

入法である²³⁾。

ダイグニティセラピーでは、まず「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」、「個人的記録の中で覚えておいてもらいたいこと」などの定式化された質問プロトコルに基づき面接が行われる。本面接内容の録音および逐語化が行われた後に、患者との共同作業にて編集が行われ、文書として患者に提供される。本セラピーは、このような介入を通して、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上での目的、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、実際の介入はインタビュー1回と共同作業による文書の最終的な編集1回の計2回と極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用性を検討するための多施設共同研究が行われた。現時点における予備的な試行経験からは、終末期には、意識的、無意識的に死を否認している患者が多いため拒否例も多く、本介入を提供する際には、適応症例を慎重に選択する必要があることが示唆されている²⁴⁾。

4) ナラティブ・セラピー

ナラティブ・セラピーは、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²⁵⁾。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」という考え方がある。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、問題を解消させてい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、問題を外在化させるとともに、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、それまで気付かれなかった解決経験が共有され、次いで、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通して、問題との関係を変容させていくことが試みられる²⁶⁾。

5) 看護師と精神科医とのコラボレイティブケア

近年、精神科医のスーパービジョンを受けながら、精神療法のトレーニングを受けた看護師が直接的な介入を行うといったコラボレイティブケアの有用性が複数の研究で示されている^{27~30)}。中でも、心理教育や問題解決技法を含めたケースマネジメントを看護師が提供し、それを精神科医がバックアップするような協働モデルにより、患者の不安などが軽減するといった有用性が無作為比較試験で示されている。精神症状を有するすべてのがん患者を精神保健の専門家が治療することは現実的には困難であることから、このようなコラボレイティブケアモデルは国際的にも注目されている。

患者の意向をふまえた場合、サイコオンコロジーの臨床の上で、心理社会的介入はもっとも重要な治療法の1つである。本項で紹介した心理社会的介入のほかにも、海外では、expressive writing(教示文に従い、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呼ばれる Acceptance and commitment therapy、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。一方、わが国の医療システムや文化などを考慮した際には、今後、西欧諸国で開発された治療技法を輸入するのみではなく、独自の治療技法の開発なども期待されるところである。また、わが国で産み出された内観療法や森田療法なども、今後、検証に値する治療技法であろう。

文献

- 1) Okuyama T, Nakane Y, Endo C, et al : Mental health literacy in Japanese cancer patients—ability to recognize depression and preferences of treatments—comparison with Japanese lay public. *Psychooncology*, 2007 ; 16 : 834-842.
- 2) Hosaka T, Sugiyama Y, Hirai K, et al : Effects of a modified group intervention with early-stage breast cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry*, 2001 ; 23 : 145-151.
- 3) Fukui S, Kugaya A, Okamura H, et al : A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer*, 2000 ; 89 : 1026-1036.
- 4) Devine EC, Westlake SK : The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer—meta-analysis of 116 studies. *Oncol Nurs Forum*, 1995 ; 22 : 1369-1381.
- 5) Luebbert K, Dahme B, Hasenbring M : The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment—a meta-analytical review. *Psychooncology*, 2001 ; 10 : 490-502.
- 6) Akechi T, Okuyama T, Onishi J, et al : Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008 ; CD005537.
- 7) Beltman MW, Voshaar RC, Speckens AE : Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease : meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry*, 2010 ; 197 : 11-19.
- 8) Newell SA, Sanson-Fisher RW, Savolainen NJ : Systematic review of psychological therapies for cancer patients : overview and recommendations for future research. *J Natl Cancer Inst*, 2002 ; 94 : 558-584.
- 9) Sheard T, Maguire P : The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients : results of two meta-analyses. *Br J Cancer*, 1999 ; 80 : 1770-1780.
- 10) Yager J : Specific components of bedside manner in the general hospital psychiatric, consultation : 12 concrete suggestions. *Psychosomatics*, 1989 ; 30 : 209-212.
- 11) 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 state 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.
- 12) Loscalzo M, BrintzenhofeSzoc K : Brief crisis counseling. Holland J (ed) : *Psycho-Oncology*. pp 662-675, New York, Oxford University Press, 1998.
- 13) Ishikawa Y : A Japanese perspective on crisis intervention. *Psychiatry Clin Neurosci*, 1995 ; 49(Suppl 1) : S55-60.
- 14) Tatrow K, Montgomery GH : Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients—a meta-analysis. *J Behav Med*, 2006 ; 29 : 17-27.
- 15) Gielissen MF, Verhagen CA, Bleijenberg G : Cognitive behaviour therapy for fatigued cancer survivors—long-term follow-up. *Br J Cancer*, 2007 ; 97 : 612-618.
- 16) Holland JC, Morrow GR, Schmale A, et al : A randomized clinical trial of alprazolam versus progressive muscle relaxation in cancer patients with anxiety and depressive symptoms. *J Clin Oncol*, 1991 ; 9 : 1004-1011.
- 17) 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*, 2004 ; 106 : 123-137.
- 18) Mynors-Wallis L : *Problem-solving treatment for anxiety and depression—A practical guide*. New York, Oxford University Press, 2005.
- 19) Nezu AM, Nezu CM, Felgoise SH, et al : Project Genesis : assessing the efficacy of problem-solving therapy for distressed adult cancer patients. *J Consult Clin Psychol*, 2003 ; 71 : 1036-1048.
- 20) Akechi T, Hirai K, Motooka H, et al : Problem-solving therapy for psychological distress in Japanese

- cancer patients—preliminary clinical experience from psychiatric consultations. *Jpn J Clin Oncol*, 2008 ; 38 : 867-870.
- 21) Ando M, Morita T, Okamoto T, Ninosaka Y : One-week Short-Term Life Review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Psychooncology*, 2008 ; 17(9) : 885-890.
 - 22) Ando M, Morita T, Akechi T, Okamoto T : Efficacy of Short-Term Life Review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage*, 2010 ; 39(6) : 993-1002.
 - 23) Chochinov HM, Hack T, Hassard T, et al : Dignity therapy—a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol*, 2005 ; 23 : 5520-5525.
 - 24) 明智龍男 : 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 21 年度 総括・分担研究報告書. 2010.
 - 25) 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*, 2008 ; 10 : 43-48.
 - 26) マイケルホワイト(著), 小森康永, 奥野光(訳) : ナラティブ実践地図. 金剛出版, 2009.
 - 27) Strong V, Waters R, Hibberd C, et al : Management of depression for people with cancer (SMaRT oncology 1) : a randomised trial. *Lancet*, 2008 ; 372 : 40-48.
 - 28) Fukui S, Ogawa K, Ohtsuka M, Fukui N : A randomized study assessing the efficacy of communication skill training on patients' psychologic distress and coping : nurses' communication with patients just after being diagnosed with cancer. *Cancer*, 2008 ; 113 : 1462-1470.
 - 29) Moorey S, Cort E, Kapari M, et al : A cluster randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for common mental disorders in patients with advanced cancer. *Psychol Med*, 2009 ; 39 : 713-723.
 - 30) Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, et al : Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer—the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA*, 2009 ; 302 : 741-749.

