

原著

統合失調症者の病気の自覚とリカバリーの関連

Association between Disease Insight and Recovery in Patients with Schizophrenia

藤田里帆¹⁾ 菅谷智一²⁾ 森 千鶴³⁾
Riho Fujita Tomokazu Sugaya Chizuru Mori

キーワード：病気の自覚、リカバリー、自尊感情

Key words : Disease insight in patients with schizophrenia, Recovery, Self-esteem

要旨

本研究は、統合失調症者の主観的体験に注目し、病気の自覚とリカバリーの関連について検討することを目的とした。病気の自覚尺度、リカバリープロセス評価尺度、リカバリーステージ評価尺度、自尊感情尺度について自記式質問紙調査を行い、統合失調症者 109 名から回答を得て統計分析を行った。その結果、病気の自覚尺度はリカバリープロセス評価尺度および自尊感情尺度と負の相関を認め、またリカバリーステージが高い者は、病気の自覚尺度の得点が低い傾向を認めた。リカバリーステージの高い者は、病気を自己の一側面として位置づけて受容している可能性があり、リカバリーの促進には自己概念の再構築を支援する必要があると考えられた。また病気の自覚尺度の得点が高い者は、自尊感情が低く、将来を志向することが困難であると推察された。病気の自覚が自己価値の棄却に繋がらぬよう、統合失調症者の主観的体験や心情に配慮した心理教育の必要性が示唆された。

I. 緒言

1. 統合失調症における病気の自覚

統合失調症において、病識の欠如はもっともよく観察される所見のひとつであり（池淵、2004）、病識が不十分であると服薬の継続が困難になり、再発原因となりうることから（畑田・中根、1999）、病識の獲得は臨床の回復指標として重要視されている。統合失調症者において病識欠如が多くみられる原因として、自己の病的体験を客観的に見る機能がうまく働かず（Hoffman・McGlashan、1994）、自己を客観視できないことが挙げられる。また濱田（2004）は病識欠如の原因として、社会には精神障害に対する差別や偏見が

あり、自身が統合失調症を発症し、この不名誉な集団に属さなければならないと気づいた時、絶望感や恐怖感を抱くといった心理的な防衛機制の側面があると説明している。統合失調症者の回復において、病識の獲得が必要とされる一方で、統合失調症者の病識が高くなると、自殺企図回数が増えることやQOLが低くなることが報告されており（Karowら、2008）、病識欠如に対する治療的介入を考える際、精神障害であることの自覚を拙速に求めることは、危険性を伴うとの指摘もなされている（賀古、2019）。統合失調症者における病識は複数の要素で構成され、近年、患者が主体としてどのように精神症状を受け止めているかという、

1) 山口県立こころの医療センター Yamaguchi Prefectural Mental Health Medical Center

2) 筑波大学医学医療系 University of Tsukuba Institute of Medicine

3) 東京医療学院大学 University of Tokyo Health Sciences

主観的な側面に焦点が当てられるようになってきている(池淵、2004)。病識には客観的な側面と主観的な側面があるとされ、池淵(2004)は、精神障害によってもたらされる何等かの変化の気づき、つまり主観的体験の変化の自覚を障害認識と呼び、その中で精神医学の立場から見て、医学的に妥当であるかを客観的に評価したものが病識であると定義している。Markova・Berrios(1992)は、病識を疾患が自己や周囲との相互関係に与える影響についての自己認識と捉え、病気の自覚尺度(Insight Scale)を開発した(Markovaら、2003)。病気の自覚尺度は、統合失調症者の主観的な変化の気づきや、内的な違和感を捉えることができるかとされており(Markovaら、2003)、病気の自覚は、池淵(2004)が示す病識の主観的な側面である障害認識の一部にあたりと考えられる。統合失調症では、患者が病気を自覚できるようになることが障害の改善を意味するため、客観的には回復しているように見えても、主観的には悪化していると感じられることが多くある(岩脇、1997)。したがって、統合失調症者が自分の病気をどのように体験しているのかという主観的体験の理解は、回復を支援する上で不可欠な要素であると考えられる。

