

2007 21047A ($\frac{2}{2}$)

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

がん患者に対するリエゾンの介入や認知行動療法的アプローチ等の精神

医学的な介入の有用性に関する研究

平成19年度 総括・分担研究報告書 2/2 冊

主任研究者 明智 龍男

平成20(2008)年3月

IV. 研究成果の刊行物・別刷り



がん医療における コミュニケーション・スキル

悪い知らせをどう伝えるか

編集 内富 庸介
藤森麻衣子

医学書院

- よる診療の手引き. メディカル・サイエンス・インターナショナル, 1997
7. Brock G, Gurekas V, Deom P : Denial among cancer patients tips and traps. Can Fam Physician 1993 ; 39 : 2581-2584
 8. Weisman AD : Early diagnosis of vulnerability in cancer patients. Am J Med Sci 1976 ; 271 : 187-196
 9. Ness DE, Ende J : Denial on the medical interview recognition and management. JAMA 1994 ; 272 : 1777-1780
 10. 明智龍男, 鈴木志麻子, 谷口幸司, 他 : 進行・終末期がん患者の不安, 抑うつに対する精神療法の states of the art 系統的レビューによる検討. 精神科治療学 2003 ; 18 : 571-577
 11. American Society of Clinical Oncology : ASCO Curriculum Optimizing cancer care- The importance of symptom management, 2001
向山雄人, 内富庸介, 有吉 寛, 監修 : ASCO 公式カリキュラム - がん症状緩和の実際. ヘスコインターナショナル, 2002
 12. 大庭 章, 吉川栄省 : がん患者への精神療法の実践. 日本臨床 2007 ; 65 : 123-127

第10章

難しいケースの場合 5. 「死にたい」への対応

1. なぜ、がん患者は「死にたい」のか？

がん患者の経験する苦悩は時として深く、がん医療の現場では、患者から、「早く死んでしまいたい」、「早く逝かせてほしい」などの言葉が聞かれることも稀ではない。しかし、これまでの検討からは、がん患者の希死念慮の背景には、痛みをはじめとした身体症状、うつ病や絶望感などの精神症状、自立性の喪失や依存の増大などの実存的な苦痛、乏しいソーシャルサポートなど多彩な苦痛が存在していることが示唆されている¹⁾。さらに、早い死を望んだ進行がん患者を対象として、その意味することを質的に検討した報告からは、「早い死の希望」は多くの意味を含んでおり、“生きたい”ことに対する逆説的表現、死にゆく過程のつらさ、今、現在の耐え難い苦痛（痛みなど）に対する援助の求め、今後、起こり得る耐え難い苦痛から解放される対処法のひとつ、ひとりの個人として関心を抱いてほしいという欲求、家族から見捨てられる不安、悲嘆、苦悩などを表現するためのコミュニケーションである可能性が指摘されている²⁾。

したがって、「死にたい」と言葉を投げかけてくる患者の背景には、このようなささまざまな「意味」が存在する可能性を念頭においておく必要がある。言い換えると、ほとんどの場合には、「死にたい」という表現の背後には、掘り取られてない何らかの患者ニードや緩和されていない苦痛があることを示唆しているのである。

2. 「死にたい」と述べる患者とのコミュニケーションへ

1) 話し合いを行う姿勢を

「死にたい」と述べる患者に対して最初に行うべき最も重要な対応は、避けることなくこの問題に関しての話し合いを行う姿勢を示し、オープンなコミュニケーションを可能にすることである(図10-2)。医師や看護師の中には、死について患者と話し合うことは、患者の死への願望を容認してしまうことになるのではないか、自殺を促進してしまうのではないか、といった懸念や恐れを抱くスタッフもいるが、実際には、このようなことはなく、むしろ、話し合いを避けること自体が患者の苦悩をより深いものにしてしまう可能性を有している³⁾。また、患者がこのような心の内を話す相手は、多くの場合、その医療スタッフを信頼しているからこそなのであり、患者は「たまたま」あるいは「偶然」そのスタッフに言葉を投げかけたのではないことを知っておきたい。それゆえ、時として、「死にたい」という言葉を受け取った医療スタッフは、患者の苦痛を適切に受け止め、ケアに結び付けていくうえでの、最後のゲートキーパーとなり得るのである。

しかし、医療者にとって、タブー視されやすい「死」について患者と話し合うことは決して容易なことではない。それでもなお、患者の思いや背景を理解しようとする準備があることを伝え、まずは、死について、話し合う姿勢を示すことが重要であることを強調しておきたい。

2) 言葉のかけ方・医療者の心がまえ

実際には、さまざまな言葉のかけ方があるが、例えば、「今、感じていらっしゃることを、もう少しお話いただけますか?」、「死にたいと思っいらっしゃるのでね。そのことについてもう少しお伺いしてもよろしいですか?」といった言葉でコミュニケーションを続ける姿勢を示すとよい。

