第39回 日本森田療法学会

The 39th Annual Meeting of the Japanese Society for Morita Therapy

プログラム・抄録集

こころの成長を支える森田療法
―沖縄において・コロナ禍において―

ライブ配信　2022年12月3日(土)・4日(日)

オンデマンド配信　2022年12月8日(木)～25日(日)

大会長　福治　康秀(独立行政法人国立病院機構琉球病院)

抗精神病剤　劇薬　処方箋医薬品*

インヴェガ®錠 3mg 6mg 9mg

INVEGA® Tablets

パリペリドン徐放錠　薬価基準収載

*注意—医師等の処方箋により使用すること

持効性抗精神病剤　劇薬　処方箋医薬品*

ゼプリオン®水懸筋注 25mg 50mg 75mg 100mg 150mg シリンジ

XEPLION® Aqueous Suspension for IM Injection

パリペリドンパルミチン酸エステル持効性懸濁注射液　薬価基準収載

*注意—医師等の処方箋により使用すること

持効性抗精神病剤　劇薬　処方箋医薬品*

ゼプリオン TRI®水懸筋注 175mg 263mg 350mg 525mg シリンジ

XEPLION TRI® Aqueous Suspension for IM Injection

パリペリドンパルミチン酸エステル持効性懸濁注射液　*注意—医師等の処方箋により使用すること　薬価基準収載

「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等は製品添付文書をご参照ください。

製造販売元（文献請求先・製品情報お問い合わせ先）

ヤンセンファーマ株式会社

〒101-0065 東京都千代田区西神田3-5-2

https://www.janssen.com/japan/

https://www.janssenpro.jp（医薬品情報）

©Janssen Pharmaceutical K.K. 2020-2021

2021年10月作成

第39回 日本森田療法学会

The 39th Annual Meeting of the Japanese Society for Morita Therapy

プログラム・抄録集

こころの成長を支える森田療法
―沖縄において・コロナ禍において―

ライブ配信　2022年12月3日(土)・4日(日)

オンデマンド配信　2022年12月8日(木)～25日(日)

大会長　福治　康秀（独立行政法人国立病院機構琉球病院）

https://amjsmt2022.jp/

第39回日本森田療法学会運営事務局
独立行政法人国立病院機構琉球病院
〒904-1201 沖縄県国頭郡金武町字金武 7958-1

ご挨拶

国立病院機構琉球病院院長の福治と申します。

この度、第39回日本森田療法学会を担当することとなりました。どうぞよろしくお願いします。

2022年12月3日（土）～12月4日（日）に、ウェブ開催で行うこととしました。当初は現地開催予定で進めておりましたが、新型コロナウイルス感染症の状況を鑑み、ウェブ開催で進めることとしました。できたら現地開催し、沖縄観光も含めて体験してほしかったのですが、常任理事の皆様の御意見も踏まえ決断いたしました。ウェブ開催とはいえ、沖縄らしさを届けられるよう、スタッフ一同鋭意努力いたします。

テーマは、「こころの成長を支える森田療法－沖縄において・コロナ禍において―」としました。実は、私に神経症体験があり森田療法に救われた一人で、それで精神科医になりましたが、私の心の成長を支えてもらいました。また、最近は生活の発見会とのコラボで心の健康セミナーを開催していますが、心の成長を支えていることを実感しています。そして、沖縄大会の事務局長である、当院のこども心療科のリーダーの原田先生が、こどもに森田療法を使用し、こどものこころの成長を支えています。また、沖縄においては、私宅監置跡が見つかりその保存活動を進めていたり、復帰前には琉球精神衛生法が動いていたといった沖縄における精神医療の歴史的特徴があり、その内容も含みたいと考えました。また、沖縄においては、新型コロナ感染症対応にDPATが中心的役割を果たし当院も関わっていることや、コロナ禍におけるメンタルヘルスの問題も大きいと考えられるので、これらの内容も包含したいと考え、このテーマとしました。特別講演は、いずみ病院の高江洲義英先生に芸術療法や沖縄のシャーマニズムの内容をお願いしております。シンポジウムは、「森田療法を生かした子どもの心の医療から教育への広がり」と「沖縄における精神医療　そして森田療法の歴史」の内容で準備を進めています。また、教育研修の内容も加え、鋭意進めているところです。

ぜひ、多くの皆さんの参加をお待ちしています。

第39回日本森田療法学会
大会長　福治　康秀
（国立病院機構琉球病院　院長）

参加案内

本学会は、インターネットを介したライブ配信とオンデマンド配信を併用する WEB 形式での開催といたします。

現地での開催はございませんので、参加するには大会サイトより事前のオンライン登録をお願いいたします。

※３日（土）ケース・スーパービジョン、４日（日）研修症例セッションはライブ配信のみとなります。（参加資格が必要なセッションです）
※一般演題発表はオンデマンド配信のみとなります。

WEB 開催期間

ライブ配信日：2022 年 12 月 3 日（土）、４日（日）
オンデマンド配信期間：2022 年 12 月 8 日（木）～ 12 月 25 日（日）

❶ 参加登録

参加登録はインターネットによるオンライン登録のみとなります。
下記の「参加登録」ページよりお手続きをお願いいたします。
※学会ホームページ参加登録サイト：https://amjsmt2022.jp/
※登録締切：2022 年 11 月 30 日（水）迄

❷ 参加費

種　　別		参加費
学会参加	学会員	9,000 円
	非学会員	10,000 円
	発見会／三省会	4,000 円
	学生（学部・修士課程）	2,000 円
ワークショップのみ参加		3,000 円

※お支払いはクレジットカード決済のみとなります。
※参加証は決済後 12 月 7 日（水）以降に、ご登録いただいたメールアドレスにご案内をお送りいたします。

❸ 単位（ポイント）取得について

・日本精神神経学会の専門資格更新にかかる研修ポイント（B 群）について、下記セッションで取得できるよう申請中です。

（上限 3 単位）
▶ 12 月 3 日（土）　大会長講演、シンポジウムⅠ
▶ 12 月 4 日（日）　特別講演、シンポジウムⅡ

・大会参加および 12 月 3 日（土）ケース・スーパービジョンは、臨床心理士資格更新制度の対象となります。
（大会参加　2 ポイント、ケース・スーパービジョン　2 ポイント）
同日の開催の場合、最大 2 ポイントになりますので、今回の大会でのポイント取得は、最大 2 ポイントになります。
（なお、年次大会での口頭発表は 4 ポイント、シンポジストは 3 ポイント等になりますので、該当するポイントは各自ご確認をお願い致します）
単位取得希望者は、参加証、ケース・スーパービジョン後に交付される修了書がポイント取得の証明になりますので、各自で保管してください。

❹ 日本森田療法学会および入会に関するお問い合わせについて

会期中、入会受付、学会に関するお問い合せ等がございましたら日本森田療法学会（東邦大学医学部精神神経医学講座内／ E-mail: moritagakkai@gmail.com）宛にメールにてお問い合わせください。

視聴方法等について

1 視聴方法

日　時：12 月 3 日（土）8：30 ～　入室開始
　　大会 WEB サイトの視聴ページより入室ください。
　　入室するには参加メールにてお知らせするログイン PW が必要となります。
配　信：Zoom ウェビナー
留意点：ネット接続の環境による切断やその他障害が起きた際について、当学会は責任を負いかねます。
※ケース・スーパービジョンと研修症例セッションの参加者には別途メールにて視聴方法を通知します。

2 質疑応答

ご質問は Zoom のチャット機能にて受け付けます。ご質問をする際は「すべてのパネリスト」向けに投稿してください。
必ず先頭に「質問」と入力し、氏名と所属も記載ください。

3 その他

画像、テキスト、音声または関連資料等のコンテンツの著作権は講演者、主催者、その他の著作権に帰属します。
コンテンツの複製（ダウンロード、キャプチャ等）、送信、転載、その他二次利用行為はご遠慮ください。

お問い合わせ先：
第 39 回日本森田療法学会運営事務局
独立行政法人国立病院機構琉球病院
〒904-1201 沖縄県国頭郡金武町字金武 7958-1
TEL：098-968-2133 ／ FAX：098-968-2679
E-mail：627-39morita@mail.hosp.go.jp

日本森田療法学会事務局
〒143-854 東京都大田区大森西 6-11-1　東邦大学医学部精神神経医学講座内
TEL：03-5763-6719 ／ FAX：03-5471-5774
E-mail：moritagakkai@gmail.com

日 程 表 <12月3日(土)>

※LIVE配信のみ

8:50~9:00 (10分)	**開会の挨拶**　福治 康秀(琉球病院)
9:00~10:50 (110分)	**International　Roundtable** **「今、そして未来：私の森田療法アップデーツ」** <司会・座長>　南 昌廣(サイモンフレーザー大学) <指定発言者>　石山 一舟(ブリティッシュ・コロンビア大学) 黒木 俊秀(九州大学大学院) 発表者：21名
11:00~11:50 (50分)	**大会長講演「こころの成長を支える森田療法** **ー沖縄において・コロナ禍において」** <座長>　水野 雅文(東京都立松沢病院) <演者>　福治 康秀(琉球病院)
13:00~14:50 (110分)	**International　Symposium「国際森田療法の進化ー分岐と収斂」** <司会・座長>　石山 一舟(ブリティッシュ・コロンビア大学) 南 昌廣(サイモンフレーザー大学) <シンポジスト>　李 江波(華東師範大学附属蕪湖病院) ジョン・マーサー(ローセンストン総合病院) 南 昌廣(サイモンフレーザー大学) ナタリア・セメノヴァ(モスクワ精神医学研究所) <指定発言者>　北西 憲二(森田療法研究所) 水野 雅文(東京都立松沢病院)
15:10~17:00 (110分)	**シンポジウムⅠ「森田療法を生かした** **子どもの心の医療から教育への広がり」** <座長>　畠中 雄平(琉球大学大学院) <シンポジスト>　原田 聰志(琉球病院) 宮城 元子(スクールカウンセラー・臨床心理士・公認心理師) 玉那覇 静子(嘉数中学校 教諭) <指定討論者>　北西 憲二(森田療法研究所)
17:20~19:20 (120分)	**ケース・スーパービジョン**※ <司会>　久保田 幹子(法政大学大学院) <症例提示>　渡辺 志帆(日本航空株式会社) <スーパーバイザー>　中村 敬(東京慈恵会医科大学)

8:30 / 9:00 / 10:00 / 11:00 / 12:00 / 13:00 / 14:00 / 15:00 / 16:00 / 17:00 / 18:00 / 19:00 / 19:30

日 程 表 <12月4日(日)>

※LIVE配信のみ

9:00	9:00~9:50 (50分)	**研修委員企画ワークショップ「森田療法入門 ーその理解と関わり方」** <座長> 岩木 久満子(顕メンタルクリニック) <演者> 谷井 一夫(東京慈恵会医科大学)
10:00	10:00~10:35 (35分)	**学会奨励賞受賞講演「セルフヘルプ・グループでのつながりと森田療法」** <座長> 水野 雅文(東京都立松沢病院) <受賞者> 三好 真人(常葉大学)
11:00	10:50~11:40 (50分)	**研修症例セッション※「ちゃんとやりたい思いが強い女子大学生」** <座長> 須藤 克利(ひがメンタルクリニック) <症例提示> 新藤 里絵(東京農業大学)
12:00	12:00~12:50 (50分)	**ランチョンセミナー「神経発達症に潜むうつ病」** <共催:武田薬品工業(株)> <座長> 中村 雅之(鹿児島大学大学院) <演者> 近藤 毅(琉球大学大学院)
13:00	13:00~13:50 (50分)	**特別講演「琉球の歴史風土と精神史 ー琉球芸能の各種と呪術ー」** <座長> 福治 康秀(琉球病院) <演者> 高江洲 義英(医療法人和泉会いずみ病院)
14:00 15:00	14:00~15:50 (110分)	**シンポジウムⅡ「沖縄における精神医療 そして森田療法の歴史」** <座長> 近藤 毅(琉球大学大学院) 福治 康秀(琉球病院) <シンポジスト> 福治 康秀(琉球病院) 稲田 隆司(田崎病院) 奥原 洋一(沖縄生活の発見会元代表) 安田 広行(沖縄生活の発見会代表)
	15:50~16:00 (10分)	**閉会の挨拶** <次期大会施設> 繁田 雅弘(東京慈恵会医科大学) <閉会の挨拶> 福治 康秀(琉球病院)
16:00 17:00 18:00	16:30~18:00 (90分)	**市民公開講座** **「女性の生きづらさからよろこびへ ~沖縄女性の生き方に学ぶ~」** <座長> 福治 康秀(琉球病院) <演者> 比嘉 千賀(ひがメンタルクリニック)

12月3日(土)

8:50～9:00 開会の挨拶

9:00～10:50 International Roundtable

Now and the Future: My Morita Therapy Updates

Chair：Masahiro Minami, PhD (Simon Fraser University, Canada)

Roundtable Presenters

1. Noriaki Azuma (Shonan Psychoeducational Counselling Room, Japan)
2. Yusuke Umegaki (Nara Women's University, Japan)
3. Daisuke Ohta (St. Luke's International Hospital, Japan)
4. Eisuke Kizaki (Oizumi Hospital, Japan)
5. Mihoko Kobayashi (Odorikoen Mental Clinic, Japan)
6. John Mercer (Department of Allied Health, Launceston General Hospital, Australia)
7. Yukihiro Takagishi (Kumamoto University, Japan)
8. Ayumu Tateno (Jikei University School of Medicine, Japan)
9. Shigenori Tadokoro (Sapporo Medical University, Japan)
10. Danning Zhao (Saitama University & Bunkyo Ward Education Center, Japan)
11. Mitsuhiro Nakamura (Yokohama Camellia Hospital, Japan)
12. Natalia Semenova (Moscow Research Institute of Psychiatry, Russia)
13. Hidehito Niimura (Toyo Eiwa University, Japan)
14. Jyunichiro Hinoguchi (Jyun Clinic, Japan)
15. Yuichi Hirose (Naruto University of Education, Japan)
16. Masahiro Minami (Simon Fraser University, Canada)
17. Saori Miyazaki (Private Practice, USA)
18. Masato Miyoshi (Tokoha University, Japan)
19. Hideyo Yamada (Odorikoen Mental Clinic, Japan)
20. Jiangbo Li (Department of clinical psychology, Wuhu Hospital Affiliated to East China Normal University, China)
21. Lynn Alden (University of British Columbia, Canada)

Designated Commentators

1. Ishu Ishiyama, PhD (University of British Columbia, Canada)
2. Toshihide Kuroki, MD, PhD (Kyushu University, Japan)

11:00～11:50 大会長講演

座 長：水野　雅文（東京都立松沢病院）

「こころの成長を支える森田療法ー沖縄において・コロナ禍において」
福治　康秀（独立行政法人国立病院機構　琉球病院）

13:00～14:50 International Symposium

Evolution of International Morita Therapy: Divergence and Convergence

Co-Chairs：Ishu Ishiyama, PhD（University of British Columbia）**&**
Masahiro Minami, PhD（Simon Fraser University, Canada）

Symposiasts

1. Jiangbo Li, MD（Department of Clinical Psychology, Wuhu Hospital Affiliated to East China Normal University, China）
   Title: Morita Therapy for the treatment of prolonged grief disorder（PGD）in China

2. John Mercer, PhD（Department of Allied Health, Launceston General Hospital, Australia）
   Title: 'Morita-informed' Therapy with Chronic Health Conditions in Australia: Wellbeing in-the-context-of suffering

3. Masahiro Minami, PhD（Simon Fraser University, Canada）
   Title: Morita Therapy in（Civil）War Affected Areas Part 2: Bosnia & Herzegovina Chapter 1: Possibility of Morita Therapy for interethnic reconciliation in post-war Sarajevo and post-genocide Srebrenica – A Travelogue

4. Natalia Semenova, PhD（Moscow Research Institute of Psychiatry – a branch of V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Russia）
   Title: Morita Therapy for the psychosocial treatments of schizophrenia in Russia

Designated Commentators

1. Kenji Kitanishi, MD（Honourary Consultant of ICMT, Kitanishi Clinic, Japan）
2. Masafumi Mizuno, MD, PhD（Chair of JSMT, Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital, Japan）

15:10～17:00　シンポジウムⅠ

座 長：畠中　雄平（琉球大学　人文社会学部）

指定討論者：北西　憲二（森田療法研究所）

森田療法を生かした子どもの心の医療から教育への広がり

ＳⅠ-1　森田療法を生かした子どもの心の医療から教育への広がり
ー子どもの心の診療での有効性について
原田　聰志（琉球病院　子ども心療科）

ＳⅠ-2　スクールカウンセラーからみた子どもの心の問題と対応
宮城　元子（スクールカウンセラー・臨床心理士・公認心理師）

ＳⅠ-3　1 年半不登校だった生徒が社会復帰できた 1 事例
玉那覇　静子（嘉数中学校　教諭）

17:20～19:20　ワークショップ　ケース･スーパービジョン（研修委員企画）

司 会：久保田　幹子（法政大学大学院・東京慈恵会医科大学森田療法センター）

スーパーバイザー：中村　敬（東京慈恵会医科大学森田療法センター）
症例提示：渡辺　志帆（日本航空株式会社　人財本部　ウエルネス推進部）

12月4日(日)

9:00～9:50 ワークショップ　ケース・スーパービジョン（研修委員企画）

座 長：岩木　久満子（顕メンタルクリニック）

森田療法入門 ーその理解と関わり方ー
演 者：谷井　一夫（東京慈恵会医科大学附属第三病院精神神経科・同大学森田療法センター
東京慈恵会医科大学精神医学講座）

10:00～10:35 学会奨励賞受賞講演

座 長：水野　雅文（東京都立松沢病院）

セルフヘルプ・グループでのつながりと森田療法
三好　真人（常葉大学　教育学部　心理教育学科）

10:50～11:40 研修症例セッション

座 長：須藤　克利（ひがメンタルクリニック）

ちゃんとやりたい思いが強い女子大学生
新藤　里絵（東京農業大学）

12:00～12:50 ランチョンセミナー　共催：：武田薬品工業(株)

座 長：中村　雅之（鹿児島大学大学院　医歯学域医学系　医歯学総合研究科健康科学専攻社会・行動医学講座）

神経発達症に潜むうつ病
近藤　毅（琉球大学大学院　医学研究科　精神病態医学講座）

13:00～13:50 特別講演

座 長：福治　康秀（琉球病院）

琉球の歴史風土と精神史　ー琉球芸能の各種と呪術ー
高江洲　義英（医療法人和泉会　いずみ病院）

14:00～15:50　シンポジウムⅡ

座 長：近藤　毅（琉球大学大学院）、**福治　康秀**（琉球病院）

沖縄における精神医療 そして森田療法の歴史

SⅡ-1　日本および沖縄における精神医療の歴史と森田療法
福治　康秀（独立行政法人国立病院機構　琉球病院）

SⅡ-2　沖縄戦のトラウマと精神障害
稲田　隆司（医療法人社団輔仁会　田崎病院）

SⅡ-3　沖縄県における生活の発見会の歩み
奥原　洋一（特定非営利活動法人生活の発見会　元沖縄代表）

SⅡ-4　森田療法を学ぶ NPO 法人「生活の発見会」の沖縄県における現在そして未来
安田　広行（特定非営利活動法人生活の発見会　沖縄代表）

15:50～16:00　閉会の挨拶

16:30～18:00　市民公開講座

女性の生きづらさからよろこびへ ～沖縄女性の生き方に学ぶ～

座 長：福治　康秀（琉球病院）
演 者：比嘉　千賀（ひがメンタルクリニック）

一般演題　オンデマンド配信

一般演題1　理論・技法・その他

1-1　Medically Unexplained Symptoms のための 10 分間外来森田療法の試み ー第 1 報

○田所　重紀

札幌医科大学　医学部　神経精神医学講座

1-2　内発的モチベーションの観点で森田療法を考察する　ー森田療法は、内発的モチベーションを賦活し醸成するー

○林　吉夫[1) 2)]

[1)] 林内科クリニック 心療内科、[2)] 正知会

1-3　作業即幸福という捉え方〜作業科学の視点から見る森田療法〜

○尾形　茜

大通公園メンタルクリニック・リワークオフィス

1-4　森田療法・内観療法からみたセルフ・コンパッション

○新村　秀人[1) 2)]

