

双極性障害患者と縁者が認識する困難の違い

——アンケート記述の分析から——

松元 圭

双極性障害患者とその周囲の人々の間には、双極性障害に起因する困難に対し、どのような認識の違いが生じているのか、また、患者とその周囲の人々は互いをどのような存在として捉えているのかを明らかにすることが本稿の課題である。近年、気分障害患者の増加に伴い、その一種である双極性障害にも関心が高まっている。双極性障害は不安定な気分の波によって、身近な他者を中心とする対人関係に困難をもたらすことが指摘されているが、患者と周囲の人々を同時に分析対象とする研究は行われていない。

本稿は、「病いの語り」論に依拠しつつ、患者と周囲の人々を同時に対象としたアンケート調査の自由記述データを分析することによって、双方の間には困難として認識している内容そのものに違いがあることを明らかにした。また、患者は家族をはじめとする周囲の人々を同じ病いに直面する当事者とは見ていないこと、一方で周囲の人々は患者を病者とみなし、社会的な存在として見ていないことが示唆された。

1 はじめに

気分障害の一種である双極性障害¹は、近年その増加²や、不安定な気分と逸脱行動によって人間関係、ひいては社会関係の破綻を引き起こすことが指摘されている（Rydahl et al. 2021）。

このように他者との関係や社会生活における問題が頻発することが指摘されているにもかかわらず、双極性障害はこれまで社会学領域では研究対象とされてこなかった。他の様々な精神疾患に対する社会学的研究が、患者やその家族らの困難を明らかにしてきたことを考えると、双極性障害を社会学的に扱うことには十分な意義がある。

本稿の目的は、双極性障害患者とその周囲の人々がどのような困難を経験しているのか、また患者とその周囲の人々の認識する困難にはどのような差異が存在するのか、そして双方は互いをどのような存在として捉えているのかについて、患者とその周囲の人々の語りを比較することによって明らかにすることである。

上記の目的のため、2節では、社会学領域ではあまりなじみのない双極性障害という疾患特性と医学領域での研究で指摘されている問題を概観する。そのうえで、社会学領域における「病いの語り」論では他の精神疾患がどのように語られてきたのか、先行研究の整理と検討を行い、本稿の視座を提示する。3節では調査の概要を示し、4節では、患者と周囲の人々双方の記述を示しつつ、双方が何を困難として記述しているのかを分析する。続く5節では、分析結果から、双方が困難として記述したものにいかなる差異が生じているのか、また互いの存在をどのように捉えているのかについての考察を行う。

2 先行研究の整理と本稿の視座

2-1 双極性障害と医学的研究で指摘されている問題点

まずは本稿が分析対象とする双極性障害がいかなる疾患であるのかを示し、医学的研究で指摘されている問題について簡単に整理する。

双極性障害とは、『精神障害の診断と統計マニュアル (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM)』第5版 (DSM-5) において「双極性障害及び関連障害群」と表記される気分障害の一種である。激しい気分の高揚を伴う「躁状態」と、うつ病同様の気分が落ち込む「うつ状態」とを「寛解期」と呼ばれる無症状期を挟みながら周期的あるいは不定期に繰り返すことを特徴としている。双極性障害は躁状態の持続期間や重症度によりⅠ型とⅡ型に区別されることが一般的である。

双極性障害研究は主に医学領域で行われており、脳科学、遺伝学領域における研究が主流となっている。医学的研究においても人間関係の破綻や社会的信用の喪失が逸脱行為に起因すること (Rydahl et al. 2021)、他害の可能性があること (Masson 2016=2018) など、双極性障害の症状は気分の波や機能障害として出現するだけでなく、他者との関係や社会生活において問題化することが指摘されている。

本稿のテーマである患者とその周囲の人々の困難に対する認識の差異に関連する研究としては、家族の介護負担という文脈での研究が行われている。

G. Dore と S. E. Romans の研究では、双極性障害患者の家族 41 人に対しインタビュー調査を実施し、介護者は患者が不調である時に、介護者自身の雇用、経済状況、法的問題、養育など多岐にわたる様々な困難を経験することが報告されている。また、躁状態における患者の暴力行為はパートナーや親が特に心配することであったと述べられている (Dore & Romans 2001)。Dore らと同様のインタビューを行った P. D. Jönsson らの研究では、家族が孤独を感じていることや、患者の症状に対する責任を負うことが重荷となり、自分自身の将来に目を向けることができなくなっていることが指摘され (Jönsson et al. 2011)、R. Bauer らの研究では、家族は無力感を覚え、それが大きな精神的負担となっていると報告されている (Bauer et al. 2011)。さらに、双極性障害患者の家族は、統合失調症患者の家族の負担や、うつ病患者の家族の負担と比較した場合にもより強い負担を感じているとの指摘も見られる (Mueser et al. 1996; Heru & Ryan 2004)。

このような特徴を持っているため、内海健や森山公夫といった医師は、医学領域以外での双極性障害研究の必要性について指摘している (内海 2006, 森山 2014) が、他の精神疾患とは異なり、医療社会学領域において研究対象とされることはこれまでほぼなかった。

2-2 精神疾患を対象とした「病いの語り」研究

上で述べたように、これまで医療社会学領域および医療人類学等、近接領域の研究においても双極性障害を主題として扱った研究は国内だけではなく国外の研究を含めても非常に限られている。

しかしながら、双極性障害に限定しなければ、医療社会学領域の精神疾患研究は多様で豊

種な研究蓄積が存在する。患者の語りを分析した研究としては中村英代（中村 2006, 2008, 2011）や河村裕樹（河村 2020, 2021）、櫛原克哉（櫛原 2015, 2022）の研究が挙げられる。伊藤智樹（伊藤 1997）や木下衆（木下 2012）は患者を介護する家族の語りに注目しているし、志水洋人（志水 2016）や櫛原（櫛原 2022）は医師をはじめとする治療者の語りについても扱っている。本稿は患者と家族をはじめとする周囲の他者を対象とした研究であるため、中村、河村、櫛原、伊藤の研究に注目する³。

中村は摂食障害患者の「病いの語り」を丁寧に分析することで、発症から症状の維持、そして回復までの過程を克明に描き出した（中村 2011）。中村は特に回復に注目した論考を展開しており、患者がどのように医学的言説を受容、または否定したのかを語りに基づいて明らかにした（中村 2006）。また、患者が回復を語るものの意味や他の患者への影響についても、回復体験記の分析を通じて考察している（中村 2008）。

中村の一連の研究の中で、患者は発症当初、家族の存在が発症原因の一因であるという医学的言説を受容していたが、後に家族に発症原因を帰属させる言説を否定していることや、一部の患者は家族との関係改善を試みている旨が記されている（中村 2008）。つまり、発症初期と回復後では家族という存在に対する意味づけが変化しているのである。

