

疾病否認を示す患者の病識に関する検討

—心理療法の視点から—

Problems of the insight into disease to the patient indicating denial of Illness

- Perspective of psychotherapy -

小山 充道

北海道千歳リハビリテーション大学 健康科学部

【要旨】

本論文は病識論を深めることを目的として、Babinski 型病態失認患者に認められるような『疾病否認に絡む病識』に関連する文献検討を行った。現在病識に関する研究は器質性障害を初めとして、統合失調症、双極性障害、解離性障害、パーソナリティ障害、発達障害、依存・嗜癖など多岐にわたっている。病識概念は広がり、対応する単症状や神経回路の探索のほか、主体論の立場からの論及もある。本論文では疾病否認の様相の検討を行うにあたって病識を決定づける主体論を軸に考察し、その結果新たな心理療法的視点を提示した。

100年以上も経過したのに依然曖昧模糊とした様相を帯びている病識研究は、基礎科学および臨床科学研究の接点に位置するためか、その境位ゆえに議論が収束しないのかもしれない。

キーワード：疾病否認、病識、心理療法、思いの理論、自分描画法

1. はじめに

筆者のリハビリテーションにおける心理臨床経験を振り返ると、心理療法の効果は本人の自覚によるところが大きいとの感触から、当初病態失認を含む疾病否認を示す患者の心理的回復に関心が向いた。病気であるという自覚が本人にないのか、自覚ができないのか、それとも自覚しようとしがないのか、自覚できているが病気を否認しているだけのことなのか、謎は深まるばかりであった。その結果、脳血管障害者の病める心の捉え方として病理的人格反応図式仮説を提出したが¹⁾、当時筆者は心が醸し出す不思議な心模様に圧倒され、言葉にできないくらいの衝撃を受けていた。その後病識研究を深めた結果、病識の深まりに関する病識獲得段階仮説を提出²⁾。その後、脳血管障害者以外のクライアントとの臨床的関わりから、気づきの地図を作成した。このとき洞察(insight)により浮上する意識領域と瞬時に隠れてしまう意識領域があることが見出され、前者は浮上意識支配領域、後者を沈潜意識支配領域と

呼称し、個人が所有する意識の活動様態を明確化した。その後、人間としての心の営みを代表するものとして「思い」を重視し、思いに焦点づけた身体対話過程仮説を提出した。そして思いの理論を基盤とした対話をういた心理療法は、「思いの心理療法」として概念化された³⁾。現在は新たに構成した自分描画法(Self-Portrait Method; SPM)と対話法を用いて、洞察の深まりに関する事実と治療的方策について、心理療法的視点からさらに探っているところである。

筆者の病識研究に関わるキーワードは「病態失認、疾病否認、パーソナリティ、洞察、気づき、病識獲得過程、対話療法(カウンセリング)」等となる。この間の医学界における病識に関する取り組みは、「特集 病識をめぐって(精神科治療学通巻 9 号; 1988)」、「特集 精神神経疾患と病識(臨床精神医学第 18 巻 1 号; 1989)」、「特集 治療を進める上での病識、病感 I と II(精神科治療学通巻 352 号と 353 号; 2015)」、そして「特集 日常診療における病識・病感・負担感の取り扱い - 治療効果を高めるための工

夫(臨床精神医学第 46 巻 12 号 ; 2017)」などで概観できるが、雑誌「精神科治療学」の編集委員である古茶⁴⁾の指摘にあるとおり、「もともと病識は論文として取り上げられる機会はあまり多くない」という事実がある。病識は、単次元の心的要素で構成されているのではなく、身体・心理・社会など多くの要因と関わるため、病識生成に影響を及ぼす要因を特定するのは容易ではないこと、たとえば話す相手が誰であるかによって病識に対する認識が変わるといふ臨床的事実、つまり病識は今生起している複雑な心模様が具現化されたものである可能性があること(人間中心主義の流れ)、また実際の本人の認識である自己評価と、問診や神経心理学検査結果と本人の認識間の乖離を根拠に「病識障害」と評価するのが果たして妥当なのかといった科学的エビデンス重視の視点からの問題、さらに病識を身体・心理・社会のいずれの視座から捉えるかによって病識の意味に関するニュアンスが異なる可能性があること、つまり病識という用語の多義性など、さまざまな課題を抱えている。

筆者は病識研究に関わり 7 つのキーワードを取り上げたが、これには病識が多次元構成となっているという主張や、病識には深まりの過程があること、病識の有無に関して患者 - 医療者相互に価値観の違いを認める余地があること、病気であるという状況が、患者と医療者側にどのように伝えられるかなどによって、病識が大いに揺さぶられる可能性があることなどが暗に含まれている。病理に焦点をあけると心の実体が遠ざかる。一人の人間を全体的に把握しようとする、説明の結合部分に思弁性が入り込み、科学性から遠ざかる。研究結果は生身の人間から遠ざかり、日常生活における実際の・応用的部分が欠落する。しかしその「矛盾を含んだ心の結合部分、つまり心のつなぎ目をどのように説明するか」が臨床家にとって最も大事な部分ではないかと筆者は感じている。

本論文は、脳血管障害による疾病否認を議論の端緒とした“病識論”に関する覚書である。医療および心理臨床関連の文献を中心に、どのようなことが問題となっているのか、そしてどのような治療的展望が描けるのか等について、心理療法の視点から明らかにしたいと思う。

2. 自分の病に気づくことの意味

病者である自分は、あくまでも病気を含んだ自分自身であり、いかに病を対象化し、自分から切り離そうとしてもそれはできない。病気になったら、人は病者としての自分を生きていかなければならない。ところが、脳血管障害や脳外傷など器質性障害を抱える人の中には、片麻痺があり車いす生活を送っているのに、ためらいなく「歩けます」と言う人がいる。

