

## 特集 がん医療において、精神科医に期待されるもの

## 緩和ケアにおける精神的ケアのエッセンス

明智 龍男

がん治療の進歩に伴い「がん＝死」というイメージは払拭されつつある一方で、約半数の患者にとっては依然として致命的疾患であることに変わりはなく、がん患者の多くに精神的苦痛に対するケアのニーズが存在する。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は、適応障害とうつ病の頻度が高いことが示されている。心理状態という観点からは、精神医学的診断を満たさない状態であっても、がんサバイバーにおける再発不安、終末期における実存的苦痛や死の恐怖に対する心理的防衛機制としての否認などが特徴的である。がん治療に関連する症状としては、抗がん剤投与に関連して発現する特殊な悪心・嘔吐として、催吐作用の強い抗がん剤を繰り返し投与されている患者にみられる予期性悪心・嘔吐などが知られている。

このように、ほとんどすべてのがん患者が、がんという病の軌跡の中で適切な介入やケアが望まれる多彩な精神症状や心理状態を経験しており、がん医療の現場では、これら患者の苦痛を和らげるために、精神保健の専門家に高い期待が寄せられている。一方、治療に際しては、がん患者は薬物療法に比べて精神療法を希望するものが多いため、必然的に精神保健の専門家にも精神療法的な関わりが求められることが多く、その際には、がんという疾患の特性を理解したうえで患者ケアが必須となる。

本稿では、がん患者が経験する多彩な症状の中でも、精神症状や心理的苦痛に焦点をあて、それらを和らげるためのエッセンスとなる精神的ケアとして、特に心理社会的介入を中心に概観した。またこういった精神的ケアの担い手を養成し、患者・家族に情報提供する目的で、日本サイコオンコロジー学会が運用を開始した「登録精神腫瘍医制度」についても紹介した。

＜索引用語：がん、サイコオンコロジー、緩和ケア、心理社会的介入＞

## 1. はじめに

がん治療の進歩に伴い「がん＝死」というイメージは払拭されつつある一方で、約半数の患者にとっては依然として致命的疾患であることに変わりはなく、がん患者の多くに精神的苦痛に対するケアのニーズが存在する。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は、適応障害とうつ病の頻度が高いことが示されている<sup>1,17)</sup>。心理状態という観点からは、精神医学的診断を満たさない状態であっても、がんサバイバーにおける再発不安、終末期における実存的苦痛や死の恐怖に対する心理的防衛機制としての否認などが特徴的である<sup>7,12,16,18,19)</sup>。がん治療に関連す

る症状としては、抗がん剤投与に関連して発現する特殊な悪心・嘔吐として、催吐作用の強い抗がん剤を繰り返し投与されている患者にみられる予期性悪心・嘔吐（治療室に入ったり、点滴のボトルをみたり、注射の前にアルコール消毒をされただけで悪心、嘔吐を来すこと）などが知られている<sup>15)</sup>。

このように、ほとんどすべてのがん患者が、がんという病の軌跡の中で適切な介入やケアが望まれる多彩な精神症状や心理状態を経験しており、がん医療の現場では、これら患者の苦痛を和らげるために、精神保健の専門家に高い期待が寄せられている。一方、がん患者は薬物療法に比し精神

療法を希望するものが多いため、必然的に精神保健の専門家にも精神療法的な関わりが求められることが多く、その際には、がんという疾患の特性を理解したうえでの患者ケアが必須となる。がんの臨床経過と頻度の高い精神症状に関して図1に示した。

本稿では、がん患者が経験する多彩な症状の中でも、うつ病やせん妄など定型的精神疾患以外で、患者からの援助のニーズが高い精神症状や心理的苦痛に焦点をあて、それらを和らげるためのエッセンスとなる精神的ケアとして、新たな試みを含めて、特に心理社会的介入を中心に概観した。またこういった精神的ケアの担い手を養成し、患者・家族に情報提供する目的で、日本サイコオンコロジー学会が運用を開始した「登録精神腫瘍医制度」についても紹介した。

## 2. がん患者が経験する多彩な精神症状

### 1) 再発不安

厚生労働省の研究班（「がんの社会学」に関する合同研究班）がわが国のがん患者7885名（そのうち約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、中でも再発・転移の不安の占める割合が高く、がんサバイバーの中心の問題であることが示されている<sup>20)</sup>。これは、がんという疾患が全身疾患であり、手術などの治療により病巣を肉眼的に取り除いても、その後数年間は再発の危険性が一定の割合で存在するという生物学的な特性に大きく依拠している。再発不安の多くは、日常生活への機能障害が強いと精神医学的には適応障害と診断されるが、正常範囲にとどまるものも多い。一方、再発不安に対してはその対処法を含めて、多くの患者に実際のケアのニーズが存在するため、がん専門病院やコンサルテーション精神医療を積極的に実践している医療機関には多くのがん患者が訪れている。

