

原 著

治療意欲の乏しい HIV 陽性者の臨床像と治療的関わり

—ターミナル・ケアにおける心理療法的関与からの一考察—

小 松 賢 亮

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

背景: HIV 治療は安定した受療・服薬行動が治療成功の鍵を握る。しかし、治療意欲の乏しい患者への治療的介入は困難であり、時に治療中断に至る場合もある。ウィルスコントロールの不良は感染拡大を引き起こしかねず、医療者はこのような患者の存在を見過ごすわけにはいかない。

目的・方法: 本稿では、HIV 治療を拒否し続けた患者とのターミナル・ケアにおける心理療法の一症例をもとに、HIV 感染症への治療意欲が乏しい患者の臨床心理学的特徴と治療的関わりについて精神力動的な視点から論じた。

結果・考察: 治療意欲が乏しい患者は、孤立感、慢性的な空虚感、虚無感が顕著で、ときに自己破壊性を有しており“凝集性を失った自己”の状態であることが示唆された。このような患者と接する医療者は無価値感や無力感、拒否感を生じやすく、この患者と医療者の心理的な相互作用が、患者をいっそう医療的支援から遠ざける可能性がある。そのため、患者との最初期の治療的関わりが特に重要で、セラピストには逆転移の理解と解決、言動の背後に隠れた情緒の汲み取り、受容的共感的な応答といった治療的関わりが求められる。また、入院治療という心理療法環境は、このような患者との治療関係の構築や維持を補完するものとなりうる。

結論: 医療者が上述した点を理解して関わることを諦めないものであるならば、表面的には支援を拒む患者の一群に対する治療的関わりを切り開くことが可能であろう。

キーワード: 治療中断、医療者の無力感、終末期の希望、精神分析的自己心理学、HIV/AIDS カウンセリング

日本エイズ学会誌 19: 158-164, 2017

1. 問題と目的

治療の進歩に伴い、現在 HIV 感染症は継続的な服薬を行うことで、長期療養が可能時代となった^{1,2)}。しかし、患者の中には治療意欲が乏しく、継続的な服薬はおろか定期受診さえしない者もいる。このような患者に対する治療的介入は非常に難しく、医療の枠組みにおさまらないという医学上の困難さから、しばしば医療者の頭を悩ます。患者が継続的な服薬を行わずにウィルスコントロールが不良となれば、それによってさらに、HIV 感染の二次的・三次的拡大を引き起こしかねないという社会的な問題も生じる。いわば、このような患者の一群は“潜伏性のリスクグループ”であり、医療者の使命として彼らの存在を見過ごすわけにはいかないのである。

HIV 医療者はこうした患者を日常的に経験しているはずであるが、残念ながらこれまで本格的で集中的な心理学的検討を加えられたことは少なかったように思われる。そ

の理由の1つには、治療意欲の乏しい患者は、同様にカウンセリングや心理療法に対しても意欲や動機づけが乏しいため、症例として論考する機会が限られることがあげられる。

本稿では、HIV 感染症への治療意欲が乏しく、医療者の度重なる説得にも応じずに治療を拒否し続けた患者とのターミナル・ケアにおける心理療法過程をもとに、こうした患者の臨床心理学的特徴および治療的関わりについて、精神力動的な視点 psychodynamic approach^{注1)} から論じる。そうすることで、これまでとりあげられることが少なかった医学的にも社会的にも重大な問題である“治療意欲が乏しい患者”への心理社会的支援に関して、臨床心理学的な視座を提示したい。

なお、本研究は一症例研究である。医学領域に限らず、多くの学術的研究が数量的・統計的分析を前提としているなかで、カウンセリング・心理療法の症例研究はしばしば、限られた数のしかも一部の患者に基づいてのみ論議しているにすぎないと受け取られる傾向にあるが、筆者は一症例の心理療法過程を詳細に記述、分析することによって、普遍的な人間理解や臨床的な関わりを視座を提供しようと考えている。