以下は右頭頂～側頭葉に広汎な出血性梗塞後左不全片麻痺となり、長らく車いす生活を送っている歩行困難な 70 歳の男性 A さんと筆者との対話例である。初回面接時に実施した長谷川式スケール結果は 12.5 点、WAIS 結果は VIQ83、YG 結果は AB 型、CMI はⅢ領域であった。病識障害、失見当識、左半側空間無視などを認めた。応答は落ち着いており、病識については、疾患部位への気づきは生じるが、病の体験の意識化のレベルは浅く系統だって意識化されえない前病識段階にあった²⁾。A さんの自宅は遠方にある。

(...では A さんの 1 日の生活を教えてください。朝から夜まで...) 昼まで工場にいますね。それから家へ帰る。これが午前中の仕事。午後は昼ご飯を食べて工場に出て同じようなことをしています。(そして夜は?) 晩酌やりますよ。コップ酒ですよ。反省は自分なりにする。(夜ご飯はどこで食べていますか?) うちで食べています。(昨日はどこでたべましたか?) 家で食べました。(今日の朝は、どこで朝食を食べましたか?) 家で食べました。(家で食べたんですね...) はい。(ここ、今いるところはどこか、わかりますか?) ここは病院です。(何病院ですか?) 大きな病院ですね。B 病院でないですか?(ここは C 病院ですよ) いや...(どこが悪いんですか?) どこが悪いのかわからない。原因を確かめるために来たんです。先生は教えてくれない。身体全部が悪い。疲れが早い。つらい... [顔が持ち上がる] (今何歳でしたっけ?) 28 歳です。(28 歳... 疲れる?) はい。自分では健康だと思っています。夜でも仕事をしている。(私とお話が終わったら、今日はどうしますか?) 家へ帰ります。工場に出ます。(家へ帰って、工場に出る... ここは病院ですよ) 身体の具合が悪くて、どこが悪いのかみてもらいに来ました。(先生の見立てを待っているんですね?) そうです。(頭の具合はどうですか?) 頭、悪いとは思ってないんですよ。(脳卒中って言葉がありますけれど...) ええ、

僕は脳卒中で倒れたと言うんですけどね。(Aさんは脳卒中で倒れたことになっているんですね?)なっているんですよ。脳卒中というのは年寄りの病気だと思ってますから...(脳卒中というのはお年寄りの病気、Aさんはまだ若いから、と思っている?)はい。(Aさんは、今何歳でしたか...)28歳です。(28歳で脳卒中になることはない?)はい。(Aさん、今、歩けますか?)歩けますよ。(走れる?)走れますよ。(ここまで来るのに、どのようにして来られましたか?)歩いてきています。(どこから?)家から。(遠くはないですか?)そう遠くはありません。(Aさんの家はどこにありますか?)B薬局の...そのすぐ裏です。(この病院と近いんですね?)近いんです。(そこから来ている...) [うんうんと頷く] (そうか...Aさん...走れるんですね?)つらいけど走れます...

退職したAさんは今でも工場で働いていると認識している。自宅から入院中のC病院まで健診目的に徒歩で来た。医師は脳卒中というが、まだ28歳の若い自分がそんな病気にかかるはずはない...という認識状況である。振り返ると、筆者の言葉かけで、文脈が構成されていくのがわかる。「病気の意識化」に関する認識は、対話の中で何度も医療に関するテーマが繰り返される中で、Aさんのキーワードとなり客観的認識となったが、「(私は今)病院にいる」や「(私は今)脳の病気を患っている」との主観的な認識をもつまでには至っていない。さらに「私は今(走れないのに)走れる」と応え、疾病否認徴候を示す。

「病識論」の根底にあるのは、「自分の身に起こった変化の気づき」である。医療の場では「病の認識について、医学的に妥当かどうか客観的指標を用いて評価する。通常は、この気づきの程度を見て、「病識を保持している」、「病感はある」、もしくは「病識欠如の状態」などと評価する。しかし「病識」は一言で語れるような単純な心的現象ではない。

3. 病識論の展開

中谷⁵⁾によると、病識(Krankheitseinsicht)が盛んに議論されたのは19世紀後半から20世紀初頭にかけてのドイツ語圏であり、Jaspersによる病識概念が提示される以前に「病識についての議論は出尽くしている」という。また中谷は「病識はもともと神経症・うつ病圏、外因性・器質性疾患を主な対象として成立した概念であるが、わが国では病識の語がJaspers

の概念規定を超えて統合失調症にも広く適用される傾向がある[1989年現在]」と述べ、語義が拡張され、「病識という語の使用にあたっては慎重であるべき」と指摘している。

注目すべきは、この「病識」という術語は、「ひとたび理論的に吟味されると、厳密性が疑われながらも日常臨床では慣用句として極めて健在だ」という指摘である。このような用語は、臨床の場で多く見かける。たとえばリハビリテーション医学用語である「ADL(activities of daily living)が自立している」は、食事、排泄、整容、更衣、入浴、移動などの万人に共通して毎日繰り返される一連の身体動作が自立していることを意味するが、「ADL自立」と述べれば大方のことがイメージできる。長々と諸動作を説明する必要もない。「病識」と「ADL」の相違は、病識にはその構成要素が未確定で共通イメージが持ちにくい点があること、一方ADLの内容は大方の人がイメージできてその内容も周知できるという点にある。「せん妄」という術語は一種の意識障害を意味するが、多くの人が正確にその意味を把握しイメージできているとは思えない。こう考えると、多数の人がイメージできかつ受け入れやすい用語とイメージしにくく受け入れにくい用語があることがわかる。「病識」という用語は、前者に含まれるものと考えられる。