死について話し合う際の医療者の心がまえとしては、非審判的な態度で患者の言葉に耳を傾けることが大切である。「死にたいなんていわずに、がんばりましょうよ」、「家族のことを考えてみたことがありますか」、「命を粗末にははいけません」、「自殺は許されないことです」、「緩和ケアの理念には、死を早めることをしないことが含まれています。ですので、そういったこと

をお手伝いすることはできません」, 「わが国では安楽死は法律で認められていません」などの安易な説明, 説得, 医療者の価値観の押し付けは患者の心を閉ざしてしまうことになりかねないので慎みたい。

次に, 「死にたい」という言葉の背景に存在するであろう意味や苦痛を理解し, そのプロセスを医療者と患者で共有するために, 例えば, 患者に次のような言葉をかけてみるとよい。「死んでしまいたいとおっしゃいましたが, きっと何かつらいことがおありなのでしょうね。よろしかったら, そのことに関して, もう少しお話いただけませんか?」, 「きっと何か気がかりなことや心配なことがおありなのでしょうね。今, 一番ご心配なことをお話いただけませんか?」。

3) 共感的に関わるコミュニケーションと非言語的コミュニケーション

コミュニケーションが深まり, 背景にある苦痛が医療者側に理解された際には, その苦痛に対して共感的に関わるコミュニケーションが重要になってくる。その際には, 例えば, 「これだけ痛みが続いているとそんな気持ちにもなりますね」, 「これからのことが不安で, そんな気持ちになられるのですね」, 「死にたいと感じるぐらい, おつらいのですね」, 「本当に無念ですよ」など, 医療者が患者の苦痛を理解していることをメッセージとして届けるようなコミュニケーションが望まれる。

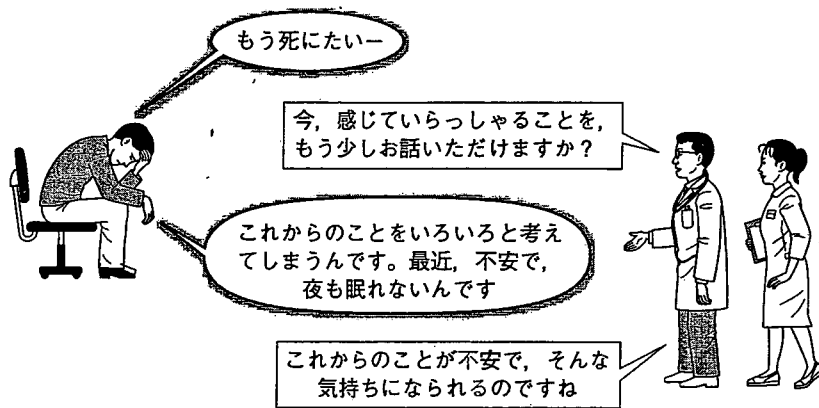


図 10-2 「死にたい」と言われた際のコミュニケーション

一方で、背景に緩和できない深い孤独感や苦悩が存在し、適切な言葉がみつからないこともある。そのようなときには、その思いを感じながら、ただ傍らに座っていることも有用な（非言語的）コミュニケーションになり得る。

4) 「肯定」について

その他、一般的なコミュニケーションスキルとして、患者の発言や思いを病的なもの、あるいは異常なものではないことを示す「標準化」といったスキルが有用なこともある。例えば、「あまりにつらいときには、多くの患者さんがそのようにおっしゃいます」、「今の状態であれば、そのように感じられるのも自然なことなのでしょうね」などの言葉が、患者の孤独感を和らげたり、患者にとっての深い思いを語る契機になることもある。

表 10-14 「死にたい」と述べる患者とのコミュニケーション

目的	コミュニケーションの実際
コミュニケーションを継続する	「死にたいと思っていられるんですね。そのことについてもう少しお伺いしてもよろしいですか？」 「今、感じていらっしゃることを、もう少しお話いただけますか？」
患者の苦痛を探索する	「死んでしまいたいとおっしゃいましたが、きっと何かつらいことがおありなのでしょうね。よろしかったら、そのことに関して、もう少しお話しいただけませんか？」 「きっと何か気がかりなことや心配なおことがおありなのでしょうね。今、一番ご心配なおことをお話しいただけませんか？」 「つらく感じていらっしゃるということについてお聞きしてもいいですか？」
患者の苦痛に共感的に関わる	「これだけ痛みが続いているとそんな気持ちにもなりますね」 「これからのことが不安で、そんな気持ちになられるのですね」 「死にたいと感じるぐらい、おつらいのですね」 「本当に無念ですよ」 「つらかったですね」
患者の経験を肯定する (肯定)	「あまりにつらいときには、多くの患者さんがそのようにおっしゃいます」 「今の状態であれば、そのように感じられるのも自然なことなのでしょうね」 「同じようなお気持ちを経験された方は、他にもたくさんいらっしゃいますよ」

