

統合失調症者における病気の受容のプロセス

The Process of Accepting Illness in People with Schizophrenia

独立行政法人国立病院機構 下総精神医療センター 菅原 裕美

筑波大学附属病院 鈴木 翔子

筑波大学 森 千鶴

I. 緒言

統合失調症者において、「病識欠如」は臨床によく観察される所見である(池淵, 2004)。病識と服薬態度は関連があり(Novick, Montgomery, Treuer, Aguado, Kraemer & Haro, 2015)、病識の乏しさは服薬の自己中断、症状の再燃につながる。そのため、統合失調症者が地域で生活していくためには、病気や治療に対する理解や受け止め方にアプローチしていく必要がある。

統合失調症者の病識欠如は、力動精神医学の視点では、自己の病気や症状への気づきによる心理的防衛機制であると解釈され(金 1998)、神経認知学視点では、自己の直接的体験を客観的にみる機能であるメタ認知機能が乏しいために病識欠如が現れると考えられている(Hoffman & McGlashan, 1994)。我が国では、2002年に「精神分裂病」から「統合失調症」に呼称が変更され、病名そのものが持つ負のイメージが払拭されることで本人への病名を告知する機会が増えたが、過去には病名告知を受けずに治療を受けていた統合失調症者も存在していた(西村・大野, 2004; Sato, 2006)。そのため、病名の告知がされなかったために病気や症状の把握や治療の必要性の理解が乏しかった者もいたと推察する。また、統合

失調症者の病識は、病気をもつ自己に対するステイグマであるセルフステイグマとも関係しており(Mak & Wu, 2006)、セルフステイグマを強く抱いている者は自尊感情が低いとの報告もあることから(Lysaker, Roe & Yanos, 2007)、統合失調症者自身が自分の病気と向き合うことに困難を要する場合もあると推察される。

精神科リハビリテーションでは、リカバリー概念が用いられており、病気の側面を自分という全体の一部ととらえ、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を意味する(Deegan, 1998; Anthony, 1993; Andresen, Oades & Caouti, 2003)。リカバリーのプロセスの中には、自分自身を理解し、自己の病気を受け入れていくことで到達する「redefining identity」が含まれており(Andresen, et al, 2003)、精神疾患がある者がウェルネスの状態に辿り着くためには、病気をもつ自己と向き合い、病気を受容していくことが重要であると解釈できる。

しかし、これまでの報告では、統合失調症者の「病識欠如」の様相や原因に注目した報告が多く、統合失調症者がどのように自分の病気を自覚し、受容しているのかについては明らかにされていない

ない。そのため、統合失調症者の看護アプローチとして、リカバリーで重要な要素である病気の受容に注目した援助方法については明らかにされていない。本研究では、これまで研究では明示されてこなかった統合失調症者の「病気の受容」のプロセスを明らかにすることで、統合失調症者が「病気」や「障害」という枠を超えた自己価値を見出すための支援につながると考えた。

II. 研究目的

統合失調症者にとって、病気を受容することは、自分自身と向き合うことでもあり、今後の自分の生き方を再構築するために重要である。そのため、本研究は、統合失調症者が自分の病気を自覚し、病気を受容するまでのプロセスを明らかにし、統合失調症者のリカバリー支援の基礎資料とすることを目的とした。

III. 研究方法

1. 対象者

本研究の対象者は 1 施設の精神科病院に入院中の 20 歳以上の統合失調症者で主治医より病名告知がされ、本研究への参加が可能であり、症状が耐えうると判断された者とした。

2. データ収集期間

平成 27 年 12 月～平成 28 年 3 月

3. データ収集方法

研究協力の同意が得られた対象者に対して、あらかじめ作成したインタビューガイドをもとに半構造化面接を実施した。面接は、研究者 1 名が行い、対象者の許可を得て、観察者 1 名が同席し、観察者が面接の内容をフィールドノートに記録した。インタビューガイドは、対象者が統合失調症の病的体験し、入院経験を経て現在に至るまでを振り返り、主治医から告知された病名と自己の体験との結びつき、現在に至るまでの病気や症状の受け止め方の変化、病気をもった自分の今後の生き方が語られることを想定して作成した。面接は、対象者の負担を考慮し、30 分経過時点で負担

