

真に役立つ森田療法

——レジリアンスを育て引き出す視点から——

北西 憲二✉

本稿では、外来森田療法の理論と実践を示し、それが臨床場面で役に立つ精神療法であることを述べた。人生の節目や病の経験に伴い、適応不安をもつものが外来森田療法の対象となる。それゆえその対象は幅広く、かつ通常の保険診療の枠内でも応用が可能なものである。面接では、症状（とそれに伴う苦悩）、生活世界（そこでの対人関係と活動）、そして自己自身とのかかわりを問い、そこでの悪循環を明らかにする。これが精神病理仮説であり、患者の体験に即したもので、指摘されれば気づきやすい機制である。その共有が治療のスタートであり、そのさまざまなレベルでの悪循環に治療者が割って入り、その関係の結び直しを援助する。その悪循環は、症状（とそれに伴う苦悩）、こうあってはならないという患者（と家族）を縛る「べき」思考、そして何とかしたいという健康さ（レジリアンス/生の力と呼ぶ）から形成される。介入技法の基本は、体験領域での受容の促進（「体験処方」）と行動変容の促し、生の力と行動の結びつけ（「行動処方」）である。この2つを車の両輪として、「けずること」（「べき」思考の修正/無力化）、「引き出すこと」（生の力を日常生活での行動に結びつけること）、そして「ふくらますこと」（固有の感性、感覚を照り返し、その表現を促すこと）という重層的介入を行う。特に生の力（生の欲望）に注目し、それを「引き出すこと」「ふくらますこと」が臨床的に有用な技法である。また、治療の重点の置き方とライフサイクルは深く関係し、それぞれの時期に見合った悪循環への介入と生活の再構造化とそこでの体験と行動のあり方について、具体的に指示し、介入する。

索引用語 外来森田療法, 適応不安, 悪循環, 生の力 (生の欲望), 治療論

著者所属：森田療法研究所/北西クリニック, Morita Therapy Institute, Kitanishi Clinic

✉ E mail：kita-k@ya2.so-net.ne.jp

受付日：2024年11月14日

受理日：2025年2月27日

doi：10.57369/pnj.25-080

はじめに

伝統的な森田療法は、限定された対象に対する入院での修行的な特殊療法と考えられてきた。しかし、専門施設の減少、外来森田療法の経験の蓄積、時代の要請などから1980年代から転換期を迎え、外来での対話的精神療法が主たるものとなっていった^{10,23)}。入院森田療法では、症状を問わないこと、そして行動的体験を重視したが、外来森田療法では問うこと、その問題点を明らかにすること、そしてその解決を一緒に考えていくことなどが要請される。

森田療法の対象である森田神経質の診断基準案⁶⁾や外来森田療法のガイドライン²³⁾も作成された。また、対話精神療法としての外来森田療法を中心とした森田療法セミナー（研修プログラム）が、1998年からスタートし、現在では、札幌、東京、大阪、福岡などでセミナーが開催されている⁷⁾。この転換期に、外来での事例研究やスーパービジョンなどを通して森田療法の理論、技法などが再検討され、対話的精神療法として洗練されてきた。この精神療法が従来の森田療法家（そして森田療法家以外の精神科医）が考えていた神経症性障害、ストレス性障害および身体表現性障害（ICD-10）²⁹⁾よりも幅広い病態（歯科領域、皮膚科領域、いわゆる心身症領域、持続性気分〔感情〕障害（ICD-10）、慢性身体疾患など）に対して有効であることがわかってきた^{10,23)}。

強調すべきことだが、外来の一般の保険診療の枠内で（比較的短い時間の枠内で）、特に治療法を告げることなしに、外来森田療法に基づく面接に導入し、効果を挙げることが示されてきた^{2,24,28)}。このことから、外来森田療法が実践的で、臨床場面で役に立つ精神療法であることがわかる。

このことを可能としたのは、1) 患者の体験（訴える悩み）に即して、問題を把握すること、2) その悩みを生活場面に沿って理解し、その解決をめざすこと、3) 患者（あるいはその家族）の健康さに注目し、それを引き出す視点が治療論に組み込まれていること、4) 精神疾患の診断分類を超えた共通の回復プロセスを想定し、その回復を援助する具体的技法が存在すること、などの理由による⁹⁾。

