

Table 5 宗教感と FACIT-Sp スコアおよび HADS スコアの群間差

宗教感	n (%)	Sp total	HADS depression	HADS anxiety	HADS total	Sp (meaning/peace 「生きる意味・平穩」)	Sp (faith 「信念」)
信じているものがある	53 (17.3)	34.5	3.96	4.66	8.62	23.8	10.7
どちらとも言えない	85 (27.8)	31.6	4.41	5.02	9.44	21.8	10.0
信じているものはない	167 (54.6)	31.5	4.74	4.95	9.69	22.0	9.5
ANOVA ^a	—	p=0.105	p=0.324	p=0.799	p=0.506	p=0.136	p=0.110

^a One-way analysis of variance based on F statistics : F (2, 302)

Table 6 HADS スコアと FACIT-Sp スコアとのピアソン相関係数

尺度	HADS depression	HADS anxiety	HADS total
Sp total	-0.58	-0.51	-0.62
meaning/peace 「生きる意味・平穩」	-0.58	-0.53	-0.40
faith 「信念」	-0.48	-0.62	-0.50

考 察

Fichett ら¹³⁾, Peterman ら¹⁴⁾ は, FACIT-Sp を米国のがんおよび HIV 患者に対して施行し, 因子の妥当性を検討した結果, 2 因子モデル (meaning/peace 「生きる意味/平穩」および faith 「信念」) が抽出されたことを報告している。今回得られたわが国のがん患者のデータからも 2 因子の抽出がみられた。日本と欧米とのがん患者の文化的・宗教的相違が spirituality にどのような影響を与えるか調査をするため, 宗教感の有無と spirituality スコアとの関連を調べたが, 宗教感の有無でスコアに有意差はみられなかった。この結果は, 「spirituality と religious は同じ意味ではない」と指摘する WHO の定義³⁾ を支持し, われわれが臨床から受ける印象とも合致していた。FACIT-Sp がわが国において宗教的背景の違いに影響を受けず, 利用することができる有効な spirituality 尺度であることを示唆している。また, 感情尺度と spirituality 尺度との重複の問題が, Fehring ら¹⁵⁾ によって指摘されているが, 今回の研究では, spirituality 尺度と FACIT-Sp の emotional 尺度および HADS との関連はそれぞれ中等度の相関はあるものの重複尺度とは言い難く, 両者は別尺度ととらえてよいも

のと考えられた。

ま と め

FACIT-Sp 日本語版下位尺度のクロンバックの α 信頼性係数は原版 (0.72~0.87) とほぼ同様であり, 0.81~0.91 と高い値を示した。このことより, FACIT-Sp 日本語版が原版と同等の良好な内的整合性を有することが示唆された。下位尺度の独立性の検討では, 各々の下位尺度がすべて独立していることが示された。宗教の有無によって, spirituality スコア, HADS 抑うつ尺度, 不安尺度, トータルスコアともに有意差はみられず, わが国において宗教感にかかわらず使用することができる spirituality 尺度であることが示唆された。

以上の結果から, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp) スケール日本語版が良好な信頼性・妥当性を有し, 日本におけるがん患者を対象とする spirituality 研究において有用な尺度であると考えられた。

文 献

- 1) 村田久行:スピリチュアルケアとは何か. ターミナルケア 12: 342-327, 2002

- 2) 下妻晃二郎：疾患特異的尺度「がん」. 池上直己他編：臨床のためのQOL評価ハンドブック，医学書院，東京，52-61，2001
- 3) 世界保健機構（WHO）編（武田文和訳）：がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア．金原出版，東京，48，1993
- 4) 高橋三郎，大野 裕，染谷俊幸訳：DSM-精神疾患の診断・統計マニュアル．医学書院，東京，684，1996
- 5) Cella D, Tulskey DS, Gray G, et al : The Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) Scale: Development and validation of the general measure. *J Clin Oncol* 11 : 1407-1418, 1993
- 6) Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, et al : Measuring Spiritual Well-Being in people with cancer: The Functiona Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale(FACIT-Sp). *Ann Behav Mwd* 24 : 49-58, 2002
- 7) Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G, et al : A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology* 8 : 417-428, 1999
- 8) 下妻晃二郎：がん患者用QOL尺度の交差文化的適応. *ストレス科学研究* 17 : 97-104, 2002
- 9) Zigmond AS : The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 67 : 361-370, 1983
- 10) 北村俊則：Hospital Anxiety and Depression Scale. *精神科診断学* 4 : 371-372, 1993
- 11) Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al : The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 85 : 365-376, 1993
- 12) Kaasa S, Bjordal K, Aaronson NK, et al : The EORTC Core Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30): Validity and reliability when analyzed with patients treated with palliative radiotherapy. *Eur J Cancer* 31A (13/14) : 2260-2263, 1995
- 13) Fitchett G, Peterman AH, Cella D : Spiritual beliefs and quality of life in cancer and HIV patients. Presentation at World Congress of Psycho-Oncology, 1996
- 14) Peterman AH, Fitchett G, Cella D : Modeling the relationship between quality of life dimensions and an overall sense of well-being. Presentation at World Congress of Psycho-Oncology, 1996
- 15) Fehring RJ, Miller JF, Shaw C : Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing Forum* 24 : 663-671, 1997

受理日：2003年9月17日

Abstract

Reliability and validity of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp) Japanese Version in Cancer Patients

Wataru Noguchi^{*1,2}, Tatsuya Ohno^{*2}, Satoshi Morita^{*3}, Okihiko Aihara^{*1}
Hirohiko Tsujii^{*2}, Kojiro Shimozuma^{*4}, Eisuke Matsushima^{*1}

^{*1} *Section of Liaison Psychiatry & Palliative Medicine, Graduate school of Tokyo Medical and Dental University, 1-5-45, Yushima, Bunkyo-ku, Tokyo, 113-8519, Japan*

^{*2} *Research Center Hospital for Charged Particle Therapy, National Institute of Radiological Sciences*

^{*3} *Department of Epidemiological & Clinical Research Information Management, Kyoto University Graduate School of Medicine*

^{*4} *Department of Hospital and Welfare Service, Faculty of Service Industries, University of Marketing and Distribution Sciences*

The reliability and validity of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp) Japanese version, which had been developed in the United States for a simple survey of QOL related to spirituality, were evaluated. The survey was conducted simultaneously on FACIT-Sp and HADS, an anxiety and depression scale, using 306 cancer patients as the subjects of the study. In the evaluation of its intrinsic conformity, the Cronbach reliability coefficient of the sub-scale ranged from 0.81 to 0.91, and the evaluation of validity by factor analysis indicated satisfactory factorial appropriateness. The correlation coefficients for the sub-scales were all below 0.7, indicating that each scale is independent. The correlation with HADS depression and anxiety scales was -0.58 and -0.51, respectively, showing that the emotional and spiritual scales are independent of each other. There was no significant difference between the groups in the spirituality scale, anxiety scale, depression scale and the total score due to whether the patient had religious feeling or not. The findings suggest the FACIT-Sp Japanese version is associated with satisfactory reliability and validity and is an effective tool in the study of spirituality among cancer patients.

