

The 24th Lung Cancer Workshop

緩和ケアの秘訣と心得 —精神科医の立場から—

柏木雄次郎¹

Know-how and Guidance Regarding Palliative Care from the Viewpoint of a Psychiatrist

Yujiro Kashiwagi¹

¹Department of Psychosomatic and Palliative Medicine (Department of Psycho-Oncology), Osaka Medical Center for Cancer and Cardiovascular Diseases, Japan.

ABSTRACT — The mental symptoms of cancer patients (anxiety, depression, delirium, etc.) are greatly affected by the environment and physical symptoms of the patient. The condition of the patient immediately after receiving the “bad news” (i.e. being told of their condition) is characterized by numbness, and communication becomes difficult. Under these circumstances, spending time listening to the patient’s worries or giving advice makes the patient feel as if their condition is someone else’s problem that he or she perceives as a dream. However, correct understanding of their situation can help to gradually become closer to the patient’s perspective. Furthermore, in cases of the simultaneous occurrence of depression and physical symptoms caused by cancer (pain, general fatigue, etc.), the alleviation of physical suffering should be prioritized. Alleviating physical suffering alone often leads to a reduction in the severity or complete disappearance of depression. However, depression does not always improve by antidepressants or psychotherapy alone. Likewise, the causes of the mental symptoms of delirium are mostly derived from the environmental condition or physical symptoms, and therefore, these must be treated and improved first. Prescribing antianxiety or sedative drugs should be avoided. As described above, one can say that adequately understanding and prioritizing the treatment and improvement of the environment and physical symptoms of the patient are important points in the palliative care of the mental symptoms of cancer patients.

(JLCC. 2011;51:127-130)

KEY WORDS — Palliative care, Psycho-oncology, Cancer, Depression, Delirium

Reprints: Yujiro Kashiwagi, Department of Psychosomatic and Palliative Medicine (Department of Psycho-Oncology), Osaka Medical Center for Cancer and Cardiovascular Diseases, 1-3-3 Nakamichi, Higashinari, Osaka 537-8511, Japan (e-mail: kashiwagi-yu@mc.pref.osaka.jp).

要旨 — がん患者の精神症状(不安・抑うつ・せん妄など)は、患者の置かれている状況や身体的苦痛に大きく影響されている。患者にとって「悪い知らせ」を受けた直後の状況では、「頭の中が真っ白」であり意思疎通が困難となっている。この状況では、時間をかけた傾聴や助言も患者にとっては夢の中の他人事でしかないが、状況への正しい理解があれば、焦ることなく患者の気持ちに寄り添うことができる。また、「抑うつ」とがんによる身体的苦痛(疼痛・全身倦怠感など)が同時にある場合は、まず身体的苦痛の緩和を図ることを優先すべきである。身体的苦痛の緩和のみで「抑うつ」が軽快・消失するこ

とが多いが、身体的苦痛の緩和なしに、抗うつ薬の処方や精神療法のみでは「抑うつ」は改善しない。さらに、「せん妄」においては、その精神症状の原因のほとんどが環境状況や身体症状に由来するので、これらを先ず治療・改善すべきであり、安易な抗不安薬・睡眠導入薬の処方は避けるべきである。以上のように、がん患者の精神症状に対する緩和ケアの秘訣と心得として重要なことは、「患者の置かれている状況や身体的苦痛を十分に理解し、先ずこれらを治療・改善すること」であるといえる。**索引用語** — 緩和ケア、精神腫瘍学、がん、抑うつ、せん妄

¹大阪府立成人病センター心療・緩和科(腫瘍精神科)。
別刷請求先: 柏木雄次郎, 大阪府立成人病センター心療・緩和

科(腫瘍精神科), 〒537-8511 大阪市東成区中道1-3-3(e-mail: kashiwagi-yu@mc.pref.osaka.jp).