このようなことをふまえて、本稿では外来森田療法を「レジリアンスを育て引き出す」という観点から紹介し、それが臨床家にとって有用であることを伝えたい。

1. 対話精神療法としての外来森田療法

1. 森田療法の治療論の基礎となるもの——回復論とレジリアンス——

中井らは、統合失調症の養生論について、次のように述べる²²⁾。

「養生」の包括的方法は、できるだけ有害な要素を除き、悪循環を発動させないようにし、生活を無理のないものにして、病をもっとも後ぐされのない、もっともよい形で経過させることとなる

この視点は、統合失調症のみならず、幅広く回復に関連する事象をとらえているように思われる。回復に有害な要素をけずること、そこでの悪循環過程を止めること、そして病と生活を結びつけ、その生活を無理のないものにする、などはそのまま森田療法の治療論と通底する。

もう1つ、重要な視点を挙げたい。レジリアンス（復元力、回復力）に関することである。「明らかに不都合な状況において、ポジティブな適応をもたらす力動的過程」で、「人間が侵襲をこうむる受動状態におかれた局面で、これを乗り越え、新たな主体を生み出す能動的な振る舞いの過程を示す」とレジリアンスは定義される⁵⁾。

森田療法では、レジリアンスに該当する概念が、治療論のなかに組み込まれている。それは後に述べるが、「生の欲望（生の力）」¹⁸⁾である。これは単なる概念的なものではなく、そのまま治療実践のなかで扱っていくものである。患者の生の欲望（生の力）を照り返し、どのように引き出していくのかが、そのまま受動的状態から能動的な振る舞いへの変化を促すことにつながっていく。

2. 死の恐怖と生の欲望そして「べき」思考

森田自身が幼少期から死の恐怖とそれに関連したさまざまな心身の不調にとらわれ、またパニック発作なども経験し、それを何とかしようと試行錯誤を行っていた。しかし、40歳を過ぎてから（森田療法を創始する前後）ある自覚に達した²⁰⁾。

私は少年時代から四十歳ごろまでは、死を恐れないように思う工夫を随分やってきたけれども、「死は恐れざるを得ず」という事を明らかに知って後は、そのような

むだな骨折りをやめてしまったのであります。また私の自覚によれば、私は死の恐怖のほかに、生の欲望というものが、はっきり現れております。

この自覚は、森田療法の病理解と回復のダイナミックな関係を簡潔に表しているように思われる。森田の人生は、恐怖を恐怖すまいとする思考のパターン（以降「べき」思考と呼ぶ）に縛られ、それに基づく工夫をして、結果としてさまざまな恐怖、不安、心身の不調にとらわれていた（悪循環）。この「べき」思考が回復を妨げている有害な要素となる。そしてこの悪循環には、恐怖、欲望、そして「べき」思考という3極が関与する¹³⁾。

森田の「死を恐れないように思う工夫」には、この状態を何とかしたいという健康な力が働いていることを見逃してはならないだろう。それも自己の生存をまっとうしたいという生の欲望である。ただ、その時々で、森田の生の欲望を向ける方向が誤っていたのである（図1）。

しかし、この試みが、精神療法家としての森田の血となり肉となり、その後の森田療法の創始につながった。40歳を過ぎ、さまざまな試行錯誤の末に、森田は、「恐怖はそのまま恐れるしかない」と自らの苦悩を受け入れた。「受容の促進」である。それには、恐怖から逃げることを取り除くことの「あきらめ」を必要とした。これが「べき」思考の修正（無力化）をもたらし、そのまま「生の欲望」の深い自覚と発揮につながった。新たな経験が引き出され、創造されたのである。恐怖は恐怖としてそのまま感じていくこと、欲望は欲望として気づき、それを生活場面で発揮していくことと「べき」思考の無力化（修正）は連動し、ダイナミックな変化を引き起こす^{9,13)}。この変化を引き起こす鍵概念を「創造的あきらめ」と呼ぶ^{8,9,11)}。

この「生の欲望」の概念は、多義的であいまいでもあるが¹⁸⁾、少なくとも、以下の点を押さえておきたい。1) 恐怖と欲望は相対的であること、2) 生きとし生けるものには向上発展の欲望（生の力）があること、3) それは心的エネルギーとも理解できること、4) それは身体的、内的自然（生命的なもの）と深く関係すること⁹⁾、5) 「べき」思考はその対極的な位置づけとなること、6) この生の欲望（生の力）の向かう方向性は、その人の「べき」思考と深く関係すること¹³⁾、7) 「べき」思考をゆるめること（修正、無力化）が、「受容の促進」と生の欲望（生の力）の自覚を促し、それを引き出すことになること^{9,11,13)}、という理解である。