Key words : Spirituality, QOL, Cancer, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

がん患者のスピリチュアリティ (Spirituality)

野口 海 松島 英介

臨床精神医学 第33巻 第5号 別刷

アークメディア

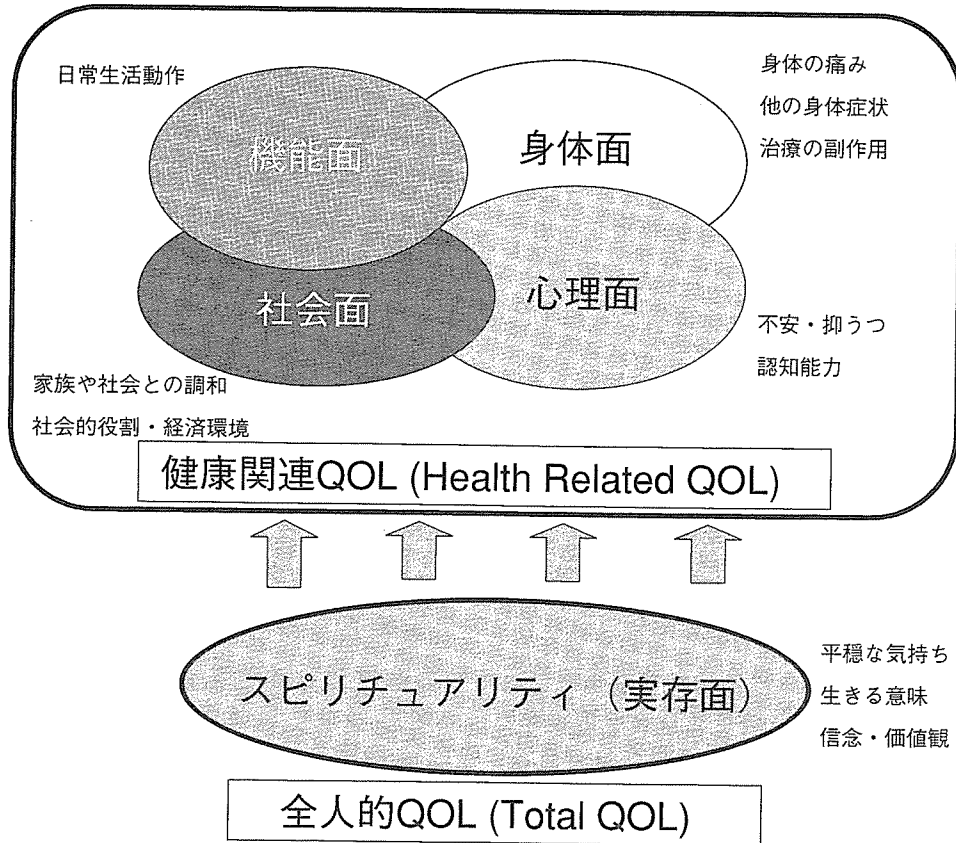


図 全人的QOL

「健康関連QOL (Health Related QOL)」と呼ばれている、①身体面、②機能面、③心理面、④社会面の4つのQOLに、スピリチュアリティ(実存面)のQOLを加えて「全人的QOL (Total QOL)」といわれている。

に関連した経験的一側面であり、身体的・心理的・社会的因子を包含した人間の“生”の全体像を構成する一因として見ることができ、生きている意味や目的についての関心や懸念とかがわっていることが多い。特に人生の終末に近づいた人にとっては、自らを許すこと、他の人々との和解、価値の確認などに関連していることが多い」と定義している³⁵⁾。精神医学領域においても、DSM-IVでスピリチュアルペイン (Spiritual Pain) を含む診断カテゴリーとして「Religious or Spiritual Problem (宗教または神の問題) (臨床的関与の対象となることのある状態) が明記されている³³⁾。

とりわけ緩和ケア領域においては、痛みなどの身体的苦痛、不安や抑うつといった精神的苦痛、経済的問題や家族間の問題といった社会的苦痛のみならず、人間存在としての意味や価値に深く関連したスピリチュアルペインを重視する傾向がある^{1,5,30)}。そして、少なくとも約半数の終末期がん

患者が、明らかなスピリチュアルペインをもっていることが示唆されている^{10,19,26)}。近年では、「宗教」が特定の信仰を前提としているのに対して、「スピリチュアリティ」は必ずしも特定の宗教によらない「人生に意味や目的を与える、その人の人生観」と広く解釈するのが一般的になりつつある^{6,13,18)}。Kayeは、患者が表現するスピリチュアルペインを分類し、①不公平感 (unfairness)：「なぜ私が?」、②無価値感 (unworthiness)：「家族や他人の負担になりたくない」、③絶望感 (hopelessness)：「そんなことをしても意味がない」、④罪責感 (guilt)：「ばちが当たった」、⑤孤独感 (isolation)：「誰も分かってくれない」、⑥脆弱感 (vulnerability)：「だめな人間だ」、⑦遺棄感 (abandonment)：「誰も救ってくれない」、⑧刑罰感 (punishment)：「正しく人生を送ってきたのに」、⑨困惑感 (confusion)：「なぜこんなに苦しむのか」、⑩無意味感 (mean-

inglessness) : 「人生無駄だった」, の10項目をあげている¹²⁾。Post-Whiteらは, スピリチュアリティを「自己・他者・より大なる存在への関係性の中で, 人生の意味や実存的な目的を探求するものである」と定義している³¹⁾。

まとめると, スピリチュアリティには, 人生の意味や目的の喪失・依存に伴う自己価値観の低下や無価値感・自己や人生に対するコントロール感の喪失・運命に対する不合理や不公平感・自己や人生に対するコントロール感の喪失といった広範な苦悩が含まれている。そのキーワードとして, 「関係性喪失」があげられる。自己存在の消滅(関係性の消滅)に伴う漠然とした不安が基盤となり, 自己統合感・統一感の喪失(自己関連性の喪失)による「生きる意味・目的の喪失」がスピリチュアルペインということができよう^{9,12,20,22)}。

3 症例

55歳女性。子宮がんが再発し, 骨・肝に転移。疼痛緩和目的で緩和ケア病棟に入院し, 身体的な疼痛は患者本人の満足する程度に和らげられた。疼痛が抑えられているのに, 次第に抑うつ的な表情をみせることが多くなっていく。「何のために生きてきたのか, これから先どうなるのかまったく分からない, 考えれば考えるほどつらく, どんどん深みにはまっていく感じ。今まで何のために生きてきたのか分からなくなってきた」, 「夫や子どもたちと別れなくてはならないのかと考えるだけで, 涙がこみ上げてくる。きっとまた会えると思うんだけど……。この悲しみには, どうしても耐えられない」, 「何で私がかんな病気にかかってしまったのかと思うことがある。家族や医療者に迷惑をかける状態では, 生きている意味や価値がないとまで考えてしまう。自分のことを自分で決められなくなったり, 下(しも)の世話を他人任せにしなくてはいけなくなった状態で生きているのはつらいし情けない, そんな状態になることを想像するだけでつらい」という思いを親しい特定の看護師に述べている。

