

軽減できる可能性もある。

## 2. 受容的態度と共感的理解

ロジャースの理論の解説で受容的態度の重要性については十分にお話ししたと思う。受容的態度と共感的理解はどこが違ってくるのか、わかりにくいという読者のために解説しておこう。実は受容的態度と共感的理解、そして次に解説する支持的態度は、心理カウンセリングの分野では重要な概念であるが、自然科学の学徒たるわれわれには理解が容易ではない。学派ごとに考え方が微妙に異なることも理解を難しくしている一因である。ここではロジャースの考え方(初期の著作による)を中心に遠伝カウンセリングの立場から解説してみたい。

受容的態度とはクライエントが悩む問題を正當なものだと考えて「あまり注釈を加えずにそのまま受け入れる」ことである。「なんだ、そんな馬鹿なことを考えていたの」とか、「そんな相殺のために私のところにこれらでも困るなあ」というのは受容的態度とは反対の「拒否的態度」である。「共感」とはカウンセリングがクライエントの喜怒哀楽の感情を共有するというが字句的な解釈であるが、ロジャースは単にクライエントの気持ちにならなっていないだけ(これは心理学では同一視という)で終わっては駄目で、カウンセリングがクライエントの立場からクライエントの感情(不安や悩み)の由来や現在の気持ちに至った理由を探る(理解的態度)ことであるという。すなわち、フロアエッセショナルなカウンセリングとして立場を忘れてはいけないということである。

ロジャースでは「共感」、「共感的態度」ではなく「共感的理解」という言葉が使われる。「なるほど、あなたは検査の結果を〇〇と考えたから、心配になったんですね」とか、「お子さんが〇〇とあることが耐えられないのですね」、「それなら、あなたの気持ちはよくわかります」など、まずクライエントの立場にならないうえに「理解すること」が大切である。もちろんカウンセリングが完全にクライエントになりきることが不可能であるから限界はあるが、クライエントの理解に役立つだけでなく、受容的態度と相俟ってクライエントに強い信頼感を与える効果がある。クライエントの受容的

態度と共感的理解はセットとして用いられることが多い。

## ① 支持 (support) ②

医療カウンセリングでは「指示 (feed) をしないで支持 (support) しなさい」といわれる。「〇〇してください、〇〇しなくて駄目ですよ」と指示するより、「そのほうがよいと思いますよ」とか、「私も賛成です」と患者の行為を支持してあげるといえるのである。支持よりさらに強く介入するというのが「勇気付け」で、教育現場でよく用いられる「叱らす」に「誉めて」行動変容させる教育技術と同じものである。非指示型カウンセリングでは「あしなさい」、「こうしなさい」とはいわれないが、カウンセリングの「支持」により、クライエントはカウンセリングの期待する方向に向かう。それでは結局「指示」していることにならないかといわれると、「イエス」なのである。支持によりクライエントが自律的に決断した行動変容は「指示」による行動変容より容易に起こり、習慣化しやすい。介入力はむしろ支持のほうが強いのである。また「支持」は「指示」と比較して、カウンセリングや医師の倫理的責任を回避しやすいためという意見から、先端医療の現場では「非指示」が好ましくとされる1つの理由になっている。

さて、大きく分けて「支持」には2つの概念がある。支持の対象が「理論」や「科学的な考え方」なのか、それとも「相手の人格」なのかという違いである。医療の現場で医師が支持する内容は「クライエントの科学的な物の考え方」や「医学的見地からみた妥当性」が対象となることが多い。確かに「好ましい行動変容」は医学的にも好ましいことが理想である。しかし、注意しないといけない「支持」は「指示」と同じものになり、クライエントの自律的決定に向かいにくい場合がある。また、クライエントが医師の顔色をみて、気に入られそうを選択提案する危険性もある。

このようなクライエントの「理論、考え方」を対象とした「支持」に対して、ロジャースは「クライエントの人格の支持」を重視する。受容的態

度と共感的理解が基礎となってカウンセリングがクライエントを支持することにより、クライエントとのリレーションが形成され、自律的決定へと誘導しやすい状況が生まれてくるのだというのである。「医学的にはそのほうがよいと思います」と「考え方」そのものを支持するより、「君がそう考えるのはもつとだよ」とか「私も君が正しいと思う」とクライエントの全人格を支持してみればどうだろうかというのである。ロジャースのカウンセリングが「クライエント中心療法」と呼ばれるのはこのためである。「勇気付け」の項で「自殺」を例にとりて解説したので参考にしていただきたい。受容・共感・支持・指示は実は紙一重の違いしかないことも理解しておこう。

## 3. 「確認」と「明確化」

遠伝カウンセリングは教育的な要素が多い。クライエントが専門的な情報を理解し、活用できるように教育することがカウンセリングの目的の

1つだからである。教育現場で教師が日常的に用いている技術にはカウンセリングでも応用がきくものが多い(もともと教育理論や技法にはカウンセリングの応用が多い)。現場で困るケースの1つに「何がわからないのか、よくわからない」学生に対する介入がある。このような場合、本人に理解できるところまで遡り、そこから「何がわかる」と問題が解決するのと同じように「作業を行う」遠伝カウンセリングでも、クライエントが何となく不安を感じているのだが、その原因が一体何であるのか、自分ではわかっていない(場合によっては誤解している)ことがある。このような場合、カウンセリングは「明確化」する作業を行う。目標が定まらないと好ましい行動変容は決して起こらない。明確化は各種の診断情報や遠伝医学情報の整理、クライエントの知識を強化したり認知の歪みを補正する作業を組み合わせて行う。明確化

## Column

### ① 医師とカウンセラーの役割

手術の不安を訴える患者に対して、医師が共感・支持を強調するために「心配する気持ちはよくわかります。私だって、本当は心配なのです」と応じたらどうだろうか。患者は不安でたまらなくなるに違いない。患者は医師に「大丈夫ですよ。安心して任せてください」というて欲しいのである。医師とカウンセラーの役割の違いである。一般に医師は正義感に裏付けられた決断力や実行力が患者から期待される。一方、カウンセラーに対する期待は異なる。

例えば話であるが、もしあなたが学生で、単位認定にかかわる試験で悪い点をとったとする。友人の誰かに相談したいと思ったとき、どのような友人を選ばざるうか。おそらく、単位を落とした経験などまったくない優等生の友人は選ばないだろう。自分の気持ちはわかってくれないだろうし、このような場合、どうするのがよいかわからない。知らないと思うからである。受容的態度と共感的

な理解を示してくれるのは「同じような経験が豊富な？」普通の友人である。

遠伝カウンセリングは情報の正確さや問題解決能力は医師以下であってはならないが、悩みや絶望感をもっているクライエントを相手にするので、カウンセリングとしての顔が大切である。すなわち、遠伝カウンセリングには医師のような「信頼感」とカウンセラーのような「話しやすさ」の両方が必要だが、筆者は、カウンセラーとしてはカウンセラーとしての話しやすさのほうを優先されたいと考えている。医師と協同して役割を分担できればチーム医療として大きな効果を発揮すると考えられるからである。また、医師が医師としての役割を發揮しながら、カウンセリングの態度を上手に使い分けることができればそれがその理想である。しかし、実際には「わかつたうえで」、医師の立場を選ばざるを得ない場合も多い。そんなときは遠伝カウンセリングに協力を申し出たいたいたいものである。本連載の目的はまさにその点にあるといつてよい。

はクライエントの気持ちを言語化（「言語化」）についてはコラム「カウンセリングからみた電子メールの効果」参照）することで行う。対話の技法としてクライエントの言葉のなかで重要な部分を選んで「繰り返し」たり、「あなたは○○だから、○だ」と考えているのですから、「確認」しながら理解を深めていく。カウンセラーから明確な言葉により繰り返されることにより、クライエントは自分の言葉の意味を正しく理解したり、自分が解決しなくてはならない問題がみえてくるのである。言語化の手段として、教育現場ではレポーターを書かせるといった技法があるが、カウンセリングでも手紙や電子メールで気持ちをまとめさせるのも1つの方法であろう。

注意しなくてはならないことがある。明確化の

## Column

### ● 医学生を対象としたカウンセリング実習

カウンセリング技術の練習にはロールプレイ実習が採用されることが多い。カウンセラーの態度や技術を総合的に評価したり指導するにはロールプレイはよい方法であるが、欠点もある。演技が思わぬ方向に向いてしまうと、指導者に相当の力量がないとあらかじめ用意した教育目標を達成することが難しい。また、ロールプレイは医学教育のように多人教を一度に教育するには必ずしも向いていない。特に遠伝カウンセリングのロールプレイを行うと、どうしても知識の正確度とこだわり、プレゼンテーションの上手さが評価されやすい。カウンセリングの技術を指導するには指導者だけでなく、演習者の双方に一定以上の経験が必要である。筆者は30年以上ある医科大学で診断告知の医面面接の講義を担当した経験があるが、ロールプレイ・ビデオの利用が成果があったので紹介したい。

患者役と医師役の学生を指名して、あらかじめ用意しておいたテーマ（例えばダウン症の診断告知など）を実演させる。一部始終をビデオ撮影し、この教材を医学生にみせて批判させるという講義であ

過程で、「新たな問題」を掘り起こしてしまいうことがあ。遠伝の問題が家族内だけでなく、親族の問題にまで広がるとか、病気の予後について、クライエントが考えていなかった問題が明らかになる場合も、珍しくない。一般的な原則として、「解決できない（あるいは解決困難な）問題を掘り起こさない」ことが大切である。その時点では「解決できない問題」であったとしても、時間が経つたり、クライエントの対応力が一定のレベルに達すると「解決可能な問題」に変わることも多い。そのときまで「そっとしておく」こともカウンセリングの技法の1つである。

#### 4. 質問

前回の「閉鎖的な質問」で解説したが、よい質問は概ねクライエントの精神活動を高揚させ、気

持ちを言語化することにより問題の明確化を進めて自律的な決定に導くのに有効である。どうしても話しすぎの傾向のあるカウンセラーは意識して質問を多用することも1つの方法である。

カ：「あなたにそれができますか？」  
ク：「大丈夫です。きっとできるとおもいます」と自律的な決定にまで誘導できるとひとまず成功である。

#### 5. 勇気付け

「赤信号、みんなで渡れば怖くない」ではないが、われわれは援助者がいると行動変容が起こりやすい。夫婦、友人、仕事仲間など誰でも援助者になり得るが、医療従事者やカウンセラーは援助者として適役である。援助は人間だけでなく、マスコミや法律・制度など社会機構も有効に働くので、

「社会的支持」と一括してまとめられることが多い。勇気付けとはクライエントに決断のきっかけを誘導し、「保証」（支持とほとんど同義語であるが、保証の対象はクライエントの人格ではなく、「考え方」や「行動」に限定される傾向が強い）によりクライエントの決断を確固たるものにする行為である。医師が援助者として適切な理由の1つは、専門的な医学知識によってクライエントの決断や行動に保証を与えるからである。カウンセラーの立場からは、クライエントが直面した状況のよき理解者として決断に総合的な保証（支持）を与えることが勇気付けとなる場合が多い。専門家としてだけでなく、友人の立場というか、一人の人間としての立場とっててもよい。

「支持」の項目でも指摘したが、「決断や行動」

た指摘をするが、6年生では逆に「○○の合併症をいうのを忘れていた」といった意見になりやすい。

最も挫折感を味わったのは、ある医師会で講演したときで、「最近の学生はよく勉強しているし、話があうのでいいなあ」とカウンセリングの重要なポイントとかけ離れた意見しか返ってこなかった。なかには「失礼だが、私は先生より20年以上臨床経験を重ねているので、いままざら面接技術を教えてもらわなくても……」といった意見もあり、ほうほうの体で会場を後にしたことを覚えている。これに対して、看護学生や看護職を対象とした講義ではこちらが準備した通りの教育が可能であった。カウンセリングで重要なことは、相手の気持ちを推し量ることにあるのだが、医師としての経験を積むと「医師の気持ちにはよくわかるようになるが、患者の気持ちを組み取るとは難しくなる」のではないかと感じた。もし、それが本当であれば、医学教育の立場からは大きな問題である。筆者は医学教育における面接技術は、できるだけ早期に学習させたほうがよいという意見をもっている。国家試験直前に形だけの医療面接を学んでもどれだけカウンセリングの本質に迫れるか疑問である。

医師としての経験がない学生でも患者の気持ちに共感すれば問題の指摘は容易であることが指摘できるだろう。この教育方法では実際のカウンセリングを体験させることはできないが、聴講者に基本的な態度や技術について知識として理解させることは実際にロールプレイを実演させて指導するより容易である。ロールプレイの準備学習として適当かも知れない。

当時、機会をつけては、ことロールプレイ・ビデオを使って講義したが、面白いことに気が付いた。医学生の場合、入学後2年目くらいは教育がもつても効果的で、ポリクリが終った6年生と同じ教材を使って講義をすると批判のポイントがカウンセリングとは離れがちになる。あの説明は医学的には正確ではないとか、「こう説明したほうがよいのでは」と医師役の演技者の説明技術に対する批判は活発なのだが、患者の気持ちに関する意見が出てこないのがある。例えば、医学部6年生では「なぜ、難しい医学用語を使って説明するのか」とか「なぜ医師は白衣を着なくてはならないのか」といった意見は絶対に出てこない。2年生ではほとんどのグループが「将来起こるかどうかかわからない合併症を片っ端から羅列されたら、患者の不安は高まる一方だ」とい