がん患者の心理特性

がん患者のこころの変化については、エリザベス・キューブラー・ロスという精神科医が、がん患者には「否認」→「怒り」→「取り引き」→「抑うつ」→「受容」という心の変化があると述べている。つまり、がんを告知されると、①がんであることを否定し、②どうして自分ががんになるのかと怒り、③がんで何か回避できないのかと、(神と)取り引きしようとし、④その取り引きに疲れると抑うつの的になり、⑤最後にがんであることを受け入れる状態に至ることが多いと論じている。

日本ではこれまで明確ながん告知をなされることが少なかったという事情や、日本人の性格特性を考慮して、ホスピス医療の先駆者である柏木哲夫が、がん患者の心の移り変わりを、「希望」→「疑念」→「不安」→「苛立ち」→「抑うつ」→「受容」または「あきらめ」であると述べている。

また最近では、ジミー・C・ホランドという精神科医が、①告知から1週間以内に、告知された内容を信じようとせず一時的に否認するか、「やはりそうだったか」という絶望感を持つ、②告知から1~2週間後には、苦悩、不安、抑うつ、不眠、食欲低下、集中力低下などの症状が交互に何度も生じる、③告知から2週間~1ヶ月後(時に3ヶ月後)には、現実の問題に対して徐々に適応できるようになるが、疎外感や孤独感などが残る、と述べて

いる (Figure 1)。

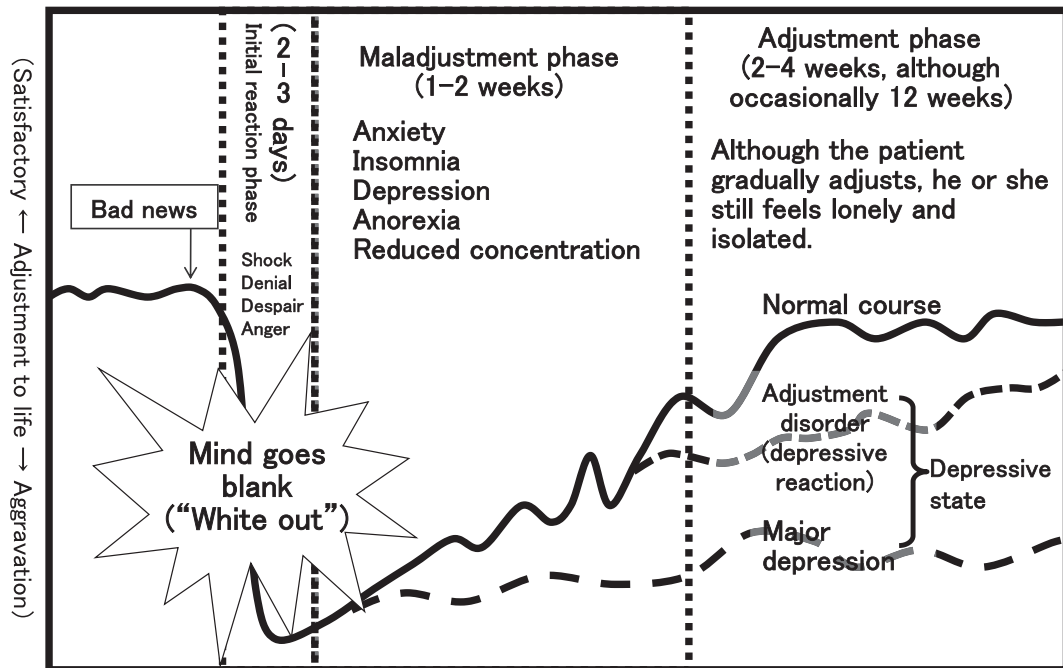
これらの心の変化は決して病的なものではない。その程度の差こそあれ、がんを告知された患者に通常みられる自然な心の動きなので、特に専門医による心の治療を受ける必要はない。

ところが、一部の患者で告知から数ヶ月を経過しても「うつ状態」が長引く方がおられる。重いうつ状態が長期間にわたる患者の場合は、がん告知をきっかけに「うつ病」を発症した可能性がある。また、「うつ病」ほど重い状態ではないものの、不安やうつ状態が長引いて現実問題に適応できない場合は「適応障害(うつ反応)」である可能性がある。これらの場合は専門医(精神科医、心療内科医)の治療を受ける必要があるといえる。

