

## 慢性うつ患者の 自己管理 の物語 : 患者の「説明モデル」に着目して

著者	堀川 英起
出版者	法政大学社会学部学会
雑誌名	社会志林
巻	64
号	4
ページ	123-141
発行年	2018-03
URL	<a href="http://doi.org/10.15002/00021258">http://doi.org/10.15002/00021258</a>

# 慢性うつ患者の〈自己管理〉の物語

——患者の「説明モデル」に着目して——

堀川英起

## 1 はじめに

本稿では、慢性うつ患者へのインタビュー調査<sup>1)</sup>の結果に基づき、患者の「説明モデル」に着目しながら、慢性うつ患者の〈自己管理〉の物語の理解を試みる。そして、目の前の問題に自分なりのやり方で〈自己管理〉を行っている慢性うつ患者の語りを、医療者が捉えきれない理由を分析する。そのうえで、医療者が慢性うつ患者の〈自己管理〉の物語を理解するためにはどのような構えが必要であるかを考察したい。なお、〈自己管理〉とは一般には「患者が自分自身で疾患の管理を行うこと」と定義されるが、本稿では、この一般的定義を踏まえたうえで分析を進めながら、そこからの知見をまとめる段階で、改めて〈自己管理〉を再定義することとする。

筆者はかつて別稿にて、過去に行った慢性うつ患者のインタビューの中から、自らの問題を他人事のように語っているように聞こえ理解に苦しんだ一事例を取り上げて分析したことがある(堀川 2017)。筆者にとってその語りは、患者が、友人や医療者といった他者にすべての責任を転嫁しているように聞こえ、軽い苛立ちや疑問といった違和を感じさせるものだった。そこで、患者に寄り添う視点からその語りを分析したところ、調査者が、慢性うつ患者の講じていた「生存戦略」を、治療対象としての「病理」として否定的に捉えていたことに、その違和は関係していたことが分かった。

本稿では、上の事例とは対照的に、自分なりの「医療用語」を駆使しながら、自分の責任で〈自己管理〉をしているように聞こえた二人の事例(BさんとEさん)を取り上げる。アンセルム・L・ストラウスによれば、慢性疾患患者は、日常生活で出会う問題に対処するための「戦略(basic strategy)」を発展させる必要があり、その戦略の多くは「家族や友人、時には知人や他人の助力を求めるもの」である(Strauss et al. 1984=1987:21-2)。しかし、本稿で取り上げる二人は、家族や友人だけでなく、医療者の助力をも求めようとせず、日常生活で出会う問題に自力で対処していた。また、その語りの中の「医療用語」の使い方が独特であるために、調査者に「枝葉末節にこだわりすぎていて何か変だ」「その理解は間違っている」という違和を感じさせた。さらに言えば、「医療者と距離がある」ように聞こえたために、「もっと医療者に頼って正確な知識を得られていれば、うつがこんなに慢性化せずにすんだのではないか」「今からでも何かできることがあるのではないか」といった歯がゆさや焦りを感じさせた。

その後、二人の語りを改めて読み返してみると、BさんとEさんが自分なりの「医療用語」を用いていること自体が、「他者に助力を求めず自力で対処している」という物語を理解するための鍵となっているのではないかと思うようになった。そこで次章では、自分なりの使い方で「医療用語」を用いている患者の語りを分析する準備として、医療人類学者であるアーサー・クラインマンの「説明モデル (explanatory model)」という概念を取り上げることとする。

## 2 クラインマンの「説明モデル」

クラインマンは、その人固有の病いの経験を理解するために、一般に「病気」と呼ばれるものを、「疾患 (disease)」と「病い (illness)」に分けて考えた (Kleinman 1988=1996:4-9)。「疾患」とは、医療やケアの専門職が、医学的診断基準によって分類し理解しようとするものであり、個々の経験を「外側」から「科学=論理的思考モード」に沿って、客観的に捉えるものである。また「病い」とは、患者や家族によって経験される、個別的で主観的なものであり、個人の「内側」から「物語論的思考モード」によって生み出され、体験されるものである (江口 2015:180)。なお、アーサー・W・フランクは、「病い」と「疾患」は明確に区別できないという (Frank 1995=2002:313)。ここには、医療化のすすんだ社会では、医療の枠組みからまったく自由な形で「病い」の経験を語ることの難しさが示されている。別の言い方をすれば、病む人は何らかの医療的言説の影響を受け、その知識や語彙を取り込みながら自分なりの物語を構成せざるをえないとも言えよう。本稿で取り上げる二人の「病い」の語りには、「疾患」由来と思われる用語がそれなりに用いられており、「病い」と「疾患」を明確に区別できない語りの一例と言えらう。

「疾患と病いの二分法」と密接に関連しているのが、本稿で着目する「説明モデル」という概念である (Kleinman 1980=1992:114-28)。「説明モデル」とは、「なぜ病気になり、その病気はいかなるメカニズムで成立し、どのような治療法で対処され、いかなる予後が規定されるのかについて、一貫した理解を提供するものであり、加えて、誰が治療の対象として病んでいて、誰が治療者であるのか、病状のうちのどの部分に本体があるのか」を説明する枠組みである (東畑 2017:33)。「説明モデル」の与える病気と治療についての説明が、治療法と治療者を選択する際の指針となり、また個々の病気の体験に個人的、社会的な意味を与える (Kleinman 1980=1992:114)。

以上を踏まえて、クラインマンは、患者の「説明モデル」と治療者の「説明モデル」間の相互作用のダイナミクスに着目した。具体的には、患者の「説明モデル」と医療者の「説明モデル」を同等に並べ、両者の「説明モデル」間の距離が、次第に接近するならば治療は良好に進んでいると言えるが、次第に距離が開くようならば良好とは言えないと考えた (Kleinman 1980=1992:122-8)。

そこで本稿では、患者側の「説明モデル」がどのように構成されているのかに着目しながら、「医療用語」を用いながら展開していくBさんとEさんの「病い」の語りを理解していくこととする。

