に出来そうな仕事を選んで
7	仕事をしてきました。
7	辞めてきた理由も様々で仕事がつい
7	仕事でミスをして首になる
7	仕事の内容が想像と違っていた
7	長距離トラックの仕事で腰を痛めてしまい

7	転職してすぐに仕事のプレッシャーから適応障害になってしまいました。
7	今度はその仕事のせいなのか分かりませんがうつ病ぎみになってしまい
7	仕事に行くのも嫌になり
7	仕事でも俺はもうダメだ死んでしまいたいと思うようになり
14	双極性障害の人の仕事について色々調べましたが
14	双極性障害の人はやはり出来る仕事限定されてしまうものなののでしょうか。
20	家事、子供達の世話は疲れません。仕事も大丈夫です。
21	また自身が躁鬱病のため、これ以上仕事を増やす事も難しい状況です。
28	首吊って死のうと思ったと言いつつも普通仕事に來ています。

次に「離婚」という語に注目する。これまでも双極性障害患者の離婚の問題は取り上げてきたが、ここでは 3 つの質問において全く異なる文脈で離婚という問題が生起している。「離婚」という語は H5-2、H5-7、H5-20 の 3 つの質問において計 7 回出現している。H5-2 と 7 は患者による記述、H5-20 は縁者による記述である。

H5-2 では、患者が自身の無力感を訴え、縁者である夫との離婚とその後の自殺について相談している。相手を思っでの離婚と捉えることができる。これに対し同じ患者からの記述である H5-7 では、症状の発現によるトラブルや、安定就労ができないことから離婚を切り出された旨が記述されている。同じ患者であり、同じ離婚という出来事に対してだが、真逆の立場に立っていることがわかる。

H5-20 の縁者による記述では、縁者が患者である妻に対して離婚を希望しているが、妻の実家がそれに反対している様子が記述されている。ここからは、疾患に起因する妻の長期入院や暴力に疲弊した縁者の姿と、離婚を認めないもう一方の縁者である妻の実家という二組の縁者の姿を垣間見ることができる。

(表 2-59 「離婚」)

H5	文章
2	そんな彼に迷惑を掛けたくはないので、離婚をお願いしています。
2	せめてもの償いに、慰謝料を支払い離婚してもらい
2	主人との離婚成立後しばらく様子を見て
2	その彼が一度は家族であった私を、離婚後とはいえ死を選ぶという事がどれだけ傷付けるか
7	妻からは離婚話も出ていますが
7	離婚はしたくありません。
20	妻の実家は離婚させないと言うが、援助全くしない私の実家に頼る。

次に「離婚」と対極に位置する「結婚」という語に目を向けよう。「結婚」という語は 4

つの質問で計 4 回使用されており、出現頻度としては低く、今回の分析対象における最小出現回数である。H5-1 は既婚男性との不倫中の患者、H5-2 は自身の症状によって夫に迷惑をかけないように離婚後に自殺しようとする患者、H5-19 は息子の結婚相手の近親者が双極性障害をわずらっているため結婚に反対であるという両親、による記述である。いずれも幸せな結婚を記述するために用いられているわけではない。

特に注目したいのは縁者による記述である H5-19 と H5-23 である。H5-19 は先述の通り、息子の結婚相手の近親者に双極性障害患者がいること、それを知らされていなかったため、息子の両親が結婚に反対している旨が記述されている。また H5-23 は質問者の母親が双極性障害を患っていることを、結婚を考えている相手に伝えられていないことと、遺伝のリスクを心配する旨が記述されている。ここからは双極性障害という疾患を患っていること自体が結婚の障害として立ち現れていることが読み取れる。具体的な症状によって結婚に問題が生じているのではなく、双極性障害というラベルが問題になっていることから、疾患がスティグマとして機能していることもここでのポイントである。

もう 1 点注目すべきは、H5-23 で記述されている遺伝リスクである。双極性障害は遺伝リスクがあることが医学的言説において指摘されており、そうした言説が非医学的言説にも影響を及ぼし、結婚という文脈で現実的な問題として出現しているのである。

(表 2-60 「結婚」)

H5	文章
1	彼は、私と結婚してほしい、私の子どもが将来はほしい
2	結婚前から振り回し続けたのに、主人はずっと向き合ってくれて私の事を大事にしてくれて
19	息子が今月末に結婚するのですが
23	躁うつ病は遺伝しますか?? 現在結婚を考えている相手がありますが母が躁うつ病であることを言えずにいます。

「迷惑」という語は 3 つの質問で計 6 回使用されている。いずれも患者による記述で、患者自身が他者に対して迷惑をかけたという文脈で使用されており、どの質問でも使用法は一貫している。ここからは双極性障害患者らの抱える問題のひとつである自己肯定感の低下という問題を読み解くことができるだろう。これらの記述からは H5-7 では散財という行為への言及があるが、そのほかでは具体的にどのような迷惑をかけたのかという内容についての記述は確認できない。おそらく疾患を抱えて生きること自体を「迷惑」として記述していると考えられる。こうした低い自己肯定感が自殺という選択に結びつくことは容易に想像できるだろう。現に H5-2 は先述したように自殺を決意している。また、H5-7 でも下表より自殺に関する言及が見られる。低い自己肯定感が自責へとつながり、最悪の場合、自殺という選択を採らせてしまうのである。

(表 2-61 「迷惑」)

H5	文章
2	そんな彼に迷惑を掛けたくはないので
2	一生迷惑を掛け続けて生きるのがもう耐えられません。
2	主人に迷惑は掛けないよう
4	空気は読めないし、迷惑をかけた理由は分からないのに
7	自殺をしてもまわりに迷惑をかけるだけ
7	今まで散々無駄遣いなどをしてきて親にも迷惑をかけっぱなしできました。

サブグラフ 01 の分析の最後に「仕事」に次ぐ出現頻度であった「妻」という語についても言及したい。「妻」という語は計 17 回使用されているが、使用されている質問は 3 つのみで、その大部分である 15 回が H5-7 と H5-20 の 2 つの質問に集中している。しかし、注目すべきは H5-9 と H5-20 の 2 つの質問である。これらは妻の存在そのものが問題の中心となっているからである。これらはどちらも双極性障害、もしくは双極性障害の疑いのある妻を持つ夫である縁者による記述である。

それでは具体的な記述に分析を進めよう。H5-9 では、縁者である質問者の妻に双極性障害の疑いがあること、質問時に躁状態³⁹にあることが記述されている。質問者は 4 年ほど前から妻の双極性障害を疑っており、一人で病院に相談に行ったところ、医師からは双極性障害であり、入院をすすめられたという。しかし、妻本人の拒否や、妻の友人など周囲の人間の反対もあり、受診には至らなかったと述べ、後悔を記述している。こうした背景と「病気ではない」「病気だとしても治したくない」という妻の発言から、躁状態の病識のなさ、周囲の無理解をうかがうことができる。

このような状態が悪化し、夫婦関係に破滅的な結末を迎えようとしているのが、H5-20 の質問である。縁者である夫は「妻に疲れた」と述べ、離婚したいと考えている旨を記述している。また、夫、子供ともに患者からの暴行を受けていること、入院代が非常に高額になっていることなど、様々な問題を記述し、疲弊しきっている様子が描写されている。また、妻の実家が離婚を拒んでいることなど、問題は双極性障害の症状の問題にとどまることなく、広範な人間関係へと波及していることも読み取れる。さらに、質問者は「妻を捨てる私は人間失格ですか」とたずね、自責の念にかられていることも記述されている。こうした記述は、患者との夫婦関係を解消したとしても、即座に問題が解決するわけではないこと、縁者にも傷を残すことを暗示するものである。

このように、双極性障害は症状そのものだけでなく、そこから生起する問題が、家族関係を中心とする人間関係や、経済的な問題へと広範な領域へと波及することを示している。また、患者とその周囲の縁者を巻き込んで、非常に重大な人生における問題として生起していることがわかるだろう。こうした問題は患者、縁者にとって眼前に立ちふさがる喫緊の問題である。

(表 2-62 「妻」)

H5	文章
7	妻 46 歳、長男 17 歳、次男 15 歳と四人で市営住宅で暮らしています。
7	妻や母親に包丁で刺し殺してくれと詰め寄るほどになって
7	それでも妻のパート代だけではとても生活出来ないの
7	妻と一緒に市の生活サポートセンターに相談に行ったところ
7	妻からは離婚話も出ていますが離婚はしたくありません。
7	妻からはたとえ自殺をしても
9	妻に双極性障害の疑いがあり現在、操状態と思われる状態です。
9	妻は「病気ではない」「病気だとして治したくない」
20	妻が躁鬱病を発症して五年目。疲れしました。
20	妻に疲れた。
20	妻の実家は離婚させないと言うが
20	妻を捨てる私は人間失格ですか？
20	妻の入院代も月 15 万
20	トータルで約 3 年入院妻してます。
20	子供達も長女 12 回、長男はやり返してるので 4 回妻から暴行されてます。
20	妻は精神障害者で本当に罪にならないのです。
20	私が妻に手を上げました。

ここまで、「仕事」にはじまり、「結婚」「離婚」という語を中心とした患者と縁者が抱える問題についての分析を行ってきた。そこでは患者を中心に家族や同僚などの縁者へと同心円状に様々な問題が生起していることが確認できた。しかし、医学的言説の分析からはこうした問題への焦点化は確認できなかった。確かにこのような問題は医学的な問題ではないが、患者とその縁者が抱える深刻な問題であることは疑いようのない事実である。

2-4-4-2. サブグラフ 02 に対する分析

次にサブグラフ 02 の分析へと進もう。ここでは患者の苦悩と生死にかかわる語に注目する。こうした目的に合致する「辛い」「死ぬ」「自殺」の 3 語はそれぞれ 13 回、14 回、9 回の出現しており、比較的高い出現頻度となっている。

それでは医学的言説には出現することのない感情語である「辛い」という語から分析を開始しよう。

以下に示す表 2-63 は「辛い」という語が使用された文脈である。ここからは 7 つの質問で「辛い」という語が使用されていることがわかる。H5-2 と H5-20 はサブグラフ 01 の分

析において言及しているので、ここではその他の質問に注目する。「辛い」という語が使用される文脈は様々である。H5-3 では双極性障害の診断を受けた質問者の親が「副作用の辛さを知っている」と医師に述べ、質問者への薬物療法を拒否した経緯が記述されている。H5-4 では、症状の訴えとして「辛い」という語が使用されている。H5-6 では、双極性障害を患う専業主婦が家事と育児について記述するために「辛い」という語が使用されている。H5-21 では双極性障害を患うシングルマザーが自身の疾患により子供のためにしてやれることが少ないことを嘆いて「辛い」という語が使用されている。H5-23 は縁者による記述で、双極性障害を患う母親の様子を見ているのが辛いという記述で「辛い」という語が使用されている。

(表 2-63 「辛い」)

H5	文章
2	離婚後とはいえ死を選ぶという事がどれだけ傷付けるか、その事がとても辛いです。
3	「私は副作用の辛さを知っているから絶対に飲ませません」と言って結局薬はもらっていません
4	眠りたくないのに、疲れて起き上がるのも辛いです。
6	子育て・育児が辛いです。私は 10 年前から双極性障害の専業主婦です。
20	もう辛い、躁鬱病に付き合えない、犯罪者になったら怖い。
20	本当にもう警察沙汰、児童相談所騒ぎで辛いです
20	辛いです。
20	手を上げないともう辛いのです。本当に本当に躁鬱病は怖いです。
21	子供にさせてあげれる事が限られてる事が辛いです。
21	車もなく、お金もないため子供にさせてあげれる事が少なくて辛いです。
21	私の不甲斐なさで何もさせてあげれないのが辛くて
21	辛くて仕方ないです。
23	機嫌が良い時と悪い時の差が大きく見ているこっちが辛いです。

こうした「辛い」という語の使用で特筆すべきは症状に対する辛さの記述が非常に少ないことだ。自身の症状についての辛さを記述しているのは H5-4 のみである。H5-3 では薬の副作用についての言及が見られるが、これも質問者自身の発言ではない。その他の記述では家事や育児の辛さ、自身の疾患による子供への影響、縁者の視点からの心情が記述されているが、いずれも直接的に症状の辛さを訴えるものではない。こうしたことから、双極性障害が患者、縁者にもたらす辛さ、言い換えれば困難は、症状に限ったものではないと言えるだろう。

次にこれまでの分析でも注目してきた「死ぬ」「自殺」という語を合わせて分析しよう。以下の表 2-64、表 2-65 に「死ぬ」という語と「自殺」という語が使用された文脈を提示す

る。

「死ぬ」という語も「自殺」という語も 8 つの質問で使用されており、H5-1、H5-4、H5-6、H5-7、H5-24 など重複するものも複数見られる。H5-2 はこれまで分析してきた通り、自殺の決意は固く、症状に起因する突発的な希死念慮や自殺企図とは異なるもののように見受けられる。また H5-7、H5-9 などは急性期のうつ状態に起因する希死念慮を記述していることが読み取れる。しかし、それ以外の記述に目を向けると、やや質が異なる印象を受ける。これは 2017 年での「死ぬ」「自殺」といった語の使用されている文脈と比較するとより顕著である。2017 年の「死ぬ」「自殺」といった語の使用が自身の生に対する絶望や、急性期の混合状態に起因するものであったのに対し、2018 年に目を向けると、H5-1 に見られるように具体的な問題に対して「死ぬ」や「自殺」といった語が用いられている。その他、H5-4 では夢の中での話が中心に、H5-24 では「クラスでの立場が悪くなって」といった具体的な理由が記述されるなど、漠然とした人生への絶望などが記述されているケースは確認できない。H5-6 では、「死にたい気持ちもあるけど」と逆接でつながれており、喫緊の問題としては記述されていない。H5-24 も同様で、「自殺しようかと考える日があり」と記述するにとどまっている。H5-25 では、「死ぬ」という語が使用されてはいるが、記述の中心は生きることに置かれている。さらに H5-25 では「死ぬ」と発言していた同僚に対する批判的な文脈での使用である。こうしたことから「死ぬ」という語の使用される文脈について、2017 年と 2018 年では質的に異なるものだと指摘することができるだろう。

(表 2-64 「死ぬ」)

H5	文章
1	お腹の赤ちゃんだけが死ぬなんて間違ってますよね。
1	自殺して、赤ちゃんと一緒に死ぬべきだし
2	主人に迷惑は掛けないう独りになってから死のうと思います。
2	もうそこまで考えられず、死ぬことのみには希望を抱けません。
4	眠っていても「死ねば良いのに…」と四方八方からため息をつかれています。
6	薬も効いてる気がしないし、死にたい気持ちもあるけど
7	仕事でも俺はもうダメだ死んでしまいたいと思うようになり
7	バイトが休みの日などは最悪で朝から夜までずっと布団の中で死んでしまいたいと思うようになり
7	外出もしたくなくなって一日中俺はもうダメだ死んでしまいたいと思うようになっていました。
7	自己嫌悪になってしまい毎日、もうダメだ死んでしまいたいと思う日々を過ごしています。
24	気分が落ち込みクラスでの立場が悪くなって死のうかと考えることもよくあります。
25	過ぎてしまえば、よく死なずに乗り切ったな
25	あと半年がんばったら死んでいいからそれまで生きるから

28	昨日 OD した、首吊って死のうと思ったと言いつつも普通仕事に来ています。
----	---------------------------------------

「自殺」という語の使用される文脈に目を向けると、「自殺未遂」という語が3回出現していることが確認できる。しかし、このうち H5-19 と H5-20 の2回は縁者による記述であり、どちらも患者を心配するものではなく、批判的な質問において使用されているものである。患者による自殺未遂への言及は H5-9 のみである。自殺が喫緊の問題として浮上しているのは、自殺方法を検索していると記述している H5-6 だけである。

(表 2-65 「自殺」)

H5	文章
1	中絶するぐらいなら、自殺を選びたいです。
1	自殺して、赤ちゃんと一緒に死ぬべきだし
4	夢の中で自殺しても
6	気付いたらネットで自殺する方法とか検索しています。
7	妻からはたとえ自殺をしてもまわりに迷惑をかけるだけ
9	数ヶ月後、鬱状態のようになり自殺未遂などもしました。
19	理由は相手側長女のが入院と聞きお見舞いに行きましたが…自殺未遂?な感じでした。
20	自殺未遂8回。
24	過去の自分の失態や黒歴史を思い出しては気分が落ち込み自殺しようかと考える日があり

このような分析から、2018年の質問では患者の喫緊の問題として自殺は浮上していないこと、また双極性障害の「辛さ」は症状以外の人間関係や経済的困窮に起因することも多く、また、患者のみならず縁者が非常に大きな影響を受けていることが確認された。

2-4-4-3. サブグラフ 03 に対する分析

サブグラフ 03 では 2016 年の分析でも出現し、注目した「治る」という語に目を向ける。2016 年の分析でも言及したが、双極性障害は完治のない慢性疾患である。それにもかかわらず「治る」という語が使用されるのはどのような文脈なのだろうか。以下の表 2-66 に「治る」という語が使用された文脈を示す。

(表 2-66 「治る」)

H5	文章
7	1年たった今も医者には治ったとは言ってくれず月に一度の受診と毎日の服薬をしています。

15	うつ状態がなかなか治らないので転院したら、初っ端で双極性障害と疑われて今も双極性障害で通院しています。
18	主治医には出されている頓服で我慢してと言われました。それでは治らずどうすれば良いのでしょうか？
25	息苦しさで闘って、治ってきたので22時頃大学を出ました。
25	しかし治らず

「治る」という語は4つの質問で計5回使用されている。2018年の分析対象語の最小出現回数が4回であることを考えると決して出現頻度が高い語とは言えない。2016年の分析においても「治る」という語に注目したが、そこで語られていたような、双極性障害そのものが治るか否かといった記述はここでは見られない。また、H5-25では双極性障害とは直接の関係が見られない息苦しさを記述する文脈において「治る」という語が使われており、他の語とは使用されている文脈が異なると言える。H5-7では「1年たった今も医者には治ったとは言ってくれず」という記述から、双極性障害に完治がないことを知らない、または主治医から知らされていないことがうかがえる。H5-15では双極性障害と診断された経緯について、うつ状態に改善が見られなかったことから双極性障害と診断された旨が記述されている。これは一般的な双極性障害診断の経緯であり、2017年の「診断」という語の分析で提示した例とも重なるものである。H5-18に目を向けると、他の質問とは異なる文脈で「治る」という語が使用されていることがわかる。質問者は頓服を使用しても症状が落ち着かないことについて何か対処法はないかとたずねている。この質問のみ具体的な症状についての記述なのだ。

このように、2018年の質問では、双極性障害が治るか否かといったことは話題になっておらず、治らないことを悲観する記述も見られなかった。こうしたことから双極性障害が治らないものだとの理解は普及していると考えられる。

2-4-4-4. サブグラフ 04 に対する分析

サブグラフ 04 では「学校」「先生」「友達」「クラス」などの学校生活に関する語が多く出現しているが、そうした語の中に、2016年、2017年の分析でも注目した「出来る」⁴⁰「生活」「生きる」といったより普遍的な問題に関する語が出現している。ここでは、比較的出現頻度が高い「出来る」「生活」と、生死や人生に関する記述に用いられる「生きる」という語を分析対象とする。

まずは生死の問題である「生きる」という語に注目しよう。

(表 2-67 「生きる」)

H5	文章
1	私のお腹の中で生きてるのに。
2	一生迷惑を掛け続けて生きるのがもう耐えられません。
2	伴侶を見つけて幸せに生きて欲しいと思うのはわたしのワガママでしょうか。
16	友達と浴衣を着て花火を見に行っても感情が湧かず、家に帰っても生きてる心地がしません。
20	高1長女、中2長男と3人で生きて行きたい。
25	そのときは、生きるのに必死で、なにも考えられませんでした。
25	あと半年がんばったら死んでいいからそれまで生きるから！っていうので無理やり自分を納得させて乗り切りました。
25	私はこれからどうやって生きていけばいいのでしょうか。
29	世間様と同じようなことがしたくて。生きている証がほしくて。

上掲の表 2-67 からは「生きる」という語が 6 つの質問で計 9 回使用されていることがわかる。使用されている文脈は様々だが、「生きる」ことに対してポジティブな記述、なんとか生きようとするとする記述と、生きることの不安や苦痛を記述するネガティブな使用方法があることがわかる。H5-2 や H5-16 は生きることへの絶望や、不安といったものが記述されネガティブな文脈で使用されている。その他の文脈では、苦悩は記述されているものの、生きることそのものを拒否するような記述は見られず、苦悩しながら生きている様子が記述されている。また、2016 年の分析で見られた、生きる意味への言及は H5-29 において「生きている証」という語が出現しているのみである。

次に出現頻度の高い「出来る」という語に視点を移す。以下の表 2-68 は、「出来る」という語が使用された文脈を示したものである。「出来る」という語は 7 つの質問で計 14 回使用されている。様々な文脈で使用されているが、ほとんどが「出来る」ことではなく、「出来ない」ことを記述するために使用されているのが特徴である。こうしたことから、双極性障害の影響によってできることが制限されたり、できていたことができなくなっていく様子がうかがえる。こうしたことが先述した自己肯定感の低下につながっていることも読み取れる内容となっている。

(表 2-68 「出来る」)

H5	文章
7	自分に出来そうな仕事を選んで仕事をしてきました。
7	重たい物を運んだりすることも出来なくなってしまいました。
7	それまで出来ていた日常生活もしたくなくなって
7	とても生活出来ないので

7	薬のせいで車の運転も出来ません。
13	まだ子供のため、処方出来ないと言われました。
13	先生にも分かってもらえず、無理な話なので復帰しようにも中々出来ない状態です。
14	双極性障害の人はやはり出来る仕事限定されてしまうものなのでしょうか。
14	出来たとしても病気が再発してしまうのでしょうか。
16	周りを気遣得ることが出来てました。
16	幸運なことにそれでも一緒にいてくれる大切な友人で今年に入って出来ました。
19	息子は躁鬱病の事調べてから決めるけど、彼女の事少し信用出来なくなったと言ってます。
21	残業が出来ない上、無資格のため契約社員で
25	落ち着きなくなって息が出来なくなったり

サブグラフ 04 の分析の最後に「生活」という語に目を向ける。「生活」という語は 2017 年の分析でも注目した語であり、ここでは生活保護についての話題が散見された。しかし、ここでは直接生活保護を受けているという記述は見られない。下表 2-69 は「生活」という語が使用された文脈である。

(表 2-69 「生活」)

H5	文章
7	それまで出来ていた日常生活もしたくなくなってしまい
7	それでも妻のパート代だけではとても生活出来ないの
7	妻と一緒に市の生活サポートセンターに相談に行ったところ
7	働こうとしても働けないしいったいつまでこんな生活を続けなければいけないのかと
7	今も生活費を援助してもらっています
10	寛解後は満足に生活できていますか？
16	周りの人と話すのが精一杯で、その時もまた感情が湧かず何も感じない生活をしていました。
21	給与もギリギリの生活保護と同じレベルです。
25	元気な時は多く、毎日大学に行き、友達と遊んだりして生活を送っています。
25	ずっと自分の調子を伺って、気分が振り回されないようたのしいことも予定も調整しながら生活するのは、もういやです。
27	私の知り合いに「躁鬱病」のために福祉を受けて生活している人がいます。
29	生活保護じゃないんだぞと、強がりを行っています。

H5-21、H5-29 において生活保護という語は見られるが、いずれも生活保護ではないこと

を記述している。H5-27 において「福祉を受けて生活している」との記述は見られるが、これが生活保護を指すのかについては判断できない。ただし、生活保護受給についての言及はないものの、H5-7 と H5-21 は生活に困窮している様子を記述しているものである。そのため、症状によって安定就労が困難なことや無理がきかないことなどによって経済的な問題を抱えやすいことがうかがえる。

生活の困窮といった文脈以外では、H5-16 において「感情が湧かず何も感じない生活」、H5-25 において「気分が振り回されないようたのしいことも予定も調整しながら生活する」と症状に起因する自身の生活を語る記述が見られる。特に H5-25 は感情のセルフモニタリングとコントロールによって自身の感情を縛り、再発を防がねばならないという双極性障害患者が抱える典型的な問題と言えるだろう。

H5-10 のみやや毛色が異なり、寛解後の生活についてたずねている。これまで、寛解という語が出現することはなく、最小出現語数の設定内では出現していない。語の出現回数が低く、話題になることが少ないことから寛解が非常に稀なケースであることがうかがえる。

2-4-4-5. サブグラフ 05 に対する分析

サブグラフ 05 は出現している各語の出現頻度が高く、多くの質問で使用されている語が多いため、基本用語によって語群が形成されているとみなすことができる。

ここでは「病気」と「働く」の 2 語に注目した分析を行う。それでは「病気」という語から分析を始めよう。下表 2-70 は「病気」という語が使用された文脈を示したものである。

(表 2-70 「病気」)

H5	文章
1	薬は勝手に止めています。私自身、病気持ってる中、ひとりで育てるのは並大抵ではないと思います。
2	また体の病気も抱えているため
3	薬は飲まなくても病気は進まないようにできるのでしょうか？
9	妻は「病気ではない」
9	「病気だとして治したくない」
9	「そう病気だと罵られると頭がこんがらかってわけがわからなくなる」
11	双極性障害とはどんな病気なのでしょう？
13	これは本当に双極性障害なのでしょう？まだ別の病気 or 私が元々おかしいだけなのでしょう？
14	出来たとしても病気が再発してしまうのでしょうか。
17	社会人として人間として病気だからと言って許される行動ではないと思います。
22	山口達也が双極性障害と言われはじめてるけど、そんな病気のせいにするのは甘い
22	性逸脱行為が出るほど病気が凄いだったら

22	何でもかんでも病気のせいにすれば収まりがつくという
22	悪いのは病気ではなく山口でしょう。
22	それを異常な性衝動として病気に作り上げ
22	「あなたは病気です。」と言ったからと、双極性障害に話しを作り上げそれらしく語ってるだけだ。
22	少なくとも病気ではない。
24	躁うつ病は完治しない病気だと書いてありました。
25	私は、頭が狂ってしまったのでしょうか。それともちゃんとこういう病気があるのでしょうか？
28	躁鬱病という病気を具体的に教えてください。

「病気」という語は 12 の質問で計 20 回使用されている。H5-22 での使用回数が多く、7 回使用しており、全体の 3 分の 1 以上がここでの使用である。H5-22 は患者でも縁者でもない他者による記述で、芸能人の起こした淫行問題について質問者の思いが記述されているものである。質問者は、淫行の説明原理として双極性障害の性的逸脱という問題行動を持ち出すことに非常に強い不快感を示している。「何でもかんでも病気のせいにすれば収まりがつく」という批判は理解できるものだが、「少なくとも病気ではない」との断言からは、双極性障害の問題行動の 1 つとして性的逸脱があることや、アルコール依存症の併病の問題といった気分の浮き沈み以外に様々な症状や問題行動があることが認知されていないことを示唆する好例である。こうした記述からも未だに双極性障害という疾患が一般には十分に知られていないこと、誤解を含んでいることを読み取ることができる。

H5-3 や H5-11、H5-13、H5-17、H5-25、H5-28 から双極性障害という疾患に対する理解が普及していないことを読み取ることができる。これは他者だけでなく、患者についても指摘できることである。上に列挙した質問のうち、H5-3 と H5-13 は患者からの質問である。また、H5-17 と H5-28 は縁者からの質問である。他者の無理解以上に患者、縁者の無理解は深刻な問題となる。H5-3 はその好例である。双極性障害は服薬を遵守しなければ症状は悪化し、再発リスクも上がると言われている。H5-1 に記されているような断薬は、服薬による胎児の催奇性を避けたいという思いがあるにせよ、非常に危険な行為である。長期間治療せずに夫婦関係に修復不能な亀裂を生んだケースが H5-9 だと捉えることもできるだろう。ここでは質問者の妻が自身の疾患を受け入れず、治療も拒否している様子が記述されている。

このように「病気」という語が使用される文脈は様々で、質問者の立場も多様なものだが、患者、縁者、その他の他者を含め、十分な病識、疾患に対する正確な理解が普及していないことと、それに起因する問題行動が表面化していることが確認された。

次にこれまでも分析対象として注目してきた「働く」という語を分析する。以下の表 2-71 に「働く」という語が使用された文脈を示す。

(表 2-71 「働く」)

H5	文章
4	今は仕事をやめ、自活したり、働くところではありません。
7	就労支援に行っても知的障害者や何故働かないでいるのか分からない連中と
7	働こうとしても働けないし
15	働きたい意欲というか
15	働かないといけない焦りが
15	やはりうつ状態がフラットになるまで働くことは無理にしない方がいいですか？
15	双極性障害でも働いている方がいらっしゃったら
15	どんなことに気をつけて働いているか教えてください。
24	以前、病院で働いていた母のその言葉が引っかかり
29	躁うつ病になって早、30年、今年も年末年始を迎えることになりました。働くことができず僅かばかりの、障害年金だけで生計をたてています。

ここでは、5つの質問で計10回「働く」という語が使用されている。H5-24は「働く」という語そのものに意味はなく、質問者の母の属性を説明するためだけに語が使用されている。その他の質問は全て「働く」という語に何らかの形で焦点が当てられている。H5-7とH5-15では労働意欲や焦りはあっても働けていないことが語られ、H5-4とH5-29では働けていない現状が語られている。いずれも安定就労の困難さを読み解くことのできる文脈である。これまで分析した2015年から2017年の3年間の考察においても何らかの形で不安定就労の問題や就労の困難さについては言及されており、双極性障害患者の抱える大きな問題として「働く」といった語が使用されていることが指摘できる。

2-4-4-6. 総括

2018年の共起ネットワークの分析では、サブグラフ02、03、04からこれまで分析した年とは異なる傾向を見出すことができた。

サブグラフ02では、「辛い」「死ぬ」「自殺」の3語を分析対象としたが、「死ぬ」「自殺」という語の使用されている文脈からは、2017年の分析で見たような人生に対する漠然とした絶望なども記述されておらず、喫緊の問題として質問者の生死にかかわる問題が浮上することはなかった。サブグラフ03で分析対象とした「治る」という語からは、2016年の分析で見られた、双極性障害の完治についての記述は見られず、疾患そのものが治るのか否かといったことは話題の中心として生起していない。サブグラフ04で注目した「生きる」という語の分析からも2016年の分析で見られた生きる意味に関する言及はほぼ見られなかった。また、「生活」という語の分析において、2017年の分析では生活保護に関する話題が出

現したが、ここでは話題の中心になることはなかった。

サブグラフ 01 ではこれまでの分析同様、人間関係における問題や、安定就労の困難さに関する記述が析出されたが、患者、縁者、他者がそれぞれの立場、視点から問題を記述するという問題の多様性を垣間見ることができた。特にサブグラフ 01 での人間関係についての問題は、「結婚」「離婚」という語を中心に、患者から縁者、その他の他者へ問題が波及していく様子や、人間関係における問題と経済的な問題、症状の進行など複数の要素が複雑に絡み合って生起することが示唆された。

2018 年の特徴としてサブグラフ 05 の分析から、患者、縁者、他者ら全ての登場人物が双極性障害に対する正しい知識や十分な理解がなされていないこと、その結果、サブグラフ 01 で確認された問題が生起、深刻化している可能性が示唆された。病識の欠如に関する問題については医学的言説でも指摘されているが、患者だけでなく、縁者、その他の他者にも双極性障害の理解が必要であることが改めて確認された。

このように 2018 年の共起ネットワークの分析からは、上記のようにこれまでとは異なる問題点も浮上した。しかし、双極性障害が人間関係、社会生活の中で問題として現前するものであり、単純な疾患としてのみ研究するのでは、患者、縁者、他者を含めた当事者の抱える問題を正確に理解することは困難である。彼、彼女らが生活し、問題や困難を抱える世界は私たちの生活する世界と地続きであること、これらのことは変わらない事実である。

2-4-5. 2019 年 Yahoo!知恵袋に対する分析

年ごとの分析の最後に、2019 年に Yahoo!知恵袋に投稿された質問の分析を行う。2015 年から 2018 年の質問に対して行ってきた分析同様、2019 年 1 月 1 日から 2019 年 12 月 31 日に投稿された質問に対し、事前に内容分析を行い分析対象となる質問を選出した。その結果、分析対象とする質問は全 31 件となった。

これまで行ってきたことと同様の前処理を行い、テキストデータ内の語を抽出したところ、総抽出語数は 9,880 (3,718)、異なり語数は 1,677 (1,335)、文の数は 427 という結果となった。総抽出語数、異なり語数の後にカッコで示している数値は実際に分析に使用される語の数である。質問 1 件を 1 つのデータとして扱っているため、データのまとまりを示す H5 は 31 となっている。こうした手順を踏み抽出した語の上位 150 語を以下の表 2-72 に示した。

(表 2-72 2019 年抽出語 頻出上位 150 語)

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
言う	48	発達	8	改善	5
思う	44	変わる	8	感じ	5
障害	33	キレ	7	関係	5
行く	27	会う	7	気	5

双極性障害	25		結果	7		気分	5
病気	24		月	7		義母	5
今	21		嫌	7		泣く	5
薬	21		原因	7		経つ	5
仕事	19		現在	7		結婚	5
離婚	19		後悔	7		作る	5
自分	18		最近	7		質問	5
状態	18		時間	7		場合	5
病院	18		自身	7		寝る	5
飲む	17		書く	7		心配	5
子供	17		伝える	7		申し訳	5
精神	17		怒る	7		性格	5
夫	17		不安	7		読む	5
実家	16		分かる	7		悩む	5
妻	15		聞く	7		半年	5
主人	15		保護	7		復帰	5
考える	14		話	7		毎日	5
診断	14		引っ越す	6		問題	5
前	14		学校	6		予定	5
帰る	13		患う	6		連絡	5
人	13		企業	6		話し合い	5
うつ病	12		義父	6		SNS	4
気持ち	12		警察	6		いつ	4
躁うつ病	12		好き	6		ご飯	4
意見	11		酷い	6		と	4
出る	11		使う	6		デパケン	4
生活	11		死ぬ	6		悪い	4
お願い	10		受ける	6		安定	4
見る	10		少し	6		意思	4
治療	10		色々	6		引く	4
年	10		人間	6		援助	4
鬱	10		正直	6		音信	4
会社	9		早い	6		我慢	4
喧嘩	9		長文	6		感じる	4
治る	9		鎮静	6		義理	4
出す	9		働く	6		休職	4
状況	9		年金	6		決断	4
彼氏	9		別れる	6		元気	4
両親	9		補足	6		最初	4
良い	9		無理	6		持つ	4
躁鬱病	9		その後	5		時短	4
勤務	8		ストレス	5		謝る	4
周り	8		可能	5		手	4
症状	8		家	5		終わる	4
辛い	8		家族	5		出来る	4
全て	8		過ごす	5		職場	4

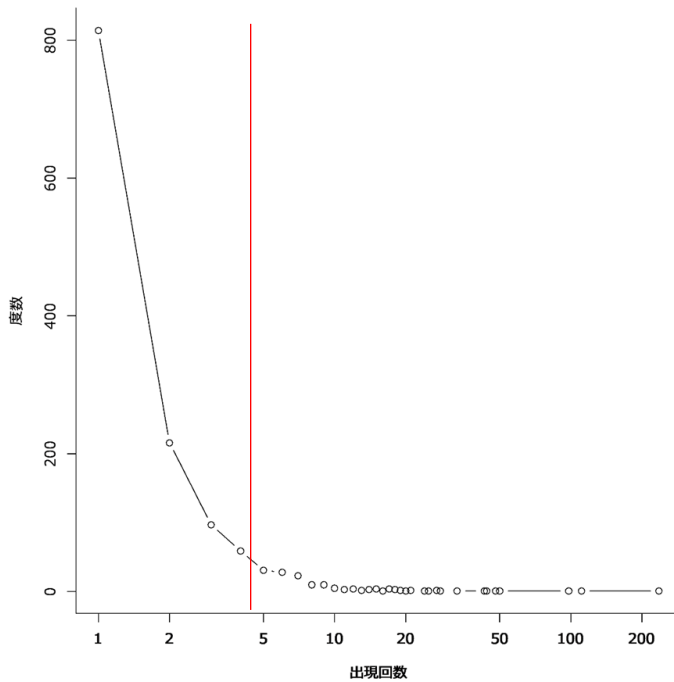
次に抽出語を出現頻度ごとにまとめた度数分布表とそのプロットを示す。

(表 2-73 2019 年抽出語 度数分布表)

出現回数	度数	%	累積度数	累積%
1	814	60.97	814	60.97
2	216	16.18	1030	77.15
3	97	7.27	1127	84.42
4	59	4.42	1186	88.84
5	31	2.32	1217	91.16
6	28	2.1	1245	93.26
7	23	1.72	1268	94.98
8	10	0.75	1278	95.73
9	10	0.75	1288	96.48
10	5	0.37	1293	96.85
11	3	0.22	1296	97.08
12	4	0.3	1300	97.38
13	2	0.15	1302	97.53
14	3	0.22	1305	97.75
15	4	0.3	1309	98.05
16	1	0.07	1310	98.13
17	4	0.3	1314	98.43
18	3	0.22	1317	98.65
19	2	0.15	1319	98.8
20	1	0.07	1320	98.88
21	2	0.15	1322	99.03
24	1	0.07	1323	99.1
25	1	0.07	1324	99.18
27	2	0.15	1326	99.33
28	1	0.07	1327	99.4
33	1	0.07	1328	99.48
43	1	0.07	1329	99.55
44	1	0.07	1330	99.63
48	1	0.07	1331	99.7
50	1	0.07	1332	99.78

98	1	0.07	1333	99.85
111	1	0.07	1334	99.93
236	1	0.07	1335	100

(図 2-22 2019 年抽出語 プロット)

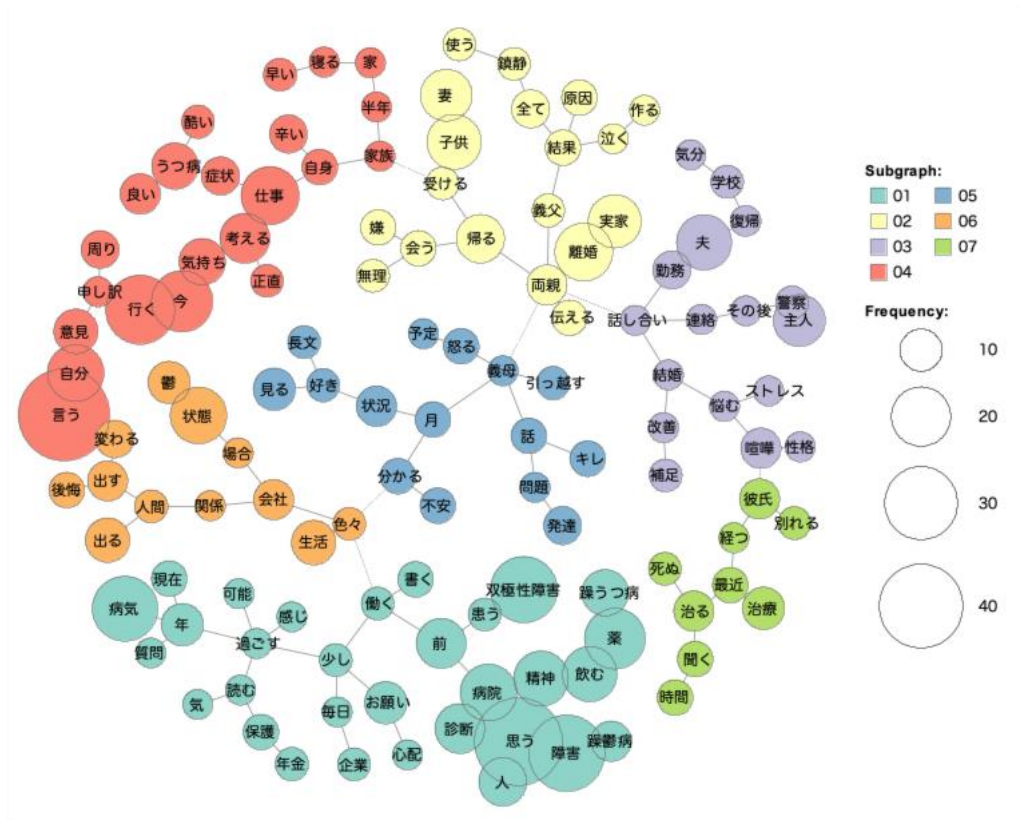


上掲の図 2-22 より、スクリープロット法を用いて最低出現回数 5 回以上の語を分析対象とする。最低出現回数 5 回以上の語が全体に占める割合は 11.16%である。

共起ネットワーク分析

ここからは共起ネットワーク分析を行う。以下に示す図 2-23 は、最小出現回数 5 回以上の語を対象に、Jaccard 係数 0.2 以上の語を描画した共起ネットワークである。なお、煩雑な図になることを避けるため、最小スパニングツリーのみを描画している。

(図 2-23 2019 年 共起ネットワーク)



上掲 2-23 の図から、2019 年は 2018 年同様、7 つのサブグラフが描画されていることがわかる。それではこれまで同様、サブグラフごとに注目すべき語を選出して分析を進めていこう。

2-4-5-1. サブグラフ 01 に対する分析

サブグラフ 01 では「双極性障害」「躁うつ病」「躁鬱病」と疾患名を示す語が 1 つのサブグラフにまとまって出現している。また 2018 年の分析において注目した「病気」という語や、「診断」「病院」「薬」など双極性障害という疾患とその治療を記述する際に用いられるであろう用語も同様に出現している。これは患者の言葉というよりも医療によった言葉である。これまでこうした語は「思う」「言う」などの基本的な動詞と共起し、基本用語と名づけることができるサブグラフとして出現していたが、ここでは医療の言葉として独立している。

そのため、サブグラフ 01 の分析では医療の言葉である「病院」「診断」「薬」に加え、疾患名ではない漠然とした「病気」と、これまででは出現することのなかった患者を取り巻く制度の 1 つである「年金」という 5 語に注目する。それでは、「病気」「病院」「診断」「薬」「年金」の順に分析を開始しよう。

まずは 2018 年の分析でも注目した「病気」という語が使用された文脈を下表 2-74 に示す。ここからは、「病気」という語が 8 つの質問で計 24 回使用されていることがわかる。特筆すべきは、H5-1、H5-5、H5-20 の 3 つの質問が縁者によって記述されていることである。これら 3 つの質問で「病気」という語が使用された回数は合計 13 回で全体の半数を超える。複数回「病気」という語を使用している H5-18 は患者でも縁者でもない他者による記述である。H5-18 まで合わせると「病気」という語の使用回数は 17 回に及ぶ。つまり、患者が「病気」という語を用いて質問を記述しているケースは少数なのである。

(表 2-74 「病気」)

H5	文章
1	夫になんとか頑張ってもらいたいという思いで、病院を色々探して転院させたり、病気についての勉強を色々してきました。
1	病気に対して真剣に向き合おうとしない夫の態度に私自身が疲弊してしまい
1	主治医の先生によると、病気のせいもあるけれど、本人の認識の低さが大きく関係しているとのこと。
1	私はこのまま結婚生活を続けると、夫の病気の波に飲まれ、いずれ自分も精神を患ってしまうのではないかと思います。
5	病気にかかってから次第に私に対して冷たくなっていきました。
5	私は、病気のせいだと気にしないようにし普通にしてきましたが
5	それが病気のせいかどうか分からない。
5	病気だからと信じ続けていいのか不安になります。
5	彼の病気を考えると無理をしてるはずです。
5	「それ、病気関係なく振られたんよ。」
5	今の状況を、どこまで病気のせいにしていいか分からず
6	病気を治療開始して 5 年は経ちます。
6	同じような病気を抱えてる方。
6	以前に同じような病気を患っていたが今は治っている方。
6	親族に同じような病気を持っていて支えている方。
12	死にたいと思ったのは病気になった 5 年間で初めてです。
16	もう 10 年すぎたが、全然変わらない医者は、脳みその病気だから治らない！って言われました
18	すなわち、鬱は病気ではなく正常な反応なわけです。
18	SSRI を飲み過ぎて、脳がぶっ壊れてラリってしまったのが病気になってしまったわけです。
18	薬が病気を作るとはこのことです。
18	全ての病気について書くときがありません
19	私もホルモンの病気をこじらせ躁鬱病の障がい者です。

20	病気のことあるので
20	病気のことあり、子育てが不安だからいつでも手助けできる距離にいさせて欲しいというもの。

患者による記述は、H5-6、H5-12、H5-16、H5-19の4件である。H5-6では、自身の闘病の経緯と同じ疾患を抱える他者からのアドバイスを求めるために「病気」という語が使用されている。H5-12では初めての希死念慮が話題の中心になっており、「病気」そのものが焦点化されているわけではない。H5-16では双極性障害が脳の疾患であり、完治はないと医師に告げられたということを記述している。ここでは「病気」そのものが記述の中心となっていると言えるだろう。H5-19では、自身が障害者であることを記述し、どのような経緯で双極性障害を患ったのかを記述するために「病気」という語が使用されている。しかし、ここでも「病気」そのものが話題の中心になっているわけではない。

このように患者による記述では、病気そのものが話題になるよりも、経緯の記述や話題の中心となる問題の導出のために「病気」という語が使用されるケースの方が多い。

一方、縁者による記述では、病気そのものが話題の中心になっている。H5-1では、双極性障害患者である夫の病識の欠如についての縁者の不満が記述されている。H5-5では双極性障害を患う恋人の行動の説明原理をどこまで病気に求めてよいのかといったことに苦悩しているといった内容が記述されている。H5-20でも病気を理由にする記述が見られる。このように、縁者による記述では、病気であることそのもの、そしてその結果生じている問題が記述されており、経緯や属性の説明にとどまる記述は見られない。

こうしたことから、患者と縁者では「病気」という語を用いて記述しようとする内容に差異があること、患者は自身の属性の説明や経緯の説明のために「病気」という語を用いるのに対し、縁者は「病気」そのものを話題の中心として記述するために使用していることがわかる。

次に「病院」「診断」という語に目を向ける。これらの語は非常に近い距離で共起している。以下の表2-75と表2-76は「病院」「診断」という語が使用された文脈を示したものである。

(表 2-75 「病院」)

H5	文章
1	病院を色々探して転院させたり
4	1年前に大学病院で自閉症スペクトラム障害と診断されました。
4	長年、双極性障害を患って大学病院の精神科を受診、服薬治療を行ってきました
5	半年ほどで仕事がきつい、と次第に体調を崩し、自傷行為で搬送され病院で双極性障害2型との診断、現在薬物療法中です。
6	2度病院を変わって
6	今は家の一番近い病院でお世話になり、あと半年くらいで2年目になります。

11	半年前に双極性障害の躁状態を発症し、病院で双極性障害Ⅱ型の診断を受けました。
12	ずっと同じ医師に診てもらっていますがそろそろ病院を変えるべきですか？
15	躁鬱病の方は、他の病院行けば良いですか？
18	精神薬について色々と調べてきました。その結果、これらの薬が病院や製薬会社の金儲けのための薬でしかなく
18	病院や製薬会社のカモにされるわけです。
19	病院に半年、今老健にいる 50 代の旦那のことでご相談です。
19	療養型病院や特養は、嫌です。
21	主人は保護された時の様子から、警察にも病院へ行くように進められ
21	主人は病院に行くことを拒否しているようです。
21	本人から病院に行きたいと申し出があったようですが、その後やはり行きたくないと言い出し
21	その後、義父がまた病院と一緒にいこうと言うと無視して目を覚まさないようです。
25	鬱状態を軽減する方法はやっぱり病院に行くしかないですか？

「病院」という語は 11 の質問で、計 18 回使用されている。「病院」という語が生起する文脈は様々だが、H5-4、H5-6、H5-11、H5-12、H5-15、H5-19、H5-25 の 7 件が患者による記述であり、大半を占めていると言えるだろう。このうち、H5-4、H5-11 は質問者が双極性障害の診断を受けた経緯を記述するために「病院」という語が使用されている。また H5-6 でも現在かかっている病院にたどり着いた経緯を記述するために「病院」という語が使用されている。これら 3 件は経緯の説明としてまとめることができる。H5-19 はやや特殊な文脈で「病院」という語が使用されている。他の質問の指す「病院」が精神科を指すのに対し、H5-19 では「療養型病院」を指しており、話題が異なることがうかがえる。H5-12 と H5-15 に目向けると、病院を変えること、つまり、主治医の変更についての質問が「病院」という語を用いて記述されていることがわかる。H5-12 は前掲の「病気」で見たように、初めての希死念慮を記述しており、症状の改善が見られないことから、病院を変えるべきなのかと相談していることがうかがえる。これに対し、H5-15 は、後述する「診断」の分析で明らかになることだが、医師の診断書によって障害年金が打ち切られたことを記述しており、自分にとって都合の良い診断書を書いてくれる医師を探すために新たな病院を探そうとしている記述で「病院」という語が使用されている。H5-25 では「鬱状態を軽減する方法はやっぱり病院に行くしかないですか？」と記述されており、症状を自覚しながらも通院はしていないことが読み取れる。

次に縁者の記述である H5-1、H5-5、H5-21 に目を向けると、患者の記述と同様の文脈で「病院」という語が使用されていることがわかる。H5-1 では、前掲の「病気」に関する記述で見たように、縁者が疾患についての勉強をし、転院させるなどの治療的な努力を重ねてきたことが記述されていた。そうした経緯を語るなかで「病院」という語が使用されている。H5-5 も同様に縁者から見た患者の経緯を記述する文脈において「病院」という語が記述さ

れている。前者と比べると、経緯のみが淡々と記述されているという印象を受ける。やや内容が異なるのが H5-21 である。ここでは、縁者は病院にかかるように説得しているが、患者本人がそれを拒否しているといった内容が記述されている。

このように一部例外はあるものの、患者、縁者の双方において「病院」という語は経緯の記述や、医師にかかること、主治医を変えることなどの記述に用いられているのである。

次に「病院」と非常に近い距離で共起していた「診断」という語に分析を進める。「診断」という語は 10 の質問で計 14 回使用されている。下表 2-76 に示した「診断」という語が使用されている文脈からもわかるように、多くの質問において、何の診断を受けたのかが記述されている。H5-9、H5-15、H5-18 の 3 件のみやや異なる内容の記述となっており、H5-9 では障害年金に関する質問が、H5-15 では診断書の記述によって障害年金を受給できなかったことが、H5-18 では精神医学そのものを批判する内容が、それぞれ話題の中心になっている。そのため、この 3 件は例外的なものと言えるだろう。

後に詳述するが、発達障害や自閉症スペクトラムといったうつ病、双極性障害以外への疾患への言及が見られるのも 2019 年の 1 つの特徴である。

(表 2-76 「診断」)

H5	文章
1	結婚して、7ヶ月後に夫が鬱病(現在は双極性障害の診断)により会社を退職しました。
4	1年前に大学病院で自閉症スペクトラム障害と診断されました。
4	発達障害の二次障害として双極性障害と診断された方や
5	双極性障害 2 型との診断、現在薬物療法中です。
9	双極性障害と診断されれば障害年金は受給対象になるのですか？
9	去年に自閉症と診断されて障害厚生年金を申請しています。
9	自閉症と診断されて心理的にショックです。
11	半年前に双極性障害の躁状態を発症し、病院で双極性障害 II 型の診断を受けました。
15	障害年金は、医者の診断書のせいで、異常無しになりました。
18	でも、精神科に行くのと全て鬱という診断になり、抗うつ剤を出されます。
18	こうやって診断されるとリーマスやデパケンなどの気分安定剤
21	結果、やはりうつ病との診断を受けました。
24	躁うつ病と診断されています。
28	躁うつ病と診断されました。

次に双極性障害の中心的な治療である薬物療法に関する「薬」という語に注目する。以下の表 2-77 は「薬」という語が使用された文脈をまとめたものである。

(表 2-77 「薬」)

H5	文章
2	デパケンになりました。この薬は
2	躁を抑える薬ですよ？うつが悪化するんじゃないかと心配です。
2	この薬でうつは良くなるのでしょうか？
13	私は軽い躁うつ病をかかっており（昔は薬飲んでましたが、大学に入ってから治ってきたので今は飲んでません）
18	あの日に戻れたら、薬に手を出すあの瞬間に戻れたらと後悔する毎日です。
18	これらの薬が病院や製薬会社の金儲けのための
18	金儲けのための薬でしかなく
18	そして、薬だけでなく、精神科の治療全てが有害であるということです。
18	薬を飲んで鬱が治りますか？治りませんよね？
18	薬の性質を考えれば当たり前です。
18	またこれらの薬にもここには書ききれないほどの深刻な副作用や後遺症があるわけです。
18	薬が病気を作るとはこのことです。
18	病名をつかって、マスコミなどを使って人々の不安を煽り、薬を売る。
18	幻聴や妄想を薬でよくしているのではなく、鎮静させて
18	私はこのように精神科の治療、薬が全て無駄だと思っています。
18	現在薬を服用している方、またはされていた方、知り合いが薬を服用している方
21	また人間は性格は変わらない、性格を変える薬もない、だけど認知を変える方法はあるから
23	躁うつ病の薬を飲んでいますが、1日のうち波があります。
24	処方されている薬の中にレスリンが1日2錠あるのですが躁うつ病ってレスリンは普通使わないですか？
26	新しく「アリピプラゾール 3mg」という薬を処方してもらいました。
29	これまでは安定していて薬も減っていましたが元気が出ないんです。

「薬」という語は8つの質問で計21回使用されているが、その半数を超える12回の使用がH5-18の質問に集中している。この質問は双極性障害に特化した内容ではなく、薬物療法および精神科療法全体に対する批判が記述されたものであり、双極性障害に焦点化した非医学的言説として扱うことはできない。

それではH5-18以外の質問に目を向けよう。上掲の記述内容は大きく2つに分けることができる。1つは、H5-13、H5-23、H5-29に見られる経緯の記述である。H5-13では双極性障害に罹患しているが、現在は服薬をしていないことが補足情報として記述されている。H5-23では、服薬しているにもかかわらず、感情の波があることに焦点化されている。H5-29ではこれまで症状が安定していて減薬にも成功していたこと、しかし、「元気が出ない」

ことが記述の中心である。これら3つの記述は「薬」そのものが話題の中心にあるのではなく、本題を記述する経緯の説明のために「薬」という語が使用されている。

もう1つはH5-2、24、26に見られるように話題の中心に「薬」がある記述だ。H5-2ではデパケンという双極性障害治療に用いられる抗てんかん薬の薬効が質問の中心になっている。H5-24では、レスリンというSSRIが双極性障害の治療薬として一般的に用いられるものなのかが問われている。また、H5-26においても、エビリファイという商品名で有名なアリピプラゾールという非定型抗精神病薬が処方されたと記述されている。このように、処方薬そのものについての質問や記述が話題の中心となっている。

こうした「薬」という語が使用される文脈において、双極性障害の薬物療法における第一選択薬であるリーマスという語が出現していないことは意外なことであるが、話題にならないほど一般化したと捉えることもできる。

ここからは「年金」という語に視点を移す。「年金」は2015年から2019年までの分析を通して初めて共起ネットワーク上に出現した語である。下表2-78からも明らかなように「年金」という語が使用されている文脈は全て障害年金に関する記述においてである。出現回数自体は全6回と決して多いものではないが、患者の経済的な基盤となる制度であり、重要度は高い。H5-9以外は全ての質問が双極性障害と診断されている患者による記述である。

(表 2-78 「年金」)

H5	文章
6	今は障害者年金と、足りない分は恥ずかしながら生活保護を受給して生きています。
9	双極性障害と診断されれば障害年金は受給対象になるのですか？
9	去年に自閉症と診断されて障害厚生年金を申請しています。
12	障害年金は双極性障害だと貰えない可能性が高いと聞きました。
15	生活保護と障害年金が同時に廃止になりました。
15	障害年金は、医師の診断書のせいで、異常無しになりました。

記述の内容に目を向けると、障害年金を受給していると記述しているのはH5-6のみである。H5-9では自閉症を診断名として障害年金を申請しているが、双極性障害の診断の方が障害年金の審査において有利か否かを問う内容となっている。こうしたことから、戦略的に診断を受けようとしている様子がうかがえる。H5-12でも双極性障害という診断が障害年金の審査にどのように働くかを問う質問となっている。H5-15では医師の診断書によって障害年金の支給が打ち切られたことが記述されている。

出現数自体が少数であるため一般化することは難しいが、障害年金を受給するため、戦略的に診断を受けようとする記述や、診断名による審査の難易度を問う記述など、患者による生きる上での戦略を垣間見ることができた。これは非医学的言説特有の患者の声だと言えるだろう。

2-4-5-2. サブグラフ 02 に対する分析

サブグラフ 02 ではこれまでも注目してきた「離婚」という夫婦間の人間関係の破綻を表す語を分析対象とする。「離婚」という語と共起関係を結んでいるその他の語に目を向けると、非常に近い距離で「実家」「両親」といった語が出現しており、離婚という問題が夫婦間だけの問題ではなく、その周辺に位置する他者を巻き込んで生じる問題であることがうかがえる。

それでは「離婚」という語の分析へと進もう。「離婚」という語はサブグラフ 02 の中で最頻出語であり、計 19 回使用されている。以下の表 2-79 に「離婚」という語が使用された文脈を提示する。出現回数に比べ、「離婚」という語が使用されている質問自体は H5-1、H5-20、H5-21 の 3 件であり例年ほど出現頻度の高い話題ではないことがわかる。ここで注目したのは、3 件全てが縁者によって記述されている点である。2015 年を除く全ての年で「離婚」という語を分析対象としたが、患者による使用が確認できないのは本年のみである。

(表 2-79 「離婚」)

H5	文章
1	結婚して3年。一歳の子供がいます。離婚を考えています。
1	病気に対して真剣に向き合おうとしない夫の態度に私自身が疲弊してしまい、先月、離婚の意思を伝え実家に帰ってきました。
1	私としては、夫と離婚して経済的に立て直しを図りたいと考えています。
1	夫は離婚したくないそうで
1	もし離婚する場合は親権をよこせと主張しています。
1	このような状況で、夫と離婚を決意する私は冷たいのでしょうか？
1	離婚して実家に帰れば、子供は保育園に預けますが
20	離婚する勇気ができません。
20	そして先月、話は拗れに拗れいよいよ離婚を切り出され、それはダメだと僕が義実家に話をしに行きました。
20	離婚するか迷っていた方、どのように決断したのでしょうか。
21	離婚したい！の一点張りだそうです。
21	ストレスの原因になっている私は離婚したほうが良いのか悩みましたが
21	私は主人を愛していますので、離婚はしたくありません。
21	この状態の時に、離婚や退職など人生の大きな決断をしてはいけません。
21	奥さんも辛いだろうけど、旦那さんが話し合いができるまで離婚しないでください、と言われました。
21	私は離婚したくないので、先生のお話を聞いてすごく安心する気持ちもありました。
21	主人がきちんと話し合いができるようになった時に気持ちが変わらず離婚という結果を選ぶかもしれません。

21	私と似たような経験をされた方、離婚にならず、その後仲良く過ごせているという方いらっしゃいますか？
21	それとも離婚しましたか？

内容に目を向けると、H5-1 は縁者の側から離婚を切り出している。「病気に対して真剣に向き合おうとしない夫の態度に私自身が疲弊してしまい」と記述されており、質問者が患者である夫の症状に振り回された結果離婚に至ろうとしていることが読み取れる。しかし「このような状況で、夫と離婚を決意する私は冷たいのでしょうか？」と記述されていることから、病者との離婚が他者からどのように映るのか、いわゆる世間の目を気にしている様子を推し量ることができる。

H5-20、H5-21 では、縁者である質問者が離婚を切り出されており、上述した H5-1 とは逆の立場からの記述と見ることができる。H5-20 は記述自体が少なく、表に提示した文脈のみで全体像を把握することは難しい。しかし、患者の側が離婚を切り出していること、質問者である縁者は離婚に対する意志が固まっていないことを読み取ることができる。H5-21 では、質問者である縁者は離婚に反対している旨が記述され、医師に相談したところ「この状態の時に、離婚や退職など人生の大きな決断をしてはいけない」とのアドバイスをもらい安心したと語られている。質問者が記述した医師の発言から、躁状態の一時的な感情から患者が離婚を切り出している可能性がうかがえる。「離婚したい！の一点張りだそうです」との記述もこのことを裏付けているように見える。こうした突発的な感情の爆発も双極性障害患者の離婚率の高さに寄与するものだろう。

H5-1、H5-20、H5-21 の共通点に目を向けよう。ここには縁者による記述であるということ以外に他者からの意見を求めているという共通点がある。H5-1 は状況を記述し、自身の離婚という決断が他者にどのように映るのかを、H5-20、H5-21 は質問者と同様の経験をした他者からの意見を求めている。双極性障害を患う配偶者を持つこと自体が一般的なことではなく偏見ともなうものである。また、離婚という問題は非常にデリケートな問題である。こうした問題について匿名の他者、同じ経験を持つ他者からの意見を求めることができるという点で、このような掲示板は患者だけでなく、縁者にとっての助けになっている可能性があるのだ。

2-4-5-3. サブグラフ 03 に対する分析

サブグラフ 03 の分析では、サブグラフ 02 で分析対象とした「離婚」という語の対極に位置する「結婚」という語に注目した分析を行う。語の意味としては対極にあるにもかかわらずここで結婚生活や結婚そのものについて語られることはなく、「離婚」という語を使用していた質問と同じ文章内で出現している。それでは具体的に「結婚」という語が使用された文脈を見てみよう。

(表 2-80 「結婚」)

H5	文章
1	結婚して3年。一歳の子供がいます。
1	結婚して、7ヶ月後に夫が鬱病(現在は双極性障害の診断)により会社を休職しました
1	私はこのまま結婚生活を続けると、夫の病気の波に飲まれ、いずれ自分も精神を患ってしまうので
1	夫との結婚生活を維持する場合は子供を保育園に預けて、私は時短勤務になります。
21	私(妻)36歳、主人36歳、結婚3年目、子供なし。

上掲の表 2-80 からわかるように、「結婚」という語が出現している質問は「離婚」で見た質問と重複する。H5-21 では質問者である縁者と患者の年齢、および婚姻期間と子供の有無がわかる。H5-1 も同様に婚姻期間と子供がいることが記述されている。さらに H5-1 では「離婚」という語の分析で見られた離婚の経緯の一端に経済的な理由があったことが明らかになった。

「離婚」という語が使用された文脈では病と向き合わない患者の姿勢が強調されていたが、ここでは患者が休職していること、このままの生活が続けば、質問者の働き方が制限されることなどが記述されている。また、「夫の病気の波に飲まれ、いずれ自分も精神を患ってしまう」と記述されており、患者の症状に巻き込まれ自身が精神的な不調をきたす前に離れようとする意志が記述されていることも大きな特徴である。一見非情な記述にも見えるが、日々の生活を共にする縁者にしてみれば綺麗事では済まされない現実的な問題であることがここから読み取れる。

「病い」の研究においては患者の物語が重要視される傾向があるが、こうした縁者の抱える苦悩も決して無視できるものではないだろう。

2-4-5-4. サブグラフ 04 に対する分析

サブグラフ 04 は各語の円が比較的大きく、出現頻度が高い語によってサブグラフが形成されているという特徴を持っている。その多くはこれまで基本用語としてまとめてきた語である。しかし 2019 年の共起ネットワークでは疾患名を表す語などが基本用語とは異なるサブグラフに出現し、基本用語が中心となっているこのサブグラフ 04 に感情語や生活に密着した語が出現している。それが「仕事」「辛い」「気持ち」などである。そのためここでは、これまでの分析でも安定就労に関する問題が記述されてきた「仕事」という語、感情語の 1 つである「辛い」という語、そして「気持ち」という語に注目した分析を行う。

まずは出現頻度の高い「仕事」という語に目を向けよう。

(表 2-81 「仕事」)

H5	文章
1	夫は仕事をする事や転職をする事だけができない状態のようで、日常生活においては至って普通。
1	テレビをみてヘラヘラ笑っている。子供の面倒もみれるといった状況です。なのにどうして仕事だけがこんなにもダメなのか。
1	夫はお金の話をすると怒り出してしまい(自分が仕事ができないことを責められていると感じるため)、話し合いができません。
1	息子が落ち込んじゃって、仕事ができなくなるのよ。
1	これから、育休明けで、仕事も復帰予定なので、実家に帰れば、子供1人の教育には不自由ない
1	また今後も働けるか分からない夫を抱えて、仕事、育児をこなしていく自身がありません。
5	半年ほどで仕事がきつい、と次第に体調を崩し、自傷行為で搬送され病院で双極性障害2型との診断
5	仕事は、職場の仲間と元気にやってるようですが
6	その当時思っていたことは、死ぬか、仕事に行くかという二択しか頭にありませんでした
6	先日、親友に「治療して何年になんの？いつになったら仕事すんの？」と、言われました。
11	常に自己否定と消えたいという気持ちがわいてきます。仕事もなんとか続けていますが
11	数年前にもともと事務職から慣れない工場現場の仕事に代わり、常にプレッシャーと劣等感に苛まれています。
17	私はとゆうといろんな仕事に就くもすぐに嫌になり辞めてしまう
17	早く仕事に就いて働かないといけないと思っているのですが
20	妻は発達障害と躁鬱病を患っており、日常の家事などとても苦手でした。平日、私は仕事が終わると出来るだけ早く家に帰り
20	そこから週末は仕事のゴルフなどなければ毎週末会いに行くのが流れになりました。
21	そして仕事、家庭、これからの事全てが嫌になったのだと思います。
30	躁うつ病とパニック障害があり、仕事をちょこちょこ休んでしまったことを正直に派遣の担当者に伝えました。
30	仕事の事を考えると心臓がバクバクして苦しくなります。

上掲の表 2-81 からわかるように、「仕事」という語は 8 つの質問で計 19 回使用されている。また、そのうち 6 回をこれまでの分析でも出現した H5-1 が占めている。H5-1 の記述内容に目を向けると、夫の仕事だけができないこと、自身のキャリアが制限されることに対して非常に強い憤りを感じていることが読み取れる。つまり、「結婚」の分析でも指摘した通り、離婚の大きな原因として双極性障害を発症したことによる就労の困難があったことが確認されたのだ。

その他の質問に目を向けよう。H5-6、H5-11、H5-17、H5-30 は患者による記述であり、

その他は H5-1 を含め縁者による記述である。患者による記述では仕事ができている、または続かないことや仕事そのもののストレス、休んでしまったことからくる不安などが記述されている。

ここからも双極性障害患者にとっては安定就労を続けることが非常に困難であることがうかがえる。また、H5-6、H5-17 の記述に見られるように「仕事」ができないことに対して強い焦りを感じていることも読み取れる。こうした焦りが十分な療養という治療に悪影響を及ぼしていることは想像に難くない。

縁者の記述に目を向けると、患者とは異なる文脈で「仕事」という語を使用していることがわかる。ここでは、「仕事」そのものに焦点化された記述はなく、診断の経緯や現状を記述する H5-5、日常生活の流れを記述する H5-20、全てが嫌になったと記述し、その内容を示すために「仕事」の語が用いられている H5-21、とどれもが仕事を話題の中心にしていなことがわかる。先述した H5-1 も離婚の理由の説明として「仕事」の語を使用しており、患者と縁者では「仕事」という語の使い方明確な違いがあることがわかる。

次に医学的言説の分析では出現しなかった感情語である「辛い」という語に注目する。以下の表 2-82 は「辛い」という語が使用された文脈である。

(表 2-82 「辛い」)

H5	文章
1	会社にいるのが辛いと言い、すぐに帰宅してきてしまいます。
5	「僕はもう何もしてやれない。毎日どんなに辛いか誰にもわからない。」
20	何より義母があまり好きではなく(義父を虐げ、辛くあたる。妻自身も子供の頃から義父の悪口を言われながら育てられたそうです)
20	逆に、辛い状況でまだ頑張ろうと思われた方はいますでしょうか。
21	奥さんも辛いだろうけど、旦那さんが話し合いできるまで離婚しないでください、と言われました。
25	躁うつ病で辛いです。
25	嫌われたと思うと辛くてどうしようも無くなります。
26	早朝覚醒してしまいました。すぐ眠いし、もっと寝たいのに寝れません。辛いです。これはアリピプラゾールの副作用でしょうか？

「辛い」という語は 6 つの質問で計 8 回使用されている。H5-25、H5-26 は患者による記述で、その他は全て縁者による記述である。ここからは患者と縁者が何に辛さを感じているのかを読み取ることができる。H5-1、H5-5 では質問者である縁者の辛さではなく、患者の発言が引用される形で記述されている。縁者の記述で縁者自身の辛さが記述されているものは H5-20 と H5-21 である。辛さの内容はこれまでの語の分析から、患者の感情に振り回されていること、それによって離婚の危機に瀕していることである。患者の記述に目を向けると H5-25 では縁者による記述同様、症状に起因する人間関係の問題が記述されている。

H5-26 では、早朝覚醒と眠気の問題が処方薬の副作用なのかといった質問が記述されている。副作用による辛さに言及しているもの、他者を介さない辛さが記述されているものもこの H5-26 だけである。その他の質問は全て症状そのものや副作用についてではなく、症状に起因する労働の問題や人間関係の問題が辛さとして記述され「辛い」という語が使用されている。つまり、患者、縁者ともに症状そのものの辛さ以上に、そこから生起する問題に辛さを感じているのである。

サブグラフ 04 の最後に「気持ち」という語を分析する。以下に示す表 2-83 は「気持ち」という語が使用された文脈をまとめたものである。

(表 2-83 「気持ち」)

H5	文章
5	彼の事を好きな気持ち
5	消えたりして欲しくない気持ちをどうする事もできません。
6	自分の病状や気持ち等を書き、長文になっています。
11	1ヶ月ほど前から今度は抑うつ状態となり、常に自己否定と消えたいという気持ちがわいてきます。
11	休職や転職もなかなか踏み出せずにおり、かなり気持ち的にも参っています。
20	またろくに孫にも会えていない両親に申し訳ない気持ちと
20	家族3人で暮らしたい気持ちとが混ざりあっていました。
21	先生のお話を聞いてすごく安心する気持ちもありました。
21	主人がきちんと話し合いができるようになった時に気持ちが変わらず離婚という結果を選ぶかもしれません。
21	自覚して受け入れるのは勇気が必要だと思いますが、治療して治したいという気持ちになってくれればと願っています。
22	学校に行きたいという気持ちは強いのですが
29	ストレスと人間関係と悲しいことが重なり気持ちが落ち込みました

「気持ち」という語は7つの質問で計12回使用されている。H5-6、H5-11、H5-22、H5-29 は患者による記述で、H5-5、H5-20、H5-21 は縁者による記述である。縁者による記述はこれまでも分析対象としてきたものなので、ここでは患者の記述に注目する。H5-6では、「自分の病状や気持ち等を書き」という記述からもわかるように、病状と気持ちを分けて考えていることが示唆されている。H5-11とH5-29では「かなり気持ち的にも参っています」「気持ちが落ち込みました」という記述からもわかるように、患者自身の気持ちの落ち込みを語っている。H5-22のみ、落ち込みや症状とは無関係な文脈で「気持ち」という語が使われている。注目すべき点はH5-11以外に「気持ち」と症状を結び付ける記述が見られないことである。H5-11では抑うつ状態に陥ったことと気持ちの落ち込みを併記してい

るが、その他の質問では症状への言及は見られず、H5-29 では気持ちの落ち込みの原因としてストレスや人間関係などが挙げられている。こうしたことから、患者は自身の気持ちの変動が必ずしも症状に起因するものとは考えていないことがうかがえる。

もう1点注目したいことは「気分」や「感情」といった語ではなく、あえて「気持ち」という言葉で上記の内容が記述されている点である。双極性障害は気分感情障害に分類される疾患であること、「気分」や「感情」といった語が特別に医学的であるわけでも専門的な語であるわけでもないこと、こうしたことを考慮すると、質問者は意図的に「気持ち」という語を使用している可能性があるのだ。

2-4-5-5. サブグラフ 05 に対する分析

ここでは「発達」という語に目を向ける。これは「発達障害」という語を構成するために使われており、双極性障害と発達障害の関係を記述する新たなトレンドを反映している。もう1点、感情語の1つである「不安」という語にも言及する。

これまでの分析で「発達障害」に言及するものは、2016年では、他者からの記述が1件、2017年では、縁者からの記述が1件、2018年では、患者からの記述が2件、出現するにとどまっており、併病診断を受けていることが明記されているのは2017年の記述と、2018年の記述のうち1件の計2件だけであり、頻出する問題ではなかった。しかし、2019年は以下の表2-84に示す通り、4件の質問で計8回の使用と明らかに増加している。

(表 2-84 「発達」)

H5	文章
3	発達障害を疑っているのですが、周りとのトラブルは無いし、問題ないと言い張ります。
3	率直な感想、発達障害の可能性などご意見を頂ければと思います。
4	双極性障害は、発達障害の二次障害？
4	そこで最近、双極性障害の原因が発達障害の二次障害なのでは？と思い始めるようになりました。
4	発達障害の二次障害として双極性障害と診断された方
18	最近では発達障害とかに使われるコンサータとかもそうです。
18	最近では発達障害が流行ってます。
20	妻は発達障害と躁鬱病を患っており、日常の家事などとても苦手でした。

上掲の表2-84の中で患者による記述はH5-4のみ、H5-18は他者による記述で、それ以外は縁者による記述となっている。H5-18は精神科医療批判である。その1つとして発達障害が作られた疾患であると批判しており、発達障害に特化した記述ではない。縁者による記述に目を向けると、H5-3では質問者が妻の発達障害を疑っている様子が記述されている。

H5-20 では質問者の妻の属性と家事が苦手な理由として発達障害を患っていることが挙げられている。患者の記述である H5-4 では、質問者が双極性障害を患う原因として発達障害があるのではないかと質問が記述されている。この 3 件の質問は立場も記述の内容も異なるものであるが、行動や疾患の原因として発達障害が記述されているという共通点を見出すことができる。近年の発達障害の認知、関心の高まりを裏付けるとともに、あらゆることが発達障害によって説明されかねない危険性を感じさせるものである。

次に「不安」という語に目を向ける。「不安」という語は 5 つの質問で計 7 回使用されている。H5-4 と H5-30 は患者による記述、H5-5 と H5-20 は縁者による記述、H5-18 は他者による記述である。記述の内容に特定の傾向は見られない。以下の表 2-85 は「不安」という語が使用された文脈を示したものである。

(表 2-85 「不安」)

H5	文章
4	双極性障害型で、不安障害があります。
5	病気だからと信じ続けていいのか不安になります。
18	不安が強くて、落ち着かないから鎮静系のヘロイン、アルコールを使う。
18	病名をつかって、マスコミなどを使って人々の不安を煽り、薬を売る。
20	その時の理由は・病気のこともあり、子育てが不安だからいつでも手助けできる距離にさせて欲しいというもの。
20	それに子供が加わり何より子供の面倒が不安だという話と
30	担当者さんは苦笑いな感じでしたがちゃんと伝えられたのか不安です。

「不安」という語は感情語の 1 つであるが、質問者自身の不安を記述したものは H5-5 と H5-30 のみである。前者は恋人を信じることの不安が、後者は質問者自身の行為に対しての不安が記述されている。H5-20 では質問者の妻の言い分を引用する形で「不安」の語が使用されており、質問者自身の感情を記述したものではない。H5-18 も同様に、質問者の感情を記述するために「不安」という語が用いられているわけではない。H5-4 では不安障害という疾患名の一部として「不安」の語が使用されており、感情を記述するための使用でないことは H5-20、H5-18 と同様である。

2-4-5-6. サブグラフ 06 に対する分析

サブグラフ 06 は生活世界に関連した語が複数出現している。その代表として「生活」という語、生活を支える基盤となる仕事を行う場である「会社」という語、そして感情語に類する語である「後悔」の 3 語を分析対象とする。

まずは、「生活」という語に目向ける。下表 2-86 に「生活」という語が使用された文脈を示した。「生活」という語は 5 つの質問で計 11 回使用されているが、そのうち 5 回を H5-1 の質問が占めている。「生活」はこれまで 2015 年、2017 年、2018 年でも分析対象としてきたが、これまでとは使用される文脈がやや異なるように見受けられる。2015 年では、生活保護に関する記述が多く、生活に困窮している様子が確認された。2017 年では多様な文脈で使用されているものの、生活保護に関する記述や、症状の発現によってこれまでの生活上の努力が水泡に帰してしまうことなども記述されていた。2018 年の分析では、生活保護を受給しているという記述は見られないものの、生活に困窮しているといった記述や、症状によって質問者の生活が制限されることなどの苦悩が記述されていた。このように、これまでの「生活」という語の分析からは、症状に起因するものや経済的な理由などその背景は様々だが、一様に生活上の困難が記述されていた。そしてその多くは患者による記述であった。

(表 2-86 「生活」)

H5	文章
1	日常生活においては至って普通。
1	これまで、生活費に私の独身時代の貯蓄 100 万、夫の保険解約 80 万
1	私はこのまま結婚生活を続けると、夫の病気の波に飲まれ
1	夫の勤務状況が改善しない限り、私の収入だけでは住宅ローンと生活費をまかなうことができたとしても
1	夫との結婚生活を維持する場合は子供を保育園に預けて、私は時短勤務になります。
6	今は障害者年金と、足りない分は恥ずかしながら生活保護を受給して生きています。
15	生活保護と障害年金が同時に廃止になりました。
15	生活保護は、パチンコで 10 回くらい注意されても辞めれず
15	支援者は、また生活保護申請すれば良いと言ってますが
18	後遺症で社会生活がまともに送れない中、精神薬について色々調べてきました。
20	二人で暮らしていた頃の生活を考えると

しかし、2019 年の質問において「生活」の語が使用された文脈に目を向けると、患者による記述は H5-6 と H5-15 のみである。どちらも生活保護への言及が見られるが、H5-15 は生活保護受給中にパチンコを繰り返して、生活保護を打ち切られたという記述である。この他の記述に目を向けても生活の困窮が記述されているものはない。また中核症状に振り回されている様子や、生活が制限されている様子の記述も見られない。こうした点から 2019 年の「生活」という語が使用されている文脈は、これまでの年とは異なるものだと言えるだろう。

次に 2016 年、2018 年の分析でも対象としてきた「会社」という語に視点を移す。2016

年の分析では双極性障害に起因する問題が析出する場として「会社」という語が重要な意味を持っていた。2019年の「会社」という語が使用された文脈に目を向けると、4つの質問で計9回使用されていることがわかる。

(表 2-87 「会社」)

H5	文章
1	結婚して、7ヶ月後に夫が鬱病(現在は双極性障害の診断)により会社を休職しました。
1	間2度の休職(計10ヶ月)を経て現在も会社員として勤務していますが、内8時間の勤務ができたのは僅か1ヶ月半のみ
1	会社にいるのが辛いと言い、すぐに帰宅してきてしまいます。
1	私の会社は時短勤務の場合昇進、昇給はほぼ不可能です。
18	これらの薬が病院や製薬会社の金儲けのための薬でしかなく
18	病院や製薬会社のカモにされるわけです。
18	なにも知らない無知な人々は精神科や製薬会社によって踊らされています。
20	今の会社をやめて、出来るだけサポートできる公務員になろうと思ひ
29	私は今、うつ状態(今までよりも軽いほう)で会社にいけない

H5-1ではこれまで見てきたように、働くことができなくなった夫に対する不満が縁者によって記述されている。またここでは質問者自身が勤める会社の体制についての記述においても「会社」という語が使用されている。H5-18では製薬会社に対する批判が記述されているが、「会社」自体を問題が生起する場として記述しているわけではない。H5-20は縁者による記述で、双極性障害を患う妻のサポートのために転職を試みたことを記述するために「会社」という語が使用されている。H5-29は唯一の患者による記述で、症状が発現し会社に行けていないと記述している。

いずれの質問においても、「会社」という語が双極性障害に起因する問題が析出する場としては記述されていない。しかし、縁者による記述からうかがえるように、「会社」という組織は、双極性障害を患う患者の縁者にとって理解のある場ではなく、縁者が患者のサポートをするのに十分な体制を提供していない可能性が示されている。

