

で、多忙すぎる医療現場や医療者の知識不足など、多くの問題があるのが現状である。このような問題に対処し、がんの患者、家族のQOL向上を推進していくうえで、プライマリ・ケアの医療現場との連携にも多くの期待が寄せられている。

参考文献

- 1) Uchitomi Y: Psycho-oncology in Japan: history, current problems and future aspect. Jpn J Clin Oncol, 29: 411-412, 1999.
- 2) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA, 249: 751-757, 1983.
- 3) 高橋三郎, 大野 裕, 染谷俊幸(訳): DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引, 医学書院, 東京, 2002.
- 4) 秋月伸哉, 明智龍男, 中野智仁, 他: 進行がん患者とうつ病, 本橋伸高(編): 気分障害の薬物治療アルゴリズム. じほう, 東京, 83-99, 2003.
- 5) Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al: Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. J Clin Oncol, 16: 1594-1600, 1998.

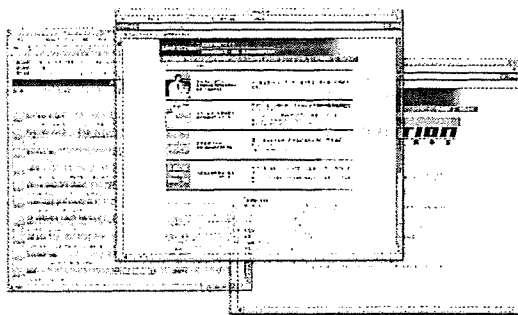
南山堂の雑誌・書籍は総合医学情報サイトメディドリームでもご注文いただけます。

医学雑誌のすべてがわかるポータルサイト

MediDream

www.medidream.net

メディドリームでは特集内容が分かりやすい(毎月更新)医療雑誌総合オンライン注文をはじめ、あらゆる医療関係の情報を医療従事者の方々に提供しています。



広告掲載・リンク等のお問い合わせは support@medidream.net または TEL. 03-5206-2831
株式会社永劫 〒112-0014 東京都文京区関口1-10-2 YSビル

癌患者の精神症状緩和^{*1)} サイコオンコロジー

明智 龍男^{*2)}

Keyword 癌, サイコオンコロジー, 精神症状

要旨

癌の病期にかかわらず、臨床的に介入あるいはケアが望まれる精神症状はおおむね半数の患者に認められ、中でも適応障害、うつ病、せん妄の頻度が高いことが示されている。これらの精神症状は、患者のQOL低下、治療アドヒアランス低下、家族の精神的負担の増大、自殺、入院期間の長期化など、多岐にわたる問題に影響を与え得ることが明らかにされている。一方では、これら癌患者の経験する精神症状の多くが看過され、適切な医療が提供されていないことが繰り返し報告されている。本稿では、これら癌患者に頻度の高い精神症状の診断、治療を中心に概説した。

1 はじめに

癌と心の関係を扱う医療、医学の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は、従来ともすると軽視されがちであった「癌が心に与える影響」と、「心や行動が癌の罹患や生存に与える影響」という2つの大きな側面を明らかにすることを目的として生まれた新しい学問である¹⁾。欧米では、癌告知が一般化した1970年代からサイコオンコロジーが臨床現場に導入されるようになった。

欧米からは遅れをとっているものの、わが国においても癌対策に重きが置かれるようになり、サイコオンコロジーへの関心、癌医療における心のケアへのニーズが飛躍的に高まってきている。

本稿では、サイコオンコロジーの観点から、癌患者の精神症状緩和を中心に概説する。

2 癌患者に頻度の高い精神症状

先行研究の結果から、癌患者のおおむね半数には何らかの精神医学的診断が認められ、癌の病期にかかわらず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、せん妄であり、終末期になるに従い、せん妄の相対的な割合が増加することが示されている（図1）^{2,3)}。最近では、これらに加え、従来の精神医学的診断の枠組みではとらえきれない精神症状として、終末期の実存的苦痛などの症状にも関心が寄せられている。これら癌患者にみられる精神症状は、患者自身に苦痛をもたらす頻度が高い症状であるのみならず、QOLの全般的低下、抗癌治療に対するアドヒアランス、家族の精神的負担の増大、自殺など、癌のあらゆる時期において、多岐にわたる問題に影響を与え得ることが明らかにされている⁴⁾。したがって、癌患者の精神症状を早期に発見し、適切にマネジメントとすることの重要性が国際的にも認識さ

*1) Management of psychological distress in cancer patients : Psycho-oncology

*2) Tatsuo Akechi : 名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学
(〒467-8601 愛知県名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1)

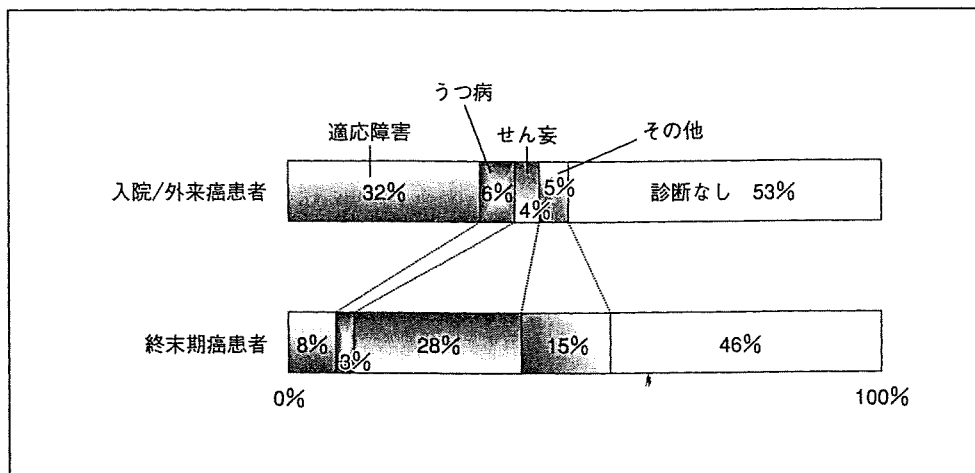


図 1 癌患者の精神症状

表 1 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 (例)
はっきりと確認できるストレス因子に反応して、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	癌の再発の診断告知を受けてから、気分が沈み、些細な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。
これらの症状や行動は臨床的に著しく、それは以下のどちらかによって裏付けられている。 ①そのストレス因子に曝露されたときに予測されるものをはるかに超えた苦痛 ②社会的または職業的機能の著しい障害	最近は何事にも集中できず、気持ちは焦るばかりで、食事の準備など家事をすることにも支障がある。
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、不安障害など、他の精神医学的な疾患の診断基準は満たさない。

れつつある。

1. 適応障害

1) 適応障害とは

適応障害とは、強い心理的ストレスのために、日常生活に支障をきたす（仕事や家事が手につかない、眠れないなど）ほどの不安や抑うつなどを呈するもので、いわゆるストレス反応性の疾患である（表1）⁵⁾。

2) 治療

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、癌患者においては、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（特に痛み）や家族の問題などが存在することも少なくないため、常に包括的なケアの提供を念頭に置く必要がある。

精神療法の中でも、最も一般的でそして有用なのが支持的な精神療法である⁶⁾。支持的な精神療法は、癌に伴って生じた役割変化、喪失感や不安感、抑うつ感を始めとした情緒的苦痛を、支持的な医療者との関係、コミュニケーションを通して軽減することを目標とする。その基本は、患者の感情表出を促し、語られる患者の言葉に対して批判、解釈することなく、非審判的な態度で支持を一貫して続けることにある。これらの面接を通して、病気が患者の生活史に与える衝撃の意味を理解し、患者の感情と苦しみは今まさに正しく理解されつつあると患者に言語的あるいは非言語的に伝える

