

— 原 著 —

老年期痴呆の精神病理 (第5報)

— 疾病否認 —

浅野 弘 毅, 近藤 等, 高野 毅 久
菊池 陽 子

はじめに

アルツハイマー型痴呆が、記憶障害を主体とした疾患であることはいまさら言うまでもない。アルツハイマー型痴呆にあつては、はじめ新しい記憶が失われ、次第に古い記憶も失われていくのが通例である。

アルツハイマー型痴呆患者に接していると、病初期から物忘れの自覚がないことに驚かされる。そのことが、彼らの日常生活における困難を倍加させ、介護者との軋轢を生む一因ともなっている。

アルツハイマー型痴呆患者が最初に忘れるのは「自分が物忘れをする」という事実ではないかと思わされることがしばしばである。

この点に着目し、早期に自覚が失われることを、アルツハイマー型痴呆の診断基準のひとつにあげている論文もある¹⁾。

しかし、一方では「自分が物忘れをする」ことに気づいていて、場合によっては過剰に気に病んでいる患者たちもいる。ただし、その自覚は浮動性で、時と場合によって出現したり消失したりする²⁾。

いずれにしろ、痴呆の進行とともに物忘れの自覚が消失していくという点では、いずれの患者も共通している。

従来から、物忘れの自覚の消失について、神経心理学は病態失認 (anosognosie, anosognosia) であるとし、脳の特定部位の障害と結びつけて考察している。

他方、精神医学は、物忘れの自覚の消失を、病

識欠如 (Krankheitseinsichtslos, loss of insight) と呼び、病に対する態度の変容と捉えるのを慣わしとしてきた。

もちろん、それぞれの見方に対する異論や反論も存在する。

今回は、アルツハイマー型痴呆患者の物忘れの自覚の消失について、疾病否認 (denial of illness) という視点から検討を加えてみたい。

病態失認 (anosognosie, anosognosia)

1914年、Babinski, J.³⁾ は、右劣位半球病変を有する患者が自己の左片麻痺を否認する現象を記載し、病態失認 (anosognosie, anosognosia) と命名した。また、「自分の麻痺の存在に無知でないが、まるで微々たる不都合でしかないかのように、何らそれに重きをおいていないようにみえる」状態を疾病無関心 (anosodiaphorie, anosodiaphoria) と呼んで区別した。

その後、病態失認は、皮質盲・皮質聾の否認 (Anton 症候群) などに対しても用いられるようになり、広義の解釈がなされている⁴⁾ (表)。

大橋⁵⁾ は、Babinski 型の病態失認を身体図式障害として捉えているが、他の身体図式障害 (半側身体失認や半身喪失感など) に比べると一般に心的水準は低下しており、単症状的色彩の濃いもの (触覚無関知、半側身体失認、幻影肢など) と一般精神症状 (健忘症候群、多幸症、無関心など) が強いものとの両極があり、そのいずれにも抑圧機制が働いていることを指摘している。

これに対して山鳥⁶⁾ は、身体図式障害説では不十分であるとして、Geschwind の作話反応説と Mesulam の方向性注意説を支持している。

表. 病態失認の諸類型

用語	定義	報告者
1. 運動および身体感覚障害の否認 A. “古典的”病態失認 B. 半側身体失認 C. 疾病無関心 D. 言語性病態失認	片麻痺の否認 半側麻痺の否認 片麻痺に対する無関心 問いに対する明らかな否定	Babinski (1914) Lhermitte (1939) Babinski (1914) Frederiks (1985)
2. 視覚障害および聴覚障害の否認 A. アントン症候群	皮質盲の否認 皮質聾の否認	Anton (1898)
3. 高次認知機能障害の否認	健忘または失語の否認	McGlynn & Schacter (1989)

(Amador, X.F., David, A.S.: Insight and Psychosis.⁴⁾より引用作成)

Geschwind⁷⁾の説によれば、右半球後半部病巣のため、右の視覚領と体性感覚領野が左半球から切り離されると左半球言語領域は左半身の感覚情報を失い、“無”入力に反応できないため、言語領域は本来受けるはずでない他領域(皮質下など)からの入力や言語野自体のランダムな神経衝撃などに反応し始め、これが作話反応になるというのである。