2. 統合失調症者のリカバリー

統合失調症者の古典的な回復の概念は、症状や障害の消失を意味していたが(野中、2011)、近年、病気や症状の程度に関わらず、希望を抱き、自分の能力を発揮して自ら選択できるという主体的な構えや志向性を評価する考え方が中心になりつつある(Ragins、2005)。これらはリカバリー概念によって説明され、症状や機能が回復するだけではなく、自己価値や社会的存在の再編によって、新たな生き方に喜びや生きがいを見出そうとすることを意味する(池淵、2016)。統合失調症者のリカバリーの過程は、2つの側面によって評価されている。一方は、様々なリカバリーの構成要素を発展させるというプロセスであり、Corrigan・Salzer・Ralph・Sangster・Keck

(2004)はリカバリーの構成要素として、個人的な自信・希望、手助けを求めることをいとわないこと、目標・成功志向、他者への信頼、症状に支配されないことの5つの要素を挙げている。もう一方は、複数の発達段階を経て進むとされるステージであり、Andresen・Caputi・Oades(2003; 2006)は5つのステージから成るリカバリーステージモデルを提唱し、第1段階：モラトリアム(否認、混乱、ひきこもりなどで防衛している)、第2段階：気づき(病人でない自分の発見、希望と回復可能性に気づく)、第3段階：準備(損なわれていない自己の価値を見出す、仲間と結びつく、疾病や資源の学習をする)、第4段階：再構築(新たな目標を見出す、肯定的同一性の鍛錬、人生の責任を引き受ける)、第5段階：成長(意味ある人生を生きる、体験に感謝する)と定義している。リカバリーの中心概念にはアイデンティティの再構築が含まれるとされており(Andresenら、2003)、病気であることを自己の成長の一部として受け入れ、自己を再構築していくことを意味する。リカバリーを促進する内面的状態として、自尊感情の回復が必要であるとされており(Jacobson・Greenley、2001)、リカバリーには自己の現実として病気を自覚しながらも、自分に対して肯定的な感情を持つことが必要であると解釈できる。

3. 統合失調症者の自尊感情

自尊感情とは、自己に対する肯定的または否定的な態度のことであり、現在の自己に対する価値意識や自己受容の程度を意味する(Rosenberg、1965)。自尊感情は、自分がどのような人間であるかという理解の上に成り立っており(遠藤、1999)、自尊感情は自己概念の一部であると考えられる。現実の自己が理想の自己に近いほど、自尊感情は高くなるとされており(藤瀬・古川、2005)、統合失調症者のリカバリーにおいて、自己を再構築し、現実的な自己概念を獲得することは、自尊感情の向上に繋がると考えられる。

4. 統合失調症者の病気の自覚とリカバリー

リカバリーには統合失調症者が自己の現実として病気を自覚することが不可欠であるが、病気の自覚の状態によって、将来に対する志向や自尊感情の程度が異なると考えられ、病気の自覚はリカバリーと自尊感情に関連すると考えられる。また、リカバリーは医療者によってなされるものではなく、患者が主体となり、当事者としての主観や体験に基づいて発展していくものである（野中、2011）。しかし、これまでに統合失調症者の主観的体験に注目した報告は少なく、統合失調症者がどのように病気を自覚することが、リカバリーと自尊感情の向上に繋がるのかについては、十分に検討されてきていない。統合失調症者の病気の自覚とリカバリーの関連を明らかにすることで、統合失調症者が自己の現実と向き合いながらも、主観的な回復の実感を得るための看護援助を見出すことができると考える。また、臨床指標に囚われず、統合失調症者が自分らしく生活していくための一助となると考える。

II. 目的

本研究では、統合失調症者の病気の自覚とリカバリーおよび自尊感情の関連を明らかにすることを目的とした。

III. 用語の定義

1. 病気の自覚

自己の疾患と、疾患が機能、または周囲との相互関係に与える影響に関しての自己認識（Markova・Berrios、1992）。病気の自覚尺度により測定できるものとする。

2. リカバリー

精神疾患による破局的な影響を乗り越えて、人生の新しい意味と目的を創りあげていくこと（Deegan、1988；Andresen ら、2003）。リカバリープロセス評価尺度、リカバリーステージ評価尺度により測定できるものとする。

3. 自尊感情

他者との比較により生じる優越感や劣等感ではなく、自分が自己を尊重したり、自分の価値を評価したりする程度のこと（山本・松井・山成、1982）。ローゼンバーグ自尊感情尺度により測定できるものとする。