ので、筆者は部屋のあちこちに時計を置いて、視線を動かさなくても時間がわかるようにしてある。

②特定のテーマになったときにカウンセラーが目をそらしたり、無意味な動作（それがカウンセラーの癖であった）をする

これも、クライエントにはカウンセラーはこのテーマについてはもう聞きたくないのだなと感じさせる。筆者は考えをまとめるときに目を伏せる癖があるが、これが拒否のポーズにとられやすいと指摘を受けた経験がある。「頭を掻く」「鉛筆をいじる」「腰を動かす」などの行為を無意識に行うカウンセラーもいる。

③クライエントの話をきちんと聞いていないことと暴露する

クライエントの質問を聞き返したり、一度話したことを何度も質問したりすると、クライエントは「自分の話はきちんと聞かれていない」と感じる。話をする意欲が削がれるのは当然である。遠伝カウンセリングでは家族構成など複雑なケースでは間違いやすいので注意しなくてはならない。間違えるくらいなら、きちんとメモをとるべきである。

④クライエントが話をしている最中に電話をとったり、他のスタッフに應對する

カウンセリングは独立した部屋で行われるべきであるが、外来診療室など医療現場で行われる遠伝カウンセリングではこのようなことが起こりやすい。やむを得ない場合は、クライエントにきちんと了解をとってから対応しなくてはならない。

⑤クライエントの訴えに気が付かない  
 わが国の医療現場ではクライエントが自分の希望をダイレクトに訴えることはむしろ稀であることを知っておくべきである。

ある選択の場面で、本当は1つの選択に魅力を感じているクライエントも医師がそれを積極的に勧めない場合は、遠慮してしまう。特に倫理的な課題が関係する場面でこのようなことが起こりやすい。

クライエントが精いっぱい速回しに希望を表現していてもカウンセラーがそれに気が付かないことがある（気が付いていても気が付かないふりをす

ともあろう）。これも一種の拒否のポーズである。クライエントが一生懸命に話を続けようとしているのに、カウンセラーが無造作に話題を変えてしまふことがある。これもクライエントを著しく落胆させる。

⑥カウンセラーの服装

カウンセリングではカウンセラーが私服で対応することも多い。これから遊びに行くような格好でカウンセリングの場に臨むことは論外であるが、深刻なカウンセリングの場にそぐわないクライエントの身だしなみ、持ち物は最初からクライエントを拒否しているようなものである。診療の忙しさや疲れを感じさせさせるカウンセラーも同様である。

拒否のポーズはカウンセラー自身にはわかりにくい場合が多い。ほとんどの行為がカウンセラー自身の意識下で行われることが多いからである。カウンセリングの経験者（必ずしも上級者でなくともよい）に陪席してもらい、後で指摘してもらうことが効果的である。昔のカウンセリング室には「隠しビデオ」や「隠し録音機」を設置するのが普通だったし、精神科面談室では隣の部屋から鏡を通して面談場面を観察できるようにしていた。カウンセリングや診療面接のスーパービジョンを行うために使われたのであるが、患者の人權保護の見地から現代ではそのようなことはできない。筆者も自分の面接をビデオ録画して勉強したことがあるが、カウンセリングの最中は自分では気が付かない拒否のポーズも後で録画されたビデオをみると一目瞭然である。同僚に面談に陪席してもらい、スーパービジョンを受けることがカウンセリング技術の向上に役立つ理由である。

⑦カウンセリングでメモをとるべきか？

「傾聴」では「あなたの話をちゃんと聞いていますよ」というカウンセラーの態度を積極的に表現することが大切だと述べた。日本ではカウンセリングの場面でテープレコーダやボイスレコーダを使用する例は少ないが、アメリカでは、カウンセラーがテープレコーダのスイッチを入れずとも、話を始めないクライエントがいると友人から聞いたことがある。クライエントは、自分の話をき

んと聞いて欲しいのである。

これらの背景から、カウンセラーがクライエントの話をメモをとることは一般的に効果がある。なかには嫌がるクライエントもいるので、承諾は必要であるが、カウンセラーがクライエントの話を聞き漏らしたり、間違えたりするくらいならメモをとったほうがよい。すでにクライエントが説明した話をカウンセラーが再度聞いたりすると、せっかく時間をかけて傾聴した効果が無くなる。つまり、もちろん、記録に一生懸命になるあまり、傾聴の態度に差し障りになるのでは逆効果である。ちなみに東京女子医科大学の遠伝子診療センターにおける遠伝カウンセリングでは、陪席した臨床心理士や遠伝カウンセラーの連伝カウンセリング生がメモをとると、そのメモを遠伝カウンセリング終了後にクライエントに渡すシステムを採用している。クライエントに正確な情報を提供し、自律的決断を促すのにより効果があるだけでなく、スタッフへの信頼感を強める効果が大きいと考えられる。筆者もカウンセリング終了後に希望したクライエントには整理した記録をコピーして郵送するようにすることが多いが、複数回のカウンセリングによる介入が必要なケースでは特に有効である。カウンセラーのアセスメントをクライエントに開示するのは危険ではないかとの指摘がある

らうが、記録を郵送するケースはその危険性が低いものを選んでいたので、後で困った例はほとんど経験していない。むしろ、「ここは叔父ではなく叔母です」とクライエントから修正されたり、「この言葉の本音は〇〇なのです」と次回のカウンセリングがとてども活発になり、期待以上の効果が現れることが多かった。ただもちろん、記録は重大な個人情報であるから、管理には十分過ぎるほどの気をつける必要がある。

●文献

- 1) 伊藤 整：新訂 カウンセリング。誠信書房、東京、1966
- 2) 畑川直鏡：問診と面接の技術—医師と看護婦のために。医学書院、東京、1977
- 3) 國分康孝：カウンセリングの技法。誠信書房、東京、1979
- 4) D・エバンス、M・ハーン、M・ウルマン・他（援助技術研究会・訳）：面接のプログラム学習。相川書房、東京、1990
- 5) 河合草雄：カウンセリング入門。創元社、大阪、1998
- 6) 千代蔵昭：遠伝カウンセリング、面接の理論と技術。医学書院、東京、2000
- 7) 窪寺俊之：スピリチュアルケア入門。三輪書店、東京、2000
- 8) Christian de Duve：植田充美・小幡すぎ子（訳）：生命の謎。翔泳社、東京、1996

MEDICAL BOOK INFORMATION 医学書院  
 今日の診療プレミアムVol.16 ハイブリッドDVD-ROM版  
 新規購読専用

- ・医学書院のベストセラー「第12冊」を収録
- ・インターネット時代に広げた新しいユーザーインターフェイスを追求
- ・オンラインユーザー登録でハードディスクにすべてを格納して使用可能
- ・Vol.16では収録データ4冊を最新データに更新

●DVD-ROM 2006年  
 定価74,550円(本体71,000円+税5%)  
 (ISBN978-4-260-00281-3)

# 遺伝カウンセリングに役立つ心理的介入の理論と技術

千代 豪昭\*



## ①はじめに②

前2回は遺伝カウンセリングの現場で必要となるカウンセラーの基本的態度とコミュニケーション・スキルについて述べた。改めて強調する必要はないかも知れないが、遺伝カウンセリングは心理専門職ではない。クライアントが遺伝病や遺伝に関する不安や悩みを抱えていたとしても、「日常の生活は正常に保たれている」のが普通である。クライアントと初対面するカウンセラーはまずこのことを確認しなければならない。「睡眠」が確保されているか、「食事がきちんと摂れているか、服装などが外見的なところに気配りする余裕があるか、などは簡単に確認できる。これらに乱れがある場合は、精神科医や心理専門職へのリファールを考慮するのが原則である。遺伝カウンセリングは情報提供や教育的な介入が必要となるが、精神・肉体的な条件が正常の域を外れているクライアントにとってこのようなカウンセリングの介入を受け入れる余裕はないし、事故を誘発する危険もある。一般にクライアント自身が「前の状況への復帰について強い希望をもっている」限りは、遺伝カウンセリングの援助によりクライアントが自分自身で問題解決できる可能性がある。しかし、一般を越えたクライアントは苦悩から逃れたい気持ち一杯で、ストレスが発生する前の状況に帰りたい

という気持ちは失せている場合がある。このようなクライアントにカウンセリングで対応することはきわめて危険である。「日常の生活が正常に保たれているかどうか」はこの「一線」を判断する根拠となるのである。

このような「一線」を越えていないクライアントでも背景となる遺伝病や遺伝に関する問題は重い精神的負荷を与えているのが普通だし、医師から伝えられた情報が原因で精神的ストレスが危険なほど高まっているかも知れない。むしろ、クライアントのほとんどが、このような心理的葛藤を抱えた状態で遺伝カウンセリングを訪れるのが普通である。遺伝カウンセリングは心理専門職ではないが、クライアントの心理的状況を評価し、カウンセリングで対応可能か、専門職にリファールすべきか判断できなくてはならない。遺伝カウンセリングの教育課程で心理学や臨床心理学の基礎をしっかりと教育するのはこれらの判断に有効だからである。

医学教育では主として精神病理学を教えるため、医師は個別の精神疾患についての理解はあっても、正常の人間の心理については十分な教育がなされていない傾向がある。筆者も心理学は専門外であるが、遺伝カウンセリングの現場でよく用いる理論や技術について紹介したい。日常の眼科臨床にも役立つべきである。

Application of psychological theories for genetic counseling

\* *Hidachi Cityo* お茶の水女子大学大学院人間文化研究科特設遺伝カウンセリング

別冊請求先: 千代豪昭 (ちよ・ひであき) 〒112-8610 東京都文京区大塚2-1-1 お茶の水女子大学大学院人間文化研究科特設遺伝カウンセリングコース

● 危機意識をもった人間の短期的な反応に関する理論

日常生活のなかで嫌な出来事や思いがけない失敗は危機として意識され、ストレスとなつて気分を暗くするのは誰もが経験していることである。そのときはショックを受けひどく落ち込んでも、たいいてい場合は2、3日たつと立ち直ることができるのも事実である。これは人間のホメオスターシスの1例で、精神的ストレスが身体を必要以上に傷つけないよう自己防衛機構がはたらくからである。人間がどのようにして精神的ストレスに反応するかについて、古典的な理論であるが精神科医カプラン（コラム）の精神均衡説を紹介しよう。

カプランによると、人間の精神は外界からの小さなストレスによつて絶えず影響を受けているが、多くの場合は本人が危機意識やストレスを感じ

じないうちに意識下で精神的均衡が保たれるよう調整されている。しかし、ストレスが一定のレベルを越えたと危機（クライシス）として意識され、意識的に対処しようとする。人間は危機を認識しなかつた元の状態に戻りたいという願望（カプランによると「均衡回復に対する切実なニーズ」）をもっているため、対処に成功すると危機意識は意識下に押さえ込まれ、危機感消失する。このような危機意識に対する人間の対処方法は次の4段階に分けて考えるとわかりやすいという。

第1段階

ストレスを初めて意識し、危機意識が浮上した段階である。われわれはまず自己の経験や知識を総動員して問題を解決しようとする。例えば、「頭が痛く、身体がゾクゾクした」とし、「身体が変だ」→「この症状は風邪だろう」→「職場でも風邪がはやってるので感染したのだろう」→「風邪なら、安静にしておけば自然に治るだろう」と

安心し、危機意識は消失する。しかし、自分の経験や知識では解決できないと危機意識は増大し、次の段階に入る。

第2段階

自己の経験や知識では危機対処がうまくいかないと次の段階に入る。前回の例で「どうも、自分がいまままで体験した風邪とは症状が違うようだ。こんなことは初めてだ」といった段階である。このような場合、われわれは自分で解決することをあきらめ、他人に助けを求めよう。この段階の特徴は、「危機を認識しなかつた元の状態に戻りたい」という強い動機がある。医療機関を受診するのはこの段階で、適切な介入により、解決される可能性が高い。遠伝カウンスラーのもとを訪れるのも多くはこの段階で、カウンスラーが効果的にたたらさきやすい状態である。しかし、この段階で対処に失敗すると危機意識は一気に高まり、第3段階に突入する。

第3段階

カプランによると、この段階は「不可逆的な段階」と呼ばれる。いったん第3段階に入ると、人間の正常なホメオスターシスの機構では、前の状態に復帰することは難しくなる。この段階の特徴は「ストレスから逃れたい」という強力な願望が先に立ち、前の自分の状態には必ずしもこだわらない（「均衡回復に対する切実なニーズ」が消失している）。いわば「なりふり構わず」にストレスから逃れたいという状態である。日常生活は破綻し、睡眠・食事など生命維持の基本行動さえも損なわれる。自殺など反社会的行動に走りやすいのもこの段階である。この段階ではカウンスリングは無効であると考へたほうがよい。教科書的には、入院管理のもとに薬物により鎮静させたり、専門的なセラピストによる危機介入を行う必要がある。

一般に人間が危機を認識してから消失するまで4～6週という長期にわたるといのがカプランの意見であるが、最初にストレスを認識してから、不可逆的な段階である第3段階に24時間以内に到達することなく、予後不良な先天性疾患の診