野間(現代精神医学事典)⁶⁾によると、病識とは「精神疾患患者のもつ自分の病気に対する正しい認識」と定義され、病識論については「1882年にPickが初めてこの概念について議論し、1913年にJaspersが概念を精緻化した」という。Zilboorg⁷⁾は、理論的な見地からというよりも、むしろ治療の観点からいって同様に重要なのは、「自分が精神病であることを理解することが極めて大切だ」というLeubusher(1821-1861)の観察結果だと指摘する。

Zilboorgは「患者が『病識“insight as to illness”』を持つことがいかに重要かをはっきり述べたものとしては、この言葉が最初のものの一つだった」と述べている。Pickが病識について検討した1882年以前に、すでに医療現場では病識の重要性が気づかれていたということになる。病識をもつことは重要だとの指摘は、医療者側の共通意識として古くからあったと考えてよい。

金ら⁸⁾は、病識論の系譜として「Jaspersの病識概念とその批判に関する研究」、「Jaspersの病識の定義に入らない前言語的理解に注目した現象学的視点

に基づく研究」、そして「精神分析的立場からの病識や病識欠如が問題とされる治療関係の検討～抵抗分析」の3つの流れを挙げた。以下その3つの系譜について、心理療法の視点から検討を試みる。

1) Jaspers の病識概念

Jaspers⁹⁾は、脳疾患による高度認知症の場合は、「病識がなくなることが特徴」だと指摘し、知能や記憶等に限局されているときには「強い疾病意識があるのが通例だ」と述べている。その“病識 (insight into the illness)”を「患者がその体験に対する“正しい構え”の理想的なもの(The ideal of a “correct” attitude to experience is achieved by patients when they “have insight into their illness.”)」と定義し、“正しい構え”の意味は、「個々の疾病症状全部あるいは病全体として、種類も重さも正しく判断されること」だと述べた。そして疾病意識(awareness of illness)を、「病であるという感じ、変化したという感じの出現」ととらえた。Jaspers は器質性脳疾患により片麻痺の否認が生じる事例のほか、Redlich & Bonvicini の盲目否認事例や、Pick らの失語症者の言語障害の否認に関する研究を引用し、意識の軽い混濁、感情鈍麻、多幸感、重度の記銘力障害といった心理的变化から「疾病否認」という疾病意識の態度が了解できると述べた。付記として、自分がもつ障害が認識できないことから、その人は人格が崩壊しているとは必ずしも言えないとも述べている。病識を軸とした医療者 - 患者双方が絡む病に対する病者の“疾病態度”の論及が沸き起こり、その疾病態度を医療者側がどのように理解するか、その了解のありようが重要になるというのは尤もなことである。

Jaspers は生物的な意味での疾患の理解のほかに、“了解(understand)”という一つの心理療法的方法を提示することで医療者側の患者理解についても言及している。了解について述べれば、「了解の限界(the limits of insight which a person has into himself)に達したときというのは、正常人格が病に対して健全な部分をもって反応することができなくなったときであり、このとき疾病によって人格が被った変化を察知できると考えた。つまり、「病識を持ちうる人格が消失した(the basic personality which could have this insight has gone.)」のだ。この状態の患者は「心理的には死んだ写真機(a dead photographic apparatus)」と喩えられ、その意味は「患者は何でも見、聞き、理解し、保持するが、いかなる反応も感

情に即し態度決定も行為もできない。意識は完全なのに心理的に麻痺している」という。Jaspers は人格を主体とみなし、“主体論”について論及している。

2) 前言語的理解に注目した主体論に関連する研究

金ら⁸⁾は、Jaspers による病識の定義にない「前言語的理解」に注目し、その中にこそ患者の病的体験の本質を示す理解が存在するという。この立場からは、理解の対象は医学的構成概念ではなく、「疾病に対する態度」「自己の全体的存在の様態」であり、対象意識による記述言語的理解ではなく「姿勢覚」ともよぶべきものだと指摘する。

梶谷¹⁰⁾は「病識の中核は“自覚”であり、そのはたらきを左右する重要な因子が人間関係であると解釈すべき」と指摘し、「病識を、病者のとる全人格的な構えとして把えることを提唱したい」と述べている。

さらに「病識欠如は全人格に関わる態度とみなすことが必要」で、「一様な欠如態としての一形式ではなく、様々な内実、様々な意味をもって、病者が疾病に対してとった positive な構えともみることができると指摘した。また病識の成立には“洞察”が必要で、洞察は論理的な筋道を通して了解されるようなものではなく「アハ体験 (aha experience)」に似た直観のようなものを想定している。心理療法的なアプローチについては、病識欠如という静的な観察に代えて、「病態に対する自覚を中心とする全人格的な構えを精神療法的な意味を持つ人間学的方法によって把握すべき」と述べた。また大橋¹¹⁾は、anosognosia としての病識欠如を再考し、巣症状的な神経学的失認とは異なること、解剖学的には視床、脳梁または帯回などの複合的病巣が問題になるとみ、Babinski 型の病態失認は「通常の巣症状とは次元を異にした、この巣症状に対する態度の一形式」だと考えた。その流れから、「病巣と否認症状とを直結しようとするのは誤りだろう」と述べ、心理的否認を重視し、心的機能全体に関連した症状とした。

菅又¹²⁾は「病識とは微妙なもので、病勢や病型にもよるが、その人本来の人格との結びつきが強い」と述べている。この“人格”について、新福¹³⁾は「人格のより辺縁にあるものが気づかれやすく、より中心にあるのは気づかれにくい、あるいは洞察不可能」と指摘する。日頃病識と言う用語はなるべく記載しないようにしていると語る保崎¹⁴⁾も、「神経疾患の際は、障害を認めるか認めないかだけの問題と