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6月28日受付; 2017年5月12日受理

本論文の要旨の一部は、第28回日本エイズ学会学術集会・総会(2014年12月4日, 大阪府)において発表した。

2. 症 例

2-1. 心理療法導入までの経過

2-1-1. HIV 感染, 繰り返される無防備な性行動

ここで提示する症例の受診経過と臨床経過を通して、「治療意欲の乏しい患者」の臨床像が浮かび上がるだろう。とりわけ、HIV 陽性判明後も、無防備な性行動を継続し、性的接触をコントロールすることができず、つぎつぎに別の感染症に感染していく臨床経過が明確に認識される。またそこから、このような患者が持つ心理学的構造の複雑さが推察できる。

なお、以下では「」が患者の言葉、〈 〉がセラピストの言葉、# は面接回数を示し、患者のプライバシーを配慮して内容を変更している。

患者は 40 代のゲイ男性である。X-12 年、ニューモシスチス肺炎に罹患し、HIV 陽性が判明した (CD4 陽性 T リンパ球数 (以下, CD4 数): 70/μL, HIV-RNA 量: 9.1 × 10⁴ copies/mL)。抗 HIV 療法 (以下, ART) (EFV+d4T+3TC) が導入され、当初、CD4 数は 755/μL まで回復し、HIV-RNA 量も検出感度未満となったが、その後抑うつ的なため ART を変更した (LPV/r+ABC+3TC)。しかし、ART 変更後も抑うつ状態は続き、断続的な受診となった。医療者に精神科への受診を促され心理療法も導入されたが、それらもすぐに中断した。

患者は ART 内服を拒み、治療意欲がみられず、医療者が治療の必要性を説得しても拒否しつづけた。その一方で、尖圭コンジローマ、梅毒、クラミジアや B 型肝炎などのさまざまな感染症をつぎつぎに罹患した。患者は相手に HIV を感染させることや自身が再感染することのリスクを考えずに、不特定多数との無防備な性行動を継続していたのだ。そして、症状が出現するたびに医療機関を受診し、症状の軽快がみられると病院に現れないことを繰り返した。患者はのちに、この頃のことを、仕事の多忙さや対人関係の不和から「何をやってもダメだと思ったのかもしれない (#1)」と治療中断の経緯を振り返っていた。

2-1-2. 病状の重篤化と心理療法の導入

X 年 Y 月、食欲低下や倦怠感、呼吸困難の症状が徐々に出現し、腹痛、食事摂取困難も認められたため感染症科を受診した。生きている意味を持たない患者は、HIV 感染症自体の治療は希望せず、症状緩和のみ求めて精査・加療目的で入院となった。

これまでの治療に対する消極的な姿勢の問題や、今後ターミナル・ケアとなることが想定されたため、医師・看護師などのスタッフ間の話し合いの結果、心理療法の必要性が認識された。

入院後の精査の結果、ニューモシスチス肺炎と診断さ

れ、後にびまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫と CMV 髄膜炎・脳炎が併発していることがわかった (CD4 数: 11/μL, HIV-RNA 量: 4.1 × 10⁴ copies/mL)。心理療法はベットサイドにて、基本的に 1 回 30 分週 2 回の頻度で行った。

2-2. 心理療法の展開

2-2-1. 厭世的で空虚な患者の人生

心理療法過程の患者の語りから、患者の人生は次のようにまとめられる。

彼は「生きていても生産性がない」と感じ、厭世的で無価値感を抱いて、これまでの人生を過ごしてきた。家族には、セクシュアリティも病気のことも隠すしもなく、患者にとっての家族は「ウソっぽい」表面的なものであった。友人関係は希薄で他者とうまく関係を作れずに、恋愛などの親密な関係を築くこともなく、「自分は人とは異なっている」という違和感や孤立感をずっと抱いていた。高校時代に知人の自殺の知らせを聞いて「先をこされた」と思ったほど「ずっと死んだ方が楽だ」と思っており、大学も中退した。会社では過労気味に働き、私生活では不特定多数とセクシャルコンタクトを持ったり、祭り事に興じたりしていた。

2-2-2. ファースト・コンタクト: 治療的関わりによる“希望”の出現

初めて患者の病室にセラピスト (以下, Th) が訪れると、彼は過去に受けた別の Th の心理療法は「精神的に良くなり、意味がなかった」と述べ、Th (筆者) との心理療法の導入についても消極的で距離をとるような姿勢を示した。

