

外来森田療法のガイドライン

中 村 敬・北 西 憲 二・丸 山 晋・石 山 一 舟
伊 藤 克 人・立 松 一 徳・黒 木 俊 秀・久保田 幹 子
橋 本 和 幸・市 川 光 洋

日 本 森 田 療 法 学 会 雑 誌 別 冊
第 20 卷 第 1 号 平成 21 年 4 月

Japanese Journal of MORITA THERAPY

Vol. 20 No. 1 2009

外来森田療法のガイドライン

中村 敬, 北西 憲二, 丸山 晋, 石山 一舟
伊藤 克人, 立松 一徳, 黒木 俊秀, 久保田幹子
橋本 和幸, 市川 光洋

(日本森田療法学会 外来森田療法の標準化に関する委員会)

I. ガイドライン作成の経緯と目的

このガイドラインは、日本森田療法学会「外来森田療法の標準化に関する委員会」にて作成したものである。同委員会では、日本森田療法学会名誉会員、理事、日本森田療法学会認定医、認定心理療法士 計102名に外来森田療法に関するアンケート調査（資料1）を実施し、56の有効回答（回答率54.9%）を得た。このアンケート結果を整理し、抽出された共通項を外来森田療法の基本的構成要素とみなし、それを同委員会で検討・修正して草案を作成した。さらに重鎮の森田療法家の意見も踏まえて一部を手直した末に完成したのが本ガイドラインである。したがって今日、外来森田療法に携わる治療者のコンセンサスに依拠したものだといえることができる。

このガイドラインは、森田療法を志向する治療者に対して外来森田療法のアウトラインを示し、実践に資することを目的としており、なるべく治療の要点を具体的に提示するよう心がけた。なお、このガイドラインは個々の治療者の創意工夫を妨げるものではなく、ここに例示されている説明や質問のほかにも、様々な治療的対話があり得ることはいふまでもない。

II. 外来森田療法とは

まず、このガイドラインでいう外来森田療法とは何を指すかを明らかにしておくことにする。こ

こで外来という名称を用いるのは入院森田療法と区別するためであり、必ずしも医療場面に限定するわけではなく、職場や学校での相談業務などもこれに含まれる。また治療者とは、医師、臨床心理士、カウンセラー、ソーシャルワーカーなど、医療・相談業務に携わる専門職（守秘義務を有する者）を意味する。

外来森田療法には個人療法と集団療法があるが、アンケート調査の対象となった施設の大半は個人療法のみを実施していることから、今回のガイドラインは個人療法を想定して記述することにした。治療期限を設定しない施設が多いものの、期限設定を行っている施設ではほとんどが10～15回の面接回数と回答している。また1回の面接時間はおよそ60%の施設が20～30分であり、面接間隔は大半が1～2週間であった。ただし初診時には40分～60分の面接を実施している施設も少なくない。こうしたことから、外来森田療法には一定の面接時間を定めて比較的短期の期限設定のもとに実施する方法から、一般外来の枠内で特に期限を定めずに行う方法まで幅があるといえる。

なお外来森田療法の効果を実証していくためには、今後、面接時間、回数、プロセスなどを標準化することが課題である。

III. 治療の対象

森田療法の元来の対象は森田神経質と呼ばれるような神経症であり、森田はそれを強迫観念症、普通神経質、発作性神経症に三分類した。今日の

国際疾病分類第10版 (ICD-10) では広場恐怖や社会恐怖 (社会不安障害, 対人恐怖症) などの恐怖症性不安障害, パニック障害や全般性不安障害など他の不安障害, 強迫性障害, 心気障害など一部の身体表現性障害に相当する。しかし最近では, 上記の他にも多様な病態に森田療法が適用されている。なかでもうつ病や気分変調症は, 多くの治療者が森田療法を用いて効果を挙げている。そのほか, 適応障害や外傷後ストレス障害 (PTSD), 過敏性腸症候群, 慢性疼痛, 摂食障害, 非器質性不眠, アトピー性皮膚炎, 歯科口腔領域の神経症など広義の心身症的病態, 癌などの身体疾患を有する患者の不安や苦悩などにも森田療法が広く応用されている。こうした診断以外に, 薬物療法に不安の強い患者, 入院が困難であったり, 入院の準備過程にある患者, 家庭で実行する意欲のある患者などを外来森田療法の条件と考える治療者もいる。さらに, 自尊心が脅かされ, 挫折して日常生活が困難になった人, 自己実現ができずに悩んでいる人, 生きるための苦しみを抱えている人, 親子関係や思春期の問題を抱えている人, 不登校, 学校の対人関係や受験などに葛藤を有する人などが挙げられる。

これらの対象には広く森田療法を適用できる可能性があるが, 治療の適否を判断するには下記の条件も併せて考慮すべきである。それは, 先ず比較的健康な自我機能とある程度の知的理解力が必要だということである。ある程度自己を内省できること, 自分の悩みを自覚し語ることができること, 生活を吟味できること, 本を読んで森田療法の概略が理解できること, などである。また病前の適応レベルが高い患者ほど治療効果を期待しやすいことは, 森田療法も他の精神療法と同様である。次に, 完全主義, 勝気, 「かくあるべし」が明瞭で, 克己の姿勢, 生の欲望が強いなど, 神経質傾向を有しているかどうかである。こうした性格傾向の人では「精神交互作用」や「思想の矛盾」などのとらわれの機制が認められやすく, それだけに森田療法が奏効する可能性も高いといえる。最後に, 当然のことながら, ある程度の治療意欲は精神療法を開始する上で必須の条件となる (資料2として日本森田療法学会が作成した森田