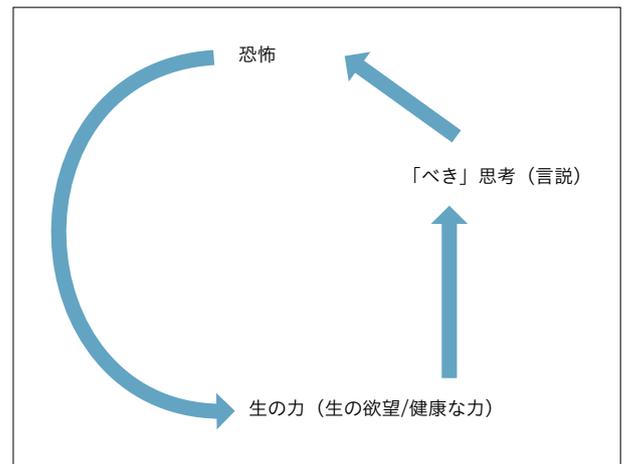


図1 とらわれとは——恐怖・欲望（生の力）・「べき」思考（言説）；閉じられた世界での悪循環

以後、生の欲望を生の力と呼ぶ。

II. 不安の理解

1. 適応不安

ここで述べられていることを臨床に落とし込むために不安の理解とその解決について、高良の説明を以下に引用する¹⁵⁾。

自己の心身の状態が自己の生存をまっとうするうえに、不利の状態にあると思う不安気分。ことばをかえていうと、自己の現在の状態をもって環境に順応し得ないという不安

自己の心身の状態（その人固有の反応とそれと結びついた不安）が、自己の生存をまっとうする（生の力/健康な力）ために不利であると自分自身を縛り（「べき」思考）、その自己の心身の状態に過度に集中している（精神相互作用¹⁹⁾、広くは自己注目¹⁶⁾）状態である。これが悪循環であり、重要な視点は、そこにその人の健康な力（生の力、レジリエンス、復元力）が関与しているという理解である。

その不安への対応として、「あるがまま」の2つの要点を指摘している。

第1に、「症状あるいはそれに伴う苦悩、不安を素直に認め、…そのまま受け入れること」、第2に「患者が持っている生への欲望ののって建設的に行動すること」。

第1の要点は、「受容の促進」という体験領域に関する

もので、そこへの治療的介入を「体験処方」と呼ぶ。第2の要点は、「行動の変容」という行動領域に関するもので、その治療的介入を「行動処方」と呼ぶ。この2つの介入法が車の両輪となり、患者の変化を促していく^{8,9,11}。それとともに、適応不安という言葉が示すように、生活世界（状況）へのかかわりが治療的にも重要になる。

2. 病像を形成し、回復を妨げるもの——悪循環——

このような理解から、患者の体験に沿って訴えを聞いていくと、そこから二重、三重の悪循環が浮かび上がる^{8,9,13}。ある人が、あるときに何らかの機会にその人固有の不快感の心的反応と不安（いわゆる主訴）を感じたとする。それ自体は、何の病理性もないと理解する。これが森田療法の最初の仮説である。第2に、それをあつてはならないとする考え（「べき」思考）が関与し、悪循環（3極の精神病理）が発動する。これが問題であると把握する。この悪循環は、患者の内的な抗争にとどまらず、家族や社会的場面での対人関係や活動（作業）にもさまざまな形で広がっていく。あたかも池に石を投げ込むと、輪が広がっていくイメージである^{11,13}。対人関係では、他者の承認を過度に求め（他者とよい関係をもたなくてはならないという「べき」思考）、そこから拒絶への恐怖を引き起こす。また活動においては、完全さを求め（完全であるべきだという「べき」思考）、不完全を恐れ、不決断、あるいは細部にこだわってしまうという形で現れてくる^{9,11,13}。

さらに適応不安に陥っている自己自身（「現実の自己」）を受け入れられず、確固たる自分（「理想の自己」）を求め、そこでの葛藤に苦しむことになる^{9,11,13}。

この悪循環の解決のためには、いわゆる主訴（いわゆる症状）、患者がおかれている環境世界、そして患者自身との関係の結び直しを必要とする^{9,11}。そこに森田療法の技法は、ピタリと焦点を定めていく。

III. 治療の実際

1. 問題の解決の試みが問題である

ここでは外来での森田の事例から外来森田療法の基本を示したいと思う。森田は、入院森田療法を行う前からすでに手練れの臨床家だった。

30歳のパニック障害の事例を挙げる¹⁷。30歳の男性（農夫）は、10年来心悸亢進発作で悩み、そのために日中は主治医のところまで過ごし、夜間の発作の時は往診を望

み、注射を請うような状態であった。それが頻回になったので、主治医とともに来院し、森田の診察を受けた（1915年）。

その詳細は省くが、森田はこの事例に対して、体は健康であると保証するとともに、恐怖すべきところを恐怖するまいと努力することが問題であると看破した。そして森田が行った「体験処方」と「行動処方」は以下のようなものだった。