### 3 調査対象者の概要

具体的な分析作業に入る前に、調査対象者についての基礎情報を示しておきたい。

まずは、Bさんの基礎情報を示す。Bさんは、40歳代前半の男性である。インタビュー当時「週5回のフルタイム」で「派遣のアルバイト」をしていた。Bさんが、一番最初に不調を感じたのは「小学校の高学年」で、具体的には「普通に理解できるはずのことが頭に入ってこない」という出来事が続いたという。そして、中学から高校時代にかけて「不安感や孤独感に常につきまといわれていた」が、その後、某国立大学文系学部で「ぎりぎりだったと思う」が現役で合格した。精神科医療との付き合いは、20歳の時に、某大学病院精神科にかかったのが始まりで、25歳から27歳までの2年間、某市立病院精神科に入院した。退院後の28歳から37歳までの間に、「実際の社会に出る」ための準備として、作業所での福祉的就労を皮切りに、ボランティア活動、精神科デイケアへの通所、掃除のアルバイトをしてきたという。そして38歳時に、派遣アルバイトを週2回から開始し、現在は、週5回働くことができるようになったという。

一方、Eさんは、20歳代後半の男性である。インタビュー当時、非正規社員として学習塾の講師をしていた。小学校時代は、「親父に勉強を無理やりさせられ」る一方で、「いじめをばりばりしていた極悪非道の小学生」だったという。しかし「中学に入って逆襲にあい」いじめられたことで「中学1年の3学期から不登校」になったという。「今考えればその頃からうつだったんじゃないかと思う」と振り返る。18歳時、某国立大学の理系学部で現役で入ったが、「(2年間留年し)6年かかって」卒業した。精神科医療との付き合いは、20歳の時に大学の保健管理センターの精神科医にかかったのが始まりであったという。24歳時、現在働いている学習塾に正規社員として入社したものの、2年後の夏に2度目の再発のために休職したのを機に、「正社員をクビ」になり非正規社員に降格し、現在に至っているという。

## 4 事例分析

### 4.1 家族関係に対処するための専門知識

BさんとEさんが、精神科診断を受けたのは共に、20歳であった。また、「不登校」が原因で、同居家族との間に強い葛藤を抱えていたことも共通していた。ここではまず、BさんとEさんが、家族との関係をどのように位置づけているかを見ていきたい。

最初に、Bさんの語りからみていこう。なお以下では、Bさんの発言を【B】、Eさんの発言を【E】、調査者の発言は( )、筆者の補足や注釈を[ ]で示すこととする。

【B】母親と姑が言い合いをしてたりすると、姑が「あなたが言わないからいつまでもああやって寝ているのよ」みたいな感じで口論していたり、[母親は]私が悪いって言って泣いちゃって、おろおろしちゃって、全然頼れるような状態じゃなかった。[中略]おばあさんは古い人なんで、怠けみたい

な感じで捉えちゃって。とてもここでは休養できない〔と確信した〕。初めて〔父親に〕訴えたとき「お前がそんな暗い男だと思わなかった」っていうような感じだった。「海外旅行にでも行ったら治るんじゃないか」とか「お寺に行って規則正しい生活すれば治るんじゃないか」とか、そういう理解だった。

Bさんの不登校状態について、母親は「自分が悪い」と自責的になり、父親はBさんを責め、祖母は母親を責めたという。Bさんは、このような家族環境の中では「休息ができない」と判断して、25歳時に「自分から」入院することに決めたという。

そして現在、Bさんが家族との葛藤にケリをつけることができるようになったのは、「父親に対してすごい怒りを持っている」という学者によって書かれた心理学の本の「影響」によるものだという。

**【B】**〔影響を受けた本の著者は〕父親に対してすごい怒りを持っている人で、自分もそれに影響されて父親に対する怒りが出てきた。結局自分は、家の中でも父親に全部押しつけられて、兄からもいじめられて押さえつけられてっていう状態だった。もう我慢してはいけないと自分で決めた。〔中略〕まず、父親に〔怒りを〕ぶつけて、あとは兄にも、キレた。もう完全に封建的な家で。一回キレてから、兄ももう何も言わなくなったし。自分の自信回復にもつながりましたね。

Bさんは、家族に対して感情を表現する必要性を説いた心理学の本との出会いをきっかけに、これまでの「喧嘩をしてはいけない」という見方から「怒るべきときには怒らなければいけない」という見方変わったという。そのおかげで、「封建的な家」の中での従属的な立場から解放され、「自信回復」を果たしたという。

次は、Eさんの語りを見てみよう。

**【E】** 中学の時は、親と実家で暮らしているわけじゃないですか。不登校だった時に、母親が参っちゃって。〔中略〕最初はね「気にしなくていいよ」とか言ったりするんですよ。でも、息子が家でごろごろしていたり、学校も行かずに家でゲームやっているのを見ると、どうしても感情の部分で、抑えられない部分が出てきちゃうわけじゃないですか。一回ね、母親に言われたのが「一緒に死のう」と。当時、オウム真理教の事件が流行っていたんで「一緒にオウム真理教に入ろう」と〔も言われた〕。でも、「オウム真理教だけは勘弁だ」と思って、頑張って学校に行くようになったんですけどね。

Eさんの母親は、最初は「〔不登校を〕気にしなくていい」と言っていたが、「一緒に死のう」「一緒にオウム真理教に入ろう」と言うまでに徐々に追いつめられていったようだ。その後、Eさんは、大学入学を機に一人暮らしをすることになり、家族から物理的に離れることになった。

現在のEさんは、次の語りに見られるように、「high EE」という専門用語を使うことで、家族と

の間に心理的な距離を保っていた。なお、EE<sup>2)</sup>とは感情表出 (expressed emotion) を略した用語で、「high EE」とは、患者に過干渉でその行動に対して批判的、攻撃的、あるいは過保護な感情的表現を強く示す状態を意味している (日野原ほか 2002:280-1)。

【E】これって、high EEの状態ですよ。そういう経験があったんで、一人暮らしでよかったなど。一緒に住んでいたらね、もっと自分の状態が悪くなっていたと思います。実は、僕、一人っ子さんですね、家族構成が。実家が、祖母と両親と自分なんですけど。[中略] 両親との関係性は、今は離れているから「悪くない」。たまに帰れば、親父とも、昔こんなに仲よかったっけっていうくらいに酒を酌み交わすんですけど、それはあくまで離れているから。

このように、BさんとEさんは、精神医学や心理学の専門知識の中から、「怒るべきときは怒らなくてはいけない」「high EE」という考え方に注目し、それを素材に自分なりの「説明モデル」を構築していた。その結果、葛藤関係にある家族を別の見方で捉え返すようになり、感情的に巻き込まれない心理的距離を確保できるようになったと言えるだろう。

