

## 第16回日本エイズ学会シンポジウム記録

## 困難事例と心理臨床のアプローチ

矢永由里子<sup>1)</sup>、高田知恵子<sup>2)</sup><sup>1)</sup> 国立病院九州医療センター感染症対策室 カウンセラー；エイズ予防財団リサーチレジデント<sup>2)</sup> 東京都健康局医療サービス部感染症対策課 専門相談員

キーワード：多重診断，心理アセスメント，チーム医療，派遣カウンセリング，米国での実践

日本エイズ学会誌 5：92-95，2003

## 1. 概 要

HIVの流行が日本で起こって20年が経過しているが、現在抗HIV治療の改善によって、HIVは致死疾患から慢性疾患へと様相が変化しつつある。しかしその一方で、感染の拡大を受けて、臨床場面ではより多様で複雑な背景を持つケースが出現しており、適応障害や鬱病、人格障害とHIV感染が合わさる多重診断の例も出始めている。今後ますます的確な心理アセスメントと有効な介入が必要になってきている。

今回のシンポジウムでは、そのような動きを受け、医療現場における感染者の特に心理社会的な問題について、その心理臨床の対応や医療という多職種の中での心理のアプローチについて検討を行うことを目的とした。シンポジウムは2002年11月29日の午後6時半より1時間半開催され、医療従事者、心理職、福祉職、行政NGOと様々な背景を持つ参加者が約150名集い、熱心な討論を行った。

本シンポジウムでは、日本エイズ予防財団の外国人招聘事業の一環として長年米国でチーム医療の実践を経験している臨床心理学者のMark Winiarski先生を招くことができ、先生の貴重な体験を聴く機会に恵まれた。

シンポジウムの構成として、まず、導入として心理臨床の今までの変遷の振り返りを行い、その後、豊富な臨床経験をお持ちの味澤篤先生に、先生の経験された困難事例の紹介をしていただき、それを受ける形で、日本の心理臨床について古谷野淳子先生に、また米国での実践についてWiniarski先生にそれぞれの体験を発表していただいた。誌面の制限上、当日の内容について全てを網羅することは不可能だが、それぞれの発表の要点について下記にまとめてみたい。通訳については木原正博先生のご好意で同会場の同時通訳の協力を得ることができた。

著者連絡先：矢永由里子（〒810-8563 福岡市中央区地行浜1-8-1 国立病院九州医療センター感染症対策室）  
Fax：092-847-8801， E-mail：yuriko@qmed.hosp.go.jp

2003年4月17日受付

## 2. 各発表の概略

## 1) 「HIV医療における心理臨床のアプローチとその変遷」

矢永由里子

HIV医療における14年間の心理臨床の経緯を3時期に分けて振り返り、また現在の特徴・問題点について検討を行った。

## ① 第一期：1989～1993年 『致死疾患として』

社会にエイズパニックが起り、HIV感染の患者・家族に対し激しい差別や偏見が生まれた時期は、治療も対処療法のみでHIV感染の告知イコール死の宣告に等しかった。1988年、日本にWHOがエイズに関する告知とカウンセリングの導入を勧告して以来、主に血友病専門の医療機関でカウンセリングが開始された。この時期、中心的に取り上げられたテーマは、告知とターミナルケアに関するものだった。カウンセラーの活動も对患者、家族、医師、看護師と点から点という単独の動きが主だった。

## ② 第二期：1994～96年 『薬物治療の黎明期』

1994年にアジアで初めてのエイズ国際会議が横浜で開催され、日本でもエイズへの関心が一挙に高まった。医療でも治療薬が徐々に開発され、治療の試行錯誤が始まった時期である。カウンセリングでは扱うテーマが服薬・治療やパートナー告知と徐々に広がりを見せてきた。また、この時期は医療制度も新たな局面として、エイズ診療拠点病院の設定、自治体における派遣カウンセリング制度や保健所でのHIV抗体検査が始まった。地域のエイズ体制の支援が行政やNGOによって始まり出したのもこの時期からである。

