

抑うつと希死念慮

A 問題

〔一般問題〕

問題1 抑うつのスクリーニングについて正しいものはどれか、2つ選べ

- (1) がん患者の抑うつはスクリーニングに適した疾患（症候群）である
- (2) がん患者の抑うつのスクリーニングツールを選択する際には、簡便さを最も重視する必要がある
- (3) 進行がん患者の抑うつのスクリーニングの国際標準は、患者自身に「気分が落ち込んでいませんか？」と尋ねることである
- (4) 抑うつのスクリーニングには、あわせて有効な治療プログラムを併用することが望まれる
- (5) 抑うつのスクリーニングの結果、陽性であったものに対しては、治療を行う必要がある

問題2 抑うつの疫学について正しいものはどれか、2つ選べ

- (1) わが国のがん患者における大うつ病の有病率は20～25%程度である
- (2) わが国の一般人口における大うつ病の有病率は欧米に比べて低い
- (3) がん診断後の適応障害および大うつ病の有病率は、がんの経過に従って低くなっていく
- (4) がん患者の大うつ病の有病率には性差がない
- (5) がん患者の適応障害および大うつ病は高齢になるに従い頻度が高くなる

問題3 抑うつの病態について誤っているものはどれか、2つ選べ

- (1) がん患者にみられる大うつ病の生物学的メカニズムは、一般人口にみられる大うつ病と同じであることが示されている
- (2) がん患者にみられる適応障害と大うつ病の臨床的危険因子として重要な身体的要因に痛みと身体機能の低下が挙げられる
- (3) がん患者の抑うつ発現における防御要因として、医療者や家族からのサポートが重要である
- (4) がん患者にみられる大うつ病は一般的には重症のものが多く、精神病像を伴う症例もまれではない
- (5) がん患者の抑うつ発現に痛みが主要な役割を果たしている場合、まずは除痛を優先し、その後に、抑うつの再評価を行う

問題4 抑うつの診断について正しいものはどれか、2つ選べ

- (1) 抑うつ気分が存在しない場合は、大うつ病ではない
- (2) 米国精神医学会（DSM-IV）の大うつ病診断基準として提唱されている診断項目は8つである

- (3) がん患者の大うつ病を操作的診断基準（たとえば、DSM-IV）を用いて診断する場合、最も問題となるのは睡眠障害、倦怠感などの身体症状である
- (4) 罪責感や希死念慮の存在は、がん患者の大うつ病の診断に際して有用である
- (5) 大うつ病診断基準に含まれる身体症状項目に関して、病因のいかんを問わず診断基準に算入する診断アプローチを採用した場合、進行がん患者の大うつ病の有病率は50～80%である

問題5 抑うつの薬物療法について正しいものはどれか、2つ選べ

- (1) がん罹患するという明確なライフイベント後に生じた大うつ病に対して薬物治療は有用ではない
- (2) 多くの抗うつ薬は作用発現までに2～4週間を要することが多い
- (3) 精神刺激薬（例：メチルフェニデート）は抗うつ作用を有し、作用発現が早い
- (4) おおのこの抗うつ薬で効果は著しく異なり、現在では三環系抗うつ薬などの従来薬に比べ、選択セロトニン再取り込み阻害薬が最も強力な抗うつ薬であることが示されている
- (5) 頻度の高い抗うつ薬の有害事象として、三環系抗うつ薬における嘔気・嘔吐、選択的セロトニン再取り込み阻害薬における便秘、口渇などが知られている

問題6 抑うつの非薬物療法について正しいものはどれか、2つ選べ

- (1) 終末期における支持的精神療法、カウンセリングにおいてもっとも重要なことは、患者自身に死を受容させることである
- (2) 進行・終末期がん患者に対する精神療法の中で最も有用な治療技法は、精神分析理論に基づき内面の深い洞察を指向する力動的精神療法（psychodynamic psychotherapy）である
- (3) よい精神療法を提供する大前提としては、患者と医療者の良好な信頼関係の形成が必須である
- (4) 心理教育的介入の目標は、正しい医学的な知識を提供することにより、不確実な知識や知識の欠如に起因して生じている不安感、抑うつ感や絶望感を改善することにある
- (5) がん患者に病状の否認、退行がみられた場合は、できるだけ早期に精神療法的介入を行い、それらを消失させることが重要である