の有無について確認をしながら行い、1 人あたり 1～2 回実施した。また、背景情報として、年齢、性別、治療状況、発症年齢、調査時点における入院期間、入院回数、処方内容を診療録より収集した。

4. 分析方法

分析方法には、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach: 以下、M-GTA) を用いた。M-GTA は、社会的相互作用の中で起こる人間行動の説明と予測に十分な説明力のある独自の概念を作成し、実践的活用を促す理論を生成する手法である Grounded Theory Approach を基にして木下 (2003) によって開発された質的研究手法である。

本研究では、分析テーマを「統合失調症者が、自分の病気を自覚し、受容していくプロセス」、分析焦点者を「精神科病院に入院中の統合失調症者」に設定した。得られたデータについて、分析テーマに沿って分析ワークシートを用いて概念生成を行った。その際、データの意味の理解から類似例の比較を行い、さらに得られた概念について対極例の比較検討を行った。類似例、対極例を継続的に比較検討し、出尽くしたところで理論的飽和に達したものと判断した。得られた個々の概念について、他の概念との関係の一つ一つ検討していきながら、カテゴリーとコアカテゴリーの生成を行い、カテゴリーの関係性をプロセスレベルに至るまで、推測的、包括的に検討した。最終的に、得られた概念とカテゴリーの関係性について図式化し、結果図並びにストーリーラインとしてまとめた。

5. 信頼性・妥当性の確保

M-GTA の分析手法では、データの解釈が恣意的に偏る危険を防ぐために、分析ワークシートを用いて類似例の確認のみならず、対極例の比較を理論的メモ欄に記録しながら検討する (木下, 2003)。本研究においても、M-GTA の分析手法にそって、分析ワークシートを用いて概念の精緻化に努めた。また、研究計画立案から分析までのす

すべての過程において、精神科看護学の専門家からスーパーバイズを受け、妥当性の確保に努めた。

6. 倫理的配慮

インタビュー実施前に対象者に対して説明書を用いて、研究目的、調査方法、自由意思による協力であること、途中辞退を含む辞退する権利があること、得たデータは研究目的以外には使用しないこと、答えたくない質問には答えなくてもよいこと、研究結果の公表の了解等を説明し、同意書への署名を得た。また、筑波大学医学医療系「医の倫理委員会」(通知番号第 1006 号)の審査及び対象施設の倫理委員会の承認を得てから実施した。

IV. 結果

1. 対象者の概要

研究協力の同意が得られた統合失調症者は 8 名であり、男性 7 名、女性 1 名であった(表 1)。年齢は 30~57 歳で、平均年齢 45.5 歳であった。発症年齢は 10 代~40 代であり、平均入院回数は 4.4 回であった。また、全対象者の抗精神病薬の服薬量をクロルプロマジン(CP)に換算して算出したところ、平均 828.33 mg/日であった。

表 1.対象者背景

対象者	性別	年齢 (才)	発症年齢 (才)	入院回数 (回)	入院 期間	CP換算 (mg)	面接 時間(分)
A	男性	44	30代	1	9ヶ月	200	35
B	男性	49	30	5	1年2ヶ月	1700	32
C	男性	30	28	1	1年6ヶ月	400	65
D	男性	52	21	9	2年	1650	55
E	男性	57	19	2	5年1ヶ月	400	38
F	男性	38	26	5	5年2ヶ月	100.8	58
G	女性	43	21	11	5年7ヶ月	1275.8	42
H	男性	51	44	1	6年7ヶ月	900	40

