

双極性障害における患者の体験過程

— 患者の語りから分かったこと —

村中 泰子・斎藤 清二¹

Experiencing of patients in bipolar disorder

— Findings Through Patients' Interviews —

Yasuko MURANAKA and Seiji SAITO

Abstract

Bipolar disorder is one of the mood disorders and is a mental illness that alternates between depression and manic state. It is important that the patients become aware of early symptoms for effective prevention of disease recurrence. In this study, we qualitatively analyzed narratives of patients to investigate how they understand the disease of their own and what they typically experience early in the disease recurrence.

Nine patients with bipolar disorders were allowed to talk freely about their disorders. In order to study the disease from the patient's point of view, we used a narrative interview method, and the data were analyzed using SCQRM. Based on our analysis, we developed 33 concepts and ten categories, which were further grouped into three core categories.

Through this study, we learned that it is difficult for patients to become aware of their hypomanic state preceding the depression, and to recognize the cause that lead to a change in the disease phase. Further, our study suggests that narrative interviews help patients realize and talk about these aspects that are usually overlooked.

キーワード：双極性障害、語り、体験過程、再発予防、気づき

Keywords : bipolar disorder , narrative , experiencing, prevention of recurrence, awareness

1. はじめに

双極性障害（躁うつ病）は、躁状態とうつ状態を繰り返す精神疾患であり、気分障害の一つである。統合失調症と並び、二大精神疾患と言われており、生涯有病率は0.4～1.6%である。

以前は双極性障害の患者は単極性の患者よりはるかに少ないと考えられていたが、双極性Ⅰ型とⅡ型を合わせると、その比率は単極性が3分の2、双極性が3分の1程度となる。すべての双極性障害（双極性Ⅰ型⁽¹⁾、Ⅱ型⁽¹⁾、気分循環症⁽²⁾）を合わせると、単極性障害に匹敵する数になると考える研究者もいる（Brian, 2000/2003）。また、患者はうつ病エピソードのときにしか診察を求めないため、単極性と誤診されることが多く、その患者が抗うつ剤を処方されたことにより、軽躁病エピソードや急速交代型の障害を生み出す危険性がある。

患者にとっては軽躁の状態は「正常」な気分であるため、自分から訴えることはなく、軽躁の特徴については、慎重に病歴を調べ、家族の話も聞かないと見逃しやすいといわれている（Brian,2000/2003）。

躁状態あるいはうつ状態の病相期が周期的に反復するが、一般に各病相期以外の寛解期にはほぼ正常な状態に回復することが特徴である。このため双極性障害の長期予後改善のためには、病相再発をいかに予防するかが重要である。

近年、認知行動療法が双極性障害の病相再発防止に有効であることが報告されている。双極性障害患者に対する疾患教育が服薬コンプライアンスを高め、また躁状態の初期症状を自ら察知するための

¹ 富山大学 保健管理センター University of Toyama Center for Health Care

トレーニングセッションが再発防止および長期予後の改善に有効であり(Gonzalez-Pinto et al., 2004)、双極性障害患者を対象としたセルフワークブックを用いた研究では、症状の出現に気づくために、ライフチャートを作成し、躁病相またはうつ病相のエピソードをライフヒストリーとしてまとめることを推奨している(Basco, 2006/2007)。

このように双極性障害の認知行動療法では、症状の初期症状に患者自身が気づくことが重要と考えられているが、本邦では双極性障害患者の再発の初期症状への気づきに関する研究はほとんど行われていない。そこで本研究では、双極性障害の患者を対象にインタビューを施行し、患者自身がどのように自分の疾患を理解しているか、そして病相再発の初期に患者はどのような体験をしているのかを知るために、患者の語りを質的に分析することを試みた。

双極性障害の患者にとって「軽躁状態」または「躁状態」であることが自身にとって最良の状態であることが多い。しかしながら、その状態は身体的に負担がかかり、「うつ状態」へ移行するきっかけになったり、適切な判断力を失った結果、社会的な不利益をもたらし、自分自身にも周囲にも大きな損失を与えることが多々ある。彼らが“ちょうど良い”と感じる感覚で行動した結果、薬の自己中断に至ったり、無謀な行動を続けるため、うつ病相への移行につながり、そして再発を繰り返すケースも多い。結果として、心理教育の中では彼らが“ちょうど良い”と考える状態よりもやや下がる状態を維持することを是とすることを目標にせざるを得ない。従って、気分のみ焦点をあてた場合、彼らの well-being は低下することが予想される。また、気分を手掛かりに双極性障害の患者の心理教育を行うことは、モチベーションの低下にもつながり兼ねない。そのため、気分によって行う行動、そしてその行動に伴ってどういう結果が導きだされたかの関係を理解することが重要と考えられる。時間の制約がなければ、患者の気分の上下動を時系列的に経験し、それに伴う結果を整理して心理教育を行うことが効果的と考えられるが、退院前に短期集中で行うセッションではそれは困難である。Basco (2006/2007) の研究においても特定の軸を設定し、多軸的に自分の気分や行動を評価し、状態を判断するセルフシートが用意されている。しかし、生活習慣や医療サービスの違いから、それをそのままを本邦に当てはめて実施することは適切でない可能性がある。また、退院前に行うセッションを想定されているものでもない。そのため、再発防止のためのセルフコントロール力を高めるために、本邦に則した多軸の設定を行いたいと考える。今回はその前段階として、患者に病気について自由に語ってもらい、患者の視点からみた双極性障害についての経験を理解することを目的とする。双極性障害の患者の視点から病気を捉えていくことにより、双極性障害の患者の内側で起こっていることを理解し、診断するといった医療者の立場とは異なった角度から検討する。DSM-IV-TR に代表される多軸診断法は、現在の時点での状態を質問することが主である。双極性障害は病相が変化することが疾患としての大きな特徴であり、その変化を捉えるには時間の次元が必要であり、連続的にその病態を検討する必要があると考える。患者の内側で起こっていることを連続的に理解することは、病識が少ないと言われる双極性障害の患者に疾患理解を促しやすい心理教育を設計するために有益であると思われる。そのため本研究では双極性障害の患者の病気に対する語りを質的に分析し、病気についての患者の理解および症状悪化の前兆を察知するための要因を検討する際に役立つ基礎資料として作成したいと考える。これは、退院前に実施する再発防止の認知行動療法の一環として行う心理教育および疾患教育の枠組みにつながると考えられる。