問題7 症状マネジメントに必要な薬物の薬理学的特徴について正しいものはどれか、3つ選べ

- (1) 一般的に、薬物効果に影響を与える薬物の相互作用としては、薬物の感受性などに変化を与える薬力学的相互作用（pharmacodynamic drug interaction）と薬物の体内動態に変化を与える薬物動態学的相互作用（pharmacokinetic drug interaction）とがある
- (2) がん患者は高齢者が多いので、抗うつ薬の投与量も少量から開始する必要がある

- (3) セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬であるミルナシプランは代謝酵素 CYP2 D6 を阻害する
- (4) ある選択的セロトニン再取り込み阻害薬が無効であった場合には、他の選択的セロトニン再取り込み阻害薬も多くの場合無効である
- (5) 三環系抗うつ薬は、重篤な心臓への有害事象を認めることがあるため、投与前に心電図を確認しておくことが望ましい

問題 8 希死念慮の疫学と病態について正しいものはどれか、2つ選べ

- (1) がん患者の自殺率は一般人口に比べて高く、およそ 10～20 倍である
- (2) がん患者の自殺の最大の原因の 1 つとして大うつ病が挙げられる
- (3) 終末期がん患者の 10% から 20% 程度に希死念慮を有する患者や安楽死を望む患者が存在する
- (4) 緩和ケアを受けている終末期がん患者の希死念慮の背景に存在する最も重要な要因は痛みである
- (5) 終末期がん患者の希死念慮の多くは合理的で治療が不要なものである

問題 9 希死念慮の診断と治療について正しいものはどれか、2つ選べ

- (1) がん患者と希死念慮について話し合うことは、患者の希死念慮を増悪させたり、自殺の危険を高めるので、可能なかぎり避けることが望まれる
- (2) 希死念慮の評価を行う際には認知機能の評価も行う必要がある
- (3) がん患者の希死念慮の評価を適切に行うためには、身体的側面、心理社会的側面、実存的側面など多面的かつ包括的に行う必要がある
- (4) がん患者に希死念慮が認められた場合には、できるだけ早期に抗うつ薬で治療を開始する
- (5) 希死念慮を有するがん患者とのコミュニケーションに際しては、医療スタッフの宗教観や人生観などに基づき、希死念慮を持つべきではないことを説くことが有用である

〔症例問題〕

〔症例〕

53 歳、男性。半年前に手術で切除した肺がんが再発。多発骨転移あり。骨転移による疼痛緩和目的で約 2 ヶ月前に入院。安静時の痛みは緩和されたが、体動時の痛みのため日中もベッド上で過ごすことを余儀なくされていた。入院生活が長びき、食欲低下、倦怠感、不眠が出現し、次第に口数も少なくなってきた。最近、好きでよく読んでいたという時代小説を読んでいる姿をみかけることもなくなっており、家族もふさぎこんだ状態を心配しているものの、病

気が治らない状態であれば自然なことなのかもしれないと感じていた。睡眠薬で客観的には不眠は改善しているように見えたものの睡眠に対する満足感は乏しく、また食欲低下や倦怠感に対してステロイドを使用するも無効であった。

あなたが、この患者さんを訪床したある夕方、「一生懸命やったださる看護婦さんや先生に申し訳なくて言えませんでした、皆に迷惑をかけるばかりで、生きていてもつらいばかりです。早く死んでしまいたいのです。もしできることなら、早く逝かせていただきたいのですが…」との申し出があった。あなたが、何がつらいのかと尋ねると、「こんな状態で生きている自分には価値がないのではないかと思うのです。とにかく気持ちがつらくて…」と涙を流しながら答えた。

問題 1 この患者の希死念慮の原因として最も考えやすいものはどれか、1つ選べ

- (1) 痛み
- (2) うつ状態（大うつ病）
- (3) 死の恐怖
- (4) 正常な反応であり、原因となるものは特にない
- (5) 高カルシウム血症

問題 2 この患者は希死念慮を述べているが、これに対して適切ではない初期対応は以下のうちどれか、2つ選べ

- (1) 患者の抱いている希死念慮の程度や背景について尋ねる
- (2) わが国では安楽死が違法であることを説明し、安楽死は提供できないことを率直に説明する
- (3) 話題を死の話題から他の話題にそれとなく変える
- (4) 患者の病気に対する理解を確認する

B 解答・解説

〔一般問題〕

問題1 解答 (1), (4)