2. ストーリーラインと結果図

得られたデータを分析した結果、19 の概念、4 つのカテゴリー、3 つのコアカテゴリーが生成された。これらの関連性を結果図として図 1 に示し、下記の通りにストーリーラインをまとめた。以下、【 】はコアカテゴリー、〈 〉はカテゴリー、“ ”は概念を表す。

統合失調症者は、“自分の存在が危うくなる”病的体験を経験し、病的体験と“現実との境が分からなくなる”。そのため、自分自身が“病気かどうか

わからない”と認識し、<半信半疑>の状態になる。このような状況に対し、主治医から病名を告げられることで【診断名から自分の状態を考え(る)】、<病気を受け入れたくない>段階に移行する。ここでは、病気の自覚には至っておらず、“病気ではなく、少しおかしいだけ”と認識したり、“病気かどうかは他人が決める”と合理的に解釈したりする。しかし、病気を受け入れたくないと思いながらも、実際に自分自身が薬物療法の効果を感じるなどの【入院して良くなったことを実感】することで、徐々に〈自分と向き合う〉段階へ移行していく。ここでは、入院中に行われる“プログラムで自分の状態を確認”し、“自分のことを見つめ直す”“自分の状態を客観的にみる”作業が行われる。この作業により、今まで現実との区別ができていなかったことが整理され、これまで誤解だと思っていたことは誤解ではなく、病気であったと“自分が間違っていたことに気づく”。また、周囲の人々に病気を隠しておきたいなどの“病気のことはそっとして置きたい”という気持ちも生まれる。自分を見つめ直し、客観視することは、現在の自分の状況を冷静に見つめられるため、社会から“取り残されている感覚”や“社会復帰したい”という願望、“退院という希望”も抱き始める。統合失調症者は、〈自分と向き合う〉段階で、自分が病気であったことに気づき、少しずつ地域で生活することを意識し始めるようになり、地域で生活するための必要な【自分の課題を考える】ようになる。このことを通して、<病気をもった自分を見つめる>段階に移行することができる。病気をもった自分には“治療が必要”であると考え、症状に対して自分自身で“コントロールできる”と思う一方で、病気だと分かっているにもかかわらず病的体験を“ついつい現実だと思ってしまう”自分があることにも気づく。しかし、症状をコントロールできる自分もコントロールできない自分も両者が自分自身であると受け入れ、“不安があるのも人生”であり、これからの自分には“病気であると自覚をもつ”ことが重要であることを知る。そして、最終的に病気をもった自分が

今後どのように生きていきたいのか”新たな目標を見つける”ことができている。

3. 概念とカテゴリー

以下、生成されたプロセスを構成する概念について、カテゴリー・コアカテゴリー毎に説明する。また、概念を生成する根拠となった具体例の一部を要約した上、**ゴシック体太字**で示す。

1) <半信半疑>の段階

<半信半疑>は、“自分の存在が危うくなる”“現実との境が分からなくなる”“病気かどうか分からない”の3つの概念が生成された。

“自分の存在が危うくなる”では、幻聴や妄想に左右され、身の危険を感じるほどに混乱した状態にあった様子が語られた。

頭にふっと浮かんだことでもすぐに相手に伝わってしまう。自分の隠しごとでも伝わってしまうから立場がないっていうか。そうすると自分の存在自体が危うくなってしまいます。(B氏)

“現実との境が分からなくなる”では、現実の世界と妄想や幻聴の世界の区別がつかない様子が語られた。

ゲーム会社の誰かにはめられているって考えて

いましたね。普通の人にはゲームと現実の境目にフィルターがあるけど、フィルターが破れて情報がどんどん入ってきてしまった感じで。(C氏)

“病気かどうか分からない”では、自分が統合失調症であるかどうか判断できず、病気であると言い切れない様子が語られた。

精神の病気ってとらえにくい。本当にそうなのかな...って。(G氏)

