

倦怠感, 不安, 抑うつとその対策

谷田 憲俊*

[Jpn J Cancer Chemother 33(1): 34-37, January, 2006]

Fatigue, Anxiety and Depression and Their Management: Noritoshi Tanida (Dept. of Medical Humanities, Yamaguchi University School of Medicine)

Summary

Sickness behaviors such as fatigue, anxiety and depression play an important role in the body's defense mechanism. However, once these symptoms become chronic, they are harmful to patients with cancer by decreasing the immune reaction or exacerbating pain and other symptoms. It should be recalled that both medical and surgical interventions profoundly influence fatigue, anxiety and depression of cancer patients. Since latent fatigue, anxiety and depression may be overlooked behind somatic symptoms, communication skills are necessary to understand the suffering of patients. Routine assessment of these symptoms are essential for early intervention in the care of cancer patients. Communication skills such as careful listening and counselling are also useful methods in caring for patients with these symptoms. Although non-medical intervention is usually effective for these symptoms of fatigue, anxiety and depression, approximately 10 to 15% of patients require specific treatment by a psychiatrist. Above all, fatigue, anxiety and depression should be treated as part of the total pain experienced by cancer patients. **Key words:** Fatigue, Anxiety, Depression, Communication, **Corresponding author:** Noritoshi Tanida, Department of Medical Humanities, Yamaguchi University School of Medicine, 1-1-1 Minami-Kogushi, Ube 755-8505, Japan

要旨 倦怠感や不安, 抑うつなどの全身症状は, 急性なら人体の防御反応として重要な役割を果たす。しかし, がん患者にみられる慢性的な症状と化すと, 有益性はなくなり患者に害のみを及ぼす。これらの症状は身体的症状で現れることが多いので, 身体的症状の裏の訴えに注意を向けるコミュニケーション技能が求められる。対応では, 傾聴やカウンセリングなどのコミュニケーション技能で多くが対応可能である。しかし, 日常生活に影響する程度になると, 薬物療法も必要となる。これらの症状は痛みなどと関連することもわかっており, total painの一環として対応が必要である。

はじめに

倦怠感や不安, 抑うつは, ほとんどのがん患者に出現する非特異的な症状で, サイトカイン上昇によって起こる sickness behavior と称される相互に関連する全身症状の一部と考えられる¹⁾。がんでは進行によって出現頻度が異なり, 罹患臓器特異的な症状の増悪に伴い出現したりする。臓器症状に隠されて目立たないことも多い。本稿では, それぞれについてがん治療の現場で患者へ配慮できる対応などをまとめる。なお, 特定のデータなどは成書²⁾からの引用である。

I. がん患者と倦怠感, 不安, 抑うつ

1. 倦怠感

倦怠感とは, 感染などでも起こるサイトカイン上昇によ

る一連の症状の一部と考えられる¹⁾。痛みや抑うつとも密接に関連する。がん患者に最も多くみられる症状だが, 直接的に訴えることが少なく, 訴えとして医療者に取り上げられるのは75%にとどまるとされる。気分の変化や他の症状で気付かれることも多い(表1)。その一方, 死亡直前の強い倦怠感是对応困難な症状で, セデーションに頼る他にないのも実状である。

倦怠感の評価はQOLの一部として計測したり, Brief Fatigue Inventory (BFI) という専用の尺度がある。しかし, それらは研究のためであり, 臨床では単純に「倦怠感」や「やる気」を尋ねることで十分である³⁾。

2. 不安と恐れ

不安と恐れは, がん患者にしばしば同時に出現する(表1)。がん患者すべてが不安を覚えるとして対処することが大切である。また, 恐れと不安は一般に同義語で使用

表1 倦怠感, 不安, 抑うつ

倦怠感	疲労感, 無気力, やる気低下, 無力感, 集中力低下, 嗜眠, 記憶力低下, 食思不振, 呼吸困難感, 抑うつ, 不穏, 不眠, 疼痛, 悲嘆, 無関心, 付き合い停止
不安と恐れ	落ち着きがない, 何か悪いことが起こる感じ, いらつき, じっとできない, 神経過敏, 動悸, 頻脈, 震え, 胸内苦悶, 胸痛, 呼吸困難, 息切れ, ため息, 頭痛, めまい, 発汗, 嚥下困難, 食思不振, 口渇, 下痢・便秘, 頻尿, 排尿困難, 全身の痛み, 肩こり, パニック
抑うつ	元気がない, 意欲低下, 落ち込み, 考えがまとまらない, 外出・行動が億劫, いらつき, あせり, 頭痛, 苦悶, 突然の食欲変化, 不眠, 倦怠感, 罪の意識, 優柔不断, 自殺のほめかし