- (1) 一般的に、スクリーニングが有用な疾患は、有病率が高く、外見上その疾患に罹患していることが明らかでなく、治療可能であり、早期治療が有益である、といった特徴を有することが知られており¹⁾、がん患者における抑うつは、まさにこのような条件に合致する。
- (2) スクリーニングツールを選択する際には、簡便さも重要であるが、その性能を示す感度、特異度、尤度比などを考慮する必要がある²⁾。
- (3) カナダの終末期がん患者を対象とした有用なスクリーニング法の検討において、患者自身に「気分が落ち込んでいませんか?」と尋ねることが最も良好な感度、特異度を示したことが報告されたが³⁾、イギリスの患者では良好な結果は再現されなかった⁴⁾。
- (4) プライマリケアにおける抑うつのスクリーニングの有用性に関するメタ分析で、スクリーニングの施行に加えて、結果のフィードバックや治療のモニタリングなどを併用する方法が推奨されている⁵⁾。
- (5) スクリーニング結果はあくまで参考所見であり、治療の要否とは異なる。たとえば、スクリーニング陽性症例にも、通常、一定の割合で疑陽性症例が含まれている。

問題2 解答 (2), (4)

- (1) わが国のがん患者における大うつ病の有病率調査からは、大うつ病の有病率は3～10%程度であることが示されている^{6～12)}。
- (2) わが国を含めアジア諸国の大うつ病の有病率は一般に欧米に比べて低いことが示されている^{13～16)}。
- (3) がん診断後の適応障害および大うつ病の有病率は、がんの経過で有意な変化は示さないことが示されている^{6,7,17)}。
- (4) 一般人口でみられる大うつ病と異なり、がん患者においては大うつ病の有病率に性差はないと考えられている¹⁸⁾。
- (5) がん患者では、がん年齢である60～70歳代に比べ、むしろ相対的若年者で心理的苦痛が高く、適応障害および大うつ病の頻度も高いことが示唆されている^{7,10,19,20)}。

問題3 解答 (1), (4)

- (1) 一般人口における大うつ病に関しても、がん患者における大うつ病に関しても、現時点において生物学的メカニズムは明確にはわかっていない²¹⁾。
- (2) がん患者にみられる抑うつの臨床的危険因子としては、患者の人口統計学的要因、身体的要因、心理社会的要因など複数の要因が複雑にからみあっていることが知られている

が、もっとも重要な身体的要因は痛みと身体機能の低下である^{22~24)}。

- (3) ソーシャルサポートは、がん患者の抑うつをはじめとした心理的苦痛の防御要因として重要な役割を果たすことが知られている^{25~30)}。
- (4) がん患者に認められる大うつ病は軽症のものが多く³¹⁾、精神病像を伴うことはまれである³²⁾。
- (5) 抑うつと痛みが同時にみられた場合は、まずは除痛を優先し、その治療経過をみながら抑うつの再評価を行う方法が推奨されている^{33~34)}。

問題4 解答 (3), (4)

- (1) 大うつ病診断に際しての必須症状は、抑うつ気分あるいは興味・喜びの減退である³⁵⁾。
- (2) 大うつ病の診断基準に含まれている項目は、①抑うつ気分、②興味・喜びの減退、③食欲減退（または増加）あるいは体重減少（または増加）、④不眠（または睡眠過多）、⑤精神運動性の焦燥または制止、⑥易疲労性あるいは気力の減退、⑦無価値感あるいは罪責感、⑧思考力・集中力の減退または決断困難、⑨自殺念慮の9項目である³⁵⁾。
- (3) 上述の診断基準項目の③、④、⑤、⑥、⑧はがんそのもの、あるいはがん治療による身体症状としても出現しうるために、がんをはじめとする身体疾患を有する患者の大うつ病診断の際に大きな問題となる。DSM-IVでは、身体症状が身体疾患によってもたらされていない場合に大うつ病診断基準項目として算入する方法を採用しているが、現実的にはがんによるものか、うつ病によるものか判断が容易でないことが多い。現在、提唱されている診断基準を大別すると、身体症状が存在すれば病因のいかんを問わず診断基準に含める inclusive criteria、身体疾患に起因すると思われる身体症状を除く etiologic criteria (DSM-IV)、身体症状項目を除く exclusive criteria (Cavanaugh criteria)³⁶⁾など、DSMの診断基準から身体症状項目を除き代替項目に差し替える substitutive criteria (Endicott criteria)³⁷⁾などがある。いずれの診断基準にも長所、短所が存在するため、身体疾患を有した患者の大うつ病診断に際しては現在ゴールドスタンダードと考えられるような診断基準は存在しないが、臨床的観点からは大うつ病を見逃さないことがより重要であるので、たとえ疑陽性症例が若干含まれても inclusive criteria に基づいて診断し、大うつ病症例を過小評価しない方が望ましい^{38,39)}。
- (4) がん患者の大うつ病を診断するうえでは、希死念慮や自責感の存在が一助となることが示唆されている⁴⁰⁾。
- (5) わが国の進行・終末期がん患者の大うつ病を inclusive approach で診断した場合でも、有病率は10%未満である^{7,10)}。