## ③ 第3期：1997～2002年 『HAARTの時代、慢性疾患への移行の兆し』

HAARTという新しい治療法によって感染者の病状は改善され、ケアも病棟から外来へと変わってきた。HIV感染症が長期的な適応を要する慢性疾患へと移行しつつある中で、カウンセリングでは新たなテーマとして、服薬（アドヒアランス）、就労、結婚や出産、就学、生き方の選択、医療者とのコミュニケーションなどが浮上してきた。感染

者の抱える医療、心理、社会等の多面的問題への対応として、多職種によるチーム医療の必要性も生まれ、カウンセラーの援助も単独のものから複数の職種の人々との連携へと変化している。また、感染の広がりを受け、感染者のセクシュアリティの多様化、年齢の幅広さ、背景の複雑化が起こっている一方、地域、コミュニティへの介入という部分で、地域のエイズケアや予防という視点が重要になり、行政、NGO、教育関係者の関わりが一層求められ始めた。

#### 【現在の特徴・問題点と今後へ】

感染者の背景の多様化により、取り上げる問題もより複雑になり問題の重層性が生まれている。また、対応については、専門職の役割分担が徐々に明確になりつつあり、今後は各職種の独自性をどう確立していくか、そしてその確立したものをどのように協働させていくか、より効率的なシステムをどのように構築していけばよいかというところに現在来ているように思われる。

#### 2) 「HIV 治療困難例の当院での現状」

味澤篤先生(東京都立駒込病院)

HIV感染者が感染症の問題だけでなくその他の問題も合わせ持つ場合も少なくない。そしてその問題が抗HIV療法におけるアドヒアランス不良や治療失敗、耐性ウイルス出現とも関連してくる。味澤先生の臨床の中で特に困難と思われた3事例を通して、問題点やアプローチの困難さについてご報告をお願いした。

その3例とは、①精神疾患(躁鬱病)、②アルコール常用、③神経症(ヒステリー)を合併した事例であった。①のケースでは、本人の躁状態が続き、外来治療での抗精神薬の投与では効果が不十分で、不眠のための錯乱状態に陥りアドヒアランスも不明になった。治療薬の選択も限られた状況下で、アドヒアランスを維持するため2精神病院への入院が必要となり、その後躁状態が安定していくことで治療もようやく軌道に乗っていった。②のアルコール常用では、本人はアルコール専門施設を紹介されるも依存は変化せず、またカウンセリングも拒否した。今後治療が開始された場合、本人のアドヒアランスが維持されるか大いに疑問があるケースだった。③では、神経科にてヒステリーと診断されたケースで、心理テストでは、不安定さや共感性の弱さ、情緒的なコントロールの弱さ、現実対処の未熟さが指摘された。抗HIV治療も断続的となり耐性ウイルスも出現していった。以上のような事例は先生の臨床においても数的には多くないとのことであったが、治療を行ううえで「頭の痛い」ケースであるという発言も聞かれた。本シンポジウムの事後アンケートの中にも、この事例に近いケースを経験している医師が困難事例の対応の大変さをコメントしていた。

以上の困難事例を聴いていて、治療を進める上で単一の

科だけの対応は限界があり、①では精神科支援との連携が重要になっており、②では本人がアルコールをやめたい意思を持っているので、ねばり強く専門施設や自助グループへの繋ぎを働きかけることが必要であろうし、③の神経症レベルの症状に対しては心理テストの結果を参考にしながらカウンセラーからの一歩深めた関与が必要になってくるのではと思えた。また、心理職の関わりについては、心理が抱え込む場合もあることが報告されたが、チーム内お互いがそれぞれの対応について早い時期に意見を言い合える素地を作っていくことの重要性を感じた。そしてこの重要性は、ケースが困難であればある程その度合いが増すようにも思えた。今後、われわれ心理職が臨床現場で直面する可能性の高い事例について医師の立場から貴重な報告を頂けたと思う。