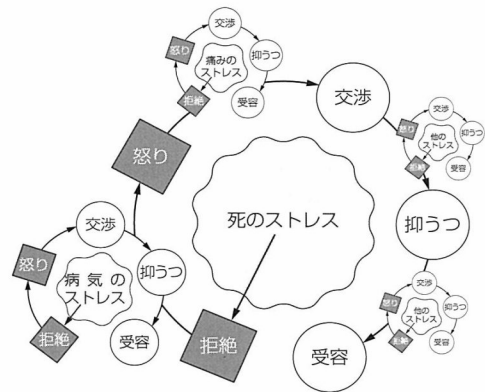


図1 ストレス反応サイクル

人はストレスに出会うと、ストレスに対する反応、「拒絶・怒り・交渉・抑うつ・受容」というサイクルを引き起こす。患者はがんと診断されると、死のストレスに対するそれらの大きい反応サイクルがある。その過程に痛みなど症状に対するストレス, 社会的ストレスなど様々な中小のストレス反応サイクルが起こる。死のストレスの初期ほど, 中小のストレスでも大きい反応サイクルが生じる。

表2 Hospital Anxiety and Depression Scale (不安・抑うつ測定尺度, HADS) の質問項目

- 不安
- 1 張りつめていると感じる
 - 2 ひどいことが起こらないかと恐ろしい
 - 3 心配事が心をめぐる
 - 4 安心しリラックスしていると感じる
 - 5 怖じ気づいていると感じる
 - 6 はじめるとき落ち着きなく感じる
 - 7 急にパニックを感じたりする
- 抑うつ
- 1 以前と同様に楽しめる
 - 2 おもしろさがわかり笑ったりできる
 - 3 楽しく感じる
 - 4 怠けているような感じがする
 - 5 自分の見栄えに興味なくなった
 - 6 楽しむことが待ち遠しい
 - 7 読書やラジオ, テレビを楽しめる

HADSはSnaithとZigmondにより一般臨床用に1994年に開発された。自己記入式の14項目からなる。それぞれに回答の選択肢として、「全く良好」を0点、「極めて悪い」を3点、それらの間を1, 2点として、不安と抑うつ2つの項目をそれぞれに加えて個別の不安と抑うつ項目の総点数をだす。それぞれ、0~7で「正常」、8~10で「軽症」、11~14で「中等症」、15~21が「重症」の不安や抑うつを示す。実地では偏りを減らすために、不安と抑うつ2つの質問項目をこの順番で交互に入れる。患者にはあまり考えすぎずに記入するように求める。

されるが、恐れは具体的な対象があるのに対して、不安の対象は漠然としている。それらを分けて評価すると、患者ケアが行いやすい。患者の症状の裏にある不安と恐れを対象を聴きだすことが患者へのケアともなる。

不安の評価にも多くの測定尺度がある。簡便で扱いやすいのは、抑うつとともに測定できる不安・抑うつ測定尺度(HADS)である(表2)。日本でもスクリーニングに用いて有用であったと報告されている⁹⁾。具体的には入院時や必要時に、HADSを用いて患者の状態を把握する。変動から悪化した時すぐに専門科の来診を依頼できる。また、不安や抑うつが重いと、後の治療の反応も強くできるので治療の副作用の予測にも配慮できる。

3. 抑うつ

がん患者の抑うつも身体的症状のみが目立つことがあるので、抑うつに関連する症状を認識しておく必要がある(表1)。ストレスに対する反応として抑うつは、不安と同じですべてのがん患者に出現する(図1)。それは適応反応の一過程であり、なければストレスに順応できないことを示す。一方、不適応反応や専門的介入が望まれる抑うつがある。できもしない約束をすると、不適応反応につながり抑うつを悪化させる。

抑うつ測定尺度も多くあるが、扱いやすいのは上述の不安・抑うつ測定尺度(HADS)である(表2)。

II. がん治療と倦怠感, 不安, 抑うつ

患者は病院自体と検査や治療行為に対して恐れや不安

を抱く。それらがストレスとなり、さらに患者は倦怠感や不安、抑うつを覚えるといった悪循環に陥りやすい。

一般に、患者は治療の効果より副作用のほうが気になる。抗がん剤のなかには、倦怠感や精神・神経系の副作

表 3 害反応: 疲労感 (無気力・倦怠感・無力感) について

害反応の程度
0度: 変化なし
1度: 疲労感が基より強くなったが日常生活への影響はない
2度: ある程度の日常生活に困る中等度の変化 (ECOG 活動度で1度, Karnofsky または Lansky 活動度で20%の低下) がある
3度: いくつかの日常生活が不可能となる高度の変化 (ECOG 活動度で2度以上, Karnofsky または Lansky 活動度で40%以上の低下) がある
4度: ベッドから離れられず日常生活ができない

ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) 活動度は0~4の5段階, Karnofsky と Lansky 活動度は(後者は小児対象)100~10 (%)で, 日常生活動作レベルを「制限なし」から「自動不可・終日臨床」まで表す

用を起こすものがある。化学療法を受けていれば, その副作用を思いだして恐れと不安を覚える。倦怠感も病院の状況とか前治療の際の症状発現をみて条件付けられる⁸⁾。直接的にそのことを訴える患者は少なく, 嘔吐を伴う化学療法を受けていればその点滴瓶をみたり看護師が持参しただけで吐くといった身体的症状で表現する。

治療や化学療法は, 患者にとって大きな身体的・精神的ストレスである。したがって, 治療を受けるたびにストレス反応として抑うつを経験する(図1)。また, 倦怠感や不安, 抑うつは痛みや他の身体症状と関連するので, それらは相互に増強しあう。したがって, 治療中は抗がん剤の害反応を NCI-CTC で評価し(表3, 4), 症状から, あるいは変動をみて対策を考える。

また, 他の治療薬剤が抑うつを増強することもある。特に三環系抗うつ剤や向精神薬は抗がん剤との相互作用が多い。元々の症状に加えて, 食欲不振や他の副作用のため, 二次的に不安や抑うつなどを覚える患者もいる。

自分で医療方針策定に関与を望む患者には, 積極的に医療に参画を促し, 医療情報を共有して治療に臨む方針をとったほうがよい。そのような患者への対応として, 患者と家族の経験と期待に留意すること, 患者・家族と人間関係(パートナーシップ)を形成すること, 科学的データを用意して抗がん剤について根拠を提供すること(不確実性も含めて), 臨床判断と患者の希望を考慮して推奨方法を選ぶこと, および患者が理解したことと一致したことを確認すること, などが必要である⁹⁾。なお, 治療成績については相対的効果表示は誤解を招きやすいので, 絶対的効果(NNT値など)で説明する。

III. 倦怠感, 不安, 抑うつへの対応

1. 倦怠感への対応

入院生活は体力を要する。最近, サイトカイン療法

表 4 害反応: 気分・抑うつについて

害反応の程度
0度: 変化なし
1度: 気分の変化は少して身体機能に影響しない
2度: 中等度の気分の変化で身体機能に影響するが, 日常生活動作への影響はない
3度: 気分の変化が強度で日常生活動作へ影響する
4度: 自殺や自己傷害願望がある
5度: 気分・抑うつによる死亡

で非特異的な副作用としての倦怠感から, 「特異的副作用」としての倦怠感も対象としなければならない。患者には臓器特異的な症状に加えて, 検査や治療行為が身体的負担となる。そこで, 抗がん剤の害反応を医療従事者のほうから NCI-CTC などを用いて「疲れ」を評価するといった配慮が必要である。

症状の存在や変動から, 必要あれば倦怠感の原因となる因子があるかを調べる。臨床的に多いのは貧血, 不眠, 抑うつ, 甲状腺機能低下などであり, それぞれ薬物療法を考慮する^{7,8)}。使用できる薬剤は, 増血剤や向精神薬, 精神賦活剤, 食欲刺激剤(グルココルチコイドも含め), 甲状腺剤などである。一方, 各種リラクゼーション・セラピーも試みられる。また, リハビリなどを適度に組み入れると, 倦怠感の改善につながることもある⁹⁾。適度に身体を動かすことが疲れの予防と治療につながるの是一般生活と同様だが, 倦怠感と相反する取り組みなので患者の反応を判断しながら行う。

不安や抑うつとも関連しているので, その面の治療と対応も必要である。それらを駆使しても改善できない倦怠感, 特に終末期の強い倦怠感ではセデーションに頼らざるを得ないことがある¹⁰⁾。

2. 不安への対応

不安や恐れは身体症状で現れることが多いので, 医療従事者に気付かれないことがある。そのため, 次項の抑うつにも当てはまるが, 日常的に HADS を用いたり, 化学療法中であれば NCI-CTC を用いて患者の状態を把握する。

対応は「何」に対して恐れや不安を抱えているのか, 尋ねることから始まる。「何か」がわかれば, それへの対応も考えられる。検査や治療の副作用が不安や恐れの対象として多い。頻回に患者を訪れ, 傾聴する。そのなかで, 患者が病気や治療, 薬の害反応について誤った考えをもっていることもわかったりする。次にそれらに対して恐れや不安を覚えるのは当然だと理解を示す。決して患者の話すことを「誤っている」と評価しない。「拒否」も受け入れる。患者がそう考えるのには理解できるとした上で, 適切な根拠のある情報を示す。