問題5 解答 (2), (3)

- (1) がん患者の大うつ病に対する抗うつ薬の有用性を検討した無作為化比較試験から、その有用性が示されている^{41~43)}。

- (2) 抗うつ薬には、効果発現上の特徴として、効果発現までに2～4週間を要し（たとえば、がん患者の大うつ病に対する抗うつ薬の有用性を検討した文献⁴¹⁾、⁴²⁾などに掲載されている実際のデータをみてもそれが読み取れる）、副作用が効果に先行して出現することが多いという特徴を有する。したがって、もともと何らかの身体症状を有していることが多いがん患者の治療に当たっては、いたずらな不安を抱かせぬよう、抗うつ薬のこれら特徴を患者に十分に説明したうえで用いる必要がある。
- (3) 精神刺激薬（メチルフェニデート）は抗うつ作用を有し、作用発現が早いことが知られている^{44,45)}。
- (4) メタ分析からは、選択セロトニン再取り込み阻害薬と三環系抗うつ薬の有効性は同等であることが示されている⁴⁶⁾。
- (5) 一般的に嘔気・嘔吐が発現しやすいのは選択セロトニン再取り込み阻害薬であり、便秘、口渇などの抗コリン性の有害事象がみられやすいのは三環系抗うつ薬である⁴⁷⁾。

問題6 解答 (3), (4)

- (1) 支持的な精神療法、カウンセリングにおいて死を受容することを強要することはない。これら精神療法の基本は、患者の言葉に対して批判、解釈することなく、非審判的な態度で支持を一貫して続けることにある。
- (2) 力動的な精神療法は、その治療目標がパーソナリティの再構成であり、症状からの解放や行動変化はその結果として現れてくるものである。したがって、がん患者においては、自分の内面の深い理解を望む患者に対しては、力動的な精神療法が有用な場合もあるが、実際に適応となるがん患者は特に進行・終末期では少ない。また、身体状況によっては禁忌ともなりうる（身体的な危機状況、高度な不安など）、施行する場合は特殊なケースに限り専門的なトレーニングを受けた治療者が、明確な目標設定のもとで行うべきであろう⁴⁸⁾。
- (3) 患者と良好な信頼関係を形成することは、患者との良好なコミュニケーションあるいは精神療法の第一歩としてきわめて重要であり、このためには、面接者の基本姿勢として求められる、あたたかさ、礼節、感受性といった要素が必須である。同様に、プライバシーへの配慮を十分に行う、座る、患者の言葉に心から耳を傾ける、といった基本的事項も不可欠な要素である。
- (4) 正しい。したがって、心理教育的介入に際しては、まず、医療スタッフからの説明や現状を患者がどのように理解し、どのように受け止めているかを理解する必要がある。十分に理解されていない情報を明確にしながら、患者の誤解を訂正し、患者の置かれている状況について保証を与えることは患者の抱えている無用な精神症状を軽減するうえでの一助となる。
- (5) 否認、退行の多くは、いずれも、治癒が望めないといった絶望的な状況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く、多くの場合、ケア

の妨げとなることのない軽度のものである。これら防衛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、また進行・終末期、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^{49~51)}。

問題7 解答 (1), (2), (5)

- (1) 正しい。前者としては、抗コリン作用を有する三環系抗うつ薬とモルヒネとの併用による便秘、口渴などの増強などが挙げられる。後者に関しては、薬物は一般的に吸収、分布、代謝、排泄の各段階において薬物相互作用を受ける可能性を有しているが、最も頻度が高いのは代謝に関しての相互作用であると考えられている。たとえば、選択的セロトニン再取り込み阻害薬であるパロキセチンは、CYP2D6で代謝されるが、そのCYP2D6による代謝に飽和が生じ、CYP2D6で代謝される薬剤の血中濃度を上昇させる危険がある。
- (2) 高齢者では、薬物代謝が遅延している可能性がある。一般的には、身体疾患を持たない患者に使用される量の半分から3分の1程度の初期量から開始し、有害事象の出現を細かくモニタリングしながら、適宜漸増していく方法が推奨される。
- (3) ミルナシプランは、チロクロームP450系によって代謝されず、直接グルクロン酸抱合を受けることから、他の薬物との相互作用は少ない。
- (4) 個々の選択的セロトニン再取り込み阻害薬は、共通の化学構造を持たず、薬物動態学的な特徴もさまざまである。したがって、1つの選択的セロトニン再取り込み阻害薬が無効であっても、他の選択的セロトニン再取り込み阻害薬が有用であることもまれではないことが知られている。
- (5) 三環系抗うつ薬は、QT間隔延長や心室性不整脈を起こすことがある。