頭の中が真っ白

これらのがん患者の心の変化や精神症状(不安・抑うつ・せん妄など)は、患者の置かれている状況や身体的苦痛に大きく影響されている。

例えば「不安」を訴えられる場合でも、患者にとって「悪い知らせ」(がんの初回告知、進行がんである告知、再発・転移の告知など)を受けた直後の状況では、漠然とした不安よりも「頭の中が真っ白」な状態であり、不安なのかどうかもわからない、会話をしているにもかかわらず思考力・判断力・見当識が著しく低下している状態であり、意思疎通ができない状態となっていることが多い。このよう



Cited from Massie M.J., Holland J.C., 1990, Yosuke Uchitomi, Mayumi Fukue, Hideaki Minagawa, 1997

Figure 1. Psychological characteristics of cancer patients.

Table 1. Differences Between Dementia and Delirium

	Dementia	Delirium
Initial Symptoms	Reduced memory function	Disorientation, Hallucinations, Delusions, Excitation
Onset Progress	Slow	Sudden
Persistence of Symptoms	Continuous or progressive	Short-term, such as several hours to several weeks
How the Patient Reports Symptoms	The patient denies any drop in intelligence, or does not take it seriously	The patient does not complain
Moods	Variou, from euphoric to depressed	Labile
Circadian Rhythm	Scarce	Labile (aggravates from evening through the night)
Intellectual Ability	Continuous deterioration Difficulty in understanding words and carrying on a conversation Often requires aid in daily living	Temporary deterioration Cannot carry on a structured conversation Often requires aid in daily living
Physical Cause	Occasionally	Observed in most of the cases
Involvement of Drugs	Rarely seen	Often seen
Effect of the Environment	Basically no effect	Much involvement
Electroencephalogram	Slight wave-slowing can be seen	Diffuse wave-slowing can be seen
Diagnostic Imaging (CT, MRI)	Cerebral atrophy and cerebrovascular disorders can be seen	Can be occasionally seen, depending on the cause of delirium

な状況の患者への対応として重要なのは、何らかの精神療法や抗不安薬の処方よりも、まず患者が置かれている「頭の中が真っ白」という状況を理解することである。この理解が乏しければ、じっくりと時間をかけた丁寧な説明・助言も、患者にとっては「夢の中の他人事」でしかなく、抗不安薬の処方も「脱抑制効果（抗不安薬による弛緩作用により思考・情動の抑制がはずれる効果）」により却って混乱を呈してしまう結果となる。逆に、患者の置かれている状況への理解があれば、傾聴しようにも会話が成り立たない（患者からの発語がほとんどなく、あってもまとまりがない）ような場合も、無言のままに焦ることなく患者の気持ちに寄り添うことができるし、安易な抗不安薬の処方による不安・混乱の増悪を避けることもできる。患者の精神状態や理解の程度をみながら、同じ内容でも繰返し説明することや、説明した内容を簡単なメモにして患者に渡すことなどが有用である。実際、他科の主治医から「最近、急速に認知症と情緒不安定を生じている。安定剤を処方したが却ってイライラしたので困っている」とのことで相談されることがしばしばある。状況を確認すると、「悪い知らせ」の数日後であったり、患者自身の不安の上に仕事や家族の心配事が重なったりして、「頭の中が真っ白」となっていることがほとんどである。その状況を理解し、患者の気持ちに寄り添って「頭の中が真っ白で、どうして良いかわからず大変ですね」という立場で支えていくだけで、患者の孤独感の軽減や、さらなる混乱の予防をすることができる。「認知症」や「意味不明のイライラ」という誤解から、患者—医師間の意思疎通や治療関係の悪化を呈している場