上記のように患者のスピリチュアルペインはさまざまな形で表出される。その形態は, 「迷惑を

かけている, 別離のつらさ, 耐えがたい孤独感, 無価値感, 絶望感, 他者への依存」など千差万別である。またスピリチュアルペインは, すべての医療者に対して表出されるわけではなく, 自分の信頼できる, あるいは価値観の合った看護師・医療者に表出される場合が多いようである。その一方で, 言語化されないスピリチュアルペインも存在する。家族に心配をかけさせまいとの思いから, 不安や焦燥感を口に出してはいけないと自己規制をしている患者も多い。

スピリチュアルペインに対しては, 傾聴・支持的精神療法で対処していくことが基本となる。注意すべき点は, 「答えがない」問題であるので, 医療者が一人で問題をかかえるとバーンアウトする危険性があることである。患者から表出されたスピリチュアルペインは, 可能な限り各職種(緩和ケア医, 精神科医, 看護師, 薬剤師, ケースワーカー, 宗教家, ボランティアなど)よりなるチームで問題を共有しながら, 一人一人の症例への対応を検討し, ケアの方向性を考慮していくべきである。その際, スピリチュアルペインの評価をどのように行っていくかが問題となる。欧米では, スピリチュアルペインを測定する評価尺度がいくつか存在するが, 宗教観との関連性が強い尺度もあり, なかなか日本人の思考に沿った形態のものは少ないのが現状である。その中でも宗教的要素がほとんどなく, 信頼性・妥当性の取れたスピリチュアリティ評価尺度である FACIT-Sp (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual) 日本語版の利用は, 日本人がん患者を対象としたスクリーニング検査として, また問題をチームで共有するための客観的な指標として有効である^{27,28)}。

4 スピリチュアルケアの可能性

終末期におけるスピリチュアルペインへの対応として, 自律性・自己価値観の維持・苦痛の意味を見いだす援助などを基盤とした精神療法的アプローチ, すなわちスピリチュアルケアの可能性が指摘されている。具体的には, 傾聴・支持的精神療法, ライフレビューなどの有効性が報告されて

いる。村田は、スピリチュアルペインを「時間存在」・「関係存在」・「自立存在」の3次元から識別し、その相関を明らかにすることで、患者の複合したスピリチュアルペインを和らげるケアの指針を得ることができる、と指摘している²³⁻²⁵⁾。窪寺は、日本人のスピリチュアルペインのアセスメントに重要な要素として、①病気の受け止め方(罪、自業自得、など受け取っていないかどうか)、②苦痛、苦難への態度、③宗教観、④神観、仏観、⑤死生観、⑥自然観、宇宙観、⑦家族、両親、兄弟姉妹への思い、⑧医療者、看護者との関係、⑨自己反省、内省化、⑩自己肯定か否定か、といった10項目を指摘している¹⁷⁾。

われわれが臨床経験から重要と感じるのは、スピリチュアルペインを抱く終末期患者の「随伴者」として、患者のベッドサイドに腰を下ろし、簡単には答えが出ない複雑な問題であっても「逃げずに」・「最期まで」そこにとどまるとの思いで患者と接すること、そのことだけでも患者にとってはかけがいのないスピリチュアルケアにつながるという視点である。そのためには治療者自身が、自分の問題としてスピリチュアリティ(人生の意味や価値)を十分に考えておくことが重要である。患者は、治療者の価値観・人生観を敏感に察し、自らのスピリチュアルペインを表現するかどうかを判断しているからである。

沼野は、ケアする者に必要な能力として、「傾聴できる忍耐、共感する感受性、苦しみを受け止められる包容力、かわり切ろうとする意志、慰めや希望を提供できる能力」などをあげている。「どこまでも相手の身になろうとする決心が必要であり、(自らも)確固たる人生観や死生観をもっているが、患者や家族の人生観や死生観、価値観を尊重し受け入れる柔軟性や謙虚さが求められる。また、どのような状態の中であっても、患者に誠実に、自ら責任をもってかわり切ろうとする決意も要求される。そしてケアの担い手である自分が傷つき得ること、すなわち、同じ痛みを経験したり、時には自分が拒否されることがあることを理解しておくことが必要である」としている²⁹⁾。

恒藤は、スピリチュアルケアの要点として、①

患者をあるがままに受容する、②患者の言葉に傾聴し言葉の背後にある意味を感じ取る、③患者に共感的態度で誠実に接する、④患者が、人生観や人間観、死生観、スピリチュアルペインを自由に話せるような温かい雰囲気を作る、⑤患者自身が気がついていないスピリチュアルニーズを言語化し、意識化させる、⑥瞑想や祈り、リラクゼーションのための静かな時間を提供する、⑦自然と触れ合う機会を提供する、⑧音楽や絵画などのさまざまな芸術に触れる機会を提供する、⑨患者が宗教行為や儀式に参加できるように配慮したり、必要であれば適切な宗教家を紹介する、⑩ライフレビューにより人生の意味を再発見したり、注目し値する経験を見いだせるように支援する、とまとめている。またその効果として、①関係の回復(自己、他者、神との和解)、②価値観の転換(眼に見えないものへの価値の認識)、③人生の意味や目的の発見(苦難の中における生きる意味や価値の発見)、④視点の転換(自己中心の視点からの解放)、⑤死生観の転換(虚無的な死生観から希望の死生観への飛躍)、などによる人生の変化(転換、回復、和解、発見、洞察や飛躍)をあげている³⁴⁾。

海外でもいくつかのスピリチュアルケアの指針があげられているが^{3,14)}、ここでは、終末期患者に対して فرانクルの実存分析(ロゴセラピー)を応用した集団精神療法の可能性について述べる^{2,4,7)}。フランクルは、極限状態の中でもなお、人間はその状況に向き合うことができ、決して自立性を失わないで人生を生き抜ける可能性を秘めていることをアウシュビッツの体験を踏まえて学んだ。「絶望的な状況が、人の尊厳や意味を損ねるわけではない。人は単に苦悩によって滅ぼされるのではなく、意味のない苦悩によって滅ぼされるのである」と指摘し、人間が生きていく価値は、①労働や活動を通して価値あるものを創造して共同世界を豊かにする「創造価値」、②何かを体験したり優れた芸術作品や自然現象に触れ、自分自身を豊かにする「体験価値」、③自分の可能性が制約されているということが、どうしようもない運命であり、避けられず逃げられない事実であっても、その事実に対してどんな態度をとるかとい

うことによって実現される「態度価値」, の3つから構成されることを示している。フランクルの人間観は, 人は自由意志に基づいた責任ある決断を行い, 人生の意味や価値を追求する「意味への意志」をもっているというものである。その考え方を終末期患者にも適用し, 「態度価値」の部分に焦点を当てながら, 患者の自律性・自己実現感を刺激する方法の可能性を示唆している。終末期がん患者は, まさに残された人生を「いかに生きていくのか」, 自ら選択し決断しながら1日1日を生き続けなくてはならない。「人生に意味を見いだす」ということは容易なことではないが, 人間が脅威に直面した時にこそ, その意味を見いだすことができる機会が与えられていると考えることもできる。