問題8 解答 (2), (3)

- (1) 先行研究の多くが、がん患者の自殺率は一般人口に比べて有意に高いことを示している^{52~54)}。しかし、一般人口に比べて数十倍も高いのではなく、メタアナリシスの結果からは、がん患者の自殺率は、一般人口に比べて2倍程度であることが示されている⁵⁵⁾。
- (2) Henrikssonらは、自殺したがん患者60例を非がんの自殺症例60例と比較した結果、両群ともに自殺の最大の原因となっていた精神疾患は大うつ病であったが、がん患者の自殺群では、非がんの自殺群に比べて、アルコール依存が少なかったという結果を報告している⁵⁶⁾。本結果は、自殺を促進する要因として、がん、非がんに限らず、大うつ病が重要である一方で、アルコール依存など一般人口の自殺の原因としてよく知られた要因に関しては、がん患者ではそれほど顕著ではないことを示唆している。
- (3) Chochinovらは、終末期がん患者200人を対象として希死念慮の頻度に関する検討を行い、8.5%が中等度以上の希死念慮を有していたことを示した⁵⁷⁾。Breitbartらは、92名の終末

期がん患者を対象として、17.4%に希死念慮が認められることを示した⁵⁸⁾。わが国の報告からも終末期がん患者の10～20%に希死念慮を認めることが示されている^{59,60)}。

- (4) 前述のChochinovらは、中等度以上の希死念慮を有するものの半数以上が大うつ病であり、痛みの存在、Beck Depression Inventoryで評価した抑うつ状態、家族からの社会支援(ソーシャルサポート)の乏しさが希死念慮に有意に関連することを報告した⁵⁷⁾。またこれら要因の相互関係を検討し、希死念慮に最も直接的に関係する症状は抑うつ状態であり、痛みと家族のサポートは抑うつ状態を介して間接的に希死念慮に寄与している可能性を示唆した²⁹⁾。Breitbartらの検討からも、痛みは独立した有意な要因とはなっていない⁵⁸⁾。しかし、これらは標準的な緩和ケアが提供されている状況下での検討であることも銘記しておく必要がある。
- (5) 多くの研究が、希死念慮や安楽死の希望の背景には、大うつ病、せん妄をはじめとした精神医学的問題が存在することを示しており、進行・終末期がん患者を精神医学的に援助することの重要性を示している。一方では、痛みなどの身体症状や絶望感、実存的苦痛、ソーシャルサポートなど他の次元の要因が独立して関与することも示されており、がん患者の希死念慮の背景に存在する要因の複雑さが示唆される。しかし、現時点で示されている結果からは、希死念慮を有する患者に対しては、特に大うつ病の評価が不可欠であり、終末期であっても、希死念慮を安易に合理的なものと考えたことの危険性が示されている。

問題9 解答 (2), (3)

- (1) 多くの医師が、患者に対して自殺や死に関する質問を行うことで、自殺念慮をより強いものにしてしまうのではないかと、といったことを懸念しているが、このようなことが実際に起こるといふ知見はほとんど得られていない。むしろ、終末期の患者は、そのような話し合いはタブーである、あるいは適切ではないと感じているために、医師とこれらについて話し合うことをしばしば避けているのである。したがって、そういった話題に触れてもかまわないという医療スタッフのアプローチを待っているのである⁶¹⁾。
- (2) 認知機能障害では、背景に存在する身体状態の結果として、意識の全般的な混濁と合理的に思考する能力の低下といった症状がみられるため、希死念慮や自殺企図などがみられることがある⁶²⁾。
- (3) 前問の解説でも示したように、がん患者の希死念慮の背景に存在する要因は、多次元的であり、複雑である。これまでの研究からは、希死念慮発現に関連する可能性がある臨床的要因として、痛みに加え、大うつ病をはじめとした心理的、精神医学的苦痛、そしてソーシャルサポート、絶望感や依存など実存的問題など多岐に渡っている。
- (4) 希死念慮の発現に大うつ病が関与しており、かつ薬物療法が望まれる臨床的状況の場合には抗うつ薬の処方望まれるが、前述のように、希死念慮の背景に存在する要因は複雑で