(明智龍男)

がん診療に携わる すべての医師のための 心のケアガイド



著者 藤原 研

国立がん研究センター中央病院
緩和病棟科、精神腫瘍科 副科長

真興交易(株)医書出版部

《編者紹介》

清水 研 (しみず けん)

- 1990年3月 東京都立日比谷高校卒業
1998年3月 金沢大学医学部医学科卒業
1998年5月 都立荏原病院内科系研修医
2000年6月 国立精神・神経センター精神科レジデント
2002年5月 都立豊島病院神経科シニアレジデント
2003年6月 国立がんセンター東病院精神科レジデント
2006年4月 国立がんセンター中央病院精神科医員
2010年6月 国立がん研究センター中央病院緩和医療科・精神腫瘍科 副科長
(現在に至る)
- 2005年12月 博士(医学)(東京医科歯科大学) 学位取得

がん診療に携わるすべての医師のための
心のケアガイド

2011年4月15日 第1版第1刷発行©

編集 しみず けん
清水 研
発行者 橋内 千一

発行所 真興交易(株)
医書出版部

〒106-0047
東京都港区南麻布2-8-18
電話 (03)3798-3315(代)
振替 00170-0-147227

印刷・製本 三報社印刷(株)

※定価はカバーに表示
してあります

ISBN 978-4-88003-847-6 C3047
Printed in Japan

JCOPY <(社)出版者著作権管理機構 委託出版物>

本書の無断複写は、著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、そのつど事前に、(社)出版者著作権管理機構(電話03-3513-6969、FAX03-3513-6979、e-mail: info@jcopy.or.jp)の許諾を得てください。

精神腫瘍学

精神腫瘍学

[編集] 内富庸介 小川朝生

医学書院

- palliative care units. *J Pain Symptom Manage*, 2005 ; 30(4) : 301-302.
- 17) Glass J, Lanctot KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE : Sedative hypnotics in older people with insomnia : meta-analysis of risks and benefits. *BMJ*, 2005 ; 331(7526) : 1169.
- 18) Dunder Y, Boland A, Strobl J, Dodd S, Haycox A, Bagust A, et al : Newer hypnotic drugs for the short-term management of insomnia : a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*, 2004 ; 8(24) : iii-x, 1-125.
- 19) Wiegand MH. Antidepressants for the treatment of insomnia : a suitable approach? *Drugs*, 2008 ; 68(17) : 2411-2417.
- 20) Vardy J, Chiew KS, Galica J, Pond GR, Tannock IF : Side effects associated with the use of dexamethasone for prophylaxis of delayed emesis after moderately emetogenic chemotherapy. *Br J Cancer*, 2006 ; 94(7) : 1011-1015.
- 21) Ahlberg K, Ekman T, Gaston-Johansson F, Mock V : Assessment and management of cancer-related fatigue in adults. *Lancet*, 2003 ; 362(9384) : 640-650.
- 22) Roscoe JA, Kaufman ME, Matteson-Rusby SE, Palesh OG, Ryan JL, Kohli S, et al : Cancer-related fatigue and sleep disorders. *Oncologist*, 2007 ; 12 Suppl 1 : 35-42.

(奥山 徹)

II うつ病，適応障害

抑うつを主徴とするうつ病および適応障害は、がん患者に最も高頻度で合併する精神症状である。がん患者は、検診でのがんの疑いにはじまり、検査、診断、再発、積極的抗がん治療中止など、さまざまな悪い知らせにさらされることとなる。その都度患者は大きな心理的衝撃を受け、うつ病や適応障害などの臨床的介入を要する精神症状を呈することも稀ではない。本項では、うつ病と適応障害について、疫学、危険因子、診断、スクリーニング、治療などについて詳述する。

1. 疫学

Derogatisらは、アメリカの3つのがんセンターにおいて無作為に抽出した215名のがん患者を対象にDSM-Ⅲに基づいた精神医学的診断面接を行っている。その結果、うつ病が全体の6%、適応障害が32%に認められ、かなりの割合のがん患者が臨床的介入を要する病的な抑うつ状態を呈していることが示されている¹⁾。わが国のがん患者についても、国立がん研究センターの患者を対象に有病率調査が行われており、がん種や病期によっても異なるが、うつ病は3~12%、適応障害は4~35%に認められている(図1)²⁻⁷⁾。うつ病や適応障害は、それ自体が強い苦痛伴うが、がん患者の自殺⁸⁾、全般的QOLの低下⁹⁾、抗がん治療のコンプライアンス低下¹⁰⁾、入院期間の長期化¹¹⁾、家族の心理的苦痛¹²⁾などとも関連することが明らかにされており(表3)、さまざまな負の影響を来す。

2. 危険因子

うつ病、適応障害の危険因子として抽出されているものを表4にまとめる。医学的要因としては、早期がんよりは進行・再発がんにおいて有病率が高い³⁾。また、痛みなどの身体症状⁵⁾や身体活動度の低下⁷⁾、化学療法や放射線療法などの治療に伴うストレス¹³⁾も危険因子となりうる。個人・社会的要因としては、がん年齢における相対的若年者⁵⁾、神経質な性格¹⁴⁾、うつ病などの精神

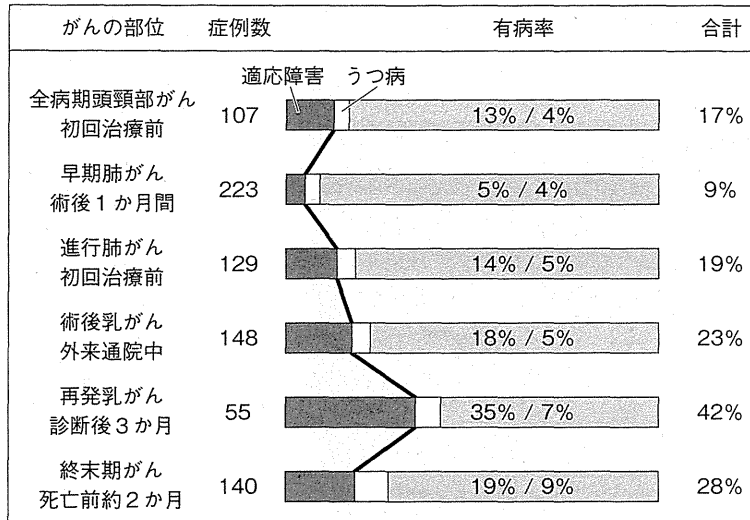


図1 わが国における適応障害、うつ病の有病率調査

表3 うつ病・適応障害による負の影響

- ・自殺の最大の原因
- ・QOLの全般的低下
- ・家族の精神的負担増大
- ・治療コンプライアンスの低下
- ・入院期間の延長

表4 うつ病・適応障害の危険因子

- | |
|---|
| 医学的要因
・進行・再発がん
・痛みなどの身体症状の不十分なコントロール
・低いPS(パフォーマンスステータス)
・化学療法・放射線療法など治療に伴うストレス |
| 個人・社会的要因
・(相対的)若年者
・神経質な性格
・うつ病などの精神疾患の既往
・社会的サポートが乏しい(独居など)
・教育歴が短い |