IV. 方法

1. 対象者

精神科病院に入院中または外来通院中の統合失調症者で、主治医および看護師長に調査の許可が得られた150名を対象とした。具体的な選定基準は、次の通りとした。

- ① DSM-5およびICD-10で統合失調症と診断された者
- ② 知的障害、発達障害、脳器質障害をもたない者
- ③ 20歳以上の者
- ④ 病名を告知されている者
- ⑤ 本研究の趣旨に同意し、研究の同意が得られた者

2. 対象施設

精神科病院1施設における外来および4つの精神科病棟であった。

3. 調査方法

無記名自記式調査票を用いた質問紙調査を行った。調査票の配布は、研究の同意が得られた対象者に対し、研究者が直接手渡して回答を求めた。調査票の回収は、記入を終えた対象者から、研究者が直接調査票を受け取った。

4. 調査内容

1) 対象者背景

年齢、性別、治療状況（入院・外来）、発症年齢、罹病期間について診療録より情報収集した。

2) 薬物療法の量と内容

処方内容について診療録より収集した。

3) 病気の自覚尺度（Markova ら、2003；大森・森、2011）

Markova ら (2003) によって作成され、大森・森 (2011) によって翻訳された病気の自覚尺度は、統合失調症者の自覚と表出に焦点を置いた自記式評価尺度である。大森・森 (2011) により信頼性と妥当性が確認されている。29 項目から構成され、「そう思う」、「そう思わない」の 2 件法で回答を得る。合計点が高いほど、病気の自覚が高いことを示す。

4) リカバリープロセス評価尺度日本語版 (Corrigan ら、2004 ; Chiba・Miyamoto・Kawakami、2010a)

Corrigan ら (2004) によって作成され、Chiba ら (2010a) によって翻訳された、自記式評価尺度である。当事者のリカバリーの語りの分析を基に開発され、元の 41 項目から、因子分析により 5 つの因子 (個人的な自信・希望、手助けをを求めることをいとわないこと、目標・成功志向、他者への信頼、症状に支配されないこと) が抽出され、24 項目短縮版が作成された。Chiba ら (2010a) により信頼性と妥当性が確認されている。24 項目から成り「まったくそう思わない」から「とてもそう思う」の 5 件法で回答を得る。合計点が高いほどリカバリーのレベルが高いことを示す。

5) リカバリーステージ評価尺度 (Andresen ら、2003 ; Chiba・Kawakami・Miyamoto・Andresen、2010b)

Andresen ら (2003) により作成され、Chiba ら (2010b) によって翻訳されたリカバリーステージを評価する自記式評価尺度である。Chiba ら (2010b) により信頼性と妥当性が確認されている。Andresen ら (2003) が提唱している、リカバリーの 5 つのステージモデル (1. モラトリアム、2. 気づき、3. 準備、4. 再構築、5. 成長) に基づき開発された。各リカバリーステージを示す 5 つの文章の中から、最も良く当てはまる 1 つを選択する。複数のリカバリーステージのうち、どのステージに該当するかを評価する。

6) ローゼンバーグ自尊感情尺度

Rosenberg によって作成され、山本ら (1982) によって翻訳された自尊感情を評価する自記式評

価尺度である。桜井 (2000) により、信頼性と妥当性が確認されている。10 項目から構成され、「あてはまる」から「あてはまらない」の 5 件法で回答を得る。合計点が高いほど自尊感情が高いことを示す。

5. 分析方法

統計的分析には、IBM SPSS Statistics Version25 を使用した。各尺度の信頼分析を行い、Cronbach の α 係数を求めて各尺度の信頼性を確認した。対象者背景について、単純集計を行い、対象者の傾向を確認した。薬剤の服薬量が力価によって異なるため、抗精神病薬は Chlorpromazine 換算 (以下 CP 換算) にて算出した。各尺度の合計点と、下位項目ごとの得点を算出し、対象者背景との差異を Mann-Whitney の U 検定を用いて分析した。また、リカバリーステージ評価尺度により対象者を 5 群分けし、各尺度得点について Kruskal-Wallis 検定を用いて比較し、有意差のあった尺度については、Bonferroni の調整で多重比較を行った。各尺度の合計点または下位項目ごとの得点について、Spearman の相関係数を用いて分析した。有意水準は 5% 未満とした。

