

第112回日本精神神経学会学術総会

教育講演

うつ病の森田療法・再考

中村 敬（東京慈恵会医科大学附属第三病院精神神経科/森田療法センター）

うつ病の患者に対する、森田療法に基づく養生指導と入院療法について概説した。次いで森田療法と、「第三世代」の認知行動療法に位置づけられる行動活性化療法（BA）およびマインドフルネス認知療法（MBCT）との異同について検討した。森田療法によるアプローチは、少なくともうつ病治療のある時期からは建設的な行動を増やしていくことが有効だと考える点でBAとの共通性がある。また森田療法では「あるがまま」が、MBCTでは“being mode”が強調されるように、森田療法もMBCTも思考や感情をあるがままに受容することで悪循環（“doing mode”）からの脱出をはかる点で共通している。しかしながら森田療法家はBAの治療者と比べて、休息の必要性に一層注意を払い、回復の時期を考慮しながら行動を促すタイミングをはかっている。また森田療法では、MBCTのように注意を呼吸や身体感覚に集中させる特別の瞑想トレーニングを行うのではなく、あたり前の生活の実践を通して自然に注意が転換されるよう導いている。

森田療法と「第三世代」の認知行動療法との間には、文化的背景の違いに加えて、それぞれが依拠するうつ病モデルの相違が認められる。BAは、正の強化の不足と不快体験の回避行動による負の強化をうつ病の基本的病因とみなしている。また認知理論では、患者の認知、感情、行動が悪循環をなしてうつ病を発展させるというモデルに基づいており、この点ではMBCTも従来の認知療法と同様の病因仮説に依拠している。このように心理学的うつ病モデルに基づくことから、BAもMBCTも主として臨床心理士によって治療が実施されてきた。他方わが国では医師が薬物療法を行いながら精神療法的アプローチを実施する場合が大半である。その際の準拠枠は、内因性うつ病を念頭においた医学的モデルであり、森田療法によるうつ病治療も、広義の医学モデルに基づいている。ただし狭義の医学モデルが病因の同定と除去を目標とするのに対し、森田療法では病因よりも回復過程に着目し、自然な回復力を助長することに主眼をおくという点で、「レジリエンス・モデル」と呼ぶ方がより適切であるかもしれない。

<索引用語：森田療法，行動活性化療法，マインドフルネス認知療法，うつ病，レジリエンス>

はじめに

わが国のうつ病臨床においては、抗うつ薬を中心とした薬物療法とともに、十分な休息をはかることが治療の基本とされてきた。広く普及しているうつ病の小精神療法（笠原）においても「病気

であることを言明し、なるべく早く休養生活に入らせること」が強調されている⁴⁾。しかしながら近年、こうした対応にはエビデンスによる裏づけのない「休息神話」だといった批判が向けられ、見直しの気運も生まれている。果たしてうつ病の

治療において休息は無用なのだろうか？

たしかに休息の効果を示す実証的研究を目にしたことはあまりない。だがそもそもわが国では、うつ病の治療法、とりわけ心理社会的アプローチに関する実証的効果研究自体が少ないのであり、エビデンスとされる多くは欧米の研究に依拠したものであることを忘れてはならない。そこで留意すべきは、DSMのクライテリアと同様にうつ病と診断されたとしても、欧米の症例とわが国の症例では発症の背景に相違がありうるという点である。過労を契機に発症することの多いわが国のうつ病事情を考慮するなら、十分な休息を指示することにはそれなりの経験的根拠があるといえる。

もちろんうつ病治療の始めから終わりまで、休息だけで済ませればよいというわけではない。著者らが実施してきたうつ病の森田療法では、回復の時期に応じて徐々に休息から活動モードへと転換を促すことが鍵になる^{9,10)}。

本稿では、うつ病の森田療法について概説するとともに、「第三世代」の認知行動療法に位置づけられる行動活性化療法やマインドフルネス認知療法と森田療法との異同を明らかにしたい。