2) 【診断名から自分の状態を考える】

【診断名から自分の状態を考える】は、<半信半疑>の段階から<病気を受け入れたくない>段階へ移行するコアカテゴリーとして位置付けられ、主治医からの病名を伝えられ、自分の状態について考えたことが語られた。

病名がついたから、おかしかったんだなっていうことの反省はありますね。(A氏)

3) <病気を受け入れたくない>段階

このカテゴリーでは、“病気ではなく、少しおかしいだけ”“病気かどうかは他人が決める”の2つの概念が生成された。

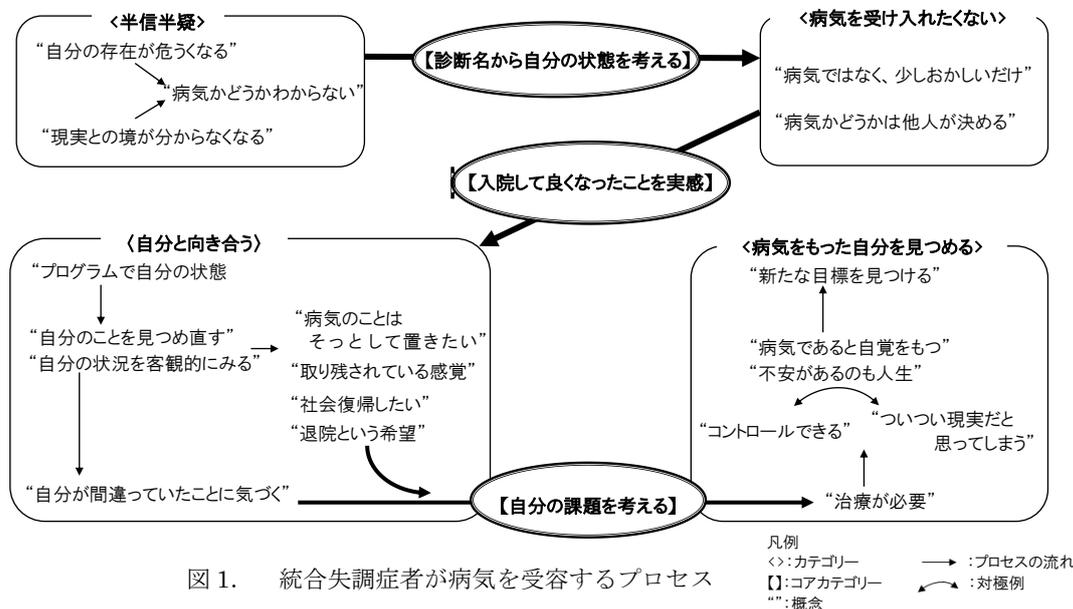


図 1. 統合失調症者が病気を受容するプロセス

“病気ではなく、少しおかしいだけ”では、病名を伝えられ、病気であることを認めたくない様子が語られた。

病気であることがいやだから、認めたくないっていうのもあります。(G 氏)

“病気かどうかは他人が決める”では、病気とは認めておらず、周囲からみて病気と判断されたのだと合理的な解釈が語られた。

病気じゃないって言っても色々あったから。(病気かどうか)判断は周りが決める。自分じゃなくて。(E 氏)

4) 【入院して良くなったことを実感】

【入院して良くなったことを実感】は、<病気を受け入れたくない>段階から〈自分と向き合う〉段階への移行を推進するためのコアカテゴリーとして位置付けられた。ここでは、対象者が入院後薬物療法や治療プログラムを受けて自分の状態が良い方向に向かっていることを体験したことが語られた。

(入院してから)クスクス笑いとかは治まっちゃった。薬がよく効きましたね。部屋では独り会話していいから、部屋から出ているときは黙ってしようとか考えられる。(D 氏)

5) 〈自分と向き合う〉段階

このカテゴリーでは、“プログラムで自分の状態を確認”“自分のことを見つめ直す”“自分の状態を客観的にみる”“取り残されている感覚”“社会復帰したい”“退院という希望”“自分が間違っていたことに気づく”“病気のことはそっとして置きたい”の8つの概念が生成された。

