

論 文

告知前後におけるがん患者の心理的反応と心理的支援

— 実証的研究を中心とした文献レビューを手掛かりに —

清 水 亜紀子

1. はじめに

がんは、長年にわたり「無敵の略奪者」(Sontag, 1978/1982)として恐れられ、“不治の病”というイメージを色濃く持っていた。ただ、近年の医療技術の進歩は目覚ましく、がんの発生機序、予防、早期診断、治療法の開発などにより、生存率は格段に向上し、その結果、がんは「急性期のエピソードをもつ慢性疾患」(二渡、2006)として捉えられるようになってきている。しかし、それでも、がんは日本人の死因として一貫して上昇し続け、1981年に降死因の1位を保持している。こうした現状を踏まえても、がんは、「常に死のイメージがつきまとい人々を苦しめる」(白尾・山口・大島ほか、2007)という点で、大きな特殊性を持った病いであると考えられる。そのため、がん患者は、常にどこかで死を意識しながら、告知期をはじめ、初期治療期(手術療法、化学療法、放射線治療など)、再発・転移期、終末期など、各局面において、さまざまな不安や苦痛などを抱える可能性が高く、がん患者の心理的支援の重要性が示唆される。

がん患者の心理的支援の歴史を紐解くと、その重要性が注目されるようになったのは、Dergatis, Morrow, Fetting, et al. (1983)による研究が始まりである。そこでは、無作為抽出した215人のがん患者を対象に、精神科医による面接が実施された。その結果、53%のがん患者は不安などを感じながらも通常の心理的反応

であったが、47%のがん患者は何らかの精神医学的診断がつき、その内訳は、32%が適応障害、6%がうつ病、4%がせん妄の診断基準を満たしたことが報告されている。日本においても、がんの種類や病期によって異なってくるが、がん患者の精神疾患の有病率は10～35%と高く、うつ病は3～12%、適応障害は4～35%に認められている(Akechi, Okumura, Nishiwaki, et al., 2001; Akechi, Okumura, Sugawara, et al., 2004; Kugaya, Akechim, Okuyama, et al., 2000; Minagawa, Uchitomi, Yamawaki, et al., 1996; Okamura, Watanabe, Narabayashi, et al., 2000; 岡村、2003; 清水、2008; Uchitomi, Mikami, Nagai, et al., 2003)。また、うつ病や適応障害は、それ自体が強い苦痛を伴うだけでなく、がん患者の自殺(Anguiano, Mayer, Piven, et al., 2012; Henriksson, Isometsä, Hietanen, et al., 1995; Robson, Scrutton, Wilkinson, et al., 2010)、全般的QOLの低下(Grassi, Indelli, Marzola, et al., 1996)、化学療法のコンプライアンスの低下(Colleoni, Mandala, Peruzzotti, et al., 2000)、入院期間の長期化(Prieto, Blanch, Atala, et al., 2002)、家族の心理的苦痛(Cassileth, Lusk, Strouse, et al., 1985)などとも関連することが明らかにされている。

こうした精神障害の罹患率の高さを考慮しても、それだけがん患者が抱える不安や苦痛は強く、精神障害への罹患に関わらず、がん患者への心理的支援の必要性は高いと考えられる。実

際、日本においても、がん患者への心理的支援の重要性は認識されており、制度面では、2008年に厚生労働省から出された、「がん診療連携拠点病院の満たすべき要件」に、「緩和ケアチームに協力する薬剤師及び医療心理に携わる者をそれぞれ1人以上配置することが望ましい」と明記されており、がん医療において、心理職が大きな役割を果たしていくことが期待されている。

では、心理職ががん患者への心理的支援を行う際、どのようなことが必要になるのだろうか。まず重要なのは、患者の「見立て」(土居、1992)であると考えられる。患者と関わりながら「見立て」を立て、その「見立て」に基づいて患者と関わり、患者の反応や様子を踏まえて「見立て」を修正することを繰り返していくように、心理職にとって「見立て」は患者への関わりの指針となる。また、医療機関においては、その「見立て」を他の医療者と共有し、医療チームとしての患者への関わり方を検討していくことも重要である。その際、心理職には、「がんという病の病態、その臨床経過、精神医学的問題を含めた患者心理」の理解、また、「全人的ケアの立場」及び「チーム・アプローチの視点」から「見立て」を行うことが求められる(小池、2008)。つまり、がん医療における「見立て」では、心理的な「見立て」だけでなく、がんに関する医学的知識、他の医療者との連携を含めた包括的な「見立て」が必要になってくると考えられる。ただし、それでもやはり心理職としては、心理的な「見立て」を患者理解の軸に据えるため、個々のがん患者の心理的状態の把握が重要になってくる。その際、患者の個別性を理解するうえでも、がん患者が、告知期、初期治療期、再発・転移期、終末期を代表とするさまざまな局面において、どのような心理的反応を示すのかという一般的傾向を把握しておくこ

とは有用ではないだろうか。

そこで、本稿では、さまざまな局面の中で、がんの告知前後の時期に焦点を当てる。がんの告知前後は、全経過を通じて最も強い不安を感じる時とされ(田中・垣替・金蔵、1996;山脇・内富、1997)、外来診察から術後3年の中で最も辛かったこととして、「病名告知」が最も多く挙げられたことが報告されている(松木・三木・越村ほか、1992)。こうした研究結果から、がん患者にとって、がんの告知前後の時期は、危機的な局面の一つとなり得ることが示唆される。また、がん告知は、「治療への取り組み、予後への影響など患者の生活に直接・間接に関わる事柄」(岩崎・池田・石川ほか、2002)であると述べられているように、“がんと共に生きる”生活の入り口として、告知前後の時期を患者がどのように体験したかは、その後のがんとの関わりに影響を及ぼす可能性があると考えられる。よって、本稿では、がん患者を対象とした実証的研究を中心に取り上げ、がん患者自身から報告された、告知前後における心理的反応をまとめ、そこで得られた知見を踏まえて、告知前後のがん患者への心理的支援に対する示唆を得ることを目的とする。

2. 告知前後におけるがん患者の心理的反応

2-1. 受診まで

まず、がんの経過は、例えば、胸のしこりのように、患者自身ががんを疑う症状を自覚する、あるいは、健康診断で異常を指摘されたときから始まる。その際、「発病の可能性に対する疑念や不安を抱き心的緊張が高まっていく」(杉原・小久保、2008)が、最も問題になるのは、症状に気づきながらも、あるいは、異常を指摘されながらも、医療機関をなかなか訪れない「受診遅延」(Holland,1990/1993)である。例えば、

乳がんに関する研究（松木・三木・越村ほか、1992）によれば、乳房の異常を自覚しながらも、すぐに受診しない人が約半数占めており、その理由としては、「病気がはっきりすることへの不安」が挙げられている。また、受診までに要した期間別にみると、がんの告知及び手術療法の説明に対する反応は、すぐ受診した人は「ショック」が84.6%と最も多く、「何かの間違い」、「早くすませたい」がともに30.8%と続く一方で、受診までに1ヶ月以上の期間を要した人は「早くすませたい」が41.7%と最も多く、次に「ショック」が33.3%、「他の治療法があるのでは」が25.0%であったことが報告されている（松木・三木・越村ほか、1992）。すぐに受診した人と比べて、「ショック」が低いことを考えると、「受診遅延」を示す患者は、がんへの罹患に薄々気づいているが、不安や恐怖などのさまざまな思いから、診断を機にがん向き合わざるを得なくなる状況を回避しようとしていた可能性がある。