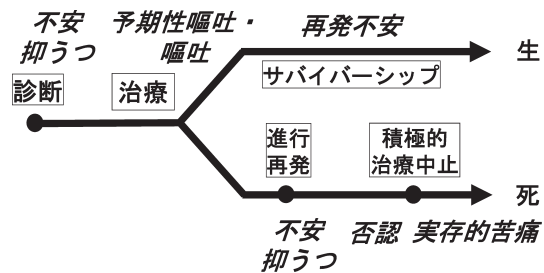


図1 がんの経過と精神症状

### 2) 予期性悪心・嘔吐

身体的に異常所見の認められない食思不振や倦怠感など、医学的に説明のつかない身体症状の評価やケアも精神的ケアの大きな一側面である。がん治療中におこるこれら症状の代表的なものとして、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。

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・嘔吐が挙げられる。予期性悪心・嘔吐とは、催吐作用の強い抗がん剤（シスプラチンなど）を繰り返し投与されている患者が、治療室に入ったり、点滴のボトルをみたり、注射の前にアルコール消毒をされただけで悪心・嘔吐を来す現象をさす。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<sup>14)</sup>。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。繰り返される激しい悪心・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。従って、中でも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

ージメントは極めて重要である。

### 3) がん患者にみられる心理的防衛機制：否認

本稿では、心理的防衛機制を、苦痛を伴う現実状況から自分自身の精神的な安定を守ろうとする無意識的な心の働きをさすものとして広くとらえて定義することとする。がん患者の中でも、身体状態の悪化や死を意識せざるを得ない進行・終末期がん患者には様々な心理的防衛機制がみられることが稀ではなく、中でも、否認がみられることが多い<sup>3)</sup>。否認は、例えば‘認知症はないにもかかわらず、繰り返し説明しているのに病状の理解がすすまない’といった内容で医療スタッフから精神科医に間接的に相談されることが多い。医療現場で問題となる否認の多くは、いずれも、治癒が望めないといった絶望的状况や死および死にゆくプロセスへの不安、恐怖に対する対処法として用いられることが多い。否認はケアの妨げとなることのない軽度のものであることが多い一方で、医療スタッフは、その状態の評価に戸惑い困惑していることが多い。特に終末期において否認が認められた際には、背景に高度な心理的苦痛が存在することを物語っており、中でも死が差し迫った終末期という特殊な状況においては、不安や抑うつを防衛するうえで適応的なものである場合も多く、こういった際には直接的な介入も不要である<sup>2)</sup>。多くの場合、精神科医の役割として重要なことは、患者に直接的に関わるのではなく、医療スタッフにこれらの心理状態を説明し、医療スタッフを側面から援助することである。一方で、これらの防衛が、患者の治療に関するアドヒアランスを障害したり、精神的苦痛の軽減に有用でない場合など、適応的でなく患者の生活の質を保つうえで著しい妨げとなっている場合には、穏やかで注意深い直面化など治療的介入が考慮されることもある。患者の多彩な言動から、背景に存在する複雑な防衛機制を理解し、医療チームが深い患者心理の理解に基づいたケアを提供できるように間接的に関わることも精神保健の専門家が担う重要な役割である。

### 4) 実存的苦痛

終末期がん患者には、自己の存在と意味の消失に起因して生じる苦痛、苦悩として、いわゆる実存的苦痛がみられることも多い。なお、欧米においては、spiritual pain（スピリチュアルペイン）という表現で宗教性に起因する苦悩を含めて扱われることが多いが、わが国においては、狭義の信仰に基づく苦悩が臨床現場で問題となることはまれであることが知られている<sup>11)</sup>。現在、わが国では、緩和医療の専門家によるタスクフォースにより、実存的苦痛の主たる構成要素は、関係性の喪失、自律性の喪失、時間性の喪失と定義されている<sup>16)</sup>。実存的苦痛に関しては操作的な定義が存在しないために、その発現頻度などに関して信頼性の高い報告は内外を通してほとんどみられないが、わが国の終末期医療の現場においても決して少なくない患者が実存的苦痛を表出していることが示唆されている<sup>12)</sup>。

## 3. がん患者への心理社会的介入

上記の多彩な症状に関して、基盤となる心理療法的アプローチおよび支持的な精神療法に加えて、現在わが国で有効性の検証が行われはじめていくつかの心理療法的介入に関して紹介する。