6. 倫理的配慮

本研究は、研究対象者の人権擁護を図るため、筑波大学医学医療系医の倫理委員会 (通知番号 1110-2) での承認および、研究対象病院の倫理委員会 (受付番号 70) で承認を受けた上で実施した。対象者には研究依頼文および同意書を用いて、研究の目的と方法、調査への参加は自由であること、不参加や参加を中止しても不利益を受けることはないこと、中止の自由、匿名性の確保を説明し、同意書に署名を得た。

V. 結果

1. 対象者の背景

本研究の対象となった統合失調症者は 150 名で、そのうち同意が得られた者は 132 名であっ

た。また同意が得られた 132 名のうち、途中中断した者が 9 名、回答に不備があった者が 14 名であり、計 23 名を除外した。したがって 109 名（有効回答率 82.6%）を分析対象とした。

対象者の背景は表 1 に示した。男性 52 名、女性 57 名、平均年齢 47.2±13.2 歳、入院中の

対象者は 30 名、外来通院中の対象者は 79 名、平均発症年齢 26.0±9.1 歳、平均罹病期間 20.8±14.3 年であった。また CP 換算は平均 694.7±507.9mg であった。各尺度の合計点について、性別や治療状況（入院・外来）の違いによる有意差は認められなかった。

表 1 対象者背景による比較

	性別					治療状況				
	男性 (n=52)		女性 (n=57)		p	入院 (n=30)		外来 (n=79)		p
	M	SD	M	SD		M	SD	M	SD	
年齢	48.0	12.6	46.4	13.7	.46	46.2	12.6	47.6	13.4	.56
CP換算	747.8	538.8	646.0	477.4	.38	787.4	483.5	694.6	507.9	.11
病気の自覚尺度	12.7	5.8	14.2	6.6	.28	15.1	6.5	13.5	6.3	.11
リカバリープロセス評価尺度	78.2	14.5	77.6	14.8	.90	75.9	14.6	77.9	14.6	.31
自尊感情尺度	24.4	6.2	22.2	6.1	.13	22.2	6.4	23.2	6.2	.31

Note. N=109; Mann-WhitneyのU検定, M:平均値, SD:標準偏差, p:p値

表 2 各尺度の α 係数と平均値, 標準偏差

	α	M	SD
病気の自覚尺度	.87	13.5	6.3
リカバリープロセス評価尺度合計点	.90	77.9	14.7
個人的な自信・希望	.75	15.2	3.9
手助けを求めることをいとわないこと	.29	13.2	2.2
目標・成功志向	.89	29.5	7.4
他者への信頼	.70	13.6	13.6
症状に支配されないこと	.71	6.2	1.8
自尊感情尺度	.80	23.3	6.2

Note. α: Cronbachのα係数, M:平均値, SD:標準偏差

表 3 各尺度得点の相関関係

	病気の自覚尺度	自尊感情尺度	CP換算
病気の自覚尺度	—	-.51 **	.15
リカバリープロセス評価尺度合計点	-.42 **	.66 **	-.20 *
個人的な自信・希望	-.46 **	.63 **	-.02
手助けを求めることをいとわないこと	-.30 **	.38 **	-.09
目標・成功志向	-.27 **	.57 **	-.02
他者への信頼	-.24 *	.38 **	-.07
症状に支配されないこと	-.41 **	.32 **	-.23 *

Note. Spearmanの相関係数 *: p<.05, **: p<.01

表 4 リカバリーステージの違いにおける各尺度得点の比較

リカバリーステージ	n	病気の自覚尺度			リカバリープロセス評価尺度			自尊感情尺度		
		Mdn	SD	多重比較	Mdn	SD	多重比較	Mdn	SD	多重比較
モラトリアム	16	16.0	5.7		60.0	12.4		20.0	4.7	
気づき	28	17.5	6.5		74.0	10.7		21.5	5.8	
準備	28	13.0	6.0		80.0	13.1		23.0	5.7	
再構築	22	9.0	4.5		88.0	11.5		27.0	4.3	
成長	15	8.0	3.8		88.5	10.4		30.5	6.1	