情緒を排して「楽になりたい。楽になることは無になること。死ぬことは楽になることとニア・イコール」と死や生に関して観念的な事柄を語った。そんな彼に、Th は内心、彼にとって心理療法を導入する意味があるのかどうか、彼はこのような関わりを必要としていないのではないかと、関わりを求めていないのではないかと戸惑い、病室の壁に寄りかかって、椅子に腰を据えることもできずに会話を続けた。

それでも、彼の観念的な語りに対して Th は〈生きることが楽じゃなくて、死ぬことよりも辛いことだったと感じてたんですね〉と情緒を汲み取った。彼は頷き、いじめられて育ったことやずっと希死念慮を抱いていたことを語り、自分が「生きていてもお金がかかるだけ」「生きていても意味があるのかな」、過去に受けた心理療法では Th に「『それは中年期危機だ』と言われたが『結局だから何だ!』と思った」と続けた。彼の言葉は、生きることも心理療法も無意味で必要ない、というメッセージのようで、Th は、不要だ! と跳ね除けられた感覚があったのと同時に、彼が人に期待を持たずに不信感を抱いていること、こ

れまでもずっとそのように生きてきたのであろうことを察した。Thは〈どうせ自分のことを理解してくれない、解ってくれないだろうと思っているんですね〉と伝えた。すると、彼は、ぶっきらぼうに、「どうでもいいですけど、立っていないで座ったらどうですか?」と、ずっと立って話を聴いていたThに座るように伝えた。

入室時にはThが椅子に腰を据えることさえ許さないほどの雰囲気を出していた彼だったが、Thはこのやりとりから、少しだけThを受け入れてくれたのだろうと感じた。同時にThはよい治療関係を作れる余地がありそうだという希望を持った(#1)。

2-2-3. ターミナル・ケア：告知-動揺-生命感覚

その後、患者は相変わらず「積極的にどうしようとかはない、0(ゼロ)になることが自分の行く場所」と生に対して消極的ではあったが、Thの訪室を拒否する姿勢はみられず、「自分はアスペルガー(障害)だと思ったことがある」「自分と人がすれ違って、コミュニケーションが取れない」と孤立感を語った。Thは〈人とはずっと違う感じがして、何かうまくいかない、やり切れなさを感じていたんですね〉と発言の背後にある情緒を汲み取って言葉で返すことを続けた(#2~#4)。

入院して数週間後、医師から悪性リンパ腫と告知された。その日の面接の彼は、やや饒舌で、湯のみの蓋を取ったりつけたりと落ち着きがない行動をみせ「やっぱり動揺しているんだな。もっと冷静でいられたらよかったのに」と素直に気持ちを吐露した。Thは、それが当然の反応であること、冷静でいられるほうがおかしい、と伝えた(#5)。

そして、化学療法が開始された。彼は電気を消した病室でひとり、過去に録音した自分の演奏曲を聴いて「ノスタルジーの世界」に浸って過ごしていたが、「そんな過ごし方で良いのか。もっと元気に振る舞ったほうが良いのか」と終末期を迎える自分の過ごし方についてThに確認を求め、目的を持たずに会っていることに「面接が単なる雑談になってしまっているのか」と何度か確認した。Thはそのたびに〈そうしてしまうのだから、今の〇〇さんにとってそれが自然で良いのでは〉と保証した(#6, #9)。

病状は徐々に悪化していき、応答の反応が鈍いときや息切れしながら会話をすることもあったが、それでも彼は、退院後の生活を夢見て、過去に巡った祭りに「体力が戻れば、来年参加したい」と嬉しそうに述べた(#8, #11)。また、ポーっとして「グラスに水を注いで、飲みやすい順番を決めて飲むという行為だけでも、億劫になってしまう」と述べながらも、今まで飲むことを拒否していたARTを机上に並べ、自らの意思で数十分かけて飲み始めた。Thは〈一緒に行いましょうか〉と服薬の手伝いを申し出たが、「これは自分のことだし、人とやっても楽になることもな

