

する際には、患者には、希死念慮が再度出現してきた際には、自殺企図という行為に及ぶのではなく、その気持ちを医療者に言葉で伝えてもらうよう依頼し、そのことについての約束をしてもらうことが重要である。

一方、自殺企図の存在はその後の自殺既遂の最大の危険因子の一つであることが多くの研究で示されていることから、深刻な自殺企図がみられた患者の場合には、苦痛が緩和された後も、精神保健の専門家と連携しながら、定期的に患者の状態のモニタリングを行うことが望まれる。

(明智龍男)

#### 文献

- 1) Akechi T, et al. Clinical factors associated with suicidality in cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 2002; 32: 506-11.
- 2) Derogatis LR, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751-7.
- 3) 高橋三郎, ほか. DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル新訂版. 東京: 医学書院; 2004.
- 4) Lawlor PG, et al. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med* 2000; 160: 786-94.
- 5) Breitbart W, et al. Agitation and delirium at the end of life: "We couldn't manage him". *JAMA* 2008; 300: 2898-910, E1.
- 6) O'Connell H, et al. Recent developments: suicide in older people. *BMJ* 2004; 329: 895-9.
- 7) 明智龍男. 自殺・希死念慮. In: 日本サイコオンコロジー学会教育委員会, 編. 緩和ケアチームのための精神腫瘍学入門. 大阪: 医薬ジャーナル社; 2009. p278-96.
- 8) Akechi T, et al. Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. *Cancer* 2002; 95: 1085-93.

# 精神腫瘍学

[編集] 内富庸介 小川朝生

## がん患者・家族に寄り添う サイコオンコロジー

現代のがん医療では、その診断、治療、リハビリテーション、再発・進行などの全臨床過程において、精神科医の関与が求められている。本書は精神腫瘍学全般にわたって、基礎から実践までをまとめた本格テキストブックである。

医学書院

になり、コミュニケーションが困難となってくる患者にはコミュニケーションエイドを導入したり、会話の補助をしたりすることにより、患者-家族-スタッフ間の意思疎通を図る援助を行うこともリハビリテーションの大切な役割である。患者自身、そして家族が「心残り」がないようにすることが望ましい。また、全身状態が悪化しても、患者のベッドサイドに行き、四肢の関節可動域訓練や下肢の浮腫に対するマッサージ、呼吸介助などの緩和的介入を通して患者の身体に触れることで、最後のときまでリハビリテーションを行うことが可能である。

「残された体力をうまく使いながら日常生活活動を可能な限り維持・改善できることは大きな喜びであり、生きる希望につながる」と言われているように、リハビリテーションは患者や家族の希望を支える重要な心理的援助になることが期待される。

#### 文献

- 1) Ronson A, Body J : Psychosocial rehabilitation of cancer patients after curative therapy. Support Care Cancer, 2002 ; 10 : 281-291.
- 2) Gerber LH : Cancer rehabilitation into the future. Cancer, 2001 ; 92 : 975-979.
- 3) Shigemoto K, Abe K, Kaneko F, et al : Assessment of degree of satisfaction of cancer patients and their families with rehabilitation and factors associated with it—results of a Japanese population. Disabil Rehabil, 2007 ; 29 : 437-444.

(岡村 仁)

## VI 心理社会的介入

がん患者に高頻度に見られる精神症状の代表的なものは、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である。わが国においても、精神科医や心療内科医をはじめとした精神保健の専門家が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的な援助を希望するものが多い<sup>1)</sup>、必然的に心理社会的介入を中心とした関わりが求められることが多い。本項では、がん患者に対する心理社会的介入について概説する。

### 1. がん患者の精神症状に対する心理社会的介入の有用性のエビデンス

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がん患者を対象とした心理社会的介入は集団精神療法である(後述)。わが国においては、構造化された短期介入法として、東海大学のグループが乳がん患者を対象として本治療を導入し<sup>2)</sup>、国立がん研究センターの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<sup>3)</sup>。

一方、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心理社会的介入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、がん患者やがん患者を含めた身体疾患患者の不安、抑うつに対する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<sup>4-7)</sup>、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<sup>8)</sup>。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<sup>9)</sup>、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、通常の心理社会的介入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<sup>9)</sup>。以上より、現時点において、がん患者に対する心理社会的介入の有用性に関しては、一定のレベルで支持されるものの、批判的に吟味すると、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。

## 2. がん患者に対する心理社会的介入の実際

### 1) 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、サイコソク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上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<sup>10)</sup>、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。このために治療者はまず、患者に関心を寄せ、病気とその影響について患者が抱い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よく理解することであるが、真の意味で患者の苦しみを理解することは我々医療者には不可能である。しかし、医療者として、患者の苦しみを理解しようと努力することは、どういった状況においても可能なことであり、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。

また、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しては「個性の配慮」、「支持」を基本にしながらの「柔軟な治療技法」を前提として、終末期に頻度の高い心理的防衛機制としての「否認」や「退行」を尊重し、治療者の無力感に代表される「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ている<sup>11)</sup>。

