

がん患者のうつと自殺

明智龍男・内富庸介

1. はじめに

がんは1981年にわが国の死亡原因のトップとなり、現在、がんによる死者数は年間32万人を超え、総死亡の30%を占めている。また年間50万人以上が新たにがんと診断されている。がん患者の5年生存率が約50%にまで向上するなどがんに対する新しい治療が飛躍的に進歩している今日においても、がんは致命的疾患の代表であり、がんと診断されること自体が大きなライフイベントになり得る。実際、がん患者においては高頻度に抑うつ状態が認められることが知られている。また抑うつ状態は、一般人口同様、がん患者においても自殺の最大の原因であると考えられており、自殺への有効な対策を考えるうえで、がん患者の経験する抑うつ状態への対応は極めて重要である。本稿では、がん患者の抑うつ状態および自殺に関する知見を概観することを通して、わが国における自殺予防のあり方の一端を考えてみたい。

2. がん患者のうつ

わが国における先行研究から、がん患者にみられるうつ病の有病率は3~10%程度であり、これに、うつ病の予備軍とも言える適応障害をあわせると、抑うつ状態の有病率は、がんの種類、病期を問わず15~40%にのぼることが示されている¹⁻³。このようにがん患者はうつ病、抑うつ状態のハイリスク群であることが明らかになる一方、がん医療の現場では、患者の経験す

る抑うつ状態の多くが看過されており、その結果、抑うつ状態を合併したがん患者のほとんどが適切なケア、医療を受けていない現状が存在する⁴。抑うつ状態が看過される原因としては、医療サイド、患者サイドの双方に要因が存在すると思われるが、がん医療に携わるスタッフの精神症状に関する知識およびトレーニング不足とがん患者の心のケアに従事する精神保健の専門家の絶対的な不足が最も大きな問題であろうと推測される。いずれにしても、冒頭で述べたがんの罹患者数を考えれば、がんに伴いいかに多くの新たなうつ病患者が生まれているかを想像することは難くないであろう。

3. がん患者の希死念慮、自殺

がん医療の現場では、患者から、「早く死んでしまいたい」、「早く逝かせて欲しい」、「安楽死をして欲しい」などの言葉が聞かれることは決して稀ではない。また、時として実際に自殺という悲痛的な結末を迎える事例も経験される。わが国では、1998年以降8年連続して自殺者が3万人を超え、遺書により推測された原因としては健康問題が最大の要因であったことが示されている。また、わが国の一般病院入院患者の自殺事例が罹患していた身体疾患は、がんが最多であったことが報告されている（認定病院患者安全推進事業 提言「病院内における自殺予防」より <http://www.psp.jcqh.or.jp/psp/>）。

内外の先行研究からは、進行・終末期のがん患者においては希死念慮が10~20%程度にみら

れることが示されている⁵⁻⁸。そして、その背景には、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⁵⁻⁸。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一つ、一人の個人として関心を抱いて欲しいという欲求、愛他性の表現、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⁹。従って、「死にたい」と言葉を投げかけてくる患者の背景には、このような様々な「意味」が存在するのである。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、掬い取られてない何らかの患者ニーズや緩和されていない苦痛があることを示唆しており、医療者は、その深い意味を理解し、実際のケアに結びつけていく必要がある。このように考えてみると、死を望むがん患者のほとんどは、生きることへの援助を求めているとも言えるのではないだろうか。

次に、がん患者の自殺に関して概観してみたい。先行研究の多くは、がん患者の自殺率は一般人口に比べて有意に高く、がん患者の自殺率は概ね0.2%程度であることを示している¹⁰⁻¹³。



PROFILE

明智龍男
（あけち たつお 1964年生）
名古屋市立大学大学院医学研究
科准教授
専門：精神医学



PROFILE

内富庸介
（うちとみ ようすけ 1959年生）
日本学術会議連携会員、国立がん
センター東病院臨床開発センター
精神腫瘍学開発部長
専門：臨床医学、精神神経学、精
神腫瘍学

1994年に報告されたメタアナリシスの結果からは、がん患者の自殺率は、一般人口に比べて1.8倍有意に高いことが示されている¹⁴。また、これらの研究に共通する事項として、男性、診断時にすでに進行がんであること、および診断から間がない時期において特に危険率が高いことが共通して示されており、今後、がん患者の自殺予防を考えるうえで貴重な示唆を与えている。

がん患者の自殺に関する心理学的剖検研究がわずかながら存在する。Henrikssonらは、自殺したがん患者60例を非がんの自殺症例60例と比較した結果、両群ともに自殺の最大の原因となっていた精神疾患はうつ病であったが、がん患者の自殺群では、非がんの自殺群に比べて、アルコール依存が少なかったという結果を報告している¹⁵。本結果は、自殺を促進する要因として、がん、非

がんに限らず、うつ病が重要である一方で、アルコール依存など一般人口の自殺の原因としてよく知られた要因に関しては、がん患者ではそれほど顕著ではないことを示唆している。また、Filibertiらは、在宅緩和ケア受療中に自殺した終末期がん患者5例に関して検討を行い、ほとんどの症例に、身体的苦痛のみならず、抑うつをはじめとした精神的苦痛が並存しており、全例に共通してみられた要因として、自律 (autonomy) および自立 (independence) を失うことに対する懸念および他者への依存の拒絶がみられたことを示した¹⁶。

これらの結果を概観すると、希死念慮を有する進行・終末期のがん患者や自殺したがん患者の多くが耐え難い身体症状や精神症状を有している一方で、一般人口における自殺同様、精神症状として最も重要なものはうつ病であることが示唆される。また、終末期に特有の問題として、身体状態の悪化に伴う自立性の喪失、依存の増大など実存的苦痛とも言える症状が希死念慮や自殺に寄与する要因として推測される。

4. わが国における自殺予防の視点から

がん患者の自殺を予防するうえで最も重要なことは、がん患者における自殺を促進する様々な要因を理解し、これらを看過することなく治療することであろう。前項で、がん患者の希死念慮発現に関連する要因や自殺に関連した危険因子、自殺したがん患者の心理学的剖検研究の結果に触れたが、これらから推測されることは、一般人口で知られている自殺の危険因子 (自殺

企図の既往、親しいものとの離別・死別、失職、絶望感など) の十分な評価に加え、特にがんの診断時にすでに進行がんであった症例に対しては、痛みをはじめとした十分な身体症状の緩和に加え、うつ病をはじめとした精神症状の積極的緩和を継続して提供することの重要性が示唆される。しかし、これら要因の重要性が明らかになる一方で、がん医療の現場では、痛みが適切にコントロールされていないことも多く、また、前述したように医療スタッフはがん患者の精神症状、中でも抑うつ状態を適切に認識することができていないことが繰り返し報告されており、現時点では、疼痛コントロールをはじめとした良好な緩和ケアの普及、がん医療に携わる医療スタッフに対しての精神症状に関する適切な情報提供、トレーニングシステムの確立などが急務であろう。また、前述したわが国の一般病院入院患者の自殺事例における検討では、病状の説明や告知の直後に自殺した症例が紹介されていることから、特に進行がん患者に、治療が望めないがんなどのいわゆるbad newsを伝えるコミュニケーションに際して、事実を伝えるのみならず、同時にその後の患者の心理的苦痛に配慮し、適切なサポートを提供することの重要性が示唆される¹⁷。あわせて、がん医療に携わる精神保健の専門家、中でも精神科医、心療内科医の参画を促すことの重要性も忘れてはならない。