#### 4.2 精神医学的診断と自己診断

ここでは、BさんとEさんが、精神科診断をどのように受けとめていたかを見ていく。

まずは、Bさんから見ていこう。Bさんは、精神科初診時に、医師から「軽いうつ」という診断を受けた時の心境を次のように語った。

【B】自分としては、精神科に行くってことじたい、ものすごい大きなハードルっていうか、「精神科に行くイコール人生の終わり」くらいのハードルがあったんで。ありのままの自分をさらしたら、変な薬をいっぱい飲まされたり、どっか格子の中に入れられたり、ロボットミ手術で脳を手術されるんじゃないかって不安がすごく強かったんで、[そのような治療や扱いを受けないよう]最後の一滴のエネルギーを使って、自分の状態を話した。本当は、同伴者の母親が話してくれればよかったんですけど、1人で診察室に入っていった。[結局、医師からは]「軽いうつです」って言われちゃった。[中略] 何回か [その病院に] 通っているうちに、[主治医を] 信頼できなくなった。「立っているのもしんどい」「通っているのもしんどい」という話をしているときに、「テニスでもやってみたらどうか」とか [いう助言を受けて]、こっちの重さが伝わっていないなど。

Bさんは、精神科に初めてかかるまでに、不本意な治療や扱いを受けるのではないかという不安な気持ちと、病気の「重さ」を理解してほしいという気持ちとの狭間を揺れ動いていた。しかし、医師からは「軽いうつ」という予想外の診断を受けた。

医師の視点からは、Bさんに余計な衝撃を与えないようにとの配慮で「うつ」という精神科診断名の前に「軽い」という形容詞を付与した可能性があるが、Bさんは、自分の苦しみの「重さ」が

主治医に伝わらなかったと捉えた。結局、「信頼できなくなった」という言葉が示す通り、医師とのズレが解消することはなく、Bさんの医療者全般に対する不信感は現在も続いている。

次の語りからは、Bさんが「本当のうつ病」という自己診断をしていることが推察される。また、主治医の診断だけでなく、世間一般の「うつ」の見方に対する強い批判も読みとることができる。

**【B】** うつの知識が広まるあまり、そうでもない人もうつだっていうことが出てきているのかなって思います。本当に苦しんでいる人の方に目を向けてほしい。工作中だけ、うつになる人たちっていう本が売っていたりとか<sup>3)</sup>。実際今の仕事環境自体が、劣悪だったりするだろうから、そういう傾向があってもおかしくないと思うんですけど、それが「本当のうつ病」かどうかは、なんとも言い切れないと思います。

他方で、Eさんは、精神科診断をどのように受け止めていたのだろうか。次の語りからは、「双極のⅡ型」という診断を受けたEさんが、精神科診断に対して両義的な思いを抱いていたことが分かる。

**【E】** (20歳の時、初めて精神科に?) 正確には、大学の保健管理センターというのがあって、その精神科医の先生が薬を出してくれた。(20歳の頃は、どういう感じだったんですか) 大学の時は、自殺未遂もしたんで。ひどい時ね、頭おかしくなってる。街中で叫んだりしました。本当にちゃんと精神科に行ったのは、22か23。保健管理センターで、「君にはこの薬合わないから、ちゃんとした精神科医を紹介するから行ったほうがいいよ」って言われて。[紹介された精神科医のところ] 行って薬を変えたら、3か月でよくなってきたんですよ。[中略] 季節性のうつっぽい症状があったんですよ。秋になってくると落ちてきて、春になると上がってくる。夏にかけて、また落ちる。[中略] 医者には、あなたは季節性のうつ病とは言われなかったんですけど、自分ではそうじゃないかと思っている。[中略] 今受けている診断は、双極のⅡ型なんです。[中略] 今 [飲んでいる薬] は、リーマスとノリトレンです。リーマスは抗うつ薬ではなく、気分安定薬なんです。実際それでよくなったから、[医師の下した診断は] 合ってますよね。

Eさんは、「双極のⅡ型」という医師による診断を「合っています」と受け入れながらも、「季節性のうつ病」という自己診断を堅持している。Eさんにとって、双極性障害の治療薬である「リーマス」によって「よくなった」という事実は喜ばしいことだが、「双極のⅡ型」よりも「季節性うつ病」という自己診断の方が、Eさん自身の生活実感にじっくり来ていることが伺える。

さらに次の語りからは、Eさんが「双極のⅡ型」より「うつ病」という診断を他者に示した方が、就職に支障を来すリスクは少ないだろうという戦略的な判断をしていたことが分かる。



[E] [就活の面接の時に]「留年しているのは何ですか」って言われたときに、かっこうつけて、「落ちる覚悟で言います。うつ病だったからです」って言ったら、あっけにとられて。[中略] その時、言ったんです。「もう治りました」と。もう周りの友達からも、「お前変わった。能天気になった」と言われましたと。騙したんですよ、「もう治った」と。

このように、BさんとEさんは、医師の下した「軽いうつ」「双極のⅡ型」という精神科診断をそのまま受け入れることはせず、それぞれ「本当のうつ病」「季節性のうつ病」といった自分自身の生活実感を付与した精神科診断ラベルを用いて、自己診断を行っていた。

クラインマンによれば、「精神医学的な診断とは、ある個人の経験に対する一つの解釈」であり、「解釈としての精神医学的診断は、そのルーツが深く個人的で生理学的な領域に深く根を張っている生きられた経験とのあいだに、なんらかの軋轢を生じざるを得ない」という（Kleinman 1991=2012:14）。BさんとEさんは、「解釈としての精神医学的診断」と「生きられた経験」との「軋轢」を和らげるために、「本当の」「季節性の」といった形容詞を付与することで、「生きられた経験」に即した診断を自分なりに下していたのだろう。

また別の言い方をすれば、この短い自己診断の中には、「疾患」と「病い」の両方の内容が混在していることにも注意しておきたい。BさんもEさんも、医師による診断をそのまま受け入れてはいないのだが、精神医学や心理学の用語は用いており、「病い」というよりは「疾患」と呼びたくなるような用語群を使用している。つまり、「疾患」用語とは別の体系の用語を用いて自分の「説明モデル」を作っているのではなく、「疾患」用語を変形しながら「説明モデル」を作っているのである。

次節からは、BさんとEさんが、「家族関係」「診断名」以外にどのような「説明モデル」を構築しながら、目の前の出来事に対処していったのかを見ていこう。まずは、Bさんの「説明モデル」がどのように構成されているのかを見ていきたい。

