

第107回日本精神神経学会学術総会

教 育 講 演**外来精神療法としての森田療法——その理論と技法——**

北 西 憲 二 (森田療法研究所・北西クリニック)

1990年代から時代の要請を受ける形で森田療法は外来精神療法がその実践の中心となった。森田療法が問わない（不問）から問うこと、そして対話型の精神療法へと変化し、同時に治療プロセスや治療者患者関係、介入技法について検討が加えられるようになった。

森田療法の人間理解の原則は、関係から現象を理解し、死の恐怖と生の欲望のダイナミズムからわれわれの経験を把握し、その基盤に東洋的自然論を置くことに特徴がある。

筆者は、森田療法の自然論に基づき、自己を自己意識、身体、内的自然の連続的なものと捉える。そして私たちが苦悩に陥っている状態を、自己意識の肥大と身体、内的自然の卑小さ、あるいはそれらの不調和と考える。

治療技法の原則は、肥大した自己意識（「べき」思考）を一方で削り、他方で生活世界への行動的関わりを促すことにより、身体、内的自然（感情、欲望）をふくらますことである。具体的な介入方法は2つである。1つは、「けずること」で、「受容の促進」（自己の経験を価値づけしないこと、コントロールの断念）への介入である。他は、「ふくらますこと」で「行動の変容」（生活世界を直接経験すること）への介入である。そして治療者はこの2つを組み合わせ、介入を行う。

外来森田療法の治療プロセスは、2つの段階に分けられる。第一段階は、症状をめぐる介入で、症状は「流動すること」を体験してもらう。次は自己をめぐる段階で、そこでは現実の自己をありのままに受け入れ、そして生かすことができるように介入を行う。それが治療目標の「あるがまま」である。

＜索引用語：外来森田療法、技法、受容、行動、あるがまま＞

Morita Therapy in a Form of Outpatient Psychotherapy: Its Theory and Technique

Begging in the 1990s, Morita therapy has shifted its principal setting of practice to outpatient format to accommodate the changing needs of the era. Morita therapy has shifted its “Fumon” (strategic inattention) stance to “attending to”, and evolved into more dialogue-based psychotherapy. At the same time, much attention has been paid to examine its treatment process, therapist-client relationship, and intervention techniques. The characteristic features of the principles of human understanding in Morita therapy reside in its unique angle to understand phenomena from relations, conceptualize our experiences from dynamism between fear of death and desire for life, and situate Eastern view of nature as its foundation. In accordance with the Moritian view of nature, the author conceptualizes self as a product of continuous relationship between self-consciousness, body, and internal

第107回日本精神神経学会学術総会＝会期：2011年10月26～27日、会場：ホテルグランパシフィック LE DAIBA、
ホテル日航東京

総会基本テーマ：山の向こうに山有り、山また山 精神科における一層の専門性の追求

教育講演：外来精神療法としての森田療法——その理論と技法—— 座長：丹野 義彦（東京大学大学院総合文化研究科）

nature. The author also conceptualizes a state in which we find ourselves in suffering as resulting from inflated self-consciousness, puniness of body and internal nature, or broken harmony amongst them. The fundamental principle of Moritian therapeutic interventions is to “trim” such inflated self-consciousness (Should-/Ought-to Thinking), while “inflating” body and internal nature (emotion, desire) by facilitating patients’ behavioral engagement in their day-to-day life world. Concretely speaking, there are two intervention methods. One is to intervene by “trimming” to facilitate acceptance (and not to make value judgment on self-experience, and to give up futile attempt to control affective experience). The other is to intervene by “inflating” to facilitate changes in behavior (and to experience day-to-day life world directly). Morita therapists intervene by integrative use of these two approaches. Treatment process of the outpatient Morita therapy can be divided into two stages. The first stage revolves around intervention of symptoms and fosters patients to experience the “fluidity” of their symptoms. The next stage revolves around self and fosters patients to accept themselves in reality as they are and to make the most of him/herself. The goal of Morita therapy is to achieve such state of “Arugamama” (being “as~is”).