さらに、その他の研究では、「受診遅延」の背景には、「社会人口統計学的な変数」〔高齢／低い教育水準／社会経済的に低いクラス〕、「がんについての知識・心構え・信念」〔がん症状の知識が貧困／がんに対する先入観／極端ながん恐怖／がんについての感情的な意味、態度、信念（罪の意識、羞恥心、悲観論、運命論）〕、「性格と対処様式」〔以前からの情緒的問題あるいは精神病の既往／不安な情報を否定もしくは抑制する性質／身体的に完璧と思っている／依存性を拒絶〕、「医師・患者関係が不十分」という4つの因子が存在することが指摘されている（Antonovsky & Hartman, 1974 ; Green & Roberts, 1974 ; Green, Rimer, Elwood, 1981）。また、「受診遅延」を示す患者はより多くの心理社会的問題を抱えており、「受診遅延」に対する罪悪感を抱きやすく、予後の見通しもより

不良であるため、その後の治療経過でも「不適応」を起こす危険性が高いことも明らかにされている（福江・内富・山脇ほか、1995）。こうした「受診遅延」が生じるか否かにかかわらず、患者は、「もしかしたらがんかもしれない」、「がんでなければいい」と相反する思いを抱えながら、病院を受診することになる（保坂、2003）。そのため、そこに至る過程には、相当な覚悟と勇気が必要になると考えられる。

2-2. 受診から告知まで

病院を受診すると、精査のための検査が行われることになる。初診時の乳がん患者を対象にした面接調査では、初診時には約60%以上の患者が、がん罹患などの不安や心配を抱えながら、検査を受けることが報告されている（Okazaki, Iwamitsu, Kuranami, et al., 2009）。また、乳腺外来初診時の患者が、受診前から既に、がんの疑いという直接的な影響による不安・心配、また治療法や術後による不安・心配、怖れや逃避、抑うつ、焦燥感などの否定的感情を圧倒的に多く抱えており、受診時においても同様であることも示されている（上田・関・竹村、2001）。さらに、乳房の異常を意識して受診に至った患者の場合、「がんではないという願望思考」から、「がんである可能性の否定」をしようとするが、受診を契機に「がんを意識することとなり、「がんであるという確信的予測」が確固たるものへと変化するという認知プロセスが生じることも明らかにされている（萩原・二渡、2011）。その後、検査結果が出揃うまでの間、患者は、がんであるか否かという相反する気持ちの間を行き来し、非常に大きな不安の中にあると考えられる（菅原・佐藤・小西ほか、2004）。特に、「乳がん多発家系の女性は胸のしこりを見つけて、生検を待っている間の不安は非常に強い」（Holland, 1990/1993）と指摘され

るように、遺伝性のがんの徴候がある場合、不安が高まりやすくなる可能性が高い。また、「細胞検査を受け発病の自覚症状があっても、まさかがんになるはずないと現実を否定したり予後に対して希望を抱きつつも一時的に心的緊張が高まり感情が揺れ動く」（杉原・小久保、2008）とされるように、否認と希望の間を揺れ動く過程にがん患者は身を置くことになると考えられる。さらに、受診から診断過程において、がん患者は「不明である病気や余命の恐怖と嫌悪感」（伊藤・若崎、2020）を抱き、「今までと変化のない生活を送りつつ常に《命の意識化》をしながら診断確定まで《待つ間の苦悩》を体験していた」（内山、2011）との報告もあり、診断が確定する前にも、死が意識されることがうかがえる。また、Holland（1990/1993）の「家族や親友にがんにかかった人がいる場合ほど強い恐怖感を持つ。このような人は、治療や慰めに限界があった時の早すぎた死を思い出すのかもしれない」という指摘からは、身近な人のがんの闘病生活が、患者が抱くがんのイメージに与える影響の大きさが示唆される。

以上から、受診から告知までの期間においても、患者は、“死の不安”をはじめ、さまざまな不安を抱えていることが理解される。

2-3. 告知

検査結果が出揃い、がんであることが確定すると、現在では、患者本人に向けて告知がなされる場合が多い。以前、日本においては、がん患者に対して病名を告知することが少なかったが、1990年以降、医療の進歩による治療率の増加、情報開示やインフォームドコンセントなど、個人情報に対する社会の対応の変化とともに、がんの告知は、明確な病名を告げる率が高まっている。実際、1992年、1994年には、日本のがん告知率は18.2%、20.2%（厚生省大臣

官房統計情報部編、1994）であったが、2016年には、94%に達している（東・奥山、2018）。また、現在では、がんの告知は、外来でなされることが多い（白尾・山口・大島ほか、2007）。

がん告知の意味を考える際、岩崎・池田・石川ほか（2002）による指摘が示唆深い。そこでは、がん告知は、「患者を治療の主体と位置付けるためにも重要」とされるだけでなく、「患者-医療者間に以後の治療関係を成立させる出発点となる」とされており、「がん患者が主体的に行動する第1歩として医療者に直接自分の必要とする治療の説明を求め、相談しよう」と積極的に関わる下地には病名をどのように告知したのが少なからず影響している」と述べられている。ここから、現在のがん告知における課題の焦点が、告知をするかどうかではなく、いかに告知をするかという告知の質と、告知後の患者への支援をどのように行っていくかに移ってきていることが分かる。

では、告知の質は患者にどのような影響を与えるのだろうか。例えば、対象数が少なくはあるが、がんと病名を告げられた患者及びそれとなくほめかされた患者よりも、治療方法を説明された患者の方が「分からない・納得できない」と答えた割合が高かったことが報告されている（佐藤、2004）。また、がんと病名を告知された患者と「治療方法の説明」を受けた患者による医療者とのコミュニケーションに対する評価を比較したところ、「治療方法の説明」を受けた患者の方が、医療者との「コミュニケーションが取れない」と発言した割合が高く、その内容をはっきりと肯定的に評価した患者がいなかったことも明らかにされている（岩崎・池田・石川ほか、2002）。さらに、「がんとは知りながらその再発や転移を知らされていない場合には、適応障害の改善が芳しくないなど、告知の程度が適応障害の改善率に影響を与える可能

性」(河瀬・川上・澤田ほか、2000)も示唆されている。そして、患者自身が、「がんという病名に衝撃を受けることは承知しつつも、真実の、正しい情報を、詳しく伝えてほしい」(菅原・佐藤・小西ほか、2004)というニーズを有しているという指摘もある。これらの研究結果から、がん告知においては、たとえ辛い内容だったとしても、患者が納得のいく情報開示をされたと感じているかどうかが非常に重要になってくると考えられる。

では、患者はがんの告知をどのように受け止めるのだろうか。サイコオンコロジーの代表的な臨床医かつ研究者である Massie & Holland (1990/1993)によれば、通常想定されるがん告知からの心理的反応は、告知から2、3日続く衝撃の時期に始まるとされている。その際、衝撃からの思考の抑制、疑惑や否認、絶望感や挫折感を抱くことがある。その後、混乱・不安・恐怖・悲哀・無力感・絶望感などとともに、不眠・食欲不振などの身体症状や集中力の低下が起り、日常生活に支障を来す場合もある。しかし、約2週間で、この状態は軽減し、患者は、がんを抱えて生きる、新たな状況への「適応」の努力を始める。なお、ここでいう「適応」とは、現実の問題に直面する、楽天的になろうとする、新しい情報に順応することである。また、上記の心理的反応について、Massie & Holland (1990/1993)は、「一過性の反応」であり、「“このような動揺はむしろ正常であること”を伝えることで患者はひとまず安心する」という重要な指摘を行っている。

続いて、Massie & Holland (1990/1993)以降のがんの告知に関する実証的研究をもとに、がん告知後の患者の心理的反応をまとめる。今なお「がん=死」のイメージが強く(内富・明智・久賀谷ほか、1998)、告知直後には、「頭が真っ白になった」、「信じられない」、「具体的に

