



## 統合失調症の病識と認知機能、防衛スタイル

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2020-06-22 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 小川, 泰弘 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://doi.org/10.24729/00016924">https://doi.org/10.24729/00016924</a>

大阪府立大学大学院

総合リハビリテーション学研究科

博士論文

**統合失調症患者の病識と認知機能，防衛スタイル**

Insight, cognitive function and defense styles in  
schizophrenia.

2020年3月

小川 泰弘

# 目次

要旨	1
緒言	2
1章 序章	
1. 病識の概念とその尺度	4
2. 統合失調症における病識低下の原因論	7
3. 統合失調症の病識に対する治療的介入	10
4. 本研究の意義と目的	15
2章 統合失調症における病識と神経認知機能および社会認知機能との関連について	
1. 研究目的	16
2. 方法	16
3. 結果	19
4. 考察	23
5. 研究の限界と小括	25
3章 統合失調症における病識と心理防衛的傾向との関連について	
1. 研究目的	26
2. 方法	26
3. 結果	29
4. 考察	33
5. 研究の限界と小括	36
総括と今後の展望	38

文献 . . . . . 4 0

謝辞 . . . . . 5 0

## 要旨

統合失調症における病識の低下は、長期的転帰に大きな影響をおよぼすことが指摘されている。そのため、臨床的に重要な課題として、統合失調症患者の病識低下を引き起こす要因の究明が求められているが、病識の概念は複雑ゆえに、単一の要因でそれを説明することは難しい。

第一章では、病識に関する概念、およびその低下を引き起こす原因論について、統合失調症患者の知見を中心に整理した。病識低下の原因論に関してはおおよそ2つの理論的観点が存在した。ひとつは、脳の機能障害からどのように病識低下が生じるかを強調していた。神経心理学的な研究において、そのモデルを裏付ける知見が蓄積されていた。他方の観点は、精神疾患は個々人にとって受け入れがたいスティグマ的苦痛を伴うものであるということから、その疾患認識を患者のナラティブな視点に立って理解しようとするものであった。しかしこれまでの研究では、前者は神経認知機能と社会認知機能どちらかの観点から病識低下を説明しているものが大半を占め、それらは互いに独立して病識に関与しているかどうかについては明らかではなかった。後者の検討ではその大半が抑うつなどを心理防衛的側面の媒介項したものであり、直接的な検討はごくわずかであった。またそれらの報告において認知機能障害を考慮したものは確認されなかった。

そこで第二章では、統合失調症の病識低下と神経認知機能障害、および社会認知機能障害との関連を明らかにした。その結果、病識は神経認知機能と有意に相関していたが、社会認知機能とは関連が見られなかった。

最後に、第三章では、統合失調症の認知機能障害を調整した上で、病識低下と心理防衛的側面の関連を明らかにした。結果は、未熟な防衛傾向の高いものは、むしろ自己の疾患を意識することができるという一見逆説的なものであった。統合失調症における病識は、その用語自体は *insight* や *awareness* など高次の機能を指すが、その評価は患者自身の洞察 *insight* というよりも態度 *attitude* を反映する次元が含まれている可能性が示唆された。

**Key words:** 病識, 統合失調症, 神経認知機能, 社会認知機能, 防衛機制

## 緒言

病識の低下は精神疾患の主要な特徴のひとつであり、特に統合失調症においてはおよそ 50%～80%にみられる<sup>1,2</sup>という報告がある。またそれは、アドヒアランス（治療の継続性）の不良さ<sup>2,3</sup>だけでなく、社会機能の低さ<sup>2,4</sup>や再発率<sup>5,6</sup>と関連していることが示唆され、長期的転帰に大きな影響をおよぼすことが指摘されている。そのため、臨床的に重要な課題として、統合失調症患者の病識低下を引き起こす要因の究明が求められているが、病識の概念は複雑ゆえに、単一の要因でそれを説明することは難しいと思われる。

しかしながら、日常の臨床では「病識」という用語は慣用句的に使用されており、職種を問わず非常に馴染みのあるものである。この概念的、および原因論的複雑さと臨床での使用の乖離について、中谷<sup>7</sup>は「ひとたび論理的に吟味されると、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全だ」と指摘している。また池淵<sup>8</sup>も同様の問題意識から病識を再考しており、その用語に対するイメージのしやすさゆえと捉えられている。しかし、彼らも指摘しているように、病識の概念が内包するものはきわめて広く、それが患者の治療に対する否定的な態度を指しているのか、あるいは自己の精神症状に対する誤帰属を指しているのか、その用語が指す意味は用いるものによって異なる可能性が高い。

そのような慣用句としての「病識」の存在ゆえに、臨床では病識低下の原因論にはほとんど目が向けられていない。そしてときにはその概念や現象の背景にあるものへの理論的な吟味もなく、治療に拒否的な患者に対する常套句として用いられる場合さえある。病識の低下に影響を及ぼす要因が、Bio・Psycho・Social<sup>9</sup>にまたがって存在し、その色濃さは個々の症例によって異なるということは想像に容易いが、おそらくその折衷主義的<sup>10</sup>な理解がその問題を見えづらくしている可能性がある。

以上のことから病識の概念とその低下に影響する要因についての整理は、この領域の研究を進めていく上で非常に重要である。特に統合失調症という疾患は、認知機能障害（Bio）だけでなく、社会的なスティグマ（Social）が存在し、それを個々人がどのように意味づけ、また受け入れ/否認するか（Psycho）という問題を孕んでいる。そしてそ

のような背景が，統合失調症患者の病識の構造をより複雑にしていると思われる．本研究では病識の概念とその低下の原因論とその介入方法について詳細に整理した上で，複数の要因に跨る病識低下の構造を明らかにすることを目的とした．

# 1章 序章

## 1. 病識の概念とその尺度

病識の概念については Jaspers<sup>11</sup>によって提唱されたものが有名ではあるが、中西<sup>7</sup>によるとそれ以前からかなり盛んに議論が行われていたようである。おそらくそれが臨床的に重要であるとの認識は当時から存在していたであろう。本邦における病識の定義は、池淵<sup>8</sup>が Jaspers の記述を「人が（疾病についての）自己の体験に対し、観察し判断しながら立ち向かうことを疾病意識とし、そのうちの“正しい構えの理想的なもの”が病識とされる」と要約している。諸外国においては、Jaspers のものに加え、Lewis<sup>12</sup>によって提唱された「自己の疾患に起因する変化への適切な態度」が用いられている。しかし病識の概念が内包するものはきわめて広く、古くに Zilboorg<sup>13</sup>が「病識は臨床的にとても重要な概念であるが、それは不明確で、混乱を引き起こしている」と指摘しているように、一世紀以上経過した現在でもなおその曖昧さは存在したままである。「適切な態度」とは、また「正しい構えの理想的なもの」とは一体何を指すのかという問いに対し、依然として研究者間で細部における認識が共有されていない現状がある。

そのような背景のなか、質的な定義に客観的な指標を見出すべく 1980 年代に入り病識を定量化する試みが始まり、研究者ごとに様々な定義と尺度が提唱されてきた。金ら<sup>14</sup>によるとその頃、病識の概念についての議論は一旦棚上げし、各研究者が各々の定義を厳密に測定する方法論の開発に主眼を置いていたという。David<sup>15</sup>は、精神疾患を患っているという認識はないが、治療を受け入れている患者の存在を根拠に、治療への姿勢と精神疾患への認識の区別を強調して測定しようとした。Amador<sup>16</sup>は、精神症状を自己の心的状態の異常ではなく、他者から引き起こされたものとして原因を帰属させている患者の存在を根拠に、精神症状の原因帰属と疾患の認識の区別を強調した。このように病識は互いに関連しているが独立した複数の次元から構成されると論じられている<sup>17,18</sup>。

後述のように現在ではおおよそ 3 つないし 4 つの次元で説明される病識概念の尺度がよく用いられ、その測定方法は自記式によるものと半構造化面接によるものがある。



る。それらは患者の自己認識に対する医学的妥当性の程度が測定されるものが主流であるが、Markova ら<sup>19</sup>によって開発された尺度は、自己認識の医学的妥当性よりも主観的体験の変化に対する自己モニタリング能力や、その変化を察知し感情を自覚する能力に広く焦点を当てている。その他、2000年代 Beck ら<sup>20</sup>は、「疾患に関連した洞察」を扱う病識の概念とは区別するものとして **Cognitive Insight** の概念を提唱した。従来の病識の概念では、治療や疾患に関する患者の認識についての質（認識の医療的な妥当性）を扱うが、**Cognitive Insight** の概念では、自身の精神活動をモニタリングする能力やメタ認知的な視点に焦点を当てている。**Cognitive Insight** の概念が登場したことにより、従来の「病識」の視点がより明確になったことは、この領域の研究の発展にも寄与するものであったと思われる。このように病識は研究者ごとに様々な定義が与えられ、またその定義に沿った様々な尺度が開発されたということは、この領域の学術的発展を示しているが、ゴールドスタンダードな尺度が存在しないという点で、それが今後の研究をより一層難しくさせている可能性がある<sup>21</sup>。これまでに開発された病識尺度の概要を表1に示す。

上述の通り様々な尺度が開発され、精神疾患患者の病識を定量的に測定することが可能となったことで、病識の様々な臨床的意義が明らかにされている。統合失調症における病識低下は、アドヒアランス（治療の継続性）の不良さ<sup>2,3</sup>だけでなく、社会機能の低さ<sup>2,4</sup>や再発率<sup>5,6</sup>との関連も示唆され、長期的転帰に大きな影響をおよぼすことが指摘されている。また病識低下が治療関係構築の困難さへと繋がる<sup>28,29</sup>ことは、互いの信頼をもとに対象者の望む生活に近づいていくための支援を志向するリハビリテーション職種にとって大きな障碍となりうる。従って統合失調症患者の病識を評価し、それに関連する因子を同定することは臨床的にきわめて重要である。

表 1 病識の評価尺度

尺度名	著者	下位尺度/次元	評価法	項目
ITAQ <sup>22</sup> Insight and Treatment Attitudes Questionnaire	McEvoy ら (1989)	・患者の疾患に対する知覚体 験, 認知プロセス, 感情, 行動 への洞察 ・治療の必要性	半構造 化面接	11 項 目
PEH <sup>23</sup> Patient's Experience of Hospitalization	Carsky ら (1992)	・治療の必要性 ・入院の必要性 ・希望/不安	自己 記述式	23 項 目
SAI <sup>17</sup> Schedule for Assessment of Insight	David ら (1992)	・治療の必要性 ・精神疾患への意識 ・精神症状への意識	半構造 化面接	8 項目
IS <sup>19</sup> Insight Scale	Markova ら (1992)	・疾患についての自己意識（自 分自身の能力や機能, 自身と環 境との間に及ぼす影響につい て）	自己 記述式	30 項 目
SUMD <sup>18</sup> Scale of Assess Unawareness of Mental disorder	Amador ら (1993)	・精神障害の自覚（過去/現在） ・服薬の効果/必要性の自覚（過 去/現在） ・社会的帰結の自覚（過去/現 在） ・精神症状への自覚（過去/現 在）	半構造 化面接	20 項 目