<Key words: outpatient Morita therapy, acceptance, behavior, arugamama>

はじめに

森田が入院森田療法を始めたのは1919年で、伝統的に森田療法は入院治療を指していた。それは臥褥期、軽作業期、作業期、社会復帰期からなり、ここでは患者の訴えを取り上げないこと（不問）と作業を中心とした行為的体験を重視する。

しかし1990年代後半から時代の要請を受ける形で森田療法は外来精神療法がその実践の中心となった。森田療法が問わない（不問）から問うこと、そして対話型の精神療法へと変化し、同時に治療プロセスや治療者患者関係、介入技法について検討が加えられるようになった。

日本森田療法学会では、1995年に森田神経質の診断基準¹⁾、2009年には外来森田療法のガイドライン¹⁰⁾を作成した。これによって対象の病理をどのように抽出し、それについてどのような介入を行うか、の大枠が示されたことになる。また講義とケース・スーパービジョンを組み合わせた森田療法セミナーが1998年から始まった。

ここでは、入院森田療法と外来森田療法との比較を行い、外来森田療法を展開するために明らかにすべき点にまず触れる。次いで森田療法の基本的人間理解を示し、それに基づいた自己の構造を明らかにする。そこから「とらわれ」と「あるがまま」とは、どのように理解されるかを述べ、外

来森田療法の具体的手順について説明する。

1. 入院森田療法と外来森田療法との比較

入院の治療構造は、遮断的環境での治療の手順が決まっており、外来は個人精神療法で、その患者の病理や状況に合わせて治療を進めることができる。入院では、不問（患者の訴えを取り上げないこと）と行為的体験とが組み合わされるが、外来では対話と治療的介入が主となる。入院治療は、とらわれが強固で直接的体験を必要とするものが適応となり、外来ではより幅広い対象への治療が可能となる。対象は、神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害、気分障害、中でも持続性気分障害（ICD-10）などを中心に、さまざまな領域でのとらわれた人たちである。

外来では患者の病理の見立て、ラポールの形成、介入とそのプロセスが重視されるが、入院では患者の健康な部分に一気に働きかけ、展開させると理解されてきた。治療期間は入院では数ヶ月で、外来ではしばしば年余にわたる。しかし退院後の再燃を防止し、さらに自覚を深めるには、同じように比較的長い時間の治療者との接触が必要であることもわかってきた¹³⁾。

森田自身が退院患者を中心に形外会を作り、そこで経験交流を行ったのは、再発予防と患者の自

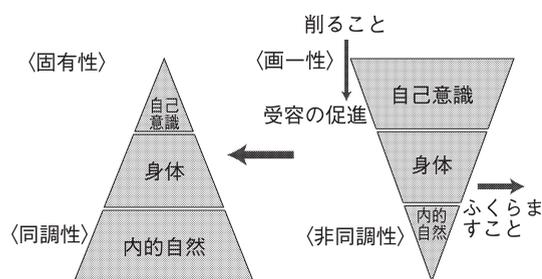


図 自己の構造と治療論

覚を深めるのに役に立ったものと思われる。外来では治療後期にそのような作業を行う。

2. 森田療法の基本的人間理解と自己の構造

外来森田療法を展開するには、基本的な人間理解、それに基づく精神病理の抽出と介入法を意識化し、それに基づいて治療を行うことが要請される。

1) 3つの原則

森田療法では以下の3つの原則に基づいて患者の問題を理解し、治療的介入を行う²⁾。

i) 自然論——自然対反自然の枠組みから患者の病理を理解する

森田療法では生活世界に関わるときに生じる心身の体験反応は自然であり、それを「あってはならないもの」とし、操作しようとする心の態度(反自然なあり方)が問題であると理解する。これが森田のいう思想の矛盾である³⁾。その中心は、「あってはならないもの」と決めつける「べき」思考で、それが外来森田療法の介入の焦点の1つとなる。

ii) 人間の存在を恐怖と欲望の対から理解する

森田は人間の経験の基礎に死の恐怖と生の欲望を置いた⁴⁾。治療者の行う介入は、2つの軸に沿って行う³⁾。症状や自己や現実世界(死の恐怖)をありのままに受け入れること(受容の促進)、他は見失っている生の欲望を治療者と一緒に見つけ出し、行動を通し生活世界に発揮できるように