### 2) 危機介入

支持的な精神療法と並び、がん医療の現場で精神保健の専門家に求められることの多い治療技法に危機介入が挙げられる<sup>12)</sup>。危機とは「ある人が人生の重要な目標をおびやかすような障害に直面して、過去において習得した問題解決の方法によってはそれを乗り越えることができないときに引き起こされる状態」と定義されるが、この危機状態は、一時的な不均衡という点で、慢性的な状態である疾病とは区別される<sup>13)</sup>。危機は、ライフサイクルにおける人間の成熟に伴って生じる危機(例えば更年期危機など)と環境や外界の偶発的事件によって生じる状況的な危機(例えば家族の死やがん診断など)とに分けられるが、がん患者においては前者の危機状態に後者が重畳して、危機が深刻化することも稀ではない。

危機状態では、不安、恐怖、抑うつ、混乱などの急性の苦痛を伴う感情状態がみられることが多く、潜在的な葛藤が顕在化し、慢性的な不適応状態に移行する危険が高い時期である一方で、適切な介入や援助によってこれを解決し、人格の発達や成長を促す転機となり得る時期でもある。従って、危機状態に際して、適切な介入を行うことはその後の精神的健康を保つ上で重要な意味を持つ。危機介入とは、文字通り、前述の危機的状況に際して、その回復過程を援助する短期集中的な援助技法のことを指している。

例えば、腹痛の精査中に進行がんの告知を受け、感情的に混乱状態にある患者を例にとってみると、これら患者に対して、支持的な態度を基本に、まず危機的な出来事や状況を明らかにする。さらに、面接を通して、カタルシス(情動の解放)を促し、患者が危機を乗り越えやすい環境を提供するために必要に応じて他の医療スタッフ、家族などへも介入を行う。他の医療スタッフへの介入としては、主治医に積極的な痛みマネジメントを依頼する、看護師に痛みや精神症状のモニタリングを依頼する、などが含まれる。この際、患者がかつてのストレス状況で用いてきた対処手段を引き出し、それを支持することが有用である<sup>12)</sup>。これら患者自身への積極的な介入や環境への操作を通して、症状からの解放および危機的状況の安定化を目標とする。危機介入は、あくまで今、ここにある危機を乗り越えるための治療技法であり、原則として、無意識の感情は扱わず、意識されている感情、または意識に近い感情のみを扱う。危機介入そのものは、期間も数週程度と短いことが多く、面接回数も一般的には数回程度である。

### 3) 心理教育的介入

がん患者に対する心理教育的介入は、がんに関しての正しい知識や情報を提供しながら、不確実な知識や知識の欠如に起因して生じている不安感や絶望感を改善したり、がんやがん治療によってもたらされるさまざまな問題や困難に対処していく方法を習得してもらうことを目標とした患者の主体性を重んじた治療技法である。わが国のがん患者に対する多くの集団精神療法プログラムでも、心理教育が主要な治療手段として組み込まれている。例えば、国立がん研究センターのグループが施行した早期乳がん患者のためのグループ療法では、毎回、「がんが心に及ぼす影響」、「心、行動ががんに及ぼす影響」、「再発不安の成り立ちと取り組み方」、「医学的知識」などといったテーマに関しての心理教育が提供されている<sup>3)</sup>。その他、がん患者では、がん性疼痛の発現やモルヒネの使用に対して過度な恐怖感を抱いていることも稀ではないので、現在では痛みの多くがコントロール可能であることや適切な使用下でのモルヒネの安全性などに関する正しい知識の提供が有用であることも多い。

### 4) 認知行動療法

周知のように、認知行動療法は、認知療法と行動療法の双方の治療技術を融合させた治療技法であり、現在、がん患者に対してももっとも広く適用されるようになってきている治療技法である。しかし、一言で認知行動法といっても、対象とする患者群や症状によって多くの治療プログラムが存在し、サイコオンコロジーの領域では、不安やうつ状態といった一般的な精神症状のみならず、痛みや倦怠感など身体症状の緩和においても有効性が示されている<sup>14,15)</sup>。

実際のサイコオンコロジーの診療の場面では、顕在化した不安や抑うつ状態にある患者に対してカラム法などを使った構造化された方法でアプローチされることもある一方、患者との面接に

において、病の意味や体験していることの意味を変容させるきっかけとなるような効果的な質問(ソクラテス的式質問。例, '今のあなたにとってもっとも大切なことはどういったことですか?', 'どういったことがあなたにそのように感じさせているのでしょうか?' など)を適切に行うなどの治療技法を面接の中に織り込んでいく手法も頻用される。