1. うつ病の森田療法的養生指導

うつ病のおよそ7割は抗うつ薬の服用と休養生活によって速やかに回復に向かう。だがうつ病の受診者が増加するにつれて、残りの3割、すなわち標準的な治療を行っても経過が遷延する症例が、看過できない問題になってきた。うつ病の遷延化にはさまざまな要因が関与しているが、元来の性格傾向に裏打ちされた「病に対する患者の態度」もその1つである。従来のうつ病に典型的な病前性格として執着気質およびメランコリー親和型性格が知られているが、これらの性格には几帳面、仕事熱心などの共通特徴がある。その上、一部の執着気質やメランコリー親和型性格の人々は、神経質に類似した「かくあるべし」の姿勢が目立ち、それがうつ病の回復過程で焦りや無理をもたらす、遷延化の一因になる。そこで、こうした「病に対する態度」を転換させ、自然な回復過

程を促進していくことが精神療法的課題になる。そのような方向性が、「養生」の視点に立ったアプローチにほかならない¹⁰⁾。

中井久夫らによれば、養生とは「自然回復力のある疾患において、できるだけ有害な要素を除き、疾病過程および回復過程自体から悪循環を発生しないようにしつつ、その疾患をベストフォームにおいて経過させること」⁸⁾である。(内因性)うつ病が自然回復の経過を辿る疾患であることは周知のとおりである。また森田正馬も、自然回復過程を促進するという観点を治療観の根本におき「凡そ病の療法は此自然良能(=自然治癒力)を幫助して、之を發揮増進せしめ」ることだと述べている⁷⁾。

このような視点に立つて、著者はうつ病の患者に対し、「あるがまま」という森田療法の立脚点をキーワードにした養生法を提唱してきた^{9,10)}。ここでいう「あるがまま」とは、まずうつ病に罹っているという現実を受け入れ、悪循環を招かぬよう回復の時期に相応しく生活を調整していくことである。そして回復期には徐々に休息から活動に移行し、「生の欲望」を無理なく発揮して心身の健康な働きを助長していくことである。そのような活動はさらなる自然回復を促す契機になるからである。

以下、うつ病の各時期に応じた養生指導の一部を紹介する。

1. 極期の養生

- ①この時期には、何かをすることによって状態の改善をはかろうとしようまくいかない。極期には休息を得ることを最優先にして、そのための環境を整えることが重要である(「果報は寝て待て」)。
- ②うつ病からの回復には、全経過を通して通院、服薬が欠かせない。養生の実践は、薬に頼らず自力で回復をはかるという意味ではないし、自力で克服しなければ、という発想は「かくあるべし」になって、自分を追い込むことになりやすいのである(「通院、服薬は欠かせない」)。

2. 回復前期の養生

- ①うつ病の症状にやみくもに抗うのではなく、状態に応じて活動と休息のバランスをはかることは、養生の基本である。とはいえ、うつ病の症状は目に見えないだけに自己判断が難しい。そこで1つの手がかりとして、うつ病特有の「疲労感」を目安におくことを勧めている。疲労感が強いときは休息を主とし、それが軽いときは手のつけやすいことから行動してみる、というように（「臨機応変」）。
- ②この時期には徐々に健康なエネルギー（生の欲望）が回復してくるものの、まだその力は弱い。したがって芽生えたばかりの欲求を「かくあるべし」に絡め取られずに自然に発揮していくようアドバイスすることが大切である。例えば「少し外の空気を吸ってみようか」といった気持ちが芽生えたら、外をぶらぶら歩いてみる。「もうちょっと足を伸ばしてみようか」という気になったら、その「感じ」に身を委ねてみる。そのようなささやかな体験が、この時期にはさらなる行動のはずみになりうるからである（『～たい』を実行に移す」「初一念」）。

3. 回復後期の養生

本来の状態の60～70%くらいまで回復した頃の心得である。

- ①ここまで回復してきたら、生活は規則的に整えた方がよい。起床、就寝、食事の時間は大体一定にして、徐々に建設的な行動を増やしていくのである（「生活の形を整える」）。
- ②うつ病の人々は過去の後悔にとらわれ、また未来を憂慮して日々を送りがちである。それだけに今できること、目前にあることをひとつひとつ実行し、現在に目を向けることが重要なのである。60%の回復状態なら60%の状態なりに、今日一日の充実を心がける。小さな目標を設定し実行していくのもいい（「今に生きる」）。
- ③社会復帰が近づいてくるに従い、先を考慮しての不安を抱きやすい。しかしこの不安感は病初期の不安焦燥感とは性質が違ふ。「無事復職を果

