



コンサルテーション・リエゾン精神医学と森田療法

館野 歩

総合病院で接しやすい身体症状症と癌患者のメンタルケアに、森田療法を適応した創作事例を提示し、それぞれの森田療法の独自性について論じた。総合病院での精神科医と身体科医との間で症状は身体因性か心因性かといった心身二元論になりやすい。例えば胸焼けに注意が向くと感覚が鋭敏となり、不安からますます胸焼けが増大するといった心身の悪循環を取り上げ、患者の「～したい」欲求を生活で活かす介入を、外来森田療法では行う。外来森田療法では症状からの悪循環を脱出した後、生活の話題が治療の中心になる。生活のなかで対人関係の悪循環がある場合には、悪循環を脱する介入が重要である。対人関係の話題のなかで、自分と他者を受け入れていくプロセスが必要である。癌患者のメンタルケアに活かす森田療法の利点とは、死を受け入れなくてよい、びくびくしながらも「今ここで」の生活を大事にする、死の恐怖と「より良く生きたい」という強い欲求とは表裏一体であると捉える点である。緩和ケアでは治療者が良き聞き手となり、共感的に接し人生を振り返るいわばナラティブを引き出すことがより重要となる。森田の死生観として「死は恐れざるを得ず」、そしてそれと対になる「欲望はこれをあきらめることはできぬ」というものがある。この死生観は治療者の支えになる。身体症状症と緩和ケア領域で、症状の悪循環を同定し、不安と生の欲望は表裏一体であると普遍化を行い、不安を抱えつつ生の欲望を賦活する視点が森田療法の独自性と考える。癌患者のメンタルヘルスには特に人生を語るナラティブが重要である。

索引用語

身体症状症、緩和ケア、森田療法、ナラティブ

はじめに

総合病院でかつ大学病院に勤務する著者は他の身体科からの依頼患者と接する機会が多い。代表例としては身体症状症や癌患者のメンタルケアである。

一般的にコンサルテーション・リエゾン精神医学領域の支援対象は患者本人ではなく病棟スタッフである場合も多く、患者よりもスタッフの訴えを聴き、そちらに介入するといった集団力動的な視点を求められることもしばしばである。しかし、患者本人がさまざまな不安から症状を執拗に訴えて、対応に苦勞している臨床医も多いと思われる。

著者所属：東京慈恵会医科大学精神医学講座

編 注：本特集は第120回日本精神神経学会学術総会シンポジウムをもとに池田暁史（大正大学）を代表として企画された。

受 付 日：2024年11月4日

受 理 日：2025年6月9日

doi：10.57369/pnj.25-114

そこで今回は架空の症例を提示し、コンサルテーション・リエゾン精神医学における治療者患者関係に活かす森田療法を示し、その独自性について考察をする。

I. 森田療法とは

森田療法とは、東京慈恵会医科大学初代精神科教授・森田正馬が1919年に創始した精神療法であり、治療対象はパニック症、広場恐怖症、全般性不安症、社交不安症、強迫症、病気不安症、身体症状症であり、従来診断では神経症性障害である^{7,9)}。

森田療法では神経症性障害患者が、症状へ「とらわれ」・悪循環を起こしていると理解する⁹⁾。そのとらわれの心理とは、「症状に気が付き、不安となった自己が自己自身を観察し、意識し（精神交互作用）、それを承認できないで『あつてはならぬ』と考えもだえている（思想の矛盾）」というような内向的、非行動的なあり方¹¹⁾である。

森田療法による介入では、症状への「とらわれ」からの脱却をめざしている。そのために、1) 症状をそのまま受けとめていくこと、2) 患者の生の欲望を生活場面で、発揮できるような行動の変容を促すことからなる。「健康でありたい気持ちが強いから不安が強まるのですよね」と症状を読み替える。そしてその気持ちを、症状をなくす方向ではなく建設的な方向へ生かすよう援助する。そのような介入が、「あつてはならぬ」という思想の矛盾をゆるめ、建設的な行動を広げていく。治療目標は「あるがまま」である⁹⁾。

