

第15章 森田療法と行動療法

—— 部分から全体へ ——

I はじめに

森田療法は、「あるがままに生きる」という生き方を患者にさせる一つの完成された方法である。神経症の患者に対しては、「とらわれ」という不安、恐怖はそのままにして、今必要なことに手を出して実践していけば、「あるがまま」という理想的な生き方ができることを、日記指導や面接で説明し、患者がこの生き方を体得することを目的として臥褥や作業を課す。他方、行動療法は、患者の生活の仕方（行動）を変えるために、現代心理学の基礎的な研究・理論を応用してあみだされた、具体的に記述された手順の総称である。それぞれの手順（治療法）は、対象とする行動・理論的背景によって独立していて、現在も基礎心理学の発展に伴って変化しつつあり、一つの完成したかたちはない。神経症を治療する時に、日常生活がより楽にできることを治療の大きな目標とする点で森田療法と良く似ているが、治療目標を細かな段階に分け、その段階に応じてさまざまな治療法を組み合わせ、少しずつ患者の振舞いを治療目標に近づけていくという治療の進め方が森田療法と異なっている。

たとえば、不安神経症の患者の不安や恐怖対象を避ける傾向を減らすには、フラッディングやエクスポージャー（in vivo exposure）という治療法が使

われる。これは、不安を起こす状況（恐怖状況）に患者が直面することを、不安がピーク時より下がるまで、続けるか（多くは1, 2時間）、繰り返すことである。行なう時は、患者に方法を説明するだけでなく、患者の環境を変えたり、患者に簡単な課題を課したりして、患者が行ないやすいようにする工夫が行なわれる。これらの工夫も独立した治療法である。たとえば、他人が不安対象に直面しているところを観察してもらう（モデリング）、自分の不安を自己評価してもらう（セルフモニタリング）、直面する対象を弱い恐怖状況から強い恐怖状況へ段階的にすすめる（逐次漸近法）、患者が自発的に恐怖状況に直面するようにする（オペラントコントロール）などである。目的は森田療法の恐怖突入と同じだが、実際の進め方が異なってくることになる。

森田療法が、哲学的、人間学的、ゲシュタルト的で、自己否定から自己肯定的への急激な転回、“悟り”を求めているのに対して、行動療法は、実利主義的（プラグマティズム）、工学的で、細い段階的な自己否定から自己肯定のくり返しであり、最終的に自己肯定的になることを求めている。一見、両者は対照的にみえるが、至りえた世界は、どちらでも自己肯定的にみえる。

この章では、森田療法を試みて、十分に展開できず、その後、行動療法に切り換えて、劇的に展開していった症例T次の治療経過を示し、森田療法と行動療法の接点について考えてみたい。

II 症例T次

〈診断〉 空間恐怖を伴う恐慌性障害

〈主訴〉 発作的な不安感、疲労感、抑うつ感

〈生育史、現病歴〉

同胞二人兄弟の末子である。父親は、土木建築技師で仕事でほとんど家にいず、近づきがたい存在であった。母親は、神経質、取り越し苦労をし、母子家庭同様に母親は過干渉気味であった。小さい時から「良い子」として評価され、周囲の

評価も気にして育った。特に問題のない子として育ち、大学まで順調に進んでいた。

22歳の時大学卒業し、会社に勤める。23歳の時、社員研修でマラソンをした後、宿舎で休んでいる時、息苦しさ・動悸が突然起こり、死ぬのではという恐怖感を感じた。数分して息苦しさが落ち着いた後も不安が強く、すぐ救急病院を受診したが、異常ないと言われた。この後も同様な症状をもつ発作的な不安の高まりが起こった。心臓病ではないかと心配し、数カ所の内科医を受診し、心臓には異常ないと言われたが納得できなかった。心臓カテーテル検査も受けたがやはり異常はなかった。

数カ月のうちに、しばらく発作がない時でも、また発作が起こるのではないかと考えるようになり、そう考えるだけで不安になるようになった。また、疲労感などさまざまな身体的不調や、乗り物（新幹線・高速道路のような途中で降りられない交通機関）・高所・混雑している繁華街などに対する恐怖も示すようになり、ついには外出もできなくなった。

このため、26歳の時、精神科を受診し、安定剤を服用し、生活の発見会に参加するようになった。人に接する仕事がよいと考え、会社を退職して、医療技術専門学校に入学した。卒業後再就職し、30歳で結婚した。通学・通勤はできるようになっていたが、発作的な不安の高まりと乗り物などに対する恐怖は相変わらずであった。31歳の時発作的な不安の高まり、疲労感、乗り物恐怖などが強くなり、通勤ができなくなったため、精神科に1カ月入院した。やや改善して外来通院をしている時、主治医が転勤し、別の病院の医師にかかることになった。

その病院の医師が妻に「本人は甘えている」といい、妻は夫のT次に「今度はまた別の先生に頼るのですか」とやわらかく伝えたが、T次は強いショックを受けた。数日後、もう何もかも駄目だと絶望的になり、職場に出られず、自分の身の回りのこともできず、人に泣いて訴えるような状態となった。このため、当所を受診した。発作的な不安の高まりは恐慌発作の診断基準を満たすため、空間恐怖を伴う恐慌性障害（DSM-III-R）と診断された。森田療法を行なうために入院となった。32歳の時である。