#### 3) 「日本における困難事例のカウンセリングの実際」

古谷野淳子先生(大阪府健康福祉部感染症・難病対策課)

臨床心理士は困難事例にどのようなカウンセリングを行っているのか、長年、大阪府、京都府でHIVの心理臨床を実践している古谷野淳子先生に発表をお願いした。困難事例のカウンセリングの話題に入る前に、まず派遣カウンセリング制度についての紹介と、すべてのHIV感染者・患者は心理的危機状態を経験していること、本人の持つ力により、必要とする援助の内容や度合いは異なることが前提として語られた。精神面での困難が強く予測されるケースとしては①精神科的診断・治療を受けていた人のHIV罹患、②治療の対象となったことはないが、心の傷や痛み、不適応感を抱え持っていた人のHIV罹患、③HIV罹患により生じた重大な、あるいは繰り返される喪失体験、の3タイプがあげられる。一方、HIVカウンセラーの仕事は①適切な抗HIV療法実践のサポート(主治医や看護師との患者理解の共有、精神科・専門治療施設などとの連携)、②環境整備の努力(MSWによる社会資源のコーディネートへの橋渡し)(家族などの支援機能を強化)、③HIVへの再適応に必要な自我の力の成長や回復を図ること、の3点があるが、特に③は心理職としての独自性が発揮される。その前提として、危機や喪失に対しての心理的反応とプロセス、心が健康な状態と病的な状態との相違などを知っていることが必要となる。

具体的な実践事例として、20代同性愛男性へのカウンセリングが紹介された。診察場面では緊張気味で、ほとんど質問や要求をしない人で、忙しさを理由に通院が次第に不定期になった。服薬開始後はアドヒアランス不良で、服薬中断となり経過観察中という状態であった。この事例へのカウンセリングの経過から、以下の点が明らかになった。すなわち、「良い子」的で緊張の強い対人関係、ストレスへ

の対処行動が強迫的、知的高さに比べて病気や治療の理解が消極的、性的指向を知られることへの恐れ。面接を深めていくと、完璧でないことの不安に耐えられない All or Nothing という考え方、性的指向についての葛藤、慢性の空虚感、それを埋めるための依存症的な行動（性行動、買い物）、自己評価の低さ、それらの補償のための過適応によるストレス、親密な関係の持てなさ、などが明らかになった。さらに、幼児期よりドメスティックバイオレンスにさらされてきたことと、現在に至る家族間の緊張と不和があること、クライアントが「良い子」であり続けることで家族の崩壊を防ぐ役割を果たしてきたことなどが明らかになった。「患者」としての行動と心の中で生じていることを対比させると以下のような構図が見えてくる。診察場面での緊張→[罰せられる、見捨てられることへの不安]、不定期な通院→[病気である自分を思い出したくない]、アドヒアランス不良→[もうどうせダメ]、社会的支援の乏しさ→[同性愛仲間の中でも「異質な自分」]。この事例においてカウンセラーが行ったことは、①「良い患者」になれない部分も含んだ「ひとりの人間」としてのクライアントとの信頼関係構築、② HIV への適応困難に対し、各場面でのアセスメントに基づく対応（現実検討、認知の修正、心理教育、見捨てない、スタッフにもアセスメントを伝え協力依頼）、③ 根本的な生きづらさに対し、心理的回復、成長を目指す心理療法を粘り強く行うこと、であった。

HIV 医療はチーム医療であると言われるが、実際の現場は忙しく、スタッフは移り替わり、スタッフの関与や関心の度合いも現場により異なるという現実がある。現状の中でのチーム医療の実践が大切である。スタッフ間で、同じゴール・方向に向けて、各々の専門性に基づいて誠実に仕事をしてきているという信頼感がそれを支えている。最後に現在の HIV 医療におけるカウンセリング体制の問題点が示された。現状では常駐カウンセラーより派遣カウンセラーが多いが、この体制では次の問題点があげられた。① カウンセラーにアクセスしにくい、② 連絡やコミュニケーションがとりにくい、③ 情報共有にシステム上の壁がある、④ 日雇いの報酬体系と予算の限界がある、⑤ カウンセラーの権限に限界がある。また医療機関によりチーム医療への関心や実践可能性のばらつきがある。

