

なぜ死にゆく患者やその家族へのアプローチは難しいのか

岡島 美朗

近年、緩和ケアに精神科医がかかわることが増えている。本稿では精神科医が死にゆく患者とその家族にアプローチするのが困難な事情と、1つの対応策を提示する。診断をめぐる問題としては、精神科医は専門性を確保する意味で正常心理へかかわることを躊躇しがちであるうえ、精神科診断の方法論自体が患者の訴えのなかの主観的要素を捨象してしまうことが挙げられる。また、終末期においては否認や早すぎる死への願望に精神科医が不慣れであることや、精神症状が身体症状と不可分であることも精神科医を戸惑わせる。家族は自らがケアを受けることに罪悪感をもちやすいために介入が困難であるうえ、悲嘆をめぐるうつ病の診断基準の変更が混乱を呼ぶ可能性がある。診断に困難があると治療にもつながらないうえ、終末期には抗うつ薬の効果がなかなか上がらない。対応としては、精神科医であっても身体症状に注意を向けること、範疇的な診断を主観的了解をもって補うこと、スピリチュアルペインの構造について理解を深めることを挙げた。

<索引用語：緩和ケア，死にゆく患者，否認，早すぎる死への願望，スピリチュアルペイン>

はじめに

2002年、診療報酬として緩和ケア診療加算が新設され、わが国ではじめて緩和ケアチームが公式に規定された。すなわち、身体症状の緩和を担当する医師、精神症状の緩和を担当する医師、がん関連の認定あるいは専門看護師によりチームが構成されるとされ（2002年当時）、この時点で精神科医が緩和ケアに参加することが保険診療のなかで認められたといえる。さらに、2007年に策定されたがん対策推進基本計画に従い、2009年にがん診療拠点病院すべてに緩和ケアチームの設置が義務づけられ、これによって拠点病院に勤務する精神科医は必然的に緩和ケアにかかわることを余儀なくされた。

この事態は多くの精神科医を戸惑わせたようだ。緩和ケアの主たる対象である、身体的衰弱の

進んだがん患者にしばしば精神的苦痛があることは誰もが認めるところであり、その苦痛の源の1つは自らが死に向かっていく不安であると考えられるが、精神的問題の専門家と目された精神科医の側に、そうした苦痛を把握し、和らげる手段、あるいは方法論が乏しかったことがその戸惑いを生んだように思われる。がん対策推進計画が策定されてからすでに8年が経過するが、この状況は大きくは変わっていないのではないだろうか。

本稿では、精神科医が死にゆく患者やその家族の精神的問題にアプローチすることが困難である事情を、精神科医療の現状をふまえて診断と治療の両面から考察し、そのうえで筆者なりの対応策を示してみたい。

I. 診断上の困難

1. 正常心理へかかわることへの躊躇

鈴木は、自身が精神科医になってしばらくの頃、先輩医師から「正常心理には手を出すな。われわれは人生相談をやっているのではないのだから」と言われたと回顧し、正常心理から離れて異常心理に取り組むことが精神科医の専門性を支える拠り所のようなものと捉えられていた、と述懐している⁸⁾。今日では、うつ病の病像が変化していわゆる内因性とは思えない症例が増え、産業現場においてそうした患者に対応せざるを得ない局面にしばしば遭遇することもあり、状況がずいぶん変わってはいるものの、異常心理への対応こそ精神科医の専門性だという意識は今もなお、抜きがたく残存しているように思われる。その意味では、死にゆく患者の心理的苦痛は正常心理に近いものであることが多く、明らかなうつ病やせん妄であれば精神科医が対応するが、しばしばスピリチュアルペインと称される死にゆく不安は宗教者に任せるべきではないか、という意見を聴くことがある。そうした姿勢をとることが精神科医としての専門性を確保している反面、臨床現場の要請に応えられない無力感につながっていることも多いのではないだろうか。