いと思うから大丈夫です」と、とても丁寧に断った(#13)。このように、病状の進行と反比例するかのようになり、患者の厭世的な様子は薄れ、生きようとし始めていた。

2-2-4. ターミナル・ケア：病状悪化-関係性の深化-希望

しかし、身体機能や認知機能の低下は進行していき、会話を主とする面接を続けることを難しくさせた。Thはこのような状態にいる患者に対して無力感を抱きつつも、患者が抱える孤独感や不安感の低減をはかるため、たとえ話さなくとも彼の病室を訪れた。

ある日、目を開けた患者が椅子に座るThに気付くと「今、なにも…。マイペースでいいんですよね?」と尋ねた。Thはもちろん同意した。しばらくして、ふっと臉を開き「こんな状態で、仕事になるんですか?何も話さないで…」と再び尋ねた。Thは〈僕がここにいることに、〇〇さんが意味あると思ったら仕事になっているのでしょうか、意味がないと思っていたら仕事になってないでしょうか〉と答えた。すると彼は「じゃあ、『ありがとう』って言えば仕事になっているんですか?と皮肉まじりに答えた。〈『言えば』っていうか、ほんとに〇〇さんが『思っていたら』ですかね?〉と伝えると「五分五分かな」と答えて臉を閉じた。しばらくして面接時間終了になりThが席を立つと、患者は目を閉じたまま「ありがとう、ありがとう」とThの背中に声をかけた(#16)。

入院から3カ月後、化学療法の効果はほとんど認められず、治療方針はベスト・サポートティブ・ケアに移行していた。患者の病状は進行し、挨拶もままならず、Thのことも解らなくなった(#18~20)。そんな状態の彼が、Thに「僕の、知り合いに。僕は…病気で…。発表、し、た、い。AIDSの、病気…」とかすかな声で伝えた。Thは〈いいですね。僕に発表してくださいよ〉と返すと彼は微笑み返した。そして、Thが退室時に手を振ると、手を振ることができないAは首を横に振って応じた(#21)。その後、Thは何度か病室を訪れたが、問いかけに対する反応はわずかとなり、数週間後、患者は永眠した。[面接期間4カ月。総面接数23回]

3. 考 察

以下では、症例に関して精神力動的観点から考察を行い、治療意欲の乏しい患者の臨床心理学的特徴とその治療的関わりについて述べる。

3-1. 治療意欲の乏しい患者の臨床像

まず経過から、治療意欲の乏しい患者の臨床像は次のようにまとめられるであろう。

第一に、HIV陽性告知を受けていながら、医療機関を受診しない。第二に、たとえ治療が開始されても、断続的な受療行動と不安定な服薬アドヒアランスにより、治療成果

が上がらない。第三に、痛みや苦痛を伴う症状の解消のみを望み、その場しのぎの受療行動と一時的な改善によって治療中断が繰り返される。第四に、HIV 感染リスクを知っているながらも、無防備な性的行動を続ける³⁾。第五に、HIV 陽性告知後、人生における有意義な活動や内面的な豊かさを追求することもなく、ただ、いたずらに時が過ぎてゆく「空虚」とも呼べる臨床経過をたどっている。

これらの特徴を有する患者は、治療中断や受診中断の恐れがあるだけでなく、後述するように、精神的心理的支援が必要な対象であり、早期に発見し、支援を検討することが必要であろう。

3-2. 臨床心理学的特徴

次に、本症例の臨床心理学的特徴を述べる。患者は HIV 陽性判明以前から、すでに自己肯定感や生きることの充実感を喪失していた。長期にわたり、厭世的で抑うつ的な状態は続いており、孤立感と慢性的な空虚感が患者の人格の中核に認められた。すなわち、患者の治療に対する消極的姿勢や無気力は、HIV 陽性判明の事実によって生じたものでもなく、HIV 陽性者の抱える心理・社会的な困難さから生じる二次的なものでもない。感染以前からの性格傾向であり、言い換えれば、思春期から青年期の人格形成過程において、すでに無気力と無関心、孤立感と空虚感といった内面的構造が、いわば“病前性格”として形作られていた。このように、彼は人生の多くの時間、“凝集性を失った自己 the fragmented self” の状態にあったと推察される^{4,5)}。

