

# 2

## 気持ちのつらさの定義と症状

### 1 「がん患者における気持ちのつらさ」の定義

「気持ちのつらさ psychological distress」とは、つらい気持ちに伴う心身の状態を広く示す用語である。「気持ちのつらさ」はさまざまなストレスから生じる。ストレスには、人生上の大きな出来事（例えば、事故、失職、死別・離別など）と、日々のこまごました要因（例えば、長時間労働、人間関係のあつれき、慢性疾患に伴う生活上の困難など）が含まれる。がん患者特有のストレス要因には、疾患（がん）に関する重大な病状告知を受けることや、疾患や治療に伴う人生・生活上の変化などが含まれる。「がん患者における気持ちのつらさ」（厳密には、「がん患者特有の気持ちのつらさ」とは、「がんやがん治療に対する不快な心身の反応」と定義できよう。

「気持ちのつらさ」の症状は、大きく分けて、抑うつ（落ち込み）、不安（心配、恐怖などを含む）、怒りのカテゴリーを含んでおり、感情（気分）、認知（思考）、行動、身体各領域の症状を含んでいる。

「気持ちのつらさ」の程度には幅がある。日常生活で誰もが体験する程度の心理反応（例えば、悲しみ、心配）から、生活に困難をきたす程度の心理状態（例えば、抑うつ、不安）、さらには、精神医学的診断に該当する程度の状態（うつ病、不安障害など）まで、広い範囲を含んでいる（“スペクトラム”である）（図1）。

「気持ちのつらさ」という用語は、「抑うつ」などの精神医学的・心理学的な用語と比較して、患者・家族や非専門家に理解されやすく、受け入れられやすく、偏見が少なく、患者からの表出に基づいて評価できる（精神・心理の専門家による判断を必須としない）、精神疾患に該当しない患者に対しても臨床では精神・心理的ケアが求められる、などの理由から、国際的に広く用いられており<sup>1,2)</sup>、本ガイドラインもそれに準じた。

通常に体験する 心理反応		精神疾患に 該当する状態
悲しみ 心配 恐れ など	抑うつ 不安 がん再発恐怖 など	うつ病 不安障害 など

図1 気持ちのつらさのスペクトラム

〔日本緩和医療学会・日本サイコオンコロジー学会、緩和ケア継続教育プログラム PEACE プロジェクト資料および Massie M.J. Psycho-Oncology. Oxford; 1998 を参考に作成〕

（藤澤大介）

■ 文 献

---

- 1) National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management, version 1. 2024. <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&id=1431> (2023年12月24日閲覧)
- 2) Howell D, Keshavarz H, Esplen MJ, et al. A Pan Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Management of Psychosocial Distress, Depression, and Anxiety in Adults with Cancer. Canadian Partnership Against Cancer and the Canadian Association of Psychosocial Oncology, Toronto, 2015

## 2 気持ちのつらさの症状

### 1 気持ちのつらさの症状の概略

「気持ちのつらさ」は、つらい気持ちに伴う心身の状態を広く示す用語であり、感情（気持ち）、認知（思考）、行動、身体各領域の症状を含む。図2に、気持ちのつらさの症状の例を示した。

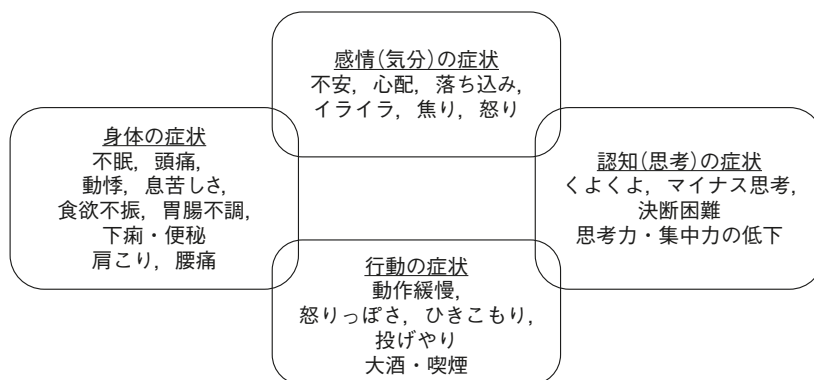


図2 気持ちのつらさの症状の例

気持ちのつらさを評価する際には、①症状、②状態像、③精神医学的診断、の3つのレベルで理解するとわかりやすい。表1に例を示す。

「気持ちのつらさ」にはさまざまな症状が含まれるが、「抑うつ」と「不安」に大別できる。また、がん罹患者に特有の現象として、「がん再発恐怖」がある。これらの不快な心理反応を包括して、「全般的心理的苦痛（または、全般的な気持ちのつらさ）」（general psychological distress）と呼ぶことがある。

表1 気持ちのつらさの症状・状態・診断の例

	症状	状態像	精神医学的診断
(身体疾患における例)	発熱・咳嗽	気道感染	細菌性肺炎
例1	心配, そわそわ	不安状態	該当なし (正常範囲の不安)
例2	不安, 落ち込み, 不眠	不安・抑うつ状態	適応障害
例3	落ち込み, 食思不振, 不眠, 集中度低下, 希死念慮	抑うつ状態	うつ病 (大うつ病性障害)

(藤澤大介)

## 2 抑うつ・うつ病

抑うつは、①気持ちの落ち込み、②意欲の低下、を中核とする症状群であり、ストレスとなる要因を経験した後は誰もが経験しうる症状である。一般的な反応(正常範囲の心理反応)では、ストレス要因の直後は、いわば“頭が真っ白”になって実感がわからないこともあるものの、次第に実感を伴って事態を認識するようになり、落ち込み、意気消沈、不眠、食思不振、集中困難、絶望感などの抑うつ症状をきたす。しかし、多くの場合は、2週間程度の期間が過ぎると、現実を受け入れ、問題に取り組む意欲を取り戻すとともに、気分は改善し始める。しかし、一部のケースでは、抑うつ症状が一般に想定されるより重かったり長かったりする。そのように、症状や機能障害が比較的重篤で、一定期間以上持続し、一定の診断基準を満たす場合を「うつ病」(正式名称は大うつ病性障害)と呼ぶ。大うつ病性障害の診断基準の概略を表2<sup>1)</sup>に示す。

その他、がん患者においては、医学的ケアに参加しない(例：リハビリテーションに参加しようとしめない)、恐怖または抑うつの表情や姿勢、社会的ひきこもりや発話減少、くよくよ、自己憐憫、悲観主義、励ましに応じず笑顔がない、良い知らせや面白い状況に反応が乏しい、などの、他覚的な症状も抑うつ状態を示唆することがわかっており<sup>2)</sup>、介入が必要な患者の同定に役立つ。

逆に、正常範囲の心理反応としての抑うつ症状は、以下の点で、うつ病と区別できる。

- ①症状や機能障害が重度でない
- ②時間や日により変動しやすく、気分の変動が、日々の出来事と密に関連している
- ③保証や励ましによって気分が改善する
- ④自己無価値感、著しい罪責感、広範な悲観的考え、が(ほとんど)ない
- ⑤希死念慮はあっても一過性で計画性を伴わない
- ⑥救済の希求が高い(助けを求めようとする)

うつ病の診断基準は満たさないが、ストレス要因に伴って、抑うつや不安をきたし、それ

表2 大うつ病性障害の診断基準

<p>以下のすべてを満たす。</p> <p>A. 以下の9つの症状のうち5つ以上がほとんど1日中、ほとんど毎日あり、2週間以上持続し、そのうち1つが、1ないし2である。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 抑うつ気分</li> <li>2. 興味または喜びの喪失</li> <li>3. 食欲の減退あるいは増加、体重の減少あるいは増加</li> <li>4. 不眠あるいは睡眠過多</li> <li>5. 精神運動性の焦燥または制止(沈滞)</li> <li>6. 易疲労感または気力の減退</li> <li>7. 無価値感または過剰(不適切)な罪責感</li> <li>8. 思考力や集中力の減退または決断困難</li> <li>9. 死についての反復思考、自殺念慮、自殺企図</li> </ol> <p>B. 症状のため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。</p> <p>C. これらの症状は一般身体疾患や物質依存(薬物またはアルコールなど)では説明できない。</p>
--

[アメリカ精神医学会 著、日本精神神経学会(日本語版用語監修)、高橋三郎、大野裕 監訳。DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル。pp160-1、医学書院、2014<sup>1)</sup>より作成]

が、一般的に想定されるより程度が強かったり、期間が長かったりする場合は、適応障害（後述）と診断される。

（藤澤大介）

## 文献

- 1) 日本精神神経学会 日本語版用語監修, 高橋三郎, 大野裕 監訳. DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2014
- 2) Akechi T, Ietsugu T, Sukigara M, et al. Symptom indicator of severity of depression in cancer patients: a comparison of the DSM-IV criteria with alternative diagnostic criteria. Gen Hosp Psychiatry 2009; 31: 225-32