たしたい」という願いの裏返しであり、むしろいくばくかの不安を感じるのが自然な心情である。したがってこうした不安は無理に排除する必要はなく、一時の雨模様と考え、そのままにおく。朝雨がいずれ上がるように、たいていは社会生活に戻り、日が経つにつれて自然に消褪するものである（「朝雨に傘いらず」）。

- ④「仕事に戻るからには、今まで迷惑かけた分を取り戻さなくてはいけない」といった「かくあるべし」を自分に課している人は多い。だが「かくある事実」は病み上がりということである。負担軽減勤務など、軟着陸のために具体的な手立てを講じることが事実即した態度である（「かくあるべしにとらわれず、かくある事実を受け入れる」）。

4. 回復の後に：再発予防の心得

- ①病気をきっかけに以前の生活を振り返り、過労を避ける、自分自身の時間を確保するなどの無理のない生活態度に修正できれば、その後の健康の礎になる。まことに病むという体験を通して人は成熟するのである（「一病息災」「禍転じて福」）。
- ②再発を防ぐためには、病気に対する恐れをあえて打ち消さず、心のどこかに残しておいた方がよい。ことに初期症状がどのようなものであったかを覚えておくことが役に立つ。もしもそのような初期症状が認められたら、まず思い切って2～3日休む、予定を繰り上げて受診するなど早めの対処を行う（「喉もと過ぎて熱さ忘れず」）。

以上に解説した養生指導は時間的制約の多い一般外来においてもワンポイントアドバイスの形で実施可能である。こうした外来指導が奏効しない場合には、次に述べるように森田療法の入院治療によって回復過程をリセットするという手立てが切り札になる。

II. うつ病の入院森田療法

森田療法の入院環境を用い、作業を活動の軸に据えて、養生の姿勢を実践によって身につけていくことは、外来治療に比べてより直接的な効果がある。うつ病に対する入院森田療法のもっともよい対象になるのは、強迫性を帯びた病前性格で「かくあるべし」の姿勢が遷延化にかかわっているようなタイプである。神経症に対する森田療法とは多少強調点が異なり、病初期から「気分は気分としてなすべきことをなす」という原則を機械的にあてはめるのではなく、回復の時期に応じた臨機応変の態度を重視する。希死念慮が著明な重症のうつ病は適応から除外し、薬物療法の併用を原則とする。

臥褥期はうつ病患者にとっては心身の休息の意味が大きく、臥褥による徹底した休息によって、しばしば回復過程がリセットされるという現象が認められる。谷井らによれば、入院森田療法を完了したうつ病患者 11 例のベックうつ病自己評価表 (BDI-II) 総点を臥褥前後で比較したところ、臥褥終了後には有意な低下がみられたという¹⁶⁾。軽作業期は、休息を重視しながら、自然な活動欲の出現に応じて比較的単純な作業を手がけていく。ここでは回復途上にある自己の状態をそのまま認め、臨機応変に行動を調節することが要諦になる。一般にうつ病の場合、回復状態に即して各治療期の移行を弾力的に設定し、特に軽作業期は長めにとることが多い。心的エネルギーの回復をみながら、作業期へ移行するタイミングをはかるのである。作業期に入ると作業の内容は多様になり、他の患者と協働して行動する場面が増えていく。この頃には日中は活動し夜間休息するという通常の生活リズムを整えながら、「今を生きる姿勢」、すなわち過去の後悔や先々の不安に流されず目の作業に取り組む姿勢を養っていく。なお軽作業期以降の面接や日記指導においては、養生のポイントを指導するとともに、患者の生活の中に散見される「かくあるべし」を取り上げて修正をはかり、「あるがまま」の姿勢を養うことに焦点がおかれる¹⁰⁾。ちなみに慈恵医大森田療法セン