一方 Mesulam⁸⁾の仮説とは、一側性空間無視に4つの方向性注意の系が関与しているとするものである。すなわち、頭頂葉後方は外空間に対するいわば感覚地図を作り、帯状回を中心とする辺縁系が動機づけの空間配分を司り、前頭葉が空間探索についての運動プログラムを作製し、網様系が覚醒レベルの方向性を司る。この4系のどれが損なわれても外空間一側無視の症状が出現する。全部が損傷されると、外空間無視に加え、片麻痺無視すなわち Babinski 型の病態失認も出現するというのである。

ところで、Babinski 型の病態失認は、知能障害がないにも関わらず左片麻痺を否定する症状と一般に理解されてきたが、Babinski が報告した最初の2症例は、いずれも後に痴呆となり死亡したことが記されている³⁾。

近年、アルツハイマー型痴呆についても、自らの物忘れに気づかない、過小評価する、あるいは否定する状態を病態失認として把握する試みが行

われている。

Sevesh ら⁹⁾は、128人のアルツハイマー型痴呆患者について、記憶障害の否認と認知障害の重篤度および抑うつ気分の有無との関連を調べている。その結果、記憶障害の否認と認知障害の全般的な重症度との間には有意の相関が認められ、とりわけ物品呼称障害との関連が強かったと報告している。したがってアルツハイマー型痴呆患者の記憶障害の否認は、病気を自覚するのに必要とされる認知機能の崩壊に由来するものと考えられた。また、記憶障害の否認と抑うつが負の相関を示したことから、アルツハイマー型痴呆患者における抑うつは反応性である可能性が示唆されている。

数井ら¹⁰⁾は、87人のアルツハイマー型痴呆患者を対象にして、生活健忘チェックリストによる病態失認のスコアを、さまざまな因子と統計学的に検討したところ、患者自身による記憶障害の程度の評価は介護者の評価よりもつねに低く、患者は自分の記憶障害の程度を過小評価していたことが分かった。病態失認の有意な予測因子は痴呆の重症度(Clinical Dementia Rating, CDR)、性別(女性>男性)、遅延再生粗点(Wechsler Memory Scale-Revised, WMS-R)合計であり、病態失認のスコアとこれら因子との間には、有意な相関が認められたとしている。そのうえで、痴呆患者の病態失認の成立に、前頭葉とくに右前頭葉の機能

障害を想定している。

これとまったく正反対に、Correa¹¹⁾は、アルツハイマー型痴呆患者 20 人、記憶障害はあるが痴呆には至っていない高齢者 18 人、健常高齢者 18 人を対象にした研究において、アルツハイマー型痴呆患者の自己評価と情報提供者の評価との乖離は、遅延再生の障害や全般的な痴呆の重症度とは相関しなかったと報告している。

このことから、記憶の欠損や痴呆の重症度だけでは、アルツハイマー型痴呆患者に認められる自覚の減弱を説明できないということになる

しかも、失認が一定の感覚路を通しての認知障害と定義されるならば、自己の疾病を認知する感覚路は想定しがたいので、そもそも失認という言葉はふさわしくないことになる。

したがって、病態失認は、単なる知覚の解体ではありえず、通常失認とは次元を異にした障害である。たとえ病態失認と呼ぼうと、疾病否認と呼ぼうと「字義通り解すれば一般的な病識欠如と選ぶところがない」と大橋⁵⁾は言っている。

病識欠如 (Krankheitseinsichtslos, loss of insight)

Jaspers¹²⁾は『精神病理学総論』のなかで、患者の病に対する「正しい」構えを「病識」と名づけている。彼によれば「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」ならば病識があるとされ、それが欠けた状態は病識が欠如しているというのである。

Jaspers の提唱以来、病識は精神医学的判断の際に重要視されるようになり、病識の有無によって狭義の精神病とそれ以外の疾病とを区別することが行われてきた。

それに対して、Blankenburg¹³⁾は「苦悩の重圧」という概念を提唱して、「苦悩感と苦悩の重圧は、自己の状態の主体関連的であると同時に評価的な体験として、距離をおいた疾病知覚とも異なるし、また、より合理的な疾病理解(病識)とも異なる」と述べている。そして、苦悩の重圧に、1) 病気になったという事実の苦悩、2) 向精神薬の副作用の苦悩、3) 社会からの排除作用(烙印)にもとづく“二次的”な苦悩の重圧、を区別した。

