

Title	エイズカウンセリングの現状と課題：エイズ先進国に学ぶ
Author(s)	中田, 洋子; 板井, 吾郎
Editor(s)	
Citation	大阪府立大学紀要（人文・社会科学）. 1994, 42, p.23-35
Issue Date	1994-03-31
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10466/12363">http://hdl.handle.net/10466/12363</a>
Rights	

# エイズカウンセリングの現状と課題

## — エイズ先進国に学ぶ —

中田 洋子 ・ 板井 吾郎

### 〈はじめに〉

エイズは現在、世界が直面している大きな危機であるが、日本においても1985年、初の日本人エイズ患者確認を皮切りとして患者・感染者は激増し、厚生省によると、1992年末現在で2,731人（うち血液製剤による者1,685人、性行為等による者1,046人）が報告されている。しかし抗体検査を受けていないため存在が知られていない実際の感染者数は、7千人からすでに数万人にまで達しているともいわれている（池田，1993）。エイズカウンセリングについては、エイズ先進国のアメリカ合衆国をはじめ、欧米の国々でその重要性について多くの研究がなされているが、日本ではエイズという病気そのものに対する医療体制の遅れが目立ち、ましてエイズカウンセリングにおいてはなおさらである。池田（1993）によると、1992年にNHKスペシャルなどでエイズ番組を製作した「エイズプロジェクト」が、医師1,185人、看護婦560人からのアンケート回答から分かったこととして、エイズカウンセリングの63.8%は現在医師が担当しているが、看護婦の82.6%は専門のカウンセラーが必要であると感じ、また医療スタッフの60.5%が自分自身のカウンセリングも必要であると答えている。そこでアメリカ合衆国を中心に、欧米のエイズカウンセリングに関する文献から、エイズカウンセリングとはどのようなものであるのかについて検討してみたい。

### 〈クライアント〉

#### H I V, A R C, C L A S, A I D S

エイズカウンセリングといった場合、その対象となるクライアントは極めて多岐にわたる。まず“エイズカウンセリング”というのであるから、“エイズになった者をカウンセリングする”ということになるが、これは大変大雑把な表現といえる。エイズはまずH I V（Human Immunodeficiency Virus：ヒト免疫不全ウイルス）の感染後、平均7～8年、長いときには10年といわれる潜伏期間のなかで、ひとによってはA R C（AIDS-Related Complex：エイズ関連症候群）や単にC L A S（Chronic Lymphadenopathy Syndrome：全身性持続性リンパ筋腫脹）を起こしながら、A I D S（Acquired Immunodeficiency Syndrome：後天性免疫不全症候群）を発病するという経過をたどる。ただし実際の病状の経過は、感染者によってより複雑なものである。

## クライアントの感情

HIV感染を知った者が、カウンセラーのもとへ援助をもとめて現われた際には、カウンセラーはクライアントのショックや恐れ、不安、否認、怒り、罪悪感、悲しみ、抑うつといった感情を受容し、適切に対処していかなくてはならない (Keeling, 1989; Schaffner, 1990)。

### ショック

HIVの感染を知ったものは皆ショックを受ける。特にクライアントが成年期以前であればなおさらのことである。クライアントの多くは突然自分が“死刑の宣告”を受けたような気持ちになる、それもいつ執行されるか分からない死刑をである。自分の抱いていた将来の計画や希望は無意味なものに感じられてしまう。混乱してしまい、これからどうしていいのかわからない、希死念慮が起こったりもする。この時期のクライアントは注意して見守らなくてはならない、場合によっては精神安定剤なども必要であろう (Schaffner, 1990)。

### 恐れや不安

HIV陽性となった者が抱く恐れも多くは現実的なものである。それはAIDSへの進行、死の予感、将来の生活に対する病気の影響のことであったりする。またクライアントは病気によって家族や恋人、友人から拒否されることを恐れる。そのために孤立してしまうこともある。またクライアントは、病気の進行にとまなうカポジ肉腫 (Kaposi sarcoma) やカリニ肺炎 (pneumocystis carinii pneumonia) などの症状の出現を恐れ、些細な身体症状にも不安を抱くようになる (Keeling, 1989)。

### 否認

クライアントによっては病気のことすべてを否認して、何も起こらなかったようにしてしまう者もいる。これはごく自然な適応機制ともいえるが、同時にクライアントになされるべき援助を自ら遠ざけたり、HIVの感染率が高い無責任な性行動など、自他に害を及ぼす行動をしてしまう可能性がでてくる (Schaffner, 1990)。