したいが、やはり独特な(これがわかれば問題ないが)人格障害を背後に認めるとでも言わないと説明(説明にならぬが)ができないように思われる」と吐露している。病識が欠けているという場合、「本当に欠けているのは何なのか」を考えるのが大事だと指摘する木村¹⁵⁾は、「病識をもたないといわれる統合失調症者とでも良好な治療関係をもつことができる。自分を病気だと思わない人と、どうして治療関係が結べるのか」と自問自答する。主体に接近する話であるが、この主体の根拠をどのように裏づけるかが難しい。病識は、基礎科学と臨床科学の接点に関わるテーマなのかもしれない。

3) 精神分析的立場からの論及～病識に影響を与える治療関係の検討

西園¹⁶⁾は精神分析的アプローチに立ち、病識欠如は静的症状としての能力障害ではなく、患者による否認、抵抗という動的な現象だと考え、「病識欠如は心理的抵抗による防衛の所産であり、医師との関係や精神療法によって変化し得る」と述べ、「統合失調症者では情緒的洞察が得にくく、知的洞察の程度の病識にとどまることから、統合失調者にあたっては病因をなす葛藤が深刻で、防衛が強く複雑」と指摘した。また洞察の深さには「自分が病者であることを知らないときは病識欠如の状態→病者であることは知っているが、どんな性質の病であるかを知らないときは病感があるという→洞察が深まり、自分は病者であることも病の性質も正しく知っているが、どうしてその病が起きたかという力動性を知らない場合は病識があるという→病を起こした背景の力動性をも認識できたとき、深い洞察ないしは情緒的洞察が生じたという」と述べている。

同じ精神分析の立場から、土居¹⁷⁾は次の統合失調症者の事例を紹介する。「彼は医者には調子を合わせて表面的な病識はもっているが、発病の出発点となった体験については頑としてその真実性を主張し、医者は職業意識で何でも病気にすると言って強い不満を述べた」という。疾病否認および病識障害が認められる。そして「統合失調症者の病識欠如の状態を、神経症の精神療法の際遭遇する“抵抗現象”と同じように扱えないか」と直感し、両者とも「背後に無意識の葛藤を隠している」と想定し、「“防衛”という病識の出現を阻む心理的諸因子と取り組むことこそが統合失調症者の精神療法の主眼目」だと考えた。その過程で統合失調症者は自分の言動が異

常であることに今まで知らなかったことに気づくショックを重要視し、それは「全存在を震駭させるような事件」だと捉えた。土居は率直に「自分が病気だと認めることはそれほど困難なことなのか、病気だと知るとき、なぜ人は動揺するのだろうか...」と吐露している。

統合失調症者の病識欠如に関しては、精神分析的立場からは「心理的抵抗」という見方があり、器質性障害者については神経心理学的立場からは「認知機能障害」があり、身体症状の誤認が背景にあるのではないかと考えられたりしてきた。このように、病識については「病識」という単一次元の心的現象では語り切れず、おそらくは病識成立には多くの要因が複雑に関わっていると考えられる。

以上から、病識論に関しては、医学的概念に基づく記述的アプローチ(観察中心)、体験重視の人間主義的アプローチ(体験中心)、力動的アプローチ(精神分析的アプローチ)の3つがあることがわかる。

4. 病識の捉え方

古く、Babinski¹⁸⁾は「疼痛、疲労感のような主観的現象は患者だけが知覚し得るものであり、厳密にこれらを評価し測定する方法は何もなく、その実体さえも決して証明されることはない」と述べた。それから114年経過したが、患者の主観的現象の測定評価は可能となったのだろうか...

Jaspers⁹⁾は、病者である自分を観察するとき、つまり自己評価には患者の心理学的判断による加工と観察が入り混じると指摘する。具体的にはそのときの本人の関心や心理学的才能、批判、知能に左右されるが、時として「自己観察自体が煩わしい病状として現れることがある」という。つまり「自己観察によって病が起るのではなく、ある疾病状態が異常な種類の自己観察を引き起こすのだ」と述べている。これは「意識の意識」といってもよく、「頭がぼんやりする」ことを意識する意識状態を意味する。

病識の問題は、統合失調症をはじめ、うつ病や双極性障害、解離性障害、パーソナリティ障害など精神疾患のほか、認知症やてんかんなど器質的障害でも深く関わる。繁田¹⁹⁾は、「若いつもりで挑戦したら怪我をした」という中高年者の経験例を取り上げ、自分は健康だと自認している人でも、実際にもつ能力と自分自身の認識にはズレがあることを示唆している。確かに実際ある能力と本人の認識との隔たりは認知症だけのものではない。また病気と気づくには、「周囲から指摘

される場合と自分で気づく場合とがある」ことを述べ、さらに「自分が病気であると認めることと、病人として扱われることは、質の異なる体験」だと指摘し、自己評価と他者評価の問題に鋭く切り込んでいる。

金ら⁸⁾は病識尺度の開発と実証研究が始まったのは1980年代後半に入ってからで、背景には操作的診断に基づいた実証研究の潮流があったこと、「病識とは何か」という概念についての議論はいったん棚上げにして、病識概念を操作的に定義したうえで、厳密な方法論を用いて客観的に評価することを目的とした複数の評価尺度が開発された」という。とりわけ統合失調症者対象の病識尺度は、**The Insight and Treatment Attitudes Questionnaire (ITAQ)**を初めとして数多く作成された。酒井²⁰⁾によれば、「統合失調症患者の多くに自身の精神疾患やその重症度についての自覚の乏しさが認められること...病識欠如は...患者には精神疾患があり治療が必要なのだと考える治療者や家族との関係にも悪影響を及ぼしうるため、精神科医療においては重要なテーマであった」と述べている。

他者が観察して得られた徴候と患者の主観的体験間の齟齬の問題は、医療現場では悩ましい事実とされる。疾病否認は、患者主導の主観的体験を重視する方針を立てた際に、乗り越えなければならぬ治療的問題となる。

自己評価(本人の自覚)か客観的評価(客観的資料)か、疾病否認の議論の歴史を展望すると、自己評価や他者評価のほか、各評価を生み出す大元が損なわれているという議論は“人間”を感じ取る一つの方法として思弁的に感じられるかもしれないが、事実につながるひとつの道としてあってよいと考えられる。