“プログラムで自分の状態を確認”では、入院中にプログラムを受けて自分の状態は何だったのか考えた様子が語られた。

プログラム受けているうちに、「はっ」と我に返った感じですね。CBT で妄想っていても自分のとらえ方が違うと、考え方が随分違うって言っていたし。そう思うと、自分のやってきたことでおかしいって思うことがある。(A 氏)

“自分のことを見つめ直す”では、自分の状況を冷静に考え、間違った認識をしていたと考え直したことが語られた。

今振り返ると、私が勝手にそう思っていたというか、誤解していたと思います。自分は嫌がらせされていると誤解して、長い間その嫌がらせを我慢していました。(B 氏)

“自分の状態を客観的にみる”では、自分の体験や現在の状況を自分なりに整理し、「現在の自分は〇〇である」と説明しようとする様子が語られた。

本当は病気じゃないって思っていたけど、今はそう思わない。今の自分の考えでは、病気の自覚があるということは、病状が安定しているっていうことだと思っているんですね。(F 氏)

“自分が間違っていたことに気づく”では、これまで誤解していたことは、誤解ではなく病気だったと気づく様子が語られた。

ここ(病院)にきて (ヤクザやゲーム会社から)金銭も要求されないと気づいたときに妄想だったんだなと思いました。(C 氏)

“病気のことはそっとして置きたい”では、病気だと思っているが他人には知られたいと考えていることが語られた。

正直言って(病名が周囲に知られるのは)嫌です

ね。できるなら隠したい。やっぱり抵抗があります。

(A 氏)

“取り残されている感覚”では、病気で入院していることで外の世界から取り残されている感覚がある様子が語られた。

入院で、診断名がついたことで振り返る機会が来たと思います。閉鎖的で、外の世界から離れていて、置いてけぼりにされているんじゃないかって思うよね。そういう危機感はある。(A 氏)

“社会復帰したい”では、対象者の退院後に仕事に就きたいと意欲を示している様子が語られた。

今後は社会復帰はしたいと考えています。50 歳過ぎるとなかなか仕事の的に選べないと思うので、自分ができるとしたら何でも。(B 氏)

“退院という希望”では、退院後の生活には希望があるという思いが語られた。

今は期待ですね。外に出ればどれだけ楽しいか。ウキウキというよりはワクワク。(F 氏)

6) 【自分の課題を考える】

【自分の課題を考える】は、〈自分と向き合う〉段階から〈病気をもった自分を見つめる〉段階へ移行するためのコアカテゴリーとして位置づけられ、地域生活を徐々に意識し、これからの生活において何が自分の課題なのか考える様子が語られた。

僕の場合は、被害妄想に入ったらもうダメですね。幻聴も「狙っているから」って言うから考えちゃって。考えすぎるのがダメなんですかね。(C 氏)

7) <病気をもった自分を見つめる>段階

このカテゴリーでは、“治療が必要”“コントロ

ールできる”“ついつい現実だと思ってしまう”“不安があるのも人生”“病気であると自覚をもつ”“新たな目標を見つける”の 6 つの概念が生成された。

“治療が必要”では、自分が病気であるから薬が必要だと思っていることが語られた。

思考伝播がひどいときに屯用薬を飲んでしばらく休むと落ち着きます。気になっていたことがあまり変なことを考えないようになる。それで楽になるって感じ。(B 氏)

“コントロールできる”では、自分の症状について自分なりの対処方法を見つけコントロールできると期待している様子が語られた。

(薬を飲まなければ、具合の悪い状態に)戻りません。幻聴もでてくる。「そこだけよ」とか。(薬を)飲めばそこまで行かないと思う。あとは、楽な考え方をすれば逃げ切れるんじゃないかって思います。(C 氏)