フランクルは上記のような「意味の探求」のために, ログセラピーを推奨し, その中で「ライフレビュー」を親しい人と行うことが有効であることを示している。患者の思い出や価値観, 人生観などを引き出しながら, 共感し支持的に傾聴していく。スピリチュアルペインをかかえている患者に対して, 患者の関心を現在から人生に十分な意味と価値を与えてくれるような過去の出来事に向けさせることで, 人生の意味を再発見したり重要な体験を見いだしたりすることになる。過去の人生の失敗や成功したことを含めて, 患者は思い出を語り, その意味づけを自分自身で吟味していく。人生の節目となった出来事や, 思い出深い事柄を想起させ, 「人生は楽しいことも多かった」, 「いろいろなことがあったが, 満足できる人生だった」などと肯定的に意味づけたり, 自ら築き上げてきた家族内での自分の役割や関係性を確認することを促すことができる。過去の偉業や経験を思い出すことは, 人生で成し遂げたことに対する誇りを確認することになり, 自尊心を維持させることにつながる。記憶に残っている苦しみや悲しみは時間の経過とともに癒されている場合が多く, 患者の視点を現在から過去に導くことで患者の肯定的な人生の意味づけを促進させる援助になると考えられる。人生や存在の意味を見いだそうとするライフレビューは, 終末期がん患者の自己存在感を再認識し, その人らしい人生や存在の意味を

見いだすことを援助できる効果的なアプローチであると思われる³⁴⁾。

5 おわりに

以上のように, スピリチュアリティにかかわる問題は, 深遠で複雑であるが, 緩和医療を中心にその視点の重要性が強調され, ケアの指針も散見されるようになってきている。この分野でのさらなる研究が待たれるところである。

文献

- 1) Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G et al : A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology* 8 : 417-428, 1999
- 2) Breitbart W : Spirituality and meaning in supportive care. spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer* 10 : 272-280, 2002
- 3) Chochinov HM : Dignity-conserving care -a new model for palliative care. Helping the patient feel valued. *JAMA* 287 : 2253-2260,
- 4) Greenstein M, Breitbart W : Cancer and the experience of meaning: a group psychotherapy program for people with cancer. *Am J Psychother* 54 : 487-500, 2000
- 5) Fehring RJ, Miller JF, Shaw C : Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing Forum* 24 : 663-671, 1997
- 6) Fitchett G, Peterman AH, Cella D : Spiritual beliefs and quality of life in cancer and HIV patients. Presentation at World Congress of Psycho-Oncology, 1996
- 7) Frankl VE : *Aerzliche Seelsorge*. 1952 (霜山徳爾訳: 死と愛. みすず書房, 1961)
- 8) Hirai K, Morita T, Kashiwagi T : Professionally perceived effectiveness of psychosocial interventions for existential suffering of terminally ill cancer patients. *Palliative Med* 17 : 688-694, 2003
- 9) 石川邦嗣 : スピリチュアルケア. 山室 誠編 : 緩和ケアテキスト. 中外医学社, 東京, pp186-190, 2002
- 10) 石川邦嗣 : Spiritual QOL. *緩和医療学* 2 : 44-52, 2000
- 11) Kawa M, Kayama M, Maeyama E et al : Distress of

- inpatients with terminal cancer in Japanese palliative care units. from the viewpoint of spirituality. *Support Care Cancer* 11 : 481-490,
- 12) Kaye P : Note on symptom control in Hospice & palliative care. Hospice Education Institute, pp261-267, 1989
 - 13) Kearney M, Mount B : Spiritual care of the dying patient. In Chochinov H, Breitbart W (Eds): *Handbook of palliative medicine*. Oxford University Press, New York, pp357-373, 2000
 - 14) Kissane DW, Clarke DM, Street A : Demoralization syndrome -a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *J Palliative Care* 17 : 12-21, 2001
 - 15) 小迫富美恵 : 心理的・社会的苦痛, スピリチュアルペインへの援助. 東原正明, 近藤まゆみ編 : 緩和ケア. 医学書院, 東京, pp144-156, 2000
 - 16) 窪寺俊之 : スピリチュアルケア. 柏木哲夫, 藤森明子編 : ターミナルケア. 医学書院, 東京, pp157-171, 2000
 - 17) 窪寺俊之 : スピリチュアルケア入門. 三和書店, 東京, 2000
 - 18) McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W : Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet* 361 : 1603- 1607, 2003
 - 19) 森田達也, 角田純一, 井上 聡ほか : 終末期癌患者の実存的苦痛に関する Pilot Study. *精神科治療学* 10 : 329-332, 1999
 - 20) Morita T, Kawa M, Honke Y et al : Existential concerns of terminally ill cancer patients receiving specialized palliative care in Japan. *Supportive Care in Cancer*, 2003
 - 21) 村田久行 : スピリチュアルケアとは何か. *ターミナルケア* 12 : 342-327, 2002
 - 22) Murata H : Spiritual pain and its care in patients with terminal cancer. Construction of a conceptual framework by philosophical approach. *Palliative and Supportive Care* 1 : 15-21, 2003
 - 23) 村田久行 : スピリチュアルケアとは何か. *ターミナルケア* 12 : 342-327, 2002
 - 24) 村田久行 : スピリチュアルペインの構造とケアの指針. *ターミナルケア* 12, 2002
 - 25) 村田久行 : スピリチュアルケアの実際. *ターミナルケア* 13 : 66-70, 2002
 - 26) 中恵美子, 三輪尚子, 東 美香ほか : 末期癌患者の希望に関する研究—希望の内容と入院経過に伴う変化に焦点を当てて. *死の臨床* 21 : 76-79, 1998
 - 27) 野口 海, 大野達也, 森田智視ほか : がん患者に対する Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp) 日本語版の信頼性・妥当性の検討. *総合病院精神医学* 16 : 42-47, 2004
 - 28) Noguchi W, Ohno T, Morita S et al : Reliability and validity of the Functional assessment of the Chronic Illness Therapy -Spiritual (FACIT-Sp) for the Japanese Patients with cancer. *Support Care Cancer*, 2004
 - 29) 沼野尚美 : スピリチュアルペインの意義. *ターミナルケア* 6 : 205-209, 1996
 - 30) Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ et al : Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy-spiritual eell-being scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med* 24 : 49-58, 2002
 - 31) Post-White J, Ceronsky C, Kreitzer M et al : Hope, spirituality, sence of coherence, and quality of life in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 23 : 1571-1579, 1996
 - 32) 下妻晃二郎 : 疾患特異的尺度「がん」. 池上直己, 福原俊一, 下妻晃二郎ほか編 : 臨床のための QOL 評価ハンドブック. 医学書院, 東京, pp52-61, 2001
 - 33) The American Psychiatric Association : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition. DSM-IV, 1994
 - 34) 恒藤 暁 : 霊的苦痛の緩和. 恒藤 暁編 : 最近緩和医療学. 最新医学社, 東京, 1999
 - 35) World Health Organization : *Cancer pain relief and palliative care; report of WHO expert committee*, p50, 1983

*

*

*

がん患者のうつ病—その1

松 島 英 介

「精神科」第4巻第4号 別刷
2004年4月 発行

東京都千代田区神田司町 2-10-8

科学評論社

電話 03(3252)7741(代表)