### 怒りや罪悪感

クライアントはその生活環境によって、さまざまな対象に怒りを向ける。それは医療関係者であったり、神であったり、感染させられた相手であったりする。汚染された血液製剤や輸血によって感染した者の、「なぜ自分が感染しなくてはならないのか。」という憤りは大きい。また道徳的な家庭に育ち、自分がその価値観と相反する行為 (例えば婚前交渉や同性愛) で感染したならば、クライアントは大きな罪悪感を感じる。そして自分がエイズという罰にふさわしい人間なのだという考えを抱いたりする。他に感染させたことで罪悪感を持つ者もいる (Keeling, 1989; Schaffner, 1990)。

## 悲しみや抑うつ

上記の多くの思考・行動に、深い悲しみや抑うつが伴う。クライアントは死の予感や、健康、正常な容姿、能力、人間関係、自尊心などの喪失につねに怯える。抑うつに関しては、カウンセリングにおける援助の他に、身体活動、社会活動、援助グループなどが補足的役割を果たすだろう (Keeling, 1989)。

## さまざまなカウンセラーの役割

エイズカウンセラーはクライアントの感情の受容と適切な対処と同時に、この病気についての正確な知識や、感染率の低い性行為 (セーフセックス) など、いかに他への感染を防ぐかについて教えるという教育者の役割もとっていかなければならない (Keeling, 1989)。はじめ HIV 感染者は、健常者とほとんど変わりがないが、感染者によっては次第に ARC が現われてくる。この段階にカウンセラーは、より一層のクライアントの受容が必要となってくるだろうし、ARC のひとつであり脳神経が侵されることにより起こる精神病 (エイズ痴呆性) にも注意を払わなくてはならない (Keeling, 1989)。AIDS が発病した者にとって死はまさに現実的なものとなる。この段階に、それは HIV 感染の時点よりいえることであるが、いかに生きそして死ぬのかという実存的な問題は、カウンセラーが援助できうる重要な事項となる (Schaffner, 1990)。クライアントによっては、家族や友人へ遺書を残したり、別離のメッセージをおくる援助をカウンセラーに求めたりするだろう。近年、ビデオテープによる別離のメッセージが一般化しているという報告がある (Dworkin & Pincu, 1993)。

## エイズカウンセリングで扱われるテーマ

Bor, Miller, Scher, Salt (1991) らによれば、エイズカウンセリングで頻繁にクライアントによって取り上げられるテーマに、秘密性、問題の複雑さ、人間関係の問題、不確かさの四項目がある。以下に Bor らの解説をあげておく。

### 秘密性 (Secrecy)

エイズが偏見等のさまざまな社会的問題を抱えているために、カウンセリングにおいては自分が HIV/AIDS だということを誰に知らせるべきであり、誰に知らせるべきでないかは重要なテーマとなる。“孤独感” はクライアントの頻繁な訴えである。

### 問題の複雑さ (Complexity)

HIV 感染は医学的にも社会的観点においても大変複雑な問題である。これは多数の人々、専門家と非専門家、がクライアントにかかわることを意味している。またクライアントをとりまくどの問題から手をつけて行くかが重要になる。

### 人間関係の問題 (Relationships and interaction)

HIV/AIDS は、性的関係を含めた感染の恐怖から感染後の人間関係に問題を生じやす

い。このことはクライアントに自分は孤立してしまうのではないかという不安と、人間関係を維持したり、新たにつくりだしていくことに無力感を与えてしまう。

### 不確かさ (Uncertainty)

エイズについてはまだ多くのことが解明されていないために、クライアントはカウンセラーから、なんとか安心感や確信、見通しが欲しいと感じる。そのような気持ちは、クライアントによる以下のような質問に代表される (Weitz, 1989): 「いつかはエイズに進行するのでしょうか。」 「私の現在の症状は、どういう意味を持っているのでしょうか。」 「どうして私がこんな目にあわなくてはならないのでしょうか。」 「明日もなんとか元気でいられるのでしょうか。」 「人間としての尊厳を持って生きられるのでしょうか。」 「エイズは克服できないのでしょうか。」 残念ながら、誰にも答えることのできない質問が多すぎるのが現実である。カウンセラーのなすべきことは、エイズに関するできるだけ正確な情報をクライアントが知り、そしてクライアントが自分のおかれている実状を受容し、自分の人生を可能なかぎり自分によってコントロールしていけるよう援助することである。