2. 研究の方法

A. 対象：DSM-IV-TRにて双極性障害と診断され、状態が安定しているA附属病院神経精神科に入院または通院中の成人患者を対象とした。入院患者については自発的入院(任意入院)の患者のみを対象とした。

B. 実施場所：A附属病院の神経精神科外来

C. 協力者人数：9名(10名の協力を得られたが、1名についてはインタビュー当日の体調から、インタビューを途中で打ち切った。)

D. 方法：入院または外来通院中の双極性障害と診断された患者に対しナラティブ・インタビュー法を用い、「自分の病気について思っていることを自由に語ってください」と質問し、可能な限り対象者の自由な語りを尊重し、インタビュー内容をICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。

面接方法：再診時に主治医が協力の有無の確認をとり、次の再診時にインタビューの時間を30-60分設けた。診察室とは異なる個室で、面接者とは対面で机を挟んでおこなった。インタビューを録音するためのICレコーダーは基本的には卓上に置いたが、気になる方は本人の同意のもと、目につきにくい場所に移した。

分析方法：疾患に対する理解および病相再発の初期症状への気づきに注目するために、対象となっている人々の視点から現実を全体的に理解するために、対象者の“物語”を対象者の言動を中心としたデータから読み取り、再構成していく、ナラティブ・アプローチ(能智, 2006)を用いた。分析の枠組みとしてSCQRM(structure construction qualitative research method)(西條, 2007, 2008)を採用した。修正版グラウンデッド・セオリー(以下M-GTA)(木下, 2003, 2007)では具体例の少ない概念は採用しておらず、本研究のように事例数が少なく、また一人当たりの語りが比較的少ない研究に適していない側面がある。一方、SCQRMにおいては、事例数や具体例の数がどれだけ必要かは、研究者の目的と相関的に決まると考える。本研究の目的は、病気についての患者の理解および症状悪化の前兆を察知するための要因を検討する際に役立つ基礎資料を作成することにあるため、患者の“語り”を理論に基づいた概念として可能な限り収集したいと考え、M-GTAを研究関心に応じて適宜修正しながら進める機能をもつSCQRMをメタ研究法として採用した。

分析手続き：具体的な分析は木下のM-GTA法の手順(木下, 2003, 2007)に従って行った。インタビューを録音したものをテキストとして書き起こし、それぞれの語りの中から、分析テーマに関連する箇所に着目し、類似した部分を具体例(ヴァリエーション)として集め、概念名を付けた。概念名を定義し、具体例を分析ワークシートにまとめ、概念を生成した。分析ワークシートは、概念名、定義、理論メモ(分析の視点や対極例)から成り立ち、一つの概念に対し、一つのワークシートを作成した。そして概念をカテゴリーにまとめ、そのカテゴリー間の関係をメタ的に検討し、コア・カテゴリーを設定した。この分析の特徴は、仮説生成に適しており、概念間のダイナミクスを検討できる。そのため、本研究では患者の視点からの双極性障害の理解および病相の初期症状を検討していくのに適していると考えた。

E. 研究協力者の属性：協力者は男性3名、女性6名、平均年齢42.3歳(29-63歳)であった(表1参照)。9名中3名は双極性障害以外にも診断名がついており、その治療も同時に行っていた。

F. 倫理的配慮：本研究は、研究の意義、方法(協力者への倫理的配慮含む)についてT大学の倫理審査委員会で承認(臨認22-39号)を受けた。対象者には、口頭と書面にて研究の目的を説明し、参加の同意の有無にかかわらず、日常の診療には影響のないこと、研究参加後にも協力を拒否できることを十分に説明し承諾を得た。また、インタビュー内容を録音することに対しても同意を得た。得ら

れた情報は個人が特定されうるところはすべて記号化し、分析した。

表1 協力者の概要

No	年齢	性別	疾患名	並存病名	同居の家族
1	39	女性	双極Ⅱ型	発達障害疑い	夫、3人の子供
2	39	女性	双極Ⅰ型		夫、1人の子供、義母
3	63	女性	双極Ⅱ型		夫
4	40	女性	双極Ⅰ型		夫
5	48	男性	双極Ⅱ型	アルコール障害	なし
6	29	女性	双極Ⅱ型		父、母
7	41	男性	双極Ⅰ型		父、母
8	41	男性	双極Ⅱ型		父、母
10	41	女性	双極Ⅱ型	パーソナリティ障害	夫、2人の子供

※No9の協力者は並存病(アルコール障害)の調子が不良であり、途中でインタビューを中断した

3. 結果と考察

33個の概念と10個のカテゴリーが生成され、さらに3個のコア・カテゴリーに集約できた(付録参照)。これらカテゴリー間の関係を検討し、概念図としてまとめた(図1参照)。

なお、文中の【】はコア・カテゴリー、<>はカテゴリー、『』は概念、「」はヴァリエーションを示す。「」中の下線は当該概念に対応する箇所を示す。「」中の(斜体文字)はインタビューの発言である。