今回はコンサルテーション・リエゾン精神医学における身体症状症と癌患者のメンタルヘルスに対する森田療法の独自性について述べる。

II. 身体症状症に対する森田療法

1. 症例提示

【症例A】外来森田療法を実施している身体症状症の40歳代女性

【主訴】胸焼け

【現病歴】

X-3年にバセドウ病を発症したが治療で改善した。X-1年に再発したので甲状腺全摘手術を行った。その頃から胸焼けがひどくなり、胸焼けについては内科で検査をしても異常はないと言われた。そして他院の精神科を受診

し、さまざまな抗うつ薬を処方されたが眠気などの副作用で中止となり経過観察となった。当科初診の3ヵ月前、当院消化器内科を受診し検査をするも異常がなかった。ここ数ヵ月育児、家事を夫にほぼしてもらうようになった。当院消化器内科からコンサルテーションの依頼があり、X年当院当科を受診し著者が診察した。患者が森田療法を希望した。

【既往歴】バセドウ病

【家族歴・家族背景】特になし。夫、10歳の子どもと3人暮らし

【生活歴】成長発達に特に異常なかった。大学卒。会社員を経てX-10年結婚退職し、その後専業主婦。

【初診時診立て】

DSM-5¹⁾を参照すると、身体症状症に合致した。胸焼けの症状へ注意が向けば向くほど意識してしまう「精神交互作用」と、「胸焼けがあつてはならない」との「こうあるべき思考」が強く、胸焼けへ「とらわれ」ていた。また「今の自分を認められない。子どもの頃にありのままの自分を親は受け入れてくれなかった。両親ともすぐに感情的になる人だった。ずっと親の望む通りの人生を歩んできた。成績上位だと母から褒められた」と語ったので生きづらさへ共感し、支持的に話をきいた。

【初診時の介入】

今、胸焼けに注意が集中するとますます感覚は鋭敏になり、不安はますますつのり、胸焼けが増大するといった心身の悪循環を共有した。「もし症状がよくなったらどうしたいですか」と聞くと「子どもが育って手が離れたら仕事をしたい」と語った。悪循環を断つには、「胸焼けを脇に置いて食べるものは食べる。胸焼けを排除しようとせず、それがあつつも生活をする」ようアドバイスをした。また、日記を書くよう指導した。

初診時診立てに約1時間以上を費やした。2回目から予約30分枠、本人希望もあり無投薬で診察することにした。

【治療経過】

〈動く症状が軽減する体験 症状測定器からの脱却〉

初診から約1週間：Aはよく話し、日記も1日数ページと膨大で30分の枠で治療を終えるのがやっとであった。子どもと遊んでいたりと、胸焼けが減ったと語った。診察終了5分前になり、何かに没頭すると症状が軽減する体験を積み重ねるよう伝えた。また、次からは20分以内に症状や生活を語るようアドバイスをして了解を得た。

初診から約3週間後：胸焼けが軽減したが、今度は甲状

腺のことを気にするようになった。日記は前回同様に膨大であり、生活のことに加え、甲状腺についての心配事をたくさん書いていた。「いま症状測定器になっています。日頃の症状記載をやめて週末のみの記載をするように。病気を心配することの裏には健康でありたい強い欲求があります。健康な欲求を日中の活動へ活かしましょう」と助言をした。

初診から約5週間：ジムへ行ったり、子どもと遊ぶ時間が増えた。症状記載をやめてからさらに症状は軽減した。日記の分量も1日1ページと減ってきた。

〈症状への「とらわれ」が減り、親子の悪循環が治療テーマの中心に〉

初診から約4ヵ月：胸焼けなどの症状を語ることはなくなり10歳の子どもが怒ると物を投げることが話題になった。子どものかんしゃくにどう注意するかを一緒に考え、「なるべく多くは話さず短く伝え、相手が興奮したときは場を変えてはどうか」と子どもへの「とらわれ」を取り上げ、子どもとの距離をとるように伝えた。

〈親との距離がとれ子どもへも距離がとれるようになる〉

初診から約7ヵ月：子どもが肩と足が痛いと言い、Aが登校に付き添った。学校の先生から無理しないでいいと言われ、子どもは嬉しそうであったという。「テストで一番を取らなくてはいけないと思っていたけれど、そこまで構えなくてよいんだね」と子どもはAへ語った。これに対し「一番を取らねばと構えず、好きな勉強をした結果として良い点が取れるとよいね」と子どもへアドバイスしてはどうかとAに伝えた。

