

## がんの部位と進行度別にみた精神症状の特徴とそれに応じた対応

明智 龍男\*

抄録：精神医学的診断の観点からは、がん患者の経験する精神疾患として、がん罹患というライフイベントに関連して生じる適応障害、うつ病、およびがん治療およびがんの進行に伴って生じることの多いせん妄の頻度が高いことが示されている。精神医学的な診断名としてはこれら疾患群にまとめられる一方、実際のサイコオンコロジーの臨床の中では、正常反応の範疇のものや既存の操作的診断の適応が難しいにもかかわらず精神医学的・心理学的評価や適切な関わりが求められる病態も稀ではない。これらとしては、治療後の再発不安、抗がん剤投与によってもたらされる予期性悪心・嘔吐、否認を代表とする終末期の心理学的防衛機制などが代表的である。また、がん治療による乳房喪失や人口肛門造設などによるボディイメージ変化なども患者に大きな影響を与える。さらに、適切な精神的サポートのために、好発年齢層の違いや臓器特性、予後の相違によってもたらされるがんの部位別の臨床的な差異について知っておきたい事項も存在する。本稿では、がんの部位と進行度別にみた精神症状の特徴とそれに応じた対応について概説した。

精神科治療学 26(8); 937-942, 2011

Key words : *psychological distress, psycho-oncology, intervention*

## I. はじめに

精神医学的診断の観点からは、がん患者の経験する精神疾患として、がん罹患というライフイベントに関連して生じる適応障害、うつ病、およびがん治療およびがんの進行に伴って生じることの多いせん妄の頻度が高いことが知られており、わ

Psychological distress and its management characterized by cancer site and stage.

\*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〕  
Tatsuo Akechi, M.D., Ph.D.: Department of Psychiatry and Cognitive-Behavioral Medicine, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences, 1, Kawasumi, Mizuho-cho, Mizuho-ku, Nagoya-shi, Aichi, 467-8601 Japan.

が国のがん専門病院や総合病院においても、頻度が高いものは、これら3疾患であることが示されている<sup>1)</sup>。精神医学的な診断名としてはこれら疾患群にまとめられる一方、実際のサイコオンコロジーの臨床の中では、正常反応の範疇のものや既存の操作的診断の適応が難しいにもかかわらず評価や適切な関わりが求められる病態も稀ではない。またがんの部位やがん治療に基づく機能喪失などの中にも患者心理に大きな影響を与えるものもある。本稿では、がんの部位と進行度別にみた精神症状の特徴とそれに応じた対応について概説した。

## II. がんの部位別の精神症状の特徴と対応

ある種のがんに特異的な精神症状が存在する

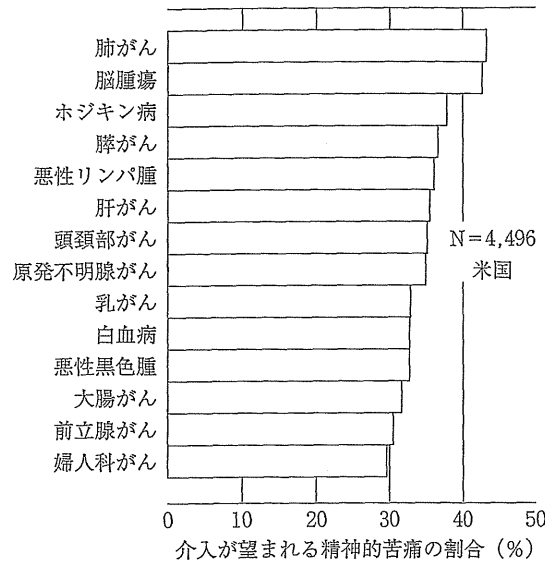


図1 がんの部位と精神的苦痛 (文献19より引用)

わけではなく、前述したようにがん患者にみられる精神医学的診断として頻度が高いものは適応障害、うつ病、せん妄であることが示されている<sup>1,2,7,9,11,12)</sup>。なお、自己記入式の質問票を用いて精神症状の頻度を検討した欧米の大規模サーベイランスからは、肺がんや脳腫瘍など、難治がんやもたらされる機能障害の大きながんで精神的苦痛を抱える患者の割合が多いことが示唆されている(図1)<sup>19)</sup>。

一方、がんの部位によっては、好発年齢層の違いや臓器特性、予後の相違によってもたらされる臨床的な差異が存在し、患者に適切な精神的サポートを提供するうえで知っておきたい事項もある。その代表の一つが乳がんであり、好発年齢は他のがんよりも若く50代であるが、実際には20～30代の若年女性が乳がんを経験することも稀ではない。したがって、母親として小さな子どもの養育をしながらの闘病を余儀なくされる患者も多く、乳がん治療による乳房喪失などボディイメージの問題、子どもへの病気の説明などで悩む患者も多い。また、乳がんは一般的に予後のよいがんではある一方で、再発すると治癒が望めないために、再発予防のために手術に加えて長期間にわたり集学的な治療が行われる。したがって、再発不

安を長期間にわたって経験することが多い。のような背景もあり、乳がん患者は精神的苦痛に関しての患者ニーズが高い<sup>9)</sup>。

その他、治療によってもたらされる大腸における人工肛門(ストーマ)造設、頭頸部における容顔の変化、発声機能の喪失、移植やがん剤治療後の不妊などの問題も患者の生活に大きな影響をもたらすことは想像するにないであろう。また近年の抗がん剤(大腸が治療におけるFOLFOXや乳がんにおけるタキセル<sup>®</sup>など)に起因するしびれや分子標的治療みられる皮膚症状なども患者の生活に大きな影響をもたらすこともあり、例えば、タキソール治療を受けている乳がん患者群では非投与と比べて、うつ状態の頻度がより高いことを示す報告もみられる<sup>17)</sup>。このようにがん患者は、その発現部位やその治療によって様々な機能や喪失を経験することを余儀なくされることになるが、その与える影響は個々の患者の生活状況や価値観などによって千差万別であるため、患者がそれらの状態をどのように感じ、そしてどのように経験しているかを丁寧に聞き取りながら個別にサポートを提供する必要がある。

上記以外に特別な注意を払う必要がある精神疾患として物質依存が挙げられる。実際、物質が発がんそのものの危険因子となっているが、は、依存や乱用ががん罹患以前に存在することは稀ではない。これらの例としては、喫煙や飲酒が発がんと関係する肺がんや頭頸部がんに関し先行研究が存在し、国立がん研究センターのサーベイは、進行肺がん患者の67%がニコチン依存、13%がアルコール依存を合併しており<sup>2)</sup>、頭頸部がん患者の37%にアルコール依存、7%にアルコール乱用、33%にニコチン依存がみられたことが見出した<sup>9)</sup>。したがって、これらがん患者がうつしてきた場合には、依存物質からの離脱症状に注意する必要がある。