中村同様、摂食障害患者の語りから、専門知と経験知の使い分けを分析した河村の研究（河村 2020）では、家族は協力的な存在として語られていた⁴。また、うつ病から双極性障害へと診断が変更された患者の語りを対象とした論考（河村 2021）では、双極性障害に遺伝性が認められていることと患者の母親がうつ病であったことを患者が関連づけている語りが見られた。この論考における主題は、患者による専門知と経験知の使われ方であるため、家族に対しての記述は限られたものだが、患者にとって影響を与える存在であることが示されている。

認知行動療法（CBT）を経験した患者を対象とした櫛原の研究（櫛原 2015）では、患者が CBT をどのように捉え、自己あるいは自己の病いを語る際に CBT からどのような影響を受けているのかが考察されている。この中で櫛原は患者の語りから「全人格型の語り」と「場面型の語り」の2種類の語りの型を導出している。「全人格型の語り」とは「心理学的な因果関係の文脈から過去との連続性を有する自己を導出する」（櫛原 2015:65）語りであり、「場面型の語り」とは「現在属する社会環境内で問題となる（中略）断片的な自己」（櫛原 2015:65）に照準する語りである。紙幅の関係上ここで深入りはしないが、いずれの語りの型においても、家族にかけられた期待や否定的な態度、学校や職場における人間関係上の困難等、身近な他者の存在が語られている。

上に示した中村、河村、櫛原の研究はそれぞれ異なる疾患を抱える患者の語りを分析したものの、患者の語りの中に家族や周囲の他者への言及が見られる点は共通している。しかしその語られ方は様々であり、協力的な存在として語られることもあれば、発症の原因として語られることもある。

患者の語りに注目した研究に対し、患者を支援する家族に注目するのが伊藤や木下の研究だ。どちらの研究も認知症患者の介護を担う家族を対象とした研究である。伊藤はこの中で、患者との意思疎通に苦しみながらも、自助会への参加によって医学的知識と自助会における

共通認識を獲得しながら介護実践や認識を変容させていく介護家族の姿を、手記をはじめとする記述データの分析から明らかにしている。ここでの家族の描かれ方はおおむね協力的な支援者としての姿である。家族の協力的な姿を描いているという点においては木下も同様である。

上に示したように、「病いの語り」論では患者と患者の家族をはじめとする周囲の他者らは、良くも悪くも相互に影響し合っていることが示唆されている。しかし、いずれの研究においても、分析対象とする語りは患者によるものか、介護を担う家族によるもののいずれか一方であり、その中で他者について語られた断片的な内容に言及するにとどまっている。

2-3 先行研究の限界

2-2 で整理した研究はいずれも A. Kleinman (Kleinman 1988=1996) に端を発する「病いの語り」論とその後続研究に依拠している点が共通しており、患者あるいはその介護を担う家族の語りを手がかりに「疾患」とは異なる「病い」の多様な側面を明らかにしている。

このように豊富な知見が提示されているものの、上述した先行研究は1点において限界を抱えている。「病い」という側面に注目した研究は、患者の経験のあり方が、患者が所属する文化や社会あるいは家族の存在やその関係性といった背景に影響を受けることを前提とするものである。しかしながら、これらの研究が分析対象としている語りは患者あるいはその介護を担う家族のどちらか一方のみを対象としている。つまり、「病い」という事に当たる人々の片側に照準しているのだ⁵。

当事者という言葉に対する解釈は研究によって様々だが、「病い」が患者のみの問題ではないという点に注目し、本稿では「病い」を抱える患者およびその家族や恋人、友人・知人といった縁者の全てを当事者として扱う。当然患者やその家族と協力関係にある医師やカウンセラー等の医療専門職を当事者とみなすこともできるが、本稿では後述する「内輪」に注目するため、医師やカウンセラーは除外する。このような立場に立つと、患者をはじめとする多様なアクターが「病い」に直面していると捉えることができる。先行研究では、分析対象となる語りの語り手が非常に限定されているのだ。

精神疾患に起因する問題、換言するところのトラブルと、そこに関係するアクターと空間の違いについては、R. M. Emerson による議論に依拠しつつ櫛原が整理している⁶ (櫛原 2022)。図1に示したように、櫛原はこの議論の中で、精神疾患に起因するトラブルは「内輪」と「外部」という2つの異なる空間で生じていることを指摘している。ここで言う「外部」とは、メンタルクリニックへと患者が来院することで第三者である医師のもとへと問題が持ち出され、トラブルが表面化した状態を指す。これに対し「内輪」とは、第三者を介することなく当事者のみがトラブルを抱えている状態を指す。櫛原も指摘するように、トラブルのなかには外部に持ち出されることのないものも数多く存在する。むしろ診察室に持ち込まれ、表面化するトラブルは氷山の一角にすぎないと見ることもできる。

さらに「内輪」は片面と両面に分かれる。片面とは患者あるいはその縁者のどちらか一方を指し、両面とは患者とその縁者双方を含みこむ、トラブルの当事者らを指す。先述したように先行研究の多くが分析対象とする「病いの語り」はこの片面なのである。

川端康雄と金沢徹文による「病いの語り」研究（川端・金沢 2019）においても、患者の「病いの語り」と周囲の「語り」に食い違いが生じることが指摘されており、どちらか一方の語りのみを分析対象とすることは、トラブルを把握する際に公平性を欠く可能性がある。

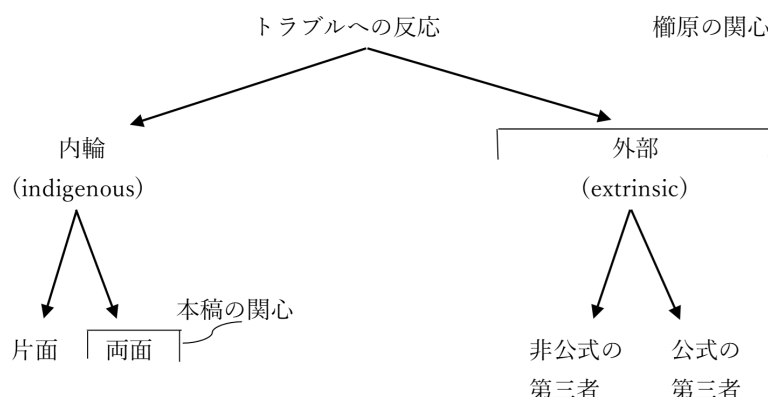


図1 トラブルへの反応と本稿の関心

（注）榊原（2022）を参考に作成

2-4 本稿の視座

本稿は先行研究同様「病いの語り」論的視点に立ち、アンケート調査によって得られた記述データの分析を行う。先行研究の多くがインタビューやフィールドワークによって得られた語りを分析対象としている点とは異なるが、「病い」の経験や意味づけに照準するという点においては、これらの研究の延長上に位置づけられるものである。先行研究が患者あるいは縁者のいずれかによる「病いの語り」を分析対象としていたのに対し、本稿では患者と縁者の双方に同じ質問を投げかけ、患者による記述と縁者による記述を比較する。こうした手法を採ることによって「内輪」の両面に光を当て、それぞれの当事者が何を困難として認識しているのか、そこにはいかなる差異が生じているのか、また、双方が互いをどのような存在として認識しているのかを明らかにする。