Ⅲ 森田療法的経過

入院時、不安でどうしようもない、自殺するかもしれないと抑うつ的で、周囲を巻き込む訴えをする。自殺念慮、抑うつ感、絶望感があるため、臥褥期は徹底的にせず、安静を主として観察期間を1週間もうけた。「入院時、家族から見捨てられたと感じた。親離れを体験しているのかもしれない」と日記に書いている。1週間後、掃除、シーツ交換などから作業に導入していった。しかし、何かしていないとおれない焦燥感があり、休息がとれない状態が続いていた。2カ月後、「自分は どうしてこうも自分を苦しめて周囲に迷惑かけているのだろう、死んだ方がいい、と思い強く苦しかった。トイレに行った時これ以上、自分をいじめても俺は俺しかない、という気持ちがこみあげてきて、涙が止まらなかった。自分を支えてきてくれた周囲の人への感謝の気持ちが湧いてきて、すべてがいとおしく感じた」と話し、「自分を受け入れるようになったように思う」と述べた。その後、安定した病棟生活をするようになった。

3カ月目、退院準備のため、外泊した。この時、近所の風景がボーッとしてピンとこない離人感があった。5日後、用事で外泊することになったが、その前日に外泊のことを考えているうちに不安になり、手のしびれを感じ、ついには、泣きだしてしまった。しかし、外泊の当日は、一人で汽車で自宅に帰ることを決行し、その後は自信がついた。1週間後、帰宅し、職場に出勤すると不安や疲労感があると訴えるが、退院し、外来治療に移った。

復職したが、すべてが「かくあるべし」で、恐慌発作や疲労感が出ると悲観的になった。悲観的になるともう自分は駄目だと絶望的になる傾向はあったが、何とか乗り越えていた。外来には、強い不安に耐えながら汽車、バスで通院していた。

職場で、何かしないといけないとあせり、空回りして疲れて抑うつ的となり、希死念慮が起こっていた。この間に妻の妊娠の疑い、副鼻腔炎が気になってガン検査を受けたこと、内科医より病気に逃げているといわれたことなどで不安になっていた。不安が高くなるたびに、仕事を一週間休んでいた。

退院5カ月目、恐慌発作が続き、疲労感が強く、「苦しい、助けて下さい」と主

治医にすがってきたため、休息入院となった。入院当日、「おやじの前で、ワーツと大声出して泣いて、子どもにかえったようだった。他人の目を意識せず自分をはき出し、その後スーッと楽になり安心感が出てきた。1日病室にいて、自分は自殺しきらんなあという安心感も出て、乗り切った気持ちもあった。よりよく生きたいのだとわかった」と入院1日で落ち着き安定し、3日間で退院した。

退院後は、あせりや空回りすることなく、バスで通勤ができ、外来へは自分で車を運転して来るようになった。3カ月間、安定していた。しかし、安定してくると欲求水準が高まり、空回りしかけるので自分でも自覚して抑制していた。4カ月目、3日間入院してから安心できたようであせらなくなったと言う。「みっともない自分を出せなかったが、それを出して、家族も先生も受け入れてくれて安心感をもった。家族がいたから安心だったというより、自分が何も変わりに残っていたし、家族もそのまま残っていた。なるようになるものだという気持ちになった。以前は、家族にすがっても、先生にすがっても駄目だ、しかし、生きたいのだ、しかし、やはり駄目だと思いパニックになった。まったく駄目だと思った翌日スーッと落ち着いた。大きな壁を乗り越えた。自分はリーダー的で評価されたい気持ちが強かったが、今はそうでなくとも楽しめる」と言い、安定してきたかと思われた。6カ月目に職場旅行があり、行けるのか不安はあったが、楽しんでくる。少し疲れは残っていた。2週間後、友人と深酒して調子をあげていたが、酔いがさめてその後極端に疲れが出て回復せず抑うつ的となり仕事を休んだ。これから立ちあがれず、妻も疲れてしまい、妻の方から、別居の提案をした。T次は、自分は妻がいないとやれないと、今の仕事はやめる決断をしたと外来に来た。限界状態だったので再度入院となった。

妻は別居を提案しており、自殺の危険はないと思われたので、森田療法的接近も放棄し、支持的に接する主治医のみにして、「臥褥」に導入して徹底して追い込む形をとった。T次が安心感を獲得するには、今までの経過をみても、絶対的にまかせる、依存する体験しかないように思われたからだった。

「臥褥」中、不安が高まりもう駄目だと大声を出していた。T次は、「くる日もくる日もベッドの上で自分の内と向かいあって自問自答していた。しかし、解決の糸口は見い出せず、作業をしても駄目だし、救いがないと思いこみ、主治医に「苦しくてたまりません。私を殺して下さい」と涙を流して訴えた。「もう絶対に

お前を許さん。早よう死ね”ともう一人の自分が自分を決して許してくれなかった」「常に反対観念が浮かぶ、助けてもらおう。いや助けてもらわんでいい」この調子で混乱していた。症状の改善が見られないため、行動療法を試みることになった。

IV 行動療法の経過

1. 行動療法の手続き

行動療法は、1)行動アセスメント：患者の困っている症状とはどんなことなのか、それはどのようなことと関係して変化するのか、を調べる、2)標的行動の決定：行動アセスメントに従って患者の症状を細かく分け、現時点において治療者がとりかかる対象を決める、3)仮説：標的行動の治療のためには、患者の環境を〇〇に変えたり、患者に〇〇をさせたらよいだろうという見通し（仮説）を立てる、4)行動変容：仮説に応じて実際に治療する、5)評価：治療結果を評価する、という過程からなる。この過程を、標的行動の数だけ繰り返し、最終的な治療目標に近づけていく。予測した治療結果が生じない場合は、以上の過程のどこかで誤りがあったことになり、治療をやり直す。