断告知を行ったときは、母子心中のような事故が発生しやすいことを常に意識しておかねばならない。われわれの常識でも最も危険なのは24時間以内である。病院で診断告知を受けた帰り道とか、その日の晩に事故が起こりやすい。72時間以上たつて事故が発生する可能性はきわめて少ない。睡眠はストレスを著しく軽減するので、危険な場合は鎮静薬を処方することも勧められる。

第4段階

この時期では患者の精神状態は「見かけ上」は平衡に保たれている。本人も危機を意識していない。ただ、「正常な日常生活」のパターンはかなり歪められているのが普通である。社会の一員としての意識は失われていて、対話をしてみてもだんだんと「異常」に気がつかれることが多い。自己の身体や精神を守るため、無理な形でホメオスターシスがはたしている状態と考えられる。医療を拒否したり、社会から逃避する場合はこの段階にあたる（連載第2回コラム「反社会的行動の1例」参照、60巻2022頁）。ある種の新興宗教に走る患者もいる。この段階では患者の精神は安定しているため、致命的な危険はないので緊急の対応が必要というわけではない。背景に医学的な問題がある場合は放置すると、治療が行われないうちに近い将来に必ずカストロファイが訪れる。

緊急の対応は原則として直接接巻を受ける者（例えば本人の子どもや周囲の家族）に限定するべきである。必要に応じて場合もあろう。この段階的な介入を考へたほうがよい場合もある。この段階の患者本人に遠伝カウンスラーがカウンスリングで対応することはまったく無力であるだけでなく、危険でもある。無理やり正常な状況に復帰させようとすると、第3段階のような危機が再来することがあり、再び危険な状況になる。精神科医や心理専門職に任せなければならない。第3段階で患者が第4段階に入ることがある。

コラム  
Column

● 人物紹介：G.カプラン

精神科領域でカプランという、医学生にも馴染みの深い「臨床精神医学」のHarold H. Kaplanが有名である。しかし、本書で引用したのはGerold Caplanである。彼も精神科の臨床教授であったが、「予防精神医学」という新しい領域を提唱し、精神衛生の領域では草分け的存在である。予防医学でよく用いられる概念の1次予防（発症予防）、2次予防（早期発見・治療）、3次予防（療育・ノーマライゼーション）を提唱し、精神疾患を地域で対応する重要性を主張した。このなかで、カウンスリングは1次予防システムとして重要な役割を担うことができる。21世紀は予防医学が大きく発達すると予想されていて、遠伝医学が重要な役割を担うと注目されている。我田引水と批判されるであろうが、筆者はカウンスリングのようないかなる心理的介入技術も現代医学の手法として普及するのではないかと想像している。

至つたと考えられる患者の生命を救うため、「危機介入」と呼ばれる強い精神的介入を行うことがある。危機介入はカウンセリングではなく、短期的な緊急措置であるため、嘘を言うこともある。とりあえず第4段階に移行させ、患者の命の安全性を確保しようとして、ゆっくりと対応しようという方法もある。この場合の対応も、精神科医の管理の下に慎重に対応しながら患者を正常な精神状態に戻さねばならない。

### ● 障害（ストレス）を受けた人間の比較的長期にわたる反応に関する理論

障害を受けた人間がどのようにそれを受け入れ（受容）、新しい状況に適応していくかという理論である。第一次世界大戦では長期にわたる塹壕戦が多く、精神病患者を発生させ、近代的精神医学の発展を導いたことはよく知られている。第二次世界大戦では戦傷者の医学的治療と社会復帰が大きなテーマとなり、リハビリテーションという新しい医療の発展を導いた。リハビリテーションは患者側の対応だけでは不十分で社会的な対応が必要であるということから、戦後の社会運動にまで発展した。現代ではさらに一歩進んで、「障害者が障害を感じないような社会をつくる」すなわちノーワザーション思想へと向かっている。しかし、どのような社会であつても、四肢の欠損による機能の喪失など、治療不可能な障害や肉親の死など、元に戻りようがないストレスは人間にとつて簡単に受け入れられるものではない。このようにストレスを受けた人間を適切に援助し、少しでも早く新しい状況に適応させていこうとする立場から数々の理論が考えられた。

初期の理論の例として、「残された機能に価値を見出すことにより、失つたものの価値を代償することができるといふ価値変換理論がある。確かに現実には目を向けて「死んだ子どもの年齢を数えない」といふのは1つの考え方である。しかし、多くの事例を観察すると、必ずしも新しい体験が古い体験に上書きされて古い体験が忘れられていくのではなく、時間とともに辛い体験の影響を少

なくするような人間に生来備わったホメオスタシスのような機構があるのではないかという意見が強くなってきた。

1960年頃からは、人間は誰でも段階的にストレスを克服していく力をもっているという、段階理論が主流になった。段階ごとに適切な介入を行うことにより、患者の適応を早めることができるといふ考えから、当時普及しつつあったリハビリテーションの分野で積極的に応用された。後で述べるように、段階理論にもいろいろ批判があるが、現代でも障害受容の基本的な考え方となつている。いろいろな理論が紹介されているが、一番よく引用されているのが皆さんもよくご存知のキューブラー・ロスによる死の受容理論である。もともと「死」を目前にした人間がどのように受容していくかを多くの症例の観察から理論化したものであるが、障害やその他のストレスの受容理論としても蓋然性が高いといわれている。ここでは、わが子が治療困難な遺伝病と告知された両親が受容に至る経過を例にとつて、段階理論を用いて解説しよう。

#### 1) 驚愕, ショック

告知された瞬間に訪れる正常な反応である。告知前の準備状況により、驚愕の程度は異なる。直ちに次の段階に進むのが普通である。

#### 2) 否認

「まさか、なにかの間違いではないか」という否定的な反応も正常反応である。「検査が間違つているかもしれない、もう一度検査してください」とか、他の医療機関を受診するなどの行動をとる患者もいるが、決して異常な反応ではない。ショックを和らげ、自らの正常な精神機能を守るアプローチとして働く」と説明されている。

#### 3) 罪悪感, 怒り

「いつたいたいなぜ、こんなことに……」というどこにも持っていないような「怒り」や、過度に自分を責める反応（罪悪感）がみられる。これらの時期が長すぎるのは問題であるが、受容に至る生理的な反応と考え、見守ることも重要である。家族や友人、あるいはカウンセラーと一緒に悲しんであげることが安全に次の段階に移行するために

有効である。

#### 4) 取引

部分的な受容の段階である。「ダウン症に間違いないとしても、知的発達には正常なこともあるのでは」など、一部を受け入れることにより、他の受け入れたくないテーマを拒否する保証を得ようとする。患者にとつては「必要な時間」なのであるから、医師は無造作に否定してはならない。なかに、医学的には無意味と思われる治療や宗教にすがらうとする患者もいる。このような場合は医師がきちんと論ずる必要があるが、患者の「薬にでもすがりたい」気持ちを受け入れることが必要である。医師と良好なコミュニケーションがとれていければ、「取引」は全面的な「受容」へと変つていくことが多い。

#### 5) 抑うつ

受容へと向かう経過で抑うつ症状が出てくることがある。軽度のものには心的外傷といわれる症状と似ている。事故で四肢を切断するなど強いストレスを受けた患者では、強い抑うつ症状や、時には退行反応（人格の変化、幼稚化など）が出現することがある。これらは明らかに精神科医にリファームするので、すみやかに精神科医にリファームすることが大切である。

#### 6) 受容

「受容」といふと患者の積極的な意思の結果であるかのように聞こえるが、「起こつてしまったことは仕方ない」と現実を受け入れざるを得ない「あきらめ」に近い状況ともいえる。しかし、受容なしに新しい状況への適応は起こらないので、1つの目標ともいえる重要な段階である。筆者の経験では重い障害をもつた子どもの親が受容の段階に至るまで1〜数年かかるのが普通である。なかには3年以上かかったケースもあり、個人差が大きい。受容の段階に至ったかどうかは対話を続けているとだいたいわかるが、「訓練の話」など将来を見据えた話などがきちんとできるようになり、実際の行動が確認できればまず間違いのない。受容も「受容行動」という行動としてとらえ、受容を促すための行動理論を先に解説したので参考にしてください（第2回「好ましい行動変容を患者に起

させるための準備」, 60巻2022〜2024頁）。

#### 7) 反応期

受容ができた段階で、患者は新しい状況に積極的に対応しようとする。この時期を反応期という。子どもの将来を考え、訓練や教育などに積極的になったり、公的な援助を申請したり、患者会への参加に生き甲斐を見いだすなどの反応がみられる。医師としてはその専門性や知識を生かした対応ができるので、最もやり甲斐を感じる時期といつてよい。

#### 8) そして解脱へ

患者や家族が新しい状況に適応でき、そのまま一生を幸福に終えることができれば素晴らしいことである。しかし、そのような理想的な事例は必ずしも多くはない。良好に反応期に至り、一見、新しい状況で一生懸命に生きていくかみえた患者が突然、思わぬ事故を起すことがある。夜間の発熱で救急病院を受診した際に医師が発した「なんだ、障害児か」の一言や、就学相談に訪れた役所の窓口での心ない対応が原因で親子心中を選んできた親達を知っている。小学校入学を目前にしていたのに、たまたま会社の倒産のために失業した父親が子どもと心中しようとした事例もあった。カプランの精神均衡理論を紹介したが、患者の精神的均衡はきわめてきわどいところで保たれていると考えると、日常の小さなストレスの発生にきめ細かく対応できる医療・社会システムが必要である。

また、患者を抱える両親が高齢化して、老人性のうつ傾向が事故の原因となつたと考えられる事例もあった。染色体異常を持った子どもが小さい時から筆者がかかわつた家族の事例である。両親は地域の障害をもつた患者会のリーダー的存在として長い間活躍していたが、その父親がある日突然ピルの屋上から飛び降り自殺をしたのである。新聞では「将来を悲観して」と簡単に書かれたが、老人のうつ傾向には特に注意が必要である。このように若い間は積極的に対応できていた患者が、加齢により「あきらめ」から「絶望」へと変わることもめずらしくない。最後まで「適応」が理想

であるが、せめて「あきらめ」から「解脱」への道を選んでもほしいと思うことがよくある。

障害の受容経過を段階理論を使って説明した。キューブラー・ロスの「死の受容段階」は「否認→怒り→取引→抑うつ→受容」にまとめられているが、遠伝性疾患など一般的な障害の受容理論としては臨床的にやや使いにくいので、筆者が自分の体験から一部修正したものを紹介した。段階理論の長所は臨床家にも理解しやすいこと、段階に応じて対応の仕方を理論的に考えることができる点にある。段階理論が紹介された当時は、医師や心理専門職としての訓練を受けていない理学療法士にとっても、この程度の心理的対応は可能で、リハビリテーションに役立つと考えられ、大いにもてはやされたのである。一方、段階理論に対する批判も少なくない。まず第1に個人差が大きいこと、第2に患者の心理状態は必ずしも「段階的」には進まないことである。

個人差については、行動変容理論の項で解説した「自己対処機制（セルフ・コーピング・メカニズム）」の違いで説明できる。一般には逆境の体験をもつ患者はそれのような体験がない患者よりストレスに対して強いといえるだろう。ストレスに対する対処機制が過去の体験により強化されているからである（逆にクライエントの自己対処機制の強化は治療に結びつく可能性があるわけで、心理療法に利用されている）。遠伝カウンセリングはクライエントの自己対処機制を探ることにより、ある程度、クライエントの危機克服スタイルを予測することが可能である。

受容は必ずしも段階的には進まないという批判はもつとも、すべてを「受容」したうえで、新しい状況に「喜びをもって」適応している患者に出会うことは、きわめて稀である。確かに一見、受容期を経て新しい境遇に落ちたかかに見える患者も、実は「悲しみ」「苦しみ」「絶望感」が常に見え隠れし、健気に「受け入れよう」「適応しよう」と努力している姿が見られる。心理反応は教科書的な段階に沿って変化することはむしろめずらしいのである。障害をもった患者や家族の精神

的均衡があやういところを保たれているように見えるのも、これらの背景があるからだと考えられる。人間の複雑な心理状態を機械的に類型化することは危険である。段階理論は障害の受け入れ過程にある患者や家族に接するときの参考と考えるべきで、クライエントは変化しているクライエントの心に沿ってあくまで個別的に行わなくてはならない。

### ● 段階理論の遠伝カウンセリングへの応用

初回の面接でカウンセリングは、「このクライエントにカウンセリングは有効かどうか」を判断しなくてはならない。カプランによる第2段階にあるクライエントは危機意識がなかった元の自分の状態に戻りたいという強い願望があるので、カウンセラーの適切な援助により自分の力で危機を乗り切ることができる。正確な情報提供だけで問題が解決するのはこのようなクライエントである（コラム）。遠伝カウンセリングに訪れる動機がしっかりしていることもこの段階の特徴である。逆にまだ動機がしっかりしていない、当然のことながらカウンセラーに対する期待もはつきりしていない第1段階のクライエントへの対応は、問題の重要性を悟らせることから始めなくてはならない。きちんとした診断告知を受けない状態で遠伝カウンセリングにリファアされたクライエントにこのような状況がみられる。

