

## 総 説

# HIV 感染者のメンタルヘルス —近年の研究動向と心理的支援のエッセンス—

小松 賢亮<sup>1)</sup>, 小島 賢一<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> 国立国際医療研究センター病院エイズ治療・研究開発センター, <sup>2)</sup> 荻窪病院血液科

本稿では、近年の HIV 感染者のメンタルヘルスと心理的支援に関する研究動向を概観し、カウンセラーだけでなく医療スタッフが患者と心理的な関わりを持つ際に必要な臨床的要素についてレビューした。はじめに、HIV 感染者の精神疾患の有病率と、HIV 感染症と精神疾患との関係について、抑うつ、適応障害、薬物乱用・依存、トラウマ・PTSD、HAND・認知機能障害といった各精神疾患からレビューを行い、治療が進歩しても、精神的問題は減少していない現状を明らかにした。次に、HIV 感染者の抱える心理的テーマに関して、スティグマ、将来への不確かさと不安感、喪失体験、恥とけがれと親密性、医療不信、性的マイノリティといった観点から論じ、心理的支援の効果研究に関するレビューを行った。ここでも HIV/AIDS の社会的スティグマは残存し、HIV 感染者の心理社会的課題は未解決のままであることが多く、今後も HIV 感染者への心理的支援が必要とされることがわかった。特に、心理的支援の有用性に関する実証的研究、および高齢化に伴う新たな心理社会的課題への心理的支援と臨床的研究が重要である。

キーワード：精神疾患、心理、カウンセリング、喪失体験、医療不信、性的マイノリティ

## はじめに

1988 年、世界保健機構 (WHO) の勧告を受けた厚生省によって、HIV/AIDS カウンセリングが導入された<sup>1)</sup>。当時のカウンセリングは検査・告知時の危機介入、エイズ・ノイローゼへのコンサルテーション、ターミナル・ケアや遺族を支えることが主な役割であった<sup>2,3)</sup>。

1996 年以降の PI (Protease Inhibitor: プロテアーゼ阻害剤) の普及と HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy: 多剤併用療法, 以下、ART と記す) の進歩は、HIV 感染症を「急性の致死の病」から「管理可能な慢性疾患」に変えた。長期療養を可能にした医学的進歩は、患者にその未来と希望を与える一方で、生きられるからこそ人間が抱えうるさまざまな精神的問題や心理社会的課題をも表面化させた。すなわち、職業生活を続けながら服薬と通院を維持・継続することへの苦勞、社会的差別・偏見のなかで対人関係を構築することへの困難さ、生き方の選択、セクシャリティの問題、そして、抑うつや認知機能の低下などの精神疾患である<sup>4,5)</sup>。これらはいずれもメンタルヘルスの問題と不可分であり、本総説では HIV 感染者のメンタルヘルスと心理的支援について、近年の研究動向を概観する。

## 1. HIV 感染者の精神疾患

### 1-1. 精神疾患の有病率

HIV 感染者がさまざまな精神疾患を併発しやすいことは、よく知られている。1996 年に行われた米国の大規模調査では、HIV 感染者の 47.9% が何らかの精神障害を有しており、その内訳は薬物乱用 50.1%、大うつ病 36%、気分変調症 26.5%、全般性不安障害 15.8% などと報告されている<sup>6)</sup>。この調査が行われた時期は、PI 登場の時期と重なるが、いまだ HIV/AIDS が致死疾患として知られ、差別・偏見から患者が受ける精神的苦痛やストレスも強く、それが高い有病率を招いたとも推測できる。しかし、ART 普及後に行われた同じ米国の調査では 2004~2005 年の 1 年間に HIV に罹患した患者のうち、精神疾患を併発した者は、男性 63.9%、女性 37.9% と報告されている<sup>7)</sup>。精神疾患の併発率に性差があることも興味深い。ART 普及後も、およそ半数の HIV 感染者がなんらかの精神疾患を抱えていたことになる。これは、抗 HIV 薬が大幅に進歩し、死への恐怖が低減しても、患者のメンタルヘルスの問題は依然として存在していることを示唆している。

わが国の一般人口における精神疾患 (過去 12 カ月間に不安障害、気分障害、物質使用障害、いずれかの罹患) の有病率は 8.8% と報告されおり、そのうち精神科受診率は 17.5%<sup>8)</sup>、また、HIV 感染症と同様に難治性疾患であるがん患者の精神科受診率は、1.2~2.2% と報告されている<sup>9)</sup>。一方、HIV 感染者に目を向けてみると、1998 年の福西らの

著者連絡先：小松賢亮 (〒162-8655 東京都新宿区戸山 1-21-1 国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院エイズ治療・研究開発センター)

2016 年 5 月 23 日受付

報告では、HIV感染者197名のうちの精神疾患併発者は29.6%（53名）であった<sup>10)</sup>。1996～1999年の3年間に都内拠点病院を受診した感染者1,227名を対象とした調査では、精神科受診歴のある者は5.9%（72名）であったと報告され<sup>11)</sup>、また、国立国際医療研究センターおよびブロック拠点病院6施設を対象とした調査では、2005～2006年の1年間に新規の通院患者462名のうち、3年以内に精神科を受診した者は9.5%（44名）であったと報告されている<sup>12)</sup>。九州医療センターでは325名中20%（66名）に精神科受診歴があったという報告もある<sup>13)</sup>。

調査結果を単純に比較することはできないが、わが国のHIV感染者の精神疾患の併発率も決して低くはない。

## 1-2. HIV感染症と精神疾患の関係

次に、HIV感染症といくつかの精神疾患の関係について述べる。

### 1-2-1. 抑うつ・気分障害

抑うつは一般集団やプライマリー・ケアにおいて最も有病率の高い病態であり、HIV感染者においても同様で、精神的問題を評価・介入するときの手がかりとなる<sup>14)</sup>。HIV感染者の大うつ病（Major Depression）の有病率の研究は多数存在し、18～81%（平均40～42%）と報告され、非HIV感染者と比較すると2～4倍高いことが報告されている<sup>6, 15, 16)</sup>。わが国の有病率の報告は少なく、40～50名を対象とした調査では0～12.5%と報告されている<sup>17, 18)</sup>。また、精神科を受診した感染者のうち、うつ病を含めた気分障害と診断された者は8.5～14.1%である<sup>11, 19, 20)</sup>。

HIV感染症と抑うつとの因果関係は複雑で、抑うつはHIV感染に繋がるリスク行動を引き起こすリスク要因でありながら、HIVに感染した結果としても生じる<sup>21, 22)</sup>。さらに、抑うつは服薬アドヒアランスの低下や不安定な受療

行動を招き、HIV感染症の進行や死亡率にも影響を与えることが分かってきた<sup>23～25)</sup>。たとえばHIV感染症自体が心不全のリスク因子にあげられるが、大うつ病はそのリスクをいっそう高めることが指摘されている<sup>26)</sup>。そして、抑うつはしばしば他の精神疾患と併発することが多く、その場合、HIV感染症の病状や患者のQOL（Quality of Life）をより悪化させることにつながる<sup>27)</sup>。このようにHIV感染症と抑うつとの関係は複雑であり、それらのリスク要因は重複している（図1）。

### 1-2-2. 適応障害

適応障害とは、「はっきりと確認できるストレス因子に反応して、そのストレス因の始まりから3カ月以内に情動面または行動面の症状が出現」する精神疾患のことであり、その症状とは「ストレス因に不釣り合いな程度や強度を持つ著しい苦痛」もしくは「社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の重大な障害」のことをいう<sup>28)</sup>。つまり、ある出来事や状況に遭遇したときに、一般的な範囲を超えて精神的に不安定になったり、日頃の生活ができなくなったりして、その状況にうまく適応できない状態のことをさす。

適応障害は、一般に精神科治療を受けている外来患者の5～20%と報告されており、病院での精神科コンサルテーションのなかでは、最も多い診断名である<sup>28)</sup>。わが国のHIV感染者の精神科受診者においても、適応障害は15.3～34.6%とうつ病を上回る精神疾患として報告されている<sup>11, 19, 20)</sup>。HIV感染者の場合、適応障害を生じる契機は、感染判明や病状の悪化、社会的差別や偏見への曝露など、HIVにまつわる出来事が直接的に影響する場合のほか、それらの出来事から二次的に生じた家族やパートナーとの軋轢や、失職、就労困難などの挫折体験が原因となる場合も少なく