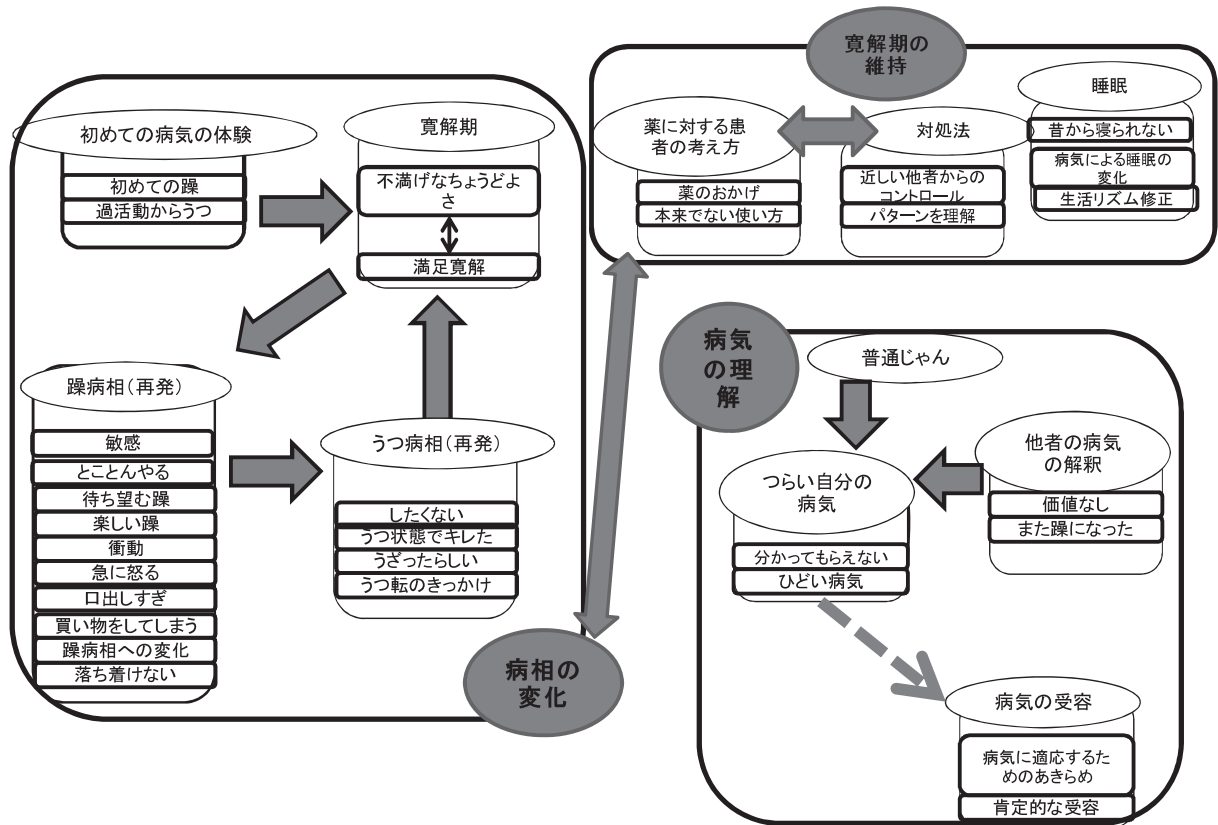


図1. 双極性障害における体験過程の概念図

3.1 病相の変化

コア・カテゴリーの一つは【病相の変化】であり、初めて自分が病気に罹患した経験についての語りがみられ、それを<初めての病気の体験>とした。また、初発時以外の病相の状態および変化に関

する語りは、＜躁病相（再発）＞＜うつ病相（再発）＞＜寛解期＞というカテゴリーにまとめられた。

3.1.1 初めての病気の体験

＜初めての病気の体験＞のカテゴリーには、『初めての躁』『過活動からうつ』という概念が含まれていた。患者の語りから、自分自身の躁の体験は自覚が少なく、病院に初診でかかるときは、うつ病と考え来院することが多いことが今回の研究においても示された。その際、病状にいたる経過を丁寧に聴取すると軽躁状態（または躁状態）と考えられる時期がうつ病の病相に先だってみられることが分かる。「30歳でT県に戻ってきました、で、しばらくは躁だったんですね。そこで、ピアノの先生になったんですけど、朝海水浴に行き、昼帰ってきてシャワーして、それからピアノの先生をやって、家帰ってきてみたい、そんなアクティブな生活をしていました。それが2年くらい続いていました。で、それが急になんかいいかーみたいな感じになってきて、そうしたら急になんか、どどーんときて、おかしいなーと思ったら、うつ病なんだか、躁うつ病なんだかという情報が、なんか、入ってきて、もしかしたら、僕それかもしれないと思って、ここの病院来たわけなんですよ。」（協力者7）。この語りの中には、『初めての躁』『過活動からうつ』が含まれている。この患者の病歴を初診時までさかのぼったところ、最初は反復性うつ病障害と診断されており、SSRIを用いた薬物療法を開始されている。初診から1年経過後に軽躁の病相とうつ病相の波があることに主治医が気づき、双極Ⅱ型障害に病名が変わっている。

また、多くの患者に共通して、初めての躁状態に気付くことは少ないことが分かった。治療中に躁転し、現病歴を改めてたどっていく過程で患者本人が躁病相のエピソードを思い出す語りが多かった。

「あ、学校の時（スクールサポーターとして働いていた時）がんばりすぎたことが躁状態だったのかなーと。普通の主婦が見張り番しているぞというくらいで雇われたのだけど、それではおられなかったんで。（中略）補助で、クラスを見てくれと言われて。またおせっかいにも私、自分の子どもだけみればいいのに、周りの子が、世話までして、そこでもまた副担任みたいにして、そこでもやりすぎて、今思えば、躁だったのかなって。」（協力者1）これは、うつ病で入院し、退院4カ月後にインタビューをしたときの語りである。その他、パニック障害の治療中、薬剤に反応して躁転した語りもみられた。

＜初めての病気の体験＞後、入院あるいは通院での薬物療法により多くの患者は＜寛解期＞へと移行する。＜初めての病気の体験＞の後、＜寛解期＞を維持している患者もいるが、＜寛解期＞を挟んで、＜躁病相（再発）＞そして＜うつ病相（再発）＞を繰り返す患者も少なくないことが分かった。今回インタビューを行った協力者の中の約9割は再発を複数回繰り返している。語りの多くは、「いつも通りの、ちょっとハイテンションだったのに、朝起きたら突然…起きれなかった」（協力者5）のように＜躁病相（再発）＞から特に大きな誘因なく、＜うつ病相（再発）＞へと移行し、また「昼間は眠くて眠くてしかたがないし、休みの日は何か休んでもイライラ。うつではないんですよ、でもやる気がない、やりたくない、そんな状態が2週間くらい続いてそれから、会社4日くらい休んだのかな。朝行けない状態で。そして、2週間、お盆はさんで、何もする気がなくてゴロゴロしていて、ある日突然、スカーと治って…」（協力者5）のように、誘因なく＜寛解期＞へと移行するものであった。本研究を始める以前には、病相変化には何か誘因についての気づきがあると仮説を立てていたが、仮説と異なり、誘因を特に意識することなく変化したことを語る例が多くみられた。本研究から、患者が誘因を意識できることは少ないことが示唆された。今後、双極性障害の認知行動療法において、誘因

を特定してそれを排除するアプローチよりも、病相変化の初期の段階で気づきを促し、それをセルフコントロールすることを学習していくアプローチのほうが多くの患者に対応できる可能性がある。