表 2 うつ病の診断基準 (米国精神医学会)

診断基準	
以下の症状のうち、1. あるいは 2. を必須とし、全部で 5 つ (またはそれ以上) が同じ 2 週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている。	
1. 抑うつ気分	気分が沈んで、いつもすぐれない。
2. 興味・喜びの低下	何をしても楽しくない、興味が持てない。
3. 食欲低下 (増加)/体重減少 (増加)	食欲が出ない。何を食べてもおいしくない。
4. 不眠 (過眠)	夜眠れない。寝つけても途中で目が覚めてしまう。
5. 焦燥・制止	いらいらしてじっとしてられない。 何かをしようと思ってもブレーキがかかったように身体が思うように動かない。
6. 易疲労性・気力減退	疲れやすい。だるい。気力が出ない。
7. 罪責感・無価値観	まわりに迷惑をかけている、自分に価値がないと過度に感じてしまう。
8. 思考・集中力低下	物事に集中できない。決断できない。
9. 希死念慮	死にたい。早く逝ってしまいたい。
臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能障害の存在 物質や一般身体疾患によるものではない	

ことが治療的に働く。自分の感じるままを言葉にしても常に支持しようとする医療者に接することは癌患者にとって非日常的な体験であり、患者の自己評価を高め、対処能力を強化する。また、患者が抱える問題を言葉にして語るだけで、患者自身の内面で問題の整理が進み、その結果、精神的な負担が和らぐことも稀ではない。

薬物療法は、精神療法のみでは効果が不十分であるときや、患者の苦痛が著しく強いときに考慮する。抑うつ、不安など、顕在化している精神症状や患者の身体状態によって選択薬剤が異なるが、抗うつ効果も期待でき、また半減期の短い抗不安薬アルプラゾラムから投与されることが実際的である。例えば、アルプラゾラムを 0.4~0.8 mg/日程度の少量から開始し、適宜増減するが、多くの場合、精神科一般診療で用いられる通常使用量に比べ、少量でも有用であることが多い。アルプラゾラムで効果が十分得られない場合、抑うつ気分を主体とした適応障害であれば、うつ病治療に準じて抗うつ薬への変更または併用を行い、不安が優位な適応障害であれば、他剤への変更を考慮する。いずれの場合も、少量から開始し、眠気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観察しながら、状態に応じて適宜漸増していくことが原則である。

2. うつ病

1) うつ病とは

うつ病は、現代のストレス社会において最も頻度の高い精神疾患の 1 つである。癌の場合、うつ病はさまざまな喪失体験 (癌になって健康、仕事、役割、将来の計画を失ってしまうなど) に関連して生じることの多い精神疾患である。うつ病の場合、不安が主体の疾患とは異なり、患者自らが苦痛を訴えてくることが少ないため、医療者に見過ごされやすいことが知られている⁷⁾。目立たない反面、うつ状態に苛まれている患者は、内面的に苦悩していることが多く、看過されると自殺という悲痛な結果を迎えることもある⁸⁾。特に、明確な希死念慮を有するよううつ病に対する適切な対応は、自殺の予防に加え、患者の QOL を維持し、治療に良好に取り組むことを援助するうえで極めて重要である。表 2 にうつ病の診断基準を示した⁹⁾。

2) 治療

うつ病に対しては、精神療法 (前項参照) に加えておおむね薬物療法も併用されることが多い。以下、薬物療法を中心に概説する。

複数の無作為化比較試験の結果から、癌患者のうつ病に対しても、抗うつ薬の有用性が示されている^{9,10)}。しかし、現時点においては、癌患者のうつ病に特定の抗うつ薬が有用性のうえで勝るとい

表 3 せん妄の診断基準 (米国精神医学会)

診断基準	具体的な臨床症状
注意集中, 維持, 転導する能力の低下を伴う意識の障害 (すなわち環境認識における清明度の低下)。	質問に対して集中できない。 前の質問に対して同じ答えをする。 質問をしていても覚醒が保てず, すぐうとうとしてしまう。
認知の変化 (記憶欠損, 失見当識, 言語の障害など), またはすでに先行し, 確定され, または進行中の認知症ではうまく説明されない知覚障害の出現。	最近の記憶が曖昧である。 新しいことをすぐに忘れてしまう。 時間と場所に関する見当識を失っている。錯覚 (壁のシミをみて「虫がいる」という), 幻視を始めとした幻覚 (人がいない場所に「人がいる」という) の存在。
その障害は短期間のうちに出現し (通常数時間から数日), 一日のうちで変動する傾向がある。	午前中おとなしく協調的であった人が, 夜には点滴を自己抜針したり, ベッドから勝手に降りようとしたりする。
病歴, 身体診察, 臨床検査所見から, その障害が一般身体疾患の直接的な生理学的結果により引き起こされたという証拠がある。	背景に原因となる身体状態や薬剤 (オピオイド, 抗不安薬・睡眠薬, ステロイドなど) の使用などがある。

うエビデンスは存在しないため, 一般的には, 投与経路 (経口投与が可能か否か), 患者の身体状態 (特に現に存在する苦痛の原因となっている身体症状の把握), 推定予後 (週単位か, 月単位か), 併用薬剤 (相互作用を有する薬物が使用されていないか), 抗うつ薬の有害事象プロフィール (無用な身体的負荷を避けるため) などを総合的に判断して, 薬剤選択を行う。予後が限られた状況など, うつ病の完全な治癒を望むことが現実的には難しいと考えられる場合であれば, うつ病の症状の中でも標的症候を定めて, 部分的ではあっても可能な限りの症状緩和を行うことが重要である。

薬物療法の実際としては, 抗不安薬アルプラゾラムまたは抗うつ薬から治療を開始することが多い¹¹⁾。より具体的には, うつ病でも軽症のものや反応性のもものでは, 抗うつ作用を有する抗不安薬であるアルプラゾラムから開始し, 中等症~重症例に対しては, 選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI) から投与することが実際的である。抗不安薬の投与の際と同様, いずれの薬剤も精神科一般臨床における通常使用量より少量から開始し, 状態をみながら漸増していく。

3. せん妄

1) せん妄とは

せん妄は, 軽度ないし中等度の意識混濁に興奮, 錯覚や幻覚・妄想などの認知・知覚障害を伴う特殊な意識障害である。癌医療の現場では, 興奮, 焦燥, 幻覚・妄想, 治療アドヒアランスの低下や

拒否 (点滴を自己抜去したりするなど), 睡眠覚醒リズムの障害 (昼夜逆転) などで臨床的に顕在化することが多い。せん妄の出現は, ベッドからの転落などの事故や在院期間の長期化などをもたらし得る。

2) せん妄の診断

せん妄の定型例では, 比較的急性に症状が出現し, 症状の日内変動 (特に夜間症状が増悪), 注意集中困難などが特徴的である。診断に際しては, これらの症状とともに時間や場所などの見当識, 計算力 (例えば 100 から 7 を連続して減算する) などの認知機能を評価することが有用である。興奮や焦燥が目立たない不活発なタイプ (活動低下型せん妄) も存在し, これらは抑うつ状態など心理的問題と誤診されることも稀ではなく, 注意が必要である。表 3 にせん妄の診断基準を示した⁵⁾。

3) 癌患者のせん妄の原因

せん妄の生物学的な発生機序としては, ドーパミン神経系の亢進やアセチルコリン神経系の機能低下など神経伝達物質の異常などが仮説として提唱されているが, 現時点でははっきりしていない。臨床的には, せん妄の発生要因は, もともと存在する準備因子 (せん妄の本態である脳機能の低下を起こしやすい状態), 誘発因子 (せん妄の直接原因ではないが, せん妄の発症を促進, 重篤化あるいは遷延化する要因) と, 直接原因に分けて考えると理解しやすい (表 4)。進行・終末期の癌患者にせん妄が生じた場合は, 3~4 つの複数の要因が原因となっていることが多い¹²⁾。