ここでは、「病識」を静的な記述現象学的な理解にとどめるのではなく、治療的に意義のある概念に改編しようとする態度がうかがえる。

わが国では、1962年の精神病理懇話会をはじめ、随所で「病識問題」が論じられてきた。

1988年には、吉松¹⁴⁾が、総説を試みている。彼は、病識を治療場面でいかに扱うかが重要であるとして、「病気になったことの意味を自分の人生のなかに積極的に位置づける」ことの大切さを強調した。しかも、それは一方的に患者に求めるべきものではなく「治療者と患者の協同作業の結果」であるとした。

松本¹⁵⁾は、「『病識』のない状態を、Jaspers のいう『自分の病に対する客観知が得られない』状態とするのは、あまりに治療実践を無視したいい方になろう。『苦悩の重圧』をはね返したい、あるいはそれから逃れたいとする心性を『病識』と捉えることのほうが、より臨床的である」と述べている。

そもそも治療関係のないところで、「病識」が問題にされることはないので、「病識」とはとりもなおさず治療関係のありようの問題である。診断の際に「病識」がとりあげられるが、診断は治療を前提とした行為であるから、広い意味での治療関係に含めて考えられるべきことがらである。治療者と患者の関係のありようを示すのが「病識」であるとすれば、「病識」を静的にあるいは固定的なものとして扱うことはできない¹⁶⁾。

さて、脳器質性疾患なかでも痴呆の病識については、新福¹⁷⁾が論じている。「痴呆疾患の病初期に患者が自己の知能低下に多少気づいて多少嘆くというようなことは確かにある。知能の衰えつつある自己をまだ知能が衰えていない自己が反省的または感情的に気づき、多少の判断を加え、情けないことだと思ふということは、器質性脳障害の場合にはよくある。しかもびまん性脳障害でも起こる」と述べたうえで、器質性痴呆における病識のあり方につきの4段階を区別した。

(1) 少し知っているだけで、状況によってすぐ忘れるもの

(2) 少し知っているが、低下の原因が自分にあ

るとしないで、外的原因のせいにしたがるもの

(3) よく知り、よく理解しているが、それが症状全体に及ばず、程度も正しく捉えていないもの

(4) 全症状にわたってよく知り、しかも何らかの脳障害によることをよく理解しているもの

痴呆が進むにつれて、自分が病であることの自覚が失われていくが、新福は、知能低下とともに、高等感情機能、関心の低下と狭小化、注意障害、自発性低下などの人格障害が起り、病識という「高次の自己把握」を妨げるようになると主張している。

池田¹⁸⁾は、日常臨床において、病態失認と病識欠如を区別することは容易でないとし、「病態失認や、病態否認を痴呆患者の病識欠如はもとより、内因性精神病の病識欠如とも区別が困難な場合が少なくない」と指摘している。そのうえで、病識の欠如は単に判断力の障害によるものではなく、自我意識(人格意識, *Persönlichkeitsbewußt-sein*)の障害が根本にあることを強調している。「老年痴呆の病識欠如は病態失認とは発生機序を異にし、大脳の単症状として捉えることのできない性質の症状であることを示唆している」というのである。

アルツハイマー型痴呆患者が、「自分が病んでいて、病的状態にあること」を積極的に否定する態度には、狭義の精神病患者のそれに共通したものがある。

池田¹⁸⁾はその本質を「現在の自分を過去の健康な自分と照合する能力」すなわち「照合機能」の障害に求めている。

病識には、清明な意識と高度な判断力が前提とされている。

したがって、知能低下に加えさまざまな精神機能の障害を伴うアルツハイマー型痴呆患者に対して、病識の有無を論じることにはそもそも無理があると言わざるをえない。

疾病否認 (denial of illness)

Goldstein¹⁹⁾は、脳損傷患者にみられる病覚の欠如を考察してつぎのように述べている。

まず、患者は危機反応を惹起しようとする状況ができうるかぎり避けている。患者はその状況や危機を見透かして意識的に行っているのではな

く、むしろ受動的に避けているのである。そのような危険な状況の回避が起こるのは、患者が自分で解決できるような状態を維持しようと努力しているからに他ならない。この代償機能の意義はその内容の如何にあるのではなく、むしろそれが行われているかぎり他の危機反応が起こらないという点に意味がある。