援助する(行動の変容)。

iii) すべての問題は関係の中から生じてくるこの視点から悪循環(とらわれ)を抽出する。

2) 自己の構造(図)

筆者は、森田療法に基づき、自己を、自己意識、身体・内的自然(これらは無意識レベル)の連続的なものと理解する³⁾。無意識のレベルでは外的自然、生活世界と同調し、自己意識はそれと調和を保ちながら、固有の生き方を行う。

私たちが苦悩に陥っている状態を、自己意識の肥大と身体、内的自然の卑小さ、あるいはそれらの不調和と考える。その肥大した自己意識の中心は「べき」思考である^{2,3)}。そこでは自己意識は画一的となり、無意識のレベルでは外界に対して非同調的となる。この図から外来森田療法の介入方法を考えていく。

3. とらわれとあるがまま

1) とらわれの構造

新福¹²⁾はとらわれの心理を「不安になった自己が自己自身を観察し、意識し、それを承認できないでもだえているような内向的、非行動的なありかた」として描き出した。とらわれとは、2つの要因から構成される。1つは不快な心身の状態に自己の注意が引きつけられ、視野狭窄という様相を呈している。それと共に、それを承認できない、それを何とかしたい、という力動が働いている。

生活世界の刺激から、あるいは内的葛藤によって私たちの固有の心身の不快な反応が現れる。そのような反応や自己のあり方では今の生活世界に適応できない⁴⁾と考え、それを何とかしようとする。この心身の不快な反応に注意が引きつけられ、そのためにその反応がより鮮明となり、さらにその注意が引きつけられてしまう(精神交互作用)⁵⁾。そこには「あってはならない」と抗う「べき」思考がこの悪循環に深く関与し、それが注意と反応の悪循環を強めていく。それしか考えられないような視野狭窄状態となる。それが逆三

角形を強めていくのである。

他の方向は、患者が何か行動を起こそうとすると、さまざまな考えが浮かび、行動したら、人と接したらどうなるのか、それをどうするか、などとぐるぐると考えが回る。そしてネガティブの結果を予想し、戦慄し、恐怖を覚え、落ちこみ、それを受け入れられない。この2つから「とらわれ」が形成される。

2) あるがままの二面性と介入方法

森田はあるがままについて、次のように述べる。「要するに、人生は、苦は苦であり楽は楽である。『柳は緑、花は紅』である。その『あるがまま』にあり、『自然に服従し、境遇に柔軟である』のが真の道である」⁷⁾

「私はこれをひっくるめて、『欲望はこれをあきらめざる事はできぬ』と申して置きます。これで、私はこの事と『死は恐れざるを得ず』との2つの公式が、私の自覚から得た動かすべからざる事実であります」⁶⁾

それらをまとめると次のようになる。

- i) 恐ろしいものは恐ろしい、それはどうしようもない心の事実であり、そのまま受け入れ、経験することがあるがままの1つの側面である。
- ii) その苦悩になりきったときに、それと連動して生きる欲望が自覚され、生活世界での行動として発揮されるようになる。この2つが密接に関連しながら、私たちの生きるダイナミズムを形成する。
- iii) それは常に変化し、流動する経験であり、全体的で、創造的な変化である。

これがあるがままの経験で、常に2つの面を含み、ダイナミックなものである。しかもこれは臨床的事実であり、患者が治療のターニングポイントで経験する。

4. 治療技法の基礎——あるがままに至る道

1) 外来森田療法のガイドライン¹⁰⁾

このガイドラインでは、「感情の自覚と受容を

促す」「生の欲望の発見と賦活」「悪循環の明確化」「行動指導」「生活の見直し」の5つのカテゴリーが基本的構成要素として挙げられている。ここで重要なことは、「悪循環（とらわれ）の明確化」とそれに対する介入として、「感情の自覚と受容を促す」（受容の促進）と「生の欲望の発見と賦活」（行動の変容）であり、これらをめぐって治療は展開する。