1) 進んで恐怖すること（「体験処方」）、2) 医薬を中止すること（「行動処方」）、3) 発作が起こったら、それを耐え、発作が消え去ることを自ら経験し（「体験処方」）、実践すること（「行動処方」）、と伝えた。

主治医からの報告では、主治医の診察はその後中止したが、ごく軽い発作を1回経験しただけで、元気に農業に従事しているという。

森田は100年以上前に、問題を解決する努力が問題を永続化させ、その努力を止めると問題は解決するというMRIブリーフセラピーの実践²⁵を自在に使いこなしていた。森田の報告したパニック障害（森田は発作性神経症と呼んだ）の事例は、「問題の解決の試みが問題である」という逆説的な介入をし、短期精神療法の教科書に載せたいくらい見事なものだった。

この事例に3極の精神病理（悪循環）を見て取ることは容易であろう。問題の解決の試み（工夫）が悪循環を引き起こし、その回復を妨げていたのである。それとともに注目すべきは、善意の主治医（援助者）の援助が、パニック障害を長引かせ、固定させてしまったことである。つまり、この事例と主治医の努力（それ自体は健康的）の方向性が誤っていたのである。そして恐怖を恐怖したときに、この患者の生きる力が日常生活に向かい、回復していった。

2. 面接の要点

患者の経験（主訴）を悪循環の仮説に基づき、生活場面に即して、立体的、構造的に理解し、そこでの具体的な問題の抽出とその解決を図るのが面接の要点となる。そこでは患者（とその家族）が問題解決の試みが問題であると発想を逆転して、その問題（症状）へのかかわり方、家族や社会的場面でのかかわり方、自己自身のかかわり方を、面接を通して明らかにしていく。社会的場面では、そこでの対人関係と活動（作業）のあり方を明確にし、その状況へのかかわり方について、具体的に介入していく^{9~11,13}。

また治療者は、患者（および家族）の健康な力を常に照

り返し、その問題（病理）を見過ぎて、健康さ（生の力、レジリアンス）を見落とす危険性に留意することが大切である^{11,24)}。それと連動して、患者の特性に合った状況と一緒に考え、患者のライフサイクルなどを加味しながら、具体的にその生活状況を治療的に再構築する視点が重要となる。それはそのままレジリアンス（生の力）の行動的発揮の促しにつながっていく。

3. 基本的な技法の枠組み——「できないこと」「できること」と「創造的あきらめ」——

「できないこと」と「できること」を分けるということが、森田療法の治療論の基礎になる^{8~11,13)}。さまざまな病態における悪循環とは、「できないこと」に注力し、「できること」への取り組みが欠けていると理解できる。これは人が病という経験、人生の苦悩に直面したときに陥りやすいいわなである。

外来森田療法の基本的技法は、図2に示したように、「体験処方」と「行動処方」を車の両輪として、「創造的あきらめ」を中核概念として、「けずること」「引き出すこと」「ふくらますこと」のつながりのなかで、患者の変化を援助する。本稿では、「けずること」と「ふくらますこと」の間に、「引き出すこと」を加えて、外来森田療法の介入技法をより明確にしようと試みた。

4. 「けずること」と「引き出すこと」

帚木は、人生の答えの出ない事態に耐える力を、「ネガティブ・ケイパビリティ」（負の力）と呼び、それが身につけば、人生は生きやすくなると指摘する¹⁾。これは重要な指摘で、ここで述べる「けずること」と「引き出すこと」に深く関係する。

さまざまな苦悩を取り除こうとしないで（「けずること」/「体験処方」）、待つこと（耐える力を「引き出すこと」/「体験処方」）、そしてその時々々の生活状況に注意を向けて、健康な力の方向を変え、目の前の必要なこと、したいことに踏み出すこと、取り組むこと（「引き出すこと」/「行動処方」）を援助する。「体験処方」と「行動処方」が対となって、「けずること」と「引き出すこと」を促していく。

そのことは、感情体験、苦悩は変化し、流動する経験¹⁹⁾をもたらす（「体験処方」）。そればかりでなく、その人の健康な生の力への気づきも促すことになる。治療者は、流動する変化と生の力を照り返し、「べき」思考をゆるめ、その