[1)] 東洋英和女学院大学　人間科学部、[2)] 慶應義塾大学　医学部　精神神経科学教室

1-5　スクールカウンセリングと森田療法　〜コロナ禍の子どもたちとストレス〜

○光武　充雄

こころ相談「そのぜん」

1-6　森田療法を技法化する試み ―初心者セラピストに役立つ森田療法のエッセンス―

○小林　美穂子

大通公園メンタルクリニック

1-7　心身同一論と精神物理学との関連性についての検討

○島崎　勇人[1) 2)]、金子　咲[1)]、半田　航平[1) 2)]、市川　光[1) 2)]、谷井　一夫[1) 2)]、矢野　勝治[1) 2)]、布村　明彦[1) 2)]、中村　敬[1)]

[1)] 東京慈恵会医科大学附属　第三病院　精神神経科・同大学　森田療法センター、
[2)] 東京慈恵会医科大学　精神医学講座

1-8　セラピスト固有の森田療法 My Mode Morita の実践のために

○山田　秀世

大通公園メンタルクリニック

1-9　旧戦地における森田療法第二部ボスニア・ヘルツェゴビナ　第一章民族紛争後のサラエボ、スレブレニツァにおける森田療法の可能性

○南　昌廣

サイモンフレーザー大学教育学部

1-10　内観・森田療法の技法の確立に向けて

○豊永　市子[1)]、渡邉　直樹[1)]、渡邊　克雄[2)]

[1)] メンタルホスピタルかまくら山　精神科、[2)] 鎌倉メンタルクリニック　精神科

1-11　精神科病院における内観・森田併用療法

○渡辺　克雄[1) 2) 3)]、渡邉　直樹[3) 5)]、豊永　市子[3)]、山田　伸[3)]、内田　由紀子[3)]、田邉　千栄里[2) 4)]

[1)] 鎌倉メンタルクリニック、[2)] 上野の森クリニック、[3)] メンタルホスピタルかまくら山、[4)] 生活の発見会、[5)] 聖マリアンナ医科大学精神神経科

1-12　森田療法とアドラー心理学の融合 ―あるがままと共同体感覚の育成をめざして―

○鈴木　千東

医療法人社団ほっとステーション大通公園メンタルクリニック

一般演題2　自助・ピアグループ

2-1　ちょっぴり生き方が楽になるヒント

○本田　博久
NPO法人　生活の発見会　九州支部　熊本集談会

2-2　コロナ療養から見えてきた入院森田療法再興の可能性

○島浦　順介
三省会

2-3　今日の生活の発見会の集談会運営に活かす森田理論の可能性

○吉澤　隆
生活の発見会　小田原集談会

2-4　森田療法における「正しさ」と「患者・当事者の知」

○廣瀬　雄一
鳴門教育大学大学院　学校教育研究科　人間教育専攻心理臨床コース臨床心理学領域　准教授

2-5　コロナ禍でつながる森田療法　～リワークにおける多施設合同オンラインプログラムの効果について～

○高澤　祐介[1)]、尾形　茜[1)]、木村　允郁[1)]、武井　勇樹[2)]、河田　祐輔[3)]、菊地　拓実[3)]
[1)]大通公園メンタルクリニック、[2)]柏メンタルクリニック、[3)]千歳病院

2-6　私が全治した理由

○金具　信明
NPO 法人生活の発見会　中部支部　福井集談会

2-7　生活の発見会におけるもう一つの「不問」の一私見

○吉澤　隆
NPO 法人　生活の発見会　小田原集談会

2-8　体験により知り得た「神経症は虚構の世界」そして「形外」「不立文字」

○三木　真美[1) 2)]
[1)]NPO 法人　生活の発見会　徳島集談会、[2)]三省会

一般演題3　臨床・治療

3-1　抑うつ症状から身体症状へ「とらわれて」いる初老期男性の森田療法・治療過程 ～初老期の危機における人生の再構築の視点から～

○市川　光[1)2)]、半田　航平[1)2)]、舘野　歩[1)]、布村　明彦[1)2)]、中田　浩二[3)]、繁田　雅弘[1)]

[1)]東京慈恵会医科大学精神医学講座、
[2)]東京慈恵会医科大学附属第三病院精神神経科　同大学森田療法センター、
[3)]東京慈恵会医科大学附属第三病院　臨床検査医学

3-2　一般精神科医に対する不安症患者のベンゾジアゼピン系薬剤を漸減中止する外来森田療法心理教育案

○舘野　歩[1)]、中田　浩二[2)]、繁田　雅弘[1)]

[1)]東京慈恵会医科大学　精神医学講座、[2)]東京慈恵会医科大学附属第三病院　中央検査部

3-3　森田療法的かかわりが有効と考えられた機能性消化管疾患の一例

○中田　浩二[1)]、半田　航平[2)]、市川　光[2)]、舘野　歩[3)]

[1)]東京慈恵会医科大学附属第三病院　臨床検査医学、
[2)]東京慈恵会医科大学附属第三病院　精神神経科、[3)]東京慈恵会医科大学　精神医学講座

3-4　身体症状に対して身体の問題とした意味づけと症状管理記録の中止を介入した事例

○鴨志田　冴子[1)]、若島　孔文[2)]

[1)]東北大学大学院　教育学研究科、[2)]東北大学大学院

3-5　良性発作性頭位めまい症発症後にめまい恐怖を呈した症例に対する森田療法

○齊藤　翔悟[1)]、五島　史行[1)2)]

[1)]五島耳鼻科めまいクリニック、[2)]東海大学　医学部　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

3-6　親しみやすいキャラクターの活用により森田療法の導入が容易になった一例 ―マイカ君に預けてみよう―

○出利葉　健太[1)2)]、田所　重紀[2)]

[1)]江別市立病院　精神科、[2)]札幌医科大学　神経精神医学講座

3-7　精神科クリニックにおける森田療法の取り組み ―診察、カウンセリング、森田グループが連携して、相乗効果をもたらした一事例―

○佐藤　菜桜[1)]、須藤　克利[1)2)]、岩渕　彩加[1)]、森本　佳代[1)]、比嘉　千賀[1)]

[1)]ひがメンタルクリニック　けやき心理相談室、[2)]マインメンタルヘルス研究所

3-8　苦難の人生の中で、うつ状態が慢性化した症例に対する日記療法：外来森田療法のアプローチ

○山市　大輔[1)]、横山　貴和子[1) 4)]、樋之口　潤一郎[3)]、新村　秀人[1) 2)]

[1)] 慶應義塾大学医学部精神神経学教室、[2)] 東洋英和女学院大学　人間科学部、
[3)] 潤クリニック、[4)] ひがメンタルクリニック

3-9　森田療法的理解に基づく治療を行った触法行為（窃盗）歴のある思春期の１症例

○横山　貴和子[1) 2)]、山市　大輔[1)]、新村　秀人[1) 3)]

[1)] 慶應義塾大学　医学部　精神神経科学教室、[2)] ひがメンタルクリニック、
[3)] 東洋英和女学院大学　人間科学部

3-10　留学生相談における森田療法的アプローチの応用
ー性的マイノリティの留学生への支援ー

○趙　丹寧

埼玉大学 留学生相談室

3-11　「良い子」が大学受験期に陥った適応障害へ発達促進的に介入した症例～森田療法と加速化体験力動療法の接点に注目して～

○吉村　碧

東京都スクールカウンセラー

3-12　若年者就職支援機関における強迫性障害の心理相談事例

○田邉　千栄里[1) 2) 3) 4)]

[1)] 上野の森クリニック、[2)] 徳耀会心療内科クリニック、[3)] あずま通り心理相談室、
[4)] 生活の発見会　横浜女性集談会、

3-13　森田療法的助言を在宅での働き方に援用したうつ病回復期の一例

○半田　航平[1) 2)]、市川　光[1) 2)]、中田　浩二[3)]、舘野　歩[1)]、布村　明彦[1) 2)]、
繁田　雅弘[1)]

[1)] 東京慈恵会医科大学　精神医学講座、[2)] 東京慈恵会医科大学附属第三病院　精神神経科、
[3)] 東京慈恵会医科大学附属第三病院　中央検査部

特別講演

特別講演

琉球の歴史風土と精神史
－琉球芸能の各種と呪術－

高江洲　義英（医療法人和泉会　いずみ病院）

南島あるいは、南西諸島とも呼ばれる琉球列島は、九州、薩摩、台湾に連なる日本列島最南端の島々である。沖縄、宮古、八重山群島が連なり、約 1000 ㎞にわたる島々から成り立っている。日本列島（約 3000 ㎞）の実に約 1/3 にあたる地理風土である。これらの島々は、四方を海に囲まれた交流が多く、北海道から東南アジア諸国を超える広い交流文化の歴史がある

琉球の歴史は、このような海洋国家としての、琉球王国の成立、日本、中国、朝鮮、東南アジアなど、さらなる四方の文化、歴史の中にあり、ことに中国、日本の歴史と並行した社会文化となっている。

琉球史が文献として現れるのは、伝説とされる舜天王統（源為朝の子孫として伝承されている）による 1187 年の王統の成立として、日本本土の鎌倉幕府の成立から 5 年先となっており、源平合戦期の日本本土の歴史の諸相がこれらの島々に大きく影響したと思われる歴史文化が継承されている。そしてこの島々にはノロ（神女、神社ミコ）、ユタ（巫女、歩きミコ）と呼ばれる女性シャーマンの存在があり、さらに「おもろさうし」と呼ばれる神歌の数々がある。舜天、英祖、察度、そして第一尚氏、第二尚氏王統に至るこの時期の精神史としてはグスク（城）、ウタキ（御嶽）などの聖地が島々の各地に存在する。薩摩の侵略（1909 年）をへて江戸時代まで日本、中国や諸外国との交流の歴史による独自の文化を形成し、各種の歌謡や舞踊、組踊りをはじめとする芸能文化の数々は今日まで、ほぼ同形のまま伝承されている。さらに琉球列島の成立神話としては、海を渡りくるニライ、カナイの水平神信仰や天上より降臨するオボツ、カグラの垂直信仰、アマミキヨ、シネシキヨと呼ばれる異界の神々が伝承され神ダーリ（神憑かり、祈祷性精神病）や肝心（チムグクル）、肝（チム、心）を用いた表現が今日まで存在している。祖先崇拝や自然信仰によるアニミズムやシャマニズムとして伝承される古代琉球は、人々の精神世界を今日まで通底した文化として独特の社会が伝承されている。

会長講演

会長講演

「こころの成長を支える森田療法－沖縄において・コロナ禍において」

福治　康秀（独立行政法人国立病院機構　琉球病院）

今回、沖縄で日本森田療法学会が初開催となった。沖縄らしくかつ現在の情勢を踏まえたテーマは何か、当院の院内プログラム委員の意見も取り入れながら検討し、このようなテーマとした。

森田療法がこころの成長を支えているのは、間違いない。改めてこのことをテーマとしたのは、一つは私自身のこころの成長をさせてもらったこと、一つは沖縄の生活の発見会とのコラボで開催している心の健康セミナーにおいてそのニーズが非常に高いと感じること、そして、当院のこども心療科のリーダーである原田医師が森田療法をこどもに適応したところ非常に治療反応がよくこころの成長を促していること、以上のことから改めてこころの成長を支えている森田療法として取り上げた。

沖縄における森田療法は、主に生活の発見会が主体で広がった。沖縄においては、精神医療の遅れが明らかにあった。そして、戦後は米軍統治下になり、更に遅れた。特に、日本の精神衛生法の適応がされないままに経過し、沖縄独自で制定した琉球精神衛生法でどうにか対応したが、私宅監置の長期化や精神医療の広がりの遅さとならざるを得なかった。そのような沖縄の状況であったが、先人達の多大なる努力のおかげで精神医療は発展し広がった。そのような中で、森田療法については、なかなか沖縄の一般精神医療の中で治療を受ける機会を得ることは難しかった。それはやむを得なかったと考える。そのような中で、生活の発見会の地道な活動は、沖縄の森田療法を支えている大きな力である。

コロナ禍になり３年目となる。人と人との交流を制限せざるを得ない状況に陥り、メンタルヘルス上も大きな問題である。沖縄におけるコロナ対応は、主に DMAT メンバーが支えており、精神科領域では DPAT が中心で支えている。当院における DPAT の取り組みは早く、沖縄そして日本の中でも先進的に取り組んだ病院の一つである。コロナ対応を DPAT で行うことについては多くの議論があるだろうが、現実としてそれ以外での対応は困難であり、沖縄県と DMAT とともに DPAT も継続的に関わっている。そして、当院でも県立精和病院に次いでコロナ病棟を立ち上げ運用している。メンタルヘルス上の対応は、当院では心理師のメンバーで対応しており、沖縄県全体では県の心理師協会で対応を続けている。

今後の、森田療法の展開については、多くの一般の人々や若手精神科医へのアプローチが考えられる。さらなる発展を望む。

学 会 賞

学会賞 日本森田療法学会奨励賞受賞記念講演

セルフヘルプ・グループでのつながりと森田療法

三好　真人（常葉大学　教育学部　心理教育学科）

コロナ禍の 2020 年，セルフヘルプ・グループとしての生活の発見会は活動 50 周年を迎えました。メンタルヘルスにおけるセルフヘルプ・グループとして世界で最も有名なのはアルコール依存症者の AA（Alcoholics Anonymous）ですが，アメリカで生まれた AA は文化的背景の違いから日本ではそれほど大きくなりませんでした。代わりに日本でアルコール問題に大きな役割を果たしてきたのは「断酒会（正式には全日本断酒連盟）」と呼ばれる組織です。その断酒会も，組織としての成立は 1960 年頃と言われており，発見会は日本のなかでは最古級のセルフヘルプ・グループとなっています。

一方で，専門家の直接の関与なしに当事者の主体性によって維持されるセルフヘルプ・グループが存在し続けることは大変難しく，多くのグループが生まれては消えることを繰り返してきました。発見会も同様に，最大の会員数を数えた 1993 年から会員数は右肩下がりです。発見会はダメになったという声を聞くこともありますが，申し上げたいことは「発見会だけがダメになったのではない」ということです。先に挙げた断酒会も，この 20 年間で 3000 人ほど会員数を減らしました。ただ，もっと言いたいことは「会員数が減ることはそんなにダメなことなのか？」ということです。

誰もが出入り自由な「一期一会」の繰り返しが，なぜ 50 年も続いているのか。半世紀にわたりバトンがつながっている，そのこと事態に回復実践のオリジナリティがあるのではないかと考えています。現代社会においてセルフヘルプとはニッチな支援形態かもしれませんが，ニッチに救われる誰かは必ずいます。その実践には会員の数は関係ありません。会計収支が合っているかどうかも関係ないはずです。ひとつの選択肢として存在し続けることに意味があるのではないでしょうか。

さまざまなグループ研究を続けてきましたが，この度，突然の受賞の連絡に大変おどろきました。私は，森田療法学会に入会した 2011 年に第 29 回大会（横浜）にはじめて参加しました。後にセルフヘルプ・グループへのサポートにて森田正馬賞を受賞（第 34 回大会）される比嘉千賀先生をはじめ，多くの先生方に温かく迎えていただいたことで森田療法への信頼を一層厚くいたしました。東京森田療法セミナーでも多くの志を同じくする先生方と学ばせていただき，研鑽を積むことができました。活動に加わらせていただいた発見会のみなさまからは色々なことを教えていただきました。メンタルヘルス岡本記念財団からは 4 度の研究助成をいただき研究費に困ったことはありません。本日は，そのお礼と，これは「奨励」賞ですので今進めている研究と，今後の展開についてご紹介させていただければと存じます。

シンポジウム

シンポジウムⅠ-1

森田療法を生かした子どもの心の医療から教育への広がり
ー子どもの心の診療での有効性について

原田　聰志（琉球病院　子ども心療科）

＜はじめに＞

本シンポジウムでは、森田療法が児童精神医療、心理、教育においても有効であることやその広がりについて考える。森田療法は、森田正馬が創った神経症の精神療法であるが、池田が７歳男児の吃音症例を治療した報告以来、子どもや思春期症例にも応用され、近年では不登校事例、スクールカウンセリング等（上原、2015）にも応用される。発表者は、児童思春期の強迫性障害やパニック障害に森田療法的面接と親支援を行ったことで速やかに改善した症例を報告し、森田療法が現在の子どもの不安や親支援にも大変有効であることを伝える。

＜症例＞

◎強迫性障害の２症例

・13歳男児。自己内省の強い性格傾向で、中学１年の３学期から自分の選択が気になり、マナー違反や犯罪行為が頭に次々に浮かぶことで不安を感じ、「考えまい」と否定することで症状の悪化がみられた症例

・12 歳男児。自分の体調に敏感な性格傾向であり、小学６年の時に学年主任から怒られたことがきっかけで、他人に迷惑をかけていないかが過度に気になり不安となった。その結果、学校を回避し登校渋りがみられた症例。

◎パニック障害の２症例

・15 歳女児。内向的な性格傾向で小学校入学後から男子生徒にいじめられたことで小学５年に不登校となった。中学生になり教室に入ると動悸や息苦しさを感じるようになった。定時制高校に入学したが登校前にめまいを感じ不登校となった。その後、動悸が不安となり自宅で臥床しひきこもった症例。

・14 歳女児。真面目で几帳面な性格傾向。小５になり眩暈を感じたり、小６の時に他児が怒られる様子をみて息苦しくなった。中２になり、友人と会うことへの緊張が強くなり、腹痛、嘔気、動悸が頻回にみられ外出ができず不登校となった症例。

＜考察＞

４症例は森田療法的面接と親面接により約１年で治癒した。子どもの神経症の背景に森田機制を見つけ森田療法的面接や親支援、環境調整を行った。親支援については、母子関係の不安の相互作用や母子関係の葛藤を改善させた。森田療法が創始され約 100 年が経ち時代や社会の価値観は大きく変化しているが、森田療法は日本人の普遍的な人格構造を捉えた精神療法と考えられ、これからの子どもの心の診療や親支援において大変重要な価値を持っていると考えられる。

本報告をまとめるにあたり個人が特定されないよう倫理的配慮を行った。

スクールカウンセラーからみた子どもの心の問題と対応

宮城　元子（スクールカウンセラー・臨床心理士・公認心理師）

令和３年度に文部科学省により行われた「児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査」によると、「いじめ」「暴力行為」「長期欠席（不登校等）」「自殺」、いずれも増加との結果が出ている。この結果が示すように、私がスクールカウンセラーとして出会える子どもたちは、「学校に行かないといけないとわかっているけど行けない」、「クラスメイトが自分のことをどう思っているか気になり、何もできなくなる」と語ることが多い。加えて、新型コロナウイルス感染症による生活様式の変化後、「死にたい」と語る子どもたちが増えてきたと感じている。

このような子どもたちに対して、私はスクールカウンセラーとして、子どもたちや親等のカウンセリングを行ったり、加えて先生方等とコンサルテーションなどを行い、子どもたちや親等をどのようにサポートをしたらよいかを共に考えながらサポートを行っている。そこで語られるのは、「今の状態ではダメなので、原因を早く見つけ、早く解決をしなければならない」という焦りや不安であることが多い。その対応において、ロジャースのパーソンセンタードアプローチ、交流分析、認知行動療法などを少し学び、ヒントをもらいながら、子どもたちや親等、先生方等の考えや気持ちの整理を共に行ったり、彼らがやれていることを見つけるというエンパワーメントをしながら、彼ら自身が今できることは何かを見つけることを重視してきた。その結果、問題は解決しないながらも、現状を受け入れ、それぞれができることを見つけながら落ち着いて過ごせるようになった子どもたちや親等に多く出会えた。

今回のシンポジウムでは、私が子どもたちに出会える臨床の場である学校現場で、スクールカウンセラーとして、子どもたちとその親等、さらに先生方等と行ってきたことを振り返り、これらを森田療法の視点から学び直しながら、今後の活動をどのように発展していけるのかという可能性について探していきたい。