また、カプランによる第3段階に至ったクライエントにカウンセリングを行うことは危険である。クライエントは原状復帰への願望は必ずしも強くなく、とにかく目前の危機感から逃れたいという気持ちだけが強い。理性的に情報を理解したり、問題解決する力も失われていると考えべきである。精神科医にリファアして鎮静させたり、心理専門職による危機介入を行わずに冷静に利用できない。しかし、わが国では周囲に容易に利用できる精神科医や心理専門職がいない場合もある。このような場合に筆者が心がけていることは、「時間をかけて話を聞いてあげること」、「クライエントを

## Column

### ● 遠伝カウンセリングで失敗をしないコツ？

告えを聞く、「なあんだ」と言われるかも知れない。カプランの第2段階のクライエントを選んで遠伝カウンセリングを行うのである。本文で述べたとおり、この時期のクライエントは「問題を解決したい」という切実なニーズをもつので、遠伝カウンセリングの援助により、問題解決しやすいため、前述した行動変容理論に従って最低限の情報提供やクライエントの環境整備を試みるだけでもクライエントは自分の力で危機を乗り切ることができよう。

では、第2段階以外のクライエントはどうするのだと疑問に思われるかも知れないが、実は医療施設でカウンセリングを行う限り、来訪するクライエントの大多数は第2段階にあるのである。第1段階や第4段階のクライエントは自分の意志で来訪することはほとんどない（カウンセリングが難しいことは本文で解説したとおりである）。したがって最も重要な技術は、来訪したクライエントのなかから第3段階にあるクライエントを見抜き、精神科医や心理専門職の協力を仰ぐことである。この段階の失敗はクライエントの自殺や離

決して一人にしないこと」（家族を呼びよせたり、保健師の緊急協力を仰ぐなど）、「十分な休養（特に睡眠）を取らせる工夫をして、近中に再受診させること」などである。再受診の目的は危機感が時間の経過により少しでも治まる効果をねらうのであるが、この場合は、次の話のテーマを予告しておくが、クライエントの不安を増強させない配慮が必要である。再受診や専門家にリファアする時期は1週間後では第4段階に移行してしまいう場合も考えられるので、2,3日後が理想である。一般的に「次の予約を忘れないこと」は危機感が十分に治まっている際に特に重要である。次の予約を終了する際に、クライエントは「この次まで頑張ることにより、クライエントは「この次まで頑

婚、その他の好ましくない行動（連載第2回「遠伝カウンセリングの目標」を参照）に結びつきやすい。

一方、医療行政・福祉機関で活動する医師や遠伝カウンセラーにとっては、カウンセリングを行う相手がいづれも第2段階にあると考えるのはならない。保健所や保健福祉センターなど地域保健福祉施設のスタッフは医療的・社会的危機を予防するために積極的に住民生活に介入することが求められる。保健師の間では「ニーズの掘り起こし」といわれるが、保健師は住民が「どうやって自分や家族の問題を解決したらよいか」の途方に暮れている段階（場合によっては本人が危機意識をまだ知覚していない時期）に、問題を明確化して遠伝カウンセリングへの道筋を立ててあげる（紹介手続をとる）機会も少なくない。あるいは社会を拒否し、自宅に引きこもってしまった住民に強制的に介入することももある。自殺企図が発見されて緊急に介入することももある。このような医療・福祉に関連した地域活動に対応して遠伝カウンセリングを行う場合は、クライエントの背景はさまざまであり、「一定の動機をもって医療施設を訪れるクライエント」と同様に対処するわけにはいかない。

張ろう」という気持ちが生まれるものである。果たして危険な第3段階に到達しているかどうかの判断は、クライエントとの対話より、行動観察から判断させることが多い。1例として、「死にたい」を発見するクライエントは、多くの場合は第2段階にあると考えられる。「命の電話」をかけるのはこの段階である。一方、遺言や大量の睡眠薬が発見されたり、死に場所を探さずに行き動がみられた場合は、もう第3段階に入っていると判断され、一刻の猶予もできない。

カプランによると、高い危機感が1週間以上継続することは稀で、適切な対応がないと第4段階に移行するという。このようなクライエントが自発的に医師や遠伝カウンセラーを訪れることは

まずないが、家族が無理やり連れてきたり、保健師が紹介してくる場合がある。クライエント（厳密にはカウンセリングの契約が成立しているわけではないので「クライエント」とは呼べない）は社会、特に医療を拒否している場合が多く、一般の臨床医や遺伝カウンセリングの手に負えるものではないと考えおくべきである。新興宗教に走った親などがその例で、基本的には障害を受ける可能性のある者（多くは子ども）の人権の擁護や健康被害の防止を考えるべきである。

カウンセリングの理論はカウンセリングを終了するときにも思い出して欲しい。「この状態でカウンセリングを終えてクライエントを帰宅させても大丈夫か」の判断に利用できる。危機感が高まった状態でカウンセリングを終了してはいけない。第3段階のカウンセリングの一般的な注意と重複するが、危険を感じたクライエント（妻）を待合室に待た

せて夫に連絡し、迎えに来てもらったこともある。どうしても不安が残るクライエントに自宅の電話番号を教え、「心配になったら夜中でもよいかから電話してください」と言ったこともある。ただ、この方法は最後の手段とするべきで、カウンセリングが支払う代償も大きい。実際に真夜中に何度も長電話につきあうはめになった経験がある。

次に段階理論はクライエントの心理状況の変化には時間がかかることを教えてくれる。医師は「科学的な理論がわかれば病気を受け入れることができる」と考えがちである。しかし、遺伝性疾患をはじめ障害の受容は、疾患の病態を理解するだけでは決して起こらない。クライエントにとって、障害を受け入れることは、自分の人生が大きく変わることを受け入れなくてはならない。それまでにクライエントが抱いていた人生の計画や夢や自己概念を大きく変えなくてはならないのである。

### Column

#### ● 受容に時間がかかるのは異常？

人間の受容行動には時間がかかると解説した人が、実際にはどれくらい時間がかかるものだろうか。筆者の体験では、重い障害をもった子どもの両親が診断告知後、子どもの現状（医学的な状況、将来の予測など）を受容して新しい状況に適応しようとする具体的な努力を開始するまで2、3か月かかるのが普通である。1年以上かかった例も稀ではない。一般的には「6か月以上受容行動がみられない場合は、質問に何か（精神疾患、その他の特殊な事情）が存在するかもしれない疑う必要がある」というのがわれわれ小児科医の常識である。心理専門職（臨床心理士、社会福祉士など）と相談するほうがよい。受容に6年近くかかったというキネズミックな自験例について紹介したい。

第一子は染色体異常をもった子どもで、生後まもなく亡くなった。筆者は亡くなる直前にクベーンに入った子どもの顔写真を撮り、母親に渡した。

最近では新生児のターミナルケアで家族の死の受容を考慮した「エンゼルケア」が普及してきたが、一般には出生後まもなく死亡した新生児は写真がないことが多く、家族がそのことを悔やむ例が多い。さて、その母親は亡くなった子どもの写真を居間に飾り、毎朝その写真（チューブ類のついた、いわゆるヌバゲツチイ症候群的な写真で、お世辞にも赤やんらしい可愛い顔ではない）に向かって語りかけていた。半年以上もその状態が続いていたことを筆者は知っていたが、特に対応は行わなかった。

やがて、次の子どもが生まれた。産婦人科医に「次の子どもが生まれたら、前の子のことは忘れることができまよ」と次の出産を勧められたことだった（小児科医としては、この意見には反対である。次の子どもが生まれ、前の子は親にとって別の人格であり、他人に取って代わられるのではない）。しかし、依然として前の子どもの写真は居間に飾られていて、毎朝、母親は写真に向かって語りかけていたという。不安に思っ

段階理論が働くようにいろいろな心因反応を経て少しずつ受容への向かうのであり、十分な時間が必要である（コラム）。逆に、段階を飛び越して短期間に受容に向かう場合が異常と考えるべきである。「怒り」「絶望」「抑うつ」など正常な反応が出る現せずに受容に向かう場合は、「見せかけの受容」であったり、背景に精神疾患が潜んでいることを疑わなくてはならない。クライエントの生い立ちや人生観を聞いたりしながら自己対処機制を探ることも役に立つ場合がある。筆者の若いころの経験であるが、染色体異常の子どもを分岐した直後の産婦に検査結果を告げたことがある。受け入れがあまりに素直すぎて異常を感じ、精神科医にリフターしたところ、産婦の一過性の精神障害と診断された。医師として恥ずかしいことであるが、「マクニナイ・ブルー」の危険性を身をもって体験したことがある。

家族の紹介で筆者は再び母親のカウンセリングを行った。その母親の日常生活や会話はすべて正常で、精神科的な背景は否定的であった。「受容に時間がかかることはよくあることなので、もう少しはらくそつとしておきましょう」と家族に話し、母親とは定期的に連絡をとることにした。1年たっても、2年たっても状態は変わらなかった。同僚スタッフからは白い目で見られるし、筆者自身も内心一抹の不安があったが、無理な心理介入は必要ないとし、し意地になつていたのである。

そのころ6年になるとうとうある日、母親から手紙をもらった。「写真をしまうことができた」という報告であった。ある朝、写真を見ると「子どもが笑っている」のに気がついたという（不謹慎にも、そのとき、筆者は背筋に冷たいものを感じた。筆者はその顔写真が笑っているようには決して見えないことを知っていたからである）。そして、その笑顔は「お母さん、いままで長い間、あ

#### ① 医師が注意しておかねばならないクライエントの精神状態

1. 精神疾患の存在  
これまで解説したのは正常な社会生活を行っている患者やクライエントへの対応が中心であった。しかし、背景に精神疾患が存在している患者やクライエントに遭遇することはめずらしくない。特に境界領域あるいは人格障害に属すると思われるクライエントはきわめて多い。服薬を認している患者も多いが、医師であれば対話の過程でほとんどの場合、気づくであろう。

患者の人権問題があるので対応は難しいが、保健師など医療従事者の紹介によるクライエントについては、紹介源から当人の精神疾患が明らかにすることがある。このような場合、精神科医でない筆者は当人に対しては「傾聴」と「医療情報の

りがどう」と言っているように感じ、「これでやっとこの子は天国に行けたのだ」と確信したという（当然のことだが、変化したのは写真ではなく母親自身なのである）。そう思うと写真を仏壇の奥にしまうことができただけだ。

この母親は「早く前の子どものことは忘れなくてはいけない」という気持ちと「亡くなった子どもに対する愛着」の間で葛藤し、周囲の目にも気にしながら自分の心と闘っていたのである。心理学的には重症障害児の医療現場という特殊な体験とか、母親の愛着形成の異常その他の心理学的背景などいろいろ原因が考えられるだろうが、筆者は「この母親」にとっては6年という期間が必要だったのではないかと考えている。大変長く辛い期間だったろうと思う。ただ、この事例を経験してからは、筆者は教科書どおり、6か月を過ぎても受容ができない例は必ず一度は精神科医や心理専門職にコンサルトするようにしている。

提供や教育」に限定したカウンセリングにとどめ、積極的な心理的介入を控えるように心がけている。本人が精神科治療を告白した場合は、許可を得たうえで主治医と連携し、リエゾン役に徹しながらカウンセリングを行う場合もある。

## 2. 人格障害

最も対応が難しいのは人格障害で、国際的な診断名になっているものの精神医学的に確立された概念とはいえない。明らかに病的な場合は精神疾患の対応に準じるが、クライエントのなかには治療の対象にならない正常限界の人格障害が決してめざらしくない。典型的な性格では、周囲に対する攻撃性が強い一方、医師に対しては過度の教養者願望をもっている。理知的で真面目な性格にみえるが、家族、友人、医療などに強い不満をもっていることが多い。話を聞いていううちに、離婚歴や職場における適応に障害をもっていることが明らかになる。医師に対しては「自分を救って欲しい」という願望が強いので、一見、「自分を信頼してくれる良い患者」に見えることがある。過度な介入をしようと、医師自身が患者と離れられずにパニックに陥ることがあるので注意を要する。タイプによっては他人ではなく自己を過度に攻撃するものもある。この場合でも周囲との適応は不得手な場合が多く、引きこもりや職場不適応、自殺企画などの既往がある場合が多い。

われわれ素人には統合失調や気分障害と鑑別がつきにくいので、もしやと思われれば精神科医にリファアするべきである。正常限界と思われれば、早い段階に医師またはカウンセラーの立場と役割をはっきりと述べ、「契約」を結んだうえでカウンセリングを進めること（よくあることだが、予約なしの来訪や頻回の来訪には応じない）、1対1のカウンセリングを試みることで、非指示人を変えたカウンセリングを心がけること、非指示的中立したカウンセリングを心がけることなどがポイントである。

人格障害は薬物治療に抵抗性であることが特徴の1つで、本人が自分自身をコントロールしながら社会と適応していくしかなく、立派に社会で活躍している者も少なくない。社会適応を進められた

めにも、典型的な事例は専門職が対応すべきであるが、境界領域の患者は医師や遺伝カウンセラーが対応せざるを得ない場合があるので一応の知識は必要である。心理・社会カウンセリングの領域でも対応が困難であったという報告例のなかには、このような精神的背景をもつ事例が少なからず含まれているのではないかと考えられる。