覚えていない」など、衝撃、混乱・困惑、強烈な不安、諦め、無関心・逃避・否認、強い落胆、気持ちの整理が困難など(伊藤・浅沼・鈴木ほか、2002;小松・小嶋・渡邊ほか、1996;温井、2001;杉原・小久保、2008;鈴木・小松、2002;上田・関・竹村ほか、2001)が生じ、医療者の言動に一喜一憂し、精神的に不安定な状況に陥る(上田・関美・竹村、2001)。また、死を浮かべるほどであるという報告(上田・関・竹村ほか、2001)がなされているように、「がんの病名や病状、治療の説明は、患者に、死への恐怖を根源とした脅威に曝す」(小松、1996)ことになる。そして、告知後2、3日(藤田・丸山・島ほか、2001;小澤・福井、2004)、あるいは告知後1週間(福井・小澤、2003)でショックが高くなる。その後、約1週間でようやく告知の当日程度まで回復し(小澤・福井、2004)、現実を見つめて新しい価値観や自己イメージを確立するなどの心理的反応が生じる場合もある(伊藤・浅沼・鈴木ら、2002)。しかし、告知後2週間が経過しても、がんによって生じた脅威や衝撃は継続し、患者は、自分の存在を脅かすものとしてがんを捉えることとなる(鈴木・小松、2002)。そして、患者の心理的負担は3~6ヶ月程続き、その後、現実の問題に「適応」し順応するようになる(Okamura, Uchitomi, Ssako, et al., 1998; Ritz, Nissen, Swenson, et al., 2000)。また、告知を機に、がん罹患の「予測から確信への転換と対峙」をすることにより、相互に影響し合う「がん罹患の肯定的な意味づけ」と「生活や生きることについて抱いていた意味の修正」を行い、がんである事実と向き合い、意味づけていく認知プロセスが生じるといふ研究結果もある(荻原・二渡、2011)。

なお、がん告知を受けた人の20~30%(藤田・丸山・島ほか、2001)、あるいは、50%(広田・木田・青木ほか、1994)が、抑うつまたは不安

状態に陥っているとの報告がある。また、がん告知において絶望や無力感を感じずる群は予後が悪く、抑うつが強い群ではがんの進行が早い (Temoshock, 1985 : Watson & Ramirez, 1991)、「抑うつ」や「活気のなさ」ががんの予後に悪い影響を与える (保坂・徳田・小城ほか, 1995) など、告知後の感情状態ががんの予後・進行を予測する指標となる可能性も示唆されている。さらに、心理的苦痛は告知前後をピークとして徐々に改善するといった報告 (Cooley, Short, Moriarty, 2002 ; Hinnnen, Ranchor, Sanderman, et al., 2008 ; Kornblith, Herndon, Weiss, et al., 2003) が多いが、心理的苦痛の改善は必ずしも線形ではなく、U字型曲線を描くことや、特定の段階で再上昇することもあるとの指摘もある (Desields, Tibbs, Fan, et al., 2006 ; Frost, Suman, Rummans, et al., 2000 ; Hinnnen, Ranchor, Sanderman, et al., 2008)。つまり、告知前後で不安が高まった後、急性の不安は徐々に和らいでくるとしても、治療の開始や再発・進行、積極的治療から症状緩和への移行など、次々に現れる局面において、新たな不安や苦痛が生じてくることが考えられる。また、保坂 (2003) が、「ある時を境に受容するわけではなく、受容と否認を行ったり来たりしながら、受容の方向へ向かっていく」と述べているが、告知という局面に限らず、その後のさまざまな局面において、患者は「受容」と「否認」の間を行き来することになると推察される。さらに、保坂 (2003) の表現からも読み取れるように、「受容」とはある時点で完了しきるものではなく、常に「受容」し続けるという進行形の形を取るものなのではないかと考えられる。

2-4. 告知後の心理的状況におけるリスクファクター

前項では、がん告知前後における患者の一般的な心理的反応を取り上げたが、全ての患者が、がん告知後に「適応」できるわけではない。例えば、婦人科がん患者を対象とした研究では、37例中25例 (68%) が精神疾患を有しており、そのうち17例 (46%) ががん発病を契機に精神疾患を発症していたことが報告されている (田中・宮城・椎名ほか, 2002)。

では、どのような患者において、がん告知後の「適応」が困難になるのだろうか。告知後の心理的状況を左右するリスクファクターとしては、「医療面 (身体症状が多い／診断の時点で進行がん／医師を助けにならないと受けとめる／治療の効果に半信半疑である／生存の見通しが短期間である)」、「社会面 (社会経済的地位がより低い／夫婦間の問題がより多い／背景の問題がより多い／他人からの援助が期待できない、または得られない／教会にほとんど、あるいは全く出ていない)」、「心理的および精神医学的側面 (不安が強い／自我強度が弱い／抑圧が強い／あらゆることへの心配が多い／あきらめやすい／アルコール嗜癖／効果的な対処ができない)」が挙げられている (Holland, 1990/1993 ; Weisman & Worden, 1975 ; Weisman & Worden, 1977)。また、「他人からの援助が期待できない、または得られない」という要因とも重なる部分もあるが、「身近に相談相手がいないこと」を精神障害のリスクファクターとして取り上げている研究もある (田中・米倉・峯ほか, 1998)。さらに、「周囲からの援助や愛情は、告知を受ける人のがんと向き合う気持ちや、治療に対する前向きさを高める重要な役割を果たす」 (柴田, 2018) との指摘もある。なかでも、家族は告知数日後から数週間にかけて患者の身近な支えとなっている (Rait, 1990)、告知後約

半年の患者の身体・心理的状况は、患者の家族によるサポートの評価が高いほど有意に良好である(福井・小澤、2003)などの報告がされているように、家族はがん患者の告知後の不安や苦痛を軽減する上で重要な役割を果たすことが示唆される(Wang, Cosby, Harris, et al., 1999)。しかし、その一方で、家族の方が告知後に強い衝撃を受けることで、「患者は自分ががんであるという現実に加えて、その状況に対しても苦痛を感じてしまう可能性」(瀬山・吉田・神田、2005)があることも指摘されている。つまり、家族の存在は、患者にとって支えとも負担ともなり得る可能性があると考えられる。さらに、乳がん患者の研究においては、「初診時に測定した特定不安の高さ」、「否定的感情抑制の高さ」、さらには「過去1年間に生じたストレスライフイベントを否定的にとらえる傾向の高さ」といった要因が、術後1年後の心理的苦痛の高さを予測することが示され、それらの心理特性を早期に把握し、心理特性の特徴を考慮した適切な心理的援助を行うことの重要性が示唆されている(岩満、2015)。なかでも、感情抑制傾向は、がん患者の性格傾向の重要な要素の一つとして挙げられている(Bahnson & Bahnson, 1969; Booth, 1964; Kissen, 1966; LeShan, 1966)。そのため、告知時にも、否定的感情の表現を抑制するという対処スタイルを取る患者は存在すると思われる。その際、「医療者は〈感情を抑える〉患者を、冷静に物事を見据えて自立した行動をとれる者として捉える傾向があり」、「医療者側は自己の意思や感情を表現できずにいる患者を一人で乗り越える力があると判断する傾向があった」(佐藤、2004)ことが報告されているように、感情抑制傾向にある患者は、その苦悩を見過ごされる危険性がある。ただし、興味深いことに、乳がん患者を対象とした研究では、調査面接において、感情

の抑制者は表出者と比べて、不安などの心理的苦痛を表出する頻度が多いことが明らかにされている(中谷・蔵並・岡崎ほか、2012; Nakatani, Iwamitsu, Kuranami, et al., 2014)。また、佐藤(2004)でも、「コミュニケーションが不得手で、感情を抑えた対処をとる患者は医療者が意図的にかかわらなければ情報入手や感情を表出する機会がなかった」と指摘されている。こうした研究結果からは、感情抑制傾向にある者にとって、告知後に改めて面接の場を設け、医療者が意図的に関わることは、情報入手や感情を表現し得る機会になる可能性があることが示唆される。