疾患の既往⁶⁾、社会的サポートの欠如⁵⁾、教育歴が短い⁶⁾ことなどが危険因子として挙げられている。ただし、疫学調査において、これらの要因の寄与する程度としてはそれほど大きくないため、ある特徴のある集団にうつ病・適応障害が集中するわけではない。

3. 診断

がん告知などの悪い知らせに伴い、誰でもその直後は強い抑うつ状態が生じ、日常生活で機能できない状況に陥るが、通常はおおよそ2週間程度で回復し、活動を再開する。しかしながら、2週間を経過しても回復が認められないケースもあり、強い抑うつ状態が継続する場合がうつ病に該当する。また、うつ病の基準は満たさないが、日常生活に支障を生じているような状態像は適応障害に該当する(図2)。通常反応、適応障害、うつ病は診断基準によって区別されるが、現象としては明確な境界があるわけではなく、ストレスに対する反応として連続的なものと考えられている。

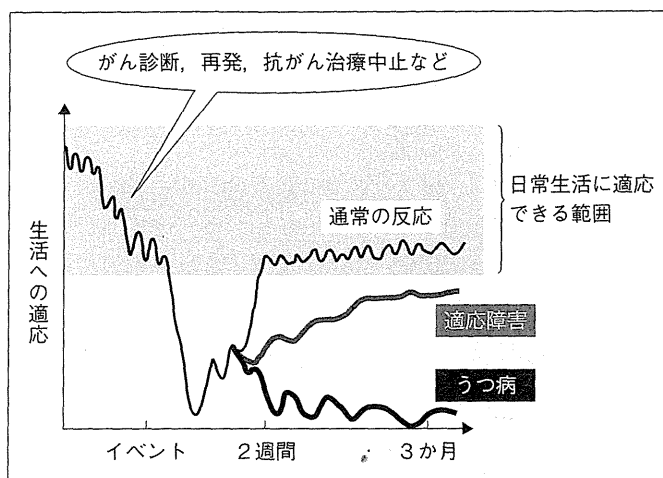


図2 悪い知らせに対する心理反応

1) うつ病の診断

がん患者に合併するうつ病を診断する場合も、アメリカ精神医学会の診断基準(DSM-IV-TR)など、精神医学一般で用いられる診断基準を通常は使用する。表5にDSM-IV-TRにおけるうつ病エピソードの基準を記載する¹³⁾。

がん患者のうつ病を診断する際に留意すべきこととして、患者が呈する症状がうつ病に伴って出現しているのか、がんそのものの症状やがん治療の副作用として出現しているかの判断が容易でない点がある。前述のDSM-IV-TR診断項目でいえば、A(3)食思不振、(4)睡眠障害、(6)易疲労性、(8)思考力・集中力の減退、などが判断困難な症状に該当する。

これまで、がん患者に合併するうつ病を診断する際のこれらの症状の扱いに関して、さまざまな診断手法が用いられてきた。DSM-IV-TRは、これらの症状が身体疾患に起因するものかうつ病によるものかを鑑別し、前者を除外するという病因的診断 etiologic criteria を採用しているが、病因を考慮せずに身体症状を診断項目に含める包含的診断 inclusive criteria¹⁴⁾、診断基準から身体症状を除外する除外的診断 exclusive criteria (Cavanaugh 基準)¹⁵⁾、身体症状項目を非身体症状項目に置き換える代替的診断 substitutive criteria (Endicott 基準)¹⁶⁾などがある(表6)。どの診断を用いるかに関して、まだ議論が分かれているが、実際的にはうつ病を見落としてしまうことのデメリットのほうが、過剰に診断してしまうことのデメリットよりも勝るため、偽陽性症例が含まれやすくなるものの、包含的診断に基づいて診断することが推奨されている。

2) 適応障害の診断

がん患者の場合は、うつ病エピソードを満たさないまでも、情緒面、行動面の症状が出現し、臨床的に日常生活における支障が生じていることが多く、この場合は診断基準に沿って適応障害と判定される(表5)¹³⁾。

適応障害は、呈する精神症状について症候学的に明確な定義をなされておらず、その信頼性や妥当性に関して疑問が残る一方で、通常反応と、明らかに病的であると考えられるうつ病などの精神疾患の間に位置する病態を定義することができるためには有用と考えられている¹⁷⁾。

表5 うつ病エピソード(アメリカ精神医学会診断基準：DSM-IV-TR)

A. 以下の症状のうち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している；これらの症状のうち少なくとも1つは、(1)抑うつ気分または(2)興味または喜びの喪失である。

- (1) その人自身の言明(例えば、悲しみまたは、空虚感を感じる)か、他者の観察(例えば、涙を流しているように見える)によって示される、ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分。
- (2) ほとんど1日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における興味、喜びの著しい減退(その人の言明、または他者の観察によって示される)。
- (3) 食事療法をしていないのに、著しい体重減少、あるいは体重増加(例えば、1か月で体重の5%以上の変化)、またはほとんど毎日の、食欲の減退または増加。
注：小児の場合、期待される体重増加が見られないことも考慮せよ。
- (4) ほとんど毎日の不眠または睡眠過多。
- (5) ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または制止(他者によって観察可能で、ただ単に落ち着きがないとか、のろくなったという主観的感覚ではないもの)。
- (6) ほとんど毎日の易疲労性、または気力の減退。
- (7) ほとんど毎日の無価値観、または過剰であるか不適切な罪責感(妄想的であることもある)、(単に自分をとがめたり、病気になったことに対する罪意識ではない)。
- (8) 思考力や集中力の減退、または決断困難がほとんど毎日認められる(その人自身の言明による、または、他者によって観察される)。
- (9) 死についての反復思考(死の恐怖だけではない)、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画。