シンポジウムⅠ-3

1年半不登校だった生徒が社会復帰できた1事例

玉那覇　静子（嘉数中学校　教諭）

特別支援学級在籍の中学3年生女生徒。中学2年の途中より心因性のけいれん発作（てんかんは否定）のため不登校の状態であった。初回面談では、進路への意思や希望校も明確で、登校に意欲を示していた。進級してしばらくは登校できたが、発作が頻回に起きるようになり登校ができなくなった。症状は改善することなく日を追うごとに悪化、けいれん発作は、全身性の強直痙攣で、動悸、意識消失、呼吸困難もあり、数分から数十分続くため目を離せない状態であった。担任として受験の可能性を模索する中、森田療法の講義を受ける機会を得た。生徒に感じていた「神経質」という森田療法のキーワードが私のアンテナに触れたからだ。学習後改めて生徒の状態をアセスメントし直すことにした。生徒が登校した際に、垣間見せる生徒の神経質な一面、母親が話す発作の状況などを勘案し、発作は「神経質による不安」が引き起こしているのではないかと推測した。登校する度、教科や文章問題に対する「苦手意識を何度も繰り返し話す様子など」が強く印象に残っていたからである。それは、ストレス要因であると同時に、克服したいという願望（エネルギー）を持つ生徒であるとも捉えた。そこで、登校を第一目標にしていた支援計画を180度転換することが必要だと判断した。「あるがまま」を受け入れることにヒントを得て、保護者に「本人の状態に合わせ、周りから一切要求をなくす」ことで心身の回復を第一優先とし、意欲の高まりを待つ提案をした。1か月過ぎたころ、適応教室への通級が可能となった。そこでも本人の意思を尊重して過ごさせて、家庭、学校、適応教室と生徒にかかわる全ての環境で共通理解を図り対応に努めた。そして3月、義務教育の集大成である「高校受験」、そして「卒業式への参加」を何とも鮮やかにクリアした。進学後は、自力登校で通学していることを耳にして安心していた。それから半年後。後日談として、体育祭の日、生徒が保護者と学校を訪れた。大きく手を振って私に近寄り、「先生に会いに来ました。学校も楽しい。休むことも有るけれどほとんど登校している。児童デイも行っている。」と話していた。不登校生徒の社会復帰が可能になったこの1事例は、中学生の「神経質」や不安による「身体症状」に対して、森田療法の有効性を示唆していると思われる。

日本および沖縄における精神医療の歴史と森田療法

福治　康秀（独立行政法人国立病院機構　琉球病院）

森田療法は、1919 年、森田正馬によって作り上げられた精神療法である。その当時は、精神疾患に対する治療薬はまだなく、精神科病院の数も少ない時代であった。そのような時代の中、ちょうど森田療法創設の 1 年前の 1918 年に発表されたのが、呉秀三の「精神病者私宅監置ノ実況及ビ其統計的観察」である。この報告を受けて、法改正そして私宅監置の廃止へと繋がっていった。なお、呉秀三は東京大学精神科の 2 代目教授であり、森田正馬は呉教授の弟子にあたる。その後、各種変遷を経て精神医療は発展し、多くの社会資源も充実した。社会復帰には当たり前となった。

沖縄においては、精神医療の始まりは更に遅く、第 2 次世界大戦中に設立された海軍病院の精神科病棟を基盤に、戦後の 1949 年 3 月に初めての精神科病院が設立された。その病院が、今の国立病院機構琉球病院である。その後、徐々に各精神科病院が設立された。ただ、沖縄は、戦後アメリカの統治下におかれたため、さらに精神医療は遅れてしまった。日本の精神衛生法は適応されず、先人たちの努力で琉球精神衛生法が制定されたが、財政的な基盤もなく、精神科病院の数も限られた中での精神医療の提供であった。そのために、私宅監置も継続せざるを得なかった。最近、沖縄において私宅監置跡が発見され、保存活動が進んでいる。歴史的事実を残すために重要な活動と考える。このように、沖縄における精神医療は遅れをとり、患者さんたちへ届ける精神医療のサービスも限られたものとならざるを得なかった。ただ、日本復帰後の沖縄における精神医療の進展は目覚ましく、充実したものとなった。

このような、沖縄の精神医療の歴史があるため、沖縄においては入院森田療法を行う施設はなく外来森田療法を行っていた施設もかなり限定的であったと推察される。そのような中、沖縄における森田療法の普及発展に寄与したのが、沖縄の生活の発見会であった。沖縄の生活の発見会の変遷については、奥原氏と安田氏の発表を楽しみにしている。
当発表においては、上記のような日本と沖縄の精神医療の歴史を対比させながら、沖縄全体の歴史的な背景も含め振り返りたい。

沖縄における初めての日本森田療法学会であり、参加者の皆さんと沖縄の変遷をシェアしながら、今後に向けての森田療法の在り方をディスカッションできればと考えている。

シンポジウムⅡ-2

沖縄戦のトラウマと精神障害

稲田　隆司（医療法人社団輔仁会　田崎病院）

沖縄戦とは、「太平洋戦争の末期に南西諸島、とくに沖縄本島およびその周辺の島々で、一般住民を巻き込み展開された地上戦である。沖縄戦の何よりの特徴は、現地住民をまきこんでの島嶼戦であったこと、その結果、正規軍人の戦死者よりも一般住民の戦死者がはるかに多かったところにある。」と言われている。また、沖縄戦の特徴として、池宮城らは下記の５つを上げている。

1. 3ヶ月以上の長期に及ぶ激しい地上戦
2. 現地自給の総動員作戦
3. 軍民混在の戦上
4. 軍人を上回る一般住民の犠牲
5. 米軍占領の長期化

この苛烈な戦争が、沖縄県民、日本兵、米兵の精神に深刻な負荷を与えた事は、想像に難くない。

沖縄戦トラウマ研究会は、平成24年に「終戦から67年目にみる沖縄戦体験者の精神保健」と題して報告書を提出した。

その目的は戦闘が行われた沖縄本島と周辺離島村を含む町村に在住する沖縄戦体験者の精神保健、特に戦争トラウマの現状について把握する事であり、結果は下記の４点にまとめられた。

①戦争のあった離島２村を含む６市町村の介護予防事業に参加した沖縄戦体験者のWHO－５得点は、先行研究に比べ高得点であり精神的健康状態は良好であった。

② IES－Rによると、PTSDのハイリスク者が４割あった。その理由として、凄惨な沖縄戦体験に加え、日常的に起きている「基地」から派生する問題がマスコミにより報道されることが強く影響しているものと推察される。

③今回の対象は、PTSDのハイリスク者が４割いたにも関わらず、精神的健康状態は良好であった。その理由として、沖縄戦体験者は高いレジリエンスがあり、加えて、沖縄には“ユイ”という相互扶助の精神があり地域の共同体との繋がりがあったからだと推察される。

④ PTSDのハイリスク者が４割いたことから、沖縄戦体験者に対する心身の介護やケアを行う際は、沖縄戦によるトラウマやPTSDを意識した関わりが必要だと考える。

当日は加えて、「沖縄戦によるトラウマ後ストレス症候群」についても報告するが、今回のシンポジウム参加にあたり、戦後、懸命に生活し生き抜いた県民の姿に森田と通底する「何か」があるのではと感じ、私見を述べてみたい。

沖縄県における生活の発見会の歩み

奥原　洋一（特定非営利活動法人生活の発見会　元沖縄代表）

昭和 58 年、沖縄県で生活の発見会の活動が始まりました。それは書店で森田療法の本を見つけ感動された数名の方たちが、意見を交換し合う懇談会のようなものだった 、と当時を知る（唯一今も健在の）A 先輩は語ってくれました。

会は広報にも力を入れ、参加者はまたたく間に増えていきました。

参加者の一人であった H さんは、森田の入院療法の経験もあり、リーダーとして適任者でした。

しかし当時は、生活の発見会の組織が東京に存在していることを知らず、手探りの状態で苦労していました。

ある日、発見会の組織が東京にあることを知り、生活の発見会の組織の一員（会名を沖縄集談会）として、昭和 58 年に発足をしました。

会は月に一回開催され、三ヶ月に一回は本部から講師をお招きし、講演会や学習会を開催するようになりました。

また、年に一回協力医をお招きし、講演会等を開催してきました。

沖縄県での活動発足 20 周年には、日本森田療法学会の当時の会長である北西先生が、学会の会長として初めて沖縄県で講演会を開催されました。

北西先生には発見会本部び当時の横山理事長、九州の故後藤九州支部長が同行され、そうそうたるメンバーで大盛況でした。（130 人の参加者）

平成 30 年には九州大学の黒木先生と琉球病院の福治先生により「心の健康セミナー in 沖縄」が開催され大盛況でした。（210 名参加）

平成 31 には琉球病院の福治先生により「心の健康セミナー in 沖縄」が、令和 3 年には琉球病院の原田先生により Zoom「心の健康セミナー in 沖縄」が開催されました。

こうして関係機関の協力も得ながら、沖縄県の集談会は今日に発展し成長を遂げてきました。

最後に、市民講座を開催された九州大学の黒木先生、琉球病院院長の福治先生、原田先生におかれましては、沖縄県の集談会にご尽力いただき、心から感謝申し上げます。

演者略歴：1951 年生、沖縄県出身。小学 5 年の頃、耳と鼻詰まりの違和感にとらわれる。聴力を失くすのではという不安と、社会的弱者になる恐怖に怯える青年期を過ごす。とらわれから逃れる方法を書籍に求め、ある本で森田療法と生活の発見会を知るが、当時は自分の特異性に強いあきらめを感じており森田療法への可能性を見いだせずいた。精神科での受診を繰り返したが寄り添った診察に巡り会えなかった。20 代後半で鈴木知準先生（東京）の診療所で入院。40 代前半で沖縄県内の生活の発見会（集談会）に初めて参加。沖縄代表を 2 年、九州支部委員を 7 年歴任。現在は九州支部学習委員として森田理論の研修などを担う。

シンポジウムⅡ-4

森田療法を学ぶNPO法人「生活の発見会」の沖縄県における現在そして未来

安田　広行（特定非営利活動法人生活の発見会　沖縄代表）

今日の沖縄県において森田療法は、認知度として高い状況とは言えないが、この数年、九州大学の黒木先生、琉球病院の福治先生、原田先生の多大なるご協力を賜り、定期的に森田療法に関するセミナーを開催している。

また原田先生が子ども外来をされていることと、森田療法の子どもへの適用の有効性の観点から、沖縄県教育委員会に積極的に働きかけ、（今回の日本森田療法学会のシンポジウムⅠ含め）県内公立小中学校にセミナーの告知ポスターを掲示してもらっている。

これらの取組みを通じて、県内の教職員に森田療法を広く知っていただき、メンタル的に躓く児童生徒への支援のひとつとして、森田療法的なアプローチを獲得していただくことを推し進めている。

また、2017年1月より沖縄代表を仰せつかって以来、できるだけ多くの悩める方々が集談会に参加していただけるよう、環境作りに尽力している。

就任当時は、多くの方が参加しやすい週末（毎月第3日曜）開催のみだったが、例えば、乳幼児の子育て中の女性は週末は外出しにくいため、保育園に子どもを預けられる平日午前（毎月第4水曜）の開催を始めた。

また、会の様子や森田療法の概要を紹介する新規説明会を、毎月1回（第1日曜開催）設け、多くの参加者がいる中にいきなり入る抵抗感を下げ、初めての参加がラクになるようにした。

また現在は、南部（那覇市）1か所でのみの開催だが、今後は、遠方の方も参加しやすいよう、将来的に北部（名護市）でも集談会を開催したいと考えている。そのために運営に携わるメンバーが一定数必要なため、今後も仲間作りを進めたいと考えている。

それ以外としては、会場開催と平行して、自宅からでも参加できるオンライン開催も推し進めている。

新型コロナ禍が始まった2019年の春頃より、会場の休館が相次ぎ、集談会が開催できない時期が続き、仲間とのつながりを絶たれ、ストレスと孤立感を訴える会員が後を絶たなかった。先の見えないコロナ禍に、仲間がバラバラになる危機感を感じ、ただ待つよりも、とにかくつながらなければと、背に腹は変えられない思いで、慣れも知識もないオンライン会議サービスで、手探りでオンラインの集談会を始めた。

最初は運営者も参加者も、会場開催との勝手の違いに戸惑うばかりだったが、慣れてくるとオンラインの良さがだんだん分かって来たため、会場利用が可能になった後も会場開催と平行して、オンライン開催を継続することになった。

しかしよくよく考えてみれば、沖縄県には離島が数多くあり、もともと離島の方々は本島開催の集談会には参加困難だったことに気づいた。オンラインを利用すれば、離島で悩む方々とも一緒に学べるのではないか、という気づきは大きな発見だった。

また、オンライン開催を続けているうちに、県外のみならず、海外（台湾）の会員もオンライン集談会に定着し、思いもよらぬ新しいつながりをも得られるようになった。

今後も沖縄オンライン集談会は、県内の離島のみなさんに加え、県外・海外の仲間たちとのつながりも大事にし、いつの日か、移民をされた世界のウチナーンチュの神経症仲間ともつながりたいと考えている。

演者略歴：1970 年生、京都府出身。小学校でパニック症、高校で対人恐怖を発症。大学では 4 年間ずっと週 1 回のカウンセリングに通い続ける。社会人 4 年目の 1996 年に、心療内科で生活の発見会を知り入会。森田療法（森田理論）を日常生活に活用するとともに、当事者が集まる「集談会」にて神経症を苦しむ仲間たちから多くの気づきを得て、自分らしさを取り戻す。2017 年より沖縄代表、2021 年より九州支部委員に就任、同年より本部「存続発展プロジェクト」に参画。

ワークショップ

森田療法入門 ―その理解と関わり方―

谷井　一夫[1) 2)]
[1)] 東京慈恵会医科大学附属第三病院精神神経科・同大学森田療法センター
[2)] 東京慈恵会医科大学精神医学講座

森田療法は 1919 年，精神科医，森田正馬（1874 ～ 1938）によって創始された神経症（不安症，強迫症など）に対する独自の精神療法である．原型は入院療法であるが，近年外来で森田療法を行うことが増え，様々な領域のクリニックや相談・援助の窓口などで実践されており，2009 年には外来森田療法のガイドラインも策定された．また，森田療法には自助グループという他の療法には類を見ない治療形態での展開もある．このように森田療法は成立から 100 年の時を経て，入院・外来・自助グループと多様な形態で行われており，互いの連携も進んでいる．

元来森田療法の適応は神経質性格を有した者（強迫観念症，発作性神経質，普通神経質）のみを対象としてきたが，近年は森田療法の考え方を基本に技法の修正をして，様々な病態へ応用がされ、一定の効果を上げている．

本ワークショップでは，まず森田療法の理解として，神経質性格の特徴，とらわれの機制（精神交互作用，思想の矛盾），両面観（生の欲望と死の恐怖），森田療法の治療目標（あるがまま・自己実現），森田療法の対象・適応などを説明する．次に外来症例を通して外来森田療法及び森田療法的な関わり方について解説する．最後に東京慈恵会医科大学森田療法センターでの入院森田療法について概説し，入院治療の意義について述べる．このワークショップが皆様の明日からの診療・相談・援助などの一助となれれば幸いである．

ワークショップ

ケース・スーパービジョン（研修委員会企画）

司　　会：久保田　幹子（法政大学大学院・東京慈恵会医科大学森田療法センター）
スーパーバイザー：中村　敬（東京慈恵会医科大学森田療法センター）
事 例 提 示 者：渡辺　志帆（日本航空株式会社　人財本部　ウエルネス推進部）

学会において毎回企画されているケース・スーパービジョン（例年、プレコングレスとして企画されているプログラムに相当）は、森田療法を学ぶ専門家にとって重要な研修の機会であり、資格認定および更新に必須の要件にもなっています。

本プログラムは、森田療法を精神療法（心理療法）として実践する際の治療者（メンタルヘルス専門家）の姿勢や関わりを学んでいくためのものです。そこでは、実際の事例を通して、症状や不安の理解の仕方や治療者の介入の仕方を具体的に、じっくりディスカッションしていきます。森田療法入門者にとっても、また日常的に森田療法を実践している専門家にとっても、臨床感覚を高める重要なプログラムと言えます。

多くの臨床家に森田療法を実践して頂くために、今回も外来での事例を提示していただきます。事例提示者は、東京森田療法セミナーを修了されている日本航空株式会社の渡辺志帆先生です。産業領域で外来森田療法を適用した事例を発表していただきます。
スーパーバイザーは、中村　敬先生に担当して頂きます。職場で不適応に陥った事例を通して、産業領域における外来森田療法の実際について、皆さんと共に考えていきたいと思います。

なお、本プログラムは、医師、心理士（公認心理師・臨床心理士）、看護師、保健師、精神保健福祉士、教師、心理学科大学院生など事例に対する守秘義務を持ち、職業としてメンタルヘルス領域に関わる専門家を対象としたものです。参加に際しては、事前登録が必要になります。事前申請時に資格等の条件を確認させて頂きますのでよろしくお願い致します。
＊第 39 回大会はオンライン開催になりますので、オンライン参加時の約束事を守って頂くようお願い致します（参加時にはカメラ機能をオンにしたままにする、など）。

＊本プログラムは、日本森田療法学会認定医、認定心理療法士の認定条件・更新条件である【日本森田療法学会が主催する研修会】に相当します。資格更新のために必要な研修になりますのでご注意ください。

（文責：久保田幹子）

研修症例セッション

研修症例セッション（研修委員会企画）について

このプログラムは、臨床家が、症例（事例）を森田療法的にどのように理解し、どのように介入していけば良いのかといった精神療法（心理療法）的な関わり方を学ぶ機会を設けたいという考えのもと、第 36 回大会から継続的に企画しているものです。

一般演題の時間枠では、森田療法の精神療法（心理療法）的介入の詳細について議論を深めることが難しいため、別セッションを設けています。研修委員会としては、森田療法家の育成と共に、精神療法（心理療法）としての森田療法の発展、向上のためにも必須のプログラムと考えています。

今回も外来森田療法のケースを 1 例提示していただきます。座長はスーパーバイザーも兼ねる形でセッションを進めていく予定です。一般演題よりも比較的長めの時間を設定しておりますので、見立て・目標・治療プロセスと介入といった観点から、フロアも含めて学び合う機会にして頂きたいと思います。

＊本セッションは、症例（事例）のプロセスを詳細に検討する場になります。したがってプレコングレス（第 39 回大会では、「ケース・スーパービジョン」のプログラムが相当）と同様に、参加資格者は守秘義務を持つメンタルヘルスの専門家（医師、公認心理師、臨床心理士、精神保健福祉士、社会福祉士、看護師など）および臨床心理学を専門的に学んでいる大学院生に限定致しますことをご了承ください。第 39 回大会では、オンラインでの開催になることから、事前申し込みが必要となります。

（研修委員会：久保田幹子）

ちゃんとやりたい思いが強い女子大学生

新藤　里絵
東京農業大学　健康サポートセンター　学生相談室

クライエント：A さん　大学生（来談時 18 歳、現在 21 歳の 4 年生）、女性

＜主訴＞

夢をかなえるために進学した。大学生活を楽しみたいが、ちゃんと出来るのか不安。

＜相談の経過＞

大学生として「ちゃんとやりたい」思いが強い。例えば、授業の遅刻・欠席は絶対にしない、レポートの期限は必ず守る、など。大学だけでなく、家でも、バイト先でも、いつも過剰にがんばっている様子が伺えた。本当はどんな大学生活を送りたいと思っているのか、そこまでちゃんとしなくてもいいのではないか、などを問いかけ続けた結果、行動面は少しずつ緩んでいった。

＜検討事項＞

当初から森田療法的な関わりを意識していたが、表面的に行動を促すような介入に終始していたと反省。深めるためにはどんな関わりができたのか、あらためてふりかえりたい。なお、発表に際しては、個人情報に配慮し、文脈を変えない範囲で修正を行う。

国際円卓会議

December 3rd, 2022 (9am-10:50am)

The 7th International Roundtable for the Advancement of Morita Therapy

(Coordinated by the International Committee for Morita Therapy)

Theme Now and the Future: My Morita Therapy Updates

Chair Masahiro Minami, PhD (Simon Fraser University, Canada)

Roundtable Presenters

1. Noriaki Azuma (Shonan Psychoeducational Counselling Room, Japan)
2. Yusuke Umegaki (Nara Women's University, Japan)
3. Daisuke Ohta (St. Luke's International Hospital, Japan)
4. Eisuke Kizaki (Oizumi Hospital, Japan)
5. Mihoko Kobayashi (Odorikoen Mental Clinic, Japan)
6. John Mercer (Department of Allied Health, Launceston General Hospital, Australia)
7. Yukihiro Takagishi (Kumamoto University, Japan)
8. Ayumu Tateno (Jikei University School of Medicine, Japan)
9. Shigenori Tadokoro (Sapporo Medical University, Japan)
10. Danning Zhao (Saitama University & Bunkyo Ward Education Center, Japan)
11. Mitsuhiro Nakamura (Yokohama Camellia Hospital, Japan)
12. Natalia Semenova (Moscow Research Institute of Psychiatry, Russia)
13. Hidehito Niimura (Toyo Eiwa University, Japan)
14. Jyunichiro Hinoguchi (Jyun Clinic, Japan)
15. Yuichi Hirose (Naruto University of Education, Japan)
16. Masahiro Minami (Simon Fraser University, Canada)
17. Saori Miyazaki (Private Practice, USA)
18. Masato Miyoshi (Tokoha University, Japan)
19. Hideyo Yamada (Odorikoen Mental Clinic, Japan)
20. Jiangbo Li (Department of clinical psychology, Wuhu Hospital Affiliated to East China Normal University, China)
21. Lynn Alden (University of British Columbia, Canada)