3.1.2 躁病相とうつ病相

＜躁病相（再発）＞は、『とことんやる』『待ち望む躁』『買い物をしてしまう』『衝動的』『落ち着けない』『躁病相への変化』『急に怒る』『口を出しすぎ』『過敏』『楽しい躁』のような概念によって構成され、＜うつ病相（再発）＞は『したくない』『うつ転のきっかけ』『うつ状態でキレル』『うざったらしい』のような概念によって構成されている。＜躁病相（再発）＞では、『待ち望む躁』『楽しい躁』のように躁の状態が快感情として捉えられている語りや、『衝動的』『落ち着けない』『過敏』のように気分が不安定であったり、行動が『買い物をしてしまう』『急に怒る』『口を出しすぎ』のように通常と異なっていたりする語りが見られた。一方、＜うつ病相（再発）＞では、『したくない』『うつ状態でキレル』『うざったらしい』のようにいずれも否定的な語りであった。

うつ病相と比較して、躁病相の症状は快・不快と両方向にあることが本研究から示唆された。よって、躁病相を自分自身で把握する心理教育を行う場合、定型的な質問のみを行うと症状変化を見落とす可能性があり、その病相での行動や感情を広く質問し、個々人の各病相の特有の行動を特定するなど、オーダーメイド方式で疾患教育のワークシートを作成するなどの対応が必要であろう。各病相での特異的な行動や気分を把握することで、初期の段階で対応が可能となり、それにより＜うつ病相（再発）＞への移行が未然に防がれ、そのまま＜寛解期＞へと移行または、それぞれの病相の期間が大きく短縮され、＜寛解期＞がより長期にさせることが可能となることが期待できる。本研究での語りでは、＜躁病相（再発）＞から＜うつ病相（再発）＞へと病相変化し、またその後＜寛解期＞に至るという移行が多かったが、「スケジュール表をみたらすっごい忙しかったとか、それをみたらうんざりして、気持ちが落ち込んだりしたけど、しばらくしたら上がってきてそれからハイになってきたりといういろいろあったけど」（協力者4）の語りのように＜うつ病相（再発）＞の後、＜躁病相（再発）＞へと移行したのも見られた。

3.1.3 寛解期

＜寛解期＞には『不満げなちょうどよさ』のように、周囲からちょうどよいと言われている状態をうつの状態と捉え、本人の満足感と一致しない場合がある。今回の語りの中にも「それと今の状態がちょうどよいといわれるけど。ちょっとうつ気味というか、うつ気味。（周りの人がいいとうのと、Bさんがいいという状態はちょっとちがうよね）先生はいつもちょうどいい、ちょうどいいっていうけど、私はいつも書いているけど、中の下くらい。」（協力者1）というものがあつた。一方で『満足寛解』のように「いいことあれば上がり、やなことあつたら落ちるけど、それって人間として自然かなというレベル。」（協力者6）と周囲と自分自身のちょうどよさが一致できている語りもみられた。

患者の求めているものおよび心理教育や疾患教育の中で目指すものは、『満足寛解』であるが、本研究のように『不満げなちょうどよさ』の例が多いことが予測される。『不満げなちょうどよさ』から『満足寛解』への移行がどのようになされたのか、両者にどのような違いがあるのかは本研究ではあきらかにできなかった。可能性として考えられるのは、『満足寛解』を語った患者は、病気に対する受容が生じているのではないかということである。「病気になったのは仕方がないかと思つて。周りの家族とか友人とかの支えもあるから病気が快復。」（協力者4）この語りで見られるように、“仕方がない” “この病気とつきあつていく” という変化が患者本人および周囲の人に変化が起こることにより、『満

足寛解』へと移行する可能性が考えられる。

3.2 病気の理解

もうひとつのコア・カテゴリーは、【病気の理解】であった。これは、〈他者による病気の解釈〉〈普通じゃん〉〈つらい自分の病気〉〈病気の受容〉という4つのカテゴリーにより構成されている。

病識が少ない〈普通じゃん〉という時期を経て、〈つらい自分の病気〉と感ずるようになり、さらに〈他者による病気の解釈〉により、つらさが増して行くことが浮き彫りになった。

3.2.1 普通じゃん

〈普通じゃん〉には周囲から躁状態を指摘されながらも、その状態が普通であると感ずたことを述べた語りが含まれる。その一例を以下に示す。

「教授の先生に、“せんせ、この病室の中で、みんな先生のこと素敵って言ったりしていたんです。(笑)”とかいらんこと言ってしまうて。そつたら、でも、子どものころ学校から帰つてきたら、ねえねえお母さん、今日こんなことあつたん、あんなことあつたの。ほら、喜んで語るでしょ。そんな感ず。そんな感ずで少し上がつていた。私はこれで普通かな一と思つたんですけど。」(協力者3)。

3.2.2 つらい自分の病気

〈つらい自分の病気〉には『分かつてもらえない』『ひどい病気』の概念が含まれる。

『ひどい病気』では患者自身は、自分の病気の理解は知識として持つている。一方『分かつてもらえない』では、自分の病気に対する理解はあるが、家族および周囲に病気のつらさを理解してもらえないという違ひはあるが、両概念に共通して“自分の病気はつらい”と感ずていることが浮き彫りになった。

『分かつてもらえない』のヴァリエーションの一例を以下に示す。「一番ひどいときに、やっば衝動買ひをして、ひどい借金をして、で、今、借金を支払つている状態で、生活が大変な状態なんですね。やっば躁の状態を理解してもらえぬ人が少ないということがすごく、苦しいですね。あの一、うちの家族でも分かつてもらえないし、友達とかも分かつてもらえないし、その躁状態というものが理解されぬのが。うつ病というのは流行りみたいな感ずで取りざたされていますけれど、逆に、躁うつ病というのは置き去りになつていふような感ずがしています。」(協力者7)。

3.2.3 他者による病気の解釈

〈他者による病気の解釈〉のカテゴリーには、『価値なし』『また躁になつた』という概念によつて構成されていた。このカテゴリーには他者から患者や病気そのものに対し否定的な言葉を投げかける概念をまとめた。

『また躁になつた』のヴァリエーションの一例を以下に示す。「たまたまちよつと、CDとこの石を一緒に買つたら、“またあんた躁になつたんじゃないかね”と母親が言うわけなんですよ、だから切れるわけなんですよ。(中略)音楽情報のやり取りをしていて、そのためにパソコンを使うんですね。ヤフーのデータ、保存していく場所があるんですよ。それを利用するにはちよつとお金がかかるんですね。300円程度。で、それを申し込むためには、ちよつと大きい銀行を頼まなければならぬんですね。それを頼んだなら、“あれまたあんたお金使うんじゃないの”つて言われて、“あんたちよつとまたおかしい”とか言われて、」(協力者7)。この語りから周囲のお金を使うことが即、躁状態と周囲が既定していることが浮かび上がる。患者にとっては、躁病相ゆえの行動ではないと思つていても、周囲は躁状態であると決めつけるという状況から、『分かつてもらえない』と患者が感ず、周囲から孤立