表 4 癌患者のせん妄の発現要因

発現因子	要因	具体例
準備因子 (脳機能低下を起こしやすい状態)	年齢 脳の器質的病変の存在 認知機能障害	高齢 (特に 70 歳以上) 脳血管障害の既往 認知症
誘発因子 (発症を促進・重篤化・遷延化する要因)	環境の変化 感覚遮断 睡眠・覚醒リズムの障害 可動制限 不快な身体症状 心理的ストレス	慣れない入院環境 暗闇, 視力・聴力障害 (眼鏡や補聴器の不使用) 夜間の処置 身体抑制, 強制臥床 痛み, 呼吸困難, 便秘, 排尿障害・尿閉 (術後せん妄発現における) 術前のうつ状態
直接原因 (せん妄そのものの原因)	腫瘍による直接効果 臓器不全による代謝性脳症 電解質異常 治療の副作用 薬剤性 感染症 血液学的異常 栄養障害 腫瘍随伴症候群	脳転移, 髄膜播種 肝臓, 腎臓, 肺, 甲状腺などの障害 高カルシウム血症, 低ナトリウム血症 手術, 化学療法, 放射線療法 オピオイド類, 抗うつ薬, ベンゾジアゼピン系薬剤 (抗不安薬, 睡眠薬), 抗コリン性薬剤, ステロイド 肺炎, 敗血症 貧血 全身性栄養障害 (低蛋白血症) 遠隔効果, ホルモン産性腫瘍

4) 治療

a. 原因の同定と治療

せん妄治療の原則は、原因の同定とそれに対する治療である¹³⁾。したがって、理学的所見、検査所見、投薬内容の検討などから治療可能な原因を同定し、身体的原因の治療、原因薬剤の中止・減薬・変薬などを行うことにせん妄治療の本質がある。進行・終末期の癌患者にみられるせん妄の場合、原因の中でも、薬剤性のもとは高カルシウム血症によるものは、原因への対応により可逆性が高いことが知られている^{14,15)}。なお、オピオイドが原因として想定された場合には、減量あるいはオピオイドローテーションを考慮するが、あくまでメリットとデメリットを総合的に勘案して行うことが重要である。

b. 環境的・支持的介入

せん妄を増悪させる環境要因を除去することを目的として、患者にとっての親しみやすさや適切なレベルの環境刺激を提供する環境的・支持的介入の併用が推奨されている。これら介入の具体例としては、周囲のオリエンテーションが付くよう夜間も薄明かりを点ける、時間の感覚を保つ補助としてカレンダーや時計を置く、などが挙げられ

る。拘束感を与える点滴ライン、導尿カテーテルなども可能な範囲で控えることが望ましい。

せん妄の際にみられる行動障害 (興奮など) および認知や知覚の障害 (歪んだ認知や幻覚など) は、ベッドや窓からの転落や衝動的な自傷行為につながることもあるため、せん妄がみられた場合は、患者の身の回りからの危険物の除去など安全性を確保することも必要となる。

また、せん妄を呈している患者を目の当たりにした家族は、心理的に動揺 (例えば、「癌との闘病がつらいあまり、ついにこんなことになってしまった」など) することが多いために、家族の無用な苦悩を軽減するためにも、患者の治療と並行して家族に対しての十分な説明と配慮が必須である¹⁶⁾。

c. 薬物療法

せん妄の原因の同定やその治療が困難であったり、治療に時間を要することも稀ではないため、多くの場合対症療法として薬物療法も行われる。

せん妄の薬物療法の有用性に関する無作為化比較試験の結果、ベンゾジアゼピン系薬剤に比べ、ハロペリドールあるいはクロルプロマジンといった抗精神病薬のほうがせん妄の治療には効果的であること、および現時点においては抗精神病薬の

表 5 せん妄のマネージメントの実際

治療	内容	具体的なマネージメントの例
医学的管理	原因の同定と治療	<ul style="list-style-type: none"> ・身体的原因の治療 (高カルシウム血症に対するビスフォスフォネート投与, 脱水に対する補液など) ・原因薬剤の中止・減薬・変薬 (オピオイドの減量あるいはオピオイドローテーション, 睡眠薬の中止など)
	安全性の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・患者周囲の危険物 (はさみなど) の撤去 ・頻回の訪床
環境的・支持的介入	環境的介入	<ul style="list-style-type: none"> ・照明の調整 (昼夜のめりはり, 夜間の薄明かり: 足元灯など) ・日付, 時間の手がかり (カレンダー, 時計を置くなど) ・眼鏡, 補聴器の使用 ・親しみやすい環境の提供 (家族の面会, 自宅で使用していたものを置くなど)
	支持的介入	<ul style="list-style-type: none"> ・積極的な身体症状緩和 (除痛など) ・カテーテル類などを控える ・拘束を控える ・家族への説明, ケア
薬物療法	抗精神病薬による対症療法	<ul style="list-style-type: none"> ・定型抗精神病薬 (ハロペリドール, クロルプロマジンなど) ・非定型抗精神病薬 (リスペリドン, クエチアピン, オランザピンなど)

中で特定の薬物が勝るとい根拠はないことが示されている^{17,18)}。したがって、薬物療法の中心は原則的には抗精神病薬であり、実地臨床においては、中でもブチロフェノン系抗精神病薬であるハロペリドールが繁用されている¹⁹⁾。ハロペリドールはせん妄における精神運動興奮や幻覚・妄想に対して有効性が高く、またベンゾジアゼピン系薬剤と比較して意識レベルを下げることなく鎮静がはかれ、呼吸・循環器系への有害事象が少なく、経口投与に加え筋肉内投与や経静脈的投与も可能である。治療初期には過量投与にならないよう少量を頻回投与することにより必要最小量を推定し、翌日からの投与量の参考にすることが推奨されている¹⁹⁾。

せん妄のマネージメントの実際について表 5 に示した。

3 おわりに

癌患者に頻度の高い精神症状として、適応障害、うつ病、せん妄について概説した。わが国においても、積極的な抗癌治療のみならず、癌患者に対して適切な精神的ケアを提供することの重要性が認識されつつある。一方で、わが国においては、癌患者の心の問題への取り組みはいまだ始まったばかりであり、個々の患者のニーズに応じた適切なケアを提供していくうえで、サイコオンコロジー

の専門医療スタッフの絶対的な不足など多くの課題があるのが現状である。

文献

- 1) Holland JC: History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosom Med* 64: 206-221, 2002
- 2) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Jama* 249: 751-757, 1983
- 3) Minagawa H, Uchitomi Y, Yamawaki S, et al: Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients: a prospective study. *Cancer* 78: 1131-1137, 1996
- 4) 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* 22: 1957-1965, 2004
- 5) 高橋三郎, 大野 裕, 染谷俊幸 (訳): DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院, 東京, 2002
- 6) 明智龍男, 森田達也, 内富庸介: 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
- 7) Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al: Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 16: 1594-1600, 1998
- 8) Henriksson MM, Isometsa ET, Hietanen PS, et al: Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 36: 11-20, 1995
- 9) Pezzella G, Moslinger-Gehmayr R and Contu A: Treatment of depression in patients with breast cancer: a comparison between paroxetine and amitriptyline. *Breast Cancer Res Treat* 70: 1-10, 2001
- 10) van Heeringen K and Zivkov M: Pharmacological treatment of depression in cancer patients: a pla-