2. 診断における方法論の問題

ただ、このように精神科医が正常心理に対応しきれないのは、精神科医の姿勢・態度のみの問題ではなく、精神科診断の方法論自体に内在する面があると考えられる。われわれは患者の陳述を聴き、患者に苦痛をもたらす、適応を困難にしている要因を理解しようとするのだが、具体的には陳述のなかに精神科症状論に位置づけられた特徴を探し、それを組み合わせることによりどの診断が妥当なのかを判断するという手続きを踏んでいる。いわば、立体的ともいえる患者の主観的な実体験を、診断体系という客観的な平面に写像し、その像の形を手がかりに診断を下しているわけである。操作的診断基準においてはその傾向は一層進み、診断は標準化された症状リストのパターン

に還元される。そうした過程において、生活史に根をもち、また対人環境のなかで結晶する患者の生の訴えは捨象されてしまうが、自らが死にゆく不安や苦痛はまさにそうした主観的な領域でしか表現されないのである。もちろん、診断面接の過程で患者の主観的な訴えは治療者のこころに留められはしようが、少なくとも治療方針を決定する診断にはそうした部分は反映されないため、診断をもとに治療を模索する通常精神科医の診断過程においては、死にゆく苦痛への対応策は見出されないことになる。また、そうした精神科医の診たてがインフォームド・コンセントの手続きに沿って患者に伝えられる際には、「うつ病」「適応障害」といった、いわば非人称化された病名が告げられることになるが、主観的な苦痛に配慮しきれないこうした分類的な告知は、患者にとっては時に自らの訴えが十分に聞き届けられなかった結果として、場合によっては自らを精神疾患とスティグマ化するものとしてさえ受け取られるのではないだろうか。高橋は「この人はこっちの箱かな、あの人はそっちの箱ね、と安直に分けないでほしい。(中略) 相対して悩み事を打ち明けている相手がいる間は、その人に向き合ってほしい」というがん体験者の言葉を紹介しているが⁹⁾、これはまさにこうした精神科診断への患者の抵抗感を示しているように思われる。

3. 終末期患者に独特の精神状態

さらに、終末期における患者の精神状態には独特の特徴があり、不慣れた精神科医には把握や対応が困難なことも多いように思われる。ここでは否認(denial)と早すぎる死への願望(desire for hastened death)、および終末期せん妄を取り上げたい。Kübler-Rossが「死ぬ瞬間」において告知後の心理の第一段階として挙げているように³⁾、否認はがん患者にしばしば認められる心理機制である。一般的には否認は外的現実に対する非適応的な防衛と理解されることが多いが、がん領域ではさまざまなレベルで生じる現象と捉えられている。がんという診断自体を認めない患者もいる

が、むしろがんであることは認めつつも、病状が進行しているのに「だんだんよくなっている」と語ったり、衝撃を受けるような悪い知らせに接した後もそれがなかったかのように振る舞ったり、予後が短いことが伝えられているにもかかわらず、はるか未来の計画を立てたりする、といったケースが多く、否認という術語が何を意味しているのかあいまいになっていることしばしばである。Vosらはがん患者における否認の探索的レビューにおいて、診断の否認、衝撃の否認、情動の否認、逃避的行動の4つのカテゴリーを挙げている¹⁰⁾。こうした否認は耐え難い現実を徐々に受け入れていくための対処方略として理解でき、直接的な修正や直面化にはなじまないとされているが、患者に直接接する現場では否認をそのまま見守っていていいかどうか戸惑うことが多いし、程度が著しい場合にはあるべき治療を妨げ、患者のQOLを低下させてしまうこともないわけではない。現実には、患者の陳述が否認なのか状況をふまえての希望の表明なのか、あるいは情報提供の不足によるものなのかは判断しがたいことも多い。したがって、否認に適切に対応するためには患者のおかれた状況、治療の可能性、認知能力と心理状態とを勘案した判断が必要であるが、それは精神科医にとっては荷が重いことが多いように思われる。

