

身体疾患患者の不安・抑うつのマネジメントに活かす 医療心理学と認知行動療法

鈴木伸一*

◆はじめに

身体疾患患者におけるうつの有病率が高いことは周知されている。近年、心疾患、がん、糖尿病などの治療において、うつ病のスクリーニングを系統的に行い、原疾患の病態・予後管理や患者 QOL の向上に活かしていこうという取り組みが広がりつつある。一方、身体疾患患者には、不安症状も日常的に認められるが、うつ症状にくらべて軽視される傾向にあり、生活行動に大きな支障が生じていない限りは、積極的な対応がされていないのが現状である。しかし、うつ病の前駆症状として多くの患者が病態変化や療養生活への不安を持続的に訴えていることからわかるように、身体疾患患者のうつ病予防や QOL 向上のためには、疾病に伴う不安のマネジメントが重要である。

そこで本稿では、心疾患、がん、糖尿病患者における不安・抑うつ症状の実態とその心理社会的要因について、われわれが取り組んできた研究を紹介する。さらにはプライマリケアにおける不安・抑うつの理解と患者への教育、そして最後に現在の医療現場に活かす認知行動療法の実践例を概説する。

◆身体疾患と不安・抑うつ

1) 心疾患患者の不安・抑うつ

うつは冠動脈疾患の発症率を高める他、心筋梗塞の再発率や死亡率を高める。またうつ状態ではセロトニンが減少し、血小板の粘度上昇により血栓を形成するなど心

疾患を悪くさせる背景要因をつくりだしている¹⁾。

外来心疾患患者 505 名を対象にした抑うつ症状に関するわが国の調査では、軽度以上の抑うつが 52%、中等度以上では 21%であると報告されている²⁾。この数字は欧米におけるデータとくらべて差はみられない。

心疾患はストレスや生活背景により発作性の病態を取るものが多く、再発をくり返すことにより予後が悪化する。このことから心疾患を取り巻くさまざまな不安やストレスの問題を扱う必要がある。

Cornell medical index (CMI) による心房細動患者の神経症傾向をみた調査では、心房細動を有する患者では一般サンプルと比較し神経症域が有意に多く、特に発作性の孤立性心房細動を有する患者では不安が非常に高いことが示されている³⁾。

また発作性病態と心理社会的背景との関係性をみると、発作の頻度が高い患者や発作の苦痛が強い患者は、発作不安を感じ広場恐怖を起こしやすい。発作誘発の主要な因子は仕事のストレス、不安、イライラ、疲労、緊張などが中心である。特に発作不安や広場恐怖は、圧倒的に心理的な要因が影響している⁴⁾。

ところで近年、重症不整脈の治療においては、生命予後改善の観点から植込み型除細動器 (implantable cardioverter defibrillator : ICD) が多用されている。しかし ICD 患者の不安を STAI でみると 85%に不安症状があり、53.3%は不安が強く、2.5%に重症の抑うつ症状がみられた。ICD 作動時のショックにより PTSD や広場恐怖が引き起こされることがその背景の一つにある。

「ICD 治療に対する認識」の因子分析では、突然死を防止する安心感がみられる一方で、作動の不具合に対する心配もあり、不安や抑うつとの関連が指摘されている。このことから ICD では生命予後の改善は図れるものの、患者の QOL 向上は必ずしも図れていない状況といえる⁵⁾。

一方、心不全患者においても抑うつ症状はしばしばみられ、慢性心不全患者への調査では、不安を訴える患者は 24.8%で、中等度以上の抑うつ症状がみられる患者は 22.1%という報告がある。慢性心不全患者のうつ症状に関連する要因の調査結果では、疾患に対する対処行動の積極性が高く、健康に対する統制感や論理的分析の意識が低いほどうつ頻度が高くなる傾向がみられた⁶⁾。今後はさらに心不全の状態別に詳細な分析を行う必要があると思われる。

2) がん患者の不安・抑うつ

がん患者は、がんの臨床経過の中で不安・抑うつ・戸惑い・葛藤・苦悩といったさまざまな心理状態となる。こうした、がん患者の苦悩は、一般的に「がん」という病気そのものからくる苦悩ととらえられがちだが、医療者とのコミュニケーションに関する葛藤も大きな要因となっている。このような背景から、医療者側のコミュニケーションの改善が注目され、取り組みがなされている。なかでも国立がん研究センターで開発された悪い知らせの伝え方を示した SHARE プロトコルによって医療者のコミュニケーションスキルは大きく改善しつつある。

その一方、患者は主治医との信頼関係の不具合や診察での対応の不満、さらには退院後の情報提供の過不足など戸惑いを感じる場合がある。これは QOL の低下や抑うつ、不安の上昇、身体症状の悪化の原因となることから、患者視点からのコミュニケーションについて考えていく必要がある。