Designated Commentators

1. Ishu Ishiyama, PhD (University of British Columbia, Canada)
2. Toshihide Kuroki, MD, PhD (Kyushu University, Japan)

2022年12月3日（9am-10:50am）

第7回森田療法発展のための国際円卓会議

（企画・森田療法学会国際委員会）

テーマ　今、そして未来：私の森田療法アップデーツ

座　長　南　昌廣（サイモンフレーザー大学、カナダ）

発表者

1. 我妻　則明（湘南心理教育相談室、日本）
2. 梅垣　佑介（奈良女子大学、日本）
3. 太田　大介（聖路加国際病院心療内科、日本）
4. 木崎　英介（大泉病院、日本）
5. 小林　美穂子（大通公園メンタルクリニック、日本）
6. ジョン・マーサー（ローンセストン総合病院、オーストラリア）
7. 高岸　幸弘（熊本大学教育学部、日本）
8. 舘野　歩（東京慈恵会医科大学精神医学講座、日本）
9. 田所　重紀（札幌医科大学医学部神経精神医学講座、日本）
10. 趙　丹寧（埼玉大学、文京区教育センター、日本）
11. 中村　充宏（横浜カメリアホスピタル、日本）
12. ナタリア・セメノヴァ（モスクワ精神医学研究所、ロシア）
13. 新村　秀人（東洋英和女学院大学大学院、日本）
14. 樋之口　潤一郎（潤クリニック、日本）
15. 廣瀬　雄一（鳴門教育大学大学院、日本）
16. 南　昌廣（サイモンフレーザー大学、カナダ）
17. 宮崎さおり（プライベートプラクティス、米国）
18. 三好　真人（常葉大学、日本）
19. 山田　秀世（大通公園メンタルクリニック、日本）
20. 李　江波（華東師範大学附属蕪湖病院、中国）
21. リン・オルデン（ブリティッシュコロンビア大学、カナダ）

総　評

1. 石山　一舟（ブリティッシュ・コロンビア大学、カナダ）
2. 黒木　俊秀（九州大学、日本）

国際シンポジウム

December 3rd, 2022 (1pm-2:50pm)

The International Symposium

(Coordinated by the International Committee for Morita Therapy)

Theme Evolution of International Morita Therapy: Divergence and Convergence

Co-Chairs Ishu Ishiyama, PhD (University of British Columbia) & Masahiro Minami, PhD (Simon Fraser University, Canada)

Symposiasts

1. Jiangbo Li, MD (Department of Clinical Psychology, Wuhu Hospital Affiliated to East China Normal University, China)
   Title: Morita Therapy for the treatment of prolonged grief disorder (PGD) in China
2. John Mercer, PhD (Department of Allied Health, Launceston General Hospital, Australia)
   Title: 'Morita-informed' Therapy with Chronic Health Conditions in Australia: Wellbeing in-the-context-of suffering
3. Masahiro Minami, PhD (Simon Fraser University, Canada)
   Title: Morita Therapy in (Civil) War Affected Areas Part 2: Bosnia & Herzegovina Chapter 1: Possibility of Morita Therapy for interethnic reconciliation in post-war Sarajevo and post-genocide Srebrenica – A Travelogue
4. Natalia Semenova, PhD (Moscow Research Institute of Psychiatry – a branch of V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Russia)
   Title: Morita Therapy for the psychosocial treatments of schizophrenia in Russia

Designated Commentators

1. Kenji Kitanishi, MD (Honourary Consultant of ICMT, Kitanishi Clinic, Japan)
2. Masafumi Mizuno, MD, PhD (Chair of JSMT, Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital, Japan)

2022年12月3日（1pm-2:50pm)

国際シンポジウム

（企画・森田療法学会国際委員会）

テーマ　国際森田療法の進化－分岐と収斂

座　長　石山　一舟（ブリティッシュ・コロンビア大学、カナダ）&
南　昌廣（サイモンフレーザー大学、カナダ）

シンポジスト

1. 李　江波（華東師範大学附属蕪湖病院、中国）
2. ジョン・マーサー（ローンセストン総合病院、オーストラリア）
3. 南　昌廣（サイモンフレーザー大学、カナダ）
4. ナタリア・セメノヴァ（モスクワ精神医学研究所、ロシア）

総　評

1. 北西　憲二（森田療法学会国際委員会名誉顧問、北西クリニック）
2. 水野　雅文（日本森田療法学会理事長、東京都立松沢病院）

Symposium Presentation 1 Abstract

Morita therapy for the treatment of prolonged grief disorder (PGD) in China

Jiangbo Li[1,2]

1. Psychosomatic Department of Jianyang People's Hospital Affiliated to Southwest Medical University, China
2. Clinical Psychology Department, Wuhu Hospital Affiliated to East China Normal University, China

Symptoms of prolonged grief disorder (PGD) include feeling sad and depressed, the inabilities to forget the dead, and to accept the loss of the deceased even six months after death, resulting in significant impairments in social functioning. In the past, PGD was also referred to as pathological grief, traumatic grief, long-term traumatic reaction, or complex grief, but the ICD11 changed its name to PGD. There seems to be differences in the understandings of PGD among experts around the globe, furthermore the efficacy of current treatment approaches remains poor. We observed and outlined the following clinical characteristics of PGD:

1. Although patients recognize that the death of the deceased cannot be reversed, they remain unable to accept the fact, and have been bothered by it for a prolonged period.
2. Persistent sadness and depressive symptoms do not improve over time.
3. Social dysfunction
4. Shinkeishitsu trait
5. Being non-responsive to antidepressant medications

These characteristics are also in line with those with treatment-resistant depression. In parallel with antidepressant medication treatment, we supported patients with PGD in letting go of their resistance to the loss. We also aimed to help patients making changes in their lifestyles from being completely inactive of doing anything but dwelling on the sorrow and depression every day, to engaging in activities that are beneficial to other relatives, themselves, and their family members. As a result, these behavioral changes facilitated reduced resistance to and increased tolerance for the loss. This case study introduces how Morita therapeutic approaches are able to enhance the effectiveness of antidepressant medication treatments of PGD.

中国における遷延性悲嘆障害への森田療法の適用

李　江波[1,2]

1. 中国西南医科大学附属建陽人民病院心療科
2. 中国華東師範大学附属蕪湖病院臨床心理学科

遷延性悲嘆障害の症状として、故人の死後6か月経っても、まだ悲しみやうつを感じ続け、故人を忘れることができず、死を受け入れることができないなどが挙げられ、患者の社会的機能を著しく損なう。PGDは以前にも病的悲嘆、心的外傷性悲嘆、長期的心的外傷反応、複雑性悲嘆などと呼ばれていたが、ICD11により、PGDに改定された。世界中の専門家の間でも、PGDに対する理解が異なっており、いくつか存在する治療法の効果も低いことが現状である。遷延性悲嘆障害の主な病態を以下に要約する。

1. 故人の死と言う事実を変えることはできないとわかってはいるが、その事実を受け入れられないばかりか、そのことに長期的に悩まされている。
2. 持続する悲しみとうつ症状が、時の経過を経ても緩和しない。
3. 社会的機能障害
4. 神経質な性格
5. 抗うつ薬治療のみの効果が乏しい

これらの病態は、治療抵抗性うつ病の特徴とも類似している。これらPGD患者達に、抗うつ薬治療と並行して、故人の死に対する拒絶感を手放し、生活様式を悲しみと憂鬱に浸っていただけの毎日から、他の親戚、自分自身、そしてその家族にとって有益になるようなものに変えてゆくよう働きかけた。結果これらの行動変容は、故人の死に対する拒絶反応を減らし、寛容性を高める効果がうかがえた。この発表では、PGD治療における抗うつ薬治療の効果を高めるために事例の検討を通じて有用な森田療法的アプローチを紹介する。

Symposium Presentation 2 Abstract

'Morita-informed' Therapy with Chronic Health Conditions in Australia: Wellbeing in-the-context-of suffering

John Mercer PhD, MPsych, MAPS

Launceston General Hospital, Australia

Human beings dwell in polarised existential tensions, such as wellbeing/suffering, contentment/despair, wellness/illness, life/death. Living with the compromises and demands of progressive Chronic Health Conditions (such as Heart Disease, COPD, Diabetes, Kidney Disease and Morbid Obesity), makes these polarised tensions explicit and acutely tangible. For many people living with Chronic Health Conditions, psychological resistance and rigidity complicate and exacerbate the suffering inherent to living with their Condition. Rather than be paralysed by such existential tensions, individuals can instead learn to 'hold the paradox', and experience wellbeing in-the-context-of suffering. As an experiential process, operating across all dimensions of the patient's 'Lifeworld', Morita's theory and methods can fundamentally alter a patient's subjective relationship with their 'lived' suffering. Learning to experience wellbeing amidst suffering, contentment amidst despair – even living amidst dying – is a potent approach for patients living with progressive Chronic Health Conditions, allowing them to suspend complex existential tensions, while moving forward with routine condition-specific tasks to manage their health as well as possible in their unique circumstances. This presentation introduces how 'Morita-informed' Therapy is being applied in Australia, to facilitate optimal psychological and behavioural adjustment with patients living with long-term Chronic Health Conditions.

オーストラリアにおける慢性健康障害への森田療法

ジョン・マーサー

ローンセストン総合病院、オーストラリア

人は幸福と苦悩、満足と絶望、健康と病、生と死など、二極化した実存的緊張の内に暮らしている。（心臓病、COPD、糖尿病、腎臓病、病的肥満など）進行性の慢性健康障害に伴う様々な妥協と需要を抱えながら生活をすることにより、これらの二極化した緊張がより明白になり、鋭く具体化される。慢性健康障害を抱えて生活している多くの人々にとって、心理的な抵抗と硬化は、その健康状態とともに暮らすことに本来備わる苦しみをより複雑にし、悪化させる。これらの実存的緊張によって麻痺されるのではなく、「パラドックスを保持する」ことを学ぶことによって、苦しみの文脈でも幸福を体験することが可能である。森田の理論と方法は、患者の「ライフワールド」におけるすべての次元にわたって作用する体験的プロセスとして、患者の「生きた」苦しみとの主観的な関係を根本的に変えることができる。苦しみの中でもウェルビーイングを体験し、絶望の中でも満足を体験することを学ぶことは、進行性慢性健康障害とともに生きる患者にとって強力なアプローチであり、複雑な実存的緊張を一時停止することを可能にする。それにより健康を管理するための日常的な症状固有の治療タスクを進めつつも、固有の状況下における可能性を追求することができるのである。この発表では、オーストラリアで「森田インフォームド」セラピーがどのように適用され、長期にわたる慢性疾患を患う患者の最適な心理的および行動的適応を促進するかを紹介する。

Symposium Presentation 3 Abstract

Morita Therapy in (Civil) War Affected Areas Part 2: Bosnia & Herzegovina Chapter 1: Possibility of Morita Therapy for interethnic reconciliation in post-war Sarajevo and post-genocide Srebrenica – A Travelogue

Masahiro Minami, PhD., RCC.

Simon Fraser University, Canada

"Is Morita therapy useful even in the scenes of so-called 'extreme' suffering, such as war, ethnic conflict, and genocide?" To answer this question, I backpacked around a dozen of post-war/conflict areas in 2009. In each area, I encountered rare opportunities to meet people who survived them and hear their experiences. In all the regions visited, I could see ongoing impact of the conflict. In addition to political and social issues, I particularly focused on exploring and understanding mental health challenges. Among them, the issue of interethnic psychosocial reconciliation in Rwanda, and the issue of post-war interethnic coexistence in Bosnia and Herzegovina left profound personal impact. This was because I observed, in the complex matrices of sociopolitical issues, possible key support our own psychological/psychosocial interventions can offer to prevent the future risks of mental health challenges; yet the resources were too scarce and access to them was fatally limited given the scale of their trauma and suffering. Furthermore, I was able to gain an insight into a question that occurred to me when I was listening to and weaving together the stories being told; "Is there anything I can do for them as a Morita therapist?" Upon returning, I worked on the reconciliation issue in Rwanda, developed, and implemented the Action-Based Psychosocial Reconciliation Approach (ABPRA) based on Morita therapy. Partnerships with local institutions and the Rwandan government have brought the efforts to a nationwide scale today. Taking this opportunity, I returned to Bosnia and Herzegovina, the other place that 'shot my heart' (struck a chord with me) this summer to explore possibility of helping to contribute to the psychological/psychosocial wellbeing of the people who survived the civil war. This presentation takes a form of a travelogue, sharing my personal impressions on psychological/psychosocial issues that Morita therapeutic approaches can bring benefits.

旧戦地における森田療法
第二部　ボスニア・ヘルツェゴビナ
第一章　民族紛争後のサラエボ、及びジェノサイド後のスレブレニツァにおける民族和解・共存への森田療法適用の可能性
―旅記―

南　昌廣

サイモンフレーザー大学、カナダ

戦争、民族紛争、大量虐殺など、「極限」と呼ばれる苦悩の現場でも果たして森田療法は有用なのであろうか。この素朴な問いに答えるため、演者は2009年、12カ国の旧戦地、紛争地を旅した。演者はそれぞれの地域でそれらを生き延びた人々と出会う機会に恵まれ、彼らの生きた体験を伺うことができた。訪れた全ての地域において、紛争後の今も続く苦悩の状況が伺われた。政治的・社会的な問題を始め、特に演者が着目したのが、メンタルヘルスに関する問題であった。中でも大量虐殺（ジェノサイド）を体験したルワンダにおける心理的社会的和解問題、そして、同じく民族紛争を体験したボスニア・ヘルツェゴビナにおける戦後民族共存問題は演者にとって個人的に特筆すべき衝撃的な問題であった。その痛烈な被害、悲惨さの規模のみならず、メンタルヘルスに関する問題が将来に及ぼす影響を鑑みた際、その介入が特に重要な役割を担っているが、資源が乏しく、その介入へのアクセスが極端に乏しい文脈を認識したからである。

またお話を伺った際に、同時に森田療法家として自分に何かできる事は無いだろうか？と言う問いに対しても手がかりを得ることができた。帰国後、ルワンダの和解問題に取り組み、森田療法を基にした、「行いに基づく心理的社会的和解アプローチ（ABPRA）」を構築した。現地協定機関そしてルワンダ政府とのパートナーシップにより、和解活動の全国展開の目処が経つまでに至った。この一段落を機に、もう一つの「心撃たれた」場所、ボスニア・ヘルツェゴビナにおいて、森田療法を基にしたメンタルヘルス向上のための活動の可能性を探求するために、今夏再びその地を訪れた。今回の発表ではその旅記を通じて、森田療法的アプローチが有用であろうと感じられた問題点を紹介する。

Symposium Presentation 4 Abstract

Morita Therapy for the psychosocial treatments of schizophrenia in Russia

Natalia D. Semenova, PhD

Moscow Research Institute of Psychiatry, Russia

The primary aims of Morita therapy are to help patients understand human nature, respect the value of constructive efforts, and aid them in improving the quality of their daily lives (Takehisa Kora, 1989). It is important to note that this therapy cannot be applied in its strict form to other types of psychiatric illness (other than shinkeishitsu-sho). However, Takehisa Kora (1989) thought that it would produce valuable results in treating other psychiatric problems if applied together with other forms of treatment. The past decade has witnessed a growing consensus that schizophrenia treatment should focus on managing symptoms and recovery, which was defined as helping people with mental illness "live, work, learn, and participate fully in their communities" (Anthony W. A., 2007). This topic meets impressive congruence with Takehisa Kora's writings (1990): "The primary purpose of Morita therapeutic intervention is not to free patients from their symptoms but to increase patients' adaptability to the environment and engage them in constructive activities." As Morita advocated, a step toward recovery is through working toward self-improvement. So, Morita therapy fits in so well with this clinical population. I'd like to describe psychosocial treatments designed for persons with schizophrenia-spectrum disorders in Russia. Some programs integrate several Morita therapy strategies into a cohesive treatment package. These Morita therapy strategies have implications for providing patients with mental health care services, and recommendations are made for how mental health services could be adapted to meet patients' needs more effectively.

ロシアにおける統合失調症に対する心理社会的治療への森田療法

ナタリア・セメノヴァ

モスクワ精神医学研究所、ロシア

森田療法の主な目的は、患者が人間としての本質を理解し、建設的な努力の価値を尊重し、日常生活の質を改善することを助けることである（高良 ,1989）。この治療法は、（神経質症以外の）他のタイプの精神疾患に対しては、厳密な形では適用できないことに留意することが重要である。しかし、高良武久（1989）は、他の治療法と部分的に併用すれば、他の精神医学的問題の治療にも価値ある結果をもたらし得ると考えた。過去 10 年に亘り、統合失調症の治療は症状の管理と回復に焦点を当てるべきであるというコンセンサスが高まってきた。これは、精神疾患を持つ人々が「生活し、働き、学び、地域社会に十分に参加する」ことを支援すること、と定義されている（Anthony, 2007）。このトピックは、高良武久の著書（1990）と顕著に一致している。森田療法的介入の主な目的は、患者を症状から解放することではなく、患者の環境への適応性を高め、建設的な活動に従事させることである。森田が提唱したように、回復への一歩は自己改善に向けて努力することである。したがって、森田療法はこの患者群に対して非常によく適合し得るのである。この発表では、ロシアにおける統合失調症スペクトラム障害の患者のためにデザインされた心理社会的治療を紹介する。一部のプログラムでは、いくつかの森田療法的アプローチを一体感のある治療パッケージに統合している。これらの森田療法的アプローチは、患者にメンタルヘルスケアサービスを提供する上で重要な意味を持ち、患者のニーズをより効果的に満たすためにメンタルヘルスサービスをどのように適応させることができるかについての手がかりを提示している。

ランチョンセミナー

「神経発達症に潜むうつ病」

座長：中村雅之
（鹿児島大学大学院　医歯学域医学系　医歯学総合研究科
健康科学専攻社会・行動医学講座　教授）

演者：近藤毅
（琉球大学大学院　医学研究科　精神病態医学講座　教授）

共催：武田薬品工業株式会社

一般演題1

理論・技法・その他

Medically Unexplained Symptoms のための 10 分間外来森田療法の試み－第 1 報

○田所　重紀
札幌医科大学　医学部　神経精神医学講座

演者が勤務している大学病院をはじめとする総合病院には、様々な身体症状（頭痛や疲労感など）や神経症状（発声障害や四肢の脱力など）の精査および加療を求め、日々多くの患者が来院するが、そのうちの 25 ～ 50% の症状は、患者を著しく苦悩させているにもかかわらず、その状態を十分に説明し得る器質的ないし生理学的な異常を見出すことができない。こうした症状は、身体医学の領域では「Medically Unexplained Symptoms（以下、MUS）」と呼ばれ、診療する身体科の医師にとって大きな苦悩の種となっているだけでなく、世界的にも大きな医療的問題となっている。わが国では、MUS に苦悩する患者の多くは、受診した身体科の医師の勧めに従ってしぶしぶ精神科を受診し、「身体症状症」もしくは「機能性神経症状症」と診断されることになる。しかしながら、これらの精神疾患に対する有効な薬物療法は知られておらず、認知行動療法（以下、CBT）などの有効とされる精神療法を施行できる精神科医療関係者も限られていることから、大多数の MUS 患者は精神科においても満足のいく治療を受けることができていないのが実情である。その一方で大多数の MUS 患者からは、症状の除去ないし軽減のみを目的とした意識的努力としての「はからい」と、症状に対する注意や意識の過集中としての「とらわれ」の両者が悪循環を形成しているのをみてとることができる。すなわち、「はからい」と「とらわれ」の悪循環からの脱却を目指す森田療法は、MUS の治療としても有効である可能性が示唆される。実際、森田療法が創始された 20 世紀初頭当初の対象疾患は当時世界的に流行していた神経衰弱であり、この神経衰弱の病態は現在の MUS とほぼ同一であったと考えられる。　以上のような背景から演者は、治療原理から有効性が期待される森田療法をベースにして、誰にでも短期・短時間で施行可能なようにパッケージ化・マニュアル化した精神療法－「MUS のための 10 分間外来森田療法（10-MT-MUS）」－を開発する研究に着手している。なお、本研究における倫理的配慮については、札幌医科大学附属病院臨床研究審査委員会規程に従うものとする。今回の発表では、その第 1 報として、本研究を着想するに至った経緯、CBT を上回る森田療法の長所、10-MT-MUS の概要－実施場所や実施方法も含む－などについて報告する。