古谷野先生の事例に対する丁寧な取り組みを聴いていると、バラバラのジグソーパズルが組み合わされていくように、当初は「困った患者」としか見えなかったが、行動の背後にある心の動きが明らかになり、生活史が明かされるにつれ、謎解きのように事例の理解が進んだ。心のひだに寄り添うカウンセリングはクライアントを本当に成長させるということを学ばせて頂いた。また今の現実の中でのチーム医療の実践の努力が必要なことを痛感した。カウ

ンセリング体制の問題点も提示されたが、改善に向け、心理職だけでなく他の職種の方にもご理解ご協力を得られたらという思いがした。

#### 4) 「HIV Care and Psychosocial Conditions」

Mark G. Winiarski (Montefiore Medical Center, The University Hospital for the Albert Einstein College of Medicine)

Winiarski 先生は、筆者らが HIV 医療のなかでチーム医療に参画する上で大変参考にしている“HIV Mental Health for the 21<sup>st</sup> Century”という本の編者である。先生は早くから米国政府の助成を得ながら HIV 分野におけるチーム医療について 10 年余の研究を行っており、医療分野での心理臨床に数々の貴重な提言をされている。今回は、現場のチーム医療の機能とそこでの心理職の臨床というテーマで講演をお願いした。

講演では、まず米国の医療においては、心理職が癌や心臓病、糖尿病の領域で、医師との協働作業を行い、疾患への新たな見解を医療者に提供し、患者・家族へ心理的介入を行ってきた歴史があり、その流れの延長に HIV 疾患への関わりが生まれてきたという説明があった。米国政府の助成によって HIV 分野の包括医療が実践されている先生のセンターでは、医療スタッフと心理学者、精神科医がチームとして機能し、治療計画の共同立案やカルテの共有などを行っている。このチーム機能の基盤には、HIV が多側面（Bio 生物学的；Psycho 心理的；Social 社会的；Spiritual スピリチュアル）からなる疾患であるという認識が在り、それぞれの側面を専門職が支援し、専門職種での連携で援助の質を高めようという意図が込められている。このセンターはニューヨーク、ブロンクスに位置し、地区人口の 70% が有色人種で占められ、累積の HIV 感染率は 2.4%、過去に成人 14,000 人がエイズで死亡している。センターを訪れる感染者には、薬物常用や人格障害、鬱病、不安障害などの合併、アドヒアランス不良と多様な問題を持つ人々も多い。センターの医師から心理職はその半数の感染者のリファーマを受けており、そのリファーマもスタッフが同じ施設で勤務しているため大変迅速に行われているということだった。そして、カウンセラー（心理学者）はこのリファーマを受けると、感染者のアセスメントをまず行い、感染者とカウンセリングの目的を設定する。カウンセラーが留意する項目は、・HIV 感染前後の心理的問題・アドヒアランス・予防・薬物常用・神経心理学的障害・家族やその他の近親者との関係であり、人格障害も視野に入れながら、アドヒアランスの計画や予防プログラムの作成を行い、また家族との面会や心理社会面の緊急性にも対処するといった幅広い活動を行っている。先生がここで強調したのは、カウンセラーと医師や他のスタッフ間でのコミュ

ニケーションの重要性で、お互いに意識的に頻りに情報交換を行う努力が払われている臨床現場が説明された。このような活動は、感染者の益として還元されるが、また医療従事者にとっても患者ケアのストレスの軽減や診察時間の短縮という形で返っていく。臨床事例として、一人の32歳の黒人女性の感染者のケースを報告されたが、スタッフは彼女に巻き込まれ、HAART療法の適用も危ぶまれていた。カウンセリングを通し、彼女が幼少時に虐待経験を持っていることや、アルコール依存、日々の生活の枠組みの無さが明らかになっていった。また抑うつと人格障害の診断も得られた。HAART療法へ導入するため、カウンセラーの支援として、鬱病への心理療法、日々の生活へのケースマネジメント、アルコール依存への介入、HIV疾患へのセルフケアの教育、支援体制の整備が行われた。また彼女への対応にストレスを経験している医療スタッフへのサポートも試みられていた。