がん患者の自殺予防に関して、国際的にコンセンサスの得られた方法があるわけではないが、前述した結果をもとに、現時点において可能なストラテジーを考えてみると、身体、精神、社

会、実存的側面など患者の苦悩の源となっている諸種の苦痛に対して、様々な職種の専門家が協力して、医療チームとして患者に良好な包括的ケアを提供することが最も有用な方法であろう。実際に、イタリアにおける経験として、多職種からなる包括的な在宅緩和ケアを受けていた終末期がん患者は、一般人口に比べても、自殺率が低かったことが報告されている¹⁸。また、がんに関して国民や社会が抱く誤った負のイメージ（例：進行がん＝痛みで苦しみがら死）を是正していくような地道な教育、啓蒙活動も奨励されるべきかもしれない。一方で、現時点においては、自殺の確実な予測法や確立した予防法は存在しないことも覚えておきたい。

5. おわりに

わが国では、2002年に、精神科医、緩和ケア医、看護師の参加を必須とする「緩和ケアチーム」に対しての緩和ケア診療加算が導入された。心のケアを担当する精神科医を緩和ケアチームの構成上の必須条件とする試みは、世界でも類をみないものである。これを受けて、わが国においても次第に緩和ケアチームを院内に設置する施設が増加し、また国内の多くの施設から緩和ケアチームに精神科医の参画を求める声があがっている。こういった世界に先駆けた動きが、ひいてはがん患者の自殺予防としての一翼を担い、結果的にわが国の自殺者の低減に結びついていくことを願いたい。自ら死を選択することでしか未来を描くことのできなかった患者の心の奥底に広がっていたであろう苦悩に想いを馳

せると、高度医療の発展、進歩の影で置き去りにされてきた感が否めない、緩和ケアやこころのケアの重要性が今更ながら浮き彫りになるようである。

参考文献

1. Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al. Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol* 2004; 22:1957.
2. Okamura H, Watanabe T, Narabayashi M, et al. Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors. *Breast Cancer Res Treat* 2000; 61:131.
3. Uchitomi Y, Mikami I, Nagai K, et al. Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 2003; 21:89.
4. Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al. Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 1998; 16:1594.
5. Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al. Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer. *Cancer* 2004; 100:183.
6. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, et al. Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1185.
7. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *Jama* 2000; 284:2907.
8. Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, et al. Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. *Cancer* 2002; 95:1085.
9. Coyle N, Sculco L. Expressed desire for hastened death in seven patients living with advanced cancer: a phenomenologic inquiry. *Oncol Nurs Forum* 2004; 31:899.
10. Miccinesi G, Crocetti E, Benvenuti A, et al. Suicide mortality is decreasing among cancer patients in Central Italy. *Eur J Cancer* 2004; 40:1053.
11. Yousaf U, Christensen ML, Engholm G, et al. Suicides among Danish cancer patients 1971-

1999. Br J Cancer 2005; 92:995.
12. Schairer C, Brown LM, Chen BE, et al. Suicide after breast cancer: an international population-based study of 723,810 women. J Natl Cancer Inst 2006; 98:1416.
 13. Hem E, Loge JH, Haldorsen T, et al. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. J Clin Oncol 2004; 22:4209.
 14. Harris EC, Barraclough BM. Suicide as an outcome for medical disorders. Medicine (Baltimore) 1994; 73:281.
 15. Henriksson MM, Isometsa ET, Hietanen PS, et al. Mental disorders in cancer suicides. J Affect Disord 1995; 36:11.
 16. Filiberti A, Ripamonti C, Totis A, et al. Characteristics of terminal cancer patients who committed suicide during a home palliative care program. J Pain Symptom Manage 2001; 22:544.
 17. Fujimori M, Parker PA, Akechi T, et al. Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. Psychooncology 2007; 16:617.
 18. Ripamonti C, Filiberti A, Totis A, et al. Suicide among patients with cancer cared for at home by palliative-care teams. Lancet 1999; 354:1877.

「学術の動向」平成20年4月号の予告

(平成20年4月1日発行予定)

特集1 「人口とジェンダー—少子化対策は可能か—」

- 執筆者 桜井万里子 (日本学術会議第一部会員、東京大学名誉教授)
 小川眞里子 (日本学術会議連携会員、三重大学人文学部教授)
 姫岡とし子 (日本学術会議連携会員、筑波大学大学院人文社会科学系研究科教授)
 荻野美穂 (日本学術会議連携会員、大阪大学大学院文学研究科教授)
 落合恵美子 (日本学術会議第一部会員、京都大学大学院文学研究科教授)
 白波瀬佐和子 (日本学術会議連携会員、東京大学大学院人文社会系研究科准教授)
 江原由美子 (日本学術会議第一部会員、首都大学東京都市教養学部教授)
 杉田 敦 (日本学術会議連携会員、法政大学法学部教授)
 武川正吾 (日本学術会議連携会員、東京大学大学院人文社会系研究科教授)
 上野千鶴子 (日本学術会議第一部会員、東京大学大学院人文社会系研究科教授)

特集2 「社会学の今日から明日へ」

- 執筆者 厚東洋輔 (日本学術会議連携会員、大阪大学大学院人間科学研究科教授)
 吉見俊哉 (日本学術会議連携会員、東京大学大学院情報学環教授)
 宮本みち子 (日本学術会議連携会員、放送大学教養学部教授)
 伊藤公雄 (日本学術会議連携会員、京都大学大学院文学研究科教授)
 平岡公一 (日本学術会議連携会員、お茶の水女子大学文教育学部教授)
 笹谷晴美 (日本学術会議連携会員、北海道教育大学札幌校教授)
 佐藤嘉倫 (日本学術会議連携会員、東北大学大学院文学研究科教授)
 園田茂人 (日本学術会議連携会員、早稲田大学大学院アジア太平洋研究科教授)
 松本 康 (日本学術会議連携会員、立教大学社会学部教授)
 盛山和夫 (日本学術会議連携会員、東京大学大学院人文社会系研究科教授)