一方、終末期における死への願望の取り扱いもまた、難しい問題をはらむ。ある哲学者が「普段は“死にたい”と言うと異常だとして精神科医が呼ばれるのに、終末期には“死にたくない”と言うと受容できていないとして精神科医が呼ばれる」と語るのを聞いたことがある。通常自殺願望はつらい状態が続いてもなお生き続けなければならないという現実との相克から生じるのに対し、終末期においてその現実が反転する事態を、この言葉は的確に言い表している。終末期にある患者が自ら死にたいと語るとき、そうした現実的基盤の反転を考慮して対応しなければならない。終末期患者における死への観念は、しばしば早すぎる死へ願望 (desire for hastened death : DHD) と

称されるが、DHDをきたす状態の1つとして demoralization syndrome (DS) が知られている。DSは終末期における実存的苦痛の一表現であり、実証的研究によれば意味の喪失、気分不快、落胆、絶望、失敗の感覚という5つの次元からなるとされる。うつ病や不安と相関をもちとするが、うつ病の主要徴候である興味や関心の減退がない場合でもDSは生じうる。治療としては薬物療法よりも精神療法的介入に主眼がおかれ、終末期において生きる意味を取り上げる meaning-centered psychotherapy や dignity therapy の適応が検討されている²⁾。したがって、こういう基盤から生じるDHDには、将来への可能性を断たれた実存的苦痛を見てとるべきであり、死につながる行動の予防以上に患者のおかれた状況に由来する苦悩の理解や、残された時間を生きる意味の再構築に重点がおかれなければならない。そうしたことを考慮し、通常精神科臨床で接する希死念慮への対応との違いを意識すべきであると考えられる。

さらに、せん妄は総合病院の精神科臨床においては日常的に出会う病態であるが、われわれが接するせん妄の多くは可逆的なものであるように思われる。しかし、がん終末期に高頻度で生じるとされる終末期せん妄は、病状の進行に伴う脳機能の低下を基盤とするものであり、基本的には不可逆的である。したがって、患者の意識状態の改善ではなく、不穏をおさめ、その状態に接して動揺する家族のケアに重点を移さなければならない。ともすればこれは、精神科医が無力感にとらわれる状況であろう。

4. 精神的苦痛が身体的苦痛と不可分である

全人的苦痛という概念は、理解の便宜のために身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛という要素に分けられることが多いが、現実にはこれらの要素は不可分であり、身体的苦痛から独立して精神的苦痛に対応できる、というようなものではない。例えば、痛みや呼吸苦、嘔気などの緩和が不十分であれば不安や抑うつは強くなりやすいし、逆に不安や抑うつが身体

症状の増強を結果することも珍しくない。例えば、「レスキューを使用する回数が多いから不安が強いからではないか？」と問われることはしばしばあるが、症状緩和が十分にできているかどうかはわからなければ、この判断は至難である。身体的苦痛の状態やその治療の進みゆきを考慮せず、精神的苦痛のみに対応することは困難であることが多い。

5. 家族の精神的問題

進行がん患者の家族では、相当数が精神障害に罹患していることが疑われるとされており、また家族と死別した人は高率にうつ病に罹患する⁶⁾。しかし、こうした家族に対して精神科医が治療的に介入するのは実際困難なことが多い。患者ががんなどの重篤な疾患で闘病している場合、家族は患者のさまざまなケアや精神的サポート、医療スタッフとの仲介や治療における意思決定の支援・代行など多くの役割を果たさなければならず、自らのつらさを表出することは躊躇することが多く、精神的ケアを提案されてもそれを受けることに罪悪感を示すことさえある。死別した後には、病院に来る機会自体がなくなるし、患者が最期の時間を過ごした場所に向かうのがつらいと感じることも多い。そもそも、愛する家族が亡くなったとすれば、落ち込むのは当然と心理的に解釈され、自身も周囲もうつ病を認識しないことが多い。さらに、近年死別後のうつ病の診断にもやや混乱がみられている。DSM-IVの大うつ病エピソードのクライテリアにおいては、死別から2ヵ月以内の抑うつは著明な機能不全や症状が認められない限り除外されていたが、DSM-5のうつ病においてはこの2ヵ月という基準は外され、死別後であっても症状が基準を満たせばうつ病と診断されるようになった。この変更は2ヵ月という区切りが恣意的であるという批判に応えたものであろうが、これによって正常な喪にまでうつ病を拡大し、過剰な薬物療法を招くという懸念も示されている¹⁾。