### 5) 行動療法-漸進的筋弛緩法

漸進的筋弛緩法は、がん患者への行動療法の中で最も一般的な治療技法である。筋肉の緊張を緩和・解消することを通じて心身のリラクセスを達成しようとするものである。実際には身体各部の筋肉をいったん緊張させた後、一挙に弛緩させるということを繰り返して行く。より具体的には、身体の一部ずつ(例えば眼-額-頬-頸-肩-腕-手-背中-胸-腹-股部-大腿-下腿-足の順)に順次緊張・弛緩を行い、全身に弛緩状態を拡げてゆき、全身を弛緩させた状態を数分続ける。早期がん患者を対象に行われた無作為比較試験では、抗不安薬アルプラゾラムと同等の効果が確認されている<sup>16)</sup>。

### 6) 集団精神療法

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同士の相互支持の場として機能し、グループ内で生じるお互いの精神的援助や日常生活における情報交換を通じて、より適応的な対処方法を身につけていく治療技法である。本治療法においては、原則的に個人の心理的問題や行動については扱わず、一般的な話として有効なコーピングなどについて話しあうことが多い。同じ部位のがん患者や同じ治療を受けた患者と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などが挙げられている。

### 7) 力動的な精神療法

本来、力動的な精神療法の治療目標は、パーソナリティの再構成であり、症状からの解放や行動変化は、その結果として現れてくるものである。したがって、がん患者においては、パーソナリティの再構成を必要とする患者に対しては、力動的な精神療法が有用とされる場合もあるが、特に進行・終末期では残された時間との関係から、実際に適応となるがん患者は、極めて少ないと言える<sup>17)</sup>。また、身体状況によっては禁忌ともなりうるので(身体的な危機状況、高度な不安など)、施行する場合は十分に適応を考慮した上で、専門的なトレーニングを受けた治療者が行うことが推奨される。ただし、これは患者を力動的に理解することが無用であることを示すものではない。がん医療の現場では患者のパーソナリティに基づいた言動によって医療スタッフが情緒的に混乱したり、他患との間で摩擦を引き起こすこともあり、このような場合は、患者を深く理解する上で、力動的な評価や解釈は有用であることも付記しておきたい。

## 3. 新たな取り組み

がん患者に頻度が高い精神症状でありながら、その対応が手探りで行われているものに、サバ

イバーシップにおける再発，終末期の実存的苦痛が挙げられる。本項では，これら症状を緩和することを目的とした技法を中心に，新たな心理社会的介入を紹介する。

### 1) 問題解決療法

問題解決療法は，精神症状の原因となっている現実的なストレス状況に対し，定式化された方法で対処し，実際の問題解決をはかったり，問題解決能力を高めたりすることを通して精神症状の軽減をはかることを意図した介入法である<sup>18)</sup>。

問題解決療法では，ストレスマネジメントや問題解決に関する心理教育を行った上で，心理的苦痛の背景に存在するストレス状況(個人にとっての日常生活上の「問題」)を整理し，その優先順位や解決可能性を検討した上で(第一段階)，その問題に対する達成可能で現実的な目標を設定し(第二段階)，さまざまな解決方法を列挙しながら(第三段階)，各々の解決方法についてのメリットとデメリットを評価した後に，最良の解決方法を選択・計画し(第四段階)，実行およびその結果を検討する(第五段階)，といった段階的で構造化された簡便な治療技法である<sup>18)</sup>。

問題解決療法は，うつ病や不安障害をはじめ，さまざまな精神疾患に対して有用であることが実証されており，近年では，がん医療の現場において，がん患者やその配偶者，小児がん患児の母親の経験する心理的苦痛に対する応用も試みられるようになってきている<sup>19)</sup>。わが国においては，乳がんのサバイバーを対象とした本治療法の予備的な有用性が示唆されている<sup>20)</sup>。

### 2) 回想法(ライフレビュー)

回想法は，元々，アメリカの精神科医のR・バトラーが提唱した，高齢者に対する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し，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1つである。過去の自分を振り返ることによって，過去から現在に至る自己に対する評価が高められ，現在の自分をより肯定的に受け入れることができるようになると考えられている。がん患者は比較的高齢であることが多く，がん罹患することはそれ以前に経験された喪失に喪失を重ねることであるため，自己評価を高めるために，このようなライフレビューインタビューを行い，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。

安藤らは，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短期回想法を開発した<sup>21)</sup>。本法においては，初回の面接において，「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」などに関する質問を行うことを通して，短期回想法を実施する。2回目の面接では，初回の回想をもとに自分史を作成しておき，その内容の確認作業を行う。安藤らは，終末期がん患者を対象に本介入を実施し，無作為化比較試験にてSpiritual well-being，不安や抑うつが改善することを示した<sup>22)</sup>。

### 3) デイグニティセラピー

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とも称される精神的苦悩を改善する簡便な介入法として，カナダで開発され，高い実施可能性や予備的な有用性が報告されている介

入法である<sup>23)</sup>。

ディ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<sup>24)</sup>。

#### 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<sup>25)</sup>。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<sup>26)</sup>。

#### 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<sup>27-30)</sup>。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)