## 3 不安

不安とは、「危険が迫っている」という認識に関連する心理・身体的な反応で、漠然とした恐れが続く状態である。表3に示すような、感情、認知、行動、身体面の特徴を示す。医療の場では、身体症状や行動上の問題の形で顕在化することがある。例えば、（不安に伴う）動悸や呼吸苦で救急外来を受診する、必要な医療行為を避ける（例：検査を受けに来ない）、怒りっぽく医療者と衝突する、考えがまとまらず治療上の意思決定ができない、などである。

表3 不安の諸症状

- ・感情：不安、恐怖、焦り、イライラ、など
- ・認知：心配、マイナス思考、考えの堂々めぐり、集中困難、など
- ・行動：落ち着かなさ、怒りっぽさ、不安の対象からの回避、頻回の確認、飲酒や喫煙の増加、など
- ・身体（交感神経亢進症状）：不眠、動悸、息苦しさ、胃腸不調、頭痛・腰痛、など

医学的に説明がつかない身体愁訴、客観的所見に比して過度にみえる身体症状、繰り返される医療上のトラブル、なども、背景に未解決の不安症状がある可能性がある。

恐れの対象がより特定（限定）されている場合は、「恐怖」という用語を用いる。閉所恐怖、嘔吐恐怖などがその例である。医療の場では、MRIなどの閉鎖的空間を恐れる、嘔吐を恐れて食事を過度に避ける、などの形で表れる。「がん再発恐怖」については、本ガイドラインの別項を参照のこと。

強い不安や恐怖を経験すると、そのような状況に近づくだけで強い不安や恐怖を感じ（予期不安）、そのような場所や状況を避けるようになりやすい（回避行動）。

不安や恐怖は、危険と認識した事象に対する人間の自然な反応であるが、その反応が通常想定されるよりも強かったり長引いたりし、強い苦痛や機能障害をきたした場合に、不安障害（不安障害）や適応障害と診断される。特定のパターンの症状を有し一定の診断基準を満たす場合には不安障害、不安障害の診断基準は満たさないものの、不安症状やそれに伴う機能障害が当該の状況から通常予測される反応の程度を明らかに超えている場合は適応障害（不安を伴うもの）の診断となる（詳細は「適応障害」の項を参照）。不安障害とその類縁疾患の概要<sup>1)</sup>を表4に示す。

表4 各不安障害や類縁疾患の概略

<p><b>パニック障害</b>          パニック発作（顕著な交感神経亢進症状）の繰り返し          身体症状（交感神経症状）に起因する，死や病氣，コントロールを失う恐怖          パニック発作を起こしそうな状況の回避</p> <p><b>社交不安障害</b>          対人場面における，他人からの否定的な評価への恐怖          社交場面，公共場面，他者からの注目を集める場面の回避</p> <p><b>全般性不安障害</b>          日々のさまざまな出来事に誘発される，良くないことや脅威的なことが起こることについての恐怖</p> <p><b>心的外傷後ストレス障害（PTSD）</b>          命に関わるような強い恐怖を伴う出来事（トラウマ：心的外傷）の後，それに対する心理反応が続くこと          再体験症状（トラウマが繰り返しまざまざと思い出される）          回避・麻痺症状（感情鈍麻，トラウマを思い出す物事や状況の回避）          過覚醒症状（不眠，イライラなど，緊張・警戒状態が続く状態）</p> <p><b>強迫性障害</b>          強迫観念（不合理と認識しながらも繰り返し湧いてくる不快な考え）          例：病氣，清潔，形の対称性，計算，魔術的観念，など          強迫行為（強迫観念を打ち消すための儀式行為）          例：洗浄，確認，戸締り，“自分が決めたルール”，など</p>
---

これらの特定の不安障害，およびその類縁疾患に対しては，薬物療法〔主として，選択的セロトニン再取り込み阻害薬（selective serotonin reuptake inhibitor：SSRI）。時に，ベンゾジアゼピン系抗不安薬〕と，精神療法（心理療法，サイコセラピー）（主として認知行動療法）が用いられる<sup>2)</sup>。

（藤澤大介）

## ■ 文 献

- 1) 日本精神神経学会 日本語版用語監修，高橋三郎，大野裕 監訳。DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル。医学書院，東京，2014
- 2) 工藤喬，大野裕 編。日常臨床で使える認知行動療法ハンドブック。中外医学社，東京，2023

## 4 適応障害

### 1) 定義

適応障害とは，ストレス要因に起因して，抑うつ，不安，行動の障害などを呈する精神障害である。症状の程度や持続期間が，ストレス要因に対する一般的な反応を逸脱していて，機能障害が生じている（その人本来のあり方よりも生活上できることが減っている）場合に診断される。特定のストレス要因との時間的関連が認められる（一般的にはストレス要因の始まりから3カ月以内）。

ストレスは原因となる要因と個人の特性が組み合わさって生じるものであり，ある人にとっては問題ない出来事が，別の人にとっては大きなストレスになりうる。ストレス要因には，病氣や離別などの急性の要因と，過重業務や人間関係のあつれきなど，慢性・持続性の要因がある。昇進や結婚などといった一般的には喜ばしいと考えられる出来事も，生活や責任に変化をもたらすためにストレスとなりうる。

症状には、抑うつを主体とするもの、不安を主体とするもの、行動の障害を主体とするもの（例：怒りっぽさ、無鉄砲な行動など）、に大別される。それらが混合することもある。

ストレス要因から誘発された症状であっても、適応障害以外の精神疾患（例：うつ病、不安障害など）の診断基準を満たす場合はそれらの診断を採用して適応障害とは診断しない。

通常、ストレスの原因が終結すれば6カ月以内に症状は消失するが、ストレス要因が持続するものである場合、長期に続くことがある。

## 2) 疫学

適応障害は精神科で最も多い診断の一つであり、特に身体疾患を有する患者に多くみられる。例えば、総合病院で精神科に紹介された患者の13.8～21.5%が適応障害であったと報告されている<sup>1)</sup>。アメリカ、カナダ、オーストラリアの7大学病院の統計では、1,039件のリエゾン・コンサルテーションのうち、適応障害は206例（19.8%）であった<sup>2)</sup>。専門家による面接に基づく厳密な診断調査（7カ国、24の研究）のメタアナリシスによれば、がん・緩和ケア患者における適応障害の時点有病率は15.4%（10.1～21.6%）であった<sup>3)</sup>。

適応障害の患者は、うつ病や不安障害の診断基準を満たさないからといって軽症というわけではない。機能障害をきたしている点は他の精神疾患と同様であり、適切な治療が必要である。特に、高齢者やがん患者など身体的予備能の低い患者の場合には、短期間の機能障害でも容易に重篤な状態に陥る可能性がある。

## 3) 対応

適応障害に対する治療エビデンスは確立していないが、環境調整、精神療法、抑うつや不安に対する薬物療法が一般的に用いられる。環境調整では、ストレス要因を減らす方法（例：仕事上のストレスについて、職場と相談する）や、ストレス要因との上手な付き合い方（例：気分転換の方法を検討する）、サポート体制（例：相談しやすい相手との相談を促す）などを話し合う。うつ病や不安障害に準じた薬物療法を行う。すなわち、抑うつ症状や不安症状に対しては抗うつ薬、緊張や自律神経失調症状に対しては抗不安薬、睡眠症状に対しては睡眠薬などを検討する<sup>4)</sup>。患者の特性や問題の背景に応じて、より専門化された精神療法（認知行動療法や対人関係療法など）を行うこともある。

## 4) がん患者における適応障害

重篤な病状の診断を受けた際や、疾患や治療に伴う慢性的な困難がストレス要因となって適応障害をきたすことは多い。正常の心理反応との境界が不明確な場合もあるが、患者自身が苦痛を感じていたり、何らかの機能障害をきたしていたりする場合は、適応障害として対応し、治療の機会を逃さないよう注意する。

適応障害をはじめとする気持ちのつらさに対する、定期的なスクリーニングを行うことが国際的に推奨されている。頻用されているツールには、「つらさと支障の寒暖計」やHospital Anxiety and Depression Scale (HADS)がある。詳細はⅡ章-5「気持ちのつらさの評価方法」の節を参照のこと。

（藤澤大介）

## 文献

- 1) Popkin MK, Callies AL, Colón EA, et al. Adjustment disorders in medically ill inpatients referred for consultation in a university hospital. *Psychosomatics* 1990 Fall; 31: 410-4
- 2) Strain JJ, Smith GC, Hammer JS, et al. Adjustment disorder: a multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *Gen Hosp Psychiatry* 1998; 20: 139-49
- 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* 2011; 12: 160-74
- 4) Hameed U, Schwartz TL, Malhotra K, et al. Antidepressant treatment in the primary care office: outcomes for adjustment disorder versus major depression. *Ann Clin Psychiatry* 2005; 17: 77-81