一般演題 1-2

内発的モチベーションの観点で森田療法を考察する －森田療法は、内発的モチベーションを賦活し醸成する－

○林　吉夫[1) 2)]
[1)] 林内科クリニック　心療内科、[2)] 正知会

はじめに：森田は、『作業は常に臨機自由であって、その環境に適切でなければならない』と述べ、家庭環境の中での自発的作業欲を重視していた。また鈴木知準は、『入院による遮断の環境の中で、現在になりきった生活態度を繰り返すと自由な心は内発的に展開する』と述べている。この内発的に改善してゆく過程について、内発的モチベーションの観点から考察した。

ネブラスカ大学の心理学者ハーロウが、檻の中の猿にパズルを置くと、報酬がなくてもいろいろ工夫して遊ぶ様子を観察し、この現象を内発的モチベーションと名付け、報酬や義務感、プライドなどによる外発的モチベーションと区別した。外発的モチベーションは、森田療法で言えば、お使い仕事の段階といえる。その後、ロチェスター大学の社会心理学者デシは、内発的モチベーションを人間が本来持つ次の３つの欲求（①自律性への欲求②有能性への欲求③関係性への欲求）と定義し、この欲求によって行動するとき、自己実現が達成されると述べた。 内発的モチベーションの３つの欲求は、森田の言う『生の欲望』に近いと捉えてよいのではないだろうか。

内発的モチベーションの観点から考えると、臥褥期は、何かをしたいという内発的モチベーションが賦活化される時期であり、作業前期は、醸成されつつある内発的モチベーションによる自発的作業を繰り返す時期であるといえる。作業後期は、内発的モチベーションが自由に発揮される時期で、体験的で直観的認知による生活態度が常に展開して、神経症が改善してゆく。このように入院森田療法は、内発的モチベーションを短期間に賦活化し、醸成して治す治療構造が巧みに設定された治療法であると演者は推察している。外来森田療法では臥褥期はないが、日常生活での態度や行動について、擬態語などを用いて内発的モチベーションが高まる面接や日記指導の工夫をすれば、入院療法に近い効果が期待される。

まとめ：森田療法の治療過程を、心理学的用語である内発的モチベーションの観点から考察した。森田療法は、臥褥期には内発的モチベーションが賦活化され、作業期には内発的モチベーションによる自発的作業の繰り返しにより、自己成長へと向うとともに神経症も改善する治療構造が設定された治療法とも考えられる。

作業即幸福という捉え方～作業科学の視点から見る森田療法～

○尾形　茜
大通公園メンタルクリニック・リワークオフィス

作業科学とは、1980 年代の終わりから 1990 年にかけてアメリカやカナダ、オーストラリアの作業療法士によって作られた、「作業」を探求する学問である。日々の作業について体系的な方法によって探り、健康や社会生活との関係を研究する。ここで言う「作業」とは、私たちが毎日の生活の中で「する」ことを指し、個人と文化によって価値と意味を与えられる活動のことを意味する。

作業科学では、作業をする（Doing）ことで今の自分が作られ（Being）、所属が生まれ（Belonging）、将来の自分になっていく（Becoming）という考え方がされる。これは森田療法と同じく心身一元論的な捉え方であり、行動することで内面にも変化や成熟が起こりその人らしさが発揮されていくという「外相整いて内相自ずから熟す」の考え方とも繋がる。

また、森田療法ではあらゆる「～たい」（生の欲望）を承認し、建設的な行動に発揮し生活を充実させることを目指している。自己の発見と発揮は行動してこそ得られるものであり、悩みがありながらも行動していくあるがままの姿勢は、「する」ことが自己実現に繋がるという作業科学の考え方とも親和性が高い。

森田療法でも「作業」は重要な存在として位置づけられており、森田自身も当初よりその力について気づいていた。吉川は「作業は病気を回復させるだけではなく、発達を促し、生活の質を高めます」、「作業を使った治療法は、病気を治すのではなくその人なりの人生に彩をもたらすのです」と述べている。単なる症状の改善や病気の治癒ではなくその人らしい豊かな人生を目指す、という共通の志を持ったこの 2 つの理論を共に捉え考えていくことは、より一層の気づきと深まりが得られると共に日々の利用者との関わりへの一助になると演者は感じている。まさに学ぶという作業が幸福をもたらす、努力即幸福ならぬ「作業即幸福」といいのめしてみるのはいかがだろうか。

本発表では、演者がリワーク（復職支援）デイケアで実施している「作業」の振り返りに焦点を当てたプログラムを紹介しつつ、演者なりに作業科学の視点から森田療法を捉え考察してみたい。

一般演題 1-4

森田療法・内観療法からみたセルフ・コンパッション

○新村　秀人 [1) 2)]
[1)] 東洋英和女学院大学　人間科学部、[2)] 慶應義塾大学　医学部　精神神経科学教室

仏教にその源流を持つマインドフルネスやコンパッションが欧米で精神療法に取り入れられ、わが国に逆輸入されて盛隆をみている。これは、欧米でも、欧米化したわが国でも、精神療法における二元論的思考に限界を感じ、東洋的な見方に解決を求めようとしているからかも知れない。一方、わが国には、100 年前あるいは 80 年前に成立した森田療法や内観療法があり、臨床実践を重ねて来た。本発表では、森田療法･内観療法とセルフ･コンパッションとの比較を試みる。

森田療法とセルフ･コンパッションは、症状形成過程モデルに多くの共通点がある。また、セルフ・コンパッションの核となる構成要素①自分に優しくすること、②共通の人間性を認識すること、③マインドフルネスは、森田療法では、①ありのままを受け入れる、②平等観、③素直な心（心的流動性）に対応すると考えられる。しかし、セルフ・コンパッションの「思いやり」は、客観視、気づき、マインドフルネスのことであり、セルフ・コンパッションと森田療法は異なる。　内観療法とセルフ･コンパッションは、他者に思いを致して、対人関係の葛藤状況を解消しようという治療方向は一緒であるが、治療介入としては、扱う陽性 / 陰性感情と感情を向ける方向が異なる。セルフ・コンパッションは、治療目標と介入が同一方向で、直接的であるのに対し、内観療法は、治療介入は治療目標の背反となっており、直接介入せずに、治療転回させるという構造が大きく異なっている。

スクールカウンセリングと森田療法　～コロナ禍の子どもたちとストレス～

○光武　充雄
こころ相談「そのぜん」

1．コロナ禍におけるストレス：　コロナ禍のような有事では、感染不安や社会経済活動の停滞等から社会全体にストレスが膨らみ、学校では休校、部活や行事の中止等のストレスが、そして家庭でも外出制限、生活リズムや家族関係の悪化等のストレスが膨らんでおり、子どもたちはこうした多層的なストレスを被っている。今回、特にストレスへの理解と対処について、それを平時に活かすべく啓発活動を展開したい。

2．コロナ禍における問題発生の特徴：　高校のスクールカウンセリングから、コロナ禍での子どもたちの問題発生にはいくつかの特徴が見られる。ひとつは些細なことで問題行動が発生しやすいこと。二つ目はODや自傷､自死等の衝動的行為に走りやすいこと。三つ目はゲームやSNS等の依存と夜更かしなど生活リズムが乱れる。四つ目はクラスが落ち着かず人間関係のトラブルが発生しやすいなどである。

3．ストレス反応のメカニズム：　ストレスやトラウマ、テクノストレスは、自律神経、ホルモン分泌、体内時計、扁桃体等の乱れを生じさせ、そこから、頭痛や腹痛等の身体症状面、やる気が出ない等の気分意欲面、朝起きれない、ダラダラする等の行動面の不調となって現われる。これは不登校等の諸問題に共通して発生する不調であるが、症状に悩まされ混乱している子どもたちは、そのメカニズムを知るだけでも救われるし、このメカニズムをエビデンスとして理解を広げることは予防的にも大きな意味を持つ。

4．ストレス症状への森田療法の導入：　こうした不調は自律神経失調症と重なり、その出方は一人一人違う。この不調への適切な対応はその後の回復を大きく左右する。筆者が森田療法を取り入れるひとつは、ストレス化した不安や悩みは、考えれば考えるほど悪智化し、それに囚われ、解決できないばかりか、ますます悪い方向に膨らんでいく。そこで、悪智化した囚われを放念し、日常の体の活動に重きを置き実践していくこと。もうひとつは、その不調からの回復への考え方に、森田療法の入院体系である臥褥期、軽作業期、重作業期、生活訓練期を参考にして、休養期、リハビリ期、チャレンジ期を意図し、スモールステップで進めていくことである。これには子どもたち、保護者、教師たちとの共有化と連携が必要である。発表では、森田療法のカウンセリングへの導入や全校生徒への心理教育を紹介し、ご意見ご指導をいただきたい。

一般演題 1-6

森田療法を技法化する試み　－初心者セラピストに役立つ森田療法のエッセンス－

○小林　美穂子
大通公園メンタルクリニック

演者は、2016 年より北海道森田療法研究会において初心者セミナーを担当させていただいている。限られたセミナーの時間の中では、『森田療法の魅力をいかにわかりやすく伝えるか』が課題となる。もちろん、1 回で森田療法の全貌を伝えることは不可能であるが、少なくとも、森田療法に触れる入り口で、「森田って面白そう」「日々の臨床に取り入れてみたい」と思ってもらえるように工夫したいと考えている。このような考えに至る背景の一つに、演者が、「森田療法をやっています」と日常場面で自己紹介をすると、『あぁ、知っています。試験勉強に出てきました。“絶対なんとか”をやるんですよね』という反応が比較的多いことがある。それ自体は間違っておらず、むしろ森田療法の原点であるが、「それだけではない。もっと他にもエッセンスがあるのに…」という思いが強いのである。

ところで、初学者をとまどわせる理由に、「言葉のずれ」と「森田療法に入っていく切り口の多様さ」が挙げられる（岩田, 2012）。前者に関しては、外来森田療法のガイドラインが、そのハードルをかなり下げてくれてはいるものの、「とらわれの機制を示す」「精神交互作用」「思想の矛盾」「はからい」「あるがまま」などの言葉で苦戦した自分の経験から、可能な限りふだん使いの言葉で森田療法のエッセンスを伝えたいと思っている。後者においては、「不安の裏側にある願望に焦点をあてた関わり」と「悪循環の外在化とその打破」を取っかかりとして紹介している。できれば、「何から手をつけていいかわからない」「食わず嫌い」というポジションから、「ちょっと面白いかも」「これならできるかも」と思ってもらえるところに軸足を移動してもらえるように、森田療法のパッケージ化に取り組んでいる。とりあえず、明日の臨床で、さっと着手できるポイントがあると心強いのではないかと考えるからである。これだけでうまくいくケースもあれば、そうでないケースも当然あるのだが、まずは、臨床家自身が形から入るのもありなのではないかと考える。

発表当日は、試みに演者が技法化している森田療法を紹介したい。

引用文献

岩田真理（2012）流れと動きの森田療法．白揚社.

心身同一論と精神物理学との関連性についての検討

○島崎　勇人[1) 2)]、金子　咲[1)]、半田　航平[1) 2)]、市川　光[1) 2)]、谷井　一夫[1) 2)]、
矢野　勝治[1) 2)]、布村　明彦[1) 2)]、中村　敬[1)]
[1)] 東京慈恵会医科大学附属　第三病院　精神神経科・同大学　森田療法センター、
[2)] 東京慈恵会医科大学　精神医学講座

序論：森田は心身二元論を「古代蒙昧の思想」とし、自身は「心身同一論 Identit tslehre」を採るとした（森田，1922）。心身同一論は主観・客観の両面観だけでなく、「感覚閾」「エネルギー」などの生理・物理学的要素を含み（森田，1922）、森田は帝国大学で精神物理学を担当した元良勇次郎の講義を聴講した経験を有する（畑野，2016、笠松，2021）。先行研究では心身同一論の東洋思想的解釈が行われる一方（北西，2016）、独語の Identit tslehre や生理・物理学との関係は明らかでない。本研究では精神物理学を文献的に調査し、心身同一論との関連性を考察する。本研究に際し守秘義務の遵守と匿名性の保持に十分に配慮した。

本論：デカルトの機械論は「精神と身体（物体）との実在的区別を説く形而上学」であり（香川，1980）、ドイツでは「機械論が疑問視され」、「観念論的な自然哲学が勃興した」（福元，2011）。ドイツ観念論者シェリングの同一哲学は「主観と客観の絶対的な同一性」を原理とし（村岡，2012）、精神物理学を創始したフェヒナーも「シェリング＝オーケン流の自然哲学に没頭」し（福元，2011）、心身を「同一の実在の二つの異なった側面」とした（マッハ，1886）。また、閾値は精神物理学の「基本的概念」であった（山下，2018）。フェヒナーらの一元論からモニスムス的自然観が始まり（前田，2014）、化学者のオストワルドは「エネルギーの量的保存と質的変換によって物理現象・精神現象の一切を説明」するエネルギー一元論を提唱した（猪原, 2021）。一方、元良は心身の関係を「ただ見様が異なる」とし（元良，1890）、またエネルギー保存則を精神現象に適用した（元良，1983）。その後、元良はエネルギー一元論に「最も近い」とする心元論を提唱した（元良，1909）。

考察：本研究から、フェヒナーは心身を「同一の実在の二つの異なった側面」とし、閾値を精神物理学の「基本的概念」としたことが明らかとなった。先行研究では「精神物理学ハ精神ノ現象ヲ物理的ヨリ学ブモノ」（元良，1889）と定義され、森田もエネルギーなどの物理的要素から心身を解釈した（森田，1922）。

結論：本研究から心身同一論と精神物理学及びエネルギー一元論との関連性が示唆され、両者が森田の思想に影響を与えたと推定された。

一般演題 1-8

セラピスト固有の森田療法 My Mode Morita の実践のために

○山田　秀世
大通公園メンタルクリニック

森田療法を学んだ上で外来診療などに携わるとき、ガイドラインに準拠することを第一義とすることは望ましい姿勢ではなかろうが、一度ガイドラインを意識しつつ自らの臨床を見つめ直してみることは、これから森田療法を習得し実践するうえでも、森田療法家が自らの治療手順をチェックするに際しても相応の意義があると思われる。

臨床家がガイドラインを頭の片隅に置いて実践しやすくするために、演者なりの観点からガイドラインに若干の再編と手直しを加えたものが以下である。

AAA	Awareness & Acceptance of Affections	「感情」の自覚と受容
BBB	Briefing & Building of Behaviors	「行動」の簡潔要約と構築指示
CCC	Clearing & Cutoff of (vicious) Circles	「悪循環」の明確化と遮断
DDD	Discovery & Driving of Desire to live	「生の欲望」の発見と賦活
EEE	Evaluation & Education of Everyday life	「日々の生活」の見直しと教育

ガイドラインに準拠した森田と各臨床家の固有の森田 MMM: My Mode Morita、この両者がうまく融合した Moderately Modified Model のような調和ある姿が望ましいと考えられる。

旧戦地における森田療法第二部ボスニア・ヘルツェゴビナ　第一章民族紛争後のサラエボ、スレブレニツァにおける森田療法の可能性

○南　昌廣
サイモンフレーザー大学教育学部

戦争、民族紛争、大量虐殺など、「極限」と呼ばれる苦悩の現場でも果たして森田療法は有用なのであろうか。この素朴な問いに答えるため、演者は 2009 年、1 ダースの旧戦地、紛争地を旅した。それぞれの地域で演者はそれらを生き延びた人々と出会う機会に恵まれ、彼らの生きた体験を伺うことができた。訪れた全ての地域において、紛争後の今も続く苦悩の状況が伺われた。政治的・社会的な問題を始め、特に演者が着目したのが、メンタルヘルスに関する問題であった。中でも大量虐殺（ジェノサイド）を体験したルワンダにおける心理的社会的和解問題、そして、同じく民族紛争を体験したボスニア・ヘルツェゴビナにおける戦後民族共存問題は演者にとって個人的に特筆すべき衝撃的な問題であった。その痛烈な被害、悲惨さの規模のみならず、メンタルヘルスに関する問題が将来に及ぼす影響を鑑みた際、その介入が特に重要な役割を担っているが、資源が乏しく、その介入へのアクセスが極端に乏しい文脈を認識したからである。またお話を伺った際に、同時に森田療法家として自分に何かできる事は無いだろうか？と言う問いに対しても手がかりを得ることができた。帰国後、ルワンダの和解問題に取り組み、森田療法を基にした、「行いに基づく心理的社会的和解アプローチ（ABPRA）」を構築した。現地協定機関そしてルワンダ政府とのパートナーシップにより、和解活動の全国展開の目処が経つまでに至った。この一段落を機に、「もう一つ」の心撃たれた場所、ボスニア・ヘルツェゴビナにおいて、森田療法を基にしたメンタルヘルス向上のための活動の可能性を探求するために、今夏再びその地を訪れた。今回の発表ではその旅記を通じて、森田療法的アプローチが有用であろうと感じられた問題点を紹介する。

一般演題 1-10

内観・森田療法の技法の確立に向けて

○豊永　市子[1)]、渡邉　直樹[1)]、渡邊　克雄[2)]
[1)] メンタルホスピタルかまくら山　精神科、[2)] 鎌倉メンタルクリニック　精神科

【はじめに】「内観」および「森田療法」は東洋の 2 大精神療法として日本精神神経学会においても承認され、毎年この両者のシンポジウムやワークショップが開催されており、実際の治療においてはそれぞれ個別に発展を遂げていた。この両者を併用し経時的に内観と森田療法を結びつける技法を確立することが目的である。

【内観と森田療法を結びつける根拠として】集中内観と森田療法の臥褥の類似点と相違点がある。内観 3 項目を限局してひたすら考える事が、これまでとらわれていた「外観の世界」から脱する機会となり、すなわち「外観」以外の人間的な自然なあり方に気づく契機となる（内なる自然への気づき）。従って第一期は内観を優先させてその後森田療法の第 2 期に誘導するのが良いと考えた。

【方法】「内観・森田療法の手引き」を用いて事前説明を行う。患者の治療像を把握後治療契約とする。第一期　7 日間）集中内観を行う。森田療法第二期（3 ～ 7 日間）自由に外的自然の観察、草とりなどの軽作業。第 3 期（21 日間）OT（作業療法）、院庭作業等、1 日を自己で計画を立てて活動。

【結果】内観・森田療法を実施した 21 事例の結果（表 2）。事例紹介にあたっては匿名とし症例掲示は当該患者様の人権を尊重し個人情報に配慮、発表の了承を得た。21 例中① 4 ～ 5 項目 71.4%（15 人）② 3 項目 0% ③ 2 項目 4.8%（1%）④ 1 項目 14.3%（3 人）0 項目 9.5%（2 人）であった。このことから内観・森田療法は効果的な方法と思われた。

【考察】①森田療法は過去を扱わないが、内観は自己の過去を振り返り＜過去の自分、今の自分、今後の自分＞に気付くことで人生を再確認する機会となり、新たな気づきが得られ悩んでいた人間関係や自己のあり方に希望がでてくる。②臥褥は症状をコントロールしようとする姿勢をなくし症状を乗り越える（時間）に対して内観は課題を通して向き合う事でを自己を乗り越える（時間）と言える。③自己と向き合った後第 2 期からは自然を通して活動を広げ自身の生の欲望に気が付き自然治癒力を発揮していく。治療継続のしやすさ、多様な症状の患者が自分らしい生き方を見つけやすいことから時代に適した技法と言えるのではないか？

【おわりに】森田療法の第 2 期に入る前に集中内観を行う事で、過去から現在そして未来に向かうその人総体としての本来のあり方がより深く体験されると思われる。

精神科病院における内観・森田併用療法

○渡辺　克雄[1)2)3)]、渡邉　直樹[3)5)]、豊永　市子[3)]、山田　伸[3)]、
内田　由紀子[3)]、田邉　千栄里[2)4)]
[1)] 鎌倉メンタルクリニック、[2)] 上野の森クリニック、[3)] メンタルホスピタルかまくら山、[4)] 生活の発見会、
[5)] 聖マリアンナ医科大学精神神経科