2008年7月1日発行(年4回1,4,7,10月号)1日発行第10巻第3号(通巻第37号)/平成12年6月27日第三種郵便物認可/ISSN1345-5676

緩和医療学

Japanese Journal of Palliative Medicine

7

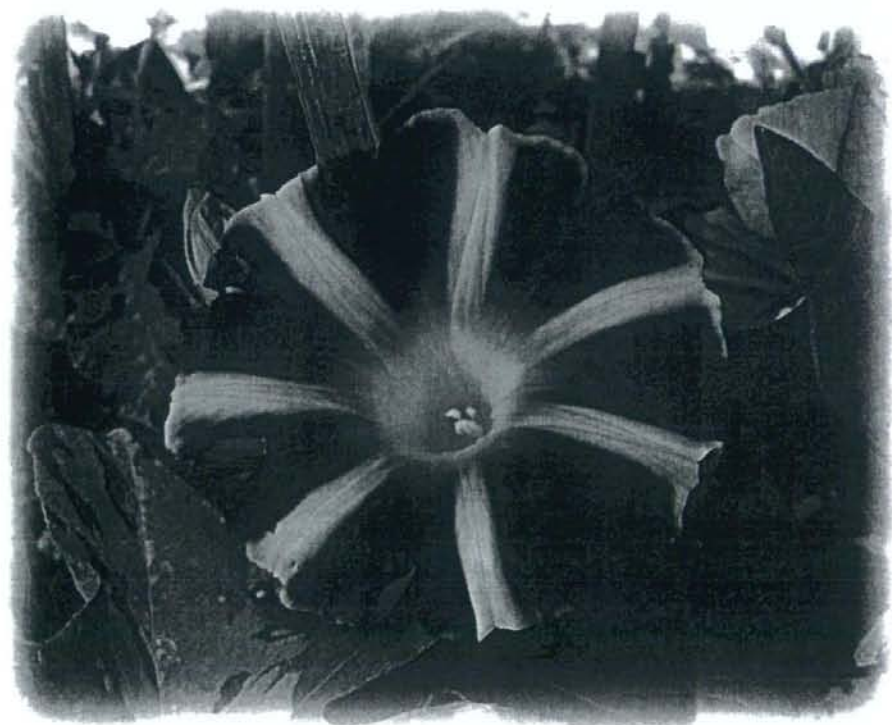
vol.10 no.3

2008

先端医学社

特集 ● 緩和ケア—これからの10年をみつめる
対談 ● “緩和ケアチームへエールをおくる” 鎌田 實 × 飯嶋哲也

(諏訪中央病院名誉院長) (山梨大学医学部麻酔科)



研究プロジェクト⑦

精神心理的介入のエビデンス



明智龍男*



がん患者の不安や抑うつなどの精神症状緩和を目的とした精神心理的介入に関してはさまざまな検討がおこなわれている。本稿では、わが国のサイコオンコロジーの領域でおこなわれている精神心理的介入について代表的な研究を概観した。これまでにおこなわれてきた研究として、集団精神療法（グループ療法）、がん患者支援プログラム、回想法（ライフレビューインタビュー）、進行がん患者の抑うつに対するメタアナリシスを紹介した。また、現在おこなわれている研究として、ディグニティセラピー：あなたの大切なものを大切なひとに伝えるプログラム、問題解決療法について記した。最後に、今後おこなわれる可能性がある研究として、予期悪心・嘔吐に対する行動療法およびナラティブ・セラピーを紹介した。

はじめに

がん患者に対する精神心理的介入の概観

がん患者の不安や抑うつなどの精神症状緩和を目的とした精神心理的介入に関してはさまざまな検討がおこなわれており、とくに海外では、無作為化比較試験を含め多くの報告がなされている。一方、わが国においては、サイコオンコロジー

のがん医療への導入や臨床研究をおこなううえで、の基盤整備の遅れもあり、がん患者の精神症状に対する精神心理的介入法の開発などに対する取り組みも欧米に先んじられているのが現状である。筆者自身が知るかぎりでは、東海大学の保坂ら¹⁾が1990年代におこなった乳がん患者を対象とした集団精神療法が、わが国における精神心理的介入研究の端緒ではないかと思われるが、以降徐々にわが国の医療システムを念頭においた介入研究がおこなわれるようになってきた。

本稿では、わが国のサイコオンコロジーの領域でおこなわれてきた精神心理的介入についてこれまでの代表的な研究を概観するとともに、筆者が把握している現時点でおこなわれている介入研究

KEY WORDS

サイコオンコロジー
精神心理的介入
精神症状緩和
不安・抑うつ

* AKECHI Tatsuo/名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学

に関しても紹介したい。

1. これまでにおこなわれてきた研究

1) 集団精神療法 (グループ療法)

がん患者を対象とした精神心理的介入研究としては、わが国でもっとも早く着手され、また最も幅広く試行されてきた介入が、集団精神療法ではないかと思われる。

がん患者に対する集団精神療法は、グループリーダーからのアプローチを軸として、同様な状況に置かれた者どうしの相互支持の場として機能し、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技法である。本治療法においては、原則的に個人の心理的問題や行動については扱わず、一般的な話として有効なコーピングなどについて話しあうことが多い。同じ部位のがん患者や同じ治療を受けた患者といった均質なグループであれば、お互いに体験をわかちあい理解できるため、孤立感の軽減が図られやすい。がん患者に対して、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)、感情表出とカタルシス、集団としての凝集性、心理教育、認知の再構成そして実存的な要因などがあげられている。

わが国においては、構造化された短期介入法として、前述した保坂ら¹⁾が乳がん患者を対象として本治療を導入し、その有効性を示唆し、国立がんセンターのサイコオンコロジーグループ²⁾が乳がん患者を対象とした無作為化比較試験で、わが国のがん患者に対する有用性を実証した。なお、筆者が知るかぎり、現時点においては、国立がんセンターでおこなわれた本臨床試験が、がん患者を対象として精神心理的な介入の有効性を無作為化比較試験で検討した唯一の報告である。

2) がん患者支援プログラム

がん医療の現場では、患者の抑うつ状態が看過されやすいことがくり返し報告されている。一方、

プライマリーケア領域における研究から、精神症状をスクリーニングするのみでは、患者アウトカムに改善をもたらすことができないことが示されていることから、がん患者の抑うつ症状緩和を成し遂げるうえでの有用なストラテジーの1つとして、抑うつのスクリーニングを何らかの治療プログラムに組み込むことが考えられる。また、わが国のがん専門病院精神科における臨床経験からは、がん患者の場合、抑うつ状態の背景には、優先的に対処すべき身体的問題 (痛みなど)、がんに関する誤解や適切な知識の欠如などが存在することもまれではないことが示唆されているため、これら対応可能な要因を同定し、患者自身のニーズをかんがみながら、薬物療法、精神療法などを個別的・複合的に提供する介入法の有用性が示唆された。このような視点から、国立がんセンターのサイコオンコロジーグループは、心理教育用のパンフレット、簡便でかつ感度、特異度にすぐれた2問の自己記入式スクリーニング法 (つらさの寒暖計)、がん患者のかかえる身体的および心理社会的問題を評価し、これらに対する有効な支援方法を個別的に検討するための面接法、がん患者の精神症状に対する精神療法マニュアル、がん患者のうつ病に対する薬物療法アルゴリズムなどを作成、開発し、これらを「がん患者支援プログラム」として統合した。本プログラムの実施可能性を知る目的で、抑うつの有病率が高いことが示されている再発乳がん患者を対象とした予備的な臨床試験をおこなった結果、高い実施可能性、予備的な有用性が示されている³⁾。

3) 回想法 (ライフレビューインタビュー)

終末期がん患者にみられる精神的苦悩 (自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛) に対しての有効な介入法は内外いずれにおいても確立されていない。この精神的苦悩を緩和する目的で、聖マリア大学の安藤ら⁴⁾は、回想法をもとにした介入法を試みている。

回想法は、もともと、米国の精神科医のR・バ

トラが提唱した、高齢者に対する心理的援助法の1つである。言語による刺激や材料(写真、音楽など)による記憶への刺激をとおして、自己評価の増大、自己の連続性への確信の強化をもたらす、人生の未解決の課題と向かいあい、人生の再統合へと導くことを目的とした面接法の1つである。過去の自分を振り返ることによって、過去から現在に至る自己に対する評価が高められ、現在の自分をより肯定的に受け入れることができるようになると考えられている。がん患者は比較的高齢であることが多く、がん罹患することはそれ以前に経験された喪失を重ねることでもあるため、自己評価を高めるために、このようなライフレビューインタビューをおこない、折りにふれその誇りの部分を扱うと有効であることが示唆されてきた。