初診から約8ヵ月：本人が親から厳しい教育を受けて育ったことが、「かくあるべし」という考えを強固にしていたが、前回の受診後子どもとのやりとりを通して、改めて気づき、「かくあるべし」に縛られていた思考が少し緩んだ。

〈子どもの特性を理解するよう本人へ伝え、本人が子どもの良い面をみるよう働きかける〉

初診から約1年：症状へ「とらわれる」ことはほとんどない。子どもは自発的に自室の掃除を行い、ご褒美として時間制限を守ってスマートフォンを使っている。掃除は隅々まで行い完璧主義を良い方向に活かしているようであった。

【症例Aのまとめ】

- 1) 症状を抱えつつも必要なことをするようアドバイスをしたら子どもの世話をするなど次第に症状は軽減

した。

- 2) 症状からの悪循環を脱出した後、生活の話題、特に子どもとのかかわりが治療の中心になった。
- 3) この症例は親との関係を成人しても引きずり生きづらさを抱えていた。しかし、子どもと自然にかかわるようになると親から受けてきた教育の「かくあるべし」が緩んだ。自身の親との関係のつらさを訴えている患者の場合、まずそれを治療者が受け止め、親からの教育で植え付けられた「かくあるべし」から開放する必要があった。
- 4) 症状から生活の話題へとシフトし、子どもとのかかわり合いがでてきた際、子どもの完璧主義や衝動的といった問題行動を引き起こすことに対する森田療法的家族介入も重要である。

2. 身体症状症に対する森田療法の独自性

総合病院の精神科医と身体科医師との間で、症状は身体因性か心因性かといった心身二元論になりやすい。症例Aのように胸焼けに注意が向くと感覚が鋭敏となり、不安からますます胸焼けが増大するといった心身の悪循環を取り上げ、「子どもと遊びたい」といった患者の「～したい」欲求を生活で活かす介入を外来森田療法で行う⁸⁾。ここで他の精神療法との比較を行う。精神療法には大きく分けて2つの水準があると藤山は述べている²⁾。第一水準は、薬物療法を行う際にもすべての精神科医が行っている、良好な「治療関係の構築と維持」を目標とする心理的交流、支持的な精神療法、治療関係マネジメントである。第二水準は心的交流によって患者の精神病理そのものを変化させる実践、専門的な精神療法（精神分析、認知行動療法、その他）である。森田療法は、支持共感的に患者の話を聞くだけではなく症状の悪循環機制を見出し、患者の「～したい」欲求を原動力に活動を促すことから、患者の精神病理そのものを変化させる実践なので第二水準の精神療法に入ると考える。

第二水準の従来の認知行動療法と、第三世代の認知行動療法の代表であるアクセプタンス&コミットメント・セラピー（以下、ACT）と、森田療法の比較を行う。表に対比表を示した。三者とも症状への悪循環を見出すことは共通しているが介入方法が異なる⁸⁾。従来の認知行動療法は、症状の悪循環の背後にある自動思考やスキーマを治し、思考の内容を変えることに焦点をあてる。ACTでは、症状の悪循環から脱却するのに認知の内容を変えずに、文脈を変

表 従来の認知行動療法、アクセプタンス&コミットメント・セラピー（ACT）、森田療法の比較

	従来型の認知行動療法	ACT	森田療法
症状に対する悪循環への介入方法	思考の内容（自動思考・スキーマ）の修正	思考の内容を変えずマインドフルネスを用いて文脈を変える	症状の背後にある「生の欲望」の賦活
行動面の介入方法	症状に焦点化した曝露反応妨害	症状ではなく「価値化された方向」の行動活性化	「生の欲望」を原動力に建設的な行動を促す

えるためのマインドフルネス（瞑想トレーニング）を行う³⁾。森田療法では、症状への悪循環から脱却するのに「生の欲望」を賦活する。行動面での介入方法も異なる。従来の認知行動療法では、症状に焦点化した曝露反応妨害を行う。ACTでは、症状ではなく価値化された方向の行動活性化をする。森田療法では「生の欲望」を原動力に建設的な行動を促す。海外では森田療法とACTとの類似性が指摘されている⁴⁾。しかし、ACTでは症状の受容と価値化された行動を別々に扱うが、森田療法では不安の受容と生の欲望を同時一体に扱う点異なる¹²⁾。身体症状症は健康への憂慮があり¹⁾、この健康不安を生欲望と捉え、それを原動力にする点が森田療法の独自性である。