### 特定のクライアント集団

前述したH I V / A I D Sの進行段階に応じた一般的な援助に加えて、より適切なエイズカウンセリングができるように、カウンセラーは特定のクライアント集団が抱える独自の問題についても把握しておく必要がある。

### 男性同性愛者

H I Vに感染した男性同性愛者で、感染の事実を家族や知人に知らせることが、同時に自分が同性愛者であると知られることになる場合もある。それを避けようとして、より深い苦しみや孤独に陥ったりする者もでてくる (Dworkin & Pincu, 1993)。自分の同性愛者としての人生を恥じたり、罪悪感を持ったり、ときにはA I D Sという病気そのものが同性愛者の責任であるといった不合理な考えを持ったりする (Schaffner, 1990)。また青年期の男性同性愛者にとってA I D Sの問題は、彼らの心理的発達段階や人間関係に大きな障害をもたらし、その結果としてA I D S感染の危険率の高い行動にはしる傾向を持つ。したがってカウンセラーは、彼らに教育を与えこの発達段階を適切に通過できるよう援助が必要となる (Feldman, 1989)。

### 女性

米国において女性のH I V感染者には低所得層の母子家庭や、薬物中毒者が多く見受けられる。これらのものたちにとっては生活それ自体や薬物中毒の問題が第一となってしまう、H I Vへの治療が妨げられてしまう傾向にある (Ybarra, 1991)。女性のH I V感染者は、その感染原因がなんであれ社会から罪を犯したものの、ふしだらなものというレッテルを貼られて、敵意や差別の対象となりやすい。またH I Vに感染した子供を生んだ母親の自己嫌悪や罪悪感

はきわめて大きいものである (Cochran & Mays, 1989)。H I V陽性の女性にとって親密な人間関係 (intimacy) は重要な問題である。女性のなかにはH I Vに感染することで性関係に障害をもち、女性性を失い、パートナーから愛されなくなると感じるものもでてくる。そのため彼女らは拒否や別離を恐れるあまり、パートナーに感染の告知をせずにいたりする。またパートナーから知らずに感染させられた者は、それまでの愛情関係に疑問を抱いたり、裏切られたと怒りを感じたり、その反対にすべてを自分の責任であると考えたりする (Ybarra, 1991)。

### 薬物・アルコール依存者

薬物使用、特に静脈注射による薬物 (IV drug: intravenous drug) 使用で注射針を回し射ちすることは、H I V感染の危険性が非常に高いものとして知られている。そして薬物にせよアルコールにせよ、個人の判断力を狂わせ感染の危険性の高い行為へ走らせる要因となる。またH I V感染者の薬物・アルコールの使用は、免疫システムの能力低下を促し病気の進行を早めることになる (Hoffman, 1991)。カウンセラーがここで第一になすべきことはセーフセックスやH I V/A I D Sなどについての正しい知識の教育である。ただし薬物使用やアルコール依存は、クライアントにとって非生産的なストレスへの対処法であることも多いので、問題は単純なものではない。また薬物・アルコール依存度が高いクライアントに対しては、薬物やアルコール依存治療プログラムとH I V/A I D S治療プログラムが併設された施設が望まれる (Dworkin & Pincu, 1993)。

### “心配しすぎる者”

クライアントのなかには、その確率がきわめて低いにもかかわらずH I Vに感染しているのではないかという強い不安を訴えて援助を求める者がいる。それらのクライアントを総称して“心配しすぎる者 (the worried well)”とか、“エイズ恐怖症 (AIDS phobia)”と呼んだりする。そのなかにはカウンセラーの正しい知識の提供と不安の受容によって納得できるものもいるが (Krieger, 1998)、H I Vの抗体検査が陰性と知っても、引き続き自分が感染していると信じるものがある。この場合カウンセラーは、クライアントの妄想のもとにある神経症や精神病 (例えば強迫神経症やうつ病、精神分裂病など) を疑う必要がある (Knapp & Vandecreek, 1989)。Mahorney と Cavenar (1989) は、以下のような症例を報告している。