安藤ら⁴⁾は、終末期がん患者の身体状態をかんがみ、2回で完結する簡便な短期回想法を開発した。本法においては、初回の面接において、「人生において重要と思われること」、「人生において最も印象深い思い出」、「人生において分岐点となったこと、強く影響を受けた人物や出来事」、「人生における自分が果たした重要な役割」、「誇りに思うこと」などに関する質問をおこなうことをとおして、短期回想法を実施する。2回目の面接では、初回の回想をもとに自分史を作成しておき、その内容の確認作業をおこなう。安藤ら⁴⁾は、終末期がん患者を対象に本介入を実施し、Spiritual well-being、抑うつ感、不安が改善することを示唆している。さらに、現在、安藤らの研究グループは、終末期がん患者に対する本介入の有効性を検証するために、傾聴群のみの群との無作為化比較試験を実施中である。

4) 進行がん患者の抑うつに対する メタアナリシス

進行がん患者の抑うつに対する精神療法の有用性に関しては、実証レベルが明らかでなかったため、名古屋市立大学のグループが中心となり、コ

クラン共同計画の枠組みを用いて系統的レビューをおこなった。適格条件を満たし、データの統合が可能であった研究は6報であったので、これらを用いてメタアナリシスをおこなった結果(介入群n=292, 対照群n=225)、精神療法の提供は、通常の治療のみにくらべて有意に抑うつを改善することが示された(effect size = -0.44 [95% CI = -0.08 to -0.80])⁵⁾。一方、抽出された6報のうち4つの研究が死まで治療を継続するタイプの支持-表出的精神療法であり、それぞれ1つが認知行動療法、問題解決療法であった。今回の検討から、進行がん患者の抑うつ軽減に対して精神療法は有用であり、中等度の効果を有することが示された。しかし、実際におこなわれていた治療技法は多くが長期間継続する支持-表出的な精神療法であり、昨今欧米で頻用されている構造化された認知行動療法の有用性に関しては今後の研究が必要であることが示された。

2. 現在おこなわれている研究

つきに、現時点において、研究報告として学術誌に掲載されるような段階ではないが、筆者が把握している現在施行中の研究に関して紹介する。

1) ディグニティセラピー (dignity therapy)

ディグニティセラピーは終末期患者の尊厳を維持、改善する簡便な介入法として、カナダで開発され、その実施可能性や予備的な有用性が報告されている介入法である⁶⁾。

ディグニティセラピーでは、定式化された質問プロトコルにもとづいて面接がおこなわれ、「患者が最も誇りに思っていること」「最も意味があったと感じること」「個人的記録のなかで覚えておいてもらいたいこと」などについて話す機会が提供される。本面接内容の録音および逐語化がおこなわれた後に、患者との共同作業にて編集がおこなわれ、「生成継承性文書 (generativity document)」（「generativity」は、1950年代に精神分析家のエリクソンが、「生み出す generate」

と「世代generation」という2つの言葉を掛けあわせてつくった造語であり、もともと「次世代を確立させ、導くことへの関心」と定義されている概念である」として患者のもとに届けられる。本セラピーは、このような介入をとおして、患者の考えや思いが今後も受け継がれる価値あるものとして明確に経験することができ、また、患者にとって生きるうえでの目的、意味、価値観の支えになることを意図している。さらに、終末期の身体状態を考慮し、実際の介入はおおむねインタビュー1回と共同作業による文書の編集1回と、きわめて簡便なものとなっている。

わが国においても、厚生労働省の研究班により、本介入法の精神的苦悩に対する有効性を検討するための多施設共同研究（複数の緩和ケア病棟、がん専門病院、大学病院などが参加する介入の実施可能性、予備の有用性を検討するための臨床試験）が始まっており、現在症例集積中である。なお、dignity therapyという名称に対する適切な邦訳がなかったため、研究班で話しあいをおこなった結果、原語をそのまま日本語標記するとともに内容を表す副題をつけ、「ディグニティセラピー：あなたの大切なものを大切なひとに伝えるプログラム」と呼称することになった。

2) problem solving therapy (問題解決療法)

問題解決療法は認知行動療法の一技法であり、心理的苦痛発現の原因となっている現実的なストレス状況に対し、定式化された方法で対処し、実際の問題解決を図ったり、問題解決能力を高めたりすることをとおして心理的苦痛の軽減を図ることを意図した介入法である。問題解決療法は、うつ病や不安障害をはじめ、さまざまな精神疾患に対して有用であることが実証されており、近年では、がん医療の現場において、がん患者やその配偶者、小児がん患児の母親の経験する心理的苦痛に対する応用も試みられるようになってきている。

問題解決療法では、ストレスマネジメントや

問題解決に関する心理教育をおこなったうえで、心理的苦痛の背景に存在するストレス状況（個人にとっての日常生活上の「問題」）を整理し、その優先順位や解決可能性を検討したうえで（第一段階）、その問題に対する達成可能で現実的な目標を設定し（第二段階）、さまざまな解決方法を列挙しながら（第三段階）、それぞれの解決方法についてのメリットとデメリットを評価した後に、最良の解決方法を選択・計画し（第四段階）、実行およびその結果を検討する（第五段階）、といった段階的で構造化された簡便な治療技法である。

われわれは、これまでのがん医療での臨床経験において、心理的苦痛をかかえることになったがん患者には認知の歪みは顕著ではなく、むしろがん罹患に伴う現実的な諸種の困難状況が不安や抑うつ状態の背景にあることが多いと感じてきた。したがって、一般の精神科臨床でおこなわれている認知療法や認知行動療法にくらべて、問題解決療法のほうが、がん患者には適しているとの仮説から、われわれは、大阪大学の平井、関西福祉大学の本岡らと協力して、わが国のがん患者を念頭においた問題解決療法のプログラムを開発中である。現在、がんのサバイバーシップにおける不安、抑うつ、なかでも再発不安を標的とした臨床試験を計画中である。

3. 今後おこなわれる可能性がある研究

1) 予期悪心・嘔吐に対する行動療法

がん患者が最も嫌悪する抗がん剤の有害事象の1つとして、激しい悪心、嘔吐が知られている。抗がん剤による悪心、嘔吐は通常化学療法の1～3時間後に発現することが多いが、催吐作用の強い抗がん剤（シスプラチンなど）をくり返し投与されている患者では、治療室に入ったり、点滴のボトルをみたり、注射の前にアルコール消毒をさただけで悪心、嘔吐をきたすことがあり、予期悪心・嘔吐とよばれている。予期悪心・嘔吐が生ずる機序としては、学習理論にもとづく古典的条

件づけが深く関与していることが示唆されている。つまり、くり返し抗がん剤の治療を受けているうちに、有害事象としての悪心・嘔吐が条件づけられ、もともとは意味をもたなかった病院内の環境や医療者の行為などが合図となって症状が発現すると考えられている。予期悪心・嘔吐に対しては、通常の制吐剤は無効であり、前述したように条件づけが関与していることから、系統的脱感作など行動療法的なアプローチが用いられる⁷⁾。なかでも抗がん剤の有効性が高いがんに対する治療においては、予期悪心・嘔吐の適切な評価とマネージメントはきわめて重要である。