神経質診断基準案を収録したので参照されたい)。

Ⅳ. 治療導入

治療の導入に当たっては, 患者を治療へ動機づけるとともに, 症状を悪循環的に増強させるような心理機制を明らかにして, 治療の目標を設定することが課題になる。通常は初回もしくは2回目までの面接において実施される。

1. 症状の理解

患者の症状を具体的に尋ねることが, 面接の出発点になる。その際, 神経症症状の根源にある不安や恐れは, よりよく生きたいという人間本来の欲望 (生の欲望) と表裏の関係にあることに理解を導くのである。例えば社会恐怖の人たちが抱く「他人から悪く思われるのではないか」という不安の裏には「人からよく思われたい, 認められたい」という欲望があり, 心気障害の人の「深刻な病気に罹っているのではないか」という懸念の裏には「健康でありたい」という欲望が存在する。強迫性障害の人が呈する「不潔なものに汚染されたのではないか」という恐れの中には, 「清潔に, 安全に生きていきたい」という欲望があり, またパニック障害の人が有する「このまま死んでしまうのではないか」という不安の裏には, 端的に「死にたくない, 生きたい」という欲望が存在するのである。こうした不安や恐れとその裏にある欲望は, どちらも自然な人間心理の両面の事実には他ならない。にもかかわらず, 神経症の人々は, これらの不安や恐れを異常なもの, あってはならないものと考え, それらを排除しようと努める結果, かえって不安や恐れが増して, 症状にとらわれていくのである。そして「他人から悪く思われる」恐れを避けるために孤立した生活を送ったり, あるいは病気に罹る可能性から逃れようとして, 半ば「病人のような生活」に陥ったりするというように, かえって望んでいた生活とは反対の結果を招いてしまうのである。

こうした点に患者の理解を導くには, 図などを用いて治療者が患者に説明を行うといった直接的方法と, 問いを重ねることで, 患者自らが症状の

根本にある感情や、その裏にある欲望に気づいていくよう促す間接的方法がある(註1)。また患者が複数の症状を有している場合には、症状リストを作成し、順次上記のような不安と欲望の両面を明らかにしていく作業が必要になる。

さらに、上記の理解の上に、患者の性格、すなわち生の欲望が過大で、「かくあるべき」「かくあってはならない」という心の構えが強いことにも言及し、そのような性格ゆえに「生き方が行き詰っている」現実を指摘してもよい。その際には、「あまりに完全にしようして行き詰まっているのですね」「人との関係を大切にすぎで、むしろそれに縛られているのですね」「安全を求めすぎて、苦しくなっているのですね」など、むしろ「多すぎる」「過剰である」という理解を示すのである。患者はしばしば「自分には何か欠けている、だめな人間だ」という“欠損モデル”に依拠して自己評価している。それを「足りないのではなく、多過ぎるのだ」と指摘することは、自己の状態を理解し、受け入れ、治療への動機付けを強めることに結果する。このような“過剰である”ことの指摘は、患者の完全主義的・自己中心的な生き方に気づきと修正をもたらす上でも重要である。そしてこのように指摘した上で「あなたを苦しめている所を改善していこう」といった治療への提案を行うことが望ましい。

2. とらわれ(悪循環)の機制を示す

とらわれの機制とは、神経症発症のメカニズムとして、森田療法理論の基本に位置づけられるものである。

とらわれの機制には大別して「精神交互作用」と「思想の矛盾」があるが、詳しくはVにおいて説明する。治療導入時には、患者がこれまで症状から逃れようとしたり、症状をやりくりしようとしてきた努力(はからい)が、かえって症状を増強させている事態を簡潔に指摘すればよい。たとえば強迫観念を有する患者に、考えを打ち消そうとすればするほど、いっそうその考えが増強する事実を示すのである。ここでも図示して直接説明する方法と、問答形式により本人にそれと気づかせる方法がありうる。

とらわれ(悪循環)を明確にすることは、「自分の性格に弱さがあるから」「自分がだめだから」と悩み、無力感にさいなまれている患者に、不安や恐怖への関わり合い方が問題であることを伝えることになる。つまり問題は「弱さ」や「だめだから」でなく、とらわれゆえであり、悪循環を打破すれば問題は解決できるのだ、という希望を与えるものである。それが治療の動機付けにもなるのである。

3. 「あるがまま」の態度を説明し、治療目標を定める

症状に対するはからいが、とらわれをもたらすことを明らかにしたなら、次にはとらわれから脱するため、症状に対してこれまでとは異なる態度が求められることを伝える。それがすなわち「あるがまま」の態度である。「あるがまま」とは、第1に、症状や不安をやりくりしようとせず、そのままにしておく姿勢を意味する。「症状と闘わないこと」「それとつきあってみること」など、いままでの患者のやり方とは全く違った対処の仕方を助言するのである。第2には、症状や不安の裏にある生の欲望を、実生活において建設的な行動の形で発揮していくという、より積極的な意味があることも伝えるのである。言い換えるなら、心の状態はそのままに、なすべき生活、行動をなすということである。最終的には、自己をよりよく生かしていくということが治療の目標に定められる。このように森田療法では、症状へのとらわれを打破するだけに留まらず、とらわれのない生き方を実現するまでが射程に入れていることを、治療者は銘記すべきである。なおこの際、「あるがままでなければならない」ということにとらわれて、治療が停滞・逆行することのないよう注意を払う必要がある。

ちなみに森田正馬が最晩年に到達した人間性の事実への自覚、「死は恐れざるを得ない」(恐怖はそのまま引き受けざるを得ない)「欲望はあきらめられない」(生の欲望の自覚と発揮の重要性)を念頭に入れておく適切な助言がしやすいだろう。