サブグラフ06の分析の最後に感情を表す語である「後悔」という語に注目する。双極性障害患者は、制御不能な感情の爆発によって人間関係を破壊したり、社会的信用を失ってしまったりすることがよく知られている。こうしたことに対して「後悔」という語が使用される可能性があるのだ。それでは具体的な記述を見てみよう。以下の表2-88は「後悔」という語が使用された文脈をまとめたものである。

(表 2-88 「後悔」)

H5	文章
5	症例として人間関係を壊し別れたがり、後で後悔する、と読んだ事もあり、彼の要求が正常な判断かどうか、分かりません。
13	荒れた口調で自分でも信じられないぐらいの悪言を吐いてしまいます。後で後悔し、ちゃんと謝ってプレゼントしたりしてます。
18	精神薬を飲んでとても後悔しています。禁断症状と後遺症で数年は無駄になり、人生が台無しになりました。
18	あの日に戻れたら、薬に手を出すあの瞬間に戻れたらと後悔する毎日です。
21	ここまで追い詰めていたことをとても後悔しています。
21	患者さんを診てきたが、うつ病状態の時に下した決断はみんな元気になってから後悔していますよ
25	周りの人にも今まで迷惑をかけてしまったり、空気が読めなくなってしまうたりして後で後悔することばかりです。

「後悔」という語は5つの質問で計7回使用されている。そのうち、患者による記述は、H5-13とH5-25の2件、H5-5とH5-21は縁者、H5-18は他者による記述である。患者による記述では、「荒れた口調で自分でも信じられないぐらいの悪言を吐いてしまいます」「周りの人にも今まで迷惑をかけてしまったり、空気が読めなくなってしまうたり」と、自身の症状の発現や行動に対する後悔が記述されている。こうした特徴が言説として広まっていると確認できるのが縁者による記述である。H5-5では、「症例として人間関係を壊し別れたがり、後で後悔する、と読んだ事もあり」と記述されている。またH5-21では、医師から質問者に対して「患者さんを診てきたが、うつ病状態の時に下した決断はみんな元気になってから後悔していますよ」と語られたことが記述されている。記述そのものが少数であるため一般化することは難しいが、一定程度こうした言説が患者のみならず縁者にも広まっていること、そしてその媒体となるのは、医師の発言や何らかの記事であることが示唆された。

その他に注目したいのは、H5-21において縁者が患者を追い詰めたのではないかとという後悔を記述している点である。後悔は必ずしも患者だけに見られるものではなく、縁者を追い詰める可能性があることも示唆しているのである。

2-4-5-7. サブグラフ 07 に対する分析

最後にサブグラフ 07 の分析を始めよう。ここではこれまでの分析でも重視してきた生死にかかわる問題である「死ぬ」という語、そして「治る」と出現頻度の高い「治療」という語の3語に注目する。各語の出現頻度はそれぞれ「治療」が10回、「治る」が9回、「死ぬ」が6回となっている。

まずは「治療」という語に目を向けよう。以下の表 2-89 に「治療」という語が使用された文脈を示す。4つの質問で計 10 回使用されていることがわかる。このうち H5-4 と H5-6 は患者による記述であり、どちらも治療の効果を疑問視している。こうしたことから質問内容の中心に「治療」という語が存在していると見ることができる。

(表 2-89 「治療」)

H5	文章
4	長年、双極性障害を患って大学病院の精神科を受診、服薬治療を行ってきましたが一向に治る気配がありません。
6	双極性障害（躁うつ病）で治療中の者です。
6	時間が経っていく日々に焦りがあるのも事実です。先日、親友に「治療して何年になんの？いつになったら仕事すんの？」と、言われました。
6	親友から言われた言葉が重くのしかかりました。病気を治療開始して 5 年は経ちます。
6	うつ病からはじまり、五年経つ自分は治療が遅いのでしょうか。自分はただ甘えてるだけなのでしょうか
18	精神科の治療全てが有害であるということです。
18	統合失調症の治療もかなりずれていると思います。
18	私はこのように精神科の治療、薬が全て無駄だと思っています。
21	夫婦喧嘩の内容は不妊治療をしている私が結果が出ないことへの焦り
21	治療して治したいという気持ちになってくれればと願っています。

縁者による記述である H5-21 では、夫婦喧嘩の原因として不妊治療の成果が出ないことと、患者に双極性障害の治療に対して前向きになってほしいことの 2 点が記されている。前段の「治療」は不妊治療という熟語を形成するためのものであるが、後段は双極性障害に対する治療が記述の中心に位置している。しかし、患者らの記述と異なる点は治療効果に照準していない点である。そのため同一の使用法とは言えない。

他者からの記述である H5-18 は、「治療」という語が問題の中心をなしているが、いずれも精神科医療全体を批判するものであり、双極性障害に特化した記述ではないため、患者の記述とも縁者の記述とも異質なものである。

患者が治療効果に疑問を持ち、同じ疾患を抱える他者に意見を求めることは納得のいくものであり、不思議ではない。しかし、患者による記述が 2 件しか出現していないこと、縁者による記述も 1 件のみであり、治療効果や治療法をたずねるものでもないことから、治療が興味関心の中心にない可能性がうかがえる。非医学的な人間関係についての質問が頻出していたのに対し、医学的な質問が少数であることは何を意味するのだろうか。この問いに答えるために「治る」という語に分析を進めよう。

(表 2-90 「治る」)

H5	文章
4	服薬治療を行ってきましたが一向に治る気配がありません。そこで最近、双極性障害の原因が発達障害の二次障害なのでは？
6	同じような病気を抱えてる方。以前に同じような病気を患っていたが今は治っている方。
12	双極性障害は治るのでしょうか？ずっと同じ医師に診てもらっていますがそろそろ病院を変えるべきですか？
13	私は軽い躁うつ病をかかっており（昔は薬飲んでましたが、大学に入ってから治ってきたので今は飲んでません）
16	躁鬱病って治りますか？もう 10 年すぎたが、全然変わらない
16	医者、脳みその病気だから治らない！って言われました
18	薬を飲んで鬱が治りますか？
18	治りませんよね？
18	ブラック企業で働き続ける限り、鬱が治ることはありません。すなわち、鬱は病気ではなく正常な反応なわけです。

「治る」という語は 6 つの質問で計 9 回使用されており、出現回数自体は「治療」という語よりも低いですが、使用されている質問数はやや多い。質問者の属性に目を向けると精神科医療批判を展開している H5-18 以外全ての記述が患者によるものである。患者による記述の内容に照準すると、多くの質問で双極性障害が治るか治らないかが問題の中心とされている。H5-12 と H5-16 などとその典型例である。ここでは双極性障害が治るか否かが質問されている。その他の H5-4 では双極性障害が完治しないことから、原因として発達障害があるのではないかと疑っている。また、H5-13 では完治のない双極性障害に対し「治ってきた」述べ、質問時には服薬を中断していることが記述されている。H5-6 では同じ疾患を抱える他者や、「治った」他者、つまり寛解者からの返答を求めていることがわかる。

このように、H5-13 を除く質問で双極性障害が治るか否かが問題にされているのである。患者求めているのは治療効果ではなく、わかりやすく治るかどうかであることがここから明らかになる。そのため、「治療」という語が使用される質問数が 4 件だったのに対し「治る」という語が使用された質問は 6 件であり、そのうち 5 件が患者からの記述だったのである。

ここからは 2 つの可能性がうかがえる。1 つは、双極性障害は完治しない疾患であるという医学的な言説が十分に普及していない可能性である。そしてもう 1 つは、そうした医学的言説自体の認知は進んでいるものの、患者らが完治の希望にすぎ「治る」という語を使用して質問をしている可能性である。こうしたことから、患者らが医学的言説をそのまま受け入れているわけではないこと、完治がないことを受け入れるには相当な困難がともなうことが示唆されているのだ。

最後に「死ぬ」という語が使用されている文脈に注目し、サブグラフ 07 の分析を締めくくる。「死ぬ」という語は 2015 年から 2018 年の全ての年で出現しており、分析対象としてきた。2019 年は「自殺」という語が出現していないので、実質的に死に言及する語はここで分析対象とする「死ぬ」だけである。下表 2-91 より「死ぬ」という語は 4 つの質問で計 6 回使用されていることがわかる。2018 年と比較すると減少している。

次に使用された文脈に目を向けよう。H5-6 では過去の希死念慮が回想という形で記述されている。これに対し H5-12 の記述では質問時の希死念慮に対しての対処法を問う質問となっている。「死にたいと感じてしまいます」と記述されており、希死念慮に襲われていることは事実だが、対処法についてたずねていることから、生きることに照準していると言えるだろう。H5-25 では、過去の失敗を思い返し「死にたくなってきます」と記述されているが、H5-12 ほどの希死念慮を抱えているようには見受けられない。これら 3 件は、形は違うが死に言及した記述である。H5-16 は「死ぬまで」という期間を示すために「死ぬ」という語が使用されており、死に言及するものではない。

(表 2-91 「死ぬ」)

H5	文章
6	その当時思っていたことは、死ぬか、仕事に行くかという二択しか頭にありませんでした
6	包丁を持ってこれで腕を切れば死ねば楽になれる。と何度も思ったことがありました。
12	死にたいと感じてしまいます。そんな時はどう過ごしたら良いのでしょうか？
12	死にたいと思ったのは病気になった 5 年間で初めてです。
16	死ぬまでこんな基地みたいなわたしが続きますか？
25	今思い出すと申し訳なさや恥ずかしさで死にたくなってきます。

こうした記述から死が喫緊の問題としては語られていないことがわかる。また、2016 年、2017 年、2018 年の「死ぬ」という語が使用された文脈では、「誰も悲しむ人はいない」、「私が死ぬと、妻が生活に困るので」、「主人に迷惑は掛けたくないよう独りになってから死のうと思えます」など他者との関係を示す記述が見られたが、ここでは他者とのつながりを見出すことができない。これも 2019 年の「死ぬ」という語が使用された文脈の特徴である。

2-4-5-8. 総括

それでは 2019 年の分析の総括へと移ろう。2019 年の分析全体を通して指摘できることは、2015 年から 2018 年の語の使用のされ方においても、記述者の属性においても大きな違いがある点だ。2019 年の分析では社会生活をめぐる「離婚」や「仕事」といった語を用いた記述において縁者による記述が目立ち、同じ語を用いても、患者と縁者では焦点化しているポイントが大きく異なっていたという印象を受けた。

この他にも「年金」という語の分析で見たように障害年金についての記述が一定のまとまりをもって出現したこと、そして発達障害についての記述が出現し、併存症状としての記述だけでなく、双極性障害の説明原理としても使用されたことである。これは世間一般の発達障害への注目を反映したものであると考えられる。

各サブグラフに目を向けると、サブグラフ 01 では「病気」という語の使用において患者と縁者での焦点の違いが顕著であった。サブグラフ 02 で注目した「離婚」という語では使用者の属性が縁者に集中しており、他の年とは異なる結果となった。このようなことから Yahoo!知恵袋という言説空間がやり場のない縁者の声が記述される場としても機能している可能性が示唆されたと言えるだろう。サブグラフ 03 で分析対象とした「結婚」という「離婚」とは対極に位置する語においても、縁者の苦悩や現実的な問題が生々しく記述されていることが確認できた。

サブグラフ 04 で注目した「気持ち」という語の分析からも患者と縁者の疾患に対する理解や意味づけ、そこから派生する問題は異なるものであることが示唆された。患者が「気持ち」という語を用いる際は、症状との関連ではなく、対人関係上のストレスなどを記述するために使用していたのだ。

サブグラフ 05 で注目すべきは、先述したように「発達障害」に言及し、双極性障害との関連を示唆する記述が急増したことである。社会全体の発達障害への興味関心の高まりが影響したものと考えられる。社会の変化や医学的言説の普及がこうした非医学的言説に影響を与えることは、「型」という語が出現した 2017 年でも確認されており、非医学的言説も変化しうるものであることを示している。

医学的言説が影響を与えていることはサブグラフ 06 で分析対象とした「後悔」という語が使用されている文脈からも読み取れる。そこでは医師からの助言や何かしらの記述を見たことがあるなどといった影響が記述されていた。

サブグラフ 07 で分析した「治療」という語と「治る」という語の使用された文脈の差異も重要な知見である。「薬」という語の分析では薬効についての記述が複数確認されたにもかかわらず、「治療」という語を用いて治療効果に言及する患者はごく少数であった。しかし、「治る」という語はほぼ全ての記述が患者によるもので、双極性障害が治らないことや、治るか否かといった質問が主要な記述になっていた。こうしたことから、症状の軽減やエピソード発現周期の調整、再発防止といった医学領域で照準されていることは患者、縁者の関心事にはなっておらず、治るか否かが問題とされていることがうかがえる。双極性障害に完治がないことは様々な場で語られているにもかかわらず、「治る」かどうかという問題が繰り返し記述されることから、患者が希望を求めてこうした記述を繰り返している可能性がある。

上記のように「治る」ことにわずかな希望を見出そうとする姿が見られる一方で、2017 以前に見られた人生の意味についての記述や、深刻な絶望は記述されておらず、「死ぬ」という語の分析においても死が喫緊の問題としては語られていなかった。また、自殺という語

が出現していないことも特筆すべき点である。

こうしたことから、2019年の分析からは、患者と縁者による記述に質的な差異が見られ、患者は患者の問題を、縁者は縁者の問題をそれぞれ抱えており、同じ双極性障害に起因する問題であっても必ずしも同質の問題を抱えているわけではないことが明らかになった。このような差異は顕著であるものの、直接的な中核症状の悩みよりも、そこから起因する人間関係の破綻や就労の問題など、社会的な問題が質問の中心を占めていることはこれまでと同様の結果となった。

2-5. 2015年から2019年のYahoo!知恵袋に対する統合分析

非医学的言説であるYahoo!知恵袋に対する分析の最後に、これまで分析対象としてきた2015年から2019年のデータを統合したデータに対する分析を行う。全データを統合しているため、分析対象となる質問は全141件である。

これまでと同様の前処理を行い、テキストデータ内の語を抽出したところ、総抽出語数は48,335 (18,201)、異なり語数は4,352 (3,684)、文の数は1,881という結果となった。総抽出語数、異なり語数の後にカッコで示している数値は実際に分析に使用される語の数である。質問1件を1つのデータとして扱っているため、データのまとまりを示すH5の値は141となっている。こうした手順を踏み抽出した語の上位150語を以下の表に示した。

(表 2-92 2015年から2019年統合データ抽出語 頻出上位150語)

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
言う	232	家	32	喧嘩	21
思う	209	現在	32	行動	21
双極性障害	155	受ける	32	多い	21
自分	146	感じる	31	伝える	21
今	115	実家	31	父	21
仕事	114	相談	31	休職	20
状態	107	母	31	原因	20
人	104	毎日	31	主治医	20
障害	96	持つ	30	別れる	20
躁うつ病	89	時間	30	過ごす	19
行く	85	働く	30	関係	19
薬	83	不安	30	言葉	19
診断	76	最近	29	人間	19
前	75	自殺	29	その後	18
病気	75	質問	29	アドバイス	18
精神	72	人生	29	リーマス	18
飲む	70	変わる	29	経験	18
生活	69	気分	27	周り	18
うつ病	64	治る	27	状況	18

病院	61		少し	27		心	18
考える	60		職場	27		大学	18
離婚	57		意見	26		通院	18
会社	53		治療	26		無理	18
子供	53		嫌	25		目	18
生きる	53		主人	25		医師	17
鬱	51		書く	25		型	17
躁	50		友達	25		酷い	17
出来る	48		話	25		自身	17
出る	45		帰る	24		場合	17
症状	45		気	24		正直	17
入院	45		結婚	24		先生	17
良い	45		歳	24		続く	17
妻	44		出す	24		復帰	17
悪い	42		疲れる	24		迷惑	17
分かる	42		保護	24		落ち込む	17
死ぬ	41		補足	24		安定	16
年	41		話す	24		繰り返す	16
お願い	40		感じ	23		元気	16
見る	40		休む	23		社会	16
寝る	40		泣く	23		申し訳	16
躁鬱病	40		鈍	23		睡眠	16
気持ち	38		親	23		全て	16
月	38		知る	23		長い	16
教える	36		来る	23		怒る	16
後悔	36		学校	22		難しい	16
夫	36		好き	22		入る	16
聞く	36		頭	22		発達	16
辛い	35		付き合う	22		半年	16
本当に	34		夜	22		落ち着く	16
普通	33		家族	21		理由	16

次に抽出語を出現頻度ごとにまとめた度数分布表とそのプロットを示す。

(表 2-93 2015 年から 2019 年統合データ抽出語 度数分布表)

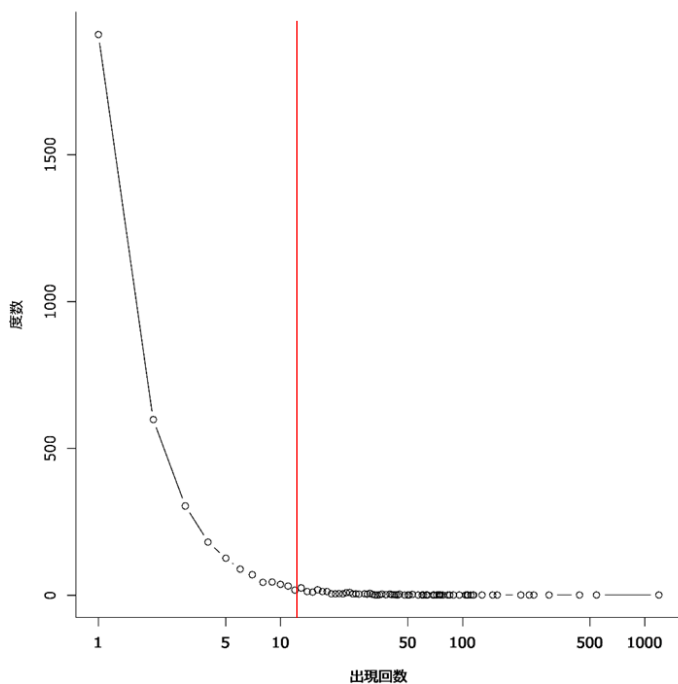
出現回数	度数	%	累積度数	累積%
1	1909	51.82	1909	51.82
2	598	16.23	2507	68.05
3	304	8.25	2811	76.3
4	181	4.91	2992	81.22
5	126	3.42	3118	84.64
6	89	2.42	3207	87.05

7	70	1.9	3277	88.95
8	44	1.19	3321	90.15
9	45	1.22	3366	91.37
10	37	1	3403	92.37
11	31	0.84	3434	93.21
12	18	0.49	3452	93.7
13	25	0.68	3477	94.38
14	13	0.35	3490	94.73
15	11	0.3	3501	95.03
16	19	0.52	3520	95.55
17	13	0.35	3533	95.9
18	13	0.35	3546	96.25
19	5	0.14	3551	96.39
20	5	0.14	3556	96.53
21	6	0.16	3562	96.69
22	5	0.14	3567	96.82
23	9	0.24	3576	97.07
24	10	0.27	3586	97.34
25	5	0.14	3591	97.48
26	5	0.14	3596	97.61
27	4	0.11	3600	97.72
29	5	0.14	3605	97.86
30	4	0.11	3609	97.96
31	7	0.19	3616	98.15
32	3	0.08	3619	98.24
33	1	0.03	3620	98.26
34	1	0.03	3621	98.29
35	2	0.05	3623	98.34
36	4	0.11	3627	98.45
38	2	0.05	3629	98.51
40	4	0.11	3633	98.62
41	2	0.05	3635	98.67
42	2	0.05	3637	98.72
43	2	0.05	3639	98.78

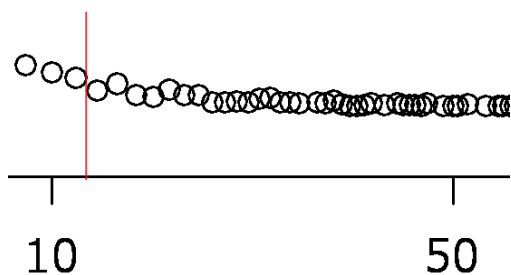
44	1	0.03	3640	98.81
45	4	0.11	3644	98.91
48	1	0.03	3645	98.94
50	1	0.03	3646	98.97
51	1	0.03	3647	99
53	3	0.08	3650	99.08
57	1	0.03	3651	99.1
60	1	0.03	3652	99.13
61	1	0.03	3653	99.16
63	1	0.03	3654	99.19
64	1	0.03	3655	99.21
69	1	0.03	3656	99.24
70	1	0.03	3657	99.27
72	1	0.03	3658	99.29
74	2	0.05	3660	99.35
75	2	0.05	3662	99.4
76	1	0.03	3663	99.43
78	1	0.03	3664	99.46
83	1	0.03	3665	99.48
85	1	0.03	3666	99.51
89	1	0.03	3667	99.54
96	1	0.03	3668	99.57
104	1	0.03	3669	99.59
106	1	0.03	3670	99.62
107	1	0.03	3671	99.65
111	1	0.03	3672	99.67
114	1	0.03	3673	99.7
115	1	0.03	3674	99.73
128	1	0.03	3675	99.76
146	1	0.03	3676	99.78
155	1	0.03	3677	99.81
209	1	0.03	3678	99.84
232	1	0.03	3679	99.86
246	1	0.03	3680	99.89

298	1	0.03	3681	99.92
439	1	0.03	3682	99.95
544	1	0.03	3683	99.97
1196	1	0.03	3684	100

(図 2-24 2015 年から 2019 年統合データ抽出語 プロット)



(図 2-25 2015 年から 2019 年統合データ抽出語 プロット 拡大図)

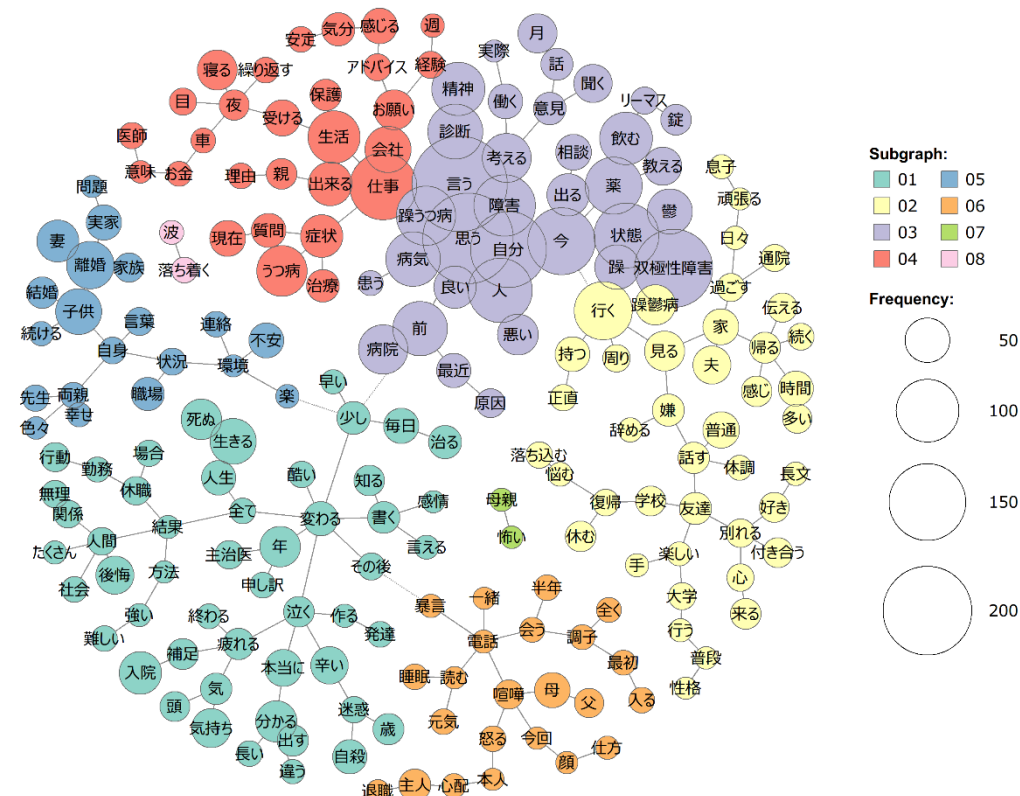


上掲の図 2-25 より、スクリープロット法の応用を用いた場合は最低出現回数 8 回以上の語を分析対象とすることになるが、分析対象語数が増えすぎ、共起ネットワークの分析が困難なものとなるため、ここでは最低出現回数 12 回以上の語を分析対象とする。最低出現回数 12 回以上の語が全体に占める割合は 6.79%である。

共起ネットワーク分析

ここからは共起ネットワーク分析を行う。以下に示す図は、最小出現回数 12 回以上の語を対象に、Jaccard 係数 0.2 以上の語を描画した共起ネットワークである。なお、ここでも最小スパンニングツリーのみを描画している。

(図 2-26 2015 年から 2019 年統合データ 共起ネットワーク)



まずは共起ネットワーク全体が各サブグラフによってどのように構成されているかに目を向けよう。ネットワーク左下半分に位置するサブグラフ 01 では、「生きる」「死ぬ」「自殺」といった語に象徴される生死にかかわる語、「人生」「後悔」「社会」といった語を用いて語られる患者の社会生活やこれまでの人生に関する語、「治る」「入院」「主治医」という語によって示唆される治療関係の語など、出現数自体は多くないが、様々な質問で用いられる重要な語によってサブグラフが形成されている。また、「辛い」「疲れる」などの感情語が出現している点も注目すべき点である。

ネットワークの右側に位置するサブグラフ 02 では、「躁鬱病」の語が出現しているが、多くの語は非医学的な社会生活に関する語である。特にサブグラフの下半分は「友達」という語を中心に学校生活と人間関係に関する語によって構成されていることがわかる。

サブグラフ 03 では「双極性障害」「躁うつ病」「障害」など、疾患や治療についての記述

に用いられる語が中心になっていることがわかる。また「言う」「思う」などの頻出の動詞と重要な語である「働く」が含まれていることから、基本用語によって形成されたサブグラフであると言える。こうしたことからサブグラフ 03 は、疾患としての双極性障害に対する分析の中心となる。

左上に出現するサブグラフ 04 では「仕事」という語が中心となり、「会社」や「生活」といった安定就労と生活基盤に関する語が出現している。また、「症状」という語が出現していることから、症状が社会生活に与える影響が労働の問題に直結していることがうかがえる。双極性障害の診断に至る過程の「うつ病」という語や「治療」という語も出現しており、医学的言説と非医学的言説のつながりを見る上でも重要なサブグラフである。

サブグラフ 01 とサブグラフ 04 の間に出現しているサブグラフ 05 では、これまでの各年に対する分析でも注目してきた「離婚」という語が出現しており、そこから家族関係を示す複数の語へと紐帯が伸びている。「離婚」とはやや距離があるが、ここでも労働に関係する「職場」という語が出現しており、労働に関する問題は様々な形で他の問題とつながっている可能性を示唆するものである。

サブグラフ 06 はサブグラフを形成する各語の出現頻度が比較的低いことが特徴である。ここで目立つのは「怒る」「心配」「元気」といった感情を表す語が複数出現していることである。

サブグラフ 07 と 08 は 2 語ずつの単線的な結びつきとして出現しており、その他の語との結びつきは見られない。しかし出現している語は「怖い」といった感情語や、双極性障害の中核症状を表す「波」という語であり、無視できるものではない。

2-5-1. 共起ネットワークの概観から読み取ることができる問題領域

上で示した各サブグラフの概観から、共起ネットワーク全体がどのような語によって形成されているのか、言い換えれば、どのような問題領域が存在するのかを読み取ることができる。ここでは共起ネットワーク全体から問題領域を切り分け、次項から始まる分析の視点を提示する。

まずはサブグラフ 03 において、「双極性障害」「躁うつ病」といった疾患そのものに関係する基本用語が出現し、医学的言説と同様の語によって患者、縁者の抱える問題が記述されていることがわかる。

サブグラフ 03 と近い距離で複数の語が出現しているサブグラフ 02 では家庭生活や学校生活における人間関係の問題が中心となって記述されていることが出現している語から予想される。同様にサブグラフ 03 と隣接するサブグラフ 04 では労働に関係する語が中心となってネットワークを形成しており、双極性障害との関連度が高い問題であることがわかる。また経済的な問題でもあるため、生活基盤と直結する問題であることも示唆されている。

サブグラフ 05 では家族関係、特に婚姻関係についての問題が記述されていることが「結

婚」「離婚」といった語の出現から予想される。サブグラフ 02 では「夫」の語が出現し、サブグラフ 05 では「妻」の語が出現していることから、サブグラフ 02 は妻側からの記述が、サブグラフ 05 では夫側からの質問が出現している可能性がうかがえる。

サブグラフ 01 とサブグラフ 06 は、つながりは弱いものの紐帯で結ばれており、それぞれ出現頻度が突出した特徴語が出現していないことから、多様な問題が複雑に絡み合ったサブグラフであることがわかる。しかし、雑多な問題や些末な問題の集積ではない。特にサブグラフ 01 では生死にかかわる語や感情語などが多数出現しており、当事者らにとっては深刻な問題を記述する際に使用された語群である可能性がある。

こうしたことから、共起ネットワーク全体は、1.疾患そのものに関する医学的な問題、2.生死にかかわる問題、3.労働に関する問題、4.人間関係と生活に関する問題、5.感情の問題の 5 つの問題領域についての記述によって構成されていると見なすことができるだろう。もちろんこれらの問題は個別に独立したものではなく複雑に絡み合うものである。

それではこれら 5 つの問題領域についての分析を開始しよう。なお、ここからの統合分析については使用するデータの量が多くなるため、質問者の記述を引用する際に、患者による記述なのか、縁者や他者による記述なのかを引用末のかっこ内に示している。

2-5-2. 疾患そのものに関する医学的な問題

ここからは上記で提示した 5 つの問題領域について個別の分析を行う。まずは、1.疾患そのものに関する医学的な問題についての記述に目を向けよう。以下に示す表 2-94 は医学的な問題と関係する語を出現回数順に整理したものである。

(表 2-94 疾患そのものに関する医学的な問題)

No	語	出現回数	サブグラフ
1	双極性障害	155	3
2	状態	107	3
3	障害	96	3
4	躁うつ病	89	3
5	薬	83	3
6	診断	76	3
7	病気	75	3
8	病院	61	3
9	鬱	51	3
10	躁	50	3
11	入院	45	1
12	症状	45	4

13	躁鬱病	40	2
14	治る	27	1
15	治療	26	4
	合計	1026	

上掲の表に示した語は、語の使途によって次の3種類に分類することができる。

1 つめは、「属性、経緯の説明」である。「双極性障害」「躁うつ病」「薬」「診断」「病気」「入院」「躁鬱病」「治療」といった語は、質問者または縁者が受けている診断や、処方薬をはじめとした自身が受けている治療についての記述が主たるものである。また診断に至る経緯の記述も複数見られる。「双極性障害」「躁うつ病」「躁鬱病」の3語では、左記の疾患の疾患特性についてたずねる質問や、自己診断に関する記述も見られるが少数である。こうしたことから上記の8語は質問者または縁者の属性、経緯の説明に使用される語であり、「属性、経緯の説明」としてまとめることができる。

2 つめは、「症状の記述」である。「状態」「鬱」「躁」「症状」の4語は質問者または縁者の症状の記述に主に用いられている。「状態」という語は躁状態、軽躁状態、うつ状態、混合状態といった語を形成するために多く使用されており、医学的な言説で用いられる専門用語と合致するものである。「鬱」と「躁」という語は双極性障害の中核症状を表す語であるが、使用のされ方には若干の相違が見られる。「躁」という語のほとんどが症状の記述にしか用いられないのに対し、「鬱」という語は症状の記述が主たるものではあるが、診断名として使用されることもある。

「症状」という語は読んで字のごとく質問者または縁者の症状を記述するための使用が主なものだが、具体的なエピソードを記述するために使用されることは稀で、単純に「症状」として使用されている。こうしたことから上記4語は「症状の記述」として分類可能である。

3 つめは「個別の記述」である。この分類はやや雑多なものが含まれているが、それぞれ使用法が特化されている語である。ここに含まれるのは「障害」「病院」「治る」の3語である。これらは個別の内容を記述するために用いられるという特徴を持っている。

それぞれの語に目を向けると、「障害」という語は、精神障害、障害者手帳といった語の形成、双極性障害の言い換えにも用いられているが、双極性障害以外に診断を受けている併病の記述が目立つ。不安障害や適応障害、強迫性障害、睡眠障害、発達障害、人格障害などがその例である。「障害」という語は全体で96回使用されているがそのうち48回が上記障害の記述のために使用されている。実に半数が併病の記述に使用されているのである。

「病院」という語は病院施設そのものを指すのみでなく、受診や通院といった意味合いでの使用が多く見られる。その他にも医師や主治医を指す語の代替として「病院」という語が使われている。

次に「治る」という語に目を向ける。「治る」という語はやや特殊な位置にある。なぜな

ら双極性障害は完治のない疾患とされているからだ。完治がない以上、治ることはなく、治らないことも医学的には問題にならない。しかし、「治る」という語が使用されている文脈では、治らないことに対する苛立ちや絶望、また無症状期やおそらく無自覚な軽躁状態を指して治ってきたと錯覚している記述が見られる。この他、治るか否かといった質問も散見される。こうしたことから「治る」という語が医学的な意味で使用されていないことがわかる。質問者らは無症状期や無自覚な軽躁状態を治ったと表現すると同時に完治がないことを嘆き絶望しているのである。

こうしたことから、「障害」「病院」「治る」はそれぞれが個別の問題や関心領域について記述するために使用されている語であり、「個別の記述」として分類することができる。

それでは、「疾患そのものに関する医学的な問題」の特徴をまとめよう。ここで使用されている 15 種類の語はいずれも疾患そのものを記述するために必要な語であり、その多くが一般的な語ではない。専門用語とまでは言えないが、いわゆる医学の言葉に近い言葉である。こうした言葉を用いて質問者らが記述していた内容は、大きく分けて上記の 3 分類「属性、経緯の説明」「症状の記述」「個別の記述」の 3 つであった。特に「属性、経緯の説明」は大多数の記述で使用されている頻出語を含むものである。重要な点は、これらの語は頻出するものの、質問者が質問に至る経緯や、質問時の状況を語るために使用されている語で、質問の本題ではないケースが多いことである。つまり、質問者らは医学の言葉を使って自身の受けている診断や抱えている症状、質問時の状態を記述するが、質問の本題や質問の中心は医学的な問題ではないケースが多いのである。

2-5-3. 生死にかかわる問題

次に生死にかかわる語について考察する。ここでは「生きる」「死ぬ」「自殺」の 3 語に注目する。以下に示す表 2-95 は生死にかかわる問題と関係する語を出現回数順に整理したものである。

(表 2-95 生死にかかわる問題)

No	語	出現回数	サブグラフ
1	生きる	53	1
2	死ぬ	41	1
3	自殺	29	1
	合計	123	

生死にかかわる問題は、関係する語そのものが 3 語と少数である。しかし、双極性障害患者の生死という非常に重要な問題であるため、各語について個別に分析する。まずは 3 語の中で最も出現数の多い「生きる」という語に目を向ける。

「生きる」という語の多くはネガティブな意味で使われている。一部の抜粋であるが、「いままで後悔しながらずっと生きてきました」(H5-6：患者)、「生きることが拷問にしか感じられません」(H5-30：患者)、「なんで、毎日のように死ぬ思いをしながら、おめおめと生きているのだろーと感じています」(H5-55：患者)などの患者の記述からも明らかなように「生きる」という語を用いて「生の苦悩」が複数記述されている。

この他に「生きる」という語を用いて、「生きる意味」についても記述されている。「ダメになって行く自分を毎日感じながら、それでも、生きて行く意味が少しでも何かあるのか」(H5-29：患者)、「何のために生きているのか分からない」(H5-45：患者)、「自分の生きてる意味がわかりません」(H5-58：患者)などの記述がその例である。このように、自身の生に対し意味を見出すことができないこと、生きる意味を喪失していることに苦しんでいる旨が記述されているのである。

ごく一部であるが、生きることそのものについての記述も確認できた。「私が死ぬと、妻が生活に困るので、なんとか生きたいと思っています」(H5-55：患者)、「とりあえず明日まで生きれるように頑張る」(H5-61：患者)という2件の記述がこれに該当する。H5-55は、妻の生活を心配しての記述であるため、生きることに積極的な記述とは言えないだろう。H5-61は一見ポジティブな記述に見えるが、急性期の混合状態で希死念慮に襲われていることを述べた質問であるため、「明日まで」という期限が現実的な意味を持っており、生と死の狭間での記述と言えるだろう。

こうしたことから「生きる」という語は、患者の生そのものの苦しみを生々しく記述した質問で多用されていることが明らかになった。ここで注目したいのは、症状や副作用に対する苦しみではなく、生きることそのものへの苦悩や、生きることの意味を喪失したことによる苦しみが記述の中心となっている点である。こうした指摘は医学的言説では確認されなかったことであり、医学的言説と非医学的言説の大きな違いと言えるだろう。また、ここで語られている苦しみの双極性障害が単なる気分、感情の問題ではなく、人生の問題であることの証左である。

次に「死ぬ」という語に視点を移そう。「死ぬ」という語では希死念慮を記述した質問が目立つ。一部ではあるが具体的な記述を抜粋する。「どうせ治らないなら、もう死んだ方がましだと思います」(H5-45：患者)、「これからもずっとこの繰り返しかと思うと死にたくなります」(H5-58：患者)、「死ぬことのみにはしか希望を抱けません」(H5-84：患者)、これらは純粋に希死念慮のみが記述されている文章である。自身の抱える疾患が完治しないことを嘆いての希死念慮であることが読み取れる。

しかし、「死ぬ」という語を使用した記述は希死念慮のみを純粋に記したものだけではない。それが次に示す例である。「死にたい気持ちもあるけど、子供のためにもっと頑張りたい気持ちもあります」(H5-88：患者)、「死にたいと感じてしまいます。そんな時はどう過ごしたら良いのでしょうか」(H5-122：患者)、ここからは希死念慮を抱えながらも、同時に何とか生きようとする姿、他者からのアドバイスを求めどうにか希死念慮に対処しようとする

る姿を垣間見ることができる。次に示す記述はこうしたアンビバレントな患者の思いを顕著に示すものである。「死にたいというより楽になりたい」(H5-58:患者)、「死にたいという気持ちと助けてもらいたいという気持ちしかありません(H5-4:患者)」。前者は現状から逃れたいという旨が記述され、「楽になりたい」という切実な思いが記述されている。また後者ではより明確に「助けてもらいたい」という思いが記述されている。

こうしたことから、「死ぬ」という語を使用した記述では、自身の抱える疾患や人生への絶望から生じる希死念慮を語るのと同時に、何とか現状から逃れて生きたいという切実な思いが語られていることがわかる。ここでは、死にたいという思いと、生きたいという思いの相反する複雑な気持ちが記述されているのである。

最後に「自殺」という語に対する分析を行う。ここでは主に自殺未遂の経験や希死念慮に近い自殺願望のようなものが記述されている。また、これまでの「生きる」「死ぬ」という語の使用のほとんどは患者によるものであったのに対し、「自殺」という語では一部で縁者による記述が見られる。

まずは患者による記述に目を向けよう。先述の通り、患者による「自殺」という語を使用した記述は大きく2種類に分けることができる。そのうちの1つが自殺願望の記述である。「もう、自殺してもいいですか」(H5-45:患者)、「障害年金を貰うか自殺するかで迷っています」(H5-57:患者)、「二回目の混合状態です、焦燥感が強いのに色々したいでもしんどい、自殺するかもしれません」(H5-61:患者)、「中絶するぐらいなら、自殺を選びたいです」(H5-83:患者)、「気付いたらネットで自殺する方法とか検索しています」(H5-88:患者)、「自殺をして楽になりたい」(H5-127:患者)、左記の記述が自殺願望や、希死念慮をまとめたものである。ここからは、患者が様々な理由で自殺を考える瞬間があることがわかる。しかし、H5-45やH5-57をはじめとした記述に見られるように、他者からの自殺を止める回答を期待していると思われる記述も散見される。

では安易に「自殺」という語を用いて他者の気を引こうとしているのかと言えば、決してそうではない。それが「自殺」という語を用いて語られるもう1つの内容である、自殺未遂についての記述から明らかになる。次に示す引用は自殺未遂についての患者の記述である。「自殺しようと色んなこともしました。気がついたら病院のベッドの上だったこともありました」(H5-12:患者)、「自殺未遂もありました」(H5-18:患者)、「寂しさと、絶望感と焦燥感にかられて今年の4月に自殺未遂をしました」(H5-19:患者)、「今まで何度も自殺未遂をして1週間意識不明になったこともあったのですが」(H5-30:患者)、これらは一部の抜粋であるが、複数の患者が実際に自殺を試みている。結果的に未遂に終わっているが、こうした事実からも安易に「自殺」をほのめかすことによって、他者とのつながりを形成しようとするものばかりではないことは明らかである。

自殺未遂に関する記述でもう1つ注目すべき点は、縁者によって自殺未遂という語が使用されていることである。「双極性障害の為、自殺未遂に近い行為を繰り返したり、何度も昼夜問わず救急搬送されています」(H5-59:縁者)、「数ヶ月後、鬱状態のようになり自殺未

遂などもしました」(H5-91:縁者)、「入院と聞きお見舞いに行きましたが…自殺未遂?な感じでした」(H5-101:縁者)、「トータルで約3年入院妻してます。自殺未遂8回」(H5-102:縁者)、「警察曰く自殺しようとしていたみたいです」(H5-131:縁者)、ここでの引用は全て縁者によって記述された自殺未遂に関する質問である。H5-101 以外は皆、恋人や配偶者といった非常に近い関係にある患者の自殺未遂を記述しており、自殺という問題が患者だけの問題ではないことを示している。

それでは「生死にかかわる問題」についてまとめよう。ここで出現した語は3種類かつそれぞれの語の出現頻度も決して高いものとは言えない。しかし、患者が抱く苦悩や生きづらさ、そこから生じる希死念慮や生命の危機について非常に生々しい記述がなされていた。

「生きる」という語では、生の苦悩や生きる意味の喪失が記述の中心となり、双極性障害という疾患が単なる症状として片づけられるものではなく、患者の人生そのものに計り知れない影響を与えていることが提示された。

「死ぬ」という語では、希死念慮の記述が中心となっていたが、非常にアンビバレントな感情を記したものが多く、死にたいという気持ちと同時に、どうにか現状を打開して生きていきたいという助けを求める悲痛な叫びに似た思いが記述されていた。

最後の「自殺」という語からは、複数の患者が自殺未遂を経験していること、死が喫緊の問題として浮上しており、他者からの救いを求めていることが明らかになった。また、自殺未遂に関する記述は縁者によっても記述されており、自殺という行為が患者だけの問題ではないことが示された。

こうした分析から、医学的言説の分析では明らかにならなかった生死に関する問題が明らかになった。確かに医学的言説でも双極性障害患者の自殺に言及する研究はなされていたが、それは自殺率についての言及であり、「死者」が分析の対象になるものである。ここでの分析対象は希死念慮や自殺経験を持ちながらも生きている「生者」である。生者は様々な苦悩を抱え、生きることに絶望しながらも生きている。こうした「生きられた経験」は医学的言説の分析では示されなかったものである。また、患者の自殺未遂は患者だけの問題ではないことも縁者の記述から示唆された。このように、双極性障害に起因する生死に関する問題は患者だけでなく縁者にも多大な影響を与える問題であり、単なる生物学的な疾患という問題ではなくかかわる者全ての人生の問題なのである。

2-5-4. 労働に関する問題

ここからは労働に関する語についての考察を行う。以下の表 2-96 に考察対象とする語を示す。

(表 2-96 労働に関する問題)

No	語	出現回数	サブグラフ
1	仕事	114	4
2	会社	53	4
3	働く	30	3
4	職場	27	5
5	休職	20	1
6	勤務	15	1
7	退職	13	6
	合計	272	

これらの語を用いて語られている内容は大きく 3 種類に分けられる。1 つめは「安定就労、就労の困難さの記述」、2 つめは「経緯の説明と属性の記述」、そして 3 つめが「他の問題の生起する端緒、場の記述」、である。それでは個別の内容へと目を向けよう。

2-5-4-1. 安定就労、就労の困難さ

「安定就労、就労の困難さ」については、これまでの各年の分析においても度々浮上してきた問題である。こうした就労の不安定さは、うつ状態の影響によって仕事を続けられなくなることや、躁状態での突発的な離職や転職、さらには人間関係のトラブルなどによって生じる問題である。「仕事を始めても休みがちになり、辞めての繰り返し」(H5-12: 患者)、「定年後の仕事は躁の再発でできる状態ではありません」(H5-24: 縁者)、「現在気分の波が安定しておらず、仕事もしていません」(H5-47: 患者)、「怒りまくり仕事を辞めました」(H5-62: 患者)、「ついに仕事にいく気力を失い、しばらく休んでいます」(H5-77: 他者)、「一生懸命真面目に働くタイプだったのですが、会社へ出勤できなくなり、2年7ヶ月の間、会社を休職しました」(H5-15: 患者)、「私は今、うつ状態(今までよりも軽いほう)で会社にいません」(H5-139: 患者)。これらはそうした不安定就労に関する記述の抜粋である。

こうした記述からもうつ状態、躁状態双方の影響によって安定就労ができていないことがうかがえる。上記は安定就労ができていないことのみを記述するものである。このような状態に対し、「双極性障害の人はやはり出来る仕事限定されてしまうものなのでしょうか。出来たとしても病気が再発してしまうのでしょうか」(H5-96: 患者)、「双極性障害でも働いている方がいらっしゃったらどんなことに気をつけて働いているか教えて下さい」(H5-97: 患者)、「早く仕事に就いて働かないといけないと思っているのですが過去の件もありなかなか行動に移せません。こんな経験をされた方がおられたら良きアドバイスをお願い致します」(H5-127: 患者)など、他者からのアドバイスや意見を求める記述も見られる。

上記の抜粋からもわかるように、安定就労に関する問題では、就労の困難さそのものを記

述するものと、そうした困難に対するアドバイスを求める記述とが多数を占めている。また、これらの語の出現回数の高さから、非常に関心の高い問題であることが示唆されている。

2-5-4-2. 経緯の説明と属性の記述

次に「経緯の説明と属性の記述」について説明する。先述の通り患者らは安定就労の困難さという問題を抱えている。しかし、全ての患者が就労困難なわけではなく、症状に対処しながら社会生活を送っている患者や社会復帰を果たした患者がいることも事実であり、そうした質問者が自身の診断の経緯や、属性を記述するためにも労働に関する語は使用されている。

「私は、会社へ復職しています。復職直後は窓際族状態で仕事がありませんでしたが、今は、きちんと仕事がアサインされています」(H5-15：患者)、「双極性障害（躁うつ病）を患い、現在は、障害者として、会社へ通っています」(H5-29：患者)、「障害者として会社に勤めています」(H5-55：患者)、「体育会系の保険会社です」(H5-78：患者)、このような記述は単に質問者の属性を表すだけの代表的な記述である。

同様の記述は縁者による記述にも見られるが、その場合は属性だけでなく経緯の説明を目的としているケースがある。「主人は10年ほど前からうつ病で休職を2回しての定年退職でした」(H5-24：縁者)、「過去に何度か長期で仕事を休んだ事があり、今回も3ヶ月程双極性が発症し仕事を休みました」(H5-60：縁者)、「仕事で突発的に、退職してほかに働きたいと言いました」(H5-75：縁者)、左記の例からもわかるように、多くの場合は休職や退職に言及するものである。このように縁者は労働に関する語を用いて患者が働けていない経緯を説明している。

この他、同様の語を使いながらも、属性や経緯を表す以外の目的を持った記述も確認された。「仕事は順調で何不自由なく暮らしていますが、双極性障害を患っております」(H5-30：患者)、「回復も順調で、現在少しずつ薬の減薬を始めています。仕事も問題なく順調です」(H5-44：患者)、「日常生活に何も支障はありませんし、仕事も普通に出来ています。リーマスの処方量も変わりません」(H5-82：患者)、このように記述し、双極性障害を患ってはいるが、その程度は軽いことや治療が順調なことを提示しようとするものである。つまり、労働が疾患の軽重や、回復の指標として認識されているのである。

しかし、こうした認識は時に危険なものである。次に示す例は、主治医に軽躁状態を疑われ、入院をすすめられている患者による記述である。「今まで酷い状態はあったのにせっかく仕事も出来て外出が出来る今入院しなくても？と思う自分がいます」(H5-46：患者)、このように働けていることが引き合いに出され、自身の体調が良いと記述しているものの、医師の見立てでは軽躁状態なのである。

2-5-4-3. 他の問題の生起する端緒、場の記述

労働に関する語を用いて記述される最後の内容が「他の問題の生起する端緒、場の記述」である。ここまでは、労働そのものが問題とされるケースや、属性と経緯の記述、回復の指標としての労働といった記述に目を向けてきた。しかし、労働は生活の基盤であり、職場において他者と協力して行うものである。そこには多様な人間関係が存在する。そのため、そうした場でのトラブルや問題が労働に関する語を用いて記述されるのである。

それでは具体的な記述に目を向けよう。「職場に双極性障害のある方がいらっしゃいます。(中略) しばしば双極性障害から来る体のだるさ(考えること、体を動かすことが困難ということだそうです)で欠勤されます。(中略)、職場の人もそろそろ堪忍袋の緒が切れそうという感じ」(H5-10: 縁者)、「職場での不満などが原因でイライラがどうしても抑えられず、家に帰ってきて私を罵倒するなど激しくキレます」(H5-11: 縁者)、「会社の上司(60代)が双極性障害で振り回されています」(H5-99: 縁者)、「職場に躁鬱病と周りに言いふらし、一日の中で今は躁だ、今は鬱だと言っている人がいるのですが本当にそうなのでしょうか?(中略) 言い方は悪いですがただ構って欲しいような感じがします」(H5-109: 縁者)、「双極性障害(躁うつ病)で治療中の者です。(中略) 自分は職場での同僚(先輩)からのパワハラでうつ病を発症しました。その当時思っていたことは、死ぬか、仕事に行くかという二択しか頭にありませんでした」(H5-116: 患者)、これらは様々な問題の一部であるが、縁者による記述が目立つ。

H5-10、H5-99、H5-109 では職場の同僚である縁者からの患者への不満が記述されており、特に H5-99 と H5-109 では縁者と患者の両者が険悪な関係に陥っていることがうかがえる。H5-11 では職場でのストレスが縁者である妻にぶつけられ、家庭内の人間関係に問題を生じさせていることが記述されている。H5-116 では、双極性障害を患うきっかけとして、職場でのパワハラがあったことが記されている。いずれも労働の場が問題の生起する場、端緒となっていることがうかがえる記述である。

後述するが、労働に関する問題は、こうした問題の他に安定就労の困難さに起因する離婚や、先述した生きる意味とも関係しており、患者と様々な距離にいる縁者の双方にとって生物学的な問題としては割り切れない事象として現前しているのである。

2-5-5. 人間関係と生活に関する問題

次に4つめの問題である「人間関係と生活に関する問題」に対する分析へと歩を進める。ここで分析の対象とするのは以下の表 2-97 に示す 22 語である。

(表 2-97 人間関係と生活に関する問題)

No	語	出現回数	サブグラフ
1	生活	69	4

2	離婚	57	5
3	子供	53	5
4	妻	44	5
5	夫	36	2
6	実家	31	5
7	母	31	6
8	人生	29	1
9	友達	25	2
10	主人	25	6
11	結婚	24	5
12	親	23	4
13	付き合う	22	2
14	家族	21	5
15	父	21	6
16	主治医	20	1
17	別れる	20	2
18	医師	17	4
19	先生	17	5
20	両親	16	5
21	息子	14	2
22	母親	13	7
	合計	628	

上掲の語を用いて記述されている主な内容は次の5つの問題についてである。1つめは、「生活」という語を中心とした記述、2つめは、複数の語によって形成される離婚問題、3つめは、様々な問題が浮上する結婚問題、4つめは、「主治医」「医師」「先生」という語によって語られる関係性の問題、そして5つめが、子供に関する問題である。

ここで注目したいのは、人々の様々な属性、立場、役割を示す語が出現していることである。こうした語は、医学的言説の分析では一切登場しなかった語である。ここからは患者や縁者といった役割が唯一の役割ではなく、それぞれの患者、縁者の置かれている社会的文脈によって多様な役割を演じており、その中で問題が生起していることを示すものである。当然のことだが、ある患者、縁者は夫や妻、親や子なのである。それでは各問題についての分析へと移ろう。

2-5-5-1. 「生活」という語を中心とした記述

まずは出現頻度が最も高い「生活」という語を中心に記述される内容に言及する。ここでは、生活保護に言及する記述が1つのまとまりを持って出現している。これ以外の記述は日常生活の可否や生活リズム、これまでの生活についてなどの雑多な記述である。

「生活」という語は35件の質問で使用されている語だが、そのうち10件は何らかの形で生活保護という単語が出現している。全ての記述が生活保護の受給について述べているわけではないが、就労の不安定さから発生する生活基盤の脆弱さを示唆する記述として読み取ることができるだろう。

雑多な記述では、中核症状により日常生活が送れなくなったことや、日常生活そのものには何の問題もないといった記述など様々な内容が入り混じっているが、一部で疾患へ対処するために日常生活を管理してきたとの記述も見られる。双極性障害の疑いのある者の記述では「ずっと自分の調子を伺って、気分には振り回されないようなのしいことも予定も調整しながら生活するのは、もういやです」(H5-107:他者)と記述されており、躁状態の発現によって離職した患者は「服薬もして生活の管理もしてきたつもりでも一瞬で振り出しに戻ります」(H5-62:患者)と記述している。ごく一部の記述ではあるが、患者らが自身の生活をモニタリングしながら疾患と付き合っている証左と捉えることができるだろう。

2-5-5-2. 複数の語によって形成される離婚問題

次にサブグラフでも多くの語と紐帯を結んで出現している「離婚」の問題を分析する。これまでの分析でも述べたように、双極性障害患者は離婚率が高いことが知られており、双極性障害を社会的に論じる上で重要なトピックである。また、離婚という問題は必然的に二者間以上の問題として生起する。そのため患者と縁者、双方による記述の分析が可能となるトピックである点も重要な特徴である。サブグラフを見てもわかるように、「子供」や「家族」、「実家」といった語とも紐帯を結んでおり、複雑な人間関係の中で生起する問題であることがうかがえる。

(表 2-98 「離婚」という語の出現状況)

年	属性	データ数	H5
2015	患者	2	15.20
2015	縁者	2	11.14
2015	他者	0	
2016	患者	1	32
2016	縁者	2	35.42
2016	他者	0	
2017	患者	1	71

2017	縁者	2	74.75
2017	他者	0	
2018	患者	2	84.89
2018	縁者	1	102
2018	他者	0	
2019	患者	0	
2019	縁者	3	111.130.131
2019	他者	0	

上掲の表 2-98 は「離婚」という語が誰によって、どの質問で使用されたのかを示した表である。全 16 件の質問で患者と縁者によって使用されていること、患者による記述が 6 件、縁者による使用が 10 件と縁者による使用が多いことがわかる。まずは患者による記述を分析する。

患者が離婚を問題にした記述は多様で、1 つの特徴を抽出することは難しい。躁状態による突発的な離婚を後悔する、「離婚されました。躁状態が醜くハイになって離婚してしまいました(中略)離婚の際、こちらから別れてやると言わんばかりの行動をしてしまいました。今は後悔しています」(H5-32:患者)という記述や、自身がシングルマザーになった経緯を紹介する、「結婚生活も上手く行かず、子供が 1 歳になった頃、離婚してシングルマザーの道を選びました」(H5-71:患者)という記述、その他、自身の症状が配偶者を苦しめると考えての「そんな彼に迷惑を掛けたくはないので、離婚をお願いしています」(H5-84:患者)といった記述など、離婚問題が記述される文脈は様々である。

患者による記述の内 1 件、質問者の親の離婚について記述しているものがある。そこでは質問者の父親が双極性障害を患っていたこと、疾患が原因で離婚したことが記述されている。それが、「離婚した父が同じく躁鬱病だったので、私も躁鬱病だと母には言いづらいです。父が狂ってしまったせいで家族は酷い目にあっただし、それが離婚理由なので」(H5-20:患者)という記述である。ここからは医学的言説でも指摘されている双極性障害の遺伝の問題をうかがうことができる。重要な点は、単に疾患が遺伝するだけでなく、患者が自身の疾患に負い目を感じ、家族という縁者に対し援助を求めることができなくなっている点である。父親の双極性障害が離婚後も質問者を苦しめる結果となっているのである。こうしたことから、双極性障害の遺伝の問題は生物学的な問題であるだけでなく、その後の家族関係にも影響を及ぼす社会的な問題でもあることが読み取れる。たった 1 件の記述ではあるが、双極性障害を社会的視点から考察する上で非常に重要な示唆を与えてくれる記述だと言えるだろう。

次に縁者による記述に視点を移す。縁者による離婚の記述の多くは、離婚そのものについての質問が多数を占めている。「意味不明なことで文句を言ってきたり離婚した方がいいなどとも言います」(H5-11:縁者)、「今回もまた前回のよう自分勝手な言い分で離婚と暴言

を吐き」(H5-35：縁者)、「夫が離婚を迫ってきます(中略)もう嫌になった。頼むから離婚してほしいと、消えてくれなどの暴言を言われました」(H5-75：縁者)、「私の事は拒絶状態で会いたくない！離婚したい！の一点張りだそうです。ストレスの原因になっている私は離婚したほうが良いのか悩みましたが、私は主人を愛していますので、離婚はしたくありません。ここまで追い詰めていたことをとても後悔しています」(H5-131：縁者)、これらの例は縁者が突然離婚を切り出されたことを記したものである。患者による記述で見られた躁状態による突発的な離婚を、縁者の視点から見た場合の記述であると捉えることができる。

次に示す例は、縁者が患者へと離婚を切り出す記述である。「私が離婚決意。4月より別居、今月離婚が成立しました」(H5-14：縁者)、「妻の実家は離婚させないと言う」(H5-102：縁者)、「結婚して3年。一歳の子供がいます。離婚を考えています(中略)先月、離婚の意思を伝え実家に帰ってきました(中略)私としては、夫と離婚して経済的に立て直しを図りたいと考えています」(H5-111：縁者)、これら3件は縁者が離婚を決断している記述であるが、その背景は複雑である。H5-14は患者である夫の不倫が離婚の発端にある。H5-102は患者である妻が子供と不和であり暴力を振るうという問題行動の存在が背景にある。H5-111では、患者である夫の就労困難という問題と、質問者自身のキャリア形成の問題が背後にあった。

こうした背景の存在から双極性障害の問題行動を読み解くことができる。H5-14からは躁状態における性的逸脱や判断力の低下が、H5-102では、躁状態の感情コントロール不全による暴力が、H5-111からは就労困難という問題が離婚の原因として浮上している。こうした様々な症状が夫婦関係を破壊する一因となったのだ。

もう1点、縁者が離婚を決断した記述では重要な特徴がある。「養育費も慰謝料ももらえていませんが、子どもの面会は執拗に要求してくるので、病気とうまくつきあって出来るだけ普通の父親らしい生き方をしてもらいたいです(中略)。やはり、他人でも患者の症状を知る人間として、主治医に直接話をすべきなのでしょうか」(H5-14：縁者)、「妻を捨てる私は人間失格ですか？」(H5-102：縁者)、「このような状況で、夫と離婚を決意する私は冷たいのでしょうか？」(H5-111：縁者)、これらは上記3件の質問における記述である。離婚が成立していない後者2件では、自身の離婚という選択に負い目を感じていることが記述されている。離婚が成立しているH5-14では離婚してもなお元夫の治療にかかわるべきかに思い悩んでいることが記述されている。ここからは双極性障害という疾患を患う障害者と離婚することに対する負い目や、縁者としての責任を読み取ることができる。これは縁者による記述の大きな特徴である。

ここまでの分析を通して、「離婚」という問題は非常に複雑な人間関係を浮き彫りにする問題として記述されていたことが明らかになった。抜粋した記述は質問全体の一部であり、記述の全貌ではないため、複雑な背景や心情の全てを提示することはできていないが、ここで分析対象とした人の役割を示す語や、関係性を示す語が1つの質問の中に複数含まれていた。こうしたことから、離婚という問題が多くの人々を巻き込んで生起する問題である

ことは明らかであろう。

2-5-5-3. 様々な問題が浮上する結婚問題

次に「結婚」という語と、その周辺に出現した語に目を向ける。語の意味的には離婚と対極に位置する語であるが、幸せを記述するものばかりではない。結婚は離婚同様、多くの関係者が出現し疾患と人間関係という複雑な問題が浮上する舞台なのである。それでは具体的な記述の分析へと進もう。

「結婚」という語は「離婚」と異なり、患者、縁者、他者の区別なく出現している。しかし、「離婚」が各年で均等に出現しているのとは異なり、「結婚」は2017年での出現が目立っている。下表2-99は「結婚」という語がいつ、どの質問で、誰によって使用されたのかをまとめたものである。「結婚」は計18の質問で使用されている。

(表 2-99 「結婚」という語の出現状況)

年	属性	データ数	H5
2015	患者	2	15.19
2015	縁者	0	
2015	他者	0	
2016	患者	1	29
2016	縁者	1	42
2016	他者	1	41
2017	患者	4	61.71.76.82
2017	縁者	3	59.74.75
2017	他者	0	
2018	患者	2	83.84
2018	縁者	2	101.105
2018	他者	0	
2019	患者	0	
2019	縁者	2	111.131
2019	他者	0	

「結婚」という語は基本的に「結婚13年目」(H5-15:患者)、「30才の時に結婚して」(H5-71:患者)、「結婚して3年」(H5-111:縁者)、など質問者の婚姻関係の経緯や期間などを記述するために使用されている。この他、「結婚してから間もなくうつ病と診断されました」(H5-75:縁者)、「結婚前に勤めていた会社の激務によりうつ状態になり」(H5-82:

患者)、「結婚して、7ヶ月後に夫が鬱病(現在は双極性障害の診断)」(H5-111:縁者)、など罹患の経緯を記述するためにも使用されている。

これだけであれば特に問題が浮上する語ではないが、一部の記述から疾患が人生の大きな障害になっていることや複雑な人間関係における問題が生起していることを垣間見ることができるのである。1つは結婚という行為を疾患のために諦めなければならないことを記述するものである。「もう将来的に結婚等、諦めて1人で食べていけるだけの人生を目指すのがいいのでしょうか」(H5-19:患者)、「僕はお金を稼いで、結婚してる『普通の人』になれなかった。人生を失敗したんです」(H5-41:他者)、「俺も普通やったらって10000回は思ったよ!好きなことできたやろうし、結婚して子供もいたかもやわ」(H5-61:患者)、こうした記述からは「結婚」が「普通」のことであり、患者である質問者は疾患のためにそれを諦めていることが記述されている。疾患が結婚という人生の選択の大きな障害となっているのだ。

もう1つは、具体的な結婚の困難さを記述したものである。「双極性障害の彼との結婚はそんなに大変でしょうか?どんなことが起こるのでしょうか?結婚することが難しいと言われたり、結婚できない、離婚が多いなど言われるのはどうしてか?」(H5-42:縁者)、ここでは、双極性障害患者が抱える婚姻上の問題に関する言説について質問されており、双極性障害患者との結婚に困難が生じるという言説がある程度普及していることがうかがえる。次に引用する記述では事態はより具体的かつ深刻である。「自分の方は一人っ子で、彼女との結婚は猛反対、実家を出させてもらえません。彼女も大事だけど、親をないがしろにするわけにも行かないので」(H5-59:縁者)、ここでは患者である恋人との結婚を両親に反対されているが、それを無下にすることもできないという葛藤が縁者の立場から記述されている。結婚が患者と縁者の二者間の問題ではなく、その周囲の人間も含めた問題として浮上していることが明らかになる記述である。さらに次の引用では、縁者の輪の拡大を読み取ることができる。

息子が今月末に結婚するのですが、相手側が突然延期を伝えてきました。理由は相手側の長女が入院と聞きお見舞いに行きましたが…自殺未遂?な感じでした。躁鬱病と聞かされ私達夫婦はこのまま破談にして欲しく考えます。息子が選んだお嬢さんは私達夫婦に反対は全くなかったのですが、家族にその様な方がいるのを隠し息子にさえも言っていなかったお嬢さんにも不信感が出てきました(H5-101:縁者)

この記述では、質問者の息子の結婚相手の親族に双極性障害患者がいることが問題とされており、質問者とは非常に遠い関係にある。しかし、結婚は婚姻関係を結ぶ二者間のみでなく、その背後に存在する家同士の結びつきという意味合いもある。こうしたことから、結婚を契機として複雑な人間関係上の問題が浮上するのである。

ここまでの「結婚」という語の分析から、結婚は患者のみでなく縁者にとっても大きな問

題として立ちはだかることが明らかになった。それは婚姻関係を結んでいる、もしくは結ぼうとしている近しい縁者だけでなく、その親族といった遠い縁者をも問題の当事者として舞台に上げる契機となっていた。こうした遠い縁者の存在が浮き彫りになるのは「結婚」の大きな特徴である。

また、双極性障害患者との婚姻の困難さについての言説が普及している可能性や、一部の患者らが結婚を普通のこととして捉え、疾患を理由にそうした普通の選択ができないことを悲嘆する記述も見られた。ここからは、明示的ではないものの、双極性障害患者に対する偏見や差別といったものが存在する可能性が読み取れる。

しかし、先述した就労に関する問題や突発的な離婚の問題などを鑑みると、単なる差別として片づけることもできない。H5-59 や H5-101 の記述に見られるように、親の立場に立てば手放しに賛成できないことも安易に非難されるべきではないだろう。

2-5-5-4. 「主治医」「医師」「先生」という語によって語られる関係性の問題

ここからは、「主治医」「医師」「先生」の語を用いて記述される関係へと分析を進める。これら 3 つの語はいずれも医者を目指す語である⁴²。主な分析対象となる「主治医」「医師」という語はそれぞれ 20 回、17 回の出現回数となっているが、使用されている質問の数はどちらも 11 件である。また、一部に重複が見られる。

しかし、使用する語によって記述される内容には若干の違いがある。それでは具体的な記述の分析を始めよう。まずは「主治医」という語に目を向ける。ここでは、主治医の診断や処方、発言に対しての疑問を示す記述が目立つ。以下に提示する記述がその具体例である。

「病院を変えた方が良いでしょうか？(中略)今 3 人めの主治医で 70 代です(中略)実は主治医は入院施設ありの個人病院の院長です。院長の処方が上記だとすると、セカンドオピニオンでなく、転院でしょうか？」(H5-2：患者)

「主治医からは『鬱か双極性障害か、まだ判断しかねる状態』と言われていました。かなり体調も悪くキツイ状態なので、対処法を含めてどなたかアドバイスをお願いいたします」(H5-3：患者)

「主治医がこれでは話にならないと思います。どうすれば元旦那が双極性障害であると主治医に認めさせられるのでしょうか(中略)今の主治医は光トボ⁴³なんてあてにならないと言っているそうです」(H5-14：縁者)

「長年付き合いのあるカウンセリングの先生や精神科の主治医にさえ、恋愛をした方がいい、母親になれば変わるとか言われますが、教えられたことがないことを一体どう

やったらできるようになるのかと惨めな気持ちになってしまいます」(H5-30：患者)

「私は、主治医に軽躁エピソードを一度も、伝えたことがないです。そこで疑問です。どうして、主治医は、私が双極性障害だとわかったのでしょうか？あるいは診断したのでしょうか？」(H5-65：患者)

「私の主治医は、私の病状について、口頭では、双極性障害型と言うのですが、診断書を書いてもらう時は、必ず、「双極性感情障害」と書いて、Ⅱ型かⅠ型なのか、絶対に書きません。どうしてでしょうか？何か理由があるのか」(H5-70：患者)

「リーマスの処方量も変わりません。薬を飲むことに抵抗はありませんが、血中濃度がこんなに低いのに、飲んでいる意味はあるのでしょうか？主治医は、大丈夫としか言いません。もう入院はしたくないので、服薬は続けるつもりですが、本当に自分は躁うつ病なのか、疑問に思う時もあります」(H5-82：患者)

「もう歳もギリギリなので、可能なら、断薬、もしくは減薬して、もう1人子供が欲しいです。主治医は、駄目としか言いません。本当にそうでしょうか？」(H5-82：患者)

「頓服を飲んでも発狂しそうな感じが抜けません。主治医には出されている頓服で我慢してと言われました。それでは治らずどうすれば良いのでしょうか？」(H5-100：患者)

「デパケンになりました。この薬は躁を抑える薬ですよ？うつが悪化するんじゃないかと心配です。主治医からは双極性障害ではない、とはっきり言われています。この薬でうつは良くなるのでしょうか」(H5-112：患者)

全11件の質問のうち、9件が主治医の診断や処方、発言に対し疑問を呈す記述であることがわかる。H5-2、H5-82、H5-112は主治医の処方に対する疑問が記述されている。ここで注目すべきはH5-82とH5-112である。これらの記述からは、患者にある程度の薬の知識があることがうかがえる。今日、インターネット上には薬に関する記述が溢れており患者も簡単にアクセスすることが可能である。こうした社会的背景が上記のような質問を可能とする一因となっていることは想像に難くない。

H5-14、H5-65、H5-70、H5-82では処方ではなく、診断そのものへの疑問や不満が記述されている。特にH5-14では「主治医がこれでは話にならない」と、主治医に対する強烈な不信感が記述されている。一見すると非常に感情的な記述に見えるが、「光トボ」という

診断の補助材料について言及しており、感情論的に診断への不満を述べているわけではないことがうかがえる。

この他の質問では H5-14 ほどの不満は見られない。H5-70 は H5-14 などと比較するとマイルドな疑問となっており、口頭での診断名と診断書に記載される診断名の違いについての疑問を記述している。H5-65、H5-82 では診断そのものに対する疑問が記述されている。前者は躁エピソードを提示していないにもかかわらず自身が双極性障害の診断を下されたことに対して、その診断の根拠について疑問を呈している。H5-82 では、診断に対して一定の理解は示しながらも、「本当に自分は躁うつ病なのか、疑問に思う時もあります」と記述している。

これらの疑問からは 2 つのことが指摘できる。1 つは患者が医師の診断に疑問を抱くほどには医学的な知識を持っていることである。H5-65 ではエピソードが診断基準になっていることを理解していること、H5-82 ではリーマスの血中濃度が有効域か否かの判断ができていることがそれぞれうかがえる。こうしたことから、患者が自身の診断されている疾患である双極性障害に対し、ある程度の医学的知識を有しており、そうした知識を根拠として医師の診断や処方に疑問を抱いていると言えるだろう。

もう 1 つは、患者が抱く疑問に対し医師が十分な説明をしていない可能性である。H5-14 では光トポグラフィーの結果が出ているにもかかわらずその波形の解釈を提示していないことが、H5-65 では躁もしくは軽躁エピソードの提示がないにもかかわらず双極性障害と診断した根拠が、H5-82 ではリーマスの血中濃度に関する説明が、それぞれ患者に対して十分になされていないことから、このような不満や疑問が記述されたと考えられる。

次に「医師」という語を用いて記述された質問に視点を移す。ここでも主治医の診断や処方に対する疑問は記述されているが、「主治医」という語を用いて記述されたものと比較すると少数である。以下に示す 3 件の記述が「医師」という語を用いて記述され診断や処方への疑問である。

「受診した際にこの薬は躁にも鬱にも効くのですか？この薬だけで大丈夫ですか？と医師に質問すると、大丈夫との回答。ただ、その後私なりに調べてみると、現在の夫は混合状態と言われる状態だと思うのです（中略）夫の症状および、自分で調べた情報を伝え、薬を変更または追加した方が良いのでは？という質問というか、お願いをしても良いものなのでしょうか？素人情報でそのようなことを医師に言っても良いものかと少し不安です」（H5-11：縁者）

「医師にも相談していますが「大丈夫」のみで深刻さが伝わってないのか大袈裟に考え過ぎてるのか分かりませんが私のつかえているものが取り払えないのが事実です」（H5-18：患者）

「毎日 5 種類の精神安定剤や睡眠薬を飲んでいますが、回復してきたと感じても三ヶ月くらいで鬱状態になります。(中略) ずっと同じ医師に診てもらっていますがそろそろ病院を変えるべきですか？」(H5-122：患者)

「主治医」という語を用いた記述と異なり、純粹な疑問を記述しており、医師に対する批判的な態度は見られない。その他の記述では、医師によって双極性障害の診断を受けたという経緯の説明や、医師からのアドバイスが記述されており、この点については「主治医」と「医師」という語の間での顕著な差異は見られない。

次に「先生」という語を用いて記述された質問に目を向ける。「先生」という語は全 12 回使用されているが、全てが医師を指すものではなく、一部で教師を指すものもある。ここでも医師に対する懐疑的な態度は記述されている。

「精神科の先生は話を聞いて薬を出して終わりです。僕は辛いことはそこまで理解してくれません」(H5-41：他者)

「確かに今の先生にお世話になっているこの 2 年間で今が 1 番調子がいいとは思いますがこれが躁だと言われてピンと来ませんし、今まで酷い状態はあったのにせっかく仕事も出来て外出が出来る今入院しなくても？と思う自分がいます」(H5-46：患者)

H5-46 では医師によって躁状態を指摘されている文脈である。これは患者の病識の欠如による記述であると思われるため、医師の発言に対する疑問ではあるが、医師の説明不足を疑うことはできない。H5-41 ではこれまで見てきた記述とは異なり、患者の心情に対する医師の無理解が記述されている。しかし、医師が話を聞いていることは患者も認めており、ここでも医師側の対応の不備を指摘することはできない。これらの質問に共通している点は質問者が自身の思いにもとづいて記述している点である。「主治医」や「医師」という語を用いた記述ではこのような質問者の思いにもとづく疑問や批判ではなかったため、やや性格が異なる記述であることが指摘できるだろう。

「先生」という語を用いた記述で特筆すべき点は、他の語を用いた記述と比べて、医師に対する感謝の言葉が多く記述されている点である。「心療内科の病院の先生と月 1 回 5 分程度喋るのが、唯一の社会との接点です」(H5-45：患者)、「先生が何分にも渡って説得してくださった」(H5-85：患者)、「先生のお話を聞けてすごく安心する気持ちもありました」(H5-131：縁者)、これらが医師に対する好意的な記述の具体例である。こうした記述は「主治医」「医師」という語を用いた記述では見られなかった内容である。

こうしたことから、「主治医」「医師」「先生」は同じ立場にある他者を指す語であるにもかかわらず、その記述内容には違いがあることが明らかになった。多くの記述は診断の経緯や、医師の診断、処方に対する懐疑、不満を記述したものであるが、上掲の H5-45、H5-131

のように、社会的に孤立した患者と社会をつなぐことや、縁者の不安を取り除くことも行っており、患者や縁者の拠り所となっていることもまた事実である。

2-5-5-5. 子供に関する問題

ここからは「人間関係と生活に関する問題」の最後の論点である「子供に関する問題」について論考を進める。「子供」や「息子」といった子供に関する語は結婚問題同様、質問者の素性を示すために使用されている場合と、子供が問題の中心として記述される場合とがあり、後者の場合様々な問題が浮上する。主な問題は、子供を望む記述と、育児に関する記述の2種類である。

1つめの問題を記述した質問が以下の3件である。

「薬を飲むことで、かえって悪くなったりしないか、依存したりしないのか、今後もう一人子供がほしいと思っているのですが不可能になるのか」(H5-1：縁者)

「子供だってほしいけど抗鬱剤を辞めるところから始めなければならない。出産できても子育てなんかできるのか」(H5-12：患者)

「もう歳もギリギリなので、可能なら、断薬、もしくは減薬して、もう1人子供が欲しいです。主治医は、駄目としか言いません。本当にそうでしょうか？」(H5-82：患者)

ここでは全て子供を望むことが記述されており、いずれも治療のための服薬がハードルとなっていることがわかる。また、上記の記述のうち1件は縁者によるものであり、子供を持ちたいという希望が患者だけの問題ではないことを示唆している。

こうしたことから患者、縁者らは双極性障害の治療と子供を持つという選択の間で葛藤を抱えていることが読み取れる。

次に2つめの問題である子育ての問題に関する記述へと分析を進める。以下に示す3件が子育ての悩みについての記述である。

「3歳の息子に対して育児ノイローゼ気味です」(H5-78：患者)

「子育て・育児が辛いです。(中略)発達に遅れ・偏りのあるグレーゾーン園児がおり、対応も難しいです。(中略)死にたい気持ちもあるけど、子供のためにもっと頑張りたい気持ちもあります」(H5-88：患者)

「自身が躁鬱病のため、これ以上仕事を増やす事も難しい状況です。車もなく、お金もないため子供にさせてあげられる事が少なくて辛いです」(H5-103：患者)

上記3件のうち、H5-78とH5-88は育児ノイローゼのような状態であることが記されている。元来育児とは大変なものであるが、記述はいずれも患者によるものであり、双極性障害を抱えながらの育児が、いかに大変なものかを想像することができる。特にH5-88では子供の発達に関する特性も相まって、希死念慮が出ていることも記述されている。

H5-103では、経済的な理由から子供にさせてやれることが少ないことを嘆く内容が記述されている。ここでは自身の疾患のために仕事を増やすことができないと記述されており、双極性障害との明確なつながりを読み取ることができる。

さらに、これら3件の記述はいずれもシングルマザーによる記述である点も注目したい。つまり、疾患特性と離婚率の高さ、さらに就労の問題が複雑に絡み合った結果、子育ての問題として浮上している可能性があるのだ。

この他に2件、子供に関する問題で注目したい記述がある。1件は境界性人格障害(BPD)の診断を受けている女性による記述である。BPDは双極性障害との鑑別診断でしばしば問題となる疾患である(Paris 2012)。

「子供の幼稚園の母親だけの集まりの前日には微熱、当日は熱を出し行けませんでした。いつも幼稚園行事がある前日とか不安、イライラ、ちょっとおかしくなります。(中略)今は子供がいるので子供の為に生きてますが、自分自身は抜け殻状態です」(H5-8：他者)

この記述からは、子供と質問者を取り巻く幼稚園の人間関係が不調の原因となっているが、同時に子供の存在が質問者の生に意味を与えていることがうかがえる。

もう1件の記述は離婚を決意している患者による記述である。

「でもこんな一生障害者の私と、子供も望めない人生を彼に送らせることは本当に不本意で、彼には新しい幸せな人生を歩んで欲しいです。(中略)新たな人生を優しく健やかで彼の子供を産み育ててくれる伴侶を見つけて幸せに生きて欲しい」(H5-84：患者)

この記述からは、質問者自身が双極性障害を患う障害者であることと、子供を望めないことに強い負い目を感じていることが読み取れる。またそれらを理由に離婚を決意していることが記述されている。H5-84は先述した「生死にかかわる問題」において「死ぬことのみにはしか希望を抱けません」と述べ、離婚後に自殺することを決めている旨が記述されている。疾患と子供を望めないことが一人の人間を自殺に追いやるほどの大きな問題として眼前し

ているのである。

これら2件の記述からは子供の存在、不在が、生きる意味を与えることにも、奪うことにもなる可能性が示唆されている。

ここまでの「子供」に関する語の分析から、「子供」という語を用いて記述される問題は「結婚」同様、複数の領域にまたがる諸問題が複雑に結びついて浮上する問題であることが明らかになった。子供を望む記述からは服薬治療との折り合いに関する問題が、子育てに関する記述からは、疾患を抱えながらの子育ての困難さと、離婚や経済状況に関する問題が、その他の記述からは、子供の存在が患者の生死にもかかわる問題であることがそれぞれ示唆された。こうした双極性障害患者と子供をめぐる問題は、社会的な問題であると同時に薬物療法との折り合いが焦点となる医学的な問題でもある。医学領域においても薬物療法による催奇性の問題や、妊娠期の症状の悪化については論じられているが、子育てに関する問題や、子供の存在が患者の症状にもたらす影響などについては言及されていない。こうした知見は医学的研究にもフィードバックすべき重要な発見であると言えるだろう。