そこでわれわれは補完代替医療を行っているがん専門クリニックに通院する成人がん患者を対象に調査を行い、がんの治療を行っている病院の主治医とのコミュニケーションについて回答を求めた。インタビューでは「主治医との現状のかかわり」、「話をすることを戸惑う理由」、「主治医に求める対応」について調査し、因子分

析の結果大きく分けて 2 つの因子に整理することができた。1 つは話したいし聞きたいけれど、聞けない、話せないなどの「葛藤」というファクターで、もう 1 つはきつといろいろしても無理だろう、話しても無駄だなどの「あきらめ」というファクターである。こうした主治医へのためらいと患者の特徴の関連をみると、「葛藤」を強く感じている群では不安が強く、「あきらめ」は疼痛が相関することが示された⁷⁾。

3) 小児がん患者の不安・抑うつ

小児がんでは白血病が主ながん種で、全体として 5 年生存率平均 70%と寛解率は高い。しかしながらその後の就職、結婚、出産など長期の QOL を考慮した場合、その支援は十分ではない。小児がんにおける治療目標はいかに治って普通の生活に戻れるかが問われる時代になっている。

そこでわれわれは長期寛解患者を中心に、心理的苦痛についてインタビュー調査した。その結果、退院後の不安、困難の特徴として、身体的な困難と対人面における困難が最も多く、ついで行動上の困難、将来に対する不安が続いた。これらを退院後の困難の因子構造として検討した結果、第 1 因子として将来への不安、第 2 因子として病気にかかわる対人関係の困難、第 3 因子として身体状態に関する困難の 3 つに分類することができた。困難への有効な対処法に関する調査をしたところ、医療従事者では専門家に相談することを重視していたが、小児がん患者は「仕方ないからあきらめる」「我慢する」といった対処法を多用しており、双方の認識の違いがみられた。困難への有効なサポートに関する調査では、医療従事者が病気や生活について具体的なリソースを活用することを重視していたのに対し、小児がん患者では「そばに人がいてくれる」など、情緒的なサポートを求める回答が多くみられた。そして、退院後に抱える困難とソーシャルサポートが適応に及ぼす影響を量的に検討した結果、ソーシャルサポートが人生の満足感において大きく影響していた⁸⁾⁹⁾。

4) 糖尿病患者の不安・抑うつ

糖尿病はさまざまな血管障害や神経障害を合併する慢

性疾患である。糖尿病の治療においては患者自身によるセルフケア行動の遂行がより良い血糖コントロールに不可欠である。血糖コントロールで薬物療法のアドヒアランスが重要であるとともに、食事療法や運動療法などのセルフケア行動の向上が求められている。しかしながら食事療法や運動療法のセルフケア行動の遂行は薬物療法にくらべて低いと報告されており、その背景には情動的問題が示唆されている。

またうつ病の併発により、食事療法や運動療法のセルフケア行動が低下し、血糖コントロールの悪化や合併症の併発・悪化に結びつく可能性が指摘されている。さらには死亡率の増加や機能制限、QOLの低下などさまざまな弊害が生じる。そして、抑うつ症状を有する糖尿病患者に対しては、通常の糖尿病教育でセルフケア行動を高めることは困難だということがわかっている。

そこで、糖尿病患者を対象に、セルフケア行動に及ぼす抑うつ・不安の影響を調査したところ、食事療法遵守に影響を及ぼす感情要因として不安が最も強いことが示された。さらに2型糖尿病患者のセルフケア行動に影響を及ぼす心理・社会的要因について120名の糖尿病患者を対象に検討を行った結果、抑うつが高い群は低い群にくらべ、疾病受容が悪いことが示された。また抑うつ高群では食行動の管理が悪く、満腹欲求が強く、食事内容やリズムに問題があり、抑うつによるセルフケア行動の悪化が示された（未発表）。

◆プライマリケアにおける不安・抑うつの理解と患者への心理教育

人が不安になるのは、何が起こるか予測がつきにくい（予測不可能性）ときと、どのように対応をしたらよいかわからない（対処不可能性）ときである。不安が高まるにつれ、予測可能性と対処可能性を高めようとするが、ほとんどの場合で失敗し、明確な答えを見出せず不安や心配な状態が持続する。心配が増加すると過敏性が形成され増加し、その結果、自分から積極的に活動することをやめてしまう。不安と心配は悪循環し、現実とは乖離した生活になっていく。

一方、抑うつは、主観的失敗体験の蓄積によって生じる。抑うつ状態では活動性が低下し、閉じこもりがちに

なる。その結果、相対的に失敗したと思う体験が増加し、できなかったことや自分のためなところばかり浮かぶようになる。主観的失敗体験と自己卑下の悪循環は、不安と同様に現実と乖離した生活にさせてしまう。