4. その他

治療者によっては森田の人生を語り伝えたり、過去の症例を紹介して上記の説明を補強することがある。また自ら神経症を克服した体験を有する指導者は、自己の体験を開示することもある。また森田療法関係の図書を読むよう指示したり、森田療法を紹介するプリントを手渡す治療者も多い。それは次の面接までに、森田療法の理解をいっそう図るための効果的な方法である。なお、森田療法を実施する際、患者自らがそれを希望し、治療者と患者との合意によって森田療法を開始する場合もあれば、あえて森田療法とは明言せず治療に導入する場合もあるが、それは治療環境や患者の条件によって、柔軟に考えて差し支えない。

V. 治療の基本的構成要素

アンケート結果から導かれた外来森田療法の基本的構成要素は、「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つであった。以下、各要素について解説する。

1. 感情の自覚と受容を促す

患者が自己の感情をあるがままに受け入れることができるようになったなら、治療は終結に近づいたといっていよい。先にも述べたように多様な神経症症状の根底には不安や恐れが感情が存在する。しかも、患者はこうした不安や恐れのような不快な感情に過敏に反応し、それらを除去するために努め、あるいは必要な行動も回避することによってこうした感情に直面しないように腐心しているのである。不安や恐怖の他にも、患者によって様々な感情が体験されている。社会恐怖の人々の抱く羞恥や怯えの感情、あるいは強迫性障害にしばしば見られる苛立ちや怒りの感情などである。これらの患者が、自己の感情を受容するには、まずそうした感情に気づかなくてはならない。そこで治療者は「そのときどのように感じていたのですか?」「どんな気持ちだったのですか?」といった質問を繰り返すことによって、感情の自覚を促すことが重要である。さらに患者には、自己

の感情の流れをしっかりと見つめるよう助言していく。パニック発作を例に挙げれば、DSM-IVの基準には10分以内に頂点に達するということが明記されている。頂点を過ぎれば、徐々に不安は鎮まっていくのである。このように「感情はこれをそのままに放任すれば、時を経るに従って自然に消失する」という「感情の法則」を徹底して指導する。こうした事実患者が体験的に気づくことができれば、はからわずにそのままにおくこともできるようになっていくのである。このとき、治療者が患者に「待つこと」、「その感情の流れをしっかりと観察すること」、「それを体験すること」などを具体的場面に沿って助言することが重要である。それが「感情の法則」をそのまま実感できることにつながるのである。悩んでいる人は一般に「待てない人たち」であることを治療者は知っておくことも大切であろう。

ところで感情が時間と共に流転することを患者に伝えるには、しばしば比喩が役に立つ。「感情は天気。不安は一時の雨模様」といった比喩である。ただし、患者の不安に伴う苦痛や不快は相当の程度だということは理解しておかなくてはならない。患者が、そのような苦痛を伴う感情を抱えることができるためには、治療者が共感を持って接することが欠かせない。患者が味わっている感情は、程度が甚だしいにしても、本来私たちにとって自然な、それゆえ避けることのできない感情なのだということを、折に触れて伝えていくのである。藍澤のいう普遍化という技法がそれに相当する。なお、気分障害の際の抑うつ感、変化流転するには神経症性の不安より、かなり長時間を要する。この場合には天気の比喩を用いるにしても、「うつは梅雨の季節」といった長期間を暗示する表現が必要になるだろう（気分障害の際の感情の扱い方については、註2を参照のこと）。

2. 生の欲望を発見し賦活する

患者の不安や恐怖、あるいは症状の裏にある健康な欲望を照らし出し、発見させ、発展させるよう水路づけることは、森田療法の根幹だといっても過言ではない。そのような生の欲望は不安を伴う行動に患者が踏み込む原動力に他ならない。入

院森田療法では、臥褥のような直接的、身体的体験が生欲望を賦活するのだが、外来治療においては、治療者との対話の中から患者が自らの欲望を自覚することが主な手立てになる。

ところで治療導入期には、患者の症状を手がかりに、その裏にある欲望（例：対人恐怖の裏にある、よく思われたいという欲望）に言及することが課題であった。けれども治療を本格的に展開する時期には、症状に関連した欲望ばかりでなく、患者の日々の生活に内在する健康な欲望を幅広く見出していくことが鍵になる。実際、生の欲望といっても、その裾野は広い。「お腹が空いたら、ご飯を食べたい」「渴いたら、水を飲みたい」「汗をかいたら、入浴してさっぱりしたい」といった生活の基本的な欲望から、「自分らしく生きたい」「価値ある生活をしたい」というような、より精神的、実存的な欲望まで、限りがないのである。また空腹のようにそのつどの行動（食事）によって充足し得るものから、人生の目標や価値のように、長い年月の中ではじめて充足可能な欲望もある。けれども森田療法では、「人生の価値」といった特定の主題を優位におくことはせず、「ご飯を食べたい」から「有意義な人生を送りたい」まであらゆる「～たい」を等しく人間の自然な欲望として承認するのである。そしてそれらの欲望を建設的な行動に発揮し生活を充実させることを目指すのである。「結局われわれは、静かに自分を見つめる時に、自分は果たして、何を求めつつあるかということを知らなければならない」（森田、1934/1975）。

治療者は機を見て「どうなりたいのですか」「治ったらどのような生活を求めているのでしょうか」といった直接の質問を患者に投げかけるとよい。直ちに答えが得られなくとも、そのような質問が患者の自問自答を促す契機になることがある。また、患者の生活の実際を詳しく聞き、何に関心を寄せているのかを話題にすることが、患者の欲望の発見に繋がることも多い。たとえば仕事についての対話から、何らかの資格を取得して仕事に生かしたいといった具体的な目標が見出される場合もあるし、趣味について話題にするうち、特定のミュージシャンのコンサートに行きたいと