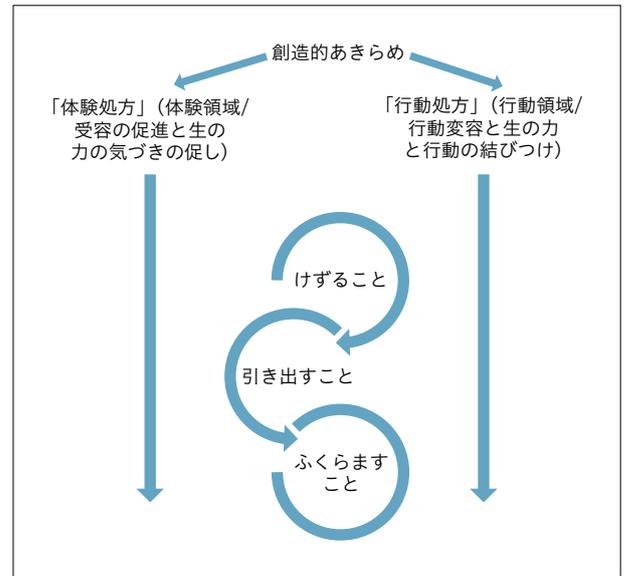


図2 外来森田療法の基本的技法

方向を変え、生活場面での行動と結びつけられるように援助する（「行動処方」）。

5. 「けずること」「引き出すこと」そして「ふくらますこと」

もう1つ、日常臨床で有用な介入法がある。それが患者の感性、感覚、生の力を照り返し、それを「ふくらますこと」である。森田は、「感じを高める」「感じから出発せよ」と理屈（「べき」思考）でなく、その人の健康な感覚、感性を重視し、それと行動を結びつけることを治療の軸の1つとして挙げた²¹⁾。

ここで修養の第一の出発点は、物事に対する「感じ」を高めて行く事である。我々は、見るもの・聞くもの何かにつけて、ちょっと心をとめていれば、必ず何かの「感じ」が起こる。かりそめにも、これにちょっと手を出しさえすれば、そこに感じが高まり、疑問や工夫が起こって、興味がわく。これを押し進めて行けば、そこにいくらでも、進歩がある。

この感じを高めるには、「べき」思考を「けずること」、踏みだし、工夫する心を「引き出すこと」が必須となる。それらと連動して、そして日々の生活のなかで、「感じ」を磨き、それを治療者が照り返し、行動に結びつけることが「ふくらますこと」である。具体的には、思春期、青年期の例では特にそうであるが、絵を描くこと、写真を撮ること、音楽活動（楽器の演奏、作詞、作曲、あるいは好きな歌を

歌うことなど)、体を動かすこと(ダンス、泳ぐこと、ウォーキング、サイクリング、筋トレ)、料理をすること¹³⁾、などである。治療者はそれらの活動に興味をもち、そこでの経験を照り返し、そこでの感じ方を共有していく。そのような介入が、生の力を「引き出すこと」「ふくらますこと」であり、「べき」思考を「けずること」につながっていく。

また、後に禅的森田療法を実践した優れた臨床家であった鈴木は森田の入院治療での作業指導について、次のように述べている²⁶⁾。「目の前の必要事にずっと入っていく、動きの徹底的生活で私は修練された」。この動きを引き出す「行動処方」が森田の行動指示の中核であった。

ことさら目標を立てないこと、日常生活での必要なこと、したいことにずっと入っていくこと、そこでの小さな動きを引き出す技法が外来森田療法でも有効である。これは患者自身の健康な感性に気づきを促し、それを行動に結びつけて「ふくらますこと」の技法である。いわゆる理詰めの説明ではなく、擬態語(オマトベブチ語)を使うことが「治療の進展に役に立つ有用な手段」と林は日記指導の経験から述べている³⁾。

これはオノマトベ(擬音語)であり、「感覚イメージを写し取る、特徴的な形式を持ち、新たに作り出せる語」と定義される⁴⁾。患者と治療者の間で、そのイメージを共通のものとするれば、相互に響き合い、患者の感性、感じを「ふくらますこと」につながっていく。そのためには、治療者自身が自身の感じ、感性を磨き、患者の健康な面に共感し、響き合い、相互交流をしていくことが重要である¹⁴⁾。それが患者の生の力(感じ)を「引き出すこと」「ふくらますこと」につながっていく。それは「べき」思考を「けずること」とともに、患者の変化を引き起こすというダイナミックな関係にある^{13,14)}。そこでは治療者自身のあり方も問われてこよう¹⁴⁾。