しかねない心的状況に陥る可能性がある。

3.2.4 病気の受容

<病気の受容>には『病気に適応するためのあきらめ』『肯定的な受容』によって構成されている。前者は消極的に病気を受け入れ、後者は積極的に病気を受け入れるという違いがある。

『病気に適応するためのあきらめ』の一例を以下に示す。「いつもではないんですけども人と比較したりすることは、劣っていてあたりまえとか思うから。」(協力者4)。劣っていて当たり前と“あきらめる”ことで、他人との比較を回避し、“おちこまない”ように対処している像が浮かび上がる。

また、双極性障害を積極的に受容しているのは、『肯定的な受容』である。本研究における語りは全般的に病気に対して否定的であったが、1名のみが双極性障害について肯定的に捉えるようになった語りがみられた。これを『肯定的な受容』した。「(祖母にゴミ同然と言われた後) そのとき、少しいろいろ考えたら、友達の旦那さんがゴミ収集の仕事していたんですよ。だからこの人ゴミで生計たててるって。(お母さんが言ったの?) いや私が、悩んだ末に、そういえばあの旦那さん、ゴミのおかげで生きとるんやー! (中略) そう思ったら、友達が暮らすためのゴミだなーって思ったらいいかなって。(笑) (中略) それが躁うつ病の強みというか、頭の回転速いじゃないですか。躁の人って。そこだけはよかったかなって。」(協力者6)。これでは、病気の自分を否定する祖母からの言葉に対し、躁の病相時の頭の回転の速さを、“躁だからこそ”と肯定的に捉え、周囲の否定的な言葉から立ち直りをみせたことを語っていた。

<つらい自分の病気>から<病気の受容>に移行するまで、何らかの体験がなされていることが推測されるが、本研究からはその移行過程の関係を捉えることができなかった。

3.3 寛解期の維持

コア・カテゴリーの3つ目は【寛解期の維持】であり、<対処法><薬に対する患者の考え方><睡眠>の3つのカテゴリーにまとめられた。【寛解期の維持】は【病相変化】の各病相の変化を媒介するものと考えられる。<薬に対する患者の考え方>と<対処法>には相互に関係しており、<睡眠>はこの2つのカテゴリーと並列していると考えた。

3.3.1 対処法

<対処法>は『近い他者からのコントロール』『パターンを理解』から成り立ち、前者は近い他者から受ける対処法であるのに対し、後者は自分自身でパターンを理解して対処していく違いがある。『近い他者からのコントロール』の一例を示す。「私の場合は身近で、早い時期から主人が、そういうことを指摘してくれまして、ガヤガヤと非常に声高に早口で長い時間話して、しているという状態をみると、非常に眉間にしわを寄せて、次の瞬間に、あんた明日どうするが? 倒れるよって。寝ておらんらんよ、どうするが? っていうようなところに最初の頃は言ってくれて、この頃は、前もって指摘する形に変わりましたね。そういう人が集まるような場所に行く、居なきゃいけないという場合が想定されるときには少し抑えなさいよと。明日、落ち込まれるとか、明日寝込まれるな、気をつけなされとって言う感じで前もって注意されると。」(協力者10)。この語りのように、『近い他者からのコントロール』によって、<躁病相(再発)>および<うつ病相(再発)>への移行を軽度にとどめる、または移行する期間を延ばすことができることが示唆された。『近い他者からのコントロール』は双極性障害の再発を遅らせる要因の一つとなりうる可能性がある。家族が調子を崩す前兆

を察知できるようにするためにも、本人のみならず、家族への心理教育も必要であり、再発防止に家族が大きく寄与することが示唆された。

3.3.2 薬に対する患者の考え方

＜薬に対する患者の考え方＞は、『薬のおかげ』『本来でない薬の使い方』が含まれていた。両概念は対立する概念と考えられる。＜薬に対する患者の考え方＞は、＜寛解期＞へと移行するための媒介および直接影響すると考えられる。しかし『本来でない薬の使い方』がなされることで、＜躁病相（再発）＞の『衝動』と同様にみなされ、再発したと周囲や医療者側から判断される可能性がある。「そうですね、今のところは調子いいから。お薬飲んでるから調子いいのかなって。」（協力者3）。このように、『薬のおかげ』で寛解期が維持されている語りがみられたが、一方では『本来でない薬の使い方』をすることにより再発へと移行することが語りから示唆された。『本来でない薬の使い方』の一例を以下に示す。「そのときは、私は悪くないのになんで、携帯とるなんて（夫が患者に対して携帯電話の使用の制限をかけている）、いくら言ってもダメだったから、どんなに自分が嫌な思いをしているかを分からせるために薬を飲んだ（＝大量服薬した）。」（協力者1）。この例では、自分の主張を通すために薬を使用し、その後、救急車で運ばれ、家族および主治医の判断により医療保護入院となった。

3.3.3 睡眠

＜睡眠＞は、『昔から寝られない』『病気による睡眠の変化』『生活リズム修正』という概念からまとめられた。

『病気による睡眠の変化』は「沈んでいるときは寝れない、沈んでいるときは眠剤飲んでも寝れない躁のときは眠ろうとしない。眠りたいと思わなくなる。」（協力者4）。このように、【病相変化】の指標として機能していると考えられる。

『昔から寝られない』は『初めての病気の体験』に対して、ネガティブな方向へと媒介すると考えられる。『昔から寝られない』では、仕事等の環境要因による不規則な睡眠リズムや双極性障害に先立つ睡眠障害もみられることが明らかになり、『初めての病気の体験』へと媒介する可能性が示唆された。そのため、病気の予防を考える上でも睡眠リズムが崩れやすい職業等では双極性障害を含めた気分障害の発症リスクが上がる可能性も考えられるだろう。

また、『生活リズム修正』は、＜寛解期＞に対して、ポジティブな方向へ媒介すると考えられる。「（訓練センターに行くようになってどうなりましたか？）すごく落ち着きましたかね。だから、すごく普段の生活が規則正しくなってきた、やっぱり何も予定がないとダラダラしてしまうんですね。時間無駄に過ごすという感じになってしまっていたんで。」（協力者8）の語りから、生活リズムを整えることで気分の安定が得られることの一例が示された。『生活リズム修正』により＜寛解期＞への移行を促す可能性が示唆された。

