

統合失調症における病識のパラドクス ～病識を持つ患者は幸福か否か～

小川 泰弘¹⁾

¹⁾ 森ノ宮医療大学 保健医療学部 作業療法学科

1. はじめに

統合失調症は、幻覚や妄想という症状が特徴的な精神疾患であり、多くは若年で発症する。

統合失調症は、それらの特異的な症状や認知機能障害によって、人々と交流しながら社会的な生活を営む機能の障害と、その特異的な症状が病気による症状であることに自分で気づくことできないといった特徴を併せもっている。後者は病識の障害、あるいは病識の欠如と呼ばれ、統合失調症をはじめとした精神疾患患者において臨床的によく観察される現象である。実際に、発症初期から病識を持つものはほとんどおらず、自ら精神科病院のドアを叩くものは稀である。一般的には、薬物療法による症状の改善に伴って、経過とともに病識も向上するとされているが、一方で症状が改善されても十分に病識が獲得されない患者もいれば、重い症状が残存していても病識は獲得されている患者も存在する。精神症状と病識の関連についてのメタ解析の結果では、精神症状の重症度は病識低下のせいぜい5%しか説明できないことが示されている¹⁾ことから、病識と精神症状の重症度はある程度独立したものであることがうかがえる。病識を獲得した患者、あるいは良好な病識を示す患者が、薬物療法をはじめとした治療にも乗りやすく²⁾、治療者や支援者との関係性も継続しやすい³⁾ことは容易に想像できるが、ではそのような患者ははたして幸福なのだろうか。本稿ではその問いに対する答えにつながる知見や考え方について述べる。

2. ルビンの壺と病識

ルビンの壺と呼ばれる多義図形をご存知だろうか。背景に黒字を用いた白地の図形で、認知心理学の領域でよく用いられるものである。ある人は壺にも見えるし、またある人では二人の人物が向かい合っているように見えるかもしれない。白地を図とし、黒を背景とするか、あるいはその逆かで、その図形の見え方が異なる。つまり壺を見ている時には人は見えず、また人を見ている時には壺に見えない不思議な図形である。片方に意識を向けると、もう片方が見えなくなる、これは単なる視覚的な錯覚としての現象ではなく、こころの現象としても同じことが起こる。例えば、「どうしてこの学生はこんなに大切なことを勉強しようとししないのだろうか」と感じることもあるかと思う。納得がいかなかったり、不愉快だったりは、その感情だけが「図」となり、その他の事が背景となり見えなくなった状態

連絡先：小川 泰弘 OGAWA Yasuhiro

〒559-8611 大阪市住之江区南港北1-26-16

森ノ宮医療大学 保健医療学部 作業療法学科

であるといえる。逆に自分が10代の学生だった頃を想像してみるとどうだろうか。私の場合はどうやって楽をして、どうやって遊べる時間を確保するかということばかりに関心を寄せていたように思う。相手の立場から自分の言動について、一步離れて眺めて見る。逆のシチュエーションで相手になりきる。そうすると、今まで見えてこなかった背景となっていた部分が、「図」となって見えてくるかもしれない。このような現象は、統合失調症の病識というものにも当てはまるように感じている。つまり、統合失調症を患っているということ、それを目の前の患者が正しく認識できているか私の視点で見ること。一方で、統合失調症という体験をした個人が、それをどのように捉えているか、相手の視点で見ること。この2つの視点を同時に考えようとしたときに、そこに治療者、支援者としてどうすれば良いのかというパラドクスが生まれるのではないかとというのが本稿の主旨である。本稿では、その内容に補足する形で私のこれまでの小稿を紹介したい。

3. 病識は高いほど良いのか

1) 壺を図としてみた場合

壺を図としてみた場合、本稿では病識を医学的観点から見た場合について考えてみたい。

病識は高い方が良いかという問いに対し、医学的な答えはYESである。病識低下は、服薬アドヒアランスの低下²⁾、つまり薬物療法が医師の指示通り進まないことにつながる。そのような患者について、通院の中断などの行動はわかりやすいが、通院は継続していても服薬はしない、あるいは家族に内緒で薬を捨てる、飲んでるようにふるまうということが起こる。統合失調症の再発率は、怠薬のある場合には、そのリスクが5倍になることが報告されている⁴⁾ので、当然ながら病識の低下は高い再発率とも関連がある⁵⁾。また統合失調症は再発するたびに、社会機能の低下⁶⁾を引き起こすことが一般的である。このように、統合失調症の病識低下は服薬アドヒアランスの低下により、再発リスクが高まり、再発するごとに機能も低下してしまうという流れにつながってしまう可能性が非常に高い。