### 1) 基本となる心理療法的アプローチ

多くのがん患者は元々の心理的健康度が高く、精神療法的アプローチのうえでも、特殊な技術が必要としないことが多い。一方では、元々の健康度が高いからこそ、基本的な支持的技法や患者を個として尊重した細やかな配慮の積み重ねが必須である。したがって、不安、抑うつをはじめとしたがん患者に頻度の高い精神症状の治療において、患者と医療者との間における良好な信頼関係、支持的なコミュニケーションそのものが精神療法としての重要な機能を果たす。この支持的なコミュニケーションの発展形が後述する支持的な精神療法ともいえる。

また、がん患者は現実的な困難状況に遭遇していることが多いため、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などを求められることも多く、具体的なアドバイスや示唆を行うことが有用なこともある。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たて、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こと、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<sup>5)</sup>。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ので、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ことを併せて伝えることも大切である。その他、軽度の再発不安は誰でも経験する症状であることを伝えることも重要である。

## 2) 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、がん患者を対象にした場合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<sup>3)</sup>。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うえで、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などが重要となる。

より実際的には、その人なりの方法でがんという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え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持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。一方では、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、どのような状況においても可能であり、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。

## 3) 問題解決療法

がん患者、中でもサバイバーシップにおける再発不安に対する標準的な治療法は存在せず、認知行動療法的介入を中心にいくつかの治療技法が試行されつつあるが、問題解決療法もその中の一つである。

問題解決療法は、精神症状発現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>4)</sup>。問題解決療法は、うつ病や不安障害をはじめ、様々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。

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うえで、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うえで（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。

筆者らは、これまでのがん医療での臨床経験において、精神症状を抱えることになったがん患者には認知の歪みは顕著ではなく、むしろがん罹患に伴う現実的な諸種の困難状況が不安や抑うつ状態の背景にあることが多いと感じてきた。従って、一般の精神科臨床で行われている認知療法や認知行動療法に比して、問題解決療法の方ががん患者には適しているとの仮説から、我々は、がん患者を対象に問題解決療法を実践している。

#### 4) 予期性悪心・嘔吐に対する行動療法的介入

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付けが関与していることから、漸進的筋弛緩法、系統的脱感作や拮抗条件付けなど行動療法的なアプローチが用いられる<sup>13)</sup>。中でも漸進的筋弛緩法は、がん患者に対する行動療法的介入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ックスを達成し、結果として不安や予期性悪心・嘔吐の軽減を目的としたものである。実際には身体各部の筋肉を一旦緊張させた後、一挙に弛緩させるということを繰り返し行っていく。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-臀部-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。

#### 5) 実存的苦痛に対する新たな精神療法的アプローチ

終末期がん患者にみられる実存的苦痛に対しては、前出の支持的精神療法を基にしたアプローチが用いられることが多い一方で、有効な介入法は内外いずれにおいても確立されていない。この実存的苦痛を緩和するための新たな取り組みとしてディグニティセラピーと回想法を基にした介入法が試みられている。

##### i) ディグニティセラピー

ディ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緩和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>10)</sup>。

本介入では、定式化された質問プロトコールに基づき面接が行われ、「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、“生成継承性文書 (generativity document)”として患者のもとに届けられる。ディグニティセラピーは、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うえでの目的、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、本介入法の実存的苦痛に対する有用性を検討するための多施設共同研究（複数の緩和ケア病棟、がん専門病院、大学病院などが参加する介入の実施可能性、予備的有用性を検討するための臨床試験）が行われたが、実際の緩和ケア病棟への入院患者を対象とした予備的検討では、治療参加への拒否も多く、適切な対象を選択することが今後の課題であることが示唆されている<sup>6)</sup>。

##### ii) 回想法

回想法は、元々、米国の精神科医の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。がん患者は比較的高齢であることが多く、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、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>8)</sup>。本法においては、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」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、抑うつ感、不安が改善することを示した<sup>9)</sup>。

#### 4. 日本サイコオンコロジー学会

##### 「登録精神腫瘍医制度」

日本サイコオンコロジー学会は、がん患者・家族の精神症状緩和の臨床に熱心な精神科医・心療内科医を育成することを目的に2009年度より、「登録精神腫瘍医制度」を開始した (<http://www.jpops-society.org/toroku/>)。学会ではその医師像を、「精神腫瘍医として、がん患者及びその家族の精神心理的な苦痛の軽減および療養生活の質の向上を目的とし、薬物療法のみならず、がんに関連する苦悩などに耳を傾ける等、専門的知識、技能、態度を用いて、誠意をもった診療に積極的にあたること」と明記している。