BIS <sup>24</sup>	Birchwood	・治療の必要性	自己	8項目
Birchwood	ら	・精神疾患への意識	記述式	
Insight Scale	(1994)	・精神症状への意識		
AII <sup>25</sup>	Cuffel	・精神疾患の意識	半構造	7項目
Awareness of illness Interview	ら (1996)	・治療の必要性	化面接	
SAIQ <sup>26</sup>	Marks	・治療の必要性	自己	17項目
	ら	・不安	記述式	
	(2000)	・疾患の存在/帰結		
VAGUS-CR <sup>27</sup>	Gerretsen	・精神疾患への意識	半構造	5項目
	ら	・精神症状の帰属	化面接	
	(2014)	・治療の必要性		
		・精神疾患の帰結への意識		
VAGUS-SR <sup>27</sup>	Gerretsen	・精神疾患への意識	自己	10項目
	ら	・精神症状の帰属	記述式	
	(2014)	・治療の必要性		
		・精神疾患の帰結への意識		

## 2. 統合失調症における病識低下の原因論

病識の概念は広汎であり，統合失調症における病識低下の原因論は Bio・Psycho・Social に跨って存在することが予想される．心理教育が必ずしも病識の改善につながるわけではない<sup>30</sup> という知見は，病識低下が単なる知識の問題ではないことを物語っている．病識についての議論では，理論的な概念や定義は当然の主題ではあるが，その議論が臨床的有用性に繋がるということが重要である．そしてその議論が，患者個々人の精神的健康のもとに社会の中で希望を持った生活の改善に繋がることになによりも肝要であり，統合失調症の病識に影響を与える要因を明らかにすることは，そのような文脈の上で行われる必要がある．

統合失調症の病識低下の成因については諸説あるが，なかでも神経心理学的モデルを

ベースとした研究が報告されている。統合失調症の認知機能障害は古くからその病態の中核として注目されており、神経心理学的課題による検討では記憶、ワーキングメモリ、注意、処理速度、問題解決などの神経認知機能の低下が認められている<sup>31</sup>。また統合失調症の神経認知機能の障害が、陽性/陰性症状よりも社会機能（実生活の機能）との関連が強いということが Green ら<sup>32</sup>によって指摘されて以後、病識と神経認知機能の関連を指摘する報告が膨大に蓄積された。現在ではそれは病識の成因に関する最も注目されているモデルであるといえる。そのモデルでは脳の機能不全による病識の低下を仮定しており、統合失調症に特異的な病態というよりも慢性の精神疾患一般にみられる二次的な病態であると考えられている。それらの関連についてのメタ解析では、神経認知機能は病識の予測因子であることが明らかにされており、自己モニタリングに関連するワーキングメモリなどの前頭葉機能の観点から考察されている<sup>33,34</sup>。

統合失調症の神経心理学的な課題にみる障害の関心は、次第に神経認知機能からより高次の機能としての社会認知機能へとシフトし<sup>35</sup>、現在ではその障害に関する知見もまた膨大に蓄積されている<sup>36</sup>。社会認知機能は心の理論をはじめとした、相手の意図や信念を理解するための脳の機能として理解され、その障害は神経認知機能障害に比べ、より社会機能に大きく影響を及ぼすことが指摘されている<sup>37</sup>。さらに、共分散構造分析を用いた検討では、神経認知機能と社会機能との関連を社会認知機能が媒介しているモデルが提出されている<sup>38</sup>。そのような背景から、当然の流れとして病識研究においても社会認知機能障害との関連を示す報告が注目されている。神経認知機能と病識の関連に比べ報告数はすくないものの、そこでは感情認知<sup>39</sup>や心の理論課題<sup>40</sup>と病識の間に相関が見られることが報告され、外からの観点(アロセントリック)で自分を認識すること、自己と症状を引き離して認識することの障害として考察されている。病識と社会認知機能のメタ解析の結果では、神経認知機能と同様に有意な関連が報告されている<sup>41</sup>。

統合失調症の病識低下を説明する神経解剖学的な知見もいくつか存在する。これらの研究では病識欠如を示す患者の前頭前野<sup>42</sup>、中・下内側前頭回<sup>43</sup>、および側頭葉と楔前部<sup>42,43</sup>における皮質減少が報告されている。このように、このモデルに関する知見が蓄積されていることから、統合失調症患者の病識低下には脳の機能不全が関与している可能性はきわめて高い。またそれは単なる知的機能の全体的低下というよりも、前頭葉機

能と記憶における領域特異的な機能低下の結果であることが示唆されている<sup>34</sup>。しかしながらそれらの関連の強さは控えめなもの<sup>34,41</sup>で脳の機能障害のみで病識低下を説明することは困難である。また社会認知機能を測定する課題の大半は言語に依存しており、統合失調症の病識低下の要因として神経認知機能とは独立して関与しているかどうかは議論の余地が残っている。

一方、統合失調症という疾患を受け入れる個々人の心の働きに焦点を当てた研究も行われている。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ものである。1996年世界精神医学会（World Psychiatric Association WPA）は、統合失調症に対するアンチスティグマキャンペーンプログラム“Open the Doors”を世界各国で展開した<sup>44</sup>。それは疾患に対する知識の普及や、当事者への社会の側の態度の改善、差別や偏見を除去するための活動を目標に掲げたもので、本邦も2001年よりプログラムに参加している。本邦における「精神分裂病」から「統合失調症」への呼称変更は、その取り組みの象徴であるが、依然として統合失調症の差別とスティグマ払拭は今日的課題であり<sup>45</sup>、現在においてもWPAの取り組みは続いている。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。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。

実際に、病識と抑うつとの関連についての<sup>59</sup>の研究を用いたメタ解析では、病識が高いほど抑うつも高まることが報告されており<sup>46</sup>、またその関連は陽性/陰性症状などの交絡要因を除くことでさらに強められるようである<sup>47</sup>。またいくつかの研究では、良好な病識は絶望<sup>48</sup>、低い自尊心<sup>49</sup>、低いQOL<sup>50</sup>、および自殺企図<sup>51</sup>との関連が報告されている。病識の低下は、社会機能の低さ<sup>2,4</sup>や再発率<sup>5,6</sup>など臨床的に重要な変数との関連が報告されている一方で、良好な病識は患者個々人の主観的側面にマイナスのインパクトを与えてしまう可能性がある。病識のこのような関係性は“Insight Paradox”<sup>46</sup>と呼ばれ、自己の精神疾患を否認することが個々の心理的防衛を反映している可能性を強調している。

これらの研究は抑うつや絶望などを心理防衛的側面の媒介項とみなしたものではあ

るものの、病識と心理防衛的側面の関連についての非常に説得力のある知見と言える。しかしながら、それらを直接的に検討した報告はごくわずかである。Moore ら<sup>52</sup>はバランス型社会的望ましき尺度 **Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR)**の自己欺瞞を否認傾向の指標として用いて、統合失調症患者における病識との関連を調査した。結果は、病識の低下を示す患者は、良好な病識を示すものに比べ自己欺瞞(否認)が高いことが示されたが、彼らの研究を追試したものではそれらの関連は有意ではなかったと報告されている<sup>53</sup>。心理防衛的側面としてコーピング尺度を用いた研究<sup>54</sup>では、病識低下は肯定的再評価 **preference for positive reinterpretation and growth** との関連はあるものの、否認 **denial** との関連は示されなかったと報告されている。

このように良好な病識と患者個々人の主観的側面とのネガティブな関連は、自己の精神疾患を否認することが個々の心理的防衛を反映している可能性を強調しているが、直接的な検討ではまだ報告が少なく議論の余地が残っている。また病識のどの次元が、心理防衛的影響を受けているのかという議論も十分に行われていないようである。

### 3. 統合失調症の病識に対する治療的介入

統合失調症の病識低下は、長期的転帰に大きな影響をおよぼすことが指摘されている<sup>2</sup>ことから、その改善を目的とした治療が積極的に行われている。中でも心理教育は臨床場面において最も良く用いられている手法であり、特に精神科看護領域で熱心に行われている。それは患者に対し正しい知識と具体的な対処手段を患者に与え、自分の疾患に対する恐怖心を取り除くことで、患者に治療アドヒアランスの向上を期待するものである。また近年における心理教育では、単なる知識の教授に留まらず、患者一人ひとりの生き方や人生観も含めた包括的な教育がなされている<sup>55</sup>。Xia ら<sup>56</sup>によって行われた心理教育の臨床的効果に関するシステマティックレビューでは、心理教育が患者のアドヒアランスを改善し、再入院、入院日数をわずかに減らすことが報告されている。しかし病識の改善に関しては確証のある報告がなされていない。

その他の介入では、認知行動療法 **Cognitive-Behavioral Therapy CBT** を用いた介入の報告が散見される。Rathod らのランダム化比較試験では、CBT が統合失調症患者の「治療と服薬についての意識」と「精神症状についての意識」の改善に有効であったが

「精神疾患についての意識」には改善が見られなかったと報告されている<sup>57</sup>。また白人患者に比べ、アフリカ系・カリブ系黒人の病識改善が小さいなど文化的背景の違いによる限界も示されている。Pijnenborg ら<sup>30</sup>は1975年～2012年の統合失調症の病識の変化に関するメタ解析の結果を報告している(表2)。その報告では、心理教育やCBTなどの介入は病識の改善をもたらし、治療についてのより良いアドヒアランスにつながるが、その効果量はごくわずかなもので、単一の方法で病識の改善を図ることへの限界について指摘している。これらは上述の通り、病識低下が単なる知識の問題や認知の偏りではなく、それを形成する背景やプロセスが次元によって異なり、またその構造が複雑であることを示唆するものであろう。

近年、統合失調症の病識改善を目的として、神経認知機能障害、社会認知機能障害やメタ認知機能障害に焦点を当てた介入もいくつか報告されている。統合失調症における認知機能障害は、精神症状よりも社会機能への影響が大きいことから、臨床現場においても積極的に治療の対象とされている。認知機能の改善を目的とした認知矯正療法 Cognitive remediation therapy CRT は、統合失調症の認知機能障害と生活機能への一般化に対するエビデンスが報告されている<sup>58</sup>。病識低下と関連する主要因子としての認知機能障害の存在は上述の通りであり、であればそのような障害の改善が病識の改善につながる可能性を探ることは理にかなっている。