がん患者のうつ病—その1*

松島英介**

Key Words : cancer patients, depression, QOL (quality of life), major depression, adjustment disorders

はじめに

がんの病名開示や病状の変化に伴って、患者が不安や抑うつをきたすことは多いが、それが正常な情緒的反応なのか、治療を要するほどの病的な状態なのかを判断することは大切である。実際、患者に不安や抑うつが出現しても、医療スタッフからは「がんなのだから仕方がない」と諦められたり、見過ごされたりすることも少なくない。Billings¹⁾によれば、がん患者においてうつ病の治療が進まない理由として、①原疾患の病状や身体症状のために診断が困難である、②うつ病による症状を正常な反応として捉えがちなことである、③うつ病と診断して抗うつ薬を投与することに抵抗感がある、の三つの点があげられている。

うつ病はがん患者にもっとも多くみられる精神疾患であり²⁾、その診断および治療は、がんそのものの治療を継続し、患者のQOL (quality of life) を良好に保つためにも重要である。ところで、「うつ病」と表現される病名は、もっとも狭義の大うつ病 (major depression) を指すこともあれば、気分変調症や抑うつ気分を伴う適応障害 (adjustment disorders) などを含む広い概念で用いられることもあり、混乱される恐れがある。そこで本稿では、がん患者でよく問題となる大

うつ病と適応障害を含んだ広義のうつ病について、がん患者での特徴を説明したい。

出現

MassieとHolland³⁾は、がん患者の情報提供後の正常な反応を次の三つの相に分けている。第1相は1週間以内に起こる反応 (初期反応) で、疑惑あるいは否認、絶望などが中心となる。第2相は1~2週間に起こる精神不安で、不安、抑うつ気分、集中力低下、食思不振、不眠、日常生活不能などである。第3相は2週以降にみられるもので、新しい情報に順応する、現実の問題に直面する、楽観的になろうとする、など現実に適応していこうとする段階を指す。すなわち、患者は病名を聞いて精神的に動揺し、日常への適応が落ちた状態が一般には2週間前後続き、それから徐々に落ち着いてきて、自分の身体状態を受け入れ、今後の治療などに正面きって取り組み始めるようになる。しかし、一定期間経っても情緒的に不安定な状態が続き、生活に支障が出るようになった場合、「適応障害」とされ、さらにこの状態が長引いたり程度が重いと「大うつ病」と診断されることになる。こうしたがん患者における心理的反応について、秋月⁴⁾は図1のように示している。これらの反応は、病名開示のときばかりでなく、手術後や病状の悪化によってQOLが下がったり、再発したりしたときなどにも出現しやすい。たとえばMatsushita⁵⁾は、消化器がん患者の手術前後における心理

* Liaison and Palliative Medicine ⑧—Depression in cancer patients : Part 1.

** Eisuke MATSUSHIMA, M.D.: 東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野 [〒113-8519 東京都文京区湯島1-5-45] ; Section of Liaison Psychiatry and Palliative Medicine, Graduate School of Tokyo Medical and Dental University, Tokyo, JAPAN.

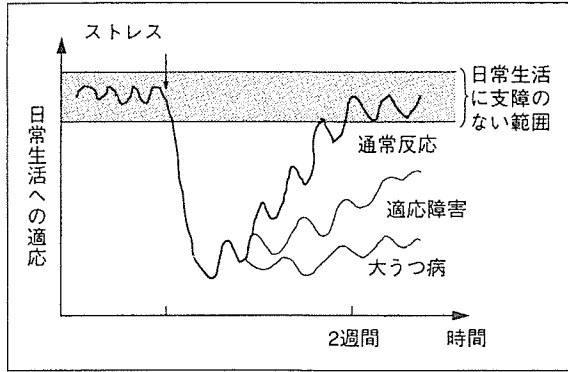


図1 がん患者におけるストレスに対する反応 (秋月ら⁴⁾より一部改変)

特性を追跡調査して、手術前から退院前にかけて抑うつスコア(SDS)が上昇することを報告し、その背景にQOLの低下を抱えながらも社会復帰をしなければならないという現実があるのではないかと考察している(図2)。

疫 学

がん患者のうつ病の有病率について、表1にまとめてみた。これをみると、報告により大きな差異があることがわかる。McDanielら¹⁵⁾はその原因として、診断法やうつ病の定義、入院状況、診断からの期間、病期などの相違を指摘し

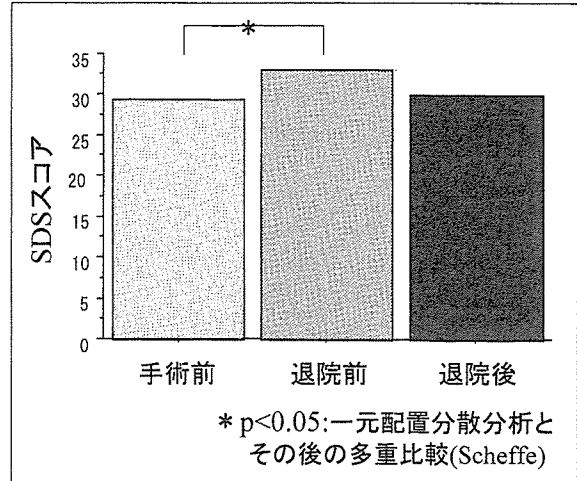


図2 消化器がん患者における手術前後の抑うつスコアの推移(Matsushitaら⁵⁾より)

ている。内富ら¹⁶⁾によれば、がん患者において Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition (DSM-III)ないしDSM-III-revised (DSM-III-R)の大うつ病の有病率をみると、外来・入院を問わず全病期を通じて10~20%前後で、これに適応障害などによるものを含めると、全体ではがん患者の30~40%前後がうつ病を呈するという。また、表2はMcDanielら¹⁵⁾の概説から引用し、一部改変したものであるが、がんの原発部位によっても有病率は異なり、全

表1 一般のがん患者におけるうつ病の有病率

著者(発表年)	患者数	患者背景	診断法	うつ病の罹患率
PlumbとHolland(1981) ⁶⁾	80	進行がん 入院	半構造化面接	重度うつ病21%
Derogatisら(1983) ⁷⁾	215	終末期を除く全病期 外来/入院	DSM-III	大うつ病6%; 適応障害32%
Bukbergら(1984) ⁸⁾	62	全病期 入院	DSM-III	大うつ病42% (重度24%; 中等度18%)
Alexanderら(1993) ⁹⁾	60	全病期 入院	DSM-III-R	大うつ病13%; 適応障害20%
Powerら(1993) ¹⁰⁾	82	終末期 入院	DSM-III	大うつ病26%
Chochinovら(1995) ¹¹⁾	200	終末期 入院	RDC	大うつ病8%; 小うつ病4.5%
Minagawaら(1996) ¹²⁾	93	終末期 入院	DSM-III	大うつ病5.6%; 適応障害3.7%
Le Fevreら(1999) ¹³⁾	79	終末期 入院	ICD-10	大うつ病18%; 適応障害10%
Weitznerら(1999) ¹⁴⁾	44	終末期 外来	DSM-IV	大うつ病16%; 小うつ病16%

DSM-III : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition, DSM-III-R : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition revised, DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, ICD-10 : International Classification of Disorders and Related Health Problems, 10th revision, RDC : Research Diagnostic Criteria.