Note. N=109; Kruskal-Wallis検定, 多重比較: Bonferroniの調整, Mdn: 中央値, SD: 標準偏差, *: p<.05

2. 各尺度の信頼分析

各尺度について Cronbach の α 係数を算出し、表 2 に示した。病気の自覚尺度は $\alpha = .87$ 、リカバリープロセス評価尺度は $\alpha = .90$ 、自尊感情尺度は $\alpha = .80$ であった。またリカバリープロセス評価尺度の下位項目は、「個人的な自信・希望」 $\alpha = .75$ 、「手助けを求めることをいとわないこと」 $\alpha = .29$ 、「目標・成功志向」 $\alpha = .89$ 、「他者への信頼」 $\alpha = .70$ 、「症状に支配されないこと」 $\alpha = .71$ であった。

3. 各尺度の相関関係

各尺度の相関関係を表 3 に示した。病気の自覚尺度は、リカバリープロセス評価尺度の合計点 ($r = -.42$) および下位項目「個人的な自信・希望」 ($r = -.46$)、「症状に支配されないこと」 ($r = -.41$) と自尊感情尺度 ($r = -.51$) において、中程度の負の相関を認めた。また自尊感情尺度は、リカバリープロセス評価尺度の合計点 ($r = .66$) および下位項目「個人的な自信・希望」 ($r = .63$)、「目標・成功志向」 ($r = .57$) と中程度の正の相関を認めた。

4. リカバリーステージによる各尺度得点の傾向

リカバリーステージの違いによる各尺度の合計点の比較を表 4 に示した。病気の自覚尺度の得点は、リカバリーステージ評価尺度の「モラトリアム」 $Mdn = 16.0$ 、「気づき」 $Mdn = 17.5$ 、「準備」 $Mdn = 13.0$ 、「再構築」 $Mdn = 9.0$ 、「成長」 $Mdn = 8.0$ の 5 群で有意差が認められ ($\chi^2 = 18.305$, $p < .001$)、多重比較の結果、「モラトリアム」「気づき」よりリカバリーステージの高い「再構築」「成長」の方が病気の自覚尺度の得点は低かった。

また、リカバリープロセス評価尺度の合計点は、リカバリーステージ評価尺度の「モラトリアム」 $Mdn = 60.0$ 、「気づき」 $Mdn = 74.0$ 、「準備」 $Mdn = 80.0$ 、「再構築」 $Mdn = 88.0$ 、「成長」 $Mdn = 88.5$ の 5 群で有意差が認められ ($\chi^2 = 33.883$, $p < .001$)、多重比較の結果、「モラトリアム」よりリカバリーステージの高い「準備」「再構築」「成

長」の方がリカバリープロセス評価尺度の合計点の得点は高かった。

さらに、自尊感情尺度の得点は、リカバリーステージ評価尺度の「モラトリアム」 $Mdn = 20.0$ 、「気づき」 $Mdn = 21.5$ 、「準備」 $Mdn = 23.0$ 、「再構築」 $Mdn = 27.0$ 、「成長」 $Mdn = 30.5$ の 5 群で有意差が認められ ($\chi^2 = 26.953$, $p < .001$)、多重比較の結果、「モラトリアム」「気づき」よりリカバリーステージの高い「再構築」「成長」の方が自尊感情尺度の得点は高かった。

VI. 考察

1. 対象者の特徴

対象者の CP 換算は平均 694.7 ± 507.9 mg であり、高橋 (2018) が示している統合失調症者の薬物療法に関する処方実態調査 2016 年の全国平均値 738.1mg よりも若干低い結果となった。したがって本研究の対象者は比較的症状が安定した統合失調症者の集団であると考えられた。

2. 各尺度の信頼性

病気の自覚尺度、リカバリープロセス評価尺度の合計点、自尊感情尺度の α 係数は高く、信頼性があると判断した。リカバリープロセス評価尺度の下位項目、「手助けを求めることをいとわないこと」は $\alpha = .29$ と低く、尺度としての限界があると考えられた。

3. 病気の自覚とリカバリーステージの関連

病気の自覚尺度の得点は、大森・森 (2012) や森・菅谷・菅原 (2021) の報告と同程度であった。病気の自覚尺度は、リカバリープロセス評価尺度の合計点と $r = -.42$ の中程度の負の相関を認め、また病気の自覚尺度の得点はリカバリーステージの第 1 段階「モラトリアム」と第 2 段階「気づき」よりも第 4 段階「再構築」と第 5 段階「成長」の方が低かった。病気の自覚尺度は、疾患が自己や周囲との相互関係に与える影響についての自己認識を測定する尺度であり (Markova ら、2003)、病気の自覚尺度が捉えている自己認識とは、内的