Lalova ら<sup>59</sup>は、神経認知機能、自伝的記憶、メタ認知機能の改善を目的とした3種類のCRTにおける病識改善の効果を検証した。その結果、特に神経認知機能とメタ認知機能に焦点を当てた介入は「精神症状についての意識と帰属」の改善に有効であったことを報告している。ただし、「精神疾患についての意識」や、「治療と服薬についての意識」には有意な改善はみられず、CRTの治療効果は、病識の次元の中でもあくまで認知機能障害の影響の強いものに限定されているようである。Pijnenborg ら<sup>60</sup>は、社会認知機能、特に perspective-taking のトレーニングを含めた3つのモジュールからなる病識改善を目的とした介入 REFLEX を開発した。REFLEX は統合失調症の社会認知機能障害だけでなく、スティグマなど心理社会的側面も介入の構成に含め、患者自身のナラティブな視点に立った介入を可能にしている。しかしながら病識改善についての REFLEX の効果は、他の認知機能改善を目的としたプログラムよりも優れているとは

いえないことが報告されている<sup>61</sup>。

このように病識改善を目的として様々な介入が行われているが、病識低下の背景にある要因の複雑さゆえ、単一の方法での限界が示唆されている。また病識を構成する次元によって、その低下につながる要因も異なることが示唆されていることから、各次元で有効な介入も異なるようである。例えば、「治療と服薬についての意識」は心理教育や CBT のような知識や学習を促進するような介入で有効であり、「症状についての意識や帰属」のような高次の洞察を必要とする次元は認知矯正療法のような機能改善を目的とした治療が有効かもしれない。また病識の形成には個人の信念や文化的背景が少なからず影響しており、「精神疾患についての意識」のようなそれらの影響が大きいことが予測される次元では、患者のナラティブな視点に立った介入が有効であろう。また REFLEX のような近年開発されたプログラムは、統合失調症の病識欠如の背景をモデル化し、認知機能障害と心理社会的側面の双方から複合的に介入できるようデザインされている。またそれらは単なる疾患理解の向上ではなく患者一人ひとりの健全な自己意識を獲得することを重視している。しかしながらそのような介入においてもやはり限界は示されており、統合失調症患者の病識欠如の根本的なメカニズムに関するさらなる研究が必要であろう。



表 2 統合失調症の病識に対する介入の先行研究 (心理教育, 認知行動療法, 治療アドヒアランス改善を目的とした治療)

介入方法	著者	対照群	人数 <sup>§</sup>	尺度	外来/入院	効果量 <sup>‡</sup>
心理教育	Ascher-Svanum and Whitesel (1999)	Discussion Group	33 (17)	SAI-E	入院	-0.66 [-1.37, 0.05]
	Merinder et al. (1999)	TAU <sup>†</sup>	46 (23)	IS	入院	0.01 [-0.56, 0.58]
	Cunnigham-Owens et al. (2001)	TAU	114 (53)	ITAQ	退院時	0.49 [0.06, 0.92]
	Chan et al. (2007)	TAU	81(37)	SUMD	入院	1.01 [0.56, 1.46]
	Xiang et al. (2007)	SST	103(50)	ITAQ	外来・入院	0.09 [-0.32, 0.50]
	Chan et al. (2009)	TAU	73(37)	ITAQ	外来	1.07 [0.58, 1.56]
認知行動療法	Turkington et al. (2002)	TAU	422(165)	SAI	入院・外来	0.41 [0.19, 0.63]
	Penn et al. (2009)	支持療法	65(33)	BCIS	外来	-0.01 [-0.54, 0.52]
	Peters et al. (2010)	TAU	74(38)	IS	外来	-0.04 [-0.59, 0.51]
	Premkumar et al. (2011)	TAU	43(18)	BCIS	外来	-0.09 [-0.60, 0.42]
	+SST	Granhholm et al. (2007)	TAU	76(39)	BCIS	外来
Adherence therapy	Kemp et al. (1998)	Nonspecific counseling	74(35)	SAI-E	入院	0.90 [0.43, 1.37]

Gray et al. (2006)	健康教室	409(205)	SAI-E	外来・入 院	0.07 [-0.17, 0.31]
Staring et al. (2010)	TAU	109(55)	IS/ PANSS (G12)	外来	-0.09 [-0.46, 0.28]

---

Note: Pijnenborg らの報告を改変, 心理教育, 認知行動療法, 治療アドヒアランスの改善を目的とした治療に関する報告のみ抜粋

†: Treatment As Usual, §: カッコ内は対照群の人数を示す, ‡: Std. Mean Difference IV, Random, 95%CI

#### 4. 研究の意義と目的

病識に関するこれまでの研究では、神経認知機能障害と社会認知機能障害それぞれの観点から病識低下を説明しているものが大半を占めるが、メタ解析の結果から、それだけでは統合失調症の病識低下を説明する効果量として不十分であった。一方で、病識低下の心理防衛的側面に関する検討ではその大半が抑うつなどを媒介項したものであり、わずかながら存在する直接的な検討では、病識低下と心理防衛的側面の一貫した関連が得られていない。またそれらの報告は認知機能障害を考慮していないという課題もある。

病識低下における認知機能低下と心理防衛的側面の両者を統合した理論は、臨床で病識低下をどのように治療/支援するかということに重要な示唆を与える可能性がある。病識低下の要因が複数のものに跨って存在し、その影響の大きさが個人によって異なる場合が想定されれば、その原因に沿った有効な治療/支援を提供する必要があると考えることができる。そこで本研究では、神経認知・社会認知機能と心理防衛の両側面から統合失調症患者の病識低下の要因を検討することを目的とした。

第2章「統合失調症における病識と神経認知機能および社会認知機能の関連について」では、統合失調症の病識低下と神経認知・社会認知機能障害との関連について検討した。また第3章「統合失調症における病識と心理防衛的傾向との関連について」では、認知機能障害を調整変数として統合失調症患者の病識低下の心理防衛的側面について検討した。

## 2章 統合失調症における病識と神経認知機能および社会認知機能との関連について

### 1. 研究目的

本研究の目的は、統合失調症の病識低下と神経認知・社会認知機能障害との関連について検討することである。先行研究では、神経認知機能と社会認知機能それぞれの観点から病識低下を説明しているものが大半を占め、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な効果量であった。

### 2. 方法

#### 1) 対象

社会医療法人北斗会さわ病院デイケア通所患者のうち ICD-10 の診断基準に従い、統合失調症と診断された患者を対象とした。頭部外傷、神経学的疾患の既往のあるものは除外した。対象患者の属性は、年齢、性別、発症年齢、罹患期間、教育年数、入院回数、累積入院期間、抗精神病薬服薬量（クロルプロマジン換算）を診療録より調査した。なお抗精神病薬服薬量は全評価の最終日におけるものである。対象者の属性を表 1 に示す。

表 1 対象者属性 (35 名)

年齢 (歳)	45.3±8.5
性別 (人数)	男性 26 名 女性 9 名
発症年齢 (歳)	27.1±7.6
罹患期間 (年)	17.9±9.1
教育年数 (年)	13.6±2.4
入院回数 (回)	5.3±11.0
累積入院期間 (月)	17.8±20.7
累積デイケア通所期間 (月)	87.8±71.8
抗精神病薬服薬量 (mg/Day*)	673.7±471.0

\* クロルプロマジン換算, 数値は平均値±標準偏差

## 2) 尺度

### The Schedule for Assessment of Insight 日本語版<sup>62</sup> (SAI-J)

病識尺度には The Schedule for Assessment of Insight 日本語版 (SAI-J) を用いた。SAI は David<sup>17</sup> により開発され、酒井ら<sup>62</sup> によって翻訳された半構造化面接尺度である。SAI は病識を「ある」「なし」で二分できるものではなく、連続的なものとして捉え、「治療と服薬の必要性」「自己の疾患についての意識」「精神症状についての意識」の3つの次元で構成されるものであるとしている。3つの下位尺度は2~3の質問からなり、各質問への回答は0~2点の3段階で評価される。これに補足項目を加算して総得点を算出するが、今回多くの被験者に補足項目に対する回答の困難さが確認されたことと、先行研究においても補足項目を用いないものもみられることから本研究では補足項目の得点は用いないこととした。得点が高いほど病識が高いことを示す。

### The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia 日本語版<sup>63</sup> (BACS-J)

神経認知機能の評価には The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia 日本語版 (BACS-J) を用いた。BACS は Keefe ら<sup>64</sup> により開発され、兼田ら<sup>63</sup> により日本語版が作成された。BACS-J は「言語性記憶」「ワーキングメモリ」「運動機能」「注意と処理速度」「言語流暢性」「遂行機能」を評価する6つの検査で構成される。BACS-J は30分程度で実施でき、統合失調症の認知機能を簡便かつ実用的に測定できる点が特徴である。BACS-J はそれぞれの検査の素点から健常者データを用い、それぞれの Z-Score を算出することが可能である。また各検査の Z-Score の平均から、Composite-Score を算出する。

### Social Cognition Screening Questionnaire 日本語版<sup>65</sup> (SCSQ-J)

社会認知機能の評価には Social Cognition Screening Questionnaire 日本語版 (SCSQ-J) を用いた。SCSQ は Roberts ら<sup>66</sup> により開発され、蟹江ら<sup>65</sup> により日本語版が作成された。SCSQ-J は「記憶」「文脈からの推論」「心の理論」「メタ認知」「敵意バイアス」の5つの下位尺度から構成される。10の短いストーリーを読み上げ、被験者は「記憶」「文脈からの推論」「心の理論」に関する質問に YES/NO で答える。「心の理論」に関する質問の一部に「敵意バイアス」が含まれ、最後の質問に対する確信度を問うことで「メタ認知」を測定する。「敵意バイアス」を除く4因子はそれぞれ

れ 10 項目, 10 点満点である。それら 4 因子から総合計を算出可能で高いほど良好な機能を示す。「敵意バイアス」は 5 点満点で, 高いほど敵意バイアスが高いことを示す。なお SCSQ-J には神経認知機能, 社会認知機能の両方の要素が含まれるため, 本研究では下位尺度「心の理論」, 「メタ認知」, 「敵意バイアス」を社会認知機能評価として用いた。

### Brief Psychiatric Rating Scale<sup>67</sup> (BPRS)

精神症状には Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) を用いた。BPRS は Overall & Gorham<sup>68</sup> によって開発され, 精神症状の包括的な尺度として世界各国で使用されている。BPRS は 16 からなる症状について, それぞれ「なし」から「非常に重度」までの 7 段階で評価される。各項目について点数が高いほど症状が重度であることを示す。今回の研究では北村らによって 2 つの項目が追加された日本語版 BPRS Oxford 版<sup>67</sup>を使用した。

### 3) 分析方法

SAI-J と人口統計的変数, BACS-J の各検査における Z-Score, Composite-Score, SCSQ-J の心の理論スコア, メタ認知スコア, 敵意バイアススコア, BPRS との相関性を Spearman の順位相関係数により検討した。データの統計解析には SPSS ver.24.0 を使用した。

### 4) 倫理的配慮

研究協力の内容は対象者に口頭と文面にて説明を行い, 同意書に本人の署名を得て実施した。本研究は, 大阪府立大学大学院総合リハビリテーション学研究科研究倫理委員会 (2016-210) の承認を得た。

### 3. 結果

#### 1) SAI-J, BACS-J, SCSQ-J の得点

対象者 35 名の SAI-J の結果を表 2 に示した. また BACS-J, SCSQ-J, BPRS の結果を表 3 に示した.