以上のように「死にたい」と述べる患者とのコミュニケーションの重要な流れは、まずは話し合う姿勢を示し、患者の声を聴くこと、受け入れることであり、そしてこれらのプロセスを通して、患者の苦痛を理解し、それに対して共感的に関わりながら、医療者の理解を患者に届けることといえる。本質的な意味では、患者の苦痛を本人になりかわって理解することは医療者にはできない。しかし、患者との対話を通して、医療者が患者の苦痛を理解しようと努力することはできるのであり、このような営みそのものがこのような状況で求められるコミュニケーションなのではないだろうか。実地臨床で有用と思われるコミュニケーションの実例について表 10-14 にまとめた。

3. まとめ

患者の「死にたい」という言葉の背景には、実に多彩な「意味」が含まれている可能性がある。したがって、「死にたい」という言葉に表面的に対応しようとするのではなく、まずそのような言葉がもたらされる背景に存在する、掘り取られていない患者のニードや苦痛をよく理解する、あるいは理解しようとするコミュニケーションのプロセスが重要なのである。そしてこのような医療者との良好なコミュニケーションそのものが、何にも代えがたい患者ケアなのである。

〔明智龍男〕

【文献】

1. Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al : Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer. *Cancer* 2004 ; 100 : 183-191
2. Coyle N, Sculco L : Expressed desire for hastened death in seven patients living with advanced cancer ; a phenomenologic inquiry. *Oncol Nurs Forum* 2004 ; 31 : 699-709
3. Rosenfeld B, Krivo S, Breitbart W, et al : Suicide, assisted suicide, and euthanasia in the terminally ill. *in* Chochinov HM, Breitbart W, eds ; *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*, 51-62, Oxford University Press, 2000

系統看護学講座

別巻 ⑩

緩和ケア

医学書院

サポートが有用であり、理論や看護モデルを活用するとケア計画に生かすことができる。精神的ケアは、決して看護師が一方的に行うものでなく、ともに苦悩するなかで互いに癒されていくものである。

B おもな精神症状の診断と治療

近年、医療の現場において、患者に対して、身体的側面のみならず心理・社会的側面も含めて包括的なケアを提供する必要性が認識されるようになってきた。こういった時代背景を受けて、緩和ケアを考えるうえでも、患者の精神的ケアに貢献するサイコオンコロジー Psycho-Oncology(精神腫瘍学)は大きな柱の一つであることがくり返し強調されている。

がんと心の関係を扱う学問領域をサイコオンコロジー(精神腫瘍学)という。サイコオンコロジーということばは、サイコロジー Psychology(心理学)、サイカイアトリー Psychiatry(精神医学)およびオンコロジー Oncology(腫瘍学)などという用語から成り立つ造語である。サイコオンコロジーは、欧米でがんの診断病名を患者に伝えることが一般的になった1970年代に産声をあげた、まだ若い学問である。

本章では、がんが患者の心理的側面へのケアを考えるうえで重要な適応障害、うつ病、せん妄、不眠を中心に概説する¹⁾。

1 がん患者の心理的反応

1 通常反応

がんは1981(昭和56)年にわが国の死亡原因のトップとなり、以降もその死亡者数は増加傾向にある。2005(平成17)年には、がんによる死亡者数は32万人をこえ、総死亡数の約30%をしめている。このように、がんはわが国にお

1) がん患者の精神症状や心理状態を表す場合、不安、抑うつといった表現がよく用いられるが、これらは心理的な一つの状態像を表現しているにすぎず、多くの場合これらは単独で存在しているのではなく並存している。実際のケアや治療を考える際には、不安や抑うつ状態を呈する疾患群としての適応障害やうつ病を医学的な診断概念として理解しておくことのほうがより重要と思われる。したがって、各論については、不安や抑うつといった状態標記ではなく、診断的枠組みとしての適応障害、うつ病という視点から概説した。一方、不眠に関しては、独立した診断概念ではないが、がん患者にみられる症状の表現型として頻度が高く、固有の対応を必要とすることも多いため、独立した項目として扱うこととした。

ける致死的な疾患の代表的なものであり、がんに罹患するということはきわめて大きな精神的負担をもたらす。実際、がん患者は、がんの疑いや病名の告知にはじまり、その後も治療や治療後のリハビリテーション、再発、進行などあらゆる段階で、さまざまなストレスにさらされる。

これらストレスに対する患者の一般的な情緒的反応・適応の過程を、ストレス曝露からの時間経過からみると、(1)初期反応、(2)不安・抑うつ、(3)適応という三相に分けられる¹⁾。

がんの告知を例にとりて考えてみよう。がんであることを知った患者は、まず非常に強い衝撃を受ける(第1相：初期反応の時期)。このときのエピソードを頭が真っ白になったと表現する患者も多い。その後、不安、抑うつ、不眠、食欲低下などが出現し、一時的には日常生活に支障が生じるようになることもまれではない(第2相：不安・抑うつ時期)。しかし、しだいに現実的な適応の努力が始まり、2週間程度でこのような症状も軽減していくことが多い(第3相：適応の時期)。適応の時期においては、心理的な苦痛をかかえながらも、楽観的な見方もできるようになることが多く、日常生活に徐々に戻っていく。いいかえると、強いストレスに際して、前述のような状況を一過性に経験したとしても、ある程度の期間を経て、日常生活に影響のない状態にまで回復していくプロセスをたどれば、だれもが経験しうる自然な「通常反応」ともいえるのである。