ターにおいて平成 19 年 5 月～27 年 4 月の間に入院療法を行った気分障害 108 例の退院時改善率を病型別にみると、反復性うつ病性障害 75.0%、うつ病エピソード 65.0%、双極性感情障害 65.6%、気分変調性障害 66.7%という結果であった (谷井一夫の集計による)。

III. 「第三世代」の認知行動療法と森田療法

近年、注目を集めている「第三世代」の認知行動療法には、これまでに論じた森田療法の観点や治療の方法と、いくつかの点で類似がみられる。ここでは行動活性化療法 (behavioral activation : BA) とマインドフルネスに基づく認知療法 (mindfulness-based cognitive therapy : MBCT) を取り上げ、森田療法的なアプローチとの異同を検討することにしたい。

1. 森田療法と行動活性化療法

行動活性化療法 (BA) は 1970 年代に Lewinsohn, P. M. らが提唱したうつ病の治療的アプローチであり、Beck, A. T. らの認知療法にも治療初期の技法として取り入れられた⁶⁾。その後 Jacobson, N. S. らの研究³⁾によって、改めてその有用性に注目が集まった経緯がある。

Lewinsohn らは快事象の減少もしくは不快事象の増加をうつ病のメカニズムと仮定し、活動スケジュールを用いて快事象を増加させることを治療のストラテジーとした⁶⁾。また Ferster, C. B. は、うつ病を回避行動として概念化し、特に不活発と思考の反すうによって体験から撤退することが、うつ病の悪化をもたらすとした²⁾。それを踏まえて最近の BA では、患者に自らの回避パターンを自覚させ、そのかわりにより建設的な対処行動を実行し、それに伴う気分の変化を観察させる。そして気分依存せず、たとえおっくうであっても日課を決めて実行するように促し、段階的に目標志向的な行動を増やしていくよう導くのである¹⁾。このような BA のアプローチは「行動の変化は気分の変化を導く¹⁾」という言葉に端的に表される。

さて、先に述べたうつ病に対する森田療法的なアプローチでは、ささやかな行動に踏み出すことが次の行動の呼び水になるという事実を目に向け、回復期に入った後は徐々に建設的な行動を増やしていくことを提唱している。ただし森田療法的な養生指導においては、患者が回復のどの時期にあるかを考慮して、行動の調整を助言することがポイントであった。極期はもちろん回復前期にも、どちらかといえば休息に軸足がおかれる。「気分は気分として行動を整えるよう」指導するのは回復後期になってからである¹³⁾。一方BAでは、休息への言及はなされず、適用の時期について特別の考慮は払われていないようである。またBAでは患者を行動へ動機づける上で、回避行動に焦点をあてた機能分析を行い、行動の必要性を理解させることに重きがおかれているようである。それに対して森田療法では、「かくあるべき」の考えから離れ、内発的な欲求(自然に浮かぶ心の動き、「初一念」)を患者自身が感知し、それに従って行動することを奨励していくという相違がある。さらにBAでは目標志向的な行動に取り組むことが促されるが、森田療法では長期的目標より今日一日の充実をはかる(「今に生きる」)ことが強調される点にも差異が認められる。特に休息の要否に関する相違は、過労を引き金とすることの多いわが国のうつ病患者とBAが対象とする北米の症例との相違に起因しているのかもしれない¹⁴⁾。

2. 森田療法とマインドフルネス認知療法

マインドフルネス認知療法(MBCT)は、うつ病の再燃・再発防止のためにSegal, Z. V.らが開発した心理的アプローチである¹⁵⁾。MBCTは、従来の認知療法のように認知内容の修正を意図するより、認知との関係性を変化させる(距離をおく)ことに主眼がおかれる。MBCTでは、心理的状态(モード)を“doing mode”と“being mode”に大別する。“doing mode”では、現実をあるべき状態に変え、落差を埋めようとする作業が発動される。しかしそのような「問題解決」の手段が見出されない場合、思考は堂々巡りを続け、絶えざ