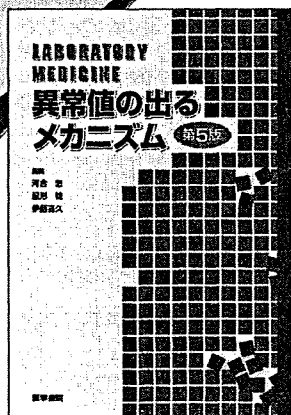
cebo-controlled study of mianserin. Br J Psychiatry 169 : 440-443, 1996

- 11) 秋月伸哉, 明智龍男, 中野智仁, 他 : 進行がん患者とうつ病. In : 気分障害の薬物治療アルゴリズム. 本橋伸高 (編). じほう, 東京, pp83-99, 2003
- 12) Leonard M, Raju B, Conroy M, et al : Reversibility of delirium in terminally ill patients and predictors of mortality. Palliat Med 22 : 848-854, 2008
- 13) American Psychiatric Association : Practice guideline for the treatment of patients with delirium. Am J Psychiatry 156 : 1-20, 1999
- 14) Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, et al : Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer : a prospective study. Arch Intern Med 160 : 786-794, 2000
- 15) Morita T, Tei Y, Tsunoda J, et al : Underlying pathologies and their associations with clinical fea-

tures in terminal delirium of cancer patients. J Pain Symptom Manage 22 : 997-1006, 2001

- 16) Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al : Terminal delirium : recommendations from bereaved families' experiences. J Pain Symptom Manage 34 : 579-589, 2007
- 17) Breitbart W, Marotta R, Platt MM, et al : A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine, and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients. Am J Psychiatry 153 : 231-237, 1996
- 18) Han CS and Kim YK : A double-blind trial of risperidone and haloperidol for the treatment of delirium. Psychosomatics 45 : 297-301, 2004
- 19) Akechi T, Uchitomi Y, Okamura H, et al : Usage of haloperidol for delirium in cancer patients. Support Care Cancer 4 : 390-392, 1996

臨床検査の定番の入門書、待望の改訂。医学生はもちろん薬学生にもお薦め



異常値の出る メカニズム 第5版

編集 河合 忠・屋形 稔・伊藤喜久

「異常メカ」、この長きにわたって医学生に親しまれてきた臨床検査の定番の入門書が、このたび5版を迎えた。初版から一貫して、患者に負担の少ない臨床検査を重視し、その検査結果を最大限に診療に活かす方針に到達するための考え方と知識を提供している。第5版では新たに、関節液、赤血球酵素など多項目に加え、遺伝子学検査の章も新設、さらなる充実版となった。薬学生にもお薦めの1冊。

●B5 頁488 2008年 定価6,300円(本体6,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00560-9]
消費税変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23

[販売部] TEL: 03-3817-5657 FAX: 03-3815-7804

E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替: 00170-9-96693

携帯サイトはこちら





いかに精神症状に対応するか—適応障害とうつ病を中心に

適応障害の理解とケア

—がん医療における適応障害と精神療法—

Adjustment Disorders and Psychotherapeutic Approaches in Cancer Care

明智 龍 男*

Tatsuo Akechi

Key words : 不安, 抑うつ, 精神療法

● 緩和ケア 19 : 205-209, 2009 ●

はじめに—がん患者の適応障害

がん患者には、高頻度に精神症状が認められることが示されており、その代表的なものが適応障害である^{1,2)}。適応障害とは、強い心理的ストレスのために、日常生活に支障をきたす（仕事や家事が手につかない、眠れない、など）ほどの不安や抑うつなどを呈するもので、いわゆるストレス反応性の疾患である（表1）³⁾。

一方、診断学的には適応障害はそもそも除外診断であり、異質性の高い多様な臨床状況の集合体であるともいえる。たとえば、うつ病の前駆状態のような病態や、がんの再発不安や、衝撃的ながん告知に続発する侵入的想起様の症状を中心とした不安障害に近い病像のもの、パーソナリティ特性を背景としてがん罹患がストレスとなり強い情緒的反応、対人葛藤を経験するもの、一過性のストレス反応様の病態で自然経過で正常反応にすみやかに回復していく例などである。

その他、近年、関心が寄せられるようになってきた依存や自立性の喪失をめぐる苦悩など終末期がん患者の実存的苦痛なども現在の診断基準では適応障害に分類されることが多い⁴⁾。

一方、適応障害はきわめて強い苦痛をもたらすことがあり、がん患者の自殺の原因の1つとしても知られている⁵⁾。

がん患者にみられる適応障害の治療に際しては、がんのさまざまな臨床経過（たとえば、再発後、あるいは積極的な抗がん治療が奏効せず緩和ケアに移行せざるをえない状況など）において、患者個人にとってのストレスの意味や大きさ、パーソナリティやストレス対処様式などの個人の心理学的特性、周囲からのサポート状況、医師をはじめとした医療スタッフや家族との関係など多様な情報から、現在の状態を評価し、今後のがんの病状の見通しなどを考慮しながら、個別的に治療にあたる必要がある。その治療の柱となるのが精神療法である。

*名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学 : Department of Psychiatry and Cognitive-Behavioral Medicine, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences (〒467-8601 名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1)

0917-0359/09/¥400/論文/JCLS

表1 適応障害の診断基準 (米国精神医学会)³⁾

診断基準	具体的な臨床症状
はっきりと確認できるストレス因子に反応して、そのストレス因子の始まりから3カ月以内に情緒面または行動面の症状が出現する。	がんの再発の診断を受けてから、気分が沈み、些細な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。
これらの症状や行動は臨床的に著しく、それは以下のどちらかによって裏づけられている。 ①そのストレス因子に曝露された時に予測されるものをはるかに超えた苦痛 ②社会的または職業的機能の著しい障害	最近では床に臥せていることが多く、気持ちは焦るばかりで前向きに考えることもできず、食事の準備など家事をすることにも支障がある。
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。	うつ病や不安障害など、他の精神医学的な疾患の診断基準は満たさない。

精神療法の実際

適応障害に対する精神療法として、臨床現場で最も一般的に適用されているのは支持的な精神療法である。その他、認知行動療法、集団精神療法、対人関係療法、問題解決療法なども用いられるが、これら治療は熟練した治療者によって行われるやや専門性の高い治療技法であるため、本稿では精神療法に際しての基本的な姿勢、精神療法全般に通じる非特異的な要素を含め、支持的な精神療法を中心に概説する。

① 精神療法に際しての基本的な姿勢

多くのがん患者は元々の心理的健康度が高く、精神療法的アプローチのうえでも、特殊な技術が必要としないことが多い。一方、元々の健康度が高いからこそ、基本的なコミュニケーションスキルや患者を個として尊重する細やかな配慮の積み重ねが必要不可欠であるともいえる。

重要な基本的コミュニケーションスキルとして、場の設定（患者が話しやすい空間を提供するなど）、“聴く”技術（アイコンタクト、あいづちをうつなど）、“質問する”技術（オープンクエスチョンを多用するなど）などが挙げられる。これらを通して、患者は、この医療者は自分に関心をもって来ており、また個人的な情緒的問題を話

しても聴いてくれる存在であると認識できるようになるのである。

② 精神療法における非特異的要素

がん患者に精神療法的アプローチを行ううえで、すべての患者に提供すべき非特異的要素について紹介する。これらは、あらゆる精神療法に共通の基盤となるスキル、がんという疾患を有していることで生じている身体状態への配慮、およびがんが及ぼしている身体・心理・社会的側面への配慮を念頭に置いたコミュニケーションスキルともいえるものである。

まず患者と良好なラポール（関係）を形成することが、精神療法の第1歩として不可欠であり、そのためにあたたかさ、礼節、繊細な感受性をもって患者と接するといった事項が重要となる。また、患者はあくまで身体疾患の治療を受けるための入院/通院であると考えているものが多く、情緒的な問題について言語化することを躊躇していることも多いので、医療者側から積極的に感情表出を促す必要がある場合も多い。コンサルテーションのセッティングで、がん患者を訪床する際には、表2に掲げたベッドサイドマナーを念頭においておく⁴⁾。