わが国においては予期悪心・嘔吐に対しての行動療法的なアプローチの有効性が検証されていないため、埼玉医科大学や名古屋市立大学が中心となり、新たな治療法の開発を含め、介入の有効性を検討する臨床研究が計画されている。

2) ナラティブ・セラピー⁸⁾

ナラティブ・セラピー (narrative therapy) は、もともと、家族療法の一学派として提唱された社会構成主義の思想を背景に発展してきた治療技法である。ナラティブ・セラピーの背景には、「問題が問題であり、人や人間関係が問題ではない」という考え方があり、問題を人々から離れたものとして捉えること (外在化) が最も重要視され、治療においては、人々がもともと有するスキルや遂行能力、信念、価値観などを駆使して、問題と人々の関係が変化することで、問題を解消させてゆくことを目標とする。ナラティブ・セラピーにおける面接では、まず人々に内在化された問題 (問題の原因を患者の内面に求めること) についてのストーリーとは矛盾するエピソードに注目することによって、それまで気づかれなかった解決経験が共有され、ついで、治療において得られた新しいストーリーを豊かにしていくことをとおして、問題との関係を変容させていく。治療において得られた新しいストーリーを豊かにしていく取り組みとしては、小森ら⁹⁾が愛知県がんセンター

でおこなっている「アンチ・キャンサー・リーグ」がその一例である (<http://www.pref.aichi.jp/cancer-center/200/235/index.html>)。「アンチ・キャンサー・リーグ」は、ウェブ上治療コミュニティとして、入院緩和ケア経験者とその家族をメンバーとして構成されている。主たる活動は、「メンバーの声」および「家族の声」として、患者および家族のがん治療経験を、当事者自身によって公開してもらうことである。それによって、当事者ならではの知識が共有されると共に、そこにアクセスした人々に連帯感を獲得することが期待されている。

サイコオンコロジーや緩和ケア領域における一部の研究テーマは、自然科学的手法のみでは困難なものもあり、ナラティブ・セラピーの有用性に関する研究にも関心が寄せられつつある。

3) その他

海外では、expressive writing (教示文にしたがい、自己の心の奥底にある考えや感情を筆記するという手法)、新世代の認知行動療法ともよばれる acceptance and commitment therapy や患者と配偶者を含めた家族療法なども試みられており、その有用性が示唆されている。また、わが国で生み出された内観療法や森田療法なども、今後、検証するに値する治療技法であろう。

おわりに

以上、わが国における精神心理的介入研究の現状について紹介した。本稿を読まれてお気づきの方も多いかと思われるが、残念ながらわが国においては、精神心理的介入に関する良質な研究はまだまだきわめて乏しいのが現状である。時代や文化に色濃く影響を受ける可能性があるところの状態を対象におこなう精神心理的な治療技法を考えるうえでは、わが国の患者を対象とした実証的な研究の積み重ねが望まれる。さらに、サイコオンコロジーに携わる一研究者としては、自然科学的な考え方と人間科学的な手法を融合させ、わが国

の文化にも受け入れやすい治療技法の提供につながるような介入研究がおこなわれることを望んでいることをお伝えして本稿の締めくくりとしたい。

■ 文 献 ■

- 1) Hosaka T, Sugiyama Y, Hirai K *et al* : Effects of a modified group intervention with early-stage breast cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry* 23 : 145-151, 2001
- 2) Fukui S, Kugaya A, Okamura H *et al* : A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer* 89 : 1026-1036, 2000
- 3) Akechi T, Taniguchi K, Suzuki S *et al* : Multifaceted psychosocial intervention program for breast cancer patients after first recurrence : feasibility study. *Psychooncology* 16 : 517-524, 2007
- 4) Ando M, Morita T, Okamoto T *et al* : One-week Short-Term Life Review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Psychooncology* 29, 2007
- 5) Akechi T, Okuyama T, Onishi J *et al* : Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* 16, 2008
- 6) Chochinov HM, Hack T, Hassard T *et al* : Dignity therapy : a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol* 23 : 5520-5525, 2005
- 7) Morrow GR, Morrell C : Behavioral treatment for the anticipatory nausea and vomiting induced by cancer chemotherapy. *N Engl J Med* 307 : 1476-1480, 1982
- 8) 小森康永 : 緩和医療におけるナラティブ・セラピー. *緩和医療学* 10 : 43-48, 2008

分子精神医学

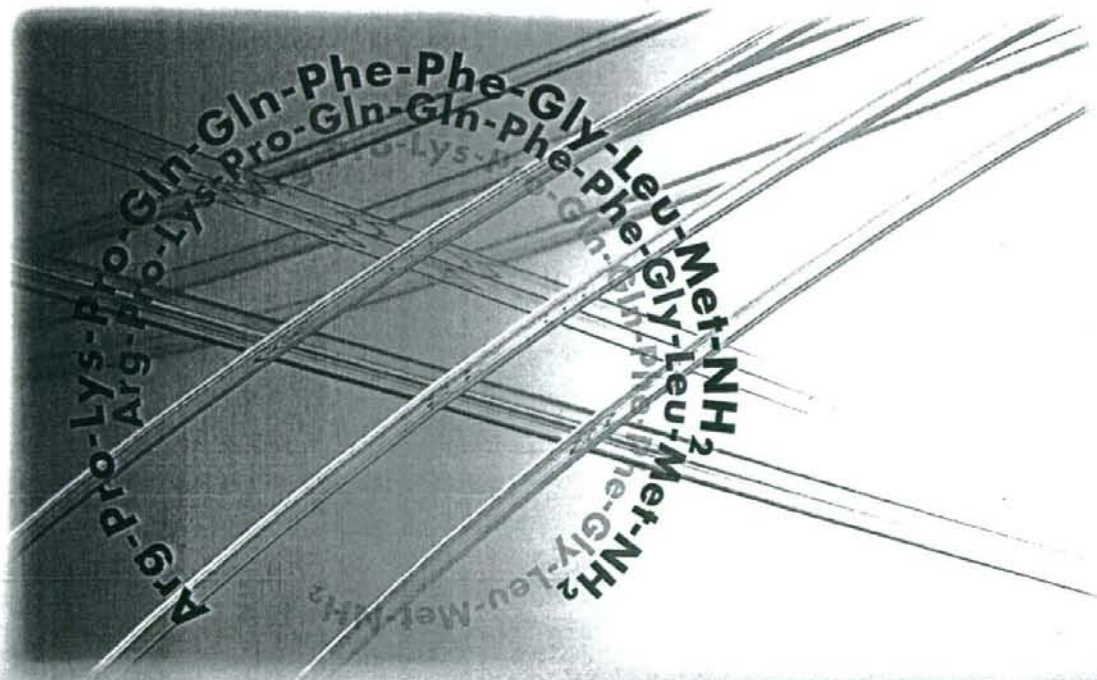
Japanese Journal of Molecular Psychiatry