成人期に達して、患者は、そのような無気力や空虚感を跳ね除けるように、職場で過労気味に働き、祭りに没頭したり不特定多数とのセクシャルコンタクトをとったりと、軽躁的で自己破壊的な心理学的特徴が出現してきた。結果的に、それは HIV 感染をもたらし、最終的には死(≒完全な自己破壊)へとつながった。このように、しばしば“治療意欲の乏しい”患者は、“凝集性を失った自己”の状態にあり、孤立感や慢性的な空虚感、虚無感、あるいは自己破壊性といった臨床心理学的特徴を有していると推察される。

3-3. 心理療法の展開：“治療意欲の乏しい”患者への治療的関わりと心理的变化

次にターミナル・ケアにおける心理療法の展開から患者の心理的变化とセラピストとの相互作用について検討し、どのような治療的関わりが“治療意欲の乏しい”患者に心理的变化を引き起こすのかを論じる。

3-3-1. なぜ治療的関わりが困難であるのか？

当初、患者は心理療法的な関わりに対しても無関心な様子で、虚無感が顕著であった。こうした“治療意欲の乏しい”患者が医療者にみせる態度は、心理療法に限らず他の諸々の医学的治療に対しても同様の反応を示すはずである。

したがって、筆者が最初期（ファースト・コンタクト）において、最も注意を払った臨床心理学的な課題は、こうした患者の治療的関わりに対する無関心や拒否ともよべる態度に対して、必然的に生ずるセラピスト側の逆転移 counter-transference^{注2)}の解決であった。すなわち、セラピスト側も、このような患者と接したときに「この人にとって心理療法は必要もなく、意味がないもの」「関わりを持って、動機づけが低いのだろうか」「自分（セラピスト）は求められていない」などといった無価値感や無力感を抱き、関わることをやめてしまうという心理的現象が生じるのである。

この「患者は治療意欲もなく、医療側の親切や配慮に対しても拒否的なものだから、これ以上関わってみても意味がない」という医療者側の切り捨てや否定的な感情は、このような患者と接する医師や看護師など、多くの医療者にも引き起こされる心理的現象である。この患者-医療者間の心理的相互作用は、患者への治療的関わりを困難なものにし、結果的に有効な働きかけができなくなってしまうのである。

3-3-2. “治療意欲の乏しい”患者への最初期にある関わり

このセラピスト側（医療者側）の複雑な感情や混乱、さらには放り出したくなるといった微妙な心理を、統合失調症の精神分析的精神療法に深く関わった Searles, H. は、統合失調症患者との初期の関わりで「もののように扱われる」、「石のように固まった生命体を欠いた存在のように見られる」といったセラピストの心理的体験として詳細に記述している⁶⁾。Searles は、このセラピスト側の“もの化”された体験は、重篤な患者に対する特徴的な反応であり、そうした患者の最初期の反応に対して、セラピストの十分な受容性が求められることを強調している^{7,8)}。

本症例は統合失調症ほどの重篤さを持っていないため、「もののように扱われる」感覚はなかったが、筆者はこの Searles の見解を意識しながら、慎重にアプローチしたことが、困難な心理療法の局面を切り抜けられた要因であると考えている。すなわち、筆者は、患者の無気力な姿勢や拒否的な対応によって、自分が無価値に思えたり期待されていない対象のように感じたりした。この感覚は、いわば、患者自身がこれまでの人生で抱き続けてきた感覚そのものもいえるが、もしこの逆転移から、セラピストが「心理療法はこの人には意味がない」と病室を後にしていれば、患者はこれまでと変わらず、他者との関係に失望したまま、そして、治療意欲の乏しいまま生涯を終えていたであろうことが容易に想像される。しかし、セラピストが、このような患者と接するときに生じうる逆転移に自覚的であり、病室から立ち去らず、立ち往生しながらも、語りの背後に

隠れた情緒（誰にも理解されないという失望）に触れたことによって、患者はささやかながら“希望 hope”を抱いたと言えよう^{5,9)}。それはぶっきらぼうながらも、筆者を席に座るよう促した患者の言動に表れている（#1）。