表 2 SAI-J の結果

SAI-J	治療と服薬の必要性	4.9±1.1 [6]
	自己の疾患についての意識	3.9±2.1 [6]
	精神症状についての意識	2.1±1.3 [4]

[ ]内は尺度の最大得点, 数値は平均値±標準偏差

表 3 BACS-J, SCSQ-J の結果

BACS-J	言語性記憶	-0.9±1.4 <sup>†</sup>
	ワーキングメモリ	-0.8±1.2 <sup>†</sup>
	運動機能	-1.4±1.5 <sup>†</sup>
	言語流暢性	-0.5±1.2 <sup>†</sup>
	注意と処理速度	-1.4±1.2 <sup>†</sup>
	遂行機能	-0.4±0.9 <sup>†</sup>
	Composite Score	-0.9±0.8 <sup>†</sup>
SCSQ-J	心の理論	7.1±1.3 <sup>§</sup>
	メタ認知	9.0±0.9 <sup>§</sup>
	敵意バイアス	1.3±1.0 <sup>§</sup>
BPRS		18.9±6.9 <sup>§</sup>

<sup>†</sup>数値は Z-Score の平均値±標準偏差

<sup>§</sup>数値は平均値±標準偏差

## 2) SAI-J と対象者属性, BPRS の関連

SAI-J と対象者属性, BPRS の関連を表 4 に示した. 人口統計的変数と病識との間に有意な関連は見られなかった. SAI-J 「治療と服薬の必要性」「精神症状についての意識」と BPRS の間に有意な負の相関がみられた.

表 4 SAI-J と対象者属性の関連

	SAI-J 治療と服薬	SAI-J 精神疾患	SAI-J 精神症状
年齢	-.120	-.250	-.321
発症年齢	-.119	-.232	-.083
罹患期間	-.009	.010	-.131
教育年数	-.120	-.075	.196
入院期間	-.126	-.093	-.028
入院回数	-.064	.041	-.028
DC 通所期間	.185	-.051	.007
服薬量	-.007	.063	-.155
BPRS	-.352*	-.243	-.479**

数値は Spearman の順位相関係数 \*p<.05, \*\*p<.01

## 3) SAI-J と BACS-J, SCSQ-J の関連

SAI-J と BACS-J の関連を表 5 に示した. SAI-J 「自己の疾患についての意識」と BACS-J 「記憶」, 「注意」, 「Composite Score」との間に有意な相関が見られた. また「精神症状についての意識」と BACS-J 「記憶」, 「ワーキングメモリ」, 「遂行機能」「Composite Score」との間に有意な相関が見られた. しかし「治療と服薬の必要性」と BACS-J との間に有意な相関はみられなかった.

SAI-J と SCSQ-J の関連を表 6 に示した. SAI-J と SCSQ-J との間に有意な相関は見られなかった.



表5 SAI-J と BACS-J の関連

		SAI-J			BACS-J						
		治療と 服薬	自己の 疾患	精神 症状	言語性 記憶	WM	運動 機能	言語 流暢性	注意	遂行 機能	COM POSITE
治療と服薬の必要性		-									
SAI-J	自己の疾患についての認識	.461**	-								
	精神症状についての意識	.510**	.535**	-							
BACS -J	言語性記憶	.041	.378*	.376*	-						
	ワーキングメモリ	-.044	.289	.463**	.420*	-					
	運動機能	.090	.131	.302	.151	.131	-				
	言語流暢性	-.131	.326	.204	.383*	.421*	.056	-			
	注意と処理速度	.003	.382*	.204	.574**	.460**	.404*	.303	-		
	遂行機能	.170	.226	.368*	.539**	.443**	.115	.192	.355*	-	
	COMPOSITE SCORE	.006	.423*	.459**	.729**	.767**	.442**	.581**	.736**	.632**	-

数値は Spearman の順位相関係数 \*p<.05, \*\*p<.01

表6 SAI-J と SCSQ-J の関連

		SAI-J			SCSQ-J		
		治療と 服薬	自己の 疾患	精神 症状	心の 理論	メタ 認知	原因 帰属
	治療と服薬の必要性	-					
SAI-J	自己の疾患についての認識	.461**	-				
	精神症状についての意識	.510**	.535**	-			
SCSQ-J	心の理論	-.005	.300	.212	-		
	メタ認知	.051	.326	.189	.275	-	
	敵意バイアス	.052	.067	.073	.081	-.045	-

数値は Spearman の順位相関係数 \*p<.05, \*\*p<.01

#### 4. 考察

##### 1) SAI-J と人口統計的変数、精神症状との関連

本研究では SAI-J と人口統計的変数の関連は統計的に有意ではなかった。病識の低下は疾患の再発と関連があることが報告されており<sup>5,6</sup>、本研究においても SAI-J と入院回数や入院期間など再発に関わる属性と相関が見られることが予測されたが、今回の結果ではそれが認められなかった。この結果はサンプルの少なさだけでなく、サンプルが精神科デイケア通所中の患者であることが影響している可能性が考えられる。精神科デイケアへの通所には通院治療の継続と服薬の遵守が条件であり、病識が低下している場合においても怠薬による再発は起こりづらい背景がある。

病識の低下について、以前は最も頻繁に観察される精神症状のひとつとして考えられてきた背景があり、現在ではそれらの関連性について多数の報告がある。Mintz ら<sup>69</sup>のメタ解析では、病識と他の精神症状との関連は小さいが有意であると報告している。SAI を用いた研究に関して、Vaz ら<sup>70</sup>は SAI 「治療と服薬の必要性」「精神症状についての意識」「総得点」と PANSS の合計スコアに有意な負の相関がみられたが、SAI 「自己の疾患についての意識」には関連が見られなかったことを報告している。

精神症状評価尺度に違いはあるものの、本研究の結果は Vaz らのものとは一致していた。Vaz らの研究サンプルも外来患者であることから、外来患者においては精神症状の重症度は「治療と服薬の必要性」「精神症状についての意識」に影響を与えるが、「自己の疾患についての意識」についてはその影響が少ない可能性が考えられる。

##### 2) 病識と神経認知機能の関連

近年では神経認知機能障害による二次的な現象として病識低下を説明する神経心理学的モデルにもとづいた検討が盛んに行われている。Nair ら<sup>34</sup>による病識低下と神経認知機能障害の関連についてのメタ解析では「IQ」、「全般性認知機能」、「記憶/ワーキングメモリ」、「遂行機能」と病識に有意な相関が見られたことを報告している。本研究では、SAI-J と BACS-J との間に有意な相関が見られたことはメタ解析の結果と概ね一致しており、病識低下の神経心理学的モデルを支持するものであった。

SAI-J の下位尺度別では、「自己の疾患についての意識」と BACS-J 「言語性記憶」、「注意と処理速度」、「Composite Score」との間に有意な相関が見られ、SAI-J 「精神症状についての意識」と BACS-J 「言語性記憶」、「ワーキングメモリ」、「遂行機能」、

「Composite Score」との間に有意な相関が見られた。しかし SAI-J「治療と服薬の必要性」に関しては、BACS-J の全ての下位尺度との間に有意な相関はみられなかった。SAI と神経認知機能との関連性について、Mutsatsa ら<sup>71</sup>は SAI「自己の疾患についての意識」と現在の IQ、ワーキングメモリとの間に有意な正の相関がみられ、「精神症状についての意識」とワーキングメモリの間にも有意な正の相関がみられたが、「治療と服薬の必要性」と神経認知機能課題の成績との間には関連が見られなかったことを報告している。また Wiffen<sup>72</sup>らによる SAI と多数の認知機能課題の関連性を検討した報告では、「自己の疾患についての意識」と「精神症状についての意識」はワーキングメモリや言語性記憶、語流暢性課題や推論など様々な神経認知機能との関連が見られたが、「治療と服薬の必要性」と関連がみられたものは情報処理速度のみであった。病識は多次元で構成される複合的なものであり<sup>17,18</sup>、それぞれの下位尺度において神経認知機能の影響の強いものと、そうでないものがあると考えられる。本研究の結果からも「自己の疾患についての意識」「精神症状についての意識」の低下は、神経認知機能障害の影響を受けると思われ、「治療と服薬の必要性」に関する認識は、神経認知機能が低くても比較的容易に獲得できるのではないかと思われる。

### 3) 病識と社会認知機能の関連

統合失調症における社会認知機能障害の検討は、神経認知機能障害に比べ歴史が浅く、病識低下との関連も十分に報告がなされているとは言えないが、心の理論と病識の関連についてはいくつか報告がある。本研究では、SAI-J 総得点と SCSQ-J「心の理論」の間に有意な相関はみられず、SAI-J それぞれの下位尺度と SCSQ-J「心の理論」においても有意な相関はみられなかった。この結果は Drake<sup>73</sup>らの報告と一致している。彼らはセットシフティングや抑制などの神経認知機能課題と病識に有意な相関がみられたが、心の理論課題とは関連がみられなかったと報告している。しかし他の研究では病識低下と心の理論課題の成績低下との間に関連がみられたという報告もいくつかあり<sup>39,40,74</sup>、一貫した結果が得られていない。本研究で使用した SCSQ-J は社会認知機能のスクリーニング検査ではあるが、その下位尺度「心の理論」は代表的な心の理論検査である Hinting Task と相関が強く、信頼性・妥当性が十分に検討されたものである<sup>65</sup>。本研究で「心の理論」と病識の関連が見られなかったことについてサンプルサイズが十分でない可能性もあるが、病識低下の要因は社会認知機能障害よりも神経認知機能障害

の影響が強い可能性が考えられる。

## 5. 研究の限界と小括

本研究の結果では、慢性統合失調症患者において SAI-J で測定される「病識」は神経認知機能と有意に相関していたが、社会認知機能とは関連が見られなかった。神経認知機能障害と病識低下の関連については先行研究と一致するものであった。病識を構成する下位次元において神経認知機能の影響の強いものと、そうでないものがあることを示唆する結果が得られた。病識は多次元で構成される複合的なものであり、その低下につながる要因は次元によって異なる可能性がある。一方で、社会認知機能との関連がみられなかったことは、今後の検討の余地が残されている。

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、本研究には社会認知機能課題として SCSQ-J を用いた。それらは神経認知機能・社会認知機能を簡便かつ実用的に測定するための尺度であり、十分に信頼性・妥当性が検討されているものではあるが、決して精密なものではない。SCSQ-J は各質問に対して YES /NO で回答を求める尺度であり、本人の心の理論の能力が欠如しているにも関わらず正答する可能性が高い。実際に本研究における SCSQ-J の分散の値は、他の変数に比べて非常に小さかった ( $7.2 \pm 1.4$ )。これは本研究の被験者において、社会認知機能の能力差がスコアに反映されていない可能性が考えられる。第二に、本研究の被験者は同一施設の慢性期統合失調症患者であり、サンプルサイズも十分とはいえない。本研究において病識と社会認知機能との間に有意な関連が確認されなかったことについては慎重な議論が必要である。