5. 疾病否認の発現機序

村松²¹⁾によれば、脳器質性疾患で見られる病識欠如を示す病態失認は、「歴史的には1914年、Babinskiが左片麻痺を否認する2例を報告し anosognosia と呼んだのが嚆矢であり、さらに片麻痺を認めるもののこれに無関心なものを anosodiaphorie と呼んだ」という。その Babinski¹⁸⁾が取り上げた2例とは「完全左片麻痺を患った知能聡明で対人関係も良好な女性患者と、左上肢の麻痺を患うやや興奮気味に奇妙な話をする女性患者」であった。2人ともに片麻痺には気づかず、上肢に電気治療をしようとする。「一体どうして私に電気をかけようとなさるんですか？ 私は麻痺などしてませんよ」と述べたという。Babinskiは、「疾病否認は大脳皮質損傷の結果と

して起こったものと思う。その変化は時には極めて早く回復することがある」と述べているが、疾病否認に関する発現機序は明らかにしていない。

大橋¹¹⁾も病識について研究者の関心が高まり、身体図式や身体心像の概念等が展開されたのは Babinski の報告¹⁸⁾後だと述べている。さらに大橋は疾病否認の症状を出現させる諸要因として、「感覚障害(深部知覚や位置覚の障害)があり感覚遮断現象が生じ、幻影肢などが出現する」ことや、「身体心像が損なわれ、身体図式障害が生じる」ことを取り上げた。Schilder²²⁾によれば、身体図式とは「各人が自己について持つ空間像」を意味する。さらに「見当識障害・記憶力障害・健忘、作話で示されるコルサコフ症的な全体的心的水準低下が生じる」ことや、「Goldsteinによる破局反応の回避説²²⁾」、「器質的抑圧現象との見方²³⁾」などを取り上げているが、いずれも見解の一致を見ないとも記している。

大橋が引用した Goldstein²³⁾自身は、盲目の否認、片麻痺の否認、失語症等の否認が生じるのは、障害がないような環境を医療者側が作り出した場合だと述べている。人間は適切な環境を獲得しようと努力する生き物であり、とりわけ危機があれば、「彼が逃避しなかったならばおかれたであろうところの不利な状況におけるよりも無害な受動的回避行動」を選択する。これは代償行為というべきもので、脳損傷者がとる特徴だという。

Goldsteinの全体的な人間の見方は、Weinsteinら²⁴⁾にも受け継がれている。Weinsteinらは、脳疾患患者で疾病否認を示した104名(男54名21-73歳、女50名17-67歳)について、障害内容、神経学的診断、脊髄液、脳波、行動について詳細な分析を行った。その結果、明白な言葉に依る疾病否認のパターンは5つあることがわかった。それは、「完全な否認(complete denial)=病気そのものを否認」、「多数の身体障害者が示す否認(denial of major disability) =片麻痺を否認し、便秘を訴えたなど、病気の些細な局面を強調」、「何らかの良好な原因への帰属(minimization or attribution to some benign cause)=手は動かせるがけだるい、手を動かすのが困難なのは注射をしたから、左片麻痺の女性は誰でも右側よりも左の方が劣っていると言う、記憶が欠如した患者は誰でも忘れるものだという、開頭術を受けた患者はその後包帯しているのは温めているからだと言、頭を剃っているのは冷やしているのだという」、「障害を自分の外側に投射す(projection of disability

outside of the self)=片麻痺状態の手足は自分のものではなく、看護師や医師の手足だという」、そして「一時的な障害の置き換え(temporal displacement of the disability)=病気や身体障害は過去のもので、今は完全に回復したと言う、完全片麻痺の患者は数日後には歩けるようになると主張した」の5つである。

多彩な部位の脳血管障害や脳腫瘍、脳梅毒のほか、妊娠6カ月で流産した後骨盤の影響から左片麻痺になった事例などが取り上げられていて、必ずしも器質性疾患ばかりではない。共通しているのは「疾病を否認する」という点である。疾病内容は取り上げられた事例の順番でみていくと、「手術、失禁、病氣、性的不能、盲目、左片麻痺、記憶喪失、頭痛、両親の死、赤ん坊の死、痙攣、失明、失語症、夫と息子の死、四肢切断、母の死、怪我、開頭術、半盲、視野欠損、姉の死、未婚、眼瞼下垂、左目がないこと、視覚障害、左半側無視、右片麻痺、左手足の痛覚欠如、右側の見過ごし」となる。彼らは詳細な研究結果、疾病否認に共通した責任病巣があるわけではないこと、片麻痺と盲目に関する疾病否認は、片麻痺や盲目の否認ではなく、「手術をしたという事実あるいは病気になったという状態の否認だろう...。自分の腕を“彼”や“彼女”“それ”と呼ぶときは、患者は自分とは別のものとして自分の腕をじっと見つめるようだ。(これらは)病的性格の特徴と関係すると考えられる」と指摘している。戦時中の軍医でもあった Goldstein²³⁾は、意識現象を語る際には、「意識する存在(つまり、自分は意識的存在として在る)」よりも、「何らかの意識を持っている一人の人が、自分自身をどのように考えるか(つまり、自分が自分自身の意識をつかむ)」という点に注目すべきだと指摘する。ただそこに自分が在るというよりも、対象化された自分自身に対立する客体としての客観的世界を持っているが大事なのだ。疾病否認を語る時、これは重要な指摘である。言い換えれば、疾病否認とは「疾病を自分がかみ損ねた状態」と言うことができる。