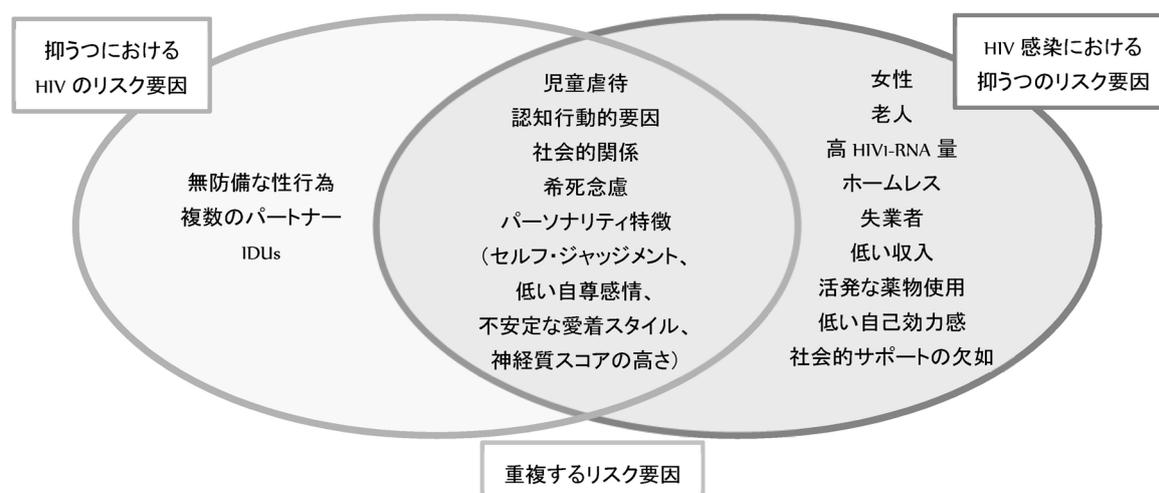


図1 抑うつとHIV感染に関連する重複したリスク要因<sup>15)</sup>（筆者訳）

ない<sup>29,30)</sup>。

治療としては、薬物治療のほか、ストレス因子の除去、環境調整、患者のストレスコーピングの向上を目的とした介入などが一般的であり、適応障害は比較的軽度の精神障害として認識されることが多い。しかし HIV 感染者の場合、ストレスの根本である HIV 感染を取り除くことはできず、また適応障害の診断から 5 年後には 4 割以上の患者が、うつ病、パーソナリティ障害、アルコール依存などの診断名に変更されたという報告もあり、最初に患者が適応障害と診断された場合、医療者はそれが重篤な他の精神疾患に移行しないように十分に注意する必要がある<sup>31)</sup>。

### 1-2-3. 薬物乱用・依存

静脈注射による薬物の使用 (Injection Drug Use ; IDU) は、HIV 感染の原因 (感染経路) の一つとしてあげられるが、その割合は国によって異なっており、たとえば、イギリス 2.2%<sup>32)</sup>、米国 8%<sup>33)</sup>、カナダ 13% となっている<sup>34)</sup>。そのぶん、海外では、HIV 感染者に併発する精神疾患としても、薬物依存・乱用が占める割合は大きく、薬物依存 12%、薬物乱用 50.1% と報告されている<sup>6)</sup>。また、薬物依存は、HIV 男性のほうが非 HIV 男性よりも 13.2 倍多く、HIV 女性の場合、非 HIV 女性よりも 2.4 倍多い。薬物乱用は HIV 男性が 4.6 倍多く、女性の場合は差がないという結果であった<sup>7)</sup>。

一方、わが国の一般人口の薬物使用障害の有病率は、海外と比較して圧倒的に少なく<sup>35)</sup>、HIV の感染経路としても IDU は 0.3~0.9% と低い<sup>36)</sup>。また、HIV 感染者の精神科受診者のうち、アルコール依存などを含めた物質関連障害は 5.7~15.5% であったと報告されている<sup>11,19,20)</sup>。物質使用への依存や統制に関して問題があるか否かを評価する質問紙 (Substance Abuse and Mental Illness Symptoms ; SAMISS) を用いた調査では、HIV 感染者の 4.7% が陽性 (つまり、問題がある) と評価された<sup>37)</sup>。これらの割合はあくまでも薬物使用障害という精神疾患の割合であり、薬物の使用によって社会的・個人的に支障をきたした状態にある患者の割合である。しかし、違法薬物の生涯経験率をみると、一般人口においては 2.7% であるのに対し、HIV 感染者は 39.1~70.9% と圧倒的に高い<sup>38~41)</sup>。この事実は、わが国の HIV 感染者のなかに、薬物使用や薬物依存が広く蔓延していることを示唆しており、司法との関連からそれらの精神疾患が医療サービスに繋がりにくい性質をもっているといえる。

薬物使用が HIV 感染者に引き起こす問題は、感染拡大に繋がる IDU だけではない。薬物が性行為時のレクリエーション・ドラッグとして使用されれば、無防備で危険な性的行動を誘発する<sup>39,42~44)</sup>。また、薬物の使用は服薬行動や治療中断などを招き、薬物乱用・依存にうつ状態が加わる

と HIV 感染者の平均余命が著明に短縮する可能性もある<sup>45,46)</sup>。このように薬物の問題は感染拡大の予防や治療の大きな妨げとなり、早期からの心理的介入が必要となる。

### 1-2-4. ト라우マ・PTSD

海外の HIV 感染者の心的外傷後ストレス障害 (Post-Traumatic Stress Disorder : PTSD) の有病率は、一般人口 8% よりも高く、推定 10~74% といわれている<sup>47)</sup>。また HIV 感染者の半数以上が性的虐待や精神的虐待のいずれかを経験しているという報告もある<sup>48)</sup>。

わが国における HIV 感染者の PTSD に関する調査報告はほとんどなく、実態を把握できていないが、カウンセリングにおいてしばしば身体的虐待や性的虐待、ネグレクトなどのトラウマ (心的外傷) 体験が語られ、今も苦しめられている感染者は多い。トラウマとなる体験は、幼少期の虐待体験に限らず、HIV 感染を知ったときのショックや HIV 感染に対する社会や他者からの拒絶も患者にとってトラウマとなり得る。薬害エイズ被害者を含め、1980 年代のエイズパニックの時代を生きた HIV 感染者やその家族にとって、かつての社会の HIV に対する態度がトラウマ体験となっていることはいうまでもない。

PTSD を合併している HIV 感染者は、より病気の進行が早く、生存率も低いと報告されている<sup>48)</sup>。過去にトラウマ体験がある HIV 感染者は、薬物使用やリスクのある性行為に走りやすい。また、抑うつ的で、服薬アドヒアランスの不良や治療中断なども多く、しばしば医療者-患者関係に摩擦が生じる<sup>48,49)</sup>。重篤なトラウマ体験をもつ患者は治療的介入を侵襲的と受け取りやすく、外傷的な行為として再経験してしまう<sup>50)</sup>。また、過去に性的虐待や精神的虐待などのトラウマ体験を持っていて、もともと精神的な脆弱性がある者が HIV 感染症の診断を受けると、PTSD になるリスクがいつそう高まる可能性があることも指摘されている<sup>47)</sup>。

このように過去のトラウマ体験の存在は、PTSD をはじめ、抑うつや薬物乱用などの他の精神疾患の増悪要因になりうるだけでなく、HIV 感染症への治療にも影響する。悪化すれば心理療法などの、より専門的で長期間の心理的介入が必要となる。

### 1-2-5. HAND・認知機能障害

HIV 感染者の 50% 以上が中枢神経系あるいは末梢神経系に神経障害をきたすといわれている<sup>51)</sup>。神経障害を引き起こす主な疾患としては、HIV 関連神経認知障害 (HIV-associated neurocognitive disorders ; HAND)、トキソプラズマ脳症、クリプトコッカス髄膜炎、進行性多巣性白質脳症 (PML)、原発性脳リンパ腫、サイトメガロウイルス脳炎、神経梅毒など数多くあり、疾患により治療法も異なるため早期発見・診断が求められる<sup>52)</sup>。

上述した神経障害のなかでも、HANDはHIV感染の最も重要な中枢神経合併症で、HIVが直接関与した進行性の認知、運動の障害と、脳の萎縮を伴う慢性の神経変性症候群である<sup>51)</sup>。以前は重症例が多く、「AIDS脳症」と呼ばれていたが、ART普及後、重症例は減少した。しかし、AIDSを発症していない無症候のHIV感染者のなかにも、軽微な認知障害を呈する者が多数存在することが報告され、問題になっている<sup>53,54)</sup>。

米国の大規模調査によれば、HIV感染症の47%に認知機能の低下が認められ、そのうち、日常生活への支障はないが、神経心理検査の結果、同年代より低下が認められる「無症候性神経認知障害 (asymptomatic neurocognitive impairment ; ANI)」が33%、日常生活に支障があり検査結果でも低下が認められる「軽度の神経認知障害 (mild neurocognitive disorder ; MND)」が12%、重症の「HIV認知症 (HIV-associated dementia ; HAD)」は2%と報告された<sup>54)</sup>。

その後、海外でさまざまな観点からHANDに関する研究が進められている。HANDの有病率とその予測因子に関しては、認知機能に影響を及ぼす要因の多様さ、研究によって対象者や除外基準が異なること、そして認知機能の評価ツールである神経心理検査の種類の違いなどから、一定の見解が得られていないが、その有病率はおよそ21~59%と報告されている<sup>55~66)</sup>。わが国の精神科受診のなかでは、HIV脳症は3.8~11.3%と報告されているが、より軽症を含めたHANDの大規模調査による有病率はまだ報告されていない<sup>11,19)</sup>。

HANDのリスク因子としては、主にCD4数の低値、HIV-RNA量の高値、AIDS発症既往、HIV感染歴の長さといったHIV感染関連の要因、急性心血管イベントの既往や心血管系危険因子があること、高齢、低学力、あるいは他の精神疾患の合併や慢性的な薬物乱用があげられる<sup>54,56,58,60,63,67~71)</sup>。

HANDの臨床症状としては、スケジュール管理ができなくなることや、鍵のかけ忘れ、ガスの消し忘れなど「記憶力の低下」、車の運転や読書・映画に集中できないという「注意・集中力の低下」や「作業能率の低下」、動作の緩慢化やバランス感覚の不良などの「運動障害」、無気力や抑うつ症状など「精神症状」がある。また、幻覚や妄想が併発する場合もある。