### Ⅲ. がんの進行度別の精神症状および心理状態の特徴と対応

がんの臨床経過と頻度の高い精神症状および

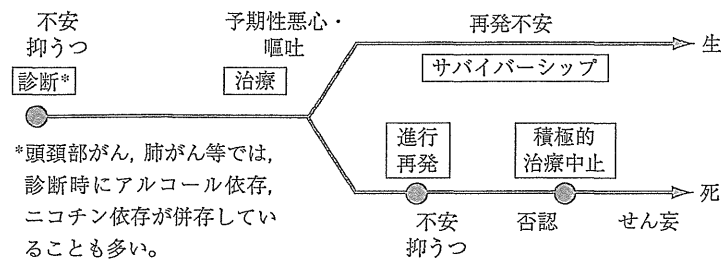


図2 がんの経過と精神症状

理状態に関して図2に示した。中心的な症状は、がんの潜在的な致死性に由来する不安や抑うつであり、わが国の先行研究では進行がん、中でもがんの再発後の適応障害およびうつ病の有病率の高さが示されており（乳がんの再発後3ヵ月の時点で適応障害、うつ病を合わせた有病率が42%）、再発という出来事の与える衝撃の強さが示されている<sup>10)</sup>。加えて、終末期には心理的な防衛機制としての否認などがみられやすいほか、身体状態が悪化する終末期後期ではせん妄の頻度が高くなる。このように患者はがんという軌跡のあらゆる時期で様々な精神症状を経験している。以下、がんと比較的特徴的な精神症状や心理状態とそれへの対応について概説した。

### 1. 予期性悪心・嘔吐

がんの進行度によるものではないが、抗がん剤投与に伴って発現する予期性悪心・嘔吐を紹介したい<sup>9)</sup>。がんの支持療法の発展に伴い、抗がん剤の投与に際しても、以前のように激しい悪心、嘔吐がみられることは稀になってきてはいるものの、現在でも、がん患者が最も嫌悪する抗がん剤の有害事象の一つとして激しい悪心、嘔吐が挙げられ、本症状の存在は患者のQOLを著しく損なう<sup>9)</sup>。予期性悪心・嘔吐とは、催吐作用の強い抗がん剤（cisplatinなど）を繰り返し投与されている患者が、治療室に入ったり、点滴のボトルを見たり、注射の前にアルコール消毒をされただけで悪心、嘔吐をきたす現象をさす。予期性悪心・嘔吐が生ずる機序としては、学習理論に基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、繰り返し抗がん剤の治療を受けて

いる内に、有害事象としての悪心・嘔吐が条件づけられ、もともとは意味を持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のである。予期性悪心・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（臨床的にはベンゾジアゼピン系抗不安薬が用いられることもあるが、その有用性は実証されていない）。繰り返される激しい嘔吐は、医療者が想像する以上に患者に強い苦痛をもたらす症状であり、時折、“こんなにつらいのなら抗がん剤の治療はもうやめたい”という言葉を書くことすらある。したがって、特に抗がん剤の有効性が高いがんに対する治療においては、予期性悪心・嘔吐の適切な評価とマネジメントはきわめて重要であり、がん治療を成功に導くためにも精神科医の果たすべき役割は小さくない。

### 2. サバイバーの経験する精神症状

サバイバーの経験する精神症状の中でも最も典型的なものが再発転移に対する不安、恐怖である。厚生労働省の研究班（「がんの社会学」に関する合同研究班）ががん患者7,885名（その内約3/4ががんサバイバー）を対象として、がん患者が抱える悩みの大規模なサーベイランスを行っているが、そこで示されている悩みで最も頻度が高いものは不安などの心の問題であり、およそ半数の患者が心理的問題を抱えていることが示されている（表1）<sup>9)</sup>。表に示されているように、心の問題は、症状・副作用・後遺症などの医学的問題や対人関係や就労などの社会的問題に比べて頻度の高

表1 わが国のがん患者が抱える「悩み」の内容と頻度  
(文献8をもとに作成)

悩み	頻度
不安などの心の問題 (再発・転移の不安) (将来に対する漠然とした不安)	49% (16%) (12%)
症状・副作用・後遺症	15%
家族・周囲の人との関係	11%
就労・経済的負担	8%
診断・治療	7%

([http://www.scchr.jp/yorozu/pdf/taiken\\_koe\\_jpn.pdf](http://www.scchr.jp/yorozu/pdf/taiken_koe_jpn.pdf) 参照)

い悩みであったことが報告されている。そして、その中でも再発・転移の不安の占める割合が高かった。

一方、サバイバーが経験する再発・転移の不安・恐怖の多くは実際に起こり得る現実的な問題であるため、精神疾患を念頭においた通常の治療法のみでは患者のニーズに応えることができないことも多く、また再発不安を緩和する標準的な治療法なども確立されていない。筆者は自身の経験から、正常反応の範疇にある場合は、患者自身の対処能力を強化するために、日常生活上のアドバイスや示唆を積極的に行うことが多い。これらには、体を動かすなど少しでも病気を忘れる時間を持つこと、毎日の生活の中で達成可能な小さな目標を立て、一つずつ積み上げていくこと、問題点を紙に書き出して整理してみる、自分にとって今最も重要なことは何かを考えてみる、自分の気持ちを書き出してみる、家族や信頼できる友人につらい気持ちをうちあけてみる、先輩患者と話したり患者会に参加して他の患者の対処方法を参考にすること、過去のつらい時期に自分がとった有効な対処方法を思い起こして実践すること、などが含まれる。ただし、こういったアドバイスを行う際には、有効な対処方法は個人差が大きいため、様々な方法を試してみながら、自分に合った方法を探していくことが重要であると併せて伝えることも大切である。また、可能な問題解決を積極的に行うことで結果的に再発不安が軽減した症例も経験しており、適応障害レベル

の症例には問題解決療法を中心とした認知行動的なアプローチも行っている<sup>4,15)</sup>。

### 3. 終末期の心理的防衛機制

がん患者の中でも、身体状態の悪化や死をせざるを得ない進行・終末期がん患者には、認、退行、置き換えといった心理的防衛機制られることも稀ではない<sup>9)</sup>。これらは、例“繰り返し説明しているのに病状が理解でき”“何でも看護師に頼んで自分でできるセルフもやってくれない”“怒りっぽくなり周囲に散らすようになった”といった内容で医療スタッフから精神保健の専門家に間接的に相談されることが多い。これら防衛機制の多くは、いずも治癒が望めないといった絶望的状況や死およにゆくプロセスへの不安、恐怖に対する対処して用いられることが多い。実証的なデータ在するわけではないが、筆者の経験からは、も軽度のものも含めると否認の頻度はかなりことが推測される。否認、退行は、多くの場ケアの妨げとなることのない軽度のものでまが多い一方で、医療スタッフは、その状態価に戸惑い困惑していることが多い。置き換関しては、治癒が望めないがんに罹患してしたことに対する怒りを家族や医療者に向けるが最も一般的である。これら防衛機制が認めた際には、背景に高度な心理的苦痛が存在するを物語っており、また進行・終末期、中てが差し迫った終末期という特殊な状況にまは、不安や抑うつを防衛するうえで適応的である場合も多く、こういった際には直接的入も不要である。多くの場合、精神保健の専の役割として重要なことは、患者に直接的ることではなく、医療スタッフにこれらの状態を説明し、医療スタッフを側面から援助することである。一方で、これら防衛機制が、患者療に関するアドヒアランスを障害したり、苦痛の軽減に有用でない場合など、適応的なく、患者のQOLを保つうえで著しい妨げられている場合には、穏やかで注意深い直面化療的介入が考慮されることもある。