本症例への治療的関わりの鍵は、この最初期の関わりにある。それは、必然的に生じる逆転移をセラピストが自覚し、語りの背後に隠れた情緒に触れることであった。“逆転移に自覚的である”ことは、裏を返せば、“患者に共感的である”ということである。厭世的で空虚な患者の人生を思えば、そして、「ウソっぽい家族」という患者の言葉が象徴するように、他者（対象）の応答によって“わかってくれた”“理解された”という体験（鏡映自己対象体験 mirroring selfobject experiences）が、患者に希薄であったことは想像にかたくない^{4,5)}。このような長らく自己対象不全の状態にあった患者に対して、セラピストは、最初期の接触で、逆転移を自覚し、患者の自己対象欲求を満たしうる存在であると体験させることが、治療的関わりの鍵であった。そして、これが治療関係構築のきっかけとなり、セラピスト-患者双方の“希望”となったのであろう。この最初期の治療的関わりが、本症例以外の“治療意欲の乏しい”患者にも有益であろうと推察される。

3-3-3. ターミナルを迎える患者への関わりの鍵

悪性リンパ腫の告知後、患者は、無意味でどこか他人事のような自分自身の人生を振り返り、「ノスタルジーの世界」に浸るようになっていく（#5～#9）。充実感や達成感が乏しく、自己評価の著しく低いこの患者にとって、人に自慢できることはほとんどなかった。この「ノスタルジーの世界」に浸ることは、けっして患者が“過去”に想いを馳せて懐かしんでいるのではなく、「自分はまだ生きている存在である」という“現在”の自己感覚を実感していることを示している。このような変化は、患者の言動の背後にある情緒を汲み取って返すといったセラピストの受容的共感的な関わりがもたらしたもので、その後、自己感覚を取り戻した患者はしだいに厭世的でなくなり、これまで拒否していたARTを自らの意思で飲み始め、主体的な行動をとるようになっていった（#13）。すなわち、患者は、セラピストとの鏡映自己対象体験を通して、発達停止となっていた“凝集性のある自己 the cohesive self”期を再体験し、自立性が芽生えていったと考えられる^{4,5)}。

病状悪化、体力の衰えに伴って言語的交流は減少し、それと対照的に非言語な交流が主になっていく（#14～#16）。多くの心理療法家は、このような重篤な精神的問題を抱える患者に対して言語的介入よりも、“傍らに居ること”や“存在する”といった非言語的介入が重要であると指摘している^{6-8,10,11)}。本症例においてもこの非言語的介入が、セラピストと患者との関係性をいっそう深めた。それは、セ

ラピスト-患者間のコミュニケーションが言外の意に富んだものでも、互いに通じ合っており、ふたりの間で“傍らに居ること”の意味や必要性が暗黙裡に認識されていたことに示されている（#16）。このような治療的関わりを続けていくなかで、これまでずっと病気と対峙することもなく、厭世的で、他者との関係性も図ろうとすることがなかった患者が「知り合いにAIDSの病気を発表したい」と語った（#21）。この言動は、彼がHIVという病気と向き合い、“HIV/AIDSである”自分と他者との関係構築を求め始めたことを意味すると考えられ、“効力感の欲求 efficacy needs”の現われと理解できる。この人生で最期に抱いたこの“希望”は、生への期待と願望が込められていたのであろう^{4,12)}。

ターミナル期における治療的関わりの鍵となるものは、最初期に構築した治療関係を維持し、患者の言動の背後にある情緒を汲み取るといった受容的共感的な応答、そして言葉を介さずとも“傍らに居ること”であった。突き詰めて検討すれば、この“傍らに居ること”も、患者の言動の背後にある情緒を汲み取った結果であることは言うまでもない。

3-4. 入院治療という心理療法環境が果たす関係性の補完性

本症例において重要なもう1つの点は、入院治療という心理療法環境が治療意欲の乏しい患者とセラピストとの関係性を補完していたことである。

本症例は入院治療中の4カ月という短期間で集中的に行われたものであり、もし外来通院でより長期の心理療法を行っていたら中断していた可能性も否定できない。なぜなら、患者は他者との関係構築においても絶望しており希望をもてず、対象恒常性 object constancy^{註3)}は未確立であると推察され、他者から共感的な反応が得られないと、関係性は容易に破綻する可能性があった。繊細な患者はセラピストの些細な言動に失望してしまったり、反対にセラピストが共感的に対応できなかつたりすると、たちまち自分の殻に引きこもり、社会的交流から退却して、外来での継続的な対応は困難になる。すなわち、患者は、セラピスト-患者関係において必然的に生じる共感不全を凌げるほどの、凝集性のある自己の状態ではないのである。