「A氏は53才、既婚の白人男性である。彼は過去数ヶ月に疲労感と脆弱感を訴え、あるクリニックに訪れた。彼は医師に対して自分の症状はエイズのせいだと述べた。しかし医師の質問から、彼がH I V感染の危険性のある麻薬も、同性愛行為も、輸血も全く経験がないことが分かった。一般的な身体・血液検査からは何の異常も見つからなかったため、医師がそれを伝えたところ、A氏は興奮して怒りだし、エイズのための血液検査をして欲しいと訴えた。この時点で彼の精神状態が調べられることになった。調査のための面接中、彼は落ち着きなく自分はエイズだと訴え続けた。彼によれば、20年以上前に一度だけ他の女性と浮気をし、その時点でH I Vに感染して、今症状が現われたのだということであった。また彼は自分の性器に何か異

常な感覚があると言い、もうすぐ自分は死ぬと信じていた。彼は自分がエイズであるという考えにとりつかれたようになっていて、他の質問になかなか答えようとはしなかった。彼は早朝覚醒や、体重減少、漠然とした希死念慮は認めたが、抑うつ状態であることは否定した。最終的にA氏は精神科で入院治療を受けることを了解した。彼は大うつ病 (major depression) と診断され、治療を受けた結果眠れるようになり、また体重も増加した。そしてなによりもエイズであるという妄想が消えていった。彼が退院するときにはその妄想は完全に消え、過去の浮気に関する罪悪感を語るができるようになっていた。」

この“心配しすぎる者”のなかには、上記の例のように自分の過去の経験に根ざした罪悪感、また近親者はエイズだが、自分は感染せずに良かった、という安堵感を持ってしまうために起こる罪悪感が影響している場合、隠された同性愛恐怖が不安の引き金となっている場合があると指摘されている (Krieger, 1988)。

### 小教民族／外国人

アメリカ合衆国では、HIVに感染している麻薬使用者の多数が、アフリカ系アメリカ人やスペイン系アメリカ人の小教民族で占められていることが知られている。またこれら小教民族の人々は、エイズ問題を認識していなかったり、白人の問題であると無関心であったり、この問題が自分たちを迫害するための道具であると感じていたり、政府への不信をつのらせたりしている。文化的な相違も加わって、これらの対象へのエイズカウンセリングは、アメリカ合衆国でも遅れているのが現状である (Dworkin & Pincu, 1993)。

### クライアントにかかわる人々

クライアントにかかわる家族、友人、恋人などもカウンセラーの重要な援助対象といえる。これらの人々は程度の差こそあれ、クライアントと同様の精神的苦痛を味あわざるをえない。それゆえこの病気や感染者への対処法についての教育、不安の受容、また感染者が亡くなった際の深い悲しみへの援助などカウンセラーの果たせる役割は大きい (Keeling, 1989)。これらの人々のための援助グループも効果的である (Land & Harangody, 1990)。また同時に、HIV感染者・AIDS患者に携わる医療関係者やボランティアへの心理的な援助も、カウンセラーのできる役目である。これらの人々に共通の感情として、怒りや失望、絶望、無力感などがあげられ、肉体的にも精神的にも激しく疲労した末に起こる“燃えつき症候群 (Burnout)”は大きな問題となっている。またカウンセラーを含め援助者がクライアントの度重なる死に対応できずに起こる“援助者無力感症候群 (Helper helplessness syndrome)”という言葉も使われたりする (Hoffman, 1991)。Kerriallwood, Stillson, Walmsley (1992) は、オーストラリアにおけるHIV感染者のためのボランティアグループに対してカウンセリングを行い、ボランティアが自らの抱える大きなストレスに対処し、また燃えつき症候群を防ぐことに効果があったことを報告している。

## グループエイズカウンセリング

個人のエイズカウンセリングに加えて、HIV感染者やAIDS患者のためのグループ形態によるカウンセリングの有効性も指摘されている。グループカウンセリングの利点は；1) 同じ境遇にあるクライアント同士が抱える問題の対処法を分かち合うことで、互いに行動の規範となることができる、2) クライアントが互いに助け合うことができる、3) 同じ生命の危機に直面した者同士が、仲間意識を持ち孤立感をいやすことができるなどである。グループカウンセリングには、カウンセラーの背景によりさまざまな手法があるが、教育と情報の提供、感情の表出、問題への対処法の学習、相互援助、他者とのコミュニケーションの技術向上、予測される悲しみや死について語るなどは、どのグループエイズカウンセリングにも含まれるべきテーマであろう (Hoffman, 1991)。