【緒言】

本邦発祥の精神療法である内観療法、森田療法は、東洋的な特徴を持つ治療法であるが、目指すところに相違点があると考えた。2つの精神療法の特徴を見極めた上で、精神科病院において、症例によっては2つの異なる療法を同時に行う事が可能であると考え、治療に用いて考察した。

【内観療法、森田療法の相違点、併用の可能性】

内観療法の特徴は、過去の対人関係を通じて、様々な人々から自分が守られているという安心感の獲得であると考えた。一方、森田療法は過去に対するとらわれから、未来への行動に思考を変化させる事(生きるための欲望の賦活化)を目差していると考えた。したがって、内観療法は過去に、森田療法は未来に特に注視していると考えられるが、それゆえに同時並行的に行う事により、お互いに補完的な役割を担えるのではないかと考えた。

【内観療法、森田療法の共通点】

西洋的精神療法では、ストレスに対し論理的解決を目指し、ストレスを排除しようとする傾向が強いが、内観療法、森田療法では、論理的解決を目差そうとはせず、ストレスを受容した上で、自分が様々な人から守られている事への気づき（内観)、自然な欲望にそって行動しても良いのだということへの気づき（森田）の獲得を目差していると考えた。

内観療法、森田療法は、共通して型（挨拶、食事作法、生活全般…）を大切にしており、まず事実を受容したうえで、そこに思いが宿っている事に気づく（内観)、あるいは、思いを宿らせる（森田)、そこから行動を始めるということを目指していると考えた。

内観療法における集中内観や、森田療法における臥褥期では、周囲からの情報、雑念から自らを隔離し、治療に専念する場を提供していた。

1. 集中内観　　（1週間）　　感謝の気持ちを認識し、守られている事の実感
2. 入院森田療法臥褥期　（1週間）　　恐怖体験の想起から生の欲望の発揮

西洋的な精神療法では、認知の変化に過度に着目している傾向があると考えられる。しかし、東洋的精神療法である内観療法、森田療法は、認知の変化と情動の変化がお互いに支えあっていると考える傾向がある。

それらの考えを元に、単科精神病院において内観療法、森田療法を併用して治療に用い、症例を提示し考察した。

※本演題に提示する症例は、プライバシー保護に配慮し、個人が特定されないように一部改変してある。また、内容について説明し、同意を得ている。

一般演題 1-12

森田療法とアドラー心理学の融合－あるがままと共同体感覚の育成をめざして－

○鈴木　千東
医療法人社団ほっとステーション大通公園メンタルクリニック

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「とらわれの機制」をその個人にとっての最善の対処行動と見ることはできないだろうか。ある現状に対して、2つの意味で対処していると考えることができるかもしれない。1つは、自分の症状への対処であり、症状をやりくりしようとする意識的なはからいである。もう1つは、症状を強めることによって対人関係の課題を回避しようとする無意識的なはからいである。なお、最善の対処行動と述べたのは、その個人にとって役に立っているという観点からである。この2つの意味での対処行動がそれぞれ適切な方法かどうかということと、その対処行動によって成し遂げようとしている目的が適切かどうかという点検そして再構築が患者のあるがままの受容を促す上で重要だと考える。

「とらわれの機制」を対処行動とみて、その2つの意味を理解するためにアドラー心理学の理論がうまく適用できる。アドラー心理学はオーストリアの精神科医であるアルフレッド・アドラー（1870～1937）により創始された心理学である。アドラー心理学では、人間を理解するための仮説として個人の主体性・目的論・全体論・社会統合論・仮想論の5つの基本前提を掲げ、理論の中核としている。また、アドラー心理学は共同体感覚という思想をもって人間の行動に対して指針を与える。この指針というのはつまり共同体にとって善であるかどうかという価値判断である。アドラー心理学では、あらゆる不適応は共同体感覚の不足から生じると捉え、治療場面では共同体感覚の育成を目標としている。

これらの理論と思想に従った治療目標と森田療法の治療目標とを比較しながら、患者のためのより良い治療の在り方を検討していきたい。

一般演題2

自助・ピアグループ

一般演題 2-1

ちょっぴり生き方が楽になるヒント

○本田　博久
NPO 法人　生活の発見会　九州支部　熊本集談会

熊本集談会は、「生活の発見会」ならびに「森田療法」について一般の方に知ってもらうチャンスと思い、2020 年 2 月に『パレアまつり 2020』に参加した。

『パレアまつり』とは、熊本市の「くまもと県民交流館パレア」において、日頃から市民活動を行っている NPO 法人やボランティア団体の活動を支援することを目的に、各団体が日頃の活動内容を発表する場として年に1回開催されるものである。参加団体のメリットは、一般の方への発表への場を得る（会議室の使用料が無料）と共に、主催者による数度の新聞広告やパンフレット配布が行われることである。

テーマは、「ちょっぴり生き方が楽になるヒント」とし、セミナー（1 時間 20 分程度）と座談会（50 分程度）を、休憩時間（10 分）を挟んで実施した。セミナーは、代表幹事が講師となり、パワーポイントを使って説明。まず、「生活の発見会」ならびに「森田療法」の概要を説明して、講師の体験記を話し、それらを踏まえて生活の中で発見した「ちょっぴり生き方が楽になるヒント」を提示した。

前回の日本森田療法学会では、「『パレアまつり』に参加して」と題して、全体のことについて発表したが、今回は、セミナーで話した「ちょっぴり生き方が楽になるヒント」の内容について発表する。これは、森田療法の考え方から、演者が生活の中で役立つと思う生き方のヒントを、7 つの項目（①受け入れること、②性格を磨くこと、③感情の法則を知ること、④行動すること、⑤人間観を見直すこと、⑥自覚すること、⑦人の役に立つこと）にわたり提示したものである。

以上

コロナ療養から見えてきた入院森田療法再興の可能性

○島浦　順介
三省会

昨年末のコロナ収束を受けて、今年１月に２年ぶりに三省会を京都駅前で開催するに至った。折しも、第６波オミクロン株が急拡大する直前であったが、事前に参加者を把握し、人数制限と検温・消毒といった感染予防対策を行った上で実施した。宇佐晋一先生も 95 歳の御高齢ながら、満を持して参加いただいた。この日の講話の中で、宇佐先生は外来森田だと今の情報過多の時代、患者がごちゃごちゃと色々な情報を調べてしまうのが治療上良くないと話されていた。宇佐先生が、治療で大切にしたいのは、“絶対臥褥”である。

例会の２週間後（例会開催と感染とは因果関係はない）、私は大阪府内でコロナに感染し、大阪市内で臨時的に病床として活用しているビジネスホテルに７日間入ることとなった。初めは、入床の物珍しさと部屋の設備に一喜一憂していたが、ふと三聖病院で体験した臥褥をもう一度やってみようと思うようになった。入院日に診察室で白衣を着た宇佐先生が、第１期療法の注意点を読み上げる言葉を思い出した。「食事、洗面、便通、入浴以外は常に寝ている事、退屈を紛らわすことはしないこと、守ることが治る事等」

周知の通り、ホテルが軽症患者の病床として使用されるようになったのは、コロナ患者の急増で従来の病床が足りなくなったからである。これは全国において、森田療法の入院施設が無くなってきている現象と同じである。外来のクリニックと連携し、ホテルを入院施設として活用することができるのではなかろうか。また、自宅療養についても可能性を言及したい。独居の場合は、予め食料や水分を確保する必要があるが、家族が同居であれば生活の支援を受けられる。森田先生も、自宅を病床として開放していた。オンラインによる医師との診察、かねてより宇佐先生が森田療法は入院療法に限る（これは先代、宇佐玄雄先生からの言い伝え）と言っている。コロナ禍が、入院森田療法の再興に光を当てたのではなかろうか。

一般演題 2-3

今日の生活の発見会の集談会運営に活かす森田理論の可能性

○吉澤　隆
生活の発見会　小田原集談会

1．提案の背景

NPO 法人 生活の発見会は半世紀以上にわたり、神経症のとらわれで悩む人たちに寄り添い、森田理論の集団学習と互いの体験交流を通して、彼らの救いとなってきた。活動の主体は、全国 120 か所以上で毎月開催される“集談会”である。

ここでの運営は多年の活動経験に基づき、また自前の運営マニュアルを参考になされている。これらの活動と独自の学習スキームにより、悩める初心者に救いの手を差しのべてきた。

一方、現在会員の多くはいわゆる“治った”後の人たちであるが、学習内容の中心は症状対処を主目的とした森田理論であり、集談会運営もこの考えを準用している。

2．提案理由

“治った”後の人たちは、軽快直後の人から、生の欲望に乗って実生活を精力的にこなしている人、果ては人格陶冶に近いところにまで到達している人までさまざまである。しかしながら、共通しているのは根底にはヒポコンドリー性基調がなおもあり、神経質傾向と生涯つきあわなければならないということである。このような人が多数を占める集談会において、その運営をより良く進めるヒントがオリジナルの森田理論、特に『形外会記録』をはじめとした森田正馬の言説に数多く見出される。今回の発表はここに注目したものである。

3．集談会運営に資する森田理論の整理

以下に整理した結果を示す：

(1) 森田理論を学ぶ姿勢
- 言葉や概念にとらわれない、言葉の詮索をしない ⇔「なるほど」と受け取る
- 理屈から出発しない、理屈を言わない ⇔ 感じを大切にする
- 精神修養（○）⇔“治す”ことへの執着（×）

(2) 仲間との接し方
- 自身の姿勢 ; 信頼する人の教えに従う（柔順）、あやかる、気合にふれる、治った人のまねをする
- 仲間に対する姿勢 ; 犠牲心、同病相憐れむ、衆人を啓発する、人情から出発する

(3) 森田理論に対して持つべき観点
- 広い応用面があることを知る（人生問題、人間関係など）

これらは軽快後の多くの会員が主に接してきた症状対処を主目的とした森田学習の観点からは見出しづらいものである。彼らにとっては新たな学習上の参考ともなろう。

4．まとめ

森田正馬の言説には、神経質者同士で集団学習を進める際に、その運営に資するものがあることが再認識され、その整理を試みた。今後の活動に積極的に活用していきたい。

森田療法における「正しさ」と「患者・当事者の知」

○廣瀬　雄一
鳴門教育大学大学院　学校教育研究科　人間教育専攻心理臨床コース臨床心理学領域　准教授

果たして「正しい」森田療法というものが、あるのだろうか。あるとしたら、それは誰が決めるのだろうか。

わが国における治療的営みにおいては、精神科領域に限らず、医師ら治療者のもつ専門知識や情報が、蓄積された知見に基づく一定の「正しさ」を有するものとして最上位に位置づけられてきた。他方、患者をはじめとする治療を受ける側の人々が有する知識や情報は、それより劣位に置かれがちであった。森田療法の世界においても、それは例外ではないだろう。森田療法を用いる治療者が「正しい」森田療法を知る者として「教える側」に立ち、一方で十分な知識をもたない「素人」たる患者・クライエントは「教えてもらう側」に位置づけられやすかった。しかし治療におけるこのような「教える - 教えられる」関係を当然視することに疑義を唱えるあり方が、対人支援に関わる様々な領域で力を持つようになってきている。

その端緒として、医療人類学の Kleinman（1988）が示した、治療者の視点から見落とされてしまいがちな、患者らが有する「病い」の体験知の重要性への指摘が挙げられる。また 90 年代以降には普遍的で「正統な知」ではなく、個別的で「ローカルな知」、すなわち当事者の物語（narrative）に重きを置き、その発展を指向するナラティヴ・アプローチが注目を集めるようになった。さらに近年ではより具体的に、例えばアメリカでの予防接種にまつわる騒動を例に、「患者の知」が専門家によって封じられる様相について述べた松繋（2010）や、アトピー性皮膚炎の「患者の知」を治療に活かす方途について論じた牛山（2015）、小児喘息の専門医と患児の親たちが協働してガイドラインを出版した例を示した畠山（2013）といった、「患者・当事者の知」に焦点をあてた研究が幅広い領域でみられるようになった。それらはいずれも、治療者の見解の「正しさ」への疑義とともに、「非専門家」、「素人」が有する知がもつ力に強い信頼を置くところに共通性がある。

本発表は以上のような研究蓄積と議論をふまえながら、森田療法において「当事者の知」がもたらし得るものの可能性について検討するものである。またそこでは、当事者同士の自助により多大な貢献をもたらしてきた「生活の発見会」についての精査も重要な手がかりとしたい。

なお本研究の一部は公益財団法人メンタルヘルス岡本記念財団の研究助成金による。

一般演題 2-5

コロナ禍でつながる森田療法　～リワークにおける多施設合同オンラインプログラムの効果について～

○高澤　祐介[1)]、尾形　茜[1)]、木村　允郁[1)]、武井　勇樹[2)]、河田　祐輔[3)]、菊地　拓実[3)]
[1)] 大通公園メンタルクリニック、[2)] 柏メンタルクリニック、[3)] 千歳病院

【はじめに】

筆者が勤務している大通公園メンタルクリニック（復職支援デイケア）では、オンラインを活用したプログラムを行っている。流行語にもなった「3 密」が叫ばれていた 2020 年 6 月より、コロナ禍における多施設とのオンラインによる連携や情報交換の機会を設けるべく、学会形式プログラム「合同リワーク学会」を試みた。以後、四半期に一度の頻度で「合同リワーク学会」を開催し、2022 年 9 月までに 15 施設が参加、実施回数は 11 回を数えた。

本発表では「合同リワーク学会」の概要と、オンラインによる合同学会を機に回復につながった事例について紹介する。

【事例 A 氏】 30 代女性　会社員　診断名 : うつ病

X 年 4 月、中間管理職への昇進を機に、過呼吸や気分の落ち込み等の症状が出現し、同年 11 月に初診、休職に至った。X+1 年 4 月に当リワーク通所を開始し、初回面談では「人の目が気になり自分の意見が言えない、言語化ができない」と訴えていた。面談翌週から「行動と気持ちを客観視できるようになる」ことを目標に日記療法を開始している。

X+1 年 6 月、リワークの仲間からの勧めで「合同リワーク学会」で発表することになった。A 氏ははじめ発表に対して乗り気ではなかったが、「リワークでの変化」というテーマで渋々発表準備を進めていくうちに「なりきる」感覚を体得していった。また、自身の取り組みを振り返ることで「感情の自覚」「建設的な行動」ができている事実に気づくことができた。また、オンラインでつながった仲間からのフィードバックを通じて「自然体の自分で受け入れてもらえる」感覚を持てるようになったと振り返っている。

【考察】

渡辺（1996）は著書『神経症の時代―わが内なる森田正馬』にて、「意識の無意識化」を提言した。本事例では、A 氏はリワークでの日記療法や仲間の支えにより、徐々に目的・行動本位の態度が形成されていった。また、オンラインで多施設とつながる学会での発表を通じて、自身の経験を表現できたことが成功体験となった。こうして時を経て「自分らしさ」を体現できるようになった結果、「人の目が気になる」という症状や「言語化できない」といった劣等感の意識が疎隔化されることとなった。

本発表では、オンライン合同プログラムの概要を紹介し、A 氏が人とのつながりの中で回復していった過程について考察を述べる。

※発表に当たってはプライバシーに関する守秘義務に遵守し、匿名性の保持に十分な配慮をした。

私が全治した理由

○金具　信明
NPO 法人生活の発見会　中部支部　福井集談会

1．背景

40 年かけて全治した自身の体験を通して、もっと短期間で全治する方法を明らかにしたい。理論学習のみに頼る克服法では、全治に至るのは極めて困難である。不問療法に対する無知が全治を阻んでいる。

また、愛と感謝の実践は治ることに大いに役立つと認められるが、具体的な方法を明示したものが少なく、克服する上において積極的な導入が乏しい現状である。

2．目的

従来よりも短期間で全治に至る方法を明らかにする。神経症から解放される上で、理論学習と不問療法が共に必要であることを明らかにする。また、愛と感謝の実践の導入が必要であることを明らかにする。

3．方法

「愛と感謝」を前提に、理論の森田で始まり不問の森田で終わる。「愛と感謝」の実践が「神経症からの解放」に大いなる助けとなる。そして、理論学習による克服と、最終的に不問の森田療法により全治に至る。

愛に気付くことは治ることへの近道である。よく治る方々に目立つのは、人の役に立とうとする人である。自己中心的傾向を脱却することで症状の克服が進むのである。そして、愛の実践にすぐに取り組める言葉をいくつか紹介する。

感謝に気付くことは治ることへの近道である。症状以外の健康で恵まれている部分に対して感謝することで、大きく感じられていた症状がやや小さく感じられる。感謝することで、結果的に克服が進むのである。

四つの言葉による愛と感謝の実践で、私は強いとらわれから解放された。四つの言葉を分析したところ「愛、感謝、受容」の言葉であるとの結論に至る。

宇佐医師の「不問の森田療法」で、「心を完全に放置する」ことで全治すると知る。 心はコントロールできない。知性で治そうとすることが誤りなのである。

4．結果

愛と感謝の実践の継続が神経症克服の助けになる。理論学習で改善した後、最終的に学習から抜けて不問療法で全治するのである。初心者に対していきなり不問療法は酷である。

5．考察

不問療法は森田療法の本質である。克服過程で理論の森田と不問の森田は両立する。不問療法に対する無知が全治に至ることを阻んでいた。愛と感謝は具体的に実践することで愛と感謝の「体質」になるのである。

6．結語

神経症から解放されるには、愛と感謝の実践を前提に「理論の森田で始まり、不問の森田で終わる」。

一般演題 2-7

生活の発見会におけるもう一つの「不問」の一私見

○吉澤　隆
NPO 法人　生活の発見会　小田原集談会

1．提案の背景

NPO 法人 生活の発見会に在籍する会員の多くはいわゆる“治った”後の人たちである。元をたどれば彼らは最初に症状対処を主目的とした森田理論（発見会では「森田療法理論」と呼ぶ）を学ぶ。その後各集談会で運営に携わりながら、森田理論の学習を継続し、仲間と体験交流をしていく。その知的資源の中心は上記の森田療法理論であり続けてきた。

2．提案理由

森田療法は一面において「不問療法」とも言われる。藤田千尋は著書『森田療法 その本質と臨床の知』の中で「森田療法の実際では、患者の症状を直接の治療対象とする対話は「不問」にするが、それは対話の中断ではなく、患者が自らの苦痛を突き放し、その苦しさに沈黙の「間」を置くことによって、患者自身が自己との対話の中で「自分の与えられた境遇」をありのままに引き受ける選択の強化をすすめることになる。」（p197）と述べている。

発見会においてもスタンスは同様であり、症状についての会員の訴えには、一定以上の直接的な関与はしないようにし、また愚痴についても厳に慎むよう促している。

一方、“治った”後の人たちは、このようなかつての自身の症状に関する訴えはしないが、別の形での「こだわり」をなおも持ち続けることがある。それは、森田理論に沿った行動をとるべきといったかくあるべしや、完全に治しきりたいといった完全主義などである。

そこで、森田理論の教えに助けを求めながら、この状況の改善の道筋を探ってみた。

3．「不問」の第二ステップ

軽快した会員が継続して森田理論を学習していくことには大きな意義がある。その際、自身の軽快度合いにあわせて、症状対処を主目的とした、発見会独特の森田療法理論に依拠する比重を下げていくこと（「不問」の第二ステップ）が必要であると考える。前記の“治った”後の人の一部に見られる課題は、森田療法理論の狭義的絶対視によるものといえる。

森田療法は神経症の治療にとどまらず、ヒポコンドリー性気質を有する神経質者が生を全うするための指針をも与えるものである。この視点を主体にして学習を進めていくことを提案する。

なお、神経症の悩みを持つ後輩会員のために、森田療法理論を知識として持ち続け、適宜これを説明し、導いていく必要があることはいうまでもない。

体験により知り得た「神経症は虚構の世界」そして「形外」「不立文字」

○三木　真美[1) 2)]
[1)] NPO 法人　生活の発見会　徳島集談会、[2)] 三省会

私は、森田療法を実践している 13 年目にとらわれから解放され頓悟全治しました。 今回は、とらわれからの解脱がどのようなものであったのか図解しようと思います。又ある時、生活の発見会顧問の山中和己先生（発見会創始者の水谷啓二先生の直弟子）が、原著の会（森田正馬全集第 5 巻を読む会）で森田先生の雅号「形外」についてお話をされました。山中先生は「形とはとらわれ、とらわれの外はとらわれがない」と言われました。このお話を聞き、自分の体験と重なるので体験により知り得た「形外」について話したいと思います。