表2 がん原発部位別のうつ病の有病率

原発部位	著者(発表年)	患者数	診断法	うつ病の罹患率
膵臓がん	Frasら(1967) ¹⁷⁾	46	半構造化面接 MMPI DRS	50%
	Joffeら(1986) ¹⁸⁾	12	SADS-L HSC BDI RDC	50%(33%大うつ病; 17%適応障害)
咽頭がん	Mortonら(1984) ¹⁹⁾	48	DSM-III	40%
	Daviesら(1986) ²⁰⁾	72	GHQ LSSD	22%
乳がん	Baileら(1992) ²¹⁾	45	半構造化面接 MCMI	40%
	Silberfarbら(1980) ²²⁾	146	構造化面接	10%初期;15%再発; 4.5%進行
	Farberら(1984) ²³⁾	141	HSC	19%重度;21%中等度; 14%軽度
	Grandiら(1987) ²⁴⁾	18	DSM-III	22%
	Fallowfieldら(1990) ²⁵⁾	101	DSM-III	21%大うつ病
	Jenkinsら(1991) ²⁶⁾	22	DSM-III MADRS	32%大うつ病
	Hopwoodら(1991) ²⁷⁾	81	DSM-III HADS RSCL	20%
	Goldbergら(1992) ²⁸⁾	320	RSCL	32%
	Pinderら(1993) ²⁹⁾	139	臨床面接 HADS	13%
	結腸がん	Frasら(1967) ¹⁷⁾	64	半構造化面接 MMPI DRS
Koenigら(1967) ³⁰⁾		36	MMPI	25%
子宮・膣がん	Evansら(1986) ³¹⁾	83	DSM-III HDRS CRSD	23%大うつ病; 24%適応障害
	Goldenら(1991) ³²⁾	83	DSM-III CRSD	23%大うつ病
肺がん	Hughes(1985) ³³⁾	134	構造化面接	16%
悪性リンパ腫	Devlenら(1987) ³⁴⁾	90	半構造化面接	19%
胃がん	Joffeら(1986) ¹⁸⁾	9	SADS-L HSC BDI	0%大うつ病; 11%適応障害
白血病(骨髄移植前)	Colonら(1991) ³⁵⁾	100	DSM-III-R	1%大うつ病;2%器質性 気分障害;8%適応障害

CRSD : Carroll Rating Scale for Depression, BDI : Beck Depression Inventory, DRS : Depression Rating Scale, DSM-III : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition, DSM-III-R : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition revised, , HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale, HDRS : Hamilton Depression Rating Scale, HSC : Hopkins Symptom Checklist, ICD-10 : International Classification of Disorders and Related Health Problems, 10th revision, GHQ : General Health Questionnaire, LSSD : Leeds Scale for Self-Assessment of Depression, MADRS : Montgomery Asberg Depression Rating Scales, MMPI : Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MCMI : Million Clinical Multiaxial Inventory, RDC : Research Diagnostic Criteria, RSCL : Rotter Symptom Checklist, SADS-L : Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Life-time version. (McDanielら¹⁵⁾より引用し一部改変)

体では1.5%から50%と大きな幅がある。なかでも膵臓がん患者でうつ病の有病率が高い傾向がある。MassieとPopkin³⁶⁾によれば、身体疾患患者のうつ病の有病率は20~30%といわれており、なかでも神経疾患患者におけるそれは高く、30~50%といわれている。これらは、がん患者のうつ病の有病率が他の身体疾患患者のそれよりも高いとはいえないことを示している。

影響要因

がん患者のうつ病に影響を与えると考えられている要因としては、がんの重症度、疼痛、身

体機能などがあげられている³⁷⁾。

1. 重症度

Derogatisら⁷⁾は、215名の外来および入院の新患がん患者について、DSM-IIIによる診断を行って精神疾患の有病率を調べたところ、その101名(47%)になんらかの精神科的診断が付き、このうち13名(全対象患者の6%)が大うつ病、69名(32%)が適応障害であったと報告している。これに対しAlexanderら⁹⁾は、60名の緩和ケア病棟に新たに入院したがん患者について、DSM-III-Rの診断基準を用いて調べたところ、24名(40%)

になんらかの精神科的診断がつき、このうち大うつ病が8名(全対象患者の13%)、適応障害が12名(20%)に認められたと報告している。またMinagawaら¹²⁾は、93名の緩和ケア病棟に新たに入院した終末期がん患者について、DSM-III-Rの診断基準を用いて調べたところ、50名(53.7%)になんらかの精神科的診断がつき、このうち大うつ病が3名(全対象患者の3.2%)、適応障害が7名(7.5%)に認められたと報告している。このように、がんの重症度の影響については報告によってさまざまであり、それほど大きな影響はないと考えられる。

2. 疼 痛

Spiegelら³⁸⁾は、入院および外来がん患者96名についてビジュアル・アナログスケールを用いた自記式疼痛尺度によってがん性疼痛を評価し、10点中3点以上の強度群と3点未満の軽度群に分類して、DSM-IIIの大うつ病の有病率を比較したところ、強度群は48例中16例(33%)、軽度群は48例中6例(13%)で、有意差があったと報告し、疼痛とうつ病との関係を指摘している。またGloverら³⁹⁾は、外来がん患者369名をがん関連疼痛の有無によって、疼痛あり群200例と疼痛なし群169例とに分け、POMS(profile of mood states)とTMD(total mood disturbance)を用いて気分状態を評価し比較したところ、「抑うつ」をはじめ多くのサブスケールで疼痛あり群の方がスコアは有意に高く、さらに疼痛あり群の中で、「抑うつ」などのスコアは疼痛の強さや持続期間と相関することを報告している。

がん患者におけるうつ病と疼痛の関係については、MassieとHolland⁴⁰⁾やSpiegel⁴¹⁾が概観しているように、うつ病は疼痛を増幅するという説もあれば、うつ病は慢性疼痛の二次的な帰結という説もあり、Peteetら⁴²⁾はがん患者における情動状態は疼痛の原因にもなれば、結果でもあると結論している。

3. 身体機能

Bukbergら⁸⁾は入院中のがん患者62名のうち、DSM-IIIの大うつ病の診断基準を満たす者の割合を身体機能別に調べ、身体的な活動性を表す

Karnofskyスコアが40以下のもっとも障害されている群では13例中10例(77%)、41から60の積極的な援助は必要であるが、ある程度ひとりでも活動できる群では14例中8例(57%)であったのに対して、61以上の身体機能が良好な群では35例中8例(23%)であり、これらの間に有意差がみられることを報告し、身体機能とうつ病との関係を指摘している。さらにWilliamsonとSchulz⁴³⁾は、268名の外来がん患者について縦断的な研究を行い、経過で疼痛が増すにつれて活動制限も強くなり、それが抑うつ気分に影響を与えることを明らかにしている。