“ついつい現実だと思ってしまう”では、病気・症状を自覚しているが、病気の世界に浸ってしまうことが語られた。

ターミネーターとか IS とか、院内に潜んでいるのかもしれない。本当にそう思っていたらびくびくして何もできなくなってしまいます。でも、絶対ないと言っていいのかなって。そんなこと言っていたら、妄想って言われるかもしれない。(F 氏)

“不安があるのも人生”では、今後の病気をもった自分に対して不安がある様子が語られた。

この病院に来て、やっぱり行く末のことを思うと不安定になっちゃう感じで。ずっと先の事。病気が治るかな、とかたくさん考える。(H 氏)

“病気であると自覚をもつ”では、病気をもつ

た自分であることは受け入れないといけない
との思いが語られた。

**病名は受け入れていますよ。自分が病気だっ
てことは、入院後にだんだん実感してきましたね。(A
氏)**

**入院前に通院していたときは、薬を飲んでいなか
った。(今は)統合失調症である自分が定着しつ
つある。(G 氏)**

“新たな目標を見つける”では、病気であるこ
とを自覚し、次の新たな目標を作っていること
が語られた。

**週 20 時間くらいの仕事が最終目標。本当の希
望としては、障害者年金じゃなくて、前みたいにガ
ン働きたいんですよ。それくらいまで回復できれば
ですけど。(C 氏)**

V. 考察

本研究の結果、統合失調症者の病気の受容のプロ
セスとして、4つの段階があることが明らかと
なり、各段階の移行を推進するために中心カテゴ
リーとして、【診断名から自分の状態を考える】
【入院して良くなったことを実感】【自分の課題
を考える】が抽出された。ここでは、これら3つ
のコアカテゴリーを中心に考察を述べていく。

1. 【診断名から自分の状態を考える】

本研究では、統合失調症者が病気の世界と現実
が区別できない体験を経験し、病気かどうかわ
からないと認識される<半信半疑>の状況に対して、
【診断名から自分の状態を考える】作業を行っ
ていることが示された。統合失調症者の特徴として、
メタ認知機能が乏しいことから、自分自身をイメ
ージする能力や自分の行った行為自体の認知が
難しいと考えられている (Brune, Dimaggiob &
Lysaker, 2011)。そのため、自己と他者の区別が
曖昧なり、自分の身に起きている状況を正しく判
断できず、幻覚や妄想と現実の世界を区別しにく

い状況があると推察される。これは、本研究の結
果で示された<半信半疑>の段階に一致してお
り、病的体験を自分自身では論理的な説明がつか
ず、“病気かどうかわからない”との認識につがな
っていた。この状況に対して、主治医から診断名
を伝えられ、【診断名から自分の状態を考える】こ
とを通して、自分の中で混沌としていた体験が
徐々に整理されていったと考えられる。そして、
自分の状況が整理されることで、統合失調症と診
断された自分とどのように向き合っていくべき
なのか次のプロセスの段階に移行することがで
きたと考えられる。我が国では、統合失調症者本
人より家族に対して多かった病名告知が、2002年
の呼称変更以降、統合失調症者本人に告知される
機会が増えた (Sato, 2006)。本研究の対象者の選
定基準においても主治医より病名の告知を受け
ている者と設定しており、彼らにとって主治医か
ら病名の告知を受けることは単に病名を知るこ
とではなく、病名と自分の状態を照らし合わせて
考えることができる重要な意味を持っていると
考えられる。

2. 【入院して良くなったことを実感】

本研究において、統合失調症者は【診断名から
自分の状態を考える】作業を経て、自己の状態に
ついて病気という認識には至らず、<病気を受け
入れたくない>段階に至る。そして、入院中に治療
を受けることで自分自身が本来の自分になって
きていることを実感するなどの【入院して良くな
ったことを実感】することで次の<自分と向き合
う>段階へ移行することができていた。【入院して
良くなったことを実感】は、<病気を受け入れたく
ない>という思いでありながらも、実際に現在の
自分の状態が以前と比較して良くなっていると
実感することを意味している。この実感があるこ
とで、なぜ現在の自分の状態が良くなっている
のか考え始め、今の自分を見つめ直そうという
意識に変化していったと解釈できる。<自分と向
き合う>段階は、統合失調症者にとって、これま
で周囲から「病気である」と伝えられるだけで、

