

こころの中に安易に踏み込んではいけないこともある ——「否認」をケアすることの大切さ——

明智 龍男

がんは 1981 年にわが国の死亡原因の第 1 位となり、以降もその座は変わらず、現在ではおよそわが国の国民の 2 人に 1 人が生涯のうちにかんを経験し、毎年 36 万人以上の人がかんで死亡している。がん治療は飛躍的に進歩し、がん患者の 5 年生存率が約 50% にまで向上したが、今日においても、がんはわが国における致命的疾患の代表であり、がんと診断されること自体が大きな精神的苦痛をもたらす。なかでも、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心理的防衛機制としての否認がみられることが多い。否認にもさまざまな程度のものがあり、疾患の存在そのものを認めない「真の否認」から、症状と疾患の関連性を認めないもの、そして疾患の致死性を認めないものという大きく 3 段階があるが、真の否認はまれである。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示唆している。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り、侵襲的なコミュニケーションを控え、温かく「見守る」ことも重要である。一方で、これら防衛が、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。本稿では、死にゆく患者にみられる否認に気づき、ケアすることの大切さをサイコオンコロジーの視点から論じた。

<索引用語：がん、心理的防衛機制、否認、望ましい死、サイコオンコロジー>

はじめに

がんは 1981 年にわが国の死亡原因の第 1 位となり、以降もその座は変わらず、現在ではおよそわが国の国民の 2 人に 1 人が生涯のうちにかんを経験し、毎年 36 万人以上の人がかんで死亡している。わが国における総死亡の約 30% を占めるのががんである。がん罹患の最大の危険因子は加齢であるため、人口の高齢化を受け、現在、年間 70 万人以上が新たにがんと診断されている。がん治療は飛躍的に進歩し、がん患者の 5 年生存率が約 50% にまで向上したが、今日においても、がんはわが国における致命的疾患の代表であり、がんと

診断されること自体が大きなライフイベントになりうる。

I. がん患者に頻度の高い精神症状

2002 年に、精神科医の参加を必須とする「緩和ケアチーム」に対しての緩和ケア診療加算が導入され、2007 年には、がん対策推進基本計画の中で、がん医療への精神科医の参画の重要性が盛り込まれた。これらを受けて、わが国においても多くのがん診療施設から精神科医のチーム医療への参加を求める声が挙がっている。この背景にはがん患者には精神症状が高頻度にみられるという背

景がある。

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、がん罹患というライフイベントに関連して生じる適応障害、うつ病、がん治療およびがんの進行に伴って生じることの多いせん妄の頻度が高いことが知られている^{1,3,9)}。診断名としてはこれら疾患群にまとめられる一方、その評価やマネジメントに際しては、担がん状態や終末期などの臨床状況を念頭においた対応が求められる。

なかでも、終末期のせん妄を除けば、最も頻度の高いものが適応障害である。がん医療の現場における適応障害は、がんというストレス因を誘因とするが、実際的には異質性の高い多様な臨床状況の集合体である。例えば、うつ病の前駆状態のような抑うつを主体とした病態や、がんの再発不安を主体としたもの、パーソナリティ特性を背景としてがん罹患を契機に強い情緒的反応、対人葛藤を経験するものなどである。その他、近年、関心が寄せられるようになってきた、依存や自律性の喪失をめぐる苦悩など終末期がん患者の実存的苦痛なども操作的には適応障害に分類されることが多い。このように、適応障害という診断は、がん患者に最も頻度の高い精神症状である一方、がん医療においては、実に多彩なタイプの精神症状を含んでいる。

今回のテーマである否認は、がん患者の無意識の防衛機制を背景としての対処方略であるため、後述する「非適応的な否認」は適応障害としての側面を有する¹²⁾。

II. がん患者にみられる心理的防衛機制

心理的防衛機制は、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こころの働きとして観察されることが多いが、がん患者のなかでも、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、否認、退行、置き換えといった心理的防衛機制がみられることがまれではない^{2,11)}。これらは、例えば「痛みを訴える一方でオピオイドの服薬を勧めても頑

なに拒否する」「繰り返し説明しているのに病状が理解できない」「何でも看護師に頼んで自分でできるセルフケアが進まない」「怒りっぽくなり周囲に当たり散らすようになった」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。これら進行・終末期がん患者において観察される防衛機制の多くは、いずれも、治療が望めないといった絶望的状况や病状の進行に伴う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。