本制度を設ける最大の目的は、患者・家族に安心して紹介できる、つまりある程度臨床経験を有し、サイコオンコロジーの臨床に対して高いモチベーションを持つ精神腫瘍医を育成することと、その情報を一般市民の方々に公開することにある。今後、登録医の情報は、学会のホームページに掲

載し、一般の方や患者さんに情報を公開できるような形になる予定である。

#### 5. おわりに

がん患者の経験する多彩な精神症状とそれに対する心理社会的アプローチを中心に紹介した。がん患者はがんという病の軌跡の中で極めて多彩な精神症状を経験しており、それに対しての援助のニーズも極めて高いことが示されている。このように、がん医療の現場では、患者・家族の精神的ケアの担い手として、そして医療チームの一員として機能するコンサルテーション活動に長けた精神保健の専門家として精神科医への期待は極めて大きい。医療の真のアウトカムの一つが生活の質の向上であることを考えると、わが国のがん医療において精神症状に対するニーズはますます増え続けることが予測される。

#### 文 献

- 1) 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
- 2) 明智龍男, 鈴木志麻子, 谷口幸司ほか: 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*, 18; 571-577, 2003
- 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) 明智龍男: サイコオンコロジー. 新臨床腫瘍学 (日本臨床腫瘍学会編). 南江堂, 東京, p. 853-858, 2009
- 6) 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効性に関する研究, 平成21年度総括・分担研究報告書. 2010
- 7) 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*, in press

8) Ando, M., Tsuda, A., Morita, T. : Life review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer*, 15 ; 225-231, 2007

9) 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*, in press.

10) 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

11) Morita, T., Tsunoda, J., Inoue, S., et al. : An exploratory factor analysis of existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients. *Psychooncology*, 9 ; 164-168, 2000

12) 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

13) Morrow, G.R., Arseneau, J.C., Asbury, R.F., et al. : Anticipatory nausea and vomiting with chemotherapy. *N Engl J Med*, 306 ; 431-432, 1982

14) Morrow, G.R. : Chemotherapy-related nausea

and vomiting : etiology and management. *CA Cancer J Clin*, 39 ; 89-104, 1989

15) Morrow, G.R., Roscoe, J.A., Kirshner, J.J., et al. : Anticipatory nausea and vomiting in the era of 5-HT<sub>3</sub> antiemetics. *Support Care Cancer*, 6 ; 244-247, 1998

16) Murata, H., 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

17) Okamura, H., Watanabe, T., Narabayashi, M., et 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

18) Vos, M.S., de Haes, J.C. : Denial in cancer patients, an explorative review. *Psychooncology*, 16 ; 12-25, 2007

19) Vos, M.S., Putter, H., van Houwelingen, H.C., et al. : Denial in lung cancer patients : a longitudinal study. *Psychooncology*, 17 ; 1163-1171, 2008

20) 山口 健 : 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7885人の声*. In edition, 2004

## Essential Psychological Care in Palliative Medicine

Tatsuo AKECHI

*Department of Psychiatry and Cognitive-Behavioral Medicine,  
Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences*

Because of progress in cancer treatment, the development of cancer is not necessarily a death sentence. On the other hand, approximately half of patients actually die from cancer even today, and many cancer patients require care for psychological distress. From the viewpoint of psychiatric diagnosis, the most common psychiatric conditions experienced by cancer patients are adjustment disorders and/or major depression. From the viewpoint of psychological status, however, cancer patients without psychiatric disorders may still suffer from fears of recurrence during the survival period and psycho-existential distress or death denial during the terminally ill phase. Concerning psychological symptoms related to cancer treatment, anticipatory nausea and vomiting is a well-documented condition among patients receiving high doses of emetogenic chemotherapeutic agents. Thus, most cancer patients experience some form of psychiatric disorder and/or psychological distress and should receive appropriate management and care during the course of their illness. Mental health professionals are expected to play a role in managing patients' distress. In general, because cancer patients are more likely to prefer psychotherapeutic intervention to pharmacological therapy for the management of their distress, mental health professionals must rely on psychotherapeutic approaches. Thus, mental health professionals need to provide care for cancer patients based on an understanding of the course of disease. This review focuses on the psychological distress experienced by cancer patients and provides an overview of essential psychological care, focusing on psychological interventions for ameliorating the psychological distress of cancer patients. Furthermore, the novel system of registered psycho-oncologists established by the Japan Psycho-oncology Society to foster psycho-oncology professionals who can provide appropriate specialized care to cancer patients and/or their families is also introduced.

<Author's abstract>

<**Key words** : cancer, psycho-oncology, palliative care, psychosocial intervention>

---