2-5-6. 感情の問題

ここからは5つの問題領域の最後にあたる5つめの問題、「感情の問題」についての分析を行う。共起ネットワークからも明らかなように、複数のサブグラフにおいて様々な感情語が出現していることがわかるだろう。こうした語は *Bipolar Disorders* を分析対象とした医学的言説では出現しなかった語であり、非医学的言説の最大の特徴である。

ここでは出現した語をネガティブな感情を表す語とポジティブな感情を表す語に大別した上で、それぞれ代表的なものを分析していく。まずは出現した全ての感情語を以下の表 2-100 に示す。

(表 2-100 感情語)

No	語	出現回数	サブグラフ
1	後悔	36	1
2	辛い	35	1
3	不安	30	5
4	嫌	25	2
5	疲れる	24	1
6	好き	23	2
7	落ち込む	17	2
8	怒る	16	6
9	元気	16	6

10	楽しい	14	2
11	悩む	14	2
12	心配	14	6
13	幸せ	14	5
14	楽	13	5
15	怖い	12	7
	合計	290	

上掲の表 2-100 の通り、15 種類の感情語が出現している。一見して明らかなようにネガティブな感情を表す語が大多数を占めていることがわかる。特に「後悔」「辛い」「不安」の 3 語は出現回数が 30 回を超えており、使用頻度が高いことがうかがえる。ここからは「後悔」「不安」「不安」の 3 語をネガティブな感情語の代表として、ネガティブな語と比較して出現頻度は低いが、「好き」「元気」「楽」「幸せ」「楽しい」の 5 語をポジティブな語の代表として分析する。

2-5-6-1. ネガティブな語の分析

まずはネガティブな感情表現の代表として「後悔」「辛い」「不安」の 3 語⁴⁴に目を向ける。「後悔」という語は、その出現回数の多さに反し、特定の質問（H5-6 と H5-47）での使用回数が多く、使用されている質問件数自体は 13 件である。「後悔」という語を用いて記述されている内容は患者による記述と縁者による記述で大きく異なる。患者による記述では、主に過去の選択や言動に対する後悔が記述されている。

(表 2-101 「後悔」という語の出現状況)

年	属性	データ数	H5
2015	患者	1	6
2015	縁者	0	
2015	他者	0	
2016	患者	4	30.32.38.47
2016	縁者	0	
2016	他者	0	
2017	患者	2	62.68
2017	縁者	0	
2017	他者	0	
2018	患者	0	

2018	縁者	1	91
2018	他者	0	
2019	患者	2	123.135
2019	縁者	2	115.131
2019	他者	1	128

以下は患者によって「後悔」という語が用いられた質問の例である。

「後悔ばかりの人生に疲れました。いままで後悔しながらずっと生きてきました」
(H5-6：患者)

「双極性障害の者ですが、離婚されました。躁状態が醜くハイになって離婚してしまいました。(中略)後悔しています。(中略)離婚の際、こちらから別れてやると言わんばかりの行動をしてしまいました。今は後悔しています」(H5-32：患者)

「いまだに転職の後悔から抜け出せずにいます。(中略)当初は彼女もいたのですが、病気になっても付き合い続けたいと言ってくれたのにも関わらず、躁にて『躁うつ病になったのは、お前のせいだ!』と、あたってしまい大変な迷惑をおかけし別れてしまいました。そのことも申し訳ないことしたと後悔が募ります」(H5-47：患者)

「怒りまくり仕事を辞めました。今はなぜあそこまで興奮したか分かりません。気を付けていたつもりなのに躁だったようです(中略)が疲れてイライラにも気づきませんでした。今は後悔で一杯です」(H5-62：患者)

これらはほんの数例であるが、躁状態の時の言動を後悔している様子が記述されている。具体的には、離婚や転職、離職について記述されており、躁状態の選択がその後の人生に多大な影響を与えていることがうかがえる内容となっている。これらの記述内容全てが、ここまで分析してきた問題領域とも重複している点は注目すべきである。

次に同じ「後悔」という語を用いた縁者による記述に目を向けよう。

「鬱状態のようになり自殺未遂などもしました。その夜自分から「病院連れてって」と言いましたが、朝になると尻込みしてしまい連れて行けませんでした。(中略)あとき無理にでも連れて行くべきだったと深く後悔してます」(H5-91：縁者)

「症例として人間関係を壊し別れたがり、後で後悔する、と読んだ事もあり、彼の要求が正常な判断かどうか、分かりません」(H5-115：縁者)

「ここまで追い詰めていたことをとても後悔しています。私自身も主人がかかった精神科の主治医に相談にいくと、うつ病の方は全てにおいてマイナスに考える。この状態の時に、離婚や退職など人生の大きな決断をしてはいけない。たくさんの患者さんを診てきたが、うつ病状態の時に下した決断はみんな元気になってから後悔していますよ（中略）と言われました」（H5-131：縁者）

縁者による記述は少数であるが、ここからは重要な示唆を得ることができる。1つはH5-91に見られる対処の遅れに対する後悔である。双極性障害はエピソードが頻発するにつれ重症化、難治化することが指摘されており、早期に治療介入することが重要とされている。この記述からは早期の診断と治療が遅れたことによって、縁者にも大きな影響が出ていることがうかがえる。H5-115とH5-131からは、縁者の認識に対し医学的言説が作用していることがうかがえる記述となっている。H5-115では何らかのテキストによる影響が、H5-131からは医師の発言が縁者の双極性障害に対する理解に影響していることがうかがえる。ここで記述されている内容はいずれも医学的な言説であり、その影響を受けての縁者による記述となっている。こうしたことから、非医学的言説である縁者の記述が医学的言説から影響を受けていることが示唆されているのだ。

次に「辛い」という語に注目する。

(表 2-102 「辛い」という語の出現状況)

年	属性	データ数	H5
2015	患者	2	5.18
2015	縁者	2	11.27
2015	他者	0	
2016	患者	2	30.46
2016	縁者	0	
2016	他者	1	41
2017	患者	3	58.68.78
2017	縁者	0	
2017	他者	0	
2018	患者	5	84.85.86.88.103
2018	縁者	2	102.105
2018	他者	0	
2019	患者	2	135.136
2019	縁者	4	111.115.130.131

2019	他者	0	
------	----	---	--

上掲の表 2-102 から「辛い」という語は患者のみでなく縁者によっても一定数使用されていることがわかる。ここからは患者による記述と縁者による記述の差異がより顕著になる。まずは患者による記述から分析を始める。以下の引用は患者による記述である。

「なかなか完全に取り除けない症状にとってもストレスを感じています。何より人に迷惑をかけているのが辛いです」(H5-18：患者)

「人生には辛いこともあるけれどそれ以上に素敵なことがあるのだと思いますが、私にとってはこの世は地獄で、生きることが拷問にしか感じられません」(H5-30：患者)

「一時期調子良いときもありましたが、また最近調子が悪く毎日辛くて辛くて泣いてます主婦なのに家事もできないし、夫を支えるどころか支えてもらってばかりです両親にも心配ばかりかけてますただ毎日寝て食べてるだけで誰の役にもたてません穀潰しです夫は生きていてくれるだけでいいと言ってくれますが、私は辛いです(中略)完治どころか薬も減らせません一生こうなのだと思うと本当に辛いです」(H5-58：患者)

「考えていた事は、病名なんかより症状が治まればそれで良いだけでした。病名より辛い症状を抑えてくれ！でした」(H5-68：患者)

「躁うつ病と育児ノイローゼで辛いです」(H5-78：患者)

「離婚後とはいえ死を選ぶという事がどれだけ傷付けるか、その事がとても辛いです」(H5-84：患者)

「もう疲れました。眠りたくないのに、疲れて起き上がるのも辛いです」(H5-86：患者)

「子育て・育児が辛いです」(H5-88：患者)

「子供にさせてあげれる事が限られてる事が辛いです」(H5-103：患者)

「躁うつ病で辛いです。親や周りの人にも今まで迷惑をかけてしまったり、空気が読めなくなってしまうたりして後で後悔することばかりです。(中略)嫌われたと思うと辛くてどうしようも無くなります」(H5-135：患者)

「早朝覚醒してしまいました。すごく眠いし、もっと寝たいのに寝れません。辛いです。これはアリピプラゾールの副作用でしょうか」(H5-136：患者)

ここからは患者が2種類の辛さを抱えていることがわかる。1つはH5-18の前半部分、H5-68、H5-86、H5-136に見られる双極性障害の症状や副作用といったものに由来する辛さ、いわゆる症状的な辛さの記述である。もう1つはH5-18の後半部分やH5-30、H5-58、H5-78、H5-84、H5-88、H5-103、H5-135の記述に見られる症状以外の辛さを記述しているものである。これらの辛さが疾患由来の精神的、身体的不調を根に持っていることは明らかだが、それ以上に自己不全感や人間関係上の問題に辛さを感じていることが読み取れる。

こうしたことから双極性障害の辛さは疾患の中核症状のみに由来するのではなく、そこから派生する人間関係や社会生活上の困難、自己不全感を中心とした生きる意味に由来することが明らかになった。

次に縁者による記述に目を向けよう。

「混合状態にはデパケンが効くと幾つかのサイトで見ました。次回受診時に医師に、夫の症状および、自分で調べた情報を伝え、薬を変更または追加した方が良いのでは？という質問というか、お願いをしても良いものでしょうか？素人情報でそのようなことを医師に言っても良いものかと少し不安です。ですが、夫婦ともに今の辛い状況を少しでも早くなんとかしたいのです」(H5-11：縁者)

「躁うつ病の知人についてご質問。(中略)うつ病にも、新型というタイプもあることは多少理解し、辛いんだねと理解も示してはおります。が、やはりその方の生活や言動を見ていると、周りのうつ病の知人とは違い、元気にしか見えないのです」(H5-27：縁者)

「妻が躁鬱病を発症して五年目。(中略)子供達も長女12回、長男はやり返してるので4回妻から暴行されてます。本当にもう警察沙汰、児童相談所騒ぎで辛いです妻は精神障害者で本当に罪にならないのです。家族間なので。辛いです。私が妻に手を上げました。今回だけは犯罪になりませんが、手を上げないともう辛いのです。本当に本当に躁鬱病は怖いのです」(H5-102：縁者)

「私の母は専業主婦で躁うつ病と診断されています。10年以上薬を服用していますが、機嫌が良い時と悪い時の差が大きく見ているこっちが辛いです」(H5-105：縁者)

ここからは患者による記述とは異なる文脈で「辛い」という語が使用されていることがわ

かる。H5-11 や H5-105 は近しい縁者の立場からの記述であり、患者と症状的な辛さを共有している。特に H5-11 では夫の双極性障害を夫婦の問題として認識しており、患者と縁者の双方が辛さを感じていることが顕著になっている。H5-105 の記述からも、10 年間の闘病生活を目の当たりにしていることが読み取れる。そのため、H5-105 の記述も患者の辛さに共感する記述として読むことができるだろう。

H5-102 も上記 2 つの質問同様、近しい立場の縁者による記述であるが、その内容は大きく異なる。ここでは患者の辛さへの共感ではなく、縁者自身の辛さが記述されている。縁者である夫とその子供らは患者である妻から暴力を受けていること、それが罪に問われないことを記述しており、そうした妻の行動や、制度の問題、自身が妻に手を挙げることに対する複雑な感情を「辛い」という語を用いて表しているのである。

ここまでの 3 件は近しい縁者による記述であり、中核症状に起因する辛さの共有や、生活を共にする縁者ならではの辛さが語られていた。H5-27 ではこれら 3 件とは異なり、遠い関係にある縁者による記述である。ここでは、双極性障害とうつ病の混同や、双極性障害に対する無理解を読み解くことができる。おそらく質問者は（軽）躁状態の患者を見て「元気にしか見えない」と記述しており、双極性障害に対し十分な理解がないことがうかがえる。そのため、「辛いんだねと理解も示してはおります」という記述は形式的なものであり、患者の辛さを思っただけの記述ではないと言えるだろう。

ここからは、双極性障害に関する正しい知識や言説が十分には広まっていないことがうかがえる。これは患者との関係の距離感に影響されるものと思われる。H5-27 の記述は知人という遠い関係にある縁者であり、近しい関係にある縁者の記述とは質的に大きく異なるものであった。しかし、患者は社会の中で生きており、近親者をはじめとする近しい縁者だけの輪の中で生きていくことは困難である。また、それが可能であったとしても結果的には社会的孤立を招くことになってしまう。こうした双極性障害に対する一般の理解は患者、縁者双方にとっても重要な課題であると言えるだろう。

ネガティブな感情を表す主要な語に対する分析の最後に「不安」という語をとり上げる。「不安」という語も「辛い」という語同様、患者、縁者、他者によって用いられている。出現回数は 30 回だが、21 件の質問で使用されており、「後悔」という語よりも多様な質問で使用されている。また「不安」という語の特徴の 1 つとして「不安障害」や「抗不安薬」といった複合語を形成しているケースがあることである。「不安障害」を形成しているのは 4 件、「抗不安薬」を形成しているのは 1 件である。

以下の表 2-103 は「不安」という語が使用されている質問をまとめたものである。ここからわかるように半数以上は患者による記述で用いられているが、縁者、他者によっても使用されている。まずは患者による記述に目を向ける。

(表 2-103 「不安」という語の出現状況)

年	属性	データ数	H5
2015	患者	6	1.4.5.12.22.23
2015	縁者	1	11
2015	他者	1	8
2016	患者	1	44
2016	縁者	1	49
2016	他者	0	
2017	患者	2	71.82
2017	縁者	1	72
2017	他者	1	77
2018	患者	1	100
2018	縁者	1	105
2018	他者	0	
2019	患者	2	114.14
2019	縁者	2	115.13
2019	他者	1	128

患者による「不安」という語を用いた記述は12件である。患者による記述内容は大きく2種類に分類することができる。具体的な不安を記述したものと漠然とした不安を記述したものである。まずは具体的な記述に目を向ける。こうした記述は患者による記述のうち4件のみである。

「(双極性障害の診断を) 会社に伝えてから休むまでの期間は、休んでしまうことで復帰が出来なくなるのではないかという不安から、休みを取ることに不安を覚えていたためにすぐに休めませんでした」(H5-23：患者)

「(猫を) 飼いたい気持ちから思考がポジティブになってしまい、考え方に不備があるのではと不安になり」(H5-44：患者)

「4年前の2度目の入院の時に主治医が変わり、リーマスになって、他の薬を全部なくし、リーマスと睡眠薬のみになりました。最初は不安でしたが、減薬して以降調子が良くなり」(H5-82：患者)

「(会社を休んでしまったことを派遣元に伝えたところ) 担当者さんは苦笑いな感じ

でしたがちゃんと伝えられたのか不安です」(H5-140：患者)

上掲4件の引用はそれぞれ具体的な出来事や内容についての不安を記述したものである。H5-23では休職した際に仕事に復帰できなくなるのではないかという不安が、H5-44では自身の思考、判断に対する不安が、H5-82では減薬に対する不安が、H5-140ではコミュニケーション上の不安が記述されている。ここからは、自身の能力や判断に対する信頼の低さという共通点を読み取ることができる。自己肯定感や自己評価の低さがこうした不安を招いている可能性が示唆されているのだ。

次にこうした具体的な不安とは対極にある漠然とした不安の記述に目を向けよう。

「どこにも私が落ち着く場所がありませんどうしたらいいのでしょうか借金も怖くて未来も怖くて不安と死にたいという気持ちと助けてもらいたいという気持ちしかありません」(H5-4：患者)

「治らない不安障害にもイライラするし、最近双極性障害疑惑での経過観察中で人生が不安です(実父も同じ病気で暴言等毒親っぽい部分がありました)」(H5-5：患者)

「ろくに仕事もできないこんな私の将来への不安で余計崩れてしまいそうです」(H5-12：患者)

「でも疲れて、無気力感と不安感、そしてマスクをつける理由が容姿だと気づき死にたい、という気持ちに襲われました」(H5-22：患者)

「前向きな気持ち頑張りたいのですが、急に自信が無くなり不安な気持ちに押し潰されそうになって悩んでおります」(H5-71：患者)

ここからは人生や将来といったものに対する漠然とした不安が記述されていることが読み取れる。注目すべきは、H5-5である。この質問では人生に対する不安だけでなく、双極性障害の遺伝の問題も暗示されている。遺伝に起因する不安は次に分析する縁者の記述でも確認できる。

H5-4の「落ち着く場所がありません」という記述に見られるように社会的な孤立や、H5-71において記述されている突発的な不安は、容易に希死念慮にもつながる問題である。

次に縁者による記述に分析を進める。縁者による記述は計6件で、以下の引用は縁者による記述の一部である。

「精神科を初診した夫が処方された薬、多すぎて不安です」(H5-1：縁者)

「薬を変更または追加した方が良いのでは？という質問というか、願いをしても良いものでしょうか？素人情報でそのようなことを医師に言っても良いものかと少し不安です」(H5-11：縁者)

「今までは夫と仕事を調整しつつ義弟の通院や対会社との交渉などしてきましたが、この先どこまでこのような事が続くのかと思うと、自分たちの職場での立場も危うくなるかもしれないと不安です」(H5-49：縁者)

「躁うつ病は遺伝しますか？？現在結婚を考えている相手がいますが母が躁うつ病であることを言えずにいます。また、うつ病にならないためにはどうしたら良いのでしょうか。不安です」(H5-105：縁者)

「音信不通中に温泉旅行もしてて、部屋に明らかに女性からのプレゼントが増えてたりで、病気だからと信じ続けていいのか不安になります」(H5-115：縁者)

縁者による「不安」という語を用いた記述の内容は多岐にわたっており、何らかの傾向を示すことは難しい。上記の引用からも明らかなように、H5-1 では患者が処方された薬が多すぎることに對する不安が記述されている。H5-11 も同様に処方薬に對する不安が記述されているが、こちらは医師に對し薬の変更や追加といった提案をすることに對する不安であり、その内容は異なるものだ。H5-49 では全く異なる不安が記述されている。ここでは、双極性障害を患う義弟の面倒を見ることによって、縁者らの会社での立場が悪くなるのではないかという縁者自身が被る不利益に對しての不安が記述されている。H5-105 では遺伝の可能性と縁者自身が双極性障害を発症するのではないかという不安が記述されている。このような不安は血のつながった縁者ならではの不安と言えるだろう。H5-115 では恋人の視点からの不安が記述されている。患者の言動が疾患によるものなのか、そうではないのかを判断しかねることによる不安である。ここでは 1 件のみの記述であるが、双極性障害患者の中核症状である気分変調とそれにとまなう言動の不安定性は、多くの縁者が困惑し不安を抱えるものの 1 つであろう。

ここまでのネガティブな感情語の上位 3 語の分析を通じて、患者、縁者の双方が様々な形で後悔や辛さ、不安を記述していることが明らかになった。患者の記述からは一定の傾向を読み取ることができたが、縁者による記述は患者の記述よりも多様なものであり、それぞれの置かれている環境や背景によって記述される内容、抱えている問題は異なることが明らかになった。ここで語られていた内容の多くは疾患に由来するものであるが、中核症状そのものに関する記述よりも、その結果の人間関係の破綻や、社会生活上の問題について記述しているものであった。こうしたことから、患者、縁者の直面している問題は疾患そのもの

だけではないことが顕著に示された。

2-5-6-2. ポジティブな語の分析

ここまでネガティブな感情語を分析対象としてきたが、共起ネットワーク上には少数ではあるものの、ポジティブな感情語も出現している。患者、縁者らはポジティブな感情語を用いて何を記述しているのだろうか。この疑問に答えるため、ここからはポジティブな感情語に着目した分析を行う。

ここで分析対象とするポジティブな語は「好き」「元気」「楽」「幸せ」「楽しい」の5語である。「好き」という語は23回出現しているが、その他の語は16回から13回と出現数としては多くない。また、これらの語の多くは否定語と共起している。

それでは出現回数が最も多い「好き」という語から分析を始めよう。「好き」という語を用いた記述の大多数は交際相手に対する好意を記述したものである。そのため双極性障害に関係する問題として抽出することができる記述は限られている。注目すべき記述は相手に対する好意以外の記述である。

(表 2-104 「好き」という語の出現状況)

年	属性	データ数	H5
2015	患者	2	5.23
2015	縁者	1	28
2015	他者	0	
2016	患者	2	30.38
2016	縁者	1	39
2016	他者	0	
2017	患者	1	61
2017	縁者	1	74
2017	他者	0	
2018	患者	0	
2018	縁者	0	
2018	他者	1	107
2019	患者	2	116.123
2019	縁者	2	115.130
2019	他者	0	

以下の引用は、相手に対する好意以外を記述している質問である。

「12月中旬までは好きな時間に好きな内容の仕事をさせてもらうという非常に楽な環境で仕事をさせてもらい、少し自信がついてから（12月中旬以降）は職場環境を変えて、週4日・13:00～18:00までの勤務に限定しています」（H5-23：患者）

「双極性障害でもコツコツ貯蓄するのが好きで何年も貯蓄を増やし、お金のシビアで（例えば欲しい服があってもバーゲンでしか買わない等）そういう双極性障害の方はいらっしゃいますか」（H5-38：患者）

「最近やっと、好きなアニメなどを見れるようになってきました。本当に少しずつですが、病状は良くなってきていると思っています」（H5-116：患者）

H5-23の記述では勤務環境について記述するために「好き」という語が使用されている。ここからは質問者の勤務する会社が患者に対し特別な配慮をしていることが読み取れる。H5-38の記述では、ネット上の双極性障害の特徴と自身の特性を比較し、躁状態での散財傾向がない患者はいるかとの質問に「好き」という語を使用している。ここからは一般的な疾患言説と質問者の双極性障害に差異があることが読み取れる。最後にH5-116では、症状の緩和を示すために質問者自身の好きなことができるようになったことを提示している。

しかし、これらの記述ではネガティブな感情語の使用で見られた感情的な記述は見られない。

次に「元気」という語を用いた記述に目を向けよう。

（表 2-105 「元気」という語の出現状況）

年	属性	データ数	H5
2015	患者	2	1.18
2015	縁者	1	27
2015	他者	0	
2016	患者	1	30
2016	縁者	0	
2016	他者	1	52
2017	患者	1	76
2017	縁者	0	
2017	他者	0	
2018	患者	0	
2018	縁者	1	108
2018	他者	1	107
2019	患者	1	139

2019	縁者	2	115.131
2019	他者	0	

以下は「元気」という語を用いた記述の引用である。

「夫の症状はまだ軽いように見え、家ではのんびりゲームをしたり漫画を読んだりしています。不眠も過眠もなく食欲もあり、子供や犬とも楽しそうに笑いながら遊んでいます。薬を飲むことで、かえって悪くなったりしないか、依存したりしないのか(中略)または、夫は私の前では元気にふるまっているだけで、本当は深刻な状態なのでしょうか」(H5-1：縁者)

「病院にかかる前は、死ぬ事ばかり考えてみたり(自殺未遂もありました。)かと思えば元気ハツラツ！私は世界で一番幸せな女状態だったり激しかったです」(H5-18：患者)

「具合が悪いと言いながら、毎日一日の大半は SNS に出沒、しかも元気にしか見えない。(中略)やはりその方の生活や言動を見てみると、周りのうつ病の知人とは違い、元気にしか見えないのです」(H5-27：縁者)

「今の私に瞑想を楽しんで励む心の余裕はありませんいつかまた心の元気を取り戻せた時にチャレンジしたいと思いますが」(H5-30：患者)

「寿命10年縮めても、一生、1年365日、完全ポジティブで毎日、元気で気力・活力・精神エネルギーに満ちて、目標に向かって生きていきたいのですが、躁鬱の鬱だけ排除する事は不可能ですかね」(H5-52：患者)

「実母69歳が躁うつ病です。母は私が小学5年のときにうつ病を発症し、約5年間はほぼ寝たきりでした。その後徐々に回復し、薬治療も終わり5年間元気に過ごしましたが、また再発しうつ病に」(H5-76：縁者)

「いつも、心が安定せずゆらゆらしていると確かに感じます。元気な波な時もあり(中略)ずっと元気な自分でいられたら、もっと色んなことに挑戦できるし、たのしいことも自信をもって楽しめます」(H5-107：他者)

「その人は、普段大人しく穏やかな性格しょっちゅう出かけたりしていて、「元気になったんだね」と声をかけると「いま、躁状態だから、出かけたくて仕方ないの」と言

うんです。でも、単なる元気な人にしか見えないうつ病がよくなったようにしか見えませんが自分では「躁状態だ」と言います」(H5-108：縁者)

「これまでは安定していて薬も減っていましたが元気が出ないんです」(H5-139：患者)

まずは患者による記述である H5-18、H5-30、H5-52、H5-139 の 4 件に目を向けよう。ここでは「元気」という語が使用されているにもかかわらず、中核症状である躁状態を指す記述や、元気がないことが記述されている。H5-18、H5-52 が躁状態の特徴を記述するために、H5-30 と H5-139 が元気がないことを記述するために、それぞれ「元気」という語が使用されている。H5-107 は自身を双極性障害ではないかと疑っている質問者による記述であるが、ここでも気分の波とうつ状態を忌避することを記述するために「元気」という語が使用されており、記述内容は H5-52 と同様である。

次に縁者の記述に目を向けると、2 種類に分類することができる。1 つは患者の容態に対する記述であり、H5-1 で H5-76 がこれに該当する。H5-1 では夫の元気な様子に対する記述であるが、元気を装っているだけではないかと心配するものである。H5-76 では患者である母親の再発までの寛解期を記述するために「元気」という語が使用されている。もう 1 つは、H5-27 と H5-108 の記述に見られる誤解である。これらの記述ではいずれも患者の躁状態を「元気」という語を用いて記述し、元気にしか見えないと述べている。ここからは縁者が躁状態の特徴を正しく認識していないこと、躁状態を単なる元気と誤解していることが明らかになる。

次に喜怒哀楽という基本的な感情にも含まれる「楽」という語に注目する。まずは「楽」という語を用いて患者が何を記述しているのかを見てみよう。

(表 2-106 「楽」という語の出現状況)

年	属性	データ数	H5
2015 年	患者	1	15
2015 年	縁者	0	
2015 年	他者	0	
2016 年	患者	1	30
2016 年	縁者	0	
2016 年	他者	0	
2017 年	患者	1	58
2017 年	縁者	2	72.75
2017 年	他者	0	
2018 年	患者	1	95

2018年	縁者	0	
2018年	他者	1	107
2019年	患者	2	116.127
2019年	縁者	0	
2019年	他者	0	

「もちろん（ママ）、プラス思考で躁うつ病は治りません。私は今も、毎月定期的に心療内科に通い、毎日、何種類もの薬を服用しています。あくまでも精神的により楽でいられる方法論と考えてください」（H5-15：患者）

「自殺以外で楽になれる方法を教えてください」（H5-30：患者）

「死にたいというより楽になりたいです」（H5-58：患者）

「場所関係なく躁になったり鬱だったりするので、学校にも通っていません。学校の人にも口で説明してわかって貰えたら楽なのですが、先生にも分かってもらえず」（H5-95：患者）

「包丁を持ってこれで腕を切れば死ねば楽になれる。と何度も思ったことがありました」（H5-116：患者）

「自殺をして楽になりたい」（H5-127：患者）

H5-15 は考え方を变えることで双極性障害と付き合いやすくなるという質問者自身の経験談を記述しており、唯一ポジティブな意味で「楽」という語を使用している。H5-95 は周囲の他者の無理解に対する記述であり、楽な状態にはないことを示している。注目すべきはその他の記述である。全て自殺という語と共に使われており、生きることそのものが苦痛であることを顕著に表している。こうしたことから、「楽」という語を用いて記述されている患者の感情は、「楽」とは正反対の意味が多数を占めていると言えるだろう。

次に「幸せ」という語を用いた記述に視点を移そう。「楽」同様少数の記述なので、ここでも患者による記述に注目する。

(表 2-107 「幸せ」という語の出現状況)

年	属性	データ数	H5
2015	患者	3	12.15.18
2015	縁者	0	

2015	他者	1	8
2016	患者	1	30
2016	縁者	1	35
2016	他者	0	
2017	患者	1	55
2017	縁者	0	
2017	他者	0	
2018	患者	2	83.84
2018	縁者	0	
2018	他者	0	
2019	患者	0	
2019	縁者	1	130
2019	他者	0	

「誰も幸せになんてできない。不幸にしてしまうだけ」(H5-12：患者)

「幸せは、人の心が決めるということです(中略)一時は離婚を考えた妻とも、今は夫婦円満、幸せに暮らしています」(H5-15：患者)

「ここ数年は病状も穏やかになったものの、障害さえなくなれば幸せになれると思っていたのに」(H5-30：患者)

「うつ病か双極性障害の方で、ご自分を幸せと感じられる方いらっしゃいますか」(H5-55：患者)

「私は一生幸せになることは許されませんよね」(H5-83：患者)

「彼には新しい幸せな人生を歩んで欲しいです」(H5-84：患者)

ここでもポジティブな意味で「幸せ」という語を使用している記述は H5-15 の 1 件のみである。その他の記述では周囲の他者を不幸にしてしまうといった記述や、質問者自身が幸せを感じられていないことを示す記述となっている。H5-84 では縁者に幸せになってほしいという思いが記述されているが、これは質問者の存在が縁者である夫の負担になっているという思いからの記述であり、H5-12 と同様の意味を持った記述である。

最後に「楽しい」という語を用いた患者による記述を分析し、ポジティブな感情語に対する分析を締めくくる。

(表 2-108 「楽しい」という語の出現状況)

年	属性	データ数	H5
2015	患者	3	1.6.15
2015	縁者	1	28
2015	他者	2	13.25
2016	患者	2	30.47
2016	縁者	0	
2016	他者	2	51.53
2017	患者	0	
2017	縁者	0	
2017	他者	0	
2018	患者	0	
2018	縁者	0	
2018	他者	1	107
2019	患者	1	123
2019	縁者	1	115
2019	他者	0	

「少し前まではむしろ楽しく乗り気でしていたことなのに今となっては嫌悪感と後悔でいっぱいです」(H5-6：患者)

「自分自身の心のあり方によって、楽しく暮らすことも出来るし、苦しくもなるということだそうです」(H5-15：患者)

「衣食住に困らず、薬に頼らなくてもしっかり食べて眠って働くことができます。なのに何もかもが楽しくなく、とても不幸せな気持ちがずっと消えなくて」(H5-30：患者)

「前職のメーカーでは、たくさんの同期に恵まれ、会社にもお世話になっておりとても楽しい日々を過ごしていました」(H5-47：患者)

「楽しい」という語を用いた記述からも、これまでの分析と同様の傾向を読み取ることができる。H5-15は「楽」「幸せ」の語に対する分析でも言及したように、自身の思考法に関する記述であり、認知療法のような効果を記述するものであるため、ポジティブな感情語を文字通りの意味で使用している。しかし、これは稀有な例である。その他の記述に目を向け

ると、H5-6、H5-30 共に楽しい気持ちを否定するような記述となっている。H5-47 では過去の楽しかった思い出が記述されているが、転職によって楽しかった職場を離れてしまったことに対する後悔を記す内容の一部である。こうした記述からこれまでのポジティブな感情語の使用法同様、ネガティブな内容が記述されていることが明らかになった。

それでは感情語を用いた記述についての総括へと移ろう。ここまで感情を表す語をポジティブな語、ネガティブな語に分け、その代表をそれぞれ分析してきた。ネガティブな語の分析からは、同じ語を使用している記述されている内容が患者と縁者によって大きく異なることが明らかになった。患者らの記述からは一定の傾向を読み取ることができたが、縁者らの記述は多様なもので、特定の傾向を見出すことはできなかった。

ネガティブな語を用いて記述されている内容の多くは、「感情に関する問題」以外の問題領域で分析した問題との密接な関係が見られたことから、疾患に対する感情が記述されているだけでなく、就労の問題や社会生活上の困難、人間関係における問題に対しての感情が記述されていることが明らかになった。

一方、ポジティブな感情語を用いた記述からはポジティブな内容を読み取ることはできなかった。使用されている語自体がポジティブなものであっても、記述内容はネガティブなものが大多数を占めており、ネガティブな語を用いて記述された内容を重複するものであった。

こうしたことから、感情語を用いて記述される内容はこれまで分析してきた各問題領域に対する患者、縁者らの感情であり、それらは疾患に起因する問題以上に、社会生活や人間関係に関する困難を記述するものであったと結論づけることができる。

2-5-7. 全体総括

最後に各領域での分析の結果をまとめ、非医学的言説では何が語られていたのかを総括する。ここまで、2015年から2019年の5年間にYahoo!知恵袋に投稿された双極性障害、躁うつ病に関する質問141件を対象にKH Coderを用いてテキストマイニングを行った。共起ネットワーク分析の結果、「疾患そのものに関する医学的な問題」、「生死に関する問題」、「労働に関する問題」、「人間関係と生活に関する問題」、「感情の問題」、の5つの領域において記述されていることが明らかになった。

「疾患そのものに関する医学的な問題」、は①属性、経緯の説明、②症状の記述、③個別の記述の3種類の事柄が記述されていた。いずれも医学の言葉で診断や症状を記述していたが、質問の本題や中心が記述されているものは少数であり、医学的な問題が焦点化されるケースは稀であった。

「生死に関する問題」、として提示した語は語数も少なく、出現頻度も高い語ではなかったが、患者の抱く苦悩や生きづらさ、そこから生じる希死念慮や生命の危機についての生々しい記述が確認された。生の苦悩、生きる意味の喪失、死の希求と助けを求めるアンビバレ

ントな感情、自殺未遂の経験など、生きられた経験としての病いの姿が浮き彫りとなる記述が頻出したことは特筆すべき点である。さらにこうした問題は患者だけの問題ではなく、縁者にも多大な影響を与えていることが示唆された。

「労働に関する問題」、では①安定就労の困難さ、②経緯の説明と属性の記述、③他の問題の生起する端緒、場の記述、の3点について記述されていることが明らかになった。労働に関する語は出現回数も多く、関心の高い問題である。労働の可否は患者だけでなく縁者にとっても重要な問題として認識されており、疾患の軽重や回復の指標としても記述されていた。また労働は生活の基盤であると同時に、他者との関係を結ぶ場でもある。そのため、多様な人間関係上のトラブルが生起する場としても記述されていた。こうした内容は患者だけでなく縁者によっても記述されており、労働に関する問題が家庭や他の領域での問題が生じる契機となっていることも示唆された。

「人間関係と生活に関する問題」、では①「生活」という語を中心とした記述、②複数の語によって形成される離婚問題、③様々な問題が浮上する結婚問題、④「主治医」「医師」「先生」という語によって語られる関係性の問題、⑤子供に関する問題、の5つの問題が語られた。ここでは多様な他者、役割を示す語が出現していることも大きな特徴である。

①では、生活保護への言及が多数見られたことから、労働に関する問題で明らかになった安定就労の問題との関連が見られ、患者らの生活基盤の脆弱さがうかがえた。

②の離婚に関する問題では、縁者による記述が多く、突然患者である配偶者に離婚を切り出されたという記述や、患者の感情コントロール不全、就労困難を理由に離婚を決意したという記述が確認できた。こうしたことから、中核症状のみでなく、そこから派生する問題行動が夫婦関係を破壊する一因となっていることが明らかになった。患者による記述は縁者による記述を裏付けるかのように、離婚に対する後悔を語るものがめだった。その他、自身の患う双極性障害という疾患そのものや、症状に対する負い目を語る記述も見られた。離婚を決意した、または離婚した縁者による記述のうち数件で、質問者自身の離婚という決断に負い目や責任を放棄したかのように語る記述が見られたことは大きな特徴である。

③の結婚に関する問題でも直接的な当事者以外の他者が記述内で多数登場し、複雑な人間関係の問題が浮上した。ここでは患者、縁者の双方にとって双極性障害が結婚の障壁となりうるということが記述されており、疾患の存在が人生選択の幅を狭めていることが示された。この背景には偏見や差別といった問題だけでなく、就労の問題や遺伝の問題といった現実的な問題があり、質問者の置かれている立場によって多様な記述がなされていた。

④では、どの語も医者を目指すものであり、医者との関係ややりとりが記述の中心となっていたが、使用される語によって語られる内容や関係性には差異があった。「主治医」という語を用いた記述では、診断や処方、発言に対する疑問を示す記述が目立った。「医師」という語を用いた記述でも同様の疑問は記述されていたが、「主治医」という語を用いた記述が懐疑的、批判的な態度を含んでいたのに対し、「医師」という語を用いた記述では、純粋な疑問のみが記述されていた。「先生」という語を用いた記述では上記の2語を用いた記述と

は大きく異なり、医師への感謝を表す記述が目立った。また、一部ではあるが、医師の存在が患者と社会をつなぐ唯一の架け橋となっていることや、縁者の支えになっていることが記述されていた点は特筆すべきである。④での分析からは2つの事柄が示唆された。1つは、医師の説明不足である。診断の根拠に対する疑問や、処方薬に対する疑問の記述から、患者が納得するに足る説明を受けていなかったことがうかがえるからだ。もう1つは、こうした疑問を記述することを可能とする医学的知識を質問者が有していることである。診断基準の把握や、処方薬の血中濃度の問題、光トポグラフィーの波形への言及は、質問者がこうした医学的知識を有していること、換言すれば、医学的言説に触れていることを示唆するものである。ここからは、医学的言説が非医学的言説に影響を与えていることも読み取れる。

⑤の子供に関する問題では、子供を持つことそのものの困難さと子育ての困難さの2点が主な問題として語られた。子供を持つことの困難さについての記述では、治療のための服薬がハードルになっていることが記述されていた。こうした記述のうち3件中2件は患者によるもので1件は縁者による記述であった。そのため、子供を持つという問題は患者だけが抱えている問題ではないことがうかがえる。患者、縁者共に、治療と子供という2つの選択の間で葛藤を抱えているのである。子育てに関する記述ではシングルマザーである患者による記述が多数を占めていた。ここでは子育てそのものに疲弊していることや、経済的な問題が記述されている。こうした問題の背景に離婚率の高さや、ソーシャルサポートを十分に受けられていないなど社会的孤立による一人での育児といった要因を読み取ることは容易だろう。子供に関する記述で注目したいのは、子供を望めないこと、子育ての辛さが希死念慮へとつながっている記述が見られることである。しかし、これと同時に子供がいることによって自殺を思いとどまっているという記述や、子供の存在が患者の生きる意味になっていることを示す記述も見られる。こうしたことから、子供の存在は生死の問題にもかかわることであり、複雑な感情の生起をともなって語られていることが明らかになった。

「感情の問題」、では医学的言説に対する分析との最大の違いとして、多くの感情語が出現していることを指摘した。これらの感情語は特定の問題領域で出現するのではなく、複数のサブグラフで出現しており、全ての問題について患者の感情が記されていることを示すものである。ここでは、感情語をネガティブな感情語とポジティブな感情語の2種類に分け、それぞれ代表するものを分析した。ネガティブな語の分析からは、患者と縁者によって同じ語を使用しているにもかかわらず記述内容に大きな違いがあることが確認された。また、患者の記述からは一定の傾向を読み取ることができたが、縁者の記述からはこうした傾向を読み取ることはできなかった。元々の記述数において縁者による記述数が少ないという問題はあるが、縁者の記述は状況に即した多様なものであったと見ることもできる。ポジティブな語の分析からはポジティブな内容を読み取ることはできなかった。「好き」という語の分析からは感情そのものを表す記述は見られず、「元気」という語を用いた記述では、気分の波や元気がないことを表すための記述が目立った。「楽」という語では、希死念慮を同時に示すも

のが多く、死ぬことが楽になることという皮肉な内容が記述されていた。「幸せ」「楽」という語を使用した記述においても、それらを否定する記述が多く、決して幸せなエピソードや楽しいエピソードが強調されることはなかった。感情の問題では、これまでに分析してきた様々な問題に対する患者、縁者の思いが感情語を用いて記述されていたが、それらはいずれもネガティブな感情表現であった。また、その対象は症状そのものよりも、疾患に起因する社会生活や、人間関係上の問題、困難であり、患者、縁者が抱えている問題が医学的な問題よりも非医学的な問題であることが示される結果となった。

こうした各問題領域の分析から、双極性障害を患う患者とその縁者はそれぞれ異なる形ではあるが、症状の発現や治療の効果、副作用といった医学領域で扱われている問題以上に、社会生活や人間関係上の困難、苦悩といった非医学的問題を多く抱えていることが明らかになった。

上述したそれぞれの問題の遠因に気分の波という中核症状や疾患特性が存在することは疑いようのない事実だが、生きる意味や人生の絶望への言及など、医学的な問題として片づけられない問題が多数記述されており、それらが患者、縁者の苦悩や困難の中心として語られていた。

医学的言説の分析からは脳科学、遺伝学が中心となって双極性障害の研究が行われていることが示されたが、そうした生物医学的なアプローチによって当事者らの苦悩や困難が解決されるかについては疑問の余地がある。また、医学的言説の分析から、医学領域における研究対象は患者が中心となっていることが明らかになったが、縁者や医師といった患者以外の当事者に注目した研究はごく少数であった。しかし、非医学的言説の分析では、縁者、医師を含む多数の他者が登場していた。さらにこれらの当事者らは患者、縁者としてのみ生きているわけではなく、夫や妻、親や子など様々な役割を演じながら生きていることが示唆された。これは、当事者らが私たちの暮らす社会と地続きの社会で多様な人間関係を結びながら生きていることの証左である。

非医学的言説で語られていたこととは、様々な立場の当事者らが、疾患や症状による問題だけでなく、社会生活での困難や人間関係上の問題、人生選択の障壁といった生活世界で生きる上での苦悩である「生きられた経験」としての病いの姿だったのである。

2-6. *Bipolar Disorders* と Yahoo!知恵袋の言説比較

第2章2節以降、*Bipolar Disorders* と Yahoo!知恵袋を、それぞれ医学的言説の代表と非医学的言説の代表として分析してきた。本節ではこれまでの分析によって得られた知見から、医学的言説と非医学的言説の間に見られる差異をまとめ、改めて提示する。

まずは、統合分析における共起ネットワーク分析の差異を提示しよう。*Bipolar Disorders* の統合分析の結果出現した共起ネットワーク上のサブグラフは11だったが、単線的な共起関係しか持たない語群が多数見られ、ネットワークと呼べるサブグラフは3つに限られた。

こうしたことから、医学的言説は大きく分けて 3 つの語群によって形成されており、同時にそれが双極性障害を論じる視点であったことが明らかになった。これに対し、Yahoo!知恵袋の統合分析の結果では、8つのサブグラフが出現し、そのうち6つのサブグラフが独立したテーマにもとづくネットワークを構成していることが示された。

次に、上述したサブグラフの出現のしかたにおける特徴から、それぞれの言説が何を問題として記述していたのか、その問題領域をまとめよう。*Bipolar Disorders* に対する分析の結果、ここで焦点化されている問題領域は、1.基本用語による疾患特性の記述や数値化可能な治療効果に関する一般的な医学言説、2.脳に対する生理学、神経学的視点からの研究による機能低下と改善に関する脳科学的言説、3.躁やうつ、混合状態といった中核症状を示す語を中心とした症状学的言説と他の疾患との比較にもとづく遺伝学的言説、さらに統計学的視点からの自殺の問題への言及といった諸問題に関する言説の 3 つの問題領域であった。これに対し、Yahoo!知恵袋に対するテキストマイニングの結果抽出された問題領域は、1.*Bipolar Disorders* でも問題にされていた基本用語を用いた疾患そのものに関する医学的な問題、2.自殺未遂の経験や現在直面している喫緊の問題としての自殺企図や希死念慮といった生死にかかわる問題、3.安定就労の困難をはじめとする労働に関する問題、4.結婚や離婚、育児の問題、主治医との関係性についての語られる人間関係と日常生活や生活保護への言及が見られる、人間関係と生活に関する問題、5.後悔や不安といったネガティブな感情表現をとまって語られる感情の問題、の 5 つの領域であった。

こうした、医学的言説と非医学的言説の問題領域の違いからは、それぞれの言説が何を問題の中心として捉えているのかが示された。*Bipolar Disorders* に対する分析からは、医学的言説における問題の中心は、脳の問題領域の特定と、疾患の原因となる遺伝子の特定といった視点からの治療効果の測定と原因の究明が最大の関心事であることが明らかとなった。もう一方の Yahoo!知恵袋に対する分析からは、医学的言説とは問題の中心が大きく異なることが示された。非医学的言説では、現実的な問題の解決法に関する質問や、アドバイスを求める相談、さらには質問という形をとらない感情の吐露、自身の人生の意味を問うものが中心となって記述されていた。つまり、非医学的言説における問題の中心は、疾患という枠に収まらない、人生の問題だったのである。

ここまで見てきたように、医学的言説と非医学的言説の間には、言説を構成するサブグラフの出現のしかたや、問題領域と問題の中心といったいくつかの違いが示された。さらに、医学的言説と非医学的言説の間にはその扱いが大きく異なる問題が 2 点あることに触れておきたい。

1つは、感情の取り扱いである。医学的言説では、躁やうつ、混合状態といった気分エピソードへの言及は見られるものの、それらはあくまで症状であり、患者の感情そのものを扱っているわけではない。これに対し非医学的言説では、多くの感情語を用いて患者や縁者の感情そのものが記述されていた。ここで注目したのが、非医学的言説では「感情」という語ではなく、「気持ち」という語が多用されていた点である。ここでは躁やうつ、混合状態と

いった中核症状を感情の波として捉えるだけではなく、複雑な気持ちとして語っていたのだ。

もう 1 つは回復の取り扱いの違いである。医学的言説では、脳の特定機能の低下や治療効果に対する言及が見られ、機能的な「改善」を示す「improvement (改善)」という語の出現が確認できた。しかし、全般的な回復についての言及は確認できず、回復や癒しを示唆すると考えられる「recovery (回復)」や「heal (癒し)」といった語の出現も確認できなかった。これに対し、非医学的言説では、「治る」「落ち着く」といった語を用い、双極性障害が「治るのか」をたずねる質問が散見された。質問者は医学の言葉を使って自身の症状を記述するものや、薬の処方に対する疑問を投げかける記述も見られ、一定の医学的知識を有していることが読み取れた。しかし、「治るのか」といった質問が散見されたことから、完治がないという医学的言説を受け入れられていないと捉えることもできる。このように非医学的言説では、特定機能の問題ではなく、全般的な回復の可能性が語られていたのである。ただし、非医学的言説においても「回復」という語自体の出現は確認できなかった。

それではここまでの議論をまとめ、次章の考察へと歩みを進めよう。上記に医学的言説と非医学的言説の様々な差異を示してきた。話題のまとまりであるサブグラフの数から、問題領域とその中心を明らかにし、感情の取り扱いと、回復の語られ方に大きな違いがあることを提示した。

医学的言説の分析で明らかになったことは、医学が双極性障害を一貫して生物医学的な問題、脳機能や遺伝における問題として扱うという姿勢であった。これ自体は批判されるべきものではなく、こうした研究が原因の究明や治療法の開発に資することは疑いようのない事実である。

しかし、双極性障害患者が抱えている問題は生物医学的アプローチによって解決可能なものばかりではないこともまた疑いようのない事実である。非医学的言説の分析で明らかになった患者、縁者の抱える悩みや困難の多くは、社会における人間関係上の問題や、人生の意味に関する問題であった。こうした問題の根幹に生物医学的な双極性障害という問題があったとしても、これらは生物医学的アプローチで解決されるものではない。なぜならそれは疾患の問題ではなく、人生の問題だからだ。

ではこのような問題の中心に対する違いはどこから来ているのだろうか。エビデンスを重視する精神医学的研究は患者の抱える問題を取り扱わなくなったのだろうか。こうした問題の中心の違いが何に起因するものなのかを明らかにするため、次章では、感情社会学の議論を参照する。

3章 感情社会学的視点の導入

第2章の分析を通じて、双極性障害をめぐる医学的言説と非医学的言説とのあいだには、その問題の中心と感情の取り扱い、さらに、回復についての議論といった点で大きな差異があることが明らかになった。同じ病についての言説であるにもかかわらず、その焦点、話題の中心が大きく異なっているのである。誤解を恐れずに言えば、食い違いやズレが生じているのだ。ではこのような差異はどこから生じているのだろうか。本章の目的は、J・H・ターナーらの感情社会学の議論を参照し、医学的言説と非医学的言説に生じている差異についての理論的な解釈を試みることにある。

3-1. 感情社会学をめぐる議論

まずは簡単にはあるが、感情社会学の成立背景を説明することから議論を始めよう。感情社会学は連字符社会学の中でも比較的新しい学問である。社会学はM・ヴェーバー以来、合理的な主体を想定し、社会の諸事象を研究する傾向があり、心理学からの影響を受けた場合も主体の認知的な側面を取り込んで発展してきた。確かにヴェーバーの宗教社会学の議論は感情を説明原理として使用している。しかしそれは、何かを説明するための変数として感情を導入しているのであり、感情そのものを分析対象としているわけではない。C・H・クーリーの自己感情論やG・H・ミードの感情の社会的形成に関する議論もやはり、感情そのものを体系的に扱った議論とは呼べない。

こうした従来の社会学への批判と、自己そのものへの関心の高まりを背景として成立したのが感情社会学である。T・D・ケンパーは、こうした主体の合理的側面のみ注目することへの疑問視が、感情を重要なトピックとして学問的に研究する契機となったと論じている(Kemper 1990)。A・R・ホックシールドの感情労働についての研究(Hochschild 1983)はその代表と言えるだろう。

わが国では船津衛が「20世紀が理性の世紀であるならば、21世紀は感情の世紀である」(船津 2006)と述べ、感情社会学への関心の高まりを指摘している。船津が指摘する通り、感情社会学的視点を取り込んだケア領域での研究(三井 2006)や、感情社会学そのものを問い直す研究(崎山 2007)、感情社会学的視点とシンボリック相互作用論的視点の交差と見なすこともできる研究(船津,宝月編 1995)など、多様な視点からの研究が蓄積されている。

しかし、これらは特定の領域や限定的な場面における相互行為という文脈での研究、方法論的な研究であり、感情とは何か、という問に対する明確な回答を示してくれるものではない。そのため、本章の目的である医学的言説と非医学的言説の焦点のズレを説明しうる研究とは言えない。そこで本章では、「感情とは何か」という大きな問いを立て、この問に多角的な視点からのアプローチを試みているターナーらの議論を参照する。ターナーらの議論

は感情そのものを問う研究であり、言説を対象とした議論ではない、しかし、その多角的な視点からの議論が大きな示唆を与えてくれるのである。それでは次節よりターナーらの議論の整理へと分析を進めよう。

3-2. 普遍的感情である原基感情

「感情とは何か」を問う議論は、社会学、心理学、生物学など、それぞれの学問領域によってやや異なる様相を呈している。自然科学系の学問領域では、快-不快や生物学的反応を感情の原点として扱う傾向が見られる (Ciompi 1997=2005)。これに対し、社会科学系の学問領域では、特定場面の相互行為における反応を機能主義的または構築主義的視点から論じる傾向が見られる (Hochschild 1983)。こうした「感情とは何か」を自然科学、社会科学双方の視点から論じようとするのが、ターナーらの研究である。彼らは自然科学、特に生物学的視点から議論をはじめ、学問領域における感情の捉え方の差異を説明しようとする。こうした視点は、双極性障害についての医学的言説と非医学的言説におけるズレの原因を説明するための重要な手掛かりを与えてくれる。それではターナーらの議論の整理へと着手しよう。

上述した通り、ターナーらの議論の出発点は生物学的な感情の説明である。ここで彼らが重視するのは、普遍的に観察可能であること、多くの研究者の間でコンセンサスがえられていること、解剖学的（脳科学的）説明が可能であること、の3点である。ターナーらはケンパーによって提示された「原基感情 (primary emotions)」という概念に注目する。「原基感情」とは「幸せ」「恐れ」「怒り」「悲しみ」の4つの感情で、ケンパーは「全人類に普遍的であるとする一般的な合意が成立している」(Kemper 1987) と指摘している。ターナーらはこの「原基感情」が他のすべての感情が派生する中核もしくは基礎を形成する (Turner eds. 2005=2013:46) と述べている。

さらに彼らは、「もっとも合理的な結論は、原基感情の表現は堅く配線され、そして普遍的であるということ、そして一次感情と二次感情の能力は誕生後における社会化によって規定される感情のジェスチャー表現と共に、人間の解剖学的構造に配線されていることを暗示している。」(Turner eds. 2005=2013:58) と述べ、「原基感情」が脳の構造という解剖学的視点から原基的であることを指摘している。こうした説明はケンパーによる説明とは視点がやや異なる。ターナーらによれば、ケンパーは「原基感情」が原基的である理由として「(1) 進化的な生存の誘発性 (中略) をもち、(2) 人間個人の発達の最初期段階に発現し、(3) 顔面で普遍的に感知され、(4) 独自の自律反応をもち、(5) あらゆる社会関係において出現する。」の5点を挙げているとしている (Turner eds. 2005=2013:55)。ケンパーの説明には進化論、発達論的視点は確認できるが、解剖学的視点は持ち込まれていない。

ここからは、原基的な感情は社会環境や文化に影響されることがなく、生物学的な基盤を持ったものであることが読み取れる。つまり、原初的な感情はどこまでも生物学的な基盤を

持った普遍的なものなのである。しかし、今日私たちが抱く感情はより複雑なものであり、社会環境や文化から多分に影響を受けて形成されるものである。では、非医学的言説の分析でも確認された、このような複雑な感情はどのように捉えればよいのだろうか。

3-3. 生物的情動と社会的感情

上述した「原基感情」という概念はそこに含まれる感情の数に違いこそあれ、「幸せ」「恐れ」「怒り」そして「悲しみ」、もしくはそれらの変種の4種類であることは、下表3-1からも読み取れるように、大枠でのコンセンサスがえられている。しかし、こうした生物学的感情のみでわれわれの感情を説明し切ることが不可能である。われわれは社会生活においてより複雑な感情を表出することによってコミュニケーションを成立させているからだ。

(表 3-1 各論者による原基感情) 45

論者	情動
〈進化論的アプローチ〉	
Plutchik(1962, 1980)	恐れ、怒り、悲しみ、喜び、受容、嫌悪、予感、驚き
Scotte(1980)	恐れ、怒り、失意、快感、愛情、不安、好奇心
Epstein(1984)	恐れ、怒り、悲しみ、喜び、愛情
〈神経学的アプローチ〉	
Tomkins(1962, 1963)	恐れ、怒り、楽しみ、おもしろい、嫌悪、驚き、恥、軽蔑、苦悩
Izard(1972, 1977)	恐れ、怒り、楽しい、おもしろい、嫌悪、驚き、恥/はにかみ、侮蔑、苦悩、罪
Panksepp(1982)	恐れ、激怒、驚愕、期待
〈精神分析的アプローチ〉	
Arieti(1970)	恐れ、憤怒、満足、緊張、欲望
Brenner(1980)	快、不快
〈自動的アプローチ〉	
Fromme and O'Brien(1982)	恐れ、怒り、悲嘆/諦観、喜び、意気揚々、満足、動揺
〈感情表出アプローチ〉	
Ekman(1973)	恐れ、怒り、悲しみ、幸せ、嫌悪、驚き
Osgood(1966)	恐れ、怒り、悲哀、喜び、静穏、おもしろい/期待、快感、退屈、嫌悪
〈实在論的分類アプローチ〉	
Shaver and Schwartz(1984)	恐れ、怒り、悲しみ、幸せ、愛情
Fehr and Russell(1985)	恐れ、怒り、悲しみ、幸せ、愛情
〈発達論的アプローチ〉	
Sroufe(1979)	恐れ、怒り、快感
Trevarthen(1984)	恐れ、怒り、悲しみ、幸せ
Malatesta and Haviland(1982)	恐れ、怒り、悲しみ、喜び、おもしろい、心配、痛み、気持ち悪い
Emde(1980)	恐れ、怒り、悲しみ、喜び、おもしろい、驚き、苦悩、恥、はにかみ、嫌悪、罪

第2章で示したテキストマイニングの結果と照らしてもこれは明らかである。双極性障害患者が記述した感情は躁やうつといった感情だけではなく、後悔や希死念慮、そこに至る

複雑な感情が記述されていたことを思い起こせばよい。彼ら/彼女らが記述した感情は生物学的な感情や単純な反応にもとづくものだけではなかったはずだ。

S・ゴードン (Gordon 1981) は早期の段階から、生物学的概念である「生物的情動」と社会学的概念である「社会的心情」を分析的に区別すべきだとの議論を展開していた。ゴードンによれば、生物的情動とは刺激への反応における身体感覚とジェスチャーの形状であり、一時的な反応に強く影響される感情である。また、社会的心情とは、身体感覚、ジェスチャー、および社会関係において学習した文化的意味の組み合わせを含むもので、持続的かつ過去に発達した相互作用の歴史といった意味の組み合わせによって生じる感情である。

こうしたゴードンの議論に従えば、非医学的言説において記述されていた様々な悩みは後者であるものと考えられる。

さらに、ゴードンは、感情を 1.身体感覚、2.表出ジェスチャー、3.社会的状況もしくは社会関係、4.社会の感情文化、の4つによって構成されるものだとみなしている (Gordon 1990)。そして、感情文化には 2 つの異なる方向性を持った直情的志向と制度的志向があると指摘している。直情的志向は、原基感情の表現を強調しがちなもので、一時的な状況における感情の要因になると述べている。そして直情的志向をもつ個人の感情語彙は非常に少ないことにも言及している。これに対し、制度的志向は、文化によって洗練された社会的心情に照準するものである。これは長く持続する関係における感情の要因となるもので、個人の感情語彙は幅広く、時間の経過と共に展開されると指摘している。

それでは、第 2 章で分析した医学的言説と非医学的言説における記述では、それぞれどちらの感情が記述されていたのだろうか。医学的言説はコントロール下で尺度化、数値化した感情を扱っており、これは生物学的概念としての感情である「生物的情動」に近い感情を扱っていると考えられる。これに対し、非医学的言説は尺度化、数値化を寄せ付けない、「生きられた経験としての病い」の姿であり、その背後には相互行為の蓄積といった歴史的背景が存在する。これはゴードンが指摘する制度的志向であり、社会的心情に照準するものである。

3-4. 生物学的視点と構築主義的視点

ゴードンの議論からは、感情社会学が感情を 2 つの視点から捉えていることが読み取れる。1 つは、原基感情に対する議論からも読み取れる生物学的視点を重視するアプローチである。そしてもう 1 つは、制度的志向に見られる構築主義的視点からのアプローチである。崎山はこうした視点の違いを方法的な問題として整理し、感情社会学の内部において実証主義—構成主義論争があったことを指摘している。そしてこの論争の焦点は、生理学的影響の多寡と、それに付随する感情経験の解釈のあり方だったと述べている (崎山 2007)。

ターナーらの議論はその出発点を人間と類人猿の違いや、進化論に置いており、生物学的視点の影響を多分に受けていると捉えることができる。これに対し、J・アヴェリルは「感

情は人格の一部（たとえば生理学あるいは認知過程）からの反応であるよりも、むしろ全人格の反応である」（Averill 1980a,1980b）と述べ、感情の構築主義的側面を強く打ち出し、感情は一連の症候群であると論じている。また、M・アーノルドは認知過程による感情の構築に焦点を当て、ある状況における対象や出来事の評価が下されるまで、感情は形成されず、評価後に初めて感情が喚起されるとする認知的アプローチを提唱している（Arnold 1960）。

彼らの立場は生物学的な反応よりも、文化や役割による影響を重視し、場合によっては生理的な反応すらも構築主義的に還元しているため、強い構築主義として捉えることができる。ターナーらはこうした強い構築主義には否定的な見解を示している。以下の引用はW・ウェントワースらの議論を下敷きとしたターナーらによる強い構築主義への批判である。

社会構築論の視点が見落としていることは、感情の活性化、経験、そして表現が身体と密接に関連しているまぎれもない事実である（Wentworth & Yardly 1994）。感情はほとんどいつも社会文化的な状況によって制約され、また導かれているとしても、感情の性質とその激しさはつねに生物的过程によって推進される。たとえ社会文化的状況が恐れや怒りなどの感情を生成する身体系を通常活性化させるとしても（Wentworth & Yardly 1994）、こうした身体系がいったん活性化されると、文化的語彙や規範がそれらを完全に制約し、また導くことはできない。だからこそ、感情がどのように作用しているかを理解しようとするならば、われわれはつねに感情の生物学を一つの重要な要素として考慮しなければならない。（Turner eds. 2005=2013:34）

上記の指摘からも、ターナーらが感情の生物学的な側面を軽視していないことが読み取れる。しかし同時に、構築主義的な視点からのアプローチを完全に否定するものではない。ターナーらは、感情の文化的社会的制約について、「確かに、感情は生物学的基礎をもつが、しかし経験され表現される感情は、個人が生育した文化と彼らが参加している社会状況のもっと特定の文化と構造によって強く条件づけられる」（Turner eds. 2005=2013:456-7）とも述べている。

ここで注目したいのは、広義の文化や社会だけでなく、個人の生育環境としての文化や社会状況に注目している点だ。同様の指摘はS・ショットにも見られる。ショットの見解によれば、感情は生理的喚起と、この喚起に文化的な感情語彙を用いて情動という名称を与える二重過程をとともなう。生理的喚起は非常に拡散し、また特定のでないので、感情経験は個人が文化によって与えられる標識を自分の感情に貼りつけるとき社会的に構築される（Shott 1979）。

つまり、感情の喚起そのものは生物学的、生理的なメカニズムによるものであるが、それに対する経験、意味づけは社会的な影響を強く受けるものなのである。

ここまでの議論を整理しよう。ターナーらは、強い社会構築論的視点を批判し、生物学的視点である身体系や生理的喚起といった生物的反応による起点を認めつつ、その後の表出

や制約、意味付与に関しては、個人の置かれた生育環境や文化、社会的状況が大きく影響すると論じている。こうした立場は弱い構築主義として捉えることができるだろう。こうした議論を踏まえれば、第2章で提示したデータに対し次のような説明を与えることができる。

医学的言説は感情の起点となる生物的側面に注目しており、身体系や生物的反応を感情と捉えて双極性障害を論じているのに対し、非医学的言説は、個人の置かれた環境や社会的状況によって標識を貼りつけた後の感情経験についての言説であり、社会的に構築された認識を感情と捉えて双極性障害を論じているのである。つまり、両者のズレは「感情」として捉えているものの違いに起因するのだ。

3-5. 「感情」と「気持ち」

最後にこれまでの議論をまとめ、医学的言説と非医学的言説の間に生じたズレを説明して第3章を締めくくろう。

第3章2節で見たように、人間には普遍的な感情である原基感情というものが脳のかなり古い部分に強く配線されており、単純な快/不快感情や危険、恐怖の察知といった生存に必要な感情は非常に生物的なものであることを示した。またその種類に多少の違いはあるものの、多くの研究者の間でこうした原基感情の存在に対するコンセンサスが形成されていることにも触れた。ただし、人間の感情はこれらが複雑に組み合わせられた結果の産物であり、安易な生物学的還元を寄せ付けられないものであることもまた事実である。

感情には生物的な側面とそこに還元できない側面があることに触れ、第3章3節ではゴードンによる議論を紹介し、生理学的概念である「生物的情動」と社会学的概念である「社会的心情」を分析的に区別する必要性について論じた。生物的情動は刺激への反応、一時的な反応に強く影響される感情である。これに対し、社会的心情は、持続的かつ相互作用の歴史といった意味の組み合わせによって生じる感情である。さらにゴードンは感情が1.身体感覚、2.表出ジェスチャー、3.社会的状況もしくは社会関係、4.社会の感情文化によって構成されると指摘し、感情文化には直情的志向と制度的志向の2つの志向があることを提示した。ここからも、感情には生理学的な反応にもとづくものと社会的に構築されるものがあることがうかがえる。

こうした構築主義的なアプローチを徹底したのが、認知的アプローチを提唱したアーノルドである。彼は生物的な感情は、評価という認知的過程を経るまで形成されることはなく、評価後に初めて感情が喚起されると論じた。これに対し、ターナーらやウェントワースらは否定的な見解を示している。彼らは、感情の喚起の原点にはやはり生理的反応があることを認めた上で、経験され表出される感情は個人の置かれた文化や環境、社会的状況が強く影響すると論じている。ここで注目すべきは、感情の経験や表出に個人的な環境が大きく影響すると指摘している点と、生物的感情と社会的感情の分断を解消しつつなお、異なるものであることを指摘している点である。ターナーらは感情社会学の冒頭でも「一つの要素——生物

学、文化的構築、あるいは認知——だけが、どのような感情が経験されるか、あるいは表現されるかを決めているのではない」(Turner eds. 2005=2013:44)と述べ、生物学的還元にも社会構築主義的還元にも与しないという立場を表明している。

ターナーらは神経科学的研究が進んだとしても、身体生物学と社会構造や文化とその相互作用効果のためにどちらか一方を感情の分析から弁別することは難しいかもしれないと述べた上で、「すべての感情が脳内に独自のモジュールをもっているとする正反対の代案もそれと同じく支持できないだろう。(中略)多くの感情は感情と関係する身体系に配線されているが、しかしその活性化、表現と用法は社会の感情文化と、特定の感情を個人が経験し表現することを要請する状況の構造によって強く制約されている」(Turner eds. 2005=2013:496-7)と結論づけている。

ターナーらが問題にしているのは、感情の多くは生物学的な反応であり、それは意識下のものであるが、それが人々の行動や反応に対しかなりの効果を発揮していること、そしてそうした無意識下の感情が濾過され、認知され「気持ち」となる点である。つまり、ターナーらは「感情」と「気持ち」を異なる概念として提示しているのである。「感情」は生物学的な特性が強く、脳の古い部位に堅く配線された一時的反応を主軸に置いたものである。これに対し、生物学的な感情喚起を基に、脳の比較的新しい部位に配線され、個人の置かれた文化や社会的環境、状況に強く影響される持続的なものが「気持ち」なのである。

3-6. 総括

ここまでの感情社会学の議論を導入することにより、前章で見た医学的言説と非医学的言説のあいだに生じている焦点のズレを説明することが可能となる。医学的言説が普遍的かつ数値化、尺度化可能な生物学的「感情」を双極性障害の言説の中心に据えているのに対し、非医学的言説は自身の置かれている社会状況と相互行為の中で生じる問題についての認知、換言するところの「気持ち」を中心に据えた言説を生み出しているのである。ここには双方の問題意識の差異を読み解くこともできる。医学的言説が生物学的な疾患として双極性障害を定義し、その原因究明と治療法の開発を目指した言説を生産しているのに対し、非医学的言説は生活世界で生じる自己、他者との葛藤や苦悩といった「人生の問題」を双極性障害の問題として認識し、言説を生産している。つまり、非医学的言説において問題とされているのは生物学的疾患としての双極性障害ではなく、社会的問題としての双極性障害なのだ。

こうした認識、関心事の違いが同じ「双極性障害」という疾患についての言説にズレを生じさせたのである。これは同じ疾患に生物学的側面と社会的側面が存在し、そこでは問題となる事柄が大きく異なることを示唆している。

医学的言説と非医学的言説のズレを、感情社会学的視点を導入することで説明したところで、次章では、本論が考察の対象とするのは双極性障害のどのような側面か、どこまでを射程に捉えることができるのかを提示し、患者らが生活世界において実際に抱えている問

題の考察へと議論を進めていく。

第4章 病いの物語り

ここまでの分析を通し、第1章では双極性障害がどのような精神疾患なのかを、医学的視点と社会学的視点の2つの視点から考察した。それを受け第2章ではテキストマイニングという方法を用いて、医学的言説と非医学的言説を分析した。その結果、同じ双極性障害という病に向き合う当事者でありながら、医療者、患者、縁者では双極性障害に対する見方や問題としていることに差異があること、端的に言えば、照準するものにズレがあることが明らかになった。第3章では、こうしたズレの原因を説明するため、感情社会学の議論を導入し、医学的言説は「生物的情動」「感情」に照準しているが、患者、縁者らによる非医学的言説の多くは「社会的な心情」「気持ち」に焦点を当てていることが明らかになった。

このように同じ双極性障害を対象としていても、光を当てる側面が変われば、その意味内容には大きな差が生じるのである。では本論は双極性障害のいかなる側面に照準するのか。第4章からは、これまでの概論的考察から離れ、本論の照準と射程を明示した上で、具体的な患者の物語りに即した論考を開始する。

4-1. 本論の射程

第2章、第3章の考察を通して明らかになったように、双極性障害を巡る言説には、「生物的情動」「感情」に焦点を当て、疾患のメカニズムの究明と治療法の開発を関心の中心とする医学的言説と、「社会的な心情」「気持ち」を重視し、生きづらさや人生の問題を語る非医学的言説という2つの視点が存在した。

こうした視点の違いを端的に言えば、A・クラインマンによって指摘された「疾患」と「病い」の違いとして捉えることができる。本論の射程を「非医学的言説」「病い」であると断じてしまうことは簡単だが、クラインマンの議論を簡単に整理しつつ、少し丁寧に本論の射程と目的を説明したいと思う。

1980年代の後半から1990年代にかけ、クラインマンやA・フランクによってこれまでの「疾患」とは異なる病のあり方が提唱されるようになった。こうした指摘の背景には、医学の進歩がある。これまで治療不可能であった疾患の多くが、完治に至らないまでも治療可能なものとなったのである。そのため、今日では死亡理由の上位を慢性疾患が占めるようになっていく。

こうした医学の進歩は、T・パーソンズが指摘した病人役割を大きく変えた。第1章の表で示した通り、急性疾患は治るものであったため、患者に病人役割が与えられることは一時的であった。そして治らない患者は死を待つ存在だったのである。しかし、完治に至らないまま、生き続ける慢性疾患の患者が増えた結果、古い病人役割は説明力を失っていった。そして、病を抱えながら生き続ける人々に焦点が当てられるようになったのだ。ここで注目されるようになったのが、患者の置かれている社会的文脈と病の意味の連関、換言するならば、

「病の物語」である。

フランクとクラインマンはともに「病の物語」に注目したが、ここにも視点の違いがある。フランクは物語の構造的側面に注目し、病の物語を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。フランクは患者の置かれた文脈が物語の構造に影響を及ぼすことを指摘しようとしたのである (Frank 1995=2002)。これに対し、クラインマンは「疾患」と「病い」を区別することを提案する。前者は普遍的疾患言説であり、第2章で分析した医学的言説に近いものである。後者は、患者が置かれている文脈やこれまでの生活史的背景によって作られた物語であり、個別特殊なものである。これは物語が生起する個人の背景に注目しているという点で、非医学的言説とオーバーラップする物語である。

この他、症例報告という物語があることも忘れてはならないだろう。なぜなら多くの場合、患者が自身の病を語るのは診察室においてであるからだ。ヒーリーが指摘するように、医学系学会誌の多くは個別の症例報告を積極的に掲載することはなくなっている (Healy 2008=2012:149)。しかし、紙幅にあまり制限のない文献においては今でも症例報告は数多く掲載されている。

では症例報告ではどのような物語が語られているのだろうか。内海健 (2006)、加藤忠史 (2009)、阿部隆明 (2011) らの研究の中で示されている計 18 症例の紹介では、全症例において年齢、性別といった基本属性と診断の際に重要な役割を果たしたエピソードが紹介されている。また全てではないが、診察時に語られたであろう家族歴や病前性格などが記されている。しかし、ここでの記述は診断と治療に必要な情報が医学的翻訳を受けた状態で記述されたものであり、患者の語りがあるまま受け止められているわけではない。物語であることに違いはないが、クラインマンの指摘する物語とはやはり異なるものなのである。

しかし、医学の側にも患者の物語を重視しようという立場がないわけではない。それが NBM (Narrative Based Medicine) という医学的な態度である。野口裕二によれば、1990 年代初頭のアメロカにおいて、医療事故訴訟に対抗するために EBM ということが叫ばれたのに対し、1990 年代の後半に EBM 至上主義への反省という形で対話の重要性が叫ばれ、NBM が登場した (野口 2015:38-9)。つまり、NBM とは患者の語りを医師が傾聴することによって治療につなげようとする試みなのだ。このような NBM における重要な概念が「物語り」である。藤田伸弥によれば、「物語」はテキストであり、物語を語る行為、およびその語り手と聴き手によって形作られるものが「物語り」である (藤田 2012)。先行研究にならって、本論でも以下では「物語」「物語り」と「り」の有無で区別して表記する。

こうした視点に立てば、症例報告のような情報抽出と医学的翻訳を受けた患者の語りは、「物語」であったとしても「物語り」として捉えることは難しいものだろう。藤田は、NBM の問題点として、NBM が病歴聴取のための一手段とされることや、医師は物語を聞き取ることが可能であるという奢り、そして医師による患者の物語の侵襲性を挙げている (藤田 2012)。

しかし、こうした批判は必ずしも重要な問題ではない。医師が患者を治療するために必要

な情報を抽出、翻訳し物語とするのは当然のことである。なぜなら、医学に求められる最たるものは原因の究明と患者の治療であり、求められるものに対して真摯に応えようとしている結果だからだ。

では、社会学には何が求められ、どのような「物語」あるいは「物語り」に光を当てることが求められるのだろうか。社会学は常識を疑う学問であると同時に、他者との相互行為を扱う学問である。こうした視点に立てば、本研究の対象である双極性障害を巡る「病い」の物語も相互行為という文脈で捉えられるものである。疾患としての双極性障害は生物学的な問題であるが、「病い」としての双極性障害は社会の中で生起する問題であり、そこには他者との関係の中で生み出される「物語り」が存在するはずである。本研究はこのような視点に立ち、医学的言説や医学的物語に回収されることのない、患者の語る「病い」の物語に照準を定める。また、物語は独白ではなく、聴き手を想定して語るものであるという立場を採るため、調査者である筆者に向けて語られた、相互行為としての「物語り」が分析の対象となる。こうしたことから、本研究の射程は語り手である患者と聴き手である筆者による「病いの物語り」と定めることができる。そして、医学的な回復である完治はないという常識を疑い、何らかの回復ないし癒しの可能性を模索することが本研究における最大の目的である。

本研究の射程を明らかにしたところで、具体的な物語りの提示へと分析を進めよう。

4-2. 3つのデータの分析

第4章2節からは3つの具体的なデータを提示し、1.患者の病いの物語は「疾患」としての側面だけではなく、「病い」としての側面を持っていること、2.患者は「疾患」由来の症状に悩むだけでなく、自身の置かれた文脈に依存する様々な苦悩を抱えていること、3.病いの物語は「人生の問題」であり、書き換えられるものであること、の3点を明らかにしていく。

4-2-1. 「疾患」と「病い」

まずは2017年から2018年にかけて継続的に行った調査データの結果⁴⁶を用いて、1.患者の病の物語は「疾患」としての側面だけではなく、「病い」としての側面を持っていることを提示する。

ここで使用するデータは、2017年4月から2018年6月にかけて継続的に行った自由記述式アンケート調査によって得られたものである。SNS上の双極性障害に関するコミュニティに所属する男性3名、女性17名から回答を得ることができた。この調査では基本属性の他に、双極性障害に対する理解を「双極性障害とはどのような病気ですか」という一般的理解と、「あなたにとって双極性障害とはどのような病気ですか」という個人的理解に分け

てたずねている。この他、どのような症状があるかと、症状とは別の苦痛や苦悩、生きづらさについてもたずねている。以下に示す表では、双極性障害に対する一般的理解を質問①、双極性障害に対する個人的見解を質問②、症状の記述を質問③、生きづらさについての記述を質問④と表記している。以下の表では回答者の記号を A から X をはさみ T と付しているが、これは X と付した患者が、この後本章で分析するセルフレポートの執筆者と同一人物であるため、このような表記にしている。また、第 5 章のコピーングに関する調査、第 6 章のインタビュー調査にも回答しているため、一貫して X と表記している。

(表 4-1 回答者の基本属性) ⁴⁷

ID	性別	年齢	診断名	診断時期
A	F	23	躁鬱	2016 年頃
B	F	24	双極性障害	2009 年頃
C	F	26	躁鬱	2008 年頃
D	F	27	躁鬱、パニック障害	2010 年頃
E	F	28	双極性障害 II 型	2017 年
F	F	29	躁鬱病、境界性人格障害、不眠症、ADHD、軽度知的障害	2007 年頃
G	F	29	双極性障害 II 型、不安障害、睡眠障害、解離性同一性障害	2017 年頃
X	F	30	双極性障害 II 型	2007 年頃
I	F	37	双極性障害 II 型	1995 年
J	F	37	双極性感情障害	覚えていない
K	F	40	双極性障害、強迫性障害	2013 年頃
L	F	42	双極性障害、不眠症、統合失調症	2009 年頃
M	F	42	双極性障害	2012 年頃
N	F	45	気分変調性障害、双極性障害 II 型	2008 年頃
O	F	45	双極性障害 II 型	2010 年
P	F	40 代	双極性 II 型障害	2003 年
Q	F	50	双極性 II 型障害	1996 年
R	M	31	アルコール依存症、躁うつ病	2014 年頃
S	M	34	双極性障害 II 型	2013 年頃
T	M	44	躁鬱・統合失調症・不安障害・睡眠障害・線維筋痛症・椎間板ヘルニア	2015 年頃

(表 4-2 質問①、質問②への回答)

ID	質問①：双極性障害とはどのような病気ですか	質問②：あなたにとって双極性障害とはどのような病気ですか
A	躁状態(元気な状態)になったり鬱状態(無気力な状態)になったりする病気。	躁状態の時の活動を抑えなければその後にくる鬱状態が酷くなるので、元気なのに思うように遊んだり働いたり出来ないのが苦痛の病気。
B	躁と鬱の状態を繰り返すまたは混合する精神疾患	感情のコントロールの難しい病気。元気に見ても病的な時があるので、自己管理が難しい。プラスの感情、行動もセーブしなきゃいけない印象。
C	さっきまでワイワイ笑っていたのに急に号泣したり、自分の感情の波についていけない。	厄介ですね。いつ症状が出るかわからないから外出するのが怖い。
D	常になにもやる気が起きず、急に気分が上がる。しかし、30分もしない内に死にたいくらい気分が下がる。上がったりが下がったりが続き上がり方も下がり方も回を重ねる毎に強くなり、気分が上がりすぎてた下がる時も極端に下がり、その上がり下がりに耐えられなくなり死んでしまいたくなる。	19歳の時から付き合ってきた体の一部のようなもの。最初何年かは治そうと必死になったりしたが、そおすると治ってなかった時の落ち込みが激しいので、発症して三年目くらいからは自分の病気を認め、治すのではなく向き合っていく。とことんまで付き合っていくと思いました。
E	うつ状態、躁状態の波の幅が激しい病気だと思っています。	就業に障害を与えるもの 夜中に働いてムリは効かない 偏見や理解がないという不安を与えるもの
F	躁状態と鬱状態の繰り返し	躁状態と鬱状態の繰り返し
G	気分の上がり下がりの波が激しい病気。	すごく厄介で、気分が上がっている時の記憶が薄くて、落ち込んでいるときのほうがすごく鮮明に覚えている。そんな病気。
X	古くは躁うつ病と呼ばれた気分障害の一つであり、躁(ハイ)な気分とうつ気分を周期的に繰り返す完治のない精神病。現行では大別してI型とII型があり、I型は社会自殺病と言われるほど患者の人生に大きな影響を及ぼし、多くの人間関係は破綻する。II型は躁の出方がI型に比べると小さくあまり問題視されない向きもあるが、自殺率の高さは無視できず、病的に見えにくい分、気分屋と勘違いされることも多い。睡眠障害、摂食障害などの併病率も高い。	生き辛さの根源であり、社会から断絶される原因という点では非常に憎いし、自分ではどうにもできない周期的なうつや軽躁やそれに伴う症状に常に振り回されている。病気が原因で失った人間関係は数え切れず、自分を無力に、無価値に感じさせる哀しい病気であるがそれも含めて自分だとなんとか言い聞かせようとしている。
I	躁と鬱の極に揺れ動き、自分では、コントロールの出来ない病気	意欲がある躁状態と、億劫でしかたない鬱状態という正反対の状態を繰り返す、心の病気