### 〈カウンセラー〉

#### ストレス、逆転移

カウンセラー自身にとってストレスと逆転移は、適切に対処しなければならない重要事項である。エイズカウンセリングは、カウンセリングのなかでもとりわけ精神的に消耗するものであり、カウンセラーに大きな悲しみや必要以上の罪悪感を引き起こしがちである。また“心配しすぎるもの”へのカウンセリングもクライアントに終始煩わされることになり、大変にストレスの高いものとなる。カウンセラーは自らの燃えつき症候群、援助者無力感症候群に十分注意する必要がある。(Schaffner, 1990)。

McKusick (1988) によると、エイズカウンセリングにおいてカウンセラーのクライアントに対する逆転移反応は、大きく分けて以下のテーマに起因する；エイズという病気と死について、性 (sexuality) や親密な人間関係について、そして世話をするということについてである。

#### エイズという病気と死について

通常、クライアントが抱える問題の解決を前提に訓練されたカウンセラーにとっては、死にゆくクライアントを援助することは、カウンセラーの無力感を呼ぶだけでなく、自らの抱える病気や死に関連した未解決の問題を刺激することになるだろう。例えばHIVはそう簡単には感染しないと知的には分かっているのに、クライアントから感染させられるのではないかと恐れてしまうかもしれない。死ぬということや、死に向かって心理的・身体的に自由を失って行くということに、無意識の過大な恐れを持つカウンセラーは、思うようにクライアントの援助ができないかもしれない。それゆえ死に対する価値観や考えを再検討しておく必要があり、これには自分の神や死後の世界観というテーマも含まれよう。

## 性 (Sexuality) や親密な人間関係について

エイズという病気が、セックスや男性同性愛者、麻薬使用者、売春などと関連してきたという事実から、カウンセラーの逆転移は性それ自体について (Sexuality) や同性愛者、売春者、麻薬使用者などに対する隠された偏見や恐れに根ざしているかもしれない。自分がどの程度の同性愛不安を持っているのか、また自分の性行動や親密な人間関係についてどう感じているのかは、カウンセラーができるだけ明らかにしておくべきことである。

## 世話をするという事について

カウンセリングは一般にクライアントが自立し、意志決定のできるよう援助することが目標とされるが、HIV/AIDSクライアントの傾向として、エイズカウンセリングが進行するにつれクライアントはよりカウンセラーを世話してくれる人と感じ、依存するようになるかもしれない。もしカウンセラーが依存されることや依存することに関して未解決の問題があるとすれば、カウンセラーはそのようなクライアントの態度に、過度に腹を立てるなどの反応をするかもしれない。

## Hayes と Gelso の実験

Hayes と Gelso (1993) は、エイズカウンセリングにおいて、『クライアントに対する隠された同性愛恐怖や死の不安が、男性カウンセラーの不快さ、すなわち逆転移を喚起する』という仮説を、実験的に証明しようと試みている。その内容を簡単にまとめてみる。まず被験者となる男性カウンセラー34名 (有資格のカウンセラーか、カウンセリングセンターのカウンセラー4名、臨床心理学かカウンセリング心理学専攻で博士課程の学生30名：年齢は23才から50才、 $M=31.8$ ,  $SD=6.9$ ：1年から14年の臨床経験、 $M=4.6$ ,  $SD=3.1$ ) の同性愛恐怖と死の不安を測定するために、Death Anxiety Scale と Homophobia Scale を実施してもらう。次に、実験で登場するクライアントとは既に治療関係があり、これは第7回目のカウンセリング場面である、とカウンセラーに想定してもらう。クライアントが話す様子は、あらかじめビデオに収録されていた、ふたりの俳優が四条件 (同性愛者、異性愛者、HIV陽性者、HIV陰性者) を演じたもの、つまり8本のビデオが準備されており、そのうちの一本を無作為にカウンセラーに見せる。このビデオの上映中、クライアントが沈黙した時、あらかじめ決められた5カ所を選んで、その時にカウンセラーがどのような応答をしたかが録音される。ビデオの終了後、カウンセラーに the State-Trait Anxiety Inventory 中の the State Anxiety scale、ならびに a cognitive recall index のふたつを実施してもらう。