7

Vol.8 No.3 2008

特集 神経ペプチド

連載
精神医学と倫理
気になる脳部位
Journal Club
精神科領域の用語解説
注目の遺伝子
私の研究紹介
研究会 Reports



先端医学社

第7回 がん患者の抑うつと不安に関する研究会

がん患者はなぜ死を望むのか

明智龍男*

◆はじめに

がんは1981年にわが国の死亡原因のトップとなり、現在においてもその死亡者数は増加の一途にある。がんによる死亡者数は現在32万人を超え、総死亡の約30%を占めている。このように、がんはわが国にお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大きな精神的負担となりうる。それゆえ、がん患者の経験する苦悩は深く、実地医療の現場では、患者から、「早く死んでしまいたい」、「早く逝かせて欲しい」、「安楽死をさせて欲しい」などの言葉が聞かれることは決してまれではない。また、実際に自殺という悲痛な結末を迎える事例も経験する。

本稿では、がん患者、中でも進行・終末期がん患者に認められる希死念慮の頻度や希死念慮発現に関連する臨床的な諸要因、自殺に関する内外の知見を紹介することを通して、死を望むがん患者を前にわれわれ医療者がなすべきことを考察する一助としたい。

◆がん患者の希死念慮

1) 頻度

がん患者、中でも進行・終末期がん患者を対象として、希死念慮や安楽死、自殺補助の希望を検討した先行研究の結果を概観すると、10~20%程度に希死念慮を有する患者や安楽死を望む患者が存在することが示されている。多くは、緩和ケアサービスを受けているがん患者が対象であるが、これらの患者においても希死念慮が認められることは決してまれではないことが示されている。

2) 希死念慮発現に関連する要因

それでは、がん患者はなぜ早い死を望むのであろうか？がん患者の希死念慮発現に関連する身体的、心理社会的な要因に関する先行研究を紹介する。

① 身体的要因

最も多くの研究で検討されてきたのが痛みをはじめとした身体的苦痛である。Chochinovら¹⁾は、終末期がん患者を対象として、希死念慮に関連する要因を検討し、痛み、抑うつ、家族からの社会支援（ソーシャルサポート）の乏しさが希死念慮に有意に関連していたことを報告した。さらに、これらの要因の相互関係を検討し、希死念慮に最も直接的に関係する症状は抑うつであり、痛みと家族のサポートは抑うつを介して間接的に希死念慮に寄与している可能性を示唆した。

ついでChochinovら²⁾は、終末期がん患者の生きる意志（will to live）に関連する要因を経時的に追跡し、生きる意志を阻害する予測要因としては、当初は不安、抑うつなど精神的要因の役割が大きく、病状が進行するにつれて、有意な予測因子が呼吸困難など身体的要因に移りていくことを示した。

われわれは、進行肺がん患者を対象とした検討から、がんの診断病名の説明（告知）から6ヵ月後の時点における希死念慮の頻度は軽度のものも含めると15%であり、その危険因子の一つは、診断病名の説明後・初期治療前の痛みであることを示した³⁾。本検討において、痛みの増加は危険因子ではなかったことから、軽度のものであっても長期間継続する痛みが、患者にとっての希死念慮の原因になりうることを示唆された。

AKECCHI Tatsuo/*名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学

以上の結果を概観すると、痛み、呼吸困難などの身体症状は、進行・終末期がん患者の希死念慮の発現に関連していることが示唆される。一方で、希死念慮と身体症状との関係は、単純なものではないことがしだいに明らかにされつつあるといえよう。

② 心理社会的要因

前項で紹介した、われわれが行った進行肺がん患者を対象とした検討では、希死念慮の有意な危険因子として、痛みとともに抑うつ状態（適応障害および大うつ病）への罹患があげられることを明らかにした。さらに、終末期がん患者140名を対象とした検討から、9%に明らかな希死念慮が認められ、自己記入式評価尺度で評価した不安・抑うつが有意な関連要因であることを示した⁴⁾。

オランダは安楽死が実施されている国として広く知られているが、2005年、終末期がん患者を対象として、抑うつ状態の有無とその後の安楽死要請の有無を検討した縦断的研究の結果が報告された⁵⁾。本研究では、大病院の腫瘍内科から推定予後3ヵ月未満の終末期がん患者を連続的にサンプリングし、抑うつ状態の有無を自己記入式評価票にて評価するとともに、その後の経過において、患者から明白な安楽死の要請が行われたか否かを検討した。その結果、参加者のうち、22%から明白な安楽死の要請が行われ、抑うつ状態を有していた群は、有していない群にくらべて、安楽死要請の割合が4.1倍高かったことが示された。本研究は、緩和ケアを受けている患者を対象としたものではないが、がん医療の現場で、抑うつ状態の存在が実際の安楽死要請に与える影響の大きさを示した貴重な報告である。

③ 実存的苦痛

最近、実存的な苦痛と希死念慮の関連についての報告が散見されるようになってきた。さきほど紹介した Chochinov ら¹¹⁾は、終末期がん患者を対象に、抑うつに加え、絶望感と希死念慮の関係について検討を行い、絶望感は抑うつとは独立した希死念慮の関連要因であるのみならず、絶望感のほうが抑うつよりも、より強い要因である可能性を示した⁶⁾。Breitbart ら⁷⁾は、終末期がん患者の希死念慮に関連する広範な要因の検討を行い、身体的機能、抑うつ、ソーシャルサポート、絶望感が有意

表 1. がん患者の自殺の危険因子

がん関連	進行がん、頭頸部がん
身体症状	痛み、身体的機能低下
精神症状	大うつ病、絶望感、実存的苦痛
その他	男性、乏しい社会的サポート、 がん診断から数ヵ月以内 自殺企図の既往および家族歴

に関連していたことを示すとともに、これらの要因の中でも絶望感と抑うつとの関連が強かったことを報告した。また終末期がん患者を対象としたわれわれの検討から、希死念慮の主要な要因として、がんの今後の経過についての不安および懸念、絶望感、家族の重荷になっているという懸念などの実存的要因が重要であることが示された⁴⁾。このように、近年の報告から、希死念慮と実存的苦痛のあいだには強い関連が存在することが示唆されている。

◆がん患者の自殺

次に、がん患者の自殺に関して概観してみたい。先行研究の多くは、がん患者の自殺率は一般人口にくらべて有意に高く、がん患者の自殺率はおおむね0.2%程度であることことを示している。1994年に報告されたメタアナリシスの結果からは、がん患者の自殺率は、一般人口にくらべて1.8倍有意に高いことが示されている⁸⁾。また、これらの研究に共通する事項として、男性、診断時にすでに進行がんであること、および診断から間がない時期において特に危険率が高いことが共通して示されており、今後、がん患者の自殺予防を考えるうえで貴重な示唆を与えている。

がん患者の自殺に関しての心理学的剖検研究がわずかながら存在する。Henriksson ら⁹⁾は、自殺したがん患者60例を非がんの自殺症例60例と比較した結果、両群ともに自殺の最大の原因となっていた精神疾患はうつ病であったが、がん患者の自殺群では、非がんの自殺群にくらべて、アルコール依存が少なかったという結果を報告している。本結果は、自殺を促進する要因として、がん、非がんにかぎらず、うつ病が重要である一方で、アルコール依存など一般人口の自殺の原因としてよく知られた要因に関しては、がん患者ではそれほど顕著ではな

いことを示唆している。また、Filibertiら¹⁰⁾は、在宅緩和ケア受療中に自殺した終末期がん患者5例に関して検討を行い、ほとんどの症例に、身体的苦痛のみならず、抑うつをはじめとした精神的苦痛が並存しており、全例に共通してみられた要因として、自律 (autonomy) および自立 (independence) を失うことに対する懸念および他者への依存の拒絶がみられたことを示した。