B. 症状は、混合性エピソードの基準を満たさない。

C. 症状は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の障害を引き起こしている。

D. 症状は、物質(例：乱用薬物、投薬)の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患(例：甲状腺機能低下症)によるものではない。

E. 症状は死別反応ではうまく説明されない。すなわち、愛する者を失った後、症状が2か月を超えて続くか、または、著明な機能不全、無価値観への病的なとらわれ、自殺念慮、精神病性の症状、精神運動制止があることで特徴づけられる。

表6 うつ病の症状と診断手法

症状	診断手法			
	inclusive	etiologic	substitutive	exclusive
抑うつ気分	○	○	○	○
興味低下	○	○	○	○
焦燥感・制止	○	○	○	○
自責感	○	○	○	○
希死念慮	○	○	○	○
食思不振	○	△		
睡眠障害	○	△		
思考・集中度低下	○	△		○
易疲労性	○	△		
抑うつ的な表情			○	
引きこもり			○	
悲観的思考			○	
快適な刺激に無反応			○	
機能低下				○

4. 薬物療法

がん患者に合併する抑うつの特徴としては、次のようなものがあげられる。第一に、反応性、軽症の抑うつ症状が多く、いわゆる内因性うつ病が少ない¹⁸⁾。また、純粋な抑うつ症状を呈す症例は稀であり、不安症状を合併していることが多い¹⁹⁾。次に、経口摂取不可能な症例もあり、薬物投与経路の評価が必要である点も考慮しなければならない²⁰⁾。さらに、疾患、がん治療による身体症状をすでに有しており、抗うつ薬による副作用の出現にはとくに注意をはらう必要がある²¹⁾。また、抗うつ薬の効果が出現するには、一般的に4週間程度の期間が必要であるため、予後が限られている終末期症例については、治療効果を得るための十分な投与期間が得られないという点である²²⁾。

1) がん患者を対象とした抗うつ薬の比較試験

2007年までに発表されたがん患者の精神症状緩和を目的とした抗うつ薬のプラセボ対照の二重盲検化比較試験(RCT)は8報存在する(表7)。その内訳は、①対象がうつ病のみの研究(2報)^{23,24)}、②対象にうつ病より軽度の抑うつ症状の含む研究(3報)^{25~27)}、③主な標的症状が倦怠感であり、うつは二次的に評価した研究(2報)^{28,29)}、④インターフェロンを投与されるがん患者に対するうつ病の予防研究(1報)³⁰⁾、である。抽出された8報のうち、6報が抗うつ薬の有用性を実証しているが、残りの2報においてはプラセボに対して有意な差は認めていない。がん患者に合併する抑うつに対する抗うつ薬はおおむね有効と考えられるが、適応を考える必要がある。また、検証されているのは多数ある抗うつ薬のごく一部であることも認識しておく必要がある。

個別にみていくと、うつ病レベルの精神症状に関しては、治療、予防ともに有効であるという結果が無作為化比較試験にて得られており、がん患者に合併するうつ病に関しても、一般のうつ病患者に準じて抗うつ薬による治療を行うことが、現時点の一般臨床における選択肢としては妥当なのではないかと考えられる。

うつ病より軽度の適応障害レベルの精神症状を含む比較試験の場合は、有効であるという報告が1報、有意な差を認めないという報告が2報存在する。これらの結果から、適応障害の場合は、うつ病ほどは抗うつ薬の効果が期待できないことが考えられるため、臨床医は抗うつ薬の適応に関して慎重になる必要がある。また、適応障害と一口に言ってもさまざまな状態像があるため、どのような患者に抗うつ薬有効であり、どのような患者には無効であるのかを、今後明らかにしていく必要があると思われる。

2) 抗不安薬による薬物療法

Hollandらは、ハミルトンうつ病スケール(HDRS)が25点以上であるような重症例を除いた、うつ病、適応障害を合併したがん患者に対して、アルプラザラムを投与する前後比較試験を実施している。投与前に比べて、投与後において、抑うつ症状、不安症状がともに改善したという結果が得られており、アルプラザラムの有用性が示唆されている³¹⁾。

3) 予後が限られている患者の対応

国立がん研究センター東病院精神科に紹介され、うつ病と診断された症例のうち、精神科紹介

表7 抗うつ薬のプラセボ対照無作為化比較試験

著者名(発表年)	取り込み基準	薬剤	結果
Costa(1985)	うつ病	ミアンセリン	有効
Heeringen(1996)	うつ病	ミアンセリン	有効
Razavi(1996)	うつ病+適応障害	Fluoxetine	N.S.
Fish(2003)	軽度抑うつ	Fluoxetine	有効
Stockler(2007)	軽度抑うつ(うつ病は除外)	セルトラリン	N.S.
Morrow(2003)	倦怠感を合併する患者	パロキセチン	有効
Roscoe(2005)	倦怠感を合併する患者	パロキセチン	有効
Musselman(2001)	高用量 INF- α 投与	パロキセチン	有効

後3か月以内に死亡が確認された20症例のカルテを対象として、治療によりうつ病の改善が認められたかを後方視的に調査した。全20例のうち、7例が複合的介入後に著明な改善を認めたが、死亡までの期間が16日以内の8例では著明な改善が皆無であった。この結果から、予後が数週間程度など、限られていると想定される患者に対しては、抗うつ薬を投与しても、副作用出現のリスクはあるが、効果を得られる可能性は乏しいことが推測され、あえて薬物治療を控えるという選択が示唆される²²⁾。

4) 薬物療法の実際

イギリス National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) の、がんを含む慢性身体疾患を有する成人のうつ病診療ガイドラインにおいては、次のような対応が推奨されている³²⁾。軽症から中等症のうつ病では、自然回復を多く認めるため、患者が積極的な治療を希望しない場合、まずは経過観察することが推奨されている。改善しない場合でも、認知行動療法に基づいたセルフヘルプなどの心理社会療法が推奨される。それでも改善しない場合に、薬物療法あるいは認知行動療法などの強度の高い精神療法のいずれかを考慮する。中等症うつ病では、認知行動療法などの精神療法が推奨され、改善しない場合に薬物療法、あるいは精神療法と薬物療法の併用を考慮する。重症うつ病では、個人認知行動療法と薬物療法の併用が推奨される。本ガイドラインは、軽症例が多いがん患者に合併するうつ病に関して、安易に薬物療法を選択しない方向性を示している。

また、国立がん研究センターでは進行がん患者の大うつ病に対する抗うつ薬のアルゴリズムを作成している(図3)³³⁾。がん患者においては経口投与ができない場合が時々ある。その際は唯一の注射剤であるクロミプラミンが適応となる。予後の限られている進行がん患者の場合、軽症例に対しては即効性であることも考慮してアルプラゾラムを第一選択としている。中等症以上のうつ病に関しては、副作用プロフィールを考慮しながら抗うつ薬の投与を行う。例えば、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)は比較的使用しやすい薬剤であるが、肝臓の代謝酵素を阻害するため、化学療法、ホルモン療法施行中の患者には使用しにくい。また、強い悪心に伴って投与を中断せざるを得ないことがしばしばある。セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)も悪心・嘔吐や、排尿障害に注意する必要がある。三環系抗うつ薬を使用する際は抗コリン作用などに注意し、10~20 mg 程度の少量から開始する。