4. 総合考察

本研究では、現在、双極性障害を治療するため、大学病院の精神科に通院または入院している9名の患者の語りを質的に検討した。研究の目的は、双極性障害の患者の病相変化に対して気づきを促す要因を検討することにあつた。これは、退院前に実施予定の双極性障害の患者に対する心理教育で取り扱う、“病相変化”への気づきを学習するための基礎資料としたいと考えていたからである。双極性障害の病相変化の初期症状を早期に気づくことの有効性は、先行研究で示されている(Gonzalez-Pinto et al., 2004)。

本研究では、双極性障害について患者に自由に語ってもらい、患者の視点から病気を検討するために、ナラティブ・インタビュー法を用い、分析にはSCQM（西條, 2007, 2008）を用いた。

患者の語りから、「最初にうつとして来院し、その後多くの患者は薬物治療により寛解する。しかし、再発することもしばしばみられる。」ことが示された。患者側の語りから浮かび上がった1つのテーマとして、「うつに先行する軽躁状態は、患者によって自覚されにくい」ということである。しかし、語りとして対話をしていくと、自覚はされていないが、エピソードとしてうつ病相に先行する軽躁状態の時期が見られる。このことから、現在の状態像のみを追ってはいは、患者の体験としての躁の病相を自覚してもらうことは難しいであろうことが示唆された。患者自身のセルフコントロール能力を育むことを目的とした学習においては、患者自身が自分の体験を意味づけることができるようになることが重要であると思われる。医療者側の視点からの情報の提供のみでは、知識を得ることは可能であっても、実際に病識が少ない状態での気づきを促すには不十分であろう。つまり、双極性障害の心理教育において、自身の病状を理解し、セルフコントロールを可能にするためには、自覚されにくい躁病相について、対話を通じて意識化してもらい、その意識化された経験を基に、自分に特徴的な病相の症状をまとめ、それを基に自分の行動や気分の変化を早期に気づき、対応していくことが求められる。つまり、今後行う予定の心理教育の中の一つの視点として『自覚されないことを自覚すること』を援助することが必要であり、その方法として、「個別の語りを聴き、それについて対話する」という作業を取り入れることが効果的であることが示唆される。

各病相へ移行する契機および当該病相の悪化を招く契機を明らかにすることは、本研究開始前の期待に反して、十分にはできなかつたと言わざるを得ない。これは、双極性障害は生物学的要因が強い疾患であるからであるかもしれない。実際、当該病相を悪化させる契機となる心理社会的直接要因についての語りは少なかつた。本研究から、「病相の変化の契機および病相を悪化させる契機となる要因は、患者によって意識化されにくい」ことが浮かび上がった。

本研究から得られる示唆として、患者が契機を意識することが難しいため、定型的な質問からは、病相変化の契機および悪化の契機の語りを得ることが困難であるということがあげられよう。そのため、患者が実際に体験して感じたことをそのまま語ってもらう作業を通じて、自覚されなかつた事象が自覚されるようになるという展望を得ることができた。

寛解期を長く維持し再発を防ぐための要因と、再発に初期の段階で気づくための要因については、本研究から仮説を得ることができた。それは、“薬に対して肯定的に捉えること”（概念名『薬のおかげ』に対応）、“家族に再発の兆候を指摘してもらうこと”（概念名『近い他者からのコントロール』に対応）、“自分自身が症状のパターンを予測できるようになること”（概念名『パターンを理解』）といった事柄が、それぞれ寛解期維持および病相初期段階での気づきの両方に効果的ということである。一方、“治療以外で薬物を使用すること”（概念名『本来でない使い方』）、“家族や親しい友人が自分の病気を理解していないこと”（概念名『分かってもらえない』）、“軽躁状態が良い状態と信じていること”（概念名『普通じゃん』）、“家族が病気になった本人を責めること”（概念名『価値なし』）、“周囲が躁の行動と落ち着いて行っている行動の判別がつかないこと”（概念名『また躁になった』）は、病相を悪化する要因として機能していると考えられた。

今後、これらの要因をさらに検討し、具体的な心理教育や家族教育等の心理社会的支援をどのように行っていくかが課題となる。

また、病気にかかった自分を受容できるようになるまでの物語を語った患者もおり、この患者は寛解期が長期間におよび、再発してもある程度コントロールが可能かつ再発期間が短期間であった。これは、病気にかかった自分を受容することが、病相変化を緩やかなものにしうることを示唆するといえよう。ただし、本研究からは、どのような要因から病気の受容が可能になるのかという点を検討することができなかった。今後、その関係を明らかにしていくことが、双極性障害に対する心理社会的な支援を効果的に行うためには必要と考える。

また、＜寛解期＞には、周囲が寛解と捉えるような状況でも、患者自身の感じ方には“満足”“不満”という両極性がみられた。自分および周囲の病気に対する受容の在り方によってその差が生じると考えられるが、本研究からはその差の要因は明らかにはできなかった。今後、その要因を検討する必要がある。展望となりうる可能性として、＜薬に対する患者の考え方＞において、『薬のおかげ』と語った患者は『満足寛解』を語っており、一方『本来ではない使い方』を語った患者は『不満げなちょうどよさ』として寛解期を語っている。また、＜対処法＞を持っており、自分の病気の『パターンを理解』している患者は、寛解期の語りとして“不満”がみられない傾向にあった。一方、＜対処法＞でも『親しい他者からのコントロール』によって対処している患者は、“不満”げな語りがみられた。今後、寛解期に対処法、薬物、周囲のコントロール等も含めて詳細に検討していく必要がある。

なお、本研究に協力していただいた患者9名中2名は双極性障害の認知行動療法のアプローチを用いてすでに筆者が治療的に関わっている。自分の状態をモニタリングして気分と行動の関係を学習している段階であるが、そのうち1名は家族や治療者が考える「ちょうどよい」状態というのは理解できるということであった。自分がちょうどよいと考える状態と乖離している気づきを得ることができているが、もう1名は軽躁状態が最もよい状態という考えは変化せず、薬物（頓服）を用いて人為的に躁状態をつくりたい欲求を面接場面で話している。面接場面の中でみられる“ハイテンション”というフレーズは、一般的に使われる言葉では、軽躁状態とは同義ではない。ただし、社会的な害を何らかの形で被ったときに、はじめて病的なものと自覚され、軽躁状態または躁状態と評価することが可能になる。つまり、双極性障害の患者に対して、自分の病気を理解してもらうには、その病相のときの行動の結果、自分または他者が害を被る体験をしてもらうことが前提となる。このような体験をどのように自分のものとして捉えていけるのが、一つの鍵となるように思われる。