◆おわりに

これらの結果を概観すると、希死念慮を有する進行・終末期のがん患者や自殺したがん患者の多くが、耐え難い身体症状や精神症状を有している一方で、一般人口における自殺同様、精神症状として最も重要なものはうつ病であることが示唆される (表1)。また、終末期に特有の問題として、身体状態の悪化に伴う自立性の喪失、依存の増大など実存的苦痛ともいえる症状が希死念慮や自殺に寄与する要因として推測される。

わが国の医療の現場においても、死を望むがん患者に出会うことは決してまれなことではない。しかし、これらの背景には、すくいとられていない患者の身体あるいは心理的な苦痛が存在しており、希死念慮を安易に合理的なものであると判断することは危険であることが示唆される。換言すると、死を望む患者は、生きることへの援助を求めているともいえるのかもしれない。

文 献

- 1) Chochinov HM, Wilson KG, Enns M *et al* : Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 152 : 1185-1191, 1995
- 2) Chochinov HM, Tatarzyn D, Clinch JJ *et al* : Will to live in the terminally ill. *Lancet* 354 : 816-819, 1999
- 3) Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y *et al* : Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. *Cancer* 95 : 1085-1093, 2002
- 4) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y *et al* : Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer. *Cancer* 100 : 183-191, 2004
- 5) van der Lee ML, van der Bom JG, Swarte NB *et al* : Euthanasia and depression : a prospective cohort study among terminally ill cancer patients. *J Clin Oncol* 23 : 6607-6612, 2005
- 6) Chochinov HM, Wilson KG, Enns M *et al* : Depression, Hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics* 39 : 366-370, 1998
- 7) Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H *et al* : Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA* 284 : 2907-2911, 2000
- 8) Harris EC, Barraclough BM : Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine (Baltimore)* 73 : 281-296, 1994
- 9) Henriksson MM, Isometsa ET, Hietanen PS *et al* : Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 36 : 11-20, 1995
- 10) Filiberti A, Ripamonti C, Totis A *et al* : Characteristics of terminal cancer patients who committed suicide during a home palliative care program. *J Pain Symptom Manage* 22 : 544-553, 2001

PSYCHIATRY

精神科®

Aug.
2008
Vol.13No.2

特集 I. サイコオンコロジー

サイコオンコロジーの歴史と現状

東京医科歯科大学心療・緩和医療学 松島英介

サイコオンコロジーの臨床

埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科 大西秀樹ほか

サイコオンコロジーにおけるEBM

名古屋市立大学精神・認知・行動医学 明智龍男

総合病院におけるサイコオンコロジー

—緩和ケアチームでの活動を通じて—

昭和大学東病院精神・神経科 篠田淳子

ホスピスとサイコオンコロジー

群馬大学神経精神医学 間島竹彦ほか

特集 II. 病院・医学部以外での精神科医の仕事

政策立案を担う

国立精神・神経センター精神保健研究所 竹島 正ほか

医療観察法制度における

精神医療と精神科医の役割

花巻病院精神科 高橋 昇ほか

大学生の精神保健を支える

一橋大学保健センター 丸田伯子

科学評論社

特集 サイコオンコロジー

サイコオンコロジーにおけるEBM*

● 明智龍男**

Key Words: psycho-oncology, cancer, EBM

はじめに

最近ではすでに使い古されてきた感がある evidence based medicine (EBM) という言葉であるが、著者に与えられたテーマの目的を明らかにしておくために、EBMの概念を振り返っておきたい。EBMとは一人一人の患者の診療に際して、医師の臨床経験とその時点で入手可能なもっとも質の高いエビデンスを統合することにより、個々の患者の価値観を最大限に尊重する医療実践のことである¹⁾。本稿のタイトルは、サイコオンコロジーにおけるEBMであるが、「サイコオンコロジーに特異的なEBM実践」が存在するわけではないので、實際上、サイコオンコロジー領域で得られている現在のエビデンス、なかでも、臨床実践の上で不可欠となる、がん患者の精神症状緩和に関する内外の知見を中心に概説した。より具体的には、がん患者における精神疾患の有病率、治療、早期発見、予防に関して、可能な限り実証性の高い重要な知見をまとめた。

がん患者に頻度の高い精神疾患

がん患者にみられる精神疾患の種類や頻度に関して、構造化診断面接法などの厳密な手法を用いて行われた有病率調査が複数施行されてい

る。Derogatisらは、米国においてがんの診断病名の説明(がん告知)が一般化した1970年代後半に、無作為抽出された215名の診断告知を受けたがん患者を対象としてDSM-IIIに基づく構造化面接を行い、47%のがん患者がなんらかの精神医学的診断基準を満たし、そのうちもっとも多く認められたものは適応障害(32%)で、大うつ病(6%)とせん妄(4%)がそれに続いていたことを明らかにした²⁾。わが国の診断病名の説明を受けたがん患者を対象として、DSM-III-Rに準拠した構造化診断面接を行った同様の検討からは、病期によって異なるものの、がん患者の5~35%が適応障害、4~9%が大うつ病に罹患していること、およびこれら頻度は進行がん患者でより頻度が高いことが示されている^{3)~7)}。

一方、がんの病期によってがん患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。Minagawaraらは、わが国の緩和ケア病棟に入院した終末期がん患者を連続的にサンプリングし、その精神症状の有病率調査を行ったが、対象の54%に精神医学的診断が認められ、もっとも頻度の高かった診断はせん妄の28%であったことを報告している⁸⁾。Lawlorらは、緩和ケア病棟入院中の進行がん患者を対象として、せん妄の有病率を経時的に検討した結果、入院時には42%、死亡前6時間前に限ると88%の患者にせん妄が認められたことを報告している⁹⁾。

* EBM in psycho-oncology.

** Tatsuo AKECHI, M.D.: 名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学分野[〒467-8601 愛知県名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1]; Department of Psychiatry and Cognitive-Behavioral Medicine, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences, Nagoya, Aichi 467-8601, Japan.

以上より、病期を問わず、がん患者のおおむね半数には操作的診断基準に基づくなんらかの精神疾患が認められ、なかでも、適応障害、大うつ病、せん妄の頻度が高いことが明らかにされている。また、身体状態が比較的落ち着いた時期には、適応障害と大うつ病の頻度が高い一方、終末期になるにしたがいせん妄の相対的な割合が増加することが示されている。したがって、がん患者を対象としてその精神症状緩和を考える上では、まずは前述の3疾患が重要であるといえる。