J	躁と鬱を繰り返す病気	治るなら治りたい。生きていくのに楽しみを見出せない病気。
K	気分が上がったり下がったりします。それによって支障を伴います。	生活に支障が出るので困ります。
L	躁と鬱が繰り返しある。	分刻みで波があるので、かなり厄介
M	気分の持ち方というか、とても活動的だったり、逆に動くのが億劫だったりを行ったり来たりする。	活動的だと、眠れなかったり眠くなったり、逆に動くのが億劫だと眠い感じが睡眠がとれてもする。
N	うつ病と見分けがつかず診断に難しい病だと感じました。私の場合は、成長期の愛着障害もかなり影響があると感じています。	うつの時は外出も人と話すことも困難になります。一方軽躁状態の時は一般の方と変わらないくらい普通の生活が送れます。がために、周りから詐病等、甘えとか言われるのが辛い病気だと感じます。わたしみたいに、辛い思いをして空ばかり見上げている人がたくさんいます。 27歳の時、駅のホームに飛び込んで線路を歩き命を絶とうとしたこともありました。 うつ病もそうですが双極性障害も自分を自分で攻撃してしまう恐ろしい病だと感じます。
O	双極は躁と鬱を繰り返す。	鬱のときは体が休めという判断で休んでる。 躁は鬱のときに出来ない外出や外との世界の繋りをもつ期間。
P	軽躁状態の時は仕事をバリバリこなし、よく笑い、明るく強そうと言われる。鬱状態の時は真逆。	絶滅して欲しい病気。
Q	鬱と軽躁の、2つのエピソードを持つ。繰り返すかもしれないが1度。	やっかい。なかなか完治とはならない。
R	うつ状態と躁状態を繰り返す病気（個性？）	気分が落ち着かず精神的に安定できない病気（個性？）
S	双極性障害とは、躁時期と鬱時期の波があり、自分も回りの人も振り回される病気です。	私にとって双極性障害は躁転したら、気持ちよくて気分も上がるけど、衝動買いしたり、ギャンブルにはまったりし、鬱になると躁転してやってしまったことを激しく後悔してしまう。何だか多重人格になった気分になる病気です。
T	心の上がり下がりが激しく躁状態の時は異常にテンションがハイになり鬱の時はとことん落ちます。	非常に生活が困難です。

それでは具体的な分析へと進もう。質問①に対する回答では、回答者のほぼ全員が自身の疾患を、気分の浮き沈みに関する疾患であると記述している。しかし、質問②に目を向ける

と、気分の浮き沈み以外に焦点を当てた回答が目立つようになる。質問①と質問②に対する回答が完全に一致しているのは F の回答のみである。また、ほぼ同義として捉えられるのも I の回答のみだ。つまり多くの回答者は「疾患」としての双極性障害を理解しているにもかかわらず、回答者自身にとっての双極性障害、換言するところの「病い」としての双極性障害は別個の意味を持っていると記述しているのだ。

これを如実に物語っているのが X の回答である。質問①では双極性障害という「疾患」について客観的な説明を行っており、自身の「疾患」について非常に豊富な知識を有していることが読み取れる。しかし、質問②において彼女は自身の双極性障害を「生きづらさの根源」と表現し、主症状についての言及だけでなく、社会や他者との関係、自己のあり方についても言及している。このような回答から、彼女の人生は「病い」としての双極性障害に支配されていることが読み取れるだろう。

同様の言及は、A、B、C、E、J、K、N、S、T らの回答からも読み取れる。これらの回答は「病い」によって自身の人生が支配されていること、社会や他者との関係において困難が生じていることを示している。

上記の困難は質問③と質問④に対する回答でその内容が明らかにされているが、注目すべきは質問④に対する回答である。ここでは、L・サマリンら (Samalin et al. 2014) が「社会的存在としての相互行為に関する不全・失調」と呼んだ内容が中心となって記述されている。記述内容からもわかるように、社会の中で他者との相互行為を通じて生じる問題こそが、回答者らの記述した生きづらさの中心に位置しているのだ。

(表 4-3 質問③への回答)

ID	質問③：どのような症状がありますか
A	躁状態では何でも出来るような気になり、休む暇がないような無理な予定を立ててしまい、鬱状態に移行した時無理をしていればしていた程、無気力になったり自分は必要ないと感じたり生きている意味が分からなくなったりする。 鬱状態の時はやる気が起きないものだが、何か予定があっても心が強く拒絶し動くことが出来ない。動こうと意識したら動悸がしたり意味もなく涙が出て来たりする。
B	躁状態は軽躁止まり。すごく活発になり、睡眠時間が減る。意欲的になる。 抑うつ状態は季節的なものとホルモンのバランス、躁状態からの転落で差が激しい。 過去に自傷歴あり。 強い不安感や焦燥感に襲われる。
C	質問①、②と似たような感じですか。
D	①、②と同じ
E	現在は、不安感、罪悪感、寂しさ、少しの落ち込み、焦燥感

F	<p>躁状態；無駄づかいしたり、飼えないのに動物を飼ってしまい周囲の迷惑や、意見が聴けなくなる。</p> <p>鬱状態；無性に寂しくなったり、孤独感に襲われて死にたくなったり、自傷行為をしてしまう。（特に夜みんな寝静まると余計に孤独感などで死にたくなる）</p>
G	<p>気分が上がるとやる気とか、お金の使い方が荒くなる。落ち込んでると何もかもが面倒に感じて、死にたくなるし、気力とかも湧かなくてボーッとしてることが多い。</p>
X	<p>過眠・不眠の不定期をくりかえす／過食欲求→太ることの恐怖／過集中／ギャンブル依存／思考のよどみ／物事を判断できない／目的指向性の上昇／無気力／他者拒絶／焦燥感／悲壮感／希死念慮／突然泣く／多弁／身体が鉛ようになる／頭痛／人ゴミ恐怖</p>
I	<p>現在双極性障害に伴う、不安症、買い物依存、睡眠障害に悩まされることがあり、生きづらさを感じます。</p>
J	<p>鬱だと一日中寝てたいです。食欲が減ったり何もやる気が起きなかったり。</p>
K	<p>気分が上がった時は何でもできる気になり、衝動買いに走ったりします。</p> <p>気分が下がった時には自傷行為に走ります。</p> <p>今は薬で落ち着いています。</p>
L	<p>気分の波が激しく、落ちたら死にたくなり、元気だと異常なハイテンション。</p>
M	<p>気分の浮き沈みがあって面倒な病気。躁の時はお酒を飲んだみたい楽しい気分の時もあつたりするんだけど、後でやり過ぎたなと後悔したりもする。</p>
N	<p>酷いうつ状態の時は日常の生活に支障をきたします。起き上がる事ができない、自分の身の回りのことすらやる事が全てできなくなります。</p>
O	<p>鬱病歴7年ののちに躁鬱病に躁転。2009年7月にパニック障害と解離性人格障害発症。対人恐怖症発症。</p> <p>2016年11月PTSDにより電話恐怖症、PTSDによりインターホン恐怖症。過去にDVをうけたり借金をせおわされた経験から病状悪化しましたが現在は落ち着いています。</p> <p>精神的に、アップダウンがあります。</p>
P	<p>鬱→フラッシュバックが起き泣く。寝たきり。やけ食いをする。躁→気持ちが高揚するが、楽しくはない。よく考えもせず携帯払いで買い物してしまう。</p>
Q	<p>急な希死念慮や、鬱になると強迫観念に苛まれることが恐怖である。</p>
R	<p>調子の悪い時は、気力が湧かない、落ち込んで横になっていたい、何も頭に入ってこない、肩や背中のかこり、以前は長時間の筋弛緩性頭痛。これらの症状は1日以内の回復する。</p> <p>躁だと感じる時は、強気になったり、過集中をおこしたり、誰かに何かを訴えたくて必死になったり、頭にきた相手にまくし立てる、など。</p>
S	<p>躁時期：頭の回転が速い・決断力がある・お金使いが荒くなる・性欲が強くなる・自分は無敵だと感じる・何でもできる気がする。</p> <p>鬱時期：頭の回転が極端に遅い・何もしたくなくなる・動けなくなる・マイナス思考な事ばかり考える。</p>
T	<p>買い物依存。寝たきり。幻覚・幻聴</p>

(表 4-4 質問④への回答)

ID	質問④：③で語った症状以外にも苦痛や困難、生きづらさを感じることはありますか。どのようなことにそれらを感じますか
A	<p>躁状態では仕事のシフトを詰めて働くのでやる気がある人間だと思われるが、鬱状態になった途端休みがちになり迷惑を掛けてしまうので、その後その職場に居づらくなってしまふ。</p> <p>基本的に新しい仕事を始める時は躁状態なので、毎回同じことを繰り返してしまう。また、鬱状態になってやっと、最初に躁鬱だと職場に伝えておけば良かったと思うが、休みがちになってから伝えても『きついから甘えている』と思われるので、言い出せずに結果居づらくなって仕事を辞めてしまうので、1つの仕事が1年以上続いたことがない。</p>
B	<p>家族全員が障がい者なので、弱音が吐けない。</p> <p>家族からの圧力や世間体を気にしてしまっている。</p> <p>うつ病と ADHD の母とディスレクシアの弟の板挟み状態。</p> <p>友人など周りからの理解がなかなか得られない。特にこれに関しては無神経に傷つけられたりすることがしばしば。</p>
C	<p>私は完治するのは諦めています。もう病気を発症してから 11 年たつし、一生付き合っていくつもりです。</p>
D	<p>自殺行為を何回もした。</p> <p>そのために、傷が何ヶ所も無造作にある。</p> <p>外出する時にその傷を隠すためにアームカバーや長袖を着るしかなくなる。</p> <p>そおしなければ見られたりして耐えれなくなる。</p> <p>とても生きづらい。</p> <p>精神障害者だとわかると大丈夫？大丈夫？となにもなくても心配される。</p> <p>精神障害者だとわかるとどおせ頭おかしいからと</p> <p>相談事もされなくなり、ケンカもできないようになる。</p> <p>それに嫌気がさし、友達や家族が離れていく。</p>
E	<p>偏見や差別</p> <p>薬が頼り</p> <p>安心感がなくなっていく</p> <p>お付き合い、結婚、妊娠など困難になる</p> <p>健常者と同じに夜中に出歩いたり楽しみが少なくなって、夜勤ができなくなるので、将来に希望が持たなくなっていくのではと恐怖を感じる。</p> <p>誰にでも気軽に相談できない。</p> <p>理解されない。認知されていない。</p> <p>うつ病と一緒にだと誤解される。</p> <p>本人自身この病気を受け入れるのに時間がかかる。</p> <p>一般の就職の際には言えない。不利というかもアウトだと思う。クローズで生きて行こうと思う。</p> <p>もう病気を隠して生きていきたいと思っている。</p>

F	<p>いつ鬱になるのかわからない不安がある。</p> <p>多重障害なので、どの障害かわからないけど、役所などの窓口で色々聞かれたりまくしたてられると、感情のコントロールができなくなる。</p>
G	<p>生きること自体が辛くて苦しい。親が嫌いで声を聴くだけでも恐怖と不安が強く感じる。働くことができなくて、お金もないし、不安定になって OD したり、リスカしたり、とにかく死のうと思って首を吊ったこともあるくらい今は辛い。</p>
X	<ul style="list-style-type: none"> ・いつうつにはまり身体が動かなくなるかわからないので人と会う約束は極力できないこと。 ・睡眠のリズムに左右され、日中の活動や仕事ができないこと。 ・双極性障害という病名が世間には浸透しておらず躁うつ病というと、うつ病と勘違いされ誤ったアドバイスをされること。 ・また調子悪いの？と言われること。 ・自分の病気のせいで大切な人まで失わないか常に不安があること ・病気をクローズにして生き続けること。 ・普段できていることも病状によってはできなくなること。
I	無回答
J	<p>障害者手帳をもらいたいと思ってますが、なかなか医師から ok がでないので、働くにしてもクローズにして働かなきゃいけないのかな、と思います。手帳もらって、理解ある仕事に就きたいです。</p>
K	<p>今、強迫性障害もあり仕事がまともにできそうにない状況です。</p>
L	<p>生きづらさは常に感じる。死にたくなる。</p>
M	<p>元気な時に人とのコミュニティ（交流）を増やして、調子が悪くなるとそれらが面倒な思い気分になる。</p>
N	<p>苦痛はこの世に生きていてお荷物なんじゃないか？この世に必要な人間じゃないかと自分の存在を肯定できないこと。</p> <p>双極性障害に限らず精神疾患への偏見があります。その一方で目に見えない病気なのでうつ病を装い生活保護、障害年金をうけながら不自由のない、生活を送っている人がいることが凄く迷惑です。その人たちのせいで私達までもが同じ目で見られてしまう。だからわたしは本来貰える障害年金を貰うことを躊躇しておりました。</p> <p>生活する上ではお金は必要不可欠です。できることならうつ病とか血液検査でわかるような明確な結果があれば良いのにと感じたこともあります。</p>
O	<p>家事が出来ない。食器などはシンクにためといて食器がなくなったらまとめ洗い。入浴困難。人が多いとこに買い物でも行けない。</p>
P	なし。
Q	<p>抑うつ症状があっても、仮面鬱のように頑張れたり、軽躁状態だと、社会に過剰適応のようになり、症状を強化されたり、推奨されるように感じる。そのため、ひとりになると、疲れすぎて引きこもりがちになり、身体疾患も引き起こしやすいことが困難。</p> <p>誰にもわかってもらえない、と孤独感を味わいやすい。また、病歴が長くなると、自殺した友人や、病死の知人が増え、より焦燥感がでて、症状が良くなっているにもかかわらず、すぐに悪化して苦痛。</p>

R	中学生末期に他人と会話するのに苦しさを感じ始め、それ以降、他人に対して安心できず、常に相手の反応に神経を尖らせるようになった。自分から人に近づけない。他人との距離の取り方が難しい。自分を理解してくれると思った人には過度に依存的になるなど。現在は、自分の特性を自覚し依存的にならないよう気をつけている（しんどいですが）。 不眠で困っている。
S	お金が有ったらそれだけ買い物したり、スロットしたり、お金を使い果たすまで使ってしまう、貯金が貯まらない。 躁の時と鬱の時に言ってることが違って友達や家族を振り回して困らせて自分も嫌になる。
T	見た目が健常者である為、なかなか理解してもらえない。精神疾患に対する偏見の目がまだありキチガイ病として理解されている。人が信用できない。特に主婦やおばさん。

以下に示す表は、質問③、④で記述された「社会的存在としての相互行為における不全・失調」の内容を「無理解」「人間関係」「偏見」「仕事」「自己評価」「罪責感」の6つのカテゴリーに大別し、該当する回答を抽出したマトリクスである。

(表 4-5 社会的存在としての相互行為における不全・失調マトリクス)

カテゴリー/該当者														
無理解	A	B	D	E			X	J			N	Q		T
人間関係		B	D		F		X		M		Q	R	S	T
偏見	A	B	D	E			X			N				T
仕事	A			E		G		J	K					
自己評価	A						X			N			S	
罪責感	A									N			S	

上掲のマトリクスからもわかるように、20人中15人が他者との関係において自身の生きづらさが生起していることを記述している。中でも「周囲の他者からの無理解」と「他者との人間関係」についてはそれぞれ8人が言及しており、まとまりを持ったものだと捉えることができるだろう。しかし、便宜上カテゴリー分けを行っているが、こうした生きづらさは複雑に絡み合っているものであり、各カテゴリーが個別に生じるわけではないことにも注意が必要である。

例えば、Aの回答では、周囲の症状への無理解や偏見から人間関係に問題が生じ、仕事を続けることが難しい状況に追い込まれていることが読み取れる。そして、そのことがAに罪責感を抱かせ、自己評価を低下させている。Dの回答からも周囲の無理解と偏見によって人間関係が崩壊していく様子が読み取れる。また、Eの回答からは無理解と偏見を恐れ、仕事や自身の将来についても不安を感じていることが読み取れる。無理解と偏見に関する言及は、J、N、Q、T、Xらの回答にも見られ、A、E、J、Xらは自身の「疾患」をクローズ

にして(隠して)生きていかなければならないことに生きづらさを感じていることが確認できる。このように、回答者らの生きづらさは様々な社会的要因が絡み合うことで生じているのだ。

次に仕事への言及に目を向けよう。先述した A だけでなく、E、J も偏見や無理解のため仕事に不都合が生じていると述べている。該当する回答数自体は多くないが、こうした周囲の無理解や偏見が仕事と関係していることは注目すべき点だ。後のセルフレポートの分析において詳述するが、X も仕事と生きづらさの問題についてはかなりの紙幅を割いて言及しており、患者の生きづらさを捉えるためには重要な視点である。

最後に人間関係について触れている回答に言及する。質問③、質問④において人間関係に関する生きづらさとして記述された内容は大きく分けて、1.人間関係そのものの苦痛、2.人間関係における不安や負い目、3.孤独感、4.人間関係の崩壊、の4つである。

1.人間関係そのものの苦痛、は、B、M、N、O、R、T、X らの回答から読み取ることができる。多くの回答は不特定多数の他者との人間関係についての回答であるが、B の記述では、自身の家族との関係における苦痛が語られている。この点も後のセルフレポートの分析や、第 6 章の分析によって明らかになることだが、家族関係が生きづらさに大きな影響を与えることは、X によっても記述されている。人間関係は、双極性障害患者の生きづらさに対して非常に強い影響を持っていることが示されたと言えるだろう。

次に 2.人間関係における不安や負い目、に視点を移そう。先述した A の他に、E、S、X からも不安や負い目について言及している。独身である E は自身の将来、特に付き合いや結婚といった親密な人間関係の形成に対しての不安を述べている。これに対し、既婚者である S、X らは家族を振り回すこと、大切な人を失うのではないかということに不安を抱き、自身の「病い」に対して負い目を感じていることがうかがえる。

3.孤独感について明確に言及しているのは E、F、Q、X らであるが、行間に目を向けると、これ以外にも多くの回答者が何かしらの孤独感を抱えていることがわかる。他者からの無理解や人間関係上の問題、負い目といった要素が複雑に絡み合った結果、こうした孤独感につながっていることは想像に難くない。

最後に、該当する回答は D、R、X の 3 件のみだが、4.人間関係の崩壊、について触れる。R は躁状態になると頭にきた相手にまくし立てると語り、トラブルの原因になると述べている。また X は、過去に数え切れないほど多くの人間関係を失ったと述べている。中でも D の回答は注目すべきである。無理解や偏見によって、相談やケンカといった親密な付き合いができなくなり、そのことに嫌気がさした結果、友人や家族が D から離れていくと記述している。これらの回答からは、症状の発現をきっかけとして人間関係が崩壊し、そうした経験の積み重ねが生きづらさへと変容していく過程がよくわかる。

ではここまでの議論を小括しよう。アンケートの分析から、回答者の多くは社会的存在として、他者とかかわることに多大な「生きづらさ」を感じていることが明らかになった。それは周囲の無理解や偏見による当事者へのスティグマの刻印を基に、継続した就労の困難、

人間関係の形成や維持の困難、ひいては崩壊をもたらし、当事者を不安や孤独に陥れるものだった。その結果、回答者らは自身の「病い」に罪責感を覚え、自己評価を低下させた。そしてこれらがスティグマをさらに強化している。

こうした回答から、「生きづらさ」は「疾患」としての症状だけでなく、他者との相互行為に起因していることがわかる。これこそが「病い」としての双極性障害なのだ。クライマンが「病いという言葉は、病者やその家族メンバーや、あるいはより広い社会的ネットワークの人々が、どのように症状や能力低下（disability）を認識し、それとともに生活し、それらに反応するのかということを示すものである」（Kleinman 1988=1996:4）と述べたように、「病い」はまさに社会的文脈において生起しているのだ。

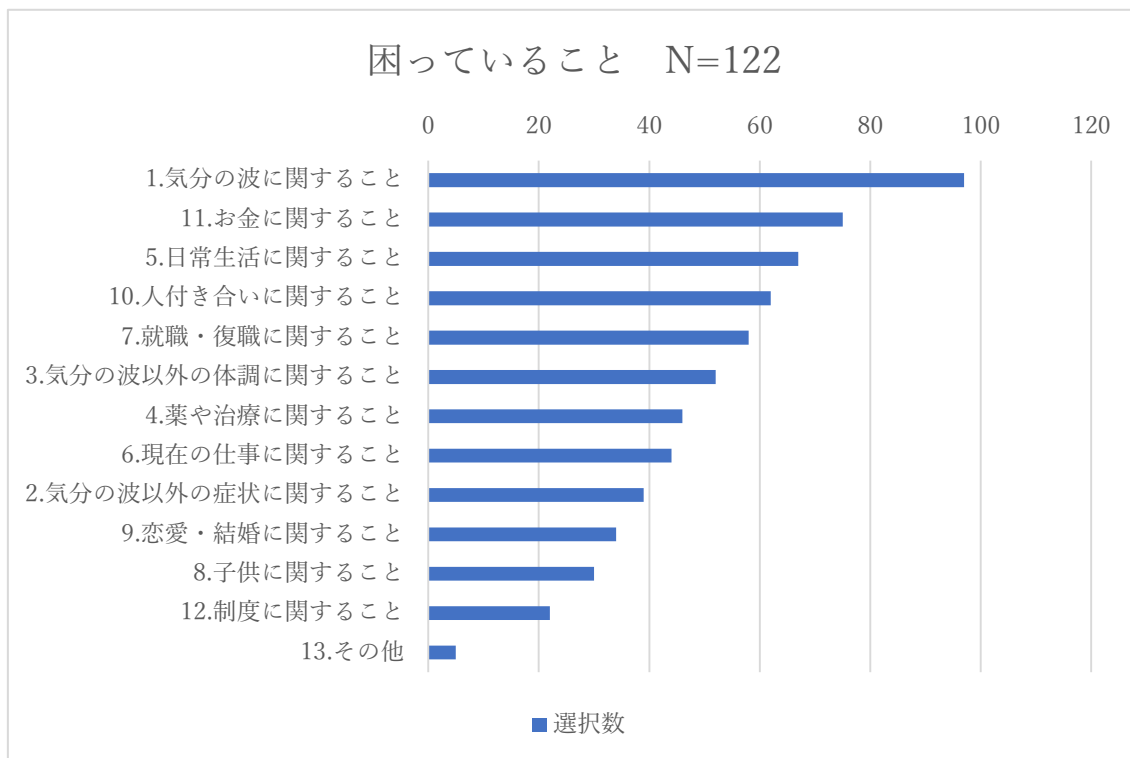
4-2-2. 文脈に依存する苦悩

ここまでは少数回答の内容分析から「病い」と「病いの物語」の姿を捉えようと試みた。示唆に富む記述が見られ、1.患者の病いの物語は「疾患」としての側面だけではなく、「病い」としての側面を持っていることを示すという目的は果たせたのではないかと思う。しかし、少数の記述であるため、データに偏りがあることは否めない。この問題を解決し、2.患者は「疾患」由来の症状に悩むだけでなく、自身の置かれた文脈に依存する様々な苦悩を抱えていることを提示するため、ここからはややまとまった回答を量的に分析したいと思う。

次に提示するデータは2021年7月12日から22日にかけてインターネット上で実施した、「双極性障害患者・縁者が抱える悩みと求める情報に関する調査」によって得られたデータの一部である。この調査では、双極性障害の何に困っているのか、またどのような情報を求めているのかを中心に選択式、記述式の設問を併用してたずねている。調査の結果、双極性障害と診断されている患者116（有効回答112）名、家族、友人、恋人といった縁者38（有効回答35）名から回答を得た。

ここでは患者がどのような悩みを抱えているのかについてたずねた部分に注目したい。1つは「困っていること」を13の選択肢から選ぶ、複数選択を可とした形式でたずねた質問への回答である。そしてもう1つは、具体的な悩みを自由記述形式でたずねた質問への回答だ。以下の図と表は13の選択肢と患者による回答の集計結果である。

(図 4-1 困っていることの集計結果 降順)



(表 4-6 困っていることの集計結果 選択肢順)

選択肢	選択数	%
1.気分の波に関すること	97	86.6
2.気分の波以外の症状に関すること	39	34.8
3.気分の波以外の体調に関すること	52	46.4
4.薬や治療に関すること	46	41.1
5.日常生活に関すること	67	59.8
6.現在の仕事に関すること	44	39.3
7.就職・復職に関すること	58	51.8
8.子供に関すること	30	26.8
9.恋愛・結婚に関すること	34	30.4
10.人付き合いに関すること	62	55.4
11.お金に関すること	75	67
12.制度に関すること	22	19.6
13.その他	5	4.5

上掲の集計結果から見て取れるように、患者が困っていると回答した頻度が最も高いものは「疾患」由来の「気分の波に関すること」である。これ自体は当然の結果と言えるだろう

う。しかし、2位以下に目を向けると、「お金に関すること」「日常生活に関すること」「人付き合いに関すること」「就職・復職に関すること」と続く。「疾患」由来の「気分の波以外の症状に関すること」や「気分の波以外の体調に関すること」といった項目は5位以下となっている。

双極性障害が「疾患」とは異なる「病い」という側面を持っていなければ、「気分の波以外の症状に関すること」や「気分の波以外の体調に関すること」といった項目がより高い順位になっているはずだ。しかし、今回の調査結果では日常生活や人生に関する項目への回答が集中しており、多くの患者は「疾患」には回収されない「病い」としての双極性障害に苦悩していることが明らかとなった。

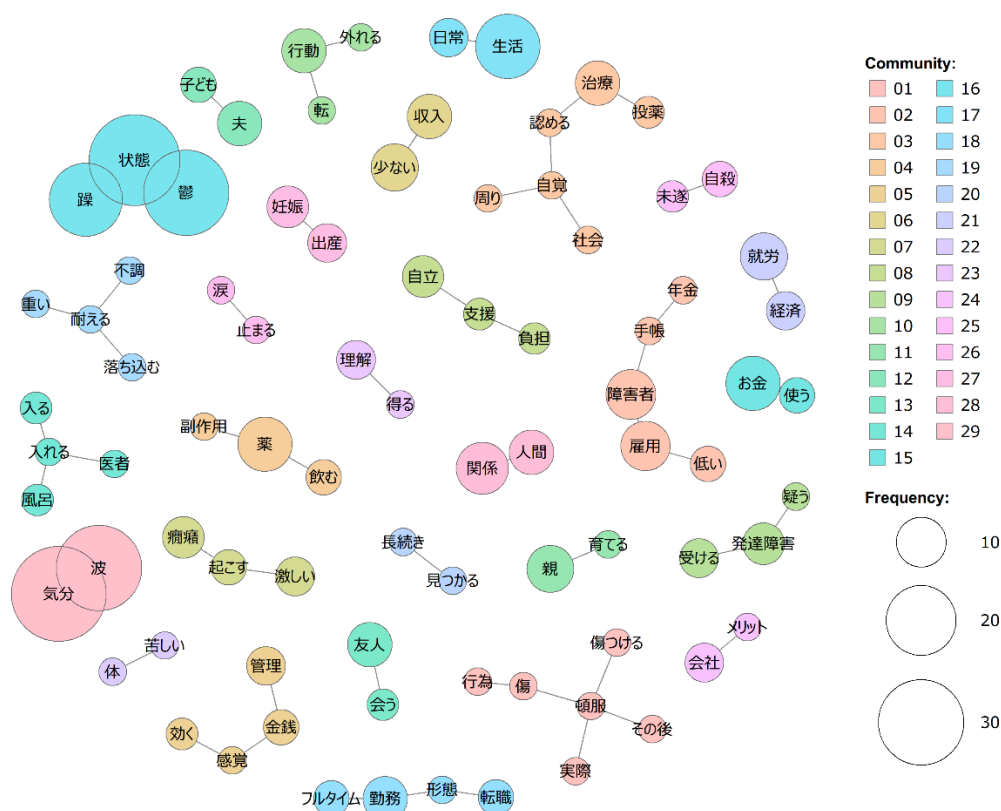
次に自由記述に目を向けよう。以下に示す表と図は困っていることに関する自由記述に対しテキストマイニングを行った結果の頻出語の上位10語および、共起ネットワーク分析を行った結果である。ここでは最小出現回数3回以上の語を分析対象に、Jaccard係数0.2以上の語を描画している。なお、ここでも第2章同様、最小スパニングツリーのみを描画している。

(表 4-7 困っていること頻出語)

順位	語	出現回数
1	仕事	42
2	気分	37
3	不安	36
4	状態	34
5	自分	33
6	波	30
7	鬱	30
8	思う	22
9	躁	22
10	困る	20

語の出現頻度は上掲の表の通りだが、他の語との共起関係が弱い語は下図の共起ネットワークには出現していない。出現頻度が高く、共起ネットワークにも出現している語の中で特に目立つものは「気分」「状態」「波」「鬱」「躁」の5語である。これらの語はいずれも「気分の波に関すること」であり、選択式の質問に対する回答の集計結果と符合するものである。この結果だけを一見すると、「疾患」由来の症状に関する記述が大勢を占めているかのような印象を受ける。しかし、これらの語を用いて記述された内容に目を向けるとこうした理解は一変することになる。

(図 4-2 困っていること 共起ネットワーク)



それでは「気分」「状態」「波」「鬱」「躁」という語を用いて何が記述されていたのかを見ていこう。「気分」と「波」、「状態」と「鬱」「躁」という語はそれぞれ共起関係を結んでいるため、ここでは、「波」と「状態」という語に焦点を絞って分析する。

「波」という語を用いて記述されている内容は大きく2つに大別される。1つは文字通り気分の波そのものを問題としている記述で、アンケートの集計結果から読み取ったものと同様である。そしてもう1つは気分の波から派生する問題の記述である。以下の抜粋は気分の波から派生する問題が記述された回答である。

気分の波によって人との接し方が変わり、人間関係が上手くいかない。(30歳 女性 双極性障害)

気分の波がある事で人と関わるのが苦手になり、家族や職場の人間関係で悩んでいる。(49歳 女性 双極性障害)

気分の波に関しては無気力になり、話すのも億劫になり家族との会話が難しくなることが最も困っています。(36歳 女性 双極II型障害)

発病から人生の半分以上経っても、未だに自分の体調管理(気分の波、薬の調整等全般のコントロール)が出来ず、とても歯がゆい気持ちがある。(49 歳 女性 双極 I 型障害)

これらの回答ではいずれも気分の波自体を問題とするのではなく、そこから派生する人間関係上の問題が記述の中心となっている。この他にも継続的な就労に影響を及ぼしていることなどが記述されている。これは 2 章でのテキストマイニングの結果や、本章 2 節 1 項で示した患者の困難や生きづらさに関する調査結果の内容とも合致する。

次に「状態」という語を用いて記述されている内容に視点を移そう。

自分に合った薬を飲んである程度状態が安定しても、仕事をしたり友人と会ったり日常生活を送っていただけですぐに崩れてしまう。(30 歳 女性 双極 II 型障害)

躁の状態なのか、自立心がたかまってエネルギーが湧いているのかよくわからず、双極性障害と診断されてからは、全ての意欲を「躁の状態かもしれない」と思ってたくさんのことをやらずじまいになってしまう。(42 歳 女性 双極 I 型障害)

躁状態になると仕事を探し始め、無理な勤務条件(勤務日数や時間)で就職するも、無理がたたって鬱状態になり、休職や退職してしまう。(26 歳 女性 双極性障害)

鬱状態に怯えて過ごし、時として軽躁なのかただ楽しいからなのかわからないこと。(38 歳 女性 双極 II 型障害)

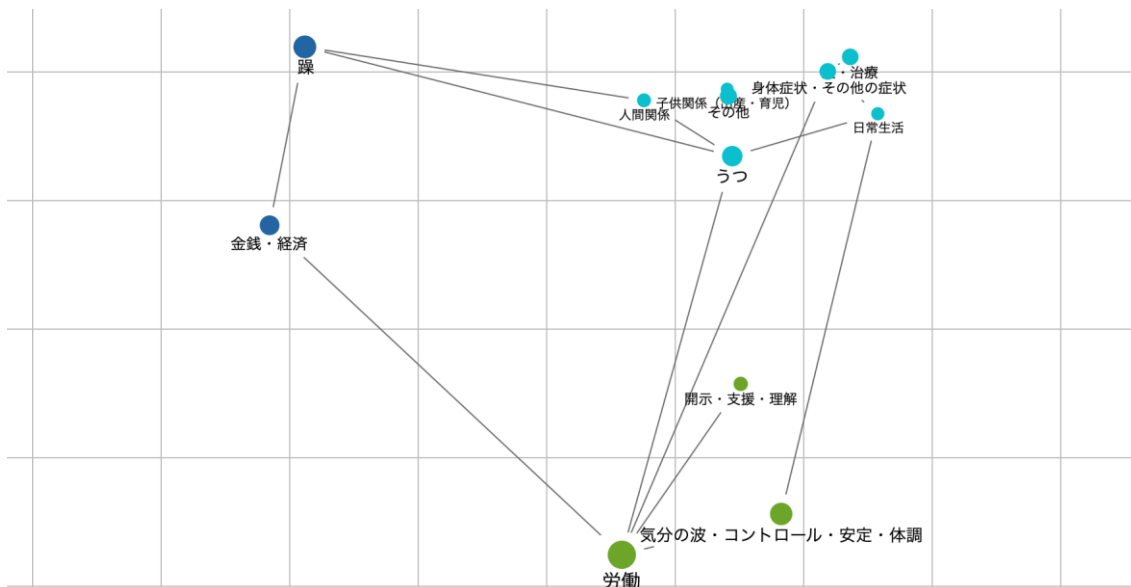
鬱状態でいることが多く、毎日ご飯を作ったり家事をするのが大変です。(36 歳 女性 双極 II 型障害)

ここでも「波」という語に対する分析結果同様、感情そのものを問題とするのではなく、うつ状態や躁状態の結果として生じる人間関係や就労の問題、さらには自分自身に対する信頼感の低下などが記述されている。気分の波、うつ状態、躁状態についての言及は、そうした症状のみではなく、他の問題とのつながりを持って記述されているのである。

このつながりを QDA ソフトである MAXQDA を用いて可視化したのが以下の図である。この図は、自由記述を熟読し、記述されている内容にコードを付与することでコードの共起関係を分析したものである。KH Coder による共起ネットワーク分析が語の共起関係に注目するのに対し、MAXQDA を用いた分析では語られた内容の共起関係に注目している。そのため、気分の波や体調といった症状に関する記述がどのような問題と関連を持って語られ

ているのかを分析することが可能となる。

(図 4-3 コードマップ)



上掲の図では「気分の波・コントロール・安定・体調」といった症状に関するコードは「日常生活」というコードと結びついている。「躁」というコードは「金銭・経済」、「うつ」、「人間関係」というコードと、そして「うつ」というコードは「躁」「人間関係」「日常生活」そして「労働」というコードと結びついている。つまり、「疾患」の症状とされる気分の波やうつ状態、躁状態といった中核症状は他の多くの苦悩、それぞれの患者が抱える「病い」と共に現れているのである。

第4章2節2項で示したデータからは、患者らはともに中核症状や体調面以外にも多様な悩み、困難を抱えていることが読み取れる。決して代表性を持ったデータではないが、外れ値として無視することのできるサンプル数でもない。さらに自由記述の抜粋からは、より明確な形で苦悩を読み解くことができる。その多くは「人生の問題」である。患者と縁者は自身の置かれた社会、人生という文脈において、症状を中心とする「疾患」の影響を受けると同時に、様々な形で生起する「病い」に苦しんでいるのだ。

そして、このような「人生の問題」と密接な関係を持つ病いの物語は診断と同時に生じるものではない。それは語られ、聴き取られる中で徐々に形を成し、また同時に患者のこれまでの人生の物語を書き換えていく。次項で提示する患者のセルフレポートはこうした書き換えを顕著に示す事例である。

4-2-3. Xのライフストーリー

ここからは、ある女性双極Ⅱ型障害患者 X が半生を振り返って記述したセルフレポートを参照して病いの物語を考察する。彼女とはラポール関係にあり、2016年から現在に至るまで様々な調査への協力を得ている。前掲の2つのアンケート調査にも彼女の回答が含まれている。

これまで一定程度の人数からの回答を得たデータを扱ってきたが、ここではたった1人だけの語りに注目する。ここには大きな理由がある。量的データは一度に大量かつ多様な人々の物語の概形を捉えるためには有効だが、回答者の人生に深く入り込み、回答者の置かれた文脈を理解するためには不向きである。ここで考察の対象とするのは「人生の問題」であり、人生という物語がどのように語られるか、そして書き換えられていくのかである。そのためには長い時間をかけ、信頼関係を得ている回答者の物語を質的に分析することが唯一の方法だと考えたからだ。

それでは具体的なセルフレポートの分析へと歩みを進めよう。Xの人生は幼少期から大学入学までの第一期、大学在学中と就職活動を経てうつ病と診断される第二期、仕事への没入と難治性うつ病の診断を経て一度目の離職を経験する第三期、療養と再就職、休職を経て双極性障害と診断される第四期、離職と療養を経て実家を飛び出し水商売を始める第五期、現在の夫と出会い離職、結婚して今日に至る第六期に大別できる。このような時期区分に従い、一期ずつ考察を進めていく。

4-2-3-1. 第一期

それでは幼少期より大学入学までの第一期から彼女の人生を振り返ってみよう。彼女の記憶によれば、幼少期、特に小学二年までは天真爛漫な子供らしい子供だった。決定的な変化が訪れたのは小学五年の時である。

彼女は視力の低下にともない眼鏡をかけるようになったが、それを機にくせ毛や目の小ささなどの外見的特徴が気になり始める。もちろん思春期に自身の外見に悩みを抱えること自体は珍しくないが、彼女の場合、これが後に醜形恐怖症に至るまでの外見コンプレックスへと緩やかに続いていく。この頃から内向的な性格が強くなり、二次元にのめりこんでいった。彼女はこのことを「自身への不安や不満を紛らわそうとしていたのかもしれない」と振り返っている。しかし、同人活動を本格的に始めようとした際、家族全員から非難と叱責を受け、挫折することになる。そしてまた関心が自身の容姿へと戻っていく。

次の変化は中学二年時に訪れ、上記の外見コンプレックスがコンタクトレンズやストリートパーマにより克服される。このことを彼女は「中2デビュー」と表現し、「かわいい友達」ができ、男子からもモテるようになったことが「自分の自信になるような気がしていた」と述べている。そして、受験期に至ってもこのような人間関係を重視する生活が続き、真剣に受験勉強をすることもなく、第一志望の高校に落ちたと述懐している。そして、彼女は行

きたくもない私立の女子校に通うことになる。

高校生活に関する記述は苦痛に満ちたものである。高校一年の最初のテストでの惨敗をきっかけに真剣に勉学に励むようになり、それと同時に友人らとは疎遠になっていく。時を同じくして、彼女は中学生の弟と衝突するようになった。課題に追われ必死に勉強している自身とは対照的に、家でダラダラしている彼の姿が目につき言い争うようになる。高校二年の半ば、この衝突が激化した。母親の勧めもあり彼女は大阪市内の祖父母宅に居候することとなった。

通学は楽になったが、祖父母宅での生活は彼女にとっては心理的に苦痛で、「過保護な母親とはまた異なる過干渉にストレスがたまった。(祖母に)『置いてやってるのはあんたのためじゃない、(Xの母が)困るからだ』と言われ、自分ってなんだろう、と思った。人という人が嫌になり始めた」と述べており、彼女の居場所のなさを示している。このような生活は高校を卒業するまで続いた。

高校三年になると彼女の生き甲斐は勉強のみになる。高校受験に失敗したぶん、大学は第一志望に入るという強い思いがあったからだ。しかし、同時に祖母からの監視と受験に失敗することへの不安、さらには学校からのプレッシャーもあり、意地と不安の板挟みのような状態が続いた。彼女はこのような不安を消すためにさらに勉強量を増やした。

結果的に受験は成功したが、合否の結果を待つ間は落ちたら「どうやって死のう」と自殺の方法まで考えていたという。第一志望校に合格するという目標は達成されたが、やりたいこともなく、キャンパスライフを思い描いていたわけでもなかった彼女は燃え尽きて、無気力になった。

後に X の受験勉強に対する姿勢は、双極性障害における軽躁状態の症状である過集中であったと主治医に指摘されている。

4-2-3-2. 第二期

第二期は時系列の上では大学生活の四年間に当たる部分である。しかし、明るく楽しい学生生活が記述されることはなく、アルバイトという名の労働と人間関係に苦しんだこと、そして身体的不調が記述の大部分を占めている。

大学合格が決まるとすぐに中学時代に通っていた塾でアルバイトを始める。「人を見下す」教室長との折り合いが悪く、最終的には大学二年時に関係が悪化して辞めることになるが、仕事自体には非常にやりがいを感じていた。「自分の指導で生徒の成績が伸びてくれたときは、人の役に立てた気がして嬉しかった。(中略)この子たちのためにできることは何でもしてあげたい、と家でも授業の資料を作ったり、準備をするようになった」と仕事に対する思いを述べているが、この時から既に労働依存傾向がうかがえる。

塾を辞めた後、思い立ったようにサークルに加入する。ここからしばらくはサークル中心の生活となる。サークル内でチャホヤされることで「居場所が学内にできた気がして嬉しか

った」と述べている。しかし、サークルの飲み会でのお酒の失敗を機にサークルを辞め、学業に専念しようと決意する。

学業に専念するにあたって、大学と実家との距離が問題となったため、彼女はキャバクラでアルバイトをして一人暮らしをしようと試みる。目立った反抗期のなかった彼女が示した過保護な両親に対する小さな反抗である。しかし、Xの家では圧倒的な力を持った存在である父親の反対によりこの計画は頓挫し、それまで続けていたアルバイトも辞めさせられてしまう。彼女の反抗は絶対的存在である父親の手によって鎮圧されたのだ。家族内に彼女の話を知る者はいなかった。

表立っての反抗をやめ、表面上穏やかに過ごしていた頃、ひどい花粉症を発症し、肌荒れや頬の皮が剥がれてしまった。そして再び外見コンプレックスが現れる。この時のことを彼女は「醜い自分が嫌で人の視線が怖い、と思うようになった。服装にもあまりこだわらなくなった。こんなカオでは何を着ても仕方ないし、と暗い気分だった。周りのかわいい子や芸能人が妬ましかった」と述懐している。

さらに、これまでにないうつ傾向を示し、以下のような希死念慮も現れている。

一人暮らし計画は頓挫し、アルバイトも辞めさせられ、顔面はこんな状態になり、なんで私は生きてるんだろう、別にしたいこともないしある日突然死ねたら良いのにと
思うようになった。哲学の講義は人生について説いていたが私の人生って何だろう、そもそも私ってなんだろう、と常に考えるようになった。

ここから就職活動が始まるまでは、大学の同級生 Y との恋愛が主軸に語られる。しかし、ここでも楽しい恋愛についての記述というよりは、自身の存在意義についての苦悩や、相手の望む自己を演じることから生じる虚無感についての記述である。それが以下に示すものだ。

Y は穏やかな明るい、つくられた私を好きになったようで、そんな Y の前で、陰うつな本当の私などさらけ出せなかった。嫌われるのが怖くて Y が好きであろう自分を演じ続けてしまった。その結果（中略）ますます本当の自分を出す機会は失われ、嫌われるのが怖い病が加速した。

この記述からは、ありのままの自分をさらけ出せないことに強い葛藤と虚無感を抱いていることが読み取れる。後に述べるが、他者からの期待に応えようとして自身をすり減らしていく姿や、役割への過剰な同一化については、木村 (1973) や A・クラウス (1977=1993) も指摘しており、双極性障害の診断前ではあるが、その片鱗が見え隠れしている。

ここからは就職活動に関する記述が中心となり、その延長でうつ病と診断されることになる。

彼女はクリエイティブな仕事に興味を持っており、さらに Y もテレビ業界を目指していたため、広告業界を目指すことにした。三年の秋には広告のスクールにも通い始めたが、彼女の就職活動は難航した。その時の様子を「週に 1 回大学、週に 2~3 回東京で就活、週に 2 回広告のスクール、その間にエントリーシート作成、履歴書作成、スクールの課題作成…次第に疲弊しつつあった。それでも大学受験の成功体験からがむしゃらにやれば報われると信じていた。就活と受験は別物だとも知らずに」と振り返っている。

このように努力は報われるという信念のもと、彼女は就職活動を続けた。そのようななかで、他者からの期待に応え、求められる役割演技をこなしてきた彼女は自身のアイデンティティという問題にぶつかることになる。「履歴書作成のとき、自己アピール欄に戸惑った。私は自分を知らなすぎた。自分がどういう人間かも説明できない…自分のアイデンティティを完全に見失っていた。私はからっぽな人間だということだけがよくわかった」と述べている。

履歴書作成時に自身を見つめ直し、落ち込むこと自体は珍しくないが、これをきっかけに彼女はうつ病への坂道を転がっていく。少し長いが、数社の最終面接に落ちた直後からうつ病と診断されるまでの記述を以下に引用する。

私はどの会社からも必要とされない社会的にイミのない人間なのだと思った。Y は音信不通、Y からも必要とされていない…、眠りが浅くなった。社会からも Y からも必要とされない私は死にたい（後略）。

心配する母が疎ましかった。とりあえず 1 人になってノートに死にたい死にたいと書き殴っていた。泣きながら机で眠ってしまい、目覚めたら母がいた。「精神科に行こう」、行ってどうなる、と力なく反抗したが引きずられるようにして母の知人が通う病院に連れて行かれた。

白い天井、白い壁、不必要なくらい静まり返った空間は異質さを感じるには十分だった。（中略）診察室に入った。

ギョロリとした目に茶髪の若そうな医師はいくつか私に質問をした。（中略）一通りの応酬の後、「性格がうつですね」と医師は言った。私も母も固まった。「性格がう…つ？」と聞き返すと「はい、性格がうつですね」と少し口を歪めて同じことを医師は言った。

これが、彼女がうつ病と診断される経緯である。そして彼女自身うつ病と診断されたことについて次のような感情を抱いたと述べている。

うつというのは心の病、心のカゼという認識が少なからず私にはあったが、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ような気がして、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）家に帰ってから自室にこもり考えていた。うつ病というラベル

が貼られ、性格がうつ、という新たなアイデンティティに気づかされた。

皮肉なことに彼女はうつ病という診断によって、これまで不確定だった自身のアイデンティティに望まない形の輪郭を与えられたのである。

次条からは、仕事への没入と難治性うつ病という診断を受けて 1 回目の離職を経験する第三期へと分析を進める。

4-2-3-3. 第三期

第三期冒頭ではうつ病を抱えながらの就職活動に対する苦悩と、内定獲得後の仕事への没入が語られる。

彼女は一刻も早く就職活動を終わらせたいという思いから「広告業界には向いていないと言いつけ」別業種を視野に入れるようになる。塾でのバイト経験から教育業界へと目を向けると、面接も通りやすいことから運命めいたものを感じ、志望度合いも上がっていった。しかし、常に不安はつきまとう。合否が出るまでは眠れない日が続く、希死念慮も出ていたという。

このような就職活動の最中、突然転院することになる。その時の医師とのやりとりを以下に示す。

「あなたのうつは軽いですから、もう少し小さな病院でも」この医師は私を傷つけることが至上の悦びなのだろうか…、仮にも心を病んでいる人間に病気の軽重を示し、なげやりな配慮に欠ける態度、なぜこんなのが医者なのか。薬のおかげで就活も再開できたので少しばかり感謝していたが、そんな思いも消えた。

この医師の精神科医としての資質はさておき、ここからは 3 つの問題を読み解くことができる。1 つはこの医師が双極性障害を見抜くことができず、うつ病と診断していることである。双極性障害の診断の難しさについてはこれまでも指摘されており、双極性障害を取り巻く大きな問題の 1 つである。

もう 1 つが医師—患者関係である。第二期での医師に対する怒り同様、ここでも彼女は医師に対して不信感を抱いている。精神科医療においては治療者への信頼が重要とされているが、ここでは真逆の事態を呈している。精神科医療における医師—患者関係の構築の難しさを端的に示すものであろう。

そして最も注目すべき問題は、X が医師の言葉によって傷つけられているという事実だ。医師がどのような意図をもって「性格がうつ」や「あなたのうつは軽い」と述べたのか定かではない。しかし、専門家として唯一頼ることのできる医師によって傷つけられているということは看過できない問題である。これを医師による物語の侵襲と捉えることもできるだ

ろう。

その後、彼女は無事に教育業界での内定を獲得するが、内定後は OJT (On the Job Training) という名の搾取的労働が始まり、これに没入していくことになる。そんなある日、転院先の医師に治療の経過から「難治性うつ病」の可能性を指摘される。

ここからは内定者研修で知り合った S という男性との恋愛を中心に語られる。そのなかで、彼女の生きづらさを明らかにするためにポイントとなる 2 つのエピソードに注目する。

1 つめは、S との同棲中に近所のスーパーに一緒に行こうとしたところ、スッピンであることを指摘され、「さすがに化粧なしはちょっと…」と言われたことである。

これまでも彼女の外見に対するコンプレックスは度々語られてきたが、それは自身が過剰に周囲の目を気にするという内的な問題であった。それがこの事件では恋人によって外見にクレームをつけられたのである。これに対し、彼女は「なんだかありのままの自分を否定された気がした」と述べている。

2 つめは、彼女の誕生日にプロポーズをされたことである。しかし、それは単純に喜ばしい出来事としてではなく、彼女の中で生まれた仕事か家庭に入るかという葛藤として描かれている。彼女は結婚を仕事からの逃げと捉えていたのである。その時のことを彼女は次のように述懐している。

仕事に依存している私は、イヤだ、ストレスだ、と言いながら仕事を辞める勇気がなかった。(中略) 自分で言うのもおこがましいが生徒、保護者、講師、上司の信頼は厚く、その感覚だけが私の当時の全てだったからである。

OJT から続く仕事への没入は、やがて彼女の生き甲斐、全てになっていった。しかし、それも長くは続かなかった。仕事と結婚の間での葛藤を抱え、不眠が続き体調は徐々に悪化していった。ある日、すさまじい頭痛と鉛様疲労感に襲われ、起き上がれなくなった。止む無く初の欠勤を会社に連絡するが、電話で発話するのもやっとな彼女に対し、「心底しぶしぶ、といった感じで」会社は欠勤を認めた。その時の会社の対応が引き金となり、S との関係における葛藤や仕事への想いといった全ての糸が切れ、「そして私は全てから逃げ出したくなった。仕事からも、S の家からも」と述べている。

この後、彼女は実家へと戻り、退職する。退職時のことを「あんなに必要とされているはずなのに、電話の嵐だったのに、まるで私など最初からいなかったかのように会社はまわっていた」と語っている。

では、ここでの問題を整理しよう。S からの外見に対する発言、仕事と結婚の間での葛藤、そして最後の離職時、全てにおいて共通しているのは、承認を巡る問題であった。

S によるスッピンに対しての指摘は、多くの女性が抱える性的承認と人格的承認の問題であり、彼女の「ありのままの自分を否定された気がした」という発言からも明らかである。恋人が与えていたのは着飾った彼女に対しての性的承認であり、人格的承認ではなかった。

そして、仕事と結婚の間の葛藤は、当時の彼女の全てであった仕事という社会的承認と性的承認の間の葛藤として読み解くことができる。結婚を仕事からの逃げとして捉えている点から、彼女にとって社会的承認は性的承認以上のものであったということがわかる。

上記2点から、彼女は、性的承認は得ていたが人格的承認は得られていなかったこと、彼女にとって社会的承認は性的承認を上回る価値を持っていたことが読み取れる。しかし、彼女は抛り所であった社会的承認すらも離職によって失った。

つまり、この第三期は Y との恋愛と就職活動における不承認、内定から社会的承認を獲得するまでの労働という役割への没入と労働依存、S からの性的承認とそれに対する不満、さらにはプロポーズを契機に生じた性的承認と社会的承認間の葛藤、そして離職による社会的承認の喪失、という承認を巡る獲得と喪失の物語だったと言える。

ただし、最後の「全てから逃げ出したくなかった」という発言からもわかるように、仕事も S も彼女を役割に固定し、縛り付けるものであり、安息や彼女の求める承認を提供する場ではあり得なかったのである。

このような労働依存と承認を巡る物語は第四期でも語られる。次からは療養と再就職、休職を経て双極性障害と診断される第四期へと分析を進める。

4-2-3-4. 第四期

失意のなかでの離職後、彼女は実家にて一時の療養生活を送る。しかし、その実家は彼女の心を癒す場とはならなかった。

退職後の通院で医師から労働に対しストップがかかるが、この時のことを「一体いつまで休めば治るのか示されることもなく、真っ暗な闇の中に放り出された気分だった」と述べている。さらに続けて療養時の実家での苦痛を以下のように述懐している。

社会のなか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。(中略)「働かざるもの食うべからず」昔から父が言っていた言葉を反芻しながら食卓に座るのは苦しかった。

ここでは、社会的立場に対する喪失感、自己否定感、居場所のなさ、染みついた過去の教育といったものがまとめて語られている。そういった全てのものが積み重なって、彼女を苦しめていたのだ。

さらに、このような負の感情は自身の存在そのものに向けられるようになる。この時期の人間関係に関する記述に目を向けるとそれが明らかになる。「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してほしい、そんなことばかりを願いながら過ごす日々は無味乾燥で生きている実感もなかった」しかし、このような発言とは裏腹にネットの世界ではなんとか人間関係を作ろうともしている。「消えてしまいたいと思いつつも自己存在を

示したくて行き場のない想いを詩のようなものに込めて公開したりもした」「興味をもってもらいたいくせにいざ、個別チャットなどで質問攻めにされると自ら接触を断ったりした。特に職業や何をして過ごしているの？なんて他愛のないやりとりが苦痛だった」と述べている。

自身の存在を自身で否定し、消えたいと願いながらも誰かに自身の存在を認めて欲しい、という相反する想いが現実空間と仮想空間の間でせめぎ合っていたのである。彼女は「それでも何かしら人とつながりたいと思う矛盾は常にあった」と述べ、やり場のない想いを記述している。

療養中も常に仕事に対する焦りを抱えており、退職から4ヶ月程で次の仕事を探し始める。履歴書を書く段階になって彼女は、「以前よりもぎこちない筆跡」と証明写真の表情から「病み」を悟られはしないかと怯えた、と述べている。これまでの経験とうつ病による療養が彼女にスティグマを与えたのだ。

彼女はこのようなスティグマを隠し、アルバイトとしてホテルへの再就職を果たす。しかし、その直後から労働依存傾向が顕著に現れた。上司の指導は厳しく、毎日のように叱責を受ける日々を過ごした。しかし、彼女は「アルバイトでありながら週5日以上勤務になりつつあったが早く仕事をおぼえたかったので、こらえた」と述べている。

そのような努力の成果もあり、上司から「今日から独り立ちだ、おめでとう、よく耐えたな」と言われ、再び社会的承認を得ることになる。これを機に彼女は「仕事が一気に楽しくなった」と述べている。

上司の移動など職場の変化が続くなか、職場で知り合った14歳上のIという男性との恋愛が始まる。Iとの恋愛について多くは語られていないが、Iの母が亡くなった折に、自分に弱みを見せてくれること、必要としてくれること、自身のうつ病を告げても引かれることなく包容力を感じたことなどが記述されており、Iからの承認が得られたことがわかる。

Iにパチンコ店に連れられて行ったことがきっかけとなり、パチンコにはまり、後に病的賭博（ギャンブル依存症）と診断されることになる。彼女は「賞金口に玉を入れるどこまでも単純な作業は日常の全てのストレスから一瞬だけ解放してくれた」と述べており、逃避としてのギャンブルに依存することになったのである。

上記のような問題を抱えながらもそれが表面化することはなく、仕事への没入と恋愛、逃避としてのギャンブルという奇妙なバランスの上に成り立った充実した日々を過ごす。仕事で軽い頸椎症になり、一時休職を余儀なくされるが、十分に療養することもなく職場へと復帰している。しかし、ここからもわかるように労働依存傾向は強く、身体的な限界は近づいていた。

彼女は頸椎症で通院している際も、「いつまでも休んでいるわけにはいかない」と語り、復職後も「心身の不調を痛切に自覚しながらも労働は生き甲斐だった」と述べている。それが如実にわかるのが以下の記述である。

終電で帰って（中略）スーツのまま床で寝ては飛び起きて（中略）を繰り返す、女としては終わっていたと思う。（中略）それでも、仕事をしている自分が好きだった。わかりやすく人に必要とされ、プレッシャーを感じながらも大きなイベントを完遂したときの達成感、ひとときの連帯感、そういったものが病気を忘れさせてくれた。

ここからは明らかな労働依存と承認欲求、病からの逃避が読み取れる。

しかし、彼女の危うくも充実した日々は思いもかけない形で終焉を迎える。その原因がE課長という彼女の上司からの度重なるセクハラである。

セクハラはエスカレートし、彼女は以前の上司に相談をしたが、それが止むことはなかった。そのため彼女は自身が難治性うつ病であることを含め、セクハラ的事实を人事に告発した。しかし、人事の対応は彼女の一時休職と部署の異動であり、彼女の望むものではなかった。

あんなに身を粉にして働いたのにセクハラ被害を受けて、飛ばされるのは私の方なんだ…。相手は役職だから当たり前と言えばそうなのだが、被害者である自分が行きたくもないところに半ば強制的に行かされるのにはさすがに不満があった。以前の部署でもE課長より明らかに役に立っていたはずなのに、という傲慢な思いもあった。

こうして彼女はまたしても社会的承認を失ってしまう。再起をかけて転職し、文字通り「身を粉にして」働いて得た承認は、ホモソーシャルな社会の理不尽によって、彼女から剥奪されたのである。

その後、会社が提示した1ヶ月の休職期間中、やつれている彼女の様子を見かねた母親の勧めで彼女は再度転院し、そこで双極性障害と診断されることになる。その時の様子を彼女は以下のように記述している。

私も母も躁うつ病（双極性障害）に関しては軽い知識があった。（中略）私にはいろんな思いがかけめぐった。うつ病は抗うつ薬を飲めば完治する、心の風邪とも社会的には言われている。でも躁うつ病は違う。その病には完治というものがないことを知ってしまった。社会自殺病という悲惨な呼び名があることも知っている。そして21歳でうつを発症し、抗うつ薬を飲み続けてきた4年間は一体何だったのだろう。

ぐちゃぐちゃになりそうな頭で心には虚しさを感じながらも、診断が誤っていたならどれだけ薬を飲んでも、治そうと努力をしても治るわけがなかったんだ、と諦めがついた気もした。

ここでは、うつ病と闘った4年間に対する虚しさは語られているものの、双極性障害という完治のない精神疾患であると診断されたことに対する絶望や悲嘆についてはそれほど

強く語られておらず、ある種の諦めと納得を読み取ることができる。つまり双極性障害と診断されること自体が彼女に絶望や「生きづらさ」を与えたわけではないのだ。

では、彼女の「生きづらさの根源」となる双極性障害とはいかなるものなのだろうか。医師から、うつ病という誤診を受けた理由と双極性障害と診断した根拠についての話を聞く過程でそれが明らかになる。

医師は診断の根拠について、数年間の間にうつエピソードと躁エピソードが数回確認されるからだと述べ、その中からうつエピソードだけを抽出してしまった結果、初診時にうつ病という誤診を招いたと説明した。

そこで医師がうつエピソード、躁エピソードとして示したものは、大学受験に向けての勉強と不合格に対する不安、入学後の無気力、バイトやサークルへの熱中、サークルを辞めてからのうつ気分、躁の発現としての水商売、恋愛と就職活動によるうつ病の発症などを挙げた。

さらに、医師は追い打ちをかけるように抗うつ薬によるアクティベーションを指摘し、これまで仕事にやりがいを見出し、必死に働いてきたことが抗うつ薬による軽躁状態の発現であったと述べた。そして治療指針として抗うつ薬の断薬と気分安定薬を用いての低うつ状態の維持を提示した。

これに対し、彼女は「またうつに苦しむのかというどんよりした気分と低うつ状態の維持をあえて目指す治療方針がはがゆかった。楽しいことなんてもうどこにもない気がした」と述べ、さらに以下のように続けている。

理屈は分かって、いや、わかったからこそ自然発生的な気分の高揚するような出来事のことにも気分の落ち込みが約束されていることが透けて見えた。完治もしない。気分のふり幅を小さくする薬を飲んでも大なり小なり感情の揺れはある。意図的に楽しいことをするのは好ましくない…うつ病と診断されたときとは別の絶望を感じた。

上記の医師の説明と彼女の記述から彼女が抱える「生きづらさ」と絶望の正体が見えてくる。彼女のこれまでの人生における努力は病と薬によるものとして否定され、今後「楽しいこと」の後には落ち込みが約束される。そんな過去と未来に対する否定が彼女の感じた絶望であり、そのような絶望を招く双極性障害こそが彼女がアンケートで「生きづらさの根源」⁴⁸と記したものである。

ここまでのセルフレポートの分析を通じて、彼女が双極性障害と診断されるまでどのような人生を歩んできたのか、双極性障害と診断されることでどのような絶望を与えられたのかが明らかになった。一度ここまでに明らかになったことと彼女の「生きづらさ」を総括した上で、物語の書き換えが顕著になる第五期、第六期の分析へと進もう。

4-2-3-5. ここまでの総括と問題の所在

幼少期から双極性障害と診断されるまでのセルフレポートの分析を進めるなかで、時期によって様々な問題が語られてきた。まずはこれまでの議論を整理しよう。

第一期では、後に醜形恐怖症にまで発展する外見コンプレックス、家庭環境の問題、最初の躁エピソードとされる受験勉強と不安、さらに合格後の無気力が語られた。これらの多くは第四期まで続く問題の原型として捉えることができるだろう。

続く第二期では、アルバイトでありながらの労働依存傾向と役割への過剰な同一化、軽躁の発現、醜形恐怖症、恋人の不承認、就職活動での挫折とアイデンティティの不確かさ、その延長でのうつ病の診断が語られた。

この段階で、うつエピソードと躁エピソードが繰り返されていることが確認できる。さらに、他者から必要とされることや満たされない承認欲求、自身のアイデンティティの不確かさなど、第三期、第四期で焦点となる「生きづらさ」に関する問題についてもこの時期から徐々に顕在化してきている。

第三期では、上記の問題がはっきりとした形で現れる。労働への没入や、社会的承認と性的承認という異なる質の承認を巡る葛藤が描かれているが、人格的承認は得られず、最終的には離職という形で彼女の拠り所であった社会的承認も失う事になる。つまり、第三期は各種の承認を巡る獲得と喪失の物語であったと結論付けることができる。

もう1つ見逃してはならないのが、医師との関係、さらに言えば医療の問題点が記述されている点である。本来理解者であるべき医師によって症状の軽重をつけられ、彼女の苦痛や「生きられた物語」といったものが「軽いもの」として処理されてしまった。つまり、彼女の「病い」はその主観的意味を剥奪され「疾患」として編成されてしまったのである。

最後の第四期では、療養中の喪失感、自己否定感、居場所のなさ人間関係における「矛盾」が示された。さらに復職後は第三期と同様の労働依存と各種承認を得るための奮闘とその剥奪が語られた。最終的には双極性障害の診断を受け、ある種の納得と諦め、そして絶望という形で物語が締め括られた。

ここで彼女はこれまでの人生における努力や達成感、様々な葛藤を双極性障害に由来するものとして否定されたのである。彼女はわかりやすく他者から必要とされることを求め、労働への依存、各種承認を巡る闘争へと駆り立てられてきた。

クラウスはこうした労働依存を役割への過剰な同一化として捉え、「ある役割期待との過剰な同一化が自我同一性弱体化に導く」(Kraus 1977=1993:44)と述べている。これは、彼女の承認を巡る闘争とも深く関係している。

第二期、第三期、第四期の記述からも明らかなように彼女は労働によって社会的承認を獲得し、恋人の存在によって性的承認も獲得していた。しかし、これらは労働者役割、恋人役割を演じる彼女の役割演技に対して与えられた承認であり、ありのままの彼女に対する人格的承認ではない。彼女の対自存在は、これら対他的役割との全面的な同一化によって「対他存在へと外在化された対自存在」(Kraus 1977=1993:39)へと変容してしまっていたので

ある。つまり、彼女は自己から疎外されており、人格的承認の対象となる対自存在が不在のため、彼女が真に希求した人格的承認は構造的に接近不可能なものだったのだ。

では、彼女が渴望した人格的承認の対象となる対自存在とはどのようなものなのだろうか。それは役割演技から離れ、「痛み」を抱える「患う」存在としての自己である。この「痛み」はどこまでも主観的なもので、究極的には共有不可能なものだ (Scarry 1985:4) が、当事者の声に耳を傾ける言語的/非言語的コミュニケーションによって「病い」の意味を理解し、「患う」存在としての彼女を受け入れることは可能である。しかし、それが実現されることはなかった。

これが決定的となるのが、彼女に下された双極性障害という診断、換言すればスティグマの付与である。これまで見てきた労働依存や承認を巡る闘争、人生における様々な出来事や感情の起伏、といった彼女の「生きられた経験としての病い」に対して医学的なラベルが貼られたのである。

クラインマンは「病いの経験は常に独特なものである」(Kleinman 1988=1996:5) と述べているが、ラベリングによって彼女が経験した物語はうつエピソード、躁エピソードとして一般化可能なものへと書き換えられ、その唯一性と独特の意味は剥奪された。こうして彼女の「病い」は「疾患」へと編成され、「患う」存在から「病人」へと変容させられたのである。彼女の人生は双極性障害という文脈で再構成され、自身の感情や人生の意味が否定され、自身への信用を失ってしまったのである。

では、彼女の「病い」の物語は「疾患」の物語へと書き換えられて完結するのだろうか。換言すれば、「病い」は「疾患」へと一方通行に編纂されるものなのか。その答えは彼女のセルフレポートの第五期、第六期に隠されている。この第五期、第六期のセルフレポートは第一期から第四期までのセルフレポートとは提出時期が異なっている。執筆自体は同時期であったが、書き直しを繰り返した結果、長らくの間未完だったのである⁴⁹。この「書き直し」と「未完」であったことこそが、物語の書き換えと密接に関係しているのだ。

それでは彼女の物語が大きく動き出す第五期、第六期の分析と歩みを進めよう。

4-2-3-6. 第五期

双極性障害と診断されたことは彼女を完全な病者にし、人生の努力や未来への希望を奪った。しかし、彼女は人生の全てを諦めるわけでも、療養に専念するわけでもなく、自身の思う人生を取り戻すように徐々に行動を始める。第五期はそんな彼女の激動の人生の序幕と位置付けられる時期について記述されている。

第五期は退職後の自宅療養から記述が始まる。これまで同様 SNS に逃避し、同じ疾患を抱える患者との交流を通して、共感しあったり、時には気まづくなったりする日々を過ごしていた。この時の同じ双極性障害を抱える患者との交流について彼女は「同じ疾患でも分かり合えないんだな、と思ったのはこれが初めてだった」と振り返っている。

そして、SNS 上で恋愛とも呼べない恋愛を繰り返すうちに恋愛詐欺に遭うことになる。ここでは恋愛詐欺という表現が使われているが、実際に金銭をだまし取られており、れっきとした詐欺事件である。SNS 上で出会った男性に数回にわたりお金をだまし取られたのだ。

事の詳細は詳細に記述されているが、「もう思い出したくもないが」と述べられており、鮮明な記憶であると同時に、思い出したくない記憶であることが読み取れる。そしてこの詐欺事件は彼女の病状を悪化させる。強い妄想と不安が現れるようになったのだ。ある時、パニックに陥り、急患として主治医の診察を受けた。そこで、「今まで飲んだことのない薬が処方された」と記述されていることからわかるが、これまでとは全く異なる薬が処方されることになった。この薬は X に非常に両価的なものとなり、その後の薬に対する考え方にも強い影響を与えるきっかけとなる。

「今までに飲んだことのない薬」の効果はてきめんで、妄想や不安が消え穏やかな気持ちになったことが記述されている。しかし、この薬は急激な体型変化をとまなうものでもあった。第一期の記述から見られるように X は醜形恐怖症を抱えており、たとえ薬の影響でもあっても太ることは許せないことだった。なんとか痩せようと、朝のジョギングや置き換えダイエット、カロリー制限などを試みたが、食欲亢進だけでなく代謝低下作用を持った薬であったため、思うような効果は得られなかった。こうして彼女は摂食障害を悪化させていく。

X は今でこそ自身の体型の変化を許容し、摂食障害は治まっているが、醜形恐怖症の残滓は残っており、このころから 7 年経った現在まで一度も体重計には乗っていないと記述している。

ダイエットの成果が思うように出ないことに対して、彼女は「働けば、身体を動かせばまた痩せられるのでは」と考え、療養中にもかかわらず仕事を探し始める。病状を考慮して正社員ではなくアルバイトとして働ける仕事を探してはいたが、母親と主治医からは明らかに時期尚早だと言われていた。

アルバイトの面接では、面接官に病気を悟られ、しっかりと治療をしてから就職活動をするよう促されることや、こんな学歴がありながら本当にうちで働きたいのかとたずねられることもあり、何度もショックな経験をしたと記述されている。それでも何とかコールセンターと採点業務のアルバイトの面接に合格し、2つのアルバイトを掛け持つことにした。アルバイトの掛け持ちについて彼女は「最初は自分のペースを優先して働くことを心がけてはいたが、次第に労働依存の沼にはまっていく」と述べ、これまで同様、労働依存と承認欲求によって自分の首を絞めていくことになる。頼まれた仕事は断れず、採点業務では腱鞘炎に、コールセンターの業務からは突発性難聴を発症することになる。見かねた主治医がドクターストップをかけ、彼女のアルバイト生活は終わりを迎える。

この時主治医は彼女に対し、仕事は諦めて良い人を見つけて家庭に入るという選択肢もあるのではないかと、彼女に専業主婦となる道を提案した。これまで彼女の意思を尊重し、多少の無茶を許容してきた医師がこのように進言したことは、彼女の状態が非常に悪いものであった可能性を示唆している。彼女は「仕事が生きがいであった自分が専業主婦になるこ

とも想像がつかず、こんな疾患を抱えている人間を受け入れてくれる人がいるように思えなかった」と記述しており、医師の進言を受け入れられなかった様子が読み取れる。

その後、彼女はしばらく自宅で療養するが、この時のことを「もう何をする気力も残っていなかった」「何もせず生きているのか死んでいるのかわからない日々が続いた。延々と天井を見つめるだけの生活に嫌気がさした」と記述している。そして記述は実家が療養に適した環境ではないことを説明するものへと移っていく。

その原因は高校時代から折り合いが悪くなっていた弟の存在である。4つ下の弟はこの頃には完全な引きこもりになっていた。Xの弟は買い物依存症で、家にはフィギュアが溢れ返っていた。彼女は「インターホンが鳴るたびに人形が増える」と記述し、そうした惨状に不機嫌になる父親と、強く咎めるわけでもない母親に強い不満を感じていることが読み取れる。

このような環境での療養が上手く機能するはずもなく、療養中はSNSに逃げるといういつもの悪循環を繰り返していた。そこで、うつ病を克服し水商売をしながら自立しているという人と知り合うことになる。彼女はこのことを「いいな、と思った」と記述している。多くは語られていないが、これが彼女の今後の身の振り方に多大な影響を与えたことは想像に難くない。実家の環境に嫌気がさし、労働と自立に強い想いを持っていた彼女には最後の希望のように見えたのだ。

こうした背景もあり、彼女は何度となく母親に自立したいと伝えていたが、ことごとく反対されていた。何度目かの話し合いの際、母親から「家族なんだからずっと一緒にいるべき、そんな病気で無理する必要ない」と言われ、「ああ、もうしんどいなと思ってしまった」と母親に対する諦めにも似た絶望を記述している。

そして翌日、彼女はかばん1つで家を飛び出す。大学時代を過ごした京都で水商売を始め、自立しようとしたのだ。この時彼女は「これでだめならもう死んでしまおうと思った」と述懐しており、強い決意を持った行動であったことがうかがえる。そして同時に「たぶん混合状態だった」とも記述しており、振り返りによって行動に対する意味づけが若干ではあるが変化していることが読み取れる。

以上がXのライフヒストリーの第五期に当たる部分である。ここでは双極性障害と診断され療養生活に入るものの、人生に対する閉塞感からSNSへ逃避し、そこで詐欺被害に遭い、病状が大きく悪化したことが語られた。悪化した症状を抑える薬は諸刃の剣で、症状は改善したものの、第一期から問題として語られている醜形恐怖症を増悪させる体型の変化と摂食障害の併発をもたらした。

このような問題を打開しようと、十分な療養ができていないにもかかわらず、アルバイトを始め、承認欲求を満たすため無理な働き方をすることで労働依存にはまり、結果的には辞めざるをえなくなるという悪循環をここでも繰り返した。

第三期、第四期から繰り返し語られた労働依存と承認欲求の問題は彼女の人生を通底するものであり、第五期でも顕在化している。これまでの記述と異なる点は、彼女が実家から

の自立を希求していることが明確に語られたことである。実家が療養に適さない環境であることは疑いようのない事実だが、それ以上に彼女は自身の家族に疲れてしまっていた。母親との話し合いの後に「ああ、もうしんどいなと思ってしまった」と語られているのがその証左である。彼女は双極性障害という病だけではなく、家族によっても自分の人生を縛られていたのだ。

軽躁をとまなう混合状態の力を借りて、彼女はその鎖を断ち切るべくついに家出を決行し、念願の自立を果たす。そして第六期では、彼女の人生と病に対する大きな変化が生じたことが記述される。

4-2-3-7. 第六期

第六期は彼女の人生が大きく変化し、これまでの物語の書き直しが記述される。大きな変化の1つは、初めて親元を離れての一人暮らしの経験である。そして2つめは物語の書き換えにおいて重要な存在となる夫との出会いと結婚である。こうしたことを契機に彼女は彼女自身を変化させていく。また第六期は時系列においても現在へと直接つながる物語であるため、厳密には未完の物語である。それでは最後の第六期の分析へと歩みを進めよう。

家出同然に実家を飛び出した彼女だったが、実家は大騒ぎで、母親からは「お父さんすごく怒ってるよ」「捜索願出すよ」といったメールや電話での連絡が入っていた。彼女はこれを「脅し文句のような連絡」と記述しており、母親が自分を心配して連絡してきたものとは捉えていない。第6章で詳述するが、彼女は母親からの言葉は体面を気にしたものであって、真意から出るものではないと述べている。そうした認識がここでの記述にも反映されているのである。

実際のところ父親は怒っておらず、冷静に心配していた。父親に「落ち着いたら必ずまた連絡するから、1人で頑張らせてほしい」とメールで伝えたところ、意外にもあっさりとして承してくれたと言う。

こうして初めて親元を離れての生活が始まった。ほぼ未経験のホステスという仕事に対しては、「お客さんは優しい人ばかりで楽しかった。調子によって飲みすぎて吐きそうになりながらも、働いたぶんお金がすぐにもらえるのはすごいと思った。先輩は怖い人もいたけど、店長や担当の黒服は優しく、新たな気持ちでやってみようと思えた」と記述しており、仕事に対する辛さや不満などは見られない。賃貸契約が決まるまでは働いて得た日給でネットカフェを泊まり歩くという過酷な生活を送っていたが、それでも「仕事のコツを覚えて、やればやるだけ成果が出るのは嬉しく、やりがいを感じていた」と記述している。

仕事にも慣れ、マンションへの入居が決まった時のことについては「契約しなければ水も流れず、電気もつかないことを知った。いかに自分が世間知らずなのか思い知った」と述懐しており、労働と自立が必ずしも同義ではないことに気づき始めている。

第六期の前半はこのように初めての一人暮らしでの発見や仕事と若干の恋愛について記

述されているが、第一期から第四期のような熱量をもって記述されているわけではなく、時系列に沿った事実の記述といった側面が強い。1点の例外は父親に対しての記述である。これまで、父親は恐ろしい存在であり、労働に重きを置く価値観を植え付けた源として素描されていた。しかしここに来て父親に対する認識の変化が見られる。先述したように、一人で頑張ることに対する理解でも言及されていたが、「辛かったらいつでも戻ってきていいよ」という内容のメール連絡があったことが記述され、「優しい人だったんだな、と初めて知る父の面に戸惑いを覚えながら、父の日のプレゼントを選んだりもした」と父親に対する理解に変化があったこと、それに対し若干の戸惑いを覚えていることが記されている。

仕事には順調に慣れていき、父親との関係にも変化が見られ、一見全てが順調かに見えたが、体調は徐々に悪化しつつあった。やればやるだけ結果の出る仕事にのめり込み、軽躁を誘発することで労働依存傾向は強化されていった。また、仕事で順調に結果が出ることは承認欲求を満たすものであったが、そこで得られる承認は性的承認と経済的承認であり、人格的承認とは程遠く、満たされない欲求は鬱積していった。

そんな中で彼女に最大の転機が訪れる。現在の夫と出会うのである。彼女は夫と出会ったときの第一印象を、「私の話を遮ることなく聞いてくれた。不思議な心地の良さを感じた」と記述している。また、双極性障害という疾患に対する知識を有していたことにも触れている。これまでの記述でも複数の男性との恋愛が記述されてきたが、彼は彼女がこれまで出会ってきた男性とは何かが異なっていた。彼女はこの違いを次のように記述している。

彼と過ごす時間は安らぎを感じるもので、本来は人と長時間過ごすのが苦痛な私であったが彼の前では自然体でいられることに気づいた。誰かの前では何かしら演じていた私にとってははじめてのことであった。

ここで注目したいのは、「自然体でいられる」と記述し、夫の前では何かを演じる必要がないかのように感じていることが述べられている点である。彼女は交際相手から承認を得るために様々な役割を演じてきたことがこれまでも記述されてきた。第三期、第四期では承認を巡る不毛な闘争が最大の問題だった。第五期でも療養中はSNSに逃避し、常に他者からの承認を得ようと奮闘してきたことが語られてきた。こうした過去を考慮するならば、彼女が何かを演じることなく関係を築けたと振り返っていることは、非常に大きな変化だと捉えられるだろう。

それでも交際中には彼女の働き方を巡って度々衝突することもあったという。長い年月をかけて形成されてきた彼女の労働依存と承認欲求が突然消え去ることはない。それでも夫からの「もっと自分を大切にすることを覚えなよ」というアドバイスは彼女の心に響いたようで、働き方にも変化が生じた。不特定多数の他者からの性的承認や、彼女そのものに向けられているわけではない仕事の成果といった代替可能な承認よりも、何かを演じることも成果を求められることもない夫からの承認が彼女を変えていったのである。彼女はこう

した変化について、「不特定多数の承認より、彼からの承認を欲した。いや、単純に彼とこれからも一緒にいたかっただけかもしれない」と記述している。

ここからは結婚に向けて双方の両親に挨拶をしたこと、そこで彼女自身の両親と夫の両親の子供へのかかわり方の違いに驚いたことなどが記述されているが、特筆すべき点はない。

注目すべきは、彼女の父親に対する思いが大きく変化していることである。第六期の冒頭でも家出をきっかけに父親との関係に変化の兆しが見られたことが記述されていたが、それが決定的なものとなるのが、結婚である。このことを彼女は次のように記述している。

いま思えば、父は私の決めたことを頭ごなしに反対などしたことがなかった。仮に反対するとしてもちゃんとした「理由」があった。彼と結婚してからは父を交えて食事をする機会もでき、実家で暮らしていた頃には分かりようもなかった父の父親以外の側面、考え方を知ることになった。彼との結婚により父は「怖い人」ではなくなったのかもしれない。

ここからは夫という存在が新たな家族の成員となったことで、彼女が父親と結んでいた紐帯に変化が生じたことが読み取れる。彼女の生きづらさとして記述されてきた、労働依存の根源となる価値観を植え付けた「怖い人」である父親との物語がここにきて大きく書き換えられたのである。以前は父親の存在は労働や家父長制的権威と結びついており、彼女の人生の問題を形成した一因かのように捉えられていた。しかし、結婚後はこうした考えの大部分は変更され、人や物事には見えていない側面があることや、時間によって関係性が変わることを実感した結果、厳しくも優しい存在として捉え直されている。