## 5 睡眠症状

睡眠に関連した問題とは、睡眠のための適切な環境にいるにもかかわらず、睡眠の開始、持続、安定が障害され、その結果、日中に何らかの障害をきたした状態を指す<sup>1)</sup>。

それには、

- ①不眠（寝つきが悪い、寝ている途中で目が覚めて再び眠ることができない、朝早く目覚めてしまう、熟睡できない、など）
- ②日中の過剰な眠気（日中の強い眠気、居眠り、など）
- ③睡眠中や睡眠前後の異常な知覚・運動・行動
- ④睡眠覚醒リズムの障害（体内時計のリズムが生活に同調できず、望ましいタイミングで寝起きができない結果、社会活動への参加が妨げられる、など）

がある。

うつ状態や不安状態には自律神経に関する症状を伴うことが多い。睡眠に関する症状は、食欲に関する症状と並んで、自律神経症状としてよくみられる。

不眠は、対応されないと慢性化しやすい。また、長期に持続すると不安障害やうつ病の発症リスクが高まったり、痛みや高血圧などの身体的問題を併発したり、就労困難などの社会的な問題につながったりする。

睡眠に関する問題は、がん患者に広く認められる症状である。がん患者の30～50%に何らかの不眠が認められる<sup>2)</sup>。がん患者の不眠は、病気（がん）や治療による生物学的要因で睡眠覚醒リズムが障害されるほか、診断や治療にまつわるストレス、痛みや倦怠感などの身体症状（がん自体によるもの、有害事象に関連するもの）によって生じる。特に、不安やうつ状態は不眠と強く関連するため、不眠の評価と対応にあたっては、背景にある心理状態を考慮することが重要である。

### 1) 睡眠に関する評価

がん患者の不眠や睡眠障害に特化した評価方法はなく、一般的な睡眠障害に準じてスクリーニングや評価を行う<sup>3)</sup>。

一般に公開されているがん患者の包括的症状評価尺度やスクリーニングであるエドモントン症状評価システム改訂版（日本語版）（Edmonton Symptom Assessment System Revised Japanese version：ESAS-r-J）やIntegrated Palliative care Outcome Scale（IPOS）は、睡眠に関連する評価を含んでおり、がん患者における睡眠障害のスクリーニングに利用できる。

（小川朝生）

## 文献

- 1) 内山真 編. 睡眠障害の治療と対応ガイドライン 第3版. じほう, 東京, 2019
- 2) Paresh O, Aldridge-Gerry A, Ulusakarya A, et al. Sleep disruption in breast cancer patients and survivors. *J Natl Compr Canc Netw* 2013; 11: 1523-30
- 3) Savard MH, Savard J, Simard S, et al. Empirical validation of the Insomnia Severity Index in cancer patients. *Psychooncology* 2005; 14: 429-41

## 6 再発恐怖

がんサバイバーにとって、がんの再発または進行に対する恐怖は、単に頻度が高いというだけではなく日常生活に大きな影響を引き起こし、その影響が長期にわたることから、「気持ちのつらさ」を構成する症状の一つとして取り上げた。本項では再発恐怖ならびに進行恐怖について、定義、症状の点から解説する。

### 1) 再発恐怖/進行恐怖とは

がんの再発恐怖 (fear of cancer recurrence : FCR) は疾患名ではなく、共通した定義が存在していなかったが、近年 Lebel ら<sup>1)</sup>がデルファイ法により「がんが再発するまたは進行する可能性に関連した恐怖、悩み、あるいは心配事」と定義した。将来、この定義が更新される可能性もあるが、本ガイドラインではこの定義を用いた。

再発恐怖に類似する概念として進行恐怖 (fear of progression : FOP) がある。進行恐怖は、がん患者に特有の症状というわけではなく、一般の慢性疾患患者に対しても用いられている。がん患者を対象とした調査から、再発を経験したがん患者は、再発していないがん患者と比較して進行恐怖が高く、アンメットニーズや医療満足度と関連があることが示唆された<sup>2)</sup>。再発がん患者や進行がん患者にとって進行恐怖は重要な問題であり、Courtts-Bain ら<sup>3)</sup>は再発に対する恐怖と進行に対する恐怖が必ずしも同一の概念ではないことを示唆していることから、再発恐怖とは区別して使用する必要がある。

### 2) 再発恐怖を説明するモデル

再発恐怖の機序を説明するモデルとしては、Common Sense Model (CSM) や Self-Regulatory Executive Function model (S-REF) モデル、Relational Frame Theory (RFT) などがよく知られている。ここでは、各理論を統合したモデルを用いて再発恐怖を説明する<sup>4)</sup>。

図3に示すとおり、再発恐怖の認知スキーマは、再発恐怖を誘発する因子 (トリガー) によって引き起こされる。トリガーとしては、がんに関する会話、病気の知人、メディアからのがん情報、葬儀への出席や死亡記事、予約した外来受診や検査・処置、体調不良、痛み、疲労などの身体症状、がんと診断された記念日が報告されている。これらのトリガーは評価プロセスを通じて解釈され (例えば、痛みはがん再発の徴候として解釈される)、その後に対応的または非対応的な対処行動として反応がもたらされる。これらの一連のプロセスは、社会環境によっても影響を受ける。例えば、がんの経験について話し合うことに対する否定的な社会反応がある。これらは、表面的な反応 (例: 批判、心配ないという助言) であれ、隠れた反応 (例: 不快そうな顔) であれ、がんについて考えたり話したりすることの回避につながり、その結果、認知処理が阻害され、苦痛が増強する可能性がある。

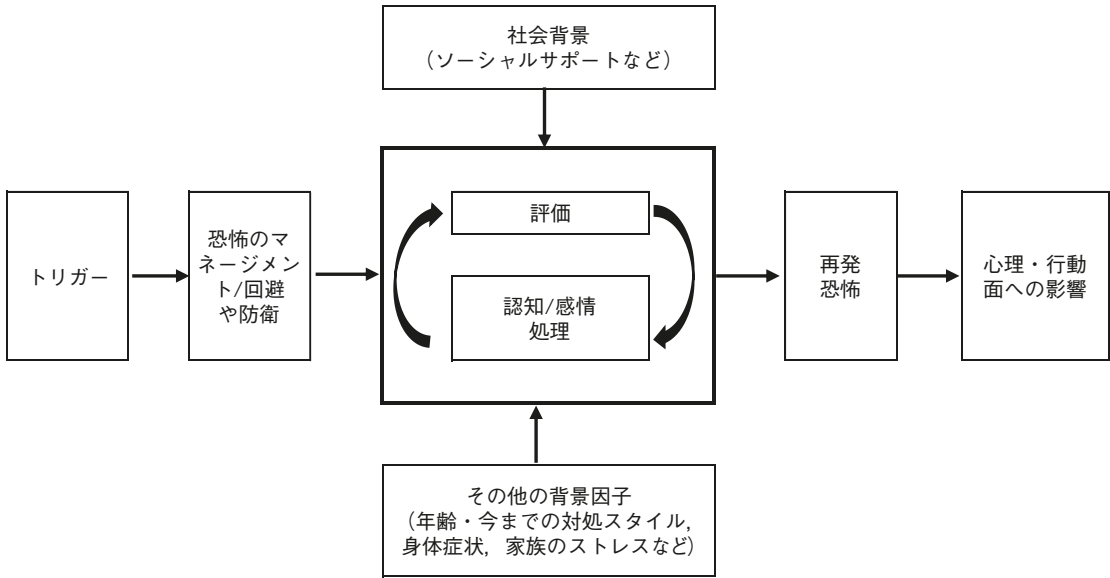


図3 再発恐怖理論の主要な構成要素の概念モデル

トリガーや不確実性は、しばしば回避され、時には恐怖をマネージメントしているフィルターにかけられる。フィルタリングされなかったトリガーの評価と認知処理は、社会環境などの要因によって、軽減したり悪化したり影響を受ける。再発恐怖が引き起こされると、過剰な心配や、医療システムの過剰利用などの心理的・行動的な症状となって表現される。

[Simonelli LE, et al. Fear of cancer recurrence: a theoretical review and its relevance for clinical presentation and management. *Psychooncology* 2017; 26: 1444-54<sup>4)</sup>より引用改変]

### 3) 再発恐怖に特徴的な症状

再発恐怖の多くは適応的であるが、臨床的に問題となるような再発恐怖はがん患者の生活の質 (quality of life : QOL) やがん治療アドヒアランスに影響を与えうる。臨床的に問題となる再発恐怖に特徴的な症状としては、デルファイ研究により以下の3点に集約される<sup>5)</sup>。

#### (1) 高いレベルのとらわれ・心配 (high levels of preoccupation/worry)

再発恐怖が高い人の特徴として、再発したら助からないという信念や、死と向き合うことの難しさをもっていることが報告されており、これらは過去の誤診経験、特定のがん種に対する誤解、がん家族歴が多いことが影響しているとされる。再発恐怖はあるものの高くない人は、がんが再発する可能性はあるが、再発しない可能性もあることを述べていた。

