

3

精神療法

観察研究において、呼吸困難と不安などの精神症状との関連が指摘されている。本項では、精神療法が呼吸困難の軽減に有効であるかについて概説する。

1. 呼吸困難に対する精神療法

系統的レビューによると、がん患者の呼吸困難に対する精神療法の有用性を検討した無作為化比較試験は存在しない。ただし、慢性閉塞性肺疾患（COPD）における呼吸困難に対する精神療法の有用性を検討した研究として、以下の2つがある¹⁾。

Rosserら²⁾は、COPDを有する65名の患者を、8週間かけて施行する3種類の精神療法（精神力動的な精神療法^{*1}、支持的な精神療法^{*2}、看護ケア）のいずれか、あるいは対照群（1週間ごとに採血のみを行う）の計4群に無作為に割り付け、介入終了後、6カ月後にVAS（呼吸困難、抑うつ、不安）とFletcher scale（Hugh-Jonesの分類：耐運動能）、GHQ^{*3}（精神疾患の有無）を用いて評価を行った。その結果、すべての群で治療終了後に呼吸困難の改善を認めたが、看護ケア群でのみ、その効果は6カ月後にも持続していた。精神症状は支持的な精神療法群で改善したが、精神力動的な精神療法群では改善しなかった。本研究では、症例数の計算などが行われておらず、症例数の不足のために効果が見出せなかった可能性がある。また、無作為割付も不適切で、対照群で抑うつ、不安が強かったという背景の相違があった。また著者らは、呼吸困難があるとはいえ不安についての治療を求めている患者に、心理学的介入を提供することの妥当性に疑問を呈している。

Eiserら³⁾は、COPDを有する患者群において、グループ認知行動療法^{*4}が不安を軽減し、ひいては呼吸困難を改善するかどうかを調査した。16名の安定したCOPD患者を、無作為化を行わずに、介入群に10名、対照群に6名を振り分けた。介入群は、5~6名を1グループとして、精神科医による1回90分のグループ認知行動療法を毎週計6回行った。対照群では、呼吸機能検査を6週間にわたって毎週行った。評価は第1日目、介入終了後1週目、12週目に、VAS（6分間歩行試験後の呼吸困難）、MRCスケール^{*5}（呼吸困難による支障の程度）、SGRQ^{*6}（呼吸器疾患による健康状態やQOLへの影響）を用いて行った。その結果、対照群においてはすべての生理学的検査、心理学的スコアの変化を認めなかったが、介入群においては6分間歩行距離が、介入終了後1週目において有意に改善し、この効果は12週目にも認められた。しかし主観的な抑うつ、不安、呼吸困難には全く改善を認めなかった。本研究についても、症例数が不足していること、無作為化を行っていないこと、その他多くの研究デザイン上の問題がある。

レビューにおいては、精神療法に関するカテゴリーには、これらの2研究しか含まれなかったため、エビデンスの強さは算出されなかった¹⁾。

***1：精神力動的な精神療法**
洞察的精神療法の一つ。患者の有する葛藤を明らかにし、転移感情の解釈を行ったり、精神療法中に生じた感情と幼少時に経験した感情を結び付けて過去の問題を治療関係のなかで扱うことで解決するといった手法を用いて治療を行う。一般的には年単位にわたって長期に行うことが定型とされるが、Rosserらは、それを身体疾患がある患者に提供するため、短期間のプログラムとして実施した。

***2：支持的な精神療法**
患者と信頼関係を構築するなかで、感情表出の促進をしつつ、それを傾聴、受容、共感といった技術を用いて患者を支えることを中心とした精神療法。洞察的精神療法などと比較すると、患者に変化を迫るよりもむしろ現在の患者を肯定的に受け止め、現在有している能力を強化するといった点に特徴がある。精神力動的な精神療法のなかで転移解釈を行わないものを支持的な精神療法と定義している。

***3：GHQ（General Health Questionnaire）**
精神障害のスクリーニングを目的として開発された、30項目の自記式質問票。

***4：グループ認知行動療法**
認知行動療法とは、患者が直面している問題に関連する不適応な認知および行動のパターンに焦点をあて、治療者との精神療法的交流や行動実践などを通して適応的な認知・行動を学習することで、精神的苦痛を軽減する治療法である。グループ認知行動療法とは、複数の患者を対象とし、1つの構造のなかで本治療法を提供することを行う。Eiserらは、身体症状や病気が心理的側面に与える影響がどのように生活に影響を与えているかを話し合うなかで、不安やそのコントロールについて理解を深めるような治療を行った。また、呼吸法や筋弛緩法などのリラクゼーション法も施行した。

***5：MRCスケール**
現在は修正MRCスケールが使用されている。P31参照。

***6：SGRQ（St George's Respiratory Questionnaire）**
呼吸器疾患による健康状態やQOLへの影響を評価する、50項目の自記式質問票。

2. まとめ

がん患者を対象とする横断的観察研究などにおいて、不安と呼吸困難との関連が示されているが、その因果関係は依然明らかになっていないと言いき難い。よってがん患者の呼吸困難の治療にあたっては、まずは身体的側面からの対応が優先されるべきであると思われる。

不安によって呼吸困難が増強しているように観察される患者に対しては、不安などの精神的負担の軽減を目的に精神療法を行い、副次的に呼吸困難の改善を目的とする場合があるかもしれない。しかしその場合にも、Rosserらが指摘するように患者自身の精神療法を受けたいという意向が重要となるのはいうまでもない²⁾。また終末期であれば、呼吸困難のために長時間にわたる会話が困難となり、精神療法の適応となりにくいことも留意すべきである¹⁾。

(奥山 徹, 山口 崇)

【文 献】

- 1) Bausewein C, Booth S, Gysels M, Higginson IJ. Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 (2): CD005623
- 2) Rosser R, Denford J, Heslop A, et al. Breathlessness and psychiatric morbidity in chronic bronchitis and emphysema: a study of psychotherapeutic management. *Psychol Med* 1983; 13: 93-110
- 3) Eiser N, West C, Evans S, et al. Effects of psychotherapy in moderately severe COPD: a pilot study. *Eur Respir J* 1997; 10: 1581-4