II. 治療上の困難

診断が十分にできないことは、むしろ治療の困難に直結する。通常精神科医療においては診断カテゴリーをもとに治療方針をたてるため、終末期の患者が病状を過度に楽観的に捉えている場合や、明らかなくつ病を伴わないDHDなど問題が何らかの診断カテゴリーで十分に把握できないとき、現場から要請があっても精神科医が介入するのは困難である。さらに、臨床的にうつ病と診断されるケースでも、予後の限られた終末期には抗うつ薬での治療は効果を上げられないことも多い。Shimizuらは精神科にコンサルトされ、大うつ病性障害と診断されてから3ヵ月以内に死亡した20例のがん患者の治療反応性を後方視的に検討した結果、抗うつ薬に反応したケースは7例にとどまり、しかも3週間以内に死亡した症例には反応例はなかったと報告している⁷⁾。加えて、近年主流となっている新規抗うつ薬の多くは投与初期に嘔気が生じやすいが、がん患者は化学療法の経験や病状の進行によって嘔気には敏感なことが多く、こうした薬剤は使いにくい。さらに、病状が進行したがん患者はしばしば嚥下障害や消化管閉塞などをきたして内服自体ができなくなることがあるが、そうなるとうつ病の選択肢は大きく限られてしまうことになる。近年、治療抵抗性のうつ病に対し、ketamineが有効であることが報告されているが⁵⁾、わが国ではketamineは麻薬として取り扱われており、実際の臨床現場で適応外使用をするのは困難と言わざるをえない。

III. 精神科医はどうすればいいか？

以上の困難を背負い、精神科医はどうすればいいのだろうか。簡単に解決できる手段はないことを承知のうえで、筆者なりの対応策を挙げてみたい。

1. 身体的苦痛にも注意を向ける

I. 4で述べたように、終末期の苦痛は身体的要素と精神的要素とを独立に扱うことは困難であることが多く、精神的問題の対応を求められた精

神科医は困難に直面する。むしろ、精神科医も身体的苦痛に注意を向け、話題にする必要があるように思われる。がん患者でいえば、痛みや呼吸苦、倦怠感、眠気の強さや消長、あるいはそうした症状に対する薬物の効果や患者なりの対処法について問い、それに対する患者の思いを聞き取ることが患者に近づく糸口となり、徐々に精神的問題のありようが明らかになっていくことが少なくない。その際には、身体症状緩和を担当する医師や看護師、薬剤師、リハビリスタッフなどチームのメンバーとの連携を密にし、ケアの目標設定ととりうる手段を繰り返し検討することが必要であろう。

2. 終末期への有効なアプローチの模索

終末期における精神的ケアの方法論を洗練することはサイコオンコロジーの大きな課題であり、ここで性急に語るべきことではないが、さしあたり考えられるアプローチを2つ挙げる。I. 2で述べたように、今日の精神科診断が説明的・範疇的(categorical)なアプローチに偏っていることがこの領域での困難の一因であるので、了解的な把握を補うことが有用であろう。Weinerによれば、精神療法における治療者の介入としては、患者にその体験を問う質問(question)、患者の語ったことのうち、治療者が重要だと思うことを掘り下げる明細化(clarification)、理解や肯定を伝える感嘆(exclamation)、患者が話してもいいのに話さないことを取り上げる直面化(confrontation)、患者の気づいていないことを指摘する解釈(interpretation)の5つが挙げられる¹¹⁾。通常解釈までは難しいにしても、こうした技法を意識することで患者との会話を深める指標が得られるだろう。

また、終末期に生じるスピリチュアルな苦痛はすぐれて個人的なものであり、典型的に把握できるものではないが、そうはいっても手がかりがまったくなくては苦しむ人に近づき、寄り添うのは難しい。この点については村田によるスピリチュアルペインの理解が1つの参照枠を提供するように思われる。村田はスピリチュアルペインを