結婚後の生活については、注目すべき記述が2点見られる。1点は、「結婚したては感情コントロールが今よりも下手だった」と述懐されていることだ。彼女は「京都で夫と過ごしていたときはもっと気性は荒く、激しやすかったように思う。外に向かって躊躇なく簡単に攻撃性が放たれていたことを思えば、少しはマシなのかもしれない」と述べており、怒りのコントロールに対する変化があったことが記されている。さらに、こうした変化の原因として、イライラの原因を深く考えるようになったことと、心理療法学び始めたことが挙げられ、「思考の癖や行動パターンを改められるよう奮闘している」と記述している。こうした記述から、躁状態や混合状態に見られる易怒性に対するコントロールの仕方に変化があったことが読み取れる。これを彼女は「感情のコントロール」と記述したのだ。注目すべきは、こうした変化が結婚のみに起因するのではなく、原因について深く考えることや、心理療法学ぶことによってもたらされていると述べている点である。これは、自発的な行動が感情コントロールの上達に寄与している可能性に言及するものである。彼女の「病い」とのかかわり方や捉え方は、「病い」が変化し続ける流動的なものであることを端的に示唆しているのだ。

もう1点は不全感に対する記述である。彼女は結婚当初を振り返って、「働かなくなった負い目、いまいちうまくやれない家事、不全感は募りやすかった」と記述しており、これまでの労働依存傾向も相まって、自身が専業主婦になることや生活の変化にすぐには対応できなかったことがうかがえる。主治医からも負い目を感じる必要はないと言われていたが、その言葉が救いになることはなかったという。こうした不全感に苛まれる彼女に変化をもたらしたのは、夫による仕事の手伝いの依頼であった。最初は慣れない作業に体調を崩すことや、思うように進まないことに対し感情の波が生じることもあったという。こうした彼女の状況に対し「主治医は良い顔をしなかった」と記述されており、主治医が推奨するものではなかった。しかし、彼女は「できることが増えるのは嬉しく、少し自信にもなった」と述べ、不全感の解消には役立っていた。彼女の想いと主治医の判断は必ずしも一致するものではなかったのだ。

主治医は推奨しなかった夫の仕事の手伝いであったが、夫の仕事を手伝っている時の彼女は調子が良く、夫の仕事を手伝っていない時は「急に働きたい欲求が頭をもたげてくる」と述べている。こうした時期に仕事を始めてみては辞めるといったことを繰り返し、自己嫌悪と自信の喪失へとつながっていった。彼女はこのことを「『必要とされたい欲求』は根深い」「学習能力のなさに自己嫌悪を覚えても、なかなか抜け出せずにはいた」と振り返っている。

しかし、現在この不全感はその質を大きく変えていることも記述されている。「病い」の物語の書き換えという点で非常に重要な記述なので、少し長い以下に引用する。

不全感といえば、かつては容易に存在意義とつながっていた。この時点においても自己不全感は覚えていたが、存在意義を考えることはなかった。不全感から消えたい、と思うこともなくなっていた。ホルモンバランスに大きく左右されるため、今でも消えたい気持ちはふと訪れるが昔よりはその頻度は減った。それはきっと夫の存在が大きい。ときに衝突したとしても夫は私の心の安全基地であり、かけがえのない人である。

上記の記述からは不全感が消失することはないにしても、その質が完全に異質なものへと変容としていることが読み取れる。特に、彼女が最初にうつ病を患うきっかけとなった存在意義に関する問題に大きな変化が生じていることは注目すべきである。さらにその変化が夫の存在によるものであることが記述されていることは、他者の存在によって物語が書き換えられることの証左である。

新たな契機もやはり夫によってもたらされた。外に仕事に行こうとすることによって体調を崩す彼女に、夫は在宅でライターを始めてみてはどうかと提案したのである。それは彼女が大学時代に目指していたものであると同時に、就職活動において何度も挫折を経験し、最終的には精神科にかかるきっかけとなった複雑な思いのある職業だった。彼女は「ライターと聞くだけで、身体が縮まる気さえする」「それでも、挑戦してみたいような気持ちもあ

った」と複雑な心境を記述している。

しかし、本当の転機はその後だった。彼女がライター応募サイトの画面を見ながら「どうせ適性ないしな」などとうじうじしていたところ、夫に「何かに適性がないというのはその瞬間においての話であって、感性やセンスは磨かれていく。その瞬間を引きずって限界を決めたり、不適性だと断じるのはナンセンス。ましてやそれを才能がないから、と逃げるな。才能なんてそもそもないと思え」と言われ、「頭を殴られたような衝撃を覚えた」と述べている。

ここで受けた衝撃は彼女の人生を大きく変えた。彼女は現在もライターの仕事を続けているが、ここで受けた衝撃について「以前の私なら夫の強い物言いそのものに凹んで、この話はなかったことにしようと『逃げ』の姿勢をとったかもしれない。(中略)それを思うと少し強くなった気がした。過去に囚われて広告業界を彷彿とさせるCMすら観ることができなくなっていた私はもういないのかもしれない」と述べている。この記述だけでも彼女に大きな変化があったことは明らかであるが、ここでの記述を皮切りに、これまで語られてきた彼女の「病い」に対し大きな変化が生じたことが続けて記述される。

承認欲求と労働依存にも影響を与えていた他者から拒絶されることへの不安については、ライターの仕事を続けていくなかで、無理な仕事は断ることや、自分の体調や都合にも目を向け、労働依存的な働き方が改善されているという。Xはこうした変化を「人の反応に病的に怯える拒絶過敏性も少しは和らいでいるのかもしれない」と記述している。また、家庭を持ったことによる変化については「居場所」ができたことによって所属欲求がなくなったと述べている。

さらに注目すべきは、生き方そのものへの変化に言及していることである。彼女の変化がわかりやすく記述されているので長いがそのまま引用する。

病気を言い訳にしない生き方をするようになった。今よりもずっと感情コントロールが下手で、ろくに遊びにでかけることも、家事も恒常的にはできていなかった私と一緒になることを選んでくれた夫に恥じない人間になりたい、と考えている。正直、ときにはしんどいこともあるし、思い切って抑うつ状態に身をゆだねて寝込んでしまいたいときもある。でも大好きな夫が淹れてくれた紅茶を飲むと、次第に抑うつ気分は和らいで、何か1つくらいはやってみようと思えるようになる。最初は「これだけやってくれているんだから私も自分なりに頑張らない」という気負いの部分もあったが、今はごく自然に身体が動くようになっている。魔法みたいだ。全くなにもしない、できないという日はたぶんなくなった。大きな躁が出ることもなく数年が経過し、あんなにひどかったパチンコもしなくなった。主治医はこの治療に大切なのは「薬、人、時間」だと言っていたけど本当にそうだったのだな、と主治医の言葉を再び噛みしめている。ライティングの記事作成で軽躁状態に陥ってしまい、反動でよくうつ状態になっても「べ切に間に合わせるために少し無理をしたし仕方ないよね」とあ

る意味開き直り、「大丈夫、また日常に戻れる」というぼんやりとした自信も持てるようになった。実際、抑うつ状態が長引くことはなく、昔よりははるかに早い段階で、通常通りの日常に回帰できるようになった。

ここからは症状そのものが消失したわけではないが、その出方に若干の変化が生じていること、症状の捉え方に変化が生じていることが読み取れるだろう。これだけでも彼女の抱える「病い」に何らかの書き換えがあったことは想像に難くない。しかしここではより明確な形で物語の書き換えが記述されている。最初は気負いがあったことも現在では自然なことになったと記述されていることや、「ある意味開き直り」と記述されている症状の捉え方がその証左である。ここにも夫の影響は記述されており、彼女と夫が創りあげた「物語り」であることが読み取れる。

そしてなによりも彼女が冒頭に「病気を言い訳にしない生き方をするようになった」と断言している点が重要である。彼女は「生き方」そのものを変えることによって「病い」の物語を書き換えたのだ。第2章以降、双極性障害は人生の問題として立ち現れるものであることを指摘し続けてきた。ライフヒストリーの第一期から第五期を通じ、彼女自身の人生の様々な問題として双極性障害が記述されてきたことはこれまで見てきた通りである。そしてこの第六期では、夫という存在を得ることを転機として、彼女の回復にも似た物語が記述された。こうした流れの中で、彼女のトラウマとも言えるライターという仕事に再挑戦したことと、「生き方」の変化に対する言及が見られることの2点は非常に大きな意味を持つ。なぜなら、彼女は最初の診断を受けるきっかけとなったライターという仕事に再挑戦することで過去を克服している。また、双極性障害という診断を受けて病者となったが、病気を言い訳にする生き方を否定することで、自身の「病い」の物語が医学的翻訳を受けた「疾患」の物語に回収されてしまうことに抵抗している。一度は診断によって彼女の物語は「疾患」の物語へと回収されてしまったかに見えたが、様々な変化と重要な他者と出会うことで再び自身の手により「疾患」の物語を「病い」の物語へと書き換えたことがここでは記されているのだ。そしてこうした流動的な書き換えこそが、彼女の人生の問題としての双極性障害の物語だったのである。

4-3. 総括

第4章では本研究の射程を明確にすることから議論を始め、3つの具体的なデータを提示した。これらのデータからは、それぞれ異なる点から、双極性障害の物語が医学的な視点から記述される「疾患」の物語だけではなく、「病い」の物語としての側面を持っていることが示された。

1つめのデータである少数を対象としたアンケートデータでは、患者各々が自身の双極性障害に対し、個別の意味づけを行っていることと、社会的関係の中で双極性障害の困難や生

きづらさが表面化していることが示された。

2つめのデータである困っていることをたずねたアンケートデータからは、一見すると中核症状に苦しんでいるかに見える回答も、その内容に目を向けると患者個人の置かれた文脈や背景に依存する問題であることが明らかになった。また、コードの共起関係からは、中核症状とされる気分の波もそれ単独で語られることはなく、様々な生活上の困難とともに記述されていることが示された。

そして3つめのデータであるXのセルフレポートでは、患者の様々な経験といった生活史的背景をもとに「病い」が形成されていることが明らかになった。セルフレポートの前半である第一期から第四期では、そうした「病い」の形成と、診断による「疾患」の物語への回収、編成が示された。しかし、第五期、第六期では、環境の変化、重要な他者との出会い、X自身の変化によって、「疾患」の物語が「病い」の物語へと再編される過程が描かれた。

ここでは、患者の「病い」の物語は医学的翻訳によって「疾患」の物語へと一方的に書き換えられるものではなく、与えられた物語に再度意味を付与し直し、「病い」の物語への再編が可能だということが示されたのである。つまり物語は何度でも書き換えが可能な流動的なものであり、書き換えの方向も双方向的なものなのだ。

次章で考察する「病い」への対処である「コーピング」や、その後の「回復」の物語では、患者による物語の語り直しを議論の中心とする。

第5章 病いへの対処

第4章では患者の「病い」の物語に焦点を当て、双極性障害には「疾患」としての側面と、そこには回収され得ない「病い」としての側面があることを3つのデータを用いて明らかにした。最後に提示したセルフレポートでは、何らかの契機によって「病い」の物語が「疾患」の物語に編纂されることも、その逆に「疾患」の物語を「病い」の物語へと再編することも可能であることを示した。

ここまでの考察は量的なデータから患者のセルフレポートという質的なデータへという流れだった。そして、上記のデータはいずれも患者の苦悩や生きづらさ、人生というマクロな視点からの分析であった。ここからは患者が具体的にどのような方法を用いて自身の「疾患」または「病い」と向き合い、対処しているのかという日々の実践をミクロな視点から考察する。つまり、質的データに対するマクロな視点からの分析からミクロな視点への移行である。こうした視点の切り替えによって患者の生活を、よりリアルに描いていきたい。

本章では、患者が日常生活において自身の「病い」に対しどのような対処を行っているのかに注目する。ここでは、患者の経験や他者との出会いといったものが、「病い」への対処法に影響を与えることを具体的な記述から示し、次章の物語の再編、「回復」の議論への足掛かりとする。

5-1. コーピング (coping) 概念の整理

現状、双極性障害には完治がないとされている。仮に無症状期の継続である寛解に辿り着いたとしても、再発を防ぐために日々の生活管理と服薬は原則として永久に続く。この日々の生活管理の一部として、患者は「疾患」または「病い」への独自の対応策を実践している。このような試みは「コーピング」(coping) と呼ばれ、問題に対する対処や対応を意味しており、慢性疾患に関する研究では多くの蓄積がある。日本の研究においても「コーピング」という表記で定着しているため、今後も「コーピング」と表記する。

本章では生活に密着したコーピングに注目することによって、患者が「疾患」の物語を「病い」の物語へと再編し、第6章で言及する「回復」へと架橋していることを明らかにしていく。

まずは、コーピングという概念を簡単に整理することから議論を始める。コーピング研究はストレスへの対処法として論じられてきた背景を持つ。B・K・サンデューら(1994)によるとストレスは個人のホメオスタシスの均衡を乱す内的、外的な影響や出来事に対する生理的反応であり、精神的ストレスは個人の処理能力を超えた環境的变化を知覚した際に生じるものと定義している(Sandhu et al. 1994)。また、L・ベンジャミンとG・R・ワルツらは、組織的あるいは社会的風潮、対人関係などの「環境」、日々の重圧や生活を脅かす出来事などの「ストレス因子」、これまでの病歴およびストレスへの対処法といった個人が持ちうる資源などの「ストレスに対する個人の脆弱性」、この3点の相互作用による産物がスト

レスであると定義している (Benjamin & Walz 1990)。

このように定義されるストレスへの対処を目的として始まったのがコーピング研究である。その中でも代表的なものが、R・S・ラザルスと S・フォークマンらによる研究だ。彼らはコーピングを以下のように定義する。

コーピングとはある人に負担をかけたり、ある人の対処能力を超えるストレスフルな出来事によって生み出された、差し迫った状況を統制しようとする試みの過程である (Lazarus & Folkman 1984)。

さらにラザルスと R・ローニエはこうした行動志向的かつ精神的努力はストレスフルな環境を統制し、飼い慣らし、耐え、ストレスを減らす、あるいは最小化しようと努めるものであると述べている (Lazarus & Launier 1978)。

このように定義されるコーピングはさらに問題焦点型と情動焦点型の2つに分けられる。以下がその簡単な定義である。

問題焦点型コーピングとは、問題解決や意思決定といった直接的行動によってストレスフルな状況を変えようとする試みである。そして、情動焦点型コーピングとは、実際には状況を変えずに、ストレスフルな状況の意味を認知的に変えることによって苦悩などの感情を調節する試みである (Folkman & Lazarus 1985)。

これら 2 種類のコーピングの効果を様々な尺度によって計測することが今日のコーピング研究の主流となっている。

こうしたコーピング研究についてはもちろん批判も存在する。V・C・マイと V・K・ラーズは感情障害を対象にした複数のコーピング研究をレビューした論文において、コーピングの効果を評定する尺度は全体的なものであり、個々の出来事に対しては対応していないことや、セルフレポート尺度を用いた研究では回答者がどのようなストレスを想起しているのかが明らかにならないこと、つまり尺度を用いた研究では具体性に欠くことを指摘している。また、パーソナリティ特性やライフイベントとコーピングの関係性を統合的に研究する必要があることも指摘している (Maj & Lars 2005)。

要約すると、コーピングの大きな問題は個々人が抱えるストレスの詳細、置かれている生活史的背景や文脈が大きく影響するため、尺度化や一般化に限界があるのだ。さらに、抽象化した知識を提示したとしても、個別具体的な解決策を求めている患者や縁者に対して十分に寄与することができないという問題も抱えている。

こうした問題を解決するため、本論では、調査対象者の生活史的背景と置かれている文脈を明らかにした上で、具体的なコーピング実践に照準する。

5-2. 調査概要と調査対象者の背景

ここからは双極Ⅱ型障害の診断を受けている30代の女性患者2名が実践している具体的なコーピング内容を明らかにする。まずは調査概要について説明する。2020年1月、調査対象者に対し、自由記述式アンケートを実施した。以下に示す表5-1は本調査でたずねた質問項目である。現在では患者も「コーピング」という用語を使用するようになりつつあるが、調査では患者が用いる日常的な言葉を使用している。

(表 5-1 アンケート質問項目)

質問番号	質問内容
質問①	あなたは双極性障害の症状が出ないようにするために何か行っていることはありますか。どのような症状に対し何をしているのか自由にお書きください。
質問②	あなたは双極性障害の症状が出ているとき、その症状をコントロールするために何か行っていることはありますか。どのような症状に対して何をしているのか自由にお書きください。
質問③	①、②でお答えいただいたことなかで、効果があると感じているものはありますか。またその行動による副作用のようなものがある場合はお答えください。
質問④	①、②でお答えいただいたことを始めたきっかけなどがあれば教えてください。
質問⑤	①、②でお答えいただいたことは、医師に勧められたり、止められたりしていますか。
質問⑥	①、②でお答えいただいたことはご自身一人で行っていますか。
質問⑦	あなたの症状を抑えたり、コントロールしたりするために、誰かと一緒に行っていることや、周囲の人があなたのために行っていることはありますか。ある場合は、誰がどのようなことをしているか具体的に教えてください。

ここからは質問の意図について説明する。質問①、②は調査対象者が行っているコーピング実践における症状の予防とコントロールに着目したものである。質問③はそうしたコーピング実践における主観的な評価を明らかにする目的がある。質問④は患者のコーピング実践と患者の生活史的背景や置かれている文脈を探るもので、質問⑤は医師の見解に注目した。質問⑥、⑦は患者のコーピング実践における他者の参与についてたずねた質問である。

次に調査対象者の基本属性をまとめた表を以下に示す。

(表 5-2 調査対象者の基本属性)

属性/回答者	X	Z
性別	女性	女性
年齢	34歳（調査時）	35歳（調査時）

家族構成	本人・夫	本人・娘・息子・父・母
婚姻状況	既婚	独身（離別）
職業遍歴	教育関係、ホテル業務を経て現在は主婦をしながら webライターをしている。	美容関係、販売員を経て現在は家業を手伝いながら、B型作業所に通所している。
最終学歴	四年生大学卒	四年生大学卒
病歴	うつ病→双極Ⅱ型障害	うつ病→双極Ⅱ型障害
家族歴	父：うつ病、弟：双極性障害	父：癲癇、兄：統合失調症
処方薬	デパケン R、頓服としてヒルナミン ⁵⁰	ラミクタール、頓服としてデパス ⁵¹
手帳等級	精神障害者手帳 2 級	精神障害者手帳 2 級
年金等級	2 級受給	受給していない

彼女たちのコーピング実践が生活史的背景や置かれている文脈とどのような関係を持っているのかを射程に収めるため、彼女たちのライフヒストリーを簡単にまとめる。Xは第4章で提示したXと同一人物あるため、ここではZのライフヒストリーを紹介する。

Zは曾祖父の代から続く自営業の家庭に生まれ育つ。Zの父は亭主関白で、母は祖父にいびられ、いつも泣いていたと述懐しており、過程環境は良好なものではなかった。幼少期は小児喘息を患い、幼稚園にはほぼ登園できず、小学校1年生までは入院や自宅で過ごすことが多かった。こうした幼少期の出来事の影響のためか、Zは人間関係の形成を不得手としており、そのことはライフヒストリー全体を通して語られている。

特筆すべきは小学生の頃から「自分はいらぬ子」という感情が強く、自己存在を肯定できていない様子が今日まで続いている点である。

与えられた仕事はしっかりこなす真面目な性格だが、他者を頼ることができず重要な役職についた際には必ず体調を崩し、倒れたりしている。体調不良やパニック発作は大学時代についての記述から確認できるが、うつ病と診断されたのは大学卒業後の2008年、就職先での研修終了直後だった。医師からは実家での療養を勧められたが、実家に戻ることはなく、退職後に当時付き合っていた恋人の家に居候を始める。その後はアルバイトや親戚の伝手でいくつかの仕事に就くが、体調の悪化が続き実家に戻る事となる。それと同時に恋人とも別れている。

医師が勧めた実家での療養生活だったが、それも長くは続かなかった。実家に戻り家業を手伝おうとするものの、父親からの邪魔者扱いに耐えられず、新たに付き合い始めていた恋人の家に、半ば実家を逃げ出すように住み着いたと述べている。

彼女は2010年にこの恋人とそのまま結婚した。しかし、結婚生活については結婚当初から幸せなものとしては語られていない。Zの結婚生活に関する記述は、夫の無理解と望まぬ妊娠、精神的経済的DVのエピソードに溢れている。2人の子供の出産と1回の墮胎、家事と育児を一人でこなすなかで急激に容態は悪化していく。

2014年に光トポグラフィーを受けたことによって双極Ⅱ型障害の診断を受けることになる。2015年、彼女の状況を見かねた弟が迎えに来て実家へと戻り、2016年には離婚が成立している。結婚から離婚に至るまでの6年間は彼女の経験した辛さだけが語られていた。再び実家に戻った彼女の記述は、自身の体調と子育てに関することが記述の中心となり、この時期から双極性障害という自身の病と向き合うようになったと記されている。

Zのライフヒストリーの全体を通して読み取れるのは、他者との関係形成の躓き、自己不全感、疎外感である。またXよりも多くの医師にかかっているが、その全てで医師から心無い言葉を浴びせられた経験に由来する医師への不信感が語られていたことも特筆すべき点である。Xが3人の医師にかかり、現在の主治医である3人目の医師に対して信頼を寄せているのに対し、Zは医師に対し一度も信頼を示していないことは2人の大きな差異である。

かなり駆け足ではあるが、Zの背景を追ってきた。4で詳細に分析したXと合わせて、調査対象者の生活史を理解したところで、彼女たちのコーピング実践の分析に移ろう。

5-3. 分析

ここからは前掲のアンケートに対する結果を提示し、分析を進めていく。7つの質問は、「コーピング実践のあり方」に関する質問①と②、「効果の評定と副作用」を示す質問③、そして「他者との関係」に関する質問④から⑦の3つに大別することができる。それでは大別した3つの視点から彼女たちがどのようなコーピングを行なっているのか、見ていこう。

5-3-1. コーピング実践のあり方

まずはコーピング実践の実態について目を向けよう。X、Z共に、自身の症状それぞれに対してのコーピングを具体的に記述している。

Xは自身のコーピングについてアルファベットを付し、アンケート全体の回答につながりを持たせるように記述している。また、Zは症状全般に対するコーピングと軽躁状態、うつ状態とそれぞれの状態に対処するためのコーピングを分けて記述している。以下に示す2つの表質問①と②に対するX、Zそれぞれの回答である。

(表 5-3 質問①と②に対するXの回答)

質問①に対する回答 (X)
A. 外的刺激過多による躁の発現を防ぐために、連続での外出や不特定多数の人間との接触を避けている。
B. イライラを伴う躁やその後の反動を最小限にするために、エピソードの発現のトリガーと思われる実家関係との関わりは自分からは極力持たないようにしている。
C. 過集中を防ぐために一つの行動が終われば小休憩をとるように心がけている。

D. 気分の波を高くしないように感情を大きく爆発させることはないようにしている。
E. 軽躁による散財を防ぐために、必要時以外は大きなお金を持ち歩かないようにしている。
質問②に対する回答 (X)
F. 強いイライラを感じ始めたら好きなものを好きなだけ食べる。それでもイライラが緩和されなければ寝逃げする。自然睡眠が困難であれば頓服も使う。
G. 抑うつ気分が強い時は外出を控える。自分にできそうなことだけ、部分的な掃除や、翻訳作業など、単純作業などをする。
H. 低うつ状態の場合は疲れない程度に外出を試みることもある。
I. うつ期により頭痛や身体のコわばりなどの身体症状が強くて出ている時、頭痛に対して薬を飲むか、寝逃げする。身体のコわばりに対しては湯船に浸るか、夫にマッサージをしてもらっている。
J. 軽躁による多弁が見られる時は外部への連絡は控え、夫と話す時はできるだけゆっくり話すようにする。あるいはできるだけ話さないようにする。
K. イライラする時は外部との接触を控える。
L. 強い感情を感じる時はありのままに日記に書き殴る。
M. 抑うつ症状が重い時、夫の指示通りに動きながらご飯作りをサポートする。
N. 気分に波を感じる時、夫が淹れてくれた飲み物を飲む。

(表 5-4 質問①と②に対する Z の回答)

質問①に対する回答 (Z)
(症状全般に対して)
行動が速いと焦りやすく、また疲れやすいため、いつもゆっくり動き、座って休む事を意識している。
一日のリズムを一定にする。就寝と起床の時刻、食事の時間、家事など動く時間を決める。
一週間の予定を考えて、活動時間の長い日の翌日は自宅で休むようにしている。
(軽躁状態に対して)
調理などをしている時に、次々と先の手順が頭に浮かび、注意を欠いてしまわないように、手順を決めてから始めるようにしている。火力を強くしない、水道の水の量を細める。
イライラしやすくなるため、テレビなどの音はいつも大きくしない。
浪費を避けるためと動きすぎて疲れて終わないように、買い物に行く際は予め、買う物をメモしておく。
必要な物以外の売り場には行かず、必要のない商品は見ないようにする。
帰宅時刻を予め決めておき、その時間までは焦らず行動する。
早口にならないように、いつも相手が理解できるように話すように心掛ける。
焦ってしまわないよう、時間に余裕がある時刻の電車に乗る。ぎりぎりになりそうな場合は次の電車に乗る。
(うつ状態に対して)

疲れ具合を意識して、早めに休むようにしている。
動けるときは散歩やストレッチなどをして身体を動かす。
他人と接する時間を減らす。
意見や行動の速さが合わないなど、ストレスを感じる人と接しないようにする。
音が大きい場所や人混みは疲れやすいため、なるべく避ける。
質問②に対する回答 (Z)
身体の重さ、疲れ、頭痛、自分の行動のペースが速いと感じた時に、手を止めて、座り、飲み物などを飲んで休むようにしている。必要であれば頓服薬を服用する。
音が大きく感じるときは、音源を消す。音量を小さくする。その場から離れる。
周囲の人に対してイライラしてしまう時は、別の部屋に行くなど、その場から離れる。
考えが止まらず、眠れない時は、ベッドから起きて、飲み物を飲む。
混乱し、パニックや過呼吸になりそうな時は深呼吸を意識する。

ここからは、彼女たちが実践するコーピングが、それぞれの生活史的背景や置かれている文脈を色濃く映し出していることが読み取れる。家庭の台所を預かる両者の役割に密接に関係する料理や日常的な買い物に関する記述がその好例である。また、Xは夫との生活が中心になっており、コーピングそのものに夫が参加していることが記述されている。

両者に共通するコーピングとして、意識的に休憩することや、他者とのかかわりを減らすこと、そして飲み物を飲むことが挙げられている。また、うつ状態にあっても可能な範囲で活動しようとする姿勢は、両者に共通する記述である。

これとは別に、記述されていないという点において共通していることもある。それは混合状態に対するコーピングへの言及である。両者に確認したところ、混合状態に対しては対処が難しく、コーピングの手立てはないことが確認された。こうした事実から、躁状態やうつ状態と比べて対処が難しい状態であるため、無意識に記述されなかったものだと考えられる。

5-3-2. 効果の評定と副作用

次に質問③の効果の、自身のコーピングに対する効果の評定と副作用の有無に視点を移そう。以下に示す2つの表はX、Zそれぞれの質問③に対する回答をまとめたものである。

(表 5-5 質問③に対する X の回答)

質問③に対する回答 (X)
C. 予期せぬ過集中に陥ることが少なくなった。

D. 普段は自分に感情抑制を強いている分、その反動で大爆発が起こることがある。
E. 大きな散財や無駄遣いをしなくなった。
F. 過食そのものを後悔する、頓服を使うと「屈した」気分になる。
G. 少し気分を持ち直すことができるが、過集中にはまりやすくなるので注意が必要。
H. 気分転換になつてうまく抑うつ気分を払拭することができるが、時々軽装の入り口まで行ってしまう。
I. 薬が効かない時もある。寝逃げして1日を棒に振った気分になることもある。マッサージしてもらうのは気持ちいいが、夫に申し訳なくなる。
K. 接触を控えると次第に安定してくる。
L. その場ではスッキリするが、日を置いて読み返すと当時の感情に吞まれるので注意。あと日記自体をつけるのが億劫な時もある。
M. 夫の指示通りに動ける時はまだ「少しだけでも役に立てた」と思えるが、妻としては申し訳なく思う。指示内容もこなせない時は自分の無力さ、無能さを呪いたくなる。
N. ほっとする。

(表 5-6 質問③に対する Z の回答)

質問③に対する回答(Z)
頓服薬でエチゾラムを服用することが最も効果があるが、身体の強張りや震え、頭痛などの離脱症状が日常的に起こるようになっている。
座ったり、横になって休むことも動きのペースを落ち着かせられ、よく休めるため効果があると感じる。
飲み物を飲みと落ち着きやすい。
音が大きく感じる時と周囲の人に対してイライラし、ストレスを感じる時はその場から離れることが簡単に素早くできていい。

質問①、②に対する回答では X、Z の共通性が浮かび上がったのに対し、効果の評定と副作用の有無についてはその差異が際立つことになった。

効果と評定について、Z は自身の行っているコーピングがおおむね効果をあげていると感じている。一方で X は冷静な、捉え方によってはやや厳しい評価を下している。

注目すべきは頓服薬の服用に対する両者の差異である。Z が頓服の服薬による身体的副作用のみに言及しているのに対し、X は身体的副作用のみならず「屈した気分になる」と述べ、心理的な副作用があることにも言及している。

この他、X は効果があると感じているコーピングに対しても軽躁を招きかねない危険性を孕んでいることや、コーピングに関与する夫に対しての罪悪感についても記述しており、コーピングとして機能している行為が必ずしもプラスにだけ働くわけではないことを示唆している。こうした X の主観的な評定は X 自身のパーソナリティ特性を強く反映しているものと言えるだろう。

5-3-3. 他者との関係性

最後に他者との関係性について論じる。以下に示す2つの表は、質問④から⑦に対するXとZの回答である。

以下の表で示した回答からは、XとZの生活史的背景や彼女らが置かれている文脈、それぞれがとり結んでいる社会関係の質的差異が顕著に浮かび上がっている。それでは個別の回答を詳細に見ていこう。

Xは自身のコーピング実践において日常的に夫が参与していることについて言及している。また、主治医と良好な関係にあり、自身が行っているコーピングの内容を伝えていることが回答から読み取れる。医師もこうしたXのコーピングをおおむね支持している。ただし、Xの回答で登場するのは夫と医師の2者だけである。

次にZの回答に目を向けよう。Zがコーピングを始めるきっかけとなった子どもの存在や、作業所職員のアドバイスなどは他者の存在を示唆するものであるが、全体を通してXほど目立つ形でこれらの他者がZのコーピングに参加している様子は確認できない。また、医師とは良好な関係を結べていないため、Zのコーピングに対する医師の関与について言及はない。

Xが様々なコーピング実践において夫の存在、医師の指導に言及することで、コーピング実践における重要な他者の存在を示唆しているのに対し、Zは就労移行支援施設の職員や家族について言及している。しかしZの記述では家族による具体的なコーピングへの貢献は記述されておらず、医師の関与もない。Xよりも多くの他者とのつながりが見られるが、関係の質は異なるものであり、コーピングに大きな役割を果たす重要な他者の不在を示唆する内容となっている。

(表 5-7 質問④、⑤、⑥、⑦に対するXの回答)

質問④に対する回答 (X)
A. 過去の対人関係の増加と症状悪化の相関関係を夫に指摘されたため。
B. 最初は夫、最終的には主治医の両者から接触を控えるよう進言されたため。
C. 夫からの提案による。
D. 大きく感情を爆発させた後に後悔し、そこから抑うつに転じることがあったため。
E. 過去に軽躁と知らぬうちに無駄な買い物をしたり、大きなお金を使って後悔したため。
F. 食べれば落ち着くことを経験で学び、イライラしたまま起きていると周囲と喧嘩になるなどロクなことにならないと学んだため。
G. 調子が悪いからと全く何もしないでいるとますますうつ気分が悪化していくことを学んだため。
H. 夫からのありがたい申し出による。
I. 夫からのありがたい申し出による。
J. 単なる自分の思いつきによる。効かない時の方が多いし、口数を減らそう、とか喋らないでいようという意識は無

意識の多弁には勝てない。
K. イライラしている時に人と関わると余計に苛立ちが悪化するケースが多いと学んだため。
L. イライラも希死念慮も日記に書くことで収められた経験があったため。
M. 夫からの提案による。
N. 夫からのありがたい申し出による。
質問⑤に対する回答 (X)
A. 不特定多数との関わりは控えるように言われている。
B. 今では推奨されている。
C. 休憩を意識して行動するように言われている。
D. 我慢のしすぎは良くない、とは言われる。
F. 食べて落ち着くなら良いではないか、と言われている。
G. 翻訳作業などはほどほどに、と言われている。明確な締め切りがあるものには極力関わらないように、と言われている。
L. 推奨されている。
M. 動けない時は無理に動かなくて良い、と基本的には言われる。
質問⑥に対する回答 (X)
B,C,F,G,H,I,J,M,N は夫がいてくれて成立する対処法です。
質問⑦に対する回答 (X)
夫が私の気分や調子に合わせて飲み物を淹れてくれる。
過食欲求が止まらない時は夫がご飯を作ってくれたり、用意して一緒に食べて「食べることの罪悪感」を減らそうとしてくれる。
調子が悪い時は夫が服薬の時間まで寝かせようとしてくれる。
うつ気分の重さを見抜いて気分転換させるべきか充電させるべきか夫が判断してくれる。
身体のこわばりがひどい時、夫がマッサージしてくれる。
夫が洗顔をしてくれる。

(表 5-8 質問④、⑤、⑥、⑦に対する Z の回答)

質問④に対する回答 (Z)
自分の子どもが自閉症であると診断され、発達障害児が負担になることを調べ、自分も気をつけることで体調への負担が軽くなると気づいたこと。
就労移行支援の作業所にて、同じ精神疾患者が頻繁に休憩を取ることを知り、自分にも必要だと職員に声を掛けても

らえたこと。
質問⑤に対する回答 (Z)
ありません。
質問⑥に対する回答 (Z)
就労移行支援の作業所の職員に、疲れている様子を指摘してもらえることが稀にある。
質問⑦に対する回答 (Z)
音が大きいと感じた時に家族が音を小さくしてくれ、テレビを消すなどしてもらっている。

5-4. 結論

両者のコーピング実践は、彼女たちの置かれた現在の状況、周囲との関係性、そしてこれまでどのような人生を歩んできたかという生活史的背景を強く反映していることが明らかになった。ライフヒストリーを手掛かりとした両者の背景を考慮すると次のようにまとめることができるだろう。

Xは4の詳細なライフヒストリーの分析で示したように、自己肯定感が低く、目に見える成果をあげることに拘る傾向が強い。結婚を機に大きな変化が見られたが、自身に対し高いハードルを課し、やや厳しすぎるほどのセルフモニタリングを強いている。そのため、コーピング実践においても手放しに効果を認めることはない。また、コーピングに参加する夫に対しても「申し訳ない」という気持ちを述べるなど、負い目や妻役割を十分に果たせていないと感じていることが語られた。

一方でZは、コーピング実践については一定程度の効果を認めている。しかし、ライフヒストリーにおいて語られた幼少期から続く人間関係形成の不得手からか、ほぼ全てのコーピングを単独で行っており、他者を頼ったコーピングを実践している様子はない。作業所に通い、支援を受けているにもかかわらず、コーピングに直接協力する他者やZの話を親身になって傾聴する他者の存在が語られていないことから、支援という観点ではXよりも利用可能な資源が少ないことがうかがえる。

注目すべき差異としては頓服の使用に対する両者の認識が挙げられるだろう。症状の抑制に対する最も一般的な対処法が頓服の服薬であるが、Zが身体的な副作用のみに言及しているのに対し、Xは「屈した気分になる」と述べ、効果や身体的な副作用よりも心理的な副作用について言及している。これはXが長い時間をかけて減薬に成功してきた、言い換えればXの病いと闘いの戦果を自身によって否定することになるというアンビバレントな意味に由来する記述であろう。

こうした生活史的背景による差異はあるものの、両者に共通する真面目な性格から自身に対しての徹底したセルフモニタリングを課している点や、コーピングの一部に買い出しや料理に関係する内容が記述されている点は、家庭内での役割が類似しているという文脈が作用していると考えられる。

こうした知見とは別に、アンケート全体を通して記述されたコーピングが問題焦点型コーピングであったことも注意すべきである。個々の症状やストレス因子に対し、変更や解決を試みるコーピングについては多く記述されていたが、自身の認識や感情に対する変更を試みる感情焦点型のコーピングに関する明確な記述を見出すことはできなかった。分析対象が2事例と非常に限定的なものであり、一般化することはできないが重要な発見である。

患者が実践するコーピングは患者の生活史的背景や置かれている文脈を色濃く反映するものであった。先行研究でも指摘されていた通り、そうした背景やパーソナリティ特性を無視した数値化、尺度化による一般化は乱暴な言説の希少化をとめない、あり得たコーピングの可能性を葬ってしまうだろう。

本論において最も注目すべきは、コーピングとして行われている行為が患者によって異なる意味を持っている可能性を示唆したことだろう。X、Zの両者によって語られた頓服の使用をめぐる意味づけの差異がその証左である。こうした事実は、コーピングという生活に密着した行為が安易な一般化や抽象化を寄せ付けない側面を持った「病い」の物語の一部であることを示唆している。

コーピングが持つ個別性、特殊性は上記の通りだが、コーピングそのものが持つ両価性についても言及しておきたい。これはXの記述のみに見られることだが、うつ症状に対するコーピングが軽躁を招くきっかけになる場合があることが記述されていた。双極性障害の疾患特性上、躁とうつのどちらか一方に対するコーピングがもう片方の症状を誘発してしまう諸刃の剣としての性格を持っているのである。

もう1点、アンケートで直接言及されているわけではないが、分析によって明らかになったことについて触れる。それは物語の変化同様、コーピングにも変化が見られることだ。Xの場合は結婚によって、Zの場合は子どもに対する自閉症の診断や作業所に通うことによって変化が生じていると考えられる。つまり、他者とかかわること、出会いによって変化しているのである。Xが夫や医師からの指摘をコーピングに取り入れていることもその一例だ。この他に、Xは自身の経験をコーピングに反映していることについて言及している。成功体験や失敗体験を生かし、コーピング戦略そのものを変化させているのだ。

第4章で「病い」の意味が流動的なものであることを示したように、コーピングの方法やその行為に対する意味づけもまた流動的なものであることが示されたと言えるだろう。こうした変化は物語の再編、さらには次章で扱う「回復」の物語を語るためには非常に重要な要素である。なぜなら他者との関係や、経験の積み重ねによって「疾患」の物語は「病い」の物語へと再編され、完治とは異なる「回復」へとつながっていくからだ。

第6章 回復の物語り

前章では「病い」への対処法であるコーピングの実践に対する分析を通して、「病い」の物語が変化するだけでなく、その対処法も同様に変化することが明らかになった。そこでは、他者との出会いや経験の蓄積が「病い」の対処に大きな影響を与えている可能性が示唆された。

では、こうした変化、「病い」の物語の書き換えは患者に何をもたらすのだろうか。ここからは本論最大の関心事である、双極性障害という疾患における「回復」の可能性を模索する議論へと歩みを進める。

まずは、精神疾患全体を対象とした回復の議論を整理し、そこでの問題点を指摘するところから論考を始めよう。第2章の *Bipolar Disorders* に対するテキストマイニングで示したように、近年の双極性障害研究は脳科学や遺伝学といった領域で推し進められてきた。テキストマイニングの結果からは確認できなかったが、行き過ぎた EBM 的医療態度への反省として、NBM や回復志向のケアといった患者の主観を重視する治療、回復観が慢性疾患を扱う領域で拡大していることも事実である（野口 2015, Davidson et al. 2005）。しかし、EBM が普遍的かつ客観的な数値を基にした回復観を示すのに対し、患者の主観を重視する回復観は数値化、一般化不可能な患者の語を基にした回復観を示すため、論者によって回復の指示内容にバラつきが見られ、不明瞭なものとなっている。

これまで何度も述べてきたが、患者の生きられた経験である「病い」に対応する回復観は必要だが、雑多な回復観を提示するだけでは、患者だけでなく、医師や縁者らに混乱を招くことにもなりかねない。

こうした状況は2つの問題を孕んでいる。1つは上述したように、回復という語が示す指示内容の曖昧さについての問題である。そしてもう1つが、客観的な回復と主観的な回復が同じ回復という用語で語られることによってもたらされる混乱という問題である。

この混乱を解消するために、回復に変わる新たな概念が必要だが、それには「疾患」ではなく、「病い」に対応する回復の指示内容を明確にするという前段階的な作業が必要である。

まずはこの前段階的な作業として、L・デヴィッドソンらが提示した精神疾患全体の回復に関する議論をたたき台にして、双極性障害における回復の内容をめぐる問題に照準する。

具体的な方法としては、4つのデータベースから双極性障害の回復、特に患者の主観的回復について論じている先行研究を収集、選定し、論者によって指摘されている双極性障害における回復の共通要素を抽出する。さらに抽出した先行研究のなかで紹介されている患者の語りを二次的に分析し、双極性障害における回復とはどのようなものなのかを提示する。

6-1. 2つの回復

まずは精神疾患全般における回復の議論を概観しよう。精神疾患をめぐる回復には2つの潮流が存在する。1つは、既存の医学モデルが提供する回復で、数値や尺度といった客観

的指標をもとにした回復で、症状の完全な消失、つまり完治を目指すものである。

そしてもう 1 つは、当事者の主観にもとづいた回復である。ここでは数値や尺度といった客観的指標よりも、病者である患者本人が回復していると感じるか否かが問題となり、症状そのものが軽減、消失しているかは問題ではない。つまり前者が「疾患」に対応する回復であり、後者が「病い」に対応する回復だ。ここからは「疾患」に対応する回復を「回復」、
「病い」に対応する回復を〈回復〉と表記する。

6-2. 現状への批判

前節で示した 2 つの回復観には、それぞれに対する批判が見られる。ここではそれぞれの回復観への批判を整理し、問題点を抽出する。

まずは「疾患」に対応する「回復」への批判に目を向けよう。「回復」への代表的な批判は、「回復」は急性疾患への説明に対しては有効だが、慢性疾患に対しての説明としては問題があると指摘するものである。この批判はパーソンズの病人役割論に対して展開された批判と同種のものである。「回復」は症状の完全な消失、つまり完治を目指すものであるため、完治が可能な疾患や急性疾患に対しては説明力を持っているが、今日は野島那津子が指摘するように、慢性疾患を生き、死んでいく時代である（野島 2013:110）。そのため、完治することがなく生涯何かしらの症状を抱えて生活しなければならない慢性疾患や精神疾患に対しては完全に対応することはできない。

この他に、精神疾患、特に双極性障害の「回復」については数値化、尺度化の進行によって、数値を改善することが治療となり、病者本人が置き去りにされてしまうというヒーリーの指摘（Healy 2008=2012:155）もあり、これは第 1 章で示した通りである。また、筆者もかねてより、「疾患」としての側面だけではなく「病い」の側面にも注目すべきだと主張してきた（松元 2017, 2018）。

しかし、このような批判はあるものの、依然として支配的な回復観は上述の医学モデルが提供する「回復」である。

次に〈回復〉に対する批判に視点を移す。行き過ぎた数値化、尺度化への反省から生まれた〈回復〉だが、ここにも大きく分けて 2 つの批判が存在する。1 つは EBM 的視点からの批判で、〈回復〉は客観性に乏しく、一般化が難しいことを批判するものだ。そしてもう 1 つが、〈回復〉はその意味内容が不明瞭で、論者によって内容が異なる（Davidson et al. 2005）というものだ。これは〈回復〉を論じている内部からの自己批判である。

こうした〈回復〉の不明瞭さと内容の不一致を痛烈に批判しているのが、デヴィッドソンらである。彼らは、症状の完全な消失による回復を「recovery from」、症状を抱えながらの回復を「recovery in」と表現している。前者が「回復」にあたるもので、後者が〈回復〉に相当する。デヴィッドソンらは慢性の精神疾患を論じるにあたり、後者の〈回復〉概念の有用性を認めながらも、〈回復〉が「折り合い」（Strauss and Corbin 1990=1999）や「リカバ

リー」(Anthony 1993=1998) といった様々な意味を担わされ、指示内容を明らかにすることができず、機能不全に陥っていると指摘する。こうした〈回復〉をめぐる用語の乱立を「新たなボトルに古いワインを詰め直しているだけ」(Davidson et al. 2005:481) だと厳しく批判している。

デヴィッドソンらはこのような批判を展開した上で、〈回復〉の内容を素描しようと複数の文献で指摘されている〈回復〉の共通要素を抽出している。以下に示す表 6-1 はデヴィッドソンらが抽出した共通要素である。また、表 6-2 はデヴィッドソンらが参照した文献一覧である。

(表 6-1 デヴィッドソンらが示した精神疾患全般における回復の諸要素)

要素	詳細	該当する文献番号 (次の表 6-2 を参照)
希望やかかわりの書き換え	願望や動機づけに付随する希望の感覚を持つこと、そして書き替えられた自己や目的の感覚に関する可能性を信じることは、回復において必要不可欠である。この希望の感覚というものは精神的に得られるのかもしれない。つまり彼あるいは彼女が自分自身を信じられないときでさえ、その人の可能性を信じてくれる他者から得られるのかもしれない。	2, 4, 8, 11, 13, 15, 18, 20, 22
自己の再定義	おそらく回復に関して最重要な点である自己の再定義には「精神病患者」としての初期の社会的役割を引き受けること、というよりはむしろ、多面的なアイデンティティの一側面にすぎないものとして精神疾患を再構成することが含まれる。	5, 7, 15, 19, 23, 26, 29, 33
病の取り込み	回復の第一段階と称されることも多いが、病によって課せられた自分の限界を認め、受容することは、障害があっても人生の目標を追求し、達成することを可能にする適性、才能、可能性の発見に役立つ。	5, 7, 12, 13, 15, 23, 25, 28, 30
意義ある活動への関与	配偶者・労働者・学生・納税者・友人など、規範的で機能的な社会的役割へと拡大し、そうした役割に専念することや、選択機会があるコミュニティに価値ある貢献をすることは回復の要である。	2, 4, 7, 10, 15, 27

スティグマの克服	人は社会的な結果や社会的スティグマから回復し、そして疾患そのものの影響から立ち直らなければならない。回復にはスティグマに対するレジリエンスの強化およびスティグマとの能動的なたたかいが含まれる。	1, 6, 7, 20
コントロールの保証	人は障害者から回復途中にある人へと変容する重要な責任を引き受けなければならない。人生や治療に関してコントロールを引き受けることは能動的、効果的な行為者として再定義された自己の感覚にとって有益である。人が選択する機会は利用可能でなければならない。人はどちらかを選択する選択肢を持たねばならない。人はまた成功したり、失敗したりする機会を持つだけの余裕がなければならない。	3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 30, 31, 32
エンパワーや市民権の行使	人生に対するエンパワーメントやコントロールの感覚があらわれると回復のさなかにいる人は、住む場所を決める権利、誰を愛するか決める権利、時間をどのように使うか決める権利など他の市民と同様の権利を求め、納税、投票、ボランティアなど他の市民と同様の責任を引き受け始める。	4, 5, 7, 15, 21, 22, 33
症状の管理	完全な症状の寛解は必要ではないが、ある程度症状を管理できることは回復にとって必要不可欠である。回復には調子の良い時期、困難な時期、挫折や達成、大なり小なり症状に支配されるかもしれない時期が含まれる。症状をある程度の制御下にもっていくために、単にサービスを受ける状態から能動的に治療に参加し、自分が選択した治療を利用することで変化は生じる。	7, 20, 22
他者からの支援	回復は1人では果たされない。家族のメンバーであれ、友人であれ、専門家であれ、コミュニティのメンバーであれ、同志であれ、コミュニティで助け合うこと、支援的	4, 7, 11, 13, 15, 16, 22

	<p>な他者がいること、模範となる人物がいることは辛い時期の間ずっと励みとなり、良好な時期をたたえる一助となる。</p>	
--	--	--

(表 6-2 デヴィッドソンらが参照した文献)

文献番号	著者	出版年	タイトル	書誌情報
1	Houghton, F.	2004	Flying solo: Single/unmarried mothers and stigma in Ireland.	<i>Irish Journal of Psychological Medicine</i> , 21(1): 36-37.
2	Davidson, L et al	2001	“Simply to be let in”: Inclusion as a basis for recovery.	<i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i> , 24(4): 375-388.
3	Frese, F. J et al	2001	Integrating evidence-based practices and the recovery model.	<i>Psychiatric Services</i> , 52(11): 1462-1468.
4	Jacobson, N., & Greenley, D.	2001	What is recovery? A conceptual model and explication.	<i>Psychiatric Services</i> , 52(4): 482-485.
5	Munetz, M. R., & Frese, F. J.	2001	Getting ready for recovery: Reconciling mandatory treatment with the recovery vision.	<i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i> , 25(1): 35-42.
6	Perlick, D. A.	2001	Special section on stigma as a barrier to recovery: Introduction.	<i>Psychiatric Services</i> , 52(12): 1613-1614.
7	Ridgway, P. A.	2001	Re-storying psychiatric disability: Learning from first person narrative accounts of recovery.	<i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i> , 24(4): 335-343.
8	Jacobson, N., & Curtis, L.	2000	Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the states.	<i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i> , 23(4): 333-341.
9	Lehman, A. F.	2000	Putting recovery into practice: A commentary on “What recovery means to us.”	<i>Community Mental Health Journal</i> , 36(3): 329-331.
10	Lunt, A.	2000	Recovery: Moving from concept toward a theory.	<i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i> , 23(4): 401-405.
11	Mead, S., & Copeland, M. E.	2000	What recovery means to us: Consumers’ perspectives	<i>Community Mental Health Journal</i> , 36(3): 315-328.
12	Sayce, L., & Perkins, R.	2000	Recovery: Beyond mere survival.	<i>Psychiatric Bulletin</i> , 24(2): 74-80.

13	Smith, M. K.	2000	Recovery from a severe psychiatric disability: Findings of a qualitative study.	<i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i> , 24(2): 149–159.
14	Pettie, D., & Triolo, A. M.	1999	Illness as evolution: The search for identity and meaning in the recovery process.	<i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i> , 22(3): 255–263.
15	Young, S. L., & Ensing, D. S.	1999	Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities.	<i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i> , 22: 219–231.
16	Baxter, E. A., & Diehl, S.	1998	Emotional stages: Consumers and family members recovering from the trauma of mental illness.	<i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i> , 21(4): 349–355.
17	Bassman, R.	1997	The mental health system: Experiences from both sides of the locked doors.	<i>Professional Psychology: Research and Practice</i> , 28(3): 238–242.
18	Davidson, L., & McGlashan, T. H.	1997	The varied outcomes of schizophrenia.	<i>Canadian Journal of Psychiatry</i> , 42: 34–43
19	Deegan, P. E.	1996a	Recovery and the conspiracy of hope.	Pat Deegan, PhD & Associates, LLC.
20	Deegan, P. E.	1996b	Recovery as a journey of the heart.	<i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i> , 19(3): 91–97.
21	Walsh, D.	1996	A journey toward recovery: From the inside out.	<i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i> , 20(2): 85–90.
22	Fisher, D.	1994	Health care reform based on an empowerment model of recovery by people with psychiatric disabilities.	<i>Hospital & Community Psychiatry</i> , 45(9): 913–915.
23	Hatfield, A. B.	1994	Recovery from mental illness.	<i>The Journal of the California Alliance for the Mentally Ill</i> , 5(3): 6–7.
24	Leete, E.	1994	Stressor, symptom, or sequelae? Remission, recovery, or cure?	<i>The Journal of the California Alliance for the Mentally Ill</i> , 5(3): 16–17.
25	Sullivan, W. P.	1994	A long and winding road: The process of recovery from severe mental illness.	<i>Innovations and Research</i> , 3: 19–27.

26	Spaniol, L., & Koehler, M.	1994	The experience of recovery.	Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
27	Anthony, W. A.	1993	Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s.	<i>Psychosocial Rehabilitation Journal</i> , 16(4): 11-23.
28	Deegan, P. E.	1993	Recovering our sense of value after being labeled.	<i>Journal of Psychosocial Nursing</i> , 31(4): 7-11.
29	Davidson, L., & Strauss, J. S.	1992	Sense of self in recovery from severe mental illness.	<i>British Journal of Medical Psychology</i> , 65(2): 131-145.
30	Deegan, P. E.	1988	Recovery: The lived experience of rehabilitation.	<i>Psychosocial Rehabilitation Journal</i> , 11(4): 11-19.
31	Lovejoy, M.	1982	Expectations and the recovery process.	<i>Schizophrenia Bulletin</i> , 8: 605-609.
32	Ahern, L., & Fisher, D.	(n.d.)	Personal assistance in community existence: PACE. Recovery at your own pace.	<i>National Empowerment Center Newsletter</i> , 1-3.
33	Fisher, D.	n.d.-b	Health care reform based on the empowerment model of recovery.	Boston: National Empowerment Center.

こうした作業により、〈回復〉の意味内容が示されたかのように見えるが、2つの問題がある。まず、デヴィッドソンらが抽出したのは精神疾患全般を一括りにした〈回復〉の内容であり、双極性障害に特化したものではない。そのため、安易に援用することはできない。

次に、デヴィッドソンらがなぜこれらの文献から〈回復〉のための諸要素を抽出したのか、その選考過程や基準がやはっきりしないものであるという問題がある。

双極性障害における〈回復〉の意味内容を明らかにするという本論の目的と照らせば、必ずしも精神疾患全般の〈回復〉が双極性障害〈回復〉と合致するものではない可能性もある。先行研究においても双極性障害に特化した〈回復〉の模索は必要な課題だと指摘されており (Fernandez et al. 2014)、安易な援用や一般化は避けるべきである。

そこで本論では、デヴィッドソンらが用いた方法論をさらに精緻なものにし、双極性障害の〈回復〉に特化した議論を展開する。次節ではその方法について詳述する。

6-3. 方法と結果

先述した通り、本論でもデヴィッドソンらが用いた方法同様、複数の文献の精査によって双極性障害に特化した〈回復〉の諸要素を抽出する。しかし、前節でも指摘した通り、デヴ

イッドソンらの文献選定には方法論的根拠が薄く、選定基準が曖昧であるという問題がある。そのため、次の2点の選定基準を設ける。1.双極性障害に特化した議論を展開した論文であること、2.安易な一般化を避けるため、量的分析だけでなく、患者の声を反映した質的分析がなされていること、この2点を基準に参照する文献を選定した。

ここからは文献選定の手続きについて述べる。上記の目的のため、Wiley, SAGE, Taylor & Francis, Pub Med の4つのオンラインデータベースを用いて、双極性障害の回復および質的研究に関する論文を横断検索した。

上記のデータベースにおいて、bipolar disorder, recovery, qualitative に注目し、bipolar disorder と recovery、bipolar disorder と qualitative という検索ワードでクロス検索を行った。さらにこれらを論文内のキーワードとして挙げているものと、タイトルに含まれているものの2種類に分類した。なお、Pub Med だけは、論文内キーワードの設定がなかったため、タイトルに含まれているもののみを提示している。以下に示す表 6-3 は上記の手続きによる検索結果をまとめたものである。

(表 6-3 データベース別検索結果)

Wiley	bipolar disorder×recovery	bipolar disorder×qualitative
総件数	15800	6767
keywords	20	14
title	16	13

SAGE	bipolar disorder×recovery	bipolar disorder×qualitative
総件数	4200	2307
keywords	6	10
title	9	3

Taylor & Francis	bipolar disorder×recovery	bipolar disorder×qualitative
総件数	6426	3459
keywords	4	5
title	4	7

Pub Med	bipolar disorder×recovery	bipolar disorder×qualitative
総件数	1037	449
title	52	51

上記の作業の結果、214本の論文が検索条件と合致した。さらに重複する論文を引いた総数は162本となった。

上記の手続きで選定した 162 本の論文を熟読し、〈回復〉について言及されている論文、患者によって〈回復〉が語られている論文を選定した。その結果、19 本の論文が両条件を満たした。以下に示す表 6-4 が該当する 19 本の論文の基本情報である。

(表 6-4 選定文献)

文献番号	著者	出版年	タイトル	書誌情報
1	M. Crowe., M. Inder	2018	Staying well with bipolar disorder: A qualitative analysis of five-year follow-up interviews with young people.	<i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> 25(4): 236-244.
2	A, Echezarraga et al.	2018	Resilience dimensions and mental health outcomes in bipolar disorder in a follow-up study.	<i>Stress and Health</i> 34(1): 115-126.
3	L, Switsers et al.	2018	Users' Perspectives on mHealth Self-Management of Bipolar Disorder: Qualitative Focus Group Study.	<i>JMIR mHealth and uHealth</i> 6(5): e108.
4	K.E.A. Saunders et al.	2017	Experiences of remote mood and activity monitoring in bipolar disorder: A qualitative study.	<i>European Psychiatry</i> 41: 115-121.
5	M, Veseth et al.	2017	"If there's no stability around them": experienced therapists' view on the role of patients' social world in recovery in bipolar disorder.	<i>International Journal of Mental Health Systems</i> 11: 55.
6	V, Benjamin et al.	2015	Self-Management Strategies in Recovery From Mood and Anxiety Disorders.	<i>Global Qualitative Nursing Research</i> 2.
7	R, Owen et al.	2015	A qualitative investigation into the relationships between social factors and suicidal thoughts and acts experienced by people with a bipolar disorder diagnosis.	<i>Journal of Affective Disorders</i> 176: 133-140.
8	L, Mizock et al.	2014	Barriers to and Facilitators of the Acceptance Process for Individuals With Serious Mental Illness.	<i>Qualitative Health Research</i> 24(9): 1265-1275.

9	M, E, Fernandez et al.	2014	Renegotiating Identities: Experiences of Loss and Recovery for Women With Bipolar Disorder.	<i>Qualitative Health Research</i> 24(7): 890-900.
10	CF, Kwok.	2014	Beyond the clinical model of recovery: recovery of a Chinese immigrant woman with bipolar disorder.	<i>East Asian Archives Psychiatry</i> 24(3): 129-133.
11	M, Veseth et al.	2012	Toward Caring for Oneself in a Life of Intense Ups and Downs: A Reflexive-Collaborative Exploration of Recovery in Bipolar Disorder.	<i>Qualitative Health Research</i> 22(1): 119-133.
12	N, J, Todd et al.	2012	"Recovery" in bipolar disorder: How can service users be supported through a self-management intervention? A qualitative focus group study.	<i>Journal of Mental Health</i> 21(2): 114-126.
13	F, Lobban et al.	2012	Bipolar disorder is a two-edged sword: a qualitative study to understand the positive edge.	<i>Journal of Affective Disorders</i> 141(2-3): 204-212.
14	M, Erin et al.	2011	It's something that I manage but it is not who I am': reflections on internalized stigma in individuals with bipolar disorder.	<i>Chronic Illness</i> 7(3): 209-224.
15	B, Marit et al.	2013	The role of work in recovery from bipolar disorders.	<i>Qualitative Social Work: Research and Practice</i> , 12(3): 323-339.
16	M, Greg et al.	2011	Self-management strategies used by 'high functioning' individuals with bipolar disorder: from research to clinical practice.	<i>Clinical Psychological & Psychotherapy</i> 18(2): 95-109.
17	S, Peters et al.	2011	Involving relatives in relapse prevention for bipolar disorder: a multi-perspective qualitative study of value and barriers.	<i>BMC Psychiatry</i> 11: 172: 1-10.

18	W, P, Aliza et al.	2010	Factors associated with functional recovery in bipolar disorder patients.	<i>Bipolar Disorders</i> 12(3): 319-326.
19	P, W, Jennifer et al.	2009	Another breed of "service" animals: STARS study findings about pet ownership and recovery from serious mental illness.	<i>American Journal of Orthopsychiatry</i> 79(3): 430-436.

上記の文献のなかで提示された回復の諸要素をまとめたものが次に示す表 6-5 である。

(表 6-5 双極性障害に特化した回復の諸要素)

要素	概要	該当する文献番号 (前の表 6-4 を参照)
アイデンティティと役割	病いを抱えることによって損なわれたアイデンティティの再構築と、意味ある役割の獲得。	1, 6, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 18
受容、学習、理解、観察	自身の病いを受け入れ、疾患についての正しい知識を獲得することで、病いの特性を理解し、気分の変動を絶えず観察すること。	1, 2, 3, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 19
セルフマネジメントとライフスタイルの変更	自身の病いに合ったセルフマネジメントを行い、ライフスタイルを変更することで、病いに効果的に対処すること。	1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 19
他者との関係と孤独の減少、支援、自身の経験を語ること	社会の一員として他者とのかかわりを持つこと。同じ病いを抱える他者との交流によって孤独を軽減すること。他者からの支援を受けること。自身の病いの経験を意味あることとして他者に語ること。	1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 17, 19
自主性、行為主体性	自主的に病いに対処し、能動的に治療に参加すること。また自身の行動に責任を持つこと。	2, 9, 10, 11, 15
スティグマと情報管理	内的スティグマを受容や学習によって克服すること。外的なスティグマに対して情報管理やストレスの強化によって対応すること。	7, 8, 14
スピリチュアリティ	内省や瞑想の実践、宗教的な体験や思想。	8, 10, 16

上掲の表 6-5 に示した〈回復〉の要素の多くは、一見デヴィッドソンらが指摘した要素と

合致するものである。しかしその内容に目を向けると、包括的な精神疾患における〈回復〉とは若干異なっている。

それでは、包括的な精神疾患における〈回復〉の要素と双極性障害における〈回復〉の要素の具体的な相違点を見ていこう。

1つめは、受容にまつわる問題である。デヴィッドソンらの指摘では、病いによって課せられた制約を認め、受容することを患者に求めているが、上掲の表 6-5 で示した双極性障害における〈回復〉ではそれだけにとどまらない。特筆すべきは、自身の疾患についての学習、理解を患者に要請し、それらの知識をもとに絶えず自身の状態を観察するよう求めている点である。こうした点はデヴィッドソンらの提示した〈回復〉の要素には見られない。1-2-2-3の「新しい監視」で論じたように、双極性障害は常に気分が両極に揺れる可能性がある疾患だ。こうした疾患特性を考慮した〈回復〉の要素が示されたと見るべきであろう。

2つめの違いはスティグマに対する考え方である。包括的な精神疾患における〈回復〉では、スティグマは超克すべきものとして扱われている。これに対し、双極性障害における〈回復〉では、スティグマは必ずしも超克すべき対象としては捉えられていない。相手や場所といった状況に合わせて開示するか、秘匿するか、情報を戦略的に管理することが提案されている。これも、患者本人が開示しなければ簡単には他者に見抜かれることがないという双極性障害の特性に由来するものである。しかし同時に、開示しなければ必要な支援や配慮を得ることができないという問題も存在する。

3つめの相違点は、他者との関係についてである。双極性障害における〈回復〉の諸要素では、同じ疾患を抱える他者との交流や自身の経験を語ることを〈回復〉の要素として挙げているが、こうした要素は包括的な〈回復〉には見られない。

4つめの違いは、ライフスタイルの変更が挙げられている点だ。これもやはり、デヴィッドソンらの示した〈回復〉の要素には見られなかったものである。その原因として双極性障害が睡眠障害などの他の疾患を併発しやすいという特徴がある。また、生活リズムの乱れは感情の波を誘発しやすいため、このような要素が提示されていると考えられる。社会リズム療法などが治療に用いられるのもこうした理由である。

上記の分析から、大枠ではデヴィッドソンらの提示した〈回復〉の要素と共通する要素が大部分を占めてはいるものの、双極性障害という疾患特性や治療法に由来する差異が見られることが確認できた。

ここまでの分析をまとめよう。デヴィッドソンらが提示した包括的な精神疾患における〈回復〉の諸要素と、双極性障害における〈回復〉の諸要素に、決定的な違いは見られなかった。しかし、疾患特性や治療法に起因する4つの相違点が示されたことも事実である。そのため、双極性障害に特化した〈回復〉の意味内容を明らかにするためには、デヴィッドソンらが提示した〈回復〉の諸要素に軽微ではあるが修正を加えなければならないと指摘することができるだろう。

ただし、こうした指摘にも問題があることに留意が必要である。ここで選定した文献は質

的調査によって患者が語った〈回復〉の諸要素を各研究者が任意に抽出した結果の〈回復〉観であり、さらにそれらを筆者がまとめたものである、そのため、これらの〈回復〉の要素からは捨象された要素が存在する可能性があるのだ。また、ここで提示した〈回復〉観は少なからず類型化と一般化をともなっている。そこで次節では、選定した論文中で紹介された患者の語りのみに注目し、双極性障害の〈回復〉についてさらに検討を加える。

6-4. 患者の語り

ここからは双極性障害の〈回復〉として提示された諸要素と、その研究内で紹介されている患者の語りを比較しながら検討する。本節では、疾患の受容、他者とのかかわり、セルフマネジメント、その他の4点に注目する。

6-4-1. 受容

まずは、受容・学習・理解・観察としてまとめられた項目に注目したい。デヴィッドソンの提示した〈回復〉と双極性障害に特化した〈回復〉の双方において、自身の疾患を受容することは〈回復〉の第一歩であり、そういった受容を基盤として自己を再構築することや対処法を身につけていくことが必要だと指摘されている。

しかし、双極性障害を抱える、ある患者からは「私は双極性障害と診断されたけど、実際には全く信じていない」(Lobban et al. 2012:14)といった発言が見られる。一見すると病識がないだけの発言であるかのように見受けられるが、「私は治療過程で全ての本を読んできた」(Lobban et al. 2012:14)とも述べており、疾患に対する知識、理解が不足しているとも考えにくい。それにもかかわらず、この患者は自身に下された双極性障害という診断を受け入れていないのだ。

注目すべき点はこうした語りも〈回復〉の一部として紹介されている点である。後述するが、疾患の診断そのものは受け入れても、疾患に対する意味づけそのものを変更しているケースも紹介されており、必ずしも下されるがままの診断を受け入れる必要はない可能性が示唆されているのだ。

6-4-2. 他者とのかかわり

次に精神疾患の〈回復〉においてよく指摘される、他者とのかかわりについて言及する。他者とかかわり、社会の一員としての帰属意識を持つことや、孤立を避けることは確かに〈回復〉の重要な要素である。しかし、双極性障害患者にとってはそうした他者とのかかわりが常に〈回復〉につながるとは限らない。

ある患者は「調子が良い時だけ友人に会う」(Fernandez et al. 2014:14)と発言しており、

常に他者とかかわり続けることは避けている様子が読み取れる。またある患者は、他者からの支援について自身の回復は「自助グループには頼らないこと（中略）療法士には頼らないこと」（Villaggi et al. 2015:6）が重要であると述べている。

この他、最も身近な他者である家族の存在を拠り所とする患者がいる一方、家族の存在そのものが患者の〈回復〉を妨げているケースや、支援が監視にスライドしているケースがあることも治療者によって報告されている（Veseth et al. 2017:5）。

第4章で提示した20名の患者を対象としたアンケート結果の一部やXのセルフレポート、第5章で提示したコーピングの際にXが実家家族を避けるようにしていたことは、他者とのかかわりが必ずしも〈回復〉につながるものではなく、時には悪化を招くものであることの証左として捉えられるだろう。

6-4-3. セルフマネジメント

ここではセルフマネジメントに目を向ける。他者とのかかわりにおいて、自助グループや療法士に頼らないと述べていた患者は「薬にも頼らない」（Villaggi et al. 2015:6）とも述べている。双極性障害の治療においては、よく服薬の遵守が重要だと指摘される（加藤 2009）が、患者らは自身の判断で服薬を調整、中断することがあり、上記の患者の他にも「必要な時以外睡眠薬は飲まない」（Crowe et al. 2018:239）、「自分の判断で薬の微調整をする」（Murray et al. 2011:100）と発言している。

ここでは、一般的には厳禁とされている行為が回復の諸要素として紹介されているのだ。さらに、クウォックによる当事者研究（Kwok 2014）では、薬の処方そのものに問題があり、人種や体型など身体的特徴に合った慎重な処方が必要であると指摘されている。

6-4-4. その他

上記3点はカテゴリー化された〈回復〉の要素だったが、この他にカテゴリー化されていない〈回復〉に関する語りも散見された。このなかには患者間で相反する発言も見られた。

ある患者は自身の〈回復〉のために「何があっても仕事に行く」（Borg et al. 2011:330）と述べているのに対し、別の患者は「（ストレスになるので）なるべく仕事を避ける」（Switsers et al. 2018:6）と述べている。こうした発言からは〈回復〉の中身や、そのための方法が患者によって大きく異なるものである可能性が読み取れる。ある患者が自身のセルフマネジメントについて「自分には効くが他の人に効くかはわからない」（Villaggi et al. 2015:4）と発言しており、〈回復〉の個別性を端的に表すものとなっている。

6-4-5. 小括

一度ここまでの考察で明らかになったことをまとめよう。ここで語られている内容は、デヴィッドソンらが提示した包括的精神疾患における〈回復〉とも、双極性障害に特化した〈回復〉とも異なるものであり、場合によっては真っ向から対立する語りも複数見られた。では、われわれは、こうした語りをどのように捉えれば良いのだろうか。ここでの語りは個別特殊なものとして禁欲的に捨象し、一般化可能な諸要素を提示するにとどまるべきなのだろうか。

確かにそれは 1 つの科学的な態度なのかもしれない。しかし、一般化可能な諸要素を提示するだけで、「病い」と〈回復〉のダイナミズムを捉えたことになるのだろうか。ここで紹介した医学モデルとは馴染まない〈回復〉の語り秘める〈回復〉の可能性を否定してしまうことになるのではないだろうか。ここで安易な一般化に踏み切ってしまうと、医学モデルが提示する「疾患」に対応する「回復」観と大きな違いはない。もしくはデヴィッドソンらが指摘したように、古いワインを新しいボトルに詰め直しただけになってしまう。

上で指摘した過ちを避けるために、もう一度患者の声に耳を傾けたい。こうした作業によって「病い」と〈回復〉のダイナミズムに再度迫りたいと思う。そのために注目するのがライフヒストリー、コーピングの分析において多大な示唆を与えてくれた X の他者とのかかわり、コミュニケーションについての語りである。2019 年 8 月に行ったこの調査で彼女は、疾患の受容、他者とのかかわり、セルフマネジメントについても言及しており、先ほど示した患者たちの個別特殊な語りの解釈の手掛かりと〈回復〉の可能性を示している。

6-5. 〈回復〉と他者

上で述べたように、双極性障害における〈回復〉の諸要素を抽出するために選定、参照した文献の中で紹介されていた患者の語りの中には非常に捉えにくく、既存の医学モデルや双極性障害の〈回復〉における諸要素とも真っ向から対立するものが散見された。こうした捉えにくい語りの解釈と、〈回復〉の可能性に対し示唆を与えてくれるのがこれから分析する X の語りである。

ここでは X がどのような他者と関係を結んでいるのか、そしてそこではいかなるコミュニケーションを行っているのかについて聞き取った。当初はコミュニケーションの実態を明らかにするための調査であったが、その結果語られた内容は、X にとっての双極性障害という「病い」と〈回復〉に他者とのコミュニケーション、自己とのコミュニケーションが多大な影響を与えているというものであった。そしてこの中で、第 6 章 4 節で紹介した患者らの語りと類似する語りを見出すことができた。まずは調査の方法について詳述しよう。

6-5-1. 方法

2019 年 8 月に実施したこの調査では、患者が他者とどのようなコミュニケーションを行

っているのかの実態と、そこでのコミュニケーションに対し与えている意味づけを明らかにするためにやや特殊な聞き取りと分析を行った。

まずインタビューの方法として、半構造化面接を基礎に置いたアクティブインタビューを実施した。アクティブインタビューとは、J・ホルスタインとJ・グブリアム（Holstein and Gubrium 1995=2004）によって提唱されたインタビュー方法および態度であり、インタビュー調査そのものが調査者と調査対象者の相互行為による物語の産出であるという考え方をその理論的基盤としている。そのためデータの一回性を許容し、一人称の語りなどは存在しないという立場をとっている。

こうして得られたデータをIPA（Interpretative Phenomenological Analysis）という分析手法を用いて分析した。IPAとは、A・スミス（Smith 1996）によって考案されたトランスクリプトおよび記述データの分析手法で、現象学と解釈学をそのルーツに持つ。分析の手順はGTA（Grounded Theory Approach）に類似しており、トランスクリプトの熟読とコメント付記、コーディングによってテーマの抽出やストーリーラインの把握を目指すものである。

しかし、GTAとIPAには大きな違いがある。GTAは複数の分析者の熟読によって大筋のストーリーラインを描き出し、物語の根幹たりえない枝葉を剪定することで一般化を目指す。またここでの分析者の視点は純粋な観察者としての立ち位置を想定している。これに対しIPAは分析者（調査者）の存在を透明化しない点に特徴がある。IPAは、意味とは人々の相互行為のなかで生起し、解釈されるという立場をとっており、調査対象者による解釈と調査者による二重の解釈によって共同主観的に物語が生み出されるものと考えている。

こうした考え方は、NBMに対する批判的研究において藤田伸弥が提示した「物語り」概念（藤田 2012）と同様のものである。第4章で示したように、藤田はテキストである「物語」と物語を語る行為、およびその語り手と聞き手によって形作られる「物語り」を区別している。つまり、調査対象者と調査者による共同主観的な物語の産出が「物語り」なのである。

「物語り」の産出のためにはその場に臨場することが重要である。伊賀光屋はこのことを「一人称の視点+三人称の視点の方法論では当事者の経験談を科学者が理論的な眼で再解釈するということであり、当事者（や患者）と科学者（や医者）が共通のリアリティを構築することはない」（伊賀 2013:186）と指摘する。つまり、第三者である研究者として患者の語りを聞き取ったとしてもそこに共同主観的な「物語り」は成立しえないと指摘しているのだ。

また伊賀は、IPAの成功には、経験や感情を共有することで一体感や共通の目的意識の醸成を行い、リアリティを共同構築する間主観性が重要だとしている。さらにそのためには長期間の相互作用によるラポール関係の構築が必要不可欠だと述べている。

上述の通り、アクティブインタビュー、IPAは共に調査対象者と調査者が共同主観的に「物語り」を生み出す方法であり、調査を成功させるには長期的な関係構築によるラポール

関係が必要であるため、通常のインタビュー調査以上の困難がともなう。しかし、本論における調査対象者である X には 2016 年から複数回のアンケートおよびインタビュー調査を行っている。また X の主治医や縁者といった周囲の人々とも面識を持っており、調査対象の置かれている人間関係といった文脈や生活史的背景にも通じている。X という患者の生活世界、意味世界を明らかにするためには、このような素地を最大限に利用できるアクティブインタビューと IPA は最適な調査法なのだ。

こうした手法を用いて、1.コミュニケーションをとる相手とその方法、2.コミュニケーションに起因する症状や生きづらさの変動、3.実際にどのようなやりとりから、どのような変化を感じたのか、4.本インタビューを受けた感想、の 4 点を大まかな質問の中心に据えた。

6-5-2. 分析

まずはデータの概要について説明する。上記のインタビュー手法を用いて得られたデータを、IPA の考案者であるスミスが提示する手順に従い、トランスクリプトの熟読とコメント付記、カテゴリーの抽出、上位テーマの抽出という順で分析した。

その結果、インタビューでは、1.夫の存在、2.実家家族、3.医師との関係、4.自身の変化、の 4 つのカテゴリーについて語られていることが明らかになった。このカテゴリーは同時にコミュニケーションの相手と重なるものである。さらに語られた内容を俯瞰的に分析した結果、1.症状を超えたダメージと関係の問題、2.紅茶と洗顔をもとにした非言語的コミュニケーション、といった特徴的な語りが必要なテーマとして浮上した。

上記 4 つのカテゴリーと 2 つのテーマとは別に、インタビュー調査をきっかけとして、過去のエピソードを想起することから生じる問題の認識と意味づけの変化といった影響があることも明らかになった。

それでは具体的な分析へと進もう。X のコミュニケーションの相手と方法を以下の表 6-6 にまとめた。ここからは、日常生活における対面的コミュニケーションの相手が同居している夫に限定されていることが読み取れる。また、夫と医師を除いてコミュニケーションの相手が血縁家族のみである点も特筆すべき点である。第 5 章のコーピング実践の分析でも指摘したが、X の交友関係は決して広いものではないことがここからも明らかになった。

(表 6-6 コミュニケーションの相手と方法)

相手	方法
夫	対面、SNS (LINE)
実家家族	SNS (LINE)
祖母	電話、対面
医師	対面
旧友・同じ疾患の友人	SNS (LINE)

次にインタビューで語られた 4 つのカテゴリーについて個別に分析を進める。下表 6-7 は、カテゴリー、付記したコメント、該当する発言を簡単にまとめたものである。本文中でブロック引用したものについては、引用部分の末に番号を、表中に対応する番号を付した上で下線を引いている。まずは日常的なコミュニケーションの相手であり、インタビュー全体を通して最も多くの言及が見られた夫の存在に目を向けよう。

(表 6-7 カテゴリー、コメント、該当発言の抜粋)

カテゴリー	コメント	発言
夫の存在	症状、「生きづらさ」に対し正負両面において多大な影響を与える	主人との関係が悪くなると（症状が）強く出る。ストッパーや持ち直しのきっかけを与えてくれる。 <u>悪くすることは誰にでもできるけど、プラスに作用するのは主人しかいないんです。(1)</u>
	これまでの人間関係の変更のきっかけ	主人一人現れたことで私の世界は変わりました。
	多面的関係性	夫婦であり、友達であり、恋人であり
	非言語的コミュニケーションと日常の些細な配慮の蓄積による信頼関係の構築	いつも紅茶を淹れてくれたり、お風呂で洗顔してくれたり。直接肌に触れてくれて。（心配や配慮を）肌で感じるのは主人だけ。
	独自のコミュニケーションと二人の世界	ゲージ、ジヘエ、ガイガイ ⁵²
		<u>なんかそうやって茶化すことで、なんか病気から距離をとるみたいな（中略）そのまま病気、病気で話しちゃうと暗くなりそうな場面でも（中略）場が和んだり(2)</u>
実家家族	症状を誘発する存在	ダメージを直接与えてくる。何か具体的な問題がなくても悪くなる。負の予感を連れてくる。
	無配慮と無理解	正直に体調不良だと伝えると既読スルー。元気を装ってないといけない。何をしても文句を言われてしまっ
	心配を真意として受け取れない	口では大丈夫か、とかは言う。対面を気にして。
	労働依存という問題を常に想起させる存在	労働を煽ったり。労働の話を持ち出される。
医師との関係	的確なアドバイスは少ない	あまり私自身の話は聞いてくれないこともある。べき思考 ⁵³ をやめた方がとは言われた。
	夫に言えないことを話す相手	先生しか言える人がいない。話すとおとして。

	「治療に必要なのは薬、時間、人」という医師の言葉は強く印象に残っているようで、現状これらが満たされていると感じている	(先生が) 治療に必要なのは、薬、時間、人っていうふうにおっしゃってたんですけど、まさに多分その通りで、まあやっと自分に合う薬が見つかって、時間もある程度経って、主人っていう初めて自分を理解してくれる、自分をさらけ出しても受け入れてくれる人に出会えて (後略) 先生が治療に大事なものは薬と時間と人っていう風におっしゃってた。(3)
	医師の影響よりも夫の影響の方が大きい	主人ほど影響力とかはないかも。
	医師に完璧な対応は求めておらず、一人の人と認識している	まあ先生も人間なので。
自身との関係	強くなった、鈍くなった	ちょっとずつ強くなって。強くなった。鈍くなった。引きずりにくくなったと言うか、まあ落ち込んでも戻って来るのが、浮上するのが、前よりは早くなったかなって自分では思ってるんです。(4)
	ストッパーと持ち直しによる安心感	軽減される。踏ん張れた。なんかストッパー。普段はストッパーみたいな。持ち直しました。
	何かをしなくても必要とされること、労働依存からの脱却	何かをしてくれるからありがたいとかそう言うんじゃないくて。
	ありのままの自分の受容	自分をさらけ出しても受け入れてくれる。
	べき思考の減少	べき思考をやめなさい
	結婚による周囲との関係の変化とポジティブな意味づけ	やっと (実家の) 間違いに気づいた。感情も固着しにくくなってきてる。(5)
「物語り」	調査による影響、調査者の介入による回復への寄与。	(症状が出ると) この病気に回復なんてないのかなと気が滅入るけど、話してみても回復を感じるきっかけみたいになった。(6)