III. 癌患者のメンタルヘルスにおける森田療法

1. 症例提示

【症例 B】気分変調症でフォローしていたが癌に罹患した70歳代女性

【主訴】癌で死ぬのが怖い

【現病歴】

告知の15年前に夫が急死してから慢性的な抑うつで当科にかかっていた。セルトラリン50mgといった薬物療法を主に通常精神科診療のなかで月1回通院していた。X年に著者が主治医となり4ヵ月後に卵巣癌が発見され、すぐ告知され約1週間後に子宮全摘、付属器切除予定となった。入院中はリエゾン精神科医として、著者が主治医チームに加わるようになった。

【既往歴】気分変調症

【家族歴・家族背景】家族歴特になし。夫と死別して一人暮らし。

【生活歴】大学卒。会社員として働いた後、パートへ切り替えた。

【癌の告知後診察診立て】

手術前日往診に行くと「癌で死ぬのが怖い」と涙ながらに語った。癌告知後の誰しもある反応と判断した。

【癌の告知後診察での介入】

支持共感的に話を聞き、内服不可時の点滴指示を出した。退院後も身体の治療に合わせて平均して2週間に1回10～15分間、一般外来のなかで診察をした。その間、抗癌剤治療での入院期間は往診に行き、支持共感的に話を聞いた。

【治療経過】

告知から8ヵ月：「先生たちが一生懸命なのはわかる。それに応えようとここまできている。婦人科医からは完治しないとされました。ステージIVだそうです。癌が怖いです」と語っていて、支持共感的に対応した。

〈支持的精神療法だけでなく森田療法的接近を試み始める〉

告知から1年：「同じ時期に入院して亡くなった方がいます。婦人科の先生からは腫瘍マーカーは横ばいですと言われました。でも癌で死ぬのが怖いです」と語った。今まで支持的精神療法を行っていたがそれだけでは著者は限界を感じ、「死の恐怖の裏には生きたい強い欲求があるのではないでしょうか。そのエネルギーを生活のなかでいかしてはどうでしょうか」と伝えた。Bはなるほどという表情を見せた。

告知から1年6ヵ月：婦人科医から腫瘍マーカーが少し上がっているが転移はないと説明を受けた。しかし、この半年で同じ病棟に入院していた友人が立て続けに亡くなり、この先を考え、緩和ケア病床の見学に行った。Bは「病棟の利用者の生き方を見たら、自分も最後まで病気と向き合って戦っていかなきゃと思うようになった」と語った。

〈転移が判明。不安と欲求との関係を再定義〉

告知から2年：転移が判明。入院して別の抗癌剤治療が開始された。Bは看護師に抗癌剤への不安や疑問をぶつけ婦人科医が回答した。往診に行くと「もう病気はよくなりませんか」と婦人科医に言われました。気持ちの整理がつきません」とBは涙ながらに語ったので支持的に話を聞いた。そのうえで、「転移がわかって今後の生きていけるかという不安が強まったと思います。それは今後の人生をよ

り良く生きたい気持ちが強まったからともいえますね」と再度不安を「生の欲望」から読み替えた。患者はなるほどといった表情を浮かべた。

〈人生を振り返る〉

告知から2年6ヵ月：不安は欲求の裏返しであると不安を再定義したり、今を大事にする姿勢を支持してきたが、それだけでは著者は治療の限界を感じて改めてBの人生を振り返ることにした。

大学卒業後、会社員として働き、結婚後の仕事はパート程度であった。子どもはいない。「夫は元来健康でしたが55歳で突然死してしまった、それを目のあたりにしたんです。その後、慌ててパートを探して生活をしていました。そこから精神科の受診が始まりました。定年まで働きましたがしばらく引きこもっていました。これから生活のためにもう1回働こうと思った矢先に癌になってしまったのです」と語った。「死が怖い。無念です」と語ったので、癌患者のための森田療法を基盤とした心理教育である「生きがい療法」の本を紹介した。

