

「共感できない」けれど「うつ病」の「仲間」と関わり支える ——「専門家の専門知／当事者の経験知」に収まらない実践の考察——

森 香 苗

はじめに

筆者は修士論文において「生きづらさ」を手掛かりにインタビュー調査を行い、現代の日本社会において人びとが、他者と関わる中で、苦痛や困難といった「問題経験」⁽¹⁾を感受した際に、関連するカテゴリーと交渉しながら、どのように対処していくのかを明らかにしようとした(森 2015)。上田啓太さん(仮名。以下、上田さんと呼ぶ)は修士論文のインタビュー調査に協力していただいたお一人である。インタビュー当時(2013年3月)、上田さん(30代前半、「男性」)は「うつ病」と「糖尿病」の治療のために心療内科に月に1回通院をしながら、NPO法人である「身体障害者団体」で働き、「うつ病」の「自助グループ」を主催していた。

修士論文では上田さんの語りを他の協力者の語りと共に、問題経験とその対処の枠組みから分析していたが、本稿では上田さんの語りに焦点を当てる。なぜなら、上田さんの語りを分析すると、次の二つの知見が得られるからだ。一つは、上田さんの問題経験とその認識をめぐる語りが、医療化に取り込まれることも、社会モデルで捉えることも拒むライフストーリーであるという点である。そしてもう一つは、上田さんの「仲間」と関わり支える実践が、「共感できない」という状況から試みられており、「経験」を強みにした「共感」を重視する従来のピアサポートの枠組みに当てはまらない実践であ

るといふ点だ。これらの二つの知見は、医療化論や「病いの語り」研究、そしてピアサポート論において十分に論じられてこなかったものである。

『ケアとサポートの社会学』の「はじめに」において、三井さよは「何らかの意味で生活をする上、あるいは人生を生きる上での困難を抱えた人びとを支えようとする営みは、いかにして可能なのか、どのように成立しうするのか」(三井 2007: iii)と問うた。そして、社会学的な観点から分析を行うとしているが、それは「社会制度や社会規範が現場に与える影響を捉える」ことだけでなく、「誰かが支えようとする営みを、人と人とかかわる相互行為として捉え返し、そこで何がなされ試みられているのかを明らかにすることも含」(三井 2007: iv)むという。本稿では、まず上田さんが問題経験とどのように付き合っているのかについて、どういった問題経験をどのような問題と認識しているのかを医療化を手掛かりに分析する。また、上田さんは専門職でも家族でもなく「同じ」「うつ病」の「仲間」(peer)として、医療や福祉制度の枠外の領域で、「仲間」と関わり支えることをしている。それはいかなる実践で、いかにして可能なのかを、明らかにしていく。

上田さんの語りを具体的に見ていく前に、医療化論など、医療社会学や医療人類学において何が言われてきたのかを概観したうえで、セル

フヘルプを含むピアサポートについて何が論じられているのかを見ていく。

1 先行研究

(1) 医療化論と病いの語り研究

上田さんが「うつ病」と診断されることは、上田さんが生きる現代の日本社会がどういった社会であるのかと、切り離すことはできない。なぜなら、「われわれがなにを症状とみなすかということは文化的な事柄」(Kleinman 1988=2012: 15)だからだ。P・コンラッドは「個人の自己—医療化」という事態を顕著に示す例として抗うつ剤の使用の拡大を挙げている(Conrad 2006: 16)。一般的に「医療化」(medicalization)とは、「非医療的問題が通常は病気あるいは障害という観点から医療問題として定義され処理されるようになる過程」(Conrad & Schneider 1992=2003: 1)を指す。進藤雄三は、医療化論をどのように定義をしようと、この用語に刻印された批判的含意が消え去ることはないとして述べている(進藤 2006: 29)。

こうした医療に対する批判的なトーンは、野島那津子によれば「病いの語り」研究と呼ばれる一連の慢性疾患に関する研究にも共有されている(野島 2021)。たとえば、A・クラインマンは、生物医学に基づく医療者側の客観的説明である「疾患」(disease)と患者側の主観的経験である「病い」(illness)を区別し、「生きられた経験」である「病い」の語りに関心を向けることを重視した(Kleinman 1988=1996)。さらに、A・フランクは、近代では、医学的な語りが他のすべての物語に対して優位に立つとし、医学的なケアを受ける義務を「語りの譲り渡し」(narrative surrender)と表現した(Frank 1995=2002: 23)。しかしながら、脱近代になると、自分自身の苦しみがその個人的な個性の中に認識されることを望み、「語りの再請求」がなされる

と述べている(Frank 1995=2002: 29)。

こうした「病いの語り」研究について、エスノメソドロジストである河村祐樹は、研究者が専門家／素人、専門知／経験知という区分を行い、前者が後者に対して優位であることに批判的な観点を取っていると指摘し、それに先立つ人々の区分を見ていくことを主張した(河村 2022)。「専門家／患者」、「説明／経験」などの二分法は、前者と後者の関係性をどのように捉えるのかに違いはあれど、次に見ていくピアサポートの特徴が語られる際にも通奏低音となっている。

(2) セルフヘルプグループとピアサポート論

自助グループ(セルフヘルプグループ)は様々な定義されるが、伊藤智樹によると最大公約数的な定義は「従来型の専門的治療や援助の外側にできた、何らかの問題や目標を抱える当事者グループ」(伊藤 2000: 89)である。さらに、伊藤はピアサポートを「同じ苦しみを持つと感じる人々同士が互いに支え合う相互行為」(伊藤 2013: 2)と定義し、セルフヘルプグループよりも射程が広いものとした。相川章子はセルフヘルプグループの援助特性の一つに、ボークマンが主張した「経験的知識」(experiential knowledge)⁽²⁾を挙げている(相川 2013)。「経験的知識」は、「セルフヘルプグループの援助力の源はメンバーの経験にもとづく知識・技術にあり、専門職の知識・技術(professional knowledge)に比べて、より实际的・実用的(pragmatic)でより包括的(holistic)な特徴を持つ」(Borkman 1976)という⁽³⁾。ここでの専門職の位置づけとしては、当事者主体の活動を運営していくにあたり、専門職の支援や見守りが必要と主張されている(大江・長谷川2012; 早野 2017)。