カウンセラーの不快さは、情緒レベル、認知レベル、行動レベルの観点に分けられて測定された。情緒レベルの不快さは、the State Anxiety scale に現われた不安を測定することで求めた。認知レベルの不快さは、“クライアントの話題が、カウンセラーの心理的に未解決な分野であるほど、カウンセラーはその部分を歪めて記憶している” という立場から、a cognitive recall index にクライアントが話の中で、“死” や “同性愛かあるいは異性愛か” に関連した話題を何度話したかを記録してもらい、実際とカウンセラーの記憶の開きを計算す

ることで求めた。行動レベルの不快さは、ビデオ中のクライアントに対するカウンセラーの応答のうちで、クライアントの話題を促進するのではなく、停滞あるいは回避してしまうような応答の割合をみることで求めた。そしてクライアントの条件（例えば同性愛者）の違いと、情緒、認知、行動の各レベルにおけるカウンセラーの不快さの相関係数を調べ、ひとつの条件において、すべてのレベルの相関係数が高いときに、その条件はカウンセラーの不快さに密接な関係があるとした。

実験の結果は仮説に反し、ひとつの条件で、各レベルが揃って高い相関係数を示したものはなく、総合的な数値の上では同性愛恐怖も死の不安も、カウンセラーの不快さに大きな影響を与えているということではできなかった。この結果をどのように判断するか、実験者の Hayes と Gelso は以下のような指摘、推察をしている。同性愛恐怖については、今回被験者になったカウンセラー34名の Homophobia Scale の平均は22.9 (SD=9.2) であり、男性218人の標準集団の平均52.6 (SD=17.4) に比べると、かなり低い同性愛恐怖の得点であった。また少なくとも行動レベルにおいては、カウンセラーは男性同性愛者のクライアントに対して、高い相関係数 ( $r = .78, p < .01$ ) を表していた。これらの事実をあわせて考えてみると、今回の被験者であったカウンセラーは全体的に同性愛恐怖のレベルが低く、その結果として男性同性愛者のクライアントに不快さをあまり感じなかったのではないかと述べている。死の恐怖とカウンセラーの不快さとに高い相関を見いだせなかったことについては、今回のビデオを使った実験内容が、カウンセラーの内面にある死の恐怖を引き出すほどには現実味がなかったのかもしれない、と推察している。ただし実験のなかで、クライアントがHIVに感染しているという条件では、カウンセラーは情緒レベルにおいて、より不快さを見せていたことを指摘している ( $r = .35$ )。

### 倫理上の問題

エイズカウンセリングにおいて、倫理上の問題は、カウンセラーがディレンマに直面せざるをえないものである。そのなかでもカウンセリング過程で、クライアントから得た情報の秘密をカウンセラーが守るという“秘密保持の原則、あるいは守秘義務の原則 (confidentiality)”について、クライアントが自分のパートナーに感染の事実を伝えないまま性交渉を続けたり、麻薬を回し射ちしている事実を知った際に、カウンセラーは倫理上の原則“警告の義務 (duty to warn)、あるいは第三者保護の義務 (duty to protect)”を適用して秘密保持の原則を破ることができるかどうかという問題が出てくる。この警告の義務とは、米国における“タラソフ事件 (The Tarasoff case)”以来確立されてきた倫理上、同時に法律上のルールである。1969年8月、カリフォルニア大学バークレー校の学生健康管理センターでカウンセリングを受けていたクライアントが、カウンセラーにある女性を殺す意図を述べた。それがタラソフという女性であることがカウンセラーには推察できたが、秘密保持の原則のために本人やその家族にそのことを警告せずにといたら、彼女はクライアントに殺害されてしまった。タラソフの両親は、大学側には警告の義務があったと訴訟をおこした。カリフォルニア州最高裁は1976年、公共の福祉や第三者の生命が脅かされる可能性が高いときには、秘密保持の原則を

破り、カウンセラーは当事者に警告する義務があったとしてタラソフの両親の訴えを認めた。以上がタラソフ事件の簡単な概略である (Tarasoff v. Regents of the University of California, 1976)。