臨床的に問題となるような再発恐怖を経験している人は「準備」として、がんについて心配することの重要性を信じているために、がんの再発を示唆する症状などから意識を逸らすことができず、長期にわたって再発恐怖が持続する可能性がある<sup>6)</sup>。がんの再発の可能性について考えることを抑制または回避しようとする、がんの再発に関する考えや恐怖がますます侵入的になることがある。

がんの再発には不確実性があり、恐れていた結果が現実のものとなる可能性があるため、これらの信念の内容が必ずしも非合理的とはいえない。こういった理由から、信念の合理性を検討するアプローチよりも、認知プロセスに焦点を当てるのが、再発恐怖を経験している患者には受け入れやすいと考えられている。

## (2) 心配・悩みが持続していること (persistent worry/fear/anxiety)

再発恐怖を経験している人は、頻繁かつ持続的な反すうや不安、心配を経験している。それらは、30分以上継続することや容易に解消できないという特徴がある。特に、高いレベルの再発恐怖を経験している患者は、思考だけではなく、がんが再発したことを聞いたり、人生の終わりを想像したり、がんそのものが体内に侵入してくるようなイメージを経験している。再発恐怖における心配は、予測される恐怖（再発）に対する対処の一形態と捉えることもできるが、制御困難で過剰と感じられる時に病的な状態となる<sup>7)</sup>。また、これらの心配は、睡眠障害、緊張、集中力困難として表れ、日常生活に影響を及ぼしていることがある。

## (3) 再発を想起させるような身体症状に対する過覚醒・違和感 (hypervigilance or hypersensitivity to bodily sensations or physical symptoms for signs of recurrence)

身体症状（疲労、神経系の副作用、痛みなど）は再発恐怖が高いことと関連が示されている。これらの身体症状に対して、がんが再発したかもしれないという認識が促進される。これは心的外傷後ストレス障害（post-traumatic stress disorder：PTSD）とは異なり、自身の内部から生じるストレス因子であることと、未来への恐怖に焦点が当てられている点が特徴的である。また、症状に対して過敏に反応し、風邪や筋肉痛ではなくがんの再発に帰結させる傾向がある。

上記のデルファイ研究ではコンセンサスに達しなかったものの非機能的な対処行動（maladaptive coping strategy）である「回避」「安心を求める」「ボディチェック」は、再発恐怖を経験している患者に頻繁に観察される症状である。

先行研究は、再発恐怖レベルの高い人は救急外来を受診する頻度が高いことや<sup>8)</sup>、補完代替療法の利用が多く、予定外を受診、自己検診の頻度が高いことや、逆にがん検診への参加が減少する<sup>9)</sup>ことを報告しており、これらはセルフチェック行動やアドバイス希求と呼ばれる行動である。その他にも、脅威を感じた場面における対処行動としてリスク回避行動が報告されている。リスク回避の特徴として、がん治療を行ううえで避けるべきものからの回避（例えば、たばこや発がん物質の摂取や、感染の危険があるものとの接触）や、健康全般を高めたり、再発のリスクを減らしたりする行動が含まれる。これらの行動は、再発恐怖と関連していることから、再発リスクに対する対処行動と考えられている。対処行動により苦痛が一時的に緩和されると、その行動が有用であると評価されるため、これらの対処戦略が強化されてしまい、心配が維持するように作用することもある。

さらに、再発恐怖を示唆する症状として、将来の計画を立てることの困難さ（将来について麻痺していると感じる、将来について計画を立てられない、洋服を買わない、休暇を計画しない）や、周囲の人から支えられているかにかかわらず孤独を感じる、不確実性に対して寛容になれないことなども報告されている。

## 4) まとめ

臨床的に治療が必要なレベルの再発恐怖を経験しているがん患者の多くは、精神疾患（全般性不安障害、うつ病、適応障害、PTSDなど）を併存していることが報告されている<sup>7,10)</sup>。

そのため、診断されている精神疾患の診断や治療を優先的に検討することが必要である。

その一方で、再発恐怖は既存の精神疾患とは異なる構成要素を有していることが示唆されていることから、今後再発恐怖に関する診断や治療についても、さらに研究を進めていくことが期待される。

(縦野香苗, 竹内恵美)

## 文献

- 1) Lebel S, Ozakinci G, Humphris G, et al. From normal response to clinical problem: definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Support Care Cancer* 2016; 24: 3265-8
- 2) Shim EJ, Shin YW, Oh DY, et al. Increased fear of progression in cancer patients with recurrence. *Gen Hosp Psychiatry* 2010; 32: 169-75
- 3) Coutts-Bain D, Sharpe L, Pradhan P, et al. Are fear of cancer recurrence and fear of progression equivalent constructs? *Psychooncology*. 2022; 31: 1381-9
- 4) Simonelli LE, Siegel SD, Duffy NM. Fear of cancer recurrence: a theoretical review and its relevance for clinical presentation and management. *Psychooncology* 2017; 26: 1444-54
- 5) Mutsaers B, Butow P, Dinkel A, et al. Identifying the key characteristics of clinical fear of cancer recurrence: an international Delphi study. *Psychooncology* 2020; 29: 430-6
- 6) Butow P, Kelly S, Thewes B, et al. Attentional bias and metacognitions in cancer survivors with high fear of cancer recurrence. *Psychooncology* 2015; 24: 416-23
- 7) Palmer SC, Kagee A, Coyne JC, et al. Experience of trauma, distress, and posttraumatic stress disorder among breast cancer patients. *Psychosom Med* 2004; 66: 258-64
- 8) Lebel S, Tomei C, Feldstain A, et al. Does fear of cancer recurrence predict cancer survivors' health care use? *Support Care Cancer* 2013; 21: 901-6
- 9) Thewes B, Butow P, Bell ML, et al. Fear of cancer recurrence in young women with a history of early-stage breast cancer: a cross-sectional study of prevalence and association with health behaviours. *Support Care Cancer*. 2012; 20: 2651-9
- 10) Simard S, Savard J. Screening and comorbidity of clinical levels of fear of cancer recurrence. *J Cancer Surviv* 2015; 9: 481-91

## 7

### がん患者における精神医学的診断の留意事項

これまでの記載の通り、がん患者の気持ちのつらさには色々な病態が含まれる。適切な治療やケアを行っていくためには精神医学的な診断が必要であるが、がん患者ではがんの症状や治療など、気持ちのつらさについて評価するうえで注意すべき因子が多い。また、がん患者では気持ちのつらさは非常に頻繁にみられる一方で、「このような状況であれば当たり前」と通常反応として見過ごされることも多い。本項ではがん患者に精神医学的診断を行ううえでの留意事項について、うつ病を中心に述べる。

#### 1) がん患者におけるうつ病の診断基準の適用に関して

がん患者は病気の広がりや治療によって、身体的な症状がみられる。一方、精神疾患の診断基準にも精神疾患によって生じる身体症状が含まれるため、各症状が身体疾患と精神疾患のどちらによるものと考えてかによっても診断が変わってくる。身体疾患のうつ病の診断に関してはさまざまなアプローチが検討されてきた。そのなかから明智<sup>1)</sup>は4つのアプローチについて紹介している。

1つ目のアプローチは、個々の身体症状が身体疾患によって生じるものかを検討し、身体疾患に由来しない症状の場合は診断項目として含めるというもので、etiologic approach と呼ばれている。Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5) においても(無

治療の糖尿病における体重減少、がんにおける倦怠感など) 明確に身体疾患によると考えられる症状でない場合はうつ病の診断に含めると明記されており<sup>2)</sup>、最も本質的なアプローチである。しかしながら、現実的には身体症状がどちらに由来するかを確認するという事は難しい場合が多い、という問題点がある。

2つ目のアプローチは、身体症状に関連する項目を診断項目から除外するという手法で、exclusive approach と呼ばれている<sup>3)</sup>。その一例である Cavanaugh 基準では食欲の変化、睡眠の変化、易疲労性の項目を除外した6項目に加え、身体状態に比してケアに参加しない、ないしは機能が低いという項目を加えて診断を行う<sup>3)</sup>。

3つ目のアプローチは、身体症状に関連する項目の代わりに代替するような診断項目を追加する手法で、surrogate approach と呼ばれる<sup>4)</sup>。Endicott 基準では集中力低下、食欲の変化、睡眠の変化、易疲労性の4項目の代わりに、抑うつ的な表情、引きこもり、悲観的、楽しいことに無反応といった項目を加えて診断を行う<sup>4)</sup>。

最後のアプローチは個々の症状の原因によらずに診断項目として含めるというもので、inclusive approach と呼ばれている<sup>5)</sup>。この方法は過剰に精神疾患を診断するリスクをはらんでいるが、反面、症状が身体疾患によるものかについて確認せずに診断をすることができるというメリットがある。明智<sup>1)</sup>はがん患者ではうつ病を過小評価されがちであることを踏まえると、inclusive approach はがん患者において有力な手法であると言及している。ただし、うつ病の診断が即座に薬物療法の使用と結びつくものではないことは注意する必要がある。