3. 告知前後のがん患者への心理的支援

前節では、告知前後におけるがん患者の一般的な心理的反応をまとめたが、そこから、告知後のがん患者への心理的支援の重要性(大上・下山、2001)が改めて認識される。これまでの研究から、患者は他者に自分の気持ちを話すことで、気持ちや考えを整理し、病気についての不安を減らすことができ(Palsson, & Norberg, 1995)、さらに新たな疑問を生じ、考えるきっかけを得ることができる(国府・井上、2002)など、告知後の心理的支援の効果については明らかにされている。しかし、前節で示したように、告知前から患者はさまざまな不安を抱えている可能性があることから、告知前も含めた心理的支援が重要と考えられる。では、告知前後のがん患者への心理的支援を行う際には、具体的に、どのようなセッティングが必要であり、どのようなポイントに配慮すべきであろうか。

3-1. 告知前後のがん患者への心理的支援を行う際のセッティング

まず心理支援を行う際のセッティングについて

てであるが、告知後2、3日、あるいは1週間ですらにショックの程度が高まる可能性があるため、告知当日から告知後1週の間での心理的支援が重要になってくると考えられる。また、告知後1週間かけて、「情報提供」から「不安を軽減するための心理的支援」に重点を移していく必要がある(福井・小澤、2003)。そこで、まず、告知後できるだけ速やかに心理職が患者とコンタクトを取ることが重要になってくる。特に、外来でのがん告知から治療までの自宅待機期間は、医療者による支援が得られにくい環境にある(若崎・掛橋・谷口、2006)。そのため、理想的な形としては、外来での告知場面に心理職も同席し、その後、心理職による面接を行うという流れが考えられる。告知場面に同席できる場合、告知を巡る患者や家族の様子を心理職が自ら確認することができ、患者の「見立て」に有効な情報を得ることができると思われる。また、たとえ告知場面への同席が困難であっても、治療開始までの外来受診時に面接を設定すること、少なくとも治療開始前までに心理職の存在を知ってもらうことが望ましいと考えられる。その際、「援助者としての存在を患者に伝え、患者が必要とするときに必要な関わりを持つことができることを伝えておく」(竹内、2000)ことが大切になってくる。このように考える背景として、示唆的な研究結果がある。松下・野口・小林ほか(2010)によれば、告知時に心のケアを受けなかった者と受けた者を比較すると、その後自ら相談する割合が、前者が49.2%、後者が59.5%であった($X^2 = 10.888$, $p = .012$)ことが明らかにされている。つまり、告知時の心理的支援が、その後の相談行為につながる可能性が高いことが予想される。ここから、告知時の心理職による面接が1回限りで終わったとしても、何かあった時には助けてもらえる心理職がいることを、告知の段階で患者に

知っておいてもらうことが重要であると考えられる。

3-2. がん告知前後における心理的支援において配慮すべきポイント

続いて、がん告知前後の心理的支援においては、どのようなポイントに配慮すべきであろうか。まず、受診には、相当の覚悟と勇気が必要であった可能性を考慮し、受診行動に対して労いの言葉をかけることが大切である。また、多くの人が普段は意識化せずにやり過ごしている“死の不安”といった実存的次元の不安を患者が抱えている可能性があることにも留意すべきである。さらに、岸本(1999)は、がん患者は、感覚が異常に鋭敏になり、平凡な風景が生々しいリアリティをもつものとして感じられるようになるなど、「日常的意識の平凡な世界に安住するわれわれとは異なった仕方で世界を体験している」ことから、彼らが身を置くことを余儀なくされている体験世界を「異界」と表現している。また、がん患者への心理的支援の鍵として、「治療者自身が日常的意識を超越すること」も挙げられている(田澤、2003)。これらから、がん患者の体験世界を理解するためには、心理職が、日常的意識の次元から「異界」の次元に降り立とうとする姿勢が求められるのではないかと思われる。ただし、現在、医療技術の進歩によって、手術によるがんの治癒率も高まっており、また、手術が適応になる患者に対しては、がん告知と同時に手術の必要性が説明される(白尾・山口・大島ほか、2007)ことから、「異界」の次元に立たされない状況の患者も存在する可能性がある。そのため、患者がどの程度「異界」に開かれているかを「見立て」することも必要になってくるだろう。

こうした姿勢のもとで、患者の思いに耳を傾けていくことが基本となるが、告知後の面接に

おいてまず確認しておきたいのは、告知を巡る思いである。具体的には、患者が告知をどのように受け止め理解しているかを聴く必要がある。また、告知場面に同席できなかつた場合には、どのような状況で、どのような情報が患者に伝えられたのかという告知の内容についても確認しておくことが大切である。その際、患者が納得のいく情報開示をしてもらえたと感じているかどうかにも着目すべきであり、時として、他の医療者に患者をつなぎ、患者が必要な情報を得られるように手配するといった“仲介役”を担うことも重要になってくる。また、受診に至るまでの思いを丁寧に聴いていくことも大切である。その際、「受診遅延」を示した患者においては、その理由を聴く際に、罪悪感を刺激し過ぎないように慎重に対応することが必要である。さらに、Massie & Holland (1990/1993) が「一過性の反応」と指摘したように、必要に応じて、衝撃や動揺、不安といった一連の心理的反応は、がん告知という危機的状況における当然の反応であることを伝えることは、患者の不安を和らげる可能性がある。さらに、援助者としての家族の役割が大きいと、患者の家族が告知をどのように受け止め理解しているかにも注意を払う必要がある。特に、患者と患者の家族とのがん告知の受け止め方・理解の仕方には違いがみられることもあるため、家族力動を掴んでいくことが大切である。また、患者に、家族を含めたサポート資源がどの程度あり、患者がそのサポート資源をどの程度利用できるかを確認することも重要である。さらに、身近な人でがんを罹った人がいるかどうか、その人の闘病生活をどのように患者が受け止めているかを確認し、患者ががんに対してどのようなイメージを抱いているかを把握しておくことも有用と考えられる。

また、告知の受け止め方と関連することでは

あるが、医療の中では、がんの「受容」やがんを抱えて生きる状況への「適応」が課題になることがある。その際、医療者は、がんを「受容」し、がんを抱えて生きる状況に「適応」し、積極的に治療に向かう姿勢を患者に求めることが多いように思われる。しかし、「受容」や「適応」が理想的な状態であるというのは、医療者側の一つの価値観に過ぎず、必ずしも患者が「受容」や「適応」に向かうとは限らないことを、心理職としては留意すべきである。むしろ、心理職には、「受容」や「適応」が困難な患者の苦悩を理解し、寄り添い続けるという姿勢が求められるのではないだろうか。ただし、医療現場で働く心理職としては、医療者側のニーズにも応えていく必要があることも忘れてはならない。また、告知前後においては、「否認」という防衛機制が用いられることがあるが、強い衝撃を受ける事実を否認して心的緊張を低減させる(杉原・小久保、2008)一方で、否認が長期化すると、治療への取り組みを阻害する危険性があるように、否認が持つプラスとマイナスの両面の機能を理解し、患者の否認がどのように機能しているかに着目していくことも大切である。

そして、ここまで述べたポイントに加え、可能な範囲で患者の生育歴・生活歴を押さえながら、個々の患者に対する理解を深め、「見立て」を立てていく。その際、抑うつ・不安の高さは着目すべきポイントであり、告知後の心理的状況におけるリスクが高い患者を見分け、他の医療者と共にその患者への対応を考えていくための視点を提供することが重要になってくる。また、がん患者の精神疾患の有病率は3～35%と高いにもかかわらず見過ごされやすく(清水、2008)、適応障害の長期化はうつ病に陥るリスクを高める(大谷・内富、2010)ことから、必要時には、精神科へのコンサルティングを主治