2) 向かい合う人を図としてみた場合

病識は高い方が良いのか、壺としてみた場合に答えはYESであった。では向かい合う2人の人としてみた場合はどうだろうか。つまり、自分が統合失調症を患っていると想像して、その疾患を自分が簡単に受け入れられるかを想像してみるということである。統合失調症は、根本的な治療が見つからず、ながらく「不治の病」とされ、社会的なスティグマの強い疾患である。その疾患のイメージからくるスティグマを払拭するために、さまざまな取り組みがなされているが、依然としてそこには根深いものがある。そのような社会的に受け入れがたい疾患を自分が患っていると認識することは、精神的に苦痛を伴うものであろうことは容易に想像できるのではないか。このように考えると、病識が高い、つまり自分が統合失調症患者であることを認めて生きていくことが良いのかということに対して簡単にYESとは言えない状況が見えてくるかもしれない。

では、当事者にとって統合失調症は本当に受け入れがたい疾患なのか。いくつかの研究が示すには、高い病識は抑うつと関連していることが報告されている¹⁾。また高い病識は、希望の喪失⁷⁾や自尊心⁸⁾の低下と関連していることも報告されている。さらには高い病識は自殺企図をはじめとした自殺関連行動とも関連していることが報告されている⁹⁾。あまり一般的に知られていないかもしれないが、統合失調症患者の約5～6%が自殺し、約25%が自殺を試みるとされる報告¹⁰⁾もあり、統合失調症と自殺関連行動はとても重要なテーマとされている。つまり良好な病識は、ただでさえ高い自殺関連行動のリスクをより強めるということにつながる可能性がある。本稿の副題である、「病識を持つ患者は幸福か否か」という問いについての回答に近い研究も行われている。統合失調症の病識とQOLの関連についてのメタ解析では、研究によってバラツキはあるが、病識が高い患者ほどQOLが低いことが示されてい

る¹¹⁾。傾向として、病識、つまり自分が精神疾患を患っているという認識は個人の主観的な幸福感を下げる作用がある可能性があるとういことをこの研究は示している。

ここまですら整理すると、病識を壺としてみた場合、つまり治療者の視点で見た場合、病識が低いと、治療への抵抗やそれに伴う再発リスク、社会機能の低下など臨床的（機能・症状）な回復を妨げる可能性が高いことが示されている。一方で、病識を向かい合う人でみた場合、つまり病をもつ当事者の視点で見た場合、病識が高いと自尊心の低下や希望の喪失、抑うつや自殺関連行動の増加、QOLの低下など個人の主観的な側面にマイナスに作用する可能性が高いことが示されている。ここで治療者、支援者としてこの問題をどの視点で考えるべきかと問われた時に病識のパラドクスが浮かび上がってくる。目の前に病識の低い患者がいた場合、病識を高めないと、臨床的な問題が起こる可能性が高く、病識を高めると今度はQOLを下げってしまう可能性があるということである。