*lumière*

専門医のための  
精神科臨床  
リュミエール

27

# 精神科領域からみた 心身症

【責任編集】石津 宏

中山書店

## II. 精神科が得意とする心身医学の領域

### B. 精神科臨床の心身医学—精神科医に必要な知識とノウハウ

# 7. サイコオンコロジーの心身医学 —がん患者の心のケア

## はじめに

“サイコオンコロジーの心身医学”というとき、まずは「がんに対して fighting spirit で取り組むと長生きをする」「グループ療法に参加すると長生きをする」といった研究を連想して、心身相関、精神免疫内分泌学のイメージをもたれる方も多いであろう。がんが心に与える影響と並んで心ががんにも与える影響も二大命題である。

最近、心ががんにも与える影響に関するメタアナリシスが発表されたが、統計学的にきわめて小さい有意な関連はあるものの臨床的意義に乏しく、さらに出版バイアスがあるとのことでまだ結論づけられていない。やや下火のテーマになってきた<sup>1)</sup>。本稿では、がん医療において必要な心身医学の知識として、がん患者の心の評価とケア、および支援体制の構築について扱うことにする。

## 心の評価とケア

まず、患者の心の状態を評価することが必要である。心は脳を含めた身体全体に宿る機能の一つであるので、手順は図1のように身体から見落としがたいか評価していくこととなる。①痛みやだるさなど身体的評価はできているか、②うつ病やせん妄など精神症状の評価はできているか、③経済、介護、社会的支援の評価ができていだろうか。

図1の評価に沿って、そして患者ががんの臨床経過のどこにいて、治療目標がどこにあるのか(図2)を念頭において、心のケアを計画する(表1)。

図1に従うと、疼痛治療やリハビリテーション、マッサージなど身体を介する治療を行い、次にうつ病やせん妄など精神症状に対する治療を行う。そして、社会経済的支援である、患者会やピアサポートなどの場を提供することや、経済的相談や介護相談にのったりすることも広く心のケアとして重要である。こうして心のケアが計画的に、系統的に適切に組み合わせられると、心のケアは厚みを増してくる。

がんの心のケアは、第一に心理学的介入であろう(表1)。そのなかで

II. 精神科が得意とする心身医学の領域

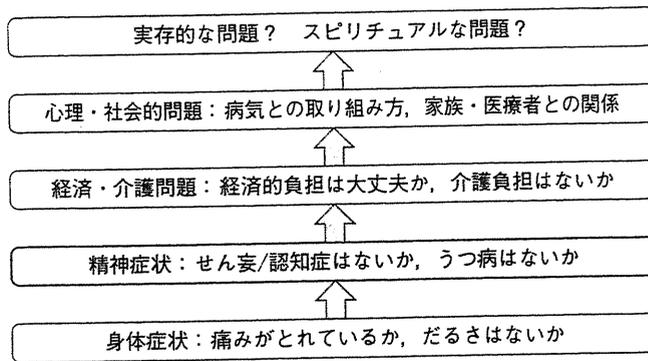


図1 心の評価の進め方

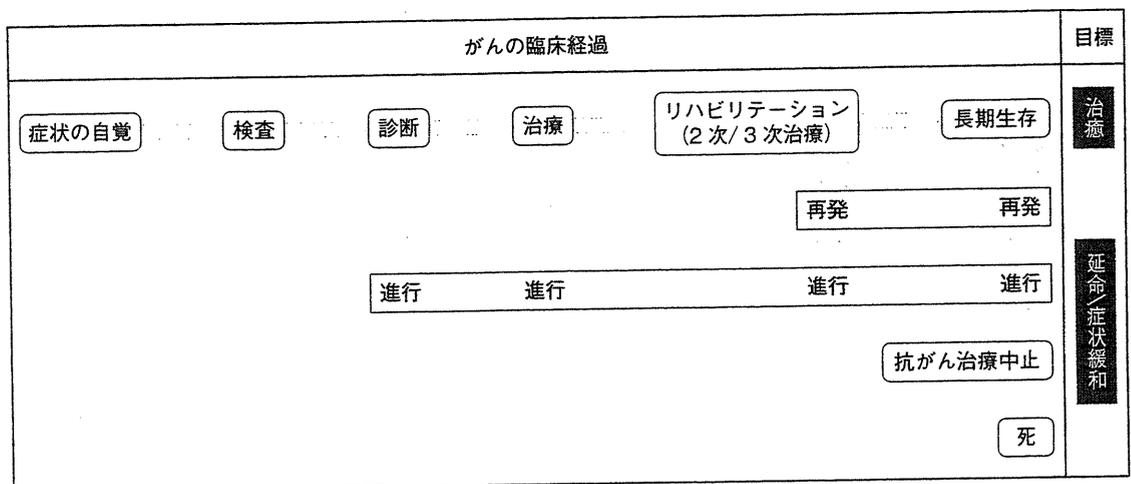


図2 がんの臨床経過と治療目標

も基本中の基本となるのは支持的精神療法である。他には、がん告知直後の患者への危機介入であったり、再発不安を和らげる認知行動療法的グループ療法であったり、自己コントロール感を増す漸進的筋弛緩法であったり、先進的なもので進行終末期のがん患者への実存的精神療法など幅広く奥が深い。