#### 4.3 Bさんの「説明モデル」とは何か

##### (1) 「生活リズムをつける」と「人に慣れる」

Bさんは「この人ならっていう人に会えなかった」ために、「自分が主治医」になる覚悟を決めたという。

[B] 基本的に自分が主治医だと思っている。もう初めから。いろんな病院に行ったけど、この人ならっていう人に会えなかったんで、もうこれは自分が主治医になるしかないって思って。医者には頼れない。カウンセラーにしてもそうですけど。「もういいや」って思って。(つらい時に支えてくれた人はいましたか?) 人はいなかったです。[中略] 長い時間かけてうつになったので、完全に慢性化しちゃったんですよね。だから、そう簡単には戻せないような状態だったんで、徐々に徐々に戻していった。積極的に治療をすすめてくれる人がいなかったんで、主治医にしても、自分で「働くための



準備を] なんとかしなきゃってことで、自分でいろいろ探してちょっとずつ見つけていって、試行錯誤して見つけてという感じだった。

Bさんは、頼れる「人」がいなかったため、自力で働くための準備ができる場所を「試行錯誤」しながら探していた。

退院後Bさんはまず、福祉的就労の場である作業所に1年間通い、ここでは「クッキー作り」や「重度身体障害者施設の掃除」をした。その後、ステップアップのためにアルバイトを始めたが、「体力的にも精神的にも負担の少ない」という見立てでボランティアを始めたという。しかし、そのボランティアは、「老人ホームでのレクリエーションを盛り上げる」というような「一人前の大人としての扱い」をされる内容で「かなりの無理」があるものだったため長続きしなかったという。その後、Bさんは病院のデイケアに通うことにした。

**[B]** [ボランティアを辞めた後] 病院のデイケアっていうところに通い始めて、4年間。[中略] それでも、「生活のリズム」っていうのと「人に慣れる」っていう、二つの目的で通った。

Bさんはインタビュー中、「生活リズム」「人に慣れる」というフレーズを繰り返し用いた。次の語りからは、「生活リズムの回復」「人に慣れる」という指針が、頼れる医療者のいなかったBさんにとって、「自分が主治医」として振る舞うための「説明モデル」の一角を担っていたことが分かる。

**[B]** 一番ひどい時に入院したわけではないですね。生活リズムを回復できず、昼夜逆転 [があったから、入院をした]。[中略] [今から振り返ると] 時間をかけて、生活リズムを体の芯から作りかえるというか、しっかり作っていったことが [回復のために] 良かった [と思う]。[中略] (人に慣れるとは?) 人の存在に慣れるっていうこと。人とのコミュニケーションがとれるようになる練習というか、人といっても緊張しないようにするためとか。外に出て、人と話すのがやっぱり一番目が覚めますね。[中略] 話していること自体で、頭の回転が戻ってくるっていうか、脳が活性化するっていうか、そんな感じがずっとしていました。

Bさんにとって「生活リズムの回復」は「体の芯」を作りかえることを意味し、「人に慣れる」ことは「脳を活性化」させることを意味していたことが分かる。つまり、Bさんは、「体の芯」や「脳」といった「身体」に刺激を与えることを重視して「うつ」と付き合っていたと言えるだろう。

## (2) 「うつの人」と「健康な人」

Bさんは、「健康な人」と比較しながら、「うつの人」を次のように定義づけていた。

【B】陰陽の図ってあるじゃないですか。太極図というのかもしれないですけど。[陰陽の図を紙に書きながら] 黒と白でこういう図ってよくあるんですけど、例えば、「健康な人」はこの昼の部分と夜の部分と、起きている部分と寝ている部分がはっきりこう分かれていますよね。[中略] そのメリハリがしっかりくっきりしている人ほど、うつじゃない人、メリハリのついた人のような気がして。「うつの人」は、黒と白が混ざってしまって、灰色が全体を包むような。寝ているときも灰色、起きているときも灰色。このメリハリをつけるのは大変というか、時間がかかると思うし、簡単にはできない。だから、電気ショック療法というのは、一時的にこういう状態を作ることなのかなと [想像している]。

Bさんによれば、「健康な人」の心身は白と黒の「メリハリがくっきりしている」が、「うつの人」の心身はメリハリがなく「灰色」の状態であるという。そして、電気ショック療法は「一時的に」灰色の心身を白と黒のメリハリのきいた心身に変えることのできる方法ではないかと説明する。

ここには、Bさんなりに自らの抱える病気についての「説明モデル」が形作られていることが示されている。それも特に、症状についての説明と、それに対する対処の仕方についての説明に重点が置かれていることが分かる。

クラインマンによると、「説明モデル」が病気エピソードを説明しようとする際、次の五つに分けることができる。その五つとは、「①病因論、②症状のはじまりとその様態（以下、症状と略す）、③病態生理、④病気の経過、⑤治療法」であるという。そして、治療者の「説明モデル」は、上の①から⑤のすべてに答えようとするのに対し、病者と家族の「説明モデル」が注意を向けるのは、最も際立った心配事に対してのみである（Kleinman 1980=1992:115）。

ここで、Bさんの「うつ病」に関する「説明モデル」を上を枠組みで整理してみよう。Bさんによれば、「白と黒のメリハリ」のきいた状態が「灰色」になった状態が「うつ」であり（＝②症状）、「うつ」からの回復には「生活リズムをつける」「人に慣れる」という方法が有効（＝⑤治療法）だという。このように、Bさんの「説明モデル」では、「②症状」と「⑤治療法」を強調していることが分かる。もちろん、Bさんの「説明モデル」の中に「①病因論」や「④病気の経過」が全くないわけではない。しかし、生活者としてのBさんにとって重要な課題は、「うつ」症状をコントロールすることであり、「①病因論」「③病態生理」「④病気の経過」は「際立った関心事」ではない。そのためBさんは、「②症状」と「⑤治療法」に当たる部分を選び取って、自身の「説明モデル」の中核に据えていたと考えるのが妥当だろう。

### (3) 「自分が主治医」という自己像

Bさんは、「抗うつ剤を自分で調整」することで、薬物療法に関する領域でも「自分が主治医」として振る舞っていた。

【B】人には勧められないけれども、抗うつ剤は自分で調整している。「自分が主治医」と思っているの

で、慎重にちょっとずつちょっとずつ減らすっていう。だから、いずれ抗うつ剤は全部なくなるようになったら、ベストだなと。

また、「主治医」としてのBさんは、カウンセラーに対し、カウンセリングの「目的」と「うつ患者」としてのBさんに対する関わり方を具体的に指示していた。

**[B]** 今のカウンセラーは、話し相手になってもらうだけ。その目的だけです。精神療法的なものは、全然求めていないし、それは初めの面接の時にも伝えたんですよ。[中略] そこで話すことで、だんだん頭が回復、活性化してくる感じが自分にはあるんで、その話す練習相手になってほしい [とカウンセラーに伝えた]。仕事だけだと、そういう話す機会も時間もないからと。