るモニターの結果、落差はかえって大きなものになる。Segalらは、うつ病が潜在的な再発を来したときに生じる否定的な思考パターン自体が、“doing mode”の変形した状態だと述べている。それに対して“being mode”とは、現実をすぐ変化させようとする圧力なしに、それを受け入れ、認めることである。またその特徴は、直接に、即座に、親密に現在を経験することだとも説明される。そこでMBCTでは、マインドフルネス、すなわち特有の仕方では注意と気づきを意図的に用いて、自動的に生起する“doing mode”を“being mode”に切り替えることが再発・再燃防止の基本戦略とされる¹⁵⁾。

ところで森田療法によるうつ病の養生においては、患者が「かくあるべし」から離れて「あるがまま」の姿勢に転ずること、すなわちうつ病に陥っているという現実を受け入れ、回復過程では心身の健康な働きを無理なく発揮することで自然回復を助長するという方向性が基本であった。こうした「あるがまま」の姿勢は、MBCTのいう“being mode”に相当するだろう¹²⁾。

しかし実際の治療においては、森田療法とMBCTではかなりの相違がある。MBCTは8回のグループセッションに構造化されており、瞑想(座禅)などによって呼吸、身体感覚に注意を集中する練習を重ね、否定的認知の脱中心化がはかられる。他方、森田療法は特別の瞑想トレーニングを行う代わりに、あたりまえの日常生活の実践を通じて注意を自己の内面から外界の事物へと自然に転換させ、認知の脱中心化をはかるところにその特徴がある¹²⁾。ここでいう生活の実践とは、「あるがまま」に至る手段であるばかりでなく、それ自体が患者の目的にほかならない。森田療法のエッセンスは「事上の磨錬」にあるということである。

おわりに

うつ病に対する、森田療法を応用した養生指導と入院療法について概説した。こうした森田療法によるアプローチには、「第三世代」の認知行動療

法に分類される BA や MBCT との共通性も認められた。しかしながら森田療法は、うつ病の自然経過を踏まえ、回復の時期に応じて無理なく行動に向かうよう指導する点で BA との相違があり、また MBCT のように特別な瞑想トレーニングを行うのではなく、あたり前の生活の実践を通して「あるがまま」の姿勢を導くところに独自性があることを論じた。

上記のような森田療法と「第三世代」の認知行動療法との相違には、文化的背景の差異のほか、以下のようなうつ病モデルの違いが影響しているだろう。行動療法の流れに位置する BA は、不快体験の回避行動による負の強化をうつ病の基本的病因としている⁵⁾。また認知療法は、患者の認知の歪みが、感情、行動と悪循環をなしてうつ病を進展させるという病因仮説に基づいており、この点では MBCT も同様である。いずれにせよ BA も MBCT も心理学的うつ病モデルに基づくことから、これらの療法は主として臨床心理士によって治療が実施されてきた。

