



がん情報サイト

Cancer Information Japan

PDQ®日本語版

支持療法と緩和ケア

Supportive and Palliative Care

3

うつ病

米国国立がん研究所 NCI による
PDQ®の日本語版 専門家向け情報

2005年よりTRIが配信。
毎月更新しています。

PDQ®日本語版 支持療法と緩和ケア 全掲載項目

1. 移行期のケア計画
2. 疼痛
3. うつ病
4. 化学療法と頭頸部放射線療法の口腔合併症
5. 癌医療における栄養
6. 癌医療における霊性
7. 癌患者における禁煙と継続するリスク
8. 癌における物質乱用の問題
9. 睡眠障害
10. 高カルシウム血症
11. 消化管の合併症
12. 心的外傷後ストレス障害
13. 心肺症候群
14. 人生の最後の数日間
15. 正常な適応と適応障害
16. 性的能力（セクシャリティー）および生殖の問題
17. 喪失、悲嘆、死別
18. そう痒症
19. 吐き気と嘔吐
20. 疲労
21. 小児の支持療法
22. 認知障害およびせん妄
23. 発熱、発汗、ほてり
24. 不安障害
25. リンパ浮腫
26. 癌医療におけるコミュニケーション

がん情報サイト 検索

“がん情報サイト”で検索
してください。

治療、研究、教育、がんに関する全てのこと
にご活用ください。

がん情報サイト

<http://cancerinfo.tri-kobe.org/>



財団法人 先端医療振興財団
臨床研究情報センター
Translational Research Informatics Center (TRI)

<http://www.tri-kobe.org/>

〒650-0047 神戸市中央区港島南町 1-5-4
がん情報デスク
TEL: 078-303-9095 FAX: 078-303-9094
E-mail: CANCER-INFO@tri-kobe.org

本冊子の無断転載・複製はお断りします。
2009年1月作成

文部科学省の委託事業による PDQ[®]日本語版（専門家向け）

The U.S. National Cancer Institute does not currently endorse any foreign translations of PDQ[®] and no such endorsement should be inferred for the following translation.

PDQ[®]日本語版：支持療法と緩和ケア

3. うつ病

最終更新日：2008-10-24

※2007年9月より PDQ[®]は毎週更新されていますが、がん情報サイトの PDQ[®]日本語版は月1回の更新です。最新情報は、がん情報サイトの専門家向け「支持療法と緩和ケア」をご参照ください。

■ 本 PDQ 要約の目的	2
■ 概要	2
■ 評価と診断	8
症状と危険因子	8
うつ病のスクリーニングおよび評価	11
診断	14
■ 介入	19
薬理的介入	19
心理療法	39
■ 癌患者における自殺のリスク	46
人口統計学および統計学	46
病因論/病態生理学	47
■ 自殺傾向のある患者の評価、査定、管理	48
評価	48
管理	49
家族と医療提供者への影響	50
死への補助、安楽死、終末期に関する決断	51
■ うつ病に対する小児科的考察	53
小児のうつ病の評価および診断	54
小児のうつ病の管理	56
■ 自殺傾向に対する小児科的考察	59
発生率	60
病因論/評価	60
管理	61
薬理学的管理	62
■ Get More Information From NCI	62
■ 本要約の変更点（10/24/2008）	64
■ 本要約についての質問とコメント	64

本冊子の[青色文字](#)は、PDQ[®]日本語版ウェブサイト上では関連情報にリンクしています。

■ 本 PDQ 要約の目的

本 PDQ 癌情報要約では、成人および小児の集団における、癌に関連したうつ病と自殺のリスクについて、専門家の査読を経た包括的な医療専門家向け情報を提供します。本要約は [PDQ Supportive and Palliative Care Editorial Board](#) により定期的に見直され、随時更新されます。

本要約には以下に関する情報が掲載されています：

- 評価。
- 診断。
- 管理。

本要約は、治療中および治療後の癌患者の医療を担う臨床家および他の医療専門家を、支援するための情報資源として作成されています。これは医療における意思決定のための公式なガイドラインまたは推奨事項を提供しているわけではありません。本要約内の情報は、保険払い戻しの決定基準として使用されるべきものではありません。