そこで、不安・抑うつ気分へのマネジメントでは「あいまいさ」を受け入れ、わからないことを、いつまでもあれこれ考えず、問題が生じてから考えるようにアドバイスする。また、「縁起かつぎ」や「根拠のない法則」に縛られない生活を送ることも必要であり、慎重すぎることは、必ずしも幸せを増やさないこと、さらにはリラクゼーションをはじめ不安、緊張を緩和する具体的な方法を覚えることも大事であると伝えることが重要である。

そして、「避ける」よりも「慣れる」ことで自信がつかような経験をする必要がある。プライマリケアでは、まずはできているところに目を向いてもらい、基本的な生活を崩さないよう支援し、仮想現実（頭の中の空想）ではなく現実におきていることに目を向けさせることが重要である。

◆日常診療に活かす認知行動療法

認知行動療法はここ30年間に発展した心理療法で、単なるメンタルケアではなく、身体疾患を支える行動形成、行動変容、あるいは患者脆弱性となりうるものの見方、考え方などを複合的にケアするtherapyである。

認知行動療法の効果はうつ病および不安障害などの精神疾患に効果があると報告されているが、Beltmanら¹⁰⁾が2010年に報告したメタ分析では、身体疾患を伴う、うつ症状にも有効であることが示されている。

不安・緊張あるいは不安・恐怖をコントロールする方法としては認知行動療法におけるエクスポージャー法が活用されている。また、うつ病や慢性疼痛における痛みや不安のコントロールに対するリラクゼーションの活用も一つの技法として行われている。さらに健康の行動形成では、行動変容を動機付け、健康行動を維持させていくための段階的な介入方法がある。実際に、行動変容を動機付けるには、健康や病気に関する知識の情報提供のみならず、心理教育（行動科学的な方法論）により自分の生活を振り返り、自ら問題点の抽出と目標設定を見出せるように介入する。健康行動を形成する時期に

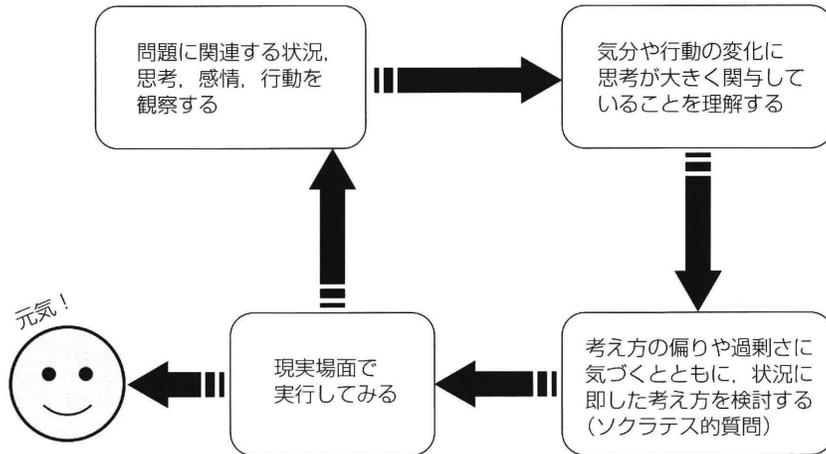


図 1. 認知的再構成の流れ
(鈴木伸一ほか, 2005¹¹⁾より引用)

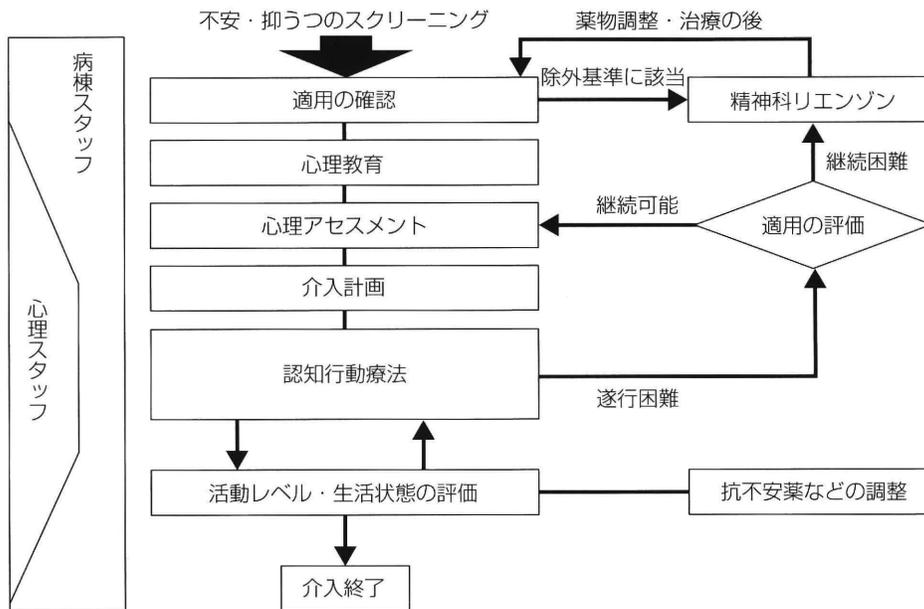


図 2. 循環器内科病棟における認知行動療法プログラム導入プロトコル
(鈴木伸一ほか, 2008¹²⁾より引用)