な違和感に加え、自己を客観視することでの主観的な気づきを含むと考えられる。森ら (2021) の報告でも、病気の自覚尺度は、患者が病気の自分を客観的に見て、受容している程度を示す尺度であると考えられている。したがって、リカバリーステージが低く病気の自覚が高い者は、病識が高いことを意味しているのではなく、症状の自覚による内的な違和感や、客観的に捉えられる自己と自己概念の間で不一致が生じることで、自己概念の混乱が生じ、病気の受容が困難であることを意味していると考えられる。これらは Andresen ら (2003) が示す、リカバリーステージの第 1 段階「モラトリアム」の喪失感や絶望感を抱き、否認や混乱、ひきこもりなどで防衛しているという特徴とも一致している。リカバリーのプロセスの中にはアイデンティティの再構築が含まれるとされていることから (Andresen ら、2003)、リカバリーステージの高い者は、自己概念の再構築により、病気を自己の一側面として位置づけて受容しているために、病気の自覚尺度の得点は低かったと考えられた。

4. 病気の自覚とリカバリー、自尊感情の関連

リカバリープロセス評価尺度の合計点は安喰・堀内 (2015) や、小松ら (2020) の報告と同程度であった。自尊感情尺度の得点は森ら (2012) や森ら (2021) の報告よりも、本研究の方が低い結果となった。これらの要因として、森ら (2012) の報告は対象者を入院に限定していることや、森ら (2021) の報告は本研究よりも入院患者の割合が多いことが関連していると考えられる。白石・則包 (2004) は統合失調症者の自尊感情について、入院群が非入院群よりも有意に高かったことを報告しており、入院群は病院という一般社会から隔絶され、保護された空間で生活しているが、非入院群は入院という保護がなく、地域社会での自己の現実と向き合わざるを得ないという要因を指摘している。本研究の対象者は、外来通院中の者が半数以上を占めていたため、疾患による生活の障害をより多く自覚しやすいことで、自尊

感情は先行研究より低い結果となったと考えられた。さらに、本研究では病気の自覚尺度と自尊感情尺度に $r = -.51$ の中程度の負の相関を認め、これらは森ら (2021) の結果を支持したが、相関が認められなかったとしている大森・森 (2012) の報告とは異なる結果となった。大森・森 (2012) は入院中で罹病期間の長い慢性期の統合失調症者を対象としており、医療従事者等の限られた人々としか接触せず、一定の生活援助を受けられる入院環境では、客観的に自己を認識する機会が少なく、自己を過大に評価している可能性があるためと考えられた。

病気の自覚尺度はリカバリープロセス評価尺度の合計点 ($r = -.42$) および下位項目「個人的な自信・希望」($r = -.46$) と自尊感情尺度 ($r = -.51$) において中程度の負の相関を認めた。池淵 (2016) は統合失調症者が希望を持ち回復していくことを阻むものとして、疾患によってもたらされる絶望や無力感、内的混乱、疾病による障碍として内発的動機や社会的関心の低下、適切に未来を表象する能力など脳機能の低下、社会的偏見やセルフスティグマの存在を指摘している。これらのことから、病気の自覚が高い者は、自己の現実と向き合うことで、疾患により生じた障害や社会からの偏見を認識し、絶望や無力感を抱いていると考えられる。それにより、自尊感情は低く、将来を志向することが困難で、リカバリーに必要な自信や希望が獲得されにくい状態であると推察された。

リカバリーと精神症状には負の関連があり、症状が軽いほどリカバリーは起こりやすいとされていることから (Corrigan ら、2004)、病気の自覚尺度とリカバリープロセス評価尺度の下位項目「症状に支配されないこと」には $r = -.41$ の中程度の負の相関が認められたと考えられた。