外来通院での心理療法は、問題意識や問題解決への動機づけ、“あの人（セラピスト）に会えば、何か良いことが起こるかもしれない”という期待や希望を、患者が持っていなければ継続することは困難である。本症例のような患者が、自らの意思で“足を運んで誰かに会いに行き続けること”は容易なことではない。

入院治療という心理療法環境は、セラピストが集中的・能動的に患者に会いに行くことを可能にするため、このような不安定な対人関係を持つ患者との治療関係の構築や維持を助ける。つまり、入院治療は、たとえセラピストの共

感不全が生じたとしても、比較的間隔を空けずに介入できるといった利点があり、また、患者のもとに“セラピストが訪れる”といったアウトリーチの関わりは、その行動自体が、治療意欲が乏しく、他者への期待感や希望の乏しい患者に、“誰かが自分に会いに来てくれる”“自分は人が会いに来てくれるような存在”という感覚をもたらし、患者の自己対象欲求 selfobject needs を満たすものとなる^{12,13)}。それは、言うまでもなく、患者の自尊心や自己肯定感の向上に繋がる。このような入院治療の心理療法的作用は、本症例のような自己対象不全に陥った患者に活かすことができると考えられる。

4. 結 語

以下に、“治療意欲が乏しい患者”への心理社会的支援に関する臨床心理学的な視座をまとめる。

- ① 治療意欲の乏しい患者は、たとえ HIV 感染症罹患後も、無防備な性行動をコントロールできず、二次的・三次的感染を引き起こしうするため、社会医学的にハイリスクグループの1つである。
- ② このような患者は、“凝集性を失った自己”の状態にあり、孤立感や慢性的な空虚感、虚無感、あるいは自己破壊性といった臨床心理学的特徴を有しているため、精神的心理的支援を検討する必要がある。
- ③ しかし、このような患者は、好意的に、あたたかい気持ちで接しようとする医療者の心に無価値感や無力感、あるいは拒否感を引き起こしやすい無意識的な要因を持っており、患者と医療者の心理的な相互作用、相乗効果によって、患者はますます医療的支援や援助から遠ざかることになる。
- ④ そのため、最初期の治療的関わりが重要であり、③にあげた逆転移の理解と解決、言動の背後に隠れた情緒の汲み取り、受容的共感的な応答を中心とした継続的なものがセラピストには求められる。
- ⑤ また、入院治療という心理療法環境は、対象恒常性が未確立で自己対象不全に陥った患者との治療関係の構築と維持を補完するものとなりうる。

本稿で強調したいことは、医療者が上述した点を理解して関わることを諦めないものであるならば、表面的には援助を拒む患者の一群に対する治療的関わりを切り開くことが可能であるということである。

脚注

注1) 精神力動的な視点：Freud, S の精神分析学から派生した深層心理学の視点。無意識を仮定し、患者とセラピストとの無意識的交流を含めて治療に用いるアプローチ。

注2) 逆転移：カウンセリングや心理療法過程において、セラピストが無意識的に患者に向ける情緒や態度などのこと。逆転移は、カウンセリングを行うセラピストのみならず、その患者と関わりを持つ医療者にも生じうる¹⁴⁾。

注3) 対象恒常性：Mahler, M. の乳幼児研究における発達論の一概念。乳児が発達過程で“母親”という存在を内在化することであり、幼児は対象恒常性を獲得することによってはじめて、安心して母親のもとを離れることができる。

謝辞

日頃の心理臨床を支えてくださる岡慎一先生、菊池嘉先生をはじめ、本事例のチームとして支えてくださった矢崎博久先生、西島健先生、大金美和様、鈴木ひとみ様、当院スタッフの皆様にご感謝申し上げます。また、心理療法における患者-治療者関係の意義深さを教えてくださった佐野直哉先生（佐野臨床心理研究所）、執筆にあたりご指導いただきました及川卓先生（及川心理臨床研究室）に感謝申し上げます。本稿は、患者さんが最期に残した意向を継いで、筆者が彼との臨床面接から学び得たものをまとめたものです。ここに多くの深い臨床心理的視座を与えてくださった患者さんに深謝し、心よりご冥福をお祈り致します。