一方で、うまく適応できない患者も存在する。そのような患者は、日常生活機能がそこなわれ、専門的介入が望まれる精神症状をかかえる場合がある。精神症状として最も頻度の高いものが、不安と抑うつであるが、ケアを必要とするレベルの不安、抑うつは多くは後述する適応障害とうつ病に相当する。

2 がん患者の心理過程 死にゆく心理過程

がん患者、なかでも緩和ケアにおける精神的ケアを考えるうえで、死にゆく心理過程を理解しておくことはきわめて重要であると思われるので、ここでは、現在提唱されている代表的な2つのモデルを紹介する²⁾。

キューブラー=ロス³⁾の5段階モデル
 キューブラー=ロスのモデル

まず、よく知られているキューブラー=ロスの5段階モデル³⁾を紹介する。キューブラー=ロスは、人が死を迎える過程において経験する心の状態として、否認 denial, 怒り anger, 取り引き bargaining, 抑うつ depression, 受容 acceptance という5つのステップをたどると提唱した。

1) 山脇成人監修, 内富庸介編:サイコオンコロジー がん医療における心の医学, p.8-19, 診療新社, 1997.

2) 明智龍男, 森田達也ほか:進行・終末期がん患者に対する精神療法, 精神神経学雑誌 106:123-137, 2004.

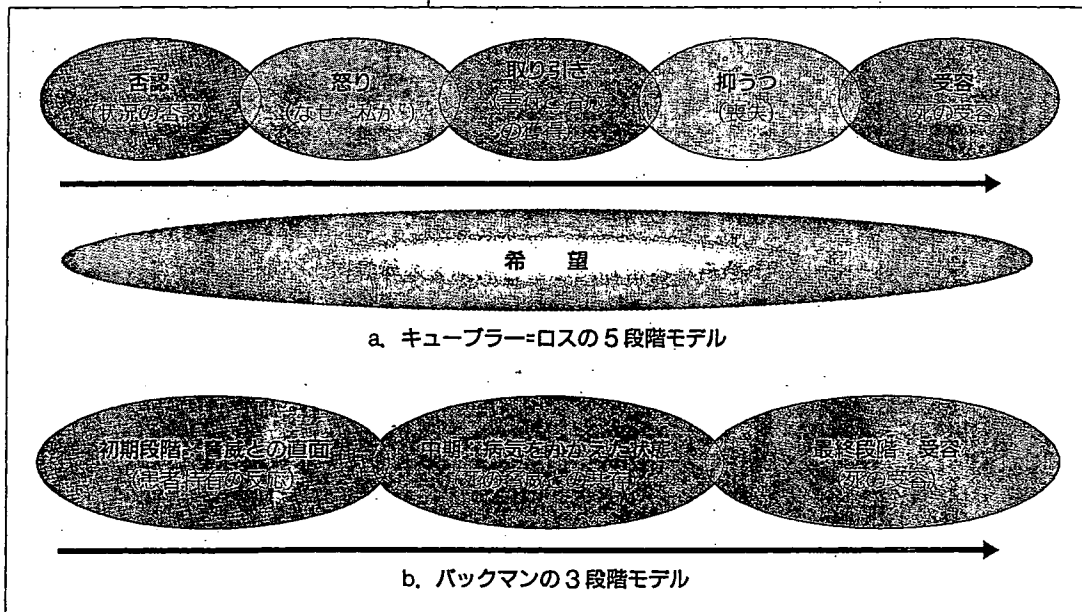
3) キューブラー=ロス著, 川口正吉訳:死ぬ瞬間 死にゆく人々との対話, 読売新聞社, 1971.

死が避けられない状況にあることを知った患者は、まずその事実を「否認」しようとし、次に、“なぜあの人ではなくて私でなければならないのか”と「怒り」を感じる。ついで、たとえば“つらい治療に耐える”といったよい行いをすることで、神や周囲の人々から“そのかわりに病気を治してもらいたい”といったなんらかの報酬を得ようとする「取り引き」の心理が生じ、続いて、病状の進行に伴って生じる喪失感として「抑うつ」を経験し、最後に死を「受容」するとしている。また、これらの段階のいずれの時期においても患者は「希望」を持ち続けている、としている(▶図7-2-a)。

バックマンの● 一方、バックマンは、キューブラー=ロスの5段階モデルに関し、否認、怒り、抑うつはすべての患者に認められる心理的反応ではないことに加え、これらがみられたとしても、連続的ではなく同時に共存してみられることが多いこと、あるいは、死にゆく患者に頻繁に認められる、死への恐怖fear, 自責感guilt, 交互に出現することが多い希望hopeと絶望despair, あるいはユーモアといった反応が含まれていないという理由から、独自の3段階モデルを提唱している¹⁾。

バックマンは死へのプロセスを(1)初期段階(脅威との直面)、(2)中期(慢性期)段階(病気をかかえた状態)、(3)最終段階(受容)、のモデルで説明している。

患者が、はじめて病気により死ぬ可能性に直面する段階が「初期段階」であ



▶図7-2 死にゆく心理過程

1) Doyle, D., Hanks, G. W. C., et al (Eds.): Oxford Textbook of Palliative Medicine, p.141-156, Oxford University Press, 1998.