ようするに意識に耐え難いものを忘却、抑圧して破局を回避しようとするのが否認症状であるとGoldsteinは解釈しているのである。

こうした考え方をさらに発展させたのが、Merleau-Ponty²⁰⁾である。彼は『知覚の現象学』のなかでつぎのように記している。

「自分の右手の麻痺したことを徹底的に否認して、右手を要求されたときには左手を差し出すような患者たちが、それでいて自分の麻痺した腕のことをまるで『長くて冷たい蛇』のようだと語るのところを見ると、患者が真に知覚消失したという仮説は排除されて、患者は欠損を拒否しているのだという仮説のほうが正しいように思われてくる。」

「病態失認患者といえども、麻痺した手足を単純に否認しているわけではない。むしろ、彼がその欠損から目をそむけることができるというのも、彼がその欠損に出会いそうになる場所はどこかをあらかじめ知っているからこそ」なのであり、あたかも精神分析において、患者が自分の直面したくないことをすでに知っていて上手に避けようとしているのに似ているとMerleau-Pontyは述べている。

こうした現象は、生理学的にも心理学的にも十分に説明することができず、「世界内存在」という展望のなかではじめて了解がつくものであると彼は主張する。

「われわれにあって手足の切断や欠損を認めまいとしているところのものは、物的ならびに相互人間的なある世界のなかに参加している<我>であって、これが手足の欠損や切断にもめげず今までと同じく自分の世界へと向かい続けているのであり、そのかぎり欠損や切断を断じて認めまいとしているわけである。」

「欠損の拒否とは、一つの世界へのわれわれの内属の裏面でしかない。つまり、われわれを己の仕事、己の関心事、己の状況、己の慣れ親しんだ地平へと投げ入れられている自然的な運動に対立するようなものは認めまいとする、暗々裡の否認に他ならないのである。」

Weinstein ら²¹⁾は、22例の脳損傷患者にみられた病態失態を報告して以下のように分析している。

病態失認は、従来、脳の局所損傷または身体図式の障害から説明されてきたが、それだけでは説明のつかない症例に遭遇した。われわれは、片麻痺を否認しないが左右失認・手指失認・知覚変位・知覚脱失を伴った「身体図式」障害の患者をたくさんみてきた。また、欠損が残ったままでも病態失認が消失したり、barbitulates を静注すると症状が再現することから、局所損傷や単一の障害から説明するのは困難である。単なる記憶の障害に帰することも、知覚脱失に帰することもできない。

「病態失認は、孤立した単一症候としては現れず、つねに全般的な行動の異常の一側面として現れる。その状態というのは、見当識障害、作話、健忘、精神運動活動の変化、言語障害、『人格』変化、非論理的思考、人によっては同定錯誤(人物誤認)や幻覚などによって特徴づけられる。」

彼は、片麻痺や視覚障害のほか、記憶喪失、大小便失禁、インポテンツ、嘔吐、手術の既往などを否認する患者まで病態失認に含めている。発生機序として心理的防衛と病前性格を重視し、完璧で持続的な否認は、強迫的で完全主義の人に起こると述べている²²⁾。

わが国でも大橋²³⁾は、Weinstein を支持して、病態失認と言わず疾病否認 (denial of illness) と言うほうが好ましいと述べている。

井村²⁴⁾も、「欠陥の意識」を論じ、同趣旨の主張をしている。

病態失認は麻痺の否認であるまえに、麻痺のある半身の否認であり、自分の麻痺した半身を身体から排除して、従来どおりの身体と行動の様式を保とうとしている現われである。

「欠陥の排除は、欠陥の意識からの排除となり、

欠陥にもとづく行動障害をも意識から排除することになり、ひいては現実的な環境の否定になり、仮象の環境のうちに生活することになる。意識からの排除は精神分析でいう『抑圧』(repression)であるが、Anton 症状はそのきわめて原始的な型、いわばその原型を示している。」

アルツハイマー型痴呆患者の体験を時間経過に沿って聞いていると、はじめ「とまどいと否定」の時期があり、ついで「混乱、怒り、拒絶」の時期をへて、最後には言語表現すら不可能になっていくのが分かる。

「毎日はまだで“即興劇場”のようになり、私はその都度アドリブで切り抜けなければならないのだった」とある患者²⁵⁾は記している。

アルツハイマー型痴呆患者は、つねに「自分が壊れていく恐怖」と向き合いながら生きているのである。その事情は、注意深い介護者の手記²⁶⁾を通して窺い知ることができる。