話をエイズカウンセリングに戻したい。もしHIV感染者のクライアントが、パートナーに自分の感染を伝えないまま性交渉を続けていることや、麻薬の回し射ちを知った場合に、カウンセラーはどう対応すべきであろうか。Harding, Gray, Neal (1993) らは、米国の関連協会が提出しているエイズと秘密保持の原則に関する倫理的指針を調べてみた。それによると American Counseling Association (ACA)、前 American Association for Counseling and Development (AACD) は、総合的な倫理規定のなかで、クライアント自身か第三者が明確に差し迫った危険に直面した場合には、秘密保持の原則の例外を認めるとしている。しかしエイズカウンセリングに限定しては、他の専門家と協力すること、エイズを取り巻く倫理的また法的問題を理解し倫理的行動を決定する際の枠組みを持っておくこと、とあるだけで具体性の欠けたものになっている。American Psychiatric Association (ApA) は、HIV/AIDS患者が自分の行動を変えることも、危険にさらされている者へその事実を伝えることも拒否した場合、医師は秘密保持を破り警告することができるとしている。そしてこれは“他の慎重な選択”が尽くされた後のことである、というふうに付け加えているが、“他の慎重な選択”が具体的にどのようなものであるかは記されていない。American Psychological Association (APA) の方針として秘密保持の原則を破ることができるのは、(a) カウンセラーが重大な感染の危険に直面していると信じる第三者を限定できるとき、(b) カウンセラーが第三者は全く危険を感知していないと信じる時、(c) クライアントが第三者に危険を知らせることを促されながらも、拒んでいたり実行する能力がないと思われる時、であるとしている。

Erickson (1990) は、カウンセラーの意志決定のためのより具体的な指針を提唱している。彼女は無責任な行為を続けるHIV/AIDSクライアントに対して、警告の義務のため秘密保持の原則を破る行動を選択するにいたるまでの過程を3レベルに分けた。レベル1は、まず初回カウンセリングにおいて、クライアント秘密保持の原則とその例外について説明しておくことに始まる。次にクライアントに責任のある性行動や感染についての知識を教える。クライアントに自助グループを紹介してみる。クライアントがより建設的な選択ができるよう、また病気の否認を受容できるように援助する。クライアントのパートナーや家族、友人などに自助グループを紹介することをクライアントに申し出してみる。以上のような援助によってもなおクライアントが行動を修正できないときに、次のレベルへ移行する。レベル2においては、承諾を得てからクライアントの担当医と会い、クライアントの行動の修正に協力してくれるよう要請する。それがうまくいかない場合には、3～4名の同僚または専門家に秘密保持を破ることが正当化されるかどうか相談し、賛同を得られるなら次のレベルへ移行する。最後のレベル3においては、まずクライアントに秘密保持を破らざるを得ない状況であると知らせる。もし危機にある第三者が特定されていない場合は、州の厚生局 (the state public health service) に通報し、そこから警告の処置をしてもらう。第三者がすでに特定されている場合には直接通告する。その後もクライアントの行動に変化が見られず、引き続いて危険な状況だと感じられ

る場合には、警察に通報しクライアントを拘束してもらおう。

秘密保持の原則と警告の義務の関係を、タラソフの事例に照らし合わせて考えることに否定的な見解もある。例えば Driscoll (1992) はその根拠として、1) 秘密保持の原則を破ってまで第三者に感染の危険を通告しても、それまでの感染の危険性のある行動をどうすることもできないこと、2) 感染の危険性のある行動は個々のケースによりその度合いが異なり、倫理規定でいわれる“差し迫った危機”とはいえないこと、3) HIV感染率の高い行為についての教育が普及しているなかで、第三者がクライアントの危険率の高い行為について全くの無知であるとは考えにくいこと、またタラソフ事件と異なり多くの場合、第三者はクライアントからその行為の強制を受けているのではなく承諾しているということ、4) 秘密保持を破ることにより、カウンセラーとクライアントとの治療関係は著しく侵害され、また第三者に通告することがクライアントに対する激しい差別や身体的・心理的な危険にさらされる結果を招くかもしれない、ということなどをあげている。

### スーパーヴィジョン、自助グループ

カウンセラーがストレスや逆転移、倫理上の問題に適切に対処する手段としてスーパーヴィジョンや自助グループがある。スーパーヴィジョンにおいては、より経験のあるカウンセラーに指導を受けることになる。既に紹介した Hayes Gelso (1993) は実験結果をふまえて、スーパーヴィジョンにおいてカウンセラーが自分の男性同性愛者やHIV感染者に対する考えや態度、先入観をよく検討することの重要性を述べている。また Schaffner (1990) は、エイズカウンセラーのための自助グループで、自分たちの抱える感情を分かち合い、支えあうことの重要性を指摘している。