VII. 看護への示唆

病識が不十分であると、服薬の継続が困難となり、再発原因となるために (畑田・中根、1999)、病識の獲得は臨床の回復指標において重要視され

ている。しかし本研究の結果から、病識の主観的な側面である病気の自覚が高い者は、自尊感情が低く、将来を志向することが困難であると考えられた。統合失調症者が患者としての自己と向き合うことは、病識が獲得されるために必要なプロセスであるが、患者は社会における自己価値の棄却と向き合うことになり（古茶、2015）、自己の現実と自己概念の不一致は脅威として知覚される（梶田、2020）。このような患者の内的な混乱は、統合失調症者自身の主観的体験を理解しようと努めることなしには、捉えることができないものと考えられる。したがって、統合失調症者の病識を扱う際は、病識の主観的な側面である病気の自覚を捉えながら、患者の現実に対する受け止めや患者の心情に配慮した関わりを行う必要があると考える。また賀古（2019）が、その病期に応じた「ちょうどよい病識」があると指摘しているように、初めから医学的で合理的な理解を促すだけでは、かえって患者の苦痛を増加させてしまう可能性がある。池淵（2003）が、個々のケースによって有効な病識獲得の方法は異なり、患者が自分にあった選択をすることが有用であると述べているように、患者の心情の機微に配慮した個別性の高い心理教育が必要であると考えられる。またそれらの場面では、統合失調症者が自己の現実と向き合いながらも、自己の新たな価値を見出すことで自尊感情を高め、自信や希望を抱けるよう、将来への志向性を持った心理教育が必要であることが示唆された。

Ⅷ. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、精神科病院1施設のみを対象としており、結果を一般化するには限界がある。また本研究では、森ら（2021）と同様に、病気の自覚尺度は、統合失調症者の病気の受容の程度を示していると考察された。しかし、本研究では精神症状や客観的な病識との比較による検討は行っていないため、病気の自覚尺度の得点が低い者の中には、病識が乏しく症状を病気として自覚していないことにより、内的な違和感や葛藤を持たない者が含

まれている可能性が否定できない。統合失調症者は他者の視点を用いて自己や状況を客観的に認知する能力が低いとされており（昼田、2007）、本研究での自記式評価尺度による結果は、統合失調症者の病的な部分による影響を受けている可能性が否定できず、これらが本研究の限界である。今後は、客観的な評価も含めたより総合的な視点から、本研究の内容について検討していくことが課題である。

謝辞

本研究にあたり、ご協力頂きました対象者の皆様に深く感謝申し上げます。なお、本研究はJSPS 科研費 22K17467 の助成を受けたものです。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

文献

- 安喰智美, 堀内聡(2015). 統合失調症者のリカバリーに関連する心理社会的要因の検討. 精神障害とリハビリテーション, 19(2), 203-209.
- Andresen, R., Oades, L., Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594.
- Andresen, R., Caputi, P., Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(11-12), 972-980.
- Chiba, R., Miyamoto, Y., Kawakami, N. (2010a). Reliability and validity of the Japanese version of the Recovery Assessment Scale (RAS) for people with chronic mental illness: scale development. *International Journal of Nursing Studies*,