次に、治療が望めない、あるいは死が差し迫った状況にある終末期のがん患者を念頭においたア

表2 身体疾患患者に接する際のコンサルタントのベッドサイドマナー

具体的なベッドサイドマナー	理由および具体例
座ること	コミュニケーションを促す非言語的なメッセージとなる
患者さんのためにちょっとした何かをすること	自分が患者さんのケア提供者側にいることを示す非言語的なメッセージとなる
笑顔で接すること	患者さんの多くは、初回面接では緊張していることが多いため
面接の初めに患者さんに関して知っていることを話すこと	例：“担当の先生や看護師さんから聞いたのですが、〇〇さんはとっても音楽がお好きなんだそうですね”
今一番心配なことは何かを聞くこと	患者さんの個性を尊重していること、および関心を寄せているというメッセージとなる
病気や予後についての患者さんの理解の仕方や痛み・機能喪失・死などについての患者さんの不安を詳しくよく聞いておくこと	例：“病気についての説明はどのように聞かれていますか？” “病気に関する今後のことで何か不安に感じられていることはおありですか？”
患者さんの家族や仕事、それに現在の病気が家族関係や社会的な役割に与えている影響の大きさについてよく聞いておくこと	例：“今のご病気で、ご家族との関係やお仕事などに何か変化がありましたか？”
患者さんが誇りに思っている活動や業績を聞いておくこと、そして、機会をみてそのことを讃えること	例：“〇〇さんが、これだけは人に負けないとか、がんばってこられたこととかはどういったことですか？”
患者さんが遭遇している人間としての苦境について理解を示すこと	例：“この病気ですいぶん大変なことをご経験されているんですね”
精神的現象を評価する必要性と目的については十分に説明し、患者さんにも共同観察者の役割をとってもらうこと	例：“病気と上手に取り組んでいくうえでは、ストレスや心の問題もとっても大切だといわれています。そのストレスを少しでも軽くしていくために私たちが力になりたいと思っています。ただ、ストレスや心の問題は患者さん自身が感じられる通りのものですので、どういう風に感じていらっしゃるかをお話いただけますか？”
面接の終わりには何か具体的な情報を患者さんにも伝えること	例：“…という状況の中、今回の再発というのは〇〇さんにとって、本当につらいご経験だったのでしょうか”

アプローチを紹介する。終末期がん患者は、病状の進行に伴いさまざまな身体的機能や社会的役割の喪失に加え、家族や親しい人達との別れ、やり残した仕事の整理など多くの課題に直面し、結果的に喪失に喪失を重ねることを余儀なくされることが多い。

また、終末期患者をおびやかすのは多くの場合「死」そのものではなく、積極的な治療がないた

めに医療者から見捨てられるのではないかと不安、がん患者だからと特別視され家族や友人から孤立してしまうのではという懸念、そして病状の進行に伴って生じる痛みや機能の喪失への恐怖などである。

さらに、心理的防衛機制として否認や退行がみられることも多い。以上の理由から、終末期に際しての精神療法的アプローチに関しては若干特別

表3 終末期に際しての精神療法的アプローチの実際

- ・静かで急がない態度を心がける。
- ・手を握るなど非言語的なコミュニケーションを積極的に利用する。信頼関係が築かれている場合は、かたわらにただ座っているだけでも患者の安心感につながる。
- ・患者さんが病気や死を受容することを一義的な目標とすることは慎む。死を受容できない患者さんをそのまま受け容れることを心がける。
- ・一貫してケアを提供し続けること、見捨てないことの重要性を認識する。たとえ、せん妄状態になっても、それ以前と同じように個として尊重しながら患者さんに接することは家族ケアにもつながる。
- ・患者さんの状態に常に配慮し、個性性を尊重しながら医療者が最後まで訪れ続けることは、患者さんのみならずご家族にとってかけがえのない援助になりうる。
- ・希望を支え、心理的防衛としての否認、退行を尊重する。
- ・医療者の逆転移（典型的には、医療者は患者の役に立たないという無力感）によって患者さんに影響（例：患者を訪れる頻度が減ってしまう）を与えないよう十分な注意を払う

な配慮を必要とするが、そのエッセンスを表3にまとめた^{7,8)}。

③ 支持的な精神療法

支持的な精神療法は、受容、傾聴、支持、肯定、保証、共感などを中心とした精神療法であり、サイコオンコロジーのみならず緩和医療の領域においても、最も一般的な治療技法である。実際、緩和ケア領域で実存的苦痛（スピリチュアルペイン）などに対するケアの実践として推奨されているコミュニケーションスキルの多くは、傾聴、共感を中心とした支持的な精神療法である。

支持的な精神療法は、がん罹患に伴って生じた役割変化、喪失感や不安感、抑うつ感をはじめとした精神的苦痛を、支持的な医療者との関係・コミュニケーションを通して軽減することを目標とする。支持的な精神療法を有効なものにするうえでの大切な要素として、患者との良好な治療関係の確立があるが、これを達成するために、前述した精神療法における基本的な姿勢や非特異的な要素などが重要となる。

より実際的には、その人なりの方法で病を理解し適応していくことを援助することが有用であることが多い。このために医療者はまず患者に関心を寄せ、病気とその影響について患者が抱えている感情の表出を促し、それらを傾聴、支持、共感しながら現実的な範囲で保証を与えていく。

保証に関しては、医療者として責任をもってケアを提供し続ける心積もりがあることを繰り返し伝えるだけで、患者の無用な不安感を和らげることにつながることも多い。そして、最も重要なことは患者とのコミュニケーションを通して、患者の経験している苦しみを医療者として理解しようとする努力を続けることである。

真の意味で患者の苦しみを理解することはわれわれ医療者には不可能であるが、患者の苦しみを理解する努力はどういった状況でも可能であり、この「理解する努力」こそが、患者のために医療者がなす最も支持的なことである。患者の身体状態が悪化している状況にあっても、このような医療者の存在を感じることができれば、患者の苦痛、苦悩はわずかではあっても和らぐことが多い。

おわりに

がんは、患者の身体的な側面のみならず、患者の生活、役割、自尊心、家族など多岐に渡って大きな影響を及ぼす。その結果として、がん患者が経験する精神症状の表現型の代表が適応障害と呼ばれる状態である。

がんという病の軌跡からみても、診断病名の告知後や進行・終末期のみならず、サバイバーシップにおける再発転移への不安、恐怖など、がんのあらゆる段階で適応障害は発現しうるのであ

る。そして、適応障害に対する治療やケアのエッセンスが、患者と医療者との間の良好なコミュニケーションを基盤とした支持的な精神療法である。

文献

- 1) Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, et al : Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable non-small cell lung carcinoma ; a longitudinal study. *Cancer* 92 : 2609-2622, 2001
- 2) 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* 22 : 1957-1965, 2004
- 3) 高橋三郎, 大野 裕, 染谷俊幸 訳 : DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 新訂版, p.645-649, 医学書院, 2004
- 4) Block SD : Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians - American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med* 132 : 209-218, 2000
- 5) Henriksson MM, Isometsa ET, Hietanen PS, et al : Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 36 : 11-20, 1995
- 6) Yager J : Specific components of bedside manner in the general hospital psychiatric consultation ; 12 concrete suggestions. *Psychosomatics* 30 : 209-212, 1989
- 7) 明智龍男, 森田達也, 内富庸介 : 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
- 8) 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状態 of the art — 系統的レビューによる検討. *精神科治療学* 18 : 571-577, 2003

疼痛ナビ

TO-TSU-Navi

「患者様が本当に満足する疼痛管理とは」を先生と共に考える医療従事者向け会員サイト
会員登録(無料)を頂ければ、最新の疼痛に関する情報をご覧頂けます。

詳しくは ウェブサイト

検索エンジンの検索枠に「疼痛ナビ」と入力し、検索をクリックしてください。

<http://www.e-paincontrol.com/>

ネット接続にかかる費用は利用者にてご負担ください。

新規会員
募集中!!