伊丹は癌患者への「生きがい療法」で5つの心理教育を挙げている⁵⁾。具体的には第一に、「自分が自分の主治医のつもりで病気や困難に対処していくこと」、第二に「今日一日の生きる目標に取り組むこと」、第三に「人の役に立つことを実行すること」、第四に「不安・死の恐怖はそのままに、今できる最善を尽くすこと」、第五に「死を自然現象として理解し、今できる建設的な準備をしておくこと」である。「生きがい療法」を活かして癌を生き抜くという命題のもと癌患者のモンブラン登山や富士山登山を実行し大きな成果を挙げている。

〈抗癌剤の治療に伴う副作用がありつつも生活〉

告知から2年7ヵ月：「生きがい療法」のなかでは特に、「今日一日の生きる目標に取り込むこと」と、「不安・死の恐怖はそのままに、今できる最善を尽くすこと」に感銘を受けていた。そして癌患者たちが山登りをすることに驚いていた。しかし「足の具合が悪く、山登りまではできません」と語った。また「音楽を聴いているときが一番よいですね。手術の後遺症で右足が太くなり、リハビリテーション科の勧めで、タイツを購入しました」と語った。人生を振り返ってからBはより前向きになってきた印象がある。

告知から約2年10ヵ月：「告知されてから病気を頭で理解できたものの、次第になんで自分がこの病気に、と怒りが出てきました。怒りは長く続きましたが、今は収まり気

持ち的にも受け入れています」と語った。

現在も癌の治療をしつつ当科外来通院中である。症例Bは癌を患う前は引きこもりの生活であった。現在も外出は最低限ではあるが、癌に対する恐怖はありつつも、「今ここで」を大事に生きているといえる。

【症例Bのまとめ】

- 1) 当初は支持的精神療法を実施していたが、癌の恐怖を「～したい」欲求が強いからと読み替える森田療法的な介入を開始した。また、死の恐怖は受容しようと思わずそのままよいと伝えた。
- 2) 不安と欲求との連動を伝えるだけでは治療は一進一退で不十分と考え、今までの人生を振り返ることにした。
- 3) 人生を振り返った後、治療者との対話がスムーズになった。緩和ケアにおける森田療法では、治療者が良き聞き手となり共感的に接し、ナラティブを引き出すことが重要である。死の恐怖は恐怖として感じ、生きる欲望は欲望として限られた範囲で発揮することを可能とする。
- 4) 闘病生活中に抗癌剤の副作用が出現しても、今を大切に生活できるように治療者が積極的にサポートしている。

2. 緩和ケアでの森田療法の独自性

森田正馬は多くの喪失を経験した人だった。最愛の息子(1930年)、妻久亥(1935年)、森田の死の直前(1938年1月19日)には母親の死を経験する。病床にあった森田はひたすら悲しみ、泣く。そしてその後を追うように、同年4月12日に死去(享年64)。「死は当然悲しい。どうすることも出来ない。絶対であって比較はない。繰り言をいふほど悲しみは深くなる。…最も忌むことは、思想の矛盾、悪知と称して、我々の行為を一定の型にはめる事である」(息子の死について)。森田は当時の当直医に死に臨んでの心境を述べ、「随筆を書くときの材料になるだろうから自分のいうことを筆記しなさい」と伝えて、筆記させる。「僕は生まれるときと同じ心持ちで死ぬ。その事実を見てごらんください。僕は自由自在に泣きもし、怒りもする…偉人や天才や高僧の死の場合、いかに苦悩と虚偽にみちていることか。凡人の死は随分気楽なものだ」。

また、手伝いの人に次のように語る。「人間は生まれた時は、おぎゃあおぎゃあ泣き、あーんと言って泣くよ。今日の僕でわかったでしょう。あれだけ思いきって泣けるも

のではないよ」「いくらあるがままといたって、僕ぐらいあけっぱなしに泣けるものはないよ…」。

このように多くの弟子・聞き手に支えられ、森田は「あるがまま」の心境で死を迎えた^{6,10)}。聞き手に支えられナラティブを引き出すことが緩和ケアにおける森田療法の独自性といえる。

ここで癌患者に対する森田療法の利点について要点を整理する。(1) 死を受け入れなくてよい。(2) びくびくしながら「今ここで」の生活を大事にする。(3) 死の恐怖と「より良く生きたい」という強い欲求とは表裏一体であると捉える。(4) 緩和ケアでは治療者が良き聞き手となり共感的に接し人生を振り返るいわばナラティブを引き出すことが重要である。それが苦悩は苦悩として、欲望は欲望として、「今ここで」生きることを援助することになる。(5) 森田の死生観として「死は恐れざるを得ず」、そしてそれと対になる「欲望はこれをあきらめることはできぬ」というものがある⁶⁾。この死生観は治療者の支えになる。