## 3. 情報社会の産物

精神科的背景ではないが、インターネットなど「情報社会の産物」ともいえるクライエント(?)が増加してきている。最新の専門情報を知っていることを披露したくてしかたないかみにみえたり、明らかに医師の知識を試すクライエントがいる。医師を評価して選択するのは患者の権利であり、最新情報を知らなかった場合は専門職として謙虚に反省すべきであるが、情報を評価する力は医師は素人とは違うのだから自信をもって対応してほしい。しかし、度を過ぎたクライエントに対しては「よく勉強されているので驚きました。ところで、本日は私に何をしてほしいと思っておられたのですか」と聞き、クライエントの具体的な目標がつかめない場合は早々に引き取っていただくことにしている。

その他、医療訴訟がからむ来訪もあるので注意を要する。セカンドオピニオンは現代医学では特に重視されており、情報提供を中心とした遺伝カウンセリングもセカンドオピニオンの対応が求められる場合がある。しかし、カウンセラーが医療訴訟における鑑定人的な役割を求められていることが明らかになった場合は、注意を要する（もちろん、裁判所から正式な鑑定依頼があった場合は別である）。カウンセラーが当事者の幸福を目指すのならば、訴訟もクライエントの幸福につながるのではないかとその意見があるかも知れない。しかし、医療従事者はあくまで医学の立場からクライエントを援助するのが原則で、訴訟の援助は明らかに医療の目的から逸脱していると考えられるべきである。

## ④ 精神均衡理論からみた 医療従事者の役割

今回は、心理的に追い込まれた状態のクライエントを精神科医やその他の心理専門職にリファアするタイミングを見極める重要性について何度も強調した。コラムでは「カプラーンの第2段階のクライエントを選んで遺伝カウンセリングを行えば失敗する可能性が少くない」と少々穿った解説をした。筆者の苦い体験が背景にあることを否定する気持ちはない。

しかし、精神医療の専門職ではない医療従事者や遺伝カウンセラーは精神医療分野では役に立たないと考えては大きな誤りである。第2段階の患者の適切な対応に失敗すると危険な第3段階に進むというのがカプラーンの理論である。わが国で年間2万人を越える自殺者をはじめ、その他の反社会的な事故・事件の背景に医学的な要因が潜む割合は決して少なくない。カプラーンはコラムでも紹介したとおり、精神衛生学的な社会予防システムを構築するために精神均衡理論を唱えた。専門職による危機介入システムに加えて医療・福祉・

保健関係者、教育機関、産業現場、そのほか社会のいろいろな場面で精神衛生学的な予防システムが必要であると主張した。遺伝性疾患あるいは遺伝に関する問題を抱えて医師や遺伝カウンセラーを訪れるクライエントに適切に対応し、危機意識が増大することを防ぐことはカプラーンが唱えた第1次予防であり、まさにわれわれの重要な役割である。本格的なカウンセリングは専門職に任せるといっては、医師が基本技術を学び、日常の診療に生かすことはきわめて重要なことである。このことを理解していただくことも今回の連載の目的の1つであった。特にロジャースのカウンセリング理論や技術は治療というより予防面で活用できるという筆者の考えも付け加えておきたい。

## ● 参考文献

- 1) カプラーン G (新福尚武訳)：予防精神医学。朝倉書店、1970
- 2) キューブラー・ロス E (鈴木 晶訳)：死ぬ瞬間。中央公論新社、2001
- 3) アキユララ DC、メズイック JM (小松源助・荒川 鏡子訳)：危機療法の理論と実践。川島書店、1978

# MEDICAL BOOK INFORMATION

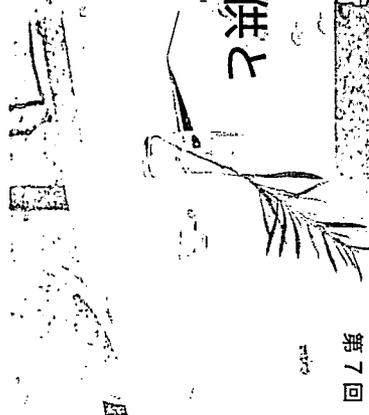
## DNAサイエンス 第2版

DNA Science  
A First Course 2nd Edition  
著 David A. Micklos, Greg A. Freyer,  
David A. Cratty  
監訳 清水優規 袁島伸生・工藤 純  
● B5 頁380 2006年  
定価6,825円(本体6,500円+税5%)  
ISBN978-4-280-00045-1

10年ぶりに大改訂された「DNAサイエンス」の第2版「チキスト」編。全面的な修正により、内容は新たに、その強みとなった。米国で学ぶ学生にとって最も基本的なチキストであり、実験操作法の「実習チキスト」の姉妹版。図表もほとんどが刷新。ゲノム時代に突入した読者にとつて「DNA探検」の案内地図として有用である。

## 遺伝確率に関する情報提供と カウンセリング技法 —確率をどのように伝えるか—

千代 豪昭\*



### ⑩ はじめに ⑩

遺伝カウンセリングでは「遺伝病が発病したり、再発する可能性をクライアントに伝える」という過程がある。「カウンセラーから知らされた遺伝医学情報をもとに、クライアントが自らの意志で罹病による不利益を回避するために行動決定する」のが遺伝カウンセリングの1つの流れである。遺伝カウンセリングが医療行為に準じるというのも、この過程がクライアントの精神・身体の健康に深く関わるからである。

さて、科学性を重視する遺伝カウンセリングでは、遺伝性疾患の発病や再発の可能性を「確率」という数字で説明することが多い。確率を読み取り未来を予測することが難しいのは天気予報の降水確率を例にとっても明らかであるが、遺伝現象の確率的な表現の伝達が難しい理由として、いくつかの問題が指摘できる。

第一に、確率は%で表すと0~100%まで連続した数字であるが、人間の行動や認識は二者択一の判断によるものが多い。例えば「行く」か「行かないか」であり、15%だけ「行く」という行動は選択できないのが普通である。連続した数値のなかに行動を起こすしきい限界（リヌク限界、許容値）を設けないと、行動のきつかけをつかめないのが普通である。この限界値は絶対的なものでは

なく、回避すべき不利益の認識の違いなど個人差が大きい。

第二は確率という「言語」の特殊性である。医学をはじめ、自然科学の領域では確率は日常言語に近い感覚で用いているが、一般にクライアントは確率に馴れていないことが多い（コラム「降水確率と遺伝確率」）。クライアント側の確率の理解度の問題だけではなく、情報を提供する側にも遺伝確率の伝え方には課題が少なくない。遺伝子が伝わる確率と発病する確率は必ずしも一致しないなど遺伝学の知識や理解の問題もある。

また、特定の疾患の発病予測だけがクライアントの行動や人生のすべてを決めるわけではない。クライアントにとってその確率が人生にどのようなかわかるか、一人ひとり事情は異なるはずである。医師はその役割上、特定の疾患を中心に物事を考えやすく、遺伝カウンセリングでも特定の遺伝子にクライアントの意識を集中させがちである。特に遺伝学の初学者ほど、遺伝子至上主義や優生学的な思想に走りやすいので注意が必要である。メンデリズムは現代遺伝学でも基本的な法則である。法則自体は黄金律のように完璧なものなのであるが、見掛け上、メンデルの法則がそのまま成立するのは特殊な場合に限られることがわかってきた。

ミニニウムを迎えて現代遺伝学が急速に発達し

### How to inform the expected genetic risk to the clients in the genetic counseling?

\* *Hideaki Chigo* お茶の水女子大学大学院人間文化研究科特設遺伝カウンセリングコース  
別刷請求先：千代豪昭（ちよ・ひであき）〒112-8610 東京都文京区大塚2-1-1 お茶の水女子大学大学院人間文化研究科特設遺伝カウンセリングコース

はじめたとき、一般の国民だけでなく医師や研究若さをも「将来、遺伝学が発達すると個人の遺伝情報を調べることにより疾病の発病や人間の行動まで正確に予測することができるように」と信じたのではないだろうか。つい最近までは「がんや生活習慣病も遺伝子診断により正確な発病予測が可能になる」と信じられていた。しかし、現代遺伝学が明らかにしつつある事実は、遺伝子と疾患の発病との関係はそれほど単純ではなく、複数の遺伝子の段階的な異常発現（ここには環境など偶然が多く作用する）や、遺伝子間の複雑な調節作用（エピスタシス）を経て形質の表現（発病など）が決定されることが明らかになりつつある。

むしろ個々の遺伝子の働きは確率的な表現なのである。国民と専門家の間で遺伝子の理解に大きな隔たりが生じつつあり、行き過ぎた遺伝子ビジネスの普及や新たな優生思想の誕生の原因となつていくとの警鐘もある。遺伝子教育の必要性が叫ばれている現状がある。

現在、急速に普及しつつあるオーダーメイド医療の現場でも、確率的（それ自体は科学的なデータなのだが）な情報を患者に説明するためには、

医師・患者双方に教育が必要だという意見がある。行き過ぎた遺伝子至上主義（「遺伝子がすべてを決定する」という思想）は反省の時期にさしかかっているといえよう。

このように、遺伝カウンセリングでよく用いられる確率的な表現には情報提供の主体者であるカウンセラーにも、受け取る側のクライアントにも多くの課題がある。クライアントの行動を左右し、遺伝カウンセリングの重要な過程である「再発の可能性」の伝え方を今回の連載のテーマとする。筆者の解説で満足いただけただけの心配だが、基本思想は「クライアントの好ましい行動姿容に繋がるような話し方」であることを強調しておきたい。

なお、遺伝学では「確率」を遺伝学的危険率（genetic risk）、再発危険率（recurrence risk）、経験的危険率（empirical risk）など「危険率（risk）」という用語で表現するのが一般的である。しかし、「危険」という表現はカウンセラーの価値観を押し付けるのではないかと意見し、クライアントの遺伝病に対する恐怖感をおおとの考えから、カウンセリングの現場では用いない傾向である。本連載では「再発（発病）の可能性」あるいは「再発（発病）の確率」という用語に統一する。

## ① 再発の可能性の伝え方

### 1. 遺伝確率についての理解

人類遺伝学の復習である。日頃から科学的な数値データの扱いに慣れている医師でも、進歩が著しい遺伝学的なデータの解釈には限界がある。個別のデータの解釈については他書に譲り、ここでは基本的な考え方をまとめておきたい。

まず、単一遺伝子異常が発病に結びつくメンデル遺伝病を例にとりたい（厳密には「遺伝形質」というべきだが、ここでは形質の1つの表現である「遺伝病」を対象にする）。遺伝病のなかで単一遺伝子異常が発病に結び付くと考えられる疾患は、メンデルの法則が成立するのでメンデル遺伝病または古典的遺伝病と呼ばれる。常染色体劣性遺伝病、常染色体優性遺伝病、伴性遺伝病（X連鎖遺伝病）が代表的である。個々のメンデル遺伝病は稀な疾患であるが、ヒトのメンデル形質は1万種類以上が知られていて、そのなかには遺伝病としてよく知られたものが多く、遺伝カウンセリングの対象としては決して稀なものではない。

メンデル遺伝病では異常をもった遺伝子（変異遺伝子）をもつ確率を家系分析によって理論的に求めることができる。常染色体劣性遺伝病では保因者同士の親から罹患（劣性ホモ接合体）が生まれる確率は1/4であるとか、常染色体優性遺伝病では罹患（優性ヘテロ接合体）の親から罹患者が生まれる確率は1/2といった具合である。保因者が確率的に推定される場合には罹患率が生まれる確率は1/60とか1/250というようにさまざまな値をとる。

これらの確率は「変異遺伝子が伝わる確率」であつて、かならずしも「発病する確率」ではない。特に常染色体優性遺伝病の場合は変異遺伝子が伝わっても「発病が軽いとか軽いか」、「発病年齢が若い」として症状が重いか軽いか、「発病年齢が若い」として予測するために、遺伝子が伝わる確率をいかにさまざまな方法で補正してはならない。最終的に求められた発病確率は無機質な数値データである。与えられた数値データを「確率が

高い」と判断するか、「安心できる（許容できる）」と判断するかでクライアントの行動が決まる。

対象となる疾患の臨床症状の軽重は1つの条件である。例えば日本人の多くが「障害」とは考へていない近視であれば1/2以下の確率であれば「低い」と感じるかも知れないが、染色体異常のダウン症では、母親年齢が35歳を少しでも超えたり（35歳の母親がダウン症の子どもの産む確率は1/295）、妊娠中の超音波診断によるNT所見からダウン症の確率が少しでも高まると羊水検査を希望する家族が多い。また、家族の疾患に関する知識や経験が危機意識を左右することも多い。心理学的には認知が歪められていたり表現するが、疾患の発症について極端に強い恐怖感や嫌悪感をもったクライアントにとっては医師の立場からは「十分に低い」と考えられる確率でも「高い」と感じるであろう。

疾患の発病（再発）確率をクライアントに伝えるときは、疾患のイメージを正しく伝えることが医師や遺伝カウンセラーの重要な役割となる。障害をもった子どもとの統合教育など、子ども時代からの教育が大切な理由である。クライアントの認知が歪んでいると思われれば、正しい認知にむけて介入することも大切である（コラム「確率についてカウンセラーが見解を述べるのは指示的行為になるのか」）。