## 2) 二次的なうつ病について

DSM-5 におけるうつ病の診断基準には、物質の生理学的作用や他の医学的疾患によるものではない、という項目が含まれているが、がんに伴う精神症状やがんの治療に伴う精神症状など、身体疾患や薬物療法による二次性の精神症状の場合には、うつ病としての治療だけでなく、原因に対する対処が必要になるため注意が必要である。具体的には脳腫瘍や脳転移、副腎転移、傍腫瘍症候群、甲状腺全摘や性腺切除の影響、ホルモン療法、インターフェロン、グルココルチコイドなどは抑うつを生じうる。また、近年では免疫チェックポイント阻害薬に関連して、甲状腺機能低下症や副腎不全などの内分泌の異常や irAE (immune-related Adverse Events: 免疫関連有害事象) 脳症<sup>6)</sup>の際に、抑うつを含めた多様な症状がみられることもある。免疫チェックポイント阻害薬では治療終了後にも免疫関連有害事象が起こることが知られており、現在の治療の状況だけでなく、過去の治療歴まで遡って評価を行うことが必要である。

(稲田修士)

## 文献

- 1) 明智龍男. 身体疾患にみられる抑うつ状態の評価. 臨精薬理 2021; 24: 831-7
- 2) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5). Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2013 (日本精神神経学会 日本語版用語監修, 高橋三郎, 大野裕 監訳. DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2014)
- 3) von Ammon Cavanaugh S. Depression in the medically ill. Critical issues in diagnostic assessment. Psychosomatics 1995; 36: 48-59
- 4) Endicott J. Measurement of depression in patients with cancer. Cancer 1984; 53 (10 Suppl) : 2243-9
- 5) McDaniel JS, Brown FW, Cole S. Assessment of depression and grief reactions in the medically ill. In Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg DB, eds. Psychiatric care of the medical patient. pp149-64, Oxford University Press, New York, 2000
- 6) Wada S, Iwamoto K, Ozaki N. Atezolizumab, an immune checkpoint inhibitor, caused precedent depressive symptoms related to limbic encephalitis. Psychiatry Clin Neurosci 2022; 76: 125-6

## 8 アルコール、薬物の問題

アルコールの有害な使用は健康に深刻な被害をもたらすとして、世界保健機関（World Health Organization：WHO）は2010年5月にアルコールの有害な使用を低減するための世界戦略を決議した。日本では、21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）のなかで国民の健康を増進するために多量飲酒問題の早期発見、未成年者の飲酒防止などの基本方針が定められた<sup>1)</sup>。また、2013年12月には「アルコール健康障害対策基本法」が成立し、それに基づいて「アルコール健康障害対策推進基本計画」が2016年5月に策定され、アルコール健康障害の発生、進行及び再発の防止などが取り組むべき重点課題として挙げられた<sup>2)</sup>。

アルコール依存症の日本における生涯経験者数は、2013年の報告によると107万人と推計されている<sup>3)</sup>。一方、患者調査における総患者数は2020年は5.2万人と推計されており<sup>4)</sup>、専門的医療につながっていない患者が多くいることが指摘されている。

発症にアルコールとの関連が指摘されているがんもあり、がん医療においてもアルコールを多く摂取している患者に対応する機会は少ない。また、2020年の全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査によると、薬物関連精神障害患者の生涯使用経験薬物としては覚せい剤が最多（64.0%）であるが、次いで睡眠薬・抗不安薬（34.2%）、他少数ではあるが、鎮痛薬（処方非オピオイド系）（4.5%）、鎮痛薬（処方オピオイド系：弱オピオイド含む）（1.9%）となっており、がん医療においてよく使用される薬剤も含まれている<sup>5)</sup>。

### 1) アルコール関連問題

アルコールによってさまざまな健康問題や社会問題が引き起こされることが知られており、それらをアルコール関連問題と呼んでいる。飲酒行動については、全く飲酒しない人から大量に飲酒する人まで連続的に分布しており、通常は飲酒量が増えるに従って、健康問題や社会問題などが増える。これらの問題は本人のみならず、家族など周囲への影響も大きいことが知られている。健康日本21のなかでは、生活習慣病のリスクを高める量は1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上と示されている<sup>6)</sup>。また「節度ある適度な飲酒」は1日平均純アルコールで約20g（ビール500mL）程度であり、「多量飲酒」は1日に平均純アルコール約60gを超える飲酒としている<sup>1)</sup>。また、アルコール性肝障害診断基準2011年版（2021年小改訂）では1日平均純アルコール約60g以上を摂取している人を

「常習飲酒家」、純アルコール約 100 g 以上を 5 日以上継続して摂取している人を「大酒家」と定義している<sup>7)</sup>。

また、さまざまなアルコール関連問題の有無や依存の重症度によって「有害な使用」「アルコール乱用」「アルコール依存症」に分類される。アルコール・薬物依存症の診断基準は国際的には WHO が作成した疾病及び関連保健問題の国際統計分類-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems : ICD-10)<sup>8)</sup>とアメリカ精神医学会が作成した精神障害の診断と統計マニュアル-5 (DSM-5)<sup>9)</sup>が用いられる。ICD-10 では「有害な使用 (harmful use)」は飲酒により身体的または精神的健康に害を及ぼすようにアルコールを使用する場合としており<sup>8)</sup>、何らかのアルコール関連問題を有していても診断の対象とならない場合がある。また、DSM-5 の旧版である DSM-IV では、飲酒により社会的または家庭的問題が生じている場合は「アルコール乱用」と診断していた<sup>10)</sup>。DSM-5 では、依存症概念がなくなり、先ほど述べた有害な使用、アルコール乱用、アルコール依存症を合わせたものを「アルコール使用障害」と呼ばれる 1 つの疾患に統合し、軽度、中等度、および重度の重症度分類が加わった<sup>9)</sup>。アルコール健康障害の早期発見、早期介入を行う際には、より軽症例が含まれる DSM-5 の診断基準を参考にすることがある。

## 2) アルコール：ICD-10/DSM-5 診断基準

アルコール・薬物依存症の診断基準は ICD-10 においては、精神作用物質使用による精神および行動の障害のなかで述べられている<sup>8)</sup>。精神作用物質とは摂取すると酩酊などの快反応が得られるために連用、乱用されやすく、ついには依存状態を呈するようになる薬物をいい、アルコール、アヘン類、大麻類、鎮静剤あるいは睡眠剤、コカイン、カフェインおよび他の精神刺激剤、幻覚剤、たばこ、揮発性溶剤、多剤およびその他の精神作用物質に分類されている<sup>8)</sup>。DSM-5 においては、物質関連障害および嗜癖性障害群のなかで述べられ、物質関連障害群はアルコール、カフェイン、大麻、幻覚薬、吸入剤、オピオイド、鎮静薬・睡眠薬・抗不安薬、精神刺激薬、たばこ、他の物質の 10 の物質に分類されている<sup>9)</sup>。

どちらの診断基準においても、摂取欲求に基づく衝動制御障害、離脱、耐性、社会障害、危険を知りながらも使用を継続するといった診断項目が挙げられている。ICD-10 のアルコール依存症候群の診断基準を表 5<sup>8)</sup>に示すが、診断にはアルコールへの強い欲求が必須となっている。DSM-5 のアルコール使用障害の診断基準を表 6<sup>9)</sup>に示す。各診断項目に該当する具体的な症状や事象例について表 7<sup>11)</sup>に示す。

## 3) アルコールと健康障害（精神疾患）

不安障害がアルコール・物質使用障害との併存率が高いことはこれまでも指摘されており<sup>12)</sup>、日本においても 2011～2012 年度にかけて行われた全国調査でアルコール依存症の 30%に気分障害、19%に不安障害を認め、46%に自殺のリスクがあったと報告されている<sup>13)</sup>。また、うつとアルコール依存症が合併することにより、自殺のリスクが増大すること、うつからの回復を延長させること、断酒後に多量飲酒再発のリスクを高めること、入院や外来の利用頻度が増えるといった問題がみられることも報告されている<sup>14)</sup>。

表5 ICD-10 アルコール使用による精神および行動の障害、依存症候群

<p>過去1年間のある期間、次の項目のうち3つ以上が経験されるか出現した場合に診断する。</p> <p>(a) アルコールを摂取したいという強い欲望あるいは強迫感</p> <p>(b) アルコール使用の開始、終了、あるいは使用量に関して、そのアルコール摂取行動を統制することが困難</p> <p>(c) アルコール使用を中止もしくは減量したときの生理学的離脱状態。アルコールに特徴的な離脱症候群の出現や離脱症状を軽減するか避ける意図でアルコール（あるいは近縁物質）を使用することが証拠となる</p> <p>(d) はじめはより少量で得られたアルコールの効果をj得るために、使用量を増やさなければならないような耐性の証拠</p> <p>(e) アルコールのために、それにかわる楽しみや興味が次第に無視するようになり、アルコールを摂取せざるをえない時間や、その効果からの回復に要する時間が延長する</p> <p>(f) 明らかに有害な結果が起きているにも関わらず、依然として、アルコールを使用する。例えば過度の飲酒による肝臓障害、ある期間アルコールを大量使用した結果としての抑うつ気分状態、アルコールに関連した認知機能の障害などの害。使用者がその害の性質と大きさに気づいていることを（予測にしろ）確定するよう努力しなければならない</p>
---