大橋が疾病否認に取り組んだときと同じ頃、Ullman²⁵⁾は、疾病否認には否認の際、「意図が介入する患者」と「感覚障害による否認」とが存在すると指摘し、「否認(denial)」という用語は、意図、動機づけの存在を前提として用いた方がよいと述べているが、Ullman が示した疾病否認の2つのタイプは連続した現象であり、一つの局面を別の角度からとらえたものとみることが出来る。つまり、意識障害

や感覚障害の改善およびそれを視覚的にとらえうる知的能力の回復の一過程で意図や動機づけが介入してくるとの見方である²⁶⁾。

病態失認を含む疾病否認の責任病巣については、明確な指摘があるわけではない。たとえば、右脳損傷者の運動麻痺や視野欠損(半盲)に関わる病態失認は頭頂葉症状としてよく見られるが、これが独立した実在の病状なのか、別の頭頂葉症状の一面なのかを明らかにするために、Bisiach ら²⁷⁾は34~84歳の97人の右脳損傷者に対して、片麻痺や視野欠損等についての病態失認について調べた。その結果、視野欠損および運動麻痺に関する病態失認はそれぞれ独立した実在症状だと指摘した。

一方、主体論の立場にたつ大東²⁸⁾は、Babinski型病態失認は右半球頭頂葉を含む広範な病変でしばしば生じることが知られているが、発現機序については意識不鮮明や知性障害、身体図式障害というよりも、「もっと身体意識それ自体の障害という性格を帯びている」と指摘している。さらに近年自己意識や気づきとの関連で病態失認を理解しようとする見解がいくつか提起されていることに鑑み、病態失認は「認知障害に気づかないという意味で、意識化の障害」と捉えるべき病態だと指摘する²⁹⁾。大東³⁰⁾は「身体図式」と「身体意識」を区別し、左半身麻痺の否認に関して次のような説明をしている。左半身麻痺の否認、つまり麻痺の存在に気づかないのは「一次意識としての自己意識が右半球優位であり、右半球損傷を負った患者は、左半身を欠いた右半身の身体意識を自身の身体意識のすべてと意識する」からだという。右半身のみが自身の身体を構成することになり、左半身は自己の身体意識に帰属しなくなるという。そして「左半身麻痺を否認しているようにみえはするが、患者の意識において生じている“動く左手”とは、左半球にある両側性の“身体図式”の存在によって、残存する右半身に一次意識として組み込まれている“左手”であって、患者は実は決して実際に麻痺している左手について“動く”と言っているのではないというのが病態失認の実態」だと指摘する。さらに病識をもつためには常態と病態を自身が感じ取ることが必要とされるが、「自身が常態にはないということ、つまり特定の認知機能が存在しないということに気づくことが難しい。これは脳の機能としてもはや存在しなくなった認知機能を、個体が直接的に認知しうるのかの問題³⁰⁾」だと指摘している。

現在のところ、病態失認を含む疾病否認の発現機序については、主体の障害により病態を掴み損ねた結果という見方と、主体は十全だが(または主体論を棚上げ)、認知機能の障害で病態を掴み損ねているという見方がある。小山³⁾の思いの理論では、「つかむ」ことを重視し、人の思いが深まる過程には、自分自身に関して「苦しむ→ふれる→つかむ→置く」という4段階の深まり過程があることを示唆する。因に自分描画法は思いをつかむ一つの方法であり、それ自体が心理療法という特徴をもつ^{3), 31)}。

近年浅井ら³²⁾ 弘光ら³³⁾ によって提出された Embodied sense of self scale(ESSS)は、自己意識障害の主観的側面を包括的に計測した尺度である。自己意識には「私が私の身体を動かしているという「主体感」、この体は私の身体であるという「所有感」、時間的な一貫性と連続性によって維持された「物語自己」の3つの要素から構成されているとの考えが研究背景にある。主体論に取り組むことは古くて新しい視点と言え、疾病否認の発現機序を解き明かすヒントを与えてくれるかもしれない。

6. 病識の心理療法の視点

1) アセスメント指標としての病識

病識をアセスメント指標の一つとして扱うアプローチがある。石川³⁴⁾は「病識は予後と治療過程を判定するためにしばしば用いられる常用語であり、重要な臨床的意味を含めて用いられるが、“病識”という言葉はかなり曖昧な意味で用いることが多い」と指摘する。さらに「健全な病識が損なわれているという事(態)が病識障害」で、「病気に対する自己の異常な構えと、患者自身が異常・病的と感じている心身の異常体験を一括して“疾病意識”と名付ける」と述べ、「“病感”は疾病意識の一つの素材」と考えた。そして「病期、病状の如何を問わず、現在と未来に関わる病識が最も重要」だと指摘した。病識には段階がある。

繁田³⁵⁾は、アルツハイマー型認知症者との関わりから「病識の程度は本人の感情状態や環境によって様々に変動する」と述べ、さらに医療現場における病識の取り扱いについては、「病識の獲得を急がず、本人の思いにまず共感する観点が必要」「いつまでも症状を否認し続けなければ自分を保てない人もいる。病識獲得とは、絶望や傷つき(心的外傷)を避けつつ、本人がその時々を受け入れ可能な範囲で否認を減らしているプロセスともいえるのでは

ないか」「本人が病気をどのように理解しどのように受け止めているかという認識として病識を理解するとき、的確な治療とケアや支援につなげることができる」と述べている。本人がもつ病識をまず重視し広げていこうとする視点は、リハビリテーション心理臨床においては重要である。

2) “病識”を指標とした心理療法的アプローチ

筆者には井村³⁶⁾の欠陥の意識化に関する心理療法的問いかけは、難題だと感じる一方で、ここから抜け出るヒントを与えてくれているようにも感じる。その問いかけとは、「重い脳損傷者がその欠陥に対してとる態度は、了解心理学的に理解する方法には限界がある。彼らがその欠陥について我々に訴えることが少ないのは、実は私たちの体験的な了解を超えた仕方で、彼らなりにすでに欠陥に適応しているからである。改めて欠陥を意識することは、欠陥にもとづく行動の障害に突き当たることであり、これは彼らを安定した境位から引き落とす不安にさらすに等しい」という指摘である。了解を超えたところというのは、臨床心理学の視点に立てば無意識的領域を彷彿させる。もはや意識の心理学だけでは、脳障害者の心をつかむのは難しいのではないかと...そういう問いかけとも受け取れる。