### 心の状態の評価と支援体制の構築

緩和ケアチームで心の状態の評価と支援体制の構築について考える際、イギリス NHS-NICE で作成されたがん患者の支持・緩和ケアマニュアルは参考になるので、それを参照しながら概説する<sup>2)</sup>。表2のように、心の負担を通常レベルから重度の精神疾患まで大まかに4つの段階に分類し、各段階における医療提供者、評価方法とケアを記している<sup>3)</sup>。

\*1  
これはあくまでもイギリスの医療事情を反映して作成されたものであること、そして各段階は重なり合っており厳密に線を引けないことをお断りしておく。

表1 がん患者への心のケア

- I. 心理学的
  1. がん患者（個人/グループ）を対象に
    - ①支持的精神療法（supportive psychotherapy）
    - ②危機介入（crisis intervention）
    - ③認知行動療法（cognitive-behavioral therapy）
    - ④認知実存的療法（cognitive-existential psychotherapy）
    - ⑤対人関係療法（interpersonal psychotherapy）
    - ⑥行動療法-漸進的筋弛緩法（behavioral therapy-progressive muscle relaxation）
  2. 進行終末期の意味の喪失を標的に
    - ①ナラティブ療法（life review ; life completion interviewing）
    - ②意味中心グループ療法（meaning-centered group psychotherapy）
    - ③尊厳療法（dignity therapy）
  3. 遺族の悲嘆を標的に
    - ①家族の悲嘆焦点療法（family-focused grief therapy）
    - ②複雑悲嘆療法（complicated grief therapy）
- II. 社会的支援・経済的支援・介護支援
  1. ピアサポート，患者会，家族会
  2. 経済的（高額医療費など）
  3. 介護
- III. 精神医学的
  1. 抗うつ薬
  2. 抗不安薬
  3. 睡眠導入薬
- IV. 身体的
  1. 痛み，倦怠感，呼吸苦など身体症状緩和（鎮痛薬，鍼灸など）
  2. リハビリテーション
  3. マッサージなど

第一段階から第四段階まで、日本の各施設、職種の事情に応じて柔軟に役割分担をチームで確認する。細部に拘泥すると縦割り無責任体制が生じるので、柔軟に、役割を交替しながら運用する。

心のケアの4段階は、がん患者をプライマリの医師・看護師などが直接担当する第一・第二段階と、心の専門家が担当する第三・第四段階に大別される（表2）。

### 第一段階

第一段階は、がん医療に携わるすべての医療者を対象に目標を立てている（表3）。まず、患者の心理的ニーズを認識することである。たった今聞いた悪い知らせを前に心配や不安をただ誰かに話をして整理を自らつけていく者も多い（簡易な危機介入）。心配、気がかり、いらだち、不安、落ち込み、抑うつ、怒り、悲しみ、疎外感、不確実感、絶望感、無力感、意味や自律性の喪失、時に喜びなどの評価である。院内や身近に心の専門家が十分に備わっていないからといって、一般的に心理的ニーズ評価は控えられることはないだろうか。次に、疑わしいと思ったとしても精神保健の専門家へどう相談してよいのか、またタイミングを逸して抱え込んでし

表2 がん患者の心理学的評価とサポートの4段階

- 第一段階：すべての医療者
  - 評価：心理的ニードの認識（必要に応じて精神保健の専門家に紹介）
  - 介入：適切な情報提供，理解の確認，共感，敬意
- 第二段階：心理的知識を有する医療者（がん専門看護師，ソーシャルワーカー，家庭医など）
  - 評価：心理的苦痛のスクリーニング（がんの診断時，再発時，治療中止時などストレス時）
  - 介入：危機介入，支持的療法，問題解決技法などの心理技法
- 第三段階：訓練と認定を受けた専門家（心理職）
  - 評価：心理的苦痛の評価と精神疾患の診断（重症度を識別し必要に応じ精神科医に紹介）
  - 介入：カウンセリングと精神療法（不安マネジメント，解決志向的アプローチ）
- 第四段階：精神保健専門家（心理職，精神科医）
  - 評価：精神疾患の診断（重症の気分障害，パーソナリティ障害，薬物乱用，精神病性障害を含む，複雑な精神的問題，自殺）
  - 介入：薬物療法と精神療法（認知行動療法）