このように、Bさんが、「自分が主治医」という態度をぶらさずに貫き通せるのは、「生活リズム」「人に慣れる」をはじめとした「説明モデル」を自分なりに作り上げ、それに全幅の信頼を寄せることができたからと言えるだろう。

一方で、次の語りからは、「自分が主治医」とまで言い切るほどの自信に満ちているように見えるBさんが、長い経過の中では自己像が揺れ動き続けてきたことが分かる。

**[B]** これまでうつ病になってよかったなと思っていたんですけど、派遣 [のアルバイトでの週5日間] の生活が続いて疲れてきてしまって、そういう考えも薄らいできている。ちょっと前まで、[うつ病の経験は] 大学で4年間勉強するよりも大きなことを学べたと思っていた。しかしアルバイトとはいえ、やっと実際の社会に出てみたら、自分で培った豊かさなんか役に立ってないというか、どんどん摩耗している感じで、心が荒んできている [のが現状]。

このようにBさんは、「仕事をしっかりこなせている」と確信できるレベルまで回復し、大学では学べない「豊かさ」を「うつ」の経験から得たと実感し、「うつ病になってよかった」とまで思うようになっていた。しかし、「実際の社会」に出てみると、その「豊かさ」は「役に立たず」に「どんどん摩耗している」と考えるようになり、落胆していた。

多くの慢性疾患患者は、社会的役割の遂行度合いに応じて、肯定的な自己像と否定的な自己像の間の様々な自己像を「振り子状」に揺れ動くサイクルをたどるといふ (Yoshida 1993; 崎山・三井 2000:77)。インタビュー当時、Bさんは、「うつ」で培ってきたと思っていた「豊かさ」が、当時担っていた社会的役割には「役立ってない」ことに失望していた。ここからは、Bさんもまた、多くの慢性疾患患者と同様に、肯定的な自己像と否定的な自己像を「振り子状」に揺れ動くプロセスを歩んできたことが分かるだろう。

次節では、Eさんの「説明モデル」がどのように構成されているかを見ていきたい。

#### 4.4 Eさんの「説明モデル」とは何か

##### (1) 「認知療法」の意味の再構成

Eさんは、2度目の再発をした際、正社員からアルバイトへと降格するという危機的体験を味わった。

【E】 多少ストレスがあっても、うつにならない程度に働けるようになってしばらく働いていたけど、また再発したんです。[中略] 今度は、実は正社員をクビになってしまったので、今、アルバイトなんです。[中略] 2回目 [の休職] になると、[正社員をクビになるのは] さすがに仕方がないですよ。[それでも] すごいショックでした。[中略] だけど、しばらくしてから [正社員をクビになったのは] よいチャンスだと思って。前々から考えていたんです、「PSWになろう」って。フリーターって肩書は嫌なんで、学生になっちゃえと。

Eさんは、「正社員をクビ」になったことは「すごいショック」だったが、PSW（精神保健福祉士）になるための「よいチャンス」と開き直ったという。そしてEさんは、「PSWになろう」と決めてからは、「半分セミナーに行くような感じ」で認知療法に取り組むようになったという。

【E】 [認知療法には] 患者として行くんですけど、半分セミナーに行くような感じ [で通っている]。恋愛に対するネガティブなスキーマをなんとか打開したいなと思っていたら、目から鱗でしたね、実際教えてもらうと。[中略] [カウンセラーには] どういう意図で、患者にこの言葉を投げかけるか、その裏側まで話してもらっている。将来、勉強して、PSWの仕事に活かしたいと思っているので。

この語りからは、Eさんが「認知療法」を、治療ツール以外にも、将来の自己形成のためのツールとして位置づけていることが分かる。

このように、Eさんは、「認知療法」という精神医療ツールのもつ意味を再構成することによって、自分なりの「説明モデル」を作り出していた。そのことで、自分自身の目の前に起きている「正社員をクビになる」という危機的体験が持つ意味を肯定的なものに変え、自己像への衝撃を和らげようとしていたと言えるだろう。

##### (2) 「自動的思考」と「セロトニン」

Eさんは、患者としての「認知療法」の経験を踏まえて、「うつ」を次のように定義している。

【E】 認知療法って、セロトニン出したもの勝ちなんで。どんな無理矢理でも、セロトニンが出て、いい気分になれば [いいんです]。[認知療法を] やったらね、いい気分になったんですよ。結局、自動的思考から適応的思考までたどり着かないのが、うつ病になりやすい人 [だと思う]。

Eさんは、「うつ病」を「自動的思考から適応的思考」にたどりつくのが難しい状態と捉え、「うつ病」からの回復の評価ポイントを「セロトニンが出ていい気分」になることと定義づけていた。ここからは、Eさんの「説明モデル」が、「自動的思考」「適応的思考」という精神療法的な用語と「セロトニン」という生理学的な用語を折衷して作られていることが分かる。

### (3) 「こっちの世界」と「仕事の世界」

Eさんは、社会人になって自助グループに通うようになってからの経緯を次のように語った。

**[E]** [社会人になって再発してから] 最初に自助グループに行った時は、自分と同じようなうつ病経験の人とかがいるんだろうなと思っていたら、実際は、八割が統合失調症の方ですよ。逆にうつ病が、少数派くらいな感じ。しかも、症状を見ると、自分より重たそう、みなさん。呂律の回らない方もいらっしゃいますし、目もうつろな方もいらっしゃいますけど。ぱっと見、自分はここに居ていいのかなと、最初の頃思ったんですよ。でも、そんな自分でもみなさん、何も戸惑うことなく、温かく受け入れてくれた。その人たちに救われたなというのが、一番の思い出でしたね。

Eさんは、「八割が統合失調症の方」という自助グループのメンバーに「温かく」迎え入れてもらったことを契機に、「ピアサポーター」をはじめとした「当事者活動」にも熱心に参加するようになったという。例えば、次の語りからは、Eさんが「ピアサポーター」として機能できるように必死になっている様子が伝わってくる。

**[E]** ピアサポーターって、一番は精神障害者地域移行支援ですから、病院に出向いて、その入院患者の方と触れ合って、地域に出るメリットとか、どういう風に暮らしていけばいいかっていう話をしていく活動なんです。僕が不安に思っているのは、いかんせん [自分は] 病気持ちに見えない。しかも、入院経験がないんですよ。説得力を持って、入院患者さんに心響くように接することができるかなと [思うと不安]。だから、自殺未遂をしたとか、街中で叫んだとか、そういう部分をどどんアピールしようかなとは思っているんです。(いろいろな活動をされているんですね) 正社員だったら、できないですよ。