利益相反：この論文における利益相反に相当する事項はない。

文 献

- 1) 小島賢一：今日の HIV 診療 カウンセリングの役割. *Modern Physician* 22 : 364-366, 2002.
- 2) 小松賢亮, 小島賢一：HIV 感染症のメンタルヘルス—近年の研究動向と心理的支援のエッセンス—. *日本エイズ学会誌* 18 : 183-196, 2016.
- 3) 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.
- 4) Wolf ES : *Treating the self : elements of clinical self psychology*. The Guilford Press, New York, 1988. 安村直己, 角田豊 (訳) : 自己心理学入門 コ福特理論の実践. 東京, 金剛出版, 2001.
- 5) Kohut H : *How does analysis cure ?*. Chicago, University of Chicago Press, 1984. 笠原嘉 (監訳) : 自己の治癒. 東京, みすず書房, 1995.
- 6) Searles H : *Phases of patient-therapist interaction in the psychotherapy of chronic schizophrenia*. *Br J Med Psychol* 34 : 169-193, 1961. In *Collected Papers on Schizophrenia Related Subjects*. New York, International Universities Press, 1968.

- 7) Searles H : The development of mature hope in the patient-therapist relationship. In Countertransference and Related Subjects. New York, International Universities Press, pp. 479-502, 1979. 松本雅彦 (訳) : 逆転移 1 分裂病精神療法論集. 東京, みすず書房, 1991.
- 8) 佐野直哉 : 慢性分裂病者への精神療法的接近—逆転移の推移について. 精神分析研究 18 : 68-73, 1973.
- 9) Cohen J, Abramowitz S : AIDS attacks the self : a self-psychological exploration of the psychodynamic consequences of AIDS. (Goldberg A, ed), The Realities of Transference : Progress in Self Psychology 6, Hillsdale, NJ, Analytic Press, pp. 157-172. 1990.
- 10) 佐野直哉 : スーパーヴィジョンを受けるといふこと. (氏原寛, 成田善弘編) コミュニティ心理学とコンサルテーション・リエゾン—地域臨床・教育・研修 (臨床心理学), 東京, 培風館, 2000.
- 11) 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, pp. 7-10, 2013.
- 12) Paradis BA : A self-psychological approach to the treatment of gay men with AIDS. Clin Soc Work J 21 : 405-416, 1993.
- 13) Gosling J : HIV/Aids: an encounter with death or a journey into life ?. J Anal Psychol 53 : 261-269, 2008.
- 14) 小此木啓吾 : 精神分析理論—現代精神分析の基礎理論. 東京, 弘文堂, 1985.

Clinical and Psychological Features of HIV Patient Who Lacks Motivation for the Treatment : A Case Study of Psychodynamic Psychotherapy for a Patient in a Terminal Stage

Kensuke KOMATSU

AIDS Clinical Center, National Center for Global Health and Medicine

Background : This paper examines clinical and psychological features of psychological approach to “the patient who lacks motivation for the treatment” from a psychodynamic perspective using a case study of psychotherapy for a HIV patient in a terminal stage.

Objective • Methods : Such patients are likely to drop-out from the treatment, non-adherent to medication, and practice high-risk sexual behavior.

Results • Discussion : Psychological features of such patients are characterized by emptiness, low self-affirmation, and poor object-seeking. Interpersonal relations of them can be easily destroyed, and it is difficult for them to construct a stable and continuous therapeutic alliance with medical staff. Even dedicated medical staff who are taking care of such patients can have a feeling of rejection and a sense of helplessness, and such circumstances might have such patients to further avoid seeking medical care.

Conclusions : It is important for the medical staff to understand the clinical and psychological features of “the patient who lacks motivation for the treatment” and make effort to continuously maintain therapeutic relationship.

Key words : lack of motivation for HIV treatment, dropout, helplessness of medical staff, hope in a terminal stage, psychoanalytic self psychology