あるため、個別的にその背景要因を検討し、包括的なマネージメントを提供する必要がある^{63,64)}。

- (5) 希死念慮を有する患者に対して、医療スタッフが提供可能な最も重要な初期の対応は、この問題に関する話し合いをオープンに、かつ非審判的に行う姿勢を示すことである。これらの問題を話し合いたいという旨を表現することや、このような医療スタッフの態度が患者の苦痛を軽減することも稀ではないのである。道徳的、倫理的、宗教的な見地から自殺や自殺補助に反対している医療スタッフであっても、そのようなことを患者に伝えたり、気持ちの適切なあり方に対して審判することなく、希死念慮やそういった気持ちについて話し合うことが重要である⁶⁰⁾。

〔症例問題〕

問題1 解答 (2)

提示されている症状（食欲低下、倦怠感、睡眠障害、興味・喜びの低下 [好きでよく読んでいたという時代小説を読んでいる姿をみかけることもなくなった]、自責感 [皆に迷惑をかけるばかり]、無価値感 [こんな状態で生きている自分には価値がないのではないかと思うのです]）からは、まずうつ状態（大うつ病）を考える必要がある。精神症状を評価する際の一般論ではあるが、精神症状の評価とそれが起きる状況の理解は独立して行うことが原則であり、「こんな状況であれば、そんな風に思うのは自然なこと」と安易に考えないことが大切である⁶⁵⁾。これは終末期がん患者の場合でも同様であり、正常範囲内の悲しみや悲嘆と治療を要する大うつ病レベルの鑑別診断を行うのは重要である⁶⁶⁾。

問題2 解答 (2), (3)

患者が死にたいと語る場合や死を望む場合の多くは、背景に種々の問題を抱え、助けを求めている状況が潜んでいることが多い。実際、前述したように、先行研究から、希死念慮の背景に存在する臨床的要因として、痛みに加え、大うつ病をはじめとした心理的、精神医学的苦痛、そしてソーシャルサポート、絶望感や依存など実存的問題など多岐に渡る苦痛症状が示されている。したがって、患者が希死念慮を述べた場合は、医療スタッフは、患者の苦痛症状に対して包括的に再評価を行う必要がある。また、場合によっては、患者が実際の医学的状況を過って認識してる場合もまれではないので、患者に対して病気に対する理解を確認することも重要である。

引用文献

- 1) Greenfield SF, Reizes JM, Magruder KM, et al : Effectiveness of community-based screening for depression. *Am J Psychiatry* **154** (10) : 1391-1397, 1997
- 2) 古川壽亮 : エビデンス精神医療. 医学書院, 2000
- 3) Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, et al : "Are you depressed?" Screening for depression in the terminally ill. *Am J Psychiatry* **154** (5) : 674-676, 1997
- 4) Lloyd-Williams M, Dennis M, Taylor F, et al : Is asking patients in palliative care, "are you depressed?" Appropriate? Prospective study. *BMJ* **327** (7411) : 372-373, 2003
- 5) Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, et al : Screening for depression in adults : a summary of the evidence for the U. S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* **136** (10) : 765-776, 2002
- 6) Uchitomi Y, Mikami I, Nagai K, et al : Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* **21** (1) : 69-77, 2003
- 7) 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** (10) : 2609-2622, 2001
- 8) Akechi T, Okuyama T, Imoto S, et al : Biomedical and psychosocial determinants of psychiatric morbidity among postoperative ambulatory breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat* **65** (3) : 195-202, 2001
- 9) Uchitomi Y, Mikami I, Kugaya A, et al : Depression after successful treatment for nonsmall cell lung carcinoma. *Cancer* **89** (5) : 1172-1179, 2000
- 10) 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** (2) : 131-137, 2000
- 11) Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, et al : Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer* **88** (12) : 2817-2823, 2000
- 12) Minagawa H, Uchitomi Y, Yamawaki S, et al : Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study. *Cancer* **78** (5) : 1131-1137, 1996
- 13) Simon GE, Goldberg DP, Von Korff M, et al : Understanding cross-national differences in depression prevalence. *Psychol Med* **32** (4) : 585-594, 2002
- 14) Hibbeln JR : Fish consumption and major depression. *Lancet* **351** (9110) : 1213, 1998
- 15) Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al : Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* **276** (4) : 293-299, 1996
- 16) Hasegawa K : The epidemiological study of depression in late life. *J Affect Disord* **1** (Suppl) : S3-6, 1985
- 17) van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden HJ : Psychological sequelae of cancer diagnosis : a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosom Med* **59** (3) : 280-293, 1997
- 18) DeFlorio ML, Massie MJ : Review of depression in cancer : gender differences. *Depression* **3** : 66-80, 1995
- 19) Dugan W, McDonald MV, Passik SD, et al : Use of the Zung Self-Rating Depression Scale in cancer patients : feasibility as a screening tool. *Psychooncology* **7** (6) : 483-493, 1998