3 調査概要と分析方法

3-1 調査概要

本稿で分析対象とするデータは、2021年7月12日から22日の10日間にかけて実施したインターネット調査⁷によって得られたデータである。調査対象者は患者と身近に双極性障害患者がいる何らかの縁者とした。この調査では主に、回答者の基本属性と、誰の症状に困難を覚えているのか、またその内容、そしてどのような情報を求めているのかについて、選択式、記述式の質問を併用してたずねた。困難については、13項目の選択肢⁸に対する複数回答可の質問でたずねた後に具体的な困難について自由記述を求めた。なお、本調査は匿名での回答であるため、患者と縁者の間に対応関係はないものとして分析している⁹。

3-2 倫理的配慮

本調査は日本社会学会倫理綱領を遵守し、調査対象者には事前に調査の趣旨、調査協力の拒否や途中辞退によって不利益を被ることはないこと、プライバシーの保護には細心の注意を払うことを文書で説明している。得られたデータの中で個人が特定される可能性のある情報については削除または表現を工夫することで対応した。

3-3 分析方法

基本属性と選択肢を用いてたずねた質問については統計的分析を行い、記述データについては内容を熟読したうえで QDA ソフト利用したコーディングを行い、記述の内容に即し 24 のコードを付した。詳細な結果は付録の表 2 で示す通りである。さらに患者の記述と縁者の記述のそれぞれにおいて記述内容に含まれる情報量が多いものを選出し、内容分析を行った。

4 結果

4-1 困難の概形

調査の結果、患者 112 名、血縁家族 11 名、非血縁家族 14 名、恋人 5 名、友人・知人 5 名からの回答を得た。診断名および双極性障害以外の精神障害の診断の有無、罹患年数について以下の表 1 にまとめている。

表 1 誰の症状に困っているのか

項目/困っている相手	n=112	n=11	n=14	n=5	n=5
	回答者本人（患者）	血縁家族	非血縁家族	恋人	友人・知人
診断名：Ⅰ型	12	0	0	1	1
診断名：Ⅱ型	61	4	6	1	2
診断名：型の区別なし	36	5	6	2	2
診断名：躁うつ病	3	1	2	1	0
診断名：双極症	0	1	0	0	0
その他の疾患の有無	有:43/無:69	有:7/無:4	有:11/無:3	有:2/無:3	有:3/無:2
罹患年数の幅（年）	0-36	0-8	1-18	0-10	13or 不明

次頁に示す図 2 は、困難の内容について複数回答可でたずねた結果のうち、各属性上位 5 位までを棒グラフにしたものである。ここからはどの属性の回答者も「気分の波に関すること」を最大の困難として選択していることが読み取れる。回答数が大きく異なるため、安易な比較はできないが、患者本人よりも、血縁家族や非血縁家族といった先行研究では家族と一括りにされている回答者の方が、患者の気分の波を問題視していることが示されている。また「日常生活に関すること」においても同様の傾向を読み取ることができる。ただし、生活を共にしていない可能性のある恋人は日常生活に対する困難を選択していない。

「気分の波に関すること」以外の項目では、属性によるばらつきが見られる。「お金に関すること」は、患者が 2 番目に多く選択した項目であり、非血縁家族と恋人の関心も比較的高い項目である。しかしながら血縁家族の半数以上は「お金に関すること」を問題視しておらず、直接的な影響がないと考えられる友人・知人にいたっては誰も選択していない。医学領

域における研究では家族の経済的な負担が指摘されていたが、ここでの結果は、血縁の有無によって経済的な負担の捉え方が異なる可能性を示唆するものである。

やや議論の先取になってしまうが、選択式の設問の結果では、患者による回答において「就職・復職に関すること」「現在の仕事に関すること」を選択した回答者は多くとも半数程度にとどまっており、後述する自由記述の結果とは大きく異なっている。

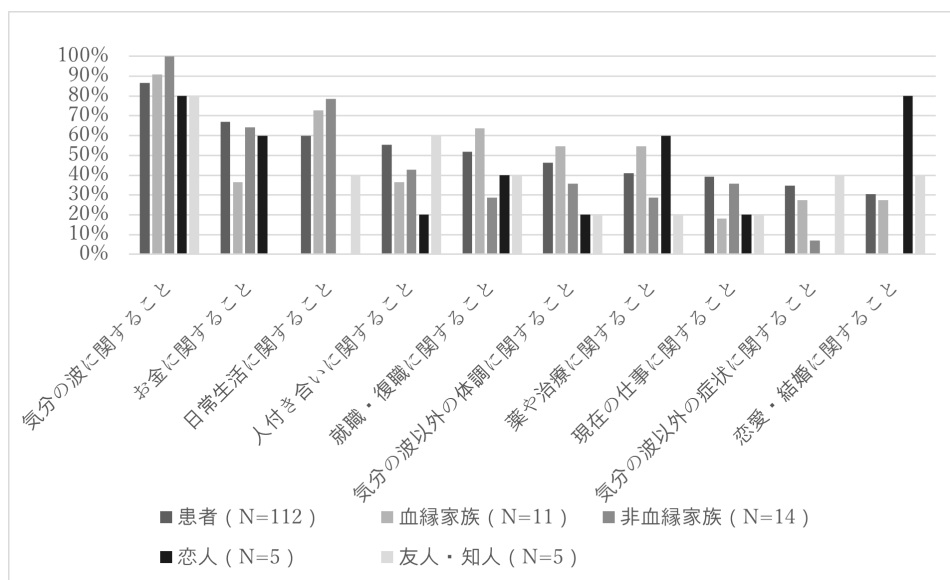


図2 属性別困難上位5位

次に自由記述に対して行ったコーディングの結果へと分析を進める。詳細なコーディングの結果については付録の表2に示した。自由記述に対するコーディングの結果は、一見すると選択式質問でたずねた困難の結果と大きく異なるものとなった。

ここでは、「気分の波/感情のコントロール」とそれを細分化した「躁状態への言及」、患者による記述の中心となった「労働に関すること」、属性による差異が顕著であった「日常生活の困難や不安」「治療の限界」「医師とのコミュニケーション」「治療・服薬の拒否」、医学領域における研究でも指摘されていた「暴力・暴言」について述べる。