6-5-2-1. 夫の存在

上掲の表 6-7 で抜粋した発言とコメントからも明らかなように、彼女にとって夫の存在は症状、生きづらさの双方に多大な影響を与えていることがうかがえる。特に夫との関係が症状に対し正負両面で影響を与えていることは注目すべき点である。

彼女は、「主人との関係が悪くなると (症状が) 強く出る」「普段仲が良いぶん喧嘩をする (気分の波が) 強く出る」と述べ、夫の言動により、大きな感情の波や身体症状が出るこ

とが明らかにされた。しかし、この点について確認すると、「それでもストッパーや持ち直しのきっかけを与えてくれることの方が多い」と述べている。特に注目すべきは以下の発言である。

悪くすることは誰にでもできるけど、プラスに作用するのは主人しかいないんです。

(1)

ここで彼女は夫の特異性について言及している。夫も他の他者同様、彼女の症状に対して負の影響を与えていることを認めつつも、他者が負の影響を与えるだけであるのに対し、夫は正の影響も与えていると述べている。そして、彼女にとって正の影響、彼女の言葉を借りれば「プラスに作用する」影響を与えられる他者は夫だけなのである。

しかし、上掲の表 6-7 では医師からも正の影響を受けているかのような発言が見られる。ではなぜ、「プラスに作用するのは主人しかいないんです」と語られたのだろうか。それは、こうした影響を与えるコミュニケーションの内容に目を向けることで明らかになる。彼女は正の影響を与えるやりとりとして「いつも紅茶を淹れてくれたり、お風呂で洗顔してくれたり、いつも気にかけて配慮してくれる」と、日常的な何気ないやりとりや非言語的コミュニケーションを挙げている。こうしたやりとりを指して彼女は「(心配や配慮を)肌で感じる」と表現している。言語的なコミュニケーションだけでなく非言語的なコミュニケーションを含め「肌で感じる」ことが重要であり、これこそが「プラスに作用するのは主人しかいないんです」という発言の真意なのである。

夫の存在では、症状への影響の他に注目すべきやりとりが確認された。それが「ガイガイ」や「ジヘエ」と表現された言葉である。ここで「ガイガイ」と表されたものは障害の「害」にちなんだ表現で、「ジヘエ」とは自閉傾向のことを指す。どちらも通常差別的に使われる表現だが、Xは「ガイガイ言うのは私たちの間では悪いことではなくて」と述べている。Xの調子が悪く、物事を決断できない時や、料理の味が決まらない時、言葉がうまく出ない時などの機能障害が見られた際に夫も彼女も「ガイガイ」といった掛け声を使うと言い、次のように説明する。

なんかそうやって茶化すことで、なんか病気から距離をとるみたいなの (中略) そのまま病気、病気で話しちゃうと暗くなりそうな場面でも (中略) 場が和んだり (2)

このように不適切とも思われる表現をあえて使用することによって全てが病気のせいであると思わずに済む、と述べている。また夫が同じ曲ばかりを一日中繰り返し聴き続けることや、不思議なこだわりを持つことを指して「ジヘエ」と呼ぶ。こうしたやりとりを彼女は「二人の世界」「何だかしっくりくる」と語っている。

この「ガイガイ」という表現はE・ゴッフマンの提示した役割距離という概念に非常に近

いものである。差別的な表現であり、通常障害を抱える人に対し使うことのない表現を意図的に使用することで、彼女と彼女の夫は共に病人役割に飲み込まれてしまうことや、彼女と疾患が同一化してしまうことを避けようとしているのである。そして重要なのは、こうした表現とやりとりを彼女自身が気に入っていると述べている点である。これも夫という存在の特異性に由来するものであることは間違いなく、日常的な配慮と理解が生んだ 1 つのコーピングなのである。

次に夫とは真逆の影響が語られた X の実家家族に対する言及に目を向けよう。

6-5-2-2. 実家家族

ここからは X の実家家族とのコミュニケーションについて分析する。X の実家家族の影響は夫のそれとは正反対のものとして語られている。彼女は実家家族を、自身の症状を悪化させる原因として捉えているのだ。

X は第 5 章で分析したライフヒストリーにおいても、自身の労働依存傾向や役割への没入の下地を作ったのが家庭環境であることを記述しており、根深い問題であることがうかがえる。ここでのインタビューでは、祖母から「働いているのか」と電話でたずねられることに強いストレスを感じていることが語られた。また、実家で生活していた際には無配慮、無理解であった母親に体調を心配されることがあっても、「表面上」「体面的なもの」であると感じていると述べており、夫と同様の言葉をかけられていても、これまでの関係によってその効果は全く異なるものであることが示唆されている。

実家家族への言及で特筆すべきは、X の母や弟の存在そのものが彼女に対し悪影響を与えている点である。彼女はこれを「直接ダメージを与えてくる」と表現し、夫による悪影響や祖母からの悪影響とも別種のものとして語っている。それを端的に表しているのが、「何か具体的な問題がなくても悪くなる」「負の予感を連れてくる」という表現である。さらに彼女はこうした悪影響は気分の波や、体調の悪化といった枠には収まらないものであると語っている。

このような存在そのものが症状を超えた悪影響を誘発するとはどのようなことなのだろうか。これにヒントを与えてくれるのが L・チオンピ (Ciompi 1997=2005) による統合失調症と感情理論の研究である。チオンピはこのなかで、個人の経験を神経ネットワークの結合によって説明することを試みている。以下はチオンピによる神経ネットワークの分化発展についての説明である。物語りの書き換えによる〈回復〉の可能性を論じる上でも重要な示唆なので少し長い引用する。

生物学的、心理学的、社会的な因子は、最終的にはすべて、一つの共通の作用点において影響を与えているはずである。その共通の作用点とは、とりあえず、そうした「感覚・思考・行動」プログラムの基盤をなす生物学的基盤のことと考えておいてよいと思

われる。これはつまりニューロンのネットワークのことである。このネットワークは、神経可塑性という現象を介して、活動によって結合回路が整備されていくというかたちで成立する。(中略) 遺伝的因子と生物学的因子は、このネットワークの基本的な編成と機能様式を決定し、これに対して、状況因子は、その個体の経験——特に対人関係における経験——に応じて、このネットワークを分化発展させる。(Ciompi 1997=2005:244)

このようなチオンプの考えを援用するならば、Xが実家家族から受ける悪影響を、症状を超えて「直接ダメージを与えてくる」と表現した理由にも、存在そのものが悪影響であるかのように語られる理由にも説明がつく。彼女は幼少期からの経験の積み重ねによって、実家家族の存在とネガティブな感情やそれにともなう症状の発現がネットワークとして固く配線されていると考えられる。実家家族からの連絡があると、そうした悪影響が共起してしまうため、症状という枠では収まらない「直接ダメージ」と表現されたものが現れるのである。

6-5-2-3. 医師との関係

ここからは月に一度診察という形でコミュニケーションをとる医師について語られた内容を分析する。第5章で述べたように、Xは21歳でうつ病と診断されてから現在に至るまでに3人の医師にかかっている。現在の主治医である3人めの医師は、それまでにかかった2人の医師と比較して非常に信頼できる医師であり、良好な関係を築いていると述べている⁵⁴。

しかし、医師とのやりとりについてたずねると「べき思考をやめた方がいい」などの抽象的なアドバイスはあるものの、具体的なアドバイスを得られることはそれほどなく、「あまり私自身の話は聞いてくれないこともある」と述べていたが、Xは特段の不快感情を示すことはなかった。また、「(先生は) 普段から自分のことを見ているわけではないので主人の方が影響力がある」とも述べている。このようにXは医師に完璧は求めておらず、「まあ先生も人間なので」という発言からも、典型的な医師-患者関係にはないことがうかがえる。ではなぜXは主治医を信頼しているのだろうか。

Xは主治医の治療方針が非常に強く印象に残っているとして、次のように回顧する。

(先生が) 治療に必要なのは、薬、時間、人っていうふうにおっしゃってたんですけど、まさに多分その通りで、まあやっと自分に合う薬が見つかって、時間もある程度経って、主人っていう初めて自分を理解してくれる、自分をさらけ出しても受け入れてくれる人に出会えて (後略) (3)

こうした語りから、Xは主治医の治療方針に納得し、その効果を実感していることがわか

る。また、こうした治療効果の実感にもとづく信頼の他に、「先生しか言える人がいない」「やっぱり主人には言えないこともあるし」と述べ、夫とは異なる役割を主治医が担っていることについても言及されている。夫には話せないことを主治医に相談し、逆に主治医に対する不満を夫に話すことでうまくバランスをとっているのである。こうした戦略によって何かをため込むことなく吐き出せる構図を維持していることが、主治医との良好な関係を維持しつつ、治療効果につなげるコミュニケーションとなっているのである。

6-5-2-4. 自身との関係

最後に 4 つめのカテゴリである彼女の内部での変化である、自身との関係について触れる。ここまでの考察から、X は夫という存在をきっかけとして多くの変化を語っていたことが明らかになった。こうした影響は周囲の他者との関係だけではなく、彼女自身との関係にもおよんでいる。彼女自身の変化についての語りで注目すべきは、「強くなった」「鈍くなった」と表現されたものである。

治療の経過そのものが良好であることについては先に述べて通りであるが、「強くなった」「鈍くなった」とはどのような意味を持っているのだろうか。先に夫の存在についての分析で示したように、彼女は夫を「ストッパーや持ち直しのきっかけを与えてくれる」存在と表現していた。もちろん完全に症状そのものがなくなるわけではないが、「激うつや激躁」と表現された酷い症状への発展が減り、仮に何らかの症状が現れたとしても「戻って来やすくなった」と述べている。つまり、夫というセーフティネットを得たことから、症状のコントロールが可能となり、最悪の事態には至らないというある種の楽観視ができるようになったのだ。「強くなった」と表現されたのは、こうした彼女の自身の「病い」に対する認識の変化だったのである。こうした変化は〈回復〉の諸要素として抽出した「受容、学習、理解、観察」や「他者との関係と孤独の減少、支援、自身の経験を語ること」の内容とも一部で合致しており、先行研究でも指摘されている〈回復〉であると言えるだろう。

これに対し、「鈍くなった」という表現は先行研究においても確認できず、彼女独自のものであることがうかがえる。第 1 章において、双極性障害を説明するモデルの 1 つにキンドリングモデルがあることを指摘したが、キンドリングモデルでは時間の経過とともにストレスへの閾値が下がり、エピソードの頻度が上がる、言い換えれば刺激に対し鋭敏になると説明している。「鈍くなる」という表現はこれとは正反対の内容を示していることになる。実際彼女は、刺激に対し鈍感になったとしたうえで以下のように述べている。

引きずりにくくなったと言うか、まあ落ち込んでも戻って来るのが、浮上するのが、前よりは早くなったかなって自分では思ってるんです。(4)

でもだんだんその、感情も固着しにくくなってきているので、すぐにこう、ここに戻されるというか、感情が戻って来るというか(中略)今に戻って来る。(中略)昔と今

をこう切り離して考えられるようになった感じはしますね。(5)

こうした感情の固着からの解放や、「いま、ここ」の比重の大きさから来る過去からの解放こそ、彼女が「鈍くなった」と表現したものだだったのである。

ではなぜ彼女は鈍くなることができたのだろうか。この問いに対しての明確な答えはインタビューでも語られなかった。しかし、彼女の発言をつなぎ合わせることで1つの仮説を提示することはできる。「べき思考」の軽減や、「何かしなくても必要とされる」「ありのままの自分でいられる」という発言に裏打ちされた夫からの人格的承認、「ストッパー」や「持ち直しのきっかけ」としての夫の存在、これらの要素によってXは症状が発現することへの恐怖心を軽減させている。夫や医師との関係の中で、自身の「病い」に対する意味づけを変化させていった結果が、このような「鈍さ」へとつながったのである。

6-5-3. テーマの考察

ここまではXによって語られたカテゴリーごとの論考を展開してきたが、これらの語りは2つの大きなテーマのもとに語られている。1つめのテーマは既に実家家族とのコミュニケーションを分析する際に触れた「症状を超えたダメージと関係性の問題」である。ここでは症状や生きづらさといった言葉では捉えきれない苦痛が語られていた。2つめのテーマは「非言語的コミュニケーション」である。ここではXの生活世界における独自の意味のあり方が浮上した。1つめのテーマについては実家家族とのコミュニケーションを分析する際に十分論じているので、ここでは2つめのテーマである「非言語的コミュニケーション」に絞って考察する。

6-5-3-1. 非言語的コミュニケーション

Xはインタビュー全体を通して夫とのコミュニケーションとその影響について語り、それらがXの症状のストッパーや持ち直しのきっかけとなっていることは既に論述した通りである。その際、繰り返し語られた事柄が夫の淹れる紅茶と、洗顔である。それでは、繰り返し語られたこれらの事柄が彼女にとってどのような意味を持っているのか詳しく見ていこう。

Xは夫が毎朝紅茶を淹れてくれることに対し、特別な意味づけを与えている。例えば、疲れている時や、表情が「うつっぽい」時などは甘いミルクティーを淹れるなど、体調に合わせて淹れる紅茶を変えており、それが彼女の安心感につながっているのだと語った。しかし同時に、夫が意図してそのような行動をとっているのかはわからず、決して言語的コミュニケーションがあるわけではないと述べている。つまり、夫がどのような意図をもって毎朝彼女に紅茶を淹れているのかは彼女自身にもわかっていないのである。それにもかかわらず、

夫の行為は彼女の安心感の源となり、重要な意味を持って繰り返し語られたのである。

このようなコミュニケーションのもう 1 つの例として、彼女は夫が洗顔をしてくれることを挙げている。紅茶を用いたコミュニケーションとは異なり、毎日行われることではないが、ここでは言語を介したやりとりもあると述べている。しかし、そこでのやりとりとは「おもしろい顔してるよ」や「鼻水ついてる」などといったもので、発言だけを見れば、体調を気遣うものや、配慮を示すものではない。しかし、彼女はこのような夫の言動に対し、「顔を見て、今がどんな調子なのか（うつ寄りなのか軽躁の入り口なのか）を見てくれたり、表情の強張りをほぐしてくれている」と意味づけている。そしてこうした夫の行動が、自身の状態を確認する 1 つの指標になっているとも述べている。さらに、こうした行動が感情の波を抑制する「ストッパー」として機能していること、症状が出ている時には「持ち直しのきっかけ」になっていることを付け加えた。

洗顔についても紅茶の例同様、X は夫に行動や発言の意図を確認することはしていない。そのため、彼女が独自に意味づけているに過ぎないことは事実である。しかし、彼女の意味世界においては夫の行為は確かに「肌で感じる」配慮であり、実際に症状を和らげ、X の「病い」や「生きづらさ」に作用していることもまた事実である。このことは、主治医が彼女に「落ち着いてきている」と伝えていることから客観的事実として扱って問題ないだろう。

しかし、全てが観測可能な客観的現実というわけではない。実家家族は直接彼女を害するような言動はとっておらず、夫の行動の真意も確認されているわけではない。夫の発言だけを取り出せば、X に対する差別的な発言と捉えられかねない言葉もあった。つまり、X が「二人の世界」と呼んだものは、長い時間をかけて構築した信頼関係にもとづく独自の意味の世界であり、そうした意味のシステムが作動し続けることによって、彼女の〈回復〉が進んでいるのである。X にとっての〈回復〉とは、X と夫による共同主観的な意味のシステムのダイナミズムなのだ。

6-5-4. 「物語り」

こうしたコミュニケーションに対する独自の意味づけや解釈、彼女が「二人の世界」と呼んだものは、客観的事実や EBM 的データには反映されにくいものであるため、アクティブインタビューというやや特殊な質的調査によって初めて得られた貴重な語りである。最後にこのインタビューによって紡がれた「物語り」についてまとめよう。

上述したように、X の〈回復〉とは夫との共同主観的な意味のシステムにもとづく「物語り」であった。では、調査者はこの「物語り」にどのように参入したのだろうか。この問いに対する答えは、インタビューによる影響についての X の語りから読み解くことができる。

筆者が X に対し、今回のインタビュー調査についての感想をたずねたところ、「思い出すことによって嫌な気分になることがないとは言い切れない」と述べており、調査対象者に負担を強いていることは事実である。しかし、X は続けて「こうやって話すことで、夫がして

くれていることを再確認したりすることができる」「夫の存在が大きいんだなと改めて感じた」「今回こうして話すことで、日常に埋もれてしまっていたことに感謝できる」とも述べており、調査によって日常のコミュニケーションを想起させることで、改めて夫の行為を整理し、意味を再認識するきっかけになったことが語られたのだ。さらに注目すべきは以下の発言である。

（症状が出ると）この病気に回復なんてないのかなと気が滅入るけど、話してみても回復を感じるきっかけみたいになった。(6)

ここでは、本調査においてXが筆者に対して物語を語る「物語り」が〈回復〉を実感するきっかけとなっている旨が明言されている。つまり調査によってXと調査者の間に共同主観的な新しい「物語り」が生まれたのである。そして結果的にこの「物語り」が〈回復〉の実感、換言するところの主観的〈回復〉へのきっかけとなったのである。

6-6. 「病い」と〈回復〉のダイナミズムの再考

ここまでの考察を通して、双極性障害という「病い」の〈回復〉には様々な要素が複雑に絡み合っていること、そして重要な他者との共同主観的な意味世界の構築や「物語り」が大きな役割を担っていたこと、「物語り」は患者の生活史的背景や、置かれている文脈に依拠しており安易な一般化は寄せつけないことが明らかになった。

しかしこれだけで「病い」としての双極性障害の〈回復〉を捉えたことになるのだろうか。当然これまでの議論だけでは不十分である。なぜなら、ここまでの考察で提示したものだけでは、「病い」のダイナミズムと〈回復〉のダイナミズムの関係を論じられていないからである。

第6章の最後にこれまでの論考からすり抜けてしまった「病い」と〈回復〉のダイナミズムについて論じる。本論では、第4章での議論から一貫して「病い」とそれともなう「生きづらさ」、さらにコーピングは流動的なものであり、常に変化の可能性を持ったものであるという姿勢をとってきた。確かにXの「物語り」から〈回復〉のダイナミズムを読み取ることは可能である。しかし、これはXという患者一例に限ったものであり、理論的基盤は脆弱なものと言わざるを得ない。こうした問題を克服するため、S・ツェらによる双極性障害のステージモデルとN・J・トッドらによる双極性障害患者の〈回復〉の語りの分析、さらに、F・ロツバンらによる分析を参照し、「病い」としての双極性障害と〈回復〉のダイナミズムの関係を今一度検討する。

6-6-1. 双極性障害のステージモデル

双極性障害のステージモデルに対する考察のために、まずはツェら（Tse et al. 2014）の研究の概要を説明する。

ツェらは無症状期の I 型 II 型両方を含む双極性障害患者 75 人を対象に心理学的な視点から調査を行い、患者の「回復」、〈回復〉にはステージがあることと、それらに影響を与えている心理社会的要因を明らかにしようとした。その結果、ツェらは患者の回復段階が 4 つのステージに分かれていることを明らかにした。それぞれのステージは以下の図にまとめたものである。

(図 6-1 ツェらが提示した双極性障害のステージモデル) ⁵⁵



ツェらの研究において「回復」と〈回復〉の区別は設けられていない。また評価尺度を用いているため、数値化された研究ではあるが、対象者全員が無症状期にあることを考慮すれば、ここで論じられている回復は「回復」と〈回復〉の双方を含んだものと考えられる。加えて、評価尺度の一部に自己評価尺度を用いている点も〈回復〉の議論を射程に含んでいると考える理由である。

調査対象者が無症状期にあることと、回復にステージがあること、この 2 点は次のことを意味する。患者らは症状が抑えられているにもかかわらず、主観的に評価した回復のステージには差異が生じている。つまり、デヴィッドソンらが指摘したように回復を症状の有無によって決定することはできず、それは患者の主観によるところが大きいものであることを示唆しているのだ。

ツェらは回復のステージを分ける指標として 24 項目から成る REAQ (Recovery Elements Assessment Questionnaire-Patient Version) という自己評価尺度を用いている。この評価尺

度では、1.尊厳・希望・エンパワーメントへの志向性、2.意味ある役割、3.自分の価値と可能性への信頼、4.社会的役割、これら4点が評価されている。そしてこのスコアが回復ステージの前半と後半を分ける大きな要因になっていると指摘している。表現は異なるが、双極性障害に特化した〈回復〉の諸要素との重複も見られるため、ある程度の妥当性を持つものと考えられる。また、意味ある役割や、自分の価値と可能性への信頼は、前節で示したXの語りでも見られた要素である。

こうした指標の提示以上にツェらの研究において注目すべきは、「時期によって患者が目標とする『回復』は異なる」ものであり、「『回復』は変化の連なりとして捉えられる」(Tse et al. 2014) と述べていることだ。

ツェらの研究を要約すると、双極性障害には4つのステージがあり、これらは REAQ のスコアの変化によるものであること、患者の目指す回復はそのステージによって異なる変化の連なりであり、症状の有無によって決まる単一のものではないということになる。こうした知見は双極性障害の〈回復〉の多元性を示唆するものであり、〈回復〉が段階的かつ流動的なものであることを示した点では重要な研究だ。しかし、REAQ で示されている諸要素はデヴィッドソンらが指摘した諸要素や、双極性障害に特化した〈回復〉の諸要素を数値化したものであり、方法論としては医学モデルにおける「回復」観と同様である。〈回復〉を生々のダイナミズムと連動する流動的なものとして捉えている点は示唆に富むものだが、患者にとっての〈回復〉が何を示しているのかを明示できていないという課題も残っている。

このような課題に対し、医学モデルと距離を取る形で双極性障害における〈回復〉を論じようとしたのが N・J・トッドらの研究である。ここからはツェらの研究によって概形を与えられた〈回復〉に対し、トッドらの研究を参照することで具体的な肉付けを施していく。

6-6-2. 医学モデルから外れた患者の語りと回復の先

ここまでの考察から、双極性障害の〈回復〉は症状の消失や機能的回復という一元的なものではなく、流動的かつ多様なものであることが明らかになった。こうした指摘はトッドらの研究にも見られる。さらにトッドらはこうした〈回復〉観を、医学モデルを超え出るものとして捉えようとする。まずはトッドらによる研究を概説しよう。

トッドらは、I型、II型両方を含む双極性障害患者12人に対し、フォーカスグループインタビューを行い、患者らのセルフマネジメントについてたずねるなかで、〈回復〉についても言及している。トッドらは、「『回復』は症状の有無にかかわらず、満たされた生を生きる過程として定義される」(Todd et al. 2012:114) と述べており、〈回復〉を論じようとしていることが見て取れる。そして最も注目すべきは、患者らの声を直接紹介し、語りに依拠した分析を行っている点である。以下に示す表 6-8 はトッドらの研究で引用された患者らの語りである。

(表 6-8 トッドらの研究で引用されている患者の語り)

発言 1	私にとっての回復は全くもって症状がないってことじゃない、症状がないことは完全に無関係で、回復はなんとか切り抜けられるままあの人生の質のことなんだ。そして働くことができ、はっきりと生産的に働くこと、仕事以外のことも楽しめることだと思ってたんだ。
発言 2	回復がどんなものかという、医療従事者の発言にかかわらず、その人自身の実際の評価だよ。
発言 3	疾患を排除することはできない、疾患が存在することを認めて、疾患を自分の長所に変えなくちゃ…疾患の症状を長所にして…疾患を通じて、友達よりも良好な人生の質があるって、人を楽しませられるように診断について話すことができるようにならなくてはいけないんだ。
発言 4	医療モデルを認め、医療モデルの外側から考える…それは回復に向かう道なんだ…医療モデルは慢性疾患に対処するけど回復させることはない。
発言 5	何年も罹患しているわけだから私は専門家なんだ、えっと双極性障害のウェブサイトに行けば DSM のリストが示されるけど私に何も与えてくれない、私はそれを見てすらいない。
発言 6	だから、我々は自分自身を回復させるために自己管理できるようなことをするんだ… (中略) 我々が思う回復の中身に関しては我々自身は臨床モデル以上の存在なんだ。

上掲の表 6-8 に示した患者らの語りでは、症状の有無は回復とは無関係だと述べるものや、医療の専門家が提示する回復と、自身にとっての回復は別物であると指摘するものが目立つ。また一部では、医学モデルを否定するような発言も見られる。そして、回復とは自分自身のものであり、生活に密着したものであると考えていることが共通認識として読み取れる。

医学モデルが提示する「回復」観を否定しながら、自身の生活と QOL にもとづく〈回復〉観を提示していることは特筆すべき点であり、〈回復〉が症状の有無とは無関係であることが示されている点はツェらの知見とも一致するものである。トッドらの研究で提示された患者たちの〈回復〉の語りは、「疾患」を「病い」へと再編することで医学モデルから脱却し、「病い」を自分自身のものであるとして取り戻すことを指しているのである。

トッドらの研究では医学モデルからの脱却という〈回復〉のダイナミズムが語られたが、〈回復〉をさらに推し進めたかのような患者の語りを提示する先行研究も存在する。それが F・ロツバンら (Lobban et al. 2012) による研究である。〈回復〉の議論が、異常から正常への回帰、ネガティブなものの克服をその中心とするのに対し、ロツバンらの議論は正常のその先に照準し、双極性障害のポジティブな側面を描き出そうとする。双極性障害を患っていたと考えられる過去の偉人たちの例が紹介されることはこれまでもあった。また近年ではアーティストなど、著名人による双極性障害の「カミングアウト」も続いており、何かしらの才能と双極性障害の特性とを関連付けた議論 (内海 2008) そのものは珍しいものではない。

しかし、ロツバンらが注目したのは著名人や過去の偉人たちではない。ごく一般的な双極

性障害患者らに対する聞き取りから、双極性障害のポジティブな側面に照準したのである。
以下に示す表 6-9 はロツバンらの研究において引用された患者らの発言の一部である。

(表 6-9 ロツバンらの研究で引用されている患者の語り)

発言 1	まるで脳の中に存在していない何かをひらめく感じで、かつてよりももっと色鮮やかに見えるんだ…だから音楽や芸術を享受する機会を高めてくれる双極性（障害）に感謝しているんだ。音楽や芸術を享受する機会と私自身の間に存在する拡大鏡のようなものだ。
発言 2	これ（双極性障害）は私の大半の著作の基盤である。
発言 3	がんばってやり続けているとちょうどこんな風に思いつくんだ、道徳的な葛藤や学術的なタスクとかなんでも。それは正しい傾向にあって、直感的な本能の類で…（中略）40 ワットじゃなくて 100 ワットの電球が頭に入っているようなものだよ。
発言 4	私たちはいつでもあらゆるポジティブが強調されなければならない、ネガティブを受け止めることを許されない世界にいる。だけど私はネガティブのおかげで人と親密になっていたと思うんだ。多くの子供たち、多くの青年の葬式を私は執り行わねばならなかった、ひどい親の苦しみに参入することができるように、自分自身の内なる闇について探究できるようになっていなければならない、そしてそれが本当のポジティブだと思うんだ。
発言 5	分からないんだ、祝福されてしまったのか、祝福され続けてきたのか？なぜって私は人がある種極端だと称するものの中で人生を味わうことができている。それは双極性障害じゃなかったら感じたり経験できないような機会をくれているんだ。そんなシンプルなことさ。
発言 6	何かのせいでとてもとても気分が落ち込んだり、何かのせいで気分があがる機会があるというのは、なぜ、なぜ自分がこんな経験をしているんだろう、そこから学べることはなんだろうってこと。それでね、それはギフトだと思う。
発言 7	双極性障害は諸刃の剣なんだ、なぜってまさにそのギフトは呪いでもあり同時に双極性障害そのもののギフトは単純に素晴らしいんだ。
発言 8	病いのあと、あるいは病間期に再び自分がいると気づく、それはつらいこと。だって、私に関して言えば、調子が悪いとき自分を見失う（中略）一生病んでしまった、治ることはないだろうってわかる、なんらかの遺伝子治療を思いつかない限りはね、でも、でも、私には自覚症状が持てない。だから私はすっかり調子が良いこともあれば依然として症状があることもある。
発言 9	それは世界に対処する唯一の方法じゃないのかな。でもそれは一種の良い方法じゃないかな、だって非協力的でイライラしたいやな奴じゃなくて、私は双極性障害患者なんだ、すばらしい！折りにふれて拘置所に関わらずにいられた、それって良いことだよ、ほらこういうのって良いことだよ、実に山のような恩恵をくれた、良いものなんだ。

上掲の表 6-9 に示した患者らの語りはこれまでに示してきたいかなる語りとも異なる質のものである。患者の多くが、自身の双極性障害を才能の源や神から与えられたギフトとして捉えており、もはや克服すべき障害や回復すべき機能不全、生きづらさとしては映っていない。

ない。

ただし、全ての患者が自身の疾患を手放しに受け止めているわけではなく、「諸刃の剣」であることや、「しんどいこと」であるとも述べられている。それでも彼ら彼女らは、自身の双極性障害を自分のものとして受け入れている。

特に注目すべきは、双極性障害に対する意味づけが十人十色、非常に多様な点である。ある患者は自身の著作の土台として、またある患者は閃きの源泉として、別の患者は自分自身の探求のきっかけとして、双極性障害を物語っている。こうした意味づけ、物語の背景に患者たちのこれまでの人生、生きられた経験としての「病い」を見ることは容易いだろう。

以上のようにトッドらが提示した医学モデルを超克しようとする〈回復〉の議論、ロッパンらが提示する〈回復〉の先にあるかのような双極性障害のポジティブな側面に照準した議論、その双方で、患者のこれまでの生きられた経験が、〈回復〉の捉え方、双極性障害の捉え方に影響していることが示されたのである。いずれの語りも一朝一夕で語りうるものではなく、ツェらが示した「病い」のステージの変化に連動して患者が獲得した物語であることは想像に難くない。Xの語りでも見られたようにこれら〈回復〉の物語は、長い月日をかけ、様々な要因によって変化し、調査者に対し語られることで初めて生み出された〈回復〉の物語りだったのである。

6-7. 総括

それではここまでの議論に対する総括へと移ろう。第6章の冒頭で双極性障害をめぐる回復の議論は、「recovery from」と表現される「疾患」に対応する「回復」と、「recovery in」と表現される「病い」に対応する〈回復〉の2種類があることに触れた。しかし、〈回復〉に照準した議論は、論者によってその意味内容が異なることや、古い議論に新しいラベルを貼り直しただけ (Davidson et al. 2005) といった問題を抱えていた。

こうした〈回復〉の意味内容の不明瞭さを克服するため、デヴィッドソンらの慢性の精神疾患における〈回復〉の諸要素を抽出した先行研究を礎として、複数のデータベースから双極性障害の〈回復〉に特化した要素を抽出した。その結果、双極性障害における〈回復〉の諸要素は疾患特性に由来する差異は見られるものの、デヴィッドソンらが提示した諸要素と大きく変わるものではないことが明らかになった。

しかし、双極性障害の〈回復〉に特化した諸要素を抽出した研究で提示されていた患者の語りだけに注目すると、抽出した諸要素とは真っ向から対立する語りも散見された。こうした語りの存在を無視して安易な一般化を行うことは、科学的には禁欲的な態度であるかもしれないが、医学モデルが提示する「回復」観の再提示、もしくはデヴィッドソンらが批判したラベルの貼り換えと変わらない。そこで、患者の〈回復〉を捉えるという原点に回帰すべく、もう一度Xの語りに立ち戻って、Xが行っている他者とのコミュニケーションを分析することに〈回復〉を捉えるヒントを得ようとした。

上記の目的のため、アクティブインタビューと IPA というやや特殊な分析手法を用いて X のコミュニケーションを分析したところ、夫という重要な他者と独自の意味のシステムを形成していること、そうしたコミュニケーションをもとに自身の「病い」への意味づけを変化させていくことが〈回復〉へとつながっていること、そしてこれらは語られることによって改めて認識されるものであることが明らかになった。調査者が患者に関与することによって、共同作業としての「物語り」に加担することが可能なのである。つまり、社会調査であったとしても患者の〈回復〉のきっかけに寄与することができるのだ。

最後に X の「物語り」に見られた「病い」と〈回復〉のダイナミズムについての理論的基盤と、1 事例の分析であるという脆弱性を補完するため、ツェラのステージモデル、トッドら、ロッバンらの研究で紹介された双極性障害患者の語りを分析した。

考察を通して明らかになったことは、双極性障害とのかかわり方、「病い」に対する意味づけは変化するものであること、それらは決して「疾患」としての症状の有無だけに左右されるものではないことであった。こうした結論は各研究の著者らも言及している。ツェらは〈回復〉は変化の連なりであることを指摘し (Tse et al. 2014)、トッドらは〈回復〉が症状の有無とは無関係な人生の質の問題であることを指摘した (Todd et al. 2012)。

こうした指摘は X の「物語り」に対する解釈の妥当性を裏づけるものである。特に注目すべきは、トッドらの研究で示された医学モデルが提示する「回復」観の超克として「病い」への〈回復〉が語られている点である。X の「物語り」においても、症状が消失したわけではないことや、他者には介入することのできない夫との独自の意味世界の構築によって〈回復〉を実感していることが語られている。これは医学モデルが提示する「回復」とは明らかに異なる〈回復〉の存在を示唆するものである。

さらにロッバンらの研究では、〈回復〉の先を示すかのような、双極性障害のポジティブな側面に照準した語りが提示された。これらの語りではトッドらの研究や X の「物語り」以上に、患者自身による「病い」への独自の意味づけがなされていることが読み取れる。こうした意味づけによって、「疾患」としての双極性障害を自身の「病い」として捉え直した結果が、患者らによって語られた「物語り」なのである。当然こうした「物語り」は一朝一夕に語りうるものではない。ツェらが示したステージを行き来した果てに辿り着いたものとして捉えるべきであろう。

〈回復〉が時間を要するものであることは、X の「物語り」からも理解できる。長い時間をかけて形成された感情のパスはそう簡単に変更されるものではない。その証拠に X は実家家族の存在を「何か具体的な問題がなくても悪くなる」「負の予感を連れてくる」と表現した。しかし、X の主治医の言葉として紹介された「薬、時間、人」は「病い」に変化をもたらす。新たな他者との出会いが膠着した「病い」のステージにデタントをもたらしたことが語られたのが X にとっての夫との出会いだった。これがエピファニー⁵⁶となって物語が新たなステージへと進んだのである。2 年間状態が安定している双極性障害患者 100 人を対象に調査を行った S・ラッセルと J・ブラウンらによる研究においても、〈回復〉の意味は人

によって異なるものであり、その戦略は患者個別の要求や社会的文脈に根ざしたものであると指摘されている（Russell and Browne 2005: 189-90）。Xの場合は自身に対する人格的承認や、役割への依存からの脱却といった文脈が〈回復〉をもたらしたのだ。

こうした患者の生活史的背景、置かれている文脈に依拠し、他者との出会いなどのエピソードをきっかけとして自身の「病い」に意味を与え直し、「物語り」を生み出すことが、双極性障害における「病い」と〈回復〉のダイナミズムなのである。

第7章 結論 社会の中で「病い」として生起する双極性障害

最後にここまでの考察を振り返って、本研究が明らかにしたことと、本研究に残された課題、そして限界を示して論考を締めくくる。

7-1. これまでの考察を振り返って

社会学的視点から双極性障害を論じる旅も終わりを迎える。これまで精神医学領域を中心地として語られてきた双極性障害は、視点を変え、社会学という窓を通して眺めると、これまでとは異なる姿を私たちに現し始めた。

まずその片鱗が示されたのは双極性障害という概念の歴史に対する整理を行なった第1章においてであった。医学的視点からの整理では、古代より人々が双極性障害に悩まされ、医師らは双極性障害と懸命に戦ってきたことが示された。医師は双極性障害という捉えにくい疾患をどうにか捉えようと様々な概念や分類を創り上げ、ブラッシュアップを繰り返し、今日では非常にミクロな視点からの病因解明が進んでいることが明らかとなった。医師は患者を救うためにその病因を解明し、治療法の開発に心血を注いできた。これは一面において事実である。しかし、医学という学問そのものは歴史的、社会的な影響を受け、そのあり方を変えていたことも示された。ピネルによる改革はその一例であり、18世紀以降、患者の扱いは大きく変化した。また、クレペリンへの批判が第二次世界大戦時のドイツの蛮行への反省を含むものであったこと、エイによる批判が患者の権利や希望に目を向けたものであることも、当時の思想に影響を受けていたと見ることもできる。

こうした影響とは別に、経済的な影響や、医学的態度の変化、科学技術の発展による影響も垣間見られる。ヒーリーが指摘したように、精神医学を巡る言説は経済のグローバル化が進行し、製薬会社が強大な力を持ったことによって大きく変化した。これを背景として、患者は薬を必要とする消費者へと変貌を遂げたのだ。ヒーリーやフランセスが共に指摘していることとして、エビデンスを重視するようになった医学的態度の変化も重要である。患者の苦悩や生きづらさといった臨床での語りや、診断と治療に必要なと思われる数値などの一般化可能な要素だけを抽出した情報へと還元されるようになったのである。さらに見逃してはいけないことが科学技術の進歩である。各種観測技術や分析手法の発展に反映されている技術的な進歩が、よりミクロな方向へと進む今日の双極性障害研究に直接的な影響を与えていることは疑いようのない事実である。

このように医学的視点からの整理だけでも、双極性障害を巡る言説が様々な外在的影響を受けて構築されていることが示唆された。そして社会学的視点からの整理ではこれがより鮮明になった。従来から今日に至るまで、疾患分類は軽微な方向へ、また若年者へと双極性障害概念を拡大させてきた。視点を変えた場合、万人が有する感情を医学的な疾患へと編成していく「医学的囲い込み」の進行として捉えることも可能である。こうした感情の「医学的囲い込み」は双極性障害だけに留まらず、正常そのものが切り崩されているという指摘

も確認された (Frances 2013=2013)。そして、こうした専門家による言説が非専門家である一般人の価値観に影響を与え、一般人は専門家が提示する病気観や死生観に従属していく「医療化」(Illich 1976)が進み、「病いのリアリティー」が医学的翻訳によって新たなリアリティーへとスライドする可能性も示唆された(辻内,河野 1999)。これは第4章以降のセルフレポートに対する分析からも確認できたことである。

こうした双極性障害の拡大と「医学的囲い込み」は「リスク」に関する議論へとつながる。本論文ではラプトンの議論を参照しつつ、近代以降、自己のコントロールと予測可能なリスクの回避が正常な人間として求められるようになったことを背景に、専門家らが双極性障害のリスクを持っているのは誰なのかを同定するようになったことを論じた。また、こうしたリスクが専門家の言説によって独占され、リスクは日々の経験の中ではなく、科学的知識の中に存在するものとみなされるようになったこと、さらにこうしたリスクに関する議論がその責任の所在を求めるものであることを指摘した。そしてこうしたリスクの責任が患者に帰せられた結果が、「監視」へとつながるのである。

社会学的視点からの整理の最後の論点が「監視」に注目した議論であった。「医学的囲い込み」と「医療化」が進み、専門家の言説に依存するようになった私たちは専門家が提示した「リスク」に関する言説にも従順に従い、リスク管理の責任を負うようになっていった。歴史的に整理すると、こうした監視の起源はアサイラムの整備に見ることができる。アサイラムの整備は、医師が集団としての患者を観察することを可能にした。そこでの観察をもとに今日の双極性障害概念の原型となる数々の概念が創出されていったことは第1章1節で見た通りである。アサイラムの整備によってもたらされた観察はすぐに「監視」へとその姿を変える。それがベンサム、フーコーによって論じられたパノプティコンの誕生である。パノプティコンの誕生が囚人に内なる監視者を生み出すことは、これまでも繰り返し論じられてきた通りである。医師による観察とリスクに関する言説が手を取り合うことによって、患者の中にパノプティコンが建造され、内なる監視者が創られたのである。こうして患者は絶えず自身の気分や体調、様々な出来事を監視し、記録していく。ただし、患者の中に建造されたパノプティコンは自己完結する閉じたシステムではない。患者は監視者という役割を担うと同時に、医師に対する告白者という役割も担っていたのである。患者は診察の度に医師に対して自身を監視した結果を告白する。この監視は双極性障害の治療においてモニタリングと呼ばれる行為である。患者はモニタリングの結果を医師に告白し、医師は治療に必要な情報だけを選出し、患者の言葉を医学的に翻訳していく。こうして半自動的に監視と治療に必要なデータが蓄積されていくシステムが出来上がっていたのだ。

さらに監視は深化しており、今日、双極性障害患者に要請されるモニタリング項目に目を向けると、ライアンが指摘した「身体の消失」(Lyon 2001)を読み取ることができた。そして「身体の消失」の帰結として「数値の治療」がもたらされ、バウマンやライアンが指摘している通り、飽くことのないモニタリングの欲求、青天井の監視を誕生させた。今日のこうした監視の変化について、Y・N・ハラリは新型コロナウイルスの感染拡大と各国の対応を

受け、体外監視から皮下監視への劇的な移行であると指摘している (Harari 2020)。このような変化は今後、双極性障害だけに限らず様々な領域で深化することが予想される現在進行形の現象なのである。

ただしこうした監視の深化は何らかの悪意を持って進展したわけではない。医師はより良い治療を目指し、患者は少しでも自分の病の症状を改善しようとして終わることのない囲い込みと監視へと進んでいったのである。彼らもまたより大きな社会のシステムの中に飲み込まれ、医師役割、患者役割をまっとうすることでその一部として動作しているのである。

第 1 章全体を通して、同じ双極性障害に光を当てたとしても、視点を変えることによって全く異なる側面が見えてくるのが明らかになった。医学と社会学、それぞれの学知の蓄積による違いがその背後にあることは疑いようのない事実だが、それ以上にこれまで双極性障害という病が一面的にしか語られていなかったことが大きな原因である。疾患として定義づけられることによって、医学が取り扱うべきものであり、治療対象とされるべき普遍の存在であるという先入観が生じ、豊かな意味と歴史的背景を持つ双極性障害の姿を一面的なものにしてしまっていたのである。ここまでの分析で見てきたように、疾患概念そのものも社会の中で変化しうるものであり、患者を巡る状況、患者が置かれている状況も社会的な変化の影響を多分に受けて形成される流動的なものなのである。

第 2 章では双極性障害の言説に注目し、医学的言説と非医学的言説をテキストマイニングという手法を用いて分析した。ここでも第 1 章同様、異なる窓から双極性障害という病を眺めた場合、それぞれの景色はどのように重なるのか、あるいは重ならないのかを明らかにしようとした。第 2 章での異なる窓とは、医師らの準拠する医学という窓と、患者や縁者の生の声が直接反映された窓の 2 つである。ここでの作業によって、医学は双極性障害の何を問題として扱っているのか、また患者、縁者は生活世界において双極性障害の何に困難や生きづらさを抱えているのかを明らかにしようとしたのだ。

上記の分析を通して明らかになったことは次の 3 点である。前者の 2 点は医学的言説から、後者 1 点は非医学的言説から明らかになった。

医学的言説の分析から明らかになったことの 1 つは、今日、専門誌に掲載される論文の多くを生物医学的視点からの研究が占めており、情報還元主義的な姿勢が強く、患者個人の声が反映された研究は確認できなかったことである。もう 1 つは、一部の脳機能の機能改善は論じられているものの、患者個人の回復や全体論的視点からの回復は論じられていないことである。そして最後の 1 つ、非医学的言説の分析から明らかになったことは、患者、縁者によって語られていたことは、医学的言説で語られていた症状のメカニズムに関することや治療効果などではなく、生きる意味や人生の絶望、人間関係上の問題などが中心となっており、医学的な問題としては片付けられない問題が多数記述されていたことである。

こうしたことから、医学的言説では、疾患としての双極性障害に対する客観的な事実が語られ、非医学的言説では、個人の人生の問題、「生きられた経験」としての双極性障害が語

られており、焦点が大きく異なることが示唆された。医学的言説は医学という独自の社会で求められる言説であり、非医学的言説は患者、縁者が属するより広く多様な社会の影響を受けて語られている言説だと捉えられるだろう。

第3章では、第2章で明らかになった医学的言説と非医学的言説の焦点のズレが何に起因するものなのかを明らかにするため、ターナーらによる感情社会学的視点からの考察を行った。ターナーらの議論において本研究に最も大きな示唆を与えたのは、「感情」と「気持ち」は決して同じものではないという指摘だった。ターナーの議論に従えば、一般的に感情という語で示されるものは、生物的情動と社会的心情に分けられるものであり、この2つは配線されている脳の部位も、構成要素も異なるものである。ターナーらはこれを「感情」と「気持ち」と呼んだ。つまり、医学的言説で扱われていたものは生物的情動である「感情」であり、非医学的言説で扱われていたものは社会的心情である「気持ち」だったと捉えることができるのである。言説空間や語り手の違いがあることは事実だが、「感情」と「気持ち」という、扱っているものの質的な違いもまた医学的言説と非医学的言説における焦点のズレを生じさせた要因なのである。

第1章から第3章までは、先行研究の整理による理論的考察と、医学的言説と非医学的言説の二次分析という既存のデータを用いた考察を行うことで、双極性障害という病が視点によって異なる姿を眼前に表す、多面的なものであることを示してきた。これに対し第4章から第6章では、複数の一次データの分析から、双極性障害患者が実際何に困難や生きづらさを抱えているのか、またそうした困難や生きづらさに対し生活世界でどのような対処を行なっているのか、そして本研究最大の関心事である双極性障害の回復の可能性について論じた。前半の第1章から第3章を理論的考察と位置づけるならば、第4章から第6章は実証的考察と位置づけられるものであり、第4章からは座学の世界から離れ、患者の生活世界に分け入っていく旅が始まる。

後半冒頭の第4章では3つの一次データを用いて、1.患者の病の物語は「疾患」としての側面だけではなく、「病い」としての側面を持っていること、2.患者は「疾患」由来の症状に悩むだけでなく、自身の置かれた文脈に依存する様々な苦悩を抱えていること、3.「病い」の物語は「人生の物語」であり、書き換えられるものであること、の3点を明らかにした。

1点めについては、2017年から2018年にかけて継続的に行なった調査結果を使用した。この調査では20人の双極性障害患者から、疾患に関する正しい知識は持っているものの、患者自身にとっての双極性障害の意味は異なること、多くの患者が自身の置かれている背景に起因する困難や生きづらさを抱えていること、そこで示された困難や生きづらさの内容は人間関係に起因するものであることが示された。こうしたことから、正しい「疾患」理解を有していても、患者自身が意味づけている「病い」と疾患は異なるものであり、気分の波という中核症状だけでなく、社会的な影響を受けることによって生起する「病い」に苦しんでいることを明らかにした。

2点めについては、2021年に実施したインターネット調査の結果を分析に使用した。こ

の調査では、患者 116 名（有効回答 112）、縁者 38 名（有効回答 35）の計 154 名から回答を得た。ここでも患者や縁者の困難や悩みに照準し、「困っていること」を 13 の選択肢から選ぶ、複数選択を可とした形式でたずねたデータに対する量的な分析と、具体的な悩みを自由記述形式でたずねたデータに対する質的な分析を行った。

その結果、多くの回答者は気分の波に悩んでいると回答しており、双極性障害の中核症状に悩まされていることが示された。しかし、自由記述に目を向けると、純粹に気分の波に悩まされているのではなく、気分の波に起因する人間関係の問題が記述されていた。この他には中核症状によって仕事が続けられないことなど、社会生活における問題が中心となって記述されており、このデータからも患者の悩みは人生の問題であることが読み取れる結果となった。さらに、得られた自由記述の記述内容にコードを付与し、QDA ソフトを用いたコードの共起関係を分析した結果、気分の波や症状のコントロールに関する記述は日常生活に関する記述と強く結びついていたこと、労働に関する悩みが多数記述されていたこと、躁状態よりもうつ状態に関する記述の方が他の記述と強く結びついていたことなどが明らかになった。これらから、中核症状はそれ単体で記述されるものではなく、自身の置かれている文脈や社会生活における他の要素と結びつく形で記述され、「疾患」は「病い」と共に生起していることが示唆された。

3 点めについては、2016 年から複数回の調査協力を依頼し、ラポール関係にある女性双極性障害患者の半生を振り返ったセルフレポートに対する内容分析を行なった。彼女の人生を第一期から第六期の 6 つの期間に分け、幼少期から双極性障害と診断され、今日に至るまでの 34 年間で彼女の記述に即して分析した。その結果、彼女が記述した問題は「疾患」としての双極性障害や中核症状などではなく、幼少期からの家庭環境に起因する労働依存傾向や、他者からの承認を巡る問題、双極性障害と診断されたことによって生じたこれまでの人生の否定に対する絶望であった。彼女の人生の物語は完治のない双極性障害という診断を下されることによって一度医学的に翻訳され、「疾患」の物語へと編成されたのである。しかし、第五期以降に訪れた彼女の生活環境の変化や、重要な他者との出会いによって彼女の物語に再び変化が生じたことが明らかになった。

彼女は自身の疾患に対する理解を深めていくと同時に、重要な他者である夫との生活の中で、自身の病に独自の意味づけを繰り返し与えていった。彼女は、独自の意味付与の繰り返しによって、一度は「疾患」へと編成された自身の病を「病い」へと再編したのである。こうしたことから、物語は環境や他者との関係によって、何度でも書き換えられる可能性のある流動的かつ双方向的なものであることが示された。さらに重要な点は、セルフレポートの分析から回復の可能性が示唆されたことである。

第 5 章では、第 4 章で行ったセルフレポートの分析から得られた知見を手がかりに、患者が実践している病への対処法であるコーピングの実態をミクロな視点から分析した。ここではセルフレポートを執筆した女性双極性障害患者とさらに 1 名の女性双極性障害患者を加えた計 2 名の女性双極性障害患者のコーピング実践を分析対象とした。両者のコーピ

ングに対する比較分析を通して、コーピングは患者の置かれている文脈や生活史的背景が強く影響していることが明らかになった。また、動員できる社会的資源によって採りうるコーピングの方法に差異が生じていることも示された。最も注目すべき点は、コーピングも「病い」同様、患者によってその意味は異なり、またその意味は流動的なものであることが示されたことだった。そしてその変化は他者との関係や、経験の積み重ねによって生じるものであることも示唆された。

第4章、第5章で扱ったデータは一部を除き、少数の回答者による質的なデータという側面が強く、一般化可能な代表性を持つサンプルではなかった。しかし、「病い」の意味が他者との関係の中で書き換えられ、それが〈回復〉と密接に結びついていることや、患者の困難や生きづらさがこれまでの人生の積み重ねによって形成される「人生の物語」であること、患者が日々の暮らしの中で「病い」と向き合っている姿は、ラポール関係にあるインフォーマントの半生を丁寧に紐解く作業を通して初めて明らかになったことである。これらは個別特殊な意味の文脈に依存するものであり、大量のデータを機械的に分析するだけでは浮上しない。一般化不可能な少数のデータの分析という批判はあるかもしれないが、それでも意義のある分析であったと言えるのではないだろうか。

第6章ではこれまでの分析によって示唆された「病い」としての双極性障害に対する〈回復〉に焦点を絞った考察を行った。

第6章の前半では回復には「疾患」に対応する「回復」と、「病い」に対応する〈回復〉という異なる2種類の回復があることを示し、デヴィッドソンらの先行研究で提示された精神障害全般に対する〈回復〉の諸要素を提示した。さらに、ここで得られた知見と反省をもとに、複数のデータベースから双極性障害の回復について論じた先行研究を選定し、デヴィッドソンらと同様の手法を用いて双極性障害に特化した〈回復〉の諸要素の抽出を行った。デヴィッドソンらが提示した精神障害全般に対する〈回復〉の諸要素と、筆者の行った分析によって明らかになった双極性障害に対する〈回復〉の諸要素は一見すると大きな相違はなかった。しかし、双極性障害に対する〈回復〉の諸要素を抽出するために選定した論文内で紹介されていた患者らの語りそのものに目を向けると、疾患特性に由来する違いや、〈回復〉の諸要素として抽出したものは真っ向から対立する語りも複数確認された。こうした語りを個別特殊なものとして捨象し、一般化可能な諸要素を〈回復〉として提示することは禁欲的な科学的態度かもしれないが、それでは先行研究をなぞるだけに留まり、既存のモデルとは馴染まない〈回復〉の語りとその可能性を否定してしまうことになる。そこで第6章の後半ではもう一度患者の声を傾聴することで、既存のモデルでは捉えられない〈回復〉のダイナミズムを捉えようと試みた。

第6章の後半では、第4章でのアンケートとセルフレポートの執筆、第5章でのコーピング実践に関するアンケート調査で協力を依頼した女性双極性障害患者Xに対するインタビューデータの分析とその結果に対する理論的補完を中心に、〈回復〉の物語りを素描することを試みた。この調査では、インタビュー手法としてアクティブインタビューを、分析手

法として IPA を用い、調査者である筆者が積極的に調査対象者とかかわりながら、彼女の物語を聞き取って分析した。ここで注目したのは、これまでの考察で示唆されてきた〈回復〉の契機となる他者の存在である。他者とどのようなコミュニケーションをとることが〈回復〉へとつながるのか、そして「病い」に対応する〈回復〉とはどのようなものなのか、そのダイナミズムを捉えようとしたのである。このインタビューでは、調査対象者である X とその実家家族との関係に起因する、症状として説明することのできない「ダメージ」の存在や、夫と 2 人で創り上げた独自のコミュニケーション形態と意味の世界、夫と医師の間で戦略的にバランスを取る X の姿など、示唆に富む内容が語られた。しかし、ここで得られた最も重要な知見は、共同主観的な意味の構築である「物語り」が「病い」に対する〈回復〉であり、それは X と調査者の間でも成立しうるものであることが示されたことである。X は X の夫と独自のコミュニケーションをとることで、夫と共同主観的な意味の世界を構築していた。そこで自身の「病い」に夫と共に何度も意味づけを与え直すことで、「疾患」に対する「回復」とは異なる、「病い」に対する〈回復〉を実現していた。つまり他者と共に行う「物語り」によって自身の「病い」の物語に書き換えを繰り返していたのである。しかし、こうした行為は意識的に行われていたわけではなかった。ここに調査者である筆者が介入したことで、こうした夫の存在や夫とのコミュニケーションの意味が X の意識に浮上したのである。さらにそれを調査者に語ることで意味が与えられ、彼女は〈回復〉を自身のものとして感じるようになったのだ。彼女の言葉を借りるならば、インタビュー調査が「回復を感じるきっかけみたいになった」のである。

このことは 2 つの点において非常に大きな意味を持つ。1 つは、完治がないとされる疾患において、「疾患」に対する「回復」とは異なる、「病い」に対する〈回復〉の存在が患者によって明示されたのである。そして同時に、〈回復〉を可能にするために必要な行為が「物語り」による「病い」の物語の書き換えであることが示唆されたのだ。そしてもう 1 つは、こうした〈回復〉の「物語り」に調査者も参与可能であることが示されたことである。これまでもそしてこれからも「疾患」としての双極性障害の治療に携わるのは医療セクターであり、その研究の中心領域は医学とその周辺領域であり続けるだろう。ここに直接社会学者や縁者が参入することはできない。しかし、「病い」としての双極性障害であれば、そこに参与し、患者と共に共同主観的な「物語り」を行う相手たり得る。そしてこの「物語り」によって「病い」の物語を書き換え〈回復〉へと架橋することが可能であることが示唆されたのである。

7-2. 結論

それではここまでの考察によって得られた知見をまとめると同時に、本研究においてやり残した今後の課題と本研究の限界を示して議論を締めくくろう。

本研究は社会学という窓を通して双極性障害を眺めることによって、医学が提示する姿

とは異なる双極性障害の姿、私たちと地続きの世界で暮らす患者の苦悩や生きづらさを素描することを試みるものだった。こうした試みの最大の目的は、今日の医学では完治がないとされる双極性障害に対して、何らかの回復ないし癒しの可能性を見出すことであった。

こうした目的のため、本研究の前半部分である第1章から第3章では、双極性障害という概念に対する医学史的視点と社会学的視点の2方向からの記述、医学的言説と非医学的言説における関心事の比較を行い、学問領域によって見える景色の違いと、研究者と患者や縁者によって見える形式の違いを提示した。そしてこのような差異が生じる理由を感情社会学的視点からの考察を導入することで明らかにした。医学が照準する「感情」と本研究が照準する「気持ち」には決して重ならない部分があったのである。紙幅を割き、やや冗長とも言えるこういった作業に読者を付き合わせた理由は、学問領域という窓や、立場による視点を変えることで、双極性障害という景色が一変することを提示したかったがためである。

専門家と非専門家の言語の間に相互不理解や断絶があることはこれまでも指摘されてきた。しかし、本研究で明らかになったことは、従来指摘されてきた使用言語による相互不理解や断絶といった問題ではなく、照準そのものに違いがあるということだった。医学は生物的情動を「感情」として論じ、患者、縁者は社会的心情を「気持ち」として語っていたのである。そして最も大きな差異は、医学が原因の究明と治療法の開発に主眼を置いていたのに対し、患者や縁者は自身の「病い」に対する回復ないし癒しを求めている。つまり、双極性障害を巡る言説は『ルビンの壺』のような多義図形となっていたのである。

本研究の後半部分に相当する第4章から第6章にかけては複数の一次データを用いて、双極性障害患者とその縁者が何に苦しんでいるのか、その背景には何があるのか、どのようにもがき抗っているのかといった、患者らの「生きられた経験」としての「病い」の姿を記述することに努めた。こうした記述によって明らかになったことは、患者らが苦しんでいるものは「疾患」としての双極性障害の中核症状だけではなく、患者の置かれている文脈や、これまでの生活史的背景を元に生じた人間関係や労働に関する問題、家族関係など多岐にわたる「病い」としての双極性障害であるということだった。

しかし、患者は様々な問題に苦しみながらも、自身が動員可能な資源を最大限に用い、どうにかして病へと対処しようとしている姿が第5章におけるコーピング実践の分析から示唆された。ここでの分析からは、医師との関係性やコーピングに動員可能な資源、換言するところの重要な他者のコーピングへの参与の有無がコーピングの成果、ひいては患者の回復に大きな影響を与えていることも示唆された。他者の存在の重要性は第4章のセルフレポートの分析においても記述されている。双極性障害患者が抱える問題は、他者との社会関係の中で生起している。だからこそ、その改善や緩和にも他者の存在が重要な意味を持っていることが記述されていたのである。

第6章では第4章、第5章で示唆された他者の存在と物語の書き換えによる〈回復〉の可能性にフォーカスするため、精神障害における回復の議論を整理し、「疾患」に対応する「回復」と「病い」に対応する〈回復〉の双方があることを議論の発端とした。双極性障害

に特化した〈回復〉の内容を特定するため、複数の論文を選定し、そこで語られている〈回復〉の要素を抽出した結果、精神障害全般における〈回復〉の諸要素と重なる要素と重ならない要素があることが明らかになった。さらに選定した論文内の患者の〈回復〉に関する語りに目を向けると、一般化を寄せ付けない独自の語りや、〈回復〉の諸要素として抽出したものとは真逆の内容も語られていた。

こうした医学モデルとは馴染まない語りの可能性を捉えるため、原点に立ち返り、患者に対するインタビューから独自の語りを読み解く手掛かりを得ようとした。そこで語られたことこそ、「病い」は患者のこれまでの生活史的背景や様々な人間関係といった文脈において生起するものであり、「病い」に対する〈回復〉もそうした社会関係にもとづく物語の書き換えである「物語り」を起点として成し遂げられるものであるということだった。調査対象者の X は夫との間に共同主観的な意味の世界を創り上げ、自身の「病い」に対する意味づけを刷新し続けることで物語を書き換える「物語り」を繰り返し、医学モデルとは異なる〈回復〉を成し遂げていたのである。

医学モデルに馴染まない、医学モデルを越えようとする患者の語りや、〈回復〉に段階が存在することについてはごく少数であるが、先行研究でも断片的に示唆されており、インタビュー調査で語られた内容とも整合性を持つものである。

これまで双極性障害は完治のない「疾患」であり、医学の提示する「回復」観に従属し、薬物療法を中心とした維持療法を続けるしかないと思われていた。しかし、本研究を通して、双極性障害の「病い」としての側面に注目することで、医学モデルとは異なる〈回復〉の可能性が明示された。生物学的な「疾患」に対する治療は今後も医学が先導することでいずれは原因の究明や、より効果的な治療法が開発されるだろう。しかし、「病い」としての双極性障害は生物学的な要因以上に社会的な要因が強く影響している。こうした側面に対する医学の関心が高まるとは考えにくい。そのため、「病い」に対応する〈回復〉の探求を医学に期待することは難しいだろう。しかし、患者の生活史的背景や現在置かれている文脈といった様々な社会的影響を受け、生活世界における人生の問題として生起する「病い」としての双極性障害に対しては、同じ地続きの世界で生きる者は共同主観的な意味の構築者、「物語り」の聞き手として「病い」の物語に介入し、〈回復〉に寄与することが可能なのである。

患者の視点に立てば、現在の医学では双極性障害は完治しないため、患者はその現状を受け入れざるを得ない。しかし、本研究は「回復」は望みえないものであったとしても、それに甘んじることなく、〈回復〉を手にすることは可能であるという見通しを立てたのである。

7-3. 課題と限界

これまでの考察を通して、本研究の最大の目的である「病い」としての双極性障害に対する〈回復〉を医学モデルと異なる形で提示することは、十分とは言えないまでも一定程度成し遂げたのではないだろうか。また、アクティブインタビューという手法を用いて、調査対

象者に積極的にかかわることで、〈回復〉の「物語り」の語り出しに対し、直接的に寄与できたのではないかと僅かながらの期待を持っている。

しかし、本研究では扱いきれなかった課題や、研究の限界も抱えている。扱いきれなかった課題の1つは経済的な視点からの議論がなされていないことである。第1章において若干の言及を行なったが、今日の精神医学領域は製薬会社のマーケットという側面を持っている。この点において患者は消費者であり、巨大なマーケットとの関係で診断や治療がどのような変遷を辿っているのかは重要な問題である。こうしたマクロな視点からの考察は今後の課題としたい。経済的な問題についてはよりミクロな視点からの考察も必要である。第2章の非医学的言説の分析において障害年金や生活保護に関する記述が見られるが、患者の置かれている経済的な状況は「病い」を捉える上で非常に重要な問題である。また、〈回復〉の指標として労働が語られていることから、ミクロな視点からの経済、労働に関する問題に関する考察は急務である。

2つめの課題は、非西洋医学社会において双極性障害がどのように扱われているのかに関する考察である。本研究では歴史の整理と参照する先行研究において近代西洋医学的な視点に寄っている。日本の双極性障害患者の置かれている状況を分析する上で大きな問題は生じないかもしれないが、双極性障害を包括的に捉えようとする場合、こうした偏りは多くの事柄を捨象してしまうことになりかねない。これと連動する問題として、本研究では代替医療に言及していないという問題もある。今日、支配的な西洋医学モデルを相対化し、俯瞰するためにはこうした視点は必要不可欠であり、〈回復〉概念をより精緻なものにするためにも今後の大きな課題である。

3つめの課題は調査対象の拡大である。第2章のテキストマイニングや、第4章で提示した2021年に実施した調査では一定程度の患者の声を反映することができた。しかし、質的分析の対象とした患者の半生を振り返ったセルフレポートや、コーピング実践に関する調査、〈回復〉の可能性を示したアクティブインタビューはごく少数の患者を対象としたものであり、一般化可能性という点における批判は甘んじて受けなければならない。しかし、ラポール関係のない患者に浅いインタビューを行なったところで、患者の「物語り」に参加することは難しく、患者への負担や患者の物語に対する侵襲という結果をもたらす可能性もあるため、慎重な姿勢が求められることもまた事実である。また、患者の物語は個別特殊なものであるため、複数の物語の安易な一般化は医学モデルへの迎合へとつながる危険性を孕んでいることには注意しなければならない。

4つめの、そして最大の課題は、患者が〈回復〉を手中に収めるためのより実践的なプログラムの提案である。有効なコーピング技法の発見や、〈回復〉に寄与するためのモニタリング手法の開発、インタビュー方法の洗練などがそれに該当するもので、現在も試行錯誤の途上である。

最後に本研究の限界についても触れておきたい。1つは方法論的な限界である。本研究は利用可能なデータは貪欲に全て使用するという姿勢を採ってきた。そのため、テキストマイ

ニングにはじまり、少数のアンケート調査や量的調査、セルフレポート、アクティブインタビューなど様々な方法で集められたデータを、そのデータに合わせた方法で分析してきた。そのため、一見すると方法論における整合性が取れていないという印象を与えるかもしれない。一貫したデータの収集方法、分析手法を維持していないことは、「病い」としての双極性障害の多面性に光を当てるためにはやむを得ないことではあるが、本研究における方法論的な限界として示しておかなければならないだろう。

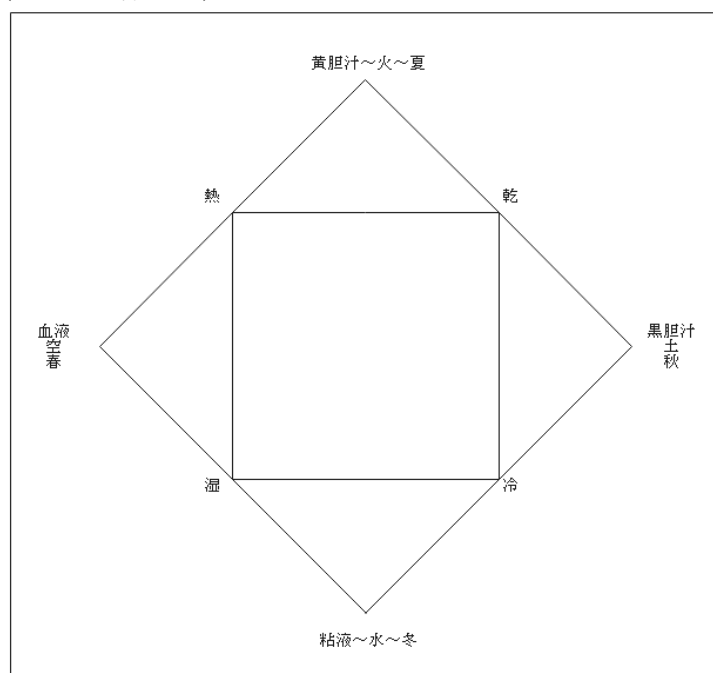
もう1つは、「病い」という性質そのものに起因する限界である。本研究全体を通して論じてきたことだが、双極性障害は「疾患」としてもその姿を脈々と変化させてきた。日本においては双極性障害という名称も2022年より「双極症」に変更されることが決定している。また、これまで指摘してきた通り、「病い」は患者の置かれている文脈や生活史的背景の影響を受け、刻一刻とその意味を変化させるものである。「病い」のステージは段階的に改善の方向へ進むものでもなく、一進一退を繰り返しながら、徐々にその意味を書き換えられていく。そのため、本研究で捉えることができた患者の「病い」、〈回復〉の姿は「いま、ここ」の姿であり、今後の研究によってその姿を変えるかもしれない。本研究が「病い」と〈回復〉のダイナミズムを捉えようとする試みである限り、捉えたものはすぐに過去へと過ぎ去っていくものであるという限界とジレンマを常に抱え続けなければならないのである。

こうした様々な課題と限界はあるものの、「疾患」とは異なる「病い」としての双極性障害は社会の中で生起する物語であることと、医学モデルが提示する「回復」とは別種の〈回復〉観が存在することを提示し、僅少なながら同じ社会に生きる患者の「物語り」に寄与することはできたのではないだろうか。

註

- 1 ここでは大うつ病性障害を指す。また本研究では、引用やテキストマイニングでの出現語が「鬱」と漢字で表記されている場合に限り漢字表記を用いる。
- 2 アメリカ精神医学会の発行する Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) の第 5 版 (DSM-5) では『双極性及び関連障害 (Bipolar and Related Disorders)』として大きく 7 つに分類して定義されている。広く知られており、本研究と関係する分類は双極 I 型障害と双極 II 型障害である。I 型と II 型の差異は躁状態の強さである。加藤によれば、入院が必要になるほど激しく、本人の人生を台無しにするひどい躁状態を示すものを I 型、本人も困らない程度の軽い躁状態を示すものを II 型としている (加藤 2009:18)。しかし、実際には双極 II 型障害の診断で入院する患者や、困難を抱えている患者も多数いる点も見落としてはならない。
- 3 ランダム化比較試験の略称である。治療群と対照群を無作為に分けて、治療効果を測定する方法であり、エビデンスレベルが高いとされている。
- 4 テキストデータを統計的に分析するためのフリーソフトである。テキストマイニングと呼ばれるテキストデータの分析に用いられる。
- 5 体液学説とは古代ギリシアの医学観で、紀元前 5 世紀ごろに出現した。血液、黄胆汁、黒胆汁、粘液の 4 つの体液を基本要素として人間の健康や気質を説明するものである。この中の黒胆汁が精神障害と結びつくと考えられていた。以下に示す図は内海によるものを参照して作成した (内海 2006:14)

(図 I 4 体液図)



- 6 フランスの精神医学者で、近代精神医学の創始者とされている。

- ⁷ モノマニーという概念を、精神病理現象を包括するものとして規定したフランスの精神科医。
- ⁸ 部分的狂気という概念自体はエスキロールの師であるピネルが記述していたものである。
- ⁹ フランスの精神科医で、エスキロールの発想を強く受け継いでいる。感応精神病の1つである2人組精神病をC・ラセーグとともに記述したことでも知られている。
- ¹⁰ バイヤルジェとファルレはどちらが先に躁うつ病という疾患を発見したかについて争っている。
- ¹¹ (阿部 2011:65) を参照して作成した。
- ¹² (阿部 2011:60)、および (Klerman 1981) を参照して作成した。
- ¹³ (Rif and Ghaemi 2006=2013:17) を参照して作成した。
- ¹⁴ (Angst 2007:189) を参照して作成した。
- ¹⁵ チオンピは神経ネットワークの構築が可塑的なものだと考える、神経可塑性という概念を用い、様々な環境の変化が認知や感情の発現をつかさどる神経ネットワークに作用することで、変化が生じると論じている。
- ¹⁶ (Ghaemi 2007=2009:415-6) を参照して作成した。
- ¹⁷ 気分安定薬の発明による市場の拡大に関する議論についてはヒーリー (Healy 2008=2012) に詳しい議論があるのでそちらを参照してほしい。
- ¹⁸ 専門領域による研究だけでなく、一般紙でも紹介されるほどに精神障害の診断にAIの技術を用いようとする動きは進んでいる。「AIで精神疾患を判別、5年後の実用化目指す」. 2019年9月5日, 日本経済新聞,
<https://www.nikkei.com/article/DGXMZO49435610V00C19A9000000/>, (2021年11月28日閲覧) .
- ¹⁹ 厚生労働省ホームページ「慢性疾患の全体像について」p1を参照して作成した。
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/07/dl/s0701-4b.pdf>, (2021年11月28日閲覧) .
- ²⁰ ショーターによれば、これは必ずしも正しいわけではなく、ピネルによるアサイラムの改革以前から一部の貴族の寄付などによって環境が整備されている収容所も存在した (Shorter 1997)。
- ²¹ ドイツの中央集権化はフランスからやや遅れる。
- ²² 日本うつ病学会のホームページ「資料」より。
<https://www.secretariat.ne.jp/jsmd/ippan/shiryu.html>, (2021年11月28日閲覧) .
- ²³ 日本うつ病学会のホームページ「資料」より。
<https://www.secretariat.ne.jp/jsmd/ippan/shiryu.html>, (2021年11月28日閲覧) .
- ²⁴ 日本うつ病学会のホームページ「資料」より。
<https://www.secretariat.ne.jp/jsmd/ippan/shiryu.html>, (2021年11月28日閲覧) .
- ²⁵ 日本うつ病学会ホームページ「資料」,
<https://www.secretariat.ne.jp/jsmd/ippan/shiryu.html>, (2021年11月28日閲覧) .

- ²⁶ 医学的言説の収集対象である *Bipolar Disorders* は 2021 年 2 月 8 日に改変が行われた。その結果、収録論文に影響が生じ、収録論文数が大幅に増加している。ここで分析対象とした論文が削除されるなどの変更は行われていない。非医学的言説の収集対象である Yahoo!知恵袋に上述のような改変はないが、投稿者や運営者によって質問が削除されることがある。
- ²⁷ 使用する論文については、紙媒体と電子媒体での発行年が異なる場合、文献に両方を併記している。
- ²⁸ 自殺願望とは異なり、具体的な理由もなく漠然と死を望むことを指す。
- ²⁹ 双極性障害治療の第一選択薬である炭酸リチウム塩の商品名である。
- ³⁰ 医学的言説の分析対象は論文であったため、1 本の論文内の話題は限定されていたが、非医学的言説の分析対象である質問は 1 つの質問内に、離婚の経緯と生活苦、子育ての苦悩や、質問者の症状への影響といった複数の話題が同時に記述されているケースが散見された。こうした質問に対しクラスター分析を行うと、語の出現状況に注目した分析であるため、質問数に対して質問内容数が膨れ上がり、話題の中心を特定できなくなってしまう。そのため、非医学的言説に対しては、共起ネットワーク分析のみを行った。
- ³¹ 双極性障害の治療に用いられる、ラモトリギンという薬の商品名である。
- ³² H5-19、H5-20、H5-24 の 3 件の質問において「生活保護」という語が使用されているが、H5-24 のみ、縁者による記述である。また、夫の散財を嘆くために「生活保護」という語が使用されており、生活苦を語る他の 2 件とはややニュアンスが異なる。
- ³³ おそらく質問者は「メーカー」と記述しようとしたものと思われるがここでは原文のまま表記している。
- ³⁴ 句点が打たれていないことは原文ママの表記である。
- ³⁵ この質問者は後に勤務日数を満たせなかったことによって解雇されたことを記述している。
- ³⁶ 質問者はおそらく「躁」と記述しようとしたものと思われるが、ここでは原文のママ表記している。
- ³⁷ 非定型抗精神病薬であるオランザピンの商品名である。
- ³⁸ ガソリンスタンドと表記されていたが、表作成の関係上、ここでは GS と表記している。
- ³⁹ H5-9 の質問については、表中では原文ママ、「躁」と表記しているが、文章中では「躁」の表記にしている。
- ⁴⁰ 「出来る」という語は質問者が記述したものであり、「できる」との合算はされていない。
- ⁴¹ 双極性障害の治療に用いられる、バルプロ酸ナトリウムの商品名である。
- ⁴² 「先生」という語のみ医師だけでなく、教員を指して使用されている。
- ⁴³ 光トポグラフィーの略称である。脳の血流量の変化パターンを測定する装置で、うつ病や双極性障害の診断の際に使用されることがある。

⁴⁴ 「後悔」は過去と、「辛い」は現在と、「不安」は未来とつながる語であり、生涯にわたってネガティブな感情を持ち続ける可能性を示唆しているとも受け取れる。第4章、第6章で論じる〈回復〉の契機が得られない場合は、ネガティブな感情が障害にわたって付きまとう可能性もある。

⁴⁵ (Kemper 1987) を参照して作成した。

⁴⁶ ここで使用するデータは、筆者が2018年、関西社会学会第69回大会で発表した『双極性障害に関する疾患言説と「病いの物語」の齟齬——セルフレポートの分析を通じて』を一部改変して使用している。

⁴⁷ 表中の診断時期については、双極性障害の診断を受けた時期のみを記している。

⁴⁸ 表4-2のXの記述より。

⁴⁹ 第一期から第四期までのセルフレポートは2017年に執筆されていた。第五期、第六期については2018年に一度完成したものを受け取ったが、その後、Xに変化が生じたため、数回の修正の申し出を受けた。今回の分析に使用したセルフレポートは2021年に修正が完了したものである。

⁵⁰ 抗精神病薬のレボメプロマジンの商品名である。

⁵¹ 睡眠導入剤であるエチゾラムの商品名である。

⁵² ここで用いられている表現は、障害児、自閉症、障害を指している。前者2つは差別的なネットスラングでも使用されることがある。後者は調査対象者独自の表現である。本文中でも述べたが、ここに差別的な意味は込められていない。

⁵³ べき思考とは、「何かをすべきだ」もしくは「何かをすべきではない」といった、あるべき姿に自分を無理に当てはめようとする思考を意味している。

⁵⁴ Xはこれまでにかかった主治医について、最初の主治医は第4章のセルフレポートでも言及されているように、Xに非常に悪い印象を与えている。2番目の主治医については、「話を聞いていない」と述べており、悪い印象とまでは言えないが、信頼関係は築けていなかったと述べている。

⁵⁵ (Tse et al. 2014) を参照して作成した。

⁵⁶ ここでは、人生における重要な転換という意味で使用している。

文献

- Abhishek, Appaji, Bhargavi, Nagendra, Dona, M. Chako, Ananth, Padmanabha, Chaitra, V. Hiremath, Arpitha, Jacob, Shivarama, Varambally, Muralidharan, Kesavan, Ganesan, Venkatasubramanian, Shyam, V. Rao, Carroll A. B. Webers, Tos T. J. M. Berendschot, Naren P. Rao, 2019, "Retinal vascular abnormalities in schizophrenia and bipolar disorder: A window to the brain", *Bipolar Disorders*, 21(7): 634-641.
- 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.
- Abigail, Ortiz, Kamil, Bradler, Arend, Hintze, 2018, "Episode forecasting in bipolar disorder: Is energy better than mood?", *Bipolar Disorders*, 20(5): 470-476.
- Abigail, Ortiz, Kamil, Bradler, Luiza, Radu, Martin, Alda, Benjamin, Rusak, 2016, "Exponential state transition dynamics in the rest-activity architecture of patients with bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 18(2): 116-23.
- Adam, L. Urback, Arron, WS. Metcalfe, Daphne, J. Korczak, Bradley, J. MacIntosh, Benjamin, I. Goldstein, 2019, "Reduced cerebrovascular reactivity among adolescents with bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 21(2): 124-131. doi: 10.1111/bdi.12719. Epub 2018.
- Adriana, Díaz-Anzaldúa, Yolanda, Ocampo-Mendoza, José, Octavio, Hernández-Lagunas, Federico, Alejandro, Díaz-Madrid, Francisco, Romo-Nava, Francisco, Juárez-García, Hiram, Ortega-Ortiz, Alejandro, Díaz-Anzaldúa, Doris, Gutiérrez-Mora, Claudia, Becerra-Palars, Carlos, Berlanga-Cisneros, 2015, "Differences in body mass index according to fat mass- and obesity-associated (FTO) genotype in Mexican patients with bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 17(6): 662-669.
- Adriane, M. Soehner, Tina, R. Goldstein, Sarah, M. Gratzmiller, Mary, L. Phillips, Peter, L. Franzen, 2018, "Cognitive control under stressful conditions in transitional age youth with bipolar disorder: Diagnostic and sleep-related differences in fronto-limbic activation patterns", *Bipolar Disorders*, 20(3): 238-247.
- Afra, van der Markt, Ursula, M. H. Klumpers, Annemiek, Dols, Stasja, Draisma, Marco, P. Boks, Annet, van Bergen, Roel, A. Ophoff, Aartjan T. F. Beekman, Ralph, W. Kupka, "Exploring the clinical utility of two staging models for bipolar disorder", 2020, *Bipolar Disorders*, 22(1): 38-45. doi: 10.1111/bdi.12825. Epub 2019.
- Afra, van der Markt, Ursula, M. H. Klumpers, Stasja, Draisma, Annemiek, Dols, Willem, A. Nolen, Robert, M. Post, Lori, L. Altshuler, Mark, A. Frye, Heinz, Grunze, Paul, E. Keck, Jr, Susan, L. McElroy, Trisha, Suppes, Aartjan, T. F. Beekman, Ralph, W. Kupka, 2019, "Testing a clinical staging model for bipolar disorder using longitudinal life chart data", *Bipolar Disorders*, 21(3): 228-234. doi: 10.1111/bdi.12727. Epub 2018.
- Ahern, Laurie, Fisher, Daniel, n.d.-a, "Personal assistance in community existence: PACE.