なお、社会認知機能と神経認知機能との間に有意な相関が見られたことから、3章「病識と心理防衛的傾向の関連について」では、神経認知機能、精神症状を調整変数として用いた。

### 3章 統合失調症における病識と心理防衛的傾向との関連について

#### 1. 研究目的

本研究の目的は、統合失調症の認知機能障害を調整した上で、病識と心理防衛的側面との関連を検討することである。先行研究において、自分が統合失調症患者であると認識することは、個々人にとって精神的に苦痛を伴うものであるということが示唆されており、病識の低下には否認を含む未熟な防衛が関係している可能性が予測される。そのため、本研究では「低い病識は未熟な防衛傾向と関連する」と仮説を立てた。

#### 2. 方法

##### 1) 対象

社会医療法人北斗会さわ病院デイケア通所患者のうち ICD-10 の診断基準に従い、統合失調症と診断された患者を対象とした。また頭部外傷、神経学的疾患の既往のあるものは除外した。対象患者の属性は、年齢、性別、教育歴、発症年齢、罹患期間、抗精神病薬服薬量（クロルプロマジン換算）を診療録より調査した。なお抗精神病薬服薬量は全評価の最終日におけるものである。対象者の属性は表 1 に示した。

表 1 対象者属性 (n=38)

年齢（歳）	44.1±9.1
性別（人数）	男性 27 名 女性 11 名
発症年齢（歳）	26.9±7.5
罹患期間（年）	17.2±9.2
教育年数（年）	13.6±2.3
抗精神病薬服薬量（mg/Day）	644.2±463.5 <sup>†</sup>

<sup>†</sup>クロルプロマジン換算、数値は平均値±標準偏差

## 2) 尺度

### The Schedule for Assessment of Insight 日本語版<sup>62</sup> (SAI-J)

病識尺度には2章の研究と同様に The Schedule for Assessment of Insight 日本語版 (SAI-J) を用いた。

### Defense Style Questionnaire (DSQ-42)<sup>75</sup>

心理防衛的側面の評価には Defense Style Questionnaire (DSQ-42) を用いた。DSQ-42 は Andrews<sup>76</sup>により開発され、中西<sup>75</sup>によって翻訳された自記式尺度である。DSQ-42 は防衛機制を測定するために設計された42項目からなり、次の3つのスタイルに分類される20種類の防衛機制を評価する (i) 未熟な防衛スタイル：投影，受動攻撃，行動化，隔離，価値下げ，自閉的空想，否認，置き換え，解離，分裂，合理化，身体化 (ii) 神経症的防衛スタイル：エセ愛他主義，理想化，反応形成，打ち消し。 (iii) 成熟した防衛スタイル：昇華，ユーモア，予測，抑制。各項目は自分にどの程度あてはまるか，9件法(1-9)で回答が求められる。

この尺度は，対象者が自分自身の行動を客観的に報告出来るという仮説のもとに，葛藤状況に対処するための自身の防衛スタイルを引き出すように設計されている。防衛機制は無意識なものであり，自己記述では測定出来ないという意見に対し，Bondら<sup>77</sup>は以下のように述べている：(1) 時として防衛はその役割を果たす事が出来ず，人々は容認できない衝動や通常なされるその衝動への防衛スタイルに気付く事が出来る。(2) 防衛が起こっている時に気付かなくとも，周りの人間からたびたび自分の防衛機制について指摘される。(3) 自分にとっての防衛的行動が取れない時に，不安や抑うつを感じた事を記憶しているかもしれない。

精神医学的研究においてこの尺度を使用した報告では，Bondら<sup>78</sup>は，精神科患者群は未熟な防衛規制を使用する傾向がある一方，非患者群は適応的な防衛機制の使用傾向が高いことを発見している。また Shawら<sup>79</sup>は，DSQをベースにして作成された尺度を用いて，統合失調症患者と健常者の防衛スタイルの違いを検討した結果，統合失調症を持つ患者は健常者よりも未熟な防衛を使用する傾向があることを報告している。

### The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia 日本語版<sup>63</sup> (BACS-J)

神経認知機能の評価には2章の研究と同様に The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia 日本語版 (BACS-J) を用いた。なお本研究では2章で報告した研究の結果から病識ともっとも関連の強かった Composite-Score を指標として用いた。

### Brief Psychiatric Rating Scale<sup>67</sup> (BPRS)

精神症状には2章の研究と同様に Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) を用いた。

### 3) 分析方法

まず病識と各変数との関連についてスピアマンの順位相関を用いて調査を行った。そして病識との関連が確認された変数を制御変数とした偏相関分析を用いて、病識の各次元と防衛スタイルの関連を調査した。

次に防衛スタイルが病識を予測するかどうかを判断するために、病識の各次元を従属変数とした重回帰分析ステップワイズ法が行われた。この研究では、2つのモデルを使用して、どの防衛スタイルが単変量レベル (モデル 1)、および神経認知変数および精神症状変数を調整した後 (モデル 2) に病識を予測するかを調査した。モデル 1 では、DSQ-42 の 3 つの防衛スタイルスコアが独立変数として選択された。モデル 2 では、BACS-J Composite-Score と BPRS スコアが独立変数として追加された。データの統計解析には IBM SPSS Ver. 24.0 を使用し、有意水準は 5 % とした。

### 4) 倫理的配慮

研究協力の内容は対象者に口頭と文面にて説明を行い、同意書に本人の署名を得て実施した。本研究は、大阪府立大学大学院総合リハビリテーション学研究科研究倫理委員会の承認 (2016-210) を得た。



### 3. 結果

#### 1) SAI-J, BACS-J, DSQ-42 の得点

対象者 38 名の SAI-J の結果を表 2 に示した. また BACS-J, DSQ-42 の結果を表 3, 表 4 に示した.

表 2 SAI-J の結果

SAI	治療と服薬の必要性	5.0±1.1 [6]
	自己の疾患についての意識	3.8±2.2 [6]
	精神症状についての意識	2.2±1.4 [4]

[ ]内は尺度の最大得点, 数値は平均値±標準偏差

表 3 BACS-J, BPRS の結果

BACS-J	言語性記憶	-0.9±1.4 <sup>†</sup>
	ワーキングメモリ	-0.7±1.2 <sup>†</sup>
	運動機能	-1.5±1.5 <sup>†</sup>
	言語流暢性	-0.5±1.2 <sup>†</sup>
	注意	-1.4±1.2 <sup>†</sup>
	遂行機能	-0.3±0.9 <sup>†</sup>
	Composite Score	-0.9±0.8 <sup>†</sup>
BPRS		18.1±6.7 <sup>§</sup>

<sup>†</sup>数値は Z-Score の平均値±標準偏差

<sup>§</sup>数値は平均値±標準偏差

表 4 DSQ-42 の結果

DSQ-42	未熟な防衛スタイル	4.3±1.0
	神経症的な防衛スタイル	4.4±1.0
	成熟した防衛スタイル	4.9±1.0

数値は平均値±標準偏差

## 2) SAI-J と各変数との関連

SAI-J の各次元と人口統計学的変数との関連は統計的に有意ではなかった。 SAI-J, BACS-J Composite-Score, BPRS および DSQ-42 の相関は表 5 に示す。 SAI-J 「治療と服薬の必要性」は、 BPRS と有意に相関していた。 SAI-J 「自己の疾患についての意識」は BACS-J Composite-Score と有意に相関していた。 SAI-J 「精神症状についての意識」は BACS-J Composite-Score, BPRS と有意に相関していた。 SAI-J の各次元と DSQ-42 の各防衛スタイルとの間に有意な相関は見られなかった。

表5 SAI-J, BACS-J, BPRS, DSQ-42 の関連

	SAI-J			BACS-J	BPRS	DSQ-42		
	治療と服薬 の必要性	自己の疾患 について	精神症状 について	Composite score		未熟な 防衛	神経症的 な防衛	成熟した 防衛
<b>SAI-J</b>								
治療と服薬の必要性	-							
自己の疾患についての意識	.510**	-						
精神症状についての意識	.439**	.438**						
<b>BACS-J</b>								
Composite score	.057	.453**	.427**	-				
<b>BPRS</b>								
BPRS	-.410*	-.296	-.434**	-.402*	-			
<b>DSQ-42</b>								
未熟な防衛	-.104	.072	-.268	-.317	.231	-		
神経症的な防衛	-.106	-.088	-.091	-.307	.256	.553**	-	
成熟した防衛	-.306	-.200	-.016	-.003	.263	.037	.338*	-

\*p<.05; \*\*p<.01

### 3) SAI-J と DSQ-42 の偏相関分析

病識との関連が確認された変数を制御変数とした偏相関分析の結果は表 6 に示した。SAI-J「自己の疾患についての意識」は未熟な防御スタイルと正の相関があり，成熟した防御スタイルと負の相関があった。しかし SAI-J「治療と服薬の必要性」および「精神症状についての意識」と各防御スタイルとの関連は有意ではなかった。

表 6 SAI-J と DSQ-42 の関連

	DSQ-42		
	未熟な防衛	神経症的な防衛	成熟した防衛
SAI-J			
治療と服薬の必要性	.017	.097	-.110
自己の疾患についての意識	.340*	-.052	-.339*
精神症状についての意識	.015	.123	.085

\*p< .05

#### 4) SAI-J の各次元を従属変数とした重回帰分析

病識の各次元を従属変数とした重回帰分析ステップワイズ法において、最初に DSQ-42 の 3 つの防衛スタイルを独立変数とした分析を行った (モデル 1)。このモデルでは、どの防衛スタイルも SAI-J の各次元のスコアを有意に予測しなかった。次に、BACS-J Composite-Score と BPRS のスコアを独立変数として追加した分析を行った (モデル 2)。その結果、「自己の疾患についての意識」は、BACS-J Composite-Score および DSQ-42 の「未熟な防衛スタイル」によって有意に予測された。「治療と服薬の必要性」は BPRS のスコアによって有意に予測され、「精神症状についての意識」は BPRS スコアおよび BACS-J Composite-Score によって有意に予測された (表 7)。

表 7 SAI-J 各次元の重回帰分析の結果

従属変数 SAI-J	独立変数	調整済 R <sup>2</sup>	標準回帰係数
治療と服薬の必要性	BPRS	.152**	-.418**
自己の疾患についての意識	BACS-J composite score	.208**	.481**
	DSQ-42 未熟な防衛		.356*
精神症状についての意識	BPRS	.236**	-.329*
	BACS-J composite score		.305*