先生は、このような10年間のチーム医療の試みについて、従来の医療のやり方に「クリエイティブな変化」をもたらし、新たなケアのシステム作りへと繋がったと評価している。現在、日本のHIV医療においても感染者を取り巻く問題がより多様化、複雑化している中で、今回の米国におけるチーム医療の具体的な試みとその活動の基盤となるHIV疾患に対する多側面からの見解を知ることは、今後の心理職の関わりを考えていくなかで大変有用であったと思う。

### 3. 全 体

#### 【フロアとの質疑応答】

各シンポジストの講演後、発表者と、フロアの医師やカウンセラー、ソーシャルワーカー、行政スタッフとの間で活発な質疑応答がなされた。チーム医療については、その有効性ととも、米国では多くの職種の参画を促進・保障する費用の面が課題であり、これを解決するためにスタッフ各自のチーム医療への熱意が必要である点が確認された。カウンセリングへのアクセスという部分では、感染者が自らの意思でカウンセリングを手軽に受けることができる米国のシステムと医師の許可を必要とする日本の現状の違いが確認され、また日本における一般市民のカウンセリングの認識の弱さも指摘された。医師からはカウンセラーの社会的立場の低さと専門職として機能できるための就労整備の必要性についてのコメントが出された。一方、カウンセラーのアプローチについて、派遣カウンセリングの関

わりの可能性と限界について質問が出され、それに対し古谷野先生からは、感染者の内面の深い部分まで支援できるためには、そのような関わりができる病院のシステムが整っていることが前提であること、しかし同時に、重篤な精神疾患の範疇ではなくてもメンタル的に様々な問題を抱える感染者が多数存在する現状に対し、派遣先のそれぞれのシステムの中でできる範囲で最大の心理臨床を目指したいという発言が返された。

#### 【アンケート】

事後アンケートからは、回答者が今回のシンポジウムについて自分の臨床に役立てたいという動機と内容への関心から参加していることが示された。シンポジウムへの3項目1)興味深さ、2)理解しやすさ、3)参考度の評価は概ね高かった。それぞれのシンポジストの講演内容に対しては、1)矢永：イントロとして、またHIV領域のカウンセリング活動の全体を俯瞰する意味で役に立った、2)味澤先生：困難事例を実感を持って聴くことができ、具体的で判りやすかった、3)古谷野先生：カウンセリングの具体的な働きや問題点が理解できた、4)Winiarski先生：チーム医療の機能が参考になり、カウンセリングがスタッフにとっても益となるという考えが新鮮だったなどのコメントが寄せられた。また、カウンセリングのアプローチについて、HIV領域に留まらず、他疾患へのケアにも通じるのではという意見も出された。時間の制限でテーマを十分に深めるところまで行けなかったが、今回の企画の継続を希望する声もあり、また機会があれば引き続きこのようなテーマを追求していけたらと考える。

### 4. ま と め

今回提示した困難事例に対し、フロアの中にもその大変さを切実に感じている方々が多くいることを知り、現場の対応に苦慮しているケースが増加していることを感じた。このような現状に対し心理臨床からの貢献の可能性を今後も探っていききたいし、またチーム医療についての可能性についても検討を重ね、よりよいHIV医療を他の職種のスタッフと共に目指していきたいと考える。

本シンポジウムを開催するにあたっては、学会長の岡本尚先生、木原正博先生、岩本愛吉先生から多大なご理解やご支援を頂いた。また、Winiarski先生の講演は、日本エイズ予防財団の外国人研究者招聘事業によって初めて可能になった。この誌面を借りて諸先生方と予防財団へ深謝の意を表したい。