本要約は、専門用語をあまり使用せずに書かれた患者向けおよびスペイン語版でもご利用いただけます。

■ 概 要

うつ病は、癌に併発し患者を無力にする症候群であり、癌患者の約15%～25%が罹患する。^{[1][2][3][4]} うつ病が癌患者に及ぼす影響は男性と女性で差はないと考えられているが、発生率および重症度の性別による違いは十分に評価されていない。^[5] 癌の診断に直面した個人やその家族は様々な程度のストレスや感情の乱れを経験する。癌患者のうつ病は患者自身だけでなくその家族にも重大な悪影響を及ぼす。乳癌女性を対象にした英国の研究では、患者の子供に起こる情緒面および行動面の問題の予測因子として、様々な因子の中でも患者のうつ病が最も強力なものであることが示された。^[6] 死の恐怖、人生設計の崩壊、身体像と自尊心の変化、社会的役割と生活様式の変化、経済上、法律上の懸念などは、どの癌患者の人生においても重要な問題となるが、かといって癌と診断された者の全てが深刻な抑うつまたは不安を経験するわけではない。

治療期間中は絶えず患者の抑うつと不安を評価する必要があるが、家族内の

介護者も同様である。疾患緩和期にある患者の家族介護者の研究では、男性と女性のいずれの介護者も正常標本よりも有意に多くの不安を経験したのに対して、Hospital Anxiety and Depression Scale で定義されたうつ病の発生率は女性において高かった。^[7]

癌について、および癌への対処方法については、以下のように多くの誤った認識が認められる：

- 全ての癌患者がうつ病になる。
- 癌患者がうつ病になるのは正常である。
- 治療は役に立たない。
- 全ての癌患者が苦痛と痛ましい死に直面する。

悲しみと悲嘆は癌罹患時に直面する危機への正常な反応である。このような反応は誰でも周期的に経験する。悲しみが珍しくないことから、正常範囲の悲しみとうつ病性障害を識別することが重要になる。終末ケア・コンセンサス・パネルの総説が、この重要な区別について詳細に説明し、重要なポイントを症例の簡潔な描写を用いて説明している。^[8] 癌医療において極めて重要なことは、うつ病の発現レベルを認識し、適切な介入のレベルを決定することであるが、その範囲は簡単なカウンセリングや支援グループから薬物療法および/または心理療法に及ぶ。例えば、リラクゼーションやカウンセリングによる介入は、新たに婦人科の癌と診断された女性患者の心理的症状を軽減することが示されている。^[9] 他の患者に比べて癌の診断に対して適応困難な者もあり、診断に対する反応は様々である。大うつ病は単なる悲しみや憂うつな気分ではない。大うつ病は患者の約25%に発症し、識別可能な症状があり、この症状に対する診断および治療は可能かつ必要であるが、その理由はそれらの症状が生活の質に影響を与えることにある。^{[10][11]} うつ病はまた、一般集団において過少診断される病気である。癌の診断時に表れる症状は、前から存在する状態を示しうするため、個別の評価および治療が必要であろう。

うつ病および不安障害は、緩和ケアを受けている患者では一般的であり、これらの患者における生活の質の大幅な低下の一因となる。^[12] Canadian National Palliative Care Survey では、癌に対する緩和ケアを受けている患者 (n = 381) におけるうつ病性障害および不安障害、およびこれらの障害の生活の質

への影響が評価された。第一の評価ツールは、Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) を改変したものであった。有意な数の参加者 (24.4% ; 95%信頼区間、20.2-29.0) が少なくとも1つのうつ病性障害または不安障害に対する診断規準を満たすこと (うつ病性障害については20.7%の有病率、不安障害については13.1%の有病率) が明らかにされた。うつ病または不安障害を診断された参加者は、他の参加者より有意に若く ($P=0.002$)、パフォーマンスステータスが低く ($P=0.017$)、ソーシャルネットワークが小さく ($P=0.008$)、および組織だった礼拝に参加することが少なかった ($P=0.007$)。参加者はまた、身体的症状、社会的関心事、および実存的問題に関してより重度の苦痛を報告しており、生活の質の他の側面に対して有意に否定的な影響があることを示唆している。^[12]

正常な場合には、患者の癌の診断に対する最初の情動反応は数日から数週間と短く、そこには、不信、否認、絶望などの感情が含まれる。この正常な反応は、正常な悲しみから、憂うつな気分を伴う適応障害、大うつ病にいたるまでの範囲の一連の抑うつ症状の一部である。^[8]その他に言及された症候群には、気分変調、亜症候群性うつ病 (小うつ病、亜臨床うつ病とも呼ばれる) がある。気分変調は、憂うつな気分の日の方がそうでない日より多い状態が、少なくとも2年以上続く慢性の気分障害である。それとは対照的に亜症候群性うつ病は、大うつ病に較べて重度が低い (診断症状が全部ではなく数項目だけ存在する) 急性の気分障害である。