り、この段階では、ストレスに対する患者特有の急性の激しい反応を示す(たとえば、もともとストレスに際して怒りで反応してきた患者は怒りを示す、など)。そして、これらの反応は、さまざまな情動が混合した反応であり、恐怖、ショック、疑い、怒り、否認、希望、絶望などさまざまなものが含まれるとしている。次に、「中期段階」に移行するが、この段階は、回復は期待できないものの、差し迫った死の危険はないことを、患者が意識的あるいは無意識的に知っている段階をさしており、この時期の特徴として、患者が死の脅威と共有している点、および抑うつがみとめられることが多いことをあげている。これらの段階を経て「最終段階」である受容を迎えるとしている(▶図7-2-b)。

死にゆく ③ 死にゆく心理過程について、キューブラー=ロスの5段階モデルとバックマンの3段階モデルを紹介したが、その他も含めて諸説があり、実際にはいずれが適切かに関しての定説もないのが現状である。わが国における筆者らの経験からは、5段階モデルに比べて3段階モデルの方がより適切ではないかと感じているが、いずれにしても、死にゆく心理過程はこれらモデルに示されているような形で一方向的にすすんでいくものではなく、また個別的であることに留意しておく必要がある。

② がん患者の精神症状——適応障害・うつ病・せん妄……………

次に、具体的ながん患者には、どのような精神症状がどれぐらいの頻度で認められるのかに関して、いくつかの先行研究の結果を概観してみたい。

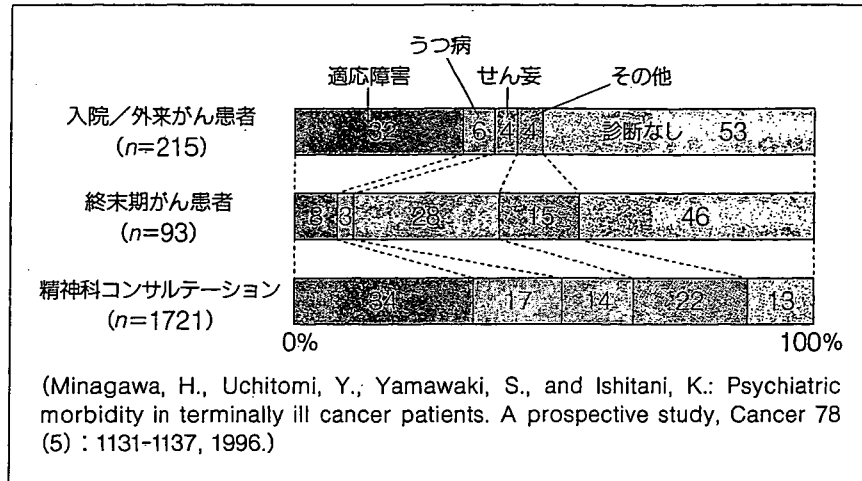
アメリカの状況 ④ 3つのがん診療施設から無作為抽出された診断病名の説明(告知)を受けたがん患者を対象にしたアメリカの代表的な研究では、約半数(47%)の患者がなんらかの精神医学的診断基準を満たしていたことが報告されている。そのうち最も多くみとめられたものは適応障害で、うつ病とせん妄がそれに続いた¹⁾(▶図7-3)。本報告は、アメリカでがん告知が一般化した後に行われた、がん患者にみとめられる精神疾患の有病率を系統的に検討した最初の研究である。

わが国の状況 ⑤ それでは医療システムや文化などが異なるわが国ではどうであろうか。国立がんセンターの精神科コンサルテーション活動においても、精神医学的診断で最も頻度が高いものは適応障害、せん妄、うつ病であることが示されており、本結果からは、わが国においてもがん患者に頻度の高い精神症状は欧米と同様であることが推測される²⁾。

一方、終末期がん患者を対象とした研究からは、がんの病期によってがん患

1) Derogatis, L. R., Morrow, G. R., et al: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients, JAMA 249(6) : 751-757, 1983.

2) Akechi, T., Nakano, T., et al: Psychiatric disorders in cancer patients: Descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese Cancer Center Hospitals, Jpn J Clin Oncol 31(5) : 188-194, 2001.