アセトアミノフェン製剤 薬価基準収載

カロナール®

CALONAL カロナール錠・細粒・坐剤・シロップ

解熱鎮痛剤

カロナール錠300 カロナール錠200 カロナール細粒50% カロナール細粒20%

アセトアミノフェンとして
300mg/錠 200mg/錠 500mg/g 200mg/g

小児用解熱鎮痛剤

カロナール坐剤 カロナールシロップ2%

アセトアミノフェンとして
100mg/個 200mg/個 20mg/mL

*効能・効果、用法・用量、禁忌・使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

製造販売元 **昭和薬品化工株式会社**

資料請求先 / 〒104-0031 東京都中央区京橋2-17-11
URL : www.showayakuhinkako.co.jp

A-08C

症状緩和 7 がん患者の精神症状

明智龍男

あけち たつお：名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学

● はじめに

多くのがん患者が、がんの経過のなかでさまざまな精神症状を経験していることが知られている。本稿では、がん治療を受けている患者にみられやすい精神症状、なかでも適応障害、うつ病とせん妄について概説する。

● がん患者に多い精神症状

先行研究から、がん患者全般を対象にすると、最も多い精神症状は、適応障害であり、うつ病とせん妄がそれに続くことが知られている¹⁾(図1)。一方、緩和ケア病棟に入院を要する身体状態の終末期がん患者を対象とした場合、最も頻度の高い精神症状はせん妄である²⁾(図1)。これらの報告から、がんの病期にかかわらず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、せん妄であり、終末期にはせん妄の割合が増加することが示唆される。これらがん患者にみられる精神症状は、QOLの全般的低下、がん治療に対するアドヒアランス低下、

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ていることが明らかにされている³⁾。

● 適応障害

1 診断と臨床的な危険因子

適応障害とは、強い心理的ストレスのために、日常生活に支障をきたす(仕事や家事が手につかない、眠れないなど)程度の不安や抑うつなどを呈するもので、いわゆる反応性の疾患である。

2 治療

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

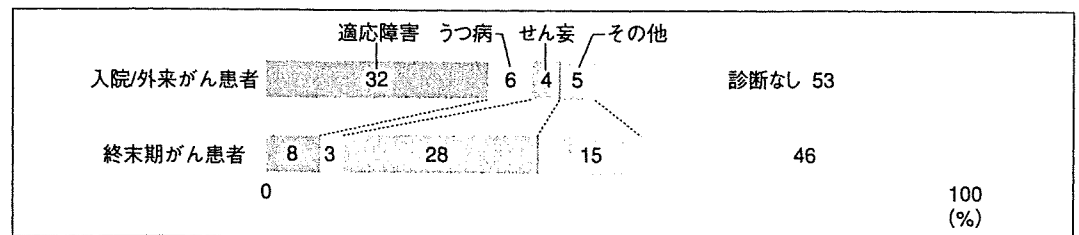


図1 がん患者の精神症状(文献1および文献2をもとに筆者作成)

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（特に痛み）や家族の問題などが存在することも少なくないため、常に包括的なケアの提供を念頭に置く必要がある。

a 精神療法 - 支持的な精神療法

支持的な精神療法は、がんに伴って生じた役割変化、喪失感や不安感、抑うつ感をはじめとした情緒的苦痛を支持的な医療従事者との関係、コミュニケーションを通して軽減することを目標とする。その基本は、患者の言葉に対して批判、解釈することなく、非審判的な態度で支持を一貫して続けることにある。最も重要なことは、患者の苦痛をよく理解することであり、この理解することこそが、患者のために治療者がなす最も支持的なことである。特にがん患者の面接にあたっては、個々の患者における病気の意味に視点を置くことが重要である。これらの面接を通して、病気が患者の生活史に与える衝撃の意味を理解し、患者の感情と苦しみは今まさに正しく理解されつつあると、患者に言語的あるいは非言語的に伝えることが治療に効果的に働く。

b 薬物療法

薬物療法は、精神療法のみでは効果が不十分であるときや患者の苦痛が著しく強いときに考慮する。抑うつ、不安など顕在化している精神症状や患者の身体状態によって選択薬剤が異なるが、一般的には蓄積などを考慮し、半減期の短い抗不安薬（アルプラゾラム、ロラゼパムなど）から投与されることが多い。抗不安薬で効果が十分得られない場合、抑うつ気分を主体とした適応障害であれば、うつ病治療に準じて抗うつ薬への変更または併用を行い、不安が優位な適応障害であれば他剤への変更を考慮する。いずれの場合も、少量から開始し、眠気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観察しながら、状態に応じて適宜漸増していくことが原則である。

るが、一般的には蓄積などを考慮し、半減期の短い抗不安薬（アルプラゾラム、ロラゼパムなど）から投与されることが多い。抗不安薬で効果が十分得られない場合、抑うつ気分を主体とした適応障害であれば、うつ病治療に準じて抗うつ薬への変更または併用を行い、不安が優位な適応障害であれば他剤への変更を考慮する。いずれの場合も、少量から開始し、眠気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観察しながら、状態に応じて適宜漸増していくことが原則である。

● うつ病

1 診断と臨床的な危険因子

うつ病を含めた抑うつは、不安と異なり、患者自らが苦痛を訴えてくることが少ないため、医療従事者にみすごされやすいことが知られている。目立たない反面、抑うつ状態にさいなまれている患者は、内面的に苦悩していることが多く、みすごされると、自殺という悲痛な結果を迎えることもある。表1にうつ病の診断基準を示した⁴⁾。

2 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。以下、薬物療法を中心に概説する。実際の薬物投与に際して、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、

表1 うつ病診断基準（米国精神医学会）（文献4より引用、改変）

診断基準	具体的な症状
1. 抑うつ気分	気分が沈んで、憂うつだ。落ち込む。
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・無価値観	まわりに迷惑をかけている。人生には意味がない。
4. 焦燥感・制止	いらいらしてじっとしてられない。何かをしようと思っても身体が動かない。
5. 希死念慮	早く逝ってしまいたい。死にたい。
6. 睡眠障害	夜眠れない。朝早く目が醒め、その後眠れない。
7. 食欲低下	食欲がでない。何を食べてもおいしくない。
8. 思考・集中力低下	決断できない。物事に集中できない。
9. 易疲労性・気力減退	疲れやすい。だるい。気力がでない。

操作的には、日常生活や社会生活上の問題となる抑うつ気分、または興味・喜びの低下の存在が必須症状であり、5項目以上の症状が2週間以上継続した場合に診断される。

表 2 せん妄の診断基準 (米国精神医学会) (文献 4 より引用, 改変)

診断基準	具体的な臨床症状
注意集中, 維持, 転導する能力の低下を伴う意識の障害 (すなわち環境認識における清明度の低下)。	質問に対して集中できない。 前の質問と同じ答えをする。 質問をしていても覚醒が保てず, すぐうとうと してしまう。
認知の変化 (記憶欠損, 失見当識, 言語の障害 など), またはすでに先行し, 確定され, または 進行中の痴呆ではうまく説明されない知覚障害 の出現。	最近の記憶が曖昧である。 新しいことをすぐに忘れてしまう。 時間と場所に関する見当識を失っている。 錯覚 (壁のシミをみて「虫がいる」という), 幻覚 (人がいない場所に「人がいる」という) の存在。 しばしば, 幻覚を現実のものと確信し, 不安・興 奮の原因となる。
その障害は短期間のうちに出現し (通常数時間 から数日), 1 日のうちで変動する傾向がある。	午前中おとなしく協調的であった人が, 夜には 点滴を抜いたり, ベッドから頻回に降りようと したりする。
病歴, 身体診察, 臨床検査所見から, その障害 が一般身体疾患の直接的な生理学的結果により 引き起こされたという証拠がある。	背景に原因となる身体状態や薬剤の使用などが ある。