属性を問わず回答者全体を通じて多く記述されていたのは「気分の波/感情のコントロール」に関する内容であった。患者は当然のことながら、非血縁家族の記述においても「気分の波/感情のコントロール」に関する言及が最も多く、次いで「躁状態」への言及が見られた。「躁状態」への言及は血縁家族、友人・知人の記述においてもよく見られる内容であった。「気分の波/感情のコントロール」についてはおおむね図2で示した結果と一致していると解釈できる。コーディングによる細分化から、気分の波の中でも特に躁状態が問題として認識されていることが明らかになったと見ることができるだろう。

しかし、患者が最も多く記述していた内容は「労働に関すること」であり、先に述べた通り、選択式質問の結果とは異なる。また「労働に関すること」は、血縁家族、非血縁家族の記

述の中ではあまり言及されていない。これは質問形式による違いと見ることもできるが、困難の記述として優先されるもの、つまり焦点のあたる問題が患者と縁者の間で異なっていると見ることもできる。

この他、顕著な差異が見られた項目として「自責・他者への迷惑」「他者・周囲の理解/無理解」「日常生活の困難や不安」「治療の限界」「医師とのコミュニケーション」「治療・服薬の拒否」の6項目が挙げられる。「治療・服薬の拒否」については縁者のみが記述しており、患者による記述には確認できなかった。その他の5項目はいずれも患者だけが記述している内容であった。

まず注目したいのは、「日常生活の困難や不安」である。図2で示した結果では血縁家族、非血縁家族も困っていることとして選択しており、その割合は患者を上回るものであった。しかし、自由記述においては焦点化されることはなかった。そのため、血縁家族や非血縁家族といった縁者にとって日常生活における困難が生じていることは事実だが、それはありふれた困難であり、最大の困難として認識されているわけではないことがうかがえる。また、患者の記述においてもその出現頻度は低く、縁者と同様の認識であると見ることができる。

次に「治療の限界」「医師とのコミュニケーション」「治療・服薬の拒否」について述べる。これらの項目はいずれも選択肢によってたずねた「薬や治療に関すること」に該当する項目である。図2で示した結果では、血縁家族や恋人による選択が目立ち、患者や非血縁家族からの関心はやや低い問題であることが示された。しかし、自由記述に対するコーディングの結果からは、「薬や治療に関すること」として想定されていた内容が大きく異なっていることが読み取れる。薬に関する記述は友人・知人を除く全ての属性の回答者が少数ではあるものの何らかの形で記述している。これに対し、限られた回答ではあるが、患者は治療の限界や医師とのコミュニケーションについて記述している。これらは患者以外の回答者には見られない内容であった。これとは反対に「治療・服薬の拒否」についての患者による記述は見られなかった。こうした結果から、患者は「治療の限界」や「医師とのコミュニケーション」についての困難を抱えているのに対し、縁者が悩んでいることは患者が「治療・服薬の拒否」をすることであったと理解できる。

困難の概形理解の最後に「暴力・暴言」について述べる。自由記述に対するコーディングにおいて、唯一、全ての属性の回答者が記述していた内容が「暴力・暴言」についてであった。患者による記述の中ではその頻度が最も少なく、血縁家族、非血縁家族、友人・知人らの記述では2番目に多く記述されている内容であった。こうしたことから、縁者らにとっては患者からの「暴力・暴言」が重大な困難であることがうかがえる。パートナーや親が患者の暴力行為に悩まされていることは医学領域における研究でも指摘されていたが、友人・知人も患者の暴力に悩まされていることが新たに示唆される結果となった。

4-2 患者の記述に見られた多層性を持つ複合的困難

ここでは患者112名の回答のうち、自由記述への回答が見られた105名の回答に対する分析を行う。患者の記述に見られる特徴として、特定の困難に焦点を絞った回答は少数で多くが複数の困難を記述していることが挙げられる。また、複数の困難が組み合わさって、多層

性を持った複合的困難として現前していることが示された。以下に示す回答では、気分の波が人間関係や仕事に影響し、身体症状がそれに拍車をかけている様子が描かれている。

自分ではあまり操（ママ）の自覚はないが、仕事で日によってテンションの差が激しいのは自覚しているので周りの目も気になるしとても困っている。元気だと思う時期はピリピリしているのか人の言葉にすぐイライラする。鬱時期の衝動的な死への願望と行動が怖い。衝動が酷くなると落ち着かなくなりリストカットの痛みなどで気を紛らわせて発散させるが何度も繰り返すので傷跡も残ってしまい困っている。体の痛み、頭痛、吐き気、だるさ、微熱、体の症状が地味に辛く困る。何日もお風呂に入れなくなるので顔に湿疹ができてしまう。人と話せなくなる。人が怖くて外に出れなくなる。（中略）元気な時と仕事への情熱に差がありすぎて、急に休んでしまったりささいなミスが増えたり、数回繰り返すと信用を失い辞めざる〔を〕¹⁰ えなくなり困っている。（No62 患者 双極性障害 23 歳 女性 罹患年数 1 年）

回答の中心は、躁状態におけるイライラが仕事や人間関係に悪影響を及ぼしていることについてである。加えて、うつ期における自傷行為や身体症状、入浴という日常生活を行うことの困難が、さらなる対人関係上の問題を生じさせていることも記述されている。また、こうした気分の波と体調の変動によって信用が失われ、離職につながると述べられている。こうした様々な要素が組み合わさった困難を記述する回答は決して珍しいものではない。

医師から双極性障害と診断されたが、Ⅰ型なのかⅡ型なのか判断がつかない。躁状態と鬱状態の間隔も極めて短期間で、月に一度か二度激しい痼癇を起こし、必ず自殺願望が芽生える。実際に自殺をしようと首をくくった事や包丁をクビに当てた事も何度もある。（中略）旦那も私に振り回されて精神科に通うはめに。何度も起こす激しい痼癇から、もう少ししたら一度別居をして距離をあけて生活する事になっている。痼癇の原因がいつも旦那のささいな行動や私に対する言葉が原因の為。入院は、会社に病気がバレるとクビになるので、出来ません。（No130 患者 双極性障害 41 歳 女性 罹患年数不明）

先ほど示した回答同様、躁状態とうつ状態といった気分の波が繰り返されていることに加え、縁者とのトラブルや会社の疾患に対する無理解が記述されている。疾患の露見が離職につながることを恐れ、入院治療に踏み切れないと述べられているが、治療の選択肢を狭められることが配偶者との別居という人間関係の破綻の遠因となっているとも読める。

上に示した 2 件の回答はいずれも就労中の回答者の記述であることから、就労自体ではなく安定就労における困難が生じていること、それらは気分の波といった主症状だけではなく、身体症状の問題や人間関係などと複雑に絡み合って生じていることが理解できる。