いう希望が語られることもあるだろう。たとえ「やりたいことは別にない」という患者であっても、生活の基本的な欲望は失われておらず、空腹時には「ご飯を食べたい」し、まずいものより「うまいものを食べたい」のである。いずれにしても、患者が自らの欲望を言葉にすることによって、漠然とした願いから具体的な形、イメージが手繰り寄せられていくのである。それと同時に治療者は、患者によって語られる希求に対して、性急な価値判断や批評を加えず、自然な欲望として承認（普遍化）する姿勢が求められる。治療者が、患者の自然な心の動き（生の欲望）に気づき、共感的に反応し、それを照り返していくことである。そのような治療者の関わりが、患者の生の欲望を賦活することになるからである。ここは治療上重要なポイントである。

3. 悪循環を明確にする

森田療法では、神経症症状の発展機制として、とらわれ（悪循環）に着目する。とらわれの機制には大別して「精神交互作用」と「思想の矛盾」がある。治療導入の際にも、患者のとらわれの様相について治療者が簡潔に指摘することが求められたが、導入の後にも、患者の体験に即して悪循環の機制を繰り返し明らかにすることが重要である。

先ず精神交互作用について、パニック発作を例に挙げて説明しよう。偶然の機会に心悸亢進が起ると、ことに神経質傾向にある人はそれに強い不安を覚えて心臓部に注意を集中する。その結果益々感覚は鋭敏になり、いよいよ不安がつのって心臓部へ意識が狭窄し、一層の心悸亢進をもたらす。精神交互作用とはこのように注意と感覚が悪循環的に作用して症状が発展する機制である。パニック発作に限らず、種々の心気的不安には、精神交互作用が介在している。とらわれの機制の第2は思想の矛盾と呼ばれる。一般に神経質性格の人々は不安や恐怖などの感情を「かくあるべき」「かくあってはならない」という知性でもって解決しようとする構えが強く、そこに不可能を可能にしようとする葛藤が生じるのである。例えば赤面恐怖の患者は、何かの折りに人前で恥ずかしく

感じ顔が赤らむといった当たり前の感情や生理的反応を「ふがいない」「もっと堂々としていなければならない」と考え、恥ずかしがらないように努める結果、かえって自己の羞恥や赤面にとらわれるのである。思想の矛盾は、より性格特異的なメカニズムであり、強迫的なコントロール欲求にも関連が深いことが指摘されている。精神交互作用より、自我が能動的に関与しているともいえる。対人恐怖症状の他、多くの強迫観念の発生についても思想の矛盾から説明することができる。

さて、上記のような悪循環機制を明確にするには、症状出現時の患者の体験に焦点を当てること が有効である。「そのとき注意はどこに向かって いましたか?」「どんなことを考えていました か?」といった質問を向けることによって、自己 や自己身体の部分に注意がとられ、また「かく あるべし」の考えが自己を強制していたことに自 覚を促すのである。また時には、治療者の面前で シュミレーションを行うことも効果的である。た とえば人前での書字困難を苦にするふるえ恐怖の 患者には、治療者の前で氏名などを書いてもら う。大抵治療者の面前では、ふだんの人前状況より ふるえが目立たないものである。そこから、人前で 生じる「ふるえたらみっともない」「ふるえない ように努めよう」といった意識が、かえってふる えを助長するというパラドックスを今そこで明ら かにすることができるのである。

ところで「はからい」と「とらわれ」が悪循環 をなす、といった説明もよくなされる。その場合 の「はからい」とは、不安などの感情や症状を意 図的にやりくりしようとする行為を意味するが、 精神交互作用における注意や、思想の矛盾の際の 思考(思想)のように内的なプロセスだけでなく、 実際の行動の形で出現し、それ自体が症状の一部 をなすことがある。たとえば赤面恐怖の患者が、 赤面をごまかすために人前に出るときにあらかじめ飲酒したり、広場恐怖の患者が外出の際、必ず 家族を同伴して不安を軽減させたり、あるいは恐 怖症の人が一般に恐れている状況を回避するとい った行動である。これらの「はからい」は、症 状を固定化し、事態を益々複雑にする結果になる。 こうした「はからい」行為は、患者の陳述から明

らかにされるだけでなく、面接時の患者の態度、 同伴者の有無などによっても確かめられること である。そこで、治療者がそれを直接指摘したり、 「はからい」行為の結果、どのような事態が招来 されているかを患者と共に吟味していくことが大 切な治療のプロセスになる。

4. 建設的な行動を指導する

以上のような悪循環を明確にした上で、治療 者は患者の生の欲望を建設的な行動に結び付ける よう促していく。患者は大抵、症状が改善した後に、 これらの行動を手がけようと考えているが、治療 者は、不安や症状を抱えたまま、今できることから 実行していくよう指導していくのである。

森田療法においては、治療者が患者に行動を指 示するのではなく、患者自らが、あるいは患者と 治療者が相談して具体的な行動課題を見出すこ とが原則である。次の面接までに、一つないしく つかの実践課題を患者自身が設定するというやり 方もなされている。行動の内容については、症状 に関連したものには絞る必要はない(ここにおいて 認知行動療法との相違が明白である)。生活を充 実させるには、生の欲望にしたがって、広く多様 な行動に踏み出していくことである。また大きな 目標よりも、今日実行可能な小さな目標を立てる ことも指導のポイントである。大きな目標は完全 欲が妨げになってなかなか着手できないものだが、 小さな目標、ささやかな行動が次の行動の呼び水 になり、結果として活動的な生活態度が醸成され ることも多いのである。

ただし、ある程度は行動の選択について治療 者の助言が必要になる。よく森田療法では「気分は 気分として、なすべきことをなす」よう指導され る。または「“気分”と“行動”を分けること」、 「できないこととできることを自覚し、できない こと(気分を操作すること)をやめて、できるこ と(日常の行動)に取り組むように」などと伝える。 このようにして患者にとって必要な仕事や生 活上の事柄に、苦しくても逃げずに取り組むよう 促していくのである。「健康人のふりをして忍苦努 力して生活すること」を強調する治療者もいる。 学生なら登校し勉強に当たること、社会人であれ