▶図 7-3 がん患者の精神症状

者にみられる精神症状の内訳が変化することも報告されている。緩和ケア病棟に入院した終末期がん患者を対象として、その精神症状の有病率調査を行ったわが国の研究では、対象の 54% に精神医学的診断がみとめられた。その診断の内訳をみると、最も頻度の高かった診断はせん妄であった(▶図 7-3)。またがんに対する手術のみを対象にしたものではないが、術直後に焦点をあてると、せん妄が 30~40% にみとめられることが知られている¹⁾。

以上の結果をまとめると、がん医療の現場で臨床的に問題となることの多い精神症状は、適応障害、うつ病、せん妄であるが、これらの相対的な割合はがんの病期で異なり、術直後と終末期にはせん妄の割合が増加することが示唆される。

精神症状がもたらす問題 ● これらがん患者にみられる精神症状は、生活の質(QOL)の全般的低下、がん治療に対するコンプライアンス低下、家族の精神的負担の増大、入院期間の長期化、自殺など多岐にわたる問題に影響を与えうることが明らかにされている。よって、精神症状に対する適切な対処はきわめて重要である。

以下、適応障害、うつ病、せん妄について解説していく。

適応障害

■ 適応障害の診断

適応障害は、がん患者にみられるストレス反応性の疾患の代表である。適応障害の診断基準を表 7-3 に示したが、がん患者にみられる適応障害の多くは、がんに関連した明確な強い心理的ストレスを契機に、日常生活機能に障害(仕

1) Dyer, C. B., Ashton, C. M., et al: Postoperative delirium. A review of 80 primary data-collection studies, Arch Intern Med 155(5) : 461-465, 1995.

▶表 7-3 適応障害の診断基準(米国精神医学会)

診断基準	具体的な臨床症状
A 持ちこたえきれなくなるストレス因子に反応し、そのストレス因子の始まりから3か月以内に情緒面または行動面の症状が出現。	がんの再発を知りながら、気分が元気がでないことで涙が出てしまい、夜も眠れない状態が持続している。
B 症状の症状は行動は臨床的に著しく、それ以外のどの領域にもよって現はれていない。そのストレス因子に曝露されたとき(1) 別な何ものなほるかに与えた苦痛(2) 社会的または職業的機能の著しい障害	最近情状に悩まされていることが多く、仕事の準備と家事をすることにも手遅れがある。新所付さ合も遅くなるように。
C ストレス関連性障害は他の特定の精神障害の基準を満たしていないし、すでに存在している障害の単なる悪化でもない。	うつ病等他の精神医学的疾患の診断基準は満たさない。

(診断基準は American Psychiatric Association 編、高橋三郎ほか訳：DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引、新訂版、医学書院、2003、具体的な臨床症状は筆者による)

事や家事が手につかない、眠れないなど)をもたらすほどの情緒面の苦痛を経験している状態である。診断学的には、本疾患は、うつ病や全般性不安障害などの他の精神疾患を除外することによって診断されるが、がん医療の現場において、がん罹患に関連して不安・抑うつなどが顕在化してきた場合には、うつ病、せん妄を除外すれば十分であることが多い。

■ 治療

適応障害は、がん患者で最も頻度の高い臨床的問題であり、その治療的アプローチに習熟しておくことは、がん患者をケアするうえで重要である。適応障害の治療は、おおむね精神療法と薬物療法に大別されるが、とりわけ精神療法は不可欠であり、必要に応じて薬物療法を併用する方法が一般的である。また、がん患者においては、担当医とのコミュニケーションや担当医や看護スタッフからの心理的な援助の有無が、その精神的な適応を大きく左右する要因であることが示されており、担当医療スタッフが患者の精神状態をよく理解し、医療チームとして患者を支えていく体制を整えることが重要である。

また、背景に適切にコントロールされていない身体症状(とくに痛み)や家族の問題などが存在することも少なくないため、身体症状緩和に加え、社会的な問題への援助も含めるなどつねに包括的なケアの提供を念頭におく必要がある。

以下、がん患者の適応障害に対して用いられることの多い精神療法と薬物療法の実例を紹介する。なお、実地臨床においては、患者の状況に応じて、下記の治療的介入を複数組み合わせる柔軟に対応することが多い。

■ 精神療法

がん患者の多くは、もともと心理学的には健康である。したがって、基本的

には、精神療法的アプローチに際しても、患者が有している元来の健康な心理的側面を回復させるための援助技法がその中心となる。つまり、患者自身の意欲、病を得たことによって一過性に低下した自尊心、そして病気から派生する多様な問題に対する患者自身の対処能力をたかめることにより、自分が生活や症状をコントロールしているという意識を支え、現実の問題をよりよく解決できるように援助することに主眼が置かれることが多い。以下、いくつかの精神療法的アプローチの概略を紹介する¹⁾。

心理教育的介入 ● 多くの患者は、がんやがん治療に関して十分な知識を有していない。そのため、不確実な知識や知識の欠如に起因して生じてくる不安感や無力感を経験していることもまれではない。これらの患者には、心理教育的なアプローチが有効である。