### 2. 過大に評価されやすい遺伝子検査

メンデル遺伝病の場合、遺伝子を受け継いでいるかどうかは確率的に議論するより、遺伝子検査を行えばはつきりするではないかとの意見もある。遺伝子検査があるから家系分析など必要ない」という極端な意見が聞かれることがある。これは間違っている。遺伝子検査は家系分析その他の医学的状況証拠から変異遺伝子をもっている、またはもっていない確率が十分に高い場合を選択されるべきであり、安易な検査は時間と費用のむだ遣いであるし、対応困難な問題を引き起こしやしない。また、遺伝子診断によっては確率的な結果しか得られない場合も少なくない。遺伝子診断が可能な遺伝病の数は年々増加していて、眼科領域でも例外ではない。事情をよくご存知の眼科医も

はない)の1時間の降水確率が15%というのは、もしその地域の100か所で降雨を予測すると15か所で1ミリ以上の降雨があるという確率」と説明すると15%の降雨(降雨量は関係ない)のイメージを理解しやすいかも知れない。

われわれはその地域の定点で生活しているため、本当に雨が「降る」のか「降らない」のか、もし降る場合は「大雨」か「小雨」かを問題にする。15%の降水確率という、「降っても大したことはない」と誤解しやすいし、もし局地的な大雨に出会うと「予報が外れた」と考えやすい。比較材料として適当かどうかは意見があるだろうが、降水確率を遺伝確率に、降水量を病気の症状の軽重に置き換えると、確率の伝え方の難しさについて同意いただけるだろう。

## ● Column

### ● 降水確率と遺伝確率

降水確率は過去の気象データと予測プログラムの入ったコンピュータに数値化された種々の気象要素を入力し、シミュレーションによって求められた数値予測値であるが、国民に正しく理解されていない確率の代表ではないだろうか。

例えば「1時間の降水確率が15%」というのを、クライアントに説明する方法を考えて欲しい。「同じ降水確率(入力する気象要素が同じ)という意味ではない)の日が100日あれば、降水量には関係なく、そのうちの15日は1ミリ以上の雨が降る確率」という説明でクライアントが満足するだろうか。降水確率の定義からは正しくないの専門家からはおしかりを受けるだろうが、「ある地域(特定の地点で

多いだろうが、少し解説を加えておこう。

遺伝子の特定部位の大きな欠損や重複が発症の原因となつている場合は、遺伝子診断がもたらす情報 の 確 度 は き わ ま だ 高 い。1塩基レベルの変異や小さな欠損でも、停止コドンやフレームシフトなど遺伝子の読み取り機構を介して遺伝子産物の大きな異常に結びつき、発症の引き金になる場合も多い。しかし、遺伝子解析により発見される遺伝子変異のなかには異常なか正常変異(多型)なのかわからないものも多い。遺伝子多型でも連鎖解析により遺伝子異常の診断に結びつくことがあるが、これは確率的な診断である。特にSNPsと呼ばれる1塩基レベルの遺伝子変異をもとにした診断は一般に確率的な発症予測しかたれない

Column

● 確率についてカウンセラーが見解を述べるのは「指示的行為」になるのか

本連載ではロジャーエスのカウンセリング論を採用しているので、カウンセラーは事実を中立的に伝えるべきであり、自分の価値観をクライアントに押し付けてはいけないという「戒」を覚えておられる読者は多いだろう。遺伝の確率についても数値をそのままクライアントに伝えるべきであり、クライアントがそれを「高い」と感じるか、「低い」と感じないかはクライアントに任すべきだとお考えの読者はいないだろう。遺伝カウンセリングは医療カウンセリングなので、この批判は当たらない。病歴について偏見をもっているクライアントはもろろん、専門家と比べて関連知識が少なく不安が高まっているクライアントや、異常な体験により認知が偏っているクライアントが「中立的な」確率を正当に評価できるとは考えられない。

遺伝カウンセリングはこれらの情報をクライアントが正当に評価し、自らの生活に役立てていくための援助過程であることを思い出して欲しい。「正当」という表現は多分にあいまいであるが、本連載で採用している行動理論をもとに「好ましい行動変容」に向かえるような認識と解釈していただいでよい。

場合が多い。

今後、遺伝子診断の信頼性は大幅に増すと考えられるが、現時点では遺伝子診断可能といわれている遺伝病は限られていて、診断の確度が高いものから確率の高い診断しかできないものまで多様である。また、遺伝子診断は治療困難な疾患の「発症前診断」とか、必然的に同胞や親戚など血縁の診断へと波及する可能性など、倫理的な問題への対応を準備しておかねばならないことにももちろんである。

3. 対照(コントロール集団)と比較して確率を伝える

確率をクライアントに伝える場合に、数値の絶対値のみでは「高いのか、低いのか」評価できない場合が多い。一般的な考え方と比べて高すぎた危険意識をしているクライアントには危険意識を下げるよう、低すぎる危険意識をしているクライアントには危険意識を高めるように介入しなくてはならない。この場合の介入は「支持的行為」と考える必要はなく、医療の流れに乗った遺伝カウンセリングであるといえることができる。

カウンセリングを行う医師はクライアントの認知レベルを評価できる心理学的技術を持ち、「一般的な考え方に」についても十分な知識をもっていないからならぬ。「一般的な考え方」とはEBMの立場から医学的根拠や、社会通念に基づいていることが重要である。独自の考え方や、極端な理論に走ることはカウンセリングとして失格である。しかし、「どの考え方が一般的なのか」は個人的見解もあるから判断が難しい場合も少なくない。お国柄が違えば考え方も異なる。自信がなければ周囲の関係者の意見を聴くことが有効である。医師は必ずしも社会通念に詳しいというわけではないので、身近に遺伝カウンセラーがいない場合、看護師やケースワーカーなど違った職種の意見を聴くこともお勧めしたい。遺伝専門部門を設置している部門では遺伝カウンセリングを行う前に、チームカンファレンスを行うのが普通である。チームカンファレンスには各科の専門

い場合が少なくない。例えば、コラムでも紹介した「いとこ婚」のカウンセリングで説明しよう(コラム「クライアントの認知を変えるーいとこ婚の遺伝カウンセリング」)。いとこ婚で「かなり重篤な先天異常が生まれる確率」が10%弱だということ、ほとんどのクライアントは「やはり、そんなに危険なのですか」と不安が増す。しかし、一般の先天異常の発生頻度が5%前後(軽度の異常まで含めると10%を超える)と比較すると2倍弱にすぎない。

最初に「いとこ婚で障害をもった子どもが生まれる確率はどれくらいと思われませんか」と質問して「50%以上」(この程度の認識をしているクライアントは多い)と答えたクライアントなら、上

医や臨床心理士、遺伝カウンセラーその他多くの専門職が参加し、それぞれの専門的立場から意見を交換する。そのうえでカウンセラーがクライアントと個別に対応するのである。臨床遺伝専門医、あるいは遺伝カウンセラーといえども、個人的判断には限界があるからである。倫理的課題が背景にある場合はチームカンファレンス又は特に有効である。

● クライアントの認知を変えるーいとこ婚の遺伝カウンセリング

実際の遺伝カウンセリングの事例である。いとこ婚の場合、子どもになんらかの障害(先天異常)が発生する確率は10%弱(他人婚の1.6~2倍弱)というのが人類遺伝学の常識である。しかし、他人婚から先天異常をもった子どもが生まれる一般頻度は約5%、すなわち20人に1人はなんらかの障害をもつと考えられている。いとこ婚に不安をもつクライアントは先天異常が生まれる一般頻度(多くのクライアントは当初、限りなくゼロに近い確率と誤解している)が予想以上に高いことを知る。いとこ婚の10%弱を許容範囲と納得(結婚がもとより幸福(ブライヌ要因)といいとこ婚の不安(バイヌ要因)を天秤にかけて結婚を選ぶ)するケースが多い。

記の説明を聞いて「ホッと」することが多い。確率の「遊び」であるが、「近親婚でなくとも、2人の子どもを産むと先天異常の発生確率は5%×2=10%になるのですよ」というとクライアントの意識が大きくなることもある。「子どもをあきらめよう」と深刻に悩む夫婦の場合、産児数により確率が変わることに気付かせるのも遺伝カウンセリングの技術である。また、対照集団との比較を数学的に厳密に行ったり、確率の意味を強調するのがオッズ比の利用である。次に解説しよう。

4. 確率かオッズ比か

確率は小数点を含んだ数値である。保因者確率を家系図から計算して再発の確率を述べる場合は分数で表現することも多い。少数点を含む数値やところが不安がまったく解消しないクライアント(女性)がいた。そこでカウンセラーはクライアントの障害に関する過去の体験について話を促し、クライアントが小学生のときに知的障害をもったクライアントから手を握られ、強い恐怖感をもった経験を聞き出した。また、そのクライアントが大学時代に教育実習で養護学校を見学した際にも障害をもった子どもが「怖かった」ことを聞いた。過去の体験が障害に対する認知を強く歪めている典型的な例である。いとこ婚どころか、極端な場合、妊娠恐怖症や夫婦生活の破綻にも繋がりがかねないので、心理療法を考えたほうがよいケースもある。幸い、このクライアントの場合、いとこ婚に対する不安と自分の実体験がカウンセラーとの対話の中で結びつけられたことにより、「もしかしら、その子が自分の手をにぎったのは、親愛の情を表現したかったのかも知れませんか」と自分で不安を解決していた。

専門的な認知療法は心理専門職の領域であるが、医師や遺伝カウンセラーを相手の心を開いた対話が自然にクライアントの理解を深め、認知を変えていくことも珍しくない。遺伝カウンセリングは単なる情報提供だけではないという事例である。

分数はクワイエントにとつて理解が難しいことがある。一般的にはパーセントのほうが馴染みやすいという意見もある。発病の確率が30%といわれると、「残りの70%は発病しない」と対比が容易だからである。

いっそのこと、掛け率(オッズ比)のほうがわかりやすいというクワイエントもいる。海外の遺伝カウンセリングではオッズ比がよく用いられるようであるが、わが国ではほぼ「賭事」に馴れたクワイエントでないといイメージがわかないという意見もあるし、オッズ比は危険性を強調する場面もある。遺伝子検査による発病予測にはオッズ比がよく用いられるので解説しておこう。

今後、予防医学の分野で生活習慣病の遺伝子検査が普及すると予想されるが、多くは1塩基レベルの遺伝子変異(SNPsなど)や機能が特定できない遺伝子変異がマーカーになることが多い。これらの遺伝子変異の特徴は、「罹患者の○○%にこの遺伝子変異が見つかる」が、非罹患者でも同じ

変異をもっている個体がある点である。「罹患者の70%がこの遺伝子変異をもっているから、同じ遺伝子をもっているあなたの発病する確率は70%です」というのはまったく正しくない。このような場合にはオッズ比による説明が必要である。

ある遺伝子変異が罹患者集団Aにみつかると頻度をa、対照集団(非罹患者集団)Bにみつかると頻度をbとすると、オッズ比はa/bで表される。厳密には非罹患者集団(コントロール集団)のとらえた(サンプリング)が難しく、コホート研究など、非遺伝的環境の影響(交絡因子)を補正した疫学データをもとにオッズ比(発病確率)を計算しないと正確ではない。このようにオッズ比をクワイエントにわかりやすく説明するのはなかなか難しいが、下記のような説明が現場で一般的に用いられている。

高齢妊娠によりダウン症が生まれる確率を説明してみよう。例えば38歳の母親からダウン症が

生まれる確率が一般の出産データから1/145だったとすると、「あなたの年齢でダウン症が生まれる確率は1/145です」といっても、クワイエントには「高いのか、低いのか」見当がつかないのが普通である。「35歳の母親からダウン症が生まれる確率1/295と比較すると約2倍」、「全出産の一般頻度1/1,000(現在の日本人ではもう少し高い)と比較すると約7倍」と説明するとわかりやすいだろう。これがオッズ比による説明である。

注意しなければならないのは、対照集団における罹患者の確率が極端に低い(すなわち「稀な遺伝病」)場合は、発病確率をオッズ比で説明すると倍率が極端に高くなるので、クワイエントの不安を強調しやすいことである。

例えばある常染色体性優性遺伝病の神経難病の家系で、クワイエントが変異遺伝子を保有する確率が8%と計算したとしよう。比較的年齢の悪い疾患でも10%以下はやや低い確率と評価するのが普通である。もしこの

遺伝病の一般罹患者頻度が1/10,000だったとして、オッズ比を計算すると0.08/0.0001=800倍となる。掛け率800倍は一般には「当たり確実な確率」である。近親婚の遺伝カウンセリングでも、ある特定の遺伝性疾患が生まれる確率を計算して一般集団の罹患者頻度とのオッズ比で説明すると、遺伝子頻度が低い疾患の場合は近親婚が「とてつもなく恐ろしいもの」にみえるので注意が必要である。このように、確率(小数点を含む数値、分数、パーセント)を用いるか、オッズ比を用いるかは、クワイエントに与える効果を予測して選択しなくてはならない。