医に提案することも大切である。ただし、岸本(2008)が、「がん患者の心理援助に際して、精神医学的な枠組みを持ち込んで患者を分類する前に、彼らの示す症状の多くは、たとえば震災の被災者が示すそれと似ており、「異常な状況における正常反応」(ロサンゼルス郡役所・精神保健部作成、1996)と捉える必要があるのではないかと提言するように、がん患者の心理的反応を安易に精神医学的枠組みに当てはめることは避けるべきであり、そのためにも、告知前後におけるがん患者の一般的な心理的反応を知っておくことは重要と考えられる。また、精神科受診は、患者をさらに傷つける危険性があるため、どのように患者を精神科につなげるかについては、他の医療者と共に慎重に検討すべきである。さらに、「否定的感情抑制の高さ」が見受けられる患者においては、実は抑うつや不安といった心理的苦痛が高いが、そうした苦痛が見過ごされやすい(佐藤、2004; 岩満、2015)ことから、注意を要すると思われる。ただし、そうした対処スタイルが患者本人の防衛として働いている可能性もあるため、感情表現しないという在り方を認めつつ、患者自身のペースで感情を表現できる時をじっくりと腰を据えて待つという姿勢が大切になってくると思われる。

また、がん告知を機に、「生死に関わる重大事件に直面するという衝撃により、これまで未解決だった葛藤が表面化し、様々な精神症状を呈する場合もある」(矢野・内富・若宮ほか、1992)との指摘もある。こうした「未解決だった葛藤」の表面化は、苦悩を伴うことではあるが、患者が自身の心理的課題に取り組むチャンスをもたらすことにもなると考えられる。自身の心理的課題に取り組むか否かは、患者次第であるが、患者への心理的支援を行う際には、「がん患者」ではなく、「がんを抱えて生きる人」、

つまり、がんへの罹患は重大な出来事ではあるが、その人の人生の一部であるという理解のもと、全体としてのその人を支援していこうとする姿勢が重要になってくると思われる。そのため、がんへの取り組みだけではなく、患者の抱えている心理的課題にも焦点を向けておく必要がある。また、がんの告知後に続くであろう多くの喪失体験を考慮すると、「自分ががんを知ってからがんに対する心理反応である対象喪失とそれに続く悲哀の仕事(mourning work)が始まる」(Schoenberg,1974)と指摘されるように、告知の時だけに限らず、「喪失」と「悲哀」は、がん患者の心理的支援においては重要な課題となる可能性があると思われる。

ここまで、告知前後の心理的支援において配慮すべきポイントをいくつか挙げてきたが、当然のことながら、全てのポイントを必ず押さえないといけないわけではない。先述のポイントを念頭に置きながらも、まずは患者の語りに真摯に耳を傾けることが最も重要なことである。また、本稿で紹介したがん患者の心理的反応は、一般的傾向に過ぎず、がんの種類、病期、性別、社会文化的背景などによって、患者は個々の心理的反応を示すことが想定される(内富、2003; 駿地、2018)。そうした患者の個別性を重視することが最も大切なことではあるが、一般的傾向とは異なった心理的反応が現われた際には、特に注意を払い、そうした反応が、その患者をより理解する手掛かりになることも知っておく必要があるだろう。

4. まとめと今後の課題

本稿では、告知前後のがん患者への心理的支援に対する示唆を得ることを目的に、実証的研究を中心に提起し、告知前後のがん患者の心理的反応を取り上げてまとめた。ただ、今回取

り上げた先行研究の多くは、技術や情報が日進月歩である医療を踏まえると、1900年代から2010年代の研究であり、医学的情報の時代的变化に伴う、告知前後におけるがん患者の一般的な心理的反応の変化を捉え切れていない可能性がある。しかし、日本においてがん告知が推奨され始めた1990年前後、がん告知に関連する研究は非常に数多くなされていたが、告知率が上昇し、「告知は当たり前」のことであるという認識が広がるようになるにつれて、研究対象となることは激減している（塩崎、2020）。実際、ここ5年間日本で行われた、がん告知前後の心理的反応に関する実証的研究は、筆者が調べた限り、伊藤・若崎（2020）以外には、がん患者2名の闘病記を対象とした研究（柿原・草野・市川、2015；柿原・平山・宮田、2016）しか見当たらない。また、今回取り上げた先行研究の多くは、看護師によるものである。そこで、今後は、例えば、次に詳しく述べるように、無意識の側面を含めるなど、心理職の専門性を活かした形で、がん告知前後における心理的反応に関する実証的研究を進め、がん告知を巡って、時間を経ても変わらない心理的反応と時代によって変化している心理的反応があるか否かを検討し、時代に沿った、がん患者に対する心理的支援あり方を検討していく必要があると思われる。

また、今回取り上げた先行研究の方法に着目すると、参与観察法を用いている研究もあるが、多くの研究では、質問紙法あるいは面接法を用いてデータが収集されている。つまり、主に患者の自己報告に頼ったデータに基づいており、意識化可能な次元での心理的反応を扱っているといえる。しかし、例えば、抑圧によって意識的には不安を強く感じていないが、無意識下では不安が高まっている場合が想定されるように、全人的理解を目指すならば、患者自身が意

識化可能な次元だけでなく、無意識の次元も含めて把握すること、つまり、患者の無意識的な側面を含めた「見立て」が必要になってくると考えられる。そこで、無意識的側面を測定できる投影法を、告知後の段階において実施し、「見立て」に活用することも重要なのではないだろうか。特に、投影法のなかでも、バウムテストは、比較的簡便かつ短時間で実施可能であるため、医療現場においても活用しやすいと思われる。実際、がん患者の心理療法においては、バウムテストが患者理解に役立つことが示唆されている（岸本、1999；片山、2008）。また、心理療法の中で夢が語られ、夢ががん患者の内的世界の理解に役立つことも明らかにされている（岸本、1999；西牧、2016；清水、2018；清水、2019）。こうしたバウムテストや夢を無意識的側面を反映するイメージとして捉えると、がん告知後をはじめ、がん患者への心理的支援にイメージの視点を取り入れることも有益と考えられる。しかし、日本では、がん患者のバウムテストや夢に関する実証的研究は進んでいない。そこで、今後は、告知時をはじめ、がんの各局面におけるバウムテストや夢に関する体系的研究を行うことが必要と考えられる。

さらに、本稿では、がん告知前後における患者の心理的反応から、告知前後の心理的支援の重要性が改めて確認された。しかし、松下・野口・小林ほか（2010）の調査によれば、病名告知の際の医療者におけるこのころのケアの提供者は、最も多いのが「主治医」（89.7%）、その次が「看護師」（28.0%）であり（複数回答可）、ほかに「精神科医・心療内科医」が4.0%、「それ以外の医師」が7.1%と、医師群が圧倒的な割合を占めているのに対して、「心理士・カウンセラー」は3.4%に過ぎないことが明らかになっている。ここから、このころのケアの提供者として、心理職が未だ十分に機能できていない