上述した認知機能の低下は、もちろん不安定な受療行動、服薬アドヒアランスの低下、失業を招く可能性もあり、HIV感染者の療養生活に支障をきたす。また、HIV感染者の高齢化が進むなか、アルツハイマー型認知症の様相を呈する者もあろう。HAND、脳炎や脳症を含め、このような認知機能の低下に対して、カウンセラーは重症度や日常生活への影響を心理検査や臨床観察所見を用いて適切にアセスメントし、患者や医療者に支援策や対応策を提案するこ

とが求められる<sup>72)</sup>。

HIV感染症と精神疾患との関係は相乗的である。すなわち、PTSD、抑うつ、薬物乱用といった精神疾患の存在は、HIV感染を拡大させ、感染者の治療を妨げる要因であると同時に、HIV感染自体が抑うつや無気力、認知機能低下、適応障害やPTSDなどを誘発させる。いずれにおいても精神医学的介入、あるいは臨床心理学的介入の重要性が注目されている。

## 2. HIV感染者の心理とその理解

次にHIV感染者の心理社会的問題について概観する。

### 2-1. HIV感染症のスティグマ

2014年から翌年にかけてのエボラ出血熱流行の騒ぎにみられるように「感染」と「死」を意識させる病は強い不安を誘発する。HIVは、感染症法において感染力の最も低いとされる第五分類感染症に分類されており<sup>73)</sup>、感染経路は限られていて、もはや致死疾患でないという客観的情報をこの20年間社会に提供し続けている。しかし、一度ついたHIV/AIDSの否定的イメージ(スティグマ)を払拭することは容易ではなく、今も全世界に存在し続けている<sup>15,74)</sup>。そして、社会がもつその否定的イメージは、HIV感染者自身にも内在化され、彼らの社会生活や精神的健康に支障をきたす<sup>75)</sup>。スティグマを内在化したHIV感染者は、周囲の否定的な反応を恐れ、他者に自身のことを打ち明けることや他者と接する機会を避ける。社会的に孤立すれば、外部からの支援を受ける機会も低減する。特に自己効力感の乏しい患者は、HIVに感染していることを周囲に隠す傾向が高く、抑うつ的であると報告されている<sup>76)</sup>。

このスティグマの問題に取り組む際に、カウンセラーは、患者が社会からの否定的イメージだけでなく患者自身のなかにあるHIVへの嫌悪感、恥の感情といった否定的感情にも脅かされていることを知らなくてはならない。そして患者が内なるスティグマの存在に気付いて、心理的な折り合いを付けていく、そのプロセスをそばで追走することが必要である。矢永は、エイズの心理臨床は社会のなかで作られたエイズのもつ「否定的な隠喩」を、患者が自分の新たな隠喩に創り変えていくことを支援する仕業であると、HIV感染者のスティグマを扱うカウンセリングについて述べている<sup>74)</sup>。

### 2-2. 将来の不確かさと不安感

人は、身体が病に侵されれば、「病状はどうなっていくのだろうか」「この先どうなるのだろうか」「いつまで生きられるのだろうか」と漠然とした不安感に襲われる。たとえ長期生存が可能であるといわれても、患者にとって、感染告知は未知の体験の始まりであり、病を抱えて生きる新たな人生の始まりとなる。

もともと精神的に脆弱であったり病状への不安感が強かったりする場合、患者は頭痛や腹痛、疲労感などの身体的な違和感をすべて HIV 感染症に起因するもの、あるいは抗 HIV 薬の副作用と考えてしまうことがある。医療者は、この種の身体的心理的な患者の訴えについて、身体面での検討を第一に行うべきであるが、同時に心因の可能性も検討したい。これらの症状は情報の乏しさによる不安から生じることも多く、HIV 感染や薬に関する正確な情報提供を行うことによって解消される例は少なくない<sup>77)</sup>。

また注意すべき点として、患者は間違ったりあるいは古い情報をインターネット上から得てしまい、恐怖感を肥大させる例、たとえ正確な情報であっても将来の不確かさに耐えられず、情報に振り回されて混乱する例もある。医療者は情報提供をする際には、同時に患者が「その不確かさや不安感」を受け入れ、自身で抱えることができるよう支援していく必要がある。

### 2-3. 喪失体験

HIV に感染することによって、人々はさまざまな喪失体験に遭遇する。HIV の診断や AIDS 発症によって、患者は自分の身体が“健康である”という感覚を失い、自由な性的活動も失うことになる<sup>78)</sup>。患者は家族やパートナー、友人などとの親密な関係を喪失する不安を抱き、ときにそれは現実になる。また志望の断念や地位低下、長期入院による失業を迫られることもある。病状が悪化すれば「自立していた自分」という自己像を失う。このように患者がこれまで描いていた人生設計や目標、信念や価値観といったものは、HIV に感染したことで崩壊し、患者は生き続けるためにそれらを再構築することを余儀なくされる。

これらの喪失体験とそれに伴う精神的問題を扱うため、医療者は、次の4側面から問題をアセスメントすることが必要である。すなわち、その患者が抱えるストレスの種類と程度、患者のストレス対処の方略、社会的サポートの有無、そしてパーソナリティの特徴である。これら4側面が、患者の体験している喪失にどのように影響しているのかをアセスメントすることが、メンタルヘルスケア・プランの中心となる<sup>79)</sup>。

喪失体験は「失った」という感覚だけではなく、「自分には何もできない」といった無力感をも引き起こす。そこで自己効力感や自己コントロール感を高めることが治療的介入の一つとなる。たとえば、エクササイズやトレーニングなどの運動は、彼らに身体の自己感覚を回復させ、筋力トレーニングは目に見えて努力が報われる感覚を呼び起こす。また、医療者は、感情や気持ちのコントロールをできた患者を賞賛したり、実現可能な無理のない目標を設定して、患者が達成したときにはその意欲や努力に肯定的に対応したりすることも、彼らの自己効力感を高める方法の一

つになる。

### 2-4. 恥とけがれと親密性

ときとして、HIV 感染者は性感染したことを「恥」たり、自分がウイルスによって「けがれ」という負の感覚を抱く。それは前述した HIV へのスティグマの内在化によるところが大きい、「恥」と「けがれ」の感覚や「感染の不安」は HIV 感染者の心理を特徴づけている。ある HIV 患者は「自分の中に菌がいる」「子どもが寄って来ると感染させてしまうのではないかと語り、自分のなかに「菌」がいる自己嫌悪感、服薬しなければ増殖してしまう恐怖感、他者に感染させる強い不安感を抱いていた。この患者はもちろん HIV 感染の正確な知識を持っていたが、それでもこの「けがれ」にまつわる不安感や恐怖感を拭い切れずにいた<sup>79)</sup>。

このように、「自分はけがれている」「相手をけがしてしまう」という感覚は、HIV 感染者と周囲の人々との壁や距離を生み、特に親密な他者との関係を煩わしくさせる<sup>78)</sup>。性交渉により感染した患者は、言うなれば、他者と親密な関係を求めたがゆえに感染し、そして感染したことによって反対に親密な関係を遠ざけてしまうことになる。結果的に親密な他者との関係が破綻してしまったり、修復不可能な状況になったりする。もちろん感染後も患者の性的欲求や親密な関係への欲求が低減することはないため、患者は葛藤的な心理状態に慢性的に陥ることになる。

この葛藤的感情に対処するために、家族やパートナーに告知をして、安全な性的関係を続ける患者もいれば、うまく対処できずに葛藤的感情を抱えたまま、社会的接触を避けて引きこもり、親密な関係を極端に避ける者もいる。あるいは、葛藤的感情を否認して無防備な性的行動を繰り返す者もいる。医療者は、その行動の背後に「恥とけがれの感覚」や、「親密性を求める心理」が働いていることを理解し、カウンセラーであれば、さらにその葛藤的感情を吐露し、探求できる安全な空間を提供することが必要である。

### 2-5. 医療不信

医療不信のテーマは、医療者にとって扱いづらい。HIV 医療のなかで医療不信という言葉はしばしば登場するにもかかわらず、論文データベース（医中誌 web ; <http://search.jamas.or.jp/>, CiNii Article : <http://ci.nii.ac.jp/>)で「HIV」「AIDS」「医療不信」「不信」などのキーワードを組み合わせて検索しても、医療不信が一体どのようなもので、医療者がどう向き合うべきかを具体的に取り上げている研究は見当たらない。しかしながら、患者の医療不信が、受療行動や服薬など HIV 治療の経過に影響することは議論するまでもない。特に、薬害エイズを経た HIV 医療において避けて通れない重要なテーマであり、医療への不信感や怒りを内在化させつつ、医療に頼らなくてはならない薬害エイズ患者

の心理的葛藤は複雑である。

医療への患者の信頼について、西垣ら<sup>80)</sup>は、先行研究<sup>81~83)</sup>から次のようにまとめている。「医療の場面では信頼は医師患者関係の中核となる概念であるとみなされている。患者の医師に対する信頼は患者の不安を低減し、自分は医師にケアされているという感覚をもたらす。さらに信頼によって人間関係は協動的になり、防衛的なコミュニケーションが減少する。その結果、患者の満足度や治療方針への協力、ひいては健康状態の向上につながる事が期待される」。ここでは、医師と患者関係に焦点を当てて述べられているが、医師という言葉は医療者に置き換えても十分成立する内容である。ここには、良好な医療者-患者関係に基づいた医療への信頼感が、治療の基盤となることが述べられている。