III. 進行がん患者における否認

1. 定義

否認という言葉はサイコオンコロジーや緩和医療の領域でしばしば用いられるにもかかわらず、その定義は必ずしも定まっていない。古くは、アンナ・フロイトが精神病症状を呈する患者の病的な防衛機制などとして紹介したが、現在は、意識的にも無意識的にも日常生活において観察されるコーピングとして用いられることが多く¹³⁾、今回は、「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働きとして、現状を直視することを避ける対処」を否認と定義する。

死にゆく患者の心理過程として、よく知られているものにキューブラー・ロスの5段階モデルがあるが、キューブラー・ロスは、人が死を迎える過程において経験する心の状態として、否認(denial)、怒り(anger)、取り引き(bargaining)、抑うつ(depression)、受容(acceptance)という5つのステップをたどっていくと提唱しており、このなかに出てくる「否認」も、死が避けられない状況にあることを知った患者のコーピングに近い観点から論じられている⁶⁾。

2. レベルの異なる3段階の否認

否認にもさまざまな程度のものであり、疾患の存在そのものを認めない「真の否認」から、がんに伴う身体症状と疾患の関連性を認めようとしないうもの(例：痛みの原因をがんの進行によるものとは考えない)、そして疾患の致死性を認めない

もの(例:奇跡を望む)という大きく3段階がある^{10,14)}。この中でがん医療の現場では真の否認の頻度はまれである一方、後二者に関しては、臨床現場では頻繁に遭遇する⁸⁾。

3. 臨床現場で否認はどのように表現されるか
前述したように、がん医療の現場では、認知機能障害などが存在しない状態で、開示されたがんの診断そのものを否定する真の否認はまれである一方、「麻薬を使うほど自分の状態は悪くありません」「この痛みは(がんのせいではないので)そのうちよくなると思うから、麻薬なんて必要ありません」といった疼痛の訴えに対して勧められたオピオイドを拒否する、といった形で表現されることが多い⁸⁾。さらに、「奇跡が起こることを望み続ける」といった表現型で観察されることも多い¹⁵⁾。

IV. 否認を有する患者に対するケア

否認は患者にもたらすメリットとデメリットのバランスという観点から、適応的なものと非適応的なものに分けられる¹⁰⁾。これは患者に対するケアを考えるうえで重要になる。

1. 適応的な否認

死が差し迫った終末期という特殊な状況において観察される否認の多くは、ケアの妨げとなることのない軽度のものである場合がほとんどであり、そういった場合には、医療スタッフは、背景に高度な心理的苦痛が存在することを念頭におきながら、一般的な温かいケアを提供するのみで十分である。当然、こういった際には直接的な介入も不要であり、侵襲的なコミュニケーションを控え、温かく「見守る」ことが重要である。

本観点からは、まず患者の否認の存在に医療スタッフが気づくことが大切である。否認は、前述したように、がん性疼痛の症状緩和のために勧められたオピオイドの拒否や患者の病状の理解が進まないように見える際、そして病状への懸念などが「話されない」ことなどを契機として気づかれることが多い。緩和ケアチームや精神科医、心理

士の介入をやんわりと拒否する場合に否認が存在することもまれではない。このような意味では、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かかわることも精神科医が担う重要な役割といえよう。

2. 非適応的な否認

一方で、これら防衛が、患者の治療に関するアドヒアランスを障害したり、医学的適応のない過度な治療を求める場合など、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¹⁰⁾。この際のコミュニケーション技法としては、「Hope for the best, prepare for the worst」が有用である⁵⁾。つまり、現状に対して最もよい転帰がもたらされることを望むことに理解を示しつつ、一方では万が一に備えておきませんか、といった言葉がけを行い、少しずつ現状の直面化を促す方法である。当然のことながら、この際には慎重なアプローチが必要であり、直面化した後の強力な精神的なサポートが必須となる。

おわりに

最後に終末期医療において目標とされるわが国の人々にとっての望ましい死の概念から否認を考え、本稿の締めくくりとしたい。終末期医療においては、主たる目標が、患者の生活の質を最大限に維持することに加え、いわば患者にとっての「望ましい死 (good death)」ともいうべきものの体現に移行することも多い⁴⁾。これは、患者の個別的な価値観の理解抜きでは治療目標の設定が不可能であるという理由による。また望ましい最期には文化差があることも知られており、日本人にとっての望ましい最期の要素として、皆が共通して望むものと個人差が大きいものがあることが報告されている(表1)⁷⁾。このなかに個人差が大きいものとして、「残された時間を知り準備する」というものと、まったく逆の「死を意識しない」と