（イギリスがん患者の支持・緩和ケアマニュアル，NHS-NICE，2004より）

表3 がん医療に携わるすべての医療者に必要な第一段階の心のケアの目標

- ① がんを抱えた患者・家族に対して誠実に温かく接することができる
- ② 人として親切に，尊敬，尊敬の念をもって接することができる
- ③ 支持的対人関係を構築し維持する（指示的ではない）
- ④ 適切な情報提供，理解の確認
- ⑤ 精神保健の専門家へつなげる場合，実際には，具体的な紹介の言葉がすぐに思い浮かばないので，地域，各施設で紹介の言葉を一緒に作成し，周知しよう  
例：「気持ちのつらさについて，専門家に話してみていただくこともできますが，いかがでしょうか？」
- ⑥ がんになって周囲，社会から阻害されている感覚に陥っていることに安心できる言葉をかけよう  
例：「誰もが自分一人だけ弱いのではない，そういうふうにお感じになっておられますよ。あなただけではありませんよ」
- ⑦ 精神科受診という置かれた立場に共感を示すこと  
例：「心の相談や，精神科の受診といわれるとためられる方も多いのですが，よかったですら気がかりなことを話していただけませんか？」
- ⑧ うつ病や適応障害に相当しない患者の相談も多いが，心の病気ではないからといって追い返したりはしない。臨床的に現在問題がない程度であっても将来につなぐ対応をする  
例：「現在の状態は，誰もが陥るストレス状態ですが，将来，悪化の兆しがあれば早目に顔を見せていただくと助かります」

まっていけないだろうか。

介入は支持的療法の基本を用いて，適切な情報提供，理解の確認，共感，敬意を目指す（表3）。適切な情報提供および理解の確認により，不確実な知識や知識の欠如に起因して生じている不安感や絶望感を改善することにある。患者の誤解であることがわかっていても即座に指摘するのではなく，まず，これまで医療スタッフから患者にどのような説明が行われてきたのか，患者はそれらをなぜそのような理解し受け止めたのかを理解する必要がある。絡んだ糸を解きほぐすように情報を整理し誤解を明確にしなが，患者の誤った思い込みを訂正し，患者の置かれている状況について保証を与えることは無用な心配や不安を軽減する。

表4

- ① ス
- ② が
- ③ ケ
- ④ 信
- ⑤ 危
- ⑥ 生

第二

第二

なス

ん治

入れ

持的

●危機

こ

仕方

目標

がん

生 (li

らせ

●危機

医療

に接

感，

性

つけ

具体

的

定薬

入で

終

する

●支持

がん

感，

悲

死の

受

表4 訓練した医療者が獲得できる第二段階の心のケアの目標

- ① スクリーニングができる
  - ① がんの診断時
  - ② 治療時
  - ③ 再発時
  - ④ 抗がん治療中止時に
- ② がんの影響をスクリーニングできる；日常生活、気分、家族関係、仕事など
- ③ ケアとしては、心配や気持ちの吐露を促す
- ④ 信頼関係を構築し、非審判的に傾聴する。これらにはある程度の研修は必須である。医療研修推進財団が主催するがん診療に携わる医師を対象にロールプレイを用いたコミュニケーション技術研修会はこの段階に相当する
- ⑤ 危機介入、支持的精神療法、問題解決技法を提供する
- ⑥ 生活に支障をきたす程度の心の負担（適応障害）やうつ病、不安障害、せん妄などを専門家に依頼する

## 第二段階

第二段階は、ある程度の知識と技術を伴う。したがって、訓練と定期的なスーパービジョンが必要である。がんの診断時、治療時、再発時、抗がん治療中止時などストレスが高まる際の心の反応の軌跡をあらかじめ頭に入れておいて、それに備えてスクリーニングを行い、ケア（危機介入、支持的精神療法）を提供する（表4）。

### ●危機介入の目標は

これまで経験したことがない危機状態であり、しかもこれまでの対処の仕方では乗り越えられない危機状態から一時的に退避させ、安全の確保を目標とする。がんの場合、命の危機と人生の危機がある。がんや再発、抗がん治療中止など命（life）を脅かす悪い知らせを聞いた直後、そして人生（life）の課題の危機で、仕事、育児などを断念せざるをえない悪い知らせを聞いた直後である。両方ともに life の危機である。

### ●危機介入の実践

医療者は、まず、安心できる部屋を確保し、強い感情を吐き出せるように接する。ひとしきり、診断の遅れなど、怒りや不満、不安、恐れ、絶望感、悔しさ、恨みなど激しい感情を20～30分吐露した後、自然に整理をつけていく者も少なくない。そうでない場合は、担当医や看護師を介して、具体的な対処を行う。家族に安全確保のため連絡をつけたり、主治医に安定薬や専門家につなげるなどの指示を仰いだりする。通常は、その日の介入で終わるが、遷延する場合は精神医学的診断を含め専門医の受診を考慮する。

### ●支持的精神療法の目標は

がんによって生じた不安、落ち込み、怒り、不眠、役割変化に伴う喪失感、悲嘆など、心の苦痛の軽減を当面の目標とする。誰もが病気の受容や死の受容といった目標を必ずしも目指すのではない。Kübler-Ross の名著

\* 2

否認→怒り→取り引き→抑うつ→受容.