患者は医療に頼らなければ、症状の軽快や治癒は望めない。それゆえ、医療者を信用したいし、できれば頼りたいというのが患者の本音である。しかしながら、過去の医療事故や医療過誤の問題はもとより、診療への消極的態度、説明不足、差別的対応、家族への無断告知や不用意な言動などによって、患者の信頼感は損なわれ、その後の治療中断や服薬率低下につながる。それは、ある種のトラウマ体験となって、受診している医療機関や医療者が変わっても、患者はつねに「同じようなことが生じるのではないかと過敏に反応するようになる。

しかし、患者の口から、このような医療への不信感を直接表明されることはまれで、「身体の調子がおかしい」「薬が飲み込めない」「薬の副作用なのではないか」といった身体的表現を借りたり、治療中断や服薬アドヒアランスの低下といった行動に現れたりする。また、「(自分に感染させた) 敵 (= 医療) に頼らなくてはならない情けない自己」を抑圧していて、不信感を意識できない例もある。こうした行動や症状の背後に「医療不信の心理」があることを想像できない医療者は、しばしば患者側の不合理な訴えとして捉え、治療は行き詰まる。

患者は時折カウンセリングの場で、この医療への不信感を吐露する。それは、患者にとってカウンセラーが医師や看護師などと比べて HIV 治療上必須の存在ではないという心理、カウンセリング・ルームの環境、カウンセラーが批判せず受容的な態度で傾聴することなどが、言いやすさを促進している。カウンセラーは患者から語られる不信感や否定的な感情に対して中立的で穏和に耳を傾け、誠実に対応し、そして、その背後にある傷つきや悲しみの感情に寄り添うことが求められる。

## 2-6. 性的マイノリティ

過去5年間のわが国における HIV 感染経路のおよそ7割が男性同性間の性的接触であり<sup>36)</sup>、多くの性的マイノリ

ティの患者が HIV/AIDS カウンセリングを利用し、直接的、間接的にセクシュアリティに関する悩みをテーマとして語る。

### 2-6-1. 性的マイノリティのメンタルヘルス

Hidaka *et al* は、日本のゲイ・バイセクシュアル男性を対象としたインターネット調査を行い、ゲイ・バイセクシュアル男性のうち、高い不安状態にある者 70%、高い抑うつ状態にある者 13%、自殺念慮率 64%、自殺未遂率 15%であったとし、また、若年層 (15~24 歳) のゲイ・バイセクシュアル男性の自殺未遂リスクは、異性愛男性よりも 5.9 倍も高いと報告している<sup>84~86)</sup>。

そして、このメンタルヘルスの悪化の大きな要因の一つとして、日高らは大多数の異性愛者のなかで、彼らが他者に自分の性的指向を知られないように異性愛者として振る舞い、社会的にも異性愛役割を担うことで生じる強い心理的葛藤 (異性愛者の役割葛藤) をあげている<sup>87)</sup>。この異性愛者の役割葛藤が強いほど、彼らは抑うつ、特性不安、孤独感、自己抑制型行動特性が強く、自尊感情が有意に低くなると述べた<sup>88)</sup>。また、嶋根らは、メンタルヘルスの不調が認められるにもかかわらず、精神科や心療内科、カウンセリングに繋がる者は少数で (26.9%)、たとえ繋がっていても医療者に自身の性的指向を正直に話している者はきわめて低率 (8.5%) であったと報告した<sup>85)</sup>。

### 2-6-2. ホモフォビアとアイデンティティ形成

異性愛者の役割葛藤に加え、患者が HIV 感染症のステイグマも抱えている場合、その精神的な負担はさらに大きくなる。患者はしばしば、「ゲイ仲間にも、HIV のことは言えない」「自分をオープンに語れる場はこの世にない」「つねに何かを隠している緊張感がある」と語る。表面的には良好な対人関係を持っているように見える患者でも、心底に孤独感、隠すことへの罪悪感や緊張感を抱えやすい。患者にとって、HIV とセクシュアリティに理解があり、プライバシーも守られる医療者と医療機関は、孤独感を低減し、罪悪感や緊張感を持たずにすむ重要な場となる。

その意味において Grossman は、カウンセラーがセクシュアリティに対する個人的な考え方や価値観、ホモフォビア (homophobia) と呼ばれる同性愛への恐れや拒絶などを認識し、それらが治療関係やカウンセリングに影響するものであることを認識しておかなくてはならないと指摘した<sup>89)</sup>。ホモフォビアは、カウンセラー自身がヘテロセクシュアルであろうと、ゲイ・バイセクシュアルであろうと、カウンセラーの性的指向に関係なく、その人を取りまく文化的、社会的価値観からその人に内在化されている<sup>89,90)</sup>。そのため、医療者がホモフォビアの未解決な課題を抱えていれば、当然、患者のその問題とうまく向き合うことはできず、結果として治療が行き詰り、患者を傷つけることになるだろう

う。HIV 感染者には、ホモフォビアと HIV へのスティグマが併存し、それらが自己肯定感の低下や孤独感に影響している可能性があることを理解しなくてはならない。ただ、わが国においてはカウンセラーであっても、この点を自覚している者は多くない。患者のみならずカウンセラー自身のホモフォビアについて洞察を深めておくことが必要であろう。

性的マイノリティのアイデンティティ形成の研究は、1970 年代後半から発表されており、代表的なものに Cass の 6 段階モデル<sup>91)</sup>、Troiden の 4 段階モデル<sup>92)</sup>、平田<sup>93)</sup>が紹介しているレズビアン・バイセクシュアルを含めた LGB のアイデンティティモデル<sup>94)</sup>がある。また、わが国では及川が精神療法的な関わりに基づいた視点で作成した 5 段階モデルがある<sup>95,96)</sup> (図 2)。いずれのモデルでも、彼らが自身の性的指向に気付き、他者や社会との差異を感じはじめると心理的葛藤が生じるとされている。その心理的葛藤に対してさまざまなやり方で対処し、自己模索を行いながら、セクシュアリティをアイデンティティの一部あるいは全体として受容していく過程が共通して示されている。このセクシュアリティをアイデンティティとして受容する過程は、言い換えれば、内在化したホモフォビアと対峙し折

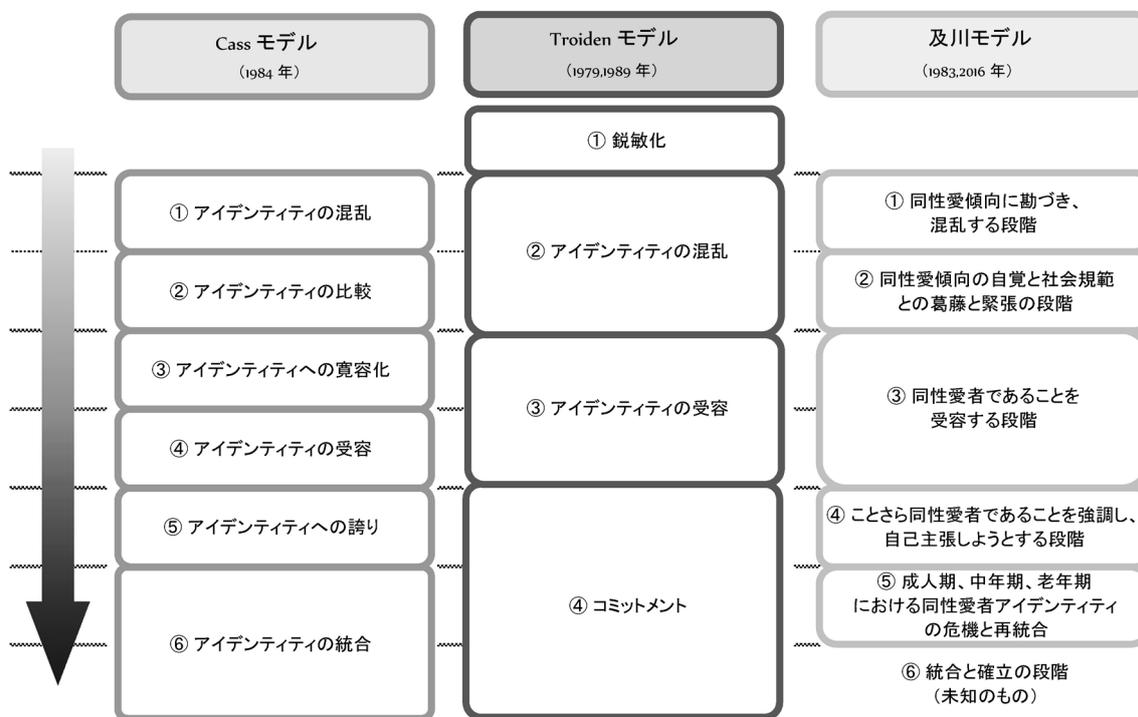
り合いをつけていく過程でもあり、心理的問題を扱うカウンセラーが知っておきたい事項である。

### 3. 心理的支援の効果

最初に述べたように、HIV 医療における心理的支援はターミナル・ケアから始まり<sup>2)</sup>、そして、その後の臨床実践の積み重ねの結果、臨床レベルで一定の評価と信頼を得た。実際、本学会学術集会においても、カウンセラーの介入意義や治療的影響に関する事例報告がいくつもなされ、経験的に HIV 医療において良い影響があることは示されている<sup>96~106)</sup>。