特別な配慮を必要とする。一般的には, 投与経路 (経口投与が可能か否か), 患者の身体状態 (特に現に存在する苦痛の原因となっている身体症状の把握), 推定予後 (週単位か, 月単位か), 併用薬剤 (相互作用を有する薬物が使用されていないか), 抗うつ薬の作用・有害事象プロフィール (無用な身体的負荷を避けるために特に有害事象プロフィールを重視する) などを総合的に判断して, 治療方針を決定する⁵⁾。また, 特に予後が限られた状況など, うつ病の完全な治癒を望むことが現実的には難しいと考えられる場合であれば, うつ病の症状のなかでも標的的症状を定めて, 部分的ではあっても可能なかぎりの症状緩和を行うことが重要である。

うつ病でも軽症のものや反応性のものであれば, 抗うつ作用を有する抗不安薬であるアルプラゾラムから開始し, 中等症 - 重症例に対しては, 選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI), トラゾドンなどから投与することが実際的である。いずれの薬剤も精神科一般臨床における通常使用量より少量から開始し, 状態をみながら漸増していく。

● せん妄

1 診断と臨床的な危険因子

せん妄は, 軽度から中等度の意識混濁に, 幻覚, 妄想, 興奮などのさまざまな精神症状を伴う特殊な意識障害である。がんの経過におけるあらゆる時期にみられるが, 術直後および前述したように疾患の進行に伴い頻度が高くなり, 終末期, ことに死亡前 1 週間以内の時期では 30~80% に認められる⁶⁾。せん妄は, 患者自身にとって苦痛な症状であるのみならず, 危険行動による事故, 家族とのコミュニケーションの障害, 治療選択などに関する患者の意思決定の障害, 医療スタッフの疲弊, 入院の長期化などの問題と関連することが示されている。

表 2 にせん妄の診断基準を示した⁴⁾。せん妄の典型例では, 落ち着きのなさ, 不安, 焦燥感, 睡眠障害などの前駆症状に続き, 注意集中困難, 覚醒度の変化, 精神運動性の変化 (興奮など), 知覚障害 (錯覚, 幻覚など), 記銘力障害, 見当識障害, 睡眠覚醒リズムの障害など, さまざまな精神症状が出現することが多い。また, 不安, 恐怖, 抑うつ, 易刺激性, 怒り, 多幸, 無欲のような情動障害が認められることもある。これらの症状は数時間から数日のうちに比較的急性に発症し, 日内変動 (たとえば, 特に夜間に症

表 3 がん患者のせん妄の原因

原因	例
腫瘍による直接効果	脳転移
臓器不全による代謝性脳症	肝臓、腎臓、肺、甲状腺
電解質異常	高カルシウム血症など
治療の副作用	手術、化学療法、放射線療法
薬剤性	オピオイド類、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬、抗コリン性薬剤、ステロイド
感染症	敗血症、髄膜炎、脳炎
血液学的異常	貧血、凝固異常
栄養障害	全身性栄養障害（低蛋白血症）、サイアミン、葉酸、ビタミン B ₁₂
腫瘍随伴症候群	遠隔効果、ホルモン産生腫瘍

状が増悪するなど) がみられるという特徴を有する。

がん患者におけるせん妄の原因としては、中枢神経系に対する直接的な原因（脳転移など）と、間接的な原因（代謝性脳症、電解質異常、薬剤の有害事象、アルコール離脱など）があり、一般的には後者によるものが多い⁶⁾ (表 3)。進行・終末期にせん妄が発現したがん患者を対象とした検討では、頻度の高い原因は、オピオイド、脱水、肝・腎機能障害などであり、可逆性が高いもの（原因に対するアプローチでせん妄が改善する可能性が高いもの）は、オピオイド、脱水、薬剤（オピオイド以外）、高カルシウム血症などであったと報告されている^{7,8)}。このように、進行・終末期のせん妄でも原因に対する適切なアプローチによって改善する可能性が指摘されている。

2 治療

a 原因の同定と治療

せん妄治療の原則は、原因の同定とそれに対する治療である。したがって、理学的所見、検査所見、投薬内容の検討などから治療可能な原因を同定し、身体的原因の治療、原因薬剤の中止・減薬・変薬などを行うことにせん妄治療の本質がある⁹⁾。原因に対する介入の具体的な例としては、オピオイドの減量あるいはオピオイドローテーション、脱水に対する適切な補液、高カルシウム血症に対するビスフォスホネートの投与などがあげられる^{7,8)}。しかし、痛みが適切にコントロールされていない場合には、患者

の苦痛をいたずらに増幅しないためにオピオイドの安易な減量は避けるべきである。終末期にせん妄が生じた場合には、原因となっている要因が治療可能であるか、また想定された治療が行われた場合の利益と不利益（有害事象や治療に伴う負担など）のバランスを、医療チームで総合的に評価することが重要である。なお、死亡前 24~48 時間内に出現するものでは不可逆性であることが多い。

b 環境的・支持的介入

せん妄を増悪させる環境要因を除去することを目的として、患者にとっての親しみやすさや適切なレベルの環境刺激を提供する環境的、支持的介入の併用も推奨されている⁹⁾。

これら介入の具体例としては、周囲のオリエンテーションがつくよう夜間も薄明かりをつける、時間の感覚を保つ補助としてカレンダーや時計を置く、親しみやすい環境を整えるために家庭で使い慣れたものを置く、などがあげられる¹⁰⁾。また、家族や慣れ親しんだ医療スタッフとの接触を頻回にすることで、安心感を与えることも有用である。拘束感を与える点滴ライン、導尿カテーテルなども可能な範囲で控えることが望ましい。

せん妄の際にみられる行動障害（興奮など）および認知や知覚の障害（歪んだ認知や幻覚など）は、ベッドや窓からの転落や衝動的な自傷行為につながることもあるため、せん妄がみられた場合には、患者の身の回りからの危険物の除去、頻回の訪床など安全性を確保することも

必要となる。

また、せん妄を呈している患者を目の当たりにした家族は心理的に動揺(たとえば、「がんと闘病がつらいあまり、ついにこんなことになってしまった」など)することが多いために、家族の無用な苦悩を軽減するためにも、患者の治療と併行して、家族に対しての十分な説明と配慮が必須である¹¹⁾。

c 薬物療法

せん妄の原因の同定やその治療が困難であったり、治療に時間を要することが想定されたりする場合には、対症療法として薬物療法が行われる。薬物療法の中心は、原則的には抗精神病薬であり、実地臨床においては、ハロペリドールが第一選択薬として推奨されている^{12,13)}。ハロペリドールはせん妄における精神運動興奮や幻覚・妄想に対して有効性が高く、またベンゾジアゼピン系薬剤と比較して意識レベルを下げることなく鎮静が図れ、呼吸・循環器系への有害事象が少なく、経口投与に加え筋肉内投与や経静脈的投与も可能である¹⁴⁾。治療初期には過量投与にならないよう少量を頻回投与することにより必要最少量を推定し、翌日からの投与量の参考にすることが推奨されている。その他、クロルプロマジンなどの定型抗精神病薬に加えて、リスペリドン、クエチアピン、オランザピンといった新しい非定型抗精神病薬も有用であることが示唆されている^{15,16)}。