また、本研究の中で、うつ病という診断から双極性障害へ病名が変わった語りがあった。「そうですね。私は、あの一、今の双極性、躁うつ病じゃなくて、うつ病という形で診断を受けていたので、ずっと長い間、双極性というか躁うつ病、とは無縁な状態で、診断もされてきて、自分自身も信じ込んでいた部分もあって、(中略)本当に最近になって、躁うつ病のⅡ型ということ、あることをきっかけに躁うつということになったんですけれども、それは何かというと、あの一、買い物への依存とあと、非常に言いにくい話なんですけれども、あの一、主人以外の男の人との関係が、あんまりよくない、非常によくないということがあって(=浮気)、これはうつだけではないだろうと先生が判断されたのが、躁うつ病のⅡ型、双極性障害というのに変わってきました。そう言った経過をたどって、双極性というところにたどりつきました。(中略)でも、知人の中にもやはり双極性という人がいて、治らないよと言われたもんで、そういう話を聞いていたもんですから、治らないよと、私治らないんだって、というふうに思ったときにつらかったし、(中略)うつだったという診断を受けてきたときは、先生もそうだし、C先生もそうだったんですけども、治る、治るから大丈夫だからって言ってたけど、その、

双極性Ⅱ型というのに足が入ったときに、やっぱり自分の頭の中で、やっぱり、人から聞いた、治らない、というものに自分も入ってしまったんだ（後略）」（協力者 10）。社会的に認知されつつあるうつ病なら納得できるが、躁うつなんて治らない病気になってしまったという患者の嘆きがこの語りからうかがわれる。実際、双極性障害は寛解しても再発するケースが多く、治りにくい病気であるとも言える。しかし、寛解の時期を長期間にすることで、治癒に近い形をとれる可能性がある。そのためには、薬物療法に加えて、心理社会的な援助も必要であろう。病気の予後の改善や、薬物療法や精神療法へのモチベーションを維持していくためにも、対話を通じて、自分の病気の理解を促し、患者が利用できる資源（人や環境や医療等）を活かすことで、“治らない病気”から“コントロールして付き合っていく病気”へと、当該患者の“双極性障害への物語”の変化を促すという視点が必要であると考えられる。

謝辞：研究協力いただいた患者様および富山大学附属病院神経精神科の鈴木道雄教授、高橋努先生、樋口悠子先生、医療法人社団重仁 佐々木病院の中村主計先生、医療法人社団あずさ会 駅南あずさ病院の田仲耕大先生に感謝申し上げます。

注

(1) 双極性障害とは躁状態とうつ状態の位相を繰り返す疾患であるが、Ⅰ型の躁状態は社会適応性・他者協調性が全く無いほどの気分の高揚・開放であるのに比べ、Ⅱ型の躁状態はⅠ型の躁状態に比べると、社会生活を営めるくらいの状態（軽躁状態と言われる）である。

(2) 双極性障害と同様に気分障害の一つ。双極性障害と比べて、躁の位相、うつの位相ともに軽度である。

引用・参考文献

- Brian P Quinn (2000). *The depression sourcebook (2nd edition)*, New York: The McGraw-Hill Companies, Inc. 大野裕 (監訳)・岩坂彰 (訳) (2003). 「うつ」と「躁」の教科書. 紀伊国屋書店.
- Basco M.R. (2006). *The bipolar workbook Tools for Controlling Your Mood Swings*, New York: The Guilford Press A Division of Guilford Publications, Inc. 野村 総一郎(監訳)・佐藤 美奈子・荒井 まゆみ(訳) (2007) パイポラー(双極性障害)ワークブックー気分の変動をコントロールする方法. 星和書店.
- Gonzalez-Pinto, A, Gonzalez C, Enjuto S, Fernandez de Corres B, Lopez P, Palomo J, Gutierrez M, Mosquera F, Perez de Heredia JL. (2004): Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: an update. *Acta Psychiatrica Scandinavica* , **109** (2), 83-90.
- 木下康仁 (1999). グラウンデッド・セオリー・アプローチ：質的実証研究の再生, 弘文堂.
- 木下康仁 (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践, 弘文堂.
- 木下康仁 (2007). ライブ講義 M-GTA: 実践的質的研究法：修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて. 弘文堂.
- 能智正博 (2006). 質的データの分析 - <物語>の構成という視点から. 日本保健医療行動科学会年報, 21 巻, 49-62.
- 西條剛央 (2007). ライブ講義・質的研究とは何か SCQRM ベーシック編. 新曜社.
- 西條剛央 (2008). ライブ講義・質的研究とは何か SCQRM アドバンス編. 新曜社.
- 田中輝明 (2008). 気分安定薬と双極スペクトラム - 双極性障害治療の分岐点 -. 臨床精神医学, 37 巻 7 号, 913-918.

(受付日：2014年2月5日)