次に示す回答は、いずれも就労自体に対する困難、そして就労を困難なものにする症状や人間関係についての記述である。

薬物療法等である程度コントロールしても数年に 1 度は大きなうつがきて半年程度寝たきりになり、仕事等積み上げたものが全てリセットされる。（中略）うつがくると家事

が全くできない。通常の週 5 でフルタイム勤務で同じところで働き続けるのが難しい。就労してもどうしても気分の波があり月に 1~2 日は欠勤してしまうためだらしのない人と見られやすい。勤怠が良くない分成果を出そうとして、軽躁になるの悪循環になる。10 代で発症し症状がひどい時期もあったため高校と大学共に中退しており、就活でネックになるのが不安。過去自傷行為をしていたことがあり、半袖を着られないため仕事選びにかなりの制限がある。(中略) 離婚して再婚を考えているがまた恋愛をしたときに双極性障害のこを受け入れてもらうことができるのか、どう話せばいいのか不安。うつになると子供と話すことも難しくなり、世話ができない。病気で不安定な親に育てられて、子供の性格形成などに問題が出るのではと不安。子供に遺伝するのではと不安。子供の友達の親などに私の病気が知られたら、子供が偏見の目で見られるのではと不安。(No116 患者 双極Ⅱ型障害 26 歳 女性 罹患年数 9 年)

一見すると様々な困難が羅列されているだけのように見えるが、ここには非常に複合的な困難が示されている。ベースとなっているのは、発症時期である。この回答者は高校在学中の 10 代に発症し、高校、大学と中退を余儀なくされている。こうした発症時期が回答者の職業選択を狭めているのだ。さらに過去の自傷行為がこれに拍車をかける結果となっていることも読み取れる。この回答者は現在就労していないと回答しているが、就労中に経験した困難にも言及している。気分の波による勤怠の不安定さを成果で取り戻そうとするも、そうした努力が軽躁を誘発してしまう結果となり、軽躁による衝動的行動がさらなる悪循環を生んでいる。このことを回答者は「積み上げたものが全てリセットされる」と表現している。繰り返される症状による社会的なダメージが蓄積されるものであること、回答者の背景が幾重にも層を成し困難として立ち現れていることを端的に示しているのである。

ここまで示した回答は親や配偶者、子どもといった親密な他者と同居する回答者らによる記述であった。しかし、全ての患者が縁者を持つわけではない。以下に示す回答は自身を「独居老人」と称している回答者の記述である。

この回答では、日常生活を遂行することの困難と気分の波といった主症状に還元することのできない身体的不調、さらには就労の困難がこれまでの回答同様に記述されている。注目すべき点は、医師に対する批判や、家族をはじめとする縁者の不在について言及している点である。医師に対する批判では、処方薬である炭酸リチウム塩やバルプロ酸ナトリウム¹¹の血中濃度を測定していないこと、回答者のお風呂に入れないというエピソードを信じてもらえないということが記述されている。この際、医師が回答者の語るエピソードを信じない理由として「当事者でない医師」と表現している点も注目すべきである。さらに、自身の気分のモニタリングや生活リズムについては「家族などの第三者の目がないので」と縁者の不在にその理由を求めている。

医者が血液検査しない(リーマス・デパケン)、血糖値は他の医者か市民健診を参考にしている。気分の波が罹病してから 30 年以上経つのにコントロールできない。生活リズム特に睡眠がコントロールできない。うつの時服薬できない・通院できない・独居老

人です。今年から訪問看護つけました。家族など第三者の客観的な目がないので現在軽躁で訪問看護にはあまり行動的にならない様に生活をチェックしてもらっています。(中略) 現在は働けず(B型作業所もすぐ退会)¹²、収入は障害年金だけ、遡及分の貯金を切り崩しているので将来が不安。まだB型には復帰できない。(中略) お風呂に入るのが苦痛、軽躁でも週一回ぐらい、うつの方は最大3週間入れなかった(当事者でない医者はそんな事があるはずないと信じない)。(後略) (No49 患者 双極性障害 61 歳 男性 罹患年数 36 年)

ここからは、家族やパートナーといった縁者は回答者の症状に理解を示し、支援すべき存在であるとの認識が背後に存在している可能性を読み取ることができる。また、医師の無理解への批判からは、患者のみが当事者性を有しているとの認識があると見ることもできる。

4-3 縁者の記述に見られた同情と批判

ここからは、血縁家族、非血縁家族、恋人、友人・知人の合計 35 名の記述について分析する。患者が多層性を持った複合的困難を記述していたのに対し、縁者の記述の多くはコンパクトにまとまったもので、特定の困難が焦点化されやすい傾向にあった。

記述された内容は、繰り返される症状や特定の症状への対処法が見つからないことを記述するもの、相談先がなく困難を一人で抱えざるを得ない状況を記述するもの、そして患者の暴力や暴言に言及するものである。さらに、上記の内容を記述する態度についても大きく2種類に分けることができる。1つは、困惑しつつも患者への心配や同情を示す態度である。そしてもう1つは、迷惑を被っているとして批判的に記述する態度である。当然のことながら、記述内容や記述態度が完全に分かれているわけではなく、上記の内容と態度が入り混じる回答も散見された。しかしながら、患者による記述と比較した場合、まとまりを持った傾向を見出すことができる。

以下に示す回答は、繰り返される症状や特定の症状への対処法が見つからないこと、相談先がなく困難を縁者が抱え込んでいることが記述された回答である。

軽躁～躁状態もしくは混合状態時にギャンブル依存のようになってしまう。依存的症状に対してのアプローチや支援が分からない。(No63 非血縁家族 27 歳 女性 患者の診断：双極Ⅱ型障害 罹患年数 18 年)

(休職と復職を6回繰り返しています)ただやはり仕事をしていると(中略)仕事をやりすぎてしまい、その後軽うつ状態になるのが困っています。(No83 血縁家族 55 歳 女性 患者の診断：双極性障害 罹患年数 8 年)

ワガママなのか？ 病状なのか？ 注意してもいいのかがわからない。(No50 血縁家族 57 歳 女性 患者の診断：双極Ⅱ型障害 罹患年数 8 年)

気分の波が激しく、どこに地雷が埋まってるかわからない恐怖感がある。また、不安

定になったときの対処の仕方が難しく毎回とても悩む。マシンガントークをどうやって止めて良いのかわからない。(No104 血縁家族 33 歳 女性 患者の診断：双極症 罹患年数 1 年未満)

いずれの回答も、気分の波とそれに伴う特定の症状や逸脱行動に対する対処の難しさを記述している。文面からは患者の症状に困惑すると同時に、何とか支援しようとする縁者の思いを読み取ることができるだろう。