以上をまとめると、がん患者の抑うつに対する薬物療法の指針は次のようになる。①軽症のう

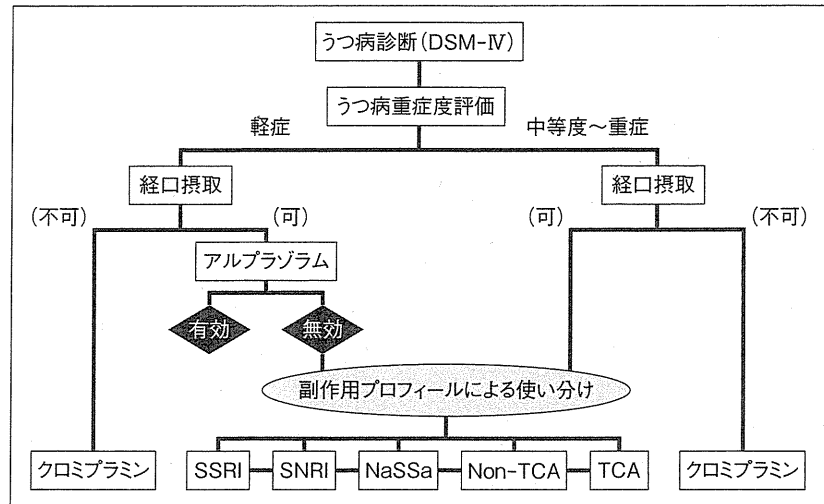


図3 進行がん患者のうつ病に対する薬物治療アルゴリズム
(国立がん研究センター)

うつ病や、適応障害に関しては、薬物療法を積極的には考慮しない。本人の意向や、症状による苦痛の強さ、精神療法など他の治療への反応性を踏まえて考えるが、もし使用する必要がある場合は、まずはアルプラゾラムなどのベンゾジアゼピンを使用する。②中等症以上のうつ病に関しては、副作用プロファイルや薬物相互作用を考慮して、投与する抗うつ薬を選択する。③予後が短いと推定される患者の場合、薬物療法による改善が得られにくいことに留意する。

5. 精神療法

進行がん患者の抑うつ(うつ病に限らない)に対する精神療法の有効性を検討したRCTのメタアナリシスでは、精神療法により抑うつのスコアの有意な減少を認めることが示されており、Effect Sizeは0.44(95%信頼区間:0.08 to 0.80)であった。6つのRCTのうち、4つは支持的精神療法、1つが問題解決療法、1つが認知行動療法であった³⁴⁾。

がん臨床の場面では精神療法的関わりは必須であり、最も一般的に行われるのは支持的精神療法である。患者は診断直後や、初期治療の時期は今後病状がどうなっていくかという不安を抱えているかもしれない。無事治療が一段落しても、再発に対する不安が容易に生じてしまう。進行、終末期になれば、隔絶された孤独感や疎外感を抱いているかもしれないし、残される家族への思いを抱えているかもしれない。支持的精神療法とは、このような患者の思いを批判、解釈することなく受容し、できる限り理解しようと努力しながら、一貫して患者の苦しみを支え続ける関わりである。その為には医療者の価値観をひとまず置いておいて、患者の個性性を尊重し、患者が歩んだ生活史や、築いてきたもの、乗り越えてきたことなどを十分に傾聴する。また、患者の持てる困難への対処法を現在の苦難に対する対処法として指示することも大切である。自身の思いが医療者に伝わったという感覚を持った時に、患者の苦悩は少し解放され、癒される³⁵⁾。

また、患者は誤った信念をもっていたり、十分に状況を理解していないことによる不安や絶望感をもっていたりすることもある(モルヒネは終末期のみに使用するもの、激しい痛みには耐えながら死を迎えなければならないという誤解など)。このような場合は患者がどう状況を理解して

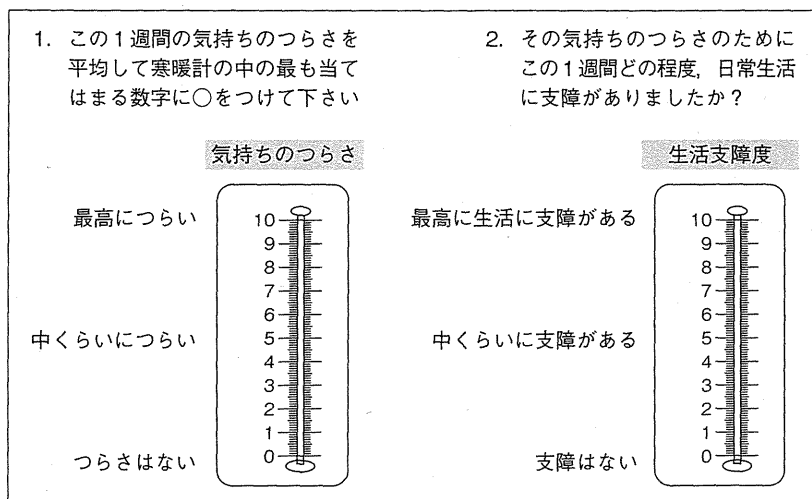


図4 つらさと支障の寒暖計

いるかを明確にすることが不可欠であり、その上で正しい知識を伝え、安心感が得られるように可能な限りで心身の保証を与える心理教育的介入が有効である。

6. 抑うつのスクリーニングと包括的介入プログラム

がん患者における適応障害、うつ病に関する臨床的な問題として、いくつかの研究から主治医、看護師がこれらの精神症状を見逃しやすいことが示されている^{36,37)}。前述のうつ病、適応障害の診断基準を適切に用いることは精神医学的なトレーニングを受けないと難しい。

1) がん患者に使用する精神症状スクリーニング法

日本語版の妥当性が示されているがん患者におけるうつ病、適応障害に対するスクリーニング法としては、Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS)³⁸⁾、つらさと支障の寒暖計(図4)³⁹⁾、ワンクエスチョンインタビュー⁴⁰⁾などがある(つらさと支障の寒暖計、ワンクエスチョンインタビューは国立がん研究センター精神腫瘍学研究部ホームページよりダウンロード可能 <http://pod.ncc.go.jp>)。つらさと支障の寒暖計は、2問からなるために短時間で施行可能であり、従来から広く使用されているHADSとも同等の性能を有していることが示されており、臨床現場での使用が期待される。

2) 包括的介入プログラム

プライマリーケア領域においては、受診する患者の中に、一定の割合で大うつ病をはじめとした気分障害の患者が存在するにも関わらず、十分な治療が行われていないという問題点が指摘されていた。これに対して、最近10年以上にわたって、包括的介入プログラムの実践が行われ、その有用性が実証されている。代表的なものでは、その後の他の介入のモデルとなった、UnützerとKatonらが行ったIMPACT studyがあり、Late-life Depression(大うつ病と気分変調症)をターゲットとした介入プログラムである⁴¹⁾。包括的介入の内容はそれぞれの研究によって異なる