他方わが国では医師が抗うつ薬を投与しながら広義の精神療法的アプローチを実施している場合が大半である。その際の準拠枠は、内因性うつ病を念頭においた医学的モデルであり、森田療法によるうつ病治療も、広義の医学モデルに依拠している。ただし狭義の医学モデルが病因の同定と除去を目標とするのに対し、森田療法では回復過程に着目し、自然な回復力を助長することを主眼におくという点では、「レジリエンス・モデル」と呼ぶ方がより適切であるかもしれない¹¹⁾。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) Addis, M. E., Martell, C. R. : *Overcoming Depression One Step at a Time*. New Harbinger Publications, Inc., Oakland, 2004
- 2) Ferster, C. B. : A functional analysis of depression. *Am Psychol*, 28 ; 857-870, 1973
- 3) Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., et al. : A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J Consul Clin Psychol*, 64 ; 295-304, 1996
- 4) 笠原 嘉 : 軽症うつ病—「ゆううつ」の精神病理。講談社, 東京, 1996
- 5) Martell, C. R., Addis, M. E., Jacobson, N. S. : *Depression in Context : Strategies for Guided Action*. W. W. Norton & Company, Inc., New York, 2001 (熊野宏昭, 鈴木伸一監訳 : うつ病の行動活性化療法—新世代の認知行動療法によるブレイクスルー。日本評論社, 東京, 2011)
- 6) Martell, C., Addis, M., Dimidjian, S. : Discovery of action in behavioral activation. *Mindfulness and Acceptance* (ed. by Hayes, S. C., Follette, V. M., et al. eds). Guilford Press, New York 2004 (武藤 崇, 伊藤義徳, 杉浦義典監訳 : マインドフルネス&アクセプタンス—認知行動療法の新たな次元。ブレーン出版, 東京, p.217-239, 2005)
- 7) 森田正馬 : 精神療法の基礎。森田正馬全集 1, 白揚社, 東京, p.152-171, 1921/1974
- 8) 中井久夫, 永安朋子 : 養生を念頭においた精神科治療。精神科治療学, 9 ; 799-807, 1994
- 9) 中村 敬 : 森田療法によるうつ病の養生と治療。こころの科学, 97 ; 67-71, 2001
- 10) 中村 敬 : うつ病の森田療法。福岡行動医学雑誌, 9 ; 9-15, 2002
- 11) 中村 敬 : うつ病の森田療法・序論—主として内因性の病態を念頭に。森田療法学会雑誌, 20 ; 21-25, 2009
- 12) 中村 敬 : うつ病の認知療法・マインドフルネス・森田療法。現代うつ病の臨床 (神庭重信, 黒木俊秀編)。創元社, 大阪, p.288-300, 2009
- 13) 中村 敬 : 遷延性うつ病の森田療法。うつ病治療ハンドブック—診療のコツ (大野 裕編)。金剛出版, 東京, p.277-285, 2011
- 14) 中村 敬 : うつ病の森田療法—いつ, いかにして行動を促すか—。精神経誌, 117 (1) ; 34-41, 2015
- 15) Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D. : *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. Guilford Press, New York, 2002
- 16) 谷井一夫, 中村 敬, 中山和彦 : 入院森田療法における臥褥の抗うつ効果についての検討。第9回日本うつ病学会発表, 2012

Reconsidering Morita Therapy for Depression

Kei NAKAMURA

The Jikei University Daisan Hospital, Department of Psychiatry and the Center for Morita Therapy

The author outlined Morita therapy-based living-guidance (*yojo*) and inpatient treatment for depressed patients. He further discussed commonalities and differences between Morita therapy and “the third generation” of cognitive-behavioral therapies, such as behavioral activation (BA) and mindfulness-based cognitive therapy (MBCT). Both Morita therapy and BA share at least a common view that it is effective to activate patients’ constructive behavior at a certain point in depression treatment. In a corresponding manner, as MBCT emphasizes the “being” mode and Morita therapy, “*arugamama*, or being as is,” they both state that the turning point to break the vicious cycle (or “doing” mode) is accepting thoughts and emotions as they are.

However, Morita therapists, compared with BA therapists, seem to pay more attention to the necessity of resting and appropriate timing for introducing behavioral activation. MBCT has patients concentrate their attention on their own aspirations and bodily sensations (meditation), while in Morita therapy, their attentions are naturally diverted through the practice of daily life.

Besides the differences of cultural backgrounds, there seem to be differences in depression models between Morita therapy and “the third generation” of CBT. In the BA model, the cause of depression lies in a lack of positive reinforcement, and negative reinforcement resulting from the avoidance of the experience of discomfort. The cognitive theory of depression places the model of the vicious cycle among the elements of cognition, emotion, and behavior. In this regard, MBCT shares a common assumption regarding the pathogenesis of depression with conventional cognitive therapy. As BA and MBCT are based on psychological models of depression, both treatments have been primarily practiced by clinical psychologists. On the other hand, medical doctors mainly offer a psychotherapeutic approach with medication treatments for depressive patients in Japan. In this context, the practice of treating depression is based primarily on medical models of endogenous depression. This is also true of Morita therapy, but in a broad sense. While those who follow medical models in a narrow sense try to identify the cause of illness and then to remove it, Morita therapists pay more attention to the recovery process rather than the pathogenesis of depression and attempt to promote patients’ natural healing-power. Therefore, it may be more appropriate to refer to the model used in Morita therapy as “a resilience model”.

< Author’s abstract >

< **Keywords** : Morita therapy, behavioral activation, mindfulness-based cognitive therapy, depression, resilience >