ば自分の仕事に着手すること、そして主婦であれば家事に携わることなどがそれに相当するだろう。そして行動に際しては、目的本位の姿勢を指導する。たとえばパニック障害の患者が洋服を買いに行くとする。患者はたいがい、外出中に症状が出たか、不安を感じたか否かを判断の基準にするものである。このような「症状本位」「気分本位」のあり方から脱し、本来の目的が果たされたか否か、この場合であれば目的の洋服を手に入れることができたか、しかもなるべく安価でよい品を購入できたかどうかを評価の基準にするよう指導するということである。ところで社会生活から撤退しているような患者は、「なすべき行動がない、何をしたいかわからない」と困惑する場合がある。このようなケースには、衣服を着替える、洗顔・歯磨きを行う、きちんと食事を取るといった生活の基本的な事柄から実行するよう助言する必要がある。ふだんの生活をよく観察し、たとえば部屋が散らかっていて見苦しい、など「感じの悪い」ところを見つけることが、行動を起こす出発点になる。また、「なすべき」ことにとらわれず、「～したい」と感じることを、実行するよう奨励することも大切である。患者によっては、「仕事もしていないのに、遊んでいてはいけない」などの自責的考えや規範意識から、やりたいことも手控えている場合がある。しかし、たとえ娯楽的な事柄であっても（反社会的なものでない限り）、実行に移すことは何もしないよりはるかによいのである。なお、ユーモアスピーチやウォーキングなど特定の行動課題を積極的に奨励する治療者も見られる。さらに行動に当たっては、次のこと、次のことと手早く動くよう助言していくことも森田療法の特徴的な指導である。このように活動的で外向的な生活を実践していくことから、おのずと注意は自己の症状から外界の事物へと転換し、意識が開かれていくことになるのである。森田は「外相（生活の形、行動）を整えれば、内相（心の内面、感情）おのずから熟す」という言葉をよく引用していた。

神経症のタイプによっては、さらに具体的な行動指導が必要になる場合がある。たとえば社会恐怖（対人恐怖症）の患者には、話し上手より聞き

上手を心がけることを、また強迫行為の顕著な患者には、時間を目安に次の行動に移るよう指導するなどのことである。

治療者は行動を促すと共に、患者が実行した事柄には関心を寄せて詳細を尋ね、「やりましたね」「大きな進歩です」などと共感をもって肯定することが重要である。患者はほめられたこと、認められたことの経験が少ない人たちであるだけに、こうした関わりは、患者のさらなる行動を勢いづけていくものである。このような対応を重ねることによって、面接の話題が症状のことから患者の生活の広がりになんて移っていくようであれば、それは治療の進展を意味するものである。

5. 行動や生活のパターンを見直す

患者が行動を上げようとするとき、元来の「かくあるべし」の姿勢もまた明るみに上がることが多い。例えば社会恐怖の患者が人前でのスピーチに臨む際に、「緊張せず、なめらかに話さなくてはならない」といったことに拘泥するように、である。また、他者との関わり合いが増えるにしたがって、他者に対しても「かくあるべし」を求め、思うようにならない他者の態度に苛立つこともしばしば見受けられる。このようなパターンを具体的に指摘し、「かくあるべし」から脱して「かくある事実にしたがって臨機応変に対処する」よう助言していくことは、最終的には神経質の性格陶冶に帰着する。先の例であれば、人前で緊張するという事実を受け入れ、その上で伝えたいことが伝わるよう予めしっかり準備し、わかりやすく伝えるような工夫を凝らすといった具体的対処が大切なのである。また後者の例では、「他人は自分とはまた違った感じ方、考え方をする」という事実を認め、相手との積極的なコミュニケーションを図り、折り合える点を探す努力を続けることが必要になる。こうした助言は、患者の生活の様々な側面において、きめ細やかになさなくてはならない。そして、個々の行動に現れる神経症的パターンを見直すことは、結局のところ患者の元来のライフスタイル、生き方を問い直すという課題に立ち至る。たとえば神経症の患者には、症状が顕在化する以前から過度の完全主義や

「全か無か」といった強迫的スタイルのために、関与する領域が狭小化していたり、予測の難しい状況や行動を回避するといったスタイルが見られることが少なくない。また批判を恐れるために、依頼されたことを一切断ることができず、結果として仕事を抱え込んで身動き取れなくなるといったパターンもしばしば見出される。あるいは「人によく思われたい」一心から、相手の期待に合わせて振舞うことにのみ目を奪われ、自分は本当に何がしたいのかを忘却している人もいる。こうした患者の生き方を取り上げ、もっとありのままの自分を認め、その人らしい生き方が実現できるよう援助することが、治療後半の課題になるのである。

治療が展開するにつれて、思想の矛盾、あるいは「かくあるべし」(理想の自己)と「かくある事実」(現実の自己)との葛藤が顕在化してくる場合もある。具体的には不快な感情をどうしても受け入れられない、それと戦ってしまう、あるいは治療が行き詰まる、などという形を取る。それに対しては「思い通りにならないこともある」「完全には行かない」「白黒つけようとしすぎていないか」などと患者の全か無かの思考を指摘し、それを共有し、その修正と一緒に考えることも重要である。治療が行き詰まったときには「ピンチはチャンス」と伝え、そこで患者と共に不自然な生き方を見直していくという作業が、患者の自覚を深め、治療プロセスを進めていくのである。