療

## 4. 終末期せん妄

終末期においてはせん妄の頻度がきわめて高く、身体状態が悪化して入院を要する時期においては30~90%に認められることが知られている<sup>10)</sup>。また臨床的には、進行がん患者においては、前述した適応障害やうつ病が、身体状態の悪化に伴いせん妄に移行し、複雑な臨床像を呈することも稀ではない。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、オピオイドや向精神薬などの薬剤、脱水、肝・腎機能障害等であり、可逆性が高いもの（原因に対するアプローチと適切な対症療法でせん妄が改善する可能性が高いもの）は、薬剤、脱水、高カルシウム血症等であったと報告されている<sup>10,13)</sup>。なお、死亡前24~48時間に出現するものでは不可逆性であることが多い。このように多くの終末期がん患者がせん妄を経験するが、せん妄は家族に強い精神的苦痛をもたらすことも知られている<sup>14)</sup>。したがって、終末期せん妄の対応に際しては、せん妄の診断のみならず、その原因の同定と治療可能性の評価、適切な薬物療法の提供、現実的な治療の目標設定などに加え、家族への説明およびケアなども重要となる。

## IV. おわりに

がん患者は、がんという病とその治療のために、がんのあらゆる経過において多彩な精神症状や心理状態を経験している。本稿では、精神保健の専門家ががん患者をサポートしていくうえで知っておきたいがんの部位と進行度別にみた精神症状の特徴と、それに応じた対応について私見を交えて紹介した。がん患者に対する継続的で適切な精神的サポートの提供は患者のQOLを維持するうえできわめて重要であり、多くの患者が実際の心理的サポートを望んでいる一方で<sup>15)</sup>、ほとんどの患者は必要なケアを受けることができていないのが現状である。これらの現状を鑑み、日本サイコオンコロジー学会では、がん患者と家族の心のケアに熱心に取り組む精神科医および心療内科医を認定し、その情報を公開するために「登録精神腫瘍医制度」を発足させている (<http://jpos-society.org/activities/mental.php>)。

## 文 献

- 1) Akechi, T., Nakano, T., Okamura, H. et al.: Psychiatric disorders in cancer patients: descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals. *Jpn. J. Clin. Oncol.*, 31; 188-194, 2001.
- 2) 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*, 92; 2609-2622, 2001.
- 3) 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. *精神経誌*, 106; 123-137, 2004.
- 4) 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.*, 38; 867-870, 2008.
- 5) Akechi, T., Okuyama, T., Endo, C. et al.: Anticipatory nausea among ambulatory cancer patients undergoing chemotherapy: prevalence, associated factors, and impact on quality of life. *Cancer Sci.*, 101; 2596-2600, 2010.
- 6) Akechi, T., Okuyama, T., Endo, C. et al.: Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan. *Psychooncology*, 20; 497-505, 2011.
- 7) Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J. et al.: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249; 751-757, 1983.
- 8) 「がんの社会学」に関する合同研究班: がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書—がんと向き合った7,885人の声. 静岡県立静岡がんセンター, 2004. ([http://www.scchr.jp/yorozu/pdf/taiken\\_koe\\_jpn.pdf](http://www.scchr.jp/yorozu/pdf/taiken_koe_jpn.pdf))
- 9) Kugaya, A., Akechi, T., Okuyama, T. et al.: Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer*, 88; 2817-2823, 2000.
- 10) Lawlor, P.G., Gagnon, B., Mancini, I.L. et al.: Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch. Intern. Med.*, 160; 786-794, 2000.
- 11) Minagawa, H., Uchitomi, Y., Yamawaki, S. et

識  
否  
み  
ば  
ハ  
ア  
リ  
ッ  
こ  
、  
死  
と  
存  
い  
、  
こ  
評  
に  
っ  
の  
れ  
こ  
死  
て  
の  
介  
家  
わ  
状  
こ  
治  
的  
な  
っ  
治

- al.: Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study. *Cancer*, 78; 1131-1137, 1996.
- 12) Mitchell, A.J., Chan, M., Bhatti, H. et al.: Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol*, 12; 160-174, 2011.
- 13) 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.*, 22; 997-1006, 2001.
- 14) Morita, T., Hirai, K., Sakaguchi, Y. et al.: Family-perceived distress from delirium-related symptoms of terminally ill cancer patients. *Psychosomatics*, 45; 107-113, 2004.
- 15) マイナーズ-ウォリス, L. (明智龍男, 平井啓, 本岡寛子監訳): 不安と抑うつに対する問題解決金剛出版, 東京, 2009.
- 16) Okamura, H., Watanabe, T., Narabayashi, al.: Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors. *Breast Cancer Res. Treat.*, 61; 131-137, 2000.
- 17) Thornton, L.M., Carson, W.E., 3rd, Shapir et al.: Delayed emotional recovery after taxane-based chemotherapy. *Cancer*, 113; 638-644, 2008.
- 18) Uchida, M., Akechi, T., Okuyama, T. et al.: Patients' supportive care needs and psychological distress in advanced breast cancer patients in Japan. *Jpn. J. Clin. Oncol.*, 41; 530-536, 2001.
- 19) Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, al.: The prevalence of psychological distress among cancer patients. *Psychooncology*, 10; 19-28, 2001.

## 第8回(2011年)「精神科治療学賞」のお知らせ

精神科治療学では2011年(第26巻)に掲載される研究報告、臨床経験、総説の中から原則として最優秀賞1編、優秀賞1~3編を選び、第8回「精神科治療学賞」を贈ります。本誌編集委員会が選考します。選考にあたっては原著性を重視します。2012年3月に本誌上にて発表する予定です。受賞者には授賞式にて正賞(賞状)と副賞(賞金)が贈られ、編集委員と懇談いただけます。皆様のご投稿をお待ちしております。

### 最優秀賞…1編

- ・正賞(賞状)
- ・副賞①(賞金20万円)
- ・副賞②(「精神科治療学」1年分進呈)

### 優秀賞…1~3編

- ・正賞(賞状)
- ・副賞(賞金10万円)

「精神科治療学」編集委員会  
株式会社 星和書店

## 緩和ケアを受けるがん患者の実存的苦痛の精神療法

—構造をもった精神療法—

明智 龍男\*

抄録：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、その中で近年注目を集めているものに、「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」と定義される、終末期における実存的苦痛が挙げられる。本稿では、実存的苦痛に対する精神療法的アプローチの中でも、ある程度構造化された治療的な取り組みとして、欧米で実践が進んでいるダイグニティセラピーとわが国で開発された短期回想法を紹介する。これら介入は、がんの終末期という身体状態を考慮して開発されたものであり、いずれも定式化された質問プロトコルにのっとり治療者が患者に質問を行い、その質問に対する患者の回答や思いを患者と治療者が協力して文書あるいは自分史として完成させるという形式のものである。わが国における施行経験からは、欧米に比べダイグニティセラピーの適用に関しては、より吟味して適切な対象者を選択する必要があることが示唆されている。また短期回想法については本邦における緩和ケア病棟に入院中の患者を対象とした無作為化比較試験でその有用性が示されている。これら介入は、一般的な精神状態の変容を意図した精神療法とは異なるが、自分の人生の軌跡を振り返ることやメッセージを未来に残すこと等を通して、病を経験している今という時間や「死」の意味を、患者自身があらためて考えることができるよう援助するケア技術の一つと言えるのかもしれない。

精神科治療学 26(7); 821-827, 2011

Key words : *existential suffering, psycho-oncology, dignity therapy, life review interview*

## I. はじめに

がん患者には、高頻度に精神症状が認められる

Structured psychotherapy for existential suffering among cancer patients receiving palliative care.