又、宇佐晋一先生の教えの“自分に言葉を使わない”という実践により新たな体験をしました。とらわれから解放されても、神経症的な思いにふらついていた状態がしっかりと地に足が着き立てる状態になり、宇佐先生の完全な不問（禅的森田療法）とはこういうことだったのかと理解できました。

そして先生の難解な「なにでもないもの」というお言葉が不立文字であることを知りました。“言葉になって概念にならない”というこんな不思議な言葉があるのだろうかと気になっていましたが、禅の教えの不立文字であることを知り感動しました。

悟りとは、言葉で伝えられるものではなく各々が掴んでいくものであるという大燈国師の「不伝の妙道」を教えていただき、この先どんな出会いがあるのだろうと思うこの頃です。

一般演題3

臨床・治療

抑うつ症状から身体症状へ「とらわれて」いる初老期男性の森田療法・治療過程～初老期の危機における人生の再構築の視点から～

○市川　光[1)2)]、半田　航平[1)2)]、舘野　歩[1)]、布村　明彦[1)2)]、中田　浩二[3)]、繁田　雅弘[1)]

[1)] 東京慈恵会医科大学精神医学講座、
[2)] 東京慈恵会医科大学附属第三病院精神神経科　同大学森田療法センター、
[3)] 東京慈恵会医科大学附属第三病院　臨床検査医学

【背景】初老期は職業上の引退や身体的な衰えなど転換期であり心理的危機を来たしやすいことが指摘されている。今回抑うつ症状を入院森田療法で、身体症状への「とらわれ」を外来で行われる森田療法的接近により治療している初老期男性例を報告する。発表にあたり患者の同意を得たうえ、個人情報の保護に十分配慮した。

【症例】60 代前半　男性

【現病歴】X-2 年頃より視野欠損に気づき、複数の眼科を受診するも器質的異常は認めなかった。しかし、失明への不安から集中困難、食欲低下が出現したため、うつ病の診断で薬物療法が施行され早期に改善を認めた。その後 X-1 年 1 月スタッフの退職に伴い仕事の継続が困難となった。その頃よりうつ症状が再燃し、薬物療法を行われるが症状が遷延化したため、X 年 4 月当院に紹介された。

【初診時診立て】抑うつ気分や不安感を排除しようとして症状に「とらわれて」いたため入院森田療法の適応と判断された。演者は入院中共同演者の 1 人とともに主治療者として関わった。

【入院森田療法実施期間（X 年 5 月から同年 8 月）】入院初期は現状のつらさや今後への不安という思考の堂々巡りを認めたが、気分はそのままに実際に行動に踏み出すことを促した。病棟の係や行事をやりとげるという経験を経て、徐々にうつ状態の改善に至った。

【外来での治療期間（退院後から X+3 年現在）】退院後から X+2 年まで共同演者が外来診察を担当し、抑うつ症状は再燃を認めなかったが、今後どう生きていくかを決めきれなかった。X+2 年より演者が引き継ぎ、診察している。X+2 年 7 月頃より、以前所属していた仕事団体の講評会に復帰したところ疎外感を抱き、その後目の違和感や手足のしびれといった身体症状が出現した。身体的精査も行って本人のつらさを受容しながら、完全主義的なあり方を取り上げている。X+3 年現在、日々の生活や本人の SNS 活動に焦点をあて、本人の力を生かすように援助し、身体症状は消長しながらも活動の場を広げている。

【考察】入院森田療法によりうつ症状は軽快した。外来診療においては身体症状から本人の対人関係や物事への完全主義的なあり方など神経症的傾向や、仕事中心の人生から今後の人生の再構築という課題が治療の主体となってきている。当日は、外来診療で行われる森田療法的接近によって初老期の危機に対して自己受容を促す治療的工夫や治療機転をさらに考察したい。

一般演題 3-2

一般精神科医に対する不安症患者のベンゾジアゼピン系薬剤を漸減中止する外来森田療法心理教育案

○舘野　歩[1)]、中田　浩二[2)]、繁田　雅弘[1)]
[1)] 東京慈恵会医科大学　精神医学講座、[2)] 東京慈恵会医科大学附属第三病院　中央検査部

【はじめに】一般的に不安症患者のベンゾジアゼピン系薬剤を漸減中止することは難儀すると言われている。認知行動療法を推奨する案もあるが、自費診療で他の治療機関を選択させることが多い（大坪 2020）。一方外来森田療法のガイドラインでは「薬物療法は補助的な役割」との言及に留まる（中村　他　2009）。今回演者は高齢者全般性不安症に対して外来森田療法を実施し、他院で開始されたベンゾジアゼピン系薬剤や眠剤を漸減中止できた。これを基に一般精神科医に対する不安症患者のベンゾジアゼピン系薬剤を漸減中止する外来森田療法心理教育案を作成することにした。発表について患者の同意を得ており文脈を変えない範囲で修正をした。

【症例】60 歳代　女性［主訴］不安でいっぱい。母に会いたくない。［初診までの経過］:X-約 1 年半父の介護から不安になり他院でアルプラゾラム（0.4）1.5 錠を処方された。父が癌で X-1 年に他界した。同年 20 歳代の娘が男性のマンションに泊ったのを知ってショックを受けた。X-1 年 80 歳代の母の看病でずっと寝泊りをするようになって、手の震えが来た。地元のメンタルクリニックでアルプラゾラム（0.4）1.5 錠を処方された。X- 約 2 カ月前から母の事、娘のこと、腰痛不安で一杯になり、薬以外の治療を求めて X 年当院当科初診した。様々な不安をなくすことに「とらわれて」いて外来森田療法の適応と判断した。「あって良い不安をなくそうとすればますます不安は追ってきます。不安を排除せず不安を抱えてご自身がしたいことをしていくことが大事です。」と伝えた。［治療経過］初診二週間後には母の介護に夫の協力を仰いで友人と会ったり、植物の世話をするようになった。その後通院は約 1 カ月に一回となり、初診約 3 カ月後には娘は娘、母は母と少し距離が置けるようになった。初診後約 7 カ月後には腰痛から病気不安が来てもベンゾジアゼピン系薬剤を服薬せず不安ピークが来ても下がる経験をした。初診後約 8 カ月にはベンゾジアゼピン系薬剤を完全に中止することができ、その後通院しているが約 10 カ月無投薬である。

【考察】学会当日はこれを基に、一般精神科医が実践しやすい不安症患者のベンゾジアゼピン系薬剤を漸減中止する外来森田療法心理教育案を提唱する。それにより多くのベンゾジアゼピン系薬剤を継続している不安症患者の漸減中止への啓蒙になると考えるからである。

森田療法的かかわりが有効と考えられた機能性消化管疾患の一例

○中田　浩二[1)]、半田　航平[2)]、市川　光[2)]、舘野　歩[3)]
[1)] 東京慈恵会医科大学附属第三病院　臨床検査医学、
[2)] 東京慈恵会医科大学附属第三病院　精神神経科、
[3)] 東京慈恵会医科大学　精神医学講座

演者は主に機能性消化管疾患の診療に携わる医師である。機能性消化管疾患は、画像診断、血液生化学検査で原因が特定されない慢性的な消化器症状を呈する疾患である。診療ガイドラインにおいても治療抵抗例には心理療法が推奨されているが介入技法は確立していない。今回、森田療法的かかわりが有効と考えられた機能性消化管疾患の一例を経験したので報告する。本発表にあたり、個人情報の保護に十分配慮している。

【症例概要】50 代独身女性。無職。主訴 : 心窩部痛、食欲不振、体重減少、抑うつ気分。現病歴 : 以前より胃重感があったが 1ヶ月前から胃痛が増強し 4 kgの体重減少。ほぼ一日中家の中で寝ている、気力・意欲なし、娯楽に興味なし、希死念慮なし。X-2 年から不安症で心療内科に通院しており、うつ症状は落ち着いている。胃痛があるため X 年当科初診した。胃カメラ、腹部 CT・超音波検査、血液生化学検査にて異常なし。

【治療経過】約 4ヶ月の間、症状改善みられず。体重減少 -10kg と増悪。しかしうつ病急性期とは言えず、注意を胃へ向ければますます胃痛が増す心身の悪循環を認めた。しかし今後どうしたいかを尋ねても言語化できず定型的な森田神経質より弱力的な診立てであった。そこでまず深刻な悪性疾患はないと保証した。機能性消化管疾患で通常実施される食事生活の指導、胃痛に対する身体科の薬物治療、症状増悪時の対処法（患部を摩る、腹式呼吸）を実施した。以上の症状を軽減する治療だけでなく身体的な保証をしつつ「気持ちを症状ではなく行動へ向けること、症状に振り回されずにやりたいことをしてみましょう、引き算するのではなく今の自分を基準にすること、つらい症状がある中で少しでも行えれば、それは十分にすごいこと」を繰り返した。本人は入院治療を強く希望した。しかし症状がありつつも日常生活を体験する外来治療を提案した。その後少しずつ症状が改善し、食事量も増えた。多少の症状はあってもうまく共生してやり繰りし、体重もほぼ元通りに回復した［X+11ヶ月］。活動性も増し、軽い運動とストレッチをほぼ毎日している。その後 X+2 年 5ヶ月たっても生活は安定している。

【考察】機能性消化管疾患が主で弱力的な患者で対応に苦労した症例である。学会当日はこの患者の治癒機転や、身体科医師が機能性消化管疾患に対して森田療法的かかわりをする際の要点や利点、注意点などを考察する予定である。

一般演題 3-4

身体症状に対して身体の問題とした意味づけと症状管理記録の中止を介入した事例

○鴨志田　冴子[1)]、若島　孔文[2)]
[1)] 東北大学大学院　教育学研究科、[2)] 東北大学大学院

本事例では，ストレスイベントを契機に生じた不安と身体症状について，身体の問題とした意味づけと症状管理記録の中止を伝えた事例について報告する。計 1 回の面接にて，本人が抱えられる程度までの改善を示した。申込者は，30 代女性（以下 CL と略す）である。申し込み時の CL の主訴は「漠然とした強い不安症状を消したい，薬を飲んでも治らない，不安症状に伴う食欲不振や腹痛も辛い」というものであった。CL は，身内の不幸や会社の問題等のストレスイベントを契機に不安や身体症状が強く生じていた。しかし，原因を不明と捉えていたために，原因を特定しようと，過去に遡った原因探しや身体症状の波に関する詳細な観察と記録を行なっていた。したがって，ストレッサーにより一般的に引き起こされるストレス反応を，無理に抑えようとする対処が症状を維持させていると見立てた。また，CL の語りからは森田神経質な性格傾向が窺えていた。そのため，症状管理記録については，記録するために意図的に身体感覚へ注意を向けることから，身体症状への執着を強めている可能性があると考えた。以上から，面接では不安や身体症状はストレスイベントによる一般的なストレス反応であり，身体の問題であることを伝えた。その上で，不安になった際には目の前の作業に集中するなどの既に役立っている対処は続けながらも，症状管理記録は徐々に頻度を下げ，将来的には中止するよう伝えた。よって，ストレス反応による身体症状や不安への過度な執着から離れることを目標とした。3ヶ月後のフォローアップでは，CL から，症状が身体の問題であることを知ったことで，月経周期や天候による体調の波は未だあるが，過度な食欲不振や腹痛の症状は落ち着いたことが話された。加えて，主治医から基礎体温の記録は続けるよう指示されているものの，症状に関する管理や記録は手放したことが話された。症状自体も，記録するまでではないと思う程度に落ち着いているとのことであった。本事例について，症状への意味づけについて，森田神経質傾向を持つ CL における症状管理記録の機能について，CL に変化をもたらしたもの，の 3 点から考察を行った。本事例の公表に関しては，電話にて公表に関する連絡をし，CL から承諾を得ている。内容を損なわない程度に本人と特定できないよう，プライバシーに配慮するかたちで修正を行ったことを付記とする。

良性発作性頭位めまい症発症後にめまい恐怖を呈した症例に対する森田療法

○齊藤　翔悟[1)]、五島　史行[1) 2)]
[1)] 五島耳鼻科めまいクリニック、[2)] 東海大学　医学部　耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【はじめに】良性発作性頭位めまい症（BPPV）は，耳鼻咽喉科で最も頻度の高いめまい疾患である。BPPV は頭位の変化によって発作的に回転性めまいが誘発され，それに付随して眼振が随伴することを特徴とする。また，多くは短期間で治癒するが，再発を繰り返す難治性 BPPV も存在する。不安は再発リスクを高め（Wei et al，2018），パニック症の発症にも繋がる可能性（Godemann et al., 2006）が示唆されており，不安の高い症例に対しては心身医学的治療が重要となる。今回 BPPV の再発を繰り返す中でめまい恐怖を呈した症例に対して森田療法が有効であった症例を経験したので報告する。なお，発表にあたり患者から同意を得ており，個人情報の保護に配慮した。

【症例呈示】40 代女性。X-1 年 7 月に回転性めまいを発症して近医を受診。加療により治癒するも再発を繰り返すことから X 年 10 月に当院初診。当院初診時には検査所見は正常で眼振も認めなかった。初診時 Dizziness Handicap Inventory（DHI）28 点，Hospital Anxiety and Depression Scale（HADS）不安 11 点，抑うつ 3 点。診察時に患者が「めまい恐怖に対処したい」と語ったことから, 主治医の指示で演者による森田療法が導入された。初回面接では不安を打ち消してからでないと入浴できないと語った。それに対して演者は共感を示しつつ，精神交互作用と感情の両面性の説明を行い，不安はあっても良いものだと保障した。翌回では不安を打ち消さずに入浴を試みたことが報告され，次第に不安がありながらも落ち着いて入浴できるようになっていった。その後，不安や症状に対する受容的態度が醸成されていき，治療開始後 8ヶ月後（#9）には DHI18 点，HADS 不安 4 点，抑うつ 3 点となった。回転性めまいの再発も認めないことから終結となった。

【考察】BPPV とパニック症は互いにリスク因子と言われている（Godemann et al，2006; Chen et al，2016）。両者は症状が発作的であることに加えて，本症例のような再発を繰り返す難治性 BPPV では悪循環に陥っている点，予期不安や回避行動を呈する点も共通していると考えられる。そのため，不安を生の欲望から読み替えることで不安を受容し，悪循環の打破を目指す典型的な森田療法が奏功したと推察される。

一般演題 3-6

親しみやすいキャラクターの活用により森田療法の導入が容易になった一例　―マイカ君に預けてみよう―

○出利葉　健太[1) 2)]、田所　重紀[2)]
[1)] 江別市立病院　精神科、[2)] 札幌医科大学　神経精神医学講座

森田療法は、症状をそのままにして、生の欲望に即した目的本位の行動を患者にとってもらうことが中心的手法となるが、症状へのとらわれが強すぎると、症状をそのままにすることが難しく、森田療法の導入に困難を覚えることがしばしばある。今回演者は、親しみやすいキャラクター「マイカ君」を活用することで、森田療法の導入が容易になった症例を経験したので報告する。症例は 60 代女性。強い不安を自覚して X-24 年に A 病院を初診し、以後 24 年間にわたり同院にて外来通院治療を継続していたが、生活上の些細なストレスに対し、動悸などの自律神経症状を伴う強い不安を自覚する傾向は続いていた。演者は X 年 4 月より主治医となったが、当時最もストレスを感じていた高齢の両親の介護負担について、「自分がちゃんとやらなきゃいけない」という強い「かくあるべし思考」に左右され、近所に住む姉とうまく負担を分担できず、結果として介護に関する不安を強めてさらに「かくあるべし思考」にとらわれるという悪循環を認めるなど、著明な神経質傾向を認めた。そのため森田療法の良い適応と考え、自律神経症状を伴う不安はそのままにして、生活上どうしても必要な具体的な行動に手をつけてみるように助言した。しかし、患者の症状へのとらわれは非常に強く、「どうしても不安をほうっておけない」と訴えた。そこで演者は、患者が絵画を趣味にしていた点に着目し、「マイカ君」というキャラクターを設定してこのキャラクターに患者の症状を預かってもらうように提案した。すなわち、患者が自分で症状をそのままにするのでなく、マイカ君に症状を何とかしてもらうように提案したのである。その結果、「症状はマイカ君に預けてしまったから」と思えることで、手をつけることができずにいた、介護に関連して必要な行動に少しずつ取り組めるようになっていった。その後も、マイカ君に症状を預けながら目的本位の行動ができるようになり、姉とうまく負担を分担して自分でできる範囲で介護を行い、隙間時間を絵画など趣味にあてる等生活の質の改善につながった。なお、本症例の提示にあたっては、患者本人からの同意を得た上で個人が特定されないような配慮をしている。今回の発表では、このような親しみやすいキャラクターを導入するに至った経緯と、こうしたキャラクターの活用がどのようにして森田療法の導入を容易にしたのかについて詳しく考察したい。

精神科クリニックにおける森田療法の取り組み
―診察、カウンセリング、森田グループが連携して、相乗効果をもたらした一事例―

○佐藤　菜桜[1)]、須藤　克利[1) 2)]、岩渕　彩加[1)]、森本　佳代[1)]、比嘉　千賀[1)]
[1)] ひがメンタルクリニック　けやき心理相談室、[2)] マインメンタルヘルス研究所

演者の所属する精神科クリニックでは、医師による診察、臨床心理士による個人カウンセリング、森田グループの３つの柱で森田療法を行っている。本事例では、受験の失敗をきっかけに対人不安が強まり、ひきこもりがちになっていたクライエントの治療経過について紹介する。主治医がカウンセリングへの来談を促し、後に森田グループに参加することとなった。

当初クライエントは非常に緊張し、カウンセリングで何を話すかシミュレーションをして、夜も眠れず来談するような状態であった。しかし、シミュレーションした通りに進むことはないカウンセリングを経験する中で、徐々に力が抜けていき、考えすぎずに来談することができるようになった。

クライエントには完璧主義な傾向があり、理想を追い求めすぎるがゆえに不安が高まり、一歩が踏み出せない悪循環に陥っている様子がうかがえた。そのためカウンセリングでは、森田療法における不安の理解や悪循環の心理機制を伝え、不安を受け止めつつ行動を促した。クライエントは半信半疑に、まさに３歩進み２歩下がるような様子で行動を広げていった。

この頃主治医から森田グループへの参加を促され、悩みながらも参加を決めた。ここでも「うまく感想を話せるだろうか」と不安や緊張が生じたが、カウンセリングでは、これまでの行動の広がりを支持し、不安なまま参加してみることを促したり、参加する目的を再確認するなどして行動の後押しをした。森田グループは、クライエントにとっての新たな行動の場であると同時に、森田理論を集中的に学ぶ場、そして他者と体験を分かち合う場となった。それまでに行動を積み重ねていたことで、森田理論とリアルな体験を結びつけて理解し、不安を感じて行きつ戻りつしながらも、あるがままの自分を受け入れられるようになっていった。すると行動はますます広がり、さらには「以前は順風満帆だと思っていたけれど、その時からたくさんの壁があったんだと思った」と、行き詰まることとなったそれまでの人間関係や生活への態度について振り返るきっかけともなった。

以上のように、診察、カウンセリング、森田グループという３本柱がそれぞれの役割でクライエントを支えたことによって、行動の広がりや内側からの気づきを促す一助となったと考える。

なお、発表についてはクライエントの同意を得ており、発表の趣旨に影響のない範囲で内容に改変を加えている。

一般演題 3-8

苦難の人生の中で、うつ状態が慢性化した症例に対する日記療法：外来森田療法のアプローチ

○山市　大輔[1)]、横山　貴和子[1) 4)]、樋之口　潤一郎[3)]、　新村　秀人[1) 2)]
[1)] 慶應義塾大学医学部精神神経学教室、[2)] 東洋英和女学院大学　人間科学部、
[3)] 潤クリニック、[4)] ひがメンタルクリニック、

症例は 50 歳台女性 A。30 歳代の夫の不倫を契機に、過重労働となり、うつ病を発症。夫との離婚、原家族との不和、身体疾患の発症が重なり、40 歳代で生活保護となった。50 歳代で発表者外来を受診した。仕事で自立し、母から認められたいが、現実は生活保護で、母から症状で動けないことを叱責されて、寝込んでいた。症状除去の姿勢が強く、「オバサンで、子供もいない、健康でない私は何をしても中途半端」と新しい人間関係や仕事に消極的であった。「首の詰まった感じの原因を知りたい」と体調の良し悪しを毎朝気にしていた。薬が合わず自己中断したため、内科医から処方は一旦保留と判断されたことを、本人は内服できずに責められたと感じ、通院も中断するなど傷つきやすい弱力性と、「だらだら生きるだけなら死んだほうが己を貫ける」「経営者で、講師だった自分が就労支援で指導されることは屈辱」と負けず嫌いな強力性を認めた。うつ病と診断し、上記から森田療法の適応と判断した。元々、日記を書いていたことから月に 1 回 30 分の精神科外来診察と日記療法を開始した。