6. 治療の流れについて

以上のように「感情の自覚と受容を促す」「生の欲望を見出し賦活する」「悪循環を明確にする」「建設的行動を指導する」「行動や生活のパターンを見直す」という外来森田療法の5つの基本的な構成要素を抽出した。これらの要素をどのような流れで実施するかについては、対象の病理や治療構造、治療者の特性によって様々なヴァリエーションがあり得る。いずれにしても治療者は、患者の治療的变化のプロセスに注意を払い、どの課題に重点を置いて面接するかを柔軟に考慮することが大切である。

VI. 治療技法をめぐる

ここで、特に外来森田療法において意識しておくべき技法について解説することにした。

1. 面接技法

1) 傾聴・共感の姿勢

患者の訴えに虚心に耳を傾けることは、あらゆる精神療法の原点である。そして治療者が素直な共感を伝えることは、患者にとって強力な支えとなる。外来治療では入院のような治療の場の支えが少ないだけに、患者が困難を抱えながら行動を立て直していくには治療者・患者間の共感的雰囲気が一層重要なものとなる。森田療法の治療者が共感を伝える具体的な方法として、単に患者の語る言葉を繰り返して映し出すだけでなく、普遍化、すなわち患者の体験が、人間にとって自然な感情であり欲望なのだというメッセージを伝える作業が重要であることは既に述べた。そのような共感を伝えるには、患者の体験を2人称ではなく、1人称複数形、すなわち「私たちは…」「我々は…」といった表現で語りなおすことが有用である。また時には治療者の自己開示が、患者と治療者の共感を深める手立てともなり得る。ただし自己開示はあくまで患者のためのものであり、治療者の自己確証に患者を利用することは、厳として慎むべきである。

2) 治療的対話

患者の理解を促すために、種々の対話技法が活用されている。なかでも森田療法の治療者がよく用いるのが、比喩やことわざである。先に紹介した天気の話の他にも、気分を川の流に喩えて自然に流転していくことを暗示したり、強迫観念を空に浮かぶ雲に喩えることはしばしばなされている。また森田は「一波をもって一波を消さんとす、千波万波こもごもおこる」という比喩によって、不安や症状をやりくりしようとする態度が加えてこれらを増強する結果になることを示し、日々症状の有無を確認している患者には「挿し木をさして、毎日それがついたかどうか、引き抜いて確かめているようなものだ」と喝破したのだっ

た。これらの比喩はいずれも視覚的イメージを強く喚起する働きがある。強迫傾向を有する患者は往々にして知性化の傾向が強く、理屈で説得しようとするれば言葉にとらわれて藪の中に入り込むことが少なくない。このような患者には、理屈のかわりに比喩を活用して、直観的な理解を促す方法が効を奏するのである。比喩とは異なるが、患者のあり方を図示する方法も、視覚的イメージを利用したアプローチである。

患者の体験を端的な言葉に置き換えるという方法もよく用いられる。そのために、森田の言葉を引用することもあるし、また治療者が患者の体験に「見出し」をつけて共有するといったやり方もある。また、患者が不安を訴えるたびに、それを不安の裏にある欲望に読み替えていくという一種のリフレーミング（再解釈）も提唱されている。

そのほか、症状にかまけておろそかになっていることをピンポイントで指摘する直面化の方法、あるいはとらわれの強固な患者に対して、あえて恐れている結果を誇張して示すことで、患者の懸念が非現実的であることを明らかにするような逆説的接近も、時機を捉えれば効果的である。

3) 不問技法について

一般に森田療法の治療者は、症状不問の姿勢が基本だといわれる。症状不問とは、症状の訴えを細かく取り上げず、また症状の意味を追求しない姿勢を意味する。入院療法では、第1期の臥褥期から症状不問の対応がなされる。患者には「症状は起こるがままにおく」ことが求められ、治療者の回診も短時間の状態観察が主眼で、症状の詳細を尋ねることはしない。しかしながら外来治療においては、見てきたように症状をめぐる対話が発点であり、症状を扱うことなしには初期の治療は成立しないため、症状不問に治療者が拘泥する必要はない。ただし、治療の後半に行くにしたがい、徐々に面接の話題は症状から行動や患者の生活のあり方に移行していくことが自然な流れである。このように症状からの脱中心化、脱焦点化を自然なプロセスとして促していくことを治療者は念頭に置くべきである。

2. 日記療法

日記療法は、外来森田療法においても治療を促進する有力な手段である。患者は言葉として記すという作業を通して自己の体験を見直し、書いた日記を読み返すことによって一層自己のあり方に気づくことができる。また治療者は日記によって患者の日々の生活の概要を知ることができる。さらに、日記は面接と並行して治療的対話を促すと共に、治療者患者関係を築く大切な媒体となるのである。

標準的な日記療法では、毎夜、ノート1頁ほどの日記を、30分程度の時間内に書き上げるよう指示する。内容は1日の行動を中心に記載し、不安や症状、愚痴ばかりを書かないよう指導する。ただし日記療法の開始当初は、もう少し自由に書きたいことを書いてよいことを保証したほうが、日記が継続しやすい。また、さながら業務日誌のように行動のみを事務的に記す患者には、行動に伴い何を考え何を感じたかも記入するよう促したほうが治療的対話に結びつきやすい。日記を面接時に手早く読んでその場で質問やコメントをする治療者もいるし、また2冊の日記に交互に記載してもらい、1冊を預かって次の面接までにコメントを付して返却するという治療者もある。患者の特徴や治療者側の諸条件によって、用いやすい方法を採用して差し支えない。コメントを記入する場合は、ノートの1側に5 cm 幅程度の余白を残すように指示し、患者の記述の中で重視すべき部分に赤線を引いて、余白に赤字で書き込むのである。コメントの内容は、患者のとらわれを指摘したり、建設的行動に支持や共感を寄せたりと様々である。