ま と め

がん患者のうつ病の有病率は他の身体疾患と同様に高いが、適切に診断されずに見逃されていることも多い。そのため、出現しやすい時期や影響要因などを考慮しておくことは、うつ病の早期発見や予防に生かされよう。なお、がん患者のうつ病の診断や治療についての特徴は稿を改めて説明したい。

文 献

- 1) Billings JA. Depression. *J Palliat Care* 1995 ; 11 : 48-54.
- 2) Streltzer J. Psychiatric aspects of oncology : a review of recent research. *Hosp Community Psychiatry* 1983 ; 34 : 716-29.
- 3) Massie MJ, Holland JC. 正常反応と精神障害. In : Holland JC, Rowland JH, editors. *Psycho-oncology*. 東京 : メディサイエンス社 ; 1993. p. 255-63.
- 4) 秋月伸哉, 明智龍男, 内富庸介. サイコオンコロジー. *JIM* 2000 ; 10 : 775-8.
- 5) Matsushita T, Matsushima E, Maruyama M. Assessment of peri-operative quality of life in patients undergoing surgery for gastrointestinal cancer. *Support Care Cancer*, in press.
- 6) Plumb MM, Holland J. Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer-II. Interviewer-rated current and past psychological symptoms. *Psychosom Med* 1981 ; 42 : 243-54.
- 7) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. The

- prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *J Am Med Assoc* 1983 ; 249 : 751-7.
- 8) Bukberg J, Penman D, Holland JC. Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med* 1984 ; 46 : 199-212.
 - 9) Alexander PJ, Dinesh N, Vidyasagar MS. Psychiatric morbidity among cancer patients and its relationship with awareness of illness and expectations about treatment outcome. *Acta Oncol* 1993 ; 32 : 623-6.
 - 10) Power D, Kelly S, Gilsenan J, et al. Suitable screening tests for cognitive impairment and depression in the terminally ill—a prospective prevalence study. *Palliative Medicine* 1993 ; 7 : 213-8.
 - 11) Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, et al. Prevalence of depression in the terminally ill : Effects of diagnostic criteria and symptom threshold judgments. *Am J Psychiatry* 1994 ; 151 : 537-40.
 - 12) Minagawa H, Uchitomi Y, Yamawaki S, et al. Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study. *Cancer* 1996 ; 78 : 1131-7.
 - 13) Le Fevre P, Devereux J, Smith S, et al. Screening for psychiatric illness in the palliative care inpatient setting: a comparison between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the General health Questionnaire-12. *Palliat Med* 1999 ; 13 : 399-407.
 - 14) Weitzner MA, Gonzalez L, McMillan SC, et al. Prevalence of major and minor depression in outpatient hospice patients. *Psycho-Oncol* 1999 ; 8 suppl 6 : 8.
 - 15) McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, et al. Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1995 ; 52 : 89-99.
 - 16) 内富庸介, 皆川英明, 岡村 仁, ほか. 終末期がん患者のコンサルテーション—リエゾン精神医学—うつと器質性精神症候群の精神科コンサルテーション. *臨床精神医学* 1995 ; 24 : 149-59.
 - 17) Fras I, Litin EM, Pearson JS. Comparison of psychiatric symptoms in carcinoma of the opanreas with those in some other intra-abdominal neoplasms. *Am J Psychiatry* 1967 ; 123 : 1553-62.
 - 18) Joffe RT, Rubinow DR, Denicoff KD, et al. Depression and carcinoma of the pancreas. *Gen Hosp Psychiatry* 1986 ; 8 : 241-5.
 - 19) Morton RP, Davies ADM, Baker J, et al. Quality of life in treated head and neck cancer patients: a preliminary report. *Clin Otolaryngol* 1984 ; 9 : 181-5.
 - 20) Davies ADM, Davies C, Delo MC. Depression and anxiety in patients undergoing diagnostic investigations for head and neck cancers. *Br J Psychiatry* 1986 ; 149 : 491-3.
 - 21) Baile WF, Gilbertini M, Scott L, et al. depression and tumor state in cancer of the head and neck. *Psycho-oncology* 1992 ; 1 : 15-24.
 - 22) Silberfarb PM, Maurer LH, Crouthamel CS. Psychological aspects of neoplastic disease: I. Functional status of breast cancer patients during different treatment regimens. *Am J Psychiatry* 1980 ; 137 : 450-5.
 - 23) Farber JM, Weinerman BH, Kuypers JA. Psychosocial distress in oncology outpatients. *J Psychosoc Oncol* 1984 ; 2 : 109-18.
 - 24) Grandi S, Fava GA, Cunsolo A, et al. Major depression associated with mastectomy. *Med Sci Res* 1987 ; 15 : 283-4.
 - 25) Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP, et al. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside of a clinical trial. *Br Med J* 1990 ; 301 : 575-80.
 - 26) Jenkins PL, May VE, Hughes LE. Psychological morbidity associated with local recurrence of breast cancer. *Int J Psychiatr Med* 1991 ; 21 : 149-55.
 - 27) Hopwood P, Howell A, Maguire P. Screening for psychiatric morbidity in patients with advanced breast cancer: validation of two self-report questionnaires. *Br J Cancer* 1991 ; 64 : 353-6.
 - 28) Goldberg JA, Scott RN, Davidson PM. Psychological morbidity in the first year after breast surgery. *Eur J Surg Oncol* 1992 ; 18 : 327-31.
 - 29) Pinder KL, Ramirez AJ, Black ME. Psychiatric disorder in patients with advanced breast cancer: prevalence and associated factors. *Eur J Cancer* 1993 ; 29A : 524-7.
 - 30) Koenig R, Levin S, Brennan MJ. The emotional status of cancer patients as measured by a psychologi-

- cal test. *J Chron Dis* 1967 ; 20 : 923-30.
- 31) Evans DL, McCartney CF, Nemeroff CB, et al. Depression in women treated for gynecological cancer: clinical and neuroendocrine assessment. *Am J Psychiatry* 1986 ; 143 : 447-51.
- 32) Golden RN, McCartney CF, Haggerty JJ, et al. The detection of depression by patient self-report in women with gynecologic cancer. *Int J Psychiatry Med* 1991 ; 21 : 17-27.
- 33) Hughes JE. Depressive illness and lung cancer. I. Depression before diagnosis. *Eur J Surg Oncol* 1985 ; 11 : 15-20.
- 34) Devlen J, Maguire P, Phillips P, et al. Psychological problems associated with diagnosis and treatment of lymphomas. I: Retrospective study. *Br Med J* 1987 ; 295 : 953-4.
- 35) Colon EA, Callies AL, Popkin MK, et al. Depressed mood and other variables related to bone marrow transplantation survival in acute leukemia. *Psychosomatics* 1991 ; 32 : 420-5.
- 36) Massie MJ, Popkin MK. Depressive disorders. In : Holland JC, editors. *Psycho-oncology*. New York : Oxford University Press ; 1998. p. 518-40.
- 37) Krishnan KRR, DeLong M, Kraemer H, et al. Comorbidity of depression with other medical diseases in the elderly. *Biol Psychiatry* 2002 ; 52 : 559-88.
- 38) Spiegel D, Sands S, Koopman C. Pain and depression in patients with cancer. *Cancer* 1994 ; 74 : 2570-8.
- 39) Glover J, Dibble SL, Dodd MJ, et al. Mood states of oncology outpatients: Does pain make a difference? *J Pain Symptom Manage* 1995 ; 10 : 120-8.
- 40) Massie MJ, Holland JC. The cancer patient with pain: psychiatric complications and their management. *J Pain Symptom Manage* 1992 ; 7 : 99-109.
- 41) Spiegel D. Cancer and Depression. *Br J Psychiatry* 1996 ; 168 suppl 30 : 109-116.
- 42) Peteet J, Tay V, Choen G, et al. Pain characteristics and treatment in an outpatient cancer population. *Cancer* 1986 ; 57 : 1259-65.
- 43) Williamson GM, Schulz R. Activity restriction mediates the association between pain and depressed affect: A study of younger and older adult cancer patients. *Psychology & Aging* 1995 ; 10 : 369-78.