\*p<.05; \*\*p<.01

#### 4. 考察

統合失調症における病識の予測変数として、神経認知機能変数、精神症状変数はこれまで盛んに検討がなされてきたが、本研究ではそれらに加えて、心理防衛的変数を用いた。その結果、「治療と服薬の必要性」は、精神症状変数によって有意に予測された。また「自己の疾患についての意識」は神経認知機能変数と心理防衛的変数によって有意に予測された。さらに「精神症状についての意識」は、精神症状変数と神経認知機能変数によって有意に予測された。本研究において、統合失調症における病識と精神症状、神経認知機能と関連がみられたことは先行研究と一致するものであった<sup>34,69</sup>。さらにそれらに加えて、心理防衛的変数も統合失調症の病識低下を予測する重要な指標であるこ

とが明らかとなった。病識は多次元で構成され<sup>17,18</sup>、病識低下の原因には様々なモデルが提唱されている<sup>22</sup>が、本研究の結果は、ひとつのモデルで病識低下を説明することの限界を示唆している。

実際に統合失調症における神経認知機能障害や精神症状の重症度は、病識低下を予測する主要な要因であるが、メタアナリシスの結果では、それらの関連の強さは控えめなもので、脳の機能障害や精神症状の重症度のみで病識低下を説明することは困難であることが指摘されている<sup>33,34,69</sup>。本研究においてもこのモデルを裏付ける結果が得られたが、やはり効果量は小さかった。本研究も含め、これらの研究は病識と神経認知機能、精神症状の直線的な関連を見たものである。Startup<sup>80</sup>は、病識と神経認知機能との間のU字曲線的関連を報告している。またCooke<sup>49</sup>らも病識とIQの曲線的関連を報告し、また同サンプルで病識と自尊心の負の関連が確認されたことから、それは自尊心を守るための心理的防衛が影響している可能性を指摘している。従来から盛んに指摘されている神経認知機能や精神症状に加え、心理防衛的な側面から、統合失調症の病識を理解しようとする試みは、複雑とされる病識の構造の理解を前進させるものであると考えられる。

統合失調症における病識と心理防衛的側面の関連についてのこれまでの研究では、抑うつ<sup>46</sup>や自殺リスク<sup>51</sup>が心理防衛的側面の媒介項として検討され、病識の低下は精神疾患を患っているという受け入れがたい現実から自己を救済するための心理防衛的側面を反映している可能性が指摘されている。本研究では、未熟な防衛スタイルがSAI-J「自己の疾患についての意識」を有意に予測する結果が得られた。また神経認知機能と精神症状を制御変数とした偏相関分析では、SAI-J「自己の疾患についての意識」は未熟な防衛スタイルと正の相関、成熟した防衛スタイルと負の相関が確認された。心理防衛的側面の媒介項を用いた先行研究の示唆をもとに仮説を検証したが、結果は我々の予測とは反対のものであり、未熟な防衛スタイルをもつものほど高い病識を示し、成熟した防衛を持つものほど低い病識を示した。

未熟な防衛スタイルをもつものほどむしろ病識が高いことを示唆する今回の結果は、一見矛盾したものであるように思われるが、病識の多次元構造を考慮することで説明が可能になるかもしれない。Lincoln<sup>2</sup>は、病識の次元のいくつかは、疾患へのアウェアネスというよりも、むしろ疾患への態度を反映していると主張している。またHasson-Ohayon<sup>81</sup>は、病識の一部とセルフスティグマのオーバーラップ構造を発見し、

病識を持つことは、疾患に対するアウェアネスや洞察というよりも信念または態度を反映することを意味すると主張している。我々の研究においても、SAI-J「自己の疾患についての意識」の高さが未熟な防御スタイルによって有意に予測されたということは、この病識の次元が精神疾患に対する患者の態度を反映するかもしれないことを示唆している。

精神疾患患者個々人の態度と病識に関して、“engulfment”の概念<sup>82</sup>は有用な意味を提供する可能性がある。“engulfment”はラベリング理論<sup>83</sup>から発展した概念であり、患者が統合失調症の主観的経験を通じて、個人としての自己概念から精神科患者の役割を中心とした自己概念へと再構成されるプロセスを指す。つまり、社会的役割の狭窄した患者は、精神疾患のラベルを自己概念に取り入れることによって自分自身を受け入れようとする。患者役割の増加した患者は、自分自身をもはや単に精神疾患患者であるということに苦しまないが、そのプロセスが適応的な意味をもつかどうかは懐疑的である。Williams & Collins<sup>84</sup>は、良好な病識がengulfmentの増加と関連していたことを報告しており、両変数は重複した構成であると指摘している。さらに、engulfmentの増加が絶望感の高さや自尊心や自己効力感の低さと関連があるとの報告<sup>85</sup>は、良好な病識のネガティブな側面と一致している。Vining & Robinson<sup>86</sup>は、“engulfment”が時には有益で保護的ではあるが、破壊的destructiveまたは圧倒的overwhelmingなプロセスであると述べている。本研究では、未熟な防衛スタイルはSAI-Jの次元の中で「自己の疾患についての意識」のみ関連していることを発見した。精神疾患を受け入れること（すなわち、良好な病識）は、抑うつや自尊心の低下などの破壊的な側面がある一方で、それは精神病患者であるという葛藤から個人を保護している側面もあり、それは未熟な防衛を反映している可能性がある。

本研究の発見は、“Integrated model”と名付けられた統合失調症の病識における近年のモデル<sup>87</sup>を支持するものである。このモデルでは、病識の低さが個々人の精神医学的課題に対する適応的で首尾一貫した説明の部分的失敗によるものであると述べられている<sup>87,88</sup>。またそれはメタ認知機能や神経認知・社会認知機能だけでなく、患者個々人のナラティブな側面を含む広汎な原因を有することが示唆されている<sup>87</sup>。本研究で発見された良好な病識と未熟な防衛の関連は、病識のナラティブな側面の理解に寄与し、それは統合失調症と診断された個人の生活史からどのように、そしてなぜそのような病識が形成されたのかを科学的に理解することに役立つかもしれない。

## 5. 研究の限界と小括

これまで病識との関連が盛んに指摘されている神経認知機能や精神症状に加え、本研究では心理防衛的な側面から統合失調症の病識を理解しようと試みた。その結果、心理防衛的変数もまた、統合失調症の病識低下を予測する重要な指標であることが明らかとなった。本研究の結果は、ひとつのモデルで病識低下を説明することの限界を示唆していると同時に、心理防衛的な側面から統合失調症の病識を理解しようとする試みは、複雑とされる病識の構造の理解を前進させるものであると考えられる。病識と心理防衛的側面の関連について、我々は病識の低下には否認のような未熟な防衛が関係しているであろうと仮説立てた。しかしながら、仮説とは反対に、統合失調症患者、特に「自己の疾患についての意識」の次元で病識レベルの高かった患者は、より未熟な防御スタイルを使用する傾向が確認された。病識を構成する「自己の疾患についての意識」の次元は、精神疾患に対する洞察 *insight* や *awareness* よりも、むしろ疾患に対する患者の態度を反映しているのかもしれない。未熟な防衛傾向のある統合失調症患者にとって、精神疾患を受け入る彼らの態度は、自分自身を守るための安直な戦略 *unsophisticated strategy* である可能性がある。

この研究にはいくつかの限界がある。第一に、今回のサンプルサイズは比較的小さいものであった。G Power 3.1 による事後検定を用いて、本研究における重回帰分析の検定力 (1- $\beta$ ) を計算したところ、0.866 という結果が得られた。これは Cohen の基準<sup>89</sup> において許容範囲のものである。しかしながら比較的大きなサンプルでのクラスター分析を用いた Lysaker ら<sup>90</sup> の研究では、認知機能が保たれている、かつ病識の低下が見られたサブグループは、他のサブグループに比べ否認傾向が高かったと報告されている。したがって、我々の研究においても認知機能と病識のレベル応じたいくつかのサブグループにおける防衛スタイルの影響を調査するために、より大きなサンプルが必要である。第二に、被験者は慢性期の外来患者のみであった。病識のレベルが疾患の段階によって変化する<sup>91</sup> ことを考慮すると、今回の結果は慢性統合失調症患者にのみに限定される可能性がある。第三に、本研究では抑うつや絶望感などの主観的変数は評価されていない。したがって、病識と心理防衛的側面の関連が主観的変数にどのように関連するかどうか、さらなる研究が必要である。第四に、この研究は横断研究であり、結果の価値を制限する。そのため、未熟な防衛スタイルが病識の変化を予測するかどうかの縦断研究が必要である。最後に、我々の研究では DSQ-42 を防衛スタイルの尺度として使用し



た. この自記式尺度は統合失調症の自我障害を考慮に入れていない. しかしながら, これは精神医学研究において広く使用されている<sup>92,93,94</sup>尺度である.

## 4章 総括と今後の展望

統合失調症における病識の低下は、社会機能の低さ<sup>2,4</sup>や再発率<sup>5,6</sup>などの変数と関連しており、それが患者の臨床的長期的転機<sup>7</sup>の不良につながることを示唆されている。一方で、病識の高さが抑うつ<sup>46</sup>や絶望<sup>48</sup>と関連していることも指摘されており、良好な病識が患者個々人の主観的側面にマイナスのインパクトを与えてしまう可能性も指摘されている。そのような病識のパラドキシカルな特性は、病識が多次元で構成されており、おそらく各次元においてそれぞれの低下に関連する要因が異なるためであると思われる。本研究では病識低下につながる要因について、病識を構成する次元ごとに神経心理学的側面と心理防衛的側面から検討し、病識の複雑な構造の理解を前進させることを目的とした。

第1章の文献レビューでは、統合失調症患者における病識低下は、それが単なる認知機能障害によるものではなく、心理防衛的な要因を孕んでいる可能性が明らかとなった。第2章での病識低下の神経心理学的検討では、病識を構成する次元の中で、認知機能障害との関連の強いものとそうでないものが確認され、また病識低下は社会認知機能障害に比べ、神経認知機能障害との関連が強いことが示された。神経認知機能障害と病識低下の関連については先行研究<sup>33,34</sup>と一致するものであったが、社会認知機能との関連がみられなかったことは検討の余地が残されている。第3章での病識低下の心理防衛的側面の検討では、SAI-J「自己の疾患についての意識」が未熟な防衛傾向と関連し、未熟な防衛傾向の高いものは、むしろ自己の疾患を意識することができているという一見逆説的な結果であった。統合失調症における病識は、その用語自体は *insight* や *awareness* など高次の機能を指すが、その評価は患者自身の洞察というよりも態度を反映する次元が含まれている可能性が示唆された。Lincoln<sup>2</sup>らや、Hasson-Ohayon<sup>81</sup>もまた同様の可能性を指摘しており、本研究の結果も心理防衛的側面から彼らの指摘を裏付けるものである。