- 47(3), 314-322.
- Chiba, R., Kawakami, N., Miyamoto, Y., Andresen, R. (2010b). Reliability and validity of the Japanese version of the Self-identified Stage of Recovery for people with long term mental illness. *International Journal of Nursing Studies*, 19(3), 195-202.
- Corrigan, P. W., Salzer, M., Ralph, R. O., Sangster, Y., Keck, L. (2004). Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 1035-1041.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
- 遠藤由美(1999). 「自尊感情」を関係性からとらえ直す. *実験社会心理学研究*, 39(2), 150-167.
- 藤瀬文子, 古川久敬(2005). 自尊感情と自己認知の関係性: 他者からみられている自己に着目して. *九州大学心理学研究*, 6, 189-197.
- 濱田龍之介(2004). 統合失調症を有する人の病識と障害認識. *精神科臨床サービス*, 4(3), 298-303.
- 畑田けいこ, 中根允文(1999). 服薬コンプライアンスと分裂病の長期転帰. *臨床精神医学*, 28(6), 609-614.
- 昼田源四郎(2007). 統合失調症患者の行動特性—その支援とICF—. 東京: 金剛出版.
- Hoffman, R. E., McGlashan, T. H. (1994). Corticocortical connectivity, autonomous networks, and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20(2), 257-261.
- 池淵恵美(2003). 治療抵抗性統合失調症への対処心理社会的治療. *Schizophrenia Frontier*, 4(4), 234-239.
- 池淵恵美(2004). 「病識」再考. *精神医学*, 46, 806-819.
- 池淵恵美(2016). 統合失調症回復への希望と主体価値の確立. *臨床精神医学*, 45(7), 917-923.
- 岩脇淳(1997). 精神分裂病の主観体験と障害の構造. *精神障害とリハビリテーション*, 1(2), 85-89.
- Jacobson, N., Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52(4), 482-485.
- 賀古勇輝(2019). 統合失調症における病識と障害認識. *精神医学*, 61(12), 1367-1376.
- 梶田叡一(2020). 自己意識論集 I 自己意識の心理学. 東京: 東京書籍株式会社.
- Karow, A., Pajonk, F. G., Reimer, J., Hirdes, F., Osterwald, C., Naber, D., Moritz, S. (2008). The dilemma of insight into illness in schizophrenia: self- and expert-rated insight and quality of life. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258, 152-159.
- 古茶大樹(2015). 病識をめぐって. *精神科治療学*, 30(9), 1147-1152.
- 小松浩, 大野高志, 米田芳則, 藤田亨, 鈴木由美子, 菅原惣治, 角藤芳久(2020). 急性期病棟入院中および外来通院中の統合失調症患者の自閉スペクトラム症傾向, セルフスティグマ, 抑うつ症状とリカバリーとの関連についての検討. *精神医学*, 62(4), 455-464.
- Markova, I. S., Berrios, G. E. (1992). The meaning of insight in clinical psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 160(6), 850-860.
- Markova, I. S., Roberts, K. H., Gallagher, C., Boos, H., McKenna, P. J., Berrios, G. E. (2003). Assessment of insight in psychosis: a re-standardization of a new scale. *Psychiatry Research*, 119(1-2), 81-88.
- 森千鶴, 菅谷智一, 菅原裕美(2021). 「統合失調症者の自己概念測定尺度の作成」—信頼性・

- 妥当性の検討一. 日本健康科学学会誌, 37(4), 161-170.
- 野中猛(2011). リカバリー論からみた統合失調症の予後. 精神医学, 53(2), 169-175.
- 大森圭美, 森千鶴(2011). 病気の自覚尺度 (The Insight Scale 日本語版) の信頼性・妥当性の検討. 精神医学, 53(12), 1167-1178.
- 大森圭美, 森千鶴(2012). 統合失調症者における病識の関連要因—精神障害者観, 自尊感情, 認知的洞察の関連から— . 日本看護科学会誌, 32(3), 25-34.
- Ragins, M. D. (2005). 前田ケイ(訳), ビレッジから学ぶリカバリーへの道—精神の病から立ち直ることを支援する. 東京: 金剛出版.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton University Press.
- 桜井茂男(2000). ローゼンバーグ自尊感情尺度日本語版の検討. 発達臨床心理学研究, 12, 65-71.
- 白石裕子, 則包和也(2004). 統合失調症者の自尊感情 (Self-Esteem) の要因の検討. 日本精神科看護学会誌, 47(1), 560-563.
- 高橋結花, 精神科臨床薬学 (PCP) 研究会(2018). “統合失調症者の薬物療法に関する処方実態調査～全国調査から～その1” . <https://pcp-rg.org/relateddoc/pdf/2019-1.pdf>
- 山本真理子, 松井豊, 山成由紀子(1982). 認知された自己の諸側面の構造, 教育心理学研究, 30, (1), 64-68.

Abstract

This study aimed to examine the association between disease insight and recovery in patients with schizophrenia, with a focus on patients' subjective experiences. A self-administered questionnaire survey was conducted to compare patients' results on the Insight Scale, Recovery Assessment Scale, Self-Identified Stage of Recovery Part A, and Self-Esteem Scale. Responses for statistical analysis were obtained from 109 patients with schizophrenia. Insight Scale scores were negatively correlated with Recovery Assessment Scale and Self-Esteem Scale scores; patients at higher recovery stages tended to have lower scores on the Insight Scale. Those at higher recovery stages may have accepted the disease as an aspect of the self, suggesting that it is necessary to help them reconstruct their concept of self in order to promote recovery. It was also inferred that those with higher scores on the Insight Scale had lower self-esteem and more difficulty orienting themselves to the future. The results indicated the need for psychoeducation that takes into consideration the subjective experiences and feelings of people with schizophrenia so that awareness of illness does not lead to the dismissal of self-worth.