上に示した回答では症状だけに焦点が当てられているが、「高校生で発症した為、学校に通えなくなり休学中。未だ体調が戻らない為、進路に向けて進むことも出来ずそういったことをどこに相談すればいいかわかりません」(No61 血縁家族 57 歳 女性 患者の診断：双極性障害 罹患年数 1 年)「全体として症状は改善しているものの、勉学を再開すると集中力、意欲が伴わず、前に進めないまま時間が過ぎる。そのことに本人が焦り絶望して症状に悪影響があるが、どうすれば良いのか、将来の展望も持てず解決策が見つからない」(No124 血縁家族 55 歳 女性 患者の診断：双極Ⅱ型障害 罹患年数 1 年)など患者の記述同様、症状に起因する複合的な困難を記述する回答も見られた。

これらの回答では、対処法が見つからないことや、相談先がないことが示されているが、主治医等の外部に相談した形跡を読み取ることはできなかった。記述内容の分析であるため、縁者が置かれている状況や縁者と医師の関係については想像の域をでないが、患者とは違い、縁者は医師という外部に困難を持ち込むことができていないことを示唆している。そのため、縁者は内輪におけるトラブルを困難として一人で抱えなければならないのである。このことは縁者の中でも血縁家族による記述によく見られる傾向であった。

次に、患者の症状を迷惑なものとして捉え、批判的に記述している回答を提示する。下に示す記述からは、躁状態における患者の暴言や暴力に対し、直接、間接を問わず、身近な縁者が困難を感じていることが読み取れる。一部は恐怖や不安などの感情が入り混じった記述だが、その多くは迷惑を被っていることと、そうした患者の言動に対する批判である。

躁の時に出てくるであろう、怒り、その怒りの矛先は、私ではない誰かにむいている。その時の言い方、態度がとても悪い。その怒りはいつか、私や家族にも向くのではないかと 思うこともある。(No84 非血縁家族 39 歳 女性 患者の診断：双極性障害 罹患年数 1 年)

身近な他人にとっては躁状態は大変迷惑。本人の妄想が本人の中で真実になる。まわりを巻き込む。他人(回答者)の人間関係や心の平穏をめちゃくちゃにする。エスカレートして傷害沙汰になる。他人の都合を考慮しない。(No125 友人・知人 27 歳 女性 患者の診断：双極性障害 罹患年数不明)

気分の波が激しく、怒り出すと止まらない。本人の父親・母親(私)との口論が激化し、暴力の応酬になることもある。(No134 血縁家族 60 歳 女性 患者の診断：双極性障害 罹

患年数不明)

馴染みの店の店員やタクシーの運転手に暴言を吐いて、金を払わずに帰る。精神病院に自分で連絡を入れて入院した翌日に、看護師の制止も聞かず勝手に荷物をまとめて退院、帰宅。部屋で暴れて障子のさんや襖を壊す、等々。(No140 非血縁家族 56 歳 女性 患者の診断：躁うつ病 罹患年数 10 年)

さらに以下に示す回答では、患者による暴力や暴言に対し、関係の修正や解消が示唆されている。

(前略) その人の暴言の内容自身に私が傷つくこともあるし、活動と一緒にしている者として、肩身が狭い思いをすることもある。時には、喧嘩別れしてでもその活動から手を引きたいと思うこともある。(No6 友人・知人 37 歳 男性 患者の診断：双極Ⅰ型障害 罹患年数不明)

躁期と鬱期で言動の振れ幅が大きい。まともに相手できないので、無関心になる。物的にも精神的にも負担でしかなく、配偶者でいる意味はもはや見い出せない。(No98 非血縁家族 37 歳 女性 患者の診断：双極性障害 罹患年数 7 年)

ここに回答している知人は、元恋人です。(中略) お別れをするまで、私はカウンセリングに行くほど悩みました。お付き合い中から自身の双極性障害の症状を客観的に分析、前向きに向き合おうとせず、ダラダラと過ごしていて困りました(後略)。(No40 友人・知人(元恋人であり元同僚) 35 歳 女性 患者の診断：双極Ⅱ型障害 罹患年数 13 年)

非血縁家族や恋人、友人・知人という関係性では、患者との関係を修正または解消することが可能である。上に示した回答においても「喧嘩別れしてでも」「配偶者でいる意味はもはや見い出せない」と関係の解消を示唆する記述が見られる。最後に示した回答では実際に恋人関係を解消し、友人・知人関係になっていることが記述されている。

関係の解消が困難な血縁家族に対し、比較的関係の修正や解消が容易な恋人や友人・知人、一定の難しさはあるものの関係の解消が可能な非血縁家族の回答においてこのような記述が見られた。こうしたことから、患者との関係性によっては困難の蓄積が限界に達した場合、トラブルは外部に持ち出されることなく、関係の解消という消極的な方法によって処理される可能性が示唆されたのである。

5 考察

5-1 患者と縁者の相互不理解

本稿は患者と縁者という当事者の記述を比較することによって、患者と縁者それぞれが何を双極性障害に起因する困難として認識しているのか、そこにはいかなる差異が生じているのか、また互いをどのような存在として捉えているのかを明らかにしようとしてきた。

ここまで見てきた通り、患者も縁者も双極性障害に起因する様々な困難を経験していること、共に「病い」を語っていることが示された。しかしながら、そこで記述された内容は一部で重なるものの、困難として認識するものには大きな違いが生じていることも明らかとなった。

患者の回答では、気分の波やそれに起因する体調不良が就労上の困難を中心に日常生活の遂行や人間関係など、様々な領域に影響を与えていることが多層性を持った複合的困難として記述されていた。しかし、記述の中心となった就労に関する困難は、コーディングの結果でも示した通り、経済的問題と直結するものではなかった。具体的記述においても、経済的問題を記述している回答は1件のみである。安易な一般化は避けるべきだが、就労に関する問題は単に生活の糧を得るための就労という意味以上の意味を持っているのではないかと考えられる。医学領域における研究（加藤 2009）でも指摘されているように、安定就労の達成が双極性障害との共存を示す1つの指標であるため、患者は安定就労を達成すべき課題として認識しているのではないだろうか。

一方、縁者の回答では繰り返される患者の症状に対し困惑や疲弊を示しながらも、何とか支えようともがいている様子が浮き彫りとなった。縁者、特に血縁家族は対処法のなさや頼ることのできる第三者がいらないことについても記述しており、トラブルを外部に持ち出せない様子が素描されていた。

患者の回答の中心となっていた就労に関する記述は、縁者の回答にはほぼ見られず、医学領域での研究で指摘されていた経済的な負担についても、患者の症状を批判的に記述する回答の中でわずかに言及されるのみである。

また、縁者の回答では、患者との関係性によって回答を記述する態度に違いが見られたことも重要な知見である。先に述べた患者の症状に対し同情的な態度を示していた回答の多くは血縁家族であった。これに対し、非血縁家族や恋人、友人・知人といった血縁を持たない縁者は患者の気分の波に振り回されることや、躁状態における暴力・暴言を迷惑なものとして批判的に記述する傾向が見られた。一部の回答では、患者との関係を修正あるいは解消する可能性についても記述されており、血縁を持たない縁者が内輪でのトラブルの対処に限界を迎えた場合、トラブルを外部に持ち出すという方法の他に、関係そのものを解消するという解決策を採る可能性が示唆されたものと見ることができる。