症例T次の治療も、上記に従って進んだ。行動アセスメント、標的行動、仮説、評価の順で、治療過程を説明する。

2. 行動アセスメントと標的行動の決定

1) 行動療法開始時の症状

行動療法を開始した時、抑うつ・不安感の訴えの他に、さまざまな症状が見られた。患者・家族との面接、患者の日常生活の観察からこれらの症状は次の5項目にまとめられた。

①持続的な不安感・疲労感

恐慌発作や不安をひき起こしそうな出来事がすぐにはなく、ベッドに横に

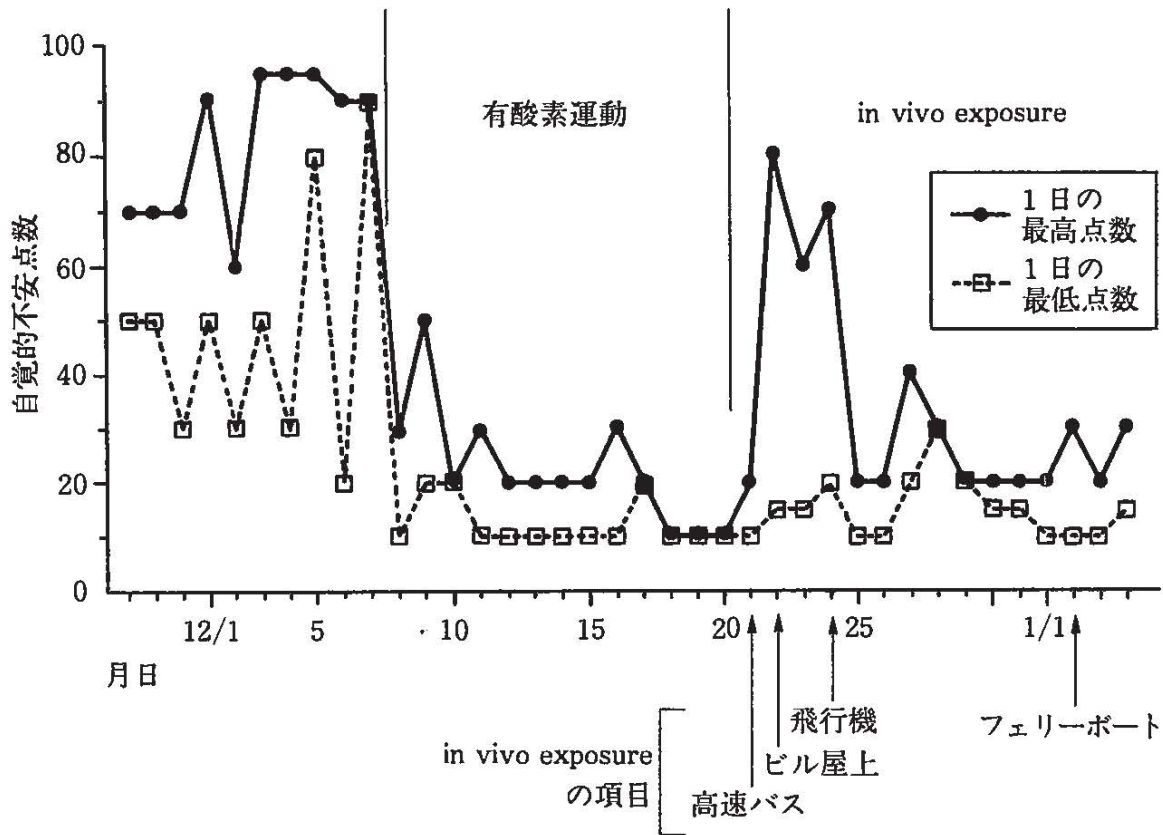


図1 自覚的不安の経過

なっている時でも、疲労感・不安感が常にあった。不安・緊張が強い時は、臥床中でも心拍数が120を超えた。自宅外泊時は不安・緊張が高まり、妻子の前で「おれはどうかしている」と言って泣いたりした。

不安感は患者の主訴であったので、治療結果の評価がやりやすいように、評価尺度を用いた。治療開始時から終了1年後までを、自覚的不安点数、BDI (Beck のうつ病スケール)、FSS (Wolpe の恐怖症質問表) で評価した。自覚的不安は0 (不安なし)~100 (極度の不安, 恐慌発作) のスケールで、T次自身が評価して (セルフモニタリング) 日記に記録した。BDIは38で抑うつ気分が高く、FSSは158で多彩な恐怖症状が認められた。自覚的不安点数の経過を図1に示す。

②身体的労作に対する不安と回避

身体を動かすと疲労感と不安感が高くなると訴え、身体を動かすことを避けていた。その結果、一日のほとんどを自床で臥床していた。

③恐慌発作

恐慌発作は、週の後半に起こることが多かったが、先行する状況・刺激は特定できなかった。発作自体は15分以内で収まるが、そのあと、疲労感が残った。強い不安を伴う急性の発作以外に、疲労感・胸苦しさが主な症状で比較的長時間（1，2時間）続く発作（DSM-III-Rでいう症状限定性発作）が起こっていた。発作の頻度は月に1度程度であった。