### 5. 経験的な再発確率を利用する

コラム「クワイエントの認知を変えるーいとこの遺伝カウンセリング」で解説したいとご婚の先天異常の発生確率もそうだが、経験的な調査から得られたデータをそのまま確率として用いることは遺伝カウンセリングで一般に行われている。確率計算というと、メンデルの法則や配偶子形成

## Column

### ⑤ 転座保因者の親から染色体異常が生まれる確率

少し古い遺伝学の教科書には相互転座保因者から染色体異常の子どもが生まれる確率を、配偶子ができるとき成熟分裂(減数分裂)の組み合わせから理論的に求める方法が書かれているが、実は「理論的な間違い」が多い。多くは、交互分離と隣接1分離によりできる4種類の配偶子しか考慮していないものが多い。ダウン症の転座保因者からダウン症が生まれる確率は、「モノミーは流産するから、正常核型と転座保因者とダウン症の原因になる3種類の配偶子が同じ確率でできるからダウン症が生まれる確率は理論的には1/3である」といった誤りである。実は、転座保因者からは隣接1分離、隣接2分離、3:1分離など多様な配偶子ができることがわかっている。さらに重要なことは染色体異常をもった受精卵は発生途上で流産することが多い。この流産率がダウン症が生まれる確率を左右するので

確認しなくてはならない。専門医や遺伝カウンセラーはこのようなデータをもっている。

ダウン症以外にも染色体転座保因者には多くの種類があり、子どもに染色体異常が生まれる確率が問題になることが珍しくない。個々の染色体異常は頻度が低いため、経験的な確率がわからない場合が多い。このような場合は、生まれる可能性のある染色体異常についてはある程度予想できるが、実際に生まれる確率についてはそれぞれその受精卵の流産率をわかっていない。正確な値はわからない。流産率を無視して計算すると、生まれる確率の最大値と考えるべきで実際にはそれより低い。専門医は染色体異常の臨床像や、専門的な知識から推測を行うので、安易に理論的に考えるのではなく専門医にリファアするべきである。

染色体異常に関しては一般に知られていないことでも、もう1つ重要な事実がある。男性や女性の配偶子の染色体検査を行うと、誰でも10~20%の配偶子に染色体異常が見つかる。これらの染色体異常を

もった配偶子も受精に関与するので、初期の段階ではかなり多数の受精卵に染色体異常が発生していると考えられている(50%以上の頻度を推定する報告もある)。実際に染色体異常が生まれる一般頻度は新生児の1%前後なので、ほとんどの染色体異常をもった胚は流産しているのである(臨床的に確認できる流産は15%程度であるが、多くの流産は母親本人も気が付かない発生初期に生じている)。

誰でもベアスにはさまざまな染色体異常が高い確率で起きている。そのうえに転座保因者が原因の染色体異常が加わるわけである。理論的確率を求めることが困難な理由が理解できると思う。薬や放射線の影響で、染色体異常が心配だというクワイエントが遺伝カウンセリングを訪れることがある。誰でも染色体異常の受精卵は頻繁にできていて、個人レベルでどの染色体異常が環境要因に誘発されたものかを特定することは特殊な染色体異常を除いて不可能に近い。

過程における相同染色体の分離様式から理論的に再発率を計算するのが遺伝カウンセリングの仕方だと思われている読者も少なくないと思われるが、実は経験的な確率を用いる場合のほうが多いし、また理論的な確率よりも経験的な確率を優先するのが遺伝カウンセリングの原則である。実際のデータと理論的な数値が異なる場合は「理論」に問題があるのである(コラム「転座保因者の親から染色体異常が生まれる確率」)。

しかし、理論的に確率を予測できれば、疾患別の調査データを採る必要はないし、経験的なデータが入り込めない場合もある程度の手前まででいい。理論を考へることは機種の解明に繋がるので自然科学の重要なプロセスである。遺伝カウンセリングではこのような理由からメンデルの法則やその他の確率計算の理論がよく用いられるが、実際のデータが判明した段階で理論を修正しなくてはならない。

### 6. 遺伝率に一般的な許容値(限界)はあるのか

臨床検査データは統計学的な背景から95%信頼域とか、標準偏差の概念で危険域が提唱されているのが普通である。1つの検査データの絶対値だけで確定診断を行うことは稀である。遺伝性疾患の再発や病像の重篤性については確率的な未来予測がなされる。確率そのものは科学的な数値であるが、クライエントは確率の科学的背景ではなく、この確率が「高い」のか「低い」のかの判断を要求することが多い。EBM的データではないが、遺伝カウンセリングの間では10%以下の確率を一般的な許容できる範囲として用いることもある。前述したいところ婚より血縁度が高い結婚は法的に禁じられているから、10%許容説はなるほどと思われないこともない(もちろん、法的には公序良俗など社会的立場から設けられた措置と思われる。確率は無関係である)。

後で解説するが、許容値(リスク限界)が費用対効果理論から設定されることもあり、医学・生物学的な背景をもっているとは限らない。もちろん、疾病の重篤度によって危険度の認識は大きく

異なるし、比較的近未来に起こるのか、ずっと未来に起こるのかも異なる。その意思に対する偏見や医学的に誤った情報も影響する。これらはすでに解説した通りである。最初に述べたように、人間の行動特性を考慮して、確率的な検査データにリスク限界を設けて「正常範囲」と「ハイリスク集団」の2群に分けて対応することも行われている。

予防医学では発病のハイリスク集団を把握することが重要なので、スクリーニング検査により、一定の検査値を危険度が高いリスク限界として設定することが多い。この場合のリスク限界はスクリーニングに要する費用と治療費や福祉に要する費用を比較した費用対効果から設定される。

高齢妊娠のリスク限界値として35歳が基準になることはよく知られているが、背景をご存知だろうか。実は、1970年代に羊水検査を扱った公衆衛生学的な論文<sup>24)</sup>で、ダウン症の発生を予防するために35歳以上をハイリスク妊娠としてスクリーニングするのが最も費用対効果が高いという意見がきっかけである(疫学的には35歳以上の妊娠を羊水検査によりスクリーニングするとダウン症の出生総数の1/3を把握できるという。コラム「集団を対象としたスクリーニング検査と個人を対象とした診断の違いー遺伝子マーカー検査の例」で紹介する遺伝子マーカー検査は全妊娠を対象にすれば1/2のダウン症を把握できる。スクリーニングとしてはより優れているとの判断で、欧米諸国の一部では採用されている)。

このようなスクリーニングの概念であるリスク限界の考え方をそのまま確率の許容値として遺伝カウンセリングの現場に持ち込むと大きな混乱が生じる場合がある。1つの例が、トリプルマーカーテスト<sup>25)</sup>としてよく知られた遺伝子マーカースクリーニングであり、コラム「集団を対象としたスクリーニング検査と個人を対象とした診断の違いー遺伝子マーカー検査の例」で紹介する。

以上、述べたように遺伝カウンセリングの現場で、確率が「高い」か「低い」かの判断をクライエントが遺伝カウンセリングに求める気持ちはよく理解できるが、「10%以上だから高い」と安易な

判断は薬物である。クライエントはその確率を聞いて「不利益の予測とそれを冒した場合の利益の獲得勘定」から行動を決定するのが普通であるが、カウンセリングの立場からの判断ではなく「クライエントの立場」からの決定(自律的な判断)でなくてはならない。クライエントの状況を「共感的に理解」しながら、歪んだり、明らかに間違っていた認知を修正してクライエントが冷静に判断できる

## Column

### ① 集団を対象としたスクリーニング検査と個人を対象とした診断の違いー遺伝子マーカー検査の例

かつてトリプルマーカーテスト<sup>26)</sup>(ダウン症、18トリソミー、神経管異常の3種の先天異常を妊婦の血液からスクリーニングする検査)が「先天異常の出生前診断」として登場し、医療現場で混乱を招いたことがある。その検査は各種のホルモンの値や母親の年齢、その他の身体条件などの数値を入力かし、上記の疾患が生まれる確率を数値で表す検査である。あくまでスクリーニング検査であり、確定診断に用いるのではない。数値化された確率をどのように被検者に伝えるか、大変難しい問題がある。わが国の年間妊娠数(出生数+死産数+人工妊娠中絶数)を150万件としよう。このうち90%(135万人)がこの検査を受けるとすると、15%(20万人)はダウン症を産む確率が35歳の母親の同確率より高くなる。当初はこれを「陽性」と判定していた。陽性と判定された事例の80%が羊水検査を受けたとすると(羊水検査数は16万件)、そのなかから約640名(0.4%)のダウン症がみつかることになる。年間出生数120万人の新生児のなかで約1,200名がダウン症であると考えたと、約半数のダウン症は出生前に診断できたことになる。

年間135万人の同検査や、年間16万件の羊水検査が可能ならばスクリーニングと同じ考えでわが国でも導入が可能であるとの意見がある。イギリス、アメリカの大部分の州など欧米ではすでに導入されている。倫理的に大きな課題があることはもち

ろよう援助するのがカウンセリングの役割である。次のこの技法について触れよう。

### ② クライエントの確率の認識に介入するカウンセリング技術

クライエントが確率を「高く」(あるいは「低く」)認識し過ぎていたため、明らかに「好ましくない行動変容」に結びつく危険性があるとカウンセリングの中であるし、スクリーニング医療の立場からいわれる早期発見早期治療を目的としているとはいえないという意見や、母体保護法に胎児条項を欠くわが国では羊水検査そのものが法的背景の問題があるとの意見がある。社会的にも優生思想ではないかとの批判が高く、わが国では集団を対象としたスクリーニング検査としてではなく、個別の胎児情報に基づいて医療現場に登場した。このことが、現場ですべてオーダーメイド医療の現場では確率がカウンセリングのテーマとなるので、インフォアムド・コンセントの取り方など慎重に工夫しながら研究が進められているが、近い将来、生活習慣病や癌などの分野での遺伝子検査を前提とする予防医学的なスクリーニングの実施が検討される時代が到来するだろう。

また、健康産業(健康食品、サプリメント、美容関係など)でも遺伝子マーカーが商品として登場する可能性が高い。すでに筆者の勤務先には個人の体質を根拠に健康食品やサプリメントを処方するために遺伝カウンセリングを雇用したりという問い合わせがある。遺伝子情報の安易な取り扱い扱いは国民に誤解的な知識をもつスタッフを雇用するという考えは間違っているとは思われないが、すべての企業が遺伝子情報の伝え方の難しさを理解して遺伝子産業に参入するとは思えない。遺伝子マーカースクリーニングの教訓を忘れてはならないと思う。国民の遺伝子情報が進むことを願っている。

ラーが感じた場合は、なんらかの介入が必要である。基本的な考え方についてはこれまでの説明のなかでいくつかが触れているが、ここに一般的な技術をまとめておこう。

1. 確率が「高い」か「低い」かの判断  
 確率が「高い」か「低い」かの判断は問題となっている疾患のEBMに基づいた疾患情報や社会通念が基準になるべきで、カウンセラー自身が持っているかも知れない偏見や行き過ぎた使命感が基準にならないよう注意する。専門施設ではスタッフカンファレンスを開催してこの問題を議論するが、医師がカウンセリングを行う場合は、遺伝カ

ウンセララーや他の専門職の意見をよく聞くことである。

2. クライエントが「高すぎた」認識をしていると感じた場合

まずクライエントが「なぜそのような認識に至ったのか」を探る必要がある。単にクライエントの疾患に対する知識不足が原因の場合が少なくないが、教育歴や職業その他の個人属性、特にクライエント自身の体験、コーピングのスタイル、宗教観や信条が原因で、認識の歪みが生じたと判断できる場合もある。

コラム

確率の説明

クライエントの確率の評価を援助するために、カウンセラーは遺伝病とは関係のない生活に密着した確率を例にとることがある。下記は、お茶の水女子大

学の遺伝カウンセリングコースの学生が、遺伝カウンセリング技術の学習の一環としてまとめたレポートから引用したものである。参考にしていただければ幸いである。

1年間に交通事故(死傷)にあう確率	9/1,000
交通事故にあう生涯確率	0.5 (1/2人)
航空事故にあう確率	1/20万~1/50万
(毎日飛行機に乗ったとして438年に1回)	
溺死する生涯確率	1/400万
年間のがん死亡確率	255.1/10万人(1/400)
がんで死亡する生涯確率	約1/3人
がんに罹患する生涯確率	約1/2人
うつ病の生涯確率	女性 0.25 (1/4人)
	男性 0.15 (1/6.7人)
先天異常(機能欠損を伴う)の発生頻度(年間)	0.033 (自然妊娠)
	0.1 (顕微受精, ICSI)
先天異常(機能欠損を伴わない)の発生頻度(年間)	0.172 (自然妊娠)
	0.241 (顕微受精, ICSI)
乳幼児突然死症候群(SIDS)の頻度	1/4,000人
40人のクラスにあなたと同じ誕生日の学友がいる確率	0.104
雄の三毛猫が生れる確率	1/3万
四つ葉のクローバーの頻度	1/10万

四元淳子: 日常遭遇する様々な「確率」(提出レポート, 2006) より引用  
 参考資料: 国土交通省/厚生労働省/保険会社 and Embryology, その他  
 The 22nd annual conference of European Society of Human Reproduction