\*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〕  
Tatsuo Akechi, M.D., Ph.D.: Department of Psychiatry and Cognitive-Behavioral Medicine, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences, 1, Kawasumi, Mizuho-cho, Mizuho-ku, Nagoya-shi, Aichi, 467-8601 Japan.

ことが示されており、その中で近年注目を集めているものに、終末期におけるスピリチュアルペインあるいは実存的苦痛が挙げられる。中でもスピリチュアルペインという言葉は、緩和ケアの領域で頻繁に使われる一方で、実際には、明確な定義や操作的な診断基準があるわけではない。欧米では、終末期の精神的苦悩に加え、宗教的な苦痛を包含する意味で用いられることが多い。一方、わが国では、宗教的な苦痛は少ないことが知られており<sup>5)</sup>、「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」と定義されることが多い<sup>6)</sup>。本稿では、このように定義された「実存的苦痛」に対する精神療

表1 デイグニティセラピーの質問プロトコール

- ・あなたがこれまでの人生において、特に記憶に残っていることや最も大切だと考えていることについて少しお話ししていただけますか？あなたが最も生き生きしていたと感じるのはいつ頃ですか？
- ・あなた自身について、特に家族に知っておいてもらいたいことや覚えておいてもらいたいことはありますか？
- ・あなたがこれまでの人生で果たしてきた役割の中で、最も大切だと考えていることはどのようなことでしょうか？（例えば、家族、職業、地域活動など）。どうしてそれらはあなたにとって大切なのですか？そして、あなたはそれらの役割を達成したと思いますか？
- ・あなたにとって最も重要な達成は何でしょうか？また、最も誇りに感じていることはどのようなことでしょうか？
- ・あなたの愛する人に、特に話しておきたいと感じること、もう一度話しておきたいことはありますか？
- ・あなたの愛する人たちに対する夢や希望はどのようなことでしょうか？
- ・あなたが人生から学んだことで他の人たちにも伝えておきたいことはどのようなことですか？（息子、娘、夫/妻、両親などに）残しておきたいアドバイスや導きの言葉はどのようなことですか？
- ・将来、家族の役に立つように、残しておきたい言葉や助言などはありますか？
- ・この永久記録を作成するにあたり、その他に付け足しておきたいことはありますか？

法的アプローチの中でもある程度構造化された治療的な取り組みを紹介したい。

## II. デイグニティセラピー

### 1. デイグニティセラピーとは？

デイグニティセラピーは終末期患者の経験する実存的苦痛を改善するための簡便な介入法としてカナダで開発され、高い実施可能性や有用性が報告されている介入法である<sup>3)</sup>。デイグニティセラピーでは、定式化された質問プロトコール（表1）に基づき面接が行われ、「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」、「個人的記録の中で覚えておいてもらいたいこと」等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行われた後に、患者と

の共同作業にて編集が行われ、「生成継承性 (generativity document)」として患者のも届けられる。なお、「generativity」は、1956年に精神分析家のエリクソンが、「生み出す gate」と「世代 generation」という二つの言掛け合わせて作った造語であり、元々、「次を確立させ、導くことへの関心」と定義される概念である。本セラピーは、このような介通して、患者の考えや思いが今後も受け継が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、価値観の支えになることを意図している。

### 2. デイグニティセラピーの構造

デイグニティセラピーは、終末期の身体状況考慮し、実際の介入はインタビュー1回と共業による文書の最終的な編集1回の計2回とめて簡便な構造となっている（表2）。実際1本介入が適当と思われる対象者に、方法に概略を説明し、施行予定となった場合には、の質問プロトコールをあらかじめ渡ししておくが多い。また、本邦での施行経験からは、本を施行するにあたり、家族にもあらかじめ同とっておくことが推奨される<sup>1)</sup>。患者の終末期際して家族自身が大変動揺していることも稀なく、家族に本介入の意図が伝わっていないには、「医療者から遺書のようなものを書かた」と認識されかねない側面を有しているがある。軽度であっても病状の否認などがみられる患者には、死にゆく過程にあることを直面さしまうこともあるため、本介入への安易な導避ける必要があるなど、本介入に際しては適対象選択がきわめて重要であることも付記したい。われわれの経験からは、面談の中で身の死や死後のことについて自ら言語化し、や友人等に何かを残したいと繰り返し語る患適切な対象者になりやすい。

実際の介入では、質問プロトコールに沿った問を行いながら30～60分間のインタビュー、面接内容をテープに録音しておく。そして療者がそれをもとに生成継承性文書を作成が、この際、家族など残される者のことも既



表2 デイグニティセラピーと短期回想法の治療構造

	デイグニティセラピー	短期回想法
準備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・デイグニティセラピーが適当と思われる対象者に（軽度であっても病状の否認などが見られる患者は避ける）、方法に関する概略を説明し、興味があるかを確認する。</li> <li>・質問プロトコルをあらかじめ渡しておいてもよい。</li> <li>・施行時には、家族にも同意をとることが推奨される。</li> </ul>	短期回想法が適当と思われる対象者に、方法に関する概略を説明し、興味があるかを確認する。その際、「過去を回想すること」等を十分に説明する。
第一回面接	質問プロトコルに沿った質問を行いながらインタビューを行う（30～60分間）。インタビューの内容は録音される。	質問プロトコルに沿った質問を行いながらインタビューを行う（30～60分間）。
第一回の面接後	生成継承性文書を作成する（治療者）。生成継承性文書については、家族など残される者のことも配慮した内容になるよう作成する（残される者を傷つけるような内容は避ける等）。また、適切な終結に導く、患者の思いを見つけ出し、それを添える（例：「よい家族に生まれ私の人生は幸せなものでした」）。	自分史を作成する（治療者）。自分史を作成する際には、つらい出来事の思い出についても触れるが、同時に良い面も記載し、さらに現在の評価を加えることにより、全体として、自分史を見ることで、「見ていて気持ちがよい」と感じられたり、また思い出を味わうことができるように作成する。
第二回面接	患者と治療者の共同作業により文書の最終的な編集を行う（30～60分）。	患者と治療者は自分史を見ながら、内容を確認するとともに、治療者は、患者が自己の人生に対して、肯定的な評価を行い、自己の人生に意味感をもてるように、達成できたことなどを治療者側からも肯定的に評価し、エンパワーメントしていく（30～60分間）。
第二回の面接後	完成した生成継承性文書を患者に提供する。	完成した自分史を患者に提供する。

た内容を念頭におく。約1週間後に、患者と治療者の共同作業による生成継承性文書の最終的な編集を行い（多くは30～60分）、完成した生成継承性文書を患者に提供する。

3. デイグニティセラピーの実際—ケースの紹介—  
本項では、デイグニティセラピーの実際を紹介する。これは厚生労働省の科学研究費補助金による研究班において筆者の共同研究者であった愛知県がんセンター中央病院精神腫瘍診療科の小森康永先生が実施されたケース（肺がん、50代、女性）であるが、小森先生のご厚意でここに作成された生成継承性文書をご紹介させていただく（詳細は愛知県がんセンターのホームページで閲覧可能[<http://www.pref.aichi.jp/cancer-center/200/235/index.html>]）であり、またその他の実施例も