本例は現代的なうつ病で、自己愛が傷つきやすく観念的で現実の自分を受け入れられないなどの特徴を有し、自己愛が傷つき抑うつが慢性化しているケースであった。これらのケースでは弱力的側面が優位で、治療介入に難渋することが多い。この場合、建設的行動に促すことよりも、本人の感情と生活を全面的に承認し、感情体験を感じてもらうことから治療を開始することが有効で、感情や観念優位をどう扱うかが問われる。治療者は、クライエントが体験を通して感じた内容、感性、興味などに共感し共有しながら、実生活での取り組み（作業）を支持していった。この過程はクライエントの傷ついた自己愛の回復プロセスそのものである。この点は、強力性優位の症例に修業的意味合いから行動を促した森田療法の原法と異なる、弱力性優位の症例に対する工夫点でもある。 薬物療法で治るうつのクライエントは、外来診療の場から速やかにいなくなる。一方で、慢性化する現代のうつは、臨床の場には溜まってきている。外来森田療法は、このような現代的なうつを扱うことができる構造と技法をもっており、さらなる発展と普及が期待される。なお、プライバシー保護に配慮し、個人が特定されないよう留意するとともに、十分な説明をし、理解を得た上で、同意を得た。

森田療法的理解に基づく治療を行った触法行為（窃盗）歴のある思春期の１症例

○横山　貴和子[1) 2)]、山市　大輔[1)]、新村　秀人[1) 3)]
[1)] 慶應義塾大学　医学部　精神神経科学教室、[2)] ひがメンタルクリニック、
[3)] 東洋英和女学院大学　人間科学部

思春期の「問題行動」は、暴力や自傷行為など多様であり、窃盗などの触法行為についても児童思春期領域の治療者が対応を求められることが少なくないが、専門家であっても定型的に対処することは難しい。今回、窃盗歴のある思春期の青年とその母に対して行った治療的介入について、森田療法的理解から検討した。

母子家庭の青年は、窃盗で補導されたことを契機に、母に連れられ演者の外来を受診した。窃盗の他にも学校に頻回に遅刻したり、無断で学校をさぼったりといった行動が見られ、家庭では部屋が散らかり足の踏み場がない状態が続いており、母の男児に対する不満は強く、「将来に差し障るのに万引きするなんてひどい、裏切られた」と語った。演者は、自身の心情や事情を語ることが得意ではない男児に「きっと事情があっての窃盗だったのだろう」と男児へ印象を伝えつつ、探索的な対話を行い、彼の窃盗に至るまでの過程や心情を引き出した。注意欠陥多動障害と診断し、後先を考えられずにその場の衝動に突き動かされ短絡的に行動してしまう本人の傾向を母にも心理教育し、窃盗が母への悪意を元にしたものではないと伝えた。

加えて、これまでの母の苦労や事情を傾聴し「一人でよくここまで育てた」と労いつつ、男児を触法行為や危険から遠ざけようと過度に管理や干渉をしてしまう母自身の不安についても、共感を示しつつ共有した。母の過剰な管理や男児への不信感によって、男児が「どうせ信じてもらえない」と感じ母との対話を諦め、結果、素行や生活態度を改善できないという悪循環の仮説を説明し、対話ができるようになることを治療目標に掲げ、母が男児への関わり方を変容できるように援助した。現在は母子関係は改善し、男児の素行や生活態度も改善した状態で維持できている。

触法行為という家族の危機において、本人だけでなく家族も不安や孤独を抱え、疑心暗鬼になっていることが少なくない。そんな時に治療者も、「触法行為」という表面に現れている行動様式のみを扱うのではなく、両面観、自然論、円環論などの森田療法的理解を活用しながら、そこに至る背景や心情を丁寧に読み解いていく姿勢が家族機能の改善に重要であると思われた。なお、プライバシー保護に配慮し、個人が特定されないよう留意するとともに、十分な説明をし理解を得た上で同意を得た。

一般演題 3-10

留学生相談における森田療法的アプローチの応用
―性的マイノリティの留学生への支援―

○趙　丹寧
埼玉大学 留学生相談室

性的マイノリティの留学生が直面する困難は，性自認や性的指向性に基づく社会への適応不安，および異文化環境への適応不安という二重なものである。特にアジアからの留学生は，母国社会が性的マイノリティに排除的な態度を示すことが多いため，不安が強く，周囲と打ち解けにくく，異文化環境での適応も難しさを増していく。

また，欧米の疫学的研究では，性的マイノリティの人々は気分障害，不安障害，自殺念慮などの割合が，それ以外の集団より高い（平田，2014）。原因は多様であるが，性への自己受容が難しいことが強く影響していると考えられる。 以上を踏まえると，性的マイノリティの留学生に対し，性的な面や文化面を含めた自己受容を促し，彼らのメンタルヘルスを支援することが重要だと推察される。その際に，「あるがまま」の生き方を治療目標とする森田療法が適していると考えられる。以下，森田療法的な考え方を取り入れた事例を紹介する。

留学生 C 君は，不眠や息苦しさなどのため，来談した。きっかけは，ある日本人男性 Y との関係がこじれたことであった。C 君は友人のパーティで知り合った Y を好きになり，SNS でつながったり，友人たちと一緒に遊びに行ったりして，周りに気づかれないように慎重にコミュニケーションを増やしていった。しかし，Y は C 君の態度に違和感を覚え，C 君を試す行動を度々取るようになった。C 君が困惑しているうちに，Y は今後連絡しないようにと伝えた。C 君は落胆し，自信の喪失と日本社会への不信感に苛まれ，長い間回復できずにいた。相談の一年目は来談者中心療法や認知行動療法などを取り入れたが，大きな変化は見られなかった。二年目から森田療法を導入した。C 君に, Y への未練と悔しさや，性的指向など「かなり変わった外国人」であることへの不安を，あるがままに受容するように勧めた。さらに，彼の研究で優れた業績を上げることへの欲望を見出し，それに向ける行動を促した。C 君は学業に専念するようになり，様々な活動にも参加し，日本人の研究仲間とも仲良くなっていった。その後博士号を取り，いまは海外の研究機関で活躍している。

（倫理的配慮）上記症例に対して，留学生 C 君から学会発表の同意を得た。また，一部の個人情報を伏せる或いは変更するなど，個人のプライバシー保護のために配慮をしている。

「良い子」が大学受験期に陥った適応障害へ発達促進的に介入した症例～森田療法と加速化体験力動療法の接点に注目して～

○吉村　碧
東京都スクールカウンセラー

【はじめに】
　思春期青年期のカウンセリングでは、成長や発達を促進するような介入が重要である。学校現場でカウンセリングを行ってきた演者は、来談者の身体的感情表現の観察と治療者の自己開示が、発達促進的な介入になるのではと考えた。本事例では、アタッチメント理論や神経心理学などの視点を統合して創られた Fosha による加速化体験力動療法（AEDP）の技法と、森田療法を組み合わせた介入を試みた。

【来談者】高校生　女子 A
【構造】校内相談室、無料、（精神科外来 : 通院歴あり）
【主訴】授業中に手の震え、耳鳴り、めまいがしてノートが取れない。不眠。
　　クラスの人に楽をしていると思われるのが嫌で、学校に居づらい、等
【経過】高校 3 年生の夏、A は志望大学へ合格できなかったらという不安から、様々な症状が現れ B クリニックを受診。初めての精神科受診で「うつ状態」と診断され服薬。保健室で休んだことをきっかけに、養護教諭よりスクールカウンセラーを勧められ、8 月に来室（半年後に終了）。
【見立て】A は非常に「良い子」で模範的な生徒であったが、運動が苦手で人前に出ることを好まない性格。勉強の成績を完璧にしたいという気持ちが強く、「真面目な生徒」であった。周りの人から言われることを全て真に受け、従順であろうとするため、嫌なことを断り、不快な人と心の距離を置くことができない状態であった。

【介入と変化】A が自分の不快感情を内側で抱えられるよう、一緒に感情を共有する介入を行った。クラスメイトとの関わりで不快に思ったことを語る際、肩に力が入り上に上がる。眉はへの字になり、伏し目がちになる。そのような身体の反応をトラッキングし、演者がミラーリングし、一緒にその感じを感じられるように留まること（加速化体験力動療法による技法）で、A は少しずつ自分の身体感覚に注意を向けられるようになった。
　また、課題がちゃんと解けたかを常に考え、勉強ばかりする行為は、受験の不安への反応として現れた。さらに、不眠は「ゆるむことへの恐怖」として表現された為、< 眠れなかったら諦めて、布団の中で単語帳でも眺めて良い > と助言。改善が見られた。嫌な人と距離を置けるようになり初期の症状もなくなり、無事に大学に合格。これからは「不安よりも楽しみ」と感じられるまでに変化した。

※本発表については、本人の同意を得ている。個人が特定されないよう配慮し、情報の修正加筆を行った。

一般演題 3-12

若年者就職支援機関における強迫性障害の心理相談事例

○田邉　千栄里 [1) 2) 3) 4)]
[1)] 上野の森クリニック、[2)] 徳耀会心療内科クリニック、[3)] あずま通り心理相談室、
[4)] 生活の発見会　横浜女性集談会

筆者は、正社員を目指す若年者就職支援機関において心理相談業務を担当しています。対象者は 34 歳以下の若者です。

若年者を取り巻く雇用情勢について、フリーター等の非正規雇用や就職後の早期離職などにより安定した職業に着けない若者も多く、長期間就職活動を続けても就職が決まらない等から、心理的な支援が必要な若者が多く存在するといわれます。

この若年者就職支援機関の心理相談窓口では、「就職活動での焦りや不安で何も手につかない」「将来を考えると不安になる」「やる気がおきない」などの悩みや相談に対し、臨床心理士・公認心理師が週一回、1 回 50 分、という構造で対応しています。（本事例実施時は、回数制限はありませんでしたが、現在は利用可能回数 3 回になります。）

本事例は、心理相談を利用した強迫性障害の A さんへの森田療法を用いたカウンセリング実施例となります。A さんは、前職で責任ある立場を任されて以降、確認行為が出現し業務に困難を感じたことから退職しました。自宅では、日常生活が強迫観念に支配され身動きがとりづらい状態でした。そのような中でも再び働きたい意思はあり、若年者就職支援機関の支援メニューを利用する過程で心理相談に訪れました。

A さんは通院をしていませんでしたが、医療機関の情報は知りたいという希望でした。筆者は、A さんの訴えから森田療法が適応すると考えました。A さんの過剰な欲求から生じる不安を傾聴しました。森田療法的心理教育を実施し、A さんと共に生の欲望を賦活する具体的な活動を考え A さんの実践を支持しました。最終的に、A さんは、強迫性障害の体験について自分の転機だったかなと振り返りました。A さんの希望に応じ、その後の相談先として筆者の勤務先心療内科を紹介し、カウンセリングは 7 回で終了しました。

本若者就職支援機関における心理支援業務において、自分を正しく理解し、よりよい生き方を目指す森田療法の観点でカウンセリングを行うことは意義ある活動と考えます。本発表では、A さんとのカウンセリングの経過をご報告します。

なお、本発表に当たっては、個人情報について守秘義務を順守し、匿名性の保持に十分な配慮を行っています。

森田療法的助言を在宅での働き方に援用したうつ病回復期の一例

○半田　航平[1)2)]、市川　光[1)2)]、中田　浩二[3)]、舘野　歩[1)]、布村　明彦[1)2)]、繁田　雅弘[1)]

[1)] 東京慈恵会医科大学　精神医学講座、[2)] 東京慈恵会医科大学附属第三病院　精神神経科、
[3)] 東京慈恵会医科大学附属第三病院　中央検査部

【緒言】新型コロナウイルス感染症の流行拡大に伴い盛んになった在宅ワークには、メリットも多い反面特有の困難さも存在する。リモートワーク勤務者に生じうる心理的な影響として、コミュニケーション不足による影響と仕事環境の変化による影響に加え、家族との関係による影響も指摘されている（井上彰臣 .2022）。今回は、独立を契機に在宅ワークとなったうつ病の患者に森田療法的助言を試みた症例を報告する。報告に際しプライバシー保護に配慮し、個人が特定されないように留意するとともに、十分説明をして理解を得た上で同意を得た。

【症例】30 代、男性

【主訴】仕事の納期を守れない、朝に疲れやすい。

【現病歴】20 代半ばで音楽関係の事務所に就職し、作曲をしていた。2 年目ごろから作曲を負担に感じるようになり、徐々に抑うつ気分・意欲低下・イライラ・集中力の低下が出現。X-6 年心療内科クリニック初診し、うつ病の診断で薬物治療により症状はやや軽減した。X-2 年時、事務所との契約がうまくいかず、フリーになった。しかし、理想通りの仕事ができず、納期に間に合わないことも増えていった。家族との関わり方にも悩み、徐々に集中力低下・朝の起きづらさと疲労感が悪化した。森田療法希望で X 年当科紹介となった。

【初診時診断・治療方針】DSM5 ではうつ病であるが極期ではない。理想が高く、今の仕事に満足ができていない。一方で実際には期限までに納品しなくてはならず、理想と現実の間で葛藤があり思想の矛盾があった。朝の起きづらさや疲労感などのうつ症状が残存しているのはべき思考が自然回復を妨げているためと考えた。薬物調整を続けつつ、月 1 回・1 回 30 分で外来森田療法を施行した。

【治療経過】デュロキセチン・葛根湯・エペリゾンを処方しつつ森田療法的助言を行い、徐々に仕事が手につくようになった。その後、大きな仕事に取り組む際の疲れやすさはあるものの、「万全な体制になってから動こう」とする姿勢から「現状でできることをやろう」という姿勢が身についてきている。同時に家族との距離の取り方や完全主義的な働き方も話題になっていった。

【考察】橋本は過適応な主婦のうつ病に対する森田療法を提唱した（橋本　2014）。この症例も「完全主義的なやり方」を修正することが重要である。森田療法的助言を行った際、いかにこの症例の在宅での働き方に落とし込むか演者なりに工夫した点を述べたい。

◆◆◆　第 39 回日本森田療法学会　協賛一覧　◆◆◆

第 39 回日本森田療法学会の開催にあたり、多くの皆さまからご支援を頂きました。ご厚情に厚く御礼申し上げます。

第 39 回日本森田療法学会
大会長　福治　康秀

＊協 賛 企 業　武田薬品工業株式会社
住友ファーマ株式会社
株式会社ツムラ
Meiji Seika ファルマ株式会社
ヤンセンファーマ株式会社
大塚製薬株式会社
ヴィアトリス製薬株式会社

＊後　　援　特定公益財団法人メンタルヘルス岡本記念財団
日本森田療法学会

第39回日本森田療法学会
プログラム・抄録集

発　行　令和４年 11 月
編　集　独立行政法人国立病院機構琉球病院
〒 904-1201 沖縄県国頭郡金武町字金武 7958-1
TEL：098-968-2133　FAX：098-968-2679

印　刷　有限会社 福琉印刷
〒 900-0012　沖縄県那覇市泊 2-19-8
TEL：098-867-1989　FAX：098-863-8709

VIATRIS | Sumitomo Pharma

セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤（SNRI） 薬価基準収載

イフェクサー®SR カプセル 37.5mg・75mg

EFFEXOR® SR CAPSULES

ベンラファキシン塩酸塩徐放性カプセル

劇薬 処方箋医薬品

注意－医師等の処方箋により使用すること

●効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む使用上の注意等については、電子添文をご参照ください。

製造販売
ヴィアトリス製薬株式会社
〒105-0001 東京都港区虎ノ門5-11-2
文献請求先及び問い合わせ先：メディカルインフォメーション部

プロモーション提携
住友ファーマ株式会社
〒541-0045 大阪市中央区道修町2-6-8
文献請求先及び問い合わせ先：くすり情報センター

EFX72K006D
EFX P-13328v03

2022年2月作成

こころの健康情報局
すまいるナビゲーター

患者さんやご家族を対象に、子どもの自閉スペクトラム症・うつ病・双極性障害・統合失調症の治療、社会参加のために役立つ制度のことなど、知っていると役に立つ情報を発信するサイトです。

子どもの自閉スペクトラム症
うつ病
双極性障害
統合失調症

すまいるナビゲーター 検索

http://www.smilenavigator.jp/

All for your smile

Otsuka 大塚製薬株式会社

Otsuka-people creating new products for better health worldwide

人類の歴史にはさまざまな挑戦者がいた。どんなに失敗しても、彼らの熱意や想いが何度も立ち上がらせ、その結果、常識を打ち破り新しい世界を見せてくれた。医薬はどうだ。空を自由に飛び、宇宙にまで届く時代に、私たちの体の中には未解決の課題が山積している。私たちにはやるべきことがある。助けなければならない人がいる。だから、挑む。住友ファーマは、革新的な医薬品や医療ソリューションの研究開発をより加速させる。研究重点3領域の精神神経、がん、再生・細胞医薬に加えて、感染症、糖尿病、医薬品以外のフロンティア領域で存在感を高めるために、挑み続けます。

Sumitomo Pharma
Innovation today, healthier tomorrows

詳しくはこちら

漢方製剤にとって「良質」とは何か。その答えのひとつが「均質」である、とツムラは考えます。自然由来がゆえに、ひとつひとつに個性がある生薬。漢方製剤にとって、その成分のばらつきを抑え、一定に保つことが「良質」である。そう考える私たちは、栽培から製造にいたるすべてのプロセスで、自然由来の成分のばらつきを抑える技術を追求。これからもあるべき「ツムラ品質」を進化させ続けます。現代を生きる人々の健やかな毎日のために。自然と健康を科学する、漢方のツムラです。

良質。均質。ツムラ品質。

ツムラ

株式会社ツムラ　https://www.tsumura.co.jp/　資料請求・お問合せは、お客様相談窓口まで。
医療関係者の皆様 tel.0120-329-970　患者様・一般のお客様 tel.0120-329-930　受付時間 9:00～17:30（土・日・祝日は除く）

2021年4月制作

健康にアイデアを
meiji

meijiの抗うつ薬

発売準備中

選択的セロトニン再取り込み阻害剤(SSRI) 劇薬、処方箋医薬品注) 薬価基準未収載
エスシタロプラムシュウ酸塩錠
エスシタロプラム錠10mg「明治」・20mg「明治」

ノルアドレナリン・セロトニン作動性抗うつ剤 劇薬、処方箋医薬品注) 薬価基準収載
ミルタザピン錠
リフレックス®錠15mg・30mg

選択的セロトニン再取り込み阻害剤(SSRI) 処方箋医薬品注) 薬価基準収載
日本薬局方 フルボキサミンマレイン酸塩錠
デプロメール®錠25・50・75

ノルアドレナリン・セロトニン作動性抗うつ剤 劇薬、処方箋医薬品注) 薬価基準収載
ミルタザピン錠
ミルタザピン錠15mg「明治」・30mg「明治」

選択的セロトニン再取り込み阻害剤 劇薬、処方箋医薬品注) 薬価基準収載
日本薬局方 パロキセチン塩酸塩錠
パロキセチン錠5mg「明治」・10mg「明治」・20mg「明治」

選択的セロトニン再取り込み阻害剤 劇薬、処方箋医薬品注) 薬価基準収載
セルトラリン塩酸塩錠
セルトラリン錠25mg「明治」・50mg「明治」・100mg「明治」

セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤 劇薬、処方箋医薬品注) 薬価基準収載
デュロキセチン塩酸塩カプセル
デュロキセチンカプセル20mg「明治」・30mg「明治」

セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤 劇薬、処方箋医薬品注) 薬価基準収載
デュロキセチン塩酸塩口腔内崩壊錠
デュロキセチンOD錠20mg「明治」・30mg「明治」

注)注意－医師等の処方箋により使用すること

※効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等については電子化された添付文書をご参照ください。

Meiji Seika ファルマ株式会社
東京都中央区京橋 2-4-16
https://www.meiji-seika-pharma.co.jp/

〈文献請求先及び問い合わせ先〉
Meiji Seika ファルマ株式会社 くすり相談室
〒104-8002 東京都中央区京橋 2-4-16
フリーダイヤル(0120)093-396
電話(03)3273-3539、FAX(03)3272-2438

作成:2022.8

第39回日本森田療法学会

The 39th Annual Meeting of the Japanese Society for Morita Therapy