心理教育的介入の目標は、正しい医学的な知識を提供することにより、無用な情緒的苦痛を軽減することにある。より具体的には、医療スタッフからもたらされた情報を患者自身がどのように理解しているかを把握し、このプロセスにおいて明らかにされた患者の誤解や懸念に対して十分な説明、保証を行っていく患者-医療者間のコミュニケーションが心理教育的なアプローチそのものである。さらに、心理教育的介入には、以上のようながんやがん治療に関連した医学的情報のみならず、ストレスに際して、多くの患者が経験する心理的な反応に関する情報なども含まれる。

支持的な精神療法 ● 支持的な精神療法は、共感的な評価、肯定、勇気づけ、アドバイスや示唆などを中心とした精神療法であり、最も一般的な治療技法である。支持的な精神療法の目的は、がんやがん治療に伴って生じてくるさまざまな情緒的苦痛を、医療者からの一貫した「支持」によって、軽減することにある。

本治療法の基本は、患者のこぼす傾聴し、語られる内容を批判したり解釈したりすることなく受容し、苦痛に共感的な姿勢を示すことにある。より実際的には、その人なりの方法でがんに適応していくことを援助することが有用であり、多くの場合「病気を受容すること」を目標にはしない。自分の感じるままをこぼにしてもつねに支持しようとする医療従事者に接することは、多くのがん患者にとって非日常的な体験であり、これら医療従事者からの一貫した「支持」を感じることで、患者の自己評価は回復し、対処能力が強化されていく。

なかでも最も重要なことは、患者が経験している苦しみを理解しようと医療者が努力するプロセスであり、この理解しようとする努力こそが、患者のために医療従事者がなす最も支持的なことである。たとえば、不安感や抑うつ感などを経験している患者に対して、その苦痛を理解をするために、現在の問

1) 明智龍男, 森田達也ほか: 進行・終末期がん患者に対する精神療法, 精神神経学雑誌 106: 123-137, 2004.

題、過去の問題、個々の患者における病気の意味、病気が患者の生活史に与える衝撃の意味、そしてこれまで患者が歩んできた人生の歴史を十分に傾聴してこれらの面接を通して、患者の感情と苦しみは今まさに医療者により正しく理解されつつあると言語的あるいは非言語的に伝えていくコミュニケーションのプロセスそのものが、治療的にはたらく。

行動療法⑤ 行動療法的なアプローチとしては多種のものがあるが、そのなかでもがん患者に対して最も一般的な治療技法が漸進的筋弛緩法である。

本治療は、身体各部の筋肉をいったん緊張させた後に緩和させるという一連のプロセスをくり返すことを通して、全身の筋肉の緊張を緩和・解消し、それによって心身のリラックスを達成しようとするものである。習得するためには治療に対する患者の十分な動機づけと一定のトレーニングが必要であるが、がん患者の不安を対象に行われた無作為化比較試験では、薬物療法(抗不安薬アルプラゾラム)と同等の有用性が示されている。

集団精神療法⑥ 集団精神療法とは、文字通り、患者の集団(グループ)をつくり、そのグループという性質が有するメリットをいかしながら、治療を行う技法をさす。

がん患者に対して行われる集団精神療法の多くは、グループ内で生じるお互いの精神的援助や日常生活における情報交換を通じて、より適応的な対処方法を身につけていく治療であるが、同様の状況を経験している患者同士の相互支持の場として機能する。これらグループが治療的なものとして機能するために精神科医や臨床心理士などの専門家がグループリーダーをつとめることが典型的である。

集団精神療法の場においては、原則的に個別性の高い心理的問題については扱わず、一般性の高いテーマとしてストレスに対しての有効な対処法などについて話しあうことが多い。なお、同じ部位のがんの患者や同じ治療を受けた患者といった均質なグループのほうが、多様な背景を有したグループより凝集性が高まりやすく、孤立感の軽減がはかられやすい。

一般的に、集団精神療法がもたらす治療的なメカニズムとして、愛他性(他者の援助者になることができる)、カタルシス(情動の解放)、集団としての凝集性、一般性、そして実存的な要因があげられている。わが国のがん患者に対する有効性も無作為化比較試験にて示されている¹⁾。

薬物療法

適応障害に対する薬物療法は、精神療法の補完的治療と位置づけられることが多い。一般的に、患者の苦痛が強いときに精神療法と併用される。基本的には、対症療法であり、顕在化している精神症状によって選択する薬物が異なってくる。すなわち、抑うつが主体であれば抗うつ作用が期待される薬物、不安

1) Fukui, S., Kugaya, A., et al: A Psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma, *Cancer* 89(5) : 1026-36, 2000.

