

精神症状へ対応する必要性

がん医療において、精神症状は日常生活のみならず、がん治療に対しても負の影響を与えることが判明している。以下に精神症状ががん治療に与える負の影響について述べる。

i) 精神疾患そのものによる苦痛

不安および抑うつは、感情面の症状のみではなく、苦痛を伴う症状である(大西秀樹, 2008; Cherny et al., 1994)。せん妄も同様に苦痛な体験であることが知られている (Breitbart et al., 2002)。

ii) QOL の低下

うつ病をはじめとした精神的苦痛を有する場合、がんに対する適応の悪い場合に低下することが知られている(Grassi et al., 1996)。

iii) 適切な意思決定障害

意思決定も影響を受ける。乳がん患者における調査では、術後化学療法を受けける割合を対象群と抑うつ群とで比較すると、対象群では92%が術後化学療法を受けたのに対して、抑うつ群ではその半数の50%である(Colleoni et al., 2000)。すなわち、抑うつを合併することで、患者が治療を受ける機会を逃している問題がある。

iv) 自殺

自殺患者の調査では、約80%が抑うつを呈していた(Henriksson et al., 1995)。がん患者の自殺率は一般に比して約2倍と高く、身体的な痛み、絶望感、予後

の悪さ、抑うつが危険因子である (Breitbart, 1987; Breitbart et al., 2000; Akechi et al., 2009)。特に、難治がんであること、再発、告知後に高く、コミュニケーション技術訓練をはじめとした精神的苦痛への配慮が重要である。

v) 家族の精神的苦痛

家族も精神的に苦悩し、抑うつ¹の程度は患者と同等であることが知られている (Lederberg, 1998; 大西秀樹, 2008)。患者と家族の精神的苦痛のレベルは関連するため、患者と同等に家族への対応が必要である。

(参考文献)

- Akechi, T., Okamura, H., Nakano, T., Akizuki, N., Okamura, M., Shimizu, K., Okuyama, T., Furukawa, T. A. & Uchitomi, Y. (2009). Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients. *Psychooncology*.
- Breitbart, W. (1987). Suicide in cancer patients. *Oncology (Williston Park)*, 1(2), 49-55.
- Breitbart, W., Gibson, C. & Tremblay, A. (2002). The delirium experience: delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. *Psychosomatics*, 43(3), 183-194.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M., Funesti-Esch, J., Galietta, M., Nelson, C. J. & Brescia, R. (2000). Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA*, 284(22), 2907-2911.
- Cherny, N. I., Coyle, N. & Foley, K. M. (1994). Suffering in the advanced cancer patient: a definition and taxonomy. *J Palliat Care*, 10(2), 57-70.
- Colleoni, M., Mandala, M., Peruzzotti, G., Robertson, C., Bredart, A. & Goldhirsch, A. (2000). Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *Lancet*, 356(9238), 1326-1327.
- Grassi, L., Indelli, M., Marzola, M., Maestri, A., Santini, A., Piva, E. & Boccalon, M. (1996). Depressive symptoms and quality of life in home-care-assisted cancer patients. *J Pain Symptom Manage*, 12(5), 300-307.
- Henriksson, M. M., Isometsa, E. T., Hietanen, P. S., Aro, H. M. & Lonnqvist, J. K. (1995). Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord*, 36(1-2), 11-20.
- Lederberg, M. (1998). The family of the cancer patient. In *Psycho-Oncology*, Holland, J. (ed.),

・ pp. 237-282

Oxford University Press.

大西秀樹 (2008). *がん患者の心を救う 精神腫瘍医の現場から*, 東京: 河出書房新社.

表1 精神症状による負の影響

(患者に対して)

1. 精神症状自体が患者に苦痛を与える
2. 療養生活の質の低下
3. 治療のアドヒアランスの低下
4. 治療方針の混乱
5. 自殺率の上昇

(家族に対して)

1. 家族の精神的苦痛の増大
-

がん患者の心理学的評価とサポートの4段階

第四段階:精神保健専門家(精神科医)

評価:精神疾患の診断(重症のうつ病、薬物乱用などを含む、複雑な問題)

介入:薬物療法と心理療法(認知行動療法)

第三段階:訓練と認定を受けた専門家(日本では緩和ケアチーム)

評価:心理的苦痛の評価と精神疾患の診断(重症度を評価し精神科医に紹介)

介入:カウンセリングと心理療法(不安マネジメント、解決志向的アプローチ)

第二段階:心理的知識を有する医療者(専門看護師など)

評価:心理的苦痛のスクリーニング(診断、再発、治療中止時などストレス時)

介入:簡便な心理技法(問題解決療法など)

第一段階:全ての医療者

評価:心理的ニーズの認識(疑わしいとき精神保健の専門家に相談・紹介)

介入:基本的なコミュニケーション技術(適切な情報提供、理解の確認、共感)

-英国がん患者の支持・緩和ケアマニュアル NHS-NICE 2004