双極性障害における患者の体験過程

付録. カテゴリーと概念の表

コア	カテゴリー	概念	代表的なヴァリエーション
病相の変化	初めての病気の体験	初めての躁	社会復帰できたんです。で、ところがやっぱり、何月だろう、3月、4月？、やっぱり躁の気ができて、それまではそんなにひどくなかったんですけど。なんか、4月くらいから、今年の4月くらいから、なんかハイテンションになってきて、会社でもそうですし、家でもそうですし。家ではあの、家族に言われましたし、会社でもちょっとハイテンションだって言われました。ハイテンションみたいなんですわ。
		躁に続くうつ	仕事を替えてすぐ。仕事のときは躁だったんだけど、いろいろあって、仕事を辞めて寝込んでしまって、ご飯何も家事もできない状態。それで1回目の入院。
	寛解期	不満げなちようどうよさ	それと今の状態がちようどよいといわれるけど。ちょっと鬱気味というか、鬱気味。廻りの人がいいいというのと、Mさんがいいという状態はちようどちがうよね)先生はいつもちようどいい、ちようどいいというけど、私はいつも書いてるけど、中の下くらい。
		満足寛解	焦りがないですね。やっぱり、なんていうか忙しかったときの仕事の雰囲気、職場に戻ると雰囲気にもまれるというか、やっぱり焦っちゃうんですね。やっぱり初めて取り組むような、ものであれば、落ち着いてできる。自分で確認しながらできるというか、うん、全くそんなやれるということに充実感がありますしね。
	躁病相(再発)	敏感	私の場合は、言葉であって、誰からの言葉でも、本当に些細なことで傷ついてしまって、とういのはありますね。何気ない一言、その人が発した何気ない一言、で傷ついて、しまうというか、過剰に反応してしまって、落ち込む
		とことんやる	家で生活していて、何か絶対調とかそういふに感じたことがあります?)うー——、掃除が好きなんですとことんやっています。
		待ち望む躁	そういうとき来てほしいんです。来てくれないかなって。楽しいし。
		楽しい躁	上がるってというのは、気分がいいんですね。で、それは切れるのとは違うんです。鬱のときは切れるんですね。躁のときは、気持ちよくなって、なんか、何かしていても楽しいという感じですね。
		衝動	あと、髪型ですね。あつじじゃないですか。そして丸坊主にしたくなって。
		急に怒る	それが、実は、これまた変な話なんですけど、高いときなんかじゃないかと。急激な怒りとか急変するんですよ。こうやって普通に話していたら、何あんた！というみたいなき感じ。
		口出しすぎ	どうも、自分の範疇から離れたところも、まで、手を出してしまう。越権行為的なことまでやってしまう。そんなことやっちゃうんですよ。
		買い物をしてしまう	楽しいですよ。とにかくもうネットで買い物してたんですけど、あれ買おう、これ買おうってみたいな感じで、ポンポンポン買って買っちゃうんですね。でもそれ届くと満足で、使えないものじゃなくて、あると便利なものを買っているんですね。
		躁病相への変化	何も無いのに病気がみたくになったこともあります。
		落ち着けない	やっぱりハイになりすぎたりして、空回りしすぎたりとか、家の中ウロウロしすぎたりしたり、夜なんか、眠らずに行動したりとか。
	うつ病相(再発)	したくない	家事とかしたくなくりますし、仕事もやる気がなくなりますし
うつ状態	うつ状態がキレた	鬱がひどかったときに、自分の部屋にこもっていて、鍵をかけていたときに、ベッドから降りられなくて、トイレもベットポットにしているような状態のときに、部屋から出れないときに、母親が、部屋をドンドンドンドンノックして「出てらっしゃい、出てらっしゃい」というんですね。そうしたら、「うるせー」って言ったら、「病気がだからって偉そうにしているんじゃないわよー」と怒鳴られて、私もう、部屋の中、が——っとなって、ものぐちゃぐちゃに壊して、、あの時は鬱なんですけど、暴れたという状態ですね。	
	うざったらしい	うちにいると、息子のこと可愛いのに、それさえうざらしくなってしまっ。	
	うつ転のきっかけ	そうね、疲れたりすると、やっぱり気になることとか、うん、あつたら、落ちたことあるね。	
	普通じゃん	子供のころ学校から帰ってきたら、ねえねえお母さん、今日こんなことあったん、あんなことあったの。ほら、喜んで語るでしょ。そんな感じ。そんな感じで少し上がっていた。私はこれで普通かなーと思ったんですけど。	
病気の理解	つらい自分の病気	分かってもらえない	やっぱり躁の状態を理解してもらえない人が少ないということがすごく、苦しいですね。あのー、うちの家族でも分かってもらえないし、友達とかも分かってもらえないし、その躁状態というものが理解されないのが。うつ病というのは流行りみたく感じて取りざたされていますけれど、逆に、躁鬱病というのは置き去りになっているような感じがしています。
		ひどい病気	下がるのは分かるんですね。上がるのは分かりにくい。でもなんでもできるって思うときが上がるってときなんですよ。病気の本当のところ、私たちの病気は人間的な信頼感とか、金銭、財産まで失う病気だって書いてあって、なんか怖い病気なんだなって思いました。
	他者の病気の解釈	価値なし	今、ドラッグストアのレジ打ちなんですけど私、他は県庁とかやっているんですよ。そういう人は宝石なんだと。でもスーパーのレジくらいしかできない人はゴミ以下なんだそうです。
	また躁になった	たまたまちょっと、ODこの石を一緒に買ったら、またあんた躁になったんじゃないかねと母親が言うわけなんです。だから切れるわけなんです。	
	病気の受容	病気に適応するためのあきらめ	いつもではないんですけど人と比較したりすることは、劣っていてあたりまえかと思うから。 (祖母からあんたゴミと言われたことをうけて)そのとき、少しいろいろ考えたら、友達の旦那さんがゴミ収集の仕事していらんですよ。だからこの人ゴミで生計たててるって。(お母さんが言ったの?)いや私が、悩んだ末に、そういえばあの旦那さん、ゴミのおかげで生計とるんやー!(すごいね、それ、すごいね)そうですか。そう思ったら、友達が暮らすためのゴミだなんて思ったらいいかなって。(笑い) (私、Sさんがゴミとは思わんけど、そうやって一日かけてそうや！って思ったのってかっこいい。)そうですかね。それが躁鬱病の強みというか、頭の回転速いじゃないですか。躁の人って。そこだけはよかったです。
寛解期の維持	対処法	近しい他者からのコントロール	主人はあがっているのがわかるとるみたいで、あがるとるとき、「あがるとるよー」と言ったりするんですけど、他の人は、わからないかな。私の病気についても詳しく説明してないし。
		パターンを理解	鬱よりも躁の状態がひどいんですけど、鬱はそんなに長くは続かない。1週間ほどあれば。
	薬に対する患者の考え方	薬のおかげ	そうですね、今のところは調子いいから。お薬飲んでるから調子いいのになって。
		本来でない使い方	そのときは、私は悪くないのになんで、携帯とるなんて、いくら言ってもダメだったから、どんなに自分が嫌な思いをしているかを分からせるために薬を飲んだ。
	睡眠	昔から寝られない	睡眠はこの病気、うつ、関係なく、30代の後半から5年くらい、あまり、交代勤務なもので、屋仕事終わって、会社終わって帰ってから家にかえって寝なくて、夜勤帰って、昼の時間は寝るんですよ。そういう感じなのが、ずっと5年間続いています。
		病気による睡眠の変化	・躁のときは寝なくて感じですかね。寝ないで何かしたりとか。 ・沈んでいるときの寝れない、沈んでいるときは眠剤飲んでも寝れない躁のときは眠ろうとしない。眠りたいと思わなくなる。
生活リズム修正		すごく落ち着きましたかね。だから、すごく普段の生活が規則正しくなってきて、やっぱり何も予定がないとだらだらしてしまうんですね。時間無駄に過ごすという感じになってしまっていたんで。	