筆者のこれまでの脳障害者に関する諸研究結果^{1), 2), 3)}および本論文の論考より、病識に関する治療的接近の一つとして、次のアプローチを提起したい。要点を以下に箇条書きで示す。

① 脳障害者自身が生きるために必要なもの。その視点は「自分」に向けられる。

② 脳障害者は「自分にとって必要なもの、必要でないもの」を鋭敏に嗅ぎ分けている。

③ 脳障害者は生理・心理・社会水準において、“つじつまが合う”と納得するという性向をもつ。“つじつまが合わない”と感じるときに、陰に陽に動き出し、あるときは興味や関心が沸き起こる。

④ 脳障害者には、正順欲求(desire to arrange order)がある。自己保全欲求から自己実現欲求〔正の連鎖〕を求める傾向は一般的であるが、同時に自傷の深まり〔負の連鎖〕を避ける傾向もあることが脳障害者の特徴として挙げられる。

⑤ 脳障害者は何かをイメージする(対象化は客体 me の作用²⁾)と同時に、自分の存在に触れることになる。たとえば亡き母を想起→母と在った自分を想起→自分に触れるというように、me とは私の想

起客体となる。

⑥ 脳障害者の心を変化させる現実的促進者は「意味づけの行為」である。つまり感情および思考水準にあつては、何かについて何か意味づけることにより心が動き出す。

⑦ 脳障害者にとって重要な行動様式として、2つの「ある」と「する」が挙げられる。つまり、「ある」は「在る/存在」と「有る/所有」、そして両者の原動力となる「する/動く」の3つの状態があげられる。例を以下に示す。

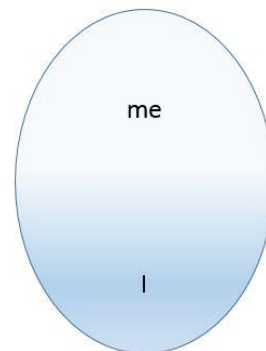


図2 主体 (I) と客体 (me) のありよう

[苦悩の3種³⁰⁾]

在る苦しみ: 自己存在(自分が在ることの苦しみ)。病者となった自分に対する価値判断が入り込む。疾病否認患者は「在る苦しみ」にはふれようとしない。



有る苦しみ: 有る苦しみ(自分に属する・属さないことに関する苦しみ)。所属の適否が問われる。病態失認はこのレベルの障害と考えられる。



する苦しみ: うまく振舞えない(不適応な行為)。自分の行為に対する判断が鍵となる(図1、2)。

以上の3つの様態それぞれに、「受容 - 非受容」の対立がある。個人内に生じる心の揺れと映じる。

ここに「私は在る」という存在感は、これを「私が所有している」という在り方に比べると、静的で、人目を憚る生き方と言えるかもしれない(図1)。

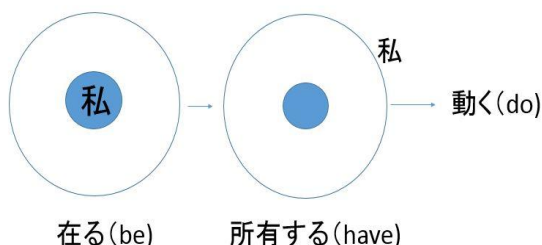


図1 「在る」と「有る」の相違

さらに主体(I)と客体(me)のありようをみると、「私」という主体は「客体としての私の中にある(inside of me)」という位置づけが想定される。

このように考えれば、疾病否認は「所有する(have)」、つまり「つかみ取り損ねたという自覚の障害、つまり“つかもう”とする主体の障害」と考えられるだろう。人間の心は個人内に蓄積された何か印象深い出来事を想起させるあるきっかけがもつ力により、心理的時間を動かすことができる。言い換えれば“気持ちが切り替わる”。治療者との出会いは、病識の改善に寄与する可能性が高い(例:治療者によって、何かに気づき、心が動き出した...)

⑧ イメージとしてある未来は現在的前方にあり、未来は現在に含まれると考え、現在を問う。

⑨ 人間の心の構造のひとつとして、個々の感情を伴う記憶体験が「ある思い」となり強調される。それはときには深い体験となり、またあるときには不快な体験となることもある。これら全体の心の動きが新たな体験となり新たな心を育てていく。これを筆者は“パーソナリティの成長”と呼んでいる。

⑩ 個人が感じ考えたことをありのまま丁寧に追っていくと、その人の心の世界が見えてくる。実存的・現象学的アプローチは、個人の主体を重視するアプローチである³⁷⁾。

⑪ 同じような部位の損傷であっても、症状は全く同じではない。個人の内的世界は皆違うと考える。

⑫ 人間は、他者の代わりにはなれても他者にはなれない。自分の視点からしか物事をとらえることしかできないという制約をもつ。それゆえ人は生物・心理・社会的レベルのすべてにおいて、意識的にも無意識的にも自分と関係づける傾向をもつ。他者の視点をもつには、ある物にふれ感じ取り(ふれる段階)、それを確かめる方法を獲得する(つかむ段階)、そして自分自身の中に他者を入れ込むイメージを持つ(収める段階)などの一連の