その際のポイントは、①症状の訴えに対して、不安と健康な欲求が表裏一体であることを伝えながら（自然な感情として普遍化）、不安を排除しようとする構えが逆に不安を強めている事実を指摘する、②不安や症状と付き合いつつ必要な行動に踏み込むよう促していく（例：「きちんとやりたいとおもうからこそその不安。そのまま、目の前にことに手を出してみよう」）、③行動に踏み込むようとする姿勢を評価し、そこで得られた経験を深めていく（例：「大切な経験。気分とはこのよう

に時間と共に変化するものです」)、④神経症的な構えや不適応的な行動(全か無かの思考、気分本位な態度、不快なものは排除しようとする姿勢など)を指摘し、本来必要な関わりは何かを問いかける(例:「症状の有無だけで一日をはからない。辛いながらも目的を果たせたことに目を向けよう」)などである。こうした介入を通して、患者が不安と付き合いつつ必要な行動が取れるように援助すると共に、患者が現在のままの自分を受け止められるよう支えていくのである。なお症状ばかりを記載している箇所にはあえてコメントを付さないということも、不問技法といえることができる。

3. 薬物療法の併用をめぐる

森田療法は薬物を用いない療法だとの誤解があるが、今日では一部の例外を除き、森田療法に携わる医師は症例によって薬物療法の併用を行っている。森田の時代とは異なり、今日では神経症症状にある程度の効果を有する薬物が数多く存在すること、また森田療法を希望して受診する患者の多くが既に他の医療機関で投薬を受けていること、などの実情があるからである。したがって、外来森田療法の実施は薬物療法を排除するものではない。

ただし、不安や症状を除去するという目論見で、際限のない増量や処方変更を行うことは決して治療的ではない。患者に対しては、薬物が「患者の生活を立て直す補助手段である」ことを明確にし、回復の原動力は患者自身の取り組みにあることを伝えるべきである(註3)。また投薬中は、薬に対する不安や疑問をきちんと面接で取り上げることが保証した上で、患者の懸念に潜む神経症的態度、たとえば「万が一の危険をすべて排除しようとする姿勢」などについては、精神療法のテーマとして扱うことが望ましい。

VII. 治療の終結と評価

期限を設定して外来森田療法を実施する場合には、最終面接までに、まとめの作業を行って締めくくりをつける。まとめの面接においては、治療

過程を振り返り、患者の変化について評価を行い、それを患者と共有すべきである。

ところで森田療法の治療効果を評価するには以下の点を総合的に考慮すべきである。

1. 症状とそれに伴う苦痛の軽減

森田療法では患者が症状を除去せんとする努力をやめ、本来の生活に取り組んでいくことが根本である。とはいえそれは症状の変化を治療上、度外視するというのではない。むしろそのような患者の方向転換が果たされたとき、結果として症状と苦痛はおのずと軽減に向かうのである。症状とそれに伴う苦痛が軽減していることが回復の必要条件であることは、森田療法でも例外ではない。

2. 生活・行動の変化

しかし、森田療法の効果を判断するには、症状の軽減に加えて、患者の生活・行動が建設的な方向に変化していることが重要である。生の欲望が現実を発揮され、注意や関心が外界に広がっているかどうか、生活に没入し、やるべきことがなされているかどうか、行動に際しては目的本位の態度が身についているかどうか、そして生活が充実し適応レベルが向上しているかどうかを患者と共に判定するのである。

3. 自己の受容と洞察

さらに患者が自分自身のあり方を自覚し、あるがままの自己を受け入れられるようになったのであれば、改善の十分条件を満たしたといえる。かくあるべき自己と現実の自己との落差に拘泥するのではなく、自然体で自分らしく生きることができるようになったとき、本当の意味で神経症からの脱却がなされたといえるのである。このような変化については、患者の自己評価が判断の根拠になる。

以上の点について、実際にどのような進歩があり、また残された課題は何かを明確にして治療を終結するのである。なお期限設定を行わない場合は、患者もしくは治療者の判断で面接間隔が徐々に延長し、やがて自然に終了することも少なくない。

い。そのような場合においても、一定の面接回数を過ぎた時点で治療経過をいったん振り返り、上記の点を念頭に評価を行うことが望ましい。また、薬物療法を併用している場合、治療終了までに減量がなされていることが望ましいが、必ずしも休

薬がなされていなければならないということではない。投薬をもう少し続ける必要があるなら、外来森田療法終了後、一般外来でしばらくの間フォローすればよいのである。

2008年11月30日作成

註1. 問いによってとらわれを浮き彫りにするアプローチ

「何を治したいのですか？」

患者の主訴（症状）を尋ねる。

「どのように治りたいのですか？」または「治ってどのようになりたいのですか？」

患者の生の欲望を探る。

「欲望と不安は心の両面であり、切っても切り離せないものですね」

治療者は両面観を提示する。

「症状さえなければ物事がうまくゆく。だからまず症状をなくすことに努力を傾けてきたではありませんか？」

患者の「はからい」を明らかにする。

「症状をなくそうとすればするほど、ますます症状がつのってしまいませんか？」

「はからい」と「とらわれ」の悪循環について尋ねる。

註2. 気分障害の患者の感情の扱い方

うつ病の患者に対しては、性急に「気分は気分として、なすべきことをなす」よう促してはならない。うつ病の際に見られる抑うつ感、絶望感、不安焦燥感などは正常な気分変動と異なり、病気の症状と考えたほうがよいからである。特に病初期には、行動を促すより先ずは十分な休息を取ることが基本になる。ここで患者の「焦り」を積極的に取り上げることも重要であろう。つまり「焦らないこと」「待つこと」あるいは逆説的に「休むことが仕事」などと伝えることも必要な場合がある。回復期には、回復状態に応じて無理なく行動を再開することも大切であるが、当初は「おっくう感が比較的軽いときに、手のつけやすいことから行動してみる」よう助言し、その時々状態に逆らわず、臨機応変に行動を切り替えることを重視するのである。回復の後期には、「気分は気分として行動を整える」という通常の森田療法的指導で差し支えないが、疲労感が強ければ早めに行動を切り上げることも併せて指導すべきである。そして社会復帰に際しては、「今までの休んだ分を取り戻そうとしないこと」「徐々に積み上げる感じで」などと助言することも大切である。ここで焦って何とかしようとすると、それが再発の危険を高めるからである。