6. 治療的關係

外来での対話精神療法を行うことは、そこでの治療的關係に注意を払うことになる。患者の健康さを照り返し、そこでの治療者の率直な感じをそのまま伝えていくことが、治療的關係を安定させると思われる。このような関係は、二者関係というよりは、世界に開かれており、この関係が深まれば深まるほど、患者は積極的にその世界にかかわっていかうとする¹⁴⁾。

7. ライフサイクルと介入への留意点

1) 児童期、思春期の介入のポイント(およそ10歳代前半から後半にかけて)

初期介入においては、児童/思春期の問題を家族と社会的場面での対人関係の悪循環から理解し、介入する視点が必須であろう^{8,9,27)}。例えば、あることをきっかけに、子どもが不登校に陥ったとする。親は、当然ながら、それを受け入れられずに(親の「べき」思考)、それを何とかしたい(それ自体は健康な親の思い)と思い、子どもを学校に行かせるように働きかける。それが逆に子どもを萎縮させ、さらに引きこもり、不登校を助長し、それが親のさらなる介入を招く。親子の悪循環である。

この悪循環をゆるめない限り(「けずること」)、適切な診断はできないと考えている。ここでの親子(広くは対人関係)の悪循環は、閉ざされた空間で相互の距離が接近していくことを意味する。それらは結果として患者(当事者)のさまざまな問題行動、あるいは暴力、または引きこもりを引き起こす。これは夫婦関係、職場での人間関係でも見いだすことができる現象で、その悪循環を把握し、その打破を当事者(あるいは関係者)と一緒に考えることが治療上有益である。

治療的介入として、まず治療者は、当事者(親/配偶者など)の不安と子どもへの過剰な注目への気づきを促し、そこから治療をスタートすることを同意する。そして子どもへの過剰な注目とコントロールをゆるめ(「けずること」)、子どもの健康さを治療者と当事者が一緒に検討し、それを「引き出すこと」「ふくらますこと」を心がける。この介入だけで、劇的に回復する子どもたちもいることは特記すべきであろう^{9,13)}。この時期の患者には、生の力に光をあて、それを「引き出すこと」「ふくらますこと」に焦点をあてた成長促進的な介入を心がけている。

2) 青年期/成人期(20歳代から40歳代半ばまで)

この時期は、社会に参入し、世界を拡大し、そして居場所をつくる時期である。世界の拡大に伴い、直面する環境世界での適応不安を対人関係と活動のあり方から具体的に把握し、その解決を図ることが介入の要点となる^{9,11)}。

世界とのかかわり方では、患者がしばしば縛られているコミュニケーション神話(人とよいコミュニケーションを取らなくてはならない)をゆるめ(「けずること」)、コミュニケーション(つまり人)より作業・目的を明確に伝えていく。そしてコミュニケーションは作業を通して行えばよい、と具体的に指示する(「引き出すこと」)。

これらと重複する形で「ふくらますこと」への介入を行う。患者の健康な力、感性、感覚などを治療者が積極的に照り返し、その気づきを促すとともに、それを日常生活での小さな動きと結びつける介入を行う。それが「ふくらますこと」であり、感じを高め、感じから出発するということを念頭に介入していく。それは、「理想の自己」をけずり、「現実の自己」を「ふくらますこと」となり、自己受容を容易にする^{9,11,13}。

3) 中年期 (40 歳代後半から 60 歳代半ばまで)

ここでのテーマは、世界との関係の結び直しである。問題の診立てと介入は、ほぼ青年期、成人期と重なる。この年代では、さらに自分自身の生き方を見直し、その限界を知り（「けずること」）、そこからその人固有の生き方をつかんでいく（「引き出すこと」「ふくらますこと」）という視点が重要である^{8,9}。

女性では、いわゆる主訴の背後に、しばしば自分の原家族、あるいは現在の家族（配偶者や子どもたち）との関係に行き詰まり、悩み、それを何とかしなくてはならないと試みるという問題が存在する。よき娘、よき妻、よき母であらねばならないという縛りから抜けて（「けずること」）、その人固有の生き方を「引き出すこと」「ふくらますこと」がその問題の解決に結びつく⁹。

男性では、弱さを受け入れること（「けずること」そして「引き出すこと」）、人生の不条理を受け入れること（「けずること」「引き出すこと」）から、その回復が始まることが多い。そこから固有の生を「ふくらますこと」が可能となる⁹。

4) 老年期 (60 歳代後半から)