癌 (または癌の再燃) の診断に対する情動反応は、次第に高まる動揺を特徴とする不快な期間で始まる。患者は睡眠障害と食欲障害、不安、反すう的思考、将来についての恐怖を体験する。しかし疫学的研究によれば、癌と診断された人の少なくとも半分は順応に成功する。順応が成功した指標としては、日常生活への積極的な関与を維持する ; 生活上の役割 (例、配偶者、親、従業員) が病気によって中断されるのを最小限にする ; 病気に対する情動反応を正常に調整する ; 絶望、無力感、無益感、罪悪感のいずれかまたは全ての感情にうまく対処する、などがある。^[13]成人癌患者 (N = 48) およびその成人近親者 (N = 99) を対象とした研究によって示されているように、家族が果たす機能は、患者および家族の苦痛に影響する重要な因子である。率直に活動し、感情を直接表現し、問題を効果的に解決できた家族のうつ病のレベルはより低く、家族内の情報の直接的な伝達はより低いレベルの不安と関連していた。^[14]最近の複

数の研究は、不適応な対処スタイルとより高いレベルのうつ病、不安、および疲労の症状との関連を示唆している。^{[15][16]}不適応な対処の例には、回避性の対処または否定的対処、自分の対処を否定的に表現、身体的症状についての先入観、小さな問題で大騒ぎするなどがある。ほとんどが進行癌の患者86人のグループに実施された1件の研究では、不適応な対処スタイルとより高いレベルの抑うつ症状が疾患進行の時期を示す潜在的な予測因子であると示唆された。^[16]乳癌女性（n = 138）における対処戦略について調査した別の研究により、自分のことを前向きに話すなど対処技術がより良好な患者では抑うつおよび不安の症状のレベルがより低いと結論づけられた。^[15]同じ研究で対処戦略の使用における人種差が明らかにされ、アフリカ系アメリカ人女性は白人女性より、祈りや希望に満ちている様子など、より宗教的な対処戦略を報告し、この対処戦略の使用によって恩恵を受けていた。^[15]予備的データは、Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well Being (FACIT-SP) および Hamilton Depression Rating Scale によって測定されているように関連するうつ病への霊性の有益な影響を示唆している。^[17]早期介入の必要性を示す指標には：うつ病の既往歴がある、社会的支援システムが弱い（独身、友人が少ない、孤独な職場環境）、診断に関する不合理な信念が持続しているかまたは悲観的な考えをもっている、重篤な予後、および癌に関連する機能障害が大きい、などがある。

癌に関連したうつ病は、他の医学的状態におけるうつ病と実質的に異ならないが、癌患者に対する治療は調節、または改良される必要がある。^[18]臨床医は、患者がうつ病だという疑いを持ち始めた場合に、その患者に症状があるかを判定をする。大うつ病エピソードの診断規準を全部ではなく数項目だけ満たす軽度あるいは無症状レベルのうつ病は、少なからぬ苦痛の原因となりうるので、メンタルヘルス専門家による、あるいは自助サポート・グループへの参加による、支持的個人カウンセリングまたはグループ・カウンセリングなどの介入が正当化される。^[19]たとえ症状が全くなくても、患者の多くは支持的カウンセリングに関心を示すので、臨床医はそのような患者には、資格をもったメンタルヘルス専門家に紹介するなどの便宜を図るべきである。しかし症状が激しくかつ長く続く、あるいは外見上解決した後で再発した場合は、症状を軽減するための治療が不可欠である。^{[11][20][21]}早期治療における不安および抑うつは、6カ月時点でのこれらの同じ問題の良い予測因子である。^[22]乳癌の高齢女性

の研究において、うつ病の最近の診断は、根治的癌治療を拒むより高い可能性とより不良な生存の両方に関連した。^[23]

癌に関連したうつ病の病態生理学は不明確なままであり、おそらく多くの機序が含まれている。進行期転移癌患者の研究により、臨床的うつ病を認める患者ではインターロイキン-6 (IL-6) の血漿濃度と視床下部-下垂体-副腎 (HPA) 軸機能障害の両方が顕著に高いことが示された。^[24]IL-6の10.6pg/mL のカットオフ値により79%の感度と87%の特異度が得られた一方で、コルチゾールの33.5%の変化 (VAR) というカットオフ値では81%の感度と88%の特異度が得られた。この研究における制限の1つは、これらの関係に独立して影響しうる疼痛の程度も疲労の程度も測定されなかったことであった。