が主体であれば抗不安作用を有する薬物が用いられる。より実際的には、軽症のうつ病に対しての有用性が示されている抗不安薬アルプラゾラムが少量から開始されることが多い。

がん患者は比較的高齢者が多いので、選択する薬物にかかわらず、いずれの薬物も少量から開始し、眠けやふらつきといった有害事象の出現などの状態をきめ細かくモニタリングしながら、状態に応じて適宜漸増していくといった慎重な投与方法が推奨される。

2 うつ病

■ うつ病の診断と臨床的な危険因子

うつ病は、ストレスの多い現代社会においては、だれもが経験しうる頻度の高い疾患である。

うつ病の中核症状の一つである抑うつ気分は、正常反応をこえた悲しみや悲哀の感情が持続した状態と考えられるが、この抑うつ気分が出現してくる典型的な状況は、喪失体験である。がん罹患することは、健康、仕事、役割、将来の計画の喪失などとして経験されることが多いため、がん患者に抑うつがみられる頻度は高い。

また、抑うつは、患者みずからが苦痛をかかえ込んでしまうことが多く、医療従事者にも気づかれにくいことがくり返し報告されている。一見、おとなしく目立たないことが多い反面、抑うつ状態を抱えている患者は、内面的には「心の激痛」を有している状態とも考えられ、その苦悩は深く、適切なケアや治療が施されないと自殺という悲痛な結果に終わることもある。

先行研究の結果から、その頻度、与える影響の強さなどから、抑うつはがん患者の心の負担の第一にあげられることが多く、とくにうつ病に対する適切な対応は、がん患者の自殺を未然に防ぐ取り組みに直結するのみならず、患者の生活の質を維持し、治療への良好な取り組みや対処を援助するうえできわめて重要である。

現在最も繁用されているうつ病の操作的な診断基準を表7-4に示した。

危険因子 ● がん患者は、がんという疾患の経過において、診断病名の告知、つらい治療、治療に伴う身体的機能の障害や喪失、再発、疾患の進行など多くの苦痛にさらされ、これらはすべてうつ病や前述した適応障害の発現の誘因になりうる。

先行研究において、がん患者におけるうつ病や適応障害をはじめとしたケアや治療が必要な情緒状態発現の危険因子として、若年者(がんはもともと高齢者が多いため、そういった意味で、がん患者における相対的に若いことをさしている)、独居、進行がん・再発がん、コントロールされていない痛みの存在、身体的機能の低下、うつ病の既往歴、神経質な性格傾向、周囲からの不十分な心理的支援などが知られている。これらのなかでも適切にコントロールされていない痛みは、治療可能なうつ病の最大の原因の一つである。このような場合

には、適切な疼痛コントロールの提供がすべてに優先することは論を待たないであろう。なお、がん患者、なかでも進行がん患者に持続的な強い痛みがみられた場合、これら痛みが純粹に精神的要因で生じることはほとんどないことが知られており、「原因となる器質的病変がはっきりしない＝精神的なもの、心因性の痛み」といった安易な評価はつつしむべきである。

■ 治療

うつ病に対しては、精神療法に加えておおむね薬物療法も併用されることが多い。精神療法に関しては、適応障害に対する治療とほぼ同様であるので、前項を参照してほしい(▶194ページ)。以下、薬物療法を中心に概説する。

がん患者のうつ病に対しても抗うつ薬は有用であることが複数の無作為化比較試験により示されている。しかし、実際の薬物投与に際しては、がん患者は比較的高齢でがんに伴うさまざまな身体症状を有していることが多いため、特別な配慮を必要とする。担がん状態¹⁾にある患者に対しての抗うつ薬の使用方法については、国際的にコンセンサスの得られたものが存在しないので、現時点においては、がん患者のうつ病治療に関しての無作為化比較試験の結果に加え、他領域(たとえば、他の身体疾患患者や高齢患者における抗うつ薬の無作為化比較試験の結果)における研究結果の応用、そして実際に治療するがん患者の個性性を総合的に評価して、薬物選択および投与量の設定を行うことが重要であろう²⁾。

▶表7-4 うつ病診断基準(米国精神医学会)

診断基準	具体的な症状
1. 抑うつ気分	気分が沈んだ、憂うつな、落ち込み
2. 興味・喜びの低下	何をしてもつまらない、興味がもてない
3. 罪責感・無価値感	まわりの人々を苛めている、人生に無意味がない
4. 集中力・制止	「さういふことをしてはならない」
5. 疲労感	何かをしようと思っても身体が動かない
6. 睡眠障害	早く起きても起きれない、死にたい
7. 食欲低下	夜眠れぬ、朝早く目が醒める、その夜眠れない
8. 思考・集中力低下	食欲がない、なにを食べてもおいしくない
9. 易疲労性・活動量減	決断できない、物事に集中できない
	疲れやすい、落ち込み、気分が沈む

(注) この米国精神医学会の診断基準では、うつ病では、日常生活機能や社会生活機能への障害となる程度の抑うつ気分、または意欲・興味低下の存在が必須とされている。これら中核症状ともいえる必須症状に加え、表中に示されている症状のうち、全部で5項目以上が2週間以上継続して同時に存在した場合に、うつ病と診断される。

(診断基準は American Psychiatric Association 編、高橋三郎ほか訳：DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引、新訂版、医学書院、2003、具体的な症状は筆者による)

- 1) ここでいう担がん状態とは、根治的な治療切除などが行えず、がんをかかえた状態、典型的には進行したがんをかかえた状態をさしている。
- 2) 本橋伸高編：気分障害の薬物治療アルゴリズム、p.83-99、じほう、2003。