がん患者の精神疾患に対する治療

1. 適応障害と大うつ病

a. 薬物療法

著者が調べたかぎりにおいては、がん患者の適応障害のみを対象として、なんらかの治療的介入の有効性を検証した臨床試験は存在しない。一方で、がん患者の大うつ病を対象として、抗うつ薬の有用性を検証した無作為化比較試験は4報みられている^{10)~13)}。このうち2報はミアンセリンとプラセボを比較した第II相試験¹⁰⁾¹¹⁾、1報はパロキセチン、デシプラミンとプラセボを比較した第II/III相試験¹²⁾、1報はパロキセチンとアミトリプチリンを比較した第III相試験である¹³⁾。その結果、ミアンセリンの有用性およびパロキセチンとアミトリプチリンの効果と有害事象発現に関する同等性が示されている。一方、パロキセチンとデシプラミンはプラセボに比較して有意な抑うつの改善はみられなかったが、本報告においては、サンプルサイズが小さかったことが(1群がそれぞれ11~13名)結果に影響を及ぼしている可能性が示唆されている。適応障害(抑うつ気分を伴うものと混合情動)と大うつ病の双方を含めて、薬物療法の有効性を検討した無作為化試験は2報みられる¹⁴⁾¹⁵⁾。1報は、選択的セロトニン選択剤であるフルオキセチン(floxetine, 本邦未発売)とプラセボを比較したもので、その結果、不安、抑うつに対する有用性は示されなかった¹⁵⁾。1報は、フルオキセチンとデシプラミン(本邦では製造中止)を比較したもので、両薬剤の同等性を示す結果となっている¹⁴⁾。そのほか、スクリーニングにより抑うつ

症状が認められた進行がん患者に対するフルオキセチンの有用性を、プラセボと比較した無作為化比較試験が報告されているが、本検討では、フルオキセチンは抑うつ軽減とQOL改善に有用であったことが示されている¹⁶⁾。さらに、大うつ病には至らない軽度の抑うつ状態の進行がん患者を対象として、セルトラリンとプラセボを比較した無作為化比較試験においてはセルトラリンの有用性は示されなかった¹⁷⁾。

別の検討としては、全般性不安障害とパニック障害、および不安気分を伴う適応障害を合併したがん患者(適応障害は全体の25%)に対するアルプラゾラムの有用性を、プラセボと比較した無作為化比較試験が1報みられたが、アルプラゾラムの有用性は示されなかった¹⁸⁾。

以上、がん患者の適応障害と大うつ病に対する薬物療法に関してまとめると、適応障害と大うつ病の双方を含めた場合には、抗うつ薬の有用性が確立されているとは言えないものの、大うつ病に対しては抗うつ薬が有用であることが示されている。また、がん患者の大うつ病に対しては、現時点において有用性に優る薬剤はとくに存在しないことが示唆される。がん患者の適応障害に対する標準的な薬物療法に関するエビデンスは現時点では存在しない。

b. 精神療法および心理社会的介入

がん患者の適応障害あるいは大うつ病を対象として精神療法の有用性を検討した報告は存在しない。しかし、適応障害あるいは大うつ病に限定せず、より広い意味での不安や抑うつの症状緩和を目的とした無作為化比較試験は多数報告されており、個人精神療法および集団精神療法の有効性がメタアナリシスにより示されている一方で^{19)~22)}、系統的レビューの結果では一定の見解は得られていない²³⁾²⁴⁾。これらの結果は、検討に含める研究の内的妥当性を厳しく設定するにしたがい、効果量および有用性を示した研究数が減少する傾向が認められている²⁰⁾²³⁾²⁴⁾。がん患者の中でも、進行・終末期がん患者の抑うつに対する精神療法の有効性を検討したメタアナリシスの結果からは、進行・終末期がん患者に対する精神療法の有用性が示されている²⁵⁾。がん患者の不安、抑うつに対する漸進的筋弛緩法

とアルプラゾラムの有用性を検討した無作為化比較試験が1報みられ、本報告からは、双方の治療とも有用であるが、アルプラゾラムの方がより早期に治療効果が得られることが示されている²⁹⁾。術後乳がん患者を対象として、General Health Questionnaireにより精神症状のモニタリングを行うことに加え、スコアが5点以上の患者に対してソーシャルワーカーによる個別的心理社会的介入を提供するという、スクリーニング介入の有用性を対照群(無介入群)と比較した無作為化比較試験が1報みられたが、本介入の有効性は示されていない²⁷⁾。

以上をまとめると、現時点においてがん患者に対する精神療法的介入の有用性は示唆されるものの、その効果の大きさなどに関しては、明確なエビデンスは示されていない。これは、がん患者に対する精神療法の必要性を否定する知見ではないが、がん患者を対象とした、より有用な精神療法のあり方などに関する今後の研究の必要性を示唆しているものと考えられる。

2. せん妄

がん患者のせん妄を対象として、なんらかの治療的介入の有用性を検証した無作為化比較試験は存在しない。薬物療法に関しては、入院中のAIDS患者を対象として、抗不安薬のロラゼパム、抗精神病薬のハロペリドールおよびクロロプロマジンの有用性を比較した無作為化比較試験が1報認められ、抗精神病薬の有用性が示されている²⁸⁾。そのほか、精神科に紹介されせん妄と診断された患者に対して、ハロペリドールとリスペリドンの有用性を検討した無作為化比較試験やICUにおけるせん妄に対して、ハロペリドールとオランザピンの有効性を検討した比較試験がみられるが、いずれにおいても、いずれかの薬剤の有用性を明確に示すような結果は得られていない²⁹⁾³⁰⁾。

緩和ケア病棟入院中の進行がん患者に発現したせん妄に関して、せん妄の原因への対応と抗精神病薬を中心とした対症療法を行うことで、せん妄の56%が改善したことが示されている³¹⁾。なお、本報告においては、進行がん患者のせん妄の原因として頻度が高かったものはオピオイドをはじめとする薬剤性のものであり、これら

薬物に起因するせん妄の改善率は高かったものの、低酸素脳症や代謝異常に基づくせん妄は改善率が低かったことが示されている。また、わが国のホスピス入院中に発現した終末期がん患者のせん妄に対する同様の治療的介入の有用性を検討した研究報告からは、原因としてもっとも頻度が高かったものは肝不全であり、これに対する治療的介入の有用性は10%未満ときわめて限られたものであることが示されている³¹⁾。本報告においては、オピオイドおよび高カルシウム血症に基づくせん妄の可逆性は37~38%と比較的高かったことが示されている。

以上より、現時点において、がん患者のせん妄に対する薬物療法に関して高いエビデンスレベルで示されている治療法は存在しない一方で、抗精神病薬が第一選択薬剤であることが示唆される。

がん患者の精神疾患の早期発見

がん患者の適応障害あるいは大うつ病の早期発見のためのスクリーニング法に関しては、面接法や質問紙を用いた数多くの報告がみられる。たとえば、抑うつ気分に関して直接質問する一問の構造化面接法や、Hospital Anxiety and Depression Scale, Zung Self Rating Depression Scaleなどの自己記入式質問票の有用性が示されている。わが国のがん患者を対象として行われた研究からは、適応障害および大うつ病のスクリーニングにおけるHospital Anxiety and Depression Scale (感度0.92, 特異度0.65)、つらさの寒暖計(感度0.92, 特異度0.57)および、気持の状態をテストの点数に模して質問を行う1問の構造化面接法(感度0.84, 特異度0.61)の有用性³²⁾と大うつ病に対するHospital Anxiety and Depression Scale (感度0.82, 特異度0.96)の有用性³³⁾が示されている。最近では、本邦から、北米で推奨されている抑うつ気分に関して直接質問する1問の構造化面接法のスクリーニング性能が十分でないこと³⁴⁾、および簡便かつ高いスクリーニング性能を有する自己記入式のスクリーニング尺度として、つらさと支障の寒暖計(感度0.82, 特異度0.82)が紹介されている³⁵⁾。

がん患者のせん妄に関しても、そのスクリー