- Recovery at your own pace", National Empowerment Center Newsletter, 1–3.
- Ainara, Echezarraga, Esther, Calvete, Ana, González-Pinto, Carlota Las Hayas, 2018, "Resilience dimensions and mental health outcomes in bipolar disorder in a follow-up study", *Stress and Health*, 34(1): 115-126. doi: 10.1002/smi.2767. Epub 2017.
- 秋元波留夫, 1975, 『作業療法之源流』 金剛出版.
- Akisikal, S. Hagop, 2004, De la Folie Circulaire (à double forme) au spectre bipolaire: la tendance chronique à la récurrence dépressive, *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 188: 285-296.
- Akisikal, S. Hagop, Pinto, O., 1999, "The evolving bipolar spectrum, Prototype I, II, III and IV", *Psychiatric Clinical North America*, 22(3): 517-534.
- Akisikal, S. Hagop 2000, "Soft Bipolarity: A footnote to Kraepelin 100 years later", *臨床精神病理* 21(1): 3-11.
- Akisikal, S. Hagop, Cassano, G.B., Musetti, L., Perugi, G., Tundo, A., Mignani, V., 1989, "Psychology, temperament and past course in primary major depression 1: Review of evidence for a bipolar spectrum", *Psychopathology*, 22(5): 268-277.
- Akisikal, S. Hagop, Pinto, O. and Lara, D. R., 2005, "Bipolarity' in the Setting of Dementia: Bipolar Type VI?", *Medscape Family Medicine*, 7.
- Aleksandra, Szczepankiewicz, Beata, Narozna, Janusz, K. Rybakowski, Sebastian, Kliwicki, Piotr, Czerski, Monika, Dmitrzak-Węglarz, Maria, Skibińska, Joanna, Twarowska-Hauser, Joanna, Pawlak, 2018, "Genes involved in stress response influence lithium efficacy in bipolar patients", *Bipolar Disorders*, 20(8): 753-760.
- Alessandro, Cuomo, Andrea, Aguglia, Eugenio, Aguglia, Simone, Bolognesi, Arianna, Goracci, Giuseppe, Maina, Ludovico, Mineo, Paola, Rucci, Silvia, Sillari, Andrea, Fagiolini, 2020, "Mood spectrum symptoms during a major depressive episode: Differences between 145 patients with bipolar disorder and 155 patients with major depressive disorder. Arguments for a dimensional approach", *Bipolar Disorders*, 22(4): 385-391. doi: 10.1111/bdi.12855. Epub 2019.
- Alessia, Fiorentino, Niamh, Louise. O'Brien, Sally, Isabel. Sharp, David, Curtis, Nicholas, James. Bass, Andrew, McQuillin, 2016, "Genetic variation in the miR-708 gene and its binding targets in bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 18(8):650-656.
- Alessio, Simonetti, Gabriele, Sani, Claudia, Dacquino, Fabrizio, Piras, Pietro, De Rossi, Carlo, Caltagirone, William, Coryell, Gianfranco, Spalletta, 2016, "Hippocampal subfield volumes in short- and long-term lithium-treated patients with bipolar I disorder", *Bipolar Disorders*, 18(4):352-62.
- Alfredo, B. Cuellar-Barboza, Stacey, J. Winham, Susan, L. McElroy, Jennifer, R. Geske, Gregory, D. Jenkins, Colin, L. Colby, Miguel, L. Prieto, Euijung, Ryu, Julie, M.

- Cunningham, Mark, A. Frye, Joanna, M. Biernacka, 2016, "Accumulating evidence for a role of TCF7L2 variants in bipolar disorder with elevated body mass index", *Bipolar Disorders*, 18(2):124-35.
- Alina Karanti, Mathias Kardell, Erik Joas, Bo Runeson, Erik Pålsson, Mikael Landén, 2020, "Characteristics of bipolar I and II disorder: A study of 8766 individuals", *Bipolar Disorders*, (4):392-400. doi: 10.1111/bdi.12867. Epub 2019.
- Aliza, P. Wingo, Ross, J. Baldessarini, Paul, E. Holtzheimer, Philip, D. Harvey, 2010, "Factors associated with functional recovery in bipolar disorder patients", *Bipolar Disorders*, 12(3): 319-326.
- Alize, J. Ferrari, Emily, Stockings, Jon-Paul, Khoo, Holly, E. Erskine, Louisa, Degenhardt, Theo Vos, Harvey, A. Whiteford, 2016, "The prevalence and burden of bipolar disorder: findings from the Global Burden of Disease Study 2013", *Bipolar Disorders*, 18(5): 440-50.
- Álvaro, Frías, Daniel, P. Dickstein, John, Merranko, Mary, Kay. Gill, Tina, R. Goldstein, Benjamin, I. Goldstein, Heather, Hower, Shirley, Yen, Danella, M. Hafeman, Fangzi, Liao, Rasim, Diler, David, Axelson, Michael, Strober, Jeffrey, I. Hunt, Neal, D. Ryan, Martin, B. Keller, Boris, Birmaher, 2017, "Longitudinal cognitive trajectories and associated clinical variables in youth with bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 19(4): 273-284.
- Amedeo, Minichino, Roberto, Delle. Chiaie, Giorgio, Cruccu, Serena, Piroso, Giulia, Di Stefano, Marta, Francesconi, Francesco, Saverio. Bersani, Massimo, Biondi, Andrea Truini, 2016, "Pain-processing abnormalities in bipolar I disorder, bipolar II disorder, and schizophrenia: A novel trait marker for psychosis proneness and functional outcome?", *Bipolar Disorders*, 18(7): 591-601.
- American Psychiatric Association, 2013, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Amit, Shalev, John, Merranko, Mary, Kay. Gill, Tina, Goldstein, Fangzi, Liao, Benjamin, I. Goldstein, Heather, Hower, Neal, Ryan, Michael, Strober, Satish, Iyengar, Martin, Keller, Shirley, Yen, Lauren, M. Weinstock, David, Axelson, Boris, Birmaher, 2020, "Longitudinal course and risk factors associated with psychosis in bipolar youths", *Bipolar Disorders*, 22(2): 139-154. doi: 10.1111/bdi.12877. Epub 2019.
- Anastasia, Hodes, Haim, Rosen, Joseph, Deutsch, Tzuri, Lifschytz, Haim, Einat, David, Lichtstein, 2016, "Endogenous cardiac steroids in animal models of mania", *Bipolar Disorders*, 18(5): 451-9.
- Anastasiya, Nestsiarovich, Aurélien, J. Mazurie, Nathaniel, G. Hurwitz, Berit, Kerner, Stuart, J. Nelson, Annette, S. Crisanti, Mauricio, Tohen, Ronald, L. Krall, Douglas, J. Perkins,

- Christophe, G. Lambert, 2018, "Comprehensive comparison of monotherapies for psychiatric hospitalization risk in bipolar disorders", *Bipolar Disorders*, 20(8): 761-771.
- Anastasiya, Nestsiarovich, Nathaniel, G. Hurwitz, Stuart, J. Nelson, Annette, S. Crisanti, Berit, Kerner, Matt, J. Kuntz, Alicia, N. Smith, Emma, Volesky, Quentin, L. Schroeter, Jason, L. DeShaw, S. Stanley, Young, Robert, L. Obenchain, Ronald, L. Krall, Kimmie, Jordan, Jan, Fawcett, Mauricio, Tohen, Douglas, J. Perkins, Christophe, G. Lambert, 2017, "Systemic challenges in bipolar disorder management: A patient-centered approach", *Bipolar Disorders*, 19(8): 676-688.
- Anda, Gershon, Sheri, L. Johnson, Leigh, Thomas, Manpreet, K. Singh, 2019, "Double trouble: Weekend sleep changes are associated with increased impulsivity among adolescents with bipolar I disorder", *Bipolar Disorders*, 21(2): 132-141. doi: 10.1111/bdi.12658. Epub 2018.
- Angst, Jules, 1978, "The course of affective disorders II : Typology of bipolar manic-depressive illness", *Arch Psychiatr Nervenkr*, 226; 65-73.
- Angst, Jules, 2007, "The bipolar spectrum", *British Journal of Psychiatry*, 190: 189-191.
- Angst, Jules, Wulf, Rössler, Vladeta, Ajdacic-Gross, Felix, Angst, Hans, Ulrich, Wittchen, Rosalind, Lieb, Katja, Beesdo-Baum, Eva, Asselmann, Kathleen, R. Merikangas, Lihong, Cui, Laura, H. Andrade, Maria, C. Viana, Femke, Lamers, Brenda, WJH. Penninx, Taiane, de Azevedo, Cardoso, Karen, Jansen, Luciano, Dias de Mattos. Souza, Ricardo, Azevedo. da Silva, Flavio, Kapczinski, Christoffel, Grobler, Mehdi, Gholam-Rezaee, Martin, Preisig, Caroline, L. Vandeleur, 2019, "Differences between unipolar mania and bipolar-I disorder: Evidence from nine epidemiological studies", *Bipolar Disorders*, 21(5):437-448. doi: 10.1111/bdi.12732. Epub 2018.
- Anna, R. Van Meter, Coty, Burke, Robert, A. Kowatch, Robert, L. Findling, Eric, A. Youngstrom, 2016, "Ten-year updated meta-analysis of the clinical characteristics of pediatric mania and hypomania", *Bipolar Disorders*, 18(1): 19-32.
- Anna, Willert, Sebastian, Mohnke, Susanne, Erk, Knut, Schnell, Nina, Romanczuk-Seiferth, Esther, Quinlivan, Stefanie, Schreiter, Stephanie, Spengler, Dorrit, Herold, Carolin, Wackerhagen, Lydia, Romund, Maria, Garbusow, Tristram, Lett, Thomas, Stamm, Mazda, Adli, Andreas, Heinz, Felix, Birmphohl, Henrik, Walter, 2015, "Alterations in neural Theory of Mind processing in euthymic patients with bipolar disorder and unaffected relatives", *Bipolar Disorders*, 17(8): 880-891.
- Annamaria, Painold, Sabrina, Mörkl, Karl, Kashofer, Bettina, Halwachs, Nina, Dalkner, Susanne Bengesser, Armin, Birner, Frederike, Fellendorf, Martina, Platzer, Robert, Queissner, Gregor, Schütze, Markus, J. Schwarz, Natalie, Moll, Peter, Holzer, Anna, K. Holl, Hans-Peter, Kapfhammer, Gregor, Gorkiewicz, Eva, Z. Reininghaus, 2019, "A step

- ahead: Exploring the gut microbiota in inpatients with bipolar disorder during a depressive episode", *Bipolar Disorders*, 21(1): 40-49. doi: 10.1111/bdi.12682. Epub 2018.
- Anne, Duffy, Charles, DG. Keown-Stoneman, Sarah, M. Goodday, Katharine, Saunders, Julie, Horrocks, Paul, Grof, Arielle, Weir, Chris, Hinds, John, Geddes, 2019, "Daily and weekly mood ratings using a remote capture method in high-risk offspring of bipolar parents: Compliance and symptom monitoring", *Bipolar Disorders*, 21(2): 159-167. doi: 10.1111/bdi.12721. Epub 2018.
- Anne, Høye, Ragnar, Nesvåg, Ted, Reichborn-Kjennerud, Bjarne, K. Jacobsen, 2016, "Sex differences in mortality among patients admitted with affective disorders in North Norway: a 33-year prospective register study", *Bipolar Disorders*, 18(3): 272-81.
- Anne, S. Jacoby, Klaus, Munkholm, Maj, Vinberg, Helena, GP. Joaquim, Leda, L. Talib, Wagner, F. Gattaz, Lars, V. Kessing, 2016, "Glycogen synthase kinase-3 β in patients with bipolar I disorder: results from a prospective study", *Bipolar Disorders*, 18(4): 334-41.
- Annemiek, Dols, Nicole, Korten, Hannie, Comijs, Sigfried, Schouws, Moniek, van Dijk, Ursula, Klumpers, Aartjan, Beekman, Ralph, Kupka, Max, Stek, 2017, "The clinical course of late-life bipolar disorder, looking back and forward", *Bipolar Disorders*, 20(5): 459-469.
- Anne-Sophie, Hanak, Isabelle, Malissin, Joël, Poupon, Patricia, Risède, Lucie, Chevillard, Bruno, Mégarbane, 2017, "Electroencephalographic patterns of lithium poisoning: a study of the effect/concentration relationships in the rat", *Bipolar Disorders*, 19(2): 135-145.
- Anthony, F. Lehman, 2000, "Putting Recovery into Practice: A Commentary on "What Recovery Means to Us"", *Community Mental Health Journal*, 36(3): 329-331.
- Anthony, A. Willam, 1993, "Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's", *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4): 11-23. (= 1998、濱田龍之介訳・解説「精神疾患からの回復：1990年代の精神保健サービスシステムを導く視点」『精神障害とリハビリテーション』2(2): 145-154.)
- Arnold, B. Magda, 1960, *Emotion and Personality: psychological Aspects*, Oxford: Columbia University Press.
- Astrid, M. Kamperman, Marian, J. Veldman-Hoek, Richard, Wesseloo, Emma, Robertson, Blackmore, Veerle, Bergink, 2017, "Phenotypical characteristics of postpartum psychosis: A clinical cohort study", *Bipolar Disorders*, 19(6):450-457.
- Averill, R. James, 1980a, *A constructivist view of emotion*, In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Emotion: Theory, research, and experience* (305-399). New York: Academic

Press.

- Averill, R. James, 1980b, *The emotions*. In E. Staub (Ed.), *Personality: Basic aspects and current research* (134-199). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bassman, Ronald, 1997, "The mental health system: Experiences from both sides of the locked doors", *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(3): 238 –242.
- Bauman, Zygmunt, and May, Tim, 2001, *Thinking Sociologically*, 2nd ed., Blackwell (= 2016年, 奥井智之訳『社会学の考え方』筑摩書房.)
- Baxter, Elizabeth, A., Diehl, Sita, 1998, "Emotional stages: Consumers and family members recovering from the trauma of mental illness", *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21(4): 349 –355.
- Beck, Ulrich, 1992, *Risk Society: Towards a New Modernity*, London, Sage.
- Beier, Yao, Savanna, A. Mueller, Tyler, B. Grove, Merranda, McLaughlin, Katharine, Thakkar, Vicki, Ellingrod, Melvin, G. McInnis, Stephan, F. Taylor, Patricia, J. Deldin, Ivy, F. Tso, 2017, "Eye gaze perception in bipolar disorder: Self-referential bias but intact perceptual sensitivity", *Bipolar Disorders*, 20(1): 60-69.
- Benedikt, L. Amann, Joaquim, Radua, Christian, Wunsch, Barbara, König, Christian Simhandl, 2017, "Psychiatric and physical comorbidities and their impact on the course of bipolar disorder: A prospective, naturalistic 4-year follow-up study", *Bipolar Disorders*, 19(3): 225-234.
- Benjamin, Libby, Waltz, R. Garry, 1990, Counseling students and faculty for stress management. ASHE-ERIC *Clearinghouse on Counseling and Personnel Services*.
- Benjamin, Villaggi, Hélène, Provencher, Simon, Coulombe, Sophie, Meunier, Stephanie, Radziszewski, Catherine, Hudon, Pasquale, Roberge, Martin, D. Provencher, Janie, Houle, 2015, "Self-Management Strategies in Recovery From Mood and Anxiety Disorders", *Global Qualitative Nursing Research*, 2(2): 1-13.
- Bernardo, C. Gomes, Cristiana, C. Rocca, Gabriel, O. Belizario, Francy, de B. F. Fernandes, Iolanda, Valois, Giselle, C. Olmo, Raquel, V. P. Fachin, Luís, C. Farhat, Beny, Lafer, 2019, "Cognitive behavioral rehabilitation for bipolar disorder patients: A randomized controlled trial", *Bipolar Disorders*, 21(7):621-633.
- Bo, Xiang, Kezhi, Liu, Minglan, Yu, Xuemei, Liang, Jin, Zhang, Wei Lei, Chaohua, Huang, Jing, Chen, Xiaochu, Gu, Nian, Li, Guoying, Wu, Yan, Wang, Wenying, He, Jinhua, Tan, Tao, Zhang, 2017, "Systematic genetic analyses of genome-wide association study data reveal an association between the key nucleosome remodeling and deacetylase complex and bipolar disorder development", *Bipolar Disorders*, 20(4):370-380.
- Bogdan, J. Wlodarczyk, Krystal, Ogle, Linda, Ying. Lin, Meir, Bialer, Richard, H. Finnell, 2015, "Comparative teratogenicity analysis of valnoctamide, risperidone, and olanzapine

- in mice", *Bipolar Disorders*, 17(6):615-625.
- Borg, Marit, Veseth, Marius, Binder, Per-Einar, Topor, Alain, 2013, "The role of work in recovery from bipolar disorders", *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 12(3), 323-339.
- Brisa, Solé, Esther, Jiménez, Carla, Torrent, Caterina, del Mar. Bonnin, Imma, Torres, María, Reinares, Ángel, Priego, Manel, Salamero, Francesc, Colom, Cristina, Varo, Eduard, Vieta, Anabel, Martínez-Arán, 2016, "Cognitive variability in bipolar II disorder: who is cognitively impaired and who is preserved", *Bipolar Disorders*, 18(3):288-99.
- Carissa, Tuozzo, Amanda, E. Lyall, Ofer, Pasternak, Anthony C. D. James, Timothy, J. Crow, Marek, Kubicki, 2017, "Patients with chronic bipolar disorder exhibit widespread increases in extracellular free water", *Bipolar Disorders*, 20(6): 523-530.
- Carlos, López-Jaramillo, Cristian, Vargas, Ana, M. Díaz-Zuluaga, Juan, David. Palacio, Gabriel, Castrillón, Carrie, Bearden, Eduard, Vieta, 2017, "Increased hippocampal, thalamus and amygdala volume in long-term lithium-treated bipolar I disorder patients compared with unmedicated patients and healthy subjects", *Bipolar Disorders*, 19(1): 41-49.
- Casey, P. Johnson, Gary, E. Christensen, Jess, G. Fiedorowicz, Merry, Mani, Joseph, J. Shaffer, Jr, Vincent, A. Magnotta, John, A. Wemmie, 2018, "Alterations of the cerebellum and basal ganglia in bipolar disorder mood states detected by quantitative T1 ρ mapping", *Bipolar Disorders*, 20(4): 381-390.
- Cecilie, Bhandari. Hartberg, Kjetil, Nordbø. Jørgensen, Unn, Kristin. Haukvik, Lars, Tjelta. Westlye, Ingrid, Melle, Ole, Andreas. Andreassen, Ingrid, Agartz, 2015, "Lithium treatment and hippocampal subfields and amygdala volumes in bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 17(5): 496-506.
- Ceren, Hıdıroğlu, Ivan, J. Torres, Ayşe, Er, Gizem, Işık, Nefize, Yalın, Lakshmi, N. Yatham, Deniz, Ceylan, Ayşegül, Özerdem, 2015, "Response inhibition and interference control in patients with bipolar I disorder and first-degree relatives", *Bipolar Disorders*, 17(7): 781-794.
- Chantal, Henry, Ophelia, Godin, Philippe, Courtet, Jean-Michel, Azorin, Sébastien, Gard, Frank, Bellivier, Mircea, Polosan, Jean-Pierre, Kahn, Paul, Roux, Valerie, Aubin, Dominique, Costagliola, Marion, Leboyer, Bruno, Etain, FACE-BD collaborators, 2017, "Outcomes for bipolar patients assessed in the French expert center network: A 2-year follow-up observational study (FondaMental Advanced Centers of Expertise for Bipolar Disorder [FACE-BD])", *Bipolar Disorders*, 19(8): 651-660.
- Chen-Chia Lan, Chia-Chien Liu, Ching-Heng Lin, Tzuo-Yun Lan, Melvin, G. McInnis, Chin-Hong Chan, Tsuo-Hung Lan, 2015, "A reduced risk of stroke with lithium exposure in

- bipolar disorder: a population-based retrospective cohort study", *Bipolar Disorders*, 17(7):705-714.
- Cheng-Ta Li, Pei-Chi Tu, Jen-Chuen, Hsieh, Hsin-Chen Lee, Ya-Mei Bai, Chia-Fen Tsai, Shyh-Jen Wang, Ju-Wei Hsu, Kai-Lin Huang, Chen-Jee Hong, Tung-Ping Su, 2015, "Functional dysconnection in the prefrontal-amygdala circuitry in unaffected siblings of patients with bipolar I disorder", *Bipolar Disorders*, 17(6): 626-635.
- Chih-Sung Liang, Chi-Hsiang Chung, Pei-Shen Ho, Chia-Kuang Tsai, Wu-Chien Chien, 2017, "Superior anti-suicidal effects of electroconvulsive therapy in unipolar disorder and bipolar depression", *Bipolar Disorders*, 20(6): 539-546.
- Christine, Demmo, Trine, V. Lagerberg, Levi, R. Kvitland, Sofie, R. Aminoff, Tone, Hellvin, Carmen, Simonsen, Beathe, Haatveit, Ole, A. Andreassen, Ingrid, Melle, Torill, Ueland, 2017, "Neurocognitive functioning, clinical course and functional outcome in first-treatment bipolar I disorder patients with and without clinical relapse: A 1-year follow-up study", *Bipolar Disorders*, 20(3): 228-237.
- Christine, Demmo, Trine, V. Lagerberg, Sofie, R. Aminoff, Tone, Hellvin, Levi, R. Kvitland, Carmen, Simonsen, Ole, A. Andreassen, Ingrid, Melle, Torill, Ueland, 2016, "History of psychosis and previous episodes as potential explanatory factors for neurocognitive impairment in first-treatment bipolar I disorder", *Bipolar Disorders*, 18(2): 136-147.
- Christophe, G. Lambert, Aurélien, J. Mazurie, Nicolas, R. Lauve, Nathaniel, G. Hurwitz, S. Stanley, Young, Robert, L. Obenchain, Nicolas, W. Hengartner, Douglas, J. Perkins, Mauricio, Tohen, Berit, Kerner, 2016, "Hypothyroidism risk compared among nine common bipolar disorder therapies in a large US cohort", *Bipolar Disorders*, 18(3): 247-260.
- Christopher, R. Bowie, Michael, W. Best, Colin, Depp, Brent, T. Mausbach, Thomas, L. Patterson, Ann, E. Pulver, Philip, D. Harvey, 2018, "Cognitive and functional deficits in bipolar disorder and schizophrenia as a function of the presence and history of psychosis", *Bipolar Disorders*, 20(7): 604-613.
- Craddock, Nick, Michael, J. Owen, 2007, "Rethinking psychosis: the disadvantages of a dichotomous classification now outweigh the advantages" *World Psychiatry*, 6(2): 84-91.
- Craddock, Nick, Michael, J. Owen, 2010, "The Kraepelinian dichotomy-going, going...but still not gone", *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 196(2): 92-95.
- Craddock, Nick, Lisa, Jones, Ian, Richard. Jones , George, Kirov, Elaine, Green, Detelina, Grozeva , Valentina, Moskvina, Ivan, Nikolov, Marian, L. Hamshere, Damjan, Vukcevic , Sian, Caesar, Katharine, Gordon-Smith, Christine, Fraser , Ellie, Russell , Nadine, Norton , Gerome, Breen, David, St. Clair, David, A. Collier, Allan, H. Young, I. Nicol,

- Ferrier, Anne, Farmer, Peter, McGuffin, Peter, Holmans, Peter, Donnelly, Michael, J. Owen, M, C. O'Donovan, M. Brown, 2010, "Strong genetic evidence for a selective influence of GABAA receptors on a component of the bipolar disorder phenotype", *Molecular Psychiatry*, 15(2): 146–153.
- Craddock, Nick, Michael, J. Owen, 2005, "The beginning of the end for Kraepelinian dichotomy", *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 186: 364-366.
- Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics C, Genetic Risk Outcome of Psychosis C. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis, 2013, *Lancet* 381: 1371-1379
- Cynthia, Z. Burton, Kelly, A. Ryan, Masoud, Kamali, David, F. Marshall, Gloria, Harrington, Melvin, G. McInnis, Ivy, F. Tso, 2018, "Psychosis in bipolar disorder: Does it represent a more "severe" illness?", *Bipolar Disorders*, 20(1):18-26. doi: 10.1111/bdi.12527. Epub 2017.
- Dahlia, Mukherjee, Venkatesh, Bassapa. Krishnamurthy, Caitlin, E. Millett, Aubrey, Reider, Adem, Can, Maureen, Groer, Dietmar, Fuchs, Teodor, T. Postolache, Erika, F. H. Saunders, 2018, "Total sleep time and kynurenine metabolism associated with mood symptom severity in bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 20(1):27-34. doi: 10.1111/bdi.12529. Epub 2017.
- Dana, Wang, David, N. Osser, 2020, "The Psychopharmacology Algorithm Project at the Harvard South Shore Program: An update on bipolar depression", *Bipolar Disorders*, 22(5):472-489. doi: 10.1111/bdi.12860. Epub 2019.
- David, E. Fleck, Nicholas, Ernest, Caleb, M. Adler, Kelly, Cohen, James, C. Eliassen, Matthew, Norris, Richard, A. Komoroski, Wen-Jang Chu, Jeffrey, A. Welge, Thomas, J. Blom, Melissa, P. DelBello, Stephen, M. Strakowski, 2017, "Prediction of lithium response in first-episode mania using the LITHium Intelligent Agent (LITHIA): Pilot data and proof-of-concept", *Bipolar Disorders*, 19(4):259-272.
- David, J. Bond, Wayne, Su, William, G. Honer, Taj, Dhanoa, Tegan, Batres-Y-Carr, Susanne, S. Lee, Ivan, J. Torres, Raymond, W. Lam, Lakshmi, N. Yatham, 2019, "Weight gain as a predictor of frontal and temporal lobe volume loss in bipolar disorder: A prospective MRI study", *Bipolar Disorders*, 21(1):50-60. doi: 10.1111/bdi.12722. Epub 2018.
- Davidson, Larry, David, A. Stayner, Connie, Nickou, Thomas, H. Styron, Michael, Rowe, Matthew, Chinman, 2001, "Simply to be let in": inclusion as a basis for recovery", *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4): 375–388.
- Davidson, Larry, Maria, J. O'Connell, Janis, Tondora, Martha, Staeheli, Arthur C. Evans, 2005a, "Recovery in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle?",

- Professional Psychology: Research and Practice*, 36(1): 480-487.
- Davidson, Larry, McGlashan, H. Thomas, 1997, "The varied outcomes of schizophrenia", *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(1): 34 – 43.
- Davidson, Larry, Strauss, S. John, 1992, "Sense of self in recovery from severe mental illness", *British Journal of Medical Psychology*, 65(2): 131–145.
- Deegan, Patricia 1993, "Recovering our sense of value after being labeled", *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 31(4): 7–11.
- Deegan, Patricia, 1996a, "Recovery and the Conspiracy of Hope", Pat Deegan, PhD & Associates, LLC.
- Deegan, Patricia, 1996b, "Recovery as a journey of the heart", *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 91–97.
- Deegan, Patricia, 1988, "Recovery: The lived experience of rehabilitation", *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4): 11–19.
- Delfina, Janiri, Alessio, Simonetti, Fabrizio, Piras, Valentina, Ciullo, Gianfranco, Spalletta, Gabriele, Sani, 2020, "Predominant polarity and hippocampal subfield volumes in Bipolar disorders", *Bipolar Disorders*, 22(5):490-497. doi: 10.1111/bdi.12857. Epub 2019.
- Delfina, Janiri, Gabriele, Sani, Pietro, De Rossi, Fabrizio, Piras, Mariangela, Iorio, Nerisa, Banaj, Giulia, Giuseppin, Edoardo, Spinazzola, Matteo, Maggiora, Elisa, Ambrosi, Alessio, Simonetti, Gianfranco, Spalletta, 2017, "Amygdala and hippocampus volumes are differently affected by childhood trauma in patients with bipolar disorders and healthy controls", *Bipolar Disorders*, 19(5):353-362.
- Dina, Popovic, Eduard, Vieta, Jean-Michel, Azorin, Jules, Angst, Charles, L. Bowden, Sergey, Mosolov, Allan, H. Young, Giulio, Perugi, for the BRIDGE- II -Mix Study Group, 2015, "Suicide attempts in major depressive episode: evidence from the BRIDGE-II-Mix study", *Bipolar Disorders*, 17(7):795-803.
- Dirk, Alexander. Wittekind, Janek, Spada, Alexander, Gross, Tilman, Hensch, Philippe, Jawinski, Christine, Ulke, Christian, Sander, Ulrich, Hegerl, 2016, "Early report on brain arousal regulation in manic vs depressive episodes in bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 18(6):502-510.
- Donel, M. Martin, Heng-Nieng, Chan, Angelo, Alonzo, Melissa, J. Green, Philip, B. Mitchell, Colleen, K. Loo, 2015, "Transcranial direct current stimulation to enhance cognition in euthymic bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 17(8):849-858.
- Douglas, Mary, 1992, *Risk and Blame: Essays in Cultural Theory*, London, Routledge.
- E. M. Tunbridge, M. J. Attenburrow, A Gardiner, J M Rendell, C Hinds, G M Goodwin, P J Harrison, J R Geddes, 2017, "Biochemical and genetic predictors and correlates of

- response to lamotrigine and folic acid in bipolar depression: Analysis of the CEQUEL clinical trial", *Bipolar Disorders*, 19(6):477-486.
- Eduard, Bakstein, Karolína, Mladá, Eva, Fárková, Marian, Kolenič, Filip, Španiel, Denisa, Manková, Jana, Korčáková, Petr, Winkler, Tomas, Hajek, 2020, "Cross-sectional and within-subject seasonality and regularity of hospitalizations: A population study in mood disorders and schizophrenia", *Bipolar Disorders*, 22(5):508-516. doi: 10.1111/bdi.12884. Epub 2020.
- Eldar, Hochman, Amir, Krivoy, Ayal, Schaffer, Abraham, Weizman, Avi, Valevski, 2016, "Antipsychotic adjunctive therapy to mood stabilizers and 1-year rehospitalization rates in bipolar disorder: A cohort study", *Bipolar Disorders*, 18(8):684-691.
- Elena, Mazza, Sara, Poletti, Irene, Bollettini, Clara, Locatelli, Andrea, Falini, Cristina, Colombo, Francesco, Benedetti, 2017, "Body mass index associates with white matter microstructure in bipolar depression", *Bipolar Disorders*, 19(2):116-127.
- Elena, Rodríguez-Cano, Silvia, Alonso-Lana, Salvador, Sarró, Paloma, Fernández-Corcuera, José, M. Goikolea, Eduard, Vieta, Teresa, Maristany, Raymond, Salvador, Peter, J. McKenna, Edith, Pomarol-Clotet, 2017, "Differential failure to deactivate the default mode network in unipolar and bipolar depression", *Bipolar Disorders*, 19(5):386-395.
- Eleonora, Petri, Olivia, Bacci, Margherita, Barbuti, Isabella, Pacchiarotti, Jean-Michel, Azorin, Jules, Angst, Charles, L. Bowden, Sergey, Mosolov, Eduard, Vieta, Allan, H. Young, Giulio, Perugi, BRIDGE-II-Mix Study Group, 2017, "Obesity in patients with major depression is related to bipolarity and mixed features: evidence from the BRIDGE-II-Mix study", *Bipolar Disorders*, 19(6):458-464.
- Eliana, Marisa. Ramos, Tammy, Gillis, Jayalakshmi, S. Mysore, Jong-Min, Lee, Isabel, Alonso, James, F. Gusella, Jordan, W. Smoller, Pamela, Sklar, Marcy, E. MacDonald, Roy, H. Perlis, 2015, "Prevalence of Huntington's disease gene CAG trinucleotide repeat alleles in patients with bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 17(4):403-408.
- Elizabeth, D. Ballard, Cristan, A. Farmer, Bridget, Shovestul, Jennifer Vande Voort, Rodrigo Machado-Vieira, Lawrence, Park, Kathleen, R. Merikangas, Carlos, A. Zarate Jr, 2020, "Symptom trajectories in the months before and after a suicide attempt in individuals with bipolar disorder: A STEP-BD study", *Bipolar Disorders*, 22(3):245-254. doi: 10.1111/bdi.12873. Epub 2019.
- Elizabeth, D. Ballard, Jennifer, L. Vande. Voort, David, A. Luckenbaugh, Rodrigo, Machado-Vieira, Mauricio, Tohen, Carlos, A. Zarate, 2016, "Acute risk factors for suicide attempts and death: prospective findings from the STEP-BD study", *Bipolar Disorders*, 18(4):363-72.
- Emma, EM. Knowles, Peter, J. Meikle, Kevin, Huynh, Harald, HH, Göring, Rene, L. Olvera,

- Samuel, R. Mathias, Ravi, Duggirala, Laura, Almasy, John, Blangero, Joanne, E. Curran, David, C. Glahn, 2017, "Serum phosphatidylinositol as a biomarker for bipolar disorder liability", *Bipolar Disorders*, 19(2):107-115.
- Emma, Gliddon, Victoria, Cosgrove, Lesley, Berk, Sue, Lauder, Mohammadreza, Mohebbi, David, Grimm, Seetal, Dodd, Carolyn, Coulson, Karishma, Raju, Trisha, Suppes, Michael, Berk, 2019, "A randomized controlled trial of MoodSwings 2.0: An internet-based self-management program for bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 21(1):28-39. doi: 10.1111/bdi.12669. Epub 2018.
- Erika, FH, Saunders, Aubrey, Reider, Gagan, Singh, Alan, J. Gelenberg, Stanley, I. Rapoport, 2015, "Low unesterified:esterified eicosapentaenoic acid (EPA) plasma concentration ratio is associated with bipolar disorder episodes, and omega-3 plasma concentrations are altered by treatment", *Bipolar Disorders*, 17(7):729-742.
- Erin, Michalak, James, D. Livingston, Rachelle, Hole, Melinda, Suto, Sandra, Hale, Candace, Haddock, 2011, "'It's something that I manage but it is not who I am': reflections on internalized stigma in individuals with bipolar disorder", *Chronic Illness*, 7(3): 209-224.
- Esther, Jiménez, Brisa, Solé, Bárbara, Arias, Marina, Mitjans, Cristina, Varo, María, Reinares, Caterina, del Mar. Bonnín, Victoria, Ruíz, Pilar, Alejandra, Saiz, M, Paz. García-Portilla, Patricia, Burón, Julio, Bobes, Benedikt, L. Amann, Anabel, Martínez-Arán, Carla, Torrent, Eduard, Vieta, Antoni, Benabarre, 2017, "Impact of childhood trauma on cognitive profile in bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 19(5):363-374.
- Eva, Z. Reininghaus, Nina, Lackner, Armin, Birner, Susanne, Bengesser, Frederike, T. Fellendorf, Martina, Platzer, Alexandra, Rieger, Robert, Queissner, Nora, Kainzbauer, Bernd, Reininghaus, Roger, S. McIntyre, Harald, Mangge, Sieglinde, Zelzer, Dietmar, Fuchs, Silvia, Dejonge, Norbert, Müller, 2016, "Extracellular matrix proteins matrix metalloproteinase 9 (MMP9) and soluble intercellular adhesion molecule 1 (sICAM-1) and correlations with clinical staging in euthymic bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 18(2):155-63.
- Ewald, François, 1993, *Two infinities of risk*, In Massumi, B (ed.), *The Politics of Everyday fear*. Minneapolis, Minnesota: University of Minnesota Press.221-228.
- Ezra, Wegbreit, Alexandra, B. Weissman, Grace, K. Cushman, Megan, E. Puzia, Kerri, L. Kim, Ellen, Leibenluft, Daniel, P. Dickstein, 2015, "Facial emotion recognition in childhood-onset bipolar I disorder: an evaluation of developmental differences between youths and adults", *Bipolar Disorders*, 17(5):471-485.
- Fabiano, G. Nery, Wade, A. Weber, Thomas, J. Blom, Jeffrey, Welge, Luis, R. Patino, Jeffrey, R. Strawn, Wen-Jang, Chu, Caleb, M. Adler, Richard, A. Komoroski, Stephen, M. Strakowski, Melissa, P. DelBello, 2019, "Longitudinal proton spectroscopy study of the

- prefrontal cortex in youth at risk for bipolar disorder before and after their first mood episode", *Bipolar Disorders*, 21(4):330-341.
- Faith, Dickerson, Maria, Adamos, Emily, Katsafanas, Sunil, Khushalani, Andrea, Origoni, Christina, Savage, Lucy, Schweinfurth, Cassie, Stallings, Kevin, Sweeney, Joshana, Goga, Robert, H. Yolken, 2018, "Adjunctive probiotic microorganisms to prevent rehospitalization in patients with acute mania: A randomized controlled trial", *Bipolar Disorders*, 20(7):614-621.
- Fernandez, E. Maria, Lauren, J. Breen, Terry, A. Simpson, 2014, "Renegotiating Identities: Experiences of Loss and Recovery for Women With Bipolar Disorder", *Qualitative Health Research*, 24(7): 890-900.
- Fiona Lobban, Katherine Taylor, Craig Murray, Steven Jones, 2012, "Bipolar Disorder is a two-edged sword: a qualitative study to understand the positive edge", *Journal of Affective Disorders*, 141(2-3): 204-212.
- Fisher, Daniel, 1994, "Health care reform based on an empowerment model of recovery by people with psychiatric disabilities", *Hospital & Community Psychiatry*, 45(9): 913-915.
- Fisher, Daniel, n.d.-b, *Health care reform based on the empowerment model of recovery*, Boston: National Empowerment Center.
- Folkman, Susan, Lazarus, S. Richard, 1985, "If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of college examination", *Journal of personality and social psychology*, 48(1): 150-170
- Foucault, Michael, 1976, *LA VOLONTÉ DE SAVOIR (Volume 1 de HISTORIE DE LA SEXUALITÉ)*, ÉDITIONS GALLIMARD (=1986, 渡辺守章訳『性の歴史 I 知への意志』新潮社.)
- Foucault, Michel, 1975, *Surveiller et punir, Naissance de la prison*, ÉDITIONS GALLIMARD (=1977, 田村 俣訳『監獄の誕生—監視と処罰』新潮社.)
- Frances, Allen, 2013, *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life*. William Morrow & Co. (=2013, 大野裕訳『〈正常〉を救え 精神医学を混乱させる DSM-5』講談社.)
- Francesca, Serra, Katherine, Gordon-Smith, Amy, Perry, Christine, Fraser, Arianna, Di Florio, Craddock, Nick, Ian, Jones, Lisa, Jones, 2019, "Agitated depression in bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 21(6):547-555.
- Frank, Houghton, 2004, "Flying solo: single/unmarried mothers and stigma in Ireland", *Irish Journal of Psychological Medicine*, 21(1): 36-37.
- Frank, W, Arthur, 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.)

- Frederick, J. Frese 3rd, Jonathan, Stanley, Ken, Kress, Suzanne, Vogel-Scibilia, 2001, "Integrating evidence-based practices and the recovery model", *Psychiatric Services*, 52(11): 1462-1468.
- 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 卷 1 号, pp. 59-66.
- 船井裕輝, 2010, 「脳と責任能力：フィリップ・ピネルが語ること」『日本生物学的精神医学会誌』, 21 卷 2 号 pp.127-132.
- 船津衛, 2006, 『感情社会学の展開』北樹出版.
- 船津衛, 宝月誠編, 1995, 『シンボリック相互作用論の世界』恒星社厚生閣.
- Gabriel, R. Fries, Isabelle, E. Bauer, Giselli, Scaini, Samira, S. Valvassori, Consuelo, Walss-Bass, Jair, C. Soares, Joao, Quevedo, 2020, "Accelerated hippocampal biological aging in bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 22(5):498-507. doi: 10.1111/bdi.12876. Epub 2019.
- Gabriele, Sani, Chiara, Chiapponi, Fabrizio, Piras, Elisa, Ambrosi, Alessio, Simonetti, Emanuela, Danese, Delfina, Janiri, Roberto, Brugnoli, Sergio, De Filippis, Carlo, Caltagirone, Paolo, Girardi, Gianfranco, Spalletta, 2016, "Gray and white matter trajectories in patients with bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 18(1):52-62.
- Georgina, P. Ossani, Ana, M. Uceda, Néstor, R. Lago, Diego, J. Martino, 2020, "Relationship between serum lithium concentration and kidney damage in a preclinical model", *Bipolar Disorders*, 22(3):281-285. doi: 10.1111/bdi.12854. Epub 2019.
- Gershon, S. Elliot, Hamovit, H. Joel, Guroff, J. Juliet, Nurnberger, I. John, 1987, "Birth-cohort changes in manic and depressive disorders in relatives of bipolar and schizoaffective patients", *Archives of General Psychiatry*, 44(4): 314-319.
- Ghaemi, S. Nassir, 2007, THE CONCEPTS OF PSYCHIATRY: A Pluralistic Approach to the Mind and Mental Illness. The Jones Hopkins University Press (= 2009, 村井俊哉訳, 『現代精神医学原論』みすず書房.
- Ghaemi, S. Nassir, 2013, Bipolar spectrum: a review of the concept and a vision for the future, *Psychiatry Investigation*, 10(3):218-24.
- Ghanshyam, N. Pandey, Xinguo, Ren, Hooriyah, S. Rizavi, Hui, Zhang, 2015, "Abnormal gene expression of proinflammatory cytokines and their receptors in the lymphocytes of patients with bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 17(6):636-644.
- Giannis, Lois, Martin, F. Gerchen, Peter, Kirsch, Philipp, Kanske, Sandra, Schönfelder, Michèle, Wessa, 2017, "Large-scale network functional interactions during distraction and reappraisal in remitted bipolar and unipolar patients", *Bipolar Disorders*, 19(6):487-495.
- Giorgio, Marotta, Giuseppe, Delvecchio, Alessandro, Pigoni, Gianmario, Mandolini, Valentina, Ciappolino, Lucio, Oldani, Domenico, Madonna, Marika, Grottaroli, Alfredo,

- Carlo. Altamura, Paolo, Brambilla, 2019, "The metabolic basis of psychosis in bipolar disorder: A positron emission tomography study", *Bipolar Disorders*, 21(2):151-158. doi: 10.1111/bdi.12710. Epub 2018.
- Giulia, Cattarinussi, Annabella, Di Giorgio, Robert, Christian, Wolf, Matteo, Balestrieri, Fabio Sambataro, 2019, "Neural signatures of the risk for bipolar disorder: A meta-analysis of structural and functional neuroimaging studies", *Bipolar Disorders*, 21(3):215-227. doi: 10.1111/bdi.12720. Epub 2018.
- Gordon, Steven L., 1981, *The sociology of sentiments and emotion*. In M. Rosenberg & R. H. Turner, H. Jonathan, (Eds.), *Social psychology: Sociological Perspectives* (562-592). New York: Basic Books.
- Gordon, Steven L., 1990, *Social Structural effects on emotions*. In T. D. Kemper (Ed.), *Research agendas in the sociology of emotions* (145-179). Albany: State University of New York press.
- Grazyna, Rajkowska, Gerard, Clarke, Gouri, Mahajan, Camilla, MM. Licht, Henri, JJM. van de Werd, Peter, Yuan, Craig, A. Stockmeier, Husseini, K. Manji, Harry, BM. Uylings, 2016, "Differential effect of lithium on cell number in the hippocampus and prefrontal cortex in adult mice: a stereological study", *Bipolar Disorders*, 18(1):41-51.
- Greg, Murray, Melinda, Suto, Rachele, Hole, Sandra, Hale, Erica, Amari, Erin, E. Michalak, 2011, "Self-management strategies used by 'high functioning' individuals with bipolar disorder: from research to clinical practice", *Clinical Psychological & Psychotherapy* 18(2): 95-109. doi: 10.1002/cpp.710. Epub 2010.
- Haiteng, Jiang, Zhongpeng, Dai, Qing, Lu, Zhijian, Yao, 2020, "Magnetoencephalography resting-state spectral fingerprints distinguish bipolar depression and unipolar depression", *Bipolar Disorders*, 22(6):612-620. doi: 10.1111/bdi.12871. Epub2019.
- Hanno, Santelmann, Jeremy, Franklin, Jana, Bußhoff, Christopher, Baethge, 2015, "Test-retest reliability of schizoaffective disorder compared with schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression--a systematic review and meta-analysis", *Bipolar Disorders*, 17(7):753-768.
- Hanno, Santelmann, Jeremy, Franklin, Jana, Bußhoff, Christopher, Baethge, 2016, "Diagnostic shift in patients diagnosed with schizoaffective disorder: a systematic review and meta-analysis of rediagnosis studies", *Bipolar Disorders*, 18(3):233-46.
- Harrari, Noah, Yuval, 2020, "the world after coronavirus", *Financial Times* (2021 年 11 月 28 日閱覽, <http://www.ft.com/content/19d90308-6858-11ea-a3c9-1fe6fedcca75>) .
- Hatfield, B. Agnes, 1994, " Recovery from mental illness", *The Journal of the California Alliance for the Mentally Ill*, 5(3): 6 -7.
- Healy, David, 2008, *Mania: A short History of Bipolar Disorder*. The Jones Hopkins

- University Press. (=2012, 江口重幸監訳, 坂本響子訳, 『双極性障害の時代—マニーからバイポーラーへ』 みすず書房.)
- Hochschild, A. Russell, 1983, *The managed Heart*, University of California Press. (=石川准他訳, 2000 『管理される心』 世界思想社.)
- Holstein, A. James, Gubrium, F. Jaber, 1995, *The Active Interview*: London and New delhi Sage Publications, Inc. (=山田富秋編, 2004 『アクティヴ・インタビュー—相互行為としての社会調査』 せりか書房.)
- Hui, Li, Haiyun, Xu, Yinnan, Zhang, Jitian, Guan, Jie, Zhang, Chongtao, Xu, Zhiwei, Shen, Bo, Xiao, Chunlian, Liang, Kaiyuan, Chen, Jinling, Zhang, Renhua, Wu, 2016, "Differential neurometabolite alterations in brains of medication-free individuals with bipolar disorder and those with unipolar depression: a two-dimensional proton magnetic resonance spectroscopy study", *Bipolar Disorders*, 18(7):583-590.
- Ida, Behrendt-Møller, Trine, Madsen, Holger, Jelling. Sørensen, Louisa, Sylvia, Edward, S. Friedman, Richard, C. Shelton, Charles, L. Bowden, Joseph, R. Calabrese, Susan, L. McElroy, Terence, A. Ketter, Noreen, A. Reilly-Harrington, Keming, Gao, Michael, Thase, William, V. Bobo, Mauricio, Tohen, Melvin, McInnis, Masoud, Kamali, James, H. Kocsis, Thilo, Deckersbach, Ole, Köhler-Forsberg, Andrew, A. Nierenberg, 2019, "Patterns of changes in bipolar depressive symptoms revealed by trajectory analysis among 482 patients with bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 21(4):350-360. doi: 10.1111/bdi.12715. Epub 2018.
- 伊賀光屋, 2013, 「解釈的現象学的分析 (IPA) の方法論」『新潟大学教育学部研究紀要』第6巻第2号, pp.169-190.
- Illich, Ivan, 1976, *Limits to Medicine. Medical Nemesis: Expropriation of Health*, London, Marion Boyars Publishers Ltd. (=1979, 金子嗣郎訳『脱病院化社会—医療の限界』 晶文社.)
- Imma, Torres, Brisa, Sole, Montse Corrales, Esther, Jiménez, Sofia, Rotger, Juan, Francisco. Serra-Pla, Irene, Forcada, Vanesa, Richarte, Ester, Mora, Carlos, Jacas, Nuria, Gómez, Maria, Mur, Francesc, Colom, Eduard, Vieta, Miquel, Casas, Anabel, Martinez-Aran, Jose, M. Goikolea, Josep, A. Ramos-Quiroga, 2017, "Are patients with bipolar disorder and comorbid attention-deficit hyperactivity disorder more neurocognitively impaired?", *Bipolar Disorders*, 19(8):637-650.
- Isabella, A. Breukelaar, May, Erlinger, Anthony, Harris, Philip, Boyce, Philip, Hazell, Stuart, M. Grieve, Cassandra, Antees, Sheryl, Foster, Lavier, Gomes, Leanne, M. Williams, Gin, S. Malhi, Mayuresh, S. Korgaonkar, 2020, "Investigating the neural basis of cognitive control dysfunction in mood disorders", *Bipolar Disorders*, 22(3):286-295. doi: 10.1111/bdi.12844. Epub 2019.

- Ivy, F. Tso, Tyler, B. Grove, Savanna, A. Mueller, Lisa, O'Donnell, Jinsoo, Chun, Melvin, G. McInnis, Patricia, J. Deldin, 2017, "Altered N170 and mood symptoms in bipolar disorder: An electrophysiological study of configural face processing", *Bipolar Disorders*, 20(5): 477-487.
- Jacobson, Nora, Curtis, Laurie, 2000, "Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the states", *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(4): 333-341.
- Jacques Hochmann, 2004, *Histoire de la psychiatrie*. Press Universitaires de France, Paris.(= 2007, 訳阿部恵一郎, 『精神医学の歴史〔新版〕』白水社.)
- Jairo, Vinícius. Pinto, Gayatri, Saraf, Daniel, Vigo, Kamyar, Keramatian, Trisha, Chakrabarty, Lakshmi, N. Yatham, 2020, "Cariprazine in the treatment of Bipolar Disorder: A systematic review and meta-analysis", *Bipolar Disorders*, 22(4):360-371. doi: 10.1111/bdi.12850. Epub 2019.
- Jan, Scott, Bruno, Etain, Mirko, Manchia, Clara, Brichant-Petitjean, Pierre, A. Geoffroy, Thomas, Schulze, Martin, Alda, Frank, Bellivier, ConLiGen collaborators, 2020, "An examination of the quality and performance of the Alda scale for classifying lithium response phenotypes", *Bipolar Disorders*, 22(3):255-265. doi: 10.1111/bdi.12829. Epub 2019.
- Jan, Scott, Sharon, Naismith, Ashlee, Grierson, Joanne, Carpenter, Daniel, Hermens, Elizabeth, Scott, Ian, Hickie, 2016, "Sleep-wake cycle phenotypes in young people with familial and non-familial mood disorders", *Bipolar Disorders*, 18(8):642-649.
- Jane, E. Persons, William, H. Coryell, David, A. Solomon, Martin, B. Keller, Jean, Endicott, Jess, G. Fiedorowicz, 2018, "Mixed state and suicide: Is the effect of mixed state on suicidal behavior more than the sum of its parts?", *Bipolar Disorders*, 20(1):35-41. doi: 10.1111/bdi.12538. Epub 2017.
- Janet, Wozniak, Mai, Uchida, Stephen, V. Faraone, Maura, Fitzgerald, Carrie, Vaudreuil, Nicholas, Carrellas, Jacqueline, Davis, Rebecca, Wolenski, Joseph, Biederman, 2017, "Similar familial underpinnings for full and subsyndromal pediatric bipolar disorder: A familial risk analysis", *Bipolar Disorders*, 19(3):168-175.
- Jan-Marie, Kozicky, Alexander, McGirr, David, J. Bond, Marjorie, Gonzalez, Leonardo, E. Silveira, Kamyar, Keramatian, Ivan, J. Torres, Raymond, W. Lam, Lakshmi, N. Yatham, 2016, "Neuroprogression and episode recurrence in bipolar I disorder: A study of gray matter volume changes in first-episode mania and association with clinical outcome", *Bipolar Disorders*, 18(6):511-519.
- Janos, L. Kalman, Sergi, Papiol, Andreas, J. Forstner, Urs, Heilbronner, Franziska, Degenhardt, Jana, Strohmaier, Mazda, Adli, Kristina, Adorjan, Nirmala, Akula, Martin, Alda, Heike, Anderson-Schmidt, Till, FM. Andlauer, Ion-George, Anghelescu, Raffaella,

Arda, Bárbara, Arias, Volker, Arolt, Jean-Michel, Aubry, Lena, Backlund, Kim, Bartholdi, Michael, Bauer, Bernhard, T. Baune, Thomas, Becker, Frank, Bellivier, Antonio, Benabarre, Susanne, Bengesser, Abesh, Kumar, Bhattacharjee, Joanna, M. Biernacka, Armin, Birner, Clara, Brichant-Petitjean, Monika, Budde, Pablo, Cervantes, Caterina, Chillotti, Sven, Cichon, Scott, R. Clark, Francesc, Colom, Ashley, L. Comes, Cristiana, Cruceanu, Piotr, M. Czerski, Udo, Dannlowski, Alexandre Dayer, Maria, Del Zompo, Jay, Raymond. DePaulo, Detlef, E. Dietrich, Bruno, Étain, Thomas, Ethofer, Peter, Falkai, Andreas, Fallgatter, Christian Figge, Laura Flatau, Here Folkerts, Louise Frisen, Mark A Frye, Janice M. Fullerton, Katrin, Gade, Sébastien, Gard, Julie, S. Garnham, Fernando, S. Goes, Maria, Grigoriou-Serbanescu, Anna, Gryaznova, Maria, Hake, Joanna, Hauser, Stefan, Herms, Per, Hoffmann, Liping, Hou, Markus, Jäger, Stephane, Jamain, Esther, Jiménez, Georg, Juckel, Jean-Pierre, Kahn, Layla, Kassem, John, Kelsoe, Sarah, Kittel-Schneider, Sebastian, Kliwicki, Farah, Klohn-Sagatholislam, Manfred, Koller, Barbara, König, Carsten, Konrad, Nina, Lackner, Gonzalo, Laje, Mikael, Landén, Fabian, U. Lang, Catharina, Lavebratt, Marion, Leboyer, Susan, G. Leckband, Mario, Maj, Mirko, Manchia, Lina, Martinsson, Michael, J. McCarthy, Susan, L. McElroy, Francis, J. McMahon, Philip, B. Mitchell, Marina, Mitjans, Francis, M. Mondimore, Palmiero, Monteleone, Vanessa, Nieratschker, Caroline, M. Nievergelt, Tomas, Novák, Urban, Ösby, Andrea, Pfennig, James, B. Potash, Daniela, Reich-Erkelenz, Andreas, Reif, Jens, Reimer, Eva, Reininghaus, Markus Reitt, Stephan, Ripke, Guy, A. Rouleau, Janusz, K. Rybakowski, Martin, Schalling, Harald, Scherk, Max, Schmauß, Peter, R. Schofield, K. Oliver, Schubert, Eva, C. Schulte, Sybille, Schulz, Fanny, Senner, Giovanni, Severino, Tatyana, Shekhtman, Paul, D. Shilling, Christian, Simhandl, Claire, M. Slaney, Carsten, Spitzer, Alessio, Squassina, Thomas, Stamm, Sophia, Stegmaier, Sebastian, Stierl, Pavla, Stopkova, Andreas, Thiel, Sarah, K. Tighe, Alfonso, Tortorella, Gustavo, Turecki, Eduard, Vieta, Julia, Veeh, Martin, von Hagen, Moritz, E. Wigand, Jens, Wiltfang, Stephanie, Witt, Adam, Wright, Peter, P. Zandi, Jörg Zimmermann, Markus, Nöthen, Marcella, Rietschel, Thomas, G. Schulze, 2019, "Investigating polygenic burden in age at disease onset in bipolar disorder: Findings from an international multicentric study", *Bipolar Disorders*, 21(1):68-75. doi: 10.1111/bdi.12659. Epub 2018.

Jared, W. Young, Mark, A. Geyer, Adam, L. Halberstadt, Jordy, van Enkhuizen, Arpi, Minassian, Asma, Khan, William, Perry, Lisa, T. Eyler, 2020, "Convergent neural substrates of inattention in bipolar disorder patients and dopamine transporter-deficient mice using the 5-choice CPT", *Bipolar Disorders*, 22(1):46-58. doi: 10.1111/bdi.12786.

Epub 2019.

- Jay, D. Amsterdam, Lorenzo, Lorenzo-Luaces, Robert, J. DeRubeis, 2016, "Step-wise loss of antidepressant effectiveness with repeated antidepressant trials in bipolar II depression", *Bipolar Disorders*, 18(7):563-570.
- Jay, D. Amsterdam, Lorenzo, Lorenzo-Luaces, Robert, J. DeRubeis, 2017, "Comparison of treatment outcome using two definitions of rapid cycling in subjects with bipolar II disorder", *Bipolar Disorders*, 19(1):6-12.
- Jeanette, Bjoerke-Bertheussen, Helle, Schoeyen, Ole, A. Andreassen, Ulrik, F. Malt, Ketil, J. Oedegaard, Gunnar, Morken, Kjetil, Sundet, Arne, E. Vaaler, Bjoern, Auestad, Ute, Kessler, 2017, "Right unilateral electroconvulsive therapy does not cause more cognitive impairment than pharmacologic treatment in treatment-resistant bipolar depression: A 6-month randomized controlled trial follow-up study", *Bipolar Disorders*, 20(6):531-538.
- Jeffrey, M. Spielberg, Melanie, A. Matyi, Harish, Karne, Amit, Anand, 2019, "Lithium monotherapy associated longitudinal effects on resting state brain networks in clinical treatment of bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 21(4):361-371. doi: 10.1111/bdi.12718. Epub 2018.
- Jennifer, P. Wisdom, Goal, Auzeen. Saedi, Carla, A. Green, 2009, "Another breed of "service" animals: STARS study findings about pet ownership and recovery from serious mental illness", *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(3): 430-436.
- Jessica, C. Levenson, David, A. Axelson, John, Merranko, Melina, Angulo, Tina, R. Goldstein, Benjamin, C. Mullin, Benjamin, I. Goldstein, David, A. Brent, Rasim, Diler, Mary, Beth, Hickey, Kelly, Monk, Dara, Sakolsky, David, J. Kupfer, Boris, Birmaher, 2015, "Differences in sleep disturbances among offspring of parents with and without bipolar disorder: association with conversion to bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 17(8):836-848.
- Jessica, C. Levenson, Meredith, L. Wallace, Barbara, P. Anderson, David, J. Kupfer, Ellen, Frank, 2015, "Social rhythm disrupting events increase the risk of recurrence among individuals with bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 17(8):869-879.
- Ji, Hyun. Baek, Kyooseb, Ha, Yongkang, Kim, So Yung. Yang, Eun-Young, Cho, Yujin, Choi, Seunghyong, Ryu, Yu-Sang, Lee, Taesung, Park, Kyung, Sue Hong, 2017, "Association between the zinc finger protein 804A (ZNF804A) gene and the risk of schizophrenia and bipolar I disorder across diagnostic boundaries", *Bipolar Disorders*, 19(4):305-313.
- Joanna, K. Soczynska, Sidney, H. Kennedy, Mohammad, Alsuwaidan, Rodrigo, B. Mansur, Madeline, Li, Mary, Pat. McAndrews, Elisa, Brietzke, Hanna, O.

- Woldeyohannes, Valerie, H. Taylor, Roger, S. McIntyre, 2017, "A pilot, open-label, 8-week study evaluating the efficacy, safety and tolerability of adjunctive minocycline for the treatment of bipolar I/II depression", *Bipolar Disorders*, 19(3):198-213.
- Joe, Necus, Fiona, Elizabeth. Smith, Peter, Edward. Thelwall, Carly, Jay. Flowers, Nishant, Sinha, Peter, Neal. Taylor, Andrew, Matthew. Blamire, Yujiang, Wang, David, Andrew. Cousins, 2021, "Quantification of brain proton longitudinal relaxation (T₁) in lithium-treated and lithium-naïve patients with bipolar disorder in comparison to healthy controls", *Bipolar Disorders*, 23(1):41-48. doi: 10.1111/bdi.12878. Epub 2019.
- Jonathan, Repple, Susanne, Meinert, Dominik, Grotegerd, Harald, Kugel, Ronny, Redlich, Katharina, Dohm, Dario, Zaremba, Nils, Opel, Christian, Buerger, Katharina, Förster, Theresa, Nick, Volker, Arolt, Walter, Heindel, Michael, Deppe, Udo, Dannlowski, 2017, "A voxel-based diffusion tensor imaging study in unipolar and bipolar depression", *Bipolar Disorders*, 19(1):23-31.
- Judit, Simon, John, R. Geddes, Alexandra, Gardiner, Jennifer, Rendell, Guy, M. Goodwin, Susanne, Mayer, 2018, "Comparative economic evaluation of quetiapine plus lamotrigine combination vs quetiapine monotherapy (and folic acid vs placebo) in patients with bipolar depression (CEQUEL)", *Bipolar Disorders*, 20(8):733-745.
- Julia, O. Linke, Caitlin, Stavish, Nancy, E. Adleman, Joelle, Sarlls, Kenneth, E. Towbin, Ellen, Leibenluft, Melissa, A. Brotman, 2020, "White matter microstructure in youth with and at risk for bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 22(2):163-173. doi: 10.1111/bdi.12885. Epub 2020.
- Juliet M. Corbin and Anselm Strauss, 1988, *Unending Work and Care: Managing Chronic Illness at Home*, San Francisco: Jossey-Bass. pp.295.
- Junneng, Shao, Zhongpeng, Dai, Rongxin, Zhu, Xinyi, Wang, Shiwan, Tao, Kun, Bi, Shui, Tian, Huan, Wang, Yurong, Sun, Zhijian, Yao, Qing, Lu, 2019, "Early identification of bipolar from unipolar depression before manic episode: Evidence from dynamic rfMRI", *Bipolar Disorders*, 21(8):774-784.
- Kaela, Van Til, Melvin, G. McInnis, Amy, Cochran, 2020, "A comparative study of engagement in mobile and wearable health monitoring for bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 22(2):182-190. doi: 10.1111/bdi.12849. Epub 2019.
- Kamilla, W. Miskowiak, HL. Kjaerstad, M M Støttrup, A M Svendsen, K M Demant, L K Hoeffding, T M Werge, K E Burdick, K Domschke, A F Carvalho, E Vieta, M Vinberg, L V Kessing, H R Siebner, J Macoveanu, 2017, "The catechol-O-methyltransferase (COMT) Val158Met genotype modulates working memory-related dorsolateral prefrontal response and performance in bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 19(3):214-224.

- Kara, E. Driscoll, Dorothy, K. Y. Sit, Eydie, L. Moses-Kolko, Emily, Pinheiro, Amy, Yang, Jody, D. Ciolino, Heather, F. Eng, James, F. Luther, Crystal, T. Clark, Stephen, R. Wisniewski, Katherine, L. Wisner, 2017, "Mood symptoms in pregnant and postpartum women with bipolar disorder: a naturalistic study", *Bipolar Disorders*, 19(4):295-304.
- Kareen, Heinze, Xueyi, Shen, Emma, Hawkins, Mathew, A. Harris, Laura, de Nooij, Andrew, M. McIntosh, Stephen, J. Wood, Heather, C. Whalley, 2020, "Aberrant structural covariance networks in youth at high familial risk for mood disorder", *Bipolar Disorders*, 22(2):155-162. doi: 10.1111/bdi.12868. Epub 2019.
- Kate, Saunders, Amy, Bilderbeck, Priyanka, Panchal, Lauren, Atkinson, John, R. Geddes, Guy, Goodwin, 2017, "Experiences of remote mood and activity monitoring in bipolar disorder: A qualitative study", *European Psychiatry* 41(1): 115-121.
- Katharine, A. Smith, Andrea, Cipriani, 2017, "Lithium and suicide in mood disorders: Updated meta-review of the scientific literature", *Bipolar Disorders*, 19(7):575-586.
- Katie, M. Douglas, Peter, Gallagher, Lucy, J. Robinson, Janet, D. Carter, Virginia, VW. McIntosh, Christopher, MA. Frampton, Stuart, Watson, Allan, H. Young, I. Nicol, Ferrier, Richard, J. Porter, 2018, "Prevalence of cognitive impairment in major depression and bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 20(3):260-274.
- 加藤敏, 2010, 「統合失調症の診断を考える—分子生物学および精神病理学の見地から—」
『精神経誌』 113 卷 3 号 pp.323-334
- 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.
- Kelly, A. Ryan, Shervin, Assari, Kaley, Angers, David, F. Marshall, Kristin, Hinrichs, Rebecca, Easter, Pallavi, Babu, Bethany, D. Pester, Scott, A. Langenecker, Melvin, G. McInnis, 2017, "Equivalent linear change in cognition between individuals with bipolar disorder and healthy controls over 5 years", *Bipolar Disorders*, 19(8):689-697.
- Kemper, D. Theodore, 1987, How Many Emotions Are There? Wedding the Social and Autonomic Components, *American Journal of Sociology*, 93(2)
- Kemper, D. Theodore, 1990, *Social relations and emotions: A structural approach*. In T. D. Kemper (Ed.), *Research agendas in the sociology of emotions*(pp.207-37). Albany: State University of New York Press.
- Kenneth, I. Shulman, Osvaldo, P. Almeida, Nathan, Herrmann, Ayal, Schaffer, Sergio, A. Strejilevich, Christina, Paternoster, Sean, Amodeo, Annemiek, Dols, Martha, Sajatovic, 2019, "Delphi survey of maintenance lithium treatment in older adults with bipolar disorder: An ISBD task force report", *Bipolar Disorders*, 21(2):117-123. doi: 10.1111/bdi.12714. Epub 2018.
- 木村敏, 1973, 『異常の構造』講談社現代新書.
- Kleinman, Arthur, 1988, *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*,

- New York: Basic Books. (=1996, 江口重幸他訳『病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学』誠信書房.)
- Klerman, L. Gerald, 1981, "The spectrum of mania", *Comprehensive Psychiatry* 22; 11-20.
- Koji, Hatano, Takeshi, Terao, Takuya, Hayashi, Hirofumi, Hirakawa, Mayu, Makino, Yoshinori, Mizokami, Minoru, Fujiki, Tsuyoshi, Shimomura, 2019, "Affective temperaments are associated with the white matter microstructure in healthy participants", *Bipolar Disorders*, 21(6):539-546. doi: 10.1111/bdi.12726. Epub 2018.
- Koukopoulos Athanasios, Ghaemi, S. Nassir, 2009, "The primacy of mania: A reconsideration of mood disorders", *European Psychiatry*, 24(2): 125-134.
- Koukopoulos Athanasios, Sani Gabriele, Koukopoulos AE, Manfredi G, Pacchiarotti Isabella, Girardi P, 2007, "Melancholia agitata and mixed depression", *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 433(433):50-57.
- Koukopoulos, Athanasios, Tundo, Antonio, 1992, "A mixed depressive syndrome", *Clinical Neuropharmacology*, 15(Suppl 1) PtA:626A -627A. doi:10.1097/00002826-199201001-00324.
- Koukopoulos Athanasios, Reginaldi Daniela, Laddomada P, Floris Giovanni, Serra Gino, Tondo L, 1980, "Course of the manic-depressive cycle and changes caused by treatment", *Pharmakopsychiatrie, Neuro-Psychopharmakologie*, 13(4):156-167.
- Kraepelin, Emil, 1913, *Psychiatrie* 8. Aufl. Barth, Leipzig. (=1913, 西丸四方他訳『躁うつ病とてんかん』みすず書房.)
- Kraus, Alfred, 1977, *SOZIALVERHALTEN UND PSYCHOSE MANISCH-DEPRESSIVER :Eine existenz-und rollenanalytische Untersuchung*, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart (=岡本進訳, 1983『躁うつ病と対人行動 実存分析と役割分析』みすず書房.)
- Kristen, K. Ellard, Aishwarya, K. Gosai, Julia, M. Felicione, Amy, T. Peters, Conor, V. Shea, Louisa, G. Sylvia, Andrew, A. Nierenberg, Alik, S. Widge, Darin, D. Dougherty, Thilo, Deckersbach, 2019, "Deficits in frontoparietal activation and anterior insula functional connectivity during regulation of cognitive-affective interference in bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 21(3):244-258. doi: 10.1111/bdi.12709. Epub 2018.
- Kristin, H. Hinrichs, Rebecca, E. Easter, Kaley, Angers, Bethany, Pester, Zongshan, Lai, David, F. Marshall, Masoud, Kamali, Melvin, McInnis, Scott, A. Langenecker, Kelly, A. Ryan, 2017, "Influence of cognitive reserve on neuropsychological functioning in bipolar disorder: Findings from a 5-year longitudinal study", *Bipolar Disorders*, 19(1):50-59.
- Kwock, CF., 2014, "Beyond the clinical model of recovery: recovery of a Chinese immigrant woman with bipolar disorder", *East Asian Archives of Psychiatry*, 24(3): 209-224.

- Kyle, J. Burghardt, Jaclyn, M. Goodrich, Dana, C. Dolinoy, Vicki, L. Ellingrod, 2016, "Gene-specific DNA methylation may mediate atypical antipsychotic-induced insulin resistance", *Bipolar Disorders*, 18(5):423-32.
- Kymerly, D. Young, Jerzy, Bodurka, Wayne, C. Drevets, 2016, "Differential neural correlates of autobiographical memory recall in bipolar and unipolar depression", *Bipolar Disorders*, 18(7):571-582.
- Lakshmi, N. Yatham, Sidney, H. Kennedy, Sagar, V. Parikh, Ayal, Schaffer, David, J. Bond, Benicio, N. Frey, Verinder, Sharma, Benjamin, I. Goldstein, Soham, Rej, Serge, Beaulieu, Martin, Alda, Glenda, MacQueen, Roumen, V. Milev, Arun, Ravindran, Claire, O'Donovan, Diane, McIntosh, Raymond, W. Lam, Gustavo, Vazquez, Flavio, Kapczinski, Roger, S. McIntyre, Jan, Kozicky, Shigenobu, Kanba, Beny, Lafer, Trisha, Suppes, Joseph, R. Calabrese, Eduard, Vieta, Gin, Malhi, Robert, M. Post, Michael, Berk, 2018, "Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 20(2):97-170.
- Lars, V. Kessing, Eleni, Vradi, Per, Kragh. Andersen, 2016, "Nationwide and population-based prescription patterns in bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 18(2):174-82.
- Lars, V. Kessing, Eleni, Vradi, Per, Kragh. Andersen, 2015, "Life expectancy in bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 17(5):543-548.
- Lars, V. Kessing, Helene, C. Rytgaard, Thomas, A. Gerds, Michael, Berk, Claus, T. Ekstrøm, Per, K. Andersen, 2019, "New drug candidates for bipolar disorder-A nation-wide population-based study", *Bipolar Disorders*, 21(5):410-418.
- Lars, V. Kessing, Thomas, A. Gerds, Nikoline, N. Knudsen, Lisbeth, F. Jørgensen, Søren, M. Kristiansen, Denitza, Voutchkova, Vibeke, Ernstsén, Jörg, Schullehner, Birgitte, Hansen, Per, K. Andersen, Annette, K. Ersbøll, 2017, "Lithium in drinking water and the incidence of bipolar disorder: A nation-wide population-based study", *Bipolar Disorders*, 19(7):563-567.
- Lars, V. Kessing, Thomas, Alexander. Gerds, Bo, Feldt-Rasmussen, Per, Kragh. Andersen, Rasmus, W. Licht, 2015, "Lithium and renal and upper urinary tract tumors - results from a nationwide population-based study", *Bipolar Disorders*, 17(8):805-813.
- Lauren, Mizock, Zlatka, Russinova, Uma, Chandrika. Millner, 2014, "Barriers to and facilitators of the acceptance process for individuals with serious mental illness", *Qualitative Health Research*, 24(9): 1265-1275.
- Lawson, R. Wulsin, Thomas J Blom, Michelle Durling, Jeffrey A Welge, Melissa P DelBello, Caleb M Adler, Robert K McNamara, Stephen M Strakowski, 2018, "Cardiometabolic risks and omega-3 index in recent-onset bipolar I disorder", *Bipolar*

Disorders, 20(7):658-665.

- Lazarus, S. Richard, Folkman, Susan., 1984, *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, S. Richard, Launier, Raymond., 1978, *Stress-related transactions between person and environment*. In *Perspectives in Interactional Psychology*, ed. Pervin, L.A., & Lewis, M., pp.87-327. New York: Plenum.
- Leah, R. Kling, Katie, L. Bessette, Sophie, R. DelDonno, Kelly, A. Ryan, Wayne, C. Drevets, Melvin, G. McInnis, Mary, L. Phillips, Scott, A. Langenecker, 2018, "Cluster analysis with MOODS-SR illustrates a potential bipolar disorder risk phenotype in young adults with remitted major depressive disorder", *Bipolar Disorders*, 20(8):697-707.
- Leete, E., 1994, "Stressor, symptom, or sequelae? Remission, recovery, or cure?", *The Journal of the California Alliance for the Mentally Ill*, 5(3): 16 –17.
- Lesley, Berk, Karen, T. Hallam, Kamalesh, Venugopal, Andrew, James. Lewis, David, W. Austin, Jayashri, Kulkarni, Seetal, Dodd, Anthony, de Castella, Paul, B. Fitzgerald, Michael, Berk, 2017, "Impact of irritability: a 2-year observational study of outpatients with bipolar I or schizoaffective disorder", *Bipolar Disorders*, 19(3):184-197.
- Li, Shao, Khashayar, Golbaz, William, G. Honer, Clare, L. Beasley, 2016, "Deficits in axon-associated proteins in prefrontal white matter in bipolar disorder but not schizophrenia", *Bipolar Disorders*, 18(4):342-51.
- Lina, Martinsson, Jeanette, Westman, Jonas, Hällgren, Urban, Ösby, Lena, Backlund, 2016, "Lithium treatment and cancer incidence in bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 18(1):33-40.
- Lisa, H. Berghorst, Poornima, Kumar, Doug, N. Greve, Thilo, Deckersbach, Dost, Ongur, Sunny, J. Dutra, Diego, A. Pizzagalli, 2016, "Stress and reward processing in bipolar disorder: a functional magnetic resonance imaging study", *Bipolar Disorders*, 18(7):602-611.
- Lise, Switsers, Arthur, Dauwe, Anneleen, Vanhoudt, Hilde, Van Dyck, Koen, Lombaerts, Jfe, Oldenburg, 2018, "Users' Perspectives on mHealth Self-Management of Bipolar Disorder: Qualitative Focus Group Study", *JMIR mHealth and uHealth*, 6(5): e108.
- Liwen, Zhang, Esther, M. Opmeer, Lisette, van der Meer, André, Aleman, Branislava, Čurčić-Blake, Henricus, G. Ruhé, 2018, "Altered frontal-amygdala effective connectivity during effortful emotion regulation in bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 20(4):349-358.
- Liz, Sayce, Rachel, Perkins, 2000, "Recovery: Beyond mere survival", *Psychiatric Bulletin*, 24(2): 74-80.
- Logan, Borgelt, Stephen, M. Strakowski, Melissa, P. DelBello, Wade, Weber, James, C. Eliassen, Richard, A. Komoroski, Wen-Jang, Chu, Jeffrey, A. Welge, Thomas, J. Blom,

- Emily, Rummelhoff, Maxwell, Tallman, Jing-Huei, Lee, Caleb, M. Adler, 2019, "Neurophysiological effects of multiple mood episodes in bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 21(6):503-513.
- Louise, Wingård, Heidi, Taipale, Johan, Reutfors, Anna, Westerlund, Robert, Bodén, Jari, Tiihonen, Antti, Tanskanen, Morten, Andersen, 2018, "Initiation and long-term use of benzodiazepines and Z-drugs in bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 20(7):634-646.
- Lovejoy, Marcia, 1982, "Expectations and the recovery process", *Schizophrenia Bulletin*, 8: 605– 609.
- Luc, Ciompi, 1997, *Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen (= 2005, 山岸洋他訳『基盤としての情動—フラクタル感情論理の構想』学樹書院.)
- Lucas, Primo. de Carvalho Alves, Neusa, Sica. da Rocha, 2018, "Lower levels of brain-derived neurotrophic factor are associated with melancholic psychomotor retardation among depressed inpatients", *Bipolar Disorders*, 20(8):746-752.
- Lukas, Propper, Abigail, Ortiz, Claire, Slaney, Julie, Garnham, Martina, Ruzickova, Cynthia, V. Calkin, Claire, O'Donovan, Tomas, Hajek, Martin, Alda, 2015, "Early-onset and very-early-onset bipolar disorder: distinct or similar clinical conditions?", *Bipolar Disorders*, 17(8):814-820.
- Lunt, Alan, 2000, "Recovery: Moving from concept toward a theory", *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(4): 401– 405.
- Lupton, Deborah, 1996, "Your life in their hands: trust in the medical encounter", Veronica James & Jonathan Gabe eds., 1996, *HEALTH AND THE SOCIOLOGY OF EMOTIONS*, Blackwell Publishers, 157-172.
- Lupton, Deborah, 1999, *RISK*: Routledge, New York.
- Luz, H. Ospina, Manuela, Russo, George, M. Nitzburg, Armando, Cuesta-Diaz, Megan, Shanahan, Mercedes, M. Perez-Rodriguez, Meaghan, Mcgrath, Hannah, Levine, Sandra, Mulaimovic, Katherine, E. Burdick, 2016, "The effects of cigarette smoking behavior and psychosis history on general and social cognition in bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 18(6):528-538.
- Lynn, Mørch-Johnsen, Stener, Nerland, Kjetil, N. Jørgensen, Kåre, Osnes, Cecilie, B. Hartberg, Ole, A. Andreassen, Ingrid, Melle, Ragnar, Nesvåg, Ingrid, Agartz, Bipolar Disorders, 2018, "Cortical thickness abnormalities in bipolar disorder patients with a lifetime history of auditory hallucinations", *Bipolar Disorders*, 20(7):647-657.
- Lyon, David, 2001, *Surveillance society*, Open University Press, Buckingham.
- Maj, V.C., & Lars, V.K., 2005, "Clinical use of coping ineffective disorder, a critical review of the literature", *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1(1): 20.

- Malik, Nassan, Paul, E. Croarkin, Joan, L. Luby, Marin, Veldic, Paramjit, T. Joshi, Susan, L. McElroy, Robert, M. Post, John, T. Walkup, Kelly, Cercy, Jennifer, R. Geske, Karen, D. Wagner, Alfredo, B. Cuellar-Barboza, Leah, Casuto, Catharina, Lavebratt, Martin, Schalling, Peter, S. Jensen, Joanna, M. Biernacka, Mark, A. Frye, 2015, "Association of brain-derived neurotrophic factor (BDNF) Val66Met polymorphism with early-onset bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 17(6):645-652.
- Marc, J. Weintraub, Christopher, D. Schneck, David, J. Miklowitz, 2020, "Network analysis of mood symptoms in adolescents with or at high risk for bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 22(2):128-138. doi: 10.1111/bdi.12870. Epub 2019.
- Marc, Valentí, Isabella, Pacchiarotti, Juan, Undurraga, C. Mar, Bonnín, Dina, Popovic, José, M. Goikolea, Carla, Torrent, Diego, Hidalgo-Mazzei, Francesc, Colom, Eduard, Vieta, 2015, "Risk factors for rapid cycling in bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 17(5):549-559.
- Maree, L. Inder, Marie, T. Crowe, Stephanie, Moor, Janet, D. Carter, Suzanne, E. Luty, Christopher, M. Frampton, Peter, R. Joyce, 2017, "Three-year follow-up after psychotherapy for young people with bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 20(5): 441-447.
- Margherita, Barbuti, Cecilia, Mainardi, Isabella, Pacchiarotti, Norma, Verdolini, Giuseppe, Maccariello, Jules, Angst, Jean-Michel, Azorin, Charles, L. Bowden, Sergey, Mosolov, Allan, H. Young, Eduard, Vieta, Giulio, Perugi, 2019, "The role of different patterns of psychomotor symptoms in major depressive episode: Pooled analysis of the BRIDGE and BRIDGE-II-MIX cohorts", *Bipolar Disorders*, 21(8):785-793.
- Maria, E. Fernandez, Lauren, J. Breen, Terry, A. Simpson, 2014, "Renegotiating Identities: Experiences of Loss and Recovery for Women With Bipolar Disorder", *Qualitative Health Research*, 24(7): 890-900.
- Maria, Faurholt-Jepsen, Maj, Vinberg, Mads, Frost, Ellen, Margrethe. Christensen, Jakob, E. Bardram, Lars, Vedel. Kessing, "Smartphone data as an electronic biomarker of illness activity in bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 17(7):715-728.
- Maria, Faurholt-Jepsen, Mads, Frost, Jonas, Busk, Ellen, Margrethe. Christensen, Jakob, Eyvind. Bardram, Maj, Vinberg, Lars, Vedel. Kessing, 2019, "Is smartphone-based mood instability associated with stress, quality of life, and functioning in bipolar disorder?", *Bipolar Disorders*, 21(7):611-620.
- Maria, Kryza-Lacombe, Melissa, A. Brotman, Richard, C. Reynolds, Kenneth, Towbin, Daniel, S. Pine, Ellen, Leibenluft, Jillian, Lee. Wiggins, 2019, "Neural mechanisms of face emotion processing in youths and adults with bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 21(4):309-320.