統合失調症患者は健常者に比べ未熟な防衛を使用する傾向があることが報告されている<sup>78,79</sup>。また未熟な防衛スタイルは、一般的には抑うつ<sup>95,96</sup>、自殺リスク<sup>97</sup>などの不適応な結果と関連しているようである。未熟な防衛の形としての病識が、自分自身を守るための安直な戦略 *unsophisticated strategy* である可能性を考慮すると、病識を高めるということが必ずしも良いというわけではないのかもしれない。

近年 Lysaker のグループによって開発された MERIT<sup>98</sup> と呼ばれる介入は、メタ認知機能のトレーニングを通じて統合失調症の病識を促進することを含む。その介入のユニークな点は、それは単に病識を改善することを明示的に求めておらず、患者一人ひとりの考え、希望や願い、思い出、感情を伴う体験についての内省を通じて病識のための統合された健全な物語を形成することを求める点にある。MERIT は患者の物語を引き出し、自分自身の心理社会的問題を理解し、それに対応するための最善の方法について考えを促すようデザインされており、そのような介入は従来の介入が示す限界を克服する可能性がある。実際に MERIT のランダム比較化研究では病識<sup>99</sup> やメタ認知機能<sup>100</sup> 改善に対するエビデンスが示されている。Lysaker らは<sup>101</sup>、メタ認知機能の改善により、患者は自身の直面している精神医学的課題と、回復に向けての対応について、首尾一貫した説明が可能になると主張している。

このような患者のナラティブな視点に立った介入は、“Insight paradox”の問題を解消し、患者自身のリカバリーにつながる可能性がある。現在主流となっている病識評価は「患者の疾患に関連した認識が医学的に妥当かどうか」という一方向的視点であるが、ナラティブな視点に立った介入のアウトカムには患者の自伝的な物語の情報量と一貫性を評価する尺度<sup>102</sup>が必要である。

本研究の結果は、そのような流れを支持するものであり、病識(医学的に妥当な認識)が獲得されることを無条件に良しとすることに疑問を投げかける。今後は未熟な防衛を示す患者の病識の良好さが、抑うつや QOL の低下と関連するかどうかさらなる研究が必要である。また未熟な防衛スタイルと病識との関連は、社会的な機能障害が重度である一部の患者のみにみられる現象かもしれない。クラスター分析を用いた、より大規模な研究が必要である。あるいは神経心理学的変数と心理防衛的変数の交互作用が病識の低下を説明するかどうかさらなる研究が必要である。

## 文献

- 1) Gharabawi GM, Lasser RA, Bossie CA, Zhu Y, Amador X (2006) Insight and its relationship to clinical outcomes in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder receiving long-acting risperidone. *Int Clin Psychopharmacol* 21:233-240.
- 2) Lincoln TM, Lullmann E, Rief W (2007) Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophr Bull* 33:1324-1342.
- 3) Sendt KV, Tracy DK, Bhattacharyya S (2015) A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Res* 225:14-30.
- 4) Erol A, Delibas H, Bora O, Mete L (2015) The impact of insight on social functioning in patients with schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry* 61:379-385.
- 5) McEvoy JP, Freter S, Everett G, Geller JL, Appelbaum P, Apperson LJ, Roth L (1989) Insight and the clinical outcome of schizophrenic patients. *J Nerv Ment Dis* 177:48-51.
- 6) Drake RJ, Dunn G, Tarrrier N, Bentall RP, Haddock G, Lewis SW (2007) Insight as a predictor of the outcome of first-episode nonaffective psychosis in a prospective cohort study in England. *J Clin Psychiatry* 68:81-86.
- 7) 中谷陽二 (1989) 分裂病と「病識」-用語法への疑問. *臨床精神医学*, 18:11-16.
- 8) 池淵恵美 (2004) 病識再考. *精神医学*, 46:806-819.
- 9) Engel GL (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196:129-136.
- 10) Ghaemi SN (2003) *The Concepts of Psychiatry*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore. (村井俊哉訳 2009 現代精神医学原論. みすず書房, 東京.)
- 11) Jaspers K (1923, 1948) *Allgemeine psychopathologie*. (内村祐之・西丸四方・島崎敏樹ほか 訳 1955 ヤスペルス精神病理学総論. 岩波書店, 東京.)
- 12) Lewis A (1934) The psychopathology of insight *J Medical Psychology*.

14:332-348.

13) Zilboorg G (1941) A history of medical psychology. W.W. Norton Company.

(神谷美恵子訳 1958 医学の心理学史.みすず書房, 東京.)

14) 金吉晴, 酒井佳永 (2017) 統合失調症と病識. 臨床精神医学, 46:1457-1462.

15) David AS (1990) Insight and psychosis. *Br J Psychiatry*, 156:798–808.

16) Amador XF, Strauss DH, Yale SA, et al. (1991) Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 17:113–132.

17) David A, Buchanan A, Reed A, et al. (1992) The assessment of insight in psychosis. *Br J Psychiatry*, 61:599-602

18) Amador XF, Strauss DH, Yale SA, et al. (1993) Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry*, 150:873–879.

19) Markova IS, Berrios GE (1992) The assessment of insight in clinical psychiatry: A new scale. *Acta Psychiatr Scand*, 86:159–164.

20) Beck AT, Baruch E, Balter JM, et al. (2004) A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res*, 68:319–329.

21) Ouzir M, Azorin JM, Adida M, Boussaoud D, Battas O (2012) Insight in schizophrenia: from conceptualization to neuroscience. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 66(3), 167-179.

22) McEvoy JP, Apperson LJ, Appelbaum PS, et al. (1989) Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *J Nerv Ment Dis*, 177:43–47.

23) Carsky M, Selzer MA, Terkelsen A, et al. (1992) The PEH: A questionnaire to assess acknowledgement of psychiatric illness. *J Nerv Ment Dis*, 180:458–464.

24) Birchwood M, Smith J, Drury V, et al. (1994) A self report insight scale for psychosis: Reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatr Scand*, 89: 62–67.

25) Cuffel BJ, Alford J, Fischer EP, et al. (1996) Awareness of illness in schizophrenia and outpatient treatment adherence. *J Nerv Ment Dis*, 184:653-

659.

26) Marks KA, Fastenau PS, Lysaker PH, et al. (2000) Self-Appraisal of Illness Questionnaire (SAIQ): Relationship to researcher-rated insight and neuropsychological function in schizophrenia. *Schizophr Res*, 45:203–211.

27) Gerretsen P, Remington G, Borlido C, et al. (2014) The VAGUS insight into psychosis scale self-report and clinician-rated versions. *Psychiatry Research*, 220: 1084–1849.

28) Lincoln TM, Rief W, Westermann S, et al. (2014) Who stays, who benefits? Predicting dropout and change in cognitive behaviour therapy for psychosis. *Psychiatry Res*, 216:198–205.

29) Cavelti M, Rüsçh N, Vauth R (2014) Is living with psychosis demoralizing? Insight, self-stigma, and clinical outcome among people with schizophrenia across 1 year. *J Nerv Ment Dis*, 202:521–529.

30) Pijnenborg, G. H., van Donkersgoed, R. J., David, A. S., & Aleman, A. (2013). Changes in insight during treatment for psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 144(1-3), 109-117.

31) Keefe, Richard SE, and Wayne S. Fenton. "How should DSM-V criteria for schizophrenia include cognitive impairment?." *Schizophrenia bulletin* 33.4 (2007): 912-920.

32) Green MF, Kern RS, Braff DL, et al. (2000) Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the “right stuff”? *Schizophr Bull* 26:119-136.

33) Aleman A, Agrawal N, Morgan KD, et al. (2006) Insight in psychosis and neuropsychological function: meta-analysis. *Br. J. Psychiatry*, 189: 204–212.

34) Nair A, Palmer EC, Aleman A, David AS, et al. (2014) Relationship between cognition, clinical and cognitive insight in psychotic disorders: A review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 152:191–200.

35) Green, M. F., & Leitman, D. I. (2008). Social cognition in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 34(4), 670-672.

36) Green, M. F., Horan, W. P., & Lee, J. (2015). Social cognition in

- schizophrenia. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(10), 620.
- 37) Fett A.K., Viechtbauer, W., Dominguez, M.D., et al.:The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia:A meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*, 35; 573-588, 2011
- 38) Addington, J., Girard, T. A., Christensen, B. K., & Addington, D. (2010). Social cognition mediates illness-related and cognitive influences on social function in patients with schizophrenia-spectrum disorders. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*, 35(1), 49.
- 39) Vaskinn A, Sundet K, Ueland T, et al. (2013) Social cognition and clinical insight in schizophrenia and bipolar disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201:445-451
- 40) Konstantakopoulos, G., Ploumpidis, D., Oulis, P., et al. (2014) The relationship between insight and theory of mind in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 152:217–222.
- 41) Bora E (2017) Relationship between insight and theory of mind in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res* 190:11-17.
- 42) Cooke, M.A., Fannon, D., Kuipers, E., Peters, E., Williams, S.C., Kumari, V., 2001. Neurological basis of poor insight in psychosis: a voxel-based MRI study. *Schizophr. Res.* 103 (1–3), 40–51.
- 43) Buchy, L., Ad-Dab'bagh, Y., Malla, A., Lepage, C., Bodnar, M., Joober, R., Sergerie, K., Evans, A., Lepage, M., 2011. Cortical thickness is associated with poor insight in first-episode psychosis. *J. Psychiatr. Res.* 45 (6), 781–787.
- 44) Sartorius, N. (1997). Fighting schizophrenia and its stigma: a new World Psychiatric Association educational programme. *The British Journal of Psychiatry*, 170(4), 297-297.
- 45) 佐藤光源. (2008). 統合失調症—病名変更の波及効果と今日的課題. *精神経誌*, 110, 849-854.
- 46) Belvederi Murri M, Respino M, Innamorati M, Cervetti A, Calcagno P, Pompili M, Lamis DA, Ghio L, Amore M (2015) Is good insight associated with depression among patients with schizophrenia? Systematic review and meta-

analysis. *Schizophr Res* 162:234-247.

47) Belvederi Murri M, Amore M, Calcagno P, Respino M, Marozzi V, Masotti M, Bugliani M, Innamorati M, Pompili M, Galderisi S, Maj M (2016) The “insight paradox” in schizophrenia: magnitude, moderators and mediators of the association between insight and depression. *Schizophr Bull* 42:1225-1233.

48) Carroll A, Pantelis C, Harvey C (2004) Insight and hopelessness in forensic patients with schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 38:169-173.

49) Cooke MA, Peters ER, Greenwood KE, Fisher PL, Kumari V, Kuipers E (2007) Insight in psychosis: influence of cognitive ability and self-esteem. *Br J Psychiatry* 191:234-237.

50) Karow A, Pajonk FG, 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. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 258:152-159.

51) Pompili, M., Ruberto, A., Kotzalidis, G. D., Girardi, P., & Tatarelli, R. (2004). Suicide and awareness of illness in schizophrenia: an overview. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68(4), 297-318.

52) Moore O, Cassidy E, Carr A, O'Callaghan E (1999) Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *Eur Psychiatry* 14:264-269.