合も多くみられるが、患者の置かれている「頭の中が真っ白」という状況を十分に理解することが、これらの誤解を防ぐためにも非常に大切であるといえる。

【症例 1】70 歳代・女性、肺癌。「最近、急速に認知症と情緒不安定を生じている。安定剤を処方したが、却ってイライラしたので困っている」と紹介された。状況を確認すると、再発告知の数日後であり、さらに夫のリストラ失業も重なっていた。「頭の中が真っ白」であることへの理解を示すと胸に詰まっていた苦痛を一気に吐き出した。繰返し苦痛を吐き出していく中で、徐々に落ち着きを取り戻し、記憶力も回復し情緒も安定化した。主治医が認知症と勘違いしたのは、「頭の中が真っ白」で不安・抑うつが増大したために、一過性の「仮性認知症」を呈していたためと考えられる。アルツハイマー病などの真の認知症とは異なり、精神的な安定を取り戻すと、認知機能は元通りに回復した。

「頭の中が真っ白」な状態の患者への対応としては、脈絡なく訴える気持ちの辛さ（愚痴・弱音・泣き言・涙）を静かに受け止めることが大切である。その際、気の利いた助言は不要であり、むしろ、話の腰を折らない（聞き上手に徹する）ようにすべきである。また、余りにも辛い訴えに対しては、誠実な沈黙により「（患者の）辛さを真摯に受け止めている」ということを表現することにより、さらに辛さの吐き出しを促すことができる。これらの対応により、辛さの多くを吐き出すことができ、少しずつ自らの気持ちを整理することができるようになるし、厳しい孤独感も和らげることができる（「吐き出し効果」）。

身体症状による「抑うつ」

「抑うつ」に関しては、がん患者の場合は疼痛や全身倦怠感などが抑うつ症状の原因となっていることが多い。

【症例2】50歳代・男性、肺がん。適切な除痛がなされないまま、「うつ状態が続いているので、カウンセリングと抗うつ薬処方をお願いします」と紹介された。問診で確認すると、患者は「とにかくこの痛みを何とかしてくれ。痛いから眠れないし、イライラするし気分も落ち込む」とのことであった。そこで、先ず疼痛緩和を行うと、カウンセリングや抗うつ薬の処方なしで、「楽になった」と笑顔をみせられるようになった。

がん患者では、「抑うつ」とがんによる身体的苦痛（疼痛・全身倦怠感・呼吸困難など）が同時にある場合は、先ず身体的苦痛の緩和を図ることを優先すべきである。身体的苦痛の緩和のみで「抑うつ」が軽快・消失することが多いが、身体的苦痛の緩和なしに、抗うつ薬の処方や精神療法のみでは「抑うつ」は改善しない。スタンフォード大学精神科教授のデイビッド・シュピーゲルも「強い疼痛は、うつを増悪させる」と述べているが、至言であるといえる。

せん妄

がん治療中に、しばしばみられる症状として「せん妄」があるが、これも身体・環境要因が必ず存在するといっ
て良い。

【症例3】60歳代・男性、肺がん。「最近、急速に認知症と情緒不安定を生じている。不眠があるので睡眠導入薬を処方したが、却って興奮して困っている」と紹介された。状況を確認すると、38℃台の発熱と睡眠導入薬の追加処方があった。経過などから認知症ではなく、発熱と睡眠導入薬により誘発された「せん妄」と診断した（Table 1 参照）。そこで、先ず発熱の原因を治療（気管支肺炎に対して抗生物質を処方）し、睡眠導入薬を中止して少量の抗精神病薬（ハロペリドール）を投与したところ、急速に軽快した。

「せん妄」の特徴として、急性に発症（数時間～数日）し、日内変動がみられる（特に夜間に多くみられる）ことが挙げられる。がん患者では、死亡に至るまでに約85%の患者にせん妄を生じるとの報告がある。①注意力障害・意識障害、②認知障害、③急性発症、④身体的要因の存在、などがあれば「せん妄」と診断できる。「せん妄」の原因のほとんどが環境状況や身体症状に由来するので、これらを先ず治療・改善すべきであり、安易な抗不安薬・睡眠導入薬の処方とは避けるべきである。

まとめ

以上のように、がん患者の精神症状（不安・抑うつ・せん妄など）に対する緩和ケアの秘訣と心得として最も重要なことは、「患者の置かれている状況や身体的苦痛を十分に理解し、先ずこれらを治療・改善すること」であるといえる。