書籍<sup>4)</sup>で参照可能である)。

「今、これから、あなたに読んでもらうことになった文書は、私が、愛知県がんセンターに入院していた今年の6月2日に、緩和ケアの一環として作成されたものです。これは、精神科医の小森先生との「デイグニティ・セラピー」（死にゆく人が愛する人たちに最も伝えておきたいことを残すためのプログラム）の記録です。8つの質問に答えていく私たちの1時間弱の面接録音を逐語録にした上で、先生がそれをすこし編集してくれました。後日、私がそれに目を通し、最終版にあります。

\* \* \*

私の人生について一番憶えているのは、結婚して家族を持ったことです。一番生き生きしていた

書に代わを代いをる、  
、  
、  
を  
作  
わ  
よ  
、  
る  
述  
と  
入  
を  
に  
は  
合  
れ  
で  
る  
て  
は  
な  
お  
自  
族  
が  
質  
行  
治  
る  
し

のは、夢中で子育てしていた頃かな。夫のお給料の中でやりくりして、子どもをしっかり育てて、というか、しっかりでなくても、心に弾力があるような子どもに育ててほしかった。結局、経済的にはある程度決まっているので、私たちがやれる中で精一杯やったら、それでいいと思っていました。貧乏じゃないけど、うちはうちって、夫と私は考え方が合っていたから、幸せでした。今も、幸せです。うちは、息子が高校の時から寮生活をしているから、それまでの15年くらい。ちゃんとかな、そうじゃなくても、きちんと分別のある青少年になってくれるのを望んでいました。(中略)

私自身について家族に憶えておいてほしいことは、息子も娘も夫も、私がクリスチャンだから、「僕たち、私たちは違うけど、お母さんはクリスチャンで良かったね」って。私は主を信じて、いつも祈っているから、私自身は、人生の憶えておくべきエピソードもいろいろあります。時間を特別持つわけじゃないけど、これは祈ってって感じ。聖書でっていうのが大きかった。がんになったときも、それを、私だから良かった。私だから、大きいプレゼントだって考えられたということがありますね。そのことを忘れずにいてほしい。

(家族としての役割、職業上の役割、そして地域での役割などで)私が人生において果たした役割のうち最も大切なものは、何でしょうと訊かれました。私は、幸せだなんて思うのは、今でも気もちのピタッと合うような友だちがいるということかな？何か役割を引き受ける時でも、助けてもらう感じ、自分が全部やるというわけではなくて、「もう助けてね」という感じだと、うまくいってきたの。家族や周りの人たちにお世話になることが多かった。自分が元気なときは一生懸命するけど、自分がこうしたからって、その人に返してもらわなくても、別のところから返ってくるでしょ？

家族の中での役割というのは、最大かどうかは分からないけれど、精一杯しました。あなたはあなた、私は私ってところもあるから。私が嬉しかったのは、息子が寮生活していて、彼に何かして

あげられるかって考えたら、絵はがきを書くくらいで、どうということはないけれど、でよっちゅう書いていたのね、そしたら息子が、う高校生で「ええー!？」っていう感じで思っているだろうに、寮では郵便が来るとこう横に…るんですって、そしたら、そこの不良じゃないけど、そんな感じの子が「いいなあ、おまえは」って言ったんですって。「うちなんか、リーマンだし、あんな金持ちの学校へ入ったら、本当は分不相応なんだけど、友だちが『はいいい』って言って、渡してくれた」って。

「あなたにとって最も重要な達成は、何でしょう？何が一番誇りを感じていますか？」と聞いたら、私、すぐ「それは、クリスチャンです」と答えていました。洗礼受けてから、全然迷 came れたことです。そう言うってから、「なんだ！恥ずかしくなっちゃうわ」と付け足した。クリスチャンになってよかったなあっじ。命は、作られたんだって、やっぱり取るときは取られるけど、主のものなんだと確信されていること。クリスチャンでなかったら、想像できません。

クリスチャンになったきっかけは、夫のおが亡くなって、そのとき、私が義理の姉にす荒い言葉で接したことに自分でもすごく驚い私にもこんな悪い言葉があるんだって、そのら、なんとなく「婦人の友の会」に入っていたら、短大もミッションだったし。牧師先生のセージもよかった。

でも、このあいだ、脳への放射線照射で15うちの10回目の日に、涙がこぼれました。は、やっぱり、これで照射は終わりだし、最しってところかな。10回目でからだがかんざり坂になっていくでしょう？あの時の涙ってのは、どんな涙なんだろうな？照射最後だったのと…こうやって頭壊れていったんだかって、私、頭の中に「がんちゃん」できていたら、でも、分かんないな…からだボロボロだから、同じようになったんだと思います。

愛する人たちに言うておかなければならぬ未だに感じていることとか、もう一度言っていたいことは、そうね、夫は、まだ62歳だから

は彼なりに生活してほしいということ。子どもたちはふたりともシングルだけど、まあ、元気にやってくさいってことだけかな。

愛する人たちに対する希望や夢は、淡々と生活してほしいということ。私の場合は、肺がんが転移して、やっぱり、あなたたちは、自分のことは自分で考えてやってほしいということですね。マンションは、夫が好きなようにリフォームして、自分の好きなように住んだらいいって感じですね。私も、そこをああしてこうしてといろいろ考えたんだけど、まあいいかって。夫は好きなように、まあ心機一転切り替えてというのを望みます。リフォームしてさっぱりと奇麗にして住んでほしいというのがあります。お勘定のことは知らないけど(笑い)。

私が人生から学んだことで、他の人たちに伝えておきたいことは、やっぱり、これです。「いつも喜んでいなさい。絶えず祈りなさい。すべてのことについて感謝しなさい。これがキリスト、イエスにあって、創造主があなたがたに望んでいることです」(第一テサロニテ5:16-18)。命を作ってくれた天のおとう様、創造主です。

将来、家族の役に立つように、残しておきたい言葉は、このノート。終末期医療っていうので、抗がん剤も放射線も延命治療だからいいけど、人工呼吸器みたいな延命措置はいやです。

最後に、先生が「この永久記録を作るにあたって、含めておきたいものが他にありますか?」と訊いてくれたので、私は、「今、思いつかない」って答えたんだけど、すぐひとつだけ、思い出したことがありました。夫の35周年リフレッシュタイムで家族4人で海外に旅行に行ったこと。今回も今年、最後だからとオーストラリアに行くとなったとき、息子と娘はふたりとも無理して来てくれたのを、感謝しています。だって、普通いやじゃないですか。来ないでしょう?でも、来てくれたことがすごく良かったなあ!!!これ、最後に言っただけで、先生に指摘されたんだけど、これって、私の感謝なんだね。こう言っただけで、最後を締めくくることができ、とても嬉しかった。

X年6月2日]

### Ⅲ. 短期回想法(ライフレビューインタビュー)

#### 1. 回想法とは?

回想法は、元々、高齢者の抑うつや絶望感を軽減するための心理的援助法の一つである。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通して、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合い、人生の再統合へと導くことを目的とした面接法の一つである。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。がん患者の多くは高齢者であり、がんに罹患することは、それ以前に経験された喪失に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、ライフレビューインタビューを行い、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。わが国では、終末期がん患者の身体状態を鑑み、2回で完結する簡便なライフレビューが「短期回想法」として開発されている(表2)<sup>2)</sup>。