④外出恐怖（空間恐怖）

新幹線，高速道路のような閉所性・拘束性のある交通機関を利用したり，高所・混雑している繁華街など（DSM-III-Rでいう空間恐怖的状况）に行ったりすることを計画したり，考えたりすると不安が高まっていた（予期不安）。こうした状況に偶然，または無理に入ると不安が高まった。このため，こうした状況は発症以来10年間長らく避けていた。

⑤T次の考え方（認知）

T次は安静時でも120を超える心拍数を身体的な異常と考え，発作と，不安や疲労の原因は心理社会的ストレスや身体的労作であると考えていた。T次は，自分はわがままで未熟で劣等感が強い，自分の問題が一つも解決できない，不安を下げる方法がない，自分を責めるのが悪いと分かっているにもかかわらずめられない，今後の見通しもない，と抑うつ的・自責的に考えていた。

以上の症状の中で，治療開始時点でT次を最も苦しめたのは，①の毎日の不安感・疲労感と②の身体的労作を避ける傾向であった。このために日常生活もままならなかった。しかし，T次に対する説明・教育が，手がけやすく，また，次の治療（運動とエクスポージャー）を行なうために必要であると考えられたので，⑤のT次の考え方を最初の治療対象にした。

3. 治療1 認知修正・患者教育

1) 標的行動，仮説と治療の手順

⑤のT次の考え方が，身体的労作を避ける傾向を強めていると考えられたため，T次に次のことを説明した。

i. 安静時の頻脈は、不安が身体面にも現われるために生じたもので、病的な現象ではない。

ii. 心臓がドキドキしたり、息が切れたりする発作（恐慌発作）は突発的におき、発作自体を確実に止める方法はない。また、身体を動かす、頻脈になる、バスに乗るなどをして、不安が高まっても、発作は起こらない。発作を繰り返しても後遺症や生命の危険はない。

iii. 発作は15分以下で終わるので、発作が起こった時の対処法（呼吸の仕方、筋の緊張の抜き方）を覚えれば、発作が起きても、不安が早く下がり、疲労感が残らないようになる。

2) 結果

説明によって、頻脈を身体的な異常と考えることは無くなったが、これだけではT次の自覚的不安は下がることはなかった。このため、②の身体的労作を避ける傾向を対象にして、有酸素運動を段階的に行なうことにした。

4. 治療2 有酸素運動（ジョギング）

1) 標的行動と仮説

②の身体的労作を避ける傾向を標的行動とした。仮説は、1)身体的な変調の感覚、特に交感神経系の興奮が起こるとT次の不安が高まり、興奮が治まると不安が下がる。このため交感神経系の興奮を起こす身体的労作に対しても避けるようになっている、2)交感神経系の興奮を十分な時間をかけて、十分な回数を繰り返して経験すれば、交感神経系が興奮しても不安にならなくなり、身体的労作も避けなくなる、とした。2)の考え方は、エクスポージャーを身体知覚に対して行なうもので、内部知覚に対するエクスポージャー (interoceptive exposure) と呼ばれる (Rapee)。

2) 治療の手順

治療は、有酸素運動で心拍数を150以上上げて交感神経系の興奮と身体的な変化の感覚をおこし、これを不安反応が馴化するまで繰り返すことである。運動の負荷は短い距離（10メートル）から始める、心拍数を下げる方法（筋