2000年以降の日本の精神保健福祉領域では、

相川章子によれば「セルフヘルプ」に包括されていた活動が「ピアサポート」という言葉に置き換わり、さまざまなピアサポート活動が広がりを見せている(相川2022:8)。早川紗耶香は専門職から見たセルフヘルプとピアサポート言説の変遷を辿り、ピアサポートが行政の事業に取り入れられ、仕事へと移行していく中で、当事者の「経験」が強調されるようになったと述べている(早川 2023)。

例えば、2020年に開催された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」でもピアサポートは議題となり、その資料では「経験に基づいた」「当事者性を活かした傾聴・共感・受容」が強調されている(厚生労働省 2020)。

見てきたように、ピアサポートの文脈においては、「専門家の専門知／当事者の経験知」という認識枠組みのもと、当事者の「経験」を活かした「仲間」との関わりが重視されている。なお、ここで想定されている当事者の症状の重さに言及は無いものの、入院経験のある、比較的症状の重い当事者が想定されているといえるだろう。

2 調査の概要

上田さんとは、うつ病の自助グループのHPに記載されていた連絡先から、コンタクトを取った。「生きづらさ」を手掛かりに、一人ひとりの苦痛や困難とそれとの関わりかたを明らかにしたいと思っていること、さらには自助グループでの語る・聞くことについて、話を聞かせて欲しいと伝えた。インタビューの方法は非構造化面接を採用した。インタビューの前に、インタビューはいつでも中止することができること、研究目的以外で得られたデータを使用しないことなどを口頭および誓約書にて確認した。インタビューは、喫茶店で行った。所要

時間は3時間程度である。承諾を得て、インタビューはすべて録音した。録音したものは文字テキストに変換し、トランスクリプトを作成した。作成後、トランスクリプトを上田さんに送り、公表を控えてほしい箇所などのチェックをお願いし、研究に使用する許可を得ている。本稿についても確認していただき、掲載の了承を得ている。拮抗括弧内は筆者による補足、〔……〕は省略を意味する。本稿は修士論文とは異なり、字数の関係から「はい」「なるほど」「そうですか」などはカットした。

本稿では上田さんの語りをライフストーリーの観点から見ていく。桜井厚によれば、ライフストーリー研究とは「調査する一人ひとりがインタビューをとおしてライフストーリーの構築に参加し、それによって語り手や社会現象を理解・解釈する共同作業に従事すること」である(桜井2005:7)。上田さんの語りを筆者との相互行為として見ていき、上田さんの実践の複層性についても記述することを目指す。次に、上田さんの語りをもとにバイオグラフィーを示す。

3 上田さんのバイオグラフィー

幼稚園では一人遊びが好きだった。小学校、中学校、高校も全部人見知りで、学校に行くとき黙っている、家の外では“物静かな子”だった。大学は実家から通うには遠かったので、一人暮らしを始めた。高校2年生頃から大学生にかけて、だんだんだんだんそれなりに人付き合いができるようになってきた。

高校生の暑い夏の日、帰りのバスである出来事が起こった。車内では、養護学校に通うおそらく自閉症の男子高校生が、暑いので苛々している様子でわめいていた。空いた席に男子高校生が座ったところ、前後に座っていた乗客が席を立てしまった。当時は多感で、その人

たちの反応に嫌悪感を抱き、その人たちと一緒にになるのが嫌で、どう関われば良いのかわからなかったが、とりあえず男子高校生の前の席に座った。結果、ガンと後頭部に彼から頭突きを受けたが、乗り掛かった舟で最後まで座り続けた。

この一件がきっかけで、大学のサークルでは障害者関係のことをやろうと考えるようになった。大学のサークルは週1で知的障害者の入所施設に遊びに行くサークルと、月1で知的障害児を集めて子ども会を開くサークルの2つを掛け持ちしていた。どちらもうまく知的障害児・者と関われる感じではなかったが、準備して企画するサークルの方が好きだった。自分が担当になると、色々「あれやりたい」「これやりたい」という思いはあるものの、なかなか準備に手がつかなかった。先輩からは「おまえちゃんと準備しろよ」と言われ、4年生になるまでずっと“うだつの上がない子”だった。

就職活動もあまりやっていた。適当に決めた就職先の入社前研修がきつく、内定を辞退した。大学4年生の時から身体障害者の介護のアルバイトをしていたので、アルバイト先と似たような所があるかを調べ、現在のNPO法人の身体障害者団体に就職した。

今でも変わり者と言われるが、昔はだいぶ変わり者だった。職場で独り言が多く、苛々するとわめいていた。机は今でも散らかり放題だが、以前は泊まり込んで仕事をしていた。

就職して5年経過した際に新たな仕事に着手することになり、報告書を書かなければならなくなったが、現場へ見学に行っても興味が湧かなかった。書くのがおっくうで、手にはつかないが、帰るに帰れず抑うつ気分と無能感と希死念慮でうつ病になった。3か月休職し、復職した。その間に認知療法も受けたが効果は無かった。その後、うつ病の自助グループを開催する

ようになった。来年で就職して10年経つが、だんだんだんだんまともになってきた。これまでを振り返ると、極端におとなしい子が、極端に変になって、ようやくまともになってきた。

糖尿病については、去年の秋に判明し、最初は結構不安だったが、若いからか薬のおかげか、薬を服用すると数値がどんどん下がっていくので不安はそれほど無い。

4 上田さんの問題経験とその認識に基づくポジショナリティ

(1)「手がつか」ず「うつ病」になる・「手がつか」な かった自己を語る語彙の「ADHD」

上田さんは「うつ病」になった経緯を、泊まり込んで仕事をするスタイルのまま、新たな仕事に着手したが、その仕事に興味を湧かす、「手にはつかないんだけど、〔職場から〕帰るに帰れ」ず、「抑うつ気分と無能感と希死念慮で、うつ病になりました」と端的に語った。こうした語りから明らかなように、上田さんの語りは精神医学的な「うつ病」の症状の説明と親和性が高い。