心理的努力が必要となる。これらは思いの心理療法³⁾における根幹となっている。

7. おわりに

病識はこれまで医療領域で用いられてきた用語である。心理臨床においては、病識を気づきととらえ、「自分が直面する課題に、自分自身がどのような関わりをするか」といった問題対処能力を含んだ幅広いとらえかたが一般的である。APA PsycNETを用いて「insight into disease」と入力し検索すると35件がヒットし、そのうち脳障害系論文はわずか8件だった。その結果、病識はほとんど研究対象となっていないことがわかる。そこに病識研究の難しさと限界を感じ取るが、その逆に病識は人間の本性にふれる永遠の研究テーマかもしれないという思いを抱く。現在“操作的に定義づけられた病識”を用いた研究が盛んであるが、用いられる用語は「気づき」「自己意識」「当事者意識」「役割意識」「集団意識」など、対象に応じて微妙に言い換えられている。病識がもつ多義性に翻弄されないようにしなければならぬと思う。

引用文献

- 1) 小山充道：脳障害者の心理臨床。学苑社,127-160,1985.
- 2) 小山充道：脳障害者の心理療法。北海道大学図書刊行会, 77-90,135-160,1992.
- 3) 小山充道：思いの理論と対話療法。誠信書房,121-180,2002.
- 4) 古茶大樹：病識をめぐって。精神科治療学,30,1147-1152, 2015.
- 5) 中谷陽二：分裂病と「病識」－用語法への疑問。臨床精神医学,18,11-16,1989.
- 6) 野間俊一：病識(加藤敏他編:現代精神医学事典所収)。弘文堂, 888-889,2011.
- 7) Zilboorg,G.:A history of medical psychology. W.W.Norton Company. (神谷美恵子訳:医学的心理学史,みすず書房,325, 325,1958.)
- 8) 金吉晴,酒井佳永：統合失調症と病識。臨床精神医学, 46, 1457-1462,2017.
- 9) Jaspers,K. : Allgemeine psychopathologie. 1923,1948. (Hoenig,J.and Hamilton,M.W. Translated from the German. Jaspers,K.: General Psychopathology.414,419,1963. (内村祐之・西丸四方・島崎敏樹ほか訳 ヤスペルス精神病理学総論上巻,339,1953.; 同中巻,169,176-189,1955.; 同下巻岩波書店,69,1956.)
- 10) 梶谷哲男：病識の在り方と捉え方について。精神医学,5, 28,131-136,1963.
- 11) 大橋博司：「疾病失認」(または疾病否認)について。精神医学,5,123-130,1963.
- 12) 菅又淳：病識について。精神医学,17,894-895,1975.
- 13) 新福尚武：器質性精神障害における病識について。3,79-86, 1988.
- 14) 保崎秀夫：病識という言葉のあいまいさ。臨床精神医学, 18,59-60,1989.
- 15) 木村敏：病識についてのアフォーリズム。臨床精神医学, 18, 55-64,1989.
- 16) 西園昌久：病識の精神力動。精神医学,5,111-121,1963.
- 17) 土居健郎：病識の問題。精神神経学雑誌,63,430-431,1961.
- 18) Babinski,J.大脳性の器質性片麻痺における精神症状の研究への寄与－病態失認,1914.(遠藤正臣訳:精神医学,20, 913-920,1978).
- 19) 繁田正弘：認知症疾患における病識を有無で論じることの限界。Progress in Medicine,36,1009-1012,2016.
- 20) 酒井佳永：病識の評価尺度。精神科治療学, 30, 1153-1161, 2015.
- 21) 村松太郎：脳科学から見た病識。精神科治療学,30, 1295-1301,2015.
- 22) Schilder,P. : The Image and Appearance of the Human Body,1935.(稲永和豊監修, 秋本辰雄, 秋山俊夫編訳:身体心理学),星和書店,212-213,1987.
- 23) Goldstein,K. : Der Aufbau des Organismus. Martinus Nijhoff.1934.(村上仁・黒丸正四郎訳:生体の機能,みすず書房),1-33,1957.
- 24) Weinstein,E.A. and Kahn,R.L.:Denial of illness- Symbolic and physiological aspects. Charles C. Thomas, 10-12,122-128.
- 25) Ullman, M. : Behavioral changes in patients following strokes. Charles C.Thomas,69-93,1962.
- 26) 小山充道：脳障害による病態失認の回復過程に関する研究。心理臨床学研究,8,48-61,1990.
- 27) Bisiach,E.,Vallar,G,Perani,D.,Papagno,C. & Berti,A.: Unawareness of disease following lesions of the right hemisphere: Anosognosia for hemiplegia and anosognosia for hemianopia.,Neuropsychologia, 24(4),471-482.
- 28) 大東祥孝：意識野の生成と解体,その神経心理学。分子精神医学,9,149-154,2009.
- 29) 大東祥孝：病態失認と身体意識。高次脳機能研究,32,446-452,2012.
- 30) 大東祥孝：病態失認の捉え方。高次脳機能研究,29,295-303, 2009.
- 31) 小山充道：自分描画法の基礎と臨床。遠見書房,55-260, 2016.

- 32) Asai, T., Kanayama, N., Imaizumi, S., Koyama, S. and Kaganoi, S.: Development of Embodied Sense of Self Scale (ESSS) : Exploring everyday experiences induced by anomalous self-representation. *frontiers in Psychology*, 1-12,2016.
- 33) 弘光健太郎・浅井智久・斎藤聖子ほか：脳腫瘍患者における自己意識障害の検討-腫瘍摘出術前後における比較. 第 41 回日本神経心理学会学術発表論集,106,2017.
- 34) 石川清：精神分裂病群と神経症の病識について. *精神医学*, 5,105-18,1963.
- 35) 繁田正弘:アルツハイマー型認知症の病感・病識をふまえた受容への支援. *臨床精神医学*,46,1513-1519,2017.
- 36) 井村恒郎：欠陥の意識(精神医学研究Ⅱ所収 1949年執筆) . みすず書房,113-127,1967.
- 37) Rogers, C.R.: On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. Houghton Mifflin Company. 59-69, 1961.