- 20) Harrison J, Maguire P : Influence of age on psychological adjustment to cancer. *Psychooncology* 4 : 33-38, 1995
- 21) McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, et al : Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment. *Arch Gen Psychiatry* 52 (2) : 89-99, 1995
- 22) Zaza C, Baine N : Cancer pain and psychosocial factors : a critical review of the literature. *J Pain Symptom Manage* 24 (5) : 526-542, 2002
- 23) Harrison J, Maguire P : Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. *Br J Psychiatry* 165 (5) : 593-598, 1994
- 24) Massie MJ, Holland JC : Depression and the cancer patient. *J Clin Psychiatry* 51 (Suppl) : 12-17 : discussion 18-19, 1990
- 25) Schroevers MJ, Ranchor AV, Sanderman R : The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms : a comparison of cancer patients and individuals from the general population. *Soc Sci Med* 57 (2) : 375-385, 2003
- 26) Kornblith AB, Herndon JE, Zuckerman E, et al : Cancer and Leukemia Group B. Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Cancer* 91 (2) : 443-54, 2001
- 27) Uchitomi Y, Mikami I, Kugaya A, et al : Physician support and patient psychologic responses after surgery for nonsmall cell lung carcinoma : a prospective observational study. *Cancer* 92 (7) : 1926-1935, 2001
- 28) Slevin ML, Nichols SE, Downer SM, et al : Emotional support for cancer patients : what do patients really want? *Br J Cancer* 74 (8) : 1275-1279, 1996
- 29) Chochinov HM, Wilson KG : The euthanasia debate : attitudes, practices and psychiatric considerations. *Can J Psychiatry* 40 (10) : 593-602, 1995
- 30) Neuling SJ, Winefield HR : Social support and recovery after surgery for breast cancer : frequency and correlates of supportive behaviours by family, friends and surgeon. *Soc Sci Med* 27 (4) : 385-392, 1988
- 31) Nakano T, Kugaya A, Akechi T, et al : Algorithm for the treatment of major depression in patients with advanced cancer. *Psychiatry Clin Neurosci* 53 (Suppl) : S61-65, 1999
- 32) Akechi T, Nakano T, Akizuki N, et al : Somatic symptoms for diagnosing major depression in cancer patients. *Psychosomatics* 44 (3) : 244-248, 2003
- 33) Massie MJ, Holland JC : The cancer patient with pain : psychiatric complications and their management. *J Pain Symptom Manage* 7 (2) : 99-109, 1992
- 34) Breitbart W : Psychiatric management of cancer pain. *Cancer* 63 (11 Suppl) : 2336-2342, 1989
- 35) 高橋三郎, 大野 裕, 染谷俊幸 訳 : DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院, 2003
- 36) Cavanaugh S, Clark DC, Gibbons RD : Diagnosing depression in the hospitalized medically ill. *Psychosomatics* 24 (9) : 809-815, 1983
- 37) Endicott J : Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer* 53 (10 Suppl) : 2243-2249, 1984
- 38) Kathol RG, Mutgi A, Williams J, et al : Diagnosis of major depression in cancer patients according to four sets of criteria. *Am J Psychiatry* 147 (8) : 1021-1024, 1990
- 39) Koenig HG, George LK, Peterson BL, et al : Depression in medically ill hospitalized older adults : prevalence, characteristics, and course of symptoms according to six diagnostic schemes. *Am J*