のが現状であると考えられる。そうした背景には、①がん医療における心理職の人員不足、②心理職の存在と役割が患者や他の医療者に十分に周知されていないこと、③医療現場では、患者が不安定な心理状態になり、他の医療者が対応に困った時点で初めて、患者が心理職に紹介されることが多いこと、④心理職に紹介されることへの患者自身の抵抗感などの要因が推測される。しかし、心理的不調の予防的な観点からも、告知の段階から、患者が心理職とつながれる機会を持つことは重要と考えられる。また、心理職が十分に機能できていない要因の一つとして心理職に紹介されることへの患者自身の抵抗感を挙げたが、がん患者は、身体の不調を理由に医療機関に受診しているため、「なぜ自分が心理職に会う必要があるのか?」、「なぜ自分の心について取り扱う必要があるのか?」といった疑問を抱くのも、ごく自然な反応といえる(清水、2017)。そこで、面接を拒否する権利を保証しつつ、短時間でも構わないので、告知後の全ての患者を対象に心理職が面接を実施するというシステムを構築し、告知後の心理的支援をシステムとして導入することは、心理職に紹介されることへの患者自身の抵抗感を和らげ、患者が心理職をつながる機会をもたらすことになると思われる。また、そうしたシステムは、必要時には心理職による支援を受けられることを、告知の段階から、患者に知っておいてもらうことにも寄与すると考えられる。ただ、そうしたシステム構築を行ううえでは、他の医療者との連携がより一層重要になってくると思われる。そこで、告知後の心理的支援のシステム構築を目指す際に、他の医療者とのどのような連携が必要になってくるかについて、今後明らかにしていく必要があるだろう。

文献

- Akechi, T., Okumura, H., Nishiwaki, Y., Uchitomi, Y. (2001). Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable nonsmall cell lung carcinoma : a longitudinal study. *Cancer*, **92**, 2609-2622.
- Akechi, T., Okumura, H., Sugawara, Y., Nakano, T., Shima, Y., & Uchitomi, Y. (2004). Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients : associated and predictive factors. *Journal Clinical Oncology*, **22**, 1957-1965.
- Anguiano, L., Mayer, D.K., Piven, M.L., Donald Rosenstein, D. (2012). A literature review of suicide in cancer patients. *Cancer Nursing*, **35**, 14-26.
- Antonovsky, A. & Hartman, H. (1974). Delay in detection of cancer : A review of the literature. *Health Educ. Monogr*, **2**, 98-128.
- Bahnson, C. B., Bahnson, M. B. (1969). Ego defenses in cancer patients. *Annals of the New York Academy of Sciences*, **164**, 547-577.
- Booth, G. (1964). General and organic specific object relationship in cancer. *Annals of the New York Academy of Sciences*, **164**, 568-576.
- Cassileth, B. R., Lusk, E. J., Strouse, T.B., Miller, D.S., Brown, L.L., Cross, P. A. (1985). A psychological analysis of cancer patients and their next-of-kin. *Cancer*, **55**, 72-76.
- Colleoni, M., Mandala, M., Peruzzotti, G., Robertson, C., Bredart, A., Goldhirsch, A. (2000). Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *Lancet*, **356**, 1326-1327.
- Cooley, M. E., Short, T. H., Moriarty, H. J. (2002). Patterns of symptom distress in adults receiving treatment for lung cancer. *Journal of palliative care*, **18** (3), 150-159.
- Dergatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., Pasetsky, S., Schmale, A. M., Henrichs, M., Carnicke Jr, C. L. M. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, **249**, 751-757.
- Deshields, T., Tibbs, T., Fan, M.-Y., & Taylor, M. (2006). Differences in pattern of depression

- after treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, **15** (5), 398-406.
- 土井健郎 (1992). 新訂 方法としての面接 臨床家のために. 医学書院.
- Frost, M. H., Suman, V. J., Rummans, T. A., Dose, A. M., Taylor, M., Novotny, P., Evans, R. E. (2000). Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer : the influence of disease phase. *Psycho-Oncology*, **9** (3), 221-231.
- 藤田美和子・丸山美香・島理恵子・上野啓子・町田弘美・丸山洋一 (2001). がん告知後の患者の不安及び抑うつ度調査 HAD 尺度を用いて. 県立がんセンター新潟病院医誌, **40** (2), 147-152.
- 福江真由美・内富庸介・山脇成人・黒井克昌・峠哲哉 (1995). 乳がん患者の精神科コンサルテーション. *精神科治療学*, **10** (8), 859-864.
- 福井小紀子・小澤元美 (2003). 健診機関における消化器がん患者の病名告知後の心理的状況とその関連要因の検討 保健師・家族による心理的サポートとの関連に焦点を当てて. *日本公衛誌*, **50** (7), 583-593.
- Grassi, L., Indelli, M., Marzola, M., Maestri, A., Santini, A., Piva, E., Boccalon, M. (1996). Depressive symptoms and quality of life in home-care-assisted cancer patients. *Journal Pain Symptom Manage*, **12**, 300-307.
- Green, L. W. & Roberts, B. J. (1974). The research literature on why women delay in seeking medical care for breast symptoms. *Health Educ. Monogr*, **2** (2), 129-177.
- Green, L. M., Rimer, E. T., Elwood, J. M. (1981). Behavioral approaches to cancer prevention and detection. In S. Weiss, Herd, A. & Fox, B. (eds.), *Perspectives on Behavioral Medicine*. New York : Academic Press, 215-234.
- 萩原英子・二渡玉江 (2011). 乳房の異常を自覚し手術に臨む乳がん患者のがんの認知プロセス. *日本看護研究学会雑誌*, **34** (5), 21-30.
- Henriksson, M. M., Isometsä, E. T., Hietanen, P. S., Lönnqvist, J. K. (1995). Mental disorders in cancer suicides. *Journal Affect Disord*, **36**, 11-20.
- Hinnnen, C., Ranchor, A. V., Sanderman, R., Snijders, T. A. B., Hagedoorn, M., & Coyne, J. C. (2008). Course of Distress in Breast Cancer Patients, Their Partners, and Matched Control Couples. *Annals of Behavioral Medicine*, **36** (2), 141.
- 広田典洋・木田晴海・青木照代・川浪由喜子・高橋克朗・中田俊則・塚崎稔 (1994). 乳がん患者の病氣行動に関する研究 - 主として病氣ストレス反応と病氣対処行動について. *医療*, **48** (11), 917-923.
- Holland, J. C. (1990). Fears and abnormal reactions to cancer in physically healthy individuals. In : (ed.), Holland, J. C. and Rowland, J. H. *Handbook of Psychooncology*. Oxford University Press, New York, 13-21. 河野博臣・濃沼信夫・神代尚芳 (監訳) (1993). *サイコオンコロジー第1巻 がん患者のための総合医療*. メディサイエンス社. 12-19.
- Holland, J. C. (1990). Clinical course of cancer. In Holland, J. C. and Rowland, J. H. ed. *Handbook of psychooncology*, 1st Ed, Oxford University Press, New York, 75-100. 河野博臣・濃沼信夫・神代尚芳 (監訳) (1993). *サイコオンコロジー第1巻 がん患者のための総合医療*. メディサイエンス社. 69-93.
- 保坂隆 (2003). がんの告知と医療チーム. 保坂隆 (編). *現代のエスプリ サイコオンコロジー がん患者のこころのケア*. 至文堂. 39-46.
- 保坂隆・徳田裕・小城良子・内富庸介・青木孝之・福西勇夫・岸桂子 (1995). がん患者のコーピングと情緒状態. *心身医学*, **35** (6), 483-489.
- 伊藤美由紀・浅沼良子・鈴木美奈子・島美紀 (2002). 肺がんで告知を受けた患者の心理的反応と告知までの受診行動の分析. *東北大学医療短期大学部紀要*, **11** (1), 65-75.
- 伊藤奈美・若崎淳子 (2020). 消化器手術を受けるがん患者の診断から手術説明までの心理的状況. *日本看護研究学会雑誌*, **43** (3), 564.
- 岩崎朗子・池田紀子・石川利江・鈴木真理子・田村正枝 (2002). がん患者の心理的ケアに関する研究 - がん告知に対する医療者・患者の認識及び看護婦の役割について. *長野県看護大学紀要*, **4**, 85-93.
- 岩満優美 (2015). サイコオンコロジー研究 - がん患者の心理特性、心理的苦痛および心理療法について -. *健康心理学研究*, **27**, Special issue, 209-216.
- 柿原加代子・草野純子・市川恭子 (2015). 肺癌患者の闘病記における告知後の病期別心理過程 -