筆者は「生きづらい」や「しんどい」など、問題経験として、どういった感覚があるか尋ねた。すると、上田さんはそうした感覚は無いが、「おっくう」は「常にあるかもしれません」と答えた。「解決されないテーマが、やらなきゃいけないってわかってるのに、できない、おっくうで。やる気が湧かなくて、できないっていうときに、鬱々とする」という。筆者は“よくわからない”苦痛や困難に焦点を当てようとしていたため、「よくわからないけどつらい」と感じることはあるか質問した。すると、上田さんからは「やらなきゃいけないんだけど、手がつかないテーマがあるときに鬱々とするので、原因がはっきりしてるんですよ」と返答が返ってきた。上田さんは「鬱々とする」原因が

はっきりしており、「よくわからない」ことはないと伝えている⁽⁴⁾。

このやり取りから、筆者は上田さんの「おっくう」で「手がつか」ず「鬱々とする」という問題経験は輪郭のはっきりした経験なのだと解釈していたが、「手がつかない」問題経験をめぐり、上田さんは「自己を語る語彙」として、「うつ病」以外に、「変わり者」だけでなく「ADHD」や「アスペルガー」(アスペルガー症候群)などの精神疾患のカテゴリーを用いていた⁽⁵⁾。

上田さんは、知的障害児の子ども会を開催するのは「好き」で、「あれやりたいこれやりたい」という思いはあるが、「準備が手につか」なかつたと言った際に、自身が「ADHD」である可能性に言及していた⁽⁶⁾。以下は、「課題がこなせるようになった」上田さんが、そうした変化を根拠に、「アスペルガー」よりかは「ADHD」かもしれないと語り出す場面である。

上田：私アスペルガーっぽいとか、ADHDっぽいとかって言われるんですけども、あれアスペルガーって症状改善しないですよ？

筆者：はい、でももちろん環境で変わるってことはあると思うんですけど。

上田：でも基本的には変わらないですよ。ADHDはあの大人になってちょっと軽快、改善したりしますよね。なので、あのまー、ひよっとしたらそうかもしれませんね。ただ、主治医に1回聞いたことがあるんですよ。「アスペルガーとかADHDの本読んでいくと、自分に当てはまりそうな気がするんですけど」って言ったことがあるんですけど、「それはそういう風に無意識に自分に当てはまるころばっかり拾い読みしているか

らだよ」って。

筆者：は一そうなのかな、そうなんですかね？

上田：〔……〕掛け値なしでその先生の言葉を鵜呑みにはできないんですけど、ただ可能性としてはただ単にそう思い過ごしているだけかもしれない。〔……〕血液型占い？がよく当たっているような気がするのと同じだけかもしれない。

筆者：でも、他の方に診てもらってというつもりはないんです……ね？

上田：今困ってないですからね。専門家のお医者さんにかかってみるっていうのもあるかもしれないんですけど……うん。あんまり困ってないので。医学的にそうなのかもしれないけれど、社会的に困っていないので。

この場面では様々なことが上田さんによって語られている。まず、医師の診断に先立って上田さんが周囲の人々に「アスペルガー」や「ADHD」である可能性を指摘されているということだ。なお、上田さんは筆者と初対面のこともあり、自らが周囲の人々にどのような人物であると判断されているのかを伝えることで、自らについて説明しているとも言えるだろう。上田さんは「ADHD」は「軽快する」可能性があるという知識から、「アスペルガー」ではなく「ADHD」かもしれないと推測している。だが、上田さんは主治医に「ADHD」かどうかの判断を「当てはまりそうな気がする」という形で間接的に仰いだところ、主治医は「当てはまるころばっかり拾い読みしているからだ」と「思い過ごし」と判断したという⁽⁷⁾。「そうなんですかね？」と述べた筆者に対し、上田さんは主治医の言葉を「鵜呑みにはできない」

と述べながらも、非科学的な血液型占いが当たった気になることになぞらえ、「思い過ごし」の可能性に言及している。

続いて、筆者が別の医師に診てもらおう意向を尋ねると、上田さんは「医学的にはそうなのかもしれない」が「社会的に困っていない」と語り、そのつもりはないことを表明している。つまり、上田さんにとって診てもらうことは、何がしかの支援に繋がることと捉えられている。榊原克哉は「発達障害」の診断について、「本人の特性、志向や行動の傾向性を示し言語化するに留まり、本人の内側から何かしらの改善や変化を引き出すというよりは、環境調整などによりうまく折り合いをつけていくものとして捉えやすい」(榊原 2022: 266)と述べている。上田さんにも共通した理解があり、社会的に困っておらず、環境調整などの支援を得たいとは思っていないため、医療にかかるつもりはないと述べている。このことは、次に見ていく上田さんが自身の問題経験を「社会的な問題」と認識しているかどうかとも関連している。

(2)「社会的な問題」かどうかの認識を通して 呈示される自己のポジショナリティ

次に、上田さんが自らの「うつ病」をめぐる問題経験を、どのような問題とみなしているのかを見ていく。以下は、筆者が「生きづらさ」の原因を社会に求める作家であり活動家の雨宮処凛を例に挙げ、質問をした場面である。

筆者：なんかえっ雨宮処凛さんとか、生きづらいのは社会のせいだみたいな感じで

上田：社会のせいだ

筆者：そういう感覚は無いですか。自分のつらさの、もとを辿っていくと、社会につながるみたいな感覚はないで

すか？

上田：ないですね。さっきの障害者の話。バスの障害の話は、あれは非常に社会的な話だと思うんですよ。その人の障害が一定だったとしても、社会の在り方が違えば、対応の在り方も違うと思うんですよ。自分はそのバスの話は極めて社会の話だと思うんです。ただ自分の場合は、単に抱え込んで人に渡せなくて、仕事手伝わってもらえたりとかできなくて、抱え込むんだけど、でもこつこつやるわけではなく、ただ何もできないで時間が過ぎてしまって鬱々してくるっていう、そういう自分の……性格じゃないな。気質とか障害かもしれないですね。