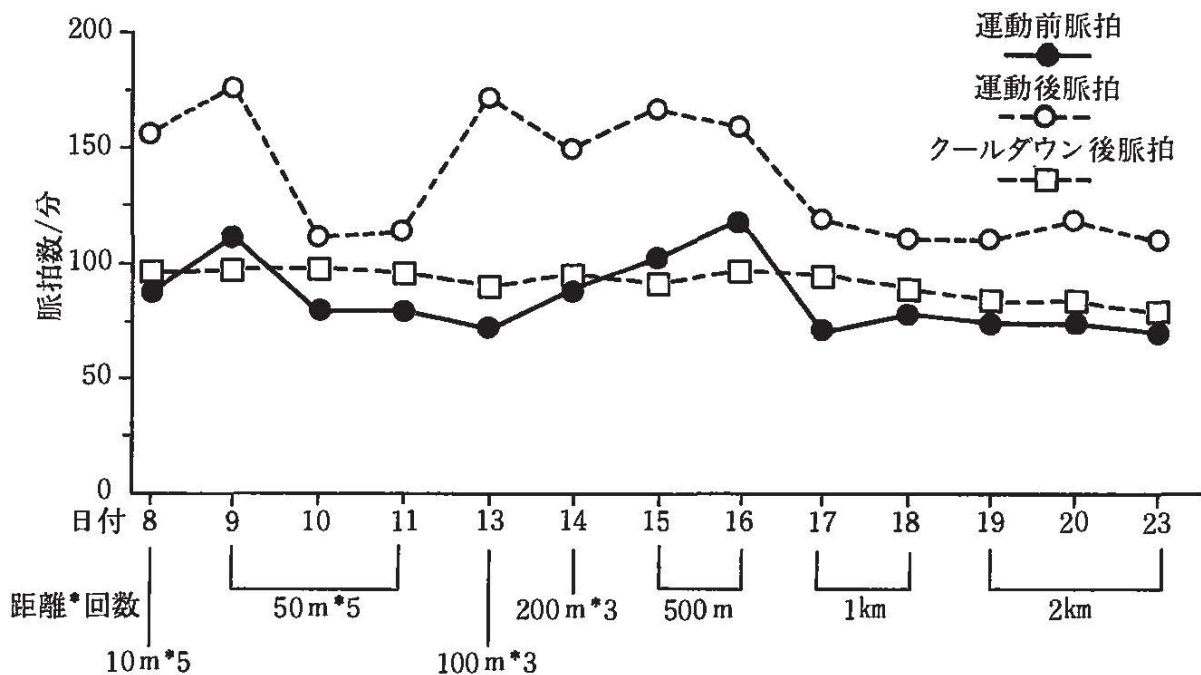


図2 有酸素運動時の脈拍・呼吸数

弛緩・ストレッチング)を教える、最初に治療者がモデルを示す、という方法で、T次にとって走ることが容易になるようにした。

図2は有酸素運動の経過を示す。各セッションでは、開始前の心拍数と呼吸数の測定、ウォームアップ、予定距離のジョギング、ジョギング直後の心拍数・呼吸数測定、クールダウン、終了時の心拍数・呼吸数測定を1クールとし、図に示す回数分これを繰り返した。1kmまでのセッションでは、筆者が随走し、心拍数に従い走る速度を調整した。

3) 結果

セッション1, 2では、運動負荷は10~50mと軽く、実際に運動している時間は、3分に満たない。しかし、運動後の脈拍は、これらのセッションで156, 176と高かった。長期の臥褥による心肺機能の低下のため、心拍数の亢進が起こったと考えられる。

セッション1, 2では、T次は恐慌発作時と同じ程度の頻脈を感じたと述べ、特にセッション2ではめまいを訴え自覚的不安が50まで上がった。100mから500mのセッション5~8でも、心拍数が172~150/分まで上昇したが、

めまいを訴えることはなく、自覚的不安は20~30までしか上がらなかった。

運動を開始してから、心拍数の上昇に対して不安にならなくなった。身体的労作を避けることも少なくなり、日中に臥床することがなくなった。これらの予測された変化以外にも、1)運動につれて、図1に示すように、自覚的不安の一日の最高点・最低点は低下していき、有酸素運動終了時には最高点が10になり、持続的な不安がなくなった、2)同時に抑うつ気分が軽くなり、自責的・自罰的な考えがなくなった、3)恐慌発作も有酸素運動開始後は起こらなくなった。

仮説で考えていた以上の変化があり、標的行動のうち、①持続的な不安感・疲労感、②身体的労作に対する不安と回避、③恐慌発作、⑤T次の考え方は治療の必要がほぼなくなった。残った④の外出恐怖を次の治療目標行動とした。

5. 治療3 外出恐怖に対するエクスポージャー

外出恐怖（空間恐怖）に対するエクスポージャーは、すでに有効性が広く確認されている（Harnett）。T次の治療も荒木らの報告と共通する部分が多い（荒木）。

1) 標的行動と仮説

乗り物（新幹線、高速道路のような閉所性・拘束性のある交通機関）・高所・混雑している繁華街などの空間恐怖的状况に対する不安とこれらの状況を避ける傾向を標的行動とした。つけ加えて、治療終了後もT次自身から自発的に不安を起こすような状況に直面し、恐怖症状を自力で克服するようになることも標的行動とした。

仮説は、1)空間恐怖的状况に近づいたり、入ったりすると不安が高まり、それを避けたり離れたりすれば不安が下がる。このため、これらの状況を避ける傾向が強められている、2)これらの状況にいつづけた時の不安の高まりは、最初の1時間くらいまでが最も高く、後は下がっていく、3)これらの状況に2、3時間以上かけて、不安の一時的な高まりが下がるまで、避けない

ようにしてとどまることを，十分な頻度と回数で繰り返せば，これらの状況に対する不安と避ける傾向は弱くなる。前のやりかたでは，時間・回数が不足していて，不安と避ける傾向を逆に強めていた，4)治療者の援助を段階的に減らしていき，自分だけでもうまく行くという自信がつけば，T次自身から自発的にエクスポージャーを行なうようになり，再発することがあっても自己治癒ができる，というものである。

2) 治療の手順

治療の手順は，段階的に弱い刺激から始めて，最後は強い刺激に，T次の不安反応がもはや生じなくなるまで長時間または繰り返し直面させることである。また，セッション4では，T次一人で行なうようにした。

恐怖対象のヒエラルキーを作り，それに従って，4セッションのエクスポージャーを行なった。12月21日セッション1：高速バスに乗る，22日セッション2：9階建てデパートの屋上，24日セッション3：飛行機で鹿児島まで往復，1月2日フェリーポートに乗る，の順で行なった。図1の，12月21，22，24，1月2日の一日の最大点数は，エクスポージャーの際に不安がピークに達した時の点数である。

エクスポージャーは，自覚的不安が十分下がるまで，可能な限り，1，2時間以上，繰り返し行なった。セッション1，2，3では，筆者がモデルになり，不安が高まる刺激を探して，不安が下がるまでそれに直面する行動に対するモデリングを行なった。セッション4は，外泊中に患者一人で行なっている。