表8 がん領域における包括的介入プログラム—無作為化比較試験

著者名(発表年)	評価ツール	Case Managerの職種	精神科医の役割	結果
Maunsell(1995)	GHQ	ソーシャルワーカー	なし	有意差なし
Maclachlan(2001)	CNQ	看護師	なし	有意差なし*
Strong(2008)	HADS	看護師	スーパーバイズ	有効
Ell(2008)	PHQ	ソーシャルワーカー	スーパーバイズ	有効
Kroenke(2010)	PHQ	看護師	記載なし	有効

GHQ : General Health Questionnaire, CNQ : Cancer Needs Questionnaire,

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale, PHQ : Patient Health Questionnaire

*中等症以上の抑うつ群には有効であった

が、主なコンポーネントとして、

- ①スクリーニングツールなど、うつ病を特定し、評価するためのツールを用いる。
- ②Case Manager(看護師やMSWが担当することが多い)という新しい役割が導入され、気分障害の患者に対する介入を行う。
- ③精神科医などの専門家や、Case Managerが緊密な連携のもとに、プライマリーケア医のサポートを行う。

の3点が含まれることが特徴である⁴²⁾。

がん患者を対象とした包括的介入プログラムはいくつか存在するが、無作為化臨床試験によりその有用性が検証されているものは5報存在する(表8)。

Maunsellらは、乳がん患者に対して毎月General Health Questionnaire(GHQ)を電話にて実施し、GHQの点数が高い場合は危機介入技法を中心とした直接的なケアを行うプログラムを実施したが、対照群に比べて抑うつ症状の有意な改善は認めていない。薬物療法など有効性が実証されている介入方法が含まれていないなど、プログラムの内容が十分でないことが問題点として指摘されている⁴³⁾。

Maclachlanらは、Cancer Needs Questionnaire(CNQ)を実施した上で、患者のニーズに応じて、適切なケアの提供を看護師がコーディネートする介入を行った。CNQは、精神的ケアに対するニーズのみならず、身体症状緩和や、情報提供などにかかわる項目が網羅されており、身体・精神・社会面に関する多面的なケアの提供が行われている。本介入も、主要評価項目であるQOLに関しては介入群と対照群に有意な差が認められなかった。うつ症状に関しては、中等度以上のうつ症状をもつ群においては有意な改善を認めている⁴⁴⁾。

いずれも2008年に発表されたStrongらの介入と⁴⁵⁾、Ellらの介入⁴⁶⁾は、IMPACT StudyのCollaborative Care Modelを意識したものである¹²⁻¹³⁾。評価法として、前者はHospital Anxiety and Depression Scale(HADS)、後者はPatient Health Questionnaire-9(PHQ-9)を使用しているという点や、Care Managerの役割を担うのが前者は看護師、後者はソーシャルワーカーといった差はあるが、Care Managerが薬物療法の推奨と、問題解決療法に基づいた介入を行い、精神科医のスーパーバイズを行うという枠組みは共通している。これら2つの研究は、介入群において、対照群に比べて有意なうつ症状の改善を認めており、その有効性が実証されている。

2010年に発表されたKroenkeらのプログラムは⁴⁷⁾、うつに加えて痛みをターゲットにスクリーニングを行い、症状を有する場合はコンピューターを利用した電話相談を補助的に用いて看護師

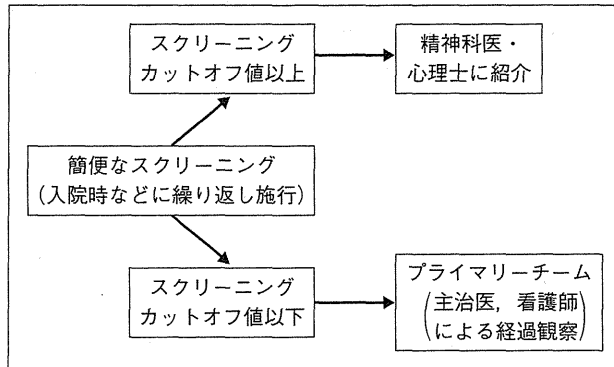


図5 推奨される抑うつへのマネジメント

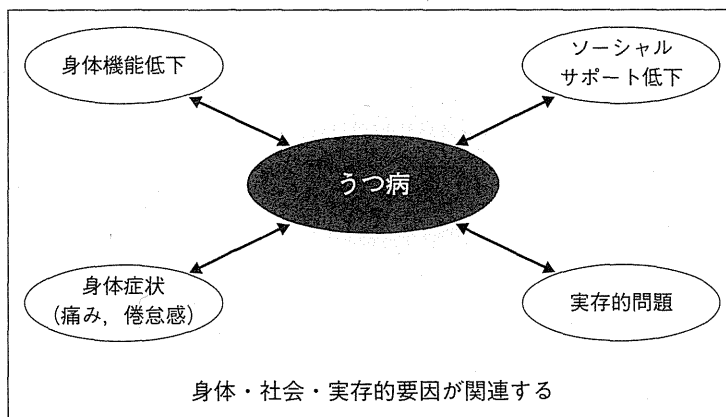


図6 がん患者に合併するうつ病・適応障害の特徴

である Case Manager が介入を行うものである。結果としてうつと痛みの双方が改善するとの結果が得られている。

がん患者を対象とした包括的介入プログラムの無作為化比較試験は上記の5報であるが、プライマリーケア領域で示されたエビデンスとあわせて、スクリーニングツールなどで系統的に気分障害の患者を同定し、精神科医のスーパービジョンのもとに精神保健を専門とする職種が Case Manager として密接な介入を行うプログラムの有用性ががん患者にも当てはまることが示唆されている。これらのエビデンスをもとに、National Comprehensive Cancer Network のガイドラインではすべてのがん患者に精神症状のスクリーニングを実施して評価を行い、うつ症状を認める場合は専門家の介入を推奨することを実地臨床に導入するように推奨している(図5)⁴⁸⁾。わが国のがん患者に対しても、日本の医療事情に応じた包括的介入が開発され、有用性が予備的ではあるが示唆されている^{49,50)}。

7. チーム医療

がん患者の精神症状は身体的苦痛・社会的苦痛・実存的苦痛と関連していることが先行研究より示されている(図6)⁵¹⁾。うつ病、適応障害の関連要因として、身体症状である疼痛や倦怠感、社会的問題として経済的困窮や孤独、実存的苦痛としてとらえられる生きる意味、目的、希望の喪

失が挙げられている。精神症状のみに焦点を絞ってもうまくいかないことが多く、患者の苦痛を包括的、全人的にとらえて、身体症状の緩和や、社会的な問題の対処を並行して行う姿勢が必要となる。多面的な苦痛をもった患者については、さまざまな専門技術をもった多職種が介入することが望ましい場合もある。