- Holland 「がん患者の危機に対する正常な反応」モデルを用いて - 日本国際情報学会誌, **12** (1), 36-43.
- 柿原加代子・平山恵美子・宮田智子 (2016). 闘病記における乳癌患者の告知後の心理過程 - Holland 「がん患者の危機に対する正常な反応」モデルを用いて - 日本国際情報学会誌, **13** (1), 86-93.
- 河瀬雅紀・川上富美郎・澤田親男・水谷充孝・瀬戸隆一・国澤正寛・富山幸一・松田幹・福居顯二 (2000). 悪性腫瘍患者にみられた適応障害の特徴 その発症契機、臨床像および転帰について. *精神医学*, **42** (1), 89-95.
- 片山はるみ (2008). がん患者の語りといメージ. *臨床心理学*, **8** (6), 804-810.
- 岸本寛史 (1999). 癌と心理療法. 誠信書房.
- 岸本寛史 (2008). がんと心理援助. *臨床心理学*, **8** (6), 779-783.
- Kissen, D. M. (1966). The significance of personality in lung cancer in men. *Annals of the New York Academy of Sciences*, **125**, 820-826.
- Kugaya, A., Akechim T., Okuyama, T., Nakano, T., Mikami, I., Okumura, H., & Uchitomi, Y. (2000). Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer*, **88**, 2817-2823.
- 小池真規子 (2008). がん医療での見立てとアセスメント. *臨床心理学*, **8** (6), 791-797.
- 国府浩子・井上智子 (2002). 手術療法を受ける乳がん患者の術式選択のプロセスに関する研究. *日本看護科学会誌*, **22** (3), 20-28.
- 小松浩子 (1996). がん告知を受けた患者の主體的ながんとの共生と支える援助プログラムの開発に関する研究 (1) 告知に関連した患者の困難とその対処に関する分析、死の臨床. **19**, 39-44.
- Kornblith, A. B., Herndon, J. E., Weiss, R.B., Zhang, C., Zuckerman, E. L., Rosenberg, S., Holland, J. C. (2003). Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer*, **98** (4), 679-689.
- 厚生省大臣官房統計情報部編 (1994). 平成4年度人口動態社会経済面調査報告 悪性新生物. 財団法人厚生統計協会.
- LeShan, L. (1966). An emotional life history pattern associated with neoplastic disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, **125**, 780-793.
- Los Angeles County government・Mental Health Department (1996). *Critical Incident Stress Management*. California. 中井久夫 (訳) (1998). 災害時のストレスマネジメント. *治療の聲*, **1** (2), 別冊附録. 1-31.
- Massie, M. J. & Holland, J. C. (1990). Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. In Holland, J. C. and Rowland, J. H. ed. *Handbook of psychooncology*, 1st Ed, Oxford University Press, New York, 273-282. 河野博臣・濃沼信夫・神代尚芳 (監訳) (1993). サイコオンコロジー 第2巻 がん患者のための総合医療. メディサイエンス社. 3-11.
- 松木光子・三木房枝・越村利恵・鹿島泰子・大谷英子 (1992). 乳癌手術患者の心理的適応に関する縦断的研究 (1) - 術前から術後3年にわたる心理反応 -. *日本看護研究学会雑誌*, **15** (3), 20-28.
- 松下年子・野口海・小林未果・松田彩子・松島英介 (2010). がん患者が受けた心のケア・サポート: インターネットによる実態調査. *総合病院精神医学*, **22** (2), 142-152.
- Minagawa, H., Uchitomi, Y., Yamawaki, S., Ishitani, H. (1996). Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patient. A prospective study. *Cancer*, **78**, 1131-1137.
- 中谷有希・岩満優美・蔵並勝・岡崎賀美・山本賢司・渡邊昌彦・宮岡等 (2012). 乳がん確定診断時の心理的反応と感情抑制傾向について. *心理学研究*, **83** (2), 126-134.
- Nakatani, Y., Iwamitsu, Y., Kuranami, M., Okazaki, S., Shikanai, H., Yamamoto, K., Watanabe, M., & Miyaoka, H. (2014). The relationship between emotional suppression and psychological distress in breast cancer patients after surgery. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, **44**, 818-825.
- 西牧万佐子 (2016). 終末期医療における心理面接に関する一考察: がん患者の五事例から. *箱庭療法学研究*, **28** (3), 53-64.
- 二渡玉江 (2006). がん患者の心理適応を促す看護. *北関東医学*, **56**, 43-44.

- Okamura, H., Uchitomi, Y., Ssako, M., Eguchi, K., Kakizoe, T. (1998). Guidelines for telling the truth to cancer patients. Japanese National Cancer Center. *Japan Journal of Clinical Oncology*, **28**, 1-4.
- Okamura, H., Watanabe, T., Narabayashi, M., Katsumata, N., Ando, M., Adachi, I., Akechi, T., Uchitomi, Y. (2000). Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer : prevalence and risk factors. *Breast Cancer Research and Treatment*, **61**, 131-137.
- 岡村仁 (2003). がん患者に見られる精神症状. 現代のエスプリ、1、18-25.
- Okazaki, S., Iwamitsu, Y., Kuranami, M., Todoroki, K., Suzuki, S., Yamamoto, K., Hagino, M., Watanabe, M., & Miyaoka, H. (2009). The psychological responses of outpatient breast cancer patients before and during first medical consultation. *Palliative and Supportive Care*, **7**, 307-314.
- 東尚弘・奥山絢子 (編) (2018). がん診療連携拠点病院院内がん登録 2016 年全国集計 報告書. 国立研究開発法人 国立がん研究センター がん対策情報センター がん登録センター 院内がん登録分析室.
- 温井由美 (2001). 乳房切除術と乳房温存術を受ける患者の術前・術後のストレス・コーピングとその比較. 日本がん看護学会誌、**15** (1)、17-27.
- 大上俊彦・下山直人 (2001). がん告知後のアフターケア. 日本臨床、**59** (4)、575-579.
- 大谷恭平・内富庸介 (2010). 「他領域からのトピックス」 がん患者の心理と心のケア. 日本耳鼻咽喉科学会会報、**113**、45-52.
- 小澤元美・福井小紀子 (2004). 検診機関における消化器がん患者のがん告知後の精神的状況の変化およびそれらと医師および保健師によるサポートとの関連の検討. 東京保健科学学会誌、**6** (4)、268-274.
- Palsson, M. E., Norberg, A. (1995). Breast cancer patient' experience of nursing care with the focus on emotional support : the implementation of a nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing*, **21**, 277-285.
- Prieto, J. M., Blanch, J., Atala, J., Carreras, E., Rovira, M., Cirera, E., Gasto, C'. (2002). Psychiatric morbidity an impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *Journal Clinical Oncology*, **20**, 1907-1917.
- Rait, D. (1990). Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. In Holland, J. C. and Rowland, J. H. ed. Handbook of psychooncology, 1st Ed, Oxford University Press, 537-548. New York. 河野博臣・濃沼信夫・神代尚芳 (監訳) (1993). サイコオンコロジー 第3巻 がん患者のための総合医療. メディサイエンス社.
- Ritz, L. J., Nissen, M. J., Swenson, K. K., Farrell, J. B., Spertuto, P. W., Sladek, M.L., Lally, R.M., Schroeder, L.M. (2000). Effects of advanced nursing care on quality of life and cost outcomes of women diagnosed with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, **27**, 923-932.
- Robson, A., Scrutton, F., Wilkinson, L., MacLeod, F. (2010). The risk of suicide in cancer patients : a review of the literature. *Psychooncology*, **19**, 1250-1258.
- 佐藤富美子 (2004). 乳がん患者が術式選択をめぐって心理的衝撃をうけた情報とその対処. 日本がん看護学会誌、**18** (2)、47-55.
- Schoenberg, B. (1974). Anticipatory Greif. Columbia University Press, Columbia.
- 瀬山留加・吉田久美子・神田清子 (2005). 語りにみる進行がん患者の社会的側面の変化と苦痛. 群馬保健学紀要、**26**、61-70.
- 柴田利男 (2018). がん告知に対する態度に影響を与える心理学的要因. 北星学園大学社会福祉学部北星論集、**55**、19-29.
- 塩崎万理 (2020). 病名告知時に求められる情報 病状説明をめぐる患者と家族の視点. 日本健康心理学会大会発表論文集、**33**.
- 白尾久美子・山口桂子・大島千英子・植村勝彦 (2007). がん告知を受け手術を体験する人々の心理的過程. 質的心理学研究、**6** (1)、158-173.
- 清水亜紀子 (2017). 緩和ケアにおける心理療法 : 面接導入時の配慮と面接構造の工夫. 京都市立病院紀要、**37** (1)、34-37.
- 清水亜紀子 (2018). 心理療法を支える器としてのイメージの機能 : 終末期における心理療法を手掛かりに. 箱庭療法学研究、**30** (3)、47-57.
- 清水亜紀子 (2019). イニシエーションの観点から捉