こうしたことから、患者が双極性障害に起因する困難として認識しているものは気分変動という主症状から派生する労働や人間関係といった社会的行為であったと見ることができる。これに対し、縁者が認識する困難は患者の主症状に対応できないことや暴力といった相互行

為が中心であり、患者が認識する困難よりも狭い範囲において生じる困難であった。つまり、患者と縁者では困難として認識しているものだけではなく、困難を記述する文脈そのものに差異が生じていたのである。

上記の差異は互いの存在に対する捉え方にも反映されていた。

患者の回答に見られた特徴として、縁者に対する批判的とも取れる記述が挙げられる。No130 の回答では、配偶者の行動や言葉が批判的に記述されていた。また、No49 の記述では、医師の言動に対する批判に加え、家族は患者を支援することが当然の存在であるかのような記述も見られた。ここで提示した回答は一部であるが、同様の医師に対する批判、家族やパートナーを支援提供者として当然視する記述は複数見られるものであった。

患者は同じ内輪に存在している縁者を当事者とはみなしておらず、外部に存在する医師と同様に患者に対して支援を提供する第三者として扱っている可能性が読み取れるのだ。

これに対し、縁者が困難として認識している記述の分析からは、縁者が外部に位置し、支援を提供するだけの存在ではなく、患者と共に内輪に位置しトラブルに直面することで様々な困難を経験する当事者であることが浮かび上がった。しかしながら、縁者の記述には就労に関する問題が記述されておらず、患者が最大の困難として認識しているものを共有できていないことも事実である。縁者の記述において経済的な負担への言及はあまり見られなかったことから、患者の病人役割を理解していると見ることもできるが、それと同時に縁者は患者を病者としてしか見ておらず、ひとりの社会的存在として認識していないと見ることもできる。

つまり患者が縁者を当事者と見ていないことと同様に、縁者は患者の病者としての側面しか見ておらず、ひとりの社会的存在としての苦悩には注意が向けられていなかったのである。

こうしたことから、患者と縁者の間には困難として認識している事柄に違いが生じているだけではなく、双方の立ち位置に対する見方にも齟齬が生じていると理解できる。患者は病者であると同時にひとりの社会的存在であるため、社会における自身のあり方を就労における困難として記述したのである。その際、最も身近な存在であると考えられる縁者の理解や支援を当然視し、縁者を同じ当事者とはみなしていなかった。これに対し縁者は、患者と同様に内輪に位置する当事者として、患者の症状に対する支援の限界や暴力といったトラブルを困難として記述した。しかし、患者を病者として見る向きが強く、患者をひとりの社会的存在として捉えていなかったため、内輪におけるトラブルだけが記述される結果となったのである。つまり、患者は双極性障害における困難を自己の問題および、自己と外部の問題として認識し、縁者は内輪の問題としてのみ認識していたのだ。

6 むすびにかえて

患者や介護家族の語りを丁寧記述することで困難の中身や意味づけを明らかにしてきたこれまでの諸研究においては、分析対象となる語りが患者か介護家族の一方に限定されていたため、患者と家族の間に生じる困難や意味づけに対する差異を純粋に比較することができていなかった。

これに対し本稿は、双極性障害患者と、家族に限定しない多様な縁者の記述を同時に扱うことで、それぞれが何を困難として認識しているのかの差異を提示するだけではなく、患者との関係性によっても認識に差異が生じていることを明らかにした。さらに、個別の記述に対する分析を通じて、双方の存在に対する見方に相互不理解が生じている可能性を示した。

こうした知見は患者と縁者の対立を防ぎ、相互理解を促すうえで有用なものである。また、これまで社会学領域において扱われることのなかった双極性障害という精神疾患を分析対象としているという点においても一定の社会学的意義を持つ。

しかしながら、限られた記述の分析であり、インターネット調査を用いたという点で高齢者を対象と出来ていないことや、インタビュー調査によって得られるデータとは質的な差が存在していることも事実である。こうした限界と課題については、今後のインタビュー調査によって補完したいと考えている。

付録

表2 自由記述に対するコーディングの結果

コード／度数	患者	血縁家族	非血縁家族	恋人	友人・知人	合計
労働に関すること	50	1	2	2	0	55
気分の波/感情のコントロール	37	2	6	2	0	47
躁状態への言及	24	6	4	0	3	37
鬱状態への言及	25	3	1	0	2	31
その他の疾患・身体症状	21	0	2	1	1	25
散財・金銭管理	13	1	3	2	0	19
経済状況	16	0	0	1	0	17
人間関係の問題	11	0	0	3	2	16
安定就労	14	0	0	2	0	16
薬に関すること	11	2	1	1	0	15
疾患開示・支援の求め方	13	1	1	0	0	15
自責・他者への迷惑	15	0	0	0	0	15
暴力・暴言	3	4	4	1	2	14
自傷・希死念慮・自殺企図	12	0	2	0	0	14
他者・周囲の理解/無理解	13	0	0	0	0	13
家族・親との関係の問題	10	0	1	0	0	11
日常生活の困難や不安	10	0	0	0	0	10
妊娠・出産	8	0	0	2	0	10
子育て	9	0	1	0	0	10
治療の限界	6	0	0	0	0	6
自立	4	1	0	0	0	5
医師とのコミュニケーション	5	0	0	0	0	5
治療・服薬の拒否	0	1	1	1	1	4
その他	0	1	1	1	0	3
記述なし	7	0	0	0	0	7
合計	337	23	30	19	11	420