表1 日本人にとっての望ましい最期

皆が共通して望むもの	個人差が大きいもの
希望がある	役割を果たせる
他者の負担にならない	感謝して準備ができる
自分のことが自分でできる	自尊心がある
人として尊重される	残された時間を知り準備する
人生を全うしたと感じられる	信仰をもつ
苦痛がない	自然なかたちで亡くなる
家族といい関係でいる	死を意識しない
医師・看護師といい関係でいる	納得するまでがんとたたかう
望んだ場所で過ごす	
落ち着いた環境である	

いう双方が含まれている点に注目したい。もし望ましい死を体現することが重要であるとするれば、そこには個別性の存在が前提となり、ある人は死に直面し自身で準備をすることを望み、ある人は死を意識せず、すなわちやんわりと否認しながら、生を全うすることを望むのである。

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) Akechi, T., Nakano, T., Okamura, H., et al. : Psychiatric disorders in cancer patients : descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals. *Jpn J Clin Oncol*, 31 ; 188-194, 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) Akechi, T., Okuyama, T., Sugawara, Y., et al. : Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients : associated and predictive factors. *J Clin Oncol*, 22 ; 1957-1965, 2004

4) Akechi, T., Miyashita, M., Morita, T., et al. : Good death in elderly adults with cancer in Japan based on perspectives of the general population. *J Am Geriatr Soc*, 60 ; 271-276, 2012

5) Back, A.L., Arnold, R.M., Quill, T.E. : Hope for the best, and prepare for the worst. *Ann Intern Med*, 138 ; 439-443, 2003

6) Kübler-Ross, E. : *On Death and Dying*, Macmillan, 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)

7) Miyashita, M., Sanjo, M., Morita, T., et al. : Good death in cancer care : a nationwide quantitative study. *Ann Oncol*, 18 ; 1090-1097, 2007

8) Morita, T., Tsunoda, J., Inoue, S., et al. : Denial in terminally ill cancer patients—manifestations and contributing factors. *Jpn J Gen Hosp Psychiatry*, 12 ; 144-151, 2000

9) 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

10) Stephenson, P.S. : Understanding denial. *Oncol Nurs Forum*, 31 ; 985-988, 2004

11) Straker, N. : Psychodynamic psychotherapy for cancer patients. *J Psychother Pract Res*, 7 ; 1-9, 1997

12) Strauss, D.H., Spitzer, R.L., Muskin, P.R. : Maladaptive denial of physical illness : a proposal for DSM-IV. *Am J Psychiatry*, 147 ; 1168-1172, 1990

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

14) Weisman, A.D. : *Coping with cancer*. McGraw-Hill, San Francisco, 1979

15) Widera, E.W., Rosenfeld, K.E., Fromme, E.K., et al. : Approaching patients and family members who hope for a miracle. *J Pain Symptom Manage*, 42 ; 119-125, 2011

Sometimes We Should Maintain a Mental Distance from a Patient
—Relevance to Caring for Cancer Patients in Denial—

Tatsuo AKECHI

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

In Japan, cancer has been the leading cause of death since 1981 and is the most common and representative life-threatening disease. Cancer treatment has markedly progressed, and so the development of cancer is now not necessarily a death sentence. Nevertheless, approximately half of cancer patients actually die as a result of the disease even today. Cancer causes marked suffering of patients.

Patients with advanced and/or terminal cancer suffer from various physical symptoms and are forced to face a continuous decline in their physical function, and previous studies reported that psychological distress is frequently observed in cancer patients, especially in advanced and/or terminally ill patients. Several types of psychological defense mechanism, especially denial, are frequently observed in these patients. There are multiple levels of denial. For example, a patient with true denial denies the presence of cancer itself, although true denial is quite rare. A patient with moderate denial is likely to deny an association between distressing symptoms and disease, while one with mild denial denies the life-threatening nature of disease. Denial is a psychological defense mechanism that often helps advanced cancer patients to manage their anxiety and depression. It allows such patients to continue living while facing the painfulness of their situation. In this situation, it is important for therapists to note the patient's denial. Simply being aware of the denial can, in itself, be supportive for the patient. However, when denial does not work adaptively, such as it prohibiting adherence to necessary treatment and not being useful for ameliorating psychological distress and improving the quality of life, medical staff may consider confronting a patient with the reality of the situation carefully. This paper discusses the relevance of acknowledging denial and caring for patients with denial from the point of view of psycho-oncology.

< Author's abstract >

< **Keywords** : cancer, defense mechanism, denial, good death, psycho-oncology >