実証的観点からの心理的支援の効果に関する海外の研究をみても、多くのメタ分析研究は、総じて「効果がある」という結論を出しており<sup>107)</sup>、カウンセリングや心理療法の平均的効果量 (Effect size) は介入のない統制群と比較して、およそ 0.75~0.85 と大きな値を示しているのである<sup>108,109)</sup>。また、会話によるセラピーは、精神科の薬物療法と同様に有効であり、精神科の薬物療法よりも問題の再発や治療のドロップアウトの比率が低いという報告が得られている<sup>107)</sup>。

しかしながら、わが国の実証的なカウンセリングの効果研究となると、HIV 領域に限らず臨床心理領域全体で少な



注) 及川は3つのモデルを比較し、各モデルを類似する段階ごとにまとめた。  
 及川は当初4段階モデル(1983年)を発表したが、その後の臨床経験から2016年に5段階モデルに修正した。  
 また及川は臨床面接を通して到達しなかった「統合と確立の段階」を「未知のもの」として最終段階として想定している。

図 2 同性愛者のアイデンティティ形成モデルの比較

い。今後、医療経済の立場からもカウンセリングや心理療法といった心理的支援が、患者のメンタルヘルスに有効に寄与しうることを実証的に示していくことがますます求められるであろう。以下に HIV 感染者の心理的支援の効果研究に限定して俯瞰する。

### 3-1. HIV 感染者の心理的支援の効果研究

海外では HIV 感染者に対する心理的支援の効果研究、特に認知行動療法や対人関係療法の介入効果研究が盛んに行われている。

Safren が行った HIV 感染者や IDUs の HIV 感染者の抑うつとアドヒアランスに焦点を当てた集団認知行動療法の効果研究では、介入群は統制群と比較して、抑うつやアドヒアランスが介入前後で有意に改善し、介入後 3~6 カ月しても抑うつは低く維持される一方、アドヒアランスは維持されなかったと報告されている<sup>110,111</sup>。抑うつや不安を持つ HIV 感染者を対象として行った認知行動療法の 20 研究論文のメタ分析では、HIV 感染者の抑うつや不安は認知行動療法で有意に低下し、抑うつに対する効果量は 0.02~1.02、不安に対する効果量は 0.04~0.70 であった<sup>112</sup>。

Moosa・Jeenah は、32 名の抑うつ的な HIV 感染者を、薬物療法 (19 名) と対人関係療法 (13 名) に無作為に割り当てて、8 週間後にハミルトンうつ病評価尺度 (HAMD) を用いて抑うつを再評価し、同時に ART 内服率の調査も行った。その結果、介入前後で、HAMD は薬物療法では 25.7 点から 6.2 点に減少、対人関係療法では 22.5 点から 8.2 点に減少し、両群間で有意差は認められなかった<sup>113</sup>。ART 内服率は、介入前後で、薬物療法では 92.8% から 99.5% に増加、対人関係療法では 91.1% から 99.6% に増加し、両群間で有意差は認められなかった<sup>114</sup>。このように対人関係療法は、抑うつの低減や内服率の向上に薬物療法と同様の効果があることが示されている。現在、アフリカのケニアでは、女性 HIV 感染者の抑うつと PTSD に焦点を当てた対人関係療法の効果研究も進められている<sup>115</sup>。

このような心理療法の効果研究の結果を読み取るうえで、注意しなければならないことがある。それは、認知行動療法や対人関係療法などの心理療法には多数の効果研究がある一方で、力動的心理療法や箱庭療法、芸術療法、自律訓練法などの効果研究が少ないことである。しかし、それは効果が乏しいことと同義ではない。たとえば、課題解決よりも人格成長や生きやすさなど効果として捉えにくいものを志向する心理療法の場合、実証的研究に不向きであったり、実践するカウンセラーが研究機関に少なかったりすることが多い。そのため、心理療法そのものの効果の有無とは別の要因が影響している可能性があることを考慮したい。

### 3-2. 日本における HIV 領域の効果研究

わが国における HIV 感染者を対象とした心理的支援の実証的な効果研究は見つけることができなかった。しかし、HIV 検査場面でのカウンセリングや非 HIV 感染者に対する感染予防を目的とした心理的支援に関する効果を検討した研究があるので、以下に紹介しておく。

花澤ら<sup>116</sup>は、エイズ抗体検査を保健所で受け、陰性結果告知後に了承が得られた 87 名を対象として、検査前から告知後までの不安レベルの変化について、不安のない状態を 0、最も高い状態を 10 とした尺度で評価し、検査日にカウンセリングを受けた群と受けなかった群とで比較検討した。その結果、カウンセリング群の検査前の不安レベルは非カウンセリング群と比較して有意に高く、またカウンセリング群の不安レベルはカウンセリング後に有意に低下していた。

また、古谷野ら<sup>117,118</sup>は、シングルシステムデザインを用いて HIV 抗体陰性もしくは不明の MSM 23 名を対象として、HIV 予防のための個別認知面接 (PCBC) の効果を評価した。評価項目は、セーフセックスに関する自己効力感と認知の尺度得点、自己申告による直近 1 カ月のコンドーム不使用のアナルセックス (UAI) の回数およびアナルセックス時のコンドームの使用率であり、介入前 3 回と介入後 2 回もしくは 3 回測定し、比較をした。その結果、介入前と比較すると介入後の認知と自己効力感の合計得点が有意に増加した。また、23 名のなかでもリスクが高い 10 名は介入後、UAI の回数は減少し、アナルセックス時のコンドーム着用率は上昇していることが目視法により確認されたと報告している。

HIV 領域のカウンセリングの効果研究はきわめて少ないが、社会への説明責任を果たし、患者に安心を与え、他の医療者から信頼を得るため、今後いっそうこのような研究が期待される。

## 4. 今後の課題

本稿は、医療者が HIV 感染者のメンタルヘルスを支援する際の一助となること、またこの分野における研究上の課題を明確化することを目的として、これまでの研究論文を概観した。詳細を知りたい場合は該当文献をあたってほしい。

これまでの研究から、HIV 感染者は精神疾患が多く併発し、それらは HIV 治療に悪影響を及ぼすこと、また、医学的進歩が著しい一方で、HIV/AIDS の社会的スティグマと同時に HIV 感染者の心理社会的課題は残存していることが示唆されている。

カウンセラーは、これまでと同様に心理臨床的視点から HIV 感染者の心理的支援を行うとともに、その知見と有

用性を利用者である患者や社会に示していく必要がある。また、長期療養を可能にし、Single Tablet Regimen まで登場させた医学的進歩は、一方で、患者に高齢化に伴う身体的問題や認知機能の問題、人生設計の再構成と要介護時の生活場所など、新たな課題をもたらしている。今後、これらの課題への心理的支援と臨床的研究が求められる。

### 謝辞

本稿は、厚生労働科学研究費補助金（HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究事業）HIV カウンセリングの普及、および充実化に関する研究の一環として実施した。