- Psychiatry* 154 (10) : 1376–1383, 1997
- 40) Plumb MM, Holland J : Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer—I. Self-reported depressive symptoms. *Psychosom Med* 39 (4) : 264–276, 1977
 - 41) Pezzella G, Moslinger-Gehmayer R, Contu A : Treatment of depression in patients with breast cancer : a comparison between paroxetine and amitriptyline. *Breast Cancer Res Treat* 70 (1):1–10, 2001
 - 42) van Heeringen K, Zivkov M : Pharmacological treatment of depression in cancer patients. A placebo-controlled study of mianserin. *Br J Psychiatry* 169 (4) : 440–443, 1996
 - 43) Costa D, Mogos I, Toma T : Efficacy and safety of mianserin in the treatment of depression of women with cancer. *Acta Psychiatr Scand* 320 (Suppl) : 85–92, 1985
 - 44) Rozans M, Dreisbach A, Lertora JJ, et al : Palliative uses of methylphenidate in patients with cancer : a review. *J Clin Oncol* 20 (1) : 335–339, 2002
 - 45) Wallace AE, Kofoed LL, West AN : Double-blind, placebo-controlled trial of methylphenidate in older, depressed, medically ill patients. *Am J Psychiatry* 152 (6) : 929–931, 1995
 - 46) Anderson IM : Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants : a meta-analysis of efficacy and tolerability. *J Affect Disord* 58 (1) : 19–36, 2000
 - 47) Trindade E, Menon D, Topfer LA, et al : Adverse effects associated with selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants : a meta-analysis. *CMAJ* 159 (10):1245–1252, 1998
 - 48) Rodin G, Gillies LA : Individual psychotherapy for the patient with advanced disease. In : Handbook of psychiatry in palliative medicine, Chochinov HM, et al (eds), p.189–196, Oxford University Press, New York, 2000
 - 49) Postone N : Psychotherapy with cancer patients. *Am J Psychother* 52 (4) : 412–424, 1998
 - 50) Straker N : Psychodynamic psychotherapy for cancer patients. *J Psychother Pract Res* 7 (1) : 1–9, 1997
 - 51) Stedeford A : Psychotherapy of the dying patient. *Br J Psychiatry* 135 : 7–14, 1979
 - 52) Crocetti E, Arniani S, Acciai S, et al : High suicide mortality soon after diagnosis among cancer patients in central Italy. *Br J Cancer* 77 (7) : 1194–1196, 1998
 - 53) Innos K, Rahu K, Rahu M, et al : Suicides among cancer patients in Estonia : a population-based study. *Eur J Cancer* 39 (15) : 2223–2228, 2003
 - 54) Storm HH, Christensen N, Jensen OM : Suicides among Danish patients with cancer : 1971 to 1986. *Cancer* 69 (6) : 1507–1512, 1992
 - 55) Harris EC, Barraclough BM : Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine* (Baltimore) 73 (6) : 281–296, 1994
 - 56) Henriksson MM, Isometsa ET, Hietanen PS, et al : Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 36 (1–2) : 11–20, 1995
 - 57) Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, et al : Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 152 (8) : 1185–1191, 1995
 - 58) Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, et al : Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA* 284 (22) : 2907–2911, 2000
 - 59) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al : Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer. *Cancer* 100 (1) : 183–191, 2004
 - 60) Morita T, Sakaguchi Y, Hirai K, et al : Desire for death and requests to hasten death of Japanese

terminally ill cancer patients receiving specialized inpatient palliative care. *J Pain Symptom Manage* **27** (1) : 44-52, 2004

- 61) 内富庸介 監訳：終末期患者における自殺，自殺補助および安楽死，緩和医療における精神医学ハンドブック. p.55-68, 星和書店, 2001 (Chochinov HM, Breitbart W, eds:Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine. Oxford University Press, New York, 2000)
- 62) Pessin H, Rosenfeld B, Burton L, et al :The role of cognitive impairment in desire for hastened death : a study of patients with advanced AIDS. *Gen Hosp Psychiatry* **25** (3) : 194-199, 2003
- 63) Cherny NI, Coyle N, Foley KM :Suffering in the advanced cancer patient : a definition and taxonomy. *J Palliat Care* **10** (2) : 57-70, 1994
- 64) Cherny NI, Coyle N, Foley KM:The treatment of suffering when patients request elective death. *J Palliat Care* **10** (2) : 71-79, 1994
- 65) 北村俊則：精神・心理症状学ハンドブック. 日本評論社, 2000
- 66) Block SD :Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians—American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med* **132** (3) : 209-218, 2000

参考文献

- 1) 内富庸介 監訳：緩和医療における精神医学ハンドブック. 星和書店, 2001 (Chochinov HM, Breitbart W, eds : Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine. Oxford University Press, New York, 2000)
- 2) Holland JC, eds : Psycho-oncology. Oxford University Press, New York, 1998