十分に自己の体験と照らし合わせて考えることができなかつた状況から、一歩先に進み、自分の状況を客観視的に見つめ直し、自ら病気であったと気づくことができる最も重要な段階である。また、病気であったと気づくだけでなく、社会復帰をしたい、退院したいなどこれからの自分の生き方に目を向ける思いに至るのもこの段階である。したがって〈自分と向き合う〉段階に移行できるか否かが統合失調症者の病気の受容のプロセスにとって鍵となると考えられる。統合失調症者はメタ認知機能が乏しいため(Brune et al., 2011)、病気の症状が改善していても、具体的にどのように良くなっているのか言語化できない者もいると推察できる。しかし、そのような状況下であっても、病的体験の中で困惑していた自分と薬物療法を受けている現在の自分の状態を比較してどのように変わったかなど看護師と共に考えることを通し、自分の状態が良い方向に向かっていると認識することができると考えられる。したがって、統合失調症者が【入院して良くなったことを実感】できるように、以前より自分自身が落ち着いて過ごせるようになってきていることや入院時より体調が楽になってきていること等の言語化を促していくことが看護援助として必要であると考えられる。

3. 【自分の課題を考える】

本研究において、【自分の課題を考える】は、〈自分と向き合う〉段階から〈病気をもった自分を見つめる〉段階に移行するための重要なカテゴリーとして位置づけられていた。先述の通り、統合失調症者は、〈自分と向き合う〉段階の中で、自分自身の客観視を行い、病気であったと気づく。統合失調症者は、病気の自覚が高まると自尊感情が低くなる傾向があり(Fung, Tsang & Chan, 2009)、病気の認識が高く、セルフスティグマを抱く者は自尊感情が低い(Lysaker et al 2007)。本研究の結果においては、“病気のことはそっとして置きたい”がセルフスティグマに該当する概念であると考えられる。この概念を病気の受容のプロセスの

流れとしてとらえると、自分を客観的に見つめることで“病気のことはそっとして置きたい”とのセルフスティグマも抱くが、同時に“取り残されている感覚”“社会復帰したい”“退院という希望”も生まれ、これらの概念が、この先の【自分の課題を考える】ことを後押ししている。したがって、統合失調症者は、セルフスティグマを抱いていたとしても、単に自尊感情の低下に向かうのではなく、今後の地域生活の期待や退院への希望があることで、セルフスティグマを抱えていることそのものを自分の中の一部として位置づけ、【自分の課題を考える】ことができるのではないかと推察された。

また、統合失調症者にとって、【自分の課題を考える】作業は、退院後の自分や地域生活を送る自分を意識し、自分が達成して行かなければならないものは何かを見出そうとすることであったと考えられた。この作業を通して、“治療が必要”と服薬に対する理解が深まり、“病気であると自覚をもつ”“新たな目標を見つける”といった病気をもった自分との向き合い方を模索することができる。Andresen ら(2003)は、精神科リハビリテーションにおけるリカバリーのプロセスに「redefining identity」を挙げている。これは、リカバリーの中心となる要素であり、病気であることを自分自身の成長の一部として位置づけ、自己を再構築していくことを意味する。本研究では、〈病気をもった自分を見つめる〉段階において、統合失調症者が病気である自覚をもち、新たな目標を見出そうとするプロセスを辿ることから、この段階が「redefining identity」に一致すると解釈することができる。したがって、統合失調症者における病気の受容のプロセスはリカバリープロセスの一部であると考えられることもでき、病気の受容そのものが自分自身を受容することにつながると考えられた。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は、調査施設が1施設の精神科病院であ