4. 病識の低下 / 良好な病識の背景要因 ～認知機能障害との関連～

なぜ統合失調症患者は病識が低下するのか、あるいは病識を獲得できる患者はなぜそれを獲得できるのか。その背景にある要因にも注目が集まっている。そこで一番に注目されているのが認知機能障害との関連である。統合失調症患者は、注意機能や、記憶やワーキングメモリ、前頭葉機能などの神経認知機能が、健常者に比べ1～1.5SD低下していることが報告されている¹²⁾。また近年、統合失調症の社会認知機能障害-相手の立場に立って物事を想像する、あるいは相手の意図や感情を推測する機能の障害-も注目されている¹³⁾。統合失調症の病識低下においても、そのような脳の機能障害によって引き起こされている可能性が想定されている。つまり、統合失調症患者は、神経認知機能障害により自己の思考や行為のモニタリング障害が起こることで、自分の症状についてもモニタリングが困難となり、その結果自分の疾患に関連したことについて誤った認識を持ってしまうということである。あるいは、社会認知機能障害により、perspective takingの障害、あるいは心の理論の障害、つまり、自己の疾患に関連した現象を他者の視点から客観視することの障害が起こり、その結果、病識を獲得できないという可能性もある。神経認知機能と病識の関連についての報告は相当数の報告がある。それらはメタ解析によってまとめられているが、その報告では、病識と神経認知について、有意な関連はあるものとしても小さいとされている¹⁴⁾。つまり、病識低下のベースには、神経認知機能障害がある可能性が高いが、それだけで統合失調症の病識低下を説明するには不十分である。また病識と社会認知の関連についてのメタ解析でも有意な関連が報告されているが、神経認知機能と病識の関連と同様に、社会認知機能と病識の関連も大して大きなものではなく¹⁵⁾、それだけで病識低下を説明するには十分とは言えない。

5. 病識の低下 / 良好な病識の背景要因 ～心理防衛的側面との関連～

上述の通り、精神疾患、特に統合失調症のような社会的に受け入れがたい疾患を自分が患っていると認識することは、精神的に苦痛を伴うものであろう。病識とは、単に神経心理学的に説明できるような自己の疾患に対する洞察 insight という側面だけではなく、受け入れる側の心理防衛的な側面を含んだより複雑な構造が想定される。この文脈に関する先行研究では、心の反応としての「否認」という側面に焦点が当てられている^{16,17,18)}。しかしながら、それらの研究では一貫した結果が得られておらず、病識低下という現象は、受け入れがたい現実を「否認」しているというという単純なものではないようである。

6. 研究紹介

そこで我々は、特定の心の反応（防衛機制）に注目するのではなく、防衛機制の階層性に注目した研

究を行なった¹⁹⁾。防衛規制に関する Vaillant のモデル²⁰⁾では、各防衛規制は階層性を想定しており、低次になればなるほど、現実を歪曲する度合いが強いとされている。病識低下に「精神疾患を患っているという受け入れがたい現実を否定することで自分を守る」という側面があると仮定すれば、自己の疾患を否認することは低次の防衛機制であると考えた。しかしながら我々の結果は仮説とは真逆のもので、未熟な防衛、つまり低次の防衛機制を使用する傾向のあるものほど病識が高いというものであった。この結果については、様々な解釈の余地があると思われるが、私なりの考察を述べたい。かなりの飛躍が含まれるものであるため、より中立的には小稿¹⁹⁾を参照いただきたい。

まず病識が高いということについて、当事者の疾患の認識が妥当かどうかという視点は、あくまで症状を経験していない治療者側から判断したものだという風に捉えられるかもしれない。つまり疾患を経験したことの無い治療者の見立てに対して、どの程度当事者の認識が一致しているかが病識の基準であるといえる。一方で、病識が高いということ当事者側の視点でみたらどうだろうか。精神疾患に関連した実際の体験や症状は、本人にとってはありありとしたもので、むしろそちらが当事者にとっての現実であると考えた場合を想定してほしい。症状を含む実際の体験が、実は医学的には非現実であるということを受け入れるということは、ある意味当事者からしたら「現実の歪曲」といえるのではないだろうか。未熟な防衛を持つ人は、そのような自分にとっての非現実を受け入れることができ、逆に成熟した防衛を持つ人は、簡単に自分にとっての現実を歪曲できないと考えることができるかもしれない。この議論もまた、壺を見るか、人を見るかということに共通するように思う。

7. さいごに

「病識のパラドクス」という本稿のテーマに関して、みなさまは壺に見えたでしょうか、それとも向かい合う人に見えたでしょうか。ひとは、その現象や結果に対し、何を「図」とし、何を「背景」として認識するかで、物事の見え方や捉え方が変わる。未熟な防衛をもつものほど、病識が高いという一見矛盾した結果であっても、見方によってはそのように受け取ることができるかもしれない。私は直感的にどうしても壺に見えてしまうようである。人はひとつのことにしか集中できないという前提に戻ると、私の場合には、意識して人に見えないといけないと感じている。