注

- 1 2022 年より日本では「双極性障害」という名称が「双極症」へと変更になっているが、「双極性障害」という名称が広く普及しているため、本稿では「双極性障害」と表記する。
- 2 厚生労働省「第 13 回地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」のスライド 3 において平成 14 年から平成 29 年の過去 15 年間で気分障害が 1.8 倍増加していることが指摘されている (2023 年 3 月 3 日取得, <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000940708.pdf>)。
- 3 木下の研究は概念分析としての色合いが強いため整理の対象からは除外した。
- 4 しかしながら、家族の前で食事をとることはできないと一定の距離感も示されている。
- 5 「病いの語り」論における問題点については志水 (志水 2019) が英国医療社会学の主要誌である *Sociology of Health & Illness* をアリーナとして展開された論争を詳しく整理しているのでそちらを参照されたし。この整理の中でも、具体的な病いが有する個別性の看過や、研究者を含む他者の存在が無視できないものであることが指摘されている。
- 6 本来であれば Emerson (Emerson 2015) が提示する図式を使用するべきだが、櫛原の整理した図が理解しやすいため、ここでは櫛原を参考にする。
- 7 インターネット調査は高齢者が調査対象から除外されやすく、サンプルが偏るという問題を抱えているが、人口の 1% 程度が罹患すると考えられている双極性障害患者へのアクセスが比較的容易であり、一定の回答者数を確保しやすいインターネット調査という手法を選択した。
- 8 13 の選択肢は次に示す通りである。1) 気分の波に関すること、2) 気分の波以外の症状に関すること、3) 気分の波以外の体調に関すること、4) 薬や治療に関すること、5) 日常生活に関すること、6) 現在の仕事に関すること、7) 就職・復職に関すること、8) 子どもに関すること、9) 恋愛・結婚に関すること、10) 人付き合いに関すること、11) お金に関すること、12) 制度に関すること、13) その他。
- 9 ここでの対応関係とは患者である回答者 A の縁者である B というような関係を指す。仮に対応関係があったとしても匿名の調査であり、分析者にその対応関係を特定することは不可能であるため、対応関係はないものとして扱っている。
- 10 □ 内は筆者が補ったものである。基本的に引用部分は原文の表記を使用している。
- 11 引用中で「リーマス・デパケン」と記述されている薬剤の名称である。リーマスとは炭酸リチウム塩の商品名で双極性障害治療における第一選択薬である。同様にデパケンもバルプロ酸ナトリウムの商品名である。もともとは癲癇の治療薬であったが、双極性障害の治療にも使用される。
- 12 作業所を特定する可能性がある名称が記述されていたため、表現を変更している。

文献

- American Psychiatric Association, 2013, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.*, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bauer, R., G. U. Gottfriedsen, H. Binder, M. Dobmeier, C. Cording, G. Hajak and H. Spiessl, 2011, “Burden of caregivers of patients with bipolar affective disorders,” *The American journal of orthopsychiatry*, 81(1): 139–48.
- Dore, G. and S. E. Romans, 2001, “Impact of bipolar affective disorder on family and partners,” *Journal of Affective Disorders*, 67: 147–58.
- Emerson, R. M., 2015, *Everyday Troubles: The Micro–Politics of Interpersonal Conflict*, Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Heru, A. M. and C. E. Ryan, 2004, “Burden, reward and family functioning of caregivers for relatives

- with mood disorders: 1-year follow-up,” *Journal of Affective Disorders*, 83: 221–5.
- 伊藤智樹, 1997, 「呆けゆく人をめぐる相互作用の問題」『年報社会学論集』10: 145–56.
- Jönsson, P. D., I. Skarsater, H. Wijk and E. Danielson, 2011, “Experience of living with a family member with bipolar disorder,” *International journal of mental health nursing*, 20(1): 29–37.
- 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.
- 川端康雄・金沢徹文, 2019, 「『ポジティブな病いの語り』が与える生きづらさ」『質的心理学フォーラム』11: 32–9.
- 河村裕樹, 2020, 「『摂食障害者』であることの説明実践——相互行為としてのインタビューにおける自己呈示」『保健医療社会学論集』30(2): 74–84.
- , 2021, 「精神医学的診断と病いの語り——専門的概念と日常的概念の連関に着目して」『年報社会学論集』34: 143–54.
- 木下衆, 2012, 「日常からの逸脱を識別する——『認知症』発症期に関する介護家族の語りから」『ソシオロジ』57(1): 93–109.
- Kleinman, A., 1988, *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*, New York: Basic Books. (江口重幸・五木田紳・上野豪志訳, 1996, 『病いの語り——慢性の病いをめぐる臨床人類学』誠信書房.)
- 厚生労働省, 2022, 『第13回地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会』, (2023年3月3日取得, <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000940708.pdf>).
- 櫛原克哉, 2015, 「精神医療技術を通じた自己形成に関する社会学的研究——薬物療法・認知行動療法の利用者の観点から」『社会学評論』65(4): 574–91.
- , 2022, 『メンタルクリニックの社会学——雑居する精神医療ところを診てもらう人々』青土社.
- Masson, M., 2016, *Les Troubles Bipolaires, Humensis*, Paris: Press Universitaires de France. (阿部又一郎・斎藤かおり監訳, 2018, 『双極性障害』白水社.)
- 森山公夫, 2014, 『躁と鬱』筑摩書房.
- Mueser, K. T., C. Webb, M. Pfeiffer, M. Gladis and D. F. Levinson, 1996, “Family burden of schizophrenia and bipolar disorder: perceptions of relatives and professionals,” *Psychiatric services*, 47(5): 507–11.
- 中村英代, 2006, 「『病いの語り』と『治癒の語り』——摂食障害の『回復者』への質的調査から」『年報社会学論集』19: 165–76.
- , 2008, 「回復体験記からみる回復者自身による摂食障害解釈——『解決権』の回復」『社会学評論』58(4): 557–75.
- , 2011, 『摂食障害の語り——「回復」の臨床社会学』新曜社.
- Rydahl, K. F. K., R. B. K. Brund, C. R. Medici, K. M. N. Straarup, S. P. V. Straszek and S. D. Østergaard, 2021, “Bipolar Disorder and Regretted Behavior in Relation to Use of Social Media and Online Dating,” *Bipolar Disorders*, 24(1): 27–38.
- 志水洋人, 2016, 「職域の『うつ』をめぐる解釈の競合——医師による『逸脱への意味づけ』

と『原因帰属』『保健医療社会学論集』27(1): 73–82.
———, 2019, 「病いの語り研究の現代的課題をさぐる——英米で展開された論争を手がかりに」『保健医療社会学論集』30(1): 21–31.
内海健, 2006, 『うつ病新時代——双極Ⅱ型障害という病』勉誠出版.

(まつもと けい、関西大学／NPO 法人ホスピタル・プレイ協会、k_papipupe@yahoo.co.jp)
(査読者 土屋敦、永井良和)

Differences in The Suffering Perceived by Bipolar Patients and Their Relatives:

An Analysis of the Questionnaire Survey

MATSUMOTO, Kei

The purpose of this study is to clarify the differences in perception of the suffering caused by bipolar disorder between patients with bipolar disorder and the people around them, and how patients and people around them and how these two groups perceive each other. In recent years, with the increase in the number of patients with mood disorders, bipolar disorder, a type of mood disorder, has been the focus of growing interest. Although bipolar disorder has been shown to cause suffering in interpersonal relationships – especially with those close to the affected individual – due to unstable mood swings, no studies have analyzed both patients and people around them simultaneously.

By relying on the “illness narrative” theory, this study analyzes open-ended data from a questionnaire survey targeting both patients and those around them simultaneously, and reveals differences in how suffering caused by bipolar disorder is perceived between the two groups. Moreover, it is suggested that patients do not see people around them, including their families, as similar parties, while people around them see patients as sick rather than social beings.