[世界保健機関 著、融道男 他訳。ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン。医学書院、東京、2005<sup>8)</sup>]

表6 DSM-5 アルコール使用障害

<p>A. アルコールの問題となる使用様式で、臨床的に意味のある障害や苦痛が生じ、以下のうち少なくとも2つが、12カ月以内に起こることにより示される</p> <p>(1) アルコールを意図していたよりもしばしば大量に、または長期間にわたって使用する</p> <p>(2) アルコールの使用を減量または制限することに対する、持続的な欲求または努力の不成功がある</p> <p>(3) アルコールを得るために必要な活動、その使用、またはその作用から回復するのに多くの時間が費やされる</p> <p>(4) 渴望、つまりアルコール使用への強い欲求、または衝動</p> <p>(5) アルコールの反復的な使用の結果、職場、学校、または家庭における重要な役割の責任を果たすことができなくなる</p> <p>(6) アルコールの作用により、持続的、または反復的に社会的、対人的問題が起こり、悪化しているにもかかわらず、その使用を続ける</p> <p>(7) アルコールの使用のために、重要な社会的、職業的、または娯楽的活動を放棄、または縮小している</p> <p>(8) 身体的に危険な状況においてもアルコールの使用を反復する</p> <p>(9) 身体的または精神的問題が、持続的または反復的に起こり、悪化しているらしいと知っているにもかかわらず、アルコールの使用を続ける</p> <p>(10) 耐性、以下のいずれかによって定義されるもの</p> <p>(a) 中毒または期待する効果に達するために、著しく増大した量のアルコールが必要</p> <p>(b) 同じ量のアルコールの持続使用で効果が著しく減弱</p> <p>(11) 離脱、以下のいずれかによって明らかとなるもの</p> <p>(a) 特徴的なアルコール離脱症候群がある</p> <p>(b) 離脱症状を軽減または回避するために、アルコール（またはベンゾジアゼピンのような密接に関連した物質）を摂取する</p>
--

軽度：2～3項目、中等度：4～5項目、重度：6項目以上が該当

[アメリカ精神医学会 著、日本精神神経学会（日本語版用語監修）、高橋三郎、大野裕 監訳。DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル。p483、医学書院、東京、2014<sup>9)</sup>]

#### 4) アルコールとがん

慢性的な多量飲酒は肝臓のみならず、膵炎、筋・心筋障害、中枢・末梢神経障害、発がんなど全身の臓器障害を引き起こす。がんでは、口腔咽頭喉頭がん、食道がん（扁平上皮がん）、肝臓がん、大腸がん、乳がんのリスクを上げることが報告されている<sup>15)</sup>。

表7 アルコール依存症の具体的な症状や事象例

摂取欲求	<ul style="list-style-type: none"> <li>・隠れてでも飲んでしまう</li> <li>・お酒が手元にないと不安</li> <li>・お酒のためなら面倒くさがらずに出かける</li> <li>・仕事中でも酒のことばかり考えている</li> <li>・仕事が終わったら一人でも必ず飲みに行く</li> <li>・仕事中でも飲んでしまう</li> </ul>
衝動制御障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>・いつも泥酔するまで飲んでしまう</li> <li>・休肝日と決めても飲んでしまう</li> <li>・飲み始めたなら止まらない</li> <li>・前もって決めていた量以上に飲んでしまうことがしばしばある</li> </ul>
離脱	<ul style="list-style-type: none"> <li>・頭痛</li> <li>・吐き気をもよおす</li> <li>・食欲がない</li> <li>・微熱がある</li> <li>・脈が速くなる</li> <li>・イライラする</li> <li>・手がふるえる</li> <li>・寝汗をかく</li> <li>・眠れなくなる</li> <li>・迎え酒をする</li> </ul>
耐性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・飲む量が増えている</li> <li>・たくさん飲まないと酔えなくなった</li> </ul>
社会障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1日中飲んでいる</li> <li>・1日中酔いが続いている、もしくは酔いからさめるのに多くの時間を使っている</li> <li>・趣味などの活動よりお酒を優先させる</li> </ul>
危険な使用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師から飲酒を止められているのに飲んでしまう</li> <li>・健康診断で指摘されているのに飲んでしまう</li> </ul>

〔日本アルコール・アディクション医学会、日本アルコール関連問題学会、新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドラインに基づいたアルコール依存症の診断治療の手引き<sup>11)</sup>より引用改変〕

表8 CAGE

1. 飲酒量を減らさなければならないと感じたことがありますか
2. 他人があなたの飲酒を非難するので気に障ったことがありますか
3. 自分の飲酒について悪いとか申し訳ないと感じたことがありますか
4. 神経を落ち着かせたり、二日酔いを治すために「迎え酒」をしたことがありますか

〔Ewing JA 著、北村俊則 訳、CAGE 質問票、精神科診断学 1991; 2: 359-63<sup>16)</sup>より引用〕

## 5) アルコール依存症などのスクリーニング

### (1) CAGE

アルコール依存症をスクリーニングする検査であり、各質問（Cut down, Annoyed by criticism, Guilty feeling, Eye-opener）の頭文字をとってCAGEと呼ばれる。4項目中2項目に該当した場合にアルコール依存症が疑われる。質問票を表8<sup>16)</sup>に示す。

### (2) AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

WHOによって開発された問題飲酒者のスクリーニングテスト<sup>17)</sup>で、飲酒問題の早期発見・早期介入のツールとして使用されている。AUDITは全部で10項目の設問からなり、それぞれアルコール摂取、依存症状、飲酒による有害症状について評価している。日本語版は廣<sup>18)</sup>により邦訳されたものが使用されている。AUDITでは、飲酒量を計算する場合、純アルコール換算で10gの飲酒量を示す“ドリンク”という単位が使われる。特定保健指導で用い

表9 AUDIT-C

- |  |
|--|
| <p>1. あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度で飲みますか</p> <p>0. 飲まない 1. 1か月に1回以下 2. 1か月に2~4回</p> <p>3. 1週間に2~3回 4. 1週間に4回以上</p> <p>2. 飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか</p> <p>0. 1~2ドリンク 1. 3~4ドリンク 2. 5~6ドリンク</p> <p>3. 7~9ドリンク 4. 10ドリンク以上</p> <p>3. 1度に6単位以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか</p> <p>0. ない 1. 1か月に1回未満 2. 1か月に1回</p> <p>3. 1週間に1回 4. 毎日あるいはほとんど毎日</p> |
|--|

[樋口進, 他編. 新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン. 新興医学出版社, 2018<sup>20)</sup>]

られる「標準的な健診・保健指導プログラム平成30年度版」<sup>19)</sup>では8~14点を問題飲酒者、15点以上をアルコール依存症疑いとしている。AUDITの始めの3問からなるAUDIT-C(表9)はAUDITの簡易版で、男性は5点以上、女性は4点以上の場合、アルコール依存症の診断基準で評価することが求められている<sup>20)</sup>。

## 6) がん医療での対応

アルコール依存症の治療は長らく断酒を目標とし、アルコール依存症の専門医療機関を中心に行われてきた。しかし断酒に抵抗感を示す患者も多く、治療導入に難しさを感じている医療者も多いだろう。アルコール依存症の治療目標はもちろん原則的には断酒の達成となるが、飲酒量の低下は飲酒に関係した健康障害や社会・家族問題の軽減につながる事がわかっており、『新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン』では明確な合併症を有しないケースや、患者が断酒に応じない場合、説得を試みてうまくいかない場合は、1つの選択肢としてまず飲酒量低減を中間目標とすることも推奨されている<sup>21)</sup>。また、アルコール依存症とまでは至らないが有害な使用、危険な使用に当たる場合にも飲酒量低減は必要となる。飲酒量低減治療については現在日本においてはナルメフェンが使用されている。定められた研修を受講する必要はあるが、精神科医でなくても処方可能であり<sup>22)</sup>、今後、総合病院などの非専門医療機関でも飲酒量低減指導を行うことが増加すると考えられる。

### (1) 問診、スクリーニング

スクリーニングについては患者自身が飲酒習慣を振り返り、自身の健康障害がアルコールに関連していることを認識することは依存症の治療を行う際にも動機づけという意味で大事な一歩となる。そう考えると、問診は診断のためだけでなく治療行為としても重要で、先に示したCAGEやAUDITを使って飲酒習慣を振り返ることはアルコール依存症の非専門家にも比較的取り組みやすい介入と考える。