多職種が介入する場合、関わる医療者の数が増えれば増えるほど、情報共有や共通のゴール設定を意識して行うことが重要となる。情報共有がなされないと、患者は異なる医療者に繰り返し同じような質問を受け、辟易とするだろう。また、医療者が別々の目的意識をもって介入を行うことも有害である。医療者間で、情報共有を行い、共通したゴール設定を行うことが必要となる。時に複雑なケースの場合、関係者が集まって行うカンファレンスを開くことも必要となる。

参考文献

- 1) Derogatis LR : The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 1983 ; 249 : 751-757.
- 2) Minagawa H, Uchitomi Y, Yamawaki S, et al : Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study. *Cancer*, 1996 ; 78 : 1131-1137.
- 3) Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, et al : Prevalence, predictive factors, and screening for psychological distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer*, 2000 ; 88 : 817-823.
- 4) 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 : 131-137.
- 5) Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, et al : Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable nonsmall cell lung carcinoma—a longitudinal study. *Cancer*, 2001 ; 15 : 2609-2622.
- 6) 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 : 69-77.
- 7) 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 : 1957-1965.
- 8) Henriksson MM, Isometsa ET, Hietanen PS, Aro HM, Lonnqvist JK : Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord*, 1995 ; 36 : 11-20.
- 9) Grassi L, Indelli M, Marzola M, et al : Depressive symptoms and quality of life in home-care assisted cancer patients. *J Pain Symptom Manage*, 1996 ; 12 : 300-307.
- 10) Colleoni M, Mandala M, Peruzzotti G, et al : Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *Lancet*, 2000 ; 356 : 1326-1327.
- 11) Prieto JM, Blanch J, Atala J, et al : Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *J Clin Oncol*, 2002 ; 20 : 1907-1917.
- 12) Cassileth BR, Lusk EJ, Strouse TB, et al : A psychological analysis of cancer patients and their next-of-kin. *Cancer*, 1985 ; 55 : 72-76.
- 13) American Psychiatric Association : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- 14) McDaniel JS, Brown FW, Cole S : Assessment of depression and grief reactions in the medically ill. Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg DB (eds) : *Psychiatric care of the medical patient*. Oxford University Press New York, pp149-164, 2000.
- 15) Cavanaugh SA : Depression in the medically ill. Critical issues in diagnostic assessment. *Psychosomatics*, 1995 ; 36 : 48-59.
- 16) Endicott J : Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer*, 1984 ; 53 : 2243-2249.
- 17) Strain JJ, Diefenbacher A : The adjustment disorders—the conundrums of the diagnoses. *Compr Psychiatry*, 2008 ; 49 : 121-130.

- 18) Massie M, Holland JC : Depression and the cancer patients. *J Clin Psychiatry*, 1990 ; 51 (suppl) : 12-17.
- 19) Stark D : Anxiety in cancer patients. *Br J Cancer*, 2000 ; 83 : 1561-1567.
- 20) Koelle JS, Dimsdale JE : Antidepressant for the virtually eviscerated patient, options instead oral dosing. *Psychosom Med*, 1998 ; 60 : 723-725.
- 21) Wilson KG, Chochinov HM, Faye BJ, et al : Diagnosis and management of depression in palliative care. *Handbook of psychiatry in palliative medicine*. Oxford University Press, New York, pp25-49, 2000.
- 22) Shimizu K, Akechi T, Shimamoto M, et al : Can psychiatric intervention improve major depression in very near end-of-life cancer patients? *Palliat Support Care*, 2007 ; 5 : 3-9.
- 23) Costa D, Mogos I, Toma T : Efficacy and safety of mianserin in the treatment of depression of women with cancer. *Acta Psychiatr Scand*, 1985 ; 72 : 85-92.
- 24) Heeringa KV, Zivkov M : Pharmacological treatment of depression in patients. *Br J Psychiatry*, 1996 ; 169 : 440-443.
- 25) Razavi D, Allilaire JF, Smith M, et al : The effect of fluoxetine on anxiety and depression symptoms in cancer patients. *Acta Psychiatr Scand*, 1996 ; 94 : 205-210.
- 26) Stockler MR, O'Connell R, Nowak AK, et al : Effect of sertraline on symptoms and survival in patients with advanced cancer, but without major depression—a placebo-controlled double-blind randomised trial. *Lancet Oncology*, 2007 ; 8 : 603-612.
- 27) Fisch MJ, Loehrer PJ, Kristeller J, et al : Fluoxetine versus placebo in advanced cancer outpatients—a double-blinded trial of the Hoosier Oncology Group. *J Clin Oncol*, 2003 ; 21 : 1937-1943.
- 28) Morrow GR, Hickok JT, Roscoe JA, et al : Differential effects of paroxetine on fatigue and depression—a randomized, double-blind trial from the University of Rochester Cancer Center Community Clinical Oncology Program. *J Clin Oncol*, 2003 ; 21 : 4635-4641.
- 29) Roscoe JA, Morrow GR, Hickok JT, et al : Effect of paroxetine hydrochloride (Paxil) on fatigue and depression in breast cancer patients receiving chemotherapy. *Breast Cancer Res Treat*, 2005 ; 89 : 243-249.
- 30) Musselman DL, Lawson DH, Gumnick JF, et al : Paroxetine for the prevention of depression induced by high-dose interferon alfa. *N Engl J Med*, 2001 ; 29 : 961-966.
- 31) Holland JC, Morrow GR, Schmale A, et al : Randomized clinical trial of alprazolam versus progressive muscle relaxation in cancer patients with anxiety and depressive symptoms. *J Clin Oncol*, 1991 ; 9 : 1004-1011.
- 32) National Institute for Health and Clinical Excellence : Depression in adults with a chronic physical health problem. NICE clinical guideline 91. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009.
- 33) Okamura M, Akizuki N, Nakano T, et al : Clinical experience of the use of a pharmacological treatment algorithm for major depressive disorder in patients with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 2008 ; 17 : 154-160.
- 34) Akechi T, Okuyama T, Onishi J, et al : Psychotherapy for depression among incurable cancer patients (Review). *Cochrane Database of Systematic Review*, Issue 2, 2009.
- 35) 内富庸介 : がんへの通常の心理的反応. 山脇成人(編) : 新世紀の精神科治療. 第4巻, リエゾン精神医学とその治療学. 中山書店, pp51-58, 2003.
- 36) Gill D, Hatcher S : A systematic review of the treatment of depression with antidepressant drugs in patients who also have a physical illness. *J Psychosom Res*, 1999 ; 47 : 131-143.
- 37) Passik SD, Dugan W, McDonald MV, Rosenfeld B, Theobald DE, Edgerton S : Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol*, 1998 ; 16 : 1594-1600.
- 38) Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, et al : Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. *Jpn J Clin Oncol*, 1998 ; 28 : 333-338.
- 39) Akizuki N, Akizuki N, Shigeto Y, et al : Development of the Impact Thermometer added to the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in patients with cancer. *J Pain Symptom Manage*, 2005 ; 29 : 91-99.
- 40) Akizuki N, Akechi T, Nakanishi T, et al : Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer*, 2003 ; 97 : 2605-2613.