『死ぬ瞬間』のなかで終末期がん患者の5つの心理過程\*<sup>2</sup>が扱われたため、それを讀んだ医療者が無意識に死を受容させようさせようと働きかけてしまうといった負の遺産もある。心のケアの基本の目標はまず、患者が今ここで抱えている負担や苦痛 (here and now) を軽減することを目標にすることにあるので気をつける必要がある。心の苦痛が軽減すると、自らの心を立て直すための当面の問題解決能力が増し、自己コントロール感、自尊心、闘病意欲が回復してくる。

### ●支持的療法の実践

医療者は、個々の患者における病気の与える意味を探り、理解し、そのうえでこれまで過去に行ってきたその人なりの病気との取り組み方を一緒に話し合っ、そのなかから患者の望む取り組み方を選び当面の困難を乗り越えていけるよう支えていく。

そのためには過去の取り組み方を話し合う必要がある。信頼関係ができる前から根掘り葉掘りというわけにはいかないが、切り出す言葉が必要である。もちろん、患者が自発的に語る情報の内容も手がかりになる\*<sup>3</sup>。

さらに、情報がそろってきた段階では、学校、友人、仕事、育児、家庭など人生の節目となる課題に沿って、患者の生い立ち、人生の苦楽の経験、価値観、生活信条などのイメージをまとめあげる。患者の人生の縦軸に沿って現在患者のおかれた状況をふまえて苦痛を理解し、その理解できたことを医療者の表情や態度を通して、時には口に出してフィードバックをしていく。そうすると、患者の表情が緩み、突然、眉間の皺が緩む瞬間がある。「あー、やっと、私の苦しみがわかってもらえた」「誰にもわかってもらえないとあきらめていましたけど、よかったー」と笑顔で語られる。これこそが、心のケアの基本、苦痛を和らげるための治療となる瞬間である。薬による鎮痛ではないが、心のケアはまさに強力な鎮痛薬である。

このためには治療者はまず、患者が今まさにここで感じている気持ち、特に恐れや不安の表出を促し、それらを共感し、非現実的な情報を与えるのではなく、現実的な範囲で保証を与えていく。患者のおかれた状況に添って苦しみが医療者に今まさに理解されたと患者に感じられたとき、それがまさに治療的となる。

### 実践例

患者「俺、だめなんじゃないかと思う」

医療者「(沈黙) …だめでは…ないかと…思われたのですね (共感)」

患者「そう、そうなんだよ」

医療者「…今の体のだるさでは、そう思われるのは当然です…よね (承認)」

患者「わかって…もらえますか (表情が少し緩む)」

医療者「…今、一番気がかりにされていることは何でしょうか? (探索)」

患者「それが…」

医療者「…具体的な計画がありますか?」

\* 3

例：初めてお仕事をされたのはおいくつのときでしたか？ 初めてのお子さんが生まれたのは？ 一番充実されていたときはどのようなときですか？ その逆はいかがですか？ そのときどのような取り組み方で対応されましたか？。

患者「こ  
画な  
医療者「

### 第三段

第三段の心の状態は生活にても患者対応して神保健の構築)を第三段ピリチュし解決すエゾン)法を、場て対応策

### 第四段

第四段のもと、障害、アう。わか

### ●精神症

がん患  
ん妄で選  
目指す。

・医師、  
・患者・  
・スクリ  
・進行カ

### ●心理的

患者・  
不安、老  
加え、業  
応じて医

患者「これだけ（娘の結婚式、息子の就職、孫の誕生、入園式、仕事の計画など）はね、やりたいんだよ」

医療者「…それはできると思いますよ/少し急いだほうがよさそうですね」

### 第三段階

第三段階は、狭義の精神保健の専門家レベルとなる。この第三段階以上の心の状態の見極めは、その心の問題により苦痛が著しいレベルかもしくは生活に支障をきたしているレベルか否かにより判断する。傾聴で対応しても患者の状態が変わらないときはまず疑う。すなわち支持的精神療法で対応しても繰り返し患者の同じ言動が観察されるときである。そして、精神保健の専門家\*4につなぐこと、さらに常時つなげる体制（人間関係の構築）を整えることが重要である（図1、表3）。

第三段階では心の負担のなかでも軽度～中等度の不安、うつ、怒り、スピリチュアルな問題などの適応障害レベルや医療スタッフとの関係を評価し解決する。これは、経験、研修を積んだ心理職や精神看護専門看護師（リエゾン）に相当。難渋する依存、否認、退行などについて評価とその対応法を、場に応じて医療チームで共有し、病棟カンファレンスなどを開催して対応策を練る。

### 第四段階

第四段階は、精神科医、博士号取得の臨床心理学者が、精神医学的診断のもと、重症のうつ病、せん妄/器質性脳障害、不安障害、パーソナリティ障害、アルコール障害、自傷行動など精神疾患の治療、認知行動療法を行う。わが国では、精神科医、心療内科医などが相当する。活動内容は以下の5つである。