### (2) ブリーフインターベンション (brief intervention : BI)

BIは生活習慣の行動変容を目指す短時間の行動カウンセリングとされ、動機づけ面接やコーチングといった面接技法が用いられる<sup>21)</sup>。日本においては、保健指導のなかで減酒支援

として用いられており<sup>19)</sup>、依存症の専門家ではなく一般の医療・保健従事者によって行われる。通常は1つのセッションが15分程度の短時間で、2~3回の複数セッションで行われることが多く、飲酒量の減量が目標となる。まずは普段の飲酒についてスクリーニングを行い、飲酒問題の有無について自ら振り返り、問題を認識できていない場合は、飲酒が健康に与える害について学びながら問題点を整理する。減酒を提案し達成可能な目標を患者自身が具体的に設定し、目標達成に役立つ具体的な対処法を考え共有する。例えば、「この1カ月で休肝日を何日つくる」「1週間の酒量を〇〇ドリンクまでにする」などの目標や、コップを小さくする、水を多くするなどの対処法である。セルフモニタリングとして飲酒日記などを用い、それに基づき次回以降のセッションを継続する。「保健指導における AUDIT とその評価結果に基づく減酒支援の手引き」<sup>19)</sup>では、飲酒習慣を変えることへの困難さや、お酒を飲むに至る日常生活への苦勞を受け止めて共感することが重要であることや、減酒支援でうまくいかない場合には専門医療機関での治療につなげることなどがポイントとして挙げられている。

### (3) 専門医療機関との連携

専門医療機関との連携は重要で、断酒治療、離脱症状に対応ができない場合、断酒と飲酒量低減の選択に迷う場合、重篤な精神・身体合併症がある場合については専門医療機関に紹介する必要がある<sup>11)</sup>。

(齋藤 円)

## II 文 献

- 厚生労働省. 21世紀における第2次国民健康づくり運動 [https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21\\_11/b5.html#A52](https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21_11/b5.html#A52) (2024年7月12日閲覧)
- 厚生労働省. アルコール健康障害対策基本法(概要) [https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/gaiyou\\_2.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/gaiyou_2.pdf) (2023年2月15日閲覧)
- 樋口進, 尾崎米厚, 松本博志, 他. WHO世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究. 平成26年度厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業 平成26年度総括研究報告書. 東京, 2015
- 厚生労働省. 令和2年(2020)患者調査の概況 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/index.html> (2023年2月15日閲覧)
- 松本俊彦, 宇佐美貴士, 船田大輔, 他. 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査. 令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業)分担研究報告書. [https://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/report/pdf/J\\_NMHS\\_2020.pdf](https://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/report/pdf/J_NMHS_2020.pdf) (2023年2月15日閲覧)
- 厚生労働省. 21世紀における第2次国民健康づくり運動最終評価報告書 <https://www.mhlw.go.jp/content/001077185.pdf> (2023年2月15日閲覧)
- アルコール医学生物学会. アルコール性肝障害診断基準. 2011年版 <https://plaza.umin.ac.jp/jasbra/sub-kijyun.html> (2023年2月15日閲覧)
- World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders, Clinical Description and Diagnostic Guidelines. WHO, Geneva, 1992 (融道男, 中根允文, 小見山実, 他 訳. ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院, 東京, 2005)
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. APA, Washington DC, 2013 (高橋三郎, 大野裕 監訳. DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2014)
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Text Revision. APA, Washington DC, 2000 (高橋三郎, 大野裕 監訳: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル, 新訂版. 医学書院, 東京, 2003)
- 日本アルコール・アディクション医学会, 日本アルコール関連問題学会. 新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドラインに基づいたアルコール依存症の診断治療の手引き. 第1版, 2018 [https://www.j-arukanren.com/pdf/20190104\\_shin\\_al\\_yakubutsu\\_guide\\_tebiki.pdf](https://www.j-arukanren.com/pdf/20190104_shin_al_yakubutsu_guide_tebiki.pdf) (2023年2月15日閲覧)
- Smith JP, Book SW. Anxiety and substance use disorders: a review. *Psychiatr Times* 2008; 25: 19-23
- 樋口進. アルコール・薬物依存症と他の重複障害の実態把握と治療モデルの構築に関する研究. 厚生労働省

- 働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業 平成24年度総括分担研究報告書. 2013 <https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2012/123081/201224064A/201224064A0001.pdf> (2023年2月15日閲覧)
- 14) Pettinati HM, O'Brien CP, Dundon WD. Current status of co-occurring mood and substance use disorders: a new therapeutic target. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 23-30
  - 15) Bagnardi V, Rota M, Botteri E, et al. Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. *Br J Cancer* 2015; 112: 580-93
  - 16) Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA* 1984; 252: 1905-7 (Ewing JA 著, 北村俊則訳. CAGE 質問票. *精神科診断学* 1991; 2: 359-63)
  - 17) Babor TF, Fuente DL Jr, Saunders JB, et al. AUDIT: The Alcohol Use Disorder Identification Test: Guidance for Use in Primary Health Care. WHO, 1992
  - 18) 廣尚典 訳. WHO/AUDIT (問題飲酒指標/日本語版). 千葉テストセンター, 2000
  - 19) 厚生労働省健康局. 標準的な健診・保健指導プログラム平成30年度版. 別添2 (3-95), 2018 [https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/00\\_3.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/00_3.pdf) (2023年2月15日閲覧)
  - 20) 樋口進, 齋藤利和, 湯本陽介 編. 新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン. 第1版, pp8-9, 新興医学出版社, 東京, 2018
  - 21) 樋口進, 齋藤利和, 湯本陽介 編. 新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン. 第1版, pp18-25, 新興医学出版社, 東京, 2018
  - 22) 日本アルコール・アディクション医学会, 日本アルコール関連問題学会. 飲酒量低減治療マニュアルポケット版. 第1版, 2019 [https://www.jarukanren.com/pdf/201911\\_inshuryouteigen\\_chiryoku\\_pocket.pdf](https://www.jarukanren.com/pdf/201911_inshuryouteigen_chiryoku_pocket.pdf) (2023年2月15日閲覧)

## 9

## その他の精神障害

これまでに解説されている通り, 気持ちのつらさは抑うつや不安を含めた幅広い概念であるため, 幅広い疾患を想定して対応を行う必要がある。米国 NCCN の気持ちのつらさのガイドラインにおいても, うつ病や適応障害, 不安障害以外にも認知症やせん妄, 総合失調症, 強迫性障害, パーソナリティ障害などが気持ちのつらさのマネージメントの中で取り上げられている<sup>1)</sup>。本稿ではこれらの疾患について簡単に解説する。

1) 統合失調症スペクトラム障害<sup>2)</sup>

統合失調症スペクトラム障害は, 妄想, 幻覚, 思考 (発話の統合不全), 運動行動の著しい統合不全, 陰性症状 (情動表出の減少, 意欲の低下) の5領域のうち1つ以上の異常を特徴とする疾患群である。代表的なものには統合失調症や妄想症がある。

統合失調症は通常, 10代後半から30代に発症し, 妄想や幻覚などの陽性症状のエピソードに加えて, 対人的な閉じこもりや日常役割機能の低下, 情動表出の減少が認められる。これらの症状は抗精神病薬での治療により寛解がみられるが, 社会的機能が病前の状態まで改善しないこともしばしばある。このような患者では病状や治療の説明が医療者の意図する通りに理解されないこともあり, 意思決定の際などに注意が必要になる<sup>3)</sup>。

また, 統合失調症患者では侵害受容性疼痛の閾値が上昇していることが知られており<sup>4)</sup>, 自覚症状の訴えが少ないことを踏まえて, 評価や観察を行う必要がある。

2) 双極性障害<sup>2)</sup>

双極性障害は気分の高揚と活力の亢進する期間と抑うつ気分や興味・喜びの喪失などが生じる期間の両方を繰り返す疾患である。気分が高揚する時には開放的になったり, 怒りっぽくなったりし, 自尊心の肥大, 睡眠欲求の減少, 多弁, 観念奔逸, 注意転導性, 目標志向性の活動の増加, 困った結果につながりうる活動への熱中などの普段とは明らかに異なる行動

がみられる。この持続期間や社会的障害の程度により躁エピソードと軽躁エピソードが区別される。前者を伴うものが双極Ⅰ型障害、後者を伴うものが双極Ⅱ型障害と呼ばれる。

双極性障害の薬物療法は、気分調整薬や抗精神病薬が中心である。双極性障害の患者の抑うつエピソードに抗うつ薬を使用すると、躁・軽躁エピソードを生じることがあるため、抗うつ薬の投与は慎重である必要がある。抑うつ状態の患者に対しては、(軽)躁エピソードの既往の有無(気分の高揚や行動の変化の既往)について確認し、双極性障害が疑われる場合には精神科医に相談することが望ましい。