* * *

がん患者のうつ病—その2

松 島 英 介

「精神科」第5巻第2号 別刷
2004年8月 発行

東京都千代田区神田司町 2-10-8

科学評論社

電話 03(3252)7741(代表)

がん患者のうつ病—その2*

松島英介**

Key Words : cancer patients, depression, diagnosis, treatment

はじめに

がん患者のうつ病の有病率は他の身体疾患と同様に高い¹⁾が、適切に診断されずに見逃されていることも多い。その理由としてSpiegel²⁾は、①活力低下や食欲減退、睡眠障害といったうつ病の症状が、がんやその治療の副作用による症状と誤認されていること、②身体徴候や症状に焦点が置かれ、精神徴候や症状が除外されること、③精神状態の治療に対するニヒリズムなどをあげている。そこで本稿では、がん患者のうつ病について、診断およびその問題点と一般的な治療について説明したい。

診 断

Hollenら³⁾は肺がん患者の身体症状について調べ、倦怠感84%、活動性低下81%、食欲低下57%、体重減少54%などがみられたと報告しており、うつ病にみられる身体症状と重なるところが大きい。このように、Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)⁴⁾など一般の大うつ病の診断基準にあげられている身体症状は、精神科一般臨床でみられるうつ病患者においては重要な診断項目であるが、がんやその治療によっても出現する症状であり、がん患者においては

診断基準から身体症状を除外したり、他の症状に置き換えたりする工夫がなされている。表1は従来のDSM-IV-TRの診断基準と、こうした代替項目を追加したCavanaugh⁵⁾やEndicott⁶⁾による診断基準を対比させたものである。このような診断基準によるうつ病の一致率についてKatholら⁷⁾は、Hamilton scaleおよび/またはBeck inventoryによってうつ病の症状があると評価された152名の終末期がん患者に、4つの異なる診断基準、すなわちDSM-III, DSM-III-R, Research Diagnostic Criteria (RDC)とEndicott Criteriaを用いたところ、大うつ病と診断される患者はそれぞれ58名、45名、38名そして55名となり、RDCはDSM-IIIによる診断よりも20名も少なくなり、13%低い診断率であったと報告し、基準の相違を指摘している。

鑑別診断

1. 一般身体疾患や薬物によるうつ病

がん患者のうつ病には、脳腫瘍や他の腫瘍の脳転移、さらに全脳照射など直接的な中枢神経疾患によるものや、電解質異常、貧血、高血圧など合併する身体疾患によるものがあり、こうした一般身体疾患によるうつ病を鑑別することが第一である。また、ステロイドや抗癌剤(ビンクリスチン、ビンブラスチン、プロカルバジン、L-アスパラギナーゼ、タモキシフェン、インターフェロン、アムフォテリシンBなど)、さらに降圧剤(レセルピン、 α -メチルドパ、プロプラノロー

* Liaison and Palliative Medicine⑫—Depression in cancer patients : Part 2.

** Eisuke MATSUSHIMA, M.D.: 東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野[〒113-8519 東京都文京区湯島1-5-45] ; Section of Liaison Psychiatry and Palliative Medicine, Graduate School of Tokyo Medical and Dental University, Tokyo 113-8519, Japan.

表1 大うつ病の診断基準項目の対比

	DSM-IV ⁴⁾	Cavanaugh ⁵⁾	Endicott ⁶⁾
<精神症状項目>			
抑うつ気分	●	●	●
興味・喜びの減退	●	●	●
無価値観・罪責感	●	●	●
自殺念慮	●	●	●
精神運動性制止または焦燥	●	●	●
思考力・集中力の低下	●	●	●
<身体症状項目>			
体重・食欲の減少あるいは増加	●		
睡眠障害	●		
易疲労感・気力の減退	●		
<代替(追加)項目>			
心配あるいは抑うつ的な表情			●
引きこもりあるいは会話数の減少			●
くよくよ・悲観的			●
よい知らせなどに簡単に反応しない			●
身体機能評価に比べ日常生活が劣ったり、ケアに参加しない		●	

ルなど), 抗潰瘍剤(シメチジンなど), 消炎鎮痛剤(インドメタシン, ペンタゾシンなど)など薬物によるうつ病を除外しなければならない。

2. 適応障害

一般にがん患者のうつ病は反応性うつ病が多い⁸⁾といわれており, 抑うつ気分を伴う適応障害ないし不安と抑うつ気分の混合を伴う適応障害との鑑別が必要となることが多いが, 症状の程度と持続性によって判断される。

3. せん妄

せん妄, とくに低活動型せん妄の症状はうつ病のそれと重なるところが多く, 時に鑑別を難しくしているが, 一番のポイントとなるのは, せん妄にみられる症状の変動性であろう⁹⁾。

4. スピリチュアリティ

がん患者のスピリチュアルペインには無価値感, 無能感, 無意味感など, うつ病の症状と重なるものもあるが, Bukbergら¹⁰⁾は, がん患者の自己価値観の低下は「自分のできることがなくなっていくこと」という明らかな状況の変化に由来しており, うつ病にみられる無価値感とは異なる可能性があるとして述べており, 慎重に対応しなければいけない¹¹⁾。

治 療

がん患者のうつ病の治療においては, 一般のうつ病患者のそれと基本的に変わりはなく, 薬物療法と精神療法が2本の柱となる。

1. 薬物療法

秋月ら¹²⁾は, がん患者の薬物療法の特徴について以下の4点をあげている。すなわち, ①がん患者では精神科一般臨床における患者と比較して内因性うつ病が少なく, 反応性うつ病が多い, ②進行がん患者においては経口摂取不可能な症例が多く, 薬物投与経路の評価が必要である, ③高齢者が多いことに加え, 担がん状態, 化学療法, 放射線療法などのがん治療のため, さまざまな身体症状を有していることが多く, 耐容性の上で抗うつ薬の副作用に注意が必要である, ④終末期症例については限られた予後を考慮する必要がある。とくに④については, Lloyd-Williamsら¹³⁾も, 終末期がん患者の10%には抗うつ薬が投与されているが, そのうちの76%は死亡2週間前であり, 抗うつ薬の効果が出現するには不十分であると指摘している。このように予後1ヵ月に満たない最終末期患者のうつ病に対して, どのように治療していくかは議論の余地のあるところである。