●参考文献

1. Henriksson MM, Isometsä ET, Hietanen PS, et al.: Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 36 (1-2): 11-20, 1995. [\[PUBMED Abstract\]](#)
2. Bodurka-Bevers D, Basen-Engquist K, Carmack CL, et al.: Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 78 (3 Pt 1): 302-8, 2000. [\[PUBMED Abstract\]](#)
3. Lloyd-Williams M, Friedman T: Depression in palliative care patients—a prospective study. *Eur J Cancer Care (Engl)* 10 (4): 270-4, 2001. [\[PUBMED Abstract\]](#)
4. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al.: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249 (6): 751-7, 1983. [\[PUBMED Abstract\]](#)
5. Miaskowski C: Gender differences in pain, fatigue, and depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* (32): 139-43, 2004. [\[PUBMED Abstract\]](#)
6. Watson M, St James-Roberts I, Ashley S, et al.: Factors associated with emotional and behavioural problems among school age children of breast cancer patients. *Br J Cancer* 94 (1): 43-50, 2006. [\[PUBMED Abstract\]](#)
7. Grov EK, Dahl AA, Moum T, et al.: Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Ann Oncol* 16 (7): 1185-91, 2005. [\[PUBMED Abstract\]](#)
8. 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): 209-18, 2000. [\[PUBMED Abstract\]](#)
9. Petersen RW, Quinlivan JA: Preventing anxiety and depression in gynaecological cancer: a randomised controlled trial. *BJOG* 109 (4): 386-94, 2002. [\[PUBMED Abstract\]](#)
10. Massie MJ, Holland JC: The cancer patient with pain: psychiatric complications and their management. *Med Clin North Am* 71 (2): 243-58, 1987. [\[PUBMED Abstract\]](#)
11. Lynch ME: The assessment and prevalence of affective disorders in advanced cancer.

- J Palliat Care 11 (1): 10-8, 1995 Spring. [\[PUBMED Abstract\]](#)
12. Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, et al.: Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manage* 33 (2): 118-29, 2007. [\[PUBMED Abstract\]](#)
 13. Spencer SM, Carver CS, Price AA: Psychological and social factors in adaptation. In: Holland JC, Breitbart W, Jacobsen PB, et al., eds.: *Psycho-oncology*. New York, NY: Oxford University Press, 1998, pp 211-22. [\[PUBMED Abstract\]](#)
 14. Edwards B, Clarke V: The psychological impact of a cancer diagnosis on families: the influence of family functioning and patients' illness characteristics on depression and anxiety. *Psychooncology* 13 (8): 562-76, 2004. [\[PUBMED Abstract\]](#)
 15. Reddick BK, Nanda JP, Campbell L, et al.: Examining the influence of coping with pain on depression, anxiety, and fatigue among women with breast cancer. *J Psychosoc Oncol* 23 (2-3): 137-57, 2005. [\[PUBMED Abstract\]](#)
 16. Beresford TP, Alfors J, Mangum L, et al.: Cancer survival probability as a function of ego defense (adaptive) mechanisms versus depressive symptoms. *Psychosomatics* 47 (3): 247-53, 2006 May-Jun. [\[PUBMED Abstract\]](#)
 17. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, et al.: Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics* 43 (3): 213-20, 2002 May-Jun. [\[PUBMED Abstract\]](#)
 18. Patrick DL, Ferketich SL, Frame PS, et al.: National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: Symptom Management in Cancer: Pain, Depression, and Fatigue, July 15-17, 2002. *J Natl Cancer Inst* 95 (15): 1110-7, 2003. [\[PUBMED Abstract\]](#)
 19. Meyer TJ, Mark MM: Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychol* 14 (2): 101-8, 1995. [\[PUBMED Abstract\]](#)
 20. Massie MJ, Holland JC: Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. In: Holland JC, Rowland JH, eds.: *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient With Cancer*. New York, NY: Oxford University Press, 1989, pp 273-82. [\[PUBMED Abstract\]](#)
 21. Massie MJ, Shakin EJ: Management of depression and anxiety in cancer patients. In: Breitbart W, Holland JC, eds.: *Psychiatric Aspects of Symptom Management in Cancer Patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993, pp 470-91. [\[PUBMED Abstract\]](#)
 22. Nordin K, Glimelius B: Predicting delayed anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer. *Br J Cancer* 79 (3-4): 525-9, 1999. [\[PUBMED Abstract\]](#)
 23. Goodwin JS, Zhang DD, Ostir GV: Effect of depression on diagnosis, treatment, and survival of older women with breast cancer. *J Am Geriatr Soc* 52 (1): 106-11, 2004. [\[PUBMED Abstract\]](#)
 24. Jehn CF, Kuehnhardt D, Bartholomae A, et al.: Biomarkers of depression in cancer patients. *Cancer* 107 (11): 2723-9, 2006. [\[PUBMED Abstract\]](#)