ただし気分変調症（慢性・軽症のうつ状態）の患者に対しては、休息を強調し過ぎることは治療的ではなく、「行動によって気分が変わり得る」ことを患者が体験的に自覚できるよう指導することが要点になる。

註3. 薬物療法併用の際の説明

治療の開始時には、森田療法を含む精神療法一般と薬物療法の長所と短所を率直に話題に取り上げてみてもよい。薬物療法の長所は、簡便で効果の発現が早く、かつ患者側の努力が最小限ですむということに尽きるが、一方、短所として副作用のほかに耐性や依存を生じやすく、なかなか減薬・中止できない種類の薬物があること、また中止すると再発しやすいことなどの問題点がある。実際、精神療法と抗不安薬・抗うつ薬を併用する場合は、薬物の減薬・中止の際の離脱症状の予防と対策について十分な知識と経験を身に付けておくことが望ましい。

また薬物療法を森田療法に併用する際、その作用機序として精神交互作用の悪循環を薬物が軽減することで症状も改善してゆくと説明することは、薬物をあくまで補助的な手段として認識するうえで、しばしば有効である。

〔資料1〕

外来森田療法に関するアンケート調査

日本森田療法学会
外来森田療法の標準化に関する委員会ご氏名

1. 外来森田療法を実施する際、診療区分は次のどちらですか。

保険診療

自費診療

2. 外来森田療法の診察時間、実施間隔は通常どれくらいですか。

3. 外来森田療法に期限を設定していますか。その場合、何回ぐらいのセッションを基本とされていますか。

4. 通常、どのような対象に外来森田療法を実施していますか。その際の適応基準もご記入ください。

5. 外来森田療法に必須と考えられる要素をご記入ください。

6. 外来森田療法の導入には、どのような説明をされていますか。要点をご記入ください。

7. 先生が実施されている外来森田療法のおよその流れをご記入ください。

8. 外来森田療法で意識的に用いている技法があれば、具体的にご説明ください。

9. 外来森田療法に薬物療法を併用していますか。

ほとんど常に併用

時に併用

併用しない

10. 日記療法を実施していますか。

実施する

実施しない

実施する場合、コメントを記入しますか。

記入する

記入しない

11. 治療効果はどのような基準で判定しますか。

12. 治療終結はどのような基準で判断しますか。

〔資料2〕

森田神経質診断基準案（日本森田療法学会「森田神経質の診断基準委員会」作成）

I. 症状上の臨床的特徴

森田神経質の症状レベルとしてA, Bの基準を満たすと共に, Cの5つの基準のうち, 3項目を満たすこと

- A. 症状（悩み）に対して異和感を持ち, 苦悩, 苦痛, 病感を伴う（自我異質性）
- B. 自己の今の状態（性格, 症状, 悩み）をもって環境に適応し得ないという不安がある（適応不安）
- C. 症状内容の特徴, 症状への認知, 関わり合いかたなどの項目のうち, 3項目以上を満たすこと
 - 1. いつも症状（悩み）が起こるのではないかという持続的不安を持つ（予期不安）
 - 2. 症状（悩み）の焦点が明らかである（主に1つのことについて悩んでいる, 防衛単純化）
 - 3. 自分の症状（悩み）は特別, 特殊であると考え（自己の悩みの特別視）
 - 4. 症状（悩み）を取り除きたいという強い意欲を持つ（症状克己の姿勢）
 - 5. 症状の内容が, 通常的生活感情から連続的で, 了解可能である（了解可能性）

II. 症状形成（とらわれ）の機制

ここではA,Bの両者の基準を満たすことが必要である

- A. 精神交互作用が認められること：注意と感覚（あるいは症状）の相互賦活による感覚（あるいは症状）の鮮明化と注意の固着, 注意の狭窄という悪循環過程の把握
- B. 思想の矛盾が認められること：1) 2) の基準を満たすことが必要である
 - 1. 症状除去の姿勢：この症状さえなかったら, 自分は望むことができると考えること, あるいは不安, 恐怖のまったくない状態を望んでいる
 - 2. 「こうありたい自分」と「患者自身が考えている現在のこうある自分」とのギャップに対する葛藤

III. 性格特徴

A, 内向性, 弱力性の5項目, B, 強迫性, 強力性の5項目のうち, それぞれ1項目以上の基準を満たすことが必要である

A. 内向性, 弱力性

- 1. 内向性（自分の存在全体について, 過度に内省し, 劣等感を持つ）
- 2. 心配症（細部にこだわり, なかなかそこから抜け出せない）
- 3. 对人的傷つきやすさ, 過敏性（些細な人の言動に傷つく, 人の言動が気になる）
- 4. 心気性（自分の身体や感覚に対して過敏となりやすい傾向）
- 5. 受動的（イニシアティブを取れない, 消極的, 新しいことが苦手）

B. 強迫性, 強力性

- 1. 完全欲（強迫的に完全にしないと気が済まない）
- 2. 優越欲求（負けず嫌い）
- 3. 自尊欲求（プライドが高い, 自尊心が強い, 人にちやほやされたい）
- 4. 健康欲求（常に心身とも健康でありたい, 全く不安のない状態を望む）
- 5. 支配欲求（自分や周囲を自分の思いどおりにしたいという欲求が強い）