- Maria, M. Rive, Ronny, Redlich, Lianne, Schmaal, André, F. Marquand, Udo, Dannlowski, Dominik, Grotegerd, Dick, J. Veltman, Aart, H. Schene, Henricus, G. Ruhé, 2016, "Distinguishing medication-free subjects with unipolar disorder from subjects with bipolar disorder: state matters", *Bipolar Disorders*, 18(7):612-623.
- Marie, Crowe, Maree, Inder, 2018, "Staying well with bipolar disorder: A qualitative analysis of five-year follow-up interviews with young people", *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(4): 236-244.
- Mariëtte, Nederlof, Toine, CG. Egberts, Liesbeth, van Londen, Maurits, CFJ. de Rotte, Patrick, C. Souverein, Ron, MC. Herings, Eibert, R. Heerdink, 2019, "Compliance with the guidelines for laboratory monitoring of patients treated with lithium: A retrospective follow-up study among ambulatory patients in the Netherlands", *Bipolar Disorders*, 21(5):419-427. doi: 10.1111/bdi.12730. Epub 2019.
- Mariëtte, Nederlof, Ralph, Kupka, A M Braam, Acg Egberts, Eibert, R. Heerdink, 2018. "Evaluation of clarity of presentation and applicability of monitoring instructions for patients using lithium in clinical practice guidelines for treatment of bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 20(8):708-720.
- Marisa, N. Spann, Keely, Cheslack-Postava, Alan, S. Brown, 2020, "The association of serologically documented maternal thyroid conditions during pregnancy with bipolar disorder in offspring", *Bipolar Disorders*, 22(6):621-628. doi: 10.1111/bdi.12879. Epub 2019.
- Marius, Veseth, Per-Einar, Binder, Marit, Borg, Larry, Davidson, 2012, "Toward caring for oneself in a life of intense ups and downs: a reflexive-collaborative exploration of recovery in bipolar disorder", *Qualitative Health Research*, 22(1): 119-133. doi: 10.1177/1049732311411487. Epub 2011.
- Marius, Veseth, Per-Einar, Binder, Signe, Hjelen. Stige, 2017, "'If there's no stability around them': experienced therapists' view on the role of patients' social world in recovery in bipolar disorder", *International Journal of Mental Health Systems*, 11: 55.
- Mark, A. Frye, Allen, Doederlein, Barbara, Koenig, Susan, L. McElroy, Malik, Nassan, Lisa, R. Seymour, Joanna, M. Biernacka, Allen, S. Daniels, 2015, "National survey and community advisory board development for a bipolar disorder biobank", *Bipolar Disorders*, 17(6):598-605.
- Mark, Munetz, Frederick, Frese, 2001, "Getting ready for recovery: reconciling mandatory treatment with the recovery vision", *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(1): 35– 42.
- Mark, S. Bauer, Christopher, J. Miller, Mingfei, Li, Laura, A. Bajor, Austin, Lee, 2016, "A population-based study of the comparative effectiveness of second-generation antipsychotics vs older antimanic agents in bipolar disorder", *Bipolar Disorders*,

18(6):481-489.

- Mark, Weiser, Linda, Levi, Stephen, Z. Levine, Meir, Bialer, Tawfeeq, Shekh-Ahmad, Valentin, Matei, Alexandru, Tiugan, Diana, Cirjaliu, Cristinel, Sava, Eugenia, Sinita, Daisy, Zamora, John, M. Davis, 2017, "A randomized, double-blind, placebo- and risperidone-controlled study on valnoctamide for acute mania", *Bipolar Disorders*, 19(4):285-294.
- Martha, Sajatovic, Jennifer, B. Levin, Johnny, Sams, Kristin, A. Cassidy, Kouri, Akagi, Michelle, E. Aebi, Luis, F. Ramirez, Steven, A. Safren, Curtis, Tatsuoka, 2015, "Symptom severity, self-reported adherence, and electronic pill monitoring in poorly adherent patients with bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, (6):653-661.
- Martha, Sajatovic, Lisa, T. Eyler, Soham, Rej, Osvaldo, P. Almeida, Hilary, P. Blumberg, Brent, P. Forester, Orestes, V. Forlenza, Ariel, Gildengers, Benoit, H. Mulsant, Sergio, Strejilevich, Shangying, Tsai, Eduard, Vieta, Robert, C. Young, Annemiek, Dols, 2019, "The Global Aging & Geriatric Experiments in Bipolar Disorder Database (GAGE-BD) project: Understanding older-age bipolar disorder by combining multiple datasets", *Bipolar Disorders*, 17(7):642-649.
- Martin, J. Lan, Harry, Rubin-Falcone, Fatima, Motiwala, Ying, Chen, Jonathan, W. Stewart, David, J. Hellerstein, J. John, Mann, Patrick, J. McGrath, 2017, "White matter tract integrity is associated with antidepressant response to lurasidone in bipolar depression", *Bipolar Disorders*, 19(6):444-449.
- Martin, J. Lan, Harry, Rubin-Falcone, M. Elizabeth, Sublette, Maria, A. Oquendo, Jonathan, W. Stewart, David, J. Hellerstein, Patrick, J. McGrath, Francesca, Zanderigo, J. John, Mann, 2020, "Deficits of white matter axial diffusivity in bipolar disorder relative to major depressive disorder: No relationship to cerebral perfusion or body mass index", *Bipolar Disorders*, 22(3):296-302. doi: 10.1111/bdi.12845. Epub 2019.
- Martin, Strassnig, Roman, Kotov, Danielle, Cornaccio, Laura, Fochtmann, Philip, D. Harvey, Evelyn, J. Bromet, 2017, "Twenty-year progression of body mass index in a county-wide cohort of people with schizophrenia and bipolar disorder identified at their first episode of psychosis", *Bipolar Disorders*, 19(5):336-343.
- Martina, Di Simplicio, Fritz, Renner, Simon, E. Blackwell, Heather, Mitchell, Hannah, J. Stratford, Peter, Watson, Nick, Myers, Anna, C. Nobre, Alex, Lau-Zhu, Emily, A. Holmes, 2016, "An investigation of mental imagery in bipolar disorder: Exploring "the mind's eye", *Bipolar Disorders*, 18(8):669-683.
- Mary, E. Duffy, Anna, R. Gai, Megan, L. Rogers, Thomas, E. Joiner, Joan, L. Luby, Paramjit, T. Joshi, Karen D Wagner, Graham J Emslie, John T Walkup, David Axelson, 2019, "Psychotic symptoms and suicidal ideation in child and adolescent bipolar I disorder",

Bipolar Disorders, 21(4):342-349.

Masson, Marc, 2016, *Les troubles bipolaires*. Presses Universitaires de France/Humensis, Paris. (= 2018, 監訳阿部又一郎他, 『双極性障害』白水社.)

Mathilde, Frahm, Laursen, Jan, B. Valentin, Rasmus, W. Licht, Christoph, U. Correll, René, E. Nielsen, 2019, "Longitudinal outcomes in pediatric- and adult-onset bipolar patients compared to healthy and schizophrenia controls", *Bipolar Disorders*, 21(6):514-524.

松元圭, 2017, 「双極性障害研究から零れ落ちたもの—社会学的研究へ向けての予備的考察」『人間科学 86 (関西大学大学院)』, pp. 65-85.

松元圭, 2018, 「双極性障害における回復の検討—回復に代わる新概念創出のための予備的考察—」『人間科学 89 (関西大学大学院)』, pp. 53-72.

Mauricio, Tohen, Jim, Mintz, Charles, L. Bowden, 2016, "Analysis of bipolar maintenance treatment with lithium versus olanzapine utilizing Multi-state Outcome Analysis of Treatments (MOAT)", *Bipolar Disorders*, 18(3):282-7.

Maxime, Tréhout, Elise, Leroux, Nicolas, Delcroix, Sonia, Dollfus, 2017, "Relationships between corpus callosum and language lateralization in patients with schizophrenia and bipolar disorders", *Bipolar Disorders*, 19(6):496-504.

Michael, F. Grunebaum, Steven, P. Ellis, John, G. Keilp, Vivek, K. Moitra, Thomas, B. Cooper, Julia, E. Marver, Ainsley, K. Burke, Matthew, S. Milak, M. Elizabeth, Sublette, Maria, A. Oquendo, J. John, Mann, 2017, "Ketamine versus midazolam in bipolar depression with suicidal thoughts: A pilot midazolam-controlled randomized clinical trial", *Bipolar Disorders*, 19(3):176-183.

Miguel, L. Prieto, Susan, L. McElroy, Sharonne, N. Hayes, Bruce, Sutor, Simon, Kung, William, V. Bobo, Manuel, E. Fuentes, Alfredo, B. Cuellar-Barboza, Scott, Crow, Urban, Ösby, Mohit, Chauhan, Jeanette, Westman, Jennifer, R. Geske, Colin, L. Colby, Euijung, Ryu, Joanna, M. Biernacka, Mark, A. Frye, 2015, "Association between history of psychosis and cardiovascular disease in bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 17(5):518-527.

Miguel, Ruiz-Veguilla, Juan, Francisco. Martín-Rodríguez, Francisco, J. Palomar, Paolo, Porcaccia, Paloma, Álvarez. de Toledo, Salvador, Perona-Garcelán, Juan, Francisco. Rodríguez-Testal, Ismael, Huertas-Fernández, Pablo, Mir, 2016, "Trait- and state-dependent cortical inhibitory deficits in bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 18(3):261-71.

三井さよ, 2004, 『ケアの社会学』勁草書房.

Monica, Aas, Frank, Bellivier, Francesco, Bettella, Chantal, Henry, Sebastien, Gard, Jean-Pierre, Kahn, Trine, V. Lagerberg, Sofie, R. Aminoff, Ingrid, Melle, Marion, Leboyer, Stéphane, Jamain, Ole, A. Andreassen, Bruno, Etain, 2020, "Childhood

- maltreatment and polygenic risk in bipolar disorders", *Bipolar Disorders*, (2):174-181. doi: 10.1111/bdi.12851. Epub 2019.
- 門司晃, 2012, 「精神疾患の神経炎症仮説」『精神神経誌』 114 卷 2 号, pp.124-133.
- 森山公夫, 2014 『躁と鬱』 筑摩書房.
- Mutahar, Andrabi, Muatar, Maknoon, Andrabi, Remesh, Kunjunni, Mukesh, Kumar, Sriwastva, Samrat, Bose, Rajesh, Sagar, Achal Kumar, Srivastava, Rashmi, Mathur, Suman, Jain, Vivekanandhan, Subbiah, 2020, "Lithium acts to modulate abnormalities at behavioral, cellular, and molecular levels in sleep deprivation-induced mania-like behavior", *Bipolar Disorders*, 22(3):266-280. doi: 10.1111/bdi.12838. Epub 2019.
- Nancy, B. Lundin, Lisa, A. Bartolomeo, Brian, F. O'Donnell, William, P. Hetrick, 2017, "Reduced electroencephalogram responses to standard and target auditory stimuli in bipolar disorder and the impact of psychotic features: Analysis of event-related potentials, spectral power, and inter-trial coherence", *Bipolar Disorders*, 20(1):49-59.
- Nathalia, Zak, Erlend, Bøen, Birgitte, Boye, Ole, A. Andreassen, Nhat, Trung, Doan, Ulrik, F. Malt, Lars, T. Westlye, Torbjørn, Elvsåshagen, 2019, "Mood episodes are associated with increased cortical thinning: A longitudinal study of bipolar disorder type II", *Bipolar Disorders*, 21(6):525-538.
- Nicolas, A. Nuñez, Mark, A. Frye, 2019, "Adjunctive thyroid hormone treatment in rapid cycling bipolar disorder: A double-blind placebo-controlled trial of levothyroxine (L-T4) and triiodothyronine (T3)", *Bipolar Disorders*, 21(12):684-685. doi: 10.1111/bdi.12842. Epub 2019.
- Nisha, Singh, Hannah, McMahan, Amy, Bilderbeck, Zoe, E. Reed, Elizabeth, Tunbridge, Daniel, Brett, John, R. Geddes, Grant, C. Churchill, Guy, M. Goodwin, 2019, "Plasma glutathione suggests oxidative stress is equally present in early- and late-onset bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 21(1):61-67. doi: 10.1111/bdi.12640. Epub 2018.
- Nishioka M, Kazuno, A-a, Nakamura T, Sakai N, Hayama T, Fujii K, Matsuo K, Komori A, Ishiwata M, Watanabe Y, Oka T, Matoba N, Kataoka M, Alkanaq AN, Hamanaka K, Tsuboi T, Sengoku T, Ogata K, Iwata N, Ikeda M, Matsumoto N, Kato T*, Takata A*, 2021, "Systematic analysis of exonic germline and postzygotic de novo mutations in bipolar disorder. Systematic analysis of exonic germline and postzygotic de novo mutations in bipolar disorder", *Nature Communications*, 12:3750 (12: 1-15).
- 野口裕二, 2015, 「臨床社会学の現在—実践理論と社会の変化をめぐって—」『関西学院大学先端社会研究所記要』 第 13 号 pp. 37-46.
- Nora, Jacobson, Dianne, Greenley, 2001, "What is recovery? A conceptual model and explication", *Psychiatric Services*, 52(4): 482– 485.

- 野島那津子, 2013, 「Medically Unexplained Symptoms による診断のポリテイクス」『年報人間科学 34』, pp. 109-123.
- Oepen, G., Baldessarini, R. J., & Salvatore, P, 2004, On the periodicity of manic-depressive insanity, by Eliot Slater (1938): translated excerpts and commentary. *Journal of Affective Disorders*, 78(1), 1–9.
- 大前晋, 2010, 「非定型うつ病という概念—4種の定義」『精神経誌』112巻1号, pp. 3-22.
- 大野裕, 2007 「気分障害」『精神経誌』109巻9号 pp. 876-881.
- Orestes, V. Forlenza, Ivan, Aprahamian, Márcia, Radanovic, Leda, L. Talib, Marina, Za, Camargo, Florindo, Stella, Rodrigo, Machado-Vieira, Wagner, F. Gattaz, 2016, "Cognitive impairment in late-life bipolar disorder is not associated with Alzheimer's disease pathological signature in the cerebrospinal fluid", *Bipolar Disorders*, 18(1):63-70.
- Paris, Joel, 2012, *THE BIPOLAR SPECTRUM: Diagnosis is fad?*, Routledge, New York.
- Priscilla, Ridgway, 2001, "Restorying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives", *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4): 335–343.
- Pedro, Miguel Dos Santos. Oliveira, Vítor, Santos, Manuel, Coroa, Joana, Ribeiro, Nuno, Madeira, 2019, "Serum uric acid as a predictor of bipolarity in individuals with a major depressive episode", *Bipolar Disorders*, 21(3):235-243. doi: 10.1111/bdi.12708. Epub 2018.
- Perlick, A. Deborah, 2001, "Special section on stigma as a barrier to recovery: Introduction", *Psychiatric Services*, 52(12): 1613–1614.
- Perlick, A. Deborah, Carlos, Jackson, Savannah, Grier, Brittney, Huntington, Andrew, Aronson, Xiaodong, Luo, David, J. Miklowitz, 2018, "Randomized trial comparing caregiver-only family-focused treatment to standard health education on the 6-month outcome of bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 20(7):622-633.
- Perlick, A. Deborah, Lesley, Berk, Richard, Kaczynski, Jodi, Gonzalez, Bruce, Link, Lisa, Dixon, Savannah, Grier, David, J. Miklowitz, 2016, "Caregiver burden as a predictor of depression among family and friends who provide care for persons with bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 18(2):183-91.
- Pernille, Staudt. Hansen, Mathilde, Frahm. Laursen, Simon, Grøntved, Sune, Puggard. Vogt, Straszek, Rasmus, W. Licht, René Ernst, Nielsen, 2019, "Increasing mortality gap for patients diagnosed with bipolar disorder-A nationwide study with 20 years of follow-up", *Bipolar Disorders*, 21(3):270-275. doi: 10.1111/bdi.12684. Epub 2018.
- Perris, Carlo, 1966, "A study of bipolar (manic depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 42, supplement 194.
- Petri, Arvilommi, Kirsi, Suominen, Outi, Mantere, Hanna, Valtonen, Sami, Leppämäki, Erkki,

- Isometsä, 2015, "Predictors of long-term work disability among patients with type I and II bipolar disorder: a prospective 18-month follow-up study", *Bipolar Disorders*, 17(8):821-835.
- Pettie, David. Triolo, Andrea M., 1999, "Illness as evolution: The search for identity and meaning in the recovery process", *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3): 255–263.
- Philip, J. Schluter, Cameron, Lacey, Richard, J. Porter, Hamish, A. Jamieson, 2017, "An epidemiological profile of bipolar disorder among older adults with complex needs: A national cross-sectional study", *Bipolar Disorders*, 19(5):375-385.
- Phillip, CF. Law, Caroline, T. Gurvich, Trung, T. Ngo, Steven, M. Miller, 2017, "Evidence that eye-movement profiles do not explain slow binocular rivalry rate in bipolar disorder: support for a perceptual endophenotype", *Bipolar Disorders*, 19(6):465-476.
- Pierpaolo, Medda, Cristina, Toni, Federica, Luchini, Michela, Giorgi. Mariani, Mauro, Mauri, Giulio, Perugi, 2015, "Catatonia in 26 patients with bipolar disorder: clinical features and response to electroconvulsive therapy", *Bipolar Disorders*, 17(8):892-901.
- Rachel, HB. Mitchell, Arron, WS. Metcalfe, Alvi, H. Islam, Simina, Toma, Ronak, Patel, Lisa, Fiksenbaum, Daphne, Korczak, Bradley, J. MacIntosh, Benjamin, I. Goldstein, 2018, "Sex differences in brain structure among adolescents with bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 20(5): 448-458.
- Rajesh, Sagar, Anamika, Sahu, Raman, Deep. Pattanayak, Biswadip, Chatterjee, 2018, "Assessment of cognitive functions in bipolar I disorder: A 1-year naturalistic follow-up study", *Bipolar Disorders*, 20(3):248-259.
- Rakshathi, Basavaraju, Urvakhsh, M. Mehta, Alvaro, Pascual-Leone, Jagadisha, Thirthalli, 2019, "Elevated mirror neuron system activity in bipolar mania: Evidence from a transcranial magnetic stimulation study", *Bipolar Disorders*, (3):259-269. doi: 10.1111/bdi.12723. Epub 2018.
- Ram, M. Anjanappa, Sourav, Nayak, Nagaraj, S. Moily, Vallikiran, Manduva, Ravi, K. Nadella, Biju, Viswanath, Yemmiganur, CJ. Reddy, Sanjeev, Jain, Anuranjan, Anand, 2020, "A linkage and exome study implicates rare variants of KANK4 and CAP2 in bipolar disorder in a multiplex family", *Bipolar Disorders*, 22(1):70-78. doi: 10.1111/bdi.12815. Epub 2019.
- Rasim, Somer. Diler, Tina, R. Goldstein, Danella, Hafeman, Brian, Thomas. Rooks, Dara, Sakolsky, Benjamin, I. Goldstein, Kelly, Monk, Mary, Beth. Hickey, David, Axelson, Satish, Iyengar, Boris, Birmaher, 2017, "Characteristics of depression among offspring at high and low familial risk of bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 19(5):344-352.
- Rebecca, Owen, Patricia, Gooding, Robert, Dempsey, Steven, Jones, 2015, "A qualitative

- investigation into the relationships between social factors and suicidal thoughts and acts experienced by people with a bipolar disorder diagnosis", *Journal of Affective Disorders*, 176: 133-140
- Rebekah, S. Huber, Punitha, Subramaniam, Douglas, G. Kondo, Xianfeng, Shi, Perry, F. Renshaw, Deborah, A. Yurgelun-Todd, 2019, "Reduced lateral orbitofrontal cortex volume and suicide behavior in youth with bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 21(4):321-329. doi: 10.1111/bdi.12729. Epub 2018.
- Richie, Jeremian, Yi-An, Chen, Vincenzo, De Luca, John, B. Vincent, James, L. Kennedy, Clement, C. Zai, John, Strauss, 2017, "Investigation of correlations between DNA methylation, suicidal behavior and aging", *Bipolar Disorders*, 19(1):32-40.
- Rif, S.El-Mallakh, Nassir, S. Ghaemi, ed., 2006, *Bipolar Depression: A Comprehensive Guide*, Washington D.C and London: American Psychiatric Publishing. (=2013, 田島治他訳『双極うつ病—包括的なガイド』星和書店.)
- Robert, M. Post, Lakshmi, N. Yatham, Eduard, Vieta, Michael, Berk, Andrew, A. Nierenberg, 2019, "Beyond evidence-based treatment of bipolar disorder: Rational pragmatic approaches to management", *Bipolar Disorders*, 21(7):650-659.
- Robert, L. Finding, Robert, A. Kawatch, Robert, M. Post, 2002, *Pediatric Bipolar Disorder*, CRC Press (=2008, 十一元三監訳・岡田俊訳『児童青年期の双極性障害 臨床ハンドブック』東京書籍.)
- Robert, Yolken, Maria, Adamos, Emily, Katsafanas, Sunil, Khushalani, Andrea, Origoni, Christina, Savage, Lucy, Schweinfurth, Cassie, Stallings, Kevin, Sweeney, Faith, Dickerson, 2016, "Individuals hospitalized with acute mania have increased exposure to antimicrobial medications", *Bipolar Disorders*, 18(5):404-9.
- Rodrigo, B. Mansur, Camila, M. Santos, Lucas, B. Rizzo, Graccielle, R. Cunha, Elson, Asevedo, Mariane, N. Noto, Mariana, Pedrini, Maiara, Zeni, Quirino, Cordeiro, Roger, S. McIntyre, Elisa, Brietzke, 2016, "Inter-relation between brain-derived neurotrophic factor and antioxidant enzymes in bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 18(5):433-9.
- Rodrigo, B. Mansur, Roger, S. McIntyre, Bo, Cao, Yena, Lee, Letícia, Japiassú, Kun, Chen, Rui, Lu, Weicong, Lu, Xiaodong, Chen, Ting, Li, Guiyun, Xu, Kangguang, Lin, 2017, "Obesity and frontal-striatal brain structures in offspring of individuals with bipolar disorder: Results from the global mood and brain science initiative", *Bipolar Disorders*, 20(1):42-48.
- Rodrigo, B. Mansur, Yena, Lee, Mehala, Subramaniapillai, Danielle, S. Cha, Elisa, Brietzke, Roger, S. McIntyre, 2020, "Parsing metabolic heterogeneity in mood disorders: A hypothesis-driven cluster analysis of glucose and insulin abnormalities", *Bipolar Disorders*, 22(1):79-88. doi: 10.1111/bdi.12826. Epub 2019.

- Roger, S. McIntyre, Rodrigo, B. Mansur, Yena, Lee, Letícia, Japiassú, Kun, Chen, Rui, Lu, Weicong, Lu, Xiaodong, Chen, Ting, Li, Guiyun, Xu, Kangguang, Lin, 2017, "Adverse effects of obesity on cognitive functions in individuals at ultra high risk for bipolar disorder: Results from the global mood and brain science initiative", *Bipolar Disorders*, 19(2):128-134.
- Rosie, May. Walker, Jessika, Elizabeth. Sussmann, Heather, Clare. Whalley, Niamh, Margaret. Ryan, David, John. Porteous, Andrew, Mark. McIntosh, Kathryn, Louise. Evans, 2016, "Preliminary assessment of pre-morbid DNA methylation in individuals at high genetic risk of mood disorders", *Bipolar Disorders*, 18(5):410-22.
- Rossana, Ganzola, Thomas, Nickson, Mark, E. Bastin, Stephen, Giles, Alix, Macdonald, Jessika, Sussmann, Andrew, M. McIntosh, Heather, C. Whalley, Simon, Duchesne, 2017, "Longitudinal differences in white matter integrity in youth at high familial risk for bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 19(3):158-167.
- Runsun, Chen, Xuequan, Zhu, Liliana, P. Capitão, Huijun, Zhang, Jiong, Luo, Xue, Wang, Yingjun, Xi, Xiuping, Song, Yancun, Feng, Liuzhong, Cao, Gin, S. Malhi, 2019, "Psychoeducation for psychiatric inpatients following remission of a manic episode in bipolar I disorder: A randomized controlled trial", *Bipolar Disorders*, 21(1):76-85. doi: 10.1111/bdi.12642. Epub 2018.
- Russell, S.J., & Browne, J.L. 2005, "Staying well with bipolar disorder," *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(3): 187–193.
- RyAnna, Zenisek, Nicholas, S. Thaler, Griffin, P. Sutton, Erik, N. Ringdahl, Joel, S. Snyder, Daniel, N. Allen, "Auditory processing deficits in bipolar disorder with and without a history of psychotic features", *Bipolar Disorders*, 17(7):769-780.
- Sabrina, K. Syan, Luciano, Minuzzi, Mara, Smith, Olivia, R. Allega, Geoffrey, BC. Hall, Benicio, N. Frey, 2017, "Resting state functional connectivity in women with bipolar disorder during clinical remission", *Bipolar Disorders*, 19(2):97-106.
- 斎藤清二, 2003, 「患者の心理社会的背景への配慮：Narrative Based Medicine」『日本内科学会雑誌』第 92 卷 10 号, pp. 153-158.
- 酒井明夫, 2007 「歴史の中のメランコリー」JCPTD 委員会における特別講演（記録）2007 年 8 月 4 日 開催より抜粋 p.81（2021 年 11 月 28 日 閲覧, http://www.jcptd.jp/medical/point_10.pdf）.
- 酒井明夫, 2010, 「双極性（感情）障害の精神医学史—西欧古代の文献に関する一考察」『精神経誌』112 卷 12 号 pp.1253-1260.
- 崎山治男, 2007 「感情社会学という暴力—「生きられた感情」をめぐって—」『立命館産業社会論集』第 43 卷第 3 号 pp.25-37.
- Samalin, Ludovic, Frank, Bellivier, Bruno, Giordana, Liova, Yon, Vanessa, Milhiet, Wissam,

- El-Hage, Philippe, Courtet, Evguenia, Hacques, Nabil, Bedira, Anne, Dillenschneider, Pierre, Michel. Llorca, 2014, "Patients' Perspectives on Residual Symptoms in Bipolar Disorder: A Focus Group Study", *the journal of Nervous and Mental Disease*, 202(7): 550-555.
- Samalin, Ludovic, Ingrid, de Chazeron, Eduard, Vieta, Frank, Bellivier, Pierre-Michel, Llorca, 2016, "Residual symptoms and specific functional impairments in euthymic patients with bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 18(2):164-173.
- Samira, S. Valvassori, Paula, T. Tonin, Roger, B. Varela, André, F. Carvalho, Edemilson, Mariot, Rafaela, T. Amboni, Guilherme, Bianchini, Monica, L. Andersen, João, Quevedo, 2015, "Lithium modulates the production of peripheral and cerebral cytokines in an animal model of mania induced by dextroamphetamine", *Bipolar Disorders*, 17(5):507-517.
- Samira, S. Valvassori, Wilson, R. Resende, Gustavo, Dal-Pont, Heron, Sangaletti-Pereira, Fernanda, F. Gava, Bruna, R. Peterle, André, F. Carvalho, Roger, B. Varela, Felipe, Dal-Pizzol, João, Quevedo, 2017, "Lithium ameliorates sleep deprivation-induced mania-like behavior, hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis alterations, oxidative stress and elevations of cytokine concentrations in the brain and serum of mice", *Bipolar Disorders*, 19(4):246-258.
- Samuel, Sarrazin, Arnaud, Cachia, Franz, Hozer, Colm, McDonald, Louise, Emsell, Dara, M. Cannon, Michele, Wessa, Julia, Linke, Amelia, Versace, Nora, Hamdani, Marc-Antoine, D'Albis, Marine, Delavest, Mary, L. Phillips, Paolo, Brambilla, Marcella, Bellani, Mircea, Polosan, Pauline, Favre, Marion, Leboyer, Jean-François, Mangin, Josselin, Houenou, 2018, "Neurodevelopmental subtypes of bipolar disorder are related to cortical folding patterns: An international multicenter study", *Bipolar Disorders*, 20(8):721-732.
- Sandhu, B. K., et al., 1994, *Factors relating to stress: Gaining control*. In Murphy, L., & Hurell, J., & Keita, G., eds. *Job Stress Interventions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sanna, Pallaskorpi, Kirsi, Suominen, Mikko, Ketokivi, Hanna, Valtonen, Petri, Arvilommi, Outi, Mantere, Sami, Leppämäki, Erkki, Isometsä, 2017, "Incidence and predictors of suicide attempts in bipolar I and II disorders: A 5-year follow-up study", *Bipolar Disorders*, 19(1):13-22.
- Sanna, Pallaskorpi, Kirsi, Suominen, Mikko, Ketokivi, Outi, Mantere, Petri, Arvilommi, Hanna, Valtonen, Sami, Leppämäki, Erkki, Isometsä, 2015, "Five-year outcome of bipolar I and II disorders: findings of the Jorvi Bipolar Study", *Bipolar Disorders*, 17(4):363-374.
- Sarah, Peters, Eleanor, Pontin, Fiona, Lobban, Richard, Morriss, 2011, "Involving relatives in

- relapse prevention for bipolar disorder: a multi-perspective qualitative study of value and barriers", *BMC Psychiatry*, 11: 172: 1-10.
- Satoshi, Saito, Kumiko, Fujii, Yuji, Ozeki, Kenichi, Ohmori, Gyo, Honda, Harunobu, Mori, Kazuko, Kato, Jinichi, Kuroda, Akiko, Aoki, Haruhiko, Asahi, Hayato Sato, Kazutaka, Shimoda, Kazufumi, Akiyama, 2017, "Cognitive function, treatment response to lithium, and social functioning in Japanese patients with bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 19(7):552-562.
- 佐藤雅浩, 2013, 『精神疾患言説の歴史社会学—「心の病」はなぜ流行するのか』新曜社.
- Scarry, Elaine, 1985, *The body in pain*, New York, Oxford University.
- Seetal, Dodd, Adam, J. Walker, Alan, JM. Brnabic, Nancy, Hong, Amber, Burns, Michael, Berk, 2019, "Incidence and characteristics of the nocebo response from meta-analyses of the placebo arms of clinical trials of olanzapine for bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 21(2):142-150. doi: 10.1111/bdi.12662. Epub 2018.
- Seline, van den Ameele, Alexander, Ln van Nuijs, Foon, Yin Lai, Jeroen, Schuermans, Robert, Verkerk, Linda, van Diermen, Violette, Coppens, Erik, Franssen, Peter, de Boer, Maarten, Timmers, Bernard, Sabbe, Manuel, Morrens, 2020, "A mood state-specific interaction between kynurenine metabolism and inflammation is present in bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 22(1):59-69. doi: 10.1111/bdi.12814. Epub 2019.
- Shepherd, Michael, 1996, "The two faces of Emil Kraepelin", *British Journal of Psychiatry* 167, 174-183; Shepherd M, *Psychopharmacology specific and nonspecific*. In Healy D, *The Psychopharmacologists*, 2, Arnold, London, 237-258.
- Shery, Mead, Mary, Ellen. Copeland, 2000, "What recovery means to us: consumers' perspectives", *Community Mental Health Journal*, 36(3): 315-328.
- 塩谷彩子, 2015, 「双極性障害における背景病理の検討」筑波大学大学院人間総合科学研究科 2015 年度博士論文.
- Shorter, Edward, 1997, *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, John Wiley & Sons, Inc.
- Shott, Susan, 1979, Emotion and social life: A symbolic interactionist analysis. *American Journal of Sociology*, 84, 1317-1334.
- Sigfried N T M Schouws, Hannie C Comijs, Annemieke Dols, Aartjan T F Beekman, Max L Stek, 2016, "Five-year follow-up of cognitive impairment in older adults with bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 18(2):148-54.
- Silvia, Alonso-Lana, Noemí, Moro, Peter, J. McKenna, Salvador, Sarró, Anna, Romaguera, Gemma, C. Monté, Teresa, Maristany, José, M. Goikolea, Eduard, Vieta, Raymond, Salvador, Edith, Pomarol-Clotet, 2019, "Longitudinal brain functional changes between mania and euthymia in bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 21(5):449-

457.

- Sindre, Rolstad, Erik, Pålsson, Carl, Johan. Ekman, Elias, Eriksson, Carl, Sellgren, Mikael, Landén, 2015, "Polymorphisms of dopamine pathway genes NRG1 and LMX1A are associated with cognitive performance in bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 17(8):859-868.
- Smith, J. A., 1996, "Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology", *Psychology & Health*, 11(2): 261-271.
- Smith, M. K., 2000, "Recovery from a severe psychiatric disability: Findings of a qualitative study", *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2): 149-159.
- Soham, Rej, William, Quayle, Brent, P. Forester, Annemiek, Dols, Jennifer, Gatchel, Peijun, Chen, Sarah, Gough, Rebecca, Fox, Martha, Sajatovic, Sergio, A. Strejilevich, Lisa, T. Eyler, 2017, "Measurement tools for assessment of older age bipolar disorder: A systematic review of the recent global literature", *Bipolar Disorders*, 20(4):359-369.
- Somayeh, Arabzadeh, Niusha, Ameli, Atefeh, Zeinoddini, Farzin, Rezaei, Mehdi, Farokhnia, Payam, Mohammadinejad, Ali, Ghaleiha, Shahin, Akhondzadeh, 2015, "Celecoxib adjunctive therapy for acute bipolar mania: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial", *Bipolar Disorders*, 17(6):606-14.
- Spaniol, LeRoy, Koehler, Martin, 1994, *The experience of recovery*, Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Stefania, Bonaccorso, Monsheel, Sodhi, Jiang, Li, William, V. Bobo, Yuejin, Chen, Mevhibe, Tumuklu, Christos, Theleritis, Karuna, Jayathilake, Herbert, Y. Meltzer, 2015, "The brain-derived neurotrophic factor (BDNF) Val66Met polymorphism is associated with increased body mass index and insulin resistance measures in bipolar disorder and schizophrenia", *Bipolar Disorders*, 17(5):528-535.
- Stephen, M. Strakowski, David, E. Fleck, Jeffrey, Welge, James, C. Eliassen, Matthew, Norris, Michelle, Durling, Richard, A. Komoroski, Wen-Jang, Chu, Wade, Weber, Jonathan, A. Dudley, Thomas, J. Blom, Amanda, Stover, Christina, Klein, Jeffrey, R. Strawn, Melissa, P. DelBello, Jing-Huei, Lee, Caleb, M. Adler, 2016, "fMRI brain activation changes following treatment of a first bipolar manic episode", *Bipolar Disorders*, 18(6):490-501.
- Strauss, L, Anselm, Juliet, M. Corbin, 1990, *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*, Newbury Park, CA: Sage. (=1999, 南裕子監訳『質的研究の基礎—グラウンデッド・セオリーの技法と手順』医学書院.)
- Sullivan, W. Patrick., 1994, "A long and winding road: The process of recovery from severe mental illness", *Innovations and Research*, 3: 19-27.
- Sunny, J. Dutra, Vincent, Man, Hedy, Kober, William, A. Cunningham, June, Gruber, 2017,

- "Disrupted cortico-limbic connectivity during reward processing in remitted bipolar I disorder", *Bipolar Disorders*, 19(8):661-675.
- Suzanne, Gonzalez, Jayanta, Gupta, Erika, Villa, Indika, Mallawaarachchi, Marco, Rodriguez, Mercedes, Ramirez, Juan, Zavala, Regina, Armas, Albana, Dassori, Javier, Contreras, Deborah, Flores, Alvaro, Jerez, Alfonso, Ontiveros, Humberto, Nicolini, Michael, Escamilla, 2016, "Replication of genome-wide association study (GWAS) susceptibility loci in a Latino bipolar disorder cohort", *Bipolar Disorders*, 18(6):520-527.
- Svenja, Brakemeier, Andreas, Sprenger, Inga, Meyhöfer, Jennifer, E. McDowell, Leah, H. Rubin, S. Kristian, Hill, Matcheri, S. Keshavan, Godfrey, D. Pearlson, Carol, A. Tamminga, Elliot, S. Gershon, Sarah, S. Keedy, John, A. Sweeney, Brett, A. Clementz, Rebekka, Lencer, *Bipolar Disorders*, (6):602-611. doi: 10.1111/bdi.12865. Epub 2019.
- 高橋俊彦, 2008, 「近代医学の黎明期と精神病者の処遇」『医療福祉研究』4号. pp.74-80.
- Takuji, Uemura, Marty, Green, Jerry, J. Warsh, 2016, "Chronic LiCl pretreatment suppresses thrombin-stimulated intracellular calcium mobilization through TRPC3 in astrogloma cells", *Bipolar Disorders*, 18(7):549-562.
- Tania, Perich, Jane, Ussher, Tanya, Meade, 2017, "Menopause and illness course in bipolar disorder: A systematic review", *Bipolar Disorders*, 19(6):434-443.
- Thomas, T. Kim, Steven, Dufour, Colin, Xu, Zachary, D. Cohen, Louisa, Sylvia, Thilo, Deckersbach, Robert, J. DeRubeis, Andrew, A. Nierenberg, 2019, "Predictive modeling for response to lithium and quetiapine in bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 21(5):428-436.
- Todd, J. Nicholas, Steven, H. Jones, Fiona, A. Lobban, 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*, 21(2): 114-126. doi: 10.3109/09638237.2011.621471. Epub 2011.
- Tone, EG. Henriksen, Silje, Skrede, Ole, B. Fasmer, Helle, Schoeyen, Ieva, Leskauskaite, Jeanette, Bjørke-Bertheussen, Jörg, Assmus, Børge Hamre, Janne, Grønli, Anders, Lund, 2016, "Blue-blocking glasses as additive treatment for mania: a randomized placebo-controlled trial", *Bipolar Disorders*, 18(3):221-32.
- Torbjørn, Elvsåshagen, Pedro, Zuzarte, Lars, T. Westlye, Erlend, Bøen, Dag, Josefsen, Birgitte, Boye, Per, K. Hol, Ulrik, F. Malt, L. Trevor, Young, Ana, C. Andreazza, 2016, "Dentate gyrus-cornu ammonis (CA) 4 volume is decreased and associated with depressive episodes and lipid peroxidation in bipolar II disorder: Longitudinal and cross-sectional analyses", *Bipolar Disorders*, 18(8):657-668.
- Tse, Samson, Greg, Murray, Chung, Ka-Fai, Larry, Davidson, King-Lam, Ng, Chong, Ho. Yu.,

- 2013, Exploring the recovery concept in bipolar disorder: a decision tree analysis of psychosocial correlates of recovery stages, *Bipolar Disorders*, 16(4):366-377.
- 津田均, 2011, 「双極スペクトラムの精神病理, 治療関係, 鑑別診断」『精神経誌』113 卷 12 号 pp.1209-1217
- 辻内琢也, 河野友信, 1999, 「文化人類学と心身医学」『心身医』39 卷 8 号, pp.585-593.
- Turner, H. Jonathan, and Stets, E. Jan, 2005, *THE SOCIOLOGY OF EMOTIONS*, Cambridge University Press. (= 正岡寛司訳, 2013 『ジョナサンターナー 感情の社会学 V 感情の社会学理論 社会学再考』明石書店.)
- 内海健, 2006, 『うつ病新時代—双極 II 型障害という病』勉誠出版.
- Vidyulata, Kamath, Diana Paksarian, Lihong, Cui, Paul, J. Moberg, Bruce, I. Turetsky, Kathleen, R. Merikangas, 2018, "Olfactory processing in bipolar disorder, major depression, and anxiety", *Bipolar Disorders*, 20(6):547-555.
- Villagi, Benjamin, Hélène, Provencher, Simon, Coulombe, Sophie, Meunier, Catherine, Hudonet, 2015, "Self-Management Strategies in Recovery From Mood and Anxiety Disorders", *Global Qualitative Nursing Research*, 2(2): 1-13.
- Vivian, Kafantaris, Linda, Spritzer, Vishal, Doshi, Ema, Saito, Philip, R. Szeszko, 2017, "Changes in white matter microstructure predict lithium response in adolescents with bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 19(7):587-594.
- Walsh, Dale, 1996, "A journey toward recovery: From the inside out", *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(2): 85-89.
- Weiyang, Dai, Mingzhao, Chen, Wenna, Duan, Li, Zhao, Nicolas, R. Bolo, Carol, Tamminga, Brett, A. Clementz, Godfrey, D. Pearlson, David, C. Alsop, Matcheri, Keshavan, 2020, "Abnormal perfusion fluctuation and perfusion connectivity in bipolar disorder measured by dynamic arterial spin labeling", *Bipolar Disorders*, 22(4):401-410. doi: 10.1111/bdi.12856. Epub 2019.
- Wentworth, M. William, Yardly, D., 1994, *Deep sociality: A bioevolutionary perspective on the sociology of human emotions*. In D. D. Franks, W. M. Wentworth, & J. Ryan (Eds.), *Social perspectives on emotion* (21-55), Greenwich, Ct: JAI Press.
- Willie, R. Earley, Maria, V. Burgess, Barbara, Khan, Ludmyla, Reveda, Trisha, Suppes, Mauricio, Tohen, Joseph, R. Calabrese, 2020, "Efficacy and safety of cariprazine in bipolar I depression: A double-blind, placebo-controlled phase 3 study", *Bipolar Disorders*, 22(4):372-384. doi: 10.1111/bdi.12852. Epub 2019.
- Xavier, Caseras, Kevin, Murphy, Natalia, S. Lawrence, Paola, Fuentes-Claramonte, Jessica, Watts, Derek, K. Jones, Mary, L. Phillips, 2015, "Emotion regulation deficits in euthymic bipolar I versus bipolar II disorder: a functional and diffusion-tensor imaging study", *Bipolar Disorders*, 17(5):461-470.

- Xian-Feng, Shi, Paul, J. Carlson, Young-Hoon, Sung, Kristen, K. Fiedler, Lauren, N. Forrest, Tracy L Hellem, Rebekah S Huber, Seong-Eun Kim, Chun Zuo, Eun-Kee Jeong, Perry, F. Renshaw, Douglas, G. Kondo, 2015, "Decreased brain PME/PDE ratio in bipolar disorder: a preliminary (31) P magnetic resonance spectroscopy study", *Bipolar Disorders*, 17(7):743-752.
- Ying, Wang, Shuming, Zhong, Yanbin, Jia, Zhifeng, Zhou, Bing, Wang, Jiyang, Pan, Li, Huang, 2015, "Interhemispheric resting state functional connectivity abnormalities in unipolar depression and bipolar depression", *Bipolar Disorders*, 17(5):486-495.
- Young, Sharon L. Ensing, David S., 1999, "Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities", *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22: 219 –231.
- Yun-Hsuan, Chang, Sheng-Yu, Lee, Tzu-Yun, Wang, Shiou-Lan, Chen, Nian-Sheng, Tzeng, Po, See. Chen, I. Hui, Lee, Kao, Chin. Chen, San-Yuan, Huang, Yen, Kuang, Yang, Hui-Chen, Ko, Ru-Band, Lu, 2015, "Comorbid alcohol dependence disorder may be related to aldehyde dehydrogenase 2 (ALDH2) and alcohol dehydrogenase 1B (ADH1B) in bipolar II disorder, but only to ALDH2 in bipolar I disorder, in Han Chinese", *Bipolar Disorders*, 17(5):536-542.

付録

(表 I Bipolar Disorders 文献一覧)

2015			
	著者	論題	巻(号): ページ数
1	Done M M et al.	Transcranial direct current stimulation to enhance cognition in euthymic bipolar disorder	17(8): 849-858
2	Anna W et al.	Alterations in neural Theory of Mind processing in euthymic patients with bipolar disorder and unaffected relatives	17(8): 880-891
3	Pierpaolo M et al.	Catatonia in 26 patients with bipolar disorder: clinical features and response to electroconvulsive therapy	17(8): 892-901
4	Petri A et al.	Predictors of long - term work disability among patients with type I and II bipolar disorder: a prospective 18 - month follow - up study	17(8): 821-835
5	Jessica C L et al.	Social rhythm disrupting events increase the risk of recurrence among individuals with bipolar disorder	17(8): 869-879
6	Lukas P et al.	Early - onset and very - early - onset bipolar disorder: distinct or similar clinical conditions?	17(8): 814-820
7	Jessica C L et al.	Differences in sleep disturbances among offspring of parents with and without bipolar disorder: association with conversion to bipolar disorder	17(8): 836-848
8	Lars V K et al.	Lithium and renal and upper urinary tract tumors – results from a nationwide population - based study	17(8): 805-813
9	Sindre R et al.	Polymorphisms of dopamine pathway genes NRG1 and LMX1A are associated with cognitive performance in bipolar disorder	17(8): 859-868
10	Hanno S et al.	Test–retest reliability of schizoaffective disorder compared with schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression — a systematic review and meta - analysis	17(7): 753-768
11	Xian-Feng S et al.	Decreased brain PME/PDE ratio in bipolar disorder: a preliminary 31P magnetic resonance spectroscopy study	17(7): 743-752

12	Erika FH S et al.	Low unesterified:esterified eicosapentaenoic acid (EPA) plasma concentration ratio is associated with bipolar disorder episodes, and omega - 3 plasma concentrations are altered by treatment	17(7): 729-742
13	Ceren H et al.	Response inhibition and interference control in patients with bipolar I disorder and first - degree relatives	17(7), 781-794
14	Dina P et al.	Suicide attempts in major depressive episode: evidence from the BRIDGE - II - Mix study	17(7): 795-803
15	Maria F et al.	Smartphone data as an electronic biomarker of illness activity in bipolar disorder	17(7): 715-728
16	RuAnna Z et al.	Auditory processing deficits in bipolar disorder with and without a history of psychotic features	17(7): 769-780
17	Chen-Chia L et al.	A reduced risk of stroke with lithium exposure in bipolar disorder: a population - based retrospective cohort study	17(7): 705-714
18	Malik N et al.	Association of brain - derived neurotrophic factor (BDNF) Val66Met polymorphism with early - onset bipolar disorder	17(6): 645-652
19	Martha S et al.	Symptom severity, self - reported adherence, and electronic pill monitoring in poorly adherent patients with bipolar disorder	17(6): 653-661
20	Adriana D et al.	Differences in body mass index according to fat mass - and obesity - associated (FTO) genotype in Mexican patients with bipolar disorder	17(6): 662-669
21	Cheng-Ta L et al.	Functional dysconnection in the prefrontal - amygdala circuitry in unaffected siblings of patients with bipolar I disorder	17(6): 626-635
22	Mark A F et al.	National Survey and Community Advisory Board Development for a Bipolar Disorder Biobank	17(6): 598-605
23	Somayeh A et al.	Celecoxib adjunctive therapy for acute bipolar mania: a randomized, double - blind, placebo - controlled trial	17(6): 606-614
24	Bogdan J W et al.	Comparative teratogenicity analysis of valnoctamide, risperidone, and olanzapine in mice	17(6): 615-625

25	Ghanshyam N P et al.	Abnormal gene expression of proinflammatory cytokines and their receptors in the lymphocytes of patients with bipolar disorder	17(6): 636-644
26	Miguel L P et al.	Association between history of psychosis and cardiovascular disease in bipolar disorder	17(5): 518-527
27	Ying W et al.	Interhemispheric resting state functional connectivity abnormalities in unipolar depression and bipolar depression	17(5): 486-495
28	Yun-Hsuan C et al.	Comorbid alcohol dependence disorder may be related to aldehyde dehydrogenase 2 (ALDH2) and alcohol dehydrogenase 1B (ADH1B) in bipolar II disorder, but only to ALDH2 in bipolar I disorder, in Han Chinese	17(5): 536-542
29	Ezra W et al.	Facial emotion recognition in childhood - onset bipolar I disorder: an evaluation of developmental differences between youths and adults	17(5): 471-485
30	Samira S V et al.	Lithium modulates the production of peripheral and cerebral cytokines in an animal model of mania induced by dextroamphetamine	17(5): 507-517
31	Stefania B et al.	The brain - derived neurotrophic factor (BDNF) Val66Met polymorphism is associated with increased body mass index and insulin resistance measures in bipolar disorder and schizophrenia	17(5): 528-535
32	Lars V K et al.	Life expectancy in bipolar disorder	17(5): 543-548
33	Cecilie B H et al.	Lithium treatment and hippocampal subfields and amygdala volumes in bipolar disorder	17(5): 496-506
34	Xavier C et al.	Emotion regulation deficits in euthymic bipolar I versus bipolar II disorder: a functional and diffusion - tensor imaging study	17(5): 461-470
35	Sanna P et al.	Five - year outcome of bipolar I and II disorders: findings of the Jorvi Bipolar Study	17(4): 363-374
36	Eliana M R et al.	Prevalence of Huntington's disease gene CAG trinucleotide repeat alleles in patients with bipolar disorder	17(4): 403-408
37	Marc V et al.	Risk factors for rapid cycling in bipolar disorder	17(5): 549-559

2016			
	著者	論題	巻(号): ページ数
1	Martina D S et al.	An investigation of mental imagery in bipolar disorder: Exploring “the mind's eye”	18(8): 669-683
2	Torbjørn E et al.	Dentate gyrus – cornu ammonis (CA) 4 volume is decreased and associated with depressive episodes and lipid peroxidation in bipolar II disorder: Longitudinal and cross - sectional analyses	18(8): 657-668
3	Eldar H et al.	Antipsychotic adjunctive therapy to mood stabilizers and 1 - year rehospitalization rates in bipolar disorder: A cohort study	18(8): 684-691
4	Jan S et al.	Sleep–wake cycle phenotypes in young people with familial and non - familial mood disorders	18(8): 642-649
5	Takuji U et al.	Chronic LiCl pretreatment suppresses thrombin - stimulated intracellular calcium mobilization through TRPC3 in astrogloma cells	18(7): 549-562
6	Alessia F et al.	Genetic variation in the miR - 708 gene and its binding targets in bipolar disorder	18(8): 650-656
7	Hui L et al.	Differential neurometabolite alterations in brains of medication - free individuals with bipolar disorder and those with unipolar depression: a two - dimensional proton magnetic resonance spectroscopy study	18(7): 583-590
8	Lisa H B et al.	Stress and reward processing in bipolar disorder: a functional magnetic resonance imaging study	18(7): 602-611
9	Maria M R et al.	Distinguishing medication - free subjects with unipolar disorder from subjects with bipolar disorder: state matters	18(7): 612-623
10	Kymberly D et al.	Differential neural correlates of autobiographical memory recall in bipolar and unipolar depression	18(7): 571-582
11	Jay D A et al.	Step - wise loss of antidepressant effectiveness with repeated antidepressant trials in bipolar II depression	18(7): 563-570

12	Amedeo M et al.	Pain - processing abnormalities in bipolar I disorder, bipolar II disorder, and schizophrenia: A novel trait marker for psychosis proneness and functional outcome?	18(7): 591-601
13	Jan-Marie K et al.	Neuroprogression and episode recurrence in bipolar I disorder: A study of gray matter volume changes in first - episode mania and association with clinical outcome	18(6): 511-519
14	Suzanne G et al.	Replication of genome - wide association study (GWAS) susceptibility loci in a Latino bipolar disorder cohort	18(6): 520-527
15	Dirk A W et al.	Early report on brain arousal regulation in manic vs depressive episodes in bipolar disorder	18(6): 502-510
16	Luz H O et al.	The effects of cigarette smoking behavior and psychosis history on general and social cognition in bipolar disorder	18(6): 528-538
17	Mark S B et al.	A population - based study of the comparative effectiveness of second - generation antipsychotics vs older antimanic agents in bipolar disorder	18(6): 481-489
18	Stephen M S et al.	fMRI brain activation changes following treatment of a first bipolar manic episode	18(6): 490-501
19	Alize J F et al.	The prevalence and burden of bipolar disorder: findings from the Global Burden of Disease Study 2013	18(5): 440-450
20	Kyle J B et al.	Gene - specific DNA methylation may mediate atypical antipsychotic - induced insulin resistance	18(5): 423-432
21	Rodrigo B M et al.	Inter - relation between brain - derived neurotrophic factor and antioxidant enzymes in bipolar disorder	18(5): 433-439
22	Rosie M W et al.	Preliminary assessment of pre - morbid DNA methylation in individuals at high genetic risk of mood disorders	18(5): 410-422
23	Robert Y et al.	Individuals hospitalized with acute mania have increased exposure to antimicrobial medications	18(5): 404-409
24	Anastasia H et al.	Endogenous cardiac steroids in animal models of	18(5): 451-459

		mania	
25	Anne S J et al.	Glycogen synthase kinase - 3 β in patients with bipolar I disorder: results from a prospective study	18(4): 334-341
26	Alessio S et al.	Hippocampal subfield volumes in short - and long - term lithium - treated patients with bipolar I disorder	18(4): 352-362
27	Elizabeth D B et al.	Acute risk factors for suicide attempts and death: prospective findings from the STEP - BD study	18(4): 363-372
28	Hanno S et al.	Diagnostic shift in patients diagnosed with schizoaffective disorder: a systematic review and meta - analysis of rediagnosis studies	18(3): 233-246
29	Anne H et al.	Sex differences in mortality among patients admitted with affective disorders in North Norway: a 33 - year prospective register study	18(3): 272-281
30	Tone EG H et al.	Blue - blocking glasses as additive treatment for mania: a randomized placebo - controlled trial	18(3): 221-232
31	Christophe G L et al.	Hypothyroidism risk compared among nine common bipolar disorder therapies in a large US cohort	18(3): 247-260
32	Li S et al.	Deficits in axon - associated proteins in prefrontal white matter in bipolar disorder but not schizophrenia	18(4): 342-351
33	Brisa S et al.	Cognitive variability in bipolar II disorder: who is cognitively impaired and who is preserved	18(3): 288-299
34	Mauricio T et al.	Analysis of bipolar maintenance treatment with lithium versus olanzapine utilizing Multi - state Outcome Analysis of Treatments (MOAT)	18(3): 282-287
35	Eva Z R et al.	Extracellular matrix proteins matrix metalloproteinase 9 (MMP9) and soluble intercellular adhesion molecule 1 (sICAM - 1) and correlations with clinical staging in euthymic bipolar disorder	18(2): 155-163
36	Deborah A P et al.	Caregiver burden as a predictor of depression among family and friends who provide care for persons with bipolar disorder	18(2): 183-191

37	Miguel R et al.	Trait - and state - dependent cortical inhibitory deficits in bipolar disorder	18(3): 261-271
38	Chsistine D et al.	History of psychosis and previous episodes as potential explanatory factors for neurocognitive impairment in first - treatment bipolar I disorder	18(2): 136-147
39	Sigfried NTM S et al.	Five - year follow - up of cognitive impairment in older adults with bipolar disorder	18(2): 148-154
40	Ludovic S et al.	Residual symptoms and specific functional impairments in euthymic patients with bipolar disorder	18(2): 164-173
41	Alfredo B C et al.	Accumulating evidence for a role of TCF7L2 variants in bipolar disorder with elevated body mass index	18(2): 124-135
42	Abigail O et al.	Exponential state transition dynamics in the rest-activity architecture of patients with bipolar disorder	18(2): 116-123
43	Lars V K et al.	Nationwide and population - based prescription patterns in bipolar disorder	18(2): 174-182
44	Lina M et al.	Lithium treatment and cancer incidence in bipolar disorder	18(1): 33-40
45	Orestes V F et al.	Cognitive impairment in late - life bipolar disorder is not associated with Alzheimer's disease pathological signature in the cerebrospinal fluid	18(1): 63-70
46	Grazyna R et al.	Differential effect of lithium on cell number in the hippocampus and prefrontal cortex in adult mice: a stereological study	18(1): 41-51
47	Gabriele S et al.	Gray and white matter trajectories in patients with bipolar disorder	18(1): 52-62
48	Anna R V M et al.	Ten - year updated meta - analysis of the clinical characteristics of pediatric mania and hypomania	18(1): 19-32
2017			
	著者	論題	巻(号): ページ数
1	Bo X et al.	Systematic genetic analyses of genome - wide association study data reveal an association between the key nucleosome remodeling and deacetylase	20(4): 370-380

		complex and bipolar disorder development	
2	Maree L I et al.	Three - year follow - up after psychotherapy for young people with bipolar disorder	20(5): 441-447
3	Jeanette B et al.	Right unilateral electroconvulsive therapy does not cause more cognitive impairment than pharmacologic treatment in treatment - resistant bipolar depression: A 6 - month randomized controlled trial follow - up study	20(6): 531-538
4	Annemiek D et al.	The clinical course of late - life bipolar disorder, looking back and forward	20(5): 459-469
5	Carissa T et al.	Patients with chronic bipolar disorder exhibit widespread increases in extracellular free water	20(6): 523-530
6	Chin-Sung I et al.	Superior anti - suicidal effects of electroconvulsive therapy in unipolar disorder and bipolar depression	20(6): 539-546
7	Beier Y et al.	Eye gaze perception in bipolar disorder: Self - referential bias but intact perceptual sensitivity	20(1): 60-69
8	Ivy F T et al.	Altered N170 and mood symptoms in bipolar disorder: An electrophysiological study of configural face processing	20(5): 477-487
9	Christine D et al.	Neurocognitive functioning, clinical course and functional outcome in first - treatment bipolar I disorder patients with and without clinical relapse: A 1 - year follow - up study	20(3): 228-237
10	Soham R et al.	Measurement tools for assessment of older age bipolar disorder: A systematic review of the recent global literature	20(4): 359-369
11	Sunny J D et al.	Disrupted cortico - limbic connectivity during reward processing in remitted bipolar I disorder	19(8): 661-675
12	Nancy B L et al.	Reduced electroencephalogram responses to standard and target auditory stimuli in bipolar disorder and the impact of psychotic features: Analysis of event - related potentials, spectral power, and inter - trial coherence	20(1): 49-59

13	Vivian K et al.	Changes in white matter microstructure predict lithium response in adolescents with bipolar disorder	19(7): 587-594
14	Giannis L et al.	Large - scale network functional interactions during distraction and reappraisal in remitted bipolar and unipolar patients	19(6): 487-495
15	Rodrigo B M et al.	Obesity and frontal - striatal brain structures in offspring of individuals with bipolar disorder: Results from the global mood and brain science initiative	20(1): 42-48
16	Imma T et al.	Are patients with bipolar disorder and comorbid attention - deficit hyperactivity disorder more neurocognitively impaired?	19(8): 637-650
17	Kelly A R et al.	Equivalent linear change in cognition between individuals with bipolar disorder and healthy controls over 5 years	19(8): 689-697
18	Anastasiya N et al.	Systemic challenges in bipolar disorder management: A patient - centered approach	19(8): 676-688
19	Chantal H et al.	Outcomes for bipolar patients assessed in the French expert center network: A 2 - year follow - up observational study (FondaMental Advanced Centers of Expertise for Bipolar Disorder [FACE - BD])	19(8): 651-660
20	Katharine A S, Andrea C.	Lithium and suicide in mood disorders: Updated meta - review of the scientific literature	19(7): 575-586
21	Maxime T et al.	Relationships between corpus callosum and language lateralization in patients with schizophrenia and bipolar disorders	19(6): 496-504
22	Cynthia Z B et al.	Psychosis in bipolar disorder: Does it represent a more "severe" illness?	20(1): 18-26
23	Dahlia M et al.	Total sleep time and kynurenine metabolism associated with mood symptom severity in bipolar disorder	20(1): 27-34
24	Jane E P et al.	Mixed state and suicide: Is the effect of mixed state on suicidal behavior more than the sum of its parts?	20(1): 35-41

25	EM T et al.	Biochemical and genetic predictors and correlates of response to lamotrigine and folic acid in bipolar depression: Analysis of the CEQUEL clinical trial	19(6): 477-486
26	Martin J L et al.	White matter tract integrity is associated with antidepressant response to lurasidone in bipolar depression	19(6): 444-449
27	Tania P et al.	Menopause and illness course in bipolar disorder: A systematic review	19(6): 434-443
28	Phillip CF L et al.	Evidence that eye - movement profiles do not explain slow binocular rivalry rate in bipolar disorder: support for a perceptual endophenotype	19(6): 465-476
29	Elena R et al.	Differential failure to deactivate the default mode network in unipolar and bipolar depression	19(5): 386-395
30	Lars V K et al.	Lithium in drinking water and the incidence of bipolar disorder: A nation - wide population - based study	19(7): 563-567
31	Delfina J et al.	Amygdala and hippocampus volumes are differently affected by childhood trauma in patients with bipolar disorders and healthy controls	19(5): 353-362
32	Astrid M K et al.	Phenotypical characteristics of postpartum psychosis: A clinical cohort study	19(6): 450-457
33	Esthe J et al.	Impact of childhood trauma on cognitive profile in bipolar disorder	19(5): 363-374
34	Elenora P et al.	Obesity in patients with major depression is related to bipolarity and mixed features: evidence from the BRIDGE - II - Mix study	19(6): 458-464
35	Satoshi S et al.	Cognitive function, treatment response to lithium, and social functioning in Japanese patients with bipolar disorder	19(7): 552-562
36	Phillip J S et al.	An epidemiological profile of bipolar disorder among older adults with complex needs: A national cross - sectional study	19(5): 375-385
37	Kara e D et al.	Mood symptoms in pregnant and postpartum women with bipolar disorder: a naturalistic study	19(4): 295-304

38	Álvaro F et al.	Longitudinal cognitive trajectories and associated clinical variables in youth with bipolar disorder	19(4): 273-284
39	Samira S V et al.	Lithium ameliorates sleep deprivation - induced mania - like behavior, hypothalamic - pituitary - adrenal (HPA) axis alterations, oxidative stress and elevations of cytokine concentrations in the brain and serum of mice	19(4): 246-258
40	Rasim S D et al.	Characteristics of depression among offspring at high and low familial risk of bipolar disorder	19(5): 344-352
41	Mark W et al.	A randomized, double - blind, placebo - and risperidone - controlled study on valnoctamide for acute mania	19(4): 285-294
42	Joanna K S et al.	A pilot, open - label, 8 - week study evaluating the efficacy, safety and tolerability of adjunctive minocycline for the treatment of bipolar I/II depression	19(3): 198-213
43	Martin S et al.	Twenty - year progression of body mass index in a county - wide cohort of people with schizophrenia and bipolar disorder identified at their first episode of psychosis	19(5): 336-343
44	David E F et al.	Prediction of lithium response in first - episode mania using the LITHium Intelligent Agent (LITHIA): Pilot data and proof - of - concept	19(4): 259-272
45	KW M et al.	The catechol - O - methyltransferase (COMT) Val158Met genotype modulates working memory - related dorsolateral prefrontal response and performance in bipolar disorder	19(3): 214-224
46	Ji H B et al.	Association between the zinc finger protein 804A (ZNF804A) gene and the risk of schizophrenia and bipolar I disorder across diagnostic boundaries	19(4): 305-313
47	Janet W et al.	Similar familial underpinnings for full and subsyndromal pediatric bipolar disorder: A familial risk analysis	19(3): 168-175
48	Benedikt L A et al.	Psychiatric and physical comorbidities and their impact on the course of bipolar disorder: A prospective, naturalistic 4 - year follow - up study	19(3): 225-234

49	Roger S M et al.	Adverse effects of obesity on cognitive functions in individuals at ultra high risk for bipolar disorder: Results from the global mood and brain science initiative	19(2): 128-134
50	Lesley B et al.	Impact of irritability: a 2 - year observational study of outpatients with bipolar I or schizoaffective disorder	19(3): 184-197
51	Rossana G et al.	Longitudinal differences in white matter integrity in youth at high familial risk for bipolar disorder	19(3): 158-167
52	Michael F. G et al.	Ketamine versus midazolam in bipolar depression with suicidal thoughts: A pilot midazolam - controlled randomized clinical trial	19(3): 176: 183
53	Anne-Sophie H et al.	Electroencephalographic patterns of lithium poisoning: a study of the effect/concentration relationships in the rat	19(2): 135-145
54	Elena M et al.	Body mass index associates with white matter microstructure in bipolar depression	19(2): 116-127
55	Richie J et al.	Investigation of correlations between DNA methylation, suicidal behavior and aging	19(1): 32-40
56	Kristin H H et al.	Influence of cognitive reserve on neuropsychological functioning in bipolar disorder: Findings from a 5 - year longitudinal study	19(1): 50-59
57	Sabrina K S et al.	Resting state functional connectivity in women with bipolar disorder during clinical remission	19(2): 97-106
58	Jonathan R et al.	A voxel - based diffusion tensor imaging study in unipolar and bipolar depression	19(1): 23-31
59	Carlos L et al.	Increased hippocampal, thalamus and amygdala volume in long - term lithium - treated bipolar I disorder patients compared with unmedicated patients and healthy subjects	19(1): 41-49
60	Emma EM K et al.	Serum phosphatidylinositol as a biomarker for bipolar disorder liability	19(2): 107-115
61	Sanna P et al.	Incidence and predictors of suicide attempts in bipolar I and II disorders: A 5 - year follow - up study	19(1): 13-22

62	Jay D A et al.	Comparison of treatment outcome using two definitions of rapid cycling in subjects with bipolar II disorder	19(1): 6-12
2018			
	著者	論題	巻(号): ページ数
1	Giorgio M et al.	The metabolic basis of psychosis in bipolar disorder: A positron emission tomography study	21(2): 151-158
2	Jules A et al.	Differences between unipolar mania and bipolar - I disorder: Evidence from nine epidemiological studies	21(5): 437-448
3	Mariëtte N et al.	Compliance with the guidelines for laboratory monitoring of patients treated with lithium: A retrospective follow - up study among ambulatory patients in the Netherlands	21(5): 419-427
4	Rebekah S H et al.	Reduced lateral orbitofrontal cortex volume and suicide behavior in youth with bipolar disorder	21(4): 321-329
5	Kristen K. E et al.	Deficits in frontoparietal activation and anterior insula functional connectivity during regulation of cognitive - affective interference in bipolar disorder	21(3): 244-258
6	Afra van der M et al.	Testing a clinical staging model for bipolar disorder using longitudinal life chart data	21(3): 228-234
7	Giulia C et al.	Neural signatures of the risk for bipolar disorder: A meta - analysis of structural and functional neuroimaging studies	21(3): 215-227
8	Koji H et al.	Affective temperaments are associated with the white matter microstructure in healthy participants	21(6): 539-546
9	Adam L U et al.	Reduced cerebrovascular reactivity among adolescents with bipolar disorder	21(2): 124-131
10	Anne D et al.	Daily and weekly mood ratings using a remote capture method in high - risk offspring of bipolar parents: Compliance and symptom monitoring	21(2): 159-167
11	David J B et al.	Weight gain as a predictor of frontal and temporal lobe volume loss in bipolar disorder: A prospective MRI study	21(1): 50-60

12	Rakshathi B et al.	Elevated mirror neuron system activity in bipolar mania: Evidence from a transcranial magnetic stimulation study	21(3): 259-269
13	Jeffrey M S et al.	Lithium monotherapy associated longitudinal effects on resting state brain networks in clinical treatment of bipolar disorder	21(4): 361-371
14	Ida B M et al.	Patterns of changes in bipolar depressive symptoms revealed by trajectory analysis among 482 patients with bipolar disorder	21(4): 350-360
15	Pedro M et al.	Serum uric acid as a predictor of bipolarity in individuals with a major depressive episode	21(3): 235-243
16	Judit S et al.	Comparative economic evaluation of quetiapine plus lamotrigine combination vs quetiapine monotherapy (and folic acid vs placebo) in patients with bipolar depression (CEQUEL)	20(8): 733-745
17	Kenneth I. S et al.	Delphi survey of maintenance lithium treatment in older adults with bipolar disorder: An ISBD task force report	21(2): 117-123
18	Leah R K et al.	Cluster analysis with MOODS - SR illustrates a potential bipolar disorder risk phenotype in young adults with remitted major depressive disorder	20(8): 697-707
19	Nederlof M et al.	Evaluation of clarity of presentation and applicability of monitoring instructions for patients using lithium in clinical practice guidelines for treatment of bipolar disorder	20(8): 708-720
20	Annemaria P et al.	A step ahead: Exploring the gut microbiota in inpatients with bipolar disorder during a depressive episode	21(1): 40-49
21	Pernille S H et al.	Increasing mortality gap for patients diagnosed with bipolar disorder—A nationwide study with 20 years of follow - up	21(3): 270-275
22	Samuel S et al.	Neurodevelopmental subtypes of bipolar disorder are related to cortical folding patterns: An international multicenter study	20(8): 721-732
23	Janos L K et al.	Investigating polygenic burden in age at disease onset in bipolar disorder: Findings from an	21(1): 68-75

		international multicentric study	
24	Rachel HB M et al.	Sex differences in brain structure among adolescents with bipolar disorder	20(5): 448-458
25	Seetal D et al.	Incidence and characteristics of the nocebo response from meta - analyses of the placebo arms of clinical trials of olanzapine for bipolar disorder	21(2): 142-150
26	Emma G et al.	A randomized controlled trial of MoodSwings 2.0: An internet - based self - management program for bipolar disorder	21(1): 28-39
27	Anastasiya N et al.	Comprehensive comparison of monotherapies for psychiatric hospitalization risk in bipolar disorders	20(8): 761-771
28	Patricia D W et al.	Adjunctive thyroid hormone treatment in rapid cycling bipolar disorder: A double - blind placebo - controlled trial of levothyroxine (L - T4) and triiodothyronine (T3)	20(7): 594-603
29	Anda G et al.	Double trouble: Weekend sleep changes are associated with increased impulsivity among adolescents with bipolar I disorder	21(2): 132-141
30	Christopher R B et al.	Cognitive and functional deficits in bipolar disorder and schizophrenia as a function of the presence and history of psychosis	20(7): 604-613
31	Faith D et al.	Adjunctive probiotic microorganisms to prevent rehospitalization in patients with acute mania: A randomized controlled trial	20(7): 614-621
32	Nisha S et al.	Plasma glutathione suggests oxidative stress is equally present in early - and late - onset bipolar disorder	21(1): 61-67
33	Aleksandra S et al.	Genes involved in stress response influence lithium efficacy in bipolar patients	20(8): 753-760
34	Runsen C et al.	Psychoeducation for psychiatric inpatients following remission of a manic episode in bipolar I disorder: A randomized controlled trial	21(1): 76-85

35	Lakshmi N Y et al.	Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder	20(2): 97-170
36	Deborah A P et al.	Randomized trial comparing caregiver - only family - focused treatment to standard health education on the 6 - month outcome of bipolar disorder	20(7): 622-633
37	Lucas P de C A et al.	Lower levels of brain - derived neurotrophic factor are associated with melancholic psychomotor retardation among depressed inpatients	20(8): 746-752
38	Lawson R W et al.	Cardiometabolic risks and omega - 3 index in recent - onset bipolar I disorder	20(7): 658-665
39	Louise W et al.	Initiation and long - term use of benzodiazepines and Z - drugs in bipolar disorder	20(7): 634-646
40	Adriane M S et al.	Cognitive control under stressful conditions in transitional age youth with bipolar disorder: Diagnostic and sleep - related differences in fronto - limbic activation patterns	20(3): 238-247
41	Vidyulata K et al.	Olfactory processing in bipolar disorder, major depression, and anxiety	20(6): 547-555
42	Lynn M et al.	Cortical thickness abnormalities in bipolar disorder patients with a lifetime history of auditory hallucinations	20(7): 647-657
43	Liwen Z et al.	Altered frontal - amygdala effective connectivity during effortful emotion regulation in bipolar disorder	20(4): 349-358
44	Abigail O et al.	Episode forecasting in bipolar disorder: Is energy better than mood?	20(5): 470-476
45	Katie M D et al.	Prevalence of cognitive impairment in major depression and bipolar disorder	20(3): 260-274
46	Casey P J et al.	Alterations of the cerebellum and basal ganglia in bipolar disorder mood states detected by quantitative T1 ρ mapping	20(4): 381-390

47	Rajesh S et al.	Assessment of cognitive functions in bipolar I disorder: A 1 - year naturalistic follow - up study	20(3): 248-259
2019			
	著者	論題	巻(号): ページ数
1	Julia O. Linke et al.	White matter microstructure in youth with and at risk for bipolar disorder	22(2): 163-173
2	Eduard Bakstein et al.	Cross - sectional and within - subject seasonality and regularity of hospitalizations: A population study in mood disorders and schizophrenia	22(5): 508-516
3	Marisa N. Spann et al.	The association of serologically documented maternal thyroid conditions during pregnancy with bipolar disorder in offspring	22(6): 621-628
4	Joe Necus et al.	Quantification of brain proton longitudinal relaxation (T1) in lithium - treated and lithium - naïve patients with bipolar disorder in comparison to healthy controls	23(1): 41-48
5	Amit Shalev et al.	Longitudinal course and risk factors associated with psychosis in bipolar youths	22(2): 139-154
6	Gabriel R. Fries et al.	Accelerated hippocampal biological aging in bipolar disorder	22(5): 498-507
7	Elizabeth D. Ballard et al.	Symptom trajectories in the months before and after a suicide attempt in individuals with bipolar disorder: A STEP - BD study	22(3): 245-254
8	Marc J. Weintraub et al.	Network analysis of mood symptoms in adolescents with or at high risk for bipolar disorder	22(2): 128-138
9	Alina Karanti et al.	Characteristics of bipolar I and II disorder: A study of 8766 individuals	22(4): 392-400
10	Kareen Heinze et al.	Aberrant structural covariance networks in youth at high familial risk for mood disorder	22(2): 155-162
11	Haiteng Jiang et al.	Magnetoencephalography resting - state spectral fingerprints distinguish bipolar depression and unipolar depression	22(6): 612-620
12	Svenja Brakemeier et al.	Smooth pursuit eye movement deficits as a biomarker for psychotic features in bipolar disorder—Findings from the PARDIP study	22(6): 602-611

13	Dana Wang et al.	The Psychopharmacology Algorithm Project at the Harvard South Shore Program: An update on bipolar depression	22(5): 472-489
14	Alessandro Cuomo et al.	Mood spectrum symptoms during a major depressive episode: Differences between 145 patients with bipolar disorder and 155 patients with major depressive disorder. Arguments for a dimensional approach	22(4): 385-391
15	Weiyang Dai et al.	Abnormal perfusion fluctuation and perfusion connectivity in bipolar disorder measured by dynamic arterial spin labeling	22(4): 401-410
16	Delfina Janiri et al.	Predominant polarity and hippocampal subfield volumes in Bipolar disorders	22(5): 490-497
17	Monica Aas et al.	Childhood maltreatment and polygenic risk in bipolar disorders	22(2): 174-181
18	Willie R. Earley et al.	Efficacy and safety of cariprazine in bipolar I depression: A double - blind, placebo - controlled phase 3 study	22(4): 372-384
19	Georgina P. Ossani et al.	Relationship between serum lithium concentration and kidney damage in a preclinical model	22(3): 281-285
20	Jario Vinicius Pinto et al.	Cariprazine in the treatment of Bipolar Disorder: A systematic review and meta - analysis	22(4): 360-371
21	Kaela Van Til et al.	A comparative study of engagement in mobile and wearable health monitoring for bipolar disorder	22(2): 182-190
22	Isabella A. Breukelaar et al.	Investigating the neural basis of cognitive control dysfunction in mood disorders	22(3): 286-295
23	Martin J. Lan et al.	Deficits of white matter axial diffusivity in bipolar disorder relative to major depressive disorder: No relationship to cerebral perfusion or body mass index	22(3): 296-302
24	Mutahar Andrabi et al.	Lithium acts to modulate abnormalities at behavioral, cellular, and molecular levels in sleep deprivation - induced mania - like behavior	22(3): 266-280
25	Rodrigo B. Mansur et al.	Parsing metabolic heterogeneity in mood disorders: A hypothesis - driven cluster analysis of glucose and	22(1): 79-88

		insulin abnormalities	
26	Jan Scott et al.	An examination of the quality and performance of the Alda scale for classifying lithium response phenotypes	22(3): 255-265
27	Afra van der Markt et al.	Exploring the clinical utility of two staging models for bipolar disorder	22(1): 38-45
28	Junneng Shao et al.	Early identification of bipolar from unipolar depression before manic episode: Evidence from dynamic rfMRI	21(8): 774-784
29	Ram M. Anjanappa et al.	A linkage and exome study implicates rare variants of KANK4 and CAP2 in bipolar disorder in a multiplex family	22(1): 70-78
30	Margherita Barbuti et al.	The role of different patterns of psychomotor symptoms in major depressive episode: Pooled analysis of the BRIDGE and BRIDGE - II - MIX cohorts	21(8): 785-793
31	Seline van den Ameele et al.	A mood state - specific interaction between kynurenine metabolism and inflammation is present in bipolar disorder	22(1): 59-69
32	Robert M. Post et al.	Beyond evidence - based treatment of bipolar disorder: Rational pragmatic approaches to management	21(7): 650-659
33	Martha Sajatovic et al.	The Global Aging & Geriatric Experiments in Bipolar Disorder Database (GAGE - BD) project: Understanding older - age bipolar disorder by combining multiple datasets	21(7): 642-649
34	Maria Faurholt-Jepsen et al.	Is smartphone - based mood instability associated with stress, quality of life, and functioning in bipolar disorder?	21(7): 611-620
35	Mathilde Frahm Laursen et al.	Longitudinal outcomes in pediatric - and adult - onset bipolar patients compared to healthy and schizophrenia controls	21(6): 514-524
36	Logan Borgelt et al.	Neurophysiological effects of multiple mood episodes in bipolar disorder	21(6): 503-513

37	Bernardo C. Gomes et al.	Cognitive behavioral rehabilitation for bipolar disorder patients: A randomized controlled trial	21(7): 621-633
38	Jared W. Young et al.	Convergent neural substrates of inattention in bipolar disorder patients and dopamine transporter - deficient mice using the 5 - choice CPT	22(1): 46-58
39	Mary E. Duffy et al.	Psychotic symptoms and suicidal ideation in child and adolescent bipolar I disorder	21(4): 342-349
40	Abhishek Appaji et al.	Retinal vascular abnormalities in schizophrenia and bipolar disorder: A window to the brain	21(7): 634-641
41	Francesca Serra et al.	Agitated depression in bipolar disorder	21(6): 547-555
42	Lars V. Kessing et al.	New drug candidates for bipolar disorder — A nation - wide population - based study	21(5): 410-418
43	Fabiano G. Nery et al.	Longitudinal proton spectroscopy study of the prefrontal cortex in youth at risk for bipolar disorder before and after their first mood episode	21(4): 330-341
44	Nathalia Zak et al.	Mood episodes are associated with increased cortical thinning: A longitudinal study of bipolar disorder type II	21(6): 525-538
45	Maria Kryza-Lacombe et al.	Neural mechanisms of face emotion processing in youths and adults with bipolar disorder	21(4): 309-320
46	Silvia Alomso-Lana et al.	Longitudinal brain functional changes between mania and euthymia in bipolar disorder	21(5): 449-457
47	Thomas T. Kim et al.	Predictive modeling for response to lithium and quetiapine in bipolar disorder	21(5): 428-436

謝辞

本研究は双極性障害を患う多くの方々の調査へのご協力によって書き上げることができました。調査依頼時に匿名を約束しているため、ここに名前を挙げることはできませんが、これまでの調査にご協力いただいた皆様に心より感謝します。特に、長大なセルフレポートを執筆し、複数回のインタビュー調査にご協力くださった方には、重ねて感謝申し上げます。

本博士論文を執筆するにあたり、終始あたたかいご指導を賜りました関西大学社会学部の永井良和教授に心から感謝の意を表します。

関西大学社会学部の土屋敦教授、浜田明範准教授には副査を引き受けていただき、多くのアドバイスをいただいたこと、深く感謝いたします。

調査設計についてご指導いただいた、関西大学社会学部の保田時男教授、間淵領吾教授に心よりお礼申し上げます。

最後に、岩見和彦関西大学名誉教授には、修士課程において、研究の楽しさと社会学の懐の深さを教えていただきました。心より感謝いたします。