#### 2. 短期回想法の構造

短期回想法においては、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」等に関する質問(表3)を行うことを通して回想を実施する。面接者は、回想の内容に合った自分史を作成する。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行う。作成された自分史の例を図1に示した。このプロセスを通して、面接者は、患者が自己の人生に対して、肯定的な評価を行い、自己の人生に意味感をもてるように、達成できたことなどを面接者側からも肯定的に評価しエンパワーメントしていく。

表3 短期回想法の質問プロトコール

- ・ご自分の人生にとって、一番、重要に思っていること、大切だと思っておられるのは、どのようなことですか
- ・人生において、最も印象に残っている思い出はどのようなものですか。そのときはどのようなお気持ちでしたか。また、今、思い返すと、どのようなお気持ちになりますか
- ・人生において、分かれ道になったと思うことがあれば、それはどのような出来事でしたか。また、自分に強く影響を与えたと思う方はどなたですか。あるいは、自分に強く影響を与えたとされる出来事は何かですか。そのときは、どのようなお気持ちでしたか。今、それを思い直すといかがですか
- ・人生のなかで、ご自分がやってきた仕事（職業、社会活動、家族役割など）のなかで、重要だと思うことはどのようなことですか
- ・ご自分の人生において誇りに思うことは何かございますか
- ・子どもの頃から今までの流れを簡単に整理させていただければと思います（ここまでの質問の間にある時期で、語っていない時期について埋める。もし、人生全般にわたって語っている場合は、特に必要としない）
- ・ご自分のことについて、ご家族がまだ知らないが、伝えてみたいと思われることは、何かございますか。もっと、自分について理解してもらいたいと思うことや、まだ伝えていないで伝えたい昔話などがありますか（この質問が深まる場合は、「家族や大切に思われる方に言っておきたいことは何かございますか」）
- ・人生の先輩として、若い人やご家族にアドバイスするとすれば、どのようなことでしょうか
- ・この自分史の結びの言葉としては、何がよいでしょうか
- ・自分史に貼ってみたいご自分の写真や風景写真などはございますか
- ・人生を思い出された感想はいかがですか。人生全体を振り返って、どのようにご自分の人生のことを思われますか

### 3. 短期回想法の臨床試験

わが国の緩和ケア病棟入院中の終末期がん患者を対象として短期回想法の有用性を検討するために、「短期回想法+傾聴法」群に34名、「傾聴法のみ」群に34名を割り付けた無作為化比較試験が行われた<sup>2)</sup>。主要評価項目として、実存的苦痛を測定する Functional Assessment of Cancer Therapy-spiritual scale を用いるとともに、副次的評価として Hospital and Depression Scale で不安、

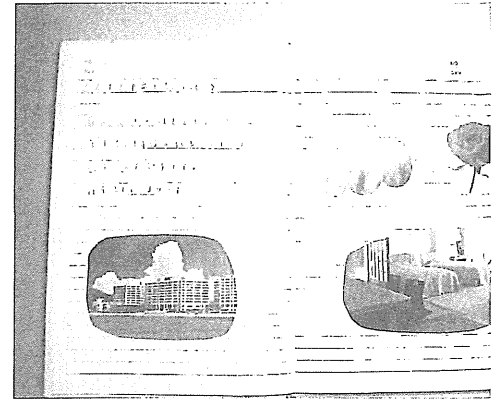


図1 自分史の例

抑うつを評価した。その結果、「短期回想法聴法」群で有意に実存的苦痛が低下し、不安うつも軽減していたことが示された。このよ短期回想法は、実施可能性も高く、世界でもの終末期がん患者の実存的苦痛の緩和に有を示した介入法である。

## IV. おわりに

治癒が望めない進行・終末期のがんに罹患患者は、病状の進行に伴い、様々な身体的機社会的役割の喪失に加え、家族や親しい人達別れ、やり残した仕事など多くの課題に対処いかなければならない。そして、究極の喪失言える自分自身とその生を失うことを予期するとに端を発する実存的苦痛をいかに和らげるというテーマにも関心が集まっている。本稿で実存的苦痛に対する介入法として期待されてダイグニティセラピーと短期回想法について。これら介入は、一般的な精神状態の変意図した精神療法とは異なるが、自分の人生跡を振り返ることやメッセージを未来に残す等を通して、病を経験している今という時「死」の意味を、患者自身があらためて考えとができるよう援助するケア技術の一つと言のかもしれない。

## 謝 辞

本稿を書くにあたりさまざまな資料等を貸与くださった愛知県がんセンター中央病院の小森康永先生と聖マリア学院大学の安藤満代先生に深謝いたします。

注) 本稿は、明智龍男: デイグニティセラピー. 精神科治療学, 24(増刊); 279-281, 2009. を増補したものである。

## 文 献

- 1) 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—厚生労働科学研究費補助金「がん臨床研究事業」平成21年度総括・分担研究報告書, 2010.
- 2) Ando, M., Morita, T., Akechi, T. et al.: Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *J. Pain Symptom Manage.*, 39; 993-1002, 2010.
- 3) Chochinov, H.M., 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.
- 4) 小森康永, チョチノフ, H.M.: デイグニティセラピーのすすめ—大切な人に手紙を書こう. 金剛出版, 東京, 2011.
- 5) Morita, T., Kawa, M., Honke, Y. et al.: Existential concerns of terminally ill cancer patients receiving specialized palliative care in Japan. *Support. Care Cancer*, 12; 137-140, 2004.
- 6) Murata, H. and Morita, T.: Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese Task Force: the first step of a nationwide project. *Palliat. Support. Care*, 4; 279-285, 2006.

傾  
抑  
に  
め  
性

た  
や  
の  
て  
も  
こ  
と  
、  
介  
を  
軌  
と  
や  
こ  
る

○特集論文公募のお知らせ○

「精神科治療学」では特集への論文を公募しています。ご投稿をお待ちしております。

第26巻10号特集(2011年10月発行)

一般救急における  
精神科医の役割

締切: 2011年8月22日必着

第26巻11, 12号特集(2011年11月発行)

脳の機能と統合失調症  
—新たな診断と治療への展望—

締切: 2011年9月末日必着

- ・特集への応募論文は、投稿規定の枠内で公募いたします(体裁は投稿規定をご参照下さい)。
- ・ご投稿の論文は編集委員会にて審査の上、結果をご通知いたします。お問い合わせは下記まで。  
〒168-0074 東京都杉並区上高井戸1-2-5 ☎03-3329-0033 榊星和書店「精神科治療学」編集部

# Q22 気持ちのつらさ

回答：名古屋市立大学大学院医学研究科  
精神・認知・行動医学

あけちたつお  
明智龍男

## point

- 「気持ちのつらさ」とは、軽度の不安や悲しみなどの正常な心理状態からうつ病や不安障害まで、様々な精神症状を含んだ概念であり、主として米国で精神症状に対するスティグマを軽減するために使われはじめた呼称である。
- がん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、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、不安、抑うつであり、これらの多くは精神医学的には適応障害、うつ病と診断される。
- 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。
- うつ病は、抑うつ気分あるいは興味・喜びの減退を必須症状とする重い抑うつ状態を指す。

## Q 気持ちのつらさとは、どのような精神症状を含むのでしょうか？

**A** 「気持ちのつらさ」とは、軽度の不安や悲しみなどの正常な心理状態からうつ病や不安障害など精神医学的な診断基準を満たすようなものまで、がん患者が経験する様々な精神症状を含んだ概念です。米国を中

心に、がん患者にみられる多彩な精神症状に対するスティグマを払拭するために使われはじめた呼称です。一般的には不安と抑うつを指すことが多く、また不安や抑うつには多くの身体症状を伴います（表1）。