### 3) 神経認知障害群<sup>2)</sup>

神経認知障害群は後天的な認知機能の障害が主な臨床的な問題となっている疾患群である。代表的なものにはせん妄、認知症、軽度認知障害がある。

せん妄は身体的な異常や薬物の影響で生じる急性の意識障害であり、注意の障害、1日のうちの症状の変動、短期記憶障害や見当識障害などの認知機能障害を伴う病態である。精神運動の活動性により過活動型、低活動型、活動水準混合型に分類される。よくイメージされるせん妄は過活動型であるが、低活動型のせん妄も頻度は高く、ぼーっとして不活発な様子から抑うつと誤認されることもある。対応は、意識障害の原因である直接因子を同定し除去・軽減すること、せん妄が起りやすい状態とする促進因子を除去・軽減することが重要である。非薬物療法が無効な場合に薬物療法(主に抗精神病薬)が行われる。せん妄に関する詳細は、別ガイドラインも参照のこと<sup>5)</sup>。

認知症は後天的で持続的な認知機能障害である。想定される病因により病型が分けられており、主要なものとしては認知症のなかで最も頻度が高いアルツハイマー病、脱抑制などの行動障害をきたすことがある前頭側頭型認知症、幻視やパーキンソンニズム、薬剤への過敏性を呈するレビー小体型認知症、脳血管性障害に起因する血管性認知症などがある。

### 4) 心的外傷後ストレス障害<sup>2)</sup>

心的外傷後ストレス障害(PTSD)は心的外傷的な出来事(トラウマ。生命を脅かすような状況を直接体験、または、身近に見聞きすること)に曝露された後に特徴的な症状が生じる疾患である。具体的な症状には、心的外傷的な出来事の侵入症状(いわゆるフラッシュバックなど)、関連する刺激に対する持続的な回避、認知や気分の負の変化、覚醒度と反応性の著しい変化、などがある。

がんの告知や治療の体験を含めた一連の体験は心的外傷に近い体験であり、PTSDと類似の症状をきたすことがある。がんに関連するPTSDに関してさまざまな検討がなされてきた<sup>6)</sup>。DSM-5の診断基準では、心的外傷を、「すべて何らかの形で実際にまたは危うく死ぬ、重傷を負う、何らかの性的暴力を受ける出来事を伴う」と定義しており、がんの診断や治療に伴う経験は心的外傷とみなさないことが一般的である。

### 5) 強迫性障害<sup>2)</sup>

強迫性障害は自分で打ち消しがたい嫌な考え(強迫観念)、その考えを抑え込むための不合理で過剰な行動(強迫行為)があり、それにより時間を浪費してしまったり、強い苦痛を感

じたり、社会的、職業的な機能障害を引き起こす疾患である。

強迫性障害のなかには清潔観念に関する症状が含まれており、病院という環境で強迫行為が顕在化したり、増えてしまったりすることがある。

## 6) パーソナリティ障害<sup>2,3)</sup>

人は生活するなかで環境や自分自身について知覚し、関係を持ち、それらについて思考をしながら活動をしている。これらの知覚、関係、思考には社会的あるいは個人的な状況にかかわらず、一定の持続した様式があると想定されており、この様式をパーソナリティ特性という。パーソナリティ特性の偏りが大きく、それによって生活のなかでうまく適応できず、社会生活の複数の領域において障害が生じたり主観的な苦痛が生じたりすることがある。このような状態をパーソナリティ障害と呼ぶ。

DSM-5ではパーソナリティ障害を3つの群、10の類型に整理している。特徴はそれぞれ異なるが、日々の診療や入院環境という普段と大きく異なる環境において、他者への共感性の低さや対人関係上の不安定さがあることによって、患者自身に気持ちのつらさが生じやすくなるだけでなく、周囲とのトラブルの引き金になることも多い。

そういった状況を防ぐためには、ミーティングなどを通じて、患者のパーソナリティの特徴やそれに基づく日々の反応について、医療者間で十分に情報を共有することが重要である。患者と接するなかで生じる医療者への負担に対するケアも必要となる。さらに、日々のケアや対応について、「ここまではやる」「ここからはやらない」といった枠組みを決めて（限界設定）、統一した対応をとることが必要となる場合がある。

(稲田修士)

## ■ 文 献

- 1) National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management, version 1. 2024. <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&id=1431> (2023年12月20日閲覧)
- 2) 日本精神神経学会 日本語版用語監修、高橋三郎、大野裕 監訳。DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル。医学書院、東京、2014
- 3) 内富庸介、小川朝生 編。精神腫瘍学。pp150-5、医学書院、東京、2011
- 4) Stubbs B, Thompson T, Acaster S, et al. Decreased pain sensitivity among people with schizophrenia: a meta-analysis of experimental pain induction studies. *Pain* 2015; 156: 2121-31
- 5) 日本サイコオンコロジー学会、日本がんサポーターケア学会 編。がん患者におけるせん妄ガイドライン 2022年版。金原出版、東京、2022
- 6) Cordova MJ, Riba MB, Spiegel D. Post-traumatic stress disorder and cancer. *Lancet Psychiatry* 2017; 4: 330-8

## コラム①

# スピリチュアルペイン

シシリー・ソンドース (Saunders, C.) は終末期がん患者の臨床を通じて、トータルペイン (全人的苦痛) という概念を提唱している。すなわち、患者が体験している苦痛には、痛み・息苦しさ・だるさなどの身体症状や、日常生活動作の支障などの身体的苦痛、抑うつ・不安・いらだちなどの精神心理的苦痛、経済的困窮や仕事上または家庭内の問題などの社会的苦痛、そして生きる意味への問い・孤独感・自責の念などのスピリチュアルペイン (実存的苦痛) の4つがあり、これらでトータルペインを形成しているという<sup>1)</sup>。終末期がん患者の約半数が、明らかなスピリチュアルペインをもっていることが報告されている<sup>2)</sup>。

村田<sup>3)</sup>は終末期患者のスピリチュアルペインの背後に存在し、患者の苦しみに大きな影響を与えているのが「死」であることを指摘し、スピリチュアルペインとは「死」の体験が生み出す「存在と意味の消滅から生じる苦痛」であると述べている。さらに、スピリチュアルペインを患者の意識の志向性に依拠して以下の3つに分けて説明している。まず、将来と過去とに支えられて現在を生きる時間存在としての人間が、死の接近によって将来を失い、それによって現在の意味と存在が失われることから、自己の生が無意味、無目的、不条理と感じる。その際、こんなことをやってもしょうがない、何をしたらいいかわからない、何の意味もない、私の人生は何だったのかなどと訴える。また、自分が存在しないこの世界を想像する時、関係存在としての人間が、死の接近によって他者と世界との関係の断絶を思い、自己の存在と生きる意味が失われることから、虚無、孤独と不安、生の無意味を感じるようになる。死んだら何も残らない、孤独だ、自分一人取り残された感じだ、生きている実感が無い、これからどうなるのかなどと訴える。さらに、自分のことは自分でいい、自身をコントロールすることによって自立と生産性に支えられている自律存在である人間が、死の接近によって身体が衰え、さまざまなできなくなることを体験することから、自分が無意味で無価値なもの、他者への依存や負担を強く感じるようになる。人の世話になって迷惑をかけて生きていても何の値打ちもない、自分で自分のことができないのはもう人間じゃない、何も役に立たない、生きている価値がないなどと訴える。

これらのスピリチュアルペインに対して恒藤<sup>4)</sup>は、患者の話を傾聴し言葉の背後にある意味を感じ取ること、患者に共感的態度で誠実に接すること、患者が人生観や死生観、スピリチュアルペインを自由に話せるような温かい雰囲気をつくること、患者が気づいていないスピリチュアルニーズを言語化し意識化させること、そして場合によってはライフレビューにより人生の意味を再発見したり、注目に値する経験を見出したりできるように支援することを挙げている。その際、Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp)<sup>5)</sup>などの評価ツールを参考にして患者と話を進めるとよい。

(松島英介)

## 参考文献

1) Saunders C. The evolution of the hospices. In Mann RD, ed. The history of the management of pain:

from early principles to present practice. pp167-78, CRC Press, Boca Raton, FL, 1988

## 36 2. 気持ちのつらさの定義と症状

- 2) 森田達也, 角田純一, 井上聡, 他. 終末期癌患者の実存的苦痛に関する Pilot Study. 精神科診断 1999; 10: 329-32
- 3) 村田久行. 終末期患者のスピリチュアルペインとそのケア—現象学的アプローチによる解明—. 緩和ケア 2005; 15: 385-90
- 4) 恒藤暁. 最近緩和医療学. pp6-10, 最新医学社, 東京, 1999
- 5) 野口海, 大野達也, 森田智視, 他. がん患者に対する Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp) 日本語版の信頼性・妥当性の検討. 総病精医 2004; 16: 42-7