**利益相反：**本研究において利益相反に相当する事項はない。

### 文 献

- 1) 兒玉憲一：わが国の HIV/AIDS カウンセリングに関する研究上の課題。日本エイズ学会誌 3 : 155-158, 2001.
- 2) 矢永由里子：HIV と心理臨床—新たな枠組み—。(井上孝代編) コミュニティ支援のカウンセリング 社会的心理援助の基礎, 東京, 川島書店, pp 203-217, 2006.
- 3) 野口正成, 小島賢一：エイズ・カウンセリング. 東京, 福村出版, 1993.
- 4) 矢永由里子, 高田知恵子：困難事例と心理臨床のアプローチ. 第 16 回日本エイズ学会シンポジウム記録, 2003.
- 5) 兒玉憲一：HIV/AIDS カウンセリングの現状と課題. 総合臨床 50 : 2766-2770, 2001.
- 6) Bing E, Burnam M, Longshore D, Fleishman J, Sherbourne C, London A, Turner B, Eggan F, Beckman R, Vitiello B, Morton S, Orlando M, Bozzette S, Ortiz-Barron L, Shapiro M : Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. Arch Gen Psychiatry 58 : 721-728, 2001.
- 7) Lopes M, Olfson M, Rabkin J, Hasin D, Alegria A, Lin K, Grant B, Blanco C : Gender, HIV status, and psychiatric disorders : Results from the national epidemiologic study on alcohol and related conditions. J Clin Psychiatry 73 : 384-391, 2012.
- 8) Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, Uda H, Hata Y, Nakane Y, Nakane H, Iwata N, Furukawa T, Kikkawa T : Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan : preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. Psychiatry Clin Neurosci 59 : 441-452, 2005.
- 9) 内富庸介, 福江真由美, 杉原順二, 明智龍男, 倉本恭成, 大森信忠, 山脇成人：リエゾンプログラムのがん患者の精神科受診率と精神症状の水位に及ぼす影響. 心身医学 33 : 593-599, 1993.
- 10) 福西勇夫, 平林直次, 松本智子, 山中京子, 保坂隆, 堀川直史：HIV 感染症患者にみられる精神障害—精神障害出現頻度と免疫学的指標との関連性の検討—. 臨床精神医学 28 : 1233-1242, 1999.
- 11) 平林直次, 笠原敏彦, 赤穂理絵, 木曾智子, 磯本明彦, 花岡知之, 酒井健, 遠藤麻子：精神神経症状を呈する HIV 感染者・エイズ患者に対する精神医学的診断・治療および援助に関する研究. 平成 11 年度 HIV 感染症の疫学に関する研究報告書. 628-633, 2000.
- 12) 廣常秀人, 安尾利彦, 早林綾子, 大谷ありさ, 仲倉高広, 森田眞子, 藤本恵里, 関山隆史, 吉田哲彦：抗 HIV 療法に伴う心理的負担, および精神医学的介入の必要性に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策事業 服薬アドヒアランスの向上・維持に関する研究. 平成 20 年度研究報告書. 2009.
- 13) 山本政弘：専門医に聞く 精神科合併症 うつ (気分障害), 薬物依存. HIV 感染症と AIDS の治療 5 : 57-59, 2014.
- 14) 中根秀之, 中根允文：精神障害に関する疫学データの日本 vs 国際比較. 臨床精神医学 34 : 933-948, 2005.
- 15) Nanni M, Caruso R, Mitchell A, Meggiolaro E, Grassi L : Depression in HIV infected patients : a review. Curr Psychiatry Rep 17 : 530, 2015.
- 16) Arseniou S, Arvaniti A, Samakouri M : HIV infection and depression. Psychiatry Clin Neurosci 68 : 96-109, 2013.
- 17) Fukunishi I, Matsumoto T, Negishi M, Hayashi M, Hosaka T, Moriya H : Somatic complaints associated with depressive symptoms in HIV-positive patients. Psychother Psychosom 66 : 248-251, 1997.
- 18) 三橋和則, 内藤俊夫, 山口正純, 武田直人, 福田洋, 奥村徹, 磯沼弘, 伊藤澄信, 檀原高, 林田康男：HIV 感染者におけるうつ病の有病率の検討. 日本エイズ学会誌 8 : 28-33, 2006.
- 19) 三澤仁, 加藤温, 田中英三郎, 百瀬直大, 荒田智史, 飯田敏晴, 仙道由香：本邦における HIV 感染者の精神症状の最近の傾向について 国立国際医療センター精神科新規外来受診者の検討から. 精神科治療学 21 : 751-754, 2006.
- 20) 渡邊愛祈, 仲里愛, 小松賢亮, 高橋卓巳, 青木孝弘, 水島大輔, 西島健, 木内英, 渡辺恒二, 本田元人, 矢崎博久, 田沼順子, 照屋勝治, 湯永博之, 塚田訓久, 加藤温, 関由賀子, 今井公文, 菊池嘉, 岡慎一：当院の HIV 感染者における精神科受診の実態調査. 日本エイズ学会誌 15 : 385, 2013.

- 21) Meade C, Sikkema K : HIV risk behavior among adults with severe mental illness : a systematic review. *Clin Psychol Rev* 25 : 433-457, 2005.
- 22) Simoni J, Safren S, Manhart L, Lyda K, Grossman C, Rao D, Mimiaga M, Wong F, Catz S, Blank M, DiClemente R, Wilson I : Challenges in addressing depression in HIV research : assessment, cultural context, and methods. *AIDS Behav* 15 : 376-388, 2011.
- 23) Anagnostopoulos A, Ledergerber B, Jaccard R, Shaw S, Stoeckle M, Bernasconi E, Barth B, Calmy A, Berney A, Jenewein J, Weber R : Frequency of and risk factors for depression among participants in the Swiss HIV Cohort Study (SHCS). *PLoS One* 10 : e0140943, 2015.
- 24) Leserman J : HIV disease progression : depression, stress, and possible mechanisms. *Biol Psychiatry* 54 : 295-306, 2003.
- 25) Cook J, Grey D, Burke J, Cohen M, Gurtman A, Richardson J, Wilson T, Young M, Hessol N : Depressive symptoms and AIDS-related mortality among a multisite cohort of HIV-positive women. *Am J Public Health* 94 : 1133-1140, 2004.
- 26) White J, Chang C, So-Armah K, Stewart J, Gupta S, Butt A, Gibert C, Rimland D, Rodriguez-Barradas M, Leaf D, Bedimo R, Gottdiener J, Kop W, Gottlieb S, Budoff M, Khambaty T, Tindle H, Justice A, Freiberg M : Depression and human immunodeficiency virus infection are risk factors for incident heart failure among veterans : veterans aging cohort study. *Circulation* 132 : 1630-1638, 2015.
- 27) Gaynes B, O'Donnell J, Nelson E, Heine A, Zinski A, Edwards M, McGuinness T, Riddhi M, Montgomery C, Pence B : Psychiatric comorbidity in depressed HIV-infected individuals : common and clinically consequential. *Gen Hosp Psychiatry* 37 : 277-282, 2015.
- 28) American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2013.
- 29) 赤穂理絵 : HIV 感染症における精神障害と心理社会的ストレス. *精神科治療学* 19 : 245-249, 2004.
- 30) Takahashi T, Yoshikawa M, Tsutsui T, Matsunaga R, Kato O, Imai K : Adjustment disorder in HIV positive patients — liaison psychiatry in Department of Psychiatry, National Center for Global Health and Medicine —. *Jpn J Gen Hosp Psychiatry* 22 : 203-209, 2010.
- 31) 稲垣正俊 : 第 5 章 神経症性障害, ストレス関連障害および身体表現性障害 8. 適応障害. *精神科治療学* 25 : 170-171, 2010.
- 32) National AIDS Trust : HIV and Injecting Drug Use. 2013. [http://www.nat.org.uk/media/Files/Policy/2013/HIV\\_and\\_Injecting\\_Drug\\_Use\\_Report\\_2013.pdf](http://www.nat.org.uk/media/Files/Policy/2013/HIV_and_Injecting_Drug_Use_Report_2013.pdf) (2016 年 3 月 17 日現在)
- 33) Centers for Disease Control and Prevention : HIV and Injection Drug Use in the United States. 2015. <http://www.cdc.gov/hiv/risk/idu.html> (2016 年 1 月 22 日現在)
- 34) Challacombe L : The epidemiology of HIV in people who inject drugs in Canada. 2015. <http://www.catie.ca/factsheets/epidemiology/injection-drug-use-and-hiv-canada> (2016 年 1 月 22 日現在)
- 35) 和田清, 小堀栄子 : 薬物依存と HIV/HCV 感染—現状と対策—. *日本エイズ学会誌* 13 : 1-7, 2011.
- 36) 厚生労働省エイズ動向委員会 : 平成 26 (2014) 年エイズ発生動向年報. 2015. <http://api-net.jfap.or.jp/status/2014/14nenpo/h26gaiyo.pdf> (2016 年 1 月 22 日現在)
- 37) 白坂琢磨, 廣常秀人 : 第 2 章 HIV 感染症患者のメンタルヘルスと精神科診療の現状. HIV 感染症と精神疾患ハンドブック. HIV 感染症患者のメンタルヘルスケアに携わる医療関係者のために (第 2 版), pp 7-10, 2014.
- 38) 和田清, 邱冬梅, 嶋根卓也 : 平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金 分担研究報告書 飲酒・喫煙・くすりの使用についてのアンケート調査 (2013 年). <http://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/drug-top/data/research/JDU2013.pdf> (2016 年 1 月 22 日現在)
- 39) Nishijima T, Gatanaga H, Komatsu H, Takano M, Ogane M, Ikeda K, Oka S : High prevalence of illicit drug use in men who have sex with men with HIV-1 infection in Japan. *PLOS ONE* 8 : e81960, 2013.
- 40) 山本善彦, 織田幸子, 仲倉高広, 桑原健, 岡本学, 安尾利彦, 吉野宗宏, 矢倉裕輝, 治川知子, 下司有加, 谷口智宏, 矢嶋敬史郎, 笹川淳, 富成伸次郎, 渡辺大, 牧江俊雄, 上平朝子, 白坂琢磨 : HIV 感染者における薬物使用の実態調査. *日本エイズ学会誌* 9 : OS21-153, 2007.
- 41) 白野倫徳, 笠松悠, 後藤哲志, 豊島裕子, 松本美由紀, 市田裕之, 瀧浦その子, 山手香奈 : 当院受診 HIV 陽性者における各種薬物使用実態—大麻, 覚せい剤, 合成麻薬, 亜硝酸エステル, 5-MeO-DIPT, ED 治療薬について—. *日本エイズ学会誌* 17 : 41-46, 2015.
- 42) 小島賢一 : 薬物乱用問題の概観. *日本エイズ学会誌* 13 : 8-12, 2011.
- 43) Edlin B, Irwin K, Faruque S, McCoy C, Word C, Serrano Y, Inciardi J, Bowser B, Schilling R, Holmberg S : Intersecting epidemics—crack cocaine use and HIV infection among