「当事者活動」と「塾講師」という二足の草鞋を履くEさんは、前者の世界を「こっちの世界」、後者の世界を「仕事の世界」と区別して表現していた。Eさんによれば、「こっちの世界」とは心の病を抱える人を中心とした世界を指し、「仕事の世界」とは健常者中心の世界を指している。

**[E]** 今仕事で塾の講師やっていますけど、生徒なり同僚の先生なりに接する反応に比べて、精神保健福祉士とか自助グループとか「こっちの世界」で接する反応のほうが、断然いいんですよ。自分に対する受けがいいというか。「こっちの世界」と「仕事の世界」の相手の自分に対する反応が明らか

に違う。

この語りからは、Eさんが、「こっちの世界」では自分が受け入れられ必要とされていると感じ、逆に「仕事の世界」では受け入れられていないと感じていることを、シンボリックな言い方で表現していることが分かる。

そして、次の語りからは、「仕事の世界」の中の健常者を「うつをうまく扱えない人」と定義づけていることが分かる。

**【E】** 患者とね、そうじゃない人との軋轢ですかね。偏見というよりは。会社において思いますもん。そこまで偏見ないですよ、うちの会社。よい会社っていうのありますもん。偏見はなかったんですけど、やっぱりね、どう接すればいいのか分からないって戸惑っていて、うまく扱えない人が多かったですね。

Eさんは、「こっちの世界」と「仕事の世界」とに区分することで、自らに降りかかる問題群を整理しなおし、その問題に取り組むための指針を決める「説明モデル」を構成していた。具体的には、「こっちの世界」で生じる問題群に対しては、将来の自己形成につながるような方向に発想を転換させて対処し、「仕事の世界」で生じる問題群に対しては、周囲の人の「うつ」を扱うスキル不足に原因を求めることで、自己像への否定的な影響を軽減しようとしていたと考えられるだろう。

#### 4.5 どのような「説明モデル」だったのか

以上を踏まえて、BさんとEさんの「説明モデル」がどのようなものであったかを整理しておこう。

まずは、Bさんの「説明モデル」である。Bさんは、「うつ」を白と黒が混ざった灰色の心身状態と捉えていた。そして「うつ」の状態は、「生活リズム」「人に慣れる」といった「身体」に働きかけるアプローチによって、白と黒のメリハリがきいた「健康」な心身状態に戻ることができると考えていた。またBさんは、自分自身を「主治医」と位置づけ、本来の医療者の役割を限定してつきあってきた。具体的には、医師が処方した薬物についてはBさんの判断で内服量を調整し、カウンセラーに対しては「話を聞くだけ」という指示をしていた。さらに、Bさんは自分自身を「うつの人」というカテゴリーに同一化し、他のカテゴリーの精神疾患患者とは区別していた。また、家族との葛藤に対しては、「怒るべきときには怒らなければならない」と解釈することで対処していた。

次に、Eさんの「説明モデル」である。Eさんは「うつ」を「ネガティブなスキーマ」のために「適応的な思考にたどりつかない」状態と捉え、認知療法に取り組みれば「セロトニンが出て気分がよくなる」と考えていた。これは、精神療法的な理解と生理学的な理解の折衷とも言えるだろう。また、Eさんは自分自身を、医師との関係では「双極のⅡ型」患者、仕事の同僚との関係では「うつ病」者、当事者活動では「こっちの世界（＝心の病を抱えている人を中心とした社会）」のメンバーというように、精神科診断カテゴリーを繊細に使い分けながら自己を呈示していた。さらに、



自身の家族を「high EE」家族，周囲の健康な人を「うつをうまく扱えない人」と捉えなおすことで，それらの人と一定の距離を保ってつきあっていた。そして「正社員をクビ」になるという危機的経験を，「PSWになる」ための「よいチャンス」と捉え返すことで，認知療法を「治療ツール」としてだけでなく「将来の自己」を形成するツールとして位置づけていた。

以上からは，BさんとEさんが，精神医学や心理学の専門的な知識や方法を素材としながら，自分なりの「説明モデル」を作り上げていたことを見てとることができる。また，彼らの「説明モデル」は，「うつ」がどういう状態を指し，どのように対処するかだけでなく，医療者や医療ツールの役割を限定し，「うつ」をめぐる周囲の人をどのように位置づけるかを含む内容であったことも強調しておきたい。

## 5 慢性うつ患者の〈自己管理〉の物語を聞くということ

### 5.1 インタビュー当時の違和感はどうなったか

BさんとEさんの「病い」の語りは，医療者が用いる「疾患」用語を素材に「説明モデル」を作り上げることで，医療者に頼らずに〈自己管理〉を行っていた物語であったとまとめることができる。

そして，BさんとEさんの語りは，「疾患」用語を使って構成されていたために，患者の「説明モデル」と医療者の「説明モデル」との齟齬が浮き彫りになりやすく，そのことがインタビュー当時の違和感につながったと考えられる。それでは具体的に，「医療者と距離がある」「枝葉末節にこだわり過ぎている」というインタビュー当時の違和感は，分析を終えた今，どのように捉え返すことができるだろうか。

まず，「医療者と距離がある」という印象についてである。BさんとEさんは，医療者を当てにしていなかったため，自分で自分を統御しながら疾患管理や生活調整を行うための「説明モデル」を必要としていた。そして，その「説明モデル」は，医療や医療者をツールのひとつとして利用するという内容であったため，クラインマンの想定するような医療者と患者が対等であるような横並びの関係性は成立しにくく，「医療者と距離がある」というネガティブな印象を与えたと考えられる。次に，「枝葉末節にこだわり過ぎている」という印象についてである。インタビュー当時，BさんとEさんの語りは，専門知識の一部に注意を集中させすぎていてバランスを欠いているように聞こえた。しかし，患者に寄り添う視点から見なおしてみると，医療の知識体系の中から自分自身の実感に合う部分に焦点を当てて「説明モデル」を作り上げるという「戦略」は，むしろ省エネで合理的であったと捉え返すことができる。まさにクラインマンが言うように，患者の「説明モデル」とは，患者が「特定の健康問題をどの程度重要と考えているかを明示してくれる」（Kleinman 1980=1992:115）ものであったと，今なら理解することができる。