ここでの治療のテーマは、喪失と老いに見合った固有の生の獲得である。長い老いのプロセスでは、さまざまなレベルでの喪失を体験する。それはこの時期の適応不安（生きづらさ）を引き起こす。その喪失とは、心身の衰え、記憶の衰え、現実での喪失体験など枚挙に暇がない。そして健康不安から心身の不調、痛みに注意が向き、視野狭窄となり、例えば医療機関を駆けめぐることになる。あるいは軽度認知障害でも適応不安は必発で、この不安を理解したうえで、このような病態への援助、あるいは家族への助言が必要となる¹²。

留意すべき点は、患者、その家族、そして医療従事者がしばしば縛られる社会的言説（「べき」思考）である。もう年だからとすべてに悲観的になること、あるいは逆に若さ神話というステレオタイプの考え方に縛られることなど

である。それが適応不安を強めてしまう。この言説（「べき」思考）から患者自身、家族、そして治療者が自由になり（「けずること」）、その人としてしっかりと老いること（「引き出すこと」「ふくらますこと」）を援助していく¹²。

その要点のみを挙げる。面接も、家族と一緒に行うことが臨床上有益であろう。

- (1) 人生の先達として、敬意を払いながら、治療者は、その健康さ（生の力）に注意を払い、それを照り返す。
- (2) 「できないこと」探しでなく（「けずること」）、「できること」を一緒に探す（「引き出すこと」）。
- (3) 生活場面に即した「できること」に基づいた具体的にシンプルな行動を指示する（「引き出すこと」）。
- (4) 老いのプロセスに見合った適切な環境設定を一緒に考え、生活の再構造化をはかる。

おわりに

著者は入院森田療法から外来森田療法への転換期に、森田療法家としてこの精神療法に携わってきた。その転換期を通して、森田療法の理論と技法の枠組みが再検討され、洗練化された。また、その対象も今まで考えられた以上に幅広いものであることが理解されてきた。外来森田療法の研修も日本各地で行われるようになった。

しかし、残念ながら、この精神療法の良さ、臨床場面での有用性などが、精神科医（あるいはメンタルヘルスの専門家）に十分に知られていない現状がある。今後、臨床実践を通じた精神病理仮説と治療論のさらなる洗練化、そのなかでの技法論の再整備、そしてこの治療の有効性を示すエビデンスの構築などが求められよう。

森田療法が時代とともに、より柔軟に、ダイナミックに変化していくことが、これらの課題を果たすために必須なことであろうと自戒をこめて思う。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

謝辞

このような機会を与えていただいた第 120 回日本精神神経学会学術総会会長の河西千秋札幌医科大学医学部神経精神医学講座教授、司会の労を取っていただいた田所重紀札幌医科大学医学部神経精神医学講座准教授に心から感謝いたします。