- inner-city young adults. *N Engl J Med* 331 : 1422-1427, 1994.
- 44) Catania J, Binson D, Dolcine M : Risk factors for HIV and other sexually transmitted diseases and prevention practices among US heterosexual adults ; changes from 1990-2002. *Am J Public Health* 85 : 1492-1499, 1995.
- 45) 松本俊彦 : HIV 感染症治療における HAND と精神疾患 精神疾患と薬物依存. *HIV Body Mind* 2 : 41-46, 2013.
- 46) Golub E, Astemborski J, Hoover DR, Anthony JC, Vlahov D, Strathdee S : Psychological distress and progression to AIDS in a cohort of injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr* 32 : 429-434, 2003.
- 47) Applebaum A, Bedoya C, Hendriksen E, Wilkinson J, Safren S, O'Cleirigh C : Future directions for interventions targeting PTSD in HIV-infected adults. *J Assoc Nurses AIDS Care* 26 : 127-138, 2015.
- 48) Leserman J, Whetten K, Lowe K, Stangl D, Swartz M, Thielman N : How trauma, recent stressful events, and PTSD affect functional health status and health utilization in HIV-infected patients in the south. *Psychosom Med* 67 : 500-507, 2005.
- 49) Boarts J, Buckley-Fischer B, Armelie A, Bogart L, Delahanty D : The impact of HIV diagnosis-related vs. non-diagnosis related trauma on PTSD, depression, medication adherence, and HIV disease markers. *J Evid Based Soc Work* 6 : 4-16, 2009.
- 50) Leserman J : Role of depression, stress, and trauma in HIV disease progression. *Psychosom Med* 70 : 539-545, 2008.
- 51) 岸田修二 : 診断と治療の Topics AIDS の中枢神経合併症 Up-Date. *HIV 感染症と AIDS の治療* 2 : 43-58, 2011.
- 52) 野島一彦, 矢永由里子 : HIV と心理臨床—最前線からの報告 : 心理臨床の実践と課題, そしてあらたな展開へ向けて— 京都, ナカニシヤ出版, 2002.
- 53) CHARTER Group : HIV-associated neurocognitive disorders persist in the era of potent antiretroviral therapy : CHARTER Study. *Neurology* 75 : 2087-2096, 2010.
- 54) CHARTER Group : HIV-associated neurocognitive disorders before and during the era of combination antiretroviral therapy : differences in rates, nature, and predictors. *J Neurovirol* 17 : 3-16, 2011.
- 55) Royal W 3rd, Cherner M, Carr J, Habib A, Akomolafe A, Abimiku A, Charurat M, Farley J, Olujemisi A, Mamadu I, Johnson J, Ellis R, McCutchan J, Grant I, Blattner W : Clinical features and virological correlates of neurocognitive impairment among HIV-Infected individuals in Nigeria. *J Neurovirol* 18 : 191-199, 2012.
- 56) Cross S, Önen N, Gase A, Overton E, Ances B : Identifying risk factors for HIV-associated neurocognitive disorders using the international HIV dementia scale. *J Neuroimmune Pharmacol* 8 : 1114-1122, 2013.
- 57) Wang Z, Zheng Y, Liu L, Shen Y, Zhang R, Wang J, Lu H : High prevalence of HIV-associated neurocognitive disorder in HIV-infected patients with a baseline CD4 count  $\leq 350$  cells/ $\mu$ L in Shanghai, China. *Biosci Trends* 7 : 284-289, 2013.
- 58) Bonnet F, Amieva H, Marquant F, Bernard C, Bruyand M, Dauchy F, Mercié P, Greib C, Richert L, Neau D, Catheline G, Dehail P, Dabis F, Morlat P, Dartigues J, Chêne G : Cognitive disorders in HIV-infected patients : are they HIV-related ? *AIDS* 27 : 391-400, 2013.
- 59) McDonnell J, Haddow L, Daskalopoulou M, Lampe F, Speakman A, Gilson R, Phillips A, Sherr L, Wyal S, Harrison J, Antinori A, Maruff P, Schembri A, Johnson M, Collins A, Rodger A : Minimal cognitive impairment in UK HIV-positive men who have sex with men : effect of case definitions and comparison with the general population and HIV-negative men. *J Acquir Immune Defic Syndr* 67 : 120-127, 2014.
- 60) Ku N, Lee Y, Ahn J, Song J, Kim M, Kim S, Jeong S, Hong K, Kim E, Han S, Song J, Cheong H, Song Y, Kim W, Kim J, Smith D, Choi J : HIV-associated neurocognitive disorder in HIV-infected Koreans : the Korean NeuroAIDS Project. *HIV Med* 15 : 470-477, 2014.
- 61) Cysique L, Heaton R, Kamminga J, Lane T, Gates T, Moore D, Hubner E, Carr A, Brew B : HIV-associated neurocognitive disorder in Australia : a case of a high-functioning and optimally treated cohort and implications for international neuroHIV research. *J Neurovirol* 20 : 258-268, 2014.
- 62) Troncoso F, Conterno L : Prevalence of neurocognitive disorders and depression in a Brazilian HIV population. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 48 : 390-398, 2015.
- 63) Wright E, Grund B, Cysique L, Robertson K, Brew B, Collins G, Shlay J, Winston A, Read T, Price R : Factors associated with neurocognitive test performance at baseline : a sub-study of the INSIGHT Strategic Timing of AntiRetroviral Treatment (START) trial. *HIV Med* 16 : 97-108, 2015.
- 64) Estiasari R, Imran D, Lastris D, Prawirohardjo P, Price P : Cognitive impairment among Indonesia HIV naïve patients. *Neurol Asia* 20 : 155-160, 2015.
- 65) Janssen M, Bosch M, Koopmans P, Kessels R : Validity of

- the montreal cognitive assessment and the HIV dementia scale in the assessment of cognitive impairment in HIV-1 infected patients. *J Neurovirol* 21 : 383-390, 2015.
- 66) 小松賢亮 : HIV 関連神経認知障害に関する疫学研究的動向と J-HAND 研究の進捗状況. *日本エイズ学会誌* 19 : 323, 2015.
- 67) Lescure F, Omland L, Engsig F, Roed C, Gerstoft J, Pialoux G, Kronborg G, Larsen C, Obel N : Incidence and impact on mortality of severe neurocognitive disorders in persons with and without HIV infection : a Danish nationwide cohort study. *Clin Infect Dis* 52 : 235-243, 2011.
- 68) McCombe J, Vivithanaporn P, Gill M, Power C : Predictors of symptomatic HIV-associated neurocognitive disorders in universal health care. *HIV Med* 14 : 99-107, 2013.
- 69) Nichols S, Bethel J, Garvie P, Patton D, Thornton S, Kapogiannis B, Ren W, Major-Wilson H, Puga A, Woods S : Neurocognitive functioning in antiretroviral therapy-naïve youth with behaviorally acquired human immunodeficiency virus. *J Adolesc Health* 53 : 763-771, 2013.
- 70) Maki P, Rubin L, Valcour V, Martin E, Crystal H, Young M, Weber K, Manly J, Richardson J, Alden C, Anastos K : Cognitive function in women with HIV : findings from the Women's Interagency HIV Study. *Neurology* 84 : 231-240, 2015.
- 71) Lazarus J, Rutstein R, Lowenthal E : Treatment initiation factors and cognitive outcome in youth with prenatally acquired HIV infection. *HIV Med* 16 : 355-361, 2015.
- 72) 小松賢亮 : HAND のスクリーニング検査—臨床現場で活かすために—. *日本エイズ学会誌* 15 : 309, 2013.
- 73) 国立感染症研究所 : 感染症発生動向調査～届出について～ 対象疾患一覧(感染症法における感染症の分類). 2015. <http://www.nih.go.jp/niid/ja/all-surveillance/205-idwr/2586-todokedehyou.html> (2016年1月29日現在)
- 74) 矢永由里子 : 日本の心理臨床 2 医療と心理臨床—HIV 感染症へのアプローチ. 東京, 誠信書房, 2009.
- 75) 飯田敏晴, 渡邊愛祈 : 第 7 章 HIV/エイズとともに生きる人への臨床心理士・カウンセラーによるアドボカシー. (井上孝代編) *臨床心理士・カウンセラーによるアドボカシー—生徒, エイズ, 吃音・精神障害者, 性的・民族的マイノリティ, レイプ・DV 被害児(者)の声を聴く—*, 東京, 風間書房, pp123-141, 2013.
- 76) Rodkjaer L, Chesney M, Lomborg K, Ostergaard L, Laursen T, Sodemann M : HIV-infected individuals with high coping self-efficacy are less likely to report depressive symptoms : a cross-sectional study from Denmark. *Int J Infect Dis* 22 : 67-72, 2014.
- 77) Weiss J : Psychotherapy with HIV-positive gay men : A psychodynamic perspective. *Am J Psychother* 51 : 31-44, 1997.
- 78) Balmont J, Waksberg I : 6.12 HIV/AIDS. (Feltham C, Horton I eds), *The SAGE Handbook of Counseling and Psychotherapy*. 3rd ed, London, SAGE, pp477-481, 2012.
- 79) 小松賢亮 : “あう” ことと “いる” こと～HIV 医療の中で私が再確認したもの～. (新潟大学医歯学総合病院編) *伝えたい, 学びたい HIV カウンセリング*, 平成 25 年度関東・甲信越地方ブロックエイズ対策促進事業における調査研究事業. 新潟大学医歯学総合病院感染管理部, pp7-10, 2013.
- 80) 西垣悦代, 浅井篤, 大西基喜, 福井次矢 : 日本人の医療に対する信頼と不信の構造 : 医師患者関係を中心に. *対人社会心理学研究* 4 : 11-20, 2004.
- 81) Northouse P, Northous L : *Health Communication : Strategies for Health Professionals* (2nd ed). Connecticut, Appleton and Lange, 1992.
- 82) Pearson S, Raeke L : Patient's trust in physicians : many theories, few measures, and little date. *J Gen Intern Med* 15 : 509-513, 2000.
- 83) Mechanic D, Meyer S : Concept of trust among patients with serious illness. *Soc Sci Med* 51 : 657-668, 2000.
- 84) Hidaka Y, Operario D : Attempted suicide, psychological health and exposure to harassment among Japanese homosexual, bisexual or other men questioning their sexual orientation recruited via the internet. *J Epidemiol Commun Health* 60 : 962-967, 2006.
- 85) 嶋根卓也, 日高庸晴, 松崎良美 : インターネットによる MSM の HIV 感染予防に関する行動疫学研究—REACH Online 2011—. 厚生労働科学研究費補助金(エイズ対策研究事業)「HIV 感染予防対策の個別施策層を対象としたインターネットによるモニタリング調査・認知行動理論による予防介入と多職種対人援助職による支援体制構築に関する研究」(研究代表者: 日高庸晴) 平成 23 年度総括・分担研究報告. 127-249, 2012.
- 86) Hidaka Y, Operario D, Takenaka M, Omori S, Ichikawa S, Shirasaka T : Attempted suicide and associated risk factors among youth in urban Japan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 43 : 752-757, 2008.
- 87) 日高庸晴, 古谷野淳子 : 性的マイノリティの自殺予防. *精神科治療学* 30 : 361-367, 2015.
- 88) 日高庸晴 : ゲイ・バイセクシュアル男性の異性愛者的役割葛藤と精神的健康に関する研究. *思春期学* 18 : 264-272, 2000.
- 89) Grossman G : *Psychotherapy with HIV-infected Gay Men*.