は、「いつ」、「どこで」何をやったら良いのか、それをやれたときに自分で「できた」、「良かった」という実感を得られるような行動形成要因の準備と周囲のサポートが必要である。健康行動を安定・維持させる時期には、行動パターンの把握や妨害要因の排除と促進要因の拡充、やる気と自信の醸成、再発予防が重要である。これらの技法の中で考え方の修正に用いる主要な方略としての認知的再構成の流れを図 1¹¹⁾に示す。

◆身体疾患患者を対象とした認知行動療法的アプローチ

認知行動療法は医療現場の中で取り組まれはじめており、ここではその実際を紹介する。ある大学病院の循環器病棟における認知行動療法プログラム導入のプロトコルを図 2¹²⁾に示す。身体疾患を伴った不安・抑うつ症状の患者への介入のポイントとして、気分のセルフモニタリングを行いながら、スモールステップの目標設定を行

う。さらには状況の予測と対処法の話し合いをもち、実行に対する積極的賞賛と自己強化を行いながら、対処法についての有効性の評価と次回への対策を話しあっていく。冠動脈疾患患者では生活改善ができずに再発する場合があるので、在院中から健康行動の形成について話し合いを進めながら、外来に移った後、心理的なフォローアップをすることで健康行動を形成していくプログラムを導入している。

◆おわりに

身体疾患患者において不安や抑うつ症状により身体疾患の悪化や QOL の低下を招くことから不安・抑うつのマネジメントが重要である。医療という枠組みの中で医療心理学や認知行動療法を活用することで患者を支援することができると考えられる。医療が抱えるアンビバレントな課題に医療心理学と認知行動療法の貢献が期待される。

文 献

- 1) 築山久一郎：ストレス症候群：循環器疾患に関する最新の知見と内科医の考察。メディカルレビュー社、大阪、2000
- 2) Suzuki T, Shiga T, Kuwahara K *et al* : Depression and outcomes in hospitalized Japanese patients with cardiovascular disease. -Prospective single-center observational study-. *Circ J* 75 : 2465-2473, 2011
- 3) 鈴木伸一, 笹貫宏, 大西哲：発作性および慢性心房細動患者における基礎疾患の有無からみた QOL および発作不安の検討。循環器心身医学研究会第 51 回大会会合記録：9-11, 1997
- 4) 鈴木伸一, 笹貫宏：発作性心房細動患者の発作誘因と QOL および不安症状との関連。循環器心身医学研究会第 55 回大会会合記録：18-21, 1999
- 5) 市倉加奈子, 小林清香, 松岡志帆ほか：植え込み型除細動器患者における QOL および関連する要因の検討。第 68 回日本循環器心身医学会, 2011
- 6) 松岡志帆, 市倉加奈子, 小林清香ほか：慢性心不全患者の抑うつ症状に関連する要因の検討。第 68 回日本循環器心身医学会総会, 2011
- 7) Ogawa Y, Takei Y, Koga H *et al* : Characteristics of cancer outpatients and their hesitation types while communicating with their doctors during medical consultations. 15th World Congress of Psycho-Oncology and Psychosocial Academy, November 6, Rotterdam, Netherlands, 2013
- 8) Takei Y, Ogata A, Ozawa M *et al* : Psychosocial dimensions of cancer in adolescents with childhood cancer. 13th World Congress of Psycho-Oncology, Antalya, Turkey, 2011
- 9) Takei Y, Ogata A, Ozawa M *et al* : 2011 Factors influencing quality of life in young adolescent patients of childhood cancer. 41st EABCT Annual Congress, Reykjavik, Iceland, 2011
- 10) Beltman MW, Voshaar RC, Speckens AE : Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease : meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 197 : 11-19, 2010
- 11) 鈴木伸一, 神村栄一：実践家のための認知行動療法テクニックガイド—行動変容と認知変容のためのキーポイント, 坂野雄二監修, 北大路書房, 京都, 2005
- 12) 鈴木伸一：医療心理学の新展開：チーム医療に活かす心理学の最前線, 北大路書房, 京都, 2008