3. 疾患に対する知識不足が原因と考えられる場合

教育的な介入を行う。これは医師の本来業務である。専門領域の点で問題があれば専門医にリファースすることはもちろんである。

4. クライエントの特殊な体験が原因と考えられる場合

一種のトラウマが形成されている場合は、心理専門職の協力を仰ぐべきである。いとこ婚のコラムで触れたが、年少の頃、障害者に手を握られたことが障害に対する過度な恐怖感や形成させたと思われるような事例では、クライエントにそのことを話させ、カウンセラーが共感的な理解を行いながら分析していく過程で、クライエントが自分の力で少しずつ考え方を覚えていくこともある。「もしかしら、あれは私には私に親愛の気持を表す表現だったのかも知れませんがね」など言語化するにより、漠然とした不安の不当性にクライエントの障害観を変えようと努力しなくても対話だけで気持ちが変わることは珍しくない。

一般の診療現場では、このような対話をもつとはかなり工夫がいるだろう。病棟では看護師がこのようなカウンセラーの役割をかなり上手に果たしていることもある。また、現代ではインターネット情報(例えば患者の闘病記や子育て日記など)も利用できるが、好ましくない情報も多いので注意が必要である。

5. 確率の考え方に問題がある場合  
 クライエントの確率の考え方に問題がある場合は、理解を助ける援助を行う。すでに述べたように、「対象集団と比較」、「確率がオッズ比か」な

ど、情報提供のあり方に問題がなかったか注意が必要である。いろいろな事象が起こる確率と比べるというのも1つの方法である(コラム「確率の説明」)

6. 共感的理解

遺伝確率の理解が、クライエントの今後の人生により結果をもたらすよう、総合的な援助が遺伝カウンセリングの目的である。情報の提供のみが最終目的ではない。医療も治療も患者の生活の最終目的ではない。疾病の治療が患者の生活のQOLを向上させるから治療が必要なのだというのが現代医療思想の主流である。

とはいえ、医師が日々患者の治療に追われる毎日であることも現実である。せめて遺伝カウンセリングは本来の目的から逸脱しないよう頑張りたい。専門的な援助をかけてクライエントの話を傾聴することである。クライエントの立場になって話を聞いていると、専門的な知識や技術をもった医師であれば必ずクライエントにあった選択がみえてくるはずである。これが共感的理解という手法である。

文献

- Stein Z, Susser M, Guterman AV: Screening programme for prevention of Down's syndrome. Lancet. 10: 305-310, 1973
- 千代豪昭: 遺伝カウンセリング・ワーキング・グループの理論と技術。医学書院。東京 2000
- 佐藤孝道: 遺伝カウンセリング・ワーキング・グループ。中外医学社。東京, 2000
- Baker DL, Schuette J, Uhlmann WR: A Guide to Genetic Counseling. A John Wiley & Sons Publication, New Jersey, 1998

# 遺伝カウンセリングにおける「説得」の理論と技術の応用

千代 豪昭\*

## ① はじめに ①

今回は「説得」の技術を紹介する。紹介する技術は心理学的に裏づけされたものが多く、現代社会ではセールの現場をはじめいろいろな場面でよく知られたものである。

誤解されては困るが、「説得」の技術を遺伝カウンセリングの現場でも積極的に応用してほしいというわけではない。もともと、遺伝カウンセリングは、クライアントに役立つ情報を提供し、クライアント自身で自律的に選択できるように援助する過程である。「自律的な選択」を重視し、無理な「説得」は禁物なのである。もしクライアントが明らかに好ましくない選択をしようとしている場合は、カウンセラーは「共感的な理解」によって、クライアントがなぜそのような選択をするのか背景を探り、周囲の環境を調整することにより好ましい選択に導くというのがロジャースのカウンセリング技術の基本である。無理な「説得」はカウンセラーの独善的な意見をクライアントに押し付け、クライアントにとっては大きな迷惑となる。遺伝カウンセリングと違って、一般のマーケティングセールスなどのセールス現場における「説得」は、必ずしも購入者の利益を目的に行うものではない。セールスにも倫理はあるだろうが、購入者に一時的な錯覚を起こさせ、「その気にさせる」のが

目的の場合も少なくない。

しかし、コラム(次頁)でも紹介したように、クライアントの偏見が明らかで、どうしてもクライアントの行動を支持することができないときや、緊急的に危機介入を行わねばならない場合には遺伝カウンセリングによる「説得」が必要になる。また、人はどのようなときに「説得されやすいか」を知っておくことは、クライアントにとって其の自律的な選択をめざす遺伝カウンセリングとしても必要であろう。このような考えから「説得」のポイントを紹介してみた。

## ② 「説得」の技術 ②

1. 「説得」しようとする前に  
第2回連載の「遺伝カウンセリングの目標と準備」で「好ましい行動変容を患者に起こさせるための準備」について詳説した。しっかりとクライアントの生活にかかわる環境を調整できれば、経験ある医師による遺伝カウンセリングは順調に進むはずである。技術的にも、ロジャースのカウンセリング論による3つの基本的原則に注意するだけで特に「説得」の技術が必要となる場面は少ないはずである。  
クライアントの選択がカウンセラーの目からは好ましくないと感じたときは、まずカウンセラーの「共感的理解」が十分であったかどうか反省し、

How to use the persuasion skills in the genetic counseling?

\* *Hideochi Chyo* お茶の水女子大学大学院人間文化研究科特設遺伝カウンセリングコース  
別刷請求先: 千代豪昭 (ちよ・ひであき) 〒112-8610 東京都文京区大塚2-1-1 お茶の水女子大学大学院人間文化研究科特設遺伝カウンセリングコース



「好ましい行動変容を患者に起こさせるための準備」を1つずつ再チェックしてみてほしい。決して無理に「説得」してはいけない。逆にクライエントの行動変容が容易に起こりすぎた場合は、クライエントとの対話のなかでカウンセラーが「説得」をしてしまったのではないかと反省しなくてはならない。

2. 信頼感あるカウンセラーの印象を強化する  
初対面から終了に至る対話過程を通じて、カウンセラーはクライエントの信頼性を獲得する努力をする。いったんクライエントの信頼の獲得に成功するとカウンセリングはスムーズに行われるし、クライエントの行動変容が確実なものになりやすいからである。もちろん、信頼性を獲得するために提供される「情報の質」と「対話技術」が重要であるが、そのほかにもカウンセラーの人物、親しみやすさ、社会的な地位、評判、年齢、性別など、多くの条件が影響する。カウンセラーは自分と合ったスタイルを利用してはならない。さて、せっかく獲得したカウンセラーに対する信頼感であるが、時間がたつとクライエントの記憶から薄れていくことを知っておかねばならない。信頼感あるカウンセラーの印象と、その記憶内容がクライエントの記憶のなかで「連結している」のは比較的短時間の間だけで、時間がたつにつれ、両者は分散していく(分離仮説)。クライエントの決心が簡単にぐらついたり、「再説得」されってしまうのはこのような理由である。1回きりのカウンセリングでは行動変容が長続きしないことが多い。クライエントのしつかりした行動変容を期待するなら複数回のカウンセリングと、1, 2か月後にブースター効果をめざしたカウンセリングを行うべきである。多忙な医師がこのような時間をとることは難しいので、電話によるフォロー・カウンセリングも効果がある。

遺伝医療の専門施設では、フォローをカウンセラー以外の職種(看護師その他)が担当することもあり、その目的は必ずしもフォロー・カウンセリングではないが、担当者が「カウンセリング内容とカウンセラーの人格は1セット」であることと理解していいないと上記の分離現象を促進すること

とがある。フォロー担当者が「カウンセラーからのメッセージを伝える」などとして、クライエントにカウンセラーの記憶を蘇らせるカウンセリングの効果が続くしやす。カウンセラーの名前を一度も出さなかったり、逆にカウンセラーの批判をしたりするとカウンセリングの効果を弱める結果になる。

3. 相性の悪いクライエントへの対応: スリーパー効果の応用  
遺伝カウンセリングとクライエントの「相性」が合わないこともある。初対面でのぎこちなさが最後まで尾を引く場合や、カウンセラーのちよつとした言動・仕草がクライエントの気分を害すこともある。対話しているうちに、価値観の大きな相違にカウンセラー、クライエント双方が気づくこともある。特にロジャー型と遺伝カウンセリングは人格同士の交流があるため、情報提供型の一方通行と違って「相性」が問題になりやすい。ただ、クライエントの気持ちが変わりにくい一方通行型のカウンセリング(?)よりは「相性」の悪さを自覚できるカウンセリングのほうが効果を予測できる利点がある。

カウンセラーに対する嫌悪感がクライエントに芽生えると、クライエントは最善と思っている選択をあえて拒否する場合がある。嫌悪感とまではいなくても、カウンセラーの人格がクライエント自身の人格と違ふことに気づいたクライエントは、カウンセラーへの期待・依存態勢から自己復帰の強い意志が働き、カウンセラーの提案をあえて拒否したり、反動的に「拒否」したりする場合がある。皆さんも記憶があるかも知れないが、テレビを見ていて「そろそろ、明日の宿題をやらねば……」と思っていたとき、親から「遊んではかからないで、勉強しなさい」と言われると、かえって反対の決断をしてしまった思い出があるだろう。ブーメラン効果と呼ばれるが、このような拒否は時間がたつととに戻ることが多い。同様のことは遺伝カウンセリングでもしばしば起こる。  
クライエントが健全な自己と強い自立心を持っている点を客観的に評価するべきで、決して「あ

きらめたり」、「喧嘩別れ」してはならない。「もうどうなっても私には責任がありませんからね」などの捨てぜりふは最悪である。心理学ではスリーパー効果と呼ばれるが、カウンセリング終了後、ある程度時間がたつと、敵対していたカウンセラーの人格の印象が薄れ、クライエントは冷静な判断により「好ましい選択」へ向かうことが多い。このような成り行きに気づいたカウンセラーは、クライエントに対する感情を抑えて、誠実に中立的な説明を行い、情報提供に徹することである。セカンドオピニオンを求めるよう勧めるのも1つの方法であろう。クライエントがカウンセリングの人格を意識して好ましい選択に抵抗しているのではないかと感じた場合は、「説得」は禁物である。

4. 自己確立が強い顧客の説得  
一般に「好みがはっきりしていない(すなわち、自己確立が曖昧な)顧客を説得するほうが簡単であるといわれている。他人の意見に左右されたり、その場の雰囲気や流されやすい性格が背景にあるからである。流行に敏感な世代や逆に新しい時代に取り残され感を持っている世代に自己確立が弱い者が多く、セールスマンの流れるような弁舌や、説得技術が効果を発揮することが多い。

一方、自分に自信を持ち、しつかりと自己確立している顧客を説得させるには別の技術が必要となる。このような顧客は経験的に自分の目で確かめながら選択を行う癖がついているので、セールスマンの話を嚙呑みにすることは少ない。このようにときにセールスマンが使う技術は、「相手の自己意識の強さ」を逆に利用することである。このような顧客は「自分は他人とは違う」という自己復帰の願望が絶えず働いているので、セールスマンから自分の自己を認めたらうと(たとえそれがお世辞でも)、ついストレスが解けておおらかな気分になってしまう。この瞬間に契約を結んでしまふのである。  
このようなタイプは一般に、社会的な成功者、指導的立場にある者、教師、学者など知識階級に属する人間に多いといわれる。セールスマンは相手がこのタイプの場合は「相手の人格を尊重」す

る態度を取らなくてはならない。顧客の「体験」や「地位」について「お世辞」や「おべつつか」攻撃も効果がある。「あなたのような経験豊富な方に私が説明することではありませんか……」で、むしろ意外に簡単に契約がとれるというのである。独居老人がキヤッチセールスに引っかけやすいのは「話し相手がない」老人特有の寂しさが背景にあるといわれているが、「若い頃はあんなに立派だった」老人が簡単に詐欺に引っかけられるのはセールスマンの巧みな説得技術も影響しているであろう。

さて、この「説得」技術は遺伝カウンセリングでも知っておいたほうがよい。遺伝カウンセリングを訪れるクライエントは医学や遺伝学の素人ばかりではない。クライエントが遺伝学の研究者、生物学の教師、医師その他の医療従事者の場合もある。専門職でなくてもインターネットの発達で、たくさんの情報を持っているクライエントもいる。また、自尊心が非常に強いクライエントもいる。遺伝病が多発している家系であるが、自分の社会的地位と家柄の良さをことさらに強調するクライエントにカウンセリングしたこともある。このようなクライエントを相手に遺伝カウンセリングを行うときは、上述のセールスマンの技術を借りるとよい。お世辞を言う必要はないが、相手の自尊心を傷つけることは禁物である。むしろ注意しなくてはならないことは、相手が専門職だからといって、知識や理解力を過信しないことである。相手が医師であったため、つい専門用語を交えた情報提供を行い、後になって「理解が不十分」であったことに気づき、あわてた経験がある。

5. クライエントのコーピング・スタイルを探る  
これは「説得」技術というより、遺伝カウンセリングの常套技術である。障害の受容など、「受け入れたい事実」の受容を援助する場合にはクライエントの自己対処機制(コーピングメカニズム)を探る必要があることはすでに述べた。カウンセリングに時間がかかるが、いずれまでに遭遇した困難な出来事をクライエントがどのように克服してきたか、過去の体験を語らせるのである。一般には「逆境の体験」が豊富なクライエントほど、受