- (Kato P, Mann T eds), Handbook of Diversity Issues in Health Psychology, New York, Penum Press, pp 237-260, 1996.
- 90) 及川卓：ジェンダーとセックス—精神療法とカウンセリングの現場から—。東京，弘文堂，2016。
- 91) Cass V : Homosexual identity formation : A theoretical model. *J Homosex* 4 : 219-235, 1979.
- 92) Troiden R : the formation of homosexual identities. *J Homosex* 17 : 43-73, 1989.
- 93) 平田俊明：中年期・老年期のMSMの心理社会的課題。日本エイズ学会誌 15 : 78-84, 2013.
- 94) Ritter K, Terndrup A : Psychotherapeutic applications for identity formation. (Ritter K, Terndrup A eds), Handbook of Affirmative Psychotherapy with Lesbians and Gay Men, New York, Guilford Press, pp 168-188, 2002.
- 95) 及川卓，馬場謙一：同性愛者アイデンティティーの形成について—同性愛の精神病理(その1)。精神病理懇話会抄録号，1981。
- 96) 安尾利彦，白阪琢磨，織田幸子：自殺念慮及び抗HIV薬開始への強い躊躇いを示したHIV感染者とのカウンセリング過程—「生きてはいけない」から「生きるためなら死んでもいい」への心の変容。日本エイズ学会誌 5 : 365, 2003.
- 97) 安尾利彦，尾谷ゆか，白阪琢磨：感染告知後の適応困難状態において心理アセスメントを導入した事例。日本エイズ学会誌 9 : 469, 2007.
- 98) 仲倉高広，白阪琢磨：幻想的融合を求め故意に自らの健康を害する性行動が繰り返されたHIV感染症陽性者の心理療法について 理想的融合か死との融合かの分裂から現実への適応に至った事例。日本エイズ学会誌 11 : 472, 2009.
- 99) 仲倉高広，下司有加，織田幸子，岡本学，富成伸次郎，白阪琢磨：がんを併発したHIV陽性患者の心理療法について。日本エイズ学会誌 13 : 443, 2011.
- 100) 安尾利彦，治川知子，富成伸次郎，廣常秀人，白阪琢磨：意欲低下，自殺念慮，対人恐怖を主訴とした，あるHIV陽性者との心理療法過程。日本エイズ学会誌 14 : 342, 2012.
- 101) 仲倉高広，下司有加，渡邊大，白阪琢磨：箱庭療法が奏功したHIV陽性者の心理療法 広汎性発達障害のあるHIV陽性者の事例。日本エイズ学会誌 15 : 511, 2013.
- 102) 仲倉高広，矢嶋敬史郎，白阪琢磨：血友病でHIV感染症をもつ青年期男性の心理療法について 生き続けることを支える。日本エイズ学会誌 16 : 521, 2014.
- 103) 小松賢亮，仲里愛，渡邊愛祈，塩田ひとみ，大金美和，西島健，矢崎博久，田沼順子，照屋勝治，塚田訓久，湯永博之，菊池嘉，岡慎一：HIV感染者のターミナルケア HIV治療に消極的な感染者との心理面接。日本エイズ学会誌 16 : 523, 2014.
- 104) 渡邊愛祈，小松賢亮，仲里愛，西島健，柴田怜，小山美紀，谷口紅，湯永博之，菊池嘉，岡慎一：薬物依存HIV感染者に物質障害治療プログラムを取り入れたカウンセリングが有用であった1例。日本エイズ学会誌 17 : 327, 2015.
- 105) 嶋篤子：自らを「依存体質」と称するAさんとのカウンセリング過程。日本エイズ学会誌 17 : 328, 2015.
- 106) 小松賢亮，加藤温，塚田訓久，渡邊愛祈，仲里愛，谷口紅，杉野祐子，湯永博之，菊池嘉，今井公文，岡慎一：HIV医療における心理面接の機能—家族関係の改善により受療行動の安定を図った事例—。日本エイズ学会誌 17 : 470, 2015.
- 107) Cooper M : Essential Research Findings in Counseling and Psychotherapy ; The Facts Are Friendly. Tokyo, Sage Publications Ltd, 2008.
- 108) Lambert M, Ogles B : The efficacy and effectiveness of psychotherapy. (Lambert M ed), Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change 5, Chicago, John Wiley & Sons, pp 139-193, 2004.
- 109) Wampold B : The Great Psychotherapy Debate : Models, Methods and Findings. Mahwah, NJ, Erlbaum, 2001.
- 110) Safren S, O'Cleirigh C, Tan J, Raminani S, Reilly R, Otto M : A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected individuals. *Health Psychol* 28 : 1-10, 2009.
- 111) Safren S, O'Cleirigh C, Bullis J, Otto M, Stein M : Cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected injection drug users : a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 80 : 404-415, 2012.
- 112) Spies G, Asmal L, Seedat S : Cognitive-behavioral interventions for mood and anxiety disorders in HIV : a systematic review. *J Affect Disord* 150 : 171-180, 2013.
- 113) Moosa M, Jeenah F : Antidepressants versus interpersonal psychotherapy in treating depression in HIV positive patients. *S Afr J Psychiatr* 18 : 47-52, 2012.
- 114) Moosa M, Jeenah F : Treating depression in HIV-positive patients affects adherence. *South Afr J HIV Med* 13 : 144-149, 2012.
- 115) Onu C, Onigeri L, Bukusi E, Cohen C, Neylan T, Oyaro P, Rota G, Otewa F, Delucchi K, Meffert S : Interpersonal psychotherapy for depression and posttraumatic stress disorder among HIV-positive women in Kisumu, Kenya : study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 17.

2016. DIO10.1186/s13063-016-1187-6
- 116) 花澤佳子, 浦尾充子, 金井明美, 石川雅子, 池上宏 : 保健所における HIV 抗体検査受検者に対するカウンセリングの意義について—抗体検査に伴う不安の検討から—. 日本エイズ学会誌 3 : 136-139, 2001.
- 117) 高松由佳, 古谷野淳子, 桑野真澄, 橋本充代, 本間隆之, 山崎浩司, 横山葉子, 日高庸晴 : Men who have Sex with Men (MSM) における HIV 感染予防行動を妨げる認知に関する検討. 日本エイズ学会誌 15 : 134-140, 2013.
- 118) 古谷野淳子, 高松由佳, 桑野真澄, 早津正博, 西川歩美, 星野慎二, 後藤大輔, 町登志雄, 日高庸晴 : 「その瞬間」に届く予防介入の試み—MSM 対象の PCBC (個別認知行動面接) の検討—. 日本エイズ学会誌 16 : 92-100, 2014.

## Treatment of Psychiatric Disorders and Psychological Problems among People Living with HIV/AIDS

Kensuke KOMATSU<sup>1)</sup> and Ken-ichi KOJIMA<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> AIDS Clinical Center, National Center for Global Health and Medicine,

<sup>2)</sup> Department of Hematology, Ogikubo Hospital

This paper reviews the treatment of psychiatric disorders and psychological problems among people living with HIV/AIDS (PLWHA). We discussed prevalence of psychiatric disorders among PLWHA, and a relationship between HIV/AIDS and each psychiatric illness, such as depression, adjustment disorder, substance abuse, trauma/post-traumatic stress disorder, and HIV-associated neurocognitive disorder. In addition, this paper reviews the effectiveness of psychotherapy and psychological problems related to PLWHA, such as stigma, uncertainty and anxiety, loss, feelings of stain, shame, and intimacy, distrust of medical care, and sexual minority. Social stigma for HIV/AIDS remains and there are variety of psychosocial problems among PLWHA. Psychological care for PLWHA is important, and further researches are needed to validate the utility of psychological care. New psychological problems are arising as PLWHA ages, and support and clinical researches for such new problems are also important.

**Key words** : mental health, psychiatric disorders, psychotherapy, distrust of medical care, sexual minority