「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」と定義し、その構造を時間、関係、自律という人間の存立様態の三側面から解明しようとする。すなわち、将来の途絶、他者との関係の断絶と孤立、自律と生産性の喪失をスピリチュアルペインのありようと捉えるのである⁴⁾。患者の訴えのなかにこうした要素を見てとることができれば、その苦悩を理解する足がかりとなるように思われる。

おわりに

今後、わが国ではいわゆる団塊の世代が高齢に達し、いわば“多死時代”を迎え、死に臨む人のケアが一層重要性を帯びると思われる。この状況のなかで精神科医がいかなる役割を果たせるのかは喫緊の課題といえる。幅広い議論が行われることを期待したい。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) Frances, A.: Saving Normal. An Insider's Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life. William Morrow, 2013 (大野 裕監修, 青木 創訳: <正常>を救え。精神医学を混乱させる DSM-5 への警告。講談社, 東京, 2013)
- 2) Kissane, D. W.: Demoralization: A Life-preserving diagnosis to make for the severely medically ill. *J Palliat Care*, 30; 255-258, 2014
- 3) Kübler-Ross, E.: On Death and Dying. Scribner, New York, 1969 (川口正吉訳: 死ぬ瞬間—死にゆく人々との対話。読売新聞社, 東京, 1971)
- 4) 村田久行: 終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア: アセスメントとケアのための概念的構築。緩和医療学, 5; 157-165, 2003
- 5) Murrough, J. W., Iosifescu, D. V., Chang, L. C.: Antidepressant effect of ketamine in treatment-resistant major depression. A two-site randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 170; 1134-1142, 2013
- 6) 大西秀樹, 石田真弓, 棚橋伊織ほか: 死別体験とうつ病。臨床精神医学, 44; 473-477, 2015
- 7) Shimizu, K., Akechi, T., Shimamoto, M., et al.:

Can psychiatric intervention improve major depression in very near end-of-life?. *Palliat Support Care*, 5 ; 3-9, 2007

8) 鈴木國文：「メンタル問題で、ちょっと」自律と先制医療。現代思想, 43(9) ; 50-62, 2015

9) 高橋 都：「あなた病む人, 私治す人」？—医療者のもつ当事者感覚について, あなたは当事者ではない：〈当事者〉をめぐる質的心理学的研究 (宮内 洋, 今尾真

弓編著). 北大路書房, 京都, p.64-77, 2007

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

11) Weiner, I. B. : *Principles of Psychotherapy*, 2nd ed. John Wiley & Sons, New York, 1998

Why Do Psychiatrists Face Difficulties when Treating Dying Patients and Their Family Members?

Yoshiro OKAJIMA

Department of Psychiatry, Jichi Medical University Saitama Medical Center

In recent years, psychiatrists in Japan have increasingly participated in palliative care teams. In this study, reasons why psychiatrists face difficulties when treating dying patients and their family members are discussed and some solutions are suggested. With respect to diagnosis, psychiatrists often hesitate to follow a normal psychological process in an effort to adhere to their specialty and do not consider subjective components in a patient's statement in the objective methodology of psychiatric diagnosis. In addition, many psychiatrists are unfamiliar with denial in the terminal phase or the desire for hastened death and are puzzled by how the psychic phenomena of dying patients are indistinguishable from physical symptoms. Family members of dying patients may hesitate to seek psychological treatment because they feel guilty about receiving such care. Moreover, recent changes in the diagnostic criteria of depression due to grief may be confusing to psychiatrists. From a therapeutic perspective, difficulties in diagnoses directly lead to therapeutic predicaments, and depression in the terminal phase is difficult to treat because antidepressant medications are not effective. To overcome such difficulties, I suggest that psychiatrists should also carefully consider patients' physical symptoms, reinforce categorical diagnoses with a subjective understanding, and deepen their understanding of spiritual pains.

〈Author's abstract〉

〈**Keywords** : palliative care, dying patients, denial, desire for hastened death, spiritual pain〉