文献

- 1) 帯木蓬生：ネガティブ・ケイパビリティー答えの出ない事態に

- 耐える力一。朝日新聞出版，東京，2017
- 2) 橋本和幸，北西憲二：事例検討一過適応主婦のうつ病一。森田療法を学ぶ一最新技法と治療の進め方一（北西憲二編著）。金剛出版，東京，p.145-158，2014
 - 3) 林 吉夫：外来日記指導において，自学自修を取り入れるに到った工夫の意義を検討する一30年間の経験を通じて一。日本森田療法学会雑誌，31（2）；103-110，2020
 - 4) 今井むつみ，秋田喜美：言語の本質一ことばはどう生まれ，進化したか一。中央公論新社，東京，2023
 - 5) 加藤 敏：レジリانس。現代精神医学事典（加藤 敏，神庭重信ほか編）。弘文堂，東京，p.1079，2011
 - 6) 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。日本森田療法学会雑誌，6（1）；15-24，1995
 - 7) 北西憲二：各学派における若手訓練の実情と問題点一森田療法一。精神療法，26（2）；145-149，2000
 - 8) 北西憲二：我執の病理一森田療法による「生きること」の探究一。白揚社，東京，2001
 - 9) 北西憲二：回復の人間学一森田療法による「生きること」の転換一。白揚社，東京，2012
 - 10) 北西憲二：森田療法一外来森田療法の発展とその理論的枠組みをめぐって一。精神療法，39（2）；191-200，2013
 - 11) 北西憲二：治療の実践一治療前期：症状をめぐって一。森田療法を学ぶ一最新技法と治療の進め方一（北西憲二編著）。金剛出版，東京，p.75-88，2014
 - 12) 北西憲二：高齢者の精神療法一その課題と方法一。精神誌，122（7）；521-527，2020
 - 13) 北西憲二：不安の逆説を知る，回復を知る。精神医学，63（5）；757-764，2021
 - 14) 北西憲二：自己愛的傾向を持つ赤面恐怖（社交恐怖）の精神療法一森田の治療技法と治療者患者関係の検討一。精神療法，48（2）；241-250，2022
 - 15) 高良武久：森田療法のすすめ一ノイローゼ克服法一。白揚社，東京，1976
 - 16) 松浦隆信，坂本真士：自己注目の軽減が不安の緩和に及ぼす影響。心理臨床学研究，28（5）；677-686，2010
 - 17) 森田正馬：精神性心臓症ニ就テ。森田正馬全集，第3巻（高良武久編集代表）。白揚社，東京，p.81-87，1918/1974
 - 18) 森田正馬：神経衰弱と強迫観念の根治法一ノイローゼ克服への必読の原典一。白揚社，東京，1926/1995
 - 19) 森田正馬：新版 神経質の本態と療法一森田療法を理解する必読の原典一。白揚社，東京，1928/2004
 - 20) 森田正馬：第12回形外会。森田正馬全集，第5巻（高良武久編集代表）。白揚社，東京，p.110-119，1931/1975
 - 21) 同書，p.417-429
 - 22) 中井久夫，永安朋子：養生を念頭においた精神科治療。分裂病の回復と養生一中井久夫選集一（中井久夫，永安朋子著）。星和書店，東京，p.1-24，2000
 - 23) 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。日本森田療法学会雑誌，20（1）；91-103，2009
 - 24) 中村 敬：森田療法に立脚した「通院精神療法」一初診から終結までの診療のポイント一。精神誌，126（10）；671-677，2024
 - 25) Ray, W. A., Schlanger, K. : On Thing Leads to Another. Focused Problem Resolution : Selected Papers of the MRI Brief Center (ed by Fisch, R., Ray, W. A., Schlanger, K.). Zeig, Tucker & Theisen, Phoenix, 2009（小森康永監訳：「次から次へ」再来。解決が問題である一MRI プリーフセラピー・センターセレクション一。金剛出版，東京，2011）
 - 26) 鈴木知準：神経症はこんな風に全治する一森田療法の道一。誠信書房，東京，1986
 - 27) 玉井 光，濱田博文，武市昌士：小児例における森田理論に基づく親指導。森田療法学会雑誌，2（1）；9-14，1991
 - 28) 立松一徳，北西憲二：事例検討一パニック障害一。森田療法を学ぶ一最新技法と治療の進め方一（北西憲二編）。金剛出版，東京，p.133-144，2014
 - 29) World Health Organization : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Health Organization, Geneva, 1992（融道男，中根允文ほか監訳：ICD-10 精神および行動の障害一臨床記述と診断ガイドライン一，新訂版。医学書院，東京，2005）

Truly Useful Morita Therapy :

A Perspective on Developing and Drawing Out Resilience

Kenji KITANISHI

Morita Therapy Institute

Kitanishi Clinic

The theory and practice of Morita Outpatient Therapy are presented, and it is described as a psychotherapy that is useful in clinical situations. The target population for Morita Outpatient Therapy is anyone who has adaptation anxiety due to life milestones or illness. Therefore, the target population is broad and can be covered by standard insurance.

During the interview, the patient's relationship to his/her symptoms (and associated distress), life world (interpersonal relationships and activities), and self is explored, and the vicious cycle is clarified. This is the psychopathology hypothesis, a mechanism that is consistent with the patient's experience and easy to recognize when pointed out. Sharing this information is the beginning of treatment, and the therapist intervenes in the vicious cycle at different levels to help reconnect the relationship. The vicious circle is formed by the symptoms (and the associated distress), the "should" thinking that binds the patient (and family), and the healthiness to do something about it (called resilience).

The basis of the intervention techniques is the promotion of acceptance in the realm of experience ("experience prescription") and the facilitation of behavioral change linking raw power and behavior ("behavior prescription"). With these two as the two cogs of the wheel, a multifaceted intervention is carried out : "Shaving" (modified/neutralizing "should" thinking), "Drawing out" (connecting raw power to actions in daily life), and "Expanding" (illuminating unique sensations and feelings and encouraging their expression). The focus is on the vitality (desire for life), and "drawing out" and "expanding" these vitality are clinically useful techniques.

The therapeutic focus is deeply related to the life cycle, and specific instructions and interventions are given on how to intervene in vicious cycles, restructure life, and experience and act according to each life cycle.

Author's abstract

Keywords Outpatient Morita Therapy, adaptation anxiety, vicious cycle, vitality (desire for life), theory of therapy