アルツハイマー型痴呆患者では、知能低下をはじめ認知障害が進行するにつれ、コミュニケーションが次第に成立しなくなっていく。患者の変化に即応して周囲の人々の接する態度にも微妙な変化が現れる。しかし、雰囲気奇妙さに感情的には気がついて、原因が自分にあると理解するだけの高度な判断力はすでに失われているのである。そうしたスパイラルのなかで、自分の物忘れを否認し、従前どおりの行動様式を保持し続けようとする心のメカニズムが働いたとしてもけっして不思議ではない。

ま と め

1. アルツハイマー型痴呆患者に認められる物忘れの自覚の消失について、精神病理学的な考察を加えた。

2. アルツハイマー型痴呆における自覚の消失を、記憶の欠損や痴呆の重症度だけから説明することは困難である。

3. 病態失認 (Babinski) や病識欠如 (Jaspers) として把握しうる可能性と限界とを論じた。

4. Goldstein の破局反応回避説および Merleau-Ponty の世界内存在投企説を援用して疾病

否認 (denial of illness) と呼ぶのがふさわしいことを論じた。

5. アルツハイマー型痴呆患者は、コミュニケーションの不成立から「自分が壊れていく恐怖」に直面していると考えられた。

文 献

- 1) Gustafson L et al: Differential diagnosis of presenile dementia on clinical grounds. *Acta Psychiatr Scand* **65**: 194-209, 1982
- 2) 須貝祐一: アルツハイマー型痴呆にみられる特異な症状. *老年精神医学雑誌* **5**: 177-182, 1994
- 3) Babinski M J: Contribution à l'étude des troubles mentaux dans l'hémiplégie organique cérébrale (anosognosie). *Rev Neurol* **22**: 845-848, 1914
- 4) Amador X F et al (ed): *Insight and Psychosis*. Oxford University Press, New York, 1998.
- 5) 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
- 6) 山鳥 重: *神経心理学入門*. 医学書院, 東京, 1985
- 7) Geschwind N: Disconnection syndromes in animals and man. *Brain* **88**: 237-294, 585-644, 1965.
- 8) Mesulam M-M: A cortical network for directed attention and unilateral neglect. *Ann Neurol* **10**: 309-325, 1981
- 9) Sevush S et al: Denial of memory deficit in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* **150**: 748-751, 1993
- 10) 数井裕光 他: アルツハイマー病の病態失認, *老年精神医学雑誌* **12**: 890-896, 2001
- 11) Correa D D et al: Awareness of memory deficit in Alzheimer's disease patients and memory-impaired older adults. *Aging Neuropsychol Cognition* **3**: 215-228, 1996
- 12) Jaspers K: *精神病理学総論 中巻* (内村祐之他訳). 岩波書店, 東京, 1955
- 13) Blankenburg W: 苦悩の重圧—精神療法および精神病理学に対するその意義—(新富祖勝己訳). *季刊精神療法* **12**: 161-173, 1986
- 14) 吉松和哉: 病識をめぐって—総説—. *精神科治療学* **3**: 3-15, 1988
- 15) 松本雅彦: 「病識」以前にあるもの. *精神科治療学* **3**: 25-31, 1988
- 16) 浅野弘毅: 分裂病が治るといふこと—「癒しの場」から—. *精神分裂病の謎に挑む* (森山公夫編), 批評社, 東京, pp 187-196, 1999
- 17) 新福尚武: 器質性精神障害における病識について. *精神科治療学* **3**: 79-86, 1988
- 18) 池田久雄: 脳器質疾患と病識. *臨床精神医学* **18**: 43-47, 1989
- 19) Goldstein K: *生体の機能* (村上 仁 他訳). みすず書房, 東京, 1957
- 20) Merleau-Ponty M: *知覚の現象学 1* (竹内芳郎他訳). みすず書房, 東京, 1967
- 21) Weinstein E A et al: The syndrome of anosognosia. *Arch Neurol Psychiat* **64**: 772-791, 1950
- 22) Weinstein E A et al: Personality factors in denial of illness. *Arch Neurol Psychiat* **69**: 355-367, 1953
- 23) 大橋博司: *臨床脳病理学〔復刻版〕*. 創造出版, 東京, 1998
- 24) 井村恒郎: 欠陥の意識. *脳病理学・神経症* (井村恒郎著作集2), みすず書房, 東京, pp 113-127, 1983
- 25) McGowin D F: *私が壊れる瞬間—アルツハイマー病患者の手記—* (中村洋子訳). DHC, 東京, 1993
- 26) Davidson A: *アルツハイマー ある愛の記録* (小澤瑞穂訳). 新潮社, 東京, 2002