## 5.2 〈自己管理〉の前提としての「説明モデル」

それでは、BさんとEさんはなぜ、医療者の提示した「説明モデル」をそのまま受け入れず、自分なりの「説明モデル」に組み替えていったのだろうか。

第一は、「疾患」用語を素材に自分なりの「説明モデル」を構築することは、医療者や家族との関係性を変える機能があったからであろう。具体的には、「適応的思考」等の医療者の用いる言葉を使うことで、医療者に対して従属する受け身の立場から、逆に医療者や医療ツールを活用するという主体的な立場に身を置き直すことができた。また、家族とのもつれた関係を、「high EE」等の専門知識を用いて位置づけなおすことによって、家族に対して、感情的に巻き込まれずにすむようになった。つまり、「疾患」用語を用いた自分なりの「説明モデル」を構築することで、医療者や家族に対して、従属的で感情的に巻き込まれる受け身の立場から、状況を自己統御できる立場に押し上げる機能があったと言えるだろう。

第二は、医療者が「医学的に適切だ」と考えて提示する「説明モデル」では、患者が生きる意欲を得ることができなかつたからであろう。具体的には、「生活リズムをつける」「人に慣れる」という身体にアプローチする「説明モデル」は、Bさんの日々の生活を回復に向けたものへと方向づけ、意欲的に生きることを可能にしていた。また、Eさんは、治療ツールとしての認知療法を「PSWになる」ための自己を形成するツールと読み替えることで、将来に希望を持ちながら、いきいきとした生活を送っていた。つまり、患者なりの「説明モデル」には、回復意欲や希望といった力強く生きるために必要な力をひきだす効果があったと言えるだろう。

このように、「疾患」用語を素材に患者なりの「説明モデル」を構築することには、第一に、医療者や家族との関係性を対等なものに変える機能があり、第二に、回復意欲や希望といった生きるために必要な力をひきだす効果があった。

ここで、周囲との関係を自分で統御し、また自分なりの実感にそってつかみ取ったやり方で疾患の管理や生活の再組織化を試みることを〈自己管理〉と再定義したい。〈自己管理〉とは、医療者の視点からは、医学的に間違っただ疾患管理に見えるかもしれないが、本人からすれば医療者に勧められるやり方よりもはるかに自分にフィットしたものとして経験されている、生活の意味づけと統御のやり方である。本稿で検討してきたような患者なりの「説明モデル」とは、こうした意味での〈自己管理〉を可能にしているツールなのである。そしてBさんとEさんは、おそらく、このような〈自己管理〉を編み出すことによってこそ、生きる力を育んでいる。この〈自己管理〉は、さまざまな意味で「失敗」する可能性もはらんでいるだろうが、それでもいまここで確かに本人が生きる力を得るための重要な手がかりとなっているのである。

また、患者が自分なりの「説明モデル」を構築することは、昨今注目を浴びている当事者研究<sup>4)</sup>の流れの中に位置づけることが可能だろう。当事者研究は、従来の精神科医療において奪われてきた、当事者自身の当たり前の苦労を自分自身のものとして取り戻そうとする活動であった（熊谷2017）。つまり、当事者研究を行うことそのものが、当事者自身の〈自己管理〉を手助けするための仕かけだと捉えてよいだろう。

### 5.3 〈自己管理〉の物語をなぜ理解できなかったのか

インタビュー当時、なぜBさんとEさんの語りを〈自己管理〉の物語として理解できなかったのだろうか。

最大の要因は、医療者側の「説明モデル」こそが「正しく一貫性がある」ものと無自覚に思い込んでいたためと考えられる。クラインマンによれば、専門家は「専門知識の供給者としての役割を担って」おり、「治療者としての果たすべき責務と自分の行為を合理化しようとする強い欲求とに強くとらわれている」という（Kleinman 1980=1992:118-9）。これらのクラインマンの指摘を踏まえると、インタビュー当時筆者は、医療者の持つ「説明モデル」を「正しいもの」と「合理化」していることに「無自覚」であった。そのため、医療者とは異なる医療用語の用い方をしたうつ患者の「説明モデル」を一段低く見積もって「間違っている」と判断していた。まさにこれらは、クラインマンが述べるように、「一般の人はふつう、医療の専門家に対して自分の説明モデルを進んで説明しようとはしない」が、それは「専門家の目には自分の信念などまちがいでばかっていると映るだろうと思うから」（Kleinman 1980=1992:116）という指摘を裏書きするものであったと言えるだろう。

### 5.4 医療者が〈自己管理〉の物語を聞くために

本稿では、患者側の「説明モデル」に着目してきたため、医療者側の「説明モデル」については検討対象としてこなかった。それでは、患者の〈自己管理〉の物語を理解するために、医療者は、医療者側の「説明モデル」をどのように位置づければよいのだろうか。

このテーマを考えるために、筆者の臨床での経験を思い起こしてみたい。ベテランの臨床家であるMさんは、患者と面接をする度に、専門職としてのアセスメントが変わり、筆者からは一貫性に欠けているように見えることが度々あった。より具体的にいうと、Mさんは、患者が面接中に使っていた言葉を、専門職としてのアセスメントにそのまま取り込み、面接前までの見立てをあっけなく捨て去っているように見え、筆者はその変化についていけずにその度に困惑していた。

この時Mさんは、専門職としての「説明モデル」をどのように位置づけていたのだろうか。ここでは、〈自己管理〉という視点に着目して考えてみたい。クラインマンは、患者の「説明モデル」と医療者の「説明モデル」を同等に並べ、両者の「説明モデル」間のズレに着目し、医療者はそのズレを埋めることを目標とするモデルを構築した。それに対して、Mさんは、患者と医療者の「説明モデル」間のズレを埋めることを目指すのではなく、医療者側の「説明モデル」は脇に置き、患者が「周囲との関係を自分で統御」できることを重視して、患者の試行錯誤や模索に徹底的に付き合うという構えを選択していたのではなからうか。その構えを貫いた結果、Mさんは、患者なりの「生活の意味づけと統御のやり方」や「生きる力」を示す「説明モデル」を理解し、医療者側の「説明モデル」よりも患者側の「説明モデル」を上位に位置づけていたと考えることができる。

医療者が慢性うつ患者の〈自己管理〉の物語を理解するためには、医療者が専門職としての「説

明モデル」を、患者側の「説明モデル」との関係でどのように位置づけたらよいかを検討する必要があるだろう。そのような検討を終えた時に初めて、医療者が慢性うつ患者の〈自己管理〉をどのようにサポートしたらよいかといった新たな問いに開かれることになるのではなかろうか。