53) Kruck CL, Flashman LA, Roth RM, Koven NS, McAllister TW, Saykin AJ (2009) Lack of relationship between psychological denial and unawareness of illness in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Res* 169:33-38.

54) Cooke MA, Peters ER, Fannon D, Anilkumar AP, Aasen I, Kuipers E, Kumari V (2007) Insight, distress, and coping styles in schizophrenia. *Schizophr Res* 94:12-22.

55) Gingerich S, Mueser K, Drake R, Merrens M, Lyne D. *Illness management and recovery, Evidence-based Mental Health Practice: a Textbook*, 2005 New York, NY WW Norton (pg. 395-424)

56) Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for



- schizophrenia. Cochrane database of systematic reviews, (6).
- 57) Rathod, S., Kingdon, D., Smith, P., & Turkington, D. (2005). Insight into schizophrenia: the effects of cognitive behavioural therapy on the components of insight and association with sociodemographics—data on a previously published randomised controlled trial. *Schizophrenia research*, 74(2-3), 211-219.
- 58) Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. R., & Czobor, P. (2011). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *American Journal of Psychiatry*, 168(5), 472-485.
- 59) Lalova, M., Baylé, F., Grillon, M. L., Houet, L., Moreau, E., Rouam, F., ... & Piolino, P. (2013). Mechanisms of insight in schizophrenia and impact of cognitive remediation therapy. *Comprehensive psychiatry*, 54(4), 369-380.
- 60) Pijnenborg, G. H. M., Van der Gaag, M., Bockting, C. L., Van der Meer, L., & Aleman, A. (2011). REFLEX, a social-cognitive group treatment to improve insight in schizophrenia: study protocol of a multi-center RCT. *BMC psychiatry*, 11(1), 161.
- 61) Pijnenborg, G. H. M., de Vos, A. E., Timmerman, M. E., Van der Gaag, M., Sportel, B. E., Arends, J., ... & Aleman, A. (2019). Social cognitive group treatment for impaired insight in psychosis: A multicenter randomized controlled trial. *Schizophrenia research*, 206, 362-369.
- 62) 酒井佳永,金吉晴,秋山剛,立森久照,栗田広 (2000) 病識評価尺度(The Schedule for Assessment of Insight)日本語版(SAI-J)の信頼性と妥当性の検討. *臨床精神医学*, 29:177-183.
- 63) Kaneda, Y., Sumiyoshi, T., Keefe, R., Ishimoto, Y., Numata, S., & Ohmori, T. (2007). Brief assessment of cognition in schizophrenia: validation of the Japanese version. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61(6), 602-609.
- 64) Keefe RSE, Goldberg TE, Harvey PD, et al. (2004) The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia: Reliability sensitivity and comparison with a standard neurocognitive battery. *Schizophr Res*, 68:283-297
- 65) Kanie A, Hagiya K, Ashida S, et al. (2014) A new instrument for

measuring multiple domains of social cognition: Construct validity of the Social Cognition Screening Questionnaire (Japanese version). *Psychiatry and clinical neurosciences*, 68:701-711

66) Roberts DL, Fiszdon J, Tek C. Initial validity of the Social Cognition Screening Questionnaire (SCSQ). *Schizophr. Bull.* 2011; 37 (Suppl. 1): 280.

67) 北村俊則, 町澤静夫, 丸山 晋ら (1985) オックスフォード大学版 Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) の再試験信頼度. *精神衛生研究*, 32:1-15.

68) Overall JE, Gorham DR (1962) The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10:799-812.

69) Mintz AR, Dobson KS, Romney DM (2003) Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Res*, 61:75-88.

70) Vaz FJ, Bejar A, Casado M (2002) Insight, psychopathology, and interpersonal relationships in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28:311–317.

71) Mutsatsa SH, Joyce EM, Hutton SB, et al. (2006) Relationship between insight, cognitive function, social function and symptomatology in schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256:356–363.

72) Wiffen BDR, O'Connor JA, Russo M, et al. (2012) Are there specific neuropsychological deficits underlying poor insight in first episode psychosis? *Schizophrenia Research*, 135:46–50.

73) Drake RJ, Lewis SW (2003) Insight and neurocognition in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 62:165–173.

74) Ng R, Fish S, Granholm E (2015) Insight and theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 225:169–174.

75) 中西公一郎 (1998). The Defense Style Questionnaire 日本語版 (DSQ42)—日本での防衛機制研究のために — 慶應義塾大学大学院社会学研究科紀要, 47, 27–33.

76) Andrews G, Singh M, Bond M (1993) The defense style questionnaire. *J Nerv Ment Dis* 181:246-256.

- 77) Bond, M., Gardner, S. T., Christian, J., & Sigal, J. J. (1983). Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of general psychiatry*, 40(3), 333-338.
- 78) Bond, M. P., & Vaillant, J. S. (1986). An empirical study of the relationship between diagnosis and defense style. *Archives of General Psychiatry*, 43(3), 285-288.
- 79) Shaw RJ, Geurse MK, Steiner H (2008) Defence mechanisms in schizophrenia. *Personal Ment Health* 2:240-248.
- 80) Startup M (1996) Insight and cognitive deficits in schizophrenia: evidence for a curvilinear relationship. *Psychol Med* 26:1277-1281.
- 81) Hasson-Ohayon I (2018) Overlap and distinction between measures of insight and self- stigma. *Psychiatry Res* 266:47-64.
- 82) Lally SJ (1989) "Does being in here mean there is something wrong with me?" *Schizophr Bull* 15:253-265.
- 83) Schur, E. M. (1971). *Labeling deviant behavior: Its sociological implications* (pp. 18-18). New York: Harper & Row.
- 84) Williams CC, Collins A (2002) Factors associated with insight among outpatients with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 53:96-98.
- 85) McCay EA, Seeman MV (1998) A scale to measure the impact of a schizophrenic illness on an individual's self-concept. *Arch Psychiatr Nurs* 12:41-49.
- 86) Vining D, Robinson JC (2016) Concept analysis of illness engulfment in schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 30:370-374.
- 87) Vohs JL, George S, Leonhardt BL, Lysaker PH (2016) An integrative model of the impairments in insight in schizophrenia: emerging research on causal factors and treatments. *Expert Rev Neurother* 16:1193-1204.
- 88) Lysaker PH, Gagen E, Wright A, Vohs JL, Kukla M, Yanos PT, Hasson-Ohayon I (2018) Metacognitive deficits predict impaired insight in schizophrenia across symptom profiles: a latent class analysis. *Schizophr Bull* 45:48-56.

- 89) Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- 90) Lysaker PH, Lancaster RS, Davis LW, Clements CA (2003) Patterns of neurocognitive deficits and unawareness of illness in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 191:38-44.
- 91) Quee PJ, van der Meer L, Bruggeman R, de Haan L, Krabbendam L, Cahn W, Mulder NC, Wiersma D, Aleman A (2011) Insight in psychosis: relationship with neurocognition, social cognition and clinical symptoms depends on phase of illness. *Schizophr Bull* 37:29-37.
- 92) Bond M (2004) Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change. *Harv Rev Psychiatry* 12:263-278.
- 93) Holi MM, Samallahti PR, Aalberg VA (1999) Defense styles explain psychiatric symptoms: an empirical study. *J Nerv Ment Dis* 187:654-660.
- 94) Calati R, Oasi O, De Ronchi D, Serretti A (2010) The use of the defence style questionnaire in major depressive and panic disorders: A comprehensive meta-analysis. *Psychol Psychother-T* 83:1-13.
- 95) Spinhoven P, Kooiman CG (1997) Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: an explorative study. *J Nerv Ment Dis* 185:87-94.
- 96) Carvalho AF, Hyphantis TN, Taunay TC, Macêdo DS, Floros GD, Ottoni GL, Lara DR (2013) The relationship between affective temperaments, defensive styles and depressive symptoms in a large sample. *J Affect Disord* 146:58-65.
- 97) Corruble E, Bronnec M, Falissard B, Hardy P (2004) Defense styles in depressed suicide attempters. *Psychiatry Clin Neurosci* 58:285-288.
- 98) Van Donkersgoed, R. J., De Jong, S., Van der Gaag, M., Aleman, A., Lysaker, P. H., Wunderink, L., & Pijnenborg, G. H. M. (2014). A manual-based individual therapy to improve metacognition in schizophrenia: protocol of a multi-center RCT. *BMC psychiatry*, 14(1), 27.
- 99) Vohs, J. L., Leonhardt, B. L., James, A. V., Francis, M. M., Breier, A., Mehdiyoun, N., ... & Lysaker, P. H. (2018). Metacognitive reflection and

insight therapy for early psychosis: a preliminary study of a novel integrative psychotherapy. *Schizophrenia research*, 195, 428-433.

100) de Jong, S., van Donkersgoed, R. J. M., Timmerman, M. E., Aan Het Rot, M., Wunderink, L., Arends, J., ... & Pijnenborg, G. H. M. (2019). Metacognitive reflection and insight therapy (MERIT) for patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 49(2), 303-313.

101) Lysaker, P. H., Kukla, M., Vohs, J. L., Schnakenberg Martin, A. M., Buck, K. D., & Hasson Ohayon, I. (2019). Metacognition and recovery in schizophrenia: From research to the development of Metacognitive Reflection and Insight Therapy. *Journal of Experimental Psychopathology*, 10(1), 1-12.

102) Lysaker, P. H., Clements, C. A., Plascak-Hallberg, C. D., Knipscheer, S. J., & Wright, D. E. (2002). Insight and personal narratives of illness in schizophrenia. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 65(3), 197-206.

## 謝辞

博士論文作成に際しまして、ご懇篤なるご指導、ご鞭撻を賜りました大阪府立大学大学院総合リハビリテーション学研究科西川隆教授に心より謹んで感謝の意を表します。西川隆先生には私が大学院に入学する以前から10年に渡りご指導いただき、研究に対する姿勢やその奥深さについて大変貴重な学びをさせていただきました。また、西川隆先生のご退官後、私の研究指導教員をお引き受けくださり、多大なるご指導・ご助言を賜りました大阪府立大学大学院総合リハビリテーション学研究科高畑進一教授、日垣一男教授に心より感謝申し上げます。さらに本論文の作成にあたり、有益なるご助言、ご指導を賜りました大阪府立大学大学院総合リハビリテーション学研究科内藤泰男教授、石井良平教授に深謝申し上げます。本研究の内容に多くのご助言いただきました、同研究室の田中寛之氏、福原啓太氏、永田優馬氏、石丸大貴氏、掛川泰郎氏、木本祥子氏、中井俊輔氏にこの場を借りてお礼申し上げます。また、本研究の実施におきまして、ご協力いただいたさわ病院の澤温先生、そのほか研究のご協力いただきました患者様、職員の皆様に心より感謝申し上げます。最後に、長きにわたり私を支えてくれた家族に心より感謝申し上げます。