#### ●精神症状緩和の周知と体制構築

がん患者の主要な精神症状は、適応障害（不安、抑うつ）、うつ病、せん妄で過半数を占める。これらの精神症状に対する早期発見、早期治療を目指す。

- ・医師、看護師向けに精神症状緩和に関する院内研修会を行う。
- ・患者・家族向けのリーフレットを作成する。配布する\*5。
- ・スクリーニング（つらさの寒暖計）を医療者に配布する。
- ・進行がん患者のうつ病に対する薬物療法アルゴリズムを利用する、など。

#### ●心理的プロセスの評価とその援助

患者・家族の心理的プロセスの評価を行い、現場のスタッフに還元する。不安、怒り、疎外感、不確実感、絶望感、無力感、意味や自律性の喪失に加え、難渋する依存、否認、退行などについて評価とその対応法を、場に応じて医療チームに還元する。

\* 4

精神科医、心療内科医など。

\* 5

国立がんセンターがん対策情報センターからダウンロード可能。

<http://ganjoho.jp>

\*6  
特に依存、退行、否認の強い症例や自殺。

### ●カンファレンス

定期的な緩和ケアチームカンファレンスやコンサルテーショングループでのカンファレンス、さらに症例に応じて病棟カンファレンス\*6をもつことを通して、患者家族へのケアの最適化を計る。具体的内容は、問題の評価、目標の設定や優先順位の見直し、チーム内での役割の再確認、症状緩和法の調整などである。

### ●スタッフへの教育とケア

教育は、診療、研修会、カンファレンスのほかに、看護研究の相談を通して行う。また、スタッフのケアに関して個別に相談を行う。

### ●早期からの病診連携

終末期の場の設定に関しては、患者、家族双方からの相談は多く、より早期からの介入が望まれる。特に再発後や積極的抗がん治療から終末期への移行に際して、意思決定に大きく影響する精神症状の緩和に関する相談は多い。早期介入を促すためにも精神科受診を促す看護師に対するコミュニケーション技術研修は重要である。

## おわりに

本項では、がん患者の心のケアの基本について概説した。また、後半では緩和ケアチームが心の評価と支援体制の構築を進めるために全体像を俯瞰する視点で、イギリス NHS-NICE 支持・緩和ケアマニュアルを参照しながら概説した。今後の優先課題は、支持・緩和ケアマニュアルのすべての医療者を対象にした第一・第二段階の教育訓練活動と、第四段階の精神腫瘍医との連携構築が課題となり、精神腫瘍医の養成が特に急がれる。

(内富庸介)

### 引用文献

- 1) Chida Y, et al. Do stress-related psychosocial factors contributed to cancer incidence and survival? *Nat Clin Pract Oncol* 2008; 5 (8) : 466-475.
- 2) National Health Services (NHS)-National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidance on Cancer Services : Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. 2004.
- 3) 内富庸介, 藤森麻衣子 (編). がん医療におけるコミュニケーションスキル. 東京: 医学書院; 2007.
- 4) 小川朝生, 内富庸介 (編). 精神腫瘍学クイックリファレンス. 東京: 創造出版; 2009.

### 参考文献

- ・山脇成人 (監修), 内富庸介 (編). サイコオンコロジー: がん医療における心の医学. 大阪: 診療新社; 1997.
- ・内富庸介 (監訳). 緩和医療における精神医学ハンドブック. 東京: 星和書店; 2001.

### Memo

日本サイコオンコロジー  
学会ホームページ  
<http://www.jpos-society.org/>  
国立がんセンター精神腫瘍学グループホームページ  
<http://pod.ncc.go.jp/>

はし

厳密に本以外に  
つある。  
“Psychic  
関に  
関誌を  
アメ  
精神医学  
である。

コ

アメ  
1939年  
われた。  
れまで  
る。第  
数か所  
二は19  
究基金  
が確保  
提唱さ  
そし  
た国際  
が輸入  
広まり  
まれた  
があっ  
済的な

# 「昨日、膵臓がんだと告げられました」、 と打ち明けられました。

## ●がんの治療の流れと心の軌跡

- がんの治療は、検査から始まり、診断、初回治療、(治癒・寛解)、再発、再発治療、終末期、死と、非常に長い経過を辿ります。
- その経過のなかで、心の反応はどの時期においても出現する可能性があります。
- がん治療の流れに沿った心の軌跡を想定しておくことで患者さんの心の状態がイメージでき、対応しやすくなります。
- ただし、患者さんの心の反応は人それぞれ表れ方が異なります。さまざまな形で混じり合って表れる場合や、解決したかのように思えた感情が再び表れることもあります。
- 患者さんの変化する心の反応を知るためには、積極的に声をかけると同時に、表情や態度など注意深く観察することが大切です。

**Point** ▶がん患者さんのケアをする上で、あらかじめ患者さんに生じる通常の心理的反応を知っておくと対応しやすくなります。

## ●がん告知を受けるまでの心の軌跡

### 1. 症状を自覚したとき

- 症状を自覚したときから心理的反応は始まります。