## [注]

- 1) インタビュー調査は、2011年4月から8月の間にかけて、「うつ」症状が慢性化しているために通院している患者を対象に、半構造化面接法によって行われた。調査者は、精神科での臨床経験のある看護師であるが、対象者とは医療関係はなかった。インタビュー調査では「うつを患う人が、療養生活の中で、どのような体験をし、何が助けとなり、何が妨げとなったか」を質問した。また、対象者はセルフヘルプ・グループに所属していたこともあって、自分の「うつ」体験を語ることに慣れていた。なお、全ての対象者に対して、調査データの取り扱いやプライバシーに関する説明を口頭と文書で行い、調査協力の承諾を得た。また、会話は対象者の許可を得た上でテープレコーダーに録音し、トランスクリプトを作成した。
- 2) EE研究は、はじめ統合失調症を対象に行われたが、後に抑うつ神経症、うつ病、神経性無食欲症、肥満患者などでも有効性を明らかにしてきた。家族以外にも、患者と密接に関わるスタッフ（病棟看護師、グループホーム職員など）のEEが把握され、ケアの質に関係することが明らかにされている。EEを生み出す要因として、家族の生活負担や精神疾患の症状や治療法、利用可能な社会資源に対する知識の不足、家族の問題対処技術の未習得などとの関連が指摘されている。すなわち、high EEは家族の特性というよりは慢性疾患患者を身内に持つことによってもたらされる、家族の一般的なストレス反応であると考えられるようになった（大島 2011）。
- 3) 野村総一郎によれば、2010年代初めから耳にするようになった「新型うつ病」という呼称は正式のものではなく、メディア用語である。「新型うつ病」という言葉の由来は、2008年の香山リカによる著書『私はうつ』と言いたがる人たち』によるという。その著書の中には「うつ病という診断書をもらって休職し、会社から手当てをもらいながら、趣味を楽しんでいる」というケースが登場し、それに対し「こうした新型のうつ」と書かれた部分があり、これがメディアに広まったのが始まりとされる。さらにこの呼称を拡大したのはテレビや週刊誌メディアであり、例えば、2012年のNHKスペシャルや同年の週刊文春の連続掲載、週刊現代やアエラの特集号である。このような経緯があって「新型うつ病」の呼称は流布された。そのため、精神科のアカデミズムでも後追する形で議論の俎上に載せざるを得なくなり、2013年7月のうつ病学会では「いわゆる新型うつ病に対する学会見解を目指して」というシンポジウムが開かれ、それを踏まえて学会ホームページで「そもそも新型うつ病という専門用語はありません」と公式見解を述べることになったという（野村 2016）。
- 4) 当事者研究は北海道浦河町にある「浦河べてるの家」で2001年に始まったものである。熊谷晋一郎の整理によれば、「浦河べてるの家」が長年挑戦しつづけてきたのは、精神障害者の手に、当たり前の苦勞を取り戻し症状の有意性を再確認するという、極めてシンプルなことであった。一部の苦勞、たとえば周囲の人には聞こえない声が聞こえるといったものは、それを表現するや否や、隣人と分かち合うこ

とが困難な病理とみなされ、病院など、特殊な空間で扱われ、当事者が、隣人とともに苦勞の解釈や対処法を編み出すという、当たり前の作業を奪われ、専門家に丸投げせざるを得ない状況に置かれていたという(熊谷 2017)。現在では日本統合失調症会などで当事者研究のセッションが行われていたり、2015年4月に東京大学先端科学技術研究センターのバリアフリー領域に当事者研究分野が設置されるなど、精神医学やアカデミックな領域で当事者研究は広がりを見せつつある。また、発達障害や依存症などの当事者の間にも当事者研究は広がってきている(石原2017)。

#### [文献]

- 江口重幸, 2015, 「クラインマンから学んだいくつかのこと——臨床人類学が医療やケアにもたらすもの」『ケアをすることの意味——病む人とともに在ることの心理学と医療人類学』誠信書房: 120-50.
- Frank, Arthur W. ,1995, *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*, The 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』ゆるみ出版.)
- 日野原重明・井村裕夫監修, 2002, 『看護のための最新医学講座12 精神疾患』中山書店.
- 堀川英起, 2012, 「うつ症状が慢性化した患者の回復過程に影響を与える要因」東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科看護学専攻修士論文.
- , 2017, 『「他者を二分化する」物語とその困難——慢性うつ患者の語りと医療のまなざし——』『社会志林』63(4):287-303.
- 石原孝二, 2017, 「当事者研究の哲学的・思想的基盤」『みんなの当事者研究 臨床心理学増刊第9号』金剛出版: 51-5.
- Kleinman, Arthur, 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press. (=1992, 大橋英寿・遠山宜哉・作道信介・川村邦光訳『臨床人類学——文化のなかの病者と医療者』弘文堂.)
- , 1988, *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*, Basic Books. (=1996, 江口重幸・五木田紳・上野豪志訳『病いの語り——慢性の病いをめぐる臨床人類学』誠信書房.)
- , 1991, *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*, Free Press. (=2012, 江口重幸・下地明友・松澤和正・堀有伸・五木田紳訳『精神医学を再考する——疾患カテゴリーから個人的経験へ』みすず書房.)
- 熊谷晋一郎, 2017, 「みんなの当事者研究」『みんなの当事者研究 臨床心理学増刊第9号』金剛出版: 2-9.
- 野村総一郎, 2016, 「メディア用語としての“新型うつ病”のその後」『臨床精神医学』45(1):37-41.
- 大島巖, 2011, EE [感情表出]『現代精神医学事典』弘文堂: 43.
- 崎山治男・三井さよ, 2000, 「慢性疾患における医療者—患者関係の考察に向けて」『ソシオロジ』45(2): 69-86.
- Strauss, Anselm L., Corbin F. Glaser and Maines S. Wiener, 1984, *Chronic Illness and the Quality of Life*, second edition, C. V. Mosby Company. (=1987, 南裕子監訳『慢性疾患を生きる ケアとクォリティ・ライフの接点』医学書院.)
- 東畑開人, 2017, 『日本のありふれた心理療法——ローカルな日常臨床のための心理学と医療人類学』誠信

書房.

Yoshida, K. K., 1993, "Reshaping of Self: A Pendular Reconstruction of Self and Identity among Adults with Traumatic Spinal Cord Injury", *Sociology of Health & Illness*, 15(2): 217-45.