- cancer diagnosis—prospective cohort study. *PLoS Med*, 2009 ; 6 : e1000197.
- 20) Fang F, Keating NL, Mucci LA, et al : Immediate risk of suicide and cardiovascular death after a prostate cancer diagnosis—cohort study in the United States. *J Natl Cancer Inst*, 2010 ; 102 : 307-314.
 - 21) Harris EC, Barraclough BM : Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine (Baltimore)*, 1994 ; 73 : 281-296.
 - 22) Henriksson MM, Isometsa ET, Hietanen PS, et al : Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord*, 1995 ; 36 : 11-20.
 - 23) 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 : 544-553.
 - 24) Breitbart W : Cancer pain and suicide. *In* : Foley K (ed) : *Advance in Pain Research and Therapy*. pp399-412, New York, Raven Press, 1990.
 - 25) Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al : Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol*, 1998 ; 16 : 1594-1600.
 - 26) Akechi T : Desire or early death in cancer patients and clinical oncology. *Jpn J Clin Oncol*, 1999 ; 29 : 646.
 - 27) Ripamonti C, Filiberti A, Totis A, et al : Suicide among patients with cancer cared for at home by palliative-care teams. *Lancet*, 1999 ; 354 : 1877-1878.
 - 28) Akechi T, Sakuma K, Okamura M, et al : Trauma in a nurse after patient suicide. *Psychosomatics*, 2003 ; 44 : 522-523.
 - 29) Chemtob CM, Hamada RS, Bauer G, et al : Patients' suicides : frequency and impact on psychiatrists. *Am J Psychiatry*, 1988 ; 145 : 224-228.
 - 30) Eagles JM, Klein S, Gray NM, et al : Role of psychiatrists in the prediction and prevention of suicide—a perspective from north-east Scotland. *Br J Psychiatry*, 2001 ; 178 : 494-496.
 - 31) Gitlin MJ : A psychiatrist's reaction to a patient's suicide. *Am J Psychiatry*, 1999 ; 156 : 1630-1634.
 - 32) Kaye NS, Soreff SM : The psychiatrist's role, responses, and responsibilities when a patient commits suicide. *Am J Psychiatry*, 1991 ; 148 : 739-743.
 - 33) 齊藤陽子, 中尾智博, 竹田康彦, 他 : 患者の自殺が主治医に与える影響. *精神医学*, 2001 ; 43 : 647-654.
 - 34) 高橋祥友 : 患者の自殺に精神科医はどう対処すべきか. *精神科治療学*, 2001 ; 16 : 563-568.
 - 35) Yehuda R : Post-traumatic stress disorder. *N Engl J Med*, 2002 ; 346 : 108-114.

(明智龍男)

Ⅳ 不安障害

不安は、不確実な脅威に対する心理反応であり、特徴的な症状を惹起する。自律神経の過活動に伴う動悸や発汗が出現し、行動面では落ち着かずに保証を求めることが多くなる。思考面では、心配事が多くなり、集中できなくなる。身体面では、筋肉の緊張と、倦怠感が生じることもある。

がん患者が不安を抱えていることは一般的であるし、多くの場合は脅威に対する適応的な行動である。しかし、ある条件において不安は非適応的に作用し、時に不安障害に該当する状態を呈することもある。

がん患者に合併する不安障害に関する研究は、気分障害に比較すると少なく、精神医学的診断面接を用いた報告はごくわずかしか存在しない。1983年にDerogatisらが報告した研究では、アメリカ合衆国の3つのがん専門病院のがん患者215名を無作為に抽出してDSM-Ⅲに基づいた診断面接を実施し、そのうち不安障害はわずか2%(4名)に合併し、全般性不安障害が0.5%、恐怖症が0.5%、強迫性障害が1%という結果であった。不安障害の基準は満たさないが、適応障害(不安)が6%、適応障害(不安と抑うつ)の混合が13%に認められている¹⁾。また、近年発表された

米国の Coping with Cancer Study の調査の一環として示された DSM-IV に基づいた不安障害の有病率としては、PTSD が 3.2%，パニック障害が 3%，全般性不安障害に該当するものが 3% であった²⁾。一方で、Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) などの質問紙を用いた調査はいくつか存在し、報告された有病率は 6～34% とばらつきを認める^{3～9)}。がん患者の不安障害の有病率に関して、結論付けるような調査は存在しないが、不安障害の診断基準に該当する患者は一般人口に比して明らかに多いとは言えない一方で、状況に反応して一時的に強い不安を自覚することにより、適応障害の診断基準に該当する患者は多いように思われる。

1. 不安症状の評価

1) 原因の評価

がん患者に不安を惹起する原因として、次のようなものが挙げられる。

①がん罹患

がんは生命を脅かす疾患であるため、がん罹患することそのものが患者にとって大きな脅威となる。がんが疑われた段階から、精密検査、診断までの過程で、患者は大きな不安を抱く。しかし、診断後の時間経過の中で不安は落ち着いていくことが多い。

②痛み

がん患者において、疼痛と不安は強く関連することが示されており、精神的な安定を得るためにも疼痛コントロールは重要である。

③治療

手術前は、患者は不安が一時的に高まる。また、化学療法の副作用に対する不安も一般的であり、とくに初回治療前は不安が強い。放射線治療による不安も知られており、特に婦人科がんに対する腔内照射は強い不安を惹起することが知られている^{10～11)}。

2) 通常的不安と、病的な不安を区別するには、次のようなポイントがある。

- ①脅威の程度に対して、通常予測されるよりも著しく強い不安症状が出現している場合
- ②時間がたっても不安が軽減しない。
- ③パニック発作など、特有な表現型の症状が出現する場合
- ④誤った信念を持っている場合(すぐに死んでしまうなど)
- ⑤日常機能に支障を来す場合

病的な不安は、全般的な QOL の低下と関連し、身体症状に対する懸念が増すことが示されており、不安障害、または適応障害に該当する状態に至る。以下に、がん患者に合併するパニック障害、全般性不安障害、外傷後ストレス障害について述べる。

2. パニック障害

適応障害に比べると有病率は低いが、一般的に、呼吸困難感などの身体症状に伴って出現することも多く、時々精神科医に紹介となるケースがある。肺がんや、転移性肺腫瘍、肺に対する放射線照射などにより呼吸困難感が生じているケースや、頭頸部がん合併する頸部絞扼感に続いて、パニック発作を生じるケースに時々遭遇する¹²⁾。