さいごに、私が臨床を経験させていただいた病院の医療憲章のひとつを掲げ、結語としたいと思う。

・その“ひと”はこころ病む“ひと”である前に“ひと”であると思うこと

(社会医療法人北斗会医療憲章 こころ病む“ひと”をみる人のための10ヶ条その1)

文献

- 1) Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Res.* 2003; 61:75-88.
- 2) Sendt KV, Tracy DK, Bhattacharyya S. A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Res.* 2015; 225:14-30.
- 3) Lincoln TM, Rief W, Westermann S, et al. Who stays, who benefits? Predicting dropout and change in cognitive behaviour therapy for psychosis. *Psychiatry Res.* 2014; 216:198-205.
- 4) Robinson D, Woerner MG, Alvir JMJ, et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of general psychiatry.* 1999; 56(3): 241-247.
- 5) McEvoy JP, Freter S, Everett G, Geller JL, Appelbaum P, Apperson LJ, Roth L. Insight and the

- clinical outcome of schizophrenic patients. *J Nerv Ment Dis.* 1989; 177:48-51.
- 6) Erol A, Delibas H, Bora O, Mete L. The impact of insight on social functioning in patients with schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry.* 2015; 61:379-385.
 - 7) Carroll A, Pantelis C, Harvey C. Insight and hopelessness in forensic patients with schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry.* 2004; 38:169-173.
 - 8) Cooke MA, Peters ER, Greenwood KE, Fisher PL, Kumari V, Kuipers E Insight in psychosis: influence of cognitive ability and self-esteem. *Br J Psychiatry.* 2007; 191:234-237.
 - 9) Pompili, M., Ruberto, A., Kotzalidis, G. D., Girardi, P., & Tatarelli, R. Suicide and awareness of illness in schizophrenia: an overview. *Bulletin of the Menninger Clinic.* 2004; 68(4), 297-318.
 - 10) Cassidy RM, Yang F, Kapczinski F, Passos, IC. Risk factors for suicidality in patients with schizophrenia: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 96 studies. *Schizophrenia bulletin.* 2018; 44(4), 787-797.
 - 11) Davis BJ, Lysaker PH, Salyers MP, Minor KS. The insight paradox in schizophrenia: A meta-analysis of the relationship between clinical insight and quality of life. *Schizophrenia Research.* 2020; 223, 9-17.
 - 12) Bilder RM, Goldman RS, Robinson D, et al. Neuropsychology of first-episode schizophrenia: initial characterization and clinical correlates. *American Journal of Psychiatry.* 2000; 157(4), 549-559.
 - 13) Green MF, Leitman DI. Social cognition in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin.* 2008; 34(4), 670-672.
 - 14) Nair A, Palmer EC, Aleman A, David AS, et al. Relationship between cognition, clinical and cognitive insight in psychotic disorders: A review and meta-analysis. *Schizophrenia Research.* 2014; 152:191-200.
 - 15) Bora E. Relationship between insight and theory of mind in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res.* 2017; 190:11-17.
 - 16) Moore O, Cassidy E, Carr A, O'Callaghan E. Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *Eur Psychiatry* 1999; 14:264-269.
 - 17) Kruck CL, Flashman LA, Roth RM, Koven NS, McAllister TW, Saykin AJ. Lack of relationship between psychological denial and unawareness of illness in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Res.* 2009; 169:33-38.
 - 18) Cooke MA, Peters ER, Fannon D, Anilkumar AP, Aasen I, Kuipers E, Kumari V. Insight, distress, and coping styles in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2007; 94:12-22.
 - 19) Ogawa Y, Fukuhara K, Tanaka H, Nagata Y, Ishimaru D, Nishikawa T. Insight Into Illness and Defense Styles in Schizophrenia. *The Journal of nervous and mental disease.* 2019; 207(10), 815-819.
 - 20) Vaillant GE. *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers.* Washington, DC: American Psychiatric Press. 1992.