表1 不安、抑うつとは

	一般的な定義	発現しやすい臨床状況	随伴する身体症状
不安	漠然とした未分化な恐れが続く状態*	はっきりとしない脅威への直面 (情報が不足するなど)	呼吸困難、胸部圧迫感、動悸、口渇、嘔気、胃部不快感、下痢、頻尿、めまい、筋緊張、発汗、振るえ
抑うつ	正常範囲を超えた悲しみが続く状態	何かを失うあるいは確実に失うことへの予期 (「悪い知らせ」の告知など)	倦怠感、疲労感、食欲低下、頭重感、便秘、思考・集中力低下など

\*明確な対象に対する恐れを「恐怖」という。

**Q** がん患者には、どんな精神症状の頻度が高いのでしょうか？

**A** 先行研究の結果から、がん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、気持のつらさとして頻度の高い精神症状は、適応障害、うつ病、不安障害であることが示されています<sup>1,2)</sup>。最近のメタアナリシスでは、適応障害、うつ病、不安障害などのいずれかの病態は、がんの病期にか

かわらずおおむね30~40%の患者にみられることが示されています<sup>3)</sup>。これらががん患者にみられる精神症状は、QOLの全般的低下、家族の精神的負担の増大、自殺など多岐にわたる問題に影響を与えうることが明らかにされています。

**Q** 適応障害とは、どんな精神症状でしょうか？

**A** 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ストレス反応性の疾患です（表2）<sup>4)</sup>。操作的な診断基準の

うえでは、他の疾患が除外される必要がありますが、がん患者の場合では、ストレスに関連して強い情緒的な問題を体験している際には、後述するうつ病と不安障害が除外されれば多くの場合が適応障害に当たります。

表2 適応障害の診断基準

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ヵ月以内に情緒面または行動面の症状が出現。	がんの再発を伝えられてから、不安で気分も沈み、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	気持が落ち着かず、買い物に行ったり食事の準備など家事をすることにも支障がある。外出もしなくなった。
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。	うつ病など他の精神医学的な疾患の診断基準は満たさない。

(文献4より引用)

**Q** 適応障害は、どのように治療するのでしょうか？

**A** 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ますが、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す。また、がん患者においては、担当医との良好なコミュニケーションや担当医療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います。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、常にこれらを含めた包括的なケアの提供を念頭に置く必要があります。

## Q うつ病とは、どんな精神症状でしょうか？

**A** がんの場合、うつ病は様々な喪失体験（がんになって健康、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的反応です。うつ状態は、不安が亢進した状態と異なり、患者さん自らが苦痛を訴えてくることが少ないため、医療

者に見遇ごされやすいことが知られています。目立たない反面、うつ状態に苛まれている患者さんは、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ります<sup>5)</sup>。表3にうつ病の診断基準を示しました<sup>4)</sup>。

表3 うつ病の診断基準

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、憂うつだ。わけもなく涙が出てしまう。
2. 興味・喜びの低下	何をしても楽しめない。テレビや新聞にも興味が持てない。
3. 食欲低下(増加)/体重減少(増加)	食欲がでない。何を食べてもおいしくない。
4. 不眠(過眠)	夜眠れない。途中で目が覚める。
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身体が動かない。
6. 易疲労性・気力減退	疲れやすくてだるい。気力がでない。
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感じる。
8. 思考・集中力低下	物事に集中できない。些細なことでも決断することができない。
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	

(文献4より引用)

## Q がん患者のうつ病は、どのように治療するのでしょうか？

**A** うつ病に対しては多くの場合、精神療法に加えて薬物療法も併用します。がん患者のうつ病に対しても、抗うつ薬は有用

であることが示されています<sup>6)</sup>。一方、現時点においては、がん患者のうつ病に特定の抗うつ薬が優るというエビデンスは存在しませ



るので、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、薬剤選択を行います。

薬物療法の実際としては、うつ病でも軽症のものや反応性のものでは、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）、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（SNRI）、ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬（NaSSA）から投与することが実際的です<sup>7)</sup>。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きます。

## Q 不安障害とは、どんな精神症状でしょうか？

A 不安障害とは全般性不安障害、パニック障害、社交不安障害、強迫性障害、外傷後ストレス障害などを含めた不安や恐怖を主たる病態とした疾患群を指します<sup>4)</sup>。がんに罹患することによって生じる反応性の不安を主体とする病態の多くは、不安障害の診断基準を満たさないので適応障害に分類され

ますが、もともと有病率が高い精神疾患でもあり、社交不安障害などはもともと一般人口において最も多頻度の精神症状でもあり、がん罹患以前に不安障害を有していることも稀ではありません。最近のメタアナリシスでは、がん患者においても10%程度の有病率が示されています<sup>3)</sup>。

## Q がん患者の不安障害は、どのように治療するのでしょうか？

A がん患者に特別な治療法を用いるわけではありませんので、一般の精神科臨床に準じた対応がされることが多いと思います。薬物療法としては抗不安効果も有する抗

うつ薬を第一選択とすることが推奨されますが、実際には抗不安薬が併用されるケースも多くみられます。また認知行動療法という精神療法の有用性が示されています。

## Q せん妄と気持ちのつらさは、どのように違うのでしょうか？

A せん妄は特に入院を要する身体状態にある終末期の患者さんに頻度が高い精神症状ですが<sup>8)</sup>、その本態は軽度から中等度の意識障害に多彩な精神症状を混じた特殊な意識障害であり、ストレスに基づく気持ちの

つらさとはまったく別のタイプの精神症状です。せん妄には不穏や興奮が目立たない低活動型というタイプのものがあり、低活動型せん妄はうつ状態と間違われることも多いので注意が必要です。

[文 献]

- 1) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J et al : The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 249 : 751-757, 1983
- 2) Minagawa H, Uchitomi Y, Yamawaki S et al : Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study. Cancer 78 : 1131-1137, 1996
- 3) Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H et al : Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings : a meta-analysis of 94 interview-based studies. Lancet Oncol 12 : 160-174, 2011
- 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) Henriksson MM, Isometsa ET, Hietanen PS et al : Mental disorders in cancer suicides. J Affect Disord 36 : 11-20, 1995
- 6) Costa D, Mogos I, Toma T : Efficacy and safety of mianserin in the treatment of depression of women with cancer. Acta Psychiatr Scand Suppl 320 : 85-92, 1985
- 7) 秋月伸哉, 明智龍男, 中野智仁 他 : 進行がん患者とうつ病. “気分障害の薬物治療アルゴリズム” 本橋伸高 編. じほう, pp83-99, 2003
- 8) Practice guideline for the treatment of patients with delirium. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry 156 : 1-20, 1999

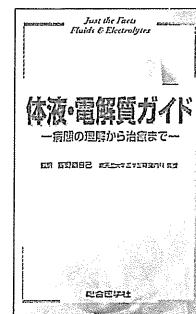
好評発売中

# 体液・電解質ガイド

—病態の理解から治療まで—

監訳 富野康日己 順天堂大学医学部腎臓内科 教授

- 患者さんの体液・電解質・酸-塩基異常によって現れる症状を正確にとらえ、すみやかに対応するためのマニュアル!
- 簡潔な箇条書き, 豊富なイラスト, 判りやすいフローチャート, 具体的な薬剤リストは, 現場ですぐ役立つ!