緊急の鎮静が必要な場合や抗精神病薬のみでは症状のコントロールが不十分な場合には、ベンゾジアゼピン系の薬剤(ミダゾラム、フルニトラゼパム)が使用されることもある。特に、死亡前数日で生じる不可逆性のせん妄の場合、抗精神病薬のみでのコントロールは難しいことも多く、その場合はミダゾラムの併用が推奨されているが、これは実質的な鎮静(terminal sedation)になるため、その適応を考慮する際には、治療目標に関して家族や医療スタッフとの十分な話し合いを行うことが不可欠である。

● おわりに

以上、がん患者に頻度の高い代表的な3つの

精神症状に関して概説した。いずれの精神症状も患者のQOLを著しく損なうために、適切なマネージメントが提供されることが望まれる。

文献

- 1) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751-7.
- 2) Minagawa H, Uchitomi Y, Yamawaki S, Ishitani K. Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study. *Cancer* 1996; 78: 1131-7.
- 3) Henriksson MM, Isometsa ET, Hietanen PS, et al. Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 1995; 36: 11-20.
- 4) 高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸(訳). DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院, 2002.
- 5) 秋月伸哉, 明智龍男, 中野智仁ほか. 進行がん患者とうつ病. 本橋伸高編. 気分障害の薬物治療アルゴリズム. じほう; 2003. p.83-99.
- 6) Centeno C, Sanz A, Bruera E. Delirium in advanced cancer patients. *Palliat Med* 2004; 18: 184-94.
- 7) Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, et al. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med* 2000; 160: 786-94.
- 8) Morita T, Tei Y, Tsunoda J, et al. Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2001; 22: 997-1006.
- 9) Practice guideline for the treatment of patients with delirium. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1-20.
- 10) Inouye SK, Bogardus ST Jr, Charpentier PA, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med* 1999; 340: 669-76.
- 11) Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, et al. Family-perceived distress from delirium-related symptoms of terminally ill cancer patients. *Psychosomatics* 2004; 45: 107-13.
- 12) Breitbart W, Marotta R, Platt MM, et al. A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine, and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 231-7.
- 13) Han CS, Kim YK. A double-blind trial of risperidone and haloperidol for the treatment of delirium. *Psychosomatics* 2004; 45: 297-301.
- 14) Akechi T, Uchitomi Y, Okamura H, et al. Usage of haloperidol for delirium in cancer patients. *Support Care Cancer* 1996; 4: 390-2.
- 15) Schwartz TL, Masand PS. The role of atypical antipsychotics in the treatment of delirium. *Psychosomatics* 2002; 43: 171-4.
- 16) Breitbart W, Tremblay A, Gibson C. An open trial of olanzapine for the treatment of delirium in hospitalized cancer patients. *Psychosomatics* 2002; 43: 175-82.

第 104 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

がん患者に対する精神療法

明智 龍 男 (名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学)

1. はじめに

がん患者には、高頻度に精神症状が認められることが示されており、代表的なものとして、診断後の不安、抑うつ、サバイバーシップにおける再発不安、進行・再発期における抑うつ、終末期における実存的苦痛などが知られている。わが国においても、精神科医のがん医療への参画が強く求められているが、がん患者は精神療法を希望するものが多い¹⁾ため、必然的に精神科医にも精神療法的な関わりが求められることが多い。一方で、がん患者に対する適切な精神療法の在り方については明確な指針が存在しないのが現状である。今回、がん患者に対する適切な精神療法の在り方を理解する一助として、がん患者に対する精神療法の有用性に関するエビデンスおよび精神療法の state of the art についての検討結果に加え、新たな精神療法の取り組みについて紹介する。

2. 精神療法の有用性のエビデンス

1) わが国におけるエビデンス

がん患者を対象とした精神療法の有用性についての研究としては、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ある。

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等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、お互いに体験を分かち合い理解できるため、孤立感の軽減がはかられやすい。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等が挙げられている。

わが国においては、構造化された短期介入法として、東海大学の保坂らが乳がん患者を対象として本治療を導入し²⁾、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³⁾。なお、筆者が知る限り、現時点においては、国立がんセンターで行われた本臨床試験が、がん患者を対象として精神療法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) がん患者の精神症状に対する精神療法の有用性についての系統的レビュー

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療法の有用性を検討した無作為化比較試験は欧米を中心として多数報告されている。しかし、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唆される一方で^{3,4)}、系統的レビューの結果では一定した見解は得られ

ていない¹⁰⁾。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従い、効果量 (effect size) 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¹³⁾、内的妥当性の高い無作為化比較試験のみを対象にした場合、通常の精神療法的アプローチで推奨されるものはないと結論づけているものもみられている¹⁰⁾。以上より、現時点において、がん患者に対する精神療法の有用性に関しては、一定のレベルで支持されるものの、その効果の大きさや臨床的な意義などに関しては未だ一致した結論が得られていないと考えられる。

3) 進行がん患者の抑うつに対する精神療法の有用性

臨床の現場で頻繁に遭遇する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も実証レベルが明らかでなかったため、我々は、コクラン共同計画の枠組みを用いて系統的レビューを行った¹⁾。適格条件 (成人の治癒が望めないがん患者を対象とした無作為化比較試験であること等) を満たし、データの統合が可能であった研究は6報あり、これらから抽出されたデータを用いてメタアナリシスを行った結果 (介入群 n=292, 対照群 n=225), 精神療法の提供は、通常の治療のみに比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])。一方、抽出された6報のうち4つの研究が、患者の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、各々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、中等程度程度の効果が期待できることが示された。しかし、実際に行われていた治療技法の多くが長期間にわたって継続的に提供する支持-表出的な精神療法であり、昨今欧米でエビデンスが蓄積されてきている認知行動療法や対人関係療法の有用性に関しては、今後の更なる研究が必要であることが示された。

3. 臨床実践における精神療法の state of the art

1) 精神療法の state of the art

精神療法の有用性に関しての全般的なエビデンスについては前述した一方で、治療的アプローチに工夫や配慮が必要な、進行・終末期がん患者に対する精神療法の具体的な実践方法に関してはコンセンサスが存在しない。そこで、我々は、進行・終末期がん患者の不安、抑うつに関する論文の系統的レビューを行い、3人の精神科医が論文内容を吟味し、治療技法に関する推奨事項を決定するというプロセスにて、進行・終末期がん患者の不安、抑うつに対する精神療法的介入の有用性および臨床実践における state of the art に関しての示唆を得た¹⁵⁾。その結果、進行・終末期がん患者の精神療法に際しては、「個別性の配慮」、「支持的精神療法」を基本にしながらの「柔軟な治療技法」を前提として、防衛としての「否認」、「退行」を尊重し、治療者の「逆転移」に十分な注意を払うアプローチが推奨されることが示唆された。

2) 支持的な精神療法

ここで前述の基本的な治療技法として示された、がん患者を念頭においた支持的な精神療法について振り返っておきたい。支持的な精神療法は、受容、傾聴、支持、肯定、保証、共感などを中心とした精神療法であり、サイコオンコロジーのみならず一般の精神医療においても、最も一般的な治療技法である。支持的な精神療法は、がん罹患に伴って生じた役割変化、喪失感や不安感、抑うつ感をはじめとした精神的苦痛を支持的な医療者との関係、コミュニケーションを通して軽減することを目標とする。支持的な精神療法を有効なものにするうえでの大切な要素として、患者との良好な治療関係の確立があげられるが、これを達成するために、ベッドサイドマナー¹⁴⁾、面接における治療者の積極的姿勢、患者にとって今、現在問題となっていることへの焦点化 (here and now) などが重要である。