- えた癌患者との心理療法. 心理臨床学研究, 37 (2), 121-132.
- 清水研(2008). 大うつ病・適応障害の評価. 緩和ケア, 18, 40-43.
- Sontag, S. (1978). *Illness as metaphor*. New York: Farrar, Straus and Giroux. 富山太佳夫 (1982) (訳). 隠喩としての病い エイズとその隠喩. みすず書房
- 杉原一昭・小久保正昭 (2008). 予後不良がん患者の精神的崩壊を回避する心理的要因. 東京成徳臨床心理学研究, 8, 117-125.
- 菅原聡美・佐藤まゆみ・小西美ゆき・増島麻里子・佐藤禮子 (2004). 外来に通院するがん患者の療養生活上のニード. 千葉大学看護学部紀要, 26, 27-37.
- 駿地眞由美 (2018). がん患者らの心理的苦痛に関する研究の展望. 追手門学院大学心理学部紀要, 12, 13-38.
- 鈴木久美・小松浩子 (2002). 初めて病名告知を受けて治療に臨む壮年期がん患者の認知評価とその変化. 日本がん看護学会誌, 16 (1), 17-27.
- 竹内登美子 (2000). 患者の意思決定を支える外来看護の重要性. 竹内登美子 (編著). 講義から実習へ 高齢者と成人の周手術期看護 外来/病棟における術前看護. 医歯薬出版株式会社. 2-3.
- 田中耕司・垣替芳隆・金蔵常一 (1996). 婦人科癌患者の心理社会的調査 (第2報). 厚生年金病院年報, 23, 211-216.
- 田中耕司・米倉ゆかり・峯修平・弥富佳子・金蔵常一・吉良勲・垣替芳隆 (1998). 婦人科がん患者における精神の障害 その内容、罹患率、リスクファクター. 精神医学, 40 (11), 1193-1199.
- 田中明子・宮城悦子・椎名香織・小野瀬亮・五来逸雄・伊藤瑞穂・水野康弘・小坂憲司・平原史樹 (2002). 婦人科悪性腫瘍患者における精神疾患の病態と対応. 産婦人科の実際, 51 (10), 1425-1429.
- 田澤安弘 (2003). 癌とロールシャッハ・テスト. 心理臨床学研究, 20 (6), 557-567.
- Temoshock, L. (1985). Biopsychological studies on cutaneous malignant melanoma : Psychosocial factors associated with prognostic indicators, progression, psychophysiology an tumor-host response. *Social Science & Medicine*, 20, 833-840.
- 上田稚代子・関美奈子・竹村節子 (2001). 乳癌患者の術前・術後の心理的状況の分析. 和歌山県立医科大学看護短期大学部紀要, 5, 19-25.
- 内富庸介 (2003). 1. がんへの通常の心理的反応. 松下正明 (総編). 新世紀の精神科治療 第4巻 リエゾン精神医学とその治療学. 中山書店. 51-58.
- Uchitomi, Y., Mikami, I., Nagai, K., Nishiwaki, Y., Akechi, T., Okamura, H. (2003). Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 21, 69-77.
- 内山美枝子 (2011). 治療過程で生じる乳がん女性の心身苦痛体験の構造モデル. 日本看護会誌, 25 (2), 24-34.
- 山脇成人・内富庸介 (1997). サイコオンコロジーーがん医療における心の医学. 診療新社.
- 矢野栄一・内富庸介・若宮信也・田村聡・北野博子・西村良二・大森信忠・山脇成人 (1992). ある乳癌患者の心理過程の一考察-進行癌の事実を知りヒステリー性乖離状態を生じた症例-. 精神科治療学, 7, 777-781.
- 若崎淳子・掛橋千賀子・谷口敏代 (2006). 周手術期にある乳がん患者の心理的状況-初発乳がん患者により語られた内容の分析から-. 日本クリティカルケア看護学会誌, 2 (2), 62-74.
- Wang, X., Cosby, L. G., Harris, M. G., Liu, T. (1999). Major concerns and needs of breast cancer patients. *Cancer Nursing*, 22, 157-163.
- Watson, M. & Ramirez, A. (1991). Psychological factors in cancer prognosis. In : Cooper, C. L., Watson, M., eds. *Cancer and Stress : Psychological Biological and Coping Studies*. John Wiley & Sons, New York.
- Weisman, A. D. & Worden, J. W. (1975). Psychosocial analysis of cancer deaths. *Omega*, 6, 61-75.
- Weisman, A. D. & Worden, J. W. (1977). The existential plight in cancer : Significance of the first 100 days. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 7, 1-15.

(清水亜紀子、京都文教大学 臨床心理学部 講師
(専門分野：臨床心理学))

Abstract

Patients' Psychological State and Psychological Support For Them Before and After Cancer Diagnosis: Based On An Review of Mainly Empirical Studies of Patients Who Were Diagnosed With Cancer

Akiko SHIMIZU

This study reviewed mainly empirical studies of patients who were diagnosed with cancer and examined patients' psychological state before and after cancer diagnosis. Results showed that, after cancer diagnosis, patients experienced death anxiety to a varying extent and were at increased risk for psychological instability, and therefore the necessity of psychological support was reaffirmed to patients after cancer diagnosis.

Furthermore, this study identified factors that increased the risk of psychological problems for patients after receiving cancer diagnosis and clarified the importance of the role of patients' families as a support system. This study suggested that a counseling session as early as possible after cancer diagnosis could lead to patient's need for psychological supports from this point forward. Additionally, this study clarified factors for clinical psychologists to consider when providing support to patients after cancer diagnosis. This study revealed that clinical psychologists should pay attention to reactions outside the range of general reactions which patients had after cancer diagnosis and recognize revealing clues about patients' psychological states from their reactions. This study emphasized the notion that clinical psychologists should bear in mind that the unique individuality of each patient is of utmost importance. This study suggested that clinical psychologist should focus less on "cancer" and more on "people with cancer". Therefore, psychologists need to attend not only to how patients approach cancer and its treatment, but also to how psychological issues patients have. Regarding challenges for the future, this study showed the need to conduct an assessment which includes the unconscious elements of cancer patients' psychologies by projective psychological tests such as Baum test. This study suggested that incorporating the perspective of image, such as that appeared in Baum tests and dreams, could be beneficial in the psychological support of patients with cancer. Finally, this study indicated that patients should be provided the opportunity to make contact with clinical psychologists from the early stages of cancer through the establishment of a system whereby clinical psychologists conduct interviews with all patients immediately after receiving cancer diagnosis.

Key words : cancer diagnosis, psychological support, assessment the unconscious elements of cancer patients' psychologies