り、許可を得て面接を行うことができた対象者は全て入院中の統合失調症者 8 名であった。そのため、本研究の結果が全ての統合失調症者の病気の受容のプロセスを明らかにできたとは言いきれない。今後は、地域で生活している対象者についての検討が必要であると考えます。

謝 辞

本研究に快くご協力いただきました対象者の皆様には、深く御礼申し上げます。

本研究は、看護教育研究学会誌第 9 巻 1 号に投稿した「病名告知を受けた統合失調症者の“病気であること”の自覚」のデータの一部について分析方法を変更したものである。

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

ANDRESEN R., OADES L. & CAOUTI P.

(2003) The Experience of Recovery from Schizophrenia: Towards an Empirically-Validated Stage Model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586-594.

ANTHONY W A. (1993) Recovery from mental

Illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.

BRUNE A., DIMAGGIOB G. & LYSAKER PH.

(2011) Metacognition and Social Functioning in Schizophrenia: Evidence, Mechanisms of Influence and Treatment Implications. *Curr Psychiatr Rev*, 7(3), 1-9.

DEEGAN P E. (1998) Recovery: The Lived

Experience of Rehabilitation, *Psychosocial rehabilitation journal*, 11(4). 11-19.

FUNG M K., TSANG H W H. & CHAN F.

(2009) Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: a path analysis, *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*, 45(5), 561-568.

HOFFMAN R. & MCGLASHAN T. (1994)

Corticocortical connectivity, autonomous networks, and schizophrenia. *Schizophr. Bull*, 20, 257-261.

池淵恵美 (2004) 「病識」再考. *精神医学*, 46(8), 806-819.

金吉晴 (1998) 病識の諸相, *精神科治療学*, 13(9), 1073-1078.

木下康仁 (2003) グランデッド・セオリー・アプローチの実践, 『質的研究への誘い』, 弘文堂.

LYSAKER PH, ROE D. & YANOS PT. (2007)

Toward Understanding the Insight Paradox: Internalized Stigma Moderates the Association Between Insight and Social Functioning, Hope, and Self-esteem Among People with Schizophrenia Spectrum Disorders, *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 192-199.

MAK WW. & WU C F. (2006) Cognitive Insight

and Causal Attribution in the Development of Self-Stigma Among Individuals With Schizophrenia, *Psychiatr Serv*, 57(12), 1800-1802.

西村由貴・小野裕 (2004) Schizophrenia の日本語呼称の変更と医師の病名告知, *慶應保健研究*, 22(1), 41-44.

NOVICK D., MONTGOMERY W., TREUER T.,

AGUADO J., KRAEMER S. & HARO JM.

(2015) Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder: results from a 1-year European outpatient observational study.

BMC Psychiatry, 15:189.

SATO M. (2006) Renaming schizophrenia: A Japanese perspective, *World Psychiatry*, 5, 53-55.

The Process of Accepting Illness in People with Schizophrenia

In order for people with schizophrenia to live life consistent with their values and aspirations, they need to self-reflect on having an illness and find new meaning in their life. However, “lack of insight” is itself a clinical manifestation of schizophrenia, and how people with schizophrenia understand and accept their illness has not been determined. Therefore, this study was designed to explore the process of how people with schizophrenia come to know and accept their illness. We conducted semi-structured interviews with eight inpatients with schizophrenia in psychiatric hospitals. The transcripts obtained were analyzed using the Modified Grounded Theory Approach. As a result, nineteen concepts, four categories, and three core categories were generated. The four categories were: “being dubious,” “not wanting to accept the illness,” “facing themselves,” and “self-reflecting on having an illness.” The three core categories were: “thinking about their conditions from the diagnosis,” “realizing better mental health after admission to hospital,” and “thinking about one’s own problems.” By not only receiving explanations about their illness, but looking at their own experiences or current situations objectively, people with schizophrenia were able to recognize that they were mentally ill through a process of self-reflection.