3) 結果

セッション1では，自覚的不安が，20までで，あまり不安にならなかった。セッション2（ビル屋上）では，治療者が同伴し，意図的に不安を上げるようにした。具体的には，最初は屋上の中央部分に不安が下がるまで留まり，徐々に端のフェンスに近づいてはそこで不安が下がるまで留まり，最後はフェンスにしがみついて下を見おろし不安が下がるまでそのままにする，という行動をとらせた。フェンスにしがみついた時，自覚的不安は80まで上昇し

だが、セッション中に不安反応の馴化が起き、2時間ほど経つと屋上の遊具（小型の観覧車）にT次から自発的に乗るようになった。この後、T次は「急に良くなったので、夢ではないかと頬をつねりたくなる。しみじみ良くやれたなと思う」と感想を述べ、エクスポージャーに自信を持ちはじめたことがうかがわれた。

セッション3（飛行機）では、離陸時に自覚的不安が最高の70になり、着陸時には15まで下がった。T次はこの時、「一生飛行機になんて乗れないと思っていたのでうれしい」と、不安が下がったことだけでなく、乗れたこと自体も喜んでいて。

空間恐怖的状况に対する不安反応の低下は、エクスポージャーを行なった状況以外にも見られ、単独での外出、JRなどの交通機関の利用がスムーズにできるようになった。

6. 全体的な変化

有酸素運動開始後から、仕事、実生活への意欲が見られるようになり、エクスポージャー終了後には、今まで避けていた事物に対して退院後に自分で治療を行なう自信がついたと言うようになり、外泊時に実際にこれらの事物に対して自分から進んで直面し、初めにあった不安が下がるようになった。図3に示すように、BDI、FSSもそれぞれ1、36に下がり、抑うつ気分と多彩な恐怖症状が見られなくなった。長い病歴が約1カ月でみるみる改善したため、妻には戸惑いがあったが、T次の変化を喜んでいて。入院時にあった別居の話も立ち消えになった。3歳の長男も、治療開始時に面会した時は、元気がなくT次に寄りつこうとしなかったのに、治療後は、T次にじゃれるようになった。

行動療法開始後、約1カ月たった翌年1月5日に軽快退院した。

7. 治療効果の維持

退院後、復職し、日常生活上の支障はなかった。

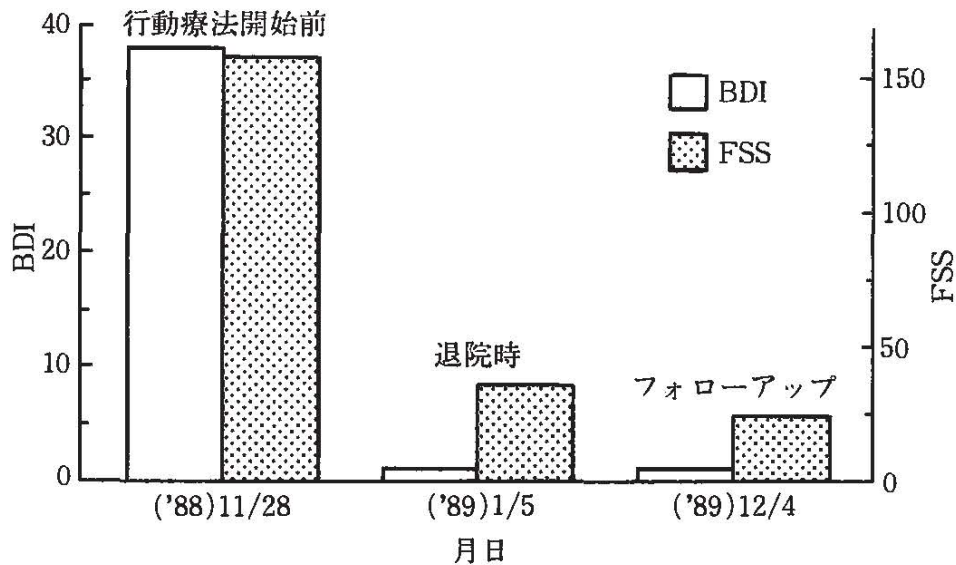


図3 心理テストの治療前後の経過

退院3カ月後の3月22日に、通勤途上の地下鉄内で恐怖発作を起こし、不安・疲労感が強まり、職場や地下鉄をさけるようになった。しかし、これらの恐怖状況にT次自身でエクスポージャーを行ない、数日後には出勤と地下鉄の利用が不安なくできるようになった。

退院後も、T次はセルフモニタリングとエクスポージャーを本人自身で行なっている。たとえば、退院後9カ月目からは、夜間の自動車の運転に馴れるため、意図的に夜間に来院している。

このようにして不安・回避が消えるにつれ、生活の範囲を広げられるようになった。職場での評価も次第に上がり、T次も生活・将来に対して自信が持てるようになった。風邪などで体調が思わしくない時も不安にあまりならず、なっても一時的である。以前は家庭生活の自信がなく、避妊していたが、退院2年目から避妊をやめ、翌年に次男が誕生している。退院2年目からは、北海道に出張したり、カヌーの講習を受けるまでになっている。図3に示すように、退院約1年後の89年12月4日での、BDIは1、FSSは24と低く、同時にとったMPIにおいては神経症性は7、外向性は27、CMIはCIJ=0、M-R=5、領域Iであり、さまざまな恐怖症状、神経症性や抑うつ気分は認められなくなっている。

