

## 「第35回北里腫瘍フォーラム: みんなで緩和ケア」

### 苦痛・苦悩の評価と対応

宮地 英雄

北里大学医学部精神科学

「苦痛」は、身体面だけでない「苦しみ」が含まれる。緩和ケアの領域では、「全人的苦痛」として、「精神的苦痛」や「実存的(霊的)苦痛:スピリチュアルペイン」という要素が存在するという概念がある。緩和ケアチームにおける精神科医の役割は、がん患者の、現状の精神状態の評価と、特に薬物療法を要する精神的諸問題に対する対応である。この諸問題は、がん患者に特有の問題というわけではないが、その問題が生じている原因に、がん患者の持つ問題を絡めて考えていかなければならない。精神科医は、臨床心理士とともに、がん患者の、「ふつうでありたい」という気持ちに寄り添い、このような苦痛を緩和する役割を担う。

**Key words:** 精神的苦痛, スピリチュアルペイン, せん妄

#### 「緩和ケア」の対象としての「苦痛」

「緩和ケア」, 「緩和ケアチーム」におけるケアの対象は、「苦痛」ということになる。「苦痛」は、一般的にも、「精神や肉体が感ずる苦しみや痛み。」(広辞苑)と示されているように、身体的だけでなく、精神的な面も含む苦しみを指す。医学的にも、緩和ケア領域では、「全人的苦痛」として、「身体的苦痛」の他、「精神的苦痛」, 「社会的苦痛」, 「実存的(霊的)苦痛:スピリチュアルペイン」という4つの要素が存在するとされる。これら苦痛のうち、主に「精神的苦痛」と「スピリチュアルペイン」に対応するのが精神科医や臨床心理士ということになる。

このような「苦痛」やその対応の考え方は、がん対策基本法などががんに関連する各法で示されているのみならず、医学部の教育現場でも敷衍させるようになっており、臨床、教育という分野で公然のこととなっている。北里大学病院における緩和ケアチームでは、精神科医の他に臨床心理士もチームに加わり、「精神的苦痛」や「スピリチュアルペイン」に対して、より厚みを増した評価、対応を行えるようになっている。

#### 「苦痛」と精神的問題

精神科医の役割としては、がん患者の、現状の精神状態の評価と、特に薬物療法を要する精神的諸問題に対する対応である。諸問題とは、睡眠障害やせん妄、不安、抑うつ、などである。いずれの問題も、がん患者に特有の問題というわけではないが、その問題が生じている原因に、がん患者の持つ問題を絡めて考えていかなければならない。

例えば、不安、抑うつは、がんを患った場合には当然の反応としてはあるが、その過程や程度を加味して評価しなければならない。がん患者の心理的反応は、約50年前のアメリカで、「死にゆく患者の心理的変化」として研究されている<sup>1)</sup>。その変化とは、「否認と孤立」, 「怒り」, 「取り引き」, 「抑うつ」, 「受容」の5段階としている。当然これで「診断」ができるというわけではないが、治療過程の中で、患者が急に怒り出したり、聞き慣れないことを発言したりした場合、このことを当てはめると、医療者が慌てずにサポートできることはあろう。

睡眠障害では、「身体的苦痛」によって引き起こされていることも多く、安易に睡眠導入薬を処方する前に、苦痛の軽減などできることがあればやっておく。せん妄は、夜間に生じることが多い意識障害である

が、特徴として、状態が改善する時間がある、つまり一過性である、ということである。意識障害ということは、外因的要因があることがあり、その同定は対応のために重要である。炎症や発熱、電解質異常、また痛みや違和感のような身体的苦痛、身体拘束、などが発現の要因となり得る。また治療や症状緩和のために使用している薬物(ベンゾジアゼピン系薬物、オピオイド、ファモチジンなど)が、それをもたらしている場合もある。

### スピリチュアルペイン

スピリチュアルペインは、「霊的(実存的)苦痛」と言われ、全人的苦痛の一要素とされる。何か不安を訴えるのであるが、身体的でもなく、精神疾患性も著しくなく、社会的な要素もあまりないとき、この苦痛の存在を考える。スピリチュアルペインについては、WHOが定義をしている。「スピリチュアルとは人間として生きることに関連した経験的側面であり、身体感覚的な現象を超越して得た体験を表す言葉である」とし、宗教的な因子と同じ意味ではないが、関連しているとされ、「生きている意味や目的についての関心や懸念と関わっている場合が多い」と説明されている。

その立場になってみないと理解できないような文言が並んでいるが、私個人としては、村田による分類<sup>2</sup>に出てくる、「喪失(感)」が、スピリチュアルペインを理解するKey Wordになるのではないかと考えている。

それには、将来の喪失(時間存在の喪失)、他者との関係の喪失(関係存在の喪失)、自己存在の意味の喪失、自立、生産の喪失などからくる苦痛があり、ここから、不公平感や、無価値感、絶望感、罪責感、孤独感、などに繋がっていくと考えると、部分的でも理解できるのではないだろうか。

### 緩和ケアチームの意義

普段問題なく過ごしてきたかたが、がんになり不自由さを感じたとき、今までのように「ふつうでありたい」と考えるのは自然なことである。「ふつうに歩きたい」「ふつうに食べたい」と考え、「ふつうの存在でいたい」と思うのである。がん患者に生じている問題における精神面の評価、対応をする際、当チームのように、多様な専門職種が容易に連携を行えるというのが、「全人的な医療の実践」の理想像の一つと考える。

### 利益相反

本論文内容に関する著者の利益相反: なし

### 文 献

1. Kübler-Rose E. *On Death and Dying*. Routledge; London: 1969.
2. 村田久行. スピリチュアルペインの構造とケアの指針. ターミナルケア 2002; 12: 521-5.