◆B6変/本文220頁  
◆定価(本体2,000円+税)

 総合医学社

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-1-4  
TEL 03(3219)2920 FAX 03(3219)0410 <http://www.sogo-igaku.co.jp>

## がん患者に合併する抑うつ—臨床の実際

清水 研\*

### ◆はじめに

インフォームドコンセントの導入以降、情報開示を前提とした医療が行われている。がん領域においては、がん患者へのがん告知がクローズアップされるが、がんの疑いに始まり、検診、診断、再発、積極的がん治療の中止といった悪い知らせに伴い、患者はくり返し心理的衝撃を受けていることを忘れてはならない。

本稿では、がん患者の抑うつの適切な評価法と、多職種チームにて介入を行う実際の臨床経験を交えながら解説したい。

### ◆症例提示

#### 【症例1】60代男性

早期肺がん。電機メーカーを60歳で定年退職し現在は妻と二人暮らし。子どもは二人いるが独立している。前向きで明るい性格。

【経過】健康診断で胸部異常陰影を指摘され総合病院に紹介される。そこで早期肺がんと診断された。告知後、病院からどのように帰宅したのか覚えていないほどショックを受けていた。当日は食事にまったく手を付けられず、奥さんが声をかけても上の空といった様子で、夜眠れなかったという。翌日は、少し落ち着いたものの、「なんで自分ががんになったんだ」という思いがあった。1週間をすぎたころから、「それでも手術ができる状態で発見できてよかった」と、次第に前向きな気持ちが出てきた。入院後は食欲、睡眠ともに問題なく落ち着いた様子で手術当日を迎えた。これは、がん告知に

伴う一般的な心理反応といえる。

#### 【症例2】50代男性

進行肺がん。大手食品メーカーの営業課長で、明るく責任感があり家族思いの性格。妻と1男1女の4人暮らし。15年前に父親を肺がんで亡くしている。がん終末期の父親が呼吸困難で苦しんで亡くなったことから、本人は、がんの闘病生活は非常に苦しいというイメージもっている。

【経過】咳と倦怠感を主訴に受診。精密検査のあとに肺がんIV期の診断が告げられ、化学療法を開始。副作用として、強い吐き気、倦怠感、不眠、食欲不振を訴えた。表情は暗く、ふさぎ込みがちで活気なくベッドで過ごすことが多かった。化学療法3コース目の途中から腰痛が出現。徐々に増強し、骨転移が判明して化学療法の効果がなかったことが告げられる。数日後の夜、手首、頸部を刃物で自傷し、多量に出血した状態を病棟看護師により発見されるが一命をとりとめた。

### ◆抑うつを伴うがん患者の実際

たとえば、進行がんでは倦怠感、消化器のがんでは食欲低下という症状がある。このような症状がうつ症状なのか、がんの症状なのか、または化学療法の副作用なのか判断が難しい場合がある。その場合には、うつ病を積極的に診断すべきだと考えている。うつ病を見逃すよりは、うつという診断基準に入れて積極的に治療を行うほうがデメリットは少ないという考え方からである。前述の症例2では、倦怠感、不眠、食欲不振があった。加

えて、抑うつ気分、意欲の低下、希死念慮があったため、うつ病と診断している。

実際の臨床現場では、うつ病や適応障害などの精神症状を呈することはまれではない。わが国のがん患者における有病率調査では、適応障害は4~35%、うつ病は3~12%に認められるとしている。また、がんの進行に伴いせん妄の有病率も高くなり、緩和ケア病棟入院時の調査では28%にものぼることが報告されている。

## ◆治療

### 1) 薬物療法

国立がん研究センター精神腫瘍学グループでは、うつ病に対する薬物療法のアルゴリズムを作成している。まず、患者のうつ病の診断後、経口摂取ができないがん患者の場合はクロミプラミンの注射が唯一の選択肢となる。経口摂取が可能な場合、重症度を軽症か中等症以上に分け、軽症の場合や進行がん患者の場合は依存という問題が比較的問題にならないので、アルプラゾラムを使用する。しかし、軽症でもアルプラゾラムが無効の場合や、中等症以上のうつに関しては一般の抗うつ薬を使用する。抗うつ薬は、副作用プロフィールによる使い分けを行っている。選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (selective serotonin reuptake inhibitors : SSRI)、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (serotonin-noradrenaline reuptake inhibitors : SNRI)、ノルアドレナリン・セロトニン作動性抗うつ薬 (noradrenergic and specific serotonergic antidepressant : NaSSA) は、古典的な抗うつ薬に比べれば副作用が少ないので、ファーストラインで使用される傾向にある。SSRIは吐き気が出る場合があるため、がん化学療法での嘔気の副作用で苦しんでいる患者には使いにくい。しかし、SSRIは不安障害に対して有効であり不安が強い患者にはこの薬を使用している。NaSSAであるミルタザピンの場合は、吐き気がなく非常に使いやすい薬だが、一方で眠気が出やすい。倦怠感が強い患者には使いにくいかもしれない。これらの薬剤で効果がない場合、三環系抗うつ薬などの使用となるが、副作用も考え少量から慎重に投与することが多い。

終末期のうつ病患者に抗うつ薬を投与するかどうか

は、臨床上悩む点だ。抗うつ薬は効果発現まで3~4週間かかるため、その前に亡くなる可能性も考慮しなければならない。そこで、どのように薬物療法を行ったらよいか、われわれはカルテのレビュー調査を行った。目的は、死亡前3ヵ月のがん患者のうつ病に対する精神科介入の有効性を予備的に検討すること。対象は国立がん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、精神科紹介後3ヵ月以内に死亡が確認された20症例。うつ病の改善度を2名の精神科医が臨床全般印象 (Clinical Global Impression) のスケールを用いて評価し中等度以上の改善を著明改善とした。結果、精神科医の介入開始から1ヵ月以内に亡くなった9症例中、16日以内死亡の8症例に関しては1例も著明改善が得られていなかった。26日の予後があった1例に関しては著明改善が得られ、予後1~3ヵ月の11症例は、11例のうち6例に著明改善が得られた。予後が1ヵ月に満たない症例は介入を行っても、うつ症状を改善することは難しく、薬物療法による改善が得られにくいことに留意して欲しい。

### 2) 精神療法

精神療法にはさまざまな技法があるが、基本となるのは支持的な精神療法である。患者の言葉に真摯に耳を傾けることが臨床では重要だ。不安や抑うつを有するがん患者に対して「心の負担について話すことは決して恥ずかしいことではありません。何かつらいことがあったら聞かせてください」などと感情表出を促進し、まずは傾聴する。医療従事者は患者の言葉に対して肯定的に接し、「このような状況でそういうふう感じられるのは当然ですよ」と述べ、そのうえで適切な情報を提供して現実的な範囲で保証を与える。

## ◆医療チームの介入の実際

がん患者における精神症状は、疼痛や倦怠感などの身体的苦痛、経済的困窮や孤独などの社会的苦痛、生きる意味や希望の喪失などの実存的苦痛と関連している。精神症状の治療を行うだけでなく、患者の苦痛を包括的にとらえて緩和する姿勢が必要となる。多面的な苦痛をもつ患者に、主治医や担当看護師などのかざられた医療