V 行動療法の2年後のT次の感想

症例T次は、退院2年後安定した状態で社会生活を送っており、経過の感想文を書いてもらった。その要点を述べることにしたい。

1. 行動療法施行時の感想

行動療法に移行してから、日常生活の心がまえや不安時の呼吸の仕方、筋の緊張の抜き方などまず教わった。とにかく身をまかせる他になかった。3日後外泊した。「帰りたくなかったんだ。帰ってくる必要ないんだ」とまったく反対の考えが湧き、帰院するときも「頼むから病院に帰って治療受けてくれ」「そんなこといくらやっても無駄だ」と自分の中で対立があった。父に「頭の中で正反対に対立して右と思えばすぐ左といった具合になって、分からんようになった」と言うと、父は「頭ばかりで考えることはやめて、手足を動かしてみろ」と言われた。その時、「頭はもうどうでもいいなあ」と思えた。病院に帰って、いろいろな考えを放置できるようになった。そして具体的な行動療法が始まり、プログラムを立てた。

最初にやったのは病棟の庭を10mぐらい全力で走ることであった。本当に死ぬ気で走った。走りながら「死んでもがんばるぞ」といいきかせた。この時、私に残されたことは、走ることだけだった。次第に、もう一人の自分が喜んでくれるようになり、励ましてくれた。そのうち、昔、健康な頃感じていたような、なつかしい気持ち良い感じ（身体の感じか何かよくわからないが）を時々感じるようになってきた。「ああ、こんな感じだったなあ」と思った。「お前はまだしっかりしていないから、俺が力を貸してやる」ともう一人の自分が協力してくれた。今までの自分ともう一人の自分が、新しい自分のため力を合わせてやってくれるようになった。

次に、主治医と高速を運転したり、デパートの屋上に行った。15日目には一生乗れないと思った飛行機に主治医と一緒に乗り、嬉しくて涙があふれた。

行動療法を受け1カ月で退院した。この頃、不安恐怖感はほとんど生じず、強迫観念が浮かんでも放置できるようになった。自分を信じることができるようになった。

なった。今までの自分ともう一人の自分が一つに合体し、新しい自分が生まれていった。こうして1カ月足らずの間に、地獄の淵から一気に天国の門に来たようなものだった。ペースを上げすぎて、退院3カ月後落ち込んだ。疲れがひどく3～4日起き上がれなかった。

上司より呼び出しを受け、厳しい注意を受け、駄目なら辞めるようにといった意味のことを言われた。辞めたいと主治医に報告にいった。「辞めるのはいつでも辞められるから、何とかねばって下さい。辞めても解決になりません」と言われ、「このまま辞めたら絶対悔いが残る。やるとこまでやろう」と決心した。具体的な職場に戻るまでのプログラムを立ててもらい精一杯がんばった。1日の仕事を経て帰宅した時「ああ俺は今までいつも逃げてどうしても越せなかったものをやっと越せた。これで社会の中で生きてゆける」との思いがした。セルフモニタリング、セルフコントロールを厳しく行なうようになっていった。これは1年余り続き、その後は、あまり厳しくセルフコントロールする必要もなくなった。

2. 行動療法と森田療法についての感想

行動療法が森田療法と大きく違うところは、まず、今の自分の力で可能な課題から挑戦してゆき、できたら次の高いレベルへ上ってゆくので、苦しみの強い時でも比較的取り組み易い。もし、できなくても失敗でも悪いことでもなく、不安レベルがある一定に落ち着くまで何度でも挑戦できることは大きな救いとなった。森田療法では、「練習でなく、常に本番」と最も苦手なことに取り組みないと逃げだとするような感じを受けてしまい、厳しすぎて苦しい最中にはとても実践できなかった。森田療法で治る人は、それまでかなり経験をつみ、人間的にもかなり成長した人でないと、私のような未熟な者は無理だったと思う。

だが、今回劇的に良くなったのは、今思えば、行動療法を行なう前に、徹底的に臥褥で自問自答し、自分を追い込み、もうどうしようもないところまできていたので、次の行動療法との出会いが相乗的に有効に効いたのではないかと思っている。あれだけの事前の苦しみがなく、行動療法に出会っていても、果して今回のようにすっきりなったかどうか、あやしいものである。

3. 現在の心境

私がこの体験から得た大きな財産は、「自らの中にある“仏様”が私を守り導いてくれる。自分で処理できる範囲内はもう一人の自分が私を助けてくれるが、それでも手におえないときは私の中の仏性が私を最後には助けてくれる」という確信が持てたことと「すべてはいろいろな御縁で動き、おかげさま」ということがもてたことである。

もう一つの財産は、「自己との対話すなわち内観」ができるようになったことで、これができだしてからセルフコントロールがやりやすくなった。1日のうち何十分間かは一人部屋で呼吸を整えながら静かに自分と対話するとエネルギーも貯えることができるようになって体調も良くなってきた。外ばかり見て自分を見失いペースを狂わせるのを防いでくれる安全弁のように思える。

最近、自分にも他人にもやさしい気持ちで接することができるようになってきた。私は今ここに生かされている。本当に有難いと思う。

VI まとめ

1. 段階的な行動療法と安全保証感

症例T次の恐慌発作の経過を見ると、最初は恐慌発作に対する恐怖であったが、次第に疲労感、自信喪失、抑うつ感が加わっていった。特に、妻より「甘えている」と言われた時は、ショックを受け大混乱に陥り入院となっている。「甘えたくても甘えられない」という葛藤が大きくのしかかってきた。入院後は、休息がとれないほど何かしていないとおれないという強迫的な不安で空回りしていた。この背後に安全保証感のなさが感じられていた。入院後、家族から見捨てられたと感じており、それが、不安、空回り、抑うつ感を増強させているように見えた。

森田療法的アプローチの中で、受持担当ナースや治療者への依存傾向は見られなかった。むしろ、再入院時、家族、治療スタッフの前で大声を出して泣き、「みっともない自分を露呈させて、それを受け入れられ、安心感をもったと述べているが、この体験のあと、安定した状態になっている。しかし、

それも半年であった。深酒して、自己コントロールを失ない、挫折した。

これまでの経過を見て、T次の安全保証感——絶対的に任せる、依存すること——をいかに体験させてやるかが重要と思われた。しかし、その具体的方法はゆきづまっていた。妻は離婚をほのめかし別居を提案しており、この際、まず徹底して追い込んでみることだと考えられた。森田療法的指導を中止して、T主治医（前主治医）が支持的に接するのみで「臥褥」させた。妻も森田療法の治療者も手を引く形となった。T次にとっては「どん底」体験であった。

この状況での、行動療法の段階的な技法で劇的な展開となった。

1カ月足らずの間に地獄の縁から一気に天国の門に来たようだったと感想を述べていることもうなずける。

不安を下げることに焦点をあて、何をするのがはっきりときめられた段階的なプログラムは、T次に強い安心感と保証感を与えていったと考えられる。このことは、力動的に考えすぎると、依存関係によって安全保証感を与えようとして、T次の不安に治療者がまきこまれてしまう危険性を示唆している。

森田療法での作業という行動の枠組みは、不安に焦点をあてないで段階的に日常生活全般に専心するというあいまいなものである。これだけの指示からは、T次は不安を乗り越える方法を身につけることができず、保証感は与えられなかった。軽い不安から強い不安と段階的に具体的なプログラムを提示して実行したことは、段階的に不安を解消し、安全保証感を「形」で示す結果となった。

安全保証感を与えていく実際の方法は、次のように要約できる。

- ① つつみこむ母性的受容性
- ② 規範的父性的指導性
- ③ 先輩の模範性（モデル）
- ④ 行動療法の各要素的行動の修正の仕方——形で示す（イメージ修正）
- ⑤ 森田療法の生活の仕方——段階的作業——形で示す（脱イメージ）

⑥恐怖突入体験（不安即安心）——要素的と全体的（行動療法と森田療法）

⑦思想・宗教（最も安定した依存保証）

などが上げられる。原法の森田療法の「集団治療の場」の安全保証感は、同じような患者集団という共感の場で①から⑦の④をのぞく要素を含んでおり、その強力な保証もうなずける。

2. 仏性にまかせる

感想文に述べられているように、T次は、徹底した「臥褥」による苦しい「底つき体験」の後、行動療法によって劇的に改善し、その後は行動療法中に習得したエクスポージャー、セルフコントロールによって症状の変化を乗り切っていたと考えられる。2年後には「仏性に任せる」ことを体得しているのが興味深い。森田療法では不安はそのままにして生活していくという没我体験（脱イメージ化）を通して、「あるがまま」という自己受容に至るという自己否定から自己肯定への転回である。

行動療法の技法の中でもエクスポージャーは、一時的に不安が高くなるため、患者が治療に対して積極的な姿勢を持つことが必要になる。T次は、森田療法中の苦しい「底つき体験」をし、これが、行動療法の指示を受け入れることにつながり、効果を促進したと考えられる。行動療法では、不安そのものに焦点を当てた段階的なエクスポージャーを行ない、不安の馴化を図る。これは、新たなイメージ化である。T次は、段階的に部分の新たなイメージ化を通して、ついには、「仏性にまかせる」という抽象化世界での絶対的な安全保証感を体得するに至っている。細い部分的な自己否定から自己肯定を段階的に展開して、ついには全体として自己受容、自己肯定にいたる技法であると考えられる。至り得た世界は、森田療法も行動療法も同じように思われる。

この症例は、「臥褥」と「段階的エクスポージャー」と「セルフコントロール」という全体と部分（要素）の技法の組み合わせによって、具体的な「形」の操作という「形の安全保証」から「仏性に任せる」という抽象的イ

メージ化へと展開し、「具体的体感的な安全保証感」を体得していった症例として興味深い。部分を段階的に積み上げていくと構造化してくる。この具体的操作から、抽象的操作が可能になっていくことについては別の章で述べられている。

(国立肥前療養所臨床研究部長 山上敏子先生の御助言に深謝します)

(原井宏明・高松淳一・内村英幸)

文 献

- ・ 荒木光：不安発作・外出恐怖。山上敏子編「現代のエスプリ279 行動療法」至文堂，1990。
- ・ Harnett, D. S.: Integrating psychopharmacology and psychotherapy in panic disorder. Direction in Psychiatry No. 3 Lesson 4, Hatherleigh Co. ltd New York 1990.
- ・ Rapee, M. R., Barlow, D. H.: Psychological treatment of unexpected panic attacks: Cognitive/behavioural components, In Baker, R ed.: Panic Disorder: Theory, Research and Therapy, John Wiley & Sons, West Sussex U. K., 1989.
- ・ Wolpe, J. & Lang, P. J.: A fear survey schedule for use in behavior therapy. Behav. Res. Ther., 2 : 27-30, 1964.