2) 「べき」思考への介入

とらわれを打破して、あるがままにいたるには、2つの領域への介入を通して行われる。森田は「あるがまま」を次のように述べる。

「かくあるべしという、なお虚偽たり。あるがままにある、すなわち真実なり」⁸⁾

あるがままに至るには、かくあるべし（「べき」思考）の修正が必要だと指摘する。つまり森田療法の介入の焦点の1つが、肥大した自己意識、「べき」思考を「削ること」（受容の促進）に向かうのである。

高良は次のように述べる⁴⁾。

「『あるがまま』の第一の要点は、症状それに伴う苦悩を素直に認め、…そのまま受け入れることである。第二の要点は、…本来持っている生の欲望にのって建設的に行動すること…」

高良のいう第二の要点が、あるがままに至る他の介入の領域を示している。それが生の欲望と関連した行動への介入である。

3) 行動への介入——世界に直接関わること

ここで「あるがまま」と関連して述べている行動は、生態心理学のいうアフォーダンス理論と重なる部分が多い¹¹⁾。直接、判断なしに生活世界に踏み込み、そこでアフォードされる資源を知覚し、認知し、それが次の行動を生み出す。その行動がまた新たなアフォードされる資源を知覚し、認知を生んでいく。そこでは行動と環境が一体となり、その時々行動を生み出していくダイナミックな関係である。

それが森田療法の「あるがまま」に至るもう1

つの方法であり、それを筆者は「ふくらますこと」と呼び、そのためには「行動の変容」への介入が必要であるとした³⁾。そして「べき」思考の相対化（「削ること」）なしには、このような自在な行動は困難で、またこの「行動の変容」を通して「べき」思考の相対化がなされる。

5. 治療プロセス²⁾

1) 治療者の役割と治療導入

治療者は、生活世界に圧倒され、無力感にさいなまれていた患者と世界の間を杭を打つ存在として機能することになる。治療者は、①世界に圧倒されている患者に回復とそこに至る筋道を示すこと、②治療的関係を結び、維持し、患者の現実の問題に積極的に関わること、③それを生活世界で実際に経験してもらい、それを明確化し、患者が生活世界に直接関わっていけるように援助する。

治療の導入時には、①「過剰な生き方」（過剰な自己意識）のしんどさへの共感を示しつつ、②「悪循環」を明確にし、③「生きる欲望の空回り」に触れながら、恐怖にとらわれ、本来の「生の欲望」が発揮されていないことを明確にし、4)「できないこと」は受け入れ、「できること」に取り組むこと、などを伝えていく。

2) 治療初期から中期——症状をめぐる

i) 削ること（肥大した自己意識・「べき」思考への介入）

治療者は症状、苦悩の「受容の促進」（価値づけしないこと/コントロールの断念）を促す介入を行う。

①症状・感情をありのままに経験すること

患者に、症状と戦わないこと（コントロールの断念）、待つこと、そして症状を抱えること（価値づけしないこと）を伝え、それを生活の場面で実践してもらう。

②イメージと現実を分けること

この介入は、強迫性障害、慢性抑うつ患者に有効である。自分自身の五感を信じること、自分の決めつけたイメージと現実（直接経験）を分け

ること、そしてシミュレーション（予期不安）を棚上げして、現実世界に踏み出すことを勧める。

ii) ふくらますこと（卑小化した内的自然、自在な行動への介入）

これは「受容の促進」と対となり、「行動の変容」（直接生活世界に入り込む/そこでの経験から離れないこと）に治療者が介入する。

それは、①注意を生活世界に向けること、②気分と行動を分ける（行動が気分を変えることを学ぶ）、③生活世界に踏み出すこと（考えることより経験すること）、④感じから出発する（アフォーダンス理論）、⑤行動と生の欲望を結びつける、などである。

「削ること」と「ふくらますこと」への介入を連動して行い、患者に生活世界で直接経験をしてもらい、それを面接、日記で明確化する。

3) 行き詰まりと乗り越え

以上の介入から、患者は次第に症状のとらわれから抜け、生活世界の活動範囲が広がってくる。患者は「目の前の世界が広がった感じ」などと表現する。それで治療が終了する場合もあるが、ここで少なからずの患者は行き詰まる。そして症状の再燃、あるいは重要な他者との葛藤が表面化する。それがむしろ次の治療の段階を準備する。治療者は、行き詰まりを率直に認め、治療の初期の原則を患者と一緒に検討し、その深化を促していく。患者は肥大した自己意識のあり方に気づき、自分自身の生き方をめぐる治療が展開していく。