不安や抑うつに伴う身体症状は積極的に治療する。その点からも抗がん剤副作用の吐き気や嘔吐を抑える薬の出現は患者にとって福音である。家族関係が症状に関与することも多いので、家族とのコミュニケーションも大切である。患者の不安を助長させるスタッフ間の不一致やトラブルなどは禁物である。必要あれば、抗不安剤を用いる。非薬物療法としては、グループ療法や様々なリラクゼーション、イメージ療法などがある。

3. 抑うつへの対応

抑うつへの対応は、患者にストレス反応が起こって当然、その過程をたどることがストレスに対する順応に必要なだと理解することである。落ち込みなどを感じるのとは普通と患者に説明する。そして、患者には責任がないことを伝える。これらのことは、急ぎすぎるとかえって患者に「理解されていない」と誤解されることがある。患者の訴えに、まずは傾聴する必要がある。また、説明に当たっては、不眠やいらつきとかの具体的な症状に触れることがコツである。単純に励ますのは禁物であるが、患者のいいたす希望を尊重して実現できるように図る。

患者の反応をみて、順調にストレス反応サイクルを進んでいるかを判断する。ストレス反応の進む速さには大きな個人差があり、一般的に大きなストレスに出会うと、初めのショックや拒絶が数日、不安や怒りなどは数週間、抑うつにも数週間、受容には数か月かかる。

抗がん剤によるストレス自体はあまり大きくないので、順調であればその抑うつは短時間でやり過ごせる。しかし、副作用が強かったり状態が悪いために抑うつが強くてたりして、患者の対応能力を超えてしまうと、不適応反応となり強い抑うつに陥ったりする。精神病の既往があれば、特に注意を要する。全体の半数の患者は特に対応を要せず回復する。35～40%の患者は医療従事者が話を聞いたり、カウンセリングするなどの一般的対応で戻る。残りの10～15%において精神科医の助けを要するとされる。評価尺度で悪化の傾向にあったり、抗がん剤治療中であれば害反応3度、特に4度以上の場合、薬物療法も含めて専門家の助けを依頼する。

おわりに

倦怠感や不安、抑うつなどの全身症状は、急性なら人体の防御反応として重要な役割を果たす。しかし、慢性化すると益はなくなり、患者にとって切実な問題となる。がん患者に倦怠感や不安は当たり前とされるためか、あまり注目されてこなかった。ICD-10にも組み入れられるようになったが、他の臓器・器質的の症状に比べれば取り組みはまだ不十分と言える。これらの症状は身体的症状として現れることが多いので、身体的症状の裏の心の訴えに注意を向けるコミュニケーション技能が求められる。これらの症状は痛みなどと密接に関連することもわかってきており、total painの一環として対応が必要である。

文 献

- 1) Cleeland CS, Bennett GJ, Dantzer R, *et al*: Are the symptoms of cancer and cancer treatment due to a shared biologic mechanism? A cytokine-immunologic model of cancer symptoms. *Cancer* **97**: 2919-2925, 2003.
- 2) Doyle D, Hanks G, Nathan I (eds): Oxford Textbook of Palliative Medicine, Oxford University Press, 2005.
- 3) Hwang SS, Chang VT and Kasimis BS: A comparison of three fatigue measures in veterans with cancer. *Cancer Invest* **21**: 363-373, 2003.
- 4) Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, *et al*: Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* **28**: 333-338, 1998.
- 5) Bovbjerg DH, Montgomery GH and Raptis G: Evidence for classically conditioned fatigue responses in patients receiving chemotherapy treatment for breast cancer. *J Behav Med* **28**: 231-237, 2005.
- 6) Epstein RM, Alper BS and Quill TE: Communicating evidence for participatory decision making. *JAMA* **291**: 2359-2366, 2004.
- 7) Lipman AJ and Lawrence DP: The management of fatigue in cancer patients. *Oncology* **18**: 1527-1535, 2004.
- 8) Sood A and Moynihan TJ: Cancer-related fatigue: an update. *Curr Oncol Rep* **7**: 277-282, 2005.
- 9) Fialka-Moser V, Crevenna R, Korpan M, *et al*: Cancer rehabilitation: particularly with aspects on physical impairments. *J Rehabil Med* **35**: 153-162, 2003.
- 10) 森田達也: 癌に伴う精神症状への対処苦痛緩和のための鎮静. *癌治療と宿主* **16**: 253-263, 2004.