### 〈おわりに〉

以上アメリカ合衆国の文献を中心に、欧米の文献にみるエイズカウンセリングについて概観してきたが、いかにエイズカウンセリングが広範囲にわたる、非常に深い問題を扱うものであるかに驚かされる。特定のクライアント集団として、少数民族／外国人を取り上げたが、一見日本の状況とはあまり関係のないように思えるこの問題でさえ、日本初のエイズパニックが、長野県松本市でフィリピンから出稼ぎに来た女性をきっかけに起こったことや、エイズは欧米での同性愛者のような一部のものの問題であるという無知によって、感染を拡大しつつある日本の現状を照らし合わせてみると(池田、1993)、決して無関係とは思えなくなる。また判明している感染者数が三千人弱である日本の現時点では、エイズカウンセラーの援助対象は、実際の感染者よりも“心配しすぎる者”(日本ではエイズノイローゼと呼ばれている)の方が多いのではないかと予想される。援助する側である医療関係者やボランティアのためのカウンセリングも、注目されるべき事項だろう。倫理の問題に関しては、エイズカウンセリングに限らず、日本のカウンセリング場面において、まだまだ徹底されてない印象を受けるが、今後避けては通れないものとなるだろう。最後に、日本の特色といえる感染者の60%以上を占める血

友病者へのエイズカウンセリングについては、文献の事情により割愛したが、今後の研究課題にしたいと思う。

#### 引用文献

Bor, R., Miller, R., Scher, I., & Salt, H. (1991). The practice of counselling HIV/AIDS clients. *British Journal of Guidance and Counselling*, 19(2), 129-138.

Cochran, S. D., & Mays, V. M. (1989). Woman and AIDS-related concerns: Roles for psychologists in helping the worried well. *American Psychologist*, 44, 529-535.

Driscoll, J. M. (1992). Keeping covenants and confidence sacred: One point of view. *Journal of Counseling & Development*, 70, 704-708.

Dworkin, S. H., & Pincu, L. (1993). Counseling in the era of AIDS. *Journal of Counseling & Development*, 71, 275-281.

Erickson, S. H. (1990). Counseling the irresponsible AIDS client: Guidelines for decision making. *Journal of Counseling & Development*, 68, 454-455.

Feldman, D. A. (1989). Gay youth and AIDS. *Journal of Homosexuality*, 17(1/2), 185-193.

Harding, A. K., Gray, L. A., & Neal, M. (1993). Confidentiality limits with clients who have HIV: A review of ethical and legal guidelines and professional policies. *Journal of Counseling & Development*, 71, 297-305.

Hayes, J. A., & Gelso, C. J. (1993). Male counselors' discomfort with gay and HIV-infected clients. *Journal of Counseling Psychology*, 40(1), 86-93.

Hoffman, M. A. (1991). Counseling the HIV-infected client: A psychosocial model for assessment and intervention. *The Counseling Psychologist*, 19(4), 467-542.

池田恵理子 (1993). 『エイズと生きる時代』 岩波書店.

Keeling, R. P. (1989). AIDS. In P. A. Grayson., & K. Cauley (Eds.), *College Psychotherapy* (pp. 261-273). New York: The Guilford Press.

Kerriall Allwood, L. V., Stillson, L., & Walmsley, R. (1992). Caring for the carers: A note on counseling for the wider impact of AIDS. *Journal of Counseling & Development*, 70, 442-444.

Knapp, S., & Vandecreek, L. (1989). Fears of AIDS: Its meaning and implications for clinical practice. *Journal of Contemporary Psychology*, 19(3), 239-247.

- Krieger, I. (1988). An approach to coping with anxiety about AIDS. *Social Work*, 33, 263-264.
- Land, H. & Harangody, G. (1990). A support group for partners of persons with AIDS. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 71, 471-482.
- Mahorney, S. L., & Cavenar, J. O. (1988). A new and timely delusions: The complaint of having AIDS. *American Journal of Psychiatry*, 145(9), 1130-1132.
- McKusick, L. (1988). The impact of AIDS on practitioner and client. *American Psychologist*, 43, 935-940.
- Schaffner, B. (1990). Psychotherapy with HIV-infected persons. *New Directions for Mental Health Services*, 48, 5-20.
- Tarasoff v. Regents of the University of California, 17 Cal. 3d 424, 551, p.2d 334,181 Cal. Rptr.14 (1976).
- Weitz, R. (1989). Uncertainty and lives of persons with AIDS. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 270-281.
- Ybarra, S. (1991). Woman and AIDS: Implications for counseling. *Journal of Counseling & Development*, 69, 285-287.