筆者：そこで、抱え込むようにさせている状況が悪いみたいな風にする人がいた場合、ピンと来たりしますか？

上田：いや、わかります、わかります。自分障害者団体の人間なので言ってることは非常によくわかるんです。このお店に車いすの人が入れないのは、その人が階段登れないからじゃなくてエレベーターがないからですよ。それは医学的に捉えるのではなく、社会的に捉える、っていうのはわかります、理屈としては非常によくわかります。自分もそういう仕事しているので、わかるんですけども、自分のこの性格の問題、気質の問題については、たしかにですよ、社会的に解決する方法はあるかもしれないです。

上田さんは仕事を「抱え込んで」「鬱々とし

てくる」ことを、自身の「性格」「気質」「障害」の「問題」として捉えている。それとは対比的に、バスでの「障害者の話」は「社会的な話」と位置付けている。さらに、筆者がしつこく上田さんの文脈で「状況が悪い」と考える可能性について言及すると、上田さんは自身を「障害者団体の人間」であり、「社会的に捉える」ことは「わかる」と述べている。後に「医学的に捉えるのではなく社会的に捉える」という話を、上田さんは「医学モデルじゃなくて社会モデル」とリフレインしていた。上田さんの中で、医学的な言説だけでなく、社会学的な言説も知識として蓄えられ、問題認識の手法として用いられうるものとなっている。

この引用に続けて、上田さんは、「インサイダー／アウトサイダー」という軸を持ち出し、「たとえば女性とか障害者とか外国人とか」「アウトサイダーの人たちを排除しているっていうのは、それを変えていかなきゃいけないし「実際少しずつ変わっていったらと思います」と言い、以下のように続けた。

上田：が、こと自分の話になると、まあ別に私NPO職員なので、その時点でインサイダーじゃないと思うんですけど

筆者：そうです……？

上田：一部上場企業じゃないっていう意味でですね。インサイダー、アウトサイダーっていえば多分アウトサイダーの側ですけども、じゃあやっぱり働くために転職しようとかって気もないんですけど、ただその自分の気質とか個性とか性格の問題について、それが理由で、社会に排除されているっていう感覚があまりない。そこは直す、直す範囲の、直

す範疇の話だと

上田さんは自身がNPO職員であることを「アウトサイダーの側」に位置付けながらも、自身の「個性とか性格の問題について、それが理由で、社会に排除されているっていう感覚があまりない」と、アウトサイダー・被排除／インサイダー・非排除という軸から、自身を後者とし、「直す範疇の話だ」と捉えている様子が窺える。

さらに、上田さんは「一人前としてやるべきだろう」と自身に対する考えを表明したものの、自分自身の「うつ病」は「慢性化して」いるが、「症状的には軽い」ので、他の「うつ病」の人に対し、「病気になったのはあなたのせいだとは思わない」と言った。

続けて上田さん自身は「実際三ヶ月休職して、その間傷病手当金をもらってお世話になっ」たが、「自分の症状の重さからすると」、「非常に適切な対応をしてもらった」と言い、「重い人」について「もうちょっと自分より重篤なうつ病患者の人がもっと生きやすい社会の在り方があると思うんですね」と語った。

上田さんは「同じ」「うつ病」であったとしても、自分の方が相手よりも症状が「軽い」と自身を症状の度合いを序列化し、「重い人」に対する社会的な支援があった方が良くと考えている。このように上田さんは慎重に自身の位置付けを行っている。自身の「抱え込んで」「鬱々としてくる」「性格の問題」は「直す範疇の話」であり、自身の社会的な立ち位置からすれば「一人前としてやるべきこと」という認識のもと、仕事に取り組んでいる様子が窺える。

ここで、上田さんの認識について、自己への社会モデルの適用の欠如と解釈することは可能だろう。けれども、上田さんは「未だ配慮されていない人びと」の存在を、身体障害者団体の職員として、そしてうつ病の自助グループの主

催者として認識しており、自身についてはある程度「既に配慮されている人びと」(石川 2004)と認識しているのではないだろうか。上田さんの問題経験を「社会問題の個人化」と解釈することは、上田さんのポジショナリティのリアリティから遠ざかってしまうと考えられる。

(3)「だんだん」「一人前になってきた」ストーリー

インタビューの中で、上田さんはこれまでを「極端に大人しい子が、極端に変になって、でまあようやくまともになってきた」と表現していた。そして、第1期、第2期、第3期とこれまでの歩みを3つに区切っている。第2期になると人付き合いがだんだんだんだんできるようになってきたという。区分けについて尋ねると、上田さんは「第2期が高校の2年ぐらいから就職して2、3年くらいまで、で第3期がそれ以降」と語った。筆者は第2期と3期を分ける転機を「うつ病」になったことだと思い込んでいたため、境界について質問したが、上田さんからは「どうだろう」と返ってきた。上田さんは、第3期では「割と嫌なことは嫌だ、嫌な仕事があると“えーやだー”とかって普通に言える」が、「前は“あーやだー”ってなった時に“やらなきゃ”と言いつつやれなかった」と語り、次のように続けた。

筆者：[……] 気が楽になった？

上田：わかんないです、わかんないです。なんででしょうね。よくあの職場の人には〔上田〕くん変わったねって言われるんですよ。ただイマイチ自分がどう変わったのかわからないんですけど。どういう意味で変わったんだろう。あのただ手につかないでうじうじ悩んでいるけれども、手がつかなくて、ぐるぐるぐるぐるうじ

うじしているところだけから、変わった……のかな。それが病気が原因なのかはわかりません。病気で診断名がついたのがきっかけなのかはわかりません。

上田さんは他者からの指摘として変化を語ってはいるものの、「うつ病」もしくは「診断名がついた」ことが原因、きっかけであるのかは慎重にペンディングされている。上田さんの語りはだんだん「一人前」になってきた物語であり、変化しているが、転機となる出来事や変化の原因を探る筆者に対し、上田さんは慎重に原因は「わからない」と述べている。