4) 治療の中期から終了——自己のあり方をめぐって

i) 受容の促進（価値づけしないこと/コントロールの断念）に取り組む

面接は行き詰まりを乗り越え、次第に穏やかなものになっていく。治療者は、感情・他者・現実の操作できないこと、不完全な自己・現実の受容の勧め、「べき」思考の相対化（完全主義、肥大した自己愛の修正）などを患者の生活体験にそって明確化し、その内在化を促進する。

ii) 行動の変容 (生活世界を直接経験すること) に取り組む

直接体験として生活世界に入り込む (自在な行動の勧め), 生の欲望と行動を結びつけることなどの介入を行う。

iii) あるがままの二面性を知る (ありのままの自己を受け入れ, 欲望と恐怖のダイナミズムを知る)

患者が現実の生活に取り組み, 自己の欲望と恐怖の二面性を経験できるように介入する。治療の最終段階である。生きることは苦悩を引き起こすが, それを引き受けざるを得ない, 他方欲望はあきらめられない (固有の生き方の追求) ことの実践を促進する。

5) 治ること——森田の理解⁹⁾

森田は, 治るレベルを次のような3段階に分けた。

第一段階は, 「気分の悪いまま, こらえて働く」で, 不安を持ちながら, 目の前のことに取り組むことができる段階である。

第二段階は「気分の悪い時は, いやなものである。また気分のよい時は, 朗らかなものである」という事実をそのままに認める。「事実唯真を知る」である。これは「べき」思考の相対化と現実の自己をありのままに受け入れることができる段階である。

第三段階は「この苦楽の評価の拘泥を超越して, ただ現実における, 我々の「生命の躍動」そのものになりきって行く。『善悪不離・苦楽共存』を知る」である。これは死の恐怖と生の欲望のダイナミズムを実感し, 自在な生き方が可能な段階である。

しかしこれらは固定したものでない。治療の終了後も, 第一段階から第三段階までを行きつ戻りつしながら, その人の生涯を通して続いていく体験である。特に第三段階は中高年, あるいは死を間近に感じた時に達する心境であろう。青年期は第一段階で十分であろうし, 人生の経験を積むうちに第二段階に達する場合もあろう。

文 献

- 1) 北西憲二, 藍沢鎮雄, 丸山 晋ほか: 森田神経質の診断基準をめぐって。森田療法学会誌, 6; 15-24, 1995
- 2) 北西憲二: 我執の病理—森田療法による「生きること」の探求。白揚社, 東京, 2001
- 3) 北西憲二: 森田療法を学ぶ。第3回森田療法の基本的考え方—自然/反自然の枠組みから。精神療法誌, 37; 627-634, 2011
- 4) 高良武久: 森田療法のすすめ。白揚社, 東京, 1976
- 5) 森田正馬: 神経質の本態と療法。白揚社, 東京, 1928/1960
- 6) 森田正馬: 第12回形外会。森田正馬全集 (高良武久編集代表), 第5巻。白揚社, 東京, 1931/1975
- 7) 森田正馬: 第18回形外会。森田正馬全集 (高良武久編集代表), 第5巻。白揚社, 東京, 1932/1975
- 8) 森田正馬: 生の欲望。森田正馬全集 (高良武久編集代表), 第7巻。白揚社, 東京, 1934/1975
- 9) 森田正馬: 第56回形外会。森田正馬全集 (高良武久編集代表), 第5巻。白揚社, 東京, 1936/1975
- 10) 中村 敬, 北西憲二, 丸山 晋ほか: 外来森田療法のガイドライン。森田療法学会誌, 20; 91-103, 2009
- 11) 佐々木正人: アフォーダンス—新しい認知の理論。岩波書店, 東京, 1994
- 12) 新福尚武: 神経症説としての森田説と分析説との関係。精神医学, 1; 475-488, 1959
- 13) 鈴木知準, 鈴木 龍: 入院森田療法をうけた神経症患者の追跡調査。精神経誌, 10; 666-678, 1979