おわりに

総合病院で接しやすい身体症状症と癌患者のメンタルケアに森田療法を適応した創作事例を提示した。両者とも症状への悪循環を同定し、不安と生の欲望は表裏一体であるにとらえ、不安を抱えつつ生の欲望を賦活していく視点が森田療法独自の視点である。特に癌患者の治療過程では患者の人生を語るナラティブが重要であることを論じた。

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) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Arlington, 2013 (日本精神神経学会 日本語版用語監修, 高橋三郎, 大野 裕監訳: DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2014)
- 2) 藤山直樹: 精神科専門医に求められる精神療法. 精神経誌, 117 (12); 1011-1014, 2015
- 3) Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. : Acceptance and Commitment Therapy : The Process and Practice of Mindful Change, 2nd ed. Guilford Press, New York, 2012 (武藤 崇, 三田村 仰, 大月 友監訳: アクセプタンス&コミットメント・セラピー (ACT) —マインドフルな変化のためのプロセスと実践—, 第2版. 星和書店, 東京, 2014)
- 4) Hofmann, S. G. : Acceptance and commitment therapy : new wave or Morita therapy? Science and Practice, 15 (4); 280-285, 2008
- 5) 伊丹仁朗: ガンの心身医学的治療の試み—生きがい療法—. 国際生命情報科学会誌, 18 (1); 162-171, 2000
- 6) 北西憲二, 板村論子: がんという病と生きる—森田療法による不安からの回復—. 白揚社, 東京, 2016
- 7) 高良武久: 森田療法のすすめ—ノイローゼ克服法—. 白揚社, 東京, p.96-99, 1976
- 8) 名越泰秀, 富永敏行, 酒井美枝ほか: 身体症状症の治療戦略—難治例へのテラーメイド治療—. 精神経誌, 125 (12); 1010-1022, 2023
- 9) 中村 敬, 北西憲二, 丸山 晋: 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
- 10) 野村章恒: 森田正馬評伝. 白揚社, 東京, p.242-254, 1974
- 11) 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 (7); 475-488, 1959
- 12) 館野 歩: 森田療法と Acceptance and Commitment Therapy (ACT) —不安障害に対するアプローチの比較検討—. 日本森田療法学会雑誌, 22 (1); 17-23, 2011

Consultation-Liaison Psychiatry and Morita Therapy

Ayumu TATENO

Department of Psychiatry, The Jikei University School of Medicine

Patients with Somatic Symptom Disorder, as well as cancer patients, are commonly treated in general hospitals. Morita Therapy can be effectively applied to address the mental states of both populations. This study presents and discusses composite cases in which Morita Therapy was applied to such patients in general hospitals, highlighting the unique aspects of the therapy in each case. Psychiatrists and physicians in general hospitals often find themselves drawn into a dualistic debate over whether symptoms are somatogenic or psychogenic. Intervening in the vicious cycle of mind and body, while mobilizing the patient's desire to "want to do something" in daily life, is a distinctive feature of outpatient Morita Therapy for Somatic Symptom Disorder. Once the vicious cycle of symptoms is broken, discussions about daily life become the treatment focus in outpatient Morita Therapy. When there is a vicious cycle of interpersonal relationships, it is important to intervene to break it. The process of accepting oneself and others while talking about interpersonal relationships is important. The uniqueness of Morita Therapy as a means for mental health care of cancer patients is a perspective that patients do not have to accept death and instead they should cherish life "here and now" even while they are scared, that the fear of death and the strong desire to live better are two sides of the same coin, and that in palliative care, the therapist should be a good, empathic listener to let the patient reflect on their lives to elicit their narrative. Morita's view of life and death entails that "death must be feared," which is paired by a belief that "desire should not be given up." This view of life and death is supportive of the therapist.

To effectively apply Morita Therapy in the mental health care of patients with somatic symptoms and cancer, fostering a narrative in which patients share their life experiences is an essential part of the therapeutic process.

Author's abstract

Keywords Somatic Symptom Disorder, palliative care, Morita Therapy, narrative