筆者：言えるようになる……えっなんかこう職場の方たちってこう、うつ病になってからこう、サポートして下さったりするんですか？

上田：そうですね。してくれますね。してくれますけど。なんでですかね。今の方が溜め込まない。仕事を。なんだかんだでちゃんと期日までに余裕を持って仕事をあげられる。

筆者：じゃ自分の力ですよ

上田：前はやんなきゃやんなきゃっていう責任感は強かったけれども、実際手がつかなくなって、あの直前になって、8月31日のカツオ君みたいな状態で、やっつけてた。

筆者：すごい、ギリギリですね

上田：ギリギリですね。今はあの、嫌だったら嫌だって言うし、言えるようになったのと同時に、それなりにちゃんとあの……スケジュール通り仕事……課題をこなせるようになった。

「共感できない」けれど「うつ病」の「仲間」と関わり支える

職場での周囲の人びとによるサポートの有無について、上田さんは「してくれます」と答えながらも、「けど」と、それだけではないことを伝えている。「今」は、嫌ならば「嫌だ」と言えるようになり、仕事を「溜め込まない」で「スケジュール通りに」「課題をこなせるようになった」と、自身ができるようになってきた変化に焦点を当てて語っている。つまり、上田さんの語りはプロセスの語りであって原因の語りではない。上田さんにとって、「うつ病」の治療を継続することは、自身が一人前として頑張っていくことを可能にはしたが、それを一人前になった要因として捉えることは慎重にペンディングされている。

上田さんの問題経験とその認識という観点から上田さんの語りを見てきたが、上田さんは「うつ病」については医学的な問題と捉え、対処として治療を継続しているが、「ADHD」に関しては医学的にそうかもしれないが社会的に困っていないため、診断を受けるつもりはないという。更に、手がつかなくなったところから課題をこなせるようになったことを、「うつ病」になったこと、診断名を得たことが原因かについてはペンディングしており、問題認識としても対処としても医療を全面的に肯定してもいなければ、否定もしていない様子が窺える。

5 「仲間」と関わり支える実践

(1) 症状の軽さと「性格の問題」から「共感できない」けれど関わる

次に、上田さんが「仲間」と関わり支える実践はいかなる営みで、いかにして可能なかを明らかにしていく。上田さんは、「うつ病」の自助グループを主催し、「同じ」「うつ病」の「仲間」と関わり支えることをしているほか、「同じ」「うつ病」である職場の後輩の相談に乗るという。自助グループに関して、上田さんは主

治医から「科学的な基準からすると」「意味ないから」と「否定された」という。しかしながら、上田さんが自助グループを主催していくうえで、のウィークポイントとして語ったことは、主治医からの否定ではなく、「共感できない」ことであった。以下では、「共感できない」ことが上田さんによってどのように語られているのかを確認したうえで、上田さんがどのように「仲間」と関わり支えることを実現しているのかを見ていく。

以下は上田さんが、自助グループの主催者としては「症状が軽すぎ」と他の主催者から言われるという場面である。

上田：よくあの自助グループしている人から〔上田さん〕は症状が軽すぎて、症状が軽すぎて、自助グループを開くにはちょっと症状が軽すぎて言われます。

筆者：そうなんですか

上田：あの、重い人の話を受け止めてあげられないんですよ。重い人の体験、症状が重い人の抑うつ気分を聞いても、それはそうですね、お薬飲んで休養しましょうねぐらいしかわからないんです。共感力がないんです。たとえばピアカウンセリング。身体障害者や精神とか知的とかの障害者で、理想を言えばですね、カウンセラーの場合は受ける側よりも重度の方がいい、障害が重い人の方がいい。軽い人だと、その人の話、思いとかを受け止めきれない。

筆者：あーそうなんですーね、あっ、かー？

上田：あの一手で車椅子漕げる人が、首から下動かない人の、自分でご飯食べられる人が両手使えて、首しか動かな

いから食事介護してもらう人の思いを受け止めきれかなって。そういう意味ではピアカウンセリングなので、水平的な関係ってことを重視しているのですが、どちらかといえば重い経験をした人、重ければ重いほど、社会からあの、色々社会からあの、疎外されたりとかっていう度合いが深い人じゃないと、クライアントって言い方でいいのかな、話を受け止められない。

筆者：なるほど。でもどっちつかずのつらさとかも

上田：それはそれで別にありますよね。

筆者：ですよね。難しいですね。

上田：はい。そういう意味でちょっと〔上田〕さん軽いよね、軽すぎるよねって。

筆者：でもだからこそわかるってこともありますか？

上田：あんまりないです

筆者：ないですか

上田：はい。知識はいろいろあります。が、あんまり共感してあげられません。

上田さんからは、症状が重い人の話は症状が軽いと受け止めきれないと語られている。なぜなら、重い経験をした人は社会から疎外される度合いが強い人であり、疎外の度合いが強くなければ話を受け止めきれないとピアカウンセリングを例に出して述べている。

そして、筆者から出された「どっちつかずのつらさ」についてはその存在を肯定するも、「別」の問題と述べている。さらに筆者が、症状が軽いという経験をしている「からこそわかる」ことはないか確認すると、「あんまりないです」と応じている。ここから、上田さんは経験を媒介に「仲間」と関わることは難しく、「知識は色々

あります」と語ったように知識を媒体としていると考えられる。

続けて、執拗に筆者が「じゃあ基本的に軽い場合でも共感するとは限らないってことですか？」と尋ねると、上田さんは以下のように答えた。

そう。私自身症状が軽いのと、私自身の性格で、あんまりその、情緒が豊かではないので、あんまりこう、ドライ、ドライなんですね。ドライなのと、症状が軽いのと両方であんまり共感してあげられない。

上田さんは症状が軽く、重い経験をした人に「共感できない」だけでなく、「同じ」症状が軽い人にも自身の性格が「情緒が豊かではない」ので共感できないという⁽⁸⁾。しかしながら上田さんは、「共感できない」から他者と関わることをやめてしまうわけではない。では、上田さんはどのようにして「後輩」の相談に乗っているのだろうか。「共感できない」ことは、ネガティブな要素として語られていたが、以下の場面ではポジティブな効果をもたらしていると語られている。

筆者：話を聞くのは大変ではないのですか？

上田：大丈夫です。右から左なので大丈夫です。全然共感できないので、右から左に抜けてくので、うんうんうんうんとしか、だから多分続けられるんだと思います。いちいち共感してたら(笑)

筆者：“ぎよはー”ってなっちゃいますよね

上田：なっちゃいます。いろんな人のいろんな思いを一心に集めちゃうので

上田さんは「共感できない」ことを「右から左に抜けてく」と語り、だからこそ話を聞くことが可能になる肯定的要素として語られている。上田さんが「うんうんうんうん」と聞いていくと、以下のように「後輩」は自分自身で「整理をつけ」という。

上田：まそうでしょうね。その子の場合は、こっちが適当にうんうんうんうんって聞いていれば、自分でなんとなく自分で話をしていると、自分で勝手に整理をつけてくれるんで

筆者：なるほどそうなんですか

上田：まあ2・3時間かかりますけど。うんうんうんうんって聞いてれば、あのだんだん。

上田さんはこうした聴くスタンスを「聞き流す(笑)」と表現し、次のように語った。

筆者：聴いてあげることって、その方にとってどんな意味になっていると思いますか？

上田：えっ聴いてあげることはその人にとって……吐き出す場が与えられる？

筆者：吐き出す場？あんなるほど。あっそっか。

上田：何か多分私に、聴いてもらったところで、ちゃんとしたアドバイスなんて出てきやしないんですよ、多分。

筆者：そうなんで、すか？

上田：はい。……そう、バスの中で騒いでいる自閉症の男の子の前にとりあえず前に座ることしかできなかったように、とりあえずほっとけないから話は聞いているけれども、それ以上

なんかできるわけではないです。

別の場面で上田さんは問題経験として「おっくう」であることを語ったが、筆者の「人と関わるのがおっくうか」という質問に対し「ってことはない」と応じていた。上田さんは「人と関わる」こと自体は欲しており、「ほっとけない」気持ちと、「めんどくさい」から関わらないという選択肢を取るのが「嫌」である上田さんだからこそ、うまいかどうかは別として何かしら関わっていくのではないかと。

(2) 苦しみを「置いてきてやるのが楽しい」

そもそも、上田さんにとって自助グループを主催することにはどのような意味があるのかを見ていく。上田さんは自身を「病前性格がうつになりやすいタイプではない」と言い、次のように自身と参加者について対比的に語った。

ただ来てらっしゃる方々はたぶん普段あんまり自分の病気のこととかを、人に話をする機会ってあんまりないじゃないですか。なまじ家族とかだったら、あの一直接利害関係があるので、なかなか言えなかったりとか、職場の上司とかって査定に響くし、人間関係がとか。なので匿名なところで、話をするのはほかの皆様にとっては貴重な空間なんだと思います。でえっと、ただ私にとってはあんまり、別にあの、けっこう開けっぴろげに話をしてしまうタイプなので……うん……あんまりそうですね……

上田さんは「開けっぴろげに話をしてしまうタイプ」であり、自助グループで「自分の病気のこと」などを話すことに積極的な意義を見出していない様子が窺える。

さらに自助グループを続けて、上田さんは、

参加者が話す「普段言えない思い」には「あんまり興味が無い」ことに気づいたという。上田さんは「会を開くのが好き」でやっているの、苦しみを持ち寄り、「みんな苦しいよね、私も苦しいし、あんたも苦しいよね」という意味での自助グループっていうのはだいたいぶかけ離れちゃっている」と言った。以下は苦しみを置いてくると語った上田さんに対し、筆者の解釈を上田さんにフィードバックしている場面である。

筆者：〔苦しみを〕置いてくることによって成り立ってるんですね。

上田：置いてきてやるのが楽しい。

筆者：なるほどー。それをじゃあえっと2ちゃんのオフ会〔Webサイト「2ちゃんねる」で知り合った人たちが実際に顔をあわせる会〕でも置いていくんですか？

上田：いや雑談のネタがないので持って行きますけど、でも雑談のネタですよ、話のネタでしかない。持って行くだけで、どちらかというと、それを抜きにして、じゃここの喫茶店を手配してとか、日程を調整してとかそういうのが好きなので。

筆者には自助グループでは苦しみを抱えた人が同じく苦しみを抱えた人の話を聞くのだろうという思い込みがあった。しかしながら上田さんにとって苦しみはあくまでも「ネタ」であり、それを「抜き」に臨んでおり、そうすることが「楽しい」と語られていた。

(3)「うつ病」をめぐる言説を知識としてストックする振る舞い

最後に、「仲間」と関わり支える実践を可能

にすることとして、上田さんの「うつ病」をめぐる言説に対する姿勢に焦点を当てたい。これまで見てきたように、上田さんの語りからは精神医学的な説明に対する抵抗は見受けられない。では、上田さんは「うつ病」をめぐる言説をどのように捉えているのだろうか。以下は、筆者が「うつ病は心の風邪」と呼ばれることに関して、どのように考えているのかを質問した場面である。

上田：心の風邪ということであつ病という病気の認識を広めたっていう功績の側面と、ちょっと軽くみられすぎているっていう側面と、それは2つあると思います。

筆者：なるほど

上田：と一般的には言われています。でも別に私はあんまり深刻に考えないタイプなので、別にどっちでもいいんじゃないって思います。

筆者は上田さんが「と一般的には言われています」と言われるまで、上田さんがそのように考えているのだと思っていた。しかしながら、上田さんとしては「別にどっちでもいいんじゃない」と思うという。上田さんは「うつ病」をめぐる言説に引っ張られずに、一歩引いてみているように見受けられる。さらに、筆者が「脳の話」という説明がしっくりくるかと尋ねたところ、上田さんは以下のように語った。

〔主治医に渡された製薬会社が作ったうつ病の〕パンフレットにはモノアミン仮説、脳内の神経物質がちゃんと出ていません、みたいな説明があって、まあそうか。別にそれで納得もしなかったし、そんなんじゃないということもなかったし、ああそうな

んだね。うん。また新しい知識が増えたという程度。私の苦しさはこんなじゃないってことも別にないです。かといって、それによってそうだったんだってということも別になく。あーあーそうなの。なるほど知識が一つ増えた増えた。

上田さんはインタビューの場においても、「うつ病」に関する書籍を複数持参しており、「うつ病」を中心とした精神医学的な知識を蓄えていることが窺えた。上田さんは自身の問題経験を、「うつ病」をめぐる言説に当てはめて納得もしなければ、否定もせず、「うつ病」の知識をストックしている。ここからは医療に巻き込まれてはいるものの、医療に取り込まれているわけでもない様子が窺える。すなわち、自身の問題経験とうつ病をめぐる言説とに距離が保たれている。

その意味で、「うつ病」の「仲間」同士の関わりにおいて、上田さんという主催者の淡々とした客観的な説明は、その知識の内容を伝達するだけではなく、「仲間」にうつ病をめぐる言説と問題経験との距離の空きようをも伝えているのではないだろうか。さらに、精神医学的な知識がクリニックなどで専門家から治療関係のもとに伝達されるのではなく、「仲間」から伝達されることで冷静に知識を得る機会にもなりうるだろう。

自身の問題経験を医学的な言説に当てはめて納得もしなければ拒絶もせず、冷めた目線で距離を置きながら「知識」としてストックし、「仲間」と「知識」を媒介に関わることは、既存の「専門家の専門知／当事者の経験知」の二分法の枠組みに収まらない実践であると言えるだろう。

おわりに

本稿では上田さんの問題経験とその認識およ

び「仲間」に関わり支える実践を分析してきた。まず、上田さんの問題経験とその認識についてである。上田さんが「うつ病」をめぐる語った問題経験は「おっくう」で「手がつかず」「鬱々とする」ことであったが、「手がつかない」かった自己を語る語彙として「ADHD」などの疾患カテゴリーが登場していた。そして「ADHD」は「思い過ごし」の可能性もあるが、社会的に困っていないため、診てもらわないという。上田さんには、「ADHD」を主訴として診てもらうことは、社会的な支援を得ることと地続きであることと認識されていた。そして、上田さんは医学モデルと同様に社会モデルも知識として持ち合わせているが、「おっくう」で「手がつかず」「鬱々とする」のは、「性格の問題」であり、それを理由に「排除されている感覚があまり無い」ことから「直す範疇の話」とされていた。実際に上田さんは「手がつかない」かったところから、だんだん「こなせるようになった」。ただし、それはプロセスとして語られたことであり、「うつ病」になったこと、診断名を得たことが転機となったのかは慎重にペンディングされ、自己の効用として語られていた。

上田さんの「仲間」と関わり支える技法としては、そもそも症状の軽さと「性格」により「共感できない」ことから、従来の「経験」を活かしたピアサポートの在りかたに当てはまらなかった。とはいえだからといって、上田さんは関わることをやめずに、「右から左」に「聞き流す」ことで、相手にアドバイスをするのではなく、相手が自分で解決していく「吐き出す場」を与えている。さらに自助グループに関しては、参加者にとって「苦しみ」を語るができる貴重な場であるが、上田さんは「開けっぴろげに話をしてしまうタイプ」であるため、「苦しみ」を「置いてきてやるのが楽しい」と語っていた。

「うつ病」の「仲間」同士の関わりにおいて、

上田さんにとって医学をはじめとする知識を「仲間」に説明することで、その知識の内容伝達だけではなく、上田さんという主催者の淡々とした客観的な説明は、「仲間」にうつ病をめぐる言説と問題経験との距離の空きようをも伝えているのではないかと推察された。ただし、実際の参加者の受け止めがどのようなものであるのかについては本稿の調査からは明らかにすることはできなかった。

また、上田さんの語りをライフストーリーの観点からみると、上田さんは複層的な語りをしてくれたと言えるだろう。「うつ病」の自助グループの主催を可能にしているのは、サークルの知的障害児の子ども会の開催経験や、「身体障害者団体」の職員として参照する社会モデルやピアカウンセリングなどの知識も影響していると推察される。そして、準備ができるのは、「身体障害者団体」で仕事を頑張りだんだん一人前になってきた第3期の文脈が流れていた。

上田さんは医療化を否定するわけでも、肯定するわけでもなく、巻き込まれながらも、取り込まれることなく、医療とその言説に対して距離を持っていると言えるだろう。専門的な知識へのアクセスがし易くなった今日において、必ずしも経験や共感を媒介としない、様々な当事者の「仲間」と関わり支える実践の在りように目を向けていくことが求められているのではないだろうか。

【注】

- (1) 草柳千早は「『何かおかしい』、不満、不快、疑問、怒り、憤り、悩み、違和感、苛立ち、疲労感、不調、生きづらさ」(草柳 2004 : 37)などを「問題経験」と呼び、「さまざまに名づけられ、原因帰属がなされる」(草柳 2004 : 36)とした。
- (2) 「Experimental Knowledge」については「体験的知識」と訳されることも多い(伊藤 2000)。
- (3) ポークマンの翻訳が無いため、ここでは相川の和訳を引用している(相川 2013 : 9)。

- (4) 「問題経験」の定義からすれば、日々無数の問題経験をしているといえるだろう。そうした中で、上田さんが「手につかない」問題経験を中心に語ってくれたのは、筆者が「うつ病」の自助グループの主催者である上田さんにコンタクトを取っており、インタビュー調査に協力をお願いしていることが影響を与えている。なお、バスでの出来事もまた、「嫌悪感」を抱いたという意味で問題経験であり、周りと一緒にいるのが嫌だった上田さんは空いた前の席に座ることをしている。
- (5) 「アスペルガー症候群」は「DSM-5」では、「自閉スペクトラム症」に分類され、社会性の障害、コミュニケーションの障害、こだわり、感覚の過敏さなどの特徴があるとされている(司馬 2020)。
- (6) 上田さんは、あれやりたいこれやりたいと考えるものの、準備に手がつかないことをもって、はじめ「のびたくん」と述べたが、「ADHD」(注意欠陥・多動性障害)の「のび太型」か「ジャイアン型」で言えば後者だろうと述べていた。これは司馬理英子が「ADHD」を日本で普及するにあたり、日本のアニメ『ドラえもん』のキャラクターを用いて説明したところによる(司馬 1997)。
- (7) 精神疾患言説の流行のプロセスを分析する佐藤雅浩は、専門家は流行の先導者としての役割だけでなく抑制者としての役割という、相反する二つの役割を担ってきたという(佐藤 2013 : 45)。
- (8) 「共感できない」ことは「アスペルガー症候群」の特徴の一つとして説明されている(浅田・熊谷 2015)。

【参考文献】

- 相川 章子, 2013, 『精神障がいピアサポーター——活動の実際と効果的な養成・育成プログラム』中央法規。
- 相川 章子, 2022, 「ピアサポート/ピアスタッフの歴史的展開と発展可能性」『精神障害とリハビリテーション』26(2) : 126-133。
- 浅田 晃佑・熊谷 晋一郎, 2015, 「発達障害と共感性」『心理学評論』58(3) : 379-388。
- Borkman, T., 1976, *Experiential Knowledge: A New Concept for Analysis of Self-help Group*. *Social Service Review*. 50(3). 445-456。

- 早野禎二, 2017, 「精神障害者セルフヘルプグループにおける当事者主体の運営の意義と課題——組織論的観点から」社会科学研究編『東海学園大学研究紀要』22 : 32-54.
- 早川紗耶香, 2023, 「日本の精神保健医療福祉における『当事者による支援』言説——先行研究を通してみた変遷過程」『評論・社会科学』146 : 99-126.
- Conrad, P., 2006, 「医療化の推進力の変容」森田洋司, 進藤雄三編『医療化のポリティクス——近代医療の地平を問う』学文社, 3-27.
- Conrad, Peter & Schneider, Joseph W. 1992, *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness, Philadelphia: Temple University Press.* (杉田聡・近藤正英訳, 2003, 『逸脱と医療化——悪から病へ』ミネルヴァ書房.)
- Frank, A. W., 1995, *He Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics.* Chicago: The University of Chicago Press. (鈴木智之訳, 2002, 『傷ついた物語の語り手——身体・病い・倫理』ゆみる出版.)
- 堀川英起, 2022, 『患者の語りを聴くという問い——慢性うつ患者の自己管理を捉え返す』生活書院.
- 石川准, 2004, 『見えないものと見えるもの——社交とアシストの障害学』医学書院.
- 石川良子, 2007, 『ひきこもりの〈ゴール〉——「就労」でもなく「対人関係」でもなく』青弓社.
- 伊藤智樹, 2000, 「セルフヘルプ・グループと個人の物語」『社会学評論』51(1) : 88-103.
- 伊藤智樹, 2013, 『ピア・サポートの社会学——ALS、認知症介護、依存症、自死遺族児、犯罪被害者の物語を聴く』見洋書房.
- 河村裕樹, 2022, 「心の臨床実践——精神医療の社会学」ナカニシヤ出版.
- Kleinman, A., 1988, *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition.* New York: Basic Books. (江口重幸・上野豪志・五木田紳訳, 1996, 『病いの語り——慢性の病いをめぐる臨床人類学』誠信書房.)
- Kleinman, A., 1988, *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience,* New York: The Free Press. (江口和幸・下地明友・松沢和正・堀有伸・五木田紳訳, 1988, 『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.)
- 厚生労働省, 2020, 「当事者の関わり(ピアサポ
- ト)について及び当事者視点での精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの在り方等について」(URL: https://www.mhlw.go.jp/stf/seishinhoukatukentoukai_00008.html 2024/09/23アクセス)
- 草柳千早, 2004, 『「曖昧な生きづらさ」と社会——クレーム申し立ての社会学』世界思想社36-37.
- 榎原克哉, 2022, 『メンタルクリニックの社会学——雑居する精神医療とところを診てもらう人々』青土社.
- 三井さよ, 2007, 「はじめに」三井さよ・鈴木智之編『ケアとサポートの社会学』法政大学出版局 iii-x.
- 森香苗, 2015, 『“生きづらさ”とともに——“よくわからない”苦痛や困難とかかわりの在りよう』法政大学大学院社会学研究科2014年度修士論文.
- 大江真人・長谷川雅美, 2012, 「セルフヘルプグループに参加しているうつ病者の体験」『日本精神保健看護学会誌』21(2) : 11-20.
- 桜井厚, 2005, 「はじめに」『ライフストーリー・インタビュー』セリカ書房, 7-10.
- 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.
- 司馬理英子, 1997, 『のび太・ジャイアン症候群——いじめっ子、いじめられっ子は同じ心の病が原因だった』主婦の友社.
- 司馬理恵子, 2020, 『大人の発達障害』主婦の友社.
- 進藤雄三, 2006, 「医療化のポリティクス——責任と主体化をめぐる」森田洋司, 進藤雄三編『医療化のポリティクス——近代医療の地平を問う』学文社, 29-46.
- 西倉実季・近藤恵・篠木絵理, 2019, 「基幹論文『病いの語り』再考」『質的心理学フォーラム』11(0) : 5-12.
- 野口裕二, 2005, 『ナラティブの臨床社会学』勁草書房.
- 野島那津子, 2021, 『診断の社会学——「論争中の病」を思うということ』慶應義塾大学出版会.

【謝辞】

本論文の作成にあたり、まず、インタビューにご協力いただき、現在もやりとりをしてくださる上田さんに深く感謝